

日本病院会雑誌 第41巻第1号 平成6年1月1日発行(毎月1日発行) 昭和36年4月12日第3種郵便物認可 ISSN 0385-9363

日本病院会雑誌

Journal of Japan Hospital Association

1994

1

VOL.41 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 ☎03-3648-1111(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

横浜支店 〒194 東京都町田市鶴間1715-1 ☎0427-95-8800代

名古屋支店 〒454 名古屋市中区玉船町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

本郷分室 〒113 東京都文京区本郷5-33-10 I・K・B HONGO ☎03-3815-3311代

(ホームヘルスケア推進室)

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事業所にショールームを設けてあります。

日本病院会雑誌 病院学 1994年1月号

目 次

グラフ：東芝病院

巻頭言：年頭所感—日本の医療はこれでよいのか— ……諸橋 芳夫 11
 〈第43回日本病院学会〉

特別講演 社会的存在としての医療—人類存在の前提条件が変わった—
 ……河北 博文 15

〈総婦長セミナー〉

講演 21世紀を目指す看護部へ ……内田 卿子 35

〈病院長・幹部職員セミナー〉

パネルディスカッション 看護業務と看護のあり方 ……51

座長 行天 良雄

パネリスト 重村 淳子/井部 俊子/川島みどり/南 裕子/伊藤 研

随筆 開院40周年を迎えて ……諸橋 芳夫 75

随筆 戌の春 ……小山田 恵 76

紀行 医学のルーツを尋ねて(ギリシアの旅⑤) ……星 和夫 79

経営情報の院内公開 ……杉 政孝 95

〈病院医療の質を考えるセミナー〉

シンポジウム 病院医療の崩壊を防ぐために

～医療チームの再編成—病院経営からみた対応を論ずる～ ……96

座長 三宅 浩之

シンポジスト 司馬 正邦/有賀 徹/北村 悦子/大久保和恵

〈第43回日本病院学会優秀演説〉

メッセンジャー巡回システムを試みて ……小泉世津子他 123

〈病院の年輪③〉

三層楼 ……櫻田 俊郎 127

グラフ病院の概要(東芝病院) ……134

1994年国際病院連盟汎地域会議案内 …… 136 麴町だより ……146

研究会予定 ……150 英文誌 Japan-Hospitals No.13 原稿募集 ……94

(健保適用)

慢性肝疾患・アレルギー疾患に……

肝臓疾患用剤・アレルギー用薬

グリチロン錠

効能・効果 慢性肝疾患における肝機能異常の改善、
 湿疹・皮膚炎、小児ストロフルス、円形脱毛症、口内炎。
 作用 抗炎症作用、抗アレルギー作用、抗ウイルス作用、
 インターフェロン誘起作用を有します。

包装 1,000錠、2,100錠(PTP)、
 5,000錠(PTP)

※用法・用量、使用上の注意等は、
 製品添付文書をご参照下さい。

肝臓疾患用剤・アレルギー用剤(健保略称 強ミノC)

強力ネオミノファーゲンチン

効能・効果 小児ストロフルス、湿疹・皮膚炎、蕁麻疹、
 皮膚掻痒症、口内炎、フリクテン、薬疹・中毒疹、慢性肝
 疾患における肝機能異常の改善。

作用 抗アレルギー作用、抗炎症作用、解毒作用、抗ウ
 イルス作用、インターフェロン誘起作用および肝細胞
 障害抑制・修復作用を有します。

包装 20mg/10管・30管、5mg/5管・50管

合資会社 ミノファーゲンチン製薬本舗

営業本部 〒107 東京都港区赤坂8丁目10-22 TEL.03(3402)6201(代)

何がたいせつか。発見が
社名を変えさせました。
「ナガイ」から、「ナガイレーベン」へ。

もっと広く、深く、人の健康に、役立ちたい。そんな
気持ちが、ホスピタルウェアのトップ企業、ナガイを
変えました。1994年1月1日、「ナガイレーベン株式会
社」として、新しい出発。新社名は、私たちの新しい
決意がそのまま現れています。レーベン/LEBENと
は、人、命の意味。人の健康には、何が必要か。私た
ちにできること、しなければならないこと。医療環境
をはじめ、人と健康のさまざまな分野へ、新しい答え
をつぎつぎと出していきます。

Think Health

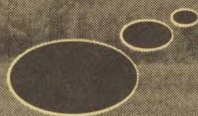
ナガイレーベン株式会社

本 社 〒101 東京都千代田区春本町1-2-19

Tel. 03-3863-0371(代) Fax.03-3864-7898

常設ビル Tel. 03-3864-7891(代)

営業部 Tel. 03-3864-7894(代) Fax.03-3864-7893



東芝病院



東芝病院では、21世紀を視野に入れた“インテリジェントホスピタル”の機能を有する病院体制を整備するため、平成2年から推進してきた“新病院”が平成5年1月に完成、5月6日開院し本格的診療業務を開始した。

新病院は、東芝で開発した最新の病院総合情報システム「HAPPY」を導入するとともに、MRI2台、X線CT、アンギオグラフィ、電子内視鏡などの最先端の高度医療機器も導入し、診療機能の拡充を図るとともに、これらの画像診断情報を高速LANを用いて院内に伝送する総合デジタル画像システムで、診療の高度化、効率化を図っている。

更に外来診療部門では「HAPPY」の導入に伴い、予約制を採用し、患者の診療、投薬、検査待ち時間が従来に比べ1/3に短縮するなど、患者サービスの向上が図られた。

総合受付・登録 (IDカード)
初診の場合まず1Fの受付で登録します。

各科受付・登録 (検査案内カード・予約制)
(基本的には外来は予約制で、予約に基づいてカルテは前日に診察室に届けられます。)

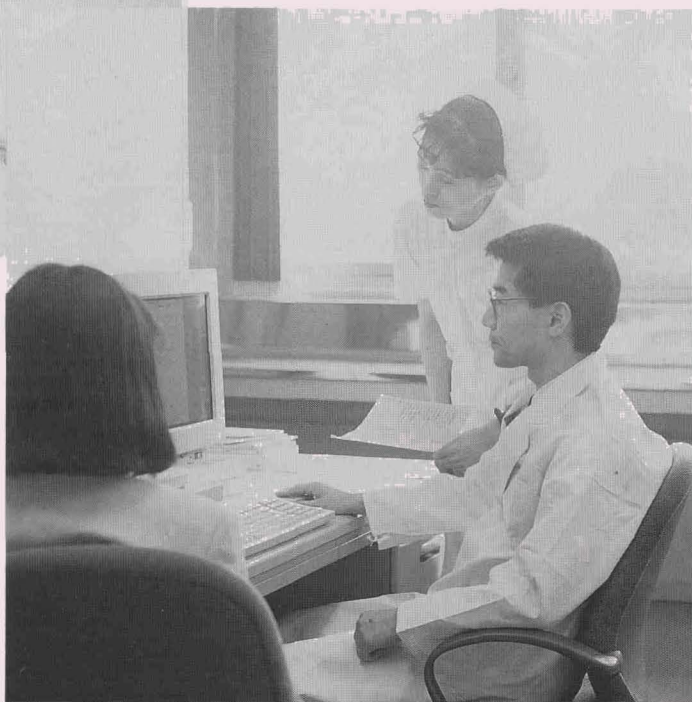


入室案内表示

ひと目で自分の診察がいつか分かります。



(右)
オクターシステム(投薬・検査オクター)
医師が検査や投薬のオクターを診察室のワークステーションから入力。検査室や調剤室に情報がリアルタイムに届くので待ち時間が短縮されます。



各種検査

血液による生化学検査は自動生化学分析装置で。検査結果は約30分のでるので、その日のうちに結果に応じた処置が受けられます。



調剤

診察室からの医師の投薬オクター入と自動調剤システムによってオクターから約10分で調剤が完了します。

会計
投薬オーダーの情報は会計にも同時に送られるので、
会計計算を速やかに処理します。



(左) 投薬 (案内表示)

投薬案内表示で、ひと目で自分の順番が分かります。
会計を終えて薬局にすれば、待たずに薬が受け取れます。

ナースステーション
病棟のある3〜7階には、各フロアの中央にナースステーションを、またサテライトとして2カ所のナースコーナーを設けました。



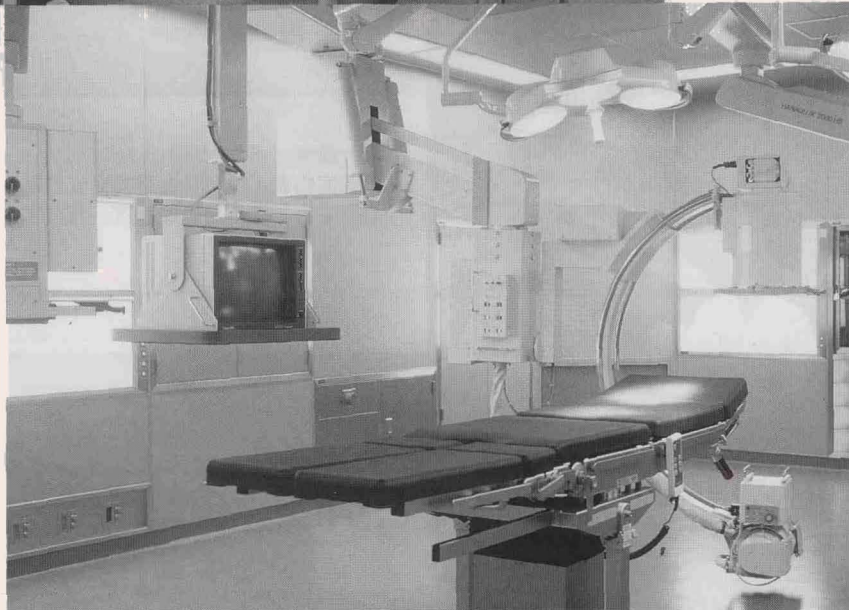
栄養指導室

食事療法が必要な患者さんのために、栄養指導室を設けました。なぜ、食事療法が必要かなどのレクチャーからカロリー計算、そして調理指導まで懇切にねいに対応します。



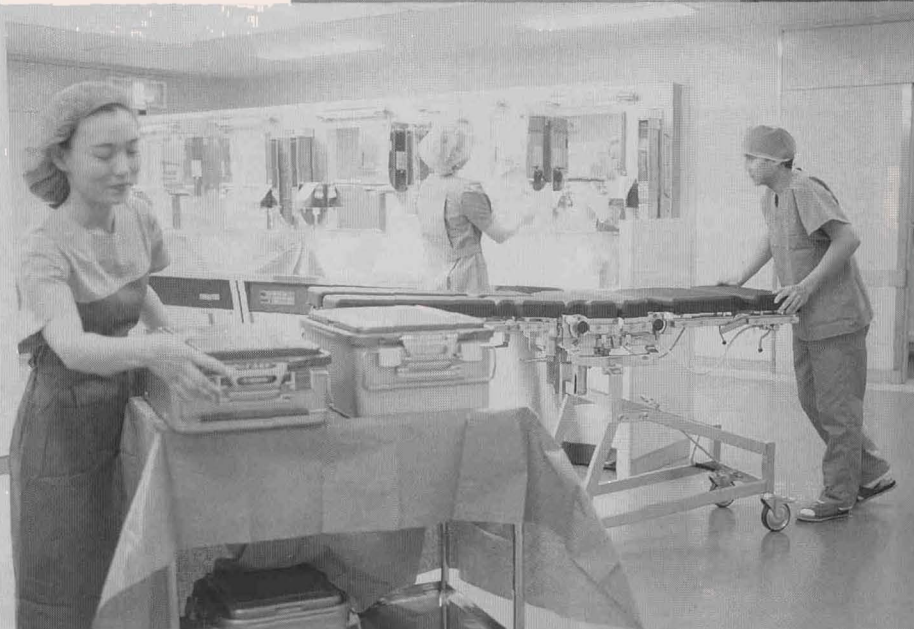
手術室

6室ある手術室の一つは、クラス10000というクリーン度をキープ。感染の可能性を極力少なくしています。併設されたレントゲン設備によって術中・術後の経過観察ができる手術室もあり、目的に応じて使い分けができます。



緊急手術にも即対応

手術に応じた用具一式をパッキングしたコンテナシステムを採用。緊急の手術にも、タイムロスが少なくスピーディに手術が行えます。



写真提供：
東芝病院



巻頭言

年 頭 所 感

—日本の医療はこれでよいのか—

諸 橋 芳 夫*

新年おめでとうございます。

現在政治改革が叫ばれているが、戦後の復興期（1945～1960年）、医療の量的確保・給付改善の時代（1960～1975年）、質的改善の時代（1980年代）を経て、1990年代は国際化、自由化、週休2日制、医療改革の時代に突入し、超高齢化社会を迎えて第2次医療法改正により病院の機能別分類、質の整備が大きくなりあげられている。そのため、国民からみると病院の医療評価、選別・淘汰の時代に入り、病病連携、病診連携が叫ばれ、経済大国日本として豊かさ、アメニティが求められている。欧米先進国に比べてわが国の病院は病室面積は4分の1、患者1人当りの職員は3分の1～4分の1、医療費の対GNP比はアメリカの2分の1、西欧諸国の3分の2と少ない。元政府高官の話では、日本の医療費が安いのは、狭い病室に詰めこみ、まずい食事を与え、少ない人数で診療、看護をやっているからであろうという。医療は安かろう悪かろうであってはならない。新生児の99%は病院を主とする施設内で生まれ、国民の約75%が病院で最後を迎える。この生死の尊厳の場としての病院がこんな状態であってはならない。JR、地下鉄、ホテル、美術館、デパート、商社、銀行、役所などは社会資本の充実により諸外国に比し、見劣りしないように整備されたが、残念ながら経済大国日本の病院は建物・人員配置ともに貧弱である。これは医療費の安いことにも起因している。厚生省が昨年6月に行った民間病院600の緊急経営実態調査では借入金の利子支払いを除いて平成4年度では30%が赤字、過半数が経営悪化、特に大都市での病院は深刻であるという。当方での1,007病院の経営実態調査では平成5年6月は84%の病院が赤字であった。今年度は更に悪化する見込である。

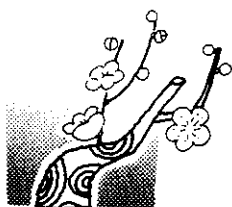
その最大の原因は病院医療の特徴として労働生産性の低いこと（全産業の9分の1）、人件費比率の高いこと（50.3%）、多数の専門職種の技術者を必要とする。国民生活水準の向上とともにアメニティー向上への要求、日進月歩の医学に対処するため、施設整備費・医療器械の購入に多額の費用を要するが、現在の医療保険診療

*もろはし よしお ㈱日本病院会会長・総合病院国保旭中央病院院長

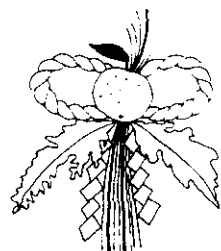
報酬には病院のキャピタルコストは殆ど入っていない。人事院の勧告による給与のアップ率が病院経営の実態とかけ離れて高額であること。社会保険診療報酬額が医師・薬剤師・看護婦・放射線技師・臨床検査技師・栄養士などの有資格者の技術料の原価を補償していないことなどである。

国の低医療費政策の結果、病院が経営不如意となり、医療の質を落としたり、閉院、倒産したりしたら、国民が安心してよい医療を受けられなくなる。これで果してよいものであろうか。識者の理解を求めるものである。

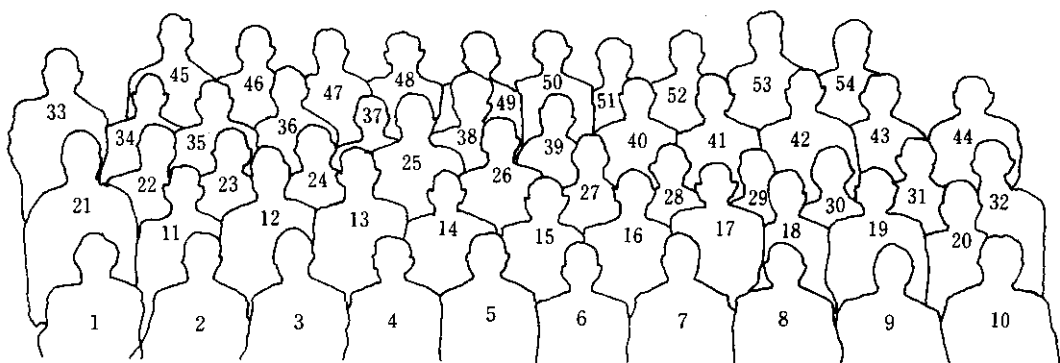




迎春



(社)日本病院会役員(平成5年11月27日撮影)



- | | | | |
|----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| 1. 内田 卿子 参与 | 15. 横田 修 理事 | 29. 高橋 勝三 常任理事 | 43. 岸口 繁 理事 |
| 2. 北川 定謙 参与 | 16. 加藤 英夫 理事 | 30. 廣田 耕三 常任理事 | 44. 宮地 知男 参与 |
| 3. 河内 博文 副会長 | 17. 村田 寿太郎 常任理事 | 31. 豊島 正忠 常任理事 | 45. 海北 雅幸 参与 |
| 4. 登橋 芳夫 副会長 | 18. 岡村 了生 理事 | 32. 道下 勝常 常任理事 | 46. 林 守常 常任理事 |
| 5. 諸山 耕作 副会長 | 19. 中山 榮理 理事 | 33. 中後 道學 常任理事 | 47. 寺田 中稔 常任理事 |
| 6. 中山 忠雄 副会長 | 20. 高村 原優 監事 | 34. 大遠 藤香 常任理事 | 48. 田中 川力 常任理事 |
| 7. 依田 野義 顧問 | 21. 梶 科和 常任理事 | 35. 小田 正慶 常任理事 | 49. 須原 邦和 常任理事 |
| 8. 小野 義雄 理事 | 22. 星 行彦 常任理事 | 36. 織本 浩剛 常任理事 | 50. 柏戸 正英 常任理事 |
| 9. 岡田 悳 理事 | 23. 北村 行彦 常任理事 | 37. 福本 浩剛 常任理事 | 51. 小澤 寛二 常任理事 |
| 10. 武賀 六一 常任理事 | 24. 肥田 宅浩 委員 | 38. 伊藤 桑名 常任理事 | 52. 上田 侃成 常任理事 |
| 11. 伊賀 隆高 理事 | 25. 三宅 出礼 委員 | 39. 伊藤 藤正 常任理事 | 53. 寺本 成美 常任理事 |
| 12. 武野 登喜 理事 | 26. 渡 辺 晃 委員 | 40. 藤 沢 正清 常任理事 | |
| 13. 上塚 登喜 理事 | 27. 渡 辺 晃 委員 | 41. 藤 沢 正清 常任理事 | |
| 14. 上塚 登喜 理事 | 28. 渡 辺 晃 委員 | 42. 藤 沢 正清 常任理事 | |

病院憲章

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

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

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

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

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

一九八五年

社団法人 日本病院会



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、ためみなを研修に励み、医師の養育と医道の高揚に努めることも、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ことにも、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、いたる所に利潤追求を目的として、放漫経営に流れて、病院の信頼を損なうこととはならない。

社団法人 日本病院会



特別講演

社会的存在としての医療

—人類存在の前提条件が変わった—

日本病院会副会長 河北博文

平成5年6月17日(木)・盛岡市

河北でございます。ただ今、大変過分なご紹介をいただき、恐縮に存じております。まず最初に、このような1時間、私がお話をさせていただくことをお許しいただきました学会長の小山田先生に御礼を申し上げます。更に、私自身、今ご紹介をいただきましたように、日本病院会副会長でございますが、約4年前に諸橋会長から命ぜられたわけではありますが、当時の大変なご決断に常々感謝している次第でございます。

医療は素晴らしい仕事である

さて、通常私は、医療供給制度あるいは医療保険制度というものに関してお話しいたしておりますけれども、今日はちょっと違った視点からの話題を考えてまいりました。私の話というのはいろいろなところに飛んでしまいますので、一体今日お前は何をいいたかったのかと恐らく最後にいわれるだろうと思っておりますので、結論から最初に申し上げます。私自身、こうやって医療制度、特に医療供給制度、医療保険制度に取り組むを始めてから、何を考えて今仕事をさせていただいているかということを考えてみますと、医療に携わっている皆様方が、本当に自分の一生で医療というものに携わってよかったと思えるような環境を作ることではないかというふうに思っております。それは、一方的に、医療に携わる人たちだけが満足すればいいということではありません。これは私も含めてでございますけれども、医療に携わっている人たちが満足するということが、当然、同時に良い医療制度ができていたということが前提であります。ですから特に日本の国民あるいは日本に住んでいる人たち、海外のことは一時横に置いて

おいて、この人たちに対して、本当に質の良い、しかも効率の良い、みんなが信頼を持っている医療制度ができています。あるいは我々が作っていくというなかで、我々自身医療に携わっていて、自分の一生のかなりの時間をそこにかけてよかったな、自分の人生で満足できるような仕事をしたというような環境づくりができれば、私個人としても非常にありがたいということを考えて今、仕事をしているわけでもあります。

一体、人というのは何のために仕事をしているんでしょうか。私自身、これはまず生活のためということは無視できませんが、それは結果であってほしいと思っています。そして、まず最初には、自分の自己満足ということがあります。次には、なかなか難しいことかもしれませんが、自分が携わっている仕事が次の世代あるいはそれ以後、残って行ってほしいというようなことがあるだろうと思っております。更に生活のパターンというのはそれぞれの個人によって選択があるわけでありまして、自分は決してそうは思わないという方もいらっしゃるかもしれません。これは私自身の個人的な話でありますけれども、いろいろな生き方があるなかで、やはり自分のことを大切にしよう、自分の仕事を大切にしよう、あるいは家族を大切にしよう、更には地域社会に対して何ができるんだと。そういうなかで、皆様方が今おられる医療というものは、素晴らしいものだろうというふうに私は思うのです。

先ほど、小山田先生が座長をされたシンポジウムがございました。そのなかで、いろいろな多くの問題を今、医療制度化が含んでいるということは事実であることが確認された。でもそのなか

で、自分は歯をくいしばってでもすばらしい医療を作っていきたいという気持ちが、みんなにあってほしいのだというふうに思います。現実、あの人が悪い、あっちの診療所が悪い、こっちの病院が悪い、制度が悪いのだと、他を非難することが少なくない。しかも医師の指示のもとにということで、医師以外の職員の方たちは生活のために医療に携わっているだけであるという消極的なことでは、あまりにも悲しくありませんか。医療というのは、私はすばらしい職業の選択だろうと思います。

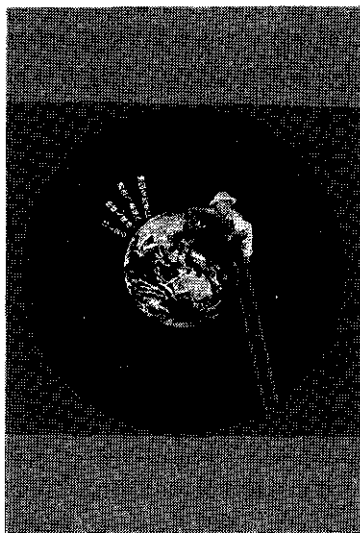
今、日本ではバブル経済が崩壊した。バブルが崩壊し始めた頃、日本の企業は、成長一点張りという思想から、理念をもう一度考え直してみようという姿勢が出てきたわけでありました。ところが、ここまで経済状態が悪くなってきましたと、もうそれはそっちのけで、自分たちの経営が悪くなったのは政治や制度の責任である、あるいは海外の国々の責任であるとか、責任の所在が変わってしまった。非常に日本人というのは、責任を人に転嫁してしまうようなところがあるような気がするんです。一時期、日本の企業が、企業理念あるいは社会的存在を考えてみようということをいったにもかかわらず、なかなかそれが実現されない間に、また104円というような円高も進行しておりますし。アメリカが新しい政権になっていろいろなことをいってくる。あるいは日本銀行の総裁の三重野さんの判断が悪かったと。私はすばらしい判断だと今でも思っておりますけれども。そういった責任転嫁もはなはだしい。本当に日本人というのはそれでいいのかなと思います。以前は、特に武士道ではそうではなかったはずであります。私は話の途中で大変失礼な発言をするかもしれませんが、自分さえよければ、楽しければよいということではなく、次の世代に対していいものを残していくという気持ちで自分の仕事に取り組んでいきたいのであります。アリであったはずの日本人がいつからキリギリスになってしまったのでしょうか。そこで医療制度もたくさん問題を抱えていることは事実でありますけれども、医療というものは社会活動の中でなくてはならないすばらしいものであるということ、まず我々は一番基本に持たなければいけないと思うの

です。どんな時代でもどんな社会でも、医療、福祉、保健というものは不可欠な要素である。その中にいる人たちが十分に満足して仕事ができるような環境づくりをしたいわけでありました。スライドをお願いいたします。

地球

ここに、先ほどの地球儀ではないんですけれども、地球の絵がございませう(①)。地球にはしごをかけて、子供が登っているわけでありました。日本が一番上の方にございませうね。真ん中からちょっと下のところにオーストラリアがある。我々は今まで地球の上で生活をしていて、宇宙の中での地球の存在にはほとんど無関心でありそれがそこに在ることは当然のことであると感じ、地球というのは実に頼りがいのある無限のものであるというような感覚で生きてきたと思います。人類は、この地球の存在に対しては、非常に短い歴史しか持っていない。その人類の存在がこの地球すべてを今、脅かすようなことになってきたわけでありました。私は非常に非日常的ではあるけれども現実的な話を今日させていただくわけでありませうけれども、それにはよく使われるたとえがございませうね。ネズミはネズミ算で倍、倍に増えていく。倍、倍といっても、例えば1週間のうちに倍になるといようなときに、ある箱に入って今日半分までいっぱいになった、あとそれではいっぱいになる

①



のにどのぐらいの時間が残っているかというようなことがいわれますけれども、今がまさに我々地球に関して、そういう時期ではないかというふうに思います。

例えば食糧一つとっても、私はそういう状況だろうと思うんです。今、日本人というのは、この貿易収支の黒字であるとか、あるいはそれ以外の経済状況にまかせて、いろいろなものを世界各国から食糧として輸入しているわけでありまして。ところが、高々四十数年前の日本というのは、ただ単に食べるだけで大変な苦勞がある生活をしてきたわけでありましてね。それが、どうもこれはやっぱり親のあり方に問題があるだろうというふうに思うのですけれども、自分の子供にだけは食べる苦勞をさせたくないというこの考えのもとに、実に食べ物を無駄にする国民になってしまったと考えております。私自身は、これはよく 諸橋会長にいわれるのですけれども、お前は一体この弁当を食べるときにどこから食べるんだと。やっぱりふたに付いているお米から食べないといけないだろうという習慣が身に付いていますが、この米粒1つひとつ、昔はお百姓さんに申し訳ないからということで食べてきたわけでありまして。今、飽食という言葉がありますから、すべて栄養価を考えて食べる必要はないのかもしれませんが、実に食糧を無駄にしていると感じます。パーティーに出ても、食べ物がいっぱい並んでいて、かなりの部分余ってしまって、あとは捨てるだけである。こういうことをやっていけば、必ず日本人に対してはそのしっぺ返しがあるだろうというふうに思います。歴史というものは同じことをくりかえして流れていくのであります。

循環する時間

本日のレジュメにも、「ケネディーとクリントン」、あるいは「調和とリーダーシップ」、その前に「循環する時間の中での再生」という言葉を書きました。時間というのは普通に考えると、ただただ我々が黙っていても通り過ぎていくだけで、一方的に飛んでいってしまうものだというような感じがするわけでありましてけれども、それは実際には循環しているにほかならないのではないのでしょうか。

②



②は冬の絵であります。時計があって、「冬を刻む音」という絵であります。ここに冬があります。これから出てくるスライドは日本の四季を描いた絵であります。これは谷内六郎さんという方が描かれた絵でありますよね。「週間新潮は本日発売です」と。1981年に亡くなられた方ではありますが、この谷内六郎さんの絵は、日本の地方のいろいろな風景を描かれた絵でありますけれども、その中に必ず子供が入っているんです。

四季だけを見てもそうですね。時間は一方的には経過をしない。我々が知らないうちに、冬から春になり、夏になって、また秋になって冬になる。ということを自然は繰り返してきたわけでありまして。自然の中で時間が循環していく。ただ、固体としての人間は、これは生きるものでありますから必ず死ぬときがある。でも人間というのは「種」としてはどうか。「species」といいますけれども。この「species」としては、必ず循環をし、新しいものが生まれて、また次にそれがどんどん変わっていきながら継続する。不可逆的に、一方的に進む時間ではなくて、我々は循環する時間の中にいるんです。しかも我々も生き物として、種として、循環をしているんだということを忘れてはいけないわけでありまして。自らの手がけている仕事は自分しか達成できないのではなく、必ずその後継者は自然に存在していることも事実でありま

す。

その時間の中で、1993年の1月20日にアメリカの大統領に就任しましたクリントン大統領、私は後ほど高齢化というお話もさせていただきたいと思うのですが、46歳でアメリカの大統領に就任した。ケネディー大統領は43歳でありましたけれども。ただ、次のようなことは恐らくいわれるだろうと思うのですが。やっぱり46歳には任せておけないなと。今、1月20日に就任をしても既に5カ月近くたったわけでありましてけれども、その間に非常に彼の評判は悪くなってきた。ただ、悪くなってきた理由はいろいろあるだろうと思いますが。彼は従来のアメリカの大統領の就任時よりも、はるかに重い問題を抱えている大統領だということは重大な事実であります。それにどうやって勇気をもって対応していくのでしょうか。彼が大統領就任演説の中でいった言葉は、「成長」ではなく「再生」であった。ケネディー大統領が就任されたときに、「new frontier」という言葉を使いました。アメリカのフロンティアをもう一度新しいものを探そうじゃないかと。「new frontier」と同時に、成長をしよう。さらにそのときの文章を読みますと、やはりイデオロギーとしてのソビエト連邦、あるいは共産主義というものが存在していて、それに対していかに立ち向かっていくかという「自由を守ろう」という言葉があったわけでありまして。ところが、クリントン大統領の就任は、その「成長」という言葉が一切なくて、再生をしなければいけない。我々は生き物として、あるいは地球に対して再生をしていこう。経済の再生もそうでしょうし。それから自由を守るということは、もう今の段階ではかなり思想的自由が保障されてきたけれどその一方、民族間の闘争があるというような社会の変化があったわけでありまして。

先ほど地球の絵を出しましたけれども、地球というものは今、物理的には大きさは変わらなくても、相対的にはものすごく小さくなってきた。これは、ある地点からある地点に行くときに昔は何十時間もあるいは何十日もかかったものが、今は数時間で行かれる。この時間的な要素を含めると、地球はどんどんどんどん小さくなってきている。あるいはエネルギーの問題もそうございま

すね。将来的に、核融合を利用した、あるいは太陽エネルギーを利用した無限のエネルギーというものがもし使えるようになれば、人間の手におりてくれば、事態は多少は変わるかもしれませんが。このエネルギー限界の問題というものが提案されたのは、実は1972年、私は「ローマクラブ」の報告書を読んだわけでありまして。「成長の限界」という本でありますけれども。その成長の限界」の中で、「このままエネルギーを使ったならば、あと何年で我々はエネルギーを使えなくなるか」というようなことが書いてありました。ただ、それがそのままほとんどなすすべのないままに、今に至ってしまっているわけでありまして。ですから、これがあと50年、100年、あるいは1000年ぐらひの話で、人類の滅亡にどんどん向かっていくような可能性があっても、全くおかしくはないだろうと思っているわけでありまして。

先ほど食べ物のお話をいたしました。今、最も食糧自給率の低い日本では実に食べ物を無駄にしている。ところが、世界各国を見て、イデオロギーに関する争いがなくなってきたわけでありまして。それと同時に、民族紛争がいろいろな所で出てきたわけでありまして。更にまた、経済紛争というものが激化しつつありますが、これは持てる国どうしの話であり、将来的にも南北の問題は解決できっこないという前提に立っている。地球上の何十億人という人々がただただ食べることに苦労している時に、日本人はこのように食糧を扱っていてよいのでありましようか。

そういうなかで、我々は、どうこれから人類の方向を決めていくかということがすごく大切なわけでありまして。それと同時に、今のこのイデオロギーだとか民族だとか経済と同時に、地球環境保全という問題が出てきております。私は今日、最後にもう一度結論に戻りたいわけでありましてけれども、皆様方に、医療人としてすばらしい職業選択をして、すばらしい人生を送っていただきたいというなかで、この医療に携わっている人たちは、それなりにいろんな知識、技術を持たれている立場であります。ですから、その人たちこそが、やはり率先してこの地球環境を守っていく、地球環境と調和した医療の実践というようなことを、1人ひとりまず考えなければいけないと思いま

③



⑤



④



⑥



す。

③は春の絵であり、つむじ風がたって、子供たちが遊んでるわけでありませぬ。

④は夏でありますね。潮が満ちてきて、引いて、クラゲが水たまりの中に残っている。そこに子供が2人いるわけでありませぬ。

⑤は秋から冬にかけての絵でありますけれども。やはり子供たちがみんなで一緒に集まって遊んでいる。彼らの手には何も道具は持っていませんが、ただただ自然の中で人が集まれば遊びが始

まる。今の子供たちはどうなんでしょうか。

⑥もやはり秋の風景であります。柿の実がいっぱい軒にぶら下げられていて、恐らく干し柿になっていくんだろうというふうに思います。

日本の文化と心

今日、地球環境が急速に変化していくなかで、宮沢首相が「生活大国」という政策を打ち出したわけでありませぬし、我々自身も、今は豊かさを実感できる社会なのかということ、繰り返し繰り返

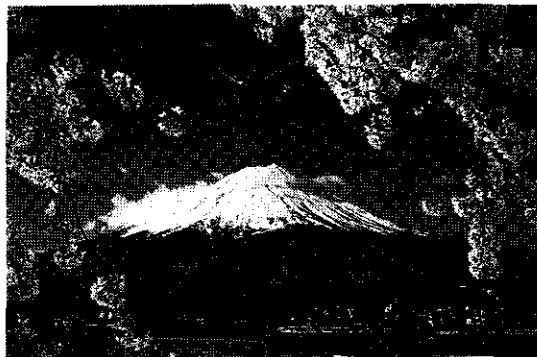
返し考えているわけでありませう。豊かさとは一体何かということでありませうけれども、ただただ物質的に物が豊かであればいいということではないと思ふ。物があふれていなくて、多少不便であっても、本当に心が豊かであればいいのかもしれない、立ち止まってみる時間的な余裕がある方がいいのかもしれないというふうに思ふ。

私の好きな哲学者で梅原猛さんという方がいらっしゃる。次に梅原猛さんの文章を使わせていただきたいと思ふけれども、「どうも日本人というのは、一体日本の文化は何であったのか、それはどこに行ってしまったのか、今、どういう状態であるのか」と。先ほど浮世絵の話がございました。江戸時代というのは非常に多種、多様、いろいろな文化が鎖国をしていた日本の中で作られてきた時代である。ところが、海外の人たちが入ってくることによって、日本人というのは、ただ単に西洋化、あるいは近代化というものを目指してしまつた。その西洋化とか近代化とかというものは、これは今でいう「モダニズム」というような言葉でありますけれども。「内に欲望の肥大をして、外に自然破壊である」ということを、この梅原猛さんはいわれているわけでありませう。ちょっと読ませていただきますと、「モダニズムとは何か。それはデカルトやベーコンによって作られた原理であり、世界の中心に人間あるいは自我を置く、人間だけがこの存在を認められている」ということでありませう。「自我を置き、その人間あるいは自我に対立するものとして、自然が存在をする」。ですから、人間と自然は対立するものであるんだ。「その自然の法則を客観的に認識することによって、自然を支配する、人間生活を便利にし、豊かにしようとする思想である。このような思想により、近代文明は発展し、人間は、それ以前の人間が思いも及ばなかつたような便利で豊かな社会を作つたことは、とりあへず間違いない」。今まではそうであつたかもしれませう。さき申し上げたように、時間は循環するわけでありませう。一つの流れがある。サイクルがある。あるいは波がある。というなかでそれは正しいこともあり、そのとき正しかつたことも、今はすでにそうではないかもしれなかつたわけでありませう。「しかし、今や、このような文明の原理では、人類

はやっていけなかつた。科学技術の発展は、内に人間の欲望を無限に膨らませることになつた」と。ですから、科学技術というものが等身大の技術ではなくなつてきて、無限のものを要求するようになったということでありませう。「外に、同時に自然の破壊というものを招いている」。「自然というものは人間と相対するものである、人間は自然の中の一員ではないということ、どうも我々は、今までこのモダニズムという西洋化あるいは近代化の中で考えてきたんではないか」。「このままこの文明が進んでいくと、我々が今まで養つてきた美しい人間性というものが失われて、外に人間が生きるべき環境を失つていく。やがて恐らく人類は滅亡していけだらう」ということを、彼はいわれているわけでありませう。同時に、我々がこれからこのモダニズムというものに対して、「ポストモダニズム」ということを考えなければいけなかつたで、完全にモダニズムを否定しなければいけなかつた。人間とは何なのか、自然とは何なのかということを考えるなかで、多少これは難しい議論になるかもしれませうけれども、アインシュタインの相対性原理、あるいはボーアの量子力学と同時に、ワトソン、クリックという人たちがDNA というものを見つけたわけでありませう。このDNA というものは人間だけに存在するものではなくて、すべての生き物に共通していて、それぞれを決定するものである。ということは、人間は自然界の中の一つの生き物でしかないのであるということでありませう。

今まで日本で達成されてきたいろいろな経済発

⑦



展に対して、日本の文化というのは一体何だったのか。これは、私はそういうことを主に考えている人間ではございませんので、よく分かりません。ただ、先ほど申し上げたように、日本には日本の自然が存在をしていたはずであり、日本語の中には自然を表現するための微妙な言葉が多く存在し、それはいかに日本人が自然の中で、自然とともに生きてきたかに外ならないのであります(⑦)。さらに日本には、江戸時代、あるいはそれよりも前の室町時代などの文化があったはずであるということはいえるだろうと思います。そういうものにもう一度戻る必要があるのかどうかということでもありますけれども。それは後ほどまた出てまいります。この日本の今までの経済成長というものは、本当に大量生産をして大量消費をするということだけでどうも動いてきたところがあるわけでありまして。それだけで今後はいいはずがない。

例えば、1つの例でありますけれども。車の発達というものは生活を大変便利にした反面、その使い方には多くの問題が生じてきた。東京都内で移動するときには、なるべく地下鉄を使うようにしていますけれども。私の友人にある自動車会社の社長をされた方がいるんですね。その社長をされているときに、別の大きな自動車会社に行って、そこの社長さんにお話をしました。それは、もう日本も訪問販売はやめようではないか、アメリカは店頭販売しかやっていない。店頭販売というのは、買いたい人が本当に買う必要があれば、お店に来て車を買っていく。訪問販売というのは、買う必要がない人にまでも車を買わせるような仕組みになっている。ただ、そのときには相手の社長さんは、今、54億人ほど地球の上に人が住んでいますけれども、その中で、車を持っている人口というのはせいぜい10億人ぐらいしかいない。まだまだ車は売れる。やりたければあなた方だけやられたらどうですか、というふうにいわれたことがあります。本当に大量生産、大量消費というのは今後はいいのかどうかということは考えなければいけないと思います。

さらに、この会場でも恐らく持っておられる方がいらっしやと思います。使い捨てカメラが今、ありますね。これはいろいろな廃棄の問題を

考えて、使い捨てのカメラを作る技術は日本以外にもたくさんの国が持っているはずでありますけれども、ただ、作っているのは日本だけである。そういう生き方を日本人が変えていかない限り、これから世界の中での調和をとった生活、あるいは世界のリーダーシップと、これはリーダーシップは何もとることだけがいいことではないんですけれども、その中に我々が入る責任があると思うんですが、そういうものを恐らく発揮できないだろうということを考えているわけでありまして。

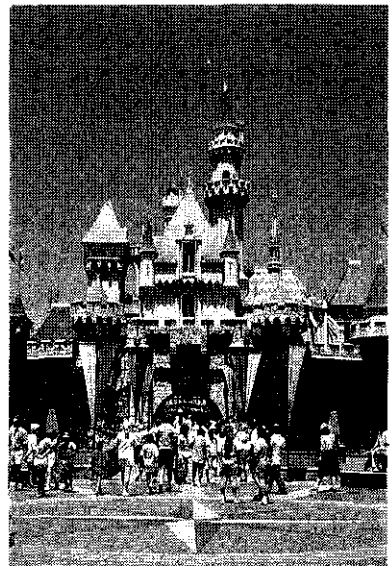
⑧も富士山でありまして。絵に表すとこういう絵もあるわけでありまして。

ここで話はがらっと変わります。このように、日本が戦後四十数年間経済成長だけを頭に入れて仕事をし、あるいは経済や社会が変わってきたな

⑧



⑨





かで、医療というものをここでもう一度考えてみたい。

⑨はアメリカのアナハイムにあるディズニーランドの写真であります。このディズニーランドの写真をご覧になっていただいて、ここにいる人たちの髪の毛の色、ただただ黒い髪の毛ではないわけですね。私自身、このディズニーランドに2回今まで行ったことがあります。遊びに行ったのではなくて、アメリカの「ヘルスケアフォーラム」という学会でありますけれども、これが2年に1回、ディズニーランドの隣のホテルで学会を開きますので、そのときに2回ほど行ったことがあるわけです。このアメリカの印象と、⑩が日本のディズニーランドなんですね。日本のディズニーランドというのは、中心は日本人でありますけれども、あとはアジアから来られている方が多いわけであります。そうすると大体、髪の毛の色というのは真っ黒ですね。ところが先ほどのディズニーランドというのは、髪の毛の色でも全然違う。金髪もいれば、茶色もいるし、赤毛もいるし、いろいろ髪の毛の色だけでも違うんだと。それは社会のでき方が違うということであります。

今、ヒラリー・クリントンさんというクリントン大統領の奥様が、アメリカの医療保険改革の中心になっていろいろな勉強をして、これからの提案をするということになってはいますが、アメリカの社会と日本の社会、それぞれに考えてみると、でき方が全く違う。でき方が全く違う社会で、同じものを制度として導入をするということは実に難しいことあります。日本の社会を、一番簡単に一言で表現できるのは、

「同質性」ということだろうと思います。日本の社会というものは、まず、すべてが同じであるということ为前提にできてきている社会である。ところが、アメリカだとかヨーロッパというのは、いろいろな人種の問題があります。今、これも今年の1月1日ではありますが、ECというヨーロッパ共同体がスタートをした。そのなかでの医療保険制度の問題、あるいはいろいろな通貨の問題が、問われていますけれども。こういう所でも、民俗間の問題の中で、違うということ为前提にして一つのグループを組むというのは、ものすごく難しいことなんですね。日本だけがそれを許されてきたんだと。今の日本の医療制度というのはたくさん抱えていることは、間違いがないと先ほど申し上げましたけれども。それでも、日本で、これだけ国民皆保険というものが昭和36年にでき上がったということ自体が奇蹟的な話であります。それは、日本の社会が同一、同質性であったからできたということでもあります。そこに、今、アメリカあるいはヨーロッパが苦しんでいる。そのなかで、医療の原点というのは私は高度先進医療ではないというふうに思っております。「安心して、いつでも、誰でも、どこでも、同じ値段で、同じ水準の医療が受けられる」ということが、私は医療の原点だろうと思う。それは今、私が「同じ値段で」ということを申し上げました。ここには多少のひっかかりがあるんですけども。それでもそういった制度を作るときに、同じということ为前提にでき上がってきた社会には非常にそれが作りやすい。日本と欧米とはその社会がまず違うわけであります。私がアメリカで大学院に行っておりまして、アメリカの大学院、特にビジネススクールというのは、多様性というものを大変重んじていた。あえて彼らはそれに挑戦しているわけあります。

社会の一員として

ここに「ふりむけば未来」というふうを書いてあるんですけども。子供というのは、頭の中で非常に想像力が豊かなんですね。何でも自分が思っているものに見ているものが変わってしまうというところがあります。⑪はヤドカリとカニが砂浜にいて、それを見ていると、昔のいろいろな

⑪



合戦に見えてくるというようなものでありますけれども。我々はもう一度ここで昔を振り返ってみたい。昭和20年、戦前の話は別にしまして。先ほど申し上げた社会の文化というものはもっと前に、我々はもう一度江戸時代、あるいはもっとそれよりもはるかに前の室町という、そういった時代の日本人の心というものを考え直さなければいけないし、それを大切にしていく。それは同時に、「地球に優しい文化とは何か」ということに私は戻っていただろうと思うんです。自然と共生してきた文化でありましたね。そこまで戻らなくても、医療というものを考えてみると、昭和20年、それは現在のロシア、あるいはその他今紛争をかかえている国がそうであるように、ただただ食べるだけにきゅうきゅうとしていた社会であったと思います。その社会でも、その後の日本の国家づくりのなかで、大切な分野がいくつかあった。その1つは、経済を成長させることであった。その時期には経済成長でよかったと思う。あるいは住宅の確保、食べるものの確保、それから社会保障制度の充実と。社会保障制度の充実というのは、その当時から当たり前のことでありますけれども、国家を建設し人心を安定させるなかで必要不可欠な活動であったわけであります。それが、昭和23年に医療法という法律を作って、この医療法の法律の中で、我々はその後量的な医療の整備だけをしてきた。まあ、だけではなかった。それ

は、その中にいる医療従事者の人たちが大変な苦労を重ねて、量的な整備という制度の中で、一生懸命苦労をして質を確保してきたということがあろうと思います。ただ、その質の評価の制度がなかったんですね。個々のケースに関しては、医療の評価というものはなされてきていますけれども、システムとしての評価は全く日本にはなかったわけであります。

それで、国民皆保険が昭和36年に達成され、その前、昭和33年に現在の診療報酬体系が作られたわけであります。それから昭和48年には福祉元年、老人医療の無料化。その後、すぐに老人医療は一部定額負担ということになりましたが。それから忘れてはいけないのは、昭和62年の国民医療総合対策本部の中間報告であります。そのときに初めて、質の高い医療を効率的に供給することが出されました。忘れちゃいけない、その前、昭和60年に医療法が改正されて、地域医療計画というものが策定をされました。地域医療計画というのは何を意味するかというと、もう量的な整備はこれで結構ですと、これ以上病院の数、病院のベッドの数は要りませんということを宣言したのが、この地域医療計画の策定でありました。ただ、それと同時平行して、病院のベッドは要らなくても、医療に携わる人の数というのはまだまだ足りないということは事実でありました。現在、医療に携わっている人たちは、福祉を含めてでありますけれども、220万人いるというふうにいわれております。ところが将来的に、2000年までに、この数が350万人に達しなければいけない。130万人、これから医療の中に入ってくる人たちがいますかと私は皆さんにお聞きしたい。従来からのように医師だけが中心でしかも全くゆとりのない環境に人が集まってくるでしょうか。くるようにしなければいけないと思うんです。医療というものは特に人手のかかるものであって、それから女性の多い、若い人たちの多い、更には資格を持っている人たちがたくさんいる現場でありますね。この人たちが、私が最初に申し上げた結論と同じように、本当に自分の人生をこの医療にかけてよかったというような環境を作らなかったならば、130万人という人たちは入ってこないだろうというふう思うのです。それはも

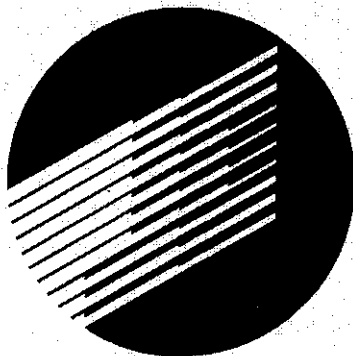
ちろん日本の国にとって非常に悲しいことである。我々にとってもそうだと思うんですね。我々は、胸を張って、何々病院の職員であり、こういう仕事をしていますということを、やっぱり社会的にいえるような仕事を持たなければいけないだろうと思います。それには公正な環境を整備する必要があるわけでありませう。

その1つとして、シカゴの郊外にオークブルックという町があります。シカゴのオヘアという空港から30分ぐらいの所なんですけれども、最近是有名になってきましたが、ジョイントコミッションの本部であります(12)。ジョイントコミッションというのは、「Joint Commission on Accreditation of Health-care Organizations」、昔は

12



13



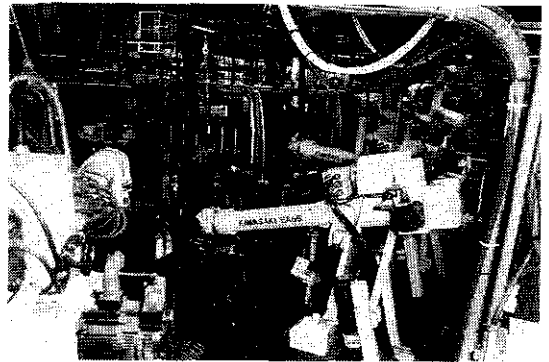
Joint Commission
on Accreditation of Healthcare Organizations

「Accreditation of Hospitals」、**「病院認定合同委員会」**という組織でありました(13)。1918年に、ハーバードの外科の教授で、コッドマンという外科の先生が、自分が日常行っている手術が本当に適正であるかどうか、第三者的立場にいる同じ外科のドクターに判断してもらいたいとい出した。ですから第三者的立場にいる人であって、しかも自主的にその評価を受け入れたいということをしたのが、この医療評価の始まりというふうにいわれています。その活動が1951年に実際にこのジョイントコミッションという組織づくりに表れて、それが今現在で、アメリカの90パーセントの病院の認定をしている。あるいは在宅ケアのシステム、さらにはナーシングホームといわれるような、いろいろなシステムの評価をしているわけでありませう。それではなぜそういうことが可能であったのか。先ほど私は、国民皆保険の定着というのは、同質性の国民であるから奇蹟的にできたということをお話ししました。評価というものは逆であり、量的な整備を公平の概念で作ってくれば評価はいらないんですね。「公平」というのは、これは字の通り「平らに一律に同じ」ということでありますから、みんなが同じレベルのことをやっているということが前提でありますから、評価はいらないということになってしまいます。ところが、アメリカとかヨーロッパの社会というものはまず違うということが前提ですから、違うのであれば、どうそれを差別ではなくて区別するかということが必要なんですね。いろいろなものをまず区別してみても、その区別したうえでの情報を考えてみよう。情報の中から、自分の責任で良いものと悪いものを選んでいこうというようなことが、そちらの社会にはあるわけでありませう。そういうことから1951年にこのジョイントコミッションができて、もう世界で最先端のいろいろな医療機能の評価がなされています。

今日の朝8時から9時まで、「病院医療の質に関する研究会」の総会がありました。明日のやはり朝9時から10時半まででございますが、このミニシンポジウムとして、「病院医療の質に関する研究会」のシンポジウムがございます。それが恐らく日本で機能している唯一の、医療における質の評価の活動であるだろうというふうにして

います。我々は、先ほど申し上げたように、自分たちが自主的に第三者評価を受け入れて、それが更に発展して、医療を受ける側の人たちの評価も含めた評価をするということが、これからの医療には大切なんではないかということを考えています。それはなぜそうなのか。これからの医療というのは、公平という概念だけではなくて、公正という概念が必要であるんだ。すべて一律に同じというものは、もうそろそろ日本ではいいのではないか。いいではないかというのは、達成をさせていますから、そのうえに更に公正であるんだというものを乗っけたい。公正というものは、正しく評価をして、その評価した結果に対して適正に対応するというのが公正であります。ただ、適正に対応するという事は、同時に選択肢が存在してくるということになりますね。選択肢というものは、それでは社会保障制度の中で0点から100点までの選択肢が存在していて、しかも医療というものは非常に評価をしにくいと従来からいわれていますから、0点のサービスがそこにあっても、それが0点であるかどうか分からないようになってきたようなところがあるんですね。それをどうやって実際に医療を受ける人たちが分かるようにするのか。更に、それは0点から100点ではなくて、60点から100点の間に選択肢を入れなければいけないというのが、我々の使命だろうと思うのです。60点から100点に上げるのは、これは恐らくその人たちの気持ちの持ちようだろうというふうに思いますけれども。なるべく100点に近いと。ただ、今の例えば保険制度のもとでは、60点は達成できても100点には絶対できないんですね。私は70点ぐらいまではできるだろうと思いますが。この前厚生省の会議で80点というふうにいったんですけども、70点ぐらいまで達成できると考えています。でも、70点を100点にするためには、今の保険制度では絶対できないというふうに思っています。少なくともすべての医療が合格点をとることのキー・ワードは私は「標準化」という言葉になるだろうと思う。ですから今後の医療制度というものは、公正という概念と、それから選択肢をたくさん作る。選択肢の次に、更にそれは標準化ということがなされなければ、社会保障の選択肢にはなり得ないということをし

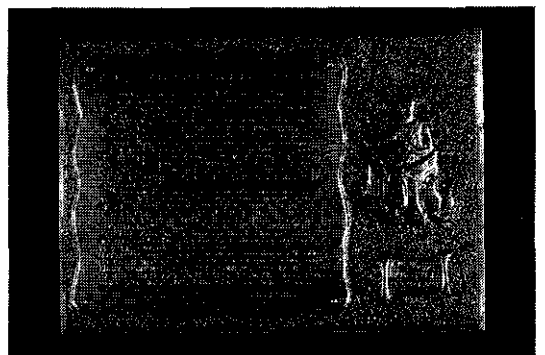
⑭



いたいわけであります。このジョイントコミッションは、そういうことをアメリカでずっとやってきたグループであります。

⑭は日本の工場のロボットであります。ロボットというのは何も手塚治虫さんが書いた「鉄腕アトム」みたいなものだけではなくて、こうやって工場の中に、いろいろな機械で自分でいろいろな作業ができるロボットがたくさんあるわけあります。このロボットが作り出してきたものというのは、もちろん先ほど申し上げた大量生産、大量消費ということでもありますけれども。アメリカのジョイントコミッションに行くと驚かされたことは、英語の中に「改善」という日本語が入っているということなんですね。日本は物の生産においては世界一質の高い、しかも効率のよい生産能力を作ってきた。これはクオリティーコントロールとして、改善、改善でそういうものをなし遂げてきた。それでは日本の医療はどうですかと聞かれたわけあります。ジョイントコミッションが

⑮



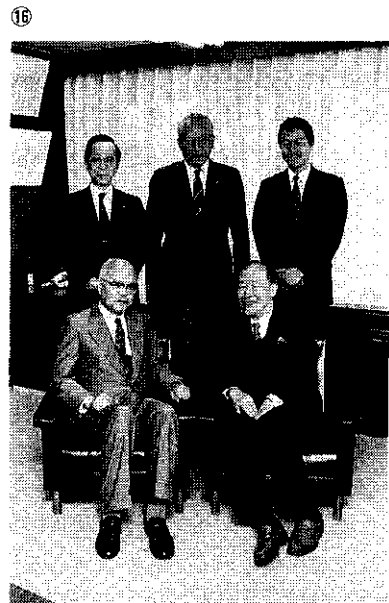
今、医療の質の評価をしているなかで、「改善」という言葉を中心にしていろいろなプログラムを作っていることも、これから恐らく紹介されてくるだろうというふうに思います。

⑮は「ヒポクラテスの誓い」ということであります。さっき申し上げたように、なぜ医療の質を評価して高めていくのか。一つには、プロフェッショナルいわゆる専門職として自らの専門性の裁量を主張する前に、己を律するという自律性がなければならないということでもあります。「ヒポクラテスの誓い」はジョイント・コミッションなどの医療評価の活動のはるか以前に医療の原点を示したものであります。我々は原点に戻って、ただただ成長すればいいという時期は、もう地球に対しても人間に対しても終わったと思うんですね。そのときにもう一度我々は理念に戻ってみたいと。この「ヒポクラテスの誓い」というものは、昔から医療に使われているものでありますけれども。更にこれを我々は変えていかなければいけないのだと思います。たとえば、今、日本の医療に期待されているものは一体何だろうと。それは何も制度の仕組みを変えるというだけではないわけですね。一番原点は、「信頼の創造」ということだろうと思います。今回の学会の本題は「医療における伝承と創造」ということであります。私は、その創造の第1番目は、やはり信頼の創造をもう一度考えてみるべきだろうというふうに思っています。「インフォームド・コンセント」という言葉も先ほど出てまいりました。「インフォーム」というのは「知らせる」、「コンセント」というのは「同意」ということでありますけれども。最近では「インフォームド・コンセント」という横文字はもうそろそろやめにして、「説明と同意」という言葉を我々は使おうではないかともいわれていますが。これを考えていくなかで、「患者さんの権利と責任」、「医療契約」、あるいは「人権」というような言葉がどんどん出てくるわけでもあります。こういう言葉は本当は日本の医療になじむのでしょうか。お互い何か殺伐として、違った種類の人たちが違う立場で話をすればこういうものは必要なんですね。でも先ほど申し上げたように、日本は同じことを前提にした国である。日本の文化、自然との共生というのは、そういった日本的なものを

