

## 集中治療医はオーケストラの指揮者 - 西田修・日本集中治療医学会理事長に聞く◆Vol.3

2024年で50周年、「より光が当たる」領域に

インタビュー 2022年12月13日(火)配信 聞き手・まとめ:橋本佳子(m3.com編集長)

【西田修・日本集中治療医学会理事長に聞く】(2022年11月14日にインタビュー)

Vol.1 「集中治療科」の追加、長年の悲願達成

Vol.2 必要なのは「集中治療ごっこ」にあらず

Vol.3 集中治療医はオーケストラの指揮者

### チエスの頭脳と、フットボールの体力が必要

—改めて集中治療の特徴、面白さについて、ご説明いただけますか。

今回、さまざまな人にお会いして、集中治療の専門性を説明させていただく機会が多くありました。その中で、日本専門医機構や厚労省の中の方でさえ、集中治療専門医の存在意義と果たす役割について理解されていない先生方が多くおられることを改めて認識しました。

「重症患者はどの診療科でも発生する。あなたたち集中治療医は何でもできるスーパーマンなのか?高度に発達した現代医療において、そのようなことは不可能であろう」

そう言われることもありました。我々は、もちろんスーパーマンではありません。



各臓器はお互いに深い連関関係にあり、生命が維持されています。単一臓器が機能不全に陥った時、他の臓器が正常であり続けることはありません。連鎖的に複数の臓器が不全に陥り、生命がシステム不全を来します。このため、多臓器不全は複合臓器不全とも呼ばれます。このような病態に陥ると、高度に細分化された縦割り医療における各領域の専門家では全身管理における対応が困難であり、臓器横断的な学問体系と医療が必要となります。

複雑にもつれた糸のように絡まった病態を理解しながら、集学的アプローチで診断・治療する必要があります。個々の患者において、何が、今、最もクリティカルなのか、どのようなアプローチで治療を進めるべきなのかを関連する領域の専門家を交えて、他部門・多職種でディスカッションし、お互いにそれぞれの専門性を発揮しながら有機的に組織されたチームとして診断・治療を進める必要があります。

集中治療室に入室した時から、病棟へ送り出すまで、何から始め、次に何を行うかを、刻々と変化する病態に合わせて判断していく必要があります。集中治療医は、オーケストラの指揮者のように、チーム全体を見渡し、患者の病態をリアルタイムに把握しながら、集中治療を実践するチームのリーダーです。

さらに集中治療の目指すところは、救命にとどまらず、社会復帰させることにあります。社会復帰の力ぎを握るところでは、早期リハビリテーションや栄養管理、さらには、患者・家族の精神的ケアなどの対応も手が抜けません。これらを実践するには、知力・体力ともに必要であり、チエスの頭脳とフットボールの体力を必要とする、文武両道で非常に面白い分野だと考えています。

**多臓器不全**の歴史は浅いですが、近年、病態生理の理解や治療法の進歩は目覚ましく、次から次へとエビデンスが生まれ出される領域で、学問としても非常に活発で注目を浴びています。それを反映するように、集中治療関係の学術誌のインパクトファクターは近年驚くほど急上昇しています。

集中治療専門医のサブスペシャルティ領域の在り方に関して言えば、集中治療の領域の幅の広さを考えると、さまざまな領域から集中治療医を目指すことが、集中治療の多様性につながると言えています。サブスペシャルティとして集中治療科を認めていただいている基本診療科として、救急科、麻酔科、小児科、内科の4科で専門医制度について協議しています。

## 日本版敗血症診療GL作成を機に救急とも共同

——現状では、集中治療医学会は、麻酔科出身の方が多いのでしょうか。

理事会の構成員は、麻酔科や救急科から救急に進んだ方が多いですが、会員全体で見れば、救急医療出身の先生の方が近年増えてきており、麻酔科の先生を上回っています。

きっかけの一つが、「日本版敗血症診療ガイドライン」を2016年版から、日本集中治療医学会と日本救急医学会が合同で作成するようになったことです。

日本集中治療医学会が最初に「日本版敗血症診療ガイドライン」を発表したのは2012年で、私はこの初版から関わってきました。2016年度版の改訂時は、集中治療医学会の3代目の理事長だった氏家良人先生に指名されて、私が担当委員長を務めることになりました。2014年に日本救急医学会と合同で委員会を組織、両学会から半数ずつ委員を入れて作成作業を行ったのです。

