

第14回
国立大学病院集中治療部協議会
議事録

平成11年1月22日（金）

広島大学医学部附属病院

I. 会議日程

II. 出席者名簿

III. 議 題

(1) 特別議題

- ① 集中治療部設置のためのガイドラインの策定について
- ② 全国国立大学集中治療部機能評価に関して
- ③ 国立大学病院運営改善の方策について

(2) 各大学からの提出議題

1) 一般議題

- ① 集中治療医学の教育プログラムに関して
- ② 臨床研修医の受け入れについて
- ③ 集中治療部スタッフの充実について
- ④ 集中治療部への臨床工学技士の定員化について
- ⑤ 看護婦の増員と近代化予算の配備について
- ⑥ 高次集中治療部に勤務する看護職員に対する調整額の支給について
- ⑦ 緊急時応援技士の自宅待機費、時間外出勤に関して
- ⑧ 集中治療部における経営改善対策について

2) 国立大学医学部附属病院長会議への上程議題

- ① 教官、看護婦の増員及び臨床工学技士の配置について
- ② 設備更新費の予算化について

(3) 次期当番大学選出について

(4) その他

IV. 参考資料

(1) 協議会規約

I. 会 議 日 程

1. 期 日 : 平成11年 1 月22日 (金)
2. 場 所 : 広島大学附属病院外来棟 3 階大会議室
広島県広島市南区霞 1 丁目 2 番 3 号
TEL 082-257-5555 FAX 082-257-5087

3. 日 程

受 付 13:00～

開 会 13:30～

当番大学病院長挨拶

文部省挨拶

議 事

(1) 特別議題

- ① 集中治療部設置のためのガイドラインの策定について
(大阪大学、浜松医科大学、香川医科大学)
- ② 全国国立大学集中治療部機能評価に関して (名古屋大学)
- ③ 国立大学病院運営改善の方策について (広島大学、香川医科大学)

(2) 各大学からの提出議題

1) 一般議題

- ① 集中治療医学の教育プログラムに関して (名古屋大学)
- ② 臨床研修医の受け入れについて (長崎大学)
- ③ 集中治療部スタッフの充実について (弘前大学、高知医科大学)
- ④ 集中治療部への臨床工学技士の定員化について (群馬大学、信州大学)
- ⑤ 看護婦の増員と近代化予算の配備について (鳥取大学)
- ⑥ 高次集中治療部に勤務する看護職員に対する調整額の支給について
(鳥取大学)
- ⑦ 緊急時応援技士の自宅待機費、時間外出勤に関して (名古屋大学)
- ⑧ 集中治療部における経営改善対策について (山口大学)

2) 国立大学医学部附属病院長会議への上程議題

- ① 教官、看護婦の増員及び臨床工学技士の配置について
(千葉大学、山口大学、長崎大学、熊本大学)
- ② 設備更新費の予算化について (長崎大学)

(3) 次期当番大学選出について

(4) その他

閉 会 17:00

Ⅱ. 出席者名簿

文部省高等教育局医学教育課大学病院指導室 | 櫛山 博 | 医学教育課課長補佐

大学名	職名	氏名	大学名	職名	氏名
北海道大学	副部長	丸藤 哲	神戸大学	副部長	前川 信博
弘前大学	副部長	坪 敏仁	鳥取大学	副部長	齋藤 憲輝
東北大学	部長	橋本 保彦	島根医科大学	副部長	山森 祐治
	副部長	松川 周	岡山大学	部長	平川 方久
秋田大学	副部長	田中 博之	山口大学	部長	前川 剛志
山形大学	部長	堀川 秀男	徳島大学	部長	大下 修造
	副部長	星 光	香川医科大学	部長	小栗 顯二
筑波大学	講師	水谷 太郎		副部長	相引 眞幸
群馬大学	部長	後藤 文夫	愛媛大学	部長	新井 達潤
	副部長	國元 文生		副部長	土手 健太郎
千葉大学	部長	平澤 博之	高知医科大学	副部長	神原 哲也
東京大学	助手	鈴木 聡	九州大学	部長	名和田 新
東京医科歯科大学	部長	今井 孝祐		副部長	谷山 卓郎
新潟大学	副部長	佐藤 一範	佐賀医科大学	部長	十時 忠秀
富山医科薬科大学	副部長	山崎 光章		講師	北川 範仁
金沢大学	部長	小林 勉	長崎大学	部長	矢野 捷介
福井医科大学	副部長	藤林 哲男		副部長	長谷場 純敬
山梨医科大学	部長	中澤 眞平	熊本大学	副部長	久木田 一朗
信州大学	副部長	寺田 克	大分医科大学	部長	野口 隆之
岐阜大学	副部長	赤松 繁	宮崎医科大学	部長	高橋 眞弓
浜松医科大学	副部長	土井 松幸	鹿児島大学	部長	吉村 望
名古屋大学	部長	武澤 純	琉球大学	部長	奥田 佳朗
	副部長	高橋 英夫		副部長	伊波 寛
三重大学	助手	矢津 卓宏	広島大学	部長	大谷 美奈子
滋賀医科大学	部長	野坂 修一		副部長	岡林 清司
京都大学	副部長	足立 健彦		講師	山野上 敬夫
大阪大学	部長	吉矢 生人			
	副部長	妙中 信之			

★大谷部長

それではただいまから、第14回国立大学病院集中治療部協議会を始めさせていただきたいと思っております。本日は文部省から文部省高等教育局医学教育課大学病院指導室榎山博医学教育課課長補佐にご出席いただいております。私は、本日の議事進行を務めさせていただきます広島大学医学部附属病院集中治療部長の大谷でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

開会にあたりまして、当番病院であります広島大学医学部附属病院長がご挨拶するところですが、所用のため出席できませんので、前病院長現松浦医学部長からご挨拶を申し上げます。松浦先生よろしく願いいたします。

★広島大学 松浦医学部長

皆さん、遠い所から多くの方々のご参加をいただきましてまず御礼を申し上げます。只今も紹介いただきましたように、今回本来ならば本席には病院長が参りまして、ご挨拶申し上げるところでございますが、学会等のことでちょっと席をはずしております。皆様ご存知のように、いわゆる学部長と病院長というのは、夫婦のようなものでございますので、その片割れが代わりにご挨拶を申し上げたいと思っております。

この度、第14回の国立大学の病院集中治療部協議会を広島大学で、お世話させていただきますことを大谷教授ともども光栄に存じておりますし、また、当広島大学へお越しいただきましたことを歓迎申し上げます。いろいろな意味で、殊に近年の激しい社会情勢、医療情勢の中で、様々な問題が生じ、また、浮き彫りにされつつあるところであります。

今回は例年と多少異なりまして、ご協議いただく中に特別議題が取り上げられておりますように、集中治療部新設のためのガイドラインの策定、あるいは集中治療部の機能評価、大学病院の運営改善がまず取り上げられてございます。さらには一般議題といたしまして、8つの議題が挙げられておりますが、要は集中治療学の教育、学生・研修医、その他の医療職を含めての集中治療学の教育に関する問題、及び臨床工学技士、看護婦などのスタッフの整備、時間外、あるいは自宅待機などの献身に対する評価の矛盾及び経営改善対策にならうかと思えます。これらの問題は他の学問などでは質的にも、あるいは量的にも理解ないし想像もできないことでありましょう。その証拠に、おそらくこれらの課題は、長年に渡りましてこのような席で取り上げられてきたものと考えられるからであります。

さて、大学の起源をちょっと考えてみますと、一説によりますと、僧侶たちが一堂に会し宗教学あるいは、哲学を修める場として、大学は発祥したものとされておりまして。一方、病院あるいは医療を中心とするものは、西欧におきましては、教会などの隅と言いますか裏あたり、すなわち付属の場所で病める人たちを手当てするという形で、発祥しているわけでありまして。すなわち、文学部にしろ法学部にしろ教育学部にしろ、大学におきましては学問の方法論といたしまして、そういった学部では、教官にしろ学生にしろ大なり小なり守られた形で、すなわち社会のミニチュア版あるいはシュミレーションモデルとして捉えまして、卒業後初めて現業の場に巣立つという形である学問に対しまして、医学は現業の場そのものであります。すなわち、教官にしろ学生にしろ、患者

さんに実際に、しかも最先端の場に立ち接しているわけであります。そこで、私たち医療人は、人間の命、あるいは尊厳に関わるといった医療職、天職という麻薬的美名に酔いまして、ことに集中治療部などでは、我が身を削りながらみなさんが頑張っているところであります。そういった特殊性は先にも申しましたように、ミニチュア版あるいはシュミレーションモデルを用いた学問体系を取っている筋には、到底理解いただけないものというわけであります。

この度のご協議されます事項が、病院長会議の方にも取り上げられていくというふうになっているところがございます。また、本日もご多忙の中、文部省の方からもご参加いただいておりますが、変に理解されても私の本意ではございませんが、先に申しましたように、いろいろなことを要求することもさることながら、まずその筋に、こういった現状をご理解いただけない限り、今の協議などは泡と消えてしまいかねないと、私個人はこれまでのいろいろな会に参加いたしました関係で、懸念しているようなわけがございます。

本協議会におかれましては、活発なご討論をいただき、実りある広島での会合であることをご祈念いたしましてご挨拶とさせていただきます。ご静聴どうもありがとうございました。

★大谷部長

ありがとうございました。それでは続きまして、お忙しい中をお越しいただきました文部省の榎山課長補佐からご挨拶をいただきます。よろしくお祈りいたします。

★文部省 榎山課長補佐

文部省医学教育課の課長補佐をしております榎山と申します。仕事は大学病院の関係を全部何でもやっている、雑用係みたいな感じもありますけれど、肩書がもう一つありまして、併任になっておりますけれども、エイズ・感染症医療専門官というのを拝命しております。一昨年の平成9年の4月に、文部省に来まして、それまでは東大病院の管理課長とか、その前が京都の管理課長とか、その前は香川医大にありまして、病院の関係をずっと携わっております。本日はいろんな意見を聞かせていただきまして、私の方からの説明も、後で時間がとってあるようですので、そこで説明させていただきます。みなさんの意見もいろいろ聞かせていただいて、これから大学病院をどういうふうに進めていくかという参考にさせていただきたいと思っておりますのでよろしくお祈りいたします。

★大谷部長

ありがとうございました。それでは本日陪席させていただいております事務の方々をご紹介させていただきます。まず齋藤事務部長、波野事務部次長、谷口総務課長、中山管理課長、染井総務課長補佐、竹原医事課長補佐です。

それではお手元の資料に基づきまして議事を進めて参りますが、本日は何分、短時間に大変盛り沢山の議論をする予定にしております。どうぞ議事進行にご協力いただきますようお願いいたします。なお議事録作成上、発言される際にはマイクを使用させていただきまして、大学名、氏名を告げながら発言してください。

それでは議事に入ります前に文部省の榎山課長補佐から、お手元に配布されております文部省の配布資料に基づきまして、ご説明をいただければと思います。よろしくお祈りいたします。

★文部省 櫛山課長補佐

それでは資料もありますけれども、今の大学病院の状況というのが、特に平成9年ぐらいから、民営化とか独立行政法人化という話がありまして、11月か12月頃にも国立大学は独立行政法人化になるのだというようなことが新聞に載ったりしております。その辺の背景と言いますか、状況を少し説明をして、こういう状況になっているというのをご理解いただければと思います。

最初に資料1として、やっぱり予算ができたばかりなので、予算の話をした方がいいと思ひまして、医学教育関係の予算をそこに資料として配ってあります。最初の方が大学院の関係です。新しい所では、東京医科歯科大学が医歯学総合研究科とあって、医学部と歯学部を合わせたような大学院を作ったということです。そういうものがあります。中身はご覧いただければというふうに思います。それから3ページぐらいにいきますと、今度は学部学科の方ですけれども、学科の新設で、今看護学科を作っているのですけれども、そこにありますように島根医大、新潟及び鳥取大学の3大学に、看護学科あるいは保健学科という形で、学科の新設をしてきており、毎年3学科ぐらい作ってきているということです。あとは改組とか、博士講座の増設というのがあります。4ページにいきますと学士の編入学の関係です。昨年2月、3月頃、群馬大学さんと島根医科大学さんとで学士編入学をやって、非常に応募者が多くてという評判がマスコミなんかに出ましたけれどもそういう関係の学士編入学があります。ここで医学部と歯学部の方ですけれども、厚生省の方から昨年の6月に医師の需給の見直しのことがありまして、入学定員を少し減らそうという話がありましたけれども、医学部の方で10人それから歯学部の方で10人、それが純減というのがあります。

それから6ページのところから大学病院の関係のことが書いてあります。薬剤部の整備とか、治験管理体制の整備とかいうふうに書いてあります。今年大きな点は治験管理体制の整備という形で、6ページの上から2つめぐらいに薬剤師3人と看護婦3人と書いてありますけれども、それぞれ1人ずつのセットで治験管理体制をしっかりとやっていこうということで、院内の体制が整っている所に付けてきております。その6人ですけれども、3大学で東大と阪大と山口大学にそれぞれ付けております。それからもう1つ新しい所では、6ページの下の方に特殊診療施設の新設というのがありますけれども、その中で臓器移植医療部というのを京都大学の方に新設をいたしました。臓器移植がどんどん進んできているという形でそういうところを集中的にやる部を作ろうということでの、臓器移植医療部です。

それから救命救急の関係がいろいろありますので、山口大学の方に先進救急医療センターというのを作りました。純増で10人ぐらい人が増えていると思いますが、平成9年の12月ぐらいに厚生省の方から、救急医療体制の報告書が出ましたけれども、その中で大学病院がもっとしっかりやるべきだという話がありまして、それを受けたような形で概算要求をしたということでございます。これは、先進救急医療センターとありますけれども、各大学には救急部というのが付いておりますが、それをもう少し発展的にして、厚生省の言う高度救命救急センターの認定というか、それが取れるような形にしようということで、専用の病床を20床持つというように作っております。そういう所が11年度の要求では大きなところですよ。なお、看護婦さんについては、全部で69人の数がとれ

たということでございます。この中に当然 ICUの集中治療部看護要員という形でも、看護婦さんを20人ぐらい配置をしております。

概算要求は以上のような形ですが、次に8ページ以降には経費のことが少し入っておりますので、見ていただければと思います。大きな話なので実際に先生方のICUのところに、いくらお金がいくのかという所まではまだ出来ていないんですけども、全体の予算としては、大学病院全体では大体7,800億円ぐらいの予算を組んであるということです。ちょっと言いますと、8ページを見ていただくと左側に歳入があって、歳出が右の方に書いてありますけれども、その下の方に下から3つめぐらいのところに病院建物整備費とあります。524億円ですけれども、これがそれぞれの大学なんかで再開発が今進んでいると思いますけれども、そのお金がこのぐらいだということです。これは平成11年度の予算案ですけれども、再開発はここのところ、補正予算がたくさん付いてきていますので、その措置されている今年の5月にありました第1次補正と、それから12月にありました第3次補正の中で、建物の、病院の再開発のお金をだいぶん入れてあるということです。両方合わせて1,300億ぐらいのお金で、大体再開発が計画されていて、ある程度考えがまとまってきている所の大学については、ほとんどがスタートをしたというような形になっていると思います。今これから計画をしようと考えられている所もあると思います。補正予算が今後いつどうなるかというのはわからないですけれども、景気対策にも非常にいいのではないかとということで、10年度、今年の5月の1次補正の時もありましたので、もし検討されている所があれば、案をもう作り上げておくというような形があった方がいいのではないかとこのように思います。それが大体予算の関係です。

それでもう1つは、資料2をお配りしてありますけれども、中央省庁等改革に関する大綱というのがあります。これは今年の1月13日に中央省庁等改革推進本部の事務局というのがありますが、その事務局が大綱、事務局案としてまとめたものの抜き刷りです。本紙は百何ページあるようなものですけれども、大学病院の関係がありそうなところだけをちょっと抜き刷りをしてみました。中央省庁の改革につきましては、平成9年12月に行政改革会議がまとめたものを基にして、今年の6月に中央省庁等改革基本法というのができました。その中で独立行政法人化をやるとか、民営化にするとか、あるいは地方公共団体などに移すというような事がいろいろ書かれているわけでございます。国立大学についても積極的に改革を図れというようなことがその中に法律として書かれております。合理化とか専門化を図る観点から、組織とか運営体制の整備など必要な改革を推進しろとか、情報を公開しろとか、そういうものが書かれております。

そういうことがありまして、今年の10月に大学審議会の答申が出ました。その中でいろんな改革をしていこうということですが、大学の中の組織として、今は細かく訓令で例えば内科学第一講座には教授が1人助教授が1人とか細かく書かれているわけですが、そういうものをもっと大括りにしようではないかというような話もありまして、そういう法律の改正をして、例えば内科第一がそういうふうな縛りがあると、それは法律を改正しないと変えられないというような状況になっているわけですが、もっとそれを大括りにするとその中で自由に動けると、言ってみれば

大講座みたいな形になるわけです。そういうふうな形で法律も作ったらどうだろうかというような話もあったりしまして、そういう法律の改正作業を今進めているというような状況でございます。今年の通常国会が19日から始まりましたけれども、そこに法案を提出してできたら通常国会で成立させ、平成12年の4月からは実施にできるようにしようではないかというふうなことを今検討をされております。大学審議会の答申の中でもいろいろありまして、例えば大学の評価、自己点検なども今それぞれの大学でやっておられますけれども、それだけでは不十分ではないかということで、新たな評価をしようではないかということがあります。以前に大学基準協会などからその評価の話がありましたけれども、十分ではないという形なものですから、その評価機構というか評価機関を作ろうという形で、11年度の予算で準備室みたいなものができるということになっております。このことについては平成12年度からどんどん出来るようにしようということです。

