

## 第 3 2 回

# 全国国公立大学病院集中治療部協議会

## 議事録

平成 2 9 年 2 月 3 日 (金)

当番校：山梨大学

## 議事概要

### 【挨拶】

#### 小林医学城総務課長（山梨大学）

皆様、本日はお忙しい中また遠いところを甲斐の国山梨へお越しいただきありがとうございます。私は協議会当番大学の山梨大学医学城総務課長の小林と申します。議長選出までの間進行を務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。

まず、本日の配付資料の確認をさせていただきます。

- ・第32回全国国公立大学病院集中治療部協議会資料
- ・文部科学省講演資料「大学病院を取り巻く諸課題について」
- ・平成28年度山梨大学医学部附属病院要覧
- ・山梨観光ガイドマップ
- ・やまなしワインタクシー

それぞれお手元にございますか。よろしいでしょうか。

### 【開会】

#### 小林医学城総務課長（山梨大学）

それでは只今から第32回全国国公立大学病院集中治療部協議会を開催いたします。

開会に先立ちまして本日、文部科学省からご出席いただきました方々をご紹介します。

- ・文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室長 佐藤人海 様
- ・文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室病院第一係 中山進司 様

開会にあたりまして当番大学であります山梨大学医学部附属病院 病院長 藤井秀樹よりご挨拶申し上げます。

### 【当番校挨拶】

#### 藤井病院長（山梨大学医学部附属病院）

みなさんこんにちは、山梨大学の病院長の藤井でございます。

本日は北は北海道旭川から、また南は沖縄琉球大学からたくさんの皆様にお越しいただきましてありがとうございます。特に北海道は雪が強いので飛行機が飛ぶか心配していましたが、ちゃんと来ておられましたので安心いたしました。

本日の会は32回目ですけれども、実は昭和61年に初回の会が開かれております。その分最初は東京大学が4回、それから医科歯科大学が4回、その後それぞれ輪番制でいろいろな大学が担当するようになりました。といことはどういうことかと言いますと、私が考えるに、この集中治療部という組織がまだ十分構築されていないときからこの会が始まったというふうに認識しております。まだ20年しか経っておりませんが、輪番制が始まっ

てからは。ということでまだまだこの集中治療部の発展の余地が大いにあると考えております。

本日は① I C Uの質の評価、②医師看護師体制、③新卒者教育、④既卒者教育という4つのテーマでディスカッションがされるわけですが、既に看護師長会では午前中にディスカッションされていると聞いています。それがこの午後、医師が加わることによってどのような変容が生じるか楽しみにしております。

さてお手元に山梨観光ガイドマップがありますが、偶然にも今日、明日と快晴の予定でございます。富士山を見られた方もおられると思いますが、この甲府盆地から見える富士山は、周りに山がありますので、すそ野が見えません。ですので、明日にでも少し足をのばしていただいて、すそ野が見える場所から富士山を眺めていただければと思います。また、私は大酒のみですが、なんといっても山梨はワインがおいしいです。是非今夜はワインをお楽しみいただきたいです。

話が脱線してしまいましたが、本日は遠いところからお忙しい中来ていただいてありがとうございますので、有意義なディスカッションをしていただけるよう心から思っております。それから、本会の規約第7条に、本会は文科省、厚労省から関係者を呼ぶことができるとなっております。本日は文科省から私たち大学病院にとって本当に重要な機関である大学病院支援室の佐藤室長にお越しいただき、講演いただくこととなっており、私たちにとって重要でありたいことであると思っております。半日しかありませんが、楽しいディスカッションで、実りあるプロダクトをつくっていただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

#### **小林医学域総務課長（山梨大学）**

藤井病院長ありがとうございました。

それでは早速ではございますが、文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室長佐藤人海様よりご挨拶並びに「大学病院を取り巻く諸課題について」と題しましてご講演をいただきたいと思っております。佐藤様よろしく願いいたします。

#### **【文部科学省講演】**

#### **佐藤大学病院支援室長（文部科学省）**

「大学病院を取り巻く諸課題について」

#### **小林医学域総務課長（山梨大学）**

佐藤様ありがとうございました。大学病院職員として非常に参考となる大変興味深いお話でした。せっかくの機会ですので質問等ございましたら、よろしく申し上げます。なお、本日の会議につきましては後日、議事録を作成する必要があるがございますので、ご発言に際しましては大変申し訳ありませんがマイクを使用いただき、大学名とお名前をおっしゃ

ってからご発言をいただきますようお願いいたします。

### 名古屋大学外科系集中治療部 貝沼部長

名古屋大学外科系集中治療部長をやっております貝沼と申します。

モデルカリキュラムの件で、年末に集中治療医学会の理事会からパブコメの募集がきまして、即座に読んでコメントしました。それが1月16日締切ということで急いで読んだんですけれども、問題は集中治療医学というものの概念がモデルカリキュラムに無いんですね。集中治療医学というもので検索しますと、集中治療という言葉で検索するとわずか2箇所です。その1箇所は集中治療室というところですか。つまり集中治療というものが集中治療室という概念でしかとらえていなくて、集中治療医学という学問としてとらえていない、すなわち学部教育の中で集中治療医学がひとつのカリキュラムとして現在確立していない大きな根拠がこのモデルカリキュラムにあるというふうに判断しています。というのは以前私は私立大学にもいましたけれども、私立大学の医学部の教育カリキュラムはこのモデルカリキュラムを細分化する形で組まれます。救急医学についてはですね、やはりこれは認識があって確か30箇所言葉が出ていて、高度救命と書いてあって、この部分がまさに集中治療医学なんですね。ですのでモデルカリキュラムの委員の中に集中治療医学というものをですね、ちゃんと位置づけていないとかご存じないとか、そういう風に思いました。ここのところを改定しないと我々の領域は進まないし、これまでこの協議会で集中治療医学の教育がいったいどのくらいなされているか、という発表が何回かなされていますけれども、みんな問題意識をもっておりますけれども、このモデルカリキュラムは非常に大きな文書でありますので、この点を改定していただきたいと。それから、パブコメを出しましたけれども、これに対するフィードバックはどのようにされるのかということも教えていただきたいと思います。

### 佐藤大学病院支援室長（文部科学省）

ご意見ありがとうございました。非常に重要なご指摘だというふうに思います。いただいたパブコメですけれども、かなり件数が実は多くてですね、ただその一件一件について文科省内でも整理しておりますし、それを先ほど説明したような調査研究か、あるいは連絡調整委員会の委員と共有しながら、全てのパブコメに全部対応できるかどうかということもありますけれども、それぞれきちんとした、それについてどういうふうに対応するかということ整理をさせていただいております。それで、順番がですね、まずそういう意見に全て回答してからということになるのか、公表と同時にいただいた意見にたいしてこういうふうな対応になりましたという風になるのか、というところはまだ確定しておりませんが、いずれにしてもそういったご意見を含めてきちんと精査をした上で対応はしていきたいと考えております。

#### 小林医学城総務課長（山梨大学）

他にどなたかご質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか

それでは佐藤様ありがとうございました。これをもちまして文部科学省佐藤室長のご講演を終了とさせていただきます。なお、まことに残念ではございますが佐藤様並びに中山様におかれましてはこの後所用によりご退席となります。本日はお忙しい中ご講演ご臨席いただきましてありがとうございました。皆様拍手をお願いいたします。

