

第24回

全国国立大学病院集中治療部協議会

議事録

期日：平成21年1月23日（金）

会場：熊本大学山崎記念館

当番校 熊本大学医学部附属病院

## 第24回全国国立大学病院集中治療部協議会日程・議題

1. 期 日 平成21年1月23日(金)

2. 会 場 熊本大学山崎記念館

3. 日 程

受 付 13:00~13:30  
開 会

・当番大学病院長挨拶 13:30~13:40  
倉津純一病院長

・文部科学省挨拶 13:40~14:10  
文部科学省高等教育局医学教育課  
小林 万里子大学病院支援室長

・特別講演 14:10~15:10  
「集中治療と臨床倫理」

熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野 浅井 篤 教授

(休 憩 15:10~15:25)

・議 事 15:25~17:00

(1) 協議事項

①日本集中治療医学会によるICUの機能評価調査(徳島大学)

②大学病院におけるICUとHCUの管理について(鳥取大学)

③今後の方向性について(名古屋大学)

(2) その他

①看護部会の報告

(3) 次期当番大学選出について

閉 会 17:00

出席者名簿

NO.	大学名	役職名	氏名	役職名	氏名
1	北海道大学	先進急性期医療センター長	丸藤 哲	看護師長	高岡 勇子
2	旭川医科大学	部長	郷 一知	副部長	小北 直宏
		看護師長	尾形 千悦		
3	弘前大学	副部長	坪 敏仁	看護師長	山本 葉子
4	東北大学	重症病棟部副部長	星 邦彦	看護師長	庄子 由美
5	秋田大学	部長	多治見 公高	看護師長	佐藤 幸美
6	山形大学	副部長	小田 真也		
7	筑波大学	部長	水谷 太郎	看護師長	川口 寿彦
8	群馬大学	副部長	國本 文生	看護師長	引田 美恵子
9	千葉大学	部長	織田 成人	看護師長	佐々木 君枝
10	東京大学	副部長	田中 行夫		
11	東京医科歯科大学	部長	三高 千恵子	看護師長	高橋 祐子
12	新潟大学	副部長	風間 順一郎	看護師長	杉田 洋子
13	富山大学	部長	奥寺 敬	看護師長	野上 悦子
14	金沢大学	部長	稲葉 英夫	看護師長	田中 三千代
15	福井大学	部長	重見 研司	看護師長	五十嵐 裕子
16	山梨大学	看護師長	欠席		
17	信州大学	部長	岡元 和文	看護師長	下村 陽子
		助教	柴田 純平		
18	岐阜大学	部長	吉田 省造	看護師長	廣瀬 泰子
19	浜松医科大学	副部長	土井 松幸	看護師長	伊藤 湯加理
20	名古屋大学	事務取扱	高橋 英夫	看護師長	山口 弘子
21	三重大学	副部長	渡邊 文亮	看護師長	水谷 しづよ
22	滋賀医科大学	救急・集中治療部長	江口 豊	副部長	五月女 隆男
		看護師長	芳尾 邦子		
23	京都大学	副部長	瀬川 一		
24	大阪大学	副部長	藤野 裕士	看護師長	河野 絵江

NO.	大学名	役職名	氏名	役職名	氏名
25	神戸大学	部長代行	三住 拓誉	看護師長	西 久代
26	鳥取大学	高次集中治療部長	齋藤 憲輝	看護師長	吉持 智恵
27	島根大学	部長	齊藤 洋司		
28	岡山大学	副部長	片山 浩	看護師長	藤井 玲子
		看護師長	江草 延枝		
29	広島大学	講師	岩崎 泰昌	看護師長	新谷 公伸
30	山口大学	副部長	若松 弘也	看護師長	山下 美由紀
31	徳島大学	部長	西村 匡司	看護師長	木田 菊恵
32	香川大学	部長	白神 豪太郎	副部長	田家 諭
		看護師長	松本 佐和子		
33	愛媛大学	部長	土手 健太郎	看護師長	今井 早苗
34	高知大学	救急部副部長	山下 幸一		
35	九州大学	部長	坂口 嘉郎	副部長	谷山 卓郎
		看護師長	井ノ口 美和		
36	佐賀大学	部長	中島 幹夫	看護師長	内田 順子
37	長崎大学	副部長	榎田 徹次		
38	熊本大学	部長	木下 順弘	看護師長	吉村 昌子
39	大分大学	助教	松本 重清		
40	宮崎大学	部長	恒吉 勇男	副部長	谷口 正彦
		看護師長	小田 浩美		
41	鹿児島大学	部長	上村 裕一	副部長	垣花 泰之
42	琉球大学	部長	垣花 学	副部長	淵上 竜也
		看護師長	糸嶺 京子		
43	福島県立医科大学	副部長	飯田 裕司		
44	大阪市立大学	部長	溝端 康光		

**【議長選出】**

**熊本大学医事課長（江藤）**

ただ今から議事の方に入らせていただきます。ここで、本日の議長を選出した  
いと思います。恒例によりますと議長は例年、当番大学の集中治療部長が議長を  
務めることになっておりますが、これに倣ってよろしいでしょうか。

（拍手）

ありがとうございます。

それでは、木下部長、よろしく申し上げます。

**熊本大学（木下）**

議長に選出していただきました熊本大学の木下でございます。大役で慣れない  
役割ですので、きちんと務まるかどうか判りませんが、皆様のご協力の程よろ  
しくお願いいたします。それでは議事に先立ちまして、大変に残念なことな  
のですが、この協議会に多大なご貢献を頂いておりました名古屋大学の武澤先生が昨  
年お亡くなりになりました。我々としては、いつもご指導いただき、また力強い  
お言葉を沢山ちょうだいして、励まされ後押しを頂いていた先生でございますが、  
失うことになってしまいました。もし、宜しければこの場で、皆様とご一緒に  
黙祷を捧げたいと思っておりますがご協力頂けますでしょうか。恐縮ですがご起立  
いただけますでしょうか。

一同黙祷。

有難うございました。ご冥福をお祈りしたいと思います。

それでは、ご着席下さい。

まずは、議事に先立ちまして、色々と準備の不備がございまして、ご案内が大変  
遅くなったり、あるいは特にオブザーバー参加の公立大学関連の先生方にご案内  
が直前になりまして大変申し訳ございません。それから会場も人数をちょっと読  
み間違えたのかと思う位、手狭で窮屈な思いを強いてしまいました本当に申し訳  
ございません。空調やその他でご要望がありましたら、係員にご遠慮なくお申し  
付け下さい。それでは、この協議会の慣例に従いまして、事前に諸大学に協議事  
項の有無、提案を申し上げておりました。今回、協議事項として、あがってき  
ましたのは、2題のみですので、これにしたがいまして進めさせていただきたい  
と思っております。

協議に先立ちまして今回大阪市立大学と福島県立大学からオブザーバー参加をし  
て下さっていますが、オブザーバーですが、ご発言して下さい下さっても差し支えない

ですか？ 宜しいですね。

何かございましたら、ご自由にお発言をよろしく申し上げます。

議事録等の確認の為に、ご発言の時は、大学名とお名前をおっしゃっていただい  
から発言に入っていただくように、よろしく願いいたします。

### 【協議事項 1：日本集中治療医学会による ICU の機能評価調査】

熊本大学（木下） それでは協議事項の 1 は昨年からの引き継ぎの課題がございま  
して、日本集中治療医学会に ICU 機能評価委員会というのがございまして、今  
協議会のメンバーでもあられる、徳島大学の西村先生が委員長をされていらっし  
やいますが、昨年は、議事録に記録がございまして、なかなか国立大学の ICU  
の機能評価をキチンとしなければならぬけれども、そもそも国立大学の  
参加が少なく、データが集まらなかった経緯がございました。今年は、ちゃ  
んとやりましょうということと国立大学の ICU は、それ以外の病院の ICU と  
どの部分が同じでと違う所はどうなのかということをもみんなで認識しあいましょ  
うという引き継ぎを頂いております。全回当番の稲葉先生の所からは、これは日  
本集中治療医学会の調査ではありますが、国立大学としては、調査にキチンと協  
力するよと申すようなことも、言っていたことになりましたので、本年  
度、少しまとまって西村先生から事前に資料を頂いております。資料に基づきま  
して、資料内容を、まずご説明いただいて、その後この資料と或はこの調査  
そのものに皆様方のご意見がございましたら、頂戴したいと思います。

