

第27回

全国国公立大学病院集中治療部協議会

平成24年1月27日（金）

当番校：信州大学

山梨大

松田

目次

- ・ 目次

1. 会議日程・議題

2. 出席者名簿

3. 協議事項

- ①全国国公立大学集中治療部協議会集中治療教育プログラム改訂委員会でのプログラム改訂進捗状況について (名古屋大学)

- ②多様化している ICU の現状と集中治療部協議会の関わりについて (香川大学)

- ③ICU 感染防止ガイドラインの改訂について (愛媛大学)

4. メモ

1. 会議日程・議題

「第27回全国国公立大学病院集中治療部協議会」

1. 期日 平成24年1月27日（金）

2. 会場 信州大学医学部附属病院外来棟4階 大会議室

〒390-8621 長野県松本市旭3-1-1

3. 日程

・受付 13:00～13:30

・開会 13:30

・当番大学挨拶 13:30～13:40

信州大学医学部附属病院 天野直二病院長

・文部科学省挨拶・講演 13:40～14:10

「大学病院の現状と課題について」

文部科学省高等教育局医学教育課 大学病院支援室 島居剛志室長補佐

・休憩 14:10～14:20

・特別講演『集中治療医を育成するために』

第一部 14:20～15:10

「専門医取得に至るコア・プログラム」

名古屋大学医学部附属病院 外科系集中治療部副部長 貝沼関志先生

第二部 15:10～16:00

「集中治療専門医は重症患者の予後を改善する！」

徳島大学病院 救急集中治療部部長 西村匡司先生

・休憩 16:00～16:10

・協議事項 16:10～17:00

①全国国公立大学集中治療部協議会集中治療教育プログラム改訂委員会でのプログラム改訂進捗状況について(名古屋大学)

②多様化しているICUの現状と集中治療部協議会の関わりについて(香川大学)

③ICU感染防止ガイドラインの改訂について(愛媛大学)

④その他

・その他

・次期当番大学の選出について

・その他

・閉会 17:00

2. 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・部長	丸 藤 哲	看護師長	下河原 みゆき
2	旭川医科大学	副部長	小 北 直 宏	看護師長	阿 部 由希子
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	荒 木 和 子
				看護師長	浦 山 美 輪
				看護師長	吉 田 和 子
5	秋田大学	部長	多治見 公 高	看護師長	石 川 ひとみ
6	山形大学	副部長	中 根 正 樹	副看護師部長	佐 藤 淳 子
7	筑波大学	部長	水 谷 太 郎	看護師長	高 橋 貞 子
8	群馬大学	副部長	國 元 文 生	看護師長	引 田 美恵子
9	千葉大学	講師	貞 広 智 仁	看護師長	佐々木 君 枝
				看護師長	今 関 文 子
10	東京大学	部長	矢 作 直 樹	看護師長	北 原 良 子
		救命救急センター長	中 島 勲	看護師長	山 下 敏 江
11	東京医科歯科大学	部長	三 高 千恵子	看護師長	小 松 佳 子
12	新潟大学	部長	遠 藤 裕	看護師長	杉 田 洋 子
13	富山大学	副部長	澁 谷 伸 子		(欠席)
14	金沢大学	部長	谷 口 巧	看護師長	谷 口 雅 代
15	福井大学	副部長	安 田 善 一	看護師長	高 山 裕喜枝
16	山梨大学	部長	松 田 兼 一	看護師長	平 野 みのり
17	信州大学	部長	岡 元 和 文	看護師長	片 岡 秀 樹
		副部長	小 出 直 彦	看護副師長	井 刈 二 三
				看護副師長	中 野 和 美
18	岐阜大学	集中治療部門長	吉 田 省 造	看護師長	深 尾 亜由美
19	浜松医科大学	副部長	土 井 松 幸	看護師長	湊 恵 美 子
20	名古屋大学	救急・内科系集中治療部長	松 田 直 之	看護師長	山 口 弘 子
		外科系集中治療部副部長	貝 沼 関 志		
21	三重大学	救命救急センター長	今 井 寛	看護師長	榊 原 みどり
22	滋賀医科大学	副部長	辻 田 靖 之	看護師長	小 寺 利 美
23	京都大学	副部長	瀬 川 一	看護師長	飯 田 恵
24	大阪大学	副部長	藤 野 裕 士	看護師長	佃 順 子
		助教	後 藤 幸 子		
25	神戸大学	副部長	植 木 正 明	看護師長	小 田 千 鶴 子
26	鳥取大学	高次集中治療部長	斉 藤 憲 輝	高次集中治療部師長	吉 持 智 恵

NO.	大学名	役職名	氏名	役職名	氏名
27	島根大学	部長	齊藤洋司	看護師長	矢田リエ子
28	岡山大学	副部長	武田吉正	看護師長	妹尾育美
29	広島大学	講師	岩崎泰昌	看護師長	新谷公伸
30	山口大学		(欠席)	看護師長	山下美由紀
31	徳島大学	部長	西村匡司	看護師長	中野あけみ
				副看護師長	坂本理美子
32	香川大学	副部長	浅賀健彦	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	副部長	山下幸一	看護師長	麻植美佐子
35	九州大学		(欠席)	看護師長	永江ゆき子
36	佐賀大学	部長	坂口嘉郎	看護師長	内田順子
37	長崎大学		(欠席)		(欠席)
38	熊本大学	部長	木下順弘	看護師長	山本治美
39	大分大学	助教	日高正剛		(欠席)
40	宮崎大学	副部長	谷口正彦	看護師長	小田浩美
41	鹿児島大学	部長	垣花泰之	看護師長	肥後昌代
		副部長	安田智嗣		
42	琉球大学	部長	垣花学	看護師長	糸嶺京子
		副部長	淵上竜也		
43	札幌医科大学	副部長	今泉均	看護師長	庭山香織
44	福島県立医科大学	副部長	飯田裕司	看護師長	高橋美幸
45	横浜市立大学	医師	速水元		(欠席)
46	名古屋市立大学	部長	祖父江和哉	看護師長	深田栄子
47	京都府立医科大学	部長	橋本悟	看護師長	大澤智美
				看護師長	中村尚美
48	大阪市立大学	副部長	山村仁	看護師長	辻村ヒロミ
49	奈良県立医科大学	副部長	河野安宣	看護師長	福山麻里
50	和歌山県立医科大学		(欠席)		(欠席)
51	産業医科大学		(欠席)	看護師長	三輪ゆかり
52	自治医科大学	部長	布宮伸	看護師長	小曾根佳枝
				主任看護師	神山淳子
53	防衛医科大学校	部長	高瀬凡平	看護師長	渡邊佳江

3. 協議事項①

第27回国国公立大学病院集中治療部協議会議題及び提案理由

提案大学名 名古屋大学

(議 題)

全国国公立大学集中治療部協議会集中治療教育プログラム改訂委員会でのプログラム改訂の進捗状況について

(提案理由) ※なるべく詳細にご記入願います。

昨年为全国国公立大学集中治療部協議会におきまして、平成17年に策定されました「国立大学法人集中治療部協議会による集中治療教育プログラム」の改訂をすることが決議され、改訂委員会のメンバーが決められ発足しました。以後の、改訂委員会での進捗状況を委員長(名大 貝沼)として報告したいと思ひます。

3. 協議事項②

第27回国公立大学病院集中治療部協議会議題及び提案理由

提案大学名 香川大学

(議 題)

多様化しているICUの現状と集中治療部協議会の関わりについて

(提案理由) ※なるべく詳細にご記入願います。

NICUやCCUをはじめとしMFICU、PICU、HCU等～CUという部門が多数存在するが、その形態は様々である。同フロアに設置され機能を集約化している施設、点在し集中治療医が関与しない施設、またopenICU、closedICUなど管理方式もまちまちであり現状の把握はできていないと思われる。今後ICUがどのようにかわっていくかは分からないが、細分化されていく傾向にある場合、この協議会はどのような立場で関わっていくのかまた関わらないのか考えて頂きたい。

かつて診療棟毎に点在していた手術室が、現在の中央手術部といわれるように中央診療部門として集約化をはたしてきたように、集中治療部が～CUをとりまとめる部門になるのか、それとも複数ある～CUの一つになるのか、今後この協議会に参加されているいわゆるICUの展望についてもご意見頂ければと思う。

ICUという名称が乱立する原因に名称の定義等が明確でないこと、設置指針が曖昧なこと等があげられると思う。可能であれば、現状の調査と国公立大学病院の集中治療部(室)の設置指針などをこの集中治療部協議会から出して頂きたい。

3. 協議事項③

第27回全国国公立大学病院集中治療部協議会議題及び提案理由

提案大学名 愛媛大学医学部

(議 題)

I C U感染防止ガイドラインの改訂について

(提案理由) ※なるべく詳細にご記入願います。

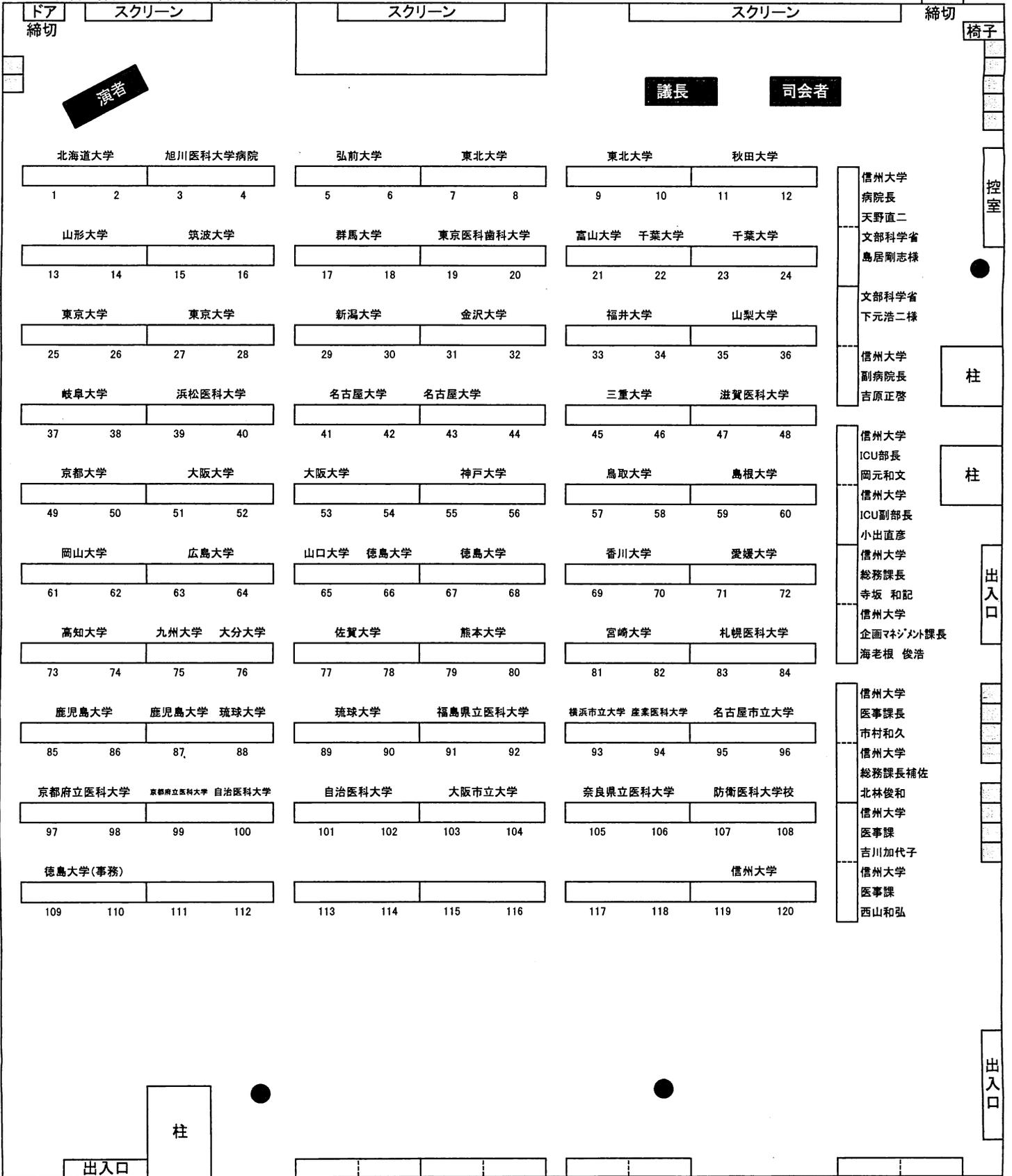
“I C U感染防止ガイドライン”は、2003年に発売された著書で、本協議会のなかのCPG策定委員会で作られたものです。約10年がたち改訂が必要と思われる所も多数認められます。再度委員会を立ちあげ改訂したらと思います。

メモ

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page. It is intended for handwritten notes or a drawing.

第27回全国国公立大学病院集中治療部協議会

信州大学病院
外来棟4階大会議室 (敬称略)



平成24年1月27日（金）
信州大学医学部附属病院 外来棟4階大会議室

第27回全国国公立大学病院集中治療部協議会

大学病院の現状と課題について

●
文部科学省 高等教育局
医学教育課 大学病院支援室



本日の内容

1. 東日本大震災に関する大学病院の取組について
2. 平成24年度文部科学省予算案について
3. 平成24年度医療制度改革・診療報酬改定について
4. 大学病院の機能と現状
5. メディカル・イノベーション
6. 院内感染への対応状況
7. 後発医薬品の使用促進等について
8. チーム医療の推進について
9. 平成24年度医学部入学定員について
10. 大学における人材養成の推進 -看護系人材養成-
11. 医師臨床研修マッチング結果の推移
12. その他報告事項

1. 東日本大震災に関する大学病院の取組について

大学病院による被災地域への医療支援①

1. 医師派遣等の人的支援

①災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣

地震発生日(3月11日)19時、国公立の全大学病院に対し、災害派遣医療チームの派遣を文部科学省より要請。派遣数が最大である3月13日には、**57大学から、346名(医師133名、看護師137名、業務調整員76名)の人員を被災地に派遣し、急性期の傷病等に対応。**

※災害派遣医療チーム(DMAT:ディーマツ、Disaster Medical Assistance Team)

阪神・淡路大震災の教訓から整備された、厚生労働省による専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。

医療機関に所属する通常4~5名の医師・看護師等からなり、各国公立大学病院には現在177チームある。

被災地の都道府県・国等からの要請に基づいて派遣される。

②被災地への医師等派遣(DMATを除く)

派遣延べ人数は1月11日現在、6,490人 (国立3,229人、公立513人、私立2,748人)

■被災地派遣延べ人数 (1月11日現在)

	大学数	病院数	チーム数	派遣人数
国立	41	44	1,107	3,229
公立	7	8	198	513
私立	34	67	1,032	2,748
合計	82	119	2,337	6,490

■被災地派遣人数 (1月11日現在)

医師	看護師	その他
7	0	0
5	0	0
4	1	0
16	1	0

大学病院による被災地域への医療支援等②

2. 福島第一原子力発電所関連

①放射線サーベイランス実施者の派遣

放射性物質が飛散し、多数の近隣住民が被ばくした可能性があることから、原子力災害対策本部から放射線測定を行う医療関係者の派遣要請があり、国公立医学部附属病院に対して、派遣要請。

7月8日までに、延べ60大学、635人(医師67人、看護師36人、放射線技師等475人、事務職等57人)が放射線サーベイランスに従事。

(7月8日現在 延べ数)

	医師	看護師	放射線技師等	事務職等	計
60大学	67	36	475	57	635
	医師	看護師	放射線技師等	事務職等	計
国立大学	45	32	442	54	573
公立大学	6	0	6	0	12
私立大学	16	4	27	3	50

②被ばく者の受け入れ可能数

今後放射性物質による被ばく者が出ることを想定し、国公立医学部附属病院に対して、被ばく者の受け入れ可能人数についての調査を実施。

→3月28日時点で、53大学・71病院において、430人の受け入れが可能。

3. 被災地への物的支援の状況

①物的支援援助額

国公立医学部附属病院から被災地へ医薬品、医療材料、その他(非常食等)の物的支援は70大学(国立37、公立7、私立26)、207,825千円に上った。

4

電気事業法第27条による電気の使用制限の発動について

・東日本大震災による電力不足を受け、電気事業法第27条による電気の使用制限が7月より発動。昨年同時期の最大使用電力からの15%削減が必要となった。

- ・ **対象**：東京電力及び東北電力等と直接需給契約を締結している大口需要家(契約電力500kW以上)
- ・ **期間**：下記期間の平日9時～20時
東京電力：7月1日～9月22日、東北電力：7月1日～9月9日
↳9日に前倒し(8月30日付 経済産業省通知)
- ・ **制限内容**：原則、昨年の同期間・時間帯における使用最大電力の値(1時間単位)の15%削減した値を使用電力の上限とする。
- ・ **罰則**：故意の場合、100万円以内の罰金(1時間当たり)
- ・ **スケジュール**：
 - 6月1日 省令・告示の官報掲載
 - 6月17日 制限緩和等の申請締切
 - 7月1日 使用制限開始
- ・ 大学病院については、使用制限の緩和措置等の特例あり。

5

今夏の節電結果（7月1日～9月9日）

使用電力の上限値に対する今夏の最大使用電力量 = 削減率
各大学提出の節電行動計画より

・東北電力管内(対象11大学病院)

平均削減率・・・**12.82%**

・東京電力管内(対象77大学病院)

平均削減率・・・**13.36%**

※対象77大学病院のうち1大学病院については、期間中にコージェネレーション設備が故障し上限値を超過したため、集計から除外し76大学病院の平均削減率を記載。
(経済産業省へ超過理由書提出済)

6

今冬の電力需給対策について

関西電力・九州電力管内を中心に電力不足が懸念されていることから、ライフライン機能の維持や生産活動等に実質的な影響が生じない範囲で自主的な節電の協力を依頼。

・関西電力管内

12月19日(月)～3月23日(金) 平日の9時～21時までの間、**10%以上(※)の節電**を要請

・九州電力管内

12月19日(月)～2月3日(金) 平日の8時～21時までの間、**5%以上(※)の節電**を要請

↳ 26日に後倒し(11月24日付 経済産業省通知(電力需給に関する検討会合))

※ 病院など、ライフライン機能の維持等に支障が出る場合は、支障が生じない範囲で自主的に目標を設定。その場合、業務部門(事務等)については、共通目標(5%or10%以上)を上回る節電に取り組む。

※ 上記期間以外の12月1日～3月30日の平日(関西:9時～21時、九州:8時～21時)は、数値目標なしの節電を実施。

・北海道,東北,東京,中部,北陸,中国,四国 電力管内

12月1日(木)～3月30日(金) 平日の9時～21時までの間、経済活動に支障を生じない範囲での節電を要請

7

災害に強い大学病院の構築

教育・研究機関であるとともに地域医療の中核を担う大学病院は大規模災害に対応するための医療体制の構築や人材養成を行う必要。

※(参考)「東日本大震災からの復興の基本方針(平成23年7月29日 東日本大震災復興対策本部)」抜粋

○被災地域の大学・大学病院・高等専門学校・専門学校・公的研究機関、産業の知見や強みを最大限活用し～(中略)～産業集積、新産業の創出及び雇用創出等の取組みを促進する。～(中略)～また、大学等における復興のためのセンター的機能を整備する。(略)