それではここで次の準備のため10分間の休憩とさせていただきます。10時20分から始めさせていただきます。また看護師長会議の第1、第2、第3Gの発表者の方はご準備をお願いいたします。

それでは休憩に入りたいと思います。

（休 憩）

#### 【発表】

#### 小林医学城総務課長（山梨大学）

それでは時間となりましたのでご着席をお願いいたします。

それでは引き続き協議会を進めてまいりたいと存じます。議事に先立ちまして議長を選出したいと思います。議長につきましては協議会規約第9条の規定によりまして当番大学の集中治療部長が担当することとなっております。これを受けまして本学集中治療部長の松田がこの会議の議長を務めさせていただきますと思いますがよろしいでしょうか。

（拍 手）

ありがとうございます。それでは松田部長お願いいたします。

#### 松田集中治療部長（山梨大学）

それでは僭越ではございますが、本会議の議長を務めさせていただきます。と思います。

皆様のご協力をいただきまして本会議をスムーズに進めてきたいと思いますので、ご協力のほどよろしくをお願いいたします。

今回師長さん達とのコミュニケーションということでディスカッションをこの会で多く取りました。アンケートで近々の話題ということで募集しましたが、運が良いのか悪いのか今回意見をいただかなかったので、今まで午前中に師長会議で熱い議論をして、それを午後この会議で報告という形でずっと発表されてたかと思いますが、去年、北海道で丸藤先生がやられていた中で、かなり盛り上がっていた話題がありましたので、それを今回引き続き午前中に議論していただいて、午後ここで発表していただき医師とナースとのコミュニケーションをとりたいというふうに考えております。どうかご協力のほどよろしくをお願いいたします。

それでは第1、第2、第3グループの午前中のディスカッションについてご発表をいただきたいと思います。1グループ5分をお願いいたします。テーマは「ICUにおけるの質の評価」ということとさせていただきます。よろしくお願いいたします。

### (第1グループ)

#### 卯野木集中治療部看護師長 (筑波大学)

ICUにおける看護の質をどのように評価するかということに関して情報共有と課題に関して話し合ったのでその内容を報告させていただきます。いくつかの大学では少し取組みがありましたのでここで紹介します。

まず岡山大学では看護師の中でグループを作っていくつかのものを測定しています。たとえば誤薬率とか手指衛生がどのくらい行われているのか。あとMRSAの発生件数、褥瘡発生率、あとは6Rですね、ダブルチェックの時にきちんとプロセスが行われているかというのを他の人が観察して評価する、あとは決められたとおりの記録が行われているかということに関して、測定を行ってフィードバックをしているというような発表がありました。あとは再入室に関して何時間以内で帰ってきた場合にはその内容を看護師と医師とたとえばベットコントロールは適切だったかということに関しては情報共有しているとのことでした。誤薬の発生率など安全関係は比較的そうなんですけれども、ベンチマークとするデータがきちんと無かったりするので、海外のアドバースイメントとちょっと中身が違っていたりするので、そのあたりの比較が難しかったりすることが課題でした。あとは筑波大学も各係で分担して適応外を測定していてアパッチIIを含む患者基本情報とか、手指衛生、褥瘡、あと痛みを評価をどのくらいしているか、せん妄、あとリハビリがどのくらいまで進んで退室しているかとか、記録に関しても情報を各グループがとってそれを毎月報告するというような形式をとっています。それで患者に紐付けるデータをファイルメーカーで一元管理をしていて測定結果を共有フォルダに入力し月別に報告をするというやり方をしています。当院でもそうですがベンチマークとの比較について、測定の仕方によらつきがあって上手に評価ができないところが少し課題となっています。その他はVAP(人工呼吸器関連肺炎)、SSI(手術部位感染)、尿路感染症のような感染管理部などが測定するデータであったり、あとは再入室の件数、手指消毒薬の使用量等が行われているところがありました。あとは患者満足度調査とか。あとは「DINQL」という看護協会がバックアップして行っているデータベース事業の一つなんですけど、そこで身体抑制がどのくらい行われているかということ登録している病院ではICUから登録しているところもありました。

課題ですが、病院自体は看護協会の「DINQL」に参加していますが、ICUに特徴的な項目が無いために比較が困難というような課題が今のところあります。どのようなQIがICUの看護の質を反映しているかということに関しては検討が必要で、実際に定義とか測定方法、あとはその測定方法がこれから継続的に業務の中でやっていけるかという

ことに関しては課題という話がありました。実際に測定・分析に関して、スタッフの負担になることに関しては心配であるという意見もあり、あとアウトカムの評価ですね、死亡とか合併症の発生率等、自分たちが行っているプロセスの関係性を表すのが難しいこと、あとは他施設との比較に関しては今のところ仕組みがないのでその辺が無いと結果をうまくフィードバックできないということもありました。あとICUの質ということで全体の診療も含めて医師・多職種でプロセス、アウトカム評価を行うということも今後できればいいなという話もありました。以上で発表を終わらせていただきます。ありがとうございました。

### 松田議長

3つのグループは同じ課題で話し合いをいたしましたので、引き続き他の2グループにも発表いただいてから全体討論を行っていきたいと思います。では第2グループよろしくお祈りします。

### (第2グループ)

#### 越野集中治療部看護師長（金沢大学）

質評価ということですが、この質評価に参加した師長全員が質評価の何らかの取り組みを開始していますが、全員一致で難しいということが話し合われています。

質の評価をするときに中々難しいのでどういう風に考えていくかということで世の中で言われている3領域の視点で考えるのがいいのではないかという意見が出ました。構造的にどうか、過程的にどうか、結果的にどうかという視点で話し合いました。評価を考えた時、抑制の実施率、挿管の実施期間とか、疼痛管理あるいは感染予防とか医療安全とか、こういうものが評価指標になるのではないかと参加者から意見がありました。何らかの形で実際に師長たちは取り組んでいるんですけれども、せん妄予防であったり心臓のリハビリテーションの実施であったり、疼痛コントロールですね。シーボットとかいろんなものを導入して、いろんな意味で評価指標としているんですけれども、まずは安全・安楽・早期離床ということが質の一番の評価指標ではないかと。これをやっていく中で麻酔科とか先生たちとの協力というのが大きな問題というか大切なことだという話がでました。

特に問題として感じたことが患者視点からの評価が非常に難しい、ICUの中で患者さんに聞くということが難しい状況にあるので、実際にやったことがどうですかと中々聞きにくい。評価指標がありすぎる。数値のアセスメントものすごくしているんですけどシーボットを始め、いろんなものがありすぎて得たもののデータの評価、アセスメントが出来ていない。あとスタッフが非常に多いということもあって、その考え方とか温度差が非常にあって難しい。あとは先生との連携ですけれどもキャリアの長い看護師は先生とうまく連携ができるんですけれども、キャリアが短いとその評価のいろんな意味での連携が難しいという難しさを感じていました。実際の実践例のひとつなんですけれども、感染の指標

としては手指消毒の使用量のデータの比較ですね、こういうもので比較すればよいのではないか。集中治療室に関連した医師と看護師の連携は非常に良いんですが、集中治療室はいろんな科が入ってくるので、他科の診療科の医師、あるいはコメディカルの指導がどうか、そういうときに感染対策チームとのラウンドの活用などを指標としていいんじゃないかという話が出ました。二つ目の実践例ですけれども、ICUというところはどんな状況でも患者さんの治療を優先させる方針で治療が継続されている、もちろん家族が希望されていることもあるんですけども、こういう中で看護師はエンドオブライフケアというのはどういうものなんだろう、どういうふうに臨んでいったらいいのだろうということが非常に問題になっており、これは大事な指標ではないかという話が出ています。ICUは算定が7日間ということなので、長期化すると非加算となる。医師・看護師のカンファレンスは絶対に必要という話が出ています。また、患者家族の満足度をどうやって聞いて質に繋げていくかということが大事という話が出ました。