それでは、資料は徳島大学の西村先生の ICU 機能評価委員会の全国調査の資料  
と申すことで、西村先生、ご説明をお願いしてよろしいでしょうか？

徳島大学（西村） 徳島大学の西村と申します。皆さんご存じのように松田班と協  
力して、2006 年、2007 年、2008 年の 3 年間で ICU に関するデータを  
集めました。2006 年度は、信頼できるデータはありませんでした。2007  
年度には、信頼できるデータが取れたので、2007 年度のデータを提示させて  
いただきます。2008 年度の 10 月のデータも取っていますが、まだ収集・分  
析が終わっていません。終われば報告させていただきます。議題では協議となっ  
ていますが、報告です。

全体的なことは厚労省の HP に報告書があります。今回は、特に大学病院の ICU  
に関連したところを説明させていただきます。2006 年度は、145 施設、  
2007 年度は 178 施設の ICU が参加していただいております。およそ 1 万  
名余りのデータになります。1 枚目は、男性と女性、それから全体の年齢分布で  
す。高齢化社会を反映して 60 才台から 70 才台、80 才台の患者が多くなって  
います。次ページは APACHE II の分布です。最も多いのが 12～13 で、他の報

告とよく似た分布です。

次のページは予測死亡率と実死亡率を示しています。黒塗りは、APACHE II から予測される死亡率です。実死亡率は予測死亡率よりも低く、これも他の報告とよく似ています。最後は設立母体として、大学病院、一般病院と他の国公立病院とで比較してあります。実死亡率と重症度から予測される死亡率の関係を示しています。斜めの直線  $45^\circ$  の直線より下に有れば有る程成績が良いと言うことになります。○が大学病院で私立、公立、国立大学と3つ有ります。いずれも同じくらいの結果でした。□が一般病院、◇が公立、県立、都立であるとか市立です。公立病院は数が少なくばらついています。大学病院に関しましては、私立、公立、国立いずれも成績が安定していて、重症度評価を考慮しても成績のよいICUであると言えるのではないのでしょうか。以上です。

**熊本大学（木下）** はい西村先生有難う御座いました。このデータに関しては、ちょっとご説明をいただかないと私も全然分からなかったのですが、皆さんも今お目通しをされて、何か、お感じになったかもしれませんけれど、西村先生ちょっと確認ですけど1枚目の男女比と年齢は、このデータは国立大学のデータですか、それとも全体の症例のサンプルですか。

**徳島大学（西村）** 全症例です。

**熊本大学（木下）** 予測死亡率のデータもオーバーオールでよろしいですか。

**徳島大学（西村）** 全員のものです。

**熊本大学（木下）** 最後の予測死亡率に対しての実死亡率の  $45^\circ$  の線が入っている部分だけが、施設毎に3群にわけたデータということでもよろしいですか。

**徳島大学（西村）** その通りです。

**熊本大学（木下）** はい、分かりました。

この協議会も協力するという事で、日本集中治療医学会の学会の中の委員会の活動として、ICUの機能評価ということを西村先生が、おやりいただいている結果のごく一部をご披露いただいて、これが、その内容のサマリでございますけれども、これに関しまして、昨年からの引き継ぎでございますけれども、昨年データがほとんど無かったのが、ようやく集まり出したということで、今、ご報告頂きました。

今日、協議会にご参加の皆様で何かご意見ご質問等ございますでしょうか？

はい、どうぞ

**金沢大学（稲葉）** 金沢大学の稲葉でございます。昨年この協議会を開催させて頂いて、その時にこの話が出たと思います。2つございます。今年度、参加校の具体的な数というのが未集計だということですが、数だけでも分かれば。増えたのでしょうか。私共の病院長から、協力要請をかなり遅れたのですが、出させてい

ただいた。その効果が知りたいということが第1点。第2点です。一番最後のデータなんですけど、丸や菱形が3つ、4つありますが、何を意味するのでしょうか。もう1つ、病院事務の認識ですと、大学病院は非常に重症の患者さんが来る。predicted mortalityから察すると決してそうではないということでしょうか。一般の病院と比べて、死亡率、予測死亡率が高い重症患者の収容が無いという解釈が成り立つのでしょうか。その点についてお答え願います。

**熊本大学（木下）** 西村先生、恐縮ですが、ちょっと、じゃあ1つずつ。まず国立大学の参加数に対して、データ数はございますか？

**徳島大学（西村）** 2008年度に関して、まだ分かりません。2006年度と比べて、2007年度は国立大学の参加が増えています。2006年度は6施設で、2007年度は20以上参加した記憶しています。

最後の図ですが、丸は大学病院です。私立、国立、あと公立大学に分けていますが、施設間のバラツキが少なく同じ様な成績を残していました。

**熊本大学（木下）** 先生、すいませんが、Universityがそれに当たると思うのですが、その後ろの1713と言う数字は、参加施設数ではないですか？

**徳島大学（西村）** これは患者数です。APACHE IIが正しいかどうか全患者で検討して、不明瞭な症例を除いて残った約5000例を対象にしています。

**熊本大学（木下）** で、そのうち大学で扱った症例が例えば1713例という。

**徳島大学（西村）** そうです。公立病院が139で、一般病院で扱った症例数が約2500と言うことです。

**熊本大学（木下）** はい、で稲葉先生のご質問、今度は◇の□が4つ有るんですけどということなんですけども、これは。

**徳島大学（西村）** 都立、県立、市立などです。それぞれ数が少ないので、バラついているのだと思います。

**熊本大学（木下）** 分かりました。それから、最後のご質問は、大学病院のICUで扱っている症例は、それ以外の病院で扱っている症例より重症度が高いんじゃないかということのご質問に対しては、例えば、2番目の表のapache IIのピーク値はですね、これは、1万例合計のピーク値ですけども、大学病院のピーク値は、右シフトしていて、プライベートの病院の山より重い方の患者さんが多いとか、そういうことは分かっているでしょう。

**徳島大学（西村）** 個別に検討していませんので、今回は分かりません。データはあるので分析は可能です。

**熊本大学（木下）** 分かりました。稲葉先生、ご質問の内容はそのようなことですけど、よろしいでしょうか。はい。

ちなみに、このapacheというのは、ICU入室当初のapacheスコアでしょうか。

**徳島大学（西村）** 24時間のAPACHEⅡです。

もう少し詳しくまとめたものを学会誌に報告します。そちらも参考にしてください。

**熊本大学（木下）** 有難うございます。

それ以外に、このご報告に関しまして。どうぞ。

**浜松医科大学（土井）** 浜松医科大学の土井と申します。

西村先生、この調査の時に、各施設の状況、医師であるとか看護師で、データが入っていると思いますけど、例えば、看護師の配置、患者当たりの看護師数、いわゆるマンパワーと絡めた結果というのは、既に解析が出てるのでしょうか、それとも今後出す予定があるのでしょうか。

**徳島大学（西村）** 全体的な統計は、学会誌に報告させていただきます。ただ、残念ながら、データの信頼性が疑われるような数値もあり、今後もチェックしていく必要があると思っています。先生が指摘されたのは、医師の配置によって死亡率が変わるのかとだと思います。そのようなデータは行政アピールできる大事なアポイントだと思います。それが正確に示すことができるデータであればいいのですが、今後も検討していきたいと思っています。

**浜松医科大学（土井）** せっかく病院長会議を通して、今後とも続けたいといけないうモチベーションとしても現場の士気が上がるような方向に向けたデータをご活用いただければ、よろしくお願ひします。

**熊本大学（木下）** ありがとうございます。私からも、今、西村先生、2007年国立大学20校程度ということでしたので、全体からすると半数程度しか協力をしていないということで、この協議会を構成する団体としては、ICU機能評価を盛り上げていくというか、協力して行くということは、前回の議事録から見てもほぼ、コンセンサスを得られていると思いますので、引き続き、データの提供をキチンとして、現状把握を務めるのに、協力しなければならないと思います。

他に、どうぞ。

**秋田大学（多治見）** 秋田大学の多治見です。稲葉先生のご質問に、回答をちょっと付け加えさせていただきます。ざっくり見ると救命センターの患者さんを受け入れているICUの方が、術後を主としたICUよりも重症度が高いです。ですから、そういう施設がいくつかまざっているかもしれません。それから、西村先生に、ちょっとお聞きしますが、DPCの制度設計出で、ICUの機能評価の位置づけはどの辺まで進んでますか。

それと、文科省の方にお願ひです。機能評価等の調査で、データに収集を手作業でやっているため、負担が大きいんです。亡くなられた、武澤先生の案ですと、

データ収集を自動化できるものは自動化したいというプランだったと思います。そこで、大きな予算措置を考えていただけませんか。具体的には、生命監視装置から自動的に患者監視装置で収集し、apache等のデータを取っていくということをしていきたいということです。よろしくお願いします。

