

アンケート集計結果 (アンケート回収率 = 27 / 27)

第7回全国国立大学病院集中治療部協議会 (1992-3-6) にて報告

1. 集中治療部ベッド数・看護婦数・年間収容患者数とその内訳

集中治療部ベッド数

4床	5	6	7	8	10	12
7施設	6	8	1	2	2	1

看護婦数

-15名	16-20	21-25	26-30	31-
7施設	12	2	3	3

年間収容患者数

-199名	-299	-399	-499	500-
4施設	8	6	4	4

外科系患者の内の心臓外科患者の割合

なし	-24%	25-49%	50-90%
1施設	5	9	11

「救急」患者の割合

外科系患者

内科系患者

なし	-19%	20-50%	-50%	50-74%	75%-	-9%	10-24%	25-50%
5施設	14	8	3	9	14	11	11	4

☆病院全体の1%を越えるベッド数を持つのは1施設のみ

☆看護婦数26名以上の施設はすべて救急部と合同運営

2. 集中治療部勤務医について。専従医と他科からの出向医についてお答えください。

専従医数

出向医数

合計

-3名	4-6	7-	-3	4-6	7-	-4	5-9	10-14	15-
11施設	9	7	16	9	7	6	8	9	4

3. 集中治療部創設以来の歴代の実務現場責任者について

① 現在の実務現場責任者について

卒業年度

実務現場責任者の平均当直回数

-44年度	45-49	50-54	55-
7名	9	10	1

なし	-3回/月	4-6回	8回
2	5	18	1

☆実務責任者で麻酔業務も行っているもの ----- 13名

② 過去の実務現場責任者の行き先について

- a. 麻酔科教授 ----- 10名  
(麻酔科と一体となった集中治療部から麻酔科教授へ 7名)
- b. 麻酔科以外の教授 ----- 1名 (総合診療部)
- c. 麻酔科助教授または講師として集中治療部から離れる ----- 5名  
(麻酔科と一体となった集中治療部から麻酔科教官へ 4名)
- d. 市中病院麻酔科医長 ----- 5名
- e. 他大学集中治療部助教授 ----- 1名
- f. 手術部助教授 ----- 1名

#### 4. 集中治療部スタッフを集める、育成する段階での問題点と解決策

##### 【問題点】

- ① 人員が少ない（11施設からの意見）
  - ☆ 麻酔科の業務が忙しくてICUまで手がまわらない
  - ☆ 過労働になるので集まらない。長続きしない
  - ☆ 人員が少なく診療上のイニシアチブがとれないので仕事に魅力がない
  - ☆ ポストが少ないので集められない
- ② 育成に2～3年は必要であるのに、ローテーションするものはあるが定着しない
  - ☆ 人事が麻酔科と交錯して長期間ICUで勤務できない
  - ☆ 人事権がない
  - ☆ パイオニア精神のあるものが少ない
- ③ 患者数が少なく、変動もあるので研修の実があがらない
  - ☆ 研究室がない
- ④ 専門医としての地位が未だ確立していない
  - ☆ 主治医との関係がたいへん
- ⑤ 関連病院などに集中治療専門医としての受け皿（出張先、就職先）がない
  - ☆ 収入を得るのに他病院での麻酔業務（バイト）に頼っている
- ⑥ その他
  - ☆ すべての点で中途半端
  - ☆ 特定の講座に頼らざるを得ない。

##### 【解決策など】

- ☆ 麻酔・手術部・救急部などと合同しているので人員に問題はない
- ☆ 定員をふやすしかない
- ☆ ベッド・看護婦数をふやす
- ☆ 麻酔科とのローテーションをもっとうまくやる

#### 5. 集中治療部と麻酔科の関係について

- a. 集中治療部は麻酔科の一部でスタッフは共通 ----- 1 2 施設
  - ☆ スタッフは集中治療をやる麻酔科医である
  - ☆ 将来は分離すべきである
  - ☆ 麻酔科と一体になっているので人員面では効率的である
- b. 互いに独立しているが、麻酔科とはスタッフの交流または支援がある ---- 1 1
- c. 全く独立している ----- 2
  - ☆ 集中治療は麻酔の片手間にできるものではない
- d. その他 ----- 2

