

第21回全国国立大学病院集中治療部協議会

議 事 録

期 日：平成18年2月3日(金)

会 場：アクトシティ浜松コンgresセンター
41会議室

当番校 浜松医科大学医学部附属病院

第21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18年2月3日(金)
2. 会 場 アクトシティ浜松コンgresセンター41会議室
3. 日 程 受 付 13:00～
開 会 13:30～

当番大学病院長挨拶

講演 「国立大学附属病院の課題について」
文部科学省高等教育局医学教育課
大学病院支援室 病院第二係長 山名 和也 様

講演 「国立大学附属病院データベースにおけるICUパフォーマンス評価のあり方およびDPCに
おけるICU機能評価係数導入について」
名古屋大学 教授 武澤 純 先生

議 題

指定議題1 本協議会の今後のありかたについて

指定議題2 国立大学病院集中治療部を充実させる方策について

- 2-1 専従医数のガイドライン制定について
- 2-2 単独運営の集中治療部副部長の助教授職への昇任について
- 2-3 看護師数の調査, ならびにガイドライン制定について
- 2-4 看護師が実施しても良い手技について
- 2-5 コメディカルスタッフ配置のガイドライン制定について

各大学からの提出議題

- 1) 一病床あたりの専有面積について
- 2) 協議会連絡名簿の整備について
- 3) HCUの設置基準の特例要求について

各ワーキンググループの報告

次期当番大学の選出について

閉会 16:50

出席者名簿

大学名	職名	氏名	大学名	職名	氏名
北海道大学	部長	丸藤 哲	京都大学	部長	福田和彦
旭川医科大学	副部長	藤本一弘	大阪大学	副部長	藤野裕士
弘前大学	副部長	坪 敏仁		看護師長	表 八洋子
東北大学	重症病棟	星 邦彦	神戸大学	部長	尾原秀史
	副部長			副部長	夜久英明
秋田大学	部長	多治見公高	鳥取大学	部長	齋藤 憲輝
山形大学	助手	田中久雄	島根大学	部長	齊藤 洋司
筑波大学	副部長	水谷 太郎		副部長	野村 岳志
群馬大学	副部長	國元文生	岡山大学	部長	森田 潔
	副看護師長	須田明美		副部長	片山 浩
千葉大学	部長	平澤博之	広島大学	副部長	山野上敬夫
東京大学	部長	矢作直樹	山口大学	部長	坂部 武史
	副部長	田中行夫	徳島大学	部長	西村 匡司
	助手	山口大介	香川大学	部長	前川 信博
東京医科歯科大学	部長	三高千恵子		副部長	田家 諭
新潟大学	部長	遠藤 裕	愛媛大学	部長	土手健太郎
	副部長	風間順一郎	高知大学	部長	真鍋 雅信
富山大学	副部長	澁谷 伸子	九州大学	部長	財津 昭憲
金沢大学	部長	稲葉 英夫		副部長	谷山 卓郎
山梨大学	部長	松田 兼一	佐賀大学	副部長	三溝 慎次
信州大学	部長	岡元 和文	長崎大学	副部長	横田 徹次
岐阜大学	集中治療	白井 邦博	熊本大学	部長	木下 順弘
	部門長			看護師長	弘 妙子
名古屋大学	部長	武澤 純	大分大学	副部長	吉武 重徳
	副部長	高橋 英夫	宮崎大学	部長	高崎 眞弓
浜松医科大学	部長	佐藤 重仁		副部長	谷口 正彦
	副部長	土井松幸	鹿児島大学	部長	上村 裕一
	看護師長	島津智江		副部長	垣花 泰之
三重大学	部長	丸山 一男	琉球大学	部長	須加原一博
滋賀医科大学	部長	江口 豊		副部長	徳嶺 讓芳

【議長選出】

事務局 議事に入る前に議長の選出をお願いいたします。慣例によりますと当番大学が議長を務めておりますが、これに倣ってよろしいでしょうか。〔拍手〕

ありがとうございます。

議長 浜松医科大学集中治療部長の佐藤です。慣例にしたがい、僭越ではございますが議長を務めさせていただきます。

(以下、発言者の敬称を省略させていただきます。)

【指定議題1 本協議会の今後のあり方について】

議長 (浜松医科大学 佐藤) 定刻になりましたので討議を開始いたします。発言される時は、マイクをお使いください。

本日の議題は、お手元の資料をご覧いただければお分かりかと思いますが、中心になっておりますのは、基準あるいはスタンダード、指針あるいはガイドライン、そういったものを作成してはどうかというのがメインテーマです。その点を踏まえた上で是非活発なディスカッションをお願いしたいと思います。

最初に「指定議題1 本協議会の今後のあり方について」ということで、これはいろいろな場面で話題になってきたことかと思いますが、お手元の小冊子に各施設からの回答を載せてあります。回答をいただいた施設は20を少しきっておりますが、そのうち14、5個所の施設では存続を望んでいるというように判断できるのではないかと思います。この点に関して、どなたかご意見があれば是非ご発言いただきたいと思います。

回答を拝見しまして、私のほうから発言をご指名したいと思います。群馬大学の國元先生、存続すべきか否かについて一言ご発言いただければと思いますが。

群馬大学 國元 この協議会を今後どうするかということは、ここ2、3年、特に独法化してから問題になっていたと思います。私は存続するほうに賛成です。その理由は、旧国立大学病院は、スタッフイングとか、収支分析を含めた機能評価とか共通の難問を抱えているためです。これらの問題解決に向けてこの協議会を存続させていくのが今後のあり方だと思います。協議会はかつて病院長会議の議題上程を決定するための会議でしたが、独法化してからはこのプロセスでは問題は解決しません。これからは問題解決に向けた具体的な活動方針とか、その解決のプロセスについて検討してゆくことが重要と思います。

議長 ありがとうございます。ちょうどその隣にいらっしゃる医科歯科大の三高先生、もしご意見がございましたら。

東京医科歯科大学 三高 私もこの協議会は続けたほうがいいと思っています。というのは、やはり今日の議題にも上がっていますように、ガイドラインの作成だとか、そういうのは同じような立場である旧国立大学の附属病院集中治療部という立場でみんな議論する場というのが全くなくなってしまうと、またこれも問題があると思いますので存続を希望します。

議長 ありがとうございます。どなたか反対の意見がございましたら…。賛成の意見でも結構ですが、もうお一人ぐらいいかがでしょうか。岡山大学の片山先生、もしご意見がございましたら…。

