

第34回
全国国公立大学病院集中治療部協議会

議事録

平成31年1月25日（金）

当番校：愛媛大学医学部附属病院

議事

【開会】

武智医学部総務課長（愛媛大学）

それでは、ただいまから第34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。

開催に先立ちまして、文部科学省から御出席いただいております方々を紹介いたします。文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室病院第二係長 高木涼香 様でございます。

高木病院第二係長（文部科学省）

本日は、よろしくお願ひいたします。

武智医学部総務課長（愛媛大学）

同じく病院第二係 望月優斗 様でございます。

望月病院第二係（文部科学省）

よろしくお願ひいたします。

武智医学部総務課長（愛媛大学）

なお、病院第二係長の高木様には、この後、御講演をいただきます。

開会にあたりまして、当番大学であります愛媛大学医学部附属病院長 三浦裕正より御挨拶申し上げます。

【当番大学挨拶】

三浦病院長（愛媛大学）

皆さん、こんにちは。

愛媛大学医学部附属病院長 三浦でございます。

まず、この第34回全国国公立大学病院集中治療部協議会に全国各地よりたくさんの方々にご松山までお越しいただきまして、誠にありがとうございます。ここ数日、比較的穏やかな天候が続いていたのですが、今日はちょっと気温が下がりがちで、週末にかけてまた寒波が押し寄せてくるという、大変春が待ち遠しいところではございます。

私、この協議会の開催ということで、少し集中治療の歴史についてリサーチしてみました。この集中治療部、国内で初めて設置されたのが、1964年ということで、順天堂大学医学部附属病院に初めて設置され、その後、国立大学では1968年に東北大学に設置されたということで、愛媛大学は平成5年ですね、1993年ですから、考えてみますと、まだまだ集中治療部の歴史というものは新しいということが言えると思います。ただ、大学におきましては、この高度急性期医療を展開しているわけで、絶対、この集中治療部というのは、必要不可欠な部門でございます。皆さんのおかげで、我々外科医は安心して手術に臨むことができますし、病院経営におきましても、多大な御貢献をいただいております。常々皆さん方には感謝をしているところでございます。

働き方改革の波が、大学病院に押し寄せていまして、厚生労働省の医師の労働時間管理で、適正化とか36協定の見直しとか、それからタスクシフティングの推進、そういったものを緊急的に取り組

むようにということが、そういうところが求められるわけですが、おそらく集中治療部の皆様も、専門医の数が充足していなかったり、看護師さんもそうだと思うんですが、労働時間については本当に御苦労されているんじゃないかと思います。

それから財政面において、大学病院の頼みの綱であった機能強化分が、来年度からは大学全体の予算として基幹経費化されることに決まっています。そして、これまでは大学病院は、色んな指標で努力をしてきたわけですが、そういうものとは全く関係のない共通指標で評価対象を経費化されるということで、かなりの打撃になるんじゃないかというふうに考えています。

そして、今年の10月には、10%の消費税導入ということで、大学病院の経営にとっては、本当に春がやってくるのだろうかという、そういうところを懸念しております。

本日は、文科省から医学教育課大学病院支援室の高木様から、この後、「大学病院を取り巻く諸課題」ということで御講演を賜ることになっていますので、その辺りのところのお話を伺えるのではないかと、私、楽しみにしております。この後、私は居残って、ぜひ御講演を拝見したいというふうに考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

最後になりますけれども、こういう寒い日は、ぜひ温泉に浸かって、会議の疲れを癒していただきたいと思うのですが、道後温泉、ここからそう遠くない場所で、電車で10分程度だと思いますが、すでに入られた方もいらっしゃるかと思いますけれども、道後温泉、今、7年間という長期の改修工事に入っておりますけれども、部分営業しておりますし、それから飛鳥の湯という別館もできてまして、ぜひお時間のある方は、お楽しみいただければというふうに思います。

それでは皆様のお力添えで、この協議会が活気と実りのあるものにしていただきますようお願い申し上げます。私の挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

※一同拍手

武智医学部総務課長（愛媛大学）

三浦病院長、ありがとうございました。

続きまして、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二係長 高木涼香 様から、「大学病院を取り巻く諸課題」について御講演をいただきます。それでは、高木様、よろしくお願いいたします。

【文部科学省講演】

「大学病院を取り巻く諸課題について」

高木病院第二係長（文部科学省）

先程ご紹介いただきました文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室病院第二係の高木と申します。

本日は「大学病院を取り巻く諸課題」というところで、すべてがすべて集中治療部のことに特化している内容ではないんですけれども、現在の大学病院がどのような状況に置かれているかというところを、ちょっとお話しさせていただければと思います。

本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

まず、本日の内容として、2019年度の予算案につきまして、それとあとは大学病院を取り巻く諸課題というところで、いくつかの話題についてお話をさせていただければと思います。

まず、2019 年度の予算案というところで、こちらは医学教育課の予算になりまして、国立だけではなく、国公立大学病院もしくは大学の医学部を対象とした補助金の全体像になります。医学教育課の持っている予算の中、大きなくくりで、こちらに示しております通り、3つの大きなくくりがありまして、この中で先進的イノベーション人材養成事業、こちらの方の中には、2つ大きなくくりがあるんですが、多様な新ニーズに対応するがん専門医療人養成プラン、これはいわゆるがんプロというものになるんですが、こちらはすでに平成 29 年度の方から始まっております継続の事業になりまして、こちらの方でも全国 11 の大学さんの方で事業を進めていただいております。来年度、2019 年度が支援 3 年目といったところで、今回も 9.6 億円の予算を確保いたしまして、そろそろ 3 年目の来年度に中間の評価を行いまして、残り 2 年の支援に向けて、こちらの方としても頑張っていきたいと考えているところでございます。もう 1 つ、先進的医療イノベーション人材養成の中で、こちらは医療データ人材育成拠点形成事業ということで、こちらが 2019 年度の予算から新規で始まる事業になります。こちらの方が 2 億円の予算を確保いたしまして、現在、超高齢社会で健康寿命の延伸が言われている中で、2018 年 5 月に次世代医療基盤法が制定されました。また、2020 年度の予定なんですけれども、2020 年度からは保健医療のデータプラットフォームが本格的に稼動するというところがありまして、現在の多様な医療データを大規模に収集できるような環境というものは整備されつつあるんですけれども、ただ収集された医療データを利活用できるような人材が、まだ不足しているだろうというところがありまして、その医療データの活用基盤を構築とか運営するような人材、また医療データを実際に利活用できる人材というものを育成するために、もちろんそういった利活用する人材を教育するために、大規模な医療データに触れることができるような教育環境というものが大事になってきますので、そういった大規模な医療データに触れることができる大学病院を有する大学を中心として、複数の大学さんに連携いただきまして、医療データ人材の育成拠点を形成するような取組を支援しようというものになります。こちらの方は、大学院の修士課程レベルの教育を一応前提といたしまして、こちらに事業期間を書かせていただいているんですけれども、3 年間の事業になりまして、財政支援の方が来年度 2019 年度から 2021 年度までの 3 年間で 2 件。おおよそ現在の例として 2 大学、1 件あたり 1 億円ということで考えております。こちらにつきましては、おそらく例年度、医学教育課の方で実施させていただいている事業と同じようなスケジュール感か、もしくはちょっと早いぐらいの形でたぶん動くかとは思いますが、2019 年度の早いうちに、たぶん公募要領等、こちらの方へ出させていただきまして、各大学さんの方で公募をいただくと、その中から文部科学省で委員会を開きまして、それぞれの取組を選んで、2 大学で実施していただくということになるかと思えます。

もう 1 つ、大きなくくりで、大学・大学院及び附属病院における人材養成機能強化事業というものがあるんですが、この中にもいくつか種類がありまして、課題解決型の方で高度医療人養成プログラムというのと基礎研究医養成活性化プログラムというのがありまして、基礎研究医の方は、こちらのがんプロと同じように平成 29 年度から始まった事業になりまして、こちらは 2019 年度で 3 年目の事業になります。こちらは一応中間評価の方を予定しております、現在 5 大学で 1,500 万×5 件というところで 2019 年度の予算の方は確保いたしました。もう 1 つ課題解決型高度医療人材養成プログラムというものが、こちらは平成 26 年度から実施しております、ただ平成 26 年度に始まった 26 の取組に関しましては、今年度、平成 30 年度で終了という形になります。

ポイント、今回これを載せているのは 2019 年、来年度の予算になりますので、来年度も動いているものが、今、取組が 1 から 7 まで動く予定になっております。取組の 1 と 2 は、平成 28 年度から

始まっている予算になりまして、慢性の痛みに関する領域と、あと放射線災害の領域になります。こちらは今、今年度中間評価を行っている途中です。こちらはたぶん慢性で3件と放射線で2件の取組が行われています。あと29年度の方に制定いたしました病院経営支援領域。こちらが今、10大学の方で実施されておりました、2019年度にたぶん3年目となりますので、そろそろ中間評価という形を考えております。また取組の4と5。4の精神関連領域と5の医療チームによる災害支援領域につきましては、こちらは両方とも平成30年度、今年度から始まった事業になりまして、精神で4件、医療チームの方で3件の方を選定いたしまして、事業が実施されております。また新たに2019年度から取組6と7の領域、アレルギーと外科解剖・手術領域と領域を設け拡充いたしまして、新たに2019年度から事業を支援しようというふうに考えております。こちらはその中の1つ、アレルギーの領域になりまして、こちらは平成26年にアレルギー疾患対策で基本法が制定されたりですとか、あと平成29年にアレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針というものが出されたというものを契機といたしまして、診療科とか職種を横断した、体系化された新たな教育プログラムを確立していただきまして、アレルギー疾患に対して横断的、総合的に対応できる一貫した知識とか理論を有する専門医療人材の養成、これに合わせまして、自治体ビューローとか共同研究、受託研究を推進できるような体制整備をしていただくというふうなことで、こちらは3年間の支援にはなるんですが、2019年から2021年度までの支援期間で2,500万円の支援を予定しております。ちょっと件数が少なく1件ということなので、1大学だけの採択になります。こちらに関しましても、おそらく2019年度入ってすぐくらいには、おそらく公募の連絡が行くのではないかなと思っております。もう1つ、こちらが2019年度から始まるもう1つの取組として、外科解剖・手術領域というところで、いわゆるカダバートレーニングのことになるんですけれども、御遺体を活用していただいた解剖実習とか、高難度手術に対応した手技とか、医療機器の研究開発を資するような体系化された、これも新たな教育プログラムを確立していただく、それで専門医療人材を養成いただく、それに合わせまして、企業とかの共同事業、受託研究等を推進できる体制を構築していただくというような大学さんに、こちら3年間で2件、1件当たりは3,000万円、合計で1.8億円といったところで支援を予定しております。こちらもおそらく、先程のアレルギー領域と同じようなスケジュール感で話は進むのではないかと考えております。こちらは委託事業になりまして、委託事業に関しては飛ばさせていただくんですけれども、平成28年度末に医学の方のコアカリの方が改訂されまして、もちろん集中治療に関する領域について、いろいろ記載は拡充されたところではあるんですけれども、次の改訂に向けた調査研究等が進んでいるところでございます。次の改訂にあたりましては、医学と歯学だけで、今までずっと同時に改訂されてきたんですけれども、平成25年に改訂されている薬学のもの、昨年度策定されました看護学の方のコアカリキュラムと、今度の改訂の時には、その4つのグループのものを全て同時に改訂しようというような形で考えているところでございます。

ここからが、先程、三浦病院長先生から、ちょっとお話のありました国立大学の病院に関する支援の話になるんですが、こちらは高等教育局の全体の予算案として、その後、こちらがここに出ているのが、先程ちょっとお話に出ておりました新たな評価・資源配分の仕組みが導入されるというところで、評価の客観性の確保というところですか、使途の自由度の拡大というところで、今までのように使途が制限されたものではなくて、基幹経費に入ったというところで、さらに自由度が上がるということも考えまして、今回新たな評価とか資源配分の仕組みが導入されました。ここに詳しくは書いているんですけれども、こちらにある通り、基幹経費の中に成果を中心とする実績状況といった、ちょっと配分ということで約700億円があるんですが、この中に機能強化経費の基幹経費分約300億

円が入っているんですけども、この中に実は病院の機能強化分の2018年予算は200億円ぐらいなんですけれども、大半が取り入れられております。大半と言っているのは、大学病院の債務の償還にかかる経費のところだったり、そのまま病院機能強化分として残りまして、残らなかったほとんどは、評価とか大学病院の実績に基づいて配分されていた部分については、すべてがここに組み入れられるというような形になっております。と言いますのも、こちらこの経費につきましても、結局ここに書いています通り、会計マネジメントの改革状況ですとか、教員1人当たりの外部資金の獲得状況ですとか、若手研究者比率と実績に基づいて、こちらにも配分というか評価がなされるということがありまして、評価の重複を避けるという観点、またもう1つ、次のページにあるんですけども、附属病院機能強化分はずっと額が減らされている経費になっていまして、毎年度、財務省の指摘においても、ずっとこの経費については、診療報酬では負担していない研究とか教育機能にかかる経費のみということ、すごくきつく言われておりました、なおかつ、毎年度財務省との協議がかなり厳しくなっております、今後、もしかしたらさらにさらに減っていくというようなことが予想されている状況だったということもありまして、それであれば、前のページにもありましたけれど、基幹経費化して、これまでみたいに用途について財務省の方から言われることもないように、基幹経費化すると、自由に使えるお金になりますので、そちらの方に入れてというふうな形と、先程の一番下の方にある実績評価の重複を避けるということもありまして、このところに病院機能強化分について取り入れるということになりました。ただ文科省としては、先程、病院長先生からは、ああいうふうにちょっと発言をいただいたんですけども、附属病院機能強化分は基幹経費化されましたけれど、ということに関しましては、今度は大学の本部と病院の方との取り合いではないんですけども、そのようなやりとりの中で、お金が附属病院にどれだけ配分されるかというところが問題になってくるような経費になりますので、大学病院の本部の方と附属病院の事務部の方で強く連携していただきまして、この中の、特にこの辺ですとか外部資金の獲得とかには、医学部及び大学病院は、とても一番貢献しているんだよというところはお話ししていただいた上で、大学の本部の方と連携を密にして、やりとりといたしますか、交渉していただくということが今後大事になってくるのではないかなというふうに考えております。

こちらは、国立大学のみになるんですけども、平成30年度の第2次補正予算の方でつきましたバックアップの経費になります。今、医療情報データというものは、全大学病院、国立大学につきましては、医療データを全部バックアップしておりました、もし災害等が起こった時には、こちらの方から情報を引き出せるような仕組みになっているんですけども、今回それが、導入してから6年ぐらい経っております、そろそろ更新の時期になるだろうというところもありまして、補正予算の方で20億円付けさせていただきました、引き続き国立大学病院の医療情報につきましては、データのバックアップを東西2箇所のデータセンターの方にするような形が取れることになりました。

