

第 3 3 回
全国国公立大学病院集中治療部協議会

議 事 録

平成 3 0 年 2 月 9 日 (金)

当番校:滋賀医科大学医学部附属病院

議事

【開 会】

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

それではただいまより、第33回全国国公立大学病院集中治療部協議会を開催致します。開催に先立ちまして、本日は文部科学省からご出席いただいておりますので、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長、西尾和幸様でございます。

西尾病院第一係長（文部科学省）

西尾でございます、よろしくお願い致します。

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

西尾様には、後ほどご講演いただくこととなっております。開会にあたりまして、当番大学でございます、滋賀医科大学医学部附属病院長の松末吉隆からご挨拶を申し上げます。

【当番大学挨拶】

松末病院長（滋賀医科大学）

皆さん、こんにちは。滋賀医大附属病院長の松末でございます。節分、立春をすぎましても、まだまだ寒い日が続いておりますけれども、本日は全国からこの協議会にご参加いただきまして、本当に皆さんありがとうございます。また先日来の大雪の関係で、北陸三県の国立大学の先生方には、なかなか難しいという状況の中で、福井大学の先生からは急遽、なんとか駆けつけていただき、非常に感謝申し上げます。この協議会というのは33回目ということでございますけれども、私は2025年問題で地域医療構想に関わっておりますけれども、病床の機能分化とかあるいは連携というのが問われている中で、大学病院というのはやっぱり高度急性期、高度医療を提供するというので、ますますこのICU、集中治療部の役割が増していると思っております。さらにこの5年、10年間を見てましても、高齢化の影響により、確実にいろんな疾病を持った、合併症を持った方々が増えておまして、術後であるとか救急の現場、あるいは病棟での急変とか合併症の対応等で、ICUでの対応をお願いしなければいけない患者さんが確実に増えております。そういったところで我々もICUの増床とか、あるいはHCUの設置等々を含め、今後こういった高度な医療を、国立大学病院としては最後の砦として担っていかなければならないということで、まさにこの集中治療部というのは今後、非常に重要な役割を担うことになると思っておりますので、どうぞ皆さん、よろしくお願いしたいと思います。

それから本日は二つのテーマを江口豊先生に用意していただきまして、一つは特定行為看護師ということで、滋賀医大が国立大学では最初にこの制度を始めましたけれども、医師の働き方改革ということで、5年後には労働時間の上限が設けられるとか決まっております、そういった中で高度医療を提供していくためには、タスクシェアリングあるいはタスクシフトというものを考えないといけませんし、看護師さんやメディカルスタッフの人が共同でチーム医療の中で、こういった医療を提供していかなければいけないということで、この特定行為看護師さんあるいはフィジシャンアシスタント、そういうことが今後かなり現実味を帯びてくるのではないかと考えています。二つ目は、診療報酬改定のICUの重症度評価などの質の評価を今後2025年にかけて行なわれるということがほぼ検討会議の中で決まっております、今までの施設基準は、面積であるとか人の配置という基準で行われていたのですが、今後は治療の案とか結果をしっかりと見ましょと。医療資源を多く投入しても、

結果としてそれが評価されなければどうなのか。そういうようなことも今後必要だということです。また、専門医制度についても今後、質の担保ということで、より質の高い医療人を育成するということも必要になってくるということで、二つ目のテーマが設けられております。ということで、本日、半日間の日程でございますけれども、ぜひ有意義なディスカッションの場を作ってください、皆さんで情報共有していきたいと思っております。本日はどうぞよろしくお願い致します。

※一同拍手

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

それではプログラムに入らせていただきます。まずは先ほどご紹介させていただきました、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、西尾和幸様より、「大学病院を取り巻く諸課題について」というテーマでご講演いただきます。それでは西尾様よろしくお願い致します。

【文部科学省講演】

「大学病院を取り巻く諸課題について」

西尾病院第一係長（文部科学省）

先生方、こんにちは。ご紹介いただきました、文部科学省医学教育課の西尾でございます。どうぞよろしくお願い致します。私、この集中治療部協議会は初めて参加させていただきます。本日は貴重なお時間を賜りましてありがとうございます。かなりのスライド枚数を持ってきてしまったので、途中、飛ばすところもあるかと思いますが、今日は大学病院を取り巻く諸課題ということでお話をさせていただければと思います。今日の話は予算のことと、それから医療の変化に対応する大学病院についてお話をさせていただこうと思います。本来であれば、教育行政のお話をということも考えていたんですが、やはり医療の中で取り巻く環境がどんどんめまぐるしく変わっております。そういった話題を今日はお話できればと思います。

はじめに、大学病院に関する予算からお話をさせていただきます。平成 30 年度の予算案でございます。今、国会で審議されておりますので、成立すればこの案が取れることとなりますが、大学病院を対象として、高度医療人材の養成と大学病院の機能強化というかたちで、人材育成するための補助金になります。平成 30 年度の予算案については、20 億円を予算案として計上させていただいております。前年から 15 億減っているのですが、大幅なダウンなんですけれども、一つ、それまでやっていた事業が終わったこともございまして、この金額になっております。次のスライド以降、もうすでに開始している事業。がんプロですとか、そういった事業が開始しているんですけれども、今回その 30 年度のところは二つだけなんですけれども、課題解決型の人材養成の事業のところ、新たな領域で精神領域と災害支援領域というところを、人材育成するための補助金をなんとか予算を計上することができたというところがございます。これは次年度 4 月以降に公募する予定でございますが、またその際には各大学の事務方を通じてご連絡させていただこうと思います。本来であれば先生方の集中治療のところの人材育成は非常に重要ですので、予算に入りたい部分もあるんですが、特に高度な知識技能が必要とされるという分野のところ、もう開始している事業がございまして、なかなかバッティングで予算が重複できないものですから、そういった関係で今回は二つの領域に設定させていただきました。来年度以降はまた、この本体の事業が終わる予定なので、新たな事業については今後、現場の先生方ともお話をさせていただきながら、予算要求をしてまいりたいと思っております。

それからもう一つが、これは国立大学法人に限ってでございますけれども、運営費交付金のお話について、少しだけふれさせてください。国立大学法人の運営費交付金につきましては、昨年度同様の金額である1兆971億円を予算案で計上させていただきました。その中で、大学病院については200億円の予算をなんとか確保することができました。大学病院を支援する議員連盟という議連がございます。国会議員の先生が集まる議員連盟で、大学病院を応援しようということで、会長が河村建夫先生ですとか、あるいは元厚労大臣の田村先生だとか、こういった先生方が入っておられる議連がございます。ちょうど12月5日に議連が行なわれて、このときは国立大学病院から山本病院長先生と、私立医科大学協会からは小川副会長先生がプレゼンを発表されて、大学病院はこんなに頑張っていますということを、議員の先生方にも訴えたところでございます。国立大学の運営費交付金については、今年度かなり厳しい状況で財務省との折衝をしております。廃止されるのではないかという記事も載っていたんですけども、なんとか200億。前年から16億円減にはなっていますが、予算案として計上させていただきました。教育、研究に資するための予算ということで、大きなものは、研究のところの基盤整備に当てさせていただいておりますが、国立大学については、こういう予算という形で確保させていただきました。その代わりきちっと教育研究に資する経費で、今後きちんと目標設定も立てていただいて、そういった到達目標だとか、執行計画をきちんと計画していただいた上で、運営費交付金を有効的に使っていただきたいという願いを、私どものほうからさせていただいているところでございまして、今後、国立大学病院長会議の山本先生も、有効に使っていききたいと、ご発言いただいているところでございます。予算については、先ほど申し上げたとおり国会で審議されておりますので、審議の結果次第ですけれども、成立すれば先ほどの補助事業もそうですけれども、4月以降執行が可能という形になります。

予算のところは、ちょっと駆け足で恐縮ですが、次に、医療の変化に対応する大学病院というところでお話をさせていただこうと思います。ご承知のとおり、急速な少子高齢化が進んでいる中で、我が国の医療提供体制がどうやるべきなのかということが今問題になっています。2012年に医療と介護の一体的な改革ということで、2025年のあるべき医療・介護提供体制の実現ですとか、あるいは医療機能の分化をしつつ、連携も図っていく。それから地域包括ケア提供体制の構築というところが、新たにこういった課題が出てきたところでございます。この一体的な改革については、いわゆる昨年までは勝手に第1ステージと付けさせていただきましたが、いろいろな医療法の中で制度が変わったり、基金でお金を確保したり、あるいは診療報酬改定でそういった医療と介護をつなぐ改定があったり、制度がいろいろ設計されてきた。あるいは都道府県でいろいろな医療計画を作っていたケースだったと思います。今年からいろんな医療と介護の一体改革って、もう折り返しにきていると思っています。

すなわち、計画したものをきちんと管理して実行するフェーズに移っているだろうと。先ほど病院長先生からお話があった地域医療構想ですとか、それから医師の偏在対策の対応。それから今年が一番大きなテーマである、医師の働き方改革。それから一昨日、答申がございましたが、4月の診療報酬改定。それから新専門医制度の開始等、いろいろな取り組みが立て続けに実行のフェーズに移りつつあると思っています。節目の2018年ということで、診療報酬・介護報酬の改定であったり、あるいは地域医療構想を踏まえて、第7次の各都道府県の医療計画が始まったり、それから国保の都道府県の運営になったり、全部都道府県を主体にした政策に今、転換しつつあります。そういったところで大学病院が、どう対応していくのかということが非常に重要ではないかと思っています。これがこれまでの一体的な改革にかかるスケジュールですけれども、今申し上げた地域医療構想だとか、病床機能報告ですとか、あるいは診療報酬のW改定ですとか、こういったものが全部パラレルで動いているという状況のフェーズにあると思っています。

はじめに地域医療構想についてお話をしたいと思います。これは医療と介護を一体的につなぐための、各都道府県で 2025 年のあるべき姿を策定してもらうための構想になります。すでに全都道府県で、地域医療構想は策定済みです。これが 2025 年の医療需要と病床の必要量と、それからその都道府県で目指すべき医療体制を知るための施策、これが地域医療構想になります。こういったものをデータで見える化させて、将来のあるべき姿を見ていくのが地域医療構想です。一方、ご承知かと思いますが、病床機能報告というものもあります。現在の病院の病棟ごとで、高度急性期を担っているのか、あるいは急性期を担っている、あるいは回復期、慢性期とありますが、自らの病棟がどの立ち位置にあって、今後どのような医療を提供していくのか。これから病床機能報告で、各病院から都道府県にこれは報告があります。これが今の現状の見える姿になります。現在の見える化するデータと将来の見える化するデータ。これが両方そろって、今後のあるべき医療の姿をどう考えていくのかということが今、都道府県の中で行なわれております。それから地域医療構想調整会議といまして、各大学の病院長先生ですとか、あるいは医学部長先生が、この地域医療構想調整会議にご参画されて、まさに議論が進んでいるところです。これが 27 年の内閣府が出したデータですが、当時 2013 年ですと 135 万床あるものが 2025 年では 115~119 万床という推定値が出ています。特に大学病院で担っていく高度急性期 19 万床が必要量で見ると 13 万床という形になって、回復期ですとか慢性期がやっぱり足りないということで、将来どうあるべきなのか、その都道府県の 2025 年はどういう医療提供体制が必要なのかということが今、問われております。

これが例えば青森県の構想の一例でございます。弘前大学も入っている、この津軽構想区域ですけれども、病院機構の病院と私立の病院を統合して、新たな中核病院を作ろうと。こういった、小規模な病院については、回復期や慢性期への転換をしてはどうかという形で、これは一例ですけれども、それぞれの区域で会議検討が行なわれているところでございます。この構想調整会議ですけれども、各病院の関係者の先生あるいは医師会の先生方、いろいろなステークホルダーの先生方が集まっていますけれども、なかなか協議が進まないところもありまして、その都道府県の中にある公的病院。これは特定機能病院も入りますが、あと例えば日赤ですとか、公的な病院機構の病院ですとか、まず公的病院のあり方について決めていこうということで、公的医療機関には「公的医療機関等 2025 プラン」という形で、これも各病院で作成いただいています。これについて今、構想調整会議の中で、平成 29 年度中に公的医療機関の役割について、きちんと話し合いをしようということで、その公的医療機関が何を 2025 年に向けて、医療機能として担っていくのかということで、プランは作っていただいて、まずは公的医療機関のあり方について、検討しましょうということで議論が進んでいるところですので、まさに大学病院の役割というところも、各都道府県それぞれの単位で構想が、会議が進んでいるところをぜひご理解いただきたいと思います。

それから、医師の偏在対策について、次に話を移りたいと思います。医師の偏在対策については、ご承知のとおり 20 年度以降、医学部の定員を増加しているということです。28 年は過去最高の 9200 人ほど医学部定員がありますが、その中で地域枠という枠の中で入学した学生の方がいよいよご卒業されて、今地域医療の従事という形で、第 1 期の方が出始めている状況です。そういった中で、地域枠で入った人たちの医師の派遣調整機能について厚労省の中で議論されております。それからもう一つは 20 年度以降、むしろいろいろ診療科での格差が広がっているという状況がありまして、そういった偏在対策をどうするのかということが、医師の需給分科会というところで議論されまして、昨年 12 月にまとめがされたところです。今後の対策の方向性として三つ挙げられております。一つは医師の少ない地域での勤務を促す環境整備が必要だろうと。二つ目、ここでも出てきますが、都道府県における体制整備が必要。それから三つ目、外来医療機能の不足・偏在への対応という三つの形で、

方向性が示されているところでございます。

全部ご紹介すると時間がないので、まず最初に医師の少ない地域での勤務を促す環境整備については、実際にアンケートを取ると、地方で勤務してもいいかなと思う先生が、ある程度いらっしゃるんですけども、実際の勤務に結びついていないということで、その障壁を取り払うために、制度を改正したほうがいいのではないかと今いわれております。すなわちそれは、少ない地域で働いてもらうような、医師個人の先生を後押しする仕組みですとか、あるいは派遣をする医療機関に対して、何かインセンティブを付けたらどうだとかという形で、要所、要所のところで少ない地域で働いてもらうような何か仕掛けを作ってはどうかということが今、検討されています。それから二つ目の都道府県における体制整備については、医師不足あるいは偏在しているといってるんですけども、統一的に図る、ものさしがないというようなのが現状課題として挙がっています。改正案の中ではこういった偏在のところのものさしを、何らか可視化してはどうかということで、例えば医師の多くいる地域と少ない地域を都道府県の中で区域を設定して、こういったデータを見える化してはどうかということで、制度改正案が出されています。あるいは、都道府県で策定している医師の確保計画も、記載がバラバラ、あるいは策定していない都道府県があるというのが現状に対して、今後は医師の確保計画についても、各都道府県できちんと計画を立ててもらいましょうというのを義務づけして、3年ごとにPDCAで見直していきながら、きちっと確保されるような体制。こういった協議会を通じて考えていこうと。これは都道府県単位でやるべきじゃないかという議論も今挙がっております。それから三つ目の外来医療機能の不足・偏在等への対応のところでは、無床診療所、クリニックはやはり都市部に偏っていると思いますけれども、こういった現状を改善するために、こういった協議会とか、先ほどの地域医療構想で今進んでいます、これの外来版の地域医療構想というんでしょうか。外来の中でのあり方。地域でのあり方について、話し合いの場を設けてはどうかという形で、三つ方向性が示されたところでございます。今、厚生労働省において、これから予算を審議していますので、それが終わったらだと思いますが、医療法と医師法の改正をする法律案について、国会に提出しよう。今申し上げた三つの方向性を改正する法案を、提出しようということで計画されているようです。施行は31年4月1日からという形で、提出される予定ですので、こういったところもきちんと、大学病院も含めて注視していかなければいけないという課題があるのかなと思います。

それから駆け足で恐縮ですが、今年もおそらく最大のテーマである医師の働き方改革についてお話をしたいと思っております。働き方改革については、ご承知のとおり、残業時間を罰則付きで規制する法案です。原則360時間を限度とすると。労使協定を結ぶ場合でも720時間を上限にすると。けれども、医師についてはやはり応召義務だとか特殊性を踏まえた対応が必要で、この制度が施行される5年後を目途に医師については規制を適用すると。5年間、猶予があるということですね。そこまで医療界で検討の場を設けて、2年以内に規制の具体的なあり方。あるいは労働時間の短縮などについて、検討をしていきたいと思いますという議論が今進んでいます。本来であれば、この働き方改革の法案は、去年の秋の臨時国会で提出される予定でしたが、ご承知のとおり選挙がありましたので、今の通常国会で法案が提出されるという状況です。これも予算の審議が終わったら審議されると思いますが、総理の所信表明演説だと、働き方改革のところは非常に強調されていましたので、当日も議論がこれからされるだろうと。一方で、最近労基署がかなり病院に入って、いろいろ指導だとか勧告を出しているケースが非常に多い状況になっています。去年の例えば5月であれば、聖路加病院が土曜日の外来を一部縮小したとか、そういったニュースも出ておりましたが、今非常に労基が厳しく立ち入り調査をされているという、この状況もなんとかして改善していかなければいけないんですけれども、先ほど申し上げた、医師の働き方改革に関する検討会が、厚生労働省で今、行なわれています。具体的な医師の働き方を踏まえた、時間外労働規制のあり方で