それからもう1つは人事・会計制度についても、非常に硬直化して、予算も使いづらいつか、人事の人の採用もなかなかその事務が煩雑だとかいろんなことがありますので、そういう所をもっと弾力化しようではないかというようなことも、別途検討は進められております。これは予算で言いますと、大蔵省が全部法律の関係にあるわけなのですけれども、なかなか国立学校の大学だけを自由にするというわけにはいかないのです、実際は少しは運用でうまくできるようにしようという所も含めて、いろんなことを考えているということです。人事のことについても、人事院の関係がいろいろありまして、非常に難しいところなのですけれども、そこもできるだけ弾力化を図ろうではないかというようなことで、今検討がされているところです。法律の関係は今年の通常国会で、できるだけ通そうということですが、予算とか何かになりますと、概算要求をしてという話がありますので、そういうものは平成12年度の概算要求をして、その中で出来るものはやっていこうというふうなことを考えております。

それで資料2の中央省庁等改革に係る大綱というのがありますが、これは1月13日に事務局案が出されたのですけれども、今月中に中央省庁等改革推進本部というところがあります。総理大臣が本部長になっていますけれども、そこで決めてこの大綱に基づいて法律を全部作っていくということです。1枚目に目次があって内閣法改正法案関係大綱案とかずっと書いてありますけれども、それぞれの法律を全部こういう形で作っていこうということが書かれているわけですが、この大綱を今月中に決めて、それに基づいて法案を作っていこうと、その法案を4月頃には国会に出して、今年の通常国会の中で成立をさせようということが書かれているわけです。

その中で大学関係の所が、国立大学の関係が、独立行政法人の関係がありましたので、ちょっとそのところを見ますと、次のページに独立行政法人化関連というのがあります。1のところは試験・研究とか文教研修とかとずっと機関の名前が書いてありますが、これについては独立行政法人化を図るということで、独立行政法人化にしようということです。文部省の関係でいきますと、科学博物館とか、国立国語研究所などが、試験研究のところでありまして、文教研修とか医療厚生のところでは、青年の家とか少年自然の家とか博物館とかいうのが書いてあります。この中で病院の関係では国立病院と療養所が独立行政法人化になるというふうに決まっております。国立病院全部

がなるわけではなくて、癌センターとか循環器病センターとか高度機能の病院が国立病院の中にありますけれども、そういう所は国立のままで、他の国立病院と療養所は、独立行政法人化になるということです。国立病院の方は、今再編成を進めておりまして、それをやりながら独立行政法人化も両方進めるというふうな形になると聞いております。この中に国立学校、あるいは大学病院を入れるか入れないかという議論がずっと前からあって、それが時々新聞に載るというふうな形があったわけです。

根本にあるのが、国家公務員の数を減らしましょうと、行政の数、行政組織をスリム化しましょうというのがありまして、今日の新聞なんかは、国家公務員を25%減らそうというのが自民党・自由党の連合の所でまとまったという話がありますけれども、昨年7月に小淵総理大臣になった時に国家公務員の数を20%減らそうというような話がありました。最初に話をしました中央省庁等改革基本法という法律の中では、国家公務員の数を10%減らそうというふうに書いてありまして、だんだん増えてくるわけなのです。減らし方はどうやって減らすかという、ひとつはこの独立行政法人化とかあるいは民営化をするとすると、国の職員ではなくなるものですから、そこで減らそうということがひとつあるわけです。あとは定員削減をするというふうな形になってくるわけです。ですから、できるだけ独立行政法人化をたくさんすれば、実際に国で残る所の機関の職員を減らす数というのは少なくすむわけです。そこで国の機関の所で大きいのが、国立病院もたくさん人がいますし、国立学校も大学もたくさん人がいるわけなのです。13万5,000人の人が国立学校にいるわけなので、国家公務員は大体50万人ぐらいといえますので、13万5,000人全部なれば、もう20%ぐらいはいくわけなので、国立病院と国立大学をやれば、ほとんどいって、残るところはあまり人は減らさなくてもいいというふうな形になってくるものですから、できるだけ所帯の多い国立学校も独立行政法人化しろというふうな議論があるのだと思います。数だけの話になるのですけれども、そういう話で国立大学の独立行政法人化というのが、あちこちで話が出てくるということです。

そういうことを言われても文部省として反対しているのは、独立行政法人というのが、国の事業に馴染まない、というのは真に馴染まないというようなところもあるのでしょうかけれども、3年間くらいの中期目標を立ててそれを所管大臣というか、例えば文部省が国立学校で3年間の間でこれだけのことをやりますというふうな目標を立てて、それをそれぞれの大学がやるためにこんな計画を作りますというふうなことで、毎年結果報告を出して、世の中に公表していくというような形が独立行政法人の進め方というふうになっておりまして、大学のやっているのは教育・研究をやっているわけなので、なかなかその3年間の目標なんていうのは作れないし、それが出来るかどうかというのはないわけなので、そういうふうな形の独立行政法人というのは、国立大学の組織運営については馴染まないというのが、1点の反対する方向です。それからもう1つは大学の方もどんどん組織とか運営体制の改革をやっていきます。今はやっていないから、独立行政法人化しろというのが表向きにあるわけなので、どんどん改革をしていきますと、大学審議会の答申なんかを踏まえてやっていきますということが2点目です。それから独立行政法人化すると教育とか研究の水準がガッと落ちて、我が国にとって良くないよというのが、3点目で、そういう大きな3つぐらいの考

え方で反対をしてきたというのがあります。

国立大学の全体としてはそういうふうな形で反対をしているわけなのですが、では大学病院だけでもすればいいのではないかと、国立病院がなるのだから大学病院も出来ないわけではないというのが一方の意見でありまして、そこで大学病院だけでもやったらどうかという話が出てくるわけです。大学病院は、これは医学教育課が特に一生懸命になって反対する理屈を考えるわけなのですが、1つは独立行政法人化になると、高度先進医療が後退するし、新しい医療の開発とか、そういうものもやっているわけなので、我が国の医療とか医学の水準が低下すること、これ以上伸びないよというようなことが1点です。それからもう1つは、地域医療にそれぞれ貢献をしながら、それぞれの各都道府県に1つ、東京都は2つありますけれども、その中で地域医療というのを支えています。当然不採算の部門も多くやっているわけなので、独立行政法人になると、経営を改善しろというのが大きな話であります。利益を追求するあるいは経営を改善する、お金がなければ経営でいかに収入を上げるか、あるいは不採算をいかに切るかということになってきます。そういうふうになると地域医療に支障が生じます。それから経営というのがもっと大きくなるわけなので、地元の病院とか、医師会の診療所とか、そういう所と競合することになりますよというのが2点目です。

それから実際は大学あるいは医学部の付属の病院ですので、医学部と一体となって運用されています。特に診療科長なんかは、学部の教授が全て併任をしているというような形にあります。基礎と臨床も一体となってしているし、学部の教育と病院の臨床実習についても一体となって動いているので、それを半分に分けるということはそれぞれに人もいるし事務もいります。そういう意味で、却って組織体制としても、非効率になりますというふうな形で反対をしてきたのです。

大体先程の資料の所にありますように、載らなかったのは、そういう所が認められたわけなのです。ちょっと3ページを見ていただきますと、その中で四角で囲んでありますけれども、(2)で書いてあるところですが、国立大学の独立行政法人化については、大学の自主性を尊重しつつ、大学改革の一環として検討し平成15年までに結論を得るというふうな形になっています。大学共同利用機関等の独立行政法人化については、他の独立行政法人化機関との、整合性の観点を踏まえて検討をし、早急に結論を得るというふうになっています。大学病院はその上の方の前段の方の国立大学の中に入っています。国立大学ではない研究所なんかありますけれども、共同利用の研究所がありますけれども、それは大学共同利用機関等の方に入ってくるという形で理解していただければいいです。要は平成15年までに結論を得るということですから、それは大学の改革を今からやりますというふうなことを言って、その改革の中で独立行政法人化も含めて検討しましょうというふうなことをいっているわけで、結論が5年間先送りになったということなのです。その5年間の中に何か改革を実施しないと、やはり何もやっていないから独立行政法人化だというふうに言われると、この可能性が出ます。

国鉄なんかが民営化になりましたけれども、国営の時と民営化になってからという、民営化になってからが非常にサービスも良くなって愛想も良くなっていいのではないかとというのが、みなさん

そう思っているわけです。大学病院についても民営化とかあるいは独立行政法人になれば、もっとそういう点で良くなるだろうというのがみなさんの言い方なのです。ですからなれなれと言われるのでしょうけれども、5年後、平成15年の時には結論が出るわけなので、それまでに改革をして、いろんなことをやって、国立のままでちゃんとやれるよというようなことをやはり示さないと、また同じような議論が出てくるということです。今回の場合は、先程独立行政法人化のところについて機関が書いてありましたけれども、そういうところもみんなひっくるめての議論なのであって逃れたとっていいのかわからない、そういうところもあったのでしょうけれども、5年後の平成15年という時には、もう国立大学だけ集中して議論の対象に登ってくるというふうな形になりますので、今のような、さっき言ったような理屈だけではいなくて、やはり自ら改革をして国立のままでちゃんとやれるのだと、やっているのだということを見せないと駄目なのではないか。それをする為にはいろいろ規則とか何かで縛りがあって、非常に動きづらい、改革をしづらいではないかという意見も別途あるわけなので、そういう所も含めて、直せる所は法律も含めて直していこうではないかということを考えているというのがあります。大学改革は大学審議会の答申も一緒にひっくるめたような形で、今現在は検討されているということでございます。

それでもう1つ、さきほど定削の話をし少ししましたけれども、定員削減が当然また出てくるわけです。今第9次の定員削減があって、国立学校全体で4千人ぐらいが5年間で減る形になっています。そうなっていますけれども、また今度、例えば10%なり、20%減らすという話になると、さきほどの独立行政法人化で国の職員がどれくらい減るのかわかりませんが、例えば20%ですけれども、残った分については、それぞれの各省庁にどういうふうな形で割り振られるのかわかりませんが、振られるわけです。独立行政法人化でたぶん10%ぐらいは減らされると思いますので、残りの10%ぐらいはそれぞれの機関にかかってくるということです。国立大学で10%かかると言いますと13万5千人ぐらいいますので、1万3千人ぐらいは削らなくてはならないというふうになるわけです。大学病院も結構たくさん人がいますので、大分削らなくてはならないということになります。

今は定削があるけれども、一方では概算要求をして人を増やしてきているわけなのです。ですから定員削減が例えば平成11年度は801人、全国立大学の定削がかかるのですけれども、一方で概算要求をいたしまして、概算要求を全部で1,133人要求したのです。付いたのが662人つきました。それで定削が801人いますので差引しますと139人が減になっているだけです。139人というのはたぶん多いのだと思います。今まで過去最高に多いのですけれども、139人の減になっていると、平成10年度は79人の減で、平成9年度はこれはプラスだったです。定削なんかで減る分よりももらってくる方が大きかったものですから、10年度からマイナスになってきたこと、それで11年度は139人の減になっているということです。この139人の減ですけれども、これが簡単に言うと10年間で10%とすると1年間に1%ですから、今は13万5千人いますから、今139人が1,300人ぐらいになるわけです。1,350人とか、そういう形に減らさないとだめだというふうになってきますので、減らそうと思うとそれ以上に減らした中で新しいものを作る時にはプラスの要素が要りますので、

そのプラスの要素もどこかで減らして持ってこないとだめなので、もっと減らさなくては新しいものはできてこないというふうな形になってくるということです。今までもスクラップアンドビルドという形で、どこかを減らして、組織を減らして、振り替えをして作ってくださいという話をしていけるけれども、本当にそういうことをしないとできなくなっているというふうな状況が、たぶん12年度の概算要求とか、13年度の概算要求では出てくるというような状況になります。

それでどうせ振り替えを大学で出さないと駄目なのだったら、基本的には例えば教授をこの教授に変えるとか、組織をこういう診療科の組織をまとめて大きな診療科にするとか、もうそういうものについては、基本的には数が増えなければ、もう大学のいうように、大学の自主性にまかせようというふうな言い方をしています。たぶん12年度の概算要求は、これからそれぞれ大学から文部省の方に説明に来られるという形になるのですけれども、基本的にはそういう形でいこうというふうな形になっております。要は大学審議会の答申にもありますように、大学の自主性をもっと強めて大学が自由にできるようにしようということを踏まえて、そういう組織の改編とか改組でも、同じような数でいくのであれば、基本的には大学の自主性にまかせて、あまりうるさいことは言わないでおこうというふうなことが考えられています。実は来週から各大学の局長さんがきて、15分から20分くらいこういう形でやりますというような話があるのですけれども、そういうふうな事が文部省で今検討されているという所でございます。ですから自由にするけれども、大学が自主性で、自ら責任を持ってやってくださいと、やっているかどうかというのは、評価機構、評価機関等で、ちゃんとチェックしますよというような形になるのだと思います。中央省庁の改革関係はそんな形です。文部省の名前も教育科学技術省となっていますけれども、文部省がいいのではないかと新聞に載っておりますけれども、まだ結論が出ていないというような状況です。文部省の組織もたぶん削られてぐっと小さくなります。

そのほかに、今話題になっているのが資料3で配ってありますけれども、情報公開法について簡単に要点だけを配ってあります。法律案が後ろにちょっとつけてありますけれども、簡単に言うと国がつくる、行政機関ですが、国が作る文書については、原則としてすべて公開をするようにしようということです。ですからカルテなんかの公開もありますし、病院の中で言いますと、例えば患者記録とか指示書なんかも見せてくれと言われれば、原則的には見せざるを得ないというような形になってくるということです。これが今年の通常国会からずっと継続審議になって決まっておりますが、たぶんこの通常国会で決まるという形になると思います。決まれば2年以内に施行されるというふうになります。これについては、大学病院には患者さんの個人情報もいろいろありますので、病院長会議の中に常駐委員会がありまして、その中に広報問題小委員会とあって、大阪大学の岡田先生が委員長ですけれども、そこで検討をされております。たぶんカルテなんかはもう公表することにしようという形で、近々報告がまとまるというふうに思います。医師会なんかの公開でいいではないかという話がこの前新聞に出ておりましたけれども、厚生省はカルテの公開を法律の中に盛り込もうと、医療法という法律の中に盛り込もうということを、今考えているということです。

それから医療保険の改革の話があります。医療保険は平成9年の夏に与党の医療保険改革協議会というところとか、21世紀の国民医療というふうな形でまとめたのですけれども、それに基づいて厚生省のいろんな審議会で検討されております。ひとつは医療審議会というのがあります。会長が浅田先生ですけれども、これは医療提供体制の改革について検討していくというもう少し簡単に言うと病床数、一般病床を急性期病床と慢性期病床に分けようと、それぞれについて、人的な基準あるいは構造設備の基準を設けようと、それからもう1つは、地域の医療体制の中で病床規制というのがありますけれども、それも急性期と慢性期に分けた病床数の算出をしようというふうな形の動きがあります。それが1つです。それから医療における情報提供の推進という形でカルテ等の診療情報の提供を医療法の中に書き込もうという話です。それからもう1つは医師・歯科医師の資質の向上ということで、医師とか歯科医師の臨床研修の必修化というのがあります。そういうのを医療審議会というところで検討しているということです。医師の臨床研修の必修化については、たぶんこの通常国会に出すと厚生省はいつているわけなのですけれども、財源措置が1千億ぐらいかかるという話なので、それを保険から出すという話にはなっていますけれども、どういうふうになるかというのは、まだ結論が出ていないというような状況です。

それからもう1つの審議会は医療保険福祉審議会というのがあります。その中には制度企画部会というのと、老人保険福祉部会というのがありまして、制度企画部会というところでは、新しい診療報酬体系をどうするかというようなことが考えられているということです。それから老人保険福祉部会は、非常に高齢者が多いので保険の負担になっているので、老人保険をどうするかということを検討しているということです。制度企画部会では、1月13日にその診療報酬体系の見直し作業委員会というところから報告書が出まして、それを基にして制度企画部会で、3月中ぐらいまでに中身をまとめて、あとは4月ぐらいに中医協に送り、中医協で年内いっぱいかけて検討して、来年4月の点数改訂に盛り込むというふうなスケジュールで進んでおります。

診療報酬体系の見直しの中は、病院を特定機能病院、要するに大学病院みたいな特定機能病院と国公立の病院それから民間病院という設置したレベルで大きく3つに分けようというのが1点と、それからもう1つは大病院と中小の病院、後は診療所です。そういうふうな形で分けようということです。一応大病院というのはどれくらいかということ、作業委員会の報告書の中では、200床以上を大病院と、それ以下を中小の病院というふうな形で分けようということが書かれております。そういう両方の区分の仕方をもって、病院の機能の区分けをしようという形で進んでいまして、大病院については入院中心、外来は原則紹介制にするということです。大病院に患者が集中するというのがありまして、そういうことを是正するために、紹介制をとということです。たぶん大病院に集中するというのは、確かに特定機能病院を作る時も紹介率を何%にするかということで非常に議論があって、結果としては30%で、計画書を作るという形になっていたわけなのですけれども、またそういう話がでてくるということです。厚生省の委員の中では少数意見とは言っていますが、要は大病院に紹介状のない患者さんについては、全額自費にしようという話もでてくるのであります。経済的に大学病院に行くと個人負担がたかさんかかるから、そうすると患者さんがいかな