課題としては記録をタイムリーに実施し、医師といかに情報共有できるか、ICUとICU室後の病棟ラウンド、患者さんの状態がICUの中のケアがどういうふうに病棟に引き継がれているか、患者さんにとって良い効果になっているか、専門性のある看護師・医師・コメディカルのチームラウンドの実施や可視化が重要ではないか、早期離床のためのプロトコルの作成、医療看護必要度の評価の検討、B評価がICUに本当に必要なのか、という話も出ていました。また、認定看護師の活用、特定看護師の活用とかD i N Q Lの活用とかも大事ではないか。

提言としては、ICUの質の評価は看護師だけでは絶対にできないということ、医師との連携が重要ではないか、更なる協働ということが今後必要となってくるのではないかと、看護師と医師で看護のプロセスを一緒に評価できるカンファレンスみたいなものが開催できると良いのではないかと、介護の質のICUにおいて算定がとれるとみんなが動いてくれるので、そういうことができるとう良いなということが出ました。以上です。

#### 松田議長

ありがとうございました。必要性は十分にあるけれども、ということですね、医師との連携ということで。では第3グループの発表よろしくをお願いします。

#### (第3グループ)

##### 白砂集中治療部看護師長（新潟大学）

ほかのグループと同じような流だったのですが、まず質の評価の現状について、どのようにやっているか、そしてそこから活用をどのようにやっているか、そこから見える課題についてまとめましたのでお話しします。

質の評価の現状としては先ほどから言われています看護協会で行っているD i N Q Lの

活用であるとか、看護のQ Iプログラムというような、そういったツールはあるんですが、なかなか活用することができないということと、他大学のICUとの比較をするまでには至っていないというような現状があります。ですので各施設がそれぞれ自施設のICUの中でのインシデント件数であるとか感染、褥瘡の発生率そういったもろもろのデータを経年変化で自分たちの部署の中のデータを評価しているのが今の現状です。ただその活用をどのようにしていくかという中で小児患者の占有率とか、小児が多いと休憩時間がなかなか取れないというところで労務管理というところにつなげていたり、あと鎮痛鎮静の使用率、そのプロトコルに対してどの程度看護師が対応しているか、あとはチーム活動の一環として褥瘡や手指衛生、手指消毒薬の使用とか感染発生率がどのようにリンクしているかというところを出して、そこで可視化したことがスタッフのやりがいに繋がっていくというような状況になっています。私たち管理者としてICUの質の評価を保つためには、やはり労務環境をしっかりと、スタッフの労務環境の改善となる指標をデータとしてしっかり落とし込んでいかなければいけないというところで、夜勤時間であるとか休憩の時間、時間外勤務の時間、あとは入室患者の重症度というあたりを指標として持って、適正な加算を取得しているというところで、看護部、病院との交渉に活かす、そういった意味での質の評価を担保するためにデータをしっかりと集めることも重要じゃないかということで話し合われています。その中で先ほどからお話がありましたけれども、多職種の連携における質の評価というところでやはり感染であるとか、いろんな方たち人が出入りするICUの中でどういったところを一緒に取り組むというところに、成果の出やすい感染対策などそういったところでも一緒に質の評価が必要になるのではないかと、あとはリハビリを進めていく中で成果を発表しあうような病院もありまして、そういう症例報告の中で互いに質の評価をしていく、そういった多職種カンファレンスで一緒に取り組むことができるということで質の向上につながっていくのではないかとという意見もあります。

一方でICUは、とかくICUの中では立派な看護している、ケアをしているというふうになりがちなんですけれども、病棟との連携、そこでの質の保障というところも重要になってくるということで、退出時に看護師が病棟に向いて観察して一緒に看護をしていくとか、退出についていって病棟のカンファレンスにも参加して病棟での状況を把握していく、病棟につなぐためにどういったケアをしなければならぬかを一緒に考えていくという話も出ています。そういった意味で質を継続していくというのはICUだけではなく退院するまでの治療という視点を持ってということで、開かれたICUという体制を作っていく必要があるのではないかとという話が出ました。評価結果の活用の課題としては、指標は色々出しているが、それをどのように今後マネジメントに活用していく必要があるのか、そして自病院の立ち位置がわかりにくいので、そうした評価を比較できる仕組みが必要である、その中で先程から出ていますが多職種はじめ医師とともに、それぞれ医師が持っているデータ、看護師が持っているデータというところを共有して質の向上に努めていければというような話になりました。以上です。

### 松田議長

どうもありがとうございました。

それでは「ICUにおける質の評価」についてということでディスカッションをしたいのですが、ディスカッションをする前に3グループの代表の方々にお伺いしたいのですが、午前中に2時間20分かけて1つのテーマについて7人ぐらいずつのグループで話し合われて、今3グループ発表いただきましたけれども、医師とナースの連携が必要だというのはあると思いますけど、話し合われた中で、医師は連携できていないとか、医師は協力してくれるとか、どんな感じでしたでしょうか。第1グループからお願いします。

### 卯野木看護師長

手指衛生のところに関しては、ICUはいろんな科が入ってきますのでそこでやっていただけるとか、医学生も来るのでそういうところでなかなかそこに伝えていくことが難しいという話がでました、データ収集等に関しては今のところおそらくバラバラでやっているところが多いのでその辺で協力してやっていけたらという話が第1グループでは出ました。

### 松田議長

そこで集中治療医がどのように関わっていくかという話は出なかったですか。ナースはナース、医師は医師でやっている感じが多いんですかね。

### 卯野木看護師長

おそらくICUの体制によって結構違うような印象で個別の病院の意見に関してはそれほど出てこなかったです。ばらつきがありそうな感じでした。

### 松田議長

ありがとうございました。第2グループはどうですか。医師とナースの連携については出ましたか。

### 越野看護師長

協力ができる分野とできない分野があるみたいで、非常に協力できるという病院もありましたし、まだこれからというところもあり、ばらつきがあるのかなという感じです。いずれにしてもせつせとやらないと質は上がらないねという話は行き着くところでした。

### 松田議長

協力してくれる病院もあれば協力してくれない病院もあると。ここにいらっしゃる先生

方とナースの方々は同じところから来られているので、何人かは協力してくれて何人かは協力してくれないということですね。

#### **越野看護師長**

得意分野という言い方はおかしいですが、医師はVAPとかいろんなものの指標は強いですが、デスカンファレンスなどいろんなものを共有することは看護師の方が長けているので。

#### **松田議長**

評価の中での協力・非協力、病院間での協力・非協力があると。

#### **越野看護師長**

温度差はありますけれども、その中でも少しあるのかなと。

#### **松田議長**

ありがとうございました。

では第3グループはどんな感じでしょうか。

#### **白砂看護師長**

同じように、一緒に共有できるものできにくいものがあるのかなというのがあります。感染の状況ですと抗菌薬を使って看護師はこういうことをして、なので成果があがった、みたいなものを出すと医師は割と一緒に共有できるのかなというところもあります。ただ目的がはっきりしていないと一緒に進んでいくのは難しいのかなというのもありました。