すとか、医師の労働環境の改善策について、議論がされています。今月には中間とりまとめがまとまって、来年の3月までに最終とりまとめを行なうスケジュールになっています。

これが検討会で出てきた、医療機関別の週あたりの勤務時間です。全体と救急と大学病院をグラフにしたものですが、大学病院はやっぱり64時間で勤務時間が長いんですね。例えば診療外の時間もこれは大学が長いんですけども、教育研究の部分じゃないかと思いますが、やっぱり大学病院での勤務時間というのは長い。それからもう一つ、この検討会が始まってからタイムスタディー調査が始まっています。大学4施設。それから大学以外の施設の先生にもご協力いただいて、44人の先生の当直ありか当直なしか、1分単位のタイムスタディー調査が行なわれました。医師を対象となる先生を観察者、看護師さんなどがずっと追いかけて、1分単位でデータを測定する調査が行なわれました。先行調査で行なわれましたが、今本調査でまた行なわれています。朝、医局に来て、カンファレンスやって、病棟で回診やって外来に行き、それで手術に行き、最後にまた医局に戻ってだとか、ずっと1分刻みのタイムスタディー調査が行なわれています。先行調査の結果ですが、上が当直ありで、下が当直なしのデータです。これが各先生毎の働いた勤務時間で、上が大学以外の先生です。2番目が大学の先生ですけども、こういった診療時間と診療外と、それからそれ以外の時間と、非常に長い傾向が出ている。詳細な分析はこれですけども、例えば大学の先生ですとやっぱり、教育研究のところは大学以外の先生と比べて時間数が多いという傾向が出ています。逆に、大学以外の先生は救急外来ですとか、あるいは診療時間で見ると、少し大学以外の先生のほうが時間が長いという傾向が出ています。これは44人の先行調査なので、まだ本調査が引き続き行なわれているので、こういったデータも取りながら、今後のあるべき姿が検討されていくという状況です。2月に中間まとめをしますが、前回1月のときに、中間の論点整理の骨子案が示されました。今後の検討としてやはり、医師の勤務時間に関する論点として、長時間勤務とその要因だとか、もう少し分析して見ていかなければいけない。それから応召義務というのは法律があるので、ときに作った法律と今では全然環境が違うので、こういったところの見直しだとか、あるいは自己研鑽に関しては、何が労働時間で何が労働時間じゃないのかという整理も必要だろうという論点整理がされています。それから勤務環境改善に関する論点では、タスクシフティング、タスクシェアリングという形で議論が出されています。ICTの活用というのも一つ出ておりますが、こういったものが今後、検討会を1年かけて検討していく内容になっています。

それから、とりまとめ自体は来年の3月ですが、各病院に対して労働時間の短縮に向けた緊急的な取り組みをしていただくということで、これは大学問わずになりますけれども、医師の労働時間の適正化に向けた把握ですね。在室時間について客観的な把握をしていきましょう。また、36協定を自己点検ですとか、あるいは大学病院ではタスクシフティングが一般の病院と比べるとあまり進んでないと指摘されていますが、こういったタスクシフティングの推進というところも、緊急課題として、緊急的な取り組みとして掲げられています。大学ではタスクシフティングが進んでないといわれているのは、このデータですけども、看護師等が行なっている業務で、例えばこの点滴、静脈、尿道カテーテルについて、この辺のデータを見ると、一般の医療機関に比べると、やや原則実施としている。例えば静脈ラインの確保ですと、66%に対して、一般の医療機関は80パーセントというデータ出ているので、なかなか患者さんの症度によってもいろいろ違うと思いますけれども、今こういう原則実施のところの割合が、やっぱり大学は低いということがいわれているので、先ほど緊急的な取り組みのところ、特に大学病院においてはと書かれていますけれども、一層推進するようにしていきましょうという議論が今、行なわれているところでございます。これは引き続き、1年かけて議論していくので、特にここの医師の働き方改革については、非常に注視をしなければいけない課題だと思っています。

それから次に、診療報酬改定についてです。一昨日、答申がされました。ご承知のとおり改定率については、全体でマイナス 1.19 ポイントという形で、本体が 0.55 ポイントという形で付いています。30 年度の基本診療報酬改定の基本報酬を見ても、やはり 2025 年を見据えて、地域包括ケアという言葉ですとか、あるいは医療従事者の負担軽減、それから働き方改革の推進。チーム医療も入っていますけれども、あるいはイノベーションですとか ICT ですとか、今後に向けてやっていかなければいけない取り組みについて、基本方針がされていて、それに応じて今回、診療報酬の点数が改定されているという状況にあります。今回のその診療報酬改定の見直しの中で特に大きいところは、大学病院は関係ないんですけども、入院の基本料といわれる、一番根幹の部分ですけども、これは一般の病院ですけども、特に急性期の医療費については現行 7:1 と 10:1 の基本料しかなかったものが、中間的な 7:1 と 10:1 の間の点数が今回新設されました。10:1 の基本料をベースとしながらも、その上に個々の医療実績、診療実績に応じた形で点数を付けようという、2 階建てのような基本料の体系になっています。高度急性期がたくさんありすぎることも、2025 年に向けて課題の一つとされていますので、こういった点数が今回設けられたのではないかなと思っています。

それで ICU のところの管理料についてなんですけれども、今回 4 つ特に改定があって、一つは早期離床、リハビリテーション加算が今回 500 点です。1 日につき 500 点です。入室直後から離床に必要な取り組みが行われた場合、14 日を限度として算定されると。当然、医師、看護師、医学療法士が見て、そういった取り組みをした場合には 500 点が付くので、普通のリハビリですと 250 点ぐらいの半分ぐらいの点数なんですね。それが ICU できちんとこういった取り組みをしていたら、500 点加算ができますよという仕組みになっているので、ぜひ十分相談していただきたいなと思います。それから二つ目は、スーパー ICU の管理料についての施設基準に、専門性の高い看護師の配置が要件とされました。その要件の中に、集中治療に関する適切な研修を修了した看護師が配置されていることが、施設基準になっています。そういう意味では、看護師さんのこういった役割が認められて、これはすごいいいことだなと思いますけれども、なおさら点数が付けばもっと良かったのかなと思いますけれども、じゃ、具体的にどういった研修をすればいいのかというのは今後の事務連絡通知待ちなので、現時点では分からないんですが、こういったものが評価されました。中医協で出た、先ほどのリハビリの実施状況。約 6~7 割がやっているという状況がこのグラフから見て取れます。それから看護師に求められる知識、配置ということで、やはり ICU に専門看護師の方だとか、認定看護師の方が入っている大学があると思うんですけども、こういった知識だとか技術が必要じゃないかと言われていきますので、例えば国立大学ですと、CNS の専門看護師が手術の部分で 20 名ぐらい確かいたと思います。認定看護師が 80 名ぐらいだったと思いますけれども、こういったところの評価もされ、施設基準の中に設けられたと。それからもう一つ、管理料については入室時の生理学的スコアの測定を要件とするという形で、生理学的スコアを取っていきましょうということが、今回要件として課されたところでございます。こういった内容については、ぜひ事務部門もお話をいただければと思います。

それ以外で大学病院の事項について簡単に書き出してみたいんですけども、例えば、がんのところだと、がんのゲノム。ゲノム病院について加算を新設されたり、あるいは集中治療は今申し上げたところですし、手術、麻酔についても、外保連に基づく手術手技ですね、適切に評価されて、ダヴィンチの手術手技も今回、12 医療技術が保険適用されました。あるいは麻酔科の常勤麻酔医による麻酔管理料の評価ということで、常勤麻酔医による麻酔を行なった場合は、管理料がかなり増点されています。それから小児、周産期の部分も、かなり評価が充実していますし、それからいわゆるオンライン診療についても今回、ICT の中で改定がされたので、ぜひこういったところを事務部門とも話をいただければと思います。

それで、先ほどお話しを申し上げたとおり、医療と介護の一体的改革は、折り返しの第2ステージにきているのではないかと。今お話をいろいろさせていただきましたが、こういったものが全部パラレルで動いているステージに入っていると。その一つに、新専門医制度も入っていると思いますが、こういったものの対応が各大学で必要になってくるだろうと思っています。これからの医療ですけれども、ご承知のとおり、人口構造が急激に変化しています。当然そうなってくると疾病の構造も変化して、医療需要も変化していくと思っています。これは厚労省ではなくて経産省がまとめた報告書ですが、入院医療需要と外来医療需要を予測したデータです。全国で推計すると、外来は2025年がピークだろうと。入院は2040年がピークを迎えるというデータが出ています。ただこれは、地域によってピークの時期は違ってくると思うので、あくまでも全国の推計値がこういう需要ですけれども、こういったデータも出ています。それからもう一つが、入院患者の将来推計を見ていただくと、2005年を1としたときに、どれだけ増加するか。悪性新生物はそれほど伸びないんですけれども、むしろ今はやはり肺炎ですとか心疾患ですとか、脳血管疾患が増えていくと。こういったところの疾患が増えてきて、当然こういった疾患が重症化すれば先生方も集中治療部の役割というのは非常に大きいと思いますし、地域での集中治療といえますか、ICUでのこういった患者さんをきちんと診ていかなければいけないということも必要になってくるかと思っています。

大学病院はこれからも高度で先端的な医療を提供できる医療人の養成が必要で、それは臓器別の専門家だと思えますが、今後も必要だと思っています。ただ一方でやはり、医療の需要が変化してきていますので、地域医療ですとか地域包括ケアを支える医療人の養成も必要だろうと。さらにそれが総合的に診られる専門家も必要になってくるのではないかと。そういった人材をやっばり、大学がきちんと育成するべきではないかと思っています。人材育成もやはり今は大学病院だけで完結するときではないので、地域、行政、医師会とネットワークを組んで、単純に1次、2次、3次の階層的な医療ではなくて、やはりこういった連携ネットワーク化による人材育成ってというのが必要ではないかと思っております。治す医療から支える医療ということも、今いわれているので、こういったことも踏まえながら、大学で人材育成をしていくということが今後の使命役割ではないかと思っています。

それからもう一つ、実際には病院の中での話になってきますけれども、私ども医学教育課で毎年国立大学の病院長先生を対象に、意見交換をさせていただいています。42大学、45病院の病院長先生とお話をさせていただくと、附属病院の今の経営ってどうですかと聞くと、やっぱり増収減益の状況が今、どこの病院でもいわれています。これは公立も同じだと思いますが、やっぱりこうした要因があって、高額な診療器具の設備導入ですとか、更新が見送らざるをえない状況になっているという、大変厳しい状況になっています。そうした中で、今後の伸びしろはどういうところにありますかって、病院長先生に聞くと、やはり高難度で低侵襲な手術ですとか、あるいはがん診療を強化していきたい。それからやはり、高機能病床をきちっと整備していきたいという病院長先生がほとんどで、やはり先生方も集中治療部というところの部門がやはり、今後も非常に重要な部門になって、こうしたところにきちっとした整備が必要になってくるのではないかと思っています。これは国立大学だけですけれども、病院長会議のデータベースセンターから持ってきた数字です。別にこれでいい悪いは何か言うつもりはないんですけれども、やはり自らの病院の立ち位置をきちんと見極めていただいて、どういう医療を今後提供しなきゃいけないのか、ぜひそういったところにも、事務方の力も借りながら、病院の中できちんと議論をしていただきたいと思っています。

一方、そういった伸びしろとか戦略はありますけれども、やはり病院長先生とお話すると、地域医療構想への

対応ですとか、あるいはやっぱり今一番大きい、働き方改革への対応。それから新専門医制度の対応で、人件費が増加するのではないかと不安に思っている大学もあるようですし、それから何よりも、安全体制も含めたガバナンスの強化ですとか、今日お話しはできませんでしたが、4月から臨床研究法が新たに始まりますので、こうした対応も必要になってくると。安定した財政基盤の確立が必要だということを、意見交換の中でもおっしゃられていました。今後の大学病院の課題と申しますか、一つは自院の診療機能の分析をきちんとすべきだろうと。診るべき患者の選別ですとか、診療内容を最適化する、あるいは大学病院らしい医療の提供をしていくということが必要だと思います。地域の医療機関と役割分担をして、診るべき患者を診ると。そうした意味では、地域の病院も大学病院も共倒れになっては意味がありませんので、こうした診療機能の分析が必要だろうと。それから病院内での役割分担。先ほど申し上げたタスクシフティングできるところがまだあるように思いますので、こういった分担ですとか、地域との役割分担、意思疎通を図っていくことが必要だと。それから病院ガバナンスの体制もさらに強化させて、中長期的な視点を持った病院経営、戦略というのが今求められているんだと思います。そういうためには、大学法人本部ともきちっと連携が必要ですし、それから外部資金の獲得に向けたさらなる戦略が必要であらうと思います。そういう意味で、大学病院の集中治療部って、やっぱり大学病院のさらなる機能強化のために重要な部門だと思いますし、高度急性期を担っていく、まさに最後の砦の部門だと思います。そういった役割も含めて、一方でその大学病院の人材育成という部分も、地域を巻き込んで、質の高い医療提供できる、医療従事者の育成が必要で、それから多職種連携ですとか、先ほどタスクシフティングですね。ぜひとも各病院の中で、お手本となるような役割分担をぜひこの部門からしていただけると、非常にいいのではないかと思います。

いろいろ駆け足でお話をさせていただきましたが、働き方改革ですとか、地域医療構想ですとか、いろいろ重要な制度の実行が必要になってきますけれども、そういった中でやはり、集中治療部門というところは、お話しさせていただいたとおり、非常に重要な部門だと私どもも思っておりますので、少しでもそういったお役に立てるように引き続き努力をしてみたいと思います。駆け足で恐縮でございますが、私からのお話はこれで終了させていただきます。ご清聴ありがとうございました。

※一同拍手

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

西尾様、どうも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、ご質問などがございましたら、よろしく願い致します。議事の作成の都合上、ご発言に際しましては、会場内のスタンドマイクをご使用いただきまして、大学名とお名前をおっしゃっていただきましてから、ご発言をくださいますよう、ご協力をお願い致します。

溝端集中治療部長（大阪市立大学）

大阪市立大学集中治療部の溝端と申します。大変貴重な講演をいただき、ありがとうございました。医師の働き方改革という中で、大学病院の中には、裁量労働制という雇用形態がございます。私どもの大学も、講師以上の者については裁量労働制ということで、8時間のみなし雇用という雇用形態になっております。この裁量労働制というのは時間外勤務という概念がございませんので、何時間働いても、労働基準署が確認する時間外勤務の時間というのは全然増えてこないという中で実際には働いているという状況があるんですけども、医療機関の中では大学あるいは大学病院というところに特有な、裁量労働制というものについて、文部科学省のほうほどの

ようにお考えなのか、ちょっと教えていただきたいと思います。

西尾病院第一係長（文部科学省）

ありがとうございます。裁量労働制については、先生がおっしゃられたとおり、大学でできることになっていますので、国立大学の中でも公立もそうだと思いますが、裁量労働制をやっているところと、変形労働制のところとまちまちです。それは特に国立は法人化のときに、人事院の規則から法人になってその規則が変わるので、その対応に向けて裁量労働をやっているところがあるのですが、各地域の労基署の考え方で裁量労働を認めないというところもあって、変形制をとっている大学もあると聞いています。先生がおっしゃられるように、裁量労働制であっても深夜ですとか休日に働いた分は、本来手当を支給しなければいけないので、裁量労働制だから何か別に守られているとかということではなくて、裁量労働制をとっている大学でも今は労基署が入って本当に勤務の実態と、みなしの時間と一致しているのかどうかということをかなり見られているそうです。これは私が聞いた話ですけれども、ある私立大学では裁量労働制を始めたら、毎月のように今、労基署が来ていて、回っているというお話もあったようですので、もちろん大学の特殊性というところでいくと裁量労働制というのは認められているので、大学の考え方にももちろんよってきますが、裁量労働制だからといって、別に働き方改革が関係しないということはないので、まさに各大学病院の中できちんとどうしていくべきなのか。手当、働き方も含めて検討していかなければいけないという状況になっていますし、厚労省の検討会の中でもやはり大学は、国立大学千葉大学の山本病院長先生が、代表で構成員の中に入っておられるんですけれども、やはり大学病院はやっぱり特殊な勤務の形態。表裏一体という表現を先生されておられますが、診療のプライムな教育だとか研究だとかあったり、それは裁量労働制もきちんと認めてほしいというご発言もあったりしているので、それもその検討会の中で議論を今後されていくところではないかと思っています。

溝端集中治療部長（大阪市立大学）

そうしますと、裁量労働制をとっておる中で、きちっと勤務時間というものを、みなしは時間ですけれども、どのように評価するかということは、地域の労基署との中の関係で定めていくべき、あるいは労基署の指導に従うべき。そういうことでよろしいですか。