いだろうというふうなことも考えているというような、そういう意見も少数意見だけれどもということ、中には書かれております。

それから診療報酬体系も少し変えて入院基本料とか、そういうふうな形でもう少し入院の料金を大括りにしたような形で作ろうということです。具体的にどういうふうになるのかわかりませんが、進んでおります。それから後はホスピタルランクと言って、病院の設備とか何かについて、再開発とかいって新しく作った病院はきれいだし、昔からあるところは古い病院もあるということで、設備とか環境が非常に違うというところもあります、そういう所が今保険点数上はみんな一緒なわけですから、そういうところももう少し差がつけられるようにすればいいというような議論もあります。どういう付け方をするかというのは、例えば今差額ベッドなんか私費料金でありますけれども、そういう所をもっと拡大をしようと、簡単に言うとそういう所は自由化しようというような動きが進んでおります。

それから医療技術の評価というところですけども、今までは、点数表で何の検査が何点とか決まっていますのですけども、もう少し大括りにしたチーム医療という形で1つの手術をするのだったら、それに医者が何人かかかって、看護婦さんが何人かかっているからこれぐらいの点数にしようとか、今は何人かかかって点数は同じ点数だということなのですけども、医療の内容によって、チーム医療によって人数が変わってきますので、難易度というのですか、高度であるとか、そういうことによって点数の差をつけようということも言われております。今の保険点数を抜本的に見直すということですので、そういうふうな形になってくるというふうな事が検討されています。報告書は各大学にファックスで送ってあります。一番大学病院で問題になるのは、外来患者がみんな紹介制になると、また困るわけなので、症例の確保とか、あるいは患者さんの確保とか、そういう点についてはどういうふうな形で、厚生省なんかに申し入れるかということ、今検討しているという状況でございます。保険のところは大体そんなところです。

後は卒後研修の義務化が出てきますけれども、病院長会議の中で、教育問題小委員会というのが京都大学の病院長先生が中心になってやっておられますけれども、そこで卒後研修の共通カリキュラムというのが作られまして、各大学にたぶん配布されたと思いますけれども、これは先程言いましたように厚生省が研修を義務化、必修化をしようということになっています。それで必修化した時には、当然その研修医に対して「給料を出します。」というふうに言っています。厚生省は保険から出すと言っているのですけども、厚生省がお金を出すということは口も出すということです、要するにそういう話が出てきているのは、研修がちゃんとやられていないではないかということがあつたわけなのですけども、そのためにはやっぱり病床何床について、研修医が一人ぐらいだとか、そういうふうな基準を決めかねないということにあります。研修医をたくさん大学病院で集めても、研修ができないではないか、そんな症例もないではないか、病床数が少ない、あるいは入院患者が少なければ症例もないではないか、あるいは指導医がいらないではないかという形で、そんなにたくさん大学病院にいかなくても、研修指定病院がほかにもあるわけなので、そこでやればいいではないかとかいうような形に、今のままにしていると多分なってくるだろうと思います。

そのため、それを防ぐには、やはり今の人数もちゃんと研修はできるのだということを見せないとだめだと思います。たぶんその必修化のところは医師法の関係であり、医師法の改正になるのでしようけれども、その改正の法律ができたなら、たぶん2年間ぐらいの経過措置があって、実際やるぞという形になってくると思うのです。それを待っていて、義務化になった時に、ちゃんとするからというのでは、なかなか世の中おさまりがつかないものです。口約束では何も出来ないものですから、それまでに大学病院でちゃんと研修を今の体制でやれるのだということをおかかないと、これだけ期間があったのに何もやっぱりやれていないではないかと、やれていないということは、研修医の数が多いからもっと減らせばいいと、少なくなればちゃんと研修もできるだろうというのを当然言ってくると思います。そういうことを言われないようにするためには、やはり早めにちゃんとした研修をやらなくてはいけないということが必要だと思います。

そのために卒後研修の共通カリキュラムを作りましょうという形で、作ってきたわけなのです。ですからすべてそれと全く同じでなくてはならないかという、そうではないと思いますけれども基本的な背景としてはそういうことがあるということ、ぜひご理解いただきまして、共通カリキュラムに沿ったような形で、それぞれの大学で研修をやっていただければというふうに思います。今日の議題の中にもありますけれども、実際に研修医の研修をやろうと思うと、たぶん難しいであろう。症例数の話もありますし、それからスタッフの話もありますし、構造的なところもそれぞれあると思います。たぶん研修医を自分のところで出来ないところは関連病院と一緒に作るとかいうこともあると思いますけれども、実際やるといういろんな問題も出てくると思いますし、検討されてくる中に出てくると思います。そういうところは、京大の小委員会の方でも取り上げて、いろんな対応策、考え方を示して、改善できるようにしていこうというふうなかたちで考えております。文部省もできるところはどんどん対応していこうと思っておりますので、ぜひ早めに検討をしていただいて、こういう問題があるから、こういうことを直していただくともっとやり易くなるのか、そういうことを示していただければというふうに思っております。最後にもう1点だけ、コンピューターの2000年問題があります。ICUなんか集中治療部はいろんな機械が入っていると思いますけれども、それぞれの病院の中で委員会を作られて、考えておられると思いますので、ぜひ事故がないような形で出来るようにひとつご協力をお願いしたいというふうに思います。時間がオーバーしたようで申し訳ありません。

★大谷部長

大変詳しくご説明いただきまして、たいへんありがとうございました。また議事進行中、いろいろご助言をいただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたしたいと思っております。特に今回は特別議題といたしまして、③に国立大学病院運営改善の方策ということで、かなり時間をとってご議論いただくようにしておりますので、そのところで大変参考になると言えますか、考えていかなければいけないというような方向性をかなり明確に、今ご説明いただいたように思います。またその時には、よろしくご助言をお願いいたします。

★大谷部長

それでは早速、この集中治療部設置のためのガイドラインの策定ということで、冊子をお送りいたしておりますが、一番最初のところ大阪大学から出されております。本日は妙中先生にお願いしまして、お手元に国立病院集中治療部設計のためのガイドライン案というものと、集中治療のジャーナルにでましたアンケート調査の結果というのも、お手元にお配りしてありますので、これを参考にさせていただきながら、まずは妙中先生の方からご説明をいただきまして、一般議題として浜松医大から出ておりますハイディペンデンシーユニットの設置、あるいは香川医科大学から現代に即した集中治療部設置基準の見直しというようなことも出ておりますので、これも併せてご議論いただきたいと思います。まず妙中先生、ご説明いただけますでしょうか。

★大阪大学 妙中副部長

大阪大学妙中です。お手元の資料に基づいてご説明させていただきたいと思います。まず集中治療部設置基準の見直しに関するアンケート調査についてです。これは2年前のこの協議会で、厚生省の集中治療部設置基準がもう現在の集中治療部の現状にはそぐわないのではないかというようなお話ができて、まず現状に関するアンケートをとって、そしてできればその設置基準に関する新しいものを作ってはどうかというようなことが議論されました。それでまず最初に現状調査ということで、アンケートをとりまして、これについては去年の千葉大で行われました協議会でご説明させていただきました。今お手元にある資料は、この1月に出ました日本集中治療医学会雑誌に載せたものでございます。それからもう1つの資料は、これは作って参ったものですが、国立大学病院集中治療部設計のためのガイドライン案というものでございます。これはアンケートをとりましたワーキンググループでもって話し合っ、これは今日のたたき台のようにしていただければと思って持って参りました。

まずガイドラインということなのですが、現在厚生省の基準があって、もともとこれは集中治療室、特定集中治療室加算を取るための基準を示したものであるわけですが、実際にはこの基準が集中治療環境として非常に使いやすい、患者とかスタッフにとっていい環境であるというようなことを示したガイドラインのような使い方もされていると、その2つの面があって、そこが問題ではないかと思われるわけです。今日ここでお示しする案は、例えば新しく集中治療部を作るかあるいは改築するような時に、病院の上層部とかあるいは文部省とかにいろんなことをお願いをするための拠り所というか、そういったものに少なくともならなければならないというような考えから作って参ったものでございます。この前の協議会でもそうでしたし、それから去年行われました集中治療医学会でやはり同じようなICU設置のためのICU設置基準の見直しというパネルディスカッションがあったのですが、そこでちょっと問題になってしまったのですが、新しい基準を作ってしまうと、その基準に合わない施設が出来てきて、そういうこと自体が具合が悪いのではないかというような議論がありました。そこで、このガイドライン、今お示しする案では厚生省の基準は最低基準として一応置いておいて、そしてしかし実際はこのようなガイドライン、今お示しするような案を求める、その辺が望ましい姿なのではないかというような形のガイドラインとして提案したいとい

うふうに思います。

そのガイドライン案の2枚目をご覧になっていただくと、そこに今申し上げたような内容が、はじめにのところです。一応盛り込んで書いてあります。一番下のパラグラフのあたりにこの案の資料といいますか、根拠になりましたものは、前回取りましたアンケート調査です。これを主たるものとししました。それに加えて、去年の集中治療医学会のパネルで話し合われた内容と、それからアメリカ集中治療医学会が1995年に、ガイドラインを報告しておりますので、そのあたりを参考に作らせていただきました。

次のページです。3ページと4ページで、これもそんなに長いものではありませんので、読んでいただければそれでも分かるのですが、少し説明させていただきます。ガイドラインというのはどういう書き方をしたらいいのかというのが、もうひとつ私たちもよくわからなかったのですが、ともかくこれは現在ある厚生省の基準に対応するような順序で1番から12番まで多少項目は増えているわけですが、作ってみたわけです。ちょっと読んでいただく時に注意していただきたいのは、そこになければならないというような表現とか、あるいは必要であるとか、べきであるとか、望ましいとかちょっとずつ違う表現を使っているわけです。そのあたりのニュアンスをちょっと考えながら、みていただければと思います。

まず医師についてですが、これは厚生省基準とほとんど変わらないわけですが、これは集中治療医学会が認定した専門医というのがいますから、それにいくらか合うような形でちょっとだけ変えてそこに書いてあります。それから次に看護婦についてですが、これについてはアンケート調査の中で現在の患者2人あたり、常時看護婦1人が勤務しなければならないという項目についてお聞きしたところ、大体7割近くの施設がそれは適当であると、あるいはもう1対2以下、もっと看護婦がいるというようなことをいう施設が合わせると90%ぐらいになりましたので、これは厚生省基準にそのままと同じものをそこに書いてあります。多少は違います。それから臨床工学技士ですが、これは厚生省基準では触れておりませんが、アンケートではすべての施設から将来は臨床工学技士がICUで勤務すべきだと、少なくとも病院の中にICUに関与できる技士が必要であるというふうな回答をくださっておりました。

それから病室面積についてですが、これはみなさん一番興味のおありになるところだろうと思いますが、これはオープン病室では、1床あたり20平米以上、個室では1床あたり25平米以上であるのが望ましいというふうにいたしました。ここはちょっと重要な所だと思うので、アンケート結果の70ページを見ていただけますでしょうか。70ページの左の上の方、D. 病室面積の現状についてというところがあります。そのまず現状では狭いと思うと、それから次、厚生省の規定、それ15平米では狭いと思うという施設が大半でございました。というかほとんど全部です。それからその次に現状面積があり、それから右側の必要面積という所があります。オープンな病床では20平米ぐらいが必要なのではないかというふうな回答が最も多くて、16施設です。この※印をしているのは、全体の中央値を示しているわけですが、そういう回答がありました。個室では25平米、30平米というところが最も多くて、中央値は30平米になりました。しかしその算出根拠については、どの施設

もないというようなことでした。これに対して去年の集中治療医学会で、集中治療病床のシュミレーションをして、それをビデオで撮影をして、そしてこのぐらいは必要であるというふうな、ちょっと科学的な根拠に成り得ると思われるような発表がありまして、それが18.36平米と、これは後の考察のところに書いているのですが、そういうふうな議論があったこと、それからアメリカ集中治療学会の基準ガイドラインには、オープン病室で20.3平米、これは225平方フィートですが、それから個室では22.5平米が必要であるという表現がありました。そういったことから、この20平米、及び25平米というものを、その数字をそこに選びました。これについてはご議論があろうと思しますので、後からお願いしたいと思います。

それから次に器材室についてですが、5番目です。器材室については、これは随分と狭いという回答がもちろん多かったのですけれども、どのぐらいが必要かということについては、回答が非常にバリエーションが多くありました。それでちょっと困ったのですが、中央値が10平米ぐらいだったので、一応そこには10平米以上であるのが望ましいというふうにしました。

それから6番その他の部屋についてなのですが、これは聞き方がちょっと難しかったのですが、大体そのぐらいの部屋があるだろうというようなこととさせていただきます。次に7番の医療機器についてですが、これは厚生省基準にもいくつか書いてあるわけですが、それについてどの程度必要と思われるかというふうなことを聞いてみました。あるいは厚生省基準にないものでも、普段ICUで使っているようなものを列挙しまして、必要度はどの程度かということをお聞きしました。それによって備えていなければならないとあるのが、イ〜トまで7つなのですけれども、これは全ての回答が必須であると、全ての施設からの回答が必須であるというのがこのイ〜トでございます。それから次のページに移りまして、ちょっと表現をゆるくしてあるのですけれども、常時備えているのが望ましいというふうな表現に4ページでしました。それがイ〜リぐらいまでです。これはみなさんどこの施設でもお持ちか少なくとも病院にはあると思うのですが、その中にはあるのが望ましいとか、なくてもよいとかいうような回答もあったりしたものをここに挙げたわけです。

8番の臨床検査についてですが、これもいろいろなことをお聞きしたのですけれども、イ、ロ、ハの3つは集中治療室内で常時測定できることが、ICU内で24時間測定できるべきというのが多かったものがイ〜ハでございます。血糖については、これは聞いてなかったのですけれども、必要かなと思ってそれは入れました。それからクレアチニンとか、一般肝機能、一般止血機能等については、検査部で24時間体制で測定できるべきというような回答がございましたので、常時実施できる体制でなければならないの中からは除きました。それから9番の電源設備についてですが、自家発電と無停電電源装置であります。これも全部の施設から必要であるというふうに回答をいただきましたので、そういう表現にしました。

それから10番の感染防止対策ですが、ここではまたちょっと問題があると思うのですが、まず治療室は原則としてバイオクリーンルームでなければならないというのは、これは厚生省基準をそのまま真似して書いてあるわけです。アンケートではこういうことは実は聞かなかったのですけれども、少なくともやはりバイオクリーンというか、クリーンに意識を持っておかなければならないの

ではないかというような意見がワーキンググループ内にありましたので、その文章をいれました。これは極めて曖昧な表現で、どの程度をバイオクリーンというのかという問題があるのですが、却ってぼやけてていいかなとも思いました。それから、ロ. は患者隔離のための個室ですけれども、これは個室が必要であるというふうな回答は全部の施設から得られましたのでそれを入れました。それから手洗い設備、これはオープン病床で2床あたり1つ以上、個室には1床あたり1つ設置するのが望ましいとしていますが、ちょっとバラつきがありましたのでそんな表現にしてあります。それからニ. 輸液の調整のことなのですが、これは例えば薬剤部がICUに出向いて、クリーンベンチの中で作って欲しいというようなご希望とかがありまして、全ての施設から、少なくとも無菌的に作ると、誰がやるかは別にして、そういうふうな回答がありましたので、その文章を入れました。

それから11番は他の部署との位置関係ですが、それについての現状とご希望をお聞きしたのですが、結局集中治療部と手術室とが、清潔な動線で連なっているべきだというふうな回答は非常に多かったわけですが、その他の放射線部とか病棟とかについては、特に動線が短ければよいというような、そのような表現でしたのでこんな形になりました。12番は常時の説明です。

もっと他にガイドラインというからには、患者さんにとって良好な、つまり音とか光とか温度とか湿度あるいは家族のこととか、そういったことも書かないといけないかなとは思ったのですが、そういったことは今回は全然根拠もありませんし、アメリカ集中治療学会のガイドラインを読みますとそんな事もたくさん書いてあるのですけれども、そういったことは今後その都度改訂するなり追加するなりしていったらいいのではないかなというふうに考えました。5ページ目は参考にした文献です。以上です。

★大谷部長

ありがとうございました。ディスカッションに入る前に先程申しました、浜松医大と、それから香川医科大学の先生方に議題として出されておられましたので、何かご発言がありましたら簡単にご発言いただきたいと思いますけれども、浜松医科大学の土井先生ご発言お願いいたします。

★浜松医科大学 土井副部長

妙中先生のおっしゃったガイドラインとは直に関係がないのかもしれませんが、私どもは集中治療ベッドを円滑に、効率的に運営するために、現在集中治療部と一般ベッドとの中間に位置するハイケアユニット、またはハイディペンデンシーユニットとも申すそうですけれども、その設置を希望しております。この中間施設、ハイケアユニットをまずひとつは付属設備としてこのガイドラインの方にどこか1行でも、盛り込む必要があるかどうかということをご議論いただきたいということと、第2点は既に鳥取大学、徳島大学等では、設置済というふうに伺っておりますが、他の大学での現状についてお聞かせ願えれば幸いです。それから第3点といたしまして、先程文部省の方から細かく説明いただきましたけれども、現状を踏まえまして、もし私どもがそういうものを概算要求をする場合に、純増という方向ではなくて、他の既存の病棟との差し換えと言いますか、振り替えという格好でしたら、案外簡単に設置の方をお願いできるのかということについて

