

第 3 7 回

全国国公立大学病院集中治療部協議会

議 事 録

令和 4 年 1 月 2 1 日 (金)

当番校：香川大学医学部附属病院

議事

【開会】

○横川総務課長（香川大学）

皆様、こんにちは。本日はお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。

第 37 回全国国公立大学病院集中治療部協議会の開催にあたりまして、進行を務めさせていただきます当番大学である香川大学医学部総務課総務課長の横川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、バックアップのため Zoom 上でレコーディングさせていただきますことをご了承ください。よろしくお願いいたします。

まず事前に配布いたしました資料の確認をさせていただきます。配布資料は2点で、「第 37 回全国国公立大学病院集中治療部協議会」と書かれた冊子。「大学病院を取り巻く諸課題について」と書かれた文部科学省講演資料となります。

それではただいまより第 37 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。

開会にあたりまして当番大学である香川大学医学部附属病院長の門脇則光からご挨拶を申し上げます。

【当番大学挨拶】

○門脇病院長（香川大学）

香川大学の門脇と申します。当番校を代表としてご挨拶します。

少し前までは、この会を現地開催することも検討していましたが、オミクロン株の急速な拡大で、全くそれどころではなくなり、今回もリモート開催となりました。いつ終わるとも知れぬコロナ禍の中で、集中治療部スタッフの皆様も感染対応と大学病院の果たす役割との両立を図りながら、日々苦勞されていることと思います。

このたびのオミクロン株も、これまでのところ重症化リスクは非常に低く、この株については、大学病院の入院負荷は低いのではないかと思う一方、感染の急拡大によって当院でも重症化リスクの高い患者さんの受け入れ要請がコンスタントに発生し、今後の病床のやりくりに不透明感が出てきています。

一方で、特に冬場で重症の患者さんが出やすく、集中治療部のニーズも高まる時期と思いますが、その中で、コロナ以外の重症患者さんの診療に支障を来さないよう、各病院とも対応に腐心されているのではないかと思います。

そうした中ではありますが、今回もウイズコロナ、そしてポストコロナを見据えた重要なディスカッションが展開されるものと期待しております。約 4 時間にわたり、活発に意見交換していただければと思います。なにとぞ、よろしくお願いいたします。

○横川総務課長（香川大学）

それではご来賓、パネリストのご紹介をさせていただきます。この後、ご講演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 室長補佐 竹本浩伸様。

次にパネルディスカッションでのパネリストとしてご講演いただきます

札幌医科大学附属病院 集中治療部 部長 升田 好樹様、

自治医科大学附属病院 集中治療部 部長 布宮 伸様、

東京医科歯科大学病院 集中治療部 部長 若林 健二様。

また、オブザーバーとして、全国国立大学病院 臨床工学技師会協議会 会長 宗万孝次様が出席されています。

ここでご発言いただく際の説明をさせていただきます。ご質問は事前にお配りしています視聴者マニュアルにあります通り、基本的にQ & A機能を使用しての質疑対応とさせていただきます。画面下のQ & Aボタンをクリックして、最初にどなた宛の質問なのかを入力し、その後質問内容を入力してください。チャット機能は使用できません。口頭での質問を希望される場合は、「挙手ボタン」をクリックしてください。横川総務課長（香川大学）から指名された方は、ホストから案内の通知が届きますので、「パネリストとして参加」をクリックしてください。パネリストとして再入室となるため、10秒程度タイムラグが生じます。ご了承ください。

入室後、マイク、カメラをオンにし、大学名、名前に続けてご発言ください。発言が終わりましたら、マイク、カメラをオフにして、そのままご視聴ください。よろしくお願いいたします。

【議長選出】

○横川総務課長（香川大学）

それでは協議会を進めます。議事に先立ちまして、本日の議長を選出いたします。全国国立大学病院集中治療部協議会規約により、当院集中治療部部長の白神豪太郎が、この会議の議長を務めさせていただきます。それでは議長に交代いたします。

○白神集中治療部部長（香川大学）

皆さん、こんにちは。僭越ではございますが本会議の議長を務めさせていただきます集中治療部長の白神でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

皆様のご協力をいただきまして、本会議をスムーズに進行させてまいりたいと存じますので、どうぞよろしくお願いいたします。なお、マイクテスト時にも説明をさせていただきましたが、議事録作成の都合上、ご発言に際しましてはマイクをご使用いただき、大学名とお名前をおっしゃってからご発言をいただきますよう、ご協力をお願いいたします。

それでは早速でございますが、文部科学省、竹本様から、「大学病院を取り巻く諸課題に

ついて」と題しましてご講演を賜ります。それでは竹本様、よろしくお願いいたします。

【文部科学省講演「大学病院を取り巻く諸課題について」】

○竹本大学病院支援室室長補佐（文部科学省）

よろしくお願いいたします。文部科学省医学教育課の竹本と申します。本日は貴重なお時間をいただきまして、ありがとうございます。

私のほうからは「大学病院を取り巻く諸課題について」ということで、約30分間、ご説明をさせていただきたいと思っております。画面共有をさせていただきます。では、よろしくお願いいたします。

タイトルは「大学病院を取り巻く諸課題について」ということで、お話をさせていただきますと思います。

まず私の自己紹介を簡単にさせていただければと思います。今、文部科学省のほうにおりますけれども、元々大学勤務をしております、平成13年に当時の宮崎医科大学に採用されまして、それから縁あって東京のほうに来ているというような状況です。

それから今の籍に就く直前は千葉大学のほうで勤務させていただき、その前は東京大学のほうでも勤務をさせていただいておりましたので、先生方の中には大変お世話になった方々も複数名いらっしゃる中で、私がこのような説明をさせていただくのは大変恐縮ではございますが、よろしくお願いいたします。

本日の説明内容につきましては、おおむねこの5つの柱で構成をしております。50ページぐらいの資料を準備させていただいておりますが、適宜はしりながらご説明をさせていただきますと思います。

まず令和4年度の予算案についてということですが、こちらにつきましては医学教育課のほうでは、主に国公立大学病院を支援する補助金のほうを予算として持っている、措置しているという状況でございます。4年度について予算額（案）という形でつけさせていただいておりますけれども、こちら予算案のほうは国会の成立をもちまして正式に予算となるわけでございます、現時点では案付きということでお示しをさせていただいております。

なお、その上の段の下に令和3年度補正予算額ということもございまして、後ほどご説明をさせていただきますけれども、これについても現在、また令和4年度にかけて同時に走っていくものになりますので、合わせてご紹介をさせていただければと思います。

医学教育課で所管している予算事業につきましては、先進的で高度な医療を支える人材養成の推進という形で、ご覧の4つの大きな項目に分けて予算組という構成になってございます。この中で既存資料、既存の令和3年度からやっている事業もちろんありますが、新規事業について、少しご説明をさせていただければと思います。

最初の1つ目、ポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業ということで、こちらは

7.7 億円ということで新規事業になってございます。資料につきましては4ページということで、ご覧のページでございますけれども、こちらにつきましては課題背景としまして、新型コロナウイルス感染症を契機に、やはり求められる資質能力が変化している。また高齢化の進展による医療ニーズの多様化であるとか、地域医療の維持の問題が顕在化している。また高度医療の浸透や地域構造の変化等々の課題をとらえまして、中段にございますような事業内容で進めるということで概算要求をして、予算を獲得したものでございます。

中段の緑のバーの、そのすぐ上に具体的な予算規模、支援年数について記載をしてございますけれども、支援期間は7年間としておりまして、1件あたり7,000万円、件数としては11拠点を選定していきたいと考えてございます。詳細な説明につきましては割愛をさせていただきますけれども、ご覧のような内容で、今後政府として予算が成立したタイミングを見計らいまして公募を行い、申請を受け付けるという形で進めてまいりたいと思っておりますので、ぜひこのあたり、病院の執行部の方々、また事務部の方々とも共有いただきまして、お取り組みをご検討いただければと思っております。

また事業内容の直下のところに、地域ニーズの高い複数分野ということで、こちら例として総合診療、救急医療、感染症等ということで書いてございますけれども、「等」が示すように、この3つの分野等に限定したものではありませんので、ぜひ集中治療部の皆様におきましてもご検討いただければと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

5ページにつきましては、こちらは医療データ人材育成拠点形成事業ということで、従前からやっております。内容についてはご覧いただきまして既に選定された取り組みということで走っておりますので、ご参考までということで付けさせていただきました。

こちらにつきましても前年度、以前からやっておる事業ということで、来年度は2億円の予算を予定しているというところでございます。

こちらについても前のページと同様というところで、こちらもそうですね。

もう1つご説明をさせていただきたいと思っておりますのは、大学における医療人養成の在り方に関する調査研究というところで、やはり私ども事業を進めていくにあたりまして、なかなか当課の中だけでの検討というところでは、現場の先生方のご意見、また現場で必要とされるニーズ等を汲み取りきれない、また先生方のご意見を伺いながら政策を進めてまいりたいと思っておりますので、対応・内容のところは5つ、黒のダイヤと申しますか、付けている項目がございまして。ご覧のような調査研究事業ということで、先生方のお力添え等をいただきながら事業を進めているものがございます。

この中で下の3つの項目につきましては、特に令和4年度から事業を行いたい。先頭の大学病院における医師の働き方改革に関する調査研究については、令和4年度、単年度限りということになってございますけれども、ご覧の3つにつきましては、令和4年度から、もしくは令和4年度に新たに実施をしたいと考えている事業でございまして、またこうい

った調査研究を行っていく中では、各大学病院の実態を把握するために、実際調査を行わせていただいたり、アンケートにご協力をいただいたりといったことが多分に想定されますので、先生方のご協力を、ぜひよろしくお願いいたします。

こちらは令和3年度の補正予算額ということで、既に今、公募を行っているものでございます。39億円ということで、補正予算ならではの金額がついてございますけれども、実は予算の最初のところでご説明をさせていただいたポストコロナ時代の医療人材養成拠点形成事業、こちらが一部枝分かれと申しますか、この中の趣旨を切り取る形で補正予算という形で、特にこの支援の考え方にございますような遠隔医療に関する教育整備の導入であるとか、実習等に資するシミュレーター、DX設備、感染対策関連機器の導入にあてるための、主にこのような設備整備の費用を前倒しで行うということを目的にしまして、3年度の補正予算というところで、既にこれは予算が決定し、現在公募を行っているところでございます。

左下に公募受付中というところで、申請書の提出締切は令和4年の1月25日、火曜日15時までということになってございますので、ご覧のアドレスのほうから、詳細についてはご確認いただけますので、ぜひご検討いただければというところで、ご紹介をさせていただく次第です。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして新型コロナウイルス感染症への対応についてということで、ご説明をさせていただきます。

まず先程、門脇病院長のほうからお話もございましたけれども、特に新型コロナウイルス感染症の受け入れ対応につきましては感染制御部、また集中治療部、救急部、呼吸器内科等々の先生方に非常にご尽力を賜りまして、厚く御礼を申し上げます。後ほどご紹介させていただきますが、我々のほうからも、先生方、ご多忙の中、また大変ご尽力、ご苦労されている中で、重ねてのお願いをするというところで、さらにご負担をおかけするような場面が多くあり、また今後もあるかもしれませんけれども、また引き続きのご協力を賜ればと考えてございます。

また、ちょっと話が前後しますけれども、先程、令和4年度の予算案ということでご紹介させていただきましたけれども、私どもも、なんとか現場の先生方のお役に立てるような、お力添えができるような支援をしてまいりたいと考えてございますので、ぜひこういう部分について、政府の予算的な支援が必要だというようなことがございましたら、また私どものほうにご連絡を賜ればと思っております。

ちょっと戻りまして、新型コロナウイルス感染症への対応についてということでご説明をさせていただきます。

こちらは新型コロナウイルス感染症の一層の取組の推進についてということで、全体像を示したものでございます。次ページもそういうような形で、役割分担ですね。やはり右隅にございますように、大学病院等の高度な医療機関において重症患者を受け入れ、そう

でない方、中等症、または回復後ということで医療機関を住み分けて行う、取り組んでいくということが厚労省でも認識され、また都道府県と連携して進められているところかと存じます。

こういった中で、私どもにおきましては大学病院におけるコロナ感染症の患者の受け入れ状況を、これまで把握をさせていただいております。10月までは毎週数字をいただいております、そこから少しペースを落とした形で集計をさせていただいておりますけれども、直近の集計、1月4日の集計時点では、現在患者さんが入院していたのは56病院で、その時には受け入れ患者数は155名、うち重症者は44名という状況でございました。また、後ほどご説明をさせていただきますが、年末にかけまして受入可能病床数を将来のさらなる感染拡大に向けて広げていくということで要請をさせていただき、可能病床数、その時点で2,562床というところになっていったところでございます。

昨年末までの受入の状況につきまして、先生方、既にご存じのことかと思っておりますけれども、ご覧のように受入患者数が増えて病床使用率が上がるのに合わせる形で、やや少し当然遅れる形で確保病床を増やすという形で、ずっとそれが積み重なっていったというところで、昨年、10月1日までのデータにおきましては、ご覧のような4,000人を越えるような形で病床が確保され、受入率についても9月3日の段階で使用率66%という高いピークに行っていたというような状況でございます。

これらの状況を踏まえまして、私ども、先程も少しご説明させていただきましたが、文部科学省からは大学病院に対しまして、重ねてこのような要請をさせていただいたところでございます。先生方、大変お忙しい中、現場の負担をさらにかけるというようなことになってございますけれども、このような要請をさせていただき、また各大学病院のほうから多大のご協力をいただきまして、この場をお借りいたしまして御礼申し上げます。

