

名大病院

かわらばん

KAWARA-BAN

退任のあいさつ

病院長 井口 昭久

皆様長い間ありがとうございました。これで無事退職いたします。いやそうなるであろうと思います。しかし私はまだ病院長であります。今これを書いているのは1月ですが、あと2ヶ月の間に何が起こるかわかりません。私の知らないところで何が起こり、私は責任をとって辞任しなければならないことだってあるかも知れません。懲戒免職処分を受けるかもしれない。

日々の忙しさに紛れて定年は漠然としていましたが、次年度の日程を決めなくてはならない時に至って、私は来年ここにいないのだと、実感するようになりました。来年の5月の連休、夏休み、正月、私はこの病院にいない。毎年行われている行事、例えば消防訓練に私は参加しない。クリスマスにサンタクロースになって小児科の病棟にはもう行かない。今年の反省を生かして来年はというその場に私はいない。職員組合の人たちに責められることもない。そう思うと少し寂しい気分になります。

それにいくつかの懸案はそのままになっています。私は看護師さんたちの働きやすい職場にしたかった。事務の人たちの労働環境を改善したかった。大学院生や医員の人たちが伸び伸びと研究や臨床ができる職場にしたかった。そして何よりも職種を越えた「革命的楽天主義」で「仲良い」病院にしたかった。

私が病院長になってからの3年間で日本の医療情勢はとんでもなく悲惨になってしまいました。医療費の抑制がその原因です。高齢者が増えれば医療費が増えるのは当然であります。国の借金が増えるから医療費を抑制するというのはとんでもないことです。国の借金が増えて暮らしが大変になるから、せめて医療費だけは潤沢にすることが政府の勤めであった筈です。まー繰り返し言ってもしょうがないのですが、そういう訳で私は及びませんでした。

一方でほっとする感じもあります。定年に際し誰でも抱く感慨であると思いますが、今まで少ししかない私の才能を精一杯大きく見せるように努力してきたこ

とから逃れられる。自分の能力以上の立場にいつも立たされた。これからは虚勢を張らなくてもよい。わくわくして下り坂をおりていこう。のぼりに見えなかった花もゆっくり見えるであろう。

小さな風船に息を吹き込みながら辛うじて破裂させずにここまで来ました。ちょっと針を刺せばたちまち破裂する風船であった。破裂する寸前に風船の出口を開けてやることができそうであります。

改めて25年を思い起こせば、ちょぼちょぼと締りの悪い水道の蛇口から漏れてくるような後悔を、精一杯締め付けて思い出を封じる人生でした。と、書けば、暗い半生でしたが、次のようにも書くことができ、真実は両者をいったりきたりというところでは。

この25年間毎日楽しい思いをさせていただきました。この病院に働く人々は明晰な頭脳を持ち、優しい気持ちをもち、謂れのないことに同調はしないが、論理的に整合性があることなら苦労は厭わない人たちの集団です。

病院長になってからは、大変でありました。大学法人化、経営改善係数、医療費抑制、医療事故。私は不幸な遺伝子をもっていると思ったりしたこともありました。私は厳冬の海の荒波の上で一人転覆を恐れてしがみついているように思った。

しかし今になって私は大きな勘違いをしていたことに気付いています。皆同じ荒波の上にあったのであり、私などは大きな波を少なくしてくれる幾重にも干渉してくれた人たちの上にはいたのであった。

今後松尾病院長の元で心を合わせて頑張ってください。



目次

定年退職者のあいさつ

- 1) 病院長退任のあいさつ (井口病院長)..... 1
- 2) 名大病院を去るにあたって (二村教授)..... 2
- 3) うれしいような、さみしいような、...(下方教授) 3
- 4) 情報管理に携って25年 (山内教授)..... 4
- 5) 退職を迎えるにあたって (鍋島教授)..... 5
- 6) 検査部内でやむなく泊まったこと (浅井医療技術部長) 6
- 7) 名大病院一筋45年 (西山技士長)..... 7
- 8) 恵まれた出会いに感謝して (花木副看護部長) ... 8

- 新中央診療棟に移って(特集3) 放射線部PET・アイソトープ検査室 (放射線部 加藤助手) 9
- 新中央診療棟に移って(特集4) 検査部 (浅井技師長) 11
- 新中央診療棟に移って(特集5) 周産母子センター (早川副部長) 13
- あすなる保育所の移転 (看護部長)..... 14
- 保健管理室分室の設置 (総務課)..... 15
- 健康講座 膵がんについて (消化器外科二 中尾教授) 16
- 医療経営管理部だより (医療経営管理部) 18
- 編集後記 (中島教授) 20

名大病院を去るにあたって

消化器外科一 教授 二村 雄次

名大病院を定年退職で去るにあたり、様々な思いが甦ってきました。

私は名古屋大学を昭和44年3月に卒業しましたが、当時の学園紛争、インターン制度改革など大きな波の上を遊泳しながら、昭和49年9月に東京から名古屋へ帰ってきた時に第一外科に入局し、附属病院非常勤医師として配属されました。以後32年半の間、名大病院でお世話になりました。

過去を振り返れば、紙面が足りません。最近の諸事情についてのみ思いを述べようとすると「法人化」、「企業会計」、「労働基準法」、「病院長」、「勤務医」、「研修制度」、「関連病院人事」、「医療崩壊」などのキーワードが頭の中を駆け巡ります。

平成5年の杉田病院長時代に「病院運営改善委員会」という委員会ができ、さっそく委員長として命ぜられた仕事は「病床の再編」と「稼働率の向上」でありました。杉田病院長自ら各病棟婦長と面談をされ、先頭に立って空床減らしに努力されました。私は各病棟医長、婦長のご意見を聞き、現場をどう変えたらいいのか話し合いました。「運営改善委員会」の実体は「経営改善委員会」でしたが、「経営なんて大っぴらに言えないからな」というのが杉田病院長からのお言葉でしたが、今から思えばあの時代は親方日の丸の時代でしたので「経営改善」なんてことを病院長が職員に向かって発言するなどということは異例なことでした。杉田病院長の英断は非常に大きな決意と責任感から生まれたのではないかと思います。この体験から「経営改善の前に最も大切なことは意識改革」ということを学びました。また多くの病棟医長が「自分の診療科のベットを増やしたい」という気持ちをお持ちであることが分かり嬉しく思いましたが、ベットコントロールをしている婦長さんの意識がどう変わるかが最大の山であろうと思いました。この難問を解く突破口を切り開いていただいたのは各病棟の婦長さん方と熱心に語り合った杉田病院長、皆川看護部長の強力コンビであったように思います。

この経営改善プロジェクトの第2弾は平成10年からの齋藤病院長時代に求められた「中期五ヵ年計画」の策定作業でした。企画計画委員会を中心として作制した平成11年10月の「名大病院の改革について（中期五ヵ年計画）」を今開いてみると国立大学の法人化の動きは止められないとのニュアンスの言葉が見られます。私が病院長に就任した平成12年からは正に法人化突入前夜の緊張感と不安の入り混じった時期でした。法人

化されるとあなる、こうなるという話を第4講義室で職員向けにやったことを憶えています。

法人化後の一番の懸念は労働基準法です。名大病院ではさっそく当直問題で労働基準監督署からのご指導が入りました。名大病院の経営状態は良好で、億円の黒字が出たと井口病院長が報告され、職員の皆様も

頑張った証拠が出たと喜んだことでしょうか。しかし、本当に黒字が出たのでしょうか？ どういう風に計算すると黒字になるのでしょうか？ 例えば医学部所属の多くの教授・助教授の方々は病院では併任として診療に従事していますので病院から給与は支給されていません。即ち、病院には人件費が0円の教授・助教授、大学院生などがたくさんいます。これらの方々の人件費をまともに計算したら黒字になるわけはありません。外科系診療科の多くは土日も含めて毎日のように夜遅くまで手術や術後管理で働きパチのように頑張っておられます。内科系の一部の診療科でも時間外の緊急呼び出しがよくあります。午後5時以降の時間外手当は勿論ありませんので、いわゆる“サービス残業”“サービス土日出勤”ということになり、これは監督署に見つかるとう大事になります。

関連病院人事が廻らなくなった原因は複雑ですが、新卒後臨床研修制度、専門医制度、後期研修制度、名大内科の臓器別再編など関連因子は多岐に渡ります。多くの病院で医師がいなくなっても補充がつかず、とうとう診療科がなくなったりと、大変なことが頻発し、大病院でも崩壊の危機にさらされています。疲れ切って勤務医から開業へと方向転換する医師の気持は分からない訳ではありませんが、そうなる前にどうしてももう少し前に大学の方から何らかの手が差し伸べられなかったのかと残念な気持ちで一杯です。辞める人も残る人も皆同じ釜の飯を食った仲間同志ですし、入局したからには一生切っても切れない運命共同体の中で生きて行く人間同志であるので、この悪循環を断ち切る責任を取るのには現職の人事担当教授ではなからうかと思っています。

