

第 3 1 回

全国国公立大学病院集中治療部協議会

議 事 録

平成 2 8 年 1 月 2 9 日 (金)

北海道大学病院

議 事

【挨拶】

皆様、本日はお足元の悪い中お集まりいただき、ありがとうございます。

第31回全国国公立大学病院集中治療部協議会の開催に当たりまして、議長選出まで進行を務めさせていただきます、当番大学の北海道大学病院総務課課長補佐の浪塚でございます。どうぞよろしく願いいたします。

さっそくではございますが、本日配布している資料の確認をさせていただきます。

- 1 第31回全国国公立大学病院集中治療部協議会資料
- 2 大学病院における諸課題について
- 3 平成27年度北海道大学病院概要
- 4 北海道大学キャンパスガイドマップ
- 5 札幌観光マップ

それぞれお手元にありますか？ご確認をお願いいたします。資料が足りない方がいらっしゃったら手をあげていただき、スタッフにお伝え願います。

【開 会】

それでは、ただいまから第31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。開催に先立ちまして文部科学省からのご出席者をご紹介します。

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長 小川 優様です。続きまして、病院第二係 手塚 淳介様です。なお、小川様にはこの後ご講演をいただくことになっております。

開会にあたりまして当番大学であります北海道大学病院副病院長 松居喜郎からご挨拶申し上げます。

【当番大学挨拶】

松居副病院長（北海道大学病院）

北海道大学病院の副院長をやっています松居と申します。よろしく願いいたします。第31回全国国公立大学病院の集中治療部協議会、遠く北海道までよくいらっしゃいました。今、一番寒い時季ではありますので、みなさん体には気を付けていただきたいと思います。

私自身は心臓血管外科をやっている関係で、非常に集中治療部にお世話になっております。北海道大学病院では手術部長もやっておりますので、毎日毎日集中治療部でみなさんの頑張っている姿を、僕らの仲間も一緒に働かせていただいて、という形でやっていますけれども、非常に過酷な労働条件の中で頑張っているというのは知っていますし、ぜひ、国の方にも先生方のご努力を認めていただけるようにしていただきたいと思いますし、いろんな問題を抱えていらっしゃることを全国から集まった中で討論していただいて、より良い患者

様のための集中治療をしていただきたいと思います。

本日は活発な討論を期待しています。よろしくお願いいたします。

浪塚総務課長補佐（北海道大学病院）

松井副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長 小川 優様から「大学病院における諸課題について」と題してご講演いただきます。それでは小川様よろしくお願いいたします。

【文部科学省挨拶・講演】

小川病院第一係長（文部科学省）

「大学病院における諸課題について」

浪塚総務課長補佐（北海道大学病院）

小川様、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、ご質問等ありましたらよろしくお願いいたします。なお、ご発言に際しましては後日議事録を作成する必要がありますので、マイクを使用いただき、大学名とお名前をおっしゃってからご発言くださるよう、ご協力をお願いいたします。

名古屋大学 救急・内科系集中治療部 松田直之部長

はい、どうもありがとうございます。名古屋大学救急集中治療医学の松田直之です。

特定集中治療加算がわれわれ施設においても、ここにいらっしゃる皆様においても、突然変わってしまったことがかなり衝撃でした。15平米以上というところを20平米に。こういった話し合いはどのような経緯をもって進められているかということが、ここに集まっている皆さんも、私も細かなところが把握できていない中で決定されてしまったということがあったと思います。今回、特定集中治療室用の「重症度、医療・看護必要度」Aについても評価を見直すなどという骨組みが24のスライドで示されているわけですが、実際にはこういうタスクフォースに入ったり、変えていくときの話し合いのストラテジー、方策、どのようになっているのでしょうか？ 共有できるといいと思います。

小川病院第一係長（文部科学省）

診療報酬の改定についてお尋ねですけど、こちらとしましても基本的には厚労省の方あるいは審議会の方で議論が進められているところで、あまりこちらにも詳細な情報が入ってくるわけではないというのが正直なところです。

ただ、その中でもたとえば、国立大学であれば、国立大学病院長会議が要望事項を取りまとめて厚労省の方に要望活動を行っていたり、われわれとしても大学団体さんの意見を聞

きまして、それを踏まえて厚労省の要望活動等々を行っておりますけど、それが細かいところでどういうふうに議論されているのかは、こちらの方でも正直情報がないというのが正直なところですよ。

松田直之部長

はい、ありがとうございます。そういったところも共有できればと思います。そして、病院の機能評価の中で、集中治療部門と、もちろん救急部門もそうですし、周術部門も重要になります。そういう中で、この領域においても研究などを含めて、基盤研究基礎とそして臨床研究なども進めていながら両者を遂行できるような研究者、医療人を作って行きたいと思うのですが、今回、途中で組まれていましたスライドでいいますと、たとえば、最初の方の課題解決型高度医療人材養成プログラム、28年度で9億円の予算がついているわけですけど、こういった分野においてもわれわれ集中医療の領域においても予算配分などは行われる可能性があるんでしょうか？また、この予算はどのように配分される予定となっているのでしょうか？

小川病院第一係長

課題解決型高度医療人材養成プログラムの例で申し上げますと、こちらは平成26年度から5年間の予定のプログラムで進んでおります。平成26年度にこちらに書いてありますテーマで各大学に公募を行いまして、優れた医療用教育プログラムを提案いただいて外部の委員会に審議いただき、採択大学を決定して今に至っているという状況です。

ただ平成26年度に設定した課題、テーマがございますが、それだけでは十分ではないということで、今回、平成28年度において新たにひとつの領域を追加したというような経緯で現在やっております。平成28年度、そのひとつの領域について、新たに公募を行って、大学からプログラムを提案いただくということを計画しております。集中治療に関する領域につきまして、これまでこの課題解決について言えば、テーマとしては設定されていない状況なんですけど、今後、社会の必要性を鑑みまして新たな領域を追加することはあり得ると思います。ただ、予算措置が伴うものですので、財政当局との折衝等々もございますので、必ずこちらが要求したものが措置されるかということは、正直何とも申し上げられません。

松田直之部長

ありがとうございます。高度医療においてやはり集中医療の領域が各病院の中でも非常に重要と考えられるようになり、われわれも病院の中心部にしっかりと方向性を伝えるようにいたしますけれども、このような件が上がってきたときにはまたよろしく願いいたします。以上となります。ありがとうございます。

浪塚総務課長補佐（北海道大学病院）

そのほか、ございませんか？よろしいでしょうか？
それでは、小川さま、ありがとうございました。

小川病院第一係長

ありがとうございました。

浪塚総務課長補佐（北海道大学病院）

それでは、議事に先立ちまして本日の議長を選出したいと思います。

恒例によりますと、議長は当番大学の集中治療部長が担当することとしておりますが、本院、先進急性期医療センター部長の丸藤がこの会議の議長を務めさせていただいてよろしいでしょうか？