この中で、病床確保ということにつきましては、主に3度に分けてまして要請をさせていただいたところがございますけれども、昨年8月9月の第5波までのピークを踏まえまして、昨年10月に、今後の感染拡大に備えてというところで、都道府県と緊密に連携し、最大入院受入数の増加など医療体制確保に向けた取組を行ってくださいというところで要請をさせていただきました。

具体的内容につきましては、こちらでございまして、17ページにございますように、10月19日に要請をさせていただきました。

この中で特に1にございますように新型コロナウイルス感染症患者等の最大入院受入数について、今夏のピーク時と比べ2割以上増加させる。その際、確保病床数については、1割以上の増を確保するということが、内閣官房のほうから、特に公立公的病院に対して強く求められ、私どものほうからは大学病院に対しましてご協力の依頼をさせていただいたというような状況でございます。

これに対しまして、先生方、各大学病院、また大学病院を含む公立公的病院のほうから

は、多大なご尽力をちょうだいしまして、こちら左側1、病床の確保、臨時の医療施設の整備というところにございますように、12月7日の公表時点では、元々2割の設定で国から目標を提示していたわけですがけれども、結果としましては、ピーク時、約2.8万人の入院受入を、今後の最大数としては約3.7万人というところで、約3割の増というところで計画されたというような状況でございます。

また確保病床数につきましても、約3.9万床というのが、この夏のピークでしたけれども、それが約4.6万床まで、これは計画ではありますけれども、約6,000床の増というところで、政府として掲げた目標を大きく達成するというような計画になってございます。この計画が現在、都道府県が昨年末に取りまとめております保健医療提供体制確保計画の、これが集計値というようなデータでございまして、ご覧のような数字ということで、計画をしております。

この時の大学病院の具体的な数字につきましては、合わせて12月7日にこのような資料が公表されておりますけれども、公立公的病院というところで、主な病院につきましては、国立病院機構でありますとか、地域医療機能推進機構などなどの病院がある中で、大学病院につきましては、全175病院でピーク時は4,277床だったところを、プラス338床の上積み。こちらにつきましては8%の増という計画、また入院受入人数につきましては3,297人だったところを、プラス1,106人というところで、3割を越えるような入院受入の予定人数というところで積み上げることができてございます。

他の医療機関と病床規模等々違いはございますけれども、全体としてはやはり大きなパイを抱える大学病院として、相応の期待に応えるだけの計画というところは積み上げることができたのかなと思っております。どうもありがとうございます。

その他、私どものほうからは、医療提供体制の整備というところで、ご覧のようなご案内を3月、また5月等にさせていただいております。また令和2年度の第3次補正予算によりまして、感染症医療人材養成事業というところで、こちらは医療用のシミュレーター等を整備する費用ということで、予算額としまして約1.25億円×30大学というところで支援をさせていただいたところでございます。

そういった状況で計画のほうを作り、また予算措置をし、といったところで取り組んできておりますけれども、先生方ご案内の通り、新型コロナウイルスの中でオミクロン株の感染拡大というところで、また新たな波が来ているというような状況でございます。こちら厚生労働省の国内の発生状況というところからの、そのまま張り付け、抜粋でございましてけれども。新規陽性者数につきましては、もう既に第5波と言われるものを越える数字になってございまして、こちら18日のデータというところですが、新規陽性者数は3万2,097人。手元、最新の厚労省のホームページで掲載されていた19日のデータでは4万1,377人ということで、既に4万人を越える1日あたりの新規陽性者が出ているというような状況でありまして。ただ一方で、先程、門脇病院長のほうからもお話がございました

ように、重症者の割合は比較的少なく、18日現在で281、19日でも287というところでの数字にとどまっていると言えるかと思えます。

一方で入院治療を要する患者につきましても、やはり増加しているというような状況でございまして、この全体数の拡大が大学病院に対する影響というものを今後引き起こすのではないかなというところが大いに危惧されるところでございますけれども、そのあたりの状況も踏まえまして、政府においては、各都道府県からの要請を踏まえまして、まん延防止重点措置というものが、また1月9日に広島県、山口県、沖縄県から始まりましたことを皮切りに、順次拡大をしているところでございまして。現時点で中段までの16の都県に対しまして重点措置というところを取組が始まっているところでございます。また現時点では、さらに追加というところで7道府県についても対象としてあがっておりまして、それでおよそ23、全国47都道府県のうち、約半数がまん延防止重点措置区域になっていくというような状況でございます。またこれからも取組というところで、今後の感染拡大の状況等によっては大学病院に対する要請も高まっていくのかなというところが、大いに器具されるところでございます。

また、そういった中で、特に、真っ先に年明けに感染拡大していると言われていた沖縄県等におきまして、やはり医療従事者の職場離脱というものが非常にニュースにもなっておりますけれども、そういった形で、病院としての業務が継続できなくなるというところが非常に危惧されるところでございまして、年明け1月6日の新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードにおいて、地域における各施設の業務継続計画の早急な点検が必要であると示されたことを受けまして、私ども文部科学省からも、1月13日付で各国公私立大学病院長に対しまして、ご覧の要請、今後急速に感染拡大した場合においても、業務が確実に実施されるよう、よろしく願いいたしますとお願いし、また業務継続計画やマニュアル等の点検や見直しについて検討を行うなどというところで、こちらにつきましてもお願いをしているところでございます。

加えまして、昨日付ですけれども、前日、1月19日に厚生労働省が各都道府県に対しまして、またこの業務の継続というところに対する事務連絡を発出したことを受けまして、私どものほうからも改めまして、各国公私立大学病院に対しまして、追加の事務連絡を发出させていただいているところでございます。既に事務部門のほうから、関係の先生方のほうに共有、また今後会議等を通じましてご紹介されることもあるかと思えますけれども、ぜひ、どうしても勤務に出てくるのが難しいという状況は起こるということで考えられますけれども、その中でどのようにして通常診療、またコロナ診療というところを可能な範囲で維持していくかというところで、完全クローズというところを、なんとしても避けていくというところでのご検討、常日頃からされているところかと思えますけれども、重ねてお願いを申し上げます。よろしく願いいたします。

続きまして3つ目の話題といたしまして、医師の働き方改革についてというところでご

ざいます。こちらにつきましては、簡単に複数ページ入れておりますけれども、いくつか既にもう病院のほうでお取組をされているところかと思っておりますけれども、少し注意喚起と言いますか、私どもが今感じているお願いをさせていただければと思っております。

医師の働き方改革等につきましては、法律が2度ほど変わるというようなことで、医療法、医師法、また労働基準法等がここ数年で改定をされ、また取組を進めているというところがございますけれども、法律の改定ということにつきましては、ご覧の昨年5月の医療法等の改正というところが、1つの区切りになっておりまして、今後はやはりもう進めるというところで、現行の法令に基づいて対応していくという現場の取組が必要な段階かなと思っております。

その中で、ご覧のようなA水準、連携B、B水準、C-1、C-2等が示されていますけれども、現在やはり最も留意すべきところは、2024年4月が近づいているというところで、これからもう約2年あまりというところがございますけれども、各医療機関におきましては、ご覧の時短計画案を策定し、医療機関勤務環境評価センターによる評価を受け、その上で都道府県による特例水準医療機関としての指定を受けないと、前のページでご紹介させていただきましたような特例水準、連携B、B、C-1、C-2のような、いわば時間外休日労働時間が年間で1,860時間、これは過労死水準の2倍の水準でございます、これが許されるということを望むような環境ではもちろんございませんけれども、この上限設定としての1,860時間というところを置けなくなる。つまりもっと短い時間の中で、各医療機関のほうで回していきましようというところになりますので、このあたりの水準、実際の勤務時間はともかく、最大限でというところで、法律違反になるか、ならないかというところの水準につきましては、このような都道府県による指定を受けないと達成されないというか、それを許されないという状況になってございますので、その部分につきましては、現在、各大学におきまして様々な勤務時間把握のツールであるとか、兼業先の時間の申告の方法であるとか、またはタスクシフト、また業務の分担、また委託なども総合的に考慮検討していただきながら、取組を進めていただいているところかと思っておりますけれども、なるべく早くセンターのほうの評価を受け、都道府県の指定を受けていくという中で、また36協定をどのように結んでいくかというところを検討していただくということが必要になってまいりますので、このあたり、2年あまりということで、まだ大丈夫だなと思っていると、あっという間に時間が過ぎまして、労働基準監督署のほうが動くというような事態も考えられますので、この部分、スケジュールというところを特に強く意識していただきまして、各病院におきましては、お取組を進めていただきますようお願いを申し上げます。

働き方改革につきましては、いくつか他にも資料をつけてございますけれども、参考としてまたご覧いただければと思っております。

また35ページにおきましては、予算の中で1つ触れさせていただきましたけれども、私

ども、医師の働き方改革に関する調査研究というところで、令和4年度予算額に700万円というところで計上をしております。特にやはり文部科学省におきましては、働き方改革による教育研究への影響というところを一番把握していきたい。またその影響が悪いほうに出ないように取組を検討していきたいと思っておりますので、令和4年度に入りましたら、直ちにこの事業を開始して、先生方のほうの実態等も把握させていただきながら取組を進めてまいりたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

こちらからはちょっと不祥事案件というところで、いくつかお願いごとということになりますけれども、ご紹介をさせていただければと思います。

不祥事というところでは、主に3つほどご説明をさせていただければと思いますけれども、1つは、これはかなり前からの話でございますけれども、やはり製薬企業からお金を受け取るというところが、大学病院における医薬品の使用等を歪めているんじゃないかというような観点のご指摘等もございまして、謝金等の受領の適切な管理というところがございます。全国医学部長病院長会議、AJMCのほうで「製薬企業等からの謝金等の受領の在り方に関する提言」というところが出ておりますので、これにのっとった対応をよろしくお願いいたします。

また次は大学病院における適正な雇用・労務管理というところで、こちらについては少し事例を紹介させていただければと思いますけれども。41ページにございますように、1つ事例として、こちら昨年ですね。関東地区の私立大学病院が、診療行為を行った大学院生に対して賃金の適切な支払いを行っていないということで労基署より是正勧告を受けたというものでございます。TAやRAの名目で雇用契約を締結していた大学院生が行った診療行為がTAやRAの業務内容に含まれていないということで、診療行為に対する賃金を支払うよう是正勧告を受けたというところでございます。

この未払い、または大学院生に関する賃金の件につきましては、私どものほうから重ねて事務連絡等を出させていただき、また課長名の通知も出させていただいているところでございますけれども、やはり労働基準法、最低賃金法等の関係法令を遵守した上での取組というところをお願いさせていただきます。

43ページからは情報漏洩に関するところで、これも1つの事案ということで、私立大学病院におきましては、こちらは救命救急センターの看護師が私的に開設したGoogleグループが一般に閲覧可能な状況になっていたというところで、マニュアル等が漏洩してしまったというところでございます。

院内規定のほうで、個人情報データを外部のクラウドストレージサービスに保存することを禁止していたようなんですけれども、それが遵守されていなかったというところで、このような事案が繰り返されるたびに、やはり院内の方々への研修、または院内規定が今さらないというところはないと思っておりますけれども、確認等をしていただいておりますが、やはり最後は各個々人にそれを守っていただく。個人情報保護の意義というものを十分に理解して

いただいて、守っていただくということが重要になってございます。

また、これ以外にも私どものほうには、たびたび、もう毎日と言ってもいいぐらい患者漏洩の事案、USB の紛失であるとか、その他事案が寄せられるというような状況でございますが、やはり個々の先生方の意識、ドクターに限らずですけれども、高めていただくということ以外に最終的にはございませんので、やはりこういった事例があるということ踏まえての病院内での意志の再確認、認識の再確認等をぜひ進めていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

こちら、こういった法律等も出させていただきます。

最後になりますけれども、こちらは少し毛色が違う話になってございますけれども、その他としまして、こちら最近お願いをしているところでございますけれども、病院内でマイナンバーカードを保険証代わりに使うというような話、政府のほうで今、マイナポイントとは言わないですかね、進めておりますけれども。このことにつきまして、大学病院のほうに私ども重ねて要請をさせていただいておりますけれども、ご覧のように目標ということで、おおむね全ての医療機関等で令和5年3月末までに導入することを政府の中で目指しております、またこの中でもう1つ前のステップがあり、それは令和4年の3月末までに医療機関等の9割程度ということが示されています。

またこのような取組につきましては、やはり公立公的病院のほうから先に進むというところが最近の政府の動きと申しますか、私どももぜひお願いをさせていただいているところでございまして、昨年12月7日にも、各国公私立大学病院の事務部長に対しまして、オンライン資格確認の想起導入についての取組を要請させていただいたところでございます。

おかげさまで本年3月までに導入されるといった計画、また既に導入済を含めさせていただいているところは、国公立大学病院の約7割を越えるというような状況でございますけれども、ぜひ既に導入が予定されているところにつきましては、取組を進めていただきますと共に、まだということにつきましては政府全体、また各医療機関として取組を今進めているところでございますので、ぜひご検討いただき、早急な取組を開始していただくことをお願いさせていただきたいと考えてございます。

大変足早でございましたけれども、私からの説明は以上でございます。ありがとうございます。

○白神集中治療部部長（香川大学）

竹本様、ありがとうございました。せっかくの機会でございますので、皆様かご質問を頂戴いたしたいと存じます。竹本様、よろしく願いいたします。ご質問のある方はQ & A、または挙手ボタンによりお願いいたしたいと思っておりますが、ご質問ございますでしょうか。

何かご質問がございましたら、挙手、よろしくお願いたします。よろしゅうございますでしょうか。

私のほうからご質問させてもらってもよろしいでしょうか。医師の働き方改革ということで、我々の病院でも勤務時間を減らさないといけないということになるわけですが、集中治療部に関しましては、やはり 24 時間対応しないといけないということで、我々の病院も、たぶん他の病院もそうだと思うんですけども、集中治療部の教員というのは、それほど定員がたくさんあるわけではない。どこからか応援をいただいて 24 時間対応しているというところがございますが、文部科学省様といたしましては、集中治療部の大学病院での教員を少し手厚くしていただくとか、そういうお考えというか、構想はございますでしょうか。ちょっとお聞かせいただけたらと思います。