西尾病院第一係長（文部科学省）

そうですね。そもそも先ほどの緊急的な取り組みの中でも、大学病院の医師の実際に働いている時間をきちんと把握していきましょう。客観的に分かるもので、要は帳簿とかではなくて、客観的に分かるものできちっと把握していきましょうということが出ていますので、大学病院に問わず、どこの医療機関も緊急的にやらなければいけない取り組みですので、これはきちんと取り組んでいただく必要があると思っています。

溝端集中治療部長（大阪市立大学）

分かりました。ありがとうございました。

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

もう一つだけ、ご質問受け付けたいと思います。よろしいでしょうか。

松田救急・内科系集中治療部長（名古屋大学）

本日は、どうもありがとうございます。名古屋大学の松田でございます。文部科学省の領域、つまり教育の関

連に関してなんですが、病院に現在実習で来る医学生さんがいたり、その一方で大学の中で授業のコマ数のある一定数担当する。それを医学教育の流れでいうと、小グループ制でできるだけ枠を作るようにということで、要求がされてきていると思います。そういう中で、働き方改革のところとつながるんですけども、大学の本来の教官と、病院の中で雇用されている職種というか医師として診療をメインで行なう側とあると思うんですが、現実の問題としては、大学の医学系研究科に属している者だけでは、講義であるとかポリクリであるとか、担当できないと思うんです。その一方で診療に従事している医師たちも、助教、講師の皆さんも、教育まで加えていくと非常に時間数というものが足りなくなってくると思うんですね。なので、そのあたりの時間数の展望というのが、より細かく評価していただいて、結論としては教育枠の人数を増やしていくことなどが、今後検討されているのかどうかということなんです。大学の定員数は限られて、今縮小されてきている傾向があると思うんですけども、教育に関係するところの時間数。これはどう考えていくか、文科省として展望があれば教えていただきたいと思います。

西尾病院第一係長（文部科学省）

ありがとうございます。先生の国立の機関であれば、定員枠っていうのは法人化までは定員枠で管理していましたが、法人化以降は大学の裁量で定員枠というのは、ないことになっていますので、病院の考え方というか取り組みで例えばその病院の病院教授ですとか、病院助教ですとか、いろいろ増やしてきているのだらうと思います。確かに先生がおっしゃるように、医学系研究科の先生だけでは教育ってなかなか全部すべてをやるということは難しいと思いますし、お話できなかつたのですが、コアカリも新しく改定しましたが、やはり教えなきゃいけない要点は以前と比べるとたくさん増えているので、そういった意味では大学病院の雇用の先生であっても、一方で教育も役割として担っておられる先生もいらっしゃると思うので、こういったところについては確かに、何か今打開策があるかと言われると、ちょっとすぐには思い浮かびませんが、先ほど運営費交付金のお話をさせていただきましたが、教育研究に資することについては使っていただきたいと思いますし、当然働き方改革でタスクシフトできる場所はお願いしていかなければいけないでしょうし、そういったところでなんとかして時間を見つけていかなければいけないとは思いますが、すぐにはなかなかできないというのもあるんで、そこは各大学病院の考え方だと思いますが、人数を増やしたらまた人件費の問題だとか、いろいろ出てくるので、そういった意味では今できることといえば、働き方改革での教育見直しがどこまでできるのかという部分もあるんですけども、そういったところで少しでも時間を確保していく。あるいは病院で雇用している先生方に、もう少し教育のウエイトをお願いしてやっていただくですとか、そういった取組も進めていかなければいけないんじゃないかなと思います。

松田救急・内科系集中治療部長（名古屋大学）

どうもありがとうございます。教育の側面というのは非常に大切なところではあるんですけども、その一方で診療不足も大切なので、時間を平等に当てていけるといいと思うんですよね。なので、教育の側面も含めて、時間数というものを今後も検討していただきたいと思います。どうぞありがとうございます。

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

西尾さんどうもありがとうございました。皆さま、盛大な拍手をお願いいたします。

※一同拍手

【議長選出】

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

それでは協議会を進めたいと思います。議事に先立ちまして、本日の議長を正式に選出したいと思います。恒例では当番大学の集中治療部長が議長を担当しております。本日もこれに倣いまして、本学集中治療部長の江口豊に議長を務めさせていただくので、このあたりは皆さんよろしいでしょうか。

※一同拍手

中尾病院管理課長（滋賀医科大学）

ありがとうございます。それでは江口部長、よろしくお願い致します。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

それでは僭越でございますが、ご指名でございますので、どうぞよろしくお願いいたします。通常は先に医師部門をしますが、休憩時間の関係で、今回は先に看護からやりたいと思います。まず次第に従って、看護師長会議の報告ということで小越さん、お願いします。

【看護師長会議報告】

小越看護師長（滋賀医科大学）

当学校のICU看護師長の小越と申します。今日午前中に行った看護師長会の報告をさせていただきます。今日午前中9時半から11時の間に、58名の看護師長さんが集まってさせていただきました。全部の内容の報告はできませんけれども、昨年度のように発表していただくということも時間がないので、今回は内容を簡単にだけ紹介させていただきます。テーマは今、前に書いてあるような内容で、ディスカッションでグループワークをしましたけれども、このテーマも事前に出ていただく方に希望を募って取っていますので、新卒教育に関しては多かったので2グループがディスカッションをしたというような形でしております。このあとに、今日発表をしたスライドを、この午後に出しますということでお願いしていたので、このあと各グループのスライドを出しますが、各グループのことを説明していると時間が足りませんので、皆さん所属の部署の師長さんに、どのグループに入っておられて、どんな話をしたのかというネタにさせていただけたらと思いますので、9グループ分少し紹介させていただきます。

1 グループは新卒者教育についてということで、このような感じで話されました。ぜひとも皆さんの所属の方に伺ってください。2 グループも新卒者教育。毎年このテーマは希望の方が多いんですけども、こういった内容で今後の課題として出されています。3 グループは既卒者教育についてというテーマでされています。4 グループは看護提供方式ということで、PNSのことを主に話されましたけれども、PNSについてご存じの方もいらっしゃるかと思いますが、ご存じないかたはぜひとも、どんなものなのかということも聞いていただけたらと思います。5 グループは、倫理教育と倫理的問題への対応というところで、発表の中で赤字は大事なところというところだったんですけども、先生たちにもたくさん協力していただかないといけないことが出てきていましたので、またぜひとも持ち帰ってディスカッションしていただきたいです。6 グループも少し先ほどと重なるんですが、終末期への取り組みということで、まとめさせてもらっています。私たちは看護師がジレンマをいろいろ感じる場所があって、医師にも主導と一緒にカンファレンスをしてほしいなというところも出ていました。

7 グループはICUにおける質評価についてということで、いつも質をどう評価するのかということに悩んでいるところで、早期のリハビリのことであったり、せん妄の評価。DINQLを活用するということが出てきます。8 グループで先ほども診療報酬等の関連について出てきたんですけども、専門の教育を受けた看護師の配置のことで、早期臨床リハビリのことで、あと重傷度評価に関してもきっと先生たちにもご協力いただいていることが、たくさんあると思います。9 グループは地域との連携ということで、やはりICUと地域をつなぐことは難しい印象ですけども、医師や地域の救急部とも連携が必要ではということで、このグループもまとめられました。9 グループの以上のディスカッションで一旦話が終わりました。本当に皆さんからいろいろな意見が出て、活発な意見交換をしていただきましたので、持ち帰っていただいて、ぜひとも活用していただけたらと思います。以上です。ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

どうもありがとうございました。連携は大切だということだと思いますけれども、本当は確認事項、質問事項を受けたいんですけども、時間がございませんので、皆さんまた各師長にお聞きいただければと思います。それでは、特定行為の現状と課題ということを取り上げましたので、議事に移りたいと思います。私どものICUでは、麻酔科のドクターと特定行為は二人で管理して、特定ドクターとコールナースが自分の判断で点滴事項を変えているという、それで管理しているという報告が私のICUから挙がってきております。我々は今後、専門医制度が始まったときに、予想以上に専門医は少ないのではないかと思いますので、ICUのレベルはもう看護師さんのレベルが決めるともいえますので、今回これを取り上げました。誠に僭越ながらはじめは本学の中井さんをお願いしましたので、概要ということでお願いします。では中井さんお願いします。

【特定行為研修の現状と課題について】

「特定行為研修の概要」

中井看護師長（滋賀医科大学）

お願いします。滋賀医大の看護師特定行為研修センターの中井と申します。制度について厚労省の資料を用いてご説明させていただきたいと思います。看護師特定行為研修制度は2025年に向けた医療提供体制の改革ということで、医療介護総合保険推進法の中のチーム医療の推進として進められています。その中で、いろんな職種がありますが、看護師のほうは特定行為を行なう研修制度の創設ということで対応をされています。それに基づき、私たちは今研修を行なっているところです。この制度の必要性としましては、いわれております2025年に向けてさらに在宅医療の推進等を図っていくために、個別に熟練した看護師のみでは足りず、医師の判断を待たずに手順書によって包括指示によりまして、一定の診療の補助をする看護師を、計画的に育成することが必要ということが目的となります。特定行為を決めるにあたりまして、医行為をすべて洗い出して、相対的行為等を除外し、38の特定行為が指定されました。それを整理し、今、研修に至る形になります。もちろん特定行為におきましては、医師の診療の補助ということになりますので、医師の指示が必要というところは欠かせないところとなっております。

特定行為研修を受ける前と受けたあとでは、この看護師の動きはどう変わるかということですけども、この例は、脱水を繰り返す患者さんですけども、研修開始前は6つの段階の医師との交渉、患者さんとのプロセスが必要となっています。医師に指示を事前にされていって、脱水の可能性がどうかの観察を行ない、それ

を発見したら報告し、どういう対応をするか指示をもらい、それに対して点滴を実施して、そういった結果を報告するというのが従来の私たちのプロセスとなりますが、この研修を修了しますと、医師の指示は包括指示ということになりますので、指示は当然降りてきますけれども、そのあとは看護師が手順書の範囲でやっつけ範囲を決め、その範囲で自分の判断で点滴までを行なうというところがこの研修になります。このプロセスを見ていると、研修医がこういう動き方をしているので、まさに同じレベルなのかなというところを想定しておりますので、研修のほうも、初期研修医相当でお願いしますというところで、講師の先生方をお願いしております。

特定行為研修の 38 行為は、急性期から在宅のところまでありますが、お手元のお配りしているリーフレットで確認いただけたらと思います。私たちが行なっております研修は、1 年間となっております、すべての研修生が学ぶ共通科目というのが、315 時間あります。自分にとって必要な特定行為を、プラスアルファで専門科目として取っていくというのが、この研修の組み立て方となります。この図は私たちのような、この研修をこなして、研修期間が全国でどのように分布しているかというところを表した順になっています。まだ全国で 54 施設しかないというところと、集中してあるところ、ないところのばらつきがあるように思います。この 54 施設を一覧にしているものですが、国公立大学はどれぐらいの割合を占めるかという視点に色分けをしています。国立が 4、公立が 4 ということで、合計 8 ですが、占める全体の割合としてはまだ 15% しかないと読み取れます。やはり医学部教育をやっている施設としては、行政からも非常にこの研修に携わってほしいというのは、すごく言われておりますので、皆さんの施設でも発展していくといいなと思っております。

特定行為研修を修了した看護師は今何人いるのかということ、最終のデータでは 580 ということで、まだまだ足りない現状があります。国はもっとどうしたかったとか、何を目指していたかということ、2025 年に向けて約 10 万人のこの看護師を養成したかったというところがありますが、今から急いで作っても 1 年 1 万人以上作るのは非常に厳しいという現実にあります。特定行為研修者は、施設に帰ってどのような行為を行なっているかというところの調査を、自治医大でされています。ちょっと見にくいんですけど、赤い丸のところになりまして、これは何かといいますと気切カニューレの交換ということと、P I C C の挿入と、直接動脈採血というところが非常に 40% ぐらいで高いことが示されています。

後半は、私たちがやっている研修の紹介を少しさせていただきたいと思います。私たちの研修の特色としては、うちだけではなくて他の施設もそうなんですけれども、仕事と両立しやすい研修を目指して組んでおります。e ラーニングを主体で、週 1 回スクーリングに来る形で組んでおりますのと、臨地実習は仕事に離れず極力並行して研修が受けられますように、所属施設で実施して働きながら学ぶという体制で作っております。教育目標は特に、特定行為には臨床判断が必要になりますので、包括的にできる能力を養うということに重きを置いております。研修生の応募条件としましては、経験年数 5 年以上というところを求めています。これは滋賀医大の研修受講モデルになっています。四つのコースを置いてありますが、ベーシックで輸液、あと救急・I C U・麻酔のコースということで、急性期のコースと、あと滋賀医大は地域の医療に貢献する大学でもありますので、創傷管理コースと在宅領域コースも開講しております。それぞれの色で枠組みをカテゴリにしておりますので、ちょっとご覧いただけたらと思います。特に呼吸のレスピレーター調整のところと、あと動脈血ガス分析のところと、動脈の薬剤投与関連につきましては、本学の江口先生の講座で一緒にお教えいただいているコマになっております。

これは滋賀医大の受講例ですが、1 年取ったあとにその翌年であったり、その先に追加していった区分

が増やしていけるような研修のタイプにしております。これは研修の様子の写真です。臨床推論で滋賀医大の模擬患者さんによる医療面接の実施をしていただいたり、あとは特定行為研修に関しましては、非常にエコーが有用だということがありますので、エコーを使った演習をするコマを非常に増やしております。あとOSCEも先日やりまして、非常に緊張しながらベテランのナースがテストを受けるということがあります。これを見ていますと、医学部教育で医学生たちが受けている教育の様子から、そのまま写真になっているなというところで、特定行為研修はやっぱりこれまでの看護師と違うところの領域を任されているんだなというところを非常に感じております。

研修生の背景ですけれども、私たちの研修は開講2年目になります。研修生、修了生あわせて12名。そのうち認定看護師は4名なので、ほとんどがゼネラリストのベテランナースが来るという形になっております。平均年齢は38歳で決して若くはないですけれども、やる気のある研修生が多いです。全員、仕事を継続しながらも受講しておりますし、こちらの表に関しましては、うちの研修生が取っている区分ですけれども、1期生は呼吸のところだったので急性期の領域が多かったんですけれども、だんだん2期生、3期生に従って在宅とか慢性領域の部分に受講希望が来るというところが、最近の傾向のように思います。

最後になりますが、特定行為研修では多くのICUのスタッフの先生方やナースの皆さんから、いろいろお教をいただいております。教えていただいたことを発揮できるように、それぞれが自施設に帰って今日も努力している様子を伺っております。先生方、看護師の皆さまには、特定看護師の育成にご協力をいただいて、この場を借りてお礼申し上げます。どうもありがとうございました。以上です。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

どうもありがとうございます。前期研修医と同じレベルを目指しているということだと思います。確認事項があるかと思いますが、時間も押しておりますので、次にまいりたいと思います。中井さん、どうもありがとうございました。ではその実際に教育ということで、鹿児島大学は進んでいるということで、福元さんをご指名させていただきました。ではよろしくお願ひします。

「特定行為研修生への教育について」

福元看護師特定行為研修センター主任（鹿児島大学）

本日はこのような会にお招きいただき、ありがとうございます。鹿児島大学病院の看護師特定行為研修センターの福元と申します。本日は特定行為研修生への教育についてということで、先ほど中井さんからお話があった、中身についてお話をさせていただきたいと思います。私たちのところは平成28年8月に認可を受けました。救急集中治療科を中心になって申請を進めて、まずは3区分認可をいただいて、28年10月から第1期生を7名受け入れております。平成29年2月にさらに2区分追加しまして、現在計5区分になっております。平成29年4月に第2期生13名を研修開始しております。手順書というところで特定行為を行なっていくんですけれども、厚生労働省の資料から持ってきているんですが、大まかにいいますと、患者の状態の確認をして、特定行為を実施して、実施後の報告をするということが手順書になっているかと思います。看護師特定行為研修の内容についてですけれども、私たちのところは5区分12行為。大まかにいいますと、呼吸、感染、循環というところで研修を行なっております。

呼吸について中身をお話させていただきます。最終的には「特定行為侵襲的陽圧換気の設定の変更」というところで、SIMVからPSVモードに変更しましたというところです。あと、NIPPVとかを使いまして、自分たちで実習してできることを教えたりします。薬剤ですね。フェンタニルをどれぐらい使っているかとか、適正な使用量と投薬というのを勉強したり、あとは呼吸器設定の中で実測値がどれぐらいなどということを読んでみたり、あとは血ガス値の解析の仕方。あとはどんな肺炎の状況で、薬効はどのような形なのかということを読んで、あと胸写も見たりするところも勉強したりします。次に感染のところなんですけれども、感染のところもここに「感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与」というところなんですけれども、まずは看護師さんたちはどうしても、病原性の微生物というものがどんなものが、どんな菌がどんな病気を及ぼすのかというところを、はっきり知らない部分もあるかなと思いますので、病原性微生物の勉強をしたあとに抗菌薬の勉強をして、そこで原因菌の検索をするんですけれども、そういうときにグラム染色とかを調べます。重症度を検討をしたりして、あとは耐性菌のリスク因子とかを考えながら、ここに結びつけていくというようなことをしております。循環についてなんですけれども、循環についてはICUの中では、かなりモニター類がたくさん入っておりますので、モニターの解析の仕方を勉強して、私自身エコーが結構好きですので、心エコーのことについて研修生たちはおそらく20時間ぐらいかもう少し勉強してから参加するような形にしております。そして、カテコラミン投薬を考えながら実施していくという形になります。