（拍 手）

ありがとうございます。それでは、丸藤部長、よろしく願いいたします。

丸藤 哲先進急性期医療センター部長（北海道大学病院）

それでは、みなさんこんにちは。北海道大学の丸藤でございます。早速議事進行を開始したいと思います。

お手元の会議次第をご覧ください。最初は報告事項になっております。北海道大学高岡師長の方から午前中に開催されました看護師長会につきまして報告をお願いいたします。

高岡勇子 ICU・救急部看護師長（北海道大学病院）

こんにちは。北海道大学病院看護師長の高岡でございます。

午前中に行われました看護師長会の報告をさせていただきます。65名が参加しました。

進行としましては7テーマを、グループディスカッションを行って全体発表したという進め方をしています。

検討したテーマとしては、看護師の教育、倫理的対応や倫理教育について、終末期医療への取り組み、ICUにおける質評価、診療報酬に関連した内容等を検討しております。そして質評価のグループでは、このような協議会、看護師長会として集まっているところもあるので、データベース化した何か評価をして、事務所の管理に生かすというのもいいのではないかという意見が出ていました。具体的には出ていませんが、ただ、いろいろなデータベースの管理というように課題はたくさんあるけれども、意義があるんじゃないかという話も出ていました。これらの検討が、各施設で取り組んでいることや情報共有をする機会になりましたし、自施設において管理に生かすたくさんのヒントを得た有意義な会議だったと思います。

以上で報告を終わります。

丸藤議長

ありがとうございます。何かご意見、質問ございますか？よろしいですね。はい、ありがとうございました。引き続きまして、次は京都府立医科大学の集中治療部の橋本先生に JIPAD の進捗状況に関してご報告いただきます。

京都府立医科大学 集中治療部 橋本 悟部長

京都府立医科大学集中治療部の橋本でございます。ここに出していますように、日本集中医療医学会の ICU 機能評価委員会で私が委員長を仰せつかっているのも、その関係で Japanese Intensive Care Patient Database というものを ICU 機能評価委員会で進めている、と。

この協議会とどういう関係があるか、3年前にも一度お話しさせていただいたので皆さん、この協議会との関係はよくご存知だと思いますけど、西村先生が過去の協議会の議事録を集めてくださった中をちょっと見てみたんですけど、平成 12 年に佐賀医科大学で行われた第 16 回全国国立大学病院集中治療部協議会、十時先生が当番校の議長をされていたときだと思うんですけど、この中を文字検索したら出てきました。山口大学から提案されています。最初に名古屋大学 ICU 機能評価ワーキンググループのお話をいただきました。すなわち、この協議会に置いて、ICU 機能評価ワーキンググループっていうものができて、当時の武澤先生がこういう発表をされている。ちょっと読みますと、「去年の集中治療部の全国協議会で ICU の機能評価に関しては、文部省のパイロットスタディに応募したらどうかと文部省から suggestion いただいた」と。で、いくつかの大学が集まってパイロット事業というのをした、ということのようです。今、われわれが言ってることはほとんどここに網羅されている。医療の質をどういうふうに私たちが管理するかが提案されているわけでございます。しかも、機能評価をする時の 3 つのステップもすでにここで書かれていて、ストラクチャー、プロセス、アウトカム、といったものをきっちり見て行こうと、武澤先生がご提案されているわけでございます。

そこから、今年で 16 年。はたしてどこまで来たかということですが、ついでにその時の提出議案、出したんですけど、なんと 13 もあるんですよ。そのころ、非常に活発に皆さんが議論されていたんだということがよくわかります。この 13 個、今でも非常に重要な課題であって、そのいくつかはこの十数年間で実現された、臨床工学技士の配置とか、そういったことについてはそれがもう必須化されているということで、この協議会の果たした役割というものがうかがい知れるような資料でございました。

では、これまでどんなことをしてたかということですけど、もともと、症例登録をしようという話がずっとあったんですけど、4 年前、2012 年あたりにこれはやらなくちゃいけないと、小児の ICU のグループから提案されました。それを受けて、ICU 機能評価委員会でこれをやろうというときに、ちょうど委員長が西村匡司先生から私に変わったというところで、やってくれということで、まず参加施設を増やそうということで、皆さんに参加を呼

びかけました。その時に 90 いくつかの施設がやりましょうということで手を挙げていただきました。そのあと、ここに来ておられる集中治療部のほとんどが手を挙げてくださっているというのが現状です。あとから出てきますが、実際にデータを入れているのは昨日現在で 18 施設だけでございます。

ひとつには、誤りの少ないデータを集めようということで、こういう質疑集とか現在 11 施設のサイトビジットを行って、どういうふうな形でデータを入れているか等を検証させていただいております。また、個別にウェブ会議をして遠隔でいろいろな指南をさせていただいております。

どうやってデータの見える化を画策しようかということでひとつは、諸外国、たとえば、アンジックスコアって、この仕組みはわれわれがお手本にしていますけども、ここは 1990 年代初頭からデータを入れ出していますから 25 年のデータが蓄積されています。

これは英国のイグナックですけども、4 月に訪問しようと思っていますけども、ここもアメリカと違ってここはほとんどのデータをすべて掌握しているんですね。イギリス発の大規模試験、最近のランセットジャーナルに載っている試験が全部ここから発信されているというようなところでございます。ここですべての症例登録をしつつ、CTG をやっているというような形だというふうに伺っています。

少しでも皆さんの手間がかからないようなデータ入力の方法を開発しつつ、また集まったデータをどのように解析して分かりやすく皆さんに提示できるかといったことを今、暗中模索の中にいろいろやっているところです。

どっちにしても分かったのは、人手とお金がえろうかかりませ、ということで、集中治療医学会からかなりのお金を出していただいているんですけども、足りないということで、諸外国はどうしているんだろう？ということ。

これは去年の 10 月にニュージーランドに行ってきました。ICU 機能評価委員の一人の内野先生と私と二人で行ってきたんですけど、このドクターが David Pilcher といって、アンジックスコアの親玉でございしますが、十数年ずっとこの仕事をしている。ここのお二人の女性がアンジックスコアの事務方に当たります。この 3 人が、アンジックスの集会在が 3 日間にわたってあったんですけど、そのうちの午後の 4 時間、4 時間、ふたつのセッションがアンジックスコアのセッションでした。そのセッションが終わった後に 2 時間ほど時間を割いていただいて、いろんな話をさせていただいたということです。この方を中心に、各州に 1 人責任ドクターがいる。彼らはすべて **pro bono work** といって、お金をもらわずにボランティアで仕事をされています。だいたい彼の場合は、10 分の 7 集中医療で働いて、10 分の 3 この仕事をしている、というようなことを言っています。交通費だけは支給される。この 2 人を含めた 10 人の事務方職員がいる。統計解析等もできるような職員もいると聞いています。この運営資金をどうしているか聞いたら、各州政府が支払基金の中からデータベースに対して資金を出していて、全部合わせると日本円にして年間 1 億円近く入って来るそうです。それを資金としてオーストラリア、ニュージーランドの約 120 ある集中治療室のす

