

名大病院 かわらばん KAWARA-BAN

新年のご挨拶

病院長 大島 伸一



平成16年の新年を迎え御挨拶を申し上げます。
 本年は4月に国立大学が法人化されます。職員の身分は国家公務員ではなくなり、国家公務員法の適用から外されます。今迄は給与も病院収入の多い少ないにかかわらず国で決められた規定どおりに支給されてきましたが、今後は法人の裁量によって変わってきます。すなわち、年間の予算と決算は、単年度制で年間に予定されていた予算を余すことも予算枠を超過することも、いずれも悪であるといった制度から外されます。これまでは、仮に病院が赤字を出しても、その責任は国にありますから、国の責任でそれらは補填されてきました。

しかし、法人化後は各法人の裁量権が増えると同時に、それぞれが運営管理に責任を負うという構造になります。当然のことながら赤字を出せばその赤字の補填は法人の責任になります。従って、国家公務員でなくなるということは、給与体系が公務員から外れることになり、赤字の場合には給与が減ることもあり得るということです。逆に、収益が増えれば、それに見合った給与等の増加も期待できることとなります。

国立大学病院は、しかし、民間病院とは異なります。その目的は研究、教育を進め、他の病院では扱うことの困難な症例を引き受け、新しい医学・医療を構築することにあります。運営費交付金という公費が投入されるのはそのためであり、従って、投入された公費にふさわしいだけの成果が求められることになり、成果を出せなければ、国立大学病院の存在そのものが問われることとなります。

どんな組織も常に将来を考えながら、制度や仕組みのあり方を考えてゆかないと必ず疲労し腐敗してきます。ある制度が何十年も改革なしに存続しているとすれば、むしろ異常であり、不思議なことです。国立大学、大学病院はこの異常で不思議な状態が続いてきた組織の一つと言えます。

本年4月から国立から国立大学法人へと制度そのものが変わるわけですから、私達には変わるという選択肢しかなく、選ぶことができるとするならどのように変わるのかだけです。これには自らが自らの方向性をはっきりと決めて変わるのか、その他大勢で全体の動向を見ながら、それについてゆくのか、どちらかの選択肢しかあり

ません。名大病院は自らがどう変わるのかを自ら設計して、その方向に進むという選択をしました。

昨年、作成した法人化に向けての名大病院のグランドデザインは名大病院の叡智を集めたものです。グランドデザインは総論の話ではなく、全て各論の話です。これが実

現できるかどうかは、極端な言い方をすれば名大病院が生き残ることができるかどうか、と同じ意味を持っていると考えています。このグランドデザインに沿って病院改革を進めるためには、職員が新しい時代に向けて新しい制度に適應できるように自らを変えなければなりません。これは、言うのは簡単ですが、実行するのはときに大変な苦勞を伴うことであり、一人の脱落者も出すことなく進めてゆくことは至難のことと考えています。

新しい制度に適應し、新しい名大病院の文化をいかに早く構築できるかどうかは、職員の取り組み方にすべてがかかっています。平成16年が、名大病院にとって新しい門出の年となるよう心から祈念して年頭の御挨拶とさせていただきます。

【目次】

①新年のご挨拶	1
②禁煙の勧め	2
③新任職員紹介	3
④名大病院のグランドデザインについて	4
⑤基礎研究棟の改修について	6
⑥患者様からの意見(いい病院)	7
⑦臨床教育に関する講演会報告	8
⑧病院紹介(1.高度先進健診を目指して～予防医療部)	9
⑨病院紹介(2.人工透析室)	10
⑩病院紹介(3.医療福祉支援室オープン)	11
・患者数等統計資料及び目標値	
・人事異動	

禁煙の勧め

本来この欄には私の副院長としての所感などを書かなければいけないのだろうが、現在病院長選挙のアンケート中であり、そちらの方に所感などを書いてあるので、ここには「禁煙の勧め」を書くことにする。

先日の教授会で浜島教授が全構内禁煙の提案をした。私はこの議題が出るたびに身が縮む思いがして、その場を離れてタバコを吸いに出かけたくなる。大島病院長も恐らくそうであったに違いない。約3年程前の臨床部長会の席でやはり禁煙が議題に登ったことがある。大島教授は身を縮めていたが視線が自分に集まっていると勘違いし、ついに我慢できずに、聞かれもしないのに白状してしまったのであった。「私はタバコをすっています」。私はその陰にかくれてそっとその場を逃れた。

今回もまた聞かれもしないのに、大島教授が発言した。「皆さんは私がタバコを吸っていると思っているかもしれませんが、――」彼は続けた。「私は禁煙しました」。眠っていた私の脳に衝撃が走った。彼と私の友情は、唯一タバコで結ばれていたのだ。教授会の中でタバコを吸っているのは二人だけであり、その後ろめたさを共有することで友情が成り立っていたのである。それなのに私に無断で禁煙するというような裏切り行為は許せなかった。

人間の行動の基本は恐怖である。とりわけ仲間はずれの恐怖は強烈である。そのとき私は決意し、禁煙が始まった。

タバコを吸わずひたすら時の過ぎるのを待った。タバコを止めて知る真実がある。我が人生の生きがいは、タ

バコであったようである。いいかえると他に何もなかったのである。

白状すると、生活習慣病の講演をしてタバコはいけない、アルコールも一合以下、と言って講演が終わるやいなやタバコをすっていた。これを終えたら一服、もう少し頑張らって一服。そうやって生きてきたのに、この後その至福のときがない。あー私はこのあと老後はどうやって過ごせばいいのだろうか。この世の中楽しいことがなければ何も楽しいことがない。禁煙がこれほどまでに重大な私の生の真実に触れるとは思わなかった。

人は後ろめたさを持つから優しかったり、寛容である。政治家は多くの場合寛容である。後ろめたさを持つからである。学者はその意味で狭量で非寛容である。誠実に生きてきたからである。その点私は寛容である。しかしこれからは寛容ではないぞ、などとわけの分からぬことを考えてひたすら時の過ぎるのを待って今日まで来た。

タバコの煙を絶って2週間後大島院長にそのことを伝えた。彼は言った。「あーそー。俺は基本的にはやめているけど時々吸っているよ」。そういう禁煙であるかよ。私は再び裏切られた。

副病院長 井口 昭久



禁煙



NO SMOKING

新任職員紹介

精神科長・教授 尾崎 紀夫

平成15年10月1日から精神科の診療科長・教授として赴任致しました、尾崎紀夫です。名大病院で勤務致しますのは、20年近く前に3年間医員として働いて以来です。当時とは、病院の構造そのものが変わっておりま
すし、私自身の立場も全く違います。何よりも、国立大学法人化という変革のまっただ中で、私にとっては分からないことばかりです。皆様に色々教えていただきながら、ご一緒に仕事を進めて参りたいと思っております。どうかよろしくお願ひ申し上げます。