○竹本大学病院支援室室長補佐（文部科学省）

はい。ご質問ありがとうございます。もう正直ベースでお話ししますが、なかなか特定の診療科の人を私どもの方針で増やすということは難しいというのが率直なところでございまして。

働き方改革という面につきましては、実は多くの集中治療部等で交代制勤務を組む等におきまして、それでもやはり、ある程度以上はというところなんだろうと思うんですけども、会員の方が来られるというところによって、勤務時間が多少制限がされているところがあるのかなと思いつつも、やはり昨今の状況も踏まえつつ、集中治療部の先生方に非常に大きな負荷がかかっているところは存じあげております。

私どもとしてできることは、やはり今申し上げましたように、人を増やすといったところは、非常に難しいところがございます。であるなら、集中治療部の先生方のお力添えをもし私どもができるなら、冒頭の概算要求のところでもございましたように、たとえばどういう環境が改善されれば、先生方のほうが変わっていくのかというようなところの、ぜひご提案をちょうだいできれば、我々も大学病院の集中治療部が忙しいということはみんな分かっているんだと思うんですけども、どういうふうに支援したらいいのかというところが、実は我々もよく分かっていないところがございます。そのあたり、お力添えをいただければと思っております。すいません。いただいた質問にお願いで返すようで、大変恐縮ですが、そのような回答になります。ありがとうございました。

○白神集中治療部部長（香川大学）

ありがとうございます。難しいのは重々承知しておりますが、今後ともよろしくお願いたします。何か先生方、ご質問はございませんでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。

ございませんようですので、どうもありがとうございました。それではご質問は以上で

終了ということでさせていただきます。

竹本様、本当に今日はどうもありがとうございました。今後とも大学病院集中治療部にご援助、ご助力、ご支援賜りますよう、よろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

○竹本大学病院支援室室長補佐（文部科学省）

ありがとうございます。ぜひ先生方のほうからも、お力添えくださいますよう、よろしく願いいたします。ありがとうございました。

【看護師長会報告】

○白神集中治療部部長（香川大学）

それでは続きまして、本日午前中に開催されました看護師長会の報告を、当院集中治療部看護師長の山本より報告いたします。よろしく願いいたします。

○山本看護師長（香川大学）

ただいまご紹介に預かりました山本です。よろしく願いいたします。

報告の前に、今回はお忙しい中、基礎調査にご協力いただき、各施設の関係者様、師長様方に、この場を借りてお礼申し上げます。

では師長会基礎調査報告をさせていただきます。午前中の師長会では、教育、倫理についての成功体験を2施設に、COVID-19対応の経験を1施設に発表していただきました。

基礎調査では短い時間で効率よく、実りのある師長会にしたいと願い、施設基準や施設での取組などの調査をさせていただきました。今回対面では開催できませんでしたが、これらの結果から、将来的に全国で皆様方の施設と気軽に情報交換ができるようなネットワークが構築されることを期待しております。

基礎調査の回答は54施設、67部署から得られました。回答率は100%でした。ご協力、ありがとうございました。

部署の病床数とスタッフ数です。部署単位での最大病床数は29床、最小病床数は6床でした。スタッフ数には大きなばらつきがありますが、これは施設ごとの入室基準や看護体制など、異なっているからかもしれません。

次にスタッフのクリティカル部署通算経験年数の割合です。半数以上の施設で5年目以下のスタッフが活躍していることが分かります。そのため新人ではコミュニケーションスキル、異動者ではメンタルサポートなどが課題として多くあがっていました。特殊環境のため、スタッフの定着に向けての取組には、多くの施設で苦勞されていることが記述回答から読み取ることができました。

看護提供体制の内訳です。スタッフの定着のために、施設ごとの特色に合わせて運用さ

れているようです。看護師の能力によって、日々の受け持ち患者を変更している部署もあるようです。また東日本ではプライマリー体制、チーム体制が多く、西日本ではPNSが多い印象でした。

2020年度、病床制限をされている中で、部署ごとの稼働率を回答していただきました。グラフは日勤者1スタッフあたりの病床数を表しています。1日、全国平均、1人あたり0.7床。最大1人あたり1.35床。最小1人あたり0.3床を担当しているようです。

特定行為研修修了者、専門看護師、認定看護師などを有資格者の定義とし、その人数の回答を求めました。施設間での検討事項、情報交換したいテーマの記述には、特定行為看護師の活用について、数施設から挙がっておりました。

特定行為看護師の活用につきましては、全国でも検討中のようです。今後各施設での取組など、情報交換できることを期待しております。

続いてCOVID-19に関する調査報告をいたします。COVID-19の受け入れを実施した施設は52施設でした。受入基準の重症度は重症例が最も多く、56部署となっていました。

COVID-19患者を施設として受け入れる際に、どの部署で患者を受け入れたのかを示しています。集中治療室のみの受け入れは3施設であり、集中治療室及び一般病棟での受け入れをしている施設が最も多く、37部署という結果になっています。

施設としてCOVID-19患者を受け入れる場合、入院した病棟でのスタッフの増員が重要な課題となり、対応に苦慮されたことと思います。

当院では中等症までのCOVID-19患者が多かったため、一般病棟での管理となり、重症になれば集中治療室からの人的支援体制を取っておりました。集中治療室から支援に行くと、結果として集中治療室の人手不足が生じることになりませんが、院内の人員も十分ではないため、支援ももらえず苦勞いたしました。

それを踏まえ、各施設での対応が参考になると考えて、今回その点をアンケート実施しました。

その結果、各施設での支援体制は異なりますが、支援を受けられている集中治療室の割合は合計68%で、一方で支援に出す割合は、その他を含め32%でした。集中治療室への支援を受けられている割合は高く、やはり重症なCOVID-19患者へは施設ぐるみで対応していることが伺われます。

受け入れ部署と集中治療室の病床制限について示しています。感染拡大や施設環境のみだけでなく、やむをえず病床制限をされている要因の1つとして、生命維持装置などの取り扱いや観察に熟知しているクリティカル部門のスタッフが一時的に支援に出ていることも病床制限の1つとして考えられます。

最後に検討事項など、記述式での回答では、スライドにあるテーマが多く挙がっており、今回検討できなかったため、次回検討していただければと思っております。これで師長会基礎調査報告を終わります。ご清聴ありがとうございました。

○白神集中治療部部長（香川大学）

山本さん、どうもありがとうございました。

それではここで休憩を取らせていただきます。次の開始は14時10分とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

【休憩】

【パネルディスカッション「国公立大学病院における集中治療科開設を考える」】

○白神集中治療部部長（香川大学）

それではお時間になりましたので、続きましてパネルディスカッションに移らせていただきます。

パネルディスカッションの座長は当院集中治療部副部長の浅賀が務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

座長を務めさせていただきます香川大学集中治療部の浅賀です。よろしくお願いいたします。

昨年10月に日本集中治療医学会、西田理事長より、医療施設調査及び医師届出票における集中治療科の追加について、要望書が厚生労働省大臣宛に提出されました。

集中治療に関連の深い診療科の標榜では、1950年前後に小児科、循環器科、1960年に麻酔科、救急は2008年に認められております。

しかし集中治療に関しては、多くが麻酔科や救急科の診療の一部として運営がなされているのが現状です。

COVID-19のまん延に伴い、集中治療に対する関心が集まり、そのニーズも高まっております。このような流れの中、今後、国公立大学附属病院におきまして集中治療科を独立して開設する施設が増えていく可能性があると考えました。その際、大学附属病院では一般病院と異なり、診療科の開設と学部における講座の開設も考慮する必要があります。

そこで今回、国公立大学附属病院で先んじて集中治療科として独立して診療と講座運営を行っている3大学の先生に、集中治療科開設の経緯やご苦労などを伺いたく、パネルディスカッションを企画いたしました。

登壇していただく先生方を紹介いたします。まず札幌医科大学附属病院 集中治療部部長 升田好樹先生。マイクをオンにさせていただきますでしょうか。

○升田集中治療部部長（札幌医科大学）

札幌医大の升田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

よろしく願いいたします。次に自治医科大学附属病院 集中治療部部長 布宮伸先生。

○布宮集中治療部部長（自治医科大学）

自治医大の布宮です。どうぞよろしく願いいたします。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

よろしく願いいたします。次に東京医科歯科大学附属病院 集中治療部部長 若林健二先生。

○若林集中治療部部長（東京医科歯科大学）

医科歯科大学の若林です。どうぞよろしく願いいたします。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

よろしく願いいたします。協議会の冒頭に説明させていただきましたように、基本的に質問はQ & Aで行い、講演終了後に質問事項は座長が代理で読み上げます。先生方にお答えを口頭でいただくという形で運営させていただこうと思っております。これは画像、音声トラブルを回避するための処置ですので、ご了承ください。

Q & Aは講演中にも使用できますので、その間に使用していただくと会がスムーズに進行できますので、よろしく願いいたします。Q & Aが終わりましたら、口頭での質問に移ります。直接口頭で質問したいという方は挙手機能を用いて質問してください。前置きが長くなりましたが、パネルディスカッションを始めます。

「国公立大学附属病院における集中治療科開設を考える」と題しまして、始めたいと思います。

それでは布宮先生と、それから若林先生はマイクとカメラをいったんオフにさせていただきますでしょうか。それでは升田先生、よろしく願いいたします。

○升田集中治療部部長（札幌医科大学）

はい。よろしく願いいたします。これから共有いたします。見えてますでしょうか。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

見えております。

○升田集中治療部部長（札幌医科大学）

ありがとうございます。今日いただきました集中治療科開設を考えるというパネルディ

スカッションのお題について私どもの現状をお伝えするとともに集中治療科としてのあるべき姿について思うところがいくつかありますので、それをご紹介します。

今日の内容ですけれども、まずは我々のところの集中治療部の歴史と歩みについてお話をし、その後教室の紹介、そして集中治療科開設のために考えるべきことということで教育、診療、それから集中治療専門医の存在感と在り方、その辺について、最後お話をしたいと思います。

ちょっと古い話になりますが、私どもの集中治療部は、先祖をたどっていきますと1971年、札幌オリンピックの前年になります。災害外傷部という形で、今の救命救急センターにつながる部門が作られました。そこで心臓外科や消化器外科、形成外科、それから麻酔科等の人材を派遣しながらやっておりました。1983年新病院建設が決まりました。実はこれは今でも使っている病院ですが、30年ぐらいたったんですがもう40年近く使っている病院の新築に伴いまして、集中治療部が作られることになり、これが今現在の我々の集中治療部になります。

組織としては同時に作られた救急部もございましたので、その時に救急部と集中治療部の2つの体制で救急集中治療部ということでスタートいたしました。

初代の教授は金子先生、心臓外科出身の先生で、その後、1999年、この年に2代目の浅井教授、心臓外科出身の先生でございますけれども、私もちょうどこの時に大学に戻されて、ここからスタートということになります。

組織としまして中央診療部門からスタートしましたが、その後救急・集中治療医学講座という形で講座へ昇格しましたのが2008年、これは先程お話がありましたように、ちょうど先程の医師調査表に救急科が入った年となります。そして2012年に、浅井教授の定年と共に、救急医学講座と集中治療部門、中央診療部門に分離いたしました。当初、集中治療部の部長は、今現在麻酔科の理事長をされておられます山蔭先生が兼任という形でされておりました。

その後、いろいろ集中治療部をどうするかということで責任者が必要であろうということで、独立した診療部長ならびに教育を含めた体制が必要であろうということで教授選挙を行い、2017年に私が部長並びに初代教授ということで就任いたしました。

この後ちょっとだけお話ししますけれども、その後に敗血症治療センターというのを開設し、実は今年、実はコロナでだいぶ遅れてしまったんですが、6床しかないICUのベッド数を今12床に増やして、明日お引っ越しということになっております。

ちょっとこれは大きな声では言えない歩みですが、結構逆風の後、フォローの風が吹いたということがございました。

2代目の浅井先生が教授に就任されて、私もちょうど大学に赴任して、この救急集中治療部門というところに働いて5年ぐらいした時のことでした。大学のほうで救急とICUを分けようという話が出ているがどう思う？ ということをお聞きしました。明確な答えはせ

ずにあまり気にしてはいなかったのですが、2008年に救急集中治療部という中央部門から講座としてあらたに開設となりました。救急・集中治療医学講座となりました。この時にワーキンググループ等に入られていた某外科系の教授から実情を教えていただいたんですが、救急とICUは別なので、その間に「・」とわざと入れたということを知りました。

当初は意味がちょっと分からなかったのですが、実は外来棟をはさんで右と左みたいにかなり離れているので、場所が違うからという意味だと思ったんですが、どうもやはりこれは、いずれ独立させようという、そういう意味も含めて、わざと「・」を入れたということが後で分かりました。

実は2010年ごろから病院が慢性的な赤字で、数字だけ見るとICUのベッド稼働率は6割ちょっと悪く理事長からはベッド数を減らしたらどうだという意見が出たと聞いています。看護部も術後入って、午前中に退室して、夕方また次の患者が入るまでベッドが空いているのに看護師がいるということで、無駄であるとかかなり攻撃を受けました。ただ数字だけをみてベッド数を減らすなんていうことはありえないと外科系の教授から猛反対がありました。そのため結局そういったベッド数削減にはいたりませんでした。集中治療部門が独立、中央診療部門として分かれたのが2012年、その後、特定集中治療室管理料1を取得したところ、逆にICUは儲かるんじゃないかということが、病院が逆に思うようになりました。なんとか病床の稼働率を上げろ、それから増やしてもいいぞということになりました。2015年、そういった部門をしっかり管理しなければならないということで担当教授の選挙が始まったという経緯がございます。