**徳島大学（西村）** 調整件数等が廃止され、重症患者を診る病院が金銭的に苦しくなった場合に、マンパワーを多く投入しているICUをどのように評価し、お金を配分するのは興味あるところです。非常に重症な患者の命を預かり、医療レベルを支えているという自負の基に、皆さん働いておられると思います。そこを評価していただける様に働きかけなければなりません、松田先生とその点について話はしていません。

**熊本大学（木下）** はい、ありがとうございました。

**名古屋大学（高橋）** 名古屋大学の高橋ですけど、今後、事業どうなっていくんですか。データ修正に関して、ちゃんと予算措置を行って、一定の決まった事業として、それから、ことをやっていくことになったんですか。ちょっと、記憶がないんですが。

**徳島大学（西村）** 松田班のICUに関するデータ収集は終わります。3年間で2008年で終わりです。

**名古屋大学（高橋）** 今後のICUとか全体の医療に関してとか、そういった同じ様な方向性の収集とかファイルをやっていくとかいうプランとか色々あるんですよ。

**徳島大学（西村）** 質問の意図が良くわかりませんが、我々はデータ収集を続けなければならない。何処か例えば学会が中心となり、データ収集を続けていく必要はあると思います。しかし、松田班に代わる予算措置がされるかというのではないでしょう。先程、多治見先生がおっしゃったように、出来るだけ臨床現場で労力をかけずに、データが自動的に収集されるシステムを構築していくための予算を国もらえるようにしなければなりません。これは武澤先生が発案されたものです。先生は武澤先生と一緒に働いていらっしやっただけで分かると思いますが、オランダでは、国全体でデータ収集をやっているのだから、日本も出来るはずですが、ただ、それを作り上げていくためには、10年以上かかったということを知っています。この協議会や学会が中心になってやらないといけないと思います。

**熊本大学（木下）** はい、どうぞ。

**新潟大学（風間）** 新潟大学の風間と申します。一番最後のグラフで教えていただきたいんですけども、124等からのミスマッチからは、セクションがかなり聞いていると思うんですけど、縦は、替えられたんではないかと、そもそもアンケート聞くに当たっては、やはり、ある程度のセクションがかかっていると

考えてよろしいのでしょうか。ICUを持っていけば何処の病院でも良いかと。  
**徳島大学（西村）** 基本的には、集中治療室管理料を算定している施設全部に連絡は行っています。

**新潟大学（風間）** 管理料を取っているところの平均的な姿と取っていいのでしょうか。

**徳島大学（西村）** そうだと思っています。学会の認定施設と認定施設でないところもあります。認定施設の方が少ないです。データ収集に協力していただいた施設全体の姿だと考えています。

**新潟大学（風間）** ICU持っているならば、これも。

**徳島大学（西村）** そうです。ICUという名前だけ持っていて、集中治療室管理料を算定できていない施設は入っていません。

**新潟大学（風間）** 大体、大学病院の方は、ICU管理されている所、あるべき姿だと思っているんだけど、もし、これがプライベート、パブリック、勿論ICU持ってないところもあるわけですし、そう言うところが、代表だという印象があってしまうと、この、スタイルが下手すると大学病院に不利なスタイルになるかもしれないので、そこ当たり、表現をちょっと気を付けた方が良いかなと思ったんですけど。

**熊本大学（木下）** はい、ありがとうございました。他に何かございますか。議長があまり発言するのは、宜しくないかと思うんですが、西村先生、最後に一つ、集中治療医学会の、この機能評価委員会の委員長としては、この事業の継続性とか委員会の役割として、情報を流せる範囲で教えていただけるといいんですが、どの様な方向性でございましょう。

**徳島大学（西村）** 個々の名前はだせません。集計データは提示することは可能です。学会誌にはもう少し詳しい、医師の配置も報告します。そのようなデータに関しては、協力施設に還元させていただきたいと思っています。

**熊本大学（木下）** 委員会の今後の活動状況というか今後の活動の予定というのは何かございますか。

**徳島大学（西村）** 学会として大切なデータだと思います。日本のICUがどの様な医療をしていて、どの程度の医療レベルであるか。医療レベルの高いところがどういう施設であるかを見極めていく必要があります。これは、学会とICUで働いている医師の重要な使命だと思います。個人的にも続けていかなければならないと思っています。大きな問題は予算です。

**熊本大学（木下）** ありがとうございました。最後にこの協議会への協力要請というのはございますか。当然、義務としては、全病院がキチンとデータを出していただきたいと思うんですが。

**徳島大学（西村）** 昨年もお願いしたことです。国立大学病院のICUは、全国のICUの模範となるような施設であるべきです。医療レベルはもちろん他の部分でも模範となるような施設でありたいと思います。国立大学のICUがいい成績を出し、他のICUが国立大学の形態を見習えば、医療レベルは良くなります。そのためには、データがないとアピールが出来ません。今後どういう形で続けるかは大きな問題なのですが、是非協力いただきますようお願いいたします。

**熊本大学（木下）** はい、ありがとうございます。以上で宜しいでしょうか。何か追加。はい、どうぞ。

**愛媛大学（土手）** 愛媛大学の土手と申します。今、西村先生がおっしゃったのは、本当だと思うんですけど。それ以上に、こういう協議会で病院長会議にもあげてもらって。これから、今年の終わりじゃなくて、今まで、3回、3年。我々が3年やりましたし、3年もかかってきましたし、そう言うのを今後はずっと、続けられるような予算配置とかそう言うのを踏まえて、もっと、上の会議とかに提案できる様な、風にしていいただけたらと思うんですけど。

**熊本大学（木下）** はい、ありがとうございました。多分、去年の当番の金沢大学からも、そのようなご意見を直ぐに上げていただいていると思いますので、私も引き継いで、同じことを申し上げるということで宜しいですか。はい、そのようにさせていただきます。他にございますか。宜しゅうございますか。それでは、この話題は、一応、ここで打ち切りと言うことで、もし、何か会った時には、もう1度ご発言頂いても結構ですが、時間の都合もありますので。

#### 【協議事項2：大学病院におけるICUとHCUの管理について】

**熊本大学（木下）** 協議事項の2と言うことで、これは、鳥取大学の斎藤先生が中心となっていて、我々の仲間である国立大学と、それから公立大学関係も含めての相当詳しいHCUの調査をしていただいて、その集計の結果を、資料として、皆様のお手元にお配りしておりますので、斎藤先生の方からご説明をしていただいて宜しいでしょうか。

**鳥取大学（斎藤）** 鳥取大学の斎藤です。去年の金沢の会議で、2004年に、以前アンケート調査でHCUの状態を纏めろと言うことがあったんですけども、現在、ICUの増床であるとか開設であるとか、ということを通して、HCUはどうなんだと言うことで、もう1回、HCUアンケートで調査をやり直して欲しいという要請がありまして、去年の11月7日に全国の国立大学と公立大学の方へアンケートをお願いいたしました。その結果が、お手元にある内容で、ICUの会議ですので、HCUの状況を通して、ICUというものを考えていこうという観点から私見も少しいれておりますが、アンケート結果の特徴と言いますか、