背景にしてみると、どうも「権利」や「責任」や「人権」だとか「契約」だとかという言葉はなじまないのではないのでしょうか。私はもう一度原点に戻って、医療は信頼の創造をしていくということが第一に大切なような気がいたします。日本病院会でもそういう意味で、病院の「倫理綱領」であるとか「病院憲章」というものが、いつも日本病院会雑誌に掲載をされているわけでもあります。

アメーバ組織論

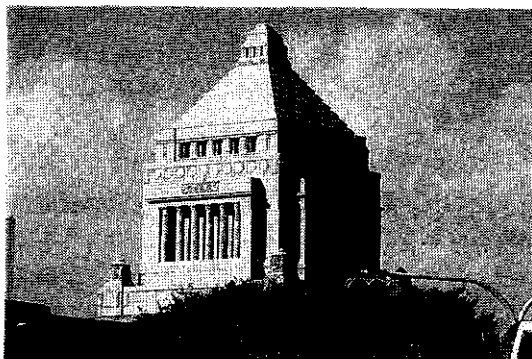
⑯は私が1989年に日本病院会に入れていただいたときの会長、副会長であります。皆様方がご存じのように、諸橋先生、それから若月先生、今は副会長を退かれていらっしゃいます。佐久総合病院、農村医学では日本、更に世界の第一人者でいらっしゃいます。マグサイサイ賞というフィリピンの賞をおとりになりました。中山先生、それから財津先生、私であります。高齢化の中での一つの世代交代の例でもあります。さて、この日本病院会の存在というのは、何をしてきたかということでもあります。それは組織としての病院の機能を社会的に位置付けることであります。医師だけではなくて病院に働くすべての職種を代表しているわけです。残念ながら今日、日本の病院は他の産業と比較すると、国民からの認識、更には自らの機能においても第一流であるとはいえない状況



況にあります。今、病院が抱えている問題を3つに大きく分けることができるわけでありまして。1つは、皆様方の医療機関の中で、自分たちが解決しなければいけない問題を皆様方自分で解決していますかということです。さっき申し上げたように、日本人というのはどうも人の責任にしたがる傾向があります。制度が悪いんだと、あるいはあいつが悪いんだということではなくて、自分で解決しなければいけない問題に対してヒントを与えるということがあるんです。学会というのはそういう意味で非常に大切な機能を持っています。あるいは日本病院会の各種の研修会、セミナーというところに皆様方が参加して、いろいろなものを持って帰っていただいて、ご自分の医療機関の中で、あるいはご自分の仕事に役立てていただくということが日本病院会の大切な機能であり、これは、病院医療の質を向上させるということでも大切な機能であります。それから2番目の問題として、我々は政治的な機能を持たなければいけない。これは制度、政策を変えることであり、日本病院会に参加していない病院であっても、結果的に同じ影響を受けるということは、すべての医療機関がやはり日本病院会に参加しなければいけないと思っています。さらにそういう意味で、1番の問題に戻っても、会費を払っているのにそれだけのことをしてくれているのかといわれる方がたくさんいらっしゃいますけれども、それではあなたは払っている会費分、自分で日本病院会に参加して、それだけのものを持って行っていただきますかということをお願いいたいたいですね。なぜ、受け身だけで物事がすむだろうと思うのか。積極的に自分が参加してみるということが大切なんだろうというふうに思うのです。そういう意味では、この大きな2つの機能を日本病院会というのは持っているというふうに私は思います。

今の日本の国会というのは、内部の事情により、社会に対してそれだけの機能を果たしてないわけですね(⑩)。我々医療人は自分たちの任務を「プロフェッショナル・フリーダム」というような言葉で表現するときがありますけれども、政治家というのもまさにそうだと思うんです。先ほど私が申し上げた、医療の質の評価というのものも、自主的に第三者評価を受け入れるんだという活動

⑩



がなければいけないと。ただ、政治のレベルというのは国民の水準を表わすとよくいわれます。更に政治は立法であり、立法の人たちに、本当に自分自身のあり方を変えるだけの意気込みと能力があるのかなというふうに疑われるんですけども、そこが、日本はこれだけ大きな経済成長をしていながら、世界のリーダーの一員になかなかれないところだろうとも思われます。病院の抱えている2つ目の問題の中でこの制度、政策を変えるということも、なかなか時間のかかることであって簡単には動かない。それはこの立法府によることがたくさんあるわけでありまして。

3番目の病院の抱えている問題というものは、複数の病院がお互いに事業として協力する姿勢が今までありましたかということでもあります。これはただ単に病院会活動ということではなくて、すべてが医師の指示のもとにという感覚で、非常に独立性の強い医師が単独で存在して、企業に例えれば中小企業の小企業がそれぞれでばらばらに勝手なことをやってきたというのが、私は医療供給体制のかかなりの部分であるだろうというふうに思います。これからの世の中では絶対にそれではもう生きていられない。グループ化をしていく。あるいはもっと極端なことでいえば、資本の集積と機能の統一がなければ日本の病院は今後残っていかないだろうということを思っています。先ほどシンポジウムの中で、恐らく伊藤課長が、そういった供給体制に対しての社会資本の整備ということをおかれたと思いますけれども。社会資本の整備と同時に、資本を集積して行って、多少のことでもゆるがないというようなグループ

化は必要なんではないかというふうに思っています。更にいくつかの別の事業がありまして、最後に地球環境保全というものも、この日本病院会の活動の中に入れていただいているわけでありませう。

日本の医療制度、あるいは社会が抱えている大きな問題は、高齢化であります。2枚前のスライドもそういうことなのかなというふうに思うんですけども。この高齢化の現象が今どんどん進んで。もうご存じのとおり、金さん銀さんも100歳を超えた人たちでありますけれども。この高齢化に対して我々は何を考えなければいけないのか(18)。

⑱は医療の現場の写真でありますけれども。高齢化のなかで、今まであまりいわれてきていないことをあえていいたいわけでありませう。日本の医療というものは、明らかに我々が考えてきた急性期一般の医療というもののニーズは減ってきているわけでありませう。それに比べて確実に増えているものが、高齢者のケアというものでありませう。

⑱



⑲



す。従来からよくいわれるように、自分たちこそがこの日本の繁栄を築いてきたんだと、日本の戦後の復興を担ってきた自分たちの老後をどうしてくれるんだということを皆さんいいますね。でも、本当にそれだけでいいのかなあと思うわけです。あなたたちはそんなに社会性のある仕事を、社会性があると考えながらしてきましたかということもいいたいわけでありませう。社会参加、これは「ボランティア」という言葉で表わされることではなくて、社会参加の評価というものは日本にはまだ定着をしていない。この社会性というものは、1人ひとりの生活の中でもすごく大切なことなんですね。

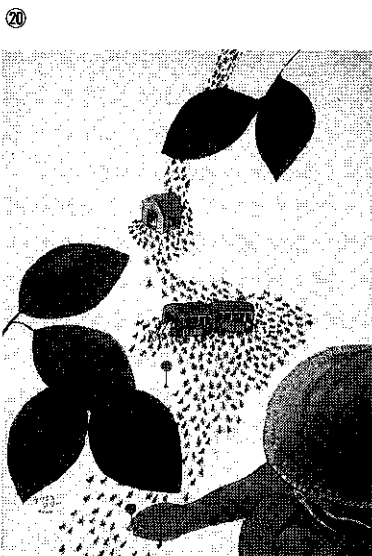
そんなことを考えながら、これから医療は福祉にも同時に取り組まなければならないわけですが、ここで生意気なことをいわせていただきますけれども、生理的な変化と病理的な変化の区別をきちっとできるような医療人になりたいと私は思います。生理的な変化ですら、我々は病理的な変化として、診療というものの対象にしてしまったような気がするんですね。医療の中には「診療」というもの、あるいは「医療サービス」、「ケア」という、いろいろな言葉がありますけれども。

我々は、生理的な変化に対してはそれなりに対応しなければいけないだろうというふうに思っています。また、医療を受ける側も、その家族を含めて、互いに助けあって成り立っている保険の意味を十分に考えたうえで、医療に期待を持たなければいけないのではないのでしょうか。

1つ、余談になりますけれども。私の所でこの前、私の知り合いで88歳になられる方が病院で亡くなりました。家族の方たちはわりあい裕福な方たちでいらっしやいまして、個室に入院されていまして。悪性腫瘍の末期の方だったんですけども。まだ末期といっても本人は全然自覚がなくて、ただ、食べ物が食べにくくなったという程度の話でありませう。88歳のおばあちゃんが病院に入院されて、結局、2カ月ぐらいで亡くなったわけでありませう。その間に、ご本人は自分がそういう状態であるということをご存じないままに、自分の慣れない病院の病室で、しかも自分の家族が常にいるわけではなくて、看護婦がいてもベルを鳴らさなければ来てくれないというような状況の

中で、自分の人生の最後の意識をそこで失っていくわけですね。それはもちろん家族の人たちのいろいろな都合もあるだろうと思いますし、本人の都合もあるのかもしれませんが。皆様方はどうですか、自分の人生の最後の意識の一瞬を、知らない所で、あるいは知らない人たちに囲まれて、失いたいと思いますか。やっぱり自分の住み慣れた所で、あるいは家族に囲まれて、自分の人生は良かったなと思しながら意識がなくなっていくのが私はいいのではないかと思うんですね。先ほどの浮世絵のお話の中で、自分の最後の場として病院があってほしいというようなことをいわれましたけれども。私はあえて逆に、やっぱり自分の住み慣れた所で自分の人生の最後を終えたいのではないかというふうに思います。どんなにお金をかけた病院の建物ができて、職員がたくさんそろっていたにしても、生理的な死に関しては自宅が一番良いのではないのでしょうか。そのためには在宅での「ケア」の充実を積極的に病院も参加して考えていかなければなりません。更に最終的には、やっぱり国民の意識の持ちようだろうと思うんですけども。

今、医療に期待されている、いくつか提案をしています。自己責任の明確化ということもここでいいと思います。国民1人ひとりが、やっぱりもう一度自分たちの責任、社会人としての責任を、経済的にもあるいは政治的、その他の面で



も考えていかなければ、日本の社会保障制度、あるいは医療制度というのはもたないだろうと思います。たとえば異なるかもしれませんが、私が大切にしている本の中に池田潔先生の「自由と規律」があります。あの格調高い文章の中に厳しい規律に裏付けられた本人の意志に基づく限りない自由が述べられています。

㉑にアリのがいっぱい並んでいる絵があるんですけども。アリは、だれかが指示をしているのかもしれませんが、非常に組織立って動いているわけであります。それでは日本の病院というのは組織管理がなされてきましたかと、これも質問したいわけであります。アリにしても、巣の中に住んでいるアリの20パーセントぐらいしか働かないというふうにいわれていますけれども。組織としての病院のあり方というのは、これは医師個人のあり方とは全く違うわけであります。組織というものはどういうものであるのか。人間の体だけ考えてもこれはわかるだろうと思うのです。人間の体というの、個体の統一性が維持されています。個体の統一性というのは、脳、神経がつながってくる、更に臓器の相関性、そこには血液が流れ体液が流れて、自分のある生き方、一つの方針が明確にされて、その方針に従ってすべての細胞やすべての器官が自己の同一性の認識のもとに動くのが、一つの個体だろうと思うんですね。それと同じように、組織というものは日本の言葉でいうと「法人」という、人格を持っているということがありますけれども、それと同じように、組織というものも目的、方針が明確にされていて、その中にいる人たちがみんな同じ方向を向いて活動するものであります。その目的、方針というのは、時代と社会に合わせてどんどん変わっていくべきであります。流れに流されてしまうばかりではなりません。更にそれを決定するのは、なにも1人だけでなく、みんなが参加して決定してもいいと思うんですけども。そういった組織活動に病院がなっているのか。今、約1万の病院が日本にありますけれども、そのうちの大部分は私は組織活動をしていないような気がするわけであります。

㉒はツバメが電線に乗っている絵であります。鳥にしても、ツバメを含み、非常に組織的な動き



をして、いろんな国に渡っていくというようなことがあります。なかなか日本の病院という組織はそうは動いていない。ここに「アメンバー組織論」と書きましたが、組織というのは、ただ単に縦と横の線で組織図を書けばそれで済むということではないんですね。しかも、これからの社会に対しては、いろいろな多様化した社会になっていくでしょうから、それなりの対応をしなければいけない。アメンバーというのはご存じのように形を変えることができる。切っても2つに分かれて活動し、また融合するとか、いろいろな動き方ができるわけでありまして。日本のこれからの組織というのは、常にそういう組織体をなしていかなければいけないだろうというふうに思います。そういった活動ができて、医療制度がきちっとできて、そこにそれぞれの医療機関が地域社会の中で必要不可欠な機能を持つということになったときに、私は、医療に対する社会的投資というものがいろいろな意味で認められることになってくるだろうと思うんです。

レジュメの中に書きましたけれども、適正な医療は1つには、今、日本が求められているこの貿易の問題でありますけれども、内需拡大になる医療、福祉、保健は内需そのものでありますね。さらに設備投資により多くの医療機器を新たに購入する機会が作られる。そのように内需そのものが

拡大することは明らかであります。医療に対する投資というのは内需拡大に寄与する。

第2番目でありますけれども、安定的雇用の確保は絶対に優れているというふうに思います。現在の他の産業の企業のように、非常に雇用が不安定であるということは私はないだろうというふうに思っています。日本の産業においても円高や環境保全のもとに、製造拠点が海外に移り、流通過程が整理されていくとジョブレス・グロースやワーク・シェアリングが予想される。当分の間医療や福祉が多くの労働力を吸収しなければならなくなるはずですが、今までのような医師以外の職種の人々にとっての職場環境のままで良いはずがないのであります。これは我々に課された大きな課題であります。

更には技術革新として、何も医療技術、化学技術だけではなくて、例えば情報技術であるとか建築技術であるとか、いろいろな付加価値を持った技術の革新が、医療の中では私はできるんではないかと思っています。ただ、それは最初に申し上げたように、ただただ技術を開発することによって無限の要求が出てきてはまた困るだろうと。それは等身大の技術の革新であるべきだろうというふうに、私は思います。

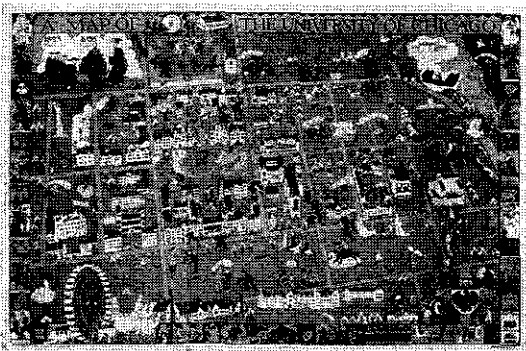
さて最後に、国際貢献という意味でも、医療の果たす役割は大きい。例えばカンボジアにああやってPKOの方たちが出かけて行かれて、あの人たちは真剣だろうと思います。ところが日本の今日の、有償ボランティアだとか、通常のボランティア活動にしてもなかなか本来のボランティア活動でない。どうも単なる思いつきだとかファッションとしてそういうことをやっているような気がするんですね。もっとそういうものを、社会の中できちっと考えていくということから教育を通して長期的に取り組む必要があるのではないのでしょうか。例えば今現在日本には、80校の医学部、医科大学があるわけでありまして。その医学部、医科大学を作るというのは大変にお金がかかったものでありますし。教育の投資というのは、やはり大変な労力、人的資源の活用というものがあったわけでありまして。それを一気にここで、医師過剰時代が来るから削減するというところで本当にいいのかなど。医療の中に、医学教育の中に留学生

を引き受ける。彼らとその国で国家公務員として選抜され、日本の国費で日本人とともに生活して、日本人とともに教育を受け、お互いの文化の交流をして、さらに日本の中で医学教育の水準が上がって、それでまた彼らは何年かたって自分の国に帰ってそこに定着する。そういうことは私は、最高の国際貢献だろうと思うんですね。なぜ日本はそういうことを主張しないんだろうなと思議です。

ちょっと話は戻りますけれども、現在、全世界の総生産というのは3,000兆円ぐらいの規模であります。3,000兆円の中で、全世界で使われている医療費は220兆円であります。220兆円の中で、アメリカ国で使われている医療費は100兆円なんです。全世界の医療費の40数パーセントはアメリカ国が使っている。これは産業の問題、いろいろなものに波及していくわけでありませけれども、日本はたったの20兆円なんです。全世界の医療費の40数パーセントを使っているアメリカに約3,700万人の無保険者がいる。それに対して我々はどのような支援ができるのか。いろいろな支援ができるだろうと思います。ですから医療の国際貢献という意味でも、医療に対する投資というものは、実に私は大きな意味を持っているだろうというふうに思うんです。

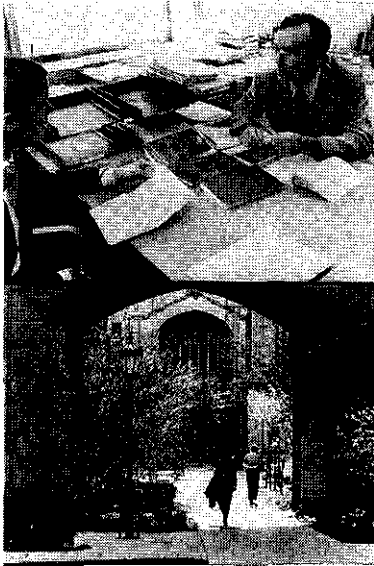
②はシカゴ大学であります。私が2年間通っていた大学でありますけれども、あまり日本では知られていないんですが、ノーベル賞をとった数では全世界で一番多い学校です。確か60人ぐらい、このシカゴ大学の出身者はノーベル賞をとってまして、ハーバードが38人だったかな、ぐらいな

②



んですけれども、こういった所で私が、勉強はあまりしなかったんですが、雰囲気として、アメリカの学生の真剣な態度、教育に対する実に真剣な態度というものを感じました。日本人の学生は学期が始まるとアルバイトをしますよね。遊ぶためにアルバイトをする。向こうの人たちは、学期が終わると、次の学期の授業料を稼せぐためにアルバイトをするんですね。それからシカゴ大学だけではありませんけれども、私が行っていた高校で、アメリカのプレップスクール、セントポールズという学校と交換留学生のシステムがあるんですが、そこで入学の選抜の話をその担当の方に伺ったんですけれども、その担当の方によると、アメリカのシステムというのは何も1年に1回だけのペーパーテストで入学を決めるのではなくて、適性試験である基準、水準をとった人たちはすべてまずそこで選抜され、次に進む。それからその中で、どういう社会参加をしてきたかということ、更にはどういう目的意識を持っていて、家族はどのような期待を彼にしているのか、彼女にしているのかということ、その人が1人の担当者として全責任をもって選考しているわけでありませ。教育の中の責任の所在が実に明確にされている。日本の教育の責任の所在というのはそうではないわけですね。それから同時にその方がいわれたのは、そのセントポールズの学校はその当時年間1万1,000ドルの学費である。ただ、その中で全生徒がスカラシップをとっていますと。1万1,000ドルの中で、実は授業料として請求しているのは5,000ドルだけなんです。残りの6,000ドルは学校が自分の資金の運用、あるいは卒業生からいただいた寄付で賄っているんだということでした。それが全生徒が受けている6,000ドルだということですね。最後の5,000ドル分を日本流のスカラシップというんですよというふうにいわれたわけでありませ。今、医療人に対しての教育というものは、自分が払った授業料だけで賄われているのであろうかというふうに考えてしまいます。教育の投資というものは、これは社会がその教育を支えている部分がすごくたくさんあるんですね。やはり医療人というものは、自分が持っている資格、あるいは自分が今いるこの立場というものは、社会が支えてくれたというこ

⑳



とをもっと強く自覚すべきではないでしょうか。もう一度、自分たちの受けたこの教育を社会に戻すということはすごく大切なことだろうと思うんです。

㉓の上が私の教授で、ロン・アンダーソンという人でありまして、下がシカゴ大学の入口であります。

子供は社会の宝

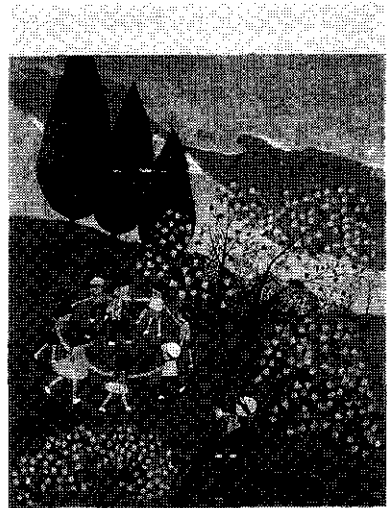
㉔



私は人を見極めるということが、医療の中でも最も大切であると考えています。㉔は壺でありますけれども、器ということが人間に関しては私はすごく大切なことであるというふうに常に思っております。

ここから子供たちの絵が5枚ほど続くわけでありますけれども。㉕はラッパを持って、アコーディオンを。今はあまりこのアコーディオンというのは使われていませんけれども。子供たちは、

㉕



㉖



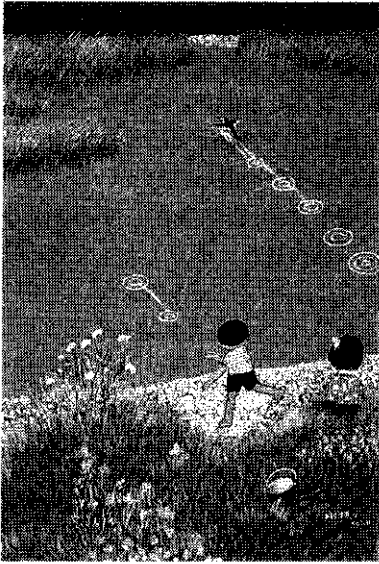
昔は、こういった自然の中で遊ぶ感覚を持っていたんですね。

②⑥はスウェーデンの絵でありますけれども。

②⑦もただ単に水があって池があって、鳥が隣に飛んでいて、そこで水切りをしている絵でありますね。

②⑧は子供たちが遠足をしていて、牛が寝ているので、そこをよけていくという絵であります。最後のスライドであります②⑨は富士山かどうか分

②⑦



②⑨



②⑨



かりませんが、やっぱり自然の中で子供が遊んでいるんです。夢のない社会に子供は生まれないといわれます。本来子供は独立した存在であり親の所有物ではないはずであり、社会をあげて健やかに子供が育っていく環境を作り出さなければいけないのであります。生き生きと、伸び伸びと子供が成長していくことに対し医療ができることはやはり小児医療保健の確立であります。高齢者にばかり目が行ってしまい子供の医療が政治的にも経済的にもおろそかになってしまっています。元気であることが普通である子供たちに対し、緊急時の医療体制を整備することは医学的医療と同時に社会的医療として大変大切なことでもあります。高齢化の一方の側面は子供が少なくなることにもよるわけであります。

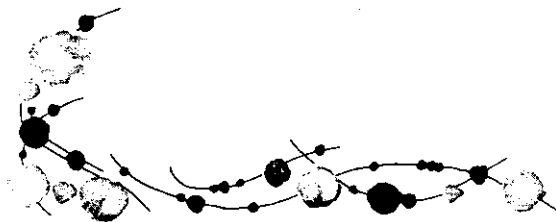
強さ・優しさ・おもしろさ

今、日本の企業に求められている姿勢というのは、「創造性」、「社会性」、「人間性」と、この順番で大切であるということをいわれているわけがあります。この「創造性」というものは、強さ、「社会性」というものは優しさ、それから「人間性」はおもしろさということ、経済同友会の方がいわれたわけがあります。これは全世代に共通して、そういった期待が企業に対して向けられていると。

個人の人間に対してはどうかのなかと考えました。以前、正岡子規がある人に、自分の友人をどう評価をしますかと聞かれた時「誠実さ」と「学識」ということを確か答えたというふうに書いてあったんですけども。私自身考えてみると、私は「知恵」と「見識」と「自然」という3つの言葉が好きなんです。この「知恵」というものは自然界の動物でも持っているわけでありまして。子供を育てる知恵、あるいは生きていく知恵。知恵というのは何も学校教育の中で得られるものではないこと。ある本に、「自分の人生に必要な知恵は、すべて幼稚園の砂場で学んだ」と。幼稚園の砂場で遊ぶことによっていろいろな知恵が自分の身についているという、これはもう例をあげればたくさんあるわけでありまして。その知恵すらない人間が、今、たくさんいるだろう。今、一番人間に対して大切なのは、私は知恵なんだろうと思うんです。ただ、自然界の動物と人間はどこが違うのかと。それは人間の知識、技術、経験といったものを、昔から積み重ねてきたということに違いがあるだろうと思うんです。その積み重ねてこられたものを、自分の知恵をもって使っていくというのが、私は人間の知恵だろうと思います。更に、知恵があっても見識があっても解決できない問題はたくさん人生の中にあるんですね。それは我々

はやっぱり原点に戻ってみるんだと。我々の原点というのはこの自然であると。あるいは自然といわずに、地球に他ならないということはいえるだろうと思います。

さて、最後に、ほととぎすの2つの歌があるんです。松下幸之助さんが、新聞記者に、あなたはほととぎすに関して3人のなかで誰に近いんですかといわれたときに、彼は彼なりに、3人、これは信長と秀吉と家康でありますけれども、自分はどれでもないはずだって。それから松下幸之助さんがいわれたのは、「鳴かぬなら鳴かぬもまたよしほととぎす」であるということはいわれたということでありまして。殺してしまえば、そこですべて終わりであります、鳴かないのもよいがそれはあなたの責任ですよという松下幸之助さんらしい考えがよくいい表わされていると思います。それからここに、「真の豊さは速く走るだけでなく、逆に立ち止まることもできる社会の中にあるのではないでしょうか」と。江戸時代のある風流人がこういうことを詠んだと。「ほととぎす自由自在に聞く里は酒屋へ三里豆腐屋へ二里」と。というようなことが本当の豊かさかなというふうに、私も思うわけでありまして。どうも長い間ご清聴ありがとうございました。



講 演

21世紀を目指す看護部へ

前聖路加国際病院副院長 内 田 卿 子

平成5年8月・東京

21世紀を目指す看護部のあり方について、皆様方と一緒に考える機会を与えられて、大変ありがたいことだと思っております。

今、世界中が大きなうねりの中にあるというふうにいわれております。その大きなうねりというのは、国際情勢でもすでにソ連の国のことから、いろいろな地区でも新しいことが起こっている。そのうねりも日本にも波及をし、例えば、細川政権の誕生とか、もっと身近な話になると、今朝、為替レートがきのうまで101円だったのが105円に、アメリカもヨーロッパも銀行が介入して一挙に円が下がったとか、非常に変動の激しい世の中になってきています。

日本の医療はどうでしょうか。きのう都先生から大変幅広いお話があったかと思いますが、その医療の中における、我々看護職が21世紀、あと10年はないわけですが、どう変わっていくかを、踏まえていろいろなことを計画していかないと間に合わない感じがします。

そこで、看護のリーダーでいらっしゃる皆様はどう変わっていくか、どのように想像していらっしゃいますか。21世紀は一体どんな世の中になるのかということです。

いろいろとマスコミの中でいわれていますが。

例えば、高齢化社会という言葉があります。確かに日本の人口の中で65歳以上の方が7%以上になると高齢化社会です。高齢社会は14%以上といわれていますが、すぐ高齢化社会という自分の経験をした看護の立場から、老人が多くなり4人に1人は65歳以上で手がかかる、自分たちがお世話をする対象が増えるという考え方を単純にしてしまいます。

ところが、その時に、自分が今の年齢ではないわけです。はっきりいいますと、大変だ、看護部としてそこで自分が働くような錯覚をおこしていますが、大変なのは世話する立場なのか世話をされる立場なのかで、その2つを踏まえていっているかどうかです。単純に一方だけを見て、自分の業務内容が増えてくるとか、管理が大変だというふうにとらえて自分はその時に年をとっていることを忘れている場合があります。

昨日もある所で講義を受けたのですが、社会学者からいうと、高齢化社会というかどうかを考えると、人口構成が違って来るから、釣り鐘型の人口構成ではなくて、65歳以上が増えて、その下の若い人が非常に少ない。その形がずっと、寿命が延びれば延びるほど続くのであるとそういう考え方をしています。

私どもは、高齢化社会という自分もやがて老人の1人になるということを忘れて単にお世話をする老人が増えるという一方的な見方をしやすいわけです。

I 看護の主体性

そこで、看護の場合は何を考えていかなければいけないかということですが、看護の主体性を取り上げたいと思います。

長い看護の歴史を振り返ってみますと、確かに患者さんに手を使い、心を遣い、技術を使ってケアをするという実践行動そのものに主体性があるはずですが、何をいどの順序でするかを考え、判断しながらする看護行為そのものは、確かに主体性があります。

だから、免許を持って自分は独自の仕事をし

いる。それによって患者さんは喜んでくれている。このようにとらえています。

けれども、それは看護実践の一つであって、すべてを主体的に我々がしているかという、どうもそうでないような気がします。

一体看護とは何でしょうか。

看護婦になり免許を取得し国家登録をして、私は看護婦でございますと仕事を何十年もしてきているわけですが、開き直って第三者が、医師、看護婦、医療従事者以外の方が、あなたは看護婦さんですね、看護婦さんのしている看護はどういうことでしょうか、と聞かれた時に、皆様方だったらどういう言葉で説明をなさいますか。どれが専門的で、何をやるから主体性があるという説明ができなければ、人々は正しく理解してくれないのです。

例えば、日本看護協会の調査研究報告の、第三者はどのようなふうに見て止めているのかといいますと、「1992年、看護をめぐる意識調査、一般男女、医療従事者の健康、医療、看護観」という表題で、1990年のアンケート用紙による集計結果です。

一般の人と看護婦との意識の差で、看護婦に対する期待の意識の差では一般の人々は、医師の指示に忠実に行動する看護婦を求めているんですね。「医師の指示に忠実に行動する人」、ところが看護婦自身は「自分で判断し臨機応変に対応する」を選んでいきます。

一般の人はそうでない。その辺が看護婦自身が看護を進めていく看護の主体性は何かといった時に、「自分で判断し臨機応変に対応する」ということ自体に主体性があると重みをおいておりますから、そちらを高く評価してるんだと思います。第三者の人々は、医師の指示に忠実に行動するということに重点を置いているのです。

多分、看護を技術的に評価をしてるのではなく、ドクターが注射の指示をしたらやさしく、痛くないようにしてくれる看護婦をイメージとして持っているという気がいたします。

また、医師の期待する看護婦像とか、いろんなとらえ方をして述べています。

看護協会では毎年総会の時に、総会要綱を配ってくださいます。それには、日本の看護婦として

免許を持った者のあるべき姿、倫理、その他のことについて書いてございますが、お読みになっているでしょうか。

II 看護の概念・定義

国際看護協会の会員協会代表者会議において採択された看護婦の定義、看護の定義がございました。

看護婦の定義は、1975年に出されております。看護婦は何をする人かということで、書かれています。

国家登録をした免許を持った看護婦の教育は「行動科学、生活科学および看護の科学や臨床経験の科学をとおして効果的な看護の実践と指導、そしてリーダーシップの役割を果たせるように、看護婦を養成するものである」。

これは世界共通で、自国の言葉で採択された言葉を浸透するということであります。看護婦はどのような職種かといった時に、世界共通の理解になるわけです。

そうなりますと、看護の実践と、指導が入ってきているわけです。そして、リーダーシップの役割を果たすように教育を受けたのが看護婦である。

そして、「看護婦は健康の増進、疾病の予防、患者の看護およびリハビリテーションのすべての場において、看護の計画、供給および評価に責任を持つものであり、ヘルsteamの一員として機能する」、これが看護婦のすべきことと、1975年にいわれております。

1975年のころは、やっとな看護過程（ナースングプロセス）と呼ばれている言葉が日本にも入ってきました。そして、養護学校の教育も、看護を展開する時には、計画を立て問題を明らかにし、実践してみて、自分のしたことが良かったか、悪かったか評価をする、つまり看護過程を使って看護を展開するやり方が日本中に浸透してきたのです。看護婦のすべきことは、看護実践といった場合に計画を立て、実際に行って、良かったか、悪かったか評価をし、再度計画を練り直して、患者さんに対するケアをしていくのが看護婦であるという定義になっています。

約12年後に看護がもっと深くとらえられるよ

うになってきたということです。

日本で流行した言葉で、看護の拡大がよく使われました。看護の範囲が広がった、深さが深くなった、そういうことですね。

何が深くなり、何が広がったのか、1990年には訪問看護が多く病院で始められておりました。看護婦の働く領域が広がり、在宅まで手を伸ばしたから拡大かという、距離的には拡大をしているかもしれません。

それだけでなく、単に計画を立て供給をして評価をするという看護婦の行動を決めた、そのものと深さが変わってきたということです。

この看護の定義、看護婦が行う看護そのものの定義には「看護婦にとって特に関心のある現象は、個人、家族および集団」つまり看護婦の対象は個人の場合もあるし、家族の場合もあるし、地域の集団にもあるわけですが、「現にある、あるいはこれから起こってくるであろう健康上の問題に対する反応である」というとらえ方をしています。

看護の対象は、個人だけでなく、家族ならびに集団の人たちが、「もうすでに起こっているもの、あるいはこれから問題となってくるであろう健康上の問題に対する、その人々の反応」、これが看護婦にとって関心のある現象だといういい方をしております。

「これらの人間の反応は、個々の発病に対する健康回復の反作用から、ある地域住民の長期の健康促進のための政策開発にまでの広範囲にわたる」こういうふうに書いてあります。看護の対象は、非常に広範囲でとらえています。やはり看護の拡大の一つだと思います。

そして、病気あるいは健康な人をケアするにあたっての看護婦独自の機能とは、ここからが主体性のある看護の説明になります。

「彼らの健康状態に対する彼らの反応を査定し、彼らがもし必要な力、意志あるいは知識を持っていれば、援助されなくても行えるであろう、健康あるいは回復あるいは尊厳ある死に資するこれらの行為の遂行を援助すること、そして彼らができるだけ早期に部分的あるいは全面的に自立を得るのを援助をするというやり方でそれを行うことである」こういうふうに訳されております。非常に

わかりにくい表現ですが私流に解釈いたしますとこういうことだろうと思います。

人々はだれでも健康を望んでるわけですが、健康が害されると身体的にも精神的にも、それに対する反応を示してくるわけです。

その反応に対して、そっとしておいても本人の力で回復ができるということであれば、見守ってあげるということです。もし、その人が自ら回復をするだけの力を持たない時、また死に臨んでいる場合もあるでしょう。あるいはがんの告知を受けてショック状態になっているかもしれないし、あるいは単なる病気を誇大にとらえて、明日の生活もできないように考えてしまう人もいられるかもしれません。痛みの恐怖のためにいつ痛くなるかという心配だけで苦しんでることも反応ですね。

自分でそれを乗り切れるか、乗り切れないか、それだけの心構えと対応ができる人か、できない人かを査定する。判断をすることが看護婦の独自の機能である。こういういわれ方をしているのです。

つまり、我々は今まで看護をする時に、この患者さんには診断がついて治療方針があって、こういう問題があるから、これを解決すれば治っていくはずである。だから、患者さんに協力をしてもらってやっていかなければならない。看護計画を立て問題解決をし実施をし回復を助けていく、これが看護だということになってきたわけです。

ところが、ここでいわれているのは患者中心の看護であります。つまり、患者さん自身がどういうふうに分かる病気にに対して対応ができるのか、できないのか、周りでお膳立てをしてこうやるべきだからやりなさいという看護計画の立て方ではなくて、本人自身がどうあったらよいかと考えている、その査定を正しくしないといけないということですね。

だからこそ、患者中心の看護という言葉が使われてきたわけです。例えば糖尿病の患者さんがいらして、いくらいってもなかなか注意を守れない、そして看護婦が立てた計画に沿っていろいろなこともしない、そういった状況が生まれたときに、看護婦は過去何ていつてきたかという、あの患者は頑固で分からず屋で理解が悪い、こういういい方がある程度したわけです。

それは患者中心ではない、看護婦中心で計画を立て、その路線に乗らない患者は理解が悪いとか協力しないとか頑固だとかそういうふうにとらえてしまう。なぜ、その患者が協力できないのかという考え方に立たないと患者中心にならない。

一步患者さんのほうに看護側が踏み込んでいってというか、そばに寄って一緒に考えてあげる。これが今の患者中心の看護であります。

だから、今の看護学生は患者と一緒に看護計画を立てる。いうならば回復計画です。今まで看護計画という言葉があまりにも看護婦の中に染み渡ってしまいましたから、なかなかこれを変えてみるのは大変だと思いますが、患者中心の看護は、その人がどこまででき、どこまでできない、それを正しく査定のできる看護婦でないといけません。

今までの発想から、患者さんと一緒に計画を立てて、そして実際にするというところから、患者さんのことを正しく査定をする基本的な知識も身に付けなければいけませんし、それから正しい判断をくだしていくという訓練も受けなければいけません。

12年間の間にこういう表現が変わってきた、国際看護協会の声明文が12年の間に変化をしたということは、世界中の看護婦の看護のとらえ方、看護婦の主体性は何をさしているのかといった、意識変化の中でこの言葉が出てきたのだと思います。

そうなりますと、私どもはやはりその国際的な看護の考え方、看護のとらえ方の変化に全く無関心でいるわけにはいきません。我々はこの変化に対してどう受け止め、自分たちの日常のあり方も変えていくかを、考えなければおかしいと思います。

すでに、昭和60年に入ってから看護学校のカリキュラムが第3回目になりますが、変わりました。昭和20年に変わり、40年に変わり、60年に変わりました。なぜ看護教育が変わったかは、結局看護は人間と人間とのかかわりであるという原則から成り立っているからです。

だから、相手をよく理解して、相手がどうしたいかをきちんと査定をして、それに対して我々が援助をどこまでするかで、何もすべてすることが

援助ではないのです。できることは自分でしてもらう、そういうやり方だと思いますね。

こういったことが看護の概念、つまり、それは看護婦の主体性に基いて行動する専門職看護婦だと思います。

次に「モンターグの看護機能の概念」があります。1940年代の終わりから50年代の初めにかけ、アメリカで、21世紀の看護はどうあるべきかを大変模索をした時代の一つの考え方です。

モンターグは当時のアメリカの看護婦の日常業務を見ているとピンからキリまでやっている。

簡単な常識でできるもの、ある程度の技術訓練で済むもの、専門的な熟練と判断を必要とする複雑な働き、この3つを24時間混ぜて皆やっている。

特に、常識に基づく簡単なものは現場の養成でいい、つまり看護助手のレベルでいいということです。それから、技術訓練とある程度の判断力を必要とする中間的な機能は2級看護婦でいい、そして、専門職教育で必要な看護の教育を受けた人のすべきことは、専門的な熟練と判断を必要とする複雑な機能である、こういううたい方をしています。

日本病院会でも昭和40年代、当時の看護部長さんたちにアンケートを出して調査したことがあります。看護婦が24時間病棟でしている行為、看護業務は何項目あったかという、500余ありました。それぞれの場面で、1人がすべてをするわけではありませんが、皆が分担をしてやっていたのです。

今のように検査が複雑でない時代で、今ならその何倍かになってると思われれます。

その500余の項目の中で看護婦でなければできない仕事、准看護婦でいい仕事、看護助手でもできる仕事、医師がすべき仕事、検査部門がすべき仕事、その他と6項目に分けて、本来看護婦の仕事は何かを求めました。

その結果は、看護婦のすべきことは2項目だけでした。あとはすべてほかの者でよろしいとの答えでした。その看護婦でなければならないことは、管理と教育の項目でした。当時の看護のリーダーたちは看護に対して明確に答えを出してくれました。

つまり、管理と教育は専門職看護婦で判断を必要とする仕事である。それ以外のものは准看護婦、看護助手、ものによっては医師あるいは検査技師、あるいはその他の者でいい、そういう答えだったのです。

それから、もう既に25年ぐらいたっています。それなのにいつも看護婦でなくていいものは他部門でやってもらいたいとか、やるべきだとか、そして看護婦本来の仕事をすべきだという声があがってきます。

歴史は繰り返すということがあるかもしれませんが、このモニターがいったこの一つの考え方も考えていかなければいけないことだと思います。特に強調したいことは、現在は看護婦がしていても、将来は看護婦でなくてもできる範囲に入るものが、これからどんどん出てくるであろうということです。

例えば、体温測定はこの3つの中のどこに任せたらいいでしょうか。すでに看護婦でなければ絶対にいけないと考える人はいないと思いますが、血圧測定はどうですか、だれもが測ってる時代ですから、何も看護婦がしなければならぬということはないのです。その測る行為はだれが測ってもいいわけですが、問題は測った数値から、あとの複雑な判断をすることが、看護の主体性のある業務だと思います。

その辺の切り替えをしていけませんと、時代とともにどんどん医療機器は開発をされ、看護用具も開発をされ、いつまでも血圧は看護婦の独占の業務だと思っていたならば、その人たちはおいていかれてしまうと思います。

21世紀になったら一体どんな機械が出てくるかわからないわけですから、コンピュータのグラフィックデザインなんか見えますと、おそらく今、皆が苦しんで考えてる看護計画などは、画面で全部指示されるようになるのじゃないかと思えます。もし、そうなったら看護婦は何をするかも考えておかなければいけない。やがてそういう時代になるかと思えます。

このモニターがいったことは、当時の考え方があって、この業務は看護婦の業務にふさわしいと考えていたものも、今日はもう助手でもあるいは2級看護婦、あるいは技師、検査技師、栄養士、

薬剤師でもいいという形になり変化をしていくと思います。

ただ、その時に我々が、核となるもの、看護の免許を持った人でなければいけないこと、これはしかと握ってないといけないことだと思います。

それで、ここに看護とは何かという看護の概念を一番先にお話をしました。この芯をしかと持っていれば、21世紀、周りがどんなに変化しても我々はこれだけをふまえてやり方を変えていけば、いつの世の中にも対応できるという、地位の安定につながると思います。

極端ないい方をしますと、どんなことが起こってくるか、例えば、食事は全部栄養士に任せてしまう、ベッドメイキングは全部助手に任せてしまう、入浴の介助も全部助手でやる、搬送は搬送チームにしてもらう、薬に関することは全部病棟に進出をしてきて、薬剤師がしてくれる。もし、そのようになった時に、薬に関与しない、検査に関与しない、食事に关与しない、ベッドもつくりたくないといったら看護婦は何するのでしょうか。そうなったら、看護婦は、いらぬといわれます。

むしろ、福祉介護士が体をきれいに拭いてくれて、安楽に休めるようになってくれればそれでいいということになってしまうかもしれない。

なぜ我々が、国家試験を受け、免許を取って国家登録をして看護をするかといった時に、やはり国際的に通用するレベルの中から、看護というものをとらえておかないと足元をすくわれてしまう。そう思いますね。また、それだけのことをやらなければ第三者は、医師と看護婦がどんなに病院の中で大切な位置付けにある人かを理解できないと思います。

結局医師の指示に忠実に働く人が一番いい看護婦だということであれば、医師と同じレベルには扱われない、そういうことです。医師の指示を受けて動くわけですから、看護婦の指示を受けて動く看護助手と同じように、医師の下についての役割、主体性がないという解釈も出てくるわけです。

やはり我々のこれからを考える時に、まず、看護の基本的な考えをしっかりと持つことです。

時代によって簡単な業務とか中間的なものは、変化をするということですから、今やっているこ

とが将来も看護婦が必ずやらなければならないという規定はないわけです。それをどううまく合理化していくかということを考えないといけないと思います。

Ⅲ 看護サービスの提供

次の看護サービス管理の中で、そういった基本的なことを踏まえて、看護サービスの提供をしていく時に、1つはここで区別をしていただきたいことで、病院で行うサービスと医師が行う診療サービスと看護サービス、この中でオーバーラップしてるのは病院の行うサービスと看護サービスですね。この辺がまだまだはっきりしていないところがあります。

それは何かといいますと、病院の職員の中で一番数の多いのは看護婦である。看護婦は患者さんのためにと結果的に何でも引き受けるから、年々歳々量的に業務量が増えてくる。こういう実態があります。

例えば、MRSAが増えてきて、いろいろな病院で手洗いをきちんと実行しよう、そうすればMRSAの発生率が下がる。では、その手洗いの準備はだれがするのか、消毒薬の準備は看護婦が今してると思いますが、部屋に入る医師、看護婦が使い捨てのガウンをもし使うとしたら、一体そのガウンはだれが準備するのでしょうか。これは看護業務でしょうか、ガウンを準備して、脱いだガウンを破棄する作業はだれの役割なのでしょうか。

何も考えないで、だれも他がしてくれないから、もう患者のためには体を張って看護婦がやる以外にない。大変雄々しい精神ですが、それを一生懸命やるために肝心の看護の計画を立てたり実践の評価をきちんとして、患者さんを支援することがおろそかになった場合にどうでしょうか。

病院としてすべきサービスと看護サービスという意味で、ケアをするためにどうしても我々が責任をとらなければいけない業務、そこは将来看護部門で整理をしていかないといけないと思います。今まではどちらの病院もそこに置かれた構造的な1つの枠があって、そこで働く看護要員の人数が決まっていて、ドクター、その他の関係で業務がどの病院も一律ということではないのです。

その中で将来21世紀を考えたときにどれは他職種に移せるかということ、病院のサービスすべきことのふり分けを、やはり看護管理者は、考えておかないといけないと思います。突然その日はやってくるわけではありませんが、いずれは病院がそういう方向に行かざるを得ないと考えています。

看護サービスを取り上げてみますと、

看護部の組織については、組織図で示されています。命令系統で組織図が表されておりますから、縦割りですね。つまり、権限と責任を分散して一番広がったところが、第一線で働いている看護婦さんのところまで続いてくわけです。ドクターの組織図とは非常に違っているということです。

看護部の組織図はピラミッド型といわれています。頂点に看護部長、総婦長が厳然としていて、ツルの一声でそれが全部下に流れていって動く看護部の組織だったわけです。絶対的権力を持っていたのですね。

だから、私が就職したころの看護部長の一声は大変なことでした。何のためにするのですか、なぜ、今やらなければいけないのですか、そういう討議も何もなく、いわれた一声でそのまま四十数年前は動いてた時代があったのです。

ところが、時代とともにいろいろなことが複雑になってきて、この縦割りだけでなく横のつながりが必要になってきました。

組織図の中は命令系統で縦割りであっても、活動をする時に横割りの協力性が必要になりました。

看護方式で、権力集中型から権力分散型に変形を始めたのが今から25年ぐらい前かと思います。

総婦長、看護部長1人で決定していたことが補佐の副総婦長、副看護部長という位置付けが作られるようになってきたのです。これは総婦長、看護部長が1人で握っていた全権を何人かの人に分担をしてもらう、つまり、責任と権限を譲って広がった業務に対応をするというやり方を始めたのです。

特に、その時に期待されたことは教育婦長の役割をとる副総婦長、つまり、院内教育を充実するために、総婦長がすべての権限をもって1人です

るのは限界があり、副総婦長に院内教育、継続教育の責任を譲っていく、そういう形になってきたのです。

病院によっては看護婦確保のため婦長が職場を離れて探しに行くのは効率が悪いですから、そういったことを専任にする。病院のPRをし、たくさんの応募をしてもらうよう、各看護学校の説明会に行き説明をする、看護部長が1人やっているのではなくて、責任の分担をする。権限や責任を下に渡していく。

もっとこれが進みますと、1看護単位の責任者が持っていた責任と権限、つまり、患者さんの計画を立て実践をし評価をするという、その役割をそれぞれの看護婦に全部渡してしまう、これがプライマリーナーシングです。

権力分散型の看護方式といえばプライマリーナーシング、1人ひとりの看護婦がそれぞれ受け持ち患者の計画を立て実践をし、その評価に対して責任を持つ役割をとることになるのです。

今まで、何か患者さんのケアについて自分が分からない時は、そこで意思決定をしない、「婦長さん、あの患者さんこうやってますけどどうしましょう」「あの患者さんこうになりましたけどどうしたらいいですか」一々婦長の責任に戻している。だれが患者のケアの責任を握ってるかという、多くの病院の状況は、その看護単位の責任者が握っているところが多い。

1人ひとりが、主体性をもって看護をしているような気持ちになっていますけれど、本来の看護の核になることに関して、自分で判断をして主体性をもってやっていくとなると、なかなか切り替えが大変です。今、多くの病院はそれをしようとしています。1人ひとりの看護婦ができるレベルに引き上げようという運動が起こっているわけです。

すでに看護教育のほうが先行してしまっていて、その教育を受けた人たちが、今年ぐらいから就職を始めてると思います。

今、現場で変革が起こりつつあることは、婦長、総婦長、看護部長の意識変革が起こる前に、周りからヒタヒタと押し寄せてきている。

その時に、こんな看護婦では困るとかこれじゃケアできないとか、私には分からないとか、何と

かしてほしいとかといっている。もうすでにそういう卒業生も出てきているということなので。

いくつかの病院はプライマリーナーシングを試行していらっしゃいます。日本に紹介された文献のような形で完全実施ということは非常に難しいということです。確かこの考え方は大変素晴らしい考え方です。

私どもも新しい病院に移ったら実行したいという夢を描いて引っ越しをしたんですが、半年たつて大きな壁に突き当たりました。

最初に考えていたように病院が広がり、慣れない看護婦がたくさん入ってきました。1人ひとりがプライマリーナースとしての訓練が充分されていないということが1つの要件でした。

毎日婦長室に患者の動態の報告書がきます。例えば、稼働ベッド数、外来の人数入退、転出移動や収入などを気を付けて見ているうちに、気が付いたのです。退院する患者在院日数が、いやに短く感じられたのです。それは10日以下がほとんどでした。

プライマリーナースという受け持ち看護婦が、どれだけの計画を立てて必要事項の実践ができるかということが大きな壁でした。

回転が速くなるとそういう問題も起きてきます。婦長会で討議をした結果、短期の入院は、一つの型に個性性をのせてケアをしよう。プライマリーナースは24時間ないし48時間に査定をして計画をきちんと立てて記録をしなければいけないわけですが、慣れない看護婦が考えていたら、患者は退院してしまうのではどうにもなりません。

そんな経験をしたある日、アメリカのメイヨークリニックの教育担当の婦長さんが、病院の見学にみえました。プライマリーナーシングはアメリカ発祥ですから、平均在院日数が7日の現実の中で、このプライマリーナーシングが考えられてきた。私のところはまだその倍の12日あるけれど、現実的には行き詰まって非常に困ったという話になった時に、彼女はプライマリーナーシング、あれはもうアメリカでは古いといわれてしまった。あの考えは非常に素晴らしい、けれども、今あの考えで実践してる病院は、アメリカでもそう多くはない、それだけの人手を擁してそれだけのこと

をできる病院は素晴らしいけれども、大多数の病院はできない。

その言葉を聞いて、私も考えてしまいました。最高の看護だと日本に導入されたのですが、受け持ちは受け持ちでもやり方を変える、入院から退院まで、1人の患者さんを責任をもってケアをするという精神は素晴らしい、けれども、それをすべての患者さんにするか、どうかは方法論である。

その後でつくづく考えました。看護婦は人間と人間とのかかわりだといっているから、瞬間的に相手を見て、どれだけの深さで査定をするかで勝負がつく。それだけの訓練をすれば2日の入院でも看護は専門的にできるはずである。過去の先輩はそれを経験のうえから身に付けてきたのですから、現代の人は経験が浅いからそういうわけにはいかないですが、本当の専門職の看護婦の行う看護といったら、どんなに時間が短くても、必要最低限の査定が瞬時的にできるだけ能力開発をしなければいけないのだなと思いました。

それは大変な至難の業だと思います。ベテランの婦長が一看護婦として作業をするという内容の看護になるからです。そのくらいの看護の質が上がれば、看護婦の定義にあるように、あるいは看護の定義にあるような看護婦像ができあがるのではないかと思います。

これは一朝一夕では無理だと思います。将来、21世紀に向けて看護婦の教育が高くなり、どのレベルについていくことができるか、これからは臨床の場での勉強が非常にものをいってくるような気がします。

IV 他部門との関連

看護サービス提供のなかで、他部門との関連です。業務改善のなかに出てくるような内容ですが、他職種との連携がいろいろいわれています。

薬品、医療機器、消毒はだれがするか、衛生材料はどこでだれによって整えられるか、リネン、環境の整理、患者の安全あるいは記録、看護情報あるいは病人に関する情報の処理の仕方など、これがどういふふうに変わるかということです。

多くの業務はオーバーラップしていて、その業務のほとんどは看護婦サイドに入っています。

例えば、看護助手の業務内容として、日本看護協会の病院看護基礎調査の報告が1993年に出されています。

この中で、看護助手がどんなものを実際にしてるかという、一般病院も老人病院も一番多いのは、他科受診、検査、リハビリ室への輸送で、79.2%が患者さんの搬送にかかわっている。2番目の作業は入浴、シャワーの介助です。3番目が食事介助。4番目が寝間着の交換、そして5番目が排泄介助となっています。

そうすると、患者さんの搬送は助手でなければできないかということです。なぜ、看護助手に搬送を頼んでいいのか。他職種には頼めないのかという問題があります。すぐに心配することは、搬送の途中で患者の容体が変わったらだれが責任をとるのかということになると思います。私はここが看護婦の主体性だと思うのです。容体の変化する心配のある患者は看護婦がすると判断すればいいわけです。そういう患者さんばかり搬送するような病院だったら、これは他の職種には譲れないという判定をしなければいけない。多くの患者は、途中でそういう危険がないから助手に運ばされているのだと思います。

皆様方の病院では助手さんが患者の搬送をする場合に、どういう基準で委任してるのでしょうか。おそらく婦長の判断だと思うのですが、その判断も途中でそういうことが起こるかどうかでなくて、今忙しいから看護婦を行かせるか、助手を行かせるか判断で行かせているとしたら、判断の根拠が違ふと思いますね。

もっと看護婦がしなきゃならない仕事のほうの優先だから、ともあれ助手の人に行ってくださいといういい方が現実なのかもしれませんが、この辺が将来看護業務を整理していく時に、絶対に看護婦がしなきゃならない患者もいるはずですよ。

これが看護助手の業務内容のとらえ方です。

他職種とのかかわりのなかでは、周辺業務に病棟看護婦がかかわってる病院の比率がありまして、最も多くかかわっているのが心電図、モニターの保守、点検も、ベッドメイキングとそれから点滴、注射薬のミキシング、それから配膳業務です。このように分析の結果が出ています。

こういったことが譲れるか、譲れないかは、相

手にそれだけのゆとりがあるかないかなのです。相手の意識改革をしないといけない。それは看護婦業務だと最初から思って育った人はなかなか手にゆずれない気持ちがあります。

薬のミキシングはこれは調剤と同じである。薬剤師の責任においてすべきである。そういう意識を薬剤師のほうが持てば、いつまでもこちらに忙しいからと看護婦に押し付けてないと思います。

だから、病院の中その他職種との関係はそれぞれの相手の職種の意識改革も必要です。こちらが一方的に、あなた方遅れてる、ほかの病院はやっていますよ、早くとってください。といういい方はだめだと思います。薬剤師本来の業務でないですか、私どもはもっと400点業務とか病棟に出てきて、患者家族に薬の指導もしてもらいたい、本来業務をもっと積極的に行ってもらいたいです。そういう方たちが病棟に進出してくるのは大歓迎です、といういい方をしていかないと、我々忙しいからこれもやってくれ、ということでは話はずまくいかないと思います。