無風状態から逆風、そして追い風ということになりましたが、当大学では集中治療というのは1つの診療科の単位として認識している科が多かったというのが、私の印象でございます。

元々、集中治療科独立の土壌というのは築かれていたのかもしれないと思っております。

その背景には、北海道独自の事情がありました。北海道では当大学の麻酔科学講座が、結構早い時期に作られまして、多くの先輩が活躍されていらっしゃいます。またずっと私の先輩達ですけれども、米国に留学した際も臨床もやってきた方もいらっしゃいました。当時は麻酔科が当然集中治療をやるということで、当大学の麻酔科で、関連病院を開設する際は、手術麻酔+ICUというのが前提でございまして、そういうセットで出張に出ているということになりました。

そうしますと、その関連病院にも、いろんな診療科の先生が同じように出張として来ていますので、大学以外の関連病院では、重症患者さんをICUで治療する、その担い手は麻酔科、あるいはICUをやっている医者が見るという文化が醸成されていたというのがその背景にあるのではないかと考えております。

そのような長い歴史の中で、2017年から私が初代教授としてマネジメントしておりますが、病院が938ベッドに対し、コロナで現在200近く減らしてはいるにしてもICUベッド

数が6床とあまりにも少ないという現状があります。幸いに本年 12 ベッドに増床する予定でございます。

私どもの診療部門は独立しておりますが、年間だいたい700例前後の入室患者となっております。医師のスタッフは8名で集中治療専門医が6名います。私も含めて集中治療をバックグラウンドしている方は2名、麻酔科4名、消化器外科を1名、救急科が1名という構成でございます。他職種の方もたくさんいらっしゃいまして、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床工学技士という布陣ですが、透析部門も併設しておりますので、技士がちょっと多いですね。

内容は院内で発症した臓器不全を中心に見ています。だいたい3割ぐらい。残りは術後の患者さんということになります。元々術後の患者さんは心臓外科とか、本当に人工呼吸が必要な重症と考えられる術後の患者しか受けていなかったのですが、先程来、ベッドの稼働率を増やせということで、サージカルICUの要素が強くなってきました。

下に写真がありますが、これが今できあがったばかりのICUでございます。明日、まさに引っ越しということになります。

集中治療科開設のために、こういった背景で考えるべきことということで、この3つの課題を、現状も含めてお話をしたいと思います。

一つは教育体制になります。どこの大学でもやってらっしゃると思いますが、オープンキャンパスなどで高校生が来た時に、集中治療という名前を連呼するわけにはいきませんが、どのような診療をやっているのかを学生の皆さん紹介しています。ここ2年ぐらいはちょっとできていないんですが左側のヘリポートで高校生が下を見ている写真がありますように、興味を引いてもらうようにこういった形でやっています。

その中で入学前に、我々の集中治療医学を紹介するというので、「医師への道」というタイトルで興味をもつようにやっています。

その中では、高校生向けの講義ですけれども、自己紹介をし、当時の自分が持っていた未来像はどうだったかということを紹介しながら、医師になった理由、それから集中治療医にどうしてなろうとしたのかとか、そういう集中治療に関する話を最後までやっています。

先程、文科省の竹本先生からもございましたように、医師の働き方改革が進められている中で問題点を指摘いただきました。きつい、汚いというものがありますと皆さん嫌がりますので、医師の働き方改革として当直明けはしっかり帰って休息し、また明日から頑張るぞという内容を強調し、スライドの最後を締めています。

この中で、医学部の現在2年生が、「先生の講義を聞いて、僕は札幌医大を受験して合格しました」と言って来た子がいました。将来集中治療医になりますか？ というふうに聞きましたけど、それはまた別と言われました。ただ、こういうチャンスをできるだけ作って、集中治療医を増やすという努力を、ここから始めようということでやっております。

入学した後の医学部の学生に対する、こういう啓蒙や啓発としては、我々のところでは各診療科に医学入門セミナーというのをやる機会が与えられております。私は「集中治療医学って何だろう?!」という、こういうタイトルで学生、1年生に講義をしております。そのシラバスの中に、このように、「いつのまにか見過ごしてしまう、患者が発する重症化の前ぶれ」みたいな、こういうちょっとインパクトのあるようなお話を書いて、興味深く、なんとか講義を受けてもらうようにしております。

そして4年生の講義、実習前の最後の系統講義では、現在は救急・集中治療医学と1科目でやっております。ですから集中治療医学を教える時間が非常に少なく、なんとかこの授業を増やせないかということで、我々のところのコアカリキュラムの改訂にあわせ、それにうまく乗ることができました。

先程もちよっとありましたが、医学教育モデルのコアカリキュラムの改訂要望ということで、これは国立大学に要望がないかということで意見の募集が来たんだと思います。次期日本集中治療医学会学術集会の会長をされます志馬先生のところから集中治療医学会の理事会のほうにありまして、なんとか要望できるのであれば、急遽やりましょうということで出させていただきました。

現状、このコア・カリキュラムの中では、Fの診療の基本というところに、ちょっと小さくて見づらくて申し訳ありませんが、外科的治療と周術期管理ということで項目が出されております。一番下にありますように、集中治療室の役割を概説できるという、この1行だけで終わっておりますので、ここにこの1文を消して、集中治療という新しい学修目標を立てたらどうだろうかというのが1つの意見としてありました。

それからもう1つは、外科的治療と周術期管理が9)にあります。その後に麻酔という10)がありますが、新たに11番目として、集中治療といったものを改訂要望で出したらどうだろうかということで、理事会で議論し、このような要望を出したところでございます。

札幌医大のカリキュラム改訂ですが、去年、令和3年度から新しいカリキュラムに移行いたしました。こちらにありますように、旧カリキュラムからの変更点は、この基礎医学系、臨床医学系講義を全体的に前倒しが行われます。臨床実習が世界基準では足りないということで、増やすために前倒しになっております。

基本的な考え方としてアウトカム基盤型教育を重視した医学教育カリキュラムの構築となります。さらに主体的な学習や自主性を配慮したプログラム構成ということで、3年次から1年早まって集中治療医学の講義が始まるということになります。

講義の内容と時間数に関しては現状では、左側にありますように、救急集中治療ということで1科目になっております。変な話ですが医局員の人数で、だいたい1対3なので、講義をこのように分けております。なかなか集中治療の講義ができないということで、今回は独立した学科目として講義ができるようになりました。これはまだ1つの案ではございますけれども、集中治療の概論、侵襲学の総論ですね。その他、集中治療、臓器障害等

の管理に関わる、倫理も含めて、こういう講義を学生になんとか教えていこうということで、今、調整をしているところでございます。

また 90 分 1 コマなので、2 つに分けながらも、学生に多くのことを教えていきたいなということを考えています。

学生からよく、推薦図書は何ですかと聞かれますが、まだ現状は、なかなかバイブルとなるものはありません。2001 年に「集中治療医学」という集中治療医学会が出した本がありますが、改訂しておりませんので、だいぶ古くなっております。いわゆる標準シリーズのような、標準外科学とか標準救急医学といったものには、残念ながらありません。

そこで現在、日本集中治療医学会では、医学生向けのテキストを作成している途中です。私がちょうど編集委員長を拝命しておりますので、ここにあるようにタイトル、これはキーワードになりますが侵襲学、それに対する生体反応ですね。医学部の学生講義の中で、推薦図書となることを目指しておりますので、皆さんに使っていただけるよう今、準備をしているところです。

内容は侵襲を知るための生理学から始まります。まず生理学から入っていこうということです。それから侵襲に対する生体反応、また臓器障害、その治療ということは、細かいことはもっとたくさんありますが、集中治療の教育といったものに使っていこうというふうに考えて、今、進めているところでございます。

次にクリニカルクラークシップの集中治療医学の教育の内容をちょっとご紹介させていただきます。

だいたい 10 人で 1 ユニットとして 4 週間、診療科を順番にめぐっていきます。我々のところも 1 週間実習と、それからカンファレンス等の参加に来て、しっかりと同じ割合でやっております。これは各種麻酔科、救急科、集中治療、そして 4 週目は回った科でそれぞれ症例などを学生が選択し、提示してもらいます。この 4 週目の合同のカンファレンスをユニットカンファレンスというんですけれども、こういった形で 3 つの科が均等に回り、可能な限り「集中治療」というものを教育に取り込もうということでやっております。

これは予定表ですが、講義とか実技を中心に多彩な内容を行っております。たとえば人工呼吸、血液ガス、感染症や抗菌薬の講義、それからエコーの実習です。あとは他科では行わない栄養療法などがあります。実技では CV カテやシミュレーションとしてリコグニッション&アセスメントという重症患者の診方という特徴的な実習を行っております。このような形で学生に集中治療はどういうことをやるんだということを知っていただいて、興味を持っていただくということが我々の使命と思って、このようにやっております。

ですから熱い気持ちで学生に接しないとダメだぞというふうにもいつも言っているんですが、やはり当直明けで疲れている時とか、そういった時もみんな、なんとか笑顔、楽しそうにして頑張っているというのが現状です。

ただ、臨床研修医になりますと、ちょっと問題があります。我々、地方の大学病院です

ので、研修の希望者が非常に少ないという事情があります。110人の定員枠がございますが、北海道枠とって、いずれ北海道で地域医療をやっていただくのが85名になります。初期研修の場所は、特に縛りがございませんので、みんな大学以外で、特に北海道外に出る方が多いという実情がございます。ですから必修ではない、この集中治療を選択する研修医が非常に少ない。我々のところは年5～6人しか来ないということになります。

ただ現状、そういう中で、研修先にきちんとした教育ができる集中治療部門がないので、短期間でいいので研修をさせてくれないかという、そういう研修医の受け入れ要請があるということも分かりました。現在、大学研修センターに、そういった受け皿になるようにアピールできないかということ相談しているところでございます。

また、これは後期研修医、専攻医ですが、救急科の専攻医の中にも、集中治療をしっかりとやりたいということで、現在も1人来ていますので、こういった受け皿になるのではないかと考えております。

次は診療体制の話をしたと思います。集中治療科を開設しても、安定的に維持するために、どうしても人というものは必要になってきます。他の専門医が集中治療医を目指す場合や、初期研修医が集中治療医を目指すためには、やはり我々がきちんと背中を見せるという意味も含めてきちんとした教育・診療体制を作っていくということが重要です。

働き方改革ではございませんが、働きやすい環境が重要です。これは我々のところに来た女性研修医ですけれども、当直室が汚くて嫌だったとか意見をよく聞きます。昔我々が育った頃は、文句は言うなという雰囲気の中で研修した記憶がありますが、現在では、研修医は非常に気にしておりますので、こういった環境づくりに気をつける必要があります。

これが一番重要だと赤字で書いたものですが、将来集中治療医になると、こういったことができて、どういうステップを踏んで、自分がどうなるというキャリアパスを見せられる、明確なビジョンを持って見せられるということが必要だなというふうに強く感じております。

他科の診療科からバックグラウンドを持って集中治療医になる方も、もちろんたくさんいらっしゃると思います。そういった方をリクルートするわけではないんですが、後期研修で1度ICUの短期研修をされてはどうでしょうかと考えます。これも今、理事長と相談をしているところでございます。

実は我々の教室員には様々な背景をもった方がいます。これは私と、准教授ですけれども、元外科医です。集中治療がおもしろくて、そのまま来てしまった先生方。ここは元々集中治療医を目指していた先生。それから一度来てみたところ、めちゃおもしろいので、またずっとICUにいるというのが、この4名の先生方です。それから1年ごとに麻酔科から集中治療をやりたい方を希望してということで交代で来ています。

それからよその大学から、実は布宮先生のところからのご紹介ですけれども、こういう集中治療をやりたいということで来られた先生。僕は集中治療医になりますと手を挙げて

来た、今、専攻医をやっていますけれども、こういったメンバーで今現状やっているところでございます。

このように集中治療科を今後も発展させていくためには、若い力が必要です。過去、実は私が教授になる前後も含めて、3名いました。最初の2人は女性で、結論から言いますとご結婚されて、ご主人にくっついて、ここを離れたということで、1人の方は集中治療の専門医しか持っておりません。2児の母になられて、現在頑張っていて、総合内科医みたいな形で田舎でやっていますが。たまに胃カメラでアニサキス取りましたみたいな報告が来ます。

もう1人の女性の方も結婚されてご主人のもとにいますので、救急科をやっているというふうに聞いております。

先程、直接入ってきた男性先生は、1回専門医を取らなきゃならないということで、今現在麻酔科の専攻医を研修しています。学生時代から興味を持っていろいろと聞いてきていたんですが、岡山で初期研修をやった時にICUを回り、これはICUはおもしろいと確信して、我々のところに来たということになります。今後も専門医を取った後は、集中治療に関する必要な研修を続けていくということで、こういう若い力が入ってくれば、こういう集中治療も盛り上がっていくのだろうというふうに思っております。

我々のホームページでも、このような研修医、医師募集、短期の研修もどうぞということで、年間数人見学、それから今後の短期間、あるいはちょっと半年程度でも研修に来る方が少しずつ増えているという状況です。

診療体制としては、やはり集中治療科としては、クローズドICUがいいだろうというふうに思っております。やはり一貫した診療体制を提供しなければ、その都度、いろんな状況で変わってしまうよりも、病態を理解し、的確な治療方針を立てた上で、全員が共有してやっていくことが重要です。

