

第 16 回

全国国立大学病院集中治療部協議会

期 日：平成13年1月26日（金）

場 所：佐賀医科大学大会議室

佐賀医科大学医学部附属病院

第16回全国国立大学病院集中治療部協議会日程・議題

1. 期 日 平成13年1月26日(金)
2. 会 場 佐賀医科大学大会議室 佐賀市鍋島5-1-1
TEL 0952-31-6511 FAX 0952-34-2011
3. 日 程 受 付 13:00
開 会 13:30
当番大学病院長挨拶
文部科学省挨拶

議 事

- (1) 各大学からの提出議題
- 1) 集中治療部の人員整備について(弘前大学)
 - 2) 集中治療部への臨床工学技士と検査技師の配置(群馬大学)
 - 3) 臨床工学技士の配置(千葉大学)
 - 4) 国立大学が高次(広域的)救命救急センターとして機能するための集中治療部の役割について(金沢大学)
 - 5) 集中治療部のスタッフ、特に臨床工学技士の配置と看護職員の増員(信州大学)
 - 6) 集中治療部宿直医の勤務時間の再検討(浜松医科大学)
 - 7) インシデントレポートの統一フォーマットの作成、データ収集について(名古屋大学)
 - 8) 高次治療室(High Care Unit)における特定管理料設定の要望(鳥取大学)
 - 9) 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)
 - 10) 臨床工学技士の配置(山口大学)
 - 11) 集中治療部における業務の効率化(薬剤、医用材料等の管理システムの構築)(山口大学)
 - 12) 教官・看護婦・臨床工学技士の増員要求(徳島大学)
 - 13) 助教授の配置(長崎大学)
- (2) 継続議題及び経過報告
- 1) 教育カリキュラムについて(第14、15回協議会の継続議題)(広島大学、名古屋大学)
 - 2) ICU機能評価プロジェクトについて(名古屋大学)
- (3) 国立大学医学部附属病院長会議への上程議題
- 1) 集中治療部の教官と看護婦の増員および臨床工学技士の配置について
(弘前大学、群馬大学、信州大学、千葉大学、山口大学、徳島大学)
 - 2) 医療事故防止に向けた国立大学病院共通ガイドラインの作成(金沢大学、名古屋大学)
 - 3) 集中治療部の専任助教授の必要性について(鹿児島大学、長崎大学、弘前大学)
 - 4) ME部の設置(長崎大学)
- (4) 次期当番大学選出について
- (5) その他

閉 会 17:00

出席者名簿

文部科学省高等教育局医学教育課大学病院指導室病院第二係長 高見 功

大学名	職名	氏名	大学名	職名	氏名
北海道大学	副部長	佐々木重幸	京都大学	副部長	足立健彦
旭川医科大学	部長	八竹直	大阪大学	副部長	妙中信之
	副部長	藤本一弘	神戸大学	副部長	夜久英明
弘前大学	副部長	坪敏仁	鳥取大学	高次集中治療部副部長	齋藤憲輝
東北大学	部長	橋本保彦		島根医科大学	部長
	副部長	松川周	副部長		橋本圭司
秋田大学	副部長	田中博之	岡山大学	部長	平川方久
山形大学	部長	青柳優	広島大学	部長	大谷美奈子
	副部長	星光		講師	山野上敬夫
筑波大学	副部長	水谷太郎	山口大学	部長	前川剛志
群馬大学	部長	後藤文夫	徳島大学	部長	大下修造
	副部長	国元文生		救急部副部長	黒田泰弘
千葉大学	部長	平澤博之	香川医科大学	救急部	小倉眞治
東京大学	部長	前川和彦	愛媛大学	副部長	土手健太郎
	副部長	坂本哲也	高知医科大学	副部長	神原哲也
東京医科歯科大学	部長	今井孝祐	九州大学	副部長	谷山卓郎
新潟大学	部長	遠藤裕	長崎大学	部長	矢野捷介
	副部長	佐藤一範		副部長	槇田徹次
富山医科薬科大学	部長	山崎光章	熊本大学	部長	木下順弘
金沢大学	部長	稲葉英夫	大分医科大学	副部長	吉武重徳
	部長	福田悟	宮崎医科大学	副部長	濱川俊朗
福井医科大学	部長	藤林哲男	鹿児島大学	次期部長	上村裕一
	副部長	駒井孝行		副部長	垣花泰之
山梨医科大学	副部長	寺田克	琉球大学	部長	須加原一博
信州大学	副部長	奥寺敬		副部長	伊波寛
	救急部副部長	赤松繁	佐賀医科大学	病院長	宮崎澄雄
岐阜大学	副部長	土井松幸		部長	十時忠秀
浜松医科大学	副部長	武澤純	副部長	北川範仁	
名古屋大学	部長	高橋英夫		講師	高崎光浩
	副部長	丸山一男	看護婦長	蒲浦博枝	
三重大学	部長	野坂修一			
滋賀医科大学	部長				

午後1時30分 開会

1. 開 会

司 会（佐賀医科大学古川庶務課長）

集中治療部協議会を始めさせていただきます。本日は文部科学省から文部科学省高等局医学教育課大学病院指導室高見病院第二係長に御出席頂いております。

開会に当たりまして、当番大学でございます佐賀医科大学の宮崎病院長から御挨拶を申し上げます。

2. 当番大学病院長挨拶

宮崎病院長（佐賀医科大学）

佐賀医大の病院長をしております宮崎と申します。本日はICUの全国会議に御出席頂きましてありがとうございました。また文部科学省からは高見係長にもお忙しい中、御出席を賜りましてありがとうございました。昨日、全国医学部長、病院長会議が東京でございまして、私共もこっそり大学病院指導室長さんから色々指導を受けまして、特にリスクマネジメントに関しましては、手術或いはICUが関連します問題を色々議論がございました。私自身小児科の出身でございまして、小児科医は少ないんでございますけれども、私共の病院では現在まだNICUはございませんが、関東や関西の病院から小児科医は余っているんだけど、NICUをする医者が殆どいないのでまわせ、というような手紙をよくいただきます。いかにNICUをICUの一部門、僅かな部門ではございますけれども、非常にそういう点で要求は多くても、実際の労働時間その他から過酷な条件を強いられているというのが現状であろうかと思えます。私共の佐賀医大の病院も新設ではございますが、ようやく今年で20周年を迎えましたが、だんだん建物も古くなりましたので5、6年後には病棟の増改築がお願いできるのではないかと考えて準備を進めております。ただ十時教授ともいつも苦慮しておりますのは、中央部門のICUとかNICU、或いはH3Uの配置をどのようにするかということで、なかなか結論が出ないのが現状でございます。本日は先生方に色々ご討議を頂きまして、私共の今、申し上げたようなことに対してもご享受を賜ればと思えます。せっかく佐賀においで頂きましたけれども、時節がらあまり接待が出来ず非常に申し訳ございません。佐賀の地も少し西の方にまいりますと有田の陶器などいい場所もございますので、お時間がある先生は訪れていただければと思えます。本日はどうも御出席ありがとうございました。

司 会

引き続きまして、お忙しい中を御出席頂きました文部科学省の高見病院第二係長から御挨拶を頂きたいと思えます。よろしくお願ひ致します。

3. 文部科学省挨拶

高見係長（文部科学省）

文部科学省大学病院指導室病院第二係長の高見と申します。よろしく申し上げます。本日は先生方はお忙しいところどうも御苦勞様でございます。佐賀医科大学の事務局の方々、多分大変だったと思うんですけども本当に御苦勞様でございます。簡単に最初に挨拶をさせていただきますが、資料の方はまた後で説明させていただきますと思います。大学の方も独法化だとか行政財政改革ということで、また総務庁の方からも色々行政勧告というかたちで出ておりますなかで、会計検査院の方も大学病院は宝の宝庫だというふうなかたちで一生懸命見ておりますし、大学病院の環境というのは本当に厳しい、あらゆる面で社会からも高度医療、又はいろんな面で注目されております。先生方につきましても、地域の中核となる医療機関というかたちで高度な医療提供をされておりますし、又よき医療人の育成という重要な使命も持っておられます。日夜御尽力されているということで本当に大変だと本省の方も思っております。大変な時期なのですが、大学病院をよくしたい、魅力あるものにしたいと思っているのは先生方ももちろん、文部科学省の方も同じでございます。それで思っているんですが、なかなか希望通りに、思う通りに今の財政事情、定員事情ではいきません。そこで有効に限られた財源をどういうふうにして使うか、活用するかというのはもう先生方のお知恵を拝借するしかないと思っております。どうか本日は色々なご指導を頂ければと思います。よろしくお願い致します。

司 会

どうもありがとうございました。大変恐縮ではございますが、宮崎病院長は所用のため、ここで退席させていただきますと思います。それでは確認をさせていただきます。まず資料でございますけど、既に配付いたしております冊子、これは今日お持ちになっていただくようになっておりますけども、もしお持ちでない方につきましては、届けさせていただきますがよろしいでしょうか。それから本日配付のものは上から1、2、3の通りですが、ございますでしょうか。更に集中治療部の教育研修カリキュラム、10ページ程のとじたものが一つあると思います。それと本学の概要を添えておりますので、ご覧頂きたいと思っております。それから冊子の2ページをご覧頂きたいと思っております。出席者名簿でございますけど、大学病院指導室、先程御紹介、ならびに御挨拶頂きました高見功病院第二係長に御出席頂いております。それから左側の下から3行目でございますけど、名古屋大学の三浦看護婦長さん、御都合により御欠席でございます。右側に参りまして中程、香川医科大学さんですけど、部長の前川先生、御欠席でして救急部の小倉眞治先生に御出席いただいております。以上が出席者でございます。都合62名の御出席になっております。それから今日の日程でございますけど、議長選出後、高見係長に御説明頂きますまして議事を開かせて頂いた後、討論を進めさせていただきます。3時頃に20分間程コーヒープレイクを頂きまして、議事を再開致しまして5時に協議会終了の予定と致しております。何卒よろしくお願い致します。

4. 議長選出

司 会

次に本日の議長でございますけど、恒例によりまして佐賀医科大学集中治療部長の十時が務めさせて頂きたいと思っておりますので御了承いただけますでしょうか。ありがとうございます。それでは十時先生よろしくお願い致します。

議長 十時（佐賀医科大学）

佐賀医科大学の集中治療部の十時でございます。議長を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願い致します。本日はどうも足元の悪いところを全国から沢山の先生方にお集まりいただきまして誠にありがとうございます。限られた短い時間ではございますが、有意義な会になりますように願っております。またこの協議会のために色々心を配り準備をしてくださった事務の方々にも心からお礼を申し上げたいと思っております。それでは議事に入ります前に文部科学省の高見係長からお手許に配付されております資料に基づきまして御説明いただきたいと思っております。よろしくお願い致します。

5. 文部科学省報告

高見係長（文部科学省）

それではこちらの方からは資料を3つ出さしてもらいます。まず最初に、医療事故関係からなんですが、私もまだ大学病院指導室の方には来て2年程しかたないのですが、特に今年からですか、各大学、公私を問わず重大な医療事故が重ねて発生しているということで、私も一時期神戸大学の方へおりましたが、こんなにあったのかなと思うぐらい最近はすごいんですけども、資料1の関係で、これは昨年5月に国立大学の常置委員会、作業部会の方で中間報告というかたちで出ておりますが、今4つのサブワーキンググループというのが動いてまして、更にこの3月を目途にして報告を出そうとしている骨子案となっております。特に最初に事故の関係で文部科学省の取り組みの関係からお話をしたいと思うんですけど、大学病院の固有の性格ということで、まずはミスがあり得ることを前提としたかたちで安全対策をいうことと、また事故防止への総合的な包括的なアプローチを行なっていただきたいと思っております。具体的には先程言いました5月の病院長会議の中で中間報告というのが出ております。それは例えば病院として一元的な体制ということで事故防止委員会を設置していただくとか、またはニアミス、インシデントのようなかたちで積極的に報告させるようなシステム、というふうなことでそれを中間報告の中にも出ておるわけなんですけど、また文部科学省の方でも会議として4月に国公私を含めた会議または厚生労働省は厚生労働省で特定機能病院の病院長さんに集まっていたいて9月に事故関係でお願いしております。また予算関係で言いますと今回、安全管理を担当する専門職員ということで看護婦長さんを21名、これも2年計画で42大学に整備しようということで、これは定員で今回21人となっております。それと御存知かもしれませんが、非常勤

の看護婦ということで大幅な増員、約800人、経費になりますが、看護体制を抜本的な強化をはかろうというものです。人の関係もありまして、また資質の向上ということで医師の先生方、またコメディカルの方々を含めたかたちで医療事故の防止に関する専門的な研修機会を大幅に充実しようということで、これも約6000万程の経費を用意しております。更には今、サブワーキンググループが4つと言いましたが、この骨子案で言いますと、3番の診療録の関係のワーキング、そして4番の医薬品、5番の輸血、6番の情報関係のワーキングというかたちで更に具体的な提言を盛り込もうということで今、動いております。厚生労働省の関係で言いますと、あちらは特定機能病院ということですので、昨年12年の4月ですが特定機能病院に安全面ということを加えております。それで医療審議会の方で医療事故を起こした大学病院から事故の概要とか安全管理体制の状況等のヒアリングを今、筑波大や日大、三重大、神戸大、京都大からヒアリングを聴取して動いているというかたちです。直接、医療審議会に出ているわけではないんですけども、特に問題となっているのは、問題と言いますかよく聞かれるのは、まず報告が遅いというふうな話も審議会の場で出ているということは聞いております。医療事故の関係につきましてはこれぐらいですが、次に定員の問題を少し先生方に御説明しておきたいと思っております。これは資料にはございません。第10次の定員削減計画ということで、この13年から5年間出てるわけなんですけど、国の行政機関の職員の定員について平成13年度から10年間で、少なくとも10パーセントの削減を行うということで、独法化、独立行政法人の意向によりまして合計で25パーセントというところまで出されています。ですから、今後は人が増えることはないと言いますか、自分達の手足を喰っていかなきゃいけない。更にどこかで100人増やするようなことをすれば、どこかで今言った削減計画以上に100人を減じなければいけない、ということですね。100人増やせば100人減じる。それでプラスマイナスゼロ、更に今言いましたように10年間で10パーセント以上の定員削減、という話です。だから非常に厳しいと。今日この会議でも色々定員の問題の議題等出ていますが、なかなか厳しいですね。先生方、そういうことを踏まえて議論をしていただければと。だからいい知恵を出していただいて、色々教えていただければと思うんですが。例えば10年間で10パーセントという数字なんですけれども、国立学校の特別会計でいえばその10パーセントが13,500人ということになります。ですから単純に言えば1年間1,350人削減というふうな話になるということなんです。今までは先生方といいますか、教官が殆ど考慮されていないと言えばちょっと語弊があるかもしれませんが、あまり入っていません。事務官のところでは定員削減が主に行われております。それがもうこういう状況ではもちこたえられないと言いますか、事務局にしてももうだいたい先生方御存知のように減ってきていると思います。ですから教官に対しても新たに、大学附属病院についても教官にも削減の対象と、いわゆる一切の例外をもてないと、そういう状況にきているということなんです。第9次の時も0.4パーセント、看護婦さん達を0.4パーセント、その他の職員で8.35パーセントというかたちで減ってきておりました。それが教官の方々は今聞いておりますのが2.74パーセント、看護婦さん達は業務の内容から鑑みて0.4パーセント、その他の職員は8.35パーセントというか

