第３０回

全国国公立大学病院集中治療部協議会

議事録

平成２７年１月３０日（金）

当番校：　京都府立医科大学

議事概要

【挨　拶】

開会に先立ちまして、事務的な連絡をさせていただきます。本年度は当番大学として京都府立医科大学附属病院が準備させていただいていますが、恒例によりまして議長選出までの間、病院管理課長の吉田が進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、日程及び配付資料の確認をさせていただきます。

会議の日程は、午後１時 40 分頃から文部科学省及び厚生労働省のご挨拶とご講演をいただき、特別講演、その後議案の協議をいただき、おおむね午後５時までを予定しております。

続きまして、本日お配りしております資料の確認をさせていただきます。まず、

（１）第３０回全国国公立大学病院集中治療部協議会 資料一式

（２）「大学病院を取り巻く諸課題について」（文部科学省）

（３）「平成２６年度診療報酬改定について」（厚生労働省）

（４）京都府立医科大学 紹介リーフレット

（５）京都の観光案内（2 種類）

以上の５点でございます。　また、愛媛大学から「ＩＣＵ感染防止ガイドライン」の冊子をいただいていますので、各大学に１部ずつお配りをさせていただいております。

それぞれお手元にございますでしょうか。不足の場合は、近くのスタッフにお声をかけてください。ご確認お願いいたします。

【開　会】

それでは、ただいまから第３０回全国国公立大学病院集中治療部協議会を開催いたします。　はじめに、文部科学省、厚生労働省及び特別講演者の先生をご紹介させていただきます。文部科学省高等教育局　医学教育課　大学病院支援室　病院第一係係長　井川恭輔様、厚生労働省保険局医療課　課長補佐　林修一郎様、特別講演をいただきます山梨大学医学部附属病院　救急部・集中治療部 部長松田兼一先生でございます。よろしくお願いします。それでは、当番校の京都府立医科大学附属病院の病院長　福居顯二からご挨拶申し上げます

【当番大学挨拶】

福居病院長（京都府立医科大学）

みなさんこんにちは、京都府立医科大学附属病院で病院長を務めております福居でございます。本日は第３０回全国国公立大学病院集中治療部の協議会にたくさんの方にご参加いただきありがとうございます。今日は全国的に雨であったりということで、交通機関にちょっと乱れも出ているときいておりますが、定刻になりましたのでスタートをさせてもらいたいと思います。この会が今回が第３０回という節目の回でございまして、

３０回という節目の会を、公立大学病院として京都で開催できますことを、大変光栄に存じておりまして、これも協議会の皆様のご推薦によるものと思っておりまして、感謝申し上げます。

さて、本院の集中治療部ですが、ＩＣＵと、子供さんを対象とするＰＩＣＵをあわせて１２ベッドで、年間で約６００名の重症患者さんを、橋本教授を中心に、集中治療部の皆さんで大変忙しくしていただいておりますが、頑張って治療に当たって頂いています。また、昨年、５月には、新たに特定集中治療管理料２を取得し、急性期の病院を担う本院の中核部門といたしまして、各診療科と連携・協力をいたしまして、重症の患者さんの安全で高度な管理・あるいは治療についておこなわれているというところでございます。

本日お集まりの皆様方も、重症患者さんの治療に当たる集中治療部におられますので、日々のご苦労は本当に並々ならぬものと推察いたします。

今日は、朝から看護師長会議がありましたが、色々と意見交換が出来ればよかったなと思っております。これからですけれども、文部科学省の井川（いかわ）様、厚生労働省の林（はやし）様、そして山梨大学医学部の松田（まつだ）先生に快く御講演をお引き受け頂いておりまして、本当にありがとうございます。講演を楽しみにしております。どうぞよろしくお願い致します。

そのあとの、協議におきましても、活発にご討論いただきまして、各施設の状況なども共有することによりまして、我が国の集中治療の分野が更に発展しますよう、実りのある会にして頂きますことをお願い致します。

最後になりますが、会議の合間や終了後には、お時間が許せば、京の和食文化や寺社仏閣など、ぜひこの時期、冬の京都もお楽しみ頂ければと思います。

これから午後の半日ですが、どうぞよろしくお願い致します。有難うございます。

吉田病院管理課長（京都府立医科大学）

福居病院長、ありがとうございました。

続きまして、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一係係長　井川恭輔（いがわ　きょうすけ）様より、ご挨拶ならびに「大学病院を取り巻く諸課題について」ご講演をいただきます。それでは、井川様よろしくお願いいたします。

【文部科学省挨拶・講演】

「大学病院を取り巻く諸課題について」

井川様、ありがとうございました。
　それでは、せっかくの機会ですので質問等ございましたらよろしくお願いします。

名古屋大学　救急集中治療部　松田直之部長

大学の研究を推進するにあたって、特に臨床研究においては患者さんの情報管理はとても重要でありますし、また学術の発展においては患者さんの情報を検討することはやはり必要なんです。　法制上個人情報の漏洩に関してかなり細かい規程ができてしまったと、大学もそれに準じて管理をしないといけないのですが、やはり各大学にまかせている状況である。そうすると何か事件・事象が起こってしまう。そこで、厚生労働省で何か安全策作って指針作っていただきたいと思っております。病院長等と話し合いながらも進めている段階なんですが、現在そういった取組がありますでしょうか。検討いただけると助かります。

文部科学省　井川係長

　どうもありがとうございます。　今具体的に各大学においてこういうふうに個人情報の管理をすべしという風には特に指針に示すほど検討しているわけではないですけれども、ひとつは全体的に個人情報保護法とか法令もございますし、あとはこういう場での情報提供もさせていただいて、各大学さんの取組を尊重したいというふうに思っております。というのも、大学さんと文科省というのはフィフティフィフティーといいますが、上位下達の関係ではないと思っておりますので、何から何までこうするべきとかそういうふうにするべきではないと思っております。なので大学さんの特性としてベター・ベストな取組があると思いますので、それをふまえてやっていってほしいと思います。

松田直之部長

　ありがとうございます。部長会あるいは教授会などで出てくる内容としては、マイナス面の検討、実際にどうすればよいのか研究促進する課程においてや、患者さんの管理をどうするとか、＋方向での議案がなかなかできていない状況であります。メディカルＩＴセンターができてそこで、改善策をということで動いておりますけども、統一した規約など検討する会ができてくると考えております。是非よろしくお願いします。

ご質問等がある場合は、挙手をお願いします。
　なお、大学名・お名前をおっしゃってから発言していただきますようご協力お願いします。　ご質問等無いようですので、(時間の都合もありますので、)
井川様、大変貴重なお話を賜り、ありがとうございました。

続きまして、厚生労働省保険局医療課　課長補佐　林修一郎様より、ご挨拶ならびに「**平成２６年度診療報酬改定について**」ご講演をいただきます。

【厚生労働省挨拶・講演】
「平成２６年度診療報酬改定について」

林様、どうもありがとうございました。
ご質問ございましたら挙手をお願いします。

名古屋大学　外科系集中治療部　貝沼部長
　ICU 特定集中治療室管理医療１を作っていただきまして、学会としても集中治療部が名前だけになっている所と、日勤夜勤している所と差別化が大事と思っているところでありまして、私としましても非常にありがたいと思っております。
１つ現場の混乱があります。A項目３点以上かつB項目３点以上が１４日以内の入室の患者さんの中の加算が取れている患者さんの９割なのか、その他の患者も含めて９割なのでは実際現場と大きな違いが生じます。このことについて各地方の厚生局で解釈が違うと聞いています。かなり微妙な問題でありまして、各地方の厚生局任せの解釈で理解してよろしいでしょうか。