ちょっとこれは変な言い方ですが、今行うべき治療かどうか、しっかり判断できる、そういう力量があった上で、メリハリをつけないと、先程の働き方改革じゃないですけども、いつまでも同じパワーとスピードでやるわけにはいきませんので、こういったことができる人が中にいなければ、やはりつぶれてしまうんじゃないかと考えられます。

24時間、集中治療医がICUに居る必要はないという、エビデンスも出されていますが、私は継続的な治療のためには集中治療医が夜間も診療に携わるべきではないかなと考えております。

診療にイニシアチブを取っていくためにはクローズドICU、また先程お話もありましたように、やはり働き方改革ばかりではなく、シフト制といったものも、ちょっと考えていかなきゃならない。そのためにはやっぱり人が必要だろうと思います。

自分達がやっていることの評価として、やはりQuality indicatorを設定します。死亡率以外の項目が必要であると病院長からも言われていまして、たとえば重症患者さんの再

入室ですとか、敗血症の患者さんの在室日数などを Quality indicator として自分達の診療を評価していくというの、集中治療科設置の後には必要だろうというふうに考えております。

最後になりますが、集中治療科のプレゼンスを考えてみたいと思います。診療と専門医になります。我々は集中治療室で重症患者さんの管理、術後も含めてこのようにやっておりますが、やはり患者さんが発症するのは当然病棟、Pre-ICU の場面でございます。やはり rapid response system (迅速対応システム) 等で集中治療医が参画し、また逆に病棟に押しかけていって、この患者どうなんだというところまで進めていくべきと考えています。このような押しかけ集中治療、critical care outreach team (CCOT) というシステムなどの構築が必要であると思います。この後の、たぶん医科歯科の若林先生のところでもやってらっしゃるので、紹介があるかもしれませんが、こういったことを我々のところでも始めており、集中治療医が院内の救急診療に対応することがプレゼンスを高めるためにも重要な取り組みだと考えています。

それから ICU を出た後も、患者の様子を診に行き、困っている場合病棟の医師、看護師をサポートするといったことが重要です。これについても、ひょっとして何か加算がくれないかなと思うこともあります。

重複しますが、こういった ICU 退室後の回診 (post-ICU round) は地道な活動ではありますが、こういったことが集中治療科の設置の際には必要ではないかと思っております。

また集中治療科の診療を ICU 外に広げていくということで、現在、広域集中治療搬送システムの構築ということを前提に、集中治療を要する重症患者さんの広域搬送ガイドラインを集中治療学会では作成中です。むやみやたらに重症患者さんを、搬送すると、予後が悪化するというデータもございますが、実は質の高い搬送を行うと、しっかりと患者さんが救命できるということも分かっておりますので、そういったことを広げ進めていくのが集中治療医の仕事であると考えております。

これは私どものところでありました生体肺移植が必要で、空飛ぶ ICU、Mobile ICU で、京都大学まで運んだ症例です。ECMO をスタンバイしながら運びました。こういうこともございますので、やはり集中治療科ではこういったものも、救急科との連携でということが重要になってくると思いますけれども、必要だろうと思っております。

私のところは、敗血症治療センターということで患者の受入口を作っております。もちろん敗血症以外の患者さんも、北海道は広いものですから、こういう広域搬送で運ばれてきます。敗血症以外の重症患者さんを集約化しようということです。それから敗血症と頭についていますので、こういう病気の啓発や認知ということを一般の方に広めようということで、我々が積極的にやっているところでございます。

最後になりますが、先程、座長からもお話がありましたように、医師届出票に集中治療科がないということがございます。2年に1回、こういう調査がございます。見て

いただいて分かりますように、42 番目、「その他」になっております。私、いつも「その他」に「集中治療科」と書いて出しています。現在、日本集中治療医学会と関連学会の働きかけで要望書を出しまして、診療科として追加するように働きかけをしているところです。今回のコロナ感染症のパンデミックで、こういう有事や災害でも、集中治療医は一体何人いるんだということが全然把握できない状況は非常にまずいと思います。したがって、自分たちのプレゼンスということばかりではなく、国民の医療を担うべき集中治療医を把握すべきという働きかけを巣埋めていくのが重要だと思います。

そして最後、本当に集中治療のプレゼンスとしては、このサブスペシャリティーに入らなければいけないということになります。ここにありますように、日本専門医機構が認定する専門医として機構認定の基本領域。ここはもう 19 の診療科が決まっておりますが、機構が認定するサブスペシャリティー領域、23 診療領域に入れることが非常に重要です。

機構のスタンスとしては、サブスペは乱立しないと言っておりますし、国民のための専門医であることが強調されます。それから専門医になることによって、患者の受療行動が明確になるべき、そういう条件が必要ですよということが伝えられています。

昨年は残念ながら認定はされませんでした。今年もレビューシートを作成し、提出したと聞いております。レビューシートの中はこの 1～9、9 は全体評価ですので、主に 1 から 8 ということで、専門医像と社会的使命、基本領域の承認、サブスペ領域としての認知、専門医数、専門研修施設数・指導医数等々ありますけれども、ほぼほぼ集中治療は専門医としてこれらを満たしていますが、恐らく臨床研修病院に 1 名以上の常勤、これが 50% 以上というのが、確か外れたのではないかと思います。今回はそれを満たしたと聞いております。

これはちょっと朝、慌てて撮ってきた私どもの病院の診療案内の写真ですが、中にはもちろん集中治療科というのはございません。もし集中治療科が標榜できることになると、これをフッと見た患者さんが、あっ、こういう病院だったらかかってもいいかなというふうに思っただけのような、そういう受療行動につながるような、集中治療科というものが設置されると、私どもとしては、一つの目標を達成できたと思います。

患者の受療行動につながる診療科となるのかという疑問が湧くと思います。やはり集中治療科というものが国民に広く知れ渡るようになりますと、そういう科があれば、安心して手術なり、あるいはケガをしてでも、あるいは内科の治療を受けても大丈夫だというふうになっていくことを期待しています。このような可能性は十分にありますので、集中治療科の存在意義を伝える提言書なりを出したはずでございます。

大変長くなりましたけれども、私の話はこれで終了したいと思います。どうもありがとうございました。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

升田先生、どうもありがとうございました。最後に皆さんと共に質疑応答したいと思いますので、また最後、ご準備いただきますよう、よろしくお願いいたします。

それでは続きまして布宮先生、よろしくお願いいたします。

○布宮集中治療部部長（自治医科大学）

それでは画面を共有させていただきます。

それでは始めさせていただきます。自治医大の布宮です。どうぞよろしくお願いいたします。

国立大学病院における集中治療科開設を考えるということですが、白神先生や浅賀先生からいただいたテーマは、独立のいきさつや課題、今後の展望などを話してくれということでしたので、私なりに「自治医大 ICU のこれまでとこれから…」というサブタイトルでまとめさせていただきました。COI はありません。

私が知るかぎりの自治医大 ICU の歴史ということですが、1972 年 4 月に開学した大学で、新設医科大学の最後のほうだったんですけれども、74 年 4 月に附属病院が開院となりました。これはその当時の航空写真ですけど、元の栃木県の畜産試験場の跡地だったところに広大な雑木林の中にポツンとできた大学と大学病院というようなものです。

その年の 10 月に開心術が始まりまして、11 月にはその開心術後の患者を専用に管理する 1 床というものが設置されたということで、ここが ICU の始まりと言えは始まりですが、77 年 8 月に正式に ICU・CCU 部という名称で 4 床が設置されたというのが始まりということになるかもしれません。私は 76 年 4 月に 5 期生として自治医大に入学しています。

この頃は初代の集中治療部の部長は胸部外科の長谷川教授で、当時の副部長、次の 2 代目の部長になるのが私の恩師の 1 人である、窪田達也、当時麻酔科の助教授ということで、後ろの 3 人が当時麻酔科を回っていたローテーターの先生達、この先生達を中心に患者管理を行ったというふうに聞いています。

昭和 52 年 9 月に通し番号 000001 番の患者さんが消化器外科の患者さんですけども、入っています。予定の術後のオーバーナイト入室を、まずテストケース、Dr. 窪田と書いてありますけれども、テストケースとして 1 週間、1 日 1 例で病棟のならし運転をやって、次の週から本格的に受け入れを始めた。これも予定術後を中心に 1 日 1 件か 2 件の入室ということでスタートしたということのようです。

85 年に 7 床に増床になりました。88 年、麻酔科との兼任を解消して、独立診療ユニットとなり、90 年に 13 床へ増床している。そして 93 年、ICU・CCU 部という名前から集中治療部という名前に改称されている。

私は 82 年 3 月に卒業しました。卒業して出身県である山形県に帰りまして、そこで 10 年間、義務年限というもの、正確には 9 年ですが、終了しまして。10 年後、1992 年 4 月に義務が終了したということで、当時の窪田先生に連れ戻されたという、そういう経緯であります。

長らくうちの師長をやってくれた茂呂悦子が、昨年度いっぱい異動になりまして、今年度から古内三基子が新しく師長として勤めておりますが、これは古内師長、7床になったばかりの頃のICU、私が山形で仕事をしている頃に、ICU勤務経験があるということで本人から借りた写真ですが、こんなふうな形で薄暗い中で脳波を取っているという写真のようですけれども。

翌年というか、92年に私が戻ったところですよ。この頃のICUは、この部屋しか窓がなく、先程の古内師長の写真のように、薄暗いようなところでやっていた、穴蔵のようなところでやっていたんですけれども、手術部の横に第1ICUと第2ICUということで、本当に奥の奥のような形、薄暗いところでやっていた集中治療でした。この頃は更衣室も麻酔科の先生達と一緒に、オペ室の更衣室で着替えをしていたというような状況です。

これは2001年の窪田教授の退任祝賀会の時の写真なのですが、もう1人の私の恩師である、この沼田先生ですね。麻酔科の初代教授。兼救急科の初代教授でもあるんですが、この沼田先生も一つ、この集中治療の独立ということに関しては、かなり大きな影響を及ぼしていただいた先生だというふうに私は思っています。

窪田教授が退任するのを待ち構えていたかのように、関係ないかもしれませんが、その年の10月に学内各講座の大講座制への移行に伴って、当時の麻酔科学教室と集中治療部が大講座としての麻酔科学・集中治療医学講座の各部門になったと。この「・」があるのが、先程、升田先生がおっしゃっていましたが、この「・」が重要で、麻酔科学・集中治療医学講座という大講座になったという経緯です。

翌年、2002年の6月に附属病院の新館が竣工いたしまして、集中治療部はそこに移転しました。その移転に関連して、附属病院の臓器別センター化構想というのがありまして、そこで循環器センターが開設されたということで、この循環器センターの中に心疾患治療部が開設されて、CCUがここで独立したという大きな出来事がありました。

その後2015年に14床に増床し、2018年4月に、さらに新館南棟という建物ができたのに合わせて、新築移転して16床運用となっています。

この集中治療部が移転した跡地にHCUが開設されて、これらをまとめて一昨年の4月に救命救急・総合集中治療センターというセンターができたというのが一連の流れです。

この心疾患治療部、CCUが独立したというのが大変大きな出来事と考えていて、当時からはほぼクローズドで窪田先生が一生懸命頑張っていて、クローズド体制にして運営をしていたんですが、どうしても心臓外科は、早く抜管しろ、まだ抜管できないのかと。多少窪田先生が慎重だったきらいはあるかもしれませんが、勝手に抜管してしまって再挿管になってしまったりというようなコンフリクトがあったりしたようですが、このCCUが独立したことによって、その後しばらくして、私が第4代の部長に就任することになるんですが、そこから先は非常に運営がしやすくなって、クローズドICUとしての体制が完成されていくというような流れになっていくと思います。

これは 2017 年ごろの写真ですが、この頃はまだ個室はそれほど多くはなかったんですが、その後、新館南棟というのがここにできて。これは 21 年 5 月に撮影した航空写真ですが。ここに超急性期医療をまとめてしまって、IVR センターとか、ICU とか救急、それからその横に HCU なんかがあって。なぜか一番奥に病理なんかもあったりするんですが、そういうようなセンターができて。これが今年の 1 月に撮影した写真です。これは全室個室にしました。今、16 床運営をやっていますが、全て個室にしています。非常に、自分で言うのもなんですが、非常に働きやすい ICU になったというふうに思っています。

ちょっと複雑かもしれませんが、大講座制で、麻酔科学・集中治療医学講座という大講座があって、その下に麻酔科学部門と集中治療医学部門があって、それぞれが麻酔科、あるいはとちぎ子ども医療センターの中に小児手術集中治療部、いわゆる PICU があって、集中治療部門のほうには集中治療部、ICU がある。それから救急医学のほうには、救急部があって、さらに上部の講座はないんですけれども、診療部として高度治療部、HCU ができたということで、現在、PICU 8 床、ICU 16 床、救急が 24 床、HCU が 16 床ということでやっています。

救急部の 24 床と HCU の一部の床を合わせて 30 床として、救命救急センターとして認可を受けていて、さらにこの救命救急センターと集中治療部、HCU を合わせて、救命救急・総合集中治療センターというセンター化が完成したというような形になっています。

こんな位置づけになります。救急と HCU と一体となって有機的に患者を治療しているということになります。

年々入室患者は増えていって、2016 年に 1,226 人という入室患者になって、その後、HCU ができたこともあって、オーバーナイトの術後患者は HCU で管理することが多くなりましたので、若干入室患者は減り、2020 年にはコロナによる病床制限によって 860 人程度に入室患者は減っていますけれども。

入室患者が減っているのは予定入室で、緊急入室はほとんど減っていないというのがうちの ICU の特徴、自治医大の特徴と言ってもいいかもしれませんが、非常に救急患者が多いという、そういう病院です。

APACHE にすると、だいたい 15.5 ぐらいですけれども、年間 400 人前後の人工呼吸、平均で 6 日間やっていて、平均在室日数は 3.9 日、4 日弱というような、これは 2016 年の HCU が開設される直前のデータですけれども。