さて、私自身のことを少しご紹介しておこうかと思ひます。私は京都市で昭和32年に生まれ、育ちました。幼稚園の時に肺炎を患ったせいか肥満児になってしまい、小学生の間中、肥満体をからかわれるのと、苦手なマツト運動や鉄棒が悩みの種となっております。ところが、中学生になるとやせてしまい（しかるべき年齢ですから美容上の観点からやせることを決心したわけです）、中学2年生の健康診断で体重の変化を心配した保健室の先生から呼び出された覚えがあります。その後は今のような体型で暮らしております。

もともと読書が好きだったので、高校時代から人の「こころの動きあるいは考え方」に興味を持ち、小説に加えてフロイトなども読んで、心理学を学ぼうかと思ひておりました。その頃、「フランドルの冬」という精神科医、加賀乙彦氏が書いた小説に惹かれ、精神医学へと私の興味は変わりました。私が今日精神科医になったきっかけとなった「フランドルの冬」という本を紹介しておきましょう。日本人精神科医（作者の分身です）が留学した北フランス、フランドル地方の精神科病院を舞台としております。したがって、日本人精神科医以外にも多くのフランス人精神科医が登場します。この精神科医たちが極めて魅力的に思えました。彼らの魅力は、精神医療と精神医学に対する情熱と、その一方で世間的常識からの解放あるいは逸脱ということでしょうか。さらに、「世界によってがんじがらめになっている我々が、この閉塞状況から逃げ出すヒントを与えてくれる」のは精神医学ではないか、といったメッセージも含まれておりました。

高校生一般の例にもれず、私も閉塞感とうっとうしさを感じていただけに、この小説に書かれていた精神科医、精神医学は極めて魅力に富んだものに思えたわけですが。もう一点、この小説が提示したのは、「異邦人」になることが閉塞状況からの脱出手段のひとつである、という考えで、これまた5年のアメリカ生活のきっかけを与えてくれたようにも思えます。

高校時代から精神科医になることを志望してまいりましたので、医学部に入学したのは精神科医になるためでした。さらに、名古屋大学を選んだのは当時の精神科教授、笠原嘉先生がおられたからです。当時読んだ、笠原先生の「精神科医のノート」という本は、内容的にもあるいは語り口そのものも魅力的で、ぜひ笠原先生のもとで精神医学を学んでみたい、という思いで名大医学部に入学致

しました。

ところで、精神医学に関して「フランドルの冬」という小説が提示した世界は、もちろん現実の精神科臨床とは異なるものでしたが、精神医学の持つ魅力は今も私の仕事の原動力になっています。また、実際の臨床を始め



て、仕事に関するモチベーションを高めてくれるのは、患者さんやご家族の話でした。例えば、統合失調症の息子を持つお母さんが「うちの息子は落ち着いてデイケアにも通うようになってくれ、本当に良かったと思ひます。でも、親である自分が先に死ぬことを考えると、仕事についてくれるところまではいかないだろうかと思ひます。この病気のもっと良い治療法はできませんかね」と、語ってくれました。我々臨床医は、今できる限りの治療法の中から最善の選択を各患者さんに提供すると同時に、今の治療法の限界を打ち破るために研究を積み重ねていかねばなりません。このお母様の願ひに一歩でも近づけるためにも。

さて、名古屋大学医学部を昭和57年に卒業して以来、中京病院2年、名大病院3年、中部労災病院3年、アメリカ国立精神保健研究所(NIH：臨床にも関わっておりました)5年、藤田保健衛生大学病院8年（直近5年間は精神科長）を経て、名大病院に参りました。名大病院は国立大学法人化で大きく揺れております。収益性ということが言われておりますが、何よりも重要なのは、患者さん、ご家族、ひいては社会のニーズを踏まえた診療の徹底ではないでしょうか？そのために、何をやれば良いのか、ひょっとすると名大病院以外での私の経験が何かお役に立てるかもしれません。

私の経験から言えますことは、他の精神科医はもちろん、精神科医以外の様々な方（他科の医師、看護師、心理士、社会保健福祉士、作業療法士、事務職の方々）と連携を取ることが、患者サービスに結びついたように思えます。例えば、腎移植や心不全患者さんの精神的ケア、精神科患者さんの社会復帰活動(SST)や患者・家族会の運営などです。名大病院でも、いかに様々な分野の皆様としっかり連絡を取り、協力関係を結べるかが第一と考えております。何とぞ、ご協力のほど、よろしくお願ひ申し上げます。

(精神科)

名大病院のグランドデザインについて

病院長補佐 松尾 清一

名大病院の職員の皆様には、安全で質の高い医療を患者様のために提供できるよう、日々努力されておられることと思います。

さて、皆様もご存知のように、国立大学は平成16年度から法人化されます。病院の予算は、自己収入と国から交付される運営費交付金とで賄うこととなりますが、赤字分は大学法人で責任をもって処理しなければならず、今までのように赤字が出たら国に翌年度の予算で請求をして帳尻をあわせる（あるいは累積赤字として放置する）、というようなことはできなくなります。一方で名大病院は診療や経営面だけではなく、教育、研究という面でも社会的な責務を負っていますので、公的な資金を正当な理由で獲得する努力を、病院長以下積極的に行うことはもちろん必要なことです。まだまだ国の規制が多い法人化ですが、これまでと比べれば自己責任が格段に大きくなり、従って、今この時点で根本的に名大病院のあり方を明確にして職員一人一人に理解していただき、共通の目標に向かって改革を進める必要があります。

名大病院のグランドデザインはこのような法人化後のあり方をまとめて提案したものです。この提案の中心部分は大きく分けて二つのパートからなっています。

第1章：名大病院のミッション

ここでは名大病院の目指す方向性が大まかに示してあります。つまり私たちは近い将来名大病院を、(1)安全でかつ最高水準の医療を提供できる病院、(2)患者にとって満足度の高い医療を提供できる病院、(3)優れた医療人を養成することができる病院、(4)次代を担う新しい医療を開拓することができる病院、(5)最高レベルの人材が広く集まる病院、(6)地域社会及び職員が誇りにできる病院、にしたいと考えています。私たち病院執行部では、これらの目標を単に絵に描いた餅にするのではなく、実現するためにはどうしたらよいかを具体的に示そうと考えました。限られた紙数では詳細な内容は書けませんが、以下に改革の方向性を示します。