簡単にコメントをいただければご思ひまして、一般の議題として提出しました。以上です。

★大谷部長

では先に香川医科大学の小栗先生お願いします。

★香川医科大学 小栗部長

私どもがこういう形で、現代に即した集中治療部設置基準の見直しというふうな議題で出しておりますことは、さきほど榎山課長補佐がお話になられましたように、やはり大学病院として、いろんな合理化に対して企業努力をしなければいけない、少ないマンパワーあるいは施設の設備の中でどういうふうに変えていくかということと考えますと、3番目の議題にも関係することなのですけれども、病院の中をやはり重症度によって改革していかなければいけないのではないかと、そうすると単に集中治療部という現在のICU以外に、さきほど浜松医大からおっしゃられた、いわゆるハイケアユニットとしているものも包含した形で運営していく必要があるのではないかと、一方で、そうしますとそういうハイケアユニットを包含するということになれば、機器が少なくてすむような患者というものの収容の面積とか、あるいは逆に今度は感染症がその非感染症の患者よりも、ある時期には数がまさっているようなICUの現状、そういうものからすると、感染症を隔離するべきなのか、非感染症患者を隔離するべきなのかというぐらいに非常に大きな問題になってきております。そういうことを踏まえてやはり基準というのを考えなければいけないのではないかとというのが私の提案の理由でございます。以上です。

★大谷部長

文部省の榎山課長補佐の方にお聞きするのは、後まとめてお聞きするという事で勘弁していただきまして、ここではこのガイドラインを出していただいた、これを案としまして、ここにご出席の先生方がこれならいいだろうと集中治療部が決めたガイドラインとして、これを公にすることがいいかどうか、合意ができるかどうかということ、まず議論いただきたいと思うわけです。もしまとまらなければ、今回まとめなくても次回に申し送ってもいいわけですが、あんまり長々と引きずっておりますと、結局、例えば感染症なんかに関しましては、このアンケートをした時に比べますといろんなことが変わっておりますので、だんだんそぐわないというような感じにもなって参りますので、私といたしましては、今、妙中先生が言われた中で、問題となります病室の面積、それから感染症と、感染防止対策、このことの2点がおそらく先生方がまあいいだろうと言われたら、これをガイドラインとして、(案)の()をとってもいいのではないかなというふうに思うのですけれどもいかがでしょうか。今の病室面積、あるいは感染に関する事に言及されてもいいのですが、ご意見のある先生方ぜひお願いいたします。いかがでしょうか。

★名古屋大学 武澤部長

一般的にガイドラインというのは、非常に大きな重みを持つものでして、例えばクリニカのガイドラインでもそうですし、あるいは他の建物のガイドラインでも建築の基本法でも全部そうですけれども、そういうものができる時のガイドラインというのは非常に大きな重みを持つわけです。ですからそのガイドラインを作るにあたっては、その根拠がかなりはっきりしていないといけないと

思うわけです。それを単にアンケート調査と、アメリカのICUの設置基準だけを根拠にしてこのガイドラインを作るのは、これは非常にそのガイドラインの持つ意味としてかなり軽いと、みなさんのご希望をただまとめたただけだということになりかねないのです。しかもこれは国立大学の集中治療部の協議会というかなり公的な機関の重みを持った機関で作るガイドラインですから、やはりもうちょっとちゃんと根拠を示した方がいいと思うのです。根拠が書かれている文章が一番後ろの参考文献だけであるということになりますと、これは非常にプアーであると言わざるを得ないと思うのです。ですから例えば、20平米という1ベッドあたりでいろんな数値が出てくると思うのですけれども、それに関してもどうしてこういう数値が出てきたか、例えばアメリカでガイドラインを作る時に、どういう根拠で出てきたのかとか、あるいはオーストラリアのガイドラインがあるわけですし、ヨーロッパにもあるわけですから、それぞれもう1回、文献的に戻っていただいて、その根拠を全部付け加えた上で、これがいいという根拠はないけれども、これだけのものを調べた段階ではこのぐらいがいいとか、せめてどこまで分かっているという数値を出してきたのかということと言わないと、思いつきだけで出したって、おそらく文部省でも厚生省でも、おそらくほとんど相手にしないと思うのです。ですからそこをちゃんとやっていただければ、この協議会として出すものとしては、全然恥ずかしくないものになると思うので、もうちょっと加えていただければと思いますけれども。

★大谷部長

ほかにどうぞ。

★広島大学 岡林副部長

広島大学の岡林ですけれども、ちょうど広島大学は再開発が決定しまして、平成13年の秋完成で新病棟が完成する予定です。広島大学の集中ケア病棟というのは、30床でやるのですけれども、内訳はICU 8床、CCU 4床、無菌室（熱傷室）が2床、HCU 13床、感染症室 3床の計30床の集中ケア病棟ですが、その設計に関わってきた関係から、この間のガイドライン、厚生省のガイドラインをずっと眺めまして、その間の実態というものをみなさんに知っていただきたく思います。基本的には僕は武澤先生の意見に全く賛成な立場なのですけれども、ひとつは厚生省のこのガイドラインというのが、非常に大きな足かせに、絶対守らなければならない、許認可制のものとして絶対あるということです。さらにこのガイドラインを出した場合には、おそらくこのこういう機関、国立大学の集中治療部協議会が出したら、かなりの重みをもって厚生省に取り入れられる可能性が非常にあるということです。その中で例えば建築家の意見がこの中に入っているかどうかというようなことも、大事だと思います。実際に設計してみますと、ICUの今回の広大な面積が18.5平米、これは規約では内法面積ですので、例えばいわゆるユニットの酸素配管なんかのモニターとか、あいうユニットをつけますと、その分は全部削られます。だから例えば20平米以上必要ということは、実際には21平米以上なければ建築上だめだということです。もちろん壁もありますし、面積が非常に大きなものがあるということです。それと例えば柱と柱の間、今回広島大学は6.2mなのですけれども、これを半分にしてとりますと3.1mしかとれません。そしてこの20平米の基準を満た

そうだと思いますと、7m弱要るわけです。そうするとこれはもううなぎの寝床になって、逆に使い難いというようなことで足かせがかけられてしまいます。それから個室ですけれども、25平米というのは、今度熱傷室が前室を含めまして28.4平米、前室を除きますと20平米余りの21.6平米ですので、足りません。これだけを確保しますと、大学病院全体の面積が決まっているわけですから、ICUの中で、例えば今後30床の集中ケア病棟を作ろうとした時に、どこかの部分にかならずしわよせがくるわけです。これが果たして、今後の再開発に現実的かどうかということを考えますと、今回の基準は根拠に非常に乏しい割には、あまりにも厳しい数が出ているのではないかとということで、自分たちの首を却ってしめることになるのではないかとという危惧をするわけです。

★大谷部長

他にございますでしょうか。徳島大学が最近新しく建てられたと思いますけれども、徳島大学ではこの面積とかその他、どういうふうでしょうか。ちょっとご紹介いただけますか。

★徳島大学 大下部長

徳島大学の大学でございます。昨年の10月から、徳島大学では集学治療病棟と言っていますけれども、ICU 6床、それからHC U 20床、CCU 5床と、無菌室5床で運用を始めております。ICUのベッドの面積、広さですが、床面積が大体21㎡で、個室が1床と、それからオープンベッドが5床となっています。先程、浜松医科大学の土井先生がHC Uがあると非常にいいのではないかとというふうにおっしゃいましたけれども、確かにHC Uがありますと非常にICUの運用がやり易くなります。と言いますのは、これまで徳島大学でICU 5床で運用してきたわけなのですが、ほとんどが術後の患者で占められておりました、内科系のいわゆる緊急患者、救急患者の申し込みがあっても、ちょっとしばらく病棟でみておいてくれということで、内科系の不満が非常に強かったわけです。ところがHC Uがバックに20床ありますと、すぐに受け入れ体制が整えられるということで、内科系の不満がほとんど解消されております。それと小栗先生がICUの中に感染室以外に無菌室、感染を防ぐような個室もいるのではないかとというふうにおっしゃいましたが、徳島大学ではICU 6床と、それからICUに付設された無菌室1床とで運用しております。ICUの公称ベッド数は6床ですけれども、実際は7床になっております。オープンのICUベッドが5床、感染室が1床、無菌室が1床ということです。したがって一般の無菌室は4床ということになります。それで36床一体運営を始めたのですけれども、最大の問題はマンパワーでございます。徳島大学では救急部と集中治療部の一体運営が認められておりました、これまで救急部の助教授、それから集中治療部の講師、集中治療部の助手2名の4名で運用してきたわけなのですけれども、36床の集学治療病棟となりますとマンパワーがどうしても足りませんので、麻酔科から助手を1名派遣いたしました。ですから専従の助手以上の医師が5名、それから内科系、外科系から3年目以上の医員を7名から9名派遣してもらいまして、それに卒後研修の必修化により研修医が大体9名から10名研修にきております。したがって、20名から25名程度の医師で運用しているのですけれども、これでもまだマンパワーが不足しておりました、小さな苦情は今でも出ております。だけどこれは徐々にマンパワーを増やしていって解決していこうというふうに考えております。以上です。

★大谷部長

ありがとうございました。やはりガイドラインは、確かに武澤先生が言われたように、いっぺんできてしまいますと、かなり一人歩きして大変影響が大きいということは事実だと思います。先を争って作ることが能ではないとのご指摘だと思います。ということをお考えますと、この妙中先生からお示しいただきました、これを一応たたき台といいますか、基準といたしまして、文献などもきちんとお示しいただいておりますので、これを。どうぞ。

★弘前大学 坪副部長

坪ともうしますが、私は今回のものにはあまり携わっていないのですが、第1回目のアンケートに携わった者ですが、その時にアンケートをとった理由が、現状のがとてもやっていけないので、不満であるから、あるべき姿を示したいということで作ったわけです。ですから、ガイドラインというのは、何もこれでなければだめだということではなくて、今が駄目なので、これぐらいのものが欲しいのだということで、みんなでアンケートをとった筈です。ですからこれぐらいのものが欲しいということによろしいのではないのでしょうか。ですからこれ以外はだめだという意味あいではないと思うのです。これぐらいのものは欲しいのだ、今が駄目なので、これぐらいのものを厚生省に作って欲しいという場合にこんなのがあるのだから、ぜひこれに近づけて欲しいというような意味あいでは、私たちは一番最初に作ったわけです。何か今のお話だと、これでなければ許可しないとそういう何か別のニュアンスに取られているのではないのでしょうか。それから実際に建築の方を示せと言われていますが、アメリカあたりとか、ヨーロッパを私は見てみたのですが、あのガイドラインは、かならずしも、ICUの専門家の設計技師の意見が十分に入っているとは、私は信じられません。結構文献なんかなくて作っていますので、たぶんあれは思い切りぱっと、妙中先生のように言われて作って、これぐらいの所は欲しいというふうで作ってあるのではないかと、私は推察しているのですが、今の所、あれ以上は出ないのではないのでしょうか。

★大谷部長

ありがとうございました。前川先生どうぞ。

★山口大学 前川先生

山口大学の前川ですけれども、1月始めに日本集中治療医学会の理事会がございまして、やはりこのガイドラインが、集中治療医学会の機関誌に出たものですから、理事会の方で一応この議題が出ました。やはりみなさんおっしゃっているように、一応いろいろ調べていただいて、いいガイドラインが出てきたとは思うのですけれども、これがそのまま一人歩きするのは、ちょっと困るだろうと、一応国立大学での100%回収率というのはすごいことだと思うのですけれども、それはそれとして、私立大学のICUとかの意見も入っていませんし、やはりもう少し検討した方がいいのではないかというのが、最終的なみなさんのご意見だったと思うのですけれども、平澤先生そんなところでよろしかったでしょうか。

★千葉大学 平澤先生

千葉大の平澤ですが、私も今発言しようと思ったのですが、これと集中治療医学会の方の意見と

はあまりかけ離れるということはないと思いますし、また、かけ離れているとちょっと妙なことになるので、検討していただく過程で、そういう受け皿となる委員会も集中治療医学会の方にございますので、そちらへもアプローチしていただいて、総合的に検討していただいた方がいいのではないかというふうに思います。

★大谷部長

ありがとうございました。それと感染のところですが、最近感染症指定医療機関の整備についてとか、それから感染症予防法の成立というようなことで、そういう法律的なことも、少し変わってきたりしておりますので、アンケートをとった時点とは少し変わってきているというようなことも盛り込んで、やはりもう一度少し、これに肉付けをするというようなあるいは修正をするべきところはあるというようなことで、ここで決めるということにはしないでおきたいと思います。これはまた次期の当番の大学の先生方、あるいは今まで当番をやって来られた先生方、あるいはこのガイドラインのワーキンググループの先生方とちょっとお話をさせていただいて、このくらいにさせていただきたいと思います。もう少し時間がありましたら、もうちょっとお話をさせていただきたいとも思うのですが、時間がございませんので、先に進めたいと思います。妙中先生また引き続きまして、よろしく願いいたしたいと思います。

★大谷部長

次に武澤先生の方からでございます。特別議題の国立大学集中治療部機能評価に関してということで、ご説明いただきたいと思います。武澤先生よろしくお願いします。

★名古屋大学 武澤部長

去年のこの会議で、国立大学の集中治療部の機能評価と言いますか、治療成績に関して、お金も含めてですけれども、そろそろそういう時期に来ているのではないかとということを私が提案したのですが、それを平澤先生が協議会の議長として採用していただきまして、この次のつまり今年の協議会までに、何らかの形でアクションをするようにというふうにご命令を受けましたので、一応私が言い出しっぱなものですから、東北大学の松川先生と、それから阪大の妙中先生と、山口大学の前川先生とそれから広島大学の平澤先生に加わっていただきまして、国立大学の集中治療部の機能評価ということに関して、どういう項目を選んで、どういう形で評価をしていくかというようなことを検討いたしました。その原案を作って参りましたので、それをみなさんに紹介して、それをお持ち帰り願って、調査する期間、あるいはこの調査項目でいいのか、あるいはさらに加えるのか、あるいは評価方法を変えるのかということに関して、ご議論をいただきたいということです。とりあえず私は時間を10分間ぐらいいただきましたので、評価やバックグラウンドなりを少しご説明したいと思います。

現在いろんなところで、医療機能評価、あるいはいろんな医療経済の問題が出てきていますけれども、大枠を言って、要するに今はhealth sector reformとか、健康改革と言いますか、health sector reform がWHOが中心になって、世界全体で行われていると、特に医療費がたくさん使われているアメリカ、あるいは欧米、つまり先進国においては、財源が持たないというようなことで、積極的にhealth sector reformが行われているところでもあります。まず最初はもう経済がなかなか立ちゆかないと、これ以上もう経済成長はしない、つまり限られた利益をみんなで分けなければいけないということが出てきたと、ある一部の利益が減った人間はそれを我慢しなければいけない、それから特に医療に関して、人口の高齢化、これはみなさんよくご存知だと思いますが、それからさらには、効果のはっきりしない高額な医療機械がどんどん導入されるMRIとかそういうのもそうですけれども、それから医療情報の公開圧力、開示圧力というのが患者の権利の拡大とともに、きつくなってきているというようなことを含めて、公正にしかも能率よく医療を提供しないと、国民が納得しないし、あるいは政府もやっていけないという状況を迎えているということになります。

一体今何を政府は考えているかと、あるいはWHOは考えているか。一つは厚生省はどういうふうに考えているかというのは、先程もいろいろお話がありましたけれども、病院の機能分化、急性期病床と療養型（慢性期）病床を分けようと、つまり大学病院の中には、在院日数が百何十日の人もいれば、5日の人もいると、これはやっぱり病床として運営していくのにまずいと、従ってそれをどういうふうに分けるかということ、大体日本全体で120万病床ありますけれども、そのうちの急性期病床を大体60万病床とその半分にしたと、療養型を40万、あとの20万はいずれの形にしろ減らしていくと、大体今の保険適応ができる病床を半分まではいきませんけれども、かなり減らして

いくと、それに従って当然医者の数も減る可能性があるとして、それから診療報酬体系を変えると、DRG/PPS導入すると、マルメですけれども、マルメを導入すると今のレセプト診療が変わってしまうということになります。これはみなさんご存じのように、医療費の削減にはある程度効果があるのですが、手抜き医療が行われるということ、手抜き医療を防止するために、もう既に手が打ってありまして、医療評価機構があると、医療評価機構が既にあると、これがどんどん、もっとこわくなってくると、変身してくるということになります。

それから医者が未だに機能分化されていないと、自称みなさん専門医なわけですが、自称専門医ですけれども、そういうのは専門医ではないと、つまり本当の専門医と、総合診療ができるジェネラリストの2つに分けていこうと、専門医は厚生省の試案では今の3分の1でいいだろうというふうに言われています。ほとんどが自称専門医で、専門医ではない、つまり症例の数からいっても、あるいは治療成績からいっても専門医ではないのです。それから診療プロセスをもう1回再評価しましょうと、これはクリニカルガイドラインの制定をしようとか、あるいはクリティカルパスを導入しようとか、これはいろいろ議論があるところですが、日本には本当のクリニカルガイドラインというのは1つもないということです。

それから福祉と保険、これは財源の話になりますけれども、財源を有効にどうするかという福祉と財源を老人医療はこっちに入ってくるわけですから、どういうふうに分化するかという問題がでてきます。それから地域医療計画が非常に漠然としている。ベッドの数からいってもそうですし、2次医療圏が非常に分化されていないと、それぞれの医療保険の中でどういう医療が行われているか、つまりこれは、開業医レベル、あるいは救急医療もそうですけれども、その辺がさっぱりわからないということで、地域医療計画の見直しと、並びにその機能評価を行なうと、それから経営という概念を病院の中に入れましょうと、これが大体の概要だと思います。

