

日本病院会雑誌 第35巻第1号 昭和63年1月1日発行(毎月1日発行) 昭和30年4月12日第3種郵便物認可 ISSN 0385-9363

日本病院会雑誌

Journal of Japan Hospital Association

1988

1

VOL.35 NO.1

医療の向上に奉仕する

PARAMOUNT BED

1947年以来、病院用ベッドづくり一筋の歴史が全科に応用できるスタンダードベッドを開発。
KA-700シリーズ、20機種の豊富なバリエーションで新登場です。



KA-767 電動式リモートコントロールベッド

特長

- 背上げ・膝上げは電動 ハイローは新開発の足踏油圧
- 西独テンテキャスターφ125mmトータルロック付
- ベッド移動がより楽に行なえるグリップ付ヘッド、フットボード
- 木部はポリエステル化粧板張り
- 粉体塗装・鋼板絞りボトム

オプション

- **KE-283** キルティングスプリングマットレス(難燃)
- **KF-513** ベッドサイドキャビネット
- **KF-260** ベッドサイドテーブル
- **KA-38** 回転式ベッドサイドレール(**KA-700**シリーズ専用)
- **KC-57** イルリガートル掛金具
- **KC-63** 氷のう吊金具
- **KD-401** 小椅子

マットレスカバーは弊社の製品には含まれておりません。

みなさまにご満足していただけるよう各地の支店・営業所にショールームを設けてあります。

札幌支店 〒060 札幌市中央区南2条西13丁目318番11号
仙台支店 〒983 仙台市卸町2丁目3番地の3
名古屋支店 〒454 名古屋市中川区玉船町3丁目1番2号
大阪支店 〒550 大阪市西区土佐堀2丁目3番33号
広島支店 〒733 広島市西区横川町3丁目8番5号
九州支店 〒812 福岡市博多区博多駅東3丁目14番20号
本郷営業所 〒113 東京都文京区湯島2丁目4番8号

☎(011)271-1181代 FAX(011)271-7282
☎(022)239-5211代 FAX(022)239-5217
☎(052)661-3111代 FAX(052)661-3115
☎(06)443-8791代 FAX(06)443-8796
☎(082)293-1311代 FAX(082)293-1393
☎(092)461-1131代 FAX(092)461-1138
☎(03)815-3311代 FAX(03)815-3363

パラマウントベッド株式会社

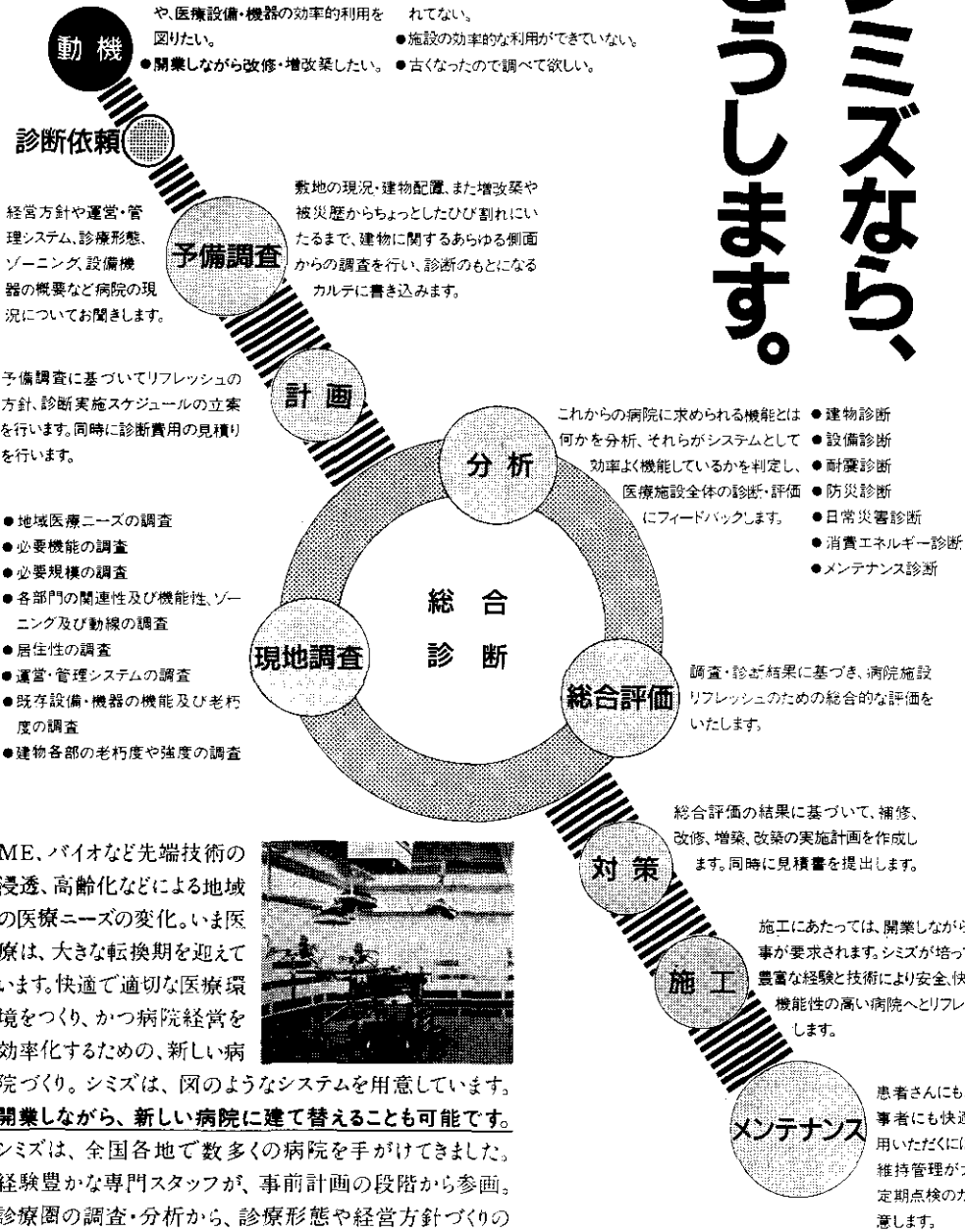
本社 〒136 東京都江東区東砂2丁目14番5号
☎(03)648-1111(大代) FAX(03)648-1178

病院のリフレッシュ。

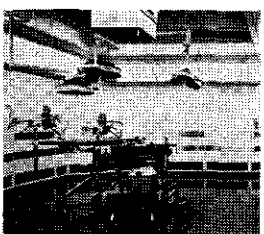
シミズなら、

こうします。

- 医療をめぐる環境が変化している。
- 建物の安全・防災面に問題がある。
- 運営・管理・サービス部門の合理化や、医療設備・機器の効率的利用を図りたい。
- 設備・機器の機能が十分に生かされていない。
- 開業しながら改修・増改築したい。
- 施設の効率的な利用ができていない。
- 古くなったので調べて欲しい。



ME、バイオなど先端技術の浸透、高齢化などによる地域の医療ニーズの変化。いま医療は、大きな転換期を迎えています。快適で適切な医療環境をつくり、かつ病院経営を効率化するための、新しい病院づくり。シミズは、図のようなシステムを用意しています。開業しながら、新しい病院に建て替えることも可能です。シミズは、全国各地で数多くの病院を手がけてきました。経験豊かな専門スタッフが、事前計画の段階から参画。診療圏の調査・分析から、診療形態や経営方針づくりのお手伝いまで、きめ細かなコンサルティングを行います。投資を抑えて、これからの時代が求める病院づくりへ。実績のある、シミズの豊富な技術とノウハウをお役立てください。



シミズ病院リフレッシュ

*資料をお送りします。ハダキに右の資料請求券を貼り本社マーケティング部へご請求ください。

清水建設

本社：東京都中央区京橋2-16-1 〒104 TEL.03(535)4111

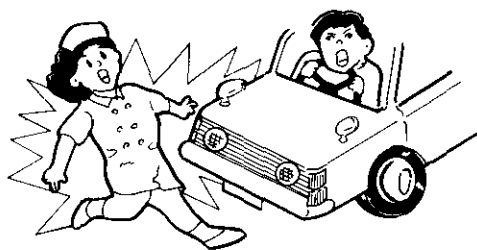
病院のリフレッシュ請求券
日本病院協会謹誌
S.62

日本病院会の共済面を担当する (株)日本病院共済会

事業の内容

(1) 主な保険

- 病院のための保険
 - 病院火災賠償責任保険
 - 病院賠償責任保険
 - 就業中傷害保険
 - 労働災害総合保険
 - 所得補償保険
 - 現金総合・身元信用保険
 - 医師退職金積立制度
 - ボイラ保険
- その他
 - 看護学校学生傷害保険
 - 保育所総合保険



- (2) 病院図書の発行と販売
- (3) 人間ドック手帳の販売
- (4) 薬価情報の発行と薬品販売
- (5) 病院の電気料金節減のための
松下製制御盤の取付斡旋
- (6) 他社発行図書の販売斡旋
- (7) 共済会ニュースの発行
- (8) セミナーの開催

株式会社 日本病院共済会

〒102 東京都千代田区三番町 7-2
ヴィラロイヤル三番町204号
電話 東京(03)264-3180(代)

日本病院会雑誌 病院学 1988年1月号

目 次

グラフ：聖マリアンナ医科大学病院	7
巻頭言：年頭所感 —今年は誇りと自信をもって進もう—	諸橋 芳夫 11
〈病院長・幹部職員セミナー〉	
講演 医療と政治	宮崎 秀樹 15
シンポジウム 地域医療計画をめぐる諸問題	30
〈医療の質を考えるセミナー〉	
シンポジウム 医師と薬剤師の連携—医療の中での薬剤師は何をしているか—	57
〈研究報告・第38回日本病院学会優秀演題〉放射線科の合理化について	
—主としてデライトシステム—	73
〈研究報告〉病院の第一線監督者(6) 指揮：リーダーシップ	友安 直子 78
〈提言〉看護学校の基本的な改革を	田川 熊雄 83
病院におけるコンピュータの利用についての感想	三宅 浩之 87
俳句：雁渡し	山本 靖湖 89
随筆：富山の薬売りの知恵	後藤 保郎 90
〈海外報告〉中国黒龍江省寄贈CT装置の使用状況	
視察旅行記(チチハル編)	石毛 秀穂 95
病院経営管理改善に想う	井上 昌彦 101
〈業務改善実態〉当院における患者サービスの向上	桑島 斉三 103
〈全国研究会〉	
病院給食の課題と展望	9月・岩手・栄養管理・調理合同研究会 109
〈定例研究会〉	
消防設備の改正について —型式失効について—	9月・施設研究会 113
北里大学東病院病歴部を見学して	10月・診療録管理研究会 117
〈総婦長セミナー〉	
講演 病院監査と看護監査(坪 武)	8月・看護管理研究会 122
会告 第38回日本病院学会開催案内	146
第38回日本病院学会一般演題募集要領	148
グラフの病院の概要図	154
1月・研究会のお知らせ	162

慢性肝疾患の肝機能異常を改善する…

健保略称
強ミノC

→ 使用上の注意などについては、添付文書をご参照下さい。

健保適用

- 適応症 「慢性肝疾患における肝機能異常の改善」
- 用法・用量 1日1回、40mlを静脈内に注射する。
年齢、症状により適宜増減する。

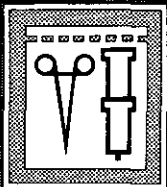
■ グリチルリチン製剤

強力ネオミノファーゲンシー

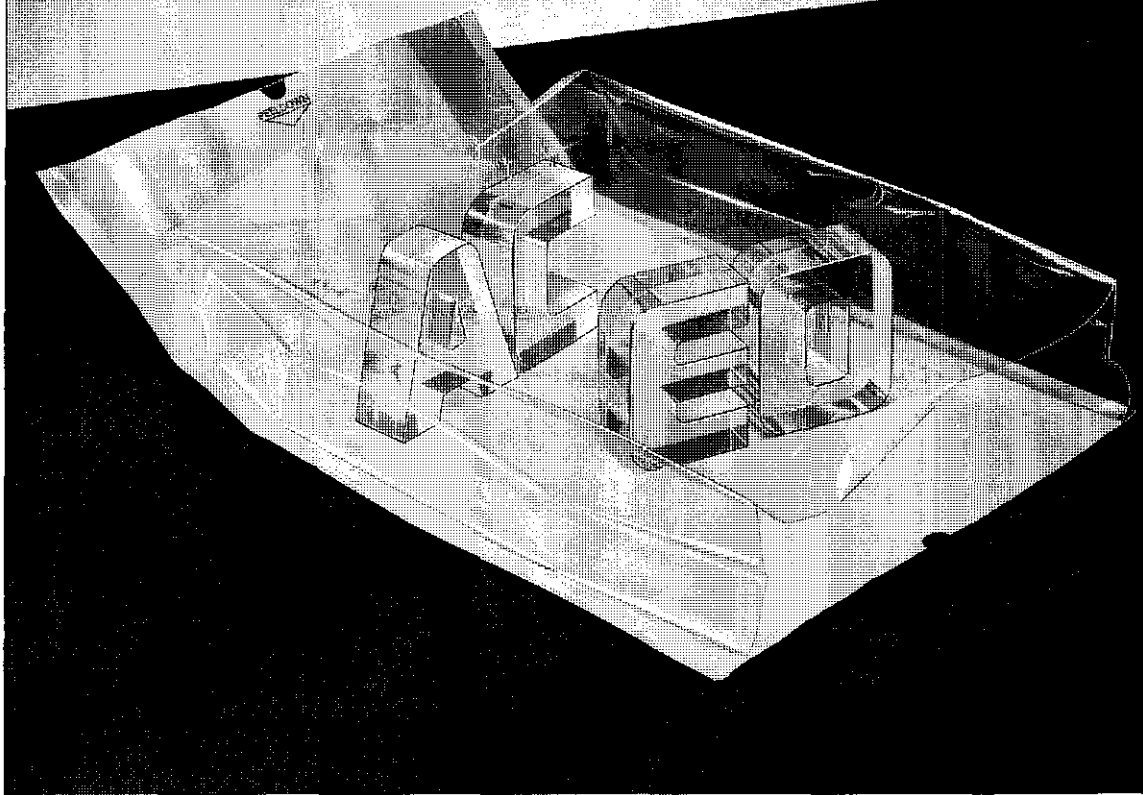
包装 20ml 5管・30管, 5ml 5管・50管, 2ml 10管・100管

財 金 産 業 省 認 許 番号 特 許 第 160 号 東京 都 新 宿 区 四 谷 3-2-7
財 産 省 認 許 番号 特 許 第 160 号 東京 都 新 宿 区 四 谷 3-2-7

HOGY



滅菌包装材をリードする
メッキンバッグ



株式会社 **ホギメディカル**

本社 / 東京

●お問合せは各営業所へ………

東京 ☎03 (813)4648
横浜 ☎045 (471) 7701 / 千葉 ☎0472 (32) 1411 / 大阪 ☎06 (765) 2821 / 京都 ☎075 (672) 1441 / 神戸 ☎078 (861) 2171
名古屋 ☎052 (761) 5246 / 金沢 ☎0762 (23) 2351 / 静岡 ☎0542 (84) 6688 / 福岡 ☎092 (475) 1861 / 熊本 ☎096 (381) 6311
広島 ☎082 (294) 3133 / 松山 ☎0899 (21) 5567 / 札幌 ☎011 (512) 7201 / 仙台 ☎022 (239) 3561 / 盛岡 ☎0196 (41) 1221

聖マリアンナ医科大学病院



聖マリアンナ医科大学病院は、鉄筋コンクリート造り、地上8階塔屋付き44,000平方メートルのフロア面積をもつ本館と、同じく地上8階20,000平方メートルの別館とからなっている。すべての疾病に対応できる17科の診療科をもち、働きやすく、患者さんにあかるいイメージを与えるような病院を目指して、昭和49年に完成した。

大学病院の本館は、低層階の1階から3階までに外来の診療部門と臨床検査部門、リハビリテーション部門、放射線部門、厨房などが配置されている。中層階の4階には食堂などのサービス部門と管理部門があり、高層階の5階から8階までが病棟である。高層階では建物の周囲に回廊を設けてテラスにする一方、非常災害の折などはこの回廊を伝って避難できるよう、防災上の配慮がされている。

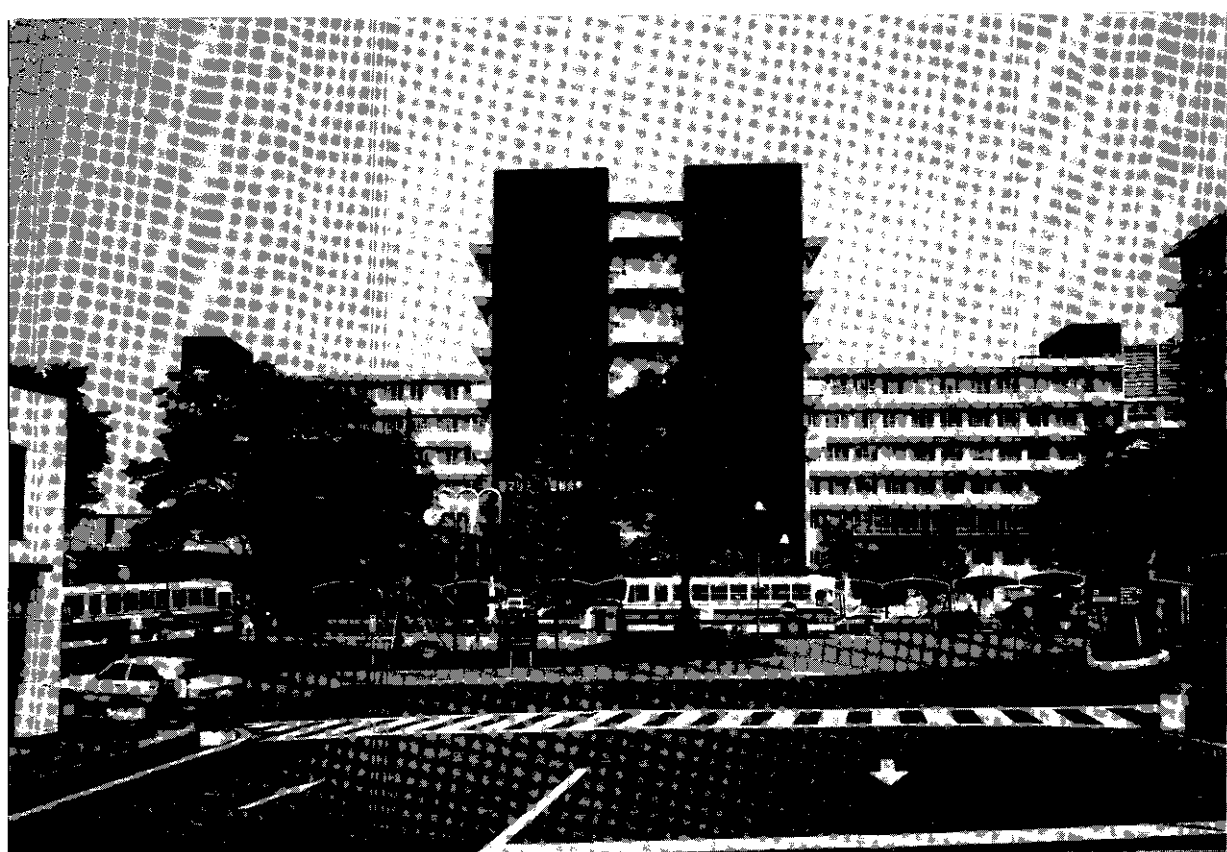
別館では救急救命センター、集中治療室(ICU, CCU)、熱傷センターが1階に配置され、2階には精神科、3階には形成外科、5～7階には内科の各病棟がおかれている。

聖母マリア像はキリスト教的人類愛に根ざす生命の尊厳を象徴しており、来院される方々の心の支えとなっている。



聖堂





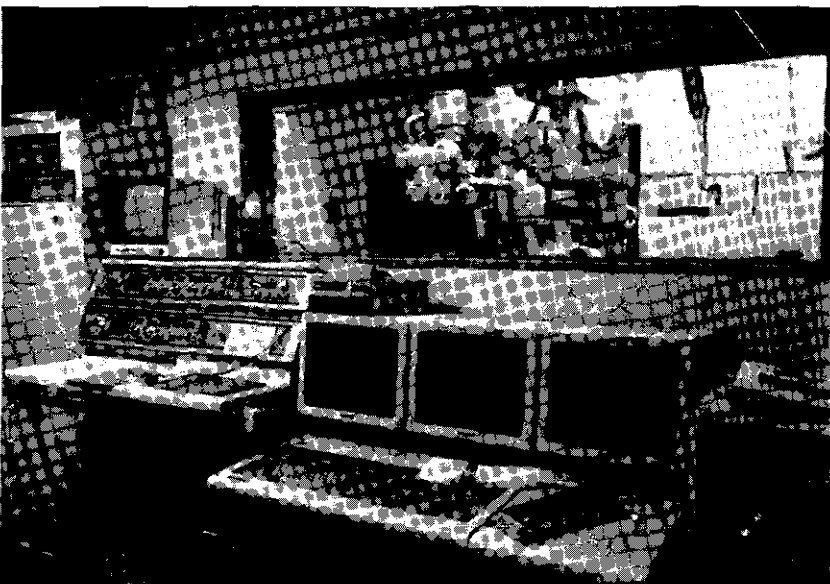
正面玄関

正面玄関を入ったところに総合案内所があり、来院された方のご案内のほか、初心者に対して受診相談等、安心して受診出来るように心掛けている。



外来診療受付はゆったりとしたスペースをとり予約制を導入し、患者の便を計っている。

血管造影撮影装置・最新のマイクロ
ロセッサ技術と、パワーエレクトロニク
ス技術を導入したコンピュータ制御X線
高電圧装置が設置されている。



本館病棟の構造は十字型、
別館病棟はS字型構造になっ
ており、1看護単位を50床とし、
病室又は面会等の管理をスム
ースにするため、ナース・ス
テーションは病棟入口に位置
している。



手術室は安全、確実な手術が遂行されるのに
必要なあらゆる機能、設備を有した手術室が
全部で12室ある。

理工学領域の著しい発展に伴い、新しい癌
の治療法として今、最も注目を浴びている温
熱療法装置。



医療器材室

病歴室には創立以来のカルテが管理されている。



病院裏庭は遊歩道になっており、医学教育、研究と診療の殿堂として充実した環境の中に自然も色濃く残している。

写真提供：
聖マリアンナ医科大学
病院

〔図面は本誌の別掲を
ご参照ください。〕



年 頭 所 感

—今年は誇りと自信をもって進もう—

諸 橋 芳 夫*

新年おめでとうございます。

日本の健康水準は平均寿命、乳児死亡率、訂正死亡率の何れをみても世界第一位となった。戦前、人生50年と言われたのが、今や80年と言われる時代となった。

こうなったのは、医学医術の進歩、薬学の進歩、公衆衛生の進展、国民皆保険制度、国民の生活水準の向上等によることは言うまでもない。さらに忘れてはならないのは、われわれ医療従事者の絶ゆまざる努力、協力があつたことである。これがあつたからこそ、日本は諸外国に比し少ない医療費(対GNP比アメリカの1/2以下)で今日の成果を得たものと思う。諸外国に、日本に学べとの声がある所以でもある。

医療費が年1兆円も増加し、国家財政がもたないかの如く厚生省は発表するが、この数年間、国民医療費の中での国の負担額をみても、4兆3千億円と横ばいであり、昭和58年度より千数百億円も減っている。従つて、その負担割合は昭和60年度は27.1%と、58年度より3.5%も減っている。

国民医療総合対策本部の中間報告でも、厚生省は老人医療の今後のあり方、長期入院の是正、患者サービスの向上などの項目を掲げ、量よりも質の時代だと言つて医療費抑制を図らんとしている。

我が国の平均在院日数は、急性病院、慢性病院の区別のないこと、中間施設、老人ホーム等の不足、マンパワーの極めて少ないこともあつて、欧米諸国に比して2～5倍と長い。しかしながら、人口に対する入院割合は半分以下であり、1日当りの入院医療費は、アメリカは我が国の9倍、フランスは6倍、西ドイツは4倍と高い。従つて、在院日数に1日当りの医療費をかけて計算すれば、我が国が一番安いことになる。

医療費の高騰は世界の趨勢である。その理由は人口の高齢化、医学医術の進歩、新薬の開発、疾病構造の変化、国民の生活水準の向上からくるよりよき医療サービスへの要望、医療従事者の増、医療

*もろはし よしお (財)日本病院会会長・総合病院国保旭中央病院院長

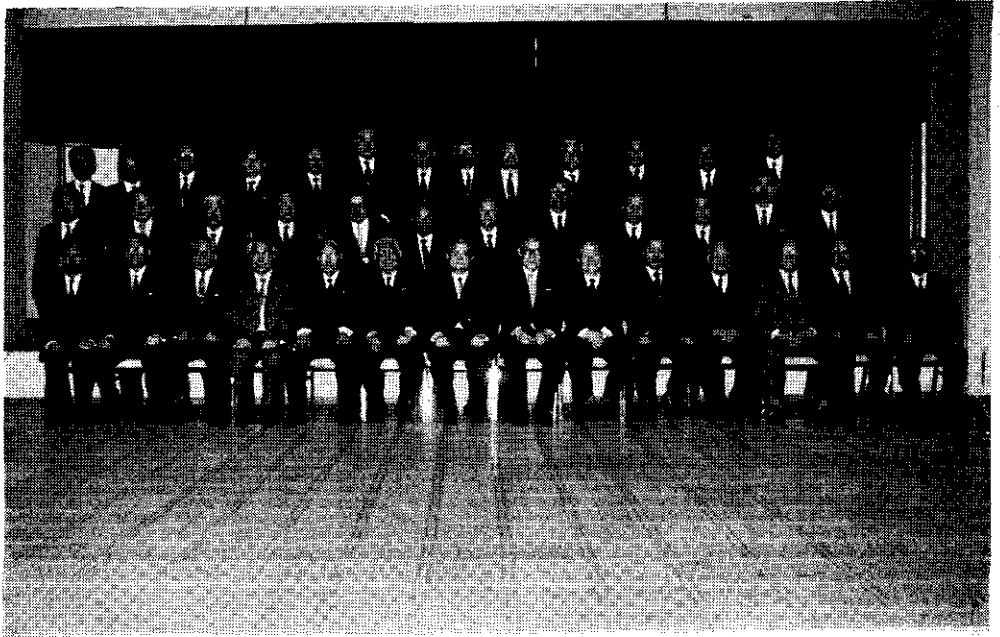
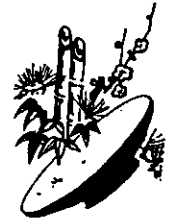
施設病床の増等によるものである。政府は年1兆円増の医療費を強力に抑えんとして更に病床の抑制、医学部入学定員減、自己負担の強化、薬価の切り下げ、老人保健施設の新設、審査の強化、法の厳守など次々と手を打ってきている。

これではと、会員の中には今にも自分の病院が破滅するかの如く心配する者もあるようだが、人間、生活するからには、生れる者も、病気になる人、怪我をする人、死ぬ人、健康増進を図る人、多種多様、沢山の人があり、われわれ病院（医療費の中の65%は病院、診療所は35%）を必要としている現実を直視すれば、われわれの将来を心配することはない。事実、この数年間をみても、病院の破産は年に0.1%に過ぎない。それも放漫経営によるものである。

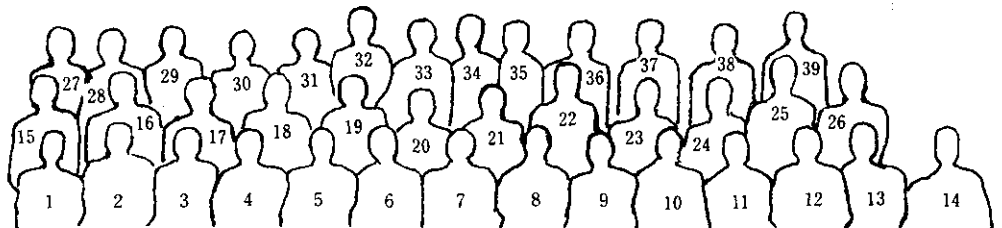
人の生命は何よりも重く、地球よりも重い、と言われている。経済企画庁による昭和62年度国民生活選考度調査結果では、生活の上で重要視している領域の第一位に、健康の増進、病気の予防、医療施設やサービスの整備、充実などを内容とした「医療と保健」をあげている。政府は金がないからやらないということではなく、金がないなら知恵を出したらよい。かつて田中角栄元総理が、戦後、道路をよくするのにガソリンに税金をかけ、目的税としてこの財源で日本国内の道路を整備した。有料道路も沢山作った。竹下新総理は就任後の初記者会見で、「高齢化社会を考えた場合に、安定財源として、新型間接税を福祉目的税導入の方向で検討する」と発言された。誠心的を射た発言だと思う。新内閣の医療福祉政策に期待すると共に、われわれは国民の健康を守ることにもっと誇りと自信をもって、団結を強化し正道を歩んで進もう。



謹 賀 新 年



(社)日本病院会役員(昭和62年11月28日撮影)



- | | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| 1. 行 天 良 雄 参 与 | 11. 岡 本 隆 一 常 任 理 事 | 21. 丹 野 清 喜 常 任 理 事 | 31. 崖 節 也 理 事 |
| 2. 河 井 博 代 議 員 会 副 議 長 | 12. 岡 山 義 雄 常 任 理 事 | 22. 登 内 真 常 任 理 事 | 32. 牧 野 永 城 理 事 |
| 3. 財 津 晃 代 議 員 会 議 長 | 13. 二 本 杉 皎 常 任 理 事 | 23. 大 道 學 常 任 理 事 | 33. 須 原 邦 和 理 事 |
| 4. 竹 本 吉 夫 副 会 長 | 14. 遠 藤 香 苗 理 事 | 24. 中 山 耕 作 常 任 理 事 | 34. 伊 藤 研 理 事 |
| 5. 小 野 肇 理 事 | 15. 中 後 勝 理 事 | 25. 高 橋 政 祺 委 員 長 | 35. 加 納 繁 美 理 事 |
| 6. 河 野 稔 副 会 長 | 16. 南 溢 理 事 | 26. 平 野 一 彌 常 任 理 事 | 36. 西 能 正 一 郎 常 任 理 事 |
| 7. 諸 橋 芳 夫 会 長 | 17. 後 藤 保 郎 理 事 | 27. 廣 田 耕 三 常 任 理 事 | 37. 岡 崎 通 常 任 理 事 |
| 8. 左 奈 田 幸 夫 顧 問 | 18. 石 田 礼 二 理 事 | 28. 岩 永 光 治 理 事 | 38. 近 藤 慶 二 常 任 理 事 |
| 9. 若 月 俊 一 副 会 長 | 19. 藤 掛 敏 理 事 | 29. 敏 塚 登 喜 郎 理 事 | 39. 河 北 博 文 参 与 |
| 10. 有 澤 源 藏 副 会 長 | 20. 宮 崎 柏 常 任 理 事 | 30. 渡 辺 晃 理 事 | |

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準を保つことに努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

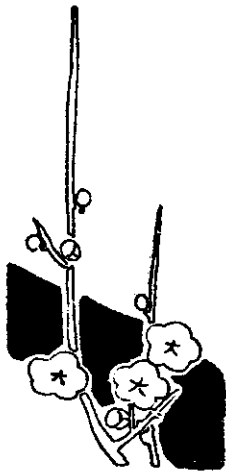
三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることにも努めるものとする。

一九八五年

社団法人 日本病院会



本年も、一層誌面の充実に努めます。
よろしくご支援・ご協力、またご愛読
のほどお願い申し上げます。



学術委員 岡崎 通(学術委員長) 中山 耕作(学術副委員) 長 北原 哲夫(雑誌編集委員長)
一条 勝夫(雑誌編集副委員長) 高橋 政祺 三宅 浩之 山本 修 岩渕 勉

〔協力委員〕 安藤 秀雄 中野 隆男 石山 稔 瀬川 篤宏 稲垣 武 大久保和恵
垣花 満 長谷川秀子 倍賞玉之助 伝法 健 虎渡 勇二 井上加代子
上原みどり 渡邊 進(相談役)

(事務局担当) 清川 陽一

講演

医療と政治

参議院議員 宮崎秀樹

はじめに

ただいま太田元次先生から、過分なるご紹介を賜りました参議院議員の宮崎秀樹でございます。

本日は、日本病院会の病院長・幹部職員セミナーにお招きいただきましたことを心から御礼申し上げる次第でございます。また平素は諸橋会長先生はじめ、日本病院会の諸先生方に大変お世話になっておるわけでございます。また昨年の7月6日の衆参同日選挙におきましては皆様方の温かいご支援によりまして、国政の場へ出させていだいたわけでございます。ここに改めて御礼申し上げる次第でございます。

早いもので、それからもう1年1カ月が、あっという間に経ったわけでございます。私が当選させていただきまして、まず最初に、老健法にぶつかったわけでございます。それから続きまして、税制調査会いわゆる事業税の問題等につかりました。そして、また年が明けまして、すぐエイズの問題で、私は3月14日から9日間、自由民主党の調査団といたしまして訪欧し、イギリス、フランス、西ドイツへ派遣されて行ってまいったわけでございます。

そして、またエイズから帰って来た途端に、私の机の上に、介護福祉士、社会福祉士、臨床工学技師法案、それからもう一つ、義肢装具士法案こういう法案がのっかっていてございます。これでまた私、一悶着をそこで起こしたわけでございます。

そしてまた、昨今は国民医療総合対策本部、厚生省のいわゆる中間報告というものが出たわけでございます。まことに休む暇ない、この医療界

の動きというものは目まぐるしいわけでございます。私は、たった1年1カ月ではございますけれども、まさにこの医療がどんどん変革していくという中で、皆様方の代表として、微力ではあります。どのくらいの仕事ができたと、今、内心忸怩たるものがあるわけでございますけれども、今日はその一端をご披露申し上げまして、今日の大変高邁な題でございます。「医療と政治」に取り組んでみたいと存じます。

日本の医療の歴史

まず最初に、今までの日本の歴史的背景を見ますと、明治7年に医政第76条ができたわけでございます。

その後、長与専斎によりまして、この医療に関しましては当時、日本の医療は英国に範をとるべきか、ドイツにこの範をとるべきか、という選択が迫られたわけでございます。そのときに、やはり日本はドイツにその範をとったわけでございます。そして明治維新外国の文化が日本に流れ込んでまいりました。追いつけ、追い越せということで、日本人は勤勉でございますので、一生懸命やりました。やはりその中で、医療制度というものが徐々に確立されたわけでございます。そのように、政治と医療というものは必ず密着をして、現在まできております。

そして、その次のもう一つの節目が、例の太平洋戦争でございます。日支事変が起きて、そして日本は帝国主義、軍国主義を歩んだわけでございます。陸海軍の病院ができて、軍医さんが養成されたわけでございます。そして、次に敗戦という憂き目を見まして、ここでやはり日本は、医療というものが基本から考え直され

て、アメリカの医療が入ってきたわけでございます。

私どもが大学へ入ったころは、まだ内科診断学はドイツ語でございました。今はもうほとんどドイツ語を使っているところはないと思います。そのように制度によって変わってまいります。そして昭和36年には、国民皆保険になったわけでございます。そして今、世界で一番の長寿国に生まれ変わってきました。そういう背景を見ましても、国家の運命とともに、この医療制度は変わってきております。

現実政治の状況

私が、国会議員になりました、この国政に出させていただきまして、まず感じましたのは、日本は三権分立でございます。司法権、行政権、立法権というようなのがございます。やはり法律というものの中で我々は、この医療を行っているわけでございます、——大きな法律の中で縛られる。例えば、今日は病院関係でございますので、最近出ました例の病院の消防設備の問題、スプリンクラーでございます。このこと一つをとりましたが、やはりそういう法の中で決められていく。それは誰が作るのかと申しますと、その法によりましてもいろいろ程度がございます。一つの例を今とりましたけども、この消防法の改定は政令で決められます。政令というのは、これは閣議決定でございます。閣議で決めたものが発令されて指導される。それを実行しないときには、勧告があって命令が下されるわけでございます。県知事の命令に従わないと、今度は罰則規定がございます。懲役6カ月ないし罰金20万円と、こういうのがこのスプリンクラーに課せられた罰則でございます。そして、それを守らないと営業停止というようなことも、これは病院でございますから、業務停止でございますが。そして、そこに万が一火災が発生いたしますと、傷害致死傷ということで、これは重い刑法が適用される。こういうようなことになっております。

一つをとりましたが、そういうことでございますが、これは“閣議決定”という言葉が出ましたけども、今の現状の国会を見ますと、話は飛び

ますが、18日からの動きから正常になったわけでございますが、これも例の減税1兆3,000億円。そしてマル優廃止ということで、閣議決定いたしましたものが、これがなんと面白いことに、幹事長・書記長会談によって、くるっとひっくり返されたわけでございます。そこで今度は、1兆5,000億円の減税。それから財形貯蓄の非課税化というような取り引きがありまして、18日から今度は動き出すと、閣議決定よりも幹事長・書記長会談の方が優先するということになるわけでございます。

我々自由民主党の党员といたしましては、これはおかしいぞということで、昨日議員総会をやりまして、これに対しては大分クレームが出たわけでございます。それはそのはずでございまして、閣議決定を幹事長・書事長がひっくり返すということになりますと、政府は要らなくなるわけでございます。理屈から言うとそういうことでございます。もしひっくり返すのなら、国会の審議の中で、これはやはりやるべきであるということでございます。で、ございますので、政治というものはそのときどきによって、いろんなことで変わってしまうというのが、今の日本の状況でございます。そのような余談もございますが、今日は時間も限られておりますので、早速スライドの方へ入りたいと思います。

大変、お食事の後、眠気がさすかと思っておりますが、なるべく、ささないように絵など入れてありますので、ひとつ、できるだけご清聴を願いたいと思います。スライドをお願いいたします（スライドは略以下同じ）。

国会議事堂の内部と自民党本部

これが、まず国会議事堂の右と左にこういう玄関がございます。正面に向かって。中央の玄関から左側で、これが出欠表示板で全部ボタンを押しまして我々が入るわけでございます。入口が5カ所ありまして、ここのボタンを押すと全部に、今日は議員が登院しているということがわかるわけでございます。この出欠は全部チェックされております。

これは正面玄関を上がっていく階段で、当選し

たとき1回しか上がられません。ですから、じゅうたんが非常にきれいでございます。天皇陛下がここをお通りになるわけでございます。

これは正面のホールでございます、ここに4つ銅像が建っております。これは大隈重信に、伊藤博文、板垣退助と、ここに一つ空いてまして、ここに誰が上るか、みんな自分が上ると思ってるようでございます。この真ん中のホールが大理石でできておりまして、これ15cmの厚さのある大理石の模様で、金太郎飴みたいなもので、どこを切っても模様が出てくるとこういうふうにできておるんです。

これが昭和11年に出来たものでございます。もう50年たっております。これは天皇の玉座でございます。お休みになるところ、これは天皇陛下お1人しか入れない。皇后陛下も入れないというふうでございます。ここにある椅子が桜の木の一刀彫でございます。ですから止め具も何も使っていない。1本の太い幹からくり抜いてつくってある。これは純金の時高で、いま100億円かかる。こういうことだそうでございます。

これは開会式で参議院の方は天皇の玉座があります。衆議院にはございません。これは閣僚が真ん中におりまして、左側が衆議院、右側が参議院でございます。共産党は1人も入ってまいりませんので、なんとかみんな入ると、こういうことでございます。

これは議席でございます、出席した人はみんな議席札を立てるわけです。そうするとこの下に投票箱がございます。この中に投票用の木札が入っている。ですから出席しない人は、ここを開けることができないと、こうなっております。これは例の万歳の西川きよしさん。私はその隣りでございます。この間山口から補欠が1人出まして、この隣りがもう1つ埋まりましたけども、西川さんは大変目が大きいからよく見えるだろうと言ったら、なかなか国会というところは難しくてよく見えないと言っておりました。大変勉強家でございます、まじめに彼は出ております。

これは自由民主党の本部の図でございます。ここに政務調査会というのがあります。この下に社会部会、労働部会、それから内閣部会いろんな部

会がございます。ここが自由民主党の政策をするすべての中枢でございます。そのほかに国民生活局とか、いろいろとこちらの方でございます。これが政策をする唯一のところでございます。ここへ各法案、それから各省庁の官僚が全部出席いたします。大体、朝の8時か8時半に始まります。そこでほとんど法案をかんかんがくがく、大激論で飛ばしてここでやるわけでございます。そういうことになっております。これは野党の方はそういうことございませんので、やはり自由民主党でないと意見が反映されないというのはここにあるわけでございます。

これは各種議員連盟です。300以上ございます。これ全部会費取られますと毎月100万円ぐらい要ります。大体4~50は皆さん義理で入っているようです。いろんな議員連盟がございます、例えばがん撲滅議員連盟に始まり、日韓とか、日米議員連盟、それからスポーツの議員連盟、バイオテクノロジーの議員いろいろございます。

法律のできるまで

法案を作成する準備をいたしますと、省庁は根回しを始めます。そして審議会をつくりまして、審議会でいろいろ諮問させます。これは隠れミノでございますけども、そしてどんどん進んでいきます。ある程度進んだところで、もうここまできますと、内閣の方へ全部法制局の審査までいっちゃっています。そして省議にかけて、かかったものを初めて自由民主党の部会へ出していきます。例えばこの前の老健法は社会部会です。ですから、ここまできると大体設計図は出来上がっている。家に例えますと、コンクリートの下打ちは打ち上がったものを出してくる。

ですから、われわれは、どうしても社会部会へ出るずっと前の段階でその情報をキャッチして、いろいろなことをつぶしにかからなければいけない。ですから今、国民医療総合対策本部の問題も、ある程度ここら辺まできちゃっているわけです。あれがある程度予算化されて、63年度の概算要求に盛り込まれますと、つぶすのは大変でございます。でございますので、私どもは早くキャッチしまして、とにかくわれわれの意見というもの

を、たたき込んでいかなければいけない。これを通りますと、もう政策審議会、そして総務会、国会対策委員会上へ行きますと、閣議に入ってしまう。そして閣議決定されますと、内閣参事会を通じて国会提出とここまで行ってしまふ。ここまで行ったものは、ほとんど外装工事が終わっているということでございますので、これをつぶすのは大変だということでございます。

提出されてしまいますと、これは衆議院へ行ってお経読みというのが始まります。“お経読み”というのは趣旨説明のことです。例えばこの間、精神衛生法がお経読みをしました。これは厚生大臣がそこで趣旨説明しちゃう。趣旨説明したものについて討論が行われますが、これはほんの儀礼的なものでございます。そして、その下にありますいわゆる委員会に、例えば社会労働委員会にこれが付託されます。そして委員会でもた趣旨説明があって、そこで審議をして、そして採決をして、また衆議院へ戻します。それで衆議院でもた採決をして、可決をして、これを参議院へ送ってくる。参議院ではまた同じことを繰り返して、参議院の場合はこうやって委員会を開いて、またそこで可決してまた本会議を開くということでございます。もし参議院で一部修正がございまして、修正した部分については、今度衆議院の同意を得ます。そして差し戻します。そして、それが最終的に奏上されまして公布される。こういう順序になっております。でございまして非常にややこしいんですが、衆議院で1回本会議にかけて、そして委員会にかけてまた本会議に戻して、それからまた参議院の本会議にかけて、それから委員会へかけてまた委員会から本会議にかけてと、こういう順序を踏むわけでございます。

国会の各種委員会について

これは参議院、衆議院でもそうでございますが、この委員会がいっぱいございます。内閣委員会とか、地方行政委員会とか、それから法務委員会、外務委員会、大蔵委員会、文教委員会、社会労働委員会、それから農林水産ずっとございまして、予算委員会、決算委員会がございまして。そのほかに環境特別委員会、それから国民生活調査

会、災害特別委員会、こういう特別委員会が8つございます。

普通、国会議員はこの常任委員に2つ、そして特別委員会に1つ所属することができるわけでございます。そして予算委員会と決算委員会だけは、これは総理大臣以下全大臣を呼びつけられます。やはり人気がこの予算委員会と決算委員会は高いわけでございます。私も新人はその予算委員会がテレビで放映されるものですから、人気が高くてなかなか入れない。私、決算委員会に所属させていただいておりますけれども、それと社会労働委員会と常任委員会2つ、それから環境特別委員会へ所属しております。なかなか社会労働委員会も最近、今、国の予算が54兆円で、社会保障費がそのうちの約5分の1、10兆円でございますので、こういう予算のうんとつくところには人気がありまして、非常に入るのに大変で、派閥から何人とか、当選回数から何人とか、いろいろ制約がございまして。そういうことで与党・野党の割り振りというのがございまして、なかなか入るのもいろいろ頼み込んだりなんかして大変でございますが、私はこの社会労働委員会に入らなければ意味がないので、どうしてもということで、これはそこに所属させてもらっておるわけでございます。

議事堂の隣りに別館がございまして、ここで社会労働委員会が参議院の場合開かれます。これは私が社会労働委員会で質問しているところでございます。斉藤厚生大臣がここにおります。これは各局長クラス、そして課長クラスが全部こっちにおるわけです。これは斉藤厚生大臣、これは仲村保健医療局長、皆さんここにいて、わからないと後ろから紙がどんどん出てくるというふうになっています。

医療法および諸法について

これは医療法および諸法でございますが、われわれがどんなふうに今法律の中で動いているかと言いますと、医療法に始まって、もちろん健康保険とか、災害保障とかいろいろございまして。それから災害救助法、消防法がございまして。建築基準法、それから法人税法、商法、所得税法、医師法

いろいろな法律の中で病院も診療所もやっている。そして、その医業経営の中には、行政型、慈善型、自営型、直営型、営利型、私は徳州会はこれじゃないかというふうに思っておりますけども、普通は営利型はないんでございます。その中に医療制度があって、医療圏があって、地域医療計画がある。こういうような中でわれわれは動いているということでございます。

健康保険制度につきましてもですね、すごい保険の種類がございまして。これは船員保険法から日雇労働者健康保険法までとにかくいろんな法律があって、今日は幹部職員の皆さま方大勢でございますから、これはいろんなのがあることはご存じでございましょう。それから公費負担医療制度というのがございまして。これも公費負担というものは一体何だということで、結核予防法から生活保護法、それから戦傷病者特別保護法、みんな法律の中で身体障害者福祉法から児童福祉法というような、原子爆弾から始まっているいろんなものが公費負担でございまして。これも皆様方ご存じだと思います。

医療に関する最近の課題

医療に関する最近の課題でございまして。まず健康政策局関係、これは厚生省の局の関係で上げました。1番目が医療計画でございまして。これは今かけ込み増床等でいろいろ問題になっております。それから第二次の医療法の改正でございまして。これは病院・診療所の問題がございまして。今は19床という一つの枠で、それ以下を診療所、それ以上を病院と区分けしておりますが、この辺の問題……。

それからもう一つは老人保健施設の位置づけの問題、これはやはり第二次医療法の改正の中で、それから3番目に家庭医の問題、これに関しましては、もうすでに家庭医に関する答申等が出ておりますけども、日本医師会等やはりこれは認めてないという方向で、これをわれわれは今注目をしておるところでございまして。

売上税に関しましては、先般流れましたけども、しかし、今度の税法が通った後で絶対に財源が足りません。そうすると何かで増税しなければ

ならない。やはり間接税が次の段階で入ってまいります。われわれも税制の問題では、医療に関しての今度は売上税に代わる間接税というものに対して、今から考えておかなければならないというわけでございまして。それから5番目が医師数の問題でございまして。やはり医師数は私もこの間の決算委員会で質問したのでございまして、やはりこれは今から削減していかないと大変なことになる。あふれてしまうということでございまして。それから次は医療従事者等の問題がございまして。

次は、医療経営の近代化の問題でございまして。それからもう一つは先程言った新たな医療関係職種の資格制度でございまして。健康政策局関係ではエイズでございまして。そして精神衛生法、老人保健施設また、国立病院・療養所の再編成、統合がございまして。保健局関係では医療保険制度の一元化、診療報酬、薬価基準という問題がございまして。

国民医療費について

それから先程言った医療費の最近の関係でございまして。昭和62年度でございまして、国民医療費は約18兆1,000億円、それからそのときの老人医療費は4兆8,000億円、そして老人医療費のこの国民医療費に対する割合ですが27%、国民医療費の国民所得比は6.5%でございまして。ところが昭和65年度になりますと、国民医療費は22兆円になるだろうという推計でございまして。そのときの老人医療費は6兆3,000億円、そしてその割合は29%である。国民医療費の国民所得比は7%ぐらいだろう。そして昭和75年になりますと、国民医療費は44兆6,000億円になると、そして老人医療費は16兆5,000億円、老人医療費とのこの割合は37%、国民医療費の国民所得比9%程度になるということでございます。

今54兆円が国家予算でございまして、44兆6,000億円という国民医療費にもなったとするとですね。これは大変なことになるわけでございまして。やはり国民医療費の国民所得比は7%以下に抑えないと、これはなかなか大変なことだというのが、世界的な通説でございまして、これからの医療費の増高を考えまして、われわれはこれ

に今から対応していく対策を立てなければならぬ、というわけでございますが、国もこれに関しましては、全然対応を今からやっていないようでございます。先般私、総理に直接お会いいたしまして、この話をいたしました。また宮沢大蔵大臣も私の先輩ということでございますので、宮沢さんにも話をし、何とか今から考えてくれという話は、陳情しておるわけでございます。

医療費の国庫負担

これはちょっと見にくいですが、結局ですね、これ医療費の国庫負担でございます。しかし、こんなになっている状況の中でも、国の負担というのは一体どうだと言いますと、ずっと4兆3,000億円でございます。非常に少ないんでございます。昭和59年4.3兆円でございます。それから60年も4.3兆円、64年が4.4兆円、そして62年は4.3兆円ですから、医療費がどんどん伸びていっても、国の負担だけは増えていない。しかし、GNPは昭和59年に303兆円だったものが、62年には350兆円になっている。ですからこの国民総生産、GNP比をみますると1.2%で、逆に減ってきているわけでございます。国の負担というものはGNPの割合からみますと、逆に減ってきている。国が負担できる能力がもっとあるわけでございます。にもかかわりませず、この辺のところを考えていない。そして先般の第108国会におきましては、政府管掌保険の黒字1,350億円を一般会計に繰り入れる法案を通しておるわけでございます。そういうお金が余っている。今の医療費を1%上げると、国の負担は約400億円で済むわけでございます。でございますので、国の財源は私はまだ余裕があるというふうに見ておるわけでございます。

精神衛生法・厚生年金保険法等の法案の成立について

これは、この間から108国会と、それから今度の国会に出ている法案のまとめでございます。先般出たのがこの精神衛生法の一部を改正する法律案でございますが、これは流れたわけでございます。それで継続審議でこの間お経読みがあったわけです。これに関しまして、ある日突然、社会

部会の中の精神衛生法特別小委員会というところで、初めて法案を見ました。これはおかしいということで、日本精神病院協会の先生方と接触したうえで、厚生省の小林精神衛生課長を呼びまして、これはだめだということで、全国のご意見をいただきまして、これは閣議決定された後の話でございますが、今ひっくり返しにかかっておるわけでございます。大変難しいわけでございますが、これもこのお盆明けに小沢辰男前厚生大臣を始め戸沢委員長等々、われわれ集まりまして、これの修正につきまして、対応を日本医師会を交じえまして、日精協の先生方と修正をどこでしようかと、恐らく参議院の私のところへ来るんではないかと思っておりますけれども、そういう対応を今やっております。前に1回そういう会合を開きまして、これで2回目でございますけれども、これもやはり政治力でございます。やはり政治の場がなければ、こういうこともどんどん進められてしまうという例でございます。

それから、外国医師また外国歯科医師が行う臨床修練にかかわる、医師法第17条及び歯科医師法第17条の特例等に関する法律案、これは第108国会で可決されて通りました。これはどういうことかと申しますと、外国から来ている医師が日本の病院で研修するときに、例えば手術のときに助手ができないわけでございます。しかし、指導医の下で手術ができると、助手ができるということでございます。しかし、その指導医が全責任を負うということでございます。その人たちが日本で開業がなかなかできないように、これは年限を設けております。それである程度の一定年限において修得させるという、こういう法律でございます。これは通りました。

次に、厚生年金保険法等の一部を改正する法律案。これはもう7～8回毎回出て、毎回流れております。これはどういう法律案かと申しますと、都道府県において、地方事務官が処理している社会保険関係事務を原則として、国において処理するというわけでございます。これも社会部会に毎回出てまいります。私はいつも反対論をぶちます。しかし、ほかの議員の先生方は賛成だから、やれとこう言う。今まで都道府県の中の民生部の保険

課、厚生省からの直接の国家公務員の課長さんが来ております。その中でやってる仕事を、統轄地方社会保険事務所というものを地方の都道府県ごとに作って、厚生大臣の直轄下に置くということでございます。ですから、今まで保険のトラブルは、この県の保険課長さん、ですからその上は知事でございます。知事との話し合いで、各都道府県で話がついたわけです。ところが、今度はもう厚生省へ直接に持っていかなきゃだめだ、という法案でございます。

これは関連としまして、運輸省とそれから労働省、職安関係。あとは陸運局関係でこういうのがございます。しかし、関連法案として全部流しておるわけでございます。私どもは、厚生大臣というものは罷免できません。しかし知事は、選挙で罷免できるわけでございます。その辺が、もう基本的に違う。

それから、やはり県の段階、都道府県の段階で話し合いができなくなってしまう。それは非常に困るという問題がございます。そういうことで、これは反対しております。今回も、ほとんど99%流れるということではないかと思えます。それから福祉医療関係等の比較に関する——これは検討中のものとありますけれど、これは先般通りしました。これは介護福祉士と社会福祉士関係の法案でございます。これが通りました。それからエイズ。今回、エイズも出しておりますけれども、これも恐らく流れるということで、今回はこれは無理だと思います。

ところでもう一つ、公害の健康被害補償法でございます。これは公健法でございます。今回出ておりますけれども、継続になる可能性が強いわけでございます。公害指定地域の患者さんを、これからはもう認定しないと。しかし、今までの人たちは認定するけれど、企業等の拠出金によって、面倒を見ていこうということでございます。これは硫化酸化物と窒素酸化物の問題にしまして、もう硫化酸化物というものはなくなったんだということで、これを処理したわけでございます。しかし、自動車の廃ガス等による窒素酸化物に対しては、いろいろ問題があるということで、議論が百出したわけでございますけれども、しかし公害とい

うものに関しましては、一応、ここで一区切りするんだということで、こういう法案が出たわけでございます。医師会は、ここだけの話ですけども、公害医療費の単価を上げるということで、この法案は認めるというような意向があるやに伺っておりますが、これは恐らく今回流れるという予定でございます。

それから、医療保険制度の一元化でございます。これは昭和58年に日本医師会と自由民主党との間で、合意7項目というものを交わしております。その第1番目に、5年後に医療保険制度の一本化を図るということをやっております。しかし、先般の老健法のとときに、組合保険の拠出金の按分率にしまして、昭和62年度、64年度の間は90%にすると、そして100%にするのは昭和65年度からということになっております。そうしますと、組合保険の財政が逼迫してこない限りは、もうなかなか難しい相談でございます。ですから、まず一元化をして、それから一本化を図ろうということで、前段階の一元化に関しましても、この三師会は賛成でございますが、健保連、日経連、同盟はそれぞれの立場で反対をしております。

財源について

でございますので、私は財源ということをまず考える中で、例えば、今度の国民医療総合対策本部の中間報告でございますけれども、まず、この財政の問題を取り上げるべきであると。そして、しかる後に、その出るものを制する抑制というようなことに話が自然になるのはこれはいいけれども、逆でございます。とにかく、出るものを全部制するんだということで、カットするということでは納得いかないわけでございます。この前の第1回目の今年になりまして、これは63年度の概算要求という第1回目の社会部会の会合のときに、官房長から厚生省の話がございました。63年度も7,000億円予算が足りない、そのうちの4,000億円は厚生年金の繰り延べ金で賄うと。残ったのは3,000億円だということでございます。それで、私はすぐ手を挙げまして、これは毎回厚生省のおっしゃることは、その3,000億円は医療費の適正化で捻出するということを必ず言う。

しかし、それはおかしいんだと。適正化というものは、我々は学問的な裏づけをもってきちっと診療をしておると。しかし、あなた方は、ある目的の金額を決めて、それをレセプトの点検、そして監査を強行をして、それを捻出するということは、これはまさに悪代官的な発想であると。そういうこと自体が、もう極めておかしいんで、そういう適正化ということをやが一にも、言うようなことがあってはならない、というふうに釘をさしたわけでございますが、そういうことで、この問題は大変難しいということでございます。

医療職種に関する法案

一特に介護福祉士に関する一

それから先程言った医療職種に関する法案でございます。臨床工学技師法案は第108国会で通過いたしました。前の国会でございます。それから、義肢装具士法案これも通過いたしました。それから社会福祉士及び介護福祉士法案でございます。これも通ったわけでございます。これは先程、私が申し上げましたように、ある日突然これが来まして、私は寝耳に水でございましたので、この介護福祉士についてはおかしいと。社会局長を呼びつけましたところ、「これは医療に関係ないと」こういうことでございます。ですから先生方には相談しないと。それじゃ逆に質問するけれども、「医療と福祉の線」どこからどこまでが福祉で、どこからどこまでが医療かという、それを一つ文章で書いて持ってこいと。例えば寝たきり老人がいて、そこに褥瘡ができてたと、そういう人はじゃどこで診るんだと。これは福祉か医療かと、線が引けるかと。そこで彼らは困ったわけでございます。

そして、これにつきましても、最終的には、私が新幹線で東京駅に着いたのが夜の10時でございます。ホームに、社会福祉協議会それから厚生省の人たちが待っておりまして、私は赤坂へ連れて行かれました、私はもう話すことは全くないと。明日の朝8時半からの社会部会では机をひっくり返しても通さぬぞと、これはもう絶対認めないと。認めないわけは、我々の後ろには多くの会員がいるんだと、この会員に説明できないようなことは、のむわけにはいかないと。その前に厚生大

臣から、私のところに2回ばかり電話がありまして、何とかしてくれと。で、「何ともできないんだと、これは」厚生大臣が言おうが、総理大臣が言おうが、私はこれは通せないんだと。ちゃんとした理由を、皆に説明できる理由を一つつけてくれなきゃだめだと。で、最終的に夜中の1時ぐらいになりまして、40人ぐらいまだ厚生省の人たちは残っておりまして、「そこまで言って、君たちが頭を下げぬのなら、こっちの条件をのめ」ということで、この介護福祉に関しましては、特別養護老人ホーム、中間施設いわゆる老人保健施設等に配置することを義務づけないと。

それから二番目は、この養成に関しては、もう我々の意見を全部入れろと。特に学術団体、いわゆる医療学術団体等で養成することが、最も好ましいんだということを認めると。

それから三番目は、今後、福祉に関する問題は一切この医系議員、それから医療団体の意見を前もって取り入れると。そして公印を押して持ってこいと。それならば仕方ないと、ただし、明日の社会部会では言わせてもらうよ、ということで、私と話がついたのがもう夜中でございます。

国民医療総合対策中間報告の問題について

しかし、このようにやらないと、この法案というものは、どんどんと一人歩きしていってしまうということでございます。そして、やはり党の中でいろいろございまして、先程も幹部の先生方にお話ししたんですが、この国民医療総合対策中間報告の問題も、これから私、お話しいたしますけれども、この経緯は、まず最初に、やっているなどということは私どもも感づいておりました。そしてときどき、厚生省のお役人を呼んで何を話してるんだと聞きました。

例えば、入退院の問題は細かい問題ですが、土曜日に入院するのはおかしいんだと。翌日日曜日で、当直医しかいないんだと。当直の先生だけが居るのに、ただでめしを食わせて入れるというのはもったいないと。それから、月曜日に退院するのはおかしいんだと、なぜかという、日曜日に何もしないで入れとくというのはもったいないんだと。そういう議論まで、実はやっていたわけで

ございます。私はばかなことを言うなど。これは検査等いろいろなことがあって、そういう日にちに決定される。しかも、患者と医師と家族と、これで入退院を話して決めていくと。入退院判定委員会なるものを作って、第三者が介入して最終的な責任は誰が持つんだと。管理者である病院の院長ではないかと。そういう委員会がもし決めたことで、万が一にトラブルが起こったときの責任者は誰なんだと。そういう問題、細かい問題等を話し合ったわけでございます。

しかし、ある日突然、読売新聞にすっぱ抜かれて、全部出たわけでございます。それで、我々医系議員は怒ったわけでございます。官房長に電話を入れまして、とにかく、この新聞に出ているのは何だと申しましたところ、いや厚生省は知らないと、ああそうかと。知らなければ、今度本当に正式に出たものと、これが同じであったときに、これは責任とるかと言ったら、しばらくして、「実はうちから漏れたんで、今、大慌てをしているんだと、これはどこからか漏れたんだか、これだけはわからない。」と、ある筋から取材して、読売新聞の記者にも連絡がついたわけでございます。これはやっぱりニュースソースはなかなか明かさないので、新聞記者は。そういうことで、厚生省から出たことは間違いございません。

そして、それから長尾総務審議官が、私の部屋へやってまいりました。そのときに、この内容を全部私は初めて見たわけです。逐条全部反対したわけです。それと同時に、日本医師会にも行っております。日本医師会の会長も、この文章はおかしいということを申しまして、これは改めさせるものは改めさせるということで、やったわけでございます。とにかく、読売新聞にすっぱ抜かれてから初めて出てきたと。

そして、まだおかしいのは7月21日に、参議院の予算委員会があったわけでございます。そのときに、社会党の安恒議員の質問に対して、もうこの内容に立ち入りまして、昭和63年、64年度において、家庭医の養成について実行をもう始めるんだと。2年の研修を卒業してから終えた医師を、更に2年か3年自治医科大学、それから家庭医研修センターでもって養成をしていくんだ、という

答弁をしておるわけでございます。

で、私は社会部会で、まずこれが出たときに、「とにかくおかしいと、これは」、我々自由民主党に一言の相談もなく、厚生省の密室で作ったものを、先に国会において、予算委員会で答弁して、しかも走り出しているということは、これはあたかも社会党と組んであなた方はやっていることではないかと。自由民主党現現であるということ、私は最初に言ったのです。

そして、この問題に関しては、医療基本問題調査会において徹底的にやると。その扱いに関しては、従来の扱いとは違うということで、厚生省だけで歩き出してはいけないと、これはもうストップだと。そういう扱いにしろということで、ほかの議員の先生方もこれには同調していただきました。そして先週、第2回目の医療基本問題調査会がございました。その前にもう一度ありました第1回目のときに、これは現実の話で、今日お話いたしますけども、私どもは大浜先生と私、それから長野祐也という鹿児島県選出の代議士でございます。これに関してやっておるわけでございます。そうすると、ある代議士が立ち上がって、「医者はまだ多いと言っているけども、もっともっと医者をどんどんつくれと。そして病院給食に関しても、もっとうまいものをメニューを作って、レストランみたいに何でもうまいものをどんどん食わしたらいいんだ。それから金もどんどん取れと。もうやりたいことをやったらいいんだ」と、こういう発言をしたわけです。