<拠点機能形成の具体例>

医療の再生と医療機関の復旧に併せて、高度医療機関と地域の医療機関の連携・協力を確保した上で、情報セキュリティに配慮しつつ、医療・健康情報の電子化・ネットワーク化を推進するとともに、例えば東北大学を中心としたメディカル・メガバンク構想等を踏まえ、大学病院を核とする医療人材システムや次世代医療システムの構築及び創薬・橋渡し研究の実施

○大規模災害の発生時等にも医療を継続して提供できるよう、耐震化の促進等、医療施設等の防災対策を強化する。

以下の内容について、地理的条件・医療機能等に応じ、各病院ごとに検討する必要がある。

① 施設・設備整備

- ・ 建物の耐震化
- ・ 自家発電装置の整備点検
- ・ 医薬品、燃料(重油・ガソリン等)、水、食料(患者・職員)等の備蓄 等

② 災害時における医療システムの構築

- ・ 地域医療機関等との連携体制の検討、構築(医療連携、患者搬送経路の確認)
- ・ 医師等派遣体制の検討、構築 等

③ 人材養成

- ・ 災害、被ばく医療に対応した人材養成体制の構築
- ・ 災害を想定した訓練の実施
- ・ 各種マニュアルの整備

8

2. 平成24年度文部科学省予算案について

9

平成24年度文部科学省予算案①

文部科学関係予算案のポイント

区 分	平成 23 年度 予 算 額	平成 24 年度 予 算 額 (案)	対 前 年 度	
			増 △ 減 額	増 △ 減 率
文部科学関係予算	5兆5,428億円	(2,249億円) 5兆6,377億円	949億円	1.7%

※上段括弧書きは復興特別会計分で内数

- 我が国経済社会を再生し、国民一人ひとりが希望をもって前に進める社会を実現するため、教育による多様な人材の育成、スポーツ・文化芸術の振興、科学技術の推進に資する施策に重点化
- また、学校施設の復旧・耐震化や原子力災害からの復興支援など、国家的な危機である東日本大震災を乗り越えて復興を実現するために必要な復旧・復興対策に係る経費を確保
- 厳しい財政状況下においても、未来への先行投資である文部科学関係予算については対前年度949億円増の5兆6,377億円を確保

文教関係予算のポイント

区 分	平成 23 年度 予 算 額	平成 24 年度 予 算 額 (案)	対 前 年 度	
			増 △ 減 額	増 △ 減 率
文教関係予算	4兆1,641億円	(1,642億円) 4兆2,737億円	1,096億円	2.6%

※上段括弧書きは復興特別会計分で内数

- 国家的な危機である東日本大震災からの復興を実現し、我が国経済社会を再生するためには、国民全員に質の高い教育を受ける機会を保障し、様々な分野において将来の日本、世界を支える人材を育成することが必要
- そのため、以下の施策に重点化
 - ・ 35人以下学級の更なる推進など教職員定数の改善
 - ・ 教育費負担の軽減
 - ・ (所得運動返還型無利子奨学金制度の創設、無利子奨学金貸与人員の拡充 等)
 - ・ 大学改革推進経費の創設を含む大学関係予算の充実
 - ・ 世界に雄飛する人材の育成
 - ・ 安全で質の高い学校施設の整備

10

平成24年度文部科学省予算案②

〈スポーツ関係予算のポイント〉

区 分	平成 23 年度 予 算 額	平成 24 年度 予 算 額 (案)	対 前 年 度	
			増 △ 減 額	増 △ 減 率
スポーツ関係予算	228億円	(2億円) 238億円	10億円	4.4%

※上段括弧書きは復興特別会計分で内数

- スポーツ立国の実現を目指し、世界で競い合うトップアスリートの育成・強化やライフステージに応じたスポーツ機会の創造など、世界共通の人類の文化であるスポーツに関する施策を、国家戦略として総合的・計画的に推進

〈文化芸術関係予算のポイント〉

区 分	平成 23 年度 予 算 額	平成 24 年度 予 算 額 (案)	対 前 年 度	
			増 △ 減 額	増 △ 減 率
文化芸術関係予算	1,031億円	(24億円) 1,056億円 (1,074億円)	25億円 (43億円)	2.4% (4.2%)

※上段括弧書きは復興特別会計分で内数

※下段()は復興交付金18億円を含む

- 心豊かな国民生活の実現と活力ある社会の構築のため、「文化芸術立国」の実現を目指し、「豊かな文化芸術の創造と人材育成」「かけがえない文化財の保存、活用及び継承等」「我が国の多彩な文化芸術の発信と国際文化交流の推進」といった文化芸術の振興施策を戦略的に推進

11

平成24年度文部科学省予算案③

〈科学技術予算のポイント〉

区 分	平成23年度 予 算 額	平成24年度 予 算 額 (案)	対前年度 増△減額	増△減率
科学技術予算	1兆683億円	(581億円) 1兆791億円	109億円	1.0%

※上段括弧書きは復興特別会計分で内数

※上記合計とは別に41億円を原子力安全庁(仮称)に移管予定

- 科学技術による震災からの復興と将来にわたる持続的な成長を実現するため、原子力災害からの復興のための環境モニタリングの強化等や、被災地域の再生や自然災害対応のための研究開発等に重点化
- また、宇宙・海洋といったフロンティアや、グリーン及びライフの二大イノベーション、基礎・基盤的な取組、人材育成等を着実に実施
- 厳しい財政状況の下、平成24年度科学技術予算(案)については、対前年度109億円(1.0%)増の1兆791億円を確保
- さらに、平成23年度第4次補正予算(案)での前倒し(313億円)を含めると、合計1兆1,104億円と対前年度422億円(3.9%)増を達成
- 一方で、原子力関係予算については、「提言型政策仕分け」の評価結果等を踏まえ、原子力災害からの復興を重点的に進めるために264億円(新規)を確保しつつ、既存事業は徹底した見直しを行い、総額で対前年度82億円(3.4%)減まで縮減

12

平成24年度国立大学法人運営費交付金等の概要①

- 各国立大学等が継続的・安定的に教育研究活動を実施できるよう、基盤的経費である運営費交付金を確保するとともに、国立大学の改革や機能強化を推進するための新たな補助金を創設。

国立大学法人運営費交付金 (※復興特別会計計上分を含む)

1兆1,423億円 (対前年度▲105億円減)

教育研究力強化基盤整備費 43億円 (対前年度▲15億円減)

国立大学改革強化推進事業 138億円 (新規)

合計 1兆1,585億円→1兆1,604億円 (対前年度+19億円増)

1. 国立大学法人運営費交付金 平成24年度予定額：1兆1,423億円

〔うち日本再生重点化措置 276億円、復興特別会計計上分 57億円〕

〔対前年度▲105億円(▲0.9%)減(平成23年度：1兆1,528億円)〕

(内訳)	一般運営費交付金	9,320億円(9,371億円)	[▲52億円減]
	特別運営費交付金	1,027億円(910億円)	[+118億円増]
	特殊要因運営費交付金	1,013億円(1,112億円)	[▲99億円減]
	附属病院運営費交付金	63億円(134億円)	[▲71億円減]

13

平成24年度国立大学法人運営費交付金等の概要②

2. 教育研究力強化基盤整備費 平成24年度予定額： 43億円
 [うち日本再生重点化措置 43億円]
 [対前年度▲15億円減(平成23年度：58億円)]

3. 国立大学改革強化推進事業 平成24年度予定額： 138億円

(想定される大学改革の取組例)

教育の質の保証と個性・特色の明確化

- ◆教育審査を伴う学部・研究科の改組 ◆外国人や実務家等の教員や役員への登用拡大
- ◆双方向の留学拡大のための抜本的制度改革

大学間連携の推進

- ◆互いの強みを活かした学部・研究科の共同設置 ◆地域の大学群の連合・連携
- ◆大学の枠を超えた連携による教育研究の活性化

大学運営の高度化

- ◆効率的な大学運営のための事務処理等の共同化
- ◆大学情報の一元管理と適切な活用による運営体制の強化

平成24年度国立大学法人運営費交付金予定額の概要 (大学共同利用機関法人を含む90法人)

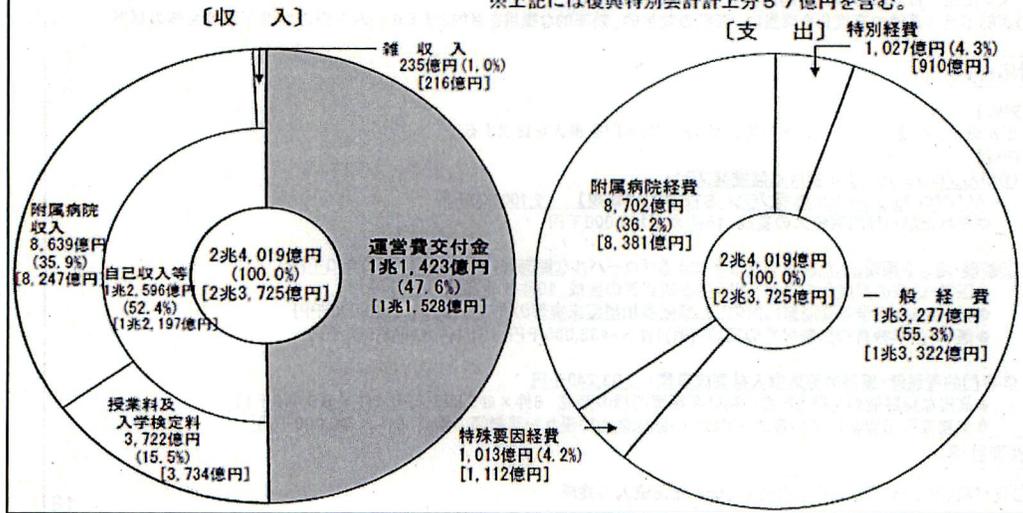
(収入)		(支出)	
	授業料等		
【▲12億円減】	3,722億円 (3,734億円)		
【▲19億円増】	雑収入 235億円 (216億円)		
【▲105億円減】	運営費交付金 11,423億円 (11,528億円)	一般経費	【▲45億円減】
	(一般運営費交付金 9,371億円 - 9,320億円)	13,277億円 (13,322億円)	
	(特別運営費交付金 910億円 - 1,027億円)	特別経費 1,027億円 (910億円)	【▲116億円増】
	(特殊要因運営費交付金 1,112億円 - 1,013億円)	特殊要因経費 1,013億円 (1,112億円)	【▲99億円減】
	(附属病院運営費交付金 134億円 - 63億円)		
【▲392億円増】	附属病院収入 8,639億円 (8,247億円)	附属病院経費	【▲321億円増】
H24 更迭反映 による増		8,702億円 (8,381億円)	H24更迭反映による 一般経費増の増、350億円 債務償還経費の減 ▲29億円
	事業費	24,019億円 (23,726億円)	

※1. 上記には、復興特別会計計上分(57億円)を含む。
 ※2. 本資料においては、外部資金(受託研究収入、寄附金収入、特許料収入等)など、運営費交付金算定対象外のものに係る数値は含んでいない。
 ※3. 各項目における()書きは、前年度の金額である。
 ※4. 前年度の金額における「一般経費」、「特別経費」及び「附属病院経費」においては、一部組替掲記を行っている。
 ※5. 項目ごとに増減差入を行っているため、増▲減において一致していないものがある。
 ※6. 附属病院収入予定額は、平成22年度決算等を踏まえた平成24年度見込額。
 (参考)平成22年度附属病院収入決算額 8,325億円(決算報告書ページ)

平成24年度国立大学法人運営費交付金予定額の構成
(大学共同利用機関法人を含む90法人)

平成23年度 運営費交付金 算	平成24年度 運営費交付金 定	対前年度 増▲減額	増▲減率
1兆1,528億円	1兆1,423億円	▲105億円	▲0.9%

※上記には復興特別会計上分57億円を含む。



平成24年度における国立大学附属病院関係概算要求の概要 (国立大学法人運営費交付金)

総額 346.0億円 (364.0)

()書きは前年度予算額。

- 附属病院運営費交付金 62.9億円 (134.3)
- 特別運営費交付金 283.1億円 (229.7)
 - 地域医療拠点としての教育研究診療機能の充実や臨床研究体制の強化 236.1億円 (132.1)
 - 地域医療拠点体制充実支援経費 142.2億円 (132.1)
 - ①高度医療拠点機能充実支援経費 100.1億円 (59.3)
 - ・地域医療における高度医療拠点としての教育・研究・診療機能を強化するため、債務負担軽減策の拡充を図る。
 - ②コ・メディカルスタッフ充実支援経費 13.2億円 (29.2)
 - ・医師や看護師の過重な勤務環境の改善を図るため、コ・メディカルスタッフの充実に係る経費を支援する。
 - ③人材養成機能充実経費 28.9億円 (43.6)
 - ・地域医療を担う医療人の養成や卒業臨床研修センターの体制整備など、医不足対策の課題に積極的に取り組んでいる国立大学附属病院に対して重点的に支援する。
 - 未来型医療システム構築を担う国立大学附属病院における臨床研究体制強化経費 93.8億円 (新規)
 - ・未来型医療システム構築の中心的役割を担う国立大学附属病院が行う先進医療技術に関する研究や治験実施の取組などに対して重点的に支援することで、臨床研究体制の強化を図る。
 - 病院再開発をはじめとした病院設備等の整備 47.0億円 (※0)
 - 病院再開発関連設備等 [20大学]
 - ※平成22年度第1次補正予算に46億円を前倒し計上
 - 前年度限りの経費 0億円 (97.6)

大学・大学院における専門医療人材養成機能強化事業

平成24年度予定額:25億円
(平成23年度予算額:20億円)

背景・課題

- がんは、我が国の死因第一位であり、年間30万人以上の国民が亡くなっている。推計では男性の2人に1人、女性の3人に1人ががんにかかる可能性。
- 基礎医学分野に進む医師が減少し、医学・医療の基盤が崩壊しつつある。
- 米国に比べ日本の医学部の臨床実習は時間数・内容とも不十分。
- 医師不足や医療の高度化を背景に、医療の効果的、効率的な提供を目的とするチーム医療の推進が医療全体の課題。

対応・内容

【対応】

がん医療、基礎医学、チーム医療等を担う優れた専門医療人を養成する。

【内容】

①がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

ーがんプロフェッショナル養成プラン STEP2ー【新規】 2,100,000千円

◆優れたがん専門医療人の養成 15件×@140,000千円

②基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成【新規】 360,000千円

◆医学・医療の高度化の基盤を担う基礎研究医の養成 10件×@20,000千円

◆グローバルな医学教育認証に対応した診療参加型臨床実習の充実 10件×@10,600千円

◆医学・歯学教育認証制度等の実施 (医)1件×@36,000千円、(歯)1件×@18,000千円

③専門的看護師・薬剤師等医療人材養成事業 63,240千円

◆高度な実践能力を備えた質の高い看護専門職の養成 6件×@5,300千円、1件×@6,440千円

◆実務実習指導薬剤師の育成を通じての臨床能力に優れた薬剤師の養成 5件×@5,000千円

政策目標

- 質が高く安心・安全な医療を提供する優れた医療人の養成

18

がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン

平成24年度予算案 21億円(新規)

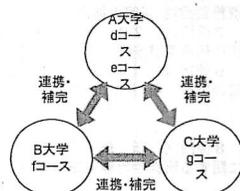
< 課題 >

- ・がんは、わが国の死因第一位の疾患であり、国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状から、「がん対策基本法」が制定(H19.4施行)。
- ・この基本法の中で、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識・技能を有する医師その他の医療従事者の育成が求められている。

< 対応策 >

・本事業では、複数の大学がそれぞれの個性や特色、得意分野を活かしながら相互に連携・補完して教育を活性化し、がん専門医療人養成のための拠点を構築する。

< 連携のイメージ(例) >



※2 コーディネーターを配置し、他大学・他学部・地域医療機関・製薬企業等との調整を行う。

※3 支援期間(5年間)終了後も、恒常的に事業を実施できる体制基盤を確立する。

※1 各大学は、下記の①～③のいずれかに該当するコースを開設。

①がん教育改革によるがん専門医療人養成に重点を置くコース
従来とは異なる教育手法の導入等の教育改革により、がんに関する国際的な視野を持った指導者や臨床現場でのリーダーをはじめとした、優れたがん専門医療人の養成を主目的とするコース。
【取組例】多職種連携教育、初期研修と大学院の両立、連携大学との単位互換、全国規模のE-learning、などを導入したコース

②地域がん医療に貢献するがん専門医療人養成に重点を置くコース
地域医療機関との連携等により、地域のがん医療の質向上や医師等の確保など、地域がん医療に貢献する優れたがん専門医療人の養成を主目的とするコース。
【取組例】医師等不足地域での研修、がん在宅医療研修、地域医療人の生涯教育、地域の休業中医師・看護師等の復帰教育、地域に定着するための教育上の工夫、などを導入したコース

③がん研究者養成に重点を置くコース
将来、がんに関する新たな診断・治療法や看護法、医薬品・医療機器の開発研究等を担う、高度な研究能力を有するがん研究者の養成を主目的とするコース。
【取組例】海外の機関との国際連携教育、MD-Ph.D.コースによる学部・大学院一貫がん教育、製薬企業や理工系大学院等との連携教育、などを導入したコース

がんプロフェッショナル養成プラン

連携

< 成果 > 高度ながん医療、がん研究等を実践できる優れたがん専門医療人を育成し、わが国のがん医療の向上を推進

19

大学病院人材養成機能強化事業

平成24年度予定額:21億円
(平成23年度予算額:23億円)

背景・課題

- 深刻な医師不足問題や周産期の医療提供体制の構築は喫緊の課題。
- 国民が安心・安全な医療を享受できる環境を確保し、医療の高度化等に対応していくため、我が国全体の医療専門職(医師、看護師等)を養成する教育体制の充実が必要。

対応・内容

【対応】

- 喫緊の課題である周産期医療に関わる専門的スタッフの養成。
- 優れた専門医・看護師等の高度な知識・技術を有する人材の養成。

【内容】

産科・小児科などの医師不足を背景にした喫緊の課題である周産期医療に関わる専門的スタッフを養成する事業など、国公私立大学病院における取組を支援し、優れた専門医・看護師等の高度な知識・技術を有する人材の養成を図る。

(内訳)

- ①周産期医療に関わる専門的スタッフの養成 既選定取組18件×32,400千円=583,200千円
- ②大学病院間の相互連携による優れた専門医等の養成 既選定取組21件 1,124,100千円
- ③看護師の人材養成システムの確立 既選定取組12件×21,375千円=256,500千円
- ④チーム医療推進のための大学病院職員の人材養成システムの確立 既選定取組8件×13,600千円=108,800千円

政策目標

- 大学病院を活用した高度な技術を有する専門医療人の養成
- 医療の安全確保や質の向上を図るための大学病院の体制強化
- 勤務環境や処遇の改善による勤務医等の確保
- 医療関連職種の活用促進・役割拡大

20

大学病院における医師等の勤務環境の改善のための人員の雇用

平成24年度予定額:21億円
(平成23年度予算額:21億円)

背景・課題

- 深刻な医師不足問題や地域医療の崩壊により、地域医療の最後の砦である大学病院に患者が集中し、医師は過酷な勤務を余儀なくされている。
- 医療の安全や質を向上させ、国民に安心感を与える医療を実現するためにも、医師の診療外業務等の負担を軽減し、医師が本来の診療業務に専念できる環境を整えることは喫緊の課題。

対応・内容

【対応】

- 医師事務作業補助者(医療クラーク)等を雇用することにより、医師の過酷な業務負担の軽減を図るとともに、地域医療機関への安定的な医師の供給により、国民に安心・安全な医療を提供する。