厚生労働省　林課長補佐
　ご質問ありがとうございます。ご質問の内容は、特定集中治療室の患者さんの中で、特定集中治療室管理料を算定する患者さんだけについてA項目・B項目の基準を満たす必要があるのか、それとも入室している患者さんの中で特定入院料の基準を満たさず入院基本料を算定する患者さんも含めるのか、そういうご質問でよろしいでしょうか。

貝沼部長
　２対１看護ですけれども、重症のＩＣＵは特定集中治療を要するが、術後管理する患者さんが半分近くいてそちらは点数が満たないのです。

林課長補佐
　そこは理解しています。点数としては７対１基本料を算定することになってしまうということですね。これはですね、事務時期、解釈を何回か出させていただいている際に会報を間違ってだしまして、その後訂正させていただいた部分だと思います。
集中治療室の管理料を算定しない方も含めて全員で評価してくださいと事務連絡を一度出しましたが、その後、算定する患者さんだけにしてくださいと訂正させていただい

たと記憶しております。この疑義解釈の資料は、２４年診療報酬改訂というホームページのサイトに１～１２くらいまでありますけれども整理をして出させていただいていますので、訂正する前のものが７月くらいのもので、訂正した後のものが従来のものであると思います。すでに混乱があったことについてはお詫びをしたいと思っております。

貝沼部長

　これが全国的に確認出来れば納得できます。どうもありがとうございました。

山梨大学　救急集中治療部　松田兼一部長

　日本集中治療学会の専門医制度審査員会の委員長をしておりますので、その点からお伺いしたいのですが、厚生労働省の出される色々な通知の中にですね、集中治療専門医というのを書けない（記載できない）のは、一団体の認定なのでしょうがないと思いますけれども、たとえば専門医機構（第三者機関）が認めた集中治療だけでなくて色々な専門医というものが出た場合は、これは各一団体が勝手にしている専門制度ではないということになるので、診療報酬の中に今回のような集中治療の専門性のある人を色々書かなくてはいけいので混乱もあると思いますが、これを一つに専門医機構が認めた集中治療専門医に将来的になる方向なのでしょうか。それとも、それは別として厚生労働省がある基準で決めた集中治療専門性のある人になるのでしょうか。

林課長補佐

　専門医制度がきちんとスタート出来るようにということで、各学会に大変なご協力いただいているところと承知しております。現段階では、先生が仰るように統一的な制度設計がなされていないものですから、診療報酬上も集中治療学会に限らず内科であろうが外科であろうが専門医に着目した評価はしないと統一のルールとさせていただいております。したがって、専門医の研修を受けたということで同じだけの経験をしていると書いてありますけれども、専門医のライセンスそのものに着目した書き方にはさせていただいていないというところです。

これが平成３２年以降どうなっていくのか、この専門医制度をしっかり定着をしていただいて、きちんと質を担保できるものであるという制度として運営していくことがまず先決だと思いますけれども、そうなった際にそのことが、診療報酬に取り込むに十分な形になっていてその方が良かろうとなればまた議論になっていくと思います。

今の段階ではまだそういう議論をする段階にないものですから白紙というお答えになりますけれども、そういう状況になると良いだろうと皆さんが頭に思い描きながら制度のスタートに向けて頑張っていただいていると捉えているところでございます。

ありがとうございます。

他にご質問いかがでしょうか。

京都府立医科大学　集中治療　橋本部長
　将来的にお願いになると思うのですけれども、２年に一回厚労省が出されている調査票のところですね、集中治療科という分野を認めていただきたいと、これは 10 年ほど前に救急医療科を認めていただきましたし、本日も麻酔科、救急科等の先生がたくさんおられますけれども中には集中治療専門を自負していると考えておられる先生も多いので、是非将来的にはそういう風に認めていただきたいです。専門制度に関しては、集中治療専門医は二階建ての部分としては認めていただいていますので、将来的に是非ご協力いただきたいと思います。ありがとうございました。

林課長補佐
　標榜科については保険局というよりも医政局の所管になりますけれども、ご意見として伺わせていただければと思います。ありがとございました。
よろしゅうございますでしょうか。

群馬大学　集中治療部　国元副部長
　実は昨日も ICU に勤務されている先生に聞かれたのですが、26 の疑義解釈のスライド、集中治療の基準１のほうを取るには経験を５年以上有して習熟していることを証明する資料が必要であるが、それはどのようなものかと書かれています。それについて、その下に厚労省の答としていろいろ書いてありますけれども、これは集中治療専門医を持っていない場合にはこういった講習が必要であるという事ですか。
例えば集中治療専門医を持っていれば、集中治療に習熟していることは明らかだと思われます。ただ、専門医はたくさんいるわけではないので、専門医を持ってない人はこれら過去10年の間に30時間累積で講習を取っていればそれでいいと解釈していいですか。

林課長補佐
　はい。ご質問ありがとうございます。次の 27 のスライドをご覧いただければと思います。７月 10 日の事務連絡で講習時間として３０時間以上で行われた場合に研修を満たすとして良いかという問いでありますけれども、これに対する答えとして、その部分研修として該当するけれども当該研修に加え特定集中治療にかかる専門医試験における研修も行っていることが必要であることに留意されたいという形にさせていただきますので、専門医になるだけの経験を積んで結果的に専門医になっておられても、この研修要件についても併せて出していただきたいと考えております。

国元副部長

かつということですね。専門医を持っていても過去の累積３０時間講習を持ってなくてはいけない。

林課長補佐

そうような形で運用させていただいております。

国元副部長

はいどうもありがとうございました。これは問題だと思われます。というのは専門医を取って持っているということは十分集中治療に習熟している証しです。ですから３０時間のいくつかの累積受講時間を持っていなくても集中治療専門医を持っているだけでよいのでないかと思います。

林課長補佐

専門医の資格そのものを評価することが出来ないものですからこういう形にさせていただいておりますけれども、専門医を持っていればこういった研修もすでに受けている方が多いのではないかと希望しているところでございます。

岐阜大学　高次救命治療センター集中治療部　中野部門長

疑義解釈についてですが、実はこの後に会議に対しての提案としてあげています。
このパワーポイントの２７にあります研修というのは、ここ最近行われ始めた研修になります。そこで今まで専門医として働いてこられた先生方はこういったものを受けられてないもしくは、セミナーで逆に指導されている先生方になります。そういったことで、後で会議の提案として上げさせていただくのですけれども、実際にこれら専門医セミナーに参加していないとなると、特定集中治療の１が取れないという状況に至っております。何を元にこういったセミナーを書き出されているのかよく分からないですが、集中治療の専門医だからといってこういうセミナーを受けている時間的なものがかなり違っているので出来れば疑義解釈をもう少し広げてもらえればと思っております。

林課長補佐

専門医だったらいいじゃないかというご指摘についてもお答えしている通りで、同じ解釈で専門医の資格そのものについて着目したことは何も書いてないので、専門医そのものを評価することが出来ないという事情をご理解いただきたいと思うのですけれども、その上で研修として、過去にあったもっとふさわしい研修があれば一つ一つ集中治療学会と協議しながら十分ふさわしい研修となれば書き加えております。また後、協議の時間等で皆さま方から提案いただければと思います。また学会を通じてこれは十分なものというお話があれば一つ一つ検討させていただきたいと思います。

