

日本病院会雑誌

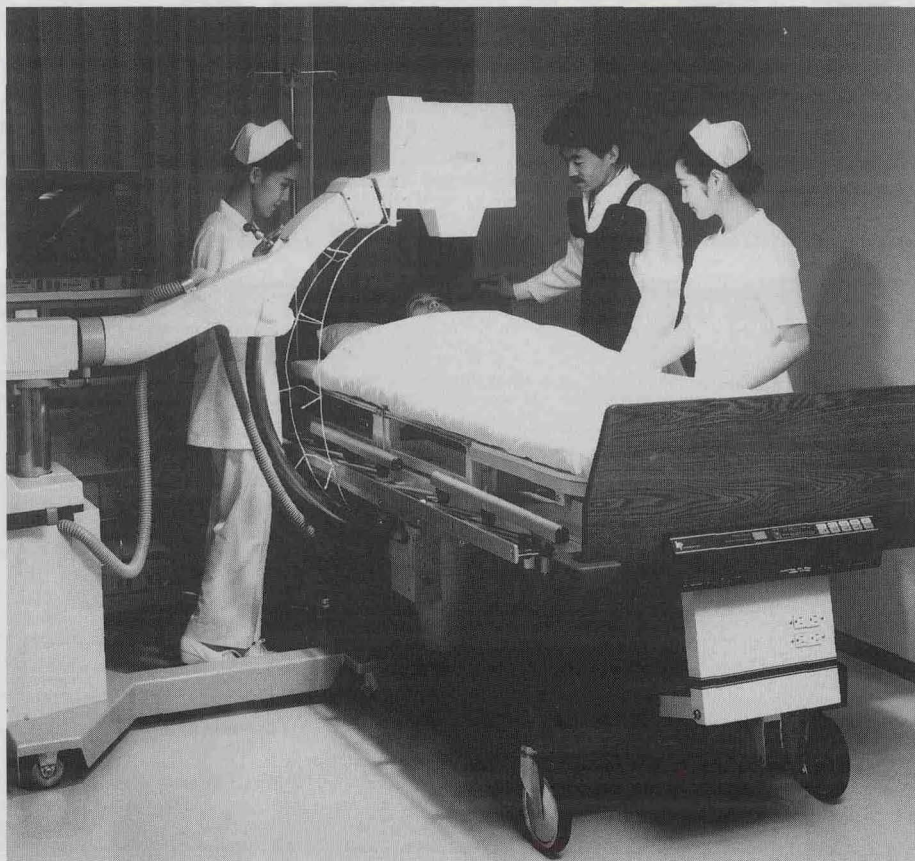
Journal of Japan Hospital Association

1991

1

VOL.38 NO.1

ベッドは休日をとりません



思いやりに育まれた高品質

安全で機能性にすぐれた医療用・在宅ケアベッドの
トップメーカーとして40余年。

高度な技術力は、多くの医療・介護施設から
厚い信頼を得ています。

パラマウントベッド株式会社

本 社 〒136 東京都江東区東砂2-14-5 ☎03-648-1111(大代)

札幌支店 〒060 札幌市中央区南2条西13-318-11 ☎011-271-1181代

仙台支店 〒983 仙台市若林区卸町2-3-3 ☎022-239-5211代

名古屋支店 〒454 名古屋市中川区玉船町3-1-2 ☎052-661-3111代

大阪支店 〒550 大阪市西区土佐堀2-3-33 ☎06-443-8791代

広島支店 〒733 広島市西区横川町3-8-5 ☎082-293-1311代

九州支店 〒812 福岡市博多区博多駅東3-14-20 ☎092-461-1131代

本郷営業所 〒113 東京都文京区湯島2-4-8 ☎03-815-3311代

資料ご希望の方はご請求ください。郵送いたします。

みなさまに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。

日本病院会の福利厚生面を推進する

日本病院共済会

営業内容

① 病院及び病院職員のための各種保険取扱い

※主な保険

- 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
- 病院火災賠償責任保険
- 看護学校学生傷害保険
- 就業中傷害保険
- 一時払個人年金
- 新・傷病保障制度(所得補償保険)
- ボイラ保険
- 現金総合保険
- 医師退職金積立制度(企業年金保険)
- 保育所総合保険

② 人間ドック手帳の販売

⑥ OA機器用紙の販売

③ 病院図書の発行と販売

⑦ ビデオ病院職員接遇シリーズの 販売

④ 薬価情報発行と薬品販売

⑧ 病院防災服・避難器具 「布団でレスキュー」の斡旋

⑤ 他社発行図書の斡旋販売

⑨ その他諸物品の斡旋販売

所在地 東京都千代田区三番町7-2

TEL. 03-3264-9888

FAX. 03-3222-0016

ご存知ですか？

(社)日本病院会の病院賠償責任保険は
こんなに有利です！

——(社)日本病院会の病院賠償責任保険のメリット——

1. 最高の団体割引20%引が適用されており、断然有利です。
【現在ご加入の契約の団体割引率を今一度ご確認ください】
2. 医療上の事故の場合1事故1億円、年間3億円までお引き受けいたしております。
【現在ご加入の契約の補償限度額を今一度ご確認ください】
3. 病院の場合、ベッド数により保険料が変わりますが、ベッド数は、許可ベッド数か実在ベッド数のいずれか少ない方でご加入いただけます。(実稼働ベッドではございませんのでご注意ください)
【現在ご加入の契約のベッド数を今一度ご確認ください】
4. 万一の事故の際の窓口が明確であり、事故解決のために最も適切な方法をご連絡することにも、会員病院と協力して紛争処理に最善をつくします。
【現在ご加入の契約の事故の際の対応を今一度ご確認ください】
5. ご加入の病院に対しては、ビデオテープ『医事紛争防止のために』の貸出サービスがあり、事故防止のためのノウハウ提供にも積極的に取り組めます。
【現在ご加入の契約の事故防止のためのサービスを今一度ご確認ください】

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入はいつからでも可能です。

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入はいつからでも可能です。病院賠償責任保険に未加入の病院は、医事紛争の現状を踏まえられ、今すぐ本保険へご加入されますことをお勧めいたします。

なお、本保険へ切り替えられる病院におかれましては、現在ご加入になられている保険の満期日と本保険の保険始期にブランクが生じないようにご注意ください。

中途加入の場合、本保険の保険始期は、保険料が下記振込口座に着金した日の翌日になります。(お振込の際はできるだけ電信扱をご利用下さい)

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入の手続きは大変簡単です

『日本病院会の病院賠償責任保険』へのご加入の手続きは大変簡単です。

加入依頼書に、必要事項ご記入の上、(株)日本病院共済会までご送付いただき、保険料を振込先口座までお振込いただくだけです。

なお、加入依頼書のご請求・中途加入の場合の保険料につきましては、下記までご照会下さい。

◆お問い合わせ先◆

日本病院共済会

〒102 東京都千代田区三番町7-2

電話 03-3264-9888

〔担当〕 松本

◆保険料お振込先◆

富士銀行 麴町支店

日本病院共済会

普通預金口座 No. 768088

日本病院会雑誌 病院学 1990年1月号

目 次

グラフ：アメリカの病院の病歴室	7
巻頭言：年頭所感 — 国民医療の確保と病院経営の健全化をめざして—	諸橋 芳夫 11
〈病院長・幹部職員セミナー〉	
特別講演 医療と宗教	福井 光壽 17
シンポジウム ジェネレーション・ギャップ	25
司会 河北博文 シンポジスト 小山秀夫/角田博道/亀田俊忠/早川大府/高木安雄	
〈論文〉病院医療評価指標としての院内死亡率について	高橋 政祺 51 棟田 三保
—その意義と計算方法—	
第8回米国診療録管理業務視察記—各参加者による—	57
富田和義/高本 進/齋藤真奈美/三竹年世子	
第二次病院経営危機の到来か？	黒田 幸男 71
俳句：宝船	蘭部 雅彦 74
随筆：第8回米国診療録管理業務視察旅行うらばなし	PR生 75
随筆：うたかたの記	山本 修 80
紀行：トルコとギリシャ神話と医学	井上加代子 83
〈第40回日本病院学会優秀満題〉	
白鷺病院放射線科のコンピュータによる管理、運営について	佐藤 洋他 91
ターミナルケアを経験して—家族の立場から—	妹尾 弘幸 101
透析室看護婦の蓄積的疲労徴候とうっかりミスの関係	山下 智子他 103
〈総婦長セミナー〉	
講演 医療廃棄物の適正処理について(梅澤勝利)	8月・看護管理研究会 107
講演 院内感染の現状と対策(松原義雄)	8月・看護管理研究会 117
〈定例研究会〉	
虎の門病院見学記	10月・診療システム研究会 131
北里研究所メディカルセンター病院を見学して	10月・診療録管理研究会 133
ご存知ですか？ 病院のごみの量!!	国保旭中央病院 137
他)日本病院会役員写真 14	
第32回日本人間ドック学会開催案内	139 1月・研究会のお知らせ 142

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 10管・30管, 5ml 5管・50管, 2ml 10管・100管

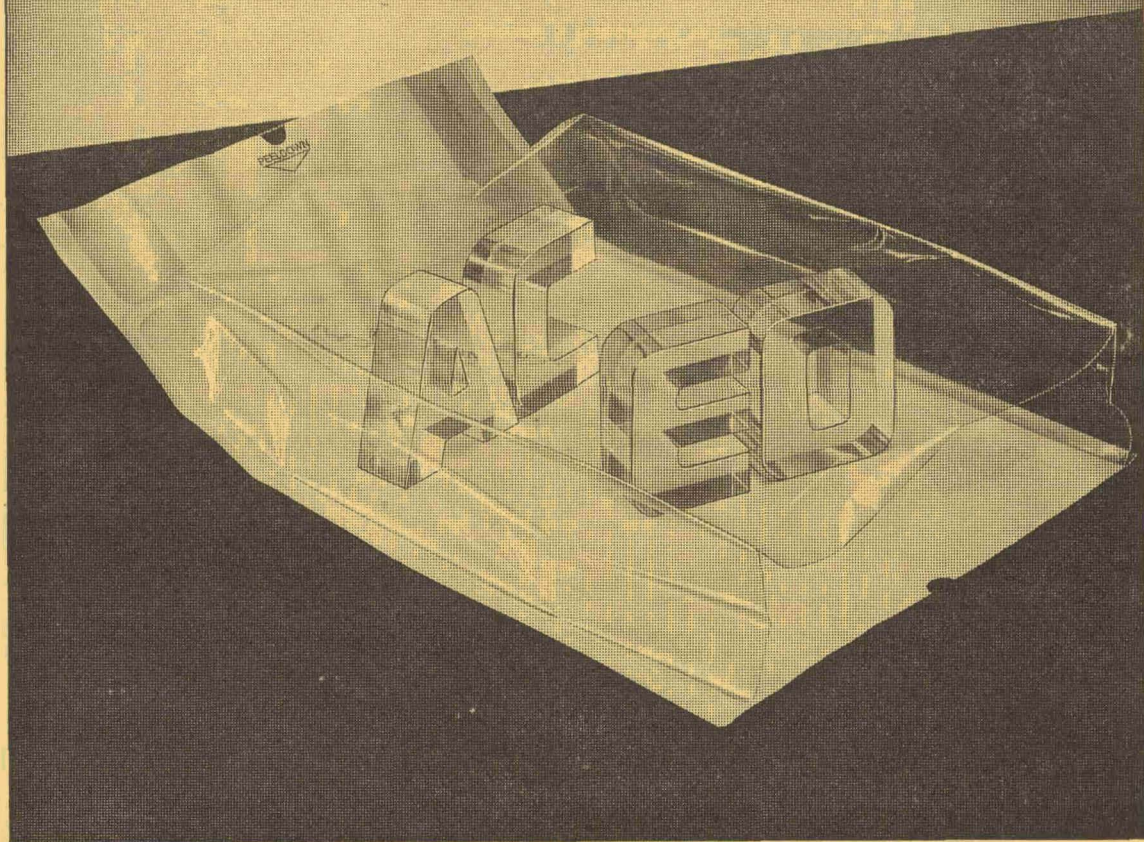
財 会社 ミノファーゲン製薬本舗 [〒160] 東京都新宿区四谷3-2-7

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……

札幌 ☎011(512)7201 / 盛岡 ☎0196(41)1221 / 仙台 ☎022(239)3561
大宮 ☎048(684)8591 / 千葉 ☎0472(32)1411 / 東京 ☎03(284)2911 / 横浜 ☎045(471)7701 / 金沢 ☎0762(23)2351 / 静岡 ☎0542(84)6688 / 名古屋 ☎052(704)4450
京都 ☎075(672)1441 / 大阪 ☎06(765)2821 / 神戸 ☎078(861)2171 / 広島 ☎082(842)3957 / 松山 ☎0899(76)2021 / 福岡 ☎092(475)1861 / 熊本 ☎096(381)6311

アメリカの病院の病歴室



米国の病歴室の仕事は病院医療の質の高さをささえる蔭の力である。医師の書き落しをこまかくチェックし、落ちのない完全なカルテを完成させる。これをコード化し、コンピュータに入力する。病歴室ではデスクを持つ職員には必ず端末装置が1台ずつ机上にあり、コンピュータ化が進んでいる。しかし粗雑な不正確な情報は、コンピュータを通して精密な情報には転換できないのであって、コンピュータ化をすることが精密な情報を得る方法だということにはならない。カルテの記載そのものが正確精密にならなければならないのである。

(上)、ロング・アイランド・大学病院

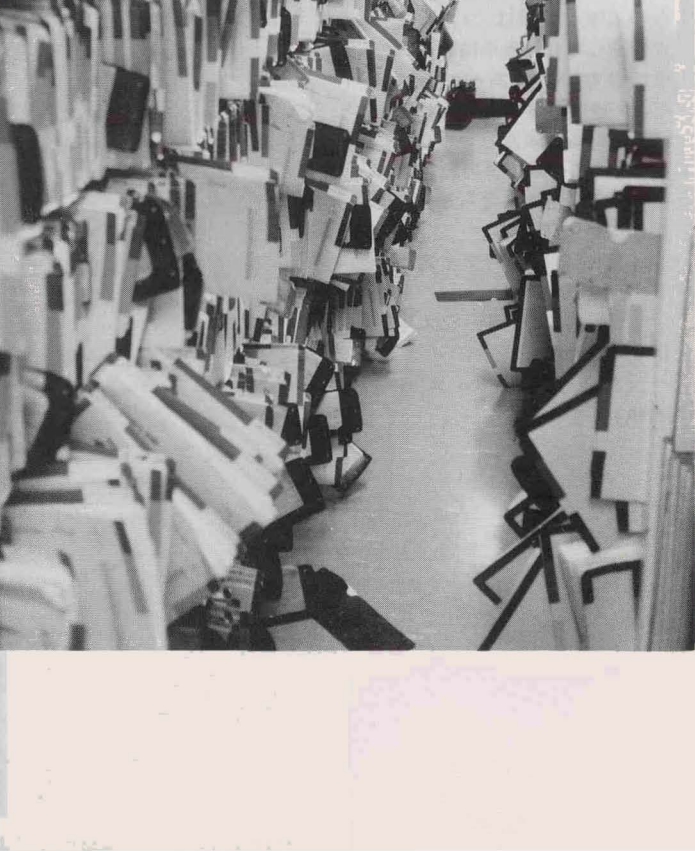
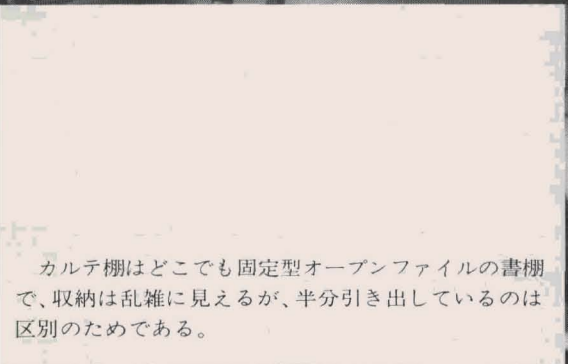
(下)、ニューヨーク大学メディカルセンター

(Mrs. Beverley White RRA)





カルテの厚さは相当なもので、これを日付順に並べかえ、記載に落ちがないか、必要な用紙が入っているか、こまかく点検して、足りない分を主治医に記載してもらうことになる。(NYU)



カルテの内容の整理は多岐にわたっている。(NYU)

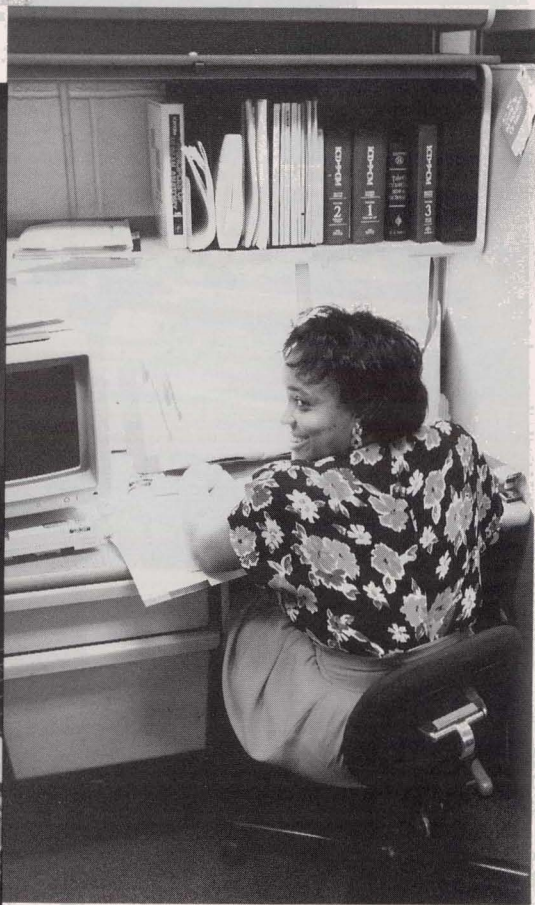
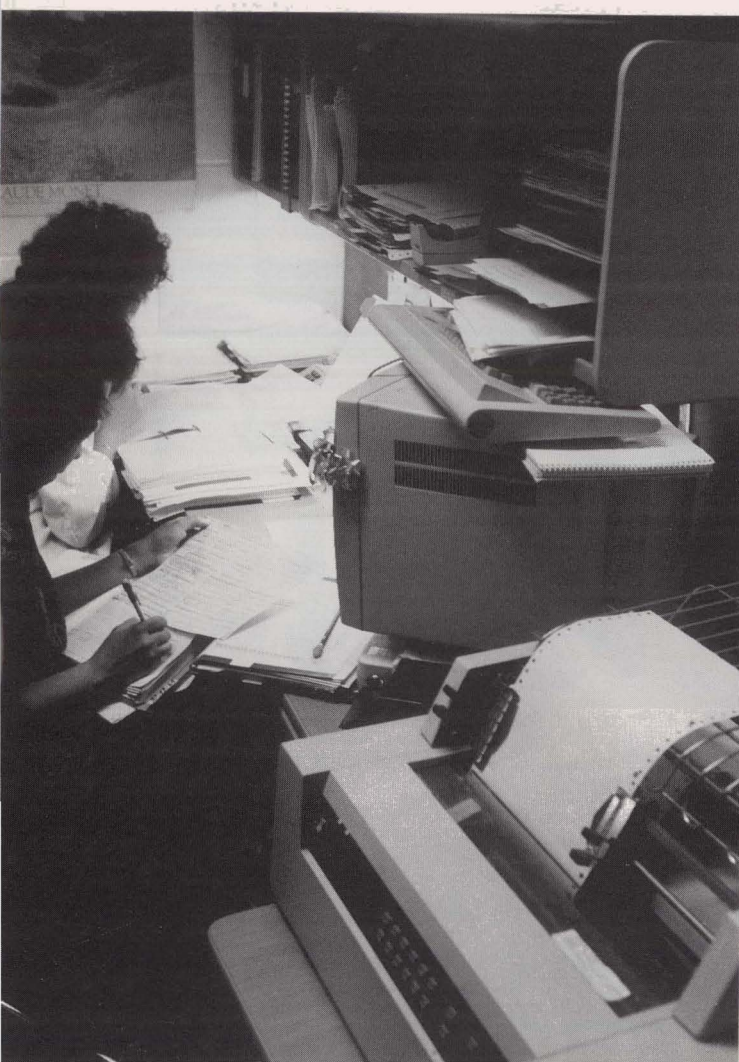


自走式台車などの搬送装置も病歴室には必要な設備である。(メイヨー・クリニック)

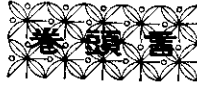
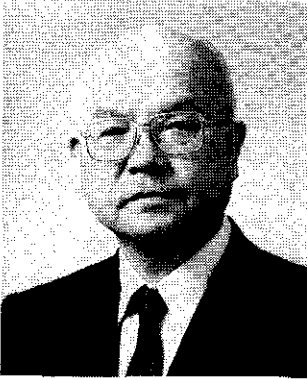




コーディングなどの職員の机は、1人か2人ごとにパネルで仕切られている。(NYU)



撮影・文
高橋 政祺



年 頭 所 感

—国民医療の確保と病院経営の健全化をめざして—

諸 橋 芳 夫*

新年おめでとうございます。

昨年は国内外の政治情勢の激動、特に中東の危機の勃発などあった。一方、日本の医療界にとっても厳しい情勢が続いた。

即ち、昨年4月1日に医療費の改訂があったものの、改訂後の公的・一般256病院の移動年計による病院の経営状況は一段と悪化しており、甲表3%台、乙表5%台の赤字となっている。補助金がなく、税金がかかる民間病院の経営は更に悪化しているものと推測される。これに加えて、人事院の給与改訂の完全実施で、昨年4月からの平均3.67%アップ、定期昇給2.03%を加えると、実に5.7%にも達する高額であり、他の産業は平均7.02%の人件費であるが病院は50%と高率の労働集約型の医療産業であるだけに、これを経常収支の中で解決することは極めて困難である。

更に、看護婦の夜勤手当・医師の当直手当のアップ、週休2日制の実施では医療の特殊性から最小限の人員増による支出の増加。昨年8月2日に発生した中東の危機を契機に原油の高騰から、石油製品・食品・雑貨・サービス料金の値上げ、一方医療費の抑制から健保組合・国保・自賠責とも大幅な黒字であることなどより、豊かな日本、貧しい医療を打破し、国民医療の確保と病院経営を守るため、昨年10月末に医療費の早急な改訂を要望した。

昨年私は「大学病院分院の問題点」「病院の管理運営について」、「病院運営と看護婦不足問題」、「最近の医療問題によせて」、「医療政策への提言」なる論説を発表した。その中で、医療政策、人事院のベースアップ勧告と医療費、週休2日制、薬価差額と医薬分業、日米構造問題協議、公的助成と病院債の発行、税制問題、看護婦不足問題等を取り上げた。

今年は医療法の改正が国会を通り、来年から施行されるであろう。又、高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）の実施が2年目に入る。厚生省は国民医療総合対策本部の中間報告にある

* もろはし よしお 鈞日本病院会会長・総合病院国保旭中央病院院長

が如く、引き続いて医療費の伸びを国民所得の伸び以下に強力に抑えたい方針と解される。

我々はこれらの動向を正しく見守り、患者の病院志向が高まり、国民医療費の中で占める割合が、病院、67%、診療所、33%となった今日、一日も早く我が病院団体の主張が直接に中医協、老人保健審議会等政府の公式の場に於て開陳され、行政に反映するよう願うものである。

武見元日医会長でさえ、晩年「病院に入院して初めて病院の実態と問題点が解った」と発言された。このことから病院の実情は病院人でなければ正しく理解できない点が多々あることがわかる。

今年もまた病院の進べき道、果す役割、諸制度のあり方、国の諸施策等につき必要に応じ、責任者・担当者とも懇談し、要望のみならず、本会の意見を提言するなど大きく動き、更に、団結と協調を固め、会員増を図り、国民医療の確保、医療の質の向上、病院経営の健全化をめざし、全会員一致協力してこの難局を突破し、国民医療に貢献したい所存である。

会員各位の一層の尽力と発展を祈るものである。



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より努めるものとする。

一九八五年

社団法人 日本病院会

病院倫理綱領

日本病院会は、国民の医療を守るために、病院人が遵守すべき行動基準を病院倫理綱領として次の通り定める。

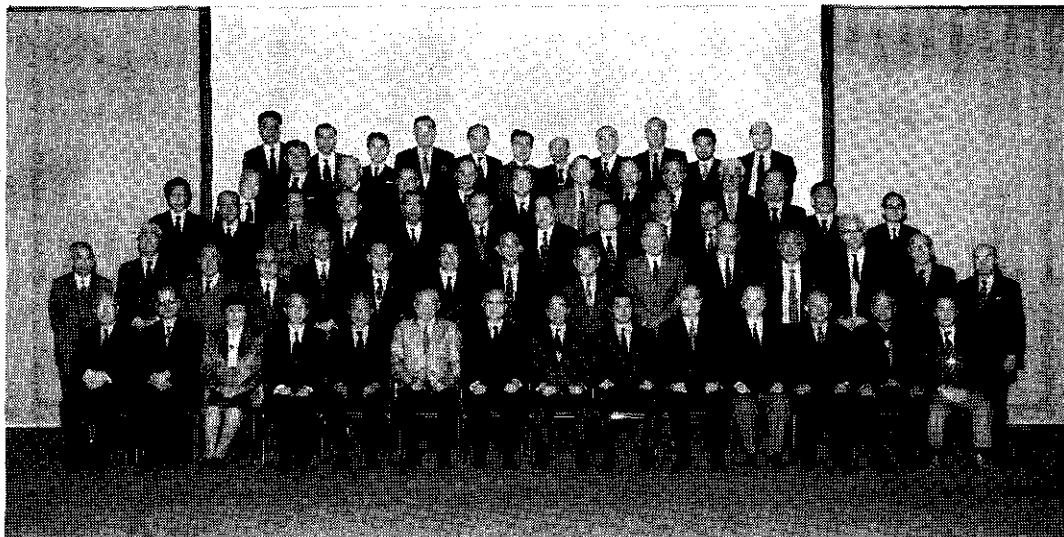
- 一、病院の使命
病院人は、傷病者のために限りなき愛情と責任をもって最善の努力を払わねばならない。
- 二、研修・教育
病院人は、たゆみなき研修に励み、医師の錬磨と医道の高揚に努めるとともに、後進の教育に力を尽さねばならない。
- 三、医療記録の保管と守秘の義務
病院人は、傷病者の医療記録を完備し、これを確実に管理するとともに、傷病者の秘密は正当な理由なくして漏洩してはならない。
- 四、地域社会への協力
病院人は、地域住民の疾病予防及び健康増進のために、他の機関と積極的に協力せねばならない。
- 五、病院の管理運営
病院人は、病院の管理運営にあたり、いたすりに利潤追求を目的としたり、放漫経営に流れて、病院の信頼を損うことがあつてはならない。

社団法人 日本病院会

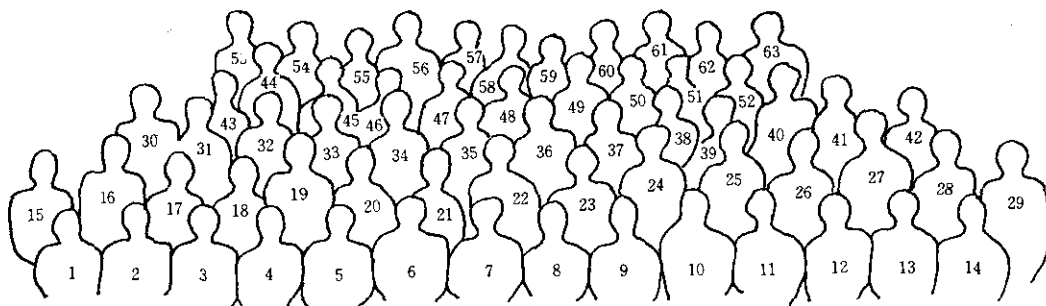




近 春



(社)日本病院会役員(平成2年11月24日 撮影)



- | | | | |
|---------------|------------------|-------------|---------------|
| 1.小野肇 常任理事 | 11.内海栄一郎 代議員会副議長 | 21.加納繁美 理事 | 31.村田寿太郎 常任理事 |
| 2.有澤源蔵 常任理事 | 12.豊島正忠 理事 | 22.島田恒治 理事 | 32.土屋章 理事 |
| 3.有田幸子 参与 | 13.岡山義雄 顧問 | 23.横田修 理事 | 33.伊藤研 常任理事 |
| 4.行天良雄 参与 | 14.織本正慶 常任理事 | 24.牧野永城 参与 | 34.依田忠雄 常任理事 |
| 5.北川定謙 参与 | 15.寺田守 常任理事 | 25.木澤彰 理事 | 35.南溢 理事 |
| 6.財津晃 副会長 | 16.中川三与三 常任理事 | 26.竹本吉夫 理事 | 36.北村行彦 常任理事 |
| 7.諸橋芳夫 会長 | 17.遠藤香苗 理事 | 27.寺田一郎 理事 | 37.渡辺晃 理事 |
| 8.中山耕作 副会長 | 18.芝木秀俊 理事 | 28.宮地知男 理事 | 38.北原次一郎 理事 |
| 9.河北博文 副会長 | 19.平野一彌 常任理事 | 29.高山榮 理事 | 39.近藤慶二 理事 |
| 10.向野榮 代議員会議長 | 20.嶽塚登喜郎 理事 | 30.梶原俊 監事 | 40.肥田木孜 理事 |
| 41.宗雪武 理事 | 51.岡崎通常 常任理事 | 61.三宅浩之 委員長 | |
| 42.須藤祐司 理事 | 52.福田浩三 理事 | 62.許山隆 理事 | |
| 43.伊藤剛二 理事 | 53.上田侃 常任理事 | 63.桑名昭治 理事 | |
| 44.高橋政祺 委員長 | 54.小澤寛二 常任理事 | | |
| 45.中後勝 理事 | 55.廣田耕三 常任理事 | | |
| 46.高橋勝三 委員長 | 56.藤澤正清 理事 | | |
| 47.大道學 常任理事 | 57.須原邦和 理事 | | |
| 48.丹野清喜 常任理事 | 58.柏戸正英 理事 | | |
| 49.小山田恵 理事 | 59.宮崎柏 常任理事 | | |
| 50.石田礼二 理事 | 60.道下忠蔵 理事 | | |



皆様お健やかに初春をお迎えのこと
とお慶び申し上げます。
本年も何卒よろしくお願い申し上げます。

平成三年 元旦

—日本病院会図書—

病院管理マニュアル

(病院経営管理の標準)

Management Manual for Hospitals

(社)日本病院会 医療制度委員会編

B5判 43頁 800円(〒210円)
(税込)

—目次—

病院倫理綱領

病院憲章——病院憲章について

本文を理解するために

病院経営管理の体系

基本的原理

経営管理の標準Ⅰ 倫理と目的

経営管理の標準Ⅱ 組織、規程、管理と記録

経営管理の標準Ⅲ 職員の配置と指導

経営管理の標準Ⅳ 財務および施設と設備

経営管理の標準Ⅴ 広報活動

経営管理の標準Ⅵ 病院職員の発展のための教育プログラム

経営管理の標準Ⅶ 病内業務管理

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

FAX 03-3222-0016

—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

B6判 58頁 500円(〒175円)
(税込)

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

FAX 03-3222-0016

特別講演

医療と宗教

東京都医師会会長 福井光壽

ご紹介にあずかりました福井でございます。河北先生から、ぜひ話しにこいというご依頼を受けまして、果たして私が役立つかどうか非常に不安でございますが、私は10数年来考えていたこともあり、また仏教界のほうでこういった運動も起こしておりますので、ご批判を受けたいという気持ちでまいりました。

もとより私は、ここで宗教が何であるかという高邁な理論をお話する気は全くございません。一介の医師として、また開業医として、多くの先生方あるいは同僚、さらには患者さんからいろいろのことを学びました。そういった意味で現場から感じ取った私からみた点から、医療というものと宗教のかかわり方についてお話し申しあげて、ご批判を受けたいという気がしております。

河北先生から、医師であるけれども、繁成寺の住職を兼ねているというご紹介がありました。私は寺の住職であり、医師を兼ねているというふうに逆に考えております。

と申しますのは、私は港区麻布の繁成寺の長男として生まれました。私は当然由緒ある寺を受け継いでいく運命ということで、中学を出ましてから巣鴨にございます、浄土宗、真言宗、天台宗の三宗からなる大正大学に入学致しました。そして学部2年の時に学徒出陣で千葉の高射学校に幹部候補生として入校し、そこを卒業と同時に12期、13期の幹部候補生の教育を担当してございまして、終戦となり8月31日に復員してまいりました。

実は私は10歳の時に、私の母が37歳でこの世を去りました。7人きょうだいがございますが、男2人、女5人の兄弟でございますが、母が亡くなる時に、7人の子どもを残していく不幸な母親が

ある。こういった不幸な母親がないように、男の子一人、どちらかを医者にしてほしい。できることなら産後の急性肺炎で亡くなりましたので、産婦人科の医者にといいことを言い残していったのでございます。

私が復員してまいりましてすぐ、昭和20年12月に現在の寺の住職を拝命致しました。私は当然、弟を医者にすべくしておったのですが、どうしてもがえんじない。これでは母の遺言が果たせないということで、ちょうどその頃は、文学部でも大学を卒業していれば受験資格がございましたので、一念発起致しまして、受験するだけ受験してみよう。なんせ文科出でございまして、理科系は全くわかりません。でも、やることだけやっていけなければ母親も許してくれるだろうという気で慶応を受験しましたところ、補欠で慶応義塾大学医学部へ入りました。以後、医師の道と寺の住職を今日まで続けているわけでございます。

医師になりまして、産婦人科はどうしても性に合いませんので、精神科か小児科へいきたかったのですが、先輩が黙って外科に入れてしまいましたので、外科医の道を歩むことになったのです。多くの外科医と勉強しているうちに、多くの疑問にぶつかりました。これから、皆さま方にいろいろとお教えも得たいという気でございます。

さて、本年1月に日本医師会から一つの報告がされました。「多くの問題があるにせよ、今後説明と同意に基づいた医療をわが国において推進し、根づかせなければならない。そうすれば、説明と同意は医師と患者の信頼関係を再構築する一つの契機となるに違いない。医師は患者の言うことによく耳を傾け、やさしいわかりやすい言葉で

患者に語りかけるとともに、平素からみずからの立ち居振る舞いに心を配り、無言の信頼を得るように努めたい。

医師は言葉を使う知的専門職である。いろいろと困難はあろうが、それをあえて乗り越え、医療の場における新しい医師と患者の人間関係を築いていくために、医師は説明と同意を真剣に考え、それを積極的に受け止め、着実に一步一步前進してほしいものである。今、医師たちはそういう時代を迎えているのである」

よくご存じの“説明と同意”という報告書の終わりの言葉でございます。

私は、こういった報告がされること自体、あるいは逆にいえば情けないというふうにも感じておるわけです。ややもしますと医療は疾病を治療することが中心であり、医師の独善的あるいは不可侵のものであるということで、よく病気を診て病人を診ないとか、しらしむべからずよらしむべしという言葉が言われておったことはご承知だと思いますが、ここで医療とはいったいなんであろうか、ということを考えなければならないと思います。

たしかに私どもが学生時代を通じて、あるいは医局に入りまして、医学を学んでまいりました。その医学は大変長足の進歩を遂げたことは、先生方はよくご承知だと思います。平均余命も世界一を誇る長寿国になりました。天然痘はこの地球上から姿を消し、私どもが医局に入りました時、結核は死亡率の1位でしたが、現在は17位でございますし、乳幼児の死亡率も非常に減ってまいりました。人生50年というのが現在は人生80年という、やがて超高齢社会を迎えようとする時代になりました。

またCT, MRI, あるいはレーザー、あるいは超音波と、その診断技術も長足に進歩を遂げました。医学は大変その成果をあげてまいりましたが、要は医学は死に対する挑戦であります。死に対する挑戦として多くの成果をあげたことは、私は否定は致しません。むしろこれらの医学が、今日の日本のこの長寿社会をつくった功績である、と考えておりますが、医療となった場合は、いささか違うのではないかと考えております。

さて、私が外科医に入りました時に、骨肉腫の一人の患者さんを受け持ちました。足首のところから発生致しまして、足首から切断を致しました。やがて膝関節のところに移転があるということで、そこから切断致しました。さらにまたそけい部にもあるということで、そこから切断を致しました。その後、この患者さんは亡くなったわけですが、はたしてこうして切り刻んでいくことが外科医の使命であろうかと、私は大変疑いをもって感じたことがございました。

また私が一人の老婆の主治医になりました。この患者さんは、数年前に胃がんで胃の摘出術を受けておりましたが、かなり進行がんでございました。やがて再発を致しましてがん性腹膜炎を起こして、脊椎にまで移転をした婦人でもございました。転移のため大変疼痛が強く、その苦しみは並大抵の表現ではできませんでした。病室のドアを閉める振動でさえその痛みが響くわけで、私は病室のドアのノブにガーゼを巻いて、また病室の入口には厚いタオルを敷きまして振動を防ぐようにはからいしましたが、腹水がぼんぼんに張り、食欲もなく、大変苦痛な姿でもございました。

当時、私どもは、1分1秒でも命を永らえるのが医の倫理である、と教育を受けました。そのためこの患者さんは、浴びるような点滴、あるいは輸血等を致しました。

ある晩のこと、一人の方が私のところへ訪ねてまいりました。この方は最高裁の判事でもございました。そしてその患者さんのお子さんでもございました。私の自宅へこられまして、実はひとつ頼みがあるのだ。私の母をみていて、先生方が日夜大変努力されていることに対して、心から敬意を評したいけれども、いかんせん私の母はもう助かることが100%ない。毎日毎日あの苦しみをみているのは、息子として耐えきれない。それは先生の立場もわかるけれど、私も最高裁の判事としてとるべき処置に対して問題はあろうが、一分一秒でも永らえるのではなく、母を早く楽にしてほしい。いわゆる安楽死の要求でもございました。

当時はそういったことも認められておりません。私はその申し出を受けまして、点滴をその日からやめまして鎮痛剤に切り替えて最期を看取り

ました。しかし、一分一秒を永らえることが外科医の使命であるという教育を受けましたが、果たしてそれが妥当かどうかということを変疑問に思いました。

また当時は、いよいよ患者さんがもう呼吸も止まり、脈拍も絶え臨終近くなりますと、先生方はご存じかもしれませんが、最期は心臓にポスミンを直接打ちまして、患者さんの上にもたがりました。人工呼吸をやるのが私たちの使命だと教わりました。そして家族を病室に入れずに「何時何分、お亡くなりになりました」というのが主治医としての役目だったと思います。果たしてこれが人間的であろうか、果たしてそれでいいのか、ということは、大変私は疑問に思いました。

医学というものは限界がございます。医療はいかに生きるかあるいはいかに死するか、ということが原点であり、医療というものは死に対する挑戦でなくて、生に対する戦いである、と私は考えておるものでございます。確かに生命というものは、尊重すべきでございます。しかし生命の尊厳はまた別ではなかろうか、と考えているものでございます。

私たち医療担当者は、病気を治せばいいという考え方もございますが、私はもっと反省して、何が本当に、あるいは良心的に人間的に、宗教と申しますか心の問題が入って改良されなければならないと思うのでございます。肉体のみならず、心のすみずみまでいやすのがほんとうの医療ではないでしょうか。

仏教では、涅槃という言葉がございます。ご存じのように釈尊が入寂、いわゆる亡くなられた時で、2月の15日でございますが、これを涅槃会と申します。私は涅槃という言葉は、すべての迷いを吹き消した状態だと思っております。ここで私は、二つの教えられた症例をご紹介致したいと思えます。

私は、わけがありまして大変沖縄と懇意にしておりました。昭和27年に沖縄へ渡りました。おそらく内地人としていちばん早く渡った人間ではないかと思えます。まだ当時、沖縄ではB円という軍票を使っていた時でございますが、現地で私の懇意にしている方が病院をつくりましたので、ぜ

ひ見学してほしいということで、当時、私どもの恩師である外科の島田信勝教授と共に沖縄へ渡りました。

爾後、沖縄とは非常に昵懇にしておりました。沖縄から多くの患者さんを私のところへ送ってまいるわけでございます。

今から10年ぐらい前に、一組の老夫婦が、ぜひ診てほしいということで、紹介状を持って私を訪ねてこられました。私が診ますと、もう肝臓がんの末期でございます。ベッドに寝かせましても、心窩部には隆々として腫瘤が表から見え、腹壁の静脈は怒張しておるわけでございます。かなり進行した肝臓がんで、なんでここに来たのか、私もげげんに思いました。

ご本人に席をはずしてもらって、奥様にお話をいろいろしようと思いましたが、奥様が言われるには、主人は肝臓がんであることを知っております。どうぞ何も隠さずすべてを話してほしいという要求でございました。

そこまで承知でおられるならもう何も隠すことがないので、一体なんでこんな進行がんになって私のところにこられたのか、私も解せませんでしたので、なんではるばる沖縄から私の所までこられたのかということを知りましたらば、その患者さんは、東京に福井という医者がある。消化器を専門にやっているそうだから、あそこへ行って聞けば教えてくれるであろうということで、私は来たというのでございます。

そして、私にはまだやりかけの仕事がある。肝臓がんで私の余命なくばくもないことは十分承知しているけれども、この仕事をどうしてもやり遂げたいので、どういう経過をとって行くであろうか、そしてあとどのぐらい生きられるかを教えてほしい、という要求でございました。

私も、それならばということで、やがて腹水もたまり、食欲もなくなり、こういった経過をとって行くであろうということを詳細にお話し申しあげました。そして約半年ぐらいなものではないでしょうか、と話ししたら、その老人は「先生、半年は保証してくれるか」というので、半年は私は保証できると言いましたら、私の手をとって大変喜んで席を立たれたわけです。

ここまでは先生方もよくあることだと思うんですが、このあと、私は大変この患者さんに教えられたのです。夏の暑い日でございましたから、せっかく東京へこられたので、ゆっくり東京で休んで沖縄へお帰りくださいと申しあげたのですが、その老人はすぐ言葉をさえぎりまして、先生はこれから先が長いですが私は今、先生が半年という期限を保証してくれて、こんなうれしいことはない。私には一分一秒が貴重なのである。沖縄への最終便に間に合うから、これから沖縄へ帰るということのでございました。そして、二度とお目にかかれなければならないけれども、こうして先生と会えた一期一会を私は非常に感謝しているということのでございました。私は医者になってこれほど感動したことはございませんでした。私はこの老人から大変多くのものを学びました。

やがて8カ月ぐらい経ちましてから、奥さんから一通の手紙を頂きました。主人は先生のおっしゃったような経過をたどって、痛むことなく往生致しました。先生にはほんとうは手紙を書かなければならないのだけれども、自分がくれぐれもよろしく言ったことを伝えてほしい、という内容でございました。

私は残念なことに、この老人がどういう宗教を信じていたかを聞くのを忘れました。しかしこの老人は自分の死をみつめて精一杯人間らしく生きて、いかに死するかということを経験して人生を全うした人だと思っております。私はこの老人こそ涅槃への道であったと、今日まで理解しておるわけでございます。

またもう一つの例は、私の同僚で整形外科医でした。胸痛、せき等もありましたので、がんセンターで診断を受けましたところ、肺がんでした。しかも手術の適応がないということのでございました。私は非常に仲がいいものですから、そのことを聞いて大変ショックを受けました。本人にはがんということも知らせなかったのですが、本人は十分承知しておったようです。近くですので、私はそれからたびたび訪ねては元気づけておりました。

しかし手術不能の肺がんですので、だんだん症状が進んでまいりましたので「君、少し診療を休

んで体を休めるようにしろよ」と忠告したのですが「おまえ、なに言ってるんだ。自分はどうやって診察室で座って患者を診ている。大変軽作業なんだ。私のところには毎日100人もの私を頼ってくる患者さんがいるんだ。この患者を見放すことができないし、この患者を見るのが私の使命であるので、とことんまで休む意思はない」ということで、私を突っぱねました。

大変立派なことでも私も感心を致しまして、それからもう「休め」ということはひと言も言いませんでした。彼の診療所は1階で、2階が手術場、3階と2階が病室、4階が自分の住まいでございました。エレベーターもない建物ですが、最後は1階から4階まで看護婦に抱えられて上がらなければならないまで、診療を続けておりました。

この男は私と非常に仲がいいものですから、私は寺の僧侶だということを十分知っておりました。「おれが死んだらな、飛行機からおれの骨の灰をまいてくれ。おれは無宗教だからな」ということを私に盛んに言っておりました。ところが亡くなりました時に奥さんが私のところへこられまして「主人は亡くなる前に、自分が死んだら、福井に浄土宗の寺で葬儀をしてくれるように頼んでくれ。あいつなら全部やってくれるということを書いていったので、先生、頼みます」ということでした。

私は、彼が無宗教であるといいながら、いざとなった時に心のよりどころに一つの宗教、仏教を求めたのではないのでしょうか。無宗教でいっさい信じないといっているながら、実際に死を迎えた時に仏教を信じるようになり、心の安らぎを求めたのではないかと思いますし、かれは精いっぱい生きることを考えて、いかに死するかを全うした人だと私は思っております。

この人も前の老人と同様に、いかに死するかを考え、人生を人間らしく全うして、おそらく満足して死を迎えたに違いないと思います。生きること、そして死すること、私たちの命は与えられ、そして生かされているのだと私は思うのでございます。

仏教で正受(しょうじゅ)、正しく受けるという

言葉がございます。まさしくこの人は涅槃であり、正受であります。キューブラー・ロスがいうキリスト教の受容の精神だと私は思うのでございます。

もう一つ私は、実際に宗教を信じていた人の生きざまを大変感激してみております。ご存じのように私の先輩でもあり、多くの教えを受けました元の日本医師会長の武見太郎先生でございます。確かに武見先生にはいろいろと言われる方もございますが、4分の1世紀、日本の医療を支えて今日の医療の基盤をつくった功は、だれしも認めるべきだと思いますし、また先生が大変立派な最期を遂げられたと私は感ずるのでございます。

先生方は武見先生の葬儀に参列された方もあろうかと思いますが、その時にあいさつ状を配られました。その中にこう書いてございます「お別れにあたって、一つ、皇室と国民との関係を新しく考える必要があります。皇室に対する尊敬の念は、家の者が必ずもってなければなりません。

一つ、すべて自分のやってきたことはまだ結論に至っていないが、必ず世界的に結論付けされると思います。

一つ、自分の成功は自分の努力だけではなく、英子をはじめ家族、ご理解とご協力をいただいた皆様ご一同のものであることを思い、心から感謝する次第であります。本日はご会葬をいただきまことにありがとうございます。武見太郎」というものでした。武見先生は日蓮宗のお寺の出身でありました。慶応大学の学生のととき仏教青年会を主宰しておられました。先生の生き方というものが非常に表れており、宗教との関りあいが強かったと感ずるわけでございます。

また、国立がんセンターの名誉総長であった、石川七郎先生のことを申し上げたいと思います。石川先生が不調を訴えられ検査を受けられましたところ、肝臓癌ということでした。直ちに手術をと申されましたが、手術不能ということで、そのことを申し上げたところ、もう治療するな、神の摂理にしたがうと申されたそうです。病勢が進んで出血され、がんセンターに収容されましたが、自宅に帰られその後は、自宅で家族の者が総力をあげてケアをされました。亡くなられる数日前

に「チームワークがいいね、これが本当のターミナルケアだな」と申されたそうです。そして、自分ほど幸せな一生はなかった、これも神の恵みであったと言ひ残されたと聞いています。先生とは大学医局の後輩で、特に愛護をうけました。私が東京都医師会理事に就任し、医事新報の「人」の欄で紹介されました。生先から葉書が届けられました。「医事新報をバラバラとめくったらボンさん（私のニックネームでした）の顔だった。よく見てもやっぱりおまえだった。大変立派になったね、頑張ってくれよ」という内容のお葉書でございました。吐血されがんセンターに入院される直前の葉書で、私は先生の絶筆ではないかと今でも大切に保存しています。

石川先生が最期にそうしてお亡くなりになってからわかったのですが、石川先生は大変なクリスチャンでございました。そして洗礼も受けておられました。国立がんセンターが新築されました時に、現在でも石川先生が書かれた碑が残っております。そこに「愛 寛容にして慈悲あり」という言葉が刻まれております。

石川先生はホスピスをつくることに大変意欲を燃やしておられました。やはり石川先生もそうしたキリスト教の強い宗教心をもっていたからこそ、こうした立派な往生を遂げられたと思うのでございます。強い宗教の力を感ぜざるを得ないのでございます。

刑務所の死刑囚に、最期には牧師あるいは僧侶がいろいろと説法する教悔師というのがございます。その教悔師が死刑囚にたびたび話しているうちに、死刑囚も従容として死につくということを、私の大学の時の一人の恩師の教悔師が話しておりました。それは強い宗教の力ではないかと考えております。

もう一つ、宗教の力ということで、私は専門ではございませんが、またここにはその専門の先生がいらっしゃるということで、はなはだ忸怩たるものがございますが、これからの高齢社会の中でいちばん問題になるのが痴呆症であると考えております。その数は80万からやがては100万になろうと言われておりますが、私は専門外でございますが、現在これに対する治療薬しないように理解

しております。

痴呆にならないという保証は全くございません。若いうちはよいのですが、老年期になりました何をやよりどころにしてすこやかに老いていけるか、最期は自分ひとりで歩いていかなければなりません。痴呆症の家庭には愛も希望もないと思います。

そして痴呆にならないためには、私はやはり生きがいを求めていくことがいちばん必要であろうと思っております。私はこの痴呆を予防する道として、早く発見し、お互いに語らいをもち、看取りをもち、趣味をもち、生きがいを求めるということを申しておりますのでございますが、痴呆の家庭は、出してみないとその悲惨さはわかりません。むしろ私は悪性腫瘍よりもその様態は悲惨であると理解しております。

愛も希望もないこのような痴呆に対しまして、平生、生きがいをもって生きていくことが必要であり、生きがいを与えるのは宗教の力ではないかと考えております。

また最近、私が調べたところによりますと、家庭婦人の不安症が非常に増えておる状況でございます。40を過ぎて家庭婦人が不安症に陥るのは、子育てという一つの生きがいがございますが、子どもがやがて成長していきまして、だんだん親を離れていった時に、そこに生きがいが見失われるために、こういった不安症が増えているのではないのでしょうか。

さらに最近では自殺が非常に増えております。命というのはもっとも尊いものでございます。自らそれを絶つことは、私はとうてい許容されるべきものではないと思いますが、こういったものに対しまして、宗教の力が大きく働いてくる必要があると思っております。

私は冒頭に申しあげました通り、一介の僧侶でもございますので、仏教界に対して20年近く「宗教人よ、立ち上がりなさい」ということを言い続けております。私は10数年前から、聖路加の日野原先生とか、高野山の管長である阿部野竜正先生とか、遠藤周作氏、アルフォンス・デーケンさん、こういう方と「医療と宗教を考える会」を主催しているわけです。医療界から宗教界へボール

を投げたのでございます。

そしてこの会を発足した時にいちばん多く集まったのが、看護婦でございました。これは何を物語るのでしょうか。やはり死に直面する、あるいは死を予告された者といちばん接するのは看護婦だと私は思います。これらの看護婦が現代の医療の体系に満足しない、何かを宗教に求めてこの会に多く集まってくるのではないかと考えております。