岡山大学 片山 基本的には賛成です。賛成の理由もほとんど同じようなことなのですけれども、すでにここ数年この協議会自体の性格付けがどんどん変わりつつあると思います。先ほども武澤先生、西村先生をはじめとして機能評価のためのワーキンググループが立ち上がったようにお見受けいたしました。それと同様に、過去数年間の間に少しずつ、ただ名目だけの委員会ではなくて、ちゃんと活動してきちんとしたガイドラインの提示なり結論も出るような委員会活動ができています。これは、これから先まだまだ発展すべきものだろうと思いますし、それを行う場合にここに書かせていただきましたのは、できることならここで決めたこと、例えば、こういうふうな基準に基づいてなにかやろうという提言が出た場合に、ある程度の制約を持たせて、みんなで本当にやるのだぞという決意表明までして同時にデータを集めれば、かなり均質な大きなデータが早く集まって素晴らしいものになるのではないかと考えております。

議長 ありがとうございます。ほかにどなたか是非という方いらっしゃいませんか。回答など拝見しますと国立大学法人として一応自由な裁量権を持つようになったわけですが、当然各施設間で設備あるいは人的な面での格差があります。その面から問題点をお互いに明らかにし、意見交換の場を持ってどんどん改善していくという、今後の本協議会としての意義は十分にあるのではないかと感じました。ただ、一部のご指摘がありますように、また、いまのご発言にもありましたが、ただ年1回集まってということではなく、やはり恒常的に活動する委員会のような、あるいはワーキンググループを設けて、その成果をこの場で発表して確認し、どこかに提言していくという、そのようなスタイルを毎年続けていくということがおおかたのご意見かなと思います。そのような方向性でよろしいでしょうか。特別ご異論がなければ、冒頭で申しましたように、ちょっと時間がタイトですので、「指定議題1」に関しては、今後、この開催を定期的に続けていくということで確認させていただきます。

【指定議題2 国立大学病院集中治療部を充実させる方策について】

議長 それでは「指定議題2 国立大学病院集中治療部を充実させる方策について」ということですが、先進諸国のICUに比べて、わが国のICUはいまだ発展途上にあるかとは思いますが、また国内の施設間格差が大きいのも事実です。

そのような中で、本協議会にご参加いただいている施設、すなわち国立大学法人は人的資源などいろいろな意味で比較的均質であると思います。お隣にご同席いただいております文部科学省のほうから運営費交付金をいただいて活動しているという面でも大きな共通点があります。そういう意味で、厚労省あるいは日本集中治療医学会が定めたこれまでの基準、あるいはガイドラインを参考にしながら、より好ましい目標を設定し、また実現していくための方策を検討していきたいと思っております。

【指定議題2-1 専従医数のガイドライン制定について】

議長 最初に「指定議題2-1」に入りたいと思っております。「専従医数のガイドライン制定について」です。皆さまご存知のように、特定集中治療室管理料算定の施設基準には、常時専任の医師が勤務していることと規定されているだけです。大学附属病院は診療に加えて研究と教育という大事な職務がある上に、高度先進医療を担う特定機能病院としての役割から、当然より重症な症例を治療しているという現状があります。

このような状況で、我々が24時間の治療を実施するためには、交替勤務制が必須であると思っておりますが、その意味で強制力のあるガイドラインとまでいかななくてもこの会議で何らかの専従医師数に対するガイドラインというものを設けてみてはどうかというのが第一番目の議題です。

この件に関してご意見のある方はございませんか。

これも回答を参考にしながら指名させていただきたいのですが、山口大学はいかがでしょう、坂部先生。

山口大学 坂部 書かせていただいた通りなのですが、最近、集中治療学会地方会で講演を聴きながら話したことなのですが、結局、集中治療加算等の検討の中で看護師の2対1ということや、施設の広さ、機器の条件とかは挙げられるけれども、医師は常時専任医師がいることだけで、まったく医師の評価というものがなされていない。看護師は2対1となればいやがうえでも病院も基準を満たすために看護師の配置はするが、医師の配置を増やす手当てがないということです。集中治療を支える医師の労働環境を改善するためには、みんなが団結してこれだけの医師を是非配置するように、また、そういうしっかりした医師の配置のあるところの点数、診療報酬を、極端に言えばもっと上げる。少ないところを落とすというよりは十分な配置をしているところをしっかり上げる、そういう方向で動いていかないと医師が疲弊する、バーンアウト

してくるのではないかという気がします。2交替勤務や変則交替勤務をやりながら各科の応援（医員派遣）でやっていますけれども、診療各科もマンパワー不足で、バックアップする体制も長期的には難しい。だから是非この際、どれだけの強制力があるかは別にしても、少なくともそういうガイドラインができることを願っています。

議長 ありがとうございました。どなたかほかにご意見ございませんでしょうか。大阪大学は。

大阪大学 藤野 ガイドラインはなかなか難しいと思います。すでに意見を書かれている方もいらっしゃるって、運営形態とか対象としている患者（診療内容ですが）も、同じ国立大学でもおそらく若干の違いがあると思いますので、最低限のガイドラインというのでしたら可能かと思います。ひとからげにしてというのは難しいような気がします。

議長 ありがとうございます。

実際に専従医師数の人数を決めていく上でどういう決め方がいのだろうかということが当然出てくるわけですが…。実際に、このくらい的人数が妥当なのではないかということを発言されている岡山大学のほうから一言コメントをいただければと思いますが。

岡山大学 片山 人数的なことに関していえば、今回私どものところで書かせていただいたのは個人的なものです。1人でどこまで人数をカバーして仕事をするかということになりますと、6人～8人と考えます。例えば20床のICUでも1人でいいのかというような問題になってくるのだと思いますので、ここで数を言わせていただければ、私どもはせめて6～8に対して1は医師が必要であろう。そのくらい重症度のある患者をわれわれは看ているつもりですので、20人はとても看られないような気がいたします。

議長 ずいぶんうらやましいと思うのですが、東大の状況をここに書いておられますが簡単にご説明いただけるとありがたいと思います。

東京大学 山口 書いてある通りですが特色として、一つは助手以上のスタッフドクターの数が多いということ、もう一点は救急、集中治療両方の部が合併、というか同じスタイルをとることで診療の垣根なく協力しあっていること、もう一つ一番大きな状況は、初期臨床研修医が東京大学は非常に潤沢でして、3ヵ月のタームごとにだいたい10名が救急に回ってきます。そこにも書いてありますが、基本的に初期臨床研修医の到達目標に逸脱することなくICU業務を分担してもらうことで、私たちの診療