中野部門長

ありがとうございました。

吉田課長

ここで１０分程休憩時間を入れさせていただきます。
１０分後に再会させていただきますのでお席にお戻りいただきたいと思います。宜しくお願いします。

吉田課長

そろそろ再開させていただこうと思います。お席のほうにお戻り願います。それでは引続きまして会議を進めさせていただきます。ここで特別講演に先立ちまして、議長の選出をさせていただきたいと思います。恒例によりますと、議長は当番大学の集中治療部長が努めておりますが、これに習ってよろしゅうございますでしょうか。それでは、ご承認いただきましたので、京都府立医科大学附属病院　集中治療部の橋本部長に宜しくお願い致します。

橋本部長

京都府立医科大学附属病院　集中治療部　橋本でございます。
本日は皆さま足下の悪い中、ご参集いただきましてどうもありがとうございます。
また３０回という記念すべき協議会に一公立大学といたしまして非常に光栄と思っております。
今日は皆さまからの依頼がございましたので、しばらく絶えておりました厚労省からのご講演を考えまして、かなり内容が圧縮しないといけないことになりまして、最終的に特別講演は昨年二人でしたけれども松田先生お一人ということになりました。そのあと協議事項等がかなり沢山出されておりますので議事進行をスピーディーにやっていきたいと思います。
先ほど福居院長も申しましたけれども、せっかくこの季節に京都に来ていただいて寒いですけれども、このホテルの庭は全国庭園ランキングの４番ということで、京都では桂離宮の次でございます。是非観光でない方も一目見ていただいて目を楽しませていただけますでしょうか。ホテルを出たすぐのところも蛤御門でございまして歴史的な建造物も見て帰っていただければと思います。

ではこれから議長をさせていただきます。どうぞ宜しくお願い致します。

まず、特別講演　ご案内申し上げます。
「集中治療医学会専門医制度について」山梨大学医学部附属病院　救急部・集中治療部教授の松田　兼一先生にご講演をたまわります。
皆さま、松田先生はよくご存じと思います。時間もおしておりますので長々としたご説明は省略させていただきます。松田先生と言えば、早稲田の理工を出てから千葉大学に行かれて、とにかくメカニックに強いということで私もいつも頼りにしています。本日は専門医制度について頑張っていただいてますので、その内容をご紹介いただきます。先生どうぞ宜しくお願いします。

「集中治療医学会専門医制度について」
山梨大学医学部附属病院　救急部・集中治療部教授　松田兼一部長
御講演

橋本部長
　非常に明解に話していただきまして、ありがとうございました。
かなりおしておりますので、１つくらい質問あれば挙手お願いします。

松田直之部長
　実は２０㎡のところに関しても、これからの教育、つまり診療加算点数の厚生労働省の考えに関しても、集中治療学会やこの国公立大学病院集中治療協議会が十分重みをもっていると思っております。２００２年の妙中先生を中心にしてまとめて下さった集中治療部の設置のあり方、とても良い内容としてまとまっていたのですが、いきなりそこをステップとして厚生労働省に強くインパクトとして与えられてしまうと特定加算１を取れなくなるということが今後出たり、病院の中の急激な改革をしなくてはならないことが色々な病院の事情で出てくると思います。僕自身は皆さんの状況などのアンケートをこの会で取りながら厚生労働省に新しい提案をする時はかなり慎重に対応していくことが必要だと思っております。特に今後教育問題が出てきて、医師だけでなく看護師の方も含めて重要ですけれども、専門医でなければ集中治療室の加算点数が全くもって取れなくなってしまうところへの移行に関してはかなり慎重になるべきと思っていますが、教育部門や先生達のスタンスが今どういう厚生労働省との交渉あるいは連動についてお聞かせ願いたい。

松田兼一部長
　それはたぶん志馬先生に聞いていただくほうがいいかと思います。
私が申し上げたいのは、たぶんこれから特定管理料１，２も３、４も専門医がないと取

れない時代が来ると思うので、かなりの施設が消えるのではないかと。で、我々のいるところだけが生き残る。その中で上のほうというのは救急医学会で言うと救命センターみたいなもので、例えば人口あたりだとか県あたりとかいう形にして上の方は制限がかかるのではないかと私は思ってます。そうでないとお金が足りるはずがないじゃないですか。どこか下げないと。そういうところで我々の存在感として、我々がいるところはやっぱり管理料が取れる。そういうようなところが存在感になるんじゃないか。ここにいる人たちはみんなそれぞれ管理料の１，２をとっていただいて‥ということになればいいのではないかと思います。

-1.16

松田直之部長

　急激な変化が起こると、病院の執行部の中心部が理解していない状況にあると思うんですね。だから広く今後を知ることもやはり必要なんだと考えております。今後ともよろしくお願いいたします。

志馬先生何かよろしいですか？

京都医療センター　志馬先生

　今回の変化は急激なので逆にびっくりしたんですけれど、僕らのことを認めてくれたということなんです。それに対応していかなくてはいけないんじゃないかと。

橋本部長

　松田兼一先生はおっしゃってませんでしたけど、この教育プログラムは、この協議会が発信ということですね、なので、この協議会が重要な役割を果たしたということですね。だから、症例登録に関しては、ほとんどのこの、今回集まっていただいた先生がたが参加していただいている集中治療医学会主体の JIPAD に参加していただきたいと思います。

橋本部長

　それでは、午前中に開催された看護師長会議において、本院看護部ＩＣＵ担当の師長、阪田から報告させていただきます。

京都府立医科大学附属病院ＩＣＵ　阪田師長

　京都府立医科大学附属病院ＩＣＵ師長の阪田と申します。午前中におこなわれた、看護師長会議の報告をさせていただきます。

本日の看護師長会議では、皆さんのご意見をもとに、情報交換・意見交換をおこない、よりよい看護の運営にあたるべく、グループワークをおこないました。事前アンケートをもとに、新人教育、倫理問題、病棟連携、看護方式、スタッフの人事、あと、医療行為・診療補助行為の拡大の６つのテーマに分かれておこないました。新人教育や、スタッフの人事では、現状としては新人を育てるのはかなりの時間を要しており、さらに新人そのものの素質や、求められるものも高くなっていることがあり、施設によっては新卒者を配属していないところもありました。効果的な教育をおこない、離職率を低下させるために、各施設ではさまざまな工夫がされておりました。異動者に関しても同様の問題があり、スキルアップやモチベーションアップのためには看護部の理解を得るとともに質・量共に余裕のある人事配置が必要であるという共通の思いが出されておりました。倫理問題では倫理観が多様化する昨今、様々な葛藤をどの施設でも抱えておられました。その中で、多職種間でカンファレンスをおこなっていくことでスタッフ間の意思統一を図ることが大切であるということが出ておりました。病棟連携では、ＩＣＵからの退室や、ベッドコントロールなどが問題としてあがっておりました。日々の入退室のことはもちろん、終末期や長期入室患者についてはどこの施設でも問題となっていると思います。いろいろな取組が工夫されていましたが、まとめとしては病棟スタッフとＩＣＵスタッフの協力・共同の姿勢が必要となってくるということでありました。いずれのテーマにおいても管理者としての視点から活発な意見交換や情報交換などしていただき相互理解を深めることができたと思います。最後は、これは私の感想になりますが
どこの大学の師長様がたもＩＣＵにおける治療や看護をよりよいものにしていこうという強い思いをお持ちでした。それはＩＣＵの看護師だけでなく、先生方を始めとして、様々なコメディカルスタッフや各種の協力があってこそ成り立っていくものだと感じました。今回の看護師長会の内容は各施設での今後に役立てていただけるものだと思っております。また、よりよいＩＣＵの運営のためには先生方のご理解やご協力は不可欠ですのでどうぞよろしくお願いいたします。これで簡単ではありますが、看護師長会議の報告とさせていただきます。ありがとうございました。