研修生の経験を考慮した研修のあり方ということで、私たちのところは28年度7名、29年度13名だったんですけれども、7名のときには救急ICUの看護師が5名いまして、慢性期病棟の方が2名でした。私ども、呼吸・循環・感染の内容になっておりますので、この慢性期病棟の方々は結構大変そうだなという印象を受けました。平成29年度に関しては、これは10名になっているんですが、3名が引き続き実習をしている者が研修を受けておりますので10名になっております。救急ICUはこれぐらいの人数で、一般病棟が多かったんですが、29年度に関しては認定看護師さんたちが研修を受けてくださっておりますので、一般の看護師さんより認定の看護師さんたちが生き生きと研修を受けられているなという印象を受けております。

看護師特定行為研修の症例数確保についてというところで、教育の部分でお話させていただきたいんですけれども、先ほど中井さんが示された、時間数が決められているんですけれども、一つ例を挙げますと、63時間という時間が定められていますね。共通科目は私たちのところはeラーニングをしますので、そこまで時間に縛られないんですけれども、区分別科目のところになりますと63時間で、これは病院に来て、ICUの中で実習してもらいます。そうすると1日だいたい6時間実習すると考えますと約11日。11日にプラスして少し時間をオーバーしたりしながらやりますので、2週間弱ぐらいの研修。実際に病院にICUの中において実習するような日数になります。病院に来て半分ぐらいは循環に対する講義だとか、感染に対する講義だとかも入りますので、そうすると実質患者さんに触れる時間はかなり短くなると。これは厚労省の指針ですけれども、経験すべき症例が5例分。最低5例は患者さんに関する特定行為の実習しましょうと。患者さんに実際に実施するのを最低1例はやりなさいとやってるんですけれども、そうすると循環に対する研修生は5名おり、10日間前後の中で全員が1例は実施しないといけないので、5例必ずないといけないというふうになります。挿管チューブの位置調整とかっていうのは、位置が適切であるということが多いとは思いますが、実際に動かす症例っていうのはそんなに多くはないというのを実感しております。あと、気管カニューレの交換などに関しては、やはり一般病棟だったり麻酔科の病棟が多かったりしますので、そんなに多くはない。あとは、持続点滴中の利尿薬というところで、持続点滴中という症例もなかなか少ないというところもあります。こういうところがどうしてもICUのス

スタッフの方々と協力して、こんな症例がありそうだよということを教えていただいたりしながら、私たちは実施しております。

あともう一つは、この症例数確保については協力施設と連携して行なうということで、私たちのところは個人病院の方と協力施設になっていただいて、気管カニューレの交換を実施しているような現状があります。ここに関してはメリットとして、症例数を確保できたり、あとは自施設で実習するとなった場合には、自施設で仕事をしながら研修ができるという体制があるんですけども、デメリットとして私たち指導者が、近くで指導できないことだったり、あとは指導の内容がうまく統一されていなかったりすると、質の担保ができなかったり。あとは、その病院で治療者にいていただかなきゃいけないので、今の現状だと特定行為研修修了者か、もしくは医師が指導者になることが多いかと思しますので、その確保というところがかなり難しくなっているのかと思います。以上であります。ご清聴ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

どうもありがとうございました。滋賀医大も症例が少ないので苦勞しているということで、個人病院と契約しているのいいのかなと思います。それでは研修を終えてということで、奈良県立医大の小川さんをご指名しますので、よろしく願います。

「特定行為研修を終えて」

小川看護主任（奈良県立医科大学）

ただいまご紹介に預かりました、奈良県立医科大学附属病院の集中治療部の小川と申します。このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。私は特定行為研修を2016年1月から12月まで1年間研修を受けてきて、去年1年実際に特定行為を行なってというところで、私に与えられたお題は、研修を終えてというところだったので、実際にやったことと、あと課題とか展望というところを発表できたらなと思いますので、よろしく願います。

当院は奈良県にありまして、奈良県のちょうど真ん中ぐらいで、それより南が非常に田舎でして、特定行為が今後在宅分野で非常に必要となってくるところではないかなと思います。病院自体は992床で、僕が働いていますICU、CCUは14床であります。ICUの中身ですけれども、心臓血管外科、循環器内科がそれぞれ主科でICUの患者を診ているといったところで、麻酔科が集中治療を管理しています。他は内科、外科、小児科が集中治療へは関与しているといったところであります。自分の紹介ですけれども、2003年に集中治療部に配属されました。それ以降、病棟経験なくずっと集中治療部で働いています。2011年集中ケアの認定看護師を取得しまして、先ほど申し上げましたとおり2016年1月から特定行為研修を受けて、特定看護師となっています。当院のICU入院患者の内訳ですけれども、心臓外科が478名、循環器内科391名、その他、麻酔科が管理している患者が637名という状況です。

まず特定行為1年目の活動ということで、奈良医大では特定行為研修が16行為の研修がありまして実施できるようになっております。急性期コースを私は受講しましたので、急性期分野において、特定行為ができるという形になります。当院の特定看護師の現状ですけれども、初年度、集中治療部は私が1名で、救命救急センター

が1名、救急他科外来に1名といった形で、翌年2018年、今年の1月に新たに3名が追加されまして、集中治療部に3名、救命センター1名、救急他科外来2名、合計6名の特定看護師がいる状況です。今年は本院からは2名の研修実行予定となっております。

活動状況ですけれども、基本的には一看護師として、患者を受け持ちしながら、ときどき特定行為を行なっているというような状況で、言い方は悪いですけれども、特定行為をつまみ食いしているような感じではあります。実際月2回の日勤を特定行為の時間として、患者を受け持たずにできるように配慮していただいているんですけれども、なかなか病棟人数であったり、病床数が多かったりで、取れない状況というものもあるのが現状です。毎日、医師のカンファレンスに参加するというように書いてあるんですけれども、特定行為を実施する上で、医師の治療方針であったりだとか、今日しておかないといけない部分というのは医師のカンファレンスに参加しないと、なかなか分からない部分もありますので、そういうところに参加しています。お金の話というか自分の時間ですけれども、医師のカンファレンスは7時半から始まるんですね。私の勤務時間は8時半からの勤務になっていまして、これを毎日繰り返すと1日1時間の超過勤務が月に20日となると、たぶん病院から怒られるので、これは自分の時間として、しているんですけれども、これをみんながこれからしていけないといけないのかと考えると、ちょっと私も最初は自分のためにと思っただけでやっていたんですけれども、あとの特定看護師の方がみんな参加しないといけなくなってくる現状なので、これをどうしていけばいいかなということを考えないといけないなと思っております。

特定行為の実施内容ですけれども、患者数でいうと93名の患者さんが約1年間の間に特定行為を行なっております。一番多いのは血圧のコントロールということで、カテコラミン投与であったり、降圧剤の投与の調整というのは非常に多くなっています。それに付随して、人工呼吸器管理に出されている鎮静剤の投与量の調整というところも入っているんですけれども、当然鎮静剤の投与を増やせば血圧が下がることも想定されますし、減らせば血圧が上がることも想定されますので、そういったところが一緒になって特定行為として指示をもらわないと、なかなか実践していけないところもあるのかなと思います。内訳なんですけれども、各科別に分けてあるんですが、脳外科が非常に一番多いのは術後や血圧が高くなって降圧剤と一緒に必要とする症例が多い。元々内服されている患者さんが非常に多いというところで、脳外科の内訳が多くなっているのかなと思います。ここで注目していただきたいのが、日勤で特定行為を実施した症例数53例で、そのうち自分が受け持っている患者が9名なんです。夜勤に関しては40例で、自分の受け持ち患者は17名といったところで、自分の受け持ち患者以外にも特定行為をしないといけない。その患者さんを見に行かないといけないというような状況であります。集中治療室ですので、そんなに遠くない患者さんですし、すぐに見に行けるというところはあるので、実施できるのかなとは思っているんですけれども、その中でも夜勤帯が非常に多い。私は月3回ぐらいしか夜勤していませんので、夜勤帯は割合すごく多いかなと思っています。

成果ですけれども年間に93件。要は数字だけしか成果というものでは挙げられない。明確なものというのはなかなかなくて、じゃ患者のアウトカムどうなのかということところは全然出せていないというのが現状です。夜勤帯が多い理由としては、当直医が睡眠を確保できるという意味でも、特定行為を実施することで当直医が翌日には十分休息が取れた状態で、次の診療に当たれるといったところは、質向上につながるのではないかとこのころに思っていますが、明確なものというのはなかなか得られていません。課題としては、非常に簡単ですけれども、特定行為をする上で自分の能力が果たして十分に備わっているのかということところで、1年間といっても実質患者さんを見てというところは4カ月ぐらいの実習期間でした。その中では先ほども1つの行為に対して5症例

ずつというところの話があったと思うんですけども、それではやはり全然症例的には足りないかなと思いますので、実際特定行為を行なって、一つ一つの症例を経験値として振り返っていく必要があるのかなと思います。また特定行為の普及活動というのと、それと同時に実施していくのは別で、特定看護師の活動するシステム構築というのを早急にしていかないと、なかなか実施していくのは難しいかなと思っております。

悩み事なんですけれども、看護業務が忙しい中、特定行為をしている状況で、非常に自分が特定行為をしていたら看護業務にしわ寄せがいくとか、そういったところも気になりますし、病院としてどのように期待されているのかというのなかなか分からないですし、自分なりに行為の妥当性はどうかとか、患者のためになっているのかとかというのが悩み事ではあります。他の病院でどうなっているのかというの、こういった場でたくさん学んでいきたいなと思います。先行きが不透明というところで、当院も体制整備というところをしていかないといけないと思うんですけども、一特定看護師が病院に対して訴えてもなかなかそれは通じない部分がありますし、特定行為のセンターみたいところを作っていくといけないのかなというところも考えて、もちろんそこにはドクターの協力であったりだとか事務方の協力というのが必要かなとは感じています。また当院はRRSのような急変前対応というのがなかなかできていないところがありますので、特定行為看護師として横断的に関わらないといけないかなと思っております。

今看護師にのみならず、医療者の仕事が年々増加している。働き方改革がどうなっていくか、僕も分からないところがあるんですけども、看護師に対しても非常にチェックリスト、記録、カンファレンスなど、どんどん業務が増えていっている中で特定行為というのはなかなかつらい状況に陥るので、業務分担というのはほとんどしていかないといけないかなと思います。患者は何を必要としているのかというところに、やはり立ち戻らないといけませんので、やはり安全で効果的な医療というのをタイムリーに提供していかないといけないなと思っております。在宅のみならず、病院の中でも特定看護師というのが活躍できる可能性というのは非常に分からない部分、未知数の部分がたくさんあると思うので、先がどうなるか分からないところではありますけれども、非常に明るい未来が待っているんじゃないかなと思います。チーム医療のキーパーソンとして、多職種と協力して医療の質の向上につなげることを、目指して努力したいと思います。ご清聴ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

特定行為は大変だと思いますけれども、実際、集中治療医専門医制度が始まって、専門医の少ないときに特定行為の看護師さんが役立つのかなと思ってはいますけれども、実は一緒に働かされている、奈良県立医大の川口先生、井上先生、何かコメントございますか。何か助かったとか、一言でも何か現場の声をいただけたらと思いますけれども。

井上集中治療部副部長（奈良県立医科大学）

奈良医大集中治療部の井上です。ご静聴していただきありがとうございます。一緒に働いて非常に思いますのは、やはり看護業務もしながら特定行為をしなくてはいけない。今後、特定看護師を増やしていくには、特定行為看護という役割を明確にしていく。今は看護業務の上乗せになってやっている。例特定行為を取れば、どんどん業務が増えていく。それで評価されるかという、あまり明確な評価ができていないという状態です。かなり当直のときでも医師の助けになっていると思うので、今後も頑張りたいんですけど、看護業務を減ら

して特定行為をその分当てていく。そういったことができたらなと思うんですが、なかなか現状では難しいところもあります。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

麻酔のドクター一人で、特定行為のナースの二人で、コントロールして完全に業務と離れて、覚えたところの研修医の仕事をしているという病院もございますので、それがあべき姿なのかなと思っております。どうもありがとうございます。時間が押しておりますので、ご滋賀医大の現状ということで、吉田君よろしく申し上げます。

「特定看護師としての活動について」

吉田副看護師長（滋賀医科大学）

よろしくお願ひ致します。滋賀医科大学附属病院の吉田和寛です。発表いただきました特定行為研修を修了した看護師を特定看護師と呼称させていただきます。それではよろしくお願ひします。まずはじめに簡単ではございますが、本院の紹介をさせていただきます。ICU、CCU12床を有する612床の県内唯一の大学病院となっております。診療科は31診療科ございまして、平均在院日数は14.6日。全職員1332名のうち看護師は614名。そのうち私を含めて特定看護師は2名。1名は研修中というかたちになっております。本学の特定看護師が少し雑誌に取り上げられたものを紹介致します。その他びわ湖放送さんに放送していただいたりすることで、私が特定看護師として患者さんに自己紹介したときに、つい最近ですが、あなたのこと知っていると言っていたかまして、非常に驚きましたけれども、このようなメディアの力というのは非常に大きいということを実感しております。

ちょっと順番が逆ですけれども、私の自己紹介ですけれども、江口先生の部長をしておられる救急集中治療部に配属になりまして、その他、呼吸器病棟に移動したりとかしながら、2016年に特定行為研修を受講し、2017年から特定看護師として活動しております。今までの先生方の発表からもお分かりかと思うんですけれども、特定行為は超高齢社会において医療人数を拡大し対応すべくその実習が始まっております。本学では国立大学病院で初めて、特定行為研修を開講しまして、呼吸器関連3区分4行為を初年度開講しましたので、私も3区分を受講し修了致しております。特定看護師として活動するためには、さまざまな準備が必要でした。院内の規定だけではなくて、活動基盤を自ら一から作っていかねばなりません。そのためには、まずやはり組織分析というのが非常に重要になってきました。組織の課題を抽出した上で、特定看護師としての使命、責務ということを確認にした上で、活動の目的や目標を管理者に示していくということが非常に重要になってきます。そして活動基盤構築におきましては、指導していただく指導医と活動フィールド等を選定することと、あと特定行為を実践するためのシステム自体がありませんので、そういった院内のシステムを作り上げていかねばならない。そういったことをすることで、特定看護師としての能力というものを獲得していき、さらに向上させていくために必要な枠というものも、作り上げているという形になります。

また本院の目指すべき姿といったところを捉えることが、活動を展開していくあたりで非常に重要になってきます。2025年に向けて、国は病床機能再編を打ち出しております。本院においても、高度急性期ですね。こういったところを目指していくことになるんですけれども、必要な視点としましてはこちらですね。大学病院としてやはり、複雑な疾病背景の患者さんが増えています。さらに専門的で高度な医療が求められてくる中で、まさに在院日数14.5人というところで、平均在院日数の維持もしくは短縮といったところはしていかななくてはなりません。

ん。先ほどからのお話にもありますとおり、大学病院というものは民間の病院に比べまして、医師の業務のタスクシフト、タスクシェアということは全然進んでいないというところで、医師の働き方の問題も注目されている現状がございます。そのような視点で対応することも視野に入れて、私は特定看護師としての周手術期のトータルケアをシームレスに行なう。医療看護の経験を目指して活動を計画致しました。従来の縦割りの看護から一連のこの時期をシームレスにつなぐことで、ICU入院期間の短縮に貢献したり、重症患者に貢献したりと、患者さんの早期回復と重症化予防に努めて、患者の生活機能の低下を最小限にすること。これが集中治療の中で在宅療養に向けた支援ができることにつながるのではないかと考えております。

本院におきましては、特定看護師の活動を自立するまでには、一定の期間のトレーニングを行なうこととしております。そういったことで特定看護師への先生方の支援を厚く受けまして、教育体制が整備されている現状です。現在は私、麻酔科の医師を中心とした先生方に指導を受けて、手術室とICUに向けてトレーニングを行なっている現状です。ICUにおきましてはICUカンファレンスに参加しまして、患者さんの治療計画管理などを共有したり、NPPVのマスクフィッティングの評価を通じて、患者さんに指導したり、スタッフへの教育を行ったりしております。また、手術中の経過や術中の全身管理についての情報というの、ICUの医師や看護師に提供しながら術後管理についてのポイントを共有し、円滑な術後管理につながるような活動を行っております。