6. 集中治療部と救急部の関係について。また、将来はどんな形にすべきでしょうか。

【現在】

- a. 合同または共同運営している ----- 19 施設
- b. 分離・独立している ----- 4
- c. 救急部がない ----- 2

【将来】

- a. 合同した方が効率的である ----- 9 施設
  - ☆国立大学では共同にした方が効率的である
  - ☆医師・看護婦ともに少ない地方大学では別々とするのは現実的でない
- b. 分離すべきである ----- 4 施設
  - ☆救急は患者の振り分け、集中治療部は治療部門で本質的に違うものである
  - ☆救急は外科的処置、集中治療はorgan support
  - ☆大学病院に救急はなじまない

7. 集中治療医学は救急医学とは別のひとつの学問体系として成立するものでしょうか

- a. 独自の学問体系として成立しうるものである ----- 9 施設
- b. 成立することを期待している、または、すべきである ----- 2
  - ☆集中治療医学とは重症患者管理学、重症病態学である
  - ☆救急医学とは別、救急医学はprimary care medicineであり集中治療医学はadvanced care medicineである ----- (6)
- c. 成立しない ----- 2
  - ☆治療法の開発は学問ではない
- d. 解答がまとまらない、模索中 ----- 2

8. 収容患者の治療方針の決定についての各科との関係について

- ①集中治療部医師がすべての決定を行う --- 2 施設 (満足 2)
- ②受持科医師がすべて決定 ----- 3 (不満 2)
- ③特定の科のみ受持科医師が決定 ----- 6 (不満だが人員不足でやむなし 3)
- ④すべて相談で決定 ----- 14 (満足 11)
  - ☆互いの信頼関係が大切である
  - ☆互いの関係がよい科が患者を送ってくる
  - ☆心臓外科などは独自の施設を作ろうとしている

9. 研究面について

過去一年間の誌上発表論文数

研究費は十分か？

0-4編	5-9	10-19	20-29	30-
8 施設	7	6	2	2

不十分	十分	ない	無回答
16 施設	3	2	6

文責 大阪大学 妙中信之、名古屋大学 武澤 純  
 (東北大学 松川 周先生、広島大学 大谷美奈子先生にご協力をいただきました)

アソケ一ト月紙

大学栗中治療部	部長氏名
副部長氏名	
現場実務責任者	アソケ一ト記入者

各質問について解答が困難な場合はその旨お書きください。別にご意見がある場合は空欄に自由にお書きください。別紙を添付していただいても結構です。

1. 先生が勤務されている栗中治療部について次の表を埋めてください。

- 大学病院全体のベッド数 ( )
- 栗中治療部ベッド数 ( )、年平均ベッド稼働率 ( % )
- 看護婦数 ( )
- 1日勤務者数(平日) (日勤= 名、準夜= 名、深夜= 名)
- 専従医師数 ( )
- 年間収容患者数 ( )
- 患者内訳(だいたい)の%でお答えください
  - ①救急医学 ( % )
  - ②外科 ( % )
    - 心臓血管外科 ( %……外科のうちの□□%)
    - 肺縦隔外科 ( % ) 食道 ( % )
    - 肝・胆・脾 ( % ) その他の成人消化器外科 ( % )
    - 小児外科 ( % ) 泌尿器科 ( % )
    - 整形外科 ( % ) 脳神経外科 ( % )
    - その他の外科 ( % )
  - ③内科 ( % )
    - 循環器 ( %……内科のうちの□□%)
    - 呼吸器 ( % )
    - 血液疾患 ( %……肺炎をきたした場合はこちらにいれる)
    - 膠原病 ( %……)
    - その他 ( % )

2. 現在働いておられる医師についてお答えください

専従医、他科からの出向医などについて次の一覧表を埋めてください

(身分=栗中治療部助手・麻酔科研修医などとお書きください。出身科=栗中治療部に来られる前の科。勤務年数=栗中治療部勤務年数。行き先=今後の行き先が明確になっている場合はお書きください)

①専従医

No.	氏名	卒業年度	身分	出身科	勤務年数	行き先
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