敗血症分野には、国際的に使用されている「Surviving Sepsis Campaign guidelines (SSCG)」があり、当時、「国際的に優れたガイドラインがある中で、日本版を作る意義はどこにあるのか」などと言われたこともあります。

しかし、「作る必要がないから作らないのか、作れないから作らないのか」、この違いは大きい。日本でもその気になれば作れる。システムティック・レビューを行い、グレードシステムに則ってガイドラインを作成するスキルを持った人材の育成を行い、若い世代を中心に研究のネットワークを構築する絶好の機会になると考えたのです。診療面では、日本人および日本人の診療の実態に合うガイドラインを作成する必要があるとも考えていました。

この作業を機に、学会の垣根を越えてガイドライン作成以外のさまざまな場でも、共同研究を行うなど、アクティブな活動が広がってきてているのです。

## 有事に「一般病床⇒ICU」が現実的

——次なるパンデミックに備え、集中治療医療提供体制については、どんな備えをしておけばいいとお考えですか。

日本集中治療医学会では2021年9月に、「我が国の集中治療医療提供体制を強化するための提言」を公表、有事の際にいかにして、ハコ、ヒト、モノを揃えて集中治療医療提供体制を維持するかを提案しています。▽有事の際の集中治療医療提供体制について事前計画の策定、▽平時における集中治療医療を提供する専門家の育成のための「集中治療科」の確立と医療従事者の育成・認定プログラム、▽日本集中治療医学会によるコンサルテーション窓口の設置、専門家派遣と広域搬送に対する対応、遠隔ICUによる集中治療医療提供体制の強化——などがその内容です（資料は、[同学会のホームページ](#)）。

## 我が国の集中治療医療提供体制を強靭化するための提言

- ・集中治療医療提供に関するハコ、ヒト、モノ
    1. 有事の際の集中治療医療提供体制について事前計画の策定
    2. 平時における集中治療医療を提供する専門家の育成のための「集中治療科」の確立と医療従事者の育成・認定プログラム
    3. 日本集中治療医学会によるコンサルテーション窓口の設置、専門家派遣と広域搬送に対する対応、遠隔ICUによる集中治療医療提供体制の強化
  - ・**2021年9月13日HPに公開**
  - ・厚生労働省、日本専門医機構、日本医会、日本病院会、全日本病院協会、日看協、全国医学部長・病院長会議、その他関係機関・各位に送付
  - ・**第3回第8次医療計画等に関する検討会において提言に関する説明**

(提供: 西田氏)

我々が、重きを置いたことは、現状の医療提供体制の枠組みを大きく変えることなく、近未来的に実現可能な提言を行うことでした。例えば、新たなパンデミックなどの有事に備えて、やみくもにICUを増床しても平時には無駄が生じてしまうのは明白です。

このために、まず、平時に必要なICUのベッド数を割り出しました。本来ICUで行うべき医療が、ICU以外の場所でどれだけ行われていたかを、コロナ直前の2019年のDPCデータなどから算出し、平時においても2000床のICU増床が必要で、合計9000床が普段から必要であることを提言しています。そしてこのために必要な集中治療専門医やメディカルスタッフの数、それを実現するための人材育成制度などを述べています。遠隔ICUやMobile ICUなどの運用についても整備する必要性を述べています。

第8次医療計画等に関する検討会（2021年10月13日）

### 集中治療提供体制のための人材(ヒト)

集中治療医が専従すると、治癒成績向上・医療費削減



国内外から多数のエビデンスあり



ICU患者75人当たり1人の  
集中治療専門医配置で  
死亡率が最も低い



死亡率  
ICU患者75人当たり1人の  
集中治療専門医配置で  
死亡率が最も低い

### 集中治療提供体制のための人材(ヒト)

我が国に必要な集中治療科専門医は不足している



日本のICU病床は約7000床（2020年病床機能報告）  
学会データ解析では、潜在的ICU患者約2000人  
→ **ICU 9000病床**が必要

7.5床に1名の集中治療科医を配置するには**7200人**  
→ 学会認定集中治療専門医は**2127人**



パンデミック感染爆発が欧米並みに発生した場合、医療逼迫の限界点は極めて低い

(提供: 西田氏)