敗血症も非常に多くて、140~150 人ぐらいの患者さん、敗血症患者。特に abdominal sepsis が非常に多いという特徴があるというふうに思っています。

一方で心臓血管外科の術後というのは、ほとんど入りません。ほとんど CCU のほうで見てもらっているということで、なんちゃってクローズドから本格的なクローズドになっているという、そういう内訳になっています。

麻酔科医は歴史的に集中治療に深く関わってきているわけですが、その理由として、呼

吸・循環・体液管理など、麻酔中の日常手技が重症患者の急性期管理手技と共通するものが多いということは昔から言われていますし、なにより開心術を中心とした術後患者管理を契機に発展してきたという歴史的な事実もあります。

それから中央手術部内での、主に外科系になりますけれども、各診療科横断的な横のマネージメントに慣れているというのが、麻酔科医がすんなり集中治療管理に来られるという利点になるかと思いますが。ただこれらはもはや集中治療部を運営する上での必須条件ではなくなってきた。一方で麻酔科医が関与するということの欠点として、一番最初に挙げられるのが、現代の集中治療というのは、術後患者管理のみを対象にしておらず、麻酔中の患者管理術は超急性期管理には通用するけれども、数日から数週間、もしくは数カ月にわたるような管理には、なかなか当てはまりにくいというようなこと。

それから感染症対策、あるいは栄養管理に慣れていないというようなことがある。各科横断的な疾病の診断能力に劣るというようなところがあって、むしろ内科もしくは総合医的な能力が要求されるのが、現代の集中治療ではないかというふうに考えています。

ということで、我々の現在のスタッフの背景ですけれども、私は麻酔科上がりですが、他に麻酔科をバックグラウンドとしている人間は1人しかなくて、救急が3人、それから内科が2人というようなバックグラウンドになっています。

それから非常勤として5人ぐらいの先生に応援をさせていただいているんですが、この数年はちょっとコロナでなかなか来てもらえなくなっていますけれども。この先生方は全て麻酔科をバックグラウンドとするような先生方で、このような出身大学も極めてバラバラで産地もバラバラのスタッフでやっているということです。

この88年に麻酔科との兼任を解消して独立診療ユニットとなったいきさつというのが、本日の最も興味関心の高いテーマなんじゃないかと思うんですが。先程も言いましたが、私は82年に卒業して10年間おりませんでしたので、この独立ユニットとなった背景というか、いきさつというのは、実は体験はしていないので、あくまでも後から見た、想像したと言いますか、感じたことしか、ここではお話しすることができないんですが。

集中治療部が独立運営となったいきさつとして、まずは新設の医科大学で、ほぼゼロからのスタートだったという、そういうことはあったと思います。

それから初代の学長が、非常に人望が篤くて、自治医大の初代の教授は大半が東大から、その学長が連れてきた先生方が極めて多かったんですが。中尾先生、初代の学長は中尾喜久というんですが、中尾先生に頼まれたら嫌と言えないというようなことがあったようで、今から考えればですけれども、非常に先見の明があるような先生方が続々と自治医科大の建学に参加してくれたということがあったと思います。

そして我が恩師、窪田先生のクローズドICUを立ち上げたいという熱意ですね。それから沼田先生が、その窪田先生の熱意に大変理解を示してくれて、どうぞやってみろというような体制で応援してくれたということがあったんだろうと思います。

この当時、ちょうど集中治療に関連するような学会、アメリカの集中治療学会の設立が1972年ですし、日本でも日本集中治療学会の前身となるICU研究会というのが設立されたのが1974年で、ちょうどこの頃からクローズドICUに対する機運というのが非常に盛り上がっていたというのがあります。

このクローズドICUの利点というのは、もう1977年に既に言われていて、これはAnesthesiologyのPeter Safarが出した論文ですけれども、このクローズドICUの利点を得々と既に述べているということですね。

集中治療の質の向上ということで、これらは以前から言われていることですが、やはり集中治療医は専従であり、常駐することが大事だということで、麻酔をしながらICUを見るとか、外来をやりながらICUを見るというのは、なかなか難しい。集中治療が独立するのは必然だったというような感じがいたします。ということで、これらが東大から中尾学長に連れてこられた人達が、東大でやっていないことを東大より先にやってみたいという、非常に強い熱意があって、独立運営となったのではないかと。これはあくまでも私の考えですが、そんなふうに考えています。

独立運営となったことによる利点は、これはバックグラウンドのいかに関わらないリクルートが可能になるということにつきると思います。非常に多種多様な人材をリクルートすることが可能になります。

一方、問題点としては、慢性的なマンパワー不足。これは自治医大特有の問題かもしれませんが。卒業生は基本的には、栃木県の卒業生以外は一人も残りませんので、全て地元に戻ってしまいますので、学生時代にいくら懇切丁寧に集中治療に興味を持ってもらっても、10年後に戻ってきてくれる人間というのは、なかなかいないという、こういう問題があるかもしれません。

自治医大特有というようなことを抜きにしても、やはり社会全体に対する集中治療の認知度不足がやはりあって、独立診療標榜科がないということが一番大きな原因かなと思います。それに伴って、医学生に対する認知度もなかなかない。独立した診療体系にある医育機関が少ない。独立した講義がない。あるいは独立した病棟実習がないというようなことで、学生に対しても、まだまだ認知度が足りないのではないかと。

それから日本発のエビデンスがうんぬんというのは、あれなんです。診療報酬についても、やはりまだまだ不備、金食い虫とか赤字部門とか言われたことも長く続きましたし、なかなか人材の確保、特に専門職としての看護師の育成、確保が難しいということもあって、これらを一気に解決するのはなかなか難しいかもしれませんが、集中治療科の開設を考える上で参考にしていただければありがたいかなというふうに思います。以上です。ご清聴ありがとうございました。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

布宮先生、どうもありがとうございました。

それでは若林先生、よろしく願いいたします。

○若林集中治療部部長（東京医科歯科大学）

東京医科歯科大学の若林です。それではスライドを共有させていただきます。

それではよろしく願いいたします。医科歯科大学の若林でございます。

升田先生や布宮先生という偉大な先生方の後で私がお話しさせていただくのは、大変恐縮でございますけれども、新米の集中治療部長として、気負わずに私達もがき続ける中で、うまく行ったこと。そして今後の課題として今とらえていること。そういったことも等身大に共有させていただくことで、多くの皆さんが、自分は一人ではないという思いを持ってもらえればと思っただけでスライドを作っていました。どうぞよろしく願いいたします。

まず発表に関しましては、こういった流れでいきます。最初に当科の歴史を述べたいと思いますけれども、その前に先立ちまして、私の自己紹介ですけれども。私は元々小児科専門医です。小児科5年間やった後に、呼吸不全の管理に非常に興味をもちまして、ARDSの研究をしたいということで、そこでイギリスのほうにわたりまして、PhDはImperial College Londonのほうで取得いたしました。イギリス結構気に入って、6年半くらい仕事をしましたけれども、その後帰国してございまして、その後集中治療医に完全転向して、医科歯科の母校のICUに戻ってきて、初代の医局長ということをして4年ほど務めました。

いろいろとさらに縁があって、昨年10月から医科歯科大学病院の集中治療部長となりまして、まだ4カ月目ということで、非常に新米でございます。集中治療医のキャリアとしては、ほとんど成人診療の中で磨いてきたというような状況であります。

東京医科歯科大学病院ですけれども、全813床でして、ICU26床、HCU24床という状況で、全病床の6%強がユニット系ということで、特定機能病院としてはまだ少し足りないというような、10%ぐらい欲しいというようなイメージは持っております。手術件数はコロナ前のものですけれども、当院の特色としては、医科歯科大学ですので、頭頸部のところに強みがありまして、頭蓋底手術とか、あとは呼吸器内科の間質性肺炎。あとは心臓血管外科に関して、固形臓器移植はやっていないんですけれども、エルバドに関しましては、DTの認定施設でもあります。

救命救急センターのアクティビティも非常に高いというのが1つの特徴になります。

我々集中治療部の状況ですけれども、ICU12床、HCU8床を管理いたしております。主にかかりつけ患者や院内急変と予定手術後を見てございまして、ウォークインや救急車の来院で来院された方というのは、ER-ICUのほうに入れていくという状況です。ERはHCUも持っているという状況です。

年間のICU入室に関しまして、約900例で、緊急入室が約3割、小児では約5%でして、

もやもや病の術後とか、先天性心疾患の術後、あとは時々入ってくる内科系の小児になりますと、元々血液、免疫不全といったところをもった人が多くて、結構いきなり入ってくると、応用編というのは1つの課題かなというふうには思っております。

システムとしては、セミクローズドシステムということでして、主治医ではないんですけども、全患者に関与するというので、かなりハイインテンシティーではありまして、かなり積極的に我々がイニシアチブは取っているというふうに自覚いたしております。

初期 10 年の推移に関してなんですけれども、どこをスタートとするかというのは難しいんですけども、救急部と集中治療部があったところからスタートですけれども、実は今回、恥ずかしながら、このスライドを準備する中で、自分も歴史について学んだというところで、今、右下のところに出ておりますあゆみという雑誌を読みながら、こういうことだったんだというふうに理解した次第です。

我々救命救急医学講座という名前で最初立ち上がっておりまして、こちらに群馬大学から今井孝祐先生が着任されまして、ICU 6 床で開始いたしております。その後、ICU に関しましては、8 床、10 床、12 床と増えていって、年間の入室も 400 床弱だったのが 800 まで増えたというような状況でした。

この後に 2006 年に大友康裕先生が救命救急センターの立ち上げということでリクルートされまして、それで結果的に救命救急医学という名前でありながら、集中治療が主だった講座として残ったというような形です。

ここちょっと私自身も勘違いしていたところがありまして、その集中治療医学が独立して作られたというよりは、元々救急と集中治療を診ていたところが、救急が切り離される形でまた作られたと。そういった形で我々の講座は始まっております。

中期 10 年に関しましては、その後はだいたいいわゆるオープン ICU スタイルでの運営で行っておりまして、コアメンバーがだいたい 2～3 名いて、各科支援医師がいて、6 名前後のスタッフというような状況でした。

だいたい年間の入室数とか、先程と同じで 900 前後でずっと推移しておりまして、ただ安全性の観点から、もう少し強化をということで、麻酔科から医師派遣というところが 2014 年から始まっております、ほぼ麻酔科の医師で 6 名～7 名というところに体制が築かれるようになってきた。

その頃に講座名を生体集中管理学という形で改変したという状況で今があります。

2016 年になりまして、生体集中管理学の教授をリクルートすることになりまして、この際にアメリカ・ネバダ大学から主任教授として重光をリクルートしてまいりまして、そこに加えて、名古屋大学の高橋英夫先生がいらして、2 人の教授制ということで立ち上がっております。

2017 年度ぐらいから、人も少し増えて、10 名前後の体制というのが現状であります。

こういった 2 人の教授の先生に囲まれながら、私も 2015 年からこの ICU で仕事を初

めまして、アメリカ式のシステムを導入というのを見てきたところでもあります。

我々の特徴の1つは多職種回診という、こちらに関しましてはかなり様々な施設で広がっていると理解しておりますけれども、我々は走りのところなのかなとは理解しています。

今ご覧になっている写真というのは、明らかにコロナ前の写真なわけですがけれども、20人ぐらい、これだけでもいろんな人がいるということが分かります。今、Teamsを使った形で、リモートの形でやっているんですけども、最終的には、第5波を終わったところで、ハイブリッドということで5人ぐらいは実際のベッドサイドに集まって、あとはTeamsから入るといった形で、密は防止しながらやっているという状況です。だいたい40から50人ぐらい、たぶん一斉に参加しているんじゃないかなというふうに理解をいたしております。

関わっている職種は多岐にわたりまして、歯科医師も週に1回回診して、その時に事前に口の中を全部診てくれるといったような状況で、非常に助かっております。

ICU 医師のスタイルとしましては、どちらかといえば司会をしながら、全体のいろんな意見を聞きながら、それを調整するといったところを、ある程度、役割として徹している部分があります。

もう1つの特徴が、先程、升田先生あたりもご紹介いただきましたけれども、我々リスクアセスメントシステムとあって、RAS となると、結構口が回りづらくて、この「ラス」という名前をつけたのはうまかったなというふうには思っているんですけども。RAS、あとはクリティカルケア・アウトリーチを兼ねたものになります。いわゆるプロアクティブラウンドというスタイルでありまして、病棟の上から下まで、平日の日中には必ず回る。それに加えて、quick SOFAをベースにした起動型というところも行っているという状況です。

幸いにして、年間400件を超える相談件数がありまして、今、我々はデータベースを作ってきているというような状況です。

これは非常に集中治療部のプレゼンス向上に寄与したところがありまして、集中治療医がICUを出て、いろいろ回るといったことは、非常にプレゼンスの向上には大事だったなというふうに考えております。

あとその他、実際に回って行って変わってきたなというふうに思うのは、1つは呼吸数を測るようになったこと。一般病床でほとんど測らなかったことが、quick SOFAのことを何度も聞くもので、呼吸数をちゃんと測るようになってきたということ。

あとは蘇生コードですね。これはすごく重要だと思っております。いわゆるDNA-Rの話とか、本当に誰も幸せにならないようなICU入室というのはほとんどなくなってきたかなというふうに、自分の感触としては持っている次第です。

こういった背景を生かしてコロナ対応に臨みまして、コロナ対応、本当に病院一丸となっていて、この2年余り取り組んでまいりました。重症病棟に関しましては、救急と集中治療部が主に関わって、ICUに関しましては、スタッフ数がある程度限られているところもあ