たちで進められるであろうと考えております。定員の関係がそういう状況にあります。経費の関係につきましても、厳しい、厳しいとしか言ってないです。どれぐらいかというのなかなか難しいんですが、国の借金も660兆円ですか、それだけ増えています。それも先生方御存知だと思います。それで国立学校特別会計の方でどうしているかという、もう既定経費で義務的に増えていく、増やさなきゃいけないという、どうしても学年進行とか先生方言葉御存知かと思いますが、そういった義務的なものは増やさざるをえない。それと新規政策、例えば今回非常勤の看護婦さん達800人というかたちで増やしたんですけれども、それも総額約80億円ぐらい経費がかかっているんですが、そういった新規経費の部分については認めましょうというので、基本的にはスクラップアンドビルドと言っているんですが、どっかを増やせばどっかが減じるというかたちで、もう今回の非常勤の70億円と増えててもどっかでだいぶ減じているところがあるということで、基本的な経費のスタンスもスクラップアンドビルドで義務的経費は止むを得ない。また新規でするところもそれはいいでしょうとかたちで経費も重点化を図って、限られた予算を活用しましょうという考え方です。今度は資料の2であります、こちらの方へ移りたいと思います。医学教育課の予算なんです、中を見ていただければわかると思います。特に病院の関係で言いますと、7ページからですね、大学病院の整備・充実というかたちでそこに整備方針を1、2、3と。特にこういった求められている部分を重点的に整備をしていったということです。また今、大学病院の使命というかたちで、先端医療開発拠点の整備、今回は東大の医科研と京都の探索医療センターというかたちで認められております。あと関係するところと言いますと、10ページ目の集中治療部の看護要員の整備、9人、これは定員です。非常勤ではありません。定員で9人認められているということです。それと11ページ、本当に概要なんです、経費面でこういうふうな歳入と歳出、こういうふうなかたちになっております。歳入の方につきましてもこれは先生方をお願いしているんですけど、毎年毎年約200億円増ですね。ここ5年間ぐらいで1000億ぐらい伸びています。本当に色々、先生方頑張ってもらっている成果だと我々も思っていますが、13年度の方もまた約190億円増というかたちで盛り込んでおりますので、是非またよろしくお願ひしたいと思います。その下に借入金、これが大型といいますか高価な医療機器、または再開発等の原資になっている財投からの分です。ですからこれが今、溜まりに溜まってどれぐらいかというのは御存知ですか。管理課長いらっしゃいますか。約1兆3000億円というかたちで文部科学省の方に、11年度末ですがきています。やはり再開発をされているところなんかはすごいです。ちなみに東大だけでも1000億近くあります。他に東北大や阪大、名古屋大、やはり立派な建物ができますとそれだけ借金も抱えておられるということになっています。更に医療機器、一番大きいのは再開発等のそういった設営面ですが、医療機器についてもしかりです。検査院はその医療機器が使われていないと思っているというふうなところで、よく各大学の管理課長さんにご苦労されているという話を聞いております。それで歳出の関係なんです、一番下に国債整理基金特別会計繰入というのがありますが、これが1000億、これが毎年毎年の借金返しの方です。1000億、毎年返している

と。このうちの元金の方が65パーセントぐらいでしょうか、その残りが利息ということで、これだけ借金を毎年返していつているということです。ですから大型の医療機械を大学の方から要求で文部科学省の方に事務局の方も来られるんですが、皆さんマヒされているような感じがしますね。簡単に2億、3億、4億、5億するようなものを一言お願いしますと書類を置いて帰られるんですけど、それが1大学、42病院集まるとこういうふうなすごいことになってしまうということで、できるだけ厳選していただいて、且つ活用していただきたいというのは私共の方の本音でございます。予算関連はそういったかたちですかね。あとは先生方の方ですいませんが見ていただければと思います。次に経営管理指標というのを大学病院では作っているんですが、先生方は御存知でしょうか。これも資料にはございません。本日は出しておりません。経営管理指標というのを大学の方で作っています。これは先日医学部長、歯学部長、病院長会議でもこの11年度版というのを配付いたしました。それでこの指標というのはいくつ各大学の経営状況、他の大学と比較できるようなかたちで作っておりますので、比較等していただいて自分のところの経営状況を把握していただき、またそういった問題点なんかをあらわしていただいて今後の経営改善というのに役立てて欲しいというものでございます。一度、先生方も目通ししていただき、先生方の部署の担当の方々にも一度周知していただいて活用していただければなと思います。最後に資料の3ですが、これは間もなくといいますか、つい先日、指導室の方から各病院の方に流した通知分なんですけど、先生方もよく御存知だと思いますが、東北の方で筋弛緩剤を不正に使用した事件がマスコミで流れております。その関係で言うまでもないと思いますが、毒薬・劇薬の管理を適正をお願い致しますというものです。すでに適正な管理というかたちでされていると思うんですが、更にお願ひしたいというものでございます。私の方からは資料等の説明の方は以上で終わりますが、何かいい話はなくて経営改善とか経営事情、経費等、あまり面白くない話ばかりだったんですが、実際の状況はそういう状況だということで大変、先生方は大学の方でご苦労されていると思います。高度先進医療、臓器移植というかたちで先生方に頑張ってもらっているということもよくわかっています。しかしながら社会は十分、大学病院のことを注目していますので、これからもよろしくお願ひしたいと思ひます。どうもありがとうございました。

議 長

大変ありがとうございました。高見係長は所要のため3時頃に、退席をされますので、なるだけその間にいろいろな事を聞いていただいているいろいろなことを質問していただきたいと思ひます。係長さんから御説明がありましたが、何か質問をしたいという先生がおられましたら、いかがでしょうか。それではしばらくこの席においでいただきますので、その都度ご助言をいただきたいというふうに思ひます。議事を始めます前に本学の陪席者を紹介させていただきますと思ひます。私の隣におりますのが集中治療部の副部長の北川範仁です。それから業務部長の波多野省三です。庶務課長の古川文紀です。会計課長の深澤博昭です。医事課長の川口幸一で

す。庶務課の課長補佐の井手正男です。どうもありがとうございました。それから本日は何分短時間に大変盛り沢山の議題がございますので、どうぞ議事の進行にご協力いただきますようお願いいたします。議事録を作成いたしますので発言される時はマイクを使用していただきまして、大学名、氏名を述べてから御発言いただきたいと思っております。なお本学のワイヤレスマイクは同時に電源を入れますと混信いたします。話す時には電源を入れ、話し終わったら電源を切っていただきたいと思っております。どうぞよろしくようお願いいたします。それでは議事に入りますが、先程、高見係長さんから色々御説明がありましたように、人とお金の話はなかなか厳しいということでございますので、我々も協議会の資料にございますように、定員を増やして欲しい、いろいろ配置して欲しいというのが現場の声でございますけれども、これは後程また係長さんに読んでいただくことにいたしまして「我々ICUでもこのように企業努力をしている。」と申しますか「こういうことを一生懸命やっている。」「そして効率化を上げようと努力している。」ということを毎年やっておりますので、継続議題及び経過報告から始めましてこちらへんを少し高見係長さんに聞いていただきたいというふうに思います。それからそれが終わりましたら各大学からの提出議題を御発表いただきたいというふうに考えております。それではまず第一に継続議題でございます教育カリキュラムについてということで広島大学の平澤先生をお願いいたします。

大谷（広島大学）

広島大学の平澤です。16ページに教育カリキュラムについてということで第14、15回協議会からの継続議題ということで出ささせていただいております。卒前教育と卒後教育に分けておりますけれども、卒前教育に関しましては、私もいろいろな先生にお話を聞いたりして考えましたけれども、集中治療医学会の方で教科書を現在、作っておられまして、その委員長は平澤先生でございます。卒前教育に関しましては平澤先生に御説明、お話をいただくということでお願いをしております。それから卒後教育に関しましては、本日集中治療部教育研修カリキュラム試案というのを出させていただいております。これは広島大学の方で作りましたけれども、このことに関しましてこれを実際に作りました山野上講師が同席しておりますので、彼の方から説明をいたします。それでは平澤先生よろしくようお願いいたします。

平澤（千葉大学）

千葉大学の平澤です。日本集中治療医学会に教科書編集委員会というのがございまして、先生方御承知のように、現在医学部のアンダーグラデュエイトの学生が一番使っております各専門領域の教科書は「標準教科書シリーズ」という、医学書院から出ているものでございます。最初はその一環として集中治療医学の教科書を作ろうとして、出版元の医学書院に話をしたんですが、なかなか話の折り合いがつかず、日本集中治療医学会が独自に作って、それを日本集中治療医学会雑誌を作っている雑誌社に頼んで発行することになっております。原稿依頼

をしてからかなり長くかかっているんですが、実は明後日、最終的な委員によるチェックを行いまして、今年の集中治療医学会総会がある時には刊行するという事になっております。これは先程、大谷先生がおっしゃったように、あくまでも医学部の学生を対象にした授業で使う教科書でございます。そしてカリキュラムに関しては広島大学の方で素案を作っていたということですが、日本集中治療医学会といたしましてはこのアンダーグラデュエイト用の教科書が一段落しましたら、今度は研修医、ポストグラデュエイト向きの日本集中治療医学会が監修する教科書を今日のこのカリキュラムを参考にさせていただきながら編集しようとしているところであります。以上です。

議 長

どうもありがとうございました。それでは追加の説明をしていただけますか。どうぞよろしくをお願いします。

山野上（広島大学）

広島大学の山野上でございます。お手許に配っていただきました集中治療部教育研修カリキュラム試案というのを作ってまいりました。大谷先生の指示で作って参ったんですが、ただ作れといわれてもモチベーションも何もありませんので、私なりにこの協議会の議事録の流れを見させてもらって、この協議会が全国国立大学病院長会議につながっている会であるということや、全国病院長会議が研修のための共通カリキュラムというのを平成10年に出して、その後もその討議がなされているということから、この目的は何かというのを調べましたら、臨床能力の高い医者を養成することだとわかりました。それは何の為かということ、社会のニーズ、患者さんのニーズに応えるべく医者を育てることだということにどうもあるようであります。そのカリキュラムを見ますと、総合診療部の先生、たぶん京大の福井先生なんかが中心になられていると思うんですけど、すごくいいカリキュラムができておりまして、このとおりにいけば、10年後には今よりも随分いい医者ができるような気がするんですが、ただ人工呼吸を始めとしまして集中治療医学にふれる部分はほとんど記載がありません。となりますとその10年後に非常に立派な医者ができるでも、一旦重症化した患者をいつ挿管したらいいかわからない、人工呼吸器がいじれない、呼吸循環管理が重症の場合は出来ない、という医者のできたんでは臨床能力の高い医者というにはちょっと片手落ちの部分があるなという気がしています。それでこの協議会でカリキュラムを作るのであれば、それを病院長会議、あるいは福井先生のところの協議会につながるパイプを作っていく、それで共通カリキュラムに加えるのか、別の物を作るのかということは私はちょっとよくわかりません。けれども、ここで共通カリキュラムを補強して集中治療の専門家から見たら研修時代にもうちょっとここを強く補っておいてほしいというものがそこに結び付けば、この協議会でエネルギーを使って作る意味があるんじゃないかというふうに思いまして作ってみました。それが一点。二点目はお手許の資料の1ペー

ジ目の3番目の段落に書いてあるんですけど、集中治療部の対象疾患、病態が非常に大学ごとに異なっているだろうと思われま。術後の患者が多いところ、それも心臓外科が多いところ、あるいは救急が多いところ、コロナリーが多いところ。ですからミニマムリクワイアメントという言葉がこの協議会でも今まで出てきているんですけど、あまり疾患を特定したり細かいところに立ち入り、うちではそういう症例はないという議論を始めますと、ぐちゃぐちゃになってしまうと思うんです。しかしながらやっぱり人工呼吸はキチンとできるとかですね、ベースの部分というのはどういう対象疾患が何であろうとベースの部分というのはおそらくあって、皆さんそういう意味で今までいわれてきてるのではないかと思います。また、各論に入りますといろいろ御意見がいろいろだとは思いますが、そういう呼吸循環患者を中心とした重症患者管理学のミニマムリクワイアメントで3カ月の研修で、何をできて何を見て何を知っているかということを一応目指して作るのがいいのじゃないかなというふうに思います。それから三点目ですけど、カリキュラムには必ず評価があってフィードバックがあって、そのためにカリキュラムを作るのでありますけれども、この協議会でその評価基準まで作ることがふさわしいかどうかちょっとよくわかりません。あくまで各病院で研修カリキュラムというのが動くわけです、病院の中であるからこそフィードバックがかかって次の年にもっといいものができるというのがあるんだと思うのですが、この場でその作業が本当にできるのか、あるいはふさわしいのかどうかというのはまた皆さんの御意見をお伺いしないといけないと思います。それから4番目に卒前の学生教育なんですけれども、これは本当にこういうかたちで作るのが正しいのかどうか、予備校ではないわけですから、決まったことを全部教え込むというのが本当に大学の講義で正しいのかどうかというのは、協議会の流れを見ましてもちょっと賛否両論あるみたいなどころもあります。僕自身も研修医の方を先に作りまして、同じ項目の技術のところを知識みたいなかたちで、とりあえず作ってはみたんですけども、あまりふさわしいのかどうかよくわからないわけで、これはまた御意見をお伺いしたいとそういうふうに思っています。したがって2ページから6ページまでに一応試案を作って参りました。7ページ以下は一応、学生の為のものとして作りましてけれども、これは僕自身本当にいいのかどうかよくわかりません。そういったところです。

議 長

どうもありがとうございました。先程、高見係長もおっしゃいましたが、やはりスクラップアンドビルドつまり改組再編ということが大切だと思いますし、今後ICUはどうあるべきか、やっぱりこれは全国の皆さんの英知を集めないといけないと思います。その中で教育のカリキュラムの整備をし、ICUはどうあるべきか、国立大学ではどうあるべきか、資源を有効に利用して、人的パワーを有効に利用するためにもこの教育カリキュラムの整備というのは非常に大切ではないかと思います。武澤先生、これについて何かコメントございませんか。

武澤（名古屋大学）

多岐にわたって網羅的に書かれてあって非常にいいと思うんですが、実は去年ですか、ヨーロッパのICU学会で卒後臨床研修というんですかね、卒後のレジネント教育プログラムができたんですね。これはオックスフォードの教育学をやっている人間を間に入れて、それでヨーロッパのICUをやっている人達が3年位かけて作ったプログラムなんです。CD-ROMで出来上がっていて、実物は見ていないんですけども、いろいろその話を聞くとかなりいいということで、できればそれを組織的に購入して、それを参考にしつつ我が国の実情にあったそういう卒後臨床研修プログラムですか、それを作っていったらいいんじゃないかなと思うんですけど、一回参考に手に入れられたらいいんじゃないかと思えます。ブカーディーというドイツの先生のところで最初に教育プログラムを作るという話が出て、それで彼が去年、たしか会長だったと思うんですけど、その時に出来上がったということだと思えます。