すべてのデータを取っているということでもあります。欠落している州は1つだけであるということです。

では、どういうふうに各病院がデータを入れているんだということがひとつの興味になるんですけども。学会があったのはオークランドというところ。ここにおられる先生が **Stephen Street** といって、多治見先生が30年以上前に留学されたときに一緒に働いたという **Stephen Street** 先生に直談判してオークランドシティホスピタルのICUを見学させていただきました。欧米のICUですから非常に大きいですね。心臓血管外科術後で18床くらい、ここはメディカルですので20床くらいございました。すべての患者を彼はすべて頭で記憶しているという天才ですけども、どんな感じでデータを取っているかという、これなんですね。すべてボードに手書きでオーダー以外はコンピュータを使っていない。この紙の中からですね、各病院に約1名から2名いる統計を専門とする、主に看護師さんですね、が、このアンジックスコアのデータを入れているということで、われわれのJIPADのデジタルの仕組みをお見せしたんですけども、「これは便利だ。うちでやってみたい」と。この部分はですね、特にニュージーランドはお金がないので、紙でやっている、と。オーストラリアはもっと進んでいるということでしたけども。

実際はどうなのか、こうやってすべて手書きなんですけども、集まったデータがどうか。素晴らしいホームページがございます。ここを見ると、これがおもしろいロート状の線をひいたものがあります。これが **funnel plot** というものですね。よく最近使われていますが縦軸に予測死亡率なり、実死亡率なりその比である **SMR** というものをプロットして、横軸に年間の入室患者数をプロットする。すなわち、人数が多いICUほど偏りが少なくなるというので、こういうファネル型をするという一つのデータでございます。

David Pilcher をお願いして架空の病院を作っていただいてわれわれがログインしました。白丸がアンジックスの加盟病院の、この場合は2015年の一年間の入室患者に対する **APACHE III Score**、予測死亡率に対する実死亡率、1であれば **APACHE III** の予測死亡率と実死亡率が等しいということになります。だいたい、**APACHE III** のスコアというのは高く予測死亡率を出すという傾向がありますので、ほとんどの施設は0.7くらいの所に固まっております。問題になるのはこういう施設で、こういった施設に対して視察に行くとか、その担当者と話をするというので、アウトライアーをどういうふうに指導して行くかが課題だと伺いました。現在、**JAPAD** では2013年からのデータを集めていますが、実際問題、2013年全部集めているところは1つ、2014年は3つ、2015年からようやくともにデータが集まり出して、2015年でいえば、6カ月以上データが集まったところが9つございます。そこを無理やりこれにプロットしてみました。これ、あとでいいんですけども、これがそのグラフです。9つのうち、ここにおいで大学の病院のICUは4つございます。どこがどうとは申しませんが、こういったところは、個々の病院は予測死亡率も低かったですけども、非常に死亡される方が少なく、**APACHE III** に対して0.2くらい、すなわち、予測死亡率の1/5くらいしか死んでおられない、ということ。この赤はうちなんですけど

も、かなり死亡率が予測死亡率に対して低いというのが日本の傾向だって、Davidに見せましたら「面白いね」と。ぜひ日本のデータを集めてオーストラリアと比べてみようのご提案をいただきました。こういうふうと同じ土俵で比べられるということで、やってみたんですけども、確かに非常に役立つなど。彼らは、今、**Risk of Death** というものに対して **APACHE III** ではちょっと物足りないということで、これが良く似た図なんですけど、**ANZROD** というんですけど、**Australia-New Zealand Risk Of Death** ということで、**ANZROD Plot** といいます。これ、同じものを表現しているんですけど、より 1 に近いですね。すなわち、オーストラリア、ニュージーランドの ICU における予測死亡率をより正確に反映するものとして彼らが編み出したというものです。ですから、こういうのを日本でも編み出せば非常に良いベンチマークの指標になるのではないかと考えさせられました。

もう一つ、なんとなく「へ？」と思うけども、なんとなく見たことあるような気がしますよね。これ、株価のいわゆる指標を表している物と同じ手法で、その時に入った患者さんの予測死亡率からこれから先、実死亡率がどうなっていくかを予測するというものです。これがどれだけの役に立つのかって言うのは僕も分からないのですが、こういうふうデータが見える化しておいて各施設にあなたの所はこうですよということによって、医療の質を高めるということを目指しておられるということでございます。

ではこの JIPAD はどうかといいますと、流れから言いますと、まず、インターネットの接続環境をしっかりと構築していただきます。このあたりは、**NCD** とまったく一緒なんですけど、**NCD** の場合は今、手入力で全部ウェブ画面から入れるというのに近いと思うんですけども、**JIPAD** の場合は職員数も少ない ICU の中で少しでも手間を省こうということでのろんな工夫をしております。お金はかかりますけど、ファイルメーカーをひとつ導入していただいて、もしもローカルだけで運用するのであればこれだけで済みます。

そこに手を入れるか、日本光電、フィリップス、フクダ電子、そういった日本の主要メーカーさんから **CSV** 形式、もしくは **エクセル** 形式で各種入室 24 時間以内のデータ等が出力できるようにしていただいていますので、それをそのまま取り込んで完成させてデータベースをアップロードする。データベースのサーバーがあるのはこのロイトンのすぐ近くでございます。ここから十数 **km** 離れたところでございます。より利便性を高めるためにこっち側の **JIPAD Internal** というのをお使いになりますと、電子カルテシステムの中に組み込んで電子カルテのいわゆるデータウェアハウスとか各部門系システムのデータベースそのものからデータを取ってきて直接流し込んで、流し込んだ結果を、ここは **USB** か何かで持ってでないといけないんですけども、こっち側に持ってきて一発でアップロードするという仕組みを作りました。ただ、現在、参加しておられる施設の半分以上はやはり予算等の関係でこういったシステムが導入できない、もしくは次の更新の時まで待つということでございますので、おもに病棟クラークさんの力を借りて、ここでデータを見ながら打ち込んで、最終的にアップロードする。ここでわれわれがやっていて気が付いたのは、非常に入力ミスが多い。情けなくなるほど最初は入力間違っておられます。そういったことを少しずつ

suggestion しながら直して行っていただくということでもあります。これは表の画面であります。それから中に入るとこういうふういろいろな細かいデータがありますけども、抜けているところは黄色くなりますし、間違ったところは赤くなりますので非常に分かりやすいですけども、実際、どんなのかというのを。ちょっと待ってくださいね。