おもしろいところといたしますか、少し説明させていただきます。また、あちこち間違いがございまして、例えば第1ページ目一番下の3行に平成16年11月7日にアンケートと書いてありますけども、これ平成20年の間違いで、平成20年11月7日にアンケートを行っております。前回の会議で、ICU部分に関するアンケート内容も少し入れろということだったもので、2004年にあったHCUに関するアンケートにICUの部分を少し加えております。前半部分がICUに関するアンケートの纏めになります。で、国立大学42大学中36大学、公立及び準公立大学10大学中8大学のご協力を得まして、回収率、84.6%、割と高い回収率が得られております。大学病院病床数は、記載の通り、7:1看護は出来てないのは、44校中6校で、やはり看護師さんが集まらないということで、7:1看護が出来ていないところがあるということがあったようです。ICUの病床数というのもそこに書いてあるとおりでですけども、ICUの病床そのものの規定がですね、色んな大学によって、背景が異なりまして、救急と一緒にあったICUとかCCUと一緒にあったICUとかICU病床をどこにするのかというのが、なかなか難しかったですけども、一応、意図としましては、救急の特化されたICUであるとかCCUと特化されたICU以外のもののICUについて、述べて下さいと、general ICU的という形になるんでしょうか。そういう形で述べて下さいということをお願いしてますし、HCUに関しましては、加算の有無に関わらず、病院として設置しているもので、HCU基準にほぼ合致しているものと言った基準でもって、お願いしているんですけど、病院の中に3つあるとか4つあるとか色々な答えが出て来てまして、厳密な意味でどういう形のICUかというのは、「お任せ」という格好になりますので、これがその病院でICUと考えている病床数であろうと考えていただいたら、いいだろうと思います。それから、1つの大学の中に幾つもICUがあるんですけども、ここの協議会に参加しておられない、ICUは数に入っていないとかですね、例えば、院内ICUと称されるとか、或いは外科系ICUと称されるとか、別枠に入っていたりですね、ICU以外に仮枠ICUに入っていたら、それなりの分け方は、ちょっと、こちらでは、分かりませんでした。それ以外に、ストロークケアユニットがあったりとか、いうことがあったようです。加算については、下の方に5行書いておりますけども、特定集中治療室管理料が加算されているものだけではなくてですね。救急病棟に関しては、救命救急入院料2が加算されているものであるとか、一部救急病棟でありながら、特定集中治療部加算料であったりとか、CCUと名前がついているんだけど、救急入院料1を加算しているものとか、加算の名前でもって、ICUを規定している訳ではないと、いうことの様でした。それから、増床数、5番の2005年から2008年の増床数ていうのが、そこに

統計を取っておりますけど、結構この数年間でICUの増床が多いという印象を受けました。6番に関してはHCUに関してどうなんだということなんですけども、2004年に11校あったHCUが現在は、9校に減っております。そのHCUの内、病床数が変わらなかったのは、たった2校しかないということなんです。4校で病床数が減っております。それから、4校で全く、HCUの存在がなくなっております。中には、HCUを無くして、ICUに改装、増床した大学もある。で、その際、下に3校で新設していますと、書いてありますけども、2004年当時にHCUがあった所で、増床された大学は、全くありません。形としては、ICUが増えたり、ICUに変わったり、減ったりというのが、大体の傾向であったということです。7番目にHCUの無い大学で、これから、HCUを開設予定というのは、たった1校しかないということです。それで、計画はあるが具体的なものになっていない大学が10校と言うふうに書いてあるんですけども、これ印象ですけど2004年当時の同じ質問に対してですね、今回の方がもっと、具体性がないという印象で、HCUが本当に出来るのかなという一応の計画のようでした。因みに2004年にはですね、具体的に計画していた5大学で8.2床計画していたんですけど、その5大学の内で新しくHCUを作った大学は、1校しかございません。2004年当時で計画していた大学の殆どがHCUを作るのを止めてしまっていると言うのが現状のようでした。8番ですけども、ICUの現在の病床数が適当であると考えている大学が44大学中10大学ありましたけれども、このうちですね、この数年間に増床した大学が8大学ございまして、満足してるのは、むしろ、ここ数年間の間に増床したために満足した状態に達したのだろうと、いう印象です。31大学ではICUの病床が、まだ足りないと考えています。次9番ですけども、どういう風にしていったら、今後良いだろうかという皆さんの考え方と言いますか、実際にそうなっている訳じゃないんですけど、これから、どうしようかという話をお答えいただいたんですけども、ICUのみの増床を考えているのは、20校ありました。HCUのみの増床を考えているのは6校ございましたけども、その6校全て現在HCUはございません。ですから、今、HCUが無い大学で6校がHCUの増床を考えていると。ICUの増床とHCUの開設増床を考えているのは、6校ございましたけれども、その、ICUとHCUの増床、両方考えている6校の内、現在、HCUを持っているのは、たった1校しかない。要するにHCUの増床を考えている12校の内、現在HCUを持っているのは、たった1校しかないということのようです。それで、もう1つはですね、2004年当時にHCUがある大学で現在無くなっている大学があるんですけども、いっぺん、無くした大学でHCUをもう1回作ろうかと考えている大学が、1校ございます。ですからHCUの増設、新設を考えている

大学のうちで、今現在HCUを持っているのは、合わせると2校と言うことになるのかと思いますけども。どういう考え方でそのようになったのかと質問をしたんですけども、HCUの考え方といいますか理念というのが非常に良いんですけども、人を配置したりとか加算という所を考えると、非常にHCUというのは、効率が悪いと。人も看護師も配置しなければいけないんですけども、HCUの加算の料が少ないんじゃないかなということを私は、考えたんですけども、稼働率の平均は、割と高い稼働率というふうになると思います。次にICUの籍という質問したんですけど、これ、私の質問の仕方が悪くてですね、兼任、専任という言葉の定義がうまくいかなかったもので、実は、救急の先生方の中に専任と書いていらっしゃる方がいらっしゃるんですけども、救急も一緒にやっておられるわけで、専任というよりは兼任なんじゃないだろうかというようなことがありましたし、兼任と書いておられる中身がよく分かりませんので、そこに上げてある数字は、全く書かれたとおりに上げましたけども、良く読んでみると、ICU専任というのは、もっと少ないんじゃないかとの印象がありますし、13番に部長という風に書いてありますけども、部長が3人いらっしゃる施設があるんですね。そうすると、この質問は、1つのICUについて聞いていますので、部長さんが3人いらっしゃるの、どういう風になるんだろうなと、ちょっと良く分からないところが出て来たりしています。新しい特徴としましては、兼任しておられるところも、救急と麻酔科が集中治療部の運営というか、籍的に兼任して居られる方が多いということ。それから以前は無かったんですけど、准教授で部長になっておられる大学がいくつか出て来ていることですね。実際の業務に関しても、14番ですけど。見ていただくと分かりますけども。救急と麻酔科が実際の業務に関しても支えている大学が結構多い。それ以外に循環器内科とか循環器外科というところが協力してICUを支えている施設が多い。実は実際の業務に関しても、専従兼務というところへの定義があいまいだったもので、実際ダブっているか、はっきりしない部分がございます。それから16番に関しては、ICU所属の医師のみで夜勤を行っているというふうにご返事いただいているのは殆ど全部救急と一緒にICUを管理している施設で、ICUだけの専従と書かれているんですけども、どうも救急医師が取られているところしか無いみたいな感じでした。協力者として、一緒に夜勤をして居られるのは、やはり、麻酔科が一番多かったと言うことです。16番から以下は、HCUに関して聞いておりますけれども、先程申し上げましたようにHCUが全部で9大学であったということと、HCUが無くなった所、増えているところがありますけれども、16, 17, 18, 19, 20, 21はその統計そのままでございます。ハイケアユニットの入院管理料は、2004年には1校も認められておりませんでしたけれども、今回、認められて

いるというアンケートの答えがあったのは、2大学あったのですが、そのうちの1校はHCUが救命救急入院料1で認められておりまして、ハイケアユニット入院管理料として認められているのは、たった1校しかない。23番に書いてあるんですけども、岐阜大学1校だけでございます。その認可は2004年6月であったということですが。施設基準クリアの困難さに関しては、2004年と2008年に関してそこに書いてますけれども、2004年にはですね、一般病棟平均在日数が17日だったですかね。あの基準がクリアできない大学、全部だったんですけども、今回は、5大学がクリアできないと、他の大学は、それはクリアできるんですけども医師と看護師の配置と言うことに関して、4大学、3大学と書いてあるんですけど、これは重なってますので、5大学で医師、それから看護師の配置、人の配置に関して苦しかったと、苦しいと言うことを言っておられます。その中の意見でですね、先程申し上げました様にHCUとして医師、看護師を配置するよりもICUとして配置する方が効率が良いんだと、言うふうなことを記述で書いておられることがございました。医師の配置に関しては4大学で配置というふう書いてございますけれども、全て兼任で3大学は、救急と1大学はICUとHCUが兼任であるという大学がございました。他の大学は、HCUに医師の配置はございませんでした。27番は、これも書かれていたとおり、そのまま足し算しております。括弧の中は施設数の数でございます。それから28番は、もし医師の配置が無い場合にHCUの管理はどうされているんですかと言う質問に看護師さんがやってるとか、ICUの医師が手伝っているとか救急の医師が手伝っているとか、と言う風なことで、なんとかこなしているということだったです。29番HCUの当直を行っているのは、3大学ございますけれども、これも救急に属しているHCUという形で当直を行っておられる様で、HCUの当直というよりも、どうも救急全体ではないかという感じで、ちょっと、はっきりしたことは、分かりません。それから、HCUを行っている3大学の内、当直翌朝の業務はどうなっているのかという質問に対しまして、解放されるのは、1大学で、2大学は通常業務をこなしておられた。いうことは、労働基準法の面から見て、ちょっと、どうなのかなと言うことでしたけれども、交替制勤務でなくて、当直だったら認められますので、そういうことなのかないう風に思いました。31, 32, 33は、ここに書いてあるとおり。34番ですけども、HCUを教育の場として利用されていますかと言うことですが、教育の場として、HCUを活用されているのは、3大学ございましたけれども、全て、救急医学の担当している大学でして、救急医学の科が、HCUを見ておられない所では、教育の場として、全く利用されていないということだったようです。纏めは、そこに書いてあるとおりでございますけど、もう1回読ませていただきますと。国立大学附属