【内容】

- 医師事務作業補助者(医療クラーク)等の雇用

(内訳)1,129人×1,830千円=2,066,070千円

政策目標

- 医師等の勤務環境の改善による大学病院の機能強化
- 医療関連職種の活用促進・役割拡大

21

医学部・大学病院の教育研究活性化及び地域・へき地医療支援人材の確保

平成24年度予定額：9億円【新規】

背景・課題

- 地域医療の崩壊により、大学病院に患者が集中しており、大学病院に勤務する医師は過酷な勤務を余儀なくされ、教育や研究に従事する時間が減少している。
- 医学部・大学病院において教育・研究活動を活性化することや、大学病院の医師が地域の医療機関で診療に従事して医師不足対策に貢献することは喫緊の課題。

対応・内容

【対応】

- 若手医師の処遇を改善し、医学部・大学病院において教育や研究活動に従事できる環境を整備するとともに、地域医療支援人材として地域の医療機関で診療に従事することにより医師不足対策に貢献する。

【内容】

- 優秀な若手医師が教員として継続的に教育・研究活動を行うとともに、地域医療を担うことのできる環境を整備する。

(内訳)228人×4,000千円=912,000千円

政策目標

- 医師等の勤務環境の改善による大学病院の機能強化
- 医学部・大学病院における教育・研究の活性化
- 地域・へき地医療貢献

22

医学部・大学病院の教育研究活性化及び地域・へき地医療支援人材の確保

平成24年度予定額 9億円(新規)

地域医療機関の医師不足等により、大学病院に勤務する医師は過酷な勤務を余儀なくされ、教育や研究に従事する時間が減少していることから、医学部・大学病院において教育・研究活動を活性化することや、大学病院の医師が地域の医療機関で診療に従事して医師不足対策に貢献することは喫緊の課題。

若手医師が、医学部・大学病院において教育・研究に従事する環境を整備するとともに、地域医療支援人材として地域の医療機関で診療に従事する。

事業のイメージ(大学病院で週3.5日、地域の医療機関で週1.5日勤務する場合)

月	教育	研究	○教育 医学部で講義等を行うとともに、大学病院において臨床実習生や研修医等の指導に従事 → 大学病院勤務医師の負担軽減に貢献
火	診療(大学病院)	新薬の研究・開発	○研究 先進的医療技術や医薬品等の研究・開発に従事。 → 大学病院における教育・研究の活性化に貢献
水	臨床実習生への指導	高度医療に従事	○診療(地域医療) 地域のニーズに対応して、へき地の医療機関において診療に従事するとともに、初期研修医や学部学生の地域医療研修に同行し、地域医療の現場で教育を行う。 → 地域の医師不足対策へ貢献
木	高度医療に従事	へき地の医療機関で診療に従事	
金	診療(地域医療)		

成果

- 医学部・大学病院における教育・研究の活性化
- 地域・へき地医療への貢献
- 医師等の勤務環境の改善による大学病院の機能強化

23

3. 平成24年度医療制度改革・ 診療報酬改定について

24

社会保障・税の一体改革素案(抜粋)①
(平成24年1月6日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

第1部 第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①

(地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化)

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

・急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化等

ii 在宅医療の推進

iii 医師確保対策

・医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進

iv チーム医療の推進

・高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進

☆あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、医療法等関連法を順次改正。平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討。

25

社会保障・税の一体改革素案(抜粋)②
(平成24年1月6日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

- (2)地域包括ケアシステムの構築
住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す
- (3)その他
外来受診の適正化等(生活習慣病予防等)、ICTの活用による重複受診・重複検査・過剰な薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防、介護施設の重点化(在宅への移行)、施設のユニット化、マンパワー増強
- <平成24年度の主な関連施策等>
- (1)診療報酬改定
i 平成24年診療報酬改定の基本方針 ~2つの重点課題と4つの視点~
a. 2つの重点課題 } ||| → 別紙「平成24年度診療報酬改定の基本方針」を参照
b. 4つの視点
- (2)医療計画作成指針の改定等
○平成24年度における都道府県による新たな医療計画(平成25年度より実施)の策定に向け、医療計画作成指針の改定等を年度内に実施する。

26

社会保障・税の一体改革素案(抜粋)③
(平成24年1月6日 政府・与党社会保障改革検討本部決定)

- 3. 医療・介護等②**
(保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、低所得者対策)
- (1)市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化
- (2)短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大
- (3)長期高額医療の高額療養費の見直しと給付の重点化の検討
- (4)高齢者医療制度の見直し
- (5)国保組合の国庫補助の見直し
- (6)介護1号保険料の低所得者保険料軽減強化
- (7)介護納付金の総報酬割導入等
- (8)その他介護保険の対応
- (9)後発品のさらなる使用促進、医薬品の患者負担の見直し等
○診療報酬上の評価、患者への情報提供、処方せん様式の変更、医療関係者への信頼性向上のための品質確保等、総合的な使用促進を図る。後発医薬品のある先発医薬品の薬価を引き下げる。
- (10)その他効率的で高機能な医療提供の促進
- (11)総合合算制度
- (12)難病対策
○治療研究、医療体制、福祉サービス、就労支援等の総合的な施策の実施や支援の仕組みの構築を目指す。
- 7. 医療イノベーション**
○ライフイノベーションを通じて健康分野を成長産業として位置付ける
○臨床研究中核病院(仮称)等を創設

27

第2部 第3章 各分野の基本的な方向性

1. 消費課税

(1) 消費税

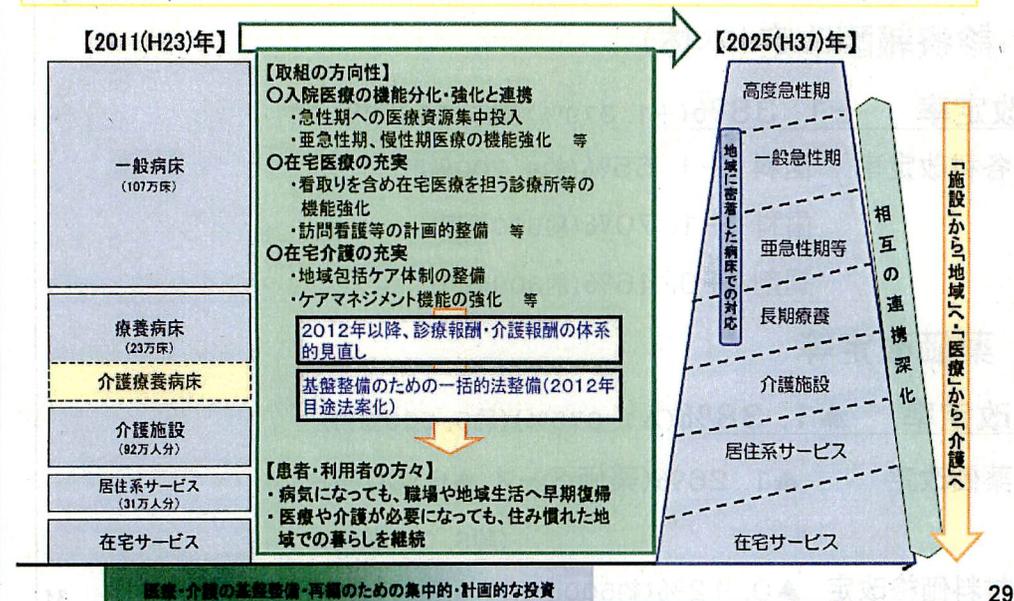
消費税率(国・地方)は2014年4月1日より8%へ、2015年10月1日より10%へ段階的に引上げを行う。消費税収(国分)は法律上は全額社会保障4経費(制度として確立された年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用)に充てることを明確にし社会保障目的税化する。

(2) 消費税率の引上げを踏まえ検討すべき事項

医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬など医療保険制度において手当をすることとする。医療機関等の消費税負担について、厚生労働省において定期的に検証する場を設けることとする。

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。



平成24年度診療報酬改定の基本方針

平成23年12月1日

社会保障審議会医療保険部会

社会保障審議会医療部会

重点課題

①病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

⇒勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべき。

②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

⇒在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実等に対する適切な評価について検討するべき。

四つの視点

①充実が求められる分野を適切に評価していく視点

⇒がん医療の充実、生活習慣病対策の推進、感染症対策の推進等に関する適切な評価をするべき。さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価についても検討するべき。

②患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

⇒医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価等について検討するべき。

③医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

⇒急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価等について検討するべき。

④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

⇒後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進等について検討するべき。

また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討するべき。

30

平成24年度診療報酬改定率①

全体改定率 +0.004%

1 診療報酬改定(本体)

改定率 +1.38%(+1.379%)(約5,500億円)

各科改定率 医科 +1.55%(約4,700億円)

歯科 +1.70%(約500億円)

調剤 +0.46%(約300億円)

2 薬価改定等

改定率 ▲1.38%(▲1.375%)(約5,500億円)

薬価改定 ▲1.26%(薬価ベース ▲6.00%)

(約5,000億円)

材料価格改定 ▲0.12%(約500億円)

31

平成24年度診療報酬改定率②

(重点項目)

- ・ 救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供し続けることができるよう、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減・処遇改善の一層の推進を図る。
- ・ 地域医療の再生を図る観点から、早期の在宅療養への移行や地域生活の復帰に向けた取組の推進など医療と介護等との機能分化や円滑な連携を強化するとともに、地域生活を支える在宅医療の充実を図る。
- ・ がん治療、認知症治療等の推進のため、これらの領域における医療技術の進歩の促進と導入を図ることができるよう、その評価の充実を図る。

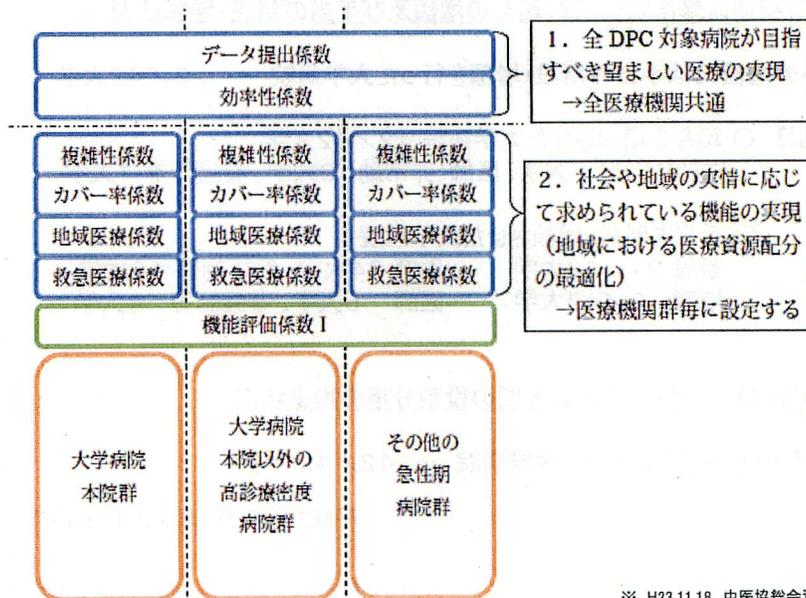
これまでの診療報酬改定率の推移

(%)

区分	10年度	12年度	14年度	16年度	18年度	20年度	22年度	24年度
診療報酬本体	1.5	1.9	▲1.3	± 0	▲1.36	0.38	1.55	1.379
薬価等	▲2.8	▲1.7	▲1.4	▲1.0	▲1.8	▲1.2	▲1.36	▲1.375
全体	▲1.3	0.2	▲2.7	▲1.0	▲3.16	▲0.82	0.19	0.004
								32

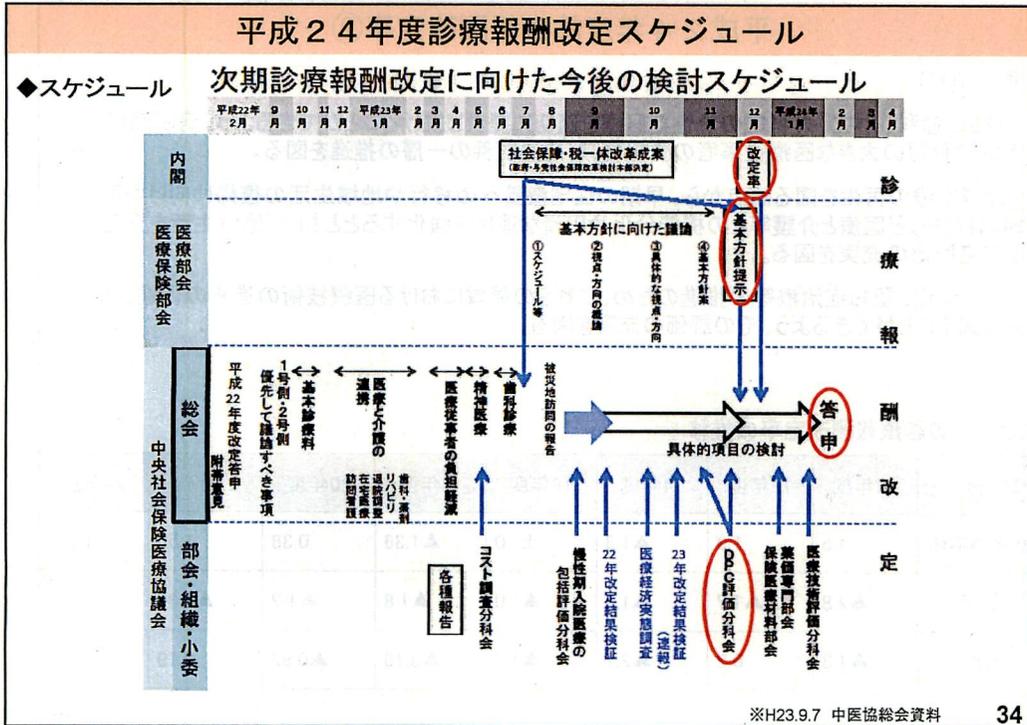
平成24年度診療報酬改定における調整係数見直しに係る基本方針

＜医療機関群との関係に係るイメージ（3群の場合）＞



※ H23.11.18 中医協総会資料

33



平成22年度診療報酬改定に伴う医師等の負担軽減及び処遇改善状況

1. 医師(初期研修医除く)等の給与の増額及び手当の新設・増額状況

給与の増額又は手当の新設・増額を行った大学病院 … 29/42大学

【内訳】 ○ 給与を増加させた大学病院 12/42大学
 医師(常勤) 3大学、医師(非常勤) 9大学、看護師等 1大学

○ 手当を新設・増額させた大学病院
 新設 27/42大学 医師 24大学、看護師等 16大学
 増額 8/42大学 医師 5大学、看護師等 4大学

2. 医師等の負担軽減・医療職種間の役割分担の推進状況

何らかの方策を講じている大学病院 … 42/42大学

平成23年7月 医学教育課調べ

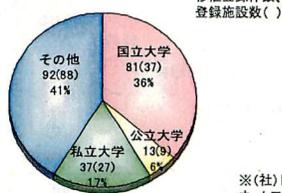
35

4. 大学病院の機能と現状

36

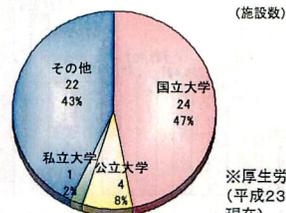
大学病院は、臓器移植登録施設やがん診療連携拠点病院、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター等の医療施設としても承認され、我が国の医療に大きく貢献している。

①臓器移植登録施設



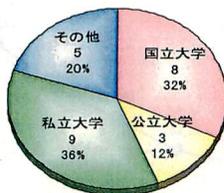
※(社)日本臓器移植ネットワーク調べ(平成23年4月1日現在)

②都道府県がん診療連携拠点病院



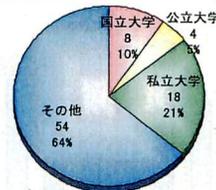
※厚生労働省調べ(平成23年4月1日現在)

③高度救命救急センター



※厚生労働省調べ(平成22年12月28日現在)

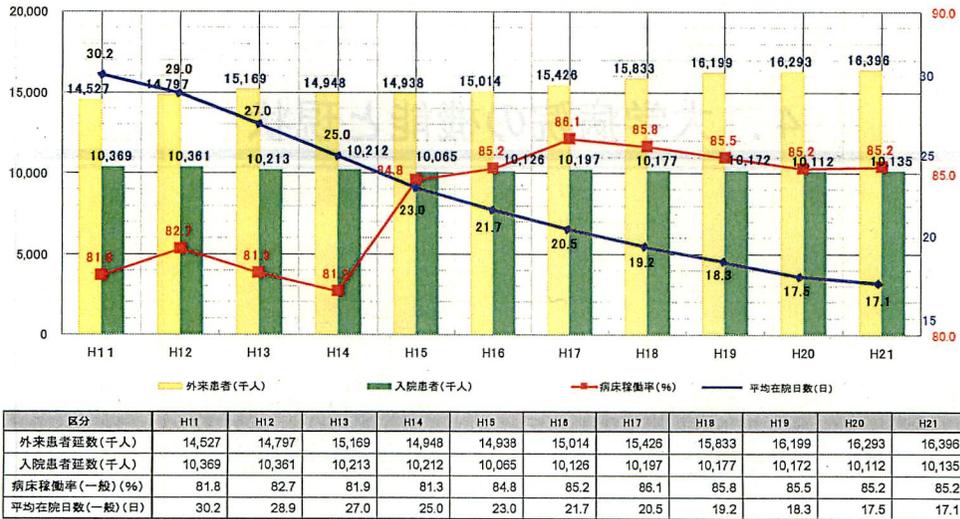
④総合周産期母子医療センター



※厚生労働省調べ(平成22年4月1日現在)

37

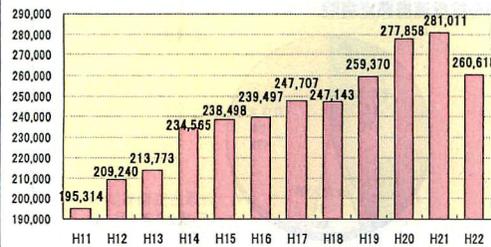
国立大学病院 患者数（外来・入院）、病床稼働率、平均在院日数の推移



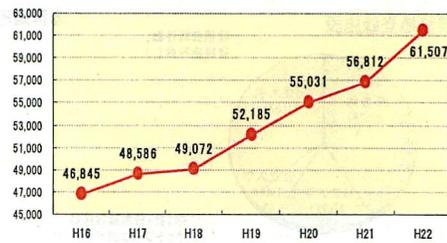
38

国立大学病院 手術件数、救急患者数、診療単価（外来・入院）

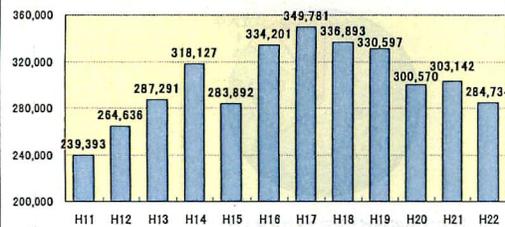
手術件数 (H11~H22)



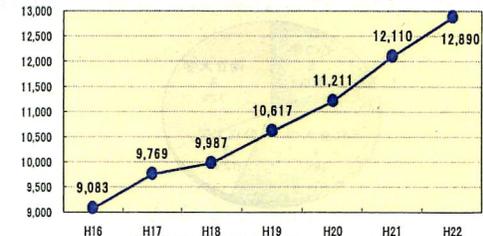
入院診療単価 (H16~H22)