現在、仏教界でいろいろな気運が高まってきております。仏教フォーラム、あるいは仏教ホスピス会、日本仏教徒懇話会、京都仏教青年会等々の会がございますが、積極的に私はこれらに呼びかけております。

その第一は、僧侶がもっと自覚をもって、いわゆる仏教の教えの心身一如となって活発な伝導教化をすべきであろうし、また一つは医療へのかかわりをもち、病院へ出向いていく必要があると思います。

京都仏教青年会は、京都の高雄病院に毎月法話に行くことを長く続けておりますが、大変よいことだと私は理解しております。また医師、看護婦等と交流を活発に致しまして、チームケアをする必要があります。また寺の住職は、檀家として3年、7年の年回のほかに、月参りとかいろいろなものがございますが、患者、檀家と接する機会が非常に多い立場でございますので、患者のみならず家族への支援ができるはずでございます。

こういう意味におきまして、仏教界がもう少し立ち上がる必要がございます。そしてターミナルケアとしてクオリティ・オブ・ライフを高めることが必要です。特に私はホスピスの建設を強く呼びかけております。仏教には13宗56派ございます。これらがまとまればホスピスの二つや三つはできないはずはないのです。

現在、ホスピスは、キリスト教による淀川キリスト教病院と浜松の聖隷三方原病院と国立松戸病院の三つでございます。本日、こちらへまいりまして、そのパンフレットを拝見しますと、9月8日、9日に淀川キリスト教病院でこれらを中心とした会がもたれるということで、大変結構なこと

だと思えます。

僧侶と致しましては、デス・エデュケーション、死の教育というものが必要であろうと思うのでございます。上智大学のアルフォンス・デーケン先生は、デス・エデュケーションというのは死に関する知識であり、自分の価値を見直すことでもあり、不安・恐怖の感情を乗り越えることであり、末期患者と接する技術である。要は死の受容がデス・エデュケーションだと申しておるのでございます。

私は、命と生命とは別であると考えております。医学では生命の尊重はうたわれておりますが、それは生物学的生命であって、生きる意味を重視する命の尊さが見失われているように思えてなりません。生きがいを見つけて安らかな死を迎えるにはどうしたらよいかということに対して、医学は無力であると思えます。

ほんとうに生きがいのある人生を歩むことが、ほんとうに生きることであり、また安らぎをもって死を迎えることができるはずでございませぬ。命をいつくしみ、いかに生きるかを教えるのが宗教でございます。その基本は愛であり、慈悲だと思うのでございませぬ。日本に仏教が到来した時は、これが中心であったはずでございませぬ。寺子屋がしかり、施薬院がしかり、寺というのは文化の中心であり、病院でもあったはずでございませぬ。しかし現在、一介の葬儀の儀式が中心となっていることに対して、私は非常に遺憾に思うのでございませぬ。

命というものは尊い、これを十分に生かしていく必要がございませぬ。私は仏教大学の大正大学におります時に、一人の恩師から受けた和歌を一つの処世訓としております。三縁山増上寺の二十四世の法主、いわゆる住職であり、大正大学の学長でもありました椎尾弁匡先生でございませぬ。この先生が詠める歌に、「ときはいま ところあしもと そのことに うちこむいのち とわのみのち」ということをいっております。やはり全身全霊を現

在の仕事に打ち込むことが、永遠に生きる道でもございませぬ。

昨日は東京都の衛生局長がまいりまして、東京都のリハビリ病院のお話をしたと聞いております。白鬚橋にできましたリハビリ病院は東京都がつくりまして、東京都医師会が委託運営をするというユニークな病院でございまして、6月にオープン致しました。その病院は私が最高責任者でございませぬ。現在89床開設致しまして、来年には165床をすべて開設する予定でございませぬ。

この開設にあたりまして、私は院長並びに職員、事務員に至るまで集めまして話を致しました。この病院は日本中で注目されている病院であり、予防、診断、治療、リハビリに至る一貫した医療システムを構築する必要がある。特にこの病院にくる患者さんは、肉体的欠陥のほかにも心も病んでいるはずである。当面はこの病院は脳疾患系、あるいは整形外科的な疾患が多うございませぬが、将来は心筋梗塞、あるいは糖尿病、さらには心のリハビリテーションも致したいと思っておりますが、この病院における基本姿勢は、心暖まる医療を施してほしいということをおの方針としておるわけでございます。

“説明と同意”ということをお冒頭に申しあげましたが、心暖まる医療こそ最も必要なものであらうと思ふわけでございます。

いろいろ宗教とのかかわりを申しあげてまいりましたが、最後に、私どもの命が与えられたものであり、今日生かされておりますが、この生かされた人間がいかに生きていくか、あるいはいかに死を迎えるか、ということをお求めていくのが宗教でもあり、言い換えれば医療でもあると思ひます。医療と宗教は一つである、というのが私の考え方でございませぬ。

時間がまいりました。ご清聴を感謝致します。ありがとうございました。

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)
ポリアロン織堅牢染
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 広島市中区小網町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)
白衣搬送センター 〒014 秋田県大曲市佐野町18-19 Tel.01876-2-1891(代)

シンポジウム

ジェネレーション・ギャップ

平成2年8月・東京・ホテルエドモント

司会 日本病院会副会長 河北 博文
シンポジスト

国立医療・病院管理研究所
経済研究部マクロ医療経済研究室長

小山 秀夫

厚生省健康政策局前総務課長補佐

角田 博道

亀田総合病院院長 亀田 俊忠

葛西中央病院院長 早川 大府

社会保険研究所
社会保険旬報編集部課長 高木 安雄

司会 河北博文

皆様おはようございます。朝早くから日曜日にお集まりいただきまして大変ありがとうございます。本日のテーマの「ジェネレーション・ギャップ」という題を付けましたのは私でございますが、考れば考えるほど何を一体お話をして良いのかと、昨日の夜も2時ぐらいまで何人かと一緒に考えておりましたが、結局、今日の朝まで結論が出ずじまいということになっております。

そこで最初この話のスタートといたしまして、今回のセミナー全体でどういうことを考えて企画をしたかというようなこととお話しさせていただきながら、本日のこのシンポジウムのテーマであります「ジェネレーション・ギャップ」というものに触れさせていただきたいと思っております。

今回のこのセミナーでございますが、「医療における公正さ」ということを考えましたのが、特に昨年の暮れあたりからのいろいろの世界情勢、あるいは日本国内の変化を見ておまして、本当に医療はこれで良いのかということをお大変強く感じました。

それはイデオロギー中心の諸問題から経済中心の動きが出てきて、これはおそらく一つの波であって、将来元に戻ってしまう可能性もあるのではないかと考えられます。その中で我々が置かれた立場、社会の変化に対して医療が置かれた立場が本当に公正であるかどうかというようなことを感じたわけです。

例えば7月17日の『日本経済新聞』の社説に、日本企業の分析のことが書いてありました。今回のイラクがクウェートに侵入したようなことから、どのように経済的影響が出るかはよく分かりませんが、今の日本の経済成長は、非常にお金があり余ってしまっています。ところが我々の医療界だけを見ますと、比較的裕福に見える個人と、非常に貧弱な病院があります。何故それほど病院が貧弱なのだろうか。

少しさかのぼりますが、国民医療総合対策本部というものが数年前に設置されまして、中間報告が出ました。その中に、「良質な医療を効率的に提供をする」という言葉がありました。それから、「大学病院の問題を考えよう。老人病院のテーマを考えてみよう」ということが書いてあり、今回の医療法改正につながっているのではないかと考えました。

ところが昨日の医療法改正のお話を伺っていても、本当に良質の医療なのか。いろいろと質の定義はあると思います。私どもが国民に対して医療の評価をきちっとしてこなかったということで、これは個々のケースでの評判ではなく、システムとして医療を評価してこなかったのです。それは、「医療というのは専門家ではなくては分からない。自分たちに任せておけ」というこ

とを言って、結局きちっとした評価のデータを出さず、回状をしなかったということでもあります。

私が以前にアメリカに住んでいましたときに、「一番パブリックなのはプライベートである」ということを言われたことがあります。これはどうということかと言いますと、プライベートカンパニー、特に上場をしている会社は、上場をしていますが誰でも株を買うことができる。誰でも参加することができる。ですから「一番パブリックなのはプライベートである」ということを言われていながら、我々は医療の公共性、あるいは非営利性ということを非常にクローズドな、閉鎖された舞台の中で言っているだけであります。だからこそ社会の中でフェアに扱ってこられていないのかという気が強くしたわけです。

そこで社会の中で、昨日出ました公正さ、公平さ、あるいは効率という問題についてはどのようなとらえかたがあるのか。それからその社会の中で医療の立場で、これは今日の最後のシンポジウムでございますが、医療における公正さということの議論をしたい。社会と医療のつながりを中心に考えようというわけです。

ですから昨日はシンポジウムとして、「21世紀における社会生活」、社会があって初めて医療があるのだということを企画したわけでございます。私どもが日常感じておりますことは、医療界の組織には、いろいろな組織がございます。病院協会もあれば医師会もあり、行政という組織もあります。こういうところにそのフェアという考え方があるのか。あるいは年代に違いがある。このシンポジウムのテーマである「ジェネレーション・ギャップ」が本当に存在するのかということも議論をしたいと思っております。

これは私ごとですが、昨年の末に初めて感じたことは、私は39歳でしたが、「あと何年生きるのか」ということでした。おそらく自分の本当の意志で物事を考えて行動できる期間は、あと30年ないのではないかと。そうするとこれは平均値ではありませんが、この30年をどうやって自分でタイムマネジメントをしていくか。自分でスケジュールを作って時間を管理していくということが非常に貴重であるような気がしたわけです。

この時間の流れは、我々には止めることができないわけです。ですからこの時間の差をどうしようふに我々が感じていくのかをよく考えるわけです。やはり昨日のシンポジウムで厚生省の萩島氏が言われましたが、我々が何故日常こういう活動をしているのか。それはただ、ただ、仕事に流されているのか。それとも自分の意志でいろいろなものをつないで考えているのか。特に日本病院会では、国民に対してより良い質の医療制度を作っていこうということでやっておりますが、何故そういうことをするのだろうか。やはりそれは現在の国民に対して、そして次の世代に対して何を残すのかということが大変大切だろうと思えます。また高齢化という現象は、高齢者がたくさんいるということと同時に、子供が少なくなったということがあるわけです。非常に子供たちにとって今の社会は厳しいと思われる教育の問題、あるいは医療の問題等があり、悲鳴を上げているような気がいたします。

そこで今日、この壇上に5名のシンポジストにお集まりをいただきましたが、これは意図的ですが、皆同じ世代です。同じ世代の人たちに話をさせていただいて、お話の後フロアから違った世代の方にご発言をいただきたい。自分たちはどういようにこの話を受け止めたかということの議論をさせていただきたいわけでありまして。

「ジェネレーション・ギャップ」を言葉としてとらえるのではなく、日常自分たちが行っている行動の中でどう考えて、先程の「意志を持って自分たちで考えながら行動している」ということを、今会場にいらっしゃる皆さま方が、「自分とはこういうところが違うのではないか」ということを是非感じていただきたいわけでありまして。

多少余談になるかもしれませんが、東京都で青年部会、若手の院長会というのが昭和59年に発足いたしました。若手と言いましても、50歳未満の人たちを若手と言っておりますが、この会は毎週金曜日の朝6時半からでもう230回を越える勉強会をしております。

よく組織の比較をするということで、日教組や農協、あるいは医師会、病院協会、軍隊、共産党の組織を比較して参りました。そういうところで

一番保守的でしかもクローズドなものはどうも医療界ではないか。先程も申し上げたように、我々は全く社会に対して口を閉ざしてしまっている。これからどうやって社会とのつながりを作るかということが非常に大切な気がいたします。

今までの医療は、ただ単に医師の個人的な機能を考えれば良かったところから、社会の中でのシステムとして位置付ける医療に変わってきていますから、そういう意味では今回のセミナーのいろいろなお話を理解していただきたいと思っています。

昨晚遅くまで何人かの人たちと話しておりました、一番ジェネレーション・ギャップを感じたのは、カラオケが始まってからです。それぞれ唄う歌が全然違うのです。昨日のお話でも、テーマを与えれば皆関心を持つが、そのテーマを自分と結び付けるのは非常に難しいというお話がありましたが、カラオケというのは一つのテーマですが、その中にも年代の違いがあるような気がいたします。

そこで今回のこのシンポジストの方をお願いしたのは、内容的にはどういうお話をさせていただくのかは全く束縛をしない。ただし起承転結だけは付けましょうということで、一番最初のこの“起”として国立医療・病院管理研究所の研究員の小山さんにお話をさせていただきます。小山さんからは、「社会的にジェネレーション・ギャップとはこういうものだ」というとらえかたをしていただいて、それを受けて行政の立場から以前の健康政策局総務課の角田さんに、行政の立場を中心にとということになるかもしれませんが、お話をさせていただきます。それから医療の現場として、千葉の亀田総合病院の院長の亀田さんにお話をさせていただくことにしております。

そこで“転”として、一度ひっくり返してみることから、葛西中央病院院長の早川さんにお話をさせていただきます。最後に、社会保険旬報の高木さんにとりあえず中締めのお願いをし、それを受けて会場の違う世代の方々からお話をいただければ有り難いと思います。

実は私は今“さん付け”ということを使ったわけですが、昨日の大熊さんのお話にも、

「どうも医師の人たちはお互いに『先生、先生』と呼びあっている」というようなこともございました。私の青年部会は勉強会を通じまして、皆“さん付け”をしようということで、お互い同士は“先生”という言葉は使うことを止めております。

これも余談になりますが、イギリスの外科学会は、確か一番最初に入ったときには“ドクター”という名称ですが、10年経つと“ミスター”に変わるというようなことで、「先生と言われるほどの馬鹿でなし」という話もございますので、なるべく“さん付け”でこのシンポジウムを進めさせていただきたいと思っております。

それでは小山さんからまず話を起こしていただきます。お願いいたします。

シンポジスト 小山 秀夫

おはようございます。私の話は机の上に紙を1枚用意しまして、スライドでは余りにも細かくて見えないので、裏と表に刷ってございます。たくさん細かい数字がある方をまずご覧いただきたいと思っております。

大変申し訳ありませんが、この会場に今年80歳以上の方がいらっしゃいましたら少し勘弁していただきたいのですが、ワープロの都合と言いますか、紙の都合で18歳以上、80歳未満の方が会場にいらっしゃるというような想定を勝手にさせていただいて作ったものでございます。

まず年齢コーホート分析チャート(図1)の見方でございます。左上に明43と書いてありますのは、明治43年の生れの方が、ということです。明治44年・大正1年、下が西暦で1910年から1990年まで書いてございます。

まず明治43年生まれの方は、ずっと0から年を重ねて、平成2年には80歳になりますということになっております。

昭和47年にお生まれの方がいらっしゃいましたら、47年に生まれた方は毎年一つずつ年をとって18歳になられたというふうなことでございます。

今日は、言葉としてのジェネレーション・ギャップは別だということですが、後程お話し合いの中で、ご自分の所属された世代がどこにあったのかという形で話を進めたら、「少しいろいろなこ

きたかということ进行分析する手法を年齢コーホート分析とって、社会学でよくやるものがございます。一番古くはマンハイムが“世代”ということを使うわけです。

例えば、“団塊の世代”や、“全共闘世代”、“安保世代”など、いろいろな言われ方をします。また別には“明治世代”や、“大正世代”と、いろいろな世代という言葉が使われるわけですが、世代という言葉には、一つの時代を共有するという面があるわけではあります。

いろいろなことが戦後ございました。例えば、終戦後昭和23年に医療法ができたということもありますし、あるいは昭和29年に第1回の、日本では結核実態調査が行なわれたことも、医療界ではトピックスですし、あるいは昭和31年に国民健康保険の推進本部ができて、33年から各市町村に普及しだし、36年に皆保険が達成されたというの、わりと記憶に新しいことがございます。

更には昭和40年には理学療法士、作業療法士などという法律ができ、母子保健法なども改正されて、医療が変化してきました。その前後の30年の終わりごろは、それこそ日本中に、今の状況と似ているのかもしれませんが、看護婦さんの問題があって、いわゆる労働争議が大問題の時代がありました。

そして40年から少し後ろになりますと、このときは日本の高度経済成長の歪みが医療に影響を与えたのかどうか分かりませんが、保険医総辞退などと、今では考えられないようなことが行なわれた時代があるわけではあります。そしていろいろなことがあって今日まで来ているということがございます。

それぞれの機軸でいろいろと分析をしてみますと、やはり日本の医療を支えている医師をみますと、どうしても大きいのはインターン制度だったのではないかと、今日は一つだけ申し上げたいと思います。

つまり、戦後すぐに医療教育の中に取り入れられたインターン制度というのは、大変大きな意味を持っているようです。昭和43年にインターンが廃止されますから、たぶんお医者さんは留年されたり、浪人されて入られる方がいらっしゃいます

ので分かりませんが、まともにくるとすれば今45歳以下の医師は、インターンを経験していないことになるわけではあります。そこでその“インターン有り”と、“インターン無し”というのは大変大きなことではあります。

もう一つ何かないかと思っておりますと、それは戦後の医師国家試験があるわけではあります、第1回が行われますのは昭和21年で、22年、23年、24年と細切れに、年に三度あったときもありませんが、医師国家試験があった世代があります。

つまり、この医師国家試験が行われる以前は、医師国家試験というものではなかったわけではあります、インターン世代以前とインターンが始まる前の世代というので、大変言い方は悪いのかもしれませんが、国家試験無しという意味で“国試無し世代”ということではあります、無理に線を引いてみたわけではあります。

そうすると、今年67か68ぐらいの年齢より上の方は、このインターン制度を、もちろん戦争からお帰りになってからもう一度医学部に入られた方もいらっしゃいますからいろいろでございますが、一応“国試無し世代”“インターン世代”“インターン無し世代”に分けられるのではないかと、思ったわけではあります。

特に“インターン世代”だけを説明をしてみたいと思っておりますが、インターンを受けた方々は、分布的には大正の末から昭和の、実は19年、20年生まれまでの方であったように思うわけではあります。この“インターン世代”は、実は昭和20年の時点で1歳から18歳だったという事実はあります。

つまり、戦争のときに一番の戦争被害者であり、一番感受性が強くて、一番その体験が脳裏に焼き付いた人たちが“インターン世代”ということになります。例えば、国民学校に行っていた人は突然終戦になって、教科書に墨を塗られて教育を受けるということになります。今まで本当に偉い校長先生だった人がお辞めになって、草むしりをしてる姿を目の当りに見るわけではあります。

そして今まではなんとなく絶対的な価値であった天皇制を目の前で否定されるわけではあります。これは非常に大きいと私は思うわけではあります。「三つ子の魂百までも」とか、あるいは「6歳までの幼少時体

験はかなり大きい」とか、いろいろなことが言われるわけですが、終戦の時点で一番感受性が強くて、たぶん一番の被害者であった世代が、“インターン世代”ということになります。

またこの世代は、60年安保のときに16歳から37歳までに分布します。これも非常に大きなことで、ちょうど“インターン世代”の真ん中くらいが、60年安保の主力部隊であったわけです。もう70年安保のときには、ほとんどの方が大学を出ているということですから、どちらかというところな日でもみていらっしやったかどうか分かりませんが、そういういろいろな経験をしたということでございます。

このようにご覧になっていただいて、今“インターン世代”の話だけをしましたが、事務長さんや看護婦さんなどいろいろな世代の方もいらっしやると思いますので、まず自分のお生まれになった年といろいろな事態とをこうして見ていただくとおもしろいのではないかと考えています。

“インターン無し”の世代というのは、昭和20年以降の生まれだということです。これもまた大変なことで、昭和20年代以降に生まれた人は、60年安保のときには最高でも15歳だったということですから、ニュースなど知っています。昭和35年

当時のテレビの普及率はほんの僅かでしたが、60年安保のニュースは全国津々浦々まで結構知られたわけです。

何故かといいますと、皇太子ご成婚、今の陛下のご成婚があってテレビが普及するというかたちで、当時黒白のテレビで6チャンネルまでしかないテレビで放送された時代です。

本日のシンポジストのメンバーは、全部昭和25年か26年生まれです。早川先生だけは兄貴分として「お前ら何を言っても困るから俺がちゃんと見てやる」ということですが、あとは25、6年です。今日の話はさしずめ昭和25、6年のジェネレーションが何を考えているのかという話になるわけです。

こういった特殊な世代、“インターン世代”“インターン無し世代”というふうには、無理やり分ければ三つに分けられます。

つぎに、ジェネレーション・ギャップと書いてあって、「世代間価値規範の仮説」と書いてある表1をごらん下さい。これは私のただの思い付きです。表2に「市民社会モデルの三類型」とあります。これも非常に古くから言われていることですが、社会学でよく使われるモデルです。政治的的市民社会と経済的的市民社会と社会的市民社会とい

表1 GENERATION GAP

世代間価値規範の仮説				
	規 範	体 験	人 生	価 値
第一世代	絶対化	貧しさ	したたか	等しさ
第二世代	相対化	乏しさ	ふたしか	豊かさ
第三世代	多様化	豊かさ	しなやか	正しさ

表2 市民社会モデルの三類型

	対立項	自 由	平 等	友 愛	社 会 像	市民の属性
政治的 市民社会	教会	人 権	法 (法の前の平等)	社会契約	自由主義社会 法治国家 民主主義社会	理 性
経済的 市民社会	国 家	所 有	交 換 (等価交換)	労 働 (職業)	私的所有社会 市場経済社会 分業の体系	自愛心 (利害)
社会的 市民社会	大衆社会	自発的結社	多元主義 (価値の平等)	コミュニテイ	公衆の共同体 多元的社会 リベラル・コミュニテイ	価 値

資料：現代社会学辞典，有信堂高文社，P.76.

う三つの市民社会の形態があるのだというようなかたちで、古くからの歴史をひもといていろいろなことを言うわけです。

私は日本の社会について一つだけ思いますことは、日本で市民社会が形成されるのは、昭和20年以降です。そうするとヨーロッパではもう100年とか150年、あるいは200年ぐらいのスペンで行われてきた政治的市民社会から、経済的市民社会、そして社会的市民社会への移行というこの歴史を、戦後42年の間に繰り返してきたのではないかと思えてならないわけです。

例えば、政治的市民社会は対立するものとして教会があって、これに対して宗教革命とか市民革命ということを経て、人権というふうなものを獲得していくわけです。もちろんフランス革命などにもあるわけです。

こうした政治的市民社会は、法の前での平等をテーマにしており、そして友愛関係は社会規約で、社会像は自由主義社会、法治国家、民主主義国家、そして市民の属性は理性なのだということが言われているわけです。これが正しいかどうかはよく分かりませんが、一つのものの方だと思えます。

日本の戦後すぐの混乱期は、対立項の“教会”というところに“天皇制”というのを入れていただきますと、ちょうどびったりするのではないかと思えてならないわけです。

そして経済的市民社会というかたちで、これは昭和35年以降の高度経済成長のときに、こういうことになったのかどうかは分かりませんが、経済的市民社会に対立するものは国家です。つまり国家や体制が信じられなくなっていく世代があって、そして所有の自由、そして交換の平等、職業関係による友愛。そして社会像としては私的所有社会、市場経済社会、分業の体制。そして市民の属性としては、自愛心というよりは利害ということになるわけです。

私は毎日の生活の中で思うのですが、今、日本はこの経済的市民社会の絶頂期なのだろうと思います。中東のクウェートの問題もありますので、経済的市民社会は終わってしまうかもしれませんが、たぶんこの何年かは、この経済的市民社会の

絶頂期を、こういうフレームワークで行ってきたのだらうと思うわけです。

もう一つの市民社会のかたちは、社会的市民社会というものです。それまでの経済的市民社会で大量に創出される大衆社会を批判するかたちで出て参ります。社会的市民社会は自発的結社・ボランティアリズムということです。

いろいろなボランティアリズムから自由を勝ち得ていく。もう少し難しく言うと、個人と社会。個人と社会をつなぐものとして、自発的結社の動きが非常に大きくなっていく、という形態が出てくるわけです。いろいろなことがあります。各社団法人や財団法人、あるいは任意団体、あるいは小さなサークル活動までいろいろな自発的結社がだんだんと増えてくるわけです。その時の平等は、多元主義、価値の平等。それぞれの価値はどちらの価値の方が上か下かではなく、価値自身は平等だという時代を、社会的市民社会は迎えると言われています。そして友愛はコミュニティと融和で、社会像として公衆の共同体、多元的社会、リベラルコミュニティと言われて、市民の属性は価値というかたちになります。

1部の萌芽としては、北欧型の福祉国家は社会的市民社会の一つの形態だと言われるわけです。私もどうしても資本主義、社会主義、共産主義というものの考え方がしませんが、もう少し別の見方をして、それが市民社会の形態とすれば、政治的・経済的・社会的市民社会という分類の仕方も可能であるということです。これは先達の教育のようなものを少しもじって、こういうことを考えているということになるわけです。

こういった市民社会の三類型にヒントを得て、先程の方法と分析の年齢分析とを比べ、さて、世代間の価値規範はどういうところにジェネレーション・ギャップがあるのかということ、本当にこれは2週間ぐらい考えました。

何か違ったものがある。もう少し違う言葉でないかということで、一つご提案といいますが、私の拙い話としてお聞き止めいただきたいのは、世代間の価値規範というのは、かなり違うのではないかということです。

第1世代、第2世代、第3世代と仮においてみ

て、例えば、ここで第2世代がインターン世代と
おいてみるのが可能かどうかは、後程考えると
して、この第1世代、第2世代、第3世代という
三つの世代に、今日本の国民を分類するとすれ
ば、例えば、戦前の厳格な教育を受けられた世代
はやはり第1世代であろう。そして戦後の期間に
もまたがって教育を受けられた方は、第2世代だ
ろう。全然戦争を知らないで、何かフラフラとや
ったのは第3世代だろうと思います。

医学の方でいけば、第1世代はドイツ語で医学
を習った世代、第2世代はドイツ語と英語と日本
語をチャンポンにした世代、第3世代は英語で医
学を受けた世代と言っても、それほど間違いでは
ないと思うわけです。

こういうふうに見ますと、社会全体の価値規範
は第1世代のときには絶対化されている、という
傾向があります。徳川時代までそれほど日本の価
値規範は絶対化されないのですが、明治時期は日
本人の価値観を絶対化することに、大変多くの優
秀な学者が参入した時代だと思います。見事に日
本の規範を絶対化させていくわけです。

それに対して第2世代は相対化してしまうわけ
です。つまり絶対化された親、あるいは絶対化さ
れた地域、あるいは絶対化された社会の中で生を
受けていきますが、一番多感な時期に、先程申し
上げましたように、価値観の転換を見てしまうわ
けです。そうすると絶対的な価値観などは信じら
れないわけです。「戦争に負ければ終わりではな
いか」という、共通した大変大きなゆらぎを見
てしまうわけです。ですから規範的には相対化し
ていくのではないかと思います。

戦後生まれの第3世代は、全然規範などは分か
っていない。だらしがないといいますが、「楽し
ければそれで良い」とか、わけの分からないこと
を言う世代です。それでもいろいろとこだわっ
て、「私がお金が大切だ。私は愛が大切だ」とわ
けの分からないことを言いまして、多様化する
という現象が見られるわけだろうと思うのです。

第2世代のことはよく分かりませんが、私ども
第3世代から第1世代を見ると、経験してきた体
験、明治・大正・昭和の前期、そして戦争中を含
めて、第1世代は貧しさという体験をいやという

ほどしてくるわけです。それほど日本は豊かな国
ではなかったわけですから、貧しさという体験が
あるわけです。

しかし今、第1世代の方も私どもから仰ぎ見さ
せていただきますと、その人生はかなりしたたか
であった。関東大震災も越え、第2次世界大戦も
越え、戦後の混乱も越え、そして高度経済成長も
乗り越えて、今日この場にいらっしゃるわけです
から、間違いなくしたたかであった、と見えてな
らないわけです。

たぶん、日本の戦後復興のリーダーシップを握
ったこの第1世代の一番大きな気持ちは、「等し
さ」という一つの価値規範だったと思います。戦
前はそうでないにしても、戦争に負けてこれから
は等しく、つまり平等という意味で「等しさ」と
いうことが、もし一つだけ取るとすれば言えるの
ではないかと思えます。

第1世代の医療関係者であれば、健康保険が皆
保険化、第1世代の医療関係者であれば、健康保
険が皆保険化される以前に医療活動を行っていた
ことになりますから、例えば、貧困と疾病の悪循
環などということ、いやというほどご存じです。

つまり、お金がないために命をなくしてしま
う、これを何とかしたいと思って、ドクターにな
られた方がたくさんいらっしゃると思っても、そ
れほど間違いではないわけです。そういう意味で
は一つの世代の価値としては、「等しさ」という
ことが大きかっただろう、と勝手に想像させてい
ただくわけです。

第2世代は相対化された規範のなかで体験とし
て、つまり戦争の間に、戦争に負けてからの方が
ひどいのですが、昭和20年以降の3～4年間の間
に、徹底的に乏しさという体験をするわけです。
日本中が乏しいという体験をするわけですが、特
に10代、あるいはもっと小さい時期に食べ物がな
いということ、つまり人間の一番の成長期のとき
に「食べ物が乏しい」という体験は、何にも代
えられない大きな体験です。

いろいろな学者に聞いてみると、年を取ってか
ら少しぐらい食べられないのと、成長期に食べら
れないのでは全然辛さが違う、ということ、

その乏しさという体験から、これは大変ないやな言い方ですが、人生に“ふたしかさ”を思うわけです。実際に日本では老人の自殺率がきわめて高いわけですが、終戦以後1～2年の間に0歳から18～19歳までを体験された皆さんの老後の精神衛生は、今後大変大きくなるのではないかと思います。

例えば仕事をされて、for the company, for the business というこでやっていらっしゃる第2世代ですが、「老後は一体どうなさるのかな」という不安があります。社会変動は非常に急激ですし、例えばSPのレコードを学生時代に聞いて、LPのレコードを聞いて、今となってはレコード屋さんもなくなってCDとなって、そして60歳を過ぎるとCDもなくなってしまふ、というぐらいの体験をさせられるわけです。

第3世代の方は、そういうことを喜んでいられるわけですが、大変に第2世代は厳しい問題を抱えている。更に第2世代はコンピューターに追いついて、結局キーボードはたたいてみたかったが、手を触れなかった人は第2世代に大変多いわけで、ふたしかな人生を歩まれてご苦労されるのではないかと思います。

しかし、この第2世代が持っている価値は豊かさ。もう少しはっきり言えば、物質的豊かさを一つの大きな価値観として持っています。今の日本のリーダーシップを握っていらっしゃるの、第1世代から第2世代に多く移ってきますから、この価値規範は豊かさということになるだろう、ということでございます。

さて、今日のジェネレーション・ギャップの「最後の第3世代はこうですよ」と言いたいのですが、私も含めて第3世代の人生や価値については、非常にひとつの説得した意見を持ち合わせないのが現状ではないかと思います。ある意味では、もう少し年上の方から見れば、非常にいいかげんな人生を歩んでいるように見えるでしょうし、頼り無さもあるでしょうし、いろいろとご批判もあると思います。

第3世代が体験したものは、豊かさを体験しました。学生時代にインスタントラーメンを食べ、ビートルズの音楽を聴くことができ、学生が学生

服以外の洋服を着ることができ、学生になったり成人になってから、モータリゼーションの中で自動車の免許を取って車を買うようになり、そして大人になってからは、団塊の世代を中心に結構きつい時期はありましたが、海外旅行ぐらいは行けて、ただし、東京都心では家だけ買えないという貧しい世代なわけです。

しかし、こうした体験は第1世代、第2世代に比べれば、遥かに豊かな体験をさせていただいたわけです。私どもの人生がどうなるかは分かりませんが、もし、“したたか”とか、“ふたしか”ということになれば、私たちの希望としては、私たちが21世紀になって死ぬときには、「私たちの人生はしなやかな人生だったな」と言ってみたく、という希望的願望で網がかかっています。

第3世代は、価値の絶対化とか相対化というよりはもっと自由になって、別の言葉で言えば、社会的市民社会への憧れは非常に強い世代ではないか、と思うわけです。例えば、自発的結社とかコミュニティという言葉聞いて、「そうになりたいな」と思う世代です。そして私ども第3世代が支えていく価値は、第2世代から受け継いだ物質的な豊かさというものがありますが、その豊かさではなく、もう少し自分たちの価値規範として、一つの世代を形成するべきだと私は思うわけです。その時代を形成する一つの価値へのキーワードは、フェアネス、“正しさ”というような意味だと思ふのです。

つまり、社会主義が良いか資本主義が良いかとか、英語が良いかドイツ語が良いかとか、中華料理が良いか、洋食が良いか、和食が良いかというような、何か選択できる、大熊さんは昨日「選択できることは大切だ」ということですが、選択できるかどうかの以前の問題で、それが自分たちの人生にとって正しいのか、正しくないのか、そして自分にとって正しいのか、正しくないのかということ、突き詰めて生きていく世代なのではないかと思ふます。

しかしそうは言っても、私たちと同じ世代の中で、正しさとはほとんど遠いところで生きている者がたくさんいますし、あるいは“しなやか”というよりは全然しなやかではなく、少し突くとす

ぐに折れてしまう者もいて、いろいろとあるわけですが、第3世代としては、“しなやか”とか“正しさ”ということで生きていきたいと思うわけです。

少し話が長くなりましたが、以上がジェネレーション・ギャップの導入部分でございます。

司会(河北) つづいて、角田博道さんお願いします。

シンポジスト 角田 博道

今小山さんからお話しがございまして、およそジェネレーション・ギャップというものについて考えられる軸を解説いただいたものと思っております。最初に、先生の話喝茶化すようで申し訳ないのですが、現時点が、経済的市民社会の絶頂期だと言われました。「ローマはその絶頂期にその衰退の芽を育てていた」という言葉があります。小山さんは、きわめて楽観的に次の社会的市民社会に移るとする楽観説を述べられたわけですが、次のステップは、現在の絶頂期にある経済的市民社会が単に崩壊するだけということも有り得るわけです。今回のジェネレーション・ギャップという話は、結論を最初に申し上げれば、ここにいる世代の人間から見ると、当然これはある。しかもかなりあるのではなかろうか。

ジェネレーション・ギャップがあるということ的前提に、前の世代から何を引き継いだのか。それから次の世代に何を引き継がせればよいのか、ということこそそろそろ真剣に考えなければいけない時期ではないか、というふうな意味で、このジェネレーション・ギャップという言葉を考えていると思います。

私は役人ですので、役所の言葉で語ることをお許し願いたいわけですが、今小山さんがおっしゃったこと、軸の区切り方は、大きく分ければ三つぐらいあったのだらう。一つは当然のことながら年齢による差、二つは教育方法による差、三つ目は社会や経済、あるいは制度による差。この三つの区分であったととらえております。

最初の年齢の話は、小山さんの方から話があったのですが、実は制度によっても相当差があるような気がいたします。例えば、開業医の平均年齢

が60歳とされていますが、これは開業医さんと病院とを区分してみると、隔絶とした差があると言わざるを得ない。

仮に病院に属する医師の平均年齢を取ったならば、より相当若いはずで。開業医さんだけに本当に絞ってやれば、もっと年齢は高いはずであろうと思っています。そういたしますと、お医者さんの間にも属する世界よってのジェネレーション・ギャップが、もう厳然として存在しているのではなかろうか。要するに、年齢が違うという意味ですね。

二つ目は教育方法による差ですが、これは先程小山さんがおっしゃったおりの差であらう。三つ目の制度による差。私のために残してくださったのだと思いますが、医療制度による差があると思います。この分け方はいろいろとありますが、私も役所の考え方で言いますと、大きく分ければ国民皆保険以前、以後という分け方があります。

もう少し分けると、今ありました第1世代、第2世代、第3世代の区分と同じですが、要するに、貧しい時代から成長期、貧しい時代というのは、おそらく30年ぐらいまでのことを言うのだと思います。それから国民皆保険が出来てから以降の成長期。私が役所に入ったころは転換期、昭和50年ぐらいです。

余談ですが、役所に入ったときに挨拶文をどんどん書かされます。そのときに一番使った言葉はオイルショックという言葉で、今は200兆円に達しておりますが、赤字国債を出しはじめた時期です。国にもお金がない。「医療費が上がるのは悪だ」という話がこのころから出はじめたわけです。これが転換期だと思います。

今は何だろうかということですが、悪い言葉で言えば、衰退期のとば口だらうと思っています。新たな価値観、新たな制度を創設しなければ、少なくとも医療の世界は、衰退期に入るのではなかろうかと思っています。楽観論を言えば良いわけですが、必ずしも楽観論だけではないであらうというふうに思います。

そういうふうと考えていきますと、私どもの世代、あるいは次の世代もそうでしょうが、ギャップに悩む世代がおそらくあるのだらう、というふ

うに思います。何を悩むかということですが、当然の前提とされていること、あるいは変化がそれなりに受け止められていないもの、役所の言葉で言えば、「保険診療はどうしてすべてを覆わなければならないのか」という問題が一つ。

二つ目は「何故出来高い私なのであろうか」ということ。三つ目は教育方法の差によるわけですが、先程“インターン無し世代”ということを言われました。“インターン無し世代”というのは、結果的にはやはり専門医志向を育てたに過ぎないという言い方もあるわけですが、いわゆる専門医志向をどうするのかという話。

それからもうこれは何年前からそうですが、病院医療費が医療費全体の半分以上を越えた。今は7割に近づきつつあるという事態から、この国の医療は実質的には病院によって支えられている。いわゆる病院中心主義ということをどう考えるか。今の医療制度はそういうふうにならされているのか、どうだろうか、というようなことが議論の対象になるのであろう、と思います。

私どもも昨日仲村前局長からのお話がありましたように、医療法の改正ということで、いろいろな方々といろいろな議論をしました。その中で一番気になったことは、これは世代の差を越えていますが、どうも点数表による費用の支払い基準が、医療制度と思われる方がほとんどであるということです。

例えば、基準看護という制度があります。これは医療法に基づく医療制度ではありません。費用の支払い基準による制度です。

ところが皆さんの方は、点数表によって定められる制度が医療制度だと思われていて、「基準看護というのがあれば何点ももらえる」という発想で物事を見ていらっしゃるらしい。そうすると、医療制度の話をするときには必ず金の話をするようになる。これが豊かさになるのかどうかは知りませんが、そういうことになりますと、お医者さんが医療制度の話をするときに必ず金の話をするようになります。

昨日の大熊先生などもそうですが、お話をするとマスコミの方は医師に対してどういう目を持たれているかということですが、「医師というのは

お金の話をする」ととらえられているわけです。こういう話を長々と申し上げたのは何故かといいますと、基本的には中医協という手続きを経ますが、費用の支払基準である「医療制度」は、「官が民に与えるもの」という手順で作られておりません。つまり「点数表ありき、それに従うものである」というのが現在の医療の仕組みであると思います。

そうしますと、皆さまが考える医療制度というのは、まず金を話をするということ以前に、哲学的に、気分的にと申し上げても良いかもしれませんが、「医療制度というのは与えられるもの」とご覧になる方が多い。せいぜい元気の良い方は、「今与えられているものはおかしいのではないか」と文句をおっしゃる。これが現在のパターンであろう。

今問題意識を持って行動されている方は、ほとんど同じジェネレーションに属し、今の制度全体は本当に正しいのだろうか、という疑問を持っていらっしゃる。新しいジェネレーションの区分の目安として、こういう見方もできると思います。

これを役所の立場から言いますと、率直に言いますと、やはり護送船団方式であったのだろう、という気がいたします。護送船団方式といいますと、この国の行政の中で一番大きなやり方は金融界。この中に関係者がいらっしゃるが大変申し訳ないのですが、例えば隣の相互銀行、今度銀行になりましたが、こういう弱小金融機関まで何とか食べていける、という金利をセットするのが、大蔵省の金融機関に対する護送船団方式です。

こういうふうに見てみますと、皆さま方はご不満かもしれませんが。昨今医者であって、あるいは医療機関を開設する人で、食べていけないという人はまずいない。そういう意味では、これまでの護送船団方式はうまくきていたということですね。

他方少し視点を変えまして、昨日も大島課長からお話があったと思いますが、子供が減ってくるということは歴然たる事実です。これは文化のパターンが明白に変わったことに起因していると私どもは思っています。

と申しますのは、この中にも女性の方がいらっ

しゃいますが、女性の晩婚化、あるいは非婚化が非常に強烈になってきた。合成特殊出生率という言葉がございます。これ アバウトに言えば、一人の女性が一生の問題に生む子供の数のことでして、平成元年度は、一人の女性が1.57というのが出ております。民族がその人口を減らさずに生き残っていけるのは、この国の死亡率を前提のとしますと2.1といわれています。2.1と1.57の差分だけ、この国の人口は将来的には減っていくという状況になっていくわけです。

女性の方の文化のパターンが変わったというのは、よくよく考えると一番冒頭に申し上げましたように、やはり衰退の芽あるいは縮少再生産パターンを育んでいるのであらうと思います。これもローマの言葉ですが、ローマの社会は子供が少なくなったということで、社会の未来に希望が持たなくなったから衰退したという話もあります。

皆さんの目から見れば、看護婦さんが不足するのであらうというのは明白だと思えます。と言いますのは、今18歳の女の子は90万人、去年生まれました女の子は60万人、30万人減るということになります。90万人のうち8万人が看護婦というのと、60万人のうち8万人に看護婦さんになっていただくというのは、全然違う話です。

先程も世代の話の中で出しましたが、昭和40年代の医療の成長期のときの看護婦不足のパターンと、今度の看護婦不足のパターンは全く異なると思えます。と言いますのは、高度成長期の不足は病院の急成長に伴う、いわば摩擦的、一時的なもの、それに対し今回の不足は、広くマンパワー市場での構造的な不足の一環であるということであり、今後ますます大変になるということだからです。ここをまず一つお分りいただきたい。それと長期的に見ますと、まったく文化のパターンが変わってくるわけですから、長い目で見ますと、女性の就業パターン一般の問題の中での重要課題にならうと思えます。

「偉そうにそういうことを言って、役所もなんとかしろ」という話ですが、役所がなんとかできた時代は、昭和40年代の成長期で、器を作れば人が集まるという時代です。およそ女の子が60万人の時代に、これは次のジェネレーションの問題に

なるでしょうが、いくら器を作ったところでなかなか人が集まらない。極端な話が、昨日河北さんが飲んだスナックのホステスをやっている方が「看護婦になるより楽だ」という話であったようですが、象徴的なお話ともいえましょう。

もう一つ、これは肝心のことを皆さまはお忘れになっていないか。お医者さんの数は1割カットしよう、2割カットしよう、この国の医療事情から見るとここ等分はオーバーフロー、それにもかかわらず、消費者である患者さんはどんどん減っているということをお忘れではないか。既に危機的意識を持っていらっしゃる方は、おそらく産科の先生でしょう。

一時期は年間の出産件数が200万人を越えていた時代がありました。今は産まれる数は120万件しかないわけですから、産科医さんの医業は200万から120万に減ってしまった。要するに6割の医療になってしまった。「あいつらは馬鹿ではないか。子供が減るにもかかわらず産科医を選ぶ」などと皆さんは思われるかもしれませんが。しかし、これをもっと長い目で見ると、市場が全体として縮小するという事です。

皆が病気になったところで、120万人の人口が推移していけば患者さんが減ることに間違いはない。患者さんは大幅に老人ばかりになるという社会になるわけです。ジェネレーション・ギャップの話題の中で、次の世代に何を引き継ぐかということでお話申し上げたわけです。

例えば、「老人医療は治らないから医師として取り組むべきではない」という角度からのお考えをお持ちの方は、おそらくこれまでのジェネレーションの方々は、そうお思いになる方が多いのでなからうか。しかし、医業で食べていかなければならないという発想に立つと、これから減っていく人口、特に壮年層もこれから減っていきますが、その医療にかまけていると、長い目でみると、市場は縮小する。

これから市場として、ここ40～50年は保障されるのは、これは老人しかないということ。役所のことばかりで恐縮ですが、次の世代に何を引き継がせるかということは、そろそろお考えいただく必要があるのではなからうか。それもかなり

大きな目でお考えいただければと思います。

自分の病院が食べていけるかどうかという角度からのアプローチだけでは、いかがなものか。少なくともこのセミナーに参加されるような方々については、この国の医療制度全体について考える視野をお持ちだろうと思いますので申し上げるわけですが、病院の経営を全体として見て、「次の世代に何を引き渡すのか」ということをそろそろお考えいただきたい。

率直に言いますと、これまでの世代の方は「今の体制で食べてこられたのだからそれで良いのではないか、変える必要はない」というのが、今の諸橋先生を中心とする執行部の基本のお考えではないか。それはそれなりに正しいと思います。

ただし、「その次の世代に何を引き継ぐのか」という観点から見ると、今のこの壇上にいる世代の人も、相変わらず「今のままでも食べていける」という幻想を抱き続けていると思います。諸橋先生の世代と今の40歳、50歳の世代が協力して、次の世代に何を残すかという問題であろう、と私は思います。少なくとも医療の世界ではです。

そういうふうを考えますと、先程申し上げました護送船団方式は本当に正しいのだろうか、ということ。あるいは、今卒業しているお医者さんの7割が専門医志向であることを、どう受け止めるのかということ。それから病院中心主義の医療をどう考えるのかということは、非常に重要なことであろうと思います。例えば、議論のために申し上げますと、「病院に患者がくるのを待っている医療がいつまで続けられるのか」という観点でもいろいろな議論があります。

この壇上の人間は、「止めろ」と言わなければならぬ止めない人ばかりですので、私もそろそろ止めたいと思っていますが、最後に申し上げたいことは、これまでの医療制度の基本的な受け止め方は、「与えられるものである」ということであろうと思います。それからせいぜいその医療制度に文句をいうものである、ということであろうと思います。

しかしながら役所の立場から申し上げますと、何故常に与えなければならぬのか。しかも、与

えた者に何故常に文句を言われなければならないのかということ。この国の役所の場合には、原案の提案義務がありますから、これは未来永劫やると思いますが、たまには皆さま方の世代、あるいはその次の世代が協力していただいて、次の世代のためにどういう制度を構築すべきか、という建設的なご議論をいただきたいものだと思っているわけです。

ジェネレーション・ギャップとは率直に言いますと、基本的には「今食べている世代にはない、次の世代に何を食べさせるため残すか」ということで、何を残すかという意味では、非常に大きなギャップがあるだろう。このまま何もしなければ、おそらくギャップを大きくしたまま引き継ぐのであろう、と私は思っているわけです。

セミナーの会場ですので、議論をやや誇張したところではありますが、私はジェネレーション・ギャップというのは「当然ある」、その一番大きなものは、「次の世代に何を残すか」ということを考えているのか、いないのか、というところにあるのではなからうか。今作られている制度は、今関係のない人のために作るものである、ということです。

ですから、今自分たちが食べていけるかどうかは、もちろん重要なことですが、次の世代が食べられるかどうか、あるいは医業として正當に行動できるかどうかということ、これは偉そうな言い方ですが、一種無私な気持ちになってお考えいただかないと困るのではなからうか、というわけです。

高い所に立って言いたいことばかりを言っていますが、私どもはそういうふうを考えております。

司会（河北）非常に誇張された言葉づかいを今はされましたが、話は前後しますが角田さんは、今回の医療法改正の中心になられて、いろいろな原案をお作りになりましたが、その結果は昨日のお話に出た程度の改正案になったということです。そこにもかなり、いろいろな力の作用があったのかと思っていますが、今現在は白書を作ることを中心に活動されています。

では次に亀田さんをお願いしたいと思います。

シンポジスト 亀田 俊忠

亀田でございます。河北さんから「出てきてやれ」というお話でしたので参りました。元々口下手でございますし、特に皆さま方にお話できるようなものは、何も持っておりません。26年生れで39歳というだけしかございませんので、今日は自分の役割は実際に現場でどういうことを考え、やっているかというサンプル、マジョリティかどうか分かりませんが、サンプルをお示しすることにあると思いますので、取り留めがなくなるかもしれませんが、できるだけやっていることを率直に、抵抗感を持たれる場合もあろうかと思ひますし、また失礼の段もあろうかと思ひますが、できるだけ率直にお話をさせていただくつもりでございます。

自分どもは千葉県の加茂川で、代々江戸時代の寛永期に近いころから医業をやっております。現在も諸橋先生にお世話になりながら、何とか厳しい状況の中でやっておりますが、自分で11代になります。11のジェネレーション、それぞれギャップがあったと思ひますが、なんとか現在に至っております。

先祖の中にはいろいろな個性の人間がいたようで、シーボルト先生のところにまじめに勉強をしに行った祖先もいますし、小さなお城の御殿医というサラリーマンをやっていた先祖もいますし、財産をなげうって灌漑用水の設計に力を尽くした人もいますし、寺小屋に力を入れた人もいます。それぞれどれが良かったと、今評価、比較はできませんが、ただ共通するのは、地域に対する帰属意識と申しますか、なんとか故郷に役に立とうという一貫したものはあったと思ひます。

私は9年前に父から病院運営を任されてやっていますが、父と自分の方法論はかなり違うものが、正直言ってあると思ひます。ただその後やっていくうちに、国際的なギャップと申しますか、米国、中国、あるいはクウェートのような中近東、いろいろな人間が一緒に働いていますが、ジェネレーション・ギャップ以上にナショナルリティと申しますか、地域と申しますか、歴史と申しますか、そういうジェネレーションが違っても歴史

は、ルーツは共通しているわけですが、それ自体が違う者同士のギャップの方が、実際には大きく感じられる状況です。

今後そのナショナルリティなり、地域性をもっともっと相乗りをして共通化すると、個のギャップと申しますか、マス同士のギャップから個のギャップになっていくのではないかと、日ごろ思っています。前置きはこのぐらいにしまして、具体的なお話をさせていただきます。

これは前の海ですが、子供のころからここでサーフィンや水上スキーをして育ってきました(スライド略)。先日の日曜日昔のサーフボードを持って出て行ったのですが、ここでは若いということを出していただいているようですが、その中では皆さん若い人たちが歓迎してくれるのですが、非常にサーフィンの草分けであるという年寄り扱いをされます。

病院は医療法人の民間病院です。日本の中でも民間寄りと申しますか、そういう立場でやっております。706床、職員は1,200名ほどおります。特に力を入れているのは救急医療、及び医師の卒後教育を含む教育のつもりでございます。

救命救急は、数年前から諸橋先生の病院のご指導をいただきながらやっております。民間としては自負をもっているのですが、様々な医療のベースに自分どもはこの救急医療を位置づけております。24時間365日、常に自分たちのベストのサービスができることが、存在の基盤というふうを考えております。対象県は千葉県南部ですが、東京都の離島からの要請も受けておりますし、また在日米軍の後方病院としても機能してきております。

私どもの病院の位置は赤い点で示してございます(略)。昨日東京都の衛生局長のお話がありましたが、伊豆諸島は東京都に所属しておりますが、位置的にはかなり私どもの所からの方が近うございます。そこで天候が悪いときや患者さんの容体の待てないときには、私どもの所に搬送されてきます。