特定行為に注目されている昨今ですけれども、特定看護師は特定行為をする人ではありません。特定行為という診療の補助行為ができる看護師です。そのように特定看護師自身が、やはりアイデンティティーを構築していくというのが非常に重要であると私は考えております。また、その習得した特定行為の数によって、特定行為を評価するというのは少し問題ではないかと考えております。あくまでも施設や地域の中での必要性を十分に考慮して、特定行為を獲得しなければなりません。組織としての管理というのは求められるのではないかなと考えております。

最後になりますが、特定看護師として安全な周術期看護を目指しまして、積極的に病院の戦略に参画していかなければならないのかなと実感しております。私の周術期における看護の専門性をさらに高めていって、患者さんの退院後の生活を見据えて関わりを構築していかなければならないと考えております。実際に特定行為を実践した患者さんやご家族からは、もっと特定看護師がいてほしいというお言葉をたくさん頂戴しております。術後の鎮痛剤の服用の仕方を提案したり、ご家族に麻酔中の経過を説明したり、必要なリソースとつないだりする活動を通して、非常に患者さんにとっては安心感ということを提供できているんじゃないかなと評価しております。私は特定行為をタイムリーにこだわることももちろん大切なんですけれども、特定行為を行なう前後の活動こそが非常に意味があるんじゃないかなと思っております。私はさらに今後、チーム医療を活性化して、大学病院における医師業務、タスクシフト、タスクシェアを推進していくように努めていきたいと考えております。また、特定看護師が看護師の新たなキャリアモデルとなるべく、やはり私自身の活動を見える化していけないと思いますので、活動の見える化を進めていきたいと考えております。以上で発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

吉田君ありがとうございます。あくまでも滋賀医大の試みという感じでご理解いただきたいと思います。また2月21日から千葉の織田先生のICU学会でまた取り上げられるものと思っております。今回の皆さまの話題提供になればと思っております。どうもありがとうございました。ちょっと時間を押ししておりますので、10分間の休憩を取りまして、15時半から集中治療専門医制度についてやっていきたいと思っております。では10分間の休憩を取ります。

※休憩

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

まだ歓談中だと思いますけれども、時間ですので始めさせていただきたいと思っております。集中治療学会では、専門医制度が始まりまして、予定の半分しか専門医が集まらなかったという衝撃的なことがありまして、今後は集中治療の専門医が始まったときに、集まらないんじゃないかという気が致しております。そういう意味では我々は着々とそれに対して準備、つまりいかに協力していくかということをしつかりやらないと、若者が来ないと思っておりますので、僭越ながら年度末から来年度の人員を考えるんですが、もう少し先を見据えて、今回委員長の松田兼一先生のほうからその点について拝聴したいと思っております。それでは松田先生、よろしくお願ひします。

【集中治療専門医制度について】

松田集中治療部長（山梨大学）

よろしくお願ひ致します。時間も押しているみたいですので、前回、京都の橋本先生の時にも少しお話させていただいた分も重なっているところは少し飛ばして、お話させていただきます。まずはじめに新専門医制度が来年度からいよいよ開始されます。日本集中治療医学会専門医制度審査委員会では、日本専門医機構が2016年に新体制になってから、これまで3回面会に行っておりました。専門医機構の今後の方針についても聴取してきました。サブスペシャリティ領域に位置する集中治療専門医にとって重要なことは、集中治療の専門医を更新するだけで、基本領域の専門医も更新可能となることと認識して、基本領域の専門医制度の委員会に働きかけています。つまり麻酔で1例も打たなくても、麻酔科の基本領域と集中治療の専門医が更新できる。救急外来に1日もいなくても、救急専門医と集中治療専門医が両方更新できるというような、極端な場合ですけど、そのようななかたちで動いています。今回は、まず大きく転換する新専門医制度における集中治療専門医の現実的な手続きについて簡単にお話して、次に教育プログラムおよび日本集中治療学会の新しい専門医制度の開設と、その方向性についてお話ししたいと思います。

このはじめにというところは、前に一度お話ししたんですが改めてもう一度お話ししたいんですが、我が国の医師の専門性に関わる、評価認定については、今まで各領域の学会が自律的に独自の方針で専門制度を設け、運用してきましたが、専門医制度を運用する学会が乱立して、認定基準が統一されておらず、専門医として有すべき能力について、医師と患者との間に捉え方のギャップがあるなど。現在の専門医制度は患者にとっては分かりやすい仕組みになってないと。また医師の地域偏在、診療科偏在は近年の重要な課題であって、専門医のあり方を検討する際にも偏在への視点の配慮が欠かせないということを言っていたわけですね。今後は患者から信頼される医療を確立するためには、専門医の質の一層の向上や医師の診療における適切な連携を進めていくべきであり、現在の専門医制度を見直す必要があるということ、今の専門医機構の前の委員会でありまして、専門医評価認定機構専門医制度評価委員会が言っている。このため、患者の視点で改めて立った上で、医療の質の一層の向上お

よび医師の偏在是正を図ることを目的として、厚生労働省として本検討会を開催し、本検討会において専門医のあり方に関して、幅広く検討していくんだということが、平成23年からやられているわけですね。

本検討会は平成23年10月に第1回の会合を行なって以後、関係者とのヒアリングを参考に活発な意見交換を重ね、平成27年8月にはそれぞれに中間取りまとめ、平成29年度は研修を開始する医師から、新制度の対象となるようにしたんですけど、現在実際は平成30年度になったと。1年の遅れですので、とにかくこの4月から始まるということでございます。ただ、この当時我々は集中治療医というか集中治療学会ですら、こういう状況まったく知らなくて、慌ててこの機構に行きました。集中治療医学会もこの専門医制度に参加させてほしいし、やっていくという中で、今どういう専門医制度なんですかと聞かれていろいろ見せたんですけど、研修期間は当時5年でした。集中治療だけで5年であれば取れる。研修期間はいいけど研修内容は不明だし、65歳を超えた専門医が更新審査なしに自動的に更新されているけれども、これは良くないということで全部変えなさいと。また新教育プログラムの必要性や専門医制度を改革しなければいけないというようなことを言われたわけですね。認定証だけで先生がもらって、サブスペシャリティの1、2。最後のサブスペシャリティ19番目に置いてもらったというところでございます。

そこまでは皆さまも思い出していただけたらと思うんですけども、ただこのサブスペシャリティに関して、今噂がいろいろあって、集中治療学会サブスペに一旦なったけど、また駄目になっちゃったんじゃないか。それは分からないんじゃないかという意見もあるんですけど、結論からいうと、一旦このサブスペシャリティはご破算だそうです。なぜかという、このサブスペシャリティに入りたいという学会がすごくたくさん出てきて、機構としてはどうさばいていいか分からなくなったと言っていました。基本領域からこういうものをサブスペ体系にしてくださいというのを出してもらって、それを並べていくことで少し学会が直接じゃなくて、基本領域から持ってきてもらうことで、少し整理したいという思いがあるみたいですが、集中治療学会は麻酔科学会と救急医学会がまずバックアップしてくれますし、それ以外の学会でも今、連携は通っていますので、サブスペシャリティはそのまま継続というか、やるのは間違いないと私は思っていますし、機構の方からもそう言っていました。

実際、教育プログラムを変えろといわれて、覚えてらっしゃると思いますけれども、第1版の電子版の集中治療専門医テキストが出ました。それからそのあと第2版もできました。第2版はもう3年目に入るので、実は第3版。今、目標を作ってお願ひする作者をいろいろやって、これからたぶん皆さんの元に執筆お願ひがくると思います。ぜひ断らないで書いていただければ。一応4月末だったと思いますが、そんなに時間がないところで進めていただくことになると思うんですが、よろしくお願ひします。それから今回は、前回2版のときに書かれた先生方はご存じだと思いますが、いろいろな事情で時間がなくて、十分できたことできていなことがあるのは、何となくご存じだと思うんですけど、それでできあがって、中身はいいものだと思うんですけども、第3版にいたっては、しっかりと連携して、1回、2回、3回ぐらいのレビュアーとのやりとりをしようと、締切との兼ね合いでどのようになるかは分かりませんが、なるべくしっかりした、第3版目ですからね。さらにバージョンアップしたものを作っていくという思いでいます。その中で、教育プログラムを一部修正する予定でございます。

今、集中治療学会における集中治療専門医の申請制度の細則ですが、まずは学会員であって、日本集中治療学会の認定する集中治療研修施設において1年。ただし連続して12週。3カ月だけはICUに専従させてやってくれと、そのところのリーダーに話しているわけですけどね。それで所定の知識、いろいろな申請書に書いてあるものを入れてもらって。指定する学会の専門資格を有することということで、最初から集中治療に入っている人

は取れなくなったということが数年前にそこは考慮されているんですよとお話しした。今は特定の専門医を持っていれば1年で取れると。でもこれはサブスペシャリティの基本の中に入ると、間違いなく2年以上はかかると思うんです。麻酔科の人はたぶん1年以上やって2年。救急科も1年以上やって2年。そうじゃないところだったら3年以上じゃないかと思いますが、そこも分らないです。何年省略させてくれているか。ただこの1年というのは、全然駄目って言われて、1年で集中治療の専門医取れるんだったら、救急医の専門をやればいいんじゃないの、集中してやればいいんじゃないの。麻酔科医からやればいいんじゃないのって言われたのが数年前です。一応、基本のほうでは3年というのを一つの目安にしているみたいで、基本領域も3年以上。サブも3年以上というのを一つの目安にしているみたいで、集中治療も3年以上となって、何かしらの専門医を持っていて1年勤務したら、集中治療専門医を取れるのはこのあと数年です。その辺も心して、できれば取っていただきたいと思います。

ここに麻酔科救急医学会から始まってずっと今12まできていて、その他というところに専門医制度審査委員会と理事会というのがあって、産婦人科と呼吸療法医学会などいくつか今まで決めて認めてきたものがあるんですけれども、今回もまた、一つこれはどうですかっていうことで、これから理事会を通してするんですけど、これにない項目でもいくつか認めてきています。ただ、基準としましてはやっぱり、ちゃんと専門医制度としてしっかり学会発表だけで専門医になるようなものじゃなくて、しっかりしたものがあるということを集中治療には関わっているということ、いろいろなことを加味して決めるので、その都度議論しているところでございます。

それで勤務歴と専従歴の計算方法ですけれども、ここは何度も議論になりましたので、ある程度割愛しますが、12週間はほしいと。連続してそのように上司が集中治療に専念させてやってほしいという思いで、だいぶ前に12週と決めたんですけど、計算方法も決めたんですけど、だいたい月単位だったんですけど、最近は人事異動も含めて4月1日とか6月1日とかじゃなくて、6月10日とかなんとかというのもあるので、今最新版の申請書では日単位までいちおう計算できるような式がベースの中に入っている状況で、要するに繰り上げも繰り下げもなくよりリアルな日数を計算することになっています。それで合計1年。兼任も含めて1年とあるんですけど、原則40時間。ここは相当質問があるんですけど、週32時間に短縮を認めるというと、週32時間で1日は急患に行ってもいいのとか、麻酔科に行ってもいいのかというのがあるんですけど、なぜ32にしたかということ、子育ての関係で、どうしてもこの曜日だけは仕事できないんだと。勤務としてちょっと難しい。だから週4日は来て5日目は難しいという方がいらっしゃるって、その方に関しては連続にならないわけですね。1日開いちゃっていると。でも勤務としてはすべて連続されているので、それは32っていうのもいいんじゃないかということで、女性参画に考慮した確か男性でもいた気がするんですけど、そういうところを考慮して入れているので、40時間の勤務体系を契約してらっしゃる人は、すべての時間ICUに専従してもらいたい。そういう細かいことに関しては、これも前に出しましたが、医学会の中のFAQ入っています。今回も少し変えましたので、より取りやすくとか、混乱を避けるようなすっきりした説明が入っていますから見てください。

専従歴っていうところで、合計して1年になっていないのに出してこられたら、これは僕らが1年にすることはできないので、確信して出してこられる方もいらっしゃるんです。それだけで省かれざるを得ないという、申し訳ないです。いっぱい書類を書いてですね。だからご自分で専従歴のチェックはしてほしいということ。あとは論文がなかなかなくて、論文はこういう論文でもいいですかと、よく問い合わせもあるんですけど、それに関しては申請してくださいとしか言いようがなく、それを見て、専門医委員会で見ますと言うんですけど、これで論文かっていう論文って分かりますよね。何かどこかの企業のマスクの効能を10行ぐらい書いた

パンフレットを作って、これで論文って、思わずその責任者に電話しちゃいました。「先生、見て出した？」みたいな感じで。勘弁してよって。それからある程度は論文って言われるものは分かってらっしゃると思うので、それはやっぱり、1本ぐらいは書かせると。それは皆さんの仕事だと思いますので、出して専門医を取らせてあげてほしいなと思います。

そういうようなことをしているうちに、これはもう1回見たスライドは飛ばしていきますが、診療報酬の改定が4年前にありまして、スーパーICUと先ほど西尾先生もおっしゃっていましたが、そういう形が付いたので、より集中治療専門医から注目を浴びて、また頑張らなきゃいけないということを思ったということで、それに先ほどもありましたが、この4月から追加されることになって、リハビリテーションの多職種による早期離床の取り組みについてや、適切な研修を修了した看護師がいるということでもありますとか、あとスコアを付けるということも要件になってくるということで、これは本当に願ったり叶ったりで、我々集中治療学会でもスーパーICU、もっといえば我々の研修施設にあったICUは、こういうときは患者さんの重症度はちゃんとしっかり把握して、みんなでデータを集めて、集中治療医でいることがそのまま患者さんの生命に貢献するんだということを出していかないといけないんですが、国の方からこういうふうに出してくださったということは、よりそれがブースター効果になっていくのかな。橋本先生がずっと集められたようなデータがさらに集めやすくなるのかなと思います。これも何度も出てきましたが、医療と看護の必要度の基準表があるんですけど、これに関してはいつも話題に出ますが、病床から離脱できるようにICUに入ったら、ガンガンリハビリしなさいといいながら、あまりリハビリするとこの点数がなくなって、ICU予算、取れなくなっちゃうという、すごくどうしたらいいんだよっていうのがあると思うんですけども、やっぱり患者さんのためにはガンガンリハビリして、取れなくなってもやっていくというのが本当はいいんじゃないかなと思うんですけど、その辺のところは現場で皆でディスカッションしながらやっていく。その分、リハビリも点数が付いたからというのも思いますので、このところはまたディスカッションしながらやっていかなきゃいけない。

どういう人がいるかというところで、特定集中治療に係る専門医試験における研修をと書いてあるから、これには専門医になった人って書いていませんけど、限りなく専門医が考えているようなことのニュアンスを匂わせてくれているような資料がありますので、国のというか、第三者機構による専門医認定というところで集中治療の専門医が付くと、ここをもう少しはっきり書いてもらえるのかなと思います。そうすると、こういうのを見たときに、西村理事長の前の氏家理事長が、これはまずいってというような言い方をされ、何がまずいかっていうと、まずいというのは悪いって言ってないんですけど、行政府が発信する文書。さっきの文書ですね。日本集中治療医学会が認知されたことは、当学会ならびに集中治療コミュニティにとって社会的な認知を含めて極めて重要な意味を持つ一方、一般社会に対し、相応の責任が生じた。これは前回、京都でも出しましたが、大事なことなので今日もう1回繰り返させてもらいますが、当学会の責務は、教育事業の一環として質の高い講習会ならびに専門医制度を粛々と整備施行し、それらがより質の高い集中治療を国民に提供する上で有意義という、客観的評価を得られるよう努力することであるということで、襟を正してみんなで頑張ろう。実際に自分たちが頑張っていることは患者さんを助けることにも他ならないので、それをエビデンスとして出していこうということを、氏家先生がみんなの前で発信してくれました。

我々がしなきゃいけないこと、いくつか襟を正してやっていこうという中で、まず専門医の更新制度の改革を今行なっています。皆さんにとって関係あることですがけれども、今集中治療の専門医の更新ってどうやってやるかご存じですか。ある程度点数化していて、その点数以上であれば、40点以上であれば更新できるんですけど、

学会3回、1回10点なんです。5年間のうち4回本会に出ればそれでも。おかしいでしょう。なんとか変えていきたいんですけど、急変緩和というか、今変えてもまたサブスペに入ったときにまた変えなきゃいけないので、我々はじくじたるものがありながら、変えていこうとしています。変えるとなると皆さんが普段、診療を普通にやっつけらば普通に更新できるような仕組みがいいと思うんですね。なんちゃってICU専門医だったり、実際は集中治療をやっていないのに、何だか専門医だけを持っていて、たとえばスーパーICUを取るために、お前取れって言われたような人であれば、まったく更新できないようなかたちというのが専門制度委員会は理想だと思っているので、まずは講習の受講の証明。これは基本領域と同じです。論文の実績も基本領域と同じで診療実績。これをどうしようかということは今話し合う必要があると思う。もう一つは、知識の確認をどうするか。更新ごとに試験を受けるのか。今、免許更新でも70歳になったら試験があるんですけど、それをやるのかというような話があって、ただやっぱり克己精進し、レベルの高い医療を行ない続け、集中治療医の存在感を増すことのみが集中治療の発展につながると考える。やっぱり今、江口先生も言われましたけど、麻酔科や救急のほうから集中治療をやりたいっていう、例えば私のところに来るのは、志高いですよ。重症患者さん、誰も助けられないのを助けている集団があって、それを見ているとカッコいいって思ってくれるみたいで、やっぱりそれは頑張らなきゃいけないなというふうに思います。

