

第 1 5 回

全国国立大学病院集中治療部協議会

期 日： 平成 1 2 年 1 月 2 7 日 (木)

場 所： 良 陵 会 館 記 念 ホ ー ル

東 北 大 学 医 学 部 附 属 病 院

★進行

ただいまから、第15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ます。本日は文部省から高等教育局の医学教育課大学病院指導室の山腰第一病院係長に出席していただいております。よろしく申し上げます。

開会に当たりまして、当番大学であります東北大学医学部附属病院長からのご挨拶を申し上げます。吉本病院長よろしく申し上げます。

★東北大学 吉本附属病院長

東北大学医学部附属病院長の吉本でございます。本日は、全国国立大学病院の集中治療部の部長さんを初め、非常にそうそうたるメンバーの方々を東北大学、仙台にお迎えできまして、我々関係者一同非常に喜んでおります。

本日の提出議題を見ますと、ICUでも研修、教育、それからガイドライン、評価機能等いろいろな問題があるわけです。本日は先ほどご紹介いただきましたように文部省から山腰先生もお見えですので、何とぞ有意義な会議を持っていただければ幸いです。

我々全国の国立大学病院の人間にとりましては、現在は横一線の問題といたしまして独立行政法人化とか、それから卒後臨床研修必修化とかさまざまな問題があります。集中治療部というのはやはり病院でも中心的な存在ですので、こういうふうな問題に対しても非常に影響力が大きいわけでありまして、東北大学でも、橋本先生初めいろいろな方々にそういう意味ではお世話になっております。

この建物の道路1つ隔てまして左手に医学部がありまして、右手に大学病院があります。もうこちら辺は大学のブロックの中にあるわけでございます。東北大学では新病院が今建設中でして、第1期工事がこの3月に終わります。18階建てでありまして、その頂上に行きますと、仙台は100万都市ですけれども、高い建物もありませんので太平洋が見えて、あと東北の山々が非常にきれいに見えて、仕事をするのも嫌になるほどですけれども、もし時間がありましたら、雪が降っていませんけれども、その雰囲気でも味わっていただければ幸いです。

本日はよろしくお願いいたします。

★進行

ありがとうございました。それでは、続きまして山腰病院第一係長からご挨拶をいただきます。

★文部省 山腰係長

ただいまご紹介いただきました大学病院指導室の病院第一係長をやっております山腰です。どうぞよろしく申し上げます。病院指導室におりまして、たしか2年前に集中治療部門会議へ1度来させてもらったと思いますが、4年間病院指導室で係長をやっておりますが、この4年間いろいろと大学、それから大学病院に関する事、多々大きな問題を抱えております。また後ほど説明する機会がありますので、簡単にご挨拶させていただきたいと思っております。本日はよろしくお願いいたします。

★進行

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部を紹介いたします。寺沢事務部長、小沼管理課長、安達医事課長、白鳥総務課長補佐です。私、本日の進行役を務めます総務課長の北山です。よろしくお願いします。

本日は何分短時間にたくさんの議題がございましていろいろ議論されると思いますけれども、議事進行によりしくお願いしたいと思います。なお、議事録作成のために、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、氏名をよりしくお願いしたいと思います。

それでは、本日の議長は慣例によりまして東北大学医学部附属病院の集中治療部の橋本教授が務めさせていただきますので、よりをお願いしたいと思います。

★東北大学 橋本部長

本日の議事進行を務めさせていただきます東北大学の橋本でございます。

それでは、議事に入ります前に文部省の大学病院指導室山腰病院第一係長から、お手元に配付されています配付資料に基づきましていろいろご説明していただければと思います。それでは、よりお願いいたします。

★文部省 山腰係長

資料は2部配付されております。こちらからお手元に配付させていただきました資料は、平成12年度予算案の概要と、昨年9月20日に各大学の学長、事務局長にお集まりいただきまして文部大臣の方から説明しました国立大学独立法人化の検討の方向という文部省の指針です。もう既に各大学の方で先生方のお手元で見られていると思いますし、また各大学の方で検討されていることだと思いますので、これらは参考資料とだけいただければと思います。

この4年間、病院指導室で病院係長をやっている、流れというのはすごく、私自身も来年文部科学省の人間になるなんていうのは、つい4年前には全然思っておりませんでしたし、国立大学自体が独立法人になる、国家公務員の削減をしようというのは、4年前に病院指導室の3係の係長になったときは全然思いもしなかった話です。橋本内閣になって行政改革、財政構造改革に提示されまして、その年は予算が凍結という形でした。小淵内閣になった途端に、定員を削減しましょう、公務員が10%削減です、独立行政法人を含めて25%の削減ですと。

小淵内閣へ入った当初から、国立大学の独法化という話はずっと引きずってございまして、一昨年の5月ぐらいに国立大学は独立行政法人化を当面見送ると。ただ、それに関しては国立大学の自主的な改革をもって、5年間の猶予期間を考えて、その後に考えようという話になり、結論は一度たな上げになったわけです。昨年までのこの会議の時点では、文部省も一貫して独立行政法人化に関しては反対し対応してきたところですが、25%の削減、10%の削減といいますが、これまでも公務員の定削はずっと続いてきたわけですが、文部省でこれまで定員削減といいますが、先生方に関係の教(一)に関しましては定削の対象外という対応で、行政官、それから行政のお手伝いをしておりまして、病院でいいますと看護助手のような方々、そういった方がやめていかれたものに関して不補充ということで対応し、さらに新たな大学の新設、創設、大学病院ですと新たな特診を設置してくることによって、国立学校特別会計の中の定員というのは純減がなかったと。

しかし、2年前の予算で初めて、定削と大学の予算案を照らし合わせたときに、大学全体として定員の削減ということが出てきました。その辺も加味して、このまま淡々と国の施設として残るということを国立学校の特別会計、さらに病院の特別会計の中で言いますと、新設医大の規模で2つの大学ぐらいをまず減らさないといけないという事態になっております。その辺もございまして、独法化という話に単純に乗るのではなくて、文部省として特別立法の格好で対応してはいかかという案もあって出たものでございます。

この件に関しましては、皆様方もよくご存じかもしれませんが前病院指導室長でした杉野室長を筆頭に当局の方でも検討しておりまして、来年度春早い段階で文部省としての方針を示したいということになっておりますし、各大学も国大協を中心に検討しているようでございます。

ですのでこの文書2に関しましては、皆さん既にご存じだと思いますし、学教法の国立学校設置法関係の変更で、各大学においても評議会の構成メンバーの変更やあと運営協議会等組織として大学としての責任ある体制づくりに取り組まれていることだと思います。

平成12年度の予算の概要ということで、これは医学教育課だけの概要をペーパーにしておりますが、これ以外の分でございますと国立学校特別会計の中で大学の評価をするということで、これまで学位授与機構というのがございましたが、この組織を改組・転換して、まだ仮称ではございますが大学評価・学位授与機構に、教育・研究面に関して国立大学を大学の外部的な評価機構とする組織を新たに平成12年度より設置することとなっております。

あと医療をめぐる最近の動向でございますと、大学病院に関しましては皆様既にご存じのように21世紀医学医療懇談会、浅田先生を会長にいただきましていろいろ検討を報告させていただきまして、これまで第4次の報告までを公表させていただいたところでございます。入学者選抜の変更・改善、学部教育の改善、それからまた先ほど病院長からもお話があったように卒後臨床研修の充実、医師・歯科医師の対応の見直し等いろいろとございます。

卒後臨床研修は、厚生省ではおおむね大学の方と話し合いがついたという格好で、今国会に提出されることになろうと思います。必修化に関しましては、これまで国立大学では大学の中で非常勤医師経費、医員研修経費という格好で、どちらかという文部省で予算措置をしてきたところですが、これは卒後臨床研修が国公私を含めた全体的な話ということになっておりますので、まだどのような形で厚生省側から経費の上乗せ分が出るかという結論には至っておりません。まず制度ありきということで今国会に提出されて、2年間の必修化ということになろうと思います。そして、研修を受けていない者に関しては医業の開設者になれないというような扱いになるというふうに聞いております。

予算が平成12年度以降増額の方角に動くということはどう考えても我々の世界では考えられない、右肩上がりでこれまで国立学校は来たわけですが、もう水平飛行という格好のものでございます。各大学に行く予算というのが、特別にこれからふえるというようなことはございません。我々もない知恵を絞っておりますので、本日の協議会等で先生方の豊富なお知恵の中から国立大学42大学病院が今後進む方法、方向が出ていただくことを非常に期待しております。どうぞよろしくお願

ます。

★橋本部長

山腰さん、どうもありがとうございました。また議事進行中にいろいろご質問があると思いますので、よろしく願います。

議事に入ります前に、特に今のお話でこれだけはお聞きしたいというようなことがございましたら、二、三ご質問をお受けしたいと思いますが、どなたかございませんでしょうか。独立法人化もいよいよもう間近に迫ってきたという感じもしますし、財源の問題でも非常に切迫しているというお話でございましたけれども、特にございませんでしょうか。それでは、またいろいろな議事の中でご質問等ございましたらば、その都度ご質問いただきたいと思います。

それでは、議事の各大学からの提出議題の1番ですが、各専門医あるいは認定医資格取得にかかわるICU研修の単位認定についての議題を北海道大学、よろしく願います。

★北海道大学 佐々木副部长

この議題の提案理由はここに大体まとめたとおりですけれども、集中治療部の運営形態につきましては各大学さまざまだと思います。ただ、あとの方の要求事項にもありますように、どこの施設でも教官が不足していると思います。少なくとも北大ではかなり不足しておりますし、マンパワー不足というのは大体どこも共通の問題じゃないかと思います。ただ、教官増員を粘り強く要求していくことも非常に重要だと思いますけれども、公務員の定員削減が叫ばれている現状では、そういった要求に対して大量の教官の予算がどっつくことは、非常に困難であると思わざるを得ません。

それで、実際にそういったマンパワー確保の1つの方法として考えたことなんですけれども、関連各科よりのICU研修が行いやすい環境がもしつくれば、マンパワー不足の解消の1つになるのではないかということで、こういったことを考えました。

実際にICU研修に来る診療科の医師の意見を聞くと、たしかにICU研修に来て非常に役に立ったという意見もある反面、何かそれにやはりプラスアルファというか、実際に中堅どころの医師にとって例えば数カ月の間そういったICU研修に来る、手術をしないとかがそういった期間は非常に大きいものではありますので、それに対して何らかの単位の認定といった枠組みがつくれば、一般中堅クラスの医師もICU研修に来やすい環境ができると思います。

2年後か3年後かちょっとわかりませんが、スーパーローテーションが開始になって、救急やICU研修が必修になるということもお聞きしていますが、実際例えば1、2年目の医師がICUにどっど研修に来ましても、戦力とはならず教官の負担がむしろふえるのではないかというふうに思われます。

こういった中堅クラスの医師がICU研修にどんどん来るようになれば、一般医師にとってややもすれば敷居が高いと思われるICUとの良好な関係づくりにも役立つと思いますし、メリットも大きいのではないかと考えて提案させていただきました。これはこの場で検討すべき問題かどうかはちょっとわかりませんが、どちらかといえば例えば集中治療医学会とか、そういった場で検討すべき問題とも思いますけれども、1つの提案として考えさせていただきました。どうかご意見いた

だければと思います。

★橋本部長

ありがとうございました。先生のところでは今度の3月にベッドが5床から10床に増床になりますね。

★北海道大学 佐々木副部長

実際問題としてそれに伴う医師の増員はないです。

★橋本部長

この件につきましては昨年もございましたけれども、徳島大学では集学治療病棟でICU、ハイケアユニット、CCU、無菌室ということで36床のベッドを運用されていると聞きますし、そこでは内科、外科から7名から9名ぐらいの医師を派遣してもらっているということなんですけれども、きょうは徳島大学の黒田先生はおいででしょうか。派遣医師所属は外科のままで来られているのでしょうか。