これは少し余談になりますが、私どもの希望としては県単位、自治体単位の救急医療、あるいは地域医療計画をもう少し広げていただく必要があ

るのではないか。特に移植の提供者その他を考えると、子どもはそのジレンマに置かれているところ。横須賀は基幹となる病院が米軍でございしますが、ここから15分くらいで搬送されてきます。救急の処理室ですが、自分たちの基盤となる所です。これは横須賀のヘリです(略)。

数年前から社会福祉法人を併設しております。お年寄りの施設ですけれども、ハワイに住んでおります父が絵を画きまして、いろいろと病院や施設に送ってきてくれます。社会福祉法人を設立した経緯はいろいろとございしますが、私どもが思いきって民間よりの事業を進めていくにあたって、どうしても押えておかなければいけない部分、というふうに位置づけております。

これは今年スタートしたハンディキャップの施設です(略)。

今まで代々病院をやってきましたが、数年前からその病院の中の機能をそれぞれ会社として、あるいは研究所として、という試みをしております。これは亀田産業株式会社という関連会社の一つが千葉市の駅前で行っているビジネスホテルです(略)。

関連会社はそのほかに亀田開発株式会社、これは開発事業をやります。それから建築、不動産をやり株式会社KTSという会社もございします。これは幕張という千葉県が力を入れて造っている新都市です。埋め立て地です。ここで現在いくつかの事業をやっています(略)。

幕張はご存じと思いますが、こちらが海です(略)。現在、この地域は昼間人口が4.5万人になるそうですが、特に外国人が多く来られる。それに対応する医療施設が必要である。あるいはこの昼間人口という、特に企業で働く若い方たちの健康管理をする施設が必要であるということで、千葉県から要請をいただきまして、診療所をこの中にオープンすることになりました。今年の10月からやるのですが、ここにテクノガーデンというビルがあり、そこに外国人に対応できるクリニック、それから眼科、歯科。眼科はコンピューター画面でドライアイという特殊な症状がこのごろ言われていますが、その辺の研究も含んだ診療所をやる。あと自動化検診をやろうということになっ

ています。

また、そのビルの中でファーマシーをやっております。今後医薬がどういうふうに行くか分かりませんが、少なくとも私たちが経験を積んでおくことは良いことではないかということで、ファーマシーをやっておりますが、保険は取れませんでした。

これは先程のメッセの斜め向かいになります。ホテルを建築しています(略)。この中には会員制のドックが含まれております。この会員システムは現在販売しておりますが、順調に売れているようです。宿泊はホテルの部屋を使います。

病院については、この決まった医療の経済のなかで出来るかぎり継ぎ足し、継ぎ足しやってきましたが、今後21世紀に向かって全体をもう一度見直して、その中から出来ることからやっということで、数年前からマスタープランを作っています。

これは初期のモデルですが(略)、自分の考えを申し上げますと、今後病院の医療は、病院の中の施設に入れて医療をするということから、もう少しうんと多様化していくだろうとは思っています。そのためには、これは既存の病院ですが、これが外来です(略)。これはパーキングビルです(略)。これは病院のつもりですが、この外来施設を病院の機能の中心に考えていきたい(略)。特に外来が頭脳として病院の医療、あるいは自宅での医療、あるいは施設での医療、ホテルでの医療、定住型の施設での医療、様々なサービスのコントロールタワーとなるような外来を頭においております。

例えば、これは既存の病院です(略)。大部屋もたくさんあり、クリニックですが、新しい病院には個室の高機能のものを盛り込みたい。例えば、ここにはホテル、滞在型の高級アパートのようなものを考えております。あるいは社会福祉法人の方では軽費の施設というような、医療の現場に関してはバリエーションが持てればと思っております。

教育のお話をします。看護学校は父の時代からもう数十年やってきましたが、今も精神科実習などで諸橋先生にお世話になりながらやってきて

おります。ただ看護婦不足、看護だけではありませんが、今後どうしても人材の養成をしていかなければいけない。特に私どもの田舎では、私たちがやっていくしかないということで、現在看護学校は、看護婦養成については、いくつかの施策を考えています。一つは現在の定員を80名にして、専門学校を充実させる。これは建築中です(略)。

また、地域に大学がございません。若い人たちの人口がどんどん流出してしまうということで、行政も高等教育機関の設置を熱望しております。私どもも同様に、医療を中心とした高等教育機関を作りたいと以前から思っていました。行政とお話した結果、「是非やってくれ」ということです。

これは加茂川市ですが(略)、加茂川市と勝浦市と両方からやってほしい、という話がありました。加茂川市に140万坪ほどの土地を開発することになりました。スタートしたのが去年の春で12年の計画ですが、今一歩ずつ環境調査などをやっています。病院から20分ぐらいの綺麗な場所です。

ここの思想は、将来50年、100年先に立派に残るような意味のある高等教育を作りたい。そのためにはどうしたら良いかということで、なかなか教育事業はお金も大変ですから、周辺を含む開発を行って、少しでも教育のための財源を作って教育を残そうということにあります。

これは絵ですが(略)。ここでの教育は今準備しているところですが、二通りのアプローチを考えております。一つは現在の看護教育、あるいはパラメディカルの医療技術、その他の教育。既存のプログラムを延長して、4年生の文部省で大学と認めるようなものを作りたい。

もう一方は、日本に今までなかったようなプログラム、特に考えているのは病院管理学、あるいはヘルスケアの、病院というよりはもう少し広い意味での医療学といえますか、そういうプログラムを作りたい。米国には病院管理学がありますが、米国のものをそのまま持ってくるのではなく、日本の世界に冠たるインダストリアルなテクノロジーを盛り込んでユニークなプログラムが作れば

と思っています。

それは卒業教育、ポスト・グラジュエイトのプログラムで考えておまして、文部省の大学院大学という範疇がありますが、かなり制約が厳しいので、各種学校でもかまわないから、納得のいくものをやりたいと思っています。

この中にはホテルやドームやゴルフ場、あるいは定住型の施設、ナース・サービス付きの施設、あるいはアクティブリタイアメントできるような、ビジネスができるような定住型の施設等々が検討されています。これは隣のイルカです(略)。これも隣のお花畑ですが(略)、私たちはこの自然がなんと言っても財産だと思っていて、今後どういう環境になるかは分かりませんが、故郷を大切にするというアイデンティティを持って伝えていきたいと思っています。

これは夕日が沈んだ後ではなく、これから朝日が昇る直前というところ(略)。いつもこれからというつもりでやっていきたいと思っています。取り留めのないお話をして申し訳ございません。ありがとうございました。

司会(河北) この昭和26年生まれの亀田さんが一番上で、4人兄弟がこういうことを計画しているという一つの例です。その次は起承転結の“転”ですが、早川さんにどういように話題を変えていただくか。お願いをいたします。

シンポジスト 早川 大府

ただ今ご紹介いただきました早川です。朝早くからこういう会が持てたということ自体が、世代のギャップというよりは、たぶん15年か20年ぐらい前だとすれば、こういう会は持たれていないわけです。

医師としては学会というかたちで持たれていたと思いますが、これは今年が初めてではないと思いますが、今回のように幹部職員が一同に集まって、大きく言えば「どういうふうに病院経営をしていくか」ということ、この存在自体が曲り角にきているし、もちろんこういう会に参加することを勧めた病院長の先生方が、必ずしも“インターン無し世代”というだけではないと思いま

す。

私が一番感じてきているのは、いわゆる論語世代といえますか、このお集まりの方々の中には、ほとんどの方が儒教を素養として持っていらっしゃると思いますが、その儒教の考え方は、私も浅学ですから余り勉強はしていませんが、基本的には徳を中心として、上に立つ者が徳を示していけば、世の中は自然に治まる。それには一人ひとり、修身といえますか身を修めまして、自分の家のご先祖さまのいろいろな行事をやれば、治国平天下というかたちで、国家は非常にうまくやっつけるといえるようなかたちで、そういう思想が脈々と流れているのではないかと思います。

今日ここで、政界官庁人事録ということ、
「日本のパワーエリート1万4千名を一挙掲載」という中でも、もちろん世代の交替が起きていますが、局長さん以上の人の大体読んでいる本や、好きな言葉には必ず論語が入ってきます。私の交友している範囲でも、儒教思想を基本として、国家の運営をしていくという考え方が多いです。

また時代は変わってはきていますが、現在の主流となっている日本の思想は、私は儒教思想だろうと思っています。またこの儒教思想が何も悪いということではなく、アジアにおける資本主義が発達してきた国を思い浮かべていただいても分かると思いますが、基本的に儒教文化を持っているところ、シンガポールにしても、台湾にしても、香港あるいは韓国にしましても、経済的に見るべきものがあるほど成長しています。それは日本に伝わってきたかたちとは少しは違っているとは思いますが、基本的な思想はそういうものではないかと思っています。

そのいわゆる儒教世代といえますか、儒教を中心とした組織論が大きく変わってきている。その中で一番そういうピラミッド型の構造を変えるように努力してきた業界が、一番日本で活躍していると私は理解しております。

例えば、電気通信や、いわゆる日本の輸出といわれる、今の外貨をたくさん頂戴しているところのトップの人の考え方は、根は自分では儒教の教えを持っていながら、実際にはもう少し広い考え方を持っていて変えています。その変える大きな原動

力となったのが、日本能率協会といまして、日本にはご存じのように政界と、官界と、財界という大きな三つの界がありまして、残念ながら医療界は財界の中にも入っておりません。これは後から申しますが、それほどの大きなパワーを持っていないとは思っています。

そういう意味での財界というようなところで、一番戦後の復興の中から出てきたのが、能率協会ということのを重要視して、その中にいろいろと出資して勉強をしてきたのが一つの成功した理由ではないかと思えます。その能率協会の中で、一番重要視され、日本型のそれが開発されてきたのにQCというのがあります。

幹部の職員の方は、もうすでにご存じのことと思いますが、クオリティコントロールということ。こういう話を医療界で聞くのは恥ずかしいといえますか、もうこれは20数年くらい前からすでに行われているわけです。

河北さんがいつもおっしゃっているように、製品を作って、そのクオリティといえますか、工場、できればおしゃかになってしまわないことを歩留り率といまして、例えば100の製品を作っても、そのものを上手に組み合わせていかなければ、それが93などに落ちてしまうわけですが、それが日本では落ちないわけです。

落ちないのは現場で支えている職員といえますか、工場なら工場の人たちがそれを支えていたわけです。それは意見を持ち寄ったり、いろいろな方法があると思いますが、そこで世界に冠たるいわゆる質的な保証ができるものを築いてきたと思えます。

それではひるがえって、そういうなかで病院長も含めた幹部職員は、病院の医療というものに対してクオリティコントロールをどれくらいやってきたか。それに対してどれだけ努力をしてきたかということを考えてみますと、私はほとんどゼロに近いと思えます。

私の病院でも、葛西中央病院で書かれた看護基準のマニュアルは、非常に立派なものだと思えますし、そういうものが一部の病院では出来ておりますが、実際の各病院にはいろいろな機器管理マニュアルのように、それは皆大きな病院ばかりで

はございませんから、例えば夜中に精神病の患者が来たら、どのようなかたちで、その事務当直の人、看護婦の人、その他当直の人が、どういふふうなマニュアルでそれを運営しているのかということ、各地域医療が担っていかねばならない場合には、そういうマニュアルがされていなければいけないわけです。

ご存じのようにマニュアルは、誰がやっても、もちろん人間は顔が違い、言葉も違いますが、誰がやっても病院として提供できるものが、ほぼ均一のものが提供できるというのがマニュアルの目的です。

私は最近ドラッカーというアメリカの学者の『ニューリアリティ』という本を読んでいまして、一番感動しているのはマネジメントということです。マネジメントがこの10年ぐらいは主流になるのではないかと思うのです。マネジメントというのは、正直言いまして、ここにお集まりの幹部職員の方々がやることなのです。医療界においてはこれがやられていないわけです。そういうことがうまくできたらその成果は誰が採るか。病院長が懐に入れてしまうのか。まあそういうことはできないでしょうが。

あるいは労働組合—ユニオンがその成果を採るのか。そうではないわけです。マネジメントの成果の産物は内側には存在しないのです。外側に存在するのです。消費者といいますか、患者さんといいますか、国民といいますか、その人たちが受け取るわけです。そういう概念でマネジメントをしていかなければならない。

先程の角田さんのお話の中でも、医療界は厚生省は明治18年に内務省の中の保険局から社会局になりまして、昭和13年に厚生省というようなかたちで、ガバメントコントロールということをやってきました。それは皆さんご存じのように、昭和36年の国民皆保険制度、あるいは38年の福祉における養老院から特養へというようなかたちで転機をしてきた。私はこのガバメントコントロールは非常に立派なものがあったと、評価すべきものがあったと思います。

余談ですが、私が高校時代によく見た“渡り鳥シリーズ”という日活の映画がありました。ご存

じの小林旭さんや、実戸錠さんがふらっとある港町なりなんなりに、ご当地シリーズで行くわけです。そこでたいがい保育園か、幼稚園の人に惚れるというかたちになっている。お金がない、誰か殺さなくてはいけないという羽目になるのですが、そのときにそのお金がないという理由が、笹森礼子さんなどが目が悪いから手術をしたい。手術をしたいがお金がない。そこでこのやくぎの親分と話をして、用心棒代とか殺し屋代とかいうことでお金を取るというかたちです。

あれは昭和36年以前の映画ですが、今思いますと医療が受けられないために犯罪を犯すことが、ある程度映画の中で当たり前の論理として通用していた時代から、今いろいろと映画やテレビを見ましても、医療の質自体が問題になったことで、医療界の映画はたくさんございますが、医療にかかれないうために、それが犯罪に結び付くという映画は一切ありません。それはやはり日本の国が、そういう意味での医療と厚生行政ということにおいて、ガバメントコントロールに成功してきた一つの例だと思います。

次ぎの課題といたしましては、今申しましたように、そのガバメントコントロールというところだけでは、もう日本の国はやっていけない。金目の話もやっていけない。何か民間といいますか、実際の現場の方で知恵を出せという角田さんのお話を伺っていても、あれはぎりぎりの悲鳴ではないか。悲鳴を上げているのではないかと私は思っています。今まで寄りかかってきたわけです。

私も病院協会などの仕事をさせていただいておりますが、「何をしてくれるのだ。こうやれば我々は生きていけるだろう」という、いわゆる護送船団方式ということ、日本医師会を中心として、医師の集団としてやってきたわけですが、これではクオリティは上がらない。絶対上がらない。

それと皆、足の遅い人も一緒に行かなければいけないわけですから、お金もたまらないというのが現状ではないかという意味において、マネジメントというのは、一人ひとりの解釈によって違いかもかもしれませんが、病院の経営者、幹部職員が、政府から出してきたものに対して、「良いとか、

悪いとか」そういうものではなく、「自分たちで作ってくれ」というところまで、私はきているのではないかと考えています。

実際に各省庁との比較になりますが、特に通産省は、先程大蔵省は護送船団方式で、これもMMCなどというかたちで自由金利になってやっていますから、弱小のところは非常に困ってくるだろうと思いますが、通産省は最初からそういうところは手を引いていまして、要するに育成というかたちをしてきました。それはそれができる素地があったからです。先程申しましたように、能率協会と財界自体が自分自身の中で、そういうものを作り上げて、それをやってきてそういう製品を作ってきたからです。

ひるがえて、では今任せられるか。民間の四病院団体や、看護協会、薬剤師会など、あるいは全社協といいますか福祉の団体、いろいろなものがありますが、全部任せられるか。育成して任せられるか。私が厚生省の役人という立場になったら任せられないと思います。それは何故かと言えば、勉強をしていないからです。自分たちのマネージメントに対してやってきていないと思います。

それができかできないかということは、やはりこのお集まりの幹部職員の方たちが、「本当に良い病院は何か」というようなことを、もちろん具体的に実践しているところもたくさんあると思いますが、実践をしてそしてそれを発表して、それをまねする人が出てきて、また良くするということを積み重ねないかぎりには、未来永劫にガバメントコントロールが続き、なおかつそれに対していつも不満感を持ちながら、「ああしてくれない、こうしてくれない、どうしてくれる」というような、まるで小学校の生徒のようなかたちが続くのではないかと考えています。

したがって何か一つでもこの幹部職員の方々に持って行っていただきたいという心からのお願いとしては、まず自分たちの病院で実際に日常やっていることのマニュアルを作って欲しい。これからいわゆる完全週休2日制ですか、4週6休と言わずもそれをしていくためには、人員が同じことが出来て、同じものが出てこなくてはいけない

わけです。

看護業務においても、レントゲンにおいても、薬においても、ビジネスオフィスにおいても、全部それをしていかななくてはいけない。それにおいて、やはりいかに無駄をしているかとか、あるいはこういうところが患者さんのためになっていないというところを指摘していかななくてはならない。

そういう意味でぜひ、病院にもう出来ているところには少し言い過ぎだったかも分かりませんが、もしこの中に出来ていない病院の方がいらっしゃれば、ぜひその部分で作って、そういう意味で皆と一緒に、今までは医師主導型、一方はガバメントコントロールで、一方は医師だけが主導型ということはもはや通用しない。病院は地域のものである。そういうものをオープンにしていくという意味での幹部職員の方々の健闘を祈りまして、“転”といいますか終わらせていただきます。どうもありがとうございます。

司会（河北） どうもありがとうございます。普段から論語を中心にしているいろいろな思想的な背景をもって組織の比較をされているわけですが、私も先ほど申し上げましたように、軍隊や共産党の組織に比べていかに病院協会の組織がまだまだ組織としての機能を持っていないかということをお早川さんから言われるわけです。

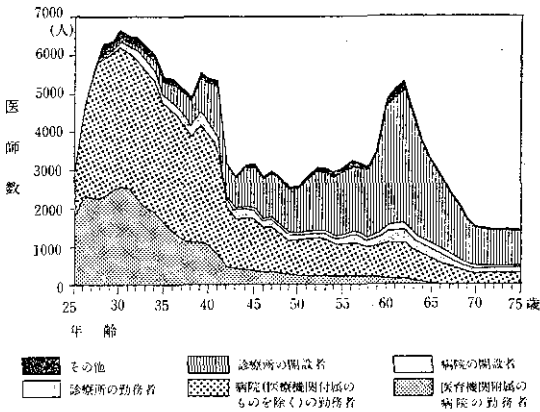
それでは今までの話を一応受けまして、ジャーナリストの立場から高木さんにコメント的なお話をさせていただければ有り難いわけでございます。

シンポジスト 高木 安雄

世代、ジェネレーション・ギャップが今日のテーマですが、医師の就業構造がどうなっているのかを見たものが図1のグラフです。ここに一つの大きな山がありますが、これは60歳プラスマイナス2歳ぐらいの、旧医専の医師たちや、海外に出掛けていた医師たちが終戦とともに日本に帰ってきて医師になっている。この層は開業医ですので、ここに大きな溜まりがあります。

もう一つ医師急増の問題がどこから始まるかといいますと、昭和45年の一県一医大が始まって、卒業生が今年41歳ぐらいになっております。これ

図1 業務の種別にみた医師数(年齢別)(63.12.31)



は昭和63年末のデータですが、2年おきのデータですので今年また出来ると思いますが、41歳ぐらいから医師が増え、ほとんど病院の勤務医です。

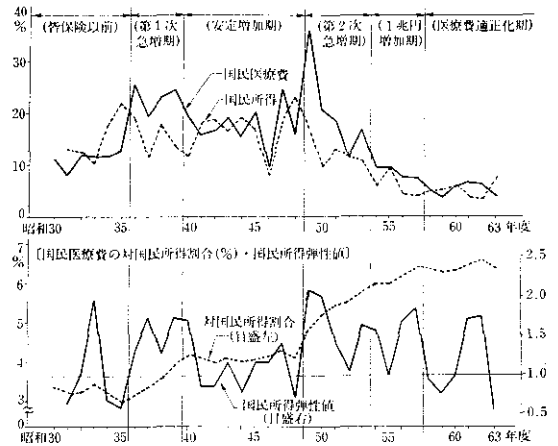
厚生省にとって、医師の大きなかたまりであるこの開業医が消えた場合に、医療ファーストアクセスの医療機関である診療所を、果してどうするのか。病院にもこれだけの医師が勤められるとは思いません。旧来のように本当に開業をしていくのか、どうか。これまでの日本の医療は、やはり開業医がかなり抱えてきた部分がありますので、この医師たちがやがて10年後、20年後に医師の労働市場から消えていきますので、そのときに備えてどのような医療供給体制を作っていくか。これは大きな問題だと思っています。

ちなみに医師の分布を見ますと、20代が13%あります。30代が約29%、40代が17%、50代が15%、60代が18%おり、60代の医師は結構多いです。70歳以上は8%ですのでかなり少なくなっている。もちろん死亡などということもありますので、山は若い医師と60代の年老いた医師にあるというグラフです。

グラフから分かりますように、40歳ぐらいまで大学の医局にかなり残っています。やはりドクターは40過ぎまで大学の医局の管理下におかれるのかもしれませんが。われわれ部外者から見ますと、普通は22歳で大学を卒業して、会社で鍛えられて、企業内教育で一生を勤めあげる。これが基本的なサラリーマンの構造ですが、ドクターの場合は40過ぎまで医局の管理下に置かれて修業を積

図2 国民医療費と国民所得等の年次推移

(対前年度増加率・%)



む、そういう意味では非常に割りの合わないといえますか、病院サイドから見ますと自分たちの病院に即した企業内の教育をやろうと思っても、圧倒的に医療機関の力が強いのですから、なかなか思うように自分たちの病院が目指すような医療をドクターに教育することが難しいという面がある。

30代も圧倒的に病院の勤務医と医療機関の勤務医で、たぶん関連病院を回されている層だと思います。そういう意味では40が一つの境目になり、大学に残れる層と関連の病院で若干偉くなるか、開業していくかという層になってくるかと思えます。

今ドクターの分布を見ましたが、次は国民皆保険以前と国民皆保険以後が先程いくつか出ていますので、昭和30年以降どのような時代を過ごしてきたかを説明したいと思います。図2をもとに国民医療費の伸びだけを今日は説明しますと、国民皆保険が実現したのは昭和36年ですので、医療費は0~25%ぐらいのかなり高い伸びを示します。これは第1次急増期という言葉で説明しますと、やはり保険証で誰でも医師にかかれるようになれば、患者さんは溢れて診療所も病院もどんどん発展していく。

やがて安定的な増加傾向を示しまして、先程のインターン廃止が43年というのはここですが、やはり医療費の伸びが落ち着いた時期に、「今の医学教育は果してこのままで良いのだろうか」という疑問が、不思議なことに一段落ついた頃に始ま

るのです。この安定増加の期間は15%から20%の間を推移して、たぶん日本の病院は基礎作りをここで終えたということが歴史的に言えるのではないかと思います。

48年に老人医療費無料化が始まり医療費は非常に伸びます。49年は36%というかつてない伸びをしています。老人医療費無料化と、もう一つはオイルショックによる狂乱物価を受けて、年2回の診療報酬改定がありました。しかし国民所得はストーンと落ちはじめ、しかし医療費はグングンと伸びる。医療と経済の乖離がこの辺から始まる。

この第2次急増期は36%に代表されますように非常に伸びて、そろそろ厚生省が「これは何とかしなければいけない」と思いはじめたのが、この1兆円増加期です。しかし、一度膨らんだ医療費は、伸び率が小さくても毎年1兆円ぐらい増えますので、57年に医療費適正化本部を作ってレセプト点検をやったり、いろいろなことをやって次の時代を迎える。

58年に老人医療費の1部負担を導入し、59年には健保法の1割負担をやる。今日は医療費が非常に落ちついた伸びです。病院を新築したり自分が医師になった時期がどのような時代状況であったかというのは、将来を考えるうえで非常に重要だと思います。

例えば、40年代に「このくらい安定的に医療費が伸びるのであれば安心して食べていける」と医師になろうと思っても、大学を出て働く時には厳しい時代になっている。「就職する時には親の薦める企業には就職すべきではない」という話があり、親が薦める企業はその当時いちばん絶頂期にある企業で親は常に安心を買います。

ところが絶頂期の企業は、次は衰退期であり、親の薦める企業などに勤めると、その後のサラリーマン生活は苦しくて、良くないことになる。もちろん経済的動機付け以外で医師になろうと思った人もいますが、経済的動機だけで医師になろうと思った人は、どうも現在予想以上に厳しい時代を迎えている。

こういう国民医療費の流れを見ますと、その時代の問題・ツケが次の時代に引継がれていく。たとえば、昭和50年から55年の医療費の伸びは、昭和

和30年以降の中でも特に顕著に伸びています。それはやはり、老人の入院を前提にしたベッドの伸びで、これなら病床を増やして儲かるとして病院・病床の建築に励んで、それが整うのが55年ぐらいです。

ところが55年には医療費の伸びは下がっており、自分が思っていたほど医療費は伸びなくなってしまう。自分が計画した段階の医療費の伸びと現実の伸びの落差、タイム・ラグの中で起きたのが、富士見産婦人科の事件ではないかと思っております。それが医療法改正となり、60年の地域医療計画という流れになってきます。

ですから自分の病院がどの時点で増床をしたとか、どの時点で新しい施設を作ったとか、歴史の流れの中においてみますと、案外自分の努力ではなく単なる市場の急成長の追い風に助けられて生まれたものかもしれない。そういう意味では、ぜひこの国民医療費のライフサイクルの中で、もう一度自分の病院の歴史を検証していただければと思っています。

図3は、医師の就業構造のグラフと医療費のライフサイクルをクロスさせたものです。今70代以上の医師は、20代、30代、40代と医師をやっているときには、医療保険がなかったのです。50代、60代になって保険が生まれて、医療費の安定増加

図3 医師と国民医療費のライフサイクル

歴史	現在	70代以上	60代	50代	40代	30代	20代
20代		黄保険以前	黄保険以前	黄保険以前	安定増加期	第2次急増期	医療費適正化期
30代		黄保険以前	黄保険以前	安定増加期	第2次急増期	医療費適正化期	
40代		黄保険以前	安定増加期	第2次急増期	医療費適正化期		
50代		安定増加期	第2次急増期	医療費適正化期			
60代		第2次急増期	医療費適正化期				
70代以上		医療費適正化期					

期に、そして60代で第2次急増期、今日医療費適正化の時代を迎えているというグラフです。

60代の医師も、20代、30代のときは保険もなく、医療費の払えない人のために頑張るといった美談が生まれたのもこの頃です。それも、若かったからできたのだろう、という気もします。40代、50代で保険が整備されて今日に至る。

医師の就業構造の中で、現在50代の医師は43年のインターン廃止運動をかなり担った部分です。その医師たちは、自分が医師になった若い頃は保険がなかった。そして30代の働き盛りに保険が整備されて、どうもおかしいなと思いつつインターン制度の見直しに取り組んだ。

今日この国民皆保険の生成と発展、充実をすべて体験し、それなりに自分の医師としての歴史の中で体験しているのが50代の医師ではないかと思っております。

40代のお医者さんは、もうすでに保険が始まっているときにドクターになっておりますので、皆保険以前は全然知らない。20代の医師は今大学病院で一生懸命やっていますが、世の中はなかなか厳しい時代しか知らない。そういう意味では、かわいそうな世代かもしれない。

国民皆保険が担ってきた保険診療が医療のすべてを見るのか、そして出来高払が良いのだろうかということを知っているのが、50代の医師の問題意識ではないか。

独断的にいうとインターン闘争をやった医師たちが、次の時代の医療をどのように築いていくのかということが、ターニング・ポイントではないかと思っております。若い医師たちは、20代、30代の人たちは、大学病院と関連病院にかなり張り付いております。それは要するに医者が溢れて厳しい時代であるからこそ、医局に依存せざるを得ない若い医者たちの“しんどさ”を感じます。それゆえに専門医指向で、なんとか生き延びようと考えている世代という気がしております。

もう一つ、国民医療費の流れで見ましたように、どう見ても医療制度が今の皆保険の構造のままでは、これからの高齢化社会はどうも無理ではないかという感じがしております。

これは患者サイドから見ても同じで、例えばこ

の医療費が伸びた時期に、医療保険の有り難さを知った人たちは、今の老人なのです。今日の70歳の老人は皆保険の実現した時期は30代から40代で、この世代の人たちは、よほどのことがないかぎりには、ほとんど保険証は使いません。

30代、40代の人たちが保険ができてその喜びを感じたのは、子供が風邪をひいた、腹痛、熱を出したとか、いろいろなときに抗生物質を投与されて、なるほど医療保険は有り難いものだったと思っただけで、今日70歳以上の老人になっているわけです。

日本の医療保険制度はある意味では医師がいて、薬があれば十分という発展途上国型でやってきた。その間で非常に安上りの医療サービスであったのではないかという気がしております。それを今日の老人もまだ引きづっている。

しかし、今、40代の団塊の世代のように、薬害や公害を青少年期に体験していますと、薬に対する消費行動は違います。たぶんそれは老後になっても引きづります。こうした医療需要、患者のニーズの変化を製薬メーカーも、医師も気付いていない。老人医療の市場の大きさの指摘が出ましたが、そういうのを認識しないと、新しい需要に対するサービスの提供ができないのではないかと。

医師の方によく聞きますのは、「厚生省はどうして自分たちばかりをいじめるのか」ということです。それはある意味では当たり前で、国民が今までのような医療サービスに対しては、これ以上のお金を払いたくないという気持ちを持ち始めている。その代理者として行政があるわけで、医者と薬だけの工業化社会の医療から、もっとヒューマンな医療サービスに気付かないかぎり、この医療費の伸びは下がりそうもない。

国民が喜んで医療サービスにお金を払いたいと思うような商品開発、需要開発を迫られているのが今日の事態ではないかと思えます。

先程の亀田総合病院は「よくあれだけやるな」というのが正直な気持ちであり、「本当にあのままいけばすごいぞ」と新しい同世代のチャレンジとして、ぜひ応援してみたいと思えます。

もう一点早川先生からQCの問題、マニュアルの問題が出ましたが、日本の医療は医者と薬を軸

に「俺に任せておけ」という単純な論理でやってきた。医者と薬だけで患者に安心を与えられれば、これぐらい安上りなものはありません。ところがクオリティに対する担保や、効率性、看護婦などいろいろなチーム医療で展開していくとなると、管理のための費用などいろいろなコストがかかってきます。そういうことをこれから国民に対してどうアピールしていくか。

一步一步、国民の医療に対するイメージを変えて新しい事業を開発して、社会の新しい資源を医療のために取っていくのが50代から次の世代の、もちろん今の世代の責任でもあります。歴史を知る者の責任として次の世代に伝え、新しい世代が医師として本当に喜べるような医療制度を作っていくないと、どうも将来は暗いのではないかという気がしています。

司会（河北） どうもありがとうございました。高木さんには日本病院会の広報委員をしていただいておりますので、できればなんとか国民とのパイプを作っていただき、業界紙の範囲だけではなく、私どもの考えていること、あるいは日常やっていることを国民に対して知らせていただく役割を十分に演じていただきたいということをお願いいたします。

それでは私自身いくつか演者の皆さんに質問があるのですが、会場から我々と違った年代の方にご発言をいただきたいと思います。事前に全く打ち合わせはございませんが、まず会場の中でおそらくこうして拝見をして一番年長でいらっしゃる、これは大体いつもお願いをするのですが岡山先生。

おそらく一番年長でいらっしゃると思います。今の問題提起に対してどういうことを感じられたのか、簡単にご発言をいただきたいと思いますが、いかがでございますか。

岡山義雄（顧問）

突然のご指名で何を申し上げてよいか分かりませんが、私は78歳でございます、まあ75歳ぐらいまでにはなんとか息子たちに後をというふうに考えておりましたが、どうも今の調子では100歳まで生きて頑張らなければとても大変だと考えて

おります。

私の息子は長男が42歳、次男が38歳でございます、まさに第3世代に属するところですが、後継者にパトタッチするうえにおいて、小山さんが示されたような、このいわゆるいろんな規範、体験、人生、価値というものからいつのこの表に対して、私は非常に勉強をさせられたと思っております。

今私が陣頭指揮をいたしましてやっているなかで、息子たちから「おやじは少し古い」ということを再々言われます。しかし、では古いからと言って第3世代の息子たちにすべてを任せるかというと、「とても任せられない」というのが今の心境でございます。したがって私が古いと言われるならば、これは勉強をしてその連中に負けぬような新しい頭脳を持ちたい。その上で初代の、第1世代のしたたかさ、もっと厳しいものを彼等に植え付けたいと思うのであります。

そうでなければ角田さんがおっしゃったように、私は繁栄の後にはやはり衰退が来るのではないかと思います。今の連中を見ていると、余りにも恵まれ過ぎている。このままで果して良いのだろうか。これは医療の面だけではなく、すべての領域において今の若い人が、この第2次世界大戦さえも知らない人がかなり多いという時代に、ローマが繁栄の後に衰退した歴史的事実を想起すべきであります。

諸橋芳夫（会長）

正しいことをしていれば絶対に強い。厚生省がどういうことを言おうが、当方が正しければ徹底的にこちらで戦うことができる。眼科の色盲表で名高い石原忍先生の言に「正しき者は強し」とある。この正しき者こそ我々第1世代の間人ではないだろうかと思ひます。また、ここに第3世代の正しさを書かれたとすれば、「日本病院会に属していらっしゃる第3世代の人はやはり正しいのだ」というように解釈してもよろしいのではないかと思います。

亀田病院のことですが、先程いろいろとやりとりがあったようですが、先代のお父さんでは失敗したと思ひます。息子さんに代わられたから良か

ったのです。これはおやじさんがやはり偉いですね。おやじさんが日本にいてはよくないということでハワイに行かれて隠遁生活を送られた。一番良いのは金を出して口を出さないことです。口を一切出されないのはやはり息子さんを信用しているのだと思います。そういう点では私は成功だったと思います。

関連ビジネスと医療法人との関係で、いろいろなことをおやりになる。今度医療法の改正もある程度やりましたが、亀田さんは亀田産業が病院をやっているのです。病院が亀田産業を利用しているのではなく、亀田産業の一部門として病院をやっている、こういう形態があっても良いのではないかと思います。

ホテルやリゾート開発など、なんでもおやりになられて、おそらくそのうちには南房総は皆亀田の名前がつくのではないかと思います。そういう点では非常に積極的です。

ただ先程もお話がありましたが、これからは暴走されないように。一時、私は亀田産業の病院について銀行側からお話を聞いたのですが、「あのやり方は危ないから、ある銀行は金を貸さない」ということでした。別のある銀行は「お貸しましょう」ということで貸しました。病院の建築も全部亀田産業の工事でおやりになるのですが、ただ見ますと鉄骨が細いのです。細いから、あの辺の住人の中には「まず地震がきて倒れるのなら亀田病院が先だろう。あれが倒れないうちは自分の処は地震があっても大丈夫だ」と言っている人もあります。真偽のほどは分かりませんが、確かに私が見ましたときに「建物が高いわりには柱が細い」と思ったのです。その後地震がきても何もないようですから、それはそれで結構だと思いますが、その辺のことも十分お考えになっていただいでよいのではないかと思います。

角田さんの、「全ての国民を公的保険でカバーしなくてはいけない」ということ、それは吉村仁氏が昔おっしゃっていたのですが、それが無理だとなって国民医療総合対策本部の中間報告で、基本的なものは公的保険でカバーするが、より快適なより良きサービスは自己負担、または民間保険でやるという原則を立てられたのですから、敢え

てそういうことを…。

昨日もお話をしましたが、アメニティな問題で、病室の面積にしても42年前に決めた1人当たり4.3平方メートルの中に病人を押し込んでいるなどというのは、個人生活もどんどん良くなって、この何十年の間にあれだけ国民生活は良くなってきているのですから、その辺のこともお考えになって、全て厚生省の言うとおりに無理やりその中へ押し付けようなどということは、これは少し無理だと思います。

何かあると「人口の高齢化がきてどうのこうの」とか、あるいはまた「年金がどうのこうの」とおっしゃいますが、私どもの病院は実は昭和28年に開院しました。そのときの1カ月の収入と比較して現在は1,000倍になりました。その当時将来1,000倍になるなどということは考えたこともありませんでした。

職員の数は26.6倍、病床の数は8倍近く、土地の面積は19倍になっておりますし、私の給料も税金を引いて1,000倍にいけば良いのですが、正直申し上げて26倍です。それくらいに伸びているのです。何も医療費だけが伸びるのではなく、「医療費が40兆円になったらどうするか」と言っても、そのときには日本の経済も伸びています。また伸びるようにしなくてははいけないのです。

その辺もお考えになると同時に、昨日も少しお話がありましたが、国民の負担率、負担率とおっしゃいますが、やはり給付率を差し引いて実際の負担率を考えていただかないといけません。たくさん取られてたくさん給付を受ければ、別にどうということはないわけですが、厚生省のおっしゃるのは、高い負担率ということで、ただ税金や、社会保障費、保険料だけをおっしゃる。どれだけの給付があるか、実質負担率を言われたいことは、大変残念なことではないでしょうか。

「狼がくる。狼がくる」と脅かされて、日本の経済は今にもひっくり返るのではないかと。医療費亡国論などという話があって、特に医療費の伸びは国民所得の伸び以内に押えるのだと言って、押えるどころか昭和63年度を見ますと、国民所得の伸びは6.8パーセントで、医療費の伸びはたった3.8パーセントです。3パーセントのギャ

ップがありました。ジェネレーション・ギャップどころではなく、これは大きなギャップです。

これは一体どういうふうにしてくださるのか。その責任は誰が取ってくださるのか。その立案をされた人はどういうことなのか。国はただ儲かったという考えでは、結局それだけのものが医療費の中で国民の健康への投資として使われなかったとすれば、損をするのは国民です。そういうことをお考えになっていただかないと、これからアメニティの問題も入って参りますし、役所は立派になったが、病院へ入ると依然として木賃宿だということではいけないと思います。

高木さんの医療費の伸びもよく分かりました。昭和48年に老人医療費を無料化するときに、「切符だけ出さないで、何故医療機関に金をくれて供給体制を整備しないのか」と、「受け皿を整備しないでただ切符だけを出すのは不合理だ」と、私どもは猛烈に反対をしました。しかしこれは政府が決めたことなので厚生省ではどうにもなりませんとのことでした。やはりあのときは間違いがあったのです。

それはある程度の自己負担を付けなければとんでもないことになる。「ただでは治りが悪い」ということを盛んに言っていたのですが、それを取上あげていただけなかったということが大変に残念なことです。厚生省の高官に言わせても「あれは政府が悪かった。我々は反対したが、政党政治である以上政府に言われては我々は反対出来なかった」という話でした。

早川先生の方からマニュアルをいろいろとおっしゃっていますが、確かにこれも必要なことで、医療の質も良くすると同時に、昨日も申し上げましたが、我々医療人も霞を食べて生きているわけではありません。我々は資源を有効に使って、もっとも国民にサービスしていきたい。こういう立派なホテルは簡単にできるのですが、病院はなかなかできないことは誠に残念なことです。以上であります。

司会（河北） 演者の方からも、今の諸橋先生のコメントに対しておそらく意見があると思います。せっかく今日は渥美先生が会場にいらっしやいます。昨日、シンポジウムが終わったあと、ジ

ェネレーション・ギャップにもぜひ出たかったとおっしゃられたそうでございますので、何かお感じになられたことをお話しただけは有り難いと思います。

渥美和彦

突然のご指名ですが、実は今年の9月の初めにベルリン国際都市計画シンポジウムがあります。そこで、私が“パラダイムシフトの中でのニューライフスタイルはどうあるべきか”，という講演をすることになっています。ご存じのようにドイツは今、東独合併で大混乱をしているわけです。そこに私はNHK国際公開討論会に出るわけですが、そういうことがあり、ドイツの最近の問題を調べたことがあるのです。そのときに判ったことは「ドイツ語は互いに共通である。これは大きなメリットである」と同時に、「ドイツ語が共通であることは大デメリットだ」ということでした。

どういうことかといいますが、ドイツ語が互いに分かる東と西ですが、しかし言っていることが全然違うことをいっていることになかなか気がつかない。例えば西の人と東の人は“労働”のきっかけとなる“ベトリブ”という言葉は一緒ですが、“労働”という観念が全然違う。これが大混乱を起こしているという話が出ました。それが実は今日のギャップの問題だろうと思います。

私は東大紛争のときに、価値観の相違が如何に大きな混乱をおこすかということを痛切に感じてその後価値観に非常に興味を持ってきたわけです。そのドイツでもドイツ大統合、民族の統合という大きな理念の下に、そういう問題を解決しようとしているわけです。今日のジェネレーション・ギャップは、第1、第2、第3、おそらく第4世代もあるのではないかと思います。そういう世代は全部価値観が違いますから、医療に対する目標も何も全部違うのではないか。そのときに我々共通の、世代を越えた医療の大目標は一体何か、ということを考えることが重要ではないかと思えます。

先程角田さんが、後に何かを残すべきだと言われましたが、私は今日座っている方々は、だいぶ

古いのではないかと思います。もっと第4世代、第5世代がたくさんいて、そうした人たちの意見は何か、ということを考える必要がある。

先程角田さんが、女性の中に結婚をしない、結婚をしても子供を生まない人が出ているといわれました。これは現在の個人の生活を楽しみたいという新しい価値観があるわけです。そのために世代の後に残すことも考えていないのです。

次の世代に何か残そうといわれましたが、残すことも考えない人もかなりいるのではないかと、ということも考えていただきたい。この世代のギャップはもっと深刻なもので、今ここに第3世代と言われている人たちの考えは、少し古いのではないかという感じがします。多様な価値観の集団の中で、そういう人たちが何をしようとしているのか、という共通の医療の目標、それは人間愛なのか何か知りませんが、その本質を深く探っていただきたいと思います。

司会（河北）私よりは遙かに素晴らしいまとめをしていただいたような気がいたします。もう時間ですのでこのシンポジウムは閉めさせていただきますが、ごくありきたりのよく使われる言葉でございしますが、サミュエル・ウルマンという人が『青春』という詩を昔書いておられて、youth というのは若いということですが、youth not a term of life, 人生の一定の期間ではない。it's a state of mind, 気持ちの持ちようであるということですよ。

この前“majority”というのは現在のため、“minority”は将来のため、というような言葉もございました。今、渥美先生がおっしゃった共通の目標というものを、この日本病院会の中で見付けていきたいというように思います。本日はご静聴ありがとうございました。

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 〒260
(消費税別)

- | | |
|--|---|
| 第1章 看護用具総論 | 第9章 材料補給（滅菌管理、補給、洗浄） |
| 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12章 産科用具（分娩、新生児、哺乳、未熟児の看護用具） |
| 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6章 包帯・抑制・固定時の用具（包帯、抑制、固定） | 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7章 電法用具（湯たんぽ、氷枕、氷のう、新しい電法材料） | 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） |
| 第8章 与薬時の用具（経口的与薬、注射、点滴注射） | |

申込先 日本病院共済会

FAX 03-3222-0016

病院医療評価指標としての院内死亡率について

—その意義と計算方法—

杏林大学医学部教授 高橋政祺

松山市民病院内科副医長 棟田三保

はじめに

人は必ず死ぬもので、いつまでも生き続けることはできない。病気になって病院で治療を求めて、いかに名医が最善の処置をこうじても必ず治すというわけにはいかない。数十年前の感染症が疾病の主体であった頃は、病院医療で患者が死亡すると、その医師の技量が未熟であるとして、病院の評判も落ちるという場合も少くなかった。

したがって1955年のポントンや、1962年のマッケレンの著書に、病院医療評価の客観的指標として平均病床利用率や平均在院日数と共に、この院内死亡率を取り上げた頃は治療行為の不成功としての意味を持っていたであろうことは疑いがない。それらの著書には院内死亡率は4%以下であるべきで、一般病院では3%を越えることはない、また入院後48時間以内の死亡は病院の責任でないとして、その精率（48時間以内死亡を除いた率）は2.5%以下でなければならぬとしていた。しかし戦後の医療水準の向上やめざましい治療方法の発達によって、かつて死亡の主役であった感染症は治療ができる疾病となり、成人病が主役の時代へと移行してきた。

こうなると死亡の問題も変わってくる。成人病が主体の今日では、いくら病院機能が高くても、難治性のあるいは重篤な状態で患者が入院してくれば、死亡を避けることは出来なくなってくる。この考え方で見ると、医療センターのような高機能病院ほど最終病院として、重篤な患者が送られてくるので当然のことながら院内死亡率は高くなら

ざるを得ない。

したがって逆にこの見方から、病院間の比較を行って、院内死亡率の高い病院ほど重症者が多く送られてくる最終の医療センターで、高機能病院である証左であるという見方もできる。院内死亡率が低すぎる病院は軽症者しか入院してこない、あまり機能が低い病院であるということになる。

確かにこの院内死亡率は高くなっていく場合に対する問題と、逆に低すぎる場合の問題との両面がある。このようにいろいろと問題点はあるにしても、院内死亡率というのはどこの病院でも簡単に計算できる比率であり、この数値が得られないということはないから、これに何か意味づけを行うことができれば、病院医療評価を行うに当って、非常に役に立つと思われる。

そこで従来あまりその意義や計算方法について検討しないまま、ただ計算だけされていたこの院内死亡率について、まずそのわが国における年次変遷と最近の動向について分析を行い、次いで大学病院の大量資料によって検討を行った。そしてやはりこれはかなり有用な評価指標として使用し得ると帰結することが出来たので、その分析検討の結果を報告したい。

病院内死亡の年次推移

戦前のわが国では人生の大事である出生と死亡は自宅で行われていた。ところがこれが戦後では事情が一変し、出生は既に99%が入院分娩であることは、どなたもご存知の通りである。

これが死亡の方も病院で行われるようになり、医療施設内死亡の総死亡に占める割合が年々高くなってきている。昭和22年9.2%、25年11.1%、30年15.4%、35年21.9%、40年28.6%、45年37.5%、50年46.7%、55年57.0%、60年67.3%となり、63年には71.9%（病院68.1%、診療所3.8%）で東京では83.7%（病院81.7%、診療所2.0%）にまで至っている。

したがって院内死亡率の方も年々増加し、この分子の病院内死亡数を人口動態統計から、分母の退院患者数を病院報告の数値によって計算してみると次のようになる。昭和40年3.8%であったものが、昭和50年4.7%、昭和60年5.1%、昭和63年5.3%と上昇してきている。

こうなると医療評価の指標として院内死亡率を問題にする場合、平均値の管理図の考え方を導入するしか方法がなさそうに思えてくる。

しかしここでその前に考えなければならないのは入院日数との関係ではないかということである。わが国の病院の平均入院日数が年々増加してきているのは衆知の事実で、例えば老人患者をいつまでも入院させておけば、必ず死亡するのであるから、老人病院で在宅療養へのすすめを行わず退院させなければ死亡率は100%になる。

また重症者を送りこまれる高機能病院、特に癌センターを持つ病院の院内死亡率が10%を超えることがあるが、これも難治性というように疾病構成の方から見ようとすれば、病院間の比較をする場合どの疾病群を除けばよいのか非常に難しい解釈になる。

ケースミックスの方から、これを個々に分解してそれぞれの場合を検討するという方法は、医学的には大切な手法ではあっても、統計的な分析にはなじまないやり方である。病院医療評価の指標として、個々の内容に立ち入らず概括的に簡単に比べられるものでないと実用にならない。

しかしそうは言っても、単純に院内死亡率を計算しただけでは、それが高率であるとしても高機能病院であるのか、長期に老人患者を収容している病院かの区別がつかない。

今回は大学病院だけの資料ではあるが、11万名を越す大数資料が得られたので、この関係をかな

り明らかにすることができた。

資料

検討に使用した資料は、杏林大学医学部付属病院の1983年1月1日より1988年12月31日までの全退院患者45,264例および日本大学医学部付属病院、東京大学医学部付属病院、筑波大学医学部付属病院、東海大学医学部付属病院の4大学病院に1986年4月1日以降に入院し1988年3月31日までに退院した全入院患者69,490例、合計114,754例である。

杏林大学病院の資料は6年間の全退院患者が含まれるが、4大学病院の資料には調査期間以前に入院し、調査期間中に退院した患者は含まれていない。したがってこちらには2年以上入院した患者は含まれないことになる。

杏林大学病院の資料は病歴室で索引用および統計用として、NECのパソコンN5200モデル05mKⅡに入力されていたものである。4大学病院のものは文部省科学研究費による「医療費構造からみた大学病院における診療特性の比較に関する研究」の収集データの中から該当項目を抽出し、フロッピーディスクで使用させていただいたものである。

在院日数と死亡との関係

年齢構成も死亡に大きく影響する要素であるが、70歳以上を除いて計算してみても、院内死亡率は1%下がるだけで、それほどの変化はなかった。

そこでやはり在院日数が問題であるとして、これによって院内死亡率を見ると図1のようになり、入院第1日が47.6%、2日9.8%、3日4.6%、4日5.6%、5日3.0%、6日2.7%、7日1.8%、8日1.2%で、ここを最低として以後は少しずつ増加する傾向となる。

これを70歳未満の者だけについて見ると、同図の点線のようになり、多少低くなるものの、それほど大きな差はなく、それ以上に在院日数の方が大きく影響していることが判るのである。

したがってこの図を見れば判るように、入院が長期化すれば院内死亡率は上昇していくことにな

図1 在院日数別院内死亡率

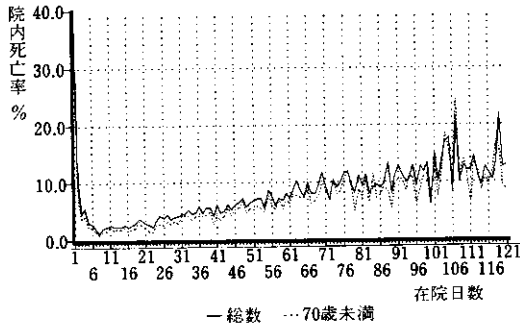
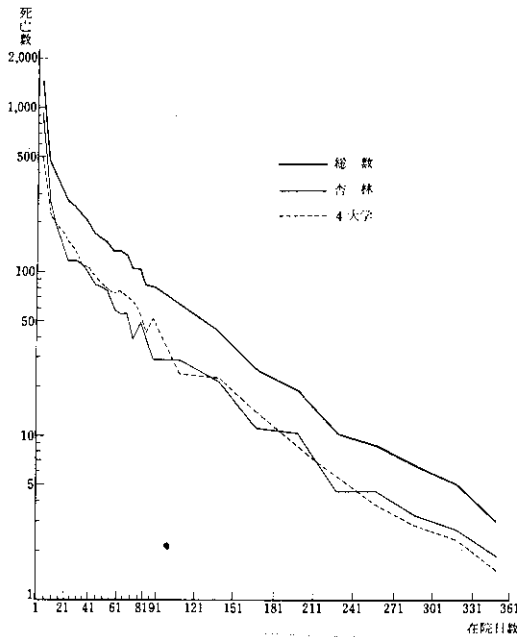