議長

どうもありがとうございました。

前川（山口大学）

山口大学の前川です。実は全国国立大学病院長会議の下の組織で卒後研修のプログラムを文部科学省の方で作るということで京都大学の福井先生が中心になってやっていて、そのメンバーには入っています。平成16年度からスタートするので早く作らないといけないということで10月から毎月1回会議をやっておりまして、3月までに作るという話になっています。集中治療的な何かを入れるということでしたら、ひな型を作っていておきますので、それを皆さんがいいということであれば、この協議会から入れてほしいと言っていただいた方が良くと思います。もちろん私の言える範囲では言うておきますけど、他の組織からきているものとして、病理学会からきているようです。ですからやはり個人的に言うよりは、この協議会で言った方がいいと思います。また、早くしないと間に合わないということ、それからこれは法律化されたわけですから、どうしてもやらないといけないわけです。基本的には厚生労働省のもので、国立大学の附属病院はこれから一応はずれているとのことですが、文部科学省の方でも大学の附属病院で基本的に卒後臨床研修をやるということでした。この間も課長補佐さんが来られて、卒後臨床研修は独自にやるということをやっているの、法律からははずれてはいますが、国立大学病院の方がキチッと卒後臨床研修をやらないとやはり問題があります。とにかくいいプログラムを作るようにと言われました。全国的に共通のカリキュラムでミニマムリクワイアメントをキチッと作り、それから各大学の附属病院でプラスアルファをしてやっていくという形になると思います。以上です。

議長

どうもありがとうございました。何か質問はございませんか。

稲葉（金沢大学）

金沢大学の稲葉ですけど、全国国立大学共通臨床研修カリキュラムの中に集中治療の部分に該当する、または、集中治療で研修した方がいい部分はどの程度含まれているのか教えていただければありがたいのですが。

武澤（名古屋大学）

それがまだ基本的なところがなかなか煮詰まってこないんですけども、一応ベースになるのは平成10年度ですね、各大学に配ってありますあれがベースになります。それを見られて山野上先生がおっしゃったように集中治療の部分が欠けているというのが事実だと思いますし、ですからその部分はどちらかという各疾患の個々の疾患じゃなくて、病態とか治療とかそういう部分だと思います。ですから全体を集めてきていろんな、例えばそれぞれの疾患でも病態としては同じような部分があると思いますから、そういうのを全部合わせてきてやるというかたちなのでICUの部分は今言ったように、多分病態をキチッと把握するということと、ある部分の治療ですね、竹田先生おっしゃったように呼吸の部分とかそういうかたちのものになると思います。

話を戻しちゃうというようなかたちになるかもしれませんが、2年間という中ではたして集中治療研修を2年間初期研修のかたちでやるべきなのかということ、2年間の初期研修の全身的な意識の視点からすると少し過密であり、もっと他のことをやった方がいいという意見も当然出てきたんですよ。

前川（山口大学）

山口大学の前川ですけども、それも含めまして、ですからあまり盛り沢山になって実際のことのできないのは困るということで、最低限これだけのことはやってほしいというのが全国の共通カリキュラムで、それでミニマムリクワイアメントというかたちなんですね。ですから基本的には内科、外科、それから救急もしくは麻酔それと産婦人科と小児科です。この中で産婦人科、小児科の部分はまだディスカッションしているところです。ですから非常に範囲が広いので、その中でどこまで折り込むかということです。ですからあまり盛り沢山にするよりは、最低限で皆さんが実行できるというかたちのものの方が良いわけです。昔のインターンを経験されている先生は、この中ではそんなに多くはないと思いますけれども、うやむやになるよりは、最低限これだけは研修できるというかたちのものです。それと今回ちょっと違うのは、指導する側にもチェックが入るということです。

議 長

どうもありがとうございました。それではこの教育カリキュラムについては、もうしばらく時間をかけてやるべき仕事だろうと思いますので、経過報告をいただいたということにしたいと思います。それでは次にICU機能評価プロジェクトについて名古屋大学の方から御説明をお願いいたします。

武澤（名古屋大学）

平成11年度の文部省パイロット事業の経過説明をさせていただきたいと思います。それでICU機能評価モデルをどうして文部科学省に要求したかということですが、基本的な位置づけとしては国立大学病院ICUのシステム改善のためにこういう評価モデルが必要だという観点にたちます。それで一般的に機能評価、つまりシステム全体の評価の原則というのは、一般的には3つの構造にわかれている。一つは人員の問題、構造的な問題、それからプロセスの問題、それからアウトカムの問題。特にアウトカムはリスクアジャस्टイドアウトカムと言いましてリスクで調整された、患者転帰ということになります。その転帰の中にはここに書いてありますように生命予後、それから在院、在室期間、日数、それから医療費、患者の満足度、合併症、特に院内感染とか医療事故というのがありますけど、それはリスクでちゃんとアジャストされて評価されます。特に構造評価、これは人員が何人とか組織とか医師決定の問題ですけど、これに関しては、今回問題にしないこととします。それからプロセスに関してもいろいろ時間的なファクターがありますけど、これは一切問題にしないということで、原則はこのリスクアジャस्टイドアウトカムでもってICU全体のシステム評価をするという観点になります。それで一般的にですね、ICU機能あるいはICUのシステムパフォーマンスの改善策ということを考える時に二つに分かれます。一つは治療内容の標準化、治療全体の標準化、それから二つ目は評価です。標準化と評価というのはシステム改善の合言葉になるわけですが、その標準化を図るためには一般的にガイドラインとかクリティカルパスとかがつかわれています。今回はそこに踏み込まないということで二つ目の評価ということに入っていきます。評価は一般的には治療成績、それからテクノロジーアジャストメントというものの考え方をするわけですが、その評価の中には一番最初に書いてますように、患者の転帰の改善だと、これは生命予後の改善、合併症の低下、それから2番目にはコストの適正化、3番目は患者、特に従業員、我々医師、看護婦の満足度です。それからもう一つ4つ目に大事なことはですね、評価の大事なことは新しい治療法の開発をしたらその評価をすること。それから無効な治療法に関しても評価をしてやること、この4つのことが評価という観点から大事になってきます。それでICU機能評価の概要ですが、まず疾患名をちゃんとするというので、ICD10、準拠ABC分類、厚生省のABC分類を使っているわけですが、将来的にはICD10のCMを使おうと考えています。それからICUに入ってくる患者さんはケースミックスでいろんなバラエティに富む患者さんが入ってきますので、それを標準化しなければならないということで、今回はアパッチII

を使っております。それから評価項目は先程申し上げましたように、患者転帰に関しては標準化死亡率という予測、予測死亡率に対して実際に患者が何人死んだかという、そういう標準化死亡率というものを使います。それから疾患別、重症度別の医療費、それから在院日数等を考える。今までの経過をちょっと簡単に説明させて下さい。まず平成11年1月に、本協議会において機能評価委員会によるデータベース、機能評価が承認されました。平成11年の4月に文部省パイロット事業に申請し許可をしていただきました。それから平成12年の2月にデータベースの概要及び解析評価法が確定し、平成12年の4月から6月までは入力の実行を、先程一番最初に伝えたのは参加施設にご協力いただいて行いました。機能評価の全体が出来上がった段階でそれを厚生労働省の院内感染サーベイランスの中に組み込みました。これは一応文部科学省と厚生労働省の担当官の御了解というか協議を経てそういうかたちになりました。一方では平成12年の12月、国立大学病院感染対策協議会ができて、そこでICUサーベイランスに国立大学が積極的に参加すると、ここにはもちろん機能評価も含まれています。ということが決定されました。それで平成12年の7月から現在までは国立大学のICU部門の機能評価の分析を厚生労働省の院内感染サーベイランスの中から切りわけてもらって、今その評価を行っているところです。また、現在7月からの3カ月データを解析している最中なんですけど、残念ながらまだできあがりません。2月の終わりにはできあがりますので、参加していただいている大学の先生方には3月ぐらいには3カ月分のデータをお届けすることができます。後は1年分のデータがこれから永続的に出てくるということになります。厚生労働省のICU感染サーベイランスに参加しているのは、国立大学のICUは17、最初は22の施設が申し込みました。現在は17です。ICUの全国の参加施設が現在、117施設ということになっています。この17施設を2月の段階で切りわけをさせていただいて、それで国立大学の全体の平均値を出そうと思っています。それでどんなのができるかという例をちょっと示しますが、これは人工呼吸学会が出したデータですが、1年間のICUで人工呼吸症例5,738例を対象にいろいろ検討しました。ここに書いてますが、予測死亡率27.5パーセントで院内死亡率、実際死んだのは20.9パーセント、つまりアメリカよりも日本のICUは治療成績がいいということです。それからICU内死亡率は13.4パーセント、平均在院日数が55日と極めて長いのと、ICUの平均在院日数が5.7日、平均人工呼吸日数が3.1日ということです。入室患者はこのように手術とか入ってくるのが多いということになります。年齢分布もこのように出すことができます。それからICU在室日数も3日ぐらいが多いんですかね。それからアパッチスコアによる分類は5,738例を対象にするとこういう分類になります。それから予測死亡率と実死亡率、これは大事ですけど、黄色が予測死亡率、つまりアメリカのICUだったらこのぐらい死にますよと、横軸が重症度ですけど、縦軸が実際に死んだ患者のパーセントということになります。グリーンの軸が実際に日本のICUの5,738症例のデータですけど、アメリカで予測した死亡率よりも日本の患者の死亡率の方が低くなっています。ですからトータルでいいますと日本のICUはアメリカのICUよりも治療成績はいいということになります。これはこのアパッチIIスコアがどれぐら

いちゃんと判別しているかということでこのROCカーブというんですが、カーブの下の方が0.8何パーセントということで極めていい識別関数である、識別ができているということが出来ます。それとアパッチIIは日本のICU患者に対しても非常によく識別をすること、つまり予測死亡、死ぬか死なないかという予測に関して高い識別能力をもっていると思います。例えばその中でARDS、あるいは心臓疾患とか脳外の疾患とか食道癌とかそういうのは全部分けて、切り出してそれを比較することができます。つまり日本全体の、日本の国立大学病院の平均値も出ますし、私達の名古屋大学とも比較することができます。例えばARDSをみますと、298例で予測死亡率は49.5パーセントですが病院内の実死亡率は61.9パーセントということで、ARDSの治療に関しては日本のICUはあまり上手じゃないと思われます。ICUの死亡率は84.4パーセント、在院日数は12.9日であり、在院日数が67.4日です。それでアパッチスコアで分類すると、15から20点ぐらいが多いこと。これを見ていただくと黄色が予測死亡率ですが、実際に日本のARDS患者に関しては青くなっています。つまりARDSに関しては予測したよりも沢山の患者が死んでいるということです。従って先程言いましたようにどうもARDSの治療は日本では上手じゃないということになります。これを全部施設間比較をしてみますが、先程申しましたSMRと言いますが、予測死亡率分の実死亡率が1より多いと沢山死んでいる。1より少ないと予測よりも死んでないということで対象施設をプロットしてみます。そうするとこういう図になります。45度はアメリカと一緒にです。日本の治療成績は、治療はその45度線より下になります。ところが45度の線よりも高い施設もあるわけですね。つまり名前は出せませんが、こういう施設があるわけです。これは日本全体の曲線ですが、これより上の施設はどうしても治療成績が悪いこととなりますし、これよりも下の方は治療成績がいいということになります。このように疾患によってもあるいは疾患別に、全体においても、こういう施設間の比較、平均値を出して施設間の比較ができるということになります。今後の展望ですが、平均値を出す、つまりベンチマーキングを出すということと施設間比較をする、それから国立大学病院群として他の私立大学、あるいは他の一般病院との差別化をできれば行いたいと思います。特にそれは疾患別、治療法別ということでやりたいと思います。それからもう一つ残っていることはシステム改善で標準化の取り組みがぜんぜん遅れていることであり、特に診療ガイドラインを作らないといけないうらうと思います。それから感染対策ガイドライン、これも後でちょっと皆さんに提言をしてご意見いただきたいんですが、先程、一番最初に問題にありました医療事故の防止のガイドライン、これが全くできていないことです。それから治療法の標準化をする時に一番大事なEBMを推進することがあり、この標準化に向けての取り組みがまだ日本ではぜんぜん遅れていると思われます。院内感染を起こせばどれだけ大変なことが起こるかということで、去年皆さんにご紹介したかもしれませんが、これはICUに1ヵ月間入院した全ての患者、全部で9施設でしたかね、9施設の1ヵ月のデータを全部集めました。それでここで注目して欲しいのは予測死亡率が、全症例で予測死亡率が17.7パーセントですが、実際には23.3パーセント、この間はどうも死亡率高くてよくないわけですけど、その次の2段目、入室

前感染症と、つまりICUに入って来る前に既に感染症を起こして入ってきますと、予測死亡率が27.9パーセントになる、ところがこれを病院内でフォローアップしてみますと50パーセント死んじゃうんですね。その下の段ですがICUに入って感染しますと、予測死亡率が20パーセントですけれども、病院の中で42.9パーセント、つまりICUを経過する中で何らかのかたちで感染が絡みますと43パーセントから50パーセントの患者が病院で死んでしまうということです。

これはNNIS/CDCと本邦の比較をしているわけですが、上の段はアメリカ、下の段は日本です。そうすると尿路感染に関してはアメリカが圧倒的に多いことや、人工呼吸関連肺炎に関しては日本とアメリカでは殆ど変わらないこと、血流感染に関しては日本の方がいいというデータが今回、出てきています。ですけどこれは試行でやった1カ月ぐらいのデータですので大きなことはまだ言えませんが、1年とか2年というデータを加えていけばアメリカとの比較、あるいは最近できたオランダとの比較もできます。これは症例数が少ないけれども、47例で全部の症例の中でお金の請求がとれたものです。保険診療請求のとれたものに関しては平均が155万でしたけど院内感染症例は3例しか保険診療請求がとれませんでしたけど、242万ということで院内感染を起こすと1.5倍に診療請求が上がります。文部科学省にとってはきっとうれしいんでしょうけど厚生労働省にとっては困るということでもあります。それで国立大学病院の先程言いましたICU教育の中に感染対策の指針をつくる委員会を作ったらどうでしょうか、というのが私の提案です。枠組みとしては、まずこの中にICUの感染対策の指針を策定する委員会を設立することが考えられます。それで実は、国立大学の感染対策協議会のガイドライン策定作業部会というのがあって、これは京都大学の一山教授がやっていることですが、そこの方からですね、できたら部門別の感染対策の指針をつくれなにかというお話がきています。もしそれにこたえるかたちができるのであれば、共同でICUに関する国立大学を中心とした感染対策のガイドラインを作ったらどうでしょうということ。それができた段階で関連学会、特にICU学会、環境感染学会とか感染症学会とかとの調整を図って、最終的には統一のガイドラインを制定するというかたちにもっていけないかなというふうに思っています。日本の国の中にガイドラインが5つも6つもあるというのはこれはぶざまなことです。最終的に一つのガイドラインにできるように、一番最初にICUの協議会から案を出して、それで各関係機関と調整をもちながら統一的なガイドラインの作成をみつけたらどうかなというふうに思っております。以上です。

議 長

どうもありがとうございました。教育に続きまして機能評価ということは、非常に大切なことだろうと思います。これを行うには大変なエネルギーがいりまして皆様の協力なしにはできないということでございますし、全国のICU全てでやろうということになるとなかなか大変なことだろうとは思いますが、この努力をですね、是非認めていただきたいというふうに思います。何か武澤先生に御質問ございませんか。