私どもは怒りまして、日本の医療制度が国民皆保険制度の中に立脚して今まで来た。この過去の歴史的背景を何にも知らない人が、そういう発言をしてしまう。そうすると、素人の議員の方で出てる方は、「はあ、そういう方法もあるな」と、極めて単純でございます。そこで、私は、その選出した代議士の医師会長に電話いたしました。歯科医師会の先生方も、歯科医師会長へ電話した。そして、とんでもないやつだと。しかし、なんと医師会が推薦している議員でございます。歯科医師会が推薦している議員でございます。それから私どもは、もう次は落とせと。私どもの部屋へ彼が翌日真青な顔をして来ました。「勘弁

してくれと、昨日はとんでもないことを言ってしまった。」こういう具合でございます。私は、「素人でわからない人は、いい加減なことを言ってもらっちゃ困ると。わからなければ我々のところへ来て聞いて、勉強してから発言しなさい。」と、「いや、よくわかりました」と。「県医師会長に、宮崎議員のところへ行って、指導を仰げと、こういうことでございますので、今後、よろしくご指導下さい。」と。まあこういうことになったわけでございますけれども、もう一つ一つをつぶしていかないと、だめでございます。

第2回医療基本問題調査会で激論を戦わす

先週つい3日前でございますが、第2回目の医療基本問題調査会がありました。そのとき、また私どもに食ってかかった議員があります。これは京都選出の議員であります。私はそのときに、その議員と真向から大げんかをしたわけでございます。いい加減なことを言うなど、私は患者を見て、そして患者さんのことを知ってるから言うんだと。あなたは患者さんを診たことがあるかと、知らないじゃないかと。知らないものが、いい加減なことを言うな、ということで、私は最終的に黙らしたわけでございますが、しかし非常に、そういう同じ国会の中でも、それは激論があるわけでございます。大浜先生も某国会議員とつかみ合いのけんか、それから私も某厚生大臣経験者とは本当にもうすさまじい激論をやりました。

そういうことで推し進めないで、今の医療はどんだん曲がって行ってしまうということでございます。ちょっとその辺のところをご披露申し上げたわけでございます。

介護福祉士について

介護福祉は一番関係がございます。そして、この介護福祉士というのは一体何んだと申しますと、高等学校卒業後2年で、この資格を与えます。そうしますと、今、准看制度というのがございます。これは中学卒業後2年でございます。そして介護福祉士の業務は何だと申しますと、『身体に障害のある者、精神に障害のある者の、食事、排泄、入浴の世話をする。』ということでございます。

ます。これだけで、一つの資格を与えるわけでございます。

そうしますと、私は、これは今、老人を家庭の中で面倒を見るときに、これはお嫁さんもやるわけですね、そういうことは。そうすると、1億総介護福祉士ということになるわけでございます。しかし、これは派出看護婦にかわる「派出介護福祉士会」というものができてくるわけでございます。そうすると、1日1回7,000円、8,000円というものを取るわけでございます。ですから、私は、特別養護老人ホームで働いていらっしゃる療母さん等が、こういう資格を持つということであるということに対しては、別に抵抗はございませんけれども。

それから、もう一つは准看護婦の外堀を埋めていくという一つの方法も、これででき上がるわけでございます。その辺のところもいろいろな兼ね合いがございます。そういう意味では今後、これのカリキュラムについて、今、私は相談を受けておりますが、その教育内容について、じゃ、どうしたらいいんだということで、今、厚生省といろいろ私も話し合いの中に入れていただいております。そういうことで、これだけちょっと説明しました。

医療関係の職種の類型とその業務

それから今、そのほかに、考えている問題——厚生省のところへ出ている問題でございます。医療関係の職種の類型と、その業務。治療的側面からの医師の補助としましては救急技師。これは今、消防の救急車に乗ってる人たちの資格を救急技術というものを考えている。それから、心臓カテーテルをやる技師で、心カテ技師。これは心臓カテーテルでございますので、その機械を扱う技師。それから臨床診技師。それに、核医学技術師これは放射線科の方でございます。それから検査的側面からの医師の補助としましては、消化器内視鏡技師。それから平衡機能検査師。超音波技術師。それから聴力検査師。

それから、機能的側面からの医師の補助としましては、言語療法士。それからストーマ療法士。このストーマ療法士って何だと言いますと、これ

は人工肛門をきれいにし、そして人工肛門にいろいろな装具を当てますね。そういうことをやるので、これは一つの資格だと、こういう漫画みたいなことを言ってるわけです。

それから医療効率を高めるための医療機関の職員としては、医療情報管理技術士、それから診療記録管理士、それから医療ソーシャルワーカー、これはメディカルソーシャルワーカーと社会福祉士即ちソーシャルワーカー、どうしてこのメディカルソーシャルワーカーができないかと言いますと、この社会福祉よりもっと高度の医療というものを勉強している人たちは、3年間の教育でいいということで、向こうは4年制大学、ここで一つの大きな食い違いがありまして、そして、これだけが今度乗り遅れたわけでございます。むしろ私は、このメディカルソーシャルワーカーの方が、非常に病院としてはウェットがあると思うのでございます。むしろこれからやるべきであると言ったんですが。ソーシャルワーカーは社会局、メディカルソーシャルワーカーは健政局が扱うことで、この厚生省というのは非常にタテ割りでございます。なかなかすり合わせができていないというんで、これからまた厚生省の入山課長さんがお話になりますけど、どうもお役人は、自分のセクショナリズムということにこだわる。ですから他の省庁となりますと非常にこれまた悪い。ですから厚生省と文部省、大学関係でもすり合わせができていない。ですから医師数に関しましても、なかなかうまくいかないということで、この辺もそういうところの現われでございまして。

それから医療秘書。また、直接患者とかかわりのない分野における技術者としましては、臨床病理技術士・細胞検査士・組織病理技術士、それから医療写真技士・電子顕微鏡取扱技士・解剖技士・血液銀行技術士、その他としましては眼鏡士・補聴技士、この眼鏡士が例のオプトメタリストということで、大変問題になっているものでございます。

このような資格を今考えております。私はこの資格に関しましては、基本的に一つのフィロソフィーと申しますか、考え方を持たないと大変なことになってくると思うわけでございます。看護婦

さんの方も介護福祉士ができましたことで、非常に訪問看護等において、今いろいろと問題が起きつつあります。

次に、国民運動総合対策本部の設置でございます。これは設置の概要でございます。これは時間がないので省きます。

医師数の問題など

次にいきます。これも第1部会、第2部会、第3部会と分けていろいろなことを検討しているということです。

次に、医師数の問題でございますが、日本は1985年に人口10万対151人、大体エリートというのは150人を超えますと、エリートじゃなくなるんだそうでございます。やっぱり価値があるというものは、エリートというのは150人以下の職業を言う。これは170人にすぐなるわけでございます。アメリカは今192、フランスが201、西ドイツは232ということであります。歯医者さんの方は大体世界的になってしまった。10万対53ということで、アメリカ55、フランス59、西ドイツ54であります。

次に、病床数は日本は人口10万人対892.7、アメリカが475、フランスは826、西ドイツは691でございます。

それから年齢別の入院患者数の年次推移でございますけれども、昭和49年は大体100万ぐらいです。ところが59年で大体120万人を超えているわけでございます。70歳以上は31.2%。やはり31.2%が70歳以上ということで、59年は入院患者の数はパーセントがどんどん増えてきているということでございます。

老人医療の今後のあり方

厚生省の出した今度の中身に関しましては、老人医療の今後のあり方というのが、一つございます。細かいことは時間がないので止めますが、老人医療費というものが非常に増えてきているから、これを何とか抑え込もうというのが今度の目的でございます。

期間別の老人の入院患者数の構成の割合については、総数を100%にしますと、2週間未満で退

院する人は10%です。6カ月以上入院している人が50.8%、老人の場合、半分以上が半年以上の入院であるということでございます。

それから在院日数でございますが、日本は全傷病では48.7日、新生物は54.1日、循環器が83.8日、損傷及び中毒が36.5日でございます。アメリカはもうみんな10日以下でございます。これは入院費がべらぼうに高いですから10日以下でないためです。フランスも大体13日から多くて循環器で19日～20日間くらいです。西ドイツは他はやはりこれも20日前後でございます。

私もこの間フランスへ行ってきましたけども、これはデイホスピタル、朝病院へ来て夕方家へ帰ってしまう。そういうのが非常にはやっております。なんで泊まらないんだと言ったら、とても高く泊まっていられない、1晩泊まったら大変だということでございます。ですから日本の医療費というのは、非常に高いんだけど、1日にかかる入院費というのは、非常に安いということでございまして、トータルでは医療費としては変わらない。むしろ安いではないか、というふうに思うわけでございます。

大学病院の勤務医師数について

それから年齢・階級別に見ました大学病院の勤務医師数の割合でございます。大学病院の問題が今度中間報告の中に、出ております。どのくらいの医師が今登録されているかと言いますと、総数としましては、日本全国で17万3,500人というのが出ております。その中で大学に勤務する医師は3万3,200人で、全体の19.1%が大学におります。29歳以下が非常に多いわけで48%でございます。それから30歳から34歳の年齢の方は、この年代では40.6%、35歳から39歳は26.1%、40歳以上が5.6%であります。各年代層でみますと、医師数の中でやはり34歳以下のドクターの若い層が、圧倒的に大学に片寄っているということでございます。

それから先程言った2番日は、老人のほかに今度は長期入院の是正という、ここで出てきたのがいわゆる入退院の判定委員会をつくれということでございます。そういうことで考えたわけでござ

います。それから3番日が先程言った大学病院における医療と研修の見直し、ということでございます。

広告規制について

4番目が患者のサービスの向上です。ここで問題になるのは、一つは広告規制を取ろうということでございます。厚生省の言い分は、患者さんが一般国民が情報を取るようになればいけない。どこの病院は何が専門で、この先生はどういうことをした人か、というようなことを情報一つやるんだと。聞けばもっともというような感じはするんですが、これには一つ大きな落とし穴がございまして、こういうことをテレビのコマーシャルでやられたら大変なことになります。これは医療の現場が大混乱いたします。健康飲料水が宣伝によって大変よく売れるというのと一緒で、例えばチェーンストア式な病院が朝昼晩コマーシャルを流したらこれは大変です。私はこういう問題はやはり、医療関係団体が一つのニュースソースを持って、そこから医師会とか、そういう団体が情報を流すということなら、これは正しい情報が流れますけれど、そうでないとこれは大変になるということで、これに対しては非常に注意を払う必要があるんじゃないか、と思います。

給食の改善

それから給食を改善しようと、これに関しましても、これは一つの手でございまして、これはメニューをいっぱいつくって選ばせる。これは恐らく自費で、金持ちの人はおいしいものを食べなさいというようなことで、健康保険外ということで、これは給付の対象にしない。そしてまた、ほかの民間保険の導入という一つの突破口にしていこうと、治療している以上は、食べるものは全部治療食であります。そういう意味で全体の中で管理をしているわけでございまして、こういうことをやるということは、私は基本的には反対でございます。これに関しては、皆さんそれぞれご意見があるかと思えます。こういうことも医療団体の統一見解として、逐次、私はこれから皆様方の意見を聞いた上で、国会でこういう問題について

発言しなければならない、というふうに思っております。

今後の検討課題

それから今後の検討課題でございますが、これは皆さんお読みになっていると思いますが、さらに中間答申があったものですから、これから中間施設・老人保健施設の問題と、中長期的な視点から検討を進めるんだと、それから科学技術の発展を保健医療の分野はもとより、関連する福祉の分野の向上に結びつけて、その成果を速やかに国民が享受するよう十分配慮する必要があります。大変立派なご意見を今後の検討では言っておりますが、問題は医療というものの医療費を福祉の方へ回さなければいけない、ということで、私はこの辺の考え方は、医療費削減ということに基本を置いていることは、間違いないと思うわけでございます。

私はもっと基本的に今やらなければならない問題が一つございます。それは福祉費と医療費をどこで区別するかということです。例えば今、特別養護老人ホームというのがございます。そして、この特別養護老人ホームには国から予算が出ております。これは措置費で補助費が出ております。その補助費の中に、この特別養護老人ホームの中には、診療上医務室を設けなければいけない、また、嘱託医を置かなければならない。ところがこの嘱託医の費用が、年間240万措置費として福祉費から今、出ております。それを出しておるけども、医師にそれを払えということは一言も書いてない。ですから人のいい嘱託医は、特別養護老人ホームから1銭ももらっておりません。そして定期的にその入所者の健康診断を月2回やっております。たまたまそこに慢性疾患の患者さんがいて、診察をして、そして生活指導管理料を請求する。保険では請求できませんよ、とこういう指導している。

先般私は、厚生省の保険局を呼びまして、また社会局を呼びつけまして、君たち一体これおかしごと、法律がどこにあるんだ持ってこいと、法律はございません。全く法律はない。それじゃ健康保険で請求してもかまわないではないか、全く

そのとおりです。結局そのとおりであるけれども、取っっちゃいけないという通達は一体どこで出しているんだ。老人保健診療ハンドブックというのがある。ハンドブックってこれ何だと、「われわれが考えてつくったものです」。お前らが考えてつくったものは、これは法律か、「法律でもなんでもございませぬ」と。そういうふうにして下さいと言っているだけだと、それじゃ、しなかったらどうなるか。「罰則も何もございませぬ」。

私はある県からの問い合わせに文書を書いて、一切これは取れますよと、病気であれば請求して下さい。そして削るようなことがあったら、こっちへ言って下さい。私はこれに対しては、絶対おかしいということを最後までやっておりますから、国会の中で追及いたします。これは法律ですから、やっぱりそういう盲点がいっぱいあります。そういうことを私はいろいろやっている中で、気がついて今やっているわけです。たまたま愛知県では、これは請求しております。県によってはそういうことで、これはどこからそれが出たかと言いますと、会計検査院がこれを見つけまして、請求しているのはおかしいじゃないか、という指摘に対して、今度は厚生省の保険局の方が、それに対応して動いたというのが、いきさつでございます。

今これに対して非常に保険局の方も困っておるようでございますけども、しかし、現実には現実でございます。法治国家でございます。法律に基づいて、われわれは正々堂々と請求していかねばならない。それとあなた方、厚生省がおっしゃっているように、医療と福祉、これのはっきりした財源、これに対する一つのきちっとした定義がない。しかも現実に医療費を福祉費から出している。こういう現実に対しては、私どもはおかしいと思うし、また医療費から福祉費に出しているということになると、これまたおかしい。そこで線引きができなければ、できないでいいから、両方これは一緒であるということを天下に明言しなさい。それがなくて、自分たちの都合のいいときだけ、これは福祉でございます、これは医療でございます、ということは断じて許しません。こういうことを今申し上げている次第でございます。

エイズの問題について

次に、エイズでですが、エイズを発見したのはモンタニユ博士でございます。フランスのパスツール研究所でございます。エイズの問題にちょっと一言だけ、触れさせていただきます。

いま日本のエイズ患者は43名です。今度の法律の中で医師の責務、それから医師の指示及び報告でございます。これで問題になるのは、感染者またはその保護者に伝染防止の指示をするわけでございます。感染者が見つかったら7日以内に文書で、感染者の年齢、性別、感染の原因だけを都道府県知事に報告することになっています。しかし、これには届けなくても罰則がございません。これも最初罰則があったのですけれども、強硬に頑張ると罰則は取ったわけでございます。

そして医師の通報でございますが、感染者が医師の指示に従わなくて、ほかのものに感染させると認めた場合に初めて氏名、居住地を知事に報告するわけでございます。ところがわれわれ今まで梅毒とか、りん病とか、そういう患者さんを診ていますが、一晩中その患者さんと一緒にいるわけではございませんので、こういうことは果たしてやっているかどうか分からないわけございまして、これは誠に絵に描いた餅のような法律でございます。さらにおもしろいのは、感染者に病原体を感染させた者は、同条の行為をしたときは知事に氏名、居住地を報告する。感染者が感染者に感染させた、患者さんが誰かに移された、その誰かが移したという、先の人からさらにほかの人に移しているということが分かったときは、その人の氏名、住居、こんなことはできるわけがないので、この法律は非常に私はザル法であるというふうに思うわけでございますが、一応法律というものはつくっていかないといけないということで、こうなっております。それから初めて氏名が出ますと、知事が勧告、命令をする、こうなっております。

次に、罰則ですが、今までこれに関連したのはライ予防法・性病予防法・伝染病予防法、それからエイズの予防法とこれだけあるわけでございます。今までの罰則は届出に関しては、ライ予

防法があるんです。7日以内に届出ないと1万円以下の罰金、それから性病予防法は1カ月以内に届出ないと8,000円以下の罰金です。伝染病予防法もあるんです。12時間以内に届出ないとこれも8,000円以下の罰金です。

ところが私、長いこと医者をやっておりますけど、届出たことはまれです、まれというよりはほとんどないんですね。罰金なんか受けたことございませんので、これも今あってなきがごときでございます。エイズは罰則はございません、届けなくても。ただし、守秘義務に関しては、非常に重い罰則が設けられております。刑法では一応、医師は守秘義務を守らないと6カ月以下の懲役、2万円以下の罰金でございます。ライ予防法にはこれが適用されております。特別な法律はありません。性病予防法は特別ながあります。それは刑法より重い1年以下の懲役でございます。そして5,000円以下の罰金。それから伝染病予防法は、これは刑法が適用になっております。そしてエイズの場合は、これは1年以下の懲役、30万以下の罰金、とこういうわけでございます。

そして、病院の看護婦さんとか、事務長さんとか、そういう職員の方が漏らしたときには、6カ月以下の懲役、20万円以下の罰金、とこういうのがついております。でございますので、エイズに関しましては絶対他言をしてはならない、ということだけはしっかりつけてあるわけでございます。

質問に答えて

大変時間がないので、短い時間に大変雑駁な話をいたしました。ご質問を頂いている先生がおありだと思いますので、その質問を今、お答えしたいと思います。

ご質問を頂いた件の一つは、いわゆる医療計画の中で、知事が医療計画ができた中で、駆け込み増床の申請をしたときに、都道府県の医療審議会の言うことを聞かないで、例えば、これは駆け込み増床であるから、その審議会が許可をしてはいけないというのを、無断で許可をしまうと、こういうことができるか、とこういうことでございます。

これはできます。知事の権限で、医療審議会の答申に沿わないことはできるわけです。しかし、これは理屈上でできて、その審議会から総スカンを食わされますし、恐らく、知事に対する不信任がいろいろ出てまいりますので、実際にはあり得ない、ということでございます。

それからもう一つ、基幹病院構想というのがございました。これが民間ではいけないか、という問題でございます。

この基幹病院構想というのは、もう既になくなりました。これは従来、総合病院を各都道府県につくりまして、その下に中核病院というものをつくった。そして地域医療を展開しようというのが、これは明治以来、日本の行政の中にあつたわけでございますが、もう今や、がんセンター、それから循環器センター等にも細分化されてきたわけでございます。そういう中で、これに関する構想はなくなりました。

そこでひとつ、僻地中核病院これに関しましては、今のところ医師会病院（これは公的病院でございます。）がこれに当たっております。私が厚

生省の松村指導課長さんをお呼びいたしまして、こういう問題に關しまして、民間がこれに代ってやれないということはないだろう、そういう法律はあるのかと言ったら、ないそうでございます。でございますので、今後、もしそういうところが、俺のところの中核病院となつてやつてやろうということがあれば、検討をいたしますと。こういう答弁でございます。

ただし、巡回診療とか不採算の部分も請け負うわけでございますが、そういうところがございますれば、「これは初めて気がつきました」ということをおっしゃってございましたけども。そういうことでございます。

以上、時間をちょっと超過いたしまして申し訳ございませんでしたが、雑駁な話をご清聴賜りましたことを、心から御礼申し上げますとともに、これからまた、皆様方の英知をいただきまして、私も今後努力いたしますことを誓ひまして、これで私の話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

Fujio

キンダリー液 AF-1号, AF-1P号, AF-1S号

人工腎臓用透析液キンダリー液シリーズに、そのアルカリ化剤として従来の酢酸塩の代りにより生理的な重炭酸塩を用い、2剤1セットとしたAF-1号(A液・B液セット)及びAF-1P号、AF-1S号(A液・B末セット)が加わりました。

使用時にはつぎの希釈比率のバイカーボネート型サブライヤーを用いて血液透析を行って下さい。

AF-1号 A液：B液：希釈水=1：1.26：32.74

AF-1P号 A液：(B末水溶液+希釈水)=1：34

AF-1S号 A液：(B末水溶液+希釈水)=1：35.83

キンダリー液各号希釈使用時の電解質組成
(※pH調整剤 水酢酸の CH_3COO^- 2mEq/l)
(を含む)

◇効能・効果、用法・用量、使用上の注意は添付文書をご参照下さい。

◇包装

1号 2.5ℓ×4瓶
2号, 3号, GF号 10ℓ×2瓶
AF-1号 (A液9ℓ1瓶, B液11.34ℓ1瓶)セット
AF-1P号 (A液10ℓ1瓶, B末882g1包)セット×2
AF-1S号 (A液10ℓ1瓶, B末928g1包)セット×2

	容量	電解質組成 (mEq/l)							ブドウ糖 (mg%)	
		Na ⁺	K ⁺	Ca ²⁺	Mg ²⁺	Cl ⁻	CH ₃ COO ⁻	HCO ₃ ⁻		
キンダリー液	1号	2.5ℓ	134	2.6	2.5	1.5	104	36.6	—	554.5
	2号	10ℓ	132	2.0	2.5	1.5	105	33.0	—	200
	3号	10ℓ	132	2.0	3.5	1.5	104	35.0	—	200
	GF号	10ℓ	135	2.0	3.75	1.5	105.25	37.0	—	—
キンダリー液	A液	9ℓ	135	2.5	3.5	1.5	106.5	8.0*	30	—
	AF-1号 B液	11.34ℓ								
キンダリー液	A液	10ℓ	135	2.5	3.5	1.5	106.5	8.0*	30	—
	AF-1P号 B末	882g								
キンダリー液	A液	10ℓ	135	2.5	3.5	1.5	106.5	8.0*	30	—
	AF-1S号 B末	928g								

薬価基準収載品

製造発売元



扶桑薬品工業株式会社

大阪市東区道修町2丁目50番地

シンポジウム

地域医療計画をめぐる諸問題

司会 日本病院会愛知県支部長 太田 元次
名古屋掖済会病院院長

シンポジスト

行政官庁の立場より

厚生省健康政策局計画課長 入山 文郎

県医師会の立場より

愛知県医師会副会長 佐野 正人
猪子石外科医院院長

公的病院の立場より

愛知県病院協会会長 富永 健二
名古屋第二赤十字病院院長

私的病院の立場より

(総合病院) 日本病院会副会長 有澤 源蔵
有澤総合病院院長

(総合病院) 日本病院会理事 伊藤 研
総合大雄会病院院長

(中小病院) 愛知県病院協会理事 木村 桂一
木村病院院長

病院経営コンサルタントの立場より

日本病医院経営研究所所長 山林 良夫
医事評論家

司会 日本病院会愛知県支部長 太田 元次
名古屋掖済会病院院長

太田が司会をさせていただきます。このシンポジウムはそれぞれこのパンフレットでござんになっておられますように、本当のエキスパートの先生方でございます。しかも今日は思い切ったことをひとつ言っていたいただきたい。遠慮せずに責任を持って、個人の意見を言っていたいただきたいということで、お話を承ることにいたします。

それでは逐次ご紹介いたしますので、その順番でお話を承ることといたします。

第1番目は、行政官庁の立場からということですが、健康政策局計画課長の入山文郎先生でございます。入山先生は、昭和37年に新潟医科大学を卒業しておられます。それから厚生省へお入りになり、環境庁、そして宮崎県、富山県を経られて、本省へ入られまして、本省の指導課長を終え、政策局計画課長でございます。この地域医療計画の張本人でもあり、また、その後、先程から問題になっております中間報告の作成に対しても、厚生省としての立場の主役の一人として努力しておられる方でありまして、先生はあくまで、厚生省という枠がはめられておりますので、私見を言えといっても、あまり枠を離れたことはおっしゃれないと思いますが、その点、ご了承いただきまして、入山先生ひとつ遠慮のないお考え、計画、これについてお話し願いたいと思います。

行政官庁の立場より

厚生省健康政策局計画課長 入山 文郎

ただいまご紹介をいただきました厚生省の計画課長をしております入山でございます。私は地域医療計画作成の趣旨と、それから計画の意義といったようなものを中心にして、国の立場から、お話を申し上げたいと思います。

わが国の医療は、病院や診療所を初めといたします医療施設の整備、あるいは医師、歯科医師、薬剤師といった医療従事者の養成確保、あるいはまた僻地医療対策、更には母子、成人保健、あるいは老人に対するいろんな保健医療対策進推といったようなことによりまして、着実な進展を見せてきているわけでございます。そして今や、平均寿

命、あるいは乳児死亡率の低さといったような指標を見ますと、これは世界の最高水準に達している、非常に大きな成果を上げてきていると思うわけでございます。

しかしながら、この近年の医療をとり巻く環境を見ますと、これは人口の高齢化とそれから、それに伴います疾病構造の変化、また医学、医療技術の高度化、専門化。更には科学技術全般にわたる急速な進歩など、大きく変化しつつあるわけでございまして、国民の健康に対する関心といったものも、かつてないほどの高まりを見せているのではないかと考えております。

こういった情勢に対応しながら、21世紀に向けた新しい保健医療供給体制を構築することが急務となっているわけでございます。60年の12月に、医療法が改正されまして、都道府県に医療計画の作成が義務づけられたわけでございますが、こういったことも、そのための第一歩であるというように、私どもは考えております。

我が国の医療供給体制はご承知のように、医療施設の数でありますとか、病床数ですとか、あるいは医師を初めとする医療従事者の数など、量的に見ますと、これはここ数年順調に整備が図られてきているわけでございまして、今や欧米先進国並みの、あるいはそれ以上の供給体制が整っておると、数の面から見たら整っておるといふふうに考えられるわけでございます。しかしながら、医療資源の地域的な偏在でありますとか、医療施設間相互の機能の分担、あるいは連携といったものに代表されます“医療供給体制のシステム化”といったことが、いまだ確立されていないということも指摘されるわけでございます。

こういった問題の解決方法の一つといたしまして、都道府県ごとに、地域の特性を踏まえた医療計画の作成が、医療法上位置づけられたと云って差し支えないものと、私どもは考えているわけでございます。

また、従来の医療法の法的な性格が、いわゆる衛生規制的なものが主であったということに対しまして、医療計画についての規定が加わったことによりまして、医療供給全般にわたって幅広い事項について、法的な位置付けがなされたことにな

るわけでございまして、このこと自体も、医療法体系上画期的な出来事であったとも言えるわけでございます。

今申し述べてまいりましたように、医療計画作成の趣旨を一言で申し上げますと、私どもの健康政策局長通知によりまして『医療計画作成指針』いわゆるガイドラインというものがございまして、ここにも書いてありますが、地域医療のシステム化を推進し、健康増進から疾病の予防、診断、治療及びリハビリテーションに至る包括的、また継続的、そして合理的な医療供給体制の確立を目指すことであるというふうに考えております。

次に、医療計画の作成に関しまして、各関係機関の役割について述べてみたいと思います。

まず、国の役割でございまして、全国的見地から、統一的な考え方、すなわち標準によるべきものにつきまして、医療法体系を通じて決めてゆくことになるわけでございます。具体的には、その一つは、医療圏の設定に関する標準でございまして、それから、必要病床数に関する標準でございまして、それから特殊な医療についての規定からなっております標準厚生省令でございまして、更に、先程もちょっと申し上げられました、いわゆるガイドライン、医療計画作成指針といったものでございます。このガイドラインでございまして、これは医療法上、医療計画の作成の手法、その他重要な技術的な事項につきまして、厚生大臣が都道府県に対して必要な助言をすることができるといふことになってることを受けて、出されたものでございまして、全国に共通と考えられておりますものを、いわゆるマニュアルの形でお示したものでございます。したがって、その内容につきましては、必要的記載事項にかかる部分を除きまして、強制的な要素はないわけでございます。いわば、医療計画作成の際に用いられます参考書的なものである、と言っているのではないかと考えています。

また、この標準厚生省令ガイドラインでございまして、いずれも、これは国の医療審議会に諮った上で、昨年の8月に示されたものでございます。しかしながら、計画の作成に当たりまして、最も重要な役割を担いますのは、これは作成の主

体となる都道府県であることは言うまでもございません。都道府県は各種調査の実施と解析を行いまして、地域の特性に応じた医療計画を作成することになるわけですがその際には、関係行政機関、医療関係団体などとの意見調整を行いまして、作成体制を整備するとともに、関係都道府県との連絡調整を行う必要があるわけでございます。

更に、計画作成に当たっては、都道府県のいわゆる三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会でございますが）、それから市町村、都道府県医療審議会の意見を聞くということも、重要な手順とされているわけでございます。

次に、医療計画の内容につきまして、私どもの考えを述べさせていただきますと思います。

ご承知のとおり、医療計画は二つの部分から構成されることになっているわけでございます。つまり必要的記載事項と任意的記載事項でございます。この必要的記載事項には、医療圏の設定、それから必要病床数の算定、これが入ってくるわけでございます。医療圏につきましては主として、特殊な医療を除く、一般の入院医療までを完結すべき地域的な単位であると。いわば2次医療圏であるということでございます。

それから、一般の病床で特殊な医療に係るものの整備を図るべき地域的な単位としては、これは3次医療圏でございますが、これはやはり、この医療計画の中に記載すべきものとなっているわけでございます。

それからまた、必要病床数でございますが、これは一般の病床と、それから精神病床、結核病床とに分けてそれぞれ算定するということになっているわけでございます。

それから、ここで、医療計画の重要なポイントとして指摘しておきたいことが、一つあるわけですが、先程申し上げました後の方の任意的記載事項でございます。この医療計画を地域の特性に見合った実効あるものとするために、各都道府県にその作成を義務づけたその理由も、まさにここにあるわけございまして、都道府県が保健（ヘルスでございますが）それから医療に対する取り組みの姿勢を示すという意味におきましても、極め

て重要なものであると言えるのではないかと思います。そういったことから、先程申し上げましたガイドラインでは、任意的記載事項につきまして、こう言っているわけでございます。『各医療圏において包括性・継続性及び合理性のある医療供給体制の確立を目指した具体的な方策及び目標達成年次を明らかにする』というふうに書いてあるわけでございます。

このガイドラインでは、この任意的記載事項について、いくつか例示をいたしているわけでございますが、ご覧になっていただければわかるわけでございますけれども、2次医療圏、3次医療圏において、医療機能区分に対応する医療供給体制の整備、それからプライマリケアの推進・病院診療所・薬局などの医療関係施設相互の機能分担と連携の強化、それから病院への開放化（オープン化）、急救医療体制の確保、医療従事者の確保と研修体制の確立・医療と保険対策等との連携一体化、医療情報システムの整備など、非常に広範な具体的な施策を記載することを求めているわけでございます。

こういったことにつきましては、従来からこの重要性につきまして指摘を受けてまいりましたものも含まれておりますけれども、なお強力に推進することが必要な施策につきましては、いろんな手段、方法を通じまして普及を図っていくということが重要でございます。その意味では医療計画は、わが国の狭義の医療供給体制だけではなくて、保健ヘルスと医療、さらには福祉も含めまして、広い意味での医療供給体制のシステム化に向けた、法的なアプローチであるとも呼べるのではないかと、私どもは考えているわけでございます。

それから、この地域医療計画の達成を推し進めるためには、計画の作成の場合と同様に国、都道府県、その他関係の機関の役割分担、相互の協力がぜひ必要になってくるわけでございます。特にここで私が強調しておきたいことは、医療計画推進に当たりまして、全国に今850からありますが、保健所の役割についてでございます。これは2次医療圏における推進、さらには、市町村レベルでの推進まで考慮いたしますと、医療計画が医療を中

心として保険と福祉・ヘルスと福祉などの関連分野を含めた、包括的な地域医療、保健医療サービスの体系を確立するきっかけとなるためには、従来から地域の保健医療の調整役として位置づけられてまいりました保健所の役割は、大変重要なものになるのではないかと、思うわけでございます。従いまして、県レベルでの計画作成推進と同時に保健所がいわゆるコーディネーターとなりました。2次医療圏レベルでの実務的な計画の作成推進も担当してもらうというように考えているわけでございます。

それから実はいろいろこの医療計画に関連いたしまして、いわゆるかけ込みといったような現象も生じているわけでございまして、私どもこういったことにつきましましては、厳しく対処していきたいと考えているわけでございますが、こういった問題につきましても、昨年の6月から今年の6月にかけて、この1年間で何回か課長、局長の通知を出しているわけでございます。これによりまして各都道府県に対しまして、こういった問題についての厳正な対応をお願いしてきているわけでございます。これからも各県で次々と医療計画が作成されていくわけでございますが、できるだけ早く、この医療計画を作成していただくということを、各県をお願いしているわけでございまして、それからできるまでの間、そういうかけ込みといったような現象に対しては、厳しく対処していただくということにしているわけでございます。

以上、大変簡単でございましたけれども、医療計画作成の趣旨を中心にいたしまして、国の立場、行政の立場から述べさせていただいたわけでございます。

司会(太田) ありがとうございます。入山先生から行政の立場から、医療計画についてお話がございました。ともすると医療計画って何だ。医療圏をつくってベッド規制することじゃないかというようなことも、そういう声が出ておるのも事実でございまして、実際この医療圏を愛知県はもう決まっておりますが、医療圏を決めて、その中で今、先生のおっしゃいましたような地域医療のシステム化と、その他ヘルス・福祉も含めた

大きな目的に対する計画をやってみて、そうしてベッドが多いか、少ないかというふうに持っているだけで、一番合理的なものができ、皆さんが喜んで協力してくださるんじゃないかと思えます。どうか財政緊縮のためにこれをやったということになりますと、どうしても反感が湧いてきますので、これを進められる上において、そういうことを一つご配慮の上、計画を進めていただければ幸いですと存ずる次第でございまして。この問題についてご質問がありますならば、先生のお答えを後で聞きますので、ちょっとメモでもしてお渡しくださいと幸甚でございます。なお一応、講師の先生にお話し願ってから、また追加もさせていただきますので、シンポジストの先生方お願いいたします。

それでは第2番目、お二人目の佐野正人先生、佐野先生は前に日医の常任理事にも出ておられますし、現在愛知県医師会の副会長をしておられます。愛知県に医療情報センターというのがございますが、これは県と医師会と協力されまして情報センターをつくったんです。現在動いておりますが、これの礎になる計画を立てられたのが佐野先生でございます。従って佐野先生は、それを基礎にして、地域の医療システムということに専門に現在担当しておられるような次第でございまして。

佐野先生は昭和25年に信州大学をご卒業になり、外科医者として現在活躍中でございます。傍ら県医師会の副会長を担当しておられる非常にお忙しい方で、きょうもこれに出るまで自宅で患者さんの診療に当たって、午前中でやめてお出で願ったわけでございます。佐野先生お願いいたします。

県医師会の立場より

愛知県医師会副会長 佐野 正人
猪子石外科医院院長

佐野でございます(拍手)。このような大切な機会を与えていただきました太田座長並びに会場の先生方に感謝申し上げます。

私はこの地域医療計画につきましまして、県医師会の立場からお話をせよという太田先生の命令でございまして、大事なこの問題点について指摘す

る意味で、地域医療計画の出でまいりました背景を、先生方とまずご確認いたしましたして、本論に入つてまいりたいと思います。

まず、地域医療計画の出できた背景でございますが、入山先生のレジメにも書いてありますとおりでございますが、私はもっと具体的に事実をみますと、昭和55年の富士見産婦人科病院事件が間違いなく引き金になっておるわけでございます、これを基といたしまして、その間接的な原因と申しますか、背景があるわけでございます。むしろこの間接的背景のほうが、今日は直接的背景に変わってきていると、こういうふうにご理解願ったほうがむしろいいのではないかと、思うわけです。

まず第1に医療の需給バランスの不均衡が挙げられるわけでございます。先程も宮崎参議院議員のお話にも出てまいりましたとおり、戦後の医療は非常に大きく変化致しました。特に変わってまいりましたのは、昨今問題になっております国立病院、国立療養所の統廃合にありますとおり、軍需の病院が国立病院化したという問題が一番大きなわけでございます。それから30年代に入りますと公立・公的病院の乱立、あるいは診療所がグレードアップしてきて、病院化してまいったという問題、こういう形でその後の40年を過ぎてまいりました。そしてシステム化が要求される時代になってくるわけでございます。それに加えて医療制度の整備、医療保険制度の完成、即ちこれらは医療需要を呼んでいるわけでございます。また医学、医療の進歩とME機器の開発等も影響しているわけでございます。

これらに加えて医療費の増高、つまり年増加率の拍車、高齢化に伴う医療費の支出の増大、それから国庫負担の増加、国民負担の限界、こういうふうなことは厚生省が常に指摘されるところでございます。これに対しまして、厚生省はいろんな施策を制度の変更という形で出でまいりまして、特に老人保健制度の導入、本人一部負担などドラスチックに変わってまいったわけでございます。

こういうことをいたしましても、なお医療費問題は解決に決め手を持たない。そのために厚生省

は、現在の医療システムにメスを入れようと、今日の地域医療計画が出でまいったことは、ご存知の通りであります。日本医師会から委託研究をお願いいたしております、日本大学の人口研の小川教授は、「年金、保険の一本化をあらゆる角度からコンピューターを駆使して考えてみても、2025年過ぎには、日本の保障制度の中で年金制度は破たんの可能性があると、こういうふうに言っております。

こうした背景で、今日の医療計画のプランニングが出でまいりました。たまたま先程太田先生がご紹介の中にありましたように、57年当時、日本医師会の役員の方の末席を汚してございまして、当初の交渉に当たった1人でございます。先程入山先生もご指摘になりましたように、厚生省は医療システムにつきまして、画期的な変更を要求しようと意気込んで参ったわけでありまして、各レベルの機能の明確化、医療レベル間の機能連携の法制化、家庭医制度の導入、特に現在の開業医制度と有床診療所のあり方、こういうことを基にいたしまして、私どもからいたしますと、自由開業医制度も否定されるのではないかと、というような形の申し出を受けたわけでございます。そして、当初の病床の規制につきましては、1次、2次を含めましての規制でございます。ですから1次と申しますと27万ベッド余。それから2次は147万余でございますので、トータル170万床について何らかの形で規制をしようということ、当初出でまいりました必要病床数の算定方式と言いますのは、現在出でおりますものよりもっと厳しいものであったと記憶いたしておりますし、3次ベッドの範囲につきましても、非常に厳しかったと記憶致しております。

作成の順序につきましても、入山先生からたまたまご報告がありましたけれども、当初の策定の手順につきましては、医療担当者をはじめ専門団体の意向というものの反映は、極めて少ない形で私ども交渉に入ったわけでございます。算定方式の問題点については後程申し上げたいと思っておりますが、こういう形で当初から病床規制が先行したものであります。ただ、地域医療計画の体裁を整えるという意味で、任意的記載事項が出できたのではないかと、思うわけです。

これに対しまして、私ども日本医師会、愛知県医師会は、提起された問題に対して総力を挙げて個々に対応して、医療担当者の意見が十分に反映されるように対処してまいったつもりであります。しかしながら、本来のあり方論からして、医療担当者といましては、地域医療計画の本来のあり方を公表いたしまして、これを推進すべきであるという考えを一貫しておいたのでございます。

愛知県におきましては51年から医療システム委員会というのをつくりまして、いろんなシステム調査をいたしました。特に医療圏につきましては、52年から取り組んでおります。そして、そのレジメの9ページにありますとおり、医療圏の概念・意義・目的、それから医療圏分割の基本条件、この基本条件にいたしましては、いろんな考え方があられるわけですが、地域の中で、先程基幹病院の話が出ましたけれども、核都市、保健医療資源が十分豊富にあって、周辺地域から核都市として寄りかかれる都市をまず選定していこうじゃないか。それから制約時間の条件、これはエリアの中のどの地域からも公的交通機関を使いまして、ある一定時間の間に核都市まで到達できる。次に、各都市間の医療依存度関係でございます。これを基に分割しようじゃないかと決めたわけがあります。そして医療圏設定の合意条件として、5番の圏域つまりエリアの中で住民の生活行動特性が認められるというところで合意できるものが医療圏であると決めました。

レジメに書いてあります合意条件まで愛知県医師会では55年、58年、60年に調査資料と見解を成書として公表いたしました。まず第一に55年の愛知県における保健医療福祉のシステム化計画、望ましい地域医療のシステム化を目指して、というサブタイトルがついております。58年には愛知県地域包括医療基本計画（21世紀の地域包括医療システムを目指して）、60年には高齢化社会に向けての地域包括医療計画（21世紀への提言）、この3冊の本に私どもの意向、それから医療圏の分析、これからの医療供給体制のあり方等を示しておるわけでございます。

具体的検討につきましては、52年にはまず材料がございませんので、人口中心にシステムデザイ

ンをいたしました医療圏を公表いたしました。53年には50年の1月の全県下の国民保険のレセプトをいただきまして、依存度分析を行ったわけでございます。これによって住民の医療選択行動をもとに10ブロックに分割いたしました。54年になりますと、先程申し上げましたとおり核都市の順位の設定を行いました。医療資源の保有状況依存度関係から16、12、10の医療圏案を公表いたしました。55年には医療圏シュミレーター手法の利用を決定いたしまして、目的によりまして保健医療とか1次、2次、3次医療に至るまで、目的によって医療圏をL、M、Sと3つに分けました。

それから56年になりますと、時間距離の概念を導入いたしまして、公共交通機関によって、いずれの地域からも核都市まで60分で到達できる、という時間距離の概念も入れて分析した結果、8医療圏が決定したわけでございます。これを追認する形で56年の10月27日に全県下で1日患者実態調査を行いました。当日の患者数は34万4,000名でございます。そして58年には日本医師会の医療システム研究委員会で愛知県医師会の成果を追認する形で、全国に医療圏設定に関する提言を出させていただきました。58年の10月18日には老人医療1日実態調査、昨年7月15日には1日患者実態調査を実施いたしまして、この度新しい形の8M医療圏を提起したわけでございます。

それでは医師会が考える問題について、少し具体的にお話しさせていただきます。

まず、今回の医療法改正に伴う地域医療計画は、医療費削減を目的とする規制措置であることは、これは間違いのないわけでございます。愛知県では8月31日に公示される予定でございますが、公示を受けますと、必要病床数としての絶対値が示されるわけございまして、5年後の見直しまで固定化されるわけでございます。この間は、人口増や高齢化による医療需要は原則として考慮されないこととなります。したがって、過剰地域では増床されないわけでありまして、理論的に言えば、医療圏外へ患者は流出することになります。

愛知県では従来、5年ごとに、地域計画というものを公表しておりまして、保健医療の分野でも

専門家が集まりまして、計画を策定いたしておりました。これに従って、県立病院を初めとする医療資源の計画配分や、医療供給体制の整備が行われておったわけでございまして、私は、地域医療計画が先行し、その計画に従って病床数など施設の配分が行われるのが、本来の姿であると考えております。

当時の日本医師会執行部は、このように考えていたわけでありまして。示されました算定方式を試算いたしてみますと、47都道府県のうち、病床の不足する県は極めて少く、大半は過剰地域になるということが判明いたしております。

大医療圏をとる限りは、全く増床の余地を持たないというのが分かっております。愛知県には、88市町村があるわけですが、過剰市町村は31、不足市町村は56、過不足ゼロというのが、1つあります。

名古屋市で例をとりますと、名古屋市は、16区でございますけれども、16区のうち、過剰区は14区、不足は2区でございます。勢い小医療圏を選択する限り、病床の増床が可能だということがわかるわけでございます。

従来、保健医療圏は、保健所エリアを中心に構成されてきたわけですが、全国的、全国的に都市化傾向が進み、道路交通網が整備されて、自家用車が普及した今日では、圏域は大きく変化したことも事実であります。そういう点から、従来の医療圏を踏襲するか、新しい生きた医療圏を選択するかという、論議の分かれるところでございます。

次に、必要病床数でございます。従来、一般病床に関しては、必要病床数の算定を提起した例は、過去我が国ではないわけでございます。しかしながら適正病床数という考え方は従来もあったわけでございます。これは先生方、病院の経営をなさっているわけで、よく分かっていらっしゃると思いますが、文献を見ればたくさんございます。特に、NICUとか、昨今では、CCU等につきましては、特殊な研究論文として提起されております。この地域にどのぐらいNICUをセットアップしたら、カバーできるかということが、随分たくさん文献に出ております。

このように、特殊な疾病に対する病床数の算定は、疫学的に考えても可能でございます。しかし、一般病床に関してはこういうわけにはまいらないわけでございます。一般病床の場合でも、疾病別の受療率を明確にすれば別でございます。

それから、受療率でございます。受療率というのは、各疾病の受療率が基になって出てまいるわけでございます。これは各県の医療施策が一番反映するところでございまして、病床数に影響を受けるところでございます。県独自の数字を使うのが、よりベターであることはだれも認めるわけでございます。全疾病に当てはめることは、不可能であるということは分かりますが、特殊な疾患に関しては、それぞれの受療率を使うことが必要ではないか、とこういうふうに思うわけでございます。

それから病床利用率でございます。全国的に平均することを目的とすれば、今回示されました0.839(83.9%)という数字を使わざるを得ないことは当然でございます。しかし、去年の1月30日の0.833、それから昨年8月末の0.839という数字の根拠、この数字を変更した理由というようなことは、私どもは厚生省から教えていただいてないわけでございます。ちなみに、愛知県の病床利用率を申し上げますと、愛知県全域では79.8%でございます。0.798でございます。それから名古屋市の病床利用率は80.1%でございます。20%は、昨年7月15日現在は空いていたわけでございます。なお、病床数の算定には、私は、病床回転率を加味する必要があるというふうにかねがね思っております。愛知県の今度の地域医療計画の中には、この文言を入れさせていただきました。

それから、厚生省のお示しになる流入流出の問題でございますが、流入に関しましては、十分これは資料を取ることができそうですが、流出に関しては資料を取ること、補足することは困難でございます。

それから職域病院の問題でございますが、厚生省はああいうふうな形で、ガイドラインを医療審議会へお示しになって、私どもに示しているわけですが、職域病院につきましては、民営化の波に乗りまして、地域化が図られております

けれども、現実には診療費の問題、レセプト審査の問題、入院、通院に際しまして、一般市民との間にかかなりの差別があるということは事実でございまして、現在のような特別加算、特例に、私は果たして妥当性があるかないかというふうに問題点を挙げております。

次に、駆け込み増床でございます。愛知県でも残念ながら、これはたくさんあります。例年ですと、愛知県では、3,000ないし3,500ベッドずつ増えておったわけでありまして、全国的には4万ベッドから、4万数千ベッドずつ増えております。医療法の改正の60年12月30日以降、愛知県では約3,500。加えて本年6月以降、この2カ月前でございまして、1,050ベッドの増床が見込まれております。非常な勢いで駆け込みで増えてきております。これは全国的な動向ではないかと思うわけですね。

私も医師会としまして、なぜ、増床を問題にしておるか。私は、増床が現代の医療をよくする一つのきっかけになるということは、十分認めております。しかしながら、医療の現場における競争という問題、それから限られたパイの分配という観点から、やはり増床については問題があるわけですね。こういう駆け込み増床については、問題があるというふうに考えるわけでございます。

医療機能の分担と連携がシステム化されない限り、増床に伴って外来患者が増加することになります。従来からの数字から見れば、外来3に対して入院1。つまり増床1床に対して外来が3人増えるということは事実でございまして。昨年の7月15日の1日患者実態調査で全県下（愛知県でございまして）470余の病院につきまして、外来、入院別に、地域依存率、入院患者の地域別エンプロビーを調査いたしました。その結果、機能連携がうまくいっていると思われる病院では、入院対外来の数字は2.1ないし2.2対1でございまして。つまり2対1ということですね。うまくいっていない連携がないと思われる医療機関では5.4ないし6対1でございまして。つまり100ベッドの病院で、600人の外来患者ということになるわけですね。

昭和30年代～40年代は市民の利便性から、医療

の総合化とか、デパートメント化が推進されましたけれども、今や市民ニーズは専門化傾向にあることは、もう先生方の方が先刻ご承知でございまして。

このような観点からすれば、高度化を推進するための増床には賛成でございまして、デパートメント化による多売型には賛成しかねるというのが、私どもの結論でございまして。以上でございまして。ありがとうございました。（拍手）

司会（太田）ありがとうございました。やはり、愛知県において、いち早く地域医療計画というふうなものを、主になって取り上げてこられた佐野先生のご努力はよくおわかりになったと思っておりますし、地域医療計画を愛知県が8月に完了いたしますと、早速、実行に移ると思っておりますが、そういうことの経過に関しては、恐らく佐野先生から各医療団体へ途中経過というふうなものが、報告されるでございましょうから、またその経過もお見守り下されば幸いです。

それで、これは私が言っちゃおかしいんですが、この地域医療計画の中に、いつも私自身で言っているのは、患者の流通機構ですね。患者さんが入院してくる流通機構は今、大体完備してあるが、入院された病院からの、今度は流出機構ですね。流出機構ということも一応お考え願う、その中に老人病院の問題、リハビリ施設の問題というのも入ってきますので、患者さんの流出機構を病診連携と、あるいは病々連携でも、そういうことでお考え下さったら、これは効率的になるかならぬか、一遍、佐野先生そういうこともお考え願えないでしょうか、お願いいたします。

と申しますのは、私のところではちょっとよくなりますと、もう出てってもらうことにしとるんですね。これが収入から言いましても、そう大して変わらないわけですよ。出ていかれると、また入ってきますからね。放つときますと、社会的入院が増えてくるというわけで、できるだけ早く出ていってもらう。ところが、出ていってもらう方を、心よく受け入れて下さる病院が少ないということで、まあこういうふうなこともお考え下さることをお願いする次第でございまして。これはまあ余分なことを申してすみません。

それでは次に、同じく愛知県の病院協会の会長でおられる富永健二先生でございますが、富永先生は昭和16年に名大を卒業されまして、昭和33年から現在まで、名古屋の第二日赤の院長をしておられます。そして先生の在職中に、結核病院でありました第二日赤を、近代的な一般病院にまで発展させられるご努力をされた方でございます。

もう一つ申し上げますと、この愛知県の病院協会というのは、上部団体を持たない、愛知県だけの病院協会でございます。便利なことには、愛知県には我々の日病の支部がございます。全日病の支部もございます。それから医療法人協会もございますが、これらを運営上の傘下に収めておられます。それぞれの団体の役員は、ほとんど愛知県病院協会の役員を兼ねておるわけでございますので、非常に情報伝達ということが、一見ややこしいような組織ですけれども、非常にうまくいっておる。それでまた、病院協会から県医師会へ理事を必ず1名ずつ派遣しておるということで、医師会との連携も非常に密にしております。その病院協会を束ねておるのが、富永先生でございます。

先生一つ、公的病院の立場として、お願いいたします。

公的病院の立場より

愛知県病院協会会長 富永 健二
名古屋第二赤十字病院院長

私は、公的病院の立場からと、ここに書いてございますが、公的病院とは一体どういうものか考えますと、これは医療法に書いてございまして、厚生大臣によって、公的病院の設置命令ができるということとか、勤務外の医師による施設の利用、臨床研修のための院内の各条件の整備、病院運営について、厚生大臣とか、都道府県の行政当局からいろんな指示をすることができる病院である、というふうに規定されております。一方では、税金を免除されておるといった特典がございます。

ここで、地域医療計画の問題点ということで、公的病院の立場からということをいろいろ考えてみましても、公的病院の普通的立場から、地域医療計画との関係を論ずるといのは、難しいこと

なんですね、で、私は今、太田先生からご紹介いただきました日赤病院で長年、管理者として勤務しておりますので、今までの経験と現在感じていることの一端を、率直に申し上げたいと思っておりますわけでございます。

現在、地域医療計画の告示や、あるいは作成が各都道府県において進行中でございます。また厚生省の国民医療総合対策本部の中間報告というもの、6月に正式に発表された。その内容を読み、またいろんな機会に発表される厚生省の幹部の方の話などを総合しますと、国や厚生省がどういう考えで今、進んでいるかということは、我々末端におるものでも大体明らかにされているところであります。

地域医療計画は、医療圏の設定ということと、その医療圏の中における病床の規制、それを法的に決めている必要的記載事項と医療の供給体制のシステム化を進める任意的記載事項から成っておりまして、医療の効率化ということと、質の向上ということ。それから時代の変化に即応して、21世紀へつないでいくところの医療体制の確立をうたっていると思っておりますが、その眼目となるのは、医療圏の設定と病床の規制ということで、医療費の伸びの削減にあるということは、厚生省の幹部の方も明言されている、というところでございます。

この病床の規制という絶対的な枠をまず設定しておきまして、それを出発点として、この枠の中で、各都道府県で任意に行政とあらゆる医療団体、あるいは住民の意見も聞いた上で、医療の供給体制へのシステム化をお考え下さい。その枠の中で自由にお考え下さいというのが、本質的なものであると思われまます。

私は、日本病院会が創立33周年記念に、「信頼される我が病院づくり」という本を作るに際して、142病院が原稿の募集に応じて、一冊の本にまとめました。私もそのうちの一つとして投稿したわけですけれども。その皆さんの病院は、長年にわたって営々と経営管理を行って、皆それぞれ地域において、信頼のある立派な病院をつくり上げておられるんですね。それをつぶさに見ますと、経営に対する情熱を持って、いわゆる民間活力を

發揮して、その33年史にあらわれている立派な病院ができ上がっているということが、読んで見ますと非常によく分かるんですね。そのためには、増床を行う。増床に伴って、医療の優秀なスタッフを増員をする。また医療機械を入れ、施設、建物を立派にしていく。そういうことで、次第に病院が立派になり、地域からの信頼を受けて良い病院になり、それが国民のためになってくる、という事実を、私はその「信頼される我が病院づくり」から読み取ることができるんです。

まあ、そういう病院の今までのやり方と申しますか、そういう手法で、私どもはやってきたんですが、その手法そのものがですね、日本の医療経済の面から枠をはめられたというのが、私の感じなんです。これは病院にとっては、まさに革新的な変化であると言ってもいいと思います。

しかし私の感じとしましては、各病院団体の受け止め方は、こういうふうなドラスチックな変化は十分承知しながらも、法律で決まったことだからこれはやむを得ないだろうと、あるいは国民経済の伸びと医療費の伸び率からみれば、肯定せざるを得ないんじゃないだろうかというふうなことで、比較的クールな受け止め方をしているように思われるのでございます。私どもは、今申し上げたようなことで、非常な不安を持っているということは、私1人ではないと思います。

先程、愛知県の病院協会に会員にアンケート調査をいたしました。今、愛知県の病院協会会員病院は、310ほどでございますけれども、約半数の方の回答があったわけでございます。そのアンケートの61.9%の方が、非常に不安を持っている、という回答をしておられます。これは私の感じと似ておるんですが、一方ではクールな受け止め方もあるという状況でございます。

日本の経済を見てもみますと、世界の中で非常なあつれきを起こしておるほどの日本の経済活動の伸びがございましてけれども、この医療費の伸びが国の経済成長率を上回るというのも、ちょっと経済にうとい私どもとしては実感が湧いてこないんですが、国の基本的なそういう政策というのは、どこかおかしいんじゃないか。そのまま素直に受け取れないぞ、という気持ちが出てくるので

す。私ども昭和16年に学校を出まして、すぐ昭和16年に戦争が始まりまして、そのまま海軍に取られて、多くの戦友が戦死した。そういう経験を持っておりますけれども、国の政策というのは、国で偉い人が非常によく考えたんだから間違いはないんじゃないか。そう思い込んでおったわけですが、そういう偉い人が集まって考えることも、往々にして間違いはあると思うんです。現在の医師過剰問題でも、各県医大1つということで、初めから計算すれば分かっておることなんです、ここへきて右往左往、非常に大変なことになってきております。単純計算ですぐ分かることなんです、国の政策というのは、独裁的でもいけません、民主的にやりますと一方ではわけのわからない力も働いて、必ずしもいい方向へ行けないこともあるということ、われわれの経験上忘れてならないことではないかと思えます。

また一方、レジャーに消費する莫大な金額がある。これは大して問題にされませんですね。内需拡大ということで国民にレジャー、その他の消費というものを非常に奨励しておりますね、外国の製品もどんどん買いなさいと、また週休2日制ですね、4週6休、これは国家公務員でも人事院勧告でやるように勧告しております、政府はこれは実行する方針である。国立病院にも何とかしてそれを実行させようというふうな意思もあるようですけれども。そういう中において国民の生存にとって最も基本的な、病気になった時には良い医療を受け、良い福祉を受けるということがレジャーよりも何よりも、外国旅行よりも何よりも一番国民にとって大切なことだろうと思うんですね。そういうことが削減され、レジャーや他の消費の方はあまり問題にならんというふうなところに、私は先程言った戦争体験の理由なんかもありまして、経済の知識もないんですけれども、どうも勘で怪しいぞ、という感じはしております。

しかし、このことは国の政治経済の考え方の基本にかかわることございまして、私の能力を超えておりますし、ここで細かく申し上げることもないと思えます。

以上のような疑問を感じながらも、地域医療計画を現実のものとして前向きに受け止めまして、

ここで地域医療計画そのものについて考えてみたいと思います。

まず、病床の規制でございますが、これは医療圏を決めて、先程佐野先生がおっしゃいましたような基本的な根拠でもって医療圏を決めて、その中の病床を法定の算定方式によって決めるわけですが、非常に利用されている病床も、あまり利用されていない病床も、これを一緒にして規制しますと、私はよく利用されているベッドというのは、その病院の努力とか、職員の患者に対する誠意、適切な病院の方針等の結果によって、病床がよく利用されるのだと思います。また利用されていないベッドというのは、それなりの理由があると思うんです。そういうベッドを1つの医療圏のベッドで総体的に枠をはめて、それで規制をするということになりますと、これはいろんな問題が起こってくるわけですね。要するに努力してもそれが報われない。それから割に利用されない病院のベッドが、そのまま全体の数の中に入っておるといふようなことも心配になります。

それから、先程もどなたかがおっしゃいましたが、科別のベッドですね、その地域の医療圏における。任意的記載事項の話し合いの中で、配慮されるでしょうが、全体のベッドが決まっておりますから、その中のやりくりということになるわけで、問題をはらんでいます。また、一つの病院の成長というのが、地域医療計画のシステム化の中に埋没してしまう。そういうことのないように、これからの任意的記載事項の話し合いで配慮しながらいくべきでなからうか、というふうに思います。

それから5年ごとの見直しということなんです、5年以内と書いてあります。5年というのは今は長いですよ。今5年前のことを考えますと全然情勢が違います。もっと短期間の見直しがぜひ必要でなからうか、というふうに思います。

それといつも考えなければいけないのは、いったんこうゆうふうに決めてしまって、そこで見直しをしても、平行四辺形はやっぱり平行四辺形である。なかなか画期的な変化、時代に合った柔軟性のある変化というのは、なかなか出てきにくいということもあるので、これからの話し合いの中で配慮していくことも必要だろうと思います。

次に私は、病診連携というのは、この度の地域医療計画の非常に明るい面である、というふうに受け取っております。先程座長の太田先生もおっしゃいましたが、患者が出ていくのに受け取る場所がない。これはわれわれ急性型の病院では苦勞しておるんですね。研修医が急救外来へ出て仕事をしておりまして、患者が来て一番何が心配かということ、患者の診療ということよりも、この患者を自分の病院のどのベッドへ入れたらいいだろうかということで、各パートの夜勤の看護婦とか、若い研修医が右往左往しながらベッドのやりくりをしている。

いずれにしても、急性の治療をして、やや病気が落ちついた人は、他へ送ることがスムーズにいけばいい。これは私は明るい面だと思いますね。ただ、卒直なことを言わせていただきますと、患者の側に立ってなんでも考えろ、ということが最近言われます。患者さんはよその病院には行きたがらないんですよ。やっぱりそこのなれた先生に診てもらいたいと、医師と患者の関係というものは、非常に深いものがあります。それをいくら病診連携という名前のもとに、ここは急性病院だから、あんた病気がある程度落ちついたから、この病院を出て行ってくださいと言ってもですね、患者さんにしてみれば、新しく移る病院に対して非常な不安を持っていると思うんですね。どういふ先生にこれからかかるんだろう。また、そのレベル、設備というものはどういふふうだろうか、ということについて不安があります。

私は、もしそういうことができるなら、病院の中で急性型、慢性型、あるいはリハビリテーション、そういうものを全部備えて一貫した医療というものがあれば、患者さんは一番喜ぶんじゃないか。しかし、実際には病院が膨大になり、一定以上大きくなると管理体制が難しくなる、という欠点もあります。そういうことで急性型・慢性型患者さんを転送するという事は非常に大事なことなんです、そのときに各地域の医療機関の従事者が平常から有無相通ずる、意思が通ずる、顔も名前もよく知っている、病院の内情も機能を公にして、オープンにして、うちの病院はこういふふうになっております。レベルはこういふふうだ

と、ふだんからちゃんと分かるようにする、という方向に持っていく努力をすることが、この病診連携を進める上で非常に大切であると思います。

それからオープンシステムについても、先程の病院のアンケートを見ておきますと、なかなかドクターフィーとか、ホスピタルフィーなんかも決まっていない今の状況において、オープンシステムというのは、そう簡単にできるものであろうか、もちろん病院の中に開業医の先生がみえたときに、受け入れやすい、また近づきやすい施設、設備をし、人員も配置しなければと思っておりますが、その医療の現場において、主治医とか、患者に対する責任体制、あるいはどういう心情でもって、診療所の先生が病院へ来るのであろうか。受け入れる病院もいろんな考えがあると思うんです。そこらあたりを平常からよく話し合っ、病院に入ってくる登録医の方も、受け入れる病院の方も、一つのはっきりしたモチベーションでもって、事を進めていくというのが非常に大事じゃなからうか、というふうに思っております。

時間がだいぶ超過をしてきましたけれども、とにかく法律でそういうものが決められた。国の医療経済、私の疑問は疑問として、現段階では医療計画を施行するという事は、一応、国民のコンセンサスということで出てきておるわけなので、私もは前向きにこの問題を受け止めて、患者の立場に立ったいろんな計画の策定と、それに前向きに協力していくということが最も大切なことではなからうか、と思っております。どうも失礼いたしました。(拍手)

司会(太田) ありがとうございます。長年にわたり本当にまじめに患者のために尽してこれらた富永先生が、非常にクールな目でもって、現在の計画、その内容及び国の姿勢ということを批判しながら、希望を詳細にお述べになりました。今後、病診連携ということに意欲を燃やしておられる先生方にとっても、大いに参考になることだと思います。ただ今、富永先生も言われましたけれども、日本の国は金持ちになったと言っておるのに、何故医療費をそれも削減せにゃならんのだらうかというような問題は、皆様方等しくお感じになっておると思いますが、こういう点は宮崎先生