それで大学病院は何が行われるかと言いますと、大学部分が統廃合されると、入学定員が減らされると、これはいいですね。それから基礎医学と臨床医学の臨床圏域の分化がまったくできていないところも分化して協同でやるところは協同やっていくと、経営概念の導入は独立行政法人化、あるいはDRG/PPSの導入という形で否応なしにやってくると、それから急性期病床を一部特化せよと、これは山口大学からあったように救命センターの設置ということができてきます。それから職業訓練校やはり卒後臨床教育の強化をさらにおこなわなければいけない、一般的な教育ではないのだと、これはある技能をもった特殊な専門家を養成する学校として、やっぱり分化しなければいけないと、それから先程言いました総合診療と専門診療の分化を行なうと、特に専門診療に関しては徹底的な臓器別選定をしなければこれはやっていけないと、それから新しい部門としては医療情報あるいは臨床疫学、（京都大学が今度臨床疫学の講座化をされたみたいですが、）それから生物統計、特にパブリックヘルスという概念をもう1回復権させないと、大学病院のリフォームはできない。それから治療成績などの医療情報の開示が迫られる、（国民からも迫られるし、）私たちが限られた財源の中でICUにこれだけお金をくださいというふうに要求するときには、必ず治療成績等を含めたものは出さないと、お金は貰えないということになります。特にDRG/PP

Sが入ってきますと、これは部署別のどこに問題があって、どこに原因があるかということは当然問われてきます。

という中でICUの機能評価がどうして必要かと、まずは死亡率が高いのです。特にこの前私たちが調べたデータでは、ICUに入って感染症を併発した患者さんは、病院内死亡が約50%です。非常に高いのです。ICUの中ではせいぜい3%~4%ですけれども、病院全体、ホスピタルモータリティは約50%と非常に高いのです。それだけの人たちにどれだけのお金を出すべきなのか出さざるべきなのかという議論は当然されなければいけないわけです。それから医療費だけで、ICUをみますと国民医療費の1%ですけれども、アメリカでは大体全病院の経費の30%はICUが消費をするこれは人件費も全部含めてということです。アメリカでは病院の中で金喰い虫であるわけで、日本はどのくらいかまだ計算していませんけれども、おそらくアメリカの半分以下、あるいは4分の1ぐらいかもかもしれませんけれども、いずれにせよこれからどんどん在宅が増えていって、在院日数が短くなってきますと、ICUや病院の中には重症患者がたくさん増えてきます。そうすると医療費をさらに喰っていくだろうと、それから先程言いましたように、いろんな意味で医療資源の投下がされていると、転帰はどうなっているか、パフォーマンスは何ですかということとさっぱり分からないと、これでは話にならないということになります。つまり国民からお金をもらうことはできないということになります。

ではICUの機能評価の目的は何かと言いますと、ADLの改善を伴った生命予後の改善、あたりまえです。医療の目的はこうであると、それに対してどのぐらいの医療費、あるいは医療資源を投下したのかと、それを医療費で割ると、これはいわゆるテクノロジーアセスメントということになります。

それでICUの機能評価をするためには、生命予後の改善、ADLの改善を伴ってでもいいですけれども、生命予後の改善があるかどうかということ、それはどういう重症度においてそうなのかということ明らかにしなければなりません。軽症の人を持ってきて、みなさん助かりましたよといっても意味ないわけで、逆にどんなことをしても死ぬ患者をICUに入れていって、それは治療室で全部死にましたというのも全く意味がない、つまりどれだけの重症度を持ってICUに入ってきた患者がどれぐらい亡くなったのかということによってまず機能評価ができると、それから院内感染の話が先程出ていましたけれども、院内感染はやっぱり院内感染を起こすリスクでもって、層別化しなければいけない、つまりリスクで層別化して、ある重症度で層別化してどのぐらいのアウトカムがあったのかということをやらなければいけない、もしお金のことが問題であれば、在院日数とか、在室日数も加味すると、これ全体を投下したお金で割れば、テクノロジーアセスメントになるということです。

それで、今回何を収集するかと言いますと、患者の属性データ、(年齢とか性別とかありますけれども、)それから基礎疾患の処置に関して、これはコーディングをしなければいけないということで、コードの統一化で、ICD9とかICD9CMとかいうような、国際的な病名コード、あるいは処置のコード名がありますので、それが自動的に入るように工夫をしました。そ

れから重症度は、今回はAPACHEスコアと、APACHE、SAPSどちらでもいいですけども、ほかのいろんな先生方もご意見をいただきましたけれども、一応重症度評価を入れていくと、それから転帰に関しては、在室、在院日数、それから死亡率と、中間転帰としては、院内感染の数とかそういうことを考えます。それから投下された医療資源としては、医療機器、それから実験的治療というのは、例えば保険ではまだ認められていないけれども、大学病院の使命として新しい治療法を開発しなければいけない、そういう時にそういう治療が行われて、一体それがどうだったのかということも含めて機能評価をするということになります。

それでいろいろ問題があるのですが、いろんなコード体系というのは、まだインターナショナルには統一されていないのですけれども、コード体系をやっぴりもうちょっと標準化しようということで、それをしますと例えば100万例の症例があろうが、何万例の症例があろうが、1つのコーディングでそれをソーティングするとか、データ収集することが可能になってきます。ですからコーディングをもうちょっとちゃんとしたい。それからどういうデータセットを集めるのか、それは後ほど出しますけれども、それがまだはっきり決まっていない、それから患者情報のデータベースかということに関しては、いろんな形のデータが取れる。それから特に問題になってきますのは、いろんな検査室のデータベース、医事情報のデータベースとそれからお金のデータベースと、いろんなデータベースがあります。そのデータベース間のやりとりが非常にできにくいのです。例えば亀田総合病院みたいに、IBMを入れてしまえば、それで全部いけるのですけれども、実際にはなかなかそういうふうにはいかないということで、いろんな形のデータベース間の標準化ということがされています。それをうまく利用すれば、設備投資を少なくして、データベース間の相互のやりとりをすれば、これは省力化ができる。いちいちデータを入れなくてもいい。それからその後ろにあるのは、デジタル化をしなければどうしようもない時代になってきたということになります。そういうデータベースに沿って、ランダムイズドコントロールトリアルとかをする。それから治療の標準化を行ない、クリニカルガイドラインやクリティカルパスを行ない、それから質の評価としては、国際規格の上ののっとして、continuous quality improvement、医療の質をどうやって改善するかと、この流れの中に入っていくことができる。ですから、この辺の仕事をしようと思ったら、全てデータベースをもたなければいけない、そのためには日々の私たちのICUの診療をしている患者の治療成績が、データベース化されていくということが大事だということになります。

それで今大体少しずつ出来上がっているのですが、コンピュータ画面です。今5つに分かれています。これは病名、それから何の手術をしたか、それからどんな治療薬を使ったか、それからこれは感染です。それから重症度と、あとこの辺をずっと入れていきますと、死亡、在院日数とか、在室日数とか、それから医療費の項目があるのですが、そういう医療費の項目を入れています。医療費の項目は、たくさんみなさんから、お手紙いただきましたけれども、確かに薬だけでいいのかとか、投下された労働力はどのように換算するのかとか、それから消耗品はどう換算するのか、そういういろいろな問題がありますけれども、まだそれは検討中です。こういうコンピュータ画面を使いまして、こんな感じで全部入れてもらうということになります。

これはそれぞれの所ですが、例えば手術はどのような手術をした、これも手術のコーディングの話をやっていかなければいけないと思います。

これはどんな物をつかうか、どういうカテーテルを使って、人工呼吸はどの様に行ったかそういう話です。

これは単に入れるだけの話ですが、肺炎については院内肺炎、Ventilator associated Pneumonia、一応肺炎の診断基準、判断基準みたいなものをもう作っています。厚生省の研究班でこういう感染症の院内感染の判断基準をもう作っていますので、それに則って、それでみんな同じ定義で持って、感染症の入力をするということになります。

これはアパッチですが、他の尿路感染とは、血液感染とはなにか、混合感染とはなにかということに関して、全部ひとつの定義でもって、感染症を入れていくということになります。この感染症に関しては、例えばどんな抗生物質を使ったかとか、それからどんな菌が出たかに関して全部統一コードを使います。ですから一つの菌で例えばVREと出せば、ここから出てきた、このデータベースの中の、全部そのVREの感染症を引っ張ってくるのが可能だということになります。これはアパッチですが、これは別にアパッチにこだわっているわけではないのですが、取り敢えず重症度分類をして層別化をしなければいけないということで、こういう項目に関してデータをまとめたということです。現在は悲しいかな、手入力がほとんど中心になっていますけれども、これはデータベースからのさっき言いました、通信ができるようになれば、これはもうほとんどオートでもって入れることが出来るわけです。おそらく一番最後に残るのは、感染症の判断を誰がするかということと、現場で患者をみて、普通私たちがやっていますけれども、その判断とそれからたとえばGCSはやっぱり手で観察して書かなければいけない、それ以外のオンラインで手に入るものは全部自動的に入るということです。ですから、最終的には文部省がこういうことに興味を持てば、文部省の中で、指導室の中で、どこの大学にどういう患者がいて、どう重症になって、予後がどうなっているか、お金が今いくらかかっているかというのが、全部出てくるということになります。以上です。

★大谷部長

ありがとうございました。ちなみに今回私がアンケートを出しまして、アンケート調査集計というのがお手元にあるのですが、その一番最後の病院及び集中治療部の評価ということとも、関連するかと思いますが、ICU評価の必要性という所は、大部分の大学で必要であると、今武澤先生のお話を伺っておりますと、これが自動的にどんどん入るということになりますと、かなり共通認識でもってしかもあまり労力を使わないで、いろんな情報が得られるということで、最初にかなり努力していいものを作ればよろしいのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

★大阪大学 吉矢部長

大阪大学の吉矢でございますが、先程のガイドラインにつきましても、今回の武澤先生の計画に関しましても、病院規模、病院全体のベッド数なり機能とそのICUの機能評価というのは、やはり連続していて、切り離せないものだと思うのです。国立大学付属病院は特定機能病院ですので、

特定機能病院として、ICU、あるいは先程出ました、インターメディエイトケア、そういった病床がどれだけいるのかということが、出てくるような資料をお作りいただきたいというのがひとつと、それから妙中先生のガイドラインにつきましても、その望ましいICUないしインターメディエイトケアの規模というのもやはり今後入れていっていただかないと、これだけの人とお金を投入して、経済的にも有効なのかどうかということはないと思います。

★名古屋大学 武澤部長

実は大学病院の機能評価をする時には大学病院の目的をはっきりしなくてはいけないわけです。例えば研究なのか、臨床なのか、あるいは教育なのか、それぞれの目標をしっかりとてれば、それに関して評価基準を作ればいいから、誰でもできることなのです。一番いけないのは、大学病院というのは一体何が目的なのかということが、未だかつてよく分からないということです。病院としての機能評価は、これはもう既に決まっていることで、要するに死亡率をどのぐらい低下させるかと、投下されたお金はどのぐらいかと、この1点なのです。ですからその基準を国立大学の付属病院の中の治療成績の中に入れていいのか、しかも高度先進医療をやるという使命を持った大学病院の中にそれをどう組み入れるかという問題に関して、誰もまだ何も語っていないのです。もっと語っていないのは、教育の評価を誰がするのかということも語っていないし、研究だって科研費や委任経理金とかそんなのでやっているわけでしょう。では本当にそれでいいのですかということ、それはわかりません。ですから目的をはっきりして、それがわかればそれに対する評価はできるのです。それを全部組み合わせ、ではトータルでどういう評価をするかということも本当は誰かが考えてやらなければいけないのです。研究がなくても、例えば教育が非常に良かったら、それはもう病院としていいではないかという評価があったっていいわけです。つまり、トータルで今大学病院機能評価のマスタープランがないのです。だからそれをやらないとなかなか大学病院の機能評価は難しいのです。私たちは逃げて、ICUはやっぱり診療が一番大事だから、診療に関するまずやり方を機能評価しようということで提起したのです。もちろんICUの教育はどうかという話は出てくると思うのですけれども、それはまた別の時にお話をします。

★千葉大学 平澤部長

ただ今お示しいただいたのは、主になぜICUの評価が必要かというバックグラウンドと評価するに際してはどのような項目をその中に含有しようかということ、2点だったと思うのです。一方ちょっと見えて来なかったのは、ではこのシステム全体をどういうお金を使って、どういう構成で行おうとしていらっしゃるのかという点です。そのあたりの先生の考えをちょっとお聞かせいただけますか。というのは、去年やった時も科研費でもやりましょうかねというような話もありましたし、そのあたりをどう考えていらっしゃるのか。

★名古屋大学 武澤部長

データを入れることとか、データをまとめることはたいしてお金がかからないと思うのです。一番問題なのは、各データベース間の通信だと思うのです。これに一体誰がお金をかけるかという問題ですが、これは私のお金では到底出来ないわけですから、ひとつは厚生省がそういうことに関し

て医療評価機能の一環として、これは要るのだということに関して、一部ではやっていますが、テクアスの部会とか技術評価の部会とかありますから、一部やっているのですけれども、ここは文部省の病院なわけですから、文部省の病院に対して厚生省がお金を出すのかどうか、よく分かりませんけれども、そういう部門に例えば援助をお願いして、データベースの通信をすとか、あるいは文部省が国立大学はもっと先進的にこのシステムを取り入れていけば、例えば外科だろうが、胸部外科だろうが、脳外科だろうが、これは全部出来るわけです。どこの大学のどこの病院がどのぐらいの患者をもって、どのぐらいの重症度で、どのぐらいのアウトカムがあって、どのぐらいお金を使っているかと出てくるわけです。だからそういうことを例えばもっと文部省が率先してやるということになれば、これは文部省のお金でいいのしょうけれども、ただ科研とはちょっとそぐわないと思うのです。

★千葉大学 平澤部長

科研費と言ったのは、文部省の科研費もありますし、科研費という呼び方が正しくないかもしれませんが、厚生省のものもあります。厚生省の分でも、国立大の方が班長になっていらっしゃる班会議が、私が属しているものでもいくつかありますから、それは可能性としては大いにあると思いますので、それを含めてとそういう意味です。

★大谷部長

文部省の榎山さんにぜひ、このことについては文部省としてはどうでしょうか。最近は通信に関しては、結構予算をいろいろ付けていただいているようにも思うのですが、いかがでしょうか。

★文部省 榎山課長補佐

うちのほうも特に、独立行政法人の話があつたりなんかしたので、大学病院を今までは、教育と研究と診療と三位一体だからという話を抽象的にしているだけなのです。ですからそこは、教育にこれだけお金がかかる、あるいは研究にこれだけお金がかかる、それで成果がこれだけ出ているというのを、できたら数値で出したいというふうには思っていて、そのひとつが経営管理手法をちょっとやってみようという話で、今やりだした所なのです。データをとって、年度内に各大学には生データを全部各大学には、返そうとは思っているのです。それとはちょっと別の話だと思うのですけれども、そういう全体の動きとしてあるものですから、できたらそういう評価の仕方があるのであれば、ぜひやっていただきたいというようには思っておりますので、大学病院全部をそういう形で最初からやると大変かもしれないので、ICUの方で、先生の方でちょっとやられているのだったら、それをモデルとしてやっていただいて、後はそれをどう変えて大学病院版というか、あるいはそれぞれの診療科なり、あるいは大学で応用できるような気もしたのですけれども、もしやられるのであれば、文部省の方で予算でいくと、科研費はあるのですけれども、それもなかなか面倒くさいのでしょうから、医学教育課の方で、パイロット事業というのをやっているのです。どこもやっていないようなので、こんなことをやりたい、例えばクリティカルパスなんかもあって、やりたいという大学には今年の10年度の予算をつけた所があります。1千万とかですが。ですからそういう形で、例えばどこかの大学、先生が中心になられてもいいですし、この集中治療部の協議会

でどこかの代表校でという形でも構わないので、そういう形を出していただければ、お金を付ける分には、いくらぐらい要るのか分かりませんが、ある程度はできると思います。校費、校費は通信費とか例えばそういうデータベースを作るとかいう校費はたぶん出来ると思うのです。問題は旅費なのです。旅費は病院の旅費があまりないものですから、これがなかなかできないというところはあるのですけれども、そこを勘弁していただければ、校費の分については大丈夫だと思います。近々募集の通知を出しますので、11年度の分を出していただければとりますけれども。

★大谷部長

それは武澤先生、ぜひ出しましょう。でもこれを先生、最後までやり通さないといけないわけですから、ぜひ先生に中心になってやっていただいて、今先生がお示しいただいたことをぜひ集中治療部のこのICUのことでやり終えると、そして他にまで広げるかというようなお話というふうにするのが一番いいのではないかと、それで文部省の方でも予算はお考えいただけるということですので、ぜひそのような方向で、進んでいきたいという結論にさせていただきたいと思います。

★文部省 榎山課長補佐

データ通信の所で標準化の話がありましたけれども、今共通ソフトのワーキンググループというのがありまして、そこで名古屋の病院長先生が小委員会の委員長なのですけれども、そこでデータウェアハウスというのを今年、10年度から作り出しています、たぶんどういふ項目を洗い出すかとやっています、来年11年度にある程度形になってくると思うのです。そういうのもうまく使ってくださいと、各大学、さっきちょっとありましたが、MLとかHL7とかそういう形でやろうとしていますので、そういう所にのせていただくと、もう少しやり易くなるというふうな気はします。

★大谷部長

どうもありがとうございました。武澤先生どうもありがとうございました。よろしく願いいたします。

★大谷部長

それでは特別議題の③にございます国立大学病院運営改善の方策ということで、アンケートも出させていただきました。それからこれは大学病院の常駐委員会、病院長会議の常駐委員会の方から宿題をいただいているものであります。これに関しましては、検討結果を特にしめきり日は設けておりませんということで、かなり期間をかける、あるいはむしろ結論を出すのではなくて、こういうことをもう我々自身が自分たちの問題として、テーブルにのせて議論をしていかななくてはいけないという捉え方で、よかろうかというふうな感じで思っております。それから今日文部省の方からかなり詳しくいろんな改善ということに関しましては、お話がございました。こういうことを考えますと、我々は今までの何とかなるのではないかなというぐらいの考えでは、もうどうすることも出来ない、思い切った改善策、あるいは思い切った対策を立てないといけないというふうを考えます。そのためにはおそらく武澤先生がいみじくも言われましたように、一体何をするのかという我々は3つやっているけれども、ちゃんとよく分かっているのかというようなことを踏まえなければいけないと、この会は集中治療部ということの会ですので、集中治療ということに限らせていただきます。