それから、ベッドメイキングですが、これも看護婦がかかえこんでる仕事です。ベッドメイキングは看護婦でなければいけないかということです。

もしこれが日本の畳の上で生活してる病院であれば、おふとんの上げ下げは家族がやっているわけですから。少し動ける人はリハビリで自分でやればいいわけです。ところが、どうしてベッドになると歩ける人までのベッドも看護婦がつくらなければいけないかということです。ホテルでしたら、メイドさんの仕事です。もし、病院の中のベッドが病院のサービスであるならば、看護部門がつくる必要はないと思うのです。これもやはりものの考え方の変化だと思います。

もしも、看護婦がベッドをつくらなければ、患者の容体がうんと悪くなるかというところではない。そういう恐れのある患者のベッドは看護婦がつくればいいのです。それ以外はだれがつくっても同じではないかと思います。

他の分野との、他職種との連携をどこで線引きをするか、これは病院全体として、だれがすれば最も経済的な有効であるかを考えないといけないと思います。

ですから、ベッドメイキングも1つのベッドについて10分かかるとすれば、看護婦が作った時の賃金と看護助手が作った時の賃金とは違うのですから、もっと経営的な面からそれを考え直さないといけないと思います。

何でも患者にかかわることはすべて看護婦の責任である。あまりにも責任感が重過ぎてできない量まで抱えこむならば、むしろほかの人の手を借りて、肝心ななめのことを握っているほうが私は効果的な気がします。

本当に看護婦は、病院の中で働く人たちの給与を考えますと、ドクターを除いて非常に優遇されているのです。一つは夜勤というものがあるということもありますけれども、時給をそれぞれの職種で並べた時に、果たしてこれはどの職種がやったら、経営的に合理的なのかという考えを持つ必要があると思います。ただ、その中で医療行為とか直接ケアに関してはある程度法的制限がありますから、どれでもすべて渡してしまっているとはいえませんが、この点について、21世紀を踏まえた時に、だれがその線引きを決めてくかということです。これは第三者には決め難いことです。看護婦自身、看護婦の団体で、これは看護婦でなくてもできる仕事で、こういう危険性はないだからこれは他の職種がとるべきであるという声明書ぐらい出してでもいいのだと思います。そのくらいの研究の裏付けをして、はずしていくことは考えなければいけないと思います。

つい最近ですが、テレビである病院で開腹手術をする時の鉤持ちを素人にさせたという話題になりました。開腹手術の鉤持ちです。これは鉤持ちのかけ方によって、手術がしにくかったり、引き方によって後のきずの治りが悪いかもかもしれませんが、これが果たして免許を持たない人のできる行為かどうかということでの話題でした。

将来21世紀になると看護婦になる若い人口が減るのです。これ明らかなことです。

今までは8人から10人に1人看護婦を選んでいて今日の状況なのだそうです。ところが、21世紀になったら4人に1人、ものすごく少ない数の中から看護婦を選ぶ人が出てこなければ、今の数は確保できないといわれているのです。

そうなりました時に、今のやり方では看護婦が

足りない。はっきりいって対象が増えますし、看護婦は増えませんから、そうなった時にその代替案を自分たちが持っていないといけないわけです。それは国がしてくれるとか、それは看護協会が考えてくれるとか、それは、考える役割は院長だとか、人のせいにしていたら、自主性がないわけです。主体性がないことです。我々はこういう看護、こういう設備の中で提供します、という看護婦の知恵を集めておかないといけないと思います。

この他部門との関係は組織としての運営になりますから、役割分担の取り決めということをしていかなければいけないのですね。だれかが考えてくれるという依存性はもう捨てないといけないと思います。今までは、看護婦は一方的な見方をすれば、医師にいわれたことに関して素直に聞いて実行すればいいというふうに教育されてきたような気がします。だから、なぜするのですか、なぜこの量が必要なのですか、どんな結果を期待しているのですか、と聞かないで、いわれただけをやる。

でも、これからはそういう問を明らかにいえるような環境を作っていかなければいけないと思います。やたらなことをしたら看護婦に注意をされるという医師が増えるようになることだと思います。

病院全体として、お互いにどの部門が何を分担するかということを決めていくことが必要だと思います。これが役割分担の取り決めです。

例えば、外来の看護そのものを考えてみましても、患者さんが初めて外来を訪れた時に窓口立つ人はだれなのか、看護婦なのかそれとも助手なのか。もし外来の待合室でずっと待たされて、それを看護婦が見たら、この人はだれをおいても先に診察の順番を回さなければいけない状況であると判断し責任をとることが、役割分担だと思います。下手をすると全部事務にお任せということも起こりかねないのです。これが他部門との関連になります。

V 看護業務内容の変化

看護業務内容がどんなふうに変化をしていくかということ、21世紀の予測をしていった場合、

医療内容の変化に合わせて求められる看護は当然出てくるわけです。特に、病院の類型化ということが行われてきますと、高機能病院のようなところになりますと、おそらく各領域の医師の専門分野に合わせた看護婦の訓練が必要になってくると思います。

今まで、看護婦は広く浅く何でもできるケアを中心に計画を立ててということが最優先されて教えられてきました。

でも、ここに至って、やはり病院が類型化で分かれた時に、高機能病院となったならば、医師の診療介助が前面に出てくると思います。その診療介助の時に、診療介助ができるだけでなく、その上にどういうケアが必要かの判断ができる看護婦をつくっていかないとはいけません。

例えば、日本にCCU、ICUが導入されたころ、最も優秀な看護婦だと自負していた人たちは、何をやってたかということ、モニターの前に座って心電図を読むことを専一としていた。24時間3交替で心電図を見て、変化が起きたら患者のところに行く。

ともかく新しい機械を理解して、新しいことに対応できる、それだけの学問をする看護婦が一番いいと、最初に飛び付いたんですね。途中から、いや、看護はそうではない。この変化をベースに患者にどういうケアをするかが本来の形であると、機械の前に張りつくのは検査技師に譲って、ベッドサイドに戻ったという時代的な流れがあります。

ですから、また新しい医療機器が生まれてきたり、高機能病院になって新しいことをやるようになりますと、下手をすると看護婦は医師の助手的なことだけに主眼がおかれてしまう。それはまた昔の失敗を繰り返すことになります。その点は気をつけておかないといけません。ただ、技術的に介助ができる、医師とともに動け、そのうえに、それをベースにケアができなければならない、そういうことが多分要求されてくると思います。医師にしても、すぐに動けない看護婦はまどろっこしくて役に立たないと、感じるだろうと思います。

次に、看護婦の高学歴化という大きなうねりが今、看護界を襲ってます。これは看護婦の4年制

教育がどんどん計画されております。各県で大学も生まれてきている。一体大学を卒業した看護婦が現場に出てきたときに、どれだけの実務のことができるかという問題があります。今申し上げましたように深い、たくさんの知識を持った看護婦を養成しなければならないわけで人間を査定する職業だからなのです。今まで欠けておりました心理学的なものや一般教養、だれもが身に付けていかなければいけないもの、そのうえに専門教育を乗せていくわけですが、4年間教えても、すべて網羅して教えるには短か過ぎます。医師の教育は6年といわれておりますが、その医師ですら、皆様方が研修医として入ってきた新米のお医者さんを見ると、危なっかしくて、何ができるのだろうと思うような感じですよ。

だから、看護婦も将来4年制になってもおそらくそういう感覚が持たれるようになっていくのではないかと考えます。そうなってきたときに、広く浅くという、求めた形をどうするかということです。

おそらく、慢性疾患療養病床型になると技術的なこと以外に、リーダーシップを発揮する役割が看護婦に求められると思います。

高機能病院と異なり、ゆっくりと落ち着いて患者のケアをしたい、というふうと考えて選ばれていったとしても、看護婦に期待されることは、いろいろな人たちの力をいかにまとめてケアを効率よくするかという、リーダーシップを発揮する役割が期待されると思います。

また、4年制の学校に行くチャンスがなかった、もうすでに役職に就いてしまった人たちはどうするかということですが今は大学の開放ということがいわれておりますから、いろいろな形で生涯教育の一環として、自分で自分の単位を積み取っていく、積み重ねていく、多分そういう時代になると思います。

もうすでに、2年の短大、3年の短大ですか、この卒業生は18単位か20単位が取ると、4年の大学卒業とみなすという一つの考えが出てきております。

それがうまく軌道に乗れば一般の3年の看護学校を出た人たちも、実務経験を何単位かに認定し、それによってどうい単位をとればいいのか、働

きながらアメリカと同じように単位を積み重ねていく、そういう形の門戸がまもなく開かれるような気がします。今までそのことはずっと望んできましたけれども、それが少し光が見えてきたような気がします。それは何も看護大学でなくても専門科目は何単位、一般の科目が何単位という形に多分なると思いますから、普通の大学生でも1つの大学だけで全部単位をとらなくてもいい、そういう時代に入ってくると思います。

だから、これから看護婦の教育も他の国では最低4年といわれているのですから、日本だけが3年でいいということにはならないと思います。やがて、世界のうねりの中に飲み込まれていくと思いますので、高学歴化というのも当然起こってくるということを予測しておかないといけません。

それから、看護の細分化、これはスペシャリストの導入ということです。

看護婦として、まずは実務に入って実践をして、それから何年かたったらプライマリーナースのように、1人の患者のケアに関して責任をもって行動ができるようになる。これが大体就職してから、これ私の私見ですけれども、10年ぐらいこういうことをした後、将来どうするか、教育の好きな人は看護教育に進めばいい、そしてそういうことがわずらわしくて数字をいじってコンピュータを眺めてるのが大好きだという人も出てくるかもしれませんから、そういう人は研究者になればいいと思う。今、非常に看護の研究者って少ない。一部の人が修士論文と博士論文で研究者をしてらっしゃいますが、看護そのものの改革につながる研究を系統だっている人は少ないような気がいたします。こういう人たちを育てていけないといけないと思います。

例えば、夜勤の勤務帯をどう組んだら最も効果的になるとか、それが経済的に合うか合わないとか、そういう研究を専門にする人は看護婦の中にいない。結局は他の職種の人たちの知恵を借りて、出せないかという形でまとめてもらっているのが現状です。もっともっといろんな意味で入っていく必要があります。

看護婦の人員配置についても、午前中お話がありましたように、これから週休2日制になった時に年間の稼働時間、1人の看護婦が年間、稼働何

時間と看護必要時間によって配分していく。そういう発想の転換をしないとイケない。どういう組合せの人を重ねるかということになりますと、看護婦のレベル評価をしていかないといけない。これがまた充分に開発されていない。そして、しかも患者が必要とする看護力をどうはかるか、これもまだ完璧にはできてないのです。

日本で今実行されているのは、看護協会から出された看護度が唯一あるだけです。あとは虎ノ門で開発をしました T.N.S の計算方法です。簡単でだれもがすぐにできる方法を、やはり開発していかないといけないわけです。看護部長が日常管理の片手間にこういうことができるかと思ったら、そんな簡単なものじゃない。専門にそういうことを研究して、プレテストをして結果を評価して、全国的に拡げていかないといけないと思います。研究者はこれから開発をされなければならない分野です。

それから、看護管理者の教育、もうすでに、地方によってはファーストクラスの看護管理者の教育が始まっている県があります。

もう1つは、臨床が大好きで大好きで、管理や教育は私は向いていない、患者さんのそばにいるのが一番好きという方はこのスペシャリストを選ばれたらいいと思うわけです。ただ、看護協会を出してきたスペシャリスト試案は、専門看護制度の検討委員会から答申が出され、会員検討の資料から抜粋したものです。

看護協会の専門看護婦の役割はほかの看護婦の実践のモデルになるということがあげられております。実際にしてみせるということです。

それから、教育をする。いろいろなケアの査定に対しての支援、教育をする、そして相談に応じる、コンサルテーションです。そして、自分たちの領域を深めるための実際の研究をする、分析をしていく、これがスペシャリスト、期待される役割です。

現在は、小児看護、精神看護、救急看護、腎不全患者看護、脳卒中患者看護、がん患者看護、があげられています。

どのようにして資格を得るかという試案が出ています。これも一つの生き方ですし、将来大学のほうで検討している単位認定制度による、新たな

大卒の看護婦を、看護婦の免許をとった既得者から増やしていく、そういうことも検討されてるわけで、大変目まぐるしくうねりが大きくなって変化していくと思います。

それから、もう1つは看護内容に関するもので、看護倫理があります。今まで看護倫理はナイチンゲールの聖詞のことをいっていましたが、実際に臨床の場面にありますと、告知の時、看護婦がどうかかわるかとか、尊厳死協会に入ってる人が入院した時に、どういうふうにそれにかかわるのかなど、まだリビングウィルといわれているこの尊厳死に関することは、あまり日本でも論議がされておられませんけれども、ターミナルケアの中で最善を尽くすという表現をしています。それは医師の満足の最善なのか、家族の満足の最善なのか、本来の患者さんが生きてる時に、意識がなくなる前に望んでいた最善のことなのか、そういうことがごちゃごちゃになって、今、医療の現場では延命術が行われているわけです。こういった問題がこれから非常に厳しく取り上げられるようになると思います。

かつてインフォームド・コンセントといまして説明と同意、患者さんによく分かるように十分説明をするということが非常に大事であって、今、医学教育の中でもそれが取り上げられる方向で進んでおりますが、こういった動きの中で、看護婦もある程度こういった動きを理解していないといけないと思っています。

それから、もし看護研究が盛んになりますと、何でもかんでもアンケートをしたり聞いたりして集めればいかと勘違いをしまして、相手の気持ちを傷つけてまでアンケート用紙をつくらせてはいけない。これはやっぱり看護倫理に関することなんです。

例えば、がんで家族を亡くした患者さんの家族に、あなたの家族はがんで死んだ時はどうでしたかと聞く、これは本当に倫理的に許されるのか、許されないのかということです。嫌な過去の悲しい思い出をまた掘り起こして、再び聞き返されるということが、看護という立場から必要なのかどうかということですね。

だから、これは倫理的といえれば広い範囲になりますけど、患者さんから情報を得る時に、いいた

くないことはいわなくていいんですよ、という言葉は足りている看護婦さんがいるのでしょうか。何しろ全部あからさまに聞かなければ看護情報はとれないと思って、全部印刷をして片端から聞くというのが今までのやり方でしたが個人のプライバシーを尊重しなければいけません。

本当に聞く内容は、これから看護計画を患者さんと一緒に立てる時に、何が必要かという判断のもとに聞く項目を選ばなければいけないわけです。それをむやみやたらに掘り起こすことは、看護倫理にかかってくるのではないかという気がします。

その辺の意識改革も看護婦には必要で、それが専門職になればなるほど必要になってくるということです。専門職でなければ、いわれた範囲だけ一生懸命やってればいいわけですけれども、専門職となるとそういうことが将来我々が立ち上がった時に大事な一つの項目になると思います。

それから、日常業務の改善は医療サービスとか看護サービスとか病院サービス、こういったものの区分けをこれから徐々にしていかなければいけないと思います。また、看護関係者、看護婦の中の管理者に最も弱い面が経営的なとらえ方だと思います。

今までの看護管理者はどちらかというと、いいケアをするためには、ここまでやらねばならないという理想を追い求めてきました。それほど状況がみじめだったといいますか、足りなかったんですね。だからここで我々が踏ん張っていいケアを見せなければ、第三者は理解してくれない。そこに重点をおいて、ともあれ人は必要である。こういうことはほかの職種でとってもらって看護に専念しなければならぬといういろいろいつてきたわけですが、それがいつまでもそういえる状況下であるかということも、ここ数年厳しくなってきたわけです。

そして、その厳しくなったのは、病院経営そのものが厳しくなってきた。そして、その中の看護ですから、これは理想を追ってだけ要求をしているわけにいかなくなってきている。看護単位の責任をもつ婦長の意識改革をしていかなければいけないと思います。自分の守備範囲は一月いくら収入があって、いくら支出をしているか。

そういうことぐらいは常識的な数字として、看護部長のレベルでなく、1看護単位の責任者が知る必要があります。

これは十数年前に私が経験したのですが、サンフランシスコの聖路加病院を見学に行きました時に、見学のグループが院長、事務長、総婦長という組合せだったのです。そこで病院見学をしたあと、質問のやりとりがありました。ある国立病院の院長先生が「私は病院管理をしていて毎年予算が定まっているが年度末になると要求が多くなって、どうしても5%以上膨れ上がる。それを抑えたいと思うが、非常に難しい。特に医師の要求は強くいつもオーバーして赤字になる。こちらの病院ではそういうことはないのか」という質問でした。

私どもの前に座っていた病院長と、病院長というより、病院長は日本の病院長と違います。日本は医師であることという法律がありますが、アメリカは病院管理者ですから事務系の方ですね。その人と総婦長さんと顔を見合わせて、その総婦長さんが、サッと座を立ち彼女が持ってきたものはCCU病棟の収支の細かい収支でした。4週間に1回ずつ看護部長あるいは総婦長がチェックしています。どういうふうにチェックしているかというと、CCUに何人患者が入院していくらの収入があった、その間に何人の看護婦が何時間働いていくら給与を払ったか、それから、薬品はいくら使った、衛生材料をいくら使った、その他どういう項目でいくら使った、4週間ごとに締めまして赤字であったならば、総婦長はその婦長を呼び出して、あなたのところは患者に対して余分な看護婦を出動させて働かせている。これはあなたの責任であるから、考えるようにいって差し戻すそうです。

病院管理者の方が、「だからわが病院は2%以上は予算をオーバーすることはない」とはっきり答えました。

そして、その後が大変でした。「あなたは院長を何年してらっしゃいますか」という質問が出たんです。最初に質問をした病院長さんは、「私は17年してますとおっしゃった」「日本ではずいぶん長くできるんですね」とこういわれた。見学の全員が聞かれました。私はちょうど総婦長になって

5年目ぐらいでしたから、今年で5年目だ、答えました。

そして、全員に聞いた後で「当サンフランシスコでは管理職の在職する年数は平均4年である。4年たったら優秀な人は引き抜かれる、だめなのはクビになる、だから4年だ」そういうことをいわれまして、皆ギャフンとなりました。つまり、管理職に評価表があるということです。だから、管理職は1看護単位の婦長といえども、経営に参加しているのです。

だから、ワシントンDCにいらした住吉蝶子先生が、日本に帰っていらして、いろんな話をされた時に、今年は私にはボーナスがない、なぜなら、私の病棟はプライマリーナーシングをするために、今増改築をしていて、ベッドの配分を変えているから、何床分か入院患者が減って収入が落ちている。それは私の責任であるから、今年の暮れの給与は下がる、とはっきりそう言ってました。

では、日本の婦長さんはどうでしょうか。何かというと、病院長も事務長もケチだから、いったことも分ってくれない買ってくれない、人のせいにして、自分たちはどれだけ稼ぎにかかわっているかは本当に考えてないのが現実です。

ただ、病院の経営上これだけ赤字だというのを示されると、ああ、そうか、じゃ、節約をしなければいけない、何を節約をするのか、鉛筆をちびるまで使いましょうとか、メモ用紙を新しいのを買わないで裏紙を…。本当にささやかなこときり考えないのです。

看護婦1人雇うということは年間何百万円かの支出になるのです、それを簡単に1人雇ってくれ、2人雇ってくれと、中には3人いなければだめですとまで、要求だけをしていた時代はもう過ぎたということです。

ある定数を経営管理上話し合いをして決めたら、その中でいかに効率よくするかということで、この効率をよくというのは労働を加重するという意味ではないわけです。どうしたらば労働も少なくて効果的な組合せで、皆が気持ちよく仕事ができるかというのを考えていかないといけないのです。

これが経済性でして、それを実施していくためにはどうしたらいいかというと、看護管理者の意

識改革以外はないのです。1人ひとりの婦長さんたちが、看護部長さんこうやりましょう、といってくる盛り上がってくるような意識改革をしていかなないと、これはできないということです。いくら笛吹けども踊らずで、看護部長1人が躍起となっていえばいほど逆効果になるということもありますから、一番いいのは現場の1人ひとり、ともかく看護リーダーと呼ばれる人たちが、これは大変だ、自分たちが何とかしなければという空気を起こすことが、総婦長の仕事ではないかという気がします。

VI 変化への対応

そのためには、卒後の教育、1人ひとりの看護婦の能力を開発すれば効率よくなるわけで、いいケアができるわけですから、婦長によっては、私がいなかったら私の病棟は動かない、だから私が頑張ってるのだ、とこう思ってる方もおいでになるわけですね。そういう病棟に婦長のいない時行ってみると、非常に和気あいあいと効率よく皆働いてるんですよ。そんなものですね。

自分がいなきゃ絶対に動かないことはあり得ないわけですし、いなければ代りはだれかがリーダーシップをとってやってるわけで、自分がいなきゃと思って、そこに居座っていると下が伸びないということもあります。明日、自分がいなくてもよいという気持ちをまず持たないといけない。

それは、自分が不要な人間であるということではなく、下の能力開発をするためには、重しがないほうが芽がよく伸びるわけで、いかに芽が伸びるような脇役に回るかということだと思います。

私も最初に主任の辞令をもらった時に総婦長にいわれました。「あなたはきょうから1看護単位の責任をとる主任の仕事をしてもらいます、だから、明日からあなたがいなくてもいいように部下を育てなさい」これが辞令をもらった時の言葉です。明日からいなくてもいいようにとの言葉で、私は何か付けたりで、穴埋めにそこにおかれたのかしらと思って、若い時でしたから、一時期ひがんだことがあります。明日からいなくてもいいよという意味は今思えば深い意味があったと思います。

個々の職員の能力開発ということは、皆のレベ

ルが上がれば楽になるということですから、効率よくなることで必要です。

それから、自己の能力の啓発ですが、これからいろんな場面で勉強していくチャンスがたくさんあると思います。本当に看護婦さんはよく勉強しますし、婦長さん方もよく勉強してらっしゃいます。ただ、この勉強が気分的に聞いて終わりではなく、自分で計画的に身に付けていく勉強が必要だと思えます。聞いて満足していたら進歩がないわけですから、聞いて一歩出ることが必要かと思えます。

看護に対する考え方、受け止め方の意識改革、これが一番大切かと思えます。
私も本当に不勉強でして、看護協会からいい本

が出ているのに、忙しくてなかなか読む時間がなかったわけです。今回このことをお引き受けして、いろいろな調査、研究があるはずだから、この中に学ぶことがあるかもしれないと、大急ぎで取り寄せたのです。皆様方もいっぺんに本をたくさん買ったら結局はツンドクになりますから、看護婦のリーダーたちは本を活用されたいいのではないかという気がいたします。

以上、21世紀の看護部というのは、先ず自分の意識改革がある。そして、自分と一緒に働く若い、次をつなぐ婦長さんたちと一緒に意識変革を起こすことである、ということを経験の言葉にいたしまして、この話を終わりにさせていただきたいと思えます。御清聴ありがとうございました。

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

(B 6判 84頁) 頒価1冊390円(送料実費)
(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 日本病院会 〓 102 東京都千代田区三番町7-2

FAX 03-3222-0016



第24回 日本医学会総会 1995 名古屋

名古屋総会広報

No. 1

THE 24TH GENERAL ASSEMBLY OF THE JAPAN MEDICAL CONGRESS 1995 NAGOYA

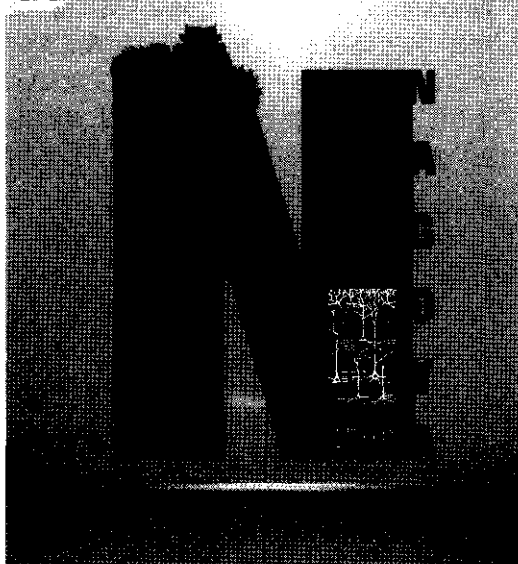
発行 1993年 秋

THE 24TH GENERAL ASSEMBLY OF THE JAPAN MEDICAL CONGRESS 1995 NAGOYA

第24回 日本医学会総会 1995 名古屋



人間性の医学と医療
— 生命の世紀をひらく —



会期 = 平成7年4月7日(金)・8日(土)・9日(日)

会場 = 名古屋国際会議場
ポートメッセなごや(名古屋市国際展示場)
愛知芸術文化センター

主催 = 日本医学会
後援 = 日本医師会/厚生省/文部省/通商産業省/科学技術庁
日本学術会議/愛知県/名古屋市
主務機関 = 名古屋大学医学部/名古屋市立大学医学部
愛知県医師会

人間性の医学と医療 — 生命の世紀をひらく —

現代医学の学術と技術は、人間の自然のあり方にまで深く影響・干渉し、人間存在の根底をも人為の手中に置くにいたっています。この神に代わる業(わざ)を医が正しく、かつ人間の主体性の尊重の上に行い、発展させるには、「生命」「人間」「精神」についての、より深い把握・理解が不可欠です。

生命の世紀と名づくべき21世紀に向けて、人間に関わる学としての医学の責任は極めて重く、真に、多くの人々の信頼を勝ち得、人類に希望の光をもたらさうような日本医学のルネッサンスの扉を開くことは、現代のわれわれの重要な課題であり、使命です。

このような基点に立って、メインテーマは「人間性の医学と医療—生命の世紀をひらく—」と決めました。第24回日本医学会総会を、平成7年4月7日から9日まで、28年ぶりに名古屋で開催いたします。医師だけでなく、広く一般の人にも開かれ、また世界にも開かれた有意義な総会を企画しています。多くの方々の参加をお願いします。



第24回日本医学会総会
会頭 飯島 宗一

登録開始 = 平成6年(1994年)1月

区分	医師または研究者	左記のうち卒業6年まで または大学院生	コ・メディカル	学生または同伴者 (登録者のご家族)	会誌
特別割引登録料 —平成7年1月31日	30,000円	15,000円	8,000円	5,000円	12,000円
通常登録料 平成7年2月1日~当日	35,000円	20,000円	12,000円	8,000円	

お問い合わせ

第24回 日本医学会総会事務局
〒466名古屋市中昭和区鶴舞町65

TEL 052-732-6622 FAX 052-732-0036
名古屋大学医学部附属病院共済会館内

パネルディスカッション

看護業務と看護のあり方

平成5年8月・東京・ダイヤモンドホテル

座長	日本病院会参与	行天 良雄
パネリスト (発言順)		
1.	土浦協同病院総婦長	重村 淳子
2.	聖路加国際病院副院長	井部 俊子
3.	健和会臨床看護学研究所所長	川島みどり
4.	兵庫県立看護大学長	南 裕子
5.	医療法人大雄会会長	伊藤 研

座長(行天) ではただいまから17時まで約2時間15分にわたりましてパネルディスカッションをしたいと思います。

看護関係の方が大分おいでになっていますけれども、院長、事務長、その関連の幹部職員の皆様方も大分みられています。昨日今日とございましたお話の中にも点々と出ていましたように、看護問題はこれからの病院にとりまして極めて重大な問題でございます。

今日はとりあえずいろいろな立場の方たちから5人お越しいただいてまして、看護論というものをとりあえず述べていただきますけれども、実はフロアの皆様からも当然管理者の立場あるいは同僚の立場その他でご注文があると思いますので、なるべくディスカッションと申しますか、ご意見の交換を高めて病院の経営と運営に関してどれほど重要な問題であるかということ具体的に詰めてまいりたいと思っています。

したがって私が最初に偉そうなことを申し上げることはないのですが、昨日今日といろいろな方々のお話を伺っていると、まざまざと感ずることは、時代が激しく動いているということ、

キューアからケアに移ったといわれて、ケアこそ看護の時代といわれてきましたが、それもさらに大きく流れを変えながら、上を通り過ぎるような形で時代が動いて行ってるような感じがします。

したがってそのなかでの見解はさまざまです。当然いろいろご意見なりお考えがあると思います。それから当然看護業務という問題が、一体どのくらいに幅が広いものか、当然その中での看護のあり方がどんなに拡大し、あるいは限りなく広がるものであるかというもので出てまいりますので、話はものすごく幅が広いと思いますから、とりあえず各演者の方々のお話にまず耳を傾けていただいて、部分部分で結構でございますので、皆様方のご意見と交換したいと思います。

それからお手元でございますノートと、お並びいただけます順番が変わってますのは、そういう意味でご発言順を少しずつ変えさせていただきます。

個々のご紹介は後ろの方にいろいろとございますけれども、どこの学校がどうこうではなくて、私の方から簡単にご説明いたしますと、最初にお話いただきます土浦協同病院の総婦長をしてらっしゃる重村淳子さん。この重村さんは文字どおり現場の看護一筋できていらっしゃる方です。そしてご結婚なさいましてちょっと身を引かれましたけれども、登内院長の強い要請で自衛隊の方からこちらに移られたという方で、ご存知のとおり登内さんの経営方針というものは、相当強烈なものがございますので、これとある場合には戦いながら、看護の地位を高めて今日の病院というものを非常に大きくする力のあった、右腕のような方だ

というのが登内さんのご紹介です。まず右腕の重村さんから話をさせていただきたいと思います。

重村淳子 ご紹介いただきました重村でございます。先ほど行天先生からご紹介いただきましたが、私はパートで勝手に今の協同病院に再就職いたしましたので要望されて来た人間ではございません。そのことを最初に訂正させていただきます。

私が看護職についてから30数年を経ましたが、その間看護業務はどのように変化してきたのでしょうか。

もちろん高齢化社会や医療の高度化などにより、そのニーズに対応すべく変化してきていることは確かであり、そのことは看護学校の教科書やカリキュラムの内容を見ましても伺い知ることができると思います。

しかし、現実にはどのように進歩しているかは明確でない部分が多く、決して満足のいく看護業務が行われているとは考えられない現状にあります。

当院におきましても、「予防から在宅まで」をキャッチフレーズに看護の質の向上に取り組んでまいりましたが、実際にはまだまだ満足のいく看護とはいえません。

確かに保助看護法でうたわれている看護業務の中の診療補助業務の部分である検査や処置の介助などの看護技術は、トレーニングされ向上していると思います。

私自身30歳代後半で、それまで経験したことのない心臓血管外科と脳神経外科の混合病棟で一スタッフとして勤務に就き、検査や処置をマスターすることができました。

当然、その他の看護全般についても経験してまいりましたが、果たして看護を専門職として主体性と独自性をもって行ってきかたと問われれば、残念ながらイエスとは申せません。

その原因はいろいろあると思いますが、ここで今まで当院で歩んできました看護を振り返りながら、今後の看護業務と看護のあり方を考えてみたいと思います。

当院の概要ですが、ベット数は882床でそのうち救命救急センター165床、NICU 6床、人間

ドック17床を含みます。

診療科目は21科目。1日外来患者数は約1,650人、1日入院患者数は約620人、在院日数は23.5日、全職員数は約800人、そのうち看護職員は約450人で健康管理、救命救急、一般診療、訪問看護などを実施している地域基幹病院です。

看護科の経緯でございますが、今から20年前に基準看護1類で3交替制が実施されましたが、その当時の正看護婦と准看護婦の比率は4:6でした。

その4年後に比率は逆転し6:4となり、現在は8:2の比率で、全病棟が特3類をとっています。

次に当院における看護業務の問題点と解決方法を述べてみます。

私が当院へ就職したのは約19年前です。当時、看護計画もメモ的で、カードックスの一部に記載され看護診断や看護過程の展開などというものはほど遠く感じられました。

当然看護記録も診療の介助が中心で、処置記録のようでありそこに存在する看護業務は診療の補助業務で、療養の世話の大半は家族に委ねられていました。

正直、私がそれまで教育され実践してきた看護業務はほとんどなく啞然といたしました。このような状況の中で看護の質の向上を図るということは至難の技とも思いました。

看護を看護として魅力あるものとするために、どうしても看護に対する問題意識が必要と考え、1985年から3年間をかけてPOSの導入を試みしました。

正式なPOSとは異なりPONRから始めましたが、その理由は医師の理解を得ることの困難さや医師と共有するだけの看護側の能力の不足を認識したからです。

このPONRの導入により問題意識に目覚め、次表のように各学会での発表内容からみましても業務改善に対する取り組みも増加しています。

また看護方式も従来は機能別看護でありましたが、現在はチームナーシングやプライマリーナーシングが行われるようになりました。

これは、個別看護や継続看護の必要性を理解してきたためであり、POSの成果として評価した

各学会で発表した内容と題数

内 容	1990	1991	1992
疾患別・症状別看護	21	15	10
患者・家族指導	3	5	9
創意工夫・機能回復	2	9	8
継続看護	4	7	4
業務改善	6	6	12
管理関係	3	7	3
調査	5	4	5
その他	3	0	4
計	47	53	55

いと思います。

実際に、POS導入がベッドサイドケアの拡大につながっているか否かを知るために、時々アンケート調査を行ってまいりましたが、本年2月のアンケート調査結果では、「前年と比較してベッドサイドに行く時間が増えた」は53.8%、「看護ケアの時間が多くなった」は46.2%のように、POS導入による記録の改善や申し送り時間短縮がベッドサイドケアにつながっており、看護の質の向上に結びついてきています。

しかし、多様化、複雑化している看護業務の中で、より良い看護を提供するにはまだまだ問題があります。

それらの問題を取り上げてみますと、まず看護職能自体の問題として考えられるのは、まだまだ、看護業務に主体性、独自性、創造性が少なく惰性に流された業務から抜け切れていないということです。

例えば、検査や処置が終了すれば看護ができた、という錯覚に陥っているような看護婦がまだいます。

これでは、ベッドサイドケアの拡大を図り、患者さんに大きく還元することは期待外れになるでしょう。

そこで、ベッドサイドなどに出向いているか否かをみる指標の一つとして、ナースステーションに何人、いわゆる何%の看護職員が在室しているかを調べればだいたいの見当がつくと考え、短期間ではありますが調査した結果、申し継ぎ時間などは慣習的に集まっていることや、その他の時間にもかなりの人数がナースステーション内に残っていることが実証されました。

そのことから、ベッドサイドケアの拡大には、できる限りナースステーションを離れて業務を行う意識づけや方法が必要と考えます。

このことは、現場の責任者である病棟婦長が業務管理の分野として、積極的に取り組むべきと考えています。

もう一つの問題は業務整理が不十分なため看護と介護を区別した業務分担ができていないことです。

看護婦、准看護婦、看護助手の業務整理をすることにより、それぞれの職種で責任とやりがいが生まれてくるのではないのでしょうか。

現実的には、准看護婦が過半数を占め、看護業務を担ってきた歴史や、看護婦不足のなかの改善は抵抗や問題もあると考えますが、看護の変遷や質の向上を考慮し、できるだけ早期に検討し実現に向けてたいと考えています。

また、医師との問題につきましては、医師の看護婦に対する評価が看護ケアよりも診療補助業務に対する評価の方を高く見ていると思います。これは、いまだに医師と看護婦は上下関係にあるという感覚や看護業務を十分理解していないことが原因だと考えます。

指示に関して申しますと、医師は医師自身が診察した経過から指示の変更や追加が行われることが当然でありながら、現実的には、不必要な指示が継続されている場面も見かけることは、患者さんに対してはもちろんのこと、看護業務に負担をかけていることであり、必要な看護ケアの時間を短縮させる原因ともなっています。

すべての医師に当てはまるとは申しませんがもっとベッドサイドに行くことにより精神的問題をも含めたケアが望まれます。

申し継ぎにつきましても、看護婦の申し継ぎは看護問題が中心であり、診療に関する申し継ぎは医師同士や看護婦との情報交換程度であるべき姿が、現実的にはかなりの部分が看護部門に委ねられています。

このことは、看護業務の複雑化や責任の明確化を欠き、看護ケア拡大を遅らせる一因になっていると思われます。

また、コメディカルとの問題としましては、事務的業務や薬剤業務などに委譲したい業務はかな

りありますが、それぞれの立場で、人手不足などを理由に委譲の受け入れはスムーズにいきません。

これは、看護科自体の説得力不足もありますが、病院全体の中で業務整理や業務改善として取り組む大きな問題であります。

現在、部分的には改善を図りつつありますが、更に進めていく必要性を痛感しています。

以上、当院における施設内での看護業務に関する問題点を述べましたが、次に、地域看護である訪問看護を取り上げてみますと、ここにもまた看護業務が発展しにくい点が見えてきます。

当院の訪問看護は1989年4月からボランティアで始まり、同年11月から正式に開始しています。対象は当院で診療を受けた方であり、継続看護の必要性から始めたものです。

また、1990年から本年3月のまでの3年間は、厚生省の指示で在宅看護モデル事業が行われ、茨城県でも5カ所の保健所が対象になりました。その際、当院も土浦保健所の協力病院としての訪問看護を行いました。

このモデル事業で得られたことは、保健所や市の保健婦、社会福祉協議会などの福祉関係者、また介護を支える会、医師会などの関連性が深まったことです。

しかし、保健所の保健婦が行った訪問事例は、在宅酸素程度に絞られ、本当に在宅に移行させた事例は保健婦の関わり方の限界や受け入れ条件などが問題となり、結局は当院での訪問看護以上の成果を出すことはできずに終了いたしました。

そこで感じたことは、検討委員会のメンバーの過半数が看護の実践者ではなく、リード役が事務局であり、これでは看護業務の発展につながるはずがないと思いました。

現在、看護協会などでも訪問看護ステーションに力を入れておりますが、24時間体制や感染いわゆるMRSAやHIV感染などに対応する幅広い看護業務を遂行するための知識・技術・精神力の上にマネージメントまでができることを必要とされるであろうことを想定しますと、前述程度の対応や実践内容に不安を感じている1人です。

以上のような現状から今後の看護業務と看護のあり方を考えてみますと、まず、病院格差がある

ように、看護職の構成などにも格差があります。

それだけに、ここで強調したいのは、現実をとらえ、それぞれの環境や条件の中で最良の看護を提供するための体制作りや業務改善を図り、理想の看護に近づける努力を継続していくことが大切であるということです。

また、これまで看護職は総合職としてどのような場面にも対処できることが望ましいと考え、そのような看護職能人の育成に努力してきたと思います。

しかし、看護職能に対する期待やニーズにこたえ質の高い看護を提供していくためには、あまりにも業務が拡大しています。

そこで、看護業務を見直し、他部門への委譲を図ることは重要なポイントであり、病院全体の大きな課題として、それぞれの施設で検討することが望まれます。

また、看護職自体が看護業務を整理していくことも重要であり、その方法として、1つは看護業務を能力的分化することです。

これは、例えば専門業務は看護婦で、准専門業務は准看護婦で、非専門業務は看護助手などというようなことを原則とすることです。

これは、資格による区分ととらえて、それぞれに見合った業務を行い、お互いの立場を尊重し合うことで、チーム力の強化を図ることができるのではないかと考えています。

2つ目は、看護と介護を区別し、看護職能間の役割や業務分担を明確にすることです。

これは1番と関連しておりますが、これらを完全に区別することはできませんが、看護の主役は看護婦であり、介護の主役は介護福祉士または看護助手などが行うという考え方です。

3つ目は、専門看護婦の業務を明確化することです。今、看護界では看護大学を増設し、看護のレベルアップを図るとともに緊急看護・がん看護・精神看護・感染看護・地域看護などの専門看護婦の養成をして、それぞれの分野で活躍できるように計画し、実施されていることは非常に好ましいと考えています。

しかし、現場の大半は看護婦や准看護婦であり、専門看護婦の力は十分発揮できていないなどの声も聞こえます。

このようななかで、専門看護婦が存分に活躍するうえにも、業務内容や位置づけを明確化し、良い人間関係のなかでリード役を果たせてこそ、実践の場で専門看護婦が評価され、必要性を認識してもらえらると思います。

その方法は各職場で十分検討することが先決です。

その他、看護業務の中でも夜勤問題は大きく、各施設で今後も検討されていくことと思います。

しかし、私が今ここで述べたいことは、夜勤人数と回数の問題です。医療の高度化や救急医療に対応する夜間業務は大変難しいものがあります。それに対応するためには夜勤人数を1人でも多く増員したい現状です。

しかし、夜勤人数を増やせば回数制限の問題から必要人員も増加せねばなりません。

このことは、看護婦不足や病院経営をより圧迫して、現状では無理な話だと思います。

そこで、看護人数と回数の関係にもっと幅を持たせた考え方が必要であると考えます。

また、そのことを考慮に入れての夜間看護等加算であるべきで、現在の診療報酬のように、全病棟がその条件を満たしていなければ認められない規定では、夜間業務の負担を軽減することは困難であり、回数もさることながら、1回の疲労度が大きくなっていることを考慮に入れた検討が必要であると考えます。

以上、看護業務などについて述べてまいりましたが、最後に看護のあり方として強調したいことは、看護職能の人々がどのような立場に立とうとも、人間を愛する精神と看護本来の仕事である生活行動の援助、理論的・科学的に行える基礎的基盤をしっかりとらえた看護を行っていくことが重要であると思います。

このことが、看護の独自性・主体性・創造性につながり、自らがデザインした看護を行うことにより、自他ともに満足のいく看護に発展し、看護職の魅力が引き出せていけるのではないのでしょうか。

また、より良い看護が病院評価や経営を好転させることとなり、経営にも参画しているといえるでしょう。

そのような看護のあり方を追求していきたいと

考えております。

どうもありがとうございました。

座長(行天) ありがとうございました。土浦協同病院の重村さんのお話でした。ご紹介の時に一部先走ってまして登内院長の強い要請というふうに申し上げましたのは訂正させていただきますが実情は同じことだご理解いただけたと思えます。

その次は同じく日野原院長の強い要請で副院長に就任されました井部俊子さんにお話をお願いいたします。井部さんは、どちらかと申しますと、いわゆる教育なり、看護理論の構築のほうが主でして、現場は幾らか体験されておりますがそれをもとにして展開されているというふうに伺っております。どうぞ、お願いいたします。

井部俊子 ご紹介いただきました井部と申します。私はご紹介の中に、半分は日野原先生にというのは大体当たっておりますが、後半の教育家であり理論家であるというのは当たっておりません。私は実践家というふうに自分を位置付けております。

皆様のお手元の資料は「看護業務アメンバー論」という試論です。これに基づいてお話をさせていただきます。

私は5月から聖路加国際病院の前任者の内田さんの後を継ぎまして看護部長、副院長という職位で仕事をしております。

本論に入ります前に、聖路加病院というのはどういう看護婦たちがいる所かということについて簡単にお話しいたしまして、そのうえでそういう環境の中で働いてこの数カ月の間に感じていることがこの資料になっております。

聖路加国際病院は新病院になりましてちょうど1年と3カ月経とうとしています。しきりにマスコミなどでは、赤字の病院だというふうにいわれてまして職員の中にも、外壁はピンク色なのですが、それが真っ赤に見えるというふうにいっている職員もいるくらいです。外壁はピンク色をしていてとても素敵な色なのです。

その中で看護職員の数ですが、6月現在は看護婦は439人います。産休を3人含んでいますが、全員いわゆる正看護婦で準看護婦はいません。

看護助手が67人いまして、トータルで看護職員は506人になっています。

全病院の職員が1,000人少し超えてますが、およそ半数が看護職員ということになります。その他にもパートタイムとか、アルバイトとか内勤とか様々な一時的雇用者がおりますので大体それらが61人くらいいます。

管理職を除きます看護婦の平均年齢は26.4歳で若い人たちが多く働いている病院でございます。ドック病棟が1つありますがその他に一般病棟が16病棟ありまして、1看護単位最大で35床の病院の構造になっています。

VIPの個室はもっと1看護単位が少ないベッド数で構成されています。小児科病棟を除きます全室個室でシングルケアルームというふう呼んで造られております。

常勤の看護婦と看護助手は合わせて326人でございますので、単純にオープンしている病床数485床との比較でみますと1.48ということになります。もちろんフルに病床が埋まっているわけではありませんので占床率8割をみますと看護婦1.2:患者1という割合になります。1.2:1というのはわが国では非常に高い割合ということになります。

しかしながら、超過勤務は非常に多くあります。例えば4月現在の1カ月間の超過勤務時間数は5,000時間を超えております。5月は4,000時間に減っております。4月のオリエンテーションという新人が入ってきた時期は非常に超過勤務が多く、月平均1,200万円の超過勤務手当が看護婦に対して支払われているという現状です。

こういう状況ですので、1.2:1という比率であるにもかかわらず看護婦はハードワークを実感してまして、疲労や士気の低下が見られます。

したがって看護業務を合理化するということは急務でありまして、合理化の一番大きな点は、病院管理、あるいは病院の機能、あるいは病院のシステム構築というのを早急にやらなければならないと思っています。

資料の方に移らせていただきますが、まず「看護婦と看護」ということで、看護婦はどんなことにやりがいを感じているかということです。看護協会が1991年に調査いたしました資料で、1部

抜粋して使わせていただきました。

「看護婦として働くなかでやりがいを感じるのはどんな時ですか」という質問に対して、「患者のニーズにこたえて的確な援助や満足のいく対応ができる」というのが1位を占めております。

2番目が「仕事の中で、自分が人間的に成長したと思える」。

3番目が「患者やその家族から感謝される」。

4番目が「機械の操作や医学的知識をいち早く身に付け活用する」。

この「患者のニーズにこたえて的確な援助や満足のいく対応ができる」ということが看護婦たちが一番やりがいを感じることでございますが、それが病院の様々な事情から実現できていない現状があると思います。

「看護と看護業務」ということにつきましては、先ほどの病院のシステムを構築しなければならないと申しましたのはここに関連していることですが、看護業務つまり看護を含んだ看護業務というのに対し、私はアメンバーではないかと思えます。ここにアメンバーの絵があります。アメンバーのコアになっているミトコンドリアの部分がいわゆる看護という私たちがその「やりがいを感じている看護」ではないかというふうに思っています。

他の周辺の触手を伸ばしている辺りが広義でいう看護を含んだ、特に看護婦が行っている業務として、看護業務と名付けますと、この看護業務の形は病院によって、あるいは時代によっても変化するようなことではないかと思えます。ですから看護業務を一定の尺度で測定することは非常に困難であると思えます。

つまり看護業務は病院システムによって規定されるということになります。病院システムというふうに抽象的に書きましたが、一体それはどうということなのかということを少しローカルなある病棟の事例に基づいて説明させていただきたいと思えます。

これは実際に看護幹部会で用いた資料の一部でございます。

ここでは救急部と心臓外科、内科、循環器、それから一般内科を含む混合病棟でございます。

日勤だけでなく準夜、深夜にも救急入院が多

い病棟でICU・CCUも後方病棟も兼ねている病棟です。そこの病棟の婦長が提出してきた書類ですが、先ず薬に関することです。「救急が開始されて、内科外科そして精神科も含め扱う薬品の量と種類が増えた。そのたびに救急や重症度の患者を気にしつつ処方箋を持って薬局へ走る」それが一つ大きな問題なのです。

救急で外来も病棟も24時間フル回転しているが、経口薬はコンピュータ入力为中心で平日も時間制限があり日曜・祭日には端末が開いていても薬局は閉じている。特に救急は日曜・平日、夜間・日中の区別なく稼働している。したがって薬局の態勢が不十分なためにある場合には処方箋1枚持って薬局に走らなくてはならないという状況が生じています。

医師のオーダーが遅く搬送に間に合わなかったりすると、注射係は点滴を作るのに追い回されるというようなこともあります。点滴を作っている間に、ナースコールが鳴りますと業務が中断されてしまいます。

検査に関するのですが、救急や心臓外科の開始によって様々な検査が増えているわけです。したがって24時間、特に夜間は、たとえスピッツ1本持って行くにも人の手で運ばなくてはならない状況で、夜間病棟を離れる、もともと人数が少ない夜間態勢ですので非常に不安が大きいということを書いてきています。

搬送に関しましては、新病院になりましたから自走台車を使っておりますがそれではレントゲンフィルムやチャート、検査結果の報告、などを運ぶのに使っていますが、検体や薬の搬送にまだ活用されておられませんので、そういうものを運ぶのが結局看護婦の人手ということになるのです。

これは病院の内部の問題かもしれませんが、朝一番の搬送が午前11時近くになるので、朝食後に来た薬もストック薬の範囲でしかいけず、患者の不信感につながる。薬をもらうために手書きの処方箋を急いで書いてもらって、二度手間になってしまうというような細かいことが多々積み重なっています。

それからもう1つは診療部門のこと、特に医師のオーダーに関することなのですが、これはみなさんの病院でないかもしれませんが、医学部を卒

業したての医師が多い教育病院ですと、若いドクターがオーダーを出すので、ある内科系の病棟からは定期処方日にいかに医師のオーダーが不完全かというレポートが出てきてました。定期処方日の実体です。まず医師がコンピュータに向かってオーダーを入力するのですが、オーダーとコンピュータで日付けが違うというのが3件。間違い・ミスオーダーがあるというのが8件、中身は化学療法の薬の量がオーダーシートと処方箋で違うとか、ルティーンの前投薬などのオーダーが洩れているとか、抗生物質などの量が間違っているとかというような諸々のことが8件。それからなにをして欲しいのか意図不明なオーダーが2件。コンピュータ処方箋締切の4時半になっても出されていない定期処方が5件。

トータル18件が不完全なオーダーでして、その度に責任の看護婦は医者を追いかけて回しまして「先生これはどうするのですか」ということに多くの時間を費やさなければならないという現状があります。

こういうことからみますと、看護業務というのは周辺業務に非常に大きく影響されてまして、したがってこのアメンバーが太るのか痩せるのかというのは、全て病院管理の問題でもあっていると思います。

3番目に看護婦と看護業務です。今お話し申し上げましたように看護業務が肥大化することは、看護婦にとっては好ましいことではありません。

したがってどういうことが起こりますかと申しますと、「私達は勉強したい」と勉強したい願望が非常に強くなりまして、私は5月に就職いたしました、何人かの中途採用の方々の面接をしました、多くの方たちは「勉強したいのでここに来たい」ということをいいます。黙って聞いてますとここは学校かと思うほど「勉強したい」と述べられます。そのたびに「ここは職場でございますので」というふうにいわなければならないくらい「勉強したい願望」をお持ちです。

これはどういう深層心理なのか後で南先生に教えていただきたいと思うのですが、29,30歳の中堅といわれている人たちが転々と職場を移っているという現状があります。それが「青い鳥を求めての職場移動」と書いたのです。6,7年の経験を重

ねてきた人たちが、職場を動き始めているという
ようなことを感じます。

私たちはPOSなどといって患者の問題を探そ
うとしてますが、そこに行き着く前に力尽き矢折
れて撤退してしまうというような状況があるよう
に思います。

結論としまして、看護婦不足や看護問題とい
うのは結局は病院管理の問題であり、ひいては医療
制度といったような社会制度に関連していくもの
ではないかと思っています。

座長(行天) ありがとうございます。

それでは3番目に、今度は野にいて看護問題を
実践されてる、これはご紹介間違いないと思うの
ですが、川島みどりさんにお話を継いでいただき
ます。だんだんおもしろくなってまいりましたの
で、おっしゃりたいことを存分におっしゃってくだ
さい。

川島みどり 川島でございます。在野で看護の
ことをいろいろ考えたり、実践したりしていますが、
私が今います臨床看護学研究所は、おそらく
民間の法人が持っている唯一の看護学研究所では
ないかなと思っています。

実際には不採算部門なのですが、法人として看
護学研究所をもっているということが、病院のイ
メージアップにつながっておりまして、病院を2
つ診療所を6つ持っていますが、立地条件が悪い
にもかかわらず自称マグネットホスピタルとい
ってよい程に看護婦の充足状況も順調です。そう
いった関連病院で日々起こっておりますいろ
んな看護業務上の問題とか、複雑な人間関係とかを
目のあたりにし、また仕事の関係であちこちの看
護学校や、卒後教育、更に私のところにも研修生
が全国から集まっていますので、現物のナマの情
報を入手しやすい立場にいます。したがってこれ
からお話いたしますことは、特定の病院の話では
なくて、日本全体の一般的な病院に一般的に起
こっていることというふうを受け取っていただ
きたいと思います。

最初に私の考えます看護を一口でいいますと、
「病気や障害や高齢であってもその人が人間の尊
厳を維持しながらその人らしく生きていくうえで
欠かせない諸々の営みを、その方たちの個別の状

況にふさわしいやり方で手助けをする」というこ
とであると思います。

したがって本来なら自分でできる生活行動を阻
む要因、例えば苦痛や意欲低下や機能不全や不能
や不調に絡む不安などをできるだけ軽減するとい
うことは、看護婦の大きな役割であると思いま
す。

次に看護業務ですが、業務という言葉自体は、
法的な意味合いをもっている言葉であると思いま
す。そこで基本的には看護業務を規定する「保健
婦・助産婦・看護婦法」の条文に添った解釈を抜
きにはできません。しかし現実には現在看護婦が
現場で行ってます全ての仕事を、看護業務とい
うふうに捉える向きもあります。

そのことが看護婦の現在直面してる多くの問題
の根源となっていることも事実であります。先日
厚生省の看護業務検討委員会の答申が出されたば
かりですけれども、その答申を読んだ限りでは、
看護業務検討委員会も法的な看護業務と捉えるの
ではなくて、現在ナースが行っている仕事の全て
を「看護業務」として論議されたという印象を受
けたのです。

つまり実際に看護婦が行っている仕事は、その
施設の背景や条件によって、まったく異なるとい
ってもいいと思います。そしてその多くは法を
意識しないままに目の前にその仕事があるからこ
れを看護婦が行うという現実があると思います。
そしてそのことをそのままに、いろいろな改善策
がいわれるのですが、それでは大変片手落ちでは
ないかなという思いがしております。

そこで今日はたくさんお話をしたいのですが、
時間の余裕もありませんので、現在看護婦不足の
一つの要因ともなっております、保助看法の中の
看護の二大業務の一つであります診療の補助業務
についての問題を提起してみようと思います。

ほんとは私の看護観というか、看護論の中心
は、もう1つの療養上の世話の方に大きく価値付
けをするということなのですが、今日はあえて診
療の補助業務に焦点を絞ってお話をしてみよう
と思います。

ご承知のようにわが国の看護婦は明治7年の医
制公布による新しい医師の誕生とともにスタート
しました。主として診療介助をする女性として始

まったということが、欧米の看護の発生とはやや様子を異にします。

このことが実は100年にわたって看護婦の社会的な地位・待遇・業務内容、更には医師との関係にも様々な影響をもたらしてきました。

なぜ私が今日このことを強調したいかと申しますと、3～4年前から看護ヒューマンパワーの不足ということで、看護婦不足で大変苦勞してる病院が多いのですが、その看護婦不足の要因は、例えば待遇を良くする、労働条件を改善する、人間関係を良くすることでかなり取り除けるのではないかといわれてますけども、どういふわけか医師との関係についてあまり触れられてないような気がいたします。

この問題は非常にタブー視されてる側面がありまして、こここのところを今日院長先生たちもおみえになってらっしゃると伺いましたのでお話をしようと思いました。

わりに最近なんです、ある小さい病院で卒業したての若い看護婦が3,4人一度に辞めるということがありました。小さい100床前後の病院にとりましては、3,4人の若いナースが一度に辞めるということはものすごいショックです。やっとの思いで就職を決意してくれたのに日を経ずして辞められるのですから。そこでなかなか本音はいわなかったのですが、いろいろ調べてみましたら原因として医師との関係というのが浮かび上がってまいりました。このことをきっかけに、やはり近年の看護ヒューマンパワー不足の解消にあたって、また看護業務ということを考えるうえでも避けることはできないなというふうに思ったわけです。

いろいろ調べてみましたら、一言でいうと医師の横暴ということにつきます。例えば勤務中、当直のドクターに電話で指示を求めて怒鳴りつけられるというようなことは、昔からあることで私たちもそんなに驚くに値しないと思いますが、これだけ男女同権とか、フェミニズム、セクハラなどがいわれてる時代にもかかわらず、いまだに若いドクターの中には縫合針の付いたままの持針器を介助の仕方が気に入らないからといって手術室の中で投げつけたり、内視鏡の際に吸引器の手渡し方が気に入らないといって看護婦を蹴飛ばしたり