救急患者数 (H11~H22) ※妊婦は含まない。



外来診療単価 (H16~H22)

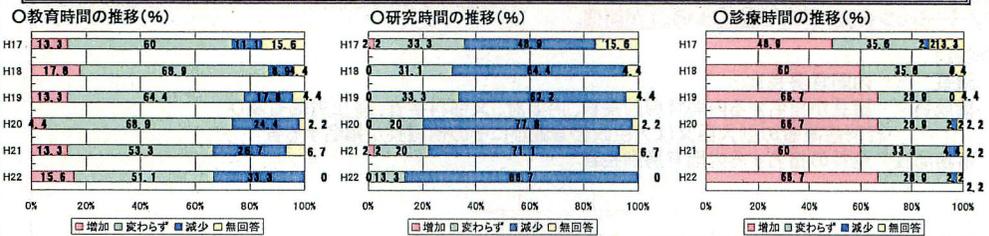


39

大学病院における医師の教育・研究・診療等の環境状況

(1) 国立大学病院における教育・研究・診療時間の状況

国立大学病院における診療時間の増加等により、教育時間・研究時間が減少し、教育研究への支障が懸念されている。

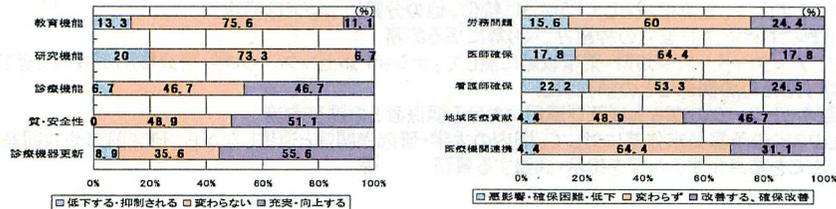


※国立大学協会 第7次大学附属病院経営問題アンケート (平成23年2月)

(2) 国立大学病院における教育・研究・診療機能・運営への影響状況

経営改善係数撤廃や診療報酬の引き上げ等が行われるも、教育・研究機能等への影響について、多くの病院が「変わらない」と回答しており、病院の危機感は根深い。

一経営改善係数撤廃・診療報酬引き上げ等の大学附属病院の診療・教育・研究機能への影響—(病院長による回答)



※国立大学協会 第7次大学附属病院経営問題アンケート (平成23年2月)

5. メディカル・イノベーション

医療イノベーション推進室の設置

○「新成長戦略実現会議の開催について」(平成22年9月7日閣議決定)に基づき、実用化に向けた医療研究開発の推進を始め、**医療分野における新成長戦略に関連する事項の実現に向け、官民挙げて強力に取り組むため、医療イノベーション会議(以下「会議」という。)が開催。**

【構成員】

議長 内閣官房長官
構成員 議長が指名する内閣官房副長官、内閣府、文部科学省、厚生労働省及び
経済産業省の副大臣又は大臣政務官並びにその他議長が指名する者
事務局長 議長の指名する内閣官房副長官



平成23年1月7日「医療イノベーション推進室」の設置

当面の業務内容

- ①国内の大学・研究機関からのインプットを得て、研究開発から実用化までの取り組みの基本方針策定の取りまとめ業務(平成22年度は、重点領域として「がん」に特化。他の分野については順次)
- ②3省の新規予算における共同選考の枠組みづくり等に係る業務
- ③バイオバンク、データベースや知財・薬事戦略に関して、ナショナルセンター・大学・研究機関が共同で運営できる体制を整備するための関係者との調整業務
- ④がん臨床試験ネットワークの立ち上げ及び運用における関係者との調整業務
- ⑤平成24年度の3省の予算要求作業に対して、国内の大学・研究機関等と連携しながら、研究開発や共同基盤整備に関して、どこを重点化するかを指示・調整する業務 等

42

PMDA 新たな取り組みの「薬事戦略相談」(1)

薬事戦略相談を7月1日より開始

【背景】

- ・日本発の革新的医薬品・医療機器の創出に向けて、現状では有望なシーズを発見した大学・研究機関、ベンチャー企業等が製品化につなげるための開発戦略に不案内であることから、それら有望性の高いシーズの実用化に向け、必要な試験等についてPMDAが指導・助言を行う相談区分を新設

【相談の内容】

- ・シーズ発見後の大学・研究機関、ベンチャー企業を主な対象とし、医薬品・医療機器候補選定の最終段階から承認申請に向けて、POC試験程度までを目処に必要な試験・治験計画策定等に関する相談への指導・助言
- ・対面助言の対象については、原則として、以下の優先分野に該当し、かつ、有望性が期待できるもの(例えば、医薬品では物質特許を出願中若しくは取得しているもの、医療機器では機器の仕様、デザイン、設計に係る試案若しくはプロトタイプがあるもの、又は将来的に画期的医薬品若しくは医療機器として実用化される可能性が高いものなど)

優先分野

- ・再生医療(細胞・組織加工製品)分野の製品
- ・がん分野の製品
- ・難病、希少疾病分野の製品
- ・小児分野の製品
- ・上記以外でも特に革新的な技術を利用した製品

(注)分野間の順位は問わない

43

PMDA 新たな取組みの「薬事戦略相談」(2)

【相談の内容】続き

- 従来、確認申請制度で対応してきたヒト又は動物由来の細胞・組織を加工した医薬品・医療機器の開発初期段階からの品質及び安全性に係る相談への指導・助言

【相談区分と手数料】

- 相談区分は、医薬品戦略相談と医療機器戦略相談を設定。また、大学・研究機関、ベンチャー企業の中には開発に係る財務基盤が十分でない場合もあることから、一定の要件を満たす大学・研究機関、ベンチャー企業に対して低額の手数料区分を設定

手数料の区分	手数料(1相談当たり ※2)
医薬品戦略相談※1	1,498,800円
医薬品戦略相談(別に定める要件を満たす 大学・研究機関、ベンチャー企業)※1	149,800円
医療機器戦略相談※3	849,700円
医療機器戦略相談(別に定める要件を満たす 大学・研究機関、ベンチャー企業)※3	84,900円

【対面助言までの流れ】

- 事前面談で、幅広く大学・研究機関、ベンチャー企業の相談を受け付け、薬事戦略懇談会の意見に基づき、優先順位が高いとされた分野など、一定の要件を満たすものについて対面助言を実施

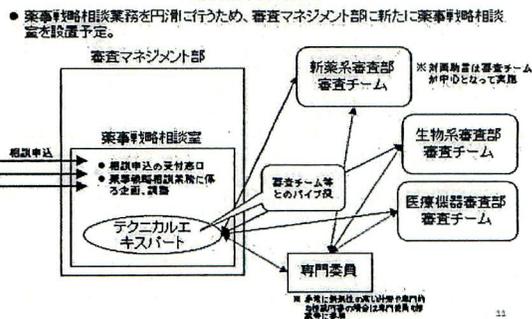
44

PMDA 新たな取組みの「薬事戦略相談」(3)

【実施体制】

- 新たに医薬品や医療機器に関連する研究・開発・薬事等の何れかに精通した者をテクニカルエキスパートとして採用
- 事前面談に対しては、主として新たに採用するテクニカルエキスパートが対応し、必要に応じて審査チームも同席
- 対面助言に対しては、主として審査チームと新たに採用したテクニカルエキスパートが対応し、必要に応じて当該分野の専門委員も同席

相談体制



45

PMDA 新たな取組みの「薬事戦略相談」(4)

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 - Microsoft Internet Explorer

http://www.pmda.go.jp/

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

PMDAの理念

このホームページは、PMDAの事業について紹介しています。

医薬品・医療機器の説明書(添付文書) 審査報告書などの情報については、こちらをご覧ください。

採用情報 PMDA

副作用情報 添付文書に記載された副作用情報が検索できます

禁忌 添付文書に記載された禁忌が検索できます

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法に基づく給付金の支給等について 給付金支給相談窓口 TEL 0120-780-400

副作用・感染・安全対策等提出金の申告・納付期限は平均

副作用・感染提出金 安全対策等提出金

【詳しい内容はPMDAホームページでご確認ください】

46

6. 院内感染への対応状況

47

大学病院における院内感染への対応状況（22年9月～）

1. 文部科学省の対応

○各大学病院院長宛てに注意喚起の文書を発出（平成22年9月6日）
厚生労働省から各都道府県等への文書を受け、全大学病院長あてに「院内感染防止体制の強化」「職員への周知徹底」「院内感染発生時の速やかな報告」を要請する文書を発出。

○院内感染等緊急担当者会議の開催（平成22年9月28日）
関係機関の協力を得て、全大学病院の担当者が一同に会して「大学病院院内感染等緊急担当者会議」を開催。

2. 政府の対応

総理大臣官邸において、平成22年9月7日に内閣官房長官、総務大臣、厚生労働大臣、外務副大臣、文部科学大臣等の出席により「多剤耐性菌に関する関係大臣打ち合わせ」が行われ、今後も関係省庁において緊密に連携を図っていく事を確認。

48

院内感染対策～国立大学の取組～

- 平成12年、全国国立大学附属病院長会議において、国立大学附属病院感染対策協議会が設置された（事務局は名古屋大学医学部附属病院）。
- 平成15年、国立大学病院全体の総合的かつ恒常的な感染対策にかかわる活動を一括して管理運営し、総合的な院内感染対策を実施することを目的として、事務局である名古屋大学医学部附属病院に中央感染制御部が設置された。
- 国立大学附属病院感染対策協議会の機能
 - ・専門職部会[医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、歯科医療]
 - ・作業部会[サーベイランス、教育、職業感染対策、ガイドライン]院内感染のガイドラインの作成、病院で院内感染対応を担う専門の医師や看護師などに対する研修、国立大学病院における院内感染発生状況に関する院内感染サーベイランス、国立大学病院感染対策相互チェックなど

49

院内感染対策～公立大学等の取組～

- ◆平成22年9月まで、公立・防衛医大は、国立大学附属病院感染対策協議会にオブザーバー参加していた。
- ◆公立大学病院および防衛医大の正式参加が、平成23年6月の国立大学附属病院長会議で承認された。
- ◆平成23年6月、国公立大学附属病院感染対策協議会に名称を変更した。

50

院内感染対策～私立医科・歯科大学の取組～

- ◆平成22年9月まで、国立大学附属病院感染対策協議会にオブザーバー参加していた。
- ◆平成23年3月、日本私立医科大学協会は新規事業として、病院部会・医療安全対策委員会の下に「私立医科大学病院感染対策協議会」を設置した。
- ◆平成23年6月、日本私立歯科大学協会は「第1回院内感染対策委員会」を開催。
- ◆両会は、独自の取り組みをしつつ、国公立大学附属病院感染対策協議会との連携や協働が重要との認識で、今後も同協議会にオブザーバー参加する。

51

7. 後発医薬品の使用促進等について

52

後発医薬品の使用促進について

増加を続ける医療費の状況(平成17年度32.4兆円から21年度35.3兆円)を踏まえ、「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」(19年5月、厚生労働省)において、**24年度までに後発医薬品(ジェネリック医薬品)のシェアを数量ベースで30%以上にするとされた。**

⇒ 平成23年の後発医薬品の薬剤種類数に占める割合は、22.8%と低迷

医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(平成19年5月厚生労働省)

○概要

必要なサービスの確保と質の維持向上を図りつつ、効率化等により供給コストを低減させていくための総合的な取組を、計画的に推進するため、可能な限り定量的な指標を盛り込んだプログラムを策定。目標期間は、基本的に平成20年度から平成24年度までの5年間

【参考1】後発品シェア(平成23年度薬価本調査速報値)

数量ベース：22.8%

金額ベース：8.8%

注)数量ベースとは薬価単位ごとの数量の割合であり、金額ベースとは薬価ベースでの金額の割合

【参考2】後発医薬品の適正な利用について(依頼) (H13.11.30 医学教育課長から国立大学附属病院長宛)

現在、総医療費抑制等の観点から、後発医薬品利用の積極的な推進が各方面より指摘されており、このことは、平成13年6月に公表された「医薬品に関する行政評価・監視結果に基づく勧告—安全対策を中心として—」(総務省)においても勧告されているとおりです。

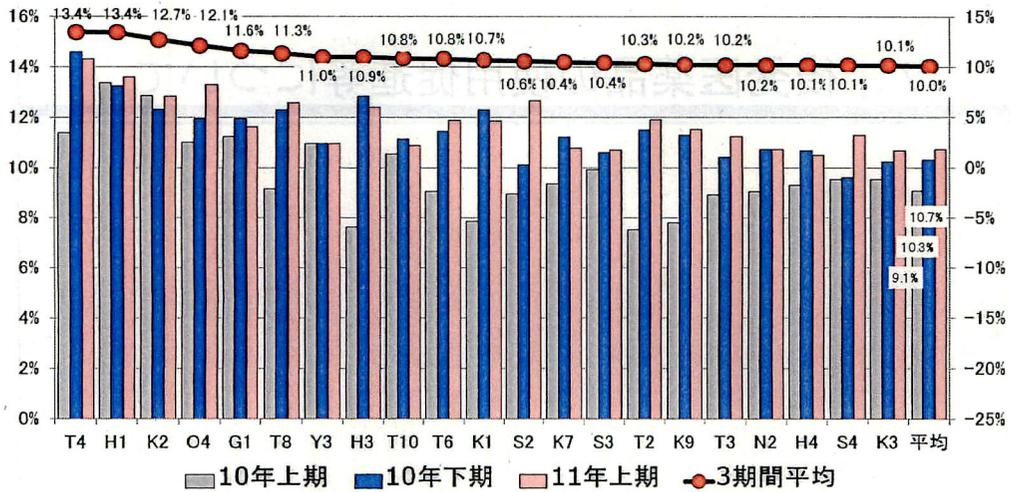
他方、大学附属病院に対する医療費関連予算についても、厳しい財政状況に対応するため、さらなる節減が求められています。

つきましては、こうした諸般の事情を踏まえ、各大学附属病院における医薬品の採用に当たっては、安全性を第一に考慮した上で、後発医薬品の利用促進に関して、適切かつ積極的に御検討いただくようお願いいたします。

53

実購買データでの2010年上期～2011年上期の注射薬割引率推移(1/2)

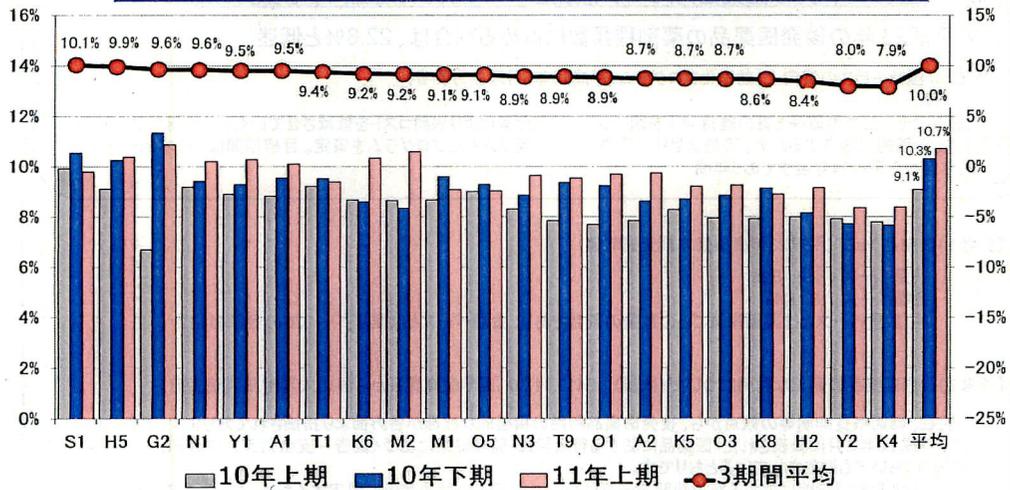
2011年5月までの平均割引率で、13.4%から、7.9%まで、大学間で幅。



54

実購買データでの2010年上期～2011年上期の注射薬割引率推移(2/2)

下期における買い込みの影響などもあって、11年上期より10年下期の割引率が高い事例もある



55

8. チーム医療の推進について

56

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進

1. チーム医療の推進に関する検討会

平成21年8月以降、11回の会合を経て、平成22年3月19日に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめ。（座長：永井良三 東京大学大学院医学研究科教授（循環器内科））

2. チーム医療推進会議（平成22年5月12日設置）

「チーム医療の推進について」を受け、様々な立場の有識者から構成される会議を開催し、同報告書において提言のあった具体的方策の実現に向けた検討を行う。（座長：永井良三 東京大学大学院医学研究科教授）

より専門的な検討を行うため、2つのWGを設置。

- (1) チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ
- (2) チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

3. チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ（平成22年5月26日設置）

検討会報告書において提言のあった具体的方策の実現に向け、チーム医療を推進するための看護業務の在り方についての検討を行う。（座長：有賀徹 昭和大学医学部救急医学講座教授）

4. チーム医療推進方策検討ワーキンググループ（平成22年10月4日設置）

検討会報告書において提言のあった具体的方策の実現に向け、チーム医療を推進するための方策について検討を行う。（座長：山口徹 虎の門病院院長）

出典：平成22年11月11日社会保障審議会医療部会

57

平成23年度チーム医療推進のための大学病院職員の 人材養成システムの確立 選定結果一覧

平成23年度「チーム医療推進のための大学病院職員の人材養成システム」については、平成23年6月30日(木)に公募を締め切り、52件の申請があった。申請を受け、8月26日(金)の選定委員会において、以下のとおり選定取組を決定し、9月7日(水)に公表した。

大学名	国公私	事業名称	(内訳) 国立大学 5件 私立大学 3件
東北大学	国立	高度専門医療チーム活性化システムの開発	
筑波大学	国立	患者中心の医療を実践する人材養成の体系化	
昭和大学	私立	多職種協働の救急チーム人材養成システム	
近畿大学	私立	救急災害医療のためのチーム医療推進	
岡山大学	国立	岡山大学病院ペリオ人材育成研修センター	
広島大学	国立	高度急性期医療を支援する医療人教育モデル	
九州大学	国立	先進的チーム医療の推進とその安全性確立	
産業医科大学	私立	医療連携アドバイザー養成プログラム	
計 8 件			58

【取組例：広島大学】

高度急性期医療を支援する医療人教育モデル

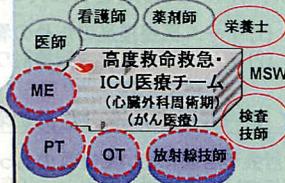
高度救命救急センター・ICU、心臓外科周術期、がん治療に従事可能な
理学療法士、作業療法士、放射線技師、臨床工学技師 の育成が急務の課題

医師や看護師に準じた卒後研修制度(臨床教育モデル)を確立

事業の必要性

- ・専門職の増加と卒後教育の不備
- ・医師・看護師の卒後教育との比較
- ・医療の重度化への対応の遅れ
- ・ICU医師・看護師の業務負担
- ・診療形態の特性による教育への影響
- ・診療報酬の区分、医療の専門化
- ・がん患者の退院支援の不足
- ・現行の研修制度との比較