★徳島大学 黒田副部長

所属はもうもちろんその科のままです。

★橋本部長

もとのところですね。内科の先生も同じように、医員の先生がここへ参加されているということになるわけですね。

★徳島大学 黒田副部長

そういうふうにしております。

★橋本部長

すると、学会認定とかそういう場合の資格の問題というのは、もともとのところから出ているということで特に問題にはならないわけですね。

★徳島大学 黒田副部長

そうです。

★橋本部長

北海道の佐々木先生からお話がありましたけれども、これは学会、例えば外科学会とか集中治療医学会とかというような問題でもあるわけですが、この件につきましてどなたかご意見ございましたらばお願いしたいんですけれども。

★東京大学 前川部長

参考までに、これは恐らくそれぞれの学会が、例えばICU研修を専門医あるいは指導医あるいは認定医の資格要件として必要としているかどうかという判断に係わるわけで、これはもうまさに他人任せのことでなかなか難しいと思います。例えて言いますと、外科学会では外科の専門医の要件の1つとして救急的な外科を、もっとスペシフィックに言いますと外傷外科をやはり外科医としては必要な要件として認めて、そのボールを例えば日本救急学会に投げてくるというようなことが現実にはありました。それと同じように、例えば麻酔学会が指導医の要件にICUの研修を認

めるかどうかとか、そういう関連する学会が、ICU研修を指導医としての要件として認めるかということにかかっていることなので、なかなかここで議論をするのは難しいのではないかと思います。

★橋本部長

ありがとうございました。この議題の3ページの一番下にも書いてありますように、協議会としての決議事項としてそういうことをやるのはなかなか難しいということでございます。機会がございましたら関連学会等の意見を聞きまして、この協議会からもそういうようなことが可能かどうかということも話し合ってもらうようにしていけばいいのではないかと考えております。その程度でよろしゅうございますか。やはり人材の確保ということが根底にあると思いますので、各施設でいろいろご苦労なさっているのは大変身にしみてよくわかります。では、そういうことにさせていただきたいと思います。

次の2番から4番までは昨年が続いての議題のご提出です。5番のハイケアユニットの設置といえますのは、昨年香川医科大学からもプログレッシブペーシェントケアの考え方とか、浜松医大からもそういうようなお話がございました。それと共通しているようなところがございます。そこで、2番から5番まで。まず名古屋大学ですけれども、昨年は余り議論する時間がございませんでしたけれども、この1年間先生のところでやられた院内の取り組みとか財源確保、あるいは人材確保とか、そういうものの知恵といいますか方策といったものを中心にお話しただければと思います。

★名古屋大学 高橋副部長

昨年も同様の議題を提出させていただいたんですけれども、具体的に名古屋大学として新たな試みとして取り組んだことというのは特にはないんです。実際例えば救急患者がふえているものですかからPCPSの回数がふえていまして、それに対してMEは1人ICUに配属されていますけれども、それ以外にも手術場の非常勤職員が回しているんですけれども、それも医局の私的なお金のデポジットから出しているという状態です。実際はその額も十分ではないのは確かなんです。ほかの大学の方々に聞かれても多分同じようなことをやっていると思いますので、ここで新たな方策が出るというふうにはちょっと考えがたいんですけれども。もしほかの大学の方で何らかの方法があるとかいうことがあれば、それを教えていただきたいんですけれども、根本的には独立民営化とかそういうふうにならない限り基本的には解決されない問題かとは思っています。

★橋本部長

ありがとうございました。それでは、これと共通する一般議題だと思いますけれども、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という、鳥取大学のやはり昨年のご提案がございました。そして、昨年は「大学からこういう話は人事院に持っていかないとだめだ」というような会場からのご発言もありまして、今の名古屋大学のご発言と同じように、鳥取大学の先生は将来的には皆さんで考えてほしいというようなことでした。それにつきまして先生、よろしくお願ひします。

★鳥取大学 齋藤副部長

昨年この協議会で同様な議題で継続審議という形でご協議いただきました。昨年、別に具体的にこれといった進展があったわけではないんですけれども、全国の大学でやはりハイケアユニットを設置しようという施設がどんどんふえてきていると思います。今司会の方から人事院の話が出ましたけれども、人事院の方には一応提出いたしまして、断られております。

先ほど文部省の方からもこれからは水平飛行だということで、なかなか難しいことはわかるんですけれども、高次治療室をつくった場合どうしてもICUと同じような重症度の患者が入ってくるわけです。ところが、今でも一般病棟から傾斜配置をして看護婦の数をふやしておりますけれども、ハイケアユニットというところは検査とか手術とかの出入りが非常に多くて、それから重症度も軽い人から重い人までということで非常に忙しいんですけれども、看護婦の配置が十分ではない。しかも、ICUでは調整額というのがつくんですけれども、同じ高次集中治療部の中でハイケアユニットの方は調整額がつかない。高次治療室、ハイケアユニットの方の看護婦は、忙しさということではICUに引けをとらないし、むしろICUの方は特定治療加算で守られている、十分ではないんですけれども一応基準がありまして守られているわけなんですけれども、ハイケアユニットの方はそういうものがない。忙しい割には調整額がつかない。それから、器械も寄せ集めで十分ではない。なかなか更新ができないといった、病院におけるいろいろな矛盾というのがどうも集中する場所になりやすい。ということで、去年に引き続いて看護婦の増員、機器の更新、それから看護婦の身分保障といいますか、調整額を何とかしていただきたい。

次の議題で滋賀の方からも特定治療加算はHCUの方では何とかならないのかということが出ておりますけれども、やはりこれもICUでは加算がつくんですけれども、高次治療室では一般病棟と変わらないということで、いろいろと問題がある。先ほども申し上げましたように、いろいろな大学で高次治療室をつくれようとしている、あるいはできてきている。その中で、こういう問題というのを今後引き続き話し合っていたいただきたいということでございます。以上です。

★橋本部長

ありがとうございました。それでは、文部省の山腰さん。

★山腰係長

来る前に鳥取大学の高次集中治療部の人事院との協議のペーパーというのはちょっと見てきたんです。その看護体制は個別の話なので大学の方に戻って考えていただければと思います。

それから、先ほどから話題になっています高次集中部というよりもハイケアユニット。各大学で全体的な病院を新しく作りかえる際に、病床数がふえているというわけではないんですが、1看護単位の病棟が整備されて大きくなっているとか、あとどうしても特診をつくってそこに対して看護婦を配置しなければいけないと、病棟の看護婦の数をある程度確保して重症患者の方を専門的に重点的に配分するというので、各大学からはハイケアユニットをつくりたいというお話は聞いております。

ただ、これに手当てができるかどうかというのは、人を厚くしていただくということは我々から

はお願いさせていただく話でございます。あとはこれが病院収入に直結するかということになりますと、これはまた医療全体の話、保険制度全体の話ですのでなかなか難しいかと思えます。ただ、ハイケアユニットというのをつくるときに、看護部長さん方ともよく話し合っただきまして、今までこの病棟は16人体制でなければ配置ができないというようなところをハイケアユニットで引き受けるので、じゃ、夜間を2人体制にしましょう、3人体制にしましょうということで1人出していただく、というようにお願いしたい所存でございます。

★橋本部長

ありがとうございました。現実には各大学で、いろいろな看護単位その他を考えてやってほしいというようなことだと思います。私どものところでも、ことしの10月からハイケアユニット20床増床し、重症病棟というのを1フロアとりまして、そこで管理を始めることとなります。それで一応病室には術後のリカバリーというものを置かないということを前提にして、病院の中で例えば外科系ですと手術後の患者はICUで診て、それが軽くなればハイケアで診て、それで病棟に戻るときはもうそれぞれの病室に戻すというようなことで、看護単位を組みかえております。

広島大学の先生のところは13年度からハイケアユニットをおつくりになると。その辺のところはどういう計画でございましょうか。

★広島大学 大谷部長

広島大学は今工事中でして、これができますのが多分今のところ13年度のうちのどこかの時点で、最もおくれれば12月ぐらいになると思うんですが、立ち上がる予定です。そういたしましたら、30床の集中治療ケア病棟ということで、その中の8床がICU、でHCUは13床と、あとは感染症とか熱傷とかというような病棟の計画になっております。

★橋本部長

看護単位のお話とかというのはまだ具体的には出てないですね。

★広島大学 大谷部長

看護単位は看護部の方で今かなり精力的に考えてもらっておりまして、一般病棟の看護婦を随分減らすということになりまして、特殊機能の病棟がこの集中ケアに並びまして、1、2とつきますのでそういう集中ケア。それから、特殊病棟。がんの末期の人のケアとか、あるいは血液浄化の患者とか、そういう人たちを1フロアに集めると。もう1つは、リエゾンという精神科の人が中心になってやるというこの特殊病棟。それに集中ケアという病棟と、この3つに重点的に看護婦を配置して、一般病棟の看護婦はかなり少なくなるというようなことを考えてもらっているようです。具体的にはっきりしたものはまだ進行中でありませう。

★東京大学 前川部長

このハイケアユニットの運用というのは、最も大変だと思うんですが、恐らく看護婦も大変だろうし、医者の方も大変だろうと。というのは、現在いろいろなところで新しく開発中の国立大学はほとんどがPPCに準じた看護体系を組んでいらっしゃると思うんです。つまり統廃合が進んでいますから、それからできるだけ予算ベッドと稼働病床と近づけようというような努力がありますと、

当然PPCにしないと今ある看護婦で最大の稼働をするというのは難しいんです。私も実際に東大の再開発、広島大学と同じに来年の秋ごろには新しい病棟がオープンしますが、そのハイケアユニットに対して一番頭を悩ましています。一応東大の場合には36床、最も恐らく大きいハイケアユニットができるんですが、看護単位は完全に1つの看護単位になります。

最も悩んでいますのは、外科系のICUに入らない、CCUに入らない患者は術後ほとんど全部ここに集まってくるわけで、毎日何十人かが出入りするわけです。そういう意味ではもう看護婦の方も大変だし、それから医者の方も大変だろうと思って、運用をどうやっていこうかと今悩んでいるところなんです。ただ、そういうハイケアユニットには、ICUのような基準が今ありませんので保険上の手当ももちろんない。そうすると、新しい病棟の形態であるがゆえに、何の手当もつかないという、非常に矛盾した状態が今あるんじゃないかと思うんです。それで一つの過渡期の現象だと思うんですけども、これはぜひ文部省の方も心にとめておいていただいて、いずれか何らかの形で予算上の手当あるいは人件費及び物的な機器材の予算措置をぜひ将来的には考えていただきたいと思います。

★橋本部長

今のご発言は、いみじくも一般議題の5番の滋賀医科大学からご提出されましたハイケアユニットの設置とその特定管理料の設定ということにも関連しますし、集中治療部だけではなくて、今度ハイケアユニットができますと今までの2倍、3倍のベッドができる。時によりますとベンチレータ、それからモニタのたぐいまで非常にたくさんが要ると。そうしますと、この一般議題の鳥取大学からお出しになりました看護婦の増員と近代化予算の配備、ということにも直結してくるのではないかと思うんですけども。滋賀医科大学の方からお話をちょっとお伺いしましょうか。

★滋賀医科大学 野坂部長

7ページに提出議題としてありますけれども、滋賀医大のICUでは、長期症例が多いために集中治療特定看護料を徴収できない症例が、年によって30%を占めるに至ったと。そういう意味でICUと一般病棟の中間施設、ハイケアユニットがぜひICUの有効利用のために必要ではないかと。さらには、家族の方がICUの治療を望んでいけば、ICUから一般病棟の転棟とかなる場合に、医療への不信感が進展する場合もあり得るんじゃないか。そういう意味で、この協議会でハイケアユニットの概念というか、将来像とかそういう情報が得られますと、滋賀医科大学の新病棟をつくる際のドクターとかそういう人たちにもある程度そういう概念を説明して、共感をより得られるんじゃないかと思って、協議してもらおうということで提案いたしました。

★橋本部長

大変言葉は柔らかいんですけども、非常に限られたベッド数で、皆さんが重症の場合に、新たな患者が入るときにはどの患者を出すかということが非常に問題になります。ハイケアユニットができましても多分そういう患者がどんどんハイケアユニットの方へ移りまして、結局今やっているICUは例えばICUが5床あって、ハイケアが10床あっても、その15床全部がベンチレータをつけた患者になってしまうんじゃないかというようなおそれも、実は持っているわけです。もちろん