ログインしますとこんな感じの画面が出るんですけども、ちょっとデータをいくつか仕込んできていますので、こういうふうな感じで出ます。もしも、こことかマットグリッドとかが抜け状態で終わりますと、こういうふう黄色く表示されますのでまず間違いがない。たとえば間違って 43.2 というのを 432 とかにしてしまうと真っ赤になってこれはもう受け付けられないというような形で間違いを防ごうとします。それから 42.3 のをピリオドではなくカンマにしてしまうと、そういった場合もやはり警告が出るような形になっております。一応、最高・最低を入れてもらうわけですけど、最高と最低を逆にした場合は注意喚起をして「入れ替えますか」ということで入れ替えたりする。必須項目はだいたい入室の形式で予定とか予定手術とか必須項目になりますけども、実はこのスコアに関してはいろんな議論がございまして、たとえば APACHE II だけでいいじゃないかということも言われていますので、実はここは欠落したデータもあるでしょうから、欠落したらしたでアップロードできるという形を取らせていただいております。

もう一つは、この無味乾燥なデータを入れていてもどうも面白くない。日々の申し送りとかそういったものにも使いたいし、経過も書きたい。すなわちこれを台帳にしたいというような声もけっこうございます。そこで、われわれはじゃあそういうものを作りましょうということで、入室の経過とか入室の治療とか使用した薬剤といったものを、それ以外にたとえばこの JIPAD に要求していない項目でやったやってないということをチェックするようなことをカスタマイズできるような機能を今、開発中です。

そういった中でみなさまにお願いしたいのは、確かに部門システムがあって、自動的にこういった項目が取って来られればそれは非常に便利ですけども、そうでなくて手入力であってもこういうふうすぐに予測死亡率が APACHE II、APACHE III そして、SERPs II、小児においては PIM II ですね、そういったものがすぐに出せるということで若い先生方の教育という意味でも非常に有用な点が多いのではないかと考えます。

こういうふうには 3 つのスコアを見ますと、よく相関しているのもあるし、疾患によっては全然違うということも分かってくるわけでございます。そんなところですかね。

これが最後のスライドでございます。今後の予定として今考えているのは、集中治療の専門医の申請、これは施設申請がまず初めになるかもしれませんが、こういった更新資料をいつもみなさん 5 年おきに苦勞して作っておられるので、これを便利に作れるような機能を付加しよう、と。それからさっき、お見せしました台帳機能を充実させよう。そしてサポート体制ですけども、今やっているサイトビジット。今日も長崎までサイトビジットに 1 人行ってくれています。それから学会等における教育セッションの充実を図ろう。ウェブ会議とかで使います遠隔施設に対するサポート。これはここに来ておられる先生方の施設にも

わたくし、何回か遠隔で入らせていただきましたけども、そういったサポートもしています。それからさっきご紹介したような海外における同様のデータベースとの比較を推進していることで、いろいろな国と連携を取りたい。それから一番の問題は資金調達で、お金をどうするかというのが一番の問題になります。学会の一つの委員会ではちょっとしんどいのではないかということで、NCDのように独立化を図る方がいいのではないかと、でもそれにしてはまだまだ体力がない、と。せいぜいまだ一万数百例しかたまってないわけです。データ項目と重症の評価の見直しということでは、たとえば最近よく使われるネーザルハイフローというもののチェックとか、昇圧剤がどうかとか、ラクテートが実は重症度評価にまったく反映されていないので、こういったものを取り込んではどうかというご意見をいただいておりますので将来的に考えたい。PICUの方の方々からPIM IIじゃなくて、PIM IIIにせよ、とか、APACHE IVとかSERPs IIIとかそういった重症度評価を考慮してはどうか、とか。それからさっきお見せしましたオーストラリアとニュージーランドのANZRODです。こういったものを意識した日本版のRisk of Deathを創設してはどうかということで、最後の所はさらなる自動収集の試み、手入力における省力化、誤入力の防止、そういったものをコツコツと努めて行こうと。各ベンダー様も非常に強力的ですのでぜひ、集中治療でこういう部門システムを考えているときは、こういったデータが取れるような形での見積もりと言いますか調達をぜひしていただければと思います。以上でございます。

丸藤議長

はい、橋本先生ありがとうございました。JIPADにつきまして経過をご報告いただきましたけれども、何かご意見、質問等ございますか？

なかなか資金が大変だということですね。一億円に対して…。

橋本部長

せめて一千万あればいいんですけど。

丸藤議長

一千万ですか。なかなか難しいところもございますけれども、まだ18施設ですから最終的には日本全国のICUすべてを網羅するという形で考えていらっしゃるわけですね？

橋本部長

まあ、それは非常に難しいと思いますけれども、少なくとも参加したいと今、手を挙げていただいている施設は150以上あります。今、連絡をいただいて担当の方ともメールのやり取りをしていますけれども。ただ、やはりみなさん非常に少ない人数の中でご努力されている施設が多いので、なかなか入力スタートの所にたどり着けない。ただ、おそらくこの1年以内にと20施設がスタートすると思います。

丸藤議長

なかなか人的資源が難しいということでしょうかね。

橋本部長

とにかく長続きする体制を作ってからやっていただきたいというふうに思います。

丸藤議長

承知しました。よろしいですか？ それではありがとうございました。

ここでご都合によりまして文科省の小川様、それから手塚様、退席されます。どうもありがとうございました。今一度拍手をお願いいたします。

少し早いのですが、10分間の休憩に入りたいと思いますのでみなさん、どうぞお休みに入ってください。

(休 憩)

丸藤議長

それでは、これから協議事項に入っていきます。徳島大学と京都府立医大のほうから提案がございまして、昨年の国公立大学集中治療部協議会についてのご提案です。継続審議の一環とお考えいただいてよろしいかと思いますが、どちらの先生から最初お話ししますか？ 西村先生？ 橋本先生？ どちらでしょう？ 西村先生ですね。じゃ、よろしく願いいたします。

徳島大学 救急集中治療部 西村匡司部長

徳島大学の西村です。ここに今回の資料の12ページだったと思うんですけど、12ページをご覧ください。みなさん、こういうものが存在するということすらご存じないと思うんですけど、平成6年にこういう国立大学病院集中治療部協議会と言われたころの規約がございまして。これではだめでしょうということで、この1年くらい橋本先生がいろいろ尽力していただきまして、その13、14に新しく国公立大学病院の集中治療部協議会の新しい規約の案というものを下させていただいていますので、少し比較しながらポイントだけ説明させていただきますので、見ていただけたらと思います。