ここから、それで予算のところ、ここでひと段落つけまして、ここからちょっと大学病院を取り巻く諸課題というところでお話をさせていただきたいと思っております。

医師の働き方改革につきましては、働き方改革の実行計画、29年度の働き方改革実現会議で決定したことを踏まえまして、時間外労働の上限規制を導入するために、平成30年6月に労働基準法と労働安全衛生法の方が改正されております。医師につきましては、医師法に基づく応召義務の特異性があるというところで、皆様も御承知の通り、改正法の施行後の2024年に時間外労働の上限規則を適用しようというふうな形になっております。その具体的な上限の時間については、省令の方で定めるということとして、医療界の参加による検討の場、現在議論が進んでおります厚生労働省の方で議

論が進んでいる医師の働き方改革の検討会において、規制の具体的なあり方ですとか、医師の勤務環境改善策等について検討して、今年の3月、平成31年3月までに結論を得るといような形になっております。こちらは、先程お話ししたようなことと同じようなことになるんですけども、原則としては一般の方については、時間外労働の上限については月45時間、年として360時間ということをお原則として、特別な事情がある場合でも、年720時間、月100時間未満といような形になっているところではあるんですけども、医師については、このよう形で、これから結論を得ましょうということになっております。これの前に、先程ちょっとお話も出ておりました平成30年2月に医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組というところで、この6つの取組が発表されているところではあります。とは言いまして、特に1番から3番の労働時間管理の適正化に向けた取組ですとか、在院時間を客観的に把握しましょうとか、36協定の自己点検をしましょうというところとか、産業保健の仕組みの活用というところにつきましては、元々現行法、6月に改正される前からすでに制定されていたような取組ですので、こちらにつきましては、改めて全医療機関において確実に実施されるべきというふうに話はされております。それに加えて、タスクシフティングの推進ですとか、女性医師の支援とか、医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組を行ってくださいねというところで、緊急的な取組が提言としてなされております。ここで、こちらですね、先程ちょっとお話ししたようなことになるんですけども、医師の働き方改革に関する検討につきましては、平成31年3月に取りまとめというところで、現在、1月に取りまとめの骨子の方が、1月15日でしたかね、発表されておまして、一応これは、項目だけを抜いたバージョンにはなるんですけども、まだ現在、検討の途中ではあるんですけども、このよう形で取りまとめの骨子が発表されているところにはなりません。具体的な検討の、現在検討がなされている上限等の話の中で、これから話をするところになるんですけども、こちらは今の医師の状況を厚生労働省の方でまとめたものになりまして、今、厚労省の方で議論がなされているのは、2024年には、年960時間というところが原則の上限規制になるというふうに言われております。ここでは、まだそれを超えている医者の方がこれだけ、40%以上いるということで、さらになおかつ年2,880時間以上とかやっているような医師の方も、これだけのパーセンテージはいるというふうに言われております。そのこのところを念頭に置かしまして現在検討されているのが、2024年4月には、上限として年960時間というのが原則の時間になりまして、その中でさらに地域医療の確保の観点から、やむを得ず、この年960時間という数字に到達できない場合については、年1,900~2,000時間というものを上限として、時間外労働の上限としましょうというものが、今議論されている途中ではあります。ただ、これにつきましても、2024年4月から5年間で、このことは全く無くしましょうというよう形で、今、議論が進んでいるようところではあります。どちらも同じような形の改革のイメージ案なんですけれども、現状がこちらで、これだけ今、1,900~2,000時間を超えているところに、約1割、2万人の方がいらっしゃるんですけども、2024年4月の上限適用以降は、ここに当たる方は存在してはならないといようなことになりまして、さらにこの年960~1,900時間、1,900~2,000時間の上限との上限の間のところにいるドクターの方に関しましても、この時間外労働が年960時間以内となることを目指して、さらに短縮に取り組んでくださいねというよう形になります。なので、暫定の特例水準の方を除くと、2024年4月以降は、年960時間の上限を超える時間外労働の医師は存在してはならないというよう形で、今検討が進んでいるところなんです。こちらも今のですが、ただ将来、これは2024年4月からの現状なんですけれども、その後5年間、2035年末までには、この時間外労働の地域医療確保のための特例水準というものも無くしましょうというふうに考えておまして。2024年4月にはA、B、

そしてCは、ちょっと研修等の中で特例的な水準になるんですけども、A、B、Cとあったものが、2035年にはAとCのみというような形ではなりません。ただし、このCの一定の期間、集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの特例の水準になるんですけども、こちらに関しても、将来に向けては縮減の方向で考えておまして、いずれはもっと時間を短縮しようというふうな取組が求められると考えております。また、このような上限規制はあるんですけども、それだけではなくて、月の上限を超える場合には、面接の指導ですとか就労上の制限に加えまして、さらにもうちょっと議論にはなりますけれども、連続の勤務時間28時間ですとか、勤務間インターバル9時間の確保ですとか、あとは代わりの休暇を取りましょうというふうなことが努力義務として課せられるというふうな形で話が進んでおります。こちらはA、B、先程話しました年960時間の取組、また地域のための特例水準の年1,900~2,000時間の勤務をした場合の働き方の例としてのイメージでございます。こちらが現在、地域医療確保の暫定特例水準、年1,900~2,000時間を超える働き方の医師がいる病院の割合なんですけれども、やはり急性期を取り扱う救急とかを取り扱う病院の方に多いということが分かっておまして、特に大学病院では88%の大学には、このような働き方を1,900時間も超えているようなドクターの方がいらっしゃるということを厚労省の方で調べております。

ここからは、ちょっと話がタスクシフティングの方に移りまして、極めて労働時間が長い医師の労働時間の短縮については、もちろん、こちらにあります通り、医療機関の連携ですとか機能強化、さらに労働時間適正化とか、会議等を効率化するというのももちろんやりながら、さらにタスクシェアとかタスクシフトにより削減するということが大事になってきます。その中で、他の医療従事者の方が実施可能な業務に係るタスクシフトというところで、いくつか、先程ちょっと話をさせていただきました医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組の中でも、いくつか提言されているんですけども、こちらの方になるとですね、こちらの方を削減していただくということで、こういうふうなタスクシフトを行っていただくと、こちらを看護師さんだったりとか、いくつか医療クラークさんだったりとかにタスクシフトをすることによりまして、週100時間、ドクターがもし勤務した場合は、週7時間程度の時間がこれに相当するというところで、医師の業務から、医師じゃなくてもできる業務については他職種の方へシフトするというところで、少しは医師の労働時間は削減できるのではないかなというふうに検討がなされているところです。こちらについても、同じような考えで、こちらは特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトというところで、特に外科の領域ですとか、麻酔科、特に救急、集中治療領域とか含むんですけども、そちらの方に関しましては、特定医療行為を、このような形で、外科研修領域については、このような形でパッケージ化する。術中の麻酔管理の領域についても、いくつか術前、術中、術後等でパッケージ化したような特定行為の医療研修、特定行為研修を制度化しまして、こちらによって、もちろん患者に対するケア、看護師さんによるきめ細やかなケアの医療の質も向上すると共に、医療従事者の長時間労働等についても、削減の効果が見込まれるというふうに考えられております。こちらは、すでにいくつかの国立大学病院、今回、挙げさせていただいたような長崎と千葉になるんですけども、医師の労働時間短縮に向けた取組の例として、ちょっと挙げさせていただいております。長崎大学病院さんの方につきましては、特にここにポスターが付いておりますが、病状説明は診療時間内にしましょうというところで、大学病院だけではなくて、県内の他の病院、主要な病院と一緒になりまして、同じようなポスターを掲示して、患者さんですとか患者家族に周知するような取組をされているというふうに聞いております。また30年4月からは、診療看護師を新たに採用されて、医師の負担軽減を図っているですとか、あとは複数主治医制を入院の方では導入しておまして、今後は外来の方まで広げていく予定であるというふ

うにお伺いしております。また千葉大学病院の方におかれましては、ICUで活躍できるような診療看護師さんの募集の方を開始されておりました、院内看護師から、この診療看護師を養成するために、この方が大学院で学ぶための奨学金の支給制度というものを大学の方で制度が創設されたというふうにお伺いしております。またさらに、医師の事務作業の方を補助するような医師事務作業補助者の方を平成29年度から16名ほど増員しておりました、医師の負担の軽減というものを図っております。さらにこちらは、女性の勤務継続、復職に向けた取組というところで、いくつか例を挙げさせていただいているんですけども、これはこちらが岡山大学病院さんのマスカットプログラム、こっちが東京女子医科大学病院さんのファミリーサポートの取組というふうにさせていただいているというふうに承知しております。

ちょっとここから全く話は変わりまして、大規模災害での対応についてというところで、大学病院につきましては、地域の中核的な医療機関であると共に、大学に関しましては、都道府県から災害拠点病院等の指定を受けているという大学病院さんも多いと承知しております、大規模な自然災害の発生直後から、救助とか救急医療活動を迅速に行うことが求められております。平成30年度に起こりましたいくつかの災害、西日本豪雨ですとか、大阪北部の地震ですとか、北海道胆振東部地震につきましても、このような形でかなりの数の大学病院さんが取り組まれたと言いますか、医師の派遣等をしていただいたというふうに承知しております。また大学附属病院において、災害時の医療提供体制というところで、先程もお話ししましたが、災害拠点病院に指定されている病院は基幹病院につきましては18%、地域の方につきましては73%というところで、かなりの大学病院さんの方で、災害拠点病院の方に指定されているというふうに承知しております。またBCP、事業継続計画の策定状況なんですけれども、現在もうすでに策定済みの大学が57大学、策定中、平成30年度中に完成すると言われていた大学が21大学あるということは承知しております、まだ着手できていない、1年以内に着手しますよというふうに回答がありました大学病院さんは3大学病院なんですけれども、これからもおそらく、災害等続いているような状況ですので、BCP、事業継続計画につきましては、迅速に策定していただくように文科省の方からも呼びかけてまいりたいと考えているところで、こちらは大学病院における災害時の取組の事例というところで、広島大学病院さんの例をひとつ挙げさせていただいております、広島大学病院さんの方で災害の急性期から慢性期まで、医療ニーズに対応して、西日本の豪雨災害の方に対応、貢献をいただいたという例を挙げさせていただいております。もう1つが東北大学病院さんの例でして、こちらの方につきましては、先程もちょっとお話ししました東日本大震災の教訓を生かして見える化したBCP、病院事業継続計画というものを策定しておられるということで、例として挙げさせていただいております。東北大学病院さんにおかれましては、このBCPの委員会というものを常設、1年設定していただいております、月1回に定期で開催して、また年に1度、BCPの更新というものに取り組んでおられるというふうに聞いております。

ここから、すみません。皆様のお手元の資料にはない資料もいくつか含まれるんですけども、集中治療部門につきまして、ちょっといくつか調べたといいますか、調査した結果につきまして、ちょっとお知らせといいますか、お話しさせていただいたらと思います。医学教育課の方で調べております調査の中で、いくつか講座を調べるものがありまして、もちろん今、大学病院の中には集中治療部門といったものは、必ずどの大学病院さんにも置かれているということは分かっているんですけども、その中で教育、今後、たぶん集中治療の領域につきましては、おそらく教育というものも大事になってくると考えておりました、母体となるような集中治療の講座がどれだけあるかというのをちょっと調べてみました。たぶんちょっとこれ冠したと書いているのは、すみません、文科省なので、

内容までちょっと分からないところがありまして、講座名称に集中治療がついている講座名をちょっと洗い出しているというような形になります。すみません。今回は国公だったので、国公大学の中だけで今回調べておりまして、平成 22 年から平成 30 年までで、国立は濃いグリーンで、公立は薄いグリーンなんですけれども、一応上昇傾向にあるのかなというところにはなっております。またこちらの方が、どのような形態で設置されているのかというところで、濃いオレンジが救急分野と、救急集中治療部門、例えばのような形で設置されている大学病院さんの数と、麻酔科と併設されている麻酔集中治療分野、集中治療講座みたいな形で置かれている例、また単独で集中治療講座として置かれている例が、このような形というところで、だんだん増えてきているのかなとは思っているんですけども、まだなかなか少ないような状況があるのかなと思っております。

こちらについては、昨年度もたぶんお出しさせていただいていた資料なので、たぶん見たことのある方もいらっしゃるかと思うんですが、これを今年度バージョンの方に、ちょっと更新させていただきまして、これは病床数と ICU の病床数、X と Y と並べた散布図になるんですけども、今年はちょっと公立の方のデータもありましたので、公立大学病院さんの方も入れて表を作ってみました。こちらが、すみません、ちょっとここからは公立のデータが、病床数はあったんですけど、稼働率の方とかが無かったので、こちらが稼働率のデータ、こちらについては病床数と在室の患者数の延べ数なので、ある程度相関関係にあるのは自明の理かなというところの図になります。こちらは ICU のドクター数と病床数を相関にしているんですけども、たぶんおそらくドクターに関しては、どんな ICU の形態を取っているかというところで、おそらく大学病院さんによって差があるので、このような形でちょっと図が散布しているのかなと思うんですけども、看護師さんに関しては、ある程度、やはり ICU の看護師さんということでおそらく置かれているところが多いと思うので、このような形で相関関係が分かりやすく出ているのかなと思っております。

ここからは完全に参考という形で、今、昭和大学さんの方では、集中治療室を遠隔支援する eICU というものが導入されていると、30 年度から開始したというところで、複数の、複数と言いますのは昭和大学の分院がありますので、そこと複数の分院の ICU を支援センターのネットワークでつないでおりまして、それぞれの ICU の患者の情報、状態のデータとかを支援センターにいる医者とか看護師さんがモニタリングするようなシステムというものを、今、昭和大学さんの方で進めているというところです。それにつきまして、今、こちら厚生労働省の方の概算要求資料にはなるんですけども、厚生労働省の方で、遠隔より適切な助言を行い、若手医師や現場の医師をサポートして勤務環境を改善するために、中心的な ICU で複数の ICU の患者モニタリングを行うというような体制整備を行うことに対して支援するというふうな取組が平成 31 年度の予算案から 5 億円ということで計上されております。これも完全に参考にはなるんですが、お知らせということで入れております。

ここまでいろいろお話しさせていただいたんですけども、大学病院の運営上の今後の課題としては、働き方改革に比例するような多様な働き方を推進するような改革、もしくはまた、一歩踏み込んだ地域医療の貢献、ちょっと今、昨今問題になっております地域枠の関係等あるんですけども、地域医療、大学病院らしい高度な医療の提供ですとか、地域医療機関の役割分担等を図って、今後もさらに図っていただくことが、今後必要になってくるのかなというふうに考えておりまして、さらに三浦病院長先生からもお話がありまして、病院経営につきましては、さらに利益を常に意識した経営戦略ですとか、多様な財源の確保等が必要になってきます。またここで伸びしろのある病院経営と書いているんですけども、今後は伸びしろとして、たぶん大学病院の生き残る道として、高難度低侵襲な施設を増やすことですとか、がん診療について強化する、もしくは高機能の病床、ICU 等

を整備していくというところが大学病院らしい高度な医療を提供することにひいてはつながり、さらに伸びしろのある病院経営が、全ての方につながっていくのではないかなと思っておりまして、その中で集中治療部につきましては、大学病院のさらなる機能強化のために重要となる部門になり、さらに高度急性期の治療を担う地域の最後の砦として、さらに今後、質の高い集中治療を提供できるような医療従事者を育成していただく場として、さらに他職種の専門スタッフがすでに入っておられるということもありまして、チーム医療やタスクシフティングのお手本となるような部門として、常に最新の医療を提供できる体制を維持していただき、大学病院らしい高度な医療を提供していただくという部門になるように、さらに大学病院の集中治療部門が発展するようなことを期待しております。