橋本部長

　ありがとうございました。報告をきかせていただいたんですけども、非常に共感できる部分が多く、またお時間があるようでしたら今後は午前の看護師長会の方も出ていただけたらと思います。
では、時間がおしておりますので、協議事項の方に参りたいと思います。
協議事項、本日は４つございます。

【協議事項】

①　ＶＡＥサーベイランスについて【三重大学】

【三重大学・今井部長】

三重大学の今井です。貴重なお時間をありがとうございます。今年も同じようなかたちで、進捗状況等をまた松田先生と、志馬先生からお話していただこうかと思います。よろしくお願いいたします。

橋本部長

では、まず松田先生お願いします。

去年も志馬先生からお話いただきましたし、その前も徳島でも話題になっておりましたので、３年連続ということです。

松田直之部長

　名古屋大学の松田でございます。集中治療室における安全管理の一貫として、VAP の検討を、これまで様々な国公立大学病院の集中治療部でおこなってきていると思いますが CDC の方針として、VAE、VAC, iVAC などと、内容が整備されてきまして、この VAC の合併症のリスクとしての解析、評価方法ですね、そして最終的にはこれらイベントを減少させようという流れで集中治療室の安全管理の一環として、まさに、CDC のこのガイドラインを、そして考え方を踏襲してこれまでの VAP の考えを、より発展させようということになってきているわけです。まあこういった中でですね、新しく内容が変わっていますので、皆さんに資料としてお配りできると思っております。一方、先ほどから話題となっている協議システムを

救急医学会、集中治療医学会がつくってきておりますけど、その一方で安全管理として人工呼吸器関連事象検討委員会が発足。これが２０１３年７月２２日ですので、集中治療医学会と連動しながら、国公立大学病院集中治療部協議会がよりよい人工呼吸関連のイベントを検証させるシステムを構築する、そういう方向として現在動き始めております。新しく実は２０１４年に定義の追加なども行われておりますので、あとで資料としてご覧になっていただけたらと思います。そういう流れの中で、昨年、この新しい流れを説明してから、実際にはプロトコールなどを作成して現在運営委員に関する全国調査を開始しようとしておりますので、これから志馬先生に細かなお話をいただきたいと思います。委員長としてのこれからの方向性を伝えていただきたいと思っております。

国公立大学の集中治療部の情報をみんなで共有できるような体制として安全管理のひとつとして、この VAP の管理に関して進めてまいりたいと思っております。

それでは志馬先生、現在の状況についてご報告をお願いしたいと思います。

志馬先生

発言の機会を与えていただいてありがとうございます。今日は、集中治療医学会の、今、ご紹介いただきました人工呼吸器関連事象委員会として、この会とは関係ないんですけど来させていただいてお話しさせていただくことにします。調査をしようということで、今、詳細な調査と簡易な調査の二つを走らせています。今回、先生方にお願いしたいのは簡易調査をこの国公立大学病院集中治療部協議会の場で行っていただけないかというふうなお願いです。同様な調査は、すでに海外では先行研究がございます。これをもとにできるだけシンプルなデータでみようと、海外のデータはけっこう細かいので、詳細版は、もっと細かいのをやろうとしているのですけど、ここではもうちょっとシンプルにVAPがどれだけいるか、その中でIVACやPVAPがどれだけいて、それと旧来のVAPのサーベイランスがどれだけいて、その差がどうか、すなわちこの図ですね、この図をとりあえず書きませんかというふうなお願いでございます。もう後ろ向きとしてＩＣＵ入室した４８時間以上人工呼吸をうけた患者さんを対象として、できれば半年くらいで各施設５０人くらいから多いところでは１００人くらいかも知れません、の患者さんを対象として、できれば１０施設から１０数施設登録いただければ、全体で５００症例です、可能かなあと思っています。できれば研究協力費をどこかから捻出してお願いしたいなあと、非常に些少になるのは確実ですけどお願いしたいなと思っています。この定義に沿って後ろ向きに見ていただくと、場合によっては施設によってとられている施設、うちなんはもう１年半くらいとってると思いますが、そういう施設はそのデータを直接提供していただくということかなと思います。最近、CDCがVAPの定義をPVAPに変えました、よくわからないですけど、とりあえずこのままいこうと思います。取るデータもできるだけシンプルにして、これぐらいのシンプルな普段とっておられるデータ、VACと診断した人だけは、診断日とその中でIVACだったのかどうか、PVAPだったのかだけ、サーベイランスのVAPデータをとっておられるところは多いと思うのですけど、これはこれで、有無と診断日と、もう一つ、ここだけはややこしいんですけど、サーベイランスVAPだったとき、それが、VACだったかどうかというところを振り返ってみるというデータ、これだけで何とかお願いできないかなということで、三重大学の今井先生の方で倫理委員会を通していただいて、そちらの方でまとめていただくような形、あとデータ解析については、国立大学病院協議会ではないんですけど、私たちのところの臨床研修センターで専門の統計解析者によって統計解析いただくというふうな予定でございます。この協議会が終わって、集中治療学会の後ぐらいに募集させていただいて、なんとかお願いしたいと思っておりますのでよろしくお願いします。以上です。

橋本部長

ありがとうございました。この提案について、何かご意見等ございませんでしょうか。是非、この１０施設に入ろうと手をあげていただければと思いますし、今、何施設あるんですか。

志馬先生
　今はまだ、ここに含める数施設ですね。できれば１０施設以上入っていただけるとありがたいと思っています。

橋本部長
　また志馬先生の方へご連絡いただければと思います。どうもありがとうございました。

②　・国公立大学集中治療部におけるＶＡＥの評価について【名古屋大学】
　　・看護師の特定行為及び特定行為研修の基準等の策定についての意見【名古屋大学】

松田直之部長
　看護師さんの特定行為を、現在、拡大するという方向が実は出ているんですが、我々、名古屋大学を含めて、多くのご施設で、現在、あまり理解が進んでいないのではないかと思います。看護師特定行為厚生労働省医道審議会保健師助産師看護師分科会が報告事項をまとめており、今、パブリックコメントが求められている段階があります。実際に、この運用が適用されますと、人工呼吸器のウイニングであるとか、静注薬の投与等を含めまして、中に実は含まれているものとしまして、胸腔ドレーンを抜去する、気管チューブを看護師さんが抜去するというような仕事が認められる一方で、この職務に関する責任性の所在が実に不安定になってまいります。一方、外の病院でありますと、多くの場合、集中治療室にドクターの存在しない状況が進んでいます。看護師さんが代わりにこれらの行為をおこなってくれると、ドクターたちにとっては、特に心臓血管外科医たちにとっては、とても助かるという事情がありますが、院内のインシデント予防という観点からどこまでが医師の医療行為であり、どこから看護師さんと連動するのか、その一方で看護師さんの専門性ということをもう一度見直すことが必要となったのではないかと思います。あとでまた資料をお配りできるかというところで、今回の橋本先生にお願いしたところでありますので、是非ご確認いただきたいと思います。この特定行為の中に含まれるものとして胸腔ドレーン抜去であるとか、心嚢ドレーン抜去とか、そういったことまで本当に必要とされるのだろうかというところですね。これは質と管理という中から 細かく見極めていく必要があると思っています。 昨今 血液ガス分析に関してはですね、多くのご施設で看護師さんがとってくださって、一緒にそのデータを解析するというような状況にあると思うんですが、その過程で例えばベッドコントロールにしてもあるいは輸液電解質の組成にしてもドクターの内諾ということでありますが、多くの場合、我々の求めている集中治療室は、集中治療専門医がそばにいますので、そこでどうするという決定であるということは、看護師さんに判断を任されないところだと思うんですね。そういう中で、個人病院において、一般市中病院においてのやりやす