新しい方の「第2章 組織」というところの「(構成員)」というところが、「協議会の会員は次のとおりとし、運営のため事務局と当番大学を置く」、これまで事務局がありましたので、事務局を置くということと、それから、会員が(1)の集中治療部長及び副部長だけだったんですけども、看護師長および看護副師長として(2)が追加されています。

それから事務局、もともとありませんでしたけど、現状一応、多治見先生に騙されて私が一応やらされているんですけども、昔一度、武澤先生に騙されて、多治見先生に騙されて、

一応徳島大学の救急集中医療部に現在は事務局があるということになっています。実務は別途定めるということになっています。

次、当番大学の決め方ですけども、この場で来年やってくださいよと言われてもなかなか厳しいというお話しがあったと思うんですけども、以前は古いほうの第5条、「次期の当番大学は協議会において互選よりに決定する」と書いてありますけども、次次期を決めて行くということになりました。あとで橋本先生から説明があると思うんですけども、今回だけ次期と次次期、2校決めるということになります。それから、第6条ですね、「年1回以上開催する」とだけあったんですけども、「同時に集中治療部看護師長会を開催する」というのが追加になっています。

14 ページを見ていただけたらと思います。議事録に関してなんですけども、古いほうの第9条、これは「協議会の議決を得た決定事項のうち重要なものは、国立大学病院長会議に上程する」、実際にこれ上程されて病院長会議でいろいろ議論されてその結果、いろんなことが実現化されたもののがかなりあります。20年くらい前から20平米いるでしょうとか臨床工学技士がいるでしょうとかいったことがかなり議論されて、それが病院長会議に上程されたりしていますので新しい管理料ですね、1、2のところの条件、結構昔から協議されてそれが実現化したというこの協議会が機能を果たしていたということかと思えます。残念ながら独法化になりまして、それぞれのこういう協議会、救急部もあるんですけども、集中治療部協議会といったものと病院長会議の関係が、上下関係がなくなってしまったので、この昔の第9条がなくなりました。今回の議事録の提出ということで、協議会の議事内容は各施設の病院長と、これちょっと僕、先程、橋本先生とも話したんですけども、文科省と厚労省に提出するというのが、どこで決まったのか覚えがないので後で橋本先生に説明してもらいます。

「第4章 その他」で、事業年が追加されています。細則というのが15ページにあります。事務局、当分の間は株式会社クレッシーへと業務を委託する云々というのがあります。少し変わったところはそういうところですね。これに関して、一応、案ですので何か疑問等あれば、意見とういただければと思います。

丸藤議長

はい、国公立大学病院集中治療部協議会の規約の案ですね。新しい案を今、ご説明いただきましたが、ご質問、ご意見等ございますか？はい、どうぞ。

山梨大学 集中治療部 松田兼一部長

山梨大学集中部の松田でございます。この案を拝見して、ひとつみなさんにご審議いただきたいところがあるんですけども、この第2条の「(目的)」というところで、「協議会は、会員相互の緊密なる連携と協力によって、集中治療部の円滑な運営と入室患者の治療成績の向上」というところ、たとえば入室患者に限るのかということ、今後、集中治療医という

のはICUの中にいるのはもちろんですけど、大学の中の重症患者というのを考えた場合に、集中治療部協議会だからその部屋の中でいいのか、たとえば、「重症患者の」にしてしまうとか、ちょっとそこだけご審議いただいて、「いやいや、やっぱり集中治療部だから入室患者」っていうならそれはそれで結構だと思うんですけど、ご議論いただきたいと思います。

丸藤議長

つまり、この「入室」を取ってもいいんじゃないかということですね？

松田(兼)部長

はい。「重症患者」というか全体の、なんとなくぼかすという意味もあるんでしょうか？

丸藤議長

いかがでしょうか？ 最近の外に出て行って患者を連れてくるというシステムもかなり広がってきているのは事実ですね。

西村部長

松田先生中心に学会で集中治療の教育システムとか専門医システムをやってますよね。専門医機構で集中治療医とはどういう医者かとしっかり明記しなさいと言われていて、非常に難しいと思うんですけども、たぶん松田先生がおっしゃっているのはそういうことだろうと思うんですけど、ICUの患者だけじゃなくてわれわれの使命は病院全体の治療成績、重症患者、それとうまく運営することによって病院全体の重症患者さんの治療も予後も良くなりますよ、というようにところをしっかりとここにも入れるべきだろうということですよ。そういう意味では文言をちょっとまた変えさせていただいてもいいかなと思いますので。

メーリングリストもできているので、それを通じて配信させていただいて議論していただいたらと思うんですけど、よろしいでしょうか？

丸藤議長

では「入室」を取るということだけでよろしいですか？

西村部長

ちょっと先生、理屈ありますので意見いただいてそれをもとに作り直すということはいかがでしょう？

丸藤議長

ここで決めるということではなくて、もう一度意見をいただくという形でしょうか？

メーリングリストですね？可能であればここでご承認いただいた方がいいような気もしますが。

西村部長

じゃあ、「集中治療部の円滑な運営と患者の治療成績の向上を図ることを目的とする」ということではいかがでしょうか？ということなんですけども、何か反対意見がございましたら、よければではそれで。

丸藤議長

では、入室を取るということで。ほか、ご意見ございますか？はい、どうぞ。

東京大学 救命救急センター 中島 勸センター長

東大病院の中島です。今回、代理ですので議論がすでにあつたか分からないのですが、先程西村先生からお話があつた、国立大学附属病院長会議に上程するというのが外れたのは何か理由があるのですか？

西村部長

独法化なつたということと絡んでいると思います。そういうことで病院長会議があつて、その下にいくつかの協議会があつたという構造がなくなつてしまつたということです。

中島センター長

特別な理由があつてではないんですね。

西村部長

構造上、本当はそういったところで議論していただいて、病院長会議から持つていくというのが流れだつたのですが、それが独法化以降、そういう流れがなくなつてしまつたということになっています。

中島センター長

当院は比較的、集中治療部門が評価されている方、まあ、人員的にはですね、思うんですけども、いろいろな集中治療部で分かれてるところとか、救急集中治療部で合わさつてるところがいろいろある中で、おそらく当院でもやっぱり本来国立大学病院の中では集中治療部門は非常に重要な部署であるというふうに感じるんですけども、病院長に議事録、決定をこういうふうにするようにつて勧告があつたつて出したときに、はたして聞いてもらえるかということを見ると、私は、先程の重要なものは病院長会議に、つていうのが現実的に行われるのならばそれでもいいと思うし、あえて削られているのであれば、実際重

要なものは病院長会議などに上げていただいた方が実施されやすいのではないかという気がちょっとしましたので、議論されているのであれば別にと、ちょっと感じました。以上です。