②出向医

No.	氏名	卒業年度	身分	出身科	勤務年数	行き先
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

③専従医と出向医の診療面での関係についてお書きください。

3. 集中治療部開設以来の歴代の“チーフ＝実務現場責任者”について同様の表を埋めてください。一番最後に現在の“チーフ”のことも書きください。(身分＝集中治療部在任中の身分をお書きください。勤務年数＝集中治療部勤務年数。行き先＝他大学麻酔科教授、公立病院麻酔科医長、開業などとお書きください)

No. 氏名 卒業年度 身分 出身科 勤務年数 行き先

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

\*チーフの当直体制(月平均の回数も含む)、集中治療部での拘束時間、麻酔との労力配分についてお書きください。また、他のスタッフの当直体制についてもお書きください。

4. 集中治療部スタッフを築める、あるいは、育成していく段階での問題点(あるいは不満な点)についてお書きください。問題点発生の理由は何でしょうか。また、どのような解決していくべきでしょうか。

5. 麻酔科と集中治療部との関係についてお伺いします。「集中治療部は麻酔科の一部でありスタッフは共通である」、「集中治療部と麻酔科とは互いに独立しているがスタッフの交流がある」など、現状について具体的に書きください。また、そのことに関連して問題点があればお書きください。

6. 先生の所では集中治療部と救急部とは現在どんな関係で運営されているでしょうか。一般論として、将来的には救急部と集中治療部は共同運営のような形にしていけるでしょうか。それとも、分離すべきでしょうか。

7. 「集中治療医学」についてお聞きします。「集中治療医学」の将来像とはどんなものでしょうか。たとえば、ひとつの学問体系として、あるいは、救急医学とは別の学問体系として成立し得るのでしょうか。

8. 集中治療部収容患者の治療方針や治療の実態についてお伺いします。特に、収容患者の治療方針の決定に関してですが、もともとの受持科と集中治療部との関係は次の1～5のどれに相当しますか? ○を付けてください。

1. 集中治療部医師がすべての決定を行う(＝受持科は集中治療部にまかせきりになっている)。

2. 受持科医師がすべての決定を行う(＝集中治療部のベッドを受持科に貸す形で、集中治療部医師はほとんど治療に参画しない)。

3. 特定の科の場合は受持科がすべての決定を行っているが、他の科からの患者の場合は集中治療部医師がすべての決定を行っている。

この場合、特定の科とは……( )

4. 集中治療部医師と受持科医師との話し合いですべてが決定される。

5. その他( )

\*このことに関して満足しておられますか。その他、何かご意見があればお書きください。

9. 研究面についてお伺いします。次の空欄を埋めてください。集中治療部全体のことです。

①第18回日本集中治療医学会総会(本年2月、東京)での演題発表数は  
シンポジウム・パネルディスカッションなど( ) 題)

特別講演・教育講演など( ) 題)、一般演題( ) 題)

その他

②最近1年における外国学会での演題発表数( ) 題)

③1990年の発表論文数(英文 編、日本語 編)

総説( ) 編)、原著( ) 編)、症例報告( ) 編)、著書( ) 編)

その他( ) 編)

④研究費について最近1年間のことを概算でお書きください。

校費( ) 円)

委任経理金( ) 円)

文部省科学研究費補助金( ) 円)

厚生省からの研究費( ) 円)

その他( )

⑤研究費は十分ですか? 研究費についてご意見があればお書きください

10. 集中治療部の収支(運営予算と保険収入などのことです)についてわかる範囲でお書きください。

## アンケートのSummaryと問題点

アンケート回収率は、集中治療部がないとの理由で未記入のままアンケートそのものが帰ってきた施設が1つあったのを除くと、100% (27 / 27)であった。また、内容も熱心なコメントが書かれたものが多く、関心がきわめて高いことが感じられた。ご協力をいただいた方々には深く感謝したい。

集計結果の全体を見渡すと数の上で矛盾が生ずるところがあるが、質問の内容が十分には明確でなく解釈が記入者ごとに異なってしまった部分があるのが一因である。特に数に関する部分では、集計者の独断的判断をなるべく排除した形で数値そのものを集計するよう努力した。以下に集計者の「考察」を述べる。