ひとつよろしくご努力願いたいと思うわけでございます。

それでは次に有澤先生をご紹介します。有澤先生はご承知のとおり日本病院会の副会長であり、地域医療推進については、特に令名のあるお方でございます。特に病院の経営、税務対策ということについての第一人者でございます。有澤先生長年のご経験及び現在の立場から、私的病院から見たらどうだということについて、ご遠慮のないお話を承りたいと思います。よろしくお願いいたします。

私的病院の立場より(総合病院)

日本病院会副会長 有澤 源蔵
有澤総合病院院長

ただ今、ご紹介いただきました大阪で病院をやっております有澤と申します。

先程、太田先生から思い切って自分の思ったことを言ってくれと、後、何も問題にしないからというお話でございましたので、今、地域医療に関していろんな計画が立てられておりますが、率直な意見を、また個人の意見を交えながら、述べさせていただきますと思います。

確かに、先程も富永先生からお話ございましたように、昭和60年で医療費が16兆円を超したと。そして今年の厚生省の予算で立てる枕言葉で、18兆幾ら要るんだと。しかも、その医療費の伸びは、問題は病院の入院費だと。しかも、それが老人であると。その元凶というとおかしいけれど、その大きな原因は老人の医療費が伸びていると。もうほかの医療費に比べて、比較にならんぐらい伸びておるんじゃないかということで、いろんな施策が最近この4、5年進んでおるわけでございます。

一昨年医療法が改正されまして、今、入山先生からお話ございました地域計画というものが作成されまして、先程からいろいろ意見が出ましたところの必要的記載事項である医療圏の問題、あるいは病床数の問題が、とりあえずの大きな問題となっております。各府県は今、鋭意ですね、4県は終わっているんですが、ほとんど70%は今年中に地域医療計画をつくり上げるでしょう。

大阪でも昨日、私は医師会と話し合いましたが、大いにやっておられます。しかし、この中で率直に言って、二つ、まあたくさんございますが、二つだけ疑問を申し上げておきたいと思うんです。

一つは、今、問題になっている老人保健施設というものが、今、進んでいるんですが、これは今年の10月か、秋にははっきりした内容が全貌をあらわすと思いますが、この老人保健施設におけるベッド数、これが一体どうなるんだらうかという。まあ一説によると、半分に数えるんだとか、あるいは今度の地域医療計画の数には入らんだと、あるいは全部入れるんだとか、いろんな説がございます。しかし、これはこれから決まることでございますが、私はこれは非常に大きな影響を与えると思うんです。老人は毎年、70歳以上の老人が我が国では、ちょっと数えても40万も50万も増えておるわけです。したがって、その発病率は非常に高うございます。結局、幾ら家庭介護と申しまして、入院せざるを得ないものが相当出てくると思います。2万も3万も出るんじゃないかと。そうすると、医療計画の中に、これを含めないとおかしいと思うんです。

しからば、これを除いてやるということになれば、これは老人に対しての配慮は全然ないわけですから、ちょっと、それは家庭へ戻したらええんだと言われてもですね、我々はこれは納得しがたいんです。私の意見としては、やはりこういった老健施設のベッドも、医療法の枠の中で計算すべきだと、こう思うんですけどね。それはまあ老人は医療費を食うから除くんだというような意見もありますが、かえって、これは除けばますます医療費は膨大化しますよ。老健施設であろうが、やはりある程度は医療費は要るわけでございますからね、医療機関か、福祉機関かということが問題になっておりますがね。私はやはり、これは含めるべきだという、これは私個人の意見でございます。しかし、秋の老人保健審議会でどうなるか分かりませんが、私の意見としては、そういうことでございます。

それからもう一つ、医療圏です。医療圏の問題はもうすでに医療圏が決まりまして、いろいろやっておりますが、僕はこれはやっぱり、先程、保

健所を中心にして考えるべきだというようなご意見がございましたが、コーディネーターになってもらってやるんだというお話、なるほどそれは行政を中心にしてやるのも大事でございますが、医師会とか、病院団体は、はっきりとその患者の流れとか、交通の便とか、あるいは患者はどこから来て、どこに入院するんだというようなことは、特に大阪なんかは、数年前からこれは研究しております。

実は大阪市内の区は、ある地域は府下のほうから入ってくる入院患者のほうが多いんです。50%を超してるんです。そういう流れをよくキャッチして、いかにしたら、合理的な住民のニーズに應える医療圏ができるか、ということをよく考えてやらないといかぬ。これはまあ大阪で随分いろいろと府と行政のことを相談しながら進められておりますから、この秋には立派なものができると思いますが、秋までには。そういう点で、ちょっと私は今の計画が一方向的に数を出すのに、医療をいろいろやとりますが、鹿児島なんか、鹿児島市だけで、後は全部11地区は足りない。そうしたら、勢いのある人例えばチェーン病院は、そこへ建ててやろうかということになるわけですね。神奈川県でもそういうことはありましたし、いろいろあっちこちでそういうことが出てくるので、やはりある程度広域な、そしてシステム化できる医療圏をつくるというのが、これは僕は住民のニーズでもあり、実態に合わせた医療圏をつくるべきだという意見を持っております。これも私個人の意見でございますので、どうなるか分かりませんが、そういうことでございます。

それから、今度の総合対策本部の中間報告でございますが、老人を家庭に帰して、主として家庭介護を中心にしてやると。それから退院を推進するような処置を取れと申しまして、受け皿がないものを外に出すということは非常に困難で、ある程度老健施設が十分でき、又病院の中にも老健施設ができあるいはいろんなところにできれば、それは受け皿があるんですから、そこへ流すことができますが、実際、社会的入院はけしからんと言いますけども、それは我々診療しているものにとっては、なかなか簡単には処理できないんです

よ。むしろ、患者、国民を教育していただきたいと思うんです。これは非常に、僕は重要な問題でしてね。そんな簡単に患者を、入院日数が長いから、欧米に比べて49日とか、40日もあるのは長いじゃないと言われても、これは僕は非常に問題があると思うんです。確かに、アメリカは7日か8日とか、更に6.5日になったとかと言って威張っておりますがね。医療費は我々の9倍も高いんですよ、フランスだって6倍、西ドイツも4.5倍ぐらいなんです。かければ、はるかに日本よりは高いんです。又住民数における入院率も日本より高いという事も聞いています。

医療従業員におきまして、私も外国を अच्छ こっち行きました。アメリカにも行きましたし、欧州にも行きましたが、1病院のベッド数の3倍、4倍の従業員がおるわけです。日本はそんな病院はあんまりないじゃないですか。特に私立病院の場合は少ないです。これも少ない最低限でやっている。しかし、これは最近、非常に行政のほうから指摘を受けて、増設とかあるいは増ベッドとか、あるいは医療監視のときに激しい指摘を受けている。先程、公的病院は厚生大臣の行政指導を受けなければならぬと申しますが、現在は我々も保健所と申しますか、やっぱり知事ですね。知事の指導を受けて同じような制限の中に、医療法の中に動いているわけでごいまして、これは何ら変わりが無い。税金は確かに変わっておりますけれども、その他は同じだと思うんです。また、公的医療もどんどんやってるわけでごいまして、時には地域の基幹病院になり得る、お隣の伊藤先生のところのような、NMRを2台も置こうかというような設備の整った基幹病院もあるわけでごいしますので、僕は、公でも、私ども、ある面では共通の部分が大いにあると思うんです。

そういうことでごいまして、また老人は非常に100ベッド以下の病院に率多く入っておるんです。昔、我々が結核をやったときにも、確かに、私的病院は結核患者の入院が多く、いやなことは私的病院が今まで引き受けてきたんですよ、戦後。それが今になって結核は減ったが、老人がどうも多いと、入院日数が長いと、速やかに出さなきゃ医療費が幾らでも膨らむじゃないかと、まあ

そういうことも一つの理論かも知れませんし、それは我々としても、国が国家的見地、あるいは国民の側に立てば、医療費が無限に大きくなるということには賛成しません。しかし、こういうふうには規制をすると、先程からお話のあった駆け込み増床という問題が出てまいります。「駆け込み増床」って、えらい変な言葉でございますね。昭和60年はたしか4万5,000だったか、幾らかはつきり覚えてませんが、4万床の増床が行われております、全国で。しかし61年、昨年度は6万5,000ほど増えてるんです。1.4倍です、一挙に。それはなぜかと申しますと、医療法が一昨年暮れに決まったと。そして病床規制が出るぞ、それ以後は勝手に増床は出来ないという。これは誰でもやりたい人は今のうちだということで、それで駆け込みが出来たんであって、これはもう駆け込みをやるのはけしからぬという声が出ておりますが、私もそう思いますけどもね。私が自分の病院の立場だけで考えれば、駆け込みはやってもらいたくないんですが、しかしながら、これはやっぱり厚生省は45年たくさん医者をつくり、そして、これからベッド規制するぞということになれば、駆け込みをやるものがどんどん増えてくるというのが、当たり前現象です。これはそんなことを申し上げたら、厚生省に悪うございますけど、やはり、根源は厚生省がそういう計画をもうちょっと慎重に、医者を増やしたら、いかになるかを考えて、——これは富永先生もお話しになったですが、考えるべきじゃなかったか、ということをお私には思っているんですが。

そういうことで、駆け込みはどんどん増えている。しかし今年になって、62年の4、5、6、これも私どれぐらい増えておるか、ずっと見ておるんですが、これは計画課のやることで、よくわかってるんです。最近ちょっと減ってるんですね。1カ月4,000床台、地区に駆け込みの警告を発したら大部減ってきたと思とられる、うまく功を奏したと思とられるけども、これは私は非常に危険だと思うんです。病床規制も単にそういう数字の上でやってもですね、やっぱり人間の知恵、営利主義の病院がたくさんあるわけですよ。そして、いろいろ「悪貨は良貨を駆逐する」と申しま

すけど、営利主義でやればどんどん増やせますよ。あるところではちゃんと名前を変えて裏には非医師の金主、営利主義者があって、知事の許可を取ってしまっている。先程ちょっと質問がありました。そういうようなことで、どんどん増える。単に、そういうことばかりでなくて、一般企業、例えば、生保会社、損保会社、それから信託会社——信託会社もたくさん金があるんで、外国に土地を買ったり、建物を買ったりしてますし、シルバー産業が非常によいと思えば、やはり投資を国内に向けます。そして一つもうけて配当を多くしようというのが、これは当然の一般企業の論理、市場原理です。したがって、こういうものがどんどん入っておるといふ現実を直視しなきゃいかんと思うんです。中には本当にまじめな企業もたくさんあるとは思いますが。

まあ病床規制で、そういうものを監視していったのが医師会とか、病院団体でしょうけれども、なかなか裏にはいろんな手段がある。目的のためには手段を選ばずというの、——これはそんなことを言ったらいけません、割合にそういう営利目的の企業がたくさんあるわけですね。私の聞いた範囲でも、生保会社、銀行、ホテル、それからいろんなものが、これに参加してベッドを増やそうとねらっておるといふのは、間違いない事実です。アメリカにおけるシルバー産業の現実を知れば判ります。これはどんどんこういうものが入ってきますと、病院とか、医師とか、開業医とかはだんだんと——。こういった企業に使われてゆくわけで、医療費はどうなるかと申しますと、こういう営利企業が入れば、医療費はなるほど、先程、厚生省の18兆円をオーバーという話があったんですが、それから厚生省の予算は医療費は4兆5,000億円、年金の方が更に多いんですよ。ところが、それは確かに減らすことができるし、大蔵省に要望するにしても、もうちょっと増やしてくれということも、言わなくても済むかもわかりませんが、しかしながら、その被害を被るのは私は国民だと思うんですよ。

国民は民間保険に入る——民間保険を非常に勧めておる人もございますが、厚生省も民間保険を最近どんどんやって、ビジネス相談室というもの

ができて、羽田先生がこの間、ビジネス相談室をやって、そういうものを規制するんだというような事を代議員会で言っておられたが——厚生省はこれを逆手にとって、7つの部に分かれて、そして医療コンサルタントだとか、医療従業員とかいう、あるいはいろんなものが、これは非常に立派な方もおられるんですけどね、中には異常なものがあると思うんです。私もいろんなところから相談を受けて聞いとるんですがね。こんな異常なものが、どんどん増えてきますとですね、我々医師、あるいは病院の範囲外に、医療周辺産業として、その境がはっきりしないですよ。

先程、介護は医療か福祉かという話が出たけれども、介護は私は医療だと思うんです。ところが、そういった連中は、いや、介護は違うんだと、福祉の問題だと。だから、これは別だから我々がやっていいんだと、看護婦でもやれるんだと、誰でもやれるんだということ、どんどん医療を浸蝕してまいります。要するに、医療費のエロージョンと申しますか、どんどん浸蝕してまいりまして、結局、医師の取り分、あるいは病院の取り分というものはどんどん減るし、厚生省は高見の見物で見とれば、自分の目的である、その現在4兆5,000億円というのがどんどん増えるということを防げると思いますけど、それは非常に危険な考え方だと思います。

私はそれから、民間保険がどんどん保険を補完していくという考えを、ある程度は歯止めをかけなければならぬと思うんです。これはどんどん増えていきますと、厚生省は努力することを忘れず。厚生省こそ、国民の医療に責任を持っておるわけなんですからね。これで被害を受けるのは誰かと申しますと、国民であり、患者であり、入院患者であり、いろいろそういうものが被害を受けるわけでありますから、日本の今まで立派に仕上げてきた厚生省が作った医療制度、あるいは保険制度というものは崩壊するおそれがある。しかも医療費は対GNPに対しても増々増大します。それは現在のアメリカの実状を見れば明らかです。そういう意味で、私は医療はあくまで営利であってはならない。これは厚生省に言うわけでもなく、国民に言うわけでもなく、我々自身も考

えなきゃいかぬ問題でございます。

我々の中でも、たくさん最近、チェーン病院とかというのが出ておりますし、それから保険の請求等につきましても、まあ大学なんかはすごい請求をしておるわけなんです、こういったものがどんどん増えていくことも、我々は十分考えねばいかぬ問題でございますが、それはまあ一部の方であって、我々は医学にのっとり、医師会も生涯教育というのをやっていますから、医学にのっとりやって、しかも疾病を予防し、病院も単に、病院の中の患者を診るだけでなしに、地域の中に進出して、病気の予防、例えば、癌なんかはどうでしょうか、まだまだ減っていくと思うんです。厚生省は今世紀の終わりまでに、癌の本体を明らかにして30%ぐらい減らしたいと。この前、中曽根首相すらサミットで、それをレーガン大統領なんかに提言したと聞いていますが、そういう方法で医療費を削減していく方法が、一番好ましいんではないかと思えます。

最近、脳血管障害がぐっと下がってきました。1位だったのが、3位になりました。これなんかは食事、栄養と多いに関係ありと言われてます。やはりこういうことによつて、医療費が下がるのは我々最も歓迎するところでありまして、そういう方法を講じてゆきたい。取り締まって、病床を規制するとか、老人を治療するのは無駄だというだけの考えでは、結局将来国民の不幸になると思えます。そういう意味で、医療はあくまでも非営利であり、医療法人の配当も禁止して、そして一般産業は、営利産業が無条件、自由に地域の中に流れ込んでくるのを防ぐということが、我々の使命ではないかと思うわけでございます。以上でございます。(拍手)

司会(太田) ありがとうございます。この変化の時代において、一番ダメージを受けるであろうし、ダメージを受けはしないかとご心配をしておられるのが、私的病院でございます。その私的病院のために挺身しておられます有澤先生のご意見をできるだけ、これは政策に取り入れられるよう我々は望んで、先生のお考えを推し進めたいと。宮崎先生にもひとつよくお願いしておきます。

私的病院の活性化といいますか、日本の医療をほとんど担うのは私的病院ですから、有澤先生一層のご活躍をお願いしたいと思います。ありがとうございます。(拍手)

私的病院の立場より(総合病院)

日本病院会理事 伊藤 研
総合大雄会病院院長

伊藤でございます。どうぞよろしく。(拍手)

実は今日、この地域医療計画の問題に関しまして、とやかく言うのは、すでに時期が遅いと思えます。この問題が出はじめてからすでに1年有余たっており、今ここで何を論じてみても今後それほど大きな変化があるとは思われません。これから私ども私的病院の立場から申しますと、今日のこのメンバーをご覧になりましてもお分かりいただきますように、なぜ私的病院から3人も出たかということだと思います。これは地域医療計画には、私的病院にとって大変大きな影響を来す諸問題があることに関係があることと理解しております。

レジメにもございますが、それは見ていただくといしまして、私はもともとこういうお話をするときには原稿を読むようなことは好きではございませんが、時間的な制約がありますので読みながらお話し申し上げますことをお許し下さい。

特に今日、私的病院の方々にとっては、何と言っても私も私的でございますから、私的の見苦しいことや、嫌なところは自分でも言いたくありません。

しかし、公的医療機関の目につく問題点については、どうしても言いたくなります。ですから公的の先生方に対しては嫌な思いをさせるかも知れません。

司会の太田先生が、「かまわんから何でも言え」とおっしゃっていただきましたので、今日は安心して言わせていただきますので、お許しいただきたいと思えます。私的・公的と申しますが、患者にとっては良質の医療を受けることがすべてであります。

本日は時間の関係で早口で申し上げますので、問題がございましたら後でご質問を受けるつもり

でおります。

昭和60年の12月の医療法改正によりまして、60年8月以後を目標に各都道府県は地域医療計画の実施に向かって動き始めました。国民医療の現状については、医療保険制度の充実のもとに、公私医療機関の量的整備によって世界に冠たる医療水準を維持しております。また先進諸国が国民総生産に対する医療費の上昇が目立ちまして、米国におきましてはすでにGNPの10%を超え、D・R・Gを含めた諸対策にもかかわらず、健全化にはほど遠いという状態であります。我が国の医療費が国民総生産の5%前後でありながら“医療経済の健全化”と“国民医療の質的改善”に敢然と立ちあがった姿とは対照的であります。我が国の医療が21世紀の高齢化社会を迎えるに当りまして、医療資源の効率的活用を高めることはそれなりに理解できます。しかし質的向上の問題については、先進諸国と比べまして、米国の医療費が我が国の約9倍であることは例外といたしましても、ヨーロッパ諸国と比べましても非常に低いもので、最低の西ドイツと比べましても4分の1に過ぎません。

このような安い対価でもって良質の医療を提供させるということ、こんなことがあって本当によいのでしょうか。また真の質的向上を願うならば、国民が医療の質に対する良否が判断できるような教育指導が行われて然るべきだと思います。

最近、特に大病院へ行けばすべてが解決するような風潮があるということも、非常に問題だと思います。また医療側の状況についても実態を知らせるべきであり、国民はいつでも、どこでも保険制度の中で最高の医療が受けられるというように信じております。しかし、一方で医療側は、より良き医療と保険審査の厳しさの中で、びくびくしながら医療を行っている現実を、国民に知らしめるべきだと思います。

健保組合が現在余剰資金でもって、海外に最近保養所を新設し始めました。これは皆さん方も最近の新聞でご存じだろうと思いますが、大々的にお金をかけて保養施設をつくる。これはどこから出たお金なのでしょう。

国民医療総合対策本部の中間報告の中で、良質で効率的な医療を目指すという問題も出ておりま

すが、老人医療のあり方、長期入院の是正、大学病院における医療と研修、それから患者サービスの向上というような問題が出ておりますが、これ一つ一つとられましても、いろいろ問題があります。時間がありませんので、私が気になる問題として、患者サービスの向上の中で広告規制の緩和について申し上げます。国民に正しい医療情報を提供するという事は非常に大切なことですから、これは当然やっていただかなければいけないことです。医療機関を選ぶ権利は患者側にあるわけなのですが、しかし、一部の公的医療機関は新しい治療法だとか、高額医療機に対してマスコミを使って患者集めを行っている節がありまして、広告規制に対して過大広告や、患者集めの目的ではないかと誤解されやすい行為には、何らかの歯止めをしなければいけないのではないのでしょうか。又この問題に関しても、公私の差別だけはなくしていただきたいと思えます。

それから必要病床数の算定につきまして触れてみますが、地域医療計画の中で最も問題となっている駆け込み増床の問題で不思議に思えてならないことは、確か健康政策局の竹中局長が昨年の11月医療行政の問題点として今後の方向の講演の中で、病床の問題は現状は認主義で出発して算定方法を決めた、というように言われております。そして5年・10年・15年後に医療計画と必要病床数の見直しを行いたい、というようにおっしゃっておりますが、これは将来病床を増やそうという事なののでしょうか、減らそうということなのでしょう。私はその点非常に疑問に感じます。

病床規制の問題以来、昨年からは駆け込み増床希望が多いと言われておりますが、問題は近い将来放っておいても、自らの手で決着をつけなくてはならない状況に達しているということは、だれも否定できない問題だと思います。米国やヨーロッパの先進諸国と比べまして、人口割の病床数と平均入院日数を比較しても、特に日本だけが罹患率が高く、しかも治りにくいというようには思われません。現在の病床の150万床、実働83%として、125万床、その内社会的入院が10万床あるというような意見もありますが、これならば100万ベッドぐらいでいいわけなのです。

しかるに、病床規制が出る寸前に、公的医療機関も含めて増床傾向がみられました。我が国の平均入院日数が非常に長くて、現在48日になっておりますが、これはいずれ大体先進国並の2週間ないし20日ぐらいに持っていかなければいけないのではないのでしょうか。そうすれば実際必要ベッド数というのは60万ベッドぐらいでも充分という意見もあるわけです。このような問題を頭におきますと、私の病院は454床でありますから、現在の平均入院日数が31日前後で、これを15日ぐらいに将来減らさなければならぬだろうと考えますと、病床稼働率を維持するためには900名の患者を集めなければなりません。とてもそんなことは困難だと思います。そうすれば、これからどうやって病床を減らしていこうかということで頭がいっぱいです。そういう段階で増床する病院があることは私には理解出来ません。恐らく現在増床される病院は、患者の入院日数も短くて十分なアフターケアもできないので、増床を希望しておられるのでしょう。行政当局は需給計画の中で病床数の算定される前に、何故もっとはっきりと先進諸国の医療と比べて、我が国の医療体制の中で病床数及び平均入院日数の見込みに対する見解を示されないのか、このことが私にとっては非常に疑問を感じさせます。

次には、任意記載事項の中で、医療関係施設間の機能分担と連携の問題、オープンシステムの問題に触れますが、医療機関の機能分担については初期医療を行う1次医療機関、入院医療への対応としての2次医療機関、高度特殊医療に対する3次医療機関が分担することは理解できます。しかし、3次の医療機関に対する行政の考え方からすれば、地域の数からも2次医療機関の幅というのは非常に大きな差があり、当然、医療の内容からいきまして、ただ2次というだけではなく、1.5次・2次・2.5次というような医療機関が2次医療機関の中に包含されると思います。しかも、この中で私的医療機関の立場というのは全く微妙であります。特に2次医療機関としての根拠が明確でない。これは何らかの根拠が必要ではないのでしょうか。続いて、病診連携及び病々連携につきましても、現在各地域の医療は、診療所と私的中小病院が

経営的競争を避けながら、地域医療を機能させてきました。ところが現在一部で検討されている病診連携、これは私的病院を頭越しに公的病院と診療所との間で行われている例がほとんどです。そういう現象が起りますと、何が起こるかと言いますと、一方では公的医療機関にとっては紹介患者消化のために、今までいた長期入院患者を排除して、できるだけ在院日数が短縮できます。しかも短期入院ですから医療費の収入は上がります、大変よい結果をもたらすわけです。これは先程愛知県病院協会会長の富永先生がおっしゃいましたように、紹介患者制は病院にとって非常に良い結果をもたらしている、という言葉に裏付けられていると思います。

ところが、この問題は私的中小病院にとりまして、公的病院から早目に退院してきた患者が、一時的に病床を利用しますから、病床利用率は上昇するわけです。その見返りとして最期入院慢性患者が増えます。こういう問題は近い将来、老健施設問題とか、急性・慢性疾患病院の問題、入院日数の短縮など、私的病院にとって非常に困惑するような問題が目白押しでありますから、戦後の日本の病院の相当部分を担ってきた私的病院が、ここ数年をいわずして壊滅的な打撃を受けることは至であろうと思われまます。

私的病院の壊滅的打撃の後に起こる現象は何か、公的病院は恐らく国鉄と同じような運命をたどるものと思われまます。現に自治体病院に1病院平均59年度で1病院当たり平均3億円の一般財源からの援助が行われていますが、それでもなお半数の病院が赤字だということは非常に注目しなければいけない。私的病院がそんな赤字を出したら大変なことです。

年間3億円の援助をしてもらわなくても、せめて良質な医療の見返りに税金をなくしていただけたらと思います。公的に比べて私的病院の利益が多いという問題がありますけれども、これは医師不足によって人件費分が浮いているだけなのです。公私を数字上で対比させるようなことは絶対できないわけですので、いずれにしても医療費の面からみれば現状は、良質の医療にふさわしい医療費が支払われているとは思えません。

オープンシステムについては、オープンシステムに先んじて、大病院の外来を禁止して、特殊外来と紹介患者制をとればいいと思います。これには外来収入が病院収入の40%近くある病院もありますので、当然減収分に対して入院料の加算を行うべきであり、外来を中止したり病院のみ点数の加算を行う、いわゆる甲表・乙表のような自由選択としたらどうでしょうか。これによって診療所から病院へ紹介された患者は必ず診療所へ帰ると思います。現在のように外来を行う間は、患者の大病院志向は止められない。一部の大病院が外来をやめれば、オープンシステムは自然発生的に完成すると思っております。

引き続きまして、医療従事者に対する職種別確保の方策についてお話し申し上げますが、ドクターの問題はこのあとでシンポジウムもありますので、看護問題について申し上げます。看護婦数の不足の問題につきましても、医療の現場での量的不足が叫ばれてきて久しいですが、最近特に不足現象が激しくなっております。看護職員の就業状況と養成状況の資料を見ると、昭和60年の第2次看護婦需給計画終了で必要数をほぼ達成したと厚生省では言われております。というのは66万人体制が完全に出来たというように言っているわけです。厚生省は第3次看護需給計画の策定に当りまして、地域医療計画等老健施設・在宅ケアを含めて検討したいとの考えのようですが、私も医療の現場では、日々の看護婦不足をどうするのか、これから諸般の事情で一層の不足を来たすであろうこの問題に、どう対応したらいいのかと困惑しております。私的医療機関の大半は、この問題をかかえて看護の質をたしかめる方策に苦しんでいることでしょう。私の病院のごときは、年間55名の看護婦を養成しておりますけれども、なおかつ不足である。この看護婦がどのような形で流れているかという点、ほとんどが公的病院へ就職しております。看護職員の量的問題につきましても、現在一番新しい数字は就業者数で保健婦・助産婦・看護婦・准看護婦等を含めて約69万人と言われております。行政当局が昭和60年の第2次看護婦需給計画の66万人体制からみれば、ほぼ充足しておるといふことなのですが、私はこの前、ある看護

関係の方に聞きました。本当に不足しているのはどれだけでしかと申しましたら、いやこれは私的見解だという話で、3万1,000人不足している、と言われます。

3万1,000人の中には4週6休とか週休2日制による人員増は計算されていないのです。それらを加算した場合は80万から90万人体制が必要でしょうと言われました。しかも最近の大病院・公的病院では現在の特2類では不十分であり、看護体制をもっと上げて特3類の新設を希望されているように聞いております。そういう問題を考えた時、看護婦需給関係は大変だと思います。今までも病院関係の会議では、週休2日制を控えてどうするのかという問題は討議されてきておりますが、これはあくまで経済面で人件費の増大に対しては、どう経営上対応するかという問題です。公的病院はそれでもいいかも知れませんが、しかし、私的医療機関にとっては人件費増の問題以前に、ただでさえも日常不足している看護婦が、毎年の病院医療監視をどう乗り切るかという問題があります。さらに公的病院への看護婦の流出に対してどう対応するのか、これも頭の痛い問題なのです。

看護婦の現業職者数について言いますと、現在64万人と言われておりますが、正看が33万人で准看31万人です。64万人の中で病院で働いているのは48万人で、後は診療所で働いております。国公立公的病院に勤めている看護婦さんが大体30万人ですが、このベッド数は72万床、私的医療機関に勤めている看護婦さんが19万人で77万床というのが実数であります。看護婦の養成状況は3年課程と2年課程で、正看養成が1年間に3万2,000人、准看が衛看も入れまして3万7,000人、そうしますと、これは6万9,000人ほどつくられているわけです。けれども実際の統計的な厚生省の数字を見られると違います。7万4,000人になっています。これはどういうことかという点、保健婦とか助産婦の教育も一緒に入っています。このように正准看学校の卒業生は年間6万9,000人ですが、実際に就職するものは53,800人で13,500人が進学しています。ところが、この中で問題にしななければいけないのは、年間6万9,000人も養成していま

すが、統計的な数字をご覧になるとお分かりになるとは思います、では実際現場で働いていて就業している看護婦が年間どれだけ増えているか、2万4,000人しか増えていないんです。ということは4万5,000人がどこかで消えてしまうんですね。ということは看護婦の、特に正看なんかは3年間の教育を受けまして一病院に2.8年しか勤めていないんです。ですから、そういうことをどうするのかということを考えない以上は、看護婦の80万人体制なんというのは到底夢のような話だと思います。その間は、民間からどんどんと公的医療機関へ看護婦が流れますよ、ということをお願いしたいんです。看護婦の就業状況と養成の状況からして、その相関関係を知り、特に私的医療機関の看護婦不足の実態を、私は知ってほしいと思います。

もともと国民の健康を守り、国の発展を図るためにも、国民医療の中で医療従事者で最大の人員をかかえ、医療の質的向上に大きな影響をもたらす看護婦の養成は、国家財政の中で行われるべきだという意見が大半であります。現状を見ていただいて一考を促したいと思います。1,767の国公立病院中看護婦の養成を行っているのは661病院であります。残りの7,825病院中6,860病院が医療法人と個人病院です。9,600の日本の病院の中の73%が200床以下の病院なのです。2,740の国公立公的、そういう病院の中、特に300床以上の病院にぜひとも看護婦の需給体制と、500[]]ベッド以上の大病院の看護学校の学生養成数を調整していただいてもっと増やしてほしい。地域医療計画の中での増床が問題にされているが、それ以前の問題として十分に検討されるべきであると思います。また公的病院で300床以上の病院が看護婦養成を行っていないければ、基準看護を許すべきではないと思いますし、増床の許可をすることもいけないというように思います。

まとめといたしまして、必要的記載事項の中では、医療圏における2次医療機関の機能の根拠が不明確である。この問題を何とかしなければいけないのではないのでしょうか。

2番目に必要病床数の算定に関しましては、病床数をうんぬんするよりも、何年先に国際的な水

準での病床数床び平均入院日数にするのか、もし、それにしないで日本だけでは独自の方法で進むのか、という方針を決めていただければ、何も病床数を規制する必要はなかったと思います。

それから任意的記載事項の中では、医療関係施設間の機能分担、連携の方策について、病診、病病連携を円滑にするためには、希望する大病院の外來禁止と、入院費の加算を行うことが必要です。現状のままでは私的病院の生存を危うくし、公的赤字病院が増大し、医療費の削減にはならないと思います。

医療従事者中看護婦の養成には多大の費用を要しますが、看護婦需給体制を再検討していただく必要があると思います。

時間がありませんので、これくらいで終わらせていただきます。(拍手)

司会(太田) ありがとうございます。非常に内容の鋭いお考え方、提案をしていただきました。そのうち一番病院にとって必要なのは、最後に言われた、看護婦の養成問題であろうと思います。

駆け込み増床をしても、看護婦がおられませんので、実際は運用できません。しかも、看護婦が働く年数が3年未満だと。これはゆゆしい問題でございますし、私的病院で、基準看護をやろうと思ってもできません。だから、いろいろな問題はありますけれども、まず目先の問題として、看護婦数は絶対に増やさなければならないということで、こういう運動ならば、各県でもできるはずでございますので、大いに県当局と話をされて、看護婦の養成をしていただきたいわけでございます。

看護婦の養成は、普通の病院ではできません。金がかかりますので。やはりこれは公費を相当導入していただかないとできない問題でございますし、なおかつ、500床以上と言われましたが、大きな病院は一つ自分のところで使う看護婦ぐらいは、ちょっと無理をしても自分のところで、学校をつくって、養成すべきではないかと思います。

どうも伊藤先生ありがとうございます。

それでは、私的中小病院ですね、中小病院として、今、第一線で活躍しておられる木村桂一先生

でございます。愛知県の病院協会の理事者で、年齢は相応いかれておりますが、まだ医療界では新人の部類に属する、新人類に属する方でございます。この新人類、中小病院の代表として、どうい
うご意見、どうい
うご提案をなされますか、お願いいたします。(拍手)

私的病院の立場より(中小病院)

愛知県病院協会理事
木村病院院長 木村 桂一

ご紹介をいただきました木村でございます。

大変緊張した話が続いておりますので、私ごときがあまり長々と申し述べるべきではないと思っておりますので、予定した話もはしょって、お耳を汚したいと思っております。

私は中小病院と紹介されましたけれども、現実、小病院をやっておるものでございます。55床でリハビリを一生懸命力を入れてやっておりますが、このごろの娑婆の情勢、特に小売店を見ておりますと、どんどんなくなってまいります。スーパーか、コンビニエンスストアに席捲されております。オーケストアーとか、セブン・イレブンというような、日用品は大抵のものが間にあうコンビニエンスストアがどんどんと小売商を喰っております。

そんなところから、私も現在の経営のやり方として、コンビニエンスホスピタルというようなことを自分では考えてやっております。私の力の足りないところは大学医局にお願いしまして、専門医の方々の力をかりてやると。そうしまして、かなり前でございますが、医師会で病診連携問題、病病連携問題、先程もいささか出ましたが、大病院からの後送問題、そういったことを担当させられまして、つくづく思ったことがありましたので、私はコンビニエンスストアのように、まとめて手軽にご近所のお役に立つ病院、予防・治療・リハビリと揃って、又大病院から後送するのにも役立つ病院として、リハビリテーション施設を作りました。それはただ今は、医学療法士が5名、作業療法士が3名。パートで来ていただくリハビリテーション専門医以下、作業療法士、理学療法士、看護助手の方々を入れますと、30人近いメン

バーでやっております。後送の機関としてはいつでも“どうぞ”といって引き受けられるような体制にしてやっております。そういう私からの意見でございます。

長年先輩各位のご努力によって、我々医者としての治療は大変やりやすくなっておりますし、安い医療でここまで皆様方とともに力を合わせて、世界のトップレベルの長寿国にしてきたのでございます。病気がどれほどよく治るようになったかを考えるときに、先輩同業医療関係者の皆様に心から感謝をしても、し切れなくらいでございます。

それでありまして、老人が増えたから、老人医療に金がかかり過ぎる、入院医療に金がかかり過ぎるといふことで、病床を規制して、病床を減らす。この考え方が基調になり、物理的に入院費用を減らそうという発想が、今日の地域医療計画のように判断されます。その1、2の例を申しますと、まず、受療率の基礎資料として挙げられた数値は、「柿の赤くなる頃に医者が青くなる」と昔から言われております。年間で病人が最も少ないと言われる月の59年10月のある1日を捕えて、データが整理されております。それが1年間に水増しされ、ひいては国家百年の大計にまでつながっていつておるようなふうに取り扱われます。

しかも、この地域医療計画資料のどこにもない数字が、医療法の施行細則の地域ブロックの性別・年齢別・段級別入院治療率・一般病床人口10万対として載っております。一生懸命本をひっくり返しても、どこから出てきたのかわかりません。このブロック分けの根拠についても、全く説明はございません。

その必要病床数算出に至っては、論理的にも、はなはだ理解しにくい式でございます。どうやらこれは、どうも無理やり算の傾向にあるように思われます。厚生省というところは、日本の人口統計の最初からやっておられるところで、統計については日本一というところがございます。にもかかわらず、このような数字が出てくるということは、どういうわけでありましょう。一国の医療の基本となる病床が、こんな式で、でっちあげの数字で規制されてよいものだろうか、と思わざるを

得ません。

そういったこの数字が元になって、しかも・病床利用率というのは、全国一率ということで0.839。これが公母に來まして、分子の方はブロック別、それでもって各県の夫々の数字を入れるというような、まことに勝手極まる数式のように思われます。浅学非才でございまして、統計学はあまり得手でございませぬので、そのように考えざるを得ないと思っております。そうして、それが法律として押し付けられるということに関しては、大変抵抗を覚えるものでございます。

先般、新聞紙上で発表されました愛知県医療計画による入院患者数は3万6,011人、愛知番の受療率で計算いたしますと5万4,000人となり、入院患者数だけでも1万8,000人の差が出てまいります。愛知県の既存病床が5万4,500床、愛知県医療計画による必要病床数が4万7,000床、その差はマイナスの7,500床、名古屋医療圏でマイナスの7,340床の超過ということであり、これは、結果として超過ということになるわけでありますが、まことに、実態をつかんでいない数字ではないでしょうか。

翻ってみますと、六法全書を開きまして「厚生省設置法」というのを見ますと、法第151条にございます。第4条に「厚生省の任務には、厚生省は社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進を図ることを任務とし、次に掲げる国の行政事務及び事業を一体的に遂行する責任を負う行政的機関とする」とあります。第1項には「国民の保健」、第2項には「薬事並びに麻薬」、第5条で厚生省の所管事務が112にわたって述べてございますが、第6条の「権限」の中にも、38項・39項とそれらしいものはありますけれども、民間病床の規制とか、病床の規制ということについては、又規制削減ということについては、一言も書いてございません。どうやら厚生省は、書いてないことをおやりになろうとしているように思われます。

自来、日本政府は、事あるごとに民活、民活と中曾根総理大臣も言っておられます。そして先進各国は、サミットなどによりますと、デ・イレギュレーション・規制緩和ということを、共通の国策テーマとして発表しておられます。本邦でも、

電気通信分野、金融業その外の分野などで、規制緩和が進んでいるのはご承知のとおりでございます。最近では、農業の見直しが始まっております。60年度の国民医療費が116兆1,000億円、その中医療保険が14兆円とか聞いております。

先般の夏の公務員ボーナスが支給されましたが、4兆2,000億円、62年度の防衛庁予算が3兆7,000億円。61年度の補正予算における国税収入見込額が、自然増2兆4,284億円。いろいろ引き算をして、赤字国債の発行などを中止しても、決算剰余金が1兆7,575億円。国民の健康を守るこの出費が、以上の数字と比べてみても、それほど多いものとも思いません。

政管健保は、積み上げた赤字はなくなり、年々黒字を積み重ねております。健保組合に至りましては、友人の理事は「金の使い場に困るわ」と申しております。

保険の費用を節約するには、もっとほかの発想があってもよいではありませんか。例えば、食管赤字の1,000億円は不用と言われていますが、これは1万5,000人の食糧検査員の人件費に相当しております。食管に携る農水省の役人、農協の職員、地方自治体の職員は、約100万人と言われております。これが我々に高いお米を食わせてくれる原因になっております。

翻って、医療保険においては、どれだけの職員の方が携っているのでしょうか。必死になって調べてみましても、これはなかなかつかめません。恐らく何十万人ではないでしょうか。医療保険事務の効率化が望まれます。世界一高い米を食べて、世界一安い良い医療をやれと言われておるわけでございます。

保険料の未収金一つを取り上げてみましても、国保は昭和60年度で6.4%の1,153億円の未収金があります。私ども中小病院は、法定期間が過ぎるまで、未収金についても課税されております。大和証券健保は、オーストラリアのメルボルンに保養所を作りました。これは日経紙に出ておりました。その健保組合に対して、老人保健法の按分率で、健保組合から過剰利益を取り上げる方法しか今のところは厚生省には、この健康保険のアンバランスを是正する手がないようでございます。な

んとも悲しいことではありませんか。社会保険の原点に帰って、法の根本的改正をすべきではありませんでしょうか。厚生省のお役人の皆さんも、先輩に負けないで、現実を見つめてがんばっていただきたいものだと、現役の皆さんにお願いしたいと思います。

保険の請求事務の一つを取り上げてみましても、コンピューターを導入いたしました。いくら用紙があるかご存じでしょうか。コンピューターの請求用紙が34種類あります。その都度、取り換えなければいけません。ボタンを押せば請求書が出来ると思って喜び勇んでいた夢が、まざまざと壊されているのであります。薬価は依然として何万何千何百何十何円何十銭であります。どうして10円単位ぐらいに切り上げてくれるのでしょうか。下の3桁を叩く回数減っただけで、私どもの事務員の腫しょう炎は減ると思います。

更に、日本中の医療関係機関が、同じ系列のコンピューターを使うだけでも、莫大な費用が節約できると思いますが、一向にそういう機運はございません。ただいまのところでは、“トロン”というシステムなどが提唱されておりますが、我々全部が“トロン”というシステムでやるならば、随分と手間ひまが省けるのではないかと思います。

現状では、私のところで一生懸命勉強してもらった事務員は、隣の病院へ行きますと、さっぱり役に立ちません。私ども中小病院は、事務経費を減らしたいと、ここ何年も苦勞しております。医療費も上がっておりません。公務員給与は上昇し、それにつれて我々職員の人件費も上げざるを得ません。

しかも、厚生省の医療保険に注ぎ込む金というのは、年々変わっておりません。むしろ、減少傾向じゃありませんか。地域医療計画は延期して、もっとゆっくり医療界全体の意見を取り上げて、過ぎし100年を振り返って、次の100年の大計を立ててもらいたいものだと思います。「角をためて牛を殺す」そんなことがあっていいものではないでしょうか。日本の中小病院をつぶさないで、育てて欲しいものだと思います。武見さんのことがあったせいか、ル・サンチマンで医療行政を進めない

で、逆に、医療界全部の力を集めて協力し合い、明るい国民のための医療を進めて欲しいと願って駄言を終わります。ご静聴ありがとうございました。（拍手）

司会（太田）ありがとうございました。地域におけるコンビニエンスストアを以って自認され、そのコンビニエンスストアを、とにかく良質なものにしようと努力しておられる木村先生からの切実な訴えでございました。木村先生、その調子でがんばってください。

最後に山林先生のお話を承りたいと思います。医療コンサルタントとしての立場から、ご経験・ご造詣も深い山林先生のお話でございました。

山林先生、よろしくお願いいたします。

病院経営コンサルタントの立場より

日本病医院経営研究所所長 山林 良夫
医 事 評 論 家

2時間近く相当激烈、かつまた密度の高いご意見がたくさん出てきておりますので、拝見しておりますと、大分皆さん顔が赤くなっていますので、筆を置いてリラックスしてください。楽に真険にやりたいと思います。

私は、この地域医療計画について幾つかの忘れていた問題点があるかと思うんです。医師会の方たちのご意見、あるいは厚生省のご意見を承っておりますと、どうも現象論に終わっている傾向がある。しかも、非常に一過性の議論が多いように感じます。

そこで我が国の医療制度が、明治以降どういう変遷を経てきているのかといった発生史的な考察の上に立って、これからのわが国医療の百年の大計を考えるべきだということを第1点として申し上げたい。

我が国の医療制度は明治7年に出来上っているんです。その根幹をなすものが2つある。1つは「自由開業医制」なんです。ドクターはいつでも自由に自分の医療を開業できる。それが非常に重要な基盤をなしている。

今1つは何かと言えば、先生方の技術と良心に基づいて、自分のやりたい医療ができるという、しかも料金は自由であるという、いわゆる「自由

医療制」なんですね。こういうものが大きな2つの基盤をなしているわけです。我々の先人がいろいろな議論を重ねた結果、そういった近代医制の基礎を築いてくれたわけです。

それから日清・日露の役を経ることによって、資本主義が抬頭してまいります。また、そこに生活困窮者も出てくる。更には、産業公害が出てくる。したがって、自由診療だけではとてもやれない。したがって、生活困窮者及び産業公害者に対する税金による社会保険というものが萌芽してまいるわけです。これは自由診療に対する大きなエポック、すなわち制限であったわけですね。

第2番目のエポックはいつ来たかというところ、昭和の御代までその状態がずーっと続いてまいるわけです。そうしまして、大久保利通が作り出した内務省の衛生局では我々国民の健康・衛生というものは、担いきれなくなってきた。そこで、富国強兵策の一環として、昭和12年に厚生省が呱呱の声をあげるわけですね。ですから、厚生省は52歳で、大蔵省なんかには比べたら非常に若い官庁であるわけです。

第3番目の変革はどこにあったかというところ、終戦なんですね。

ドイツ医学を中心としました我が国の近代医制というものは、そこで一時崩壊をいたしまして、新しい現代医制というものが、昭和22年から30年代にかけて確立されたわけです。したがって、今の法令はすべてその期間に成立をしておるわけです。医療法、あるいは医師法、あるいは薬剤師法、すべてそうなんですね。

それから4番目の大きな変革はいつ来たかと言いますと、いわゆる“医療の社会化”である「国民皆保険」が昭和35年から37年にかけて出来たわけです。すなわち、お金を持っていなくても医療の恩典に浴せる。これは非常に重要な変革であったわけです。したがって、我々の先人が作り出した「自由医療制」というものは、そこで大きな制限を受けて崩壊したと言っていると思うんですね。しかし、依然として「自由開業医制」は存在しておったわけです。

第5番目の大きな変革が、ほかならない今回の「地域医療計画」というものなのです。それは、

この自由開業医制並びに増床権というものに対して、規制をするという形で出てきたということですね。

このように、我が国の医療110年の歴史の中で、今我々はそういう重大なことをやろうとしているし、またその渦中にあるという認識をまず忘れてはいけぬ、と私は思うんです。

今の現状だけで、老人医療費が多いから、それを制限するんだという一視点だけですべての統制が行われるという論拠には私はならないと思うんです。

人間が年をとって病気になるというのは当たり前ですよ。病気になりゃあ医療費を食うのは当たり前なんです。

この今のご老人は戦時中に何も無い乏しい中で生活をし、戦後日本の経済の復興をやってくれた方たちです。そういう人に対して我々は、この110年の医療の歴史の中で、老人医療費の削減ないし抑制を目指して、その根幹としてきた自由診療制ばかりでなく、自由開業医制並びに増床権が制限を受けるという大きな現代医政の根幹にかかわる問題を今、我々はやろうとし、議論をしているんだというところ、この認識をまず第1点に置くべきであるという点が欠けていると思うんです。

そういった論理からすれば、絶対に必要な医療は社会保険で賄い、それ以上の医療ニーズの多種多様化に根ざしたその他の医療は自由医療に任し、任意保険で担うといった医療制度こそ好ましい制度であり、そういう時代になったことを認識すべきなのです。

第2点はどこにあるか、ということになるんですね。今、木村先生もおっしゃってましたが、今、すべての世の中は自由化の一途をたどっているわけです。なぜ、自由化をたどっているのでしょうか。

それは一つに言えることは、経済の論理、経済の原則が非常に大きく世界のすべての構成に影響を与えてきているということなんです。したがって、今回の「地域医療計画」において、非常に重大な欠陥は、経済と経営の論理ないし自由化というものが導入されてないということなんです。

だから、私的病院の先生方がいろいろのことを

おっしゃるのも、もとをたどっていけば、そこにあるということが言えると思うんですね。

ちょっと面倒なことになって恐縮ですが、経済学の鼻祖はアダムスミスという人なんです。彼は、350年前に、価格を軸として、需要と供給とは“インビズブルハンド”、すなわち“見えざる手”によって自然調整されるんだという学説を確立する。それが自由主義経済の経済原理をなすわけです。

しかし、それではなかなかうまくゆかない。そこでマルクスが出る。マルクスは生産手段から分配まで、すべて統制をしようという考え方をする。その論理にのっとってるのがソ連であり、中共であるということになるわけです。

それに対して、また反対を唱えたのが、近代経済学の父であるケインズという人なんです。このケインズは生産手段は自由に任せる。したがって、各人の自由な競争や能率に任せるんだと。すなわち、マルクスが国家統制をした結果、どういうことが生じたかということ、官僚統制による不能率が随所に生じたわけです。そのために非常に国民生活の向上を阻害してきたわけです。だから、生産においては自由なる競争の論理でいき、出てきた果実である所得については、これは税金で納付してもらおう。それが超過累進税率の経済的論拠なんです。

そして、それによって3つのことを達成しよう。1つは、完全雇用である。今1つは社会福祉の増進である。今1つは社会資本の充実である。この3つをやることをもって、実は、政府というものは膨大な予算を持つようになったわけです。したがって、我が国の今のGNPが330兆円ぐらいで、そのうちの約3分の1に当たる110兆円が国家財政並びに地方財政で使われておるわけです。これだけ膨大なものになるわけです。ちなみに申し上げますが、GNPというのは生産総額から中間生産物、すなわち諸外国から買った原材料などを引いて出てきた、いわゆる総付加価値ということになる。

その総付加価値の3分の1が税金及び国債並びに手数料などで、政府に帰属する。それによって3つのことをやるわけです。そのために、アダム

スミスが言ったように、政府というものはできるだけ小さい方がいいんだという考え方に対して、ケインズの理論では逆に大きくなって、全体統制を分配において行うという論理が出てまいるわけです。実は自由主義経済においては今、その論理が困難に当面しているわけです。

そういう状況が医療にも実は出ているんです。それが医療費を増大せしめている大きな論理的基礎なんです。すなわち、もっとずばり言ってしまうと、この「地域医療計画」の中にもっと経済、あるいは経営の論理というものが導入されなければならぬ、そういうことなんです。

例えば、一つの例を挙げましょう。過疎地域における医療、お医者さんが行かない。行かないのは当たり前なんです。なぜか、お医者さんはまず3つの理由を挙げます。

- 1つは、子女の教育ができない。
- 2つは、自分の勉強ができない。
- 3つは、高度な生活ができない。

こういうことを挙げるわけです。若いドクターがなぜ過疎地区へ行かないか。自治医大をつくる、行く、1年2年で移る。このようなことは経済の論理でやれば、解決のメドがつくんです。1点単価に格差をつければいいんです。一律10円でやるからいけない。大都市は8円であって、過疎地区は12円とやったら行きますよ。今の若いドクターはそういう点きちんと割り切っていますよ。一つの例です。

いま一つの差額ベッドの例を挙げましょう。30年前の建物で、床がぎこぎこしてるところでやっても入室料は同じ。今1床を800万円かけて作った病院も同じ、これが成り立つわけがないでしょう。そうして、建築年度などに応じて入室料に差をつけるということは、経済の論理を導入することになるわけです。それは、人間の自然なる欲求を最小の費用で満たし、最大の効果を得るという経済学の原理なのです。そういう経済の原理を導入すれば、法律や統制や行政でやらなくても、自然にして自由なる発想によって解決できる面が幾らでもあるんです。何か息詰まると、統制という考え方は、これは戦時中に幾多の失敗をしてきた。食管制度がそれを示す。健保制度や国鉄制度

がそれを示している。だから、我々の自由意思を尊重するという、そのために経済原則を導入した“自由なる医療制度”というものを考えなきゃいけない。これが忘れられているということです。

世の中は自由化の時代をたどっているんです。その自由化の時代の中で、統制をしなければならない部面というものは必ずある。すなわち、自由化が恣意的になった場合ですね、恣意的自由は統制しなきゃいけません。こういうものは厚生省の方たちに、ぜひともやっていただきたい。しかし、ある枠の中の自由は各人に許さない限りは、絶対“いい医療”は出てこないと思うんですね。各ドクターが勤労意欲を感じて、自分の医療ができるという基盤、患者さんも診てもらいたい先生のところへ行けるという基盤、この原則だけは絶対に侵しちゃいけない。それがなかったら、医療はないということです。もし、それを阻害するような制度であったら、それは悪い制度であるということが言えると思うんですね。その中に私は、さっき申し上げた経済的な論理や手法を使えば、あえて法律や統制をしなくても、解決のつく問題は幾多あるんだということの提言なんです。

したがって、できれば、医師会ならびに患者さん住民による自主規制型の医療統制でなければいけないんであって、行政機関、あるいは法律統制というのは万やむを得ない、もうこれ以上放ったら医療はだめになるという時でなかったら、発動していただきたくない。ところが、その医師会が任意加入ですから、我々公認会計士や、税理士、弁護士は全部強制加入です。営業するためには、入会しなかったら営業できないんです。お医者さんだけが自由職業で任意加入なんで、だから若いお医者さんはみんな入らないで開業しちゃうわけです、医師会に。そして医師会が、自主規制をやるうたって、できるわけがない。したがって、医師会の「強制加入制度」というものを作らなきゃだめです。そして医師会が中心になって、住民と話し合った医療体制というものを作っていかなきゃいけない、私はそう思う。

それに対して行き過ぎがあるならば、厚生省がどんどんそういうものは規制していただいて、正して行っていただく。すなわち、もっと簡単に言

えば、厚生省主導型ではなくて、ドクター並びに住民主導型の医療体制というものが、世界の思潮に合った医療制度であることを申し上げたい。これが第2点の問題です。

第3点は、統計的な問題です。この「地域医療計画」のもとをなす「受療率」というものを一つとってみても、10月16日から18日の間の任意の1日に対して、ICU、CCU調整、その他のいろいろの調整を厚生省はなさっております。が、この受療率は私が資料として挙げておきましたが、これを見ていただくとよくわかるように、同じ年齢でも、同じ性別でも、非常に高低差が激しい受療率が出ているわけです。正確な統計だったら、こういうことはあり得ない。例えば、0歳～4歳で、四国493、九州は288です、2分の1近くなんです。すると、この受療率というものは、統計数値上において、かなりの疑問に逢着した統計数値にあるということは、統計学をやった人間だったら、すぐわかります。どうでしょう、これ納得いきますでしょうか。

そして、更に指摘したいことは、この最低のところを見ると、全部、医療機関及び病床が少ない地区になってるわけです。例えば、関東地区なんて本当に少ない。ですから、全部最低になってますでしょう。その原因はどこにあるか、すなわち受療率を変動せしめる大きな要因は二つあるんです。

一つは何だというと、性別、年齢階級別の問題なんです。それは加齢すると受療率が高まり、それから男性と女性では違います。ですから、性別、年齢階層別の受療率は、当然、変動要因としてみなきゃいけない。

それからいま一つ大きな問題がある。前に示したように、医療施設または病床数があるかないかで、受療率に高低差が生ずる。例えば、過疎地域には医療機関はあまりない。そうすると、行きたいんだ、行けない、だから家で寝てるんです。その結果、受療率は低くなるんです。ですから、医療施設及び病床数というものは受療率に大きく変動を与える要因である。

ちなみに申し上げると、「受療率」とは、「心身に異常を感じて、就学または就労してない寝て

いる人」それを有病者といい、人口に対する有病者の割合を「有病率」といい、その中から病医院を訪れる人、——この人口に対して病医院を訪れて治療を受けた人、この割合が「受療率」なのです。したがって、家庭に寝てると受療率にならない。医療機関がないと受療率に出ないんです。

過疎地域の医療を充実せしめるということは、非常に重要な問題なんです。これは国会でも、あるいは厚生省もいつも言ってることです。ところが、そういう医療機関がないところは受療率が低いんです。そこで、9ブロックの受療率で、それを平均化して計算しますから「必要病床数」の計算の総和は理論的必要病床数が出てくる。これは正しい。

しかし、そこで入院患者数の流入・流出をプライマイするから、おかしくなってしまうのです。過疎地域には医療機関がない。かかりたいと思うけども、かかれぬ。そうすると受療率は出ませんよ。しかし、急病だという場合には都会地に出て行きます。そうすると、都会地の受療率が上がります。そうすると、当該過疎地域の必要病床数の総和から差引き計算式になってます。そして入ってきた人は必要病床数に加えることになっているのです。過疎地域へ流入する人はいない、そうすると流出していくだけになる。すると、理論的に出てきた必要病床数の総和から差引かれてしまって“現状肯定型”になる。そうすると、過疎地域には永久に病床は作れないことになってしまうんです。この必要病床数の計算では。それは、医療施設数と病床数という受療率の変動要因が加味されていないことに原因しているからです。

したがって、この算式においてはそういう問題点がある。これは人間がやるんですから、完全なものなんかできないと思います。そこで、そういう欠陥に関しては、できるだけ識者や関係者の意見を反映せしめて、先程富永先生がおっしゃったように、5年と言わずに、いつでも訂正していくということをやっていたいただきたい。

われわれの先人がつくってくれた医療制度をよく見て、国家百年の大計の医療制度をおつくりい

ただきたい。それが第1点。次に、医療制度の中に経済原理を導入したなら幾多の解決できる問題点があり、保険医療とそれ以外の医療とを分別し、制度化していくことです。例えば差額ベッド問題にしても規制するだけではだめです。規制したら、いつかはコンプレックスが吹き出ます。そういうことはよくない。ですから自然な形で解決をしていただきたい。それが第2点。従って医師会・住民主導型の医療制度というものをぜひとも私は皆さん方にお考えいただきたい。

第3点は今申し上げたように、必要病床数の計算や受療率に問題点が幾多伏在しているの、間違っていることはよくご検討いただきまして、絶えず直していただく。直したから国家の権威が地に落ちるなんてことは絶対思いません。この3点、まだたくさんあるんですが、本当は講演会であれば4時間か、5時間しゃべりたいとこですが、やめておきます。どうもありがとうございました。(拍手)

司会(太田)ありがとうございました。さすがは早稲田大学商学部ご出身、大蔵省、明治学院大学という所にタッチされ、医療評論、経営ということに専心されてこられた山林先生のご意見、古いような新しい理論、われわれもひとつ考え直す必要があると思います。今までの行き方とは違った、すなわち、皆保険制度と違った自由経済の原則を取り入れた考え方というものをこの際、もう一度見直してみても、いいと思った方向へ変えるように。これは政治の力で変えていただくように圧力をかけるというような結論になるんじゃないかと思いますが、普段聞きなれないお説、誠にありがとうございました。本堂言いますと、後2、3分ずつ皆さんに追加していただくところでございますが、次の講師がもう既に長らくお待ちになっておりますので、これで閉会にさせていただきます。

また、何かご意見ご質問がありましたら、出していただければ、それぞれシンポジストからの返事をまとめてお送りいたすようにしたいと思います。どうもありがとうございました。これで閉会させていただきます。(拍手)

シンポジウム

医師と薬剤師の連携

—医療の中で薬剤師は何をしているか—

62年3月・東京通信病院

座長 東邦大学医学部付属大森病院
日本病院会幹部医会常任幹事

小野 丞二

シンポジスト

高山整形外科病院院長 高山 肇
日本鋼管病院副院長 大川日出夫
関東通信病院薬剤部長 磯崎 貞夫
河北総合病院薬局長 加賀 保子

座長(小野)：日本病院会の幹部医会セミナーでは、医師とコ・メディカルの連携につきまして、シンポジウムを続けています。本日はこの連携シリーズの締めくくりとしまして、医師と薬剤師の連携についてシンポジウムを行います。

病院で医師が診療を行っていくなかで、薬剤は大きな割合を占めていますので、医師と薬剤師の密接な連携は欠かすことができません。しかし両者の協調体制は、残念ながら充分とはいえませんし、互いの理解度もよくないようであります。院内で両者が一緒になって話し合ったり、勉強しあったりすることが少な過ぎると思われまます。本日のシンポジウムをとおして、医師と薬剤師のより良い連携のあり方を考えていくことができれば幸いと思ひます。高山先生よりご発表をお願い致します。

高山整形外科病院院長 高山 肇

高山 医学が専門分化すると共に高度医療が行われ高額医療機器が介入するようになりその結果、人間らしいあたたかい医療が失われるようになって参りました。

超専門技術の医療人は、時によると最も誇り高い地位にあるかの如く錯覚されていますが、このスペシャリストは医療人集団の狭い限られた分野

における高度技術者であって、医療の質を向上させるグループの一員に過ぎません。

社会環境が大きく変わりました今日、全疾病の95%位が各科共 common disease で、つまり、日常もっともよく遭遇する疾病であることを理解していただき話を進めたいと思ひます。

恵まれた環境下になればなる程、病気に対する不安と健康への意識度が高くなっている事を皆様十分ご存知の事と思ひます。今患者の求めていますことは、治療のみによる痛みや辛さを除くことだけではなく健康についての相談をしたい人々が多くなっていることを、私は度々発表して参りました。しかし、多くの医師は治療医学のみに専念し患者との接点にくい違いが出て不満が多くなっている現状でございます。

この時医師とコ・メディカル特に薬剤師や看護婦のあたたかい対話が一言でもありましたら患者の満足度が大きく変わっていたと思ひます。

つまり今日の社会環境では、予防と健康を目的としたクライアント・つまり医療相談を求めている人々が多くなっていますことを充分認識していただきませんと今回のメインテーマ「医療の質を考えるセミナー」の中で医師と薬剤師の連携が円滑に理解されないと思ひます。

現状の薬剤師は薬局内での調剤が主で点滴等をセットしたり病棟に進出し直接患者と対話すること等は、現在のところ非常に少ないと思われまます。

患者が薬剤師に聞きたいことは図1の如く多くのことがあります、この項目をみますといかにか患者との対話が大切であることが分かります。

図2の如く「くすり」について病院の誰に説明してもらいたいかという設問を500名にいたしま

したところ医師が44.7%，薬剤師31.8%になっていますが、医師は「くすり」に対して知識が非常に少ないと思います。Pops (volum 2, No.1) のアンケート集計でも「くすり」について医師と薬剤師はどちらが詳しく知っているかと言う一般国民への設問でも400名中医師16.4%，薬剤師52.8%と報告されています。前述の如く「くすり」の説明を薬剤師よりも医師にしてほしい回答者が多くなっている反面「くすり」について詳し

図1

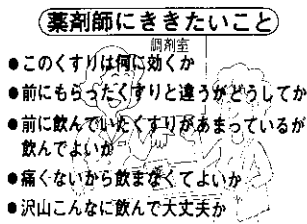


図2

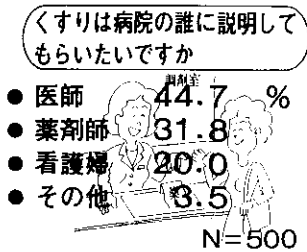


図3

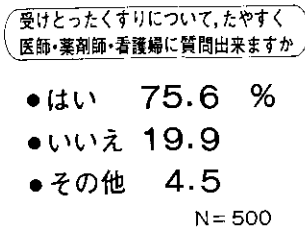
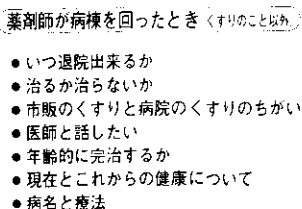


図4



いのが薬剤師と Pops の調査で回答しています。薬剤師は豊富な知識をもちながら薬局の中に入ったまま説明をする努力をおこなっていたことも考えられます。

ハサミとホッチキスで、事なく業務を終る時代ではございません。

また患者との接点の少ない薬剤師は、接遇の態度も反省すべき点があると思います。最近特に判別困難な剤型の「くすり」が非常に多くなってきましたが、これを判別出来るのは薬剤師のみだと思います。

その他医師が処方した「くすり」について、薬剤師は必要なことを医師に助言し、また患者には充分説明する事が大切と思っております。

当院の永井が第36回日本病院学会で発表いたしました調査では、受けとった「くすり」をきちんと飲んでいきますかと言う設問に対しまして、時々48%，はい42%でこれから考えられますことは、約50%の人が適切に服用していない事が推定されます。