は比較的充実し、それほど勤務時間の過剰を招くようなことなくできているとは思っております。実態としては以上です。

議長 ありがとうございます。大変うらやましいお話ですが研修医は別にして、スタッフの数で例えばベッド数を割るとすると1人当たりどのくらいのベッド数になりますか。

東京大学 矢作 一応、厚生労働省の目が光っておりますので、基本的にはシフト制を敷いており、救急と集中治療部で合同ですが日中で3名～6名、夜間は2人です。一つだけ特色があるとすれば、実際には集中治療といっても、ICU収容の7割が救急外来から入って、実際のインペイシエントの術後なりカテ後というのは外科系と内科系を合わせて4,600名ほどが外科HCU又は内科HCUに入りますが、こちらのほうは基本的に責任医師だけおいて、あとは各科に頑張ってもらおうという仕組みにしているので、とりあえず専従医師の人数というのは必ずしも何名要求するというのではなく、あるがままにやればよいというふうに考えております。あと小児部門もPICUとNICUと合わせて集中加算ベッドが15あって、そちらも小児科と心臓外科と小児外科のスタッフが兼業でやり、専任は1名という形でやっております。

議長 ありがとうございます。先ほども申し上げましたが病院間の施設格差があるのだと思います。そのあたりを念頭に入れながら回答を拝見したり、あるいはいまのご発表をお聞きしたりする限りは、専従医師数を決める方向でいいのではないかと感じたのですが、それでよろしいでしょうか。

秋田大学 多治見 決めるといってもその根拠が。どうやって決めるかというルールが。藤野先生がおっしゃられたように、運営・診療形態も違う、矢作先生のところでは術後はオープンICU、救急部の患者さんは自分たちでクローズドICUとして診ている。武澤先生のところでは、完全クローズド、いろいろだと思うのです。どういう運営形態、診療の中のどの部分を担えばどういう成績が出るかというところまで踏み込まないと、適切な専従医師数は決められないのでは。

議長 そうですね。いまこの場で、じゃあ何人と決めようというようなつもりはまったくありません。もしご了解いただければ、いま先生がご指摘になったいろんな施設間の差とか労基署との関係とかを含め、ワーキンググループを立ち上げてその中の委員でいろいろな施設の格差を勘案しながら、一番リーズナブルな案を出して欲しいと思います。先ほど申し上げましたように拘束力はありませんが、病院側に交渉していくとこのための後ろ盾になるようなガイドラインを作り上げたいということです。

秋田大学 多治見 もしやるのであれば、現在、いろんな形態で運営されております国立大学の事態をきちんと把握して、いまの時点でつけられる成績があるのですからつけて、というような進め方ではないでしょうか。違いますか。

議長 いま先生がご指摘になった点も、もし委員会を作ることにご賛同いただければ、その委員会の中でディスカッションしていただくということにしたいと思います。

委員会を作り上げていくことに、いま一つ意見が出ましたけども、その辺も十分汲み取っていくということではいかがでしょうか。ご異論ありますでしょうか。

徳島大学 西村 私も多治見先生の意見に賛成です。ICUには形態があると思います。その実態がどうであるかということすら我々知らない状況で、ガイドライン制定の方に進んでいくのはちょっと順序が違うという気がします。クローズドユニットとオープンでは必要な医師数が違います。さらに、それが効力を発揮してきたとき、医師数が足りないとICUとして認められなくなる可能性も出てくる。そういったことも考えて、データを持ってから進めていくべきではないかという意味で、私は多治見先生の意見に同感です。

議長 そうですね。先生ご指摘のように、そういうガイドラインを決めたがためにICUの基準から外れてしまって認められなくなるという懸念もありますが、そういうものを厚生労働省とかに持って行って一つの足枷にするような気持はまったくありません。医師が少ない施設において病院側と交渉するときの一つのガイドライン、最初にも申し上げましたがある意味では制約力のない、そういうガイドラインを考えておりますが、それでよろしいでしょうか。

議長 もしそういうことでよろしければ委員会を立ち上げてみたいと思いますが、ほかにも看護師あるいはMEさんの問題もありますので、人選は最後のほうにまとめて行わせていただきたいと思います。

【指定議題2-2 単独運営の集中治療部副部長職の助教授への昇任について】

議長 それでは指定議題2-2の「単独運営の集中治療部副部長職の助教授への昇任について」、これはあくまでも任意の議題で、ここで結論を出そうとは思っておりません。一応われわれのほうとして提案した理由をご説明申し上げます。

救急医学講座、救急部などと合併しないで単独で運営している集中治療部の実質的責任者、多くは副部長と思いますが、講師職として設置されてきました。この講師職を助教授職に昇任させたいと思うのですが、実際に昇任させているところもありますし、相変わらず講師職のままのところもあります。法人化されて、ある程度大学病院

あるいは大学に裁量権ができたはずなのですが、あまりそれが実行に移されていないというのが現実かと思います。ディスカッションというより、ご意見をお聞きしたいのですが、法人化後に講師を助教授に昇任させたというように回答されている弘前大学さんの場合、わりとスムーズにいったのでしょうか、あるいは何か紆余曲折がもしありましたら、あるいは苦労話でもお願いします。

弘前大学 坪 人事に関してはこの協議会でお願いしても無駄とは以前から何度も言われていることです。現在、学長が権限を持っていますので、学長の許可を取ることが肝要と思われます。私たちの陳情はわりとスムーズにいきました。弘前大学附属病院ICUは病院の収入に対する貢献が大きく、病院長は非常に好意的に取り計らってくれました。

議長 すばらしいですね。稼いでいるという実際の収入の、たとえば毎月報告しますよね、診療科の収入報告とか、ICUは単独でこれだけの利益を上げましたという金額が出るようなシステムになっているのですか。

弘前大学 坪 事務は持っています。病院全体でICUを増床させて収入を上げようということで、部門としてICUを利用してお金を稼ぐという方針になっていて非常に好意的でした。

議長 そういうふうに会議の報告に金額が出るといいですね。うちはまだ麻酔料しか欄外に記入してもらっていないのですが、麻酔料だけでも、今月は4000万円とか5000万円とか、いう収入になってきますので、若い人のインセンティブを上げるのには非常に効果的だと思います。ICUでもやっておられる施設はちょっと挙手をお願いしたいのですが。〔4名挙手〕

4 施設ですね。是非、弘前大学さんにノウハウを伺ってICU単独の収益を月1回の収支報告に載せていただけるように努力したほうがいいのかという気がします。われわれ浜松医大も努力します。

あと宮崎大学のほうからも何かコメントがありました。何かいただければ…。

宮崎大学 高崎 とくに意見はありませんが、いまは各大学の裁量で上級職になれるはず。研究費につきましては一人当たり50万9千円がきますので、それが講師でも助教授でも変わりませんからあまり問題はないと思います。それに手術部などでは助教授が手術部の部長になっていますし、ICUでも、ICUを立派に運営されている方があれば部長になられても別にかまわないと思います。