図2 在院日数別死亡数



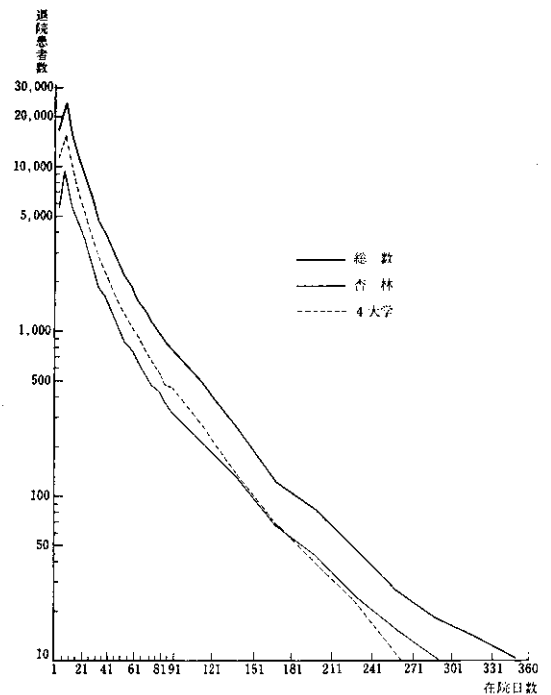
る。これは当然といえば当然で、治癒した者は退院していくのであるから、重症者が残され死亡率を上げることになる。

在院日数別院内死亡率

このように院内死亡率は在院日数によって大きく影響されることは明らかであるが、入院後の日数と死亡数および退院患者数の関係を図示すると、図2および図3のようになる。

このように死亡数は入院当日が一番高く、日を経るに従って減少してくる。退院患者数も図3のように日数と共に減少するが、前図と比べてすぐ

図3 在院日数別退院患者数



判るように減少の角度が急峻である。したがって図2を分子とし、図3を分母としてそれぞれ割り算をしてパーセントを求めれば、次第に高率になるであろうことは見当がつく。

実際に計算したものが表1で、1~30日まででは3.8%であるが、31~60日は5.7%、61~90日の入院の者は9.4%となり、91日以上では10%を越えてくる。さらに在院日数が増加すれば20%や30%という数値になって、管理指標としての意味を持たなくなってくる。

入院後何日までの率を計算すべきか

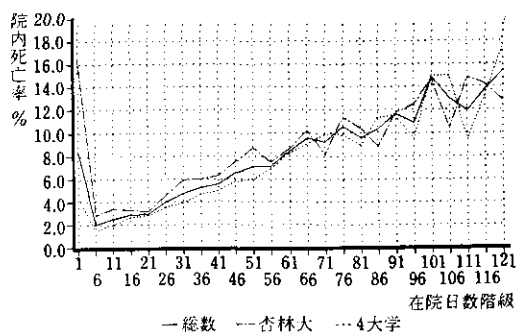
このように在院日数が増すにつれ、院内死亡率も上昇していくので、この在院日数の長短の要素を取り除いたもので比較しなければ指標にはならない。

そして31日以上のもを含めると、この在院日数が長いという要素が、患者の重症度や医療の行われ方よりも大きく院内死亡率を上げていくので、少なくとも30日以内のものだけで計算しなくてはならない。

表1 在院日数(30日間隔)別院内死亡率

在院日数	退院総数	死亡数	死亡率
1~30	82,916	3,111	3.8
48時間以内死亡を除く30日まで	(82,916)	(2,097)	(2.5)
31 ~ 60	18,356	1,050	5.7
61 ~ 90	6,651	628	9.4
91 ~ 120	3,013	376	12.5
121 ~ 150	1,593	262	16.4
151 ~ 180	776	147	18.9
181 ~ 210	487	113	23.2
211 ~ 240	281	61	21.7
241 ~ 270	161	52	32.3
271 ~ 300	108	37	34.3
301 ~ 330	82	30	36.6
331 ~ 360	63	20	31.7
361 ~ 390	46	10	21.7
391 ~	221	55	24.9
合計	114,754	5,952	5.2

図4 在院日数階級別院内死亡率



これを在院日数階級別死亡率の図で検討してみると、図4のようになっている、21日を越える頃から上昇カーブが大きくなっている。したがってまだ大きく上昇に転じない20日までを取ってみるとどうなるか。

それは表2のようになり、粗率では1~20日、1~21日、1~30日がいずれも3.8%で同率であるが、入院後48時間以内死亡を除いた精率では20日までが2.3%、また週を単位として21日のところで見ると2.4%となり、30日までの場合が2.5%となる。

これによってみると、院内死亡率の日数別曲線

表2 在院日数間隔別院内死亡率の比較

日数	退院総数	死亡	死亡率	死亡率精率
1~20	67,670	2,595	3.8	2.3
1~21	69,691	2,654	3.8	2.4
1~30	82,916	3,111	3.8	2.5

からは20日あるいは21日までで切って、入院後48時間以内死亡を除いた精率を比較するのが最も適当であると考えられる。しかし表2の数値から見て入院後30日までを取って計算しても大差はないので、実用上から30日以内の数値で計算してもさしつかえないと思われる。

むすび

院内死亡率はこの病院でも計算だけはされている。死亡患者数と退院患者数の数値が得られないということはないからである。しかしこれが高率であるかどうかという解釈になるかと簡単には出来ないのが実情であった。いろいろな要素がまじり合っ、まったく異質な病院間の数値が同率になってくるからである。

今回提案したように、まず在院日数で切れば、長期入院のためにいずれ死亡するケースは除外される。

また入院後48時間以内死亡を除けば、救急病院で重症者が次々に搬入される場合の高率の死亡もある程度は除外される。

したがってこの入院後20日までの院内死亡率精率で比較を行うことにすれば、病院医療評価の指標の一つとして使用し得る数値となる。

しかしこの場合も、たまたま資料の総平均値がマックレンのいうように粗率で4%以下、精率で2.5%以下になったが、大学別に集計すると高率な病院は粗率で6.0%、精率で3.2%となって、必ずしもこの範囲に納まてはいない。この病院は三次救急のセンターで猛烈な数の救急車を受入れているからであって、48時間以内死亡を除けば死亡率は半減するものの、これでもまだ他よりは高率になってきている。

したがってこのような患者特性についての考慮

は必要であり、病院ごとの年次推移の率を勘案して比較するようにしなければならない。

このようにみても、この計算で高率になるのはやはり重症者の多い病院であるということが判る。今回の資料にはなかったが、非常に低すぎる場合たとえば1%に満たない場合などはまた別の検討が必要ではないかと思われ、これはもう一つの研究課題でもある。

しかしこのように在院日数20日までの退院患者で、院内死亡率を計算すれば、その率の数値はある意味を持つようになり、一般的な解釈が可能となるので、有用な病院医療評価指標の一つとして

使用することができると考えられる。

計算式

$$\text{院内死亡率精率} = \frac{\text{入院後48時間以内死亡者を除いた20日以内死亡者数}}{\text{20日以内退院患者数}} \times 100$$

引用文献

棟田三保：評価指標としての病院内死亡率に関する研究，病院管理，27(3)，199～209，1990。

病院職員読本

落合勝一郎監修

(A5判180頁) 日本病院共済会発行
(定価1,500円)
(税込)

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。

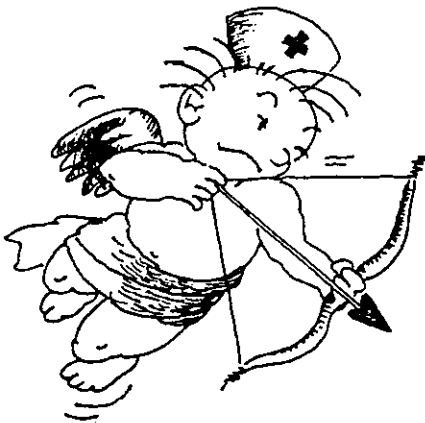
従来の「病院職員ハンドブック」は新入職員用であります。本書は中堅職員必携の書であります。

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 人と人とのかわり合い	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		

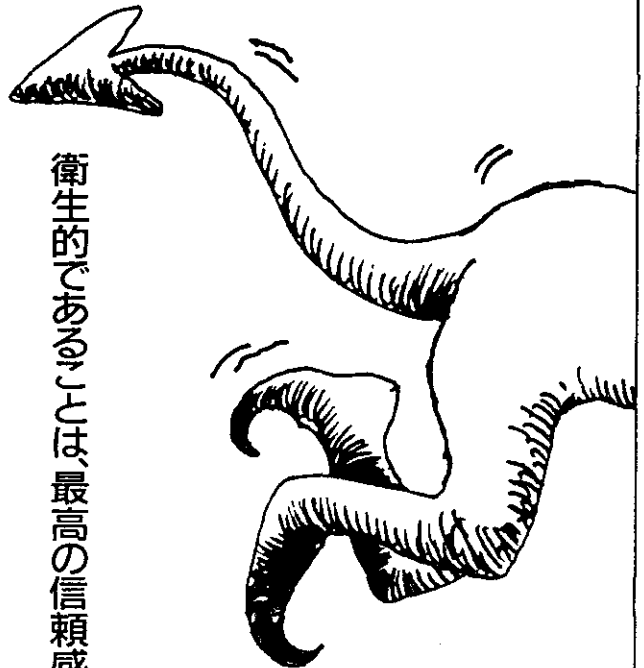
(申込先：日本病院共済会
〒102 東京都千代田区三番町7-2
FAX 03-3222-0016)

病院内の院内感染防止など、サニックスの仕事です。

サニックスは院内感染防止と言うテーマに取り組んでいます。病院施設、特に手術部を含む清潔区域を主体に適切な調査を行い、環境の殺菌を通してより清潔な空間をお届けする—それもサニックスの力を入れている仕事です。当社をご利用いただき、病院施設の環境維持をもう1度見直してみませんか。



（サニックスは手術室をはじめ
院内の総合的な環境調査を行います。
ぜひご相談ください。）



衛生的であることは最高の信頼感です。

TOTAL SANITATION FOR HOSPITALS

- 〔医療施設〕
院内殺菌、院内消臭、院内感染防止
 - 〔環境衛生機器〕
注射器破砕機、紫外線殺菌装置、自動殺菌消毒装置
 - 〔建築物施設保全〕
防カビ、外壁洗浄、貯水槽洗浄、ダクト清掃
 - 〔有害生物防除〕
ゴキブリ、ネズミ、ダニ、鳥害
 - 〔環境汚染対策〕
菌数測定、水質検査、粉塵測定
 - 〔微生物対策〕
薬剤選定、殺菌消毒
 - 〔環境衛生診断〕
診断、提案、従業員教育
 - 〔システム設計開発〕
被害状況に応じたシステムの開発
 - 〔研究開発〕
サニックス研究所による研究開発活動
- 日本防菌防霉学会賛助会員
●同学会、環境殺菌工学研究部会メンバー
- 病院に、食品工場に、オフィスに、…トータルな環境衛生管理を。

SANIX

株式会社サニックス 福岡市秀区向野2-1-1 〒815
TEL.092-552-2511

環境衛生事業所	福岡 ☎092-524-3668	大分 ☎0975-32-6061	下関 ☎0832-67-0518	神戸 ☎078-641-1751
	北九州 ☎093-931-6400	熊本 ☎096-369-8851	広島 ☎082-253-3464	大阪 ☎06-448-1603
	佐世保 ☎0956-33-7544	宮崎 ☎0985-27-3034	松山 ☎0899-47-7474	北大阪 ☎06-399-7700
	長崎 ☎0958-48-6141	鹿児島 ☎0992-58-3471	岡山 ☎0862-43-3934	堺 ☎0722-54-4371

1. 資料請求券

第8回米国診療録管理業務視察記—各参加者による—

1990年7月18日(水)～27(金)・ロチェスター・ニューヨーク

第8回米国診療管理業務 視察旅行に参加して

富田 和義

わが国における病歴管理は現在1,500の病院で実施され、専任担当教員数も3,000名に達したとのことです。

私共の新千里病院では、病歴管理に関しては早くから整備しており、昭和51年には近畿病歴管理セミナーを担当し、昭和53年には第2回日本病歴管理学会をコクサイホテルにて開催しております。

今回は杏林大学医学部の高橋政祺教授を団長として、日本の病歴管理の草わけ的な存在の酒井隆子・三竹年世子女史をはじめ、病院の先生、病歴士、医療管理専門学校の先生等多彩なメンバー17名で結団式を行い、去る7月18日午後2時、成田空港を出発、一路北米大陸の中央部にあたるMinneapolis 空港に直行しました。

国会空港とは言え、田舎の貧弱な空港でした。しかしながら、入国手続きは厳重なもので、全員税関手続き等を済ますのに1時間もかかりました。空港からは専用バスで大草原、トウモロコシ畑を約2時間突っ走り、目的地のRochesterに到着しました。人口約3万人の小都市で、Mayo Clinicを中心としてホテルや商店がこれを囲んでいる全くの病院町の感があります。この静かな田舎町に1日2,000～3,000名の外来と1,800名の入院患者を収容しているとのことです。患者は全米はおろか、世界各地より集まってくるとのことです。私共が2日間宿泊したHotel Holiday Inn Downtownも車椅子の明らかに病院に通院するための宿泊客と思われる人がたくさんいました。

Mayo Clinic と言っても10数棟の巨大なビルが建ち並び、外来部門、管理部門を受け持つMayo Clinicビルを中心に、入院患者を収容するメソジスト病院(777床)、セントメアリー病院(1,025床)、研究棟、各種の附属施設等、膨大な設備であり、地下道でそれぞれが直結しています。共同診療を行う医師1,200名と、研究等に従事する医師600名がおり、近くにあるミネソタ大学とも密接に関係がとられているとのことです。

病歴管理は、Mayo Clinicビルの2フロアにわたって記録保存とデータ処理がなされ、24時間業務が続けられています。病歴士の有資格者RRA(診療録管理士)、ART(診療録専門士)は数名のみとのことであるが、200名のクラークが配置され、常時100名が仕事をしているとのことです。350万件にのぼる患者記録は、ディスプレイ式端末機でコンピューターファイルにコードが入れられています。

病院での剖検率は約60%で、一件につき1,500ドルの経費がかかるとのことです。

Mayoの診療録は、出生から死亡までの完全なものであるため、これをもとにして疫学調査を行い、疾病のパターン、成因の研究で大きな成果を取っています。小生が感銘を深くしたのは、Mayo Clinicが臨床・研究面の業績が大変優れているのみでなく、医療経営面でも特筆すべきものがあります。医療費抑制下のアメリカにあって、経営にあえて他の病院をしり目に、着実に成長を続けていることであります。医療経営のマーケティングも周到に研究され、アメリカで人口が増加しつつあるフロリダ州のJacksonville、アリゾナ州のScottsdaleに10年前からそれぞれ分院を進出させ、大きな成功を取めつつあることです。

今一つの特色として、アメリカでは珍しい日本の病院と同じ医師の雇用形態(勤務医制)を採用していることです。ただし、給料は、患者の評判、

論文, 受診患者数等により数人の審査員より決められるとのことです。

いずれにしても, この素晴らしいMayo Clinicは, 全米でも医療関係者にとっては, 一度は見学, 視察しておきたい所となっているとのことです。丸一日間の視察では, ほんの一部しか見ることができず, 残念でした。

Minneapolis Saint Poole の美しい町, ミネソタ大学の一部を見学し, 更に一兩日をかけてナイアガラ瀑布を見学しました。

7月22日はニューヨークに到着し, 翌23日には午前・午後を亘って二つの病院を視察しました。

Long Island College Hospital は, マンハッタン島からブルックリン橋を渡り, イースト河の畔近くにある郊外の古い病院で, 567床の小じんまりした建物でした。二階の病歴室でRRAのJames. S Marris 氏の説明を聞いたが, RRA 2名, ART 5名, 他に10数人のクラークが忙しそうに仕事をしていました。ちょうど, クーラーが故障しており大変蒸し暑い所で, 設備もやや悪いような印象を受けました。

New York University Medical Centerは, 国連本部の近くにある市街中心部の病院で879床あり, 年間28,000名の入院患者と, 急患, 一般外来が35,000名程度とのこと。登録主治医は1,200名で, レジデント医師が700名, 正看護婦1,000名, 従業員全部で8,000名とのこと。病歴室はRRA 1名, ART 9名, 他に多数のクラークがいるとのこと。朝8時から午前0時まで2交替制であり, 深夜, 病歴室が閉まっている時は, 必要に応じて事務員, 看護婦が仕事にあたるとのこと。1日平均90人の入院カルテの処理をするが, スタッフは11名でやっている。退院患者の診療録は, 15日以内に病歴室に返す規則になっているが, 平均8日でカルテは整備され, 病歴室に保管される。不備, 間違いがあれば, 差し戻されるが, 年間に数回このようなことがあれば, 登録医の資格が取り消されることがあるとのことで, 大変厳しい。DRGは4年前から実施され, 医師はこれに従わざるを得ない。

一般の医療保険も, 老人保険(メディケア), 低所得者保険(メディケイド)に適應されているD

RG制が採用されているので, 病歴室の分析士(Analyst)が形どおりのDRGの番号を打ち込めば, それより保険請求がなされ, 医療費が支払われるようになっていきます。

日本の医療費は総て出来高払い制であり, そのため, 多数の保険点数計算係員が必要となり, 点数の計算のみに精力が注がれ, 病院管理面が手薄になっている感を強く抱きました。

以上, 米国病院視察旅行を終え, 7月26日午後2時ニューヨークケネディ空港より直行便で一路アラスカ, 千島, 北海道を経て, 12時間の長い空の旅でしたが, 体調にも恵まれ, 7月27日午後2時半, 無事, 成田空港に帰ってきました。

10日間も留守をして, 皆様にご迷惑をおかけしたことと思います。

(新千里病院院長)

(新千里病院広報紙平成2年8月号より)

メイヨー・クリニックを訪ねて

高本 進

ロチェスターへ

米国ミネソタ州は湖, 河川, 森林, 肥沃広大な土地に恵まれ, 快適・健康的な土地である。遠く南部へ流れメキシコ湾へ注ぐミシシッピー河は州都ミネアポリスの近郊を通過する。このミネアポリスのミシシッピー河辺にはミネハハの滝なる景勝地もあり, またかつて移住してきた白人がそこでインディアンと戦った砦の跡も現存する。ミネアポリスとそれに隣接するセント・ポールとはtwin-cityと呼ばれ, この州の中心都市である。市内のビルがみなアーケイドでつながれ, 寒さの厳しい冬季は暖房されたこの中を人は歩む。

メイヨー・クリニックのあるロチェスター市はこのtwin-cityから約90マイル南方にある。車で走ると途中はコーン畑, 牧草畑が続く, 平和な田園風景である。ロチェスター市には航空路, ハイウェイが通じ, しゃれたショッピングのできる店もある。定住人口は数万だが, メイヨーに治療

目的で訪れる患者及びその付添いの人は年間この十数倍にもおよび、それらの人々を収容するホテル・インが病院の施設を取り囲んでいる。これらのホテルと病院は地下で繋がれているという。1928年に建てられた14階、さらにその上に4階の尖塔を備えた非常に美しい建物を中心に、いくつかのビル群が集まってメイヨー・クリニックとその関連施設が構成されている。

アメリカの中西部にあって針の先ほどの農業都市をアメリカの外科のメッカとし、一大メディカル・センターとしたのは、ウィリアム・メイヨーとチャーリー・メイヨーの外科医兄弟である。互いに他の頭脳となり、手・足となり補い合った兄弟のパートナーシップは旧約聖書中のダビデ・ヨナタンのそれに比せられるほどであったという。またこのメイヨーの急成長の裏にはその基本要素として彼ら兄弟の父からその子たちへの医業継承ということがあった。

父メイヨー

兄弟の父 Dr. W.W. Mayo は英国で生まれ、そこでいくらかの医学教育を受けた後1845年に26歳で米国に移住し、ここで結婚した。ロチェスターに定住する前にいくつかの地を回っている。開拓期のアメリカでは医師が開業するのに法的、専門的見地からの規制は厳しくなかったらしい。貧しい、これから一旗揚げようという人たちから治療費はなかなか得られなかったという。そこで医業の傍ら彼は舟を所有し、河の渡しをおこなった。当時の河は高速道路であり、汽車であり、電報・電話であり、舟の到着は一大事件であったから、その舟の船長であることが、地域の人に彼を広く知らせることになった。これが後に彼が政治に関わりを持ち、公人として活躍することにつながるのである。彼は新聞事業などにも協力している。

剛毅な人で、原住インディアン・スー族と白人との協調が破れ、戦いになったときこれに参加し死闘の中で負傷者の治療介護にあっている。また自分の唇に悪性らしき腫瘍が生じた時、自ら鏡をみながらそれを切りとったという。後年クリニックが名をなし多くの人がロチェスターにメイヨ

ー兄弟を訪れたが、父メイヨーに会って、このロチェスターで一番面白い人と話さなければ、訪問は完了しないとされたほどという。

メイヨー兄弟

メイヨー兄弟はこの父から影響をうけて成長した。兄 William は1861年、弟 Charlie は1865年に誕生している。父は書物を愛した人であった。父は彼らを厳しく育てダーヴィン、ヒックスレイ、スペンサー、ヘッケルなどの進化論者の著作を読ませた。父はその手術に際して、まだ少年である彼らを立会わせ、時に助手としての働きを許した。現在ではとてもかなわぬそのことを当時の医療環境は許し、また必要としていた。少年たちもそれを拒まなかった。父は彼らにその生涯にわたって指針を与えた言葉「人はなに人も、他に頼らずに自分一人ですべてをやるほど大きくはない」(No one is big enough to be independent)を残した。「医師は奉仕の精神で生涯を貫くべきであり、金銭的見返りの有無に関わらず、要請があればそれに応ずるべきである」という伝統の中で彼らは成長していった。彼らの父及び父の友人の医師たちから彼らはこれを引き継いだのである。長じてその進路を選択する時、ためらいなく彼らは医学の道へ進んだのである。

William はミンガン大学医学部で、Charlie はシカゴ医科大学で学んでいる。彼らの勉学時代の解剖室は死体冷凍技術もなく、暑い時期にはたまらぬ場所であったという。医学はその発展をその後にもとめていた。卒業後、兄弟は父に協力してロチェスターで医業に就いている。

1883年8月23日のトルネード(竜巻)はロチェスターの街を倒壊し、大きな被害を出し、傷病人を出した。これを期にカトリックの聖フランシスコ会のシスターの発案により、彼女たちとメイヨーが協力して、St. Mary's Hospital が建設されることになった。以後、メイヨーの活動はここを基点としてなされることになる。St. Mary's Hospital は私立の自営病院であったが、支払能力のある患者には支払いを求め、ないものには請求をしないという方針は、当時病院経営上一つの革新といえるものだったと伝えられる。

新しい知識・技術の習得のため兄弟は様々な機会をとらえ、積極的に外へ出かけていった。Johns Hopkins Hospital では William Osler の知遇も得たという。彼らはさまざまな手術の新しい手法を学び、その体得した技術を患者に適用し、成果を学会・論文で公表した。また St. Mary's Hospital ではその手術の見学・研修を許した。多くの患者が集まり、また多くの医師たちが集まった。

グループの協調医療

様々な部門との協調医療 (cooperative group practice) がメイヨーの特徴である。それぞれの分野での最善なものを備えての専門化と協力、それがメイヨーのモットーであった。欧州からの改良された麻酔法のいち早い導入、専門麻酔医の設置等新機軸を取入れ、全米の麻酔医はメイヨーのナースから学ぶといわれたほどである。病理の Dr. L.B. Wilson を招請し、彼によって手術標本の迅速判定が可能になったことは、メイヨーの手術に威厳を添える画期的なことであった。さまざまに分散されていた検査が一カ所にまとめられ中央化した。メイヨーは内科を外科とともに重視し、診断部門がそれ自体手術と並ぶほど独立的に機能し始め、それにより予防のための定期検査が目立って増加したという。その他、医学図書編集、病歴・統計のシステム化、会計制度、院内コミュニケーション等までが整えられていった。

こうしてメイヨー兄弟はグループ医療の父といわれるようになるが、厳密には民間レベルのグループ医療の父であった。公立、国立あるいは大学の病院では、グループ医療は当然のこととされていたのであり、メイヨー兄弟が民間で中央管理を行なった点に意義があり、そこに公立病院にまさるより強い結束力が生まれてきたのである。メイヨー兄弟にはじめからその設計図があったのではなく、当面する問題と取り組むうちにそうなったのである。

1914年にメイヨーは新装建築のもとに、ラボラトリーをもつ完全なクリニックとして独立した。1915年にはメイヨー兄弟の個人的資金を基にメイヨー基金設立の検討が開始され、ミネソタ大学医

学部の大学院として、教育・研究にもその後大きな足跡を残すことになる。

強いマグネット

メイヨーがこの大をなした背景には、彼らの活躍した時代がアメリカの医学、特に外科学の新興黎明期と重なり、非常に多くの機会が開けていたこと、また新興国アメリカ躍進の時期で、産業の発達、人口の増加等によって、拡張する病院施設を担うだけの支払い能力のある患者が存在したということもあった。もちろんこの機会をとらえたメイヨー親子の進取性、能力、協調があげられねばならぬが、メイヨー兄弟の他の共働者への態度も“メイヨー・クリニック”を可能にした大きな要素である。兄弟は彼らを雇用者としてでなく、fellow-worker と考え、研修旅行を許し、研究執筆の時間を与え、意見・行動の独立を認めた。それがメイヨーの栄光を損なうどころか、高めたのである。多くの人材が輩出した。大きな働きをした初期のメイヨーの指導層はロチェスター出身者によって占められている。メイヨーのマグネットの強さが思われる。この施設からはノーベル賞受賞者を出している。

偉大な創業者の時代を経て次の世代へと移り変わる時、創業時の態度・性格が維持されるかどうかは組織を運営するうえで、最も大切な点として注目される。William 及び Charlie の後メイヨーの親族がこの組織に席を得るのは当人にその実力がある時のみ限るとされた。1914年にメイヨーの理念及び組織の基礎はできあがり、そしてその後規模に於ては幾倍にも成長発展しているが、その中心思想は変わっていないという。

メイヨーの診療録管理

診療記録については、メイヨーの最初期にはごく素朴なものであったようである。父メイヨーの時代には、診療記録を集め、これを貴重な資料として医学研究に用いるという考えはまだ一般的でなかった。しかし父メイヨーはその必要を感じることがしばしばあったらしく、その試みがなされた形跡はあるという。しかし多忙がその継続をゆるさず、自筆の記録がいくつか残されはしたも

の、結局中断されているという。

メイヨー兄弟は外科学の多くの分野に手術の新しい手法を確立し、治療の実績を挙げた。赫赫たる学的業績はそれぞれ 600 を越す論文にまとめられ発表された。その内容はしっかりした統計に裏書きされ、卓越したレポートとなっているという。メイヨーと病歴統計との関わりの強さがすぐでうかがわれる。

当初 St. Mary's Hospital では帳簿式の記録がしばらく用いられた。それらの記載は一般に簡潔なものであり、患者氏名、年齢、性別、住所と共に主訴、診断、治療についての端折った記載にとどまっていたという。我々は現存するその帳簿を見せてもらった。診察にあたる医師、検査所見、手術にあたる外科医がめいめいの帳簿をつけだすと、前回の来院時のさまざまな記録の探索・収集は非常に非能率的であった。患者とスタッフの増加につれて、この帳簿方式の記帳の煩雑さは耐えられぬ程に達した。

一方今やメイヨーは国家的な名声を得、多方面からその病院経営、手術方式、手術用具等につき問い合わせを受けるようになった。これらの記録をできるだけ完全、正確に整え、いつでもその利用が可能であるようにすることをメイヨー兄弟は自分たちの医学的、社会的な責任と考えるようになった。

そこで Dr. Henry Plummer がこの問題と取り組むことになった。彼はメイヨーで最も優れた頭脳を持つとされた医師であるが、その解決策を医療関係者に求めて得ることができず、それを実業・産業関係者に求めたという。そしてすべての医療記録は一冊にまとめられ、患者はその氏名によってではなく、番号で管理され、その記録が求められる時には速やかにその必要とされる場所へ届けられるというシステムが生まれたのである。またその記録について診断名及び手術内容に索引をつけ、記録が十分利用・活用されるようその方法を設けた。そして、患者の診察に直接関わりをもつ者に限らず、すべての者がその記録を利用できるというポリシーの採用をメイヨーに訴えている。後代のメディカル・レコード管理のモデルとなったこのプランマーによる新システムの第一号

患者は1907年7月19日に登録された。膨大に集積された診療の記録のなかから統計によって貴重な情報が得られるようになった。このことが病歴管理のうえで持った意味は非常に大きなものであり、患者のケアはもちろん、教育・研究・調査に資するところも非常に大きかった。プランマーは医学的な業績と共に、このような病歴・統計上の貢献や病院建築、病院管理上の貢献も多く、彼の顔を彫したプレートを埋め込めこんだビルがプランマー・ビルとしてメイヨーの中心的建物の一つとして残っている。

1907年から25年続いたプランマーのシステムは1935年にパークソンによって改訂をうけている。プランマーのシステムでは、1)病気の記載が器官別になっていることから、多臓器に影響をおよぼす疾患はいくつかの索引にそれが分散してしまう、および2)診断の相互索引の支持がなく、疾病間の関係についての研究ができないといった欠点があった。パークソンは疾病名と器官名を共に用いた彼独自の索引を考案し、これらを数字コード化してパンチカードによる分類を行なった。このシステム1974まで踏襲され、大きな働きをなしたが、診断名の急増等の事態からさらにH-I C D A-2 (病院用国際疾病分類第二版)を基にメイヨー独自の診断索引の再編成がなされたという。現在はDRGがI C Dの分類体系によっているところから、メイヨーもこれに則らざるを得ないようであるが、独自の分類基準の使用を放棄したわけではない。

われわれは別室でガイダンスを受けた後カルテの収納されているビルへ移り、そこでファイリング及び搬送の実態、予約患者の通知状況、請求事務を行なうエリア、疾病分類の部屋なども見学しそれぞれの説明を受けた。病歴関係者は200名だが、そのうち搬送関係に100名がついているという。病歴室ではRRA (Registered Record Administrator), ART (Accredited Record Technician) 及びその他のスタッフというふうに職制が載然とわかれ、それに応じた業務を行なっており、かなり堅固な階級社会を私などは感じた。RRAの権威を身で感ずる思いだ。

ミネアポリスはその後訪れたニューヨークの騷

然とした空気とはかけはなれた静かな都市で、市民の文化的素養もたかく、アメリカでは子弟教育をここで望む人が最も多いという。そこからさらに離れたロチェスターはより閑静な農業・酪農を主体産業とする街であった。メイヨーには遠くからここを訪れる患者も少なくないのだが、やはりその患者の中心はこの地域の人々であり、そのほとんどすべてが1907年以来メイヨーに登録をしているという。そしてその誕生から一生にわたる記録がここに納められており、貴重なデータ源となっているのである。ニューヨークの病院で見たりかなり窮屈な部屋でのやや雑然としたカルテの状況に比し、保管冊数、保管状態に随分違いがある。それらは四百万冊に及び、必要があれば一日24時間いつでも、建物を地下で結ぶベルト・コンベヤーによって送られ利用できる体制になっている。

メイヨーで病歴関連業務としてなされているカルテの作成、保管・搬送、請求業務、リサーチ業務といったことは、内容的、質的に深く掘り下げることはとてもできなかったが、我々が日本で行なっているところと一応対応づけることができた気がする。カルテを見る権利が患者・家族・法律家に認められるという話も現場で直接きくと、彼と私の医療事情の相違も実感する。病歴業務の運営や医療慣習の異同には、日米それぞれの歴史的背景、制度、社会風習にその原因を求むべき必然的な面もあるであろうが、我々の努力によって克服されるべき点もまたあるであろう。

厳しい医療環境のなかで

米国の医療はいまや「よろめく象」にたとえられるほど多くの問題をかかえているといわれる。GNPの15%に達しようという巨額の医療費が使われ、一日入院するだけで1,000ドル～10,000ドル(15万円～150万円)の請求はめずらしくないという。一人で3,000万円もの医療費がかかる老人があるといい、しかもその20%の医療費は無駄につかわれているとの試算もあるという。3,700万人の保険未加入者がある。医療費抑制の動きは必然である。この国で1980年代はじめより採られた入院患者数及び入院日数抑制策はすべての医療施設に影響を与えたが、メイヨーもその例外では

ない。St. Mary's Hospital と Rochester Methodist Hospital はロチェスターで、メイヨー・クリニックの入院部門としてメイヨーと一体化した施設であるが、1989年にはこの二つの病院の入院患者数および在院日数は前年より減少し、入院部門だけでは若干の赤字に転じた。メイヨーにあっては高水準の医療が開発・維持されることが決定的に重要で、そのための研究費の確保・投入は極めて大きな意味をもつのであろう。幸い外来は好調で入院での赤字を補ってあまりあるというが、真剣な経営努力があるのであろう。人口急増地域たるアリゾナ州及びフロリダ州に比較的最近開設された分院も成長を続けているという。これから導入を検討しようとするコンピュータによる総合的な新しい情報システムの説明も我々は受けた。我々を受け入れてくださった Vice Administrator の方は41歳とご自分を紹介されたが、このような有能な若い世代に職員総数17,162名という大きな組織のこれからの託されてゆくのだろうか。

これらのなかで病歴関係者がプライドをもちつつ、真剣に業務にあたっていた姿を印象深く思い起こす。我々のメイヨーにおける診療録管理のガイダンスを担当された Miss Karel M. Weigel は1990年度の AMRA (American Medical Record Association) の会長に立候補されたことを後に知った。このことの中にもメイヨーの現代アメリカ医療に於ける位置を垣間見る思いがした。

(淀川キリスト教病院 病歴室)

ロング・アイランド

大学病院見学記

—米国の診療録管理業務を見学して—

齋藤 真奈美

I. はじめに

日本病院会主催の第8回米国診療録管理業務視察旅行が、1990年7月18日から27日までの10日間に亘って行われた。

見学をしたのは、

1. Mayo-Clinic

(ミネソタ州ロチェスター)

2. Long Island College Hospital

(ニューヨーク市)

3. New York University Medical Center

(ニューヨーク市)

の3病院である。

私は、2番目の Long Island College Hospital について述べる。

II. 病院の概要

この病院は、State University of New York のブルックリン分校である。

病床数 567床

平均在院日数 11.5日

(お産・C-Section は5日)

※アメリカの平均在院日数 9.8~12日

この病院では、アメリカの平均在院日数の上の方の数字に位置しているが、これは入院患者たちが老齢化してきているためである。

契約している医師は500人で、そのうちの300人は、House Dr. である。

診療記録管理室職員 51人

RRA 4人

ART 5人

DRGによる保険請求係 1人

51人中12人はマネージメントをしており、1人ひとりその種類が異なる。それらは以下の通りである。

1. Evening Manager
2. Office Manager
3. Supervisor Health Record Analysis Manager
4. Clinical Date Manager
5. Circulation Unite Manager
6. Activity Manager
7. Ouality Assurance Manager
8. Cancer Program Manager
9. Director Cancer Program Manager
10. Assistan* Director
11. Associate Director
12. O.P.D. Manager

ここの診療記録室は24時間開設している。

8時から16時 22人

16時から24時 18人

24時から8時 1.5~11人

RRAとARTは、8時から24時の時間帯には常時勤務している。

6桁番号を使用しており、Terminal-Digit Filling System でファイルしている。そして、Unit Numbering System を取り入れている。

コーディングは、マルチプルコードで行なっている。1日に平均8人で約100人分の Diag. Code と Ope. Code をつける。

8時から12時 4人で約50人分

12時から16時 4人で約50人分

1日の平均退院患者数は85~90人で、1カ月1,900~2,000人である。

Chart は3年間保存しておき、その後は、マイクロ化をしてしまう。1年に約10万冊分がマイクロ化される。

マイクロ化されたものも、原本も同様に重要なものだと考えられているために、マイクロ化すれば、その後原本は廃棄してしまう。

III. chart の流れ (図2)

医師は、患者の退院後15日の間に、chart を完成させなければならない。これは州法で決められているので、医師はこれを守らなければならない。

完成された chart は、だいたい平均して8日~10日で医師から診療記録室へと返却される。

返却された chart は、内容をチェックし、不足している部分を、Deficiency Record (図1) という用紙を用いて、医師に伝え完成させていく。

未完成から完成とした chart は、毎週診療記録室へと戻ってくる。そして、chart が完成した時点で、コーディングを行ったり、DRGを用いて保険請求を行ったりする。

ところで、未完成の chart を持っている医師は、どうなるのかと言うと、受け持ちの患者を入院させる資格を失ってしまうのである。年間に2回位は、大丈夫なのだが、それ以上になると今度は、病院との契約を打ち切られることになる。この規則があるために医師は、未完成の chart を貯

図1 Deficiency Record

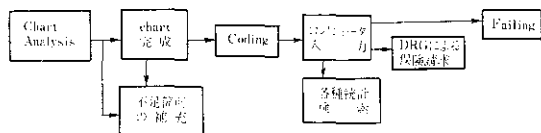
DEFICIENCY RECORD
MEDICAL RECORD DEPARTMENT

Patient's Name _____ PREVIOUS ADMISSIONS FOR COMPLETION
Hospital Number _____ Dr. _____ Adm. # _____
Discharge Date: _____ Dr. _____ Adm. # _____

	HOUSE PHYSICIAN	INDICELY COMPLETE	ATTENDING PHYSICIAN	OTHER
FACE SHEET		DIAGNOSIS		
		OPERATION		
		SIGNATURE		
SUMMARY		DICTATE		
		DATE DICTATED		
		SIGNATURE		
HISTORY AND PHYSICAL		COMPLETION		
		COUNTERSIGN-ASST. RES.		
		COUNTERSIGN-INTERNS		
PROGRESS NOTES		ADMISSION NOTE COMPLETE		
		DATE SIGN		
		DISCHARGE NOTE		
CONSULTATION		REQUEST-DATE, SIGN		
		REPLY-DATE, SIGN		
OPERATION		PRE & POST OP. NOTES		
		DICTATE		
		DATE DICTATED		
ANESTHESIA		SIGN REPORT		
		PRE & POST OP. NOTES		
ORDER SHEET		DATE & SIGN		
		V.O. DATE & SIGN		
		DISCHARGE ORDER		

FORM # 104 1-78 REV. ADOPTED 3-77

図2 Chartの流れ



めないである。

VI. コンピュータについて

コンピュータは、1987年の10月より導入された。

患者の入院と同時に、その患者の Basic Information が入力される。

氏名・生年月日・年齢・性別・住所・電話番号・HOME Dr. 名・保険の種類など

そして、退院をしてくると、その入院中の情報を入力する。

入院年月日・退院年月日・入院科・担当医・対診医・転帰・手術名・執刀医名など

図3

No.	Name	診療科	HOME電話番号	office電話番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

コーディングをしながらその場で直接コード番号を入力するのだが、1つの画面に最高20まで Diag. Code を入力することができる。

その他、医師のコード番号を入力すると、(コード番号の無い場合は、医師名を入力)

医師名・診療科・自宅電話番号・オフィス電話番号など

の画面が出て来る。(図3)

これにより、病院と医師とが密接に連絡を取りあうことができる。

それから、この画面から1人の医師の細かい情報が得られる画面へと転換させることもできる。こちらの画面からは、どの患者にどの医師がいつから関与しているのか、などということが分かるのである。

V. 感想

驚いてばかりの見学であった。診療記録室の広さや働いているスタッフの多さにも驚いたのだが、なんといっても、病院職員の診療記録室や Chart に対する意識の高さに驚いた。日本では、狭い地下などで活動をしていて他の職員からは忘れがちな場合が多いのだが、アメリカでは病院になくはならぬ場所として存在しているのである。なぜであろうかと自分なりに考えてみたのだが、日本では診療記録ではお金がとれないからなのではないかと思った。スペースの無い日本の病院では、どんどん増えていってしまい減ることのない Chart を目の前にして、ここにお金をかけるよりも、病院の経営に役立つものに目を向けてしまうという結果になってしまう。しかし、アメリカでは、ICD-9-CMの疾病コードに基づいてできている DRG という保険請求方法があるので、Chart を使用してお金を得られるのである。

病院は利益追求を目的としないのがたてまえであるが、やはり経営していく上で必要となってしまうのである。

他に驚いたことといえば、退院後8～10日で記録がほぼ完成し、医師より戻って来ることである。日本の病院では何か月も Chart を持ったままの医師が多いのに、あまりの違いにあぜんとしてしまった。アメリカでは、その背景に15日間で完成させるという州法が存在しているのである。日本にもぜひ取り入れたいと思った。

DRGのことであるが、Chart に記載してある病名で、保険請求をするので、日本のように保険用病名と診療用病名という2種類の病名がつかないものである。医事課と記録室とで合同統計をとることが難しいので、診療用病名で統一するのは見ならなくてもよいのではないかと思った。そうすれば、保険請求の際に、診療用病名を使用するので chart に対する意識が高まるのではないかと思う。しかし、他に Chart の価値についても、他部門の人達にアピールする努力を忘れてはならない。

最後に、まだ聖ロカ病院で働いて2年しかたっていない私が、病院見学のレポートを書くなどという大役を果たしきれぬのかどうか不安であったが、何とか書き終えた。何年も勤務している方々には、あまり役に立たないレポートだと思いが、読んで下さったことに感謝します。

(聖路加国際病院 診療記録管理室)

ニューヨーク大学附属
メディカルセンター見学記

三竹 年世子

ニューヨーク大学附属メディカルセンターは、国連本部に近い、マンハッタンの南にあって、Medical School, Post Medical School に附属して、一般病院、救急病院、リハビリ病院の3つの病院からなっています。

私共は朝、ロングアイランド病院を見学して、午後の2時間でこの附属病院を見学するという、

非常に忙しいコースをこなすことになりました。

この附属病院は、1988年の統計によりますと、

病院病床数	726 床
リハビリセンター病床数	152 床
計	878 床
年間退院患者数	28,000 名
稼働率 病院	91.97 %
リハビリ病院	91.95 %

患者総入院日数 252,768 日

平均在院日数(病院) 9日(産科も含む)

(ちなみにアメリカの平均在院日数は7日といわれていますが、最近では高齢化が影響して多少長くなったとのことです)

リハビリ病院平均在院日数 49日

救急とクリニックの外来 約3万人

ということでした。

M.R.L. (Medical Record Library) の構成は、
スタッフ 78名

R.R.A. (Registered Record Administrator) 1名
A.R.T. (Accredited Record Technician) 8名
他は資格のないスタッフで、説明にあたって下さった Mrs. White は自分が来年早々 R.R.A. の資格をとれるので、R.R.A. は2名になると大変嬉しそうに話されました。

M.R.L. の open は午前8時から夜中の12時迄で、スタッフの勤務は、8時～16時、16～24時の2 shift 制になっていて、夜24時～朝8時迄は看護婦が鍵をもって、緊急の患者のチャートは看護婦が出すということでした。

チャートの貸し出しは1月200冊位(貸出し数は、他の病院と比べて少ないように思えたが、ここでは後に述べるように、マイクロフィルム化しているので、マイクロフィルム以外のチャート冊数と思われる。)

記録がM.R.L. に入ってきた時点で、Analysis、といわゆる量的チェックを行い、Deficiency record はただちに担当に返却して、補足、訂正を依頼する業務を4名のスタッフが担当しているとのことでした。

手術記録、退院サマリーのディクテーションは、最近ではDr.の秘書か、もしくは外注によって

行われているということでした。

ここでは3つの病院及び協同診療所は、オーダーエントリースystemを採用しているの、それぞれからのデータがこのM. R. L. に集められ、19名のスタッフにより、疾病・手術・DRGのコード化と入力等の処理がなされていました。(図1、図2)これ等のコードは1日平均1名で80~90名分位のコード化が行われているという事で、他のメーヨー、ロングアイランドも大体同じ位の量をこなしているように思われました。実際にコーディングしている方々は、医師経過記録などで目を通して、丁寧にコードしており、病名はすべて入力するとのこと、我々を案内して下さったMrs. Whiteが、チェックするという事でした。

コンピュータ入力には市販のソフトウェアを使用して、コードのミスなどのチェックもされ、情報の正確性が保たれているようでした。

メディケア、メディケードのためのDRGは日本の社会保険の出来高払方式と異って、ICD-9-CMをもとにした、医療費定額償還方式で請求されるもので、DRGのコードのとり方によって、病院経済の破綻をまねく結果にもなるであろうし、またこれによる統計を毎年10月迄に政府に提出しなければならないということで、各病院共にこれに大変努力を払っているようでした。ICD-9-CMは昨年10月に改正され、DRGコードもそれに伴って改正されたということで、特にメーヨークリニックは昔から独自のコード表を使っていたと思っていましたが、DRGの関係から、ICD-9-CMを更に細分化した、メーヨー式の分類表をもって、今後これが他の病院へも波及するであろうと話しておられました。

WHOで1993年からICD-10に変換される目前であるのに、今何故ICD-9-CMが改正されたのかという疑問をもったのですが、医療の進歩の速さと、特にDRGへの問題が含まれているためかと思ったのですが、それにしてもあの膨大な分類表を改正してしまう底力は驚異でした。

またここではPatient Severity Index (図3)という重症度コードを使用し、主病名・合併症等疾病すべてを重症度コード(ジョン・ボブキンス

図1 MASTER DATA ABSTRACT (表)

図2 MASTER DATA ABSTRACT (裏)

大学作成による)で、チェック分類化し、病院の医療評価基準の基としているということでした。

ニューヨーク州でのステートローとして、患者退院後15日間以内に記録が完結していなければならないので、記録が完結されない場合は、担当医は病院から契約を解除されるというきびしい態勢のペナルティーが荷せられています。前のロングアイランド病院では、1年のうち期限を超過したものについて、2回はOKで、3回目にはStopとっていましたが、このニューヨーク大学病院ではよりきびしいものでした。アメリカでは州法でそれぞれ規定があるようですが、大体手術をした場合は、術後24時間以内に手術記録を書くこと患者退院後15日以内に、記録を洩れなく記載するというように定められていますが、一つには

図3 PATIENT SEVERITY INDEX

PATIENT SEVERITY INDEX

NEW YORK UNIVERSITY HOSPITAL

Date Start: _____ Tier Stop: _____ Transferred in: T R

Principal Diagnosis and Comments: _____

SPECIAL CRISIS

(A) Discharged AMA	(K) Home, Sp. Skil. Therapy Only	(L) Transferred to Psych. Services
(B) Diagnostic Admission	(L) Post Treatment Center	(M) Transferred to Rehab. Services
(C) Uncomplicated Newborn	(M) Cancelled Surgery/Admission	(N) Multiple treatments and Surgeries
(D) Minor Admission	(P) Cardiac Catheter Only	(O) Prolonged treatment
(E) Transferred out	(Q) Adm. Post/Receiving Placement	(R) Transfer Delay for Surgery
		(S) Premature Discharge

INDEX FOR PAT.	CHARACTERISTIC	LEVELS				NOTES
		1	2	3	4	
	Stage of Principal Diagnosis	Asymptomatic	Moderate Manifestations	Major Manifestations	Catastrophic Manifestations	
	Complications	None or Very Minor	Moderate - less important than principal diagnosis	Major - as or more important than principal Dx	Catastrophic - death or major permanent disability	
	Interactions	None or Minor	Moderate	Major	Catastrophic	
	Prognosis	Low	Moderate	Major	Extreme	
	Procedures (Ins. - G.K.)	Noninvasive Diagnostic or Therapeutic	Therapeutic or Invasive Diagnostic	Nonoperative Life Support	Emergency Life Support	
	Recovery Rate to Therapy Started or Scheduled	Prompt	Moderate Delay	Severe Delay	No Response	
		Complete	Extensive but Incomplete	Incomplete and Worsening	No Resolution	

(Code position 396 - 1)

SEVERITY RATINGS: 1 2 3 4

1/79/05 DO NOT USE WITHOUT CURRENT EXPLANATORY MATERIAL 05R

JCAHO つまり病院認定合同委員会という私的病院機能の監査機関があって、3年に一回各病院が監査され、それによって病院の評価をされ、一定の水準以上にあることを保証する制度で、これにはずれると公費負担医療を行うことができなかつたり、いろいろの形で損失を蒙ることになるので、各病院がこの認定に合格するよう努力している結果だと思われます。

このM.R.L.では、やはり都市型病院の典型的なかたちで、チャート保管のスペースに困り、一般病院、救急病院、リハビリ病院の記録を、1944年から1988年迄はすべてマイクロフィルム化し、マイクロフィッシュにして保管し、必要に応じてプリントにして供給しているということで、

1年間マイクロ化の費用 118,000ドル
 モニターの費用 40,000ドル
 利用率 約25%

ここではマイクロ化専門に男性一人が配されていました。

ニューヨーク州のステートローとしては、普通

最後の treatment から7年と定められ、子供の場合は、その患者が18歳になった時から7年間保管しておかなければならないとのことでした。マイクロフィルムでも許可されるので、マイクロ化した記録は断裁して廃棄するということでした。

午前中に見学したロングアイランドでも、1970年からマイクロフィッシュにしているとのこと、メーヨークリニックの1890年からの記録を400万冊全部現物保管できる病院と比べて、都市型病院の悩みを、同じ悩みをもつ我々には身にしみるものがありました。もっともメーヨークリニックは、地方都市であると同時に、

- ① 患者のケアと教育・リサーチをポリシーとしている。
- ② 地価がそれ程高価でないので、マイクロ化する費用を使う必要がない。
- ③ マイクロ化がおこったのは、1950年以後であるので、それ以前のをマイクロ化すると非常に高額になる。
- ④ 現物の方が見易い

ということ、マイクロ化しない理由としてあげていました。

今迄見学したアメリカの病院では、殆んど開架棚で、整然とファイリングされていました。特にメーヨーでは膨大な量の記録がすべて番号順に整然と配列されていたのですが、ここニューヨーク大学病院で最も驚かされたのは、T.D方式でカラーファイルされたチャートが雑然と、今にも棚からこぼれ落ちそうになっていて、見学者の中に悲鳴をあげた人もいた程で、あれでよくミスがないかと思う程でしたが、ディレクターもしくは、ファイリングクラークの性格によるものかも知れないと思って見てきました。

今回のツアーでは、夏のためどちらの病院も見学者が多いとのこと、見学にゆっくり時間がとれなかったのは残念でした。せめて一つの病院を一日かけて、あと一つ二つの病院を見学することができたらなどと、欲張った考えをもった次第です。

(済生会神奈川病院 病歴室)

効率のよい仕事環境

呼出しと同時に

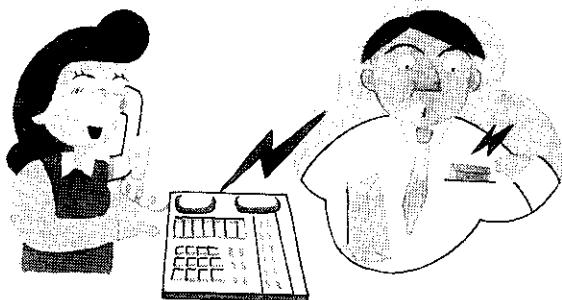
デジタルポケット

“いつでも、どこにいても、デジタルポケットベルは、さまざまな情報を、すばやく、確実に、簡単に送ることができるシステムです。

デジタルポケットベルは、数字や文字によるメッセージを液晶表示して呼出す、複数音により呼出す、呼出しを記憶する、などができます。

ポケットベル携帯者は、呼出し音を受けたとき用件がその場でわかり、仕事の進行を妨げることなく自在に対応できます。

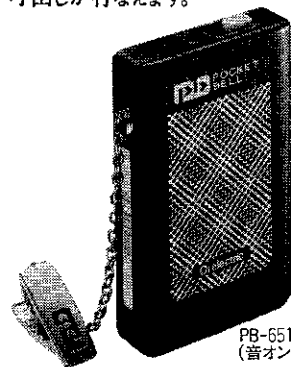
呼出す方式は、内線電話による呼出しが一般的な方法です。



音オンリー 呼出し方式

ポケットベルは4種類の呼出し音色を持っています。

音色別に用件を取決めれば、4通りの呼出しが行なえます。



PB-651
(音オンリー用)