ここからは例年、こちら文科省の方から要請させていただいている事項になりますが、1つ、患者情報の漏洩というところで、こちらについては、毎年度たぶん、さらに他のこのような会議等の場でも、口うるさく要請をさせていただいているところではあるんですけども、なかなか患者情報の漏洩というものが無くなっていない現状があります。さらに、だんだんやはり、世間の目が厳しくなっているところがありまして、今は1件でもこのような患者漏洩が起こりますと、官邸にまで報告が行くような体制になっておりまして、なかなか文科省としても減っていただきたいんですけども、今すでに、平成30年度途中の段階で7件、2,620人の患者の漏洩が出ているところでして、やはり多いのは車上荒らし、偶然持ち帰られたパソコンとかカバンの中に患者情報が入っていましたみたいなことが、いくつかやはり起こっているような状況がありますので、皆様が気をつけていただくと共に、自分の部署の職員さん等にも、ちょっとかなりきつく患者情報等につきましては、そもそも持って帰らないということを前提にいただければというふうに考えております。またその上で、もし起こった場合には、文部科学省の、もちろん大学の本部とか病院の事務部、上層部に相談していただくことはもちろんなんですけれども、ひいては早く文部科学省の方にも情報をいただければというふうに考えております。こちらと、あとこのような形で、高等教育局から通知も出しているところなんです。あともう1ついくつか通知として、今年度、画像診断報告書の確認不足等に関する医療安全対策の徹底というところで、千葉大学病院さん等で、CT検査の画像診断の確認不足で診断が遅れた例等がありまして、このような形で今、お願いをさせていただいているところになります。こちら医療現場における薬剤耐性アシネトバクター、その後は、今言われているMRSAとMDRPとか、いろいろな感染があるという、院内感染が出てきているという大学病院さんがいくつか散見されておりまして、こちらにつきましても、改めまして感染対策について徹底していただきますようお願いしたいと考えております。

すみません。早口で駆け足となってしまいましたけれども、これでちょっと、私の話を終わりとさせていただきます。ありがとうございました。

※一同拍手

武智医学部総務課長（愛媛大学）

高木様、大変貴重なお話をありがとうございました。

それではせっかくの機会ですので、質問等ございましたら、よろしくお願ひいたします。なお、御発言に対しましては、マイクを使用していただきまして、大学名と名前をおっしゃってから、御発言をお願いいたします。どなたか、御質問等ございますでしょうか。

三浦病院長（愛媛大学）

本当に貴重なお話、ありがとうございました。

私は最初の挨拶の中でもちょっとお話ししました機能強化分が基幹経費化されたということですね、確かに大学本部と我々が交渉していくことになるわけですが、一応、附属病院に配慮するようには言っているんですが、今すでに私、本部の財務部の方とですね、少し話をしているところですが、なかなか厳しい言葉が返ってくるんですね。今まで通りにはいかないと。我々愛媛大学であれば、3億円ぐらいの強化分をちょうだいしていたんですが、その維持は難しいというような話がございます。ちょっとまだ分かりませんが、どのぐらい評価されて、たくさんいただければ、もちろん増えるのかもしれませんが、その辺がちょっとまだ定かじゃなくて。それでその大学本部と病院と交渉に任せてしまうという、もう少し何か文科省から指導なり、事後報告を義務付けるとかですね、何かもう少し配慮がいただければというふうに考えているんですけど、いかがでしょうか。

高木病院第二係長（文部科学省）

今、お話しさせていただいたことには、ちょっと触れなかったんですけど、今回の学内予算の配分につきましては、文部科学省の高等教育局長名で大学長宛ですね、学長宛で、大学病院の附属病院の予算配分については配慮していただきたいという旨の通知の方を出す予定にしております。ちょっとこの場であれなんですけれども、おそらくたぶん本日付ぐらいで出るというふうに思っております。その通知の中にも書いているんですけど、2019年度の予算配分につきましては、文部科学省の方でどのような予算措置、どれぐらいの枠が予算措置されたのかということ进行调查することにしておりまして、その中で、文部科学省の方で、大学病院の方にどれだけお金が行ったのかということは今後検証していくような予定にしております。なので、いくらなんでも、ものすごい額の減額ということは、おそらくないと思うんですけども。元々今回、この機能強化経費に組み入れた額というのが、2018年度の予算額に対する8割程度になっておりますので、もしかしたらそこが基準額として考えられる大学さんがあるのかもしれないんですけども、今回は逆に言えばチャンスでもあって、もっと多くもらえるような、大学の本部と病院の交渉次第では、それよりもっと多くもらえるような大学さんも、もちろんあるのではないかとこのように期待はしております。それについては、ちょっと大学の方でも、事務部の方と、よくお話をさせていただいて、交渉していただければというふうに考えております。

三浦病院長（愛媛大学）

はい。ありがとうございました。

武智医学部総務課長（愛媛大学）

他にどなたかご質問等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは高木様、どうもありがとうございました。皆様、今一度、拍手をお願いいたします。

※一同拍手

高木病院第二係長（文部科学省）

ありがとうございました。

【議長選出】

武智医学部総務課長（愛媛大学）

それでは議事に先立ちまして、本日の議長を選出させていただきます。協議会規約第9条に、議長は当番大学の集中治療部長が行うこととなっておりますので、本学集中治療部長の土手が本会議の議長を務めさせていただくことでよろしいでしょうか。

※一同拍手

武智医学部総務課長（愛媛大学）

ありがとうございます。それでは、土手部長よろしく願いいたします。

土手集中治療部長（愛媛大学）

皆さん、ようこそおいでくださいました。それでは愛媛大学の土手と申します。来るのが大変だったでしょうけれども、もう一頑張りして、師長さん方には、朝から大変でしょうけれども、議事を進めていきたいと思えます。

では、議事に先立って、午前中にありました看護師長会の報告を愛媛大学集中治療部看護師長の新居師長さんから報告をしていただきます。お願いします。

【看護師長会議報告】

新居看護師長（愛媛大学）

皆さん、こんにちは。愛媛大学病院集中治療部看護師長の新居と申します。午前中は全国の看護師長様方と御一緒に様々なディスカッションをさせていただきました。9つのテーマでグループワークをいたしましたので、短い時間ではございますが、先生方にもぜひお聞きいただきたいと思い、発表させていただきます。9つありますが、うち特定行為に関連した内容に関しましては、同じく愛媛大学病院 ICU2の竹森香織看護師長が発表いたします。よろしく願いいたします。

竹森看護師長（愛媛大学）

さっそく願いいたします。特定行為に関連した内容の話し合いを行っております。特定行為の今を全病院さんの現状をお伺いしたところ、やはり研修を修了された方は多数いらっしゃるんですけども、研修修了時点にとどまっており、活動がまだと言われる方、実践をしていますが、詳細のところはまだ未整備であるということ。あと研修センターを持っていらっしゃる病院さんでは特定区分を増やす方向まで進展しているという進み具合を報告していただける大学さんもございました。あと特定行為研修修了者の活用には、かなり前向きな御意見をたくさんいただき、概ね、それに関しての必要性も十分感じているという全体的な御意見でした。大きく課題としてまとめた点を、赤字のところを特に見ていただければ分かりやすいとは思いますが、研修修了生への理解の不足、これは私達看護管理者も含めた次の育成であったり、内容というところの理解が、まだまだ業界の中でも不足しているのではないかとということがあっております。あと特定行為の研修をした者が、病棟業

務の実働の中に組み込まれておりますので、活動時間の確保が困難であること。あと、診療報酬への未設定ということで、特定行為が行われておりましても、各病院さんの個人手当での処遇の面からみても、まだまだ未整備であるということ。あと、特定行為研修受講者の育成・動機付けというところにも悩んでいるというお声があがっておりました。医師・看護師の内容への認知度向上も必要とされています。先程の御報告にもありましたように、どうしても医師のタスクシフトにだけ注目が置かれている部分が、前に出ている部分もございまして、誤解されている。ナースの側もナースの業務ではなく、医師のためというふうな誤解があるのではないかというような意見があがってました。やはり内容自体のメリットが伝わっておらず、アピールをしていく必要があるのではないかとということでまとめております。看護管理者や医師などに関する特定行為内容や活動による理解を深めること。特定行為研修者の活動のアピールを行い、動機付けを行って、次の育成につなげていくということ。研修修了者の保証内容、処遇も含めたものについても、今後検討の課題が残っているのではないかと。あと医師のタスクシフトが第1目的ではなく、患者ケアや地域医療への質向上に貢献できるということを大きな目標として取り組んでいく必要があるのではないかと。というふうなまとめにとどまっております。以上です。

新居看護師長（愛媛大学）

続きまして、1グループとしましては、新卒者教育。2グループで既卒者教育をしております。

7対1導入以降、集中治療部は2対1ですので、元々看護師数は多いのですが、新人の比率もどの大学も増えてきております。昨今の新人の特徴としましては、メンタルが弱い、自主性に欠けるなど、非常にマイナーな情報が多々ありますが、看護師長さん達は、このような新人に日々対応して御苦労されております。特にスタッフ達がメモを取っても使いこなせない。これが午前中の意見にもありましたが、昭和と平成の違いというふうにもおっしゃってございましたけれども、勉強はしますが、実務でその勉強が活かされないというふうな特徴にもつながっているかと思えます。

既卒者教育に関しましては、既卒者が来るとなると、先生方も経験者が来てくれて良かったねということで、私達もホッとする場合も多々あるのですが、やはり各病院ですとか、国公立ではない病院から来られた場合に、教育の背景が全く違いますので、非常に業務に入るのが難しい場合がございます。そのために新人以上に個々の教育対応が必要となるということで、既卒者への対応も非常に難渋する場面が多くございます。その既卒者への指導教育の課題と対策というところですが、個別対応が必要だということ。そして社会性は非常に高い方も多くございますので、年齢域に対応した私達の対応というのにも必要になってまいります。対策としては、新人と同じようにプリセプター等の支援、そしてその支援をする支援者も疲弊してきますので、そのフォローというところが重要になってまいります。これも毎年大きなテーマで検討している議題です。また、先生達にも医療チームとして一緒に新人、既卒者のナースと師長さん達と一緒に支援をしていただけたらと思えます。

3つ目のグループは、看護提供方式について検討してもらっています。今、現状としましては、ナースとしては固定チームナーシング、小チーム活動になりますけれども、固定チームナーシングとパートナーシップナーシング。これは福井大学が発祥で、今全国でしているシステムになります。どちらにしても経験者と新人がペアになって患者さんを看るというふうなベースがありますけれども、やはり理想的にはPNSをしたいけれども、メンバーが潤わない、なかなかできないということ。夜勤体制では、このPNSは難しいこと。そして労務管理にも入りますが、インターバルが課題となっております。12時間夜勤の導入も各大学検討しておりますが、そういうのも含めてPNSの導

入が難しいということを言っております。ただ新人医療者への育成には、これが有効だということも意見が多くありましたので、日勤だけではなく、夜勤でもPNSの体制が取れるような体制づくりを進めていきたいという意見がありました。

5グループには倫理教育、倫理的問題への対応を検討してもらっています。最近では移植医療、VADなど生命維持的な治療が多く、患者さんもこのような治療を選ばれることが多く、医療者の倫理観、倫理教育、倫理的一貫性を非常に求められる場合が多くございます。どの大学も多職種カンファレンス、臨床心理士、ソーシャルワーカー、ドクター、ナースなどが一緒になって話し合う場面を持って、倫理的問題の解決に対応しようとしておりますけれども、これもなかなか定例会で開催できる病院が少ない、皆さん頑張ってされてはいるのですが、なかなかドクターにこの問題に関して関心を持ってもらえないという意見もありました。看護師だけの考えではないかという意見も、カンファレンスの中に出てくるという声もありましたし、どの職種も倫理観、倫理問題に関しては、ぜひ関心を持って、一緒になって話し合いをしていただけると、看護師も非常にありがたいと思っております。特にドクターに関しましては、治療方針を決めていただく重要なポジションです。その場合に、この倫理的問題というのは、非常に絡んでくると思いますので、ぜひとも御関心を持っていただき、一緒に検討していただければ幸いです。これは看護師長みんなが言っていたコメントですので、ここで述べさせていただきます。

続きまして、終末期医療への取組に関しましては、これはもうドクターもナースも同じで、ジレンマを抱えての日々の業務になっております。最近ではDNARという言葉が非常に臨床でも出てきておりますけれども、各病院、基準、指針というのが厳格になっている場合が少なく、各師長さん達も非常に判断に迷うということでした。これはドクターもケースバイケースの判断に非常に困っておられる場合も多いかと思えます。特に集中領域では、脳死判定など非常に難しい場合もありますので、これも先程の倫理観の問題で、専門職みんな集まって検討していける場面になるかと思えます。最近では患者さんや御家族の考えも非常に主張が強い場合もございますので、多職種、患者、家族参加のカンファレンスが有効ではないかという意見も多々ありました。これの課題としましては、ここにカンファレンス中心に書いておりますけれども、リエゾンナースですとか、専門ナースが参加することも重要だとしております。看護師長の役割としては、やはり調整役ということが重要になってくるとあげております。またドクターに関しましては、疾患は主治医が対応し、鎮痛・鎮静などはICUの医師が実施しているところが多いということで、これもオープンICU、セミオープンICUで、それぞれ背景が違うと思えますので、様々な職種の連携が必要かと思えます。

次、7グループはICUにおける質評価です。これは今、看護協会推進のDiNQL、質の評価、感染、褥瘡などのデータを集約しておりましたり、あとSOFAのデータも集約するような状況になっておりまして、非常にデータは多いのですが、まとめるにあたって、データに溺れている状況も若干あるかと私などは思っております。それもまとめて、自分のセクション、自分の病院の特徴をとらえ、先読みをして、よいICUにしていくというところを、どのように検討していくか。これもドクター、ナースとの話し合いが重要になってくるかと思っております。この一番下にもありますように特定看護師の活用もあがっております、これから特定看護師・認定看護師がもっと活躍できるようなICUが必要になってくるかと思えます。リハビリも加算の対象になってきまして、それについても各病院が対応しておりますが、なかなかリハビリ加算Ⅰの取得ができない条件になった、組織化ができないということで、悩まれている施設も多々ございました。質評価に必要な視点ですけれども、これは特に看護師の視点に立って必要な視点ということでまとめております。まずは悪くなることなく

感染、安全ですね。良くなっていくこと、患者さんが回復すること。この2つは、先程の DiNQL や SOFA でもあがると思います。3つ目に患者さんに寄り添ったケアができるということで、これは看護師にとって非常に重要なポイントなのですが、この部分はなかなか数値化できていないのが現状です。看護研究等でも、この部分を皆さん頑張ってデータ化できるように取り組まれているようでした。