前川（山口大学）

山口大学の前川です。先程、文部科学省の高見係長さんの方から経営管理指標というのがあるとおっしゃられました。経営管理ですね。やはりこういうことをやっていく上では今の状況でどれくらいのお金を使ってどうなっているかということをはっきりと出しておいて、それで実際に色々なことをやっていって、これだけは改善できたとする必要があります。要するに無駄なお金も使わなくて済むといったような、そういうものも出していって、最終的にはこれだけのことをやっているのだから文部科学省の中の人を動かす方を考えていただき、人をつけて欲しいと言うべきです。大学病院というのはけっこう実稼働していますよね。こんなことを言うのと申し訳ないのですが、例えば文化系の先生方と私達、医師が働いている時間が基本的に違うので、そういうこともキチッと出していかなければいけないと思います。いい機会ですからこのように改善して、これだけの効果があったということをやはり出していくのがいいと思います。そういう具体的な数字を出せば、人をこちらにまわして欲しいと言えらると思います。しかし、やはり何か実際にこのデータを作るのは非常に大変です。若い先生達に頼むわけですけれども、ものすごいエネルギーがいて、本当に大変なんです。実際に効果がないとしても、これだけのことをやっているんだという評価をしていただきたいですね。

武澤（名古屋大学）

そうですね、大変重要なことだと思います。先生、それで経営管理指標というのを見られたことはありますか。各個別の放射線部だとか理学療法部だとかそういった部門の指標もあるんですが、集中治療部というのがないんで、そこまでですね。だから実際に集中治療部って横断的な全体の付加地位だと思えるまで、個別にはなかなか難しいんですけど、そこに入った患者さんのICUにいる間の保険点数の計算をコンピューターで簡単にできますから、そういうやり方でもできますし、今の感染云々、評価云々というところでどういう計算ができるかわかりませんが、殆どのデータがコンピューターに入ってますから、それをどう抽出してくるかの違いだと思うんですね。今はそれは各診療科の点数になっていると思うんですね。実際に集中治療部での治療であるとか処置、手術ですね、そこでの点数だとは思いますが、患者さんにとってはその診療科といいますか、全体のものだと思いますので、いくなれば大学全体の話というかたちで今は続けているんですけど。

前川（山口大学）

私達のところも毎月、病院運営審議会がございまして、それで各診療科の千円単位までのデータが出てきます。それプラス別枠で集中治療部とか救急部とか、そういう中央診療部門の診療金額が出るようにしています。後者はオーバーラップしていますが、別枠に出すことは可能ですので、そういう対応の仕方はできると思います。

武澤（名古屋大学）

名古屋大学の武澤ですけど、経営管理指標をもちろん私達も見せてもらったんですが、あれは基本的に文部科学省が俯瞰する管理指標で、各大学の運営とか経営に関する経営指標は全体的にしか出てこないんですよ。各大学がどういうふうにやろうと思うかという、それぞれの部署別に一人の人間がいったい何処で何をやって、どれだけ稼いだかというデータが欲しいわけですよ。そのデータがとれるように工夫されてないようです。ですからおそらく今後、それぞれの病院が第何次かの電算のシステムを改善すると思うんですが、その時に必ず誰が何時何処で何をしたかということがわかり、必ずその結果、患者はどうなったかというデータがとれるような電算の仕組みがないといけません。あれだけでは文部科学省の経営、ようするに全体をみまわすためにはいいかもしれませんが、とてもじゃないけど個別の病院の経営改善ができませんし、できるのはせいぜい順位でもってうちは何番目だとかたちしかできないのではないのでしょうか。それからついでに申し上げますけど、独立行政法人化の中で、いつでも附属病院というのがつんぼさじきなんですよ。附属病院が独立行政法人化の中にはいろんな権限、唯一のお金を儲けている場所なのにね、全く発言権がないと思います。いったい独立行政法人の中にいったいどこにいるのかということが見えません。ICUもつんぼさじきなんですよ、実を言うと病院の中では。ICUだっておそらく人手はかかっているけどお金はちゃんと儲けているんですよ。だからそういう発言権を皆さんに与えてあげられるような、そういうふうに側面から援助していただけないかということです。

高見係長（文部科学省）

最初の経営管理指標の関係ですが、たしかに文部科学省も参考にしています。ですが、一番の目的は各大学がどういう状況なのか、他と比べてですね、まずそれを知っていただくべきもので、自分のところでじゃあどうしようかと、問題点見つけて洗い出して、じゃあどういうふうに改善するかというふうにしてもらうためのものなんですよ。確かに私共の方も参考にさせてもらっています。そういったものです。うちが全部あれを作ってやっているというものじゃなくて、大学でまず見てもらう、自分の足元を見ていただくといえますか、そういうふうに参加にさせていただくというものです。それと情報の関係もですね、やってもらった方がいいんです。大学で出してもらっていいですし、医療情報部の方々にご意見を出してもらっていいんです。どんどん進めてもらってけっこうです。うちでダメだダメだとか言っていることはないです。先生の方でこういうこともしたい、ああいうこともしたいという意見を言うべきだと思いますし、言ってもらっているものだと思ってました。今回も名古屋大学で増強をされます電算機について、その中のいろんなシステムが沢山入ってますけども、経営改善という中身も盛り込まれていたと思います。電算機については、こちらの方で基本的にあれやって下さい、これやって下さいという話はしていません。大学の方からあれやりたい、これやりたい、今のままの予算、借料ではやりませんと。ついでには更にこういうこともやりたいのでお金が足りない、支障

がでると、患者さんも困る、先生方も困る、それでさらに増強の金額が何とかありませんかね、というかたちでもってこられています。それでこちらの方もできるだけ協力しましょうというスタンスをとっていますので、基本的には大学独自で考えられたものがうちの方にあがってきているというスタンスになっています。医療情報の開示では、次に独法化のところでしたね。意見を聞かれてないんじゃないかという話なんです、文部科学省の中で医学教育課の話が、例えば高等局の中で意見聞かれてないかというとなんなことはないですね。もちろん大学課の中で中心になってですね、言うべきところは言って、受けれるところは受け入れていかなければならないというふうに思っています。ただ我々もですね、国立学校の中で唯一収入をあげているところです。ですから先生方とか病院で働く方々、皆さんですね、頑張ってもらっているという認識がありますので、そこは我々も医学教育課の方も言うべき時には言うてはいます。文部科学省ではですね。ただ大学の方でどういうふうなかたちでつまはじきと言いますか、ちょっとそこらへんよくわからないんですけど、もちろん言える体制になっているはずだと思っているんですけど、それで言えないというのはどこか、本当に全大学がそういうことをおっしゃるのか、本当に42の大学の皆さんがですね、おっしゃるのかわかりませんが、なおかつICUもそうだとおっしゃってましたけど、本当にそうなんでしょうか。私はそうは思っていないんですけど。こういうふうに先程の研修だとかプログラムだとか評価だとか積極的に進められているんですから、どんどんこういうことやっている、ああいうことやっている、こういうのを考えましたというのをアピールされたら私はいいかと思うんですけど。

武澤（名古屋大学）

独立行政法人化の中では意志決定のシステムの中に大学病院附属病院長というのはいったいどこにいるのかと、そのへんがすごく心配だなと思っているんです。おそらく評議会かなんかでつくるんだと思うんですが、そこの中には学部長みたいな人は入っているけど附属病院長って入っていないんじゃないですか。今、おそらく法律化しようとしているものは、おそらく入っていないんじゃないかと思うので、そこに入れて下さいと、附属病院長も医学部長と同じレベルでね、お金を稼いでいるんだから入れてくれるように側方支援をしていただけませんかというお願いなんです。

高見係長（文部科学省）

今、ここで「はいわかりました」とは言えないんですが、ただ私も勉強不足で本当に大学の中でも病院の存在というのは大きいと思うんですよ。もちろん唯一、収入を上げられるところですし、そういったところが先生がおっしゃるような意見を出せないというような組織と言いますか、評議会といいますかね、そういうふうなスタンスになってないんじゃないかなと思うんです。ちょっと私も勉強不足で申し訳ないんですが、これから勉強させていただきます。

議 長

どうも貴重な御意見ありがとうございました。

平澤（千葉大学）

千葉大の平澤ですが、一つ先程の経営の指標に関する事なんですが、千葉大では経費率というのを出しております。それはレセプトの100点を稼ぐのに材料費と医薬品に何点かかったかという数字でして、毎月毎月の会議に出てくるんですが、それに関してはICUの先生方はかなり真剣になさった方がいいんじゃないかという印象を私は持っております。それは精神科や耳鼻科が非常にその経費率が低くてよく稼いでいるような感じで、ICUは下手をすると100点を稼ぐのに100点の材料費がかかっているような数字しか出てこない時がありまして、今後、各大学病院でこのような指数を出すようになったら真剣になさった方がいいのではないかなと思います。それから2点目は、大学の先生方が何を何処でどれくらい稼いでいるかという事に関してたぶん、高見係長も認識していらっしゃると思うんですが、千葉大学で今年度2億ぐらいのお金を文部科学省からもらしまして、野村総研と一緒に経費分析のプロジェクトをやっております。これも非常に面倒くさくて僕等は大変だったんですが、それが野村総研の方で集計を出してくれておりますので、千葉大学においては研修医から教授まで全てが何にどのくらいの時間をさいているか、そしてその間にどういう働きをしてどういうお金を稼いだかというのが出てくるようになっていきます。将来、その結果がファイナルなレポートとして出されると思いますので、それを参考にさせていただければ少しはわかるのではないかなと思います。でもこれもなかなか厳しいところがあって意外に患者さんを診てないで、他の学会の仕事とかいろんなことを行っているのがかえってわかるようなことがあります。それを見ていただければ参考になると思っております。以上です。

議 長

レポートが出たら、我々にも示していただけたらと思います。皆で共通の問題として考えることができればよいと思います。資料がないと、なかなか議論ができませんので是非、野村総研等の資料が出ましたら、またICU関係で参考になるものがありましたら教えていただき、それを参考にしたい方向に進みたいと思いますのでよろしくお願いします。

大谷（広島大学）

広島大学の大谷ですけども、先程、武澤先生が文部科学省の方に言われました、大学病院云々の話ですが、大学病院というのは大学の中で非常に特殊なところがあって、今まではあまり大学病院、大学病院って、言ってこなくてもよかったし、なかなか組織の中に言う立場として組み込まれていないということを多分、武澤先生はおっしゃりたかったことと思います。そういう意味で確かにちょっと遠いところにいるような感じを私も受けます。ですから多分、医学部の中では医学部長が代表して全てされるということもあって、大学病院の病院長は、もちろん

出席されるところもあるでしょうが、ちょっと距離があるというか、組織の中に必ずしも組み込まれていないところもあるのかなと、はっきり確かめたわけではありませんけれども、そういう印象を私も実はもっております。これはまた文部科学省の方で御努力いただけるところはお願いし、或いは大学の中で解決できるものかもしれません。

高見係長（文部科学省）

じゃあ一言、先程の野村総研の話、あれはそうなんです。千葉大学の方に野村総研、御存知のようにシンクタンクを利用して経営分析の関係をお願いして整理しております。それは何故かと言いますと、総務庁の方から行政勧告ということでいろいろ資料出てきて先生方も見飽きたとおっしゃると思うんですけど、その中に大学病院は教育・研究・診療をやっていて、三位一体ですからもちろん普通の一般の病院と違うわけです。診療だけじゃないから。教育・研究を病院でやっています。これはもう永年の課題なんですけど、わけられないんです。例えば診療で100億儲けたとか、教育・研究で赤字が10億ありますとか、そういうふうにはわけられないんです。三位一体として、学部学生も研修している研修医の方々も指導されている先生方も効率悪い部分もあるでしょうし、そういうふうにとどこでどういうふうにお金が儲かっているとか儲かっていないとか、効率悪いだとかいうふうなことがありますね。それが大学病院のまさしく使命なんですけど、業界の方から少なくとも通常の診療の部分については100億円の費用がかかれば100億円の収入はあげなさいよと、診療の部分だけではトントンであるべきじゃないかというのは出てます。教育・研究はおいてですね。ですが教育・研究・診療を先生方にわけて下さいと言ったら、わけられないと言ったらなんですけど、わけられにくいですよ。それでシンクタンクを利用して先生方の生活実態とか調査をしてですね、たしかに先生方にご迷惑をかけていると思います。それで教育の部分、私は講義をやっているだとか、学部学生の実習をやっているだとか、そういった意味で生活実態調査なんかもしてですね、どれぐらい教育に研究に、高度先進医療だとかいろんな研究にまたは社会的貢献というの也被されていると思うんですよ。なおかつ診療も、通常の病院がやっているような、ちょっと語弊がありますが、診療の部分もされていると。そこをわけたいというのがありましてシンクタンクを利用してやっているということですので、ちょっと誤解をしてもらっては困るんですけど、だからこれはもうただ千葉だけやっているんですけど、まさしく教育・研究というプロパー的なものは出てくるんですけど、グレーゾーンというのがありまして、教育的診療、研究的診療というのもあると思うんです。先生方イメージわくと思うんですけど、まさしく純粋な診療というのそれはわけられる。今、一番課題としているのは、そういった研究的診療の部分、教育的診療という部分がどれぐらいあるのかということで、どれぐらい効率の悪いようなことをしているのか、大学病院として当たり前なんで、そこは赤字となっているでしょうという証明をしたいんです。でも、なかなかそこをどうやって証明するのか検証するのかというのが問題になっていましてですね、千葉大の方でそういう苦勞をしてもらっているということです。念のために。

議長

平澤先生、何か追加することがありますか。もうようございますか。

平澤（千葉大学）

その通りだと、私もそういうことを申し上げたつもりです。ただやった方はものすごく大変だったと。

稲葉（金沢大学）

金沢大学の稲葉ですけど、今、経営資料とかそういう話が文部科学省から出てますけど、武澤先生のリポートの中でも集中治療の対象患者さんが増えているというんですが、ひょっとしたら適用外の大きな手術で具合が悪くなって、当然、感染症も併発してICUに長く滞在して売上げが伸びているのではないのでしょうか。売上げ、売上げということを言いますと、下手な人が手術をして合併症を一杯つくって、一杯薬を使えば収入が増えていくと思うんです。そういう実態が武澤先生のリポートの中にまだ出ていない。これから武澤先生が出そうとしているんじゃないかと思うんですが、まともな医療、患者さんに適した医療を大学病院で実践していくと売上げがどんどん減っていくと思うんですね。保険制度にも定額制が導入されますと、大学病院がやりたい、非常にこれは将来的に意味があるということでどんどん保険適用外の治療をしていけば財政的な保障ができなくなると思うんですね。そういうことを見据えて大学病院の指導室ではどのような将来構想をなされているのか、その点だけお帰る前には是非、お聞きしたいと思っています。

平澤（千葉大学）

その経営管理指標の中で先生がおっしゃるようになりますね、大学病院は、普通の診療だけでも高度な診療をやってても、重症患者とか多く受け入れているわけであり、そもそも、それと他の一般的な診療と比較してかなり効率の悪い患者も多分受け入れていると思うんです。したがって、そういうところを証明して、大学病院はこれだけの社会貢献といいますか、そういう重症患者とか効率の悪い患者をこんなに受け入れて、それがこれだけの赤字になっているんですよ、という証明をしたいんです。さっき言ってますように教育・研究・診療とかそういうわけけるようなことはできないと言っていたもんですから、そこを何とか教育にこれだけ、研究にこれだけ、またはそういう診療自体にしてもですね、効率が悪いという証明をしたいと考えております。それで何度も言うんですけど、今、シンクタンクを利用して分析といいますか、やってもらっているということです。