い形の集中治療体制、手術室の運営、こういったところを皆で検証していきたいというところです。パブリックコメントのホームページもこちらにのせてありますので、是非、皆さん関連部署で検討いただいて、パブリックコメントを、そして日本集中治療医学会の方もご指摘いただいて、まとめてまいりたいと思います ご審議ください。

橋本部長

ただいまのご提案についてご意見ございましたでしょうか。かなり大きな問題だと思いますけれども。学会では氏家理事長を始めとして最近議論されましたでしょうか。

松田直之部長

そうです。

橋本部長

看護部の方からは、理事をされている聖路加の宇都宮先生がですね。かなりの内容には問題があると、そのようにおっしゃっていますよね。逆にですね。今まで先生がおっしゃったように、血液ガス分析とかそういったもので、通常の業務として、いわゆる集中治療室として独立しているところが、看護師の方々にやっていただいていたところも特定行為になると、特定行為の実施を認められた看護師さんたちだけができる、そういうことになっちゃうんですか。

松田直之部長

そうですね 逆に言えば そういうことになって また細かい規律を考えていくことになると思います。

橋本部長

ご提案で、我々は一体何をすればいいのかというところが、パブリックコメントで意見を言ってそれを反映される、今まだその時期であると考えて良いのですか。

松田直之部長

実はほとんどの内容を 規約はもう出来上がっているようなんですが、残念ながらたとえばこの国公立大学病院集中治療部協議会からメンバーが会議にでていたということがなく、また日本集中治療学会からも選ばれたメンバーが出て、コメントの出ていない段階なんですね。一方、日本救急医学会からは 有賀先生が参画しているという状況にありまして、たとえばこの特定資格で気管挿管を看護師さんができるような状況になります。議論の中で救急救命士さん達が気管挿管をする、できる、なので看護師さんにもそういう特別な資格を持たせようではないかということが議論されていますけれども、

救急救命士さんたちの、実は気管挿管が誤挿管したときの責任問題であるとかですね。先ほどの VAP ではないですが、汚い環境の中で挿入したものに対して、それでは VAP が出た時にどうするのかという問題などは質と安全の管理の中で未だ細かな検討がされていない状況にあるんですね。その一方で救急救命士さんたちの気管挿管の実態は減少する傾向にあります。そういう中で逆行するかのように、確かに厚生労働省の主張としては、医師の負担を軽減したいということで、先ほどもお話いただいているところですけれども それが本当に負担になっているのかというところの議論なく、我々の見解なく話が決まっていくのは、やや先程来伝えていますが質と安全の管理ですね、というところが、あと本当の意味での分業をしているというところで適切なのかどうかは、やはり本会のあいだでも一つの見解を提示しないといけないのかなと思っています。

松田兼一部長

参考になると思って申し上げるんですが、最近、救命士の特定行為が処置拡大になりまして、意識のある方とか生きてる方というか行為ができるようになったんですけど。今の気管挿管にしても、エピネフリンを打つにしても、医学的には一旦亡くなっている方、心肺停止の方に対して処置をするというところで認められてきたところがあるんですね。でもこの看護師特定行為の場合はそういう方に限られているわけではないですよね。もちろん。ですので、まさに医療行為に近づいてきているので救命士の方ができている行為だから看護師さんもと言うのは、あまりにも乱暴な、そこにはすごく大きな壁があるんです。ですので、パブコメ書かれるときに救命士さんもやっているだからという思いじゃなくて、彼らは心肺停止時だけなんで、我々は普段の人に行うときにどうあるべきか、安全をどう守るべきか、看護師さんを守ってあげないと、看護師さんがやって、あんたがやったから悪くなったっていうわけにはいかないわけですよね。皆さんチームでやってるんで、そこだけちょっとお話が出たので、違いを申し上げました。

52

橋本部長

ありがとうございました。是非、皆さんパブコメをだしていただけるようお願いします

③ 診療報酬の算定での特定集中治療室管理料１における「専任の医師」の解釈について

中野部門長

　岐阜大学救命治療センター集中治療部 部門長やっております中野と申します。今回の 会議の提案なんですけれども、先ほど、厚生労働省の林先生のところにもありましたけれども、診療報酬算定での特定集中治療管理料ですね。管理料１における解釈につ

いて 提案させていただきました。先ほどから話題になっておりました特定集中治療の経験を５年以上有する医師２名を含むことということがあったんですけど、私どもの施設では 今年度末に管理料１の申請をしようとしたところ、事務サイドから、先ほど、林先生の方のプリントにありましたような疑義解釈をいくつかあげられておられました。もともとうちの施設は、集中治療の専門医と呼ばれる先生が２名以上いましたので、これでほかの条件を整えればＯＫかなということで出さしていただくと、実は専門医というものは認められていないという、どちらかというと、この疑義解釈の１番２番３番を読んでいきますと、ここにあげられたセミナーとか講義に３０時間以上出たということを証明する資料をだしていただかないといけませんということでお話がありましたので当協議会としてどのように解釈していくべきか。それから専門医というものを認められていないということでしたので、今後ということになると思うんですけれども、専門医の位置づけはどういったものにしていくべきかということで提案をさせていただきました。

橋本部長

先ほど来、ずっと出ている問題ですけれども、何か追加というか、常にこれは皆さんから学会事務局なりに直接お問い合わせがあって、私も何遍も近畿のいろいろ先生方からいただいてるんですけれども。

松田兼一部長

結局認めるか認めないかは各県によって違うんですね。それでどことは言いませんけど、 ある県は専門医だったらいいというところもあったんですけど、ある県はやっぱりちゃんと心配になって中央に聞くと３０時間やらなきゃいけないとなって、そうですと言ってるのもあるみたいで、あまり声を大きくして３０時間講習受けなきゃいけないんですかと、たぶんどこもかしこもそうですと言い始めちゃうのかなという思いがあるんですけど。担当官がそう言うなら、そうせざるを得ないというか、厚労省の方も地方にまかせてるんですよね。その中で３０時間をすぐにでも取れるように集中治療学会として はなんとかしなければいけないと本当に思ってまして、今回、学会の中でやるセミナーをわざわざ外に持ってきて、会員じゃない人も受けれますという表向きの含めて何とかとってもらうというしかないけど、たださっきも言いましたように、すぐにとるっていうのも、向こうもあげるパイを決めているみたいなイメージがあるので、頑張っていただきたいと思うんですけど。ただ将来的に、専門医であるということが日本の専門医機構で認められた時に、絶対３０時間の話が出てくると思ったので、更新のところでわざと学会中にやった講習も入れて３０時間みたいなやつで持って行くとか、いろいろ考えているんですけれども。今のところは、そう言われちゃったらそうせざるを得ないような感じで悔しいですけど。

中野部長
ありがとうございます。

橋本部長
学会の先生がた、いろいろ疑問に思っておられると思いますけど、私の知るところでもこの３０時間というのは、決して日本集中治療医学会やこの協議会から出た話ではなく、厚労省側がこの診療報酬改定によって特定集中治療管理料を満たす資格のある病院とはどういう病院かということをおっしゃって、それは３０時間の講義を聞いた医師のいるところ、そういったところを資格ありと認めようとおっしゃったわけで、過去何年間にわたって３０時間をどういうふうに算定するかというのは、むしろ、各厚生局と、おそらく先生方のところの事務官の方々が決めて申請を出すか出さないか、出したものに対して、アウトかセーフかは、おそらくその厚生局の事務の方の判断であって、集中治療医学会の判断ではないということですから、これ以上申しませんけれども、あまり深入りすると、これどうなんだと学会に聞いたりすると、墓穴を掘るというようなことにもなりかねないというふうに聞いております。実際問題、志馬先生が調査されましたけれども、学会で調査しました先月の段階で、全国で４６施設が特定集中管理料１を認められている。その名簿を見ますと、なぜ認められたか首をかしげたくなるという風に思いたくなるような施設もあるということでございますけれども、それについて 厚労省としては各厚生局の判断であるということで、おそらく、松田先生もおっしゃいましたけれども、ぶり返しがくるだろうと返還を求められるというような施設も出てくるんじゃないかというふうに考えています。