大学病院
高度急性期医療機関



診療に参加しない専任教育者を配置し、教育プログラムを実施

- 1 高度な技術の指導
- 2 十分なリスク管理
- 3 医療チームの相互理解・情報共有
- 4 教育コストと診療報酬の分析

これらが可能となる

効果

- > 高度救命救急センター・ICU、心臓外科周術期、がん医療に従事可能な理学療法士等を育成する教育モデルの構築
- > 多職種間の相互理解、情報共有がチーム医療を推進し、診療効率の向上を図り、質の高い医療技術の提供が可能
- > 医師の業務負担を軽減し安心・安全な医療を提供する人材を育成
- > 他大学でも適用することで、各地域の急性期病院へより多くの優秀な人材を輩出する

看護師による静脈注射の実施について

○平成18年3月から、看護師による静脈注射の実施状況について毎年度実態調査を実施
 ○調査結果（平成24年1月現在） ※（ ）内は平成22年10月現在の実施状況

	看護師が実施する方針を持つ部署(診療科)		
	翼状針等によるルート確保・注射	留置針によるルート確保・注射	側管注
国公私計 79	97.2% (97.0%)	97.2% (93.0%)	94.6% (95.0%)

診療に従事する大学院生の処遇改善について

○上記と同じく、平成18年3月から、大学院生の診療従事状況等について毎年度実態調査を実施
 調査結果を踏まえ、以下について要請（平成20年6月30日 高等教育局長通知）

大学院生等が診療業務の一環として診療に従事している場合には、労働災害保険の適用が可能となる雇用契約を締結するなど適切な対応が必要

○調査結果（平成24年1月現在） ※（ ）内は平成22年10月現在の実施状況

	医学系大学院 生の総数	うち診療に 従事している人 数	雇用契約状況	
			雇用契約なし	雇用契約あり
国公私計 79	17,917人 (17,847人)	8,747人 (8,537人)	27.0% (33.0%)	73.0% (67.0%)

60

9. 平成24年度医学部入学定員について

61

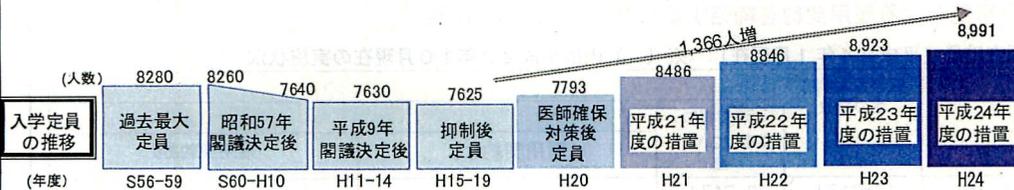
平成24年度における医学部入学定員について①

1. これまでの経緯

- 医師の養成数については、昭和57年及び平成9年の閣議決定により、入学定員を7,625人まで抑制。
- 近年の医師不足に対応するため、平成20年度より入学定員を増員し、平成24年度までに8,991人まで増員(平成19年度比1,366人増)。

<内訳>

- ・ 平成20年度は、医師不足が深刻な10県、医師養成総数が少ない2県等で計168人の増
- ・ 平成21年度は、全都道府県で計693名の増(過去最大程度までの増員)
- ・ 平成22年度、23年度は、地域の医師確保等の観点から、計360名(H22)、77名(H23)の増
- ・ 平成24年度は68名の増(県内地域枠増44名、県外地域枠増21名、研究医増3名)



62

平成24年度における医学部入学定員について②

2. 基本的方針

- 平成24年度については、「新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)」等を踏まえ、大学や都道府県の意向を確認しつつ、22年度、23年度と同様の枠組みで、地域の医師確保等の観点から、緊急臨時的に次の枠組みの増を認める。

3. 平成24年度の入学定員の増員

枠組み

- 地域医療への従事を条件とした奨学金、選抜枠の設定(地域枠)を行う大学の入学定員の増員(H23年度:59名) ※自治医科大学の増員を含む
- 複数大学の連携により研究医養成の拠点を形成する大学の入学定員の増員(H23年度:6名)
- 歯学部入学定員を減員する大学についての医学部入学定員の増員(H23年度:12名)

増員期間

平成31年度までの8年間

(以降の取扱いは、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断)

63

今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会

1. 趣旨

将来における我が国の医学・医療ニーズに対応した医師の養成を図るため、医学部入学定員の在り方等について、調査研究を行うことを目的とする。

2. 検討事項

- (1)医学部入学定員増に係るこれまでの取組の検証・評価に関すること
- (2)平成24年度以降の医学部入学定員の在り方に関すること
- (3)その他必要な事項

3. 審議状況

第1回 平成22年12月22日(水)

- ・医療・医学を取り巻く現状について
- ・今後の進め方について

第2回 平成23年1月28日(金)

- ・ヒアリング 堺 常雄氏(日本病院会会長・

聖隷浜松病院院長)

本田 宏氏(済生会栗橋病院副院長)

長谷川敏彦氏(日本医科大学主任教授)

第3回 平成23年2月18日(金)

- ・ヒアリング 高橋 希人氏(株式会社LOTUS代表取締役社長・日本製薬医学会評議員)

寺島 光一郎氏(北海道乙部町長)

河野 陽一氏(千葉大学医学部附属病院長)

第4回 平成23年3月11日(金)

- ・ヒアリング 清水 孝雄氏(東京大学医学系研究科長・医学部長)

福島 公明氏(淀川キリスト教病院常任理事)

菊地 臣一氏(福島県立医科大学理事長兼学長)

第5回 平成23年5月13日(金)

- ・ヒアリング 矢野 右人氏(長崎県病院企業団企業長)
- 小川 彰氏(全国医学部長病院長会議顧問・岩手医科大学学長)

上 昌広氏(東京大学医科学研究科特任教授)

第6回 平成23年6月13日(月)

- ・ヒアリング 北原 茂実(医療法人社団KNI理事長)
- 山本 雅之(東北大学総長補佐・大学院医学系研究科長・医学部長)

第7回 平成23年7月7日(木)

- ・自由討議

第8回 平成23年8月10日(水)

- ・ヒアリング 生坂 政臣(千葉大学医学部付属病院

総合診療部長)

第9回 平成23年11月29日(火)

- ・論点整理(素案)について

→概ね了承。

国民からの意見募集、他審議会等における議論を踏まえ、議論継続。

64

今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会～論点整理～

1. 医師の配置やキャリアパス等について

- [1]地域偏在や診療科偏在について
- [2]医師のキャリアパスについて
- [3]医師派遣等の支援システムの再構築について

2. 医師の勤務・診療に関する環境整備について

3. 地域枠の活用等による地域医療の充実について

4. 基礎研究、イノベーションを担う医師(研究医)養成の充実について

5. 国際貢献等グローバルな視点で活躍する医師養成の充実について

6. 総合的な診療能力を持つ医師の養成について

- [1]総合的な診療能力を持つ医師養成の必要性
- [2]総合的な診療能力を持つ医師の養成のための方策について

7. 医学教育の改革について

- [1]カリキュラムの改革の必要性について
- [2]各大学の特色ある教育
- [3]一般教養のあり方
- [4]診療参加型臨床実習の充実(基本的な診療能力の確実な修得)
- [5]地域病院等と連携した教育の充実
- [6]大学入学から卒業までを見通した教育の充実

8. 今後の医師養成体制の充実について

- [1]大学における指導体制の充実の必要性
- [2]指導体制の充実の方法

9. 今後の医学部入学定員の在り方について

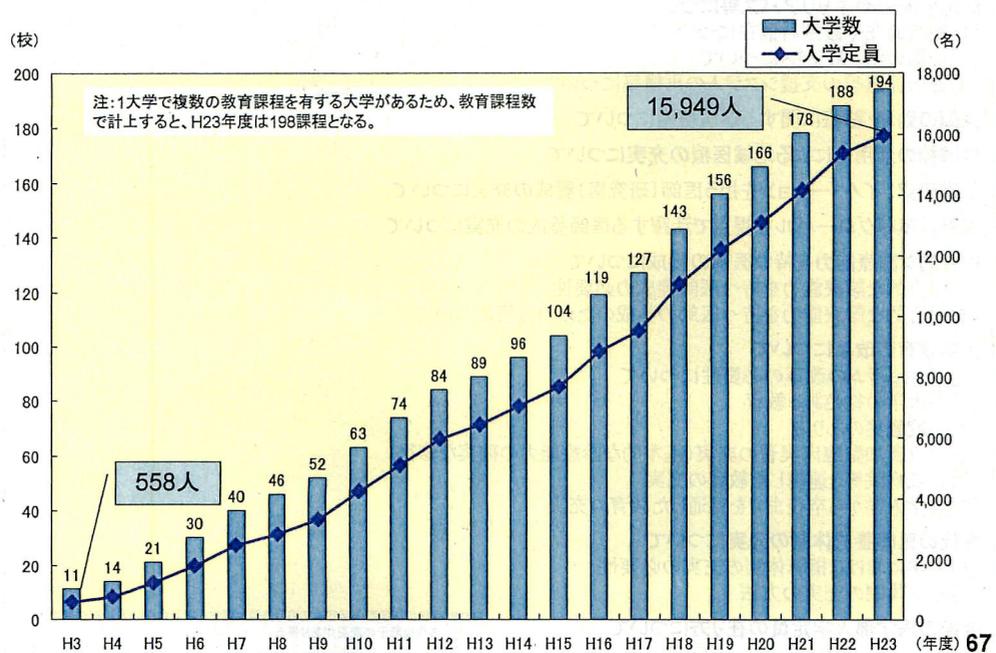
11/29 今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会(第9回) 配付資料より
※今後若干の変更があり得る

65

10. 大学における人材養成の推進

—看護系人材養成—

看護系大学数及び入学定員の推移



【看護学】大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会

<検討内容>

1. 看護学基礎カリキュラムの在り方
2. 今後の看護学教育の在り方とその質の保証方法
3. 看護系大学院における高度専門職業人養成の在り方

<検討会委員>

◎座長 ○副座長

<報告までの審議経過>

- 第1回 平成21年3月31日～第5回 6月25日
 ・学士課程における今後の看護学基礎カリキュラムのありかたについて検討
 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会第一次報告(8月18日)
 ※大学の選択により保健師教育の在り方を柔軟に設計できることを提示
- 第6回 10月16日
 ・今後の検討の進め方について
- 第7回 平成22年1月18日
 ・新たな看護学基礎カリキュラムについて
 ・大学院における高度専門職業人養成について
- 第8回 3月26日、第9回 5月20日
 ・大学院における看護系人材養成に関する有識者からのヒアリング
- 第10回 6月24日、第11回 9月9日
 ・新たな看護学基礎カリキュラムについて
- 第12回 10月7日
 ・保健師助産師看護師学校養成所指定規則改正案について
- 第13回 11月18日
 ・学士課程における看護学教育のコアについて
- 第14回 12月10日
 ・大学院における看護系人材養成について
- 第15回 12月22日
 ・大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告(案)について

- 秋山正子 株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション 代表取締役・統括所長
 倉田雅子 納得して医療を選ぶ会事務局長
 小山真理子 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 看護学科教授
 坂本すが 社団法人日本看護協会副会長
 佐藤弘毅 目白大学長
 高田邦昭 群馬大学長
 富野康日己 順天堂大学医学部長
 ◎中山洋子 福島県立医科大学看護学部教授
 西澤寛俊 社団法人全日本病院協会会長
 菱沼典子 聖路加看護大学看護学部長
 藤川謙二 社団法人日本医師会常任理事
 平沢美恵子 日本赤十字看護大学特任教授
 前野一雄 読売新聞東京本社編集委員
 宮崎美砂子 千葉大学大学院看護学研究科教授
 松尾清一 名古屋大学医学部附属病院長
 村嶋幸代 東京大学医学系研究科教授
 横尾京子 広島大学大学院保健学研究科教授

(敬称略)

68

大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告(概要)

検討の背景

- あらゆる看護ニーズに対応できる看護専門職養成を目指して、学士課程では保健師・助産師・看護師に共通の看護学の基礎を体系化して教授し、保健師・看護師国家試験受験資格取得を卒業要件としてきた。
- 医療・看護ニーズの変化・拡大に対応するため、教育の充実を図ってきた。
- 平成4年「看護師等の人材確保に関する法律」施行後、看護系大学が急増している。

大学における看護学教育の課題

- 学士課程で学生が身につけるべき学習成果の明確化が求められている。
- 学生の増加や実習施設の減少等により、実習施設の確保が困難となっている。
- 社会環境の変化により、実習内容が制限される傾向がある。

↓
 今後の看護系大学の人材養成の在り方を明確にし、教育の質を保証する必要性

大学院における看護学教育の課題

- コースワークの整備をはじめとする大学院教育の実質化が課題
- 養成する人材像や習得すべき能力の明確化が不十分
- 社会人受け入れ体制の整備等による教員の負担増や大学院に在学中の教員が多いなど、教員の質的、量的充実が課題

↓
 教育研究者養成の充実、高度専門職業人養成の質保証を推進する必要性

69

今後の大学における看護系人材養成の在り方

1) 大学における看護系人材養成の基本方針

- 学士課程段階では、長い職業生活においてあらゆる場、あらゆる利用者のニーズに対応できる応用力のある国際性豊かな看護系人材の養成を目指す。
- 修士課程等では、看護学の学術研究を通じて社会に貢献できる研究者や教育者、学士課程では養成困難な特定領域の高度専門職業人、医療専門職の協働においてマネジメント能力を発揮できる人材の養成を目指す。

2) 大学における保健師及び助産師教育の在り方

- 保健師教育については、大学による選択制の導入を可能とする。
- 大学は、学士課程、大学専攻科、大学院等それぞれの役割や教育理念を踏まえて、社会のニーズに応じた保健師や助産師教育の充実を図る。

大学における看護学教育の質保証について

1) 学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標の策定

- 学士課程教育の質保証のための参照基準として、学士課程教育においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標(学士課程版看護実践能力と到達目標)を策定
- 「学士課程版看護実践能力と到達目標」に定める看護実践能力を修得するための取り組みを提言
 - ・教員が各自の専門領域の枠を超えて創造的な議論をし、連携していくこと
 - ・学生の状況に合わせた効果的なカリキュラムや教授方法を開発・実施すること
 - ・実践と教育を兼務する教員(臨地教員)等、多様な人材が教育に参画すること
 - ・国家試験受験資格にふさわしい卒業時到達目標を定め、それを実現する教育課程を構築すること
 - ・シラバス等の公表や相互評価、学生・卒業生の評価等により教育課程の改善に取り組むこと

70

2) 学位課程における教育の質保証について

- 学士課程教育の質保証に向けた提言
 - ・学生が4年間で身につける学習成果(学士力と看護実践能力が統合された成果)を具体化すること
 - ・十分に精選した教育課程を編成し、学生の主体的な学習時間を確保すること
- 修士課程等における教育の質保証に向けた提言
 - ・各課程にふさわしい学習成果を定め、それに基づき教育課程を編成すること
 - ・高度専門職業人養成においては、臨地教員の積極的な登用や、専門職学位課程における養成を考慮すること
 - ・大学院間連携等により異なる専門性を有する教員が協働して教育を担当する方策を検討すること
- 修士課程等において保健師・助産師養成を行う場合の質保証に向けた提言
 - ・養成する人材像と到達目標は、高度専門職業人に相応しいものであること
 - ・指定規則の教育内容を超える、学位に相応しい科目を開設すること

今後の検討課題

○教育の充実に向けた課題

- ・「学士課程版看護実践能力と到達目標」の継続的な評価と改訂
- ・教員の量的、質的充実に向けた検討
- ・実習施設の不足や実習が困難な領域の存在を踏まえた実習環境の充実に向けた検討
- ・すべての看護職の生涯学習に積極的な貢献をする体制の整備
- ・教育者、研究者養成を推進するための博士課程教育の充実に向けた検討

○看護学教育の質保証の推進

- ・分野別の第三者評価の推進
- ・長期的な教育の成果に基づく教育課程の評価、改善
- ・新たな看護師等の教育の質保証の在り方についての検討

71

11. 医師臨床研修マッチング結果の推移

72

医師臨床研修マッチング結果の推移

(マッチ者数:人、構成比率:%)

		H15 (H16研修)	H16 (H17研修)	H17 (H18研修)	H18 (H19研修)	H19 (H20研修)	H20 (H21研修)	H21 (H22研修)	H22 (H23研修)	H23 (H24研修)
臨床研修病院	マッチ者数	3,193	3,784	4,184	4,148	4,087	3,999	3,959	4,170	4,205
	構成比率	41.2	47.3	51.7	51.2	50.9	50.9	50.3	52.1	52.9
大学病院	マッチ者数	4,563	4,216	3,916	3,946	3,943	3,859	3,916	3,828	3,746
	構成比率	58.8	52.7	48.3	48.8	49.1	49.1	49.7	47.9	47.1
合計		7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875	7,998	7,951

(出典) 財団法人医師臨床研修マッチング協議会

○大学病院の内定者の割合は、47.1%となり、過去最低を更新。

○国立大学病院全体でのマッチ者数は対前年度22人増加(対前年度23病院で増、18病院で減)。

73

平成23年度医師臨床研修マッチング結果に係る調査

国立大学病院のうち、マッチ者数が対前年度10人以上増減した、
14病院（増7、減7）に対し、マッチング結果の分析についての調査を実施。

【マッチ者数の増減と関連性がみられた事項】

- 学生の希望と研修プログラムが合致しているか
- 説明会等で研修プログラムの特長を的確に伝えられているか

【今後強化すべき取組】

- アンケート等で学生の意識調査を行い、各病院に対する学生のニーズを正確に把握し、研修プログラムに反映させる
- 自院の研修プログラムの魅力、他との違いを整理・明確化・共有し、学生に対して的確に伝える

74

12. その他報告事項

75

大学病院における患者情報の漏洩について

- ◆大学病院における患者情報の漏洩が繰り返し発生しています。(平成23年度11件)
- ◆非常に機密性の高い情報であることから、患者情報管理の徹底をお願いします。

最近の事例

- 医師が患者情報の記録された病院のパソコンを無許可で持ち出し、車上荒らしにより盗難された。
- 患者情報の記録されたUSBメモリが所定の場所から紛失。
- 看護師がUSBメモリで患者情報を持ち出し、自宅のパソコンに保存していたところ、ファイル交換ソフト「ウィニー」のウイルスに感染したことによりインターネット上に流出。

【平成21年4月以降、文部科学省で把握しているものより抜粋】

典型的な情報漏洩が繰り返されている

【文部科学省で把握している件数】

平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
8件	19件	12件	12件	7件	11件

(※平成24年1月16日現在)

専門医修得に至るコア・プログラム

名古屋大学医学部附属病院

外科系集中治療部

貝沼 関志

講演の内容

1. 日本専門医制評価・認定機構の方向性のなかで、集中治療専門医の位置づけについて。
2. 集中治療専門医に至る過程での集中治療教育プログラム作成の必要性について。
3. 昨年 of 全国国公立大学病院集中治療部協議会での決定に基づく集中治療教育プログラム改訂作業の進捗状況、ポリシー、今後のスケジュールについて。

専門医の在り方に関する検討会
平成23年11月4日

ヒアリング資料 - 1

池田 康夫委員 提出資料

我が国の専門医制度の現状と 新たな制度の基本設計



池田 康夫

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uhnk-att/2r9852000001uhp1.pdf>より引用