第2章：ミッション/目標を達成するための組織・制度の改革

この章が名大病院改革のグランドデザインの中心的部分で、組織運営、診療体制、研究体制、教育体制、の四つのサブパートからなっています。

(1) 組織運営

先に述べたように、名大病院では診療、教育、研究の三つの事業が展開されています。これらは大学病院においては不可欠な事業ですが、法人化以後において診療と教育・研究はその持つ意味が異なります。即ち診療事業はそれ自体が収益を生み出すことができる事業であって、教育や研究は経営的には不採算事業であるが将来のために投資すべき事業であると考えられます。経営的な基盤が確立していなければ投資はあり得ないわけであり、安全で質の高い医療を提供する中で、如何に収益を確保しかわらば

て大学本来の教育、研究事業を充実させ得るのが、名大病院の運営上、基本的に問われるところです。そのため、人事や予算配分、事業計画など病院の意志決定のあり方を明確にして、病院長のリーダーシップと責任を明確にするような運営体制を工夫する必要があります。グランドデザインでは、病院職員の意向がより病院運営に反映できるよう、医学部教授会と病院部長会の関係の見直し、病院長選考方法のあり方、名古屋大学法人における病院の関与の仕方など、病院の将来を決める重要事項について具体的な提案を行っています。また、病院全体の経営と医療の質/安全を管理してゆくヘッドクォーターとしての医療経営管理部を設置し、来年4月からの本格稼働に向けて現在教授選考を進めているところです。

(2) 診療体制

診療体制の整備の最大の目標は、(1)医療の質と安全の向上、(2)財政基盤の拡充、です。これらを実現するために、人材や資金などの資源を実績に応じて傾斜配分し、同時に、部門の見直しや再編、病院として不可欠な部門には戦略的に手当をしてゆくこと、などが提言されています。診療内容について、(1)名大病院が世界に誇り得る医療あるいは大学病院として価値ある医療、(2)経営的に見て採算性がある医療、という基準で分析をすること、両方満たしているものは文句なくプライオリティーが高い医療であり、両方とも満たしていないものは低くなることは自明の理です。内科と外科の再編も大きな課題です。内科はすでに講座、診療科ともに臓器別各分野からなる大講座制で運営されていますが、外科系も再編のための検討がスタートしました。中央診療施設も人員配置や職務内容につき大胆な改革が提言されています。各部門の病院への寄与度に関する評価方法については、今後さらに検討が必要ですが、考えながら事を実際に進めていくというスタンスが今は求められています。

職員の待遇改善も診療体制の整備を考える上では大きな問題です。医師部門で診療の中心的存在である医員の待遇は社会常識上大変不合理なものであり、待遇改善が早急に検討されるべきで、グランドデザインの中で将来像を提言しています。また、コ・メディカルに関していえば、旧七帝大中非常勤職員が占める比率は名大病院が最大であり、この結果、新卒のコ・メディカルを採用しようとしても、優秀な人たちは常勤の待遇で就職できる他の病院を選んでしまう傾向が強くなっているようです。優秀な人材確保という観点からすれば大きな問題です。現状では、大学本部や文科省に増員を要求することくらいしかできませんが、将来は病院の収入を増やして自ら看護師や技師をはじめとする常勤スタッフの増員を実現しなくてはなりません。

(次頁に続く)

急性期疾患のみを対象に診療を行ってきた名大病院は、急速な高齢化社会を迎える現在の日本で、Cure だけではなく Care の研究と人材養成を行わなくてはいけないのではないかと、即ち Cure & Care の診療体制を確立する必要があるのではないかと、との問題意識により、地域医療センターを核にした医療の新しい形を模索する提案をしています。さらに事務部門からは、病院事務のプロ（スペシャリスト）を養成し定着させる提案がグランドデザインの中でなされています。

(3) 研究体制

名大病院としての組織的で戦略的な臨床研究を推進するため、研究のシーズ開発から臨床治験まで一貫して推進、支援するヘッドクォーターとしての新医療研究センター（以下研究センター）を設置することを中心にした提案がなされています。研究センターではどのような臨床研究が必要で将来性があるかなどの『research on research』機能、研究マーケティング機能、IRB と倫理審査機能など、文字どおり研究の司令塔としての機能を持たせる。その上で、シーズ開発については、現在の遺伝子再生医療センターを全病院に開かれたトランスレショナルリサーチセンターとして改組し、この基盤のもとに、医療情報収集体制の整備と地域共同研究体制の確立と医療情報解析体制の整備を進めることが提言されています。これらの事業は、病院の特定の部門だけでは推進が困難であり、病院長がかなりの権限をもって全病的に臨床研究を進めてゆく体制の構築が求められます。研究センター長は、この病院長の権限を委譲されて、戦略的に臨床研究を進めてゆけるようマネージする、という提案です。

(4) 教育体制

教育も研究と同様、病院における教育を総合的にマネージするヘッドクォーターとしての総合臨床教育センター（以下教育センター）の設置が提言されています。そのミッションは、優れた医療専門職の育成を通し病院職員の資質の向上による医療の質の向上と、人材供給や情報公開などによる社会貢献です。

病院における教育のスコープとしては、医学科、保健学科の卒前臨床教育、卒後臨床教育（研修医、修習生）、専門臨床教育（生涯学習）があります。また対象となるのは、医学科、保健学科の学生、薬学臨床実習生、研修医、新規採用の職員、専門医を目指す医師、職員です。また、教育センターの行動目標としては、①すべての職種にわたる卒前卒後臨床教育と専門職育成教育のカリキュラムの作成支援、管理運営マニュアルの作成、評価基準と評価方法の確立、②共通利用の教育関連インフラ（S skills Lab など）の管理、運営、③Faculty Development（職員の教育能力開発研修）の企画、運営、④世界に通用する臨床教育専門職の養成、⑤名大ブランドの医療従事者育成＝認定制度の創設、⑥社会貢献／地域への情報発信と研修生の受け入れ、⑦教育に対する評価法の確立とその反映方法の提言＝臨床教育研究部門の創設、⑧名

大病院における教育事業への公的資金の導入、⑨（付加的事項）教育のビジネスモデル化と外部資金の導入があげられています。教育に関することは、医学科・保健学科とも密接な連携を持って進める必要がありますので、それぞれの教育部門との連携も教育センターの重要な機能と言えるでしょう。

以上がグランドデザインで示された名大病院の目指す方向性とそれを実現するための提言ですが、名大病院が名古屋大学という大きな組織の一部局であるため、このグランドデザインに関して名古屋大学全体の理解を得ながら改革を進める必要があります。そこでグランドデザインの最後の部分には「病院単独では解決不可能な重要かつ基本的な課題」という形で、名大病院が大学全体に占める比重の大きさや大学の中で唯一の現業部門であるという特徴を明確にするとともに、予算面や人事・労務問題について全学の支援を訴えるアピールを載せています。

以上の提言は、既に、医学部教授会、病院部長会、医局長連絡会議など学内で広く公表されていますが、詳細に内容を知りたい方は各部門の長を通じて手に入れることができます。ぜひ部門毎でのディスカッションをして皆様の意見をお願いします。