「ハコ」「モノ」以上に重要なのが、「ヒト」です。集中治療はチーム医療が特に重要であり、集中治療専門医だけでなく、集中治療にあたる看護師や臨床工学技士など医師以外のメディカルスタッフの養成も重要です。日本集中治療医学会では、多職種協働活動をうたっており、集中治療認証看護師、集中治療専門臨床工学技士の養成も開始しましたところです。

コロナ禍では何度も、「日本は急性期病床数は世界でも最も多いのに、なぜ医療がひっ迫するのか」と何度も指摘されてきました。海外の真似をするのではなく、国民皆保険も含めた日本の医療提供体制を大幅に変えるのではなく、良いところを生かしながら、どうすればより良い医療を提供できるか、実現可能な体制を考えていく必要があると考えています。

「相手の立場を理解し、考え方を研究し、人脈を作る」

——2022年度診療報酬改定では、集中治療関係の点数が手厚くなりました。

その通りです。厚労省保険局医療課はわれわれの意見を丁寧に聞いてくださり、我々にとって本当に味方でした。診療報酬の新設や増点、施設基準の設定などに当たっては、その根拠が必要なので、我々としても可能な限りデータを提出してきました。

今回の診療報酬改定では、我々の要望がそのまま全て通ったわけでは当然ありませんが、集中治療関連の重要な改定や新設がされました。[日本集中治療医学会](#)の指針や重症患者レジストリ（JIPAD）などに紐づけた施設要件が新たに設けられるなど、本学会の取り組みが評価され、行政における本学会のプレゼンスは明らかに向上したことは大きな励みです。

物事を動かしたいと考えたら、一方的に要求したり、喧嘩をしていたりしてはダメです。「相手の立場を理解し、考え方を研究し、人脈を作る」。その結果、認められ、頼りにされる存在になれば、物事は動くようになります。

[日本集中治療医学会](#)は、1974年2月9日にICU研究会として発足しました。毎年2月9日を「集中治療の日」と新たに定めました。さらに、2024年で50周年を迎えることから、2023年3月に京都で開催の第50回学術集会から、2024年3月に札幌で開催の第51回学術集会までを「[日本集中治療医学会50周年記念year](#)」と位置づけ、さまざまな企画・事業を開催します。2023年夏にはサマーキャンプをニセコで開催したり、国際交流企画（Asia day、Europe day、North America day、Oceania day）などを予定しています。

——そんな節目の時期に、「医師届出票」で「集中治療科」が追加されたのですね。

先ほど説明した集中治療認証看護師と集中治療専門臨床工学技士の試験は、この11月が初回です。2023年4月から認定した看護師や臨床工学技士の集中治療の現場で活躍するようになります。

私が[日本集中治療医学会](#)の理事長に就任したのは、2020年3月。1期2年で今2期目なので、ちょうど2024年3月まで務めることになります。グローバル社会の中で予想される新たなパンデミック、地球環境の変化による異常気象による災害、地震による災害、同時多発テロ、そして昨今の国際情勢からみても軍事紛争も、もはや対岸の火事ではありません。さまざまな局面で、命の最後の砦としての集中治療の果たす役割は非常に大きいです。50周年という節目も生かし、集中治療により光が当たるよう取り組んでいく方針です。

【西田修・[日本集中治療医学会](#)理事長に聞く】（2022年11月14日にインタビュー）

Vol.1 「集中治療科」の追加、長年の悲願達成

Vol.2 必要なのは「集中治療ごっこ」にあらず

Vol.3 集中治療医はオーケストラの指揮者

#### 【採用で4000a】記事へのコメント募集中

医療ニュースQuizでは、一押しの医療維新の記事から医療制度、公衆衛生分野に関連したクイズを出題します。記事を読んでご解答下さい。（※医師会員のみ解答が可能です。）

Q1：集中治療医の仕事の特徴を、西田修氏は、「Xの頭脳とYの体力」を必要とすると説明している。XとYに入るものの組み合わせとして正しいのはどれか。

※このクイズは12月22日0時00分公開になります。

解答期限：1月30日23時59分まで

#### 関連アンケート一覧

回答いただけるアンケートがありません

他のアンケート一覧はこちら >