りますので、かなりシステム作りをどうするかというところには注力いたしました。

その他にも、麻酔科の先生方には挿管・抜管チームとしてやっていただいたり、頭頸部外科の先生には、さっとやる気管切開というのをやってもらったりとかですね。あとは心臓血管外科、あと倫理の先生にも入ってもらった形で ECMO 支援チームというようなことの会議体等も作ったり、本当に病院一丸としてどうやって取り組むかということに関しては、多職種連携の経験は非常に生きているというふうに思う次第です。

午前中の看護師長会で、オンライン面会の話があったので、ちょっとだけ、今日の話はほとんど医師のキャリアパスの話ですけれども、ちょっとだけこの話を提供しますけれども。オンライン面会で我々気がついたことは、タブレット面会をやっている中で、ツールの溝っていうのがあるんですね。これはある程度理解はするところで、タブレット持っていない家族というのはいらぬですけれども、これに加えて、タブレット持っているけれども、我々が使おうとしている Facetime とか、そういったものの使い方がよく分からないとか、LINE の ID の設定が分からないということがあるので、これは産学共同研究でシャープと一緒に取り組んだんですけれども、本当に病院間通話するだけの専用タブレットを貸し出してやったというような取組をやって、こちらプレスリリースもしていますけれども、実際にやってみると、タブレット面会、我々40件ぐらいやってきたんですけれども、うち15件が、このツールの溝があって、そのタブレットを貸し出したらうまく行って、満足度も高いというような結果は得ております。

話は移りまして、リクルートと人材育成のことに移ります。

当科医師の人員構成はご覧の通りで、集中治療専門医が半分ぐらい。その他の専門医資格というところを見ていただければ、非常に多彩に富んだ陣容であるということが分かるかと思います。

外部からの研修医師というのも半年とか1年という希望を幸いにしていただいております。そういった人達の力も借りながらやっているというような状況であります。

スタッフのリクルートは、いつも課題です。正直申しまして、いつも悩んでいるというところで、メーリングリストに流したり、口コミでいろいろと受けてもらったりとか、総合診療科と教育的なセミナーをやったりということで、多彩に富んではいるんですけれど、それだけリーチアウトしなくちゃいけない対象も非常に広いということで、どうやったら効果的にリーチアウトして宣伝できるだろうということは今でも考えている次第です。

やっぱり短期的には、今も含めて、他科からのローテーションみたいなものというのは、ある程度補うために必須という状況ですけれども、中長期的には、先程、升田先生の正統派という話もありましたけれども、集中治療を本当に志してくれる人を最初から育てたいという思いは強いです。

学部生、研修医教育というのは、そういった意味では、非常に大事なわけですけれども、実際にやっていて思うのは、我々他の診療科とかで、それほど教えられていないけれども、

ICU の医師が教えられるということに関しては、やはり急性期の終末期倫理の教育というのは、ユニークな部分かなというふうに思います。非常にそういった話を、こういう難しさがあってということと言うと、非常に興味を持ってもらえるという感覚を持っています。

キャリア相談に来る学生は着実に増えている実感というところがありまして、こういう人々をうまく、どうやって集中治療医までのパスに導いていけるかというのは、今後の課題だろうというふうに思っております。

初期研修医時点から ICU に来たいという就職希望者は、後期研修を当科で調整させていただいておりまして、具体的にはどういうことかということ、内科の中でも、たとえばうまく3カ月とか ICU を回ってもらおうようなことを相談したりというようなこと、これは実は当科のスタッフに内科の指導医がいるということは非常に大きくて、ICU で実際に経験した症例も、そのまま J-OSLER で内科の専門医のところへ使えるということは、1つ売りになるということ。内科の先生方の短期研修とか引き込むという意味では、内科指導医をスタッフの人にとってもらうというのは非常に重要かなというふうに理解しております。

他の基本領域診療科からスタッフを奪うというような感覚を持たれないような関係構築というのは重要かなと感じております。

医師のキャリアパスの変化と集中治療の置かれている位置ということですが、誤解を恐れずに言えば、いわゆる古典的なキャリアパスというのは、ラダー型、はしご型とか、アカデミックキャリアですね、特に。のぼって行って、それがダメだと開業するとか、そういったようなキャリアパスのような描き方を結構多かったのかなというふうに思います。

一方で現代のキャリアパスというのは、もう少しジャングルジムのな、横にちょっと一時期やって、最終的に上のゴールを目指すというような形が、結構幅が広がっているんじゃないかなというふうに思います。そういった中で、やはり集中治療というのは、入り込むチャンスが結構出てきているというふうに理解しています。

一方で、集中治療医の燃え尽きということは、必ず中長期的には問題になる話で。実際に見ていて思うんですけれども、実際に集中治療はサブスペシャリティーゆえに、卒後年数が経過した6年目以上で合流するスタッフが中心になっていて、我々のスタッフも40歳前後が非常に多いという状況です。

こうなると家庭の問題、いわゆる子供の問題とか、キャリア開始後に早期に直面するというのが1つの問題です。

もう少しすると、結構夜勤が体にこたえてくる人も、こたえないタフな人もいますけれども、体にこたえてくる人もいるだろうというところは悩みです。

患者診療への情熱というのは、非常にあふれるところですが、座学に関して少し苦手なところはあるかもしれないので。ただ一方で、どこかである程度勉強していかないと、伸び悩みというところは、燃え尽きにつながるんだらうというふうには思っております。

す。

そういったところを念頭に置いて、1つは家庭にも優しい集中治療医ということで、自然に学べる環境の創出には心は砕いています。

1つは多職種回診というのは、やはりいろんな診療科、職種、いろんなコメントを結構忌憚なくみんな言うので、出ていると自然に勉強になるということは1つあります。

あとはアカデミックデイということで、我々火曜日に関しましては半日から1日を割いて、教育の機会を提供していきまして、病棟はシニアスタッフが基本的にはカバーをして、ジュニアスタッフに関しては、こちらのアカデミックデイに出てもらうというような形にしています。これは育児中の人とかも、平日日中しか参加できない人というのが、やっぱりいるので。そういった人達にも勉強の機会というのを、成長していける機会というのを持たせるためというところが思いとしてあります。

先程のRASのような、ゆるめの役割創出というのは、結構キャリアの継続ということから考えると重要なこと、個人的には考えておりまして、たぶん自分の理解が正しければ、他の診療科とかってというのは、一時的にどうしても人生を生きていく中で、ちょっとワークライフバランスというところがバランスが崩れるタイミングというか、ワークのほうに注力できない時というのは、必ずあると思うんですね。

そういった時に、ちょっとゆるめの役割に逃がす場所というのを作っておくことって、結構重要かなと思っております。たとえばこういった時に、RASの担当とか、Post-ICU roundを作るとかということに関しては、継続性担保という意味では、結構重要なんじゃないかと個人的には考えているところです。

大学院についてですけれども、領域全体の発展として、研究は重要だと思います。個人の継続性としても、知的に退屈しないということは、やはり燃え尽き防止という意味でも重要だというふうに思っております。魅力ある研究とはということで、私自身は、いわゆる狭義の translational research ということで、動物実験とか生理学的な実験を主にやってきましたけれども、こういうことに加えて、最近のビッグデータ解析とか、あとは研究に関しても観察研究だけではなくて、介入研究ということもやっていこうということで取り組んでいる状況であります。

最後、独立型集中治療医学講座としての話をいくつかしますが、多様なスタッフのマネジメントというのは、本当に難しいなと思うところがあって、どういうふうに生かすかというのは非常に悩むところで、自分自身は組織のレジリエンスということを入れているところです。

レジリエンスというのは、通常精神的なレジリエンスというところが強調されることが多くて、いわゆる精神的に打たれ強く、回復力を有するというのが、よく言われているところですけれども、リンダ・グラットンという「ライフシフト」とか書いている、「人生100年時代」とかっていう本を書いている人ですけれども、彼女が「未来企業」という本で書

いたことに関して、組織のレジリエンスというのは重要だという話をしています。

この組織のレジリエンスというのは、知的レジリエンスと社会的レジリエンスが重要だというような話をしています。知的レジリエンスというのは、産み出した知識とか知恵を本当にオープンに共有して活用して、あとは重要なのは失敗を前提とした実験的な取組というのを結構積極的に行える文化はすごく重要で。これは特にコロナでは重要かなというふうに思っていました。

我々、学内の合い言葉として、責めるより応援するというような言葉を、すごく合い言葉として、このコロナ禍取り組んでまいりました。こういった責めるより応援するというのは、知的レジリエンスという意味と一致するのかなと思っています。

社会的レジリエンスというのは、思いやりを持ちながらも、思ったことを口に出して議論できる場の創出。そしてあと透明性の担保による業務上の進捗共有ということなんですけれども。付度はしないで、なんでも言ってくださいと。決めるのは最終的には部長である私かもしれないけれども、ぜひ忌憚なく言ってくださいと。そういった場を作ることは重要かなというふうに思っています。

こういったレジリエントな組織というのは、特に多様なスタッフをマネージしていく時には重要かなというふうに個人的には考えております。

診療科との関係性は、本当に忌憚なくというか、正直ベースの話をしますけれども、救急科との関係性に関しては、先程も話がありましたように、基本的にはうまくやっていて、いろんな活動も一緒にやっています。

ただ時に重症系病床が特に足りなくなっている時というのは、コンフリクトしている時期というのは、どうしてもあるというふうには思っています。定期的な調整というのは必要ですけれども。ここで重要なのは、線引きしたいという気持ちというのは、すごく出てくる時があるんですけれども。あまり線引きしてしまうと、最終的に患者さんのためにならないことがあるんじゃないかと。これはこういう規定があるから、この人は受けられませんという話になっちゃうと、それが患者さんのためにならないという思いもあるので、あまり作り込み過ぎない規定にしておいて、グレーゾーンというのを残しましょう、弾力的に運用しましょうというように話すようにしています。

あと心臓血管外科は、やはり ICU 管理において切っても切り離せない部分だと思います。それをどういうふうな形で決着つけるかというのは、集中治療医にとっては結構重要な部分かなと思っています。その他の主科とも含めてなんですけれども、集中治療医としてのプライド vs. 主科との関係性と思っているんですけれども。いろんな集中治療医から見たら、こうなのだというふうに思うところが、主科に受け入れられないという場面は、本当に日常茶飯事なわけで。その時に集中治療医としての士気の維持を重要性するのか、それとも主科との関係性を重要視するかということところは、いつも悩むところなんですけれども。個人的には、結構主科との関係性というのは重要視はしています。

その1つの理由としては、診療科とその関係が崩れてしまうと、まだ見ぬ次の患者において、いろいろと相談しないととか、勝手に動いてしまうというような形で、悪影響を及ぼすかもしれないというふうに思うからです。

その時には議論に勝っても、結局、その次の時に不利益というのは良くないと思うので、できるだけ自分としては太陽のスタイルでやっているんですけども、時に北風も必要ということは理解しているつもりです。

執行部を味方につけることは、マネージングアップと言いますけれども、独立した診療科としては非常に重要です。その診療科としての稼働額算出方法というのは本当に課題で、これをどうするかというのは、我々もまだちょっと答えはないところですけども。

今、現状、東京医科歯科大学の状況に関してお伝えしますと、いわゆる病院長ヒアリングとか、そういう際には、稼働額のことに関しては数字は出て来ないです。それはセミクローズドのシステムを取っているからというところもあるんですけども。

ただ世界的に見渡すと、なんらかの計算式で集中治療科にも売上をつけたりというような考え方もあります。売上に関して数字が出てこない、中央診療部門としての役割として位置づけるならば、社会的意義のアピールというのは重要だと思っております、病院執行部であり、大学執行部において集中治療という場を理解してもらう必要があります。

私はよく言うことに関しては3つ言っています。1つは最新技術が実装される場だと、ICUは。データサイエンスとも親和性が高い。

2つ目は多領域がすごく交わる場なので、非常に幅広く、これから大学としての幅を広げる時に重要な場ですと。

そして3番目は危機管理対応の場であって、使命があるということを訴えている状況です。

最後のスライドになりますけれども、まとめと問題提起で終わりたいと思います。創設と発展の経緯は、今実際に3人の話を聞いても、明らかに今までの歴史というのは、それぞれ色とりどりで。そしてところどころ、非連続的な発展をどこで仕組むかというようなことに関しては重要なのかなと思います。

あとはサブスペシャリティ領域として、キャリア形成というのをどう考えるか。あと医局のあり方というのをどう考えるかというのは、これは今後考えていかなくちゃいけない問題だというふうに思っています。

個人的な私見ですけども、やはりゼロサムというか、取り合いのような考え方じゃなくて、ちょっと横のつながりを重要視して、領域全体の発展を目指すような視点というのを積極的にもったほうがいいかなというふうに個人的には考えていて。あとは将来を担う若手のクリティカルマスの形成というのは鍵だと思っております、こうして実際に集中治療部長とかになると、横のつながりというのが幸いにして増えてくるんですけども。若手の人にもっと本当は視野を広げて欲しいというところがあるので、そういった若手の先

生にどうやって視野を広げてもらうか、他の施設の人と交流を広げてもらうかというのは、非常に重要な課題だというふうに思います。以上になります。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

どうもありがとうございました。それでは皆様、カメラとマイクをオンにしてくださいませでしょうか。

時間の関係上、本当は掘り下げていろんな議論をしたいのですが、大学病院という特性上、教育ということに絞らせていただこうかと思えます。1つは学生教育のことに関してです。

広島大学の志馬先生よりご意見をいただきました。モデルコアカリキュラムのことについてですが、昨年も同じような話題が出ました。集中治療学協議会は元々大学病院の病院長会議の下部組織だったこともありまして、なにかしらの上申するような内容があるほうがいいであろうと。そういうことを考えますと、このモデルコアカリキュラムというのは、非常にこの協議会には特性高いものではないかと思えます。