といったような状況もあるということを知りました。

また彼女たちが憤慨する内容は、看護婦なら書と次第によっては抗議をしたり、上の先生にお話をして解決をする道もあるのですが、弱い患者さんに向かってさえそれに似通ったような行動をとるといふ、非常識ともいえるような振る舞いがあるということも知りました。

だれでも人生経験を積み重ねながら成長していくのですから、若い先生を頭ごなしにどういふことは今のところいわなくてもいいかもしれません。百歩下がってその医師のパーソナリティで割り切るにしても看護業務改善の1つの的を医師集団としての看護婦への対応に絞りにきれないといふところに、とてもなにか看護の弱みといふかあるいは病院全体の問題があるのではないかと思います。

といいますのは私も40数年看護婦をやってきました、この診療の補助業務に対する疑問といふものはかねてから持っておりました。

もちろん保助看法できちんと規定されてます業務ですから、それをいやだといふナースは1人もいないと思います。やらなければならないといふことはみんな承知しております。

しかしそのありようといふものは、病院の中における医師のヒエラルキーによって昔の名残そのままの場合が圧倒的に多く、しばしば看護の主体性が発揮できないという点にあります。

幸いなことに私は心から尊敬できる医師との付き合いもたくさんありまして、私の病院ではもの分かりの良く対等にディスカッションできる医師が多いのですが、それでもなお医療チームにおける医師の集団の存在の重さは他の社会ではみられない現象ではないかなというふうにも思います。

医師過剰の時代が到来するといわれながらも現実には医師が不足している病院も多いわけですから、そのしわ寄せが結局一番近くの看護婦にきているということになるのでしょうか。

先ほど井部さんもおっしゃったように、看護婦が一番何を望んでいるかといふと、やはり「患者のニーズにこたえて的確な援助や満足のいく対応ができる」といふことだと思います。

アメリカのマグネットホスピタルの一つのベ

ス・イスラエル病院、つまり看護婦を磁石のように引き付ける病院でも、ベッドサイドケアをしたいというナースたちがたくさん集まってくるということを知っています。

ところが診療補助業務の量の多さに振り回されて、2大看護業務のもう一つの仕事、それは本来の看護婦の仕事といってもよいのですが、次第にできにくくなっている状況というものを、きちんと見なければいけないのではないかと思います。

もちろんこれだけいろいろ医療が高度化してきました、技術も進歩してきたわけですからいつまでも昔のままではいいません。

40年前に静脈注射事件なども起こりましたが、保助看法37条に衛生上危害を生じる恐れのある行為ということをしてはならないとなっていますが、この衛生上危害を起こす恐れのある範囲が次第に拡大していつてゐるわけで、その拡大自体は避けられない現象であると思います。

しかし、現在の看護教育の内容からみてもほとんどの新人たちはそうした衛生上の危害の生じる恐れのある行為についての知識も技術も持ち合わせないままに卒業してまいります。

ですから彼女たちが新しい看護婦になって最初に戸惑うこと、あるいはもう続けてやっていくのが嫌だという理由は、よくマスコミでいわれてます看護の3Kだとか5Kの中にあるのではなく、むしろ学校で学ばなかったことをやらなくてはならない状態に直面させられている戸惑いや不安が、非常に大きいということを見なければいけないと思います。

看護協会の診療補助業務に関する小委員会の調査を見ますと、199床以下と200～499床、500床以上、それから大学病院と分けられているのですが、大学病院というのは医師の数も大変多いですから別枠といたしましても、小さい病院の方がむしろ衛生上の危害を及ぼす恐れのある仕事を引き受ける比重が高い結果も出ています。

つまりどちらかということかなり高度な教育を受けて、比較的安心できる人たちが揃う可能性のある病院よりも、准看護婦の比率が大変高く看護全体の水準もマンパワー確保の関係からさほど高くないと思われているような、病院に限ってかなり危険な医療行為をたくさん行っている事実がある

ということです。

私は看護婦の立場からとやかくいうよりも、その病院に入院なさる患者さん、その病院で医療を受ける患者さんの立場に立ったときに本当にこのままにしておいて良いのだろうかという思いが大変強くあります。

そしてこうした現実をだれでも見ていながら、「この仕事は本当に看護婦の仕事なのだろうか」「これは本当は医師の仕事ではないのだろうか」といった疑問について医局と看護部門がきちっと対等に話し合ったという経緯はあまり聞きません。あるいは日本医師会と日本看護婦協会とが同じテーブルについてこの問題をどうするか話し合うとか合意をめざす努力をしたということを知っておりません。

アメリカではクリニカルナーススペシャリストが誕生した時、どの業務までをそのスペシャリストに委譲するかということについての話し合いが持たれたということを知っていますが、日本ではそういったことがされないままに、なし崩しにただ歴史的経緯と力関係によって、段々看護婦の方にしわ寄せられてきているという実態があるということを知って問題提供しておきたいのです。

もう1つ保助看法上検討しておかなくてはならない問題は、医師の指示を巡る問題です。

これは井部先生が書いていらっしゃることを引用させていただくのですが、医師の指示と看護業務については法的にはどのようにでも解釈できるのですが、井部先生は4つ指摘しています。

1つは看護婦は独自に判断できる領域にまで指示を求める習性をもっているといい、医師の指示の仰ぎすぎといっておられます。

第2に医師に指示をせがまなければならない現状を挙げ、指示を出さない医師、出し忘れの医師に指示を催促する現状を指摘し、第3に組織を無視する医師というふうの評して、けて決められたルールを守らない医師の姿を批評し、第4に東海大学事件で起こった安楽死を例に医師の指示と看護婦の倫理観の相違のジレンマについて述べておられます。

つまり同じ医療チームの中での共同者、パートナーシップを発揮して一緒に働く医師でありながら、古くからの価値観とか古くからの慣習がその

まま引きずり込まれて、指示・被指示関係につながっていると思います。

37条に示めされている行為以外のことまでなぜ指示を求める必要があるのかということです。

最後ですが訪問看護ステーションのことでちょっと申し上げたいのです。私の所も訪問看護ステーションを1つ持っていますが、この訪問看護ステーションについては看護が本当に自営する将来性が生まれた、看護に始めてお金が付いたということで大変画期的なことであると喜ばれたのです。

けれどもよくよく内容を見てみますと、その訪問をスタートするに当たっては医師の指示がなければ決して訪問ができないのです。

つまり患者さんは看板を見て「訪問看護をしてください」「うちのお婆ちゃんの所に来てください」といっちゃるのですけれども「主治医の先生の指示書をもらって来てください」ということを看護婦はいわなければなりません。訪問看護をして欲しい人がいて、そこにステーションがあり、訪問看護をしてあげられる態勢があっても、そこにもう一つ医師の指示書がなければできないというこの現実には本当におかしいと思います。

私がいいたいことは、もし、医師とのコンタクトの必要からそれをいうなら、なぜこれが訪問看護の依頼書であってはいけなかったのか。指示という言葉の中にやはり非常に大きな問題を感じております。

時間の関係で他のことは全て端折らして、保助看法における診療の保助業務に対する医師の指示、ならびに行為に関する看護婦の本来の仕事へのしわ寄せを問題提起して私の発言を終わります。

座長(行天) ありがとうございます。川島先生のいろいろな分野のご体験、相当切実な問題でおっしゃりたい事が一杯あると思うのですが十分過ぎるくらいの重みで伺いましたので。

非常にいいお話を次々伺っております。それでは次に南裕子さんにお話をお願いしたいと思います。

南裕子 私は今兵庫県立看護大学の教育に携わっている者なのですが、この大学は今年4月に

国公立では初めての看護の単科大学として誕生しました。

関西では初めての看護系の4年制大学ということになります。100人の定員に対して22.8倍2,280人の応募がございました。

なぜいま看護大学なのか？

公立の大学にこの2,280人の学生たちが来たことはどういうことを意味するかというと、1つは看護職希望の方たちの高学歴化が確実に起きているということです。

私たちはよく「なぜ看護大学が必要なのか」「看護教育になぜ大学が必要なのか」という時に表の世界では「社会のニードの変化に伴って」といろいろいいます。

兵庫県の場合、どうして看護大学を作ったかといういろいろな理由の一つとして、看護婦志願者の高学歴化が背景にあったからです。例えば兵庫県に県立の専修看護学校がいくつかあるのですが、ある学校では90人の定員に対して応募者はかなりの倍数があるのですが、合格者のうちの上位90人余は入学しないで、他の学校に入るといふ事実があったと同っています。

行く先が看護短期大学や他の看護大学もしくは、まったく関係のない学部の大学ということでした。これから18歳人口の優秀な女性たちを看護界に引き留めておくためには、看護の大学を作っていかなざるを得ないという状況が、一つにはあったと同っています。

こういう現象は日本だけではなくて、目を世界に転じますと、多くの国々ですでに看護の教育というのは当然大学で行うという風潮が高まっています。

ヨーロッパではEC統合を目指して、各国で共通に使えるライセンスが労働市場では必要というわけで、やはり看護教育の基礎は大学にすることが基本的同意事項のようです。

今までは経験を非常に重要視していたデンマークのような国でも、大学化が一挙に高まってきました。

私たちの住んでいるアジア圏にしましても、フィリピンには正看護婦しかいませんが、正看護婦のすべてが大学で教育されています。台湾・タ

イ・韓国でも大学化は日本の何倍も早く時間的にもまた数的にも進行しています。

どの国にとっても、看護婦（士）はある一定の数は必要なので、若者の高学歴化に伴い、看護教育も大学教育に移行しているといえましょう。

大学化のメリット

大学教育にしたら良いというのには幾つかの理由があります。病院看護に限ってみれば2つ位あげられると思います。1つは看護業務の改善につながる分析をしたり改革の提言をしたりする能力をもった人の育成が可能になることです。

2つ目は、ケアの責任の所在が明らかになるだろうということ、看護業務が複雑化高度化してくるにつれて、看護職の必要数はどんどん増えていきます。業務分析をして効率をよくしたり、勤務体制を再検討するには多角的にものを考えて、分析・企画する人材が必要なのですが、今までの看護教育ではそういう点が弱かったと思います。

厚生省は平成5年始めて看護総合対策研究費というのを5千万円予算化しています。この研究には、ケアの質の向上にむけて看護業務の分析も含まれていますが、それはいままでこの種の分析があまりされていなかったからだと思います。大学卒業者は、多角的、総合的にものごとを分析する能力を身につけることが期待されていますので、大学化は、ケア体制の改善にもつながると思います。

大学化のメリットとしてのもう一つは、ケアの責任の所在を明らかにできるようになるということです。

看護職の熱心な仕事ぶりは、他の職種と比べて遜色ないものだと思います。非常に健気に頑張っ

て働く職種です。ところが我々は今まで目の前のことの責任の取り方というのは教育でもいわれ、自分たちもやってきたけれど、ケア全体のニーズがどう変化して行ってるのか、その変化に対してどのように我々は準備しておかないといけないのかということの分析は、ほとんど教育されなかったのです。

ドクターたちは将来を見通して、こういう技術が必要だな、例えば心臓移植の問題というのがいまだコンセンサスを得られていないにしても、心臓

移植ができる技術を持った医者を育てるということは、医学界では当然10数年も20年も前からな

さってる。ところが看護界はそういう形の準備を必要だと見通して実行できる人が非常に少ないのです。

つまりケア全体の責任の取り方が非常に弱い。私は日雇い受け持ち制というのですが、その日その日受け持ちの患者さんを持っている看護婦は、その日その日の責任は取っていきますが、その人が入院して退院までのケアを看護婦としてどのように責任を取るのかということの全体の見通しは1人では何もできなかったのです。それを補うものとして、チームナーシングという方法がとられてきました。

これは看護職のチームのことを主に指しますが、チームで責任を取るというやり方です。チームで責任を取るということになると、かなりカンファレンスを頻繁にしないといけないことになります。ただカンファレンスをする時間がないわけです。よく頑張っているところはやっていますがほとんどのところは抜けていくのです。

ところで最近、チームで責任を取るというようにまどろこしいことではなくて、もっと看護職を鍛えて、一人ひとりが責任を長期的に取るシステムが必要だといわれるようになりました。これがプライマリーナーシングの導入です。

プライマリーナーシングというのは日本語でいうと、お医者さんが主治医と呼ぶのに比べて、主な担当看護婦というふうにお考えくださったらいいと思います。

その看護婦は入院から退院まで全部その患者さんに必要なものを計画し、自分だけでなく他を指導してケアの提供を計画し、実践する役割の人です。

この方法は、かなり高度な看護の知識と技術が必要となり、状況を判断してケアの責任をとるという能力が問われます。

患者さんにとっては、本当に頼りになる人となれましょうし、医師にとってもチームを組んで安心して仕事ができるということになります。しかしこれは、一般教育など十分に配慮された大学教育の中で、専門職として学ぶことが必要になってまいります。

医療技術が非常に高まってきて、患者さんのニーズが多様化してきて、社会のニーズがクオリティオブライフなどで高まってきているなかで、ケアの責任者としての看護職を育てていくことがこれからは大切になってくると思います。

看護婦のキャリア・デベロップメント

ところで看護職というのはローテーションで職場を与えられてきているというのが、今の一般的傾向だと思います。

本人の希望が満たされている病院というのはまだ良いとして、ほとんどが本人の意向にかかわらず配置させられているのが現状です。

異なる場では、学ぶこともありますので、ローテーションが全部悪いわけではありません。しかし、看護婦になって2～3回のローテーションで、経験も5～6年以上になりますと、将来の見通しが見えなくなる傾向があります。

目の前の患者さんのニーズを満たしてあげるといふ喜びもありますが、次第に経験だけでは自分が満たせない患者さんのニーズというのがあることに気付くようになります。それが自分の技量の不足からきていることなのか、それとも看護のシステムの問題なのか医者などとの関係が問題なのかいろいろ考えられます。

看護婦が職場に生き甲斐をもって残るためには、経験を積み重ねたベテランナースのキャリアの発達過程を考えなくてはならないと思います。特に大学卒業者が増えますと、このことは大切になってまいります。

看護婦も自分の興味の範囲というのがあります。これは医師とは違う興味の持ち方ですが…。

看護婦が自分の興味の分野に落ち着こうと思えば、小児病院だとか精神病院だとか特定の患者さんを持った病院に就職せざるを得ないというのが現実だと思います。

一般病院に就職した看護婦は自分の興味ある得意な分野に落ち着いて仕事をすることができないようになっています。

また自分の経験から培ったものや、その人が持っている能力や知識を特別に評価されるというシステムはほとんどありません。

管理職になるか教育職になるかしないと、給料

はまったく年功序列制で上がっていくというのが実状だと思います。

私立の病院で特別昇給を設けてるところもあるかと思いますが、そういう経験を積むことで、本人に力量が付いたときにどういうふう to それを評価するかということが問題になります。

能力の査定の道として2つのことがあげられると思います。1つは、ある特定の分野の看護技術が優れている人には優遇する制度があってよいと思います。看護婦は人を助ける技術を持っていることが大切で、単に査定したり判断するだけでは不十分で、患者さんに実際に役に立つ技術を持った人にならないといけないと思います。

今日のような高度医療の現場では特定分野の技術者を育成しなくてはいけなくなってきているのではないかと思います。また高齢社会を迎えて、看護技術も今まで以上に発展する必要があります。それを看護婦がしなかったらどうなるかという、新しい職種がどんどんできてくると思います。今すでにできてるし、これからもできてくると思います。

高度な看護技術をもった人を優遇する制度は、看護職の生き甲斐となることと思います。

看護職のキャリア・デベロップメントのもう1つはスペシャリストの道です。教育を更に積んで更に関心があって勉強する意欲のある看護婦にスペシャリストの制度を設けて欲しいと思います。

それによって何が得するかといたら、本人の自己満足が高まるだけでなく、病棟の一般看護婦の支えになり看護チームの使える知識と技術が高まっていきます。そうしますと患者さんへのケアの質が高まるわけです。

実際アメリカのスペシャリストたちの動き方をみると、スペシャリストたちというのは本人がいかに優れているかという力を証明するのが役割ではなくて、一般に看護婦たちの力になるという役割がスペシャリストの一番大きな役割だからです。

それによって看護婦は自分の勉強不足を責めないで、もっと目の前にある患者さんのケアを改善していけるのではないかと思います。

今アメリカはこのスペシャリストの時代からナースプラクティショナーの時代に入りました。

ナースプラクティショナーとは更に地域や病院の中でも働いている人がいますが、ある意味で診療の補助といわれている部分を独立させて看護の専門性に行っている人たちです。

これは州によって違いますが、医師と看護婦が話し合っ、看護婦でも検査や薬の処方ができるように法制化されています。

これはよほど看護婦ができるということを証明しないと、とてもお医者さんは恐くて法律的にそういうことは認めることはできないと思います。こういうふうにして看護婦に開業権が広まってきました。

これはアメリカの一事例ですが、私は世界的にそういう方向に向かって行くだろうというふうに思っています。

そうでないと優秀な看護婦たち、優秀な女性たちは看護職の場に入ってこないだろうというふうに思います。

どこからお金をもってくるのか、どうやってキャリアデベロップメントを保障するのかは経済の問題になってくるかと思いますが、今はとりあえずそこまでしたいと思います。ありがとうございました。

座長(行天) ありがとうございます。今まで南さんまで全部当然ながら女性、なかんずく看護の立場でまた看護の中でもいろいろなお考えがあるわけですが、それぞれのお考えの違いはこの後出し合っただきまして、最後に伊藤研さんに医師というよりも管理者、それからご存知のとおり看護の問題を研究されておりますので、そういった広いお立場で、私憤というのは後にしてくださいまして、とりあえず全体のお立場からちょっとお話をいただければと思います。

伊藤 研 行天先生から私のお話がありました。行天先生の立場から私は強い4人の看護職の専門家に、弱い立場の医師側からいろいろと「仕掛けてみる」ということで順序が替わり、最初は私が最初に出る予定が一番最後になったと理解します。私はすでに3年間にわたり看護勤務体制に関して、検討してまいりました。ここではっきり申し上げることは、看護体制、特に現在の勤務体制の問題点は完全に看護婦になりきった気持ちで

なければ現場の看護婦の苦勞は分らないと思ひ自分なりに3年間努力したつもりですが、行天先生の仕掛けにうまくのれるかどうか、期待にそえるか心配です。

病院の運営と経営管理の問題の中での看護業務ということをお初に行天先生がおっしゃいましたが、現在の看護業務に対する考え方は、病院の医療職の立場から、自分が現在置かれている立場で、現在働いている状況の中から看護の問題を考えるのが一般的です。

しかし、一般論の中での看護業務となれば、これは病院の規模、機能を十分に頭において看護業務を考える必要があり現在日本の9,800病院の中で約6,000の病院が中小病院でその中に約500近い病院が医療法上の必要な人員の確保に苦しんでいるという現実があります。そういう状況の中で大規模病院の強者のおごり的な考え方で看護業務検討が行われてはいけなと私は考えています。

しかし看護業務を語るということになれば、当然理想に近い形のものが出てくるのは止むを得ないことです。私の病院の規模機能の中で意見を述べることになります。

平成3年10月から厚生省は看護業務検討会を発足させて、平成4年6月に1年数カ月にわたる看護業務の内容の改善への指針を報告書として出されました。

ではなぜ平成3年にこの問題の検討の必要が出てきたのかという問題をお考えすると、これは看護力の確保という問題に大変大きな障害が出てきて、何らかの形で看護業務の範囲と分担を明確にし、看護の質の向上と需給の変化を因る必要にせまられたことによるものと考えられます。

また昨日、健康政策局長の講演で医療法は飢餓と貧困の時代に決められたものなのだ。だから医療法を改正して新しいことを考えなくてはなといわれたのですが、看護の問題に関しても同じで昭和25年に始まった完全看護はまさに飢餓と貧困の時代のものです。

それから8年経ち、昭和33年には完全という言葉はおかしいということで、基準看護、基準寝具、基準給食という3基準が決められたのです。

しかしこれとても時代の流れからいきますと大変陳腐化しており、時流に合わせるにはどうする

のかということで見直しが起こることは必然であったと思うのです。

そういう意味からいきますと、看護業務をどう見直したらいいのかということで厚生省が識者を集めて1年8カ月にわたって検討されたのですから、皆さんもすでにお読みになったと思いますが看護業務検討会報告書に基づいて対応することが必要だろうと思います。

その内容について、復習の意味で聞いていただきたいのですが、3つの問題が掲げられております。

それは看護業務の現状での問題点は、第1に看護業務自体の内容の問題です。それは直接業務以外の対応が多すぎて十分に看護の業務が果たせていないということです。

それは交替制勤務というものが現在の需要に合っているのかどうかを検討しなければいけないという問題で他の職種との間の役割分担をもう少し明確にする必要があるのではないかという問題であります。

そして2番目には、夜勤体制が掲げられており3交替・2交替・当直制、の問題ともう1つは複数で、月8回以内の夜勤を行うという問題が掲げられています。

3番目には看護業務の改善への意識に関する問題で、申し送りとか勤務体制の3交替制、その他ありますがそういう問題をどうしたらいいのか。

あるいは労働時間の問題について、完全週休2日制の問題を含めてどう考えるか。

また、今までの慣習によって行っている看護をもう少し見直す必要があるのではないかと。

特に今回の報告書の中で見逃してならない問題は、看護婦などの生活向上の観点に立って考えるということを強調していることです。

また、「離職防止や再就職の促進」とか「就業と家庭の両立の強調」という問題が出てきていますが、今後の看護業務を考えるうえで、この問題を避けて通れないことを念頭をおく必要があります。

報告書の中で広範囲の問題ですから、絞って考えますと交替制勤務の問題ですが、現状が3交替が45%、2交替が24%、当直が32%であり、交替制勤務の無理から当直制が増える傾向への懸念

を記載しています。

また、基準看護の3交替という問題が、平成4年の4月から2交替でもよくなったということも含めて看護の体制を考えてみてはと解釈できる内容があります。

ただ現状は皆様方もご存じのように、地方では特3類看護は3交替でなければ、というようなことがいわれています。

これは現場の実態から考えると大変矛盾したことであり、特3類のような看護、あるいは夜勤を4人、5人と必要とするような看護ほど2交替制が便利なのです。その問題はまたあとでお話しするとして、勤務形態については、医療の現場に直接携わっている人たちが、発想の転換をして時流に合ったものに作りかえることが必要です。

先ほどから何回も申してまますように、飢餓と貧困の時代の昭和25年に始まった完全看護、そして33年の10月から始まった基準看護、この時から2人夜勤で月に8回ということがいわれていたのですが、今日の飽食と経済の豊かさを誇るわが国で、なぜ看護だけが35年前の2人で8回をいまだに掲げるのでしょうか。このような時代遅れの看護をあげ、その実現にということでは看護管理者の良識が疑われることになりませんか。

もう1つ国際的な労働時間の短縮を迎えて、それに対応する時代を迎えています。最近の情勢を見ても平成6年から一般企業は完全週休2日制を実施する方向で労働省は指導しています。

ところが最近気が付いてみますと「医療職だけは2年間延期してよろしい」といわれています。なぜ我々だけが延期しなければならないのか反論しなくてよいでしょうか。

医療の現場で働く人たちは他の業界の人たちと違い過剰な労働を強いられるということがあたりまえだという考え方は私は問題だと思うのです。

看護業務の検討会報告書の中で「看護者個人の生活向上の観点に立って考える」と書いてあるのですから、一般職と同じような形で完全週休2日制が平成6年から実施されるように我々が要望する必要があるのではないのでしょうか。

しかし、この問題にはきっと現実をみてもただでさえ不足している看護職の補充を考えればできるはずがない、と反論されるでしょう。

しかしそれは我々の知恵でなんとか対応しながら、完遂するというのが本来の姿ではないかと思えます。

その他看護の勤務形態の問題について、私は2年半にわたって2交替をしてきました。それをやりながら思ったことは、公平の原則に基づく全員参加の3交替制・夜勤体制は今の時代にそぐわないということです。

そのために考えたのは、一番人数がたくさんいる日勤時間帯の人員を安定確保するというところで、その部分は日勤だけでいい。その人たちが交替で夜勤に入るといったことはやめてしまったほうが良いということです。

「ではあとの準夜、深夜はどうするのか」ということにはなりますが、この問題は「これは私がやります」という人たちだけでやればいいという考えで私の病院では現在実施しています。

この体制を実施前の調査では私どもの病院の看護職だけでなく、外部の看護管理者の人たちにも意見を聞きましたが、その答は「そんなことをして夜勤従事者を確保することができますか」という答えが殆んどでした。

しかし私は自分が3交替制勤務についている看護職になりきって考えて、私が20代、30代の看護婦だったらどの形態を選ぶかという考えで、私ならば夜勤を選ぶだろうという条件の勤務体制を作ったわけですから、そんなことはないだろうと思いました。そして、2年数カ月わたる2交替制実施の結果2交替制から3交替制へ変わりたいという人は皆無です。

現在病棟婦長たちが今頭を悩ましてる問題は、夜勤希望者が多くて日勤に説得することに大変な苦勞をしているという現実があります。

それから夜勤回数と労働時間の関係ですが、厚生省の業務検討会の試行中、2交替の問題で私どもは夜勤を準夜・深夜合わせ16時間の体制を組んだのです。

勤務の現場を見ていない人たちから16時間は長すぎる労働過重だなどの意見が出たようです。しかし16時間が長すぎると感じる人は8時間を週4日でもその他別の型でも夜勤として週32時間を勧めればよいという考えです。しかし、16時

間週2回勤務者に聞きますと「16時間はたいしたことはない」というのです。

それはどういうことかといえますと、日勤から深夜に入るときの勤務は24時間勤務と同じだということです。

理由は勤務が終わってからの時間と、入る前の時間をいれますと休む時間は3時間ぐらいしかない。現実そうでしょう。ところが16時間勤務だって途中で1時間半休むのですから、それを考えたら24時間の中で3時間休むのか、16時間の中で1時間半休むのかということを考えてみますと、それほどたいしたことはない。むしろ3交替の時の勤務の方が大変だったというわけです。

これは特に3交替の勤務体制のままに現在のようにならざるに労働時間が短縮されてくると、日勤・深夜入り、準夜・日勤入りということ考えないで勤務体制を組むことは不可能なのです。こういうことも頭において考える必要があります。

当然看護の質の低下が起るのではありませんかという問題に対しては、準夜・深夜の時間帯に相当する夜勤の内容の見直しを行ってこれに対応したことを申し添えます。

それからこのような2交替を実施したメリットはなにがあったかといえますと、週休2日制の実体が円滑に行われているということです。

それから全員が年次有給休暇を完全消化する形ができたということです。

それから離職率が低下した。「日勤夜勤完全分離型2交替制勤務」の試行に当たって1年間実施後は3交替制に戻すという約束で新しく2交替制に内科病棟の参加を求め返事を得ましたが、しかし1年終了後全員が3交替勤務へ復帰することに反対し現在でも2交替制で実施されています。

2交替はなぜ良いかと申しますと特に特3類とか、3交替の準夜・深夜帯を3人でも足りないので4人、5人勤務にする場合に、日勤の数をまったく増やさずに、夜勤だけをスポットで増やすことが可能です。

特に週間で火曜日が術後で忙しいとか、木曜日が看護業務が繁忙だとかいうときにはそこだけに重点的に人員を配置することも可能なのです。

夜勤の問題に関しては、特に大病院ほど夜勤ができない看護職員は常勤では採用し難いという問

題があります。

国家公務員の初任給をみましても、看護職の初任給は夜勤を前提として対応された感じがします。4年制大学の卒業生より初任給が高いということは、そのように考えてみなければ理解できません。

夜勤のできない人を看護婦が足りないという理由で採用しますとその人は、夜勤を前提とした恵まれた条件で給与をもらうということになります。

直近の発表されている実働看護婦数を現在にあてはめ推定して、現時点では約90万人の看護婦さんが働いております。

その内の約60万人が病院に勤務しており、168万床の病床中基準看護を採用している病床は、発表された数字は102万床ですが、今では更に増えて105万床近くに達しているといわれています。

105万床が基準看護を採っているとしますと、これに必要な夜勤可能看護婦数は、全部が特1類をとったとしまして35万人いるわけです。特2類をとったとしますと42万人が必要ですから、少なくとも40万人の人は夜勤をすることが必要なのです。

それが毎年5万7千人を養成して4万人が離職する。そして毎年4万人近い潜在看護婦を増やしているということになりますと、2年前に発表された潜在看護婦43万人がもうすでに50万に達しているというのが実態ではないかと思えます。

このような3つの看護の需給の問題点を考えますと、勤務形態を変えるということが、現在の看護力の確保においては絶対的に必要な条件だろうと思えます。

ただし従来の2交替制が27～8%行われてるわけですが、これは日勤者に夜勤を一部課してるのです。あるいは12時間で2交替をしています。これでは一般のOLと同じ勤務体系ではないのです。一般のOLと同じ勤務体系で、自分が選んだ看護を続けていきたいという考えになっていただいてこそ、始めて日勤の看護者の数が安定すると思えます。

私は実は他にもいろいろと申し上げたいことがあります。今まで看護の業務を考える段階では、どうしても看護管理あるいは医業経営の立場から

の検討が多く、看護はだれのためにあるのかという問題への配慮が不足しているのではないかと思います。看護職員の立場からも無理のない慢性疲労の状態を伴わない健全な身心状態で患者が安心して看護を受けられる条件が必要でこの問題の改善に医療管理者が真剣に考える時であると思えます。時間の関係でこのくらいにしておきます。

座長(行天) ありがとうございます。伊藤さんご自分でおっしゃるとおり、まさに看護の方の立場で、看護の方たちに強く訴えられたので、ここでちょっとやり取りする前に、現実にも今3交替をとってらっしゃる井部さんと重村さんお2人にそれぞれちょっと今のお話を伺ってのお考えをいただきたいのですが、井部さんの方からどうぞ。

井部 伊藤先生のおっしゃること良く分かります。私もいろいろ参考にさせていただきたいと思っておりますが、私は基本的に、変革をするときには上からの「このようにせよ」と指示しようとは思っていませんので、今後各職場の看護婦たちがどのように自律して意志決定をしていけるかということに重きを置きたいと思っております。

今まで皆が問題を抱えながら3交替できたそれなりの理由があると思えますし、ある変革をするためには相当なエネルギーを必要としますので、管理的な立場の者がそうしたエネルギーを持てるように、職場の環境を整えることが重要だと思っております。

人から与えられた勤務体制ではなくて、自分たちの仕事を自分たちで律していくことができるということ、どうやって確信を持ってやっていくかということが、私の立場からは非常に重要だと思っております。私は徐々にそのことには着手していきたいと思っております。

座長(行天) じゃ重村さん。

重村 私も2交替制につきましては、部分的には賛成でございます。

実は、病棟部門ではありませんが、当院の救急外来の業務が非常に煩雑化しましたので、当直制からですから3交替とはちょっと違うのですが、2交替を導入しますときにやはりいま井部さんがおっしゃいましたように私の方から逆に「2

交替はどうか」という話を持ちかけましたけれども、それを実現するには2年かかりました。

それは、こちらの方から「どうか」というと管理されてるという感覚が起こるだろうと思いますので、やはり大事なのは自分たちがどうしても2交替をやりたいのだという姿勢にもっていくことと、それに先行しまして私たち管理者がそれに対する対応をどのようにやっていこうかという準備をしておく必要があると思うのです。

それらを合わせませんと、労使での話合いの問題あたりでも、かなり話がずれ込んできて、折角やろうと思うことが崩れることもありますので、スタッフの人たちの自主制を待つことと、もう一つは我々が準備をするということが大切だと思います。

今婦長たちにも、2交替制について投げかけていますが、当院の婦長たちの考え方としましては、「今はちょっと崩さない方が良いのではないか」という考えが多い現状です。

それは昨年、やっと看護婦不足の中で全病棟で特3類をとった事情があり、今はあまりかき混ぜたくないというのが本音であります但し検討は続けたいと思っています。

座長(行天) お2人ともとにかく盛り上がって行くのを待つという、非常に綱渡りなので伊藤さんとしてはおっしゃりたいことはたくさんあると思うのですが、ちょっと待ってください。今のお話を聞いて南さんどうですか。まさに第3者的な立場で見てらして、その決断のなさというか、踏み切りがないのが…というのが伊藤さんは強くおっしゃったことなのですが。

南 私はどこで決断するかというのは病院によって違うと思うのですが、2交替制は悪くないと思っています。

ただ私は院長先生の目の前だからすごく危惧を感じるのは、2交替制にしたら看護婦数が少なくていいというふうにお考えになるのだったら、2交替制はすごく看護婦側からみたら恐い現象です。

事実2交替制にすると、夜勤の回数は少なくなっていくし、日勤数の看護の数が増えていくので、少なくても良くなるのではと考えている方々も

多いとお聞きして、そこが看護界ではかなり懸念しているところです。看護部長も恐くて踏み切れないということもあるのではないかと思います。ただ伊藤先生のところは減らしてないですね。

伊藤 減らしてません。逆に増えてます。

南 それだと良いと思います。

川島 私も一言いわせてください。まず複数夜勤で月8日という考え方は昭和33年ではなくて、40年に人事院が勧告して始めて2人夜勤が誕生したのです。

しかし実態は2人夜勤というのはずっとされてこなかったということです。

それから今の南先生のことに関連していくのですが、人員を増やさないと2交替は不可能であると思いますし、夜間労働の実態調査をいたしますと、昔のように夜患者さんが休んでくださらないので昼と夜の重症度というのは均一化してきている現状がありますから、昼間の日勤者が特3類で40床で20人の看護職、無資格者も含めて20人ですが、そのスタッフで日勤をやりますと、だいたい日勤者が8人ぐらいしかとれないのです。

休みを取る人が8人ぐらいは必要ですし、週休2日制になってきますともう少し必要になってまいりますので、そうなりますと現人員よりも余分に2交替の夜勤の人員を加えるのでしたら可能かもしれませんが、現在のマンパワーの中では大変難しいのではないかとということと、夜間の過重労働をどうするかという問題があるのではないのでしょうか。たとえ8時間でも、疲労度曲線をとってみてもかなりたくたくたになってますからそういう意味でも病院によっても違いがあるのでしょうけども、難しい問題をはらんでるなと思います。

もちろん私は3交替に固執するつもりは全然なくて、発想の転換ということは常に申しててのですが大変難しい問題だなというふうに思いました。

座長(行天) それでは伊藤さんもちろん反論があると思うのですが、この伊藤さんご発言の後フロアでご意見あったらちょっと伺いますので、手を挙げてください。お待たせいたしました伊藤さんどうぞ。

伊藤 今看護部門からいろいろ出てきた問題。私はこの問題は今まで何度もいわれてきた問題ばかりで、そういう問題に関してどう解決していくのかということ、それをやらなければ発想の転換はできないのです。

ですから今までいわれたことの中で申し上げますと、一番最初にいわれたのが…。

座長(行天) とりあえずは下の方からということですね。

伊藤 たとえば人員を増やさないと対応できないという問題は、3交替から2交替にすると労働が過重になるという意見ですが、今の3交替勤務は週に2回夜勤をやらなくてはいけなくて、月8回なので4週間に2回。そうすると2回というのは準夜なり深夜なりをやるのです。私どものやってる夜勤というのは週2回なので、準夜と深夜を合併してするということで、今の3交替は皆でそれを交替するわけでしょう。

今までは看護対策法案の中で夜勤回数は平均8回になってるから良いのですが、その平均が取れたのでいずれこれは1人が8回を越えてはいけないということになると、今のように夜勤ができない人を病棟勤務に入れることはできなくなるのです。

しかも、今の3交替というのは毎回1週間に2回の夜勤を含めた、いわゆる時差ボケ勤務なのです。

その時差ボケな勤務をすること、馴れてるから分からないだけで、能力はものすごく落ちてるわけです。疲労度調査と今おっしゃったのですが、私どもが疲労度調査をやりますと3交替制で働いてる人たちは、勤務に入る時にすでに疲労が残っているのです。

ですから私たちがやってる2交替は、週に2回で後の5日間は休みなのですから、十分に充電してから出てくるので、立ち上がりが疲労度が無いのです。

それからもう1つは看護婦の数が増えるのではないかという問題については、時差ボケで能力が落ちてた分が100%働くとしたら、看護力全体としては能力増になるのではないですか。

また、2交替で夜勤をして減る分というのは、私どもの場合は特3類の外科系の混合病棟、一番

難しいところから始めたわけなのです。

最初は院内では、2交替の内科系病棟、慢性疾患の多いところからやってみたらという意見が多かったのですが、やりやすい所でできて外科学系急性病棟でやれるとは限らないから、やるのならまず3交替の混合病棟、私の病院の中で一番難しいところから始めることにしました。

これは私の経験を申し上げますと、看護部門勤務者はたくさんいますから、2回に分けて病院の看護職全員に説明会をしました。次に試行しようとした外科系の特3類病棟の、看護婦を集めて説明をしたのです。アンケート調査も事前にやりました。

そこで「この病棟で試験的にやってほしい」といったのです。ところがある若い看護婦が、私に「先生、私たちがやるのですか。それは困る」というのです。私はそこの病棟のアンケート調査の結果をみて全部纏めましたので、アンケート調査では発言した看護婦は賛成と書いてるので「君はアンケート調査の答えと違うのではないか」といいましたら「いや、良いとか悪いとかという問題と私がやるという問題は別だ」というのです。それが今の若い人たちの考えなんです。

私は後でいろいろ考えてみたのですが、それは現在の仕事の特に過酷で大変でとても続けられないという状態でない以上は、彼女たちは今の状況から変わりたいとは思わないようです。

ですから私は大変気にしてまして、実際に1カ月たって3~4人の看護婦を呼び出しまして「どうなのだ」と感想を聞いたら「良いですよ」というのですね。「でも君反対したじゃないか」というと「それは先生やってみないと分からないですよ」というのです。

この看護婦が夜勤の16時間をしてましたから、「大変じゃないか。もう一度3交替に変わってみたら」といいますと「先生3交替はいやです。今が一番良い、日勤だって今はいやです」とその看護婦はいていました。

そういう現実をみて、やってみなければわからないこともよく分かりました施行病棟では、海外研修を決めてた看護婦が1人だけで後は3月の移動で1人も辞めてないのです。私どもの場合は、年間を通しての離職率が約半数になっています。

経理が約4週間前に私の所へ来て「本年度の看護婦の件費の予算を4千8百万ぐらい増やしてもらわないことには対応できない」「どういう計算ミスをしたのだ」というと「離職者の予測の読み違いで離職者が少なく件費の不足が出る」というので私は慌てまして、勤務表から人員配置を1年間と前の状態とのチェックをしてみたのですが、入院患者はベッドがきまってるので増えませんが、外来だって増えないのに看護婦の配置に余裕があり労働生産性が落ちています。

以上の経験から各病院が勤務体制の改革を実施されれば、今の看護婦不足は解消するのではないかと思います。

それともう1つは看護部長さんたちにいいたいのは、立派な病院で、黙って座っていても看護婦はいくらでも面接に来るところは良いのですが、全国の大多数の病院はそうではないのです。全国を回って歩いて看護婦を集めるのに苦労し全国を回ってきたけど1人しかなかったとか、全くなかったとかいっている人が多いのです。そういう病院の看護対策をどうするかという問題なのです。

私はそう考えてぜひとも2交替をやって欲しい。今の私どもの2交替制勤務をしている看護婦はおそらく他では勤務できない、3交替病院ではすぐに辞めるでしょう。

座長(行天) ではフロアーで今の問題だけに限ってどしてもいいたいという方がいらしたらどうぞ。

発言者 現場から一言だけ加えさせていただきたいと思います。私は2交替に大賛成でございまして、今回の問題を受けて立った側でございまして。

私が赤十字を卒業しましたときには、全部婦長さんがたは独身でございました。私は「将来看護を担っていくにはあの婦長さんのように一生独身でいなければいけないのかな」と思ひまして、ずいぶん親を心配させました。そして3年で辞めまして教職の方へ移りまして、なんとか結婚と両方つないでございました。

そして大雄会にたまたま縁がございまして就職して教務に入りましたときに、今の会長さんが

「君は看護婦じゃないよ」とおっしゃいました。「私は看護婦です」といいますら「3交替やらない人がどうして看護婦だ」といわれまして、私はずいぶん反論いたしましたけれども、「社会保険という基準看護は3交替ができるのが看護婦であって君のようにやれない状態のものは看護婦ではない」ということで、20数年間教務でずって縛り付けられておりました。

ところが今回また臨床へまいりまして、2交替の問題が出てきましたところ、私は「これは私が望んだ看護職としての仕事をやりながら、一生できるのではないか」ということで受けて立ちました。

1つ付け加えたいのは、安易に2交替に移ってはならない、というのは、どういうことかと申しますと、先ほど外科のような忙しいところできると、内科でできないはずがないとうちの会長は申しましたが、私は現実に内科病棟に今重症者がいて、そのところの急変を考えますと非常に2交替は難しいであろうということで、2セクション開きますときにずいぶん頭を悩ませまして、病棟が現在8病棟ありまして、2番目に開棟しますときに、夜間の重症の入院であるとか、そういうものは少し他の病棟と編成替えをしていただきながら、夜間の16時間の業務を整理し、そして夜間の安全と患者さんの不安のないような状態にするのに、すぐ開けなくて、半年の猶予をいただいで、半年間かかってその業務の内容検討とそれから職員の既成概念を徐々に変えるのに非常に努力して、やっとできた状態だと思います。

現在2病棟ございまして、さらにこの9月から3病棟開こうと思っておりますが、それに関しましても半年間の業務改善だとか、特にその中で昼間の医者の補助業務の問題が昼間にしわ寄せになってきておりますので、診療部長とのカンファレンスだとかそういうものを努力して、やっとこぎつけるようになりましたので、私は非常に夜間と昼間の分離することには賛成ですが、人員確保のためにされることのためには反対したいと思います。

座長(行天) ありがとうございます。他にいらっしゃいますか。いらっしゃいませんね。では

こちらに戻りまして、4人のナース側の方は今のある意味においては、大雄会の方で伊藤さんの下で一つの考え方を進めてらして、多少の問題はあるにしても、やはりここで踏み切らなくてはだめだということで、簡単ないい方をしたら「お尻を上げたらどうですか」というような考え方を強く主張されたのですが、「上げられない」とおっしゃっていた井部さんの方はどうでしょうか。話が繰り返してありますが上げる気持ちはまだ……。

井部 私はこの問題はあまり大きな問題ではないと思っています。

勤務時間や勤務体制をどうするかということは、看護婦たちが自分の職場の勤務パターンを決めるというパワーを持つことが大切であって、2交替にするとということが最善あってこれが正解であるから従うようにということは、私は本末転倒だと思います。いかに看護婦が自分たちの職場の様々な人的・物的・患者の特性・サービスの内容などを考慮して、現状の中で何ができるかということを中心としていくということの方が重要だと思います。サービスの内容をどのように自分たちが規定し、それで勤務体制を割り振っていくことができるかが本質的だと思っています。「2交替にせよ」とか「16時間勤務が最も良い」というような結論から先にいくのは、私はあまり賛成できません。

しかしながらそういう方法もあるということは管理にとって非常に重要な情報ですし、それが最も良いという判断に達したら、その実現を図りたいと思います。

だから私がこれからやろうとしていることは、各職場の自治権・管理権というのを拡大しようということです、あるところは12時間勤務いいですし、あるところは3交替でもいいし、あるところは10時間勤務でもいいと思います。そういう各職場の自治能力というものをいかに高めるということが管理に在る者の課題です。

座長(行天) 後半のお話は非常に良く分かりましたし、私もぜひそうやっていただきたいと思ったのですが、今最初に何かご意見はというふうに申し上げたときに「私はこの問題は大きな問題ではないと思う」といったのはカチンときたのです

けど。というのは一般的に今夜勤の問題こそが看護婦充足の重大問題であって、そのために聖路加はいざ知らずというよりも、聖路加も辞めかけてる人が出てるので、相当システムを考えざるをえないというお話が始めに出てるのですが、全国の民間の病院は看護婦さんが集まらないで困ってるのですね。

その前提ですと少しでも集めやすい状況というのは、給料をメチャクチャに上げたところで限度があるとなると、枠の中で優れた看護婦を可能な限り集めなくてはならないということ、その方法としては夜勤の改善以外には具体的には今ないと思えます。

この問題を一般病院の皆様が、どういうふうにお考えになるかということでも伺っているのですがどうも一般病院の方は経営の安定してる方ばかりが集まってらっしゃるものですから、特にご意見はないとなると、たぶん会長が何かおっしゃるだろうと思って、この会長におっしゃられると話がみんなどこかにいっちゃうのですが、とりあえずまっどうぞ。

会長 伊藤先生のところは1年に死亡者はどれくらいありますか。

伊藤 私どもは実際に稼働している病床は、病院だけで申し上げますと400床で、亡くなるのは300人前後です。

会長 ずいぶんお亡くなりになるわけですね。この問題で、亡くなる人というのはなんといっても手がかかりますからね。私ども伊藤先生のお話を聞いて1つは、果して今のような12時間などに代わるその交替制が良いのか悪いのか。労災方式として考えたらいいのではないかと、私のところは看護婦・助産婦で410数人、准看護婦100人、助手は250人ぐらい付けてあります。

800人ぐらいの入院患者と外来を持っていますが、それで皆さんが集まって「どうするのか一番良い方法を考えてみてくれ」というと「現在のままが一番良い」というのです。

現在のままが一番良いといわれるとそれを無理矢理私の方で取り替えることもできないので「みんながそれで良いのなら、それで結構じゃないか」という考えをもっているのです。

ただ年末年始は、あの1週間が3交替にすると

病院に出てくる回数が多くなるから、その時は12時間ずつの2交替してもらいたいというので、それはそれで「ご本人たちがそれで良いというのなら結構じゃないだろうか」とそういうふうに行っているのですが、大変夜勤の問題は頭を悩ましておりまして、今お話を承って大変参考になりました。

座長(行天) これはまあもっともっと拡大する話だと思いますが、私は今のいろいろな各病院の立場のやり取りを伺ってまいりまして、業務検討会などに出てましても総平均に看護婦が足りないといっても、個々の病院では現在応募者が多くて困るといって語弊がありますが、応募者それも相当優秀なナースが集まって、だれを採っていいかというようなところが全国的にみますと相当数ございます。ただそこはほとんど黙っておりますから、全体には足りない足りないという形で、実際に足りないのはどこに問題があるのかというのは、相当考えていかななくてはいけないと思うのですが、ちょっと時間の関係で次の方のテーマに移っていきたいのですが、各スピーカーの方がいっておられましたように、医師との関連の問題、それも単純に医師がどういうというのではなくて、そういう医師自身を存在させている病院の機構であるとか、あり方、それに対応している看護側の努力のなさとか問題点というご指摘がそれぞれの立場でしたが、どなたに伺いましょうか。井部さん一言ありますでしょうか。

井部 私は看護部長を副院長にさせていただきたいと、病院長の皆様にぜひお願いしたいと思えます。

というのは病院管理に有益だろうと思います。自分でいうのもなんですが、医師の指示の内容の不備に関しては医師の幹部会にかけまして「このような現状があるがなんとかしてもらえないだろうか」ということを説明いたしました。

医師幹部会は、もし私が看護部長という職位だけでしたらそういう会議に出る権限はありませんが、副院長ですと、いろいろな医師のミーティングにも参加することができます。

したがって医師たちが討議している極めて表面的な、失礼ないい方ですが、問題ではなくてベッ

ドサイドで何が起きているかということをよく知っているのは看護部門でありますので、その責任者がそういう情報をきちっと攔んでいるとすれば、そうした場で発言し、一緒に解決策を考えていくことができると思います。病院の管理の一端を担う重要なポジションに看護婦の代表を上げていただきたいと思います。

前置きが長くなりましたが、医師の指示の不備ということをご提案することによって、医師部門の中にもじつはこういう問題を抱えているのだということが浮き彫りになります。

例えばコンピュータ入力の手順が非常に複雑なので、自分たちはそれを教えるのに四苦八苦していて、診療の本質に関わることを指導することがなかなかできなくなっている。システムの見直しが必要なのだとか、もっとメディカルクラークを活用して、医師が入力することを再検討すべきではないかといった、非常に建設的な意見交換がなされています。

私はこれについて発言した者としてはどのように解決されるかということは、見ていかなければならないと思っています。

看護部門の利益だけを述べるのではなくて、病院全体のサービスがどうあるべきかという立場で一緒に考えていくことができるので非常に良いと思います。

座長(行天) 先程は意見が少し違っていたのですが、この問題に関しては私は非常に近い意見を持っています。ただし病院の規模の問題がありますが、少なくとも大きな規模の病院で、半数近くあるいは以上が看護職でありながら、その代表者が病院の経営の全体の運行にタッチしていないというのは、ちょっとおかしいのではないかと、つまり時代遅れではないかと私自身は感じておりますが、今日お集まりの院長、理事長、事務局関係の方で、まことにそのとおりだというのは何う必要がないのですが、そうはいかないのだというご意見がございましたら。特にございませんでしたら、川島さん今の問題の追加でございますか。

川島 特に追加はありませんけれども、本当に井部さんがおっしゃるような形で、権限の委譲というのでしょうか、ポストだけをくださるのでは

なくて、権限を看護部門にいただきたいということは大賛成です。

座長(行天) 権限ということになりますとどうでしょうか。伊藤さん何かございますか。特に今の問題なければ結構です。

伊藤 権限の委譲と申しまして、当然看護部門の人たちは副院長という形で参加してくれば、相当に重要な部門の問題を扱っていただくわけなのですが、これはもちろん副院長が複数で、少なくとも3人以上いないとなかなか難しい問題だと思います。

ただ問題はポツポツですが聖路加に真似て、副院長扱いをしてる病院が現実に出てきてますね。

私もこの問題についてはいろいろ考えてみたのですが、私の病院だけの問題かもしれませんが、ちょっと副院長にするには、看護業務の内容だけで、医療全般に対する常識、それから一般経済界の問題を含めた常識がない。副院長になる前にこれをどういう形で教育するのか。看護の部門だけをいかに正確に捕まえていても、経営というものは単に看護だけの問題でできるものではないのです。

ですからそういう意味で、勉強をする機会を与えるということで、私どもは実は今回2交替制をさせたときの看護部長を急きょ異動しまして、老人保健施設の施設長補佐にし、その間に副院長になるべき基礎的な勉強をするようにとっているのですが、それができるかできないかは、おそらく2~3年経ってみて、その状況をみた上で判断すべきと考えております。

座長(行天) 今までそういう教育と環境がなかったのですから、この時点でボンといても確かに難しい点はあると思いますが、川島さんが何かおっしゃりたいらしいですので。

川島 看護婦にないというふうにおっしゃったのですが、副院長の大部分が医師であります、医師はそういった経営に対する感覚はずっとお持ちだったのでしょうか。また勉強の機会はお持ちだったのでしょうか。

伊藤 それは私はないと思うのです。特に病院経営に対して私は異論を持ってまして、なぜ病院

長が、経営にあたる人が、例えば人事権もないとか病院経済に関する問題に関しては権限を全く持ってない、これは運営管理の問題ですから、権限がなければ当然その事務局長さんが相当権限をもっておられるでしょうから別ですけれども、一般的に全ての経営にタッチするという院長は、ただ副院長を経験してきたから、あるいは大学の先生をやっておられたからといって任せられる問題ではないと思います。

当然その問題についての経営者としての資質という問題を考えて対応すべきであって、私の場合はそんな単純な考え方で院長を選んだり、経営者を選んだりはしません。

税金でいくらでも補填できるところは、だれがおいでになってもいい。そういうところも結構多いといわれていますが、何億赤字を出そうと、なんとか医療費以外で穴が埋められる。これは経営ではないのです。診療報酬でもってやりくりするのが今の皆保健制度で、これが今日の医療なのです。

座長(行天) 相当シリアスな問題になったのですが、他にご発言ありますか。どうぞ。

重村 副院長の件に関してはちょっとコメントを避けませんが、看護婦に対する認識について院長先生とか上層部の先生たちは意外と認識があるのですが、医師の中の何%が看護婦に対して認識があるかというところに問題があるような気がいたします。

その場合やはり医師とのコミュニケーションを取れる場、意見交換ができる場というのが正式に設けられて、ある程度の権限が持てるようになれば良いかと思います。

これは規模の問題だとかいろいろ入ってくるとはありますが、コミュニケーションが全体的にまだまだ足りないと思いますので、その方法は施設によって検討すべきだろうと思っています。

座長(行天) ご発言ですか。いまマイクが行きますからちょっとお待ちください。登内さんどうぞ。

登内 私は20年前に東京から赴任したのですが、前いたところは大学の付属病院でしたから、

そこの婦長というのは部長ですから教授会にも出るのです。そういうことからいうと伊藤先生と全く反対の論理になりますが、私は看護体系とかは経営とかに優先するものだと思います。

今3人副院長がありますが、1人辞めたいという人がいないか聞いたのですが、誰もいないのでそのままになってますが、そのかわりに総婦長とか他の人たちと週2回、話をしたりご飯を食べたりしています。

だから今日でも私は出るといわなかったのですが婦長を初め17人ぐらい来てます。そういうように、私は下から積み重ねていかないと具合が悪いと思います。

座長(行天) このまま話が広がりますと男女の問題からありとあらゆる問題で、医療を越えて楽しい時間になると思うのですが、方々からおいでになっている方が、約束を守らないといけませんし、17時になりますので非常に良いお話をいただきました。

私は男性の立場ですからどうしても女性の時代が来るといっていますが、それだけではなくて、女性の社会進出というなかで、始めから出ている看護集団というものに関して、今まであまりにも男性中心、医師中心型過ぎた医療構造の中では、そうとう発想転換していかなければいけない時代

を迎えてると思います。

それは医師にとってマイナスだとか医師の力が弱ったということではなくて、やはり私はいつでも男女問題もそうなんですが、力のある男と力のある女を比較しなければいけないのに、力のある女を力のない男と比較したり、力のある女が力のない男と同じように考えるというところに、問題があったのではないかと感じてまして、性は超越していただいても問題点だけは一つ変わらないのは、患者対応というものをどうやっていくかというのか、今後の病院の命運を決定するということは、昨日今日のお話のなかでほとんどの方がおっしゃってたのですから、ぜひ幹部の皆様方はそういったお考えをもう一度締めていただいて、発想転換は絶対に必要なんですが、これは奇妙なことを思いきってやるという暴論ではなくて、明らかに時代変動が起こってるということを擱んでいただいて、どうか明るいすばらしい病院にしていただけたらと思います。

ちょうど時間でございます、あと演者の方は別室のほうでこの続きが行われると思いますから、ご希望の方はどうぞご参加いただいて結構でございますが、時間だけは事務局長が怒りますから、これで終わりにいたします。

日本病院会臨床予防医学委員会編

〈保健叢書〉

わかりやすい 胃のはなし

- ・臨床予防医学の見地から
- ・人間ドック受診者の参考書として
- ・患者さんの診療のお手伝いの書として

お申込はFAX・はがきにて

定価1部500円(税込) 送料別
(会員売店への卸価は1部400円(税込・送料別))
ただし、50部以上

〒102 東京都千代田区三番町7-2
株式会社 日本病院共済会
TEL 03-3264-9888 FAX 03-3222-0016

開院 40 周年を迎えて

日本病院会会長 諸 橋 芳 夫
旭中央病院院長

昨年 9 月の当旭中央病院開院満 40 周年記念式典で私は次のように謝辞を述べた。

本日は自治体病院議員連盟会長・衆議院議員奥野誠亮先生、沼田千葉県知事さんをはじめ遠くは中国黒龍江省を含み各界・各層の名士の方々多数お集まりくださいます、当旭中央病院創立 40 周年記念ならびに療養環境整備のための第 13 期工事竣工式典が盛大に挙行できましたことに衷心より御礼申し上げます。

40 年前医師 8 人、職員 45 人、113 床、診療科目 4 科で出発しました当院は今や常勤医師 136 人、全職員 1,391 人、904 床、24 診療科目を有する厚生省の臨床研修指定病院に発展することができましたことは、厚生省、自治省、県当局をはじめ、御列席の方々の温かい御指導・御支援の賜と衷心より御礼申し上げます。