あと8グループは診療報酬との関連ということで、先程も述べましたリハビリテーション加算について、どの大学も取り組まれております。ただ、その条件に関しましての認定専門などが不在であること。リハビリ計画の記録などが不明確。記録が増えて実践に伴わないというような意見もありました。あとは時間に縛りがあり、計画の立案が難しい。専任のリハビリのPTさんの配置が難しいなど、様々な問題が挙がっております。課題としては、それぞれが作成したプロトコルを集約して、患者さんの早期離床に向けたプロトコルを作成すること。1週間以内の評価を可能な限りできるように、様々な職種が取り組むことなどがあっておりますけれども、先行施設の御意見を伺いながら進めていったりもしておりますが、なかなかこれについては不明瞭な箇所が多く、また御指導を受けるとありがたいと思うような状況でした。

最後に、地域との連携になります。これについては、看護師長さん達には大変お手数をおかけしましたが、アンケートを取らせていただいております。全部のアンケート結果は時間の都合上、無理かと思いますが、一部ご紹介いたします。退院支援加算600点の算定に伴うカンファレンスをICUでしているかどうか。それはアンケートの結果、22大学、今日で回収しておりますが、そのうちの36%がカンファレンスをしているということでした。その参加者はICU看護師、退院支援専従看護師、あとMSW、ドクター、精神保健福祉士など様々な職種が参加してやっているという答えがあがっております。開催頻度は多いところで月10回程度、少ないところは週に1回程度ということで、これも開きがあります。退院支援計画書に関しては、やはりICU内で交付できているのは2施設のみで、ほとんどが病棟での手渡しになっております。そして介護支援連携400点に伴った事例があるところが1施設のみでした。訪問看護師との連携をICUと取っているところが5施設。退院先をICU入室中に話し合っているところが8施設ございました。ICU退室後の病棟での患者さんを訪問しているかどうかに関しましては、4施設でした。一部、呼吸器装着で病棟へ入室した場合は全床で訪問しているなど、取組はどの病院も始めている状況でした。次にICUに入られていた患者さんのご自宅・施設へ訪問したことがあるかに関しても、2施設が行かれておりまして、先進的な動きをされているようでした。ICU担当のMSWも8施設ございます。特にこのグループでは信州大学さんがおられたのですが、信州大学さんでは前方支援、後方支援も非常に厚くされておりまして、病院連携も10病院以上提携している。例えばPCPS、CHDFをつけたままの転院ということができているということで、非常に関心のある状況でした。もちろんこの場合は、加算が取れなくても、患者さんの状況で転院をしておられます。まとめとしましては、退院支援加算取得に関しては、退院支援困難もスクリーニングして、初回カンファレンスで実施しているのが現状。大学病院としては、各施設との連携が必須ですが、大学病院以外の病院との医療、治療の内容の違いなどが問題にはなってきております。またメディカルスタッフも、地域との連携が必要ということで、病院内だけでなく、地域との連携が非常にICUにとっても必要という現状になっております。ICUでは、どうしても重症の患者さんに入っていただくことばかりが先行するのですが、無事に帰っていただくことも、看護師は入室の時から考えております。ぜひ先生方と一緒に、この点を考えていけたらと思っております。

午前中の発表をこれで終了いたします。ありがとうございました。

※一同拍手

土手集中治療部長（愛媛大学）

新居師長さん、ありがとうございました。看護師長会の方では、もう5年、6年ぐらいになりますでしょうか、グループカンファレンスをやっていたら、その度ごとにいろいろ新しいとか、まとまった重要な提案を通じてのカンファレンスの結果を見せていただいております。この結果について、どなたか質問とか、自分のところはこうしているとか、こんなのはどうだろうかというのがありますでしょうか。

例えば、いいですか。倫理面で、やはり医師に協力をお願いしたいと言われていた。具体的には、どんなふうにとか、話があったのでしょうか。やっぱりコミュニケーションをしっかりとっていくということになるのでしょうか。

新居看護師長（愛媛大学）

そうなります。先行した病院では、定期的にICU内でも倫理カンファレンス、ケースをあげて話し合っているような施設もございますので、そういう場があると、普段、治療の話だけをするような関係性が特に多いのですが、倫理に関して時間を取って話すというところで、先生の御意見も理解できるということで、そういう場が非常に貴重だと思います。

土手集中治療部長（愛媛大学）

他にどなたかありませんか。僕ばかり喋ってもいけないし。そしたら、もう1つだけ。やはり看護師さん達は、皆さん、患者に寄り添う看護、これが一番大事だと僕らも思っていますし、皆さん師長さん方もそれは間違いないだろうと思います。ただやっぱり、それ以外のデータの整理やコンピュータの打ち込みなんか、かなり手を煩わされているような、本当に患者さんに対する看護とか、そっちの方に時間を向ければいいんですけども、そうならないのが続いていると思うんですけど、それを何とか解消するような、やっぱり途中でも出たんでしょうけれども、よいアイデアとかいうのは、何か出ませんでしたか。

新居看護師長（愛媛大学）

全病院にお聞きしたわけではないですが、病院によってはデータ専門の部署であったり、専従の看護師、看護師長がいて、入力と分析を集中してされておられる病院もあるように伺っております。でも大体の病院が日常業務をしながら、データの対応になっていると思いますので、この点は病院あげて検討していただき、労務管理も含めてしていただくと。データはとても大事だと思います。患者さんの特徴分析は大事だと思うのですが、この点が改善されれば、もっと就業継続などにもつながるかなと思っております。

土手集中治療部長（愛媛大学）

何かデータ入力にクラークさんなんかを用いるとかいうのは、やっぱりまだまだ難しいということですか。

新居看護師長（愛媛大学）

そうですね。一部の病院では伺っておりますが、ほとんどはそこまでの対応はできていないという状況です。

土手集中治療部長（愛媛大学）

はい。他に、よろしいでしょうか。いろいろ参考になるような発表があったと思いますので、また持ち帰って、自分達の病院で、その特徴に応じた御利用の仕方をさせていただければありがたいと思います。

それでは、この辺で休憩を取らせていただきます。本会場の横といたしますか、後ろにお菓子やミカンを置いておりますし、お茶も用意しておりますので、どうぞ召し上がってください。15時05分まで、15分、休憩を取らせていただきます。

※休憩

土手集中治療部長（愛媛大学）

まず最初に JIPAD、重症患者登録システムへの参加についてということで、京都府立医大の橋本先生にお願いしています。では先生、どうぞ。

【協議事項】

①JIPAD(Japanese Intensive Care Patient Database)重症患者登録システムへの参加について

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

京都府立医大の橋本でございます。

この集中治療の重症患者登録システムについては、5年前、徳島でこの国公立附属病院集中治療部協議会で、当時の西村先生からこの話をせよということでもさせていただいて、2年に1回ぐらいお話しさせていただいて、今回はこの JIPAD のワーキンググループを作って、現在推進しているんですけども、ワーキンググループメンバーから、ぜひ、この協議会メンバーのさらなる参画を促して来いというふうに言われましたので、土手先生にお願いをして、もう1回、話をさせていただくことになりました。

前半は私が現状を御説明して、後半は弘前大学の橋場先生に弘前でどんな形で取り組んでいるか。どうして弘前にお願いしたかということ、非常に工夫されて、手入力で頑張っておられるというようなところで、うちはもう人がいないからというようなところでも、やれているんだということを見ていただいて、ぜひ御参画いただきたいということで話をさせていただきます。

この JIPAD の歩みでありますけれども、2011年の7月に ICU 機能評価委員会、こういうものを作っていこうということで、その時の委員長が西村先生であります。翌年から委員長を私にバトンタッチされたということで、そこから作りだしたんですけども、まず諸外国では、1990年代から、こういうデータベース登録が行われているということで、まず初めにオーストラリア、ニュージーランドの ANZICS ですね、と話し合いました、情報を提供していただいて、お互いに将来的に比べることができるということをメリットとして、ANZICS のコード等を使って、同じような仕組みで症例登録をしていこうということで、2013年1月、5施設で始めました。本格始動は2015年からですね。2015年からサイトビジットといたしまして、各お始めになった ICU に我々が訪問させていただいて、朝のカ

ンファレンスからずっと1日お邪魔して、どんなふうに入力データを入れるかということをお教えするということで、どんどんサイトビジットも50施設を超えております。2015年からデータ登録を始めまして、1回目の年次レポートでは12施設、去年出した2016年の年次レポート、それは2018年になっていますけれども、要は4月から3月までですので、2018年に出したのは2017年の4月までで、あと退院されるまではずっと追っていますから、2017年末までぐらいのデータを追って、2016年度に年次レポートとして報告しています。2回目は20施設です。現在、3回目の2017年度年次レポートもほぼほぼ完成していますけれども、来月発表させていただきますが、全国で32施設が集まっております。今年総計で、累計で10万症例が登録されるだろうということでもあります。その間、我々はANZICSにも視察に行きましたし、イギリスのICNARCにも視察に行きまして、昨年厚生労働省がデータベース構築事業の交付を受けて、さらにデータベースを強化したということで、2018年2月、去年の2月ですね、Datathon Japanという、ビッグデータを使った、今後、データベースをなんとかできないかということで先進諸国、MIT、ハーバード、それからシンガポール大学の先生方と共同して、この時はAIZICSのデータの比較検討を行ったということでもあります。実は、この年表の一番頭には、こう書かなくちゃいけなかったですね。1999年1月に、この14回の全国国公立大学の病院集中治療部協議会、広島でこのことはもう話し合われているわけです。現在、これがこの協議会ホームページ、ぜひ、まだご覧になっていない方は、訪れてみてください。ここに過去の議事録とかございまして、それを紐解きますと、ありました、1999年の広島ですね。大体、協議事項が、こんなたくさんあるんですね。今、我々が問題にしていることが、もうすでに20年前に同じことが協議されている。だから、それでどんどん進歩してきたということですが、名古屋大学の武澤先生が発言されているのをかいつまんで見ましても、今、まさしく我々が、この事業をJIPADでやっていることが、ここに散りばめられているんですね。だからこの時点では、最終的にはこのデータベース事業は発足しなかったわけです。で、15年の年を経て、今ようやく、まあ遅々としてというふうによく言われるんですけども、32施設まで増えてきた。実際は、もうデータベースを登録しているところは、もっと増えています。32施設は2017年4月から2018年3月まで、すべての症例を登録されたところが32施設ということです。もう始めているところには、サイトビジットをかけていますけれども、この国公立大学の協議会の全部をここに網羅しましたけれども、赤いところは、もう始めている。青いところは、これは私立大学で始めているところです。それ以外は、いわゆる自治体立病院、10病院でございます。今まで50施設サイトビジットをやりました。京都府立と慈恵医科大、この2つはコアの中心施設として、ここの2つはサイトビジットしていないので、52施設ですね。一番最後が大分大学、先々週に行かせていただいています。次は、群馬大学、金沢大学、4月に浜松医大も御参画いただけるということで、現状では国公立大学16大学が御参加いただいて、3つ足して19ということで、3分の1強ということでもあります。ですので、残りの3分の2近くの大学病院のICUの先生方に、ぜひこれを目に焼き付けて持って帰っていただいて、やろうじゃないかということを協議していただきたい。実際問題、こういうホームページも学会にお願いして、独自のものを作っておりますので、ぜひ御訪問ください。

これは一番最新のレポートの一部をお見せしますが、まだできてませんが、例えば全症例数として、今回は27,000例で、多くが1泊2日症例で、1万例ぐらいが1泊2日症例です。それ以外の15,000例について、いろんな検討を加えましたけれども、一番分かりやすいのは、オーストラリア・ニュージーランドとの比較なんですけど、同じ1年間の比較で、あちらは16万例。これはどうしてかということ、ほぼ全ICUが登録をしている。人口は4分の1ぐらいです。JIPADの方が25,000

例。こちらに比べると8分の1ぐらいの症例数です。まあ、比較できるかということで見ましたら、年齢は日本の方が高い。重症度スコアですけど、これは APACHE III スコアで比べると、日本の方が高い。年齢が高いせいもあると思うんですけども、もちろん、だから院内予測死亡率も高いわけですけども、実死亡率は、実際これを見ますと、日本の方が低いんです。これで日本の医療レベルが高いかどうかというのは分からないんですけども、やはり予定手術の症例が多いということが影響しているのかもしれない。こういったことから、今現在は、例えば時間外に ICU から出た人、そういった人が色んな世界各国のデータを持ち寄って、どのくらいの間が時間外退出しているか、その人の予後はどうかとか、色んな研究をやっているという、ようやくその端緒についたばかりであります。

3月に日本集中治療医学会、開催していただきますけれど、そこでもそういう話題、Tele-ICU の話題も出てまいります。その次の週にはグーグル本社をお借りして、Big Data Machine Learning in Healthcare in Japan ということで、第2回の Datathon を開催いたしますので、またこの成果を御報告できると思いますが、ぜひこの協議会のメンバーの方々にも、こういう試みの一部のグループのメンバーとしてお入りいただければというふうに思う次第であります。

では橋場先生、よろしくお願いします。

橋場集中治療部准教授（弘前大学）

私は、弘前大学の ICU の橋場と申します。

私も JIPAD のワーキンググループの一員として加えさせていただきまして、今回も橋本先生に、JIPAD の宣伝のために、うちの施設の現状を話してくれということで、ちょっとスライドを作ってきました。特別なことは何もないんですが、皆様の参考になればと思います。ここにお集まりの3分の1の施設は御参加されていますので、ちょっと無駄な時間になるかもしれませんが、お付き合いをお願いしたいと思います。

まず JIPAD の登録ですけども、2015年6月から開始しております。参加の目的としましては、青森の片田舎にある ICU ですけども、日本集中治療医学会が始めたということで、他の施設に遅れることなくデータベース事業に参加し、それがいずれ何かのプラスになればという期待感で始めております。ただ実際にやろうとすると、いくつかハードルがあり、その過程も紹介します。それから、やってみて良かったなということも紹介させていただきます。

最初に、当院の ICU の紹介です。現在、当院の ICU は 16 床です。ジェネラル ICU 8 床、それから増設したサージカル ICU 8 床となっています。麻酔科を主体とし、専従の麻酔科医と麻酔科医の当直を合わせて、毎日 2 人ずつ当直する体制です。看護師、それから臨床工学技士にも当直してもらい、専従の薬剤師もいます。特徴的なのは、JIPAD に関して、病棟クラークの 2 人配置にプラスアルファして、医師補助事務として JIPAD の入力専用のクラークも配置していただいています。

診療形態は、クローズド ICU、より正確にはセミクローズ ICU として診療しております。当院の ICU は、2013 年に 8 床から 16 床に増床し、元々 700 名ぐらいの入室患者だったものが、サージカル ICU が増えたことで、今は年間 2,000 人の入室患者があり、非常に目まぐるしい ICU になっています。その内の 95% が外科系の患者で、いわゆる ICU の括りとしては、外科系 ICU になります。しかし、内科系の患者さんもいます。

このような ICU ですが、JIPAD を始める過程として、まずは倫理委員会、橋本先生から資料をいただいて、当院の倫理委員会を通しました。その後、JIPAD 用の専用 PC を用意し、その PC と日本集中

