

第 22 回全国国立大学病院集中治療部協議会  
議 事 録

期日：平成 19 年 3 月 8 日（木）

会場：東京大学医学部附属病院

入院棟 A 1 5 階大会議室

当番校 東京大学医学部附属病院

## 第22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19年3月8日（木）
2. 会 場           東京大学医学部附属病院入院棟A15階大会議室
3. 日 程           受 付       13：00 ～  
                  開 会       13：30 ～

当番大学病院長挨拶  
議長選出  
文部科学省挨拶

講 演「集中治療とDPC」 武澤 純（名古屋大学集中治療部長）  
議 事

### （1）集中治療とDPC

- ① ICD11に対する意見集約（金沢大学）
- ②集中治療中の急性血液浄化療法について（岐阜大学）

### （2）その他

- ①治験成績の評価について（秋田大学）
- ②診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究  
（産業医大：松田氏）に対する意見集約（金沢大学）
- ③ICUにおける診療業務の標準化例の集積の提案（名古屋大学）
- ④ハイケアユニット入院医療管理料施設基準について（鳥取大学）
- ⑤大学病院における適正なICU・HCU病床数について（宮崎大学）

### （3）次期当番大学の選出について

閉 会       17：00

# 出席者名簿

大学名	職名	氏名	大学名	職名	氏名
旭川大学	副部長	藤本 一弘	京都大学	副部長	瀬川 一
弘前大学	副部長	坪 敏仁	大阪大学	部長	真下 節
東北大学	重症病棟部長	星 邦彦		副部長	藤野 裕士
秋田大学	部長	多治見公高		看護師長	表 八洋子
山形大学	部長	小田 真也	神戸大学	部長	尾原 秀史
筑波大学	副部長	水谷 太郎	鳥取大学	部長	齊藤 憲輝
	看護師長	川口 寿彦	島根大学	部長	齊藤 洋司
群馬大学	副部長	国元 文生		副部長	野村 岳志
千葉大学	部長	織田 成人	岡山大学	部長	森田 潔
東京大学	部長	矢作 直樹		副部長	片山 浩
	副部長	田中 行夫	広島大学	講師	岩崎 泰昌
	看護師長	富取こずえ	山口大学	副部長	若松 弘也
	看護師長	小見山智恵子	香川大学	副部長	田家 諭
東京医科歯科大学	部長	三高千恵子		看護師長	松本佐和子
	部長代行	今井 孝祐	愛媛大学	部長	土手健太郎
新潟大学	部長	遠藤 裕	高知大学	副部長	山下 幸一
	副部長	風間順一郎	九州大学	副部長	谷山 卓郎
富山大学	部長	奥寺 敬		助手	杉森 宏
金沢大学	部長	稲葉 英夫		看護師長	井ノ口美和
福井大学	副部長	安田 善一	佐賀大学	部長	中島 幹夫
山梨大学	部長	松田 兼一		副部長	三溝 慎次
信州大学	部長	岡元 和文	長崎大学	副部長	楨田 徹次
	看護師長	小林 利江	熊本大学	部長	木下 順弘
浜松医科大学	副部長	土井 松幸	大分大学	副部長	吉武 重徳
名古屋大学	部長	武澤 純	宮崎大学	部長	高崎 眞弓
	副部長	高橋 英夫		副部長	谷口 正彦
三重大学	部長	丸山 一男	鹿児島大学	部長	上村 祐一
滋賀医科大学	部長	江口 豊		副部長	垣花 泰之
			琉球大学	部長	須加原一博

## 【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

東大病院集中治療部長の矢作です。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。)

### 【文部科学省医学教育課挨拶】

### ☆文部科学省 赤塚

本日は集中治療部協議会ということで、皆様方には国立大学病院の運営にご尽力頂いていることにつきまして感謝を申し上げたいと思います。とりわけ集中治療部は永井良三病院長のご挨拶の中にありましたように、重症患者、非常に重篤な患者さんを日夜ケアしておられるということで、緊張を強いられる勤務なのではないかと考えているところでございます。