#### **松田議長**

3グループの方々のまとめは評価をしっかりと、労務環境と加算を取って病院の中で立場を上げようとかかなり過激なことをおっしゃられていた気がしますけれども、医師との協力をやっていかなければいけないということでした。ありがとうございました。

医師とナースのコミュニケーションということでどういうことなのかなと司会の勝手な思いで聞いてしまいましたが、今3グループから発表がありました。それぞれ質の評価というのは絶対必要だという中で、あまりにもいろいろな評価項目が出てきましたし、これから大変大変だではなくて、この集中治療部協議会で一緒になってどういうふうやっていくかということにあたって、3グループの発表を聞いて医師の方々から何か意見はありますでしょうか。

## 重光集中治療部長（東京医科歯科大学）

まずベンチマークについて、設定するにあたってデータベースが必要だと強く思います。

日本に着任して4か月弱ですが、海外でずっとやっておりまして、データベースが重要であると思っています。それに関して日本集中治療医学会も、橋本先生、西森先生をはじめJIPADというデータベースを立ち上げて、アメリカ、ヨーロッパ、オーストラリアのようにデータベースを強く作ってその中からベンチマークをどのように決めるか、実際に評価項目を決めるとか、そういうふうな標準化が必要だと強く思います。

あと多職種回診ですが、ものすごく重要な役割を持っていると思います。ICUの中でやはり一番重傷な患者さんを、ケアに携わるいろんな職種の方がいまして、各プロフェッショナルな人たちの意見をその場で色々ディスカッションしていますと、そこでクリティークという形で、そこで評価・質という話が必然的に出てくるんですね。毎日のICUでのベッドサイドのラウンドのときに多職種回診をすることによってそこで、すごく健全な建設的なディスカッションができるというふうに思いますので、それも重要なことというふうに思います。

最後に質ということはアメリカでもものすごく、ホットな話題でありまして、実際に病院の中で、ICUの中で質というのは実際にお金にかかってくるわけですね、質が下がっていると、ベンチマークに達していないと病院に国からお金が出てこないという状況が、すごくシビアな状況です。それは今の日本の医療費削減というか、そういうふうな問題に関しても、かなりシビアに考えていかないといけないと思っています。近い将来そういう状況になるというふうに思っています。以上です。

## 松田議長

アメリカでは質を評価するための指標を誰がまとめて入れているのですか。

## 重光集中治療部長

質改善のためのグループが各病院にありまして、それは看護師の方達がいて後は医師もいますが、そういう部署があるんですけども、そこが、しっかりと病院の中でデータを取ってきたりあるいは教育したりというような、いろんな活動をやっております。

## 松田議長

日本の場合だと医師と看護師が自分でやらなければいけないことが多いと思いますが、アメリカでは入力する専門の職があってやっているということですね

## 重光集中治療部長

そうですね。大学病院でもそうですが、それは経営に直接関わることでですのでとてもシビアになります。そこは専門の部署があって、そこでその人たちが専門にそれを行っている

くと、質の改善・維持というようなことをやっています。

#### 松田議長

文部科学省佐藤室長も、病院経営に関して何かをやるというようなお話でしたので、なんとなくそっちにいくんですかね。貴重なご意見ありがとうございます。何かほかにご意見はありますか。橋本先生、J I P A D、重要だということですが、どういうことをコンセプトに今どこまで来ていて、看護師の方にも少し教えていただけますか。ひょっとしたら日本の場合はお互いに入れなければいけないかもしれない。そういう部署もないので。それが診療の合間にできるのか、しなければいけないでしょうけれども。

#### 橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

仰るとおりですけれども一部の大学ではこのデータベース事業で、J I P A Dのデータを入れるのに、看護師の方を別に採用されていれているところもあるようです。諸外国を2つ見てきましたが、イギリスでは専任の看護師がいて、そういうふうなことをして業績をあげることによって、その方自身が出世できるんですね。ですから非常にインセンティブが働いて一生懸命にデータを入力すると、しかもデータを集める方も一つの組織になっていてN P Oのような組織になっていてそこでデータを検証し、やり取りしながらデータの質を高める努力をしている。それから比較すると、日本の現状は現場の医師、看護師の方々がD i N Q LなりJ I P A Dのデータを入れなければいけない。ここはもう少しそういったところに予算をつけていただきたいと思います。私どもの病院でもD P Cデータ等を一生懸命まとめるのは診療情報管理士の資格を取った専任の方で一人しかいない。とても一人ではできないので病院に人員の増加をお願いしているところです。J I P A Dに関しても入力項目が多すぎると言われることが多いのですが、そこに看護師側で見ていただいた項目を入れ込むことは、いくつか入っている項目はありますが、今のところ難しく今後の課題と考えています。何かいい方法があれば意見を言っていただければそれを取り入れていこうと思います。クリニカルインディケータとして我々がやっている仕事をいかに病院内、そして国民の皆様を示すことができるかということが最終目標であります。それによって集中治療の質を高めていければと思っています。

#### 松田議長

ありがとうございます。第1～第3グループの方にお伺いしたいのですが、評価は重要だということは分かっている、ただそれを実行するためにナースの方々がそれを入れることができるのか、評価をするにあたって誰が入れるのかという議論はどのようになりましたでしょうか。第1グループから教えてください。

#### 卯野木看護師長

誰が入れるのかという議論にはあまりならず、看護師の中での議論だったので自分たちの話として進めたのですが、当院ではファイルメーカーで看護師が入室した時に一つ立ち上げる患者情報のシステムがあるので、そこにいろんなチームがデータを加えていってデータベースが成り立つ仕組みとなっています。一番大変なのは患者情報を入れる係になるが、それを仕事の一環として行っており、その業務で残った場合は超過勤務が付くような仕組みにして行っている。なかなか大変な作業となるが最終的に学会などに出す時にどうしても重症度等のデータが必要となるので本人たちは頑張っている状況ですが、入力する人がいれば一番いいかなと思います。

#### **松田議長**

電子カルテから自動的に流し込まれるのではなくて、別に打ち直している状況ということですね。そこが大変だから超過勤務をつけるという話になるわけですね。

#### **卯野木看護師長**

電子カルテのシステムではこちら側が知りたい情報が必ずしも入っているとは限らないので、別に作るようになってしまっています。

#### **松田議長**

それでも頑張っていこうと。第2グループはどうですか。

#### **越野看護師長**

第1グループとほとんど同じになりますが、入れるデータが多いので、金沢大学では本当にその項目が必要かということを検討しています。もうちょっと選定できないかとか、今言われたように、いろんな内部データを登録しようとしているが、そうすると負担が大きいのので項目自体をもう少し見えやすい項目とか、評価しやすい項目に洗練できないか検討しているところです。

#### **松田議長**

看護師主導でそういうものを作ろうという話になっているわけですね。第3グループはどうですか。

#### **白砂看護師長**

入力を誰がするかという話題にはならなかったのですが、どういったところからデータを引っ張ってくるかという中でやはり部署内でデータを出しているということは、チームの中で役割を与えてその人たちがデータを入力しつつ、筑波大学と同じようにそこからデータを出す係がいるということと。あとはなるべく院内の中で共有されているデータに

関してはそれをどんどん活用していくということ。あちこちでデータを入力していてそういったところがきちんと別れていないと仕事の効率化にもつながらないので、効率的にやるには病院から出すデータをまず第一に引っ張ってくるということを念頭に置いて、プラス何が必要かというところを考えていかないといけないかなというふうになりました。