議長 ありがとうございます。

文部科学省のほうで先ほど助教授を準教授とか、助手を助講というようなお話がございましたが、講師に関してはずっと講師ですか。

文部科学省 山名 変わらないです。

議長 変わらないそうです。高崎先生のおっしゃった情報によれば、講師を助教授にしても研究費の配分は同じであるから病院は全然デメリットはないはず。裁量でどんどん上げてもいいだろうと、いうように理解してもよろしいですね。

法人化されているいろいろと裁量権が発揮できるということなのですが、確かに講師も助教授も別に同じではないかというご意見もありますが、実際に現場で一所懸命に働いている副部長クラスの先生が、講師であるよりは助教授というふうなプロモーションがあれば、今でも皆さん非常に頑張っておられると思うのですが、いっそう励みになるのではないかと思います。

信州大学 岡元 いま、集中治療部の講師の助教授という話なのですが、たぶん、僕の認識が間違いでなければ、各国立大学は教官以上の人数が決められていて、助教授はいくらとか、講師の数はいくらとか、学内で学長の裁量で場合によったら動かすことも可能な部分というのが出てきて、例えば先ほどの弘前大学の坪先生のお話のように学長が何処からか持ってきてそれをあげる、ということは可能なだろうと認識しております。

実は信州大学でこの前の病院の教授会で決まったことなのですが、結局こういう中央診療部門には副部長とかなんかで長く講師クラスで仕事をして、またいわゆる学内基準というのがたぶんそれぞれの大学にあると思いますので、うちの場合にもたとえば英語の筆頭論文の原著が何篇以上とか、講師が助教授になるには何篇以上とかいうルールがございますけど、結局そういうルールを満たしていながら、病院として非常に重要な役割を担っている、そういう方がおられた場合には、講師の給料で、講師としての名前のまま病院長の裁量で、教授会のほうで決めた診療助教授という名称、実質はいわゆる助教授と対等の立場としての称号、を病院長が与え、それを教授会として認める、というようなシステムを作っております。だから、そういう形であれば、各病院自体で称号として自由に作ることは可能だろうと認識しております。

議長 どうも貴重なご意見ありがとうございました。

本協議会で決議を出す案件ではありませんので、各施設でよろしくご検討をいただきたいと思います。

【指定議題2-3 看護師数の調査、ならびにガイドライン制定について】

議長 それでは「指定議題2-3」に入らせていただきます。「看護師のガイドライン制定について」ということで、皆さまご存知のように、特定集中治療室管理料の施設基準には、常時、患者2名に対して看護師1名以上が勤務していることと規定されております。実際調べてみますと、これは私がまだ学生時代の昭和48年に制定されたときの規準です。そういう古い基準であるにもかかわらず、現在でもこれが十分条件であるかのように解釈されている施設が多いと思われれます。先進諸国ではすでに重症患者は1対1の看護師が配置されることが通常であるわけですが、わが国ではそれを支持する基準はまったくありません。それで重症度に応じた看護師必要数のガイドラインが必要ではないかと思ひ、今回アンケート調査を行わせていただいたわけです。

各大学からの実情が32ページに記載されております。稼働病床に対する看護師数ですが、これを拝見しますとたとえば左側の日勤帯などはアスタリスクマークが付いているのが1ベッドあたり1名以上、つまり1対1看護が行われているところですね。平日は、ほとんど1対1看護が行われています。さすがに土日、祝日になると1対1はできないという実態であるかと思うのですが、このようなことから考えますと、やはり、24時間2対1で良いという時代はとっくの間に過ぎて、やはり日勤帯はほとんどの施設が1対1で看護をせざるをえないような重症患者が増えているということを暗に示しているのだと思います。

こういうふうなデータを参考にして、看護師数のガイドラインを制定したいと思いますが、どなたかご意見をいただけますでしょうか。

それでは回答を見ながら、ガイドライン制定を支持する側の大学の意見として、たとえば鹿児島大さんはいかがでしょう。

鹿児島大学 垣花 看護師の数に関しては、昼間はまだいいのですが夜間になると一応2ベッドに対して1人看護師体制です。うちは8床ですので夜間は4名でやっております。ただ、おとしですか、MRSAの感染が起こりまして、武澤先生にもお世話になっておりますけど、1人の看護師がMRSAの患者さんとまったく感染していない患者さんを見ることによって、水平感染を起こす可能性があるのではないかということで、いまMRSAの患者が出た場合には1人の看護師がその患者を見るようにしています。ということで、ベッドは8床稼働するのですが、感染症が出た場合は7床で、4名の看護師さんで7名の患者さんを見るというようにしています。1対2ではどうしても非常に厳しいということで、看護師サイドのほうでもう少し看護師サイドの数を増やしてもらいたいと交渉しているような状況です。

議長 ありがとうございます。

群馬大学さんにもう一度振ってよろしいでしょうか。

群馬大学 國元 1対2看護はクリアしなくてはならない最低基準であり、実情とは異なると思います。ガイドラインとか指針を作っていくにあたっては何対何看護がよいのかという根拠や施設間格差を考慮する必要があります。群馬大学では、偶然7床になったのですが、7床でやっていますと1対2のところは緩和できますので、看護師さんのほうは仕事が0.5だけ余りが出ます。おそらく、施設によっては1対1とか1対1.5のほうがいいと思いますが、ガイドラインとか指針を作成していくときにはいろいろ調べなくてはならないことがあると思います。

議長 ありがとうございます。逆に、このガイドラインの制定に問題点があるのではないかと懸念される大学として、たとえば長崎大学さんいかがでしょうか。何か夜勤の勤務の時間帯を…。

長崎大学 榎田 反対というわけではないのです。いままで鹿児島大学さんも8床で夜は4人ということで、うちもそうやっていたのですが、このあいだ社会保険庁から、休憩中はあんだのところは2対1になってないじゃないかと言われて、結局不足を増やすためにちょっと苦労したのです。看護婦も増やせなくて、4月から増やしてもらえることになったのですが、結局日勤を減らすことになったということで、別に2対1がいけないという意見ではなかったのですが、すみませんでした。

議長 いえいえ、大変貴重なお話かなと思うのですが、休憩時間まで調査、調査というか、あれされると…。

長崎大学 榎田 今回これを見て、うちだけ特別だったのかなという気がして、ほかのところは4人でいいのかなというのが…。

議長 ほかの施設で、いわゆる休憩時間帯は何らかの方法で補充をしているという施設はございますでしょうか。(挙手なし)