議 長

お約束の時間が近づきつつありますが、各大学からの提出議題もちょっと聞いてもらいたいというのがあります。ちょっと私が読んだところでは、聞いてもらえるかもしれないというのがこの8番、9番、ハイケアユニットにおける特定管理料設定の要望というのがありますので、これは鳥取大学の方からご説明いただけますか。

齋藤（鳥取大学）

鳥取大学の齋藤です。ハイケアユニットの問題で集中治療とはちょっとはずれるかもしれないんですけど、最近、ハイケアユニットがあちこちの大学にできておまして、共通の問題ではないかと思しますので議題として出し続けた方がいいんじゃないかということで出しています。実際にICUとか救急の方は、特定管理料というのがあるんですけど、健康保険の方にHCUの場合は重症加算しかないんですね。ところが、この重症加算というのはオープンベッドでつかない、個室にしかつかない。でも実際にはHCUとかICUでは、オープンベッドに重症患者を入れてくる。或いは患者さんに対するケアに対してもですね、看護婦の配置は随分多くの傾斜配置をしているんですけども、それがぜんぜん認められてこないということで、健康保険の問題ではあるんですけど、特定管理料というのをつくっていただく必要があるんじゃないかということが8番の特定管理料を設定してほしいという要望です。それから9番の看護職員に対する調整額ということなんですけど、高次集中治療部の中には高次治療室ハイケアユニットとICUとがございまして、ICUの方には危険手当といいますか、調整額がついているんですね。ところがハイケアユニットの方には調整額がつきません。他の大学なんかの場合には、救急なんかと一緒にしているところがあるかと思うんですけど、救急の方は調整額がつくんですけどハイケアユニットの方はつきません。同じ範疇の中に入るICUとHCUの中で看護婦さんの給料に差が出てくる。ICUの方は、実は二人の患者に一人の看護婦ということで、忙しさというのがある程度、一律になっているんですけど、ハイケアの方も非常に看護婦さんにとっては忙しいわけですね。或いは同じような重症な患者も入っている。にもかかわらず調整額がつかないということで労働意欲といいますか、そういうことを将来的には欠くような方向にゆくのではないだろうか。やはり忙しさに見合っただけ、或いは危険度に見合っただけの調整額を救急・ICUと一緒にするようにHCUの方もつけていく必要があるのではないだろうかということで、これはどちらかという人事院の方の問題になるかもしれないんですけど、一応ずっと提案させてもらっておく必要があるのではないだろうかということで出させていただいています。

議 長

どうもありがとうございました。この場ですぐ高見係長さんも「つける」とか「つけない」とかという御返事はいただけないかもしれませんが、こういう努力をしたらいいかもしれな

いというコメントでもありましたらですね。

ハイケアユニット、これは鳥取大学の他にはありませんか。

齋藤（鳥取大学）

徳島大学の方でも調整額の問題、今回言ってますけど、去年は特定管理料加算のことに關しては滋賀医科大学の方から出てました。私はハイケアユニットについて、中国・四国しかあまり知らないんですけど、中国・四国の方でもいくつかの大学で予定されているところもあると思いますし、群馬とか東北とかでもハイケアユニットをつくろうとされているんじゃないかというふうに聞いておりますが、そっちの方は詳しい事はわかりません。

大下（徳島大学）

徳島大学の大下でございます。我々のところはハイケアユニットが20床ありまして、県の方に確認しますと、徳島大学では集学治療病棟というんですけど、これはもう徳島県の方は救命救急センターとして認識しているということでございましたので、このハイケアユニット20床を救命救急センターとして認識してもらえるかどうかというのを現在、社会保険局ですか、そこでいろいろ条件があるみたいでして、例えば20床全てが一つのフロアにないといけないとかですね、そういう条件があるみたいですから、救命救急センターとして認めてもらえるかどうかというのを今、医事課と社会保険局とで検討してもらっている最中ですよ。それを認めてもらえれば救命救急センターとしての加算がとれるということになっております。

議 長

ありがとうございます。その他の大学で同じような問題を抱えておられるところはありませんか。

松川（東北大学）

東北大学の松川です。うちの大学にも昨年の9月からHCUという名前の病棟ができました。看護婦を傾斜配分して、集中治療ほどじゃないですけど厚くして今、運営が始まっているんですが、先程お話がありましたように問題がありまして、看護婦さんを有効に動かしたいんですが、基本的についているお金が違うもんですからそのところがうまくいかない、要するに弾力的運用というのがとてもやりにくいということです。現実には少ない看護婦である程度、重症の患者をみてますから、当然労働としてはかなり過重になってくるわけですけど、そこを全く評価してないということで、看護婦の労働意欲という点でもやっぱり先程、お話がありましたように、ちょっと薄れてしまうという問題点が出ています。これは病院の方から今、何とかしてくれという話をもっているという話なんですけど、あまり色よい返事をいただけないようなことを聞いておりました。

高見係長（文部科学省）

例えば鳥取大学さんなんですが、看護職員の関係で人事課にはお話はどういうふうな感触なんでしょうか。

齋藤（鳥取大学）

いろいろと書類を作りまして人事院の方まで書類を提出したんですけども、まだまだHCUの数が少ないということなんでしょうけれども、まだ認めてもらえないということです。

高見係長（文部科学省）

そうですね、他の部署でも手術部もそうでしょうし、危険手当と言ったらなんですけどそういった要望が出てきてます。だからなかなか厳しいんですけど、粘り強く要望をしていただくといいと思います。

議 長

粘り強く要望して下さいということのようでございますが。

前川（山口大学）

山口大学の前川です。うちが総合治療センターという形で27床を動かしていた時代に、やはり人事院まで持っていきました。うまく全体を調整する必要がありましたが、多分国立大学病院で結核病床を皆さんもっておられると思います。最近、少し結核が増えていますけれども、ずっと患者さんの数が減って殆どいないという時期があり、ちょうどその時期に重なっていたものですから、結核病床で働いていた看護婦さん達の危険手当をICUの方に回してもらいました。最終的に山口大学の場合は救命・救急センターができましたのでその時に結核病床が近くの国立病院にあるものですから、結核患者はそちらにお願いするというかたちで結核病床はなくなり、上手に調整ができました。以上のような対応をしていただきました。

議 長

どうもありがとうございました。参考にさせていただきたいと思います。時間が先程から申しますようにあまりございません。それでですね、高見係長に是非これは聞いてもらいたいという議題があったら出していただきたいと思います。

後藤（群馬大学）

他のいくつかの大学からも出ている技官とかMEの配置についてですが、看護婦800人の増員という報告がありました。医療機器の先進医療を進める上ではどうしてもMEセンターの確立と技士の増員が必要だと思うんですが、そういうような何らかの対策というのは可能性があるんですか。看護婦に準じたかたちで。

高見係長（文部科学省）

看護婦を800人とそれ以外のメディカルを含めてですね、120人ぐらい増えているんですよ。その中で経費としてあるもんですから、実際に今回、どこにどういったか頭にはないんですけど、実際には技士をつけています。どこの大学かというのは、5人程ついています。それで示してほしいのはですね、看護婦さんの場合は基準がありますので各病院で、2.5対1を2対1にするとかですね、その為にはあと何人必要だとか簡単に足し算引き算の関係で出てくるんですよ。ただそれでどれぐらい収入があがるかというのはもうみえてくるんですよ。コメディカルの部分は、後は働いてもらうしかないんですよ。しかし、技士の方々はそういうのはないですよ。逆にどれぐらいの実技ができるかという世界だと思うんです。それを示せるのであれば示していただきたい。そういうかたちで財政当局にもっていける可能性はあるんじゃないかなと思います。

議長

一つお尋ねしたいのですが、非常勤職員として各大学にお金がきますね、それを看護婦さんじゃなくてもMEの人を雇ってもいいんですか。そのお金の中で。

高見係長（文部科学省）

先日、お話し申し上げたんですけど、それはダメです。でないとはですね、非常勤医員とか研修医も同じ非常勤職員手当というので措置しているんですよ。ゴツチャになっちゃって整理が、收拾がつかなくなってしまうたら困りますので、ちゃんとそこはこちらからお示した人数または職種はちゃんと雇ってもらって、それ以外に大学の方でやりたいというのもありますよね、その部分は大学でやってもらったらいいいということです。その部分はきちりやってもらって、こちらが示している部分はきちりちゃんと雇ってもらって、それ以外のところで大学で運営で医師の方々とか他の非常勤の方を雇ってもらう分には差し障りありませんという説明です。

医療事故防止の特別枠というのを申請されたようですので、これと連結する問題だと思うので是非、検討いただきたいという意味合いです。

議長

医療事故防止に対する特別枠をたてられているというような話ですが。

高見係長（文部科学省）

さっきの予算の話ですか？ですからその中に看護婦800人増員しているわけですよ。なおかつ116人コメディカルがついているわけですよ。ですからその経費を予算案ですが、措置されていますので、それでもう大学の方には数字をお示ししています。その中で先程言ったように

どこに何人つけたかちょっと忘れてしまいましたが、技士の方も入っているということをおっしゃったんです。その中に。

議 長

高見係長には3時までというお約束だったんですが、15分近く長くいていただく結果になりました。一応お約束ですのでここらあたりで中座をしていただいて、我々もちょっと休憩をしようかと思いますがよろしいでしょうか。どうもありがとうございました。

司 会

それではここで20分間ぐらい休憩をとりたいと思います。お席にコーヒーとケーキを準備させていただきます。

～ 休 憩 ～

議 長

高見係長がおられなくなり寂しくなりましたが、逆に本音を語ることもできますし、お互いに情報交換をしていろいろこういう工夫をしたということもあるかもしれませんので、寂しくなった部分をカバーしながら討議を再開します。どうぞご協力をお願いいたします。それでは先程、大谷先生のところからちょっと出てました教育カリキュラムのところを御発言いただきます。文部科学省の方がおられる時間が残り少なくなり、いろいろお願いした方がよさそうなこともありましたので中断したところです。教育カリキュラムそして卒後研修の中にどういふふうに関心教育に盛り込んだらいいかという話が前川先生、武澤先生からも御意見が出ましたので考えたいと思います。卒後臨床研修の必須化というのは必ず起こりますし、そこで救急はかなり入っていますけれども、ICUはどのようなスタンスで入れた方がいいか、一つの課題ではあると思います。もう少しそこらあたりの話を進めてみたらどうだろうかと思いますがいかがでしょうか。それでは大谷先生、口火をお願いいたします。

大谷（広島大学）

広島大学としまして卒後研修カリキュラム案を提示させていただきましたので、もしいろいろご意見がありましたら、2月いっぱいぐらいに広島大学の方にご意見を寄せていただきたいと思っております。後は山口大学の前川先生とお話をして3月中には前川先生が加わっておられる委員会の方でまとめなきゃいけないということですので、ここに盛り込んでいくことにして、これ以上継続して引っ張ることはしない方がいいのではないかと考えております。

議長

どうもありがとうございました。前川先生と更につめていただくということと2月までにご意見いただきたいというお話でございますけれども、ここで是非、何か言っておきたいとか或いはお願いしておきたいという方は。

武澤（名古屋大学）

名古屋大学の武澤ですけど、是非、前川先生にお願いしたいんですけど、個別診療科の重症な患者、心臓なら心臓の重症な患者を単に寄せ集めれば重症患者の管理ができるのではないと思います。重症患者は重症患者全体に対する治療の仕方があるんだと、しかもそれも統一的な治療の仕方があるんだということを是非、福井先生の委員会でおっしゃっていただいて、それは卒後臨床研修の中で非常に大事なファクターであると、つまり患者が重症化したら基本的にやるべきことはこういうことがあるんだということを理解しておかなきゃ困るということです。心臓の重症な患者に対する治療の仕方と肺炎の重症な患者の治療の仕方は、それぞれ違うところもあるけど共通の部分もあるわけですね。共通の部分が全くそれぞれの専門診療科が理解していないといけないわけです。ですからそういう分野が大事な分野としてあるんだと、それは卒後臨床研修にとって非常に大事なファクターだということを是非言っていただきたいと思います。それを言う材料を広島大学のカリキュラムの中からすいあげていただいて、強調していただきたいと思います。

大谷（広島大学）

はい。一応、そのように承って努力したいと思います。

議長

どうもありがとうございました。どうぞよろしくお願いいいたします。またご意見がありましたら、なるべく早い時期に大谷先生、前川先生の方にご意見を寄せていただきたいと思います。

丸山（三重大学）

三重大学の丸山でございます。先般、救急部の協議会がありまして、このカリキュラム、コアカリキュラムのことについて討論があったわけです。この集中治療部と救急部で実際、兼用しているところも多いところでありまして、集中治療部ではこうする、救急部ではこうするといって分ける必要があるのか、それともフレキシブルにやっていくということです。これはいったん走り出しますと救急部はこうなっている、集中治療部はこうなっていると、医学関係でない方々というのは、やっぱりそういったセクションのことで混乱を生じる可能性があります。従いましてそのへんのところの整合性と言いますか、そういうことについては、どのようにしたらよいのでしょうかと言いますか、どういう方針なのか教えていただきたい。

議長

丸山先生のご質問に対して、これも色々難しい問題があるかと思いますが、何かこれに対して御意見ございましたら。

大谷（広島大学）

救急部の方も私が一応、担当になっておりまして、私も今、丸山先生が言われたことを色々悩みました。結局、二つある協議会の方にそれぞれを出すべきだし、出さなきゃいけないということで、一応、別個に作りました。救急部の協議会に出ておられる先生方はよくわかりだと思いますけれども、私が出しましたカリキュラムは、これから術後を抜いたようなかたちで出しましたので、これでは、ほとんど集中治療部のカリキュラムと一緒にしないかのご指摘がありました。救急部の方では色々ご意見が出まして、私は今後、救急部の方を考える場合には、本当にコアな本当に救命ということにかなり絞り込んで、何科であっても、例えば眼科に行く人、耳鼻科の人、そういう人でも救急に3ヵ月研修に来れば、これだけのことは必ずやっておかなきゃいけないんだよということを中心に作りたいというふうに考えており、一応、委員会もできましたので、またそれで話し合っただろうと思っています。集中治療部の方は、実際に研修の義務も集中治療部というのはいないわけです。ただ大学によっては、救急部と集中治療部が合体のところもありますし、別個のところもあります。別個のところでは、じゃあ救急部にはいくけど集中治療部にはこないのかというような議論も実はあるわけで、是非、集中治療部の方にもくるように義務付けてほしいと言っておられる先生もおられると思うんです。確かに昨今の人工呼吸器の使われ方を見ますと、これをもし救急部のカリキュラムに盛り込まないとしたらICUの中ではこれを義務付ける、これはミニマムリクワイエントとして絶対に入れる、そういう考え方で前川先生ともお話をしたいと思っています。ですからそういうことも先生方ふまえられまして、細かいところは各大学の事情でおやりになったらいいと思います。最低の線というお考えでご意見をお寄せいただければと思いますが、前川先生どうでしょうか。

前川（山口大学）

山口大学の前川です。基本的に厚生労働省が考えていることはあまりにも専門指向になり過ぎたと思います。そこで医者であれば少なくとも知っておくべき一般的な事項を研修させようとのこと。救急とか麻酔というのは一つの項目に入っています。集中治療というのは丁度、両者の真ん中にあるようなものですから、ICUを含んでやるという考え方で多分いいと思います。救急の部門はどう考えるかという、初診後に病態が悪化する患者さんをそのまま、へんなかたちで診られるのは困るわけです。より高次の病院に送るとか、自分がICU的なことができればそれで対応するとか、そういう考え方でいいと思います。