現行の専門医制度の問題点

- ・ 外形基準に則った専門医広告の公示に伴い、学会独自の専門医認定と広告が可能となった結果、専門医制度を持つ学会が乱立し、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念が生じる事となった。その結果、専門医制度全体から見て患者さんの受診行動に必ずしも有用な制度になっていない。
- ・ 基本領域やサブスペシャリティ領域の医療を担う医師としての専門医と特殊領域の高度な技術・技能等に特化した専門医では「専門医」の持つ意味が異なる事から「専門医」の定義を明らかにする必要がある。
- ・ 専門医育成の為にプログラムが確立していない為に必ずしも臨床能力本位の認定制度になっていない。
- ・ 専門医の適正数・適正配置等、我が国の医療が抱える諸問題(地域医療の崩壊, 診療科の医師の偏在等)に大きな影響を与える事項についての議論は必ずしも十分に出来ていない。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uhnk-att/2r9852000001uhp1.pdf>より引用

新たな専門医制度の基本設計

患者さんに信頼される医師の自律的な制度として確立する

個別学会単位ではなく、診療領域単位の専門医制度とする

専門医制度は基本領域とSubspecialtyの二段階制とする

専門医の認定は学会ではなく、中立的第三者機関を設立し
ここでを行う

専門医育成の為に研修プログラムと研修施設の評価・認定の
システム構築は必須である

www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uhnk-att/2r9852000001uhp1.pdfより引用

専門医資格を認定する団体の基準 (日本専門医制評価・認定機構)

- 1)臨床研修プログラムの明示、
- 2)臨床修練施設認定基準の設置、
- 3)具体的到達目標の提示、
- 4)生涯教育の習慣づけ、
- 5)到達目標に沿った評価(試験を含む)、
- 6)5年ごとの資格更新審査、
を挙げている。

日本集中治療医学会専門医制度施行細則より

- 1.(甲)一般社団法人日本集中治療医学会(以下、日本集中治療医学会)の認定する集中治療専門医研修施設において5年以上、専従していること。
- 2.(乙)別表1-1に指定する専門医(あるいは認定医等)の資格を有し、日本集中治療医学会の認定する集中治療専門医研修施設において通算2年以上の勤務経験を有すること。
- 3.(丙)別表1-2に指定する専門医(あるいは認定医等)の資格を有し、日本集中治療医学会の認定する集中治療専門医研修施設において通算3年以上の勤務経験を有すること。

平成23年度日本集中治療医学会第1回理事会での 専門医制度に関する議論のまとめ

- 理事会では「基本領域以外の領域」として位置づけられることが相当という意見が多かった。
- 外形基準の「専門医師像を明確にする」という条件については、定義どおり「内科・外科系を問わず、呼吸・循環・代謝など包括的に患者の生理・病態生理を把握・診断して、各種の急性臓器不全に対し、総合的・集中的に治療を実践して回復させることを専門とする医師」とし、取り立てて更なるsubspecialtyのカテゴリー(例えば小児集中治療専門医など)は想定しない。→ このために専門医認定のためには、様々なカテゴリー(麻酔、救急、小児、循環器内科など)の最大公約数的なものを最小必要条件 minimal requirement とし、カテゴリーを考慮した補足的必要条件を付加させることになる。
- 米国的な各領域をまとめるコンサルタント的な立場ではなく、オーストラリアやヨーロッパ的な考え方で、ICUというユニットをうまく使い専従性を増すことによって集中治療を実践する立場をとることを目指す。
- 専門医制度委員会は、以上1~4を速やかに実現するべく、評議員全体のpublic commentを収集する。

日本専門医制評価・認定機構あるいは集中治療専門医制度に関するパブコメ(2011年)等での議論

- 日本集中治療医学会は1群—3群のどこに属すべきなのか。
(日本専門医制評価・認定機構の池田理事長は2段階制を唱えられており、日本集中治療医学会は第2群として、1群の日本救急医学会、日本麻酔科学会、日本循環器学会など1群の専門医を得た後でのsubspecialty(2群)の専門医と捉えられている(2011年日本救急医学会時の議論)。
- PICUに従事する医師にはではpediatricに特化したサブスペシャリティの専門医が必要ではないのか。
- 集中治療専門医の施設間交流、生涯教育システムの必要性。
- 認定医を新たにすることに関する議論、等。

レター

日集中医誌. 2010;17:83~85.

集中治療専門医教育プログラム制定委員会(仮称)の提案

編集委員長殿

専門医制度は、学会の基幹を成すものである。日本集中治療医学会は幸いにも先達の御尽力により専門医制度をもつことができており、専門医制度委員会を中心として制度の改革に努めてきたことは周知のとおりである。しかし、日本集中治療医学会の専門医制度は、集中治療専門医が必要とする習得内容について明確な規定を欠いている。集中治療専門医試験で出題される問題の内容がおおよそその到達目標と考えることができるものの、明確に制度として確立する必要がある。

諸外国、特にヨーロッパではEU圏内を集中治療専門医が自由に行き来できるようにするために、一定の

certification)。

③Multiple sub-specialty(多領域分散型集中治療専門医制度)

各基幹診療科の専門医コースの中に集中治療医学のトレーニングコースが用意されており、その内容は各基幹診療科の専門医コースにより異なり、集中治療専門医は各基幹診療科専門医との二重取得か、各基幹診療科の専門医に集中治療専門医が含まれる(dual certification or base specialty certification which includes intensive care medicine)。

今井 孝祐

日集中医誌 2010;17:83-85

国立大学法人集中治療部協議会による集中治療教育プログラム

国立大学法人集中治療部協議会(教育委員会ワーキンググループ*)

はじめに

旧国立大学の間に置かれていた「国立大学集中治療部協議会」は、各大学間での情報交換および中央省庁に対する要望などを共同して提起することを目的として毎年一回開催されていた。今回国立大学がその籍を離れ、国立大学法人として改組された。集中治療部協議会としてもその存続に様々な議論はあったが、より建設的な集団となるため、①安全推進委員会、②機能評価委員会、③教育委員会を設置した。教育委員会としての最初の仕事は、2004年から全国で開始された研修医のスーパーローテーション制度に伴い、接する可能性のある初期研修医(必修ではない)、ならびに後期研修で訪れる後期研修医、そして専門医を目指す医師達を対象とした、教育者側にとって目安となる教育プログラムを作成することであった。

もって接することのできる患者-医療者関係、医療者-医療者関係の構築ができるような人材を育てるためにもこのプログラムが活用されることが望まれる。

今後は、集中治療の場で出会ういくつかの代表的な「疾患」を軸にまとめたプログラムを作成し、今回のプログラムとともに縦横を形成する軸として最終的な教育プログラムを完成する予定である。

本プログラムは国立大学法人集中治療部協議会の教育委員会ワーキンググループで作成し、協議会のメンバーに諮って策定されたものである。

平成17年12月

文責：片山 浩(委員長)

日集中医誌 2006;171-182

国立大学法人集中治療部協議会による集中治療教育プログラム(第一版)「はじめに」より

して改組された。集中治療部協議会としてもその存続に様々な議論はあったが、より建設的な集団となるため、①安全推進委員会、②機能評価委員会、③教育委員会を設置した。教育委員会としての最初の仕事は、2004年から全国で開始された研修医のスーパーローテーション制度に伴い、接する可能性のある初期研修医(必修ではない)、ならびに後期研修で訪れる後期研修医、そして専門医を目指す医師達を対象とした、教育者側にとって目安となる教育プログラムを作成することであった。

習得のための3つのレベル

- (L-1) : 学生時代に教科書および授業から教育を受けていることで、初期研修レベルでの確認事項
- (L-2) : 後期研修として集中治療を専門に(麻酔科・救急科への専攻を含む)始めて2年程度で身に付けることで、特に技術的な内容
- (L-3) : 後期研修が終了し専門医となるまでに理解しておくこと

第26回全国国公立大学集中治療部協議会

2011年1月28日筑波にて開催

1. 2005年に作成した教育プログラムの改訂を行うことが決定された。
2. 改訂委員会メンバーとして以下の者が任命された。

全国国公立大学病院集中治療部協議会
 集中治療教育プログラム改訂委員会
 (2011年国公立大学集中治療部協議会決定)

貝沼 関志 (委員長) 名大ICU
 水谷 太郎 筑波大ICU
 星 邦彦 東北大ICU
 斎藤 憲輝 鳥取大ICU
 藤野 裕士 大阪大ICU
 松田 直之 名大ICU
 橋本 悟 京都府立医大ICU
 片山 浩 (協力委員) 川崎医大ICU
 竹田 晋浩 (協力委員) 日本医大ICU
 安宅 一晃 (協力委員) 大阪市立総合医療センターICU
 (順不同)

第2版の全体の構成と一次原稿の分担

はじめに	貝沼
1、ICUにおける倫理指針	水谷
2、中枢神経系の管理	星
3、呼吸管理	竹田
4、循環管理	藤野
5、ショック	藤野
6、肝臓の管理	星
7、腎臓の管理	斎藤
8、膵臓(重症急性膵炎)の管理	星
9、消化管	安宅
10、凝固線溶系	松田
11、感染制御	松田
12、栄養管理	貝沼
13、外傷	水谷
14、中毒	斎藤
15、熱傷	松田
16、小児	橋本
17、移植	片山
18、輸液と輸血	橋本
19、画像診断	貝沼
20、付録	

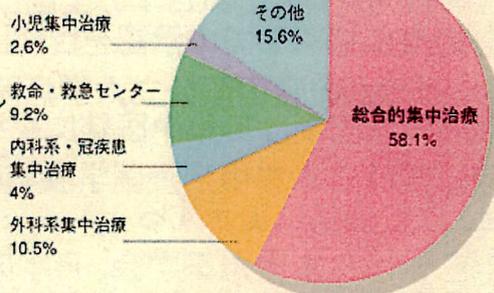
改訂版「はじめに」(案)より

- 今回、集中治療医学医療の発達と、救急科、麻酔科をはじめ多様なバックグラウンドを持った医師が利用できる集中治療教育プログラムの改訂の必要性が高まったことを受けて、ここに第2版を制定することとした。
- 特に第2版の特徴として、上級医が、教育プログラムに則って、集中治療医を目指す医師に対して日常臨床の中で評価するシステムを採用した。そのために、現場で使いやすいように、国際的標準集中治療専門医教育制度CoBaTrICE (Competency-Based Training in Intensive Care Medicine in Europe) に準拠したポートフォリオを後半に付けた。
- 今後は、諸施設における集中治療室の診療・運営形態に多少の違いがあっても、そこで働く医師が共通して利用できる集中治療教育プログラムを関連諸学会が合同して作成することが望ましく、本集中治療教育プログラムをそのための叩き台として活用していただけは幸いである。

多様なICUへの対応

我が国の集中治療棟の現状

1995年、日本集中治療医学会は、集中治療棟実態調査を行った。全国200床以上の病院に対し集中治療棟の保有状況を調べたところ、513病院から計944の集中治療棟を有しているとの回答を得た、その内訳は次のとおりである。



日本集中治療医学会HPより引用

今回の集中治療教育プログラム改訂作業に当たっての基本的ポリシー

1. 内科・外科系を問わず、呼吸・循環・代謝など包括的に患者の生理・病態生理を把握・診断して、各種の急性臓器不全に対し、総合的・集中的に治療を実践して回復させることを専門とする医師としての集中治療医学のidentityを確立・強化する
2. 今回のプログラムにおいては、総合的ICU、PICU、救命救急センターICU、medical ICU、Surgical ICUといったICUの分化、あるいは統合のいずれの流れにあっても、集中治療医としての能力を満たすための最低必須条件(minimum requirement)の内容を提示することを目指した。
3. 特にPICUにおいては、今回のプログラムの上に、subspecialityに特化したプログラムが必要となる可能性があるが今後の課題である。
4. 今回の教育プログラムにおいては、実際に実施できる必要がある項目は、「実施できる」の用語を用いた。
5. 今回の教育プログラムにおいては、実際はできないが必要である項目、あるいは施設により実施できない項目については、「説明できる」の用語を用いた。
6. 最低必須条件を満たせない部分があれば各人の希望と能力において満たすことができるような体制を各施設で整備する必要がある。
7. 各施設の制約あるいは環境的制約により集中治療医としての最低必須条件を満たせない条件があれば各人の希望と能力において満たすことができるような体制を整備する必要がある。

集中治療専門医修得に至る全国共通のコア・プログラム
作成のために一今後のスケジュール

1. 今回の教育プログラム改訂案の完成目標は2012年2月27日の第6回委員会としている。その後、public commentを求め、2013年の全国国公立大学病院集中治療部協議会での承認を目指している。
2. プログラムの全国国公立大学病院集中治療部協議会での承認後は日集中医誌に掲載する。
3. 承認後は日本集中治療医学会あるいは専門医制評価・認定機構に提示する。
4. 承認後は日本救急医学会、日本麻酔科学会、日本循環器学会などに提示し各専門医制度のなかで活用していただくよう要請する。

結語

1. 日本専門医制評価・認定機構の方向性のなかで、集中治療専門医の位置づけ等に関する議論を概観した。
2. 集中治療専門医に至る過程での集中治療教育プログラム作成の必要性を議論した。
3. 昨年 of 全国国公立大学病院集中治療部協議会での決定に基づき教育プログラム改訂作業の進捗状況とポリシー、今後のスケジュール等を紹介した。
4. 多様なバックグラウンドあるいは多様なICUで働く集中治療医の教育に役立ち、かつ多くの若手集中治療医を育てるための集中治療教育プログラム改訂作業を進行させている。協議会の皆様からの更なる御意見、御支持、御協力をお願いする。

集中治療専門医は重症患者の 予後を改善する!?

西村匡司
救急集中治療部
徳島大学病院

国立大学集中治療部協議会機能評価委員会行程表 委員長:西村匡司 徳島大学救急・集中治療医学

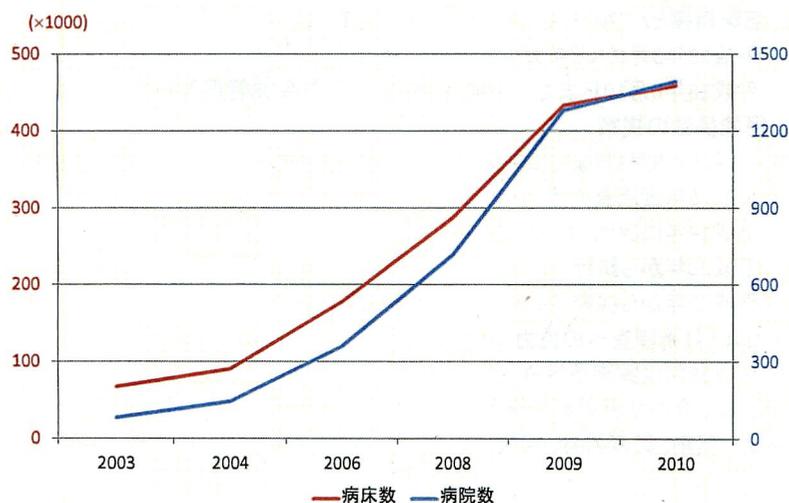
- ICU臨床指標とパフォーマンス評価の項目選定
 - 平成18年3月のICU学会総会で検討開始
 - 平成18年6月10日までに病院長会議常置委員会DB管理委員会へ提案
- ICU機能係数の提案
 - 平成18年9月1日までに中医協DPC評価分科会または松田研究班へ提案
 - 平成18年度調査の実施(10月実施)
 - 平成19年に評価・手直し(解析中)
 - 平成20年から試行
 - 平成22年から機能係数化された診療報酬体系へ移行
- ICUコスト分析調査への協力
 - 平成18年度実施予定→19年度にずれ込み
 - 松田、今中研究班が実施予定
 - 人、薬剤、医療器材、監視、看護など

DPC対象病院となるための病院の基準

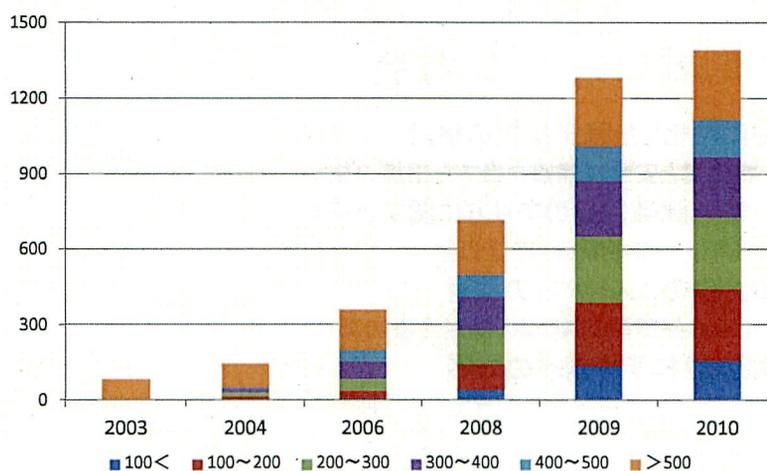
—平成18年1月11日診療報酬基本問題小委員会において了承—

- DPC対象病院の希望のある病院で以下の基準を満たす病院とする
 - 看護配置基準7:1以上であること
(現在7:1を持たしていない病院については平成20年度までに満たすべく計画を策定すること)
 - 診療録管理体制加算を算定している、または、同等の診療録管理体制を有すること
 - 標準レセ電算マスターに対応したデータの提出を含め、「7月から10月までの退院患者に拘わる調査」に適切に参加出来ること
- 上記に加え、下記の基準を満たすことが望ましい
 - **特定集中治療室管理料**を算定していること
 - 救命救急入院料を算定していること
 - 病理診断料を算定していること
 - 麻酔管理料を算定していること
 - 画像診断管理料を算定していること

DPC対象病院数、病床数の変遷



DPC対象病院、病床数規模



パフォーマンス指標の分類

評価軸	ドメイン	指標
ガバナンス	ミッション	実効性のある工程表と プロジェクトマネジメントの存在
	ビジョン	
	社会価値	
システム (質)	構造	施設、人員、指揮命令
	プロセス	中間転帰
	成果	在院日数、退院時転帰、患者満足度
	安全性	警鐘事例、事故報告システム、RCA
	人材育成	教育・研修
効率性 (持続性)	利用度	患者数、稼働率、回転率、頻度
	収益性	限界利益、財務諸表、診療科別

社会に対する説明責任

- ICUの必要性・社会価値
- 治療成績(对患者、社会)
- ICUに特化した臨床指標の検討
 - 特に質と安全に焦点を当てた指標の検討
- ICU機能評価係数のあり方に関する検討
 - SMR, 人工呼吸日, 在室日数
- ICU診療のコスト分析の検討
 - ICU診療報酬システム(特定治療加算)の構築
- 地域別総枠予算制への対応

国立大学集中治療部協議会機能評価委員会行程表 委員長:西村匡司 徳島大学救急・集中治療医学

- ICU臨床指標とパフォーマンス評価の項目選定
 - 平成18年3月のICU学会総会で検討開始
 - ICU学会内にICU機能評価委員会を設置
- ICU機能係数の提案
 - 平成18年9月1日までに中医協DPC評価分科会または松田研究班へ提案
 - 平成18年度調査の実施(10月実施)
 - 平成19年に評価・手直し(解析中)
 - 平成20年から試行
 - 平成22年から機能係数化された診療報酬体系へ移行
- ICUコスト分析調査への協力
 - 松田研究班
包括払い方式が医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響に関する研究
(課題番号 H19-政策-指定-001)
集中治療室・救急医療の機能評価に関する研究