最初に升田先生から、かなり詳しいカリキュラムの事例をお見せいただきました。布宮先生のところ、それから若林先生のところは、どのような教育体制になっているか、ちょっとそこらへんを教えてくださいませでしょうか。では、布宮先生からお願いできますでしょうか。

○布宮集中治療部部長（自治医科大学）

ちょっと申し上げたんですが、うちの大学の教育上の特性というのがありますので、医学生教育は、現在は臨床講義とか系統講義での講義を行ってなくて、病棟実習として集中治療部のBSLを1週間行っています。

それからより深い実習を希望する学生が診療科を選択して、4週間のBSLを、その後に5年生の時にやるということも、医学部教育としては行っています。

教育の中心になるのが、初期臨床研修医のいわゆるジュニアレジデントの教育が中心で、ジュニアレジデントは、麻酔救急集中治療パッケージが4カ月という組み合わせになっていて、そこで必ずというか、ほぼ全員ICUをローテーションするというようなことになっていくので、そこでの臨床教育が中心になります。現状はそういうところです。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

ありがとうございました。若林先生、お願いいたします。

○若林集中治療部部長（東京医科歯科大学）

我々現状としては、ICUは4年生のところに4コマ持っておりまして。呼吸管理、あと

エンドブライフィックスといったところを、主に後期としては入れています。その前は1コマで、あとはそれにプラス1週間実習で。なぜか心臓血管外科とペアリングされていたんですけども、その頃は。今はICU独立しています。

ただ、この2、3年でも、いろんなところで結構機会がありまして、いろんな数が余ったコマがあるんだけど、どう？ とか。あとはそういった機会に関しては、逃さず得て。あとは6年生で選択実習とか、足りなくなったからどう？ ということに関しては、必ずアプライするようにして、徐々に増やしてきているというのが現状であります。

今後は2023年度にカリキュラム改訂が本学でありまして、そのカリキュラム委員に入れてもらうことにしたので、そこでもうちょっと増やしたいなと思っています。以上です。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

ありがとうございます。今後、こういったものは学会よりも、こちらのほうがたぶん親和性が高い問題だと思いますので、今後の議論に続けていきたいなと思います。先程志馬先生からご意見をいただきましたので、また次回にこういった議論ができればなと思っております。

次にキャリアパスのことについてお伺いしたいと思います。学生さんや研修医に話をすると、ICUに興味があるという方はけっこういらっしゃるんですけども、ダイレクトで入局するようになってきた場合、独立した場合は、基本の専門性をどのように維持するかといったところが問題になろうかと思います。その辺、どのようにお考えか。升田先生からお答えいただけますでしょうか。

○升田集中治療部部長（札幌医科大学）

ありがとうございます。やはりそこは一番の問題かなと思います。我々のところも、すごく集中治療に興味あるんだけど、その後どうなるんですかという質問はすごく多くてですね。我々がしっかりそれを持っていないと、当然下の若い先生方も含めて、示すことはできません。

とりあえず1階建ての専門医を取るところを最初の目標にし、その後、ちょっと今、サブスペシャリティに残れるのかどうか、ちょっと分からない状況ではありますけれども、そこを目指して、その時にどういうプログラムになるか分かりませんが、いわゆる全身を診れるような診療科、まさに内科のそういう指導医みたいなものも、最終的には目指して取っていくんだよという、そういったことを示していきたいなと思っておりますが、まだ残念ながら、今、麻酔科の専攻医で取っている者の後、彼がその次の若い世代の目標になってくれればなという、ちょっと今、まだそういう若干暗中模索というところでございます。以上です。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

ありがとうございます。布宮先生、お願いいたします。

○布宮集中治療部部長（自治医科大学）

新しく入局してくれる希望がある人間については、1階を何にするか、何にしたいかというのは本人に聞いて、救急であったり、麻酔であったり、あるいは内科であったりという希望がある場合は、それぞれの科に、入局先は集中治療部、集中治療医学部門ということにして、資格取得や維持のために研修派遣するという形を取るのが基本になっています。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

ありがとうございました。若林先生、お願いいたします。

○若林集中治療部部長（東京医科歯科大学）

我々も模索中であるということは変わりはないです。

それで ICU に最初から入局した人に関しては、初期研修に関しても、今後我々自身が1階建ての診療科の先生とよくよく話してプログラムを組む。その間の後期研修中も、必ず定期的に ICU とエクスポージャーがあるような形でプログラムを組む。

そして維持のことに关しましては、ある程度、外勤も少しちょっとそういったところで活用するというのが、今、我々が取っている策です。以上です。

○浅賀集中治療部副部長（香川大学）

ありがとうございました。まだどの施設も現状進行形で、まだ確立したものはなさそうなので、今後、新たに開設する施設も、先行する施設のを参考にしながら、進んでいくように思います。

もう少し本当は詰めてお話をしたかったのですが、私のプログラムの時間設定がちょっと短かったものですから、それ以上のことができなくなってしまい、誠に申し訳ございません。また次回に引き続きつながればと思っております。時間になりますので、今回はこの辺で締めさせていただきたいと思います。皆さん、どうもありがとうございました。

【次々期当番大学（第39回）の選出】

○白神集中治療部部長（香川大学）

それではシンポジウム、なかなか白熱した討論があったかと思えますけれども、申し訳ございません、時間の都合で、次に次々期当番校の選出に移らせていただきます。

現時点、次々期当番校としては鹿児島大学様が推薦されております。皆様、ご承認いただきましたら、鹿児島大学様にお願いしようと思うのでございますけれども、よろしいで

しょうか。もしご異議があるということでしたら、挙手ボタンにより、お知らせいただきたいと思いますが、いかがでございましょうか。

特にご異議がないということのようでございますので、鹿児島大学様に次々期の当番校をお願いしたいと存じます。

それでは鹿児島大学病院集中治療部部長の垣花泰之先生に、一言ご挨拶を頂戴したいと思います。垣花先生、マイクとカメラをオンにさせていただきますでしょうか。よろしくお願いいたします。

○垣花集中治療部部長（鹿児島大学）

鹿児島大学の垣花です。今回は次々期の、恐らく 39 回になるんでしょうか。全国国公立大学病院集中治療部協議会の当番校に指名していただきまして、ありがとうございます。大変名誉なことだと思っております。病院を初め、皆さんと準備を進めてまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。以上です。

○白神集中治療部部長（香川大学）

垣花先生、どうもありがとうございました。

【世話人会報告】

○白神集中治療部部長（香川大学）

続きまして、報告事項に移らせていただきます。世話人会からのご報告を、世話人会代表、京都府立医科大学病院集中治療部長、橋本悟先生にお願いしております。橋本先生、マイクとカメラをオンにさせていただきますでしょうか。よろしくお願いいたします。

○橋本集中治療部部長（京都府立医科大学）

聞こえていますでしょうか。口頭でのご報告ですけれども、この後、ご紹介いただくとおもいますけれども、私が今年度をもちまして退官しますので、世話人代表といえますか、事務局としての仕事は、これで終わらせていただくということで、皆さん、10 年間ほどでございましたが、どうもありがとうございました。

画面共有させていただきます。

エクセルの会計報告でございしますが、6 年ほど前から年会費をいただいているんですけども、今回の場合は、全体のうちで 46 施設から年会費をいただきまして、92 万円の収入というふうになっております。前年度繰越金を含めまして、そこに示しますように、収入合計は 4,189,372 円となっております。

支出に関しては、事務局代行をやってくださっているクレッシーさんに 33 万円をお支払いして、その他支出はございませんので、繰越金が 3,858,492 円となっております。

皆様のほうから、こういったことで支出をしたらいいんじゃないかというようなご提案がございましたら、ぜひ次の事務局である藤野先生のところにお寄せいただければ。有効にお金を使っていたいただければというふうに考えます。

もう1つ参考までに支払い状況ですけれども、これもちょっと機微情報になりますけれども、ずっと見ていただくと、2015年に仮で始めて、今年で7年経過しましたが、ずっとこういうふうな一覧表で出ておまして。なかなかご協力いただけないという大学もございましたけれども、ほぼ皆さん毎年払っていただいておりますので、ぜひ継続してお支払いいただければと思います。以上でございます。

○白神集中治療部部長（香川大学）

橋本先生、どうもありがとうございました。

○橋本集中治療部部長（京都府立医科大学）

すみません。もう1つありました。細則規約というのがホームページに載っていますけれど、細則のほうは本日をもって、事務局を京都府立医科大学から大阪大学のほうに変更させていただくということで、これはもう世話人のほうで決めさせていただきましたので、ご理解のほど、よろしく願います。以上です。

○白神集中治療部部長（香川大学）

すみません。どうもありがとうございました。

【次期当番世話人会代表の選出】

○白神集中治療部部長（香川大学）

続きまして、ただいま橋本先生からご報告がございましたように、橋本先生が今年度をもちましてご退任されるということでございまして、次期の世話人会の代表を決めないといけないんですけれども、先程、橋本先生からちょっとお話がございましたように、次期の世話人会の代表といたしましては、大阪大学医学部附属病院集中治療部長の藤野裕士先生にお願いしたいと考えておりますが、よろしいでしょうか。もしご異議があるという方がおられましたら、挙手ボタンによりお知らせいただけますでしょうか。

よろしゅうございますか。ご異議がないということでございますので、次期世話人会代表としては大阪大学様、藤野先生にお願いしたいと存じます。

藤野先生、本日はご欠席ということでございますので、藤野先生の代理といたしまして、集中治療部の副部長の内山昭則先生にご挨拶をいただきたいと思います。内山先生、マイクとカメラをオンにさせていただきますでしょうか。

○内山集中治療部副部長（大阪大学）

はい。阪大の内山でございます。藤野がちょっと所用がありまして、今日は欠席しておりますので、申し訳ないんですけども、代理ですけども。

なかなか橋本先生のようにうまく運営できるかどうかは分かりませんが、今後、この会はたぶん、今日のお話があったように重要な会になっていく可能性は十分あると思いますので、うまくサポートを我々のところでできたらいいなと思いますので、ぜひ頑張らせていただきたいと思いますので、皆さんご協力をよろしくお願いいたします。以上でございます。

○白神集中治療部部長（香川大学）

内山先生、ありがとうございます。今後とも集中治療部協議会、ご支援、ご指導賜りますよう、よろしくお願いいたします。

【次期当番校（広島大学）挨拶】

○白神集中治療部部長（香川大学）

続きまして、最後ですけども、来年の当番校、広島大学病院集中治療部長の志馬伸朗先生にご挨拶を賜りたいと存じます。志馬先生、マイクとカメラをオンにしてくださいませるか。

○志馬集中治療部部長（広島大学）

来年度、担当させていただく広島大学救急集中治療医学の志馬でございます。

今回はちょうど1年後の1月27日、広島で現地開催という予定にしております。場所は広島駅直結のホテルグランヴィア広島です。協議会、看護師長会、情報交換会を考えております。

先程からずっと香川県のすばらしいプロモーションビデオを拝見して、やはり集まるということも大事なことです。来年もし可能であれば、皆さん集まっていただいて、情報交換していただければと思います。

内容については、集中治療科の標榜科、あるいは院内における標榜、それから教育、卒前卒後教育など、継続かつ発展的テーマでご議論頂きたいと思っております。来年は宜しくお願い致します。

○白神集中治療部部長（香川大学）

志馬先生、どうもありがとうございます。来年はぜひ広島に参りたいと存じます。皆さんもそう思っておられると思います。どうぞよろしくお願いいたします。

以上でございますが、その他、ご参加の皆様で何かご意見とかご報告されたいことが、

もしございましたら、挙手ボタンによりお知らせいただけますでしょうか。何かございますでしょうか。とりあえずないということで、もし何かございましたら、またお知らせいただきたいと思います。

本日は皆様方のご協力によりまして、ほぼ時間通り終えることができました。いろいろご不自由をおかけしました。不都合な点もあったかとは思いますが、なにとぞご容赦のほど、よろしく申し上げます。本日はどうもご参集賜りまして、ありがとうございます。

【閉会】

○白神集中治療部部長（香川大学）

最後に閉会にあたりまして、当番大学であります当院救命救急センターのセンター長の黒田泰弘からご挨拶をさせていただきたいと思います。黒田先生、マイクとカメラをオンにさせていただきますでしょうか。

○黒田救命救急センター長（香川大学）

黒田でございます。今日は11時から今の時間まで、本当にご苦労さまでございました。

今日、非常に重要なディスカッションが行われたと思いますし、キーワードをもういっぺん申し上げます。やはり集中治療科、それから専門医のサブスペシャリティのゲット、今、垣花先生以下、学会非常に頑張っております。将来的には集中治療科の専門医になったらいいなというふうに考えております。それからまた集中治療になる人、キャリアパスの話もございましたけれども、内科の先生、総合内科の先生の重要性というか、麻酔科、救急だけではなくて、いろんな科の先生が集中治療科の専門医になって欲しいなということが大事ななと思っております。

あともう1個、2023年が布宮先生が言われていましたけれども、ICU研究会が始まって50年なんですね。23年に集中治療学会の始まってから50年ということで、記念のイヤーになっておりますということを申し添えまして、終わらせていただきます。さっき志馬先生が言われていましたけれども、うどんはないわ、本当大変だったんですけども、やはり集まって食べて、情報交換するというのが非常に大事だと思います。

今日はどうもご苦労さまでした。終わらせていただきます。

○白神集中治療部部長（香川大学）

黒田先生、どうもありがとうございました。

それではこれもちまして第37回全国国公立大学病院集中治療部協議会を終了させていただきます。本日はご出席を賜りまして、誠にありがとうございました。以上です。ありがとうございます。