丸藤議長

追加ございますか、先生。

西村部長

たぶんこれも組織上、切れてしまっているのではなかなか難しいのだと思うんですけども。

丸藤議長

西村先生のおっしゃる通りですね。昔はこういう形で国立病院が集まって議題を出して審議してその中から上程議題というのを決めて、それを病院長会議に上げていたわけです。その中で看護師の増員であるとか、集中治療部の重要なものを病院長会議で認めていただいてそれを全国の集中治療部に還元してきたわけですけども、一応、独法化になりましてそれはもうできなくなりました。それでこの会の存在意義自体がなくなったわけですけども、そこで独法化になった時点で、集中治療部会議で協議しまして存続するかやめるかという話になったのですが、ここまでやってきたのだから、上程議題は出さないけれどもいろいろな悩みを話し合っ、議決してそれが何らかの強制権を持つものではないんですが、続けようということによって現在続いているとお考えください。

中島センター長

私は医療安全協議会も7年くらい出ておまして、救急部協議会はずっと出ておりますが、その二つ、とくに医療安全ではたとえば医師のGRMを置くこととか、または看護師を複数置くこととかは病院長会議に上げて、そこからポストをつけていただいております。救急部協議会においても、ご存知の先生たくさんいらっしゃると思いますけど、たとえば救急科の要望の義務化というよりも承認要件に入ったときなどは、体制を救急科としてきちんと整えてもらうことなども病院長会議の方に出しております。ですので、集中治療部協議会がまた違う立場かという、医療安全協議会は確かに病院長会議の下のオフィシャルな組織でありますけども、救急部協議会とこの協議会と同じ立場だと私は認識しているので、もちろん、本当に必要があれば出されるのかなと感じますので、そういうことであれば構わないということで質問させていただきました。

丸藤議長

先生よろしいですか？

橋本部長

中島先生がおっしゃるのはもともと、この集中治療部協議会から派生してできた感染対策協議会は今でも全国国立大学附属病院長会議の下部組織としてホームページにも掲載されているんですね。どうして集中治療部協議会が抜けちゃったのかというのは、誰もはっきりとした経緯は覚えておられないんじゃないでしょうか。だから、何らかの話し合いがもたれてまたそこへ入れていただくというのでもいいような気がしながら、ここに規約の 8 条に書いてますけども、実際問題、文部科学省と厚生労働省にこの議事録を毎年本当に出しているかという、うちも出してないんじゃないかという気がします。去年は文科省と厚労省から来ていただきましたので、そこに対してはこういう議事録でしたというのはお送りしていますけれども、正式な形では送ってないんじゃないですかね。

丸藤議長

分かりました。そうしましたら、先生がおっしゃったように、救急部協議会はそういった形でまだ上程議題をあげているということでしたら、われわれも可能であるというご意見ですよね。承知しました。とりあえず、この規約をまず認めていただいて、この新規約で活動する中で継続審議させていただいて、それで救急部と歩調を合わせるということでもよろしいかと存じますが、いかがですか？そんな感じでよろしいですか？

議事録に残していただきまして、そういう形で話を進めるということにさせていただきます。そうしましたらこの規約をまず認めていただくことが必要になりますが、橋本先生、次、よろしくお願いいたします。

橋本部長

ご提案する内容はさっきから出ておりますけども、会場の確保等を考えた場合に次期当番校だけが決まっているのはまずいのではないかとということで、次次期に、要するに今回二人選んでいただくのがいいのではないかとという提案です。

丸藤議長

お二人ですね。どうぞ、ご提案いただければ皆さん賛同いただけるような気がいたしますけども。

橋本部長

一応、丸藤先生と私の前の一昨年当番校された西村先生、そして事務局ということで、3人で協議しまして、個別に山梨大学の松田先生、滋賀医科大学の江口先生のお二人に打診させていただいて、ご了解と言いますか、大学の方と折衝いただいて引き受けていただけそうということでございます。

丸藤議長

元に戻りまして、二校をご承認いただく前に、まず西村先生の方からご説明がありました規約案ですね。松田先生からご提案があったこの「入室」を取るというこの1点でご承認いただくという形でよろしいですか？はい、先生どうぞ。

浜松医科大学 集中治療部 土井松幸部長

浜松医科大学 土井です。文言の確認だけです。看護副師長なのか、副看護師長なのか。後者の方が多いと私は存じてますけども。

丸藤議長

どちらなのでしょう？大学によって違うということはないのでしょうか？高岡師長、何かご意見ございませんか？

高岡看護師長

当施設は副看護師長です。ほかの施設はちょっと確認したことがないので、他の施設のご意見を聞かれたらいいと思います。

丸藤議長

違うところございますか？統一しますか？おっしゃっていただければ併記してもよろしいですし。看護部の方からこうしていただきたいというご意見でだれも反対しないと思いますが。

高岡看護師長

どちらか違いがありますか？看護師長さん。副看護師長以外、使ってます？看護副師長ですというところありますか？みんな副看護師長ですか？ということで、副看護師長でよろしいと思います。

丸藤議長

分かりました。副看護師長。文言の訂正ですね。副看護師長に訂正すると。二つ出ました。ほかございますか？大事な規約ですので。無いようですね。そうしましたら、第2条のところの「入室」を取るというところと、副看護師長で統一するという形で、この国公立大学の集中治療部協議会規約案をご承認いただいたとさせていただきます。どうもありがとうございます。

(拍手)

丸藤議長

それから二番目の議案ですが、先程橋本先生の方からご説明がありましたように、前回の当番校である橋本先生と、今回の当番校の私と、事務局がある西村先生とで相談させていただきまして、次回が山梨大学の松田先生、次次回が滋賀医科大学の江口先生という形で案を立てさせていただきましたがご承認いただけますでしょうか？

(拍手)

丸藤議長

ありがとうございます。では、どうぞよろしく願いいたします。

橋本部長

この案件に関しまして一つだけ後からになります報告事項で、持ち回りのメーリングリスト等で協議されていましたがウェブサイトですね。これは、去年1年間は年会費2万円という縛りが今回の協議会で規約を認めていただくまで発効しないということで、寄付という形で各大学から献金いただきまして、それを西村先生のところの口座に入れていただいたんですけども、そのお金等を使いましてウェブサイトを立ち上げました。ドメインも取って、いろいろ考えたんですけどよくわからないけどこれでいいだろうということで、juhaicu なかなか覚えられませんけど、そういうウェブサイトを立ち上げました。こういうことをすることによって、ちょっと提案にもありましたけども、事務運営の一部外注化をしようということで、どこまで頼めるか、頼むか。今回も北海道大学の事務方の方々に非常に努力していただいて、朝からずっと働きづめでございます。なかなかそこまで外注化するとお金がかかる。ということでございますが、ある程度プールされたらそういったことも業者に頼めるのではないかと。あとは連絡ですよ。連絡に関してもメールひとつにしても担当者がどんどん変わって行きますから、それをどうするかって言うのが問題で、そういったところを、少しお金を使って解決しよう、と。で、これが会則の変更によって、年会費徴収開始できますので、うまく行けば年間100万円程度のお金が集まるということでその仕事割を考えていける。まず寄付金を使いまして、それから実は西村先生の方から教室からもお金を少し拠出していただいてウェブサイトを発足させて、メーリングリストも作ったということです。