それは医師や薬剤師の説明が悪いのか、出さなくてもよくくすりが出ているのか、患者が勝手に中止したのかわかりませんが、心にとめておく大切な事と思います。

次に図3の如く、受けとった「くすり」について、たやすく医師や薬剤師・看護婦等に質問が出来るかと言う設問に対して、500例中はい75.6%，いいえ19.9%，その他4.5%ですが、この回答は日本の病院における姿とは決して思っておりません。その理由としまして、当院におきましては3年前より薬剤師が病棟や待合室、あるいは診察室の中に出まして気軽に相談にのっている為にこの様な結果が出たものと思います。

少なくとも医師にたやすく質問出来る程今の医師は患者が求めている医療を理解しているとは思われません。

前述の学会で発表いたしました中に副作用の不安が70%ありますから、薬剤師の立場と役割を充分生かして医師との連携を考えていかなければならない事と思います。

薬剤師が病棟をまわった時、「くすり」以外の質問が相当多く出ております(図4)。

この中には、医師・看護婦・栄養師等医療職員に対する希望や不満が沢山あります。その内容は医師・看護婦等にとっても大切な情報でしかも素朴な事が多く、医療の原点を考えなおす必要を深く反省するところです。

「くすり」が代った時、医師・薬剤師・看護婦と患者との間における説明のくい違いがありますと非常に不安感を増すこととなります。そこで当院では、定時処方時には必ず薬剤師と看護婦が同席し、かつ病室や外来で薬剤師が常時患者と接していますから、この様な問題についても納得のゆく対応が出来るようになりました。

薬剤師より医師に助言してほしいことは、図5の如く多くのことがあります、果たしてどの程

図5

薬剤師より医師に

- 副作用の情報をもっと多く
- 定期的に臨床検査をするくすりの使用
- 臨床薬剤師としての活動
- 同じくすりが長期使用されているチェック
- 患者の求めていることを伝達する

図6

医師とくすり

- くすりについての知識が少ない
- 同じ目的のくすりを重複使用
- 構造式上同じグループであることを知らない
- 理論よりも広告宣伝を主としている
- この印は、
- 薬剤師の意見を聞く耳を

図7

基本骨格による分類

酸性薬剤	商品名
● サリチル酸属	アスピリン ミニマックス ロナール ハイピリン ドロビッド
● アントラニール酸属	ポンタール オバイリン アーレフ バラフル クロタム
● フェニル酢酸属	ボルタレン ナパノール アロピジン エピナール ソリバル ロイマール

度行われているのか分かりません。

臨床薬剤師として血中濃度を測定する事は大変重要な事ですが、これは医療機器の発展によって容易に測定出来る様になって参りました。

血中濃度を測定する必要があるものとしてアレピアチン、ルミナール、ジギタリス製剤、ネオフィリン等がありますが、これは一定量を使って効果がない時、医師として薬剤師のチェックを求め事が大切と思っております。

次に医師は「くすり」についてどの程度の知識を持っているか図6をご覧下さい。

医師には耳の痛いことですが事実を申しあげたままでございます。

次に図7, 8, 9は、鎮痛剤を例にしました基本

図8

基本骨格による分類

酸性薬剤	商品名
● インドール酢酸属	インダシン クリノリル ランツジール
● プロピオン酸属	アルボ カピステン フルフェン オルチス フロベン メナミン注 ニフラン ナイキサン スルガム
● ピラゾロン属	ブタゾリジン タンデリール ケタゾン シンナミン パナス

図9

基本骨格による分類

酸性薬剤	商品名
● ベンゾサイアジン属	フェルデン バキン
塩基性薬剤	リリペン メブロン ソランタール ノンフラミン イソキサール
その他の解熱鎮痛剤	フェナセチン サリドン アンチピリン アミノピリン スルピリン

骨格による分類で、この様に同じグループに属する「くすり」が沢山あります。これを粉末にして通常の健胃散程度のもとと配合して使用したとき、同じグループの中で、その効果はほとんどわからないとも言われています。

薬理作用を根拠としないで医師の希望薬品を沢山用意いたしますと不良在庫が山のごとくなりまして、あらゆる意味において好ましくない状態になります。

さて次に鎮痛剤の注意事項を2～3述べてみます。フェニールブタゾンは、原則として1週間以内、インドメタシンは他剤が無効のとき慢性関節リウマチに使用するとされています。この場合特に目の異常についての指摘事項に注意してほしいと思います。

次に平凡で大切な事の一部を申しあげますが、医師は知っているのかどうか病院にお帰りになって、幹部医師をテストしてみてください(図10)。

ピリン疹と患者が訴えました時どんな薬を連想しますかと言う設問では、勿論フェニールブタゾングループによるもので、特にアミノピリンの事でございます。アスピリンはピリン疹を意味していません。

次に昭和54年2月よりアミノピリン及びその配合剤の内服が禁止されております。もう一度申し上げますが、注意標の印(ノ)についても知っておくべき事と考えています。

図10

知っていますか


- ピリン疹と患者が訴えたときどなくすりを連想しますか
- フェニールブタゾン属
(アミノピリン・スルピリン……)
- アスピリンはピリン疹を意味しない
- S54.2よりアミノピリン及びその配合剤の内服等
-  (注意標)
- 酸性薬剤+塩基性薬剤…相乗効果

図11

医師として薬剤師に

臨床薬剤師としての高度なことよりも
くすりについての対話を求めて
病棟や外来フロアに出してほしい

次に酸性薬剤と塩基性薬剤の併用が相乗効果のある点や、その他注意しなくてはならない大切なことが沢山あります。ごく月並な臨床の基礎編を知らない医師が多いのは残念なことで、薬剤師との連携を深めて広い知識をもった医療を行う必要があると思います。

次に図11の如く医師として、薬剤師に望む事は臨床薬剤師として高度な事を主としないで「くすり」についての対話を求めて病棟や外来及びフロアに薬剤師が出て患者と身近に接してほしいと思います。

病棟ではほぼ同じ高さの位置に腰掛けて、患者とゆっくり話をし、外来ではフロアの椅子の横に腰掛けて話すことが大切で、机をへだてて向いあって目と目が会う接し方は、ギスギスしたものがあってスムーズな対話を得られません。

最後にもう一度重ねて患者が望んでいることを申しあげます。

- ① 病院の職員と話がしたい、そして自分のことを聞いてほしい。
- ② 声をかけてもらいたい。
- ③ 「くすり」の説明を一度してもらえば、次からさらに「くすり」の内容を聞きやすくなる。
- ④ 医師・看護婦は動きが激しいので出来るだけ薬剤師に「くすり」のことを相談したい。
次に薬剤師が医師と病院側に望んでいますことは、

① 薬剤師として、誤ちのないよう「くすり」を出さねばなりません。時間的ゆとりをもって患者に接するチャンスを考えてほしい。

② 病院の方針で「くすり」の使い方のルールがあるとき医師・看護婦は協力的であってほしい。

③ 同じ効果があると思われる「くすり」の在庫があっても、1人の患者のために別の「くすり」を購入する要求は納得のゆく薬学的根拠が欲しい。

④ 処方はずりかで書き単に一錠では困る。

⑤ 薬剤師の意見を聞いてほしい。

その他医師と薬剤師の間で話し合うことが沢山あると思いますが、お互いに少しずつ努力をしてい

かなければならないと思っています。

以上医師と薬剤師の連携につきまして述べましたが、今大切なことはホリスティック・メディスン、つまり全人的医療としてハードではなくソフトのメディカルプログラムを組む時が来ていると考えます。

そのためには医師や薬剤師・その他コ・メディカルの方々がレベルアップをし、夫々専門職の意見をお互に聞く耳をもってこそ10人10色の医療が行われるものと考えています。

日本綱管病院副院長 大山日出夫

大川 アンケートの回答率は、医師側43名中29名、67.4%。薬剤師側16名中16名、100%です。1つ1つの質問事項について、そのあとに意見を書いてもらう欄をつくりましたが、薬剤師さん16名の方は全部の質問事項に書き入れてくださいましたが、医師側は回答にお義理に丸をつけて、意見欄が空欄という回答が得られています。普段の、薬剤師さん方の言いたいことが言えない状態である現状がここに突出をしたという感じを如実に受けた次第です。

質問の項目は、1. 医師と薬剤師の連携は良いか。2. 医師と薬剤師はお互いの立場を理解し合っているか。3. お互いの情報交換は十分に行われているか。4. 医師は(薬剤師は)アドバイスを受け入れているか。5. 医師は(薬剤師は)薬剤師の(医師の)要望に対して協力的であるか。6. 連携を良くするためにはどうしたらよいだろうか。7. 薬の内容、服用方法についての説明が十分されているか。8. 患者さんは薬を正しく服用していると思うか。9. 薬剤師の役割はこれからどうなると思うか。といった質問です。

まず連携の問題について、医師と薬剤師の連携はどうか。左に医師の回答、右に薬剤師の回答を並べています。良いとするものは医師側72.4%に対し薬剤師側では1人もいなかった。悪いとするものは医師側3.5%で殆どなかったのに対し、薬剤師側では31.3%。

?印は、どむらともいえないというところに丸をつけたもので、医師側24.1%、薬剤師側68.7%。どちらともいえないというのは、ノーとはっ

きりはいわないけれどもノーに非常に近いニュアンスの回答が多いと思われますので、そうすると薬剤師側は、良いと考えているものは誰もいなくて殆ど全部の方が連携は悪いと思っているという結果が出ています。

記入されていたコメントをまとめてみますと、医師側からは、きたない字で処方を書いているのによく判読してくれて処方してくれているという、良識のある、自分の悪いことを認識している医師も中にはいるようですが、薬剤師側では、できるだけ読みやすい字で処方を書いてほしいという要望が殆どすべての方に書かれています。もう1つは、話し合う機会をもっと増やさなくてはいけないのではないかという意見がありました。

薬剤師側から医師側に対するコメントとしては、話し合う機会が少なくつながりが少ないということ、医師へ処方内容について問い合わせをした場合に連絡がなかなかつかない。いろいろのドクターがいますので、ポケットベルを持っていなかったり、持ってもオンしてなかったり、あるいは不在や、問い合わせても自分が電話に出ないで、間に看護婦さんが入るために話し合いが十分行われない、こういうことが数々ありました。

お互いの立場を理解し合っているか。これも前のテーマと同じような回答が出ていて、理解しているという回答が医師側72.4%、薬剤師側12.5%。理解していないと思っている人は医師側は誰もいないのに対して薬剤師側は25%。どちらともいえないというのが27.6%と62.5%です。

この問題に対するコメントとしては、医師側は、薬剤師さんの人による、理解し合っている人もいるし合っていない人もいるということでした。薬剤師側から医師に対しては、処方箋の字を読みやすくしてほしい、投与方法をきちんと書いてほしい、そういうことが薬剤師の立場を理解することになるという意見が大部分の人に書かれています。もう1つ、薬剤師側は医師側を理解しているけれど、医師側は我々のことを少しも理解してくれていない。仕事に対する無理解、緊急でない処方が帰りの時間間際に出てくる、残り番の方が帰る時間間際に急ぎでない処方が出てくる。日

曜日の日直の帰り際に急ぎでない処方が出てくるといふ苦情が数々ありました。

情報交換は十分に行われているか。いいと思っているが、医師側41.4%、薬剤師側ゼロ。いないと思っているが、医師側27.6%、薬剤師側56.3%。どちらともいえないが、医師側31%、薬剤師側43.7%。これに対しては、医師側は、投与方法の問題などではよく情報を入れて連絡をしてくれている。新規採用の薬剤に対しての情報をきちんとしてくれているとしています。それから、薬剤師側が薬局から情報を提供しているのに、医師側はそれを無視する先生がいる。医師側から薬剤師側への情報提供が殆ど行われていないということが書かれていました。

アドバイスを受け入れているか。医師側では65.5%が受け入れているというふうに自分たちは意識をしていますが、薬剤師側からみると12.5%。どちらともいえないが、医師側27.6%、薬剤師側87.5%。これは人によるということです。受け入れてくれる先生もいるし無視している先生もいるという回答です。

この問題に対してのコメントとしては、薬剤師側からは、アドバイスをしなくてもそれを無視する、少しも活用してくれない。それから科による、ドクターによる。科によるということは、その科の課長、部長の意志が科に徹底しているということかと思えます。

要望に対して協力的であるか。今迄のことと重複する面がありますが、医師側が、薬剤師が自分たちの要望に協力的であると答えたのが86.2%、反対に薬剤師側は11.5%。協力的でないという回答したものが医師側はなく、薬剤師側31.3%。どちらともいえないが、医師側13.8%、薬剤師側56.2%。それぞれの側からのコメントとしては、医師側からは薬剤師側は大変協力的である、医師側もそのつもりでやっているという意見を書いているドクターもいました。薬剤師側から医師側へのコメントとしては、薬剤師側は協力的である。やはり処方のことが沢山出ていて、処方の字、書きかた、処方を書くうえの病院の内規に対して協力してくれない先生が多いというコメントでした。

連携を良くするためにはどうしたらいいか。現

在私どもの病院では、医師と薬剤師の間のミーティングは特にありません。大勢出て会議の中で連絡し合ったりするミーティングに過ぎませんが、医師、薬剤師側のミーティングが是非必要であると回答した医師は27名中15名、薬剤師側は16名中14名。

意外なことは、医師側では、連携は良いから今のままでよい、特に何もすることはないという記載が4名あり全く意見なしのドクターが7名ありました。薬剤師側からは、更に連携を良くするためには、まず処方を正確に書いてもらう、これが自分たちの仕事が正しく行われることにつながるとして、その点を繰り返し強調しています。もう1つは、医師は、相手側の仕事の内容、時間などを理解して、自分たちが仕事がやりやすいようにやってほしいと書いています。

薬の内容、服用方法の説明の問題。患者に対して十分しているとしているのが、医師側31%、薬剤師側ゼロ。いないが、医師側13.8%、薬剤師側56.3%。どちらともいえないが、医師側55.2%、薬剤師側43.7%。

医師側からは、現在の3時間待ち3分診療、薬1時間待ちという外来の診療の中では時間的に困難である。できるだけ説明しているつもりであるが、時間の制約があるので相手に十分伝わっているかどうか疑問である。医師がすべきであるけれども現状ではなかなか難しいというコメントが書かれています。薬剤師側からもやはり時間的に難しいということ、それから処方箋の記載が不正確なので何とも説明の仕様がいないというのが多くて、16名中7名ありました。

投与方法が不明なために患者から苦情が多く、苦情は薬剤師側が聞くことが大部分であるなど、時間的なこともあって、外来から聞きにくい、そこで薬をもらうときに薬剤師に聞くという形が多いようです。これについては、薬が変わったときの説明がなされていないので、投薬を受けたときにそこで聞いている。医師がどの程度薬について説明をしているのか自分たちがわからないから、それからあとの説明がしづらい、相談コーナーをつくらなくてはいけないのではないかとといった具体的な例が書かれていました。

薬は正しく服用されているか。正しく服用されているかと思っていない処方をしていながら、正しく服用されているかと思っていない医師や薬剤師さんが多いという結果が出ています。いると思うが、医師側20.7%、薬剤師側6.3%。思わないが、医師側17.2%、薬剤師側18.7%。どちらともいえないが、医師側61.1%、薬剤師側75%という結果です。

これについては、医師側は、患者それぞれの人によるし、病気によっても違うのではないかと。薬剤師側は、説明が不十分だからきちんと飲まれないのではないかと。薬袋に書かれている投与法の意味が患者さんによくわからないのではないかと。書いて渡すだけでは駄目なのではないかと。投薬期間が過ぎても取りに来ていない人が数々いるので、やはり正確には飲まれていないとしている人もいます。薬剤師側で、患者さんの問い合わせでわかることは、患者さんは勝手に選択をしている人がいるのではないかとということです。

これから先、薬剤師はどうなるか。これに対して医師側からは、現在と変わらないとする意見を持っている者3名、重要性が増していくとする者2名、臨床薬剤師として病棟進出をしていくべきであるとする者6名、D I活動に主力を注ぐべきであるとする者6名、意見なし9名。薬剤師側は、16名中14名が臨床薬剤師として臨床に携わっていくべきである、そのためには自分たちはもっと勉強しなくてはいけないと書いています。残りの2名は、臨床薬剤師という言葉は使わず、D I活動主体になっていくとしています。

以上、病院の、特に医者側の恥をさらすような内容でしたが、今日のこれからのディスカッションの材料にさせていただければと思います、ありのままの結果を示しました。

関東逡信病院薬剤部長 磯崎 貞夫

磯崎 薬剤師の立場から、病院における業務の現状と近い将来のあるべき姿、そうありたいと願う姿を申しあげて、医師と薬剤師の接点について触れてみたいと思います。

まず現状です。当院では、処方箋が1日平均800枚、薬剤師17人で対応しています。薬剤師1

人の1日当たりの仕事量としては87件の処方数をこなしていて、この数字は公立病院の昨年の平均値の1日63件に比べ1.4倍になりますので、やや忙しい状態かと思えます。

患者サービスの第1は、正確な調剤と考えます。普段行われる調査に加えて具体的には経口糖尿医療薬などを服用している患者さんについては、薬品名と用量がひと目でわかるような一覧表をつくって、調剤のときに処方箋とその表を突き合わせています。内容が一致していればそのまま調剤しますが、違っているときは、まず患者さんに、処方変更を医師に告げられているかを聞き、患者さんが承知している場合はそのまま調剤して渡しますが、患者さんの対応が曖昧なときは医師に問い合わせをし、そこで納得されたということで調剤が行われます。

調剤された薬剤は別の薬剤師が検査しますが、これらの薬剤については、特に投薬の窓口で、あなたは糖尿病の薬を飲んでますねとか、あなたは心臓病の薬を飲んでますねという声をかけて一応確認することにしてしています。このようにしますと、自分たちで調剤した薬剤をチェックできるということと同時に、処方のチェックもすることになります。一般論ですが、処方箋の約3%~5%に、何らかの内容、たとえば用法、用量が抜けていたり薬品名が重複したりなど不備なものがあるとされています。

私どもの、今申した経口糖尿医療薬とかの処方では、昨年1年間で患者さんに問い合わせた事例が約100件、そのうち特に注意しなければならないような、薬品名が間違っていたとか用量が違っていたのは9件でした。このようにして調剤医療を行っています。

それから、薬品についての情報は、インフォメーション室で担当していますが、配属は0.5人ぐらい。薬剤師が兼任です。

D I活動では、情報の蓄積に非常に時間がかかりますし、また、かかりすぎるぐらいです。お二人の先生からのお話にもありましたが、薬剤師から出たD Iの情報がどこまでの確に利用されているかということは薬剤師部としていつも疑問に思っています。ですが、私どもとしては、メーカーか

ら出る情報は偏っている、それに対して薬剤部からの情報というのは偏りが無い情報だからより価値があるであろうという、ある程度自己満足も混じえてDI活動を続けているわけです。

その他、薬剤部としては、院内製剤というのがあります。これは市販されていない、たとえば抗ガン剤の軟膏など。

他に計画中のものとして総合感冒薬、風邪薬の錠剤をつくらうということで打ち合わせを盛んに進めています。風邪薬の院内処方が使われなくなってしまったので、処方を変えてみたらどうかということ、飲みやすくしたらどうかということで考えています。

これらの院内製剤というものに対しては、技術料が保険で認められていませんので、これらについては今後保険に認められていくよう薬剤師会を通して運動を続けていきたいと思うと同時に、病院会の方でも是非後押しをしていただけないかをお願い申し上げたいと思います。

薬剤部ではその他に薬品管理があります。

この問題の1番は、抗ガン剤と抗生物質の注射薬の期限切れです。公立病院というところは不便で返品ができない、交換ができないということがあって、それらの負担金にかなり苦心しています。有効に医薬品を使えということでもかなりきつい指摘が病院からありますが、この金額を少しでも減らしていこうという努力をしています。

これには病棟での看護婦さんの御協力がないとなかなかできない。看護婦さんの方では、どうしても沢山ストックするという傾向があります。それらの病室を回るとどどと返品がきて、またそこで次、またすぐ同じようなものがというたちごっこを繰り返しているのが現状であって、これらについては今後病院全体としての対応を考えていかなければならないだろうと思っています。

また、薬品管理の大切な部門として、薬品費の軽減ということがあり、医薬品を安く買うということがどこの病院でも努力がなされていると思いますが、我々の病院でもそれなりに努力をしまして、こちらの資材課と薬剤部がかなり密接な連携を取ってやっています。

たとえば資材課でメーカーと薬品部を呼んで両

方からそれぞれ下げるということもやっています。しかし、安く薬を買っても、病院として使われなければ意味がない。ですから、医師側にPRする。それは、この薬は安いということでは医師の協力が得られないので、何故だということから医薬品の性質とか薬の統計ということをきちんと詰めないとなかなか医師の協力が得られないので、詰めた状態で進めていきたいと思っています。

これらのことは、申しあげて努力をしている段階で、よその病院の例で申し訳ないのですが、たとえば虎の門病院を初めとして都内の2~3の病院でこういったことがかなりうまくいっている例を見聞していますので、是非我々も真似してそのようにしていこうということです。

河北総合病院薬局長 加賀 保子

加賀 私どもの河北病院は、昭和58年4月に全面的に医薬分業に踏み切りました。都内でも数少ない病院の1つであるかと思いますが、本日は、そのような観点から、医薬分業を中心にお話を進めてみたいと思います。

なぜ医薬分業に踏み切ったか。厚生省が、国民の医療の質を向上させるということで、厚生省が推進していく施策であるということです。それから、どこの病院でも問題になっているかと思うのですが、待ち時間の解消、これはどこの病院でも考えていらっしゃると思いますが、待ち時間の問題です。

それから、度重なる薬価切り下げによって、差益に依存する時代はもう過ぎつつあるのではないかと考えたことであります。また、CTスキャンとかME機器の導入により、病院内のスペースが狭くなってきたということです。

それから、私ども病院の薬剤師の仕事として、もっと入院患者サイドに目を向けた、薬剤師らしい仕事をする必要があるのではないかということです。

スライドには書いていませんが、その他の医療サービスとしてのソフトのプログラムづくりに医療分業が働くからということで、当院では現在医療サービスの1つとして、会計の銀行の振り替え

システムを行っています。分業前後における外来患者さんの動きについては、昭和58年4月から医薬分業に踏み切っているのですが、その前年度57年度のときの1日平均の外来患者さんの平均数が911名。ところが、分業を開始しましたら1日平均21名くらい減少しました。少しずつ挽回してきて、61年度には1日平均患者数が923名となっています。

分業前後における収支、内服薬、外用薬の購入額と、それに対する投薬料を比較すると、分業前の昭和57年度の薬品購入額は薬価ベースで4,740万円でしたが、分業後の昭和59年の月平均薬剤の内服薬、外用薬の購入額は640万円となっています。当然このように少なくなるわけで、57年度が入院患者さんと外来患者さんと、両方の内服薬、外用薬の購入額であり、59年は入院患者さんだけの金額となります。

これに対して、収入が落ちても、分業前の57年度の4月の薬剤料は4,914万円に対して、分業後の昭和59年4月の投薬料は1,220万円になっています。1,220万円の内訳は、処方箋発行料プラス入院患者さんの薬剤料です。そして、このスライドには表明されていませんが、人件費の減少、医事課の外来算定業務の軽減がありますので、経済的にみてこの医薬分業は病院にとってプラスであったと考えられます。

医薬分業を実施するに当たり、準備したことを述べてみます。まず処方箋の受け入れ側である杉並区薬剤師会に対して、院長が分業の意図をはっきり伝え協力を要請したということです。それと同時に、主たる処方箋の受け入れ薬局の検討もしました。この、病院の意図を受けて杉並薬剤師会では処方箋の受け入れるための準備を開始したわけですが、1つの調剤薬局で病院の採用薬品をすべて備えることはとても無理なので、杉並区の薬剤師会で医薬品の管理センターをつくり、薬品の有効利用を図りました。そして一方、病院においては、医事課窓口薬剤師を1名、チェッカーとして置き明確に記載された処方箋を発行することに心がけました。また、調剤薬局からの問い合わせもここでまとめて受けることにしました。

それから、医薬分業は処方箋を患者さんに公開

するということになるわけですが、ガンの患者さんなど、いたずらに心配をしないように抗ガン剤は略号で記載することにしました。処方箋を受けた患者さんは、どこの調剤薬局へ持って行っても自由ですが、地図に、杉並区にある調剤薬局を記載して案内をしました。

このように、医薬分業は何とか成功したのではないかと思うのですが、成功したと考えられるキーポイントを書いてみました。処方箋を発行する病院側と受け入れ側である杉並薬剤師会とのコミュニケーションが非常にうまくいったということと、主たる処方箋の受け入れ薬局であるあさがやファーマシーを誘致できたということです。そして、何よりも患者さんを最優先に考えて分業を進めていったことです。

なお病院においては、毎月第4週目の火曜日に薬事委員会が行われますが、この会議で新しく採用になった薬品、あるいは削除となった薬品については翌日杉並区の薬剤師会へ連絡をし、これがすべての杉並区の調剤薬局に伝わるようなシステムになっています。また、病院の中の薬品リストも全部杉並区の薬剤師会の方に行っています。

処方箋を受け入れる薬局の資格については、医師は薬剤師を信頼して処方箋を書きますし、患者さんも疑いもせずにその薬剤を飲むわけですから、信頼に答えられる資格を持つ調剤薬局のみが処方箋を受け入れるべきであると思います。

ですから薬剤師を2名以上置くとか、病院で3年以上調剤経験があるとか、そういった、受け入れ薬局の審査を厳しくする必要があると思います。

ここからは、病院に残った薬剤師の話に入ります。私が河北病院に来ましたのは昭和59年1月ですから、まさに入院患者さんを対象とした薬局の業務を開始する出発点でありましたが、同時にそれまで残っていた薬剤師にとっては、16名が8名になったのですから、かなりショッキングな時代であったと思います。

けれども、沈んでばかりもおられませんので、まず私は薬剤が使用されている現場、病棟を全部巡回しました。ここでわかったことは、病棟の在庫が非常に多いということでした。特に抗生剤と

か抗ガン剤など、高い薬剤が沢山置かれているということで、まず第1の仕事は病棟の薬品管理から始めようと思いました。

58年6月から59年5月の過去1年間に薬局から払い出したすべての注射薬の統計を取ったその一部を述べます。Aは2,000円以上のもの、Bは200円以上2,000円以下のもの、Cは200円以下のものです。

Z病棟を見ますと、Aランクの品目数が非常に少ないのですが、金額的なパーセントとしては70%を占めています。またCランクの方は、品目数としては非常に多いのですが、金額的には2.9%と非常に少ないわけで、この中から使用頻度の高いものを各病棟別に選んで薬局の病棟薬品と決めたいわけです。

1個病棟から開始して全病棟終了するのに約7カ月を要しましたが、この間に過剰在庫とみられる薬品を回収しました。数は268品目、金額は845万3,565円でした。期限切れとか変色によるもので、廃棄したものは約40万で、先程の磯崎先生のお話では約100万ということでしたが、河北病院の場合は40万以上ではないかと思われそうですが、期限切れの薬品、無駄になっている薬品もありました。

こういった病棟薬品を薬局でやったということは病院の経済に対してよい影響を及ぼしたことは確かです、また病棟で、看護婦さんとかお医者さんと話をする機会がありますので、コミュニケーションをよくするうえで大変有益だったと考えます。

近々実施したいと思っていることですが、退院時薬のカードです。現在発売されている薬品は1万6,000にも及びます。病院薬剤師はより入院患者さん志向型の業務を目指し、開局薬剤師はより外来患者さん志向型の業務を専念することにより、ともに人々の健康に奉仕しているということを生きがいとする、フィロソフィーを持って実践していくことが重要であると考えます。

病院の診療所間の連携が強化されようとしています。病棟薬品と開局薬剤師との連携も強化されるべきであると思います。

質疑応答

座長 いろいろの立場から、いろいろな内容の、角度の違う方向からお話を伺いました。質問なり意見がありましたら…。

質問 私どもの病院では一部医薬分業、一部院内で出しています。病院が分かれていますので、非常に変則なことをやっております。

今の話に直結することは、私も一時薬剤部のキャップをしていまして、そのとき申しましたことは、先生方もおっしゃったように、薬剤師さんにもっと勉強してほしいということです。医師と対等に話ができるぐらいに勉強していただきたい。ミーティングに出て、薬剤師の先生にいろいろと質問をしますと、それに対して満足な御返事がいただけないと、これは駄目だということになってしまう。

具体的な例で申しますと、私どものところではプロパーが医局に入ってくることを禁止しています。プロパーの薬剤説明会というのは、医局会と称して週に1回、8時からやっています。そのときに、薬剤師ももちろん出ていますが、プロパーの言いなりになってしまう。プロパーからいろいろ説明されたら、それについて、それはそうじゃないというぐらいの反論ができるぐらいの薬剤師がほしいということをかねてから言っているのですが、残念ながらそういうことを1つもやっていない。

プロパーが、この薬はいいですよという、ああそうですか、それじゃあということに…。大川先生のお話にもあるように、医師はうんと反省しなければいけません。そのとおりだと思いますが、同時に、薬剤師さんも、これからの病院薬剤師はいかにあるべきかを考えてほしい。先程の話にあったように、薬剤師さんがホッチキスを持ってボンボンボンボンやる時代ではない。病院薬剤師さんのありかた、病院薬剤師さんはこれからどう進んでいくかということをお考えになっていただきたい。

座長 薬剤師さんもっと勉強してほしい、医者ももっと勉強しなければいけない、両方が勉強しなければならないということですが…。

質問 高山先生に伺います。私はかつて江戸川区東病院にいましたとき先生をよく存知あげておりました。本日先生のお話を聞きまして非常に感銘を受けたわけですが、先生自身が患者さんに対する服薬の調査などおやりになっていらっしゃるとか、薬剤師を病棟に入れてベットサイドに行って投薬指導をされているということで、そういう話を聞きまして、これは先生自身がそういう形で導入されたのか、あるいは先生のところいらっしゃる薬剤師の方から積極的にそういう形にもっていったのか、その点についてお聞きしたいと思います。

それから、薬剤師がベットサイドに行く。そういうことによって看護婦さんたちの意見がよくなったかどうか、その点を…。

高山 これは両方の意見で、押しつけたわけではありません。また、比較的そういうことに積極的な薬剤師でしたので、非常にスムーズに入ることができたと思います。それから、薬のこと以外の沢山の苦情の項目が出てくるのは、これを全部とりあげて、病院にとって大切な情報として使っていますが、それが看護婦、医師の間でトラブルを起こすようなことにはなっていません。

今、外来やフロアーや病棟に出ることに関しては非常に積極的に、時間があれば少しでも出たい、そしてレポートがまわってくるようになっていきます。私は、薬局の中で、しかも薬局の渡し口にガラスがあるような病院は前時代的で、積極的に出るのが普通だと思っておりますので、そういう意味であります。

質問 大川先生に伺います。大川先生も、病院の副院長という立場、管理者という立場でいらっしゃるなかで医師と薬剤師とコミュニケーションがどういうふうに行われているかという調査をなされた。医師と薬剤師のコミュニケーションをうまく図ろうという目的からなされたものと思いますが、その点に対して敬意を表しますと同時に、このアンケートに関する結果について先生の御意見をお聞きしたいと思います。

1, 2, 3, 4という設問に対して、医師と薬剤師の間に非常に大きな差が出てきたということ、それはどこに原因があるかということが1

つ。

2の、医師と薬剤師とがお互いの立場を理解しているかという設問のしかたですが、これもかなり大きなひらきがあります。立場を理解しているということは、どういう意味として先生はつくられたのかということです。立場を理解しているということは、非常に極端な言いかたをすると、薬剤師は医師が出した処方箋について忠実にやっていたらいいんだという、そういう立場で医者の方が感じての返答かどうかということ。立場を理解しているという意味の裏側について先生はどうお考えなのか。

それから、アンケート調査をなさってこういう回答が出てきたわけですが、その後どういうアクションをなされたか。

大川 医師と薬剤師との見解の差がどういふところにあると考えるかという問題ですが、これは、医師側の独善に尽きるのではないかと思います。自分たちはいいと思ってやっている、しかしながら外からみるとれそほとんでもないことである、しかもそれに医師が気がついていない、こういうことではないかと思います。

2の質問のしかたの意味ですが、これは、調剤していればいいんだという医師側の考えかたが、もう1段抜け出して、薬を扱うスペシャリストとしての存在として理解をしているかという意味を私自身は含めていたつもりです。

それから、その後どうするかということですが、この調査は今日のためにやりましたので、集計も1週間前くらいにできたものですから、まだ具体的ことは考えていません。連携をよくするためにどうしたらいいかという質問に対して、医師、薬剤師間のミーティングが必要であるという意見が多かったので、まず最初にそれを具体的にしていきたいと思っています。

質問 今大変な時代になっていると思います。どのようにして病院が生き残っていくか、生き残り作戦ということで私たちもいろんなところで努力をしていますが、患者サービスとなりますと、どうしても待ち時間の問題が出まして、私も苦心しています。短縮はしてもこれは切りがありません。70分かかったものを20分に縮小しても、更に

は10分にしろということになります。先生方のところの病院の待ち時間がどうなっているか。

加賀先生に伺います。今おっしゃるように、病院薬剤師は病棟、外来は開局薬剤師に任せるとするのは時代の趨勢だと思います。それをやられて非常に成功しているデータを見せていただきましたが、病院に残った薬剤師が、病棟における在庫管理など、その他に何をやっているか。また、医薬分業したために薬剤師が減った、その薬剤師さんちの行き先はどうなっているか。

医薬分業ということは言われていますが、なかなか進まない。まだ10%分業あたりをウロチョロしているわけで、デメリットもあろうかと思われまします。そのへんを。

加賀 河北病院で外来処方箋を調剤している当時、私は河北病院にいませんでしたので正確なことはわかりませんが、多分1時間か2時間くらいはお待たせしていたのではないかと思います。600枚から700枚の処方箋の調剤を10名の薬剤師でやっているのですから、どんなに頑張ってみてもやはり1時間とか2時間くらいはお待たせしたのではないかと思います。

病院は医療法にもとづいてやっていますし、調剤薬局は薬事法にもとづいていますので、調剤の技術料が病院の報酬と違います。ですから、当然調剤薬局の薬剤師さんの数は多くなり、同じ枚数の処方箋でも20人近くの薬剤師さんでやっていますので、待ち時間はかなり短縮されると思います。

それから、現在何をしているかということですが、入院患者さんの調剤、製剤、薬品管理、インフォメーション、それから血液を扱っています。これからは患者さんのサービスを考えた、たとえば内服薬ですと、今は1週間分をまとめて病棟に出しますが、薬局から渡った内服薬を病棟の看護婦さんが1個1個に切り、調剤とか散薬に患者さんの名前を書かなければならない。ですから、それを患者さん別にセットにして、正確な服量ができるような調剤をしていきたいと思えます。

注射薬も、必ずしも在庫管理をすればいいということだけでなく、もっと配合変化を考えたり、薬剤学的な、患者さんサイドに立った注射薬の投与方

法を考えていかなければいけないと思えます。

また投薬指導についても、外来のときは外来患者さんに渡すときに説明しますが、入院患者さんに対して服薬指導をする。入院患者さんに与薬をしてあげられるとか退院する患者さんに服薬指導をするというような仕事、探せばいくらでもあるのではないかと思います。

質問 磯崎先生に伺います。薬事委員会で新規採用の医薬品を検討するというお話でしたが、新規採用の医薬品は何%ぐらい薬事委員会で検討なされて通りますか。たとえば、薬剤師よりまお医者さんのなかで、プロパーさんのことばかり聞いてしまうケースがあるかと思いますが、このときの医師に対するプロパー対策は薬局の方から何かなさっていますか。

磯崎 薬事委員会で、どのくらいの率で通過していくかという細かい数字は覚えていませんが、感覚的に申しますと、50%か60%くらいではないかと思います。それ以外に、たとえば非ステロイドの消炎鎮痛剤などの場合には、まとめて1年に1度とか、抗生物質の注射もそうですが、1年に2度くらいの審査ということになっていきますので、自動的に採用する採用率は減っています。

もう一つ、プロパーに対する応対とか、その人たちの内容の理解、我々の受け入れる体制ですが、私どものところに来られるプロパーの方を専門別に調べてたことがあるのですが、昨年、薬学出身が3分の1、3分の1が理科系（農学部、理学部）、あとの3分の1が文科系です。文科系の中では文学部卒業という方もいます。特に文科系の方の場合には、薬の説明というのは無理だというふうに思っていて、実は、日本病院薬剤師会の方からメーカーとの座談会があったときにも、議題として、薬剤師ないしは理科系の方を採ってくれ、文科系の方は減らしてほしいという要望を出しています。

理科系の方でもよく理解して説明して下さる方、そうでない方いらっしゃいますが、先程申したように、製薬会社側のデータというのが100%信頼できるとは思いません。かといって、ある程度知っていなければどこがおかしいかわからない。できるならば、薬は非常に広い範囲ですか

ら、薬剤師が何人かで分担しなければ無理だと思いますし、データの読み取りということを勉強しないと無理だと思うのです。これは若い薬剤師ではなかなか無理、ある程度経験が必要だと思います。

一度おかしなデータをみつけたことがあります。たまたま私がデータのことばかりやっていたものですからみつけたのですが、なかなか難しい。毎日毎日少しずつ勉強していくほかにない、メーカーのデータにはかなりくさいものがあります。パンフレットになって立派ですから、ちょっと見落すのかもしれませんが、ということはあるというふうにお考えの方がいいと思います。

どのように医局の方に連絡しているかという質問ですが、私どもでも特に特別なことをやっているわけではありませんで、薬事委員会で決まったことを院長の決裁を受けたら、薬剤部からということ。ただその場合に、値段の方がメーカーと折り合わない、薬事委員会で通っても購入にはならない。そういうもので、ある薬などは1年以上、薬事委員会に通っても採用されなかったということもありました。これらのことについては医師側からかなりクレームがきましたが、あるところまでは経済優先であるということで、それが押し通ったということがありました。

質問 高山先生、大川先生に伺います。今、確かに医療の質を向上させるためには有能な人材を効率よく、また数も多く医療の現場で動かすということは大切だと思います。そのときに、たとえば、病棟の注射薬を混合するにしても、今の医療法では医師ないし看護婦は患者さんの数によって定員が決められています。

薬剤師の方は今のところ調剤数で決められているわけですが、加賀先生がおやりになっているように、外来の分も全部院外処方に出し、残る病棟だけの処方数で薬剤師の人数を持っていったとします。それでもなおかついい医療をしようということで、病棟側に、注射薬の混合とかパッケージといったことをやっていくためには薬剤師の数はひょっとしたらその調剤数と見合わないかもしれない。

それと、今の医療法で看護婦の数が設定された

時期に今のような、10何種類も混ぜるような注射薬の混合業務が入っていたかどうかということは疑問であります。とりあえず今の医療法では、混合業務の中に注射薬の混合が入っているのではないかと思います。これからどういうふうになるかわかりませんがついこの間、無菌製剤施設基準をとってやっと点数がついた。また、在宅中心医療にしても、薬剤師が24時間待機しているという病院においてやっと点数が取れるという医療法、そういうものと見合わせてこれからどういうふうにするかを考えていったらいいのかと悩んでいます。病院の管理的な立場でお願いします。

高山 大変難しい問題で、率直に言って回答困難であります。といいますのは、経営者側の立場からみると違うと思いますし、自分が一内科医という立場に立てばまた違うと思います。今日は私どもの薬局長も出席していますが、薬局長の立場からみるとまた考えかたが違うと思います。実は私どもの病院のなか自体でも薬局長側は増やしてほしいという希望が常々出るわけですし、院長側は今で十分やっているのではないかと意見が出まして、現在でそういうことですから、これから先どうなっていくかということに対してもなかなか難しいと思います。磯崎先生が先程いわれた自動調剤が10年以内には殆ど全部に普及するであろうということになってきますと、実際に薬を扱う薬剤師さんの役目というものは非常に減ってきますので、そこで浮いた方々が病棟に進出するかD Iの方に担当するという形になっていくのではなからうかと思います。

大川 今の医療法のことですが、これは昭和23年から変わったかどうかは知りませんが、乳鉢時代の定数ですので、今は錠剤になっていますし、薬剤師さんが余っているとは私は決して思いません。やはり足りないだろうし、今後混注やいろいろのことがあると思いますが、今の医療法を変えるということは非常に難しい問題ですから、今を何とか変えていく、自分たちの方を変えていくようにしなければならぬと私は思っています。

なお不思議なのは、専門の薬剤師さんが調剤し

たものを専門でない看護婦が分配しているところに5%のミスが起きるといことが病院学会で発表になっています。今のお話によりますと、処方の不備が3%あって、5%のミスがあって、8%となりますと、国鉄の名古屋駅で5%ミスがあって名古屋駅は叱られ、それが動機になったかどうか知りませんが、民活になってきましたが、そういうことを考えますと、薬剤師さんのこれからの領域というものは非常に広がってきます。私は看護婦が渡すべきではないという考えを持っています。

それから薬剤師が勉強していないということでしたが、医師ともどもに勉強していません、今は…。私が捨てたという薬剤師さんが中にはいて怒っておられる方がおられるかと思しますので少しカバーしますが、私が、「君が代」が鳴るころに夕食をするような生活を10年していても今の医学にはとてもついていけません。私は、自分自身が平均値いつているかどうかの医学レベルだと思っています。「君が代」のころに夕食をしていますと家庭不和のもとになりまして、いろいろトラブルが起きます。

薬剤師さんのこれからの使命は非常に広がることと、医療法内の定員はある意味では、効率よくいけば余ってきているのではないか。粉末を乳鉢でやっていたころの定数ですから、変えるべきことを変える勇気がそれこそ大事のときだと思っています。非常にきつい言いかたをして申しわけありませんが、薬剤師さんの方に譲ります。

磯崎 80剤で薬剤師1人ということになっていまして、病院会で100剤とか120剤という発言があるということも聞いております。ですが、薬剤師の立場から申しますと、今申したように、DI活動とか薬品管理とかかなりの面で、たとえば調剤室だけで働いている人間で、80剤とか100剤という数字ですと我々としては納得いくわけですが、薬剤部全体の数字ということになりますと、先程私のところが87件という数字を申しましたが、かなり忙しいです。ですから、そうしながら勉強をしろといってもなかなかきついことになります。計量調剤というか、はさみさえあればいいというようなことになってきたということもあります

が、そのへんも病院会の先生方の御理解を得たいと実は思っています。これは薬剤師の間ではいつも問題になることで、調剤以外の業務の価値を認めていただきたいということです。

加賀 私の場合は、磯崎先生と同じように、80剤に1人というのは調剤室だけ考えるべきであって、それに薬品管理とか製剤とかいろいろな業務があるわけですから、それを追加して考えるべきであると思います。

それから現在は入院処方箋にしか技術料がついていませんが、注射薬も個人別に注射薬を調剤するという考えかたで、注射箋も調剤なんだということで、そういう考えかたからいきますと、薬剤師の数は増えてくるのではないかと思います。そういうことは、ここに出席しておられる病院の院長先生とか、厚生省に極力働きかけていただきたいと思ひます。

質問 大川副院長の方から出していただいた医師と薬剤師の連携のアンケートですが、医師側のお話ですが、現実にはさほどでもありません。大部分はよいのですが一部の先生方に難点があったということでこういう結果が出たと思ひます。その面を付け加えさせていただきます。

もう1つは、加賀先生に伺います。阿佐ヶ谷ファーマシーは、杉並薬剤師会がつくっている薬局ですか。

加賀 杉並区の薬剤師会も会員ではありますが、杉並区の薬剤師会で作っている薬局ではありません。

質問 地図をつくって御案内しているというお話でしたが、事実ですか。

加賀 あれは、阿佐ヶ谷ファーマシーだけの地図ではなく、病院の周辺の地図です。

質問 ということは、指名をしているということではないわけですね。

加賀 そういうことではありません。

座長 時間が過ぎましたので、これで区切りをつけさせていただきます。先生方からいろいろお話がありましたが、我々医師も薬剤師さんも、両方揃って一生懸命勉強しろ、もうちょっと頑張れというようなことが一点あったかと思

います。あと、このほか両者とも一番近くにいるように、コミュニケーションとなると、うまくいっていないなということが、はっきりしたようでもあります。

それから、新しく薬剤師さんの領域が広がってくるであろうこと、たとえば、フロアーに出向いて患者さんと相談をする、病棟に出向く、血中濃

度の測定、いろいろのDI活動、その他の活動が、これから期待されているわけありますので、今日はそのとっかかりとして、このシンポジウムができましたことを厚く御礼申しあげて、終わりにさせていただきます。ありがとうございます。

＝日本病院会図書＝

勤務医師マニュアル

(社)日本病院会 医療制度委員会編 (昭61.8 第五版)
B6判 58頁 500円 (〒170円)

勤務医師にとって、病院活動に寄与するために常に持つべき考えと態度と行動について必須の条件とその理由を示す。

—目次—

病院倫理綱領

このマニュアルを理解するために

第1章 医師の基本的勤務要領

第2章 近代病院の機能

第3章 診療実務

第4章 患者の権利と責任

第5章 医師の業務と院内各部門の活動

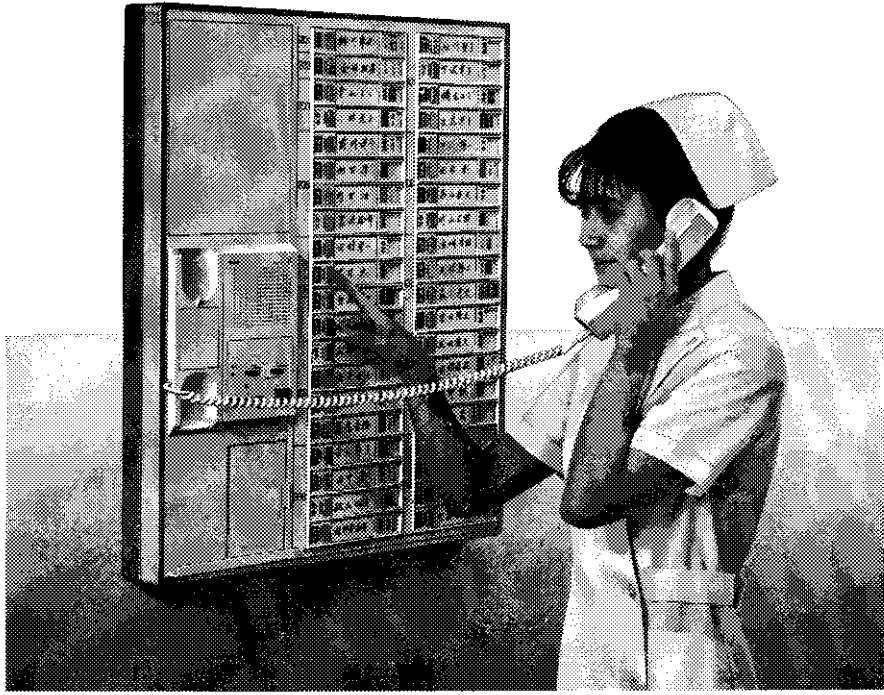
第6章 病院の活動評価

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

電話 03-264-3180

National



氏名、救護区分から科別、担当医まで

ひとめでわかるボード式

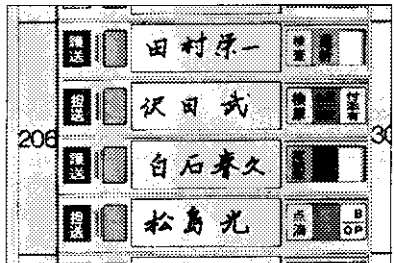
場所をとらない壁掛・ボード式

親機はスリムなボード式。壁掛タイプです。場所をとらず、ナースステーションのスペースを最大限に生かします。

使いやすさに安全性をプラス

親機のプレート部には、患者さんの記名カード、救護区分表示部、そして科別担当医などの患者情報表示部を装備。患者さんからの呼び出しをひとめで確認でき、対応がスムーズ。加えて、断線警報やベッド子機の脱落警報など、安全性にもすぐれた充実設計です。

- 便利な看護メモホルダーもあります（オプション）。



▲救護区分表示部には、市販のマグネット・プレートが使えます。

省線形だから工事もカンタン

従来、子機60局のシステムで120本必要だった配線数を、子機の数に関係なく、わずか6本に省線化。工事の省力化により、増設・移転も容易に行えます。

- パラ接続が可能：副親機の使用により、同時に2、3カ所で管理が行えます。

40局・60局・80局の3タイプ揃った同時通話形

ナショナルボード式ナースコール省線形

● カタログのご請求は…松下通信工業㈱・情報通信事業部・第三営業部「日・病」係 〒226 横浜市緑区佐江戸町600 TEL (045) 932-1231

心を満たす先端技術—— Human Electronics

松下電器・松下通信

放射線科の合理化について

—主としてデーライトシステム—

社会福祉法人あそか病院放射線科

虎渡 勇二, 京極 賢治, 奥山 朋幸

駒沢短期大学放射線科

本間 襄

緒言

放射線部門において、省力化や技術の向上を目的として、新しく開発され、また種々の改善が加えられ、実用化された機器類は枚挙に暇がない。そしてこれらの使用経験例や、診断価値などに関する研究発表も、相当数に達していることも衆知の事実である。

その理由としては、わが国の医療は欧米の進んだ医療に刺激されて、急速に進歩を遂げているからであり、X線装置、関連機器の開発も大きな要因となっている。大別すると診断、治療、核医学など総合画像診断が中心となって今日の進歩をもたらしたものと考える。

しかし合理化された機器が、全て有効に活用されているとは限らない。今回は、放射線部門でもっとも使用頻度の高いデーライトシステムを取りあげた。このシステムは、省力化機器として開発されたものであるが、多くの施設でいまだ全面的に採用されていないことに着目し、その理由などについて検討したので報告する。

1. 目的

近年の医療情勢は厳しく、病院経営は増々悪化の一途を辿っている。こうした中でよい医療と、より高度な医療技術の提供は、われわれに課せられた義務である。こういう状況の中であえてデーライトシステムを取りあげた理由は、放射線部門の画像処理上重要な役割をもつものであり、暗室業務を合理化することにより、多くの利益を生む

ことができるのではないかと、また従来の暗室業務を改善するためには、デーライトシステムを導入することにより実現できると考えたからである。

このシステムは開発後、10数年経過しているにもかかわらず、目立った普及はみられない。そこでデーライトシステムの導入によるメリット、デメリットそして病院経済上どれだけの効果を期待することができるか、などについて検討を加えた。

2. デーライトシステムの歴史

わが国におけるデーライトシステムは、昭和50年後半に設置が始められた。当初は一種類のフィルム（1チャンネル型）であった。このシステムだと使用フィルムのサイズ・種類別に合った数の、デーライトタイプの装置を必要とした。従って床面積の占有率も大きくなり、明室処理はできるものの、必ずしも合理化にならなかった。その後2種類、あるいは、3種類のフィルムを装填できる装置ができたけれども、意外にそれ程の進展は見られなかった。

昭和57年になって、待望の5種類のフィルムを1台の装置で処理できるものが開発されて、名実共に自動化促進の足がかりとなった。その上更に、フィルム搬送用コンベアの開発により、自動現像機直結型や複数方向からの搬送も可能となり、合理化と経済性が一挙に解決されたものと思う。一方、米国コダック社では、マルチローダI型（5種類のフィルム）の基本性能に新機能を加え、5種類のフィルム及び選択により7種類のフ

フィルム装填ができる機能をもった、マルチローダーII型が発売されて、いよいよデライトシステムの黎明期を迎えたものと考えられる。

3. デライトシステムによって合理化ができるか

従来から暗室作業は意外に省力化、合理化の対象にならず、今日まで続いている。その理由は種々あるだろうが、多くの施設では暗室業務は新人または助手の仕事とされている、ということも一つの考え方ではないだろうか。一方放射線科内では、種々開発された近代的な装置や器具を導入しているが、暗室に関する限り、自動現像機を除くと皆無に等しく、予算上でも軽視されて対象外という感を抱かざるを得ない。

ところが旧態依然の暗室も、デライトシステムの出現により一新されようとしている。その理由として、次のようなことが挙げられる。

1) デライトシステム導入により、専従者は不要となり、放射線技師本来の業務に専念できる。

2) 撮影から現像に至る作業導線の短縮により、放射線科内における患者待時間の短縮と、暗室作業に要する時間の短縮ができる。各々の時間の短縮により、患者に対して、撮影に関するオリエンテーションができる。それによりポジショニング不良、暗室操作ミスなどによる再撮影が減少し、無益な被曝線量の防止に役立つ。

3) 暗室における誤操作により発生する生フィルムの露光、及び撮影済フィルムの誤操作による再撮防止につながる。

4) 暗室作業時間の短縮によって得る時間を他に転用できるので、人手不足の緩和と人件費の節約ができる。

5) デライトシステムの占有面積が約0.5~2.0㎡で設置できるため、暗室としての面積を他に転用できる。このために生ずる利益は地域差によって異なるが大きな収益となる。

4. デライトシステム導入により予想される利益

従来の暗室操作からデライトシステムに変更することにより得られる幾つかの例を示したが、デライトシステムを導入することによって得る、画質の向上、時間の節約、ロスフィルムのロス率を減少させることにより考えられる利益を計算してみると、次のとおりになると予想される。

1) 従来どおり暗室作業を続ける限り、ロスフィルムが減少しないと仮定すれば、次のような計算が成立する。

年間のロス率を2.5%とすると

$$\text{ロス率 } 2.5\% \left\{ \begin{array}{l} -1.7\% \text{ 生フィルムロス} \\ -0.8\% \text{ 撮影後ロス} \end{array} \right.$$

(東京都立病院の統計による)

参考：ちなみにその他の施設の平均ロス率は3~3.5%となっている。

表1 デライトシステム導入による推定利益

1. 再撮影率2.5% (取扱いミス1.7%, 撮影後のミス0.8%) 都立病院データ
2. 露光フィルム (取扱いミス) は半切~4ツ切までの平均原価 284円
3. 撮影後のフィルム原価は、KODAK, MORE セミナーの算出により 2,300円
4. 剰余時間の利益は群大佐藤氏の推定値を引用 26.6円
5. 年間稼働日数 275日

利益計算の基礎			平均枚数 100	平均枚数 200	平均枚数 300	平均枚数 400	平均枚数 500
生フィルムのミス	1.7%	1日 100枚の場合 年/467.5×284	132,770	265,540	398,830	531,080	663,850
撮影後のミス	0.8%	年/220×2,300×2	1,012,000	2,024,000	3,036,000	4,048,000	5,060,000
剰余時間の利益 一枚当り	26.6円	年/7,315×00	731,500	1,463,000	2,194,000	2,926,000	3,657,500
合		計	1,876,270	3,752,540	5,628,810	7,505,080	9,381,350

計算の基礎

a) 生フィルムロスは半切～4ツ切まで4種類の原価(薬価基準)の平均値を採用し、284円とした。

b) 撮影済フィルムの原価計算は、人件費、装置費用、フィルム、薬品代、間接費等を含めると2,300円～2,700円/枚とされているが、ここでは最小の2,300円を使用し、尚、再度撮影となるので2倍とした。

(撮影済フィルムの原価は KODAK・MORE トレーニング時の資料を引用した)

c) 作業時間節約分の換算は昭和58年発行、「X線部門における明室処理による省力化について」群馬大学附属病院佐藤氏のデータから引用した。このデータはデーライトシステム導入により、技師、助手の作業時間節約分の1時間値を算出し、デーライトシステムの導入により得られた利益として1枚当たり26.6円として算出している。

以上の条件を加味して計算すると、表1のようになる。

年間稼働日数275日として1日平均100枚撮影する施設では1,876,270円となり、1日平均500枚撮影する施設では9,381,350円となる。これはあくまでも仮定であって推定利益額であることを理解して頂きたい。

2) デーライトシステムは、各々の組合せによって価格も異なってくるが、1セット1,500万円とした場合の減価償却を行ってみた。

減価償却の方法には、原則的に定額法と定率法に分けられるが、ここでは定額法によって償却した。

定額法とは、その減価資産の取得価額からその残存価額を控除した金額に、その償却費が毎年同一となるように、その耐用年数に応じた償却率を乗じて計算した金額を、各事業年度の償却限度額として償却する方法であるから、次のようになる。

耐用年数は6年とし、年間償却率0.166とする各年度の償却率は表2のようになる。

表の左側のシステム価格に対し、右側は毎年度償却する限度額となる。

以上、推定利益、システムの減価償却額を示した。

表2 デーライトシステム減価償却 定額 (0.166)

システム価格	年間償却限度額
15,000,000	2,241,000
30,000,000	4,482,000
45,000,000	6,723,000
60,000,000	8,964,000
75,000,000	11,205,000
90,000,000	13,446,000
105,000,000	15,687,000
120,000,000	17,928,000
135,000,000	20,169,000
150,000,000	22,410,000

表3 設備投資額に対する撮影枚数

設備投資額	1日平均撮影枚数
1,500 (万円)	119 (枚)
3,000	239
4,500	358
6,000	478
7,500	597
9,000	717
10,500	836
12,000	956
13,500	1,075
15,000	1,195

これらの表に基づいて、1日平均撮影枚数を逆算してみると、表3のようになり、デーライトシステムを導入するに当たり、一つの目安となるものと思う。

また、従来の暗室からデーライトシステムを導入し、明室化すれば、床面積が0.5～2.0㎡となるため、余剰スペースを他に転用することによって得られる利益を加算できるとすれば、別途のプラス評価となる。

5. 将来展望

将来のことを論ずるには困難を伴うが、一番影響を受けるのは、医療行政がどのように変わるかで全く予想は難しい。わが国の経済は米国の影響を受け易い立場にあるから、医療行政もそのあおりを受けるだろう。ともあれ、今までの状況を判

断してみると、経済を無視して医療は益々高度化され、そして装置の開発は進み、周辺機器も同様に影響を受けてくる。

経済的な面では医療費の問題も大きな要因となるだろう。要するに人件費、材料費、諸費用の上昇に対して、医療費の抑制が厳しくなり、病院経営が苦しくなることは必須となる。そうなると当然、支出を抑えて収入を増やすために、合理化・自動化に走るしかない。患者サービスを考えた、能率化と人件費の削減を考えなければならない。しかし手抜きはできない、手抜きをすれば誤診を招き、患者疎外の医療となり倒産の憂き目を見る結果となる。

このようなケースは、どんなことがあっても避けなければならない。支出の大半を占める、人件費の抑止を図り、そして患者サービスを良くすることを考えるべきである。これを導くには、病院全体はもとより、放射線科全体が総合的に合理化し、人間とマシンが一体となって目的を達成すべきである。

ここに一つのデーライトシステムを取り上げてみると、暗室を廃止したシステムであるから、当然明室で処理されるような設計となり、装置自体もコンパクトでフィルム交換が早く、金銭登録機並みの素早さになるだろう。そして人間工学的に考えた装置となり、作業場所により各タイプが選択できるようになるだろう。そして価格の引き下げが必須となり、暗室作業は完全になくなるだろう。

6. 考 按

放射線業務の合理化と人手不足の緩和を図ることを目的として、デーライトシステムの検討を行ったところ、下記のことを知り得た。

1) 暗室作業における精神的苦痛と誤操作によるロスフィルムの諸要素を知り、デーライトシステムにより削減できることを知り得た。

2) デーライトシステム導入により、多くの合理化と人手不足の緩和に役立つことを知った。

3) 暗室の余剰スペースを他に有効利用できることを知った。

4) 明室化することにより、多額の推定利益を

生むことを知った。

5) デーライトシステムの設置面積は約0.5～2.0㎡であるため、余剰スペースを他に転用することができる。

6) 作業導線の短縮、作業時間の短縮により、患者サービスを十分行えることが分かった。

7. ま と め

われわれは、放射線科業務の合理化と人手不足の解消を目的として、デーライトシステムについて検討を行ったところ、次の点について知り得た。

まず従来の暗室業務の場合、再撮影率2.5%とした(取扱いミス1.7%、撮影後のミス0.8%)としたとき及び明室化による、作業能率等による推定利益を合計すると、1日平均撮影100枚の場合、年間1,876,270円となり、また同様に500枚のとき9,381,350円という驚くべき数値が予想された。

また、デーライトシステムの設備投資額に対する減価償却額(定額法)に相当する1日平均撮影枚数も知り得た。

以上のデータにより、病院経営悪化の一途を辿っている昨今、患者サービスを中心とした、医療水準の向上を目指すためには、デーライトシステムによる明室化を計り、このシステムにより生じた余剰時間を患者サービスと合理化に振り向けることができる。

また、システム導入の投資額については、各々の規模に応じて償却可能であることが分かった。もう一つ本文中に述べたように、各メーカーの一層の企業努力により、装置のコストダウン、故障率の極めて少ない品質の装置が生産されることにより、すべての施設が採用することになるだろう。また、従事者の暗室作業による精神的苦痛から解放することができるという、大きな環境改善も同時に行えるというメリットがある。

(付記)

本研究に関して資料の提供、また種々の情報を頂いた、富士メディカル(株) 坂口長成氏、小西六享真工業(株) 南友二郎氏、ナガセメディカルサプライ

(株) 茂木栄次氏に深く感謝を表明いたします。

参 考 資 料

1. X線診断部門における明室処理による省力化について

群馬大学医学部附属病院中央放射線部

佐藤 貞男

2. KODAK-MORE トレーニング

放射線写真のコスト分析 第1回資料

3. TCT 60-A使用経験について

経済的諸問題を中心として

虎渡 勇二, 本間 要

4. コダックマルチローダー

新搬送システム開発について

岐阜大学医学部附属病院中央放射線部

武山 明, 小林 博, 伊藤 憲江

長瀬 文昭

5. 合理化, 省力化のためのフィルム搬送システムの導入について

国立熱海病院

市波 義雄, 鈴木 敏之, 奥下 信彦 他

6. 撮影系実態調査集計報告

日本放射線技術学会雑誌第43巻第3号

(本稿は, 第37回日本病院学会で発表された一般演題(演題No.58)であり, 特に, 当会学術委員会によって優秀演題として推薦されたものであります。)

58. 8. 発行

看護用具の研究

日本看護学校協議会編

日本病院共済会発行

A5. 240頁 2,500円 ㊦250

- 第1章 看護用具総論

第2章 ベッドおよびベッド周辺の用具(ベッドの構造, マットレス・ふとん・机・特殊ベッド, ベッドの周りの看護用具)

第3章 排泄のための用具(排便, 浣腸, 人工肛門, 排尿, 採尿, 薬尿, 蓄尿, 喀痰)

第4章 沐浴・清拭のための用具(沐浴, ベッド・バス, 坐浴, 清拭車, 洗髪車・足浴)

第5章 患者運搬用具(患者輸送車, 小児・老人の移動用具, 車いす, ものの運搬)

第6章 包帯・抑制・固定時の用具(包帯, 抑制, 固定)

第7章 電法用具(湯たんぽ, 氷枕, 氷のう, 新しい電法材料)

第8章 与薬時の用具(経口の与薬, 注射, 点滴注射)

- 第9章 材料補給(滅菌管理, 補給, 洗浄)

第10章 リネン(病院のリネン, 寝衣, おむつ, 病床の基本となるリネン, その他のリネン)