当病院のめざすものとしては記念誌に掲載してありますように、医の倫理の高揚の下に病院医療の質の向上、患者さんへのサービスの向上、病を治すのではなく、温かい心、思いやりの心の下で、医学的にも正しく早く親切に病人をお治しすることであり、教育・研修・救急医療・高度不採算医療にも力を注いでまいりました。その結果平均在院日数 17 日前後、外来新患者月 1 万人、入院新患者月千人を越え、剖検率 70% 前後となり、当院で若い頃研修され東大・千葉大・医歯大・信州大等々の大学教授になられた方が 25 人、更に病院長等として活躍されておられる方が多数あります。学会活動としては国内および国外に毎年多数の発表をしております。

一方、この 10 年来中国東北三省からの研修医数十人を 3 カ月～2 カ年間教育させていただいております。

また、近隣の医療機関との連携をよりよくし、地域の方々に信頼され愛される患者さんを中心の病院となるよう努めております。

この 40 年間御厚情をいただきました各位に厚く感謝申し上げるとともに寝食を忘れて当旭中央病院の整備・充実に苦楽を共に働いてきてくださった職員の尽力に厚く御礼申し上げます。

戌の春

岩手県立中央病院院長 小山田 惠

吉井勇作詩 春日とよ作曲の小唄に新曲戌の春というのがある。今からちょうど24年前私が始めてこの唄を教わった時、その歌詞もさることながら三味線の調べにも新鮮な春の匂いがある。すぐ大好きになった。

酒ほがい 酔えば心も浮きたちて
去年の寒さも戌の春 取る盃にうかびたる
雲の色さえめでたしや
うち連れ 舞い連れ おどりつれ
匂いもゆかし袂風 それもいつしか恋風と
なつてうれしい夢ごち 身は煩惱の犬張子
抱いて寝る子が欲しくそろ ほんにえ

正月になって昨日までと同じ寒さにも戌の春の新しさがある。祝いの盃に映る雲の色 踊り手の袖さばきにも春の匂い。その嬉しさがほのかな恋心を誘い夢がひろがる。人のすべての煩惱を腹蔵するという魔除けの犬張子を抱いて眠る子供 それが欲しい。といった唄であるが新鮮でロマンがあって素晴らしいと今も思っている。私が通っていた師匠のところでは例年2月に新年会として発表会を開く。弟子たちはその会に向けて半年も前からそれぞれ曲目を決めて稽古に励んでいた。

その年私は戌の春が好きだから唄わしてくださいとはどうしても言い出せなかった。まだ習いはじめたばかりの初心者にそんな大それたことはできなかつたし師匠も許さなかつたにちがいない。

その12年後の昭和57年に戌の春がやってきた。この時はかなり前から自分から申し出て師匠の許可も貰って一生懸命稽古に精を出した。しかしこの時も駄目になった。新年会の一週間前胃がん手術のため病院に入院したからである。術後創の痛みがとれてから病床で何度も口ずさんだ。

何事も三度 再び巡りくる戌の春。平成6年。今度は唄う舞台がない。師匠と縁を切ったからである。

5年前病院長になってから稽古に行くことをやめた。稽古に行く時間が全然とれなくなったことと芸ごとに通うことにある後ろめた

さを感じたからである。それまでは忙中閑ありでちょっとした時間を見つけては稽古に行っていた。たとえば昼休みとか手術が終わった直後みんながお風呂に入ってほっと一息いれているその間を盗むようにして病院を抜け出す。稽古は1回15分から20分ぐらいだから誰も気が付かなかったか、知っていても見知らぬふりをしていてくれたのかもしれない。

もちろんいつもそうだったわけではない。比較的仕事が早く終わった日は帰宅する前に稽古場に寄ることが多かった。稽古は1週間に1回それも曜日が決まっていたから毎回行ける訳ではなかった。手術が長くかかったり重症の患者がいると1カ月に1回位しか行けないこともしばしばであった。稽古場では先に行った順番で稽古をしてもらうが、稽古にきている皆さん大抵はその順番を私に譲ってくれて早く帰れるように気を使ってくれたから有難かった。芸者さんもいたが素人が大半でお年寄りから若い人までいろんな職業、環境、人柄それぞれに違っていた。女ばかりでなく男性もいつも数人は通っていた。私は古くから習いに行っている、三味線も弾ける、そして医者ということも多分あって皆さんから大変大切にしていた。

ところが病院長になったらそうはいかなくなった。毎日予定された仕事が朝から晩そして夜までぎっしりつまっている。会議、出張そのほか来客、電話がひっきりなしだから、その間をぬって逃げ出すなんてことは絶対にできっこない。外に出るのも必ず仕事だから公用車。私用には使えないし、タクシーで出掛ければその行き先きを明示して行かねばならない。小唄にとはいえない。

随分と現在の境遇の窮屈さを並べ立てたが小唄の稽古に行かなくなった理由はそれだけではない。もう一つある。お師匠さんがお年になったこと。私が習いはじめたのは今から25年前だからお師匠さんも若かった。また美人であった。声も綺麗だった。せっせと通ったのは今にして思えばそのせいもあったかもしれない。

現在私は稽古には行かなくなったが家では時々練習をしている。どこにも出掛けない休日。眠れない時など夜中に起きて三味をひく。高く弾くと隣所に迷惑だからといって女房に叱られる。唄の方は犬の散歩の行き帰りとか混んでいない電車の中かデッキ。東京駅の新幹線プラットホームもいい。ここは何時もたいへんな人で混雑している。いろんな雑音が混線しているからかなりの高音で唄っても大丈夫だ。宴会の席で小唄のできる芸者に会うことがある。そんな時、一、二曲練習させてもらう。三味線をもってチャリテイショウにも出た。テレビで弾き唄いを披露したこともある。だから今でも結構好きだし人前で弾いたり唄ったりするあの快感もまだ忘れていない。

来年また戌の春が巡ってくる。この年でなければ唄えない戌の春

をどこかで思いっきり唄いたいものだと思えるようになった。思案すればなんとかで良いチャンスがあるのに気が付いた。2カ月前踊りのうまい、去年名取りの免許をとった看護婦を呼んでこういった。来年の病院新年会をグランドホテルでやることに決まった。その時僕が戌の春をやるからぜひ踊ってほしいと。

半ば強制、院長の命令みたいなものであるが彼女は快く承諾してくれた。ただ、振り付けも始めから考えなければならないから早く唄をテープに吹き込んでくださいといわれた。直ぐにでもといったもののいざその気になって三味線を弾いてみるとさっぱりうまくいかない。唄だってそのとおり。三味線と唄の間（ま）が合わない。

ある日夜半まで練習したらすっかり声がつぶれてしまった。風邪も加わったからさっぱり治らない。約一カ月かかった。(1993.12)



医学のルーツを尋ねて (ギリシアの旅⑤)

青梅市立総合病院院長 星 和 夫

アルゴリス地方

コリントスを発ったバスは、オリーブと所どころに糸杉の生えている山間の坦々たるアルゴス街道を一路ミケーネへ。この辺り一体が Argolis 地方—ギリシア神話のふるさとです (図1)。

★ネメアー

30 kmばかり走った所で、街道から少し西へブドウ畑を進むと Némea という村がありますが、古代クレオーナイの都の跡の少し先が「ネメアーの谷」です。

ギリシア神話の英雄ヘーラクレースは、己の犯した罪業をあがなうため、12の難行を命じられ、すべてを見事成し遂げますが、その第1の仕事がこの「ネメアーの谷」に住んで近隣を荒らし回っていた不死身のライオン退治でした。

ちなみに、このライオンの父親は Týpōn という人獣混合の巨大な怪物で、この名前が typhus という病名の語源になったのです。

またこのネメアーの背後の山が ^{キユレネー}Kyllene ですが、大神ゼウスの末子としてここで生まれたのが ^{ヘルメース}Hermēs です。彼はローマ神話では Mercurius となり、その名が ^{マーキュリイ}mercury (水銀) の語源になったのですが、これらについては、いずれ改めて。

★ミケーネー

街道へ戻って更に10分ばかり走ると、紀元前12-16世紀のミケーネー文明の発祥の地 Mykēnai の王城跡へと着きます。

ホメーロスの叙事詩には、専らこのミケーネー時代の人物が登場しますが、19世紀まではそれは夢物語と考えられてきました。しかしドイツの貿易商 Heinrich Schliemann (1822-90) は、これを真実と信じて疑わず、トルコのトロイアに続いて、このミケーネー発掘に私財を投入し (1874-76)、ついにアガメムノーンの居城であった山上の要塞を発見したのです。

★アガメムノーンの物語

ここでちょっと、悲劇の主人公 Agamēmnōn のことを述べておきましょう。彼はこのミケーネーの王でした。かのトロイア戦争が起こった時、ギリシア軍

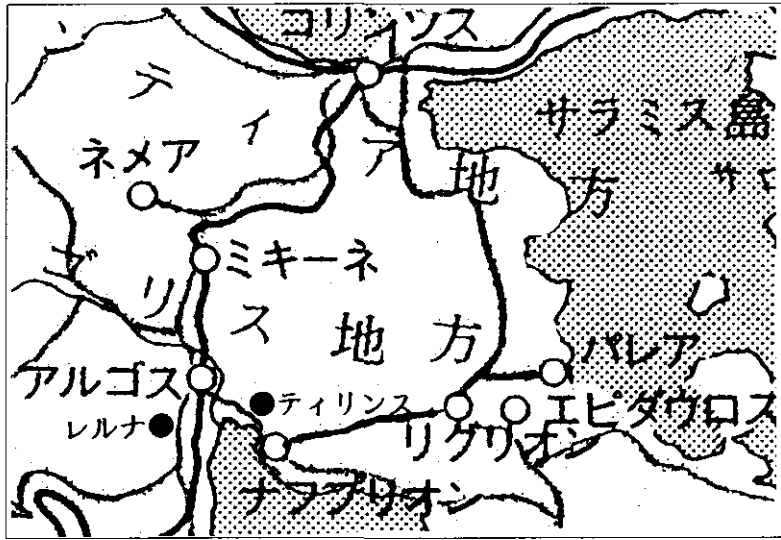
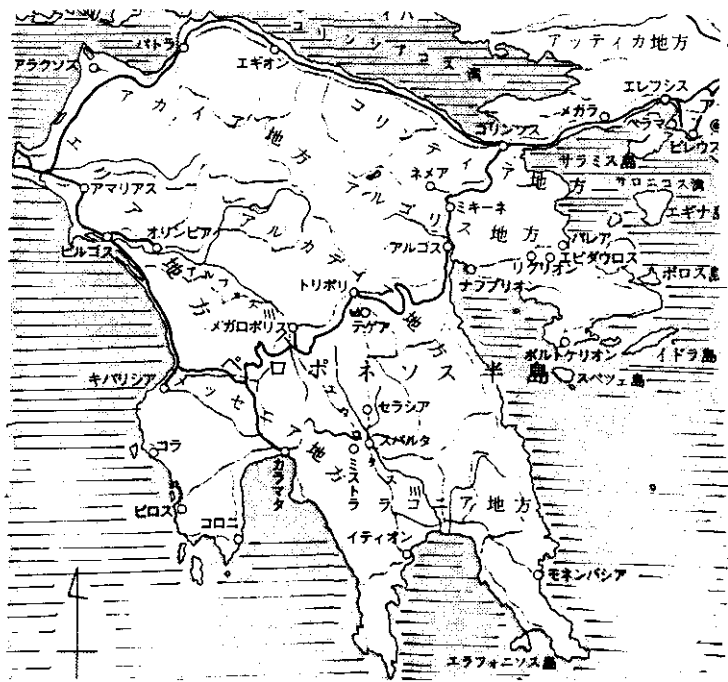


図1 アルゴリス地方

の総大将として全軍を率い、エーゲ海を渡ってトロイアで戦い、10年後に勝利を得て無事故郷へ帰ってきましたが、凱旋したその夜、彼の妻とその愛人によって入浴中に殺されてしまったのです。

しかしこれには、それなりのわけがありました。まず彼の妻 ^{クリュタイムネストラ} Klutaimnéstra は彼の従兄弟の妻だったのに、むりやりアガメムノーンのものとしてされたのです。またギリシア軍が船出する時、無風で出帆できなかったのを、妻を欺いてわが娘を人身御供に捧げて強引に船を出しました。さて無事凱旋した時にも、

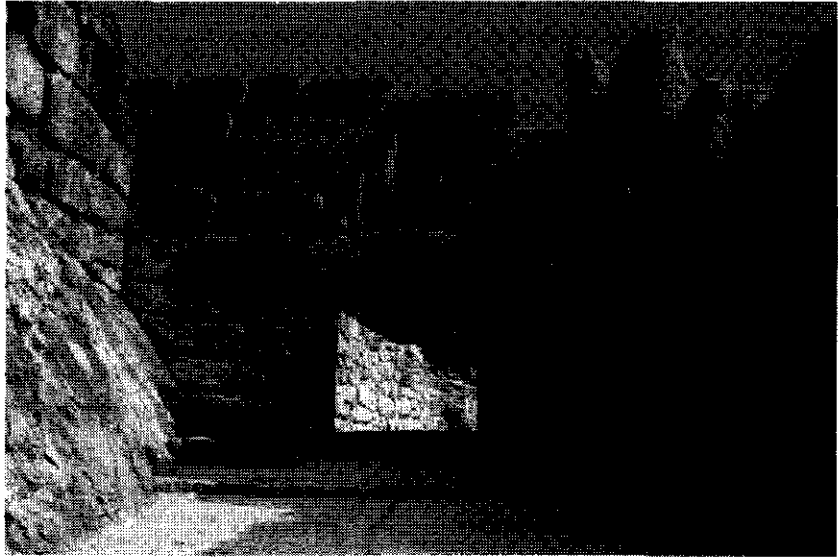


図2 獅子の門

敵将の美しい王女カッサンドラを連れ帰ったのです。

怒りに燃えた妻のクリュタイムネーストラーは、愛人アイギストスとともに、彼が入浴中に投網を打ち、頭上から斧を振り下ろしたといわれています。げに恐ろしいのは女性の恨みです。

★ミケーネーの遺跡

なだらかな坂道を上って丘の上に着くと、そこがギリシア本土で最古の文明



図3 円形墳墓 A

の遺跡ミケーネーの城砦跡です。後々のアクロポリスの原形でしょう。まず入り口にミケーネー遺跡の象徴であり、また王家の紋章でもあった「獅子の門」(Pylē ton Léōne)が見えてきます。紀元前1350年頃に作られたもので、大きな三角石に2頭の獅子が向き合っており、祭壇に前肢をかけています。(図2)。

この門をくぐってすぐ右側に有名な円形墳墓A (Kýklikos Táφος A)がありますが(図3)。これぞシュリーマンが掘り当てた紀元前16世紀の王家の墳墓で、19の遺骸が埋葬されていました。そのうちの1つは例の黄金のマスクをかぶっており、シュリーマンは、これがアガメムノーンの遺体と発表しましたが、しかし後の調査で、これはトロイア戦争よりも200年くらい古いものであることが証明されています。

この黄金のマスク(図4)は、現在アテネの国立博物館に収められています。

円形墳墓から更に坂道を上ると、アクロポリスの頂上に王宮の跡があります。その一隅に赤茶けた漆喰の風呂場の跡があり、上述のアガメムノーンが妻のクリュタイムネーストラーに殺された所とされていますが、これが3000年余も昔のホメーロスの物語の現場かと、しばし感無量でした。

★アガメムノーンの娘エレクトラー

悲劇の王アガメムノーンには3人の子がおりました。娘のÉlektraは父の復讐を誓い、弟の^{オレステース}Orestēsが成長するのを待って、ある日宮殿に入り、生みの母クリュタイムネーストラーの胸に刃を突き付けます。驚いた彼女は突如胸をはだけ、両の乳房をわが子に示して命乞いをしましたが、オレステースの刃に刺されて倒れました。また情夫のアイギストスも父王が殺害された風呂場へ追い詰められ、同じように殺されてしまったのです。このように、ミケーネーの王宮では、血の惨劇が繰り返されたと伝えられています。

ところでelektronはギリシア語で“琥珀”^{こはく}のことで、Élektraは“コハク色の

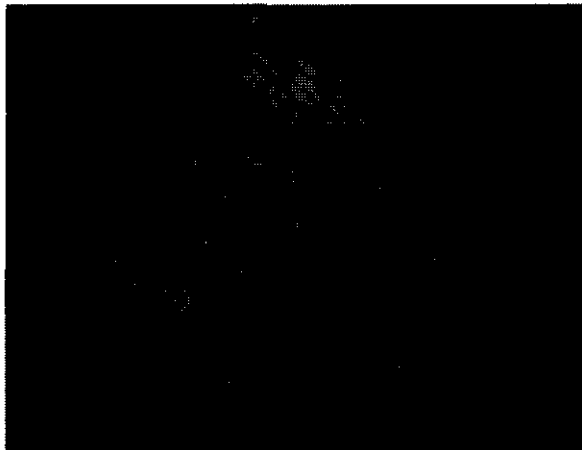


図4 黄金のマスク

眼を持った女” という意味なのです。このコハクを擦ると電気が発生することから、後年「電気」のことをelectricityと名付け、electron（電子）などの言葉ができたのです。

★ミケーネ時代の医学

さてこのギリシアでもっとも古い文明のミケーネ時代の医学は、どんなものだったのでしょうか？

古代ギリシアの医学史は、ふつう次の5つの時代に分けられます。

- 1) Cretan-Mycenaean (クレタ・ミケーネ時代)
- 2) Mythologic (神話時代)
- 3) Pre-Hippocratic(The Philosopher-Scientists) (ヒポクラテス以前の哲学的科学者時代)
- 4) Hippocratic(ヒポクラテス時代)
- 5) Post-Hippocratic(Alexandria and Medical Sects) (ヒポクラテス以後の時代)

もっとも古いクレタ・ミケーネ時代は、紀元前14-20世紀のクレタ島のクノッソスを中心に栄えた文明と、紀元前12-14世紀にこのミケーネを中心にアカイア人（ギリシア人）によって栄えた文明ですが、両者は文化的にも結び付きが強く、共通性があるので、エーゲ文明とも称されています。

この時代のギリシア人の日常生活や医学に関する情報は、断片的に何とか窺うことができます。

とくに、紀元前10世紀頃のギリシアの生んだ盲目の偉大な詩人^{ホメーロス} Hómēros の2大叙事詩「イーリアス」と「オデュッセイア」によって、彼自身の時代の詳細とともに、ミケーネ時代についても伝説的に知ることができます。

ホメーロスの叙事詩のなかに描かれたかなり忠実な描写から、「エーゲ海医学」と称されるようなものが存在したことが推定され、この時代の医学は「Homeric Medicine」とも称されます。

当時、病気は神々によって惹き起こされると考えられ、とくにゼウスの子であるアポローンとアルミテスがある種の矢を射ると伝染病が蔓延し、また他の矢で老人の容体が悪化し、死に至ると信じられていました。

トロイア戦争の英雄たちの活躍を描いたホメーロスの作品「イーリアス」も、第1巻は「疾病と憤怒のものがたり」というタイトルで、アポローンによってギリシア軍の間に疫病が広がって、大勢の将兵が死ぬところから始まっています。したがって、当時の治療は専ら神の怒りを和らげるため、祈ったり、犠牲を捧げたり、清めを行ったりしたようです。

しかし一方、病気の本来の原因や理論的な治療、人体の解剖、生理などもかなり考えられていたようです。例えば、吸気は気管を通るとか、心臓は拍動器官であるとか、咽頭は嚥下によって食物や飲料を飲み下すとか、直腸、でん部、骨盤などの局所解剖的知識もかなり知られていました。

また生命力は食物、飲物、空気などに含まれる^{テューモス} thýmós (魂) が各器官に届けられることによって生じ、また^{プシューケー} psýché が靈魂や個性で、死後は地下の瞑界へ



図5 親友パトロクロスの傷を治療するアキレス

送られるなどと考えられていました。

治療手技は大体外傷治療に限られていたようで、戦場で身体に刺さった武器を抜いたり、出血を圧迫包帯で止めたり、傷口の異物を除去し、洗浄したりはしていました(図5)。

ドイツの H.Frölich の研究によると、「イーリアス」には 147 例の負傷の記載があり、そのうち槍によるものは 106 例で死亡率約 80%、刀によるものは 17 例で全部致命傷、矢によるものは 12 例で死亡率約 42%、投石機によるもの 12 例で死亡率約 66% などと、ホメロス自身が外科医であったのではないかと考えられたほど詳細に記載されているそうです。

^{ファルマコン}phármakon は、魔術や毒殺や治療などに用いられる薬物に広く使われた言葉でしたが、これを創傷の痛みを和らげ、分泌物を乾かし、治癒を促進するために、局所的にも用いていました。ちなみに、^{マカーオーン}pharmacology(薬物学)はこれからできた言葉です。

医者としては医神 Aaklêpios の子 ^{マカーオーン}Machaôn のことが「イーリアス」に詳しく記載されています。彼はトロイア戦争の総大将アガメムノーンの弟 ^{メネラオス}Menelaós が負傷した時に、^{よろい}鎧を貫通した矢を抜き取り、傷口から流れる血を止め、軟膏を塗布するなど、ギリシア軍の外科医として大活躍しています(図6)。また兄の ^{ポダレイリオス}Podaléirios も内科医としてこの戦争に参加しています。

いずれにしても、このような叙事詩を通して当時の医学の一端を知ることが



図6 メネラオスの傷を治療しているマカーオン
(マルゴツター岩本)

できるわけです。

★アトレウスの宝庫(図7)

城砦から約500m戻った所に Thisavros ton Atreidon(アトレウスの宝庫)と呼ばれる石造りの弾薬庫のような墓堂があります。石積みの内部は高さ13m、直径14.5mの円形で、天井は円錐形になっています。この部屋はアトレウス家の宝物庫であったとされ、ホメーロスが“黄金に富むミケーネー”と記したように、莫大な黄金の宝物が収蔵されていたようですが、シュリーマンが発掘した時には、すでに盗掘されて何もなかったといえます。

この部屋の右にもう1つ長方形の部屋があり、ここがアガメムノーンの墓室だったとされています。

★アルゴス

ミケーネーから国道を更に6km南下すると、Árgosの町があります。アルゴリス平野の南部に位置し、今はタバコと果物の農産地で、遺跡も小規模のものがあるだけです。しかし、この町の守護神ヘーラーの神殿(Héraion)の遺跡が残っており、これを中心に色々な神話が数多くある所です。

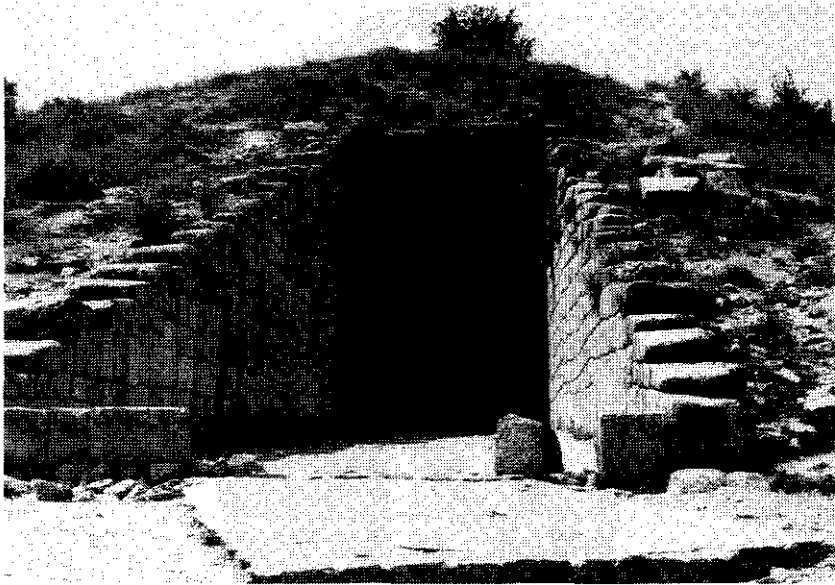


図7 アトレウスの宝庫

★双子の兄弟の物語

昔、ヘーラーの神殿の祭礼の時、^{ビトーン} Bitón と ^{クレオビス} Kleóbis という双子の兄弟は母親を連れて行こうとしましたが、牛車が間に合わなかったため、自分たちの体を車にくくり付け、5マイルの道を走り続けてようやく神殿にたどり着きました。母親は彼らの孝行を喜び、人間としての最高の贈物を与えて欲しいと神に祈りました。

祭礼が終わった後、母親が発見したのは、神殿の中で安らかに眠ったまま、目を覚まそうとしない息子たちでした。要するに、何の苦痛もなく、安らかに死なせること、すなわち「安楽死」が人類に与えられる最大の贈物なのです。ギリシアの時代から、人生は苦難に満ち、人間は死んで初めて安楽が得られることは変わらないようです(図8)。

「安楽死」は医学用語では^{ユースナイジア} euthanasia です。ギリシア語で eu は“よい、真の、正常の”、^{タナスト} thánatos は“死”ですから、“よい死”または“真の死”という意味ですね。

“eu”は医学用語では、euglobulin, euthyroid (正常甲状腺機能), eutrophia (正常栄養), eupepsia (正常消化), eutocia (安産), euphoria (上機嫌, 多幸福感), eugenics (優生学), Eugenic Protection Laws (優生保護法)などと用いられています。

一般用語にも eulogy (賛辞), Euphrates (ユーフラテス川=よく交差している)などがありますが、the Eucharist といえば、キリスト教のパンとブドウ酒による“聖餐”を意味します。またユークリッド幾何学で有名なギリシアの数学者 Euclid (紀元前300年頃)の名前は、“よい名声”という意味なのです。そうそうあの可愛いパンダはユーカリの葉しか食べませんが、ユーカリの正式

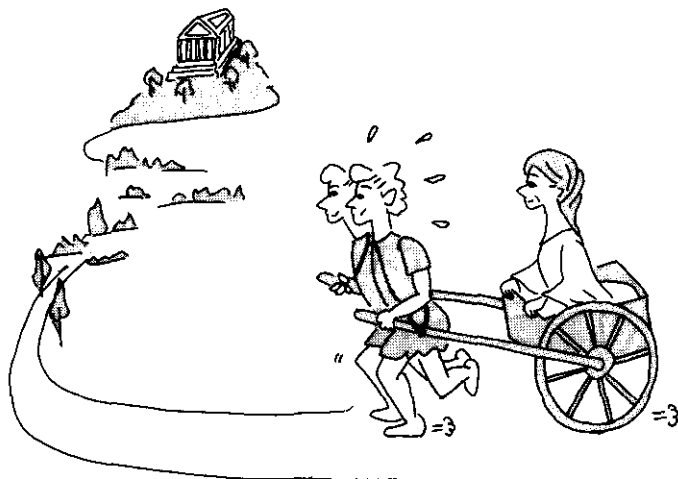


図8 安楽死

名はユーカリプタス ユーカリプタス です。これは“よく包まれている”という意味ですが、あの木は開花前の花の形が完全に覆われていて分からないから、こう名付けられたのです。

さて一方の *thánatos* (死) という言葉からは、*thanatoid* (仮死状態の)、*thanato-phobia* (死恐怖症)、*thanatosis* (壊死) などが生まれています。ギリシア神話に出てくる *Thánatos* は死の神で、地獄の帝王ハーデスの手下です。

安楽死は、一般には *mercy-killing* (慈悲死) と呼ばれています。最近では *Living-Will* (生前発効遺言書) によって、不治の病の場合の一切の延命処置を拒否し、自分の“死に方”を自ら決定しようとする *Death With Dignity* (尊厳死) も広まりつつあります。何でもよいから、楽にあの世へ行かせて欲しいものですね。

★アルゴス博物館とポリュペーモス

アルゴスの町の中心部にある博物館は、土器、武具類に優れたものがあるそうです。中でも、「オデュッセイア」に出てくる一つ目の巨人ポリュペーモスの目を、オデュッセウスたちが棒で突き刺している壺絵(紀元前7世紀中頃)は、見落としてはならない貴重な作品だそうです。実は私はまだ見ていないのですが、これは医学にも関係がありますので、ちょっとご紹介しておきましょう。

Polyphēmos は海の神様ポセイドーンの子供です。彼は岩のような四肢に長い剛毛が生え、しわの寄った額とつぶれた鼻の間に盾のような大きな一つ目が開いている巨人で、シチリア島の海辺の洞窟に住んでいました。

ある時、ふとしたことから、この一つ目の怪物が近くに住むガラティアという美しいニンフの乙女に恋をしてしまいました。しかしガラティアにはすでにアーキスという若い美しい牧人の恋人がいましたから、こんな怪物に心移すはずはありません。

ある日、海辺の岩陰で楽しく語り合っている2人を見たポリュペーモスは、

嫉妬に狂って恐ろしい呪いの声を上げながら突進して行きました。ガラティアはすぐさま海の中に隠れましたが、アーキスは涙を伝って逃げようとした。

これを見たポリュペーモスは、大きな岩をつかんで投げ付け、若い牧人は哀れにもその下敷きになって死んでしまいました。その体から流れ出た血から、一筋の河が生まれたといわれます。

さて「3億年前の生きた化石」と呼ばれるアメリカ産「カプトガニ」が見つかった時、その姿形から *Limulus Polyphemus* と名付けられました。limulus はラテン語で“少し斜めの”という意味です。きっとカニの横這いから付けられた属名でしょう。

これだけ書けばもう皆さんお分かりでしょう。1964年、血液学者の Levin とその師で動物学者の Bang は、海水汚染によってアメリカ東部沿岸のカプトガニが血管内血液凝固を起こして大量に死亡した現場の観察からヒントを得て、カプトガニの血液成分がグラム陰性菌菌体の微量のエンドトキシンと特異的な凝集反応を呈することを発見し、これを臨床検査に応用できるようにしました。

エンドトキシンショックの際、血中のエンドトキシンを測定する方法の一つに Limulus Test があります。エンドトキシンショックに遭遇したら、ぜひこの一つ目の巨人ポリュペーモスを思い出してください。

また最近、この *Limulus Polyphemus* の血球細胞に新抗エイズ物質 T 22 が含まれているそうで、ご注目です。

★ティリンスの砦

アルゴスから約7km走ったナフプリオンの港にほど近い、国道左側の山上に Tiryns の砦が見られます。ティリンスは、ミケーネ時代にミケーネに劣らぬ文化をもった古代都市で、1884年にシュリーマンとデルプフェルトによって発掘された遺跡は紀元前1400年頃のものだそうです。ホメーロスに“城壁に名をなすティリンス”とあるように、今も強大な岩で作られた城壁が残っています。

一方、このティリンスは、ギリシア神話最大の英雄ヘーラクレースの生誕地として知られています。

★ヘーラクレースの誕生

昔々全能の大神ゼウスは、人間が色々な苦悩を受けているのを哀れに思い、すばらしい英雄を生み出して人間社会に送り、人間どもをおびやかしているあらゆる危害を取り除いてやろうと考えました。そこである夜テーバイの町の王宮に行き、そこに住んでいる世にもまれな美しい王妃アルクメーネーのもとへのび込みました。

戦いに出ている夫と間違えたアルクメーネーは、喜んでゼウスを迎え入れ、その夜ゼウスの種を宿しました。かくして生まれたのが英雄 Hēraklēs です。母親のアルクメーネーは元来アルゴス王の娘でしたので、ゼウスはヘーラク

レースを将来アルゴスの王にするべく、運命付けました。

またゼウスは、この人間の子を神々と同じように不死身にし、疲れを知らぬ活力を与えるために、ある夜ぐっすり眠っている妻のヘーラーの乳房に近付け、聖なる乳を存分に吸わせました。

これを知って怒ったヘーラーは、ヘーラクレースが成長するにつれて狂気の女神 *Lyssa*（これが狂犬病 *Lyssa* の語源です）を送って彼の頭を狂わせ、とうとう自分の妻と子供も殺させてしまいました。

正気に戻って大いに悔やんだヘーラクレースは、罪を清めるためデルポイへ赴き、アポローンのお告げを受けて、12の難行を成し遂げることになります。これが「ヘーラクレースの12の功業」と呼ばれるものです。

★レルネー水蛇退治

「ヘーラクレースの12の功業」の2番目はレルネーの水蛇退治です。Tfryins や *Árgos* の町と国道を隔てた反対側は、当時は *Lernē*（現在は *Lerna*）と呼ばれる山に囲まれた細長い沼地でした。この中心にある沼は実は底無しの沼で、冥界につながっており、死人たちはみんなここから死者の国へ降ろされるのです。そしてこの入口の番人は *Húdrā* と呼ばれる水蛇で、泉のほとりのすすずかけの木の洞穴に棲んでおり、平原に出ては家畜や畑を荒らし回っておりまして。そして人間がやってくると、毒息を吹きかけては殺してしまうのです。

このヒュードラ退治を命じられた英雄ヘーラクレースは、まず巣窟に火を付けて水蛇を追い出し、ひっ捕えましたが、蛇が脚に巻きついて離れません。そこで鎌刀で蛇の頭を切り落としましたが、すぐまた2つの頭が生えてきました。この蛇はなんと9つの頭をもっており、しかも真の中の1つは不死になっているのです。おまけに、この英雄の功業をねたんでいつも妨害してきた女神ヘーラーが、巨大な蟹 *Karkinos* に命じて彼の足を挟ませましたから、さあ大変。彼はあわててこの蟹を踏み殺し、近くに住む甥のイオラーオスに助けを求めました。

イオラーオスは、まず大きな森1つを焼き、その燃え木でヘーラクレースが

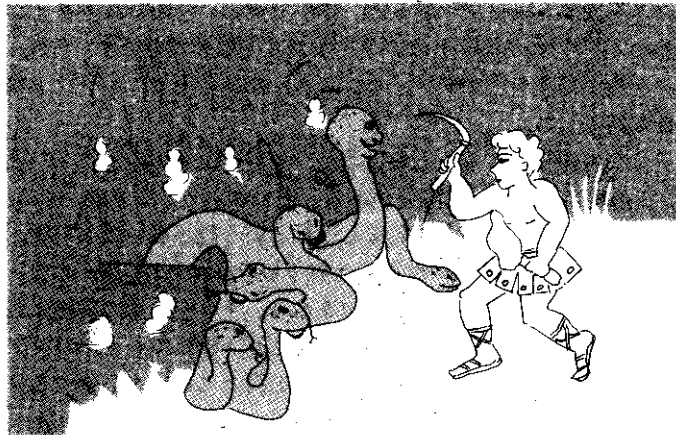


図9 レルネーの水蛇退治

切り落とした蛇の頭の傷口をしっかりと焼き、2度と生えないようにしました。最後に残った不死の頭もなんとか切り落として道に埋め、巨石をその上に置きました。更に蛇の腹を引き裂いて、その毒胆汁の中に矢を浸して毒矢を作り、やっと仕とげることができました(図9)。

この一部始終を空から眺めていたヘーラーは、踏み殺された蟹を哀れに思い、空に引き上げて蟹座(cancer)の星にしたということです。この karkínos が元になって carcinoma (癌) という言葉ができたことはご存知のとおりです。

さてギリシア語で“水”は ^{ヒュドール}hýdōr で、合成語を作るときは hydro- が付きま
す。例えば、一番基本的な元素である水素は hydrogen ですが、これは1783年
フランスの Lavoisier が“水を作る素材”という意味でこう名付けたのです。
そしてこれから hydrogen peroxide (過酸化水素), h. sulfide (硫化水素),
hydro-chloride (塩化水素), hydrofluoride (フッ化水素) などが生まれました。

また水銀の科学記号は Hg ですが、これは hydroargyrum の略ですね。その他 hydrometer (浮秤), hydrolysis (加水分解), hydrotherapy (水治療),
hydrops (水腫) などもみんな水と関係がある言葉です。そうそう病名にも hydrophobia (恐水病) や hydrocephalus (水頭症) などがありません。

次に hydrate は“水と化合すること”で、hydration (水合作用), dehydration (脱水) などと使われますが、これが後に付くと水酸化物を表し、carbo-hydrate は炭水化物ですね。

この hydro- が付く言葉は一般用語にも hydroplane (水上飛行機), hydrozoa (ヒドロ虫類), hydrogen bomb (水素爆弾), hydrant (消火栓) などなどたくさんありますね。

アテネの国立考古学博物館の第34室(祭壇の部屋)には、レルネから出土した「ヒュドラを退治するヘーラクレースと蟹」の像があります。

★ナフプリオン

ティリスを後に5kmばかり走ると、静かで美しい港町に着きますが、ここが Nafplion (古名 Naúplion) というアルゴリス県の首都です。古代には、この港はエーゲ海の島々や小アジア、キプロス、フェニキア、エジプトなどと往来する重要な港でした。

かつてここを占領したベネチアの将兵が“東ローマ帝国のナポリ”と称したことから、この地名はナポリと関係があるともいわれていますが、Naúplios というこの地出身の名高い航海者の名をとったという説が多いようです。

Naúplios は、トロイア戦争に参加した息子の ^{パラメーデース}Paramēdēs が、オデュッセウスの奸計によって石で撃たれて死んだのを恨み、ギリシア軍の陣地に赴いてわが子の償いを要求しましたが取り合ってもらえず、帰ってからギリシア各地を航海して、遠征で留守をしているギリシア軍の将たちの妻が姦通するように仕組んで歩いた、という面白い人物です。

港町の背後にある岩山の上にそびえる砦は、この息子の名前をとって、

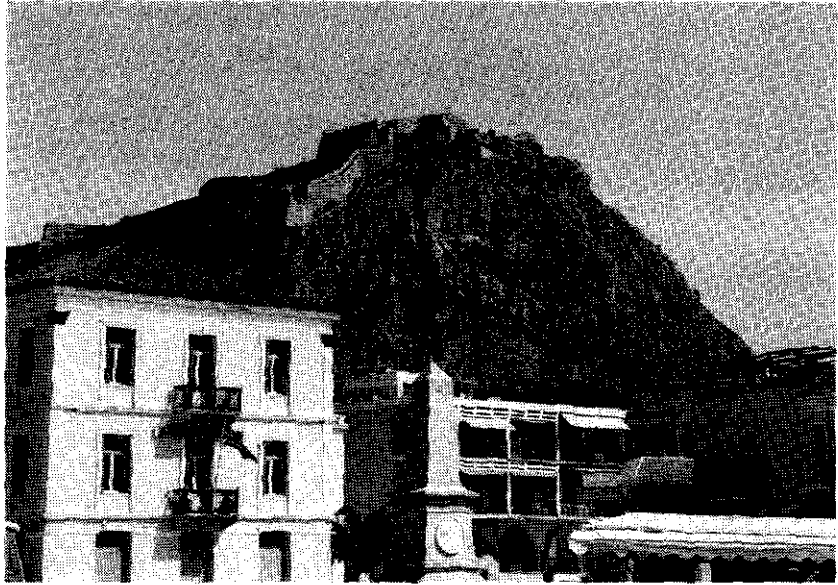


図10 パラミディの城砦

Palamédeion (パラミディの城砦)と呼ばれています(図10)。塩野七生さんの「イタリア遺聞」には、「ナフプリオンの城砦は、下から眺めただけで神を呪いたくなる」と書かれていましたが、ここへ登るには、999段の階段を上らなければなりません。トルコ支配の時代は、ここは政治犯の牢獄として使われていたそうで、ギリシアの初代大統領もこの砦で暗殺されたそうです。

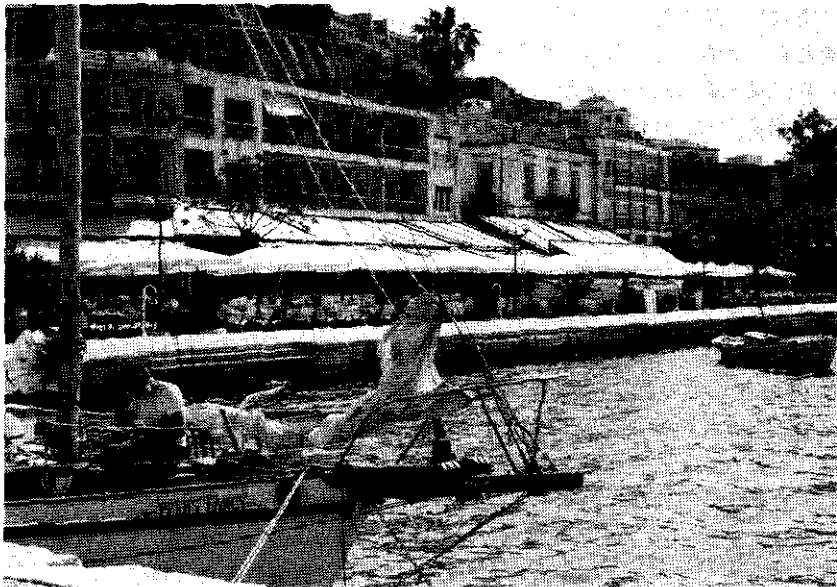


図11 ナフプリオン港(手前はカナダ人のヨット)

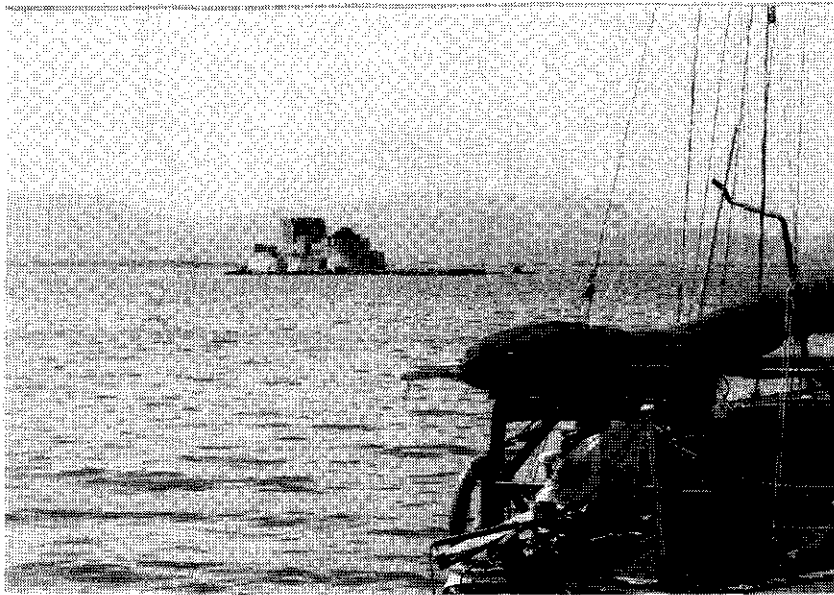


図12 ブルジ島（手前はカナダ人のヨット）

ナフプリオンはギリシア独立戦争のさい、トルコと戦った英雄コロコトロニスの生地で、1831年独立後の最初の首都となった所でもあります。海岸に面したBouboulinas通りにはたくさんのレストラン、タベルナやしゃれたカフェテラスなどが軒を並べており、きれいなホテルも何軒かあります（図11）。

★ブルジ島（図12）

桟橋から眺めると、約450m沖合いにきれいな小島が浮いて見え、一幅の絵画です。全島これ中世風の城塞で、1471年にベネチア軍によって築かれ、パスカリゴ城と称されています。

19世紀には、世間から忌み嫌われていた死刑執行人が引退した後に住む場所でしたが、その後改造して一時ホテルとして使用されていたそうです。

★カナダ人のヨット

考古学者シェリーマンも、ティリンスの遺跡発掘のさいは、1884年からこのナフプリオンに住み、毎日馬車で通ったそうです。私も今宵の泊りはこの町と決め、夕暮れの桟橋を散歩していると、60歳くらいのご夫婦2人が食事の長さ10m足らずのヨットが目につきました。聞けば3カ月の休暇で、カナダを発ち、1カ月かかってこの港へ着いたのだそうです。その悠々たるレジャーの過ごし方と、2人きりで大西洋を乗り切ってくる勇気に心から敬意を表しました。我々はいつになったらそんな旅ができるのかなァ。

来月は医学のメッカ・エピダウロスのアスクレーピオス神殿、「スパルタ教育」で有名なスパルタなどへご案内しましょう。お楽しみに（続く）。

（挿絵は文京女学院医学技術専門学校 鈴木敏恵講師による）

承認番号 (04日輸) 第0889号

アイ・スタット

ポータブル血液分析器 Portable Clinical Analyzer

i-STAT™

Na, K, Cl, BUN, グルコース, Ht を同時に測定

アイ・スタットは
リアルタイムの医療を実現します



小型で軽量 ポケットに入れて持ち運びができ、いつでも必要に応じた臨床現場で使用できます。

結果は正確 コンパクトながら大型機器なみの精度を有し、測定値のプリントアウトも可能です。

測定は迅速 2分以内に測定を終り結果が表示されるので緊急検査やベッドサイド検査で即座に対応できます。

操作は容易 血液検体を注入した使い捨てのカートリッジをアナライザーへ差し込むだけです。

検体は微量 測定に必要な検体は全血でわずか2~3滴。新生児や乳児にも十分適用できます。

◇さらに詳しい情報をお求めの場合、下記までご連絡ください。

扶桑薬品工業株式会社 本社、i-STAT技術サービス係
TEL 06-969-1131 (内216)

主な仕様

測定項目及び原理	Na, K, Cl : イオン選択性電極法 BUN, グルコース : 酵素電極法 Ht : 電導度電極法
測定時間	約110秒
血液検体量	55~100μl
電源	9Vアルカリ乾電池(006P型) 2個 <アナライザー> <カートリッジ>
寸法(mm)	203×69×50 44×27×7
重量(g)	510(電池別) 4

輸入販売元



扶桑薬品工業株式会社

大阪市中央区道修町1丁目7番10号

製造元 アイ・スタット コーポレーション
協力 日本ケミカルリサーチ株式会社

日本病院会英文誌

Japan-Hospitals No.13(July 1994)

原稿募集中

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1回発刊しており、**Japan-Hospitals No.13**の原稿を下記の要領で募集中です。皆様奮ってご投稿くださるようお願いいたしております。

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

記

1. テーマ

日本の医学、医療、病院の実情を海外に紹介・PRするもの、およびそれと直接、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（ただし臨床的研究論文は除く）。

2. 原稿提出締切日

平成6年3月31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を基準とします。（翻訳料、タイプ料等ご提出までに要した費用は、執筆者にてご負担願います。執筆者への謝礼は別刷50部をもって代えさせていただきます）。
- ② 上半身ないし顔写真（掲載用）1葉を添付願います。
- 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ページ27—28行）した場合、原稿2枚半がほぼ雑誌の1ページに当たりますので、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・問い合わせ先

〒102 東京都千代田区麴町2-14

（社）日本病院会 学術委員会

電話 03-3265-0328（直通）

経営情報の院内公開

東京国際大学教授 杉 政 孝

病院であれ一般企業であれ、総ての経営組織体の目標は、一人ひとりの成員の活動の総和として達成される。封建的なワンマン社長の会社や、緊急時の軍隊組織のように、トップの考え一つで総ての成員が否応なくトップの指示通り動く体制ができていれば、少数のトップ経営層だけが組織目標とそれを達成するための方法を知っていれば、下部の成員は、自らは判断することなく、ただ上からの指示を忠実に実行することにより、組織目標はおおむね達成されるであろう。いわゆる、「知らしむべからず、依らしむべし」の古い理念による組織運営方式である。

それで成員が黙って従順についてくるならよいが、現代はそのような封建的な経営方式では納得しない成員が多い。新しい経営管理論では、経営者や管理者でない下級成員にも、組織の目標とその達成を妨げている問題点を認識させ、問題を解決しながら目標を達成するための方法の決定にそれぞれの立場で参加させることにより、トップから底辺までの全成員の信頼するに足る協力体制ができると教えている。「知らせ、参加させる」経営方式であり、多くの企業ではそのための具体的な方策が実施されている。

病院でも、その方針にそって、経営情報を院内に公表することにより、職員理解と協力を求めて、大きな成果を上げている例が増えている。しかし、一般の企業に比べると、病院での実施率はまだかなり低い段階にとどまっている。特に、医師に代表される専門職は、一般に、出身大学や専門職団体には強い一体感を持っているのに、自分の職場である病院組織に対してはあまり強い一体感を持たない例が多い。それは専門職にある程度共通の意識であるとも言えるが、伝統的な独立自営の専門職ならそれで良いとしても、病院という組織体の職員となって、自分の所有ではない施設や機器を使い、多くの職種の人々との連携によって仕事をする「組織医療」に加わっているからには、専門職といえども、自らの専門性を大事にするとともに、組織への一体感と参加意識をもっと明確に持つ義務がある。

しかし、専門職は単なるスローガンだけでは病院組織への一体感や参加意識を持ちにくい。知的水準の高い専門職にたいしては、病院における診療や経営の実体を（できれば同種の他病院との比較を含めて）データとして明示したうえで、経営目標を示してそれへの賛否を問い、その達成を妨げている問題点とその解決策についての参加的意見を聞くべきである。そのための経営情報を要約して効率よく周知徹底させる院内情報システムの確立は、事務部の重要な任務の一つである。

（事務長養成課程通教月報第182号巻頭言）

シンポジウム

病院医療の崩壊を防ぐために

～医療チームの再編成—病院経営からみた対応を論ずる～

平成5年7月・東京

座長

日本病院会病院幹部医会副会長

三宅 浩之

シンポジスト

武蔵野赤十字病院整形外科部長

司馬 正邦

公立昭和病院救急部長

有賀 徹

九段坂病院看護部長

北林 悦子

練馬総合病院看護部長

大久保和恵

座長(三宅) 三宅でございます。今、笹森会長の方からこのセミナーを開くにいたったいきさつについて、いろいろご説明がございました。そのなかで私が企画の中心だったというお話なんです。このきっかけといいますのは、平成5年の1月、2月ごろに日本の医療危機というテーマを中心にしたNHKの医療番組がございまして、病院の再建というテーマでいろいろ病院再建業者が動いているという放映があったことはご承知のとおりだと思います。

そのなかで、ある都内の病院が200床ぐらいでしたか、どうやって再建していくかという話の中で—これは日本病院会の常任理事会でも大分議論があったわけでございますし、諸橋会長がNHKに対して申し入れをしたとかいろいろあったわけです。その辺はお聞き及びかと思えます。病院のスタッフを入れ替え、新しい医療機器を入れ、診療内容をどんどん変えていく。患者さんの入退院についてもかなり厳密な適正化、といえは適正化なのかもしれませんが、積極的な手を打っていく。それによって病院収益が改善し、病院が再建できるの

かというのがテーマだったように思います。

我々医師の立場でいいますと、そこまでやらなくても、あるいはそれはちょっと検査などについてもやりすぎではないだろうかという問題。あるいは患者さんの家庭を訪ねて、自分の病院の患者を掘り出すというようなことまでやっていたように思います。

そういうことが本当にこれからの医療の中でいいことなのか、どうなのか。実際に医療現場を担当しています医師、看護婦、コ・メディカルの方々、実際に病院のお金の問題を扱ったり、あるいは器材の整備をしたりという事務職員の方々も含めて、もう1回この問題を考えてみる必要があるのではないだろうか。

特に患者さんに直接コンタクトしている医師、看護婦の立場で現在の医療をどういうふうに見直して、将来21世紀に向かって病院の中をどう直していくかということを考えたわけでございます。

私ひとりでは幾ら考えても結論は出ません。もちろん皆さんも個々にお考えでは一般的な結論は出てこないと思います。こういうセミナー・シンポジウムの形をとりまして、皆さんのご意見を集約できるものなら集約する。そして多くの意見を聞くことが、自分の意見をまとめる一つのきっかけになるだろうと思いますので、その材料になれば幸いであるということで、このシンポジウムを企画いたしましたわけでございます。

いろいろなメンバーにお願いすることが考えられましたが、結論的にはきょうお願いいたします。武蔵野赤十字病院副院長・整形外科部長でございます司馬正邦先生。公立昭和病院の救急部長

で脳神経外科の専門医であります有賀徹先生。このお2人の臨床の医師としての立場あるいは病院の管理に関連する医師という立場。ほかに、国家公務員等共済組合連合会九段坂病院の看護部長の北林悦子先生。そして練馬総合病院の看護部長の大久保和恵先生。この4人の方をお願いいたしまして、きょうのテーマの皮切りをしていただくことにいたしました。

この4人だけで結論を出そうということではございません。きょう、お見えになっている七十何人の皆さんに大いに発言していただきながら、4人の講師を中心にまとめられるものはまとめ、問題として残すものは残すということを考えているわけでございますので、ご協力をお願いしたいと思います。時間は1時までということで、たっぷりでございます。

なぜ、1時という時間を設定したかと申しますと、大体12時前後は食堂も何も混んでおりますので非常に能率が悪いわけです。1時になりますと大体すいてまいります。そのころにゆっくり食事をしていただいて、あと私が企画委員長をやっておりますホスピタルショーもゆっくり見ていただくだけの時間ある、ということで時間設定がなされております。

ちょっと余分なことを申しましたが、最初のスピーカーでございます司馬先生にプレゼンテーションをお願いしたいと思います。司馬先生よろしくをお願いいたします。

ご発言がひとあたり済みましたところで、こちらに上がっていただいて、皆さんとディスカッションということにしたいと思います。

司馬正邦 きょう、どういうお話をしようかといういろいろ考えてまいったのでありますが、一番最初の企画の段階でいろいろ話題になりましたことを中心にして、考えてきましたけれども、なかなか結論を得ないままに今日に至ってしまいました。

昨年、医療法の改正がございました。今まで日本の病院というものは、とにかくたくさん作ってたくさんのお患者を治療しましょうということでまいりましたが、ここ数年はどうもベッドが多すぎるといってベッド制限が始まりました。そし

て昨年の医療法の改正によりまして、今度は質をよくしようと、病院の質を重点的に考えていく。それに伴って、それ相当の点数が決まって改正ができたわけです。

そういう良質な医療を効率的に患者さんが満足いくように提供する体制を、いろいろ病院側としても考えなくてはいけない。そういう時期に達しております。医療法の目指すところは、そのほか病院の体系化、情報のいろいろな提供、業務委託はどうであるかとか、いろいろな問題が含まれております。

きょうはテーマにございますような、医師と看護婦との業務提携、業務の見直し、あるいはどういふ点に問題があるかという点にしばって論議を進めていきたいと思っております。

私どもの病院でも常に医師と看護婦との間にいろいろな確執といってしまうといい過ぎですが、看護婦さんは看護婦さんで医者の方に非常に不満がある。医者の方は余り表立って不満は申しません。ひたすら看護婦さんのいいなりになるという姿勢を見せてはおりますが、実は腹の中では「そんなことをいってもそんなことができるか」というようなことがしょっちゅうございます。

そういう点をいろいろ整理しなくてはいけないのですが、つい先ごろ、私どもの武蔵野赤十字病院の看護部で、「質の高い看護サービスを提供するための医師と看護婦の業務整理の検討」という文書を、パンフレットですが、婦長業務検討会がお作りになりまして公表されました。

大変いろいろなことが書いてありまして、我々医者の目から見ますと耳の痛いことばかりでございます。耳の痛いことばかりではございますが、実をいいますと十年來同じことばかりいわれている。我々も同じことをいわれるけれど、一向に改善する元気がございませんし、看護婦さんの方もそれではどうしようという具体的なものがなかったのですが、今回はいよいよ実力行動に出てまいりました。

ある日、私のところへ一片の紙切れが参りました。「医師の皆様へ。以降の事項についてご検討いただきたく思います」というようなことで、要望が出てまいりました。もちろんけんか腰ではござ

いまして、よく話し合っ、お互いに解決できるものは解決していきましようということです。我々医師の方としても、これは私の整形外科の問題ですが検討いたしまして、改善できるところは改善しようということで話を進めてきたのでございます。

医師の仕事という面から最初にお話ししますが、医師の仕事が近年非常に忙しくなりました。一つの理由はいろいろな疾病とか患者の構造的な変化があるかと思えます。

例えば、患者さんの高齢化という問題。非常にお年寄りが増えてまいりましたから、例えば骨折した患者を入院させますと、昔は手術をしてギブスなりを巻いておけば、それで済んだ。ところが、最近ではそれでは済みません。まず手術の準備が大変ですし、いろんな疾病も持っておりますし、ただ寝ているだけでは済まないという問題も起こってまいりました。