#### 松田議長

看護師の方が主体となってデータを集めているということなんですね。どなたか質問やコメントはありますか。

続けてお伺いしたいのですが、第3グループから聞きたいのですが、そういった構築したデータについて、集中治療部長というか集中治療部として、認識して一緒に使っているのでしょうか。

#### 白砂看護師長

労務管理のことに関してですが、そのあたりは夜勤時間であるとか、一般病棟との違いであるとか、そういうあたりをデータとして見せることによってすごく認識してくれて、人材の確保というところでは少し成果は見えただかなと思います。

#### 松田議長

集中治療部の部長は訴える側と一緒に作り上げていく感じではないということですね。

#### 白砂看護師長

協力はいただいています。

#### 松田議長

第2グループはどうですか。

#### 越野看護師長

グループの中でそういった話はしなかったのですが、うちの施設に関しては部長はすごく興味を示しています。特に安全面はやっぱりすごく質に影響するのでインシデントの内容とか、インシデントの件数の変化というのは振り返って相談したりします。

#### 松田議長

どういう患者さんが入って、どういう重症度で、どれだけみんなが大変なのかということに関しての話はできるということですね。第1グループはどうですか。

#### 卯野木看護師長

当グループでもそういう話が出なかったですが、当院の場合では労務環境のデータ自体は持ってはいるのですがそれほど活用はされていません。感染や褥瘡のデータは共有しています。毎月報告が出てくるのでそれをまとめたものに関しては共有するようにしています。

#### 松田議長

ありがとうございます。何か追加でありますか。

#### 白砂看護師長

医師からデータを見せていただいて、そのデータからこういう状況になっていると私たちが気付かされることもあるので、そういった意味では医師との協力ということはできているという話がありました。

#### 松田議長

中身が違うかもしれませんが看護師の方がデータを集めてくださっている部分もあるので、医師とのコミュニケーションがとればやりやすくなるのかなと思いますけれども。先ほど橋本先生がおっしゃっていましたが、JIPADも看護師の方に入れてもらうことによってかなり達成率が上がると話もあったと思いますが、どなたか看護師と医師の協力でICUの質の評価について何か思いがあるとか、この協議会でこういうふうに行っていくという何か提案があれば。

#### 橋本集中治療部長

追加説明となりますが、JIPADはここに来られている施設の約8割は入ってもいいかなと参加を表明してくださっていますが、実際入力を開始しているのは全国でまだ30いくつという状況です。自施設でいろんなものを付けたという要望も多いので、そういったおまけもデータ入力できるような、そういう仕組みに段々と特化していこうと思っています。それはJIPADで我々がデータいただくのではなくて、ご自分のところでデータを入れると、そうするとAPACHE IIなどで自動的に出ているわけですから、入力の二度手間はないと、それから部門システムを導入されているところは、すぐにではなくても自動的に出力するような仕組みを各メーカーで持っておられますのでかなりのデータ部分が取れるという可能性があるかと。無償でそういうことができるかどうかという問題はありませんけれども、相談していただければアドバイスできますので是非ご連絡ください。

#### 松田議長

このテーマのディスカッションも時間が迫ってきておりますので、最後に日本集中医療医学会理事長で、この協議会の事務局長でもあります西村先生、質をどう評価していくか、

またどう担保していくか、看護師と医師の関係で何かご意見がありましたら是非まとめていただければ。

#### 西村救急集中治療部長（徳島大学）

重光先生がおっしゃておりましたベンチマークというのは必要で、全体でどれくらいのところで、その中で自分たちがどれくらいのところにいるのか、というのを知って、たとえば低いところがあれば良くしていきましようというような使い方が必要なのかなと思っているんですね、そういう意味ではすごく大変なんだけれどもやっぱりやらないといけないことかなと思っています。あとは協力はもちろん絶対必要なんですけれどもちょっとアウトカムもやっぱり、看護師のアウトカムと我々のアウトカムはやっぱり違うところはあると思いますし、MEのアウトカムも違うと思うので、アウトカムを何にするのかということをしつかりとお互いに認識した上でデータベースを作っていくかといけなかなと思っています。必要だと思しますので学会を通じてもこの協議会を通じてもやっていくかといけなかなと思っています。

#### 松田議長

ありがとうございます。スーパーICU（特定集中治療室）とか1・2が出て、「なんちゃってスーパーICU」もなんとなくあるとみなさん感じておられると思います。箱と人数さえあれば要件を満たす現状ですが、先ほど労務環境という話題がありましたけど、まず労務環境を改善するにはしっかりとした質を保証して、これが本当のスーパーICUなんだよと見せることによってスーパーICUは生き残り、その中でも広さの問題など色んなところで慣れていないところがあると思いますが、国立大学のICUがスーパーICUになるべきだと思います、大変ですけれどもまずデータを集めて質を見せて、本当のICUを増やしていくというふうになればと思います、このテーマを楽しみに聞いておりました。

それではこのディスカッションを終了させていただきます。次の準備がありますので、ここで休憩に入りたいと思います。ありがとうございました。

（休 憩）

#### 松田議長

それでは時間になりましたので始めさせていただきます。次のグループ討論は「医師・看護師体制」ということで、どういうディスカッションが出たのか楽しみにしております。今回は2つのグループから5分ずつ発表をいただいて残りの15分で皆さんでディスカッションしたいと思います。それでは第4グループからお願いします。

#### （第4グループ）

#### 塘田集中治療部看護師長（熊本大学）

発表の前に皆様にお礼を一言申し上げたいと思います。先の4月の熊本地震の際には、各国公立大学より多大なるご支援をいただきましたことをこの場をお借りしてお礼申し上げます。ありがとうございました。

第4グループでの討論の結果を発表します。看護体制の現状と問題点というところで話し合っていました。ほとんどの大学は看護体制は1～1.5対1の看護師配置であり、PNS体制をとっているのは7施設中3施設でした。PNSをICUでどのように運用していくかということはかなり課題が多いというところで話がありました。課題としては新人看護師の自立性が低いというところ、リーダーへの負担が大きく疲弊感が強いということが挙げられるとの意見がありました。また、ICUのベッド調整についてどのように行っているかということですが、医師が退室患者を決定し、看護師長が病棟師長と調整するという2つで連携しながら行っているところがほとんどでした。状態が安定した患者であっても病棟で受入が困難であったりすることもあり、病棟看護師長の意識や病棟看護師の実践能力が低い場合もあるので、そちらのサポートも必要ではないかとの意見もありました。

課題としてはICUの稼働率や加算率、一般病床の重症度、医療・看護必要度の算定状況について、病院全体で把握し協議する必要があるということ。ICUの加算や算定率は師長と事務は把握しているが、医師まで浸透されていない部分もあるのではないかとすることも疑問として挙がりました。また、病棟看護師の実践能力向上に向けて教育面で協力する必要があるということ、ICUに専属の医師が常にいるという状況ではなく、各診療科からローテーションされる医師もいるので、集中治療担当医師としてサポートを強化していただくと充実した集中治療のケアが実践できるのではないかと意見もありました。