平成 16 年度に国立大学が法人化をされ、これまでと違って大学の自主性・自立性が重視される時代になりました。それに伴い、医学教育課の大学病院指導室は大学病院支援室と名前を変え、私どもは大学病院支援という立場で関わりを持たせていただいている次第でございます。今日は配布資料の中で、私どもも精一杯各大学病院の支援のために予算案件などで頑張っているということを PR させていただければと思います。

現在国会で審議中の平成 19 年度予算の大学附属病院に対する支援として、国立大学法人運営交付金の中に総額 148 億の予算を計上しております。前年度は 109 億 3 千万なので、およそ 40 億の増額が国会の審議を経て認められているところでございます。そのなかで特に教育・研修機能の強化充実、現在社会的に大きな問題となっております医師の分野別の不足や地域的な偏在に対して、文部科学省としてできる限りの措置を考えております。それから、各大学の個性に応じた意欲的な取り組みや医療機器の整備に対する支援も一生懸命頑張っているところでございます。さらに、癌プロフェッショナル養成プランもございます。先ほ

ど申しあげましたのは国立大学を対象とした運営費交付金の予算ですが、癌プロフェッショナル養成プランは国公立大学を対象とした支援でございます。癌対策基本法の成立を受けまして、平成 19 年度から癌治療に関わる専門的な医師・コメディカルの養成を目的にしているものでございます。各大学における公募要領をお示しして、大学からそれに基づく申請をしていただき審査の上決定するという段階です。

【講演】

「集中治療と DPC」 武澤 純 （名古屋大学集中治療部長）

【議事】

（1）集中治療と DPC

《① ICD 11 に対する意見集約》

☆金沢大学 稲葉

ICD10 から ICD11 への国際的大改革が計画されていて、かなり厚労省もやる気になっております。

救急医学会は、外傷や外因性疾患に関するまとめを依頼されております。今までの ICD 分類では、死因分類、外傷に関してはどういう場所でどういう事故が起こったのかという項目があります。しかし、例えば熱傷では様々な重症度の患者さんが入ってくるので、コストも相当変わってきます。そこで委員会では、重症度や病態を組み入れるようなコード、つまり、もっとコードの桁を増やすか自由に入れられるような変更を提案する動きがございます。そういう動きは大変いいことだと思います。応援をする意味で、国立大学附属病院として意見を集約して厚生労働省に働きかけることを提案させていただきます。

☆議長

全ての提案をお聞きして、その後で自由に討議を進めていこうと思いますが、よろしいでしょうか。そういたしましたら続けさせていただきます。

（反対意見なし）

《② 集中治療中の急性血液浄化療法について》

☆岐阜大学 白井

欠席

## (2) その他

### 《① 治験成績の評価について》

#### ☆秋田大学 多治見

武澤先生の頭の中にある DPC のデータベース、それから集中治療医学会でやろうとしている指導とこの協議会の役割はよく分かりますが、もう少し実務的というか具体的なリンクの仕方を協議したら良いと思います。ただ、松田研究班や DPC でデータを吸い上げるのであれば、そのデータをいただけるという仕組みだけで済むのか、新たな項目の追加や創作の必要があるのかなど、その辺のことを協議しないと……。私は集中治療医学会 ICU 機能評価委員会に入っていますが、そこで何回か集まっても、結局松田研究班からデータをいただいてもそれしかできないのではないかというような議論に向いてしまっているのです、それぞれの役割をもうちょっと……。

それから 2 番目です。DPC の入力画面では、患者さんが ICU にいるかどうかもわかりませんよね。DPC 入力項目に集中治療室入退室日時を追加すれば、データを戻してくださる場合に役に立つと思います。欲しい項目を DPC に組み込んでいただくということはできるのですか。また、データを戻していただくことはできるのですか。

#### ☆金沢大学 稲葉

様式 1 に加えるとなるとできないのですが、ICU 加算を取っているのです、EF ファイルの中に ICU にいつ入っていつ出たのかのデータはあります。そういうデータは取れます。私大協は大雑把なデータしか出してこない可能性が高い。一方国立大学は、全部 EF ファイルに出しているのです、カテーテルだっていつ入れたか分かる。時系列での処置に関するデータは持っている。そこから ICU の退室日時も抜き出せます。平成 17 年に遡ってデータを取ることもできます。新たに一発で見ようと思ったら、様式 1 に主治医が入退室日時を記入するやり方があります。