そこで一つずつお話しすると、まず講習受講の証明ということですが、基本領域と同じように、我々も講習を受けたり臨床研究も含め、それと集中治療の講習を含めて受けなければいけないと思うんですけど、ちょっと長いんですけど読みます。単位修得に必要な講習については、日本集中治療医学会教育委員会がとりまとめ、関連基本領域および専門医機構に申請し、専門医機構に申請して承認を得るといったプロセスを現在構築中。そのプロセスが必要だと機構から言われました。今後そういうしっかりしたプロセスを踏んで、講習がこれは単位が取れるか取れないかって決まるそうです。さらに講習を支部主導で開催していただけるように、支部に働きかける予定です。そうすることで講習単位習得のための総会における混乱を回避し、いろんな学会でありましたね。総会に出ないで、全部講習に流れちゃってるみたいな。それを回避して、総会はしっかり総会がある。その代わり支部でいろいろやってもらう。そうすることで、全国の専門医が機会均等に単位習得の場を得ることが可能となる。つまり、地元で取れるから、そういう講習は地元でやってくださいということで、自分のところでやってないなら、隣へ行けば総会に行かなくても取れるし、いろいろな支部がありますので、いろいろなところで、いろんなことをやれば。支部会に参加していただければ、支部会長、そのときの大会長もちょっといいのかなということ。そのような形でいきたいと今は考えていますが、まだその支部会とかいろんな話をしないとダメだし、ここにいらっしゃる方、支部会長もいらっしゃるし、支部ですごく頑張ってる方ばかりだと思うので、そのようなかたちでお互いにいろいろ講習があってそこに来てもらってということになれば、例えば女性でもたまたまあまり外へ行けないとか、子育てとかいろんな事情でなかなか自分の地元から離れられない人も受け入れられるんじゃないかなと思います。

次に論文実績の開示ですけれども、これは更新の場合は本人が発表するだけじゃなくて、若手の専門医に対する指導も重要となるので、若手にしっかり指導をしていけばそれでももちろん、点数としては付いていくということになると思います。あと診療実績。これはまたある程度上に立って、皆さんも今は副部長、部長の方からもう少しさらに、病院の中を何かをやらなきゃいけない、なかなか診療に携われない。朝のカンファレンスで精一杯とかいろいろあると思うんですけど、そのときに自分のやった診療をどうするのか。外科はうまくやっつけていて、更新2回目以上は、もう症例出さなくていいそうです。ただ、これからまた相談するんですけども、我々はじゃあ、もう出さなくていいのか。出さないのに集中治療の専門医ずっと握っていて、国民に認めてもら

えるのかっていうのもあると思うので、例えば上に立ったって、すごく重症な患者がいたら相談に乗るじゃないですか。そういう相談に乗った症例も含めて、直接の臨床実績だけじゃなくて、指導、助言を行なった実績も加味できるような、そういう診療録を出してもらおうっていうのを今考えています。ですから例えば皆さんが病院長になっても、何かになっても、月1回とか週1回ぐらい行って、どうだと言ってしっかり後輩の面倒を見るとか、もっというならば、毎日朝だけは行ってしっかり面倒を見るとか、いろいろなデータがあると思いますけど、ぜひ集中治療に少しでも関わり続けていただいて、専門医の更新ができればいいんじゃないかなと思っていますが、これも今後の課題です。

集中治療に対する知識確認のための試験の実施。これはもう、お金のこともあるのでもうやりました。eテストを導入して、更新時のみならず、日常においても知識の確認が可能となるようにするというのも、実はe医学会の中に入っていて、今理事の人たちや委員の人たちにチェックしてもらっています。触ってもらっています。文句というか駄目出しは出ていないので、たぶん大丈夫じゃないかと思うんですけど、次回の千葉の集中治療学会総会で、皆さんに向けて、今日からとか明日から触ってみてくださいというような宣言ができるんじゃないかと思うんですけど、e医学会のテストに入ると、各分野別だったり、アトランダムになったり、10問がポンと出てくる。それに答えていくとあとから解説が書いてあったり、どこに書かれているっていうのが出てくるんです。それでマルバツが付いていて、自分は何点とかというのが分かる。10問にしたのは、私がやってみて20じゃ続かないです。集中力も続かない。実際にこれは今練習というか、過去問を入れてありますので、結構新鮮な感じがして、私はすごく自画自賛ですけど気に入っています。これをやっていくうちに、実際はこれ報告どおりになったら、たぶん50問だと思いますけど、50問がアトランダムに出てきて、それに対して頑張っただけのときは集中して答えていただいて、たぶん70点以上とか、60じゃないです。70とか75とかの点数以上で要するに証明書が出てきて、それを更新に使うというようなことになると思います。なので、ただ全部で1,000問ぐらい挙げているから、50問だったら20回やれば、だいたい何回か当たるわけですよ。だからそうすると覚えちゃうんですよ。20回の中で、日頃から集中治療やってらっしゃる先生であれば、ある程度でできると思います。それで何回かやって通ったみたいなことを出してくれればいい。国のCIT Iがそうですね。CIT Iは臨床研修のeテストとかそうですね。

今26分。あと4分ですので、もう終わりにしたいんですが、今もう少し具体的に、他学会との連携についてちょっとお話しします。どこの基本領域からでも集中治療専門医認定を可能とするか。これ、いつも聞かれるんです。どこからでも来れるようにするために、厚労が提案してくれました。これからの制度のみならず、カリキュラム制度に構築する。両方やりなさいと。これからも例えば3年なら3年、2年なら2年、決められたところをずっといくんですけど、カリキュラムにして、これとこれをちゃんと見返してくれればオッケーですよという定番テストというか、診療録があって実績があってというのであれば、大丈夫という二本立てで。救急医学会も二本立てで作ったそうです。麻酔科はまだ一本だと聞いているんですけど、救急医学会はそれができるように作ったって言っていました。それを参考にしながら作っていかなくちゃいけないと思います。それは機構との話し合いで、どうするか決まっていくんですけど、連携の不十分が基本領域からでも集中治療の専門医の認定が可能となるように努めている。門扉を広げる方向でいきますので、よく皆さんが他のところはどうなんだって言われて全部オッケーがあるような話で、いかなくちゃいけないと思っています。

もう一つは、さっきも最初に言いましたが、麻酔科専門医および救急専門医においては、集中治療専門医に対する更新時の配慮のみならず、サブスペシャリティとして集中治療専門医を目指す。最初に目指している麻酔科

医とか、麻酔専門医を取っている人とか救急専門医を取っている人に対しては、集中治療専門医に必要な知識技能を、基本領域の専門医を認定する際に、同時にサブスペシャリティに比重を置くプログラムを用意しなきゃいけないんです。集中治療コースって麻酔科で作ってくれたそうです。救急医のほうも集中治療コースを作ってくれて、そこを最後のほうに重点的にやることで、救急も麻酔科も取れるし、集中治療を取るときにいいように提示してくれているので、そうするとそういう方々に対しては3年必要なところを2年にする。1年はだぶった形にするというのを連携でやっていかなきゃいけないと思いますし、それは他の内科から循環器内科とか、そういうものも皆そうしているみたいなので、そういう形を取っていかなきゃいけないと思います。今、この麻酔科と救急外来ですけど、小児科は結構頑張ってくれています。同じようにやってくれそうだけど、内科外科はまだ自分たちのことで精一杯で、なかなかこっちを向いてくれないんですけど、でもその中のある先生は、やっぱりやらなきゃねと言ってくれますので、内科外科領域においてもさらに働きかけて、集中治療専門を認定更新しやすい環境を整えていくというつもりで、西村理事長を筆頭にあちこちに各学会に問い合わせしているところです。

まとめです。集中治療専門医の位置づけと集中治療の新しい専門医制度の解説、集中治療専門医申請の教育プログラムについて解説しました。集中治療専門医を目指す医師のみならず、国民にも納得していただき、さらに専門医であることに誇りが持てるような集中治療専門医制度、教育プログラムを作成していくべきと思っております。ご静聴ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

先生どうもありがとうございます。今回、カリキュラム制が認められたということで、大変安心しているところでございます。ご質問もあると思いますが、時間が押しておりますので、次へまいりたいと思います。また松田先生よろしくお願ひ致します。専門医制度に向けて、その現状と課題ということで、理事長の西村先生にご相談したところ、社会制度で土井先生、小児ということで志馬先生をご指名いただきました。誠に僭越ながら、現状ということで救急の点では本学、そして麻酔科でやっている阪大ということでやっていきたいと思ひます。まずは土井先生から、社会保険制度の観点からということでお願ひ致します。

【集中治療専門医制度へ向けて—集中治療室の診療体制の現状と課題—】

「社会保険制度の観点から」

土井集中治療部長（浜松医科大学）

浜松医科大学集中治療部の土井です。現在、日本集中治療医学会の社会保険対策委員会の委員長をしております。そのことから社会保険制度の観点から、現在の集中治療専門医制度について話をするにあたりご指名を受けましたので、20分だけ時間を頂戴いたします。

元来、専門医制度と国の社会保険制度、つまり診療報酬とは無縁のものでずっとあったんです。それが先ほどから西村先生、今の松田先生からお話がありましたように、2014年の特定集中治療室管理料1、2の設置に伴いまして、特定集中治療室の要件として、集中治療専門医を匂わすものが出てまいりました。文言を見ますと、選任の医師に特定集中治療室の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。これに対しまして厚労省の疑義解釈から、集中治療部門での勤務経験を5年以上有しているほか、特定集中治療に習熟していることを証明する資料を提出することという、こういう疑義照会がある。では、習熟していることを照明する資料とは何か。それも

疑義照会がありまして、そこでありましたのが、ご存じの日本集中治療医学会などの関連学会が行なう特定集中治療に係る講習会 30 時間以上を受講して交付される証明書でいいんです。そしてもう一つ、これが問題なんですけれども、特定集中治療に係る専門医試験における研修を行なっている証明資料。これも専門医を取得しているとは書いてないんですね。研修を行なっているということの現在進行形の証明をしたらいい。私たちはこれは集中治療専門医と同義であると理解した。つまり、集中治療専門医 2 名の在籍というのが、特定集中治療室管理料 1、2 の施設要件であろうと考えたわけでありまして。そこでも日本集中治療医学会社会保険対策委員会は、この制度が発足した 2014 年から毎年 10 月の時点で全施設調査を行なってまいりました。2016 年、一昨年段階では、127 施設が全国に特定集中治療室管理料 1、2 の算定施設がありまして、去年 2017 年 10 月の時点においては、若干増えて現在 156 施設があるわけでありまして。特定 1、2 の（算定）施設の数を見ますと、府県の人口 100 万人以上に対して、密接以上、密度が高い県というのは、これは見事に西日本に偏っている。こんな統計も出てくると思います。

さて、この 156 施設の構成ですけれども、今、松田先生がご紹介いただいた、日本集中治療医学会の専門医研修認定施設が 156 中の 124 で、そのうち、ここのメンバーである国公立大学の施設が 39。国公立大学以外の施設が 85。また、日本集中治療医学会の専門医研修の認定施設じゃない、非認定施設が 32 あるというのが現在の日本の状況あります。ちなみにこの 39 施設ですけれども、この協議会のメンバー 52 校中 36 校で、うち 3 施設が 2 施設持っていますので重複しておりまして、36 校 39 施設がこの現在の内訳であります。さて、その集中治療専門医。現行の専門医ですけれども、どのように分布しているか。さすがにここのメンバーで 39 施設は全施設 2 名以上の集中治療専門医を持っています。また、集中治療学会の専門医研修認定施設は、これは 1 名の専門医が専従しているというような統計もありますので、当然ながら 1 名のところが 1 件ありますけれども、それ以外は全部持っています。ちょっとびっくりしちゃったのは、非認定施設です。おそらく 3 分の 2 ぐらいの施設には、常勤医として日本集中治療医学会の専門医はまったく在籍してないんですね。もしかしたら非常勤でいるのかもしれませんが、一人のところがあって、2 名以上というはわずかというような格差があるということが分かったわけでありまして。

さて、先ほどから西尾先生、そして松田先生からもご紹介ありましたように、施設基準面のいろんな変化があります。平成 30 年度の診療報酬改定に対します中医協の答申は、一昨日の 2 月 7 日にありました。それで注目すべきことは、施設基準への専門研修看護師の追加であります。その本文ですけれども、特定集中管理料 1 及び 2 の施設基準に、専門性の高い看護師の配置を要件としている。そしてその改定案の文面としましては、集中治療に関する適切な研修を修了した看護師が配置されていること。医師が現在研修を行なっているに對しまして、看護師は研修を修了したという文言。これはもしかしたら着目すべきことかもしれません。そうしますとまだこの先、疑義照会による連絡文書によって明らかになってくるでしょうけれども、おそらくその内訳は、急性重症患者看護専門看護師ならびに集中ケア認定看護師かなということが予測されるわけでありまして。それらの特定集中治療室管理料の算定施設 156 施設の中で、どのぐらいの専門看護師、認定看護師がいるかと申しますと、この 39 施設のメンバーに関しましては、専門看護師がいるのが 4 分の 1 強、認定看護師のみが在籍する施設は、3 分の 2 ぐらい。わずかに 10% ぐらいの施設は両者がいないという回答を得ています。集中治療学会の認定施設である国立大学のメンバー以外の施設に関しましては、ここに示しますように、若干、急性重症患者専門看護師の比率は低くございますけれども、それなりの専門看護師がいる。一方、非認定施設に関しましては、両者はまったく存在しないところが 3 分の 1 強ありまして、やはりこれも格差があるのかなというのが、私たちが持っている調査結果であります。

そしてこれも先ほど2回ほどご紹介がありましたけれども、早期離床、リハビリテーション加算。これも2月7日の中医協の答申で出てまいりましたけれども、500点が加算されると。その施設条件に、特定集中治療室内にチームを設置すると。その要件としましてメンバーは、集中治療の経験は5年以上。まったく同じ文言です。おそらくこれは現在と同じ解釈になります。つまり集中治療専門医に準ずるような医師がいること。そして集中治療に関する適切な研修を修了した看護師。ここもやっぱり、修了したという文言が入ってきております。当然ながら十分な経験を有する理学療法士。この三者が具体的に何を指すかというのは、今後の疑義照会等を注目する必要があります。ということで、特定集中治療室管理料1または2を算定する156施設中に、この国公立大学の病院と関連施設36大学の39施設ありました。特定集中治療室管理料1または2の施設基準。そして新設も、早期離床、リハビリテーション加算に集中治療専門医と専門認定看護師が加えられつつある。また、先ほどお示ししましたように、国公立大学病院集中治療部は当然ながら他の施設に比較しまして、専門医資格を持つ医師、看護師が従事しているということが新たな調査結果から分かった次第であります。ご静聴ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

我々が行わなければならないことを明確に検討指摘していただいたと思っております。ご質問あるかと思えますけれども、次にいきたいと思えます。では滋賀医大の現状ということで、うちの辻田が担当させていただきます。ではよろしくお願ひします。

「本学における現状と課題」

辻田救急・集中治療部副部長（滋賀医科大学）

滋賀医科大学救急集中治療部の辻田です。我が施設は救急メインの集中治療室ですけれども、その施設の現在の現状と課題についてご報告させていただきます。まず滋賀医大病院は病床数612、ICUが12床、それ以外にNICU9床、MFICUは6床、救急外来として一般救急病床が13床あります。ICU、CCUについて救急集中治療部が運営しております。12床のうち2床をCCU、1床をSCUとして運営しています。外科ICU、内科ICU、CCU、小児ICU、SCU対象患者を担当しています。心臓外科については診療科の希望により診療科が管理するオープンICUで管理しており、その他の診療科はICU専従医が管理をするクローズドICUを運営しています。特定集中治療管理料1を算定しています。救急集中治療部については、総合診療部と協力してICUとERを一体運営しています。ICUは麻酔科と連携して、救急、術後、院内発症の重症患者すべてに対応しています。ERについては、救命救急センターではありませんが、総合診療部と協力して1次から3次までの救急患者を受けいれているER型救急と肺炎、敗血症、多発外傷、普通臓器にわたる疾患等では主治医として一般病棟の53床とICU12床を使い、入院から退院まで担当するCritical care型救急も行なっています。救急患者数については救急車数3,000台ぐらいで、救急患者数は国立大学で42校中10位で9,000弱ぐらいです。