中野部門長
ありがとうございました。

志馬先生
よろしいですか。日本集中治療医学会の立場をもう一点だけ強調しておきたいのは、今回の診療報酬を含めてストラクチャーの評価しかされていないというところが問題であると考えています。我々の学会としては、やはりプロセスとアウトカムを、算定までには、その案件は入ってこないわけですけれども、それ以降、どのような保険点数をとられた後、どういうことがされているのかというふうなところを調査して、しっかりと評価して、究極的には質の高い集中治療の提供につなげていきたいということを考えていますので、どうしてもストラクチャーばっかりの議論になるんですけれども、学会の考えている大事なところは、その先にあるんですよということを改めて申し上げておきたいということでございます。

橋本部長
ありがとうございます。そのための症例登録 JIPAD ですので、よろしくお願いします。

④ ・事務局の今後の運営について【徳島大学】
・複数集中治療部がある病院からの参加について【徳島大学】

西村部長
徳島大学の西村です。事務局を一年間やらせていただきました。皆様方にお願いして、この協議会の議事録を送っていただき本協議会の記録を作成しています。不手際で、19回と20回、岡山大学と宮崎大学担当の資料が当日の配布資料しかありません。お持ちの方は徳島大学まで送ってください。第5回からの議事録が集まりました。1回から4回 は議事録があったのかどうかもわかりません。少なくとも5回以降のものがそろって、協議会の歴史がわかるものができると考えています。それを読むと、今回の診療報酬に関わることも、随分以前に先輩がこの協議会を通じて発信され、それが反映されているのが良くわかります。この協議会の大切な財産だと思います。なんとか予算を確保できそうなので製本化して皆様に配る予定です。ただ、私のところは大きな医局ではありませんので、ずっと事務局を続けることは難しいです。是非、別途事務局を作っていただき、本協議会での協議事項が単年で終わることなく継続して、それが厚労省や文科省に届いていく団体になればと思います。議事録を読みますと、独法化というのがこの協議会に非常に大きな影響をおよぼしたことがわかります。独法化前までは協議会で議論された内容が全国国立大学附属病院長会議に上程されていました。集中治療部協議会から上程された議題を検討していただき、病院長会議から行政に言っていただく流れがありました。独法化後は、協議会は協議会、病院長会議は病院長会議になったので、事務局を作って継続してやっていくことが必要です。多治見先生の思いもそういうところにあったと思います。途切れないようにするのは重要ですが、これ以上続けるのは非常に辛いです。そういう流れがあったとことは、今回の出席名簿を見ますと国元先生はご存じかと思います。

国元副部長
私も1988年からなので、その前はおそらく藤田達士先生が今井先生とともに、たぶん今井先生が事務局をうちうちでやって続けてきたような気がします。私が ICU をやるようになった頃には、医科歯科大学で回り持ちでやるようになって、その頃から事務局はなくちゃいかんだろうという話はたぶん議事録にも残ってると思うんです。あとは先生のおっしゃるとおり、ダイレクトに病院長会議の上程議題をいっぱい出たうちから

２つ３つ選んで、最後に決議を出して、それで出してもらいましょうというふうにやってきたと思います。事務局は、やはりあった方がいいと思いますね。ただしそれがどういうふうな役割を果たして力を持っていく、実際に行政に影響与えていくかというパイプがないので、それを皆さんでこれから考えていってもらえればいいと思うんですけれども、やはりあった方がいいのではないかと思います。それでいろんなサーベランスとかアンケートを何回かずっとやって、例えば ベッド回り面積の調査なんかも何回もやったんですけど、そうすると自腹でたくさんの費用かけてやるようなことが起こって、当時は天羽先生からもそういった資金があった方がいいじゃないかというようなことを話あったんですけども事務局ができたら、ある程度、全国の参加校の事務に働きかけて年会費のようなものをもらうとかした方がいいでしょうし、いろいろ形を整えていったらいいと思いますね。規約とかも。ですから私は事務局はあったほうがいいと思います。

西村部長

探してみると規約あります。平成６年か８年ぐらいにこの協議会の規約が作成されていますが、もちろん形骸化しています。また、参加校も変わっていますので、規約も改訂する必要があります。

橋本先生

去年の議事録を読んでもほとんど同じようなことが書いてありました。事務局を作るということについて反対される施設はひとつもないと、その時の議事録でも三高先生が発言されて、医科歯科大学が事務局をやったけれども最後のところで 東京大学にですね、事務局を移すという決議がされてそのままになっているということで、確か土井先生が代理なので、確かめますとお言葉があってそのままご返事をいただけていないという状況だったと思いますが、東京大学の方で何かそういう議論はされたんでしょうか。

東京大学　土井副部長

本当に寝耳に水ですね。早急に確認いたします。すいません。

橋本部長

もうひとつがですね。今回、我々、公立大学として初めて、この協議会を事務局を仰せつかり、まったく予算がないとはじめ言われたところから、事務方に頑張っていただいて予算獲得いただいてこういう風に用意させていただいたんですけれども、各大学の事務局にお願いするところがあまりにも多すぎると、特に看護部の方も非常に熱心に師長会してくださってますが、１日仕事ですので、そのあたりも含めてやはり事務局が本当必要だなと、でないとですね、申し送り、申し送りできているんですけども、結局、

その、たとえば去年 秋田でお集めになったアンケート調査の結果も紙でしか残ってない、やはりそういうふうなところでも事務局がいると思うんですけれども、西村先生に依頼されて、私もいろいろ調査したんですけれども、まず手始めにそういったものを行うにしても、各参加校から年間２万円程度の会費をいただかなければ、０では何もできないんじゃないかというように思うんです。ではその財源をどうするかというところは、各校で考えていただくということで、とにかく、おそらくこれでやりましょうということでもお金が無ければ来年の次の当番校でも同じ議論がされるだけじゃないかと思うわけなんです。何かご提案を。

千葉大学　織田部長

２つ方法があると思うんです。一つは、私が関わっている別の協議会で、運営委員会というのを作っていて、ある程度それが固定されて、３校から４校で、その方針とかを決めるというようなことでやられている協議会はあります。もう一つは、お金集めるのは当然、事務局の連絡とか、今回のたとえばこの会場を借りるんだって、京都府立医大の予算の中で捻出されているわけですよね。それも負担になるわけです。当番校の負担になりますので、そういったものも含めて、協議会に参加されている施設が、相応の負担をするというのが継続していくためにも必要じゃないかと思います。国立である我々のところは確か施設会員の会費を何かの学会で出してると思いました。だからそういうのを利用する手もあるかと思います。事務局については、大学の事務の方にも負担をかけますし現実的には非常に難しいと思うんですね。それで、ひとつ提案は、日本集中治療医学会の事務局が、今度、人数が増えますよね。それを一年中やっているわけではありませんので、その会費を集めるということになりますと、会計もしないといけません。だいぶ集中治療医学会の理事等に、この会に協議会に参加されている方が大勢いらっしゃいますので、その日本集中治療医学会の事務局に一部を委託するというような考え方はいかがでしょうか。できないでしょうか。