1 番目の質問に関してはデータを取らないと話にならないので、データを取る。まず、この評議会の皆様の詳細なデータを出せるというのであれば出した方がいいですが、ただそれは難しいだろうと思います。国のデータ収集システムに乗って一挙にデータを集めて、その中で国立大学のデータだけを切り分けてもらって、国立大学全体でそれを共有するやり方にしたい。ICU 学会の ICU 機能評価委員会は、基本的には 700 の急性期病院を対象とした ICU 全体のデータのマネジメン

トをします。そのさらに進んだものとして、国立大学をネットワーク化したいと思います。国立大学付属病院のデータベースセンターです。国立大学は率先して、厚労省よりも前の段階でデータ収集システムネットワーク、ICUの機能評価を出さないといけません。厚労省の後に出しても国立大学付属病院である必要はないだろうということになるので、なるべく先行して新しいものを出して病院のシステムを作らないとだめです。

☆議長

もしここで議論して決められるのだったら、例えば PDMS を持っている施設だけでも始めるとか……するのですか。

いかがでしょうか。

☆金沢大学 稲葉

ICUの機能評価でDPCに参加しているということではなく、色々な病院でICUができています。例えば心臓リハビリの加算を取るためにはICUが必要だとか、ICUのある病院と提携しなさいということで、「にわかICU」というのがどんどん増えています。おそらく「にわかICU」はDPCの病院ではないですから、登録も何もしてないと思います。そういう「にわかICU」と大学病院のICUとどこが違うのかということも条件として収集していただければありがたいと思います。

☆議長

それについては松田先生と意見を交わすということで……。

治療成績の評価ということで、多治見先生、これでよろしいですか。

《② 診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究  
(産業医大：松田氏) に対する意見集約》

☆金沢大学 稲葉

同じような内容ですので……。色々意見も出ていますし、私も言わせていただいたので、特に説明はございません。

☆議長

わかりました。

### 《③ ICUにおける診療業務の標準化例の集積の提案》

☆名古屋大学 高橋

2000年のICU機能評価など、質に関する評価にはかなりばらつきがあることが明らかです。例えばIHIが行っているような業務プロセスや、数年以内に実際にやるべきことをICUの協議会として発信できたらと思います。誰が中心になってやるのかとか、どういうことをやれば良いのかとか……。ある程度外国の文献に基づくことですが、それではいけない。日本のデータをまず取る必要があると思います。しかし、それを待っていたらなかなか進みません。学会も動きが見られないので、そういうのをうちの協議会として発信していくのはどうでしょうか、ということを提案させていただきました。東海地区では、名大が行うことを日赤など地域の主幹病院が右へ倣えをします。たぶんほかの地方の大学病院もそういうことがあると思いますので、どうかなと思います。

☆議長

いかがでしょうか。

具体的に進めていこうという場合に、現場で働いている先生方の許容量を増やすのはなかなか苦しい話だと思います。今のDPCのような既成のデータ、自動的に入っていくようなデータのほかに更に付け加える物として何か具体的におありでしょうか。

☆名古屋大学 高橋

最終的には診断と……国立大学のICUではそういうところもあるのかもしれませんが。全国一斉の指標で集めるのではなく、例えばこういう業務に関してはこういうことをやりましょう、それをやったやらないに関してはそんなにデータを集めるのは大変なことではないと思うのです。例えば46大学ICUがグループになっても、やっていることはたいしたことではありません。それで改善すれば、先生の言われるような指標として大変だとは考えていません。

☆議長

ありがとうございます。確かに、具体的に見えてくるとやりやすいですね。何かご意見はありますか。

☆

飯塚先生の学会、医療の質と安全の学会とリンクするものですか。

☆名古屋大学 高橋

直接はリンクしません。この間も学術集会がありましたけど、例えばベストプラクティスなんかを集めているのですよ。おしなべて医療の質で行っているので、医療の質と安全の学会とタイアップするのであれば、ICUに関するベストプラクチャーにもっていけば可能だと思います。そこまで考えてはなかったですけど。質をターゲットにして今後継続的にやっていくのであればそっちの方がわかりやすいでしょうね。