これ、一応表紙でございますが、きれいな絵ができました。これはうちのICUのドクターがファイバースコープしているところの写真を、これちょっと古いのでディスプレイも液晶じゃなくて、モニターも写っていないのでその辺をモディファイして、こんな感じで言って、ラフな絵をかいていただいて、それがこんな感じの絵で返ってきました。これをホームページに載せたと。これ、作ったのはですね、ぜひ載せてくれというので、お見せし

ますけども、これがその絵ですね。これは知的障害の方でして、写真を見てそこから自分のニュアンスでぱつとああいう絵を描ける、と。みなさんもし興味あれば、数万円でやってくれますので。私どももあれを作ってうちの ICU に飾ってあります。

こんな感じですね。一応トップページからですね、簡単なものでございます。規約と細則は今日、承認していただきましたので掲載しますので。あと、沿革ですよ。あと組織。ここを見ていただいて担当が変わればご連絡いただくと。あと、さっきお見せしました協議事項の PDF、ここから全部ダウンロードしていただけますので読むとなかなか面白いので。第 1 回～4 回までの資料だけがない、ということで。あればまたお送りいただければとっても助かります。第 5 回ですけども、懐かしい名前というか。今日来ておられる方って国本先生。こういう面々で第 5 回はされていたということで、第 1 回～4 回は果たしてどこでやったのかもわからないということでございます。これがご意見箱でございます。それ以外に代表のメールアドレスも作りました。

あと、もう一つはメーリングリストというものも作りました。これ一発出しましたらバーツとみなさんから変更とかいろんなメールがやってきましたけども、とくに看護のメーリングリストは爆発的に使われておりまして、使い出して 2～3 週間しか経ってないのにもうすごいことになって、いかに看護教育とかそういったことにみなさん腐心されているかということがよくわかります。午前中のこの師長会の内容もここにこんなだったと反映していただいたらいいんじゃないかと考えました。というわけで、非常に覚えにくいですけど、じーっと見たら「ジユウノハイク」とおぼえてもらったら覚えられるかなど。よく PICU をピーキューとか、NICU をニーキューとか英語圏の人行ってますので、ハイキューということで、どうか覚えていただければと思います。メーリングリストを使っていたらいろいろな情報交換をしていただければこの会も活発になるんじゃないかと思えます。以上でございます。

丸藤議長

ありがとうございました。橋本先生、これを運用するのに、催促にある 2 万円を徴収する必要があることなんですね。

橋本部長

そんなにはかからないかもしれませんし、それがプールできればほかのことに使えるんじゃないかと。

丸藤議長

わかりました。今、お認め頂いた会則第 3 条に各大学から 2 万円の会費となっておりますので、ご記憶に留めていただければと思います。

提出された議題は以上なんですけども、他、何か追加の議題はございますでしょうか？

よろしいですか？先ほど名古屋大学の方から。はい、どうぞ。

松田(直)部長

名古屋大学の松田直之ですけども、人工呼吸器関連肺炎の調査を 28 回の秋田からですね、多治見先生から依頼されて行っているんですけども、この報告を少し行いたいと思いましたが議題を提出したい予定だったんですけども、われわれ名古屋大学の事務の者との連携がよくなかったのか、出ていなかったものですから、もし丸藤議長、よろしければお時間 5 分弱いただければと思います。

丸藤議長

どうぞ。

松田(直)部長

それでは、よろしく願いいたします。人工呼吸器関連肺炎が、CDC より Ventilator-Associated Event、VAC、IVAC などということで新しい集中治療関連の中で、こういった予測するスコアリングの中で考え直して行こうという提案が多治見先生から行われたのが第 28 回のこの全国国公立大学病院集中治療部協議会でした。その時にこの時にちょうどこの関連の事象に関して集中治療医学会の中ではすでに人工呼吸器関連肺炎に関する調査委員会が立ち上がっておりまして、この国公立大学病院の協議会とどのように連動するかというところで、私が採用させていただいたところです。

Centers for Disease Control and Prevention、 CDC この VAP の減少を目的としまして第 28 回の協議会において提案がなされたというときのものでありまして、昨年この資料はお配りしております。2014 年の 1 月にはさらに細かな提案がなされているということで、このような資料をお付けしております。日本集中治療医学会人工呼吸器関連事象検討委員会、これが正式な名称となりますけども、志馬先生は国立の京都医療センターにいらしたのですが、現在、広島大学の救急部の教授として赴任されまして、また、集中治療関連ということでこの会にまた入って来られる可能性があります。また、三重大学の今井先生が中心となりましてこの内容をまた進めていただいています。そして、多治見先生のお名前もあります。そのほか、感染症関連の先生のお名前が入っている、このような検討委員会を日本集中治療学会の中で発足させております。2013 年 7 月 22 日に発足となっております。そういった中で昨年、1 年間 2015 年の活動ですけども、この Ventilator-Associated Event、この有害事象評価、全国調査を行う計画を進めた年になりました。お手元にこのようなファイルなど、検討に関する依頼というものがまだ届いていない施設もあると思うんですが、コアな施設として今井先生の所属されている三重大学で倫理委員会の承認を得るまでにやはり時間がかかったということがあります。このような研究に参加するということは各ご施設の中で倫理委員会を通していただく必要があります。その中でコア施設として三重大学、内容が

整った倫理委員会に通せる書類がありますのでそれを使っていただいでその中で賛同いただけるかということを検討していただくことになります。国公立大学病院感染対策協議会との連携による調査を実は 2015 年から一部の臨床施設で行い始めております。また他団体としては、日本集中治療医学会の中でもそうなんですけど、JANIS、国公立大学病院感染対策協議会 高倉先生、感染症の専門家であります。また、個々の場所においては私と本日も同席していただいでおりますが今井先生と、日本環境感染学会では森兼先生、日本呼吸療法学会では多治見先生が対応してくださっております。