西村部長

事務員は増えましたが、それにともなって業務も増えています。事務員の業務は今も非常に厳しい状況が続いていますので、外部のことを受けていただけるかは微妙だと思います。

橋本部長

それについても相談させていただいて、たとえばですね、日本集中治療医学会の東北地方会は東京の業者に委託しているんですね。それ以外の学会の場合は、出版社に事務局を委託しているということで、少しあたってみたんですけれども、もういくつかの業者はそういったことを専門に学会事務局等を専門にやっているところがあって、そういっ

たところであれば 全面的に移行は無理ですけれども、いくばくかの予算でやっていただけると、それで少しずつ全体の負担を減らしていくという方法もありかなと考えております。とりあえずこれでこのまま終わっちゃうと、また１年後になるので。

貝沼部長
何年もこれに参加してるんですけれども、この協議会の位置付けが最初からよくわからないんです。国の機関としてやっていると最初はやってると思ってまして、今の議論ですと学会とかに一任にとかの議論ですけども、どこから経費を出すかとか、例えば名古屋大学では事務のなんとか係のどっかの経費から出すとかにするには国の機関または独立行政法人の機関、私立は入ってないわけですから、国の協議会だと思ってましたけど、ですので、国がちゃんと面倒みて、運営委員会はまた我々の方で決めればいいんですけど、色んな財政的にバックアップとか、会場設営その他は国が責任をもって決めるものではないか思っていますけど、全国の救急部の協議会とか、いろんなのがありますね、それは我々学会から出てきたんじゃなくて、国が意見を吸収したいために作ったという解釈の方がよろしいんじゃないでしょうか。

西村部長
それは間違っていると思います。国が作ったものではありません。他の、例えば救急部協議会も同じだと思います。

貝沼部長
とすると、そうじゃなければ 、私立大学の集中治療部もかなり頑張っておられますし、なぜ国公立だけでしているのかということがよくわからないですね。

西村部長
設立された時のことはよくわかりませんが、他にも同じような協議会があります。それぞれで経緯があると思います。国公立病院大学であるという誇りを持って皆様ここにいらっしゃると思います。施設の基準云々もありますが、国公立大学病院の集中治療部がわが国の集中治療医学のリーダーシップをとっていくべきと先人達がやってきたのだと思います。単に他の大学も集めればいいと言うのではなく、税金で運営されている大学病院ですから、世の中における役割も異なります。国公立大学病院としての誇りを持ってリーダーシップを発揮していくべきであり、またそのようなリーダーシップを持った人達の集まりではないでしょうか。

松田兼一部長
この協議会は、必ず事務の方も完全に入っていただいて、たとえば、我々集中治療部の

人間だけじゃなくって、その時の当番校である事務方が入ってくださって、すごく積極的にやっていただいてますよね。いろいろ見ていると先ほどのリハビリテーションとかも含めて、そういう協議会もある中で事務の方の協議会もあるんですよね。たとえば総務部協議会みたいなのもあって、私はそこで講演させられたこともあるんですけど、国大協の中の横のつながりということでやっているみたいですけど、何かありますか。そこはどういう管理システムになってるのかなと思って。お金のことも含めて。

吉田課長

事務の集まりといいますか、私、病院経験が浅うございまして、どの程度あるかはあれなんですけれども、それと国立系の病院と私ども公立系の病院が違うかもしれませんので参考にということなんですが、先ほどからも出ておりますように、設立の趣旨が、われわれの立場で言いますと、都道府県の全体の中でみんなで集まって情報共有しようと、それが行政福祉に役立つかどうかということに重きを置いて、そういうことを目的に集まろうということであれば予算も獲得しやすいですし、そういう意識が薄くなりまして、親睦を目的にやろうと、それぞれの各校の情報共有を目的にしようということになりますと公費での予算の獲得の可能性は難しくなって参ります。自分で出して参加するというようなことになってくると思います。そのように考えております。

橋本部長

おそらく 事務方の関与というのは、ずっと続けていただかないといけないと思います。西村先生が提案されています事務局というのもどこかの大学にお願いするにしても、外注するにしても、すべてをそこがやるという意味では決してなくて、たとえば看護師長会のメーリングリストですけれども、あれはユーミンで皆さん手弁当でやっておられる、うちの師長とかも、まったくユーミンのアカウントもなかったので、ボーンと投げられて、一から自分で勉強して作らないといけない、それは非常に無駄が多いので、そういったどこかの事務局でお願いできるような業務に関して、委託しようと、そういう議論でありました。たとえばホームページを作ってもいいんじゃないかと、この団体が一体どういう団体なんでしょうか、これは任意団体でいいんですかね、団体ではないんでしょうか。みんな集まってやる会議というところですよね。それは規約には何も書いてないでしょうか。

西村部長

規約を全て記憶しているわけではありません。一年に一度は集まって、何かについて協議しましょうと書いてあります。当番校は順次やり、当番校の集中治療部長が司会をすることも書いてあります。ただ役割も年とともに変わっていますから、規約も変えていかないといけません。規約があることを知っている人も参加者の中にはいない。そうい

う意味でも、議事録の管理をするという意味でも、中心となる施設が必要です。

橋本部長
おまとめいただいたということで、かつ、西村先生は、今回、みなさんのメーリングリストに近い形で、メールを集めておられたので、それをさらに引きついで、特に先生方のメールアドレスを全部集めさせていただいたので、これをなんとかうまく利用して次までの間に持ち回りでですね、このご提案をさせていただいて、規約改定案と年会費の徴収ということをできるだけ早期に皆様にご提案を申し上げてご回答いただくというようなかたちはいかがでしょうか。よろしいですか。できましたら賛成なら拍手ということで。事務局代表ということで、西村先生ご世話いただきましたけれども、もうちょっとお世話していただいて、なんとか形が出来るというところまではすいません。

西村部長
私がやるということでしょうか。

橋本部長
お手伝いします。

西村部長
橋本先生にやっていただけると思っていたのですが。

橋本部長
協力して 次の当番校の先生も手伝っていただいてというかたちになるかと思いますけれどもそうさせていただこうと思います。ご理解下さい。時間が押していますので次の提案を。

西村部長
各大学附属病院に一つの集中治療室という時代から始まったのですが、現在ではいくつかの集中治療室が病院にあると思います。経緯としては麻酔科関係で始められた集中治療室の責任者が集まっていたのだと思います。救急関係のところは救急部の協議会があります。徳島大学のように両方兼ねている場合もあります。また、途中から公立大学附属病院や自治医大、防衛医大、産業医大にも参加いただいています。施設に複数の集中治療室がある場合どうしたらいいか気になりました。複数の部長が出てくるのは非現実的です。施設内で協議していただいて代表が来ていただくのが一番という気がしますが、皆さまから意見をいただけたらと議題にさせていただきました。