医療崩壊の大津波を何とか止めなければ、安心して定年を迎えることもできません。



うれしいような、さみしいような、、、

呼吸器内科 教授 下方 薫

改めて名大病院の診療の面での特徴を考えてみたいと思います。当病院の内科外来では早くから臓器専門性を生かした診療を行ってきました。かつての第一内科、第二内科、第三内科といったナンバー内科であった頃は、曜日によって専門性のばらつきが大きく、患者さんがせっかく遠くからおみえになっても、その日に該当する領域の専門医が外来を担当していないことが多く見受けられました。今は月曜から金曜日までどの曜日にも内科外来にはそれぞれの領域の専門医がそろっています。さらに大きな特徴として病棟が専門性を生かして運営されていることです。多くの大学病院ではある内科専門領域一つをとっても、ナンバー内科別に病棟が違うといった非効率的な形態を取っているところがまだ見受けられます。学生教育や卒後教育の面からも問題が大きいのです。その点、名大病院は早くからこうした矛盾を解決してきたことは誇っていいのではないのでしょうか。

定年不要論というのがあります。暦年齢で一律に退職するのではなく、その人の活動性をもって決めるべきという論法です。しかしそうしたことに該当するのはごく少数で、大部分の人は年齢とともに生理機能が低下し判断能力が硬直化してきます。また人事の若返りといったことから、定年制は風通しをよくする意味で妥当な制度と思います。

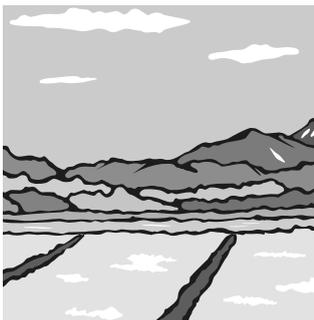
「村の渡しの船頭さんは 今年六十のお爺さん 年はとつてもお船をこぐ時は 元気いっぱい櫓がしなる ソレ ギッチラギッチラ ギッチラコ」という童謡があります。作曲されたのは昭和16年ですが、なんとなく胡麻塩頭のしわの深いおじいさんのイメージを呼び起こすのではないのでしょうか。ほぼ同年代の私の容貌はもう少し若いのではないかと思います、とても櫓をしなうほどお船をこぐ体力はありそうにありません。大事なのは外見よりも中身とつくづく感じます。

今の世の中、医療関係者は大変です。よりよい医療

を求める患者さんの声はとどまることを知りません。我々はそれに応えなければなりません。マスコミからの医療に対する厳しい批判もあります。地域医療を支えている医療機関の院長や副院長の方々の話を伺うと悲惨を通り越して絶望的です。その点、名大病院は多くの有能なスタッフに恵まれ、まだいい方と思います。しかしながら法人化に伴い名大病院でも経営の重要性がクローズアップされてきました。各診療科の売り上げはともかく、経費を差し引いたネットとしての収益まで出てきたのには仰天しました。しかし現実の姿が数字化されると妙に説得力があるのに感心します。呼吸器内科での死亡退院数は全診療科中で平成15年度第一位、平成16年度第一位、平成17年度第三位、平成18年度今のところ断然トップとあまり自慢になる数字ではありませんが、ハードな診療を支えてくれている若い人たちがこんなに働いているのに、我々のあげている収益はこの程度の数字かと思うと何となくわびしくなります。

こうした中に身を置いていますと、昔の教授はよかったなとつくづく思います。少なくとも採算面では今ほど頭を悩ますことはなかったのではないのでしょうか。また世間の医療を見つめる目ももっと温かかったと思います。

「もういくつねるとお正月 お正月には凧あげて こまをまわして遊びましょう はやく来い来い お正月」という唱歌があります。煩わしいことが性分に合わない性格からは「もういくつねると定年 定年になったら??? をして遊びましょう はやく来い来い 定年」と置き換えたいくなります。診療の第一線から離れることにいささかの寂しさもありますが、、、



情報管理に携わって25年

医療管理情報学 教授 山内 一信

昭和38年（1963）名古屋大学入学、昭和44年医学部卒業、昭和54年病院カルテ部助手、平成3年医療情報部長、そして平成12年大学院医学系研究科医療管理情報学教授としてこの鶴舞キャンパスにお世話になりました。卒業後1年間の愛知県済生会病院研修と昭和49年から2年間の米国ミネソタ大学留学を除きますと40年あまりこの鶴舞キャンパスに関係したことになります。カルテ部助手に就任したときには膨大なカルテと画像資料の保存をどうするかということが大きな課題でした。カルテ部運営協議会ではほとんどカルテの永久保存をどう確保するかということに終始しました。当時、医師は「カルテは病院の宝」ということを当然のこととして主張しましたし、私も同感でした。事実、閲覧室や貸出しでは多くの医師が10年以上も前の古いカルテや画像資料をよく利用していました。そんな中での廃棄はきわめて難しく、かつ、毎年外来からのカルテや画像資料を受け入れて外来診療でのカルテ保管スペースの確保をしなければなりません。学内の空スペースを探しまわり、保管には耐え難いようなところにカルテを保管していました。カルテの紛失というリスク管理のため、マイクロフィルム化を行っていましたが、平成3年5月から光ディスクファイリングという手法に切り替えて今でも一部については続いています。これらの保管法は現物カルテの廃棄を余儀なくされる中、研究・教育・診療に役立ちましたし、平成7年エイズの問題（非加熱血液凝固因子製剤投与の第四ルート確認）が起きたときに、カルテ保管をきちんとしている病院として堂々と名乗りをあげ、かつ血液凝固因子製剤投与の証拠として役立ったことは今でも印象に残っています。

しかし年月の経過とともに規約で決められた現物資料の保管場所の確保も難しくなり、廃棄することの決定を余儀なくされました。あれほど捨てるなど言われていたカルテをいとも簡単に捨てることに同意されることに時代の移り変わりを感じますし、診療情報の意義をみなおさなければならぬように思います。

平成2年から病院総合情報システム導入のための協力委員会の長として竹内純病院情報システム委員会委員長の元で電算化事業に取組みました。また医療情報部長に就任してからは病院業務の電算化を最重要視し、情報システム化を進めました。この協力委員会は毎週欠かさず開催し、問題解決への検討と意思決定とを行いました。

IT化はユーザーの要求とそのとき使える技術とのギャップが大きく、大変骨の折れる仕事です。しかしIT化のメリットは費用対効果で示されるよりもっと

多大な効果を生み出します。情報伝達の速さ、正確さ、処理能力およびデータ格納能力の高さなど大きな利点があり、手作業で行っている業務効率とは比較にならないほどの高さです。ただいづれの要求項目を満足するにもその時点での技術発展のレベルに依存することは確かです。情報システムの構造上の欠陥、運用の難しさなど、今から考えると難問との格闘ばかりをしていたような感じがしています。ある時システム構築を検討している委員会が終わってから、「ぶっ壊してやった」などと破壊的な意見をあるヒトが言っていたということも耳にしたこともありましたが、しかし病院情報システム委員会のもとでいくつかの小委員会を立ち上げ、構成員全員の賢明なご協力のあったせいかと思いますが、全国国立大学病院で最後尾に電算システムを導入した当院でありましたが、今では数少ない電子カルテ実施病院として発展しました。

しかし、課題も山積しています。現在はやっと診療情報のシステム化が出来たところで、これからはさらに洗練されたシステムにしなければなりませんし、本当の意味での利・活用へのシステム構築はこれからでしょう。従来の電子カルテシステムはEMR (electronic medical record) でありましたが、最近ではEHR (electronic health record) といわれるようになりました。健康増進のための記録システムとして社会、地域と連携し、かつ永年にわたる利・活用体系を整えてゆく必要があります。

ここでもう一つ述べたいことがあります。「かわらばん」編集のことです。平成5年（1993）当時の病院長であった杉田虔一郎先生から是非院内広報紙を考えてくれと依頼され、以後、年5回の発行を目指して発行してきました。本号が通刊64号になります。内容に工夫をこらしてきたつもりですが杉田先生の意（この広報紙によって皆さんとの広く自由な語らいが育われ、本院のより良い発展の「礎」になることへの期待がこめられている）になかなか割えないところもあったかと思いますが、この「かわらばん」をみればその折々の病院の課題や解決のために病院スタッフが努力してきた歴史がわかるように工夫したつもりです。

長い間、病院・医学部でお世話になりありがとうございました。名大病院の益々の発展を念じ、かつ皆様へ深く感謝してご挨拶とさせていただきます。



退職を迎えるにあたって

薬剤部 教授 鍋島 俊隆

皆さん、赴任以来17年余大変お世話になり、誠にありがとうございました。

薬学生を相手に、動物実験に明け暮れておりました小生には、名大病院への赴任は可能性が一番考えられなかったことでした。薬剤部OBの奥田潤教授（前名城大学）のお勧めにより、トライしました。実務経験がないので、採用されるとは思ってもいませんでした。永津医学部長、高橋病院長が名城大学の研究室までご足労していただき、「実務は良いから、薬剤部も研究ができるような体制にして欲しい」と要請されました。きりの良い1990年元旦からお世話になることにしました。