治療部学会の JIPAD サーバーを繋ぐということを行いました。この過程では、私はコンピュータがあまり得意じゃないので、橋本先生にかなりお世話になって成功しております。当院の重症部門の電子カルテというのは、日本光電の CAP システムを使っています。その他の重症部門システムというのは、いろいろデータを出力することができるんですが、CAP システムというのは古いシステムで、出力のデータが非常に限られています。従って、かなりの部分を手入力しなければいけません。この部分で、開始当初、専任のクラークが配属される前は、一般のクラークに入力をお願いしました。しかし、その時のクラークは非常に優秀でしたので、その人に全部お願いして入力が完成していました。その後、慈恵医大の先生にサイドビジットに来ていただいて、いろいろアドバイスをいただきました。その時に強調されたのが、クラークだけに任せてはいけない、必ず医者がデータを確認しなさいということでした。その後はしばらく、うまくやっていたのですが、やっぱりすごい仕事量なので、クラークの方が音を上げてしまい 1 人辞め、次の 1 人も、時間内に作業が終わらなくて、時間外にも来ていただいて、アルバイト料を別に払ってやったりしました。しかし、これではどうしてもダメだということになり、病院長にいろいろと仕事の重要性を説明して、2 回、病院長に手紙も書いて、医師補助事務を別につけていただきました。現在は、昼間、クラークが入力作業をやっている時に、我々医師が確認用の JIPAD の 2 台目のコンピュータを使用して確認をしています。いろいろ分からないところは、全部 ICU 機能強化委員の橋本先生を中心としたワーキンググループの先生達が助けてくれますので、安心してください。

簡単に、JIPAD 入力システムがどういった流れで運用されているかということを示してありますが、真ん中にあるのが、JIPAD の入力欄です。ここにデータを入力しますが、当院は、CAP システムという日本光電のシステムを使っています。CAP システムを使って指示も出すのですが、この時に慢性疾患とか、入室時の意識レベルについて医師がデータを入力しています。本当に CAP システムから出力できるのは一部です。必要なデータの 5 分の 1 ぐらいですが、基本的なデータは出力することができます。それを JIPAD のコンピュータに流し込みます。そして、ほとんどのデータを、クラークが、血圧などのデータを拾って入力しています。それから、退院時の情報というのは、なかなか拾うのは大変なので病院の事務にお願いして、事務の方で 1 週間に 1 回、ICU に入った患者さんの退院時の情報を教えて貰うようにし、そのデータを入力しています。そして、入力が終わると、我々医師がデータを確認するわけですが、なかなか、どの医師も意識高くデータベース事業に参加してくれるわけではないので、いろいろ工夫をしています。誰々先生が、一生懸命やっているよということ、若い先生も含めて、競争させて、いろいろ確認作業をしてもらっています。確認ができれば、そのデータを学会のサーバーに送っています。しかし、これでも登録は終わりではなく、ワーキンググループの方で、定期的に、そのデータが信頼できるかということがチェックされて、我々も見直し、JIPAD 入力を進めています。

ここまでして、やって良かったなということですが、1 つは本来の目的の 1 つであります、青森の片田舎の ICU というのが、他の施設と比べてどうだろうという疑問の答えが分かりました。それから学会発表で、患者重症度の APACHE II のデータを利用させてもらいました。また、病院も、たぶん院長もあまりよく分からずに、お金をつけてクラークを余分に配置してくれたんですが、何か病院に役立つことということで、病院独自のクオリティーインジケータにデータを出しています。あと ICU の専門医の認定施設書類作成にも、JIPAD を入力することで簡単にできるようになっています。そして、もう 1 つ、予想外だったのは、これをやり始めたら、他施設から共同研究の話が来たりするようになりました。

これが他施設との比較のデータで、一部をお見せしますと、2016年度の参加施設は17病院20施設、参加施設の症例登録数中央値592例で、うちは2,000例でした。ちょっと大きく数字が違っていることが分かり、内容を見てみますと、小児はほぼ同じぐらいの5%ぐらいだったんですが、やはりサージカルICUを持っていますので、1泊以内、24時間以内のモニタリングの患者さんがすごく多いというのが、うちの施設の特徴だということが分かりました。重症患者が少ないようにパーセンテージでは見えますが、実数的には500名で、他の施設は大体300名ですので、当院ICUはちゃんと重症患者の診療もやっているということが、ここで分かりました。

これは予後に関するデータですが、各施設の標準化死亡率を、APACHEⅢを用いて、ファンネルプロットとして示しております。全体で見ると、当院の施設は、症例数が多いので、ちょっと外れ値みたいになっていますが、死亡率はそんなに多くなく、重症の患者（24時間以上ICUに滞在した患者）だけの死亡比を見ても、そんなに悪くないというのが、データとして示されています。このデータを見て、ちょっと良かったなと思いました。

その他、JIPADをやって分かることというか、できたこととしては、学会発表にちょこちょこデータを使っています。例えば、JIPADのデータを用いて、長期滞在患者さんの予後というのがすぐ分かりますので、そういったものを検討したりとか、あとはJIPADガイドラインで、せん妄の発生率とかの検討もしたんですが、その時に重症度のデータというのもすぐ出せました。さらに、サージカルICUを作ったことで、臨床的な効果とか、病院経営への検討もしたこともあるんですが、データをすぐ使えるということは、非常に役に立ちました。あとは病院独自のクオリティインジケータとして、ちょっと何かないかなということで、APACHEが20以上の患者数を出したらどうかということで、今、データを積み重ねています。その他には他施設との共同研究ということで、AKIの患者さんの多施設共同AKIレジストリという研究があるのですが、そこに加えていただいたりですとか、あとAF studyにも加えていただくことができました。

また、これから発展性のあるデータベース事業ですけれども、うちの施設の未解決な問題としては、結局、今、コンピュータがいっぱいあって、重症部門のCAPのコンピュータと病院のコンピュータ、それからJIPADのコンピュータ、あと昔からある別のデータベース用のコンピュータもありまして、いろいろデータが、散逸し統一されていないという問題があります。ただ、その統一の1つのヒントとしては、JIPADの付属のシステムとして、Ex-JIPADがあります。これがそうですが、本部の方に送るデータの右の方に、いろいろ診療経過であるとか、特殊なデータを自分達で入力できる画面があります。本部には送られないんだけど、各施設で入力できる部分がEx-JIPADで、そういうところをうまく使えば、より質の高いデータベースになるというのが、JIPADのひとつの特徴でもあります。そこを運用しようと、ずっと思いつつ、なかなかまだうまくいっていないのが当院の現状です。

あとは橋本先生もお話されたように、そろそろ10万件になって、全体のデータにアクセスしてもよいという状態になります。まだそのノウハウ自体を私自身持ち合わせていないのですが、そういった全体のデータに触れて、いろいろな研究ができればいいと思っています。

ということで、JIPADの登録について、データ入力がやはりネックになりますが、その軽減策としては、いろいろなメーカーの重症部門の電子カルテは、データをかなり出力できるようです。ですので、それを使うことで、入力の軽減策となります。あと、当院の施設みたいなところでは、手入力というのが必須なんですけど、いろいろ重要性を理解していただいて、クラークを特別配置してもらうことが有用だと思います。また、医師の確認というのが、データの質の担保のためには必須で、これはもう学会の方から強く言われています。データベース事業の利点は、まだまだ未知数ですが、今

後も発展していくのではないかと思います。以上です。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

追加ですけれども、弘前では、この日本光電の CAP という 1 つ古いシステムをお使いですけれども、日本光電でも PrimeGaia というシステム、それからフィリップスさん、フクダ電子さん、GE さん、それからソフトウェアサービスといったような、やや小さめの電子カルテベンダーさん、すべて JIPAD の仕様を理解してくださって、上の 3 つのベンダーさんに関しては、ほぼ全てのデータを 100% 出力していただけるような仕様にしていただいていますので、ぜひそのシステムをお変えになる時に、そういった仕様の中に、JIPAD の仕様があるというのをに入れていただきたい。それが重要なポイントじゃないかなというふうに思いますので、よろしくをお願いします。

土手集中治療部長（愛媛大学）

橋本先生、橋場先生、どうもありがとうございました。何か質問とか、うちではこうしているとか、何かありましたら。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

手入力しているところは、弘前とか、奈良県立医大もそうですけれども、クラークさんが必須だと思えますけれども、最終的にはドクターも見ていただきたい。クリニカルインディケーターに関しては、QI に関しては、今、学会の ICU 機能評価委員会で、集中治療に特化した QI というのを作っていこうということで、それも JIPAD のデータが 8 割ぐらい使われるだろうというような形で、今、進められていますので、ぜひ御協力をお願いしたいと思います。

土手集中治療部長（愛媛大学）

何か質問とか。もうこれでみんな協力するよと。でもやっぱり、いいです。僕も、やろうかなと思っているところはあるんですけれども、なかなかクラークもつかない。昔、厚生省の研究班で APACHE を 1 人でつけた時があるんですけれども、そうするとやっぱり、月数時間から、そうですね、半月で 10 時間ぐらいかかる。結局は断念しちゃったみたいなどころがあるんですけれども。やっぱりクラークさんが 1 人と、それをフォローする医者、それが必須ということなんでしょうね。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

まあ、セミクローズドの ICU、オープンでもそうかもしれませんけれども、やはり部門システムを入れないと、事故にもつながるんじゃないかというのも思うんで、そういうふうに部門システムさえあれば、そこからは、もう自動的にデータが吐き出されるので、そういうふうになれば、月、本当に 1 時間とか、そういった形で作業が進めることができるので、そっちの方が先かもしれません。

土手集中治療部長（愛媛大学）

あと、ICU でも、いくつかの部分に分かれているところだったら、全体は参加しなくても、ここの ICU だけ参加するとかいうこともできるのは、できるんですね。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

はい。もうすでに協議会メンバーでも、こっちの ICU は始めたけど、こっちの ICU はまだとか、施設内のできる範囲の単位で、うちは ICU の中のこの 6 床だけですかといって参画されているところもあります。

土手集中治療部長（愛媛大学）

そうになると、ハードルが少しは下がるかなと思いますね。何か質問とかありませんか。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

逆指名しないと、皆さんお話にならない。

土手集中治療部長（愛媛大学）

じゃあ、参加しているところで。あっ、どうぞ。

浅賀集中治療部副部長（香川大学）

香川大学の浅賀です。

当施設は、PrimeGaia 使っておりまして、ほぼ出力可能なんですけれども、いくつかの項目が、単位違いとかでなかなか出力できないということがあります。具体的に言うと乳酸値なんですけれども、こちらの mg が mmol になると、結局変換しなきゃいけないという作業があります。最終的に各ベンダーに仕様を改めて出しておいていただくと助かります。もう導入した後はなかなかやってくれないということがありまして。僕らとしては、全自動にしたいものですから、手入力で直すか、どうしようか、少し待っているところではあるんです。もし可能であれば、JIPAD 内で単位の変換とか、そういうのが自動でできるようなものがあるのであれば、非常にありがたいと思うんですけれども、そこら辺は。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

それはもう明らかに日本光電さんの対応がおかしいわけであって、日本光電さんと、もう今でも年に何回か会って、うちは mmol でやってるんだから、世界標準もそうなんだから、あなた方が JIPAD 仕様で出すという、その仕様に書いた段階で、mg なんかダメよと言っているのだから、それに対応しないということは、もう少し早めに言っていただければ、おそらく、本当に簡単どころで変換して出力すれば済むわけですから、泣き寝入りはしないでください。

浅賀集中治療部副部長（香川大学）

たぶんこれから導入するところなんかも、そういったところを気をつけなきゃいけないかと思えますので、そこから情報共有できる場所があると嬉しいなと思います。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

はい。メーリングリストも出しておりますし、それよりベンダーさんにもメーリングリストを作って。皆さんにお願いしたいのは、やり始めて、後の祭りにならないように、初めから仕様を書く段階ぐらいから、このワーキンググループメンバーにちょっと言っていただいて、このベンダーでこうよ

って言えば、我々はそのベンダーのキーパーソンを必ず捕まえて、どこどこ大学の ICU である仕様書を出せと、こっちで言ってるんですよ、今でも。でも、ほとんど、そうされているところはうまくいくんですけども、後から言われると、なかなか揉めちゃうということがありますので、早めに言っていただければ。なかなか、うちもいっぱい資料を出しているんですけども、資料が多すぎてですね、忙しい皆様が、それを全部把握するのは難しいと私も思いますので、とりあえず一報いただくのがよいかと思います。

浅賀集中治療部副部長（香川大学）

ありがとうございます。

土手集中治療部長（愛媛大学）

他に。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

今日のこの話で5つぐらいは増えるだろうと帰って報告しておきますので、よろしく願います。

土手集中治療部長（愛媛大学）

よろしいですか。ぜひ参加して、部分的にでも参加できるところを募っていきなと思います。北海道、先生、もうされとるんですか。

斉藤先進急性期医療センター副部長（北海道大学）

北海道大学の集中治療部 斉藤と申します。JIPAD の方は参加させていただいております。ただ、臨床研究センターの方での承認を得て以降、実際、どれぐらいのデータが登録されていて、それがというのは、小職に就いたばかりでして、ちょっと把握しきれれておりませんので、さっそく戻りましたら確認させていただきます。

ちなみに、例えばすでに登録していて、仕様書、今すごく大事な事だと思いますけど、仕様書を変更するとか、各大学のシステムに合わせるということは、例えばその交渉をお任せしたりとか、簡単なものでしょうか。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

ある一定レベルまでは御協力できると思います。北大の場合、まだ、登録すると手挙げはしていただいて倫理委員会には通っていますけれども、まだアップロードされていないので、その前の段階で、ベンダー様とかも一応全部分かっているんで、やるとおっしゃったら、そこでプレッシャーをかけるので、よろしく願います。

斉藤先進急性期医療センター副部長（北海道大学）

では後ほど、メールを送らせていただきます。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

ありがとうございます。

土手集中治療部長（愛媛大学）

逆に今、北海道は、入力なんかは、ちゃんとできておられるんでしょうか。

斉藤先進急性期医療センター副部長（北海道大学）

独自に ICU のオンデマンドシステムというものが、10 年前にもう導入されておりまして、そこで、別のデータ集計用のデータを集めるというデータベースがすでにあるんですよね。ですから、そちらの方を中心に動いておりまして、その整合性を取ろうという動きは、提案しておるんですけども、ちょっと今、二本立てということで、JIPAD さんの方のデータ自体はちょっと滞っている状態です。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

そもそも JIPAD を開発した会社と北大のオンデマンドを開発した会社は一緒ですので。

斉藤先進急性期医療センター副部長（北海道大学）

それなんですけれども。なかなか先生がおっしゃった通り、できていない状況でございまして、すみません。

土手集中治療部長（愛媛大学）

もう 1 カ所だけお伺いしたいので、今度は暖かいところで琉球大学の淵上先生いらっしゃいますか。

淵上集中治療部副部長（琉球大学）

琉球大学の淵上です。御指名ですので。まさにプレッシャーをかけられておりますといたしますか。当院も CAP システム 2000 でした、参加の意思は表明して、倫理委員会の方とかかけて、一応 OK はもっているけれども、入力をどうしていくのかというところで、立ち止まっていたというところがございます。橋場先生の御発表も参考にしながら、個人的にも若干、関係性を持たせていただいていると認識しておりますので、今後、その両先生の中に入れるように頑張っていきたいと思っております。よろしく願いいたします。