実は、6 施設による調査研究のデータを簡単にお示ししたいと思います。まだ未公開ということで、お手元には配られておりません。18 歳以上入室した患者さんの総数、人工呼吸器を行った 2972、つまり 6 施設でこのデータが集まってくるというのは素晴らしいことでありまして、全施設でこの調査がもしできるならば、かなり大きな調査研究、観察研究となり、CDC に与える影響も大きいのではないかと思います。前後逆になっていますが、人工呼吸を使用した群がこのオレンジ色、人工呼吸器を装着してない患者さんがブルー、約半数、集中治療室の中でも半数近くは人工呼吸器にのらない、つまり現在、ハイフローナザルカヌラ、BiPAP などの人工呼吸は侵襲的な人工呼吸器を想定していただきたいと思っておりますけれども、そのような状況で管理されているようです。その内、この人工呼吸装着患者さん、気管挿管患者さん、1571 例の死亡率、これは 148 例の約 9%というデータとしてこの中核病院 6 施設のデータとなっているようです。さらにその内、2 日以上人工呼吸管理をして入室時に気管切開をされている患者さんを除いた数は合計で 674 例。その内、死亡退室されてしまった方がオレンジ色になっておりますが、148 名の 22%という 6 施設データです。そのような患者さんにおいて、あるいはこのような患者さん群の中で Ventilator-Associated Event が実際に起こっているのか、Associated Event が起こっているのかということを見たものです。CDC のパブリックドメインにある計算機を使用してというもので、予測を立てているわけです。このようなデータを皆さんにお配りできればと思うんですが、実際の VAE の発症は 33 名の 2%にとどまっているというデータでした。この計算機においてですね。それほど発症率は高いものではないなということです。その VAE 発症した患者さん 33 例、これは Probable and Possible VAP といわれるような PVAP、そして IVAC、Infection-Related Ventilator-Associated Complication、確かに菌が呼吸器からも観察されたという患者さん群が 21%、VAC だけ、かぶってくる VAC はですね、Ventilator-Associated Condition、状態が悪くなるような PEEP をあげて行かなければならないようなコンディションのみという方が 36%というような状況だったわけです。実際にその死亡、この 33 例の解析ですね、そのうち死亡した患者さん群、24%つまり、あれだけ数が多いにもかかわらずこの場合のデータであると 24% 8 例なんですね。つまり、全体でいうと小さな結果でありますけれども、人工呼吸、気管挿管された患者さんの 0.5%レベルが死亡するというデータとなっております。しかし、6 施設でもこれだけ数を集まるので、大施設での検討ができれば、これはやはりより良い発信となって行くと思っておりますし、お互いの診療の質を見直す機会に

もなると思います。

中間報告とさせていただきます。第 32 回全国国公立大学病院集中治療協議会までの予定です。この関連事象検討委員会と連動いたしまして、新しいシートをぜひ皆さんのご施設にいよいよ配布させていただきたい。そして 2 番目、調査内容の依頼、来年度、26 年度には予定させていただきます。VAE 検討委員会といたしまして活動は継続させていただいて、次回 32 回においても再び経過報告を予定させていただきたいと思います。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。丸藤先生ありがとうございました。

丸藤議長

いかがでしょうか？VAE を発症するのが 33 例 2%で死亡するのがさらに少なく 0.5%。

松田(直)部長

はい。全体でいうと 0.5%ですので治療成績としてはかなり良いのではないかと思います。

丸藤議長

ご提案は要するに今が中間報告で、来年の 32 回の協議会に際して参加の施設を募るとい
うご趣旨でよろしいんですか？

松田(直)部長

はい。この検討委員会ではそのように考えておまして、皆さんのご施設にいよいよ依頼
の文言が届くようになると思いますが、ご協力いただければと思っております。

丸藤議長

何かご質問、ご意見等ございますか？

松田(直)部長

これは必ずしもドクターだけで行うというわけではなく、むしろ看護師さんたちが連動
して、また参加していただくような内容になったり評価していただく内容になると思うん
です。そういった意味でぜひこの場でドクターサイドだけではなく、この集中治療部門に
携わるコメディカルのみなさん一体化して、共有していければというところを考えており
ます。

丸藤議長

では具体的なプロトコル等を 32 回までに発送して、みなさんのご意見を聞くというこ
とでよろしいでしょうか？

松田(直)部長

はい。その中で賛同が得られて倫理委員会に通ったご施設からはやはり一定の期間にまたデータを依頼させていただくという流れになると考えております。

丸藤議長

はい、みなさん何かご意見・ご質問等ございますか？ 一応、ご提案という形で承ってよろしいでしょうか？ そうしましたら。また進捗状況を教えていただいて、32回までにいろいろ進めるわけですね。

松田(直)部長

はい。

丸藤議長

じゃあ、その進捗状況を32回に発表していただくことになると思います。

松田(直)部長

よろしく願いいたします。

丸藤議長

はい、ありがとうございました。

それでは、だいたいこれで用意した議題は以上なんですが、皆さんの方で何か追加等ございますでしょうか？ ございませんか？

そうしましたら、最後、来年の開催校である山梨大学松田兼一先生、ひと言お願いしてよろしいでしょうか。

松田(兼)部長

先ほどご承認いただきました山梨大学集中治療部の松田でございます。最初に、打診いただきまして事務の者といろいろ相談して、この時期、山梨、大雪降ったら皆さんに来ていただけるのかなど。今晚も降るそうなので今からもうすぐ帰るんですが、時期の変更もなかなか難しいようなんですが、なんとか神様に祈りつつ、いい場所といい時期をご提供してですね。

あと、初めて私、看護部会の方に出たんです。たぶん、この中の部長さんたちは行かれたこと一度もないと思うんですけど、かなりの活発な討論がされていまして、あのパワーとかモチベーションをこちら側にも持ってきてもらえばいいのかなという思いで、岡村師長とも来年以降、もう少し風通しを良くするというか、エネルギーをもらうというか、ということも含めればいいのかなど。あと先程橋本先生もおっしゃっていましたが、今後また

来るのが楽しくなるような協議会の第一歩になるようなちょっと企画を考えていきたいなと思います。そして、江口先生に引き継いでいくようなことをしたいと思います。来年、おもてなしをできる限りしたいと思いますので、甲府の地でお待ちしております。よろしく願いいたします。

(拍手)

丸藤議長

はい、松田先生ありがとうございました。それでは、江口先生ひと言お願いいたします。

滋賀医科大学 救急集中治療部 江口 豊部長

機会をいただき大変光栄に思っております。さっそく院長に相談しまして滋賀医大はちょっと駅から15分くらい離れておりますので、交通の便のいいホテルでしようというところまで打ち合わせできております。また、引き続いていい会にできるようにしたいと思いますので、ご参集どうぞよろしくお願いいたします。本当にどうもありがとうございます。

(拍手)

丸藤議長

はい、ありがとうございました。

それでは、これで第31回の全国国公立大学病院集中治療部協議会を終了いたします。どうぞ、非常に滑りますのでお足元に気を付けてお帰りください。それから、来週から始まる雪まつりの雪像がだいたいできておりますので、開催前に見られるというのはなかなかないので、ぜひ大通会場、訪れて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。

(拍手)