「研究できる体制を薬剤部に」との要請でしたので、「薬剤師はChemistである。Chemistは科学者であるので、業務を科学的にしよう＝科学的業務の構築を」と提案しました。自分のやった仕事の成果を数値で表し、統計的に評価しようとして提案しました。痛みを例に取ればわかると思いますが、すごく痛いと言っても人それぞれ基準が違い自分の気持ちが伝わりません。そこで痛みの物差しを作り、それで痛みの程度を数値として表現するわけです。数値の大小は小学生から高齢者まで解りますし、万国共通の言葉です。数値化すれば患者さんが伝えたい痛みの程度がどれくらいであるか、医療チームの仲間に直ぐ解るようになります。薬剤師が関与して痛みの程度が小さくなれば、薬剤師のベッドサイドでの存在意義が明らかになるからです。このコンセプトで、山村恵子副部長（現愛知学院大学）は、癌化学療法や放射線療法を受けた患者さんの口内炎を治療するために、局所麻酔薬を含有したシートを作成し、効果を判定しました。口内炎の大きさに合わせた大きさのシートを被せて、痛みや舌による刺激を抑え、食事を楽しくし、睡眠を円滑にすることができました。またワーファリン0.5および1mg錠では包装の色が濃くて、見分けが難しいので、0.5mg錠のヒートシートに指で触って分かる突起を着けたなどは薬剤師のアイデアだと思います。これらは名大病院発信で企業化しています。

在職期間中は病院薬剤師としての職能が大きく広がった激動の時であり、やりがいのある時でした。部員諸君の患者さんに対する仕事を簡単に紹介しますと、赴任直後の新GCPに基づく治験審査委員会の立ち上げ、それに続く臨床治験センターの設立、PETに必要なラジオオリガンドの合成、分院統合に向けての人事交流の開始と統合、業務の電子化、処方箋の100%院外化、その基づく病棟、手術部への薬剤師派遣、個々の患者への薬剤のセット化、輸液の無菌調整、ICTや褥創チ

ームへの薬剤師の参画、移植外科の免疫抑制薬のTDM、最近では外来化学療法部の立ち上げに関連しての薬剤師の配置と枚挙の暇がありません。部員諸君の業務遂行に当たっての情熱と勤勉さに敬意を表します。

思い出に残る仕事は10年前に厚生労働省から「海外へ使う金があるが何か2週間以内に考えてくれ」と電話を頂き、立ち上げた病院薬剤師の職能のレベルアップの事業があります。これは若手薬剤師をアメリカの臨床現場へ6ヵ月間派遣し、ベッドサイドで、薬物療法を介してどのように患者のQOLを向上させるか（Pharmaceutical Care）を学ばせ、日本の臨床現場へ移植させる。アメリカから臨床薬剤師を招き、全国の基幹病院へ派遣して、ベッドサイドで直接指導を受け、講演を聴くというものです。若手薬剤師を36名アメリカへ派遣し、アメリカから臨床薬剤師を51名招聘し、佐賀、大分県を除く日本全国へ派遣しました。この事業は現在も継続しています。

この事業に関連して、患者さんに薬をきちっと服用して頂くための薬剤師外来を2000年4月から山村副部長がスタートし、2001年からは長谷川雅哉主任も加わりました。外来患者さんの中には自分の病気が何なのか知らない方がいらっしゃいます。そういう方は当然なぜ薬を飲まなければいけないか解りません。その結果、服薬遵守（コンプライアンス）が悪くなります。医師がきちんと診断、処方をして、薬剤師が処方をしっかり監査して、間違いなく調剤して、患者さんに薬を渡しても、患者さんが処方のとおり服用されなかったら医薬品の適正使用はできません。そこで薬物や食品と相互作用があり、副作用が起きやすい抗血液凝固薬、ワーファリン、吸入が難しい抗喘息薬、効果がよく分からない抗認知症薬について、なぜ薬を飲まないといけないか、薬剤師が図表などを使って説明し、吸入は患者さんに直接やって頂き、正確に吸入できるように指導します。指導後、喘息歴40年以上の患者さんのピ-クフロー値がなんと改善しました。このことから薬剤師の服薬指導が如何に大切かが伺われます。後輩薬剤師諸君が新しい業務の開拓にチャレンジをすることを期待しています。また他職種の仲間たちからはどんどん薬剤部に期待することをご提案下さい。

多くの思い出と共に無事退職を迎えることができますのも、皆様方のご尽力のお陰と深謝致しております。



定年退職のあいさつ - 検査部内でやむなく泊まったこと -

医療技術部長 浅井 正樹

人事記録(乙)によれば昭和42年3月10日「名古屋大学医学部附属病院に技能補佐員として採用する 任期は1日とする・・・」とある。本年3月31日定年を迎えるので、40年1月の間、名大病院にお世話になったことになる。

採用時の病院長は第三内科山田教授であり、現在の井口病院長まで20名であり、また、現高松検査部長は、初代の牛島部長、竹内部長、中島部長に次ぐ4代目であるが、小生も初代の松原技師長、吉田技師長、中根技師長に次ぐ職であり、高松部長と同じく4代目技師長である。また、この間に建物は3回変わったが、このうち後の昭和43年、平成18年の2回は新築棟への移転である。所属も臨床検査部、検査部、分院との統合化、臨床検査技師部、医療技術部臨床検査部門と名称の変更とともに同僚職員数も増えた。

振り返って、これら多くの人たちと検査部内でやむを得ず泊まったことは4回を数えるが、当時の強烈な出来事や関心事と決して無関係ではなさそうなので、想い出に代えて紹介させていただく。

勤務間もない頃の最大の関心事は、昭和43年に完成した中央診療棟とこの年から始まった?大学紛争である。鶴舞公園内の市公会堂で著名な社会派学者の講演後、血気盛んな学生グループが院内に乱入し、検査部にも恐れアリとの情報により、夜遅くまで新装成った検査部で牛島検査部長の大多数が待機した。放水騒ぎがあったこともこの頃である。副手(古いです!)の診療拒否により検査が渋滞したが、これにより検査部の中央化が進み、現在の原型である10部門制と職制が固まったとされる。

次に、院内に泊まったのは昭和61年の第一次電算化導入直前である。岐阜で行われていた検査学会中に病院からの呼び出しで急遽戻ったことは最初で最後の経験である。その後のシステムテストも芳しくなく朝5時

の結果を待って、延期するかどうかの判断をするとの指示が出て、やむを得ず泊まった記憶はあるが、延期としたかどうかの記憶はない。

「経験がまったく生かされない体験」(当時の齋藤病院長の言葉)と謂われている2000年問題の時が、3回目の泊りであるが、最も楽しかった。日本中いや世界中が、1月1日を境に起こるかも知れないコンピュータの日時管理のため待機した。宿泊者のための差し入れも多くあり、ちょっとした宴会の様子であり、鶴舞公園のミレニアムメモリー花火に寒さも忘れて見上げていた。何も無い拍子抜けした2000年問題であったが、1月4日の御用始めに遠心タイプの自動分析機器のスイッチを入れた時、ソフトが暴走した(これは予め対応が指示されていた)1件があった。

最後は、全く私的であるが、帰宅通勤電車が大雨のため運転できなく電車内で2時間ほど待ったが動きそうもなく諦め、職場へ戻りTVをみながら一晩を過ごした。局地的な豪雨であったが、庄内川の決壊により、多くの被害があったことは記憶に新しいが、院内地下の影響も甚大であった。40年間中央線で通勤したが、何度も遅延はあったが、帰宅できなかったことは、この日1度のみである。

「換骨奪胎」(先人の作品をもとに新しい作品をつくること)という言葉がある。

医療技術部も1年が経ち、少し基盤整備ができた感もあるが、多職種の集団であり、解決すべき問題点も多い。今後、多くの叡智で、作って良かった、安心して任せられるという部署にして育てていただきたいものである。



定年退職のあいさつ - 名大病院一筋45年 -

医療技術部

臨床工学・歯科部門技士長 西山 博司

定年退職にあたり病院の皆様方にお礼のご挨拶を申し上げます。

私は昭和37年4月に病院事務部業務課施設掛へ就職し、夜学に通いながら昭和50年11月まで空調設備等の保守点検管理業務に従事しました。昭和50年12月から高気圧治療部に配置換えとなりました。この高気圧治療部は昭和41年に第一外科教室高気圧酸素治療室として開設され、昭和50年10月には全国の国立大学で初めて高気圧治療部として認められた特殊診療部門ですが開設に伴って職員も教官2名、技師2名の増員が認められ、その技師増員枠に私が充てられました。翌昭和51年4月には治療部独自の病床も配分され、昭和57年には教授職が付き、教授、助教授、助手2名、治療技師4名と再整備されました。治療件数も専任教官の後継者不足や採算性などの諸問題で廃部となる平成17年3月までに15万件を数え、院内の多くの診療科に利用されてきました。この部門は世界的にも全国的にも有名な治療施設で、特に研究面や治療方針、装置の安全運用では我が国の高気圧環境医学会をリードしてきました。治療装置も一度に多くの患者さんを収容して治療できる大型の装置2台を有し、その装置の大きさは単体だけで言えば世界一の大きさでありました。このことから新たに治療装置を導入する全国の大学や病院等の施設から多くの医師や技師が研修されました。その都度、装置の操作や装置の保守管理方法を指導してきました。その治療部で同僚とともに私は治療装置の操作、保守管理などを通して安全な治療を目指して力を注ぎました。

また、全国各地からの派遣要請に応じて名古屋大学の治療技師として安全な治療を題目に講演や技術指導も行ってきました。当初は治療装置の操作資格に関しての法的な背景はなく学会認定資格で操作を行っていましたが、昭和63年4月1日に生命維持管理装置の操作、ME機器の保守点検管理業務等を規制する臨床工学技士法が施行され、高気圧治療装置操作も生命維持管理装置に該当するため資格が必要となりました。この法の救済措置として法施行後5年間の現任者救済措置があり、救済措置には高卒以上の学歴と治療操作経験5年以上、また厚生省の外郭団体である医療機器センターが主催する150時間の講習会受講も国家試験受験の要件とされました。そのために私も昭和63年7月に受験資格取得のため東京で開催された講習会に参加し基礎医学、臨床医学、薬学、工学と広く浅くではあるが15日間連続の講義を受けました。今思い返しても長期の東京滞在は結構、辛いものがありました。しかし無事