土手集中治療部長（愛媛大学）

よろしいでしょうか。我々のところも、病院の都合でどんどん ICU が大きくなってしまってますね、なかなか医者の ICU の専従が増えない中でやっているの、セミクローズドとオープンの方の ICU を持っているという、全体の参加というのは、難しいかも分からないんですけども、また、CAP システムで使っているということなので。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

決して無理はなさない。長続きをする。1 年間やったけれども、もう止めたというようなことに、ぜひならないようお願いしたいと思っています。

土手集中治療部長（愛媛大学）

はい。ありがとうございました、先生。

今のディスカッションで1つでも2つでも、5つでもと言われていましたから、10カ所ぐらい増えていただいたら、大変ありがたいんですけども。

じゃあ、次の議題に移らせていただいたら。次は、医科歯科の高橋先生。ICUにおける携帯電話、スマートフォンの使用についてということで、議題をいただいております。

②ICUにおけるケータイ電話、スマートフォンの使用について

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

医科歯科大学の高橋英夫です。今の JIPAD の課題は非常に気になる問題なんですけれども、看護師さんとか、かなり問題があるということ、我々スタッフから言われていますし、ちょっと考えてみてもよいかないということで議題に挙げさせていただきます。

昨日、ちょっとあった方がいいかないということで、スライド作ってみました。ICUにおける携帯電話の使用ということです。こういった電子機器、特に電波を発するようなものは、医療機器に与える影響を最小限にして、安全細心に医療をするということが我々に求められているわけなんですけれども、2018年9月に安全性情報で、そういう環境では、まず何に注意しなければいけないかということが示されています。

原則1としては、電波を使用している現状や設置しているリスクと対策をちゃんと把握しなさいということで、これはそのひとつということになります。具体的にはどんなトラブルが発生するかとか、トラブルが発生した時の対策とか、トラブル予防策を講じて、それを知ってなきゃいけないということになる。あとは、こういったことを進めるにあたって、いきなり電波を管理する体制を、ちゃんと構築しなきゃいけないということになりますので、主には、たぶん現在でしたら、MEさんとか、そういった方々が、そういった任に当たっていると思うんですけども、それだけでは不十分で、もうちょっと総括的なことを、包括的にやらなきゃいけないということ。

もう1つは、実際も含めて、そういう現場ですね。利用するための検討を担当してくださいよということなので。これは原則1と言え言えますけれども、実際、より具体的な対応ということになるかと思えます。

政府としては、総務省と厚労省ですけども、医療現場における携帯電話の使用に関する指針というのを、2016年に8月に至って、ワーキンググループも作られてやっているんですけども、主には電波環境協議会というところが、その方々が主体になってやっている。具体的には、赤字で示しているように、もし使うのであれば、1～4に書かれているような内容を中心にやるということ。

1つは離隔距離の設定ですね。これはスマホと医療機器の距離ですね。どれぐらいまで大丈夫かということ、ちゃんと把握しなさいということで、マナーの観点というのは、先程、看護協議会の看護師さんの発表にもありましたけれども、使い方ですね。どうするかということで。あとは個人情報、医療情報等、これは電波でそういったものをやりとりするところの。あとは EMC というのは electro-magnetic compatibility ということで、電磁両立性とは何かというと、そういった医療用スマホを使った時に、電磁波が出て、それで医療機器に影響を与えるわけなんですけれども、これが起こらない、そういったようなことに対して、ちゃんと対応しなさいよということです。エリアごとの使用ルールの策定は、我々で ICU として、どういった体制でやるかっていうことになります。実際は、そこが一番の問題です。離隔距離ですけども、指針では1mと言っていますけれども、実際は後で

ちょっとデータをお見せしますが、現在のスマホの電波は、弱い電力で稼動するようになっていいますから、第2世代の時に比べるとはるかに安全性が向上しているということなので、実際問題は数cmと、ほとんど医療機器と接している、そういった状態でなければ、ほとんど安全です。ただし予想もつかないことが起こるということで、一応指針では1mぐらい離すようにと。あとはEMCに対する体制の充実ということに関しては、先程、体制を構築と言いましたけれども、ここでもEMCの担当者を設けて、それで管理しなさいと言っていますけれども、実際問題として、今、JIPADの入力の補助の方を雇うだけでも大変なのに、部署を作って、人を配置してというのは、なかなか難しいんじゃないかなというふうに思っています。この中で、エリアごとの、一応推奨というか、そういったことを言っていますけれども、赤の矢印で示したのが、手術室、ICUに、あとは検査室ですね、どんなことをやらなきゃいけないかということなんですけれども、持ち込んでもよいけど、基本的に電源はOFFしなさいよというのをインフォメーションする。ということは、実際、ほとんど使えないということになるんですね。これは医療従事者向けなんですけれども、これは何かというと、例えばそういうことをやっても、現実に例えばICUで、研修医なりレジデンスの先生がスマホでガイドラインをパッと見たりとかUpToDateにアクセスしたりとか、そういうことをやってるわけです。ICUで鎮静されて、ベンチレーターに乗ってる患者さんがいるとしますよね。例えばエルバドを付けて意識はあって、リハビリをやっているような状態だけで長期滞在しているという患者さんは見ているわけですね。そうすると我々医科歯科大学は、院内でICUではスマホとかデータは使用禁止にしてありますので、それは当然おかしいだろうということになりますし、仮に状況によって、ある患者さんに限定的にそういった使用を許した場合、その他の患者さんから、なんであの人だけ、そんなことを許すんだというようなクレームが出てくる。そういうことがある。なので、今度は医療従事者向けということは、ガイドラインなり、病院として指針を使ったとしても、医療者全体に、そういった情報を周知して、それを遵守してもらおうということが必要であります。ただし、それは現在の医療のやり方を考えていくと、ほとんど不可能に近いというふうには考えられます。

ということで、要は、具体的なルールは、各医療機関において、この指針を参考にして、各機関個別の状況等も総合考慮しながら、適切に設定しなさいよというふうに言っている。ということは、ほとんど何も言っていないということになります。

2016年8月に、では実際にどういう状況かということも報告されていて、これで見ると、これは考え方なんですけれども、そういった携帯なりスマホの情報をやりとりする電界強度が、信号が低ければ、要するにバーが立つ、1本しか立っていないということになれば、それにアクセスするために、スマホなり携帯はバーを上げて、そこにアクセスしようとするのが基本的な作動になる。ということは、ここに書いているような状況だと、医療機器に影響を与えるということになります。

あとはICUのWi-Fi環境も、わざと落としてあるという場合がありますし、そもそも病院として外からのWi-Fiの電波が入りにくいというような状況もあるということを考えると、よりリスクな方にとらえているということ。

これは今のことを他のやり方で計測したんですけれども、ここに場所が書いてあり、こっちでどれぐらい電界強度が上がるかということなんですけれども、クローズのところほど電界、エネルギーが強くなるし、かつデータ通信料が多くなれば多くなるほど、スマホは頑張っ、て、そういった電波を強く出すということを示しています。だったら、本当に影響が及ぶかどうかというものも見ていってですね、一番左に医療機器があり、右の方の4つの軸は、左から第1世代、第2世代になってくるんですけれども、現在第3世代ですけれども、ここで今、ほとんど使われているような携帯ですね。さら

に4Gになると、もうちょっと違ってくると思いますけれども、これを見た時に、各々こういった医療機器に与える影響がほとんどない。ここだけ、血液浄化装置がそれなりの誤作動を起こしたというデータがありますけれども、それにしてもほとんど影響はないということが分かりますし、あとは影響の発生距離ですけれども、これは数cmですね。一番大きなので15というのがありますけれども。これは常に15ではなかったようではありますが。要するに、ほとんど接していなければ問題ないだろうということが、明かされたということになります。

もうちょっと臨床的に考えていって、メリット、デメリットは何かということを考えて、1つは患者さん、医療機関にとってのメリットとしては、主には我々とか、看護師さん、医療スタッフが患者さんですね、ここを記載しているわけですね。あとは医療機関としては、この他に人に応じて色んな情報を集めたりとか、連絡がつくということもある。

デメリットとしては、最も懸念される医療機器の影響というところになりますけれども、これはどう見ても、そういうことになります。

あとは病院の管理体制からすれば、そういったことをしなければいけないとか、マナーに関することですね。こんなこともある。

総合的に考えてみると、1つ決めて、ICU協議会として、使っていていいですよということは、もちろん言いにくいとは思いますが、今回のことで、状況でちょっと考えてみるといった時間がいただければ、もちろんそれでアンケート調査してもいいかもしれませんが、なかなか指針自体が、各病院で考えてやれと言ってますので、グレーな状況でやっていると思うんですけども、できたら各病院からの意見なりを、現状をお聞かせ願えればよいかと思いますし、それで今後、各病院の業務の手助けになればと思って、議題として上げて、役立てていただければと。以上です。

土手集中治療部長（愛媛大学）

高橋先生、ありがとうございました。スマートフォンや携帯の、これも問題は難しいんでしょうけれども、例えば愛媛大学なんかは、今使用はどうなってるんですかね。

新居看護師長（愛媛大学）

当院は、基本、患者さんの使用は禁止になっております。

土手集中治療部長（愛媛大学）

もう一切禁止。

新居看護師長（愛媛大学）

そうですね。はい。

土手集中治療部長（愛媛大学）

スタッフは。

新居看護師長（愛媛大学）

スタッフは、看護師は基本使っておりませんが、ドクターサイドは時折使われているかと思っております。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

挙手でいいですけども、患者さんも、携帯使ってますよという施設はどれくらい。

※会場 挙手

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

3割くらいですか。

医者がスマホとか検索とかやってますよ。PHSはもちろん使っていると思いますが。

※会場 挙手

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

かなり使っている。指針にはやっぱり沿ってないですね。

土手集中治療部長（愛媛大学）

なし崩し的に使っていて。

織田救急科・集中治療部長（千葉大学）

すみません。いいですか。

土手集中治療部長（愛媛大学）

はい。どうぞ。

織田救急科・集中治療部長（千葉大学）

千葉大の織田ですが、先生、いろいろと調べられていらっしゃるんですが、僕は今、SNSを医師の連絡用に使っているんです。会話というのは、ほとんどしないんです。データをするだけなんです。あるいはデータを受けるだけ。送る人は、ICUの中で送ることは、あまりなくて、ICUの外から送って、それを受信する。医師がICUの患者さんが来た時に見る場合もある。会話をする場合と、データ通信で先程、電波の強さとか、この辺に差はあるんですか。同じなんでしょうか。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

具体的に何ギガとか何メガとか、そういうデータ、たぶんどこかにあるとは思いますが、書いてあった中では、画像データとか、そういった大きなものを送るのも、またこちらから送ると、それなりのパワーが必要だというふうな記載です。

織田救急科・集中治療部長（千葉大学）

ありがとうございます。

僕ら、ラインワークスを医師の連絡用に導入したのが2年前からなんですけれども、今まで一度も不具合はありません。ただ、それはアンオフィシャルな形で使っている。先生がおっしゃるように、それをこういう電波法とかに照らし合わせると、どうなってくるか、そこが非常に疑問だったんです。

ね。今の話を聞いて、逆にちょっとホッとしたというか、そういう部分です。どうもありがとうございます。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

今年の医療の質・安全学会の教育セミナーで、これはテルモが協賛してやってたんですけども。たまたま僕は、ちょっと他の仕事があったので行けなかったんですけども。データを見せていただいたら、金沢大学の医療経営の先生が講演をされていて、そこでも、たぶん今後はもっとスマホなりが、より弱いパワーでいいのができるようになって、あとは医療機器もそういったポータビリティが上がって、外来に対しても強いものができるようになって、より安全になるだろうと言われていましたけれども。だけど、思いもよらないことが、特に体外式のペースメーカーが一番危ないんじゃないかと思えますけれども、そこは注意しないといけないかなとは言ってました。それと海外では、アメリカなんかでは病院独自のそういった携帯、そういった端末でないと使ってはいけないということにしているところもあるみたいですけども、ただ資金がものすごくあって、それは日本の現状では、さらに難しいだろうと。まあ、考えていただければと思います。

土手集中治療部長（愛媛大学）

最終的には患者さんも、それから我々もですが、使っていくようになっていくんだろうと思うんですけども。もしも、それ、患者が使う時に、携帯使ったりするようになるべきなんだろうと思うんですけども。その時に、特に気をつけないといけない患者が、先程言われたような体外ペースメーカーの患者とかということはあるんですか。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

そうですね。ほとんどの物が接触していなければ大丈夫そうなので。

土手集中治療部長（愛媛大学）

あまり気にしなくてもいいんですね。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

まあ気にしなくていい。いろいろ調べた感じではあまり気にしなくていいんじゃないかなとは思いますが、その無制限で使うのはどうかと思うので、やっぱり患者さんと話して。そういった環境であれば、使いやすくなるのかもしれない。普通の何というか、メールとかTwitterとか、そんなのは大丈夫だと思います。

土手集中治療部長（愛媛大学）

はい、ありがとうございます。先生どうされます。これ、何か調査してみますか。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

そうですね。まあ Yes, No でやれば大したこともないので、まあウェブでちょっとやってみても。

土手集中治療部長（愛媛大学）

そうですね。やっぱり問題になる可能性もあるし、やっぱりこういうところこそ国公立大学の集中治療部で指針みたいなのが出せたら大変面白いと思うので、お願いしてよいですか。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

分かりました。では、案を考えて。

土手集中治療部長（愛媛大学）

はい。それで回してください。

高橋集中治療部教授（東京医科歯科大学）

文科省からは何かないですか。

高木病院第二係長（文部科学省）

指針というのは総務省で決められるものですので、それこそたぶんお話しをいただけたように、各大学病院さんの方で決められていると思いますので、今回アンケートを取った上で、他の病院の動向を見定めて、どのような方向を見据えていくかというところなのかなと思います。

土手集中治療部長（愛媛大学）

あと、本日、MEさんの方からも出席いただいているので。何か御意見がありましたら。

宗万臨床工学技士協議会長（旭川医科大学）

臨床工学技士の旭川医科大学の宗万といいます。私、今お話を聞いていたら、先生のおっしゃっている通りで、ほとんど医療機器に影響がないというのが臨床工学技士のたぶん感覚なんですけれども。私が聞いた限りだと、例えば研修医の先生が、処置をする時に呼吸器の上にスマホを置いた、その時に着信したとか、そういう可能性があるので、やっぱり使う側も、恐らくそういったことに注意しましょうというのを、たぶん専門家から、臨床工学技士からアドバイスをさせていただければ、たぶん安全に使えるんじゃないかなと。それはちょっと私、個人的な意見なんですけれども。今後、もし必要でしたら、私達協議会の方も、ぜひ、御協力させていただいて、そういった使い方とかも考えていければよいかなというふうには考えています。

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございます。使う者もマナーはきちんとということですよ。その辺に置いたりとかしないように。それから、できたらベッドのすぐ隣じゃなくて、下がったところで使うようにしたらということもあるでしょうけれども。では、またそれを調べる時には、御協力をお願いします。高橋先生、ありがとうございます。