病院が独法化された結果、経営改善のためもあってか加算のとれる重症病床の増床が行われてきており、加算の種類も特定集中治療室管理料加算のほか、救命救急入院料1, 2、総合周産期特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料等加算など、色々なものを取ろうとしておられるというか、取っておられて、結局、実状に合った加算を取ろうとしておられるようです。一方、ハイケアユニットについては、むしろ減病床している施設とか、HCUそのものを廃止してICUに変えていく施設も目立っているようだと。この原因として一部の施設では、ハイケアユニット入院医療管理料が在院日数の制限や、医師・看護師の配置制限などの問題でとりにくく、また医師・看護師の配置による人的、経済的効率もHCUでは悪いと、いうふうに書いておられる施設がございました。独法化前には、救急医学と併存するなどしていないと、集中治療室に配置されていた籍は、講師1、助手2が一般的であったが、現在では、准教授で部長の籍の者が何人か出てきている。しかし、集中治療部の成り立ちそのものが、各大学で大きく異なり、その定員の所属、数や、実質的に集中治療部の患者を診ている陣容については、各施設によって、また母体によって異なると、このことはHCUについても同様である。以前は少なかった重症病棟への、臨床工学技士、薬剤師などいわゆるコメディカルの配置については、殆どの大学が病院全体の内の何人かが、ICUないしはHCUに手伝いに来てくれているというのが多くなってきているけれども、ICUあるいはHCUに専任のコメディカルについては、まだまだ少ない、ということだと思います。ICUにしてもHCUにしても、医師、看護師、コメディカルについて、人員配置が少なく、HCUについては実質医師の配置のない施設もある。加算の取れている施設でも、これはICUの加算ですけれども、当直勤務や夜勤体制については各施設それぞれ苦労されている。単独の科で夜勤体制が組めているのは、ここのところ人員等の不足が叫ばれている救急医学科の関与する施設が多いが、兼務ということを経験すると単純計算しても労働基準法がぎりぎりか、これでは労働基準法を守れないんじゃないかと、いう施設が大部分であると。定員の増加、待遇改善のほか、集中治療にかかわる環境の改善が望まれる、というふうに纏めましたけれども、この纏めもICU側から見たHCUということで、纏めておりますので、今回纏めに参加していただいた4人の方の中ではHCUが必要かどうかということを経験する必要があるんじゃないだろうかと、いうことをいわれる方がいらっしやいましたけれども、実際にHCUがありますし、理念的にはHCUというのは、ICUのstepdown bedであるとかですね、長期といいますか、内科の患者さんの人工呼吸なんかの面で、理念的には良いものがあるので、要るか要らないかの議論に関しましては、やる必要はあるんでしょうけれども、大学の特異性が色々あ

るので、なかなか結果が出しにくいなあということを思いました。以上です。

**熊本大学（木下）** はい、斎藤先生、ありがとうございます。以上資料のご説明でございますが、この話題に関して、あの、話聞かれたり、資料見られたり。

はい、どうぞ

**岐阜大学（吉田）** すいません、岐阜大学の吉田と申します。ハイケアユニット管理料の私の施設管理しているということで、アンケートに一時的に答えてしまったんですが、後ほど事務の方に確認しましたところ、救急入院料1の間違いで、ハイケアユニット管理料は、まだ、取っていないということですので、誠に申し訳ございませんが、取っている施設は無いということになりますので、訂正させていただきます。

**熊本大学（木下）** はい、ということは、ハイケアユニット加算取っている、ハイケアユニットはないと、他にございますか。どうぞ。

**秋田大学（多治見）** 秋田大学の多治見です。斎藤先生、詳細な報告ありがとうございます。それで、先生がおっしゃられているハイケアユニットが必要であるのかという議論をするにあたって、ICUから見てどういう患者さんがでて必要なのか、或いは、病棟にたとえば、全国的に何人いるのかと、そういう、患者さんの方から見たデータを収集しないと議論にならないような気がするんですけども、その辺は、どうでしょうか。

**熊本大学（木下）** 斎藤先生お答えできますか。

**鳥取大学（斎藤）** 私、先程申し上げたようにHCUの理念は、いいと思うんですけども、多治見先生がおっしゃるように具体的なデータを取らないと本当に必要かどうかということは、やっぱり先生おっしゃるように、でてこないんだろうと思います。

**秋田大学（多治見）** ここは、集中治療部の協議会ですから、ここの協議会として出来ることのあるとしたら人工呼吸を付けたまま病棟にでなきゃいけない患者の数とか何かの基準を作って、stepdownの必要な数をとというもの出していく必要があるんじゃないかと思います。もう一つ、斎藤先生、大事な議論をしている中で、つまらない質問をして申し訳ないんだけど、先生の所の施設の名前ですね。高次集中治療部という名前は、上に書いてある高次治療室とICUを診てるという意味あいですか。

**鳥取大学（斎藤）** おっしゃるとおりです。

**秋田大学（多治見）** 余計なことを言ってすみませんけれども、外国からお客さんが来て病院の紹介をする時に、ここがハイケアユニットだと説明をすると、米国にも、何処にもハイケアユニットというのは無いと、これはstepdownでしょうと。ハイケアユニットという響きは、ハイアターンインテンシブという意

味あいになるので、これ、大変難しいでしょうけど、名称を変えるというのは。ちょっと考えた方が良くないんじゃないでしょうか。

**熊本大学（木下）** はい、他に何かございますか。色々膨大なデータを集めていただきましたけれども。ご意見ございますか。はい、どうぞ。

**千葉大学（織田）** 千葉大学の織田ですが、我々の所も病院再開発計画の中で、ICUの増床とそれから、HCUも作るという予定で動いておりまして、実はこのアンケートの段階では、恐らく開設の予定ということで返事をしたと記憶しているんですが、残念ながらHCUは作らないと、ICUの増床のみということになってしまいました。それは先程も多治見先生がおっしゃったように、どの位stepdown ユニットとしての数が必要かということだけと言われたんですが、なかなか、それが病院全体で、どの位、重体患者がいるか把握できないんですよ。それともう一つはHCUまで作ると、各病床数全体で増やせないの、各科が病床を拠出しないといけないので、うちは、かなりセクショナリズムが強くて、自分の科の病床を減らされることにもものすごく抵抗があって、そういうこともあって、ICUの増床だけは何とか認められたんですけども、HCUは、もう作らないということになってしまいました。以上です。参考になれば。

**熊本大学（木下）** はい、ご報告ありがとうございます。他にございますか。はい。

**〇〇大学（〇〇）** 医師は確かに、セクショナリズムとかゾーンがあってつかみにくいんですけど、折角、看護部門あるから、病院全体で、人工呼吸器どの位つけるか。病棟で付けてる。或いは、ICUから、人工呼吸器がどの位出るとか、看護部門の方が把握しやすいんじゃないですかね。そういう数をどうにかこの協議会で出していただければ、議論の材料になると思うんですけど。いかがでしょうか。

**熊本大学（木下）** どなたか、お答えになられますか。はい、どうぞ。

**北海道大学（高岡）** 北海道大学病院の高岡です。当院は、923床の病床数で、ICUが10床です。呼吸器のパトロールのために、私は病棟巡回を週1回していますので、大体、数的には、10台～15台回っている状況です。故に、NICUがプラス2～3台、時には5台位という状況で大体年間通して同じ位稼働している状況です。

**〇〇大学（〇〇）** それを、全国で集めることは可能ですか。

**北海道大学（高岡）** 可能ではないでしょうか。後、今、MEセンターが人工呼吸器を集中管理していますので、どれだけの台数、病棟で使っていて、後、使っている実数も電子化のカルテの中で今、うちでも全部データを毎日、取って付けてる患者さんの状況がICUで分かるようになっていきますので、MEセンターの力を借りて、うちでは、可能だと思いますので、それを院内的に協力を上げれば出来