最後に、これまで述べてきたようにいずれの提言も現状を変革しようとするれば、大変な困難と努力を必要とするものばかりです。我々の考え方の大胆な発想転換も必要です。ミッションの一番最後に掲げられた、「病院職員が誇りをもって働ける病院」言い換えるなら「働きがいのある病院」に変えてゆくのは、私たち自身の力によってやるしかないという厳しい現状を認識しつつ、しかし、心には常に希望を持って、名大病院の明日を作ってゆくではありませんか。

（腎臓内科）

基礎研究棟の改修について

整備計画委員長 高橋 雅英

平成15年度の概算要求にて、基礎研究棟の一部改修が認められ、12月完成予定で現在順調に工事が進んでいます。改修部分は今まで、講義室、学生実習室、事務室などが配置されていましたが、老朽化が進み、学部学生の教育に多大な支障ができていました。今回の改修は、昨年度実施された基礎研究棟別館に続くもので、特に教育環境の改善、充実を図ることを目的としています。昨年度の基礎研究棟別館の改修では、解剖実習室、組織・病理実習室、生理・生化学実習室の整備や、修士課程、ヤングリーダーズプログラム(YLP)の講義室の設置、一部実験室の整備などを行ってきました。今回の改修において、新たに二つの講義室の設置と旧第3、第4講義室が改修されることにより、不満の多い現在の教育環境が大幅に改善されるものと期待しています。

改修後の基礎研究棟は、名前が医学部総合研究棟となりますが、地下1階、地上4階という現在の基本的な構造は変わりません。1階部分の南側(旧病態研のウィルス感染部門と生体防御部門があったところ)は学務関係の事務室、会議室、ゼミナール室が設置されます。北側部分(解剖実習室、病理・法医解剖室があったところ)は学生の更衣室と解剖関係の標本展示室に替わります。今まで、学生のロッカーが廊下に並んでいて着替えなどに大変不自由であったことはご存知の通りですが、更衣室ができ長年の懸案が解決できることになりました。

2階部分の南側は自習室が5部屋、ゼミ室が7部屋設置され、中央部にはラウンジが設けられて歓談できる場所になります。これまで少人数教育を行う部屋がほとんどありませんでしたので、学生教育にもこの自習室、ゼミ室を大いに活用していただきたいと思います。北側部分は五つの共同実験室が設置されますが、この実験室はあとで紹介するように多くは全学共用教育研究施設として公募して使用していただくこととなります。

3階部分の南側には新たに第1、第2講義室と二つのゼミナール室が設置されます。講義室の広さは約200平方メートルで現在の第2、第3講義室より1回り広い講義室になります。北側部分には2階と同様に四つの共同実験室が設置され、公募部分となります。4階は北側部分だけで、現在の第3、第4講義室を改修し、引き続き講義室として使用します。机、椅子は新たに4人掛けのものに入れ替え、教育環境を改善できる予定です。

以上が新総合研究棟の基本的な骨格ですが、四つの学生講義室と多数のゼミナール室、自習室や会議室を設置することにより、少人数教育を含めた多様なニーズに応えられる環境に生まれ変わるものと期待しています。また、地方会レベルの学会の開催にも十分対応が可能だと考えます。2階、3階部分には70~120平方メートルの九つの共同実験室及び約40平方メートルの五つの培養室(他の目的にも転用可能)が設置され、その多くは使用者を公募により決定します。これは総合研究棟の場合、

床面積の20%以上を全学共用の教育研究施設として、全学公募を行って使用者を決定するという取り決めによるものです。ぜひ多くの研究室から応募され、共同研究などに有効に使用していただきたいと思います。具体的には12月中に公募を行い、1月に全学の共用教育研究施設運営委員会及び整備計画委員会で使用者を決定し、2月頃より使用していただくこととなります。

今回の総合研究棟が完成しますと、学生教育関係の施設の改修は大部分終了し(臨床実習関連については中央診療棟の完成待ちですが)、今後は研究棟2号館、外来棟の建築実現に向け、医学系研究科一丸となって努力することとなります。幸い懸案であった鶴舞地区の容積率緩和の問題も解決できる見通しになり、状況は好転しつつあります。引き続き、整備計画委員会を中心に、地域の特性やまちづくりについても総合的に勘案し、鶴舞地区の再整備を進めていきたいと考えておりますので、皆様のご意見やアイデアを整備計画委員会にお寄せいただければと思います。



ご意見やアイデアを
お寄せ下さい

患者様からの意見

いい病院

患者サービス委員会（機能評価・患者満足度委員会）は、さわやか行政サービス運動（昭和63年1月26日閣議決定）の趣旨に基づいて作られたものであり、その活動目標は、「病める人が安心してかかれる温かい病院にすること」にあります。そのため、当委員会は、受身的ではなく病院のシステム改善に積極的に取り組むことを活動方針の柱にしています。

ルドガーズ大学ケリング教授の broken window's theory（壊れた窓理論）というものがあります。これは車を路上に放置しておくだけでは大きな変化は見られなかったが、窓を壊しておいたところ車内のオーディオやハンドル、あるいはタイヤなどがみるみる盗まれてしまった。壁に落書きをすると軽犯罪が増え、逆に、環境を整備して小さな問題（違法駐車、喫煙、ポイ捨てなど）も曖昧にせずしっかり取り締まると小さな犯罪のみならず凶悪犯罪までもが減少した、という報告です。環境の整備はそれだけにとどまらず、人の心を癒して精神的な安定が得られる結果、良好な人間関係が構築されるようになります。当委員会が環境整備に重点を置き、また、小さな苦情や問題を取り上げているのは、この理論に依っているからです。

最近、医師に対する不満を記した投書が急増してきました。これは患者さんのみならず職員からも意見を求めるようにしたために、従来は表に出てこなかった様々な意見が出てきたからだと思いますが、昨年からの財政再建計画のために環境整備に対する予算執行が停止されていることとは関係ないことを願います。当委員会が外来患者さん約2000名に対して行ったアンケート調査結果の一部を図に示しましたが、この調査結果が示すものは、名大病院は高い知名度を有するものの、名大病院を受診