づくりに協力します。

用件を伝える

トベルシステム

〈構内用情報伝達呼出し装置〉

音と数字表示 呼出し方式

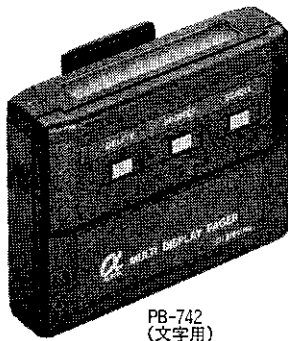
ポケットベルは12桁数字、10桁数字、5桁数字の各表示用があります。数字符号で取決めた用件を表わす番号や、用件依頼先の電話番号などを伝えられます。



PB-643
(12桁数字用)

音と文字表示 呼出し方式

ポケットベルは16字表示します。スクロールにより400字まで表示して伝えられます。



PB-742
(文字用)

●バイブレーター機能付 ポケットベル

ポケットベルはすべて、振動で呼出すことができる無音呼出し機能を持つタイプがあります。会議中の呼出し、音の聞きにくい所の呼出し、音を出せぬ所の呼出し、などのとき便利です。

●付属オプション機能

3呼出し方式とも、接点呼出し機能(各種アラームやナースコールと接続連動して自動呼出し)、グループ呼出し機能、を持っています。さらに、オペコール(交換台より直接呼出し)、番号変更(ポケットベルの)、不在者報知、などの機能を付加する機種も含まれています。

製造・販売元

OEC 大井電気株式会社

本社 〒222 横浜市港北区菊名7-3-16
商品部 ☎045-433-3460 FAX045-401-8284

名古屋支社 ☎052-882-4651 仙台営業所 ☎022-222-1289
大阪支社 ☎06-388-6611 福岡営業所 ☎092-731-2201
札幌営業所 ☎011-271-1569

日本病院会臨床予防医学委員会編 ———— <保健叢書> ————

動脈硬化症

頒価 1冊 200円 (税込)

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

FAX 03-3222-0016

日本病院会臨床予防医学委員会編 ———— <保健叢書> ————

糖尿 病

頒価 1冊 300円 (税込)

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

FAX 03-3222-0016

病院実務者のための 病院管理ノート 改訂第3版

元北里大学教授 井上昌彦 著

(日本病院共済会発行
B5判 130頁 定価2,400円(税込) 〒260)

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最適の書

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

申込先: 日本病院共済会 ———— 〒102 東京都千代田区三番町 7-2 ★お申込はFAX・ハガキにて

FAX. 03-3222-0016

第二次病院経営危機の到来か？

国家公務員共済組合連合会本部 病院部長 黒田 幸男

ここの処、病院界のあちこちで最近の病院経営状態をみて、第2次経営危機を懸念する声広がっている。

昭和40年代の日本の高度成長期では、2ケタ台のベースアップは当たり前で所得倍増論の掛け声のもと、国の生産性指標は大いに上がったが、病院の生産性は、医療の質の向上を確実に実現したものの、それまでの医療費改定方式が2年に一回、その間の物価、人件費上昇に見合った改定を行うという後追い方式であったために、病院のコストアップに必要な医療費が十分に確保されず、常におくれ勝ちになり、病院経営は慢性的ともいえる赤字状態が続いてきたことは多くの経営資料が示している。その影響度は40年代半ばから徐々に目立ってき、後半に至って一挙に悪化し、昭和48、49年の第一次石油ショックにより決定的なダメージを受けたことは未だ記憶に残る処である。各病院は病院の存続を賭けて経営を維持するために必死の努力を傾注し、職員一丸となって経営改善の実現に全力投球したことによって、この最悪事態を回避することができたが、これを、われわれは病院の第一次経営危機と位置づけたのである。勿論、第一次石油ショックの経済への影響は個別病院の努力をはるかに超えるもので到底我々の努力だけでは乗り越えられるようなものではなかったが、各種病院団体による強力な改定要求運動や、多くの識者による世論に訴える論陣の成果もあって、マスコミによる「病院医療の崩壊」という形で一般国民への警鐘を強力なキャンペーンによって展開したことも一助となり、国が空前絶後といわれている30数%の人件費アップに見合う年二回の医療費改定がおこなわれ、その危機の打

開に対応することができたのである。

このような病院の経営危機は、病院全体がうける平均的影響だけで判断するものではなく、個々の病院の経営体質や、経営努力によってその受ける影響の程度は異なるもので、それを軽減化することも、その回復を早めることも平素の経営の健全性水準の違いと、職員全体の回復意欲の強弱によって決定されるものである。

さて、今日の状態はどうかというと、現在病院が抱えている大きな経営問題として3つあげることができる。①医療費抑制問題、②ベースアップの吸収問題、③時短：週休2日制と看護婦不足問題がそれであるが、そのどの一つとってもすぐに解決できる問題ではないし、また、その一つ一つが病院経営に重大な影響を与える内容を含んでいるからである。第1の医療費抑制問題は、昭和56年を境に医療費改定パターンがそれまでの物価、人件費アップに連動する方式から方向転換して、国民医療費の前年度伸び率を国民所得伸び率の範囲内に抑え込む政策目標を立てて、高度成長時代に弾みがついた医療費高騰化現象に歯止めをかける政策をとり、その抑制の重点を老人医療と入院医療費に的を絞り、①患者負担増加策、②薬価の切下げ、検査点数の分割等による保険点数の適正化、③老人保健法の制定により他保険組織との間の財政調整方式の確立、④医療供給体制の増加を規制する地域医療計画の施行など、毎年のように、次から次へと抑制施策がとられてきたため、これまで確実に上昇傾向を示してきた病院の診療単価（患者一人一日当たり診療額）が入院単価を中心にここの処、急速に停滞、微増気味となり、高度医療機器導入が施設指定制度による計画的整

備の強化の影響もあって患者増は頭打ちとなり医療収入の伸び率が大幅に減少してきたことは多くの病院の実態が示している。結果として、昭和63年度の国民医療費前年伸び率は3.8%と昭和58、59年度以来始めて国民所得の伸び率を下回り、平成元、2年度も同傾向が続いている。しかも、昭和63年度医療費伸び率内訳のうち、それまで上昇の中心であり、病院努力による増収対象であった。いわゆる自然増部分の伸び率が1.6%とそれまでよりは大幅に減少していることから、その原因がなんであるかが十分に予測されるのである。この傾向は今後も強化されることは間違いないのであって、次の段階に予定されている病院機能別類型化の実施内容によっては、更に適切な対応が必要になってくる。

第2のペースアップ問題は、この8月に人事院勧告が出されおおよその内容は確認されているが、本年の特色が産業界の好況による人手不足を反映した初任給を中心に若年層段階を重点的に引き上げられた結果、病院の平均アップ幅は5~7%台と予想され、それによる経費増は収益の伸び悩みがあるうえの負担増とあって、経営収支を大きく圧迫することは間違いない。それに加え、現在最大の国際紛争になっている中東問題の進展如何による石油需給の切迫は、現在でも徐々に上昇している物価を更に高騰化させる要因を含み、物価高による経費増は益々経営収支を悪化させることは避けられない。

第3の労働時間短縮と週休2日制の完全実施化の問題は、人手不足時代において企業活動の維持発展に不可欠な若年労働力を如何に獲得するかは、若年層が持つ企業魅力の拡大を図る必要があるし、その中心課題の一つが週休2日制の実施状況になっているからである。労働省は国の政策方針としてすでにそのルールは敷かれ、最終的な実施時期を1992年と定めているところから、現在問題になっているのは、どのような方法で、どのように受入れ体制を整えるかに絞られて来ているといってもよい。しかし、果して、本当に実施できるのかといういろいろな懸念がないわけではない。これまでも週休2日制の導入の3条件としてあげられていた、①人員増はしない、②経費は増

やさない、③サービスは落とさない、の制約を前提にしている、完全週休2日制導入を実施するには現実的にムリであり、その制約条件の緩和は必須になってきているのである。では、どの点が緩和対象になるかが次の課題になるのである。

病院における患者サービスの最大のものは、いつでも、どこでも質の良い医療の適切に受けることができるということであるが、この365日、24時間体制の現状は、実際には年末年始と日曜、祝祭日を除いた平日の日中8時間帯を中心に実施されているといってもよく、あとの時間帯は人手は最低要員に絞り、診療も必要最小限に止めるというのが日常的なのである。勿論、急患対応は緊急事態として指定医療機関で集中的に処理することになる。そうすると、この場合のサービスレベルの緩和として考えられることは、医療の質を落とすことは医療の本質論からいって、とうてい容認できることではないので、土曜外来休診制(半日診療の例が多い)という量的減少が可能なのかどうかを検討することになる。一般に、土曜日は他の平日に較べると外来患者数の少ない例が多いので、その日は休診として、その分は平日に受診することで我慢してもらうのである。土曜銀行休業は習慣化して、商取引も個人生活に支障は無くなっている。また、欧米先進諸国でも特に問題があるとは聞いていないので、これを条件緩和策の第一と考えたい。

第二の問題は人手不足対策である。どの職種が不足し、どの職種の勤務条件が問題になるかは、病院によって異なるものの、共通的なことは、病棟看護婦の勤務形態を現在の三交替方式をとる場合には、休日が増えた分だけ人員増は避けられないという事実である。国立病院の週休2日制試行障碍の最大要因が、この看護婦確保の見通しが全く立たないということであり、増員不可方針の堅持と共に問題解決を困難にしている。このことは、他病院の場合でも全く同様になるのであって、その意味では絶対的看護婦不足問題を解決することが必要不可欠な要件となるのである。もう一つの解決策は、この絶対不足の中で改善方策を考えることであり、病棟勤務体制を改革することである。しかもそれは、仕事の質と量の実態把握

から始まり、三交替勤務の絶対性から一部二交替制の導入、変則勤務の弾力的運営、要員構成や業務基準の見直しなど多面的に対応していくことが必要になるのである。

しかし、この場合でも、一人ひとりの患者のもつ看護ニーズの多様性と必要量を考えてみると改善の幅は極く限られていることが予想できるのであるが、そうなると、どのような方策を工夫するにせよ、その改善効果は完全週休制を導入するための増加経費をカバーするには足りないため、そのための経済的負担は最終的には、これまた、経営問題に関係してくることになる。

このように、現在、病院が直面している経営問題は、その一つひとつが解決困難なものも多く、しかも、その全てが経営収支悪化を促進させるものばかりであることは明らかである。しかも、その対応策は収益の伸びに期待出来ない状況のもとでは、人件費の活用問題を含めた経費の削減によ

る以外に方法は無いことになり、場合によっては、経営体質の根幹に及び大手術の必要性すら覚えるのである。

第1次経営危機は、国の緊急的救済措置によって応急的改善ができたが、なによりも、その後の国の経済が低成長、マイナス成長を経て安定化していった過程で、人件費の上昇テンポは一時の2ケタアップから1ケタ、時にはペア0へと急速に鎮静化していった効果は大きい。それは、人出集約型産業といわれる病院が、人件費のアップ、ダウンの影響を受け易い体質をもっているため、その後の病院経営収支は、しばらくの間、安定成長を辿ることができたからである。しかし、第2次経営危機には、そのような期待をもてるような背景がないところから、益々、困窮さを増しつつある病院経営の現状をどう打開するか、問題は極めて重大である。

日本病院会図書・好評発売中

(改訂新版)病院職員ハンドブック

(B6判 84頁) 頒価1冊390円 千210
(税込)

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 日本病院共済会 千102 東京都千代田区三番町7-2

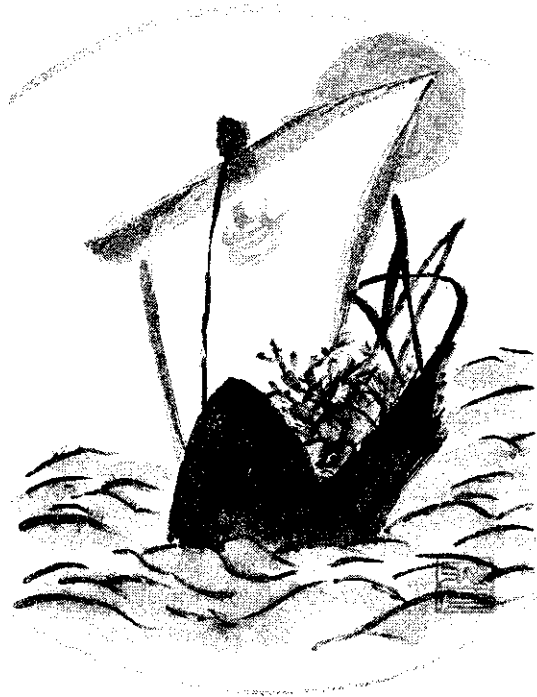
FAX 03-3222-0016

宝船

句と絵 蘭部 雅彦

宝船 吉祥天も相乗りす
布袋はも弥勒の化身ぞいまサンタ
大風の毘沙門天に北風きたあらげ
大黒天 冬將軍をなごませる
天竺を舞ふ大黒天 陸奥は雪
日脚伸ぶ 杖をあぎとに福祿寿
櫻鯛と御酒み奉る 戒宮
無人駅の緑蔭にます辨財天
昼寢覚いま寿老人渡来する
天竺の忿怒の神も初笑い

(雅友社・日本南西振興会主宰)



第8回米国診療録管理業務視察旅行うらばなし

8回目

この診療録管理のツアーも、数えて今回が8回目。

1年おきに開催しているの、最初の50年から早くも14年に。

前回のように参加者が多すぎて、お断りしたケースもあれば、たった6人ということも。

今回は丁度手頃の17名。そして男性8名、女性9名で半数ずつという初めてのケース。

男性ばかりの団体旅行も異様なら、若い女性だけの集団もはたから見るとちょっと異常。

こうしてみると今回は構成員のバランスの妙を得て、始めからなんとなくうまくいきそうな予感。

サンフランシスコの志村さん

今回は参加者数が予定人員に達しなかったので日本からの添乗員はなし。

ミネアポリス空港に志村さんが出迎えて、すべてを取りしきる手配。

去年体調をくずした彼を知っている人は、長途の旅行を心配して、果してどうなるかと、顔を見るまでは。

ところが空港に現われたのは、昔日の彼で、元気発らつ。

ミネアポリスからロチェスターまでの1時間40分のバスの中では、現地のガイドのお株を奪って、早くもいつもの志村節。

ロチェスターは田舎町

ミネアポリスはセント・ポールとのツイン都市で、ちょっとした大都会。

わが国でいえば丁度仙台市という感じ。

北欧系の移民の多い所で、綺麗な落ちついた州都のひとつ。

ではあるものの、空港からロチェスターまでは一面のとうもろこし畑が見えるばかり。

アメリカは農業国ということ、今さらながら実感、なるほど。

さて夕方早くロチェスターに到着したものの、メイヨー・クリニック以外はまったく何もない完全な田舎町。

メイヨーさんも、よくもよくもこんな所で開業したもの。

カラオケ輸出はアメリカへも

前回大好評で名残りを惜しんだザ・ホップというディスコは改築中とあって今はなし。

さてそれでも唯一のディスコを探し当てたのだから偉いもの。

ところがなんと、レーザー・ビデオ・ディスクの大画面の下に英文の字幕が出て、日本でおなじみのカラオケのアメリカ版が、現地でも流行とは恐れ入ったもの。

若いお兄さんが、わが国のカラオケ・バーそっくりにマイクを握っての大熱演。

こちらはこちらで、「ディスコでいこう」

到着早々この騒ぎ。それ言うじゃありませんか。

「よく学べ、よく遊べ」

ミネアポリスのビルディング

メイヨー・クリニックの視察を終った翌日は、ミネアポリスの街の観光。

この街の中心街のビル群は各種の建築関係の賞を沢山もらった、その道の人なら知らぬ者はないというモダンで壮麗な高層ビルがあちらにもこちらにも。

百聞は一見に如かずと、若手の建築家は必ず一度は見にくる有名なところ。

やはりさすが、さすがで、こうして比らべてみると、新宿西口のビル街の偉容も、少し物足りない感じが出てくるほど。

ミネアポリスの観光

空港前のホテルのレストランには日本女性のマネジャー女史。息子をこちらの医学部に入れて、自分も大学へ行くとか。大和なでしかも最近では海外進出たいしたもの。

「ミネアポリスにはビジネスマンは来ますが、観光客はあまりきませんよ」

開口一番のこの言葉に、さてどうする。

ガイドはなにしろミネソタ大学の学生アルバイト。まったくの素人。

「なんとかの滝」という広い野原の中に、チョコチョコと落ちる滝らしきものを観光、日本でいえば公園の滝。

さてその次はミシシッピー川のダムの見学。
これはパナマ運河の原型で、門を閉めて水面を上昇させるリアス式というしろもので、今はもうほとんど実用になっていない。
社会科の勉強に来ている幼稚園の子供の方を見ている方が面白いほど。
みんな物足りない顔をしているので、
「そうだ、それでは大学の生協に行きましょう」
ミネソタ大学の生協に入ると、やっと顔色がよくなって眼が輝いてきた人も。
「この解剖の絵が書いてる下じきは面白いわね。」
「このTシャツをお土産に送ろうかしら。」

ナイヤガラの瀧

アメリカ人の新婚旅行地のメッカはナイヤガラ。
おまけに夏の観光シーズンとあっては、混雑しないはずはない。
車と人の波に押されながら、バスはカナダ国境を越えて、待望のナイヤガラへ。
ここの観光のハイライトは、最近では船で瀧を真下から見上げるというもの。
馬蹄形の瀧の最ん中に飛び込んで、滝つぼのすぐ手前まで「霧の乙女号」という名前だけが可愛い船で乗り込むのだから怖いこと、怖いこと。
前はもちろん、右も左も瀧煙り。
頭から貸してもらったカップをかぶっては見たものの、顔から頭まで水びっしょり。
ディズニーランドの人工のスリルとは違って、相手は本物だけに怖さもまた格別。
自然の脅威というものは、腹の底から恐れが沸き上がってくるもの。
こんなスリルは他では味わえない。いやまったく、何やら以前きた時より一層船は瀧に近づくような感じ。
しかしあんまり調子に乗って、瀧壺に船を落さないで下さいよ、船長さん。

バッファローの夜

ナイヤガラを満喫しながら帰ってきたのがバッファロー。
シーズン中とあって、ナイヤガラでの宿泊はあきらめたものの、このホテルはちょっとおそまつ。
空港前のラマダ、ルネッサンスは新しい建物なのだが、我々の泊

るところは同じラマダでもインの方の2階建の田舎のホテル。

ホテルの前にはひなびた食堂ただ一軒。

ほかに行く所もないと、道を横断したいが信号がない。

車は通るものの、エイままよと渡り始めたさる女性。

ところがアメリカの車は早く、進行方向が左右逆。

「危いっ!!」

と同行者が、そのおったカーディガンをつかまえたが、それを押えた人の手に残してその彼女の中味はスルスルと。

「キ・キ・キーッ」

というブレーキの大音響で車は通りすぎて、見ると彼女は危ふく向う側へ。

「あぶないじゃないですか、命は一つしかありませんよ」

ニューヨークのお買物

今回のツアーはニューヨークの4泊がメイン・スケジュール。

到着日は日曜とあって、早速市内のバス観光。

ティファニー、グッチと有名店が軒を並らべる5番街に出てくると、やはりソレ買物をしなければというのが女心。

ところがその半分の女性軍に引きづられてか、男性陣も買うこと、買うこと。

ニューヨークの夜のファンタジー

ここはマンハッタン5番街、ロックフェラーセンター最上階のレインボールーム。

ディナーのミニマムチャージ100ドルという展望豪華レストラン。

どういうところと好奇心旺盛なさるお人。

行って見れば、やはりさすがさすが。

ニューヨークの街の灯を見下すファンタスティックな別世界。

ロケットガールズのショーで華やかさをそえた後のダンスタイムでは。

どう見ても80歳とは思われる老貴婦人。

イブ・サンローランか、クリスチャン・ディオールのデザインか、テレビのファッションショーでしか見たことがないような華麗なイブニングで、片に白エンビ服の20代のハンサム青年をともなつての登場。

実に優雅なスローフォックス・ストロットで、ボールルーム狭しと踊りまくり、まずアッと驚くあでやかさ。

その彼氏の耳を見ると、何とキラキラ輝く大粒のダイヤのピアスが燦然と。

「どーお。これ私の彼氏よ。」
「このダイヤも、私買ってあげたのよ」
言葉はなくても、そこはそれ判りますよ。
それにつられてまた1組。
これも同じくオールド・オールドおばあさん。
やはり同伴の彼氏はスゴイもの。
「私の彼氏の方が素敵でしょ」
さすがニューヨークですねえ。
この夢幻の世界に、夢に夢見る法悦境を一緒に味った人もあ
りようで。

帰りの便はビジネスクラスで
何度来てもニューヨークは良いところ。
名残りはつきない、帰りたくない。
そうは言っても予定は、予定。
帰りもノースウェスト機でということになる。
ところで今回の旅行は現地の手配に齟齬があったとして、帰りは
隙いてるビジネスクラスでどうぞ、どうぞと大サービス。
これは助かりましたねえ。
昼夜の大活躍でグッタリの人も、「やっと休めるーッ」
みんな元気でよかったですね。
なんにも事故もなく。
こんなに終りまで楽しませてくれる旅行などメッタにありません
よね。
それでは皆さんお元気で。
志村さん、お世話になりました。

(PR生)

う た か た の 記

山本 修*

人間とは勝手なものである。ついこの間までは、
啓蟄や七十歳を超えて老を見ず
冬日浴びひたすらいそぐ槇の道
冬霧にむかひひたすらいそぐなり

靖湖

などと嘆いていたが、「……私は、約20年前より、毎夏、妙高、草津、草津白根、八幡平、栗駒、万座、鹿沢、蓼科などに4～5泊して、地図と磁石を頼りに山野を跋涉して、パステルで山を描いている。昨年は、梅雨明け前の那須茶臼岳で霧にまかれ、危うく遭難する一歩手前で、体力の限界を感じた。しかし、パステル、山歩きは、死ぬまでやめないつもりである……」などと豪語していたが……。

清心会55周年懇親会の案内状に対する北本浩兄への返信はがきでは、次の通り、

清心会幹事 北本治君への返信

私事、昨年12月5日救急車で都内某クリニックに運ばれ、葉漬け点滴漬けで、褥瘡発生、同月20日ほうほうの態で都立大塚病院に転院、当時の病名は、褥瘡による敗血症(セプシス)、低蛋白血症、肺炎、狭心症、膝関節炎などで危篤状態となる。その後、主治医の懸命の努力により、2月上旬危機を脱したが、全身の衰弱甚だしく褥瘡による膝関節炎のため、歩行は勿論、立ち上がりも困難となり、2月7日よりリハビリテーションを開始今日に至る。そんなわけで、今度の清心会55周年大会は、誠に残念乍ら出席不能となる。御出席の諸兄にくれぐれもよろしくお伝え下さい。

平成2年5月4日記

〇病院へ転院

生と死をわかつ師走の大塚ぞ

靖湖

……と書いた。昨年の暮から今年の正月にかけては文字通り生死の境をさまよった。よく生きて帰れたと思っている。

しかし、こんな不景気な話ばかりでは、興がさめるので、昨年も

* 山本 修：元都立大塚病院長・日本病院会学術委員会委員

おしつまった頃作った英詩 Nothing と、俳句「従病」を掲載して、責めを果たしたいと思う。

(2.5.15, 3.40a.m.記す)

Nothing

Ben Lake

Too many remedies resemble nothing. ——

Too many information looks like nothing——Dr. Ben Lake ;

Life without friendship is nothing——Dr. Cicero ;

Life without love is suffocating,

Life without verity is devastating ;

Cherry blossom blooms at Rocky Mountain.

Rosemary flashes at Rivière Moravian,

Wedding Lavender floats on Lac Léman ;

Too many remedies resemble nothing.

——from the Diary of Osamu Yamamoto, November 19, 1989——

蟬しぐれ白衣の城にけふもまた
茶を断ちて禅僧の如き残暑かな
野分去り眠られぬ夜の眼の痛み
風の盆あかとき聞くビバルディ
震災忌わが眼ヘルベスなりといふ
曼珠沙華いたすらに燃へて眼に眩し
心禅一如繩子の実こぼれけり
邯鄲の声と弦索四重奏ひびきあふ
竹の春枯れなんとしてよみがへる

従病

山本 靖湖

前度、この度、弊社開店50周年記念に当たり、弊社一階ロビーにおきまして、山本靖湖先生の『パステルによる山の小品』5点

- (1) 『一切経山』
- (2) 『緑の饗宴』
- (3) 『野尻湖より妙高を望む』
- (4) 『狩野川寸景』
- (5) 『残雪の越後駒ヶ岳』

を展示させていただいておりますので、御高覧頂ければ幸いと存じます。

(展示期間 昭和63年9月29日から10月31日) 草々

昭和63年9月

東京都豊島区南池袋2-27-9

三井銀行池袋支店

支店長 渋谷栄一郎



一切経山

あとがき

本稿は、清心会「卒業55周年記念誌」(平成2年11月刊)に投稿した「うたかたの記」に加筆したものである。

清心会とは、東京大学医学部昭和10年卒業(昭和6年入学)同窓会の名称である。

清心会の命名は、適塾初代の塾長諸方洪庵の御17代の嗣子、故諸方知三郎東大教授(病理学)による。

清心会会員には、故榊原任君(東京女子医大名誉教授)、故羽田野茂君(三井記念病院名誉院長)、故村田健男君(東大、杏林大名誉教授)、故石山俊次君(日大名誉教授)、その他、多土済済で、当日本病院会の小野田敏郎顧問、若月俊一副会長、徳岡三郎理事も同期の桜である。

——2.10.16 記——

トルコとギリシャ神話と医学

杏林大学病院 庶務課 井上加代子

8. タンタロス状態

タンタロスは、神々の知恵を試そうとして、それがバレて刑罰を与えられた。それは地獄で、腰まで水中に埋められ、頭上に果実があるのに、取ろうとすれば枝が遠ざかる。下の水を飲もうとすれば水は引いてしまう。目の前に飲食物を見ながら、永遠に飢えと渇きに苦しむ。このように眼前に欲しいものがありながら得ることが出来ない飢餓感をタンタロス状態という。現代でも、いつも起こっている。私たち正直者で貧乏人の心理状態に近い。私たちも、神の罰を受けているのかも。

9. ラビリント 迷路, 医学では複雑な内耳の部分

ギリシャ神話の時代に、アテネ市とクレタ島が戦った時、クレタのミノス王が勝ち、アタネは毎年7人の少年と7人の少女を人見御供として、クレタ島に送ることになった。これは、クレタ島のはずれにあるラビリントスに住んでいる、ミノタウロスという牛頭人身の怪物に、餌として供されるものであった。

アタネの王子テセウスは、この怪物を退治しようと、自ら、この人見御供の一行に加えて貰ってクレタに行った。そして、テセウスに一目惚れしたクレタの王女アリアドネの協力を得て、ミノタウロスを退治し、無事に迷路を脱出できた。

この怪物が住んでいるラビリントスは、内部が複雑で、その中に入ると、二度と出てくる事が出来ない。そのうちに、ミノタウロスに出会って餌食となる。そこで、ミノタウロスを倒して外に出てくる道を確認するため、糸を巻いた球を持って入り、一端を戸口に結びつけておいて、帰りはこの糸をたどって出口に出た。この糸は王女アリアドネが作ってくれたので、「アリアドネの糸」と言う。

このラビリントスは、ただのお伽話と考えられていたが、20世紀に入ってから、それと思われる複雑な宮殿の遺跡が発見され証明された。

10. サイコロジー 心理学

王女プシケは、美しい3人姉妹の末娘であった。あまりに美しいので、美の女神アフロダイテが嫉妬して、息子のエロスの恋の矢で、プシケが醜い乞食を恋するようにさせようとした。ところがエロスが誤って、自分の矢で傷つけてしまったので、エロス自身がプシケを恋するようになった。二人は愛し合うが、エロスはいつも闇に紛れてしか現われず、しかも「決して自分の姿を見ようとしてはいけない」と言い渡した。しかしプシケは、どうしても見たいと思って灯をつけた時、油が滴って、エロスは目をさまして去って行ってしまった。プシケは、その後、エロスを探すために、あてどもない旅に出た。ついに天上で永久に結ばれることになった。

プシケの英語読みはサイキ。心や靈魂の意味で、サイコロジーの語源になった。

11. アトロピン 薬草パラドンナから抽出される毒物で、医薬品として使用されている。

運命の女神たちは、三人姉妹で、人間の寿命をつかさどる。長女のクロトは人間の生命を表わす糸をつむぎ、二女のラケンスが長さを決めて、末娘のアトロポスが、それを切る仕事をしていた。そのアトロポスの名がアトロピンの語源となった。長女のクロトはクロス（布、紡ぐ人）の語源として残った。

12. モルヒネ ヒプノテック（睡眠薬）

死は永遠の眠りと表現される。ギリシア神話でも、死神タナトスと眠りの神ヒプノスは兄弟とされている。

ヒプノスの父は、夜の神ニユクス（夜、ナイトの語源）、息子は夢の神モルペウスである。

ヒプノスはレムノス島の洞窟に住みつき、庭の薬草園には忘却の実がなる草とか、ケンなど眠りを誘う植物が植えてあった。またヒプノスは2つの門を持っていて、1つの門は象牙の門で、夜になると人を惑わす夢まぼろしが通る。もう一方の門は、角の門で真実と予言の夢が通る。

ヒプノスの名は、催眠薬ヒプノテックの語源となる。その子モルペウスからは麻薬モルヒネの名が生まれた。

13. メディア

人間最大の悪女であり、魔女である。コルキス（コーカサス地方）の王女であったメディアは、伯母のキルケから魔法の秘薬の調

合や処方教えて貰った。

隊長イアソンのもとに集まったギリシアの英雄達が、アルゴ号に乗って、金羊毛皮を奪い返しに、この地コルキスにやって来た。この航海が神話らしい冒険に満ちている。王女メディアは、隊長イアソンに惚れこんで、父を裏切って、イアソンに協力して魔法を駆使して、目的を遂げさせた。

帰国に際しては、追撃を遅らせるために弟を殺してバラバラにした。イアソンと結婚してギリシアに行ったが、メディアの愛の余りの濃厚さと残忍さに、イアソンは、いや気がさしてきた。イアソンは縁あって、コリントス王の娘を妻に迎えようとしたので、メディアの愛は憎しみに変わり、魔女ぶりを発揮した。

メディアが使用した主な魔薬は、次のようなものである。

- プロメテウスの草と呼ばれる薬草。煎じた液を体に塗ると、如何なる猛火にも火傷しない。火炎を吹く怪物にも負けないで戦えて、コルキス王の難題を切り抜けた。
- 香りの強い薬草を取り出して、それを振りながら近づくと、竜の喉が重なり眠りこんでしまう。その間にイアソンは金羊毛皮を奪い返した。
- 秘密の薬草を投じた湯の中に、よぼよぼの老いた羊をつけると、若い羊に変わってしまう。王ペリアスの娘は、「父上にもやってみてくれ。この頃、すっかり老いぼれてきたので」と言った。メディアは、大事な薬草の一つを抜いて渡したので、ペリアスは釜ゆでにされて死んでしまった。
- イアソンがコリントに赴いた時、コリントス王の娘と親しくなり、メディアとの別れ話が出た。嫉妬に狂ったメディアは、毒草のエキスを塗った花嫁衣装を贈った。それを着た王女は即死し、抱き上げた父のコリントス王も衣装にふれて死んだ。
メディアは、自分の弟を含めて6人も殺害した。悪女の代表とされている。

メディアの薬ではないが、人間界最大の英雄ヘラクレスも毒薬で死んでいる。ヘラクレスが妻と旅行中に、エウエノス河の渡しで、旅人を人がかづいで渡していた。大井川の渡しで、雲助がお客を肩車で運ぶ姿を連想されるでしょう。ヘラクレスの妻のディアネイラを運んでいたのは、半人半馬のネッソスであった。川の中ほどで、ネッソスはムラムラときて、ディアネイラに凌辱を加えようとした。ヘラクレスは、水蛇ヒュードラの毒を塗った矢でネッソスの背中を射抜いた。

ネッソスは苦しい息で、ディアネイラに「あなたの美しさに目が眩んで、申し訳ないことをした。あなたに良いことを教えよう。私

の傷から出る血液と、私のこぼした精液を混ぜてしまっておきなさい。夫の愛をつなぎとめる必要がある時に、夫の下着にそれを塗ればよい。最高の媚薬になります」と言った。後で嫉妬から、この媚薬を夫の下着につけたところ、ネッソスの血には、世にも恐ろしい毒が入っていた。英雄ヘラクレスも、大地にのたうち廻って苦しみ、遂に死んでしまった。

遺書の研究者によれば、人は最後の瞬間にも、けっして正直な告白をしないものだという。神話の時代から今に至るまで、人は死に際しても、しぶとく嘘を言うことになる。

14. アフロディジャック 催淫剤

アフロディテ（美と愛の女神）（ローマ名はビーナス）の名から作られた。このほか

アフロディジャ（性的興奮）

ビーナスの丘（女性の恥毛の生い繁ったふくらみの部分）

ビーナス帯（貞操帯）

ビーナス病（性病）

ビーナス病（性病）

もある。どれも肉体的な愛と関連がある。それは、愛とは本来肉体的なものであるという考え方による。中でも男女の愛は、精神的なものよりも肉体的なものであると。

15. 没薬, ミルラ 防腐剤になる

ミルラは父のキュプロス王を心から愛していたが、いつの間にか、父への恋に変わっていった。父を恋するなんて許されない罪悪である。昼も夜も、狂おしいまでの情炎に悩まされた。自殺しようとしたが、乳母に気付かれ果せない。

忠実な乳母は、ミルラのひたむきな想いの深さに負けて、協力することにした。父の寝所に手引をする。妃がいない日に、とうとうミルラは父と結ばれた。真っ暗な中で父王は、わが娘と知らずに抱いたのである。この不倫の交わりでミルラは罪の子を宿す。この関係は、その後も続いて、十二日目の夜に、王は自分の抱く女が、どんな顔かひと目見たくて灯をつけて見た。王は驚愕して、わが娘を、わが手で殺そうと剣を抜いたが、彼女はあやうく逃げ出した。

山野をさまようこと9カ月、胎内の呪われた子の誕生も近い。しかし、ミルラは疲れはてて、神に祈った。「この世にも、あの世にも属しないものに姿を変えて下さい」と。

訴えを聞きとどけた神は、彼女を一本の木に変えた。ミルラが流

す涙は、香り高い樹液となった。樹皮が裂けて生まれた子が、アドニスである。この子もまた美しく愛らしく、人の心を惹きつける子であった。しかし、またもある女神の嫉妬により非運の死をとげることになる。

偶然、近くの町の飲み屋で、居酒屋らしい店の看板が「アドニス」となっていた。恐らく美少年を置いているその道の店であろうと思われる。

16. 肝臓の再生力

肝臓の再生力の強いことは、ギリシャでは、神話の時代から知られていたと思われる。

プロメテウスは、テータン神属の一人であるが、母テミスの子言に従い、敵にあたるゼウスに忠誠をつくした。

プロメテウスは、人間を水と泥から創り出して、他の獣の持つあらゆる能力を与えた。彼はまた、神々と人間とが犠牲獣の分け前を決める時に、策略を用いてゼウスには骨と脂肪をとらせ、人間にはよい肉と内臓を与えた。そこでゼウスはプロメテウスを怨んでいた。食いものの怨みは神も人間も同じことらしい。次にゼウスが、人間に火を与えることを拒んだ時に、プロメテウスはヘパイトス（鍛冶の神様）の鍛冶場から火を盗んで人間に与えた。

ゼウスは怒って、プロメテウスを懲らしめるために、ヘパイトスに泥から地上最初の女パンドラを創らせた。彼女は女神のように美しく魅力的であった。この女に壺を持たせてやった。この壺の中味は、この世のありとあらゆることが、特に悪いこと、禍になることなどが詰めてあった。このパンドラをプロメテウスのところに贈物としてやった。たまたまプロメテウスは不在で、弟のエピロメテウスがいて対応した。かねてプロメテウスは弟のエピメテウスにゼウスの贈物は、ロクなものはないから貰うな、と言っておいたのに、エピメテウスはパンドラの美しさに負けて妻とした。パンドラは神々から貰った壺を開けてはならない、と言われていたのに、好奇心からフタを取ってみると中から、すべての悪と禍が飛び出した。彼女は急いでフタをしたので、たった一つの希望だけが壺の中に残った。

その希望だけで悪の世界になっても人間は生きてゆけるのである。更にプロメテウスは、海の神テイスがゼウスの子を得た場合は、その子は父より偉大となることを知っていたが、ゼウスには教えなかった。その秘密を教えろと言うゼウスの命令に従わなかったので、怒ったゼウスは、彼のカウカウスの山の上に釘づけにし、大鷲に肝臓をつついて食べさせた。肝臓は再生力が強く、夜の間にま

た生えてくるので、プロメテウスの苦痛は絶えないのである。しかし、遂にヘラクレスがこの大鷲を射落し、またゼウスに秘密を明かしたので、プロメテウスは解放された。

プロメテウスの子デウカリオンは、パンドラの娘ピュラーを娶った。ゼウスは黄金時代から白銀時代を経て、墮落した青銅時代の人間に愛想をつかして、人類を大洪水で滅らそうとした。プロメテウスの忠告に従いデウカリオン夫妻は箱船を作り、彼が連れて行った動物たちと助かった。聖書のノアの箱船と同じ話となる。どちらが先かわからないけれども、大昔にもものすごい大洪水があったことは、地質学者たちによって証明されている。

17. お産の神

ゼウスとヘラの子で、エイレイテュイアはお産の神である。

アポロンとアルテミスは双生児で大神ゼウスとティタン神族のレトの子である。レトが身重になった時、ゼウスの妻、女神ヘラは嫉妬から、全世界にレトが子を生む場所を供することを禁じた。また太陽の下では如何なる所でも子が生めないよう呪った。だが、ゼウスの命令で、北風や海神ポセイドンが協力して、当時浮島だったデーロス島が場所を提供した。しかし陣痛は9日9夜続いた。それはお産の女神エイレイテュイアをヘラが足止めしていたためであった。しかし、他の神々が高価な贈物を約束して、エイレイテュイアを買収して、やっとレトは子を生むことが出来た。

(主に参考にした本)

阿刀田 高著 「ギリシャ神話を知ってますか」

高津 春繁著 「ギリシャ神話」

曾野 綾子、田名部 昭共著 「ギリシャの神々」

創元社、編集部編 「ギリシャの神話ロマネスク」

マイケルクラント、ジョンハイセル

入江 和生ほか訳 「ギリシア、ローマ神話事典」

丸山定男、藤井旭共著 「星座への招待」

投稿規定

原稿の募集と採否

1. 原稿は原則として未発表のものに限る。
2. 原稿は当誌投稿規定に準拠したものである。
3. 原稿の採否は学術委員会で決定する。
4. 学術委員会の査読により加筆、修正を求める場合がある。

執筆要項

1. 原稿はB5判横書き400字詰め原稿用紙にて左横書きとし、文章は口語体で簡潔に、当用漢字、現代かなづかいに従い、句読点を正確に打ち、改行を明瞭にする。また数字は算用数字を用い、CGS単位でm, cm, cm², ml, l, dl, kg, g, mgなどとする。
2. ワープロ使用の際は、B5判の白紙に20(字)×20(行)とし、行間をあけて印字すること。
3. 原稿枚数は原則として24枚以内(図・表を含む)とする。(出来上り6頁)
4. 図・表(トレースしたもの)写真(モノクロ光沢、上下をハッキリとする)の数は10枚以内とし、それらが挿入される位置を本文欄外に明示する。
5. 本文中、適宜「見出し」を付けること。その際、大見出し、中見出し、小見出しの区別を明確にする。
6. 原稿のタイトル、投稿者の氏名・肩書・キーワード(3前後)を必ず書くこと。
7. 引用文献は原則として10個以内とし、本文中にこれを引用した箇所に順次番号1), 2), 3)と付け、文末尾に一括してその順に掲げる。参考文献はなしとする。
また、文献の書き方は、次の例による。

※ 雑誌の場合

番号) 著者名(3名以内): 論文題名、誌名、巻(号): 始頁—終頁、発行年、西暦年次。

(例)

吉田義弘, 浜田陸三, 上土橋浩ら: 筋萎縮性側索硬化症の尿水チオシアン測定. 日内会誌, 73: 316-322, 1984.

※ 単行本の場合

番号) 著者名: 論文題名、編者名、書名、版数、始頁—終頁(又は引用頁)、発行所名、発行地(複数の場合は最初の発行地)、発行年。

(例1)

鈴木潔: ウサギ, 田嶋嘉雄編, 実験動物学—各論—, 77—91, 朝倉書店, 東京, 1972.

(例2)

Van Arsdell PP: Allergy, Immunology and Hormones. In: Textbook of Endocrinology (Williams RH ed), 5th ed, pp 970-976, WB Saunders, Philadelphia, 1974.

8. 校正については、初校のみを著者校正とする。校正に際しては原則として文章の書きかえ、図・表の移動などないようにする。
9. 掲載ずみの原稿等は返却しない。原稿返却希望の場合は、原稿提出時に「要返却」と朱書する。

謝礼、別刷および贈呈誌について

1. 謝礼は薄謝か、もしくは別刷(50部)のどちらかを贈呈することとする。
2. 別刷は50部まで無料とする。
51部以上については、100部単位で実費で作成する(執筆者負担)。
3. 別刷を進呈した場合は、謝礼は差し上げない。
4. 執筆者に掲載誌を1冊贈呈する。

原稿送付先

〒102 東京都千代田区麴町2-14

(社)日本病院会学術委員会

雑誌編集室 宛

TEL 03 (3265) 0077
FAX 03 (3230) 2898

日本病院会英文誌

Japan-Hospitals No.10 (July 1991)

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行しております。

前号に引き続き **Japan-Hospitals No.10** 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、各医療種機関等の諸団体、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、およびそれと直接間接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

平成3年2月28日(木) 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 03-3265-0077 (代) (担当 清川)

白鷺病院放射線科のコンピュータによる管理、運営について

医療法人仁真会 白鷺病院（大阪府）

放射線科 佐藤 洋 清水 元一
 蛤 宣次 山本 忠司
検査科 吉本 勝美 箱崎 裕次
医局 山川 真

1. はじめに

近年、コンピュータ機器の急速な発展と、ソフトの充実により、病院業務におけるコンピュータの役割は非常に大きなものとなってきた。白鷺病院でも、コンピュータを利用した病院業務の管理運営を行なってきたが、現在では、会計計算、レセプト業務および検査業務だけでなく、病院全体をオンライン化したシステム化が推し進められている。

当院放射線科においても、オンライン化の計画に沿って、放射線科業務のコンピュータシステム化を行なってきた。本来、放射線業務のコンピュータ化は、検査業務と同様、発生元入力を利用した業務の合理化と、他部署でその情報を利用できるオーダーエントリーシステムが理想的であるが、その性質上困難とされている。今回我々は、腎尿路系専門病院という特殊性をいかし、放射線科においてオーダーエントリー化に近い成果を得ることができたので、その活動の2年間の経験を報告する。

2. 病院概要

白鷺病院は、大阪市南部の東住吉区に位置する透析を中心とした腎尿路系専門病院であり、本院、分院、別館、立体駐車場および会議棟より構成され、職員数は約200名である。診療科は、内科、外科、整形外科および泌尿器科で、病床数92床、

写真1 白鷺病院 本院および立体駐車場



血液透析患者監視装置110台、1日外来患者数約250人（通院透析患者を含む）である（写真1）。

3. 放射線科概要

放射線科は、放射線技師4名と非常勤放射線科医師1名で構成され、主にX線撮影のみでR I検査は行っていない。

撮影室は、本院と分院に分れ、本院は、一般撮影室、血管造影室を兼ねたTV透視室、泌尿器科撮影室、CT室の4室で、分院は、一般撮影室、X線骨塩分析室の2室である。

1日撮影患者数は約50人、1日撮影枚数約100

枚であり、その内、造影検査は約30枚である。病院の性格上、撮影件数は少ないが造影検査などの時間のかかる撮影が多いのが特徴である。また、省力化を目的としてデライトタイプ45秒処理自動現像機を導入している。

4. コンピュータシステムの概要

コンピュータシステムの導入は、昭和56年で、機種はDEC社製PDP11/34であり、当初は病歴管理業務を目的とした。

昭和62年には、業務量の増加に対処するため、ホストコンピュータをより処理能力の高いPDP11/84に更新し、同時に放射線科のオーダーエントリーシステムを計画した。

プログラムは、コンピュータ導入時より、医療業務の開発と保守について生産性の高い言語であるMUMPSを用い、現場で直接医療に携わっている職員が、業務内容に合ったものを作成して使用している。

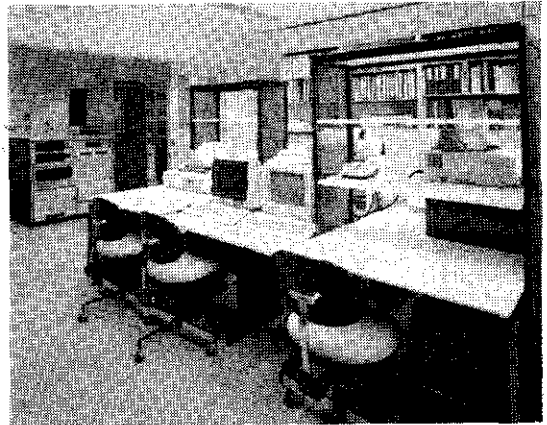
コンピュータ室は、臨床検査室に併設され、現在、院内の各部署より、4名の職員が向出し、共同してシステムの管理、運営を行なっている。末端でのコンピュータ入力の方法などは、入職時のオリエンテーション教育項目の中に含まれている。

5. システムの構成

ホストコンピュータは、写真2に示す本院のコンピュータ室に設置されており、各部署の端末とは、RS-422にて接続されている。図1の機器構成図で示すように、外部記憶装置として280MBの磁気ディスク装置2台を装備し、データの保存に十分な余裕を持たせている。また、カセットテープ型磁気記録装置2台、オープンテープ型磁気記録装置、無停電電源などを装備し、保守管理に万全の体制をとり、24時間稼働を行なっている。

各部署に設置されている端末機器には、日本語ディスプレイ20台、カラープリンター23台、ラップトップ型を含むパーソナルコンピュータ10台、その他カルテ検索機、検査自動分析機がオンラインしている。また、道路を隔てた分院へは、専用

写真2 コンピュータ室



電話回線を使用しオンラインしている。

6. 放射線科コンピュータシステム

放射線科の実際のオーダーエントリーの開始は、昭和63年10月からで、現在では図2の概念図に示す外科、内科、泌尿器科、整形外科およびCAPD（連続携行式腹膜透析）の各外来と、内科、外科の各病棟、本院透析室、分院透析室の計9部署とエントリーしている。

医事システムの患者基本データベースには、ID番号、患者氏名、生年月日、住所、電話番号、診療科コード、入退院データ、保険データなどが登録されている。これらのデータは、初診来院時に医事課にて登録されるシステムとなっている。

放射線科システムの撮影情報データベースには、放射線科独自の患者番号であるレントゲン番号、過去の撮影記録、撮影予約記録、撮影依頼記録、撮影依頼用部位設定ファイル、貸出記録などが登録されていて、放射線科では、これらの情報を利用してオーダーエントリーを行なっている。

7. オーダーエントリーの実際

放射線科のエントリー業務は、オーダーエントリーを中心に行なわれ、大別すると、①撮影依頼、②撮影予約、③問い合わせ、の三つの業務よりなっている。図3は、放射線科のメニュー画面であり、図4は、病棟および各外来のメニュー画面である。

すると、日付、依頼元、患者区分、主治医または、外来医師名、ID番号、レントゲン番号、住所、氏名および年齢などが、自動的に患者情報として表示される。このとき、初めての撮影患者の場合には、新しいレントゲン番号が自動的に登録され表示される。

表示内容に変更がある場合は、図5に示すように、各項目について番号を選び自由に変更することができる。変更された内容は、画面の患者情報の各位置で反転表示され、内容変更が確認できる。

7-3 撮影部位設定

患者情報の入力が終わると、撮影部位設定に移る。図6に示す撮影部位設定画面で、撮影部位を番号で登録する。基本撮影部位は、依頼元別に最も使用頻度の高いものを選んである。それ以外は、選択撮影部位の中から目的の撮影方法を選ぶ。一般撮影部位は、図7に示す大項目から、図8に示す小項目と選んでゆき、目的の撮影部位および撮影方法を番号で入力する。特に指示のない場合は、これで入力業務を終了する。撮影に指示のある場合は、続けて撮影体位を選び、図9に示

図6 撮影部位設定 表示画面

☆☆☆ 撮影部位 設定 業務 ☆☆☆

(0) 撮影部位			
番号	基本 撮影 部位(希望部位がない場合は→)	番号	選択 撮影 部位
1	胸部 (正面) P-A (CTR :	10	一般撮影
2	胸部 (正面) ポータブルA-P	20	造影撮影
3	腹部 (正面) P-A (立位)	30	断層撮影
4	腹部 (正面) A-P (臥位)	40	CT撮影
5	腹部 (正面) ポータブルA-P	50	骨塩定量
6	胸部 (正面) A-P IVH確認	60	
7	KUB (腎部と膀胱部)	70	
8	KUB (腎部と膀胱部) ポータ	80	

希望する撮影部位の番号は(追加がなければリターン) :

図7 一般撮影 大項目表示画面

☆☆☆ 撮影部位 設定 業務 ☆☆☆

(1) 撮影部位	胸部 (正面) P-A (CTR :
----------	--------------------

【一般撮影】

1	頭部	6	上肢	11	手	16
2	胸部	7	上肢(腕)	12	足	17
3	腹部	8	椎骨(肋骨)	13	胸部(その他)	18
4	KUB	9	下肢	14	透視下撮影	19
5	膀胱部	10	骨盤	15	全身骨セット	20

希望する撮影部位番号 :

図8 一般撮影 小項目表示画面

☆☆☆ 撮影部位 設定 業務 ☆☆☆

(1) 撮影部位	胸部(正面) P-A (CTR :
----------	-------------------

【一般撮影】

1	両肩関節	6	左肩関節	11	右肩関節	16	両肩甲骨
2	両鎖骨	7	左鎖骨	12	右鎖骨	17	右肩甲骨
3	両肩鎖関節	8	右肩鎖関節	13	右肩鎖関節	18	左肩甲骨
4	両胸鎖関節	9	左胸鎖関節	14	右胸鎖関節	19	
5	両肩峰	10	左肩峰	15	右肩峰	20	

希望する撮影部位番号 :