第11章 診察の協力時の用具(回診の介助, 体温, 脈拍・呼吸の測定, レントゲン室)

第12章 産科用具(分娩, 新生児, 哺乳, 未熟児の看護用具)

第13章 小児看護用具(哺乳, リネン, 排泄の世話, 注射, 小児の抑制)

第14章 手術室用具(手術室のリネン, 手術用器材の整備, 患者の抑制)

第15章 その他の看護用具(外来の用具, 記録のための用具, 環境の整理, 自助具)

(申込先 日本病院共済会)

TEL 03-264-3180

病院の第一線監督者（6）

指揮：リーダーシップ

杏林大学医学部 病院管理学教室 友安直子

1. 指揮するということ

前回、前々回で述べた計画策定と組織化は、指揮と統制のための前段階である。多くの場合計画策定と組織化が、主として病院の高度な管理レベルで行われるのに対し、指揮と統制は低次の、一般には第一線レベルにおいて行われる。

監督者が遂行するすべての職能のうちで、断然むずかしいのは指揮である。なぜなら、指揮するということは必然的に人間を巻き込むものであるが、人間は複雑で特異な存在であり、ある日と次の日とは違った存在になっていたりすることさえあるからだ。人間のニーズはその人の抱負や野心につれて変化し、与えられる状況が変ればその反応の仕方も変化する。ある人がある事柄に対して、どのように反応するかを私達が了解した時には、すでにその人が私達に対して変化していることだってありうるからだ。そういった現実をふまえたうえで、ここでは、人々が同じように反応する共通基盤をさぐるために、三つの側面から指揮を考えてゆく。リーダーシップとコミュニケーションとモチベーションである。部下に職務遂行意欲を持続的にもたせ、その行動を目標実現の方向へ導き統合してゆくことが監督者の重要な職能であり、そのためにはどれくらい効果的にコミュニケーションできるか、どのように部下を激励しひっぱってゆく能力を発揮できるか、が問題となるからだ。

2. リーダーシップの定義

ジョージ・R・テリーによれば「リーダーシップとは、人々をして集団目標のために進んで努力するよう仕向ける活動」(注1)である。タンネンバウム、ウェクスラー、マサリックはリーダーシッ

プを「特定目標の達成を目指す特定状況において、コミュニケーションという形を通じて発揮される対人的影響」(注2)と定義している。またクーンツとオドネルは「リーダーシップとは、人々をして共通の目標達成に当たらせることである」(注3)と述べている。

その他の諸文献もリーダーシップを「与えられた状況の中で目標達成に向けて個人または集団の活動に影響を及ぼすプロセス」としている。

これらの定義から読みとれることがいくつかある。一つは、リーダーシップが社会関係における特定の成員による、他者または他者群に対する社会的影響のなかに存在するという事。要するに、集団が存在するところに、リーダーシップが生れるということである。次に、しかしながらこれら定義は、集団のタイプには言及してはいないのである。すなわち、他の人またはグループの行動に影響を与えようとする場合、いかなる場合でもリーダーシップが必要となるということ。ビジネス、学校、病院、政治団体、また家庭など、いかなる場合か、いかなる状況かを問わないから、誰でも一度や二度はリーダーシップをとろうと試みたことがあるであろう。第3に、職場のように比較的はっきりした形で上から与えられている場合もあるし、仲の良い連中で集まってガヤガヤやっている場合もあるだろうが(この場合には自分達でつくり出すことになるのだが)、いずれにせよ目標や課題なしにはリーダーシップはありえない。第4に、他人の行動に影響を与えようとする場合、相手が上司、同僚、部下、友人、家族の誰であっても、その人はリーダーとなる可能性もっている。つまり、リーダーとかそれに対するフォロワーというのは、上司と部下の関係に示されるような階層的関係のみを意味するものではな

い。集団成員が対等であり誰がリーダーであり、誰がリーダーに追随するものであるかあいまいで未分化な状況もある。特定のリーダーや上司がいない対等の集まりというのは、集団成員の間に地位・役割の分化がなく、したがって地位にもとづく上下関係もなく、また仕事の分担も明確でない状況であり、未分化構造の集団といえよう。このような未分化な集団状況におけるリーダーシップは、しばしば流動する傾向にある。リーダーシップが同じ集団のなかで一人のメンバーから他のメンバーに転々として移っていくのである。集団成員の地位——役割の関係構造が分化し明確になれば、それだけ集団構造——機能の分化がすすむ。それにつれてリーダーシップのはたらきは、特定の地位の個人に集中してくるのである。指示や命令を下す指導者がいないグループにも、リーダーシップが存在すると述べたが、この小論においては、地位・役割が明確で権限をもった指導者のリーダーシップについて考えることが目的である。

監督者は、リーダーシップを行使することを、組織から公式に求められている人である。そこで、病院の監督者のリーダーシップを定義するなら、「病院の目標や課題を達成するために、部下に対して影響力を行使すること」となる。ではどのようなやり方で影響力を行使したらよいのか。諸研究の中からさぐってみよう。

3. リーダーシップ研究の流れ

リーダーシップ論は、その研究対象によって大きく二つに分類できる。一つは組織の頂点に位置するトップの管理者が、組織全体に対して発揮する影響力に関する研究であり、もう一つは、管理者と部下が対面的関係を維持できるような組織単位におけるリーダーシップ行動の研究である。トップの管理者は、組織全体に影響力を及ぼすといっても、直接的に接触できる成員の範囲は限られているわけであるから、成員が直接に観察できる具体的な管理者の行動を媒介にして成員に影響を与えるのではなく、組織の価値観、理念、目標、規範などのシンボリックな操作によって、間接的ではあるが、しかし成員全員の内面に深く影響を与えようとする。他方、ミドルや殊に監督者

の場合には、より上位の管理者によって設定された枠内で、組織単位の置かれている状況に即応して、具体的で直接的な行動によって成員に影響を与え得ることが求められる。

リーダーシップ論の歴史的展開をみると、1940年代の半ば頃までは、偉大なトップのリーダーに共通する普遍的な人物特性を探し出す研究が中心であった。有効なリーダーシップには、肉体的エネルギーや対人的感性や友好的態度といった、不可欠な性格特性が含まれているという考え方が前提にあることを示している。このような理論からすると、すべての人が皆このような特性をもっている訳ではないから、それをもっている人のみがリーダーたりうる人と考えられる。したがってこの考え方にたてば、人をリーダーの地位につけるための訓練など無意味である、ということになってしまう。また、リーダーシップの資格要件（ある種の人々に生まれつき備わっていると考えられていた）を識別し測定する方法さえ発見できれば、リーダーたる人とリーダーたらない人を選別することができ、生得的にリーダーシップ特性を備えている人へのみリーダーシップ訓練が有効となるわけである。

しかし、このようなリーダーシップの性格特性をとらえようとした調査研究は意味のある、あるいは一貫性のある結果を見出せなかった。実証的研究によって明らかとなったのは、リーダーシップとは、「リーダーとフォロワー、および彼らが置かれた状況の変化に伴い、場面ごとに変わるダイナミックなプロセスである」ということ、リーダーが置かれた状況のなかで、どのように行動するかがリーダーシップの決め手になることであった。例えば、リビットとホワイトの実験によれば^(注4)、あるリーダーの性格がたとえワンマン的であっても、その人が民主型リーダーシップ（行動類型）をとれば、部下集団のモラルや業績には民主型効果のほうが優位にあらわれる、という結果が見出されたのであった。

最近の文献は、リーダーの性格特性や想定された生得的あるいは後天的能力、潜在能力には焦点をあてず、観察される行動に焦点をあてている。特に、リーダーの行動、グループ・メンバーの行

動、そして種々の状況に重点が置かれている。この行動と状況に重点が置かれている。このように行動と状況の呼応を強調する立場に立つので、リーダーの行動パターンを変化する状況へ適合させるためのトレーニングが有効であるとされることになる。すなわち、たいいていの人が教育、訓練、育成によって、自分のリーダーシップの効果を高めることができる、と考えられるようになってきたのである。

4. 監督者とリーダー行動

監督者のリーダーシップは、「病院の目標や課題を達成するために、部下に対して影響力を行使すること」を先に定義した。つまり、人々と共にかつ人々を通して目標を達成することが含まれる。したがって、監督者には二つ、課題（仕事）と対人関係に気を配る役割がある。前者は部下たちが目標や課題の達成のために努力し、生産性の高い行動をとるよう指導し、督励することである。部下に目標を与え、仕事を割り振ったり、仕事に必要な情報を与えたり、ときには仕事のろい部下の尻をひっぱいたり、がこれに相当する。これらは「仕事中心の行動」ということができる。いま一つは職場の良好な人間関係を維持することである。部下達が仕事のうえで反目しあったり、憎み合ったりすることを防ぎ、また監督者自身が部下との間によい関係をつくるよう配慮したり、がこれに相当する。これらはいずれも、職場の人間関係を良好に保つことを目的とするので、「人間関係中心の行動」ということができる。

このようなリーダーシップ上の関心には、組織論における初期の二学派、科学的管理法と人間関係論が反映しているといわれる。科学的管理法におけるリーダーの役割は、明らかに組織目標達成のために達成基準を設定したり強化することで、リーダーの関心はあくまでも組織ニーズにあった。人間関係論におけるリーダーの役割は、部下たちが協働して目標を達成するように仕向けながら、同時に、彼らに個人的な成長や発展の機会を与えることにある。リーダーの関心は個人のニーズに向けられた。以来、仕事への関心（アウトプット）と対人関係（人々）への関心を認めること

が、リーダーシップ論の常道となっている。代表的なリーダーシップ論について、リーダー行動の定義をまとめると次の表のようになる。（注5）

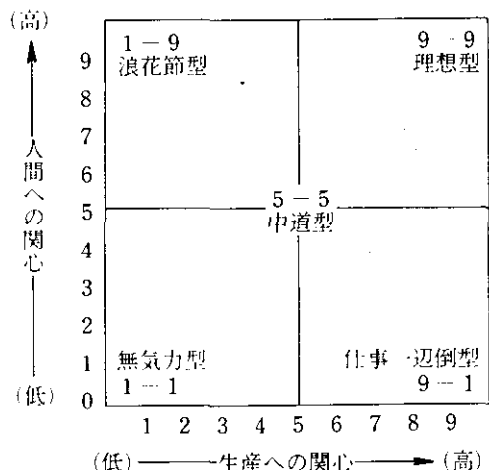
〔研 究〕	〔仕事中心〕	〔人間関係中心〕
オハイオ州立大 オハイオ大研究所 ミンガン大 グループ ダイナミックス マネジリアル グリッド	構造主導的 指示的行動 生産指向 課業達成機能 生産への関心	配 慮 協働的行動 部下指向 集団維持機能 人間への関心

5. さまざまな監督者のタイプ

集団や組織のなかの一定の地位におけるリーダーシップ行動には、研究者によって呼び名はさまざまであるが、「仕事中心」と「人間関係中心」の二つの基本的関心が多少とも、その程度の相違はあっても含まれると考えられる。また二つのリーダーシップ関心は別々の人でなく、同じ人の行動として発揮され、その発揮の程度が異るとも考えられるのである。すなわち二つのリーダーシップ関心が、二つとも強い場合もあれば、一方は強いが他方は弱い、また二つとも弱い場合も考えられるが、一つのリーダーシップ機能としては、両方が含まれるという考え方である。

このような考え方を土台に三隅による P M 理論、（注6 フライシュマン、松井、ブレイクとムートンなどはリーダーのタイプ分けをおこない、そ

図



それぞれのタイプと部下との関係を考察している。例えばブレイクとムートンは、図(前頁)のように生産(仕事)への関心と人間(関係)への関心の組み合わせによって典型的な5つのリーダーシップ型を分類した(注7)。

理想型:「生産への関心」「人間への関心」ともにきわめて高い監督者。このような監督者のもとでは部下は仕事に打ち込み、組織目的への「運命共同体」的相互依存の関係が信頼と尊敬を生みだす。

仕事一辺倒型:「生産への関心」はきわめて高いが「人間への関心」はきわめて低い監督者。このような監督者は万事能率本位で、人間的要素にできるだけわずらわされないように作業条件を整える。

浪花節型:人間関係に対する人々の欲求に十分な注意を払うので、快適で友好的な組織の雰囲気と仕事のテンポが生まれる。が、能率はあがらない。

無気力型:「生産への関心」「人間への関心」ともに最低の監督者。このような監督者のもとでは、部下たちは与えられた仕事をするのに最小限の努力をすればよく、部下にとっては居心地がよい。

中道型:「生産への関心」「人間への関心」ともに中程度の監督者。このような監督者のもとでは、部下の努力とモラルのバランスがとれ、組織は十分にその機能を発揮できる。

このマネジリアル・グリッドでは、最も望ましいリーダー行動は「理想型」(生産と人間に最大の関心をよせるタイプ)であることを示している。事実、ブレイクとムートンは、マネージャーをこのタイプに替えることをねらって、訓練プログラムを開発している。

確かに、多くの監督者がどのように行動すべきかで悩んでいるし、模範的な型があるなら、近づきたいと願う気持は共通である。そして多くの研究者が、模範的リーダーシップ・スタイルが存在するかのよう論じ、また多くの研究者が、仕事と人間の双方に関心が高いいわば総合スタイルを支持している。あるいは寛容で民主的で人間関係論的アプローチを支持している。しかしこうしたス

タイルは、確かに産業や教育のある場面では適当であるかもしれないが、他の場面では不適当かもしれない。唯一の理想的で模範的なリーダー行動スタイルが存在する、という考え方は、非現実的であることを示すさまざまな研究もある(注8)。たとえば、軍隊、病院、刑務所、教会といった組織における効果的リーダー行動は、それぞれに個有の状況や環境によって決まってくるのである。病院監督者としてのリーダー行動が効果的であるためには、そのスタイルを病院という状況と、そこで働く人々のニーズに合致させなければならないのである。

病院第一線監督者のリーダーシップに関する実証的研究は、いくつかの看護婦を対象とするものを除けばあまりない。

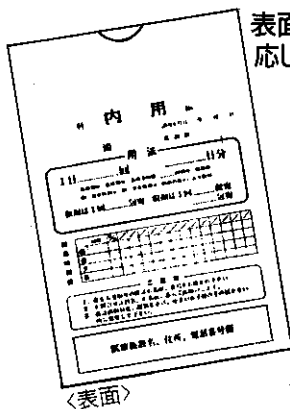
注)

1. George R. Terry, *Principles of Management*, 3rd ed. Homewood, Ill. R.D. Irwin Inc. 1960. P.493
2. R. Tannenbaum, I.R. Weschler, and F. Massarik, *Leadership and organization: A Behavioral Science Approach*, New York: McGraw-Hill Book Company, 1959.
3. H. Koontz and C. O'Donnell, *Principles of Management*, 2nd ed. New York, McGraw-Hill Book Company, 1954, P.435.
4. R.O. Lippitt と R.K. White は1949年『コミュニティ・リレーション訓練』において、リーダーシップの三類型として民主型・専制型および自由放任型リーダーシップを実験的に設定し、研究した結果を明らかにした。民主型リーダーシップは専制型および自由放任型リーダーシップとは異なり、集団の目標をグループ討議により決定し、将来の展望が成員に与えられており、成員の仕事の割当ても集団決定にゆだねられるというように、集団成員の合意と自発的協力に基づくリーダーシップの型。集団の志気と生産性を高めるうえで、最も有効な指導様式とされている。今日までの研究成果によれば、しかしながらそれは、リーダーのみでなくフォロワーの社会的性格に関連すると同時に、民主的指導が行われる集団組織が、指導者とその機能を果たすうえで大きな許容性をもち、しかも、成員が集団活動へ参加する機会を与えられ、その創意を生かす性格に貫かれ、集団の利害と彼らの利害が、主観的にも客観的に

- にも一致している場合であることが指摘されている。
5. P. ハーシー, K. ブランチャード共著, 山本成二訳『行動科学の展開』p.126~p.137, 1978. 日本生産性本部と聖路加国際病院看護教育委員会編『現代ヘッドナース論』p.81, 1987, 学習研究社, より作成した。
 6. 三隅二不二『リーダーシップ行動の科学』有斐閣, 1984. 『リーダーシップの科学』講談社, 1986。
 7. P. R. ブレーク, J. S. ムートン著, 上野一郎訳『期待される管理者像』産業能率短大出版部, 1966。
 8. 例えばレンシス・リカートの生産性の高いマネージャーとそうでないマネージャーの管理パターンのちがいをさぐるうとした一連の研究。ハルピンとウィルナの航空隊指揮官のリーダーシップ型と隊員の能率との関係に関する研究。
 9. 聖路加国際病院看護教育委員会編『現代ヘッドナース論』p.89~p.98, 学習研究社。

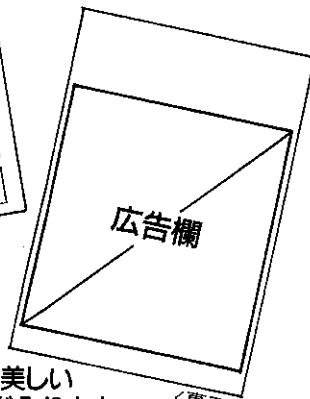
ポイントは・経費節減

薬袋のイメージをリフレッシュする新薬袋供給システム



〈表面〉

表面は各医療機関のご要望に応じて個別に作製いたします



〈裏面〉

一流企業の美しい
カラー広告が入ります

薬袋に一流優良企業の美しいカラー広告を入れてみませんか。弊社は医療機関の方々に発送費用程度のご負担をさせていただくだけで、薬袋を供給する新システムを提案しています。サイズは大、中それぞれ内用外用の4種類。年2回(上期1月下旬、下期7月下旬締切)の募集を行っています。現在1都2府14県の公立、個人、法人各医療機関でご採用いただき好評を得ています。ご関心をお持ちの場合は下記までご連絡下さい。詳しい説明書を送らせていただきます。

〒101 東京都千代田区西神田2-7-11

〈産陽印刷株式会社薬袋事業部/担当・村松〉

TEL(03)239-1041(代)

看護学校の基本的な改革を

第二岡本病院 事務長 田川 熊雄

歴史は大切にし、私たちの歩みが歴史となって後世に伝わって行く。ナイチンゲール精神をナース養成の基本として、20世紀では世界各国で発展をして来た。

我が国においても尊い歴史をもっている。大切に学び育てる事が必要だ。

特に、戦後の教育大改革に看護学校も日程に上り、一定の方針が出された。戦後40年を経過して、いま一度検討が必要な時代だと私は思う。いま我が国で実施している看護学校の在り方は、どの制度を見ても中途半端だ。これはひとり私だけの思いではなかろう。

国民的合意を得られていないからだ。教育を担当されている教育委員会や学校の先生方（小・中・高・大学等）に聞いてみると、合意の得られていない事がよくわかる。教育行政を一時担当した私が不思議でならないのが、看護学校の制度である。

改革の出来にくい大きな原因と理由があるのではないか？ 私にも本音の理由が医療界に入っても判らない。ましてや外部の者に、正しい看護学校制度が判るはずがない。国民の代表である国会議員や地方議員が、会議で教育制度や学校問題を取り上げて、法律や規則条例等の制度や改定が行なわれている。当然の議員としての義務でもある。

私が議員を担当していた時代は、教育問題が大変よく取り上げられた。特に、大学紛争の時代でもあったし、市政担当の時代は人口急増で小中高校の問題も大きかった。教育問題と学校関係の問題が、一番大きな社会的課題でもあった。だが一言も取り上げられなかったのが、看護学校の問題

である。（議事録を検討したが）

いま思うと大切な看護学校問題が、あまりにも等閑視すぎたのではないかと反省をしている一人である。果たして現制度が適合であったのだろうか？ それは関係者は一番よく知っているのではないかと。あまりにも医療界の団体に思惑がありすぎたのではないだろうか。一度各位からの歴史と運動等の経過を知らせていただきたい。

私も自治会役員（居住地の）や日赤支部の役員もさせて頂いたが、毎年赤い羽根募金を先頭に立って集めた事がある。必ず日赤支部からPR用のピラが配られて来て、それには赤い羽根募金の収支報告がなされている。よく見ていただきたい。支出の中に日赤の看護学校に対する補助金があるが、募金をした人たちが本当に理解をしているのであろうか。

京都府の予算にも、府立看護学校に対する支出行為がある。当然府立の看護学校だから、京都府予算に編成され執行される。府民の納める府税なので、私はその事が悪いと言っているのではない。

私は全体の看護学校と看護教育の問題があまりにもばらつき、思いおもいのやり方が今も通用している。看護学校の在り方に問題がある事を指摘したいからだ。

看護学校を卒業しないと免許を取得（試験に合格して）する事が出来ないが、このことは医師や歯科医師、薬剤師などと同じ仕組みである

看護学校は教育が基本である。教育の担当行政は我が国では文部省であり、地方自治体では教育委員会が担当しているのである。善しあしは別にして、まず基本をしっかり認識をすることだと思ふ。文教政策として看護学校も位置づけ、その

事の実現に向けて関係諸団体が、一致して運動を起こす事が第一義的ではなからうか。

私は戦後の40年間、何故このような運動が起きなかったのか不思議でならない。実現していない事が何よりの実証だろう。主な原因がどこになったかは、いま判るような気がする。

21世紀は世界一の高齢化社会に入る。この時期に我が国ではすべての制度について大改革を行ない、見直してゆく革命期である。医療界だけが見直す時代ではない。各界各層が日本の在り方について、政治的にも経済的にも、あらゆる面での改革期に入る。税制もまさしくその一つである。医療政策も改革の必要がある。農業政策、産業政策、教育政策も改める事が必要な時代であろう。個人に与えられている各種免許制度も改革期に入っている。この時代の変革に向けてどうあるべきかは、国民としても当然責務がある。

私はいま暫定的課題として、看護学校の改正を現実一步一步ずつ進めることの必要性を認めての提言を、何回となく行なって来た。

個人的には賛成だと言われる人も多いのだが、団体としての運動に発展しない。私は原則の確認が合意出来れば、具体的な段階別行為にはあまりこだわらない。合意を得られる点から改めてゆく事が必要と思っている。日本病院会等関係団体では、検討する一つの課題ではないだろうか。みんなで検討してほしい。

行政庁の担当課で看護婦が不足していると言えば、答は充足していますと言われる。しかしながら、看護学校を併設している国立病院、京大医学部附属病院、京都府衛生部、京都市立病院、日赤各病院などが、何故看護婦募集の求人広告を大きく出すのだろうか。多額の広告費を支出している。このことは不足している何よりの証明だろう。議会では何故抜本的改革に取り組まないのか。公的病院等は税金で求人広告を負担しているが、私的病院はどうすればよいのだろうか。収入源である保険医療の制度は、公私とも同じ法律で定められた報酬である。(収入の原則はすべて同じ)支出面については公私に大きな違いがある。収入も支出も公私ともに医療は同じ土俵にすべきだと思う。この事に対する運動と取り組みは、別の機会

に提言することにした。

看護婦が不足している実態を申し上げたのである。特に今後、高齢化社会に向けて看護職の人員はより多く要求される。病院だけの問題ではない。あらゆる関係部署に看護婦の必要度が増してくる。これにどう対応してゆくかが重要な課題であろう。

私の提言を検討してほしい。

1. 看護学校の教育は「文教政策」として文部省所管とする。(地方は教育委員会)
2. 現在の看護学校は、すべて国や地方自治体の経営主体に切り替える。(年次計画に従い)
3. すみやかに、高校・短大・大学と一貫した看護教育の学校計画を策定する。
4. 各都道府県においても、すみやかに実行する方針を策定する。(学校の新設と定員増)
5. 看護学校の増設を行なう。(行政側として、地方別に検討の上)
6. 当面の緊急課題としての短期実施方法を具体的に提示する。
7. 医療団体が団結して行動を起こす。

◎ 具体的な提言

1. 高等学校(公私)に看護短期大学校を何校かに併設し、高校・短大と看護教育の一貫制をもち、卒後、看護婦(士)の資格を取得出来る学校教育を行う。
2. 都道府県立の看護大学(医療保健)を新設する、……医療保険関係の有資格教育を行なう総合大学とする。
3. 既設の短期大学及び大学に看護学部を設ける。その他に医療学部を設け各学科をもつ(各学科は医療上現在資格免許制度を必要とするものをもって学科とする)。
4. 在学中の実習は短期間とし、卒後、1カ年程度を研修員として指定病院(総合病院)で研修勤務し、研修を終了後に免許証の交付を行なう、国家試験は卒業予定者及び卒業者が受験し、仮免許証を交付する。

まとめ

21世紀は高齢化が進み、あらゆる面で看護職員

へ多くの要請があり、一方、労基法の改正による医療施設に看護職員の増員が必須条件である。看護の充実には質的に高い看護職員が望まれるし、多くを必要とする。全国の雑誌や新聞、職安に看護婦の求人広告を出さなくて済むまで人員の増加が要請されている。看護協会も実現可能な方法論

を、医師会や病院各団体と協議し一致点をつかみ、政府に要求してゆく事が必要な時期であり、国民の支持や合意を得る事が出来る。思い切った発想の転換を計り、医療人が結束を強め団結して早期の対応を望む次第である。

病院職員読本

落合勝一郎監修

—よい仕事をするための12章—

(A 5判180頁) 日本病院共済会発行
定価1,500円

本書は、日本病院会JSTのリーダーの方達が過去17年の長い間、病院の中間監督者を相手に指導されたことを各章別に分かり易くまとめられたものでありますから、一読されると早速明日からの仕事に役立つという実際的な本であります。

従来の「病院職員ハンドブック」は新入職員用であります。本書は中堅職員必携の書であります。

目次	第2章 仕事のすすめ方	第6章 問題が起きたら
第1章 病院の仕事と人のしくみ	1. 命令を与えるとき	1. 問題とは
第2章 仕事のすすめ方	2. 命令を受けるとき	2. 相手の話を聴く
第3章 病院のサービス	3. 5W1Hの法則	3. 相手の立場を考える
第4章 エチケット	4. 報告をするとき	4. 独断で回答しない
第5章 よい接遇は	5. 上司とあなた	5. 上司に報告しよう
第6章 問題が起きたら	6. 先輩とあなた	6. 指示に従う
第7章 人と人のかかわり合い	7. 同僚とあなた	
第8章 自分を高めるために	8. 後輩とあなた	
第9章 整理・整頓	9. 他部門とあなた	
第10章 患者の安全のために	10. Plan do see	
第11章 原価を知ろう	11. 仕事の工夫	
第12章 諸規程諸規則について		

(申込先：日本病院共済会 電話 03-264-3180)
〒102 東京都千代田区三番町7-2
ヴィラロイヤル三番町 204号

日本病院会英文誌

Japan-Hospitals No.7 (July 1988)

へ投稿のお願い

当会では、日本の医学・医療の実情を海外の多くの人びとに知ってもらうことを目的として、標記の英文誌を毎年一回発刊しております。

前号に引き続き **Japan-Hospitals No.7** を発行することにいたします。つきましては、その原稿を下記の要領により募集いたします。皆様奮ってご投稿くださるようお願いいたします。

なお、海外への送付先は、国際病院連盟 (I. H. F) を初めとして、各国の保健衛生関係官庁、主要病院・研究所、各種医療機関等の諸団体、諸施設および医師、研究者、医療従事者等と広範にわたっております。

記

1. テーマ

日本の医学、医療、病院の実情を海外に紹介・PRするもの、およびそれと直接関係に関連する内容のものであれば、何でも結構です (国内既発表のもの、の翻訳で、国外未発表のものまたは国外既発表であるが表現が相当相違するものでも結構です)。例えば、日本の社会保険制度、ME機器の実態・普及状況、看護の実態等の紹介記事やオリジナルな研究報告等 (但し臨床的研究論文は除く)。

2. 原稿提出締切日

昭和63年2月29日(月) 必着

3. ご執筆の際の注意事項

- ① A4判タイプ用紙にダブルスペースで英文タイプした形でご提出ください。(翻訳料、タイプ料等ご提出までに要した費用は、執筆者にてご負担ねがいます。執筆者には、薄謝は呈しませんが別刷を50部無料にてお作りいたします)。
- ② 上半身ないし顔写真 (掲載用) 1葉を添付ねがいます。
- ③ 枚数の制限は特にいたしておりませんが、上記の要領でタイプ (1頁27—28行した場合、原稿2枚半がほぼ雑誌の1頁に当たりますので、これを目安にご執筆ください)。
- ④ 初校の際1回執筆者においてご校閲をお願いします。

原稿提出・問合せ先

〒102 東京都千代田区麹町2-14

(社)日本病院会 学術委員会

電話 03-265-0077 (代) (担当 清川)

病院におけるコンピュータの利用についての感想

病院情報センター委員会委員長 三宅浩之

医事業務の中心となる医療料金の計算と領収書の発行、さらに月末月初のレセプト作成請求処理と病院においてコンピュータの果たす、単純集計、作表処理の効果については、もう議論する必要はなくなったようである。

ところで、コンピュータの中で最も人手を食うところは、システム作成時にはコンピュータのプログラムと呼ばれるソフトウェアの部分であることは、すでに諸君のよく知っているところであろう。さらに、実際の業務への応用の段階でも、このソフトウェアに関連する部分が最も人手と時間が必要であることは、実際の仕事を担当してみないとなかなか理解できない。

コンピュータのハードウェアは電気がこなければ、ただの邪魔な場所ふさぎの箱であることは容易に理解できるが、その電気がきていても人間の感覚では捕えられない短時間の継続（瞬断と呼ばれる）が起ると、コンピュータは突然、暴れ馬のように人間を翻ろうし始めることも、あまり知られていない事実である。私もパーソナルコンピュータが突然いうことをきかなくなったり、データ処理の途中で変なデータを作ったりすることがあって、原因不明で深夜まで悪戦苦闘したことを思い出す。普通に考えるとプログラムの欠陥（バグと呼ばれている）だが、実際には電源電圧の変動の問題であったり、キーボードや配線の接触不良であったりすることもよくあった。（現在は定電圧装置を使用し、新しいキーボードに換え、コンピュータ内部を点検整備したため、旧いパソコンではあるが殆ど問題は起こらなくなった！）これはハードウェアの話であるが、ソフトウェア

についても、プログラムの維持更新に人手を要する外、そのソフトウェアが取り扱うデータの正確性と、十分性（必要十分な情報を作るだけのデータが正確に順序よく保存されているかどうか）を確保するために多くの人手を要しているのが実情であろう。

これらの実際の利用を容易にする合理的な方法についての研究と実用化が、医療機関ではまだまだ不十分である。せつかく多くの人手と時間（すなわち多額の経費）をかけて集めたデータが、レセプトとなった時に、もう一度、一枚一枚手をかけて点検するという作業が必要となっているのが現在の病院事務であろう。これでは高価な事務用コンピュータをワードプロセッサとして使っているのと同様であり、コンピュータの処理機能と、集めたデータの持っている情報内容のほんの一部を使っているに過ぎず、誠にもったいない話である。

病院における医療データ処理の本命は、多額の費用をかけて集めたデータを、如何に病院の医療運営に活用するかという点にある。レセプト作成のためという狭い視野から、病院内の各部門、職種の作業の中での活用ということまで視野を広げてみると、どのようなデータを付け加える必要があるかが明確となり、そのデータの組合せが、どのような役に立つかを考えることができるようになる。この活用のための経費は、レセプト作成に要するデータ集めの経費に比べると、それぞれは何分の一かに過ぎないが、その間接の病院経費の節減に果たす役割は、大変に大きいことに気付く。問題は現在の所、まだコンピュータを単一業

務にのみ使用するには、ハードウェア、ソフトウェアとも価格が高いという点であろうか。しかし、最近の利用技術（ソフトウェア）の進歩と利用者の意識の変化は、ハードウェアの価格の急速な低下とともに、複合的な業務へのデータの利用を急激に拡大させ、病院業務の合理化と利用データの精度の向上に役立っている時が近くなってきたことを告げている。

情報化社会と呼ばれる21世紀も真近になってき

た。医療自体はこれまでの医学が作りあげた知識を人間に応用する情報処理の技術と考えることができ、医師は本質的に情報処理の知恵を身につけているといってもよいだろう。今後は、病院事務管理者が社会に取り残されないように、コンピュータシステムの有効な利用、特にデータの精度を高める効果のあるコンピュータ通信を介してのデータの共用、病院業務の合理化等の応用について、より一層勉強することが要求されるようになってきたことは、間違いないことであろう。

—日本病院会図書—

新母親学級テキスト (昭56.4発行)

目次

A 5判 99頁 400円 (頒布価 350円)

- 第一課 妊娠中の健康** 1. 妊娠中の母体の変化と胎児の発育 2. 保健 3. 健康管理
- 第二課 妊産授乳婦の栄養** 1. 栄養の大切なわけ 2. 栄養のとりかた 3. 妊娠中の食事の注意
4. 分娩時および産後の食事 5. 授乳期の食事
- 第三課 お産の経過** 1. 分娩とは 2. 分娩第1期 3. 分娩第2期 4. 分娩第3期
- 第四課 お産の準備** 1. 心の準備 2. 身体の準備 3. 物品の準備 4. 入院の時期
5. 入院中の生活と心得
- 第五課 産褥期の生理と保健** 1. 産褥の経過 2. 保健と心がまえ 3. 家族計画
- 第六課 育児** 1. 赤ちゃんの生理 2. 養護 3. 日課表 4. 乳児の発育 5. 離乳 6. 赤ちゃんの精神衛生
- 第七課 赤ちゃんの衣類** 1. 衣類着用の目的 2. 着せ方の標準 3. 衣類の選び方 4. おむつ
5. おむつカバー 6. 寝具
- 第八課 赤ちゃんの沐浴** 1. 沐浴の目的 2. 沐浴の準備 3. 方法 4. 沐浴時の注意事項

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

でんわ 03-264-3180

(代金は現品到着後同封の振替か、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

雁渡し

山本靖湖

曼珠沙華堀りて疲れしと老婆いふ
野分去り山水色をあらためぬ
はろけくも飛驒の峠や颯雲
そこはかと生きて悔なし秋夕日
ゆく雲に帰る雲あり雁渡し
雁渡し浜町河岸の浜千鳥
雁渡し心のひだのほころびぬ
医の道に近道はなし秋扇



山本 靖湖(修)：元都立大塚病院長・日本病院会学術委員会委員

富山の薬売りの知恵

後藤保郎

旧制高校生の頃のことである。高等学校は岡山の六高、家は神戸であるので今なら1時間の新幹線の距離であるが、その頃は4時間の汽車旅であった。勉強より運動部の方が忙しいのであまり家に帰れない。それでもお正月があるので冬休みには必ず帰った。その冬休みに帰った時のことである。

茶の間に足を踏みいれると、そこに中年の男が火鉢をへだてて母と話をしていた。男の前に救急箱の一回り大きな箱がある。その横に唐草模様の大きな包みがある。その男が背負って来たものであろう。箱の隣に大福帳のような和紙の綴りがひろげてある。男は茶碗を手に入れて来た私をみて「オヤ、坊ちゃんお帰り」と言った。見知らぬ人から親しく声をかけられて、一瞬「誰かな」と戸惑ったが、風呂敷包みの荷を見てすぐ気が付いた。私が小学生の子供の頃から家に出入りしている、出入りしているといっても、一年に一度か二度位であるが顔見知りの富山の薬売りの男である。

気さくな人柄で母からの受けがよかった。薬を詰める間も笑い声が絶えなかった。話し好きで、その頃余り外へ出かけることのない母のよい話し相手であったのであろう。私のことを小さい頃から知っているのだから、いつまでたっても坊ちゃんから昇格しない。

「坊ちゃん、医者になるんだってね、医者になったら、こんな薬買ってくれんかもしれないね。さあ、始めるか」どうやら私の帰ってきたのがしおになって、薬の詰め替えが始まったようである。荷を解いて持って来た薬をひろげ、次に箱の中に残っている薬を勘定し、帳面に記されている納めた分から差し引いて使った分を書き記す。そして荷から新しいのを取りだして、元の数になるように詰めてゆく。頭痛の薬になったとき一寸手を止めて、「もう坊ちゃんの入学試験のお付き合もないので、少し減らしておくかね。」と言った。そして母の顔を見て、「イヤ、奥さんは胃が弱いようだから頭痛持ちだ。同じにしておこう」と呟いて又詰めている。

間断なく手は動いて30分もした頃、すべての薬が手際よく詰め合わされた。

私は、傍らで火鉢に寄りかかって、奇麗に詰め合わされた内容を眺めて、どの薬もこの1年間で足らなかったものが一つもなかった

のに気がついた。そして、余り過ぎているものもないのに気がついた。皆適当に使われていたのである。「エライもんだね、一つも足りんのがないじゃない。どれだけ要るのか初めから分かるの」男の顔がその時、真面目になった。「私ぐらいになると」私ぐらいベテランになると、という意味であろう。「伺ったお家の方々の年と身体つきと顔色と家の向きと台所の位置を見れば、この家に何がどれだけ要るかは分かるね」よいことを聞いてくれた、といった表情である。

要するに、この男はこの男なりに、自分のお客の家族全員の健康状態をいろいろの条件項目を設けて診断をしているのである。

「大したもんだね」「そりゃもう」ますますの上機嫌で胸までは叩かなかったが「どのお宅に伺っても品切れさせたことはまずないね。そりゃはじめは一二度失敗もありますがね、次からすぐ直してゆくものね、品切れの迷惑をしょっちゅう掛けていては、この商売はできないよ」それからこの男がどう言ったかは覚えていない。ただ、このやりとりがどういふ訳か印象に残った。今にして思えば、これは正しく定数管理である。

この些細な思い出が新病院の物品管理、搬送に結びついたのだから、人間のすることは不思議な縁で結ばれている。

しかし、新病院の物品管理を考える私に、この富山の薬売りの思い出は一つの大きな動機であったが、更に拍車をかけるもう一つの小さな出来事があった。物品管理をどうしようかと思いついていた頃のこと、むしろ、このことで富山の薬売りのことを思い出したのであるから、このことを先に述べなければならなかったのかも知れない。

どうも私の妻は病院の西洋の薬より漢方の薬を好む。風邪薬はいつも「改源」である。近所の薬局に行って買ってくるが、半分ぐらいでよくなってしまふ。これが効いたのか、効かなかったのかわからないが、当人は効いたつもりでいる。それで残りは又使おうと仕舞うようである。所が、又、使おうとしたとき、その薬が直ぐ出てきたためしがない。探し回っても出てこない。そこで又買ってくる。皮肉なことに、こういう場合、買ってくると大抵何かの拍子に出てくるものである。「マア、こんなところにあつたの」少し悔しそうであるが、大したものではないから2つ並べて置いておく。「何んだこれは」「いいじゃないの、どうせ使うんだから」しかし、そのうちにこれが3つ並ぶことになった。これが所謂、不良在庫である。富山の薬にはおこらない。箱があるからである。しかし、女房ばかりも責められない。私もよく不良在庫をやらかしている。切手である。10枚一つづりの切手を買ってくる。1枚使ってあとを仕舞うと

絶対でてこない。少しは探すか、大抵は急ぐので、又買ってくる。これは大晦日の机の引き出しの掃除のとき見つかった。なんと1枚使った残りの9枚綴りの四組がである。もし、これが見つからなければ、一つの手紙に600円の郵送料を払ったことになる。不良在庫もいいところだ。

こうなると富山の薬売り方式は、大した日本の知恵である。定数管理と在庫管理が立派に行われている。しかし、これだけであろうか。まだある。残ったものから使った数を知る。これは即ち消費管理であり、次いで消費したものを新品に補充して定数に戻す。これは購買管理と言ってもいいのではないか。

我々の祖先はなんと頭が切れていたことか。物品管理、搬送にこの知恵が拡大発展させられなかったか。日本にはなかったがアメリカにはあった。それが今、尼崎病院で採用しているコ・ストラックシステムである。残念ながらアメリカの産物である。

ここで、コ・ストラックシステムを説明しよう。本体はロッカーである。高さ165センチ、幅58センチ、奥行き48センチ、扉はアコーディオンシャッターの何の変哲もないロッカーである。アコーディオンシャッターを下から上に引き上げると中が全開する。中には引き出しがついている。物品を仕分けしてこれに入れる。その物品が医療材料であれば、入れる材料の種類を全病棟とも順番、並べ方を一定に統一しておく。これで職員は物品を取り出すのに何時でも、何処でも、誰でも困ることはない。しかし、並べ方は統一されているが、品数は各院棟まちまちである。各院棟で品数は定数管理で定められているからである。このロッカーは各病棟、各外来の壁に渡した頑丈な金属レールにとりつけてある。これが病棟、外来の戸棚である。所謂、従来の戸棚は一切ない。このようなロッカーが各病棟に5本ずつある。つまり、ロッカーが戸棚というわけで、ロッカー以外に材料を仕舞おうにも仕舞うところがない。これで不良在庫が防げるのである。このレールにとりつけてあるロッカーを一週間に2回台車に乗せて、ロッカーごとゴッソリと運び出して、別の台車に乗せて持って来た新しい同じ内容のロッカーと取り換える。使い済みのロッカーは台車に乗せて中央物品管理センターに持って帰る。センターで残った数をチェックして使った数を記録する。重いロッカーを台車に乗せたりレールに掛けたり、大変な労力と思われるかも知れないが、台車に仕掛けがしてあって、足踏みのワンタッチで簡単に操作出来るようになっている。ここに皆さんに注目していただきたいことは、これは機械の搬送ではなくて人力の搬送であるということである。強いて機械と言えばエレベーターを使うぐらいのものであろう。さぞかし時間が掛かると思われるが、500床の

病棟に運び終わるのに30分と聞いてびっくりされるかも知れない。これがコ・ストラックシステムの最も一般的な定数交換の方式である。もう一つの方式として定数補充のやり方がある。これは正しく富山の薬売り方式である。即ち、残数をチェックして使った分をその場で補充して元の数量にもどす。全く、富山の薬売りとおなじことをするのである。どの物品を定数交換してどの物品を定数補充するかは、この企画者のノウハウであろう。要するに、これで定数管理、在庫管理、消費管理、ができたのである。それに機械の欠点である点検、故障対策とキャパシティー順応の対策をクリアーしたことになるのである。

ここまでがコ・ストラックシステムの本来の機能である。ここから情報処理のテクノロジーが加わる。その途端、このシステムは翼が生えたように次の次元に羽ばたいて行く。つまり、経営の世界が開かれてくるのである。情報処理の機能を駆使すれば、毎日毎日の物品の各部門の消費の状態は手に取るように分かり、物品消費の面から各部門の活動状態を察知することができる。又、各部署の各物品の消費が自動的に記録され、予め設置されてある適正在庫数から引き落とされ、その結果、在庫量が発注点を下回ったとき、その物品の適正在庫量に復帰させるよう仕入れ先別の発注警告リストが出力される。

次に、注射薬や診療材料の中で保険請求の出来る物品に絞って見よう。何処で何がどれだけ使われたかが分かり、何処で何がどれだけ医事請求されたかが分かれば、その二つを突き合わせれば、何処で何がどれだけ漏れたか忽ち明らかになる訳である。これは請求漏れの防止——消費管理であり、財務管理でもある。かように、このコ・ストラックシステムに情報の網を被せれば、一回り大きな病院全体の在庫管理、消費管理、購買管理、ひいては財務管理を果たすことになるのである。

勿論、このような管理の効果以外に、職員特に看護婦のメッセージ業務開放という大きな功績も見逃すことは出来ない。富山の薬売りの箱のあることが当時、深夜の薬局への使い走りの労をどれだけ少なくしたか分からないように。

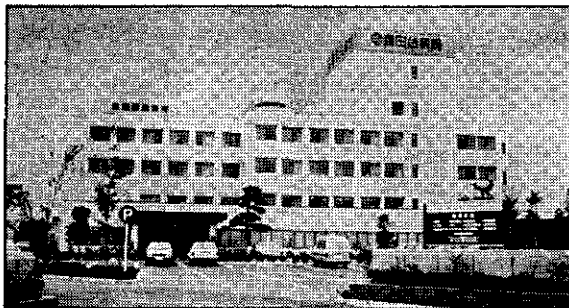
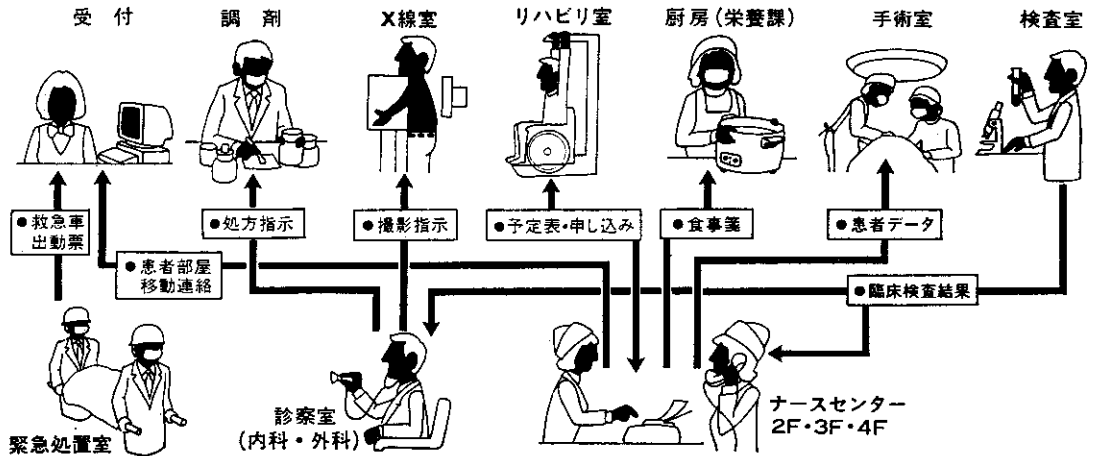
今や、尼崎病院では看護婦様はホクホクの御満悦である。このコ・ストラックシステム以外に小物搬送、臨時搬送には、44ステーションを持つテレリフトが張り巡らされてあるので、全くメッセージ業務が無くなり、これらの雑用から開放された彼女らは、本来の看護業務に専念出来るからである。

私は、日本人の昔の知恵をもう一度見直すべきではないかと思う。

((社)日本病院会理事・兵庫県立尼崎病院院長)

医療業務の新しい必需品。

《 病院構内ファクシミリシステム 》



パナファクスをお使いの勝田台病院様は、高度な技術と最新の設備、そして人間性の尊重を軸として、地域医療の中核を担う総合病院です。24時間救急体制に加え、パナファクスによる病院構内システムの導入で、より充実した医療体制作りを推進しています。

病院構内システムによるメリット

- ナースセンターから受付へ患者部屋の移動連絡が、また厨房へ食事箋が送信でき、書類を運ぶ手間や時間を大幅に軽減できます。
- ナースセンター、受付、リハビリ室の各セクション間で、リハビリの申し込みや変更届けなどの連絡が迅速に行え、聞き間違いなどのミスもなくなります。
- 救急処置室から受付へ救急出動票が送信でき、記録が残るので人手の少ない夜間でもスムーズで、確実な業務が行えます。

資料請求券
6210 Jr.
日本病院会

●お問い合わせは：〒104 東京都中央区京橋2-13-10 松下電送株
PF本部・パーソナルファクス担当 ☎(03)535-6200(代表)

新製品



電話、コピー、FAXの一台3役幅をとらない省スペース・軽量設計
手軽で使いやすいオートダイヤル
本体価格 ¥138,000 (取付調整費 ¥15,000別)

Panafax Jr.
パナソニックファクシミリ

心を満たす先進技術…… **Human Electronics**
松下電器・松下電送

Panasonic
OA

中国黒龍江省寄贈CT装置の使用状況 視察旅行記 (チチハル編)

総合病院国保旭中央病院 石毛秀穂

その日は9月13日、日曜日であった。

次の日にはチチハル市において活動が計画されているので、我々はその日の午後にチチハルへ向けて出立つなければならなかった。

ハルビンからチチハルまでは約400キロの道のりであり、列車で約4時間半を要するとのことである。

ハルビン駅は我々が投宿している国際ホテルから車で5分程の処にあった。私はこのホテルで早めの昼食をとりながら、これから初めて行くチチハルの情景についていろいろと思いをはせていた。

チチハル市の第一病院には、諸橋会長が中心となり全国自治体病院協議会（以下、全自病協会）が贈呈した頭部専用のCT装置が設置されており、今回、我々がチチハル市に行く目的は、黒龍江省衛生庁から招待を受けて、この装置の使用状況の視察と検査技術、診断技術の指導に行くことが主な任務である。

もともと黒龍江省へは全自病協会より3台のCT装置が寄贈されており、他の2台はハルビン市とポタンコウ市にそれぞれ設置されている。

これら3台のCT装置を寄贈するにあたって、中国の各施設にたいして装置の操作技術、診断技術を指導する必要がある。その様な状況に基づいて各施設から選任された3名の放射線の先生を日本に呼んで実技指導を行ったのであるが、その時に技術面の指導を担当したのが私であった。今ここに至ってその時のことがふと思いだされてきたのである。

3人とも若く優秀な人達であった。日本語の理解は少しあったが話すまでには至らなかった。私

は片言の中国語を用いてこの3人と1カ月にわたって生活を共にし、指導を行ったのであるが、彼等は熱心に研修を続ける反面、日本の生活に慣れようとして大変な努力をしていたことを記憶している。例えば、当院における研究の状況は、昼間は直接、患者の検査を実施し、理論に関する研修は時間が少ないために夜に行った。おそらく彼らにとってみれば慣れない生活をしながら、気を張り詰めた研修をしなければならなかった状況はかなり辛かったであろう。しかし彼らは見事に研修を終えて帰国したのである。更に当院のCT検査の実情は昼休みさえ無いような状況で実施されており、彼らは中国と異なるこの状況をつぶさに見て帰ったことであろう。そして人の生命を救うための第一歩として検査を行う事が最優先であり、そして自らが動かなければならないということ、身を持って体験したはずである。

研修を続ける上で細かい言葉のやりとりは出来なくても、さほど不自由を感じた記憶はない、態度を見て心は分かるものである。朝、私がCT室に行く時、彼らは既にそこに来て私を待っている。私は毎朝おなじように3人に握手を求め、信頼感を得てからその日の研修を始めたのである。とにかく彼らと研修を共にしたのは1カ月程であるが、次から次へと思い出すことが多く、切りがない。チチハルには王平先生が私を待っている。

一緒に食事をしていて李雄豪教授が声をかけてきた。「もうそろそろ出発の時間ですね」。この声に私はふと現実に戻されたのである。

李教授は私の古くからの友人でもあり、また今回の私達の友好訪問に際しては、最初からずっと付き添ってくれており、いろいろと世話をしてい

ただいている方である。しかし今回のハハチル行きには、残念ながら別の処に行かなければならなかったために、我々と同行できないということであった。

我々と一緒にチチハルへ同行して下さるのは、衛生庁外事所の楚先生であった。したがって三壁医師、野上技師と私を含めた4名がチチハルへ向かうわけである。

李教授が言う、「それでは駅まで送って行きましょう」。その言葉に促されて私達は駅に向かった。

ハルビン駅はとても大きな駅であった。私は中国の鉄道に乗るのは初めてである。駅に着くと我々は狭い通路を通過して待合室に案内された。駅の待合室は3つに区分されていた。それは一般客、貴賓客、外賓客の3つであり、私達は外賓客の待合室で少しの時間を待つことになった。12時24分発のチチハル行きである。あと10分もすればこの列車に乗らなければならない。キップの発行はこの待合室の片隅に机が置かれており、そこで事務処理が行われていた。日本の事情からすれば、これはかなり勝手の違うことである。アナウンスがあり改札が始まった。外賓の待合室からホームに向かうのは、我々を含めて2組だけであった。いざホームに出てみると、一般の改札口から出てきた乗客が一目散に走ってきて、我々はあつという間にその波の中に吸収されてしまったのである。そしてこの人波と一緒に長いホームを歩いて列車に乗り込んだ。

列車はボタンコウ始発のチチハル行き特急列車であり、日本では既に姿を消してしまって久しく見たことのない蒸気機関車が使われていた。この勇壮な機関車に哀愁を感じてか、無意識のうちにカメラのシャッターを押していた。

ホームから列車の床までの高さが高く段階になっていたために、トランクを持って乗り込むのも一苦勞であった。座席は指定席であったので、自分の座席を捜さなければならなかった。座席指定番号は駅で改札をするときにもらったアルミ板に書いてある番号を頼りに捜すのである。座席も定まって周りを見ると、列車の中には既に況山の人がいて満員の様相であった。私は中国において長

距離列車に乗るのが初めてなのでとても愉快である、そして列車の窓から展開されるまだ見たことのない中国の風景を間近にするのは、とても楽しみであった。

列車は定刻に発車をした。そしてハルビンの町並みをぬけていった。間もなく長さ2,000mにおよぶ松花江大橋の鉄橋にさしかかった。下の流れは茶色に濁りとても早い流れである。そして行き交う船も流れれば早いために、まっすぐに進めないような状態であった。

列車の横幅は日本の列車に比べると、大変に広くゆったりとしている。そして横揺れもなく、またレールのつなぎ目から発生するガタゴトという音もない。非常に静かで快適であり、列車はカーブをすることもなくまっすぐに走り続けている。

ハルビンの郊外を出ると、一面コウリャン畑に風景が変わった、まだ取り入れが始まっておらず、茶色の実を付けたコウリャンの穂が、重そうに風に揺らいている。驚くほど広大な面積である。ただまっしぐらにその中を走りぬいて行く、時々農作業をしている人影を一人、二人と見かけるのであるが、近くに村落のある様子もまったくなく、実に不思議な光景である。

ハルビンを出る時の天候は曇りでやや蒸し暑いという感じであったが、空模様は雨に変わってきた。鉄道沿いにある電信柱の片側だけが雨に濡れているので、強い風を伴って吹き付けているという感じである。

油田で知られる大慶を過ぎると、一面の湿地帯へと風景は変わっていった。見渡す限り「よし」と「あし」の生い茂った湿原である。海を見ると地球が丸く見えるというが、この湿原も右の端から左の端までなになに一つなく、まっ平らな状態であり本当に地球が丸く見えるというたとえと同じである。

この湿原は松遼平原と言い、そこに溜った水は、その中央を流れている松花江に集められているのである。ちょうどこの湿原の周囲には、小興安嶺などの高地があり、そこから流れ出た水は適切な河がないために、いったんここに集められるのであろう。ただ一つこの湿原の中を流れる河と言えば安整新河であり、支流として湿原の水を集

めて松花江に注いでいる。

1981年に松花江で大洪水が起きたことを知っているが、今この現状を目のあたりにすると、ここで発生した洪水というものが如何にすさまじいものであったか、ということを理解をすることが出来る。

我々の乗った列車は、間もなくチチハルに着こうとしている。しかし到着の予定時刻を既に1時間半も遅れてしまっている。車窓から見る外の景色は、風が一段と強く寒いようにみえた、車内の窓ガラスにも曇りが生じている。

とうとうチチハルの駅に着いた。終点である。列車の中は静かで整然としていたのであるが、ホームに降り立つとおなじ列車から降りてきた人達でいっぱいになってしまった。

ホームに降りた瞬間、身が震え上がってしまった。夏着の服装である上に、大陸特有の強い風と寒さが襲いかかったからである。我々は駅舎の建物の陰に身を寄せながら、みんなとおなじ方向へ向かって歩いて行った。そして出口があったので、そこから外へ出てしまったのである。これがそもそも大きな間違いの発端となって現れたのである。

チチハルの駅舎は昔、日本人の技師によって作られたという4階建ての建物がそのまま残っており、大変に丈夫であるために現在でも立派に使用をしている、とのことである。ごく最近、この旧駅舎が狭くなったので新しく建てたという大きな建物が旧駅舎に連なって並んで建っていた。新しい駅舎の2階はデパートになっている。双方の建物を合わせると、チチハル駅の全体的な大きさは相当に大きなものである。

駅の外に出たのはよいのであるが、迎えにきている筈の人が見あたらない。我々と一緒にハルビンから同行してくれた外事所の楚女史もチチハルに来るのは初めてであると言う、従って我々全部がチチハルの駅に詳しくないのである。

いま考えると、我々が迎えの人を待っていたのは新駅舎のほうであった。そこの所はちょうど改札口のところであり、とても大きな広場になっていた。王平先生が必ず迎えに来ると思うが、その姿は見あたらない、その廻りを探し回ったが、や

はり見つからなかった。仕方がないので広場のまん中に荷物をほうり出して、3人でぼんやりと立っていた。探し回るよりもむしろ一カ所に居たほうが、出迎えの人も探し易いと考えたからである。楚女史はあちらこちらと探し回ってくれたので、我々はなるべくじっとしていた。

異様な風袋をした我々を心配そうに見ながら、沢山の人が通り過ぎて行く、そのうち3人の人が私達のそばに来て立ち止まって、注意深くこちらをじっと見ている。どうしたのかと尋ねたいような態度である。同行した三壁医師が私に言う、あの人に何かをちょっと聞いてみてはどうかと、私はこのような時に見ず知らずの所で改めて聞く内容もなかった。しかし特別に寒さを感じていたので、その一人に対して丁寧に聞いてみた、「我々はさっきハルビンから着いた列車に乗ってきたのであるが、ハルビンは暖かいけれどチチハルはいつもこのように寒いのかね?」「今日は特別寒いよ」と答えが帰ってきた。その男性はタバコを吸っていたので、私はタバコを一本取り出して彼にあげることにした。「これは日本のタバコだが、どうぞ」と言いながら、ついでにライターで火をつけてあげた。気の善いことに自分の吸っていた吸いかけのタバコを捨てて、私の差し出したタバコを吸ってくれた。この時、私はとても嬉しく思った。会話の内容は単純であるがお互いの親密感急に深まって行く、「ここ2日ほど雨が降ったので寒いんだよ」と更に説明を付け加えて話が進んで行く、通りすがりの人は何事が起きたのかと思ひ集まって来るのであろう、アッと言う間に周りに人垣が出来てしまった。

その時である、これが幸いしたがどうかは別として、後ろの方から人垣をかき分けて3人の人が、私の前に急いで立ちふさがった。背が高く、立派な身なりをした人たちである。一人が日本語で言った。「貴方は日本人ですか?」その後の言葉がない。私はとっさに思った。公安局の人かと、またその反面チチハルの病院の人かとも思った。しかし王平先生の姿がない。私はすかさず日本の旭中央病院から来たかと中国語でいった。するとまん中にいた人が握手を求めてきたのである。後になって分かったのであるが、この人はチチハ

ル市第一病院の院長先生であった。人垣は更に膨れ上がった。そこへ王平先生ともう一人の人が、旭中央病院と書いたブラカードを持って飛び込んできた。彼と握手をするやいなや熱いものがお互いにこみ上げてきて、肩を抱き合って再会を喜んだのである。この再会は沢山の人に囲まれた中での再会であり、考えようによっては劇的な再会であったかもしれない。しかしここで反省しなければならぬこともある。それは中国の習慣を破ったことである。すなわち我々は外資の出口から出なければならなかったのである。そこには我々を出迎えてくれるために、病院の人たちがいまやおそしと待っていてくれたのである。しかしいつまで経っても我々が出てこないの、ひっしになって駅の中を探し回ったに相違ない。本当に迷惑をかけてしまったと反省をしている。

その日チチハル駅から病院に直行して、病院の客庁において歓迎晩饗会が開かれた。日曜日の晩というのに病院長先生、副院長先生、放射線科部長先生、それに王平先生、施先生をはじめ病院の多くの先生がた或は市衛生局の方々が出席され、総勢20名の各位先生が我々を心よりもてなして下さったのである。副院長である韓先生は日本語もうまく、全自病協会の関係で松山で研修をしたことがある、と話していた。その折に、旭中央病院にも立ち寄ったことがあるとも言っていた。

このチチハルの病院には、我々の病院と関係の深い先生が多い、施先生もそのうちの一人である。彼女は私の病院において、救急医療について3カ月間研修を行ったのであるが、その後、地域医療に1年ほど従事して、現在は病院の救急部門の部長をしているとのことである。当病院では、救急医療について伊良部先生に指導を受けたそうであり、とても懐かしがっていた。後になって施先生は、モンゴールの歌を謡いながら踊りを踊ってみせてくれたが、とても早いテンポであり踊り終ると、息せき切っていた。しかし私はこの歌と踊りを見て始めて異国にきた、という感じを受けたのである。

この晩饗会は、お互いの友好と健康を祝しながら、和やかに進められて行った。硬い話は全くなかった。すべてざっくばらんな会話である。

院長先生は、私達を出迎えるために駅まで3回行った、と私に話してくれた。一度目は列車の到着する正規の時刻に駅に行き、待っていたけれどもいつ汽車が到着するのか駅に聞いても分からないと言うので、引き返してしまったという。そうしてもう一度これを繰り返して、3度目にやっと出迎えることが出来たというわけである。しかし列車が着いてみると該当する人はいないし、本当にどうなってしまったのかと心配をしましたよ、と言っていた。駅に行く度に歓迎会のための料理を暖め直して、これも繰り返したという。院長先生は本当に率直な人であって、心のこもった人である。そのような強い印象を私は深く受けたのである。病院長先生を始め各先生がたに深く感謝をする次第である。

私は会話のときになるべく日本の事に関する話題を避けて、もっぱら中国の時事に触れた。時事というといささかいかめしいが、ハルピンにいるときに研究をしておいた老人ディスコについて話はずませた。老人ディスコという言葉聞くのが始めての人が大部分であろうが、現在の中国で盛んに行われている。早朝、沢山の人が広場に集まって、軽快で気分の和むような音楽に合わせて、体操に似たディスコを踊るのである。私もハルピンでみんなと一緒に踊ってみたが、老人が足腰を鍛えるのに持ってこいのものであると思った。この話をすると、みんながおもしろがって耳をかたむけてくれたのである。いろいろと話をしているうちに、私はたちまち中国の事情に詳しい流行の人になってしまった。おまけに私の名前である石毛という字の中国語の発音は、別にモダンという意味があるので、これをもじって、私はとてもモダンだと中国語で言ったら、みんなで大笑いになった。

とにかく、我々は「心情快朗」（性格が明朗なこと）な三人の青年として、当日、晩饗会に出席した各位に受け入れられた。病院長先生も言っておられたことであるが、私の病院へ外国からこのようなお客が見えたのは初めてであると。けっして嫌みではない。彼自身も心から愉快であった事に相違ない。また、友好は心の表現からである、とも言っていた。その証拠に副院長の韓先生は歌

ちょうどそこへ救急の患者が担架で運ばれてきた。頭が痛く、熱があるという、いそいで検査が開始された。結果は蜘蛛膜下腔に出血が認められ、動脈瘤を疑える所見であった。

日本から寄贈したこのCT装置が、中国人民のために十分役に立ち、相当数の患者の生命を救っていることを目のあたりに見て、感激を新たにされた次第である。

病院実務者のための 病院管理ノート

北里大学教授 井上昌彦 著

(日本病院共済会発行
B5判 130頁 2,300円 千250)