るのではないのでしょうか。

**熊本大学（木下）** はい、宜しいのでしょうか。はい、どうぞ。

**愛媛大学（土手）** すみません。愛媛大学の土手と申します。斎藤先生、これだけのアンケート出しますのに、大変だったろうと思いますし、これで初めて日本におけるHCU、特に大学病院におけるHCUの少し衰退傾向にあるというのが分かったんじゃないかと思います。で、この問題はですね。これから変わっていったHCUがいわゆるICUとして増床されている大学がかなり増えてきていると思うんですね。ただ、その時に恐らく看護師さんは、2：1看護になる為に増員されていると思うんですけども、実際問題、集中治療部の医師とか、そこら辺がちゃんと補充されているのかどうかの問題に変わって、我々のところにかかってくると思います。

**熊本大学（木下）** はい、お答えありがとうございました。他に何かございますか。宜しいのでしょうか。斎藤先生、ちょっと私から一つだけお聞きしたいんですけど、ハイケアユニットは、結局、加算は取れないと。作っても、その重症患者あつらえても、金銭的には病院への見返りは殆どないと。人は倍取られるということなんですけど、その17日という勤在日数はクリアできている病院が増えてきているので、国立大学としてもその基準は、頑張れば何とかなる訳でしょうか。それとも、それも、かなり足かせとしては、重いも。それはマンパワーの問題、在日数の問題、或いは両方、どちらなんでしょうか。結局何処の大学も取れてないということですよ。

**鳥取大学（斎藤）** アンケートの結果を見ますとですね。両方とも絡んで来てると思うんです。在院日数の問題とマンパワーの問題と両方あると思うんです。ただ、在院日数の問題に関しては、私の大学もそうですけど、出来るだけ減らしていきたい方向にみんな、何処の大学でも向いているんじゃないかと思います。うちの大学も2年ぐらい前からだんだん減り出しまして、今だったら、在院日数に関しては、クリアできている。数の上でも、11大学が、5大学になってきたですね。ところが、それ以外の医者を常に置いておかないといけないとか、看護師さんを4：1にしなくちゃいけない、ということになりますと、現在7：1が始まったところで、それでなくても看護師さんが足りない。で、それで更に4：1でやって、加算を取ろうとするとしても集中治療加算の方が、高いわけですね。もし、同じ数だけの看護師さんを配置して、後、医者さえ何とか出来れば、集中治療加算を取った方がメリットが高いというか、効率がいいと、いう風に考えられているんじゃないだろうかと、これ、推測ですけど、思います。

**熊本大学（木下）** ハイケアユニット加算は、仮に取れたとしても、額がしれてると。平たい言葉で言えば。それから、ICU加算を入れた方が金銭的にはメリッ

トが大きいと。

**鳥取大学（斎藤）** うちなんかは、HCUがあるんですけど、そのHCUの加算を是非取りたいと。取りたいけど、それだけの医者と看護師の配置をするんだったら、言い方が悪いんですけど、全部ICUにしたらどうだろうかという、そっちの議論が先に来ちゃうんですね。

**熊本大学（木下）** 分かりました。はい。ま、診療報酬に振り回されるのは、ちょっと、どうかなという思うところもあるんですが、現実には、その問題も我々、無視できないところがあって、なかなか難しいところであると思いますが、何か、この話題に関しましてございますか。宜しいでしょうか。では、最後に斎藤先生、このアンケートは、今回で一区切りということで、次年度の協議会での取扱いとかは、どの様に致しましょうか。

**鳥取大学（斎藤）** 私は、去年その依頼を受けて、今後、どうしようかということに関して、今何も考えていません。ただ、今回の結果を纏めて、どっかに出そうとは考えてます。

**熊本大学（木下）** 他の3名の先生方は、何かご意見はありますか。片山先生と稲葉先生は、あまり発言されてないです。片山先生いかがでしょうか。

**岡山大学（片山）** 岡山大学の片山です。この纏めの間に斎藤先生とメールのやりとりをさせていただきました。先程、斎藤先生がHCUが今後どの程度必要性を認めていただけるのか疑問であるように言われましたけども、実は私がメールをそのように述べさせていただきました。というのは、今の議論にありますように経営効率から見たら恐らく、ICUにしてしまった方が、良いと考えているのが多数を占めていると思われれます。実際私達の大学でもそのとおりです。HCUに関してもナースの方のケアの質はICUとあまり変わらないわけで、ナースの数に関しては加算の取れる部分に対して集めることは可能だろうと思いますし、医師の方は、恐らく1名で6床のICUを診てようが、15床のICU診てようが、1名常勤が要するという点に関しては一緒な訳です。ですから施設基準としては問題は起こらない。つまり、経営者側にとって、「もう少し沢山診て頂戴」と、言っとけば、医師の方の勤務体系は保てるということになります。

**熊本大学（木下）** はい、ありがとうございます。ちょっと、私の聞き方が悪かったのかもしれませんが、この協議会としては、この議題が、これで一応、一区切りということで、次年度での繰り越しは、どの様にさせていただきますかということなんですが、継続されますか。それとも、一区切りということで、打ち切りということにされますか。

**岡山大学（片山）** 片山ですけど、その件に関しましては、私自身は、このICUの協議会の中で話す限りはちょっと、無理があるのかな。つまり、stepdownと

して、本当にICUを出て、そのHCUという別施設に移る形が想定されます。しかし、例えば斎藤先生の施設では、ICUがあってそれに併設された形で、広義のHCUがある。そこへ自分たちの中で移していく限りは、14日のICUの加算から、同じように管理をしてても、そこから後1週間余分にHCU加算を取ろうか取るまいかという事だけの議論になってきそうな気がします。別の施設に患者さんが移って出て行って、別の形の管理をするのであれば、stepdownの病棟としての意義は凄くあると思うんですけども、現状は、併設というところが多いので、ここで話すには、もう限界があるのかなと考えます。

**熊本大学（木下）** はい、ありがとうございました。斎藤先生どうぞ。

**鳥取大学（斎藤）** うちの大学の場合はですね、ICUは、麻酔科と協力して診ているんですけど、HCUは、各科管理になっていまして、だから結局、籍欄で何がうちのICU、HCUに関して、一番大事なことかという看護師さんの数になります。一般病棟の数よりHCUの看護師さんの数の方が多いので、数で診られる場合においても、看護師さんの手が多いので、ある程度、重症、見やすいということは、あると思うんですけども、毎年、毎年、HCUに関してこの協議会で、継続でやるという程のことではないんじゃないかと。数年間に今回も、2004年、2008年とやりましたけども。また、何年か経って様相が変わってきたから、もう1回やりましょうかという話でやられた方が、変な話ですけど、毎年、このアンケートやろうと思うたら、仕事も大変だと思うんで、その事も考えますと、西村先生の方のやつに協力された方が良いんじゃないかと。やっぱり、しっかり看護も出て来るんじゃないかという風に思います。

**熊本大学（木下）** はい、分かりました。では、先ず取り敢えず次年度は、スキップで宜しいですか。

**〇〇大学（〇〇）** さっき、言ったICUから、人工呼吸器を付けたままで。

**熊本大学（木下）** はい、じゃ、ちょっと別の、その調査をするかどうかというご提案として承って良いですか。じゃ、何処でやりましょうか。今、お話しした方が宜しいですか。

**岡山大学（片山）** 協議会の中の委員会で、斎藤先生を中心としたメンバーで、やるかやらないか、メンバーをどうするのかということは別の議論ですけども、HCUに関する調査を今後継続するのかどうかは議論をした方が良いと思うんですよ。もう既に結論が出ているのではないかとも思いますが。

**熊本大学（木下）** という、先生のご意見ですね。

**金沢大学（稲葉）** ちょっと宜しいでしょうか。

**熊本大学（木下）** はい、稲葉先生お願いします。

**金沢大学（稲葉）** stepdownが必要と言われる本意は、もう少しICUで診たい

と言う意味でしょうか。人工呼吸器が理由に出ていますが、決して、人工呼吸器だけではないと思うんです。例えば、カテコールアミン類の微細な調節が必要なことも理由でしょう。ですから、本来ICUに入室していく患者さんが、どの位増えているかとの視点での調査をした方がいいかと思います。人工呼吸器だけで、今では在宅で人工呼吸器を使っている人もいますので、これは慢性的な状態であれば、決して病棟でやっても、おかしくないと思っています。因みに、今、救急の関係で自主的に私の大学では、重症救急患者を断った事由、どういう事情で断ったのかというのを、自主的に救急の担当医にメモをさせています。そういう調査は、難しいですか。