前川先生がおっしゃったように、術後の患者がうわっと押し寄せて、じゃ、だれを出してとかいうような悩みももちろん一方ではあるんですけども。そういうようなことでご提案があったものではないかと思うんです。

それに関して鳥取大学の方から機器の定期的更新ということで、去年もほかのところからお話しいただいたんですが。文部省の方からだと思いますが、「大学によってICUの規模や設備が違うので、こういうふうに定期的更新というのを一律にやるのは非常に難しいんだ」というようなお話もありましたけれども、ちょっとその辺のところをまたお話しいただければと思います。

★鳥取大学 齋藤副部長

これは多分よそからも幾つか出ていたと思うんですけども、どうしてもその機器を更新していくのにある年限が決まっております、それを定期的に更新していかなければいけないと。ところが、どうしても期限を超えて使っていくということは、どこの大学でもそれはもう仕方がないというかオーバーして使っておられると思うんです。うちの大学でも高次集中治療部の場合にはよその科に比べると配慮していただいている、集中治療部それから高次治療室ともに1つの単位として、普通の科よりは倍早く順番としては回ってくるようにしていただいているんですけども、それでも期限を超えて使わざるを得ない。先ほどから予算の話でももちろん非常に難しいことはわかっているし、これ書いてもなかなか難しいんだろうということもわかっているんですけども、その辺をもうちょっと何か配慮できたらという非常に苦しいお願いといえますか、そういうことでございます。

★名古屋大学 武澤部長

ハイケアユニットを計画している大学、広島大学と東大の方々にちょっとお聞きしたいんですが、ハイケアユニットを設置した場合の例えば医療効果といいますか、そのために在院日数が短くなるとか、あるいは外科病棟を含めた患者の数がふえるだとか、そういう検討をしているのかということ。それから、看護婦1人当たりに患者何人でもって看護料が変わってくるというようなことも含めると、病院全体の経営というか収益として、もしかしたらマイナスになる可能性もある。マイナスになっても、けれども例えば患者数がふえて、それから在院日数も短くなっていくのならそれは一応ペイすると思うんですが、そういうような検討をされた上で、ハイケアユニットをつくった方がいいとお考えなのか。もしそうだったら、そういう試算をされているんだしたらそれをちょっと教えてほしいんです。

★広島大学 大谷部長

先ほどの私の答え方でちょっと誤解を受けたかもしれませんが、ハイケアユニットとしては表に出していないんです。集中ケア病棟ということと特殊病棟の1、2と。この3つに看護婦をかなり集中させて、一般病棟はもうかなり、手薄と言っておかしいですけども看護婦の数を割こうと。この3つをどのように運営するかということの是非、それが広島大学で今後それが非常にうまく機能して、大変いいことになるのか。もたもたするのか。多少時間はかかると思うんですが、一応目指していることはそういうことなんです。

それで、集中ケアは30床ですけれども、その中には一応ICUということで加算がいただけるのは8床なんです。それで、あと感染症とか熱傷とかということでHCUが13床ということで、恐らく先生が言われるように数それから詳細な検討、そういうことは特にしておりませんが、今ICUが7床しかないものですから非常に患者が入れられない。中には十分ハイケアでいいという人もおりますので、恐らく稼働率はかなり上がると期待できると思っております。

入院日数もハイケアに関しては恐らく短縮できるのではないかと。これは特殊病棟の1、2をどのようにうまく使うかということにもかかっておりますので、そういうことしか今現在のところは申し上げられないという現状です。

★橋本部長

ありがとうございました。この機能評価といいますか効率の問題につきましては、また後でご議論いただきたいと思います。先ほど山腰さんから、病院の評価というのは大変難しいけれども、効率というものをこれからも考えていかなければいけないというようなご発言がありましたけれども、その辺のところはいかがなんでしょう。と申しますのは、やはり器材でも看護婦の配置でもいろいろな手当でも、そういうところは一番に関係するようなことだと感じておりますのでちょっとお伺いしたいんですけれども。

★山腰係長

今の経費の分で機器更新費という話でしたが、これに関して言いますと、数年前よりもより鮮明な格好でお配りしているのはご存じと思います。病院長裁量経費という格好で病院全体にどんと、文部省としては数字を生かしていただくと、またさせていただきますという格好で配分させていただいています。

つまり大学の中でここが必要だと、ここを重点化していきましょう。先ほどのハイケアユニットという組織をつくった上で看護婦を動かしますというのは、大学全体で、少なくとも当該病院全体で運営しないといけないという話になるわけです。ですから、必要な予算措置、先ほどの内科、外科等からのお手伝いの先生方の話も含めて、そこは学内でどのような位置づけでどのような運営をやっていくのか。それから、当然大学病院という高度な難病の患者を集めるわけですから、本来でいうICU、集中治療部というのは術後の患者を受け入れて、大学の中でも一番大変なところだというふうに我々は認識しても、そこにだけ予算をとというような配分はできないと思います。

それから、また人事的な扱い、看護単位の体制、先ほど鳥取のときにまた何か方法はあるんじゃないかというような、逆にたしか山口大学ですか、看護婦の体制のとり方によって、看護婦の手当の方をある程度うまく運用していると、つまり正式な1看護単位という格好ではなくて、ハイケアユニットもICUも含めて運営しているような格好で看護体制をとるといった方策等を踏まえれば、若干手当の方を見れる場合もあるでしょうし、その運営を大学の中でどういう位置づけにしていくなか、特に広島大学もそうですし、東京大学もそうですが、今病院が立ち上がろうとしているところは学内のこの建物というのは文教施設部に言わせると100年は持つ施設を建てているんだという意識をしておりますので、大学の中で調整していただければと思います。

★橋本部長

ありがとうございました。どうぞ。

★東京大学 前川部長

先ほどの武澤先生のご質問に対するお答えなんですけれども、実は統廃合という問題がありまして、東大は1,301床を何とか現存の持てる看護婦で動かさなければいけないということで、非常に単純に計算をしまして傾斜をつけますと、ICU 8床、CCU 6床、サージカルHCUが36床、それからMHCUが10何床、プラス一般病床と、そういう計算になったわけです。

それから、あとはもちろん既にもう中央化、例えば医療機器の中央化とかMEセンターの配備、それからベッドもベッドセンターをつかって消毒等をやるとか、そういう付帯要素がありますのでどれぐらい入院期間が短くなって、費用、資金とそれから効果との比がどうなるかというシミュレーションはしていません。かなり複雑な要素があると思うんですが、最初にあったのは1,301床の病棟をいかに動かすかという非常に単純な発想で、深い経済分析はしていません。

★橋本部長

ほかにご質問、その他ございませんでしょうか。

★千葉大学 平澤部長

ハイケアユニットの特定管理料のことに関しては、これはやはり厚生省に対して要望するのが本筋だと思いますし、それは外保連か内保連を通してでないとならば聞かれないので、実際的なやり方としてはこの協議会からでもいいんですが、日本集中治療医学会の保険対策委員会に皆さん全部の名前で要望書を出していただいて、そしてそれを日本集中治療医学会は外保連に属しておりますので外保連に出して、外保連を通じて出していただければ、これは設定していただける可能性があると思います。現在のところ私は外保連に委員で出ているんですが、ハイケアユニットの特定管理料という話は全く出ておりません。

★橋本部長

大変具体的な示唆をいただきました。私どものこの協議会といたしましても、それではそういう方向で学会に働きかけるといことでよろしゅうございませうか。それでは、これは次回の当番校が中心になって検討していただきたいと思っております。ほかにございませんでしょうか。

それでは、一般議題の6番に移させていただきます。6番と7番は昨年の宿題ということでございます。6番、広島大学の平澤先生、よろしく申し上げます。

★広島大学 大谷部長

昨年広島でお世話をさせていただきましたいろいろな意見が出た中で、特に教育プログラムとそれからガイドラインということで私は宿題をもらったと思っております、今回その回答をしたいと思っております。

前回広島でいろいろなお話が出まして、結局教育プログラムでは、この協議会というよりも学会との関係、これは平澤先生が発言しておられるんですけれども、集中治療医学会の方にやられるのがよろしいのではないかとということがございました。

それで、今回日本集中治療医学会の会長であります名古屋大学の島田先生にお電話でお話をしたわけですが、それで聞いております日本集中治療医学会の見解というのをちょっとご報告いたします。

日本集中治療医学会にアドホックで集中治療医学教科書編集委員会というのがあるようでして、これは平澤先生が委員長でありますのであとまた補足してもらってもいいと思いますけれども、現在教科書を作成しておることですからどういうふうな教育をするのがよいのか、というお考えもこの中に盛り込まれると思います。この教育に関しましては教科書をつくったらそれで終わりということではありませんので、この問題に関しては将来計画委員会というのがありまして、このアドホック委員会は解散されるんですけども、引き続きまして将来計画委員会の方で考えていくということでございました。平澤先生、何かこれに補足していただけると大変ありがたいと思います。

★千葉大学 平澤部長

教科書はもうすぐでき上がるんですが、教育プログラムを学会としてどうするかは、将来計画委員会でまだ会長から諮問があってやっているという事実はございません。ですから、会長がそうおっしゃれば集中治療医学会の将来計画委員会としてはやるということになると思います。

★広島大学 大谷部長

この将来計画委員会の委員長は平澤先生ですよ。これはそう考えているとおっしゃいました。

★橋本部長

ありがとうございました。この問題が昨年討議されましたのは、卒後研修に集中治療部という、具体的に文字を入れるかどうかということとは別といたしまして、そこで研修をするためにきちんとした卒後のプログラムが必要だし、場合によっては学部教育でもきちんとしたプログラムをつくる必要があるのではないかとということで、そういう面からでもご議論をいただいたというふうに記憶しております。どなたかこの教育プログラムに関しまして。

★名古屋大学 武澤部長

大谷先生に言いたいのですが、実はこの1年間にやはりある程度コアのものをつくっておくべきだったと思うんです。もちろんいろいろな理由でつくれなかったんだと思いますけれども、来年の卒後臨床研修は既にかなりせば詰まって、もうタイムスケジュールに乗っていますよね。全国の病院長会議が何と言おうともう進んでいるわけです。だから、実際に卒後臨床研修指定病院を国立大学がとる気であるんだらば、やはりかなりしっかりした研修を組まなければいけないと。その中に集中治療がどのくらい入るか、これはまたほかの議論があると思うんです。ただ、学部教育も含めてやはり集中治療というのは医者にとっては必要じゃないですか。だから、特に国立大学は同じような共通問題を抱えているわけですから、日本集中治療医学会という漠然とした広い組織ではないわけで、具体的に学生が出ていくと、その学生にどういう教育をしていくかという中の一環として集中治療があるわけだから、それに対してはやはりこの国立大学の協議会の中で集中治療医学のコアプログラムを、卒前にこのくらい、卒後にこういうものというのをやはりぜひ来年まで

つくっていただきたいとお願いしたいんです。

★広島大学 大谷部長

実は、去年も武澤先生はそうに言われているんです。私がお中心になってやっではどうかと言われたんですけども。私もそのときはっきりと結論が出なかったということがありまして、私といたしましては平澤先生が最後に言われましたこの意見を受けて、前回のを見ますと平澤先生の意見を受けて、私が「大変いいご意見をいただいたと思います」ということで、集中治療医学会の方がどういうふうになっているかというのをまず聞こうというふうにちょっと玉を投げましたものですから、こういうことになっているわけです。ですから、今の問題をどのようにするかというのはここでもう少しお話をさせていただいて、どういうふうにするか。それから集中治療医学会の方も将来計画委員会というのがあって、お考えということもありますので、悠長にはしておれないよというのが武澤先生の意図だと思いますけれども、もう少しご意見を出してもらって、どうするかというのをここで結論を出していただけたらと私は思うんです。

★橋本部長

これはご存じのとおり昨年名古屋大学からご提案になった議題でございます。それで、どういうふうに取り扱うかということなんですけれども、コアプログラムが必要ということはどなたも思っでらっしゃることだと思います。どうでしょう、武澤先生と大谷先生が中心になられまして、あとは個別に必要な方を引き抜かれて、それで来年の本会議までにも。途中でももちろん構いません。できましたら資料を皆さんのところにお送りいただければと。どうでしょう、武澤先生。