☆

具体的には、何人か集まって委員会を作るということなの。大変じゃない。

☆名古屋大学 高橋

大変なのはやめろと言われればやめますけれどね。できないということになりますけど。

☆新潟大学 風間

エビデンスに基づいて診療上診察するとなると、エビデンスのある診療業務はそんなに多くはないので、おそらく診療内容がかなり簡素化される方向に行くと思いますが、流れとしてはその方向でOKということで……。

☆名古屋大学 高橋

簡素化というのはどういうことですか。

☆新潟大学 風間

例えば血液浄化はほとんどエビデンスがないと思うので、エビデンスのないものにはお金を使うべきではないという流れになってしまうと思うのですけれど。

☆名古屋大学 高橋

そうではなくて、安全を目指したときに、より安全な方向に……。

☆新潟大学 風間

エビデンスという考え方をすると、できることが狭くなってしまいます。ある意味で、医療を小さく狭めてしまう可能性があると思うのですが、それが悪いことかいいことかは別として、1つの方向に流れると思うのですが。

☆名古屋大学 高橋

必ずしもそういう風には考えていませんでした。だけど、やるべきことをやっていないがために不安定になっている、ということがあまりに多すぎるのではないかと、そういう風に考えたらいいな。

エビデンスがあることについてはそれに基づけば良いだろうと思うし、必ずしもあるわけではないけれども安全性を向上させるのであれば、コンセンサスを作れば良いと思います。安全が質の向上につながるというような基礎的なことについて同時に皆でやっていくことを提案したいですね。

☆議長

スタンダード化されるべきことができているかというところから積み上げていくということですね。確かにそうすれば非常に見えやすい形で、答えが yes、no で出てくると思います。それは大変良いと思います。ご提案いただいた高橋先生にアクションプランを作っていただくという形でよろしいでしょうか。

(拍手)

☆名古屋大学 高橋

数年前に ICU のインシデンタルアクシデントのレポートをアノニマスに集めようとしたのですが、実際ほとんど集まりませんでした。できればそれをもう少ししっかり集めたいと思うので、そのことに関してもお知らせを流したいと思います。

☆

阪大が教授との協議会を作っていますが、医療情報の共有化をちゃんとしていないのですよ。だから、ICUの協議会でやっていいのか調整をした方がいいですね。向こうもデータベースを基本的には持っているので、それを利用して頂かなければなりません。医療の安全と質の学会とリンクして、何らかの形でサポートしてもらうのが1つです。それから、ICUの医療安全のガイドラインを参考に、その中の項目のどれがちゃんと守られているかを調査したほうがいいね。それから、新潟の先生がおっしゃっていたエビデンスはすごく大事ですが、これは無理ですよ。それも含めて業務プロセスの標準化をするのはやめた方が良いでしょう。できるところから、誰が見てもあたりまえということができていないと。

☆名古屋大学 高橋

はじめは数個のターゲットになると思います。すぐに結果が出なくても、こう

したことが重要だというのが医師だけでなく看護師にも意識付けできるということも、それなりの効果があると考えています。

☆東京大学 矢作

では、高橋先生よろしく願いいたします。

《④ ハイケアユニット入院医療管理料施設基準について》

☆鳥取大学 斎藤

先ほどのお話にありましたように、ICUのベッドが少ないわけです。ICUのベッドを増やさなくてはいけないのはよくわかりますが、実際問題としてICUのベッドが少ないためにICUの重症度を持った患者さんがHCUに入ってくる現実があります。言い方が悪いが、診療報酬としてはICUの方が儲かるのでICUを作った方がいいのです。ところが、ICUの看護師や医師がいない。ICUから出すときに一般病棟にすぐでは無理だ、あるいはICUに入るほどではない患者が実際にいるわけです。HCUも保険で認められて、やっとならいいところへ来ましたが、HCUは新設するのに、在院日数などHCU以外の要因でなかなか認められません。現在条件を満たしている国立大学は5つか6つくらいしかありません。そういったなかで、HCUの抱えている問題の一つが入院医療の管理料の施設基準を満たせないということです。それから、ICUとHCUはほとんど同じ治療をしているのに、HCUは看護師さんに対する危険手当が保険でなかなか認められないなど、色々な問題があります。HCUが含んでいる問題を言い続けなくてはならないということで、あえて議題として出させていただきました。去年もHCU関連のワーキングができていますので、そういうものを続けていくというのが良いことだろうと思います。