この問題について、これは質問の方なのですが、特定機能病院、地域の中核的医療機関としての国立大学病院が今後も引き続き良質で高度の医療を提供していくための改善策について、これが1です。それから2といたしまして、国立大学病院としての存在性について、社会的な評価を得るための改善についてというのが2です。3といたしまして人事及び組織の活性化に向けての改善策、それから4といたしまして効果的な病院運営、あるいは経営を行っていくための改善策、特に収入増対策についてというこの4つについて、何とか考えろということであります。

私といたしましては、まず短い時間で議論をいただくわけですので、まず1と2は一緒にして、特定機能病院の問題、それから国立大学の存在性ということで、まず考えていきたいと思うのですが、今申し上げました問題でアンケートを差し上げました所、たくさんのご意見をいただきました。これを全部紹介するわけにはいきませんが、まずこの質問を私が今投げ掛けますので、先生方でご意見がありましたら、この特定機能病院とそれから大学病院の存在性、社会的評価を得るための存在性をどのようにして、確立、あるいは示すのかというこの2点につきまして、ご意見をいただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

抽象的でちょっと意見が言い難いというようなことかもしれないと思いますが、この特定機能病院のことにつきまして、と言いますか1の質問につきましては、例えば臓器別であるとか、あるいは新しい治療法の確立でありますとか、というようなことがいろいろあると思うのですが、いかがでしょうか。あまり意見をいただいていない大学の先生方にもお聞きしたいのですが、その前にまず香川医大の方から、これはかなり根本的な問題だと私は思っているのですが、冊子の10ページを開けていただきたいのですが、ここで集中治療部は本質的に医療経済学的観点からのサービス部門であるか、あるいは学問体系として、独立できる性質のものなのかを議論することが必要であるというふうなことを書かれているのですが、小栗先生、ご意見いただけますでしょうか。

★香川医科大学 小栗部長

私がここに書きましたのは、先程の1番の特別議題でも発言しましたように、いろいろな大学が臓器別とかそういうふうになっていってございまして、従来の専門科別、例えば外科であるとか、内科であるとか、そういうものがだんだん壊されていっている、それが逆にひとつの学問体系になりつつあるわけです。例えば代謝疾患学だとか、肝臓学だとか、そういうことになるのかもしれませんが、そういう状態になってくるといことは、ある意味では、従来その科別に病棟が編成されていたというのが、もうほとんどの大学病院であったわけですが、その科別で編成されていた大学病院の中で、唯一重症度別に、重症度別の観点から作られていたのがこの集中治療部であったわけです。それが壊されてきた、そういう中で集中治療部というものが、大学病院の中で占める役割というのは、要するに最重症度、先程の武澤先生がおっしゃる急性期の最急性期の患者、それからそれよりも軽いけれども、ハイケアを要する患者、そういうものを担うサービス部門としての議論をするべきなのか、集中治療医学の存続云々という議論をするべきなのか、そういう所をきちりと分けていかなければいけないのではないかとということです。むしろこの集中治療部連絡協議会の性質としては、やはりむしろサービス部門としてのこれからのそういう病院の評価に関係づけて、集中治療部というものの存在を議論しなければいけないのではないかとすることを述べた次第です。従ってこれは先程の大学病院の中に非常に在院日数の長い患者と短い患者が混在しているということも含めて、そういう観点から病院全体の中での病院機能の中での集中治療部ということ十分に検討する必要があるのではないかとすることを述べたわけです。以上です。

★大谷部長

ただいま小栗先生の方から、ご発言がありましたように、このことに関しまして、ご意見がある先生はいかがでしょうか。どなたかご意見が。愛媛大学の新井先生いかがでしょうか。ご意見がございましたら、賜りたいのですが。

★愛媛大学 新井先生

特に意見はないのですが、残念ながら先生が今投げ掛けられている問題全体が把握出来ておりませんで、ひょっとどこかに先生の言われていることの資料でも入っているかと思って探していたのですがよくわかりません。

★大谷部長

お分りにくいかと思うのですが、このことに関しましては最初に私が申し上げましたように、国立大学病院長会議の方から4つの質問が来ていまして、これは結論を出すためのものではないつもりなのです。ですから例えば最初に、香川医大の小栗先生のお話をさせていただこうと思ったことは、武澤先生がDRG/PPSというような問題を言われて、これは言うなればマルメ的なものだと思うのです。そういうものが例えばICUの中で適用していく、だからICUというのは一体どういう治療をしていくのかというようなことで、根本的な問題に関わるであろうというふうに思っております。学問を追求し、新しい治療法を確立するというのであれば、経済的な事というのは、あまり追求はできないというようなところもあると思うものですから、この問題をちょっと

投げ掛けたのですけれども、それではいけませんでしょうか。ほかの先生方どうですか。

★東京医科歯科大学 今井部長

小栗先生の医療経済学的観点からのサービス部門であるのか、あるいは学問体系として独立できる性格のものなのかという問い掛けでございますけれども、これは少なくとも、大学病院の集中治療部として行なう限り、これを明確に区分することは出来ないと思います。あくまでも大学病院であれば、学問的に新しい分野を目指すべきでありまして、これを明確に区分するこういう問い掛け自体が無理なのではないかと、そのように考えますが。

★大谷部長

ご意見ございますでしょうか。

★千葉大学 平澤部長

何回も発言させていただいて申し訳ないのですが、私は今、日本集中治療医学会の会長をやっているのですが、その立場から一言発言させていただきたいと思います。集中治療医学が学問的な体系として独立出来るかどうかというようなことは、その集中治療部が各々の病院で置かれている環境によって受け取り方が大分違うのではないかと思います。しかしながら一方では、日本集中治療医学会全体といたしましては、クリティカルケアというのは、非常に独立性を持った独立した学問体系として、十分成り立ち得る学問領域であるという認識をみんなが持って集まっているのだと思いますし、その延長上として日本医学会の分科会への加入を強く希望して働きかけていて、それが今年あたりはいい方向へいくのではないかなというふうに思っております。従いまして、各種の協議会というのは、私の理解では例えば手術部とか輸血部とか材料部とかというような、いわゆる中診部門の人たちの集まりというふうに理解しておりますけれども、その中であって、私の感じでは明らかに、例えばもっぱらサービス部門というような位置付けになってしまっている材料部とかそういうものとは明らかに一線を画した上で、そういう意識を持って物事を検討し、進めていくべき協議会ではないかなと、そういうふうに思います。

★大谷部長

ありがとうございました。それでは1と2と一緒にと言いましたけれども、次に教育ということに関しましては、文部省の方も研修の教育ということで触れられましたけれども、一般議題の中で名古屋大学の方から集中治療医学の教育プログラムに関してということと、臨床研修医の受け入れということで長崎大学の方からも提出議題でいただいております。ご意見をいただきたいと思うのですが、武澤先生。

★名古屋大学 武澤部長

教育の問題ですけれども、大学の一番の使命は私は教育だと思っているのですけれども、実は大学の中に教育者はほとんどいないわけです。専門的な分野で自分の知識を持っていらして、いわゆる研究をたくさんされている方はいますけれども、本当の教育、メディカルエデュケーションの少なくともマスターを持っている人はいないということになりますと、医学教育ということを実際にやれる人が何人いるかということを見ると、非常にさびしい状況だと思うのです。確かに文部省

の方でも、厚生省の方でも医学教育ということに関してかなり最近力を入れてきて、特に大学の教授の洗脳を図ろうというかたちで、いろんな研修会とかひらかれていますけれども、ただ圧倒的に教育ということに関しては、プアーであるというふうにいわざるを得ないだろうと思います。そういう中で、では集中治療部は一体そういう医学部の教育の中に本当に関与するのかどうかということが、これは救急もそうなのですけれども、実際問題としてそういう教育をする時のやっとこの前福井先生がつくった、一般の卒後臨床研修医に対するコアプログラムができましたけれども、では救急、あるいは集中治療に関する教育プログラムはあるのかといったらおそらくないと思うのです。各大学で個別にあるかもしれませんが、もしそういうのがあれば、全部まとめて一体どれだけの時間で、どれだけのことを習得しなければいけないかと、しかもどういう方法をつかって教育をするかと、特に救急とか集中治療というのは、講義形式ではほとんどできないものですから、どういう形の、例えばポリクリとかいうこともいろいろあると思うのですけれども、そういうのをやはりある程度、定式化といったらまたガイドラインとかという話になると思いますけれども、やはりある程度の共通のものをやっぱり出しておいた方が、良いと思います。それぞれの思いつきでやっているという段階ではいけないと思うのです。ここもそうですし、救急もそうだと思うのですけれども、やはりそろそろそういうプログラムを作っておいた方がいいと思うのです。ここにいらっしゃる方はおそらく現場で働いている方ですから教育に関しては絶対できると私は思っているのです。研究されていて、時に授業へ出て行って講義をされている方とは違うと思うので、だからおそらくかなりいいものができる筈なので、ここでひとつ模範的なものを作ったらどうかと、大谷先生が中心になってやられたらどうかと思うのですけれども。

★大谷部長

作るものばかりで、これはもう大変なことになるという感じもしなくはないのですが、でも今武澤先生が言われたことは、大変大事なことで、やはり大学病院が教育を捨てたら、大学病院の存在価値は全くないということになるかと思いますので、いかがでしょうか。このことについてご意見ございますでしょうか。

★大阪大学 吉矢部長

これは学部教育と卒後教育に分けて考えないといけないと思います。今の武澤先生のご意見は、例えば卒後教育の統一プログラムを作るということであれば大いに賛成なのですが、学部教育についてはみんな同じように、画一的に集中治療部で場を提供してやるべきかどうかというのは、もう少し考えてもいいのではないかと思います。つまり今の専門分科した診療科、この集中治療部もそうです。そういった所は、必ずしも全学生に同じようなメニューでやらさなくても、例えば選択制でそういう体験をさせるということでも、いいのではないかと思います。教育というのは、どれだけ教官が熱意と熱意を持って時間を割くかということですので、教育のテクニックもあるわけですから、やはり現状ではそれよりもどれだけ面倒をみるかということが重要です。必ずしもこういう教育を各学校で全員にしなければならないという立場には私は立たないのですけれども。

★大谷部長

ほかにはどうでしょうか。アンケートを私がそこにお配りしておりますアンケートで、2のところが医学部学生に対する教育ということで、それから卒後教育というふうに分けて、ずっと質問させていただいておまして、医学部に対する教育を集中治療部として行っていない大学はありません。42校全部の大学でやっておられます。ただ先生方ご存じのように、講義とか実習もそうですが部という、医学部の籍でない者に関しては、正規にそこに振り分けては恐らくないのだというふうに思うのですが、どこかの科と一緒にやるとか、どこかの科の時間を使わせてもらって集中治療部がやる、救急部と一緒にの所は、救急医学講座が出来たという大学に関しては、その救急医学講座の中でやるというような形で、なかなか確かに今吉矢先生がおっしゃいましたように、大学によっていろいろ違いますし、ひとつの教育プログラムはこうですよというのを作っても、果たしてどうかということも実際にはあるかと思えます。でもどこかの時点ではそういうものができるような状況にしなければいけないのではなからうかというふうに思います。

それからもう一つこれで聞いておりますのは、国立大学の集中治療部は卒後教育の場として、適切であると思えますかというのを聞いているのですが、適切であると思っておられる大学は12校、適切でないが17校、それからどちらともいえない13校あります。その適切でないと思う主な理由のほとんどは専従スタッフが少ないと、ICUのベッドが少ないと、こういういろんな背景がある中で、教育をどのように行なうかということですので、どうでしょうか、この教育プログラムを今確かに作るというようなグループを作ってワーキングを作ってするというのは、考えるのはいいかもしれませんが、ちょっと時期尚早、武澤先生どうですか。

★名古屋大学 武澤先生

私もよくわかりませんが、学生が卒前教育と卒後教育と両方にまたがっても別にいいのではないかと思うのですけれども、特に卒後臨床研修の中での集中治療の果たす役割というのは、結構あると思うのです。だからそこに関しては、きちりとしたやはりある程度の、最低限のミニムコアプログラムみたいなものはやっぱり出すべきだろうと思うのです。学生でもひどいものです。卒業間際の学生が患者と一緒にきて、心電図これは何かと言われて不整脈が出ているのに全然読めなかったり、血液ガスを見てもさっぱりわからなかったり、どこで教育しているのかなと思うようなのがたくさんあるし、かといえばシグナルトランスダクションだけが20回も講義の中で組み立てたり、いろんな意味でまだ未分化なのです。システムとして教育がされていないということなので、その中にICUも、そんなにたくさんは時間はいららないと思いますが、こういったもののかなということぐらいは、やっぱり教えるべきだろうと、最低限どこの大学でもやっぱり教えるべきなのではないかという部分もあると思うのです。だからその辺を検討していただけたらいいと思うのですが。

★鹿児島大学 吉村部長

よその施設でどのようになさっているか知りませんが、先程吉矢先生から、卒前と卒後に分けてという話がありましたので、ちょっと思いついたままに申し上げます。以前は卒前教育の中で、麻酔学の臨床実習の中に集中治療部のコマを入れておりました。ところが最近では少しスタイルが変

わりまして、集中治療部と救急部とそれに薬剤部、薬剤部というのはどういうことをやっているかという見学みたいなものですが、それともう1つ非常に大きいのは、看護部での体験が加わった。そういったことを実際にポリクリの学生に2週間、他の科と同等のコマを割いて、全部包含したやつをやらせるようになっていくのです。ですから、この集中治療部だけでこういったものをやるのは可能であるか、あるいは妥当であるか、また卒後に重きを置くべきなのかとか、そういった論議ではなくて、周辺のそういうものを学生として、卒業するまでに、何がどこまで出来なければいけないのか、卒業した後は、医療団のチームリーダーとして、こういったことができるようにならなければいけないかというモチベーションをつけさせる。もっと総合的に幅広く考える必要があるのではないかと思います。

★大谷部長

他にいかがですか。このことに関しましてはもう少しご意見をいただきたいのですけれども、少なくともと言いますか、救急部と集中治療部を一緒、あるいは今回のアンケートでかなりはっきりして見えてきたものがひとつありまして、集中治療部は単独でやられているというお答えもあるのですが、これは病院全体の中でどのようなことで単独かというのはちょっとわかりませんが、ほとんどが救急部と合体しているか、あるいは麻酔科と合体しているかと、こういう2つの大きな筋がはっきりしてきたと思います。麻酔科と一緒にしているということですから、当然講義その他は麻酔科の講義の中で組み込まれているのですけれども、この点につきまして、麻酔科の教授が部長をしておられる所に少しお聞きしたいと思います。橋本先生いかがでしょうか。

★東北大学 橋本部長

ご指名ですのでお答えいたしますけれども、この集中治療医学の教育プログラムに関しましては学部教育、並びに卒後教育ともに必要ではないかというふうに私どもは考えております。

★大谷部長

集中治療医学だけの教育プログラムの作成ということについては、少し時期尚早と言いますか、もう少し全体の中で考えるという今の吉村先生のお話とも近いのでしょうか。

★東北大学 橋本部長

そうなりますとなかなか周辺のこととの関連もございまして、集中治療医学の教育プログラムとしては、ある程度のひとつの方針は持つておくべきではないかというふうに考えております。

★大谷部長

ということは。私がここでそんなにはっきりと突き詰めなくてもいいのかもしれませんが、教育プログラムを集中治療部として、ワーキングみたいな形でつくるということはやはり、ちょっとここでそうしましよというのはい早いのかなという雰囲気だというふうに解釈を致しますが、もうおひとかたぐらい、お話をいただきたいと思っておりますけれども、では救急部と一緒にのところ、救急医学講座と一緒に所で前川先生どうですか。

★山口大学 前川部長

救急部と一緒にという意味ではなくて、やはり今の医療そのものが非常に専門化されてきています。

学生もそうですし、我々医者もそうなのですけれども、やはり患者さんの全身を診ないことが非常に多いのです。それでICUに入ってくる患者さんをもう少し早くから全身をみておいてくれたら、良かったのというような、そういうケースも結構ありますし、他の病院から送ってくる患者さんも含めてそうなのですけれども、そういう意味でやはり全身を診るということを学生に教えるなり、若い研修医に教えるという意味で、ぜひ必要だと考えております。

★大谷部長

教育プログラムを作成する人がという意味ですか。他にご意見がございますでしょうか。

★大阪大学 吉矢部長

ちょっと舌足らずでしたので、追加させていただきたいのですが、私は急性期のクリティカルケアの多くは学部教育として必要だと思っております。ただそれを集中治療部だけでやるかということではなくて、やはり救急部、あるいは麻酔科も含めて、あるいは内科系の救急をやっておられたらそれも含めて、全体としてのプログラムは必要だと思っております。

★千葉大学 平澤部長

私はこの問題は、この協議会で検討するというよりは、本来は日本集中治療医学会にある委員会でも検討すべきことではないかと思えます。というのは、プログラムに関しては、別に国立大、私立の大学で違うわけではありませんし、それで集中治療医学会としてもこのことは大切に考えておりました、アンダーグラデュエイト用の教科書もちょっと予定よりも遅れているのですが作りつつあります。大谷先生、当番校の名前でそういう議題が挙がって検討したので、もし検討するならこの協議会からもメンバーをそっちへ入れてもらいたいとか、一緒にやりましょうとか、そういう球を投げるということを集中治療医学会の方にやられるというのがよろしいのではないかなと思えます。何かこの協議会でプログラム、教育のプログラム全体をとということまで、独自で協議する必要性はあまりないのではないかなと私は思うのです。

