

## 日常診療のスキルアップ ABC ～若手医師を中心に～

第41回

# 集中治療教育の標準化を考える(後編)

## 黎明期の今だからなすべきこと



大阪市立総合医療センター  
集中治療部長  
安宅 一晃氏

集中治療分野は標準化が難しいために、指導論や方法論がまだまだ確立されていないことは前回(2011年12月8日号)触れましたが、これから集中治療を学ぶ人たちにとって、集中治療室(ICU)に携わるようになって20年以上のわたしの経験をお話することで、少しでもお役に立てるのではないかと思います。かつては満足なテキストすらなく、先輩や同僚と「米国ではこうやっているらしい」などと手探りをしながら、日本の集中治療分野の骨格をつくろうと努めてきました。日本集中治療医学会や日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)などは、集中治療教育の標準化に向けて歩み始め、その速度を速めています。われわれは今、「集中治療分野の維新」を迎えているのです。

### 事細かに定められたSCCMのガイドライン

新臨床研修制度が始まった2004年に、米集中治療医学会(SCCM)では集中治療を学ぶ手順をまとめたガイドライン(GL)を発表しました。集中治療医になるために「1年目の医師はここまで学べ」、「Advanced Cardiovascular Life Support(ACLS)は何年目に受けなさい」、「論文は何年目に書きなさい」などと、事細かに定めていました。一方、同時期の日本はというと、集中治療分野ではいまだに学生や1年目、2年目の若手に対する指導をどのように行うべきかといった方法論すら持ち合わせていませんでした。

そのとき、わたしはたまたまFundamental Critical Care Support(FCCS)コースというのがあることを知り、米国へ受けに行きました。挿管の手順や点滴の抜き方など、集中治療医となって15年目の身にはあまりにも基本的過ぎる内容でしたが、当時は日本で体験型プログラムのACLSがはやっていたので、「同様にFCCSも使えるのでは」と感じ、日本へ持ち帰ることにしました。

ただ、人が集まらなければ何もできないし、われわれが教育の標準化を実現しても学ぶ側の学習意欲をかき立てるものでなければ続かないでしょう。今でこそ集中治療に興味を持つ学生などは増えてきましたが、昔はわたしのように麻酔や救急に携わる医師がちょっと興味を持つ程度のもので、本当に集中治療を学ぼうと思う人は、どちらかというとマニアックと見られていると思えました。そこで2008年にJSEPTICが発足したことを聞き、理事長を務める聖マリアンナ医科大学救急医学の藤谷茂樹准教授に相談したところ、日本でもFCCSコースを本格的に実施することが決まりました(写真1～3)。

ほかに比べて当たる光が弱かった集中治療分野では、個性が強く、自ら方法論を構築してきた猛者ばかりなので、持論に固執する傾向が強いのかもしれません。同じ施設でも、例えば心臓の手術を受けた患者に対し、呼吸管理は麻酔科医、循環管理は心臓外科医などと、人によって管理の担当や方法が違っていることも少なくありません。でも、それを続けていては、いつまでたっても教育の標準化は実現しない。そこで、人を集めるためにFCCSコースを通じて多くの学生や若手医師に興味を持ってもらえるように奔走しました。

それでも集中治療分野の教育環境は、20年前と今では雲泥の差です。かつては日本語のテキストがなく、あっても英語のものがわずかでした。医療現場においても集中治療医はマニアックな存在で、術後は抜管まで診て、血圧や呼吸の状態を一定にしてくれる数字合わせの人という程度に思われていました。米国に留学した仲間から現地の集中治

療分野で見てきたことを聞いて、メモを取りながら「なるほど」とうなずいていたものです。今思えば、まるで明治維新のようでした。

手探りで学びながら、「こうやりなさい」と教えられたり、当時は丁寧に吟味されていなかった論文を参照したりしながら学んでいました。けれども、そうして培った研究の成果を学会で発表すると、集中砲火を浴びて多くの批判を受けました。当時は、そんなことを繰り返しながら学んでいくしかなかったのです。標準的な治療というにはほど遠い状況でした。