それから、手術そのものが大変高度化して機械化してまいりました。そのために手術方法の選択が非常に幅広くなってきたので、いろいろ考えなくてはならない。先ほどの高齢化とも関連しますが、いろいろと検査をしなくてはならないのですが、これが非常に数多くて、その取捨選択に迷うわけです。面倒くさいからといって一度にパーッとやっちゃいますと、保険の方から査定されるということで、選別をしなくてはならない。そういう時代になっております。

もう一つは患者さんの知る権利がだんだん強くなってまいりましたから、逐一相談しなくてはならない。これが実はかなりのエネルギーを要することなのです。しかも患者さんは事情がよく分かりませんから、イロハのイから話さなければいけない。要するに1から10まで話さないと患者さんは納得できないという事情がございます。

患者さんだけでは済みませんで、家族が次から次へやってまいります。最初にご主人にお話ししました。次の日にまた奥さんがやってくる。そのうちにお兄さんがやってくるということで、何回も何回も同じことを説明しなくてはならない。それを断るわけにいかないという事情が最近起こってまいりました。

それから、好むと好まざるにかかわらず、保険

の制約がございますから、自分の好き勝手な治療をするわけにはいかないという事情。

そういう構造的な変化があるうえに、さらに追い打ちをかけるのが、在院日数を減らすためにとにかく患者を早く入れ替えなくてはならない。入院退院が多いものですから非常に忙しいですね。アナムネーゼをとったり記録をとったり、カルテ整理の多忙化がございます。退院要約を書かなくてはならないのですが、毎日仕事に追いまわられてなかなか書けない。何十枚もためこむという事情がおこる場合がございます。

手術技術の高度化と申しましたが、泥縄ではございませんが、とにかく手術書を読まないで手術の手順が自分自身で分からない。そこへもってきて手術の準備に、病院ですといろんな機械を買い込むわけにいきませんので、このごろは業者から借りるということをやります。手術をするための道具を買い込むと一式が1,000万円とか2,000万円とか必ずするものですから、年に数回しかやらないような手術にそんな投資をするわけにいかないというので、その都度借りる。

あるいは骨折の手術をするにしましても、いろんな機械がございますので、患者さんの1つひとつの状態に応じて、適当な機械を選ぶということになりますと、何種類もある。例えばプレートにしても何種類も置いておかないといけないとか、その種類が違うたびにに入れる機械が1つひとつ違う。そのかわり、いわゆるバカチョンでございますして、1番2番3番4番5番というふうに機械に順番がついてますから、それを順番にやっていけば最後はきれいに仕上がるというふうにはなっておりますが、その準備をしなくてはならない。

外来がたくさんまいりますので、外来が忙しい。外来が終われば検査をしなくてはならない、ということで検査。若い方の医者になりますと、「手術を手伝え」と突然いわれまして、きょうはカルテ書きなどをしてと思っているのに、「おい、手術室へ来い」とか、突然呼ばれます。当直がでございます。そうこうするうちに救急車が入ってまいります。

私どもの病院は混合ベッドでございますから、あちこちに患者さんが分散している。それを回らなくてはならない。手術がすぐ始まると思った

ら、前の手術がずっと続くものですから、オペ待ちの時間あるいは患者の入れかえの時間を待たなくてはならない。そうこうするうちにカンファレンス。抄読会。時には学会にも行かなくてはならない。大変忙しい思いをする。

常々思うのですが、どうも我々医師というのは病院中を駆け回って、あっちへ行って手術をし、こっちへ行って患者を診、別のところで検査をし、そうこうするうちにX線撮影の足を持ってくれとって呼びにくる。「CTを撮りましたから見てください」と呼ばれるという感じで病院中を駆けめぐっております。

一方看護婦さんも、今申しました構造的な変化とか、あるいは医者の方の多忙さに劣らず、看護婦さんもいろいろ忙しいのです。医者が病院中を駆け回り回っているような仕事をしているのに対して、看護婦さんはどちらかというと、病棟、外来、あるいは何々部というようなところで比較的固定して業務をやっている。

医者の方はチーム医療と格好いいことをいってありますが、部長以下あるいはいわゆる上級医と下の医者がチームを組んでやるというのはカンファレンスとか回診、手術、そういうときだけであって、ほとんど日中の大部分は独立して動き回っているわけです。

ところが看護婦さんの方は病棟にちゃんと婦長がいて、主任さんは夜勤に入ったりしますが、主任がいて、看護婦の経験した人と若い人がいて、大体常に相談する相手がすぐ身近にいる。そういう環境の差。

医者というのはいうなれば騎馬民族みたいなもので、あちこち駆け回り回って略奪して歩いては、大した財産は持っていませんが、その日その日を暮らしている。

それに対して看護婦さんは農耕民族。一カ所に定住して、営々と患者さんという畑を耕している。そこへ騎馬民族がサーッとやってきて引っかき回して、またどこかへ行ってしまふ、というような感じを私は持っております、騎馬民族と農耕民族がどうやったら仲良くして暮らせるかというのが、これから業務を考えていくうえに必要なのではないかと思います。

看護婦さんからの医師に対する要望の一番トッ

プに何が上がってきたかといいますと、医者というのは指示を出ささえすれば、何でもそれが通ると思っている。こういう項目が1項目出ました。医者は指示を出せば、何でもだれかがやってくれると思っている。まさしくそのとおりでありまして、逆にいいますと病院のいろんな治療あるいは診療というものは、医者が指示を出さなければやってはならないことになっているのです。

健康保険の点数も医者がやった仕事について、何点という点数がついているのですが、看護婦さんが自主的に患者さんを体位変換しましたとか、患者さんのおむつを替えましたとか、あるいは患者さんの体を拭きましたとか、そういう業務について何点というのは全然ないのです。一括して入院管理料であるとか重症加算である、というようなことは出てまいります、そういう点数のつけ方自体がどうも看護婦さんにあまり有利にできていない。そういう点もございまして、常に不満があろうかと思えます。

医者の側から申しますと、とにかく指示というのは患者さんの1日の状態を見て、じゃあ、次の日どうしようかということを考える。だから、指示というものは本来夕方でないといけないものであるという大義名分を振りかざしております。看護婦さんの方はそんなのでは困るから、2時まで書いてくれとか、いや3時までだとか、夕方日が暮れてから指示を出されても、あしたの朝までは放っておきますとか、いろいろな食い違いが起こってまいります。

患者さんの病状の変化が時々刻々起こるわけですから。最近では急性期を扱う病院、慢性期を扱う病院と分かれてくるようになりますと、殊に急性期を扱う病院ですと、ほとんど全員が急性期の患者ですから、時々刻々変わってまいります。医者は張りついていないから、どこかへ行ってしまっていない。看護婦さんがすばやく見つけて医者を一生懸命探さなければならぬ。それに応じてすぐに指示を出さなければならぬけれど、今、手術中で出せないとか、そういう問題が起こってまいります。

そうすると、医者が患者のところにはいないときには、代わりになる医者をちゃんとつけておけるといふ要望が出てまいります。代わりになる医者が

また救急に呼ばれたり、突然鉤引きを命じられというようなことで、代わりの代わり、その代わりというようなことはとてもできない、というようなことを医者の方はいい訳をする。そういうことで、オーダー1つとってみても、どのようにしたら双方が満足いくような結果が出るかということが問題になろうかと思えます。

時間が少し過ぎましたので、結論を申します。要するに医者の方は診断とか治療とかに目が行きがちでありまして、それがまた生きがいだと思っているものが非常に多いと思えます。それに対して看護婦さんは診断とか治療もさることながら、それよりはむしろ患者さんの生活上の支援、あるいは生命力がもっと維持向上できるような面で私たちは仕事をしているのだ。従って、むしろ治療医療よりは看護だと。医療と看護が少し食い違うのです。

医者の時間的なスケジュールの都合、外来をやって手術をやって検査をやって、やれやれ一休みするともう3時か4時になる。看護婦さんの方はそのころになると申し送りをして、日勤帯は帰ってしまいます。準夜の域に入りますから、日勤帯で指示が出なかったといって、結局はお互いの間に不満足が残る。こういうことになりますので、どういうふうにしたら、それが解決できるかはもう10年20年昔からの課題であります。解決策としては、処置とか手術とか検査とか、そういう医者の方の診療パターンを何とか変えるようにしなくてはならないだろう。

もう1つは病棟マニュアルをつくっておりますが、マニュアルに細かく書いて、できるだけ無駄がないような動きをするように教育する。これは医師側も教育する。

これはシステムの問題ですが、オーダーリングシステムを導入したらうまくいくのかどうか、私どもの病院ではやってませんのでオーダーリングシステムを採用なさった病院がうまくいっているかどうか聞いてみなくては分かりません。そういうようなものを取り入れて、私どもの方から申せば、2時までに出さなくてはならんとか、3時までに入力しなければだめだというようなオーダーリングシステムではなくて、24時間いつでもオーダーすれば、そいつがうまく軌道に乗るよう

なオーダーリングシステムというものはないだろうか。

これは、きょうは話す時間がございませんでしたが、看護業務の中からクラーク業務であるとか、薬品業務、物品管理、こういうものは絶対に切り離さなくてはいけない。そして看護婦さんが診療に参加していただけるような暇と体制を作ってあげなくてはいけない。

それから健康保険でございます。看護業務の中にも健康保険に関係のある業務はいっぱいあるわけですから、そういうものを医者も勉強しなくてはけませんし、看護婦さん自身も勉強していただく。要するに、我々が仕事をしたことは全部点数に乗せてお金でいただく。そういう心構えで最大もらさず保険の方の請求に回せるようなオーダーを組まなくてはならない。

現実はどうすればいいかという結論はなかなか出てまいりませんが、そういう方向に向けてお互い努力していかなくてはいけないのではないかと考えております。医者のいろんな業務の時間的なずれ、あるいは医師と看護婦の時間的なずれ、仕事の内容のずれ、あるいは考え方の多少のずれ、そういうものをこれからだんだん検討していくべきではないかと思えます。

大変まとまりのないことを申しましたが以上で私の発言といたします。

座長(三宅) 司馬先生、ありがとうございます。大変明解に医師の立場といたしましょうか、診療のなかでの医師の動きを説明していただきましたし、また看護婦さんとの間にどんな問題があるかということ、最初のお話として伺いました。まだまだいい足りないことがたくさんあると思えます。後ほど壇上に上がっていただいて、また皆さんと会話をするなかで出していただければと思います。

2番目に予定しております有賀先生でございます。有賀先生は脳神経外科の専門医でございます。現在公立昭和病院の救命救急センターの救急部長をやっておられます。毎日大変忙しい仕事をずっとおやりになっているなかで、どういうご提案があるのか伺ってみたいと思えます。よろしくお願いいたします。

有賀 徹 公立昭和病院の有賀です。今、司馬先生のお話は自分自身が今までやってきたこと、今現在やっていること、ほかの病棟で行われていることをそこそこ批判的に見ながら体験としてよく分かるのであります。実は三宅先生にこのようなテーマを与えられた後、一生懸命そういうふうなことだから、どういうふうになっていくのだろうと考えてみました。考えましたことをここで発表させていただきますので、多分に理想的かもしれませんが、後ほどディスカッションする時間がたくさんあるようですので、その都度議論をしながら皆様方のいろんなご意見のもとに、自分自身も勉強したいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

さて、本日のテーマであります「医療チーム・病院経営」ということにつきまして私見を述べさせていただきます。私自身は救命救急の現場にありますことから、救急医療と医療チームといったニュアンスでお話したいと思っております。レジュメを作る時間がなかったので、スライドを使わせていただきます。

最初に救急医療を概観いたしますと図1のようになります。一般的に救急医療は3つの要素から成り立っているといわれます。まず、患者を搬送するシステム。この図では矢印で示されます。次にその患者を受け入れる救急医療施設。そして、それら全体を統括する情報システム。東京23区では大手町、多摩地区では立川に消防庁の救急災害情報センターがあります。救急医療施設は区分けとして1次、2次、3次救急施設がありますが、

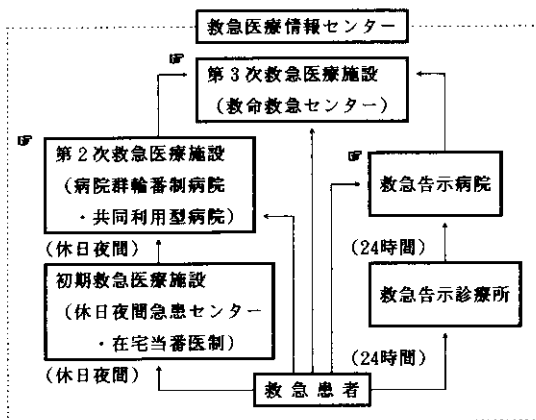


図1 救急医療体制

表1 救急医療

I) 救急医療施設
初期救急医療施設
☐ 第2次救急医療施設
☐ 第3次救急医療施設
emergency (triageを含む) & critical care medicine
II) 救急搬送システム
救急車(救急自動車) 高規格の救急自動車
☐ ドクターカー(ランデブー方式、ドッキング方式etc)
救急救命士
ヘリコプター、オートバイ、'民間救急車'
III) 救急情報システム
救急医療情報センター
(財)日本中毒情報センター
☐ 'テレフォンサービス'

本来的には救急告示施設つまり右側が主で、左側はその補完体制であります。いずれにせよ、これが病院の施設であります。

救急医療の3つの要素をかみ砕きますと、表1のようになります。指差しマークが我々病院の関与するところですが、簡単に上から説明していきます。一番上の救急医療施設の部分で1次2次3次へという形での転送する軸として救急医学を考えます。救急医学はいろんないい方がありますが、ここではemergency medicineとか、critical care medicineということになります。

emergency medicineというのはトリアージといういわゆる振り分けすなわち緊急度とか重症度を判断して、何科の専門医に患者を渡すかというようなprimary careを含みます。クリティカルケアとは要するに救命救急のことで、basic life supportからadvanced life supportのことで、病棟での内容はインテンシブケア(集中治療)ということになります。

ついでに搬送システムにありますランデブー方式というのは、第1の救急車が通常どおり現場に向かい、第2の救急車が病院のスタッフ、つまり医者と看護婦を乗せて現場で落ち合うシステムです。ドッキング方式といいますのは地方でやられておりますが、極めて遠方から第1の救急車が患者を運んでくるのを、病院からスタッフを乗せた第2の救急車が途中で出迎える方式です。これも

病院が関与しています。

次の医療情報システムには、テレホンサービスというのがあります。テレホンサービスは都道府県に1カ所ずつ整備が進んで、確か三十何カ所あると思いますが、救急医療情報センター、先ほどの東京では消防庁の救急災害情報センターが患者や家族の問い合わせに応じるようになっております。が、そこでの対応は、「それでしたら、近くに何々病院がありますから電話で問い合わせてください。電話番号は幾つ幾つです」というふうないうわけで、結局地域の中核病院は非常にしばしばテレホンサービス機能を負ってしまうわけです。テレホンサービス機能が患者の大病院指向と重なって、時間外診療と電話で病院の人たちがてんでこ舞になってしまう、というようなこともあります。

先ほど笹森先生がお話しされた病院の情報に対する需要が非常に高いということを反映しているのかもしれませんが。病院が担っている救急医療の全体像を一応説明申し上げました。

表2は救急患者さんが搬入されてから患者に直接的に関与しそうな医療職種を流れに沿って羅列したものです。脳卒中の患者さんが入ってきたということを想像しながら書いてみたものです。医療の内容的なことは、病院関係者である皆さんは、これを見ればすぐ理解されると思いますが、

表2 救急患者搬入以後の流れ

-
- | | | | |
|---------------|-----------------|------|----------------------|
| 1) 電話連絡: | 救急隊→事務員 | 看護婦 | 医師(警察 etc) |
| 2) 救急外来: | 医師 | 看護婦 | X線技師 検査技師(薬剤師) |
| 3) 検査: | 医師 | 看護婦 | X線技師 |
| 4) 手術: | 医師(麻酔医) | 看護婦 | (X線技師 検査技師) |
| 5) ICU: | 医師 | 看護婦 | 臨床工学技師(MSW 精神科医 薬剤師) |
| 6) 一般病棟: | 医師 | 看護婦 | MSW (レハビリ OT PT ST) |
| 7) リハビリテーション: | 医師(リハ科) | 看護婦 | PT ST OT MSW |
| 8) 在宅: | 看護婦 | 保健婦 | PTetc MS Wetc(医師) |
| 9) 死亡: | 医師(病理, 警察医 etc) | 検査技師 | 看護婦(コーディネーター) |
-

より具体的に正味の救急医学の実践を通して、ここでいうチーム医療の内容的なことを考えてみたいと思います。

救急医学の実践には外来、手術、病棟という3つの局面があります。各々少し詳しくお話しますと、救急外来においては患者の重症度と緊急度を把握したうえでのトリアージ(振り分け)、初期治療、救命処置が行われます。救命処置の際には医師、看護婦、レントゲン技師など、先ほどから医師と看護婦に焦点が定まっておりますが、一応チーム医療ということであるんな職種を概括的に考えてみましたので、医師、看護婦、レントゲン技師、臨床検査技師、最近では薬物中毒などに際して当初から薬剤師が救急外来においてともに各々の役割を持って活動しております。

先ほど司馬先生がいわれましたが、建前上は“医師の指示に従って”ということになるかもしれませんが、実際はまさにパートナー同士であります。救急外来において、いかに看護婦が自立的でなくてはならないかということを説明いたしますと、救急情報センターからの患者搬送の情報が病院側に入り次第、到着後に展開されるであろう諸々の事態を想定して、点滴やらレスピレーターなどの準備を整えます。重篤な患者となればなるほど、救命救急の現場においては、救命的治療(basic life support)が診断的行為に先行するのが特徴となります。この間の医療行為は、判断も含め、医師と看護は全く同等、同時進行です。

今、述べたパートナーシップ、つまりお互いに手助けをするという意味では、医師は看護婦、看護婦は医師のやろうとすることを理解する。ですから、レントゲン技師などは医師や看護婦のやろうとしていることを理解するし、レントゲンの技師がレントゲンを撮ろうとすれば、どうやって撮ろうということは知っているから例えばフィルムを胸部、腹部に挿入するにあたり手伝うわけです。そういうふうなパートナーシップが展開される。再び自立的な看護業務について言及するならば日常的にこれらの治療や処置に必要な器材・薬品の整備などは場合によっては今いった薬剤師や医療工学技師と協力してやることもあるのですが、ほとんどの場合、全体の管理やスタッフの教育は少なくとも看護スタッフの重要な業務となりま

す。

トリアージにおいては、患者の病態をある程度判断してから、各診療科ないし専門医に振り分ける技量が要求されます。これを行うにあたっては、今、看護婦がやっているような風情で話していますが、ドクターがやってもレジデントがやっても全く同じようなことが起こるわけです。マニュアルに従ったような単純作業ではなくて、患者の話を聞くところから始まって、各診療科の窓口や医師に橋渡しをするまでの、どちらからというところとファジー的な要素に富んでいる。そういう意味ではかなり高度な内容をこなしているわけです。

救急外来においては患者への直接的なことに限られず、救急隊員や警察官や家族からの情報収集や、さらにパニックに陥っている患者や家族への説明という役割も時々看護婦の重要な業務となります。

以上のように看護婦は医療の重要な担い手ですが、他の職種にもあえて言及しますと、今いった救急外来でレントゲンを撮ろうとすると、病態の把握の流れに沿ったタイミング、例えば Chestチューブを入れる前に胸部レントゲン写真を撮るのか、入れた後に撮るのかというようなこと。心電図で12誘導を取ろうとしても患者さんが落ち着いたときでないと取れませんから、いつでも撮ればよいというものではない。そういう意味ではパートナーシップは非常に重要です。

血液データを現場にフィードバックする場合においても時々刻々の様子を考慮して大きな声で叫ぶか、または持って行ってゆっくりしゃべるか、というようなことも含めて結局“センス”が必要なわけです。どちらにしても医師や看護婦の作業ぶりを理解し、病態を把握する目の効くことが問われます。

手術という面について話を進めますが、手術は待機的な手術ではなく緊急手術であることから、術前の諸検査、手術そのものの準備についても極めて円滑な業務の遂行が求められるので、“医師の指示に従って”とはいうものの、看護婦はほとんど医師と同等のパートナーとしての知識や経験が必要とされます。その傾向は2次3次と高次の施設になればなるほど強まるのは当然のことです。また、手術室での看護婦の役割について

もかなり自立性が要求されると思います。

結局、患者さんの不安をとるとか、そういうことも含めて医学看護学のスペシャリストとしての見識が必要条件となる。それらについては、私たち外科医も当然配慮しなくてはならないのですが、私の経験からは、理屈で患者さんに納得してもらおうことと、感性として不安から開放されることは別でありまして、看護スタッフのこのことへの寄与は絶大なものと、個人的には信じております。

後先逆になったかもしれませんが、麻酔中や手術中のさまざまな事態に応じる直接的・間接的の助者に高度の医学的な内容が要求されるのは当然であります。臨床工学技士についてもレントゲンを撮影するスタッフについてもこのことは然りです。

病棟についてはどのようでしょうか。緊急ということから考えますと、いわゆるインテンシブケアが主体で、その対象も多発外傷、多臓器不全といった総合的医療の要求される疾患が少なくないことが特徴であります。表2の5,6の部分ですが、看護スタッフは術後のさまざまな訴えや客観的な諸条件の中から医学的処置に関して重要なものとそうでないものを分けて、医師に伝達するなり、看護スタッフ側で対処するなりの対応が望まれます。

患者の年齢は小さい子からお年寄りまでに至っておりますし、家庭内のことまで含めて社会的・経済的に病院に来る前から問題を抱えていた症例もまれではありませんので、身体的・精神的ストレスのかかった患者さんへのケアは時に精神医学的なアプローチも必要となります。従って医師の指示があってもなくても、主体的にMSWとカリハビリテーションのスタッフ、精神科の医師と時機を逸することなく連携しあうことが病棟の看護スタッフに求められます。

要するに、各々の職種は主体的にその持ち分に依りて積極的に患者さんに関与するということが求められるわけで、医師の立場—僕たちの立場からいえば、少しドライな方もかもしれませんが、“餅は餅屋”というセンスが非常に大事なのではないかと考えます。

このシンポジウムのテーマは「医療チームの再

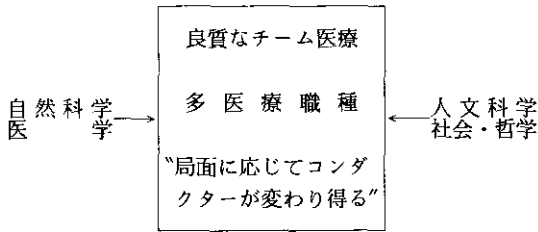


図2

編成」ということですが、結局のところ、今までのチームの概念は医師がすべての面でコンダクターであったと思われまます。これが本来的にチームなのかどうかは知りませんが、いずれにしても再編成ということでありまますから、かつてはチームだとすれば医者がコンダクターだったのでしょうが、再編成というのは表2のような治療の流れに応じて、図2の如く例えばMSWに医師や看護婦が協力する場合もあることを理解すべきでありまます。

実は最近のことでありまます、battered child(被虐待児)を福祉施設に入れるにあたって、MSWのスタッフから、両親への説明と同意を得ることに関して「主治医の立場でこのようにいってくれ。そしたら私がひきつづいてこのようにいます」というような協力をMSWに頼まれました。このような局面に応じて、コンダクターが変わり得る。変わり得るというのですから、かなりの幅があるわけですが、そういうことを理解する、ということに尽きるのではないかなと思ひました。

少し別の面からこのことについて、何でこんなふうに思うようになってしまったかということを書きます。最近、救急救命士が登場して、若干救命率が上がったという報道が一昨日あたりの新聞にありまましたが、救急救命士法によると「医師の指示のもとに、これこれを行え」となっておりまます。

東京においては、先ほど述べた消防庁の救急災害情報センターに我々が当番で詰めておりままして、電話で指示を与えまます。病院内でも電話で指示を与えることがありまますが、それは今まで患者を直接診ていたか、またこれから診ようと思えばすぐにできる状況でありまます。しかるに、東京消防庁の救急災害情報センターの電話は全くそうで

はありまません、医師側は彼らのいうこと、やることをすべて信じるということが前提でありまます。現場に行けないわけですから、心電図がどうだとか、呼吸状態がどうだとか、脈がどうだとか、患者の現症に関しては、彼らの情報を耳から聞いて指示するという形をとるわけだす。

まさに形としては「医師の指示のもと」ということになりまますし、彼らは手足として医療行為を行うわけだす、十二分に有能な手足であって、医師—私たちはただ傍観しているのみということになりまます。最も最近できた医療職種において、図2にありまます、「局面に応じてコンダクターが変わり得る」ということが示されたという、ちょっと皮肉な感じでありまます。

今まで述べてきたことは、かなり理念的かもしれまませんが、ついでに局面によってコンダクターが変わり得るという医療チームによって提供される医療の内容は基本的には良質なものであろうと、私自身は信じておりまます。何をもって質がよいかという、一つには自然科学の一分野としての現在の医学水準から見て十分に妥当な内容である。同時に社会的、哲学的(哲学的というのは広い意味で宗教的などといひいいのかもしれないが)、そういうふうな人文科学の面、常識からみて妥当なものであるということも必要であると思われまます。このような医療内容を構築するのが我々の義務だと思われまます。

最後に、経済的な面に触れるといひのは実は私の技量をはるかに超えておりまます。それを白状しておいて、一般的にいひせていただければ、提供できる医療内容を良質なものとて維持しようとするには、それなりの経済的な保障が必要となるのは当たり前だす。安かろうと悪かろうでよろしくないということになれば、良質のもの—ここでは良質のチーム医療にはそれなりの費用をかけるシステムがなければならぬ。

これは、そのような医療というシステム—サービスに国民が一体どれくらいの費用をかけるのか、もしその善し悪しがあつたとして、どういふふうに分けて支払っていくのかといひ、結局は医療体系そのものに対する議論となっていくのだと思われまます。今回のテーマはその意味でも意義深いものと思ひまます。当初私が述べまましたよう

に、質疑応答によっていろんな先生方から多くのことを学びたいと思いますので、この部分については、よろしく願いいたします。

座長(三宅) 有賀先生、どうもありがとうございました。臨床救急医療の救急部長としてのいろいろなご経験を踏まえて、実際に医療チームがどういうふうに通っているのかということを中心にお話しただけだと思えます。また、相互信頼ということが非常に大事であるということにも触れていただきました。

それではドクターサイドからのプレゼンテーションを終わりにして、今度は看護部門を代表してお話を伺いたいと思います。

北林悦子婦長は現在国家公務員等共済組合連合会の九段坂病院の看護部長としてご活躍でございます。北海道で生まれられて、赤十字病院で高等看護学校、幹部看護婦の教育などを受けられ、ご卒業後、一時期高等看護学院の専任教員としてもお仕事をされております。したがって、純粹に臨床看護だけではなくて、指導的な立場でずっとご活躍であったと思えますので、この問題を論ずるのに大変適当な方だと思えます。北林悦子婦長よろしく願いいたします。

北林悦子 ご紹介にあずかりました北林でございます。よろしく願いいたします。ただいまお二方の先生から大変幅広くいろいろな角度からのお話を伺いましたが、私はごくごく限られた範囲の狭いお話をさせていただき、私の役を全うしたいと思っております。

皆様方のお手元にあります資料にも大まかなことはお示しております。今まで医療といえますのは病院に勤務している職員だけで行うというのが一般的な考えでございましたが、先ほど主催者の先生、司会の先生方がおっしゃっていますように、これからの医療は量よりも質ということを考えていかなければならないだろうと私自身も考えているところでございます。

日本病院会から月2回ニュースが発行されております。その中に中小病院コーナーという欄があります。このコーナーができてからまだ日が浅いのですが、先月6月10日号に「選ばれる病院づくり」という題で私の文を掲載させていただきました

た。そういうわけでもございませんが、毎回、ニュースが発行される都度関心を持って読ませていただいております。執筆者のため息が聞こえてくるくらいにこれからの病院経営の難しさ、特に中規模病院の運営の難しさが指摘されている文面を拝見いたしまして、身につまされる思いで毎回読ませていただいております。

病院の規模の大小を問わず、大変難しい状況に置かれていることは十分推察できます。病院の経営は患者さんにたくさん利用していただく、病院に患者さんがたくさんお出でいただくことが健全な経営につながるのは当たり前なこと、当然といえば当然なことなのですが、患者さんのニーズとか社会のニーズを敏感に捉えて病院運営を見直していかなければならないだろうと思えます。以前にも増して数多くの病院が患者さんにアピールする要件を出し合い、工夫し努力している様子を最近、耳にするようになりました。

アメニティを高めるために投資をしましよとか、高額医療機械を導入しましよ。最近話題になっています院内感染防止に積極的な医療投資をしましよとか、患者さんに、よりよいサービスを提供できる人材確保をしましよというようなことを身近に耳にするわけです。これらのどれを取ってみましても、現在の診療報酬体系の中で実行に移すとすれば、余りにも負担が大きいものばかりだということも事実でございます。以上のことなどを踏まえてレジュメでも触れましたように、ごくごく身近なところで質の高い医療を、看護を提供するためにはどんな方法があるのか九段坂病院で取り組んでまいりました1つをご紹介させていただきたいと思っております。

話に入る前に、九段坂病院の紹介を多少させていただきます。九段坂病院は国家公務員等共済組合の方々の福祉事業の一つとして、創立43年になります。前身は医療団の病院で大正年間、地域の住民の方々のために建てられた病院でございます。

ご承知のように九段坂病院の建っている所は、東京都のど真ん中、千代田区は人口が年々減少している地区でございます。人口は4万を切っていますが、日中は夜間人口の約30倍の120万人が集まるという大変アンバランスな区でございます。

病院の周辺はビジネス街といえますか、ビルばかりで、住んでいる人は本当にごく少なく、それも若い人が住めない街になってしまいました。

九段坂病院を中心に医療機関の設置状況をみると、2～3キロ周辺に大学病院が4カ所、その他ベッド数500ぐらいの病院が5カ所ほどあります。このように周りに立派な病院が沢山ある環境で運営しなければならない九段坂病院は、ベッド数218、診療科は11で、総合病院の認可を受けた中規模の病院です。

九段坂病院にボランティアを導入したのは、12～13年前になります。その当時、小児科は大部分がぜん息の患者さんで入院をくり返しているというような内容の診療科でございました。あるお母さんの訴えからボランティアを導入しようということになりました。といいますのは、子供が知的発達のめざましいときに学校に行けない、入院によって家族との対話が少なくなったり、本を読む機会も少なく、心身の成長が著しく妨げられるという不安を訴えられたことから、積極的に考え始めました。

その当時、日赤病院は全国的にボランティア活動を押し進めている施設でございました。日赤医療センターの現状なども見学させていただき、スタートしたわけです。内容としましては週1回、時間は2～3時間の活動で2～3年経過するうちに、ボランティアの方から成人病棟にも活動の場合を広げたいという要請がございました。それを受けまして、内科病棟、整形外科病棟に入っていたわけですね。

内科病棟には高齢化がすすんで長期入院の患者さんが増えていたということ。整形外科病棟は脊髄を中心に治療をしております、1度手術をしますと大体2～3カ月の長期の入院・加療になります。地方の方も多く家族の方のお見舞いがだんだん遠のくというような現象もございまして、ボランティア側からの活動の場を広げたいという要望と病院側の事情もございまして、ボランティアの要望を受け入れたわけでございます。

次表はボランティアの活動内容です。現在実際に行っています部署と人数、回数、時間などを示しました。このほか高校生の春夏冬の休みのときの学生ボランティアの参加がございまして、こ

の数字より多くなります。

ボランティア活動状況

部 署	延人数	延 回 数 週 1～2 回	延活動時間
混 合 病 棟 (小児含む)	174	57	194
内 科 病 棟	177	68	114
整形外科病棟	174	59	120

付) 春・夏・冬休み学生のボランティア参加あり

ボランティアの活動内容

入院患者へのサービス

* ベッドサイドでの諸々の世話および整とん
(縫い物・補修)

* 小児病棟における学習指導・遊び相手
* 手紙の代筆・電話・その他日用品の買物
* 話し相手や朗読
* 配膳食事の介助

入浴(手浴・足浴・洗髪)の介助

* 治療室への送迎や訓練のための散歩付添い
車椅子の世話

* 散髪・顔剃り・美容奉仕・爪切り

その他

* 衛生材料作り

(ガーゼたたみ・おむつ作り)

* おしぼり作り・新聞折り

次に活動事例をご紹介します。入院患者さんへのサービスということで、ベッドサイドでの諸々の世話。例えば縫い物とか補正、小児病棟では学習指導とか遊び相手、手紙の代筆、電話その他日用品の買物、話し相手や本を読んであげることに、配膳・食事の介助などです。

特に整形の患者さんをお風呂に入れる場合は、看護職員1人では入れられないような状態のとき、ボランティアの方にお手伝いいただきますと、ベッドバスではなく浴槽にお入りいただけるということで、大変患者さん方には好評で、喜んでいただいております。

治療室への送迎や訓練のための散歩の付添い、

車椅子のお世話など、特技として散髪技術を持っている方、美容奉仕といえますか、女性の髪を切っていただくというようなこともあります。その他ガーゼたたみ、おむつ作り、おしぼり作り、新聞紙でゴミ箱に使う新聞折りをさせていただいたりしておりますが、材料作りよりは直接患者さんに触れ、お世話をする方がボランティアの方々の無償の奉仕の「エンジョイ」が大きいようでございます。

定例としてボランティアの方々と会合を持っております。沢山の病院に入って活動したい、活動したいと申ししておりますが、まだまだボランティアを受け入れる態勢になっていない、受け入れたくない病院があるとのこと。ボランティアが週に1~2度にしましても、おいでいただくことで、とても病棟全体の雰囲気明るくなることは事実でございます。いつも同じ顔触れで、特に長期入院の患者さんにとっては、外から新しい空気を運んでくれる人がいるということは本当に素晴らしいことだと思っております。

また、若い看護婦に対しては大変いい影響を与えてくださっているのではないかという感じを受けております。言葉遣い態度など社会的に経験豊富なボランティアの方々の姿に接することも、いい現場教育になっているのではないかと思っております。

関東周辺は看護婦不足が深刻でございまして、九段坂病院も大変厳しい条件の中に置かれているわけですから、質を追及するにしても限界がございます。そういう現状の中で、社会資源を十二分に活用することは大変意義あることではなからうかと思っております。医療現場のハード面に兎角看護婦の手が取られがちのなかで、ソフト面でボランティアの方々と一緒にケアを維持することは大変いいことではないかと思っております。

最後にボランティアの方々、患者さんの声を紹介いたしまして、私の発表にかえさせていただきます。

入院中の患者さんの反応です。「忙しそうにしている看護婦さんには物を頼みたいと思っても、つい遠慮してしまうことが多い。でもボランティアの方はその点、頼みやすい。ボランティアの

方々の姿を見るとホッとします、その日は何となく和やかな気分になります」というようなこと。「よくしてくださるので入院生活が楽しくなります。私も退院できて元気になったら、この病院でボランティアとしてサービス活動をしたいと思っております」というようなことが入院の患者さんの反応でございます。

次にボランティアの方々に毎回、記録をとっていただいているのですが、お世話することが逆に患者さんを甘やかさせてしまっていないか、という心配もありますが、短い時間、週に1度ないし月に2回の方も、患者さんに直接触れて大変よかったという声がたくさんあります。学生の方はボランティアに参加して病院の中で看護婦がどんな活動をしているのか知ったことが大変よかったと感想を述べています。きのうおいでになったボランティアの一人が「明日も参ります」と。

というのは、その方の息子さんが将来看護師を目指している。第2土曜日は学校がお休みなので必ずそ息子さんを病院に連れてきて、患者さんに直接触れさせてあげるというのが一つ約束事になっているとおっしゃっておりました。

最近、3Kとか8Kとか、看護婦になり手がないという大変悲観的な声が聞かれますが、こういう機会を学生に提供することで看護婦になってくれる高校生が増えればいいなと欲張った期待をしているわけです。入院中の家族の方が学生を見まして、「若いのに偉いわね。私の子供も大学生になったらやらせましょう」という声も出ております。

病院の職員だけで医療を行うというスタイルから、少し発想を変えまして、こういう社会資源を有効に使うことが双方の幸せにつながるのではないかと実感しております。

以上、私の報告にかえさせていただきます。ありがとうございました。

座長(三宅) 北林婦長、どうもありがとうございました。病院の中で、先ほど司馬先生も触れられましたが、看護婦さんの仕事をもう一度考え直してみよう、見直してみよう。そして病院が、その病院に勤める医療職種だけの仕事のフィールドでなくて、地域に開かれた形にしたらどう変わるだろうか。ある意味では壮大な実験かと思いま

す。アメリカでは、こういうボランティア活動というのはかなり盛んになっておりまして、直接患者さんにタッチしない形でのボランティアが相当動いていることも事実でございます。日本の場合には、閉ざされたフィールドをできるだけ地域と共存するという形にしていくというご提案だったかと思えます。

それでは、発表者最後になりますが、練馬総合病院の看護部長でございますと同時に、日本病院会の中には研究会組織が幾つもございますが、その研究会のうちの看護管理研究会、さっきの北林さんも委員長でございますが、確か大久保婦長は以前にこの研究会の委員長をおやりいただいていると思えます。それ以外の御経歴が書いてございませんので、もし必要があればご本人から伺いたいと思えます。看護と医療の医師の立場の調整というようなことにつきまして、いろいろお考えをいただきたいと思えます。では、よろしく願いいたします。

大久保和恵 ご紹介いただきました大久保でございます。看護管理研究会の方に私も10年くらいずっとお世話になっているわけでございますが、委員長をしておりましたのは2年前までで、現在は北林看護部長の方に交代をいたしました。そういうふうによく委員をやってまいりましたが、今回、病院幹部医会という非常に立派な先生方のいらっしゃるところから、私どもの看護管理研究会の方へお誘いのお声がかかりまして、今回のセミナーに参加させていただくことになったわけです。

テーマをいただきまして、本当に難しいテーマで、どこから取り組んで何を考えていったらいいのか、非常に悩みました。今までのお三方の先生方は的を絞られて具体的にお話いただいたわけですが、私は単純な人間でございますから、このテーマをいただいたときに、これ全部を何とか話していかなければいけないのかと考えまして、あれこれ盛り込んだわけでございます。余り具体的な話にはならないかもしれませんが、よろしく願いいたします。

私の病院は民間病院でございますが、病院経営が危機的状況にあるということは皆さん周知のこ

とでございますが、その中でも特に民間病院の経営は非常に危機に瀕しており、倒産する病院が出ている現状です。このような状況の中で、ただ手をこまねているというわけにはまいりませんで、それぞれの立場で何ができるか、何をやらなければならないかを考えて対応していかなければならないだろうと考えております。私は、この一番厳しいといわれます民間医療の看護サイドから発言させていただきたいと思えます。

診療報酬改定の影響

診療報酬の改定がございまして、その影響としてどのようなことが出てきたかということとはご承知かもしれませんが、病院を取り巻く経営の悪化の直接の原因として挙げられておりますが、平成4年4月の診療報酬改定にあるといわれております。年々上昇する医療費に対し医療行政が行った抑制政策の今回の改定で、外来は開業医・診療所に厚く、入院は大病院に有利に配分され、その中間に位置する民間病院の経営は特に厳しく、先ほどから度々お話が出ておりますが、赤字を抱え倒産する病院が出ております。新聞などを見ますと、「毎年1兆円も伸びている医療費」と出ておりますが、その1兆円の行方は一体どこに行っているのかが気になるところでございます。

先日、日本病院会の副会長をなさっていらっしゃる河北先生のご講演を聞く機会がございまして、そのときに私は質問をいたしましたわけですが、ほとんど人件費に消えているというお話でございました。

その一方では病院の医療の質が問われてきております。インフォームド・コンセントが出発点となって、医療改革の動き、国民の医療への関心の高まりがございまして、クォリティー・オブ・ライフ、ターミナルケア、アメニティなど、人間性の尊重、生活重視の環境が求められております。診療内容は当然のこと、ハード面・ソフト面での患者サービスのあり方が地域の住民に選ばれる病院として大切な要素となってまいりました。

聖路加国際病院の差額ベッドを必要としない個室化は患者本位の新たな水準として注目されております。日本病院会が作成しました病院機能標準化マニュアルはご存じだと思いますが、これは望

ましい医療水準が具体的に示されております。このように医療者側も医療サービスの質の向上を目指す努力がなされており、それは患者に評価され、選ばれる病院でありたいとの経営努力と受け止められます。

看護職員の確保と諸問題

今、病院経営の中で大きな問題となっていることに、看護職員の確保ということがございます。これは病院はもとより社会的にも大きな問題でございますが、そのことに触れさせていただきます。経営を圧迫している要因に人件費がございしますが、病院の人件費率は一般企業に比較すると特に高く、50%以上になっているといわれております。それに加えまして時短、週休2日制などの社会の動向を反映して、より一層増加してきております。ここでは看護婦の問題に視点を当ててお話を申し上げたいと思いますが、看護婦不足問題は深刻な社会問題となってきております。

医療法、基準看護に定められた看護婦数を確保するために多額の出費を病院が負担としているのが現実ではないかと考えております。看護婦の確保は病院の運営上の重要な問題となっております。人件費・募集費などの削減は現状では不可能といえるのではないかと思います。実際に、看護婦不足による病棟閉鎖はあちこちで行われておりまして、私どものところでも1病棟、もうすでに平成元年から閉鎖しております。慢性的な看護婦不足による厳しい労働条件は3Kとも7Kとも騒がれまして多くの離職者を出し、悪循環を繰り返してまいりました。

1992年の春の診療報酬改定におきまして、看護料が20%アップされたわけでございますが、このアップのとき、看護婦は非常に期待したわけです。行政といたしましても、看護婦確保の目的でアップを行ったといわれておりましたが、苦しい病院経営の中に吸収されてしまうことがほとんどであったといわれております。

更に人確法の制定がなされたわけでございますが、この制定は看護婦にとって一筋の光明をもたらしたと考えております。ところが、就業条件となる労働条件は週休2日制であるとか、夜勤回数の問題がございまして、待遇改善、給与、宿舎の問

題などを含めまして、再び看護婦はその改善がされるものと思っただけでございまして、そして、その早急な対応が今、望まれております。

しかし、看護婦の処遇の改善や養成、資質の向上、就業の促進に取り組む努力はそれぞれの医療機関の経営によるところが大きく、人確法による処遇の改善の実現にはまだまだ厳しいギャップがあると考えております。

私どものところでは、平成4年2月から基準看護特3類を承認されております。さらに同年4月から夜勤加算も承認されましたが、残念なことに平成5年の1月には退職者が続出したために、取り下げのような事態となっております。現在、1病棟に1ないし4人の夜勤専従者を導入しておりまして、夜勤回数の調整を行っているところでございます。看護婦宿舎もワンルームマンションとして改築中で、今月末には竣工されることになっております。そのような努力をしてまいりましたが、なかなか離職防止に歯止めがないのが現状でございます。

厚生省もこれからは離職防止に重点を置いた施策を目指しておりますが、夜勤体制、保育施設の整備など、看護婦が結婚しても出産しても働ける環境づくりが急務といえるのではないかと考えております。

最近、マグネットホスピタルということがいわれるようになりました。ナーシングトゥデイの6月号にマグネットホスピタルの紹介がございまして、看護婦が辞めない病院作りということがあがっております。これがいわれましたのがアメリカでして、全米の優良病院を対象に調査し、看護婦を引きつけ定着率を高くしている共通の要素を分析した報告が出ております。その第一の要件は看護婦が看護婦本来の業務に専念でき充足感が得られると、定着率が高いといわれております。

日本の病院でも早速これに取り組んでいるところがたくさんございます。かつての私の同僚が今年の4月から某病院の教育婦長に就任いたしましたので、そこの様子を聞きたいと思って電話をいたしました。そこの病院では看護婦の応募者が多くて困っているということなのです。「あなたの病院も何か病院の特徴を出しなさい。そうすれば

看護婦は集まりますよ」というのです。その病院はどのような病院かといいますと、ホスピスケアを持っている病院なのです。ホスピスケアで働きたいという看護婦が大勢集まってくるということなのです。それと4年制大学を卒業した人たちも、そこで看護助手をしたいという応募がたくさん来ますよ、というお話でした。

私どものところでも、何か病院の特徴を出したいということで今、考えているところがございます。いきなりホスピスといいますが、これはそんなに簡単にいくわけではございませんが、何かマグネットホスピタルになるような特徴を、これから考えていかなければならないと考えております。

看護婦の有効活用

次に看護婦不足といわれておりますので、では看護婦をどのようにすれば有効に活用されるかということを考えてみました。そのためには協力体制作りが大切ではないか。と申しますのは、看護婦の業務というのは看護婦本来の業務のほかに関連業務というのをたくさん担ってまいりました。周辺業務は他の職種とオーバーラップする部分ということになります。看護婦本来の業務に専念するためには、オーバーラップする業務を移譲していく必要があると考えております。

どの職種でも業務が増えることには非常に抵抗がございます。私は今の病院で14年目になりますが、就任してすぐ、このことに取り組んだわけがございます。例えば医事課とか検査科とかいろんな科との話し合いを持ちましたが、そのときは全面拒否をされました。そういう事態がございまして、もともと看護婦がやっている仕事は看護婦の仕事だというふうに決めつけて考えられるところがたくさんございますが、こういう看護婦の不足時代をきたしますと、いつまでもそのようなことをいっておられないわけです。

栄養士、薬剤師、検査技師などの病棟での活躍の場が今、広がりがつありまして、お互いに専門性を発揮したチーム作りがよりよい医療サービスの提供につながると考えております。

先ほど、司馬先生のお話がございますが、私も医師と看護婦は最も近い協力関係にあると。しか

し、歴史的な背景のなか権力の格差というなかで私たちはずっと縛られてまいりました。これは歴史的なものですから、今、それをどうこう非難するとかということにはございませんが、これははっきりした事実でございます。そのために看護婦は主体性を発揮できずに今日に至っているわけです。このままではマグネットホスピタルにもなれませんし、これからは4年制大学への移行もどんどん進んでおりまして、その卒業生の活躍の場を考えなくてはいけません、その人たちが臨床から遠のいていくのでは、4年制大学にした意味がなくなってくるわけでございます。

現在、臨床にいる私どもも含めまして、これからの大学教育を受けた卒業生を受け入れる態勢作りということ、私だけではなく、病院全体で考えていく必要がある。特に先生方、お医者様方にはその辺を一緒に考えていただきたいと考えております。

保険制度とコスト意識

次に保険制度と職員のコスト意識ということで、少しお話を申し上げたいと思います。診療報酬請求の漏れ防止対策ということで、少し取り組んでおりますので、お役に立つかどうかわかりませんが、申し上げたいと思います。

病院が健全な運営の原資を確保するために職員の1人ひとりがコスト意識を高め努力しなければ病院は生き残れない時代といわれております。しかし現実には職員1人ひとりに十分なコスト意識が養われていないのが実情でございます。保険診療報酬制度に疎いといわれてまいりました看護職も、コスト意識を持たなければならないし、婦長には経営感覚が必要だといわれてまいりました。

しかし、何をどこから取り組めばいいかということは非常に難しいわけございまして、これもナースングトゥーデの4月・5月号に看護行為の経済学入門というのが特集されておりました。それを読んでみますと、まず病院経済の基本として健康保険法、老人保健法による診療の額に関する基準などがあり、これを理解することから始める必要があるというふうに書かれております。

しかし、看護婦に先ほど看護本来の業務をすることがマグネット・ホスピタルへもつながるし、

意欲にもつながると申し上げましたが、制度と合法とつきますと、看護婦は非常に面倒がるわけです。堅苦しいとかアレルギー反応などがございます。複雑で難解な診療報酬を理解せよということ、非常に困難なことではないかと思えます。

そこでどうするかということになるのでございます。請求業務というのは医事課の業務ですが、漏れ防止のためには医療の現場で仕事をする医師、看護婦を含め、各部門間の連携システムをきちんと作り上げることが重要ではないかと考えております。

看護部門と医事課は請求業務については特に関連が深く、両者の連携が一番のかぎといえると思います。昨今、コンピュータの導入、クラークの配置による合理化も進められておりますが、設備投資、人件費の捻出などの問題もあって、たやすくは行きません。民間病院である当院ではほとんどの部門—医事課、検査科、薬剤科、栄養科、総務課というようにコンピュータが導入されてはおりますが、オンライン化はされていないわけです。そこには経済的な問題もございますが、そのためにいまだに看護婦の手書きによる伝票整理が残されております。

請求漏れ防止対策

看護婦に診療報酬制度について必要な知識を得る方法として、私どもの方では次のようなことを実施してまいりました。その1つは婦長主任会議の折に、必要に応じて医事課との話し合いの機会を持ってまいりました。

2番目に、医事課の方で問題点が発見された場合には、そのことにつきまして、文書により医事課から看護部への要望事項として配付されます。例えば請求漏れ。こういうことについて特に請求漏れが多いですとか、これは過剰請求ですよというようなことについての注意を促していたくという方法です。

3番目に、必要に応じて関連部署が集まり漏れ防止対策を行ってまいりました。臨床の場で最も多くの医療材料を扱い、診療の介助にあたる看護婦への意識づけは、できるだけ実情に沿って具体的な分かりやすい方法でなければお役に立たないだろうと思っております。

これは、これから私どものところで実施することとして、まだ実施はしていないのですが、こんなことはどうだろうということ、今、検討していることがございます。それは標語をつくり、各職場へ張りましょうということ。次には特定治療材料を知るということ。そのためには、診療科別に特定治療材料表を作成しまして、請求できるものとできないもの、請求できても制限があるものの一覧表を作成して、この表に基づき請求できないものはむだな使い方をするとロスコストが出ますよということ。ロスコストは病院の損失になりますよということを知らせて、節約の必要があるということを認識させていこうということです。

次がディスポ製品の節約。コストのとれないディスポ製品というのがございますが、その製品の原価一覧表を作成しようということです。これは注射針とか、注射器、三方活栓、延長チューブなどというのがございますが、これらはコストがとれないのだから、これを無駄に使うと病院の損失になりますよということで、意識づけをしようということ。

そのほかに患者に使う消耗品はたくさんございます。例えば尿バックとか、感染症患者に使用するディスポ製品もたくさんございます。分娩・手術に使うシート、消毒薬品など。そのようなことは全部病院の負担ですよということで、むだを省いて節約をしましょうという意識づけをしよう、今、話し合っております。このように日常業務を通じてコスト意識を高めることが効果的であろうと考えております。

また、医師、中間管理者以上に対して経営意識に関する講演会を開催しております。それぞれの立場から、経済の枠組みの中で経済意識を持ち、仕事ができる人材の育成が今後の病院運営のなかで大切なことではないかと考えております。

節約委員会の発足

次に具体的なことで、節約委員会というのを発足させておりますので、発足してまだ日も浅いので、どういことをやってきたかというのを少しお話しさせていただきます。

昨年、平成4年12月に節約委員会が発足しました。これは各職場からの代表で構成されてお

ますが、役職者はメンバーに入っておりません。職員の1人ひとりが身近なところから見直し、節約してこうという趣旨で始められたわけです。発足して日も浅く6カ月を経過したところですが、活発な意見が出され検討されております。

今まで、どんなことを実現してきたかと申しますと、消耗品、印刷関係、電気、不要紙の再利用、医療材料の倏約、文房具の回収などについての改善策が提案され、実行に移されてまいりました。このような経過の中で委員のコスト意識は確かに高まってきておりますが、これが全職員に浸透するにはまだ時間がかかりそうでございます。

委員会の開催時には病院教育委員会のメンバーがオブザーバーとして出席できることになっておりまして、私もそのメンバーに入っておりますので、委員会の自発的な活動を支援しながら、職員のコスト意識を高めるように努めていきたいと考えております。

物品管理システム (S.P.D)

実際に私どものところで物品管理システムの導入を行いましたので、多分皆様方のところでもすでに実施なさっているところがたくさんおありではないかと思いますが、この機会に紹介させていただきたいと思っております。

物品管理機能の一元化ということで、搬入処理、再生、保管、発送の集中方式の管理システムの検討を行いまして、平成4年8月から医療材料のチェンジングカードが導入されました。導入にあたっては度々の話し合いを重ね、新しいシステムへの不安を持ちながらコンセンサスを得るまで時間をかけて実施して、合理化を果たすことができました。

メリットとしては12項目ほどあがっております。これは主にディスポ製品です。ディスポ製品について定数管理ということを行いまして、チェンジングカードでございますから、1病棟につき2台ございます。定数を決めまして、毎日使った分だけを中央材料室(略して中材)で補充しまして、それを毎日朝の8時半に交代するという方法でございます。

これを実施したことにより、まず1つとしては定数管理により使用数量の把握ができました。そ

れから、病棟に在庫を置かないというのを原則にしておりますので、デッドストックが減少しました。各病棟の小スペース化の実現。適正在庫の設定。これは必要量の計画的な購入につながっております。適正な供給量ということで、過剰請求の防止になります。請求伝票の廃止。これは定数物品のみについてですが、今まで看護婦が書いていた請求伝票を書かなくてもいいことになったわけです。棚卸し業務の軽減、物品請求者の労力の軽減。サプライ要員の労力および時間の短縮、物品コストの削減、集中労務の簡素化、滅菌有効期限の把握など、12項目があがっております。

デメリットとしては今のところ特別ございませんで、毎日の業務をスムーズに行っております。看護業務のスリム化にもつながりましたし、大変いい結果を得ているのですが、今後、職員のコスト意識の問題がまだ残るだろうと思っておりますし、コスト意識の改革への第一歩としてチェンジングカードが役立ったと考えております。

今後の課題

今後の課題でございますが、これまでお話し申し上げたことは、「塵も積もれば山となる」ということわざどおり、細かいことを1つひとつ検討したわけですが、節約委員会での話題にのぼることに、医師の使用する高価材料が問題になっております。これが非常にむだに使用されているところがあるということで、手術料に含まれる衛生材料・医療材料の種類・量への関心のあり方、手術でありますと、種々の材料を引いたあとの手術料は一体幾ら残るのだろうということが、いろいろ話題にされております。

漏れ防止対策につきまして、いろいろ述べてまいりましたが、果たしてこのような対策で目的が果たされているかどうか、医事課長の方に伺いましたら、「ノー」という返事が返ってまいりました。複雑で難解な診療報酬制度を看護婦に理解させることは非常に困難でございまして、そのために本来の業務に支障をきたしても困るわけで、これからどうしようということを相談したわけです。

医事課の方で種々の材料を4つに分類したいと申しております。それは特定治療材料を2つ、大

臣指定のもの、購入価によるもの。点数に含まれるものも材料使用が必須のもの、この費用についてはこの材料は必ず使わなくてはならないという必須のもの、衛生材料。この4つに分類しまして、バーコード管理になれば、保険請求上からも落ちがなくなるし、現場で特に看護婦の業務の省力化も図れるのではないかとということで相談しており、今、このことに取り組み始めたところでございます。

システム化することも大切なことですが、それとともに職員のコスト意識を高め、1人ひとりが病院を支えていくための役割意識を持つことが大切ではないかというふうに考えております。

以上で発表を終わらせていただきます。

座長(三宅) どうも、ありがとうございます。大久保婦長には細かいことの積み上げということ、実際毎日毎日の作業の中での改善というお話だったと思います。

ここで4人の方の総合討論にしたいと思えます。実は始まってから、もう2時間たちましたので、5分ほど休憩してから始めたいと思えます。

(休憩)

座長(三宅) それでは、時間がまいりましたので、あと60分足らずでございますが、今まで4人の方からプレゼンテーションしていただいたことにつきまして、4人の演者の方々の相互、そして皆様からのご発言もいただきながら、この60分を有効に過ごしたいと思えます。

私が司会ということでございますが、私自身は何も大きな知恵がございません。実は昨日、国際シンポジウムがございまして、イギリスと日本の医療体系あるいは保健、そして福祉への連携のお話がございました。イギリスにおいても国営医療(ナショナルヘルスサービス)が2年ほど前から大きな変革がまいっております。最初にイギリスの国会にレポートが出されましたのが1989年といえますから4年前であります。当時はサッチャーさんの時代であります。それまで国営医療という形をとった、ある意味では極めて固いシステム。GPを中心に国民はGPに登録し、さらに上部の病院に病状によって紹介していくというシステムを作っておった。ところが最近になりました、いわゆる競争原理を医療の中にも入れていか