★大谷部長

そうですね。いいご意見をいただいたと思えます。ではこれは私の方から考えまして、また集中治療医学会の理事会なりにご相談をしてみたいというふうに思えます。

長崎大学の方から臨床研修医の受け入れ等についてと議題が出ておりますが、これにつきまして長崎大学の先生、いかがでしょうか。

★長崎大学 長谷場副部長

臨床研修医の処遇の仕方に関しては、各病院それぞれ違うところもあるのだろうと思えますけれども、今回さきほど文部省の方からもお話がありましたように、研修の必修化ということで、回る場所が5箇所か、指定され、それからまた、いくつかをローテーションしなくてはならないということで、今まで集中治療部の方には、各診療科に所属して、そこから必要であるということで、研修にみえていたのですけれども、回る箇所が多くなると、必然的にその期間が短くなって、集中治療部がはずされるという可能性がかなり高くなってきております。したがって、今までの状況からみて、例えば先程山口大学の方から、各専門医は全体を診ていないとか、いろんなお話があります

ように、どうしても専門分化が進んでくると、全体的なことが診られていないと、その所に現在総合診療とかいろんな問題、課題が挙がってきているのだろうと思いますけれども、その一端を担う場所としては、やはり集中治療部というのは、非常にいい救急部と共にいい場所ではないかと思っております。従って研修の場として、ぜひ救急部、または麻酔科という項目があるみたいですが、そこに集中治療部ということも加えていただければと思っております。

★大谷部長

これに関しましては、確かに公にスーパーローターに関しましてのことは、集中治療部は入っていませんが、どこも当然入れるということでもよろしい、いけないのですか。いかがでしょうか。この問題につきまして、先生何かご意見をどうぞ。

★群馬大学 國元副部長

群馬大学の集中治療部の國元と申しますが、この長崎大学の提案に共感する立場として、意見を申し上げたいと思います。現在救急と集中治療部が合併運営しているような所が、今回の調査で出て参りましたけれども、まったく別々に運営している施設もあるわけです。文部省の通達として各国立大学に回ってきていますので、こういうふうに書かれてありますと、スーパーローテーションの一部に集中治療部が入ってはいかない、つまり集中治療部には卒後研修として、研修医が来ないという事態が起こることが十分想定されると思うのです。文部省の方がこちらにいらしていますので、集中治療部という言葉を入れて変更することは出来るかどうかお伺いしたい。

★文部省 榎山課長補佐

このカリキュラムの方は病院長会議の方でまとめていただきまして、京都の福井先生が中心になってまとめていただいたのですけれども、部を、名称を例えば、救急、または麻酔科とありますけれども、他にも内科とかいろいろな診療科名が入っておりますけれども、あれは現在組織がそういうのがあるからという組織を念頭に置いて、こういうものを作られたのではないと思うのです。卒後研修でこういうことをやらなくてはならないというのがあって、それをやるためには例えばこういう診療科だとかいうような形ではないかなと思っております。救急または麻酔科というのもその意見では、こんな話を聞いたのです。救急部と麻酔科は全然別だから、これはまたはではなくてコンマで区切ると、別のものだという意見もあるわけなのです。そこで救急部でもやれるし、麻酔科でもやれるので、救急または麻酔科というふうに書いたのだという話ではあったのですけれども、そういうことですので、もし集中治療部を追加ということになると、何をやるために、こういう卒後研修をやらなくてはならないと、それがあから、それは集中治療部でないといけないから集中治療部を入れてくれというふうな形でない、組織があるから入れてくれという形にはなかなかいかないのではないかとこのように思いますけれども。

★大谷部長

確かに今回のアンケートでもそうですけれども、集中治療部はほとんど救急部と一緒に、あるいは麻酔科と一緒になのです。そういうことを考えれば、こう書いてあれば入るかなということもありますが、いかがですか。

★群馬大学 國元副部長

比較的独立型の集中治療部も3分の1ぐらいあるのではないかと思います。いかがでしょう。集中治療部は卒後研修部門として優れた部門だと思います。集中治療部では重症患者の初期治療、生命維持管理装置の操作、心肺蘇生等を行っています。卒後研修部門として、非常に勧められる場所と考えていますけれどもいかがですか。

★文部省 樺山課長補佐

別に集中治療部が卒後研修とか、あるいは研修医を受け入れたりと、医員でも構わないのですけれども、やっては駄目だとかは全然考えていなくて、どんどん積極的にやっていただきたいというふうには思っています。名前が載っていないからといって、やっては駄目だということでは全然なくて、こういうことをやりましょうということが書いてあるという、さっき言ったような感じなのです。ですからもしそういうことであれば、この協議会の方から、これを作られたところは教育研修問題小委員会というのですけれども、京都の病院長、本田先生が委員長なのですけれども、そこへ言われてもいいのではないかとこのように思います。

★大谷部長

これは、どちらかと言いますと、確かに文部省から言われないと出来ないということではいけないのです。今からは各大学のその自主性、あるいは責任を持っているんなことをやりなさいというようなことも先程言われましたので、そういうことも睨めば、各大学でもう少し積極的に大学の中で議論をして、取り組まなければいけない問題であろうかとも思いますが、今一応文部省の話を持っていける所があると言われましたので、それもちょっと考えてみますけれども、どちらかと言いますと、大学の中でいろいろやっていただければ、いいのではないかなと思うのですけれども、でも一応文部省の方にそのことはお話ができるかということを検討してみたいと思います。

★群馬大学 後藤部長

今週群馬大学の臨床審理会議でもローテーションのことが出て、具体的に委員会を作ろうとしています。現実問題として、内科・外科・産科・小児科・救急または麻酔科ということだけで回そうとすると、おそらく産科とか小児科では回し切れない。現実にはもっと他の科へ学生を、または研修医をばらまかなければならない事実がある。ですから、実際に2学年の研修医をどういうふうに教育するかということをもっと具体的に検討すれば、当然ICUなどへ研修医がくる筈であって、各病院でもっと積極的に集中治療部長が働きかければ、十二分に、むしろ来すぎて困るぐらいの形になる可能性が高いのではないかと考えています。

★大谷部長

そういう方向で、まずはおやりいただけたらというふうに思います。この特別議題をディスカッションするのは、ほぼ時間がきているのですけれども、あとの収入増とか、人的な問題とかというのがあります。今回意見をいただいた中には、教官を増やして欲しい、看護婦を増やして欲しいというのもありましたけれども、最初の文部省の方のお話からいたしましても、増やして欲しいというようなディスカッションはちょっとここでは、抜きたいと、時間の関係もありますのでそういう

ふうに思います。それで収入増のことに关しましては、山口大学の一般議題の中で、集中治療部における経営改善対策ということで、議題をいただいておりますので、前川先生ちょっとご説明をお願いいたしたいと思います。

★山口大学 前川部長

先程もちょっとお話が出てきましたけれども、最終的な予後があまり良くない状況で、ものすごくお金を使っているというのも現状なものですから、できるだけ効率のいい形で無駄をなくするというのをやはりやっていかないといけない。それから各診療科の先生方が出入りする現場ですので、そういう所できっちりと医療経済的なことを考えるということも日常の診療の中に入れておくというのは非常に大事なことになってきていると思います。それで最近私たちがある程度やっていることというのは、医療費が月に3百万円を越したようなケースは、その次の月に一応みんなに紹介しています。あと注射薬は現場で事後処理をしないといけない現状だと思うのですけれども、それをコンピュータ処理できるような形にしています。具体的には患者さんのベッドサイドに勤務交替毎（8時間毎）に小さなボックス等が置いてあって、そこに看護婦さんは全てのアンプルを入れるだけで、あとは何もなくていいのです。看護表は書かないといけないのですけれども、その次の日に医事課のパートの方が来て全部コンピュータに入れますと医療費が請求でき、在庫管理もできます。このプログラムは結構時間がかかったのですけれども作りまして、それで看護婦さんの業務が随分減りました。そういうことをやっていながら現場を動かしているというのが現状です。それから直接関係があるかどうかは分かりませんが、病院評価機構に依頼して山口大学が2年ぐらい前に評価を受けまして、問題点をピックアップしていただきました。ICUに關したこともある程度入っていたのですけれども、これを見直すということでも業務改善がかなり出来るようになってきています。今年に入りまして、一応合格というお墨付きを戴きました。以上です。

★大谷部長

ありがとうございました。そろそろ時間ですので締めたいと思うのですが、今のことに关しましては、ご意見をいただいた中では、その収入増を考えるということよりも、経費の無駄をなくする請求漏れをなくするというような、あるいは無駄を省く、その無駄を省くにはいろんな工夫が、コンピュータを取り込むなりして、いろんな工夫がいるかと思いますが、そういうことに全力を使うのがいいというふうなご意見が大変多かったと思います。今の前川先生のお話も、山口ではかなりいろいろ新しい試みをしておられまして、無駄、あるいは請求漏れがなくなっていると、どの大学でもある程度は取り込んでおられる、工夫しておられると思いますが、思い切ったことができるかどうかということかもしれないと思います。以上この問題につきましては、私はここで最初に申し上げましたように結論を出すつもりはありません。いろいろなご意見をいただきました。それとそれから書いていただいたものは、一応みなさんにはお示ししておりますけれども、これは次回に担当いただきます、世話人校にも申し送りまして、このことに关しましては議論をもう少しするか、あるいはもうしなくても、ほぼ結論めいたものは出てしまうかというようなことかと思えます。ただ私は一応名古屋大学の方には、今日ご議論いただいたことと、こういうことかというこ

とを、経過の報告は一応したいというふうに思います。最終的な結論ということではないので、それはまた次回も引き続き検討するというにさせていただきたいと思っておりますけれども、もしご依存がなければ、それでよろしいでしょうか。ご異議がなければそういうふうにさせていただきたいと思っております。

長瀬 俊博 平大 山口

それではここで、一応特別議題は終わらせていただきまして、あと一般議題とそれから上程議題ということに入りますが、休憩を取りたいと思っております。25分まで休憩にしたいと思っておりますので、25分からはじめたいと思っております。5時までですので時間があまりありません。よろしくお願いいたします。

★大谷部長

それでは25分になりましたので、5時までに終えたいということですのでまだ全部お集まりではないかと思いますが、再開させていただきたいと思います。なお文部省の榎山さんはちょっと病院を見たいと言われていまして、少し中座されましてまた戻って来られますので、文部省の方にお聞きしたいということに関しましては戻られてからということにさせていただきたいと思います。

それから忘れないうちに、私が言い忘れて言っていないことなのですが、特別議題のところの集中治療部機能評価に関してですけれども、さきほど武澤先生にお話いただきまして、全てを一応武澤先生にお任せをいたしまして、武澤先生が大体1ヵ月ぐらいに渡ってまず試験的と言いますかやってみてというようなことから、順次入ってみようかということに進みたいということにさせていただきたいと思うのですけれども、武澤先生それでよろしいですね。

★名古屋大学 武澤部長

おそらく協力していただける施設となかなか難しい施設とがあると思うのです。ですから取り敢えず協力していただける施設の確認を取らせていただいて、それで進め方は先生がさっきおっしゃったように、まず最初は、いろいろ入力の問題とかあると思うので、少し1ヵ月とか時間を区切ってやってみて、その整備を少しずつしていって、最終的には否応なしにDRGが入ってきた時にはこれはずっとやらなくてはいけない、一生やらなければいけない問題になってきますので、それに向けてちょっとずつ準備をしていけたらいいのではないかなと、もしお金の問題で、今いらっしやらないですけれども、お金を出していただけるのだったら、それは参加していただける施設で全部それを分配してやれたら一番いいですし、そういうことを考えております。

★大谷部長

この問題に関しましては、この協議会で一応みなさまの合意がえられたというふうなことで、今武澤先生から説明があったということの方向で進めさせていただきたいと思います。

★大阪大学 妙中副部長

すみません。今ちょっと特別議題の方に触れられたので、ひとつだけ僕もお伺いしておきたいのですけれども、さっきのガイドラインの件なのですけれども、いろんなご意見をいただいてありがとうございました。いちいちもっともだなと思うことばかりで、私もそう考えていたこともあったのですけれども、その中で前川先生の方から私立大学のICUはそれではどうなんだと、そっちも話し合った方がいいのではないかと、それから平澤先生の方から学会でも考えているから、そっちとの整合性がどうかとかという話が出たわけです。私がここに提案したのは、国立大学病院集中治療部の設置のためのガイドラインを考えていたわけなのですけれども、その方向で進むのか、つまり協議会としてのガイドラインでいくのか、あるいは私立大学というか学会全体を考えていくのか、その辺の方向性だけ明らかにしていただいた方が、次に何をしたいのかよく分かりませんので、もし学会で討議していくから、そちらの方でというのであれば、このアンケートの結果とか、この案がどの程度の重みになるか分かりませんが、これもみんな学会の方に提出して、そちらにもうお譲りしたいというようなふうにも思うのですけれども、ですから今後の方向性をちょっとはっきり

とさせていただきますかと思うのですけれども。

★東北大学 松川副部長

私自身はこのガイドラインにも少し立ち入っているわけですが、このガイドラインは協議会です。学会は学会で当然ガイドラインは作るべきでしょうし、但し、それとこの協議会と別に一緒にする必要は全然ないのではないかと考えております。それでなければこの協議会でやる意味もなにもないわけですから、全部最初から学会の方でやっていただければいいというふうに、私自身は思いますけれども。

★大谷部長

確かに今松川先生が言われたことも、もっともな事なのですが、2つ出てしまうと、やはり厚生省がでは見直さないといけないと、どのガイドラインかを参考にしてということになりますと、それがかなり重味を持つということになりますので、協議会と学会がえらい掛け離れているのではないというのは、やはりまずいものなんだと思うのです。ですから平澤先生どうですか。学会で作るのならもうこれを学会の方にお渡ししてというのは可能ですか。

★千葉大学 平澤部長

今のご意見も確かにもっともですので、例えば学会の方で私が理解している範囲ではまだ最終的なこういうガイドラインを作るということにはなっておりませんので、協議会としてのスタンスで、直す所があるとすれば直していただいて、それで国立大学集中治療部協議会としては、こういうガイドラインを作りましたので、学会としてもし作る際にはそれを参考にしていただきたいというようなことを申し入れていただくということではいかがでしょうか。それならばこの協議会独自のものというようになりますし、学会で作る時にはそれを反映してというか、参考にして作ってくれるのではないかと思います。

★大阪大学 妙中副部長

分かりました。大体分かったのですけれども、厚生省の基準にそこまで影響が大きくあるものなんでしょうか。つまりあれは最低基準を決めたのであって、我々はこういうのがいいのではないかとこのものを作ろうとしているわけです。

★大谷部長

だから先生、そこが分からないわけです。これを使われると我々の首をしめるので、首をしめないようなガイドラインというか。

★大阪大学 妙中副部長

ですから厚生省基準のような、最低基準を決めるようなガイドラインに持っていくと首をしめてしまうと思うのです。だからそうではない形のものを考えていたのですけれども。

★大谷部長

また今度は非常に理想に近づけると、実際に作る時には全くそれが適用できないという、絵に描いた餅をというふうになるわけです。その辺が今回いろいろ考えてのガイドラインの難しさだなどというふうには実は私も思っているのです。ですから、どの辺で折り合うかなということもあります。

それで先程もう僕はと妙中先生は言われましたが、今のことを踏まえまして、このワーキンググループはそのまま生きていただいて、そしてその辺をもういっぺん詰めて、次回に結論的なことに落ち着きたいと、その間にいろんな先生方とまたEメールのやりとりとかいろんな方法もありましょ
うから、そういうことでご意見をいただいてというようなことでいかがでしょうか。よろしく願
いいたします。

ではあと30分ということでございます。一般議題と上程議題がございますが、これを分けずに一
緒にやりたいというふうに思います。というのはどういう意味かといいますと、今までに既に一般
議題の中の①、②、⑧はもう一応やりました。それで後は定員、スタッフの充実とか臨床工学技士
の定員化とかそういう問題、それから⑤、⑥は鳥取大学から出ている議題ですが、現在集中治療部、
全国の集中治療部の中で高次集中治療部というのが付いているのは鳥取大学だけだと私は思うので
す。これもただここでみなさんのと言ってもちょっと難しい問題があるので、これを例えば上程議
題に盛り込んであげられるか、あるいは大学独自だから大学の中でおやりくださいということにな
るのかという問題と、緊急時の応援工学技士の自宅待機費、時間外出勤に関してという問題これを
上程議題の中にどれをどう盛り込んでいったらよろしいかと、そういうお話にさせていただきたい
というふうに思います。まず最初に鳥取大学の方から出ております。看護婦の増員と近代化予算の
配備、並びに高次集中治療部に勤務する看護職員に対する調整額の支給、一応ご説明いただけます
でしょうか。