★名古屋大学 武澤部長

大谷先生が主体になっていただければ、事務的なことは何でもいたします。

★広島大学 大谷部長

大谷です。これは大事なことです。調整役をするにはやぶさかではありませんが、この学会の将来計画委員会の委員長ということで平澤先生、どうでしょうか、前川先生もどうですか、この辺。私だけでこれを進めていくというのも、何かちょっと不安なものがあるんですが。

★千葉大学 平澤部長

国立大学病院集中治療部協議会と日本集中治療医学会というのは、武澤先生がご指摘になったようにこれは別な組織です。ですから、国立大学協議会としてはこうやるんだという線を出していただければいいのではないかと思うんです。ただ考えてみますと、ここにお集まりの先生も含めて集中治療医学講座というのは、どの大学にもないわけです。そして、集中治療をやっている先生で、集中治療だけ専任している先生というのは、教授レベルでは多分自治医大の窪田先生ぐらいであとはいらっしゃると思うんです。そういうことで、なかなか卒前の授業の中に集中治療医学というのを独立して持つということは、非常に難しいんじゃないかというように思うんです。ですから、コアプログラムをつくるにしても、そういうことをよく踏まえてつくることが必要だと思います。というのは、去年お話し申し上げたかもしれませんが、日本集中治療医学会で集中治療医学の教科書をつくる時に、標準教科書シリーズに載せると安くできるものです

から医学書院にアプローチをしたんですが、今私が最初に申し上げたようなことで、彼らは標準教科書シリーズとしては集中治療医学をつくるということは現時点ではできませんという話でした。現実的にはそういうことがありますので、コアプログラムをつくるということに関してもこの部分は例えば救急で、この部分は麻酔科でとか、そういうことを含めて武澤先生と大谷先生がつくっていただければそれでいいのではないかと思います。

★広島大学 大谷部長

つくるかつくらないかは別にしましても、来年に何らかのいい答えを出せということでありましたら、ちょっとまた私いろいろな先生にご相談させていただいて、広島大学で世話をしたときから引き続いておりますのでやらせていただこうと思いますけれども、それはコアプログラムになるかどうかというのはちょっと期待しないでください。どういう結論を導き出すかというのは、今平澤先生が言われたようなことも踏まえて、それから私も救急部ということ、あるいは救急医学講座ということですとずっとやっています、もちろん集中治療、重症患者のケアというのは大変大事ですし、救急とも切って離せないんですけれども、どうしても救急の方に自分の考えがこう引っ張られていってしまうので、それはもう一緒にいいということになるのか、その辺ちょっと不安に思っているところもあって今申し上げているわけでありまして、いずれにいたしましても、私が来年までにそのことは責任を持って、プログラムはできるかどうかはわかりませんが、きちんとどうということを見せていただこうと思います。

★橋本部長

それでは、どうぞ。

★広島大学 山野上副部長

できれば1つだけはっきりさせておいていただきたいんですけれども、卒前と卒後研修の教育と分けるのか。ここにある教育プログラムというのは両方含めたものをつくるべきなのか、あるいは卒後だけなのか、卒前だけなのかというところをちょっとつけ加えておいていただけましたら、話がスムーズかと思うんですけれどもどうでしょう。

★名古屋大学 武澤部長

やはり集中治療って専門領域なんでしょう。だから、当然教育システムの中に持っているべきですよ。教育システムを持っていない専門家集団なんていないわけで、それは一体どこに始まるかという学部から、学生から始まるんじゃないですか。だから、それは恐らくもしかしたら小さいフィールドかもしれないけれども、学部教育から入れた方がいいと思います。

★橋本部長

それでは広島大学の先生、大変ご苦労をかけますけれども、よろしく願いいたします。この問題はよろしゅうございますね。

それでは、もう1つ進めさせていただきたいと思います。それでは7番、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ございます。

★広島大学 大谷部長

これも前年度の宿題というふうに考えておまして、島田先生にこれもお電話で一応ご意見を聞いているわけですが、安全委員会というのがあって、これ島田先生が委員長だそうです。そこで、理事会の意見を島田先生は聞かれて、国立大学の人だけではなくて私立大学の先生方もおられて、妙中先生がアンケートをまとめられましたこれでは、厳しいといえますか、そういう意見もあって、今のところこれを協議会並びに集中治療医学会の統一見解ということで出すというのはちょっとできないと。むしろそのリコメンデーションとしてまとめて、望ましい方向はこういうふうな方向です、ということにしたいそうです。

それで、日本集中治療医学会が開かれますけれども、3月2日の昼食の時間に、会議をされるのかちょっとよくわからないんですがそこで何か委員会をされるということで、これに妙中先生に加わっていただいて、この話は集中治療医学会の方で継続してお話をされるということでした。妙中先生、何か聞いておられると思うんですが、いかがでしょうか。

★大阪大学 妙中副部長

その件に関しては何も聞いておりません。

★広島大学 大谷部長

そうですか。それでは、まだだと思うんですが。妙中先生は以前この委員会の委員のお一人だったそうですけれども、今回は委員でないんですけれども、妙中先生に参加していただいて、この委員会を学会中に開きたいということでした。

★橋本部長

それに関連いたしまして、お手元に資料3がございます。妙中先生、お話をいただきたいと思います。

★大阪大学 妙中副部長

資料3についてちょっとご説明させていただきます。今大谷先生から集中治療部設置のためのガイドラインの策定と、これは前回の宿題であるというお話がございました。もともとこの事の起こりといえますか、こういうことが問題になってきたのは、大阪大学で開催した第12回の協議会のときに、厚生省の集中治療部の施設基準が現状にはもうそぐわなくなってきているんじゃないかと。もちろんあれは最低基準を決めたものだから、それはそれとしていいわけですがけれども。例えば病室面積にしましても一応15平米以上というようなことが書いてあって、しかし考えようによっては15平米あればもうこれで十分なのである、というふうな形で厚生省基準が解釈されているようなこともあります。あの基準を集中治療をやっていく環境としては非常にいい環境なんであるという、そういったガイドラインというような形で解釈するには、ちょっとあの基準自体は古くなっているんじゃないかという話が出てきました。そして、その12回の協議会で国立大学の集中治療部全体に1度アンケートをとって、皆さんがどういうふうにお考えになっているかというのを、現状と展望という意味で調査をしてはどうかということになりました。

それで、私が中心になって1年かかって調査をさせていただいて、13回に報告をさせていただきました。去年その報告を踏まえて、新しい施設基準とはこういうものがないんじゃないかというの

を、ガイドライン案というような名前をつけて提案させていただいたわけです。そのときの議論で、やはりガイドラインというのは非常に重いものでありますし、その間の議論がまだ不十分ではないかという点で、これはまだガイドラインと言うには無理があるんじゃないかという指摘が1点です。

それから、もう1つは、国立大学だけじゃなくて集中治療施設というのは公立大学、私立大学、それから一般病院にもあるわけですから、そのあたりも含めて学会との関連で考えていったらどうかということで、そこにあります私たちワーキンググループから出したガイドライン案は前回は採用しない、あるいは継続審議で行くという形になっていたわけです。

学会との関連については今大谷先生からお話があったとおりです。

もう1つ残された、ガイドラインとしての審議がまだ不十分じゃないかということで、ワーキンググループでももう1度考え直しまして、そしてお手元に配付したようなものをつくり直してみました。

2ページからがその内容です。今回は世界各国でどういったガイドラインがあるのかということを検索をして、それを参考にしていくということをもまず第一に考えました。いろいろ検索したんですけどもそんなにたくさんはなくて、アメリカ集中治療医学会というものは、これは前から持っていたんですけども、あとヨーロッパのものがちょっと出てきました。それから、オーストラリア、ニュージーランド、そのあたりはどうもちゃんとしたものは出していないみたいです。

そういった現状なんですけれども、このガイドラインに対する考え方というか、とにかくアンケートをとらせていただいたわけですし、その中から何らかのものは出したい。ということを考えてそういうものをつくったんですけども。結局このでき上がった形は、アンケートから出てくる各大学の現状とそれから希望、それを中心にももちろん考えたんですけども、それをそのまま採用しますと非常に荒唐無稽なものになる可能性もありますし、そこに我々が収集したアメリカのもの、それからヨーロッパのもの、それから1998年に学会でこれに関するパネルディスカッションが行われているわけです。そういうものも含めて、ワーキンググループの中ではこのぐらいは許せる範囲といいますか、常識的な範囲なんじゃないかというような形でまとめさせていただきました。

これは厚生省の基準に対抗と言うとおかしいですけれども、それをある程度横に置きながら、それに対するものとして出しましたので、アメリカとかヨーロッパのガイドラインという形で出てくるものに比べたら物すごく貧弱なものです。そういったところに出てくるガイドラインというのはもっといろいろな詳しいことが、ドクターはどういふうにあるべきだとか、例えば面積とかにしましても、一つ一つの部屋の面積を大体レコメンデーションで書いてあったりとか、あらゆるところにそういうものがあるわけです。これはガイドラインとするには今回のものでは全然まだまだ足りないというようなことで、とにかく協議会、ここではワーキンググループからの1つの提言というような形にしてこの程度のものが欲しいというような、いわば要望というか希望というような形なんですけれども、こんな格好でまとめさせていただきました。

それで、先ほど教育プログラムのところでもありましたけれども、集中治療医学会との関連とか、他の私立大学等との関係もありますけれども、とにかく今回は協議会でとったアンケートで、それ

を中心にして私たちが考えたこういうものを、学会とは無関係に協議会としての1つの提言という形でぜひここで認めていただいて、そしてこれをどこかに協議会からの提言としてちょっと公開するというようなことをお許しいただきたいと考えます。

個々の条文について詳しくは言いませんけれども、ちょっと簡単に言いますと2ページでは最初の医師、看護婦、臨床工学技士とあります。厚生省基準には臨床工学技士が入っていないので、それを入れました。それから、病室面積は少し広く考えました。それから、器材室を有するというのも中に入れました。その他の部屋についても一応コメントといたしますか、そんな形で入れました。医療機器に関しても厚生省基準に相当するようなものを考え直しています。それから、臨床検査、電源設備、そのあたりは厚生省基準にも一応書かれているようなことです。あと感染防止対策とか、これもバイオクリーンというのは厚生省基準にも出てきます。ほかの部所との位置関係、これは厚生省の基準には出てこないわけです。ですから、全体としてはそんなに大きな変化ではないわけですが、いずれにしても前回のアンケートを中心に、そういう経緯で我々は考えたようなものがこういうことになりました。以上です。ご審議ください。

★橋本部長

妙中先生から今お話がありました、この協議会、大阪でやったときは1996年ですのであれからもう4年たっております。その中で大変ご苦労されてこの設置基準をつくられたわけですが、どなたかご意見ございませんか。

★東京大学 前川部長

私も妙中先生の意見に賛成で、これは基本的にはデータセットは国立大学病院集中治療部なんですよね。そのデータセットであって、しかもいみじくも書いてあるのは「これを国立大学病院集中治療部は備えるべき設備基準として提言する」と書いてあるので、どこにも私立大学あるいは国公立大学や公立病院の集中治療部はこうあるべきだというふうに書いていらっしゃるんです。というのは、これは1つは結局は予算の問題に係ってくることで、例えば文部省が新しい病院で集中治療部の予算を積み上げていくときに、例えばこの協議会でこういうものを出していますということになりますと、それを参考に例えば1床当たり20平米以上がいいんだということになりますとそれはとり上げていただける可能性はあると思うんです。そういう意味で、これは普遍性というものはないかもしれませんが、一応協議会で決めたことありますから協議会として発表して、これはどちらに向けるかというむしろ文部省に対して向けるべきことで、逆に厚生省ではないと思います。

★橋本部長

ありがとうございました。ほかにどなたかご意見ございませんでしょうか。大谷先生。

★広島大学 大谷部長

今の前川先生のご意見に賛成です。島田先生も、救急医学会としては私立大学の方もおられるし、国立大学の方もおられるので一緒には出しにくいということですので、国立大学病院の協議会でということを出す、提言するという分には一向に構わないので、この辺ではっきりとそれは出