に受講を終えて受講証明書を頂き、同年12月に第一回目の国家試験を受験し資格を取得できました。

また、この頃から他院では臨床工学技士をMEさんとかCEさんと呼び、ME機器の専門家としてME機器の集中管理等を行わせて医療の安全に役立たせてきました。当院も医療現場からの要望もあり、遅ればせながら平成9年8月に各病棟詰所や各部局で運営管理されていた輸液ポンプ・シリンジポンプ等を効率的に安全に運営するために中央管理するME機器管理センターが設立されました。このセンターには高気圧治療部、手術部、集中治療部、在宅管理医療部に所属する技士7名が併任扱いで中央管理機器の保守点検管理することになりました。しかし、当院のような大規模な病院で臨床工学技士7名では、医療現場の多くの要望に応えられないのが現状です。高気圧治療部の廃部に伴って、平成17年4月から臨床工学技術部が発足し所属する技士も各部局に所属していた技士を配置転換させて部員としました。また平成18年4月から医療技術部の発足に伴い院内の医療技術職員を再編成し、臨床工学技術部も歯科技工士、歯科衛生士の方も合流して医療技術部臨床工学・歯科部門となりました。この45年間の中で一番の思いでは高気圧治療部に移って間もない頃、他院で心臓手術中に空気が入り意識のない患者さんを緊急で治療をすることになりました。装置操作も覚束ない私が呼び出され単独で操作を行うことになりました。その治療で先生が装置内に入り、他院の心臓外科医数名が見守る中で治療を開始しました。圧力上昇途中に装置内の先生から当初の治療計画にない高い圧力の指示がありました。当初の治療圧力であれば操作マニュアル通りに操作すれば問題はないが、突然の圧力変更指示で私の頭はパニック状態でした。幸いにも何の問題もなく治療が終わりました。また、この患者さんは数週間後に何の後遺症もなく全快して退院されました。私は、ただ圧力の上げ下げだけの装置操作であったが初めて患者さんの治療に役立ったと思い、とっても嬉しかった。この感激は、初心に戻る意味でその後の治療の度に思い出すようにしてきました。

最後に名大一筋に大過なく勤務できたのも諸先輩の皆様や同僚の皆様の心暖かいご支援の賜と感謝いたしております。



定年退職のあいさつ - 恵まれた出会いに感謝して -

副看護部長 花木 玲子

皆様の温かいご支援により無事定年を迎えることができました。厚くお礼申し上げます。

私は、旧西病棟が稼動を開始して間もない昭和43年4月に名大病院に就職しました。

以来、病院は重厚なレンガ造りの図書館、看護宿舎をはじめ多くの建物が壊され新しく建て替えがなされました。昨年稼動をはじめた新中央診療棟はすべての部門の移転が終了し、安定した機能を果たしてきており、外来棟・研究棟2号館の建設も決まり病院はさらに大きく変化し飛躍しようとしています。今ではどこにどんな建物があつたかわからないほど様変わりした病院ですが、旧西病棟の窓から手を伸ばせば届きそうな満開の桜・自分でドアを開閉するエレベーターであつた古い外来棟・玄関中庭の噴水、そして、新東西病棟へ新中央診療棟へと幾度かの引越しの苦労を今はなつかしく思い出しています。

昭和43年当時の看護職は、月の半分弱が夜勤(一人夜勤の部署も)で、あらゆる業務(検体・医療材料の搬送・病室の掃除なども)を行うという状況でした。その後すこしずつ増員され複数夜勤(3人の部署も)が実現し、ベッドメイキング・搬送業務などの外注化、物品管理システムの構築などのおかげで看護師は患者さんのベッドサイドでの直接ケアを充実することが出来るようになってきました。しかし、医療の高度化、在院日数の短縮は予想をはるかに超えた速さですすみ、業務の密度が高まり複雑かつ多様になり、現場で働く看護師には過大な負荷がかかってきています。幸い、平成18年度の診療報酬改定では看護職員の配置基準が大きく見直され、増員が増収につながるという追い風を受け、新年度には大幅な看護師増が実現できる目処がたったことは、本当にうれしいことです。希望と不安いっぱいに加わる大勢の新しい後輩たちを看護部一丸となって育成し、名実ともに質の高いケアが出来る看護部へ成長できることを期待し、私は外からとなりますが、応援していきたいと思います。他部門の皆様方には新

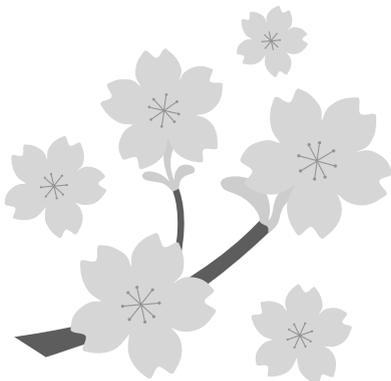
入職員が育つまでのもう少しの間、暖かいご支援をお願い申し上げます。

臨床での経験は、今日までの病院勤務の半分近い116年間を小児科(内科・外科)病棟で師長、副師長として勤務しました。先日も外来で、保育器の中で初めて出会った男の子から「婦長さん」と図太い声をかけられ、大きく成長したことを喜ぶとともに年月の長さを実感したところです。つらい治療を受けながらもがんばっている子供たちやお母さんの笑顔に支えられ私自身も成長させてもらいました。また、老年科、6C混合病棟での勤務でも多くの方と出会いがありました。どの部署においても先輩、同僚、後輩に恵まれて仕事が出来たことをうれしく思っています。

業務担当の副看護部長としては、医療安全・感染対策・中央診療棟移転・連絡協議会・搬送システムの運用・備品、器材の調整など実に多くの役割をいただき、法人化に移行する時期でもあり多くの他部門の皆様とも仕事をさせていただきました。また、備品・器材の定期更新、メンテナンスにも予算が配分されるようになったことも大変ありがたいことです。

7対1看護の実現へむけて人材確保するための医師・事務部門・看護部あげての活動や医療安全教育研修へ1,400名以上の職員が参加することなどでもみられるように、名大病院は部門、職種を超えて協力して動く組織に変わってきていることを実感しています。

今、大きく変化し支えあつていける組織となった病院を卒業するのは少し寂しい思いをしています。今日を迎えられたのも公私ともにご支援ご協力をいただいた皆様方のおかげと心から感謝するとともに、名大病院のいっそうの発展と皆様の健康を祈念し、ご挨拶いたします。本当に長い間お世話になりありがとうございました。



新中央診療棟に移って（特集3） -放射線部PET・アイソトープ検査室-

放射線部 加藤 克彦

PET・アイソトープ検査室は、昨年10月から新中央診療棟地下1階に移転しました。

それまで、PET検査室（注）は旧中央診療棟地下1階の一番奥にあり、配管むき出しの薄暗い長い廊下を延々と歩き、さらに重い扉をひらけ、コンクリートの固まりの中の狭い部屋でした。そこにたどり着くとたいていの患者さんは、不安な気持ちになったようで、「すごいところにありますね」とか「いつの時代からあるのですか」とか良く聞かれたものです。

アイソトープ検査室も築30年以上経過した建物で、雨漏りや停電は日常茶飯事でした。それに比べると新中央診療棟地下1階のPET・アイソトープ検査室は広々しており、まるで別世界です。とてもきれいで快適なのですが、新たな問題も発生しています。

旧PET検査室、アイソトープ検査室は汚くても慣れてしまえばとても快適で、こぢんまりしているのが、あまり移動しなくてもすべての用事を済ませることができたのですが、新PET・アイソトープ検査室ではそうはいきません。今まで検査室と一体になっていた受付が管理区域外の廊下を隔てた反対側になってしまったので、「次の患者さんお願い」と一言声を掛けるだけで事足りたことが、電話をするか、一旦管理区域外にでて連絡を取らなくてはならなくなりました。検査室内の連絡も、今までだとほとんど隣同士にいた、医師、技師が、部屋が多くなり、広くなった分、直接声が掛けられなくなり、コミュニケーションが取り難くなるという皮肉な結果になっています。



図1. PET/CT装置
(Biograph16、Siemens製 新規導入)

検査室が広く快適になった分、マンパワー不足という現状を如実に日常臨床の場面で認識することになりました。ストレッチャーの患者さんが置き去り

にされていたり、検査が終わった患者さんが出入り口と間違えて非常口から出てしまったりと、インシデントの多発地帯となっています。

検査室はインビトロ検査室を含めると7部屋あります。PET室は2部屋で、PET/CTとPETが入っています。PET/CT（図1）は新規に導入されましたが、PETカメラは元々あったものをバージョンアップ（図2）して使っています。サイクロトロンや薬剤自動合成装置が稼働を開始するまでは、使用できる薬剤はデリバリーのF-18 FDG（ ${}^2\text{F}$ 18F）fluoro-2-deoxy-D-glucose）のみです。