本書の特徴

1. 病院長、診療部長、看護部長、事務部長等の病院のトップマネジメントの各位の執務上の参考資料
2. 病院の各階層の管理監督者の教育訓練資料としての最適書

主要目次

- I 病院管理学序説 1. 病院管理学序説/病院管理学の目標 他4項
- II 医療制度 2. 医療の需要/受療の機序と分析 他2項 3. 医療の供給/医療供給のあり方 他3項 4. 医療施設/保健医療対策 他3項 5. 医療従事者/医療従事者 他2項
- III 病院管理 6. 近代病院の機能/病院の機能 他4項 7. 病院診療管理/医師業務 他3項 8. 病院業務管理/病院業務管理 他5項 9. 病院活動評価/病院活動評価 他3項 10. 病院経営管理/最高管理機能 他3項
- IV 医療費制度 11. 医療保障制度/医療保障制度 他3項 12. 医療費問題/医療費制度 他2項
- V 病院施設 13. 病院建築/基本計画の設定 他1項 14. 病院機器/機器の構成 他1項
- VI 業務改善 15. 業務改善/仕事の管理と改善 他4項
- VII 補遺 16. 補遺

申込先：日本病院共済会——〒102 東京都千代田区三番町7-2 ヴィラロイヤル三番町204号
電話 03-264-3180

病院経営管理改善に想う

医療制度委員会委員 井上昌彦

先頃、米国病院協会(AHA)の機関誌「Hospitals」に次のような言葉を見た。Physicians, trustees administrators, the traditional three-legged stool that supports health care. という表現である。

わが国流に言えば、この三者が病院活動を支える鼎の三本脚であるのだ、ということである。筆者の私見としては、これに看護部門の活動を加えて、四本柱と言いたいと思う。

言うまでもなく、米国の病院事情とわが国のそれとは、大きな相違がある。すなわち、伝統的な米国の病院は、地域社会のハイ・ソサエティを形成する紳士淑女によって構成される病院理事会と、然るべき教育訓練を受けて十分な経営管理能力を持った病院管理者と、独立自尊の立場にある attending physician である病院医師スタッフ、の三者のおのおの独自性を持った人たちによる構成であろう。

これに対して、わが国の場合は、多種多様の開設主体（または理事者機構）、医療法の規定による医師である病院管理者、サラリーマンである病院勤務医師、という構成である。さらに、比較的中小規模の病院においては、開設者と管理者が同一人物である、いわゆる所有経営者によって経営管理が行われている。

以上のような相違があるにしても、米国流のこの三本脚の表現は、現在のわが国の病院の置かれている社会的環境における病院経営管理の態勢に、なにか考えさせられるものがあるのではなからうか。

筆者が、病院経営管理について、直接間接に大

きなご指導を頂いた方々は、順序不同で申訳ないが、山元昌之、守屋博、神崎三益、川崎祐宣、橋本寿三男、弓削経一、鳥内武文、小野田敏郎、石原信吾、落合勝一郎、今村栄一、染谷恭次郎、一条勝夫、等々の方々であり、またそれ以外にも多くの方々からご指導を賜ってきた。

そして、それ等の方々のご指導から自分なりに病院経営管理についての考え方を持ってきたと思うが、それはそれとして、現在の病院経営管理改善の動向をみると、最も新しいものとして、染谷恭次郎先生が座長となってまとめられた、“医業経営の近代化・安定化に関する懇談会報告書”がある。

いまここで、病院経営管理改善検討の公的な足跡を辿ってみると、筆者の乏しい知識では、次のように考えられる。

1. 病院経営管理改善懇談会懇談要旨
昭和36.7.29（懇談会発足、昭和35.12.16）
2. 厚生省医務局指導課、設置
昭和36.6.1（指導助成課に改称、昭和48.8.1）
3. 厚生省、病院管理研究所 発足
昭和36.6.1（旧病院管理研究所、昭和24.5.31）
4. 医療制度全般についての改善の基本方策
昭和38.3.23（医療制度調査会設置、昭和34.4.16）
5. 病院経営管理指導要領（指導課）
昭和40.10（改版、昭和41.11、昭和44.4）
6. 病院機能評価マニュアル（厚生省、日本医師会）
昭和62.4.6（病院機能評価に関する研究会、

発足 昭和60.8.19)

7. 国民医療総合対策本部, 中間報告(厚生省)
昭和62.6.26(対策本部 発足, 昭和62.1.14)
8. 医業経営の近代化・安定化に関する懇談会報告書
昭和62.9.24(懇談会発足, 昭和61.7.23)

これ等は、すべて当時の病院の置かれた社会環境に対応して設けられたものであり、時代の動きを反映するものと考えられる。例えば、病院経営管理改善懇談会は、当時の劣悪な病院の経営管理体制に反発して生じた全国的な病院労使紛争に対処するために、その基本問題として病院の経営管理のあり方を検討啓発したものであり、最後の、医業経営の近代化・安定化に関する懇談会は、国民医療費の急増嵩に対処する社会保険医療費の引締めによる病院経営環境の悪化に対応すべき病院経営管理体制の整備を懸望したものである。

後者の懇談会の座長となられた、早稲田大学染谷恭次郎教授は、前者の経営管理改善懇談会にも参画しておられる唯一の方であるが、その間に四半世紀を経過しているわけである。

筆者に遠慮のないことを言わせてもらえれば、その26年間にどれほどの病院経営管理体制に前進が見られたことであろうか、と問いたいたいところである。さらに私見を言えば、国民医療費と国民総医療費とは全く異なるものであり、現在の医療費問題を国民医療費のみで論議することは、まったくの時代錯誤というか、認識不足というべきである。

しかしながら、この両懇談会の方向づけは、共に病院経営管理の基本問題の論議を避けて、当面の事象に処する対応を議することに限定している。——すなわち、前者の経営管理改善懇談会の懇談要旨の“まえがき”には、

「もとより、病院経営管理の改善を図るためには、医療制度全般にわたって研究討議し、その改革の方向にふれることも必要であるが、この点については医療制度調査会の審議をまつこととし、当懇談会においては、現行制度のもとにおいて、端的に病院経営管理の改善が期待されるものを重点的にとりあげること

とした。」

とある。また、後者の経営近代化懇談会報告書の結論には、「なお、懇談会では、医療機関の経営の近代化・安定化のために当面とすべき具体的方策を中心に検討し、大幅な規制緩和などによる競争原理を導入することの是非の基本問題や、医療費をめぐる問題は、直接的には議論の対象としなかった。」とある。問題は、それこそこのような、さらにもっと広範囲の医療を巡る基本的な諸問題の検討にこそ、重点を置くべきではなかったか、と思われることである。このことを充分に承知の上であるがために、以上のような前文としてのコメントがなされているのであろう。いろいろその間の事情は想像されるが、何とも残念でならない、と言わざるを得ない。一方、医療行政の直接の担当官庁である厚生省当局の直接の管理下にある医療制度調査会の答申、および、国民医療対策本部の中間報告は、意識的にヴェールに包まれているとはいえ、ある程度の基本問題の所在を示している。

しかし、思い直してみると、このような一連の病院経営管理改善の動向は、決して無意義のものではなく、将来に向かって大きく前進を期待されるものであろう。

筆者が注目する事象の一つは、昨年4月に示された、“病院機能評価マニュアル”である。これは、僅か100項目の内容で、しかも病院管理者の自己評価ということであって、決して充分なものとは言えないが、このようなことが病院医療担当者の内部から生じたということは、明治7年(1874年)、わが国の近代国家誕生の時期における、医制施行百数十年以来の画期的快挙であると言えよう。そして、今後の病院経営管理の一層の改善を、これをスタートとして大きな前進を期待したいと思う。そしてそれが、真に社会の人びとの福祉につながるものであることを衷心より祈念したいと思うものである。

以上、思いつくままに、前後の脈絡もない放言を綴ったが、既に医療の現場を離れたとは言え、なお医療人を自称するものの感想として述べさせていただいた次第である。

当院における患者サービスの向上

総合病院国保旭中央病院 副院長 桑 島 斉 三

はじめに

覚えている方があるかもしれませんが、今年1月の朝日新聞に、東大附属病院で患者サービスが著しく改善されていることが報じられていました。この記事では、森岡病院長は「いま改善の機会を逃したら、日本全体のサービス水準と東大との落差はさらに開くばかりです」と申し立ておりましたが、これは何も東大病院に限ったことではありません。

さて、わが国の医療制度は明治初年以來すべての医療資源が足りない状態で、しかも病院の成り立ちが西欧諸国とは違うため、病院としては診断と治療を提供するのが精一杯の時代が長く続き、第二次大戦後の昭和23年進駐軍のジョンソン大佐により「GHQの関係者は日本における病院の現状をもって満足しない。その原因は全部が敗戦に基因するとは考えられない。日本の病院の実状は欧州における中世紀のそれに等しいとさえ言う」と酷評されましたが、昭和36年以來の国民皆保険制の下で標準的な医療を提供するために医療従事者は大変に努力して、先進諸国に比較して安い医療費で健康水準の向上に貢献し、世界有数の長寿国となりました。

このような成果は医療供給面で量的整備によるところが大きかったのですが、現在、国民一般の生活水準の向上や意識の変化に伴って、医療に対する国民の期待の内容も変化し、わが国の医療も質的充実の時代を迎え、各病院においては患者に対するサービスが重要視されてきています。そこで私の考えですが患者に対するサービスとは、患者の満足・安心・快適等を期待して提供する病院

の医療そのものと、その医療を修飾する各種各様の事柄であり、一口に言えば質の良い医療を提供することではないかと思えます。

ところで当院では、私が着任して間もない頃ですから、25年位前の人も金も物も不足している苦しい時に、諸橋院長は病院のお金は、器械設備に、患者のために、職員のために、という3つのことにバランスよく使わねばならない、と申しておりました。私は「患者のために」という言葉が強く印象に残っていますが、最近、当院で実施された患者サービスを先ず紹介致します。

1. 患者厨房の改築と職員使用厨房並びに食堂の分離

以前は患者用と職員用の厨房が分離していなかったため、昼食時に職員約1100食分が加わるため大変混雑していましたが、今回は厨房を分離したのでそのような混雑はなくなりました。又これと同時に職員食堂をよそに移して、そのあとを患者厨房の一部として使用しているので広がったこと、更にこの機会に、調理器機を全部交換し、換気・空調・給水・給湯設備も完備したため作業環境が大変良くなり、作業能率は向上し、より清潔な食事を提供することが出来るようになりました。食器もメラニン製に変更しましたが、患者の評判はよろしいようです。

2. 夕食の6時配膳について

従来5時30分の夕食配膳を6時に変更するために、次のような努力を致しました。

- ① 給食職員の勤務時間を、6:30→16:00と10:00→19:30の二通りにした。

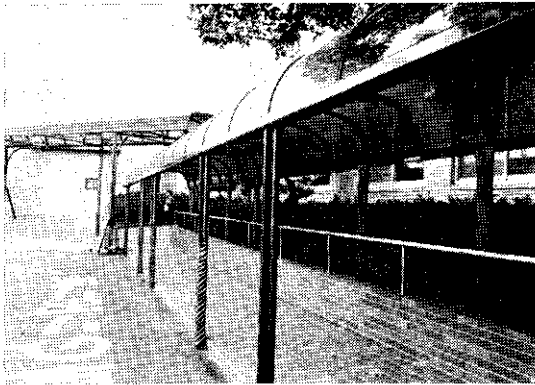
- ② 給食職員を3名増員した。
- ③ 各病棟では2～3名の看護職員が応援する。
- ④ 病棟配膳室は統廃合の結果4カ所を減らして人員を節約した。
- ⑤ 看護業務も6時配膳にあわせて変更した。
- ⑥ 医師も6時頃の処置を避けることにした。

給食職員の構成は、従来は計59名であったものが、今回は患者用厨房に54名、職員用厨房に8名となっています。

3. 有蓋歩廊

当院の駐車場は広いので正面玄関まで可成り距離があります。そこで雨天の場合の患者の不便を考慮して、312mにわたる有蓋歩廊を病院建物の北側にそって作りました。これは雨天ばかりでなく真夏にも具合がよろしいとのこと。有蓋歩廊は病院の建築物とみなされるので、作るときは届出を必要とします。

写真 有蓋歩廊



4. 駐車場の増設

当院の駐車場は一般用に658台分、職員用に623台分を用意していましたが、救命救急センター附近の駐車場がせまくて、時間帯によっては人変混雑して、救急車の進入が困難なこともある位でした。

そこで今年度は救命救急センターに隣接する看護学校の寄宿舍の一部を撤去して、そのあとを27台分の駐車場として、救急医療の円滑化に役立させています。

写真 身体障害者専用駐車場



5. 人工透析室の増築

慢性透析患者数は全国的に年々増加していますが、当院でも図1に示すように毎年増加して、慢性透析患者は現在177名であります。ところで当院では患者数増加に伴い、透析病床数を数回にわたって増加して参りましたが、今年度は透析室の床面積を約2倍に増築拡大し、透析病床を39床か

図1 慢性透析者・スタッフ数の推移とベッド数

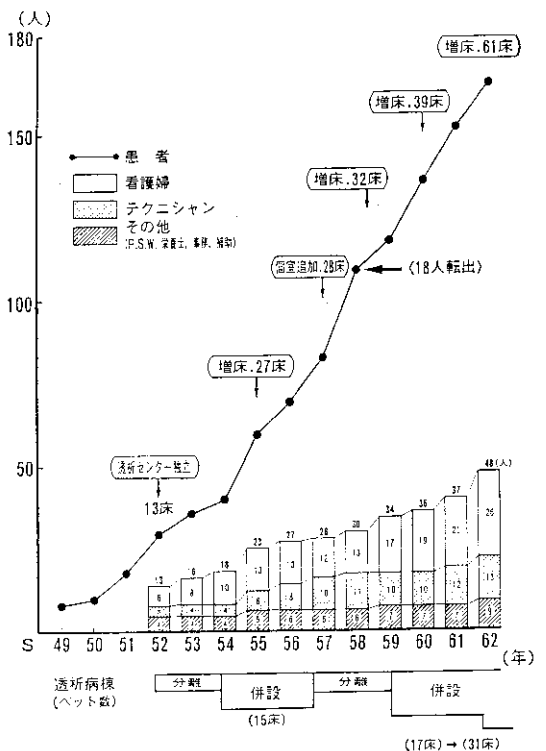
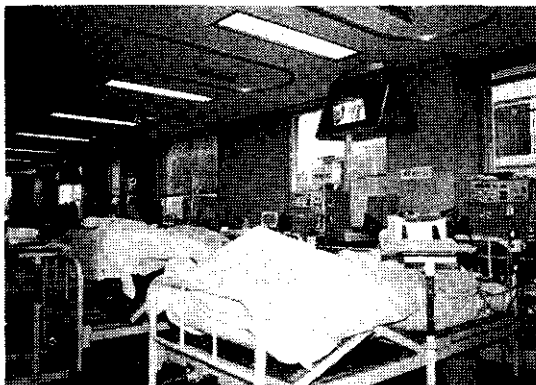


写真 人工透析室



ら61床に増加し、その結果患者の希望の多様化に対応が可能となり、事実夜間透析患者は増加してきている現状であります。又この際入院透析患者の病棟も整備され、入院から外来まで一貫した指導と看護が出来るので、患者・職員共に大変都合がよくなりました。尚、透析中の患者に対する音楽・テレビ・教育用ビデオ放送を充実したことなど、サービスの向上に努めています。音楽は各個人毎に、テレビは4～5名単位で選択出来るようにしてあります。

6. 院内清掃

院内清掃は単に清潔感の問題だけではなく、院内感染に関係した重要なことです。当院では昭和58年よりダスキンとの間に契約を結び本格的に取り組んできました。契約の内容は表1に示す通りです。従って全面的な委託ではなくて、清掃職員25名は当院の職員です。

表1 院内清掃委託の主な契約

目的	施設内の環境衛生水準の向上のため、ハウスキーピングマネージャーを派遣し、清掃職員の訓練・管理・指揮を行う。
派遣人員	ハウスキーピングマネージャー 1名
委託費用	月額142万円 (マネージャー人件費・掃除用具・薬品・ワックス代を含む)
サービス内容	省略

写真 清掃用具オートマチックフロアマシン



7. 意見箱

昭和59年より正面玄関ホールに意見箱を置いて広く利用者の意見を求めています。1カ月に大体4～5通ですが、約半数は感謝的な文章です。建設的な意見に対して、今迄実現したものは表2に示した通りです。

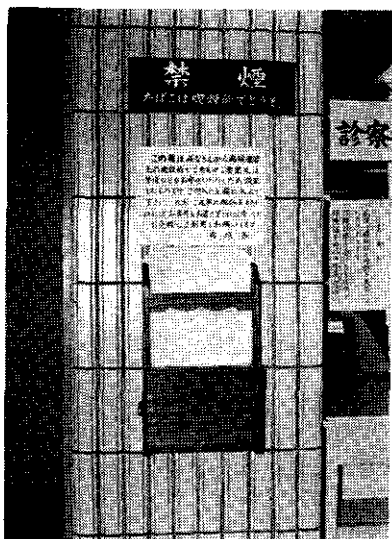
以上で最近の当院でのサービスについて紹介を終わります。

次に今年4月、病院機能評価に関する研究会がまとめた病院機能評価マニュアルが発表されました。これは病院の機能の評価や提供している医療の質を具体的に反省するのに大変宜しいと思います。この中で患者の満足と安心というのが患者に対するサービスに直接関係する事項です(表3)。

表2 意見箱の投書によって実現した事項

- 身障者専用駐車場
- レントゲン撮影時の病衣
- 患者用図書館
- 正面玄関ホールのテレビ
- 外来者用水飲み場
- 喫煙コーナー
- コインロッカー
- リハビリ室扉の自動化

写真 意見箱



次に今年6月26日国民医療総合対策本部中間報告が発表されました。これは厚生省で作られたものですが、第2部「良質で効率的な国民医療をめざして」の第4「患者サービス等の向上」の、1.「情報提供機会の拡大」では、国民が医療機関を正しく選択するために情報を提供する方法を検討するという事です。2.「医療機関と患者との関係」では、インフォームド・コンセント（知らされた上での合意）や、医療サービス指針の作成がすすめられています。3.「病院給食の改善」では、「夕食時間が早い、おいしくない、冷たい」との不満に対応するように述べられています。

以上病院機能評価チェック項目と国民医療総合対策本部中間報告はわが国における患者に対するサービスの方向を示したものといたえるでしょう(表3)。

表3 病院機能評価マニュアル

Ⅲ 患者の満足と安心

1. 各部門の責任者名を患者にわかるように院内の適当な場所に明示していますか
2. 患者に対する診療体制は主治医制等によって責任が明確になっていますか
3. 職員は名札を付けていますか
4. 患者の意見や要望を聞くための窓口等を設けていますか

5. 職員へ患者に対する接遇教育を行っていますか
6. 外来での待ち時間および入院の待機日数の調査をしていますか
7. 決められた診療開始時間を厳守していますか
8. 再来患者について予約システムをとっていますか
9. 通院中の患者についての休日や夜間の応急診療体制は充実していますか
10. 手術のために入院させる患者について手術日は主にもどの時点で決定していますか
11. 投薬する時の服薬指導は十分に行なわれていますか
12. 患者情報についての守秘義務は守られていますか
13. 医療社会事業従事者（医療ソーシャルワーカー（MSW））を配置していますか
14. 患者のリハビリテーションや社会復帰を配慮して必要な関連施設・機関と連携を保っていますか
15. 来院患者のための案内窓口が明確になっていますか
16. 院内の各種の案内表示は患者が迷わないように分かり易くなっていますか
17. 家族控え室や面会室の設備など患者の家族に対する施設的な配慮がなされていますか
18. 霊安室の整備をはじめ、ご遺体に対する配慮は十分ですか
19. 入院患者の療養環境の静粛ということに配慮して院内放送を行っていますか
20. 院内で喫煙区域を明らかにしていますか
21. 外来トイレを頻回に清掃していますか
22. 患者のよりよい療養のために、病院内外の環境整備を行なっていますか
23. 給食は（栄養指導、時間、温度、メニューなど総合して）患者本位となるよう努力していますか
24. 患者への感染防止のための委員会を設け、院内感染対策等を検討していますか
25. 患者への防災・安全対策に関する委員会が設置され、その責任体制が明確となっていますか

次に病院の医療で、患者に対するサービスの結果として、患者がどの位満足したか、つまり満足度と、従来病院経営や医療の発展に重要視された病院管理との関係はどうなっているのでしょうか。ここに「患者の満足度と病院の管理姿勢」という論文を簡単に紹介します。

この論文では、「医療の質は健康の回復と患者の満足に医療がどれだけ貢献したかによって最終的に評価されるべきである」という Donabedian

の結論と、「患者満足度の構成要素は、1. 職員の接し方、2. 技術的レベル、3. 受診のしやすさ、4. 経済的な負担、5. 物理的な環境、6. ケアの連続性、7. 治療の結果、の7種類に分類される」という Ware 等の結論を根拠にして調査した。調査対象の病院は東京近郊の119病院、患者数は約7,000名で、患者に対する質問事項は先に述べた患者満足度の構成要素に基づく16項目を「たいへんよい」から「たいへんわるい」の5段階で回答を求め、それに加えて病院サービスに対する全体的な印象を求めた。同時に各病院に対してはそれぞれの管理姿勢・管理体制の調査を行った。その結果、病院サービスの全体的な印象すなわち満足度については、それぞれが良い場合でも悪い場合でも、その結果を説明するのに原因が明らかに看護であるものが35%、物理的環境であるものが9%、医師であるものが3%であった。このように全体的な満足度に最も関連しているのが看護についての項目であった。これはアメリカにおける調査結果と一致している。次に16項目の回答を点数化して各病院毎に平均点を出して比較すると、満足度の高い病院と低い病院の2群に分かれた。そこで満足度の高い病院の管理に共通している事項は、管理姿勢と病院機能の要因として、1. 「専門職者重視」2. 「病院の基本方針の周知」3. 「予算及び事業計画書」4. 「健全な労使関係」5. 「患者の意見や要望に対する適切な処理」であった。又管理体制の要因としては7項目あるがまとめてみると、「基準看護の高いレベル」「生涯教育の推進」「新しい職員を迎える体制の整備」が認められた。これら管理姿勢や管理体制の要素を管理者が導入することによって患者サービスの向上が期待できよう。尚、患者志向の医療を供給するためには、患者による医療評価を制度的に取り入れる必要があろう。

以上が論文の要旨でした。

最後に、当院の管理姿勢としての「医療に対するビジョン」を紹介します(表4)。

表4 医療に対するビジョン

- (1) 経済性と公共性を共に発揮し、医学的にも経済的にも社会的にも適正な、いわばその地域での模範的包括医療をやる。
- (2) 病気は治って喜ばれ、不幸にして亡くなっても、その家族により病院を選んだと感謝される病院、更には死後剖検をさせて頂き死因を究明し、医学医学の進歩に寄与し、医師の反省、研修の糧にさせて頂く。又、家族に死因を正しくお伝えし満足して頂くことのできる病院でありたい。一医師及び看護婦を初めとする全職員と病人側との信頼関係が良くて初めて可能—
- (3) 日進月歩の医学を身につけ、医の倫理の高揚に努める。
- (4) 医師を初めとする病院職員は、患者の為、国民の為にあるのであって、病院及び職員の為に患者があるのではない。
- (5) 公的医療機関は、民間の医療機関の対応できない高度医療、不採算医療。日曜日・祭日、年末年始を含め24時間年中無休の救急医療等を受けもつことは当然。
- (6) 経営主体は違っても全ての医療機関と協力し、患者さんを中心とし、有機的に結びつくよう努力する。
- (7) 病院の医療評価をよくするよう、又、地域住民に信頼される病院になるよう全職員が努力する。
- (8) 職員の働き甲斐のある病院とする。

参考文献

- 1) 戦後の病院の発展, 病院管理大系, 第1巻: 125, 1972
- 2) 21世紀の医療予測と対応, 日本病院会雑誌, 11月号 40~63, 1987
- 3) 病院機能評価マニュアル, 社会保険旬報, 1574: 29~34, 1987
- 4) 国民医療総合対策本部中間報告, 1987
- 5) 池上直己, 河北博文: 患者の満足度と病院の管理姿勢, 日本病院会雑誌, 7月号, 13~19, 1987

着る人から、ナガイの白衣、とご指名を受ける…。
私たちには、それ以上の名誉はありません。



目立たない、ほんとうに地味な努力の積み重ねが、少しずつ白衣を進化させてきました。コツ、コツと60余年。白衣は、まだまだ進化していく、と、ナガイは考えています。そのための今日の一步を、大切にしています。

アンケート活動

医療現場の第一線でご活躍の方から、アンケートをとりました。いま、着用中の白衣について…です。その数は、およそ数千にのぼりました。この熱い声を、少しずつ最終商品に活かしていきたいと思えます。

白衣の人間工学的因子からの研究

医療活動全般にわたる作業姿勢の実態分析と評価。医療外業にたずさわる人にとって、衣服とは何か、といった根本問題を含む研究です。国立大学の協力による「衣服のための人間工学的因子の研究」と呼ばれて、昨年からはスタートしました。

コンピュータグレーディングシステムの採用

従来、自動車、建築に使われていたシステムを衣服設計、生産に導入。製品の均一化による品質向上と生産サイクルの短縮化をねらいとしています。

このほかにも、縫製技術、生産工場の国家認定など、一步、一步、ナガイは白衣を、地味に、しかし確実に進化させています。

ロンブライト・バイ・ナガイ
●使用素材
(LB)
ポプリン織染伸染
東洋紡ポリエステル65%綿35%

HOSPITAL UNIFORM
OY NAGAI ナガイ

Professional Uniform Creature

ナガイ株式会社

本社 〒101 東京都千代田区岩本町1-2-19
営業本部 〒101 東京都千代田区岩本町1-2-19
第一課(首都圏)Tel.03-864-7891(代) 第二・第三課(卸・地方)Tel.03-864-7894(代)
大阪支店 〒540 大阪市東区玉造1-7-9 Tel.06-764-1931(代)
広島支店 〒733 広島市中区小紙町7-8 大和ビル1F Tel.082-291-2557(代)
福岡支店 〒815 福岡市南区清水3-20-27 Tel.092-511-2829(代)
高松営業所 〒761-01 香川県高松市屋島西町1897-17 Tel.0878-43-2328(代)
白衣物流センター〒014 秋田県大曲市佐野町18-19 Tel.01876-2-1891(代)

病院給食の課題と展望

62年9月・岩手・栄養管理・調理合同研究会

日時 昭和62年9月25日(金) 10:00~16:30

昭和62年9月26日(土) 9:00~12:00

会場 岩手国保会館 5階大会議室

岩手県立中央病院

参加人員 131名

はじめに

最初に日本病院会理事、岩手県立中央病院院長金子保彦先生から高齢化社会における病院運営上問題の多い現在、病院給食の3悪追放(夕食時間が早い、食事が冷たい、おいしくない)と患者個人のニーズに応えるよう大いに研修努力してほしいと御挨拶があり、続いて岩手県栄養士会会長江原静江、当研究会委員長宇井美代子両氏の挨拶後、各プログラムに入った。

I 講演 テーマ 「病院給食の課題と展望」

講師 岩手県立花巻厚生病院院長

玉沢 佳巳

緒言

現在の医学の進歩のめざましさにより、人間の平均寿命は男75.23歳、女80.93歳と長寿国日本となりつつあるが、一方、食生活の改善にもつながって高齢化社会となっている。減塩食により血管障害、胃癌の減少はあるが一方で、脂肪が多く食物せんいが少ないための大腸癌等の疾患の増加となっている。そのため食事療法の重要性が再認識されて来た。

1. 病院給食(栄養士)の使命

栄養管理、治療業務、栄養教育、研究、指導業務、等を通じて、正しい食事と厳重な衛生管理を考慮しながら計画し給与する。又病院各部門との関係を深めながら、その必要性を高く認識させる必要がある。

2. 病院調理(調理師)の使命

病院給食であってもおいしく調理することが一番大切であるが、病態生理学的知識を深め、病人にとって食べやすくなるように食物を切ること、加熱、調味、盛り付け等細部に亘る注意が大切。

3. 病院給食の課題

- 1) 経済的制約のために大量生産の調理をよぎなくされ、個人的対応が出来ない。
- 2) 大量生産のため単調になっている。
- 3) 合理化促進により委託給食は、人的制約が多大となっている。

4. 病院給食の改善を必要とする諸問題

イ. 適温給食 ロ. 食事時間の適正化 ハ. 食事雰囲気 ニ. 労働力 ホ. 設備 ヘ. 給食費 ト. 特別食の細分化促進 チ. 栄養士の位置付け。

次に、スライドにより自治体病院の給食管理実態調査成績が発表されたが、その内容は夕食配膳の6時以降実施病院の増加、業務委託の増加、温食配膳のための諸設備の利用等が多くなってきたが、選択メニューを有する病院は4.1%である。又OA化の増加、冷凍医療食使用状況は20.3%であるが、加算請求が50%であることは、単品の使

用と考えられる。栄養指導室がある病院が32.5%で少なくない。

5. 病院給食の今後のあり方

医療の一環として栄養士、調理師の位置付けを確保するために、病院内の各部門および患者に対してアピールしながら、正しい治療食の開発のための研究を強化することが大切である。

「食事こそ医療の根源である」という病院給食の立場を、より一層主張しなければならない。医療のあり方としては、治療の前に予防医学の時代へと移り変わるであろう。そのための栄養士の役割を考慮し、その専門性が社会から要請されるように、又それに対応出来る栄養士になる事、今後、増々病院経営が苦しくなるとも、経済性や栄養面だけでなく治療食の内容の改善をはかり、食事療法の基本を完備し、給食施設の充実を図ることが病院給食のあり方である。

II. シンポジウム

テーマ 「今、求められている課題」

1. 適温給食の配慮

岩手県立宮古病院栄養管理室長

青山 圭子

岩手県立宮古病院の概要

1) 許可病床数 369床 2) 診療科目 11科

3) 栄養管理室

・職員数 室長 1, 栄養士 2, 調理師 7,

臨時 5, 下膳, 食器洗浄は委託

・勤務時間 栄養士 8:30~17:15

9:15~18:00

調理師 6:00~14:45

7:00~15:45

9:15~18:00

9:45~18:30

・食数 一般食 179 (62%)

治療食 111 (38%)

職員食 32

・病床利用率 90~95%

・配膳方式 中央配膳 (病棟5カ所)

・配膳時間 朝 7:30 昼 11:45~12:00
夕 17:45

・配膳車 温食配膳車

・選択メニュー 一般食, 特別治療食共週2回
栄養士が集計して調整

・3時 お茶(麦茶) サービス

4) 温食配膳車導入経過

イ. 理由: 識理室の構造が悪い事, 寒い事, 建物が古い事, 調理人員配置が少ない事, 病棟迄の配膳経路が長い事。

ロ. 導入経過: 昭和55年給食委員会で検討1台だけ購入して施行後アンケートをとり好評で残食も少なくなったので昭和60年3月全館請入となった。

短所 (1) トレイの大きさの制約(33cm正方形)。

(2) 配膳車が重い。

(3) 看護部でトレイのセットが必要。

(4) 配膳車運搬の際前方が見えない。

(5) 配膳車が高価である。

(6) 電気代がかかる。

長所 (1) 衛生的, 美的。

(2) 温い事。

(3) 残食が少なく経済効果につながる。

(4) ベッドサイドに行きやすい。

(5) 食べられない人の管理が出来る。

2. 人材育成の教育

岩手県立中央病院栄養管理室長

藤岡 敬子

組織の中での頭となる人材の重要性は当然であるが、後継者の育成がいかにむつかしく、その適応性の見きわめについて問題の多い所である。

1) 育成の際の問題点

イ. 教育する時期の見きわめ方

ロ. 人材の素材, 考え方等の引出し方

2) 指導者となる条件

イ. 行動力のある人

ロ. パイプ役が出来る人

ハ. 人に好かれる人

ニ. 統率力のある人

- ホ. 広い視野を持つ人
- ヘ. 反省の出来る人
- ト. 意見を吸い上げる事が出来る人
- チ. ボランティア精神のある人

3. 選択メニュー実施への一考察

都立神経病院調理主任 矢野勇之助

都立総合病院等23カ所の栄養士、調理師による自主業務研究会の内容の一部として、すでに実施している選択メニューについて発表があった。

「実施病院における状況」(表1)

調査の結果、選択食の対象は一般食と特別食の一部で、患者には好評であるが、業務量の増加がどの病院でも問題となることが、ほぼ一致した。

(1) 選択導入のための具体的方法

イ. 対象 導入しやすい食種から除々に

ロ. 献立

- ・朝夕食のいずれかを二本立
- ・昼夕食をセットで二本立

ハ. 献立作成基準

- ・栄養量を基準にして調理方法を替える
- ・食品構成を基準にし調理方法を替える

ニ. 申込票の回収とその方法

- ・配布は栄養科、回収は看護科
- ・配布、回収とも栄養科
- ・配布、回収とも看護科

ホ. 集計 栄養科がおこない控えを看護科に

ヘ. 発注(変更)あらかじめ予定数で発注してある食材料の数量の必要量を変更する

ト. 配膳方法

- ・トレイに㊶㊷の区別を入れる。
- ・患者の氏名の食札を入れる。

(2) 選択食実施後のアンケート結果(表2)

以上の選択食は、比較的症状の良い「食べられ

表1 実施病院における状況

	A	B	C	D	E	F
種別	総合	総合	総合	総合	療養所	老人病院
運営態	直営	委託	直営	委託	直営	委託
導入期	53年			59年	33年	61年 (開設時より)
対象食種	一般食 特別食の一部	一般食 常食	一般食 (常, 全粥) 特別食の一部	一般食 特別食	全	一般食 (常, 全粥)
複の内 献容 立	朝 2種類 昼 3種類 夕 2種類	朝 2種類 (和・洋) 昼 3種類 夕 (和・洋・中)	朝 } 昼 2種類 夕 }	昼のみ 2種類	朝 } 昼 2種類 夕 }	朝 } 昼 2種類 夕 }
実施頻度	毎日	毎日	毎日	週1回	毎日	朝 毎日 昼 週2回 夕
メリット	・残食量の減少	・残食量の減少 ・患者とのコミュニケーション促進 ・調理技術の向上	・個人対応の減少 ・補食のトラブル減少 ・調理師の意識改革	・残食量の減少	・残食量の減少 ・調理師の意識改革	
デメリット	・事務量・調理作業量の増加	・事務量・調理作業量の増加 ・食材料に過不足が生じる	・事務量・調理作業量の増加	・事務量・調理作業量の増加 ・食材料に過不足が生じる		・看護科の負担が大きい ・事務量・調理作業量が多い ・食材料に過不足が生じる

表2 選択食実施後のアンケート結果

選択食について

よ	い	めんどろ	わからない
33		0	0

回数について

週 1 回	週 2 回	月 1 回
12	14	6

申込み方法について

よ	い	よくわからない	その他
28		3	2

配布数 43

回収数 33

(回収率 77%)

る患者」が対象であるが、「食べられない患者」例えば術後食や長期間分粥食、腎不全患者の高エネルギー等に対して、どのような選択食を用意するか、すなわち個人対応も広い意味での選択食となると思われ、今後更に、きめ細かい対応が出来るよう充実させてゆく必要がある。

※岩手県立中央病院見学

場 所 盛岡市上田一丁目4番1号

竣 工 昭和61年10月31日

入 所 昭和62年3月

建 築 伊藤設計事務所 鹿島建設

建築費 建物 166億2,200万円、医療機器 23億円、その他 3億円

病床数 730床(一般 685、結核 45)

特 色 成人病対策を地域医療部に入れて、24時間救急体制、外来20科

栄養管理室

病床利用率 95%、現在 620食(1回)

一般食(55%) 特別治療食(45%)

職員数 室長1、次長2、主任栄養士1、栄養士1、主任調理師2、調理師13、調理補助1、臨時4、食器洗浄(委託)8

食材料費 633円

厨房内は完全ドライシステムで、作業の一番大変な食器洗浄コーナーを見晴しの一番良い場所に設置し、ギャベジ室の前に将来配膳車自動洗浄機を計画とのことであった。

おわりに

開催当日は雨天となったが、岩手県立中央病院長金子保彦先生をはじめ、地元栄養上等皆様の大変な御協力を得て、大盛會裡に終了できた。病院運営の改善に栄養士・調理師共々協力して対応し、今後の研究体制を深めることの重要性を痛感した。最後に、開催にあたり岩手県立花巻厚生病院院長玉沢佳巳先生、同栄養管理室長日高先生の特別な御心遣い対し、深く感謝の意を表したい。

(まとめ 関東通信病院 長谷川秀子)

消防設備の改正について

—型式失効について—

9月・施設研究会

はじめに

第2回定例施設研究会は昭和62年9月11日(金)に麴町共同ビル(土木建築厚生会会議室において開催された。参加者は33名であった。

初めに倉持委員長の開会のあいさつに続いて手術室、透析、ICU室の防災対策マニュアル化の現状ということで、1)防災対策のマニュアル化調査、2)電話等による調査結果、3)マニュアルを作成していない理由等についての報告があった。その中で言えることは医師、看護婦共患者に対し、災害時における専門的な応急措置、介助及び準備は熟知しているが他の業務又は緊急時の役割分担については明確な認識が少ないようである。一方、ME技師、施設職員は担当業務、設備的な防災対策(電力、蒸気、空調、医療ガス、危険物、火災報知機、消火、排煙、防火区画等)は熟知しているが、患者に対する災害対策は認識が少ない。又防火管理者は、総括的防災対策は十分に熟知しているようであるが、当該部署については各所属責任者に一任しているため、画一的な認識となり、各部署の防災マニュアル化には強い関心を示していることが見受けられる、と締めくくって、本日のメインテーマである「消防設備の改正」について紹介された。

消防設備型式失効について

講師 能美防災工業株式会社
保全技術部次長 後藤 茂夫

1. 消防法と型式失効

(1) 検定制度について

消防法で定められた建築物には人命と財産を火災から守るために、自動火災報知設備の設置と維持管理が、義務づけられている。この自動火災報知設備の機器は、いつでも作動できるように性能を消防法令で定め、品質の確保を図っている。それには検定協会にいくつか品物を提出して、長時間にわたって検査する一次検定と再チェックをする二次検定がある。

(2) 型式承認と個別検定

感知器、受信機等の機器は形状、構造、材質、性能とも、消防用機械器具等に係る技術上の検定規格として自治省令で定められ、日本消防検定協会の型式試験に合格すると、型式承認の番号(例えば感第62-2)が自治省からもらえる。

(3) 技術上の規格改正と型式承認の効力

自動火災報知設備の検定規格は、安全性、信頼性を考慮して、社会状況や科学技術に合わせて制定されているが、社会状況の変化や科学技術の進歩発展等により、実情に対応できるように検定規格を改正し、その型式承認効力も定める場合がある。

(4) 型式失効と法令根拠

検定規格が改正されると、既に型式の承認を受けている機器でもその性能が新しい検定規格に適合しないと、型式承認の効力を失うものとして、自治省令で官報に告示することになっている。

(5) 型式失効の特例期間

検定規格が改正された場合は、新しい検定規格に適合した機器と取り替えることになっているが、旧規格品でも十分に維持管理がされてその性能も有効であれば、特例として一定の期間(第一次から第三次まで)は、新規規格品に取り替えずともよいことにしている。しかしその期間

終了後は、取り替えなければならない。

(6) 型式失効の種別と特例の期間は、図(後頁)による。

質疑応答

解答者 能美防災工業株式会社

北関東支社長 根本 一次

保全本部副本部長 田中 龍平

保全技術部次長 後藤 茂夫

(問) 日本火災報知機工業会の会員についてお話し願いたい。

(答) 日本火災報知機工業会に入会している事業所もあれば入会していない事業所もあるので不明であるが、おそらく500~600社はあるのではないかと。

(問) 新しい受信機、発信機について各社統一した規格のものはできないのだろうか。

(答) 操作スイッチの色は統一出来てもソケット、回路、ボルト(V)は各社で話し合うのであるが、なかなかまとまらないのが現状である。

(問) 来年度から失効になる発信機の中には、どのようなものがあるのか。

(答) 来年度から失効になる受信機(44年以前のもの)には予備電源(蓄電池)がなかったり、煙感知機にランプがないものもある。

(問) 第一時失効、第二次失効、第三次失効といっても理解しにくいので分かり安く見分ける方法はないのか。

(答) 機器の製造年月日ではなくて型式承認番号が主体となる。したがって、受信機、発報機を外すと製造年月日と型式承認番号が昭和24年からつけてありますから、その型式承認番号を重視したほうがよい。

(問) 消防法の改正により機器を交換する場合に個別交換も出来るのか。

(答) できれば一式交換がよいが何らかの理由で個別交換をする場合は、その機器の性能が重視される。

(問) P型1級とかP型2級等の区分について説明して下さい。

(答) 受信機の区分でP型1級は5回線以上、P型2級は5回線以下、P型3級は1回線である。

(問) 受信機を交換する場合に、工事中は無防備ということはないか。

(答) 仮設の受信機を取り付けて一線一線接続替えをするのでその心配はない。

(問) 感知機が敏感すぎて誤報する場合もあると思うが、その対策はないのか。

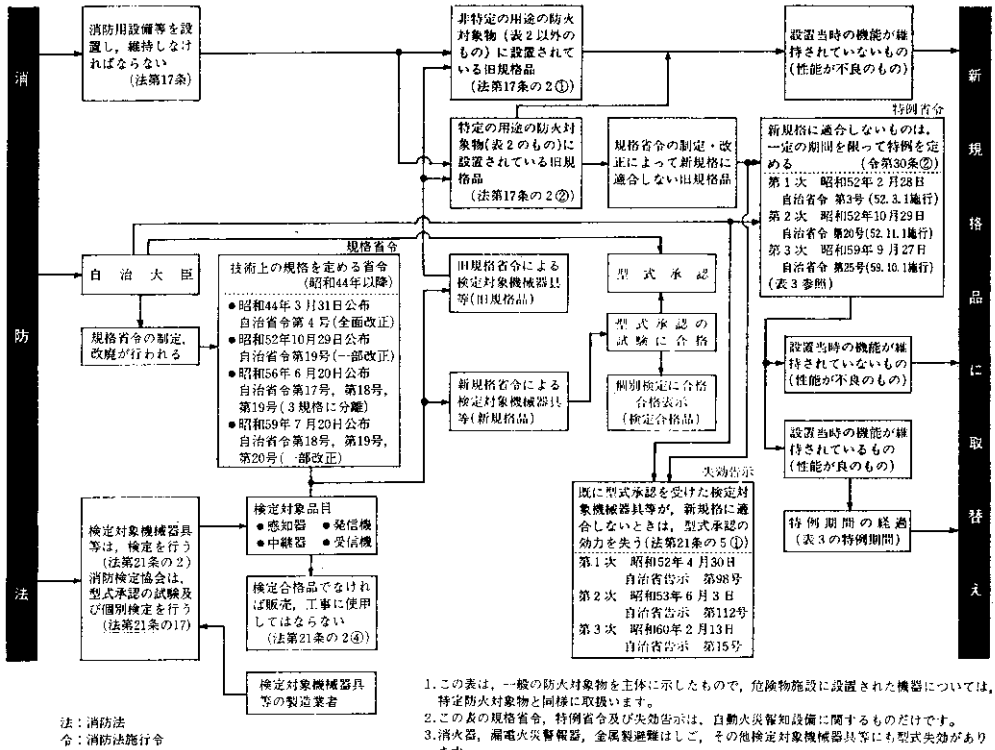
(答) 感知機は70㎡を受けもっているが、火災か誤報かの判定が難しい。1カ所がもとであまりに発報する場合は、感知機を交換するしかない。

司会 今日長時間に渡って熱心に討議して頂きありがとうございます。今日勉強したことをそれぞれの病院に帰ってからも参考にして下さい。

(まとめ 河北総合病院施設課長 瀬川篤宏)

参考資料

表 型式失効と設備規制の概要



日本病院会図書・好評発売中

病院職員ハンドブック

(B6判 74頁) 頒価1冊 300円 送料別

それぞれ状態の違う患者さんのお相手をする病院サービス。勤務の基本的な心得をわかりやすく記述した本書は格好の手引書です。

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

〔図〕

〔問〕「型式失効」で新製品に交換しなければならない
「ある一定の期間」を具体的に説明してください。

〔答〕機器の種類によりそれぞれ異なります。
また、現在、第一次、第二次、第三次失効があり、それ
ぞれ交換期間が異なり、下記の表のようになります。
(下記以外の機器も多数ありますので、くわしくは当社
までおたずね下さい。)

対象となるおもな機器		型式失効の種類	特 例 の 期 間 (昭 和)																																									
			52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77																
			3	11	1	10	1	28	10	1	2	2	2	2	2	2	2	10	9	2	2	10	2	10	2	10	2	9																
<p>AS-1 自動式小型 機知照 (昭57.9.23)</p> <p>MH 自動式小型 機知照 (昭57.7.28)</p> <p>AS-12 自動式小型 機知照 (昭57.7.28)</p> <p>AT-62 自動式小型 機知照 (昭57.7.28)</p> <p>FR-25 自動式小型 機知照 (昭57.6.26)</p> <p>RS-23 自動式小型 機知照 (昭57.7.28)</p> <p>DS 自動式小型 機知照 (昭57.2.26)</p> <p>FR-3 自動式小型 機知照 (昭57.2.26)</p>	<p>FA-5N-2L 自動式小型 機知照 (昭57.10.31)</p> <p>FA-7N-3 自動式小型 機知照 (昭57.10.31)</p> <p>FDS 218, 219 自動式小型 機知照 (昭57.10.31)</p> <p>FOL 111 自動式小型 機知照 (昭57.10.31)</p> <p>FA-213 自動式小型 機知照 (昭57.10.31)</p> <p>FDS 211 自動式小型 機知照 (昭57.10.31)</p> <p>FA-8N 自動式小型 機知照 (昭57.10.31)</p>	<p>第一次失効 #1</p> <p>第二次失効 #2</p> <p>第三次失効 #3</p>	<p>●昭和58年12月31日までに製造されたもの</p> <p>●昭和59年4月14日までの大失効 加設備に係る規格の型式承認を受けているもの</p> <p>●昭和59年4月15日(昭和59年3月31日)までの大失効加設備に係る規格の型式承認を受けた感知器、受信機及び中継器</p> <p>●昭和44年9月30日までに製造された中継器</p>														告知器	受信機	送信機	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	
																	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器	告知器	受信機	送信機	中継器				
																	告知器	受信機	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器	告知器
		備考	<p>第一次特別起算月</p>														第二次特別起算月														第三次特別起算月													

① 第一次失効は、昭和52年告示第15号第9号、又、特例期間は、昭和52年告示第3号により定められている。
② 第二次失効は、昭和59年告示第12号、又、特例期間は、昭和57年告示第70号により定められている。
③ 第三次失効は、昭和59年告示第15号、又、特例期間は、昭和52年告示第15号により定められている。

北里大学東病院病歴部を見学して

62年10月・診療録管理研究会

はじめに

第13回日本診療録管理学会を10日後にひかえた、昭和62年10月3日、神奈川県相模原市に位置する北里大学東病院において、第82回診療録管理研究会が開催されました。昨年開院という真新しい建物は、500台以上も収納できる広々とした駐車場と豊かな緑に囲まれた、たいへん環境の良い所にありました。

まず、副院長であり慢性疾患・難治疾患治療センター長の古和久幸先生から、病院の沿革についてお話があり、続いて診療録管理研究会委員長の高橋政祺先生の挨拶、そして中央診療施設系病歴部室長の長澤哲夫さんから、病歴室の業務について、スライドを使つての説明があり、新しいシステムを取り入れての診療録管理への意欲と自信がうかがえました。1時間程の説明の後、外来受付・診察室・病歴室の見学へ入りました。

病院概要

開院日：昭和61年4月14日（昭和46年開院の北里大学病院から独立）

診療科目：消化器疾患治療センター

（消化器内科・消化器外科）

精神疾患治療センター

（精神神経科）

慢性疾患・難治疾患治療センター

（神経内科・整形外科）

特殊診療科

（循環器内科・眼科・耳鼻科・皮膚科・泌尿器科・婦人科・歯科・形成外科・放射線科・麻酔科）

外来患者数：655人（S62年9月実績1日平均）

初診 40人 再診 615人

実働病床数：507床（臨床薬理 16床含む）

入院患者数：453人（S62年9月実績1日平均）

病床稼働率：92.3%

登録患者数：22,500人（初期移行患者 3,500人）

平均入院日数：48.7日

職員数：678人（医師 134人・ナース 312人・看護補佐52人・医務職員 122人・事務職員 94人・その他16人）

病院の大きな特徴としては、「情報トータルシステム」があげられる。病院内で発生する多種多様な情報は、発生源で入力され、これがデータベース化され活用される。①医師による診療オーダー、②ナース等による基本情報、③患者サービスを促進する予約システム、④病院内の物品管理をする物流システムという4つの縦システムを形成し、縦システムを中心に外来システムと病棟システムというメインとなる2つのシステムが、発生源入力の基本となっている。メインシステムに付随して、薬剤・検査・病歴等の各サブシステムがオンラインされてトータルシステムを形成している。

病院情報トータルシステムを活用することにより、本来なら毎回手間のかかる外来申込手続きが、最初の1回だけでコンピュータに入力され、その情報を使用することで患者の待ち時間等が短縮される。患者来院から会計・薬剤終了まで平均1時間30分程ということであり、「患者のための診療」を心がけている病院全体の誠意が感じられた。

北里大学東病院医療情報トータルシステム

病院内で発生する情報がすべて発生源でとらえられ、その情報が正確・迅速に関連部門に伝達され、精度の高い診療データベースに格納される。

検体検査 (ホスト) 到着入力 結果転送・入力 ワークシート出力 結果参照・出力 (ミニコンピュータシステム) 到着入力 結果転送・入力 ワークシート出力 結果参照・出力 オーダントリ	生理検査 予約登録 患者受付 会計入力	放射線 予約登録、患者受付 実施・会計入力 照射録管理	給食 食数表・食札 予定・発注・納品 実施・集計	総合相談 相談・問診 訪問管理	リハビリ及びディケア 依頼・申込 受付・予約 実施・会計入力
薬剤 払出し管理 処方管理 消費管理 薬歴管理 在庫管理 医薬品管理	● 網様システム ベッド交換 入室実施 病床利用状況 入院患者索引 入院予約管理 注射実施入力 処置実施入力 ● 外果システム 患者受付 診察後受付 患者診察 処置実施入力 検体ラベル出力			輸血 オーダントリ 交差試験管理 実施・会計 血液管理	手術 手術計画 実施・会計入力 物品使用管理
病理 生体検査・解剖検査受付 診断登録 報告書出力 検索	● オータ業務 投薬 注射 検体検査 放射線 処置 病理 食事 病名 手術申込 ● 基本情報 基本指示 介助度 社会歴 身体状況 入院歴 連絡先 家族歴 ● 物品請求・管理 機器・備品管理 在庫参照 在庫一覧表 物品情報 使用入力 物品請求予定 登録外物品請求 修理依頼			医療機器 貸出し・機器管理 症例管理	人事・給与 給与計算・労務管理 人事管理
病歴 カルテ貸出し管理 XPフィルム貸出し管理 入院経歴管理 疾病統計 病歴検索	医事 初診登録 外来請求 退院請求 定額請求 収入管理 入退院管理 未収金管理 レセプト 総括表 集計・統計	調度 購入管理 資材管理 機器管理 支払管理 管理統計	経理 仕訳表入力 元帳管理 予算管理	家政 リネン管理 洗濯管理 環境管理	中材 払出し管理 在庫管理 消費管理 集計

注：略語説明 TPR(Temperature Pulse Respiration), XPフィルム(X-Ray Photoフィルム)

病歴部概要

病歴室の広さ：291m²

開室時間：平日 8：30～17：00

土曜日 8：30～14：00

(時間外の利用は予約制)

人員：外来6人・入院3人・X-Pフィルム3人

取り扱い業務：外来カルテ・入院カルテ・X-Pフィルム・各種検査報告整理

保管設備：電動式移動棚

管理方式：一患者一番号制

中間位桁分類方式

端末台数：パーソナルワークステーション

4台

オンラインプリンター

1台

パソコンプリンター

2台

業務量：外来カルテ取り扱い件数(1日平均)

予約数 509件

予約外数 63件

新患者数 40件

入院分 11件

閲覧 48件

予約不履行 9.3%

入院カルテ取り扱い件数

年間退院患者数 4,000件(推定)

退院カルテ回収数 11件

閲覧 貸出数 25件(1日)

X-Pフィルム

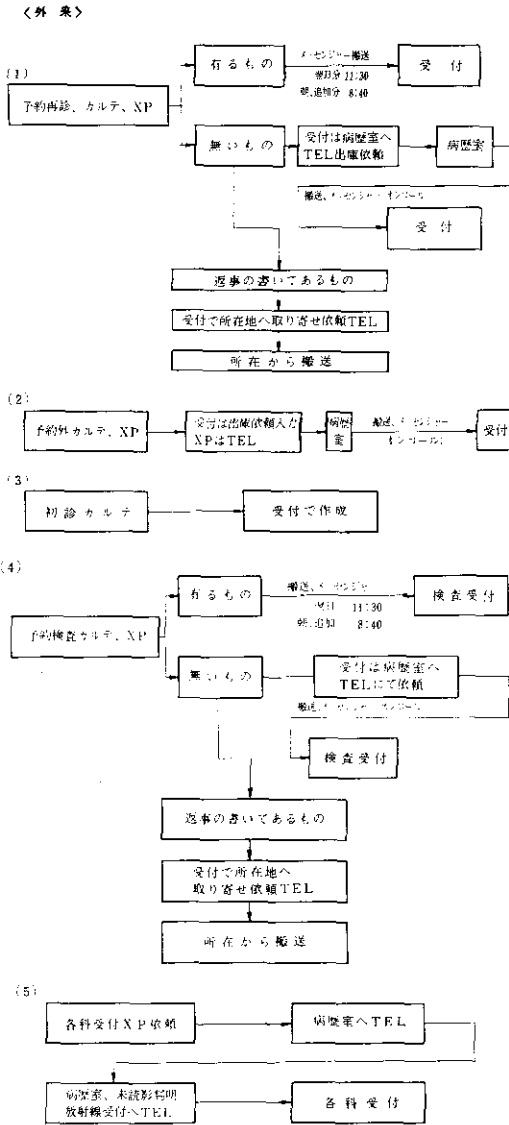
返却数 151件

新規登録 124件

閲覧・貸出数 180件

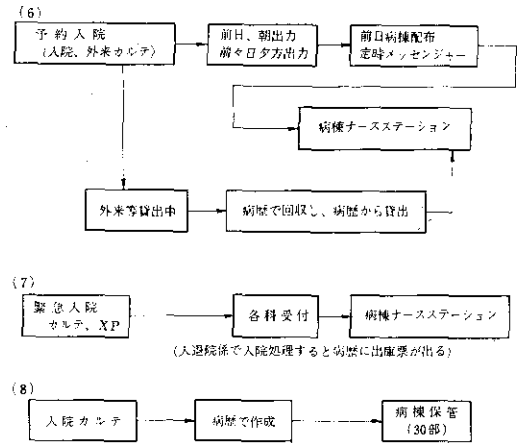
病歴から各科受付迄のカルテ、X Pの流れ

＜外来＞



- ・返却時には初診カルテ、再診カルテは分ける
- ・初診カルテ作成後はビニールの袋にいれる(別添)
- ・現病院からの予約カルテは前日に受付にあがる、受付は当日初診カルテ、及び再診カルテとセットし、診察室へまわす。
- ・カルテ、X-Pの又貸しはノートに記入する。
- ・返却は全て各科受付、ナースステーションから定時のメッセンジャーより返却
- ・退院カルテは病歴より回収する(点検を含める為)

＜入院＞



サブシステムとしての病歴部の役割

- 病歴のマスター管理
ICD9に基づいてコード化したものを、さらに細分化して5桁まで分類している。
- 患者診断の順位づけ
外来では、医師が発生した順に順位をつけるが、病棟(入院)では、さらに重要診断の順位は病歴部が担当する。
- 各科へのカルテ・X-Pフィルムを貸出
パソコンを導入したバーコードを使用。申込みのあった時点でパソコンで検索し、貸出中であるかどうかを現物を見に行かずに確認することができる。
- 各種検索業務・入院経歴の参照・統計
パソコンのデータベースとして活用。病歴部で独自のプログラムを作成し、開発中のものもある。
- 出力帳票
外来カルテの出庫依頼、入院・退院・転科等の報告、検査結果の報告、オーダー歴・実施歴等
オーダー・指示・投薬・検査結果等については、院内に設置された171台パーソナルワークステーションと60台のプリンターにより、職員専用の磁気カードをキーにしてどこでも検索、印字することはできるが、保存用カルテの分は病歴室で印字し保管される。検査結果については、1頁に6回分印字することができ、外来分は予約カルテ

患者氏名	性別	年齢	病室	入院日	退院日	手術日	手術時間	手術室	手術者
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				

患者氏名	性別	年齢	病室	入院日	退院日	手術日	手術時間	手術室	手術者
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				

患者氏名	性別	年齢	病室	入院日	退院日	手術日	手術時間	手術室	手術者
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				

患者氏名	性別	年齢	病室	入院日	退院日	手術日	手術時間	手術室	手術者
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				

患者氏名	性別	年齢	病室	入院日	退院日	手術日	手術時間	手術室	手術者
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				

患者氏名	性別	年齢	病室	入院日	退院日	手術日	手術時間	手術室	手術者
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				
1-2742	男	60	140	05/12	05/12				

の出庫に合わせて予約日の前日に出力され、入院分は退院24時間後に総括され、指定出力される。注射実施、投薬については、月単位で用量がまとめられ、実施経歴表により病歴室で検査報告のもれがないかチェックできる。指示、看護ワーク

シートは1日1枚でナースの日常業務はこの用紙をもとにして行なわれ、後にそれがナース記録となる。

退院後記・手術記録・看護記録等は、手書きの部分もあるが、検査結果等の記録用紙で他の部署でプリントアウトされた物については、全部処分され保存カルテ用として、病歴室で新たにまとめて、印字された用紙その物を保管するため、従来、カルテ整本において最も手間を要する伝票類ののりづけや、追加伝票の仕分け等がなくなり、整理時間の短縮と共に、カルテの厚さ（主に検査結果部分）の軽減にもつながる。

おわりに

病院情報トータルシステムという理想的な体制のなかで、診療録管理を行うことができ、うらやましい限りでありました。

情報の多くなるこれから、診療録管理にもコンピュータ導入は切り離せない問題になっていると思われます。しかし現在では、病院全体における診療録管理部門への投資が、ままならない現状も考えなければなりません。大型コンピュータ導入は、コストに負担がかかるため、パソコンを中心とした電算化が主流となる所が多いでしょうが、入力できる容量に限界があり、過去の情報をどう処理するかが、開院と同時に、診療録管理部門が電算化されていない病院の悩みであると思います。北里大学東病院は、そのため、良い条件のなかのスタートであると思いますが、本院での受診経歴の有・無が入力されているようで、開院までには、様々な問題の検討がされたことでしょう。

今まで電算関係の方に依存しがちな、プログラムの開発や操作も、病歴部の職員自らが参加している点や、新人医師のパソコン操作の教育期間があり、全員が参加してから実務に入る点など、トータルシステムに対する職員全体の努力がうかがえました。

病歴室では、10年分位のカルテ・X-Pフィルムの保管が可能だということですが、他の多くの病院で頭を悩まされている保管スペースの問題は、将来やってくるでしょう。その時のためのマイクロ化や光ディスク化等の長期的な点や、統計業務

等のプログラム開発という現在直面している点など、病歴部に課せられた問題は、後を絶たない状況のなかで、北里大学東病院の職員方が一丸となったパワーを大いに発揮して、頑張っていたきたいものだと思います。

日頃、他の病院を見学させていただく機会があ

まりないため、診療録管理研究会は、私自身たいへん勉強になりました。北里大学東病院の皆様方には、お忙しいなか本当にありがとうございました。

(まとめ 東邦大学医学部附属大森病院
診療録管理センター 沖元 真理)

日本病院会臨床予防医学委員会編

肝 臓 病

頒価1冊200円

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 ヴィラロイヤル三番町
でんわ・03-264-3180

日本病院会臨床予防医学委員会編

高 血 圧

頒価1冊200円

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 ヴィラロイヤル三番町
でんわ・03-264-3180

講演

病院監査と看護監査

病院システム開発研究所所長 坪 武

62年8月・東京・看護管理研究会

皆さんこんにちは。ただ今御紹介を賜りました病院システム開発研究所の坪でございます。ただ今座長の島崎先生から、今日は一味違う話が聞けるだろう、ということをおっしゃられてしまいましたので緊張しております。本当に一味違う話ができなかったら、大変だという気がいたしております。

私に今日与えられましたテーマは「病院監査と看護監査」ということですが、私の研究所の活動は、国内と国外、国際的な分野に分れておりまして、そのなかには看護問題の研究をやっているチームもあります。看護問題につきましては、今日御出席の皆様の方がずっと専門家ですから、これから私がお話しすることはすでに御存知のことばかりであろうかと思っておりますので、間違っているところがありましたら、その点は是非素人が話してるんだな、というふうにお含みおきをいただきたいと思っております。

最初に極めて簡単ではございますが、私共の研究所がいったいどういう研究活動を行なっているのかを御理解いただくために、その活動概要を説明させていただきます。

私どもの研究所は、国内におきましては、国の対癌10年政策と欧米先進国の対癌政策とを比較研究して、日本が欧米先進国の失敗の轍を踏まないようにするには、どういう政策を今後日本の対癌政策の中で考えておいたらよいかという研究とか、または、先年医療法の改正がございましたが、その医療法の改正のなかでの地域医療計画技術の開発やその計画作業とか、その他各種の保健医療福祉関係法規に関する政策を検討していくうえでの背景になるようなことを研究をしたり、ま

たは国公立病院等の統廃合の問題や経営の近代化・改善の作業の研究や、健康福祉都市開発の研究などを行なっております。海外におきまして、外務省の海外医療経済・技術協力、それから国連関係のプロジェクト、日米医療計画技術の共同研究などを行なっております。

さて、本題の病院監査と看護監査のお話に入らせていただきますが、その骨子はすでにお手元にお配りしておりますのでご参照下さい。基本的には私は監査そのものが、歴史的に大きな変革をしなければならぬという時期に出くわしていると思います。

御承知のように、今迄医療は長い間、与えられてきた医療という形をとり続けてきたわけです。今日社会保険制度を導入している国々は多くなりましたが、それらの中の自由経済主義国つまり日本の政策医療と比較出来る国々には米国、フランス、イギリス、イタリア、ベルギーまたアジア太平洋圏においてはオーストラリア、ニュージーランドがございますが、こういう国々においても社会保険制度は、国から与えてきた医療に対する保険ということで発展して来まして。

その時代の監査というのは、御承知のように、監督者に代わって、監督者の利益を守るためのチェック機構としての監査であったり、または、法律とか規約、規則等に対する整合性をチェックするための手段としての監査の時代であったかと思っております。

そういう監査を古典的監査と呼んでいます。しかしながら御承知のように近年、医療は量から質の時代になりながら同時に、受益者負担の認識が高くなってまいりました。医療の益を受くべく受

益者の医療になってまいりましたから、当然のことながら監査そのものも、医療提供者や医療行政の立場にある人々の利益を優先するという過去の監査概念から、受益者の利益、受益者の安全性、受益者の快適性をいかに健康を確保する事を目指して受益者の利益を保全するためにどう監査すべきかという状況に変わってきつつあると思います。