した方がいいと思います。

★橋本部長

ほかにどなたか。反対といたしますか、それを含めたご意見ございませんでしょうか。

★山腰係長

基本的には国立大学の中で出されるという話であれば、先ほどの教育プログラムもそうですし、今回の施設基準というのも構わないと思います。逆に我々から言いますと、42大学皆さんお集まりですが、大学の中で中診棟になるのか病棟になるのか。各大学の再開発を実施していく上で、各先生方がこういうふうなものは必要ですと。大学の中でも必要数からこれだけの面積がこうだということが、大学の中で建物の設計をする上で非常に重要なものになるのではないかと私は逆に思います。

★橋本部長

ありがとうございました。今まではご反対の意見はないんですけれども。坪先生、何かございませんか。賛成ですか。ありがとうございます。それでは、この提言という形でこの協議会で採択するということによろしくございましょうか。それでは、これを採択することに決めさせていただきます。どうも妙中先生、長期間ありがとうございました。今度の会のときにはこれがもう生きるんじゃないかと思っております。大谷先生もどうもありがとうございました。

それでは、これより20分休憩をいただきまして、3時半からまた議事を再開させていただきたいと思えます。

★橋本部長

8番から始めたいと思います。8番と9番、集中治療部の感染症患者の配置ということと、これは2番の上程議題にも関係することです。それから、集中治療室における脳波測定の実環境整備と工夫について。8番、9番を続けていたしたいと思います。香川医科大学からよろしくお願いします。

★香川医科大学 小栗部長

毎年通りもしない要求ばかりしているのもどうかと思ひまして、今回はもっと実務的なところで協議願えたらということを出しました。

1番目の感染症患者の増加は、時には感染症の患者が集中治療室全室、全病床を埋めてしまうということもあるわけでありまして、そうしますと、これは先ほど妙中先生にご説明いただきましたガイドラインの感染防止対策ということにも、当然引っかかってくるわけです。感染防止対策として個室を有すること。この個室を有することというのは、感染者をそこへ入れようというのか、逆にじゃどのぐらい個室があったらいいのかという問題とか、そういうことを含めてもうちょっと具体的であった方がいいと思います。

諸外国のガイドラインというのは、もっと詳しいと先ほどおっしゃいましたけれども、学内でそういう建築計画を事務官とか施設の技官とかそういう人たちを説得するためにも、感染対策をどうしているかというようなアンケートなり、あるいは最も有効なそういう感染症を減らす方策を、や

はり我々協議会でも模索していく必要があるのではないかと思います。

もう1つ、9番目の問題は、私どもの病院も臓器提供施設になっておりまして、現実にはまだ提供するような方はないんですけども、脳死状態の患者はもう何人も発生しておりまして、そのたびに5倍感度でフラットな脳波をとるという試みを、県下の同じく提供施設のやっている病院の先生方と一緒に勉強会を実際にやっておるという状態ですが、これが非常に難しいです。脳波をとるという電極から器械までの問題だけではなくて、やはり施設の基準にかかわってくる問題があるんじゃないかと思っております。したがって、やはりこれもガイドラインの中に何らかの形で、単に電源設備ということで無停電装置があるというだけではなくて、例えば1人当たり何十アンペアなければいけないとか、どういう形のシールドであることが望ましいとか、そういうことも含んで考えていただきたいというふうに思います。以上です。

★橋本部長

ありがとうございます。これは集中治療室のいろいろな施設に関係したことですが、最初のMRSAを含めた感染症については皆様方の大学でどんな工夫をされているかと、アンケートをとったらどうだというような話と、それから脳波測定に関しましては、脳死状態、脳波にいろいろハムが入って困ると、5倍感度でもちゃんととれるようにしたいというようなお話でした。どなたかご意見ございませんでしょうか。武澤先生。

★名古屋大学 武澤部長

アンケートのことなんですけれども、ちょっとここで言っているのかどうかよくわからないんですが、一応私どもの施設から各国立大学のインフェクションコントロールナース（感染専門看護婦）に、実は月曜日ぐらいにアンケート用紙をお配りして、ICTあるいは感染対策委員会の活動状況とか、先生さっきおっしゃったようにいろいろな施設で例えば治療法が違うとか、隔離方法が違うとか、手洗いが違うとか皆さんすごく悩んでいると思うんです。その辺の情報をまず取り上げて、現状がどうなっているのかということを一応アンケート調査をするんです。一応これはボランティアでやっているものですから、別に文部省の許可をもってやっているわけではないです。一応対象は国立大学の感染対策委員会、特にICUへのということをやっているものですから、もしよければそのアンケートの結果を、皆さんICUの施設の方にもお配りするという事はやってもいいだろうと思うんですけれども。部外に別に出すわけじゃないですから、どこかの学会で発表するかそんなんじゃないものですから。かなり詳細なアンケートの内容なものですから、結果をちょっと検討して、集計結果をよければそれを皆さんにお配りする、ということは一応可能なんです。ただ、先生が問題にされている、じゃ消毒どうするかとか、手洗いどうするかとか、そういうことに関してはまたこれからの問題なので、いろいろところで何かやっていかなければいけないと思うんです。アンケートに関してはそういう形で恐らくフィードバックすることはできると思います。

★橋本部長

大変貴重なお話、ありがとうございます。まず、各大学でどう対応しているかという現状の把握はこれでできるんじゃないかと思います。小栗先生、まず第1のステップとしていかがでしょう

か。それを利用させていただくという。

★香川医科大学 小栗部長

それを利用させていただくのは非常に結構だと思います。それを検討していただいて、先ほどのICUのガイドラインと同じように、国立大学の集中治療部協議会としてもこの方法で行くのが望ましいとか、そういう検討をしていくのがやはり学内でいろいろな人を説得する上で大いに役立つのではないかと。単にこれはどこそこから出たアンケートですというよりは、非常にそれだけ余計説得力が大きくなると思うんです。そういう作業をどんだんいろいろな分野でやっていく必要があるのではないかと、そう思います。

★橋本部長

それはまた次の段階ということになると思いますけれども。

★東北大学 松川副部長

東北大学の集中治療部の松川です。今のこととちょっと関連するんですが、協議会としていろいろなことをして集まるのは年に1回しかないわけで、そういうことを話し合う機会というのはほとんどないわけです。次の会まで持ち越しに結局になってしまうというのは、余りにもこの時代遅過ぎるというふうに思うんです。もし、皆様のご賛同が得れば、部長と副部長のメールアドレスをいただいて、それで連絡をすとかいうようなことを、今回当番校となって連絡しなくちゃいけないということいろいろ思ったんですが、結局なかなか個々の方々に連絡することはできないと。これだけメールが行き渡ってきているので、部長か副部長かどちらかは多分なさっていると思うんです。もしなさってなければ、どなたか集中治療部の中でなさっている人のメールをいただいて、そこに連絡するようにしていただくと、今のような話もすぐほかの大学でも話題にできる、あるいは何らかの反応ができるというふうに思うんですけれども、いかがでしょうか。

★橋本部長

例えばいろいろ情報を、あそこの大学で今度こういうものが新設になるんだけれども設計図はどうだとか、人員の配置はどうだとかということ具体的に聞くこともできますので、ぜひそうさせていただきますと思いますけれどもよろしゅうございませうか。それでは、今の8番の感染症に関しましてはこれで終わりにさせていただきます。

今度は、集中治療部でこの脳死状態の人の脳波をとるという施設から何か。普段でも脳波をとられていると思いますけれども、5倍感度でとるということは普段はないと思いますけれども。何かございませうでしょうか。

★東京大学 前川部長

基本的には先生、幾らシールドしても中に機械が入っている限りはだめです。ですから、脳波室でとらない限り、まず脳波室にいても機械は中に入ってしまうとだめなわけで、簡易的にシールドするシートとカバーがありますよね。あれもお使いになってもだめですか。

★香川医科大学 小栗部長

実際にはかなりいいところまで技術は向上しているんですけれども、例えば私の施設なんか個室

だとかえって具合が悪いんです。個室でしかも人がたくさん入り込んで見学などということやると、もうとてもじゃないがとれなくなってしまう。多分私の施設は割合といい方だろうと思うんですけども、本当に脳死状態の患者が発生するであろうこういう各施設は、それだけの設備ができていてというふうに思って申し上げているところです。

★橋本部長

それでは、山口大学の前川先生。

★山口大学 前川部長

厚生省の脳死判定のマニュアルをつくったメンバーの1人なんです。あの中に多分入っていないかもしれないんですけども、ああいう現場での脳波のとり方の多分今一番いいやり方は、船橋市民病院の唐沢先生がつくられているABCマニュアルというものがあるんですけども、それでやってみたら、もう多分だめだと思うんです。ですから、ちょっとそれを参考にされたらいかがでしょうか。例えばポンプから出てくるノイズがどうだかと、そういうことまでいろいろ全部調べてやっておられますので、もうあれ以上のものは多分ないと思います。

★橋本部長

前川先生、これは何か本かなんかになっているんでしょうか。

★山口大学 前川部長

船橋市民病院の脳外科に唐沢先生という方がおられるんです。その先生がつくられていまして、ちょっとマニュアルはあるんですけども、改訂版も何ぼかあって、一番最近のは多分去年につくられています。皆さんが一度にわっと請求されたら大変だと思いますけれども。場合によってはそれをいただいて、どこかでつくって配付するというのを許可をいただいて、配付されたら多分一番いいものだと思います。

★橋本部長

ありがとうございました。ほかにございませんでしょうか。各施設でいろいろ工夫はされているようですけれども、お話の中ではやはりどうしてもノイズが入ってきてしまうということが最大の悩みになるのではないかと思います。今山口大学からお話ありましたように、このABCマニュアルを私どもも入手できれば、何らかの方法で先生方のお手元にはお届けしたいと思います。先生方も独自で入手されたいと思います。小栗先生、そういうことでよろしゅうございますか。

★香川医科大学 小栗部長

この脳波の測定に関しては、各地区に脳神経外科学会のそういう脳死状態の脳波に関するアドバイザーがおられます。例えば私たちの地域では徳島大学の脳神経外科の助教授がそのアドバイザーで、そういう方をお呼びして勉強会を開いているんです。その先生方にいろいろ教えていただいて、多分その中にそういう構造という面で欠陥のある施設もあるんじゃないかと思うので、やはりそういうことも施設基準の中に何らかの形で含めておく必要があるんじゃないかと思っています。

★橋本部長

ありがとうございました。いかがでしょう。この問題はこういことで、ほかにご意見等ござい

ませんでしたらば次に移らせていただきます。

次の議題10は、山口大学からご提案されております。これもちょっと拝見しますと、医療効率に関連しておりますので、まず最初に名古屋大学からICU機能評価ワーキンググループのお話をいただきまして、それに何か補足するという形で10番の議題とあわせてやりたいと思います。武澤先生、お願いします。

★名古屋大学 武澤部長

〔スライド〕

去年の集中治療部の全国協議会で、ICUの機能評価に関しては文部省のパイロットスタディに応募したらどうかと文部省の榎山さんからサジェスチョンをいただきました。実はいろいろ施設を募りまして、この東北大学、千葉大学、東京大学、名古屋大学、大阪大学、山口大学と広島大学ということで、この国立大学附属病院パイロット事業の中の全国国立大学病院集中治療部機能評価モデル事業というものにアプライしました。一応文部省の方から承認をされたものですから、それに従って今少しずつ仕事を進めています。その途中経過を皆さんにご報告したいというふうに考えます。

〔スライド〕

まず、医療の質をどういうふうに私たちは管理するかという問題。それから2番目は、効率。お金がないということが盛んに言われますが、効率の問題。経済的にペイするかということです。それからもう1つは、国際競争力が日本はないと言われていますが、この3つの観点で、じゃICUというのは一体どういうふうに評価されるかということを経済的に問題をすることが目的と考えます。