☆議長

ありがとうございます。同じ議題が続きますので、先によろしいでしょうか。

《⑤ 大学病院における適正なICU・HCU病床数について》

☆宮崎大学 高崎

これまでICUは600床の我々のところで6床、1%程度のところで運営してきたのですが、最近病棟が色々と改装されています。東京大学も改装されていて、ワンフロアが丸ごとICU・CCUと外科系HCUになっています。他にも広島大学

や神戸大学など、ワンフロア丸ごとというのが増えております。果たして、どのくらいが適正なのかということに興味があります。教えていただければと思います。例えば3%としますと600床ですと18床、5%にしますと30床ということになります。もちろんそれを全部ICUでやるとなると30床あったら看護師さんは90人くらい必要ですから、とても今の状況では無理だと思います。国立大学病院としてどれくらいのものが適正なのかなと思います。現在は、病棟の横に重症部屋を作って人工呼吸などをしているのですが、武澤先生が先ほど言われたように、看護料、重症度などの点から、重症例は一箇所に集めて看護の度合いの低いものは一般病棟にというのが基本だろうと思います。そう考えたときに、どれくらいのものがこの協議会としてサジェスチョンできるのかご意見があったらお聞きしたいです。

#### ☆議長

ありがとうございました。

高崎先生からお話がありましたが、実際にハイケアを運用されていて、それに対して問題をお感じになっていると思います。

私どもの病院では、全病床1210床のうち内科HCU15床、外科HCU36床という病床数でした。つまり内科が1.3%、外科が3%です。その中に入る患者の数は内科HCU1000人、外科HCU3600人。つまり1年間に4600人の新しい患者さんが入って出て行くというなかで、単純に形状の問題だけでない問題が色々生じてきました。例えば外科HCUは年間3600名が36床に入りますが、平均在室日数は2.7日ぐらいです。病棟の中で外科HCUは離職率が最も多いベッドでした。業務の回転が速すぎて落ち着いて仕事ができないという大きな問題が起きました。また、外科HCUはその性格上、手術場からの患者さん、ICUからのステップダウン、病棟からのステップアップ、そして救急外来という4つの出入り口を持たざるを得なかったために、運用が煩雑になって日々の業務が医者以上に看護師さんにとって辛くなりました。それから、この病棟が平成13年9月24日にオープンしたとき、傾斜看護といって重い人はICU・CCU、多少軽い人はHCU、一般病棟はリカバリーの機能を持たないとしてしまったのですが、回転が速すぎて看護師さんが持たないことが問題になりました。かつては全部の病棟にリカバリーがあったので、例えば外科系では患者さんのリカバリー使用前、使用中、使用後を一続きで看られたという満足感がありました。しかし、(外科HCUができ)一番重いところだけが抜けて使用前と使用後しか見ない形になってので、非常に充実感がないという外科病棟が多くなりました。結局、外科病棟の力が非常に落ちてしまいました。病棟でレスピレーターを動かすことがなくなったのはよかつ

たのかもしれませんが、大学病院なのにレスピレーターを見たことがない（看護師がいる）という信じられない問題が現実になりました。そこで、36床あった外科 HCU を建物の面積を変えず区割りだけを変えて、24床の第2 ICU として4月から運用することにしました。作り変えるまでに、病院を説得して実際にできるまで5年かかりました。とりあえず10床で動かしていますが、平均在室日数が4日弱になりました。少しゆっくりになったので、看護力が増えたことになります。それから、入り口を減らして ICU からのステップダウンを基本的にしないという運用と看護師さん自身の問題という二つ視点が今回のハイケアの話の中で抜けているように思ったものですから、先にお話をさせていただきました。ハイケアは看護師さんを4:1に揃えないといけないのに、管理料が極端に安いですね。一つは経済面の話、一つは働いている人のモチベーションの話、それから実際の運用の複雑さ、三点同時に考えていかないとハイケアの話は片付かないと思います。