※一同拍手

③国公立大学病院集中治療部協議会について

土手集中治療部長（愛媛大学）

そしたら、協議事項の3です。

3番目の議題、国公立大学病院集中治療部協議会についてという議題をあげさせていただきました。と申しますのが、規約を決めておりましたけれども、まず規約の変更が必要になっております。

お手元の資料の12ページから、一応、私どもで素案という形で作ってまいりました。赤字のところが変わっているところです。一応、この会の名前なんですけれども、全国国公立大学病院集中治療部協議会というふうになっております。この「全国」を加えさせていただきます。第1条もこれということです。今回、どうしてこれが必要になったかという、今までずっと、事務局を務めていただいていた西村先生が、別な病院に移られたので、徳島大学から京都府立医大の方に事務局を、集中治療部の方に事務局を置くと。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

知らない間になったので。引き受けたわけじゃないんですけど。

土手集中治療部長（愛媛大学）

橋本先生が快く受けていただいたので、この規約改正のところで、「京都府立医科大学附属病院集中治療部に置く」というふうに変えさせていただきます。

結局、13ページのこの附則ですけれども、本規約は、一応今日、承認していただいたら、平成31年1月25日から施行し、変な話なんですけど、平成30年4月1日の過去から適用するということになってしまいますが、そういうことでお認めいただきたいと思います。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

よろしいでしょうか。一応、定款ですよ。規則の方によると、この年に1回の会でないと認められない。前回も結局時間切れで決が取れなかったわけですけれども。ぜひ、「事務局を置く」というふうにしていただいて、「細則に定める事務局に置く」というふうにしていただいて、細則があるんですよ、下に。その細則の方で、京都府立医科大学に置くというふうにしていただいたら、もう1つの懸案で、去年も出しましたけれども、当番校の部長クラスの先生方で、いろいろ世話人会と言いますか、小委員会を作って、今後の運営を協議していくっていう、それは認められたと信じてるんですけど。そちらの方で次の準備をどうしようというような話し合いがなされた時に、その小委員会とか世話人会の方で、細則であれば変えられるんじゃないかと思うんですけど、いかがでしょうか。

土手集中治療部長（愛媛大学）

事務局も、その世話人会で変えていくという。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

そうでないと、結局今回もですね、西村先生がお辞めになると分かったのが、もう4月ですよ。実際は今回で次の世話人会を決めていただかないといけないということですが、テクニカルには、そういうことが全く手続としてもなされていないですから、やはり結局、その前後の代表の先生方である、例えば松田兼一先生とか次の土手先生とか相談をして、結局引き受けたという実態を考

えると、細則に入れていただいた方がいいと思います。いかがでしょうか。

織田救急科・集中治療部長（千葉大学）

すいません。千葉大 織田です。先程、休憩時間に橋本先生とも話をしたんですけど、やっぱり継続性を考えると、今まで個人的に、「じゃあ先生、次頼むね」という形でやってきたんですけども、なかなかそれでは、世代交代も、しかもなかなか部長の先生が出席できる方が、なかなかいなくなってしまうので、皆さんお忙しくなって。何人かで世話人会を作って、その中でやるということを決めていただくのがいいんじゃないかなと。ここで小委員会を設けることができるというのが書かれていますので、それを世話人会という形でやっていただいて、継続的に。そうすれば、例えば、今回はですね、非常に突発的なことだったんですけども、今回は、それを認めていただいた上で小委員会を作って、それを今後の次の世話人のこととかですね。協議会の方向性を決めていくということ、今日決めていただければ、橋本先生を中心に、先程おっしゃったような先生方にやっていただくのいいかと思います。私もこれで最後ですので、是非、今後、若い人達もその中であって、何人かは若い先生にやっていただいたら、世話人になっていただいて、継続性も出せるという、そういう形がいいんじゃないかな。

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございました。他に御意見ありますか。今の御意見ですと、世話人会をまず認めていただく。その中で次の体制とか次の次の体制とかお願いしていく。世話人を決めていく。それもどんどん変わっていく形で決めていく。そうですね。あと、この改正案をもう1回ちょっと。

会場

今日は、これで決めていただいて。

土手集中治療部長（愛媛大学）

今。そしたら、そういうふうなことで、1つは、その下部の委員会を持つことができるというところで、世話人会を作る。それを運営するのは。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

今、小委員会という項目があって、第10条で、こういうふうな協議会は、前2条、目的というのが、先生、総則の方に入っていないかと。第2条に掲げる目的というのがあってですね。その目的のために小委員会を設けることかできると書いてあるんですけど。これを運営委員会という名前にしておいて、「協議会は第2条に掲げる目的を達成するために、本会の構成員等による運営委員会を設置することができる」としたらどうかという案なんですけれど。「運営委員会は過去及び将来の当番大学の部長若しくは副部長で構成された、運営方針を協議するものとする」としてはいかがでしょうか。

土手集中治療部長（愛媛大学）

よろしいでしょうか。拍手で。

※一同拍手

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございました。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

それと共に、運営事務局は細則の方に移させていただきます。

土手集中治療部長（愛媛大学）

はい。運営事務局を細則の方に移すということで、そういう話で、それも決定してよろしいでしょうか。

※一同拍手

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

では、にわかに運営事務局になりましたので、これの御報告するだけですけれども。

平成 28 年の時に西村先生が提案されたと思うんですが、年会費の徴収については、じゃあテスト的にやってみようということで、過去 2 回にわたってテスト的に年会費年 2 万円を請求させていただいています。それに対して、約 7 割、70%の施設からお金をいただいていますので、大体 35 校から 40 校には達していないというような状況で、現在百数十万円のお金が通帳に入っている。この通帳を、去年の 6 月に西村先生から私は引き継ぎました。判子もそのまま、通帳もそのままであります。これを今後どうやって有効に使っていくかというのは、これから協議していただきたいということと、ホームページとか作っていただいて、名簿整理をしていただいている運営会社さんには 1 円も払ってません、まだ。待ってくれというふうに言ってますので。その支払いもしないといけませんし、ここで 2 年経ちましたし、できれば全ての賛助している施設から年会費をいただければというふう考えるんですけれども。なんとなく不公平感は漂っていますので。

土手集中治療部長（愛媛大学）

今、出してくれているところと、出してくれていないところと。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

まあ何のために使うんだと言って、さっきの高橋先生のようなご発表に対して、その資金、アンケート資金をお出しするとか、さっきお見せした 1999 年にあれだけ色々な提案をされているわけですからね。あの時代は、皆さん、各施設の研究費とかでおやりになっていたんですよ。土手先生も感染のことで本を出されました。これからは協議会として、そういう案を出されたらどうかと。集中治療の教育プログラムも、この協議会から始まったわけですし、以上でございます。

土手集中治療部長（愛媛大学）

今の規約の変更については、お認めいただいたということで、またメールか何かで回したいと思います。

それと今日、またもう少し時間をいただいて、今、橋本先生の言われたことにも関わるんですけども、この協議会の方向というか、立ち位置がどうなのかというのを色んな方から質問を受けてですね、大体5年か10年に1回、こういう話が出てくるんですけども、ちょうど時期になったのかと思って、少し時間をいただきました。

皆さん、これ、お持ちでしょうか。前に西村先生が改訂をされた翌年か翌々年に過去の全国国公立大学、過去は国立大学だったりするんですけども、集中治療協議会の演題というか議題とそれから議論の内容が、ディスカッションが全部載ってあるやつは全部載っているというのが。それでも大学のICUに1つずつ届いたと思うんですけども。こういうのを西村先生の時に初めてできて。この会をどういうふうにしていくかというのを1つ話し合うという時間が、前年度も、その前の年もできなかったもので、その時間を少し取りました。

まず、言い出しっぺの土手なので、その歴史というか、これを見ながら、本を見ながら、こういうものだったのかということを見てまいりましたので、少し時間を。

とりあえず、この34回になるんですけども、この34回がどういうふうになってきたかをちょっとまとめてきたので、10分間ぐらい時間をいただきまして。

まず第1回、1986年にできています。その時は、全国国立大学病院集中治療部長会議という名前だったようです。部長会議だから、部長の先生しか出れなかったようです。1986年、最初の4回は東京大学で行われたようです。これはまだ要するに正式なものと言っていいのかわかりませんが、ハテナがついておりますように、議事録も何もありません。何をされたかも分からないし、もちろん、たぶんやったんじゃないかなという話があったということです。

第5回になりますと、第5回の集中治療部長会議ということで、この時から今度は東京医科歯科大学で、天羽先生が中心になってやってくれております。出席が24校30名の会議が始まっています。その頃は何をしていたかということ、病院長会議への上程議案の決定、この5回で何が一番大事だったかということは、全国国立大学病院集中治療部協議会に名称変更をして、部長ないしは副部長関与していくと。それから中には師長さんも入れるようになってまいりました。この頃はまだ大学病院で、国立大学病院でICUが無いところがいっぱいありまして、院内処置のICUというのが作られていた施設が多かった、だいぶあったようです。それでもいいじゃないかということ認めるとの話が。もうちゃんとICUができているところは、定員増の要求をしております。やはりまだできて間もないICUなので、麻酔科や救急部との関係がどうなっているかというのが、この会議の話題になっております。

第6回になって、初めて集中治療部協議会となって、出席者数も少し、まだ33人ということです。この頃また集中治療部のあり方というのが、その時も議論されたようです。どうあるべきか。麻酔科と一緒にいいのか、救急と一緒にいいのかということも、この頃に話されております。この中でまた、部長の先生が出てくるだけでなしに、実際にICUをやっている、働いている者の意見を汲み取ろうじゃないかという実務者委員会というのを作ろうじゃないかという話は、もうこの時に出たんですけど、出たまま、もう消えてしまっているという。現在は、もう副部長の先生も大勢来られているので、大体、実務者委員会というか、この会がそれを兼ねることになっているという。

7回から10回までは、全部、医科歯科の天羽先生のところでお世話になっております。ですからこの頃は天羽先生とか、群馬の藤田先生とかの先生らが率いてやっておられたようです。その頃の内容ですけども、第7回で初めてアンケート調査を本会で実施して、ICU実務者の半数が麻酔科医、救急部と合同運営が3分の1、ICUが救急と合同です。

それから設置基準の見直しのワーキングもできておりました、ここのアンケート調査では、この頃のベッド数が大体6床ぐらい。面積は18.5ぐらいの平米ということがアンケートで分かっております。協議会規約というのも、初めてこの平成6年に作られて、それがこの青い本の一番最初に載っております、それをまた直したのが、この間、徳島大学がやった時。それをまた変更しようということです。

大体11回から14回ぐらいまでになりますと、だんだん国立大学の全ての大学病院から1人ないし2人は参加するようになっていて、この頃からまた色んな活動が盛んになっています。この時から初めていろいろな動きもありました。この11回から14回の方に話し合われたこととして重要なのは、増床増員については、常に話し合われていました。それから神戸大学から阪神淡路大震災のICUがどうであったかという話もありました。それから今度、集中治療管理料の1と2、3、4、と分かれたときに、基準となった20平米を最初に作ったのは、この国公立大学協議会での集中治療の基準の見直し。これは妙中先生が中心になってやられたものですが、それらが、ここら辺で行われております。

それからその時も、武沢先生、もう今お亡くなりになりましたけれども、集中治療部の機能評価を始めようじゃないかということがありました。千葉の平澤先生からは、ICUの重症度による点数の差別化は、文部省や厚生省がこの時に、ですからちょうど2000年前後ぐらいから始めておったですね。ただ、この時期、我々はほとんど気がつきませんでしたけれども、そういう問題があるまで、お前ら気を付けないと滅びるぞと、強く脅されたのを、今でも覚えて、帰って一生懸命勉強したのを覚えております。ローテーションドクターの問題があったが、それに対してどうするか、それから卒前、卒後教育を含めてどうするかというのが、話し合われております。

大体15回から19回になりますと、これで全日程、大体部長が来たり、副部長が来たりということで、日付も大体金曜日の今ぐらいの頃というのが、この頃から定着しております。毎年1回、顔を合わせていろいろお話をする中で、先程も申されましたICUの感染防止ガイドラインも、まず第1版は2005年ぐらいに、第1版を東北大 松川先生が中心になって作られております。この頃、話題になったのがHCUについてで、各大学がこぞってHCUを作っていた時期です。ただ、なかなか点数を取るのが難しくてですね。ただICUと病棟の間が必要だということで、色んなところに意見を聞いております。行政、独立行政法人化に向けての話も出ておりました、それまでは、いちいち定員増は文部省の意見と言いますか国会を通さないといけなかったのが、それがなくなり良くなるという意見もあるし、その反面、しっかりしないと潰れちゃうぞとか、これも平澤先生にそう言われて、ドキドキしながら帰ったのを覚えております。この辺から、もうICUの医師の勤務体系、夜勤をどうするかという問題があって、この18回の前の愛媛であった時に、事務局とか連絡網を立ち上げようじゃないかという話があって、一応、事務局は東大に置かせていただくという話が出たんですけども、その時、矢作先生、「はい。分かりました」と言って帰られたんですけども、結局それはうまくいきませんでした。ただワーキンググループでは安全推進、教育機能強化があってですね、この中の教育では、ちゃんとした指針というかガイドラインもできましたし、素晴らしいものを残してくれたと思っております。

HCUの管理料についても議論がありました。

20回、平成17年の20回からはですね、だんだんこれは特に最後の熊本大学の時になりますと、77人と書いてありますけれども、この時にはオブザーバーとして先生方や公立病院や一部の私立大学3校の先生方と、合計11校が加わっていただいて、現在の大学数、最終的には53校だと思うんで

すけれども、になります。ですから77人と書いてありますけれども、プラスアルファであります。これが話し合われた内容で、集中治療教育プログラムですね、これも最終的には集中治療学会の方が出しましたけれど、母体となったのは、この協議会からです。やっぱりHCUがどうなのかというのを運営調査というのは、何回か行われております。それからちょうどDPCが始まったのも、この頃でありますので、ICUはDPCと関与されるのか、評価されるのかということも話し合っております。

21回時には、看護師が実施しても良い手技についてということで、看護師さんなんかも集まってもらって、話がされるようになっております。先程の熊本の辺りから、だんだんそういう看護師さんにも集まってもらって、話が始まっています。これですね。第1回看護部会がちょうど熊本で始まりました。同時に公立8校、私立3校が加わって現在の体制になった。この頃に救急部協議会、集中治療協議会もあるというので、これはもういらないんじゃないかという意見が出たんですけども、その中で、信州大学の岡元先生が、救急と集中治療は違う、我々には我々が追いかけるものがあるんだというのを断言されて、「はいはい。それはそうですね」ということで終わったのを私は覚えております。

これは2010年から、もうすぐ終わります。2010年からですけども、この頃から師長さんが入るようになって、大体、今日も130数名ですけども、100何人の出席があるようになって、大体、現在とほぼ同じような形で運営されるようになります。その中で国公立大学の方で、名前も全国国公立大学集中治療部協議会ということで。僕が調べたのは、武沢先生が先進的に言われとったというものもあったんですけども、これは秋田の多治見先生の時にも、データベースの構築のことがかなり言われておりました、これが今のJIPADにつながっているんだと思うんですけども、そのように思っております。専門医制度についても、本学の教育プログラムの改定、それからICUの共有の、浅賀先生がいろいろアンケートをとって調べてくれたのを使って、それから私ども、これは愛媛が中心になってガイドラインの感染防止ガイドラインの改訂も行いました。事務局の設置とホームページの作成、今度こそちゃんと作ろうということで、徳島大学の西村先生に中心になってもらって作ったのが、これが、28回ぐらいだったと思います。