当院ICUの入室理由を去年1年で調べますと、大手術後というのが一番で半分以上です。あとは急性心不全、意識障害、代謝障害、ショック、呼吸不全の順番で並んでいます。大手術後が多いんですけれども、当院ICUの年間入院患者数の推移です。2011年まではICUベッド数が6床で、2011年に12床に増床しました。赤がI

CU専従に管理しているベッドで、青は心臓血管外科が管理しているオープンICUのベッドです。だいたい半々ですけれども、12床に増えましたが、現在も満床が続いている状態になっています。クローズドICUについて、診療科別ICU入室人数割合については、消化器外科、循環器内科、救急科、脳神経外科、整形外科の順番でこのような割合になっております。本学の救急集中治療の役割については、救急集中治療はERと一般病床とICUを運営している。救急患者はERにて初期治療診断と治療を行い、重症患者は、病棟やICUに入床する。あと術後のICU管理と院内発症のICU管理は我々が行っております。

朝のカンファレンスの様子ですけれども診療科の師長と主治医と、ICUの看護師リーダー、それ以外に臨床工学技士や、特定看護師、理学療法士、薬剤師もカンファレンスに参加しております。週間スケジュールですけれども、朝と夕方に救急カンファレンスとICUカンファレンスを行なって、そこで日勤と夜勤の交代を行なっています。それ以外に研修医の教育目的で1時間程度のカンファレンスを何度かやっています。そして、救急集中治療と総合診療の診療体制ですけれども、日勤はICU上級医後期研修医、初期研修医が一人、二人と。必ず上級医が必ずいるような体制を取っております。夜勤については、ICUが上級医一人、後期研修医はゼロか一人、初期研修医が一人。救急も同じ数で運営しています。救急で人が足りてないと、初期研修医が救急のほうに手伝いに行くようなことになっています。

現体制の医師数についてですけれども、ICU担当が7人と、あとどっちもやる3人で10人。救急は5人とどっちも担当する3人で8人。総合診療が4人の体制です。トータル19名ですけれども、それ以外に他に麻酔科から3人、週1回日勤の応援があります。赤が日本集中治療医学会の集中専門医8名がおります。青が日本救急医学会の救急の専門医が9名で、そのうち一人か二人。それ以外もICUに関しては緑の丸にした、日本麻酔科学会の専門医が3名おまして、一人、NICU対応として小児科学会の小児専門医が一人います。あとCCUも管理しておりますので、循環器学会の専門医が3名ICUを担当しております。ここで考えられるキャリアパスですけれども、当科の主流は1階として救急科専門医、2階として集中治療専門医を取るのが主流ですけれども、それ以外に選択可なのが麻酔科と連携していますので、麻酔科専門医から集中治療に行くことや、小児科から集中治療も取れますし、現状で認められるのは松田先生のお話でちょっと絡むかもしれないですけど、現状では不可能ですけれども、総合診療専門医とか内科専門医から集中治療専門医もありなんじゃないかなと考えております。

特定看護師につきましては、先ほどから話がありますけれども、今回の特定集中管理の見直しの中で専門性の高い看護師の配置が設けられます。当院では集中ケア認定看護師が院内に4名で、うち二人がICUで勤務しており、救急の認定看護師が院内6名うち二人がICUに勤務していて、特定行為研修を受講済みの看護師が院内に2名おります。認定看護師の特定行為研修受講済み看護師が、診療にどのように関わっているか今後検討していく必要があるんじゃないかと考えています。早期離床、リハビリテーションに関しても次回、新しい評価が新設されますけれども、当院ではICU担当医学療法士2名がICU患者を担当し、先ほどの写真にありましたけれども、朝夕のカンファレンスに参加し、早期離床、リハビリテーションに取り組んでいきます。ICU担当薬剤師について、ICU内にサテライト薬局があり、ICU担当薬剤師が管理しています。ICU担当薬剤師は彼らも朝夕のICUカンファレンスに参加し、意見を述べています。小児の重症症例について滋賀県では、小児重症患者は地域重篤病院である当院に集めて診療しています。当院のICUでは一人の小児を専門とする集中治療医中心として、成人の集中治療医と救急医、小児科医、小児外科医が共同して小児重症患者を診療しています。その体制を整備してから小児の入室症例が増えてきています。また、急性薬物中毒精神疾患合併症などで、精神

科介入が必要な患者に関して、時間外に入院する場合は、救急科が主治医となり I C U に入室します。精神科当直が併診をし、身体疾患が解決した例を必要に、精神科に転科する体制を取っています。

まとめです。当院 E R では救急集中治療部と総合診療部が共同して、1 次から 3 次までの救急患者に対処しています。当院 I C U では術後症例から救急、院内発症症例、小児症例などをクローズド I C U で管理しています。これは心臓外科を除きます。幅広い領域について、クローズド I C U を運営することで、集中治療専門医教育に貢献するのではないかと考えています。集中治療専門医教育独自のプログラムがまだ策定されていないので、今後策定していく必要があるんじゃないかと考えています。以上です。ご静聴ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

ありがとうございます。我々は担当診療で精一杯になってしまっていて、それをいかに若い人にちゃんと教えられるのかというのが次の課題かと、まさに思っております。それで次、現状報告ということで、大阪大学の内山先生よろしくお願ひします。実は我々のシステムは、阪大のシステムをベースにしているんですね。そういう意味では、やっぱり関西では阪大が集中治療の大元だと思っておりますので、内山先生、よろしくお願ひします。

「本学における現状と課題」

内山集中治療部副部長（大阪大学）

江口先生、ご紹介ありがとうございます。今日はこのような発表の機会をいただきまして、大変感謝しております。ありがとうございます。専門医制度に向けて問題点ということですが、特に我々最近増床しまして、専門医の確保と共に、診療体制の維持というのも苦労してまいりましたので、ちょっと我々のご紹介をしたいと思います。我々は 1,076 床ですが、重傷患者用のベッドは集中治療部で今は我々のところで 29 床分ありまして、稼働は 25 床で稼働しております。来年度の 10 月頃に 29 床フルオープンする予定で頑張っております。我々のところは、ジェネラル I C U ということで、外科患者、院内の内科患者、それから院外から転院している患者等を受けております。当院では他に、高度救命救急センターに 20 床と、それから循環器内科が運用する H C U、それから心臓血管外科が運用 H C U もあります。それから N I C U もあるんですが、この H C U との棲み分けは、機械ものが付くとだいたい我々のところにくるとということで、術後患者もだいたい我々のところで入られるというのを基本として、ちょっと良くなったら上へ帰るという形で、運用させていただいております。

実は元々、西病棟の 10 床で運用していたんですが、この 3 年ほどで増床致しまして、東側、北側ということで、今年度工事が完成しました。入るとこんな感じで西と東と分かれておりまして、今年度オープンしたこちらのオープンフロアで、一応小児対象で 8 床を開設しております。病床数は 74 年最初の 4 床からずっと増えてきて、ここ 3 年ほどでほぼ倍になっているというような状況となっております。他に我々のところの特徴的なこととして、臓器移植というのをやっておりますので、だいたい 3、40 例ぐらいは臓器移植術の管理しております。というわけで、重症患者も非常に多く、大変なところもあるんですが、診療体制としては、開設以来、2 交代制でクローズドの診療体制を作っております。基本的には連続した日勤務で勤務しまして、夜勤を交代に入れるという形の体制を作ってまいりました。開設時の当初は、麻酔科医と心臓血管外科医が 1 名ずつ常駐するという体制を取っておったんですが、その後、集中治療部の医師が増えまして、2000 年頃からは、ほぼ集中治療部の医師による交替制勤務というのを構築することができました。ただ 2015 年に増床しまして、

我々だけではやっぱりちょっとということもありますし、非常に多くの方が利用することにもなりますので、医師診療体制を拡充するというかたちを取って、各科の後期研修医を中心とした、ローテート体制というのを院内で作っております。

現在、集中治療部のスタッフの医師 1、2 名と、シニア医、研修医をチームとしまして、日勤夜勤の 2 交代制で勤務しております。だいたい日勤は 5、6 名。それが火曜日から金曜日、土日月。それを連続して診療に当たります。治療方針を立案して、主体的に治療を行っております。夜勤はだいたい 4 名交代制で勤務しております。だいたい目安として、患者 8 名に対して医師 1 名というところを目指しております。それでローテートをどうしていくかということになったんですけれども、入室患者の内訳がこのようなかたちで、前年度ですけれども 1,000 名を超えまして、実はわりと我々のところの平均の在室日数がだいたい 1 週間。それはちょっと臓器移植の関連のこともあって、かなり長い方とかがいらっしゃるので、ちょっと病床数の割に患者数は少ないんですけれども、心臓外科が多いこの割合を考えまして、現在このような医師の体制を取っております。スタッフはだいたい集中治療と麻酔科医、それから小児科医、一部内科医。シニアは麻酔集中治療医の関係と救急専門医、小児科医。それからローテートとして心臓外科、消化器外科、循環器内科などから、ローテートをして診療体制を構築しております。

それで集中治療専門医の育成を一つは考えていかななくてはいけないんですけれども、基本的に医師は専従体制で勤務しております。それで基本の専門医資格の必要経験ですけれども、だいたい 1 年程度勤務すると、要件を満たすことができしております。毎年 2、3 名ぐらいは専門医を取得していて、これまでだいたい麻酔科専門医、救急専門医、呼吸器内科の専門医などから、専門医試験を受験した人がいます。それで特に、我々のところとしては、麻酔科専門医プログラムというのと連携を取ってやっています。集中治療を志す人が我々のところに来たら、麻酔科専門医というのを最初に取得してから、それから集中治療専門医というのを目指したらどうかというかたちで進めております。ただ、この間に阪大でだいたい 1、2 年研修する期間を取りまして、専門医要件を取れるようにしておりますし、麻酔科専門医プログラムの規定要件というのが麻酔であるんですけれども、それも大きな病院だと初期の時期に満たすことができますので、その中で 1 年、2 年というのを回ってもらうということを考えておりますし、関連病院のところの ICU 研修というのも考慮して、専門医を育成していくことを考えております。

それから今回 ICU 増床にあたっては、このようなポイントを考えて診療体制を構築します。まず多くの科と協力体制を組むというのが大事だったので、それを院内で作っていただきました。それから集中治療部のスタッフがやっぱりコアになってチームを形成するというのは重要ですし、カンファレンスというのも 1 日 2 回開いてやっております。それからシニア医師に関しましては、出産される方とか子育て中の方もいらっしゃいますし、ローテートの元の科の事情とかもありますので、そういうのを考慮して勤務を組んでおります。それから増床のときに我々も非常に悩んだんですけれども、カルテの電子化はむしろゆっくりやりました。実は多くの患者さんを診るとなると、病院情報システムをうまく連携するというのは非常に大事で、むしろちょっとゆっくりやって、無理のない体制でやりました。その中でも、この症例登録システムとか、一部の電子化というのは進めていくかたちで、診療体制を構築いたしました。以上でございます。どうもありがとうございます。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

先生質問です。各科のローテートはデューティーですか。それとも本人の希望でしょうか。

内山集中治療部副部長（大阪大学）

その科の中ではおそらくデューティーになっているんだと思います。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

それで不満は一切出ていないという理解でよろしいですか。

内山集中治療部副部長（大阪大学）

そうだと思っております。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

先生どうもありがとうございました。

内山集中治療部副部長（大阪大学）

ありがとうございました。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

それでは西村先生がご指定いただいた、小児対応ということで、広島志馬先生、よろしく申し上げます。

「PICU 運営/管理の観点から」

志馬集中治療部長（広島大学）

はい、ありがとうございます。私のところは、小児特定集中治療室。PICUの話させていただきます。今回の江口先生にこのような機会を与えていただき、大変実は感謝しております。これは数年前の氏家先生が行なわれた、日本集中治療医学会学術集会を紹介しているポスター。覚えていらっしゃると思いますけれども。いろいろ書いてありますけれども、なんとこのPICUの扱いが小さいことかと思って、僕はシュンとしていたんですけれども、どこにあるか分からないですね。さらに言うと、NICUより扱いが小さいというのは、これは大きな問題だと思っております。そういう扱いの小さいところに光を当てていただいた江口先生と西村先生には大変感謝しております。今日集まっていた先生方は、特定集中治療室管理料を取っているところか、救命救急入院料の上位を取っているところかでお仕事されていると思いますが、実はその中には小児特定という管理料があるんですよという話です。

実はこの管理料というのは、他のどの管理料、特定集中、あるいは救命救急入院料に比べて、はるかに高い管理料でございます。1日16万円。この管理料は平成24年に新設されております。当初の目的は、主として小児の救急患者の集約化という背景を持って算定されたということで、他の医療機関で治療していった人をたくさん受け入れて集約化して、ここで治療しましょうということで始まっております。その後いくつかの診療報酬改定があり、これは日本集中治療医学会の方からも意見を提出しまして行なわれておりました、高い点数をいただけることになっております。これは非常にやっている者としてはありがたい改定であったと思っておりますし、今年度の改訂でも当初小児は15歳まででございましたけれども、小児慢性特定疾患の対象においては、20歳まで拡大さ

れたということで、非常にこの領域はいわゆる小児周産期救急医療の充実という枠組みの中で、後押しをいただいている領域ではないかなと思います。

ただNICUは日本全国に極めて少ないというのは、皆さんご存じだと思いますけれども、2010年のデータというのはわずか23個。ベッド数が200人足りないという状況でございました。ただ、これでも徐々に増加をしております、そのあと昨年もう一度調査をしますと、28まで増えております。昨年中にあと福島と尼崎に増えるので、30を超えようと思われま。ただこれも地域格差がご覧のとおりございまして、首都圏と関西圏、福岡等に集中。専門医の集中と一緒にすかね。そんな感じで集中しております。やはり問題は日本海側。特に北陸地域、そして最大の問題は広島。客観的には本当に、主観的にも思っています。どこまで要るのかというのは難しいんですけれども、海外の報告を見ると、だいたい人口300万あたりに1PICUという報告が多いので、日本の小児人口を考えると、だいたいあと2、3個。あるいは30数個できたらそれで満たすんだらうなというふうなところでございます。

各PICUはだいたい10ベッドで6人から8人ぐらい医者が配置される領域ということになるかと思えます。毎年日本集中治療医学会の小児集中治療委員会で行なっているPICUの現状調査のデータが出ていますので、これを簡単に紹介しておきたいと思えます。PICUがある病院ですけれども、56%がいわゆる子ども病院。残りの44%が大学あるいは総合病院。この協議会に参加されている、いわゆる国公立大学は5つです。これだけしかないということになります。これはもう一つのなんですけれども、PICUが小児特定加算を取っているかという、取ってないんですね。全体の4分の1しか小児特定加算を取っていないという現状がございまして。ほとんどは特定集中の3、4あるいは1、2を取っているということでございまして。平均病床数はだいたい10床ぐらいだということです。何で小児特定を取らないんだということ、先ほどの要件で、救急患者あるいは、他院からの重症患者の受け入れをもっぱらとしていることを目的として当初作られておりますので、どうしても術後患者あるいは院内患者の入っている割合が多いPICUにとっては、非常にハードルが高いという状況でございまして。これがいいとするのか悪いとするのか、非常に議論はありますし、地域の特性や地域の中における役割というのがありますから、そのあたりを考えながら、良いところを取得されていくのであろうと思えます。

あと、アウトカムですけれども、これは毎年、予測死亡率と実死亡率との違いというのをを出していただいております。小児はPIM2、PIM3で予測死亡率を出しますが、予測4%に対して実死亡率2%ということで、予測される、亡くなるだろう患者さんの半分が救命できて、非常に良い成績を日本のPICUは残していると考えております。それから死亡率とボリューム。PICUがどれだけ大きいほうがいいのか、小さいほうがいいのか。これはICUにも当てはまる議論だと思います。先ほどの阪大の内山先生みたいな大きいICUがいいのか、そうでないのがあるのか。非常に難しいんですが、ざっとみるとやはり実死亡率は大きいICUのほうが低くて、予測死亡率はそう変わらないということなので、やはりある程度の患者ボリュームが要ると思えます。これはざっくりとした計算ですけれども、年間300ぐらいを超えたところの効果ですね。良いトレーニングができるという海外のデータもあったかと思えます。

あと、中で働く医療従事者ですけれども、医師の専従があるのは80%ですね。半分ぐらいが24時間365日ですけれども、日勤のみというのがありますし、残念ながら専従医なしというのも依然としてあるということでございまして。専門医の背景は、多くは小児科医、それから集中治療医ということになります。あと医療スタッフの診療体制。これも実は結構問題になって、看護師はそれなりにいらっしゃるんですが、だいたい10ベッドをカ

パーしようとするとは結構定員割れになってしまう。実際に4割ぐらいが定員割れで稼働しているということでございます。臨床工学技士の当直体制は4割。薬剤師の日勤からの配置が6割。医療療法士の専属化は2割にすぎない状況でございます。今後、診療報酬改定に伴って、増える方向にはいくとは思いますが、まだまだ十分に配備されていない。