香川大学　浅賀副部長

長野でされた時に、岡元先生がそれなら皆さんいらっしゃってくださいというような話でまとまったかと思うですね。ＩＣＵの形態があるのが気になって、そのときにご提案申し上げたんですけれども、調べてみたんですけれども、ＣＣＵという形でＩＣＵみたいな形でするところもありますし、集約する形もございますけれども、今分散している形もあって、いろんな形でＩＣＵは存在して、院内でそれを取りまとめられていないので、意見が全然とおってないと思うんですけど。先ほどからの議論を聞いていて、全体で学会よりになって一緒になっていく雰囲気でなっている、だいたい学会に参加している部署のところが中心になるんじゃないかと思うんですけれども。やはり設立当初を見ると、１９６０年代を見るとＣＣＵとＩＣＵがいっしょになっているパターンが多かって、橋本先生のところはＰＩＣＵが先だったということもありますとここが何をしたいかというそもそもの議論になるかと思うんですけれども、全体のそういったところのものを把握したいのか、今ここに参加している集中治療部、学会もそうです、そこに関係しているようなところを把握したいのかよると思うんですね。先ほどの議論ですと、学会に参加しなくても３０時間の講習を受ければ、施設基準をとれると、たとえばＣＣＵみたいなところが学会に入ってないけれども３０時間の講習を受けて、そこが施設基準をとることもありえると思うんですね。そういったものをここが把握したいのか、それはもう関係ないのかという考え方、それが全体として、この協議会がそういった病棟レベルじゃない、少し重症レベルなところを管理しているところの部門を全体を把握して、学会とか別に、もう少し底上げをするという考え方をするんであればいろいろ参加してもらわないといけないだろうし、学会を中心に考えて、所属する人たちの集中治療部、救急も含むのですけれども、あげていくのであれば 参加はいらなくなるし、名簿を見てますと、僕が参加した頃には、まだ循環器の先生の名前が結構あったと思うんですけど、今拝見すると、もうあまりないので、ちょっと学会よりに全体がシフトしているのかなとイメージして見てたんですけれども、まとまらなかったので、一応そういうような印象を受けました。

西村部長

案内は病院の事務に行きます。各大学病院の事務がどこかを決めて、そこに連絡が行っているはずです。事務はどの部門長が参加していたかを継承しているだけだと思います。救急部の協議会に関する連絡は救急部関係のところにいっているのだと思います。

橋本部長

おっしゃったとおりで各大学の事務方の判断で、一定の部署に依頼がいっているのですね。学会よりになっているというのは、確かにそうかもしれませんけれども、それは集中治療医学会というものが、成長する過程において、結果的にそうなってしまっただけ

じゃないかと思うんですね。現に、岡山大学の氏家良理事長は、一度もこの会には参加してこられない。それは大学の方で集中治療というのは、岡山の集中治療室であるということで、救急集中治療じゃないというご判断で、事務方から事務方に依頼する現状においては、いかんともしがたい問題ですので、こちらからどうこう言える問題ではないと思います。

西村部長
この協議会の意味付けということをおっしゃっているのだと思います。議事録を読んでみますと、本日土手先生が配られている本はこの協議会が作成しています。第一版は世の中で感染予防が言われ出したかなり早いタイミングで、武澤先生らが活動を始めて作られました。それから橋本先生が行われているデータベースです。これもこの協議会から始まっています。そういう意味では、学会もですが集中治療をやっている施設のリーダーとして、各県のリーダー格が集まる会としてどうあるべきか、日本の集中治療がどうあるべきかを協議して行くところだと思います。複数の方が参加してもいいと思いますが問題は費用です。複数の部門が参加する場合に病院が費用負担をしてくれないことがありますが、費用の問題は各施設に任せるしかありません。

橋本部長
たとえば、集中治療じゃなくて小児科の協議会なんかはですね。実は、国公立じゃなくて、大学病院の小児科協議会だけれども結局こられない大学もかなりあるのです。すなわち積極的に参加するところとそうでないところがあるようですから、そういう意味では国公立に広げられたわけですけれども、大学病院の集中治療ということで私立も初めて招待状を送るというのも一つの手かもしれない。でも国公立だけでも会場確保が大変ですので、それ以上広げるというのは議論が必要かもしれません。これも今すぐ決定するのはかなり難しいと思いますので、先ほど申し上げたメーリングリストで持ち回りを含めて決めますか、それともここで西村先生がご提案されたようにそういう形での招待ということを今後やると、今後どこが来られるとか複数来られるかとか、各大学のご判断にお任せするというようなそんな形でやるかですけれども。

松田兼一部長
質問ですけれども、２つの集中治療室がある場合、それぞれ部長っていらっしゃるんですか。

橋本部長
名古屋大学は、今、二人の部長が来ておられます。

松田兼一部長
部長が来られなかったら代理がくるか、両方来ないか、単純に２つあるところは両方の部長に出すとか。

橋本部長
いかがでしょうか。非常に簡単といえば簡単な方法なんですが。

貝沼部長
また、議論を戻してしまうようですけれども、松田先生とも話してたんですけれども、正確な資料がないんですけれども、全国の国公立大学病院長会議の下にこれがおそらくあると思っていたんです。それの諮問機関という名前は良くないかもしれないが、だから文科省の方が講演をされているんであって、僕らが全国国公立大学病院長に、直接、行政の側から意見を投げるということが前提かわかりませんけれども、性格をはっきりさせておいは方がいいと思います。それでたとえば、名古屋大学ですと松田先生のところのＥＭＩＣＵと我々のサージカルＩＣＵ、さらにＭＦＩＣＵがありまして、ＮＩＣＵもあるんですね。キリがないんです。今まで参加してきた先生の、それが松田先生と私がなったものですから、そういうふうに来てるだけの話で、これはやはり主催者は、そうじゃないかなと思うんですけど、そうしないと集中治療医学会の独自性とこちらの独自性が保てないし、違う性格のものだと思うんですね。どちらもやはり役割を果たしているいるし、もちろん連携はするわけです。ですので参加校については事務にお任せして、それでＭＦＩＣＵが参加したいんだったら、またＭＦＩＣＵから協議してくださいという形にして、もう事務が、学会じゃないんでこれは、事務が主導するという形で、先ほどの話に戻しますけれども、その代わり事務が負担してくれると出張費とか、はっきりさせた方が、僕は性格をはっきりさせた方がいいんじゃないかと思うんですけど、僕の個人的な意見です。

西村部長
もう時間がないと思います。一応事務局を続けるということが皆様の意向ということでしょうか。橋本先生と協力して先ほどの件も合わせて、意見をいただき、それをまとめて私の事務局としての仕事を終りにさせていただきたいと思います。よろしくお願いします。

・その他
　　ＩＣＵ感染防止ガイドラインについて【愛媛大学】

愛媛大学　池宗副部長

土手健太郎部長の代理でまいりました。もう１回宣伝して来いということで、今日来た次第なんですけれども、この協議会でもって承認されてつくったこの改訂版になってまして第２版になっています。発売して２年になるんですけれども、販売は正直ちょっと厳しいかなという、去年も宣伝したんですけれども、ちょっと至らなかったかなということで。聞くところによると西高東低の売れ方と聞きました。逆に言うと、東の方はもっと売れる余地があるという気もするんですけれども、もうちょっと売れたらですね、数年後に第３版を「じほう社」の方が作ってもよいと言ってもらってるんです。一部ずつしかないんですけれども、各大学の先生にお配りさせていただきました。もちろん御施設で見ていただくのもいいのですけれども、関連の施設とかに、こんなんあるんやと宣伝していただけたら嬉しいなあということで申しつかっておりますのでよろしくお願いします。

・その他
　次期当番県の選出について

北海道大学　丸藤部長
北海道大学の丸藤でございます。今ご指名いただきました。当大学は初めてだそうです。北海道で来年開催いたしますので、どうぞ皆さん、多数の方、ご参集をお待ちしております。よろしくお願いします。日程はだいたい決まってるんですが、事務方の方から皆さんに連絡差し上げます。よろしくお願いいたします。

橋本先生
ありがとうございました。先程から次期当番校、次期当番校と言ってましたけれども、事務局の設立につきましては、丸藤先生にもご協力いただいてお願いいたします。

・その他
　閉会

橋本先生
以上をもちまして第３０回全国国公立大学病院集中治療部協議会を終了させていただきます。皆さまのご協力によりまして、無事に終了することができました。厚く御礼申し上げあす。本日はどうもありがとうございました。