ICU に作り変えるときにもう一つ大事なことがあります。(HCU を) ICU にすると最低でも3割から4割入れる患者の数が減るので、一般病床にもう一度6年前にあったリカバリーの機能を持たせる必要がありました。リカバリー床を各病棟に2床から4床設けてモニターを整備し、一般床の看護師を増やすことによって、一般床の底上げを同時にしたために (HCU を) ICU (にすること) ができたことが注意するところかなと思いました。

勝手に先に話をさせていただいて申し訳ありません。

師長様方、ご意見がとおりでしょうか。ICU はまだ良いですけどハイケアの話を進めていく時、一番は看護師さんかなと思っているものですから。

#### ☆信州大学 小林

私は今 ICU にいますが、ICU では患者様が鎮静されていて動かない、話さないということで、意外と楽なのではないかと思えます。一方、HCU は意識があり、色々つながっていて動けずストレスの多い患者さんが多いです。そのため、HCUの方が看護師にとって大変なのではないかと思えます。だから燃え尽き症候群になってしまうのではないかと感じました。

#### ☆九州大学 井ノ口

うちは ICU が HCU を兼ねていまして、術後 ICU としてはジェネラルに心停止から老年期まで、一般外科・心臓外科から移植外科まで看ています。鎮静されている患者様も多いのですが、覚醒をさせて動かれる方も多いので、信州大学の方が言われたようにハイケアの方が看護師としてのケアが必要な分大変だと思いま

す。九州大学は在院日数の関係でハイケアを取れないので、そこを一応 ICU でカバーしています。救命救急を今年の 8 月から開設したので、その後方としてハイケアをしています。一般的なハイケアとはまた別です。

#### ☆議長

救急のバックベッドとしてのハイケアはよろしいかと思えます。しかし、院内 ICU 的な使い方をしている場合に、ハイケアがバックベッドになったり、あるいは術後のハイケアになったりという場合は、今お二人が言われたように看護のモチベーションを維持するのが大変だと感じて参りました。その辺を踏まえてハイケアをさらに前に進めようという議論があるかとも思いますが、いかがでしょう。

#### ☆浜松医科大学 土井

高崎先生の議題とも関係しますが、ご存知のように、特定集中治療加算の患者重症度の要件が非常に軽い。心電図をつけて、シリンジポンプをつけて、輸液ポンプがあればそれで OK だし、患者さんが自分で起き上がって歩かない限りは ICU に入れても特定集中治療加算が取れてしまう。そうすると HCU と ICU は何が違うか。おそらく大部分の HCU の患者さんは ICU に入れても加算の要件を通る。そうすると、運用だけの差なのかなと常々思っています。その辺も含めて国立大学病院の ICU とは本来どの程度の重症度であるべきなのか。今の基準は軽すぎて、ICU に入れる必要性のない患者さんまで入っても OK です。それで本当にいいのか。それは宮崎大学の高崎先生の提案とも重なってくるのかなと思えます。

#### ☆議長

確かにその通りで、毎回紙書かされていますよね。ほとんど全部丸になりますよね。病院の運用としての ICU とハイケア、つまりその患者さんの重症度なり全体の病院の患者さんに占める重症度から見た純粋なハイケアの運用と、それからもう一つ現実についている加算料の問題、要件としての看護師の配置の問題があります。現在の経済的・経営的な問題だけでハイケアにしましょう、いや ICU にしましょうという議論だけだと、数年すると転ばされちゃう可能性があるかなと常々感じているところでもあります。ですからやはり、人手のかかる人は ICU に入れられるような、つまり看護力としての重みがあるような配置に ICU を増やす方向に努力するのが良いと思えます。ハイケアは救急のバックベッドとして救命センターの中に入れてしまえば加算が取れますが、単純なスタンドアローンのハイケアとしてはなかなか運営が難しいというのは認識しておかなくてはいけない点だと思います。