★鳥取大学 齋藤副部長

先程からハイケアユニットの問題とかPPCということで、ハイケアユニットの問題が既に出て
きていると思うのですが、鳥取大学は一昨年4月から高次集中治療部という形でハイケア
ユニットと集中治療部が一緒になりました。今回一応集中治療部協議会なのではございますが、問題と
なっておりますのは、どちらかというと、ハイケアユニットの看護婦不足と、ハイケアユニットの
看護婦さんの俸給の調整額の問題で、集中治療部ということではありません。ハイケアユニットの
方は、看護婦さんを病院の中で傾斜配給をして何人かいただいているのですが、集中治療部
が2人の患者さんに1人の看護婦さんということに対し、重症度があんまり変わらないあるいは準
重症で、非常に検査が多いとか手術後の出入りが多いにも関わらず、6人ぐらいの患者さんに対し
て、1人の看護婦さんの配置ということになっておりますので、非常に忙しい、これを一般病棟か
らさらに傾斜配置しようと思うと、今度は一般病棟の方に問題が出てくるということで何とか増え
ないだろうかというのと、それから高次集中治療部として、非常に機械類が多いのにその更新が
なかなかうまくいかないと言いますか、そこが何とかならないだろうかということ、それから一番
大きな問題は、同じ高次集中治療部の看護婦さんでありながら、集中治療部の看護婦さんには調整
額がつくの、ハイケアユニットの看護婦さんには調整額がつかない、こういう問題の中で看護婦
さんがなんで我々はつかないんだというふうな問題が出てきている、これからあちこちの大学でハ
イケアユニットが出来ていくだろうと、その段階でおそらく同じような問題に直面されるのではな
いかと、もう既に徳島大学にも出来ていますし、他にも先程からいろいろな所で作られるというこ

とですので、この問題にこれからいろいろ直面されていかれるだろうと思いますので、議題として提出させていただきました。

★大谷部長

この問題につきましてはいかがでしょうか。これはだから先生ICUとハイケアユニットということなのですね。高次集中治療部というのは、これはどこも他の大学は認められてはいないのですがこのことについて、今の例えば上程議題に盛り込むか、盛り込めるかというような問題なのですけれども、ご意見はいかがでしょうか。これをどういうふうにするか、先生方のご意見はいかがでしょうか。あるいはうちは高次集中治療部を予算を要求しているよと言われるところとかございますでしょうか。これに関しましては、それではどうぞ前川先生。

★山口大学 前川部長

今の看護婦さんの手当てに関しては、人事院にお話を持っていかないと決着が付きません。例えば結核病棟がありますと、結核病棟の看護婦さんたちは危険手当的なものがついています。そういう手当ての交渉は大学単位なり、本協議会で議決ができるのであれば、ICUの看護婦さんの手当てに相当するものをハイケアの部分をやって欲しいということを人事院に持っていかないと決着は付かないと思います。

★大谷部長

そういうことを考えますと、まだ先生の鳥取大学しかないのです。

★鳥取大学 齋藤部長

一応人事院に話は持っていったのですけれども、難しいということだったのです。それでこれからおそらくこういう大学は増えてくるので、今すぐ上程とかそういうことではなくて、将来的にこういう問題もみなさん一緒に考えて欲しいということ。

★山口大学 前川部長

たぶん議題としては出していかないと、これは通らないのです。

★大谷部長

ということは上程議題にという意味ですか。

★山口大学 前川部長

人事院まで動かそうとすると、国立大学全体でということで上程議題としてもらわないと通りません。各大学が個別にやるのであれば、鳥取大学できっちりとやられないと通らないと思います。

★大谷部長

ですからHCUという形で部としてついてはないけれども、どこにももうHCUを今つけてきているわけです。広島大学にもHCUは作るわけです。徳島大学も既に作っておられるというようなことでもございますので、この問題は鳥取大学だけの問題ではないかもしれないと思うのです。ですからディスカッションは引き続いてしないといけないと思いますが、これを今回に上程議題として上げるのがいいのか、もうちょっと時間を待って、HCUがもう少しついてきてから、そうい

う意見を集約してということで、上程議題の方へ出すのがいいのか、どちらがどうかとちょっと早いかなと思って、少し見送らせていただけますか、それでよろしいでしょうか。いやいや出せと言われれば、出しても余り効果がないような感じもしますが。

それでは引き続いて議題として残して、この問題に関しましては、各大学でICUもHCUもいろんな感染症とかも盛り込んだ病棟にこれからは各大学がなってくると思うのですが、そういう中で、このHCUの問題をどう考えていくかということで、今回はここまでにさせていただきたいというふうに思います。

それでは次に、定員、あるいはスタッフの充実ということで、定員増ということですから13ページです。弘前大学と高知医科大学の方から出ております。まず弘前大学の方からご提案いただきましたご説明をお願いいたします。

★弘前大学

弘前大学ですけれども、この書いてある通りでございましてやはり現在の人員ではいかんともしがたいということで、ぜひメディカルスタッフの充実を求めたいというこの通りでございまして。

★大谷部長

ありがとうございました。それでは高知医科大学の方から。

★高知医科大学 神原副部長

高知医科大学ですけれども、特に、ここに書いてある通りでありまして、スタッフの充実の一環としてということなんです。

★大谷部長

それで助教授をとということが書いてありまして、実は前回の平澤先生のところでやりました協議会で助教授を含めた教官及び看護婦の増員並びに臨床工学技士の配置についてというのを上程議題として出しているわけですが、平澤先生これに関しまして何かいい情報とか何かございますか。

★千葉大学 平澤部長

いい情報はありません。出そうという結論になりましたので、千葉大の病院の総務課を通じまして、全国病院長会議の上程議案としては出しました。ただ今までの一般的な経過ということに関しては、出したからといって、その上程議案に関するところが1年間で決められるということは、まずほとんどなくて、連続性を持って何回も出して、そのうちにそれを取り上げていただけるというようなことが多いのではないかと思いますので、上程議題もある程度連続性を持って出していただいた方がいいのではないかなというふうに思います。

★大谷部長

それではそれに引き続きまして、上程議題のところにあります、教官、看護婦の増員及び臨床工学技士の配置についてというのがありまして、これは全て人員の増ということでございます。それでいろんな議論もありました。それから文部省からのお話もいろいろ聞いた上で、継続してやはり出すということも必要だということでございますので、前年度に引き続きまして、この集中治療部スタッフの増員、あるいは看護婦さんもそうですが、並びに臨床工学技士の配置と、今回私がアン

ケートを出しました中に、これを調べてございます。これを見ますとかなり臨床工学技士というのは、1名専任でついているというこれは院内措置かもしれませんが4校あります。それから2名専任の人がいるというのが2校あります。1名兼任しているというのが4校あります。従いまして、全校ではありません。あるいはそこへつけなさいというそういうことでもらってはいないにしてもついております。従いまして、これにつきましても引き続き上程議題として、提出させていただきたいというふうに思います。たぶんこれについてはご異議はないのだろうと思いますけれども。

★鹿児島大学 吉村部長

マンパワーのことで、実は私はこの会議に出席させていただくのも今日限りとなりますので一言発言したいと思います。実は先程高知医大の方から、助教授の話が出ましたが、数年前に私もそういう意向をこの会で述べたことがございます。その時は後で個人的に指導室長の高杉さんからいろいろ話を聞きました。文部省としては、実際はどういうお考えですかというところまで。その時点では少なくとも看護体制とかそういった諸々の現実から見て、救急部とは別に集中治療部を運営していても、集中治療部にさらに助教授を作るというような意向はちょっとないような、そういう個人情報でした。我々のサイドから見ますと、やはり組織の強化といえますか、実際にやっている人たちの労働意欲を高めるためにも振り替えであっても結構だから、助教授という職をそのシチュエーションに応じてぜひ作っていただきたいのだと、私は申しました。それならば大学として、概算要求というような形で、出してみてもという話でした。本日は榎山課長補佐さんがおいでですから、その後文部省として、私が伺った時のようなそういった情報、それから変わったような動きがございましたでしょうか。せっかくおいでですからその辺のことをお聞きしておきたいなと思っているのですが。

★文部省 榎山課長補佐

要望がたくさんあるのでまとめてもいいのですが、今の助教授の話はたぶんその状況と変わりはないと思うのです。ただ国の予算というか人員がだんだん減っているというところなので、どこにつけるかというところが、同じ数をとって、その説明がつきやすいところにつけてくるというかたちで要求をしているのです。ですから看護婦も要求しているのは、集中治療部は病床数も当初予算でつけたよりも、ずっと看護婦さんは少ないですので、それぞれの大学のICUなりCCUがどれくらいあるか調べて、それに対すると2対1ですので、これだけ要るのだというふうな形でべらぼうな数に、何百人という形になるのですけれども、そんな形で毎年、毎年要求をしているというような状況です。今年は22人つきました。そういう形で要求しているところなのですけれども助教授について、純増で1人つけてくれというのは、たぶん無理だと思うのです。

★鹿児島大学 吉村部長

私がこの間申し上げたのは、振り替えるという話です。

★文部省 榎山課長補佐

振り替えでやる時にたぶん今助教授がついているところはないのではないかと思いますけれども、なぜ助教授が必要なんだという理屈が通れば、振り替えであれば、できる可能性はあると思

ます。ただ振り替え財源をどうやって出すかというところであって、どこかの助教授をICUの助教授に持ってくるというのだったら、そのまま横移動の振り替えだから、別に人件費が余分にかかるというわけではないから、割と楽だと思えるのですけれども、助手を振り替えて助教授にすると、それだけ分お金がかかるということになるので、そこら辺も最近はやや厳しくなっているの
で簡単にはいかないというふうには思います。

それから臨床工学技士の話がありましたけれども、臨床工学技士も手術部の整備という形で、要求しています。これもその臨床工学技士が必要だと思っていて、ただ手術部にもいるし、材料部でエミーの管理をしていれば材料部にもいるし、今集中治療部もいるので、あちこちでばらばら要求しても、病院としてはひとつの病院で管理をするわけなので、将来的にはMEセンターとかそういうふうな構想をそれぞれの大学が持つのだと思いますので、集中化するのだと思いますけれども、取り方として、あまりこう部をばらばらにしてとるとするのはなかなかとりづらいで、今は手術部の整備という形で、手術の機械が人工心肺装置があるとか、そういう装置がたくさんあるので、手術中にいたむと患者さんが死んでしまうというような理由をしてとってきているわけなのです。手術部でとったとしても、手術部で使ってくれということではなくて、取り方として手術部でとっているのであって、それは大学病院の中で、うまいこと使ってくださいというふうな言い方をしています。今年は臨床工学技士が振り替えも入れたのです。行政職Ⅱ、今年は行Ⅱからの振り替えを出していただいて、無理矢理作っているのですけれども、出せる所は出していただいて、要は行Ⅱの人が今現在、そういう仕事をやっている、それで免許も持っているのぜひ医療職にして欲しいというような理由を付けて、取ってきているのです。それが今年は全国で13人取ってきます。そういう形でできるだけとれるような所とってきているというのが、臨床工学技士の状況です。

★大谷部長

ありがとうございました。臨床工学技士につきましては、どんどんと言いますか、予算化されているということですので、引き続きこれは上程議題に上げておきたいというふうなことでよろしいでしょうか。

設備更新費の予算化についてということで、長崎大学の方から提案がございます。長崎大学の方でご説明をお願いいたします。

★長崎大学 長谷場副部長

19ページに鳥取大学の方からも近大化予算ということで議題が出ておりますけれども、それと同じように、設備も10数年たってくると機械の老朽化が激しいと、現在、予算請求というのが、概算要求の額というのが、かなり上げられておまして、その下にくるものと、各診療部門に配分される年間予算との間の機械・器具がほとんど更新できないという実情にあるので、その辺を踏まえて予算化をお願いしたいということです。

★大谷部長

このことにつきましては、おそらく各々の大学でのことになるのではなかろうかと思うのですけれども、これを協議会として、例えば病院長会議への上程とかそういうことに出来るのかどうかと

というのはどうなのでしょう。私はちょっとそれは無理ではないかなと、各大学でその予算をどのようにということではないかなと思うのですがいかがでしょうか。

★長崎大学 長谷場副部長

鳥取大学の方では近代化予算というふうに打ってありますけれども、これは10年ぐらい前にこういう各大学に順番で5年間ぐらい回っていったと思いますけれども、それを復活という意味もあると思うのですけれども。

★大谷部長

このことに関しまして、他にご意見がございますでしょうか。やはり病院長に上程ということになりますと、全体に普遍的と言いますか、というようなことでないと、予算がきて、その予算をどのように、各部、各大学の中で振り分けるか、どう使うかということが1点と、それから最初から文部省からもうこれはこういうことで使いなさいというような形の予算がくるかということ。先生はですからそれを期待して、出されているわけですね。そういうことに関しましてはどうでしょうか、文部省の方で榎山課長補佐の方で何かご意見がございますでしょうか。そういう出し方と言いますか。こういうのは各大学の出し方だと思うのですけれども。

★文部省 榎山課長補佐

設備はそれぞれの大学が概算要求をするときに、普通順番をつけて出します。それはそれでいいのでしょうかけれども、たぶん予算の要求の仕方としては、更新費、要するに古くなったから更新して欲しいという予算だとなかなかつかないと思うのです。ですから鳥取大学が言われたような近代化というような形で何かを考えた方がいいとは思いますが、昔やったような形でまたお願いしますというのも、何かあれなのでなにか理由がないですかね。ICUが5年前、あるいは10年前と比べてこんなふうに変ってきたので、こういう新しい設備がいるのだとか、あるいは例えば分かり易い例を言うと、MRIが出た時にはMRIというのは非常にいい機械だと、今までのX線とは違って、大学病院はぜひ必要だから、全国の大学病院に入れようというふうな形が言えるわけです。そういうような形があると、たとえば今補正予算とかあるので、そういうような理由とかなんかがあれば、何か考えておいていただくと、補正とか何かがあった時には、うちの方からも話が出しやすいという話になります。

★大谷部長

いかがでしょうか。これはどこの協議会などでも、設備更新費というようなことで例えば病院長に上程議題として、出すか出さないかというようなことは議論になっていることかとも思います。この問題はどうか。

★九州大学 谷山副部長

今いろんな大学で出されている問題というのは、やはり基本的に集中治療部が例えば、30年前から訓令化されてきた中で、最初と同じような人員でやっているということが、根本的な問題だと思うのです。それで最近病院の中で、集中治療部の薬剤師をつけていただいている九州大学の例ですと、2年前につけていただいたのですけれども、それもこれは病院全体で使いなさいと、そういっ

たご指摘，ご指導があるわけです。ですから集中治療のこの協議会でもやはり，全国国立大学の集中治療部というのが今の時代の大学病院が特定機能病院として，動く，それから高度先進医療のそれに見合った病院として動くための集中治療部はやはり，もっと充実しなくてはいけないということで，議論していただきたいと思うのです。文部省の今後の方針もいろいろあるかもしれません。そこに出ているアンケート調査でも，救急部と合体してやっとやっているという状態ですから，実際は集中治療部独自だけでも，本来は動かなければいけないのですけれども，どっちつかずの馴れ合いですとくっついてやっているというのが現状だと思うのです。ですから本来は集中治療部だけでも大変な院内の患者さんを扱わなければいけないわけですから，その分にあつたものをやはり集中治療部でこれは使うのだということで（人員を），つけていただきたいと思うわけでありませう。病院全体で何とか院内措置でやりなさいということになりますと，いつまでたってもなかなか充実できないのではないかというふうに，私は思うのです。ですから出し方をこうすればいいというのではなくて，本質をやはり出していただいて，集中治療部はこれから先これだけ（人員，設備が）要るのだというふうな話で持って行っていただきたいと思うわけです。

★大谷部長

他にございますでしょうか。ではありませんので，このことに関しましては，今先生が言われたことを踏まえまして，人員だけというのではちょっと寂しい気もいたしますので，世話人をさせていただきます私並びにまた何人か，長崎大学の先生方ともお話をしまして，何らかの形で上程議題に一応上げてみたいというふうに思います。それでよろしいでしょうか。

それでは最後になりましたけれども，名古屋大学から緊急時応援技士の自宅待機費，時間外出動に関して，これについてお願いします。

★名古屋大学 武澤部長

これはどちらかといったら本当は救急の全国協議会の方がいいと思うのですけれども，たださきほどの文部省のお話だと，いろんな意味で法改正も含めて，病院の新しい機能に向けて，制度改革等々を含めてという積極的なご発言がありましたので，おそらくこの辺のことに関しても，善処していただけるのではないかなという感触を得ました。特に働かなければいけない時間に働かないで外で働いている医者が片一方でおりながら，夜中に出てきて働いている人に対してお金がでないということに関しては，絶対おかしいと，こんな形で，例えば大学病院の卒後臨床研修なんかの救急なんかできないということをちょっと付け加えておきたいと思います。

★大谷部長

これに関しましては，確かに救急の方でも問題というか話題になることだと思いますけれども，一応これはこういうことで，文部省の課長補佐にも聞いておいていただきまして，よろしくご配慮をいただきたいというふうに思います。

大変長時間にわたりまして，ご議論いただきまして，ちょっと私のいろいろ不手際で迷い迷いきましたけれども，何とか一応終わることができると思います。最後に次期当番大学を決めておきたいと思います。たぶん立候補されるところは毎年ないからないと思っておりますし，一応こちらの

方で内諾をいただいている大学がございますので、そこにお引き受けいただきたいというふうに思
います。東北大学にお願いをしてございます。橋本先生何か一言お願いいたします。

★東北大学 橋本部長

東北大学の橋本保彦です。第15回の国立大学病院集中治療部協議会を引き受けさせていただき
たいと思います。期日は平成12年のこの時期になると思います。広島よりも多少寒いところござい
ますけれども、またみなさま方ご参集いただきますようお願いいたします。よろしくお願いいたし
ます。

★大谷部長

では大変長時間にわたりまして、ありがとうございました。本日の会議はこれで閉会させていた
だきます。榎山課長補佐には最後までお付き合いいただきまして、また大変詳細なお話、並びにご
助言をいただきまして、大変ありがとうございました。この会議中、長時間にわたって活発なご討
議をいただきましたことを厚く感謝いたします。どうもありがとうございました。