ベッド数は4～6床のところが多で、病院全体の1%を越えるベッドを持つのは1施設のみであった。看護婦数は16～20名の施設が多いが、26名以上の看護婦を持つ6施設はすべて救急部と合同運営しているところであった。

患者の内訳は、「救急」患者を扱わない施設が5、19%未満であるところが14、20～50%である施設が8施設あった。内科系患者より外科系患者を收容する施設が大部分であった。(設問1)

専従医数は3名以下である施設が11あった。7名以上である施設が7つあり、大学によって人員に関する事情は異なるようであった。ただし、この部分の質問の仕方が悪かったためか、「専従医」の項に記載された人数は真に集中治療部に専従しているもののみでなく、麻酔科と兼務である者をも含めた人数が記載されていると考えられる施設があった。それは、次項に述べられた「実務責任者で麻酔業務も行っているものが13名ある」ことから明かである。また、「集中治療部は麻酔科の一部でスタッフは共通」とする施設も多い。したがって、ここに記載されている人数は麻酔科スタッフをも含めたものとなっている施設がかなりあり、実際の専従者はもっと少ないと考えられる。(設問2)

実務現場責任者は昭和49年以前の卒業者が16名で、その年齢は42～3歳から50歳以上である。この人たちの一カ月の当直回数は4～6回との回答が最も多く、集中治療部は人数が少なく、激務でもあることが裏づけられている。実務現場責任者の半数が麻酔業務も兼ねて行っていることは前述した通りである。

過去の実務現場責任者の行き先は麻酔科関係がほとんどであったが、麻酔科と集中治療部が共同運営になっている施設が多いことがその一因であろう。集中治療部実務現場責任者が今後の身の振り方を考えるなら、麻酔科領域が第一となるのが現状のようである。しかし、集中治療部の将来を考えるなら、集中治療に従

事する専門医としてそのまま昇格したり就職したりできるポジションが確保されるのが理想であると考える。（設問3）

「集中治療部は麻酔科の一部でスタッフは共通である」とした施設が12、「一応独立しているがスタッフの交流または支援がある」施設が11あり、明確に独立した集中治療部は2施設しかなかった。前問と共通の部分があるが、現時点においてはいろいろな意味において麻酔科と切り離して考えることのできる集中治療部はきわめて限られた施設のみであるといえる。（設問5）

救急部と合同運営している施設が19あった。医師・看護婦などの人員面、設備や医療機器の効率的利用の面からそうなっているのが現状であると考えられるが、「その方が効率的である」とする意見を持つものが多かった。「分離すべきである」との意見もあるが、その理由には「救急医学と集中治療医学は本質的に違うものだ」というものが多かった。（設問6）

ここまでみて来ると、大学の置かれた状況や背景が施設により大きく異なっており、集中治療部はそれに応じた形でさまざまな運営のされ方をしており、全体として画一化したものとしてみることには無理があるように思われる。したがって、画一化した「要求」などを生み出すのにも困難が伴うかもしれない。

「集中治療医学が救急医学とは別の学問体系として成立する」、または「それを期待している」とするものが回答のあったものの中では多くを占めたが、「成立しない」とするものもあり、「治療法の開発は学問ではない」とする意見もあった。集中治療医学が独自の学問体系のひとつとして存在し得るならば、これを大きなしっかりしたものに育てあげて行く価値があるし、また、そうしなければならないと考える。（設問7）

収容患者の治療方針の決定については25施設から回答があった。「受持科が方針の決定権を多少なりとも持っている」施設が9施設あり、これに、「相談の上決定してはいるが不満が残る」とした3施設を合わせると12施設となり、半数が患者の治療方針決定に関して集中治療部の自主性や独自性について不満を持っていることになる。そのようなことになる理由のひとつは、「人員が少なくイニシアチブをとり得ない」ことにある。「信頼関係が大切である」「信頼してくれる科が患者を送って来る」というような記載もみられたが、「信頼を得る」ことは集中治療部の存亡に関わる大事であると考える。後に述べる「集中治療部スタッフを育成する上の問題点」と深く関わってくることでもある。（設問8）