#### 松田議長

ありがとうございました。続けて第5グループお願いします。

#### （第5グループ）

#### 水谷集中治療部看護師長（三重大学）

テーマが医師・看護師体制ということでしたが、時間の関係で医師のことについてはグループワークできませんでしたのでお断わりさせていただきます。

まず各病院の現状について、大きく勤務体制のことと看護体制のことについて話し合いました。勤務体制については2交代制をとっているところがほとんどで、7施設のうち4施設が16時間勤務の2交代制を取り入れていました。看護体制についてはPNSを取り入れているのは3施設で、残り4施設も導入を検討中とのことでした。2交代制を導入していることについて、スタッフの満足度が高いということ、休日にゆっくり休めるという効果がある一方、勤務時間が長いと、注意力が落ちるのではないかとリスクマネジ

メントの観点から心配があるということもありました。また、夜勤について、16時間という長丁場の中での夜勤であるということと、8時間勤務でいうと月10～14回に相当する回数をこなす必要があります。3交代制は十分な休日の確保が難しいということもあり、夜勤回数も月10～14回ほどあります。どの施設でも非常に多く夜勤を行っているという現状でした。これに対して夜勤回数を減らすために夜勤専従を取り入れているのが3施設ありました。夜勤専従の希望者がいると互いのワークライフバランスが充実することになり、特に30代の希望者が多いという施設もありました。施設によって考え方は違うかもしれませんが、夜勤専従者には一部業務を負荷できず免除となることが問題であるとの意見もありました。看護体制について、グループではPNSの利点をまとめてみました。どの施設も新人が多く入ってきますので、安全を保障するということが、また、パートナーと確認作業を必ず行うので日勤のインシデントが減少したという意見がありました。ダブルチェックを行うにしても相手を探さなければいけないということ、相手が必ずいるというのは違うのではないかとということでした。また、離職率が減ったということや、PNSをやっているということ公表することによって就職希望者が増加したという施設もあり、人材の確保にも利点があるのかなということ。さらに、PNS実施施設の多くは師長とリーダーが患者をラウンドするので、リーダーに管理的な教育をすることもできますし、師長が現場の教育を知り、関わるができるという利点があるということ。欠点については、新人が多すぎるとペアが組めないことになるということ、2人で業務をするので依存してしまい、成長が遅くなるということ、パートナーでなく主従関係になりやすいこと、夜勤ではパートナーが組みづらいことが挙げられました。

今後の課題について、夜勤回数が非常に多いのですが、これは一般病棟は診療報酬で72時間という制限が設けられていますけれど、ICUはそういった制限はありません。今後、ICUでも夜勤時間について診療報酬で触れてもらえれば変わるのではないかなと思います。また、重症度が非常に上がっているということがあります。上がっているけれども新人が多く教育に時間がかかることなどがあり、中堅看護師が疲弊している。また、日勤業務で手一杯であり、管理業務に手が回らないということがあります。さらに余談ですが電子カルテ未導入の施設もあり、超過勤務やインシデントの要因となるため、導入してほしいとの声もありました。

## 松田議長

ありがとうございました。お伺いしたいのですが、定員100人のところ240人看護師が来たというのはどの施設なのでしょう。地方だけでも教えていただければ。

東北の方ですか。どうもありがとうございました。

「医師・看護師体制」ということで、看護師の方々のお話だったので看護体制が多く出ましたけども、その中で唯一出た医師体制に対する意見として、ローテーションの医師をもっとサポートしてほしいということなんですけれども、現場の方から何か意見あります

でしょうか。

皆様から見て、いつの間にか3交代から2交代になったという所も多いかと思いますが、私自身は2交代になって良かったなと思うのは、治療の効果を見てくれるというのがあります。やっている最中にだんだん良くなっていくのを医師と看護師がお互いに共有できるのはありがたいと思っています。

I C Uのベッド数が増えている傾向にあることについて、看護師の教育に合わせて増やしていくと思いますが、いきなり増やして大変な思いをしたけれども何とか乗り切ったという弘前大学、橋場先生、どう工夫されたのでしょうか。

#### **橋場集中治療部副部長（弘前大学）**

当院では2～3年前に8床から16床一気に倍になっています。その時には看護師長が苦勞していました。I C Uを経験していない看護師がたくさん入ってきましたので、すごく教育に苦勞していたというのが見えてそう思いました。8から16に増えたわけですが、最初は8から12、それから16と段階的に半年くらいかけて増やしていきました。それでも教育には苦勞していました。また、当時は予算がついたので電子カルテを導入しまして、その対応にも苦勞しました。

#### **松田議長**

ありがとうございました。師長さんはいかがですか。

#### **赤牛集中治療部看護師長（弘前大学）**

I C Uに来たときは既に16床だったのですが、今4年目くらいで看護師は成長してきていいかなと思ったときに配置転換や退職になったりでまだまだ一定のところまで達していないというのが現状です。医師との連携はカンファレンス等で問題を共有して解決したりうまくいっていると思います。

#### **松田議長**

ありがとうございました。お伺いしたところによると、8を16にしたときに最初の8と残りの8を重症度に段差をつけて切り分けて扱い、少しずつ増やしてコントロールしたということで医師と看護師がお互いに協力していくということが重要かなと感じました。

ほかにご意見ありますでしょうか。

#### **重光集中治療部長（東京医科歯科大学）**

アメリカでは集中治療部の看護師は一般の看護師と比べてレベルが高い位置にあり、そのための教育や試験があったり、待遇も違うのでモチベーションも高く質が高い。当院ではI C Uと一般病棟の看護師の待遇に違いがないということで少しびっくりしたんですけ

れども、今後は質を高めるという意味でも教育のシステムを作っていくかといけないのかなと思いました。

#### **松田議長**

ありがとうございました。この中でICUの看護師に危険手当などを含めてつけているという施設は挙手をお願いします。半分くらいですかね。国立大学ですと前例があるとそれに合わせてやってもらえると思うので少しずつでも前に進めばと思います。

ほかにございますか。多分国公立大学で一番床数の多い東京大学ではどのように工夫されているのでしょうか。

#### **森村救急部・集中治療部長（東京大学）**

コミュニケーションの場をどんどん作ろうということで今一番やっているのはクオリティインデックス・キーパフォーマンスインデックスというような共通の目的を作ろうとしています。もちろんそれぞれ個々の目標はあるんですけども最終的にはチームでやっているのでP IもQ Iも同じところを目標値に持っているということで、チームをひとつにしようと。40床の大所帯なので頻りにミーティングが必要なので、なんとか楽にできなかとインフラ整備を検討しています。

#### **松田議長**

ありがとうございます。ミーティングはどのくらい、どこで何時からやっているのですか。うちでも取り入れてやりたいなと思うのですが。

#### **土井救急部・集中治療部講師（東京大学）**

ICUの毎日のモーニングカンファレンスにはICU1と2、救命センターICUの主要メンバーが専用のカンファレンスルームに集まって実施しています。あとはそれぞれで月に1回夕方に他の科の医師も集まって5～6人で情報交換しています。

#### **松田議長**

ありがとうございます。参考になりました。他に何かありますか。

#### **貝沼外科系集中治療部長（名古屋大学）**

私は名古屋大学に来て8年になるのですが、医師看護師の関係はかなり良くなったと感じています。これは学会の努力が大きかったと思います。一つはPADガイドラインで、看護師とRASSの評価を一緒にして指導目標を出しています。もう一つは終末期ガイドラインです。看護師も医師も平等な立場で、他職種で合意して患者さんの対応を決めるので、医師看護師の交流があり、問題意識の共有があります。また当院では心臓移植等を多