松田班調査

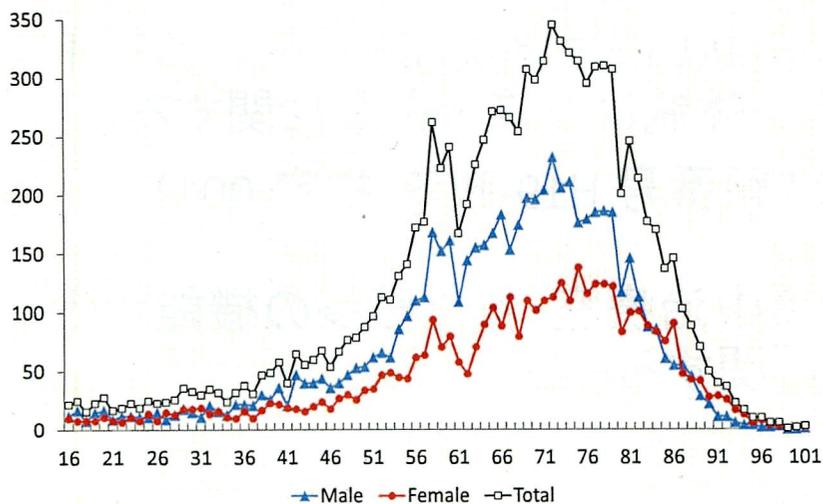
包括払い方式が医療経済及び医療提供体制に及ぼす影響に関する研究
(課題番号 H19-政策-指定-001)

- 集中治療室・救急医療の機能評価に関する研究

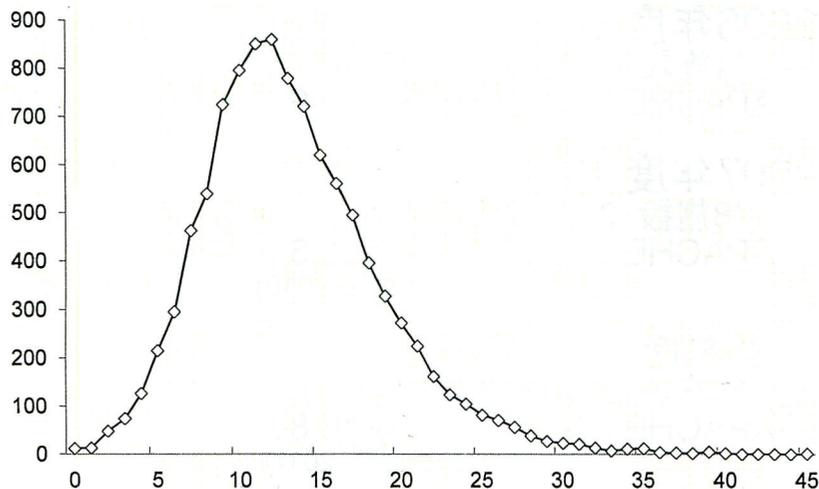
2006, 2007, 2008年度

- 2006年度
 - 141施設:6国立大学病院
 - APACHE II スコア: 平均値30.9
- 2007年度
 - 178施設:23国立大学病院
 - APACHE II スコア: 平均値13.3
(日集医誌:2010)
- 2008年度
 - 148施設:21国立大学病院
 - APACHE II スコア: 平均値16.8
(日集医誌:2011)

年齢分布

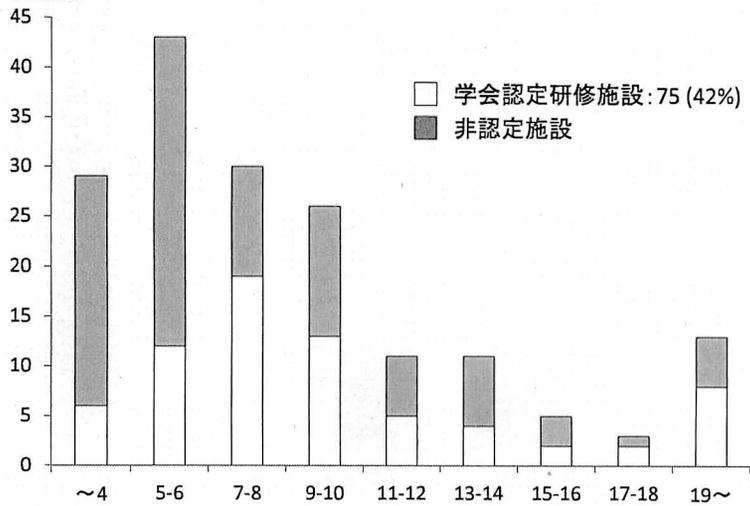


APACHE IIの分布

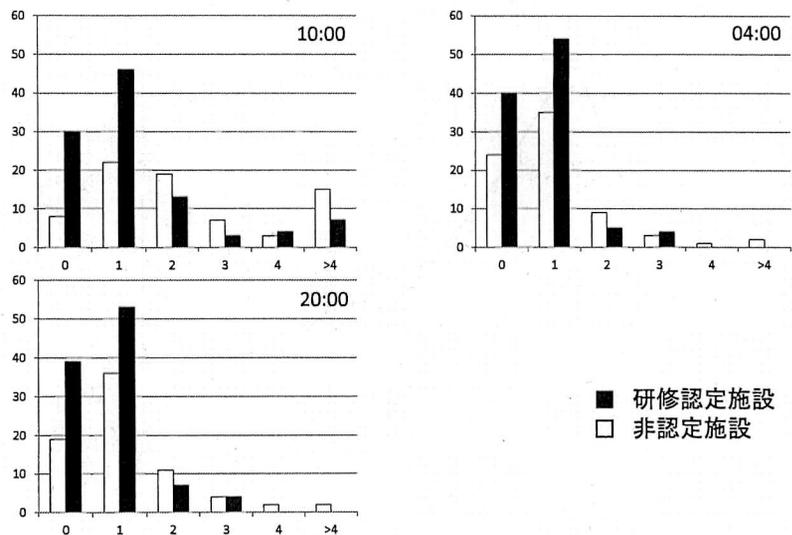


ICUベッド数

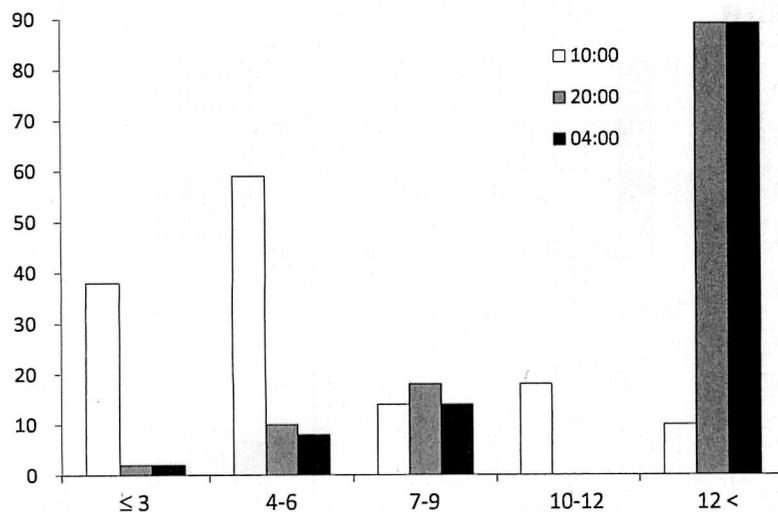
施設数



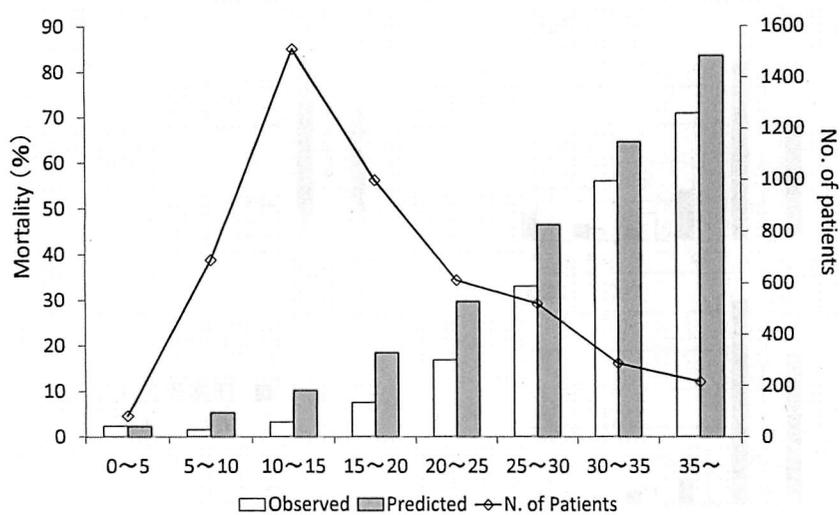
ICU専従医の配置



ベッド数/医師数



予測死亡率と実死亡率



専従医の存在意義は?

午後8時に専従医がいると予後が改善するのか?

	ICUs	患者数	死亡数	致死率 (%)	APACHE II score	SMR
P	84	2,315	257	11.10	17±7	0.52
N	35	1,034	85	8.22	17±7	0.37

専従医が人工呼吸器の設定、離脱を決めると?

	ICUs	患者数	死亡数	致死率 (%)	APACHE II score	SMR
P	68	615	149	24.23	21±9	0.79
N	21	212	58	27.35	22±9	0.83

専門医の存在意義は?

学会認定研修病院と非認定病院の差は?

	ICUs	患者数	死亡数	致死率 (%)	APACHE II score	SMR
C	59	1,873	190	10.14	16±7	0.53
N	61	1,562	161	10.31	18±7	0.42

パラメダイカルの存在意義は？

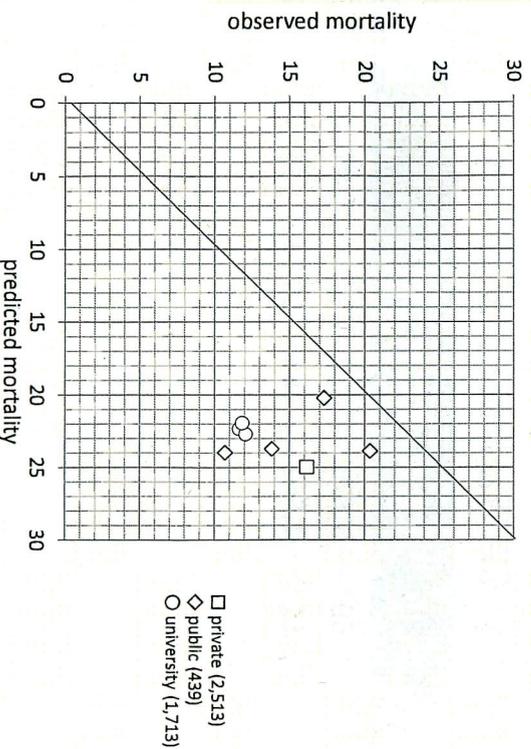
CEが長時間滞在するICUでは？

	ICUs	患者数	死亡数	致死率 (%)	APACHE II score	SMR
L	52	484	107	22.11	20±9	0.77*
S	47	343	100	29.15	22±9	0.84

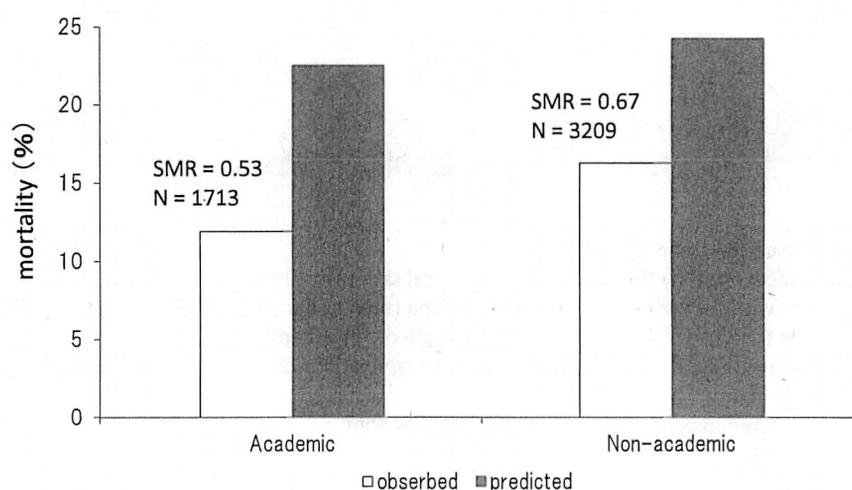
認定看護師がいるICUでは？

	ICUs	患者数	死亡数	致死率 (%)	APACHE II score	SMR
C	40	1,542	132	8.56	16±7	0.43*
N	79	1,807	210	11.62	17±7	0.50

設立母体：予測vs実死亡率



標準化死亡率



Critical Care Physicianと患者予後

Characteristic	Critical Care Management for Patients†		
	≥95%	5%-95%	≤5%
ICUs, <i>n</i>	23	79	21
ICU beds, <i>n</i>			
Mean	17.3	17.5	13.5
Median	16	16	12.9
Minimum-maximum	10-32	7-66	4-25
Hospital beds, <i>n</i>			
Mean	668	468	404
Median	570	430	375
Minimum-maximum	257-1389	70-1049	130-774
Urban location, %	61	47	43
Academic hospital, %	52	5	0
Primary medical school hospital, %	61	6	0
Primary hospital for critical care fellowship, %	87	6	5
Critical care fellows rotate, %	48	8	19
ICU type, %			
Medical only	30	8	10
Surgical or trauma only	22	9	0
Mixed or other	48	83	90
Nursing policy, %			
RN or LPN	4	15	14
RN only	96	81	86
RN with CCRN	0	4	0

Levy MM. AIM 2008

Critical Care Physicianと患者予後

Variable	Critical Care Management			No Critical Care Management		
	≥95%	5%-95%	≤5%	≥95%	5%-95%	≤5%
Patients, n	18 601	23 324	261	17	37 020	22 609
Mean SAPS II probability	0.1650	0.1733	0.1511	0.0585	0.1102	0.1368
Mean mortality rate	0.1800	0.1884	0.1801	0.0588	0.1004	0.1244
SMR (95% CI)	1.09 (1.05-1.13)	1.09 (1.05-1.12)	1.19 (0.88-1.58)	1.01 (0.03-5.60)	0.91 (0.88-0.94)	0.91 (0.88-0.94)

critical care physicianの定義

1. be recognized by the institution as a critical care specialist within a specialty unit, even without a specialty board certification (such as burn or neurointensivist), and must treat the total patient and not a single organ system
2. have passed critical care medicine board examinations or be qualified to take the examination
3. be trained in an accredited critical care fellowship

Levy MM. AIM 2008

Intensivist

診断および治療に関する広い知識を有し、
診断・治療手技に精通している必要がある!

- 診断手技
 - 肺動脈カテーテル
- 治療
 - 人工呼吸管理
 - 血液浄化

Intensivist以外も行うことができる!

ICUの形態と人工呼吸器設定

	Open (n=277)	Closed (n=482)	p value
Day 3 V_T			
Mean (mL/kg)	10.8 (2.9)	9.3 (2.3)	< 0.001
≤ 6.5 mL/kg (%)	5	11	0.004
< 8 mL/kg (%)	16	28	< 0.001
≥ 12 mL/kg (%)	31	10	< 0.001
Diagnosis			
ALI	34	37	0.47
ALI or edema	46	47	0.83
Height measured (%)	81	80	0.90
Weight measured (%)	99	99	1.00
Pplat measured by day 3 (%)	69	80	< 0.001
Day 3 Pplat (mmHg)	27 (8)	25 (8)	< 0.001
Day 3 PEEP	5 (5-8)	5 (5-10)	0.22

Structure (ICU organization) → process (use of LPV) → outcome (risk-adjusted mortality)
この構図が単純につながるわけではない。

Cooke CR. CC 2008

Intensivist is as follows (SCCM)

- 専門施設で研修し資格を有する
- 個々の患者に対し診断、治療、モニター、介入、問題解決
- 能力、研修
 - 循環不全
 - 呼吸不全
 - 意識障害
 - 急性腎障害
 - 致死的代謝疾患
 - 薬剤中毒
 - 凝固異常
 - 重症感染症
 - 栄養

Intensivist is as follows (SCCM)

- 急性期治療に関し、以下のことに習熟している
 - 気道確保
 - 血管確保
 - 動脈
 - 中心静脈
 - 肺動脈カテーテル
 - 血液浄化用カテーテル
 - ペースメーカー
 - 気管切開
 - その他: 気管支鏡、超音波診断、血液浄化など
- 入退室管理
- 教育

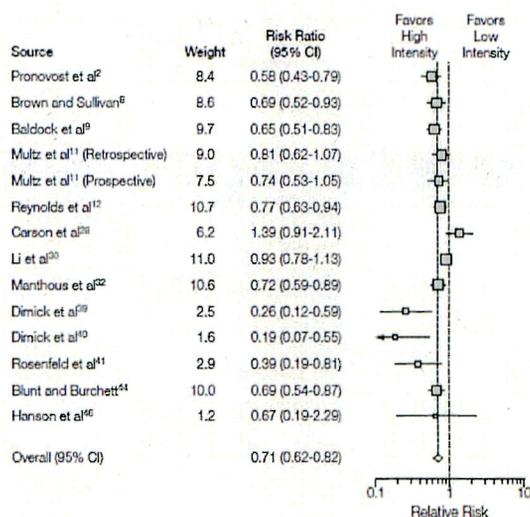
松田班調査において

- 集中治療専門医は何をする医師か
- 集中治療専門医はどの程度、患者の治療にかかわっていたのか
- 集中治療専門医は集中治療部の運営にどれくらいかかわっていたのか
- 専門医研修認定施設とはどのような機能を果たす施設であったのか

Structure & Process: Open vs. Closed

- Open ICUとClosed ICUで予後が変わるのか?
 - 差がない
 - Knaus WA. Ann Inter Med 1986;104:410
 - Hanson CW III. Crit Care Med 1999;27:270
 - 合併症や滞在期間は減るが生存率は変わらない
 - intensivist以外も指示を書き、積極的に治療に参加している
 - closed policyで予後改善
 - Retrospective
 - Historical control
 - 単一施設

Intensivistが主として重症患者の治療に携わると院内死亡率が下がる



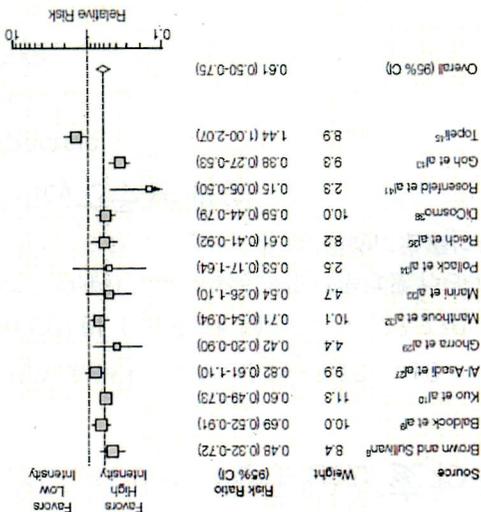
Pronovost PJ. JAMA 2002;288

Michigan州のICUの実態は？

Organization		Decision Making			
Closed	Open	Intensivist	Non-intensivist	Shared	
24	72	30	31	34	
人工呼吸器設定	62 (66.7%)	24 (25.8%)	7 (7.5%)		
ウイニング方法	64 (68.8%)	24 (25.8%)	5 (5.4%)		
抜管時期の決定	63 (68.5%)	24 (26.1%)	5 (5.4%)		
鎮静、筋弛緩薬の選択	56 (65.4%)	24 (27.9%)	6 (7.0%)		
循環作動薬の選択	47 (51.1%)	25 (27.1%)	20 (21.7%)		
コンサルタントするか否か	19 (20.4%)	31 (33.3%)	43 (46.2%)		
抗菌薬、その他の治療	30 (32.2%)	25 (26.9%)	38 (40.1%)		
家族との話し合い	26 (28.6%)	26 (28.6%)	39 (42.8%)		