なければいけないということで、きのう、平成5年の4月から始まりましたイギリスの新しい地域医療体系についてのプレゼンテーションがございました。

それに対して、寺松健康政策局長からも日本の今後の情勢の考え方、例えば医師については非常に大勢の養成が昭和40年ごろから行われておりまして、私が卒業したのが昭和20年の終わりのころでございますが、昭和25年ぐらいから昭和40年ぐらいまでの間は大体年間に医師として卒業するのが2,700人くらい。国家試験の合格率がそれくらいあったわけです。

この後昭和45年以降になりまして、急速に医科大学ができあがり、卒業生が増え、国家試験を通るのが7,000人から8,000人ということでございました。医師の年代にいたしますと、65歳から45歳の間の20年ぐらいが大体今、申し上げた2,500~2,600人の人数であった。現在45歳以下になりますと、ほとんど毎年代ごとに6,000人から7,000人。最近では7,500人から8,000人という医師が卒業しているということでございます。

先ほども話題になりました医療費の問題につきましても、このまま推移すると、今後20年間リタイアしていくといひましょうか、65歳まで医師が現場で活躍するといひましますと、それぞれの人たちが今後20年間は毎年2,500~2,600人ぐらいしか減らないわけですが、増えてくる方は先ほど申し上げたように7,000人、8,000人ということでありますので、現在働いている医師が20万人以上おりますが、これが30万人以上、40万人近くなるというのは既成の事実でございます。

お考えになるとすぐ分かりますように、医療費の中の人件費、特に医師人件費については、中堅以上の医師が急速に増えてくるということになりますと、当然お分かりになるように医師給与が大きく伸びていく。先ほどもちょっと話題になりました「毎年1兆円も増えておるのに何ごとか」という話がありますが、人件費が50%といひましますと、24兆円のうちの12兆円が人件費であります。大体、そのうちの10%ぐらいが医師の人件費だったわけですが、これが1.5倍から2倍になるのは明らかです。

看護婦さん、あるいはコメディカルの方々にし

まして、本格的養成が始まったのは恐らく昭和45年以降だろうと思います。私が関東通信病院に赴任いたしましたとき、看護学校は40人だったのですが、その数年後に定員を80人、120人にいたします。都立の看護学校についても40人が80人になったということで、倍増倍増で養成が進んでおります。それでもなおかつ看護婦さんの数が足りないといわれておりますが、全く事情は同じでありまして、私は統計ははっきり知りませんが、看護婦さんの養成数も恐らく現在40歳以前と以後では大きな違いがあるだろうと思います。コメディカルについても同じようなことが起こっておりますので、今後医療における人件費プレッシャーは非常に大きい要素になるかと思えます。そんなことを健康政策局長もいっておられました。

実数の要望に対して看護婦さんが足りないというのですが、これは逆に、今までは女性が働ける間は医療機関で働くという体制がございませんで、結婚したり出産したりしますとリタイアするのが常識でございました。最近では女性の社会進出ということもございまして、今後リタイアする方はそう多くはないだろうと思います。また、労働省の労働法も育児休暇をちゃんと位置づけましたし、働きやすい環境づくりが行われておりますので、医療の要員数については私は余り心配はしないで済むのではないかと考えておりますが、逆に医療費の高騰要因の一つになります。

現在、国民所得対比で日本では6%でございます。イギリスも5~6%、日本とほぼ同等でございますが、これがあと20年の間、今申し上げたような理由で医療職種がどんどん増えてきます。高齢者も増えてくるということになりますと、医療の充実、質の確保ということと同時に医療費の問題は避けて通れない。その場合に、日本の医療看護体系というもの、あるいは地域への保健福祉まで考えまして、在宅看護というものを含めて、そういうものに対応して病院が今後変わっていかねばいけないことは事実だろうと思います。

そういうことを踏まえて、医師と看護婦が病院の中でだけ連携を今までとってきたといわれておりますが、先ほど司馬先生のお話では騎馬民俗と農耕民族の対比というようなことでございます。

やはり仕事をするといえますか、医療に対する態度が違うのではないだろうか。これをどう調整していけばいいのかというのが、きょうの大きな課題でございます。

また、現実問題に立ち返れば、北林婦長、大久保婦長が解説されましたように、看護の立場からいうとまだまだ仕事を整理して、その中で合理的に経済的に運営していく余地が残っているのではないだろうかというご提案もでございます。いろいろなテーマがあるわけでございます。

さて、最初、司馬先生からひとつ、先ほどお話しにならなかった点を含めて、このような問題について追加していただければと思います。いかがでしょうか。

司馬 先ほど私が申しましたことで、1ついいませんでした。医師というのはチーム医療といえども、患者さんが病院へ来てから病気を直して退院するまで、大体1人の患者さんに対応しているわけですが、看護婦さんの業務を見てみますと、いわゆる3交替で替って、しかも日勤帯なら日勤帯で処置係であるとか清拭係であるとか、リーダーと称する人がいたり、要するに業務分担がやられているようなのです。ですから、患者さんを全人的にトータルにということを盛んにおっしゃるのだけれど、その割には非常に細切れの業務になっているのではないかと。

うちの病院でもそういう点の見直しがございます。私の整形外科の病棟では……看護婦も受持ち制度に変えてやってみる。要するに看護婦が1人ひとり患者を受け持って、その患者のトータルな業務をやるのだというふうに変えてまだ2カ月から3カ月にしかありませんが、やってみております。まだ、結果が出るには時間が少しかかりますが、看護婦さんの業務を見直す点、先ほど私が申しました医者の方がまだ遅れてますが、診療パターンを少し変えることによってお互いにどこか歩み寄りができるのではないかと考えております。

座長(三宅) 今のご指摘の点、昭和50年ぐらいでしょうか、アメリカでエルカミノ病院というのが非常にいい形で全病院的なコンピュータネットワークをつくりました。その中で、コンピュー

タの中に患者記録情報を入れて使っている。その状況についての改善レポートがバツテル研究所から出たのですが、そのレポートによりますと、エルカミノ病院の最大の問題点は3交替制にある。8時間ごとにそれぞれ看護婦さんが担務を決めて交替していく。そして引継ぎに大変時間をとって手数がかかっている。エルカミノ病院は3交替制を2交替制にして、それまでは担務制度だったのを受持ち制度に直したところ、ほとんど引継ぎの時間がなくなって大変業務効率の改善が著明であったというレポートを見たのを覚えております。そういうことについて、また大久保婦長、北林婦長の方からご意見をいただこうと思います。

有賀先生、いかがでしょうか。救急の立場から、なかなか難しいポイントかと思いますが。

有賀 確かに一般的にいて、司馬先生がいわれるようにドクターが入院から退院まで、場合によっては外来もという形で1人の患者さんをずっと診ていくというのは、私も歴史的にはそのとおりなのですが、どうも、救急センターのあるところで働き始めますと、とてもではないけど、肉体的にはそれがうまくいかない。

今のところ僕は、それでもやはり頑張らなくてはいけないのかなと、歴史的に染みついた部分がありますので踏み切ることができないのですが、救急センターの中には3交替、本当の意味の3交替かどうかわかりませんが、かなりドライにスパッパッと割り切って帰るというように、上手に交替制をとっている医療施設もあります。どちらがどういふふうがいいのかということは答えが出ないのだと思いますが、看護婦さんが3交替をしているのと同じようなタッチで、ドクターもバトンタッチをしていくというふうなトライアルはすでにあると思います。

それで、私が続けている方法は、法的に僕は詳しいことは知りませんが、1人のドクターという部分を4人ぐらい—4人が主治医といういい方はおかしいのかも知れませんが、とにかく4人が主治医。4人で相談しながら決める。それでもって、例えばだれが患者さんの家族や患者さんに説明しても、ほかの3人は説明することに関して、ほと

んど同じ価値観で接する。仕事ぶりも同じようにやる。もちろん4人は年の順番が違いますから、全く同じかどうかは別ですけど、少なくとも医の実践という意味においては、かななりうまくいけるのではないかと。

先ほど手術場に入ったりとか、いろんなことがあって、ナースとドクター間の連絡がとりにくい等々……というような問題は、私が公立昭和病院に赴任したときもありまして、当時やたらにその手のことで忙殺されました。そこで僕がやり始めたのが、僕たちは遊撃手と呼んでますが、どんなに忙しくても必ず1人は忙しくない人をつくる。そのためにお互いにドクター同士で目配せしながら、「きょうの午前中はあなたですね」となると、その人は外来が忙しくなれば外来へ行くし、病棟で何か起これば病棟へ行くしということで、遊撃手をつくっておくということで対応している。

そういう意味では、僕は最初、チーム医療の再編成と聞いたとき、ドクターのチームということであれば、相当たくさんいろんなことを考えてきた歴史があるので、いけるかなと思ったのですが、もうちょっと広いチームとなったもので少し面食らってしまったのです。多分、私が医師としてやってきたことの延長線上にナースやメディカルの問題もあるのだろうと思って、きょうの発表をさせていただいた次第です。いずれにしてもチームの運営、実践には色々な方法があるというふうに考えていいと思います。

座長(三宅) どうもありがとうございました。これはまさにチームワークだと思う。医師だけのチームワークというのと、医師・ナース・メディカルの方々を含めたチームワークのときに、どういふふうな役割分担があるのだろうかというのが、やはり大きなテーマだろうと思います。

北林婦長、いかがでしょうか。先ほどはあまり、この点は触れられなかったと思いますが。学会でございませぬので、自由に発想していただいて結構だと思います。

北林 きょうは、医師と看護婦側の出席だけで、メディカルの方が加わっていませんので一方的な発言になるきらいがありますが……私の病院だけの現象かもしれませんが、中規模病院の運

営が大変だ大変だといっている割りには、コメディカルの方々の病院運営の参加については、今少し影がうすいのではないかというのが実感としてあります。定められた診療報酬の下で、病院運営を健全化していくための要件の一つとして人件費を如何に削減できるか否かが鍵であるといわれます。

九段坂病院は基準看護（特2類）の承認を受けています。都心部の一般病院の現象なのか、ここ数年来入院患者の減少傾向が見受けられ、それに従ったわけではないのですが、看護婦の退職後の補充がままならず、基準看護適用数スレスレの陣容で看護にあたっているのが実態です。それに引き替え他部所の職員数は変動なく実務を行っています。減少気味の看護職員で一定水準の看護の質を維持していくためには、常日頃から業務内容の見直しと他職種との協調を図っていくことは、欠かすことができないものと受け止めています。

各病棟には、事務的な作業はクラークが担当し、ベッドサイドケアの一部と雑務には看護助手を配置して、体制を整えています。

手始めに、定時のシーツ交換をリネン室の方に業務委譲して10年が経過しました。同様に採血業務を検査技師に担当してもらうべく話し合いを続けています。現在は、一定した採血場所に独歩で出向ける患者さんと外来患者さんの採血は実現しております。

一方、看護婦が行ってきた補液のカクテル業務を薬剤師に担当してもらうべく取り組んでいます。

一部分は移譲ができたのですが、病棟内での薬剤業務の全面的な移譲は早急には難しく、看護部付の薬剤師を臨時に採用して急場を凌いでいる状態が続いています。

部門、部門で対処するのではなく、全職員が、病院経営に積極的に参画するといった行動がとれる、環境作りが早急に必要であると痛切に思っています。

大久保 司馬先生のお話から、本当に先生方も大変だということがよく分かったのでございますが、このように病院中を飛び歩いているお医者さんを探す看護婦ももっと大変だということを申

し上げたいのでございます。やはりどうしても、看護婦の自主的な判断というのは、まだまだ今の医療法では認められておりませんで、看護判断というものもございませけれども、ケア面においては看護婦が判断して実施できますが、医療に関しましては注射1本でもまだ先生の方に指示を伺わないと、それは医療法に反することになりますし、事故が起こったときの問題もございませるので、先生を探すわけですが、探すのにかなりの時間がかかるという問題もございませ。

司馬先生のいらっしゃる日赤というのは、日本の中でもいい病院だろうと思えます。私どもの民間病院に比べると、きっと質の面で随分違うのではないかと考えまして、本当に先生方、お忙しいそうだなと思うのですが、私の病院と比べますと、うちの先生方、本当にこんなに忙しいのかなとちょっと比較いたしまして、少し首をひねりたいようなところもございませ。

これも随分前になりますが、私が今の病院に参りましたときに、あまり看護婦が足りなくて業務が忙しいので、いろんな職員と話をしたなかで、医師との話し合いもいたしました。で、「この業務とこの業務については先生方にぜひお願いします。それはあくまで医行為ですから」ということで、話し合いをしたことがありましたが、これも全面的に拒否されました。

最終的には、なぜできないかというのが、点滴静脈注射の件でございましたが、「ずっと看護婦さんがやってきたのだから、僕たちはしばらくやってないから、やれといわれてもやれない」とおっしゃるので、どうにも話にならなくなったのでございます。やはりこういうなかに、私が先ほど申し上げた権力の格差というのを痛切に感じるわけでございます。

慈恵のお偉い先生が「車の両輪だ」とおっしゃった言葉がございませますが、まだまだそのように、先生の方では考えていただいてないというのが現実ではないかなと思えます。割りと医療は閉鎖的だというふうにいわれておりませ、医師もそうですし、看護婦もそうだと思っております。

看護婦の方もいろんな看護体制の見直しだとか、業務の改善に取り組むときに、今まで自分た

ちが長年やってきたものが最高のものだ、これを変えることは大きな問題だということだからかなりの抵抗を示すわけです。これは若い人にもかなりそういうのが強いのですが、医療の体質のあり方でそういう結果が出ているのではないかなと、私は思うのです。だから「あなたたちは何で柔軟な頭を持っていて、そんなことに固執するのですか」といつもいっているのですが、それと同じに、医師の先生方の業務についても閉鎖的に今までの仕事の流れを固執していらっしゃるところがあって、話し合ってもなかなかそれを譲り合えないというところがあるのではないかと思います。

根本的に医師の業務の体制。私どものところでは同じ科の先生であっても、ほとんどあまりチームでやっていらっしゃらなくて、お1人おひとりなんです。ですから、先生方は一匹狼だなと、私はそのように感じてはいるのですが、医療チームの中に医師も入っていらっしゃるわけですから、今後のチームの中での役割ということをもう少し認識していただいて、同じ土俵で話し合える場ができたらいいなというふうに、希望を持ってお願いしたいと思います。

座長(三宅) どうもありがとうございました。医師のチームワークに関する認識というのも、私どもの年代では内科系、外科系で大分ニュアンスが違っているのかなと思います。有賀先生は脳外科救急の立場ですから、1人で何でもすべてできるわけではないというのは承知のうえで皆さんが相互にやっているのでしょうし、内科のドクターの場合ですと、若い新人であっても1人で何でもやってしまおうとする人もいますね。確かにそういう問題はあると思います。

壇上、相互はよろしゅうございますか。お話があれば、壇上相互に確認を。よろしければ、フロアのご参加者の方々からご発言をいただき、また4人の演者に対する質疑でも結構でございますが、いかがでございましょうか。テーマがはっきりしぼられておりませんので。

質問 私どもの病院は350ベッドで、1年に約3億の赤字を出しています。1ベッド当り100万の赤字です。これが普通の民間企業ですと完全に

つぶれております。下の方の役員から、どうして病院の先生方は赤字を出して何もお感じにならないのかと。これをどうお考えなのでしょう。政府の責任だというだけで済む問題か。そうでなければどうするのかということ。

座長(三宅) これはどなたにお答えいただきましたでしょうか。難しい問題で、どう考えているかということで、解決策はないのかもしれない。でも解決しなければ。

司馬 必ずしも私が適任だとは思いませんが。確かに、例えば従業員を900人抱えていて、年間の売上が130億という会社があつたとすれば、これは完全につぶれますね。ところが病院というのは、そういう企業なんです。従業員がいっぱいいるにもかかわらず、年間売上は幾らもない。医師1人で1億あげられるかどうかという、そういうのが病院の実態です。またこれは、幾ら一生懸命査定を減らしてやったとしても、恐らくどこの病院でも査定が1割というのは絶対にありませんでしょうし、1%いけば目の色が変わるわけですから、1%以下に抑えようとなさいますでしょうし、幾ら査定の方で節約してみても、それくらいの収入増にしかならないのが実情です。

検査づけ、薬づけにすればちょっとはいいかも思いますが、しかし、このごろは縛りがきつうございます。薬の方は余りもうけてはいけなといわれます。要するに病院というところは利益をあげてはいけな仕事。それでいて非常に労働力を必要として、人的資源を必要とするのですから、にっちもさっちもいけなのが実情であります。

そうはいっても、手をこまねいているわけにもいきませんから、健康保険の方で少しはお金が入るようにしようとか、むだを省こうとか、大変消極的なことしかできないのですが、もう少し病院というものが、外へ発展することができて、もっと収益性の高い事業に入れるようなシステムができればいいかなと思うのです。例えばアスレチッククラブか何かを経営して、それに保険点数が乗るといような、温泉があれば温泉に処方箋を書けば、温泉で健康保険が入る世の中ですから、うまく経営すれば、それはできるのではないかと思います。名案はございません。

もう1ついえることは、国はもっと病院のいろいろな固定的な資源に対して金を出すべきである。国立病院や公立の病院が名目上は独立採算といながら、実は一般会計から多額の赤字部分を補填してもらっている。そういうのを、民間病院は自分で稼いで自分で固定の資産、つまり建物とか器械を買わなくてはならない。そういう日本の制度は、我々民間病院としては声を大きくして政府に迫らなくてはいけない問題ではないかと思えます。

座長(三宅) 今、司馬先生がいわれたデータで1億というのは医療費が24兆円、医師の数が歯科医師を含めると26万くらいになると思います。24兆を26万で割れば、平均して約1億を少し割るくらいです。実際には各病院を調べてみますと、科によって大きく違いますが、1人の医師が年間に使用する医療費が大体5,000万円から多い方で1億5,000万くらいのバラつきがございます。これは科によっても違いますから、なかなか一概にいうのは難しいと思いますが、そういう状況でございます。

病院としては、入院診療収入で、10床で1億でしょうか。大体1,000床の病院で入院医療費が100億。500床の病院なら50億。そのほかに外来の収入が別にあるという状況だと思います。それで何とかバランスがとれるということですから、大変きつい状況であることは事実であろうと思えます。

医師1人で何でもできるわけではありませんで、医療機関の中で病院では大体医師1人に対して、周辺の職員、看護婦さんが4人ぐらい、それ以外の職種の方が事務職員も含めて4人ぐらいいますので、1対8ぐらいの比率が現在、日本の平均の状態だと思います。こういうデータについては厚生省が最近、大分正確につかまえておまして、いろいろ若い医系の技官からの提案がありますが、事務官と大蔵省の事務官が大変強硬でございまして、だんだん理解は進んでいるように思いますが、なかなか苦労しているようです。

私的病院といいますか、国公立病院以外については今度は医療施設の整備法のようなものを現在考えているという話でありまして、固定施設ですから建物などに対する補助金はかなり考えられ

て、現在、立法の途中にあるという話が寺松局長の方から出ておりました。

質問者 医療制度が悪いといわれるのですが、本音はどうお考えですか。医療制度を直せば済むのか、直さなくても……改革はできるのか。どちらでしょうか。

座長 これは私個人でお答えしかねますが…。いろいろ政策はとられているようでありますが、医療費体系自身に対する考え方の違いは厳然としてあるようです。笹森先生、何かご発言ございますか。

笹森 医療制度だけの問題かというご指摘ですが、やはり病院自身の自助努力も必要だと思います。制度だけのせいにしておったのでは民間病院はみんなつぶれてしまう。先ほどありましたね。看護婦さんがたくさん集まってホスピス云々とおっしゃったので、1つの例を申し上げます。

名前を出して何ですが、これはいい例ですから。我々病院会幹部医会が淀川キリスト教病院でセミナーをやったことがあります。そこにはホスピスがあるのです。あそこの白方という院長に私は一晩、いろいろと経営に関する問題を教えていただきました。白方院長が引き継いだときには、ベッド数が120くらいの木造建ての非常にみすばらしい病院であった。その病院を現在、500床の総合病院にして非常に発展している。

そのポイントは何か。ただ1つ、ホスピスを日本で初めてつくろうという発想なんです。ホスピス自身は大赤字です。だけども、それをつくったことによって、病院の入院患者における悪性腫瘍の占める患者さんの数が非常に増えた。当然悪性腫瘍に対してのホスピスはケアが主体ですから赤字なのですが、悪性腫瘍に対してのケアを重視する病院だということで、患者さんが非常に集中してきた。

それに伴って全国的にナースが非常に集まってきた。あの病院はとにかくナースに関しては、全部試験をやってセレクションする。ナース不足はどこ吹く風かと院長がおっしゃっていた。

要するに、何か1つ特徴のあるものやってみるによって、赤字の分野があっても医療に奉仕する理念に燃えてやってみれば、どこか活路が

見出せるということで、あえて私は柏木先生をスカウトしてホスピスをやったのがこの成功の始まり。ポイントはただ1つだと。

これは1つの例でありまして、これ1つだけではないと思いますが、やはり医療保険制度だけを当てにして病院経営をするだけでは、まじめにやっている病院は絶対黒字にはならない。黒字になる病院はむしろおかしいのではないか、というのが現在の医療制度の中での話。もっと技術料を上げる云々で将来変わるのでしょうが、今の中であがいても、きちんとやっている病院で黒字が出せるはずがないのです。ですから、今いったような特徴のある病院づくりをするところから活路を見出すのはいかがなという、1つの例を申し上げました。

座長(三宅) ありがとうございます。

質問者 もう1つ申し上げたい。70%近くが赤字。黒字の病院のほとんどがいかげん…。

笹森 まじめにやっている病院が今、黒字にならないのです。不正なことはやらないけれども、発想の転換によっては黒字になるというのは結果でありまして、現行の医療制度は、だめだという形から、何か発想の転換をしたらどうでしょうか。

日本の医療制度の問題はアメリカの後追いをしているなとつくづく思うのです。アメリカも一時、病院がつぶれたり、ベッドががら空きになって非常に辛い思いをしています。それが今、改善の兆しがある。あの大変革を見ると、やはり日本も同じ時期にあると思います。

この時期にバタバタ慌てるのか、黒字を出すのが先ではなくて、将来をもう少し見据えて、何か病院の特徴として新しいものを1つ、目玉をつくっていくというようなところから着実にやってみますと、厚生省も決して民間病院をつぶすためにやっているのではないと思います。先ほど三宅先生がおっしゃいましたが、固定費に関しては少し助成する。そういうことも当然考えていただけだと思います。もし日本の病院の50%以上がつぶれたとすれば、日本国そのものが存続していかない状態だと思いますので、それだけの赤字を出される要因をもう少し冷静に分析なさって、活路を見出す方法を、一般論でお話しして申し訳

ありませんが、だめだとおっしゃらずに、やはり生きるためにどうするか、もっと真剣にお考えいただいたらいかがでしょうか。

質問者 発想の転換が基本ということは分かりますが、あれはいけない、これはいけない、片っ端から圧迫される…。

笹森 行政の立場ではございませんから、私もその点だけ責められるとお答えできませんですが、きょうの会はあくまでも、きびしい医療環境の中で質を重点にした病院づくりをするにはどうしたらよいかということを検討するのが目的です。ですから、その中で質を充実して、結果として住民に愛される病院になるということ、それだけの努力をやったところがつぶれたということは、私はあまり聞いてません。

はっきりと廃院になった病院は私の地域のところにも何カ所あります。その原因の一つとして施設設備の過剰投資です。あとはあまりにももがきすぎて、別な事業に投資した、というところが廃院になったケースは私も存じてますが、まじめにやっている病院で廃院になった病院は全国的にみますと、そんなにはないのではないのでしょうか。

クリニックに転向したというのは、もちろんございますけれど、まだまだつぶれる病院はごく一部ですから、もっと将来を見据えて、国民のためにいい医療を提供する病院になるにはどうするかという発想の中で、黒字が先という考え方から、これから医療は社会に奉仕の時代であるという発想の中で、いいサービスを提供するという方向でお考えになったらどうでしょうか。

もう1つ、医療保険だけで病院を運営するのは、本当に苦しいのです。一つ、私の分野からいわせていただくと、保健、医療、福祉の中の保健の部分ですね、これは保険制度が一将来は別ですが一まだ自由料金制度の分野でございまして、この分野をお考えになることも、これから病院を存続させるための一つのポイントになるのではないかと。それで成功している例が多数ございます。

質問 きょうのテーマが「病院医療の崩壊を防ぐために」。病院医療の崩壊というのは、ここでいうのは経済的な崩壊の意味だと思うのですが、そ

のために医療チームを再編成して崩壊を防げるかということだろうと思います。きょうの演者の方のお話を伺って、ドクターあるいは病院職員間の意思の疎通が必ずしも十分でない病院が多い。

大変難しい問題があるわけで、こういう危機の時代に初めて1つの目的に向かって職員が共に考えるというチャンスが与えられたと私は理解しているのです。

それで思うのは、例えば看護部の業務の内容をドクターやほかの職員に十分理解させないといけない。ドクターについても同じです。例えば看護計画。これは看護部の業務であって、看護部の作った計画に従ってやれば、人がこれだけ要ります。コメディカルもこれだけ要ります。いろいろな人の協力が必要ですよという主張を今まで、看護婦さんはしてきたわけです。

これは、今の時点で病棟・性格によって看護業務量が当然違うわけですし、看護業務量測定をする。例えばICUだったら当然診療介助の業務が多い。ケアは少ない。この病棟はケアが多い。いろいろあると思いますが、そういうような客観的なデータを示してお互いに協力を求めるという態度が必要だろうと思います。

ドクターサイドも大体、「おれのやり方はこうだから、看護婦はおれに協力しろ」というスタイルが多いわけですが、各部門で自分たちの計画をお互いの部門に説得できるような形が必要ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

座長 看護部の方からでしょうか。それとも、どなたか。では、大久保婦長。

大久保 おっしゃるとおりだと思います。やはり私たちは看護業務量を客観的に示す必要があると考えておりました、虎の門のTNS(虎の門ナースシステム)という業務量測定法がございます。これはあちこちの病院ですで行われているところもございまして、私どものところは、これからそれを取り入れるところで、TNSを婦長、主任で勉強中でございます。

大体のところは分かってきたのですが、コンピュータを使うと非常に簡単にできるのですね。コンピュータは私どものところでは入れていただけないと思いますので、出てきたのをどういうふ

うに分析していくかというあたりで今、検討しております。おっしゃるとおり、私たちは感覚的ではなく、きちんとした業務量を出して、業務量に見合う看護婦の要員の確保を考えております。

北林 ただいま、大久保婦長がTNSのことに触れましたが、私のところはもうすでに、それに取り組んでおります。先ほど私が採血業務のことを申し上げましたが、早朝採血は限られた数十分の間に採血業務を行わなければならないわけです。患者さんを早くから起こして採血業務ということではございませんで、6時~6時半ぐらいから開始して採血業務を終えて日勤者に申し送る。本当に凝縮した限定された時間にいろんな業務をこなさなくてはなりません。その時間帯にサポートしていただければということで要請したりしております。業務内容を客観的な立場から判断してコントロールしていただける仲介役が欲しいというのが実感でございます。

座長 有賀先生、司馬先生、何かご発言ございますか。

有賀 直接的なご質問に対する答えになるかどうか、わからないのですが、今までの議論は基本的には決められた、つまり統制経済的な日本の医療体制のたがの中での議論にしかならないところに非常な苛立ちのようなものを感じざるを得ないのです。

私が今回のテーマで発表した内容は多少、そういうものからいかに脱却していくかという部分を考えて発表させていただいたのであります。どうということかといいますと、看護婦の仕事をドクターが理解する。ドクターの仕事を看護婦が理解する。理解することに関してはしないよりはいいにきまっていますが、しょせん、業界の中の隠語でもってしゃべり合っているだけの話でありまして、私たちのやっている医療の内容を支払う患者さんの側、要するにお金を出す側にいかに説明して、だからこれだけたくさんお金がかかるのだという話にもっていかないと、やっぱりどうにもならないのではないかと思います。

僕は「病院医療の崩壊を防ぐために」というシンポジウムのタイトルで思ったことは、今後チー

ムとして際限なくいろんな職種がかかわってくる。種類も増えますし、人数も増えると思いますが、そういうときに、ある程度これだけの質が提供されるのであれば、これだけかかってもしようがない。今、10日間入院して10万円だとすれば、これだけの質だったら20万にしてみようがないではないか、というようなことを支払う人たちに分かってもらうような形で、いかに私たちが説明していくかということが一番大事だと個人的には思うのです。

業務の整理とかお互いのチームワークだといっていますが、例えば僕らの病院も多分年に20億ぐらいの一般会計からの歳入があります。先程二十兆兆といっていました、一般会計から公立病院へ入っているお金だとかは入れてないと思います。そんなのを入れたらもっともっと高額になるわけです。

そういうふうにもうどうにもならない現状を経済的に何とかしようと思えば、質の部分の説明して、たくさんかかるから、これだけ払ってくれというふうにもっていかないと、「病院医療の崩壊を防ぐために」という究極の目的には達しないのではないかと僕は思うのです。

だから工夫はいいのですが、工夫は当たり前だとして、今のご質問でいけば、お互いがお互いを理解するといっても、決まったフィールドのたがの中にあるわけですから、そのたがをどうやって広めていくかが重要となります。統制経済からある程度自由経済的な部分に医療をもって行って、それなりに払ってもらうというふうにしていくのではないかと僕は個人的に思います。

座長 ありがとうございます。司馬先生、何かありますか。

司馬 日本の医療経済で今まで一番、私が個人的に具合が悪かったのではないかなと思っているのは、要するに医療は安くただで受けられるという意識を国民に植えつけてしまったことだと思います。その最たるものは老人医療であります。確かにお年寄りには気の毒だけれども、ただにしてしまった。月々1,000円払えばいいというようなことで、今、私の外来を見ますと、「きょうは支払いの日ですね。1,000円ですね」と、みんな喜ん

で払っていく。

これから病院治療に直接関係ないアメニティ部分に対しては自費にするのだという議論がありますが、国民が今までただで受けてきた医療を、それだけ金を出してもいいよという気分一体、どうやってもっていくか。多分、それは大問題だと思います。恐らく、「今までただだったのに何でそんなもの、一文も払わないよ」と反対がきつと起るに違いないし、選挙でもあれば、そういうのは争点になると思います。

ですから、我々医療に従事する者も声を大きくしてもっと公的な資金、あるいは国民の皆さんに、いい治療をするには金がかかるのだということを知ってもらって、そのためには応分の金を支払ってもらうという気分にするようなピーアールをしなくてはいけないと思っております。

座長 ありがとうございます。もう1つだけいただきます。どうぞ。

質問 実は先ほど、笹森先生が「意識の改革さえやっていたら必ずつぶれないで済む」と。私ははるばる九州の果ての長崎から参ったわけですが、現在扱っている患者は純粹たるディメンツの患者が600人、軽症のプシコーゼの患者が100人、合計700人です。700人ですけれどもトントンです。しかし、年々歳々人件費が上がります。これ以上上がると必ず赤字が生じてきます。

したがって、将来のことを思いまして、思い切って今、療養型ではなくて治療型の方法をとっております。厚生省は、治療型は国立病院でなければ許可しないというような暴挙をあえてしております。民間病院にありましては脳梗塞あるいは脳卒中、脳腫瘍の後遺症としてディメンツの症状が出ますので、あえて元気のいいときでも1人でMRIを初めとして7種類、10種類の検査をいたします。

したがって、その検査に対してそれにふさわしい治療をしなければいけない。だから、かなりの診療費が上がりますが、しかし全く合併症のない純粹なるディメンツの患者、アルツハイマーの人は検査する必要がありません。萎縮さえわかればあとは検査する必要はありませんので、こういった患者の入院費はわずかです。

この方法を永続的にやってみたわけですが、い

わゆる先生がおっしゃった意識の転換は半永久的に厚生省がそのまま見逃してくださるかどうかが、その可能性についてお尋ね申し上げたいです。よろしく願います。

笹森 ディメンシアの患者を多くかかえておられる病院の発想転換ですね？

質問者 療養型を治療型に転換するわけです。今、やっております。

笹森 私は、行政の立場ではありませんので、どうなのでしょう。ディメンシアの患者さんが多数入院しておられれば、まじめにやれば赤字になりますね。しかし、ディメンシアの患者さんをたくさん収容して、非常に成功しておられる有名な病院が東京にございます。そこではあくまで介護の費用を別にいただいて運営し、病床も増床しておられます。個人的になりますから後程病院を紹

介させていただきたいと思います。

座長 かなり長い時間を準備したと思っておりましたが、色々な観点からの議論が出されているうちに予定の時刻がまいりました。

いずれにせよ本日結論を出せるような問題ではありませんが、今後の新しい病院医療の展開に対する問題提起と、基本的な討論をすることができたのではないかと思います。

「病院医療の質を考えるセミナー」はまだ今後も続けますので、本日の討論を基礎として医療チームの問題、医療費の問題、病院医療の地域とのつながりの形成などについて再度討議する機会を作って行きたいと存じます。

またのご参加をお願いいたします。4人の講師の方々本日はどうもありがとうございました。

管理者向マネジメント・スキル講座

病院運営アカデミー テーマ：「市場開発」

日 時：1994年2月17日 木曜日 午後2時～5時

於：アジュール竹芝(東京都港区海岸1-11-2)

参加費：9,000円(消費税込)

『病院医療の方向性と病院評価について』

講師：岩崎 榮氏(日本医科大学 医療管理学教室教授)

当アカデミーは、マネジメント現場からの実践ノウハウを実務面より御紹介しており、「病院システム」を計数管理のみにとらえるのではなく、運営組織の各部署毎の活性化を通して体質改善をしていくことをお勧めしております。

平成5年度4回目の開催となります今回のプログラムは、「市場開発」をテーマに置き、開発、実践の中より皆様のお役に立てる情報を予定しております。今後の病院運営に大いに参考になることをお約束いたします。

お問い合わせ、資料の御請求は下記まで。

(株)ダスキンヘルスケア

〒105 東京都港区浜松町1丁目22番5号 住友生命浜松町ビル Tel. 03-3578-8101 (担当：宮川)

メッセージ巡回システムを試みて

河北総合病院（東京都）

小泉世津子 木下 照子 加藤カネ子

はじめに

当院は昭和3年に開設された創立65年の私立病院である。

公的な病院は国の助成を受けながら、最先端の器械設備を整えた近代的な病院に生まれ変わっているが、民間病院においては老朽化した建物の改築や器械化による省力化もままならず、ここ5～6年前から民間病院の赤字経営や倒産のニュースが聞かれるようになった。そんな厳しいなかで、患者の高齢化に伴いますます病院では人力を必要とするようになってきているが、医療に必要なマンパワー不足は深刻さを極めている。民間病院に勤務する我々の最も重要な課題の一つに限られた人材の有効活用、業務の効率および合理化、更に看護サービスの質の向上と様々の努力を重ねていくことは不可欠な課題である。

当院でも業務効率改善委員会が設置され、各セクションごとに業務の見直しや改善を行い、看護部として行ったなかの一つに1991年2月からメッセージ巡回システムを導入して2年が過ぎ、その間他部門との協力を得ながら現場のニーズに応え様々に変更してきた経過をここに報告します。

病院の概要および看護部要員数

（平成5年4月現在）

病床数：許可病床 377床

稼働病床 322床

診療科目：20科目

患者数：入院 289.6人/日

外来 1,076人/日

附属施設：附属診療所（透析センター）

付属クリニック（保健センター）

看護専門学校

（レギュラーおよび進学コース）

職員数：540.3人（その他パート 31.8人）

看護部門：基準看護 特3類（1988年9月）

職員数 251.8人

（内 看護婦 177.4人 准看護婦 33.2人
クランク・看護助手・その他パート 41.1人）

目的

日常看護業務の中で、はじめにも述べた設備上の問題や器械化による省力化の問題もあるが、各病棟ごとに看護婦・クランク・看護助手看護学生などが同時刻に同じような病棟外業務に係わっているのは①時間の無駄②看護婦・クランク・助手などの業務中断があり非効率的である③クランク・助手等が不在になるため看護婦にしわ寄せがあり、看護業務の煩雑およびサービスの低下を来すなどの問題もあり、人員を増やさず現在の枠内でそれらを解決することを優先に業務の効率および合理化を図り、病棟外に出る時間を減少させその分を看護サービスの向上に費やすことを目的に施行した。

方法

研究期間：1992年2月～1993年10月

巡回回収場所：8病棟、手術室

配布場所：検査科、放射線科、心電図・肺機能室、薬局、中央材料室、手術室、栄養科、各科外来、中央受付（庶務課、用度課への文書類）、図書室

メッセージ業務内容：

- ・ 各検査伝票および検体提出

- ・ 処方箋, 食事伝票, 事務書類提出
 - ・ 他科受診カルテ, 退院カルテ, フィルム心電図類, 各検査結果等の受領・配布
- ※ ただし緊急の検体や時間がかかることで変化する検体, 輸血受領は含まれない。

巡回時間: 月～土曜日(日・祭日は除く)

9:30～15:30 1日6回(1992.3～)

9:30～16:30 1日7回(1992.9～)

9:30～16:15 " (1993.4～)

9:30～17:00 " (1993.10～)

16:30に受領配布では薬局, 検査科などの業務が時間内に終わらないとの意見があり, 16:15に繰り上げて対応したがやはり上記問題が残り, 回収配布の最後を15:30とし受領配布を17:00に繰下げ現場ニーズに近づくよう調整を図った。

巡回スケジュール:

7病棟が月～土まで同時刻にメッセージャーを担当し, 第2週目, 第3週目…と時間が輪番制で変更していき, スケジュールの予定がずっと分かっているので担当者の調整がつけ易い。メッセージャーのワゴンを担当終了後, 次回の当番へ渡す。

結 果

*病棟サイドのメリット

- ・ クラーク・看護助手・看護学生の業務中断がなくなり, 効率的に計画的に業務が遂行できる。
- ・ クラーク・看護助手・看護学生が決められた時間以外は病棟にいることが多くなり, 看護婦の日常業務の煩雑さが緩和された。
- ・ クラーク・看護助手・看護学生の揃っていないセクションの看護婦の行うメッセージャー業務が, 大幅に減少した。
- ・ クラーク・看護助手・看護学生が休みの時, 代行しなくてもメッセージャーシステムに業務を託すことができる。
- ・ 巡回時間に合わせた計画的な動きができ, 行動の無駄がなくなった。
- ・ 検査結果, フィルム, 内服薬等が早く届くようになった。
- ・ クラーク・看護助手・看護学生などの協力姿

勢, コミュニケーション作り, 連帯感意識に役だった。

- ・ 庶務課・用度課, 事務系などへの波及効果につながり, 依頼伝票, 書類も託せるのでメッセージャー業務内容が広がった。

*病棟サイドのデメリット

- ・ クラーク・看護助手・看護学生などがメッセージャーに行き不在の時(平均20～40分)緊急業務を代行しなければならない。
 - ・ 早く検査結果などを知りたい時, 伝票再記入や変更などをしたい時, 連絡が遅れる。
- *他部門の反応
- ・ 伝票上不明な所がある場合, 直接メッセージャーから返答がもらえないので不便である。
 - ・ 種々の病棟に依頼する物がメッセージャーに託せて良い。

考 察

病院の組織は労働集約型であり, はじめにも述べたように民間病院においては, 老朽化した建物の改築や器械化による省力化, 設備投資の困難などハードの面には限界があり, その分ソフト面での工夫, アイディアが重要になってくると思う。

しかし患者の高齢化に伴い, 1人の患者に対する看護の係わりの時間は大幅に延長しており, その上看護業務の煩雑さも加わって3Kの代表的存在であり人材確保は困難を極めている。当院では1991年から完全週休2日制を導入し, 人員を増やさずに如何に効率よく業務を行うか, 各部門ごとに業務効率委員会で検討を重ねてきた。今回行ったメッセージャー巡回システムがスムーズに導入できた根底には, 日頃看護婦・クラーク・看護助手・看護学生など多くの人が1日に何回となく病棟外に出ていく業務に手を取られ, その1回の往復時間は数分であってもシステム導入前の調査で, 1病棟6日間では707分と膨大な時間である。また, その時間業務が中断され, 更に9セクションが同時刻に同じ様な業務をしているのは, 非常に効率が悪く非合理的であるなどの問題意識を, 看護部の各々の立場で感じていたためと思う。またこのシステムを導入し, 現在我々の日常業務になくしてはならないものとして定着することができた要因には, 結果で述べたメリットが導入

初期から実感できたことが最大の理由である。

また施行者と充分話し合いをもち、細部の検討後開始し、施行中問題が起こればラウンド時間やスタッフの欠員の所は補充されるまで他のセクションが交代でカバーし、お互い協力し他部門の意見も汲み入れて無理の無いよう変更し対応してきたことも、合わせて要因になっていると考えられる。スタート直後伝票の配布ミスなどがみられ、また4月の新人入職時期などの業務の不慣れもあってミスや苦情がきかれたが、メッセージャーマニュアル作成および個々の教育指導の充実を図ることで解決している。また当初は事務系のメッセージャー業務は行っていなかったが、業務が拡大され更に業務整理されるに至っている。また導入前後のメッセージャー業務量の調整で10:30, 9:30, 11:30, 16:30の順に業務量が多くあり、その間約40分は不在となり他者が代行しなければならないが、残り8単位にとっては業務に専念でき輪番制ということもあり差程の負担にはなっていないとのことである。週休2日制導入で施行者が休みでもこのシステムにメッセージャー業務を依頼できるので、安心して休めることの意見や看護要員の少ないところは殆どこのシステム

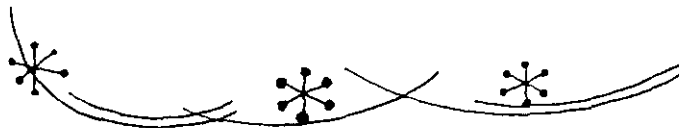
に依頼するので業務を効率よく行えると好評である。そして毎年1月から3月にかけては退職者の補充が難しく人手不足になるこの時期ほど、メッセージャー巡回システムの良さが実感できる。

今後更に内容の充実を図るため、人材の有効活用をするとともに巡回回数、時間、内容の再検討を行いクラーク・看護助手・看護学生などの業務の見直しを行い、看護婦が病棟外業務に手を取られることなく本来の看護業務に専念できるよう、尚一層看護サービスおよび質の向上に努めて行かなければと考えている。

おわりに

今回限られた人員の中でメッセージャー巡回システムを導入し、従来の習慣で行っていた業務を見直す良い機会となり業務の効率化を図ることができた。

しかし、まだまだ間接業務の中で看護婦の病棟外に出て行くことが無くなった訳ではない。今後我々だけではなく他部門との協力を得ながら、更に業務を見直し改善していくことの必要性を感じている。



「病院の年輪」 欄への投稿依頼

本誌では「病院の年輪」欄を設け、病院の建物・工作物その他貴重な物件資料などに関する紹介記事を掲載することになり、下記の要領で原稿を募集中です。

貴病院に関する上記関連記事をぜひご寄稿ください。(本誌次ページ参照)

記

1. 記事の内容

建物などに関して、その歴史、由来、現状とそれらに関する写真、資料など(なるべく古いもの)。

2. 原稿枚数

400字原稿用紙(横書き)で約25枚以内(雑誌ページ数で約5ページになります(写真資料を含む))

3. 謝礼

別刷50部をもって謝礼に代えさせていただきます。

4. あて先

〒102 東京都千代田区麹町2丁目14番
日本病院会 学術委員会
(日本病院会雑誌編集室気付)
電話(03)3265-0077

病院実務者のための 病院管理ノート 改訂第5版

元 北里大学教授 井上昌彦 著

(日本病院共済会発行)

B5版 139頁 定価2,400円(税込) 310円

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 16. 病院機能評価マニュアル
- VII 補遺

申込先: 日本病院共済会 一〒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

三 層 楼

山形市立病院済生館 館長 櫻田 俊 郎

当館の濫しょうをたずねてみると、山形市の北隣に位置し将棋と温泉の町として名高い天童市（当時村山郡天童村）の豪商・佐藤伊兵衛の愛孫がジフテリアに罹患した際のモルヒネの誤用により亡くなったことから、大阪の緒方洪庵の「適々齋塾」で蘭学を学び帰郷したばかりの次男・旧天童藩医・武田玄々をも加え、伊兵衛が天童私立病院を五日町に開設したことに始まり、それは今を去る120年前の明治6年6月のことであった。

しかし天童の地は片田舎なことでもあり、山形の豪商・長谷川吉郎治家の養子となって三代目を襲名していた伊兵衛の三男・直則も参画して、山形七日町の元本陣宿・小清水俊蔵宅を買収、同6年12月に病院を移転、同時に公立病院とし「官立仮病院」と呼ぶようになった。

そして同7年1月および4月に医学局仮規則な

らびに病院仮規則を、次いで同年5月には山形公立病院教場規則を制定し、東京医学校教員（少助教）であった海瀬敏行が院長として招へいされ、創設まもない医学寮で34人の新入生や開業医に基礎・臨床医学の講義を開始した。同年9月に「山形官立病院」の名称が「山形県公立病院」と改められた。

明治8年2月に仮病院本舎の屋根の積雪が雪崩落ち、軒下の医学寮宿舎を押し潰し、そこから発生した火災により病院も全焼した。そこで翌9年10月に旧山形城三の丸東大手門跡に病院を新築移転した。この建物はその後産婦人科病室となり昭和39年に解体撤去されるまで使用されていた。

新病院竣工直前の8月にそれまでの置賜・山形・鶴岡の三県が統合されて山形県となり、鶴岡県令であった三島通庸が初代県令に任命され、新

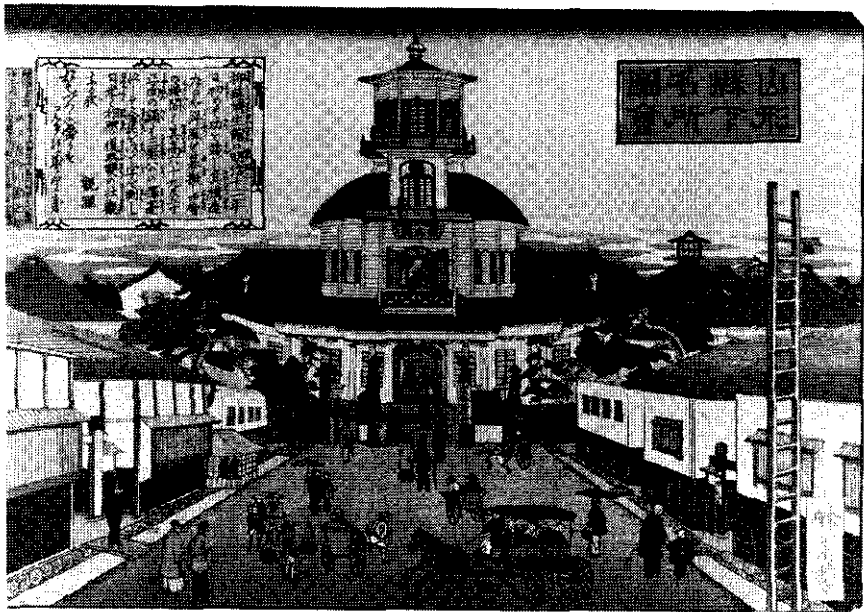


写真1 三層楼の錦絵

県庁が山形に置かれた。また9月には第2代院長として東京医学校から長谷川元良が赴任した。新病院の開院にあたり三島通庸はすでにその増築を考えていたようで、長谷川院長以下病院の全職員が施療機関としての救済院増築の資金として俸給1カ月分を寄付するという快挙もあり、明治10年8月に全国に先駆けて開催された第1回県会で県営が確定し、増築の実現の議も決せられた。

同年に三島通庸は東京大学医学部に三宅秀教授を訪ね病院を視察調査するとともに、長谷川院長や県一等属・筒井明俊らにも東京大学医学部病院、陸軍病院、そして横浜の英国海軍病院などを視察させ、筒井が主となり平面図を作成した。山形で初めての西洋建築であるということが評判になり、県内各地の大工たちが“勉強のために手伝わせてくれ”と数百人も押し寄せ、ようやく百人を選んだという話も残されている。

43,000円余を要し、同11年9月に竣工した新病院は、高さ81尺6寸4分(24.77m)の威容を誇り、回廊などに伝統的な社寺建築技法を採り入

れ、今日「三層楼」と愛称される木造3階建の擬洋風建築の楼閣を主にした、画期的なしかも豪華華麗なものであった。

図1の平面図、図2の側面図のように、楼閣の1階は変形の八角形で正面前半に吹き放しのベランダを付け、背面一間通りを手摺付き廊下にして、中央に1室がある。2階は正16角形の大広間で、その前面にバルコニーが付いた階段室が設けられている。2階から自慢のらせん階段により段階室(中2階)に達するが、ここにもバルコニーがある。3階は正八角形の小室で展望室に使われ、前面にバルコニーを設け、その床面は県内から集めたケヤキ、モミジ、クロガキなどの銘木からなる大型変形四角形の寄せ木細工となっていた。

楼閣を中心に、円形の14角形の回廊が左右にあたかも鷲翼のように配置され中庭を囲んでいる。回廊の内側の一間通りは外気へ吹き放しの手摺付き廊下で、外側に変形の部屋、すなわち、南北の中心線の前半に左右に梯形状の部屋が各3室、その後半背面中央に1室、その左右に各1室

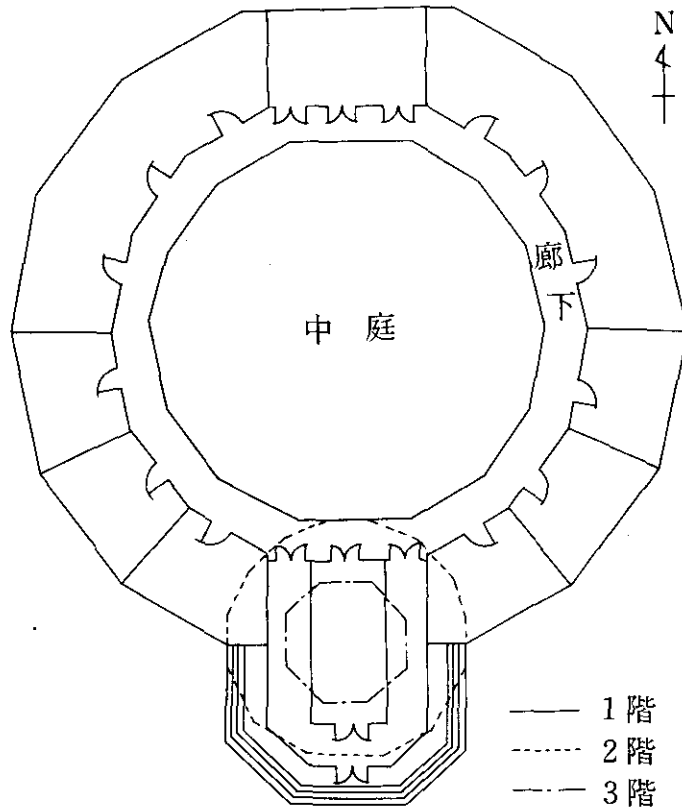


図1 三層楼平面図

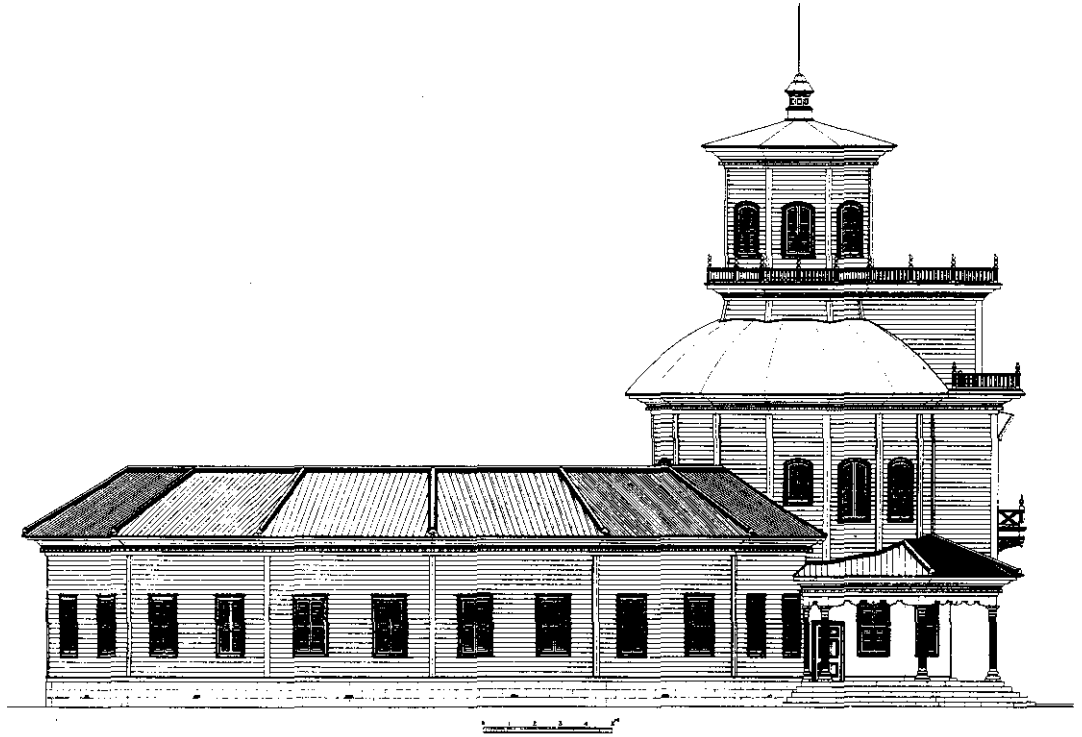


図2 濟生館の側面図

が配されている。

同12年1月に開院式を行い、同年2月に太政大臣、三条実美が命名揮毫した「濟生館」の文字を金泥で刻したさん然たる篇額を2階正面に掲げ館名とした。これ以後、濟生館院長は館長と呼ばれる。新病院の建築様式は言わずもがな、周囲の家屋から抜きん出ているか遠くから望見される各階層の窓には、赤・青・黄・紫などの当時珍しい舶来の色ガラスが嵌め込まれており、その色とりどりの鮮やかさは近隣の人々の耳目を集め、遠くの地方民は腰弁当をさげて見物に来るといっただけであったという。

翌13年12月に、現在も同じところで盛業中の山形七日町の八文字屋書店主、五十嵐太右エ門は東京本郷湯島の画師、長谷川竹葉を招いて濟生館を写生させ、木版多色刷の錦絵「山形県下名所図絵」の一枚として売り出した(写真1)。その讚には、「四層ともみえる高い楼閣の正面の額に濟生館の三金文字が陽光に相映じて、まこと無雙の壯観である」と記されている。

かくして山形市の一大名物となった濟生館は、大正時代には当時流行した鴨緑江節の替え歌とし

て次のように歌われたという。

♪山形で 一番高いのは火の見の櫓
 二番高いのはヨ 濟生館
 それより高いのはネ 小姓町のヨー
 一晚マタ 5円はソリャ高い
 チョイ チョイ♪

と、濟生館は市内最高の高層建築だが、小姓町遊廓一晚の遊興費が5円でさらに高価であると酒落ている。

病院に併設された西洋医学に基づく医師養成機関を、明治7年5月「医学局」と称し、翌8年には「医学寮」と改称したが、三島通庸はこの「医学寮」の充実にも力を傾注し、アルブレヒト・フォン・ローレッツを明治13年9月医学寮教頭として招へいすることに成功した。彼はオーストラリア公使館付医官として来日し、東京大学講師から愛知県公立医学所教頭を4年間勤め、ついで石川県金沢医学校教師に赴任した。

ローレッツは東京大学医学科教授をしていた司馬凌海と親しく、名古屋公立病院主幹となった司馬とともに名古屋に赴任したものである。司馬らの勧めで濟生館に赴任していた大平偵作が師の司馬