図9 コメント 表示画面

☆☆☆ 撮影部位 設定 業務 ☆☆☆

(2) 撮影部位	右肋骨 2方向 立位
----------	------------

【一般撮影】

1	第1肋骨中心	6	第6肋骨中心	11	第11肋骨中心	16	
2	第2肋骨中心	7	第7肋骨中心	12	第12肋骨中心	17	
3	第3肋骨中心	8	第8肋骨中心	13	X印中心に	18	
4	第4肋骨中心	9	第9肋骨中心	14	痛い所中心に	19	
5	第5肋骨中心	10	第10肋骨中心	15	指定なし	20	

希望するコメント番号 :

図10 造影撮影項目 表示画面

☆☆☆ 撮影部位 設定 業務 ☆☆☆

(2) 撮影部位	
----------	--

【造影撮影】

次項目あり(00)を入力せよ

1	DIP	6	トリプルCG	11	WJ(位置確認)	16	食道透視
2	IP	7	RP	12	腎(瘦孔造影)	17	DIC
3	UCG	8	MCG	13	テンコフ造影	18	OCG
4	CG	9	AAG	14	胃透視	19	ERCP
5	ダブルCG	10	RAG	15	注腸透視	20	シャント血管造影

希望する撮影部位番号 :

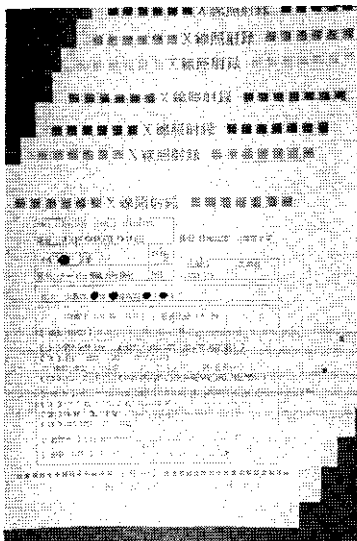
図11 確認画面

X線照射録

撮影 2年10月31日	医師 山下	依頼元
RNO 901831	IDN 49000011	5 F 詰所
氏名 白鷺たろう	16さい 男	5 F 入院
住所	502号室	
<撮影指示> 撮影：時間指定ず (1) 胸部(正面) ポータブルA—P (2) 右肋骨 2方向 立体 第8肋骨中心 (3) DIP (経静脈点滴腎盂造影)		

■撮影内容 確認 (00: YES 09: No.) :

図12 撮影依頼表



コメントを番号で入力する。コメントは、撮影部位に応じて最適のものが選べるよう工夫してある。また、一般撮影以外の撮影法も、図10に示すように、目的の撮影部位を番号で入力すればよい。最後に図11に示す依頼票と同じフォーマットの画面により確認し、間違いがなければ確認キーを押す。

放射線科では、カラーで依頼票が印刷され、同時に、依頼元のディスプレイには、〔只今の依頼を受けました〕と表示され、撮影依頼業務を終了する。この時、基本的な撮影枚数、フィルムサイズ、撮影条件および造影剤名と使用量なども、依頼票に印字される。

7-4 依頼票

図12は、放射線科で印字された撮影依頼票である。撮影依頼の画面と、ほぼ同じフォーマットで印字されており、違和感のないものとなっている。また、依頼元別に、色分けしてあるので、依頼元が一目でわかり、整理や返却の際に便利である。撮影依頼票は、撮影後のフィルムのネームプリンターにも使用し、最後は、フィルムと共に依頼元に返却する。

7-5 撮影予約

撮影予約には、CT断層撮影、消化器造影撮影、泌尿器および一般造影撮影、骨塩定量分析、透視撮影室使用予約などがあり、それぞれに適した画面を用意している。図13は、1月分のCT撮影の予約画面である。日付を入力すると、図14に示すように患者氏名、依頼元など詳しい内容が表示される。

予約をするには、予約日付と時間帯を選び患者氏名を入力すればよい。ID番号未登録患者の場合は、カタカナ氏名入力も可能である。すべての予約業務は、依頼元のディスプレイを見ながら、患者の都合に合わせ、自由に予約や取消ができ、問い合わせの必要もない。

7-6 問い合わせ画面

問い合わせには、レントゲン番号検索、過去の撮影内容の検索、撮影依頼確認などがある。例えば、図15のようにID番号、レントゲン番号、患者氏名のどれかがわかれば、残りのものは即座に検索できる。また、年度別の撮影内容の検索も用意である。

図16は、撮影依頼の確認画面である。撮影当日までは撮影依頼の確認ができる。撮影後、放射線技師が撮影枚数、フィルムサイズ、撮影条件などの入力を行なうと、〔済み〕マークが自動的に表示され、撮影を終了したことが確認できる。この画面で反転しているのは、撮影部位が2部位以上あることを示し、患者番号を選ぶと撮影依頼内容の全部を見ることができる。

図13 予約画面 (月別表示)

【 CT検査 予約登録リスト (1) 】 平成1年09月

DAY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1) 9:30																														
2) 10:00																														
3) 10:30																														
4) 11:00																														
5) 14:00																														
6) 14:30																														
7) 15:00																														
8) 15:30																														

A:頭部PL-CT B:頭部ACE-CT C:頭部PL-CT P:頭部ACE-CT K:頭部ACT H:胸部CT

■ CT検査 予約登録(取消) : 日付 :

図14 CT予約画面 (指定日別表示)

【 CT検査 予約登録リスト (2) 】 平成2年10月15日

TIME	氏名	年齢	性別	検査部位	依頼	区分
1) 9:30	姓 姓 姓 姓			予約不可	ワイトン	ワイトン
2) 10:00	姓 姓 姓	47	M	腹部:PL-CT	内科	内外
3) 10:30	白鷺 じろう	16	M	頭部:PL-CT	内科	内外
4) 11:00	白鷺 はなこ	16	F	腹部:PL-CT	分透析	分透
5) 14:00	姓 姓 姓 姓			予約不可	ワイトン	ワイトン
6) 14:30	姓 姓 姓 姓			予約不可	ワイトン	ワイトン
7) 15:00	白鷺 たろう	16	M	腹部:PL-CT	外科	外外
8) 15:30						

■ CT検査 予約登録(取消) : 番号 :

図15 レントゲン番号検索画面

【 レントゲン 番号 一覧 】

患者氏名	高 穂	ID 番号	62007216
番号	西 暦	ワイトン 番号	
1	90 年	900154	
2	89 年	890159	
3	88 年	880510	
4	年		
5	年		

(注)
患者様のワイトンフィルムは5年間保管されています。
それ以前のフィルムについての問い合わせは、ワイトン室(213)へどうぞ。

◆ 撮影内容の検索をしますか。(1.する 2.しない) :

8. その他の業務

8-1 貸出業務

フィルム管理の内で貸出管理は重要である。コンピューター処理により、貸出先の検索、フィルム所在などの把握が、より確実にできる。

院外貸出の場合には、患者氏名、フィルム番号、貸出先、貸出許可医氏名などを入力する。これらは、貸出ファイルに登録され、自動的に、図17に示す貸出番号を付加した貸出票が、プリンターでカラー印字される。

図16 撮影依頼確認画面

【 照射録 一覧 】 09月18日

順	依	氏名	性別	撮影指示	内容	区分	時間	指定
1		住 姓 姓	M		注腸造影 (逆行性腸造影)	4F	入	電話 連絡
2	濱	住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
3		住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
4		住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
5	濱	住 姓 姓	M		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
6		住 姓 姓	M		腹部 (逆行性腸造影)	4F	入	指定せず
7		住 姓 姓	M		胸部 (正面) P-A 立位	4F	入	指定せず
8	濱	住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
9		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
10		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
11		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
12		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
13		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
14		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
15	濱	住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	4F	入	指定せず
16	濱	住 姓 姓	F		胸部 2方(PP-A L-CTR)	4F	入	指定せず

◆ 表示 (0.前 00.後) 実行 (01.貸出 09.取消 04.確認) 蓄

図17 貸出票

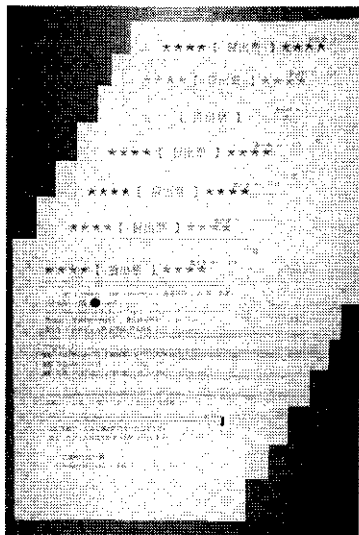


図18 照射録リスト

<< 照射録リスト >>

順	依	氏名	性別	撮影指示	内容	区分	時間	指定
1		住 姓 姓	M		注腸造影 (逆行性腸造影)	4F	入	電話 連絡
2	濱	住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
3		住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
4		住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
5	濱	住 姓 姓	M		胸部 (正面) P-A (CTR)	CAPD	入	指定せず
6		住 姓 姓	M		腹部 (逆行性腸造影)	4F	入	指定せず
7		住 姓 姓	M		胸部 (正面) P-A 立位	4F	入	指定せず
8	濱	住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
9		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
10		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
11		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
12		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
13		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
14		住 姓 姓	F		胃造影 (胃 食道造影)	4F	入	指定せず
15	濱	住 姓 姓	F		胸部 (正面) P-A (CTR)	4F	入	指定せず
16	濱	住 姓 姓	F		胸部 2方(PP-A L-CTR)	4F	入	指定せず

図19 全予約一括表示画面

【全予約一括登録リスト(1)】

平成2年10月15日

【1】泌尿器(一般)	【2】CT断層	【3】骨塩定量	【4】午後透視室
1) 9:30 ◆	1) 9:30 終	1) 10:00 終	透視 1) 14:00 ◆
2) 10:00 ◆	2) 10:00 0	2) 10:30 終	2) 14:30
3) 10:30	3) 10:30 A	3) 13:00 終	3) 15:00 終
4) 11:00 終	4) 11:00 0	4) 13:30 A	4) 15:30
5) 10:00 終	5) 14:00 終	5) 14:00	泌尿器 5) 14:00 ◆
6) 10:30	6) 14:30 終	6) 14:30	放射線科 6) 14:30 終
7) 11:00 ◆	7) 15:00 0	7) 15:00	7) 15:00 終
8) 11:30	8) 15:30	8) 15:30	8) 15:30 終

■ 予約項目 番号は :

8-2 照射録リスト

照射録リストは、撮影情報データベースの情報を利用して、図18に示すごとく、リストの形で随時プリンターで印字している。このため、撮影毎に手書きで記録する必要がなく、効率の良い撮影作業ができる。

8-3 データ入力

透析患者の胸部撮影におけるCTR(心胸郭比)、骨塩定量撮影における骨塩量などの数値的データは、撮影後に放射線科のディスプレイより入力される。これらのデータは、透析室での患者管理や、各種学会発表などに利用される。

8-4 その他

放射線科においては、撮影依頼の把握に便利な、〔済み〕マーク未登録撮影依頼患者のみ表示する未撮影データ入力業務、および図19に示すCT撮影、骨塩定量撮影、泌尿器造影、午後撮影室使用予約などの予約内容を、日付別一括表示する業務などがある。

9. 問題点と将来の展望

先にも述べたが、放射線業務におけるオーダーエントリーシステム化は、その撮影指示内容や所見などの問題から、困難とされてきた。コンピュータで、医師の全ての指示を入力することは、プログラムに使用する言語の制約や、職員の入力に要する時間的な効率の面からも、非常に困難な場合がある。そのため、特に番号だけを選べば良い

ように設計されたプログラムでは、時々、医師の指示が十分に伝わらない場合もある。解決のためには、医師の指示がコンピュータに入力可能な具体的なものであることが必要となるが、これでは指示に制約が生じてしまう。また、放射線科においても、どのような指示が出ても入力可能なより幅広いオーダーができるシステム作りが必要と思われるが、入力に時間がかかり、またシステムに精通することが必要で、実際問題として、これらは矛盾している点である。コンピュータにおける問題点は、入力をどうするかにあると言っても過言ではない。現在、当院では最少の入力で済むように工夫してあるが、もしどうしても詳しい指示が必要なら、カルテまたは、精査目的を書いた所見用紙を参照するようにしている。これも、完全オーダーエントリー化という点からは矛盾しているところである。

当院では、端末機器の計画台数以上の増加と、本年9月より稼働を開始した医事会計システムの為に、ホストコンピュータの業務処理能力は、以前と比較して低下し、最大端末稼働時には、レスポンスは1/2以下になっている。これに対処するため端末の未使用時間が10分を経過するとオフライン化し、ホストコンピュータの負担を軽減するようにしたり、データベースの効率を高めるための整合化などを行なったが、まだ十分ではない。この問題の解決には、システムの分散化、またはホストコンピュータの処理能力を高めるための上位機種への更新や増設などが必要である。

放射線科では、骨塩量やCTRのデータなどコンピュータによる病歴管理を行なっているが、それ以外に消化管病変の多い透析患者の撮影情報として、定期的に行なっている胃透視の読影所見、胸部撮影の読影所見などの入力も計画中で、例えば胃透視所見が、次の撮影時に簡単に検索できれば、効率の良い撮影が可能となる。

以上、放射線科におけるコンピュータシステム化を述べてきたが、本来の目的を達成させるためには、病院全体のシステム化が必要であり、電子カルテなどのシステム導入により初めて、完全オーダーエントリー化が可能であると思われる。また、コンピュータに慣れていない職員にとって

は、キーボードによる入力作業は、非常な苦痛を伴い、放射線の撮影依頼などは、依頼する側からみれば手書きで済むものをなぜ多大な労力をかけて入力しなければならないのか、という疑問が常に起こってくる。当院では、病院全体でシステム化にとりくむため、各部署の職員より構成されたコンピュータ委員会が編成されており、職員の意見の反映と、啓蒙を行なって、いろいろな問題に対処している。

10. まとめ

1. コンピュータを利用して、オーダーエントリ

ーを行なうことにより、各部署で撮影依頼や撮影予約ができ看護業務の省力化ができた。

2. 放射線科においても、従来の手書き部分がなくなり、かつ確実なデータが得られ、又、受付業務も簡略化でき、業務の能率が向上した。
3. オーダーエントリにより、撮影に関する種々の情報が、迅速確実に伝わり、問い合わせの必要がなくなった。
4. 使用プログラムを、放射線科職員が作成するので業務内容に合ったものができ、また、変更にも素早く対応できる。

医療事務入門

A5判 265頁
定価 2,700円(税込)
(送料 260円)

社団法人 日本病院会通信教育部
講師 杉本 久著

～ 主要内容 ～

- | | |
|--------------------|-----------------------|
| 第1章 医療事務の定義 | 第8章 国民健康保険の制度の概要 |
| 第2章 わが国の医療機関の制度の概要 | 第9章 退職者医療制度 |
| 第3章 医療法による諸手続 | 第10章 老人保険法による制度の概要 |
| 第4章 医療保障制度関係用語 | 第11章 公費負担医療 |
| 第5章 健康保険の制度の概要(1) | 第12章 労働者災害補償保険の趣旨について |
| 第6章 健康保険の制度の概要(2) | |
| 第7章 健保以外の被用者保険の制度 | |

☆お申込みはFAX・ハガキにて
〒102 東京都千代田区三番町7-2
(株) 日本病院共済会
FAX 03-3222-0016

日本病院会臨床予防医学委員会編

わかりやすい 胃のはなし

頒価 1冊 500円 (税込)

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

FAX・03-3222-0016

日本病院会臨床予防医学委員会編

<保健叢書>

肛門と直腸の病気

頒価 1冊 480円 (税込)

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

FAX・03-3222-0016

国民医療論

小野田敏郎 著

A 5判 360頁

定価 3,000円(税込) 〒310

会員特価 2,700円

国民医療学，医療政策学についての諸発表論文を
総合し学問的に体系づけられた書です。

～主 要 内 容～

- | | |
|-------------|-------------|
| 第1章 総論 | 第5章 医療と経済 |
| 第2章 予防衛生 | 第6章 医療職員の補充 |
| 第3章 医療制度 | 第7章 情報・国際貢献 |
| 第4章 長寿者保健政策 | |

〒102 東京都千代田区三番町 7-2

(株) 日本病院共済会

FAX 03-3222-0016

ターミナルケアを経験して

—家族の立場から—

県立神石三和病院（広島県）妹尾弘幸

はじめに

近年の医学の進歩に伴い、ターミナルケアに関する記事も多く雑誌で目につくようになった。

今回、私も、義父を通してターミナルケアに携わる機会を得たが、若干ながらも医療知識を持つ家族として自分なりに感じたことを発表したい。

発症から

農業と建設業を兼務していた義父は、ある日背部（左肩甲骨周囲）が凝ったような痛むような感じがすると言い出し、家人のマッサージ等を受けていた。

近所の公立病院を受診するも「特に異常無し」といわれしばらくの間放置しておいたが一向に良くならないため再び同病院を受診し、検査及び治療のため入院となった。

入院1カ月後諸検査の結果悪性腫瘍が疑われるとして、他の公立総合病院に転院となった。転院後すぐに種々の検査を受け悪性腫瘍と判明するも満床のため入院出来ず外来通院となった。

その頃既に左腕の痛みを訴えており軽い手作業も禁止された。

2～3週間後ベッド空きの連絡を受け、同病院に入院となった。入院時の本人への説明は、「肺に腫瘍があり、一番良いものを1としてガンを5とすると貴方の腫瘍は丁度まん中の3の辺りです。」であった。

入院後は、薬物療法・放射線療法を受けていたが、1カ月半後耐用照射量に達したのと症状が小康状態を保ったため一時退院となった。当初は自宅から通っていたが、家人が病院の近所に賃貸住宅を借り、そこからの通院となった。

約1カ月後再入院となったが、脳への転移と環境の変化も手伝って入院1日目より精神症状が出現した。入院後、緩解と増悪を繰り返しながら徐々に症状悪化し、再入院1カ月半後帰らぬ人となった。

家族背景

義父の家族は、妻と4人の子供で、同居人は妻だけであり、子供は全て結婚している。義父の実家は病院と40km離れていたが、子供は全て病院と同一市内に住んでいた。

ターミナルケアに携わって

入院当初より家族介護が認められ、主に義父の妻と次女が付き添いに当たっていた。

家族への癌告知は、退院後すぐに行われており、余命幾許もないことも同時に知らされていた。しかしながら家族は、症状の緩解を目にすれば完治への期待を抱き、症状の悪化を感じれば嘆き悲しむといった毎日であった。すべての者が結末を熟知していながらも、誰もが「もしかしたら……」と考えており、奇跡を願っていた。

そして、この奇跡を信じるもの（家族サイド）と信じない者（医療サイド）の差がターミナルケアにおいて様々な問題を生むのだらうと思えた。

患者と密に接する者（特に配偶者など）は、本人が茶毘に付された後でさえも、この奇跡を待っているということを医療サイドは心に留めておくべきであろう。

筆者は勤務の都合上余り付き添いも出来ず、限られた時間の中ではあるが、感じたことをいくつか挙げてみる。

なお、今回の発表は、他の医療スタッフに何かしら役に立てばとの考えで、他意は無いことを予め断わっておく。

まず、医療に携わっている者であるためか、細かいところまでの配慮不足が目についた。具体的には、呼吸障害が出現し意識障害も合併して開口位のままの早く荒い呼吸で口内や口唇が乾燥した際、脱脂綿に水を浸し口を軽く湿らせるよう、併せてしずくで飲ませるとのどにつまるので注意するよう指示があったが、冬期のため室内に暖房がかかっており空気は極度に乾燥している状態であった。

しかし、室内には温度計や湿度計は無く、加湿器も無かった。

また、このごろは睡眠すると気道が閉塞気味になり、いびきをかいては呼吸困難ですぐ目がさめ、荒い呼吸で非常に多くのエネルギーを消耗するといったことも続いていたが、これに関しては何の指示も無かった。

筆者は、肩枕が下顎操作による下顎挙上をと考え、下部肺野の障害が多いことから下顎の挙上の手技を選んで実施したところ呼吸も楽になり睡眠が可能になった。また、病室は詰所の前であったが時にナースコールを押しても連絡がつかないこともあった。幸い緊急時ではなかったが、万一緊急時にこのような状況が起こったらと思うと不安が残る。緊急専用のボタンを設置し、ポケットベル方式のナースコールと直通にするなど、対処が必要であろう。

また、ターミナルの病室は患者と家族の最後の交流の場となるので、可能な限り通常の家のような環境が望ましい。

病院敷地内に一戸建ての家やアパート風の家があれば患者・家族共に気が休まり良いと思う。これが無理なら病室に小さいキッチンを入れ畳み敷きにするなどでも良いのではないか。

家族もただ患者を見るのではなく、看たいと思っている。可能な範囲で家族に出来る事を教え、一緒に見ていくという考えも必要であろう。

併せて、家族からみてもかけがえのない大切な人の最期となる病室であるから、環境、特に清潔に気を付ける必要がある。綿ぼこり・窓のさ

ん・ブラインドなど家族も良く気が付くものである。

このほか、他の家族から出た意見も含めて列挙してみる。

- 検査や薬は何のためのものか等目的・理由・結果を説明してほしい。

実際には、家族への説明は何回も行われているが、折角の「説明」も家族に充分理解出来ない時は、「説明」にはなっていない。家族に理解出来ない理由として、説明の口調が早く一方的、専門用語が入る、視覚による情報が少ない、などが挙げられた。

- 主治医は1日に1回は回診に来て欲しい。

予後が悪く、日々の症状が不安定な場合、患者のみならず家族も非常に不安定な心理状態にあるが、主治医が病室に顔を見せるだけでぐっと安心できるものである。

- 言うことが、医師によって異なる。

主治医とその上司の医師など医師によって言うことが異なると、患者・家族はどちらを信じて良いか分からず、無用の不安を与える原因となる。意志の統一及び、異なる場合その理由を説明することが必要である。

- 抗癌剤・放射線療法で少しの延命が得られるよりも、患者本人が苦しまない方法の方がよい。

各療法による気分不良・食欲減退などの副作用が激しい際には、家族も心痛甚だしく、なぜこんなに苦しい思いをしなければならぬかという気持ちになる。また、これに関し、どんな薬や治療より、医師や看護婦の温かい言葉や笑顔の方が精神も休まる。という意見もあった。この点では概して、看護婦の印象は良かったが、医師の印象は悪いようである。

おわりに

ターミナルケアに家族の立場として関わり感じたことを述べた。

結局それは、普通の生活を排除している現在の病院システムと病人が存在する中での普通の生活を望む患者・家族との差が生じるものではないだろうか。自分の日々の勤務も含め「当然の事」を内側・外側両方から見つめ直す必要性を感じた。

透析室看護婦の蓄積的疲労徴候と うっかりミスの関係

福岡赤十字病院（福岡県） 山下 智子 古賀 節子 宮本 笑子

1. はじめに

最近の血液透析療法は、透析器具の改良や開発、透析関連装置の高度化など、めざましく進歩している。当院透析室にも、新しいダイアライザーや、透析機械が、導入されつつある。しかし、そのような機械の高度化は、反面、うっかりミスによって、大きい事故につながる危険性を伴う。透析中の事故は、生命の危機にも及ぶ可能性があり、安全管理は重要課題である。

これまで、透析療法の安全装置は、機械を中心に行われてきた傾向が強いが、実際におきた事故の分析からは、事故原因の6～7割を人間エラーが占めると言われている。そのため、最近では、人間の能力や限界を考慮して、機械器具や作業方法、作業環境を設定する、「人間工学」の原則が、機械設計に組込まれるようになってきた。

当院透析室においても、この人間エラー、（うっかりミス）に対し、スタッフ全員で、原因を追及し、対策を考えてきた。しかし、同じ様なミスは、相変わらず、起こっている。そこで、我々は、うっかりミスは、看護婦の心理、身体状態、疲労などと関係があるのではないかと考えた。

今回、我々は、透析室看護婦の蓄積的疲労徴候調査と、うっかりミスの有無、及びそれらの関係を調査した。

2. 調査対象及び方法

当院透析室看護婦15名（平均年齢 26.6 ± 4.1 歳）を対象とし、平成元年10月4日から10月31日までの28日間、以下のアンケート調査を行った。

アンケートは、越河六郎作成のアンケートに基

づく、透析室看護婦の蓄積的疲労徴候調査（以下、No.1アンケート）と、林喜男作成のヒヤリハット用紙に基づく、期間中に発生したうっかりミスの調査（以下、No.2アンケート）の2つである。（表1,2参照）

調査方法は、各自、勤務前に、No.1アンケートに記入する。また、勤務中に、自分自身が行ったうっかりミス、ヒヤッとした事、及び、他の看護婦のうっかりミス、ヒヤッとした事を、全てNo.2アンケートに記入する。但し、どちらも無記名とし、No.1アンケートとNo.2アンケートは、同一番号とする。

3. 用語の定義

1) 「うっかりミス」とは、仕事中にヒヤッとした事、ハッとした事を全て対象とする。当院透析室で「事故」としているものも含む。

(1) 「事故」とは、直接、患者に影響を及ぼしたものを言う。例えば、出血、空気混入、浸透圧異常などである。

(2) 「人間エラー」とは、オMISSIONエラーとコMISSIONエラーに大別される。オMISSIONエラー（以下、ミス1と略す）とは、人間に情報が入力されていなかったか、されても感知しなかった、よく言う、「気がつかなかった」で、すべき操作をしなかったものをいう。コMISSIONエラー（以下、ミス2と略す）とは、認知確認のミスや、判断の誤りで、作業は行ったが誤ってしまったものをいう。

2) 「蓄積的疲労徴候調査」（CFS I）とは、評定法の形式をとっており、質問は、心身の状態、症状などに関する80項目からなる。（表1参

表1 アンケート用紙

平成元年 月 日 曜日	アンケート番号 今日の勤務(日勤・準夜)	前日の勤務 (休み 準夜 日勤) H D室経年数 年 月 日
次の1~79の項目について答えて下さい。 今日の自分の事で、あてはまれば番号に○をして下さい。		
1. 食根が	2. 気が	3. な
4. つ	5. こと	6. 怒
7. 出	8. す	9. 怒
10. 出	11. す	12. 怒
13. 出	14. す	15. 怒
16. 出	17. す	18. 怒
19. 出	20. す	21. 怒
22. 出	23. す	24. 怒
25. 出	26. す	27. 怒
28. 出	29. す	30. 怒
31. 出	32. す	33. 怒
34. 出	35. す	36. 怒
37. 出	38. す	39. 怒
40. 出	41. す	42. 怒
43. 出	44. す	45. 怒
46. 出	47. す	48. 怒
49. 出	50. す	51. 怒
52. 出	53. す	54. 怒
55. 出	56. す	57. 怒
58. 出	59. す	60. 怒
61. 出	62. す	63. 怒
64. 出	65. す	66. 怒
67. 出	68. す	69. 怒
70. 出	71. す	72. 怒
73. 出	74. す	75. 怒
76. 出	77. す	78. 怒
79. 出	80. す	81. 怒

表2 ヒヤリメモ

「ヒヤリメモ」

平成元 年 月 日 曜日 アンケート番号

ヒヤリ・ドキリ・ハッとした事を全て記入して下さい。

1. 発見した人 本人 他人

2. いつ 時 分

HD開始して 時間目

3. 何をしていますか?

4. どんなことがあったか?
又 どんなことになるか?

5. どうしたらよいと思いますか?

照) これらの項目について、最近の状態としての各自の体験の有無を問い、それぞれの項目への応答を求めている。

質問項目は、因子分析の結果に基づいて、A~Hの8特性に分類される。

A特性：不安徴候。精神的側面の負担を表わす。

B特性：抑うつ状態。うっ積した状態、気分の停滞した様子。

C特性：一般的疲労感。身体的側面での疲労徴候。

D特性：イライラの状態。負荷に対する反応としての焦燥感、神経質傾向。

E特性：労働意欲の低下。自分の生活や職場に対する構え、態度で、評価を含む。

F特性：気力の減退。意志的側面での減衰。

G特性：慢性疲労徴候。仕事などで相当に追いまくられている状況。

H特性：身体不調。疲労感などがもう一つ進行した状況。

応答結果は、特性項目群への応答傾向をみる。その為、特性項目群ごとに、平均訴え率を算出する。

$$\text{平均訴え率} = \frac{\text{当該特性における訴え総数} \times 100}{\text{各特性の項目数} \times \text{対象人員数}}$$

表3 当日の勤務とミスの有無

		ミスあり	ミスなし	計(人)
日 準	勤 夜	31	157	188
		23	78	101

表4 透析経験とミスの有無

	1年未満	1~2	2~3	3~4	4~5	5年以上	計(人)
ミスあり	15	16	13	0	6	4	64
ミスなし	42	39	63	0	55	36	235

4. 結果

期間中のNo.1アンケート(蓄積的疲労徴候調査)の総数は、のべ289件、No.2アンケート(うっかりミス)の回答は、のべ64件54人、その内事故に至ったもの5件であった。

当日の勤務と、うっかりミスの有無については、日勤の場合、ミスありが188人中、31人(16%)、ミスなしが、157人(84%)だった。準夜勤の場合、ミスありが、101人中23人(23%)、ミスナシが、78人(77%)であった。(表3参照)

透析経験とうっかりミスの有無については、差はなく、表4に示すとおりである。

「うっかりミス」のうちミス1(オMISSIONエラー)は、33件、ミス2(コMMISSIONエラー)は、31件であった。その内容は、ミス1は、air 探知機や、ピローのセット忘れ、検査の忘れなどがあり、ミス2は、ヘパリンのセット誤りや、血流量の間違い、除水量の設定ミス、ダイアライザーの間違いなどがあつた。「事故」に至つた5件は、air 引き込み、透析不十分、抜針であつた。

当院透析室看護婦の蓄積的疲労徴候調査の結果については、特性別平均訴え率として、図1のレーダーチャート図に表わしている。

このレーダーチャート図の基本パターンにおける特性配置は、図の左側、即ち、B特性の「抑うつ状態」、A特性の「不安徴候」、及びF特性の「気力の減退」の3特性は、主に、精神的側面の負荷を表わすものとみる。図の右側、即ち、C特性の「一般的疲労」、G特性の「慢性的疲労」、H特性の「身体不調」の3特性は、どちらかという

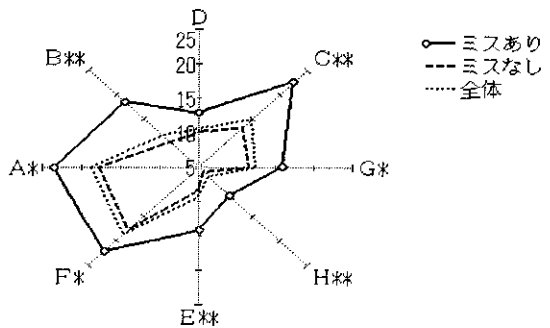
表5 前日の勤務とミスの有無及び各特性との関係

(*P<0.05)

	ミス1			ミス2			ミスなし		
	休	準	日	休	準	日	休	準	日
A	15	33	4*	7	15	20*	114	139	164
B	19	29	5	17	16	16	92	85	90
C	45	40	11	35	29	34	107	115	126
D	5	18*	1	9	18*	13	62	56	71
E	10	16	6	15	9	14	75	77	75
F	32	42	11*	21	30	35*	137	145	183
G	19	26	6	15	17	19	54	58	53
H	27	28	15	26	20	24	48	58	49
人数	14	11	8	12	6	13	73	67	95

図1 特性別平均訴え率

(*P<0.005 **P<0.001)



と、身体的側面の負荷を表わしている。基本パターン図の縦の線には、D特性「イライラの状態」E特性「労働意欲の低下」が配置されている。この線は、職場の雰囲気、態度などの表出を示す。

当院透析室看護婦の結果は、A特性「不安徴候」、C特性「一般的疲労」、F特性「気力の減退」の訴え率が多い。(P<0.05)

全体的傾向は、レーダーチャート図から、左側、つまり、精神的側面の負荷が多いことがわかる。

また、「うっかりミス」のあつた人の特性別平均訴え率は、ミスなしの人、及び全体と比較しても全特性において上回っている。

次に、各特性とミスの有無、及び前日の勤務との関連は、表5に示すとおりである。ミス1、2とA~H特性とをカイ二乗検定すると、前日の勤務が準夜勤で、D特性のイライラ状態の時、及び前日の勤務が、日勤でA特性の不安徴候、F特性

の気力の減退の時に、ミスが多い傾向がみられた。

5. 考察

図1より、うっかりミスの特性別平均訴え率は、ミスなしの平均、全体の平均と比べ、A～Hの全特性において上回っている。このことから、うっかりミスは、A～H特性のうち、どの状態にあっても、起こりやすいといえる。

更に詳しくみるために、カイ二乗検定を行うと、うっかりミスが起こる時には、特に、B、C、E、H特性との関連が深いと判断される。また、透析室看護婦の全体の傾向としては、図1のように、A、C、E特性の訴え率が多い。このことから、C特性「一般的疲労感」が、うっかりミスに強く影響しているといえる。その為、十分な休養の確保と、疲労の症状がある時には、うっかりミスは、起こりやすいという自覚をもつことが、大切である。

透析室経験年数と、うっかりミスとの関連、当日の勤務とうっかりミスとの関連には、有意差は、みられなかった。

うっかりミスをミス1、ミス2に分類し、傾向を調べると、次の事について、有意差がみられた。ミス1、ミス2とA～H特性とでカイ二乗検定を行うと、「A特性においては、前日の勤務が日勤の時、ミス2が多く発生」「D特性においては、前日の勤務が、準夜勤の時、ミス1が多く発生」「F特性においては、前日の勤務が、日勤の時、ミス2が多く発生」との結果が得られた。つまり、この結果から、前日の勤務が、準夜勤で、「D特性イライラの状態の時」「気付かず、すべき操作をしなかったため起こるミス」が生じやすく、前日の勤務が、日勤で、「A特性不安徴候」「H特性気力の減退」の時、「認知確認のミスで作業は行ったが、誤ってしまうミス」が生じやすいといえる。

以上のことから、私達が、うっかりミスを少なくし、安全に看護を行っていく為には、A～Hの特性の全ての訴え率を減少させるような努力をしなければならない。しかし、久繁哲徳が「病院看護婦の疲労と健康状態について」で言っているよ

うに、看護婦を取り巻く環境（夜勤がある生活）から考えると、解決が難しい面もある。そこで、ひとりひとりで出来る予防策を考えてみた。

当院では、特に、B、C、E、H項目の訴え率が高いことから、予防策として、①十分な休養をとる。②気分転換を図り、気分の停滞を解消する。③毎日が、単調にならない様に目標をもつ。ということが考えられた。これは、各自の自己管理が大切であり、心身を常に最良の状態に保つことが大切だといえる。

また、日頃、月経周期とミスとの関連の訴えが多かった為、今回、特に、H項目に付け加えてみたが、うっかりミスとの関連は、立証できなかった。

6. まとめ

透析室看護婦の蓄積的疲労徴候と、うっかりミスとの関連を、アンケート調査により検討し、以下の結果を得た。

① 日勤では、188人中31人(16%)、準夜勤では、101人中23人(23%)にうっかりミスがみられた。

② うっかりミスを起こしたものは、蓄積的疲労徴候調査の全ての特性別平均訴え率において、ミスなしのものより上回っていた。

③ 前日の勤務が、日勤で、不安徴候、気力の減退の時、ミス2が起こりやすい。

④ 前日の勤務が、準夜勤で、イライラの状態の時のミス1が起こりやすい。

7. 結語

透析室看護婦の蓄積的疲労徴候と、うっかりミスとは、関係があり、各自が、自己管理していなければならないということが、判った。しかし、更に、管理面からの検討も必要である。

参考文献

- 1) 越河六郎：「蓄積的疲労徴候調査」(CFSD)について、労働科学63巻5号(229～246)、1987
- 2) 林喜男：人間工学的アプローチ(人間工学と人間エラー)、日本メディカルセンター、臨床透析 Vol.5 No.7(43～50)、1989
- 3) 久繁哲徳他：病院看護婦の疲労と健康状態について、労働科学61巻11号(517～528)、1985

ろんな施設計画等を立てて事業を進めてきたわけですが、この急激なごみ量の増加によってこれらの計画が狂ってしまっていて、図の左の中程のグラフを見ていただくとおわかりだと思いますが、燃えるごみが元年度で361万トンですが、このうち、清掃工場で焼却処理されたのは291万トンということで、およそ70万トンが焼却できない状況になっています。

そこで、やむをえず埋立処分場で埋立処分されます。そうしますと、埋立処分場の方が非常に早いピッチで埋立が進んでしまうという状況になってしまいます。その状況が一番下の表をご覧くださいただければおわかりだと思いますが、2,079万立米が最終埋立許容量ですが、現行の埋立計画が線で表示されていますが、現実には矢印の方向で埋立が進められてしまう。これをず〜っと伸ばしていただきますと、多めに見ても平成4年いっぱいぐらいで終わってしまう。平成4年ということは再来年ということですので、私どもでは非常な危機感を持って、いまいろんなことをやりはじめたところ です。

いかにごみを減らして処分場を計画どおりに使っていくかということと、そのために清掃工場をつくったり、平成7年度でいっぱいになってしまう最終処分場を新しくどこかにつくるということも含めて私どもではいまいろんなことを検討し、実施しています。その中で事業者の皆さんにお願いしている内容が真ん中の下の方にありますが、まず最初にオフィス等で多量に発生する紙類については、これを回収してリサイクルすることを訴えています。

もう一つは、リサイクルの需要を増やすために再生紙を使ってくださいということです。このリーフレットも実は再生紙です。とくに真っ白ではありませんが、皆さんにご覧いただくうえでは、慣れてしまいますと真っ白よりは目が疲れないのではとわれわれ仲間と話していますが…。

あとは、ごみにならない容器類の開発をしようということです。ごみは、物の製造、流通、消費のあらゆる場面から出てきますので、そうした段階でそれぞれごみにならないようなものをつくってほしい。素材の開発にあたっては、再利用ができ

るようなものを開発してもらうことなどを要請しています。又、皆さんからもお話がありますように、過剰な包装についても適正な包装にしてくださいということで、東京都の百貨店協会とかチェーンストア協会等にも要望しております。

さらに、ビル、とくにオフィスビル等からは沢山の紙ごみが出てきます。最近、皆さんの職場でもOA機器等が導入されていると思いますが、これに使われる紙が大変な量になります。私どもの調査によりますと、ごみの中に占める紙ごみが毎年増えています。各事業者の皆さんには、ごみの減量と資源化を強く訴えています。見開きの一番下の黒い中に、東京都がいまやっていることが書いてありますが、後程ご覧いただきたいと思ひます(略)。

それでは本題に入ります。今日は全国からお集まりの皆さんですが、東京都という限られた内容で恐縮でございますが、お話をさせていただきます。東京都内には病院、診療所、衛生検査所などの医療関係機関が約2万カ所ございます。このうち、診療所が歯科も含めて約1万9,000カ所、病院が754カ所、衛生検査所が88カ所。これは63年の10月1日現在のもので、ちょっと古いんですが、公式の数字でございます。

この病院を地域別、病床種類別に見ますと、一般病床につきましては区部で非常に多く、精神、結核病床が多摩地区を中心とした市郡部に多いわけですね。それから、大学病院を初めとした高度・専門医療を提供している病院はやはり区部に集中しているのが現状です。

こういふことで、都内の各医療機関は都民を初めとしまして、ナショナルセンター的な非常に大きな病院もございますが、いろんな層の様々な医療需要に応じて非常に活発な医療活動が行われているわけですね。ということは、その当然の帰結として、各医療関係機関からいろいろな廃棄物が毎日出されるということになります。

私どもが昭和63年度に医療機関から発生する廃棄物の実態調査をやりましたけれども、63年度に23区内の医療機関から排出されます廃棄物の量は、年間で約6万7,400トンと推計されています。1日に直しますと185トンということで、内訳

は、病院から72.5%、一般診療所から13.8%、歯科診療所から11.8%、衛生検査所から1.9%排出されている。推計ですが、そんな実態がわかりました。

このうち、今回、国のガイドラインで感染性廃棄物として指定されました注射針、輸血セット、ガーゼ等の発生量につきましては、年間約7,600トン、日量で21トンということで、全体に対する発生率は11.3%という推計になっています。

次に、廃棄物の法的な問題をお話いたしますと、総婦長セミナーの資料の9頁をご覧くださいと思います(略)。医療関係機関から発生する廃棄物の基本体系ということで、医療機関から出されます廃棄物は、事業系廃棄物になります。公害関係法では営利的な事業活動ということだけでなく、継続的に何かをやることを事業と言っていて、法では医療活動、医療行為等も事業活動というふうになっておりますので、医療活動に伴って発生する廃棄物ということで事業系廃棄物ということになります。

事業系廃棄物を大きく分けると、医療廃棄物と非医療廃棄物になります。医療廃棄物というのは、毎日皆さんがやっていらっしゃる医療行為等に伴って発生する廃棄物をいいます。非医療系というのはそれ以外ということで、具体的には事務室や厨房、食堂等から出されます紙くずや厨芥類、それから、病室から排出されます新聞、雑誌、ちり紙等のごみ、いわゆる雑芥類を指します。今回、国が示したガイドラインは医療廃棄物を対象にしておりまして、その医療廃棄物はさらに感染性廃棄物と非感染性廃棄物、放射性廃棄物というふうに分けられています。

感染性廃棄物というのは、感染症を生ずる恐れのある廃棄物ということで、ガイドラインで示されたものがここに例示されていますが、血液等、血液製剤、手術等により排出される病理廃棄物、血液等が付着した鋭利なもの、具体的には、注射針、メス、試験管、シャーレー、ガラス屑などがあります。

それから、病原微生物に関連した試験、検査等に用いられた試験器具、培地等、透析器具、その他血液等が付着したものであるということで、実験・手

術用手袋等のディスポーザブル製品、脱脂綿、ガーゼ、包帯等といったものです。いずれにしましても、感染症を生ずる恐れがあるということで、血液や体液等が付着したものを感染性廃棄物という分類をしております。

それ以外のものを非感染性廃棄物ということで、例えば点滴瓶のチューブを取ったものについてはガラスくずになりますし、整形外科等で使われるギブス等で血液が付いていないものについては陶磁器くずに分類されます。これらの医療廃棄物は、法的には産業廃棄物と一般廃棄物に区分されますが、話が複雑になってしまいますので説明を省略しますが、放射性廃棄物は別の処理体系がありまして、日本アイソトープ協会が処理することになっております。

私の話でも、あるいは皆さんが日々の仕事を通じて実感されると思いますが、非常に多くの種類の廃棄物が病院から出されているのがおわかりいただけると思います。こういう現実を踏まえまして、医療法では病院などに汚物処理施設の設置を義務づけるなどしまして、医療廃棄物の特殊性を考えた規制がなされています。

廃棄物の処理に関しては、「廃棄物の処理および清掃に関する法律」という法律がありますが、ここでも排出事業者であります病院などに対してその適正処理を義務づけているわけです。いろいろ規定はありますが、これらの規定を補完します具体的な取扱基準が今まで示されておりませんが、医療廃棄物の不適正な処理が社会的に指摘されるようになり、また、皆さんよくご存知のとおり、昭和60年ごろからB型肝炎を初めとした感染症が社会的問題になりまして、医療廃棄物の処理に関して社会的な関心が非常に高まってきたということがあります。

お手元に新聞等の切り抜きをお示ししてあります(略)。これはほんの一部でして、取り上げ方の違ったものということで例示をしました。写真入りのものは今年の8月3日の『アサヒグラフ』に掲載されたものでして、今回の国のガイドラインが示されたあとの医療廃棄物の実態をシリーズで捉えていこうという中で取り上げられたものです。私どもにも何度も取材にまいりまして、最後

の方に私のコメントが載っています(略)。

それから、東京都が4月から国のガイドラインに沿って新しい都の基準をつくりまして医療機関の皆さんに示したわけですが、その新聞記事も載せております(略)。

ところで、通常のごみの処理は市町村の仕事でありますが、東京の23区におきましては、大都市行政を展開する必要があるということで、23区全体を一体的に行政がカバーするというので、特別区に代って東京都が市の立場でのごみの処理をやっています。

私どもでは現在ごみの収集職員が約7,000人ほどおりまして、毎日ごみを各集積所で集めてそれぞれ清掃工場や処分場へ運ぶわけですが、ごみを収集する時に注射針を刺して怪我する事例が多く発生しています。昭和62年度には年間30件、63年度が28件、昨年(平成元年)が18件とそれぞれ発生が報告されています。

私どもの職員がごみの収集の際に皆さん方と同じような立場で感染症に罹る危険性があるということで、ごみの適正な処理ということを念頭に置いて昭和60年ごろから東京都医師会等の機関と私どもで協議を重ねてきて、昭和60年12月に、国に先駆けて都独自の「医療機関の廃棄物処理の手引き」をつくり、これを各医療機関に配布してごみに対する関心を持っていただく、適正な処理をお願いするというのをずっとやってきて、法律的には現行法の体系では十分に対応していない医療廃棄物についても、その適正な処理について都独自で対応してきたわけです。

ただ、そうした努力もなかなかすぐ効果が出てまいりませんで、先程申しましたような事故が多発してきたわけです。こうした状況を踏まえまして、63年には「ごみの処理は適切ですか」というリーフレットを配布して個別の指導を行って事故防止に努めてきたところです。一方で、ごみを収集する職員には、OJTを通じて必要な知識を付与するとともに、被災した場合にはすぐ医療機関に向けまして、そこで肝炎の抗体検査をお願いして、抗体のない場合にはグロブリン投与等の措置をするということも合わせて行ってきました。

さらに、63年度には関係機関の協力を得て、医

療機関から発生する廃棄物の実態調査を行い、この調査結果を踏まえて、昨年の9月、局内に医療廃棄物処理対策のための検討委員会をつくりまして、今後の対応を検討してきたところです。今までの都の対応はそんなところでございます。

資料の訂正をお願いしたいんですが、12頁に医療廃棄物に関する法令ということで関係法令を掲載しておりますが、一番上の水質汚濁防止法第2条第2項目(定義)のあと、病院の厨房施設洗浄云々ということでありまして途中が抜けてしまっています。ミスでございまして、「特定施設とは、次の各号のいずれかの要件を備える汚水または廃液を排出する施設」という文言を入れてください。

私どもの都の対応をお話ししてきましたが、国の方でも医療廃棄物に対するいろいろな対策が出てきて、厚生省の各局が昭和62年に沢山の通知を出しています。62年8月には「医療機関等におけるB型肝炎の予防について」及び「昭和62年度の医療監視および経営管理指導の実施について」、9月には「医療関係廃棄物の適正処理について」という通知を出しています。

そして、厚生省は、昭和63年7月、専門家によります「医療廃棄物処理対策検討会」を発足させまして、医療廃棄物の適正処理の方策について調査・検討を行い、昨年の11月、検討結果が「医療廃棄物ガイドライン」としてとりまとめられるとともに、このガイドラインに従って感染性廃棄物の管理、排出及び処理が行われ、感染性廃棄物が安全で確実に処理されるよう、関係者が行うべき措置を提言したわけです。

厚生省は、この提言の主旨を踏まえまして、昨年11月13日、「医療廃棄物の適正処理」について都道府県知事等に通知を行いました。東京の場合には、医療機関には東京都衛生局あるいは衛生局の出先でございまして保健所等を通じて通知されていると思います。この中でいろいろ指示が出ていたわけですが、今回示された方策に基づきまして医療廃棄物の処理を行うこととしまして、平成2年、今年の4月に実施できるよう必要な体制の整備を図りなさいということが通知されました。私どもでは、先程申し上げましたように局内では9

月に検討会をつくっておりました、国の方でガイドラインが示されるそうだという情報もございましたので、必要な体制を整えておいたわけですが、今年の4月からということで非常に短期間で済んで準備の整わない道府県等もあろうか、あるいは、4月実施というのは非常に急な指示だというふうに捉える自治体もあったのではないかと思います。私どもでは、先程から申し上げておりますように、60年ごろからいろんな対応をしておりましたので、どうか間に合ったという状況でございます。

ガイドラインそのものは非常に分厚いものでして、その解説書として厚生省の水道環境部の産業廃棄物対策室が監修しまして、財団法人日本産業廃棄物処理振興センターでつくりました冊子、「医療廃棄物処理ガイドライン」も出ております。感染性医療廃棄物処理に関する技術指針・解説ということでございまして、皆さん方の病院には既に購入済のところもあろうかと思いますが、ご参考までに紹介しておきます。具体的に示されたガイドラインだけではなく、関係法令とか、厚生省の様々な通知、B型肝炎のガイドライン、HIVの感染予防対策指針などいろいろ出ておりますので、参考になろうかと思っておりますのでご紹介いたします。

お配りした資料で、「感染性廃棄物を適正に処理するために一医療機関の皆さんへ」という、封筒に入っていたものをご覧いただきたいと思えます(略)。これは東京都が厚生省の通知を受けまして、医療廃棄物の処理の基本的な考え方や具体的な処理方法等について局内の検討委員会で検討して、それを踏まえて東京都医師会、東京都歯科医師会、日本衛生検査所協会等と協議しまして、3月初め各医療機関にお配りしたものです。

まず、「医療廃棄物処理ガイドライン」についてですが、平成元年の11月に厚生省が示しました医療廃棄物処理のガイドラインをつくって、4月1日からこれに基づいて医療廃棄物の適正処理を行うこととした旨の経過を述べるとともに、このガイドラインは、医療関係機関から発生する廃棄物を感染性廃棄物と非感染性廃棄物に分類して、主として感染性廃棄物を取り扱う場合の医療機関

での措置、排出方法、処理する場合の措置について具体的に定めています。このガイドラインを受けて東京都では、感染性廃棄物の具体的な取り扱いについて関係者に周知を図るために、このパンフレットをつくりましたということです。

2頁目では、ガイドラインで示されています感染性廃棄物を種類と具体例で示しております。中身につきましては皆様の方が詳しいと思いますが、廃棄物の種類では、例えば血液等、血液製剤ということで、具体例として血液、血清、血漿、血液製剤等があげられています。(産)と表示されているものは産業廃棄物に該当するものです。次の手術等により排出される病理廃棄物は臓器、組織ということで、(→)と表示してありますが、一般廃棄物に該当するという事です。

要するに、血液等が付着したものについては、透析器具までは全て感染性廃棄物ですよということですが、一番下の、その他血液等が付着したものということで※印が付いておりますが、これらにつきましては、血液が付いていますから感染性廃棄物と見做されるわけですが、専門の知識を有する医師等によって感染の危険が殆どないと判断された場合には、感染性廃棄物と見做す必要はありませんということ。具体的には、白衣にちょっと血液が付着した、それが出されていた場合に、血液の状態を先生が判断して、これは乾燥している、感染の恐れがないということであれば、それは医師等の判断によって感染性廃棄物にならないということで、大方のものにつきましては、血液等が付着していれば感染性廃棄物になるということでございます。

ガイドラインでは、医療機関から発生します感染性廃棄物の管理体制をどうするかということが大きなポイントですが、その1つとして管理責任者を置くことが決められています。具体的には、施設内における感染性廃棄物を適正に処理するために、管理責任者を設置してください。この場合には、管理責任者は管理者自らになるか、医師、歯科医師、皆さん方のような婦長さん等の専門知識を有する方にやっていただきますということです。