図2. PET装置（HEADTOME-SET-2300W
島津製作所製をバージョンアップしHEADTOME-SET-2400Wとして使用）

ガンマカメラ（SPECTカメラ）は3台で、1台（図3）は新規導入、他の2台（図4）、（図5）はバージョンアップとなりました。他に甲状腺摂取率や半減期を測定する装置も新規に導入されています。

上記PET/CT、PET及びSPECT装置は、昨年10月から稼働していますが、サイクロトロン（図6）、放射性薬剤自動合成装置（図7）等は本年4月から稼働を予定しております。その設置工事は1月末でほぼ終わり、稼働準備、試験運転などを2月、3月で行い、4月からは臨床検査に使用する予定です。最初はF-18 FDGだけを合成する予定ですが、順次C-11 Methionine、O-15 H₂O、O-15ガス、F-18 FDOPA、C-11 choline等を合成できるように進めていきます。当然のことながら放射線部だけでは成り立たない検査であり、薬剤部や看護部の協力が必要です。なにとぞご理解とご協力をお願い申し上げます。

（2007年1月26日執筆）

PETとは、Positron Emission Tomography（陽電子放射断層撮影法）の略語です。



図3. SPECT装置
(Symbia、Siemens製 新規導入)



図6. サイクロトロン
(CYPRIS HM-18 住友重機製 新規導入)



図4. SPECT装置
(E.CAM、東芝/Siemens製 バージョンアップ)



図7. ホットラボ、放射性薬剤自動合成装置
(F-18 FDG合成装置F-200、ガス状標識化合物合成装置、C-11研究用合成装置、F-18研究用合成装置住友重機製 新規導入)



図5. SPECT装置
(GCS9300、東芝製 バージョンアップ)

注

旧PET検査室では、主に下記装置が稼働

1. PETカメラ (HEADTOME-、SET-2300W島津製作所製)、
2. サイクロトロン (BC-2211型サイクロトロン 日本製鋼所製)、
3. 放射性薬剤自動合成装置 (18F-FDGのARIS F-1(ホットセルJH-2200、日本製鋼所製)、他に 11C-methionine、150-H20、150ガス (CO2,O2,CO) の合成装置等)

新中央診療棟に移って（特集4） － 検査部 －

検査部技師長 浅井 正樹

臨床検査部門の移転は、平成18年1月4日稼働の手術部、ICUの移転に併せる形で病理部、輸血部、検査部微生物検査室、感染症血清検査室、遺伝子検査室及び宿日直検査室が新棟で業務を開始した。その後、10月には、循環生理、呼吸生理、神経生理の生理検査室が稼働を開始、11月に臨床化学、免疫血清、血液、一般検査、採血室が新棟に移転し業務を開始した。結局、昨年1年間は仕様書作成に始まり、機種検討、データ作成と移転作業に明け暮れた。

移転班の皆様を始め、職員の多くの皆様のご助力、ご協力、ご支援により、極めて順調に業務の稼働ができましたことに貴重な紙面をお借りして先ずお礼申し上げます。

【基本方針】

ここに平成12年12月28日付けで当時の中島検査部長あての答申書がある。基本方針の概略は、バリアフリー、検体系・生理系のワンフロア化、患者中心の検査室、機能的・合理的な検査室、検査室内に患者待合スペースを広く取る、検査室のオープン化の6点である。

【導入機器・システム】

病理検査室と微生物検査室は先行して仕様書を作成したものの最終的な仕様書がまとまったのは、平成18年2月であり、患者動線と作業する技師のワークフローを組み合わせた導入機器・システムが決定したのは4月末であった。

導入されたシステム機器名は、緊急検査システム（血液検査、輸血検査、採血・採尿管準備システム等）、遺伝子・染色体システム、免疫血清・感染症血清関連システム、生体内微量成分分析システム（臨床化学検査、一般検査）、生理検査システムの5点であり、新棟移転を機に多くの機種が一新された。また、病院の第5次電算化と時期が重なり、前倒しでシステム開発も行われた。

【検査の流れに沿った臨床検査部門の紹介】

今回は、昨秋移転した部門を中心に検体検査の流れに沿った紹介とする。

1. 各部署の概略

新中央診療棟2階の採血・採尿室が臨床検査部門の玄関口である。この奥（北側）が生理機能検査室（心電図、呼吸器、脳波など）、この上の3階が検体検査室（病理部、輸血部、遺伝子、微生物、臨床化学、免疫血清、血液の各検査室）である。

2. 採血・採尿受付

採血・採尿自動受付機に診察券を入れ、採血並びに採尿の順番が確定する。朝の2時間は7名の技師、看護師が採血を担当し、午後4時過ぎまでで600名を超える時もあり、平均的な待ち時間は5分以内である。尿・便の検査は、近接した一般検査室で行い、入院・外来の定性検査を行う。自動受付後の動線は随分短くなったが、システム上改善すべき点もまだ多い。（写真1）



写真1 採血・採尿待合室 吹き抜けの快適空間

3. 生理検査

採血・採尿受付の奥、MR室の前に生理検査の総合受付を設けた。中待合いはスペースを多くとり、心電図、超音波、肺機能、脳波など最新の検査装置で検査を行いデジタル画像が診療に提供される。

4. 検体搬送

2階で採血された外来検体は、DW（ダムウエーター）で直上の3階へ運ばれ、入院検体はポーター及び小型搬送機による搬入・搬送である。小型搬送機は、病棟からの緊急検体の搬入がメインであるが、年末年始の電算システム停止時は報告書も搬送された。その他、血液製剤や手術材料などはオベ室と直結のDW2を利用して搬送されている。

5. 検体検査

検体は、検査種別ごとに分けバーコード入力後、ベルトコンベアによる自動検体搬送機に投入する。搬送にセットされた検体は、バーコード情報を基に緊急、診察前検査は、追い越しラインに入り最速で到達し、2,250テスト/時の処理速度を持つ2台の臨床化学自動分析装置で検査を行う。また、免疫血清、感染症血清の依頼がある場合は、化学とは別のライン

に搬送して、自動的に測定が行われる。CBC（血算）についても同様に搬送対応である。

これら分析装置は、輸血検査、微生物検査を含めワンフロア化され、検査の処理効率をあげることとダウン対策などの目的から基本的には同一機種が2台設置されている。採血から結果報告までの時間（TAT）は、CBC15分、凝固、臨床化学の診察前検査で30-40分、臨床化学の緊急依頼で60分程度である。通常検体は2時間程度で診療側端末から結果の参照ができる。（写真2）



写真2 ベルトコンベアによる検体搬送

6. 宿日直検査

宿日直検査は、小型搬送機により、検体が搬入される。本紙が皆様に届く頃には、24時間同一機種による結果報告体制ができあがっている。現在、担当する45名近い技師が導入した新機種によるトレーニングを行っているが、日勤帯と同じワークフローとなるため、これまで以上にデータの管理や機器のメンテが必要となる。

【今後の検体検査部門の展開】

3月以降、24時間いずれの時間帯に検体を提出されても、同一機種で測定を行うので、同じ精度で測定結果が提供できる体制となる。また、これまで放射線部門で実施していたRIA検査は、臨床検査部門でnon RIA化法であるEIA法により実施し、測定精度を落とすことなくより迅速報告が可能となった。さらに、基準値（正常値）は、全国的に共有できる臨床検査標準化協議会(JCCLS)が推奨する測定値に全面的に変更した。なお、基準値の変更に伴う混乱もあり、今後、いろいろな機会を利用して説明を行っていききたい。さらに、これらの基盤を活かし、大学病院らしさを特色とする検査室の構築を目指したい。

（2007年2月14日執筆）



新中央診療棟に移って（特集5） － 周産母子センター －

周産母子センター 副部長 早川 昌弘

周産母子センターは、「妊娠分娩、母体胎児、新生児に関する医療」をおこなう部署で、生殖医療部門（不妊治療）、産科部門（妊娠分娩管理）、新生児部門（新生児医療）の3つの部門から構成されています。医師は産婦人科医5名と小児科医4名の混成部隊で、看護師は師長1名、副師長4名（産科部門2名、新生児部門2名）、看護師および助産師33名（産科部門：助産師13名、新生児部門：看護師および助産師20名）で日々周産期医療に取り組んでいます。

4階東病棟に産科病棟、分娩室、新生児集中治療室（NICU）があります。生殖医療部門は昨年11月までは同じ4階東病棟にありましたが、新中央診療棟の完成にともない手術室、ICU、検査部、放射線部等の移転に引き続き移転しました。これまでは4E産科病棟の一部でおこなっていた体外受精などの補助生殖医療ですが少し手狭の感があり、また機器の老朽化にも頭を悩ませていましたが、今回の移転で一新されました。新しい生殖医療部門はカウンセリングや患者教育用のスペースと補助生殖医療関連のスペースで構成されており、附属病院が愛知県からの委託をうけおこなっている不妊専門相談センターの活動拠点ともなっています。補助生殖医療関連のスペースは従来の約3倍のスペースとなり、難治性不妊症の診療や先端の研究にも対応すべく最新の器械を導入いたしました。また顕微授精等に用いる顕微鏡にはそれぞれ液晶モニターを備え付け（写真）、スペース的にも学生教育に適した環境になりました。今回、移転にあたって今まで入院で行っていた体外受精・胚移植を日帰り入院としました。日帰りすることでいろいろ面での患者様の負担が少なくなり、気軽な気持ちで治療を受けていただけるようになりました。