ないですね。どうもありがとうございました。何かほかの施設の方で是非発言したいという方は。(挙手あり)

はいどうぞ。

九州大学 谷山 いまおっしゃった休憩というのが、看護部ではそれは夜勤帯の仮眠という時間で、たとえば2時間とか3時間を当然取らなければいけないような話を聞いたことがあるのですが、その休憩というのと仮眠というのではずいぶん意味合いが違うような気がするのですが。ですから、夜中に2対1になっていてもこれが完全にもっと減る時間帯が必ず実際としてあると思います。各大学病院でいかがでしょうか。

議長 いまのご意見、どなたか…。夜勤と当直の違いではないかと思うのですが。当直ということになると仮眠の時間帯をある程度キープしてあげなければ駄目だと思うのですが。準夜勤、深夜勤ということになれば30分なら30分の休憩でいいだろうと思います。ですから当直体制であれば、何か電話があったらそのとき起きていけばいいとか、そういうふうなことだと思いますので、労働基準監督署に確認できればよろしいかなと思います。

ほかにございませんでしょうか。もし大きな反対意見がなければ、こちらのほうもいろいろな施設の意見を勘案しながら、ガイドラインの作成についてワーキンググループを立ち上げてみる予定ですが、これも後でまとめてということにさせていただきます。

【指定議題2-4 看護師が実施してもよい手技について】

議長 次に指定議題の4番ですが、「看護師が実施してもよい手技について」ということです。集中治療部に配属された看護師に許される医療手技というのが明文化された規定というものはまだありません。先ほどの冊子の31頁に各施設で看護師さんが実施する手技の一覧があります。これによりますと、あとでもう一校追加の資料がありますが、42大学中、動脈血採血を行ってもらっている施設が16大学、血液ガス分析は7大学、静脈ルート内薬剤投与が26大学、という実施状況であります。

この「○・×」をざっと見てお分かりのように、ずいぶん施設によって格差があるなということは一目瞭然かと思えます。それで看護師に許される医療手技を本協議会でガイドラインとして制定したほうが看護部と交渉するにあたっても便利ではないかなという気が致しますがいかがでしょうか。(挙手あり)

はいどうぞ

金沢大学 稲葉 定義ですが、この動脈採血というのは動脈穿刺なのか動脈ラインからの採血なのか。同じように静脈注射というのも静脈穿刺して注射するのか、ラインから入れるのか。

浜松医科大学 土井 質問では「動脈ライン採血」と「静脈ラインへの注入」という意味で伺いました。

議長 ということでラインからの採血、あるいはラインからの静脈注射ということです。信州大学さん、コメントをいろいろと書かれていますが。

信州大学 岡元 あまりコメントはないのですが、基本的には医者がそばにおりますので、みんな忙しいときにはお互いに患者さんのために出来ることをやろう、と

いう基本的なスタンスです。また、従来大学病院の看護師さんというのは静脈の点滴ラインをとったりというのもあまりしていなかったと思うのですが、大学によってはやっているところもありますし、また病棟によってやっているところとやっていないところがある。ところが一般の病院では普通にやっておられるのです。やはり看護技術というのは、大学においては、いままで技術的なものをおろそかにしてきたところがあるのだらうと思います。だから大学の看護師さんが外の病院にいくと使いものにならない、口ばかりで。そういうことで、基本的に若い人は点滴をとったりとかすると非常に喜んで自分たちでやられるようになります。むかし僕らが医者になったころは看護師さんから教えてもらったのが実情だらうと思うのですが、神業の看護師さんというのが世の中におりまして、見えないのも点滴とると、そういう時代にだんだん変えていったらいいかなと思っております。

議長 私も実は最初にベニニューラ針の刺し方を教わったのは看護師さんです。

ほかに何かご意見はございますでしょうか。

看護師さんの静脈注射あるいは点滴ルートの確保に対する看護協会の規則も大分変わってきて、最近はいろいろな施設で看護師さんが積極的に、危険な薬物でなければ、あるいは危険な薬物が入っていない点滴であれば、静脈ルートを確認しようという方向にあるようです。浜松医大でも、そのために一定のレクチャーと実技に受ければ、「静脈ルートをとってもよい看護師」というバッジを院内で設けて、看護師さんたちもそういうバッジを取ることを非常に励みになって頑張っているようです。そういうような意味でも、もし可能であればICUでは看護師としてこれだけのものができるのだという、一つのステータスのようなものがある程度できて、それがICU専門看護師というような感じのものに発展していけば、先ほど話題になりました、よその病院に毎年4～50人出て行くとかいうようなことがなくなるような気もいたします。いかがでしょうか。

では施設、施設でいろいろとまた格差のある、あるいは、対看護部ですから、怖い交渉になることがあるかも知れません。このテーマは、この会議だけでは決定できない案件ですので、現状報告ということに留めておきたいと思えます。

【指定議題2-5 コメディカルスタッフ配置のガイドライン制定について】

議長 次に最後のサブテーマ「2-5 コメディカルスタッフ配置のガイドライン制定について」ということですが、皆様の施設、いろいろな施設があるかと思うのですが、臨床工学技師、看護助手、あるいは事務職など看護師以外のコメディカルスタッフの不足というのは、常に本協議会でディスカッションされてきた話題かと思いますが、なかなか解決が容易でないという施設が多いと思います。もしこの協議会でコメディカルスタッフの必要数のガイドラインがある程度できるのであれば、病院側と

交渉するときのいい材料になるのではないかと思います。今回いろいろと回答をいただきました。回答結果は小冊子に載せてありますが、このようなアイデアについてご討議いただければと思います。あるいは、もうすでにうちでは十分やっているよというところもあるかと思います。

金沢大学さんではどのようにしておられますか。

金沢大学 稲葉 何度もいろいろな質問で同じことを書いているのですが、人を増やすためには財源を確保しなければいけませんので、こういうガイドラインに則ったら、たとえば診療報酬上配慮されて収入増につながるような、それだけの資源が、バックアップが供給されるようなシステムがないと、確かにガイドラインを作っても、財源がない、人を雇う金がない、ということで終わってしまうような気がするのですが。

議長 収入増がまずは大事である、というご意見ですね。

東京大学さんはだいぶもう整備されているのですか。

東京大学 山口 いま議長から話がありました様に、比較的東大は整備されています。MEが一応MEセンター所属ではありますが、ICUに1名常駐しております。急性血液浄化は基本的に腎臓内科の医師とMEのほうでほぼ全面やってもらっています。まだNSTがICUでは稼動していませんので、栄養士はおりません。病棟薬剤師が3名常駐しているのが現状です。ただ、やはり夜間のMEの呼び出しとかはまだできていませんので、拡充が望まれると考えております。