質の評価は何かといいますと、これは医療全般に言われることですが生命予後。つまり、治療することによって患者が助かるかどうかと。

2番目には、助からなくても例えば生活の質が上がるかどうか、クオリティが上がるか、あるいはADLの改善が見られるかということで、最終的な評価をします。したがって、高血圧の人に血圧が下がる薬を投与して血圧が下がっても、死亡率が上がればこれは高血圧の治療とは認めないということが1つの医療の質あるいは生命予後の評価基準ということになります。それから、効率の問題に関しては、どれだけのお金を投下して、どれだけの医療効果が得られたかということでありまして、投下した資本、金、医療費に関してどのぐらいの生命予後の改善、あるいはADLの改善が見られたかというテクノロジーアセスメントというんですが、そういうものに関して評価をしなければいけないと。

3つ目は、国際競争力。日本集中治療医学会あるいは国立大学の集中治療部から出てきた日本語のペーパーが、一体どれだけ世界に通用するペーパーになっているかどうかというようなことに関して、これも1つの集中治療部が診療だけではなくて、特に国立大学の集中治療部はある意味では研究ということもしなければいけませんから、そういうことに関する1つの評価基準であると。それから、出てきたものに関しては批判的に吟味をしていくという形で評価をしていくと。この3つを頭に描いて機能評価をやっていきます。

〔スライド〕

それで、機能評価をするときに3つのステップがあります。1つは構造。そのシステム自身がどういう構造を持っているかと。じゃ、そのシステムが進んでいくときに一体どういうような意味があるかと、どうのように評価するか。3つはその結果何が起こったか。それはもうどんな工場でも行政でもなんでもそうですけれども、全部そうです。例えばICUでいいますと、面積とか人員とか設備とか、これは妙中先生のところで提言をつくって、その中に大体、最低これだけの構造的なものは要ると、それがなければ恐らくICUとして機能しないだろうというようなことで、構造ということも非常に大事になってきます。

それから、次にじゃ、最終的なアウトカムはわからないけれども、その機関でなんか評価するものがないかと。例えば患者が来たときに人工呼吸の期間が長い施設と短い施設があれば、当然短い施設の方がいいに決まっていると。それから、在室日数が短ければいいと。それから、合併症も少ない方がいいだろうと。それから、院内感染もそういう意味では非常に1つのプロセス評価になってきます。

最終的にストラクチャーとプロセスがよくても、アウトカムが悪ければ意味ないだろうと。アウトカムは何かといいますと、もちろん医療ですからICUの中での死亡率が少なくなると。あるいは、病院内の死亡率が少なくなると。あるいは、在院日数も最終的にそういう意味では少なくなると。医療費も少なければ厚生省は喜ぶでしょうと。文部省は悲しむかもしれませんが。こういう形でもって3つに分けて評価をしていくことになります。

〔スライド〕

それで、具体的にどういう入力項目をとるかといえますと、患者の属性データ。これは何でも一緒ですけれども。それから、疾患の属性データ。主要病名は何ですかと。例えばアメリカですと、主要病名でもう医療費が決まってきます。盲腸だったら幾らというふうに決まってきます。主要病名は何かということが第一。それから、その疾患の重症度は何かということも大事です。もともと何か合併症を持っているかと。これもまず入れていきます。それから、どんな治療をしたか。処置あるいは手術。これも全国同じようなコードでやっていかないと比較ができません。ですから、コーディングということももちろん大事になってきます。

転帰データとしては合併症。さらに何か合併症を起こしたかと。生命予後はどうなりましたかと。在院期間はどうかと。医療費はどうかという形でもって患者情報を入れていきます。

〔スライド〕

それで、どんなことを出力するかということになりますが、1つは施設の機能評価をする。ICUにはいろいろな患者が来ますから、例えば心臓疾患、急性心筋梗塞とか決まってないわけです。いろいろな疾患が来ますから、それをある意味でケースの疾患の種類と重症度でもって、ある程度分離をしなければいけないということになります。けれども、最終的には施設間評価をしたいと。東北大学のICUと名古屋大学のICUを比べたら、名古屋大学のICUの方が例えば悪かったと。治療成績が悪かったということの比較もやはりしなければいけないと思います。

それから、原疾患別。例えば東北大学の心臓外科の手術と名古屋大学の心臓外科の手術を見ると、重症度を加味しても東北大学の心臓外科の手術の成績が悪かったと。そうすると東北大学の心臓外科医は腕が悪いんじゃないかというようなことになりましたが、そういう評価もできるのではないかと。

それから、ある特定の手術に関しても手術のちゃんと登録をしていけば、それも評価ができます。

それから、治療法別。これは例えば新しい治療法をやるときに、その治療法をやった症例を全部登録していくと。簡単に言えば、例えばナイトリックオキサイドのインフレーションセラピーをやろうと思ったら、その症例は全部登録していくと。その結果患者がどうなったかということも、このデータベースの中で見ればある程度の予測ができます。できたならばランダムイズコントロールトリアルをすれば、最終的な施設の治療法の評価も可能になるということになります。ですから、この3つに関してやはりICUの中の機能評価としてアウトプットしていくということになります。

〔スライド〕

例えば院内感染でやれば、リスク別の院内感染発生率。例えばカテーテルがたくさん入っていれば、その人は感染を起こすわけですが、カテーテルが1本入っている人と3本入っている人とやはり比較するのは難しいとかそういうことがあります。感染に関するリスク因子をちゃんと層別化して、その上で感染の発生率。率ですね、数ではありません、率を必ず比較する、出すと。そうしますと、名古屋大学と東北大学でどっちが院内感染の発生率が高いかと、同じリスクでもどっちが高いかということがわかれば、高い方の施設はどうも感染対策が悪いのではないかということがわかるということになります。

それから、当然重症度によっても層別化をしなければいけない。

それから、いろいろな薬剤耐性菌が今たくさん出てきていますけれども、それによって一体どのぐらい発生頻度が違うかと。うちの病院はどうも多剤耐性の緑膿菌が非常に多いと、そのために死亡する患者、あるいは合併症を起こす患者が多いと、しかし東北大学は非常に少ないというようなことも比較ができるということになります。

それから、院内感染による例えば患者の死亡率、ICU内死亡、病院内死亡、それから医療費、在院日数、そういうことがすべてわかると、こういうような情報も出力項目としてとれるということになります。

〔スライド〕

例えば、これは感染症に対するサーベイランスで実際には何がわかるということをやってみますと、48時間以上ICUに在室する患者数が267名。9施設ですが、平均年齢がわかります。ICUで治療した感染症は27例、感染症と診断されて入ってきているのが14例で、獲得した感染症は13例。1カ月間に9施設の中には、ICUが入ってきた48時間以上滞在した患者の数をちょっとサーベイしてみます。

〔スライド〕

いろいろなことがわかります。在院日数、こういうのは計測するだけです。起炎菌でも、昔で言えばキサントムラス・マルトフィリアとかMRSAとか、こういういろいろな感染症が出てきます。アンダーラインの部分は薬剤耐性菌による感染。

〔スライド〕

それで、あっと驚くのが、16歳以上の患者を分析してみますと、その期間に全症例で245例ありました。アパッチスコアをとると14.9。この全症例の予測死亡率は17.6%です。ところが病院内で死亡したのは23.3%、ICUの中で死亡したのは12.4。ですから、予測死亡率に比べてちょっと高いかというくらいです。

しかし、ICUに入ってくる前に既に感染を起こしてきた患者を見ますと、予測死亡率が27.9%、病院内死亡率は実に50%です。ICUの中の死亡率は少ない。

では、ICUに入ってきて、その後感染を起こしたらどうなるかと。予測死亡率は20.3%、病院内死亡率が42.9%。つまり、ICUに何らかの形で感染を持ってきていてICUで感染を発生すると、病院内死亡は実に4割から5割まで上がってしまうと。実際には25%ぐらいしか死亡はしないはずなんですけど、感染を起こすとこれだけ上がってくるということが実は数字として出てきます。

これを例えば施設別に分けると、うちの施設と東北大学の施設とが一体どうなのかという比較ができるということになります。

〔スライド〕

じゃ、アメリカと比べてみようと、国際比較をしようと思います。例えばニース、ナショナル・ノソコメリアング、インフェクション・サーベランスシステムと、有名な世界で一番サベランスがちゃんとやられているところですが、そこでのデータと比較してみます。尿路感染はノベディバイスデー×1,000、同じ分母なんですけど、そうしますと本邦のICUで尿路感染は極めて少ないと、肺炎に関してもちっと少ないと、けれども院内肺炎に関してはほとんど一緒、菌血症は約半分。日本のICUは非常に感染に関しては治療が上手だということがわかります。

〔スライド〕

今度は感染を起こすと医療費がどういうふうになりますか。これは一部の医療費がとれた施設ですが、ICUでの平均医療費はこのぐらいいと。ICUで獲得すると大体50%ぐらいふえるということがわかります。つまり、感染症起こすと医療費はふえる、当たり前ですね。だれが喜ぶか、だれが悲しむかは別ですけども。

〔スライド〕

それで、これは医学への日本人の貢献度。私が調べたんではありませんけれども。そうすると、New England J Med, British J, Lancet, JAMA, American J, Annals of Internal Medicine などとありますが、著者に日本人を含む論文数、全原著論文数を割りますと、平均すると基礎医学系では臨床医学では0.6%。日本のGNPHは世界の14%と言いますが、世界の重要なジャーナルに貢献している日本のペーパーの数は、臨床系でもって0.6%。これはほとんど内科系ですが、基礎医学系で3.4%というデータがある大学から出ています。どこまで本当

かどうかわかりませんが。

つまり、学会あるいは集中治療部の全体の協議会とかそういうことに関しても、何らかのやはりこういう評価が必要だろうと。つまり、論文の抽出率をどうやって評価するかということですが、もちろんこれ以外にクリティカルケアメディスンとか、いろいろそういう業界誌がありますけれどもそれもちろん評価基準に入れるべきだと思います。

〔スライド〕

今度はほかの学会でやったものをちょっと紹介します。数を集めると一体どんなことがわかるかということです。これは呼吸療法医学会でやったデータですけれども、1年間データをとりました。30施設です。大体6,207症例ぐらい。つまり、これは人工呼吸をした症例を集めてきて一体どうなったかということ調べています。

〔スライド〕

そうすると、総数で5,738例。1歳未満までの人工呼吸管理症例をすべて集めました。平均年齢、性別が男がやはり多い。予測死亡率は27.5%。実際の病院内死亡率は20.9%。ICUだけだと13.4%。つまり、これは何が言いたいかといいますと、アメリカのデータに比べると日本のICUは治療が上手だと。アメリカは予測死亡率27.3%。同じ患者を日本で治療すると、日本は実際には20.9%しか死なないということがわかってきます。ところが、平均病院滞在日数は55と。これは長いです。ICUは5.9日。平均人工呼吸日数は3.1と。

〔スライド〕

それで、アパッチスコアでもって層別化しますと黄色が予測死亡率で、これは日本のデータです、この青が実際の死亡率。つまり、すべての層にわたって日本のICUの治療成績はいいということがわかります。

〔スライド〕

施設によってどのぐらい人工呼吸をやっているかと、こう見ると、このいろいろな施設で、もちろん個別の名前は出てきませんが、症例数がかかなりばらついているということがわかります。ひどいところになると、年間9症例しか人工呼吸管理をしていないという施設もあるということがわかります。

〔スライド〕

それで、施設間における成績をどうやって評価するかということちょっと見ます。最終的にはスタンダライズド・モータリティ・レーシオと、先ほど言いました予測死亡率と実死亡率の比をとります。

〔スライド〕

そうすると、これは1年間を通じての平均ですが、予測死亡率と実死亡率で、これはそれぞれの1個ずつの施設です。1年間の平均です。45度というのはこれはアメリカの線です。日本は全体いいですから、パフォーマンスいいですから45度の線よりも下に来ます。

ただ、かなり施設によってばらつきがあると。つまり、平均よりもすごくいい施設もあれば、こ

こもいいですが、悪い施設もあるということがあります。ですから、全体のICUのクォリティーとかパフォーマンスをよくしようと思えば、一番いいのは全国平均をやはり出して、その値と自分の施設がどのくらい違うかと。よければ安心していいですし、悪ければ頑張るというような客観的な数値を出して行って、それでICUがどのくらいことを、私たちは国民やら患者に提供しているのかということをやはり示す必要があると。