産科（分娩）部門は主に、母体胎児にリスクのある妊婦さんを対象に診療を行っています。子宮筋腫、糖尿病、腎炎、血液疾患など多種多様な合併症妊娠を数多く担当しており、関連科と密に連絡をとりながら周産期管理をしています。最近の特徴は胎児異常や多胎妊娠の紹介が多い事であり、ますますNICUや小児外科の需要は高まっていると感じます。このようなハイリスク症例が多いため必然的に帝王切開率も高くなっています。我々産科医の役割は、超音波検査などを駆使しながら正確な胎児評価・診断を目指すことで、胎児にとって一番よい治療ができる環境をコーディネートすることだと考えています。また、前置胎盤/癒着胎盤や深部静脈血栓症合併妊婦の管理にも力を入れ、大出血や肺塞栓などの生命を脅かす合併症を起こさないよう努力しています。



分娩台



液晶モニターを備え付けた顕微授精等に用いる顕微鏡



新生児の蘇生台

最後に新生児部門ですが、大学病院の特性をいかし、集学的周産期医療を必要とする症例を中心に医療を行っています。具体的には、胎児診断がついた小児外科症例を当院に集約しています。特に先天性横隔膜ヘルニアは岐阜県、三重県からも紹介される症例があり、症例数は全国でも指折りとなっています。一酸化窒素吸入療法や体外式膜型人工肺の実績もおおく、治療成績もあがっております。一方、眼科の寺崎教授が未熟児網膜症の治療の第一人者であることから、未熟児網膜症の患者さんも多く紹介されてきます。東海地方のみならず、全国からの症例が集まります。もちろんNICUですので、出生体重1000g未満の超低出生体重児や成熟児の新生児仮死症例や呼吸障害の症例の入院もあり、多彩な疾患、超早産児から成熟児重症疾患まで幅広い分野をカバーしております。

昨年は生殖医療部門の移転、新生児特定集中治療加算病床の増床、NICU看護師の増員がありました。皆さんもご存じの通り、近頃の周産期医療をとりま



新生児集中治療室の様子

く社会情勢は厳しいものを感じます。しかしながら、次世代を担う赤ちゃんの明るい未来のためにも、その子を取り巻く家族の幸せのためにも、今後も充実した設備のもと、最先端の良質の医療が安全に提供できるよう頑張っていきたいと気をひきしめております。

「あすなる保育所」の移転

看護部長 三浦 昌子

「あすなる保育所」は1977年無認可の看護婦授乳所として職員娯楽室から出発しました。この保育所は病院の敷地内にあるひまわり保育園が共同保育の認可に伴い、産休明けの年度途中の認可園待機児童への対応と夜間保育を目的として「あすなる保育所」が設立されました。児童定員は20名、昼間は0歳～1歳半まで、夜間は1歳以上から学童までとし、保育時間は7時30分～18時まで、火・木は夜間保育として延長21時まで保育しています。運営は、教職委員組合と父母で構成されるあすなる推進委員会を中心に行っており、さらに現在保育士2名の人件費・光熱費等を附属病院・研究科がサポートしています。

「あすなる保育所」は職員娯楽室を出発点に看護婦通勤室、旧食堂を改修したスペース、そして旧精神科閉鎖病棟を改修したスペースへと保育所の変更を余儀なくされ、今般旧中央診療棟の取り壊し工事の騒音・振動から退避するため、移転先が探しましたがなかなか見つからず、手狭ながらもやむを得ず

看護師宿舎を臨時改修し2007年2月に5回目の移転となります。

「あすなる保育所」は当初は看護師が主体でしたが、現在では学生、大学院生、医員、研究職員など幅広い層が利用しています。

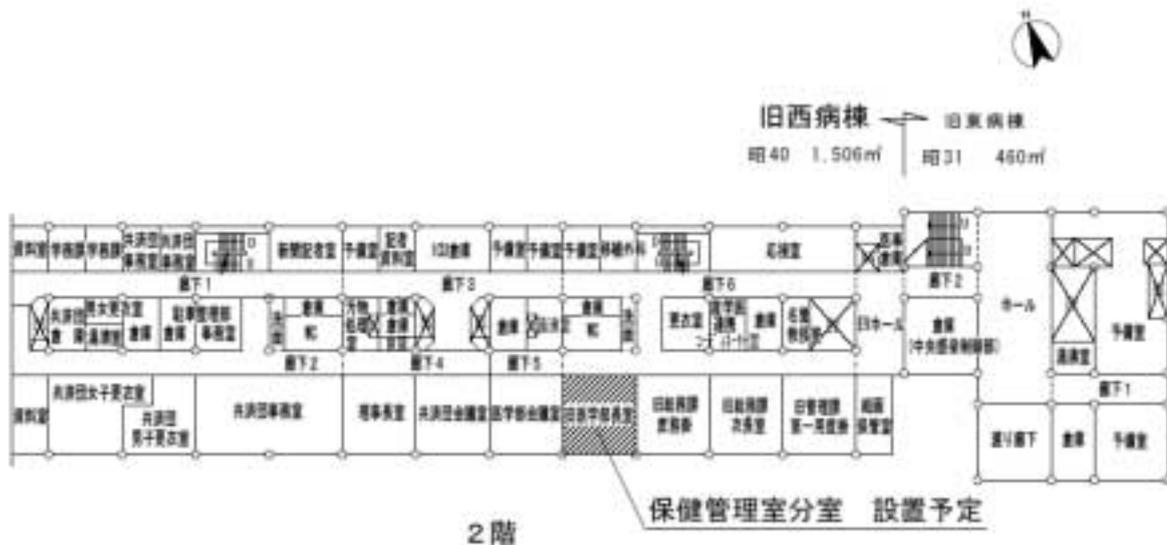
名古屋大学における男女共同参画を推進することをうけ、医学部も女性の活動を保証するための保育所の整備が課題のひとつにあげられました。そして看護師の妊娠・出産に伴う離職を食い止めるためにも、現在の「あすなる保育所」の運営が非常に不安定であるため、病院内における保育体制の充実が急務と考えられました。そこで「あすなる保育所」のあり方等について検討を積み重ね、名古屋大学の福利厚生施設としての設置をお願いすべきという結論に達し要望書をだしました。一日も早く安心して保育ができる施設の確保と人員配置の予算措置をお願いしたいと思います。

保健管理室分室（仮称）の設置について

総務課

現在、鶴舞地区には、2,000余名の教職員と1,300余名の学生が在籍しており、その健康管理体制は、産業医2名（内科系1名，社会医学系1名），健康管理医5名（精神科系3名，外科整形外科系1名，産婦人科系1名）が兼任体制で行っていましたが，教職員からは職員の産業衛生及び学生の健康管理の面から，これらの業務を日常的に行う部署の設置が強く要望されていました。また，昨今叫ばれている職場のメンタルヘルスケアについても，その特殊性から同じ鶴舞地区（内部）の健康管理医に面談を受けることに対して相当な抵抗感があり，十分な対策がとられていませんでした。さらに，平成18年10月23日付けで「名古屋大学職員の長時間勤務による面接指導の申出等に関する取扱細則」（<http://kisoku.jimu.nagoya-u.ac.jp/document/frame/fr00001899.htm>）が定められ，ここでは1月当たりの時間外労働の時間数が45時間を超えた者で，産業医が健康への配慮などが必要と認められた者に対しては面接指導の努力義務が掲げられています。これらのことを踏まえ，このたび，旧西病棟2階（旧医学部長室）に鶴舞地区保健管理室分室（仮称）が設置されることとなりました。ここでは月～金の開設時間の間は看護師1名が常駐し，週に1回東山地区の保健管理室から内科医と精神科医が派遣されることになっています。

これで十分だとは言えませんが，何か身体が不調だなと感じたら気軽に相談することができる「学校の保健室」ですので，広く学生及び教職員の方々に利用していただければ幸いです。



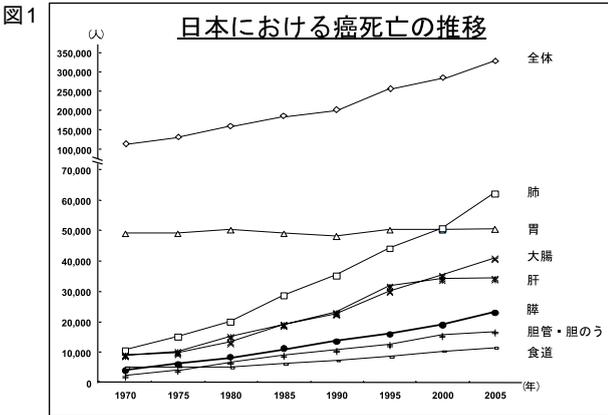
健康講座

膵がんについて

消化器外科二 教授 中尾 昭公

はじめに

わが国における死因の第1位はがんであり、年間30万人余りががんで死亡しています。がんのなかで最も多い死亡数は肺がんであり、次いで胃がん、大腸がん、肝臓がん、膵がんは第5位であります。年間約2万人余の人々が膵がんで命を落としています(図1)。胃がん肝臓がんによる死亡数は横ばいかやや低下傾向ですが、膵がん死亡数は年々増加傾向にあります。膵がんはお腹のがんでは最も予後の悪いがんで他のがんと比較して診断時に切除できる症例も限られており、切除できない場合は1年以内にほぼ死に至り、切除できても5年生存率は約10%と極めて予後不良ながんです。難治がんの中の難治がんという言葉が当てはまります。