また、医療ニーズの拡大と多様化も大変広がりがつつあること、住民の感性または個性が非常に文化的に高まってまいりましたし、またライフスタイルの多様化とか生涯性に関する感覚、人生のもちかた高齢化社会の到来、疾病構造、医療政策なども大きく変わってまいりました。

ほんとは医療政策も大きく近代化して来たと言いたいのですが、医療政策の近代化はむしろ大変遅れてしまったと言える状況です。日本においてもついこの間、第2次医療費抑制政策を含めた国民総合医療対策の中間報告が出ておりますけれども、他の先進国においてもやはり同じような医療費抑政策が積極的に打ち出されています。外国ではそれをコストコンテナーメントストラテジーと呼んでおりますが、それらの手段として、DRGの導入によって診療行為レベルから医療費を抑制するというようなことが出ております。

このような状況が出てまいりますと、当然監査そのものも近代化していかなければならないことになってくるわけでございます。

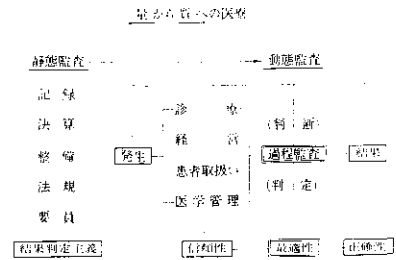
したがって、医療の安全性や受益者である患者の便益を守るための監査を今後どのような形にするべきかと考えますと、当然従来のように、あれをやっては駄目、これをやっては違反であるというような短絡的な次元の低い監査ではなく、むしろ医師および看護婦の皆さんに対していかに新しい建設的な方法、またはシステム、または問題解決の仕方等を提案することを前提とした監査になってゆくべきでしょう。その効果は必然的に現場の状況を、より受益者の便益を守れるような方向で、拡充してゆく事になって来るわけです。

それではこの辺で、OHPを使わせて頂きながら御説明を続けさせていただきます。極力OHPの内容を読みあげますので、後ろの方で見えにく

表1 病院監査の近代化

病院業務動態のバイオリズムを把握して事業とサービスの
適質, 適時, 適費, 適量, 適在
を判定し, その危機管理の確認を行なう

表2 病院監査の近代化



い方々は是非私の声を通してOHPの中身を御理解いただければ幸いです。

最初にお写ししているOHPは、病院監査の近代化(表1)でございますが、病院業務そのものが非常に動的になってまいりました。つまり動く要因の動きを知らなければなりません。病院業務の業務動態のバイオリズムを把握して、病院事業と病院サービスの適質、適時、適格な費用、適量適在、適所の整合性を判定して、その危機管理の確認を常に行うという状況に病院監査が変わってきました。つまり、監査も従来の結果主義的跡追い形から、過程を視る動く監査になってきたと御理解いただきたいと思ひます。

今迄の監査は、どちらかという、静止した結果の状態を見て、判断をして来ていたのです。次は量から質への医療(表2)時代への対応でございます。まず今迄の静態的な監査ですが、静態監査のときは、記録とか決算、整備法律、規則、要因、そういったものに対して法規基準に対して適合しているか否かという、いわゆる結果判定主義の監査をやってきたわけですが、今後の動態監査になってまいりますと、それは診療、経営、患者の取り扱い、医学管理、そういった領域に対して、発生から結果までの過程が、正確性がある信頼性が保たれていて、しかもそれらが総合的に最適な状態で結果に到達したかどうかを事前に予測出来る様な監査能力を必要として来ます。

表3 質の医療を実践するための監査ポイント

1. 意志決定精度	14. 施設・設備活用
2. 権限委譲と行為	15. 要員計画
3. 標準化	16. 倫理基準
4. 業務形態	17. 手術・処置プロセス基準
5. 伝票文書様式	18. 取り扱い基準
6. 管理方式	19. 危機管理
7. 業務効果判定方式	20. 目標精度
8. 指示・伝達精度	21. 組織と人材開発
9. 政策と方針	22. 企画・計画精度
10. 判断基準	23. 社会評価精度
11. 志気と行動	24. 費用便益効果
12. スケジュールリング	
13. 情報入手・活用	

最近、ナーシングケアマネジメントのなかのいろいろな教材とか文献等にも出てきていますが、ナーシングのプロセスマネジメントとかプロセスモニタリングの必要性と技術革新のニーズが出て来ています。そういう意味でも今後の監査にも、プロセス監査というものが非常に求められてきております。

次のOHPは、しからば質の医療を実践するための監査ポイントというのはどんなポイントがあるかということで、24項目掲げました(表3)。24項目を読みあげますと、1. 意志決定の精度。2. 権限委譲と行為。3. 標準化。4. 業務の形態。5. 伝票文書の様式。6. 管理方式。7. 業務効果判定方式。8. 指示伝達精度。9. 政策と方針。10. 判断基準。11. 志気と行動。この志気というのはモラリティーで患者のモラリティーも職員のモラリティーも入ってまいります。12. スケジュールリングの精度管理。13. 情報入手と精度、そして情報の活用。14. 施設、設備の活用。15. 要員の計画と活用。16. 倫理基準管理。17. 手続き、処置、プロセスの基準。18. 取り扱い基準。19. 危機管理。20. 目標精度管理。21. 組織と人材開発。22. 企画計画精度管理。23. 社会評価精度管理。日本では社会評価精度管理ということはあまり行われておりませんけれど、欧米先進国では相当これをしっかりやっております。24. 費用便益効果管理。

そこで、質の監査のなかで特に診療場面の監査

表4-1 診療質監査の傾向

部門別・疾患別診療行為・看護行為別相関指標	
1. 延命率	9. 入院日数
2. 生存率	10. 通院回数
3. 退院時治癒質・量	11. 医師業務時間
4. 通院完了時治癒質・量	12. 看護婦業務時間
5. 診断過誤率	13. 重症度構成
6. 指示・処置重複率	14. 看護度構成
7. 検査過誤率	15. 手術過誤率
8. 投薬過誤率	

はどういう傾向になってきているかと申しますと部門別、疾患別、診療行為及び看護行為別、治癒相関指標を定性的に監査する傾向になって来ています。その中から代表的なものを拾ってみますと(表4-1)、1. 延命率。2. 生存率。3. 退院時の質。質というのは、治癒の度合および治癒率、その量。通院完了時の治癒の質および量。診断過誤率。指示、処理重複率。検査過誤率。投薬過誤率。入院日数。適正な入院日数。適正な通院回数。医師の業務時間。看護の業務時間。等が、医師および看護婦によってその信頼性管理がなされているかどうか。それらには、重症度の構成内容管理、看護度の構成内容管理。手術過誤率管理などが、質の監査の場合ではほとんど重要視されてきております。

最近では監査にも生物学的監査とか医学的監査という言葉が使われてきております。医学的監査の有意義性というのは(表4-2, 3)、予防医学と同じでございまして、病院の全活動状態を表す関連要素の監査を含めて病院の地域に置かれた条件というものが、病院を取り巻く諸々の状態から、環境の変化をも受けて出てくる経営条件の変化とその条件変化に対して病院が変化に強い対応能力を医学的、医療的、経営的に持っているか、または変化に対して持続できる存続能力を持っているか、等を確認するための監査であって、監査そのものは病院の地域における存続に対してより建設的な監査になってきます。従来のようにネガティブ監査ではなくてポジティブな監査というものに変わりつつあるわけです。

また、そうでないとしたら、それは監査をやっている人の方が不適正といいますか、時代に遅れ

表4-2 医学的監査の有意義性

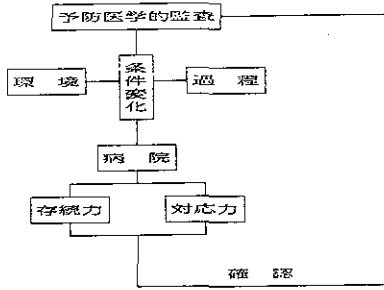


表4-3 病院監査対象相互関連要素

1. 経営理念	10. 業務の実施
2. 経営環境条件	11. 業務の評価
3. 運営管理に関する政策	12. 人材開発
4. 病院の事業目的	13. 業務過程管理
5. 役割と機能	14. 情報管理
6. 企画・計画	15. 職員/患者志気管理
7. 組織	16. 患者関係管理
8. 資産及び資源	17. 危機管理
9. 活動	18. 長期管理

ていると言えるわけでありませぬ。そのような動的な監査の動きは何を結果的に目指しているかということだ。

まず1番目に、病院がその地域において存続していくには、当然長期計画を立てなければいけません。その長期計画が実際に動き出すときには、今度は運営問題が出てくるわけですが、その運営問題のなかに時間の有効活用が出て来ます。それは発病、診療、治療、社会復帰、生活復帰迄の段階的時間過程の活用と管理を指すものであります。

そういう意味では診療時間とか在院日数、通院日数、診断日数、検査日数、治療日数、業務処理時間、受付時間、待ち時間などの所用時間管理をより正確にする必要があります。看護マネジメントのなかでも、タイムマネジメントは最近非常に重要視されている病院といわれておりますが、病院監査でも当然各種の業務時間監査をするようになって来ております。つまり所定の時間をどのように有効に活用しているかという監査が最近出てきたわけでありませぬ。それは時間が診療効率

表5 病院の効率化と Security

管理系機能 (運営の経済性・安全性 ケアの量/稼働性)	— 運営/規則 需要予測, 人事, 組織, 企画, 設備, システム, 安全性, エネルギー配分, 物流, エラー及びロス, 稼働, 財務, 記録
診療系機能 (プロセス・スケジュール リングケアの質)	— 診療, 看護, 検査, 診断, 処置, 機能, 予護(院内~地域), 投薬, 医技術, 医療指示, 医療評価
患者サービス系機能 (適応性・快適性・配分・供給・サービスの質)	— 院外生活(通院指示, 在宅ケア指示), 待ち時間(指示, 外来, 入院, 受診, 受検, 処置, 投薬, 会計), 院内生活(給食指示, 在院ケア指示, 接患態度, 環境衛生, エネルギー, 安全, 空間, 受診教育, 人間関係), 流れ(人・物・情報)の適応性と快適性

上最も大切で、経済的にも一番コストが高いからです。

又時間活用からみて診療の標準化がありますが、それも疾病、症状、年齢、体質、既往症、その他、患者のバイオデータなど患者の医学、生物学的生活スタイル情報をベースにして、その病院の診療の標準化または看護の標準化が、診療の安全性と効率性を向上させる上で決まっていくわけでございます。そのような診療行為または看護行為、病院の業務行為のプロセスをどのように、どのステージで何を目標として監査するかということをお述べさせていただきます。

そこでそのプロセス監査結果が目指すものは何かというと、大きく分けて3つあります(表5)。1つは管理系機能の監査、2番目が診療系機能の監査、3番目が患者サービス系機能の監査であります。それら各々の機能が病院の効率化と安全性と快適性を維持しているか否かを確認してゆくわけだ。とかく効率化だけを求めすぎますと安全性と快適性が犠牲になりますから、そういう意味で効率性と安全性のバランスをとっていけるようにしなければいけないわけだ。管理系機能では

表6 医療経営のシステム改善の原則

- 1) 哲学——ベターペーシェントケア
- 2) 概念——安全性と効率性と患者便益全てに優先
- 3) 目標——医療効率・医学効率
患者サービス効率・経営効率

運営の経済性、安全性、ケアの質と量、よいケアが迅速にできるような稼働性のある業務体制の確認が必要です。

つまり、病院の管理機能系が看護機能系に対しても診療機能系に対しても、ケアの質と量が目的に対して正しくバランスがとれるようなサポート能力と実行が適正な状態でできているかを監査いたします。

それから診療系機能においては、それらを実践していくためのプロセスマネジメントスケジュールリング、ケアの質の維持などが実践しやすい状況にあるか否かを監査します。患者サービス系におきましては、患者さんの適応性、快適性に対して十分な環境とか条件、支援体制、材料、手続きなどが、きちんと提供されているかどうかということを確認していくわけでございます。

病院の経営者に対しましては、病院経営に関する経営哲学、経営概念、経営目標がどういう方向を目指しているかという点を監査致します(表6)。これは皆さんも御存知の医療の哲学ですが、より良い医療の提供ということを指しています。概念としては、それを達成するために安全性と効率性と患者便益をすべてに優先するべきでしょう。従来のように、法律とか行政の特定指導項目を短絡的に優先すると、逆に病院と患者がその犠牲になりかねなくなります。今後は益々受益者負担の時代の医療ですから、当然高負担受益者である住民の信頼を常に高く維持する事は、病院にとって地域に対する当然の義務となってまいります。

目標といたしましては、医療効率、医学効率、患者サービス効率、経営効率、これら4つの効率をどの1つもバランスが崩れていないかを視ていけるような監査も進めていく必要があるかと思えます。

時間管理(表7)。これは先程も申したように、最近の著書「モダンナージング」などにも出てき

表7 時間管理

- 患者にとって一番の苦痛、それは諸要因による心の苦痛、そして、それらの中で、通常病院経営者が比較的に見過す事項が、
- ・患者への時間の還元
 - ・患者への失われた機会の還元

表8 信頼管理

そして、診療効果としては、病院が救命、延命、健康回復の保証をより多くの患者に提供できる体制を確立することなので、事務的対応設備の整備、職員補充等で得られる信頼では限界があり、生涯保健維持支援を前提としたアフターケアまでのサービス体制の確立も必要になってこよう。

ますが、最近業務過程の質管理とタイムマネジメントを監査の方でも大変重視してきております。通院、入院受療中の患者にとって一番の苦痛、それは病院側の能力不足からの諸要因による心身の苦痛です。そしてそれらのなかで通常どこの病院経営者も見逃す事が、受療中患者が失った生活時間と機会を患者へ還元することです。失われた機会の還元は、生活と社会機会ということでございます。病院は、患者が病院の玄関を通過して病院のなかに入ってしまうと、病院側の能力で患者を自由に取り扱えるわけですが、もしある患者が病院で、3時間とられるところを2時間で社会に早く帰えれたら、自宅に1時間早く帰えれたら、患者が社会人としての時間をどのように有効に活用できるかということまで考えて、患者へのよりよいケア体制を考えている病院はなかなか少ないと思えます。

そういう意味では、患者に対して失われた機会や時間の還元をすることが真のケア上必要です。またそれは入院にしましても外来にしましても、病院側の努力でその患者をいかに早く社会復帰、生活復帰をさせて、失われた社会機会を患者に回復してもらうためでございます。

次は信頼性の管理の監査(表8)ですが、これは従来から病院の診療評価の1つの指標として用いられている監査基準ですが、それは部検率が高くなければいけないというような業務件数の多さで

表9 精度管理

病院業務において、最大の浪費は治癒促進に結び付かない診療業務と事務管理業務の作業エラー、時間ロス、判断エラー、指示エラー、伝達エラー等である。これらのエラーに対する事前防止対策、エラー再発防止対策を確立することによって、エラーの発生によって生じた時間ロス、材料ロス、労力ロス、精神的労度、それら各々の修復のための再コストと労度の発生および修復時期遅延またはエラーの発生によって生じた相手側への損害コストと精神的労度等が防衛できるので、病院経営システムの質的、量的、運営活動の精度管理体制のセンター化は極めて費用便益の高い管理機能であり、健全な経営を維持するための命的要因である。

診療の質の高さを測る指標が少なくありません。それらは結果的には量的な監査や形式的な監査に偏重していて、質的な監査が少ない事を表しています。

昨今の欧米の監査指標を見ますと、病院で剖検率が高いということは死亡率も高いということの裏付けになるので、剖検の件数よりも剖検による病理のつめ方がいかに学問的に深く掘り下げられているか。そして、そのドキュメンテーションが医学的に信頼性の高いものかなど、剖検の中身をよく監査する状況になってきています。つまり診療評価、看護評価等は量的監査対象ではなく、質的監査対象ですから日本の医療監査内容も早急に近代化されなければならないと思います。

そこで今後は、病院が地域住民の救命率・延命率生存率・健康回復率レベルを上げられるか、又それを達成できる体制ができているのかどうかを剖検内容監査と並行して行う必要が出て来ます。それらはひいては患者の社会復帰率を高くすることになりますので、病院が住民の生涯保健の維持を支援する事を前提としたアフターサービスまでの体制を持つ事にもなってきます。それによって病院の、地域における信頼度を同様に高めることができる確率が高くなっていくかと思えます。

次は病院業務の精度管理でございますが(表9)、信頼性管理の基礎に精度管理があります。御承知のように、これは昨今の病院では流行のよ

うにQCとかTQC活動がいろいろ個別の形で又は個別の統合行われておりますが、個別の機能ではございませんし、個別の集合でもありません。私はいつも病院を人間の生体に例えるのですが、病院は生体と同じようにすべての臓器、器管、神経、骨格、感覚、血液等が連結、連動しているわけですから、ある特定の部門だけTQCをやっても素晴らしい成果を出しても、それは周辺部門とのバランスがとれていない限り、かえって全病院活動の安定をくずすことになります。つまりある特定部門のいくつかは、あまりにも短時間で業務精度を上げようとすると他の部門の発展を阻害したり総合運営上に、ディフェクトが出てくることであるということです。つまり、QC又はTQCいずれの成果を上げる場合でも、複数部門の協同サークルから全体サークルへの連動とそのバランスをとるということが、非常に重要であります。

病院において最大の浪費とは何かと申しますと、患者の治癒促進に結び付かない診療業務とか事務管理業務の意志決定エラー、作業エラー、時間ロス、判断エラー、指示エラー、伝達エラー、等の諸々のエラーなんです。そういうエラーの防止対策が病院のなかで集中的にモニターされているかどうかの監査も、問題の事前防止の為に行われるべきであります。このモニターは部門、部署を超えて病院を全体システムとしてモニターする必要があります。1部門で業務の流れが変わったり、またはそこで業務の停滞が起きると、その前後にある各部門の業務が停滞又は遅延するわけですから、それが診療の遅延、治癒の遅延に発展してゆきます。それを修復するためには修復するコストと時間と努力が必要なのでございます。時には努力をしても実状の回復が難しい場合があります。従っていかに業務を正確に決定して処理するか又エラーの防止をするかを局所ではなく全体像からモニターする事が病院全体の安定にとって非常に重要なことでもあります。業務の精度管理に関する監査はこのような分野を含んでいるわけです。

今迄申しあげた監査のポリシーに対してもう少し細かく申しあげますと、きつき監査に4つの目標があるということをお話ししました。その第1

表10 医療効率

目標：診療効率確保への支援
1. 地域患者人口の中から負担すべき数と内容レベルを取扱っているか
2. 診療制限をしていないか
3. 診療のスケジュール化をしているか
4. 医師は就務義務時間、業務責任件数を果しているか
5. あらゆる患者の苦痛を除く努力をしているか
6. 検査、診断、治療の高頻度な指示、やり直しはないか
7. カルテは明記しているか
8. 直接診療件数、時間は多いか
9. チーム診療をしているか
10. 診療もれは無いか
11. 外来中に検査、手術準備は終わっているか
12. 院内外来患者連携はできているか
13. 早期診断、治療を行っているか
14. 健診体制はあるか
15. カルテ相互チェック制はあるか
16. 看護効果は早期治療、退院につながっているか
17. 医師が診断を円滑に行える支援体制は整っているか
18. 治療率・回復率は上がっているか
19. 院内危機管理体制はできているか

番目は医療効率でございますが(表10)、医療効率を何故監査するかということについては、診療効率を確保するための支援という意味で監査をするわけです。

これは一言でいいますと、地域に存在しているAなる病院が、地域の人口のなかにどういう疾病がどの位の人口で発生して、その発生している疾病のなかから、自分の病院が当然負担すべき又は受け持たなければならないと思われる患者(質と量)を、適正に病院のなかに吸引しているかどうかという評価から始まりまして、時間的診療制限をしていないか、科によっては1週間に2回しか診療しない科がないか、科によっては閉院時間より早く診察の受付窓口を閉めていないか、科別の連携にバラツキがないか。その他、患者が記入する書類が簡便に、わかりやすく、正確に記入しやすいフォーマットになっているかどうか。また、患者に対して手続きがわかりやすく説明されてい

表11 医学効率

目標：診療の安全性、正確性確保への支援
1. 各種診療、診断、検査基準はあるか
2. 医学管理はあるか
3. 各種症例は検討されているか
4. 各種卒後教育は整っているか
5. 事故、紛争の医学反論はあるか
6. 剖検、臓器、輸血のバンクはスムーズか
7. 院内感染、事故対策はあるか
8. 文献、症例は最新のものが
9. 薬、材料、器具、機械、新治療技術の医術的評価基準はできているか
10. 医科学情報は最新にしてユーザー指向に整備されているか

るかどうか。その他、疾病治療率、回復率はちゃんと経時的にあがっているのかどうかの評価に迄達します。

最後に、院内の危機管理体制、これは院内感染を含めまして、いろいろな意味でのリスクの管理に対する対応ができていのかどうか評価します。これらが医療効果の監査ポイントで、全部で19点挙げておきました。

次は医学効率でございます(表11)。医学効率のターゲットは診療の安全性、診療の正確性の確保への支援でございます。これは、先程の医療効率のさらに基本になるものですから、病院における各種診療、診断等の検査に対する医学的基準は、はっきりしているかどうかの評価から始まりまして、病院全体の医学管理が各種の業務、各領域に、また各データベースに、または情報の精度管理にまで至っているかどうか、各種症例は検討されているか。各種卒後教育は整っているか。医療事故、医事紛争等の医学的反論は確立されているかどうか、という分野の評価迄達してゆきます。それらの監査項目は、全部で10項目になります。

第3項目は患者サービス効率です(表12)。そのターゲットは患者サービス向上の支援でございます。これは11項目から構成されておりまして、1番目は待ち時間、待ち日数、外来検査手続き、入院退院手続きなどが患者への便益を考えて守られ、かつそれらが医学的に適正管理されているかどうか。2番目に患者に対するマナー、取扱いが快適

表12 患者サービス効率

<p>目標：取扱いの安全性・快適性・治療効率確保への支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 待ち時間、日数はどうか 2. 快適な接患マナーはできているか 3. 費用受診負担は管理しているか 4. 受診前後予後指導はあるか 5. 手続きは簡素化されているか 6. 信頼関係はよいか 7. 生涯ケアはよいか 8. 教育、合意プログラムはあるか 9. コミュニケーションはあるか 10. 患者・家族に精通しているか 11. 人間関係はできているか
--

にできているか。ここでいうマナーは、単に対人関係だけではなく、患者に対するいろいろな手続きなど患者とのかかわりのなかでのすべてのプロセス、入院生活、外来環境条件などが全部含まれてきます。そして最後に、病院はデータベースで患者の全バイオデータを直接担当する診療科または医師、看護婦、職員は、患者・家族の人格も含めた情報に十分精通しているかという評価まで入ってきます。

第4項目目は経営効率でございませぬ(表13)。経営効率のターゲットは経営の安全性、経営の健全性、経営の投資効率を確保するための支援でございませぬ。

これも17項目に分けておりまして、最初は診療収入に占める技術収入が順調に伸びているか。今送られて来ているいわゆる黒字病院を収入発生の原点から見直してみると、その黒字が本当に診療技術やサービスの質から発生しているのかどうかの確認をしている病院は、必ずしも多くありません。むしろその収入の多くが物品収入とか室料差額収入に依存した部分が多いのです。それらによって病院の大半の黒字が出たという得意になっている病院経営者が少なくありません。ですから、私どもの研究所では病院経営の定義の中に、黒字で不健全な病院、赤字で健全な病院という定義が含まれています。つまり、黒字でも質的に不健全であれば赤字以上に悪い、赤字でも質的に健全であれば、経済偏重の黒字病院よりも健全であ

表13 経営効率

<p>目標：経営の健全性・投資効率・安全性確保への支援</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 技術収入が順調に伸びているか 2. 技術件数(検査、手術)は伸びているか 3. 技術単価は取扱い患者内容と関連しているか 4. 施設、設備は能力の上限まで回転しているか 5. 未収、在庫の遊びはないか、短期か 6. 資金活用、管理はできているか 7. 部門コスト管理はあるか 8. 投資回収コスト管理はあるか 9. 生産性コスト管理はあるか 10. 薬、室料は増えていないか 11. 就務管理、減価償却、金利は管理されているか 12. 時間/人件費/注入の相関管理はされているか 13. 診療単価は技術診療、効率診療を反映しているか 14. 偶発債務・保険対策はあるか 15. 引当金は積立済みか 16. 医師・看護婦が直接診療に多くの就務時間を費やし得る支援体制はできているか 17. 院内危機管理体制はできているか
--

るという定義を持っています。それらの判定はこの様に病院経営の全活動動態をシステム分析していくと出てくるわけでございます。そして、経営効率評価の一番最後の17項目目では院内の危機管理体制(診療、環境、経営など)、はできているか。及び医師、看護婦が直接診療行為に多くの就務時間を費やしうるような支援体制が院内で確立しているか、という時間管理と診療効果の相関を視る監査項目に及んでいます。

これで4本の監査の柱を御説明したわけですが、さて、それらのことをスムーズに進めていくには、患者へのよりよいケアサービスの提供を何事にも優先することを全員が合意した共通テーマとした院内全体の一致協力と理解とコンセンサスがなければできないわけです。ややもして、それらが順調に行われていない病院の背景には、各部門の管理者に問題がある場合のみならず職員に問題がある場合もあり、上層幹部や特に理事会の能力に問題がある場合もありますので、紙上の監査より、人間ファクターの監査が本当に重要です。又あるテーマについては上層部だけが非常に興味を持っている場合もありますし、ある先通テーマ

表14 経営のシステム改善を求める病院資質の判定

- 改善実施経験を通して遭遇した、困難な改善対象施設の典型は、
1. 上層部だけ熱心
 2. 職員の無関心
 3. 職員の勤労意欲が低い
 4. 被害者意識充満（全てに非建設的）
 5. 暗い人間関係による雰囲気
 6. 診療部門の無関心
 7. 上層部の非協力
 8. 管理権限の誇示過剰
 9. システム化思考ゼロ施設
 10. 責任あって権限なしの責任者の選択方式

についても職員は無関心の時もあり、又ある特定テーマについては職員の勤労意欲が低いために実施されない場合もあります。またある特定部門の改善テーマについては、職員間で保身の姿勢や被害者意識が充満して、出てくる意見はネガティブな意見が多い場合もあるように経営問題にはいろいろな状況があります。ここにそれらの中から主な問題の10項目を挙げておきました(表14)。

最後の10項目は、責任だけ与えられて権限が与えられないという例で、これは責任あって権限なしの責任者の選択方式の例まで出てくるわけでございます。従って業務改善やTQCプログラムをつくるのは簡単ですが、それを実施し、その成果を得るといふ段階になりますと、それを実施する組織の資質と条件と環境と運命共同体の人間協力をきちんとしないと、問題が問題として残り続けるということでございます。それをより回避するためにも、職員間で成果を分かち合う姿勢が大切になってきています。

監査のなかには(表15)、最近病院のなかに新しいハイテクロジーがいろいろ入ってきている事、そしてそれらの活動への影響にも注意を払っています。それらは機械や機器、材料の場合もソフトや技法、手法などの場合もありますが、それらが果たして安全に効率よく病院のなかで目的に沿って活用されているかどうかを監査しなければなりません。

このなかでのいくつかの例でお話ししますと、腎結石の石砕とかレーザーメスの新処置とか、レ

表15 今後の経営システム改善により向上すべき領域

- 1) 診療行為と手段、条件（人、物、金、時間、プロセス、設備）の標準化システム
- 2) 施設ケアから在宅ケア施策への支援システム
- 3) 診療ステージプロセスマネジメントの体系化（システム化）
—含臨床意志決定システム—
- 4) 新診療技術の臨床への導入によるメディカルベネフィット、患者ベネフィット、経営ベネフィット等の達成を目指す。
例) 腎石砕、レーザーメス処置、レーザー併用内視鏡診断、ウォータージェット手術、CAPDの活用、核磁気共鳴聴診装置、NMR、局所動脈内選択的注入療法及びその多様な応用（+照射+温熱+凍結+レーザー療法）等の導入により、下記の諸効率の達成が可能になってくる。

医療効率	患者サービス効率	経営効率
副作用の減少	早期治療	新患受診率の向上
生存率の向上	早期社会復帰	保存血液、輸液等
延命効果	血清肝炎回避	購入制限
輸血省略	入院日数短縮による精神的、	高診療効果による
輸液削減	経済的負担軽減	病院の社会的イメージの向上
生態損傷制限		
早期治療		
早期回復		

但し、高度集積技術(ハイテク)をベースにした、新診療技術の導入及び新病院設備技術の導入に関しては、その高いパフォーマンスも期待できるかたわら、ハイリスク、ハイコストと背中合わせをしている認識が重要で、それらの導入に関しては活用上のシステムの中で、必ずリスク防衛体制を持つ能力を同時に必要とする。

- 5) 費用便益マネジメント中央化
医療便益 患者便益 経営便益
- 6) 市場需要変化と病院事業計画の連動管理システム
- 7) 診療業務と事務業務の効率化連動システム
- 8) 関連情報の自動振り分けシステムセンター
- 9) 全病院施設活動動態管理
- 10) 業務別タイムマネジメントシステム管理
- 11) 疾患別診療別総合原価集集中管理システム
- 12) 業務エラー防止モニターシステム
- 13) 人材育成一卒前、卒後育成と長期開発計画

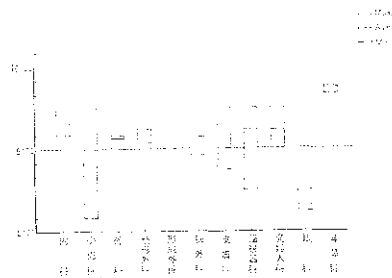
—レーザー併用の内視鏡の診断とか、ウォータージェ

ットの手術，方式またはCAPDの活用，核磁器聴診装置などがそれらに当るものです。それらは個々別々に申請され検討され導入する場合もあり，新しい処置法として採用する場合もあるわけですが，そのような場合にそれらが全体に及ぼす効果を事前に検討すべきですが，又医療効率との係りでは，副作用の減少とか生存率の向上，延命効果の向上，または輸血省略による血清肝炎などの回避，輸液削減，生体損傷の削減又は回避，早期治癒，早期回復，早期社会復帰などへの寄与効果やリスク回避策をも事前に検討すべきでしょう。経営効率との係りではそれを受けて新患受診率の向上とか保存血液，輸液購入の適正な購入レベルの決定など，診療の質の安全性との整合性を視る必要が出てまいります。

そのような状況のなかで，新しい技術を病院が導入した際に，それがソフトの場合でもハードの場合でも，それらから発生する高いパフォーマンスを事前に確認をして導入をしても，ハイリスクとハイコストと背中合わせをしていることを常に自覚していなければならないわけでございます。一方で非常によいパフォーマンスを出すということは，一方でリスクの高い要素もあるということでございます。このようにハイテクの導入には，総合判断と事前アセスメントをしすぎることはありません。

これも要点だけお話ししますと，さきほどの4つ監査の柱のなかに医療効率の監査がありました，それを詰めるときにはさらに細かい点がチェックされていくわけですが，その場合に，情報源としてはどこからそれらを抽出チェックし，それは定量的な評価をするのか定性的な評価の部分なのか。又，それらが改善されるとどの分野で貢献されるのか，又その貢献分野は更に広がっていきどんな結果が期待できるかという連結性となる監査体制を敷かなければ，監査を実施する価値がありません。一般的には規定にそって〇，×式的な監査方法が多く，次回も同じような項目を慣習的に監査する例が少なくありません，しかしそれだけでは全体評価や，変化への対応が正しく評価出来ませんので，監査の項目の選択や固定も重要なことながら，実際にそれがどういう発生源で，ど

図1 科別外来診療開始時刻(1週間平均)



こが定量的な評価なのか定性的な評価なのか，どんなプロセスでの結果が出現してきたのかを，よく把握しておく必要があるわけでございます。

ここで実際に監査行為の実例を示しながら御説明をしていきますが，まず大きな監査骨子だけをお話しますと，待ち時間の問題があります。これは院内，院外合わせてでございます。それから診療指示診断，処置，患者のフローがあり振り分けは予告，応対，外来の予約受付，部門への振り分けまでを含んできます。次は看護の度合または信頼性管理体制，各種検査の重複，反復，回答，給食の内容，配膳状況などの業務の質の管理，コミュニケーションの断絶，遅延，不足，過誤状態を評価します。又各種業務手段，その影響，各種スケジューリング，予約，変更，予告，施設，設備，設計条件などの効率的な活用，稼働，状態などをも見てまいります。

最初の例は，外来の開始時間に関する事例です(図1)。11科ある病院の科別外来の開始時間を1週間モニターしますと，病院の開院時間は9時になっていますのに，各科各様にその開始時間がバラついておりまして，たまたま時間管理の悪いドクター又は診療チームのところに行った患者さんの待ち時間は，長く待たされるということになります。

これは待ち時間分析で(表16)，外来と入院の各科別の，外来における最大在院時間，平均診療時間，待ち時間，そして全科の平均待ち時間。入院におきましては，入院するまでの待機患者数，待機日数，入院してからの平均在院日数等々が盛られておりますが，このようなことを知るによりまして，最初に申しましたように，患者の失わ

表16 待ち時間分析

(1) 外来

診療科目	最大在院時間 (分)	平均診療時間 (分)	待ち時間
内科	120.4	5.0	115.4分
神経科	87.5	8.0	79.5
小児科	144.0	6.0	138.0
外科	104.0	6.0	98.0
胸部外科	85.0	4.6	80.4
脳外科	—	—	—
整形外科	203.6	6.0	197.6
皮膚科	85.0	5.6	79.4
泌尿器科	112.5	3.8	108.7
産婦人科	135.8	4.5	131.3
眼科	144.4	3.0	141.4
耳鼻科	62.5	8.2	54.3
歯科	198.6	24.7	173.9

平均待ち時間 約120分

(2) 入院

診療科目	待機患者数 (1)	平均在院日数 (2)	待ち日数
内科	60人	29.3日	
神経科	1	104.4	
小児科	0	15.1	
外科	40	26.1	
胸部外科	43	41.8	
脳外科	10	24.7	
整形外科	25	28.7	
皮膚科	1	31.7	
形成外科	14	13.4	
泌尿器科	10	21.0	
産婦人科	84	12.2	
眼科	137	15.6	
耳鼻科	92	29.4	
歯科	0	8.9	
計	517	23.3	18.2日

(1) 55年9月25日現在

(2) 54年度平均

$$\text{待ち日数} = \frac{\text{待機患者数}}{\text{1日当り入院数}} = \frac{517}{28.4} = 18.2\text{日}$$

れた社会機会または失われた時間、などが病院の運営の悪さによって患者にその損失を与えているということになるわけです。

これは入院後の例で、入院してから所定の処置

図2 入院日数別診療行為及び平均診療報酬事例
(胃・十二指腸潰瘍)

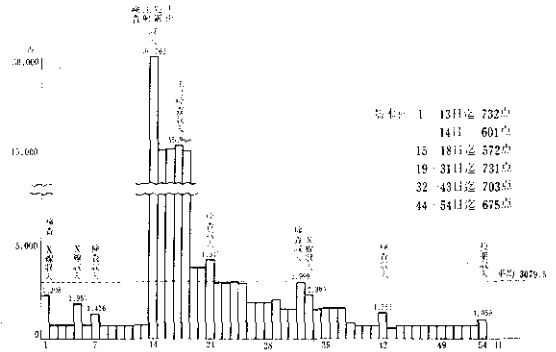
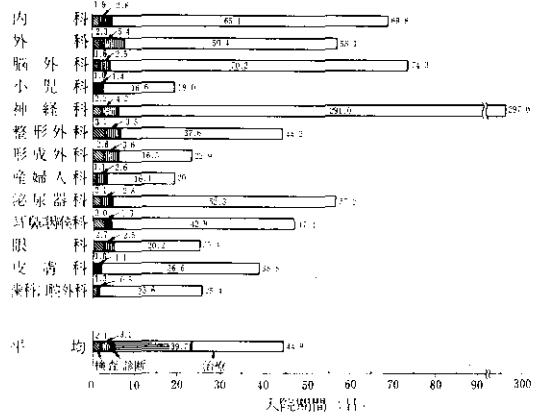


図3 入院患者—検査—診断—治療 所要時間動態



を受けるまでの待ち時間つまり、ロス時間がどのようになっているかをみたものです。これは胃・十二指腸潰瘍の手術対象の患者さんですが(図2)、集中処置を受けるまで入院してから10日間ぐらゐ検査等々でロスしています。胃・十二指腸潰瘍手術対象のケースのみが問題なのではなくて、各主要な疾患についても、このようにどう時間と診療行為が流れているかということを監査するための1つのパターンだということに御理解いただきたいと思います。

それが各科別に、検査日数、診断日数、治療日数でどういう所要時間状態になって表れて来ているかを把握しそれらが平均化されて平均在院日数等々になってくるプロセスをみてまいります。たとえばこれで見ますと(図3)、泌尿器科はこの場

表17 科別・急慢性別・疾病別・検査，診断，治療日数（例）

科	主 要 疾 病 名	検査日数	診断日数	治療日数	在院日数
内 科	急性胃 炎	～0	～0	～5	～5
	慢性胃 炎	2～3	1～14	2～46	6～62
	急性胆のう 炎	～0	～0	18～48	18～48
	慢性胆のう 炎	～2	0～5	31～45	38～47
	急性肝 炎	1～2	0～5	21～27	22～34
	慢性肝 炎	0～6	0～7	22～170	27～177
	糖尿 病	0～4	0～17	18～244	24～244
外 科	心 筋 硬 塞	0～1	0～1	16～68	17～69
	胃 癌	1～5	0～35	21～87	35～101
	肺 癌	2～7	1～28	28～143	38～154
	乳 癌	2～5	1～8	13～53	19～77
	直 腸 癌	0～5	0～22	31～105	35～113
眼 科	白 内 障	0～4	0～9	8～73	8～80
	緑 内 障	0～5	0～4	9～45	13～45
	網 膜 剝 離	1～6	0～4	5～58	8～64
産 婦 人 科	子 宮 筋 腫	0～4	0～13	14～37	19～45
	卵 巢 腫 瘍	0～5	0～21	2～35	2～56
	子 宮 癌	2～3	4～18	34～71	55～78
	下 腹 部 腫 瘍	～2	0～17	6～64	8～68

合、平均在院日数が57.2日になっていて、治療日数が52.3日、診断日数が2.8日、検査日数が2.1日というふうになっておりますが、これはこの日数を云々する問題ではなく、この中身が果たして治療効果的に適正かどうかということを実質に見直す機会を覚えてゆくわけでございます。

今度は科別のなかで扱っている主要疾患の分析にも入ってゆきます(表17)。慢性肝炎は検査日数をどのくらいかけて、診断日数をどのくらいかけて、治療日数をどのくらいかけているかしたがって、在院日数通院回数はこのくらいになってしまうのか、否かの分析例です。これで見えてまいりますと、各科各様に異なった重症度または状態を扱ってますから、当然、検査日数、診断日数、治療日数、在院日数は両一的にならないわけですが、しかし中身を個別に拾っていきますと、ある特定の科の看護チームの業務付加が特に高かったり、または医師と看護のチームのコミュニケーションの問題とか、医師が積極的に看護のレコーディングに目を通さないために、医師の患者に対する情

図4 看護度別患者数

[2] 1983年 中央市民病院看護部 H.C.

看護度別	B (22.9%) 315人		C (54.7%) 800人		IV 39.7% (218人)
	I	II	I	II	
看護度別	6.8%	7.9%	5.6%	4.2%	6.5%
(17人)	(45人)	(51人)	(30人)	(28人)	(128人)

(入院患者 652人)

A—給えず看護を要する。
B—1～2時間等に観察。
C—特に観察の必要なし。

報不足と患者の現状認識不足のために、検査および指示、その他のオーダーは必ずしも正確なものが出てこなかったり、又は、医師や看護のオーダーに補助部門が連働しなかったりする例も少なくありません。この看護度別の在院日数の場合でも(図4)、どの程度の看護度にあつてどの程度の生活度にあるか、それらを両サイドから見て、看護チームの方の判断で患者の入退院というものを、リーダーシップをもって医師と確認し合っている状態の監査も治療促進上重要であります。

これは医師の業務時間比率の分析でございます

図5 医師業務時間比率

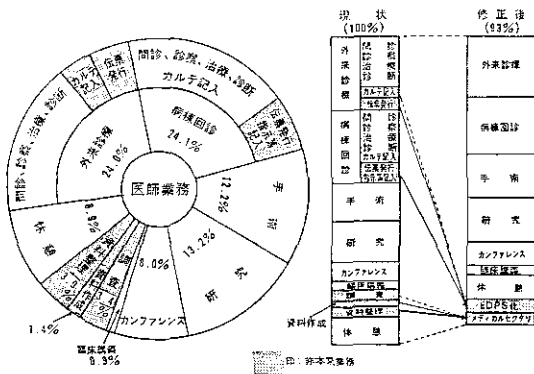
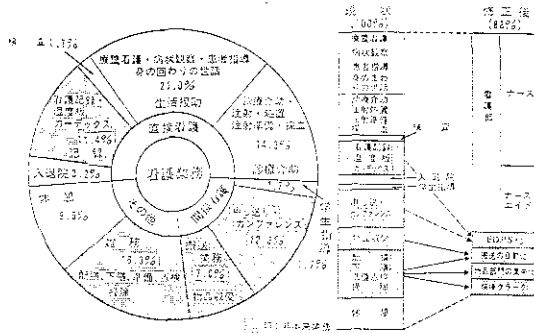


図6 看護業務時間比率



が(図5), 医師全体の業務を100といたしましたときに, 医師が直接やらなければならないことと, 医師でなくてもやれる事がありますが例えばもう少し医師が使う伝票とかカルテ情報伝達方式を医師が使いやすいように設計し直せば, 医師がそれから発生する余剰時間をどれだけセーブできて, それを直接診療にむければ患者の診療待ち時間が, どれだけ節約できるかを分析したものです。

現状を100として, それを修正した場合に, 修正をどこで吸収しているかということも含まれてきます。医師の責任で行う業務が, あまり直接看護婦の方に回るということは適正ではありませんが, 中にはそのような業務もあるでしょう。医師の削減した業務は他のOA化とかまたは他のスタッフによって吸収されるべきですが, それらはどの部分であるかということの分析を徹底的に行います。

これは看護の業務時間比率の分析です(図6)。

最近アメリカとかヨーロッパの病院・地域医療レポートを見ても, 看護婦がどれだけ患者の治療効果・社会復帰効果に大きな影響を持ちながら, それらに影響のない仕事が多すぎるか, という点を指摘しています。したがってそれをもっと再分析して, 看護婦を本来業務に戻すべきだということが強調されています。この分析図もそういう意味では, 医師の, 現状業務を100とした場合に, 修正後93%となるという数字が出ていましたように, 看護婦の現状業務を100とした場合に修正後88%, つまり12%の業務量を減らすべきであるという一つの分析です。この状態から見ても, 医師よりも看護婦の方が, いかに本来業務が侵されているかということが, お分かりになるわけでございます。

しかし, いろいろこのように監査をしていって, 病院業務の質と量のバランスをとる事を掲げていながらも, とかく監査をする人の主観が先行して, 効率の追求が重きをなしてくるケースにも出くわしますが, そうなりますと, どうしても質が犠牲になるということになりますから, 医療の特異性や実状, 背景に精通した監査人の選択も大変重要であります。その相関性をみる為の一つの例としてここに挙げていますのは, 腰とひざの骨移植の例で新しい術式によって平均在院日数が減ったわけですが, 術後の質が悪くなったじゃないかということを確認するために, 各々の治療経過を1983年式と1985年式の2年に分けてフォローしてみたら, 実際には, 1985年式は平均在院日数も

図7 TOTAL JOINT REPLACEMENT AVERAGE LENGTH OF STAY

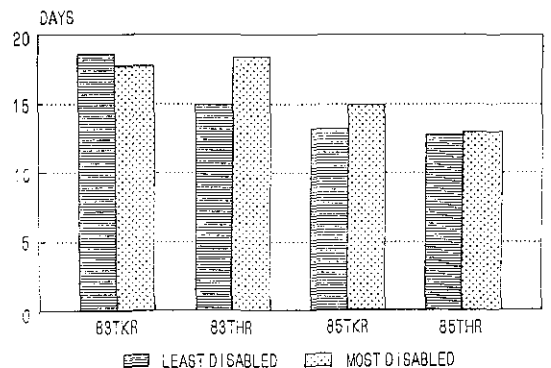
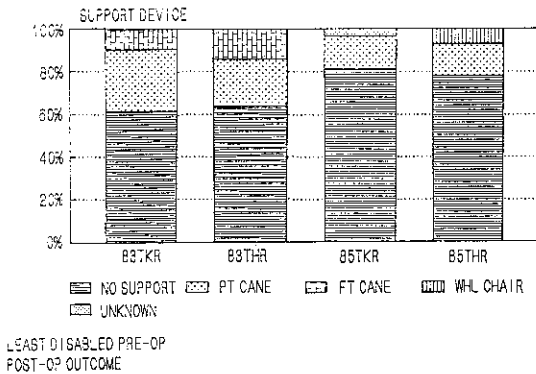


図8 TOTAL JOINT REPLACEMENT
SUPPORT DEVICES USED



減ったし、術後の状態の良くなった患者が増えたというデータが出た例です(図7)。

状態はどのように良くなったかということを見てもみますと、1983年式は、術後杖を使うとか車椅子を用いる患者が多かったのが、サポートを必要としなくなった患者が1985年式では増えて来たという2つのケアと術式の違いから生じた実例です(図8)。この例は同類疾患で1983年から1985年に平均在院日数も減りかつそのリカバリーは質的に良くなったという例でございます。

これはまた骨のジョイントリプレースメントの例ですが、こういう比較整合性分析で各疾患の治ゆ経過をケアや診療方法別に分析して、質と量、効率、新技術、ケア方式の導入によってリカバリーが本当に良くなったかどうかというチェックをする必要がありますし、またそれをやることによって、臨床医学的な精度や診療サービスの質が上がったか否かが正確に確められてゆきます。

さて、看護の方では最近、ナーシングプランニングの為に近代的手法がだんだん要求されてきているようですが、臨床の方でも標準化と効果要因の検討の中で、主要疾患別に処置プランニングを立てて、診断確定手順にどのくらい時間をかけて、どういうプロセスでやって、その間に検査とか処置を含めていった場合に、必要な診断日数とか検査日数、過程から考えられる投薬日数、などをどうやって導き出すかというプランニング能力が医師に要求されて来ています。

私は看護婦の方がプランニング能力はずっとあると思っております。それは患者そして家族との係りも包括的で連続的ですし、細かい観察から状態を熟知しているからです。しかし医師も今迄はあまりプランニング能力がない人でも、これからはプランニング能力を持って診療していただかないと、実際には患者のトータルのケア、ひいては看護婦の方が看護サイドで決めていくプランニングの方に出す情報も不足してしまい、医師からの情報が不正確であったことによって看護プランニングも他の補助部門のプランニングも正確にいかなくなることになります。そうなりますと医師は最終的には、診療日数とか治療日数、検査日数などを予測管理していないことになりますので、今後は医師にも相当診療プランニングの能力が要求されてくるということでございます。

さてここで展開をちょっとアメリカの医療の方向に向けてみたいと思います。それは今やアメリカの問題が対岸の火として傍観していらなくなったからです。DRGが何故アメリカに出てきたかといいますと、これは一つの例でございますが(表18)、5人の個々の医師に誤差の少ない、標準

表18 VARIABLE USE OF RESOURCES BY B.W.H. CARDIOLOGISTS: CARDIAC CATHETERIZATION WITHOUT COMPLICATIONS

	NUMBER OF PATIENTS	AVERAGE LENGTH OF STAY	AVERAGE COST/PATIENT
Average for all MD's	325	4.9	\$ 2,889
MD A	42	4.8	\$ 2,760
MD B	27	4.4	\$ 2,812
MD C	52	4.9	\$ 2,870
MD D	94	4.7	\$ 2,870
MD E	16	9.3	\$ 4,550

表19 損益性評価

基準看護・給食・寝具収入

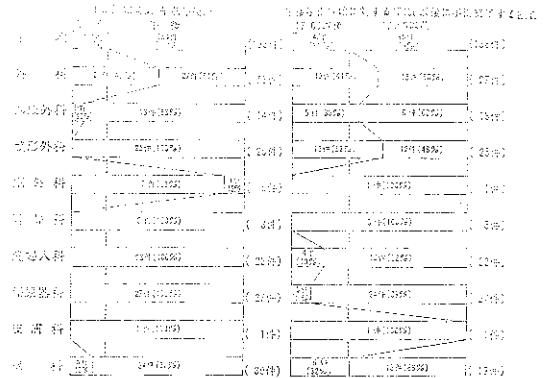
品目	収入	原価	差し引き
特2類	3,480	3,651	▲171
特1類	2,900	3,043	▲143
1類	2,160	2,282	▲122
2類	1,650	1,826	▲176
3類	1,370	1,521	▲151
収入	1,550	1,222	▲328
基準給食(有)	1,150	1,222	▲72
(無)	—	—	—
収入	126	126	▲6
基準寝具(有)	—	126	▲126
(無)	—	—	—

的な重症度にある循環器の心カテ処置を行わせたところ、平均在院日数は4.4日から最高9.3日まであるんですが、それを見ますと、ABCDEの5人目のドクターのうちEだけば9.3日かかっている事がわかります。リカバリーとかその後の質は同じなのに、なぜドクターEだけが他の医師よりも倍のコストと時間を費やしているか。したがって、ドクターABCDの診療の質と量とコストと時間というものは相関しているのだから、この4人の代表症例を基礎にして、この処置基準をDRGの項目に加えていくということになってゆくのです。

こういう症例が沢山であればできるほど、DRGがかたまっていくわけですが、このようにしてアメリカでは、DRGを完結する方向に進んでいると御理解いただきたいと思います。又日本の実状にもどりますが、病院が新しい報酬基準を申請するときには(表19)、うちの病院は特2類を申請して取ったとか、うちの病院は特1類だとか、基準給食だとか、そういう法的な基準に頼りきった報酬増加対策を多くみますし、又今の日本の社会保険制度も価格体制ではそうなっておりますので、高い収入がとれる基準をどうしても取りたがる現実はあるのですが、しかし折角とったその基準は、実際に取っただけの価値が患者にもまわっているのかどうか、ということを見るためには、その基準の行為をしたときとしていなかったときとの間に、どれだけケアの質や給食内容がよくなり、コストにゆとりが出てきたのか、なぜ来なかったのか、などの検討もしなければならぬと思います。

これは、あくまでも事例ですから平均ではありませんので、こういう病院もあるというふうに理解していただきたいのですが、Aなる病院は、特

図9 手術状況(臨時を除く)



2類の基準をとって医業収入、3,480円を取っていても、原価では3,600円使っていますという一つの例です。

つまり、3,600円というのは当然自己負担なり公費負担なりという形でまた病院の負担として戻っていくわけですから、ここで見ますと、どんな基準を取っていても、Q.Cとコストマネジメントが悪ければ、患者の方に悪く跳ね返えるということがあるという例でございます。

次は手術の例でございますが(図9,表20)、よく病院の経営指標のなかに、手術件数とか手術材料費などの項目がありますが、それらは病態別、重症度別に手術に当るドクターの数やナースの数とか、または手術に必要とする所要時間、手術を行う時間帯の用い方などの適正值から判断しないと、費用の支出や手術の結果件数だけでその効果を判断出来ないわけです。又診療効率の判定のうえでも、実際に術後の患者の回復の傾向をよくフォローしなければなりません。それらを見る場合にも、各科別に疾病別にそして各術式別に細かく時間とスタッフと担当するチーム体制、準備体制、材料体制、リカバリー体制などを分析して、無理のない、安全な手術体制で行えるようにプランニングとスケジュールがされているか、いないかの監査が必要でございます。

これは、各科が大体どのくらいの時間帯でどんな手術を又それらは、どのくらいの件数を行っているか、午後5時以前と5時以後に分けるとどちらの時間帯が多くなっているか、そして、それら

表20 各科代表手術の所要時間及び収入

科名	手術名	手術時間	(金額)		
			時間内	時間外	休日・深夜
外科 Dr 3 Ns 5	胃全摘術	3 h	194,080	269,280	344,480
	胆のう摘除術	1.5 h	94,360	131,160	167,960
	直腸癌摘出術	4 h	176,150	245,350	314,550
	大腸切除術	2 h	123,600	171,200	218,800
	虫垂炎手術	1 h	47,410	66,210	85,010
脳外科 Dr 4 Ns 4	脳動脈クリッピング	6 h	544,080	786,410	997,810
	硬膜外血腫除去	5 h	191,890	261,090	330,290
	水頭症手術	5 h	150,130	201,930	253,730
整形外科 Dr 3 Ns 4	大腿骨骨折手術	2 h	78,420	107,220	136,020
	四肢骨折手術	1.5 h	58,420	79,220	100,020
婦人科 Dr 2 Ns 4	子宮単純摘出術	2.5 h	79,450	110,250	141,050
	付属器腫瘍摘出術	1 h	47,400	65,000	82,600
	帝王切開術	1 h	167,990	199,590	236,190
泌尿科 Dr 2 Ns 6	膀胱腫瘍摘出術	2 h	54,520	73,650	92,850
	腎摘出術	3 h	98,620	136,220	173,820
耳鼻科 Dr 1 Ns 3	上顎洞篩骨洞根本手術	1 h	36,830	50,030	63,230
	偏頭全摘術	0.5 h	26,020	34,820	43,620
	鼓室形成術	5 h	183,280	256,080	328,880
小児外科 Dr 3 Ns 4	ヘルニア摘出術	1 h	81,610	113,210	144,810
眼科 Dr 1 Ns 4	水晶体摘出術	1 h	77,540	107,540	137,540

を担当している看護婦又は医師が過労の為、翌日まで疲労が残っていないかどうか、また、手術の結果がどうであったか、などそういう質的な業務を見直す際にもこういう業務時間動態の監査が重要になってきます。

これは外来の時間動態です(表21)。各診療科の受付から各生理検査、各部門などがございしますが、それらは薬局、会計にまで至って各所で待ち時間を発生させています。又文書記入とか文書提出、準備、回答、移動時間、それらを全部合わせた時間が待ち時間でございます。この病院の場合は、平均在院時間が2時間28分になっております

表21 外来一各部門別時間動態(例)

	待ち時間	文書記入	文書提出	準備回答	総時間	移動時間
受付	5	2	1	2	10	3
診療科	30	-	1	9	37	5
生理検査	25	-	0	13	28	3
放射科	10	-	9	11	21	9
臨床検査	15	-	0	6	18	7
薬局	3	-	2	12	23	2
会計	12	-	2	3	17	2
計	138分	2分	6分	55分	252分	29分
						平均在院時間 4時間44分

外来 800~1,500人
入院 650~700人

(平均在院時間 2時間28分)

待ち時間をトータルしてみた在院時間ですが、それを、どこの部門が何分発生して、何故発生しているのか、病院の手続き様式が複雑なのか、事務と

表22 平均在院日数と看護量・診療報酬の関係

在院日数		45	40	35	30	25	20	15
看護度別	A	6.0	6.8	7.7	9.0	10.8	13.6	18.1
患者比率	B	17.9	20.2	23.1	26.9	32.3	40.4	53.8
(%)	C	76.0	73.0	69.2	64.1	56.9	46.1	28.1
患者1人1日当り 平均看護所要時間 (分)		113.4	117.9	123.1	130.3	140.4	155.9	180.9
患者1人1日当り 平均診療報酬 (点)		1,704	1,784	1,877	2,006	2,187	2,465	2,914

表23 院内部門別エラー率一例

エラーの分類	部門	薬 剤	検 査	放 射 線	看 護	事 務	エラー分類 別エラー率
数量的エラー		5.0(%)	0.8(%)	1.2(%)	2.2(%)	4.3(%)	5.3(%)
質的エラー		3.6	5.5	4.0	0.5	3.4	4.7
スケジュールエラー		4.3	11.2	16.1	3.1	2.2	7.4
書類のエラー		7.1	4.1	2.5	1.8	6.1	7.6

(600~800床)

診療のコミュニケーションが悪いのか、業務連携システムが悪いから発生するのかなど、細かい時間の活用を追求していくためには、時間と業務との流れを常にみてゆく事が重要な経営管理のポイントです。

一方で、効率のない医療をやっていると、当然外来患者の来院が活発になってまいります。そうなってきたときに、新入院患者や新外来患者がスムーズに受け入れられているかどうかを科別に確認する為にも、在院患者動向と新入院患者傾向と平均在院日数との3次元の係わりを、同時にモニターしていく必要があるということになります。

これは、平均在院日数、看護度別患者比率報酬関係とを3次元で見ているわけですが(表22)、これなども、ただ一律に、ゆちの病院は患者1人当たりの平均診療報酬がいくらで、看護所要時間がどのくらいで、そして看護度がこうだということを簡単に言えないので、やはり各科の主要疾患別、病態別にこういったアナリシスをして適正な在院日数というのは疾病別、看護度別に何日であればいいかということ、このように医療的に細かく見ていく必要があると思うわけでありませう。

次は、冒頭にもお話いたしましたように、病院経営において病院の業務エラーが一番大きな問題ですから、エラーを極力なくすという意味では、数量的エラー、質的エラー、スケジュールエラー、書類のエラー、意表決定エラーなどエラーの所在と分類を各科別に正確に掌握してしき、そのエラーをより少なくする強力な体制が必要です(表23)。

次は設備に関する稼働状況監査です(表24)。欧米ではユーティリゼーションレビューと呼んでいますが、いかに活用したか。日本は利用という指標が先行して、活用指標としてのフォローが遅れているといえます。それはいかにマキシマムにユーティライズされているかということですので、そういう意味で、手術室、検査、放射線、病棟その他諸々の施設が活用の条件が揃えば最大どのくらいの稼働時間になり、そこからどのような件数が発生すべきなのかを検討した一例でございます。

このなかで一番活用の低い例がコンピュータでございます。病院のなかでユーティリゼーションが非常に低いのにコンピュータに莫大なお金をかける。それだけお金をかけるんだったら、もっと病棟とか患者サービスの拡充にかけるべきである

表24 共同設備利用率・稼働率動態 (例)

部門		許容件数 (件/日)	実件数 (件/日)	稼働時間 (時間/日)	過少件数 (件/日)	過少時間 (時間/日)	1件当り 稼働点数
手術	大手術	3	1	2.6	2	4.4	約8,000
	小手術	24	13	3.7	11	3.3	約3,000
検査	血液検査	2,800	1,680	4.2	1,120	2.8	約 45
	心電図	105	33	2.2	72	4.8	約 150
	脳音波	8	4	3.5	4	3.5	約 220
	超音波	7	4	4.3	3	2.7	約 150
放射線	一般撮影	208	184	6.2	24	0.8	約 62
	C T	21	8	2.7	13	4.3	約1,200
	シンチ・カメラ	24	13	3.6	11	3.4	約 130
病棟	一般病棟	790	695	—	95	—	約1,650
	ICU/CCU	8	6	—	2	—	約9,800
	無菌病棟	2	1	—	1	—	約2,300

(800床)

表25 部門間伝票発生頻度 (例)

総伝票数 180種類

部門	外科系											内科系				手術室				その他			
	消化器	泌尿器	呼吸器	循環器	神経系	皮膚科	小児科	産科	小児科	小児科	小児科	小児科	内科	内科	内科	内科	外科	外科	外科	外科	その他	その他	その他
消化器	10	10	30	220	350	10	900	150	10	1510	10	1510	180	180	20	3230	—	—	—	—	—	—	—
泌尿器	2	7	15	2	2	20	—	—	—	—	—	15	3	18	2	20	22	5	73	—	—	—	—
呼吸器	10	10	32	227	365	12	602	1538	—	—	—	1516	13	1528	2	200	202	25	3353	—	—	—	—
循環器	5	5	10	13	20	10	20	63	—	—	—	30	10	40	3	3	6	40	159	—	—	—	—
神経系	103	2	105	—	—	7	3	10	—	—	—	30	5	35	4	4	38	193	—	—	—	—	
皮膚科	30	12	42	10	—	4	—	4	—	—	—	4	4	—	20	20	60	130	—	—	—	—	
小児科	10	10	20	20	10	8	—	38	—	—	—	2	2	—	—	—	30	90	—	—	—	—	
産科	10	10	20	6	5	—	—	31	—	—	—	20	2	22	—	—	—	30	93	—	—	—	
その他	150	28	187	40	29	33	21	23	146	—	—	80	23	103	3	27	30	199	665	—	—	—	—
手術室	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
その他	150	5	155	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—	100	100	50	309	—	—	—	—	—
その他	10	10	2	4	4	10	5	25	—	—	—	1	1	1	1	1	20	57	—	—	—	—	—
その他	160	5	165	2	4	4	10	5	25	—	—	1	4	5	1	100	101	70	366	—	—	—	—
その他	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5	—	—	—	10	15	—	—	—	—
その他	100	100	3	7	20	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	140	—	—	—	—
その他	100	100	3	7	20	—	—	30	—	—	—	3	2	5	—	—	—	20	155	—	—	—	—
その他	20	5	25	40	64	70	30	60	264	—	—	70	30	100	50	20	70	—	459	—	—	—	—
合計	438	49	487	117	331	492	73	890	2003	—	—	1660	72	1741	56	347	403	314	4948	—	—	—	—

(600~800床)

(1日当り)

が、一般的にはコンピュータにお金をかけたがる病院が少なくありません。そういう病院が患者のためのユーティリゼーションがよくわからない病院ではないかと思えます。

次は部門間の伝票の種類と発生頻度でございます(表25)。これはクロスマッチングしてみると、本当に必要であろうかと思われる伝票とそうでない伝票が明らかになってきます。こういったものをよく整理して、できるだけ少ない伝票で多

表26 部門間電話頻度(例)

部門	外科系				内科系				手術室				その他										
	消化器	泌尿器	呼吸器	循環器	神経系	皮膚科	小児科	産科	小児科	小児科	小児科	内科	内科	内科	内科	外科	外科	外科	外科	その他	その他	その他	その他
外科系	39	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
内科系	6	6	8	70	120	36	20	254	—	—	—	14	90	104	—	—	—	—	—	—	—	—	—
手術室	6	39	45	8	70	120	36	20	254	—	—	14	90	104	—	—	—	—	—	—	—	—	—
その他	—	22	22	8	42	17	11	78	—	—	—	34	34	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
外科系	—	45	45	6	—	3	3	6	18	—	—	14	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
内科系	—	78	78	14	8	—	6	11	39	—	—	22	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
手術室	—	3	3	6	—	—	—	6	—	—	—	14	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
その他	—	28	28	—	—	—	—	—	—	—	—	8	3	6	17	—	—	—	—	—	—	—	—
合計	176	176	26	16	45	26	28	141	8	3	90	101	2	3	5	140	563	—	—	—	—	—	—
外科系	—	34	34	—	6	17	—	22	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
内科系	—	6	6	3	3	6	—	6	18	—	—	8	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
手術室	—	6	36	42	20	6	3	—	8	37	—	6	—	6	3	3	6	56	147	—	—	—	—
その他	—	6	76	82	23	15	26	—	36	100	—	6	8	14	3	3	6	73	275	—	—	—	—
外科系	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
内科系	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
手術室	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
その他	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
合計	90	90	14	22	34	8	50	128	—	—	56	148	204	106	48	154	—	576	—	—	—	—	—
合計	12	381	393	74	123	225	70	134	626	8	79	360	447	111	54	165	447	2,018	—	—	—	—	—