に相談し、その推挙により、金沢に移って数カ月のローレツをスカウトしたものと推測されている。

ローレツはオーストラリアのウィーン生まれで、ウィーン大学医学部で内科と外科の分野でそれぞれ学位をとった新進気鋭の医師であった。山形での最初の西洋人ということでローレツについては数々の逸話が残されている。県議会の意向や三島県令の福島への転任、持病の悪化などが重なり、任期を2カ月余り残して明治15年7月に帰国するまでの間に、山形県の診療レベルの向上と医師ならびに産婆養成に貢献したローレツの功績は大きく、政府はこれを称えて帰国にあたり勲5等双光旭日章を贈った。

初期の済生館の施設がどのようなものであったかについての図がなく、詳細は不明であるが、ローレツが赴任した年の11月30日現在の入院患者数は、男21人、女21人で、外来患者数は1カ月平均225人であったという。また同14年にローレツが提出した済生館改進黨建議のなかで、修繕を要する部として、手術場、婦人病室、検梅室、浴場、庭園、癪狂室などについて記述され、更に新たに講堂を2つ設置して欲しいとあり、新築早々から適宜増改築を繰り返して行ったものと思われる。

例えば明治20年の当地の新聞に「済生館の模様替」との記事に、「今度増築修繕を加えて大いに模様替をせらるる由なるが…夫より本館と南病室の中間にある手術室の南手に1室を増築してこれを婦人室とせらるる由にて…」とある。昭和3年に残された平面図をみると、上記の南病室や手術室かあるいはその改築物がその頃まで同じ場所にあったようである。また14角形の回廊の後ろ半分が改築されていることが分かる。

済生館医学寮はローレツを迎えて声価が高まったが県営施設であったため、県外からの就学希望者の期待には答えられなかった。そこで三島県令は医学寮の規模を拡大することを考え、内務省の内諾を得たうえで、明治14年11月に奥羽六県連合衛生会議において、六県連合して新しく一大医学校を設立することを提案し各県の賛同を得た。

その際山形県がその担当県に選ばれたが、当時の状況からみて山形済生館医学寮が当該医学校に

指定されることに大きな自信がもたれたらしい。しかし、明治15年に三島県令が福島に去ったため、中心となる人物を欠くにいたり折角の案も結局流れてしまった。また済生館医学寮も次第に国の医学教育方針への立ち遅れが目立つようになり、明治20年について廃止の憂き目にあうこととなった。

その理由として、山形県内で破格の高給をとるローレツを含む済生館の最新の医療の恩恵にあずかりにくい、交通不便な遠隔地域から選出された県会議員たちが、済生館を目の敵のようにしてその予算の大幅な減額修正・削減に汲々とし議場での紛争を繰り返し、医学校の廃校と済生館の県営廃止を歓迎する気運を生じたことによると、郷土史家・小杉利吉氏はその無念を「まぼろしの医学校」に著している。

このような事情により、明治21年には県を離れ「私立病院済生館」として私立病院となった。そして幾つかの挿話を残した後に山形市に移管し、「山形市立病院済生館」が誕生したのは明治37年4月1日のことであった。

山形市立病院となってからの済生館は、山形市民の熱烈な期待と絶大な支援に答えて順調に運営され、山形市の数度の大火にも類焼を免れて生き残った。第二次大戦末期の昭和20年7月11日に隣県の仙台市が大空襲をうけ山形市への空襲が予測された。当時市内で第一の高層建築物であった済生館本館は敵機の目標になりやすく、かつ市中心部の繁華街にある可燃性木造建築であり危険であるとの軍の指令で、同年7月15日一夜のうちに最上階が解体撤去された結果、高さが12尺8寸7分ほど低くなってしまった。

この際、解体時に得られた原材料を保存するとともに現状見取り図をとって再建の日に備えた。面白いことに楼閣は外部から望むと、バルコニーが1階と2階の間にあることから一層をなしているように見えるために、楼閣上部撤去後も「三層楼」と呼ばれるに値する構造を残していた。

昭和38年9月に全面的改築に着手し同41年2月に完了したが、残念ながら三層楼の存在を無視した建設計画を立てざるを得ず、そのため長い間にわたって病院事務局、薬局、待合室などとして使用されてきた本館は空家となってしまい、回廊

も工事の進行に従い次々と切り締められて原形を失うこととなった。

その間、山形県建築士会や山形市郷土研究会などから、済生館本館の保存についての陳情書が相次いで時の大久保伝蔵市長あてに提出された。そこでその取り扱いを検討するため、昭和40年11月に「市立病院済生館建築処分審議会」が設立された。

審議会では由緒ある貴重な建築ではあるが現地保存が不可能であるという実情から、愛知県犬山市の明治村か、西蔵王高原などへ移築してはとの保存論も出されたものの、それには財源が不足しているとし、最終的な答申は市の財政事情から廃棄も止むなしとなった。

しかし、「三層楼」の名で長く親しまれていた本館の存続を望む市民の声はさらに高くなった。同

じく市当局も山形市の歴史を見守ってきた、建築史上からも貴重な明治の遺産の保存方針に腐心し、審議会の結論は廃棄にとどまっていた取り壊しまでは言及していないと解することにより、その後も原状のままで存置しておく一方、大久保伝蔵市長ならびに市関係者たちは、文部省および文化庁に対し明治初期の洋風木造病院建築物としては世界でただ一つ残った済生館本館の事情を開陳し、有形文化財としての調査依頼の陳情の努力を惜しまなかった。

これらの全市を挙げた保存運動が実り、昭和41年に入り文化財保護委員会から異例ともいうべき数回の調査が行われ、本館の文化財意義が大きく評価されるに及んで、市も積極的な保存の方針を打ち出すことができるに至り、同年12月5日をもって文化財保護委員会告示第74号により国の



写真2 現在の三層楼

重要文化財に指定されることができた。

この時の感激を、尽力者の一人である当時の山形市教育委員会委員長・結城嘉美氏は、後に述べる「郷土館だより」に寄せた「三層楼は残った」との一文のなかで“天はこれを棄てなかった”と表現している。

ここで病院所在地での保存は諸般の事情から不可能であったため、山形城跡霞城公園に解体移転復元することとし、文化庁の指導技術官の月1回の指導と、派遣常駐した文化庁技術職員の諸調査、工事実施の指導監督のもとに、多くの宮大工を擁する地元の市村工務店の全面的協力により、2年6カ月をかけ総工費6,600万円を要した工事は、金澤忠雄市長の手にゆだねられ昭和44年12月に完了し、すでに失われた三階塔屋、回廊をはじめ亜鉛板葺き、塗装の色彩に至まですべて当初の姿そのままに見事に復元された(写真2)。

三層楼は現在「山形市郷土館」と呼ばれ、旧済生館や医学関係の資料ならびに県政への偉大な功労者・三島通庸や山形市郷土関係資料などが数多く収集・展示されている。

山形市民、そして済生館に勤務しここで青春を過ごした歴代の職員たちの心は、すべて三層楼に回帰していく。その軌跡の幾つかを、郷土館から発行されてすでに50号を数える郷土史や医学史中心の興味深い資料誌「郷土館だより」の中からたどってみたい。

“…この間、私は脳卒中に倒れリハビリの身となっている。…ある日、かねてから一度でもいいから見たい、過ぎし日の懐かしい思いの洋風建築のたたずまいを此の目で見たいと思い、三層楼をおとずれました。…わたしは歯をくいしばり愛の杖を支えて、入り口までようやく歩いた。やっと歩けた自信、夢にまでみた甦った郷土館にきた。そしてあふれる心で見上げる霞城の空は、青春時代思いをはせさせた三層楼の姿にこだましているようだった。大きく羽ばたいて、希望をあたえてくれるようであった。…”

思えば私の男の子も旧済生館で生まれた。笑いのとまらぬ旧済生館のできごとであった。有難うよ、泣き笑いの人生であった。今こそ、重要文化財として名実共に後々残るであろう。私にはいつ

いつまでも愛しあう郷土館、三層楼である…”(「三層楼の歌」の作詞者・山形市在住・浦山孝一氏)

“…昔、わたしどもは良く三層楼に上りました。二階から三階につづく階段は円い樫の丸柱を中心にした螺旋階段で下から見上げると階段は花びらを重ねた様にみえてあの階段を登り降りするのがとても楽しかったことを覚えています。

今年の初夏にひさびさに郷土館を尋ねたのは、小雨の降る日で桜の青葉ごしに塔を見上げた時はなんとも言えない懐かしい思いで、この塔を残して下さったことに感謝でいっぱいでした。

済生館の古塔、いまの郷土館は私どもの心の故郷であります…”(元山形市立病院済生館総婦長・斉藤ハツ氏)

“…この二階の講堂は、ある時は、演劇活動の舞台になり、昼休には、ピンポンの場であり、看護婦や産婆の卒業式場でもあった。病院の行事、組合の行事、何一つとして三層楼がみぬものではなく知らぬものはないのである。…”

済生館の三層楼には、明治11年以来、ここで教え、学び、育った医師や看護婦の血と汗と、山形市民の体具がこびりついている。およそ100年にわたって、これらの人々を包容し育てて来た三層楼は、我々済生館縁故者のみならず山形市民のふるさととして「郷土館」に生まれかわった。

私も霞城の西門前に居をかまえて15年になるが、遠来の客は必ず郷土館に案内する。そして、私自信、啄木のふるさと山にも似て、そのありがたさに、三層楼に足をむけては寝ないのである…”(元山形市立病院済生館副館長・岸陽一博士)

“…三層楼と私の出会いは、昭和13年の春、看護婦講習所の入所試験第二日目、口頭試問がこの建物の二階の講堂で実施された時でした。…看護婦国家試験の受験準備のため勤務終了後、よる8時頃まで解剖生理学を始め、各科疾患など教えて下さる岸先生始め諸先生も私達も一生懸命でした。

夏の夜は、むし暑く疲れも出て居眠りができる頃講堂の窓から入る涼風は、ほんとうに気持ちのよいものでした。…”

浅黄萌える頃、友と郷土館を尋ね、山形の歴史

を知り、かつての済生館の展示資料を見、若い日に歩きまわった回廊の手すりにふれ、天を突く古塔を仰ぎながら、思い出を語り合い、限りない感激にひたったのでございます…”(元山形市立病院済生館総婦長・伊藤せい氏)

“…正面の廻り廊下は冬の朝等時に雪が積もって足元に注意してあるかなければならない時もありましたが窓もなく外界に露出した廊下なのに割合に雨や雪に当たらないのは不思議な程でした。…

夏の暑い日は手術室内に氷柱を立て扇風機をかけていたこと、また何か外傷で深夜の手術を行い、ようやく終わって背伸びして天井を見たら天窓からきれいな星空がみられたのがいつ迄もはっきりと印象に残っております。当時は町の真ん中でも空気がきれいで手術室も宇宙に通じていたのです。…

移転保存となり重文指定をうければ国、県の補助をうけても病院として300万円の負担をしなければならぬことになりました。私達のような当時の若手医師はノスタルジアのためにそのような大金を使うのはやめて新しい医療機器を買って欲しいと反対運動を行いました。今考えると本当に残しておいてよかったとつくづく感じております…”(前山形市立病院済生館副館長・村上 哲博士)

“…私が勤務していた頃の三層楼は戦争中に最上部が切り落とされ、変形された後でしたが、とてもモダンな建物で二階の講堂に通じる独特な細い階段と手の込んだ芸術的な造りの手摺、そして

その上の三階への螺旋階段、東向きの正面、外に面した両開き戸の上の半円形窓にはステンドグラスがはめ込まれ、朝日が当たった時などは素晴らしく奇麗だった。…

病院特有の多種多様の各専門職種の集まりである済生館全職員が、上下の差別なく楽しい診療に専念できたのは三層楼講堂での色々な楽しい思い出が自然にみんなの心を一つにしていたからではないでしょうか。近年になって「チーム医療」の重要性がさげられるようになりましたが、済生館では以前からすでにチーム医療が実施されておりました。

これも三層楼での楽しみながらの勉強と常日頃の職員同志のお付き合いの成果ではないかと思えます。退職した現在も時々思い出すことと言えば、一番多いのは三層楼の講堂でのことのような気がします…”(前山形市立病院済生館中央放射線室長・野田 保氏)

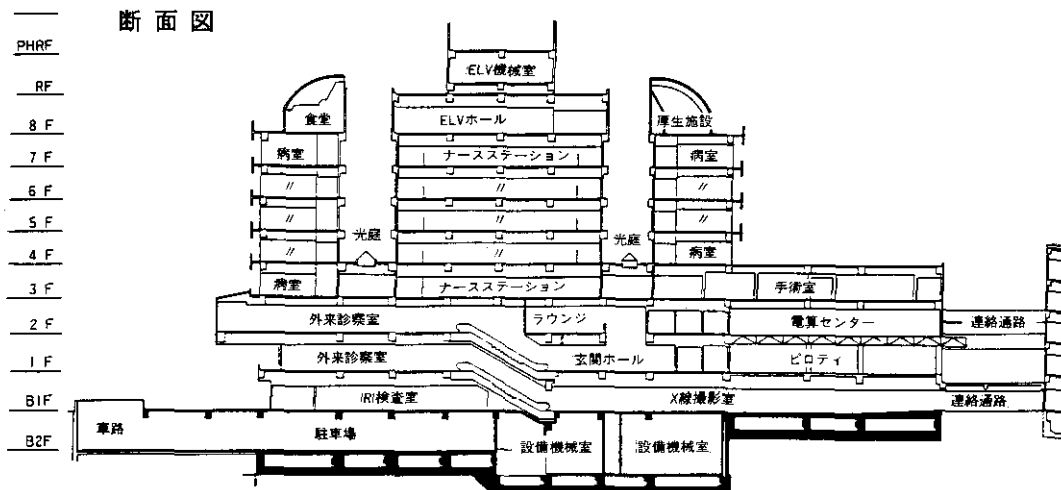
平成5年4月、575床の最新機能を備えた病院に生まれ変わった当館は市民の熱い期待を担って診療を開始した。そして我が三層楼は、春の桜、夏の緑、秋の紅葉、冬の雪と四季の移り変わりに映えて、120年前の威容そのままに霞城公園の一角に聳え、県都山形市のシンボルとして市民の絶え間ない訪れを受け続けている。

終わりに、本稿を草するに当たり、後藤嘉一、小形利吉、小形利彦、佐々木仁一の諸氏をはじめとする多くの方々の著書・業績を参考とさせていただいたことに深謝する。



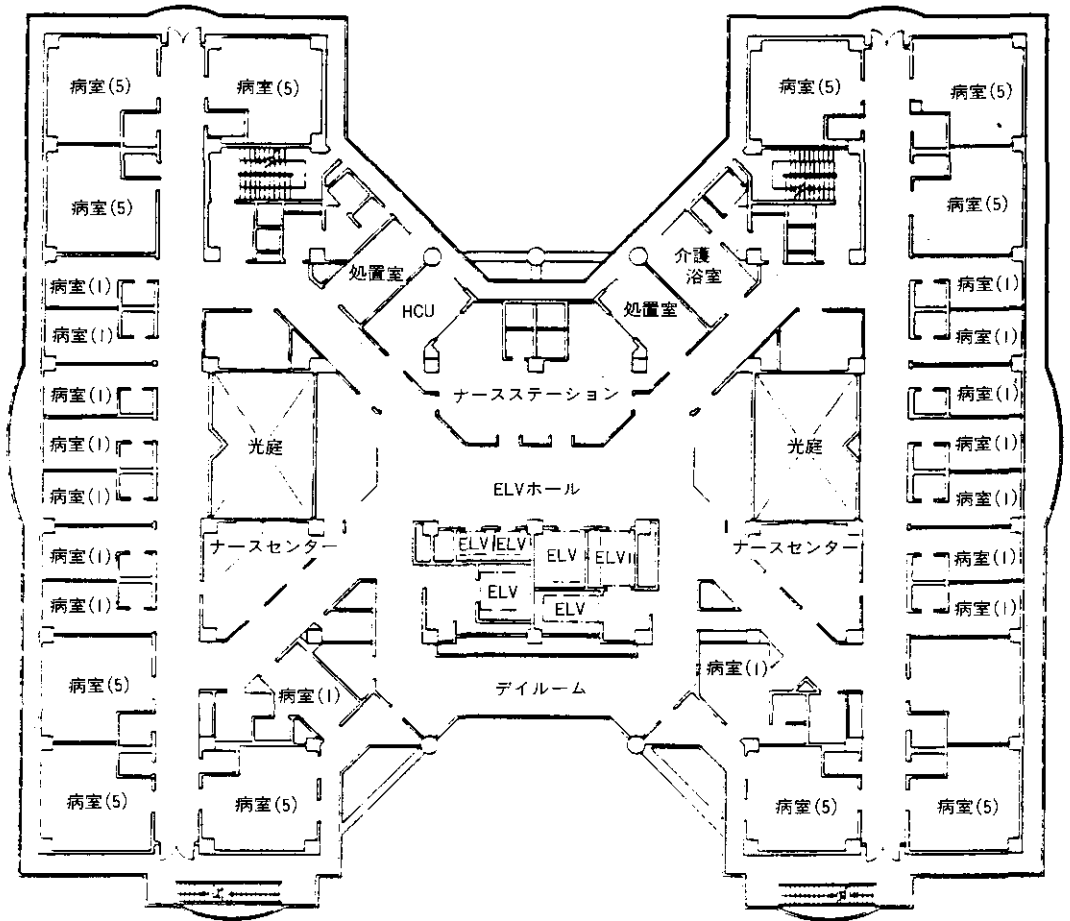
グラフ病院の概要

名称	東芝病院
所在地	東京都品川区東大井6-3-22
病床数	310床
診療科目	内科, 消化器内科, 循環器内科, 血液内科, 呼吸器内科, 神経内科, 外科, 脳神経外科, 整形外科, スポーツ整形外科, 産婦人科, 小児科, 泌尿器科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 皮膚科, 神経科, 歯科, 放射線科, 麻酔科
医療機器	全身用CTスキャナ, ジャイロ式万能X線テレビ装置, 医用ライナック装置, ガンマカメラ, 超電導磁気共鳴イメージング装置, 超音波診断機器, CCU等
構造	SRC造 (B2F~8F), S造 (PH1F)
階数	地下2F, 地上8F, 塔屋1F
敷地面積	17,553 m ²
建築面積	3,884 m ²
延床面積	22,745 m ²
高さ	軒高35.29m, 最高部43.99m
昇降機設備	エレベータ 乗用2台, 寝台用2台, 人荷用1台, 非常用1台 エスカレータ 4台



8F	栄養相談室, 売店, レストラン, 喫煙コーナー
7F	病棟
4F	
3F	病棟, 手術室
2F	外来受付 内科, 泌尿器科, 産婦人科 採血, 尿検査, 生理機能検査, 2・3号館連絡通路
1F	外来受付 小児科, 整形外科, スポーツ整形外科, 耳鼻咽喉科, 歯科, 脳神経外科, 外科, 眼科, 神経科, 皮膚科 総合受付 受診相談, 初診受付, 当日予約受付, 会計, 薬局 キャッシュコーナー, 入退院相談室, 電話予約センター
B1	画像診断部 放射線科, MRIセンター 内視鏡部 防災センター 医材搬入口
B2	従業員駐車場

平面図



TOSHIBA

東芝病院

〒140 東京都品川区東大井6-3-22

電話 03(3764)0511 代表

1994年国際病院連盟汎地域会議

ご あ い さ つ

社団法人 日本病院会
会 長 諸 橋 芳 夫

このたび、1994年国際病院連盟汎地域会議（1994 International Hospital Federation Pan-Regional Conference）が平成6年10月6日（木）～8日（土）の3日間、パシフィコ横浜（横浜国際平和会議場）で開催される運びとなりました。当会が主催します国際会議は昭和52年以来で、今回が2度目となります。

今、世界各国の病院は大きな転換期を迎えています。医学医術の急速な進歩発展、病院という組織的医療の整備というなかで、特に先進国では高齢化社会を迎えて増大する医療費、人的資源の不足などに頭を痛め、発展途上国でも限られた財源をいかに適切な医療に振り向けることができるかなど多くの問題を抱えています。

こうした医療をめぐる諸問題に世界中の病院関係者が一同に会し、その解決策と21世紀の病院のあり方を探るために、各国から日本に英知を集めて論議を深めることとなりました。メインテーマは「ヘルスケアその理想と現実」で、さらに医療における公的、私的部門についてのディベート、老人のケアにおける生活の質、医療費抑制—管理への挑戦、アジア病院連盟フォーラム：アジアの医療保険制度、治療的環境のデザイン（建築）、看護婦の新しい役割、伝統医学（漢方）の現代的役割、医療管理者教育などテーマごとに分科会を設け、多角的な観点から考えていきたいと思っております。

病院関係者をはじめ多くの方々のご参加をいただきたく願っております。

1994年国際病院連盟汎地域会議

組織委員長 河 北 博 文

今日、わが国の医療は、世界でも極めて低い医療費で国民皆保険制度を維持し、かつ低い乳幼児死亡率と高い平均寿命という成果をえております。しかし、今後、諸外国に例をみない長寿社会を控え、お年寄りが真に活力ある老後を送るための老人福祉計画をどのように構築するのか、また、急増する老人医療費の財源を安定的に確保するにはどうするのか、更に少子化に伴い医療資源を効率的に活用するにはどうするのか、21世紀に向け、まさに、医療・福祉問題は国民共通の課題となっております。

このような折り、わが国において、人類恒久の命題である生命と医療について、世界の医療関係者が様々な角度から意見を交換することは誠に時宜にかなった開催と考えます。

折りしも、わが国では国際貢献のあり方について種々論議されております。本会議が、単に、わが国の病院医療の発展に資するだけでなく、いささかなりとも世界の医療福祉の増進に役立つものとなれば幸いです。

1人でも多くの皆様のご参加をお願いいたします。

開 催 要 綱

1. 会議の名称

和文名 1994年国際病院連盟汎地域会議

英文名 1994 International Hospital Federation Pan-Regional Conference

2. 主催機関等の名称

① 主 催 社団法人 日本病院会

〒102 東京都千代田区麴町二丁目14番

② 共 催 国際病院連盟 (International Hospital Federation)

4 Abbots Place, London NW 6 4 NP, U.K.

アジア病院連盟 (Asian Hospital Federation)

東京都千代田区麴町二丁目14番 日本病院会内

③ 後 援 厚生省

文部省

日本学術会議

神奈川県

横浜市

日本医師会

3. 会議開催期間、場所

期 間 平成6年10月6日(木)～8日(土) 3日間

場 所 パシフィコ横浜

〒220 神奈川県横浜市西区みなとみらい一丁目1番1号

4. 会議の目的

医学、医療の飛躍的進歩と福祉制度の推進、更に医療施設・設備の整備・充実に対応して、病院業務はますます広範になり複雑多岐にわたってきました。この会議では、国内はもちろんのこと世界の病院および医療関係者が一同に会し、多方面の病院職種の方々が相互に研究成果を発表し、意見交換を行います。これによってそれぞれの病院の機能向上と広く医療水準の発展に寄与するものであります。

5. 会議の参加者数 国内 600 人, 国外 400 人, 計 1,000 人

参加国名一覧 (国際病院連盟加盟国) 77 カ国

アルゼンチン	ドイツ	ナンビア
オーストラリア	ガーナ	オランダ
オーストリア	ギリシア	ニュージーランド
バハマ	グアテマラ	ナイジェリア
バーレーン	ホンデュラス	ノルウェー
バングラデッシュ	香港	パキスタン
バルバドス	ハンガリー	パナマ
ベルギー	アイスランド	フィリピン
ボツワナ	インド	ポーランド
ブラジル	インドネシア	プエルトリコ
ブルネイ	イラン	ポルトガル
カナダ	イラク	カタール
チリ	アイルランド	サウジアラビア
コロンビア	イスラエル	シンガポール
コスタリカ	イタリア	南アフリカ共和国
キューバ	ジャマイカ	スペイン
サイブラス	日本	スリランカ
チェコスロバキア	ケニア	スウェーデン
デンマーク	大韓民国	スイス
ドバイ	クウェート	台湾
エクアドル	マラウイ	チュニジア
エジプト	マレーシア	トルコ
エチオピア	モーリタニア	アラブ首長国連邦
フィジー	モーリシャス	英国
フィンランド	メキシコ	アメリカ合衆国
フランス		ザンビア

6. 日本開催に至る経緯

国際病院協会（現 国際病院連盟）は、1928年、アメリカ病院協会の主唱により設立準備委員会をパリで開催、この年に発足しました。これは世界医師会の設立と同年になります。

翌年の1929年6月アメリカのアトランティックシティで第1回の学会を開催し、ついでウィーン、ブリュッセル、ローマ、パリと回を重ね、第2次世界大戦で一時活動を中止しましたが、47年に至り、スイス病院協会の再建の労により、ベルギー、フランス、オランダ、アメリカの病院協会が呼応、国際病院協会から新しく国際病院連盟と改組し再スタートをきりました。

日本病院協会（現日本病院会）がIHFに入会したのは1956年で、わが国を代表する唯一の正会員としての加盟であり、以来、常任理事、副会長、会計担当と重要な要職を占め現在に至っております。

国際病院連盟の主な活動は、国際医学交流、情報交換、学術雑誌の発行、病院訪問による研修、定期的病院管理者研修、奨学金による病院管理研修および論文募集、学術集会の開催であります。特に学術集会は、49年に第1回学会をアムステルダムで開催してから総会と地域会議を隔年に繰り返し開催しております。

今回わが国で引き受けることになった汎地域会議とは、従来地域会議と呼ばれていた世界のブロック別の病院や医療の問題に関する学術集会の規模を更に拡大したもので、地域問題に重点をおくものの、同時に世界的視野にたった医療問題を広くとりあげ開催するもので、90年にチューリッヒで開催された理事会で日本病院会が主催することが決せられました。

（過去の開催例）

開催年	開催都市	開催国	会議の種類	備考
1980年	リオデジャネイロ	ブラジル	地域会議	
81年	ドバイ	ドバイ	地域会議	
83年	カタール	カタール	地域会議	
84年	ソウル	大韓民国	地域会議	
	ナイロビ	ケニア	地域会議	
86年	タイペイ	台湾	地域会議	
	ブエノスアイレス	アルゼンチン	地域会議	
88年	ジャカルタ	インドネシア	地域会議	
	メキシコシティ	メキシコ	地域会議	
90年	エルサレム	イスラエル	汎地域会議	湾岸戦争
92年	ロンドン	英国	汎地域会議	

7. 会議計画の概要

① 会議テーマ 「ヘルスケア—その理想と現実」

② 会議日程

月 日	午 前	午 後	夕 刻
10月6日(木)	開 会 式 基 調 講 演 特 別 講 演	ホスピタルビジット 8 コ ー ス	歓迎レセプション
7日(金)	分 科 会 6 題 (3 会 場)	本 会 議 2 題	バ ン ケ ッ ト
8日(土)	本 会 議 1 題 基 調 講 演 閉 会 式		

③ 会議構成

- 特別講演
- シンポジウム
- 分科会
- ポスターとビデオセッション
- 病院視察
- 展示会

④ 演題テーマ

- ① 医療における公的、私的部門についてのディベート
- ② 老人のケアにおける生活の質 (QOL)
- ③ 医療費抑制：管理への挑戦
- ④ AHF フォーラム：アジアの医療保険制度
- ⑤ 治療的環境のデザイン (建築)
- ⑥ 看護婦の新しい役割
- ⑦ 伝統医学 (漢方) の現代的役割
- ⑧ 医療管理者教育

⑤ 公用語 本会議場は日・英・仏・西語の4カ国語を使用、分科会場は日・英語の2カ国語を予定している。

会議日程表 (予定)

10/5 (水)	10/6 (木)	10/7 (金)				10/8 (土)
	Main Hall (1F)	Main Hall (1F)	2nd Hall (5F)	3rd Hall (5F)	4th Hall (5F)	Main Hall (1F)
8:00						
9:00	PL S. 1 (9:00-10:00) 開会式		Conc. S. 1 (9:00-10:30) 医療費抑制： 管理への挑戦	Conc. S. 2 (9:00-10:30) AHFフォーラム： 医療保険制度	Conc. S. 3 (9:00-10:30) 治療の環境のデザイン (建築)	PL S. 6 (9:00-11:45) シンポジウム 老人のケア Part 1:生活の質(QOL) Part 2:ケアの内容
10:00	PL S. 2 (10:00-10:45) 基調講演 1 Robert J. Maxwell					
11:00	PL S. 3 (11:00-11:45) 諸橋 芳夫 日本の医療システム		Conc. S. 4 (10:45-12:15) 看護婦の新しい役割	Conc. S. 5 (10:45-12:15) 伝統医学(漢方)の 現代的役割	Conc. S. 6 (10:45-12:15) 医療管理者教育	
12:00						PL S. 7 (12:00-12:45) 基調講演 2 Sang-Tae Han
13:00		昼 食				閉会式 (12:45-13:00)
15:00		PL S. 4 (13:15-16:15) パネルディベート 医療における公的、 私的部門についての ディベート				
16:00						
17:00		PL S. 5 (16:30-17:15) 藤正 巖 見えない機械・生体 を測る				
17:15						
18:00	ウェルカム レセプション		バンケット (ディナークルーズ)			

登録受付

ユニオマンダ下ノオムセシヨ
ン 総務課

ユニオマンダ下ノオムセシヨ
ン

ユニオマンダ下ノオムセシヨ
ン

PL: 全体会議
Conc.: 分科会

論文募集要項

全体会議 (Plenary セッション) および分科会 (Concurrent セッション) の各テーマに関連した論文の発表を希望される方は、見本 (サンプル) をご参考のうえ、アブストラクト・フォーム (FORM C) に、アブストラクトおよび必要事項を記入し、1994年4月30日必着で事務局にお送り下さい。Plenary セッションは英語・フランス語・スペイン語のいずれかの言語で受け付けますが、Concurrent セッションは英語のみの受け付けになりますのでご注意下さい。

メインテーマ：「ヘルスケア - その理想と現実」

Plenary セッション (英語・フランス語・スペイン語)

PL S.4

医療における公的、私的部門についてのディベート

- A-1 市場競争と規制の最適な組合せ
- A-2 市場競争の拡大を訴える意見
- A-3 規制の強化を訴える意見

PL S.6

老人のケアにおける生活の質 (QOL)

- B-1 QOLの評価方法
- B-2 QOLを確保する方法、および公的責任の範囲
- B-3 施設を運営うえでの情報へのアクセスと消費者の選択

Concurrent セッション (英語)

Conc. S.1

医療費抑制：管理への挑戦

- C-1 高まる期待、資源の枯渇
- C-2 管理情報システムの役割
- C-3 医師に管理意識を持たせる方法

Conc. S.2

AHF フォーラム：医療市場開放

- D-1 AHF 市場の開放と競争
- D-2 外国にとっての競争になること

Conc. S.3

治療的職種のデザイン (職制)

- E-1 治療プロセスにおける職種変更の影響
- E-2 行動科学から得られた最近の研究結果

Conc. S.4

看護職の新しい役割

- F-1 制約された条件下での役割
- F-2 どこまで専門的責任を担うべきか
- F-3 看護職の教育と訓練

Conc. S.5

伝統医学 (漢方) の現代的役割

- G-1 西洋医学との共生関係
- G-2 将来の発展と研究課題

Conc. S.6

医療市場の開放

- H-1 医療市場の開放と競争力向上のための政策
- H-2 競争への適応性

審査行程

提出された論文の到着の確認のため、事務局より提出者に受領書を送付いたします。

論文提出締切り後、学術委員により、論文の審査が行われます。

論文提出者には、後日合否通知、および、合格者には発表日時を1994年5月末日頃に文書にてご連絡いたします。

参加登録の申し込み手続き

1. 参加登録費

	1994年7月31日まで	1994年8月1日以降
IHF 会員 (日本病院会会員)	¥ 50,000	¥ 55,000
非会員	¥ 60,000	¥ 66,000
同伴者	¥ 20,000	¥ 22,000
バンケット	¥ 5,000	

- 会員/非会員の参加登録費には、会議講演全般、ウェルカムレセプション、ホスピタルビジット、展示会、会議配付物一式が含まれております。
- 同伴者の方の参加登録費には、会議講演全般、ウェルカムレセプション、展示会、会議プログラムが含まれております。
- 同伴者の方の参加登録は、お一人様に限らせていただきます。

2. 参加登録手続き

同封しております参加登録申込書 (FORM A) に、必要事項を記入し、事務局までご送付下さい。また10月7日のバンケットに参加ご希望の方は、人数調整のため、1994年7月31日までにお申し込みいただきますようお願い申し上げます。登録に関しまして、ご不明な点は事務局までお問い合わせ下さい。

1994年国際病院連盟汎地域会議事務局
(株)インターグループ 内
〒107 東京都港区赤坂7-5-17
Tel: 03-5570-6175 Fax: 03-5570-6150

- 宿泊および同伴者プログラムのお申し込みは、直接 JTBへお申し込み下さい。

3. 支払い方法

参加登録費は、下記口座に銀行振込にてお支払い下さい。

銀行名: 三菱銀行 赤坂支店
口座名: IHF '94
口座番号: 普通 0879696

- 所属団体一括して申し込みされる場合でも、各人ごとに申込書をご提出下さい。
- 確認のため銀行振込の領収書のコピーを申込書とあわせてお送り下さい。
- 送金人の名前は、申し込み者のお名前と一致して下さい。なお所属団体一括でお支払いされる場合、参加登録申込書の支払い方法の欄に所属団体名をご記入下さい。
- 振込手数料は各自でご負担願います。
- 登録費の入金確認がなされない限り登録されたことにはなりませんのでご注意ください。

4. 参加登録証・領収書の発行

参加登録申込書を受領し、登録費の入金を確認後、事務局より申し込み者宛に、参加登録証および領収書をご送付いたします。参加登録証は会議当日、登録受付デスクにご提出下さい。会議資料等をお渡しいたします。

5. 登録申し込みの取り消し

参加登録申し込みを取り消される場合は、事務局まで文書にてご連絡下さい。登録費のキャンセルに伴う返金は以下の通りです。

1994年8月6日まで.....90%返金
8月7日～9月6日.....80%返金
9月7日以降.....返金なし

なお、返金は会議終了後1カ月以内に銀行振込により行いますので、取り消しをお知らせいただく場合は、返金の振込先の銀行名・口座名・口座番号を併せてご連絡ください。

宿泊のご案内

日本交通公社（JTB）が本会議のオフィシャルトラベルエージェントとして宿泊・ツアーの手配を行います。下記内容をご参照のうえ、お早めにお申し込み下さい。

ホテル一覧

ホテル名	お一人様あたり料金		住 所
	シングル	ツイン	
横浜グランド インターコンチネンタル	¥ 25,440	¥ 15,450	〒220 横浜西区みなとみらい1-1-1 Tel: 045-223-2222
ホテルニューグランド	¥ 24,910	¥ 13,905	〒231 横浜市中区山下町10 Tel: 045-681-1841
横浜伊勢佐木町 ワシントンホテル	¥ 12,257	¥ 11,330	〒231 横浜市中区長者町5-53 Tel: 045-243-7111
スターホテル横浜	¥ 11,639	¥ 9,888	〒231 横浜市中区山下町11 Tel: 045-651-3111
ホテル シャトレイン横浜	¥ 9,785	¥ 9,785	〒231 横浜市中区不老町1-2 Tel: 045-681-4800
三菱ヨコハマホテル	¥ 8,549	¥ 7,725	〒231 横浜市中区花吹町3-95 Tel: 045-242-4411

注1) 上記は、1泊朝食付、サービス料、税金込のお1人様あたりの料金です。

注2) 朝食をとらない場合にも、差額の返金はありません。

同伴者プログラム

AP-1 日本の文化と伝統(1)「庭園散歩と茶の湯」

日 時：10月6日(木) 13:00～17:00頃

参加費：¥ 5,000

日 程：パシフィコ横浜 —— 三溪園 —— パシフィコ横浜

AP-2 日本の文化と伝統(2)「生花教室」

日 時：10月7日(金) 10:00～12:00頃

参加費：¥ 5,000

会 場：パシフィコ横浜会議室

AP-3 鎌倉1日観光

日 時：10月8日(土) 8:30～17:00頃

参加費：¥ 14,000 (昼食付)

日 程：パシフィコ横浜 —— 建長寺 —— 鶴岡八幡宮 —— 鎌倉大仏 —— パシフィコ横浜

注) 参加者が25名様に満たない場合は、プログラムが取り消しとなります。その場合参加費は全額返金させていただきます。

宿泊／ツアー申し込み手続き

宿泊／ツアー申込書（FORM B）に必要事項をご記入のうえ、予約金（1室当たり20,000円）および同伴者プログラム参加費を添えてお申し込みください。尚、お申し込みの締切りは、1994年7月31日といたしますが、満室／満員になり次第締め切らせて頂きます。

支払い方法

- 銀行振込の場合
振込先／銀行名：東京銀行 丸の内支店
口座番号：普通 1025740
口座名義：(株)日本交通公社／国際旅行事業部国際会議口
銀行振込の場合、領収書（コピー）を宿泊／ツアー申込書に添付して下さい。
- 現金書留の場合
宿泊／ツアー申込書を同封のうえ、JTBまでお送り下さい。

取り消し料

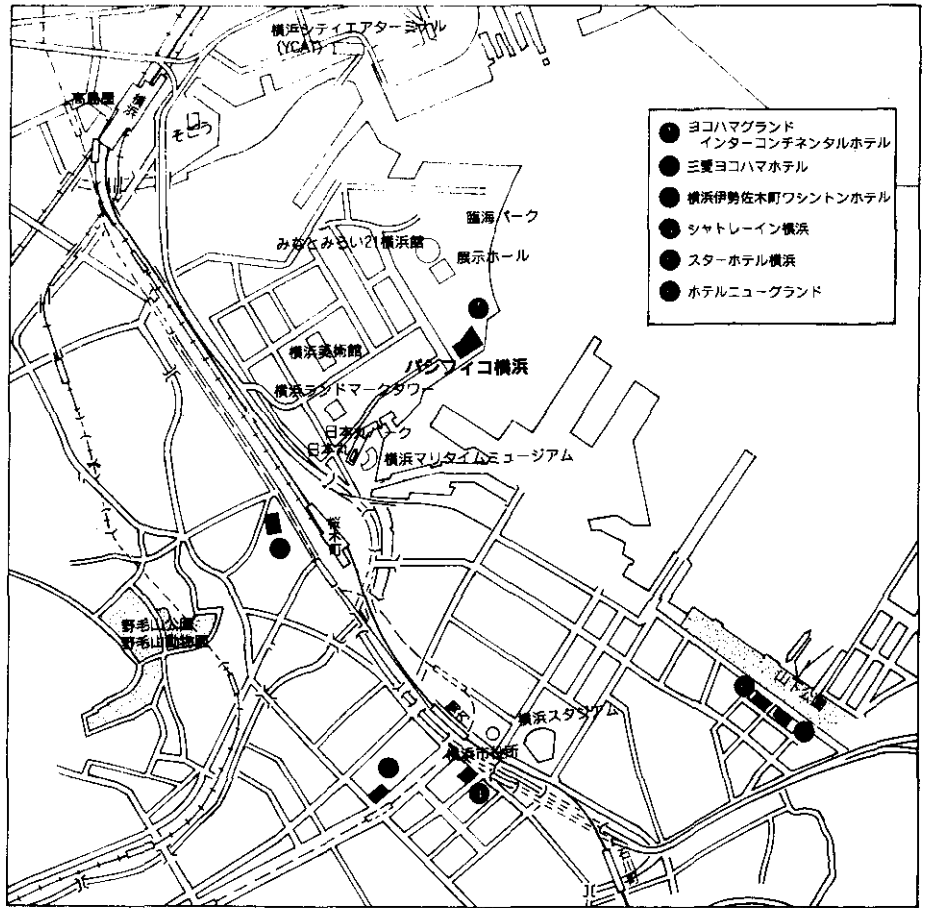
お取り消しに際し、下記取り消し料を申し受けます。

ホテル	9日以前.....	¥ 2,000
	2～8日前.....	室料の20% (最低¥ 2,000)
	前日および当日、不泊の場合.....	室料の100% (最低¥ 2,000)
ツアー	9日以前.....	¥ 2,000
	2～8日前.....	参加費の20% (最低¥ 2,000)
	前日および当日の場合.....	参加費の100% (最低¥ 2,000)

お申し込み・お問い合わせ先

〒103 東京都中央区日本橋1-13-1
 (株)日本交通公社/国際旅行事業部・国際会議センター (CD100811-004)
 Tel:03-3276-7885 Fax:03-3272-1277

会場・ホテル地図



麴町だより ■—— //////////////////////////////////////

社団法人 日本病院会 平成5年度 第2回定例常任理事会

日時 平成5年5月22日(土)
午後12時40分～2時30分
場所 社団法人 日本病院会 会議室
出席者 諸橋芳夫会長
中山耕作, 登内 真, 依田忠雄, 河北博文 各副会長
上田 侃, 小山田恵, 高橋勝三, 瀬田克孝, 織本正慶, 小澤寛二, 西能正一郎, 藤沢正清, 寺田 守, 伊藤 研, 大道學, 中後 勝, 北村行彦, 村田寿太郎, 廣田耕三 各常任理事
星 和夫, 梶原 優 両監事
向野 栄 代議員会議長
山本 敬 代議員会副議長
若月俊一, 岡山義雄 顧問
行天良雄, 牧野永城, 岩崎 榮, 海北幸男 各参与
渡辺 晃, 三宅浩之 両委員長

諸橋会長が議長となり, 開会あいさつのち会議定足数として定数24名中, 出席20名, 委任状2通, 計22名で会議が成立している旨報告のうち, 議事録署名人に藤沢正清, 中後勝両常任理事を選出し議事審議に入った。

(承認事項)

1. 会員の入退会について

A. 正会員の入会2件

- 1. 個人 遠藤病院 (102床)
院長 遠藤 博
〒671-22 兵庫県姫路市
書写 717
電話 0792-67-2020
紹介者: 八家病院 (姫路市)
2. 個人 尾原病院 (100床)
院長 尾原徹司
〒654-01 兵庫県神戸市須磨区
妙法寺字荒打 308-1
電話 078-743-1135

紹介者: 荒尾素次 理事

B. 正会員の退会1件

- 1. 個人 井上病院
〒124 東京都葛飾区
立石1-7-25

退会理由: 診療所に変更の為

C. 賛助会員の入会2件

- 1. A会員 株式会社 中四国メディカル
〒790 愛媛県松山市
土居田町80-3
電話 0899-34-1087
2. A会員 株式会社 リース東京
〒113 東京都文京区
本駒込1-4-3
電話 03-3944-6231

D. 賛助会員の退会1件

- 1. A会員 株式会社 スペース
〒102 東京都千代田区
九段北3-2-4

※下記会員より退会届出があったが役員の慰留により退会を撤回

- ・大阪府 大野記念病院 慰留役員
大道 學 (常任理事)

平成5年5月22日現在

正会員 2,455会員 (2,454 + 2 - 1)
賛助会員 414会員
A会員 148会員 (147 + 2 - 1)
B会員 194会員
D会員 72会員

2. 各団体からの依頼について

第22回日本病院設備学会の後援名義使用
依頼元: 日本病院設備協会, 第22回日本病院設備学会, について承認

3. 平成5年度社会貢献表彰候補者の推薦について

候補者: 高木紹夫 (深谷赤十字病院名誉院長)
藤崎 鳳 (医療法人鳳生会会長)
赤坂守保 (国保旭中央病院副看護部長)
以上, 3氏の推薦を承認。

(報告事項)

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

(1) 94年国際病院連盟汎地域会議・運営委員会
(4/27 高橋常任理事)

- ① 旅行会社の選定と企画書を検討した。
- ② 1st アナウンスメントの会員送付と2nd アナウンスメント作成を検討した。
- ③ 展示会、病院見学等について企画。

(2) 国際委員会 (5/7 高橋常任理事)

- ① 4月19日～23日マドリッドでのIHF総会出席報告があった。約1,200人参加で内200人が夫人。日本開催はアジア中心の会議が期待されている。
- ② IHF役員会は役員選出と収支報告、会費値上げ等の報告。
- ③ 今年度海外視察のあり方を検討。

(3) 企画・規程検討委員会 (5/7 渡辺委員長)

- ① 当会事業と組織のあり方について論議し今日では見直しの必要な点も指摘され、中間報告として検討事項をまとめることとした。

(4) 医療事故対策部会 (5/14 小澤常任理事)

- ① 7月ホスピタルショー併設セミナーの演題確認。
- ② 10月宇都宮開催セミナーのプログラム選定。

(5) 第44回日本病院学会・学術委員会 (5/11)

- ① 特別講演及びシンポジウムの講師、司会、演題について検討し、いくつかの候補をあげた。
- ② 中小病院のひろばは行わず、指定課題「中小病院の諸問題」として公募することにした。

(6) 94年国際病院連盟汎地域会議・組織委員会
(5/13 河北副会長)

- ① マドリッドIHF総会で日本ブース設置。1stアナウンスメント配布等の報告。
- ② 2ndアナウンスメントは10月発送。
- ③ 募金活動について準備。
- ④ 時期IHF理事会を会議前日の10月5日に

予定。

⑤ 海外からの基調講演者の選定。

(7) 給食委員会 (5/13 寺田常任理事)

- ① 病院給食の保険外負担に関する見解をまとめ、諸橋会長に答申した。かねてから、病院給食は治療の一環であるとして保険外負担に反対の立場をとってきたが、最近の医療費のあり方をめぐる諸情勢の中で、全面的にこれを主張し得ない状況もあるとして、3項目を提案した。

(8) 医療経済(税制)委員会・診療報酬改定小委員会 (5/12 北村常任理事)

- ① 診療報酬改定に対する要望案をまとめ、合同委員会に報告、検討することとした。

(9) 社会保険老人保険委員会・医療費体系検討小委員会 (5/14)

- ① 委員間で分担した中間報告案を検討し、今週合同委員会に正式に諮る方向でまとめることとした。

(10) 社会保険老人保健、医療経済(税制)合同委員会 (5/18 河北副会長)

- ① 医療保険審議会検討項目の常任理事アンケートを整理、今後の検討材料とする。
- ② 診療報酬改定小委員会の要望案を項目別に検討、追加事項等でまとめることにした。
- ③ 医療費体系検討小委員会の中間報告は診療報酬改定小委員会の要望事項をふくめて更に検討する。

(11) 私的病院部会 (5/20 河北副会長)

- ① 病団連について報告等。
- ② 私的病院の経営に関する小沢議員との会合報告。
- ③ 厚生省の民間病院経営実態調査の実施について、協力することの確認。

(12) 臨床予防医学委員会 (5/19 依田副会長)

- ① 来年度人間ドック等の健保連との料金改正交渉について検討。
- ② ドック指定については、今後、実査報告に基づき、人間ドック認定小委員会で最終チェックし、役員会へ推薦することとした。

③ 今年の「健康医学」は5月号と、10月臨時増刊で発行する。

(13) 看護教育施設部会・全体会議（5/21 伊藤常任理事）

- ① 平成4年看護学校運営に関する調査報告。
- ② 厚生省看護課金子課長補佐の講演。
- ③ 今後の活動。

(14) 学術委員会（5/21 星監事）

- ① 日病雑誌7月号の編集，8月号の企画について
- ② グラフ記事掲載は，私的中小病院の増改築も取り上げていく。

2. 第34回日本人間ドック学会の開催について

学会長の佐藤祐造氏（名古屋大学総合保健体育科学センター教授）から，8月26日（木）・27日（金），名古屋市中企業振興会館で開催する第34回日本人間ドック学会の学術講演会の主なプログラムを紹介した。

3. 医療保険審議会の開催報告について

河北副会長から，5月14日国保部会，5月21日全員懇談会の開催報告がなされた。審議会の検討項目Ⅰ，Ⅱ（公的医療保険の役割，保険給付の範囲と内容）を中心としたこれまでの検討内容が整理された。この2項目について，6月末をメドに中間報告をまとめる予定。

4. エイズ治療の拠点病院のあり方に関する検討会の開催報告について

河北副会長から5月13日の検討会について報告があった。6月初めまでに中間報告を出す予定で報告の骨子となる「検討結果」も示されたが，内容的に問題があり後で指摘することになっている。

7月8日～10日のホスピタルショー時に，日病アンケートで手を上げた拠点病院58病院の会合をもつ予定。

5. 私的病院の経営に関する顧問議員団との朝食会開催報告について

諸橋会長から5月11日々病顧問議員団との朝食会について，私的病院の経営を議題に開かれたことの報告があった。診療報酬だけに運営基盤を

おく私的病院に対しどのような対応策がとれるかということで，特に私的病院の人的資源確保のため看護職給与の公私間格差を是正する方法などがとり上げられ，当面の措置として公的融資の道が可能か，どのような方法があるか検討されて，推進することとなった。

6. 自民党国民生活局と病院・医薬関係団体との懇談会の開催報告について

諸橋会長から，5月19日自民党本部で開かれた平成6年度予算・税制に関するヒアリングに出席した状況の報告があった。要望事項は社会保険診療報酬の改定と病院増改築に伴う資本費用に対する公的補助，看護婦等養成所に対する補助，そして固定資産税ほかの税制改善事項について要望を行った。

7. IHF マドリッド総会の出席報告について

4月19日～23日マドリッドで開かれたIHF総会に高橋国際委員長，牧野参与が出席，参加者は約1,200人で盛会の旨報告があった。94年横浜開催のIHF汎地域会議の紹介コーナーも設けPRを行った。通常，総会時にしか開かないIFH理事会を欧州から参加者を増やすため94年日本で開く予定などと報告された。

8. 国立大学病院の当会一括加盟要請について

諸橋会長から，5月20日に文部省大臣官房審議官，医学教育課長と面談し，国立大学病院の一括入会を要請したことの経過報告がなされた。ここでは，個々の大学医学部の学部長，付属病院長に対する働きかけが必要とのことで，改めて対応を検討し，地元の役員等関係者に側面支援を要請することとした。

9. 平成5年春の叙勲・褒章者について

4月29日発表された平成5年春の叙勲及び褒章者について，鎌塚登喜郎理事が勲三等瑞宝章，岸口繁理事が藍綬褒章を受章されたほか，会員関係者の受章一覧を報告。

10. 代議員の交代について

<滋賀県> (新)藤田 仁(大津赤十字病院)
(前)中嶋重雄(済生会滋賀県病院)
上記の交代報告を了承。

11. 事務局職員の勤務10年表彰について

江連 修一（広報課）
表彰状と金一封を授与。

12. 医療審議会の開催報告について

4月26日医療法人部会が開かれ、大道常任理事が委員参画して、医療法人の設立許可に係る審査等の議事報告がされた。また、厚生省が実施する民間病院の経営実態調査は5～6月中に調査し、8月概略をまとめ分析する。これが医療法検討の必要があれば審議会にフィードバックされるなどと報告があった。

（協議事項）

1. 診療報酬改定について

来年の診療報酬改定に向けて準備、情報収集等を行った。5月20日に日医村瀬会長と諸橋会長、中山副会長が懇談。21日は社会党厚生委員会委員と正副会長が意見交換の場をもち、病院医療に関わる問題をとり上げて懇談した。

2. 医療費、医薬品について

諸橋会長から、製薬企業の経営データについて、売上高、売上原価、利益率などの数値をもとに、病院経営の厳しい状況と比較、論評された。

3. 医療法改正について

療養型病床群の施設環境整備など資料説明のみで議了した。

4. 医療制度、医療保険制度について

平成5年度の政府補正予算案のうち厚生省関係について検討した。スプリンクラー設置の補助については、7年度末までに床面積3,000㎡以上の病院にスプリンクラー等設置が義務づけられているもので、病院群輪番制に参加している病院等の救急医療、へき地医療等の政策医療を担っているところに3分の1の補助を行うという内容だが、もっと早くに実施すべきだったと論評。また、看護婦宿舎の個室整備の補助内容などの概要を検討した。

5. 老人保健制度、老人保健施設について

厚生省が実施計画している特養、老健施設のサービス評価基準についての資料説明等。

6. 病院経営について

「何故病院は赤字なのか」という専門誌の論文に対し、会として答えるべきと諸橋会長から提案があり、対応することにした。卸連が自民党医薬品問題研究会に、病院名をあげて債権残高、滞留月数を提出し、発表されたことは、プライバシーの侵害にふれるのではないかと問題視し、抗議すべきなどと論議された。

7. 医師、看護婦について

基準看護の類別および承認要件について、見直し等の動きを検討した。現行以上の特類創設と、一方で正准比率の緩和をセットする案なども当局の考えにあることなどの情報もあった。

8. エイズ、院内感染について

エイズ情報と、MRSA対策などの資料説明のみで議了した。

9. 病院団体連合について

5月13日、公私病院連盟幹部と日病正副会長で懇談したことの報告。いずれにせよ病円連構想は当面静観、慎重行動と再確認。5月21日、諸橋会長と中山副会長が日医村瀬会長を訪問、6月日本病院学会に来賓として招待することと、今回の一連の経過等を説明した。

10. 病院長・幹部職員セミナーの開催について

今回のセミナー担当の登内副会長がプログラム案を説明した。8月7日（土）8日（日）東京千代田区のダイヤモンドホテルを予定。厚生省、寺松尚健康政策局長や年金福祉事業団、幸田正孝理事長の特別講演、あるいは、病院運営、救急医療についてのシンポジウム、看護業務のパネルディスカッションなどを計画し、参加を呼びかけた。

11. その他

6月は盛岡で日本病院学会の前日（6月16日）に合同理事会を開催、午後2時半から開始することと説明があった。

研究会予定

実施日時	研究会名	主な内容	開催地・会場 (所在地)
2月4日(金) 13:30 ? 2月5日(土) 11:30	臨床検査管理セミナー	<p>2月4日</p> <p>「中央化した検査部のこれから」 —機能(運営)をどう見直すか— 藤田学園医学技術専門学院講師 稲生 富三 シンポジウム</p> <p>「これからの積極的な検査室管理運営」 座長 日本病院会臨床検査管理委員 宇津木道弘 島袋 宏明</p> <p>同 シンポジスト</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 迅速検査体制 三井記念病院技師長 前畑 英介 2. チーム医療における検査の役割 板橋中央総合病院検査科次長 成田 周市 3. 法改正に伴う生理検査の対応 多摩南部地域病院技師長 水戸部光衛 4. 週休2日制に向けての検査室の対応 河北総合病院技師長 小金沢宗雄 <p>グループ討議 「これからの積極的な検査室管理運営」 司会 日本病院会臨床検査管理研究会副委員長 高橋 貞嗣 同 委員 川畑 貞美</p> <p>2月5日 グループ討議発表 「臨床検査データの共通表示について」 元東海大学教授 丹羽 正治</p>	湯河原研修クラブ7階大 教場 熱海市泉 187 (電話) 0465-62-4141
2月10日(木) 14:00 ? 17:00	定例診療システム研究会	<p>テーマ</p> <p>「病院の概況説明」 都立大久保病院長 木村 仁</p> <p>「当院の透析療法について」 都立大久保病院腎内科部長 福田 祐幹</p> <p>「東洋医学科の役割と展望」 都立大久保病院東洋医学科医長 山内 浩</p> <p>「施設見学」(含東京都健康プラザ)</p>	東京都立大久保病院 東京都新宿区 歌舞伎町2-44-1 (電話) 03-5273-7711
2月18日(金) 14:00 ? 16:30	定例看護管理研究会	<p>定例看護管理研究会</p> <p>テーマ「看護リーダーに必要な経済的知識」 ～診療報酬改定を上手に生かす～ 国立医療・病院管理研究所 医療経済研究部研究員 川淵 孝一</p>	番町グリーンパレス 9F「牡丹の間」 東京都千代田区二番町2 (電話) 03-3265-9251

編集後記

◆1994年1月号の掲載記事は主として病院医療、看護問題などについて「現状からの一歩前進」をテーマとしました。現状がどうにもならないほどひどくないかぎり、その安住状態を、たとい一歩でも改善し前進するには大変なエネルギーが必要です。「失敗は修正できるが、失った機会は永久に取り戻せない」といいます。あと6年(2,191日)で21世紀です。「それぞれの

立場における改善」の機会を失しないよう、業務を総点検する年にしたいものです。

◆今月号から、盛岡市における第43回日本病院学会で発表の一般演題で各座長推せん演題の中から、学術委員会で「優秀演題候補」として選考した10題を逐次掲載します。ご注目ください。

(巧風記)