また、感染性廃棄物の取り扱いについて、院内

関係者に周知・徹底を図っていただきますということ。もう1つは、病院等で発生します廃棄物の処理に関して、処理計画および、それをどのようにして管理するかという管理規定等をつくってくださいということです。それから、処理状況の把握ということですが、管理責任者はこの計画に基づいて感染性廃棄物の処理状況を常に把握するとともに、処理の実績についても記録の作成・保存を行ってくださいということです。

具体的には、病院によっては自ら所有している焼却施設で焼却処理するということが行われているかと思いますが、東京のような都市部ですと近隣関係もありまして、焼却ということがなかなか難しいという状況もありますので、23区内の場合には専門の処理業者に処理を委託するのが一般的です。この場合には、契約して運搬してもらえば責任が逃れるということではなく、どこの処分場にどの量がいったかということを含めて最終的には病院の管理者の責任になりますので、きちっと記録をつくって保存しておくことが必要になってまいります。

院内での感染性廃棄物の処理ということですが、既にご存知のとおり、感染性廃棄物の処理の大前提は、皆さん方のなされている医療行為が終わった段階できちっと峻別してもらうということです。あとで分けて処理するということは実際上難しくなきますので、一番目に分別ということ、これが最初で、しかも適正処理のために一番必要なことです。廃棄物が発生した時点で、感染性廃棄物とその他の廃棄物をきちっと分けていただくことが必要です。

感染性廃棄物につきましては、施設内で焼却するかオートクレーブ、乾熱滅菌、煮沸等の方法により滅菌処理を行ってください。滅菌処理等ができない場合には専門の処理業者に委託してきちっと処理をしてくださいということになります。

排出時の容器等につきましては、注射針等は事故および二次感染につながりますので、鋭利なものを出す場合には丈夫な容器に入れて出してください。固形状のものについては、プラスチック袋等二重に使うて出してください。液状の物等は密閉容器に入れてくださいということです。

それから、表示ということが大きな要素になってきますが、国の方では、院内で滅菌できない場合には3種類に分けてそれぞれの種類別に分類して出しなさい。液状または泥状のもの、血液等ですが、赤い色のバイオハザードマークあるいは感染性廃棄物であるという表示をして分けて出してください。オレンジは血液等が付着したガーゼ等、それから注射針等の鋭利なものは黄色のマークを付けてくださいということです。

以上は院内で処理できないで専門業者に委託して処理する場合の処置ですが、東京都の場合には、23区に関しましても1万5,000ぐらいの診療所がありまして、従来も東京都が処理してきた経緯もありますので、そうした小さな診療所等については感染性廃棄物を非感染性に処理したものについては緑色のステッカーを貼って出してくださいということです。

委託の処理ということですが、これは各病院でやられているケースが多いと思います。院内で滅菌等できない場合には、知事が許可している、政令指定都市ですと市長さんがやっておると思いますが、収集運搬業者あるいは中間処理業者に委託して処理をしてくださいということです。

委託に当たっては、委託業者の知事の許可証を確認してくださいということで、これは非常に大きな要素になると思いますが、どういうものを運べる業者なのか、どういう処分場を確保してあるかということです。

委託の実施に当たっては次の事項に注意してくださいということで、廃棄物の種類、性状、取り扱い方法等について処理伝票（マニフェスト）によって委託業者に告知してくださいということで、このへんの処置につきましてはまだ全般的には動いておりませんが、厚生省の指示で近々マニフェストシステムが導入されると聞いています。各都道府県の実情によってそれぞれ対応が異なると思いますが、4枚の複写になっていまして医療機関が必要事項を記入して、収集・運搬業者を経由して最後の処分場から伝票がまた戻ってくるということで、医療機関は自ら排出したものがどこの処分場で処理されたかということをきちっと把握するということになります。全般的なガイドラ

インの内容はそんなところかと思えます。

都におきまして、基本的な考え方をまとめて手引をつくった分けですが、その基本的な考えは大きく分けて3つです。医療機関ということで公共的な仕事をやっておられるわけですが、事業活動に伴って排出する廃棄物ですから、医療機関が自らの責任で適正に処理するという、いわゆる事業者責任の原則を明確にいたしました。それは大きな前提ですが、これによりがたい場合、東京のような都市部の状況もありますので、環境保全上の見地から、従来東京の場合は一般のごみと一緒に集めていた経緯もございまして、都の処理計画の範囲内で都がやりますということです。

都が受け入れる場合には、燃えるごみは焼却処理して、燃えないごみについては埋立て処分場で処理いたしますということです。

そういうことで、とりわけ医療機関が集中しております区部における医療廃棄物の適正処理に向けて、3月の半ばごろから各地区医師会等と私どもの出先の清掃事務所と、実施方法等、具体的に協議いたしまして、この4月から一斉にスタートしたわけでございます。

そうした結果でございますが、今年度に入りまして、7月末現在の4カ月ですが、注射針による刺傷事故がまだ2件しか報告がありません。医療機関の皆さんへの浸透といいますか、周知徹底が図られたのかなというふうには私どもでは喜んでるところです。まだ4カ月ということで楽観はできませんが、今後とも医療機関の皆さんにはこうした内容の説明等行いまして、医療廃棄物の適正処理に向けて周知を図っていきたいということでやっております。

この4月以降、新しいガイドラインに基づいた医療廃棄物の処理が始まったわけですが、問題もまだ残っています。非常に時間をかけて関係機関と話し合ってきた事柄についても、いざ実施するということになりますと、なかなか思うとおりにいきませんで、また協議してやり直すということも繰り返してやっております。

そんな中で残された課題もあろうかと思えます。今回の措置につきましては、東京都医師会等関係者と協議をやってきたわけですが、組織に加

入している医療機関に対する周知はできたわけですが、未加入の医療機関も沢山あるわけですので、こうした方々に対して先程来の国のガイドライン等を初めとした新しい措置について十分周知を図っていかねばと思っております。

それから、今回の「ガイドライン」により初めて医療廃棄物という概念が導入され、行政をはじめとする関係者が具体的施策を進めるうえでの指針が示されたわけですが、法律上は、いまだ一般廃棄物と産業廃棄物の区分にもとづいた処理体系になっています。

一般廃棄物は何かといいますと、産業廃棄物以外の廃棄物ということでして、産業廃棄物というのは、非感染性廃棄物の産業廃棄物の欄にありますように、燃えがら、汚泥、廃油、廃酸、廃アルカリなど、事業活動に伴って排出される19品目をいいます。それ以外のものは全て一般廃棄物ということでして、法的な分類でいきますと、感染性廃棄物の中にも一般廃棄物と産業廃棄物と混じっている。しかし、感染症等の防止と適正処理をするためには、感染性廃棄物という分類が必要ということで、法的にはちょっと中途半端な規定になっております。

感染性廃棄物の中で※印が打ってあるものが一般廃棄物ということで、その他のところでは、臓器、組織、脱脂綿、ガーゼ、包帯など、その他は産業廃棄物ということで、殆ど産業廃棄物ということです。

産業廃棄物というのは、それを排出する事業者、皆さんでいいますと病院の管理者等が自らの責任で処理する、それも法律に基づいた基準で適正に処理するということが義務づけられているものでして、一般廃棄物よりは強い責任が事業者に課せられているものです。医療廃棄物の殆どが法的分類では産業廃棄物に分類されますので、病院におかれては、自分で処理するというだけでなく、経費を負担して専門の業者に適正に処理してもらうということも合わせて自ら処理することになりますので、ご理解いただきたいと思えます。

3番目の問題といたしましては、東京の場合は都会ですから、専門の、とくに焼却する施設をも

った業者がありません。したがって、そうした処理業者をどうやって育成していくかということが私どもの大きな課題になっております。

最後に、焼却処理施設につきましては、地域の環境等もありましてなかなか使えないわけですが、最近では関連のメーカーが非常に小型な機器を開発しております、それが非常に高いわけですが、出来るだけ小型で安く、しかも安全に処理できる機械の出現が早く来ないかなということです。廃棄物、とくに感染性廃棄物の処理につきましては、お金もかかりますので、こうした機器の出現が私どもでも待たれるということです。

非常に雑駁なお話でおわかりいただけない分があるかと思いますが、いずれにいたしましても、この4月から新しいガイドラインに基づいて医療廃棄物の処理、とくに感染性廃棄物の適正な処理が国の方から求められているということでございまして、その中で、都のパンフレットにもありましたように病院の体制の整備をお願いする部分と、病院の中でどうやって分別をして適正な処理に結び付けていくかという、感染性廃棄物の集める方法等が具体的に求められておるわけでございます。そういうお立場にいらっしゃる皆様方ですので、セミナーが終わりまして病院等にお戻りになりましたら、今日話を踏まえまして、いまの病院の中の状況を見直していただければと思います。

医療廃棄物の新しい方針を出しましてからテレビや新聞等の取材等も受けましたし、テレビ出演もさせられました。行政ということで、関係各方面から私どものやっていることを厳しく見ていろいろ指導を受けるわけでございます。皆さん方の行っている活動の中で発生し、今までは表面に出なかった廃棄物というものがある。ここ数年で社会的に非常に注目されていて、今回新しい国の方針が示されまして、それに向かってやっていたらこうという時期だと思っております。是非、病院での適切な処理体制の整備にご尽力いただければと思います。非常に雑駁なお話で申しわけありませんが、若干質問の時間も必要と思ひまして、とりあえずこれで終わります。どうもありがとうございました。

司会（小泉）ありがとうございました。この4月からのガイドラインについては皆さんのお手元にも資料が届いて各職場でいろいろ検討されておられるのではないかと思います。具体的にこういうところがわからないとか、この機会に質問等をお受けしたいと思います。

正直いまして私も、この4月に医療廃棄物の処理のガイドラインが出たということで説明がありましたが、私たち職場ではどんだんごみを出す方の立場にあって、あまりごみのことを考えたことがありませんでした。今回こういうことが出てから初めて、ごみに関して分別とか、感染性のもので、非感染性のものであるということで分けなければいけないという、日常忙しい業務の中で、そういう煩わしさが加わってきて、正直いって困ったなというのが現状です。しかし、しっかり分別をしてやっていかなければいけないということは実感としてあるわけですが、日常の忙しい業務の中で、そこまで目が届かないのも現状です。しかし、管理の責任があるということをおっしゃると、管理者の立場にある私たちとしては、これから本当にやっていかなければならないんだな、ということを実感しております。こういうことが始まってから現場で困ることとか、こういうところはよくわからないというところがございましたら、ご質問を受けたいと思います。

質疑応答

梅澤 全国からお集まりということですが、東京都からも沢山のご参加を得ていると思います。ガイドラインが示されて、ガイドラインにつきましては、その都度病院の方にお示しをしているわけですが、今回の都の新たな措置が出ました段階で、私どもの局長から各病院の管理者の方々に通知を差し上げて、適正処理をお願いしております。そのへんは皆様方の方に伝わっているでしょうか。

司会の方のお話にもありましたように、日常大変忙しい中で、ごみの問題についても、皆さん方にも責任の一端があるということになってまいりましたので、病院の事務局の方に関係通知が行

っているはずですが、お戻りになってお尋ねいただければと思います。もしお手元にないということであれば、パンフレットの最後のところこの紹介先、作業部指導課に、産業廃棄物に関しましては、産業廃棄物指導課に何なりとお尋ねいただければお答えしたいと思います。

質問 岡山県からまいりました。重症児施設に勤めています。いま先生がおっしゃいましたガイドラインに沿って既にマフニェストを付けて廃棄物業者に依頼する形をとっていますが、感染性廃棄物というところで、ここに書かれてありますもの全部、感染性といえないのではないかと思います。ここに書いてある感染性といわれるもの全部入れますと膨大な量になりまして経費もかなりかかります。感染性が感染性ではないかということは、医療従事者、ドクターなどに任されて医療施設でさらに分類してもよろしいのでしょうか。

梅澤 このへんは医療機関の皆さんと接触している段階でいろいろお話があった点で、基本的には、感染症を防止する。そして適正処理をするという前提でガイドラインが示されておりますので、血液等が付着した、具体例に示されているものは、ドクターの判断を待つまでもなく原則的には感染性廃棄物ですということです。その他血液等などが付着しているものについては、たとえ血液等が付着していても、それぞれの状況によって非感染性廃棄物だという判断を下せずということです。原則的には血液等が付着していれば感染性廃棄物ということになります。

ただ、私どもで示しました医療関係機関の廃棄物基本体系にありますように、同じもので、例えば使用していない注射針等があって、これは外見から見ますとなかなか判断できないわけですが、使用していない注射針あるいは注射筒の場合には当然非感染性廃棄物というふうに判断されて別の分類にすることは可能だと思います。

質問 なかなかすっきりしないんですが、いまはまだ試行段階で、こんなものかというふうに思っています。

司会 いまの問題はコストの関係もありますので、付いている血液が乾燥していて感染の危険が

ないとしても、集まったごみの中でまたそれを分別するとか判断するということが、日常の中ではそぐわないというか実際的にはできません。結局は危険を考えてしまって、付いているから皆感染性の方にしてしまおうとすると膨大なごみになって、それがまたコスト高につながるという問題で、このことがいま現場では一番問題になっているのではないかと思います。

質問 栃木県から来ました遠山でございます。2点ほどお伺いします。感染性廃棄物の処理委託のことです。地方におきましては、中間処理業者とか運送業者がこのような処理のできる場所が現在少ない、無いに等しいということが1つあります。東京都のガイドラインを見ますと、こういうところに委託をして処理をなささいということですが、東京ではこういう処理が殆どなのかどうかということが1点です。それから、先程、事業者責任ということをお話されました、例えば病院で委託をしますと、その業者の処理場へ持っていく、市の処理場は市の処理をやって、市からまたどこかの委託業者を委託するという方法が取られているんだと思うのです。事業者というのは、市の先までの責任も持たなければならぬのかどうかということです。

梅澤 1点目のご質問ですが、東京、とくに特別区のある区域では医療機関が沢山ございますので沢山の医療廃棄物が出されます。それを医療機関が処理しなければいけないわけで、病院は焼却施設をお持ちだと思いますが、町の真ん中で焼却するというので地域の環境保持を考えると、実際焼却は難しい状況になっておりますので、収集運搬等を業者に委託してやるという方向が一般的ではないかと思います。

知事が許可しております収集運搬の業者というのは沢山ございます。ただ、都の場合は中間処理、具体的にいいますと、医療廃棄物を専門に処理する焼却炉を持った中間処理業者というのは、都内には皆無と聞いていいと思います。したがって、近県あるいはこの関係の専門業者はいま全国ネットワークをつくりつつありまして、東京のものを非常に遠いところを持って行って処理するか、大阪のものをどっかへ持っていかるとかという

ことで、非常に広域処理体制を整えつつあります。そういう意味では、業者の方も体制整備が十分というふうにはいっていませんので、私どもでは、こうした業者をどのようにして育成していくかということが1つの大きな課題だということになっております。

廃棄物処理の責任ということですが、先程来申し上げておりますように、廃棄物の法上の問題でいいますと、事業活動に伴って排出される廃棄物は事業系廃棄物というふうには括れると思うんですが、事業に伴って出されるものについては、責任はやはり事業者にありますということが基本です。公害関連の法律は皆そういうふうになっていまして、皆さんの方のような公益的な事業をやられていまして事業活動というふうには捉えます。

したがって、事業活動の中でとくに産業廃棄物といわれるものにつきましては、責任が重く課されておりまして、皆さんが自らやる場合の基準とか、収集運搬、処理まで委託するということになりますと、収集運搬、処理の業者に取扱上の基準はありますが、最終的に、皆さんが排出されたごみがどこに運ばれてどういうふうには処理されたという、そこまで責任を負うことになります。

したがって、運搬業者に処理を委託したからこれで病院の責任は逃れましたということにはならない。

先程来お話にありますように、廃棄物がどこでどのように処理されているかということ把握するため、マニフェストシステムが導入されるということにつながっていくわけです。病院においては、どれだけのごみがいつどこで処理されたという確認が、今後強く求められてくることになると思います。それが事業者としての病院の責任を果たす、社会的な責任を果たすということになると思います。

司会 ありがとうございます。今日は長時間にわたりまして、この4月からの新しいガイドラインに沿って具体的にお話しいただきましてありがとうございます。

管理者の立場において病院職員への周知徹底ということもすごく大事だと思いますし、これからいろいろ試行錯誤しながら、ガイドラインに沿って実行していかなければいけないんだということをお話を参考にされて職場へ持ちかえて実行していただきたいと思います。長い間ありがとうございました。

日本病院会臨床予防医学委員会編

<保健叢書>

高 血 圧

頒価 1 冊 400 円 (税込)

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

F A X ・ 03-3222-0016

講演

院内感染の現状と対策

清瀬上宮病院副院長 松原 義雄

平成2年8月・東京・看護管理研究会

はじめに

院内感染については、近年、医療関係者の間で大きな問題として取り上げられるようになり、医師の立場からも、ナースの立場からも、あるいは病院に勤務する検査技師、診療放射線技師、その他各職場の立場からも、いろいろと論じられてきたので、すでに皆様方もかなり関心をお持ちのことと思います。

伝染病と感染症の診療に長く従事してきた私にとっても、戦後のわが国の感染症の歴史的な激しい移り変わりはまことに大きな驚きです。戦前から戦後にかけて、赤痢とか腸チフス、日本脳炎などの急性伝染病が蔓延し、加えて結核の流行が広範囲の青年層を蝕んでいた当時の事情を知る人はいまでは極めて少なくなりました。

敗戦の痛手を乗り越えて、わが国の衛生環境が飛躍的に向上したお陰で、むかしの伝染病はほとんど姿を消しましたし、医学が格段と進歩して、治療法の充実や、目を見張るほどの化学療法剤の発展などによって、今日、日本が世界に誇るほどの長寿社会を迎えていることはご承知の通りです。

ところが、その陰で、清潔であるべきはずの病院という医療の舞台上で、院内感染の増加という思いがけない事態が、今日これほどまで問題視されるようになったのはどうしてでしょうか。恐らく皆様方の職場でも病院ごとに、あるいは診療科ごとに、すでに何らかの院内感染の事例でお困りになった体験をきっとお持ちであろうと思います。

本日は院内感染について、あらためて掘り下げて、皆様方とともに考えてみたいと思います。

I. 院内感染の総括的なとらえ方

A. 多様化する院内感染

1. 院内感染とは

院内感染 (nosocomial infection) は、別の言葉で病院感染 (hospital infection) ともいいます。これに対して、一般の感染は市中感染 (community acquired infection) と呼ばれています。

院内感染という言葉は、病院の中で発生した感染、あるいは病院内で接種された各種の微生物によって生じたあらゆる感染を意味します。このごろは、退院後に発症した感染であっても、それが入院中に接種された微生物によるものであれば、やはり院内感染というようになりました。また、この言葉は患者だけではなく、医療従事者、外来患者などにも広くあてはまるものです。

この院内感染は、入院した時点では感染を受けていなかった患者が、入院中に感染を起こすことをいうものですが、病気を治してもらったために入院したはずの病院という場所で新しい病気にかかってしまうという点が大変問題なのです。世界でもすでに150年ほど前から非常に問題視されています。

院内感染を起こしたばかりに、入院期間がひどく伸びて、患者に経済的な負担を与えたり、重体になったり、さらにそのために不幸な転帰をとるようなことがあると、社会的な問題、ときには訴訟などの法的な問題にまで発展しかねません。

院内感染は院内のどんな場所でも起こる可能性がありますので、これを防ぐためには、このこと

を個々の医療スタッフだけのものではなく、病院全体の問題として、すべての従事者が常に関心を持ち、不断の努力を行うことが大切です。

2. 感染症のむかしといま

感染症のむかしといまを比べてみると、最近では感染症に対するイメージがすっかり変わってしまいました。もちろん、腸チフスや赤痢のような法定伝染病も全くなくなってしまったわけではなく、このほかの伝染病にしても十分注意しなければならぬことはいまでも変わりありませんが、このごろは、感染症に対する関心はこれまでの強毒菌（毒力の強い菌）によるヒトからヒトにうつりやすい病気から、弱毒菌（一般に毒力が弱いと考えられている菌）によって起こる、いわゆる日和見感染を主体とした疾患に移っています。つまり以前の伝染病時代から、伝染病を含めた広い意味での感染症を考える時代となったわけです。

日和見感染症（opportunistic infection）というのは、健康な人では何事も起こらないような弱毒菌、あるいは平素は無害と考えられていた病原体が、宿主側の条件によっては感染を起こすことをいい、しかもしばしば重い症状を起こすことをご承知のとおりです。

ヒトの免疫防御機能は誰でも年齢とともに低下するので、近年の我が国の高齢化社会にあっては、易感染性患者（感染を受けやすい患者 *compromised host*）はますます増加の傾向にあります。

医学が今日のように進歩して、がん患者でも延命や治癒さえも可能となり、糖尿病とか腎不全などの慢性疾患のコントロールもよくなりましたが、一方ではこのように治療法や医療技術が高度になったことが、かえって新しい易感染性患者を生み、病院内に免疫異常の人たちを増やし、そのために院内感染がますます増えることとなったのは、まことに皮肉なことというほかはありません。

相次いで開発される新しい化学療法剤が、それぞれの時代の重い感染症の治療に著しい効果を示したことは事実ですが、一方では、これらの新薬

の効果に対する過信と乱用の結果、各種の薬剤に対する耐性菌がどんどん増える傾向にあります。最近では、各種の抗菌剤が効かないために治療が困難となった病原菌、例えば MRSA（methicillin 耐性黄色ブドウ球菌）とか、緑膿菌を始めとするグラム陰性菌、さらに真菌などによる日和見感染が、多くの病院における最大の関心事となっています。

院内感染は、交差感染と自己感染の2つに分けられます。交差感染というのは、患者から患者へ、職員から患者へ、あるいは患者から職員へと、直接または間接に菌が伝播される場合です。自己感染はまた内因性感染ともいい、患者が重症になって防衛力が低下したために、それまでは感染を起こさないうで自分自身の皮膚や粘膜などに存在していた弱毒の常在菌が感染を起こすものです。

いずれにしても、院内感染の場合には、患者の全身状態の悪い患者がより多いということと、各種の化学療法が繰り返される機会が多いため強い耐性を獲得した菌による感染症が目立ち、病院外で感染する患者に比べて治りにくく、一般に重症化する傾向があります。

院内感染には、このほかに、近年降って湧いたように起こったエイズの問題とか、ひところ話題となったラッサ熱で代表される国際伝染病という、いままで私たちが経験したこともない恐ろしい病気もありますし、また、医療従事者のB型肝炎感染事故などが頻発しています。さらにまた、微生物学の進歩によって登場した新しいウイルスや細菌による感染症も無視できません。

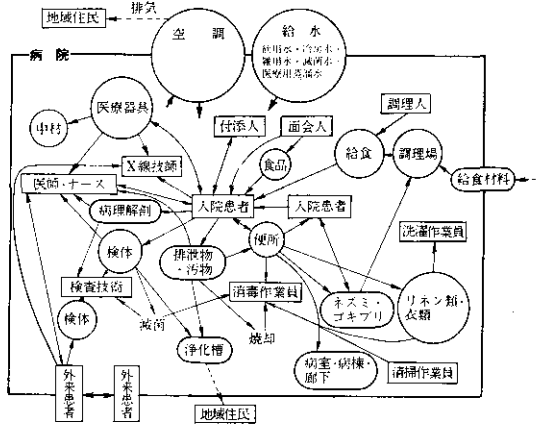
3. 院内感染の現況

さきごろ米国で行われた膨大な調査によると、最近の院内感染は、尿路感染がもっとも高率で、以下、手術創感染、下気道感染が次いでいます。なかでもMRSA感染が特に多いと伝えられています。

これらの分離菌の多くは、有効な抗生物質がないか、あるいはごく限られた抗生物質しか効果がないことが特徴です。

病院には沢山のいろいろな疾患の入院患者がい

図1 院内感染の模式図(矢印の方向に汚染する)



ますが、図1のように、患者と直接接触する人だけでも医師、ナース、検査技師、診療放射線技師や各種の作業員のほか、他の職場にはみられないほど多彩な職種の従事者がいます。さらに外来患者、付添い人、面会人などもあります。しかも治療や検査に用いられる器械、器具がところ狭しと配置されています。このほかにも、排泄物や汚物の処理、給食、空調、給水などの問題があります。

このように複雑な要因が重なりあう環境の中では、誰かひとりが手を抜けばたちまち重大な院内感染事故を引き起こすに違いありません。ですから、院内感染を防ぐためには、すべての職員が互いに細心の注意のもとに行動し、病院の全組織を挙げての万全な防止体制が必要です。

a) 原因となる病原体は

表1に示すように、いま、院内感染の原因となる病原体はこんなにたくさんあります。むかしは院内で感染に気を付けなければならない病原体といえば、ほとんどが伝染病や食中毒の病原体でした。

特に法定伝染病は、確かに減ってはいますが、現在でも外国から帰ってきた人の中には、赤痢もあれば腸チフスもありますので、決して安心はできません。むしろこのような疾患が激減したということで、医師の関心が薄れたために診断が遅れがちとなり、不明熱とか単に下痢症という病名のみままで長い間一般病棟にとどまる症例も少なくあ

表1 院内感染の原因となる主な病原体

A. 伝染病・食中毒病原体

チフス菌、赤痢菌、百日咳菌、走痢アメーバ、麻疹ウイルス、水痘ウイルス、インフルエンザウイルス、ムンプスウイルス、風疹ウイルス、アデノウイルス、エンテロウイルス、ロタウイルス、肝炎ウイルス、マイコプラズマ、梅毒トレポネマ、各種食中毒病原体、結核菌、ラッサウイルス

B. 日和見感染の原因となりやすい病原体

レンサ球菌、ブドウ球菌、サルモネラ、レジオネラ、エンテロコッカス

グラム陰性桿菌

(緑膿菌、大腸菌、肺炎桿菌、エンテロバクター、セラチア、バクテロイデス、シトロバクター、変形菌、クレブシエラ、クロストリジウム)

真菌

(カンジダ、アスペルギルス、クリプトコッカス)

ウイルス

(サイトメガロウイルス、ヘルペスウイルス、水痘・帯状疱疹ウイルス)

原虫

(ニューモシスティスカリニ、トキソプラズマ)

C. いま注目される病原体

HBV, HIV, ATLV

MRSA, 緑膿菌

疥癬虫

りません。従って、発熱とか下痢の患者には、いまでも十分注意しなければならないと思います。

また、近ごろ特に問題となっているのは赤痢アメーバで、輸入例ばかりでなく、男性同性愛者間の感染とみられる国内例が目立ち、肝膿瘍で内科や外科病棟に収容された患者から赤痢アメーバが検出されることがときにみられます。たとえ下痢や血便がみられなくても感染防御には細かく気をくばることが必要です。

また、一度に沢山の患者が発生するという点で、むかしから院内感染の大きな要素を占めるものに食中毒があります。これは個々の医療スタッフというよりは、給食関係者が気を付けるべき問題で、材料購入から調理、さらに施設の衛生面まで、病院管理者側の監視が要求されます。体力が

低下した患者の多い病院では、食中毒事件だけは決して出してはならないことです。

結核も、古くから院内感染の病原体として重要な地位を占めていますが、近ごろはまた息をふき返し、糖尿病を持っている人が特に結核にかかりやすく、また治りにくいということで要注意です。また、免疫が低下したために結核が再発する老人が増えていることから、高齢化社会にむけて再び本症が注目されています。

ラッサ熱などのウイルス性出血熱は一時世間を賑わせました。たしかにこれらは感染すれば非常に恐ろしい病気ですが、現実には院内感染とか、私ども医療スタッフが罹る可能性は非常に低いと考えられるようになりました。とはいっても、恐ろしい病気であることには変わりがないので、このような患者については、我が国では都立荏原病院にある、「高度安全病棟」という特別な施設に収容することになっています。そして、患者がいつ発生しても困らないように、都立病院の医師・看護婦の志願者を中心とする診療班が組織され、定期的な訓練が続けられています。

以上述べたように、これまでの様相を一変させて、一躍現代の院内感染の主役となったのが日和見感染なのです。なかでも代表的なものは緑膿菌感染で、各種の抗菌剤が効かないために、病院の医療関係者を悩ませ続けてきました。日和見感染の起原菌は次々に増えて、いまではこのほかに、表のようないろいろな細菌、真菌、ウイルス、原虫が挙げられています。

しかし、この数年来もっとも注目を集めているのがMRSAであることを、今日は皆様方に特に認識していただきたいと思います。

表の最後に、MRSAを含めて、現在注目される院内感染の病原体を別記しました。

このうち、近ごろ騒がれているAIDSはエイズウイルス(HIV)そのものが臓器を傷害するよりも、NIVがT4リンパ球を選択的に破壊して、強い免疫低下を起こす病気として知られ、日和見感染としてのウイルス、真菌、原虫などの感染が常にこの病気の子後を左右するものです。

B型肝炎ウイルス(HBV)はその頻度からいって、やはり院内感染の病原体として最も注目さ

れるものの一つですが、針事故による感染が重視されるために、医療スタッフの間にわかに関心が高まりました。

今日のように各医療機関に院内感染対策委員会が組織されるようになったきっかけは、その前身であるB型肝炎対策委員会でありました。この疾患については詳しく後述したいと思います。

まだあまり表面化されていませんが、疥癬も困った病気です。戦前日本中に流行し、非常に治りにくい皮膚病として知られていましたが、このごろ老人病院や老人収容施設でときに大きな流行をきたし、以前のDDTやBHCなどの有効な特効薬が入手困難なこともあって治療に難渋しているのが現状です。

b) 院内感染はなぜ起こる(表2)

院内感染の要因は第1に宿主側の防衛反応の低下です。易感染性患者として、まず挙げられるものは病人ではなく、もともと防衛反応に欠陥のある高齢者、新生児、小児、妊婦などです。防衛反応の低下がみられる疾患としては、血液疾患、悪性腫瘍、代謝障害、膠原病その他です。

骨髄性白血病などでは、好中球が非常に減少するために感染しやすくなるのですが、抗がん剤の投与がさらにそれを助長します。また、抗がん剤を投与すると口内炎などができやすくなり、この傷口からまた菌が侵入して敗血症を起こしやすくなります。

多発性骨髄腫などでは、液性免疫が低下してγグロブリンが減少して感染を起こしやすくなります。

腎不全、リンパ腫、副腎皮質ホルモンの大量使用、あるいは今問題となっているエイズなどでは、Tリンパ球の障害によって細胞性免疫の低下が原因となって感染を起こしやすくなります。

いま増加を続けている糖尿病患者の場合は、コントロールが非常に悪いと、好中球が病原体のところに集まることが妨げられて、尿路感染症、結核、真菌感染を起こしやすくなることが知られています。

第2には宿主の防衛反応を低下させる原因として各種の医療行為が挙げられています。

表2 院内感染の宿主側要因

- 1) 防衛反応に欠陥のある患者 **compromised host**
 - ① 高齢者, 新生児, 未熟児, 妊婦
 - ② 血液疾患
白血病, 悪性リンパ腫, ホジキン病, 多血症,
低ガンマグロブリン血症
 - ③ 悪性腫瘍
 - ④ 代謝障害
糖尿病, ネフローゼ症候群, 副甲状腺機能低下, 肝障害
 - ⑤ 膠原病
SLE, 慢性関節リウマチ
 - ⑥ その他
外傷, 火傷
- 2) 防衛機能の低下をきたす医療行為
 - ① 治療薬の使用
抗菌剤, 抗がん剤, 副腎皮質ステロイド剤,
免疫抑制剤
 - ② 放射線照射
 - ③ 大手術
腹部, 心臓
 - ④ 臓器移植
- 3) 感染を起こしやすい医療行為
 - ① 体内への人工材料の挿入
静脈内カテーテル, 尿路カテーテル, 気管カ
ニューレ, IVHカテーテル
 - ② 人工透析
 - ③ 膀胱洗浄
 - ④ 気管切開

抗菌剤, 抗がん剤, 副腎皮質ステロイド, 免疫抑制剤などの使用はいずれも免疫低下を招きますし, 放射線照射や大手術, 臓器移植など, 医療が高度になればなるほど免疫が低下して感染を起こしやすい状態を作ります。

大きな手術を受けた場合に, 術後の患者が感染を受けやすいのは, 人体の自然の防壁とされている皮膚や粘膜が, 手術によって広範囲に破壊されるためと考えられています。

第3が, 皆さんが実際に関与することの多い各種の医療行為です。注射, 挿管, 透析などの医療行為のすべてが易感染状態を作り出します。

B. 院内感染の防止対策の基本的行動

それではどうしたら院内感染を防ぐことが出来るのでしょうか。

院内感染を防ぐための対策の基本となるものは, 感染症の防止の原点である3つの要件として, 先ず感染源をたたくこと, 感染経路を遮断すること, 感染に対する防御力をつけることです。そのためには個人の努力だけではなく, 院内感染対策委員会の組織に委ねることがもっとも効果的な手段です。

第1の感染源対策は, 汚染源をできるだけ早く発見して, 敏速かつ適切な処置をとることです。それには, 汚染源を隔離する方法, 清掃も含めて感染源自体を取り除いてしまう方法, 滅菌・消毒によって病原体を死滅させる方法があります。この場合, 滅菌はもっとも完全な方法ですが, ごく限られた感染源にしか適応できませんので, 多くの場合, 消毒という不完全な方法に頼らざるを得ません。

第2は感染経路対策です。感染源の患者から他の患者への経路を物理的に遮断してしまう方法で, すべてのものに適応できますが, これもやはり完全を期することはなかなか困難です。遮断の方法としては, 感染源の患者を単に病室隔離するとか, 特殊空調を備えた病室に厳重に隔離するとか, 医療スタッフが, マスク, 帽子, ガウン, 手袋を着用するとか, いろいろの方法があります。たとえひとつひとつは不完全な方法であっても, これらの方法を上手に組み合わせると, 現状で可能な手段を効果的に活用することがもっとも重要な対策です。

第3は感受性対策です。院内感染が発生する前に, まだ感染を受けていない他の患者について, 免疫機能の向上など, その患者自身の感染に対する抵抗力を強化しておくことが望まれています。また, 感染症病棟に勤務する医療スタッフはあらかじめ必要なワクチンを接種しておくとか, 血液を取り扱う機会の多い職員はB型肝炎のワクチンを接種しておくべきでしょう。

特に結核病棟の勤務者はツベルクリン陰性者を避けるというような配慮が最低限必要です。

II. 感染防御の実際

A. 病院内諸施設からみた院内感染防止

院内感染を防ぐには、まず施設の面からいえば、①病院設計の段階で病棟の廊下、ナースステーション、病室などの動線を整理すること、②患者の隔離と遮断がいつでも適切にできること、③床や壁の凹凸をなくすこと、④戸棚などの手の届きにくい平面をなくすこと、⑤清掃しやすい建築材料を選択するなどの点について、細かい配慮が要求されます。既存の建物であっても、いまからでもこのような整理、改造を行うことは決して不可能ではありません。

次に、設備の面で中心となるのは、空調と給排水対策です。空調は循環式ではなく、独立空調を選ぶべきです。特に隔離室からの排気は、HEPAフィルターによる空気の濾過とか汚染空気の焼却が行われない場合は、周囲の病棟や地域住民に影響を与えないように、排気口の位置などを十分考慮すべきです。

給水については、貯水槽の滅菌装置が完全に作動しているかどうか、監視を怠らないことです。排水については、感染症病棟とか検査室からの排水などのように危険な病原体を含むものがあるので、市中の一般下水管にそのまま流して良いのか、一旦病院構内の滅菌設備を経由すべきかを検討しなければなりません。そのためには、病院全体の排水系統を常に正確に把握しておくことが必要です。また、一般に湿った場所には緑膿菌などが必ず生息するものと考えて、水回りにはつねに注意し、乾燥に努め、必要に応じて定期的に消毒します。

給食設備については構造面、清潔面で特に現住な管理が望まれます。

B. 感染防御におけるナースの立場

院内感染を防ぐためには、病院内のすべての職員はもちろん、患者・付き添い人・面会者にも協力を求めなければなりません。ナースはなんといっても患者に接する機会が多いわけですから、その役割は極めて大きいといわなければなりません。

図2 院内感染におけるナースの立場（矢印は汚染の方向を示す）

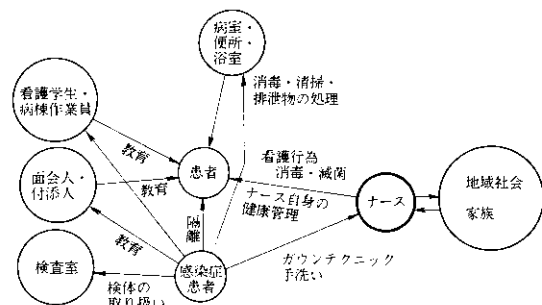


図2は院内感染におけるナースの立場を示しますが、ナースの役割として次の事柄が考えられます。

1. 患者情報の入手

感染防御は先ず感染症についての患者情報の入手から始まります。ある患者について、感染症という病名がつけば、その時点からは防御体制が敷けるわけですが、感染の危険は診断が決定する前から存在するので、必ずしも医師の診断名だけに頼ってばかりはいられないのです。

患者が入院した際に、ナースサイドでも十分な問診を行い、その後の症状・経過について注意深い観察を行うとともに、梅毒・肝炎などについての血清検査や細菌学的検査の成績を把握しておけば、感染の危険を予知することができます。

不明の発熱や発疹、下痢、咳などがみられる患者には診断の如何を問わず特に注意します。さらに、海外渡航歴のある症例では、細菌性赤痢やコレラを含めた各種の感染性腸炎や、腸チフス、アメーバ赤痢、マラリアなどの可能性が高いことを頭に入れて対処したほうが無難です。これからはエイズを含めて、思いがけない未知の危険の伝染病の患者に遭遇するかも知れません。

伝染病が減ったという意識が強まったために、これらの患者は必ずしもすぐ届け出られるとは限らず、一般病棟に入院してくることもあるので、くれぐれも気を付けるべきです。

また、病棟内の、免疫が低下している患者の存在を常に把握し、感染症が疑われる患者と接触しないように、ベッドを移したり、病室を移したり

という配慮もナースの重要な役目といえましょう。

2. 患者環境の整備

一見清潔そうにみえても、病院内を細菌学的に真に清潔に管理するというはまだまだ遅れているといわれます。このごろは多くの病院で、清掃部門が委託で行われるようになりましたが、病院職員であっても、委託業者からの派遣作業員であっても、感染とか消毒については所詮は素人です。廊下、病室、便所、浴室、寝具、ベッド、マットレスなど、病院内はまさに危険が一杯です。ですから、その消毒・清掃について、医療側の情報に基づいて適切な指示を与えることができるのはナースしかありません。

危険な病原体による強度の汚染が考えられる場所とか、血液や汚物による床や壁の汚染等については、そのつどナースが自主的に消毒することも必要です。

法定伝染病、結核、MRSA、その他感染のおそれの強い患者については、病室の消毒や空調、汚物処理についても特別な配慮が必要であることはいうまでもありません。

3. 看護行為における患者への感染防止

看護行為によって患者への感染を起こさないように努めることは、医療のプロとしては当然なことですが、激しい勤務の疲労のなかで、また日常業務という慣れのなかで、ともすれば細心の注意を怠ることはないでしょうか。

看護行為のなかでもっとも注意しなければならないのは注射と、カテーテルの挿入、創傷部の処置などです。

静脈内点滴やIVHにおける感染から化膿性静脈炎や敗血症を起こすことがしばしばみられますが、これを防ぐためには頻回に注射部位を観察し、赤く腫れていないか、膿が出ていないかを絶えずチェックすることが必要です。また、入っている針の太さと日数を考慮し、出来るだけ早めに点滴部位を変えていくことも有効です。

尿路カテーテルは、カテーテルから採尿バッグまで一連になり、消毒駅からゼリーまでがセット

になった閉鎖式カテーテルの使用が勧められています。カテーテル使用時には体温の変化と尿の混濁の有無をチェックする必要があります。

院内感染としての肺炎は気管カニューレ装着中の患者に特に多いので、呼吸状態が変わらないか、分泌物が増えないかをチェックします。気管切開部位を湿潤状態にすると緑膿菌の増殖を誘発するので注意しなければなりません。ガーゼの汚染、色に注意し、頻回に交換すること、ネブライザー使用後なるべく乾燥させることが必要です。

ナースばかりでなく医師を含め、医療行為に伴う院内感染の防止の基本は何といっても手洗いの励行であることは、古くからいい尽くされてきたことですが、感染症を見続けてきた私の目から見ますと、どうもお座りのように思えて仕方ありません。医師もナースもなるほど診療や看護の行為が終われば時々手洗いはしますが、1つの行為が終わるごとに、一人の患者を診察するごとにマメに、かつ、正確な手順で手を洗う人は少ないような気がします。

この手洗いに関することは、院内感染の防止の上で何よりも重要と思われるので詳しく後述します。

4. ナース自身の感染防御

この問題は近年とくに重要な課題として取り上げられています。医療従事者は、本来、感染症などの医学的知識に関して専門的な教育を受けているということで、医療従事者自身の病院内での感染・発症は今まではあまり問題とはなりませんでした。

人工透析が普及し始めたろ、透析センターなどの医療スタッフにB型肝炎の多発が問題となり、あらためて医療従事者の感染が健康管理の面から取り上げられるようになりました。

5. 院内感染の早期発見

院内感染はどんなに注意しても完全に防止することは困難です。ですからいかに早くその感染が院内感染に由来するものであることを知るか、そして拡大を未然にくい止めることが出来るか、と

いう点が大事です。

それ故にこそ、医療の最前線にあるナースの役割が期待されるものであって、院内感染の事例を発見し、院内感性対策委員会に報告することが、その後の拡大を防止することになるわけです。

6. 感染防止の教育

後輩の看護学生はもちろん、患者、付き添い人、面会人、病棟内で従事する看護助手や作業員に対して、感染防御に関する教育を行うこともナースの重要な役割の一つです。

医療スタッフ以外は専門的知識に乏しいので、折りにふれて感染防止のために必要な心構え、実際の防止手順について指導教育を行うべきです。

また、病棟内の感染症患者や汚染物品について、もっとも多くの情報を把握しているのは、その病棟の医師とナース以外にはありません。病棟に出入りするすべての職員に感染防止に関する情報を提供することもナースに与えられた重要な任務です。

C. ナース自身の健康管理

1. 医療従事者の健康管理

ナースを含めて、医療従事者の健康管理は病院管理者の責任であり、定期健康診断が毎年行われています。しかし、日常の勤務の中でも常に自己管理を怠らず、医療スタッフ自身が病院から家庭の中に感染症を持ち帰らないこと、そして、患者のためには、家族や社会から感染症を院内に持ち込まないことが大切です。

とくに自分自身の咳や発熱・発疹、下痢などに気づいたら、無理を押しして勤務せず、ただちに受診することも医療従事者の務めです。

B型肝炎ウイルスの過去の感染の指標であるHBs抗体の陽性率は、病院職員の央でナースは事務職員に比較して有意に高いことが知られています。私達は自分の抗体の有無を事前に知っていれば、事故などの際に速やかに対処することが出来るわけです。

東京都では、すでに医療従事者について、B型肝炎についての定期抗体検査を行っています。

2. 感染防止に関する技術の習得と教育

日常の勤務で自分自身を感染から守るためには、感染症病棟であろうと一般病棟であろうと、すべての医療スタッフが感染や感染症についての基本的な正しい知識を持つことがまず必要です。

そして、滅菌や消毒に関しても原則を十分に守って、決して手を抜かないで、常に正確な手順で操作することが必要です。万一偶発的な事故が起こった場合でも、その後の行動が適切であれば、多くは被害を最小限に食い止めることが出来るものです。

3. ナース自身の感染防御に必要な事項

- 1) 疾患ごとの感染源と感染経路などの知識を正しく知ること。
- 2) 分かっている情報を有効に利用すること。
- 3) その感染症がたとえ疑似症という診断であっても、診断が確定したものと同等に取り扱うこと。
- 4) 同じ病原体であっても、条件次第で感染力が異なることを知ること。
- 5) たとえ感染することがあっても、そのときの個人の健康状態によって影響は大きく異なること。
- 6) 感染防御は常に原則を忠実に守ることであるということ。
- 7) 事故は不注意によって起こることがもっとも多いこと。
- 8) 手洗いの励行が何にもまさる感染防御手段であること。
- 9) もし事故が起こったときには、速やかに対応することが大切であること。

D. 感染防御手技の見直し

1. 手洗い、ガウンテクニック、手袋、マスクなどの使用について

ガウンの着用は感染防御に有効な基本的な方法で、従来から行われていますが、ただ漫然と着用することなく、つねに正しい方法で着用すべきです。

ガウン着用の目的の第1は、自分自身の感染防

御で、目的の第2は、自分のユニホームを介して患者や同僚に病原菌を媒介しないことです。この2つを目的とするガウンの着用が絶対的に必要な対象疾患は、急性伝染病やその疑似症、結核、エイズなどで、このほかB型肝炎患者観血的処置などの場合です。

目的の第3は、免疫能が低下した患者の看護をする際の着用です。どの目的で着用する場合でも、よく見受けられるように、一度使用したガウンを何度も使用するのとは全く意味がありません。危険度の高い特定の疾患では、ディスポーザブルのガウンを使用し、1回ごとに更新するのが最善です。以前から、紫外線殺菌灯のボックスに収納する方法が取られますが、この場合の消毒効果もなお疑問があり、過信は出来ません。

これまでしばしばみられるような、病室や廊下の入り口にかけて再使用することが許されるような場合であっても、掛け方には工夫が必要です。もし病室内に掛けるのであれば表を外に向けて掛け、廊下に掛けるのであれば内側を外に向けて掛ける方がよいと思います。この場合でも、もし患者の血液とか分泌物、排泄物などで汚染されたときは、直ちに消毒に回すべきであることは言うまでもありません。

手袋を必要とする場合にはディスポーザブルのものを使用し、一行為ごとに取り替えるのが原則です。

マスクの効果については、これまでのような薄いガーゼのものは疑問といわれています。特に同じマスクを一日中つけて仕事をするのはナンセンスです。真に必要であれば、厚いディスポの紙製のものを1回の行為ごとに使い捨てるべきです。

2. 手洗について

院内感染の防止には手洗いこそが、もっとも重要と考えられています。患者に接する前後に、手洗いはもっと頻回に行いたいものです。

しかし、医療行為のなかで実施する手洗いは、単に清潔であればよいという次元のものではなく、多くの場合は「院内感染の予防」という確かな目的をもった手洗いが要求されます。

最近では抗生剤とディスポーザブルの手袋が普

及したために、手洗いが軽視されていることは誠に憂慮すべきことです。またペイスンの消毒液による手洗いは無意味であるといわれるようになってから、手洗いそのものまで無用と誤解されているのは残念です。

感染防御の目的で手洗いをを行う場合には、術前の手洗いとは逆に、先ず消毒液で洗ってから、普通の石けんを使って流水でさらに十分に洗います。この場合に蛇口を直接出で捻らないことがもっとも大事です。理想的には赤外線式の自動水栓ですが、肘で回すか、足踏み式でも十分です。タオルの使用をやめ、可能なかぎりペーパータオルを用います。

消毒液は病原菌によって異なりますが、以前のように、頻回の使用で雑菌で汚染されたペイスン内の消毒液による手洗いは全く無意味ですし、よくみられるようにペイスンの前に掛けたタオルで拭くのは避けなければなりません。またペイスンの消毒液にブラシを入れたままにして置くのは細菌の繁殖を促すのでよくないとされています。

手洗いのレベルは、「清潔レベル」「消毒レベル」「高度な清浄度レベル」に分かれます。

「清潔レベル」というのは、手指の清潔を目標とする手洗いのレベルで、食事前やトイレ使用後に行う手洗いです。この場合は石鹸と流水による手洗いで十分、消毒液は必要ではありません。

「消毒レベル」は、医療現場で求められる手洗いは大部分がこのレベルです。感染症患者に接触した場合や、病原微生物で汚染された機械・器具などを取り扱った場合に行う手洗いです。その目標は院内感染を予防することであり、感染症を取り扱う病棟はもとより、一般病棟でもこのレベルの手洗いが求められます。

「高度な清浄度レベル」というのは、手指の清浄ののちに無菌操作を実施する場合の手洗いです。手術および観血的処置、腰椎穿刺、硬膜外麻酔、骨髄生検、血管撮影、血管カテーテル留置などの前の手洗いが該当し、消毒後に滅菌手袋を装着します。

E. 特に針事故防止について

医療行為におけるスタッフの感染事故は、過去にもいくつかの事例がありました。近年針刺し事故が原因と考えられる医師やナースのB型肝炎感染事故が相次ぎ、死亡例まで報告されるようになって、注目を浴びるようになりました。さらに最近、エイズウイルスの感染も針事故によって起こりうるということで注意が喚起されています。現在は感染すればそのほとんどがいずれ発症を免れず、しかも発症すれば死を意味するということで、医療関係者に恐慌をきたしています。

血液を介して感染するウイルスは、いずれも針事故による感染のおそれが指摘されていますが、同じ針刺し事故でも、原因ウイルスによって感染の頻度が異なりますし、発症の頻度も予後も違います。

感染のおそれがもっとも強いのはいまのところB型肝炎ですが、本症は幸い、現在は事故後の適切な処理があれば、感染発症を免れることが出来るようになりました。一方エイズに関しては、感染の可能性はほとんどないといわれていますが、針事故を起こした場合に、感染を確実に防止する処置が全くない点が恐ろしいわけです。

したがって、針事故だけは決してあってはなりません。しかしそうはいっても、国の内外を問わず、針事故は毎年沢山の人が起こしています。たしかにスタッフの不注意によって起こるには違いありませんが、不注意というだけでは済まされません。「済みません」といってもなす術のない針事故をなくすために、「使用した針にはキャップをつけない」ということが提唱されています。少しでも事故が減るならば、是非実行すべきであると思います。

感染の危険は針事故だけに限らず、メスで傷つけたりする場合も同じです。また、手に傷があれば血液と接触しただけでも感染の恐れがないとはいえません。

必要に応じてディスポーザブルの手袋を着用しますが、このほか、患者に接する前後とか、観血的な処理の前後に手洗いを励行する周到さが必要です。

F. 隔離について

1. 隔離の目的と方法

我が国では伝染病の蔓延を防止するために、法律によって届出・隔離を義務付けてきました。人権無視という悪評もありましたが、積極的に予防したり、治療する方法がなかった当時の社会では、かなりの成果を収めたことは事実です。患者を物理的に隔離するという方法は、感染防御の手段としては非常に良い方法ですが、今日は、隔離されたことによる患者の精神面を十分に考慮し、必要最小限度にとどめるべきであろうという意見が強いようです。隔離の目的には、伝染力が非常に強い疾患をほかの人に移さないためのものと、逆隔離ともいって、免疫力の低下した患者が、ほかの人から感染を受けないために行われるものがあります。

また、同じ隔離でも、ヘパフィルターを用いた強制換気を行うとか、室内空気の陰圧を保つた部屋に入れるとか、ラッサ熱のようにプラスチックアイソレーターを備えた高度安全病棟に入れるという厳重な隔離の方法もあります。赤痢やコレラのように、単に個室に入れるだけでよい消化器系の伝染病もあります。