医師の話に戻ると、先ほどの専門医制度の中で集中治療の専門医制度というのは、今、麻酔科と救急の上に乗っているわけですが、実は小児科の上でも乗っているんです。乗っているんですけれども、小児科をバックグラウンドとする集中治療は極めて少ない。特に専門医の中では1%しかいないという状況でございます。このあたりが、今後P I C Uというものを考えたときに、重要な問題になってくるんじゃないかなと思いますので、今後やはり小児科との連携というのが集中治療全体にとって大事な問題だと思っています。私も小児科学会のずっと会員ですが、小児科医かといわれると小児科医ではないので、これから小児科医を増やしていったほうが、この領域としてはいいのかなと思いますし、P I C Uの形としてもやはりもう少しジェネラルの方向に、いわゆる術後救急を含めたP I C Uができるのが、特に地方においては望ましいだろうと思います。これはI C U、P I C U全体にそうですが、やはり質の評価を行ない、良い質を保つための努力を我々は続けていくということが大事だと思います。以上でございます。ありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

小児の先生方も重点化しようということと、リンクしてやっていくという必要性もあるということでございます。我々年寄り、これから人数が減っていきますけれども、小児を失うと国が減びると思っておりますので、先生本当にありがとうございました。すみません、ちょっと時間が押してきましたので、早速、報告事項に入りたいと思います。人工呼吸器関連事象の感染管理等についてということで、名古屋大学の松田先生よろしくお願ひします。配布資料があるということですので、もし必要な先生は言っていただいたらまたお配りするということでお願ひいたします。では松田先生、よろしくお願ひします。

【報告事項】

「人工呼吸器関連事象・感染管理等について」

松田救急・内科系集中治療部長（名古屋大学）

よろしくお願ひします。名古屋大学の松田直之です。この人工呼吸管理をしていく際の関連肺炎ですね。この調査を進めていこうということが、秋田で開催された第29回全国国公立大学病院集中治療部協議会での議決だったわけです。その一方で、日本集中治療医学会においても、人工呼吸器関連事象検討委員会が発足した、これが2013年。ちょうど秋田で開催された第29回全国国公立大学病院集中治療部協議会の1年前でありました。この過程を経て日本集中治療医学会と連携しながら、集中治療の人工呼吸関連のつまりV A Pに関して予測しながら対応していこうという流れができ、そしてその解析をするというようなミッションが生まれたわけです。これがちょうど秋田ビューホテルで行なわれた2014年1月31日になりますけれども、私は最初に報告させていただいたときに用いたスライドのタイトルバックであります。この調査を立ち上げましょうということで、皆さんに協力をお願いしてきたわけです。そもそも、このV A Pを細かく、Ventilator-Associated Eventsとして捉えよう。これはCDCがガイドライン上に、2013年1月に出してきたというようなところの背景として、そして現在もおそらく皆さんたちも名前としてご存じになったのだと思うんですね。そして今日は愛媛の土手先生もいらし

てますけれども、西村先生、そして当時信州大学の岡元先生。その皆さんが連携しながらICU感染防止ガイドラインを改訂し、ここの中にも2日を超えて人工呼吸をしている最中に安定したけれども、ピークを3cmH₂O以上を上げていく必要が出てきた。酸素濃度が20%以上増加していく、こういったことを排除すると、Ventilator-Associated Condition、VACと呼び、さらに酸素の情報というか体温、白血球数などが増加して、抗菌薬を4日以上に渡って新しく使うようになる。これをコンプレケーション。Infection-related Ventilator-Associated Complication、。そしてVACとしていいか。VACの可能性なのかというところで、こういった Ventilator Associated Events を評価しようということで、皆さんと状況、管理情報を共有してきたわけです。最終的にはこの報告事項になりますが、現在、日本集中治療医学会紙では報告されているものとして、他施設6施設で、ICU入室患者さん4,561名でありましたけれども、18歳以上人工呼吸装着患者さんは、そのうち1,593名。実際にどのぐらいVentilator Associated Eventsが発生したかというところと発症率は2.8%であった。発生したイベント44例中、VACだけ、IVACだけかというところで比率も見えていただいて、実際には発症した患者さん群では極めて高い死亡率となったというデータとなります。44例中17で39%死亡を、VAEがイベントが発症しない例では死亡率は5%であったということで、やはりこういったある予測をしていくということ。そしてこの状況を阻止して解析、治療していけるような土壌を作られるといいだろうという話であります。治療時は肺炎、無気肺、ARDS。これが主要な要因であったというデータです。というところで、ひとまず内容の確認はできているところであります。

話は変わりますが、一方で日本集中治療医学会にありました、この人工呼吸器関連事象検討委員会は、現在2016年から感染管理委員会という名前に変えております。藤谷先生が委員長をされていて、担当理事としては広島大学の志馬先生、そして土手先生も入っていらして、今多少のメンバーチェンジがこの2018年に行なわれますが、そろそろ名称をこの集中治療学会の連携という中で変えていい時期がきているのかもしれない。2017年度、日本集中治療医学会感染管理委員会。これが目標とするところに追従して、つまりこの調査内容というものは、我々の国公立大学病院の集中治療医にもやってくるようになります。それと連携しながら、その必然性を見つめながら。全国国立大学病院長会議においても、安全管理の中に、この感染管理が含まれてきて、非常にモニタリングをすることが重要となっています。この日本集中治療医学会感染管理委員会と我々の協議会が関連する内容としては、この集中治療医学会の感染管理委員会はICDのために、ガイドライン作成をしていこう。ワーキンググループを作成しようとしていますし、私たちのところも依頼がくる可能性があります。

そして抗菌薬の使用状況を調査しようと。抗菌薬をしっかりと監視している使用状況をモニタリングして、適正使用するということ。これがやはり大切とされています。サーベイランスを行なっていこうというような、こういうワーキンググループが立ち上がり、これが皆さんのところにご協力を求められると思うんですね。ということを含めて、以上報告とさせていただきますけれども、次回の第34回に向けて、それではどのような点をといるところでもあります。名称の変更をそろそろ行なってもいいのではないかとというところで一つ提案とさせていただきます。最終的にはこれを皆さんで持ち帰ってみて、いろんなご意見をお聞かせいただいて、そして来年度に向かおうというものであります。日本集中治療医学会の感染管理委員会と連携しながら、もちろん日本集中治療医学会の中でも、同じようなセッションが組まれます。我々はその情報をまた取り入れながら、国公立大学病院として、ある意味では一つのリーダーシップを取りながら、抗菌薬使用状況等の確認を行ないたいということでもあります。そして最後が一番重要となりますが、各ご施設で実際にどのようにこういった予測をしているのかなどを含めて、まったくもちろん対応していないということでもよろしいわけですが、いくつかの内容を整理させていただいて、そして皆さんからの情報をまとめていきたいと。来年のこの場で発表させていただきたい

と思っております。ぜひまたその際に、いろいろご意見をお聞かせ願えればと思います。ということで、アンケート調査を行ない、また皆さんからもこういったことをして欲しいということをお聞きして、発展的に一つの話題として提供できるようにと考えております。以上になります。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

どうもありがとうございました。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

ちょっとお聞きしたいこともございますが、報告事項ということでございますので、どうも先生、ありがとうございました。それでは審議事項で、ちょっと順番を変えまして、全国国立大学病院臨床工学技士協議会の方が、陪席したいということで、なぜ陪席したいかということを発表をお願いします。

【協議事項】

「全国国立大学病院臨床工学技士協議会の陪席について」

宗万会長（臨床工学技士協議会）

このような時間を取っていただきまして、当番校の江口先生本当にありがとうございました。私、全国国立大学法人病院の臨床工学技士の協議会というのがありまして、国立大学法人の中の臨床工学技士の横のつながりを持っている者が集まって、年1回やっているものなんですけれども、最近いろんなところで臨床工学技士は働くことが多くなりまして、先生方も臨床工学技士とうまくやっていたところがあると思うんですけれども、なかなかまだ人数が増えていなくて、入れていないところもありまして、集中治療部の中で今後もいろいろ業務していきたいということもあります。それからちょっとこのスライドにはないんですけれども、国立大学の手術部会議とか、あと血液浄化部門の連絡協議会というところにオブザーバーで参加させていただいておりますので、ぜひこの集中治療部の協議会のほうにも、オブザーバーで参加させていただいて、情報交換をしたいということですので、ぜひご支援いただければとお願い致します。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

審議が必要ということで、誠に僭越ながらのご指名で、橋本先生、ご意見いかがでしょうか。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

全体の輪を広げるという意味でも、歓迎すべきことと思いますが、いかがでしょうか。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

西村先生、ICU学会理事長として、何かご意見をお願いします。

西村救急集中治療部長（徳島大学）

特に反対意見はありません。もちろん我々と多職種でやらないといけない医療ですので、緊密な連携が必要ですので、ぜひとも参加していただけたらと思います。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

それでは陪席を認めるということでご賛同いただければと思います。

※一同拍手

宗万会長（臨床工学技士協議会）

ありがとうございます。今後ともよろしくお願い致します。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

それではちょっと時間が押しておりますが、年度会費と当番大学の選出方法、それから当番校の選出について、まとめて橋本先生からちょっとよろしくお願い致します。

「年会費について」、「当番大学の選出方法について」

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

それではお手元に題材の資料がないんですけれども、2年前に年会費に関しては試験的に2万円をいただいて、それを積み立てることによって、先ほどの感染のマニュアルですね。ああいったものも発行費用に当てようではないかという提案をいただいて、それと共にやはり情報交換の場としてホームページを立ち上げたりとか、そういったことにもお金が掛かる。毎年毎年、事務方の皆さんに非常に多大な努力をいただいているんですけれども、事務局を作ろうというのが秋田のときに多治見先生がご提案されて、そのときに西村先生を暫定の事務局長ということで、無理やりというのは言いすぎかもしれませんが、お引き受けいただいたんですけれども、その結果、例えば過去の協議会の議事録。全部そろっております。まだ山梨から今も準備中だと思うんですけど、出てないんですけれども、そういったものすべて、ホームページ上に載せたと。こういった資金は実は徳島のほうから出しているんですけれども、それはちょっと今後のいろいろを考えると難しいだろうということで、皆さんに年2万円です。しかし出せるか出せないかわからないということで、この2年間試験運用をしたんですけれども、結果的には53校中45校が払ってくださっていると。2年間に渡ってお支払いのないところは8校だけということになっておりますし、これは今後どうしていくかということ、ご協議いただきたいというのが一つ。

もう一つは、当番校の選出ですけれども、一応、規約の第5条に当番大学は毎年度持ち回りとして、時期当番大学は協議会によって、互選により決定するという事になっているんですけど、こここのところ、なかなか互選といっても事前に根回しをして、お引き受けいただかないと事務方も含めてその場で決まったところで持ち帰って駄目という場合もありますので、少しどういうふうに決めていったらいいかなということ、西村先生と相談したんですけれども、やはり当番世話人の先生方が過去におられますし、そういった方を5年なり6年、さかのぼって、そういった方々および来年、再来年、当番世話人をされるというような方が、集まるなりメールで協議をして今後の運用を決めていくのはどうだろうという提案をさせていただきたいわけでございます。実際に今日も来てくださっていますけれども、管理運営会社さんにも委託しているんですけれども、現状においては積み立てたお金が今150万円になっておりますが、運営会社さんのほうにはまだ1円もお支払いしていないという状況の中で、名簿管理なり各規約の改正などに伴うHPの改変。全部やっておりますので、ちょっとご協議いただければということでございます。一つは去年は次期会長ということで、江口先生のお名前だけを発表させ

ていただいたんですけれども、このあたりもどなたがどういうプロセスで次期ないし次々期、当番世話人を報告するかとかいうことも、私自身も7年前から参加させていただいているんですけれども、少し今、明確にしておいたほうがいいんじゃないかということで、議題としてあげさせていただきました。以上でございます。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

先生、これは事務局ができて、一斉配信できるようなアドレスとかメールとかはあるんでしょうか。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

あります。なかなか利用頻度は少ないんですけれども、全員および医師、看護師、事務方、それぞれに対してメーリングリストがございます。もう少しそういうのを活用していただければ、例えば今回の資料も、いってみれば最近こういう時代ですから、PDFでダウンロードしてお持ちよりいただくということも、仕組みとしては可能になっています。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

そのメールを使って、みんなで議論するということが可能という理解でよろしいでしょうか。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

確かにそのとおりだと思いますし、この場で決めてくれと申し上げても、なかなか意見はまとまらないと思いますので、皆さんのご賛同があれば、そういう形で持ち回りでも良いかもしれません。ただ持ち回りで、全員賛成というのは無理だと思いますので。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

今お聞きした、5、6年さかのぼって、だいたい目星を付けていただいて、事務局のほうで。それでメール発信して決めるというのは、今の流れでいいのかなと感じたんですけど。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

すでに内々ではそういう形でしか動かないので、西村先生にはそう伝えているんですけれども、何となく不透明な部分があるという感じですので、皆さんにそのようにご承認いただければ、この形で進んでいけばいいんじゃないかと思います。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

じゃ、その不透明なところをメールで出して、こういうふうに考えていますと、明瞭になるようにメールを使えば、誰もそれを問題にする人はおられないと僕は思っています。メールを使えばいいんじゃないかなと思いますが、皆さん、とても忙しいので、あえて反対する元気のある人はしていただけたらと思いますが。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

あと1回だけ、事務局のお仕事ということで西村先生にそこのお世話をいただければ。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

逆に西村先生のご負担じゃなければ、ある程度その方向性を決めていただいて、メールで皆さんに聞いて、返

事のない人は事後承諾ということで決めるというのでいいんじゃないかと思いますが、西村先生、最後に一言。先生の発言、事務局が発言しないと決まらないので。

西村救急集中治療部長（徳島大学）

実は私よりも橋本先生のほうが、今はいろんなことをやっています。一つはやっぱり、次、誰がするのというのがすごくやっぱりみんな、誰にお願いしたらいいのかとか、誰が決めていくのかというのがすごく不透明なので、それをこういう形で決めていただくと、すごくクリアになるかなと思います。それと先生がおっしゃったように、どこで何が決まったのか分からないのは良くないので、先生がおっしゃったようにメーリングリストで例えば5人だったら5人集まって、次は誰々にお願いしようと思いますという形で出すのは全然そんなに負担にはならないので、それが最後の仕事とおっしゃっていただければ、私はやらせていただきます。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

いきなり理想的なものは無理ですので、今まで分からないよりマシだと思いますので、とりあえずそれでさせていただくということで、皆さんのご賛同をいただいたと理解でよろしゅうございますか。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

ありがとうございます。それでは次回の第34回が愛媛の土手先生ですので、土手先生、一言ご挨拶いただいて、それで第34回選出として、今回を終わりたいと思います。

【次期当番大学挨拶】

土井集中治療部長（愛媛大学）

江口先生ありがとうございました。愛媛大学集中治療部の土手と申します。来年は第34回全国国公立大学病院集中治療部協議会2019年1月25日の金曜日。四国愛媛松山。東京第一ホテル松山というところで午前中に看護師長会議、それから午後に協議会は同じように。それから師長さんたちをお願いしておきたいんですけども、お昼のお弁当は今年以上のものは無理です。でも最善を尽くしますのでよろしくお願いします。それから昼からの協議会も活発にやっていきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

実は第35回は内々に決まっております、橋本先生のほうからご紹介をお願い致します。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

西村先生それから松田兼一先生にもお知らせしましたが、提案したような形で、江口先生そして土手先生の世話人で、次の当番校ということで、山形大学の中根先生に打診をさせていただいて、今週ですけれども事務方のオッケー、学長のオッケーが出たということでお返事をいただきました。昨今のこういう事情ですから、早く決めておかないとホテル等も取りにくいということで、来年以降はやはり、来年の予定というのと、その次

の年の世話人の方の当番の紹介がいいんじゃないかと思しますので、よろしくお願ひします。

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

本来協議会は、大学の講堂でやっていたんですね。滋賀医科大学ではこんな大きな講堂はなくて、大きなお金を使ってホテルでしていますが、本来は大学内の講堂もしくは講義施設でやるべきだと、こういうイベントにお金を使うことは控えないといけないのかなど。これが悪い点とならないように、願っています。それでは山形のご挨拶をしていただけますか。すみません、よろしくお願ひします。

【次々期当番大学挨拶】

中根高度集中治療センター 副センター長（山形大学）

先週突然言われたんですけど、山形大学の中根でございます。私のところは、おそらく麻酔科の川前がいるからお声が掛かったのではないかなとは思っておるんですが、今週病院長、医学部長に相談しましたところ、大丈夫だ、やれというオッケーサインが出ましたので、ぜひ2年後山形で協議会を開催したいと思いますので、よろしくお願ひします。

※一同拍手

江口救急・集中治療部長（滋賀医科大学）

それではちょっと時間を押しておりましたので、もっと討論したかったんですけど、また2月21日から集中治療医学会でございますので、この話題を引き継いでいきたいと思ひます。皆さん本当に遠戸寒い中、ご参集いただき本当にどうもありがとうございました。

※一同拍手

以上