Hyzy RC. J Hosp Med 2010

Intensivistが主として重症患者の治療に携わるとICU死亡率が下がる



Pronovost PJ. JAMA 2002;288

Michigan州のICUの実態は？

Care Provider	Nighttime Admissions	Cross coverage
Emergency room physician	13 (13.5%)	8 (8.3%)
House physician	15 (15.6%)	17 (17.7%)
House officer	42 (43.8%)	37 (38.5%)
ICU nurse	5 (5.2%)	10 (10.4%)
Physician's assistant/ Nurse practitioner	8 (8.3%)	5 (5.2%)
Intensivist in person	8 (8.3%)	-
Intensivist by telephone	-	28 (29.2%)
Other	9 (9.4%)	9 (9.4%)

Hyzy RC. J Hosp Med 2010

Closed systemへの変更 APACH II scoreは高くなった

	Open	Closed
No. of admissions	124	121
APACHE II score, mean±SD	15.4±8.3	20.6±8.6
Hospital mortality, %	22.6	31.4
Predicted mortality, %	25.2	40.1
Ratio of hospital mortality to predicted mortality	0.90	0.78

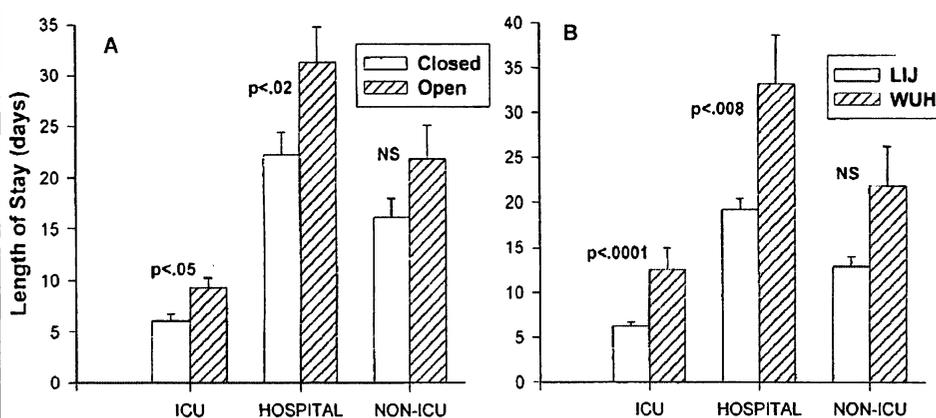
Carson SS. JAMA 1996;276:322

Resourceの有効活用が可能に

	LII (OR) (n = 152)	LII (CR) (n = 154)	p Value	WUH (OP) (n = 95)	LII (CP) (n = 185)	p Value
% Patients ventilated	46.7% (n = 71)	39.6% (n = 61)	NS	44.2% (n = 42)	35.7% (n = 66)	NS
Ventilator days ¹ (range)	6.4 ± 1.1 (0-87)	3.3 ± 0.6 (0-64)	p < 0.05	8.5 ± 2.3 (0-155)	2.3 ± 0.5 (0-78)	p < 0.0005
Ventilated patient mortality	53.5% (n = 38)	54.1% (n = 33)	NS	42.9% (n = 18)	51.5% (n = 34)	NS

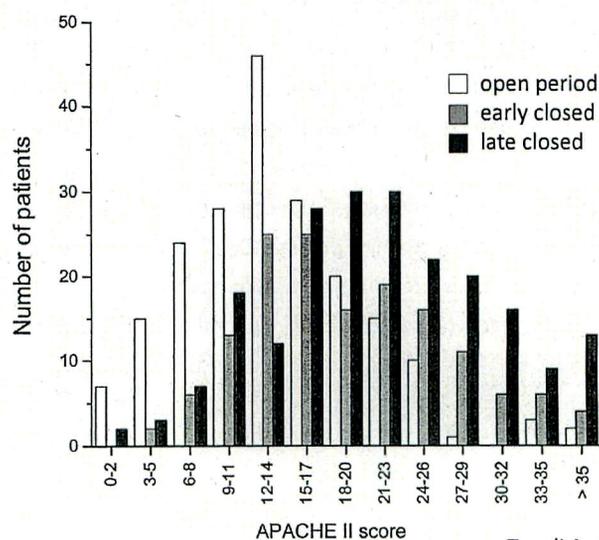
Multz AS. AJRCCM 1998;157:1468

Resourceの有効活用が可能に



Multz AS. AJRCCM 1998;157:1468

Closed systemへの変更 APACH II scoreは高くなった



Topeli A. CCM 2005;33:299

Closed systemへの変更 人工呼吸患者対象

	Open (n = 21)	Early Closed (n = 67)	Late Closed (n = 134)
APACHE II score	19 (15-26.5)	22 (17-29)	23 (18-29)
Duration of MV, days	4 (2.5-7)	5 (3-12)	5 (3-10)
ICU length of stay, days	5 (3-9)	10 (6-18) ^a	9 (4-14) ^b
Hospital length of stay, days	5 (3-9)	13 (7-23) ^a	13 (5-23) ^a
Predicted mortality rate, %	41.9 (27.7)	43.4 (23.9)	46.1 (25.5)
ICU mortality, no. of patients (%)	19 (90.5)	38 (56.7) ^a	75 (56.0) ^a
Hospital mortality, no. of patients (%)	19 (90.5)	38 (56.7) ^a	79 (59.0) ^a

Topeli A. CCM 2005;33:299

Intensivistsは重症患者の致死率を下げる

Journals	Design	Comparison	Results
JAMA 1988	retrospective	two consecutive periods	mortality ↓
CCM 1988	retrospective	two time periods	ICU utilization ↑
Chest 1989	retrospective	two consecutive periods	mortality ↓
JAMA 1994	survey	pediatric intensivistの有無	mortality ↓
JAMA 1996	prospective	two consecutive periods	severity ↑, mortality ↓
CCM 1997		training programの有無	mortality ↓
JAMA 1997	retrospective	teaching hospital or not	mortality ↓
MCP 1997	retrospective	two consecutive periods	肺炎 mortality ↓
AJRCCM 1998		two consecutive periods two different type ICUs	mortality ↓ ICU/hospital stay ↓
Ann Surg 1999	retrospective	two time periods	mortality/morbidity ↓

Intensivistsは重症患者の致死率を下げる

Journals	Design	Comparison	Results
CCM 2000	prospective	ICU vs. nephrology unit	ARF mortality ↓
Lancet 2000		historical control	mortality ↓
JAMA 2002	SR	high vs. low intensity	LOS ↓, mortality ↓
CCM 2005	prospective	two consecutive periods	severity ↑, mortality ↓
AJRCCM 2007		closed vs. open	mortality ↓
CC 2008	prospective	closed vs. open	V_T in ALI ↓
日集医誌2009	retrospective	historical control	mortality ↓
CCM 2011	prospective	two consecutive periods	mortality ↓, cost ↓

経験と患者の予後

Table 2 Mean Length-of-Stay (LOS) Grouped by Physician Years in Practice

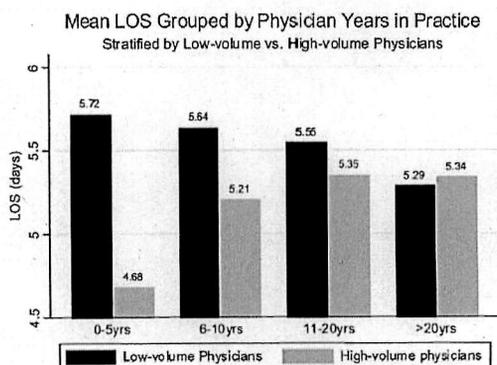
Years in Practice	0-5 Years	6-10 Years	11-20 Years	>20 Years	P-Value*
All admissions					
No. of patients	n = 2473	n = 1712	n = 1149	n = 1238	
No. of doctors	n = 14	n = 12	n = 14	n = 19	
LOS, mean \pm SD, days	4.77 \pm 6.32	5.29 \pm 6.47	5.42 \pm 6.41	5.31 \pm 5.72	.001
Truncated LOS,† mean \pm SD, days	4.53 \pm 4.67	5.03 \pm 4.79	5.16 \pm 4.82	5.11 \pm 4.57	.001
First admissions					
No. of patients	n = 1794	n = 1282	n = 895	n = 949	
No. of doctors	n = 14	n = 12	n = 14	n = 19	
LOS, mean \pm SD, days	4.64 \pm 6.30	5.30 \pm 6.81	5.21 \pm 5.98	5.13 \pm 5.62	.003
Truncated LOS,† mean \pm SD, days	4.43 \pm 4.65	4.99 \pm 4.82	4.99 \pm 4.59	4.94 \pm 4.53	.003

Table 3 Readmission and Mortality Grouped by Physician Years in Practice

Years in Practice	0-5 Years	6-10 Years	11-20 Years	>20 Years
No. of patients	n = 2473	n = 1712	n = 1149	n = 1238
No. of doctors	n = 14	n = 12	n = 14	n = 19
30-Day readmission	Ref = 1.00	0.96 (0.83-1.12)	0.93 (0.71-1.22)	0.89 (0.71-1.12)
In-hospital mortality	Ref = 1.00	1.14 (0.77-1.68)	1.29 (0.83-2.00)	1.71 (1.06-2.76)
30-Day mortality*	Ref = 1.00	1.15 (0.90-1.47)	1.11 (0.79-1.56)	1.51 (1.05-2.16)

Southern WN. Am J Med 2011

医師の経験と患者の予後

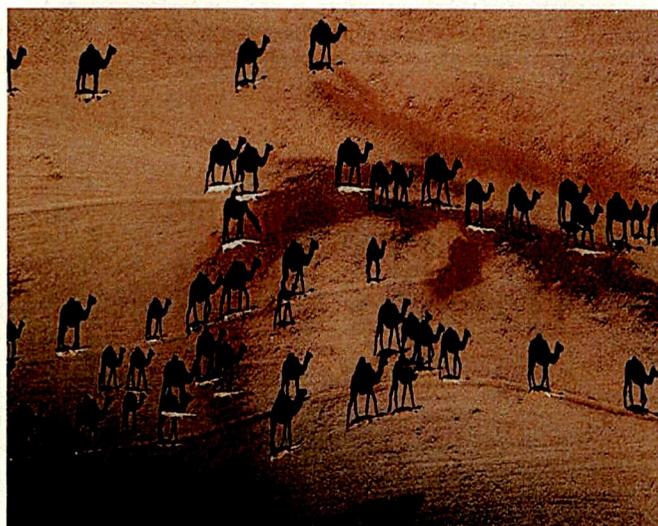


Southern WN. Am J Med 2011

Defining clinical roles and the best practice model (SCCM)

- Best practice model
 - intensivist, ICU nurse, RT, pharmacistがチーム
 - full-time CC-trained physicianがリーダー
 - 24時間体制
 - closed policy
 - pharmacistが毎日だけでなくも回診に参加

実体を把握して
解決策を探す必要がある!



結語

- 社会に対して集中治療医学がどのように貢献しているかを国民が知っているか？
- 国公立大学集中治療部は、教育・研究だけではなく、臨床面で模範となるべき実績を示す必要がある。
- 本協議会は
 - intensivistとは何かを明確に定義
 - 理想的なICUはどうあるべきか (structure)
 - 治療内容がどうであるか (process)
 - 治療成績がどうであるか (outcome)

協議事項

全国国公立大学病院集中治療部協議会
集中治療教育プログラム改訂委員会での
プログラム改訂進捗状況について

全国国公立大学病院集中治療部協議会集
中治療教育プログラム改訂委員会委員長
貝沼 関志

内容

1. 全国国公立大学病院集中治療部協議会集中治療教育プログラム改訂委員会でのプログラム改訂進捗状況について報告する。
2. 教育プログラム改訂委員会の今後のスケジュール予定について報告する。
3. 教育プログラム改訂作業上の主要な論点、環境的な問題点について報告する

全国国公立大学病院集中治療部協議会
集中治療教育プログラム改訂委員会
(2011年国公立大学集中治療部協議会決定)

貝沼 関志 (委員長) 名大ICU
水谷 太郎 筑波大ICU
星 邦彦 東北大ICU
斎藤 憲輝 鳥取大ICU
藤野 裕士 大阪大ICU
松田 直之 名大ICU
橋本 悟 京都府立医大ICU
片山 浩 (協力委員) 川崎医大ICU
竹田 晋浩 (協力委員) 日本医大ICU
安宅 一晃 (協力委員) 大阪市立総合医療センターICU
(順不同)

第2版の全体の構成と一次原稿の分担

はじめに 貝沼	
1、ICUにおける倫理指針	水谷
2、中枢神経系の管理	星
3、呼吸管理	竹田
4、循環管理	藤野
5、ショック	藤野
6、肝臓の管理	星
7、腎臓の管理	斎藤
8、膵臓(重症急性膵炎)の管理	星
9、消化管	安宅
10、凝固線溶系	松田
11、感染制御	松田
12、栄養管理	貝沼
13、外傷	水谷
14、中毒	斎藤
15、熱傷	松田
16、小児	橋本
17、移植	片山
18、輸液と輸血	本山
19、画像診断	橋沼
20、付録	貝沼

全国国公立大学病院集中治療部協議会
第一回集中治療教育プログラム改訂委員会
2011年2月23日(日本集中治療医学会開催時)於:パシフィコ横浜
議事録より

1. 日本集中治療医学会に教育プログラム委員会(仮称)は必要である。
2. またこの集中治療教育委員会(仮称)が専門医制度委員会の中につくられるか、別に作られるかは不明であるが、その委員会ができれば、人的にも内容的にも本改訂委員会と連動して進める必要がある。
3. 日本集中治療医学会の動向を見極めながら、教育プログラムの改訂をしていく。

全国国公立大学病院集中治療部協議会
第1回集中治療教育プログラム改訂委員会
2011年2月23日(日本集中治療医学会開催時)於:パシフィコ横浜
議事録より

4. プログラム改訂基本方針は 2005年版に基本的に則る。
5. 分量的に2005年版の程度とする。
6. L-1,L-2, L3のレベルは踏襲する。
7. 日本救急医学会や日本麻酔科学会の教育プログラムと矛盾しないものとする。
8. 将来的には日本救急医学会、日本集中治療医学会、日本麻酔科学会などと合同で作成し、国民にも政府にもわかりやすく理解が得られる内容を目指す。

全国国公立大学病院集中治療部協議会
 第2回集中治療教育プログラム改訂委員会議事録
 2011年5月19日(日本麻酔科学会開催時) 於:神戸ポートピアホテル
 議事録より

1. 改訂版教育プログラムは、2012年全国国公立大学病院集中治療部協議会で承認を得た後、日本集中治療医学会雑誌に投稿、発表する。
2. 改訂版教育プログラムは承認を得た後、CoBaTrICEのポートフォリオの形式にならない、研修者と指導者が日付を記してチェックができる形のを、改訂版教育プログラムに沿って発表する。
3. 改訂版教育プログラムの第一次原稿締め切りは日本救急医学会学術集会前日とする。
4. 各項目について、日本救急医学会、日本麻酔科学会だけでなく、日本呼吸器学会、日本循環器学会、日本心臓血管外科学会など、ICUに関連する諸学会の教育プログラムを参照しながら進める。
5. 日本集中治療医学会専門医テキストの作成が進行中である。日本集中治療医学会専門医テキストと改訂教育プログラムが連動したものとなるよう、テキスト担当の岡元先生と密な連絡を取る。

全国国公立大学病院集中治療部協議会
 第3回集中治療教育プログラム改訂委員会
 2011年10月19日(日本救急医学会開催時) 於:所:東京医科大学病院
 議事録より

1. 提出された一次原稿について、読み合わせ、逐次。加筆、削除、訂正した。
2. 基本的に「の説明ができる」、「説明できる」、「の実施ができる」、「実施できる」という文章に統一することとした。
3. 改訂版教育プログラムは集全国国公立大学病院集中治療部協議会の承認を得た後、各分担担当者が、CoBaTrICEのポートフォリオの形式にならない、研修者と指導者が日付を記してチェックができる形のもの提出する。

全国国公立大学病院集中治療部協議会
第5回集中治療教育プログラム改訂委員会議事録
2012年1月27日 9時～12時

於: 信州大学医学部附属病院 外来棟

全国国公立大学病院集中治療部協議会
第5回集中治療教育プログラム改訂委員会議事録
2012年2月27日 9時～於: ホテルニューオータニ幕張
(第39回 日本集中治療医学会学術集会開催前日)

全国国公立大学病院集中治療部協議会
第4回集中治療教育プログラム改訂委員会議事録
2011年12月23日 於: 名古屋大学医学部附属病院 中央診療棟
議事録より

1. 1月27日(金)午後の全国国公立大学病院集中治療部協議会では、中間報告という形でこれまでの経過と成果を報告することとした。
2. 2月27日の第6回目の集中治療教育プログラム改訂委員会での完成を目標とした。
3. 完成後、全国国公立大学病院集中治療部協議会のメーリングリストでパブコメを募集する予定とした。
4. 日本集中治療医学会雑誌への掲載に当たっての最終校正は貝沼が担当する予定とした。

集中治療専門医修得に至る全国共通のコア・プログラム 作成のために一今後のスケジュール

1. 今回の教育プログラム改訂案の完成目標は2012年2月27日の第6回委員会としている。その後、public commentを求め、2013年の全国国公立大学病院集中治療部協議会での承認を目指している。
2. プログラムの全国国公立大学病院集中治療部協議会での承認後は日集中医誌に掲載する。
3. 承認後は日本集中治療医学会あるいは専門医制評価・認定機構に提示する。
4. 承認後は日本救急医学会、日本麻酔科学会、日本循環器学会などに提示し各専門医制度のなかで活用していただくよう要請する。

改訂作業上の主要な論点

1. 専門医修得までの必須修得事項と努力目標修得事項の区分けを項目ごとに個々に議論している。
2. ICUが多様化している中で、各集中治療医の勤務する施設の違いにより、経験できる項目と経験できにくい(もしくは経験できない)項目があるため、項目ごとに個々に議論している。
3. レベル(L-1,L-2,L-3)区分について個々に議論している。
4. 各項目のエビデンスレベルの違いにより修得項目とすべきかどうかについて個々に議論している。

改訂作業上の環境的な問題点

1. 全国国公立大学病院集中治療部協議会
第4回集中治療教育プログラム改訂委員会として予算を持っていない状況であるため、会場設営に関して、これまで、日本集中治療医学会、日本麻酔科学会、日本救急医学会、名古屋大学医学部附属病院、信州大学医学部附属病院の御援助のもとに無償にて会場をご提供いただいている。
2. 委員の出張願いおよび旅費・宿泊費補填のため、本委員会発足時の全国国公立大学病院集中治療部協議会を主管された筑波大学救急・集中治療部長 水谷先生より招聘状を発送いただいている。
3. 上記2点について、協議会で今後の対策をご協議いただきたい。

結語

1. 全国国公立大学病院集中治療部協議会集中治療教育プログラム改訂委員会でのプログラム改訂進捗状況について報告した。
2. 教育プログラム改訂委員会の今後のスケジュール予定について報告した。
3. 教育プログラム改訂作業上の主要な論点、環境的な問題点について報告した。