発表論文数は施設によりずいぶん差が認められた。「研究費が少ない」と答えたものが多かった。「研究をしている余裕はない」とする回答もあった。すなわち、「スタッフが少ない→イニシアチブがとれない、激務となる、研究ができない→やりがいがない→人が集まらない」といった悪循環が形成されている施設がかなりあることが問題である。一方で、論文が多く出るようなところはスタッフの数も多く、研究費も十分あるとの回答がみられた。

集中治療部スタッフ育成に関する問題点には多くの施設から熱心なコメントが得られた。「麻酔科の業務が忙しくICUまで手がまわらない」「過労働になるので集まらないし、長続きしない」「人員が少なく診療上のイニシアチブがとれないので仕事に魅力がない」など、人員が少ないことに関連した意見が多くみられた。「定員増」は今後とも要求を続けて行かなければならない点である。

しかし、「人事が麻酔科と交錯して長期間ICUにとどまれない」「人事権がない」などという意見もある。これらを逆に解釈すると「麻酔科の協力があればICUにとどまれる」ととることもできる。「麻酔・手術部・救急部と合同運営しているので人員に問題はない」という回答もあった。「定員増」は限りなく時間がかかることである。ここまで調べて、集中治療部運営の実態は、大学ごとにさまざまな背景があるために大学ごとに大きく異なっていることがわかった。当面、人員に関する問題点を解決するためには、その施設に即した最大限の努力を自らが行っていくことが重要であると考える。麻酔科とともに運営されている集中治療部では、なんとか麻酔科に協力していただいて「がまんして集中治療部を育ててもらう」こともひとつの方法であるといえる。

「専門医としての地位が確立していない」「主治医との関係がたいへん」「研究室がない」「関連病院の中に集中治療専門医としての受け皿（就職先）がない」なども大きな問題点である。最も大切なことは、専門医としての真の実力を持った者を多く育成して初めて実質的な地位が固まるのだという点だと考える。「悪循環」を断ち切るための努力が必要である。（設問4）

今回のアンケートでわかったことをまとめると次のごとくとなる。

- ① アンケート回収率は100%であり、関心が高かった
- ② 病院全体の1%を越えるベッドを持つのは1施設のみであった
- ③ 集中治療部実務現場責任者は月に4～6回の当直を行っている
- ④ 実務現場責任者の半数は麻酔業務も兼ねて行っている
- ⑤ 過去の実務現場責任者の行き先は麻酔科関係がほとんどであった
- ⑥ 麻酔科と完全に切り離すことのできる集中治療部は現時点では非常に少ない
- ⑦ 救急部との合同運営をしている施設が19施設あった



- ⑧ 大学の置かれた状況や背景が施設により大きく異なり、集中治療部はそれに  
応じた形でさまざまな運営のされ方をしている
- ⑨ 集中治療医学は独自の学問体系として成立すると考えるものが多いが、無理だ  
とする意見もあった
- ⑩ 診療上のイニシアチブがとれていない施設が約半数あり、それが不満やスタッ  
フを集められない理由のひとつとなっている
- ⑪ スタッフが少ないことを中心とした「悪循環」が形成されている
- ⑫ スタッフ育成についての問題点に関するコメントが多くの施設から集まった
- ⑬ 専門医としての地位が確立していないとする意見があった
- ⑭ 研究費が少ない。また、研究室がないとの不満もみられた

これを集中治療部が抱える問題点としてまとめると次のごとくであると考える。

- A. スタッフが少ないことにどう対処していくか
- B. 集中治療部の診療上の自主性や独自性をどうして確保していくか
- C. 集中治療を志すものの「就職先」をどのように確保するか
- D. 麻酔科との関係をどのように発展させていくか
- E. 救急部との関係はどうか
- F. 集中治療専門医としての地位を確立・確保するにはいかにすべきか
- G. 集中治療医学を発展させるための研究はいかに行うべきか

以上、アンケート集計結果に集計者の考察を加えて報告する。協議会での議論の参考となれば幸いである。

大阪大学 妙中信之、名古屋大学 武澤 純  
(東北大学 松川 周先生、広島大学 大谷美奈子  
先生にもご意見をいただいた)