議長 岡山大学さん、一言ご意見を。確かMEセンター化していらっしゃるかと。

岡山大学 片山 私どもは以前より専任のMEを1名持っていたのですけれども、センター化するに当たって、その方の所属はセンターのほうへ所属することになりました。現実にはそれまでは1日中ICUにいてくれたのですけれども、現状では機械のメンテナンス、必要に応じての特殊な薬剤あるいは特殊な検査も実施、それから必要な血液浄化機器の準備、プライミングでスポットで来ていただくようになっています。おそらくこれも各施設の、たとえば私どもはまだ8床で運営しておりますけれども、おそらく東京大学さんであるとか、東北大学さんであるとか大きなところでは、やはりもう1日中、センター化したとしてもどなたかがほとんど1人張り付くようになるでしょうし、そうでない施設で1名そこに配属するのは逆に病院の資源という意味からはひょっとすると無駄が生ずる可能性もあると思います。ですから、われわれは1名が外れていきましたけれども現状でそれほど不満があるわけではありません。

議長 ありがとうございます。ほかにどなたかご意見ございますでしょうか。

いままでの意見をお聞きしますと、おそらく多くの施設が、財源の問題はありますけれども、コメディカルスタッフが何らかの形でICUに常勤ないしは定期的に派遣してもらえるようなシステムが良い。MEセンターあるいは診療支援センターのようなものが実際にあれば、病院としては非常に効率的な運用ができるのかなと思っております。もし大きな反対のご意見がなければこのテーマに関してもガイドラインとして一つの方向性を作り上げていったらどうかと思うのですが、よろしいでしょうか。

それでは、以上をもちまして2の指定議題5つ全部終わりましたが、これまでの議論を踏まえて、専従医師数、看護師数、コメディカルスタッフの数、この三つの配置数をまとめて取り上げて一つの委員会で検討していただきたいと思います。どなたか我こそはと思われる方がいらっしゃれば、その方と思うのですが。特別いらっしゃらなければ、群馬大学の国元先生をご推薦したいのですが…。国元先生よろしいでしょうか。

群馬大学 国元 非常に大役ですし、問題も非常にたくさんあると思いますがあえてお受けしたいと思います。いろいろご意見も出ましたが、専従医数が一番の問題だと思います。当面はスタッフィングで非常に困っている大学の病院内での交渉材料となるようなものを目指して作成したいと思います。いろいろご意見もあるようですので皆さんのご協力を得てやっていきたいと思います。よろしく願いいたします。(拍手)

議長 どうもありがとうございます。

各施設間でいろいろな差があると思いますので、われわれのほうで頂いた回答を参考にしてワーキンググループの委員を考えてみました。是非委員になっていただきたいと思うのは、東京医科歯科大学、鳥取大学、神戸大学、山口大学とわれわれ浜松医大の5つの施設で、国元先生と一緒にガイドラインを作成していただきたいと思います。いまご推薦申し上げた中で、受けがたいという方はいらっしゃいますでしょうか。

それではお引き受けいただいたということで、どうもありがとうございます。(拍手)

【各大学からの提出議題】

議長 それでは「各大学からの提出議題」に移らせていただきます。

最初に、岡山大学から1病床あたりの占有面積についてということで、簡単にご説明いただけますでしょうか。

岡山大学 片山 われわれの施設、次期病棟において、ICUの新設が計画されております。その場合に事務方がもってきますのは施設基準として15㎡以上という基準です。すでに集中治療医学会のほうでは20㎡以上が望ましいというものが出ておりました、それはすばらしいのですが、いまだに施設基準としてこの数値が一人歩き

しております。先ほどの看護師数に関しての2対1も同じですが実情に合わないのではないかと思いますので、いくらが最適かということに関しては、20㎡なのか18㎡なのかあるいは23㎡なのかというのは分かりませんが、それを含めて、少なくともこれを広げる方向で法整備のほうへの活動がどこかでできたらありがたいと思います。これからの施設には必ず役に立つと思います。

議長 ありがとうございます。

浜松医大も4年がかりで申請してきた新棟構想がようやく予算が下り、来年度から着工することになりました。そのときは新しい構想でICUの新設を考えなければ駄目な訳です。しかし事務方は15㎡ということで押してきました。その様な古い考え方を何とか打破しないと、いろいろな機材が増えており、むかしの15㎡ではたいへん狭いと思います。

どなたかこの件に関して、ご意見ございますでしょうか。

名古屋大学 武澤 山名さん、文教施設部のほうに15㎡の根拠を、たとえば厚生労働省が15㎡だからこちらも15㎡だとなっているのか、その辺を調べていただけないでしょうか。おそらくたいした根拠がないと思うのです。うちは18㎡以上あるがそれでも狭く感じますので。病院や本部の事務は杓子定規にしか言わないから、それを決めている元のところを確認したほうが良いと思うので調べてもらって、誰と相談したらいいのか聞いて、この協議会の名前でその辺の協議に入ると。おそらく、これは大学だけの話なので、厚生労働省とかその辺とは関係なしに決められるような気がします。変なのは、新しい名前をつけるとそちらは無限大に面積が広がるのに、ICUという名前をつけたとたんこの15㎡がくるわけですよ。誰が何処で決めているのかすごく問題だと思いますので、是非調べていただきたい。

文部科学省 山名 調べさせていただきます。

議長 では文科省からいろいろとご支援いただいている国立大学法人ですから、そこら付近を是非調べていただいて、この協議会として文科省に申請すれば、面積で再検討していただけるのかどうかを含めて…。

片山先生、そんなところでよろしいでしょうか。作業委員会を作って、というところまではよろしいですか。

岡山大学 片山 まずはいまのご指摘が一番だろうと思います。働きかけによって動くものであれば、もしそこで議論の場が必要であるというのであれば、われわれのほうで資料の準備とかご協力させていただきます。

議長 よろしく申し上げます。

次に岡山大学からの二つ目の提出議題ですが、これは先ほど始まる前に申し上げましたように、強制ではありませんが、連絡先不明の施設が存在するというので、お手元にお二人の名前を記入するような用紙が配布されていると思います。後ろの出口のところボックスがありますからそこに投函していただければと思います。