これは前の前の協議会のときの結論だったと思いますけれども、人くれ、物くれ、場所くれというのは、それだけではもう通らない時代になってきたと。自分たちが何をどのくらい提供しているかということをやはり自分たちのデータで示さなければ、文部省もそれだけお金はくれないでしょうし、文部省の裏にはたくさんの国民がいるんだから、その国民を納得させなければきっとお金はくれないでしょうということで、やはりいろいろな形でICUのパフォーマンスをみんなを出していきましょうと。それを基礎数値にして、これからのいろいろな協議会の活動、あるいは学会も含めてそうですけれどもそういう活動の一つの基礎データにしたらいいのではないかとということで、文部省のパイロットスタディをこのように転化して行っている最中です。

もし、このパイロット事業に賛同していただける施設がありましたら、最後にもう1枚申し込みの紙がありますが、入力フォーマットもほとんどでき上がっていますので、CD-ROMでお配りしますと。それに入れてもらえば、それを集計して平均値を出して、各施設にお返しします。お返しするのは、平均値とそれぞれの施設のデータだけです。感染に関して、それから予測死亡率と実死亡率に関して、そういうデータをとりあえずお返しします。

もしも、手術とか疾患名とかがちゃんと日本統一のコーディングがされれば、もっと細かいデータが蓄積されていけばすぐ出ます。ただ、データの所属とかコンフィディシャリティーとかその辺がちよっとまだ問題が残っていますけれども、とりあえずそういう形でもって進めていきたいと思っておりますので、もしご賛同いただければ、その紙に書いていただいて、CD-ROMをとりあえずお送りして、という形で進めさせていただきたいと思っております。以上です。

★橋本部長

どうもありがとうございました。どなたかご質問等ございませんでしょうか。山口大学から先ほどの独立法人化のことで、これに関しまして何かご追加されることは。

★山口大学 前川部長

武澤先生がおっしゃったことにほとんどもう入っていると思うんです。やはり、大学全体がそうだと思うんですけれども、国立大学のきっちりという評価をしていくというのを今からやらないと、多分国立大学だって行ってどんと座っているわけにはもういかない時代と。その中で、ICUというのがある意味で一番お金を使う場所で、それで助けても助けなくてもわからないというか、そういう場所なものですから、そういうところできちっと収支をこう計算してみて、少なくとも自分たちがどういう治療をしているかということをやはり知っておかないといけない。そうすることによって、例えば文部省にこうこうこういう状況だからこういうサポートをしてほしいということ言えば、多分文部省としてもいろいろな予算を請求していくときに、大蔵省も納得できる

ようなデータが出していけると思うんです。ですから、今武澤先生が出された資料にしてでも、多分ここにおられる先生方が物すごく頑張って、それでインターナショナルに評価してもらって、非常にいい成績ということなので、やはりそういうことを言っていたら、私たちも日夜物すごく頑張ってひどい思いをしながらやっているわけですから、やはりきちっとしたデータを出していきたいと、そのように思います。

★大分医科大学 野口部長

これできれば非常に素晴らしい仕事だと思うんですけども、前の呼吸療学会のときに、実際に打ち込むのは結構大変だと。これはまず先に参加します、しませんというのを聞いて、それからCD-ROMを送ってもらうのではなくて、CD-ROMでどのくらいの仕事量があるかというのを見せていただいて、実際の方が参加できるかどうかというのを聞いてみると。僕がここで参加しますと言っても、後で実際に打ち込む人が非常に大変なのかもしれないので。先に送っていただいて、それから参加します、しませんというのを検討させていただくことでいかがでしょうか。

★名古屋大学 武澤部長

結構です。お送りします。皆さんそれでよろしければ、まずすべての人たちにCD-ROMをお配りするというのは可能です。

★山口大学 前川部長

正直なところ、打ち込むのはそれなりに大変です。大変ですけども、やはり自分たちがどうかというのもよくわかります。

★橋本部長

ほかにございませんでしょうか。それでは、この件につきまして、山腰さんにちょっとコメントをいただきたいと思います。

★山腰係長

冒頭からお金がありませんという話ばかりをしていてあれなんです、独立行政法人化になったとしても、現在の国立大学病院が自前の収入でやっていけるというふうには認識もしていませんし、我々も認識はしていません。ある程度一般会計なりの経費を注入しなければならないだろうということは当然の話でありますし、高度医療を実践していく、研究医療を実践していくという上でも当然お金が必要だというふうに認識して、もともとができるのであれば国立病院と同じときに独法化になればいいじゃないかというような議論で終始していくわけですけども。ただ、今後独法化になる・ならないは別としても、いずれにしても大学病院における医療というのはある程度の税金をもってしなければならないところというのはあるわけです。そこで、当然我々お役所の人間だけを説得するのではなくて、国民に広くわかるデータの的なもので出していただければと思いますので、ぜひこのまま続けていって、頑張ってくださいと思います。よろしくお願いします。

★橋本部長

ありがとうございました。武澤先生、お金はまた1年ごとに申請されている。

★名古屋大学 武澤部長

いやいや、昨年度だけですから1年で終わりで、もう1年で十分です。これで入力ソフトが全部でき上がれば、後はただ入れるだけです。後は集計する費用がかかるかもしれませんが、一たんパターン化すればそんな大した問題じゃないので、それは要らないと思います。

★橋本部長

そうですか。

★名古屋大学 武澤部長

ほかの有効なところに使っていただければと思います。もしパイロット事業をやるのであれば。

★橋本部長

ただ、これは続けてずっとやっていただける。

★名古屋大学 武澤部長

やっていきたいと思います。できたら国立大学だけではなくて、本当はICU学会全体がこういう形でもってデータを残していくようなことが本当は必要なんです。とりあえず、国立大学はそういう意味では先行的に物事を提起するやはり義務があると思いますので、まずあるべき姿は国立大学の中だけで見せていくという形で進めていきたいと思います。

★橋本部長

では、また来年の協議会でも進行状況をご報告していただきたいと思います。

★東北大学 松川副部長

東北大学の松川です。この協議会に先立って皆様にアンケートをお配りしたのを、ご記憶なさっていると思います。その趣旨は、この武澤先生が出されたことに一応のっとしていいですか、それを念頭に置いて実はやったことなんです。私どももこのパイロット事業の施設の中に入れていただいているんですが、正直言って先ほど前川先生がおっしゃったようにかなり大変です。先ほどストラクチャーとプロセスそれからアウトカム、その3つに分けて評価するというような話をなさっていましたが、現時点で何かもっと簡単にぼんとわからないかと思ってあのアンケートをお配りしました。けれども、まだ回収が十分ではないものですから、もうちょっとしっかり集まった時点で、皆様に個々の大学にみんなのデータを集めてお渡ししたいというふうに考えています。ですから、この席ではちょっとあのアンケートの結果はお出しいたしません。

それから、提案といいますか、ちょっと皆様に考えていただきたいことがあるんです。武澤先生が出されたプロジェクトに参加するかしないかはちょっと置いておくとして、ICUに限りませんがICUでどれだけのお金を使っているのかということは、近い将来に何らかの格好で出さなくてはいけない。コストと結果と。そういうふうに考えると、今どこの大学でも恐らくコンピューター化ということを考えているんだと思いますが、ICUでどのくらいかかっているかと算出するのはとても大変というか、今のところはうちの大学では人力といいますか、事務の方々に多大な労力を強いてやらないと出せないように状況になるわけです。ぜひとも皆様方、ICUという立場から、あるいは救急もやっていらっしゃるから救急という立場でもいいんですが、自分のところの施設が一体どのくらいお金を使っているということを出せるような病院のコンピューターシステムにぜひ

していただきたい。

そうじゃないと、このコストをどのくらいかけたかということに関して全くわからない。だれかが声を挙げていかないと、きっとこういうことはいかないんだと思います。もう民間ではどんどんこれは進んでいることですので、ちょっと一言提案といたしますか、お願いといたしますか申し上げておきたいと思います。

★山口大学 前川部長

武澤先生はもうお金要らないとおっしゃったんですけども、実は入力というのは非常に大変なところで、このデータというのは非常に有効でしょうし、大切な部分なんです。例えば山口大学で県がやっている事業で救急医療情報システムというのがあるんですけども、その端末から基本的にデータが入るかどうかで、その組織というか、その情報が信用できるかどうかというのが決まてきます。そういうことですので、多分たくさん施設がやはり入りたいと思われたと思うんですけども、実際には大変だと思われるところがあるんで、例えばそういうところのサポートというか、そういう予算措置、そんなに大きなお金にはならないと思うんですけども、出てきたデータというのが非常に大きな意味を持っていますので、ぜひ文部省の方、そういう意味でのサポートというか、非常に難しいんでしょうけれども研究費としてそういうものを出していただいたら、データとしては非常に母集団が大きくなりますのでいいものが出ていくと思うんです。人件費として出そうといったらそれは無理だと思うので、研究費として出していただいた方がいいと思うんです。

★橋本部長

ありがとうございました。武澤先生、もう1年これを請求するという事はどうなんでしょうか。予算をパイロット事業に。

★名古屋大学 武澤部長

いや別にいいんですけども、参加してくれた施設で頭割りにすればいいということですよ。

★橋本部長

それは後の問題としまして。

★名古屋大学 武澤部長

実際問題として軌道に乗るのはきっとあと1年ぐらいかかると思うし、解析の仕方も最終的に完全にもうでき上がっているわけではないですから、まだデータ入力のところまでしかできてないものですから、そういう意味では別にパイロット事業でまた出しますか。通してくれるかどうかはまた別問題ですけども。

★橋本部長

ぜひ出していただきたいと思います。

★名古屋大学 武澤部長

わかりました。

★山腰係長

今のは非常に通しにくいというか、趣旨としてちょっと異なるパイロット事業の運営費ですので、

そこは先ほど申しましたように、本当に学内での話が主にどうしてもなってしまうんです。研究費という部分というのは、病院運営費の中には非常に病院の中には少ないわけで、そこは実態の運営をしなければならないというところで、そのサポートの仕方も各大学によってかなり異なると思うんです。非常勤の方を新たに入れて、ずっとつけて、オペレーターのように入れないといけないというような大学があるかと思えば、いやそんなことはしなくてもいいというような大学もあるかもしれない。そこはちょっと研究費というのは難しいんじゃないかという気がしますね。

★橋本部長

ほかにどなたかご意見ございませんでしょうか。

それでは、今までのことで、ぜひうちの施設にも資料を送ってほしい、あるいは参加したいというような方がございましたら、Eメールのアドレスをこちらで整理いたしまして、なるべく早くお送りいたしますので、それを通してお尋ねいただきたいと思います。それでは、これでこの議題を終わらせていただきます。

長崎大学からご提案がございます。11番でございます。このことにつきましてはもうご存じだと思いますけれども、昨年文部省の榎山さんのお話ですと、現在臨床工学技士は手術部整備の一環として毎年少しずつ定員化されているというようなことがありまして、各箇所ではばらばらに運用経費でもなかなかとりづらいところが文部省としてもあるので、MEセンターなどでそういった集中化の中で要求していかないと無理だというようなことを踏まえてのご提案だと思います。ご説明をお願いします。

★長崎大学 長谷場副部長

大筋は今議長の橋本教授からお話があったとおりです。先ほどの文部省の方からの予算の説明の中で、社会的要請という言葉が使われておりましたけれども、それを踏まえて臨床工学技士という制度はできたんだろうと思います。これが徐々に定員化されているとはいえ、既存の例えば透析センターの透析技士、あるいは手術部の人工心肺技士と、そういう人たちに割り当てられていって、なかなか新しい人の採用ということが出てこないということがあります。したがって、先ほど東京大学の方からME部という言葉が出てきましたけれども、そういう新しい部をつくっていただくということが1つの解決の方法ではないかと思うんです。