機能評価・患者満足度委員会委員長 安藤 久實

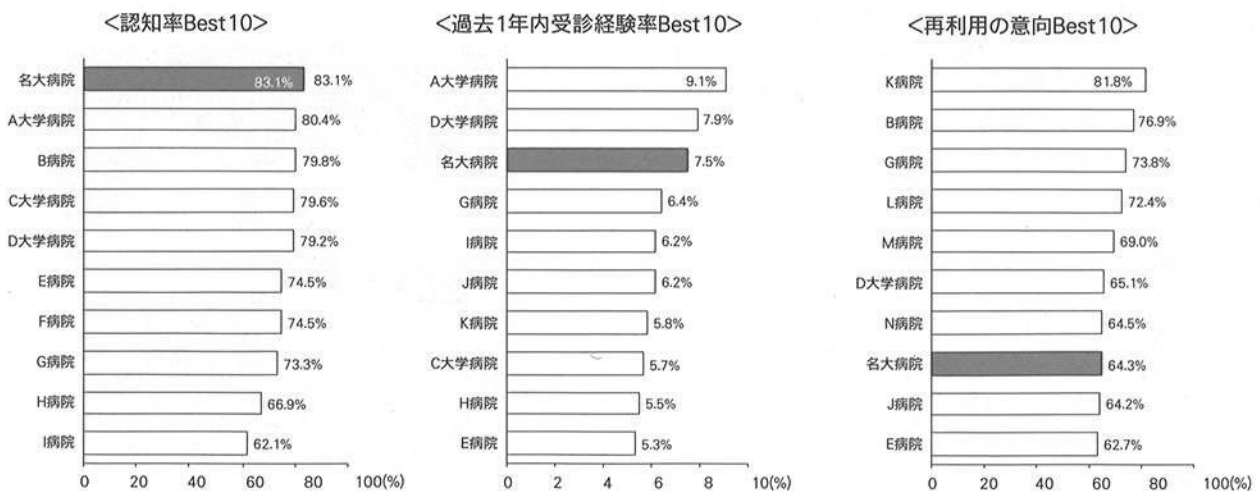
しようという気になったり、あるいはもう一度受診しようという意向に結びついていないばかりか、再受診の意向が極端に低いということが明らかになりました。また、県内の大病院と比較し、医師・看護師への質問や相談がしにくく、プライバシーが守られていない、清潔さに劣るなどの評価が下されています。これらの評価は、診療科間でのばらつきが大きいので、特に患者満足度の低い診療科における問題を是正することが急務といえましょう。このアンケート調査の分析を踏まえるならば、「診療事業を核とした財政基盤の拡充」は、患者サービスの向上や環境整備を抜きにしては成立させることは不可能であります。

当委員会は、医療サービス向上と患者本位の病院文化を醸成するためには、患者さんの納得のいく説明・診療を促進することが大切であり、そのためには治療内容・治療成績の徹底的な情報開示と公開を行うと同時に、治療計画書を提示してクリニカルパスに沿った説明を行い、患者満足度調査に基づく低評価部門の原因究明と改善策提出を義務化すべきであると考えています。

現在の名大病院にとって最も重要な課題は、経営改善ではなく、いい病院にすることであり、いい病院とはすなわち、患者さんがまたかかりたいと思うような病院のことであります。いい病院になれば経営は結果として改善されてくるのではないのでしょうか。「安心してかかれる温かい名大病院」となることは、患者さんの要求であるばかりでなく、私ども職員の想いや希望でもあるのです。

患者サービス委員会は、このような方針と想いの下に活動をしています。今後とも皆様の一層の御協力をお願いする次第であります。

認知率・受診経験率再利用意向から見た名大病院のポジショニング



臨床教育に関する講演会報告

臨床教育サブワーキング委員長 島田 康弘

名大病院では現在、法人化後の病院のグランドデザインがまとまりつつありますが、その一角を担うものに教育があります。この面で考えられているのが、専門職(医師・コメディカル・事務職)養成のための教育システムの整備であり、「総合臨床教育センター」構想です。これは、医師及び医療職の卒前・卒後教育並びに専門職教育のためのヘッドクォーターとして機能する組織です。現在、「臨床教育サブワーキング」で検討を重ねていますが、これには医学科の基礎医学系・社会医学系・臨床医学系教官、保健学科各専攻の教官、病院コ・メディカル部門の職員(薬剤部・看護部・検査部・放射線部・リハビリテーション部)と事務官が参加して、月1回のペースで協議・検討を行っています。この過程で、教育に関する専門家の意見を聴取して、構想のブラッシュ・アップに役立てるため、これまでに2回「臨床教育に関する講演会」を開催しましたので、その内容を報告いたします。

1. 「わが国の医学・医療教育の現状と改革への展望」

福井次矢教授(京都大学大学院医学研究科 臨床疫学)

平成15年10月2日開催

福井教授は、長年我が国の医学教育の改革に携わってこられた実績を踏まえて、主として医学教育について以下のような問題点を述べられました。

1) 我が国の医学教育の問題点

従来の医学教育は、学科目に沿った系統講義(ologyと称されるもの)が中心であり、座学中心で行われ、臨床は大学病院実習が中心で、まんべんなく各科をローテイト実習し、学生からの評価はほとんど欠如しているものであった。そして、教育に関する業績評価がなく、専門家養成の遅れがあり、教育を対象とした研究は軽視され、教授一極集中型であったと述べられました。また、京大や名大でみられるように、医師を養成すべきなのか、医学研究者を養成すべきなのかについての方向付けも曖昧である点も指摘されました。

2) 米国の教育体制の特徴

米国の医学教育では、まず学生の学習意欲の高さが強調されました。これは資格獲得が職場での地位や収入との関連が強いためです。一方、教師側は授業・実習に対して周到に準備し、シラバスも完全なものを作成します。そして教育に対する給与は% FTE (full time equivalent、教育に専従した時間に対して支払われる給与分) といった形で明示されること、教育に対する昇進の道も示されていることなどが述べられました。

3) 提言

福井教授からわれわれの考えている構想に対して次のような提言がなされました。

- ・成人学習理論の応用が必要なこと
- ・すべての教員(助手以上)に15コマの授業・実

習を受け持たせること

- ・% FTE の採用

また、医師養成に関して、大学病院がイニシヤティブをとることには疑問がある、むしろ一般病院がとるべきであるとされました。この点に関しては、名大はむしろこれから積極的にイニシヤティブをとるべきだと考えています。

2. 「臨床教育における臨床と教育の統合を考える」

教授技法論の開発経験から

池田輝政教授(名古屋大学高等教育研究センター)

平成15年10月14日開催

池田教授はまず講義・実習のコース・デザイン設計について、先生がホームページで紹介されている「成長するチップス先生」を例にとって話されました。コース・デザイン設計には四つの視点が重要であり、それはカリキュラムの視点(臨床教育のねらいをぜひ実現させる)、学生の視点(医師になりたくてきたものは何割か、教育には時間がかかる、学生に学習の目標をつかませる)、学問の視点(なぜおもしろいか、将来どう役立つかを伝える)、コース開発と改善の視点(プラン、実施、検証のサイクル)であることを述べられました。皆さんはぜひインターネットから「成長するチップス先生」の部屋を訪れてみてください。

福井教授、池田教授ともに、われわれの構想の目標が医師養成だけでなく、コメディカル医療専門職から事務職にまで及んでいることにとまどいを感じておられたようです。しかし、お二人の専門家の話はわれわれの構想実現に十分なインパクトを与えてくださいました。