議長 それでは最後の議題になりますが、九州大学からでHCUの設置基準の特例要求について、ということでご説明いただけますか。

九州大学 谷山 昨年この会議で報告されましたけれども、HCUを大学病院として設置されたところがいくつかあったのですが、実際の加算が現実にとれないという報告がありました。大学病院が特例というわけではないのですが、先ほども出ましたように、実際評価しなければいけないとは思いますが、大学病院が特定機能病院とか地域の最後の砦的などころであるという観点からすれば、重症度評価をしなければいけませんけれども、やはり長引く患者が多い。以前機能評価でもアンケートさせていただきましたが、14日超の患者さんが10%以上という施設が結構あるみたいなので、この辺を考えますと入院日数を短縮するというのもかなり難しい施設が多いと思う。当然ICUと病棟との格差も大きくなってきている現状もありますので、この途中の重症患者がより重症度が下がったときのケアする場所として、当然必要であるというように考えたほうが良いと思います。だいたい20床であれば、5床とか6床とかをHCUとして必ず置きなさいというようなことができれば、非常にいいことではないかと思うのでご意見をお聞きしたいと思います。

議長 どなたかご意見ございましたら是非お伺いしたいのですが。

HCUが平均滞在日数の関係でどうしてもそれをクリアできない。結果的にそのHCU加算ができないという現状になっております。同じようにHCUを持たれてうちも苦勞していますというところがございましたら…。

はいどうぞ。

鳥取大学 齋藤 去年アンケートを報告した担当でしたけれども、一番問題なのは在院日数で、17日だったですか、それ以下というのは、大学病院では難しいということです。だけど、ICUから出た患者さんを一般病棟へ持っていく間のHCUという機能は必要ですので、そのHCUの特例といいますか、なぜ在院日数と関連してHCUの基準が決まっているのかよく分かりませんが、その辺の問題と、先ほど言われたICUのある一定の割合がHCU的病床をおく必要があるのではないかという点に賛成いたします。もう一つ、HCUの看護師さん、前からここでお願いしているのですが、HCUの看護師さんというのはICUよりむしろ忙しいときがあります。それから同じような患者さんを扱っているにもかかわらずまったく危険手当といいますか、調整

手当てが付いていない。こういうことも見直す必要があるのではないかと考えております。

議長 ありがとうございます。そのほかにHCUのほうで苦勞されている方…。愛媛大学さんは今度大きなHCUを作ったと伺ったのですが、いかがでしょうか、そこあたりは。

愛媛大学 土手 愛媛大学は4年前に新棟ができ、ICUが6床、HCUが17床の合計23床で運営しています。ですから、ICUで長期化した人にも使っておりますけれども、基本的にみますと、術後でICUには入れないような患者なんかもHCUに入りますし、逆に一般病棟が重症患者を看ることを拒む、というかドレーンが付いたら駄目とか、人工呼吸が付いたら駄目とかそういう問題も出てきたような感じがします。ただ、HCUは必要な施設であると考えておりますし、われわれの600床くらいの病院ではいまくらいの数で丁度いいのではないかと考えております。

議長 最初に確認すべきだったのですが、谷山先生、この30%程度は認めるというのは、在院日数と関係なしに30%のHCUに関してはHCU管理料を請求できるという案でよろしいわけですね。

九州大学 谷山 そうです。請求できるような案ということで。

議長 この案についていかがでしょうか。非常にリーズナブルな発想かなと考えますが。もし何か強い反対の意見がなければ、この案について、せっかくですからワーキンググループを作っていこうかと思いますが。委員長は最初に発案された九州大学の谷山先生にお願いしてよろしいでしょうか。いまご発言いただいた愛媛大学、鳥取大学、あと徳島大学もHCUで苦勞されているようなコメントをいただいたのですが、いかがでしょうか。

徳島大学 西村 できれば一つだけに集中させていただけたらありがたいのですが。

議長 分かりました。どなたかもう1施設くらい…。島根大学はHCUはいかがでしょうか。持っておられますか。

島根大学 齊藤 まだありませんけど、病院再開発の案としてはいまプランニングしているところです。

議長 そうですか。では委員になっていただいてよろしいでしょうか。

島根大学 齊藤 それでは副部長が受けさせていただきます。

議長 突然のご指名で申し訳ありませんが、鳥取大学、島根大学、愛媛大学のほうから委員を出していただいて、九州大学の谷山先生に委員長をとということで、この案を進めて具体的なプランニングをしていただきたいと思います。

【ワーキンググループ報告】

議長 それでは議題は終りまして報告事項です。各ワーキンググループからの報告はあるところだけで結構ですが。教育委員会の岡山大学片山先生から報告事項ありますでしょうか。

岡山大学 片山 去年のこの会議が宮崎で行われたときに、皆さんに一応の出来上りの文章を見ていただきました。その場で高崎先生、新井先生のほうから投稿すべしという強いご意見をいただきまして、高崎先生とご相談の上、集中治療医学会雑誌のほうへ去年のうちに投稿いたしました。こちらにいらしてる岡元先生が編集委員長されているのですが、本文はともかく書き出しの部分で趣旨が伝わりにくいというご指摘を受けて、二度ほどやり取りをしたのですが、現在は掲載待ちという状況になっています。ですからこれで教育委員会のほうの、とりあえず臓器別にまとめた部分は掲載されていったん終了というような状態だと思います。

議長 どうもお疲れさまでした。安全推進委員会の武澤先生から何かございますか。機能評価委員会、九州大学の谷山先生。

九州大学 谷山 機能評価委員会の委員長としてご指名を受けてだいぶ時が経ちましたけれども、実は前に一度アンケートさせていただいて、先ほど申しましたようなたとえば在院日数が14日を超える方が何パーセントとか、機能評価の実際の治療面での評価をしようと思って進めてまいりました。お手元に資料があると思いますが、われわれはファイルメーカーを使って患者さんの疾患、手術名、いつ入院したか、あるいはいつ出たか、最終的な死亡、あるいは軽快、院外救急、院内救急などいろいろなものを分けて数年間やってまいりました。すでに機能評価は武澤先生が突っ走っておられまして、私はいまさら何もやるようなことがない気がしていますが、実は私自身、これを少しずつ改良していき、わりと使いやすいと思っています。先ほどの今後機能評価をどうするかという点では、私のところは外科系の患者が90%以上あり、さきほどお聞きすると外来救急の患者さんが多い施設もありますので、ICUからみた手術の経過だとか、ICUに実際何日入ってどれくらいで退院したかといった、われわれだけではできないことですが事務と共同してやれば、かなりその辺が分かってくるの

ではないかと考え、実際そのソフトを皆さんにお送りして、できれば全体像をつかみたいと今までやって来たわけです。武澤先生が先ほども言うておられますので、あまり時間がないということもありますが、実質お使いいただくなら自分のところでそういったいろいろ参考になる統計処理ができると思っております。もしお許しいただければ機能評価としてのある部分を考えるのにはいい材料かなと思い、1ページだけでもお配りしようと今日持ってまいりました。