ただ、先ほどから新しい部をつくるのは、今までは文部省の路線計画というものがあつたけれども、これからは大学の特殊性というものを考えてつくっていくということ、あるいは病院の収入が上がるかどうかということが大きな課題になるみたいですが、やはり生命維持装置というのは人命にかかわることですので、最近の医療器械というのはますます複雑化してきているので、保守点検という面でも非常に重要なことですので、ぜひこれを他の中央診療部門の協議会にも呼びかけて、病院に一つME部位というのをつくって、そこで今から定員化される人、今までは人をふやすんじゃなくてただ資格だけをふやすということなんでしょうけれども、そのところをどうにかして、人をふやしていただけないかということです。以上です。

★橋本部長

ありがとうございました。たしかに例えばベンチレーター一つを取り上げて、1カ所に病院全体のを集めてそこで管理する。そういう方が効率の面から考えてももちろんいいわけで、そういう方向にはだんだん進まなければいけないと思うんです。やはりこれも1つの部門で考えるというよりも、病院全体でこういうことも考えていただきたいと思うわけでございます。これにつきましてどなたかご意見ございませんでしょうか。こういうものを置くということはどなたも反対されているわけではないし、そこに人をつけるということももちろん必要なことだというふうに、感じられてはおると思うんです。

これはそれでは問題提起ということで、やはり1つの部門、あるいは1つの協議会だけの問題ではございません。先ほど申しましたように病院全体で考えるべきことから、協議会で総合して考えるべきことということ、いろいろ取り扱い上の問題もあると思います。ほかにご意見ございませんでしょうか。

これからもこの問題が大変身近に、例えばハイケアユニットとかそういうものが立ち上がってまいりますと、非常に現実の問題になってまいりますので、私たちもこれを続けてこういうことを頭の中に入れておかなければいけないということでもよろしゅうございましょうか。では、そういうことでこの議題を終わらせていただきたいと思います。

それでは、最後になりまして、今度の国立大学医学部附属病院長会議に、高知大学が当番校になっていると聞いておりますけれども、そこに上程議題ということで2題が出されております。これは今までの各大学からの提出議題の中で討議されたことでもございますけれども、去年は教官・看護婦の増員、それから臨床工学技士の配置、設備更新費の予算化ということで病院長会議には出しています。

先ほどICUの機能評価というようなことがこれから大切になるという話がありましたけれども、今度上程議題になりますと非常に現実的な問題に立ち返って、やはり人間とお金が欲しいというようなことになってしまいます。去年のこの提出議題、それからことしのこの2題を含めまして、もしよろしければ私どもの方にご一任していただければ、これをとりまとめて今度の病院長会議へ上程議題として出させていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。特に何かこれにつけ加えたいということがございましたら、お話しいただきたいんですけれども。どうぞ。

★名古屋大学 武澤部長

この2題で全然問題ないと思うんですけれども、2番の感染症の患者の増加に伴う集中治療部施設の改善についてという題名について。集中治療部の感染対策を含めた施設の問題ですから、小栗先生が先ほどおっしゃっていた例えばその消毒法とか、隔離の方法とかに関してという意味合いと、それから建物自身のちょっと換気とか個室をどうするかという、そういう大きな意味でいえば、集中治療部の感染対策をどうするかという院内感染対策、そういう趣旨だと思うんです。ですから、もし小栗先生がよければですけれども、そういう集中治療部全体の施設も含めた、構造も含めた感染対策を。これどうする、上程議題ってどうする、要求するっておかしいですね。病院長会議に言ったって病院長が答えなんか出しませんものね。改善について何を要求するんですかね、これ。

★香川医科大学 小栗部長

先ほどの協議事項の中にも同じものを入れているのは、結局ガイドラインのようなものの中に感染症対策のもうちょっと強力なものを入れて、それでむしろガイドラインそのものが病院長会議に上っていくという形がいいんじゃないかと思うんです。そうすると、逆にそれが協議されなくても各大学で何か内部の施設を再開発するということに、こんなものが協議会でありますとかいうのもう一々我々が持っていかなくても病院長が既にそれを知っているということになれば、それは非常にそれなりの効果はあると思うんです。だから、どちらかというとなんかそういう形で二段論法で、だからたちどころに出すには、先生おっしゃるように非常に難しいというふうには思います。

★橋本部長

そうしますと、この感染症患者の伴ういろいろな施設の改善ということは、設備更新費の予算化という去年大谷先生の方から提出されましたものに引っかかまして、何か考えてこちらで出したいと思います。よろしゅうございませうか。どうぞ。

★弘前大学 坪副部長

たしかに増員ということは大事だと思うんですが、救急部と合併されている施設の先生は余りお感じにならないかもしれないですが、特に集中治療部ではポジションの最高位が講師なわけです。集中治療部の治療というのは原則的に各科の医者が集まりまして、対等の立場でこう話し合って治療を決めていくのでございますが、最近できる部門というのは大体全部助教授がついていらっしゃいます。ポジションが違くと、対等になかなかうまくいかない場合も出てくるということで、特に若い先生が多分な場合にはかなりのプレッシャーを感じて、なかなか運営にも差し支えが出てくると思うんです。どういうわけかICUはこれまでは講師だけなんでございますが、ちょっと増員もいいんですが、特に集中治療部が独立してらっしゃるところは、質ということもそろそろ大切な問題になってくると思うんですがいかがでしょうか。

★橋本部長

これ去年は先生の方から提出された議題でなかったでしょうか。そういう話はとにかく去年もありまして、そういう議論も多少ありました。文部省からは「もちろん純増はだめだし、助手の振りかえも振りかえた後にもお金がかかるので予算化は非常に厳しい」というようなお話がありましたけれども、そういうことも含めまして、それでは増員という点で。入れられましたら、そういうことも考えたいと思います。ほかにございませうでしょうか。どうぞ。後藤先生ですか。

★群馬大学 後藤部長

群馬大学の方は前の上程議題1の方になっているんですけれども、いずれにしてもどちらの上程議題にしても、今まで討論されてきたように結局実績があるのかないのかということが一番の問題になってくるわけで、MEセンターに関しては、またはME技士の配置に関しては集中治療部はどれだけ実績があるのか。現実問題として、例えば群馬大学では全病棟のレスピレータは全部集中整備して、それでまた全病棟に返しているわけなんです。各施設でどの程度の実績があって、こういう必要性があるからこうだというようなことをまとめて上程しないと、余り重みがなくなってきてし

まうのではないかというような感じがします。ですから感染症自体に対しても、またMEの活動及びICUの医師・看護婦等がどれだけ病院全体に対しての活動及び重症患者の管理に働いて実績を持っているのかということをもとめた上での上程ということが必要だと思います。その辺のところの考えを逆にお聞きしたいというか、またはこれ全体から集めるか、そういうようなことも必要かと思ひます。

★橋本部長

ありがとうございました。実は、そういったアンケートをいただいたんですが、先ほどお話ししましたようにまだちょっと不十分なところがございますので、それを各大学の一覧表をなるべく早くお送りしたいと思います。それをごらんになるといろいろ細かいことが、それから興味深いこともあると思ひます。そういったことを踏まえまして、こちらで作文したいと思っております。ほかに特にご要望、それからこの際ぜひ聞いておきたいというようなことがあれば、文部省の方にもご質問いただきたいと思ひます。それでは、どうぞ。

★信州大学 寺田副部長

上程議題のところに入れさせていただいているんですけども、なかなか臨床工学技士の方の配備がうまくいかないということで、病院の方にはできるだけそういったMEセンターみたいなものを設けて運営していただけないかということをお願いしているんですけども。実際に今いるスタッフの方たちの話を聞きますと、それぞれの部門のところでの仕事そのものがやはりかなり忙しいということで、中にはもうこれ以上手を広げてできないという方もいますし、ただ中には今やっている以外のことにも手を出して、いろいろこう広げていきたいと思っている臨床工学技士の方たちもいるんです。純増はとにかく無理にしても、MEセンター化するときには今ここに出席なさっている大学の方たちで、もしセンター化している病院があったら、実際にやってみてのメリットと申しますか、それとデメリットみたいなものがもしおありでしたら、お聞かせいただきたいというように思っていますけれども。

★橋本部長

どちらかの施設、ございましょうか。どうぞ。

★大阪大学 妙中副部長

私の病院では、1993年に大阪市内から吹田市に移転したわけですが、そのときにMEセンターを一応つくるということで、動物舎の職員の方とそれから材料部の職員の方で臨床工学技士の試験に合格された方がおられたので、その2人を配置がえするという形でMEセンターを開設しました。

レスピレータとかシリンジポンプとか輸液ポンプ、あとは持続吸引器とか、そういったものを10種類ぐらい中央化して、そこで扱うようにしました。その状態が大体5年ぐらい続きまして、私がその現場責任者で務めました。そして、3年ほど前に手術部に臨床工学技士の方が、阪大の場合は結構おられたんですがその方々と、そのMEセンターの2人の技士の方とを統合する形で、CEセンターに組みかえをしているわけです。その間、新たに定員がついたとか、そういうのではなくて、配置換えでここまで進行してきたわけです。最近もしかしたら1人ぐらいふえているかも

しれません。現在は、手術部の部長がそのセンター長を兼ねていまして、手術部の職員は医者ですけれども、その人が副部長で現場を見ています。

メリット、デメリットなんですけれども、やはり中央化することで器械が効率的に使用できるということです。それから、器械が全体がどこにどういうふうに行っているかと、それを把握できますし、それは病院にとっても非常なメリットだとも思いますし、何か買うときでも一括して購入するというようなこともできます。ですから非常に効率がいいということと、それからあと現実問題としては整理が非常に行き届くし、故障が少ないと。例えば人工呼吸器でコンプレッサーのついたようなものと昔は部屋のほこりを吸い込んで、それだけでフィルターが詰まって、コンプレッサーに負荷がかかって、コンプレッサーが故障すると。1回30万円ぐらいの修理費が要するというようなことが頻発しておったんですが、そういうことも一切なくなりました。

残念ながらこの経済的効果についてはどのぐらい上がったかはちゃんと出していないので、わからないんですけれども、しかし現場が受ける感覚としてはもう全く故障は減っていると。それから、あと例えば新しい看護婦が来られたりとか研修医が来たときの教育、病棟の教育とかも全部やってくれますし、ですから非常にメリットは多いように思います。

中央に医療機器滅菌装置のような大型のものを入れられたりとか、そういうこともして、やはりセンターとして要求していくと、病院もそこにお金をつけやすいというような形ですべてが非常にうまくいくと。技士のやりがいというのも非常にあるみたいで、中からいろいろな研究的なことを技士がやっているというようなことも生まれてきているようです。ですから、多分メリットはたくさんあると思います。デメリットは余りないと思うんですけれども。器械が非常に便利に使えるので、病棟が器械を使いたがって幾らでも器械が要るとか、何かそういう形の、そこは目を光らしていればいいと思うんですが。余りデメリットがなくて、メリットの方が多いというような、病院全体から見れば多分そうじゃないかと思います。

★橋本部長

ありがとうございました。MEセンターを設立するとメリットが非常に大きいということですが、それなりの時間もかけなければ、なかなかこういうふうには円滑に運営できないんじゃないかと気もいたしました。ほかにございませんか。何か全体のことでよろしいんですが。よろしゅうございますか。

それでは大変長時間にわたりましていろいろご討議いただきまして、ありがとうございました。本日用意した議事を終了することができました。

最後に3番の次期当番大学選出についてでございますけれども、今回はこちらでご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思いますが、よろしゅうございましょうか。拍手がないようですけれども。(拍手)きょうは雪で大変でしたので、今度は暖かいところと思ひまして、佐賀医科大学にお願いいたしました。十時先生、ご挨拶をお願いいたします。

★佐賀医科大学 十時部長

佐賀医科大学の集中治療部の十時でございます。次回のこの協議会を佐賀でお世話することにな

りましたので、どうぞよろしくお願いいいたします。きょうは大変寒うございますけれども、来年は暖かい九州、佐賀で先生方をお迎えしたいと思ひます。この協議会はまだいろいろ多くの問題を抱えているように思ひます。先生方のお知恵をいただきながら、1年間準備をして有意義な協議会に来年したいと思ひますので、どうぞよろしくお願いいいたします。どうもありがとうございました。

★橋本部長

どうもありがとうございました。

★進行

これもちまして、全国国立大学病院集中治療部協議会を終了させていただきます。ありがとうございました。