膵がんの症状

膵がんは早期には何の症状もなく、お腹の痛みやがんが大きくなるにつれて総胆管に浸潤して総胆管が閉塞し、肝臓から十二指腸へ流れている胆汁の流出が止まることによって黄疸が出現したり、背中に痛みを感じたり、体重が減少してきてはじめて医師を訪れることが多いのです。また、膵臓は血糖を調節するインスリンを分泌しているため膵がんによって膵機能が低下しインスリン分泌も低下して急激な糖尿病の悪化を伴うことがあります。膵がんの危険因子は、未だ不明です。

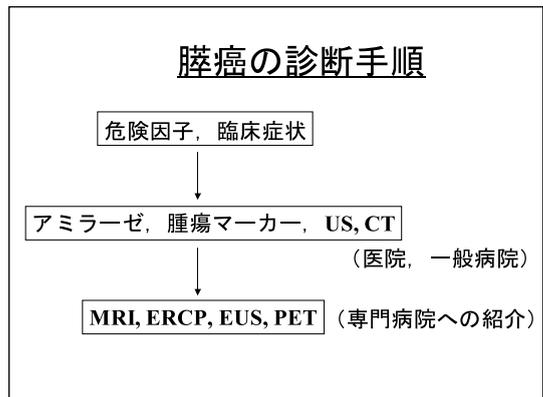
膵がんの診断

わが国では、胃がん・大腸がんではがん検診の方法が確立されており、早期がんの発見も多く、手術によって治癒するものも多く認められます。しかし膵がんの早期診断法は確立されておらず、定期健康診断ではその発見は不可能で膵は胃の裏側に位置し、胃カメラでは見ることはできません。よって先程述べた症状から膵がん特殊な検査を施行しなければなりません。症状のないものでは膵がん検査に直接至ることはまれ

であります。

膵がんが疑われた場合は、血液中のアミラーゼや腫瘍マーカーとしてのCEAやCA19-9を測定し、その高値は膵がんの確率が高いものと思われます。しかし何と言っても膵臓を写し出す検査法としての超音波(US)、コンピュータ断層撮影(CT)、逆行性膵管造影(ERCP)、磁気共鳴画像(MRI)、陽電子放射断層撮影法(PET)等を上手に組み合わせて診断していくことが重要です。しかし、USやCTは医院や一般病院でも行うことができますが、MRI、ERCP、超音波内視鏡(EUS)、PET等は膵臓病を専門とする消化器内科医や内視鏡医、放射線科医のいる専門病院への紹介が大切で、ましてや手術となると膵がん手術を手掛けている経験症例数の多い専門病院への紹介が勧められます(図2)。特に名大病院の放射線科、消化器内科の診断技術は全国的にも極めて優れており、また当院の膵臓外科手術例数は全国的にも1、2を競うほどで、外科手術手技も国内外で高く評価されています。

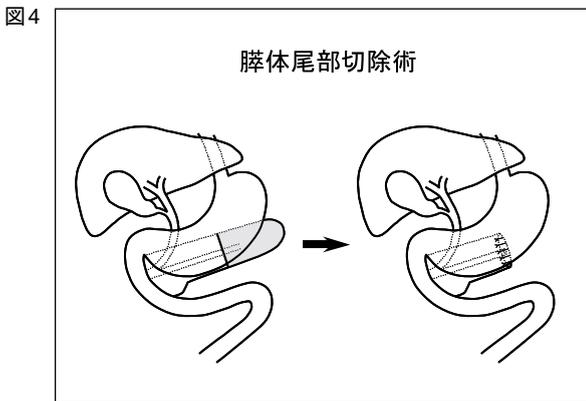
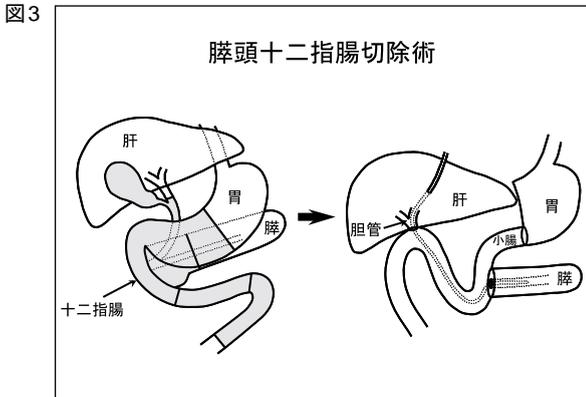
図2



膵がんの治療

膵がんの治療は他のがんと同様に手術によってがんを切除することが最も望ましい治療法です。膵がんの手術は膵においてがんのできた部位によって術式が異なります。膵の頭側にがんができた場合は膵頭十二指腸切除術が一般に行われます(図3)。この手術は、お腹のがんの中では複雑な手術で熟練も要します。また、術後の合併症も他のがんの手術に比較して高率で膵臓と小腸を吻合した部位がうまくつながらなくて(縫合不全)、膵液や腸液がお腹の中に漏れると時として致命的な合併症(腹腔内出血)となることもあります。またがんが膵の尾側にできた場合は膵体尾部切除術が行われ(図4)、この術式は膵頭十二指腸切除術に比較して合併症は少ないです。膵頭十二指腸切除術では合併症がない場合、術後3~4週の入院期間となりますが、

合併症によってはその治療で長い入院期間を必要とすることもあります。膵体尾部切除術では合併症がなければ2週間前後で退院可能となります。



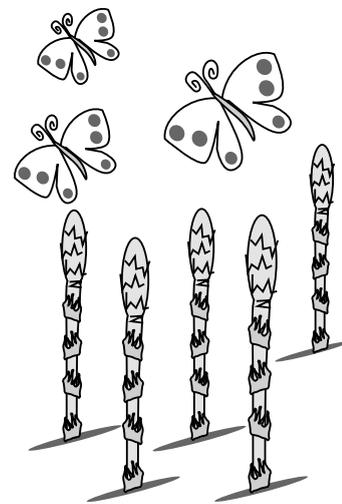
膵がんに対する抗がん剤治療は5-FUやジェムザール、ティーエスワンといった薬剤が一般的に使用されています。抗がん剤治療はがんが肝臓や腹膜などに既に転移していて、外科手術では取り切れない症例やがんが大血管などに浸潤して切除できない症例に用いられていますが、その効能は生存期間の軽度延長や疼痛の軽減などであり、残念ながら膵がんによく効く特効薬は未だ開発されていません。当科では単純ヘルペスウイルスHF10を用いた膵癌治療を開始し、現在一旦中止していますが近日中に再開予定です。

切除できない膵がんに対して放射線治療も行われていますが、一般に抗がん剤と併用した放射線治療が行われています。残念ながらこの治療法も治癒に至るだけの効果はありません。名大病院では新しい手術室にライナックが整備され近日中に術中照射が可能となります。

膵がんは末期には疼痛対策が重要となることも多く緩和医療に重点を置かざるを得ません。

おわりに

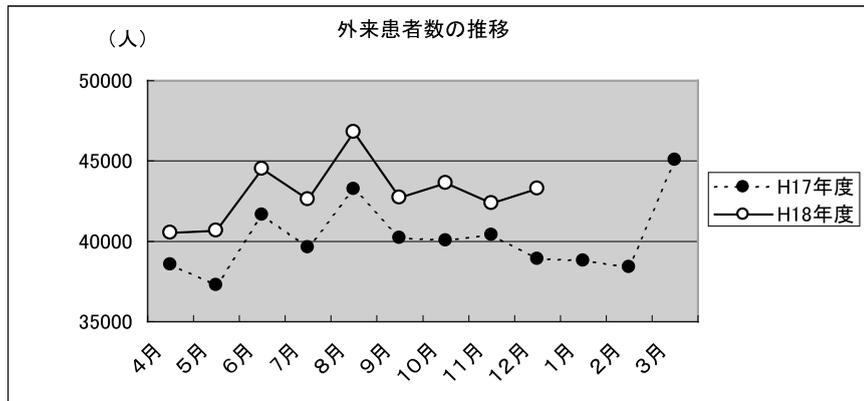
高齢化社会を迎え、食生活も欧米化されてきた本邦では今後も膵がんは増加し、がん治療のなかで最も治療困難ながんとして大きな問題となってきました。画期的な治療法の開発が待たれますが、胃がん、大腸がん検診時には膵がんも念頭に入れた検診をお願いし、少しでも早期発見につとめていくことが最も重要と思われれます。



医療経営管理部だより (医事統計の解説)

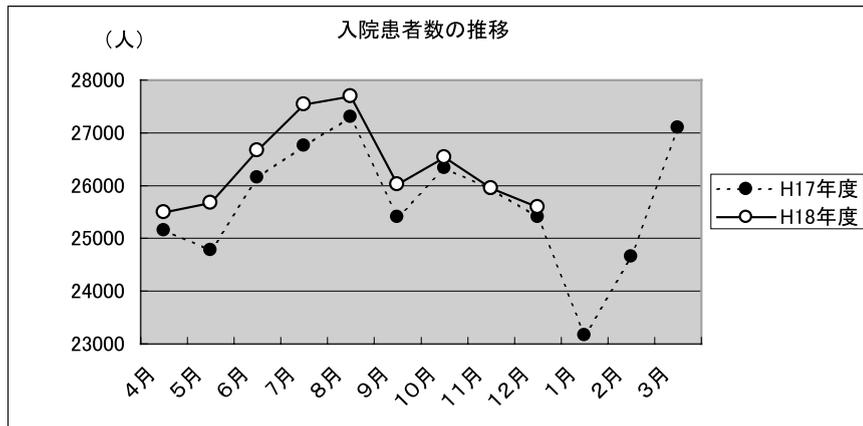
名大病院の各種医事統計につき、医療経営管理部より簡単な解説を加えて報告いたします。