今後もこの方面の専門家を定期的にお招きして、本構想のブラッシュ・アップに役立てる予定をしております。一方で、本ワーキングでは、共通教育部分(たとえばコミュニケーション、救急救命措置)のコース設計を開始するための実働部隊を既に立ち上げました。皆様方のご協力をお願いすることも多いと思いますが、どうかよろしく願いいたします。

(麻醉科)



病院紹介

1. 高度先進健診を目指して～予防医療部

丹羽 利充

I. はじめに

疾患を予防することは21世紀医療の重要な柱となることが予想されています。予防には一次、二次、三次予防があり、一次予防は健康増進、発症予防、二次予防は病気の早期発見、早期治療、三次予防は病気の進行予防、再発予防であります。予防医療部では、一次予防として禁煙指導、栄養指導、運動指導、肺炎球菌ワクチン接種、インフルエンザワクチン接種、市民公開講座など、二次予防として人間ドック（トータルヘルスチェック）を行っています。人間ドックには基本ドックの他に、脳ドック、若さ度ドック、ダイエット指導ドック、生活習慣病予防ドック、雇用時・定期健診などの各種オプション検査を行っています。これらのドックは半日で済みます。ドックの予約は予防医療部の外来（2F脳外科の奥）で行っていますので電話（2934）して下さい。ドックの詳細については予防医療部のホームページを御覧ください。

<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/yoboiryoo/>

II. 活動状況

1. トータルヘルスチェック（人間ドック）

基本ドックの他に、脳ドック、若さ度ドック、ダイエット指導ドック、生活習慣病予防ドック、雇用時・定期健診、胸部ヘリカルCT、腫瘍マーカーなどの各種オプション検査を用意しています。

2. 栄養指導、運動指導など生活指導

肥満者に対しダイエット指導ドックを通して適正な体重になるように栄養指導を行っています。

3. 市民健康公開講座

平成14年3月31日に『腎臓病の予防と食事療法』という市民公開講座を開催しました。また平成14年11月23日には『生活習慣病の予防のために、血管年齢に注意！』という市民公開講座を開催した。講演内容は、動脈硬化、糖尿病、肺ガン、肺炎の予防についてでした。生活習慣病の予防のために、市民公開講座を今後とも定期的に開催していきたいと考えています。

4. 肺炎予防のための肺炎球菌ワクチン

高齢者（65歳以上）、心臓や呼吸器に慢性疾患のある方、糖尿病の方、腎不全や肝機能障害のある方の肺炎予防に肺炎球菌ワクチンの接種を行っています。肺炎球菌ワクチンの接種は米国では65歳以上の約55%が受けていますが、我が国ではいまだ0.8%です。

5. インフルエンザワクチン

平成15年11月から、成人に対しインフルエンザワクチンの接種を行っています。

6. 禁煙指導外来

たばこをやめたいと思っている方を対象に、たばこの健康への影響、ニコチン依存についての知識を提

供し、ニコチンパッチやニコチンガムなどの禁煙補助剤を利用しながら、禁煙指導を行っています。初回には呼気CO濃度、酸素飽和度、スパイログラムの検査を行っています。

7. 遺伝子多型解析研究

予防医学講座と協力して、基本ドック受診者を対象に、遺伝子多型とドック検査結果との関連を検討しています。希望者に対しては、アルコール感受性多型、たばこ感受性多型、炎症関連多型、高血圧関連多型の計8種類の遺伝子多型を解析しています。

III. 名大トータルヘルスチェック（人間ドック）の特徴

1. 大学病院ならではの高度な検査をオプションとして用意し、高度先進健診を行っています。受診者のニーズに応じてオプション検査を行います。
2. 名大病院の各診療科と密接に連携し、必要な場合には院内の専門医を紹介します。治療にデータがそのまま利用でき、同じ検査を2度する手間が省けます。
3. 医師が診察・問診を丁寧に行い、総合的に診断し、時間をかけてきめ細かい説明・指導を行います。
4. 基本ドック後にはモデル昼食をとりながら栄養士による栄養指導を行います。

IV. 地域予防医療推進ネットワーク

予防医療とは、健康な個人、あるいは管理指導を要する患者に対して疾病発生に関与するリスクファクターの有無と程度を評価し、適切な生活指導を行うことにより疾病の発生と進展を防止する活動をいいます。

一次予防対策には健康人に対する健康教育、栄養指導、生活改善、遺伝相談、定期健診、運動処方などによる健康増進対策と特殊予防対策があります。特殊予防には各種の感染症に対する予防接種と個人衛生、不適正な生活環境の改善、職業性健康障害の防止などです。二次予防対策には、リスクファクター保有者を発見するために健診による早期発見と早期治療があります。

これらの予防対策を地域で強力に推進するために、地域の行政、健診機関、健康増進センター、ボランティア団体との有機的連携システムを構築したいと考えています。

V. おわりに

今後、PETやMSによるガン検診、MDCTによる心臓ドックなどの高度先進健診を行いたいと思っています。また、生活習慣病の遺伝子多型解析によるリスク診断（遺伝子ドック）とそれに基づいた生活指導による予防を計画しており、遺伝カウンセリング体制の準備を行っています。さらに地域予防医療推進ネットワークを構築し、介護予防も含めた地域の予防医療対策を行いたいと考えています。

病院紹介

2. 人工透析室

森田 良樹

今回は透析室の紹介をさせて頂くことになりました。透析室は現在、外来棟地下1階の南にあります。病棟からとにかく遠く不便な場所にあります。ベット移送が必要な患者さんが多いため大変ご迷惑をお掛けしています。2年後に新中診棟が完成しますと6階に代用（人工）臓器として新しく透析室も移転する予定です。透析室は5年前に旧西病棟5階の倉庫を改築工事してベット数3床で始まりました。それまで、透析が必要な患者さんは病室で透析を一時行い、他院へ転院するしかありませんでしたが、院内に透析室を作ってほしいとの多くの先生方の要望もあり、漸く開設されたわけです。当時、専属MEはいなかったため、腎臓内科の伝（つて）に頼み看護師兼MEとして働いて頂いた時期もありました。2年前に、現在の地下1階に移転しベット数6床となりました。そこでは月・水・金の朝から夕方まで血液浄化療法を行っています。現在のスタッフは、常勤看護師（外来兼務）2名、パートME（透析室専属）1名ですが、ME不足のため、高気圧治療部から週2回応援にきてもらっています。

透析室の利用は、入院患者さんを対象とした血液透析、血液濾過、血漿交換、免疫吸着などの血液浄化療法が必要な患者さんです。他院に通院している透析患者さんの手術や検査での入院や術後に腎機能が悪くなって透析が必要となった場合、あるいは肝不全や難治性の疾患のため血漿交換が必要な際には、腎臓内科へご相談頂ければ、ベットの空き具合をみて調整させて頂いています。