**熊本大学（木下）** はい。ま、HCUという視点でなくて、寧ろそのICUのキャパシティを、もっと増やしたら良いとかですね、ちょっと違う方向の結論に導くためにもというご提案なんですけど、じゃ、そういうのをやったらどうかというご意見なんですけども、基準もなかなか、今、稲葉先生がおっしゃったのを感覚的にはよく分かるんですけど、じゃ、それを具体的に、いわゆる無理無理押し出しというやつだと思うんですけど、それが、どの位あるのかと言われた時にどうやって調べたら良いんだろうという。ちょっと、頭を悩ますところのある。そういう症例が実際あるのは、我々もよく分かっているんですけど。ちょっと、じゃあこの事は、横に置いていて、時間も限られてますので、先に進ませて頂きたいと思います。

### 【協議事項3：今後の方向性について】

**熊本大学（木下）** それでは、協議事項の3番は、今後のこの協議事項の方向性とか、或いは目指すところについて、少し議論をした方が良いんじゃないだろうかとということで、資料はございませんが、提案大学の名古屋大学からご説明をお願いします。

**名古屋大学（高橋）** はい、名古屋大学の高橋です。今までHCUと機能評価と話が出たんですけども、数年前から、何となくそういった雰囲気が見えない、以前は病院単位の業績であるとかですね高度障害、脳症炎の先生とかクールで、それなりの目的があったように思うんですけども、近年、あまりそういったことも意味がなくなってきた、実際、ここで協議会開いてですね、1年間待って、今回は色んなデータ収集ありましたけども、それがなければですね。実情を話し合って、それで終わりというような感じになってきたので、だから、なくして、僕に密送内でやりましょうと書類があるわけじゃないですけども、一つ前に提案したことが今、全国協同高等決定、安全を目指して手を挙げてですね、自発的に安全管理なりのテーマをやっていきましょと、そういうことから、始まっているんです

けども、そういった、人数がいったパックについての取り組みにも、国立大学のICUとですね。やるなら、やるとか、そういうふうなテーマを決めて、具体的なことを実施していくと、そういうのを運営母体として、ここを機能させていくとかですね。そういったことが、必要なのかなと、それをちょっと考えたんですけども、今後、どの様にして、この協議会を機能させるかということを、ご意見があればですね、お伺いしたいと、いうことで議題に上げさせて頂きました。

**熊本大学（木下）** はい、ありがとうございました。私も今回当番させて頂きましたが、協議会の継続性、何のためにこの協議会を毎年毎年やるのかというところに、ちょっと今、必然性というか、目的を見失っているような所もあるように感じました。今、高橋先生おっしゃったように、何らかのプロジェクトを継続的にやると、その成果を共有し合ったり、発信し合ったりするというのでは、いいんだと思うんですが、そういうものも、過去には、実はあったんですが、最近は、ちょっと、それらしいものは、あまりないと、この協議会としてはですね。西村先生やられているのは、集中治療医学会としてされている部分であって、この協議会は主体ではないということで、少し協議会の存在というか、開催そのものの目的が希薄になりつつあるのかなという、それは何もしないから悪いわけで、もっと、皆んなでやりましょうという話になるのかもしれないんですが。というのは、実際、ちょっと感じました。私の意見になりますが、国立大学といえども、個々の事情は、てんで様々で、集まって、ワイワイ言い合ったからといって、何らかの結論が、なかなか出るわけでもないし、というようなそういうところもあるように思いましたけども。何か、皆様の方から、この協議会の方向性というか、結構大きな疑問を投げかけられているわけですが、確か、去年か一昨年にも同じにも、同じような意見があって、かといって、止めるのは勿体ないしということで、続けようという話になった様な記憶もございます。去年でしたか、一昨年。一昨年でしたね。どうでしょうか、どの様に取り扱いましょうか。高橋先生、何かご自分のご意見はありますか。

**名古屋大学（高橋）** 何年ぐらい前かな、7～8年か、5～6年前になるかしれないんですけども、今ひとつはですね、ダブルのところで、今、安全のことが問題になって、それが、国立大学のICUとして、インシデントではなくて、アクシデントに関する報告上げてもらって、その未然防止とかですね、それに対する需要は協力したいということで、いくつかの先生に、愛媛とかですね、そんないくつかの大学に協力して、要するに頭下げるような課題の、それでインシデント、アクシデント送ってもらったりしてですね、やろうとしたんですけども、なかなか、それが集まんないと、だけど、その時に比べればですね、色々な安全体制意識とかが膨張してきてるし、一つの例かもしれませんが、そういうのも、共

有して、やってみるといような具体的に、なんだかんだが遅いんで、一つ何かやらないと、始まらないかなということは考えてます。但し、それが、いくつか埋まらなければ、結構、大変なのは、大変で、一つうちだけでやるというのは、なかなか大変だと思いますけど。テーマは、安全に関わる、安全性に伴う、先程、言ったようにICUで使う人工呼吸とかは、それに関する事で良いんでしょうけど、但し、あんまりアカデミックなものを絡めてやるとか、そんなことをやるのは、意味がないと思いますけど。

**熊本大学（木下）**何か他にございますか。実は、前回からの引き継ぎで公立大学と産業、自治大、防衛大の私学だけど性格が似てる大学の集中治療部にも今回、一応オブザーバーという形で、ご出席を願って、連絡が遅くなって、全部は、来られてないんですが、協議会の方向性という意味では、そういうメンバーの取扱いもどうするのか、そういう方々も一緒に入って頂いて、一つの協議会としてやるのか、どうか、オブザーバーとして呼びするだけでは、ちょっと来て頂くのも気の毒だし、もし、毎年毎年声をかけるなら、メンバーになってもらった方が良いんじゃないかというご意見もあろうかと思うんですが、皆様としては、その辺りは如何でしょうか。公立大学だけ、そういう御集まりは、ございますか。情報ご存じだったら。

**福島県立医科大学（飯田）**福島県立医科大学の飯田といいますけども、公立大学の集まりというのは、特には聞いておりません。私自身が昨年11月に前任者から引き継いだもので、良く把握していない部分もありますけども、特に聞いてはおりません。

**熊本大学（木下）**分かりました。じゃあ、どうしましょうか。

### 【その他：看護部会の報告】

**熊本大学（木下）**次期当番大学の所には引き継ぎをお願いしたいと思うんですけど、その前に今回、正式に初めて集まれた、看護部会からの報告をお聞きしておかないといけないんですが、宜しいですかね、吉村さん。

**熊本大学（吉村）**熊本大学病院集中治療部の吉村です。後ろの方から失礼致します。本日、午前中10時～12時の間に看護部会の方開催いたしました。今、木下教授が言われたように、今回が正式には第1回目の部会ということで、まず規約案を提示いたしまして、その検討を致しました。内容としては、開催時期につきまして、年1回のみでの記載でしたので、年1回の本会の午前中に開催をすること。また、議事録を作成して、配信をすること。さらに、看護部会の報告を本会の最後に行うこと。等を付け加えることとしました。それと全体的な規約の構成につきましては、本会の協議会規約に沿ったものになる様に、今回ちょっと、そ

れを見ていませんでしたので、今回の規約に沿ったようになるように全体的な構成を見直していくこととなりました。次に討議につきましては、参加者の皆様に事前に議題の提案をいたしておりまして、7：1の看護として、新人が多くなっておる現状で、ICU新人の配置も多くなっていますので、今回は、新人教育を議題として話し合いを行いました。まず、当院のICUでも今年、新人が12名入りまして、今年の新入教育について、まず、プレゼンテーションをさせていただきまして、その後意見交換を行いました。主には、どういう支援をしていくのかということで話が進んだかと思うんですが、やはり、全員がICUを希望して入職する新人ばかりではなく、モチベーションが下がりメンタル面のサポートが必要ではないかということで、施設、施設でかなり、サポート体制を部署以外で院外といいますか部外で、精神的な支援のサポート体制を作っている施設だとか、院外にCNS専門官の配置があったり、産業心理士を置いて全般的にメンタルサポートをしているという様なお話がありました。あと、技術支援につきましても、なかなか、重症度の高い患者の技術を提供しなければいけないので、新人が自己学習の出来る環境が必要で、視聴覚DVDだとかシミュレーション室の利用だとか、そういうことの支援をしているという報告でした。後、新人の1年目に関しては、常に師友とか先輩の目があるので、寧ろ一般病棟よりも、技術習得が早いのではないかとということで、それよりも2年目からの技術に対して、目が離れる2年目からの、さらなるサポートフロー体制の確率が必要ではないか。そういう色々な意見がありまして、その他、専門看護師の支援だとか活用、色々な意見がありましたが、唯、各施設で病床の数、例えば、ICUが6床～36床、看護師数の30～130人以上と、かなり状況の異なる施設間での異なりがありましたので、一言で新人教育と言っても、なかなか、同じ議題で議論をしてもかなわないということがありまして、同じ施設で新人教育の何処にポイントを置いてやっていくのかということで、今回、意見交換で出た内容等を各施設に持ち帰って、今後の新人教育に活かして行けたらいいのではないかとということで終了いたしました。そして、最後にこれを機会に施設間で、そういう状況の違いだとか色々な問題がありますので、例えば病床数だとかスタッフ数、それぞれ共有できるものの一覧表等を作成したり、或いは、メーリングリスト等で情報交換をするということをしていったら良いのではないかと意見がありましたので、当番校として、そこら辺の作成等にあたっていきたいと思います。以上、報告を終わります。