議 長

どうもありがとうございました。

武澤（名古屋大学）

研修医に対するカリキュラムの件なんですが、集中治療の専門医としてどの科に行く研修医に対しても一番知っててもらいたいことは、こういう状態になったら危ないから、ICUにコンサルトしなさいよということが、実は僕一番大切じゃないかなと思うんです。ですからこのカリキュラムの中にでも適用と言いますか、そういうことにも少しスペースを裂いていただいた方が現実的ですし、トータルとしては研修医のためにもなるんじゃないかなと思うんです。実際にはさっきおっしゃったように、救急とは別のICUを3カ月のローテーションで来る人というのはきわめて僕は少ないと思いますので、現実的には、さっき申し上げたようなことの方が研修医全体の役に立つんじゃないかなというふうに思います。

議 長

どうもありがとうございました。貴重なご意見を色々、いただいたように思いますので、更に何かありましたら、また御連絡いただくということで、この問題はこのくらいにして先に進まさせていただきます。それと先程、武澤先生が後で出したいとおっしゃった件をもう少し詳しく述べてください。感染症のことでしたかね。

武澤（名古屋大学）

先程、スライドでお示した通りなんですけど、片っぱの方で国立大学感染症対策協議会というのがあります。そこでは病院全体全ての部署に関わる統一的な感染対策ということでガイドラインを作るということと、それからガイドラインを作るのはいいんですが、その結果どうなったかということもやっぱりわからないといけないので、それに対するサーベランスをするという部会と、それから後は医療廃棄物と、それから教育というプログラムを国立大学感染症対策協議会で計画しています。その中でガイドラインを作る委員会で今、統一的なものを作っています。リネンをどうするか部屋の消毒をどうするかMRSA患者をどう隔離するのか、しないかとか、手洗い等についても言われていますけど、その中でそれぞれ部署別に例えば手術場とか外来とか、そういうのもこれから手掛けていこうという動きがあるんです。その中の一つとしてICUをターゲットというとおかしいんですが、一緒に協力してできたらやっていった方がいいのではないかなというような話が出てきました。そこで、その感染対策全国協議会とICUの全国協議会の中で合同して統一的なICU全体の感染対策のガイドラインをまず作ってみて、その後、いろんな施設やいろんな方面からの意見を取り入れて、取り入れるか或いはその中に吸収してもらっても別にかまわないんですけれども、統一的なガイドラインを作ることです。また、感染対策協議会の方はおそらくこちら側の動きをみて一緒に動き出そう

とじていると思いますので、できるならばこの協議会の中に委員会を作っていたらいい、その方を中心に動き始めていけたらなと思っています。なお今年の5月の10、11日に第2回に感染対策の全国協議会が名古屋であるんですけど、その時までには何らかのコアの部分ができあがって、そこでも提示して意見をいただくと本当はいいなということです。今までなかったわけですから、今更あせってもしょうがないんですが、できるならば、なるべく早くということでは是非この協議会の中にそういうものを作っていただく可能性に関して皆さんに審議をお願いしたいと思います。

議 長

ICUとしても積極的に参加していこうというふうに理解していいですか。感染者対策協議会の中にですね、ICUも感染対策に非常に大切な場所であるから積極的に前向きに携わっていこう、そして協力をしていこうということだろうと理解しますが、これに何か御意見はございますか。

大谷（広島大学）

いわずもがなを今から私は言おうと思っています。今、武澤先生の御提案とか主旨には全く異論があるわけではありません。やるべきだと思います。救急部にしても集中治療部にしてもこの協議会がどういう目的で行われ、どういう経過を辿ってきたかということを考えますと当然な方向に向かって、いい方向にいらっているとは思っていますので、それはそれでいいと思います。ただ、このへんで協議会の目的と意義をもう一度、皆で再確認することと、もう一つは救急部も集中治療部も両方一緒にやっている人間もいますがその中でも、全く別個じゃなくて一緒というところや、別々にやっておられるところもあります。しかし、目指す方向は一つであります。したがって二つの協議会を別々にやるよりも一緒の方がいいのではないかなと思います。今日ここでこのことについて当然結論は出ませんが、ちょっと問題提起といえますか、そろそろ考えてもいいのではないかなと思いますがいかがでしょうか。

議 長

何か御意見ございますか。そういう提案をいただいたということにとどめておいていいですか。ここですぐ結論は出ないかもしれませんが、救急部の協議会とこの協議会を一緒にやってもいいような気もします。わざわざお忙しい先生方が別の機会に集まることもないような気もします。これは次の機会に考えたらどうかと思います。それではまだ少し議題が残っておりますので、まず人員の整備、人員を増やして欲しいという方が沢山ございます。議事の中からは1、2、3番の弘前大学、群馬大学、千葉大学、それから信州大学、山口大学、徳島大学等でございます。看護婦さん、臨床工学技士、検査技師等の配置をお願いしたい、増やしてほしいというのが沢山ございます。これに関しましては国立大学の医学部附属病院長会議の上程議題と

して、やっぱりこれは出した方がいいんじゃないかと思えますけど、先程の高見係長の話ではなかなか人の増員は非常に難しい現状であると、どこかを増やせばどこかを削らなきゃならないというような話でございましたけど、これに関しまして、まず絞って討議をいただきたいと思えます。これは病院長会議に上程議題として出す意味があるかどうかですね、是非出した方がいいか、そこらへんはいかがでしょうか。人員のことですね。多分現場では一番これが大きな問題じゃないかと、切実な問題ではないかというふうに僕は思うんですけど、先にあんなに釘をさされるとですね。

稲葉（金沢大学）

人員については言ってももうこれ以上増えないと思うんですよ。臨床工学技士の配置というのをどこかの救急部だか集中治療部協議会の時に文部科学省にも言ったんですが、集中治療部の臨床工学技士が1名ほしいという要求出しても、これはもう絶望的だと思うんですよ。ですから病院の中に例えばMEセンターをつくるとか、既存の臨床工学技士を集約してMEセンターをつくるとか、それでどうしても足りないから配属して欲しいと要望するのか、それとも集中治療部にほしいと要求するのか、そのへんのところを少し考え直さないといけないと思えます。ちなみに金沢大学は前者の動きがありまして、再開発の中でMEセンターを置こうと、なにも集中治療部の機械だけを見るんじゃなくて、病院全体にいろいろ配置されている特別な機械を管理するようなMEセンターを作ろうというような話も今、出ています。このような要求の方が誰からも支持されるような気がするんですけども、いかがでしょうか。

後藤（群馬大学）

先程のお話、今の先生と同じだと思うんですが、単純に提出しても意味がないということで、群馬大学では院内処置でMEセンターを一応、設置したわけです。そこに配置されたというか、そこに所属しているMEは3人ですが、手術部とかサプライセンターとか高圧酸素室とかそういうところのMEを一緒にしてまとめて、それを効率化する中でHCUとICUを効率的に運営するというを名目にして今後、運営していきたいというふうに思っているわけです。そういう中で先程の医療事故防止問題には看護婦に準じたかたち、またはそれ以上に重要な役割を果たしていかなければならないのが、MEであるということをこの会で強調して技士の要求していけば、何らかの意味があるのかなというふうに感じています。

矢野（長崎大学）

長崎大学の矢野ですけど、私共の方からもこのME部の設置を提案させていただいているんですけど、只今、お話が出ましたので主旨は全く同じであります。金沢大学の方からも将来構想の中にMEセンターを考慮しているという話がありましたけど、私共の大学も今、改修、改築をねっておりまして、その中にMEセンターの構想も入っており、検討中であります。その

意味でこのME部というのを集中治療部だけでなく各中央診療施設部門を併せて共同提案と
いうようなかたちでやっていただければなというふうに思います。以上です。

議 長

どうもありがとうございました。信州大学、どうぞ。

寺田（信州大学）

信州大学の寺田です。是非、この件はなかなか純増は認められませんので、いかに病院長を
動かすかということだと思っただけです。そういった意味でも、是非ICU、救急の部門には
こういったことが必要なんだということを根気よく提出していかないとまずいんじゃないかな
と思うんです。ここにお集まりの皆さんバックグラウンドが違うものですから、なかなか難
しいと思うんですけれども、やはりまとまった状態でそういうのを要求していかないとかな
か難しいだろうと思いますので、是非、根気強く提案していただきたいと思います。それとも
う一つ看護婦さんのことでお聞きしたいんですが、今まで私達のところは6床でやってるん
ですが、新病棟になりまして10床になる予定なんです。実際問題としてそちらの方を10床で動か
すとするとやはり看護要員の増員が必要なんです。純増が認められないということでその場
合、もし現在、再開発等が進んだ病院さんですね、看護婦さんをこういったかたちで確保し
た、横滑りみたいなかたちになるんですけど、そういったことを行ってうまく運営されている
という病院がありましたら今、この場でなくても結構なんです。ちょっと教えていただけると
ありがたいなと思うんですが、ありますでしょうか。

議 長

今の御質問に対してこのような工夫をしてうまくいったとかいうのがあったらどうぞ。

妙中（大阪大学）

大阪大学の妙中です。今はMEセンターをどうやってつくるかとかそういうお話ですよ。ね。
阪大では動物舎で働いていた方と材料部で働いておられた方が臨床工学技士の免許を取られま
したので、院内措置でその二人を中心にしてまずME室というのを作りました。その二人でい
ろんな機器を中央化して管理していたわけです。それから数年経ち、阪大の場合はなぜか手術
室に7、8名ぐらい行二の職員がいて、それを全部統合して10名ぐらいにして、MEセン
ターというかたちに作り替えたわけですね。そこから手術室とかICUとか救急部とかそうい
うところに派遣するかたちにしてあります。最初は院内措置でスタートさせて、実績をあげてい
って、次を養育していくというようなかたちがいいんじゃないでしょうか。それからもう一つで
すけど、この3年程前に大阪でこの協議会を担当した時に、病院長会議への上程議題は臨床工
学技士の増員ということだったんですね。その時にやっぱり今日と同じような議論が出て、救

急部の協議会と手術部の協議会に働きかけて、それぞれの議長と協議していただいて、3つの協議会で共通の要求として出したことがあったんです。ですから同じやり方でできるんだろうと思います。以上です。

議長

貴重な御意見ありがとうございました。他の大学でこういうふうにしてうまくいったというのがございましたら、MEセンターでもかまいませんし、ベットを増床した時に看護婦さんをどういうふうに動かしたかとかですね、看護婦さんのことは看護部がやるから先生方は、直接おわかりにならないところがあるかもわかりませんが、やっぱり各大学で院内措置を含めて色々、工夫や努力しておられるという感じがしました。これはまた各大学で事情も違いますし、なかなか一律にはいかないのかもしれませんが、何かありますでしょうか。

前川（山口大学）

山口大学の前川です。ICUの中で臨床工学技士の方が必要だというのは、多分反対される方はどなたもおられないと思います。文部科学省にお願いにいても、基本的に無理だということは皆さんも同じだと思うので、そうすると例えば、この協議会から各大学の病院長宛に何とかパートでもいいから臨床工学技士を一人ずつ入れて欲しいという提案をして、それで現場を動かしていくというのも一つの方法論としてあると思います。勿論、各大学での工夫も必要です。

だから、個人個人でICUの部長さんが頑張られる必要はありますが、病院長は各部門で同様のことを言っているという受け止め方をされると思います。けれども、全国の集中治療部協議会の名前で各病院長さんに手紙を出していただくというようなやり方にすれば、共通認識としてICUには臨床工学技士が必要だということになると思います。

議長

そうですね。そういう意味では、病院長会議での上程議題ということで出したいと思います。この問題は現場では非常に大切な問題だと思いますので、根気強く出して、病院長にも理解してもらおうよう努力をしたいと思います。これでいいですか。

前川（山口大学）

病院長会議の方へ出せば毎年まったく同じことだと思うんですよ。だからこの協議会から各大学の病院長個人宛に依頼状を書く方がもうちょっとインパクトがあるかなと思うんですよ。もちろん同じことなんですけど、各大学病院で現場で頑張るといふのと、大部、ニュアンスが違ふと思うんですよ。病院長会議に上程すればそれは沢山の放射線の技師さんを増やしてほしいとか、看護婦さんをお願いしてほしいとか全くそれと同列に並ぶと思うんですけど。

議 長

平川先生なにか。

平川（岡山大学）

岡山大学の平川です。今、話があちこちに行っていると思いますが、まずこれを出すか出さないかということですね。これは人員要求というのは出すべきなこと、これが病院長会議の中でまた取り上げられて、病院長会議からの文部科学省への要求のトップになるかならないかは別として、とにかく出し続けると何もなくなります。ですからここで消えともうICUはいらないんだと、いくら手紙を病院長に出されようとどうしようと公的機関に出さないと何もなくなるので、とにかく出し続けるということは無駄でもない。文部科学省の高見係長は、もちろん立場上ああいう発言しかされなれないと思いますから、やっぱり根気強く出せというのが彼の本音なのかなという気がしますので出し続けて下さい。あとそれから先に対応をどうするか、これは各大学色々、事情があると思いますので、各大学毎の対応で進めざるおえない。MEに関してはうちも学内措置でセンターを作って、いままだ人数的には3人ですかね、一応、各病棟を回って、今やっていることは輸液ポンプの点検・調整だけは全て、MEセンターがやっているという状況にうつっております。

議 長

どうも貴重な御意見ありがとうございました。それではこの人員問題に関しては、このくらいにしたいと思いますが、ようございませうか。

木下（熊本大学）

熊本大学の木下です。最後に一言だけなんですけど、臨床工学技士と検査技師と両方、増員というような御意見も出ているようですが、そういう効率的な運用という意味では私共の臨床検査技師が臨床工学技士の資格をとってですね、両方の業務を使い分けてやってくれるという、これは本人が非常に意欲的であるからこそできたことかもしれませんが、そういう方策でやることも不可能ではないということだけ一つ発言しておきたいと思います。

議 長

ありがとうございました。熊本大学の知恵を教えてくださいましたけど、御参考にさせていただきたいと思います。それでは一応、人員の整備とME部の設置ということで、これはまとめて出したいと思います。その次に金沢大学から国立大学が高次救急救命センターとして機能するための集中治療部の役割についてということで議題を出していただいておりますので、御説明をいただきたいと思います。

稲葉（金沢大学）

集中治療部が各大学にできているいろいろな役割を果していると思うんですが、その機能の一部は外に向けられている、外から重症患者を受け入れて治療していると思われま。厚生労働省から国立大学が広域的な救急救命センターとして機能すべきだという答申が出て久しいわけなんです。この協議会で扱う集中治療部というのは、その救急救命センター機能を維持する時に非常に重要な部門になります。集中治療部の役割、この協議会として救急部のことを考えるのではなくて、国立大学が救命センター機能をもつためにどういう役割を演じたらいいのかを論じるべきだと思います。実際的には、術後患者をある程度制限して、より重症な人を効率よく収容していくことを考えなければいけないと思うんですが、この点についてうまくいっている大学もあると思いますし、うまくいってない大学もあると思います。そのへんのことをご紹介していただければありがたいと思いますし、この会議として少し論じていただければありがたいと思います。