透析はあまり一般的に馴染みがないので、透析室での仕事をご説明します。その前に透析療法がどうして必要かご説明しますと、人間の体は生きている限り老廃物が絶えず出ますし、体の水分や電解質の調節を毎日24時間働き続けて尿を作っています。透析の患者さんはほとんど腎臓の機能が無く、尿も1日少量しかでません。その代わりにするのが透析療法で、通常1回の透析は4時間で週3回行いますと何とか正常の腎臓の機能の1割くらいの代わりにすることができます。途中でやめると、尿毒症で死んでしまいますので、やめることができません。また透析療法は、血液を外に出すいわゆる体外循環が必要な治療で、1分間に約200mlの早さで血液をポンプで汲み出す必要があります。途中で少しでも回路が外れたりすると出血したり、空気が入ったりして命取りになる危険性がありますので、絶えずモニタリングが必要なのです。そういう患者さんが、入院して心臓の手術をしたり、腹部のガンの手術をするのですから、腎臓が悪くない方に比べて、手術の成功率が低く、術後の合併症が起こる危険性が高くなります。ですから、透析室を利用する患者さんのほとんどがベット移送か車椅子という重症な方が多いのが特徴です。

透析を始める前に必ず必要なことは、体重を量ることで、体重がどれくらい増えたかをみて体に貯まった余分

な水分を4時間で取り除くわけです。そのため、血圧が80mmHg以下に低下することはよくあるので、透析治療中の細かなバイタルチェックはもちろんのこと、患者さんたちは調子が悪くても透析を受けなければならず、大体入院期間が1～2ヶ月と長いため、そのための看護ケアもスタッフの仕事の一つです。

透析室は院内では外来扱いですが、業務としては完全に一つの病棟としての性格を持っていると考えることができます。

さて、最近の透析室の状況について申し上げますと、とにかくこの1年くらいの間に変化がありました。図にも示しますように、1年前に比べて、透析室利用件数がほぼ倍増しています。1年前には、6ベットを全部利用して何とかやりくりしていましたが、その後、依頼が急増するようになりました。そこで取った策は、腎臓内科の患者さんには透析が必要でも転院して頂いて、他科からの要望に応えるために、それまでの1ベット1人を2人（一人目の透析が終わってからもう一人）にすることでした。それは最初からスタッフの業務終了予定が時間外となることを意味することとなり、開設時の原則から大きく外れることとなりました。透析室スタッフは患者数が多いときには帰宅が8時となることもしばしばで、看護部の理解があつて何とか続けることができます。

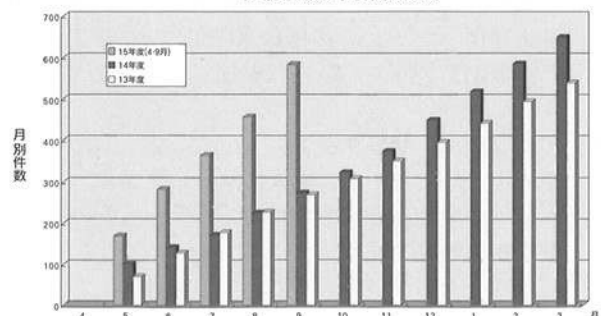
腎臓内科としては、今後も他科からの要望に最大限応え、ベットの空きを待っている患者さんがなるべく早く入院できるようにベットの調整を行っています。スタッフの業務状況は厳しく、リスクマネジメントの面からも少し待って頂かなくてはならないことをご理解頂けたらと思います。

透析室は、2年後の新中診棟完成の際にはベット数10床となります。将来の展望としては、このまま透析件数が増加することが予想されるため、スタッフの看護師、MEともに常勤で増員することを病院に要望しながら、もう少し柔軟に対応できるような体制を取れるよう一歩一歩進んで行きたいと考えています。それまでは、少数派の腎臓内科医師と透析室スタッフで、あまり誰も通らない地下室で熱く仕事をして行きたいと思っています。

今後とも透析室をよろしくお願い致します。

（腎臓内科）

年度別血液浄化件数の推移



病院紹介

3. 医療福祉支援室オープン

平成15年11月4日に医療福祉支援室が業務を開始しました。業務内容は、患者及び家族の方々からの福祉サービスに関すること、患者サービスに関すること、療養上の問題、苦情などを対象とした相談窓口としての役割を持っています。構成員は、医事課、医療社会事業部、看護部、医師の多職種から成り、それぞれの専門性と役割を発揮してチームで相談事業に取り組むことになりました。

これまで、当院では患者及び家族の方々からの相談を受ける場合は、各部、各課において個々に対応しており、組織として統一したものではありませんでした。

従って、同様の相談を個々の判断で処理するため、結果的に相談された患者・家族の方々に適切な対応ができない等のサービスの観点から問題がありました。また、平成15年4月から、診療報酬上の安全対策体制の条件として、患者相談窓口の設置が指定されたこともあり、患者サービスの充実と業務の効率的な運用を図るため、相談機能を持った窓口を一本化することになり準備を重ねてきました。相談機能として部門を越えて活動する必要性は、患者・家族をはじめ地域住民のニーズは多様化しており単に一部門のみの対応では十分に答えられない事が増えていること、また、人々の医療への関心や権利意識が高まり、良質で安全な医療へのニーズの高まりやインフォームドコンセントに関する相談等が増えており、

専門的に患者支援の立場から対応することが要求されているからです。また、病院としても名大病院を利用させていただく方々に満足度の高い医療を提供する上でも効果的に対応してゆく必要があるからです。

医療福祉支援室が十分に役割を果たすことで、患者さんへのより高いサービス提供につながることを目標にしてチームワークよく機能したいと考えています。

(医療福祉支援室)



サンタが病棟にやってきた!!