**熊本大学（木下）** はい、吉村さんありがとうございました。看護部会の報告に関して何かコメントあられる方いらっしゃいますか。他の看護部会のご出席者の方で、ご追加等ございますか。無ければ、そのような事だったということで。

### 【次期当番大学選出について】

熊本大学（木下） それでは、議題の最後ですが、まあ、今後の方向性にも関わりますが、次年度、次年度は一応開催するかどうかということにもなるんですけど、次期当番大学を引き受けいただく方を探すのも結構大変だったんですけども、幸い来年は、大阪大学の真下先生が、今日、藤野先生がお越し頂いているということなんです、お引き受けいただけるという内諾を得ておりますけれども、次年度の当番校は大阪大学にお願いするということで、宜しいでしょうか。

では、藤野先生一言お願いします。

大阪大学（藤野） 大阪大学の藤野です。今日は、部長の真下が欠席していますので、代わりましてご挨拶を致します。まだ、引き受ける話をしてから、間がありませんので、日程等全然話し合っておりません、これから事務方と相談しまして、決めていきたいと思っております。今のお話で、方向性がちょっと分からない中、非常に不安な気が致しますが、皆様のご協力よろしくお願い致します。

熊本大学（木下） よろしく申し上げます。はい、どうぞ岡元先生。マイクをお願いします。

信州大学（岡元） 信州大学の岡元です。私はこの協議会に20数年以上出席しています。多分、一番長く出席しているのが私ではないかと思っております。本協議会の今後の方向性の話を少ししておきたいと存じます。

多治見先生とか織田先生とか、私達は段々ロートル世代になってきました。このロートル世代が集中治療を始めたのは約30年も前になります。この頃は全国の国立大学に集中治療部がどんどん開設された頃です。集中治療の言葉そのものが目新しく、私達はクリティカルケアまたはインテンシブケアという言葉の響きも好きで、重症患者管理に関する新しいことを研究し開発してきました。また、集中治療を介して得た生命維持科学の知識や技術を学生にいかに関与させるかということを楽しんできました。看護師さんも医師と一緒に学んできました。今でいうチーム医療の先駆けみたいなものと思っています。それぞれの大学が、例えば、千葉大学が光り輝くと、他の大学も光り輝くように切磋琢磨しました。この努力が今日の集中治療を築いてきたと考えています。また、この協議会を介して文部科学省には集中治療部の近代化のための予算請求をお願いしてきました。

ところが、独立法人化した今、集中治療部の機器購入を含めて機器更新は各大学の収入で賄う時代になりました。もう一つは7：1看護体制という大きな嵐が来ました。ICUの人数を増やすよりもICUを廃止してでも病院全体として7：1看護を維持した方が病院への収入が増える異常な時代となりました。例えば、400床で7：1看護体制とすれば約2億の増収が見込めるわけです。本来、「重症加算というのはICUあってこそその重症加算」であるべきです。厚生労働

省はICUあってこそその重症加算ということを行わなかったわけです。ICUがなくても7:1看護体制で収入が増えるわけです。そこで、重症加算するためにICUまで潰してしまう病院まででできたわけです。おかしい話です。さらに、僕らは約30年前になります、夢を持っていました。集中治療をやったから飯が食えるとか、そんなことは考えることなしに24時間365日働いてきたわけです。ところが、今、集中治療を一生懸命ずっと長くやっても夢がない。夢が失われつつあるのだと思います。だから、是非ですね、来年か再来年は上記のことを考えながらこの協議会を進めなければならないと思います。

独立法人化したとしても、大学で最も大切なものは教育機関であるということです。また、研究機関でもあります。今の医療体制では患者の命を守る最後の砦でもあります。その最大の砦がこの集中治療部でなんです。だから、やっぱり、この協議会では「大学における教育、研究、重症患者診療はどうあるべきか」ということを議論するべきでしょう。欧米においては、例えば500床の病院だったら、大体10%がICUです。それが当たり前なのです。ところが日本では700床であっても僅か10床程度しかない。どうして、日本ではこの少ないICU数でやっていけるのか。各大学で種々のテーマをだして、みんなで各大学のICUがまた光輝くようにしなければならないと考えます。特に、国立大学の病院は、「大学における教育、研究、重症患者診療はどうあるべきか」ということを議論し他の施設をリードしていく力をもたなければいけないと思います。ゴールを見失ってはいけないと思います。そう、ゴールはあります。

ただ、私達は、経済とかその他の色々なものに惑わされている。経済は勿論大事ですが。先程HCUの話が出ましたが、HCUやって、本当に儲けるのか。儲けないなら止めた方がよいという提言を出したらよい。実際、HCUは余り儲けないと思います。儲けないならばHCUを止め儲けるICUを作ればよい。具体的に、例えば鳥取大学は是非ですね、HCUをたくさんお持ちですから、どれだけのスタッフが必要で、どれだけの時間を投入して、看護師さんが何名で人件費が何億必要で、実収入はいくらなのか。実際的な数字をやっぱり出してもらいたいですね。どうあるべきだという収支バランス表をだしていただいたら具体的なものが分かってくると思います。多治見先生が言われたように全大学の数字を集めるのは困難でも、個々の大学で出来るところをやっていったらどうかなと思っています。ま、そういう意味を含めて、来年は大阪大学、頑張っていたきたいと思います。

**熊本大学（木下）** 岡元先生、どうもありがとうございました。ちょっと、じゃあ先程、保留しました、公立大学関係をメンバーにすることに関しての賛否は如何でしょうか。メンバーが増えることに対して、あまり大きな障害はないと思うん

で、お招きすることで宜しいですか。藤野先生、次回から、もうオブザーバーじゃなくて、メンバーとして、同じように取り扱っていただくように引き継ぎをよろしくお願いします。それから看護部会も始まりましたんで、次年度、看護部会も大阪の方で、引き継ぎの方よろしくお願い致します。事務連絡の方で、後、私が把握できたのは、2000年以降の開催校で、それまでの12回分の開催記録が見つからないんですけども、何方かご存じの方があれば、教えていただいて、出来れば第1回からの記録をキチンと残していきたいと思いますので、私が出当の冊子を保管しているよという方がいらっしゃったら、こちらまで、ちょっと、お知らせいただければ、記録として引き継ぎをしていきたいと思います。それでは、時間になりましたので、一応、今回24回は、これで、終了したいと思いますけど、事務の方、何か、最後にございますか。宜しいですか。それでは、皆さん、ご遠方まで、良くお越し頂きました。有難うございました。お気を付けてお帰り下さい。それから、熊本大学のご見学をご希望なられる方は、私までお声掛けを頂ければ、ご案内申し上げます。じゃこれで、24回の協議会を終了させていただきます。ご協力有難うございました。

熊大病医第 3 号  
平成21年4月15日

全国国公立大学医学部附属病院長 殿

熊本大学医学部附属病院長  
猪股 裕紀洋  
(公印省略)

第24回全国国立大学病院集中治療部協議会議事録の送付について

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、平成21年1月23日(金)に開催されました標記会議議事録を作成いたしましたので、別添の通り送付いたします。

なお、ご参加頂いた方々にも配布方よろしく申し上げます。

敬 具

(担当)

〒862-8556 熊本市本荘1丁目1番1号  
熊本大学医学部附属病院

医事課 石見

電 話 096-373-5992

FAX 096-373-5719

メール y-iwami@jimu.kumamoto-u.ac.jp