数行っているのですが、循環器学会等でハートチームというのを強く言っているの、チームの中で各職種が平等にやっていると。そういった全体の大きな学会の努力が我々の組織にも来ていると思っていますし、各施設でも実を結んでいるのではと思っています。あと一つ決定的なことは、集中治療部長と看護師長が仲が良いことが一番大事だと思います。仲が悪いと雰囲気が悪くなるので、そのところは気を付けていただきたいと思います。

#### 松田議長

ありがとうございました。ここでいったん休憩に入りたいと思います。

(休 憩)

#### 松田議長

それではこのセッションでは「既卒者教育について」ということで2つのグループから発表いただきたいと思います。よろしくお願いします。

#### (第6グループ)

##### 目秦集中治療部看護師長（浜松医科大学）

グループではまず各病院から現状について話したあと、既卒者教育の難しさについて意見を出し合いました。既卒者について、経験に基づく自信を持っている、業務に慣れるのが早いですが指導が行き届かず知識技術に不足が出てしまう、自分から聞けない、立場が変わると配慮しすぎてコミュニケーションがうまくとれない、異動希望していないのでモチベーションがなかなか上がっていない、自分の価値観や看護観が形成されているのでICU看護に馴染むのに時間がかかる、ICU在籍が長い看護師と看護観や価値観のずれ違いがあって指導者との関係が難しいことなどが挙げられました。既卒者に対して実践している教育体制としてPNS体制とプリセプターシップで行っています。チェックリストで知識と技術を1年かけてゆっくりと指導しています。また、院内リーダーの評価の活用、月1～3回の学習会、ポートフォリオの活用や役割の付与などを行っています。既卒者への支援については、モチベーションがすごく大切で、ICUの知識を学ぶことに集中できるように環境を整えています。また、これまでの看護経験がICU看護に活かされている場面を常にフィードバックしています。また副師長や教育係が面接や声掛けなどで情報共有をしています。

まとめとしては、既卒者の経験を認め、モチベーションを上げていくことが重要であると今回の話し合いで再認識できました。あと、部署の風土をより良くしていくためには、異動は必要であるとの意見もありました。また、ICUに集中治療認定看護師は重要であるが、組織横断的に活躍するためには定期的な異動は認定看護師にも必要であるとの意見も出されました。医師も臨床の場で気付いた点は看護師本人とリーダーに情報を伝えてほしいとの意見もありました。また、看護師は医師に認めてもらうとすごくモチベーションが上がる

のでご協力をお願いします、という意見でまとまりました。

#### 松田議長

ありがとうございました。7グループもよろしくをお願いします。

#### (第7グループ)

#### 萩原集中治療部看護師長（産業医科大学）

まず既卒者の現状ですが、既卒者ひとりに指導者ひとりがついていてICU全体で組織的に教育しており、年間教育プログラムを作成し、これに沿って指導しています。勉強会にも必ず参加するようにしています。また、組織的に教育するという点に関係し、指導者の上のリーダーによるリーダー会を開催して教育しています。

課題と対策ですが、既卒者の主体性に任せているため、成長の進捗に差が生じているということがありまして、これについてはスタッフ全員で進捗状況を確認して、その状況にあわせて個別に目標を修正していくことが必要だといくことを話し合いました。業務は出来ているが、本当に理解してやっているのか評価が不十分で難しいという意見がありましたが、これについてはポートフォリオや事例検討を活用して看護の内容を可視化したり、簡便図を用いるなどして確認するということが挙げられました。また、既卒者用の教育プログラムがなく、新人用の教育プログラムに準じて教育している施設もあるため、既卒者用のプログラムは必要との意見もありました。関連部署と連携して既卒者用の学習の機会を持つという意見もありました。また、指導者と既卒者との関係をうまく保つため、勤務表でたまにペアを外したり、師長がお互いの意見を聞く機会を持つなど工夫しているという意見が出ています。

まとめですが、みんなで育てるという職場風土をつくることが第一歩だという話をしました。

#### 松田議長

ありがとうございました。みなさんにお聞きしたいのですが、昔は新人の方はあまり入らなくて5年目以上の方を入れるというICUが多かったような気がするのですが、今でも新人の方を入れていないという施設はどのくらいありますか。いくつかの施設はそうですね。それでは、既卒者と新人を比べて、新人よりも既卒者が多く入ってくるという施設はどうですか。新人の方が多いというところもあるんですね。

それではただいまの発表で何か質問等ございますか。それぞれのグループにお伺いしたいのですが、既卒者の教育に医師はどう関わっているのでしょうか。

#### 目秦看護師長

医師やMEと勉強会を一緒に行っているなので、教育に関しても協力してやっていただい

ています。

#### 萩原看護師長

7グループでも勉強会というところで一緒にやっているんですけども、実際に指導というところでは一緒にという話は出ていなかったと思います。

#### 松田議長

医師は既卒者の教育に関わった方が良いのでしょうか。既卒者の教育に関わった時の医師の立ち位置、そのあたりの話は出ましたか。

#### 萩原看護師長

医師の立ち位置ということに関しては話は出ていなかったのですが、コミュニケーションということに関して、慣れた看護師は医師ともうまくコミュニケーションがとれているのですが、既卒者は慣れていないのでうまくコミュニケーションがとれないというところも出ていますけれども、うちの施設ではベッドサイドに医師がいてくれるので、既卒者が間違ったときにはその都度指導してくれるので助かっています。

#### 目秦看護師長

医師がベッドサイドで指導していただいているという事では助かっています。あと、慣れない既卒者に声をかけていただけるとさらにモチベーションが上がるので是非お願いします。

#### 松田議長

ありがとうございます。声かけされている方はそのまま継続で、されていない方は怖がらないで声をかけてあげるとことでよろしくをお願いします。

このほか医師の立場から何かご意見ありますでしょうか。

#### 谷口集中治療部長（金沢大学）

昔8床のときは看護師は27人、全ての方の名前を覚えることができましたが、22床75人の看護師になったときにはさすがに名前は覚えられなくなりました。何年か経験した方が病棟からICUに入ってくると、育てるのは難しいと感じています。やはり医師と看護師と一緒に育てるという意識がないとICUというのは伸びないと思っています。新しい医師がやってきたときは看護師の方からもフィードバックしていただく、そういった関係がICUのレベルアップにつながる。みんなと一緒にレベルアップしていくということを日々考えながらやらざるを得ないのかなと話を聞いていて痛感しました。

**松田議長**

ありがとうございました。ほかにありますでしょうか。

**井上救急・集中治療部長（筑波大学）**

既卒者の方はキャリアがあってバックグラウンドがあるので、そこを尊重してあげたり、得意分野があると思うのでそこを聞いてあげたり、というような心配りをちょっとしていくつもりでいます。また、外から来てわかるという視点もあると思うので、意見を言いやすい場や意見をくみ取る機会を設けていければと思います。