決してハイケアに水をさそうとしたわけではありません。ハイケアは1施設の中で1個しか置けません。1箇所最大30床なので、救命センターの中のハイケアとして作ると良いのではないかと思う反面、例えば外科の術後を入れるためのハイケアとすると、運用が難しいかなと実際やっていると、先ほど井ノ口師長さんがおっしゃったように、例えばうち(の病院)でいうと3,600の外科HCUの患者さんの中に肝切除やPDの300例が全部入ってしまいます。つまり、肝切除はICUに来ないのです。そうすると、例えば肝切除が3泊4日といった時には翌日から離床してトイレまで一緒に連れていくなど、とても手間がかかります。そのため、離床を進めるのが遅れてしまう人も時々います。このようなことも勘案して、国にも提案できるのではないかと思います。

#### ☆議長

そうしましたら、議題が最後までできましたので、もう一度、最初にお話を戻して、議題1、2を通してさらに話を進めたいと思うのですが、いかがでしょうか。

この会議の前にありました看護師の会議の結果をお伝えしたいと思います。

#### ☆事務局

この会議に先立ちまして、私ども5大学の看護師で進行を進めさせていただきましたので、簡単に集約させていただきます。

まず現状認識です。ICUの位置づけと運用には地域性と特徴があるということですが、共通してやはりICUのニーズを非常にナースとしては感じる。実際にICUのナーシングケアがICUのクオリティに関与しているという認識があるから、先ほども出ましたが、病院内のベッド数の割り振りということから、ベッドコントロールが非常に困難である。つまり、回転を良くしたいが、なかなか障害も多いということが共通して語られておりました。それから二番目は、ICUの看護師が大切にされていない事。誰に大切にされていないかということ、医師あるいは病院サイドというご意見です。具体的には、クリティカルケアができる中堅のナースがICUにいない。ICUのケアを一人前にできるようになるためには、普通の病室とは違い、色々なナーシングケアに対する技術と訓練との問題もあって教育に時間がかかります。教育をするのもICUのスタッフなので、多大な時間と労力がスタッフの負担になっているということです。ICUのナーシングケアを維持していくのは非常に大変だということです。個々のナースはこういうものを認識していますが、なかなかモチベーションを維持できないために、長く居つかないということです。ICUで生きがいを持って働けるような環境を整える、例えば自己研鑽のための研修あるいは講習会に対する経済的援助や、教育に対する評価な

どを考えるとということを提言として挙げさせていただきました。

☆議長

ありがとうございました。いかがですか、師長さん方。

☆信州大学 小林

やはり、一人前になるまでに教育が非常に大変だと。それに一番に非常にストレスが高いと感じています。

☆議長

集中治療を考えたときに看護力は非常に大きいので、看護師の方と意見を交わす場があった方がいいと思います。例えばハイケアの問題にしても、単純に経営の問題や患者さんの数の問題だけでは済まない運営面での問題があるので、看護の方々にも一緒に入ってもらった方が良いのかなと思います。次回から如何でしょうか。

(拍手)

あのパチパチの数が4割くらいに聞こえたのですけれど、次回の開催校を金沢大学の稲葉先生に実は打診させていただいたところ快諾いただいたので、稲葉先生にその辺をお考えいただければと思うのですが。基本的には合同でやらせていただくということによろしいでしょうか。

(拍手)

ありがとうございます。

☆名古屋大学 高橋

苦言を呈するわけではないのですけれど、流れとして何々ができないから何々を要求とか何々をして欲しいというのはやめましょうということになっています。要求もわかりますが、前向きに何々があったらどうしようという議論にさせていただければと思います。

☆議長

わかりました。ということで、前向きにやらせていただきたいと思います。

出口としては具体的にこういうことをしていきましょうという形にしていくということですね。

【次期当番校選出】

☆議長

これで閉会としたいのですが、次回の開催校として金沢大学の稲葉先生、改めてどうかよろしく願いいたします。それで是非一言ご挨拶いただければ幸いです。

☆金沢大学 稲葉

一週間前に矢作先生からお話をいただいて、事務ともお話しして受けてよろしいということなので、来年度やらせていただきたいと思います。一月の終わりは雪が一番深い時期なので、今ぐらいか学会との合間にさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(拍手)

☆議長

ありがとうございました。それでは、本日は皆様お忙しい中はるばる東京へいらしていただいてありがとうございました。

(拍手)