逆隔離の場合も同じで、ベッドの配置を替え、病室を替えるだけで良い場合と、白血病の一時期的のように、無菌室などを用いた厳重な隔離をする場合があります。

2. 隔離の必要性について

法定伝染病とか、特定の疾患を除いては、少なくとも一般病棟では、実際には厳重な隔離を必要とする場合は、それほど多いものではありません。

患者にとって、「隔離」されるということは、それが如何に快適な設備と空間であっても、他から隔てられた閉鎖環境であることには変わりはありません。ですから、もし隔離を行うならば、必要な患者のみについて、必要最小限度の期間にとどめるべきです。

例をエイズにとってみましょう。その患者が自分の病気を他の患者に移さないように、また他の患者から感染を受けないように進んで協力できる

人であり、かつ患者の現在の症状からみて、それが可能であると判断できれば、個室隔離は必要ではありません。

伝染性疾患に罹患しているという理由で隔離された患者は、病気自体の身体的苦痛に加えて、人に移すかも知れない、つまり他人に対する加害者としての立場に立たされるという二重の苦痛を味わうこととなります。隔離され疎外感、孤独感にさいなまれる患者に対する十分な心理的ケアが必要です。

逆隔離の場合でも、「あなたは免疫が低下しているので、他の人から感染を受けやすいから隔離するのだ」と説明したとしても、患者はかえって、「自分の持っている基礎疾患がそんなに重篤なのか」と考えて、死に対する不安や恐怖がつきまとうかもしれないのです。

ICUなどでは、その上に周囲の沢山の機械類に対する精神的苦痛が加わるかもしれません。

白血病の治療中とか骨髄移植の後などで、白血球数が $500/\text{mm}^3$ 以下になると、無菌室の使用が必要とされますが、この場合でも患者の精神・神経不安の問題に留意する必要があります。無菌室隔離の意義については、なおいろいろの疑問がありますが、まだ解決されていません。

Ⅲ. 各種疾患と感染防御

本日は時間の都合で、各種疾患のうち、今もっても問題とされるMRSA感染症とB型肝炎、および近い将来の増加が予想されているHIV感染症の3つの感染症にしばり、それぞれ形の違った対策を、院内感染防御のモデルとして詳しく述べたいと思います。

A. MRSA感染症

我が国でMRSAが注目されるようになったのは、今から8年前に、血液からのこの菌の検出例が増え始めたことを、紺野¹⁾が報告してからのことです。

この年は第2、第3世代のセフェム系の抗生物質が登場した年です。セフェム系の薬剤のうち、特に第3世代のものは、副作用も少なくて使い勝手がよく、しかも、これまで効果のみられなかつ

た多くの細菌に幅広くかつ強い抗菌力を示すということで、私達医師がかねてから待望していたものでした。以来、この薬剤は臨床医師の間でもっとも広く使用され、多くの重篤な感染症がこの薬剤の恩恵に浴しました。ところが良いことばかりではなく、ほとんどの薬剤に耐性を示すMRSAが、この第3世代のセフェム系薬剤の登場と時を同じくして出現し、いま、私達の手に負えないほど治りにくく、しかも院内感染の重要な起因菌として、もっとも注目を集めています。優れた薬剤が登場したために、治りにくい病気が現れるというのは、何ともやりきれないことですが、どうしてこんなことが起こるのでしょうか。

戦後、ペニシリンやクロラムフェニコール、さらにそれに続く幾多の抗生物質が私達臨床医師の前に現れたとき、そのつど、それらの優れた効果に感激したものでした。しかしながら、どの薬剤も化学療法剤の宿命ともいべき耐性菌の出現という大きな壁にぶつかって、次々とかえりみられなくなり、そしてそれらに替わる新しい抗生物質や抗菌剤が相次いで開発されてきました。

いつまでも強い抗菌力を示しつつ、しかもどんな病原菌にも幅広く効果を示す薬剤の出現は、化学療法における理想とも考えられたのですが、所詮は生物の世界では望めるはずはありません。長い歴史のなかでヒトと微生物は共存共栄で生き続け、微生物のあるものはヒトの体内で常在菌として、ときには人間に有益な働きをする場合さえもあります。

広範囲の細菌に抗菌力が強いということは、私達の身体の中に住む常在菌まで殺してしまうことになり、そのすき間を狙って、強い耐性を獲得し、かつ遺伝子変異で毒性が高まったMRSAなどという細菌が、化学療法のもう一つの問題である菌交代症という形で、選択的に増加するようになったと考えられています。

このMRSAは、これから多くの病院に広がる恐れがあるとして、大変憂慮されています。MRSAに一旦感染すると、治療が極めて困難なので、いまのところ、感染を防ぐ以外に方法はありません。

* MRSAの疫学的特徴と対策

(紺野ら²⁾による)

a 疫学的特徴

- 1) 寝たきり老人や未熟児が収容されている施設において検出されることが多い。
- 2) 抗白血病薬による強化療法に際し、多くの抗生物質を使用している施設において、検出されることが多い。
- 3) 重症な外傷や火傷の患者を収容している施設において、より多く検出される。
- 4) 消化管手術後に、感染予防として多くの抗生物質を使用している施設において検出される。
- 5) 患者・医療スタッフの鼻腔や消化管に保菌状態を生じやすい。

b 病像の特徴

- 1) 肺化膿症、膿胸、肺炎などの呼吸器感染症
- 2) 敗血症、感染性心内膜炎などの循環器感染症
- 3) ときに白色便性の激しい下痢を伴う消化管感染症
- 4) 褥瘡、創傷感染

c 院内感染防止対策

- 1) 第3世代セフェム系抗生物質の濫用をやめ、広域ペニシリンか第2世代セフェムを選んで使用
- 2) 感染患者の早期発見と隔離
- 3) 手指消毒や手洗いを確実に励行
- 4) 保菌者を早期発見し、ポピドンヨードで処理
- 5) 教育による正しい知識の普及

B. ウイルス性肝炎

入院患者も、外来患者も HBs 抗原陽性者は、あらかじめ知っておく必要があります。

B型肝炎ウイルス感染事故は注射針、縫合針、点滴針などの刺傷によるものが圧倒的に多いのですが、医師、看護婦ともに経験年数の浅い人に多いといわれています。

万一汚染針を刺した場合には、直ちに流水で十

分に洗浄し、血液を十分に絞り出すなど応急の処置をしてから、できるだけ早く、院内感染対策委員会に報告することが大切です。

委員会の指示に基づいて、直ちに事故者のHBs抗原、抗体を測定し、HBs抗原が陰性で、かつ、HBs抗体が陰性、ないし、PHA法で2⁺以下の場合は、HBIG（ヒト免疫グロブリン）を、遅くとも事故発生後48時間以内に注射します。

1985年10月から市販されているB型肝炎ワクチンは、3回接種によって、85%がB型肝炎抗体を獲得できるといわれています。

したがって、透析センター、歯科、手術室など感染の恐れが大きい職場では、あらかじめワクチンを接種しておくことが勧められています。

C. HIV感染症

最近ではエイズに関してマスコミがあまり取り上げませんので、国民の間には何となく安易感が漂っていますが、事実は我が国のエイズならびに感染者は着実に増加しつつあって、1,000人を超える感染者は、やがて発症入院する事態が訪れるであろうことは必至です。

すでに日本でも、エイズ患者の収容を経験した病院はかなり増えてきました。国の指導指針ではHBs抗原陽性者と同じく、通常の接触では他の患者への二次感染は起こらないので、HIV感染者を隔離する必要はないとされていますが、実際に収容した駒込病院や豊島病院の経験では、エイズ患者の診療・看護は決して容易ではなく、医療スタッフならびに他の患者への感染を絶対に防ぐためには、他の感染症にはないテクニックが必要であり、それにも増して厳しい使命感と覚悟が要求されています。

自分の病院にはまさか来ないであろうと思っても、すでにエイズは目と鼻のさきまで来ています。そしてHIV感染者は明日の日にも皆様方の外来を受診するかも知れず、不明の感染症で一般病棟に入院した患者が、検査の結果エイズであったという事態になる可能性を秘めています。

僅かな救いは、このウイルスが、B型肝炎ウイルスにくらべて、はるかに移りにくいといわれることですが、たとえ感染のチャンスが低くても、

万一感染すればまずほとんどが発症すること、発症すれば100%助からないということ、しかも少なくとも現時点ではワクチンも治療薬も期待できない、それが他の感染症にないエイズの怖さです。

このような疾患はほかにはなく、言うなれば感染防御の究極の対策ともいえます。

本日はエイズの詳細は割愛して、豊島病院において作製された患者取り扱い要綱をお目にかけ、ご参考にしていただきたいと思います。

Ⅵ. 消毒・滅菌の概念と消毒薬の知識

A. 滅菌と消毒の定義

院内感染防止について、いろいろと述べてきましたが、この防衛手段の基本は、何といたっても滅菌と消毒にあります。目に見えない病原微生物から患者を守り、自分自身を守るには、私達の置かれた環境のすべてに絶えず目を配り、それぞれの汚染状態を把握し、清潔に保つように努力するほかはありません。

患者の排泄物ばかりでなく、病院のなかの汚染物は多種多様です。また、私達が医療に用いる器具もますます種類が増えつつあります。これらのものを必要に応じて滅菌したり、消毒したりするわけです。

ディスポーザブルの製品が普及してから、注射器・注射針・メスなどの医療器具の多くは滅菌・包装されたものが使用されるようになりましたが、ときには現場で滅菌を要求されることも少なくありません。しかし、滅菌することが不可能な医療スタッフの手だけは、今でも“消毒”に頼ることになります。

このように、目的によって、消毒できるもの、滅菌できるもの、焼却しなければならないものを正確に判断し、区分けをする必要があります。

その意味で、医療従事者である私達は、少なくとも“滅菌”と“消毒”の違いは正確に把握しておかなければなりません。

日本薬局方の定義では「滅菌とは物質中のすべての微生物を滅殺または除去すること」となっています。言いかえれば、今日の技術で検出することが出来るすべての微生物を死滅させることで、

たとえ病原性のない微生物であっても除去することです。

このためには、具体的には高圧蒸気、エチレンオキシドガス、ホルマリンガス、紫外線、HEPAフィルターによる濾過などが行われています。しかし、これらのどの方法でも、完全な滅菌は困難で、ただ、現在の可能な範囲で微生物を限りなくゼロにまで近づける操作を行っているわけです。

一方、消毒は「人体に害をもたらず病原微生物を殺すか、またはその感染力をなくすこと」と定義づけられています。ですから消毒は、すべての微生物に対してではなく、病原性のある微生物だけを無限にゼロに近づけるために化学的、または物理的な操作を行うことで、病原性のない細菌やウイルスは必ずしも死滅させるものではありません。

とはいっても、この病原性の微生物というところが問題で、近ごろは感染症の原因微生物の移り変わりがあって、むかしは病原菌と考えられなかった菌までが、いろいろな条件のもとでは、原因菌となることが明らかになりましたので、単なる消毒では十分でなく、だんだん滅菌の方向に移りつつあります。

そのために、たとえばむかしは病棟でシンメルブッシュで煮沸されていた器械類は、今日では、原則としてすべて高圧蒸気やエチレンオキシドガスで滅菌されるようになりました。

注射器などの消毒・再使用が、B型肝炎の感染事故を招くことが知られてから、すべてディスポーザブルのものが使用されるようになったことはご承知の通りです。

B. 消毒薬使用の実際

現在使われている消毒薬の種類は極めて沢山あって、どの薬剤がもっとも優れているのか、現場ではなかなか分かりません。消毒薬の効果は、菌や消毒対象によって一様でないし、また温度によっても変わります。また、学者によって見解が異なり、大学によって、病院によって、診療科によっても使用消毒剤はまちまちです。

「これがベスト」と誰もが認める消毒薬は、グ

表3 各種消毒剤の効果

薬 剤	代 表 的 商 品 名	消 毒 効 果								有 機 物 の 存 在 時 の 不 活 化	
		多 く の グ ラ ム 陽 性 菌	多 く の グ ラ ム 陰 性 菌	結 核 菌	プ ロ テ イ ン ・ 緑 膿 菌	細 菌 芽 胞	真 菌	ウ イ ル ス ・ リ ケ ッ チ ア	H B V		H I V
石炭酸	クレゾール石鹼液	○	◎	○	○	△	○	×	×	×	小
ホルムアルデヒド	局方ホルマリン	◎	◎	◎	◎	○	○	◎	◎	○	大
アルコール	消毒用エタノール	◎	◎	◎	◎	×	×	◎	◎	○	大
塩素	ミルトン	◎	◎	×	◎	△	△	◎	◎	◎	大
ヨード素	イソジン	◎	◎	△	◎	×	○	○	○	○	小
クロールヘキシジン	ヒビテン液	◎	◎	×	◎	×	×	×	×	×	小
四級アンモニウム塩	オスパン	◎	○	×	△	×	△	×	×	×	小
グルタルアルデヒド	ステリハイド	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	小

◎ 非常によい ○ よい △ あまりよくない × 無効

手指の消毒：ウエルバス（四級アンモニウム塩+消毒用エタノール）が最も適当であろう。
グルタルアルデヒドは皮膚・粘膜には用いられない。

ルタルアルデヒドぐらいのものですが、残念ながらこの薬剤は、皮膚や粘膜には刺激が強くて使用できません。

このように、消毒薬はいずれも「帯に短くたすきに長し」で、どんな目的にも、どんな菌にも、すべてをカバーするものはないということです。従って、一つの薬剤で間に合わせず、いくつかの薬剤を、目的に応じて、対象となる菌に応じて、

上手に使い分ける必要があります。

各種消毒剤の効果を表3に示します。

V. 医療従事者の使命と自覚

医療最前線にいる私達は常に患者と接し、危険な病原体と接しています。そして、患者を感染症から守り、ひいては地域全体を感染症から守る義務を負わされています。

どんな危険な感染症でも、どんな危険な微生物でも、目の前にいる患者に、背を向けるわけにはいかないのが私どもの宿命であり、使命です。

しかしながら、現代は、たとえ医療スタッフであっても、無防備で危険に立ち向かうのは、決して真の勇気とはいえません。感染症と感染防御についての知識と訓練に裏付けられた十分な手段を講じて対応すべきです。

感染症の患者は、もはや特定の病院や病棟だけのものではなくなりました。これからはどの診療科であっても、院内のどこにでも発生する可能性のある感染に的確に対応するよう認識を新たにしていきたいと思います。

文 献

- 1) 紺野昌俊ほか：血液培養から検出される細菌の動向について、感染症誌，58：99，1984.
- 2) 紺野昌俊：MRSAの出現と今後の見通し，臨床医，15：1942，1989.

虎の門病院見学記

平成2年10月・診療システム研究会

本年秋の定例研究会は虎の門病院の見学であった。この病院は、説明するまでもなく、診療および医学研究のレベルが高いことでよく知られている。また医療情報システムの整備の面でも有名である。研究会は、例会であるにもかかわらず、新潟県、大阪府、静岡県を含む51施設、約120名の参加者をむかえた大集会となった。

予定された時間は14:00~16:30で、プログラムに従い、柴田俊郎委員の総合司会により進められた。

土居通泰委員長の開会の挨拶に続いて、「虎の門病院の診療体制と問題点」について、小坂樹徳院長の講演が行われた。

虎の門病院は、国家公務員共済組合傘下の病院の中央病院として昭和33年5月に設立された。現在の規模は、本院902床、分院（慢性病およびリハビリ部門として、昭和41年に川崎市高津区に設置）240床、病床利用率は本院90%、分院93%である。外来数は1日本院2,850名、分院（特殊外来のみ）120名である。

外来は予約制であるが、最大の問題点は、外来患者1,500名を予想して作られた本院外来に、その2倍近い患者が来院することであるという。

病院は当初から高度医療の提供を意図し、専門別に分化した診療科は本院24科、分院11科である。検査部は重要な部門であり、基礎医学系のスタッフが中核となっている。また栄養部では、開院当初から夕食の6時配膳を実施している。

診療に加えて教育研究にも力をそそぎ、臨床研修病院として5年のレジデント制を実施し、60名の医師を教育している。また図書室は、国家共済傘下の37病院の中央図書館としての役割を持ち、

医科大学の附属図書館に匹敵する蔵書と、情報サービスシステムを持つ。医学研究の面では、沖中医学研究財団が設置されており、また病院からの研究費も支出されている。

病院開設の資金は国家公務員共済連合会が負担したが、その後の経営は一切独立採算で、累積赤字を抱えているが、一方思い切った経営方針が実施できるという。

昭和62年1月に、厚生省から都内23区・神奈川県地方腎移植センターとして指定され、24時間体制で献腎情報を受けつけている。

次いで、情報システム課長中村洋一氏から、「虎の門病院コンピュータ化の経緯と現状」の講演があった。

虎の門病院では、1960年代の後半にコンピュータの導入が試みられ、一度中断の後、1970年代に入ってから本格的なシステム開発が進められた。

第1期システムとして、外来診療業務すなわち患者登録、予約、病歴管理、検査、処方監査、病名登録、会計処理等、および管理系業務すなわち保険請求、給与、用度、会計、部門別原価計算等が稼働している。

第2期システムとして、病棟からの給食オーダー登録、栄養部業務、X線診断登録、検体検査オーダー登録が稼働し、処方、手術のオーダー登録、退院時サマリー等のシステムの開発中である。

ホストコンピュータは外来・病棟用としてACOS630が1台、検体検査用および開発用としてACOS550が2台設置されている。端末機は、オフィスプロセッサ86台、ワークステーション224台、プリンタ196台である。

将来の方向としては、診療業務の効率化のため

の基幹系システムの完成にともない、医学研究や病院経営のための情報系システムの構築が必要とされるであろう。また、この病院のシステムでは、患者の機密保持が厳密に守られるように注意が払われているとのことである。

講演の後、院内の主として外来部門の見学を行った。午後3時を過ぎ、患者の姿はまばらであったが、確かに3,000名近い患者を受けつける近代装備の病院としては、手狭な感じは否めない。一方、内科の診察室の数などは、この病院のマンスターの威力を感じさせるものであった。また病歴室では、自動検索車や搬送機の間であって、端末機を相手に黙々と作業を続ける人々の姿も印象的であった。このような診療システムの要となつて働くのが医事課のスタッフであり、これは大小新旧を問わず、どの病院でも共通である。

見学の後、小坂院長、中村課長に対しての質疑応答が行われた。筆者の記憶に残ったいくつかをあげておこう。

外来の予約診療に関して、医師の診療時間は、内科の場合新患1人15分、再来が1人7～10分程度になる。予約時間と実際の診察時間の誤差は、院長の場合で20分、医師によっては50～60分になることもある。予約なしでも診察はする。

コンピュータシステムに関して、電子カルテの導入は、技術的な問題があり現在は考えていない。また光ディスクも技術、経済面から現在では無理である。中小規模の病院では、既存のパッケージを利用するのが実際的である。

予定時間を30分超過して、午後5時に研究会は終了した。

(まとめ 横浜船員保険病院院長 澤島政行)

新版 病医院へのコンピュータ導入の早分り

社団法人 日本病院会 病院情報センター委員会 編

申込先：日本病院共済会 TEL03(3264)3180 ポケットサイズ 72頁 定価700円(税込)
〒102東京都千代田区三番町7-2 FAX03(3222)0016 送料175円

～主要内容～

- | | |
|---|---|
| <p>第1章 病医院とコンピュータ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用の現状 2. 利用するメリット 3. 利用上の問題点 4. 診療報酬請求審査のコンピュータ化 <p>第2章 システムと情報処理</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. コンピュータの用語 2. システムとシステム化 3. データと情報 <p>第3章 コンピュータとは</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人間とコンピュータ 2. ハードウェアとソフトウェア 3. コンピュータの働き 4. プログラム言語 5. コンピュータの分類 <p>第4章 なぜキーボードが必要か</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. データの入力 2. 日常の表現と情報処理 3. 入力の簡素化 4. 汎用型キーボード 5. プライムタッチ <p>第5章 プログラムの実際</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. プログラムの便り 2. ベンチックの具体例 3. プログラムが出来るまで 4. 開発とパッケージ | <p>第6章 導入の手順</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 誘因と構想 2. システム設計 3. 工事とテスト 4. 運用と評価 <p>第7章 導入上の留意点</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 問題と対策 2. 設計の推進 3. 運用の開始 <p>第8章 業者との対応</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 対応のステップ 2. 第1段階の対応 3. 第2段階の対応 4. 業者対応のチェックリスト <p>第9章 業務処理の具体例</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 受付登録業務 2. 窓口会計とレセプト作成 3. 薬品在庫管理 4. 臨床検査データ管理 5. 病歴管理 6. 給食管理 <p>第10章 用語の解説</p> |
|---|---|

北里研究所メディカルセンター病院を見学して

平成2年10月・診療録管理研究会

はじめに

平成2年10月13日(土)、埼玉県北本市にある北里研究所メディカルセンター病院で約50名の参加者のもと、第94回診療録管理研究会が開催されました。

北里研究所メディカルセンター病院は昨年4月開院したばかりで、東京都港区にある北里研究所の創立75周年の記念事業の一環として建てられたものだそうです。広大な敷地に建てられた病院内は明るい雰囲気と患者さんを迎え、また技術面では最近のコンピュータを数多く導入し、正確なデータ処理・待ち時間の短縮など患者サービスの充実を心掛けているように見受けられました。

センター病院は開院と同時に開設され、現在は職員2名、依託職員2名の4名で作業を行っているそうです。2階にあるとても明るい病歴センターは、近年病歴室の場所問題で頭をかかえている多くの関係者の方々にはうらやましい環境だったのではないかと、思われました。

研究会は診療録管理研究会委員長の高橋政祺先生の開会の挨拶で始まり、続いて小児科医師で副院長であられる飯高先生から病院・病歴センターのお話、病歴センター室長の永久保さんから病歴センター概要・入院カルテ・外来カルテ・フィルム、先日三重県津市で行なわれた学会で発表したオーダーリング医療情報データベースについての説明があり、その後病歴センター内の見学をさせて頂きました。

沿革

明治26年 北里柴三郎博士によって、結核サナ

トリウム「土筆ヶ丘養生園」が設立される。

- 大正3年 北里研究所創立
- 6年 北里研究所附属病院開設
- 昭和37年 北里研究所創立50周年記念事業として、学校法人北里学園創立
- 昭和45年 大学開校
- 平成元年 北里研究所創立75周年記念事業の一環として、埼玉県北本市に北里研究所メディカルセンター病院開院

概要

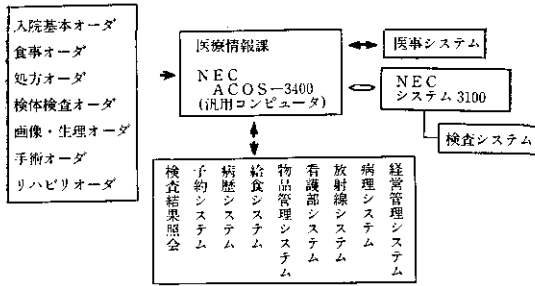
- 敷地面積 約56,000m²
- 建物総面積 26,519m² (研究研修施設含む)
- 許可病床数 4病棟200床
- 診療科目 内科・外科・脳神経外科・整形外科
・理学診療科・婦人科・泌尿器科・小児科・耳鼻咽喉科・皮膚科・眼科
・放射線科・麻酔科(13科)救急センター
- 病歴センター 220m²

診療録管理におけるオーダーリング医療情報データベースについて(スライドを見ながら)

最近、医療情報のコンピュータ管理が少しずつ広く普及し始め、大規模病院を中心に総合オーダーリングシステムの導入により環境が整ってきました。しかし、オーダーリングシステムの多くは、発生源入力を基本とするため現場で働く医師やスタッフに負担がかかるのは事実のようです。このため現場の理解を得、日常臨床業務あるいは研究などへ、情報をフィードバックし得る医療情報デー

データベースの整理が必要不可欠であると考えている
そうです。

①北里研究所メディカルセンター病院システム
構成図（下図）



②病歴データベースは10種類のデータベースから
成立、それぞれがオーダーデータベース・検査結
果データベース・医事データベースより表1～10
のような情報を取り込み、構成され、それぞれ○
表という名称で呼ばれています。

表1 患者について基本項目(患者数)

項 目 名	取込先
患者番号 患者氏名 生年月日 年齢 性別 入院診療科コード 外来診療科コ ード 輸血の有無	医 事
血液型(ABO+Rh) STS Tb HBs抗原 HBe抗原 ATLV HIV ヨード イソジン ヨードチンキ ヒピテン アルコール ペニシリン セファロスポリン キシロカイン ピリン 解熱剤	検 査
剖検No.	病 理

表2 入院に関する項目(入院表)

項 目 名	取込先
患者番号 診療科コード 入院日 退院日 転帰 入院時住所コード 本籍コード 在院日数	医 事
主治医コード 入院時身長 入院時体重 退院時身長 退院時体重	オーダ－

表3 病名に関する項目(病名表)

項 目 名	取込先
患者番号 入外区分 頭部コード 病名コード 補助コード1. 2. 開始年月日 終了年月日 転帰 確診・疑診区分 初発・再発区分 診断病名	医 事

表4 検査に関する項目(検査表)

項 目 名	取込先
患者番号 入外区分	医 事
検査種 検査名 結果値 検査年月日 範囲 コード タイプ 負荷 項目	検 査

表5 投薬に関する項目(薬剤表)

項 目 名	取込先
患者番号	医 事
薬剤種 薬剤名 投薬開始年月日 投薬終了年月日	オーダ－

表6 リハビリに関する項目(リハビリ表)

項 目 名	取込先
患者番号 入外区分	医 事
登録番号 実施項目 1. 2. 3. 4. リスク情報1. 2. 3. 開始日 終了日 依頼医 療法士	オーダ－

表7 手術に関する項目(手術表)

項 目 名	取込先
患者番号 入外区分	医 事
術後術式名 術後術者 術後診断名 術後麻酔方法 術中写真 術後合併症 実施日	実施入力

表8 食事に関する項目(食事表)

項 目 名	取込先
患者番号	医 事
食種コード 開始日 終了日	オーダ－

表9 病理に関する項目(病理システム)

項 目 名	取込先
患者番号 病理No. 診断キー 識別コード INITIAL COOD 局所コード グレード 診断名 KEY	実施入力

辞書表

項 目 名	
局所コード 局所名称	

表10 放射線に関する項目(放射線システム)

項 目 名	取込先
患者番号 検査年月日 SQE 年齢 性別 登録日 部位依頼科 所見キー 所見 保存サイン 検査詳細1. 2. 3. 4. 5. 治療日数 治療回数 治療線量 KEY 操作者	実施入力

この医療情報データベースはリレーショナルデータベース RIQS (Relational Information Query System) と言われ、リレーショナルデータベース管理システムを使用し、検索・更新修正・出力は利用者がパスワードを持って行い機密を保持しています。2表以上を組み合わせ、新たに表作成ができる、指定したデータのみを出力できる、また個人のフロッピーディスクデータを転送できるなど、アプリケーションプログラムで使用することもできるそうです。データの欠落や不適データは病歴センターで修正、削除が行なわれており、これによりサマリーの頭書きが印字されて出てきたり、リスト出力をするなどの作業がコンピュータ化されているそうです。画面の検索は、職員ならどなたでも自由にできます。

見 学

外来カルテはA4判用紙・ビニールハードカバーで各科別カルテを使用し、患者ID番号で作業

を行いターミナルデジット方式カラーコーディング併用で、コンピュータとオンラインのコンピュータが3台・プリンターが3台・カルテ搬送にはエアシューター・返却カルテの確認はバーコードなど、人の手より多いコンピュータが所狭しと並び動いていました。実際にカルテを出して電動棚の動きを見せて頂き、とてもビックリしました。

入院カルテもA4判用紙・カラーコーディング・患者ID番号で作業が行なわれていました。1入院1カルテとし、紙ファイル使用サマリー1号用紙の頭書きはコンピュータで印字され、1週間以内のサマリー回収をめざしていました。検査データが6回分1枚の伝票に印字され、カルテが厚くならないように、などの工夫がしてありました。1日入退院6名前後のため、貸し出しノートを使用し病棟へは手で運んでいました。ICDなどのコーディングはコンピュータが自動的にを行い、データの検索は画面で見ることができました。その他、統計は医療情報課で作成するそうです。

おわりに

新しい病院ということもあり、病院の機能がどのくらい順調に運ばれているのか、また多くのコンピュータをどれだけ使いこなしているか、とても興味をもって見学させていただきました。少ない人数でどれだけこなせるかは疑問ですが、新しいことにチャレンジしてどんどん改善をしていくことは、とても良いことだと感じ、コンピュータ管理について考えている病院にとっては、良いお手本になるのではないかと思います。まだ始まったばかりの病歴センター、これから多くの問題がもっともっと出てくると思いますが、職員の方々のやる気で乗り越えて行くのではないかと感じました。

最後になりましたが、北里研究所メディカルセンター病院の方々には大変お世話になりました。ありがとうございました。

(北里研究所病院 上野 晶子)

新しい滅菌方法が開発されました!!

感染性医療廃棄物滅菌再生処理システム

〔TRASH BURSTERS SYSTEM〕

◎「トラッシュ・バスター・システム」とは

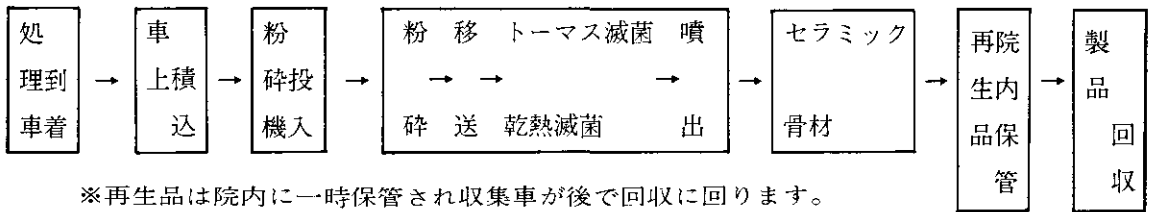
専用処理車が医療機関を巡回し、院内にて管理者立会の上、感染性医療廃棄物を6mm以下に粉碎し、滅菌後、建材等の骨材、又は直接セラミック化します。

再生利用を計り、安全かつ、低コストのシステムです。

処理対象となる廃棄物は厚生省にて指定されたもの全て、一括処理が可能です。

本システムは再生利用を目的とする為、この運営には産業廃棄物業等、特定の資格の有無を問いません。(注1)

◎システムの概略フロー

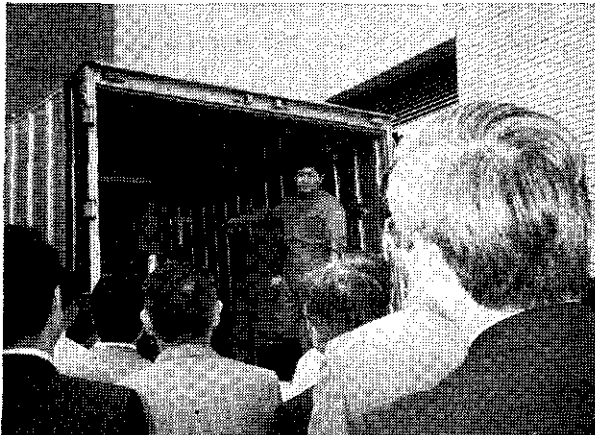


◎医療機関の協同利用又は委託業務として御利用下さい。

注1

(産業廃棄物処理業)

第14条① 産業廃棄物の収集、運搬又は処分を業として行なおうとする者は、当該業を行なおうとする区域を管轄する都道府県知事の許可を受けなければならない。ただし、事業者がその産業廃棄物を自ら運搬し、又は処分する場合、もっぱら再生利用の目的となる産業廃棄物のみの収集、運搬又は処分を業として行なう場合その他厚生省令で定める場合は、この限りでない。



厚生省立会公開実験風景

H2・7・11

ゴミも資源の一部です。

お問い合わせは下記へ

日本化鋳株式会社

営業本部 住所 東京都港区高輪2丁目19番17号
高輪交陽ハイツ604号

電話 03 (440) 4 1 4 0

本社 住所 横浜市

ご存知ですか？ 病院のごみの量!!

国保旭中央病院

みなさん、病院から排出されるごみについて一寸考えていただけますか？ ごみの最前線の整備課では毎日毎日のごみとの戦いですが、最近は入口付近や駐車場のごみ籠に毎日家庭のごみ袋が積まれるようになり、より一層神経を苛立たせています。

NHKのごみシリーズでも、懸命に努力している自治体やボランティアの活動の反面、一度も袖を通さない衣類がカッターで切り裂かれ、又、未使用の用紙がダンボール箱の山となって捨てられているのを見て、何ともやり切れない気持ちになったのは私一人ではないと思います。

当院から排出されるごみの中には、そういう類のごみはまだありませんが、引越し等の際にはかなり良質のレジャー用品や、生活用品が排出され、収集の整備員を面喰らわせることもあります。

ごみにも“法”

現在、ごみを処理する場合の根拠は廃棄物処理法であります。病院から排出されるごみもこの法律によって処分される訳であります。

廃棄物は一般廃棄物（生活用ごみ）と産業廃棄物（事業活動に基づくごみ）に区分され、産業廃棄物は19種類に分類されて、その処理・処分方法が厳しく規制されています。

一般廃棄物の処理は原則として地方自治体が行い、産業廃棄物は排出する事業所で処理、処分することになっています。事業所で処分できない場合は有資格業者に委託して処理、処分させることはできますが、若しその業者が不法に投棄した場合は、責任は委託した事業所にあるという厳しいも

のであります。

感染性廃棄物

昨年11月、厚生省から感染性廃棄物処理ガイドラインが示され、医療機関から排出する廃棄物の中の感染のおそれのある廃棄物を具体的に明記し、医療機関で処理する場合、資格業者に委託する場合の要領手続き等について明示されたわけですが、この感染性廃棄物も法的には一般廃棄物、産業廃棄物のいずれかに含まれるものであります。ただ、非常に危険性を伴う廃棄物ということで、収集から保管、運搬、処理要領（滅菌まで）について又、業者委託をする場合の手続き要領、業者の統制要領を明確に示したものであります。

当院では、昨年末からガイドラインに基づき関係者のご協力をいただき、大津副院長が保管責任者となって、委託業者も決定し、本年4月から実施しております。現在、産業廃棄物については6社に委託して実施しておりますが、法的に問題となるような事は全くありません。

“頭の痛い一般廃棄物”

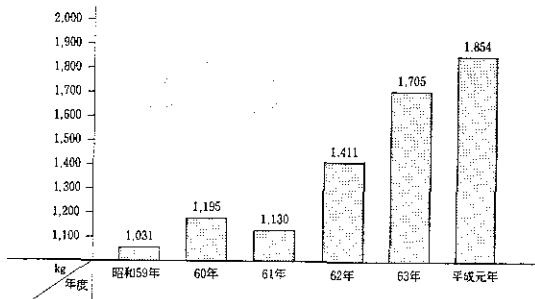
当院から排出される一般廃棄物の量は増加の途をたどっています。（次頁の表参照）

表のように5年間で約1.8倍という大量のごみが排出されているわけでありまして。

このほかにリサイクル品として空缶、金属等が月平均3.5トン、空ビン、点滴ビンも同じく3.5トン、ダンボール、新聞、雑誌等1.5トンが排出され、可燃物、不燃物、リサイクル品に仕分けする整備員の労力は並大抵のものではありません。塵

一般廃棄物、1日当り廃棄量

(シルバーケア、東総園、看護学校、
医師マンション、看護寮婦を含む)



芥処理場に運搬する車両の回数も今では1日・3回が当り前の現実になって来ています。

教えて下さい家庭からの持ち込み防止策!!

最近では来院者のマナーの悪さも目につきます。

中では、外来待合の椅子の上や窓枠に空缶・空ビンの放置、廊下にガムの吐き捨て等、外では至る所に置き捨て、投げ捨て、駐車場のごみ箆(職員駐車場も含む)には家庭の生ごみの入った袋の山、週3回、半日を費やして収集仕分けをしても翌日は又満杯ということがしばしばです。かと言って、眉間に縦じわ寄せて見張る余裕など全くなく、歯軋りしながら頑張っているのが現状であります。

賢明なる職員のみなさん!! 家庭からのごみ持ち込み防止策がありましたら是非整備課にご一報下さい。類が類を呼びますと、正にお手上げになりかねませんのでよろしくお願ひします。そして、又、院内で不心得の人を見た時は、勇気を持って注意していただきたいと切に願うものであります。

(国保旭中央病院・整備課長)

FUSO

キンダリー液

AF-2号、AF-2P号、AF-2S号

人工腎臓用透析液キンダリー液シリーズに、新たに糖加重炭酸型のAF-2号・3液種(AF-2号、AF-2P号、AF-2S号)が加わりました。

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 $\text{CH}_3\text{COO}^-2\text{mEq/l}$ を含む

		電解質組成 (mEq/l)							ブドウ糖 (mg/dl)	包装
		Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	CH ₃ COO ⁻	HCO ₃ ⁻		
キンダリー液	2号	132	2	2.5	1.5	105	33	—	200	10ℓ×2
	3号	132	2.0	3.5	1.5	104	35	—	200	10ℓ×2
	GF号	135	2.0	3.75	1.5	105.25	37	—	—	10ℓ×2
キンダリー液	AF-1号	135	2.5	3.5	1.5	106.5	8*	30	—	(A液9ℓ+B液11.34ℓ)×1
	AF-1P号									(A液10ℓ+B末882g)×2
	AF-1S号									(A液10ℓ+B末928g)×2
キンダリー液	AF-2号	140	2.0	3.0	1.0	110	8*	30	100	(A液9ℓ+B液11.34ℓ)×1
	AF-2P号									(A液10ℓ+B末882g)×2
	AF-2S号									(A液10ℓ+B末928g)×2

◇効能・効果、用法・用量、使用上の注意については製品添付文書をご参照下さい。

[資料請求先] 扶桑薬品工業株式会社 研究開発センター学術課 〒536 大阪市城東区森之宮2丁目3番30号

薬価基準収載品

製造発売元



扶桑薬品工業株式会社

第32回日本人間ドック学会 会告

第32回日本人間ドック学会へのお誘い

社団法人日本病院会
日本人間ドック学会
第32回学会長 井上 幹夫
(福岡大学医学部教授)

第32回日本人間ドック学会が平成3年8月に福岡市で開催されることになりました。

最近の人口の高齢化に伴い、人間ドックの役割はますます重要視されております。さらに最近の人間ドックは単なる健康診断に留らず、心身の健康保持増進や、疾病の予防といった分野にも業務を拡げ、健康づくりの一つの核としての役割をにないつつあります。

今回の人間ドック学会は「健康づくりにおける人間ドック」をテーマとし、実りある学会にしたいと鋭意努力中ではありますが、今回は新しい試みとして、コ・メディカルスタッフの方々のためにも一つのセッションを設けて学会の充実をはかりました。

福岡市は現在アジア諸国との交流の拠点として発展しつつあり、さらに健康都市をめざして市民の健康づくりのための努力が推進されております。

会員ならびに関係各位には是非多数の御参加を頂きますようお願い致します。

開催のご案内につきましては、近日中にご案内申し上げますが、日程等はおおよそ次のとおり予定しております。

◎会 期 平成3年8月22日(木)～23日(金)〔2日間〕

◎会 場 電気ビル：電気ホール

〒810 福岡県福岡市中央区渡辺通2-1-82

電話 092-781-0685(代)

◎参加費 7,000円(予稿集代含む)

今学会の事務局(連絡、問い合わせ先)

第32回 日本人間ドック学会 事務局

〒814-01 福岡県福岡市城南区七隈 7-45-1

福岡大学医学部健康管理学教室 内

電話 092-801-1011(代)

内線 2688・2689

FAX 092-865-7900

第32回 日本人間ドック学会ご案内

1. 学会参加の予備登録

学会参加の方は予備登録をお願いすることとしておりますので、後日ご送付する「開催のご案内」に同封の「予備登録カード」に必要事項をご記入のうえ、第32回学会事務局までご送付くださいますようお願い致します。

参加費の納入についても、「開催のご案内」によりお知らせいたします。

2. パネルディスカッションおよび一般演題の申し込み

締切り日：平成3年4月10日(水)

後日ご送付する「開催のご案内」に綴じ込みの「演題申し込み用紙」を用い「抄録」を添えてお申し込みください。

なお、演題発表は学会正会員（個人名登録）及び施設会員（施設名登録）所属職員に限ります。

演題の採否につきましては学会長にご一任ください。

3. 学会付随会議日程

8月21日(水) 日本病院会臨床予防医学委員会（関係者のみ）
第32回日本人間ドック学会理事会（関係者のみ）

8月22日(木) 日本人間ドック学会評議員会、同総会、懇親会

4. 懇親会、展示、宿泊、ツアー等について

「開催のご案内」によりお知らせいたします。

学術講演会の主なプログラム

(1) 招待講演 I

「心と身体のセルフ・コントロール」

日本心身医学会理事長 池見酉次郎

(2) 招待講演 II（公開講演）

交渉中

(3) 臨床予防医学委員会報告〔8月22日(木)〕

牧田総合病院副院長 笹森 典雄

(4) 教育講演 I 〔8月23日(金)〕

「腫瘍マーカー(仮題)」

金沢大学がん研究所附属病院内科部教授 澤武 紀雄

(5) 教育講演Ⅱ〔8月23日(金)〕

「健康づくりのための運動」

福岡大学体育学部教授 進藤 宗洋

(6) 教育講演Ⅲ〔8月23日(金)〕

「データ処理と医学判断」

東京大学医学部附属病院中央情報部助教授 桜井恒太郎

(7) 学会長講演

「健康管理における人間ドックの役割」

第32回日本人間ドック学会長 井上 幹夫

(8) シンポジウムⅠ〔8月22日(木)〕

「これからの人間ドックに求められるもの」

司会 東京警察病院顧問 鈴木 豊明

(9) シンポジウムⅡ〔8月23日(金)〕

「人間ドックにおける境界域の取り扱い」

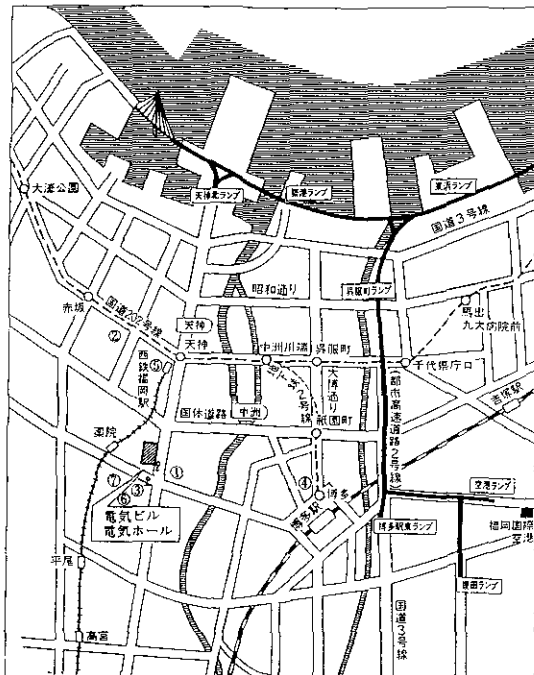
司会 国立久留米病院院長 宇津 典彦

(10) パネルディスカッション〔8月23日(金)〕

「人間ドックにおけるコ・メディカルの役割(公募)」

司会 福岡大学医学部健康管理科助教授 鈴木 九五

会場案内図



会場案内図

交通のご案内

○福岡空港より

空港バス(天神行き)で約25分
(渡辺通り1丁目で下車)
タクシーで約20分

○JR博多駅より

西鉄バス博多口3番バス停より(85, 88,
10, 11, 15, 16, 17, 18, 19番系統) 約10分
(渡辺通り1丁目で下車)
タクシーで約10分

- ① ホテルニューオータニ博多
- ② 西鉄グランドホテル
- ③ 福岡ビューホテル
- ④ ホテルステーションプラザ
- ⑤ ソラリアホテル
- ⑥ リコホテル
- ⑦ 東映イン博多

1 月・研 究 会

実施日時	研究会名	主 な 内 容	開催地・会場
12日(土)14:00~16:00	第95回診療録管理研究会	<ul style="list-style-type: none"> • 多機種のパソコンに共用できる診療録管理業務(検索と統計)ソフト開発の実演(NEC, 東芝, 富士通のパソコンに対応) • 病歴室の見学 	杏林大学医学部 第1講堂 三鷹市新川6-20-2 (電) 0422-47-5511
24日(木)9:00~20:00 26日(土)8:30~12:00	第20回放射線技師監督者セミナー	<p style="text-align: center;">24日(木)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3分間スピーチ • 講演「患者サービスの在り方」 聖隷浜松病院長 中山耕作 • 講演「北米放射線学会視察報告」 都立豊島病院長 村上義次 • 事例研究 <p style="text-align: center;">25日(金)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 全体討議 「部下の掌握」 「他部門とのコミュニケーション」 • 講演「病院経済と今後の見通しII」 河北総合病院理事長 河北博文 <p style="text-align: center;">26日(金)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 事例発表 • 講演「胸部画像診断」 杏林大学(医)放射線科 教授 蜂屋順一 • 講演「骨のX線診断」 日本医大放射線医学教室 教授 恵畑欣一 	南熱海農林年金会館 「松風苑」 熱海市下多賀660番地 (電)0557-68-3151

編集後記

◆ あけましておめでとうございます。

平成3年(1991)が明けました。

ことしはどんな年となるのやら、桜の花咲く頃ソ連のゴルバチョフ大統領の初訪日。積年の北方領土問題に国民が期待する新しい展開がみられそうですが……。

他方国内では、現代世相論議でいつも出てくる“金ぐるい、物ぐるい”への批判の声、声……。

モノ、カネへの根づよい執着のこころ。

「衣食足りて礼節を知る」嘸みしめたい言葉です。

◆ さて、本年の年頭所感、諸橋芳夫会長より頂きました。その中で、病院経営の健全化をとくに強調されておられます。患者の病院志向が高まる今日、「我が病院団体の主張が……、行政に反映するよう願うものである」とされ、「病院経営の健全化をめざし、全会員一致協力してこの難局を突破し、医療に貢献したい所存である」と決意を述べられておられます。

◆ シンポジウム「ジェネレーション・ギャップ」。

たいへん興味深く読ませていただきました。若き副会長河北博文氏ならではの企画かと思えます。最後のところで時間切れで果たせなかったようですが、第1世代と第3世代との間のホンネの白熱したやりとりが聞けたらと思えました。次回の企画に期待いたします。

◆ 年の瀬がこうボカボカ陽気だとまったくおかしなものです。先日(11日)も時ならぬ師走のカミナリですから、それもご丁寧に夕方と夜11時頃と二度でもありますからビックリです。季語に冬のカミナリなどないのだろうと歳時記をひもといてみれば、ありました。

かんらい 寒雷やびりりびりりと真夜の玻璃 楸邨

では、新春ですから、あかるく色どりをそえて白梅のあと紅梅の深空あり 龍太

ことしも幸多き一年でありますようお祈りいたします。よろしくご愛読のほど願います。

次世代へ駆ける!

インテリジェント モニタ

ダイナスコープ3000システム

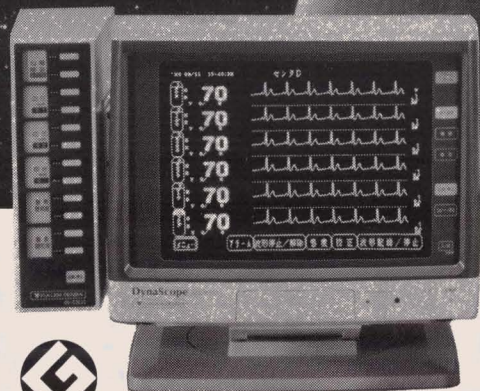
DS-3300

患者監視用装置

ベッドサイドとセンターのどちらにも使える!

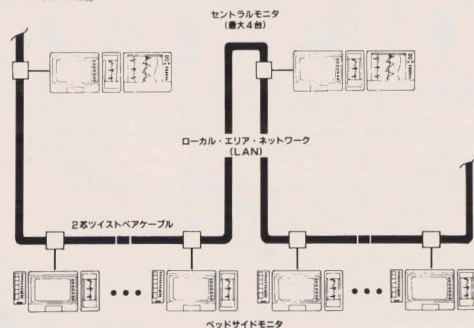
DS-3300は従来の患者監視装置とは異なり、新しい視点から設計されたユニークなモニタシステムです。

- 12インチブラウン管に波形6チャンネル・計測値・トレンドグラフを表示
- 管面タッチキー採用
- 監視データは長時間監視にラクなアンバー色で表示
- 血行動態や呼吸動態のデータ入力・計算およびグラフィック表示が可能
- セントラルモニタ1台にベッドサイドモニタ24台までの接続が可能
- ローカル・エリア・ネットワーク(LAN)により他床表示やセントラルモニタとの接続および通信が可能



品質管理部
品質管理課

承認番号：63B-1770



きらめく
煌く生命のために。



フクダ電子株式会社®

本社 東京都文京区本郷3-39-4 ☎(03)815-2121(代)

技術の日立

HITACHI

CT-W450は、「人に優しく」をテーマに、次世代の医療機器の在り方を追及したニューモデルです。圧迫感のないラウンドフォルムのデザインや大口径ガントリ、移し替えの容易な低い寝台。もちろん、高い品質と優れた経済性は技術の日立ならではの。CT-W450は、人の温りを感じさせる優しさと、高い技術を結合させた先鋭マシンです。

High Technology & Human Design

人に優しく



全身用CTスキャナシステム

CT-W450

- 高画質720サンプリング/4.5秒
- 2.8秒の高速スキャン
- 高速画像再構成(5秒)
- 512 512マトリクス表示のクリアな画像
- 優れたスペースファクター
- 850kHU大容量X線管装置

株式会社 日立メディコ

〒101 東京都千代田区内神田1-1-14日立鎌倉橋別館 ☎(03)292-8111(代表) ●北海道(札幌)261-5651 ●東北(仙台)221-6311 ●東関東(千葉)25-5321 ●北関東(大宮)643-1487 ●東京293-1651 ●官公需部294-3857 ●東京西(八王子)44-1631 ●横浜311-5601 ●静岡55-5271 ●名古屋571-9106 ●京滋(京都)256-3092 ●大阪312-8091 ●堺21-9386 ●神戸241-8181 ●中国(広島)221-2327 ●四国(高松)51-4508 ●九州北(福岡)713-5115 ●九州南(鹿児島)23-5721

朝の1回、快適な1日

新発売

国産初の「1日1回」投与のCa拮抗剤です。

持続性Ca拮抗降圧剤

カルスロット[®]錠₅/₂₀

(塩酸マニジピン錠)「タケタ」

効能・効果

高血圧症

用法・用量

通常、成人には塩酸マニジピンとして、10~20mgを1日1回朝食後に経口投与する。ただし、1日5mgから投与を開始し、必要に応じ漸次増量する。

●用法・用量の詳細および取扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。●薬価基準：記載



CALSLLOT[®]



〔資料請求先〕
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町2-3-6

(1990年8月作成: CALS B52-1)

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
平成三年一月一日第三十八巻第一号

編集発行人

〒102 東京都千代田区麹町一丁目十四番
電話(二六五)〇〇七七代
諸橋芳夫

頒価 一部一、二〇〇円