で、現在になってくるんですけども、まだここ、これがなかったものですから、資料がなかったもので飛ばしましたけれども、大体53校、50数校から130人ぐらいが集まって、現在に至るという。現在やっていることですが、運営調査委員会、名古屋大学が中心になってやっているのが継続している。看護部会では、今のシステムのようなグループカンファレンスをしだして、4年目か5年目になると思います。この間、話し合われていたのは、いろいろ、スーパーICUと普通のICUに分かれて、それをどうするんだというのをこの中でも話し合われています。

JIPADに関しては、毎度、橋本先生が話していただいて。

今度の新専門医制度に関しては、山梨で松田先生にお話をいただいて、それから専門認定看護師制度のことも話しています。そういう雑多な話なんですけれども、これ30年の間に、端的に言うと平成4年には大体6床であったICUが、今は13床で、国公立大学、全部すると691床の大所帯になったということがあって。その都度に話し合われたことが、土手なりにまとめますと34年間継続している、大学事務局も認めた会議である。その時々々の重大なことは、やはりちゃんと話して、集合することで、他の施設から伺ったこと、特に我々のような弱小の者は、色んなところの先生の、特に新人の時とかいうのは、いろいろ教えてもらって、ありがたい恩恵を受けております。

教育、感染防止、機能評価の委員会が活動して、本を作ったり、論文として出したりしているというのも現在の状況です。

ただ毎年、何のために集まらなければならないのかとか、重要なことを話したというのは一部で、何となく、この会自体がいま一つじゃないかという意見も出ていることがあります。集中治療学会で集まっているので、もう十分じゃないかという話も出ておまして、今現在活動している委員会、まあ運営委員会はやっているんですけども、これもあります。ただ、これもありますけれども、こういう歴史を踏まえた上で、この会のあり方というのを少し御議論していただいたらと思います。

ということで、ダラダラと喋りましたけれども、いかがでしょうか。この会、何か御意見。例えば、中根先生、いかがでしょうか。

中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）

山形大学の中根です。まず質問からさせていただいてよろしいでしょうか。先生、今回、歴史に関して調べてくださって、だいぶ御存知かと思うんですが。

まず1つは、私、山形大学は来年担当するわけなんですけど、その時に、医学部長から、この会は全国病院長会議の下部組織なのかどうかということ聞かれるわけですよ。いや、違うと思いますけれどもって言うと、いつから違うのか、元々そうだったのか、そういう話を聞かれるんですね。それに関しては、いかがなものなんでしょうか。

土手集中治療部長（愛媛大学）

これは事務の方に答えてもらった方がいいんですかね。分かりますか。

事務担当（愛媛大学）

ちょっと分かりません。

中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）

これがですね、結構分からなくて。最初の頃には、病院長会議に議題を上程するとか、問題点を提起するのがあったんですけど、そういうのがなくてですね。元々はそうだったと思うんですけどっていう答えしか私もできなくて、ちょっと困ったということがあるものですから、それを教えていただきたい。

橋本集中治療部長（京都府立医科大学）

僕も、その辺りがよく分からなくて、5年ほど前に取材させていただいて、調べたんですけども、その全国病院長会議そのものが組織変更になっているんですね。全ての下部組織がなくなって、その中で、すごくアクティブなところ、例えば感染症の協議会は、まだ全国病院長会議と話し合った結果だと思ってしまうんですけども、まだその内容を病院長会議に上げておられるんです。それは全く別のガラガラポンで一からやってるというところで、この協議会に関しては、別組織というふうになったところから放置されているということだと僕は聞いたんです。全国病院長会議そのものが変わったんですね。

土手集中治療部長（愛媛大学）

というか、もう病院長会議が。

中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）

それは、いつ頃になるんですか。

土手集中治療部長（愛媛大学）

独法化した時だろうと。

中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）

それでいいんですかね。私もその理解なんですけれど。

織田救急科・集中治療部長（千葉大学）

だから最初の頃は、全国病院長会議に要求を上程するというを目的に集まった。ただ、その時も下部組織だったかという、そうではなくて、そういう病院長会議ができたので、集中治療部としての意見をそこに上げて認めてもらおうということで、色んな要求をしようということで始まったんですけど。その上程議題を作らなくなった時が、たぶん病院長会議の組織が変わった時だと思うんですね。

土手集中治療部長（愛媛大学）

独法化されて、今度は病院長会議の方から、お宅の病院長に言いなさいということになった。ですからそういう意味では、だいぶ流れは変わってきていると思います。

中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）

分かりました。たぶん皆さん、その辺が曖昧なので、この協議会が一体何なんだろうというところから、疑問を持っている方も多んじゃないかなと思って質問させていただきました。

もう1つは、先程、存続の意義についてとあったと思うんですけども。橋本先生の時だったですかね。全国アンケート調査をしましたよね。存続を希望するか、希望しないか。もし存続する場合は2万円払えるかどうか。そんなアンケートだったと記憶しております。2万円は、まあいいにして、良くないんですけども、いいにして、存続するかどうかと。存続を希望するかどうかという時に、1校を除いては、全て存続を希望するというような結果だったと思います。それだけやる気がある協議会なのかなと私は思ったんですが。その時に、反対した大学は、実は山形大学だったんです。当時のセンター長が、ただ集まって、お茶飲んで終わるだけの会では何の意味もない。こんなものはなくしてしまえというような意見の方でございました。当時ですね。今じゃないですよ。それで、それは何かというと、やっぱりアウトプットを出さなきゃいけないということだと思うんですね、何らかの。そういうことを今までの先輩達はやってきてたんですけど、最近それが少し滞っているのかもしれないということで、今回、土手先生に、いろいろ提案をしていただきましたけれど、そういった活動をどんどん続けて、増やしていかなきゃいけない。そのためには、この協議会に参加している、会員でいいんですか。構成員、会員、協議会の会員の皆さんのお力を借りなきゃいけないと、そういうことじゃないかなというふうに強く、来年当番というところで強く思ったわけですね。ということが1つ、意見として言わせていただきました。

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございます。確かに中根先生のおっしゃる通り、今、端境期というか、一時は、この議

案も 20 個も 30 個も集まっていた時代が、ずっと続いていた時がありました。でも今、少し減っていているような感じもあります。ただ、この中でも若い力はどんどん育っていていると思いますし、この力を合わせて、やっぱり国公立、この 53 校でしょうか、でないと同じような悩みを抱えている部署であると思うんですね。この中で、それぞれ個性が違うと思いますので、その中で新しいことをやっていく。特に、今の ICU の中でも重要な議題に関して、特に看護師さんの立場からいくと、看護部会の方がどんどん充実している。と言うと、なんか我々の方も、こっちの協議会の方も、ちょっとたるんどるんじゃないかと思うんですけども。師長会議の方がどんどん進んで先進的にやっておられますように思います。師長さんの方の意見はどうでしょうか。

新居看護師長（愛媛大学）

看護師長を代表してですけれども。私も参加するようになりまして、まだ 4 年程度ですので、歴史の把握まではいたしておりませんが、まず看護師長会は歴史が短いことと、そして看護師長の特徴は、先生方と違って、異動が比較的早いうちにございます。かつ ICU で働いた経験がない者が管理者として異動する場合も多々ありまして、そういう点では、各大学との情報交換、そして先輩方から教えていただくという意味では、非常に貴重な時間となっております。ただ毎年、午前中早くから来ていただくのですが、実際のグループワークは 1 時間で、あとは発表に時間を取っておりますので、盛り上がったところでグループワークが終了になってしまいます。もしアウトプットを求められるのであれば、その師長会の方法も少し検討が必要かとは思いますが、私個人としては、継続もありがたいと思っております。

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございます。他にどなたか。はい。齊藤先生。

齊藤集中治療部長（島根大学）

島根大学 齊藤です。先程歴史の話がありましたが、この協議会の存続を何回か議論したことがあります。その大きなきっかけは、病院長会議の下部組織でなくなった時であったと記憶しています。それまでは病院長会議の下部組織でした。ただ新しい部門だったので、下部組織ではないが、上程できるというところから始まって、最終的には下部組織になったはずです。なってからは、逆に言うと上程しなければいけない、きちんとそのことを伝えなきゃいけないということで、その頃が、たくさんの議論がありました。それが上程できなくなって、ここで議論したものが、どこに持って行かれて、どう使われるのか分からなくなって、この協議会の存続を検討するに至りました。大きな議論として検討したということ覚えております。その頃、独法化した時に、多くの協議会が下部組織としてはなくなったのです。その時は国立でしたが、病院もデータを共有しようということが出ておりました。例えばどれぐらいのベッド数で、医師の専従のスタッフがどれぐらいいて、ナースがどれぐらいいて、医員がどれぐらいいるか。または設備がどうだということを全国データとして共有して、それを各施設で足りないところを、全国の平均はここなんですよと、近づけるといように各施設で活かしたり、またはそれを病院長会議の方へ持って行こうということで存続してきたと思います。今、協議会の位置づけをとということの中で、もう一度、こういう各国公立の病院のデータを、基本的なデータを共有して、今はまた逆に出せると思うんです。それを病院長会議に正式ではないんですが、出すことも可能だと思いますし、またこのデータを各病院に持って帰って使うということができると思います。こ

の協議会の役割として、大事じゃないかなと思います。

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございます。では志馬先生。

志馬集中治療部長（広島大学）

広島大学の志馬でございます。何というか、提案なんですけれど。今日、文科省の高木先生のお話にもちょっと出てきましたけれども、医学モデルコア・カリの件です。少し、今日、お話しいただいたと思うんですけれど、現行 28 年ですかね。改訂されたコア・カリの中における集中治療医学の記載が非常に乏しいんですね。これに関しては、各大学に、あるいは学術団体に照会がいて、意見聴取がなされていると理解しています。広島大学でも議論しまして、この問題については大学を経由して、我々、意見を提出しております。ただし、この問題はやっぱり、いくつかの大学、パラパラと出すような問題ではなくて、やはり現行の学部教育あるいは大学院生教育全体における問題なので、まさにこの協議会で検討すべき点ではないのかなというふうに考えてはいるんです。ただ、名称が附属病院の集中治療部協議会なので、アカデミアというか、あるいは教育といったものまで踏み込むのが、どこまで正しいのかという議論が必要な可能性はありますけども、一方で、やはり、先程データをお示しになった通り、大学の講座としての集中治療、たぶん冠たる部分というのは、まだ十分でないことも踏まえて、やはり病院中央部門の集中治療部ということに加えて、やはり大学教育における役割を果たしていく、あるいはその中での内容に踏み込んで提言をしていくといった役割を何かこの協議会で果たせないかなというふうに思っています。が、いらんことをちょっと提案すると、返ってくる恐れがあるので、怖い思いながらもですね。ぜひ、この中で、一度ご議論をいただきたいと思っております。ありがとうございます。

土手集中治療部長（愛媛大学）

おそらく返ると思います。でも、先生のおっしゃることは、最も大事なことで、教育、特に集中治療関係は、やはり何かないがしろにされているような気がしていけません。それもこういうところから発信できたらということで。ちょっと短い間でしたけれども、いろいろ議論をさせていただいて、やはりこの会は、何らかのあり方はあるというふうに考えてもよろしいですね。方法も間違っていない。進む方法はまだまだある。大事なことはいっぱいあるということで、これからまた、その時々に応じたような案を出してもらおうという。

中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）

山形大学の中根です。もう 1 つだけなんですけれど。議論した話の中で、やはり今回、運営委員会の発足というか、作るということは非常に大きな進歩じゃないかなというふうに私も思うわけなんです。それ、橋本先生が作っていただいた案の中に、集中治療部の部長若しくは副部長という言葉で、部長、副部長という言葉を入れてくださっているんですが、ざっとこの規約を見ますと、例えば会員は部長と副部長だけということになっています。それから会の出席にあたっては、構成員であると、実際に名簿を見ますと、そうでない若手の先生方も参加しておりますし、その辺を少しフレキシブルに、今回、せつかくの機会ですので、部長、副部長というふうにしたり、それ以外の者の参加も認めるといったことをもう少し幅広く規約を改定していただけるといいかなというふうに。よろし

くお願いします。

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございます。参考にして規約も変えていくようにしたいと思います。ということで、御説明をしました案は、これで継続ということによろしいですね。

※一同拍手

土手集中治療部長（愛媛大学）

年会費は、ぜひ払ってください。取り立てに行くかもしれません。お願いします。そしたら、暗いところあれなんですけれども。まず、次期次期の当番校の選出。次期の当番校は中根先生にお願いして、後でお話ししていただきます。次期次期の当番校としては、浜松医大でお願いしております。浜松医大 土井先生にお願いしようということになっているんですけれども、よろしいでしょうか。

※一同拍手

土手集中治療部長（愛媛大学）

では、浜松医大の土井先生、一言。

土井集中治療部長（浜松医科大学）

浜松医科大学の土井でございます。それでは御指名でありますので、2年後、2021年に浜松市にてこの会を開催することとさせていただきます。恒例でありますので、1月の最終の金曜日を中心に日程を調整し、決定次第、ホームページの方にアップロードしますので、どうぞよろしくお願いたします。また、今の土手先生からの提案、この協議会の存続、または価値、意義について、私も微力ながら盛り上げるように努力いたしますので、どうぞよろしくお願申し上げます。

※一同拍手

土手集中治療部長（愛媛大学）

土井先生に、次期次期、再来年をお願いしております。来年の当番校は山形大学の中根先生にお願いしております。御挨拶、一言お願いします。

中根高度集中治療センター副センター長（山形大学）

山形大学の中根です。去年も御挨拶させていただいたんですが、来年は山形で開催するということで、大変光栄に思っております。ただですね、山形、この時期だいぶ雪がひどいんですが、開催日にあたっては12月とか3月とかも考慮したんですが、やはりやっぱり同じ時期の方がいいだろうということで、1月の24ですね。金曜日というふうに考えております。駅のホテルですね。ステーションホテルを使ってやるような形になると思います。ぜひ、山形を楽しみに来ていただくということも含めて、この協議会の内容をさらに深められる場にしていただければ、よろしいんじゃないかなと思います。どうぞよろしくお願いたします。

※一同拍手

土手集中治療部長（愛媛大学）

ありがとうございます。ちょうど時間がきましたけれども、皆さん、今回はやっぱり根幹に関わる議論もできて、大変良かったと思っております。御協力ありがとうございました。これをもちまして第34回全国国公立大学病院集中治療部協議会を終了いたします。

御出席の皆様、本協議会について無事終了できましたことを御礼申し上げます。本日は、本当に遠いところまでありがとうございました。

※一同拍手

土手集中治療部長（愛媛大学）

どうぞお気をつけて、帰るなり温泉に行っていただくなりしていただければと思います。ありがとうございました。