議 長

金沢大学から出された議題の主旨はおわかりになったと思いますけど、何かこれに対して御意見がございましたら。

稲葉（金沢大学）

先程、HCUが出ましたが、HCUを集中治療と院内の重症患者だけをみるHCUというかたちで考えられたら、おそらく加算料が個室で6,000円ですか、でもこういう大学病院自体が高次救命センターということで指定されていまして、救命センター加算をとればもっと高額な収入が得られるわけですよ。そのへんことは山口大学が一番いいと思うんですけど。

前川（山口大学）

山口大学の前川です。それはダメなんですね。救命センターのハイケアユニットということになれば、これは外からきた患者さんしか加算できない。これも厚生労働省がそう決めていますので、ですからそれにベットを使うのはかまわないんですけども、加算はできません。院内の患者さんが救命センターのHCUに入ったとしてもそれは重症加算だけしか取れません。

議 長

HCUの一部に院外からの重症患者が入った場合は、何床分かは加算がとれるわけですか。

前川（山口大学）

救命救急センターのHCUであれば加算できますが、院内のHCUではとれません。

議長

専属でなくてはいけないということですか。

前川（山口大学）

ええ、だから外から来た患者さんで、どっかの、例えば脳外科なら脳外科に属して手術をして、それで術後に入って来た場合は救急で入った患者さんですから、これは加算がとれます。ですけれども、もともと病院の中で予定手術で救命センターのHCUがあいているからといってそれを使ったのでは重症加算しかとれません。

稲葉（金沢大学）

こう考えていいわけですか。例えば救急車で他院で手におえない患者さんが大学病院に紹介される。これはどこの病院にもあると思うんですね。その患者が脳外科で受け入れられ、その患者さんが手術された。現状ではこういう患者さんはICUが一杯ですとHCU的な部分でみていると思います。このような場合は、救命センター加算から外れるわけですか。

前川（山口大学）

院外から来ていますから、救命救急センターのHCUであればそれはとれます。

稲葉（金沢大学）

よくよく調べてみるとそういう患者さんってけっこういると思うんです。

前川（山口大学）

けっこういます。だから今までは院内で処理をして、やっていることはけっこう重症患者に対する対応をしてきたのですが、それは院内の重症加算しかとれませんでした。ところが、救命救急センターになるとそれがとれるようになります。

齋藤（鳥取大学）

同じようなことで、鳥取大学の齋藤と申します。ちょっとお聞きしたいんですけど、救命センター化するためにはある一定の要件を満たさなければいけないですよ。それに加え文部科学省に救急救命センターとしての要求を出しても、もう認められないという話があるらしいんですけど、そのへんはどうなのかということが一つあります。もう一つは救急救命センター化した場合にですね、ランニングと申しますか、地域医療ということで県からの予算というのを取り入れたいと思うんですが、国で予算化できず県からの予算も取り入れられないという場合に、予算的に救急救命センターとしてやっていけるのかということですね。そのへんも併せてお聞きしたいんですけど、どんなふうに予算化しておられるんですか。

前川（山口大学）

山口大学の前川です。文部科学省は各大学で救命センターを申請することは何も反対しない。けれども、実際にやり始めますと人がいないと基本的にはできません。それは医者もそうですし、看護婦さんもそうです。救命救急センターになれないことは多分ないと思いますが、それは院内でのコンセンサスを得られないとダメでしょう。そしてある程度の専任の医師とか看護婦さんが必要です。救命救急センターとしての最低条件が20床ですので、そのベットの確保も必要です。これは全部、県に申請して、県(厚生労働省)が認めるというかたちになりますので、県が認めればいいということで、徳島大学が今やろうとしています。それから香川医科大学が小栗先生がおられた時にやろうとされていました。やること自体は多分、文部科学省は喜ぶと思います。人やお金出さずに収入だけが増えるわけですから。そういうことだと思います。後は何かございましたか。

議 長

予算の問題ですけど、予算は県からは全然とりこめないですね。

前川（山口大学）

それは無理です。地方財政法というんでしょうか、要するに県から国立大学には、直接お金は入ってきません。

議 長

ということは文部科学省から全然予算がこないけれども、院内措置で予算を作り、人を作って場所を作り、全部自分のとこの病院でやっていけとこういうことですね。

前川（山口大学）

そうです。次年度から診療に必要な予算は増えると思いますが。

大谷（広島大学）

金沢大学の提案のところに戻りたいと思うんですが、今もお聞きしていたら、もうこれは救急部の協議会と何ら変わらないような意見ですね。それから今、大学で起こっていることは、講座にしてもどのように一緒にやっっていこうかと、そういう時代ですので、救急部と集中治療部が全く別個に協議会をするよりも、できるだけ一緒に協力して人も場所もそれからいろんな機材も有効的に使うということを考えるのが良い方向だと私は思うんです。そうは言いましても両協議会には各々、長い歴史がありますので、いっぺんに一緒にというのはなかなか難しいかもしれません。私の提案としましては、一度どこかで合同の協議会というのをやったらいかがでしょうか。そうすればそこでいろんな話が出る中で一緒にしようかということならそれで

もいいでしょうし、やっぱり別だねということならそれでもいい。かなり共通な部分がだんだん増えてきているように思うんですけど、いかがなものでしょうか。

議 長

これは先生方がいかがお考えでしょうか、次の当番校にお願いするというか、申し送ることはできますけど、ここで是非、一緒にしてくださいというわけにはいかないと思いますね。救急部の方もまた別にありますのでね。そういう意見があったということ記録にとどめておきたいというふうに思います。このことは、このくらいでようございましょうか。まだ少しございしますので、それでは次に移らせていただきます。浜松医科大学が集中治療部当直員の勤務時間の再検討ということで議題を出しておられますので御説明をいただきたいと思います。

土井（浜松医科大学）

浜松医科大学の土井でございます。地味で小さなテーマかもしれませんが、集中治療部の実際の運営に関しまして、かなり大きな問題を含んでいると思いますので提案します。と申しますのも、おそらく多くの大学が同じようなシステムをとっていると思いますけれど、私共の集中治療部の当直は、人事院規則の15の14と称します国家公務員の宿日直の規定に基づいて宿直業務、当直業務をやっているわけです。この法体系でやりますと集中治療の現実からかなりかけ離れていて、さまざまな弊害を生んでくるということが出てまいりました。ここで問題提起をして各大学でどのように対応なさっているか、またその解決法にいい案がありましたら御助言を頂戴したいと考えまして提案しました。具体的にはその提案理由にありますように、集中治療部の宿直医の勤務時間は、他の病棟部門とまったく同じでありまして、午後5時から翌朝の午前8時30分までが宿直時間であり、人事院規則によりますとその宿直業務というのは、夜間に入院患者が急変した場合に応急処置をとるだけの勤務体制で、6時間以上の仮眠がとれるというのが大原則の勤務体系であります。したがって次日も当然のように通常の勤務をするというのが大前提の勤務体系であります。そうしますと、もしこれを法規通り実行しますと当直医の労働環境は劣悪になりまして、健康を害しますし、医療事故の原因となります。はからずも文部科学省から提出のあった資料1の一番最初の項の1番の(2)、夜間等時間外の診療体制の整備というところで、夜間当直体制の充実というところまで進めなかったものですが、そのような提案があったということが見受けられます。また安全の意味だけでなく、集中治療部の人員配置、院内の人員配置に対しましても、そのような無理な体制で勤務をするという前提ですと定員の充足ということに対しまして、それが足かせになってくる可能性が大であります。ということで結論から申し上げまして、この通常の病棟と同じような宿日直業務を集中治療部で今後このまま継続していくということは、運営の実情にかなり負担がかかりますし、またかなりのデメリットが大きいというふうに思っています。各大学でこれに対し、まず解決策等ありましたらどうぞ御助言の程、お願い申し上げます。以上です。

議長

ありがとうございました。各大学の現状で何かございましたら、いかがでございましょうか。大阪大学はいかがでしょう。

妙中（大阪大学）

どういうふうにお答えしていいかわかりませんが、要するにうちはやっぱりこういう感じで殆ど徹夜勤務になることが多いですね。対応方法としては当直に入る前に寝る、終わってから寝る、という風にして健康をなんとか維持するぐらいのことしか、とりあえずしょうがない。そういう対応ですね。

議長

どこの大学も同じような現状で皆、頑張っているということですかね。

土井（浜松医科大学）

実は、非公式に文部科学省の係員の方に聞いた範囲では、例えば極端な話、現在病棟の看護婦がやっているような3交代勤務をやってもそれでかまわないというような回答もあったのですが、おそらくそれを実現するには様々な問題もありますし、無理であります。ただ、このまま今の宿日直を継続しますと、やはり集中治療部の発展にも大きな妨げになると思いますので、やはり集中治療、おそらく救急医療もそうだと思うのですが、夜間の勤務の適正な法制化に向けて何らかのアクションをとるべき時期ではないかというふうに思っています。

議長

ありがとうございました。同じような状況かもしれませんが、鹿児島大学はいかがしておりますか、同じような状況でしょうか。

垣花（鹿児島大学）

鹿児島大学の垣花といいますけど、僕等の方もやはり宿直といいますか夜勤がありまして、患者さんのベット8床でやってるんですけど、心臓手術の術後の患者さんが非常に多くてなかなか眠れない状態で朝を迎えるという状態です。その後、患者さんの出入りが激しいものですから、当日夕方回診がありますけど、8時まではずっと起きて頑張っていて、やっと家に帰れるというような状況で、週に2回ぐらいの当直が回ってくるというような状態です。

議長

大変みたいですね。事故が起こらないようにしないといけないと思いますが。何か3交代制を実際、とりあげているところがどこかありますか。一晩働いたら翌日休みとか、看護婦さん

みたいですね。だけど医師法ではなかなかそううまくいかないみたいですね。

前川（山口大学）

山口大学の前川ですけど、一度どれくらい働いているかと調べたことがありまして、週40時間でいいはずですよ。一番短くて60数時間、一番長い人は1週間で95、6時間働いていました。やっぱりそういう実数を出して行ってですね、もう随分昔ですけども、麻酔科にいた頃に夜間の緊急手術が随分あって、当直は一人だったものですから、それをずっと1年間とか2年間のデータを出して、それで大学当局に交渉したら2人に増やしていただきました。だからそういう実数を出さないと多分、いけないと思います。しんどい、しんどい、もうこんなに働いていると言っても、そういうものが出てこないとなかなか納得してくれませんし、人事院のところまで行って正式につくのか、それとも大学の方で何らかのかたちでやっていただいたのかはつきりは知りませんが、そういうやり方はあると思います。

議 長

どうもありがとうございました。かなり現状は厳しいような状況ではございますが、決していい労働環境ではありませんので、むしろ独法化が進んだら、そういうことがもうちょっと容易にできるのかもしれませんが。各大学でやはり環境を整えないとこれは事故につながると思いますので、そういう努力は是非、進めていただきたいと思います。それでは次に移らせていただきたいと思います。次は山口大学の方から集中治療部における業務の効率化ということで出ておりますので、御説明お願いしたいと思います。

前川（山口大学）

私達のところは10年ぐらい前に病棟が新しくなりました。薬剤関係の管理に関して、一般病棟の方は、薬剤部が事前にコンピューターで入れておけば患者さんごとにパックされて病棟まできます。しかし、ICUの場合は、緊急性がありますので、事後でしか注射薬の管理ができません。それをいろいろ工夫しまして、薬剤部、医事課、医療情報部、および現場の人間で一緒に協力してプログラムを作り、いろいろな場合にも対処できるようにしました。患者さんのベットサイドに小さなトレーを置き、使ったアンプルを入れるだけで済むようにしました。そうすると看護婦さん達の業務がものすごく減りました。結局、薬剤師さんが病棟にいますので、薬剤管理は一応そちらでやっていただいて、それでミキシングもやってくれます。その現場にも同じようなトレーを8時間で交換できるように、患者毎にそれぞれ1個ずつ作ってありまして、その中に使用後のアンプルを入れていくということで看護婦さんの手から全ての薬剤管理が離れました。次の日に医事課のパートの方が来てコンピューターに入れるというかたちのプログラムで、そうしますと在庫管理で受け入れる方は、薬剤師さんがやってくれますし、医事管理のところは、医事課の方がコンピューターに入れるということで、医師、看護婦さん達は本当に現

場で使うだけというかたちになりました。以前は、特別管理薬品とあって、値段の高いものから100種類とか200種類、それを全部書き出して、また転記して、そうこうやっているうちにまたおかしくなるというような、そんなかっこうで困っていました。今のかたちにしまして、基本的にはアンブル1個も漏れません。全て医事計算できるようなかたちになっています。このプログラムはいいので、全国的に使われたらどうかと思います。それが一つと、同じようなことですが、多分いろいろな現場で検査とか処置とかすると思いますが、そういうものが抜ける可能性があると思うんですね。ですから、例えばそういうものを一応、バーコードとか何か決めておいて、保険請求するとか、それからディスプレイ製品なんかもバーコードで全部読み取って、保険請求できても、できなくても在庫管理ができるような、そういう共通のプログラムを作ったらどうかと思うんですね。いつも思いますが、先程も高見係長さんがおっしゃっておられましたけれども、各大学で医療情報部がプログラムを作るのは、それぞれの大学でものすごいお金を払ってそれをやっているわけですけれども、かなり共通で使える部分はあると思います。開発費というのは1人月が500万円か、随分すごいお金ですよ。ですからそういうものをうまく利用して行って全国的に使用できればと思います。徳洲会病院なんかは多分、殆ど共通プログラムで動いていると思います。だから国立大学の病院もやっぱりそういう形で節約し、そのお金を当直費にまわしてもらおうとか、何か良い形のものを考える必要があります。それぞれの大学でいい知恵を出して、独立でやっていくのも確かにいいのですけれども、共通で使えるプログラムが、最近だいたい使えるようにはなっているようには思います。以上のような提案です。

議 長

どうもありがとうございました。非常に大切なことだろうと思いますし、効率化ということも大切ですし、ICUには毒物、劇物も沢山ございますので、薬剤管理というものも先生方をはじめ皆さん、頭を痛めておられるところもあろうかと思えます。プログラムの共通開発も非常に大切だと思うんですけど、山口大学だからついたのでしょうか、かなりお金はかかるのでしょうか。お金の請求の仕方とか、そしてそういうお金がついたら、皆で山口大学に色々教えていただきたいと思えます。

前川（山口）

それは特別予算がついたわけではなくて、各病院にコンピューターのプログラムを6年に1回とかある程度、大きな予算がつきます。その中のプログラムの開発の時にうまく入れてもらいました。ですからそういう特別なものはなくていいと思うんです。多分プログラムでコアになるところはかなり使えると思いますから、例えば薬品が各大学病院で違うとか、そういう程度の違いだと思いますから、そんなに問題はないように思います。

議長

わかりました。どうもありがとうございました。

前川（山口大学）

ちょっと先程、言ってなかったのですが、次の日に医事課の方がチェックしてくれるんですけど、そうすると病名と薬品名が出てくるんですね。普通はその患者さんには使わないだろうと思われる薬品が使われていて、人命には特に問題はありませんでしたが、そういう意味での薬品管理というか、危機管理もできます。よく見たら隣に似通った薬が置いてあって、それはまずいということで別の所に移しました。そういうところまで医事課の方が慣れてくると、危機管理までできるようになります。