12月11日(木)、10W(老年科、神経内科)、7E(学童小児)、5W(小児外科)、5E(小児内科)の病棟に、突然現れたトナカイ率いるサンタクロースとパンダ、タヌキの一同に、びっくり顔の患者さんもいました。

サンタクロースから、一人一人にクリスマスカードが手渡されましたが、喜んでいただけましたでしょうか。



(病院長のサンタクロース、看護部長のトナカイ)

患者数等統計資料及び目標値

今回は、平成15年4月、5月、6月、7月、9月、10月分をお知らせします。

(医事課)

1. 入院患者数

※患者数は、在院患者延日数÷退院患者延日数です。
※稼働率は、承認病床 1,035床 に対する割合です。

	15年4月	15年5月	15年6月	15年7月	15年8月	15年9月	15年10月	年度計 (H.15.4～H.15.9)	目標値 (H.15.4～H.16.3)
患者数(人)	25,395	26,636	26,278	27,586	27,294	25,671	26,495	185,355	
稼働率(%)	81.79	83.02	84.63	85.98	85.07	82.68	82.58	83.69	87%以上

2. 外来患者数(大幸医療センター分を含む)

	15年4月	15年5月	15年6月	15年7月	15年8月	15年9月	15年10月	年度計 (H.15.4～H.15.9)	目標値 (H.15.4～H.16.3)
患者数(人)	42,649	43,135	42,491	47,153	43,880	43,084	44,882	307,274	521,600人程度
一日平均(人)	2,031	2,054	2,023	2,143	2,090	2,154	2,040	2,076	2,130人程度

3. 平均在院日数(直近3ヶ月)

※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

	15年4月	15年5月	15年6月	15年7月	15年8月	15年9月	15年10月	年度計 (H.15.4～H.15.9)	目標値 (H.15.4～H.16.3)
日数(日)	23.48	22.82	22.50	22.50	21.80	21.40	20.90	—	25日以内

4. 紹介率の状況

※紹介率(医療法上)には、(診療報酬上)10名刺、電話等が含まれています。
※診療報酬上では、50%以上となれば保険点数 150点→250点の算定ができます。

	15年4月	15年5月	15年6月	15年7月	15年8月	15年9月	15年10月	年度計 (H.15.4～H.15.9)	目標値 (H.15.4～H.16.3)
紹介率(診療報酬上)(%)	47	47	49	49	48	47	48	48	50%以上
紹介率(医療法上)(%)	60	58	60	61	59	59	59	59	60%以上

5. 救急患者取扱患者数

	15年4月	15年5月	15年6月	15年7月	15年8月	15年9月	15年10月	年度計 (H.15.4～H.15.9)	目標値 (H.15.4～H.16.3)
患者数(人)	600	675	753	709	743	682	749	4,911	—

人 事 異 動

次のとおり人事異動をお知らせします。

(総務課)

発令月日	所 属	職 名	区 分	氏 名	備 考
	診療科等				
15. 7. 1	遺伝子・再生医療センター	助手	採用	夏目 敦 至	医員から
15. 7. 1	周産母子センター	助手	採用	三井 崇	医員から
15. 7. 1	眼 科	講師	昇任	伊藤 逸 毅	部内昇任
15. 7. 1	眼 科	助手	採用	米 今 敬 一	医員から
15. 7. 1	歯科口腔外科	講師	転出	重 富 俊 雄	国立名古屋病院へ
15. 7. 1	泌尿器科	助手	配置換	山 本 徳 則	研究科助手へ
15. 7. 1	血液内科	講師	昇任	恵 美 宣 彦	研究科助教授へ
15. 7.16	血液内科	講師	昇任	木 下 朝 博	部内昇任
15. 7.16	血液内科	助手	採用	今 泉 和 良	客員研究者から
15. 7.16	歯科口腔外科	講師	昇任	光 藤 健 司	研究科助手から
15. 7.31	親と子どもの心療部	助 教 授	辞 職	市 田 勝	名古屋掖済会病院へ
15. 8. 1	在宅管理医療部	講師	昇任	中 井 滋	部内昇任
15. 8.16	移植外科	助手	転任	尾 池 文 隆	京都大学から
15. 8.16	脳神経外科	講師	昇任	齋 藤 清	研究科助教授へ
15. 8.16	脳神経外科	講師	昇任	永 谷 哲 也	部内昇任
15. 8.16	脳神経外科	助手	配置換	原 政 人	研究科助手から
15. 9. 1	消化器外科一	講師	昇任	椰 野 正 人	研究科助教授へ
15. 9. 1	消化器外科一	講師	昇任	湯 浅 典 博	部内昇任
15. 9. 1	消化器外科一	助手	採用	江 畑 智 希	県立静岡がんセンターから
15.10. 1	光学医療診療部	講師	昇任	廣 岡 芳 樹	部内昇任
15.10. 1	親と子どもの心療部	助 教 授	配置換	橋 本 大 彦	研究科助教授から
15.10.15	胸部外科	講師	辞 職	秋 田 利 明	社会保険中京病院へ
15.10.16	胸部外科	助手	配置換	森 正 一	研究科助手から
	事務部				
15. 7. 1	管理課経理掛	掛 長	転 出	犬 飼 伸 宏	名古屋工業大学へ
15. 7. 1	管理課経理掛	掛 長	転 入	田 中 暢 彦	名古屋工業大学から
15. 7.31	管理課機械掛	掛 長	辞 職	鈴 木 雅 人	
15. 8. 1	管 理 課	課 長 補 佐	併 任	山 本 光 男	管理課機械掛長
15. 9.30	医 事 課	課 長	辞 職	橋 本 常 七	
15.10. 1	医 事 課	課 長	転 入	野 田 秀 男	大阪大学から
15.10. 1	管理課機械掛	主 任	転 入	鈴 木 律 文	富山大学から
15.10.18	内科系事務室	主 任	死 亡	村 瀬 克 子	

編集後記

「税財政改革」「補助金の地方への移譲」「年金改革」等々、来年度予算の編成に関連し政治的議論に忙しい。日本の財政赤字が、中央政府と地方自治体あわせて約700兆円になり、大学に対しても法人化を機会に全体の予算は削減されていく方向だ。10年前に名大医学部の技官として採用されたある人は、「当時医学部に30人いた技官は今20人。今後10年で定年になる人が10人いてこのままだと10年後には10人になる」という。予算の関係で後任の補充がなされてこなかったのであるが、技官の中には、病院と深く係わる仕事をしている人もいる。法人化後の大学への運営交付金はどう決められるのか、はっきりしたことは現時点でもわかっていない。このような時代にあっては、組織の指導者として「強いリーダーシップ」が求められている。しかし、平野眞一氏が、名大の次期総長に決定したことを報じた新聞で、氏が「これからの指導者は強いリーダーシップも大事だが、幅広い度量と忍耐はもっと大事」と述べていることに注目したい。ひらたくいえば、「こんな時だからこそ、皆の意見をじっとよく聞く」ということが含まれているように思われる。安藤先生の「いい病院」をめざしての記事、「いい病院」にするには患者さんやスタッフの意見を「じっとよく聞く」ことが基になることを肝に銘じたい。

(中島 務)

かわらばん編集委員会

顧問	大島病院長	佐藤事務部長
アドバイザー	松尾 清一	
委員長	山内 一信	
委員	中島 務	池田 充
	野田 幸裕	鈴木三栄子
	永家美登理	藤井 勉
	野々村哲男	川瀬 隆夫
	森田 洋子	永家 清考
	中西 達公	

No.50

2004年1月15日

かわらばん編集委員会

医学部・医学系研究科総務課

TEL 741-2111

(内線 5391)