**松田議長**

ありがとうございました。あと、師長さんの立場から、既卒者の方が来たとき、医師に「こうやってもらえるとありがたい」という事があれば、いかがでしょうか。

**岡村集中治療部看護師長（山梨大学）**

皆さんがおっしゃっていらっしゃるように、モチベーションが上がるように褒めていただく、というところと協働していただくということが必要かなと思っています。

**松田議長**

ありがとうございました。ここで休憩に入りたいと思います。

（休 憩）

**松田議長**

それでは時間になりましたので最後のグループ討論の発表を聞きたいと思います。テーマは「新卒者教育」ということです。それでは第8グループからお願いします。

**（第8グループ）**

**橋田集中治療部看護師長（香川大学）**

各施設における現状として、新卒者はすべての施設で配属になっており、少ないところで3名、多いところで9名となっています。教育体制としてはプリセプターシップをとっていたり、実地教育者を置いていたりしています。到達目標はそれぞれの施設で異なっていますが、共通して1年間で独り立ちできることを目標としています。夜勤でも安全に病床管理するために新人支援が必要となっています。独り立ちの基準について、多くの施設でラダーやチェックリストを活用していますが、現状に即してタイムリーに評価できないため、今後見直しが必要かと思われます。新人の個人差はかなり大きいとの意見が各施設でありまして、個人の力量にあわせた教育内容や教育スケジュールが重要になっています。

最近では新人看護師の負担軽減が強く望まれていますので、事前学習の義務化は難しく、自主性を育てていく、自律性を高めていくことが求められています。自主性を高めるツールとしてナーシングスキル日本版というものがあり、eラーニングによる自己学習で活用しているという話がありましたが、勉強の仕方から指導する必要がある新人も多くいるのが現状です。また、医療的な視点にとらわれたり、自分目線で捉えて患者目線で捉えない、という特徴もあります。まず業務の指導から始まり、半年くらいで業務がこなせるようになれば看護の視点を強化する、ということも必要なことかと思われます。普段のケースレポートやカンファレンスの機会を活かして、自分たちが提供できる看護とは、患者にとって必要な看護とは何かということを考えるような人材育成に努めていくことが新人教育の中で重要なことではないかという話になりました。新人の育成をしていくにあたって、プリセプターあるいは実地指導者の教育が重要と思われます。PNSの導入なども含めて、自己完結型のスタイルからチームで新人を育てていくスタイルになってきています。チームに含まれる指導者も教育する必要がある、看護を可視化していくことが課題となっていくと思われます。

#### 松田議長

ありがとうございました。次に第9グループをお願いします。

#### (第9グループ)

##### 荒木ICU1看護師長（東京大学）

現状の問題点として、新人の側から考えると、一人前の判断の基準がなかなか難しく、夜勤を一人で入れないとか、フォローが必要であるとして、独り立ちが徐々に遅くなってしまいう傾向があります。また、全体的にモチベーションの低い新人が多くなってきているという印象があります。また、思っていることをうまく伝えられないコミュニケーション能力が低い新人が増えているのではないかということが挙げられました。指導者側としてはプリセプターシップやPNSなど様々な体制をとって指導しているのですが、実行錯誤しながら実施している現状であることと、妊娠・出産・異動などでどうしても中堅層が抜けることが多く、指導者の数が少ないということ、期待するレベルと実際のレベルとの差が大きいのではないかということ、1年目だけでなく2年目となっても教育の必要があり、指導の対象が広がっているということが問題点として挙げられました。課題としては、社会人としての成熟度が低いと思われる新人が増えているということで指導者の期待と実際との差が大きくなっているのではないかということ、また、院内や部署のラダーによって評価基準がありますが、評価者によって評価が違うことが問題なのではないかということが挙げられました。対策としては、体系的な指導をすることは大前提ですが、新卒者と指導者のやりがいを上げるということが大事ではないかということがありました。成功体験を増やすため、患者の声をフィードバックすることや、一般病棟に指導者と一緒

に行き比較するということが、他職種から認められ、チームとして育てていくことが大事なのではということが挙げられました。

#### **松田議長**

ありがとうございました。それぞれにグループにうかがいますが、医師の役割についてどうでしょうか。

#### **橋田看護師長**

8グループでは新人教育への医師の関わりについては話は出ませんでした。医師が求める判断ができるようになることも重要である、という話が出ました。香川大学では規模が小さいので医師とのコミュニケーションは良好だと思っており、医師からも指導されたりしています。

#### **浅賀集中治療部副部長**

新人看護師に対して、口調が強くなることはあるかもしれませんが、後で説明したりするようにしています。また、退室後のラウンドに連れて行くことで、成功体験や患者さんからのリターンを知ってもらうことにしています。行ったことに対してどんな反応があるかということのを早い段階で覚えてもらいたいので、そういったことは積極的にしています。また勉強会など医学的な知識を身につけたりコミュニケーションをとったりしています。

#### **松田議長**

ありがとうございました。9グループではどうでしょうか。

#### **荒木看護師長**

具体的にこうしてほしいというのはなかったのですが、してほしいことの一つとして褒めてほしいというのは意見としてありました。勉強会やカンファレンスを通じて、直接新人に対してではないのですが、チームとしてコミュニケーションをとることによって教育的な意味合いもあるのかなと思っています。

#### **中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）**

新人看護師に対して直接指導することはありませんが、コミュニケーションは大事にしています。また、救急・集中治療をやりたいと希望されても現場とのギャップがあり、思うようにいかないのだと思いますので、できる限り一緒にやってあげたりしています。集中治療においては医師と看護師は分けてはいけないと思っています。また、アウトカムに見える指導を心掛けています。

**松田議長**

ありがとうございました。最後に西村先生、教育について総括していただければ。

**西村救急集中治療部長（徳島大学）**

ここにいるみなさんは、集中治療部門として、院内にいる最も重症な患者さんを診て、病院全体の医療のレベルを上げているという自負を持っていると思います。ただ、これはやっぱりチーム医療だと思います。医師も看護師もプロとしてこだわりをもっているのだと思いますが、互いのこだわりを理解することにより成熟したプロフェッショナルとなり、ICU全体より成熟して医療もよくなっていくのかなと思います。

**松田議長**

ありがとうございました。今回ここで話し合われた内容について、部長と師長が少し話していただいて、そこで何かが変わっていけば今回の会の価値があるのかなと思います。これでディスカッションの発表は終わりにさせていただきます。ありがとうございました。

引き続き報告事項に入りたいと思います。松田先生ご準備のほどお願いいたします。

**【報告】**

**松田救急・内科系集中治療部長（名古屋大学）**

- ①人工呼吸器関連肺炎 VAE/VAC/IVAC 調査立ち上げ動向
- ②日本集中治療医学会との連動

**【その他】**

**松田議長**

ご報告ありがとうございました。それでは最後の議題になりますが、次々期当番校の選出についてでございます。推薦されているのは愛媛大学でございます。もしみなさまよろしければご承認いただけますでしょうか。

（拍 手）

ありがとうございます。それでは土手先生ご挨拶をお願いいたします。

**土手集中治療部長（愛媛大学）**

この度は再来年のこの協議会を松山で開催いたしますので、皆さんよろしく願いいたします。日は決まっております、平成31年1月25日に開催します。晴天に恵まれるように普段の行いを良くして臨みたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

**松田議長**

ありがとうございます。次期当番校の滋賀医科大学江口先生よろしく願いいたします。

**江口救急・集中治療部部長（滋賀医科大学）**

来年担当させていただきます。大変光栄に思っております。開催時期は2月9日の金曜日、琵琶湖ホテルで予定しております。安心してきていただければと思います。みなさんにはご協力願うことが多々あると思いますが、是非ご参集いただければと思います。

**松田議長**

ありがとうございました。その他ご提案等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それではこれもちまして第32回全国国公立大学病院集中治療部協議会を終了といたします。皆様のご協力によりまして無事終了することができましたことを厚く御礼申し上げます。本日はご出席いただきありがとうございました。