議長

どうもありがとうございました。物流開発の中にICUも取り込み、色々工夫をしておられるようなので、いろんなノウハウをまた山口大学の方にお聞き願いたいと思います。貴重な御意見どうもありがとうございました。それでは次に移らせていただきたいと思います。名古屋大学の方からインシデントレポートの統一フォーマットの作成・データの収集についてワーキンググループを立ち上げたかどうかという御意見をいただいておりますので、ちょっと御説明をいただきたいと思います。

武澤（名古屋大学）

名古屋大学の武澤ですけど、色々考えましたけれど、これは時期尚早で、ICU全体のインシデントレポートを作るよりも実は、病院の中のインシデントレポートすら、あるけれどもたまっているだけで全く分析もされてないし、それを共有化されてもないし、要因分析というか新しい方法にもいってないことです。まだまだそれどころの話じゃないです。まして文部科学省がそれ全体のデータを収集して何か新しい対策、アクションプランを立てれるとは到底思えません。まして厚生労働省の、いないから言えますけど厚生労働省国立病院部が作ったリスクマネジメントのマニュアルですか、もうとんでもないと、話にもならないということで行政にも期待できないし、まず当面、はそれぞれの皆さんの大学でまず現場の努力をすることです。インシデントレポート、とってなんとなくヒヤリ、ハットばかりがファッションみたいに流行してますけど、実際にやらなきゃいけないことは、事が起こったら翌日とにかく皆を集めて、少なくとも現場の人は全部集めて、例えば部長クラスでもなんでもいいですから集めて、そこでまず話をする。そこで問題があれば問題を出して、それに対する回答をもらおうとすること。問題点は皆さんで共有するという事ですね。形式だけで情報をやりとりしてやればそれで安全性が確保できるなんて、これはもう大間違いですね。現場がまずしっかりして、個々の部品がしっかりしなければ、車はガタガタになるんだということなので、部品からなに

かデンシングだけ持ってきて中央で管理すればよくなると思うのは大きな間違いと思うんですけど。長々と言いましたが、結局、これは撤回します。私達のそれぞれの部署でまずICUがしっかりできているかどうかということを確認することが先で、その次に我が病院はいたいかどうかということで全体を考えるのが次じゃないかと思います。おそらく名古屋大学全体で年間医療事故で10何人が死んでるという計算はできますが、おそらく各分野同じような状況じゃないかと思うんですね。表には出ないんですけど、かなり悲惨な状況が起きているので、ICUからは少なくともそういう患者は出たくないという思いがあまりにも強かったものですから、皆で共有すれば新しい展開が開けるかなと思って思わずここに書いてしまったんですけど、ちょっと一歩踏みとどまって自分の足元から固めようということで、これはすいません撤回させていただきます。

議 長

ありがとうございました。撤回されましたけど、非常に大切な問題だろうと思いますし、ICUは手術場に次いでというか、ICU、手術場というのはこういうことが非常に多いところだと思いますので、お互いに共通の話題としてやるべきことだろうと思います。本当は撤回されずにこういうワーキンググループを作って進めてもいいんじゃないかと、私は思っていたんですが、提出された議題は撤回されましたのでこのくらいにしたいと思います。しかし、これはやっぱり大切な問題ではないかと思いますので、ここはお持ち帰りいただいて、各大学でまた検討していただきたいというふうに思います。それでは次に助教授の配置という問題が、これもだいたい前からあるようでございますけど、長崎大学の矢野先生、ちょっと御説明いただけますでしょうか。

矢野（長崎大学）

長崎大学の矢野です。先程から話が出てますように、臨床研修の義務化、或いはその実施法としてのローテート方式等が考えられているわけですけど、先程から色々、各大学からの要望が出ております。これは診療スタッフの配置改善或いは増員要望が主体でありまして、先程申し上げましたような臨床研修の義務化が実際に実施されますと、研修部門の充実が非常に重要になってくるわけでありまして、現在、助教授というポジションがなくて講師の方がなっておられるという状況でございます。そういうような状況を充実したものにしていくためには、どうしてもやはり専任の助教授の配置が非常に重要になってくるように思います。もしそれが無理であるとすれば、ポジションを助教授の方に昇格させていただくこと。まずこういうようなことで働きかけていただければと思ってこういうふうに提案させていただきました。以上です。

議 長

ありがとうございました。弘前大学の先生、御説明いただきますか。

坪（弘前大学）

これは、私達のところも救急部と集中治療部は、わかれておりまして、差があるんですね。救急部は助教授がつくんですね。集中治療部はついてないということで、こっちも頑張っているつもりなんですけど、頑張っても働いても働いてもあっちの方が上、格が違うと思うんですけど、スタッフが最初から救急部の方がいいんですね。事務がつきまして。こういっちゃなんですけど、不公平感がぬぐえないということで、こうなりますと後からくる人がかわいそうだと思うんですね。一緒に施設は多分そういう感じを持たれないかと思うんですけど、下の人にこいとも言えませんで、やはり是非とも早急な改善をお願いしたいと思います。ダメかもしれないですけど。

議 長

ありがとうございました。鹿児島大学、何かございますか。

上村（鹿児島大学）

永田の代理で来ている麻酔科の上村ですけれども、教育に関しても現在、国家試験のいろんな問題等を見ますと集中治療関係、全身管理関係の問題が非常に多くなってしまっていて、卒前教育における集中治療の重要性も非常に増してくると思います。そういう意味でも現在、当ICUでもポリタリの教育が非常に重要になってしまっていて、それを行うのが講義実施中に行うという意味でも助教授への昇格が非常に重要だと思います。ですから、これからの卒後教育だけじゃなくて、卒前の教育の中での重要性という意味から考えても助教授への昇格をお願いしたいと思います。

議 長

ありがとうございました。ちょっと私はよくわからないのですが、専任助教授の必要性というのにはあまり反対がないような気がするんですけど。これは何故、駄目なのですか、どなたかやっぱりダメと反対する人がいるのか、講師を助教授にあげるといいますから、給料もそうかわらないし、文部省科学省もそう嫌がらないような気がします。何かあるんですかね、専任助教授配置は。

大谷（広島大学）

実は、広島で集中治療部の協議会をやった時にこの話がありました。文部科学省の方の返答としてはやはり予算措置を伴うので、軽々しくそうしましようと言うわけにはいかないということ言われました。出す意味がないわけではないと思いますけれども、簡単にはいかないのかもしれない。

議 長

昇格ですから、定員を増やしてくれという話じゃないからですね、もうちょっと受け入れてもらえそうな気もするんですけど、やっぱりそこに何か壁があるのですかね。

大谷（広島大学）

給料がどうしても上がりますので、文部科学省の方の御返答はそうでした。

議 長

そうですか、ありがとうございます。その他に何か、専任助教授ではいけない何かあるんですかね。

矢野（長崎大学）

さっきの矢野ですけど、絶対いけないわけではないんですけど、先程の弘前大学の先生がおっしゃったようなことで、やはり助教授という名前でそのポジションで活動するものと、そうでないものとの違いがあることや、それで効率よくいくのであればそれが一番いいと思います。そういえることが主な理由ですけど。

議 長

ですから私もですね、専任助教授にすることにあまり問題がないんじゃないかというふうに思うんですけど。

後藤（群馬大学）

群馬大学ですが、群馬大学も7、8年出しているんですけど認められないですね。講師をただ助教授にあげるだけで振り替えるというのは、文部科学省としては、やはり今、言われたように給料も上がるしポジションも違うということです。だから病院でそれだけ力を入れて概算のトップクラスにもっていけば、認められる可能性もあるかもしれないけれど、ということをおっしゃられました。ですからその病院内で病院長に働きかけて、またはこの会で働きかけて、そういう活動は必要だと思います。そうでないと簡単にはいかないと思います。

議 長

ありがとうございます。そのようなことのごようございますね。私、個人としては専任助教授というのがあればいいんじゃないかと確かに思いますけれども、薄からず壁があるようでございますので。

奥寺（信州大学）

信州大学ですけれども、講座の概算要求の関係で何回も文部科学省に去年、行ってありますが、ICU専任助教授という話も出ました。するとそれを要求する大学は、まずその医学部に助教授の空席がないことが条件です。つまり助教授のポストがあいていると、それを流動化すればよろしい、流動化に関してはかなり前に指針を出しておりますから、と確実に言われます。その点をご検討いただいて、そこがクリアできていれば、概算要求をする以外に方法はありません。病院長会議にあげてもあまり意味がないと思います。

稲葉（金沢大学）

今のことと関連して、学部長がその権限をもちなさい、というのが文部科学省の方針だと思うんですね。だから集中治療部が助教授をおくべきだと、医学部が判断して学部長が今、言ったかたちで講座間で教官を移せばいいということで、そういう要求を、学内でもしていった方がいいと思います。その時は、例えば麻酔科の助教授を移そうとか、それを麻酔科の人達が認めるかどうかというのも問題になってくるわけですが、それくらいの気持ちがあれば、出せばいいと思うんですね。

議長

わかりました。各大学での努力と概算要求の折にかなり上位で出すことが大切のようです。やはり、これは大学の問題で、文部科学省にどれだけ必要性を訴えるかということであろうと思いますので、やっぱり大学の中での概算要求の順位を上位にをあげるということが必要なことかと思えます。それではこのぐらいでようございませうでしょうか。次に医療防止事故に向けた国立大学病院の共通ガイドラインの作成ということで、武澤先生、御説明いただけますか。

武澤（名古屋大学）

感染対策なんかも一つの医療事故防止だと思うんですけど、例えば人工呼吸或いは透析の機械等を含めてICUで皆さん汎用される機械が沢山あると思うんです。或いはインフュージョンポンプもそうですけど、そのへんに関して、もし医療事故について、文部科学省、厚生労働省は自分達の責任になるもんですから神経質になってますけど、ICUはそういう意味では、重症な患者がいるわりにはちゃんと医者も看護婦もおって設備も整っているわけです。私は重症度に比べて医療事故の割合は非常に少ないと思っているんですけど、やはりいろいろ管理の仕方が大学によってかなり違うというのは、問題だと思うので、感染のガイドラインと同じような観点で医療事故防止の統一の基準みたいなものを作っておいた方がいいんじゃないかなと思います。もちろん、これはICU学会がやるとおっしゃればいいんですが、実は、去年のICU学会の時に、医療事故防止のガイドラインとかそういう委員会について申し上げたんですが、今だかつて全く返事がないということで、今度のICU学会で、もしかしたら出てくる

かもしれませんが、国立大学は国立大学で、別に先行してやってもいいのではないかなということが提案内容です。

議長

ありがとうございました。ICU学会の話が出ましたので、平川先生、何か御意見はありますか。

平川（岡山大学）

平川です。誠に申し訳ないという返事しかないんですが、現在のところ、まだそこにとりかかってないと思います。今後、検討されるかもしれませんが、私の時に少し取り上げてもいいかと思います。

議長

どうもありがとうございました。それでは資料に書いておりますけど、国立大学医学部附属病院長会議への上程議題としては次の4つにまとめてみました。1つ目は、集中治療部の教官と看護婦の増員及び臨床工学技士の配置についてということで、これはかなり沢山の大学から出ております。2つ目は、医療事故防止に向けた国立大学病院共通ガイドラインの作成ということで金沢大学と名古屋大学から。3つ目は、集中治療部の専任助教授の必要性についてということで鹿児島大学、長崎大学、弘前大学から。4つ目は、ME部の設置ということで長崎大学から、等々出ております。これらを上程議題に出したらどうかという4つの議題が出ておりますけれども、これについて何かご意見ございますでしょうか。一応、この4つをまとめて、病院長会議に出すということでようございますでしょうか。今度の第55回の国立大学医学部附属病院長会議は、北海道大学であります。当番大学が北海道大学ということで、当番大学のICUの部長先生が説明をしてくださるということになっているようでございますけど、この4つの議題をまとめて当番大学の北海道大学の先生と御相談申し上げて提出するということがようございますでしょうか。どうもありがとうございました。それでは北海道大学の先生と御相談を申し上げて出したいと思います。どうもありがとうございました。それでは一応こちらで準備いたしました各大学からの提出議題、継続議題及び経過報告、国立大学医学部附属病院長会議への上程議題が一応、終わりましたが、何か質問はありますでしょうか。

武澤（名古屋大学）

先程の感染対策のことなんですけど、一応、皆さんに御了解いただいたというふうに理解したんですけど、もしそうであれば、ここでその委員会の委員長を皆さんに決めていただきたいと思います。具体的に、もう時間があまりないものですから、もし私の考えといいますか、もしできたらですね、今度の国立大学感染対策協議会の議長校が東北大学なものですから、でき

れば東北大学の松川先生にICU部門の代表の委員長になっていただければと思います。それで松川先生のお好きな方を指名していただいて協力をいただければそこで案を練って、東北大学を中心にそれを作っていただければなというふうに思うんですけど、それをちょっと皆さんにお諮り願えませんでしょうか。

議長

はい。松川先生の御指名をいただきましたけど、お願いできますでしょうか。よければ是非、お願いしたいと思いますけど。

松川（東北大学）

東北大学の松川です。買って出るつもりもないんですが、どうしてもやらなければいけないことだとは思っておりますので、私でよろしければ、とりまとめ役を務めたいと思います。ただし、自分だけでやるつもりは全くありませんので、いいだしっぺを巻き込んで、何か形のあるものにできればなというふうに思うんですが、そういうことでよろしいでしょうか。

議長

どうもありがとうございました。それでは拍手で、よろしく願い致します。それでは、松川先生を委員長ということで、皆様、松川先生からラブコールがかかりましたら、是非御協力をいただくということにさせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。その他に何かございますでしょうか。それでは次期当番大学の選出でございますけれども、準備の都合もございまして、2、3の大学に私の方から当たらせていただきまして、次期を神戸大学にお願いしようと思っておりますけれど、よろしいでしょうか。どうもありがとうございました。今日は神戸大学の事務の方も参加して下さってますし、神戸大学の先生、御挨拶いただけますでしょうか。

夜久（神戸大学）

神戸大学の夜久と申します。次期当番校であります。本日は部長の尾原が出張のため欠席しております。どうも申し訳ございません。尾花より伝言を預かっておりますので、読ませていただきます。「東京出張の為、本会議に出席できませんことをお詫び申し上げます。先程、御指名いただきましたように、来年度の国立大学病院集中治療部協議会を神戸において開催させていただきますことは、当番校の我々にとりまして誠に光栄に存じます。事務部と相談いたしまして早速、準備にとりかかりたいと考えています。日時、場所が決まり次第、連絡致します。今後共、御指導の程よろしくお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。」ということでございます。よろしく願いいたします。

議 長

どうもありがとうございました。それでは神戸大学をお認めいただけますでしょうか。(拍手) どうもありがとうございました。それでは次回は、神戸大学にお願いしたいと思います。本日こちらで用意いたしました議題は、全て終わりました。これで終了いたしたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。本日は、活発な御討議と御協力いただき誠にありがとうございました。

司 会

それでは、これもちまして第16回全国国立大学集中治療部協議会を終了させていただきます。九州とはいえ寒い中、御参集いただき、長時間に渡り、真剣に御討議いただきまして、どうもありがとうございました。会場も手狭でした、且つ、御不便をおかけしたことかと思いますが、どうぞお許し下さいませ。どうか、無事にそれぞれに地域にお帰り下さいますようお願いいたします。御協力どうもありがとうございました。