(600~800床) (1日当り)

くの仕事ができるように、情報は簡単明快にして一元化していくことであります。

次は部門別の電話の頻度でございます(表26)。これも紙上の情報がきちんとしていないとか、部門間の約束事がきちんと守られていないとか、与えられた情報が不正確であるとか、そういった様々なヒューマンエラーによって電話で問い合わせをしなければならないというような問題が出てきますが、それによって電話の頻度が増えるわけ

です。増えれば看護婦の、患者サイドにいる時間も侵されるとか検査業務は遅れるなどの事が発生してきます。つまり、電話の問題はコミュニケーションの問題としてのみならず業務過誤を発生させ、ロスをも生じさせる大きな問題にまで発展する可能性をもった要因です。ここで、ナースの問題について私ども研究所が考えていることを御案内したいと思います。これは今日の日本の傾向でもあり国際的な傾向でもあります。人間の生存と医療の変化に対応する看護技術の活用ニーズが大変増えてきたと言えます(図10)。つまり、看護婦なり看護専門家に対する社会の期待が、かつてないほど非常に大きくなってきたと言えるかと思えます。

従来は、一般診療のサポートケアということが主で、患者の治療サポート、医師の診療サポートということがメインの業務でございましたが、これからはそれにプラス、ホームケアサポート、ライフヘルスケアサポート、ヘルスプロモーションサポート、コンサルテーションサポートなどを含めたトータルケアサポートから大きな期待がよせられています。医療も包括医療体制の確立が強く叫ばれてきておりますが、そういう現実でも、ナースの社会的価値が非常に高くなってきたわけです。それは、人間の長寿化とか疾病構造の多様化、健康を確保しようとする社会の成熟化、家族の期待、患者の期待、社会の期待などが拡大してきたからでもあるかと思えます。

それで、今日のアブストラクトにも入れさせていただきましたが、今後はナースングコーディネーション(図11)という連携機能を確立して、ライフケアナースとプライマリナースとメディカルナースの3つを接合させながら、プリケアからアフターケアまでの連続ケアを、一つの有機的な機能体として機構化していく必要が出て来た時期に達したものと感じております。

この状況に対応するには、現在の看護監査の概念を地域医療の拡大を目指した領域迄ステップアップしなければなりません。これからの医療と看護はこういう方向に進んでいく事は確実でありますから、その中でメディカルナースングとライフケアナースングとプライマリケアナースン

図10 人間の生存と医療の変化に対応する看護の実践の拡大

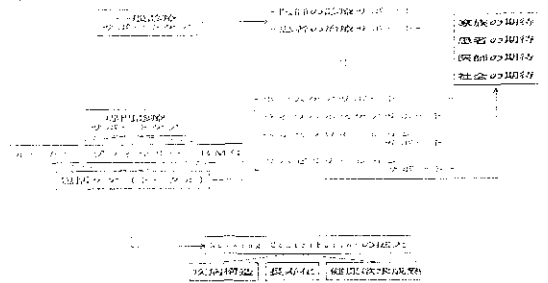
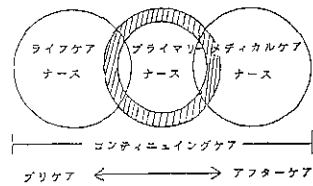


図11 ナースングコーディネーション

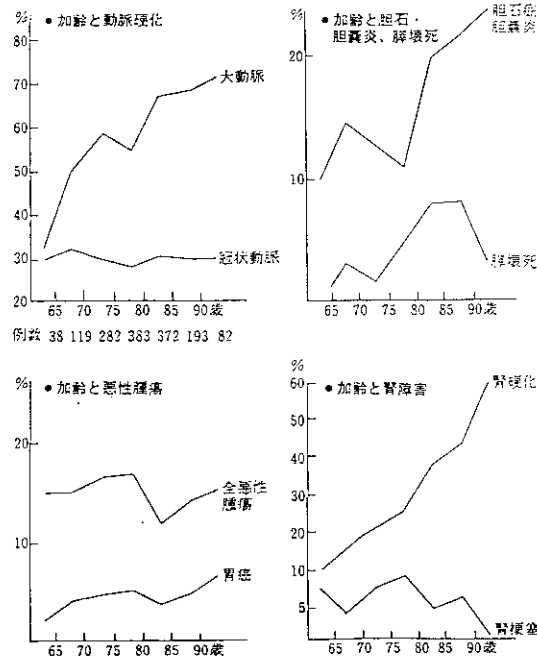


タ ス ク	ケアコンセプト	達成すべき目標
1. メディカルケア ナースング	ベターベシエ イントケア	早期生活復帰 早期治療
2. ライフケア ナースング	ベターケアライ フ	早期就学、就労 趣味活動、体力 増進、復帰
3. プライマリ ナースング	ベターケアニ ズモニタリング	ケアスクリー ニング、ケアデザ インニング、ケ アサポート、ケ アガイディング

グは、今後益々チームナースングを前提に専門化してゆくでしょう。そうなりますとそれぞれの役割分担の中でイニシアティブをもって、従来のように医師のオーダーに多く依存するケアに止まらず、ナースング診断とその意志決定から、業務が始まっていくケアが多くなる傾向にあるかと思えます。

このグラフは、加齢と疾患の発生頻度と重症度の相関をみたものです(図12)。皆さんのご専門からもご承知のように、これは一つの例でございますが、縦軸が疾患の発生頻度、横軸は年齢の加齢をグラフ化したもので、その線上に疾病名を表わしています。加齢と疾患の相関傾向がかなり多様

図12 加齢と疾患の頻度・重症度



化してきていることがわかります。したがって、人口の高齢化が進みますと、これらも加齢と疾患の傾向がナースングケアの役割とその重要性をますます求めていくことは必然であります。

1984年ぐらいから最近迄のナースングマネジメントに関する文献を見ていると(表27), ログリンとかカウバッフとかローランドが新しいナースングアプローチを書いています, その特長は昨今ナースングのニーズが非常にアクティブに, しかも包括的になってきたが同時に看護計画と実施過程における見逃しとか見過ごしが増えてきた。従って, それらを事前に防止する為のプランニングが非常に必要になって来た。それにはナース自身, 意志決定と行動と効果に対して, 判定能力を補強できるような建設的な監査の必要性が呼びかけられているわけです。

それと平行して, JCAHの1984年の看護向上基準を見ても, 定期的な看護プロセスのモニターの必要性和同時に, その効果が判定できるようなサポート体制の確立及びその関連データが常時把握出来る体制と過誤の行為の検討, エラー

表27 看護監査ベンチマーク

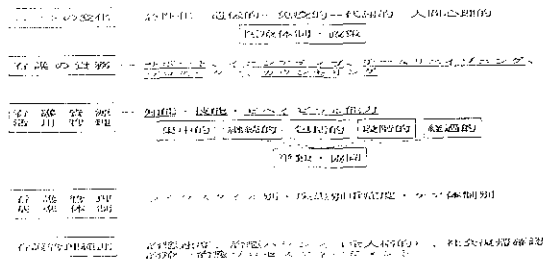
ログリン	1984年	適時・適質ケア 計画と実施過程における見逃しと過誤
カウバッフ		
ローランド	1980年	計画に含まれるべき治療方針と教育
JCAH	1984年	意志決定と行動の効果・自己判定能力を補強するオーデット
		1. 定期的看護プロセスのモニターと常時効果判定
		2. 関連データの常時把握
		3. 状態向上のための行為の検討
		4. 感知, 察知, 発見の正確な記録
		5. 行為, 行動の正確な記録
		6. 質管理状況の年次再評価
Patient Need- Timeアベイラビリティースタッフイ ング		

の事前感知, 察知, 発見手段とその正確な記録, 行為, 行動の正確など記録, ケアの質の管理状況が年次的にも再評価できるような, 監査体制が必要であることが指摘されています。

初めにもお話しましたが, 今後のナースは人間の生涯性が長くなればなるほどケアの時間経過も長くなりますので, ナースングマネジメントの中心が, ケアのプロセスの充実になってきております。ここにごさいますように, まず患者と社会のニーズを看護の立場でアセスし, アセスしたものを診断して, 診断にもとづいて看護がどういう形で, どの段階で介入していくべきかのプランニングを立てます。プランニングを立てた看護スケジュールをプランに沿って実施し, 実施したものをまた再評価して, 新たに始まる看護行為に対してニーズを正しく受けとめられるように修正していく, こういうようなプロセスのサイクルをマネジメントする役割が出てきてくるかと思えます。

そうなるにつれて, 従来よりも革新的な看護体制(図13)が必要になってきます。そして今後の医療とケアニーズの変化を正しく捉えることが益々重きをなしてきます。疾患内容も短期に急性化する

図13 イノベティブな看護体制



るものとか又は単なる慢性疾患ではなくて、遺伝的、免疫的、また代謝医学的な体質をもった需要がふえてきましょう。かつ人の感性や個性の高まりがふえてまいりましたから、人の心理的なニーズをも細かく捉えていかなければならなくなりました。

このような状況は医師だけでは判断できない、また医師では見逃しやすいような部分に対して、看護婦がイニシアティブをとりながらチームリエイゾンまたはプロモーターの役を集中的に行っていく場合もあるでしょう、又それを継続的に行う場合も出てくるでしょう。そして、それらは包括的又は段階的方向に広がっていくのではないかと思います。

一方、海外でも注目されて来ているナースングダイアグノーシスですが、ナースのレベルで業務の最適化を診断するためには、その診断が適確に行える看護チームへの支援体制と診断の質を維持する為のアセスメント体制を確立する必要が出て来ております。

又よりよいナースングプランを作るには、このフローチャート(図14)にもでているナースが達成すべき目的と項目を正しく患者およびその周辺条件から収集した情報と状況で確認すべきである。

そして最終的に、当初にたてたプランニングとその実施との差がより少なくなり正確に終了できるその結果をもって、新しいプランニングがより正確に再スタートできるよう、このフローが作られています。ここで申しあげたいのは、ナースングダイアキノーシスには、正確なアセスメントが必要であるということです。

もう一つはそのアセスメントをするためにいろ

図14

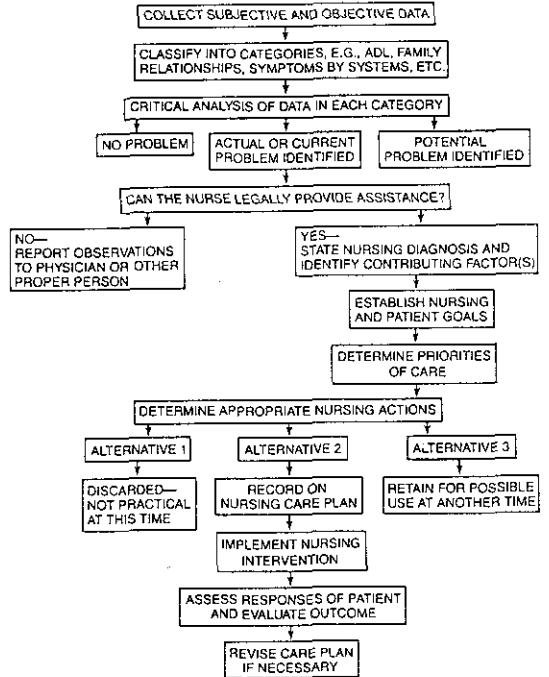


Figure 13-1. Using the assessment data.

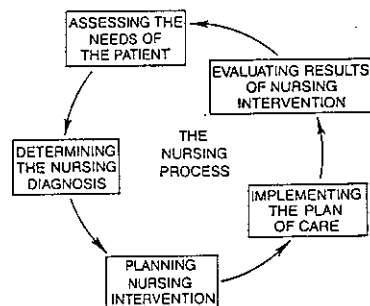
表28

1. Administrative or managerial activities
Supervision of various levels of the staff
Revising policy and procedure manuals
Revising job descriptions
2. Clerical activities
Delivering telephone messages to patients
Ordering supplies
Charting information on patients' charts
3. Housekeeping activities
Cleaning units following patient discharges
Distributing and collecting linen
Caring for flowers
4. Dietary activities
Filling out daily menus
Serving patient trays
5. Techniques used in patient care—this covers many possible problems, including Nursing care planning conferences
Administration of medicines
Getting patients up, for example, into wheelchairs or on crutches
6. Planning the physical layout of the station and the use of supplies, space, and time spent in non-nursing activities
Place for storage of stretcher
Storage of supplies in relation to place of use
Disposal of used equipment or linen
7. Interdepartmental activities or relationships
Delivering reports, schedules, and requisitions
Scheduling time for physical therapy or radiologic activities
Time for serving meals to patients
Moving patients from one department to another

んな問題(表28)にあうわけですが、問題として考えられる主な領域はだいたい7項目ぐらいに分けられると思います。第1項目は管理に関する問題にリア。2番目が事務的な業務と取扱い業務とに関

することです。3番目が病棟等の管理に関すること。4番目が給食等に関すること。5番目がペイシエントケアのための種々の技術または技能に関すること。6番目がナーシングのプランニングをするため遭遇しやすい問題。7番目が各部門間とのかかわりのなかで出てきそうな問題。アセスメントをする時にはそういう問題に遭遇しやすいということが出ております。結局、ナーシングオーデットに必要な、今後の近代的なオーデッティングで達成しなければならないのは、ナースの潜在能力や可能性をより多く導き出して、ナースが今後の包括医療に先進的な役割を果たせるよう、その動機付けや新しい発想がもてるよう支援することです。また、ナースが行なういろいろな業態のなかのプロセスについての監査の方も、ナースのもつ大変さや困難さがどこにあり、どういう点を補強すればナースがより効果的に働きやすくなるかなど、オーデットを担当する人が熟知したうえで、状態をより科学的に監査し分析していくべきことは当然であります。今後の医療の変革は日本が歴史上はじめて経験する人口の高齢化や国際

図15 THE NURSING PROCESS-A REVIEW AND A PREVIEW



化による疾病の複合化などから影響を受けることは必然であります。したがって、今日ほどナースのリーダーシップが強く求められてきた時代はありません。それは単なるナースのリーダー作りで終わるのではなく、人間の全人格医療が取り扱えるナースの先進的主導体制（ノイペーティブリーダーシップ）の確立が求められてきているわけでございます(図15,表29~32)。

表29

NURSING PROCESS

- Assess the patient
- Make a nursing diagnosis
- Plan nursing intervention
- Implement the plan for nursing intervention
- Evaluate the outcome of nursing intervention

PROBLEM-SOLVING

- Collect the facts
- Define the problem
- Select the solution
- Implement the selected solution
- Evaluate the effectiveness of solution

The material in the five chapters in Part 3 discusses how the nurse can apply the principles of the nursing process in the leadership/management of nursing care.

表30

COMPONENTS OF THE NURSING PROCESS

Assessment: The collection and analysis of data about the patient, leading to an accurate identification of problem(s) necessary in making a nursing diagnosis

BACKGROUND KNOWLEDGE AND SKILLS NEEDED

Theoretical knowledge of
 Normal physiology
 Pathophysiology
 Psychology and sociology, including family and cultural beliefs
 Nursing specialties
 The nursing process
 Skills in
 All communication techniques
 Systematic observation
 Inductive and deductive reasoning

NURSE LEADER'S ROLE

Assign competent caregiver
 Facilitate caregiver's efforts
 Establish rapport with patient and explain your role
 Establish rapport with patient's family and significant others

表31

<p>Planning: Making decisions about priorities of care, establishing goals, and selecting the best nursing actions to achieve desired results, making adaptations as needed</p>	<p>Above knowledge and skills plus Knowledge about Nursing therapy Skills in Performing nursing techniques Using problem-solving techniques Organizational skills Stating nursing orders clearly and concisely</p>	<p>Develop a plan of care to meet specific needs of the patient Promote planning conference with team members to develop plan of care Lead conference facilitate group's work (can delegate conference leadership to another nurse when appropriate) Assist in the healthcare team's planning process Implement effective problem-solving Be a role model Ensure good interpersonal relationships</p>
<p>Intervention: Delivery of nursing care efficiently</p>	<p>All of the above plus Skills in Supervisory techniques</p>	

表32

COMPONENTS OF THE NURSING PROCESS	BACKGROUND KNOWLEDGE AND SKILLS NEEDED	NURSE LEADER'S ROLE
<p>Intervention: cont.</p>	<p>Teaching</p>	<p>Assign competent caregiver Give directions effectively Observe caregiver's performance and patients' reactions Teach both caregiver and patient Implement evaluation skills-compare results to desired outcome Conference with caregiver-ascertain need for team conference Determine quality of care</p>
<p>Evaluation: Recognition of change in patient's condition; comparison of recognized results with hoped for outcomes; revision of plan of care</p>	<p>All of the above plus Knowledge about Evaluation techniques to be used throughout entire nursing process Skills in Judgmental analysis and measurement techniques Determining reasons for any deficiencies</p>	

The nursing process is basically problem-solving in order to prevent or resolve patient problems. The nursing process and problem-solving may be compared as follows:

監査の近代化に対して今後のナースング部門がポジティブに対応していくには、近代的なナースングマネジメント能力の養成が基本条件であります。そのマネジメントの応用分野はここにあげました5つの分野です(表33)。1番目はナースング業務の改善、2番目はナースングシステム、このなかにはケアマネジメントとプランニングも入ってきます。それから3番目はナースング活動の管理。この分野はスケジューリング行為、記録などの管理がはいります。第4番目はナースの報酬管理分野です。ナースング技術や知能の革新、労度の増加や知的ノーハウの向上などが

医療の高度化や包括化で積極的にみられるなかでナースが受べき報酬が適正であるか否かの管理をきめ細かく行なう分野です。第5番目が家族、患者管理の分野です。この分野も従来よりもより包括的に、そして最終的には在宅ケアを始めた家族、患者がセルフケアができるようその養成や支援プログラムを含めた分野です。昨今、欧米でもホームビジティングナースは増えていますが、セルフケアの養成をして本人が自立できるところまできめ細かくケアしているところは必ずしも多くありません。このへん、日本は家を非常に大切にしている慣習がありますから、家の自立を支援する意

表33 看護業務マネジメント

業務改善	看護システム	看護管理	看護報酬	家族・患者管理
業務簡素化 省間接業務 直接看護増 早期治ゆ、退院促進 標準化/協同利用化 看護運営マニュアル 待ち(待期日数) 時間削減 在院日数削減 通院日数削減	業務体制 スタッフ体制 研修体制 PPC T.N.S EDPS関連 看護運営マニュアル H.C.U.N体制 協同看護体制 (視.作.理.心理. 各TEC)	看護記録 引き続き手順 カンファレンス 看護精度管理 医療事故防止体制 看護婦認定及び業績 評価 給食関連 投薬関連 回診関連 検査関連 慢性リハ管理 急性リハ管理	報酬漏れ防止対策及 び他部門連携 技術的収入の向上へ の協力体制	セルフケア教育 家族協力プログラム 在宅ケア指導 面会管理

味でも日本の家族、患者ケア管理は欧米より内容の深いケアが求められてきましょう。

本日のお話で申し上げたいことは、これからのナースはドクターの単なるアシスタントではなく、ナース機能がセンターオブメディスンになってきているということです。特に、包括医療のなかにおけるナースは効果的治療プログラム、スケジュールについて医師と協同で意志決定をして

いく段階になってきました。また、それをどのようににマネジメントしていくかを判定するためにも、その能力をつけていかなければならなくなったことです。今日欧米諸外国でこれらの点を強化するために、ナースングオーディットを充実しはじめたということをご紹介して終わらせていただきます。

日本病院会臨床予防医学委員会編

肛門と直腸の病気

頒価 1冊 200円

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 ヴィラロイヤル三番町
でんわ・03-264-3180

学会長あいさつ



第38回 日本病院学会
学会長 諸橋 芳夫
(総合病院国保旭中央病院院長)

第38回 日本病院学会案内及び一般演題募集について

皆様にはますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、第38回日本病院学会を日本病院会千葉県支部担当のもとに、昭和63年6月22日から24日までの3日間、千葉県文化会館において開催する運びとなりました。

昨今我が国は国際社会の中において政治的にも経済的にも、厳しい環境下に置かれていると同時に、国内的にも極めて多くの問題をかかえており、我々の医療界においても嘗てない激動期に直面していることは御承知のとおりであります。

この現実を直視し、今問われている「真の医療」、「理想の医療」とは何かを医の原点に立ち返って考え、これを新たな出発点として21世紀に向ってこの激動期を乗り切つて邁進いたしたく、今回の学会テーマを「激動を乗り越えて進もう」といたしました。

我が日本病院会の今後の一層の発展を目指して、会員相集い研鑽いたしたく、多数御参加下さるよう御案内申し上げます。

また、一般演題につきましては、関係職員の方々の日頃の研究、体験の成果について一人でも多くの方々が発表されますよう格別の御配慮をお願いいたします。

第38回 日本病院学会開催御案内 (会告)

学会メインテーマ「激動を乗り越えて進もう」

- 会 期 昭和63年 6月22日(水) } 特別講演, シンポジウム, 一般演題発表等
23日(木) }
24日(金) カルチャーコース (施設視察・観光)
- 会 場 千葉県文化会館 (第1会場~第6会場)
千葉市市場町11-2 TEL 0472-22-0201
- 名誉学会長 沼田 武 (千葉県知事)
- 学 会 長 諸橋 芳夫 (総合病院国保旭中央病院院長)
- 演題申込締切 昭和63年 3月 1日
- 講演原稿締切 昭和63年 4月15日
- 学会参加料 ¥7,000 (講演集, プログラム代を含む)
- 医療人の集い
参 加 料 ¥3,000 昭和63年 6月22日 (水)
午後7時 開宴
会場 ホテルニューツカモト
(学会場からバスでお送りします)
- 参加料送金
方 法 同封の郵便払込用紙に参加者の所属名称, 氏名と医療人の集いの参加区分を明記の上, 最寄の郵便局に払い込んで下さい。(払込手数料は払込人負担)
なお, 複数で申込される場合は, 裏面に参加者氏名と参加区分の内訳を記入の上, 参加料の合計金額を払い込んで下さい。
- 宿泊・観光 (株)日本交通公社団体千葉支店学会担当 に直接申し込むこと。
- 担当事務局 〒239-25
千葉県旭市イの1326番地
総合病院国保旭中央病院 総務課
TEL 04796-3-8111 内線 2251

一般演題募集要領

1. 申込方法

1) 演題申込

- ① 演題の申込者は別紙「演題申込書」に必要事項をご記入の上、別添封筒にて第38回日本病院学会事務局までお送り下さい。
(演題分類区分は必ず記入して下さい)
- ② 同封の三連式ハガキ(切りはなさないこと)の記載事項すべてを正確に漏れなく記載の上、(ハガキ表の申込者住所、氏名を含む)40円切手(2枚)をそれぞれ貼付して下さい。
- ③ 演題申込締切日 昭和63年3月1日 (期日厳守のこと)

2) 講演原稿

- ① 今回の学会においては、講演集を作成いたしますので、規定の原稿用紙(字数3,600字、数表・図表等も含む。別添原稿の作成・送付要領参照)に、記入の上別添封筒(書類郵便)にて第38回日本病院学会事務局までお送り下さい。
(演題分類区分は必ず記入して下さい)
- ② 共同研究の場合は、演者に○印を必ずつけて下さい。
- ③ 講演原稿締切期日 昭和63年4月15日 (期日厳守のこと)
- ④ 講演集は学会当日、会場受付にてお渡しいたします。

3) 演題の採否

演題の採否については、学会長にご一任願います。

2. 研究成果発表

1) 一般演題発表

発表時間は7分間と致しますので、発表の要領等については、事前に十分検討

し準備しておいて下さい。

2) スライドの使用

一般演題発表の際のスライドは使用できません。

3) 一般演題分類区分(あまり専門学会的な発表をご遠慮下さい)

- | | |
|-----------|------------|
| 1) 病院施設管理 | 12) 看護部門 |
| 2) 事務管理 | 13) 薬剤部門 |
| 3) 病歴管理 | 14) 検査部門 |
| 4) 情報管理 | 15) 給食部門 |
| 5) 病院経営 | 16) 放射線部門 |
| 6) 病院建築 | 17) 福祉部門 |
| 7) 地域医療 | 18) 看護学校 |
| 8) 救急医療 | 19) リハビリ |
| 9) 老人医療 | 20) 公衆衛生活動 |
| 10) 教育・研修 | 21) その他 |
| 11) 医師部門 | |

4) その他

優秀な発表については、座長の推薦で学術委員会の選考により、「日本病院会雑誌」に掲載し記念品を贈呈します。

3. 学会事務局

〒289-25

千葉県旭市イの1326番地

総合病院国保旭中央病院内

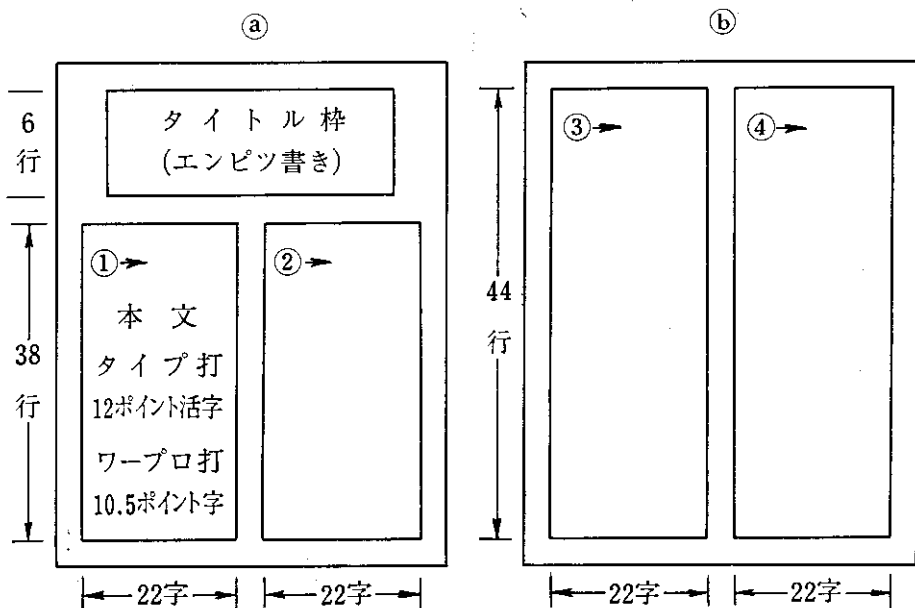
TEL 0479-63-8111

第38回日本病院学会「講演集」原稿の作成・送付要領

※原稿を作成される前に、この要領を必ずお読み下さい。

I. 「講演集」用原稿用紙の記入・作成について

1. 原稿用紙は必ず**B4版縦**でご使用下さい。原稿は、このままの状態**B5**に縮写印刷されますから、校正の機会がありませんので、特にご注意下さい。
2. 原稿用紙は、下図のように①・②の2種類で、**1演題2頁**(①+②)に限りますので、**3頁**にまたがらぬようお願いします。

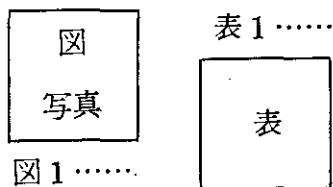


〔手順〕

- ① 先ず①のタイトル枠に、エンピツにて演題名・所属施設名(病院名)・研究者の氏名(複数の場合全員)をお書き下さい。この際発表者には、その氏名の頭に○印をつけて下さい。(タイトル枠部分は、当事務局にて統一してタイプ打ちをしますので、必ずエンピツでお書き下さい)
- ② 本文(2段組)は、①→②→③→④の順で1マスに1字ご記入下さい。タイプ打ちの場合は、専用原稿用紙(別添)に12ポイント活字・明朝体を必ずご使用下さい。ワープロ打ちの場合は10.5ポイント字・文字ピッチ3.8mm・行ピッチ6.0mm字詰22字2段(段間2文字分あける)打ちして下さい。(手書きでも可)
- ③ 本文は、文字・図・表とも必ず黒インキ(又は墨)、ペン書きとし、ボールペンは使用しないで下さい。
- ④ 本文は、必ず研究の目的・方法・結果など適当な見出しで区分し、出来るだけ

まとめて具体的にご記入下さい。

3. 手書きの場合、文字は原稿用紙のマス目一杯に謄写製版（ガリ切り）の要領で筆勢に強弱なく、ハネる部分はハネず、常に同じ太さの楷書で書けば文字の一部がカスレたり、消えたりしません。
4. 文字欄の記入要領は、原稿の一般的書き方で結構ですが、太枠から絶対ハミダさないで下さい。ただし、句読点・カッコ等が行のはじめに来ること、数字を途中で切るとは避けて下さい。
算用数字、横文字は1マス字はいる程度の幅で書き、前後おのおの半マス程度余白を作れば読みやすくなります。
5. 数字、横文字は欧文タイプで打ちこまず、必ず活字体で手書きするか、レタリングセット等を用いて書いて下さい。
6. 書き損じた場合は、たとえ1字でも前後数字にわたって書きなおした白い紙片を貼付しないと、糊しろが充分でなく、はがれることがありますから注意して下さい。
7. 図表は、原稿用紙に直接書くか、白紙、淡青色方眼紙に書いたものを貼付します。トレーシングペーパー等の薄い透写紙に書いたものを貼付する場合は全面糊づけせず、天の部分のみに貼ってつり下げる状態として下さい。
8. 線はフリーハンドでなく、必ず定規と烏口（または製図用ペン）を用いて下さい。
9. 図・表・写真は図1・表1のように番号をつけて下さい。写真は図番号にして下さい。又、図番号・説明は、図・写真の下側に、表番号・説明は、表の上側に、それぞれ記入して下さい。



10. 図・表・写真の貼付には「写真用セメダイン」を使用すればシワがよらずに、きれいに貼れます。
11. 印刷物から図・表を切りぬいて貼り付けますと、縮小されて小さくなり、とくに文字が読みにくくなりますから避けて下さい。
12. ゼロックスなどにより複写したものは不鮮明になりますので避けて下さい。
13. 写真は原板より著しくコントラストが強調されます。コントラストの適当な光沢の弱い薄手印画紙に焼きつけ（フェロタイプはかけない方がよい）、直接原稿用紙に貼付して下さい。写真の下の不用部分を白・黒・グレー等で塗りつぶせば見やすくなります。

14. 図・表・写真は、原稿用紙の折り目にかからぬようにすると共に、用紙の余白に絶対はみ出ぬよう必ず本文ワク内に入れて下さい。
15. 原稿用紙は予めついている折り目以外のところでは絶対に折らないで下さい。また、汚れや、しわにならないよう充分気をつけて下さい。
16. 今学会では、スライド発表は認めておりません。従いまして、発表時に必要な数表・図表等は、予めこの「講演集」原稿に挿入していただく必要がありますのでご注意ください。

以上、原稿作成にあたりご協力下さい。

II. 「講演集」用原稿の送付について

1. 原稿は画用紙等の台紙に入れ、（封を開ける時）まわりをはさみ破損しないようにして、同封の事務局宛封筒にて送付して下さい。
2. 封筒の裏には、演題分類区分・所属施設（病院）名・住所・職名・氏名（代表者だけで可）を明記して下さい。
3. 同一施設（病院）の場合は、一括してお送りいただいて結構です。その際は、封筒の裏に各演題ごとに分類区分・職名・氏名を連記して下さい。
4. 原稿を郵送される場合は、必ず書留便（簡易書留）とし、所定の切手を貼付して下さい。
5. 原稿は、昭和63年4月15日（必着）にて、下記宛にご送付下さい。「講演集」印刷の都合上、締切は厳守して下さい。

送付先 〒289-25 千葉県旭市イの1326番地
総合病院国保旭中央病院内
第38回日本病院学会事務局

☆

☆

☆

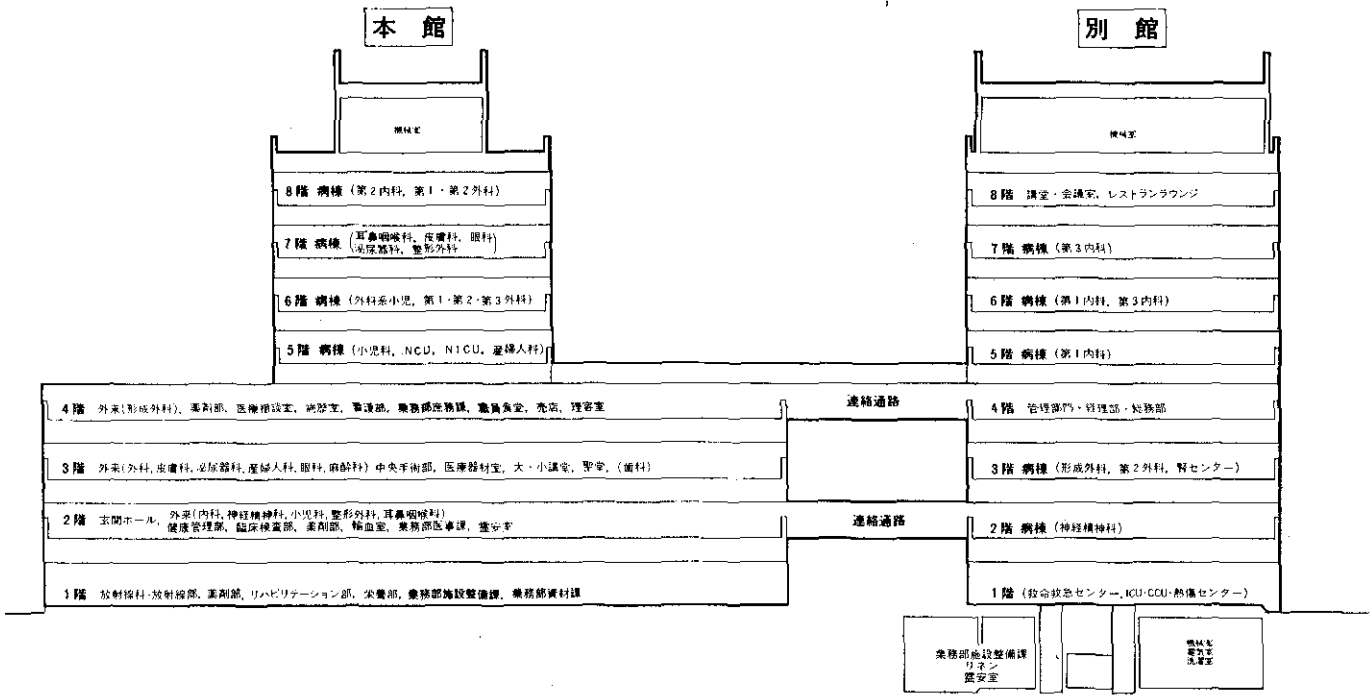
第 38 回 日 本 病 院 学 会 日 程

学会テーマ：激動を乗り越えて進もう

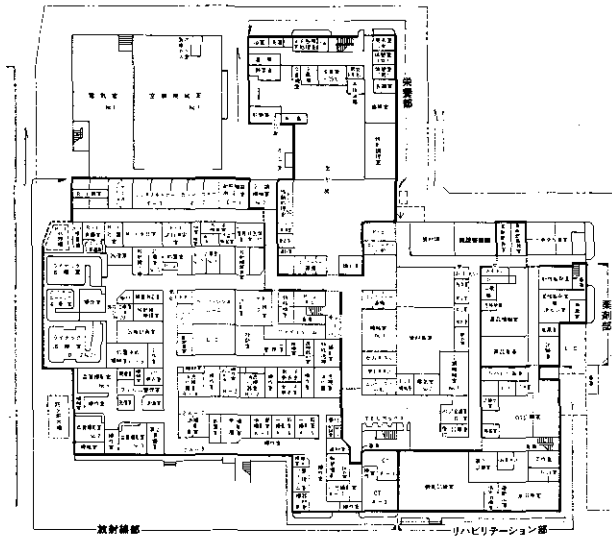
会 場		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
6月21日	日病 ホテル ニューツカモト					日病会長・副会長会議		日病合同理事会				日病・県支部合同懇談会	
会 場		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
第 1 日 6月22日 (水)	千葉県 文化 会館	第1会場 (収容 1,400人)	受付	開会式 特別講演Ⅰ (千葉県の医療 と福祉) 沼田武 司会 学会長	シンポジウム (病院医療の向上を目指して) 司会 大道 學	休 憩	分科会特別講演	一 般 演 題		移 動 (バ ス)	医 療 人 の 集 い (ホ テ ル ニ ュ ー ツ カ モ ト)		
		第2会場 (収容 400人)							一 般 演 題				
		第3会場 (収容 150人)										一 般 演 題	分科会特別講演
		第4会場 (収容 60人)										一 般 演 題	
		第5会場 (収容 150人)							分科会特別講演			一 般 演 題	
		第6会場 (収容 50人)										一 般 演 題	
	日病	特別会議室					評議員会						
会 場		9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	
第 2 日 6月23日 (木)	千葉県 文化 会館	第1会場 (収容 1,400人)		一 般 演 題	ミニシンポジウム (中小病院の生きる道) 司会 西能正一郎	休 憩	学会長・学会 講演 総会	特別講演Ⅱ (二輪五臓六腑) 井出源四郎 司会 副学会長	パネルディスカッション (この激動を如何に乗り越えるか) 司会 丹野清喜	閉会式			
		第2会場 (収容 400人)	分科会特別講演	一 般 演 題									
		第3会場 (収容 150人)		一 般 演 題									
		第4会場 (収容 60人)		一 般 演 題	分科会特別講演								
		第5会場 (収容 150人)		一 般 演 題									
		第6会場 (収容 50人)	分科会特別講演	一 般 演 題									
	第 3 日 6月24日 (金)		カルチャーコース					(施設見学・観光)					

ケラフの病院の概要図

聖マリアンナ医科大学病院

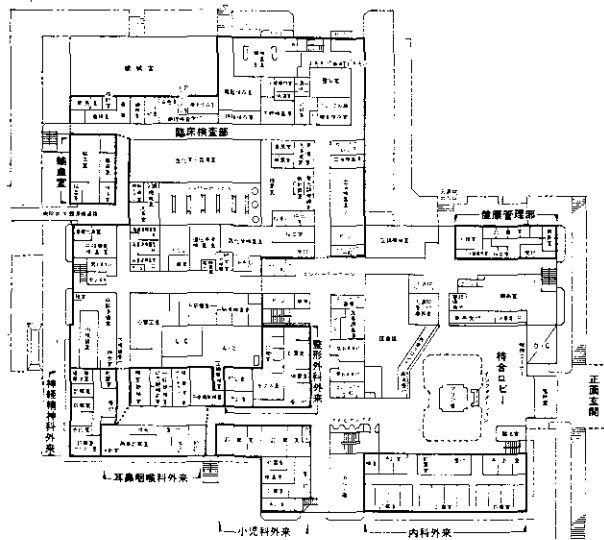


本館 1 階平面図



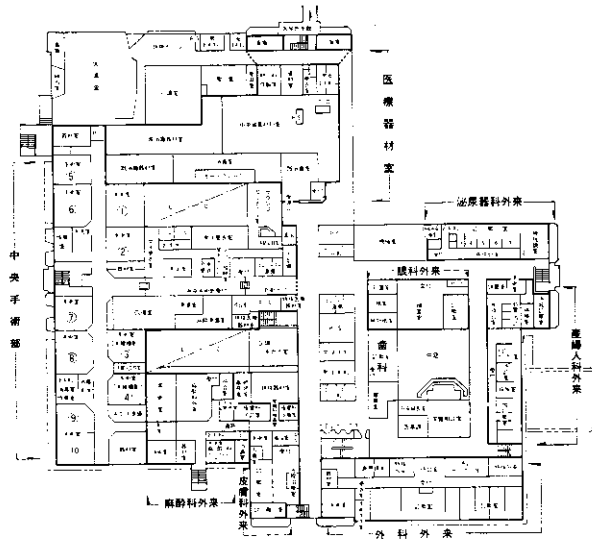
本館 1 階 (床延面積)	8,549 m ²		
放射線部	3,820 m ²	栄養部	1,150 m ²
リハビリテーション部	812 m ²	その他	1,947 m ²
薬剤部	820 m ²		

本館 2 階平面図



本館 2 階 (床延面積)	7,467 m ²		
外来部門	2,740 m ²	臨床検査部	3,220 m ²
薬剤部	170 m ²	その他	1,337 m ²

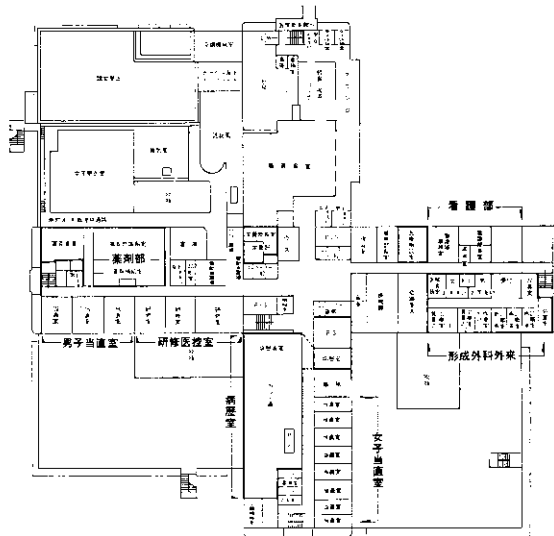
本館 3 階平面図



本館 3 階 (床延面積) 7,322 m²

外来部門	2,710 m ²	医療器材室	1,130 m ²
中央手術部	1,510 m ²	その他	1,972 m ²

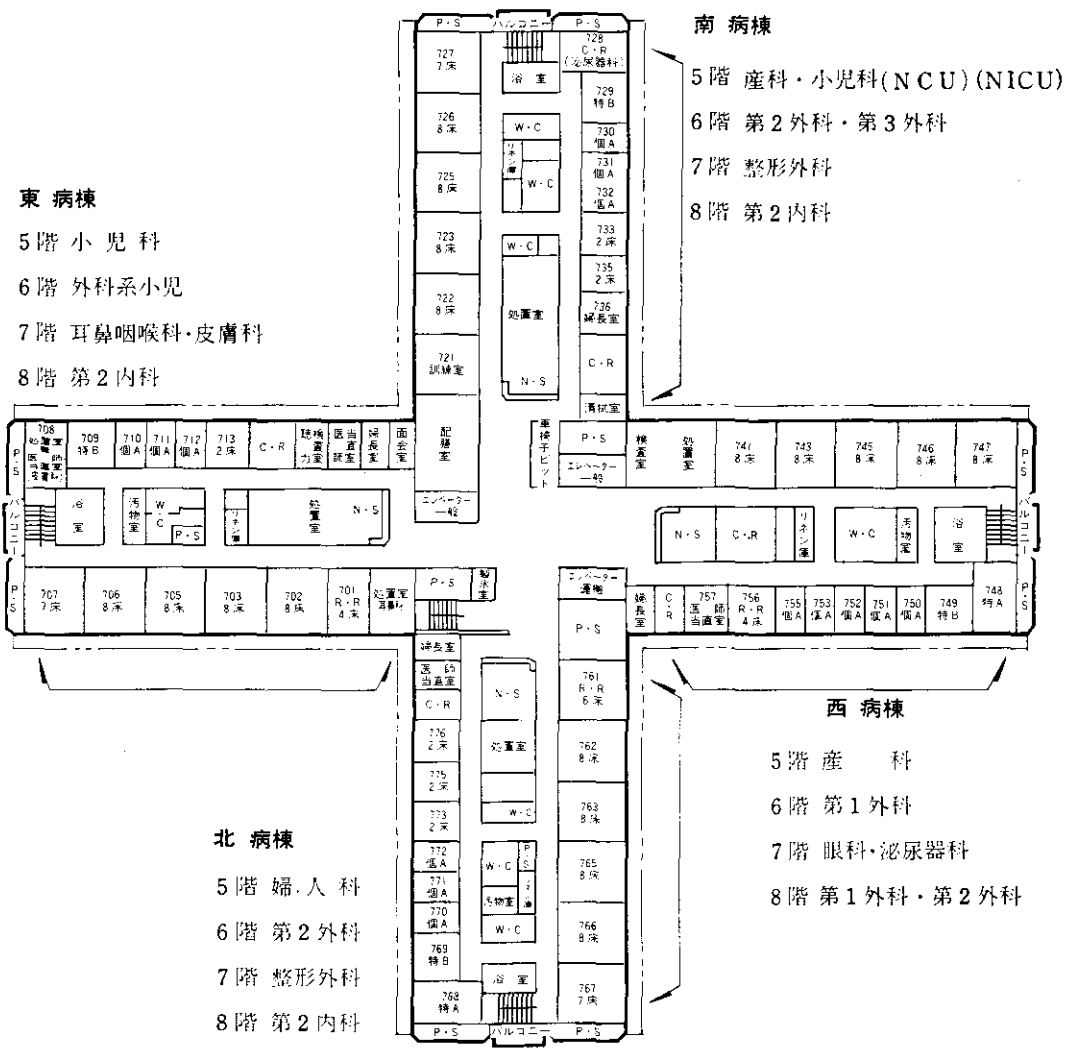
本館 4 階平面図



本館 4 階 (床延面積) 4,687 m²

外来部門	370 m ²	栄養部	50 m ²
薬剤部	232 m ²	管理・サービス部門	1,585 m ²
病歴室	323 m ²	その他	2,127 m ²

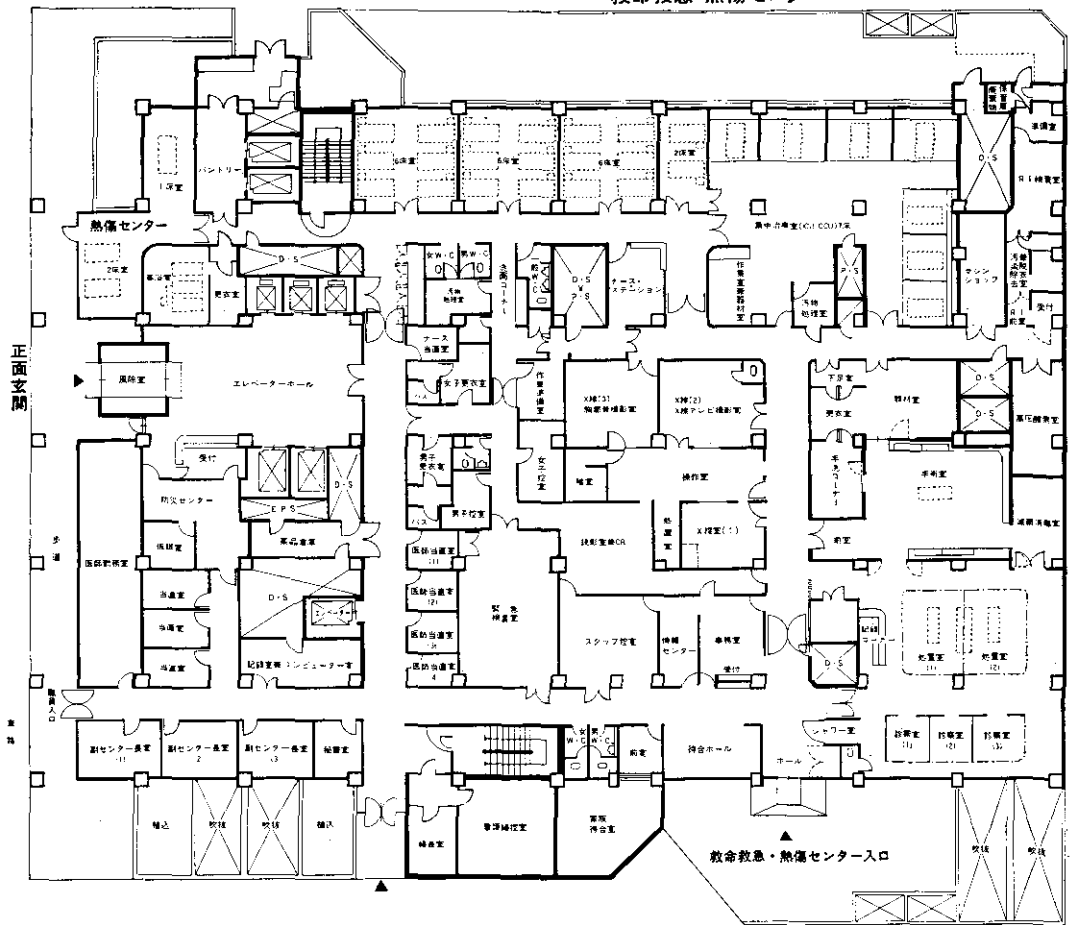
本館 5~8階平面図



本館 5階・6階・7階・8階 (床延面積) 各階共 3,860㎡
 病棟 3,860㎡
 PH (床延面積) 1,059㎡

別館1階平面図

救命救急・熱傷センター



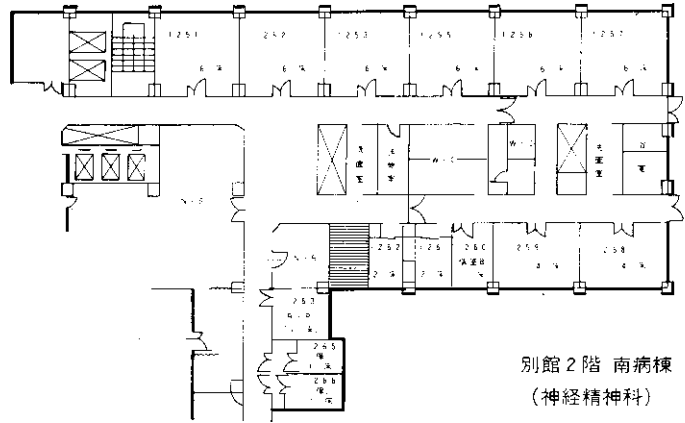
別館地下1階 (床延面積) 2,262㎡

管理・サービス部門 2,262㎡

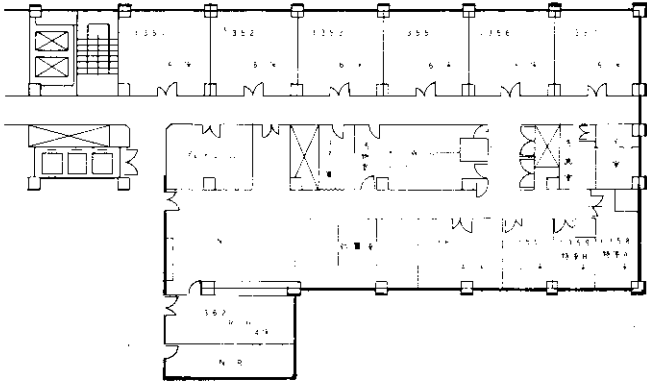
別館1階 (床延面積) 3,080㎡

救命救急・熱傷センター 3,080㎡

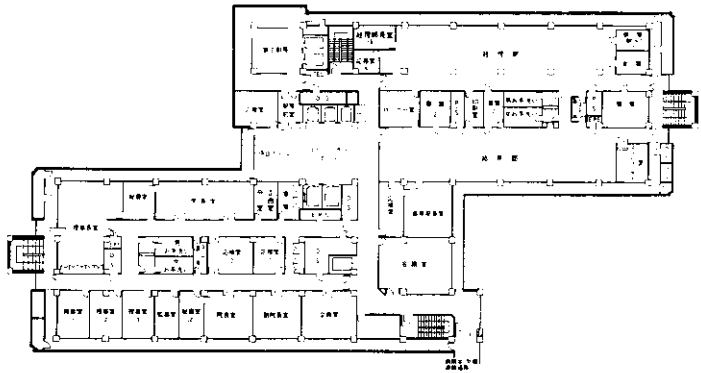
別館 2・3・4 階平面図



別館 3階 南病棟
(形成外科, 第2外科)



別館 2階 南病棟
(神経精神科)



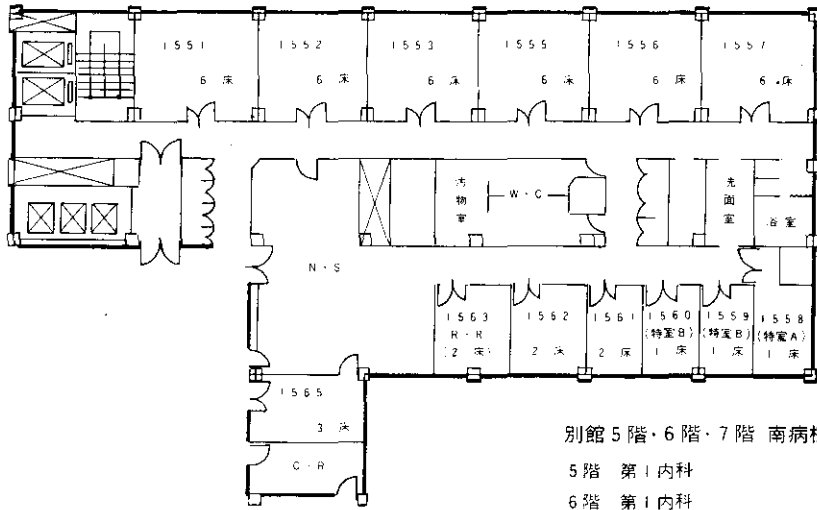
別館 4階
管理部門

別館 2階 (床延面積) 2,035㎡
 病棟 1,375㎡
 検査医学 470㎡
 その他 190㎡

別館 3階 (床延面積) 2,020㎡
 病棟 930㎡
 腎センター 815㎡
 その他 275㎡

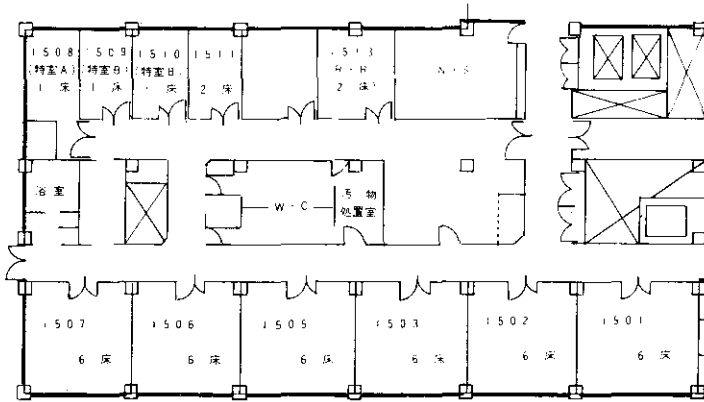
別館 4階 (床延面積) 2,020㎡
 管理部門 2,020㎡

別館 5~7 階平面図



別館 5 階・6 階・7 階 南病棟

- 5 階 第 1 内科
- 6 階 第 1 内科
- 7 階 第 3 内科



別館 5 階・6 階・7 階 北病棟

- 5 階 第 1 内科
- 6 階 第 3 内科
- 7 階 第 3 内科

別館 5 階・6 階・7 階 (床延面積) 各階共 1,996^m²

病 棟 1,996^m²

PH (床延面積) 238^m²

別館 8 階 (床延面積) 1,737^m²

管理・サービス部門 1,737^m²

Human Imaging

小さくても高性能。 CTは進歩して います。

画質と性能に一切妥協せず、経済性と省スペースを実現したImageMax。その独創的な設計思想が注目され、いまや臨床専用機として最も脚光を浴びるCTスキャナと言っても過言ではありません。これは、発売以来2年弱で国内だけでも既に設置台数200台以上、全世界では300台以上という数字が物語っています。このImageMaxの登場があらゆる医療施設で経済的バランスを保ちながらCT検査を実施できることを証明しています。



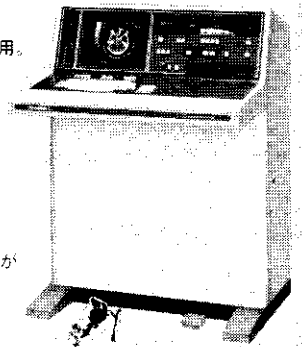
独走、

全身用CTスキャナシステム

//ImageMax

時代が求めた設計思想、
ImageMax。

- 時代の先取り、連続X線照射方式採用。
- 腹部ダイナミックスキャンや頭部自動スキャンに应用可能なシーケンシャルスキャン機能。
- 分散制御コンピュータによる高速・多目的画像処理
- ガイド式押ボタンによる簡単な操作。
- 内蔵MFC(マルチフレームカメラ)でワンタッチ撮影
- ルーチンスキャンでのクーリングタイムが皆無(オプション)
- たった25m²の必要スペース、総重量わずか1.5トンの超小型設計。



横河メディカルシステム

東部支店 03-355-5371 北海道支店 011-241-7613 東北支店 022-224-7011 中部支店 052-586-1665
西部支店 06-337-7871 中国支店 062-235-2517 四国支店 0878-51-5875 九州支店 092-472-2955

本社 番190 東京都立川市栄町6-1-3 電話(0425)37-5431

1月・研究会

実施日時	研究会名	主な内容	開催地・会場<所在地>
22日(金)13:30~16:30	定例施設研究会	「病院施設管理の諸問題」 ① 外注委託の問題について ② 消防法改正に伴う諸問題 ③ 空調(冷暖房)の運用問題 ④ ゴミ処理対策について(講師:未定)	社日本病院会 会議室 東京都千代田区麴町2-14 (電) 03-265-0077
27日(水)14:00~16:00	定例病院管理総合研究会	「老人保健施設の現況と今後の進展」 社日本病院会副会長 厚生連佐久総合病院院長 若月 俊一	
28日(木)10:00~17:00	定例庶務人事合同研究会	1. 講演「言葉の教室」 —あいさつ, 応対, 電話, エチケット— NHKアナウンサー 加賀美幸子 2. 講演「患者の心理とサービス」 —仕事のすすめ方— 時事通信社・エッセイスト 藤原 作弥 3. フォーラム「新入職員研修のポイント」 聖路加国際病院総務課作業計画室室長 石山 稔 東京都済生会中央病院臨床検査科次長 坂内 英明 本島病院業務課長 中野 隆男 武蔵野赤十字病院婦長 中原 久江 東京医科大学病院霞ヶ浦病院放射線科 技師長 藤田 良三	NHK放送研修センター 東京都世田谷区砧 1-10-10 (電) 03-415-7111

編集後記

新年明けましておめでとうございます。本年もよろしくご支援、ご愛読のほどお願い申し上げます。

さて、本年は、諸橋芳夫会長の巻頭言のタイトルにもありますように、心新たに、“誇りと自信をもって”進みたいものであります。そのうえ、さらに一層“団結を強化し正道を歩んで”前進を開始したいものであります。

本号の巻頭を飾るグラフは、神奈川県川崎市に所在する聖マリアンナ医科大学病院をご紹介します。施設の写真のご提供、ありがとうございます。

さて、記事といたしましては、昨年8月名古屋市で開催された病院長・幹部職員セミナーから、講演とシンポジウムを収載しました。当会の顧問である宮崎秀樹参議院議員によるものであり、同議員の医療関係法案成立に至る国会内での活躍ぶりをつぶさに知ることができ、また法案がどのような過程を経て法律として成立するのかを伺うことができ、興味をそそられました。次に、近時厚生省より出ました「地域医療計画」、この告示と作成が各都道府県で現在進行中であります。ま

た、同省の国民医療総合対策本部の中間報告も昨年6月に発表になり、国の今後の国民医療に対する方針がおおよそ明らかになりました。そこで、シンポジウムでは、各シンポジストが、地域医療計画にかかわる問題点を抽出して、それぞれの専門的立場から、遠慮のない率直な意見を開陳されております。

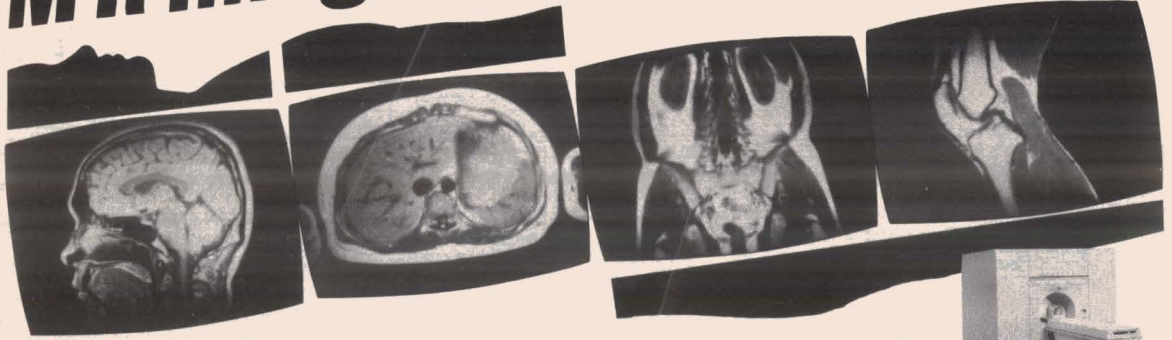
さて、第37回日本病院学会における一般演題は190点という多数に上ったわけですが、今回初の試みとして、座長の推薦および学術委員会による選考によって、優秀演題を選びました。これについては、今後逐次、本誌に掲載してゆく予定です。本号では、その先陣として、「放射線科の合理化について—主としてデーライトシステム—」(演題No.58)を掲載いたしました。なお、本年千葉市で開催予定の第38回日本病院学会においても、優秀な発表については、座長の推薦、学術委員会の選考によって、本誌への掲載と記念品の贈呈が行なわれる、とのことであります。日頃の研究成果を奮って発表してください。

本年の会員および読者の皆様のご健勝とご多幸を心からお祈りいたします。

技術の日立

HITACHI

MR Imaging System



部位を選ばず 鮮明画像。

日立MRIは、多年にわたるNMR技術と画像処理技術を結集し、高品質の画像、優れた経済性・信頼性を実現したシステムです。G-10形常電導MRI (0.15テスラ) に続

いて、高性能化を図ったG-50形超電導MRIを開発。0.5テスラの磁場強度により高感度、高分解能の画像を可能にしています。撮影部位に最適な各種コイルもそろえており、診断目的にあわせた鮮明な画像を提供いたします。

G-50



MRI

日立MRイメージング装置

株式会社 日立メディコ
株式会社 日立製作所

本社 / 〒101 東京都千代田区内神田一丁目1番14号(日立鎌倉橋別館)

計測器事業部 / 〒100 東京都千代田区丸の内一丁目5番1号(新丸ビル) 電話/東京(03)212-1111<大代> 内線3382

脳梗塞・脳出血後遺症、脳動脈硬化症に伴う



●薬価基準:収載

脳代謝・
精神症状改善剤

アバン錠

指(イデベノン錠) 「タケタ」

効能・効果、用法・用量、使用上の注意および取り扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。

武田薬品工業株式会社
大阪市東区道修町2丁目27番地

(昭和61年11月作成:AVAB52-1)

日本病院会雑誌

昭和三十年四月十二日第三種郵便物認可
昭和六十三年一月一日第三十五卷第一号

編集発行人

〒100 東京都千代田区麹町一丁目十四番
電話(六五)〇〇七七(代)
諸橋 芳夫

頒価 一部一、二〇〇円