議長 皆さんのお手元に資料がお配りされていると思いますが。

九州大学 谷山 実はこの機能としてはパソコンでお示しできないのですが、たとえば、ASAクラス、APACH II、入院日、入室日、退出日、治療法、それを全部クリックすればできるようになっておりますので、最終的にこれが、うちで1000例くらい患者さんが入りますけれども、年末終わったところでどれくらいの治療がされているかというのはこれを見ればおおかた分かるということです。大学病院がどれくらい重症を抱えているか、さきほどのベッドの問題もありますけれども、やはりICUで長引く患者がかなりいて、うちで見ますと実人数で9%くらいの患者さん、そういう方がだいたい3割~4割くらいICUで加算が取れない状況で滞在されるという、実際にそうなっていますので。そういった評価もできる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。武澤先生何かコメントございますか。

名古屋大学 武澤 すごくいいと思うのですが、これは手入力ですよ。そこがいつも問題になってきて、HOMASのデータやDPCのデータを使うと、いつ、どういう薬を使ったかということとか、どういう処置をしたかとかが自動的に取れるのです。最終的には電子化されれば自動的に取れるわけで、そういうシステム開発のほうにいったほうがいいのではないかと思います。この入力是最初の1年くらいは頑張るけど、2年、3年たってくると息が切れてくる。これは項目としてはすごくいいと思うので、できたら西村先生と連絡していただいて、反映していくようにしたほうがいいと思います。

九州大学 谷山 ただ、この会での機能評価というのは、どうも先生の進められているほうを見ますとあまり猶予がない感じなのですが。先ほどの項目の参考としては非常にいいだろうと思いますし、ICU側から見た外科の技量というか、あるいは病棟がとりたくないのどう、というのも入れれば現状がよく分かるのだろうと思います。その辺はまた相談させていただけるかと思いますが。

名古屋大学 武澤 日本全体でどのくらいICUのベッド数が要るのかとか、そうい

う数も本当は出さなければいけません。満床のためどのくらい入室を断っているかとか、どのくらい適応外の重症度の低い患者を収容しているのかとか、そういうこと全部含めて数値を出さなければいけない。

九州大学 谷山 それからもう一つは、大学病院だけの話ではなくて、民間のICUを認められているところはどれくらいの運営をやっているかというのも参考にしないと、われわれの施設だけの話ではガイドラインを作っても全体としてのものではできないだろうし、やはり大学はいいねといわれて終りではないかという気がしますので、こういった調査は全体をやらなければならないという気がしています。

名古屋大学 武澤 あとで平澤先生がフォローしていただけると思うのですが、厚生労働省の中に今度ICUの医療安全管理に関するガイドラインを作る委員会が立ち上がって、その座長を平澤先生が務められるのです。その中で全体をどう進めるかという骨子はまだ決まっていないのですが、ICUでも、十分にスタッフがいるICU、スタッフがいないのにICUに似せてやっているところ、名前だけICUで実際は一般病棟にモニターをつけているだけのところなど、いろいろありますがみんなICUです。それに対してどういうふうにICUの医療安全を担保するのか、そのための仕組みをどうするのか、ということ平澤先生が中心になって検討され、おそらく1年以内にガイドラインができると思う。これは厚生労働省の医療安全対策の一つの目玉で、最初に動き出す作業部会です。その中に安全性とか質とか、そういうデータをどう取り込んだらいいのかということも反映できたらいいと思うのが一つと、それからさっきのスタッフィングの問題ですが、看護婦の問題、医者の問題、コメディカルの問題。アメリカはプロボノストという人が、「看護婦の配置数が少ないと患者の生命予後が悪くなる」というデータをだしている。そういうようなデータ、たとえばクローズとオープンICUでどのくらい生命予後が違うか、在室・在院日数が違うのか、重症度でもって層別化してもですね。それから臨床工学技士がいるところといないところでどのくらい違うのかとか、いろいろな切り口で解析ができると思うのです。それに則ってICUはこれだけの人間がいないと死亡率がこれだけ上がりますよ、クローズドICUにするとオープンに比べこれだけ良くなるのですよ、というデータを横に添えたら誰も文句を言えないと思うのです。そういうのを国立大学附属病院がデータを集めてICUの必要人員はこうあるべきだ、というのを一つは言って、国立大学ICU以外は学会で検討するなり、厚生労働省に任せておいたほうがいいかなと思うのですが、国立大学のICUはこうであればこれだけの治療成績を担保できますよ、そうでなければこれだけ治療成績は落ちますよ、ということを数値で示して、最終的にはICUの必要最適基準（施設基準）に関しては平澤先生のところでオーソライズしてもらおうとか、そういうふうに考えていけば国立大学のICUとしての先進的な役割があるのではないかと思います。

議長 分かりました。フォローアップしていただけるとおっしゃった平澤先生は会議の都合でお帰りになられたので、フォローアップができないのですが、すみません。目指す方向性はある意味で同じ方向になるのかなと思いますので、先ほど武澤先生の講演のあとに徳島大学の西村先生にお手伝いをというお願いをいたしました。その同じグループの中にいまの谷山先生も加わっていただいで一緒にやられるというのはいかがなものでしょうか。

ではそういうことでよろしくお願ひいたします。

それでは最後に、次期当番大学の選出です。慣例では議長が次期当番校を推薦することになっているようですが、前回、平澤先生のほうからなるべく東京でやって、皆さんの交通の便のいいようにしてみたらどうでしょうか、ということがあったのですが、今回はその当番大学をどこか固定するか、あるいは持ち回りするかということは議題には出しておりません。平澤先生も、ご意見をお伺いしようかと思ったのですが、退席されております。実はどちらに転んでも良いように東京地区の先生にお願ひしてあります。次期当番大学としては東京大学の矢作教授にお願ひいたしました。皆さまいかがでしょうか。〔拍手〕

では矢作先生一言いただければと思います。

東京大学 矢作 東大の矢作です。本日はたいへん前向きな議題がいろいろ出ましたので来年東京でお会いするときに、このいい結果が出ているのではないかとたいへん楽しみにしております。どうかよろしくお願ひいたします。(拍手)

議長 以上で準備した議題は全て終了いたしました。どうもご協力ありがとうございました。(拍手)

事務局 それでは以上を持ちまして、第21回全国国立大学病院集中治療部協議会を閉会させていただきます。長時間にわたるご審議たいへんお疲れ様でございました。お忘れ物のございませぬようお願ひいたします。お気をつけてお帰りください。

(以上)