1. 外来患者数



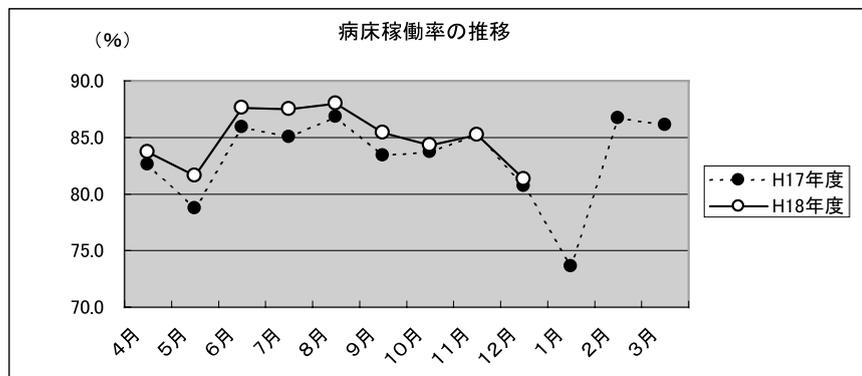
昨年度に比べて今年度は4月から出足好調で各月ともかなり外来患者数が伸びています。変動パターンは例年とほぼ同様ですが、昨年と異なり12月にも増加傾向を認めています。

2. 入院患者数



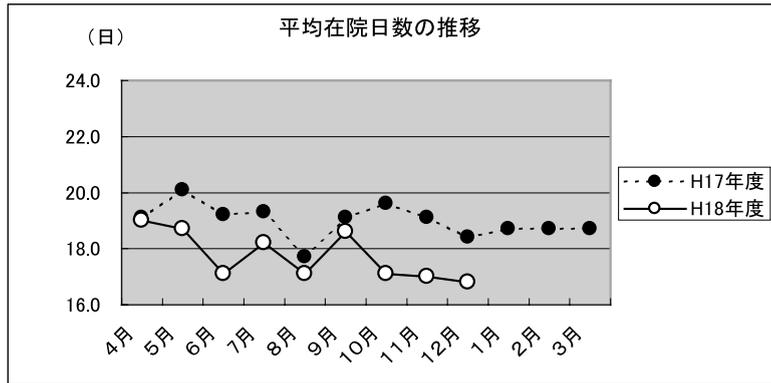
(注：入院患者数は、在院患者延日数+退院患者延日数です。) 入院患者数も外来患者数同様の増加および変動を示しています。

3. 病床稼働率



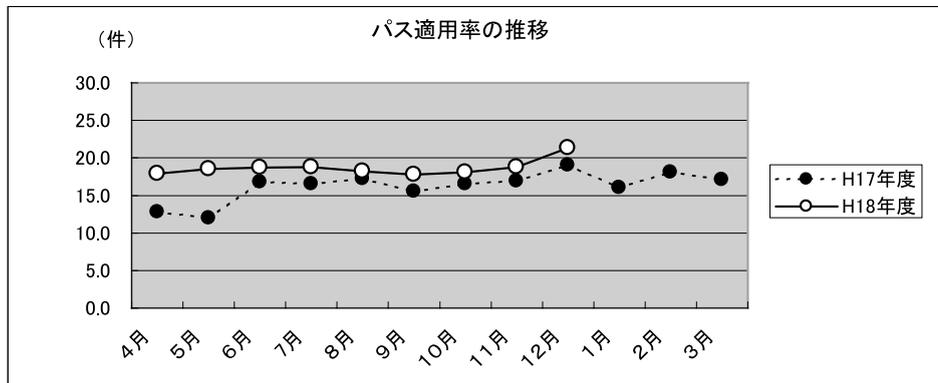
(注：病床稼働率の計算は、実働病床数1015床に対する割合です。) 病床稼働率は、前半は毎月、前年度を上回っていましたが10月以降はほぼ前年並みです。

4. 平均在院日数



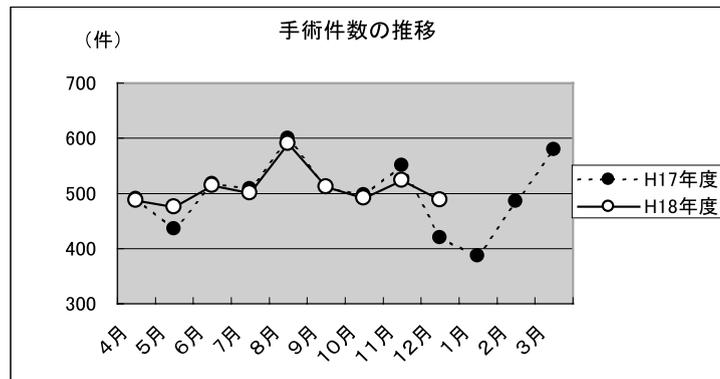
(注：NICU、精神病棟等を除いた一般病棟の健康保険上の平均在院日数です。)
平均在院日数は常に昨年度より短くなっています。特に10月以降は著明に短縮されています。

5. クリニカルパス適用率



(注：H17年度6月より電子カルテ上でのパス適用集計システムを稼働しています。)
パス適用率も全体的に好調を維持し、常に18%台で安定しております。12月は入院患者数の減少も影響して21.3%と過去最高の適用率を示しました。
なお、2007年1月24日現在の総登録パス数は92件です。

6. 手術件数



(注：中央手術室での手術件数のみです。)
手術件数に関しては、5月は昨年度より増加しましたが、11月にやや減少しています。
なお、昨年度は中央診療棟の移転に伴い手術室の稼働制限があったため、12月、1月は稼働が下がっていますが今年度は例年並と考えられます。

【総評】

年末年始には、病院総合情報システムの更新という大きな課題を無事に乗り切ることが出来ました。12月30日から1月1日の3日間、電子カルテを停止しての更新作業で、現場の職員の方々には大変ご迷惑をお掛けしましたが、皆様のご協力のお陰で大きなトラブルに見舞われることなく予定通り更新できました。

今回の更新作業はサーバ機器の更新とデータベースシステムの変更（オラクルからキャシエへ）が中心であり、見た目の変更部分は少なく感じられることと思います。今後、時間を掛けていわゆるユーザインターフェースの部分をもっと使いやすいものへと作りこんでいきたいと考えています。1月の時点では、ATOK医学辞書および個人辞書対応とマウスによる指紋認証システムをリリースしましたが、さらにいくつかの新機能を適宜搭載していく予定です。

今後ともご協力よろしくお願いたします。

(文責：医療経営管理部 情報管理室長 吉田)

編集後記

本年度末は名大病院を定年で去る方々の挨拶が多い「かわらばん」になりました。

「私が病院長になってからの3年間で日本の医療情勢はとんでもなく悲惨になってしまいました。医療費の抑制がその原因です」(井口病院長)

「多くの病院で医師がいなくなっても補充がつかず、とうとう診療科がなくなったりと、大変なことが頻発し、大病院でも崩壊の危機にさらされています」(二村教授)

「今の世の中、医療関係者は大変です」「昔の教授はよかったなとつくづく思います」(下方教授)

などなど現在の状況についての文章をみますと納得するだけで希望がもてない現状が残念です。フランスなみに医療費を使うと、日本はさらに10兆円多く医療費を使うことになると聞きました。

内科系の臓器別診療では、下方先生が、名大病院は早くからナンバー内科を越えて臓器別に診療体系をとってきた。これは誇っていいと述べてみえます。一方、二村先生は、関連病院人事が廻らなくなった原因のひとつに、名大内科の臓器別再編が関与した可能性もあると述べてみえます。基本的には国の方針に影響されるのですが、名大病院の中で考えてやっていくことで、すこしでも良い方向にいきたいと思います。

医療管理情報学の山内教授からもご挨拶をいただいております。山内先生はこの「かわらばん」の編集長を長年にわたり担当されました。「かわらばん」という地道な仕事(ほんとうは華やかな仕事にしたい?)に長年にわたり努力されたこと、心からお礼申し上げます。

薬剤部鍋島教授、浅井医療技術部長、花木副看護部長、西山技士長(高気圧治療部の生き字引)からも定年のご挨拶をいただきました。今後とも名大病院のOBとしてよろしく願いいたします。

(中島 務)

かわらばん編集委員会

顧問	井口病院長	松川事務部長
アドバイザー	大磯ユタカ	
委員長	山内一信	
委員	中島務	伊東亜紀雄
	長濱大輔	米田和夫
	鈴木三栄子	大宮孝子
	伊藤健一	藤井昭彦
	伊藤昌幸	鈴木秀夫
	永家清考	犬飼幹緒

No.64
医学部・医学系研究科総務課
TEL 741-2111
(内線2775)
かわらばん編集委員会
2007年3月31日