### 広がりを実感する“集中治療医の輪”

ところが、いざ2009年に日本で初めてFCCSコースを開催してみると、「もっと最新の技術を学びたかった」と基本的な内容に満足できなかった参加者から多くの声が寄せられました。座学が中心で、ACLSに代表される体験型プログラムではなかったことも一因でした。けれども、最近ようやく「集中治療をやっています」と声をかけられる機会が増え、「集中治療医の輪」が広がりつつあるという手応えが感じられるようになってきました。

ICUの形態は、大まかにClosedとOpenに分けられます。Closedでは頭の前から足の先までICU専任のスタッフがすべてを管理し、主治医はディスカッションに参加するスタイルがほとんどです。一方、Openでは各科がそれぞれに重症患者を管理することになります。わたしは幸いにも一貫してClosedで学んできました。すべてをICUのスタッフだけで対応するのは難しいのですが、だからこそやりがいがあり、学習意欲が高められました。心臓や肺、頭、栄養、感染など、患者を中心に全身管理や術後管理ができることが効率的であり、そこに魅力を感じました。

わたしは高校のときに進路を決め、医学部に入りました。勉強を続ける中でICUを選んだのは、そこが未開の領域だと思ったからです。メジャーな分野では既に全国の猛者たちが暴れ回っているけれど、そうした人材がまだまだ少なかったICUならば、自分を存分に生かせるのではないかと思います。実際、駆け出しであっても短期間で重要なタスクを任せられるようになり、可能性を伸ばしやすい環境だと実感しました。それは、今も変わらないと思いま

す。全身を診るので、どの科のことも、ある程度は学べることも魅力の1つですね。

### GLの行間に潜む指摘も考慮を

方法論が確立されていないからこそ、よそでは「できない」といわれていることも、「やってみよう」とトライし、患者を救えたことが何度となくあります。患者の家族とも密接なコミュニケーションを行うため、退院が決まったときなどの喜びもひとしおです。逆に、手に負えなくなってから入室する患者に対し、家族から「楽にしてあげてほしい」や「最後に一言話をさせて」と言われても、実際にはどうしようもなく、そこにジレンマを感じることも多々あります。自分の治療で患者の人生が決まり、そのために家族とじっくり話し合うこともあって、重要な仕事である分だけ、大変さもあります。安易に希望を持たせるべきではないけれども、かといって失望させるだけでもいけない。このバランスに、いつも難しさを感じます。

若手医師には、ぜひ一度、ICUを見に来て集中治療を体験してほしいです。自分のキャリアにおいて、ICUに触れる経験は損にならないはず。集中治療の分野に進もうとしている医師に伝えることは、あまりGLに固執しないこと。GLとはさまざまな意見を広く集約し、最も良さそうなものを取り上げているのであって、臨床現場では、状況によって推奨されていない方法がより良い成果を上げることもあるのです。GLの作成過程には、必ず反対意見もあったはず。GLの推奨を絶対視せず、行間にある反対意見が指摘していた危険性も把握した上で治療に臨む姿勢が重要です。

若手医師を教える側の指導医にお願いしたいのは、彼らの意見にも耳を傾けてほしいということです。しかることも大切ですが、かっとなって意見具申ができなくなる言動は抑え、彼らを伸ばしてあげることが、結局は自己を伸ばすことにもなると思うのです。

### ディスカッションの土壌を豊かに

日本人は小さいころからディスカッションの教育を受けていませんが、ICUではディスカッションしながら採用すべき治療方針を決めていくのが常なので、分からないことは徹底的に聞き、聞かれた方は丁寧に説明する土壌が不可欠です。若手医師に「昔はこうだった」と言っても、今は今の状況があります。また、若手は若手で昔の方法だからと「考え方が古い」と簡単に片付けてしまっははいけません。今は最新の方法でも、10年たてば必ず古くなるものです。常に幅広く意見を取り入れることで、医療の進化に対応できる柔軟性が養えるのです。まだまだ黎明期にある集中治療分野ならば、なおのことです。

(毎月第2週号に掲載します)



〈写真1〉FCCSコースの講師(左)から気道確保の方法を学ぶ受講生



〈写真2〉急変患者のモニターデータを示して受講生に対処を問うFCCSコース開催責任者の安宅氏



〈写真3〉非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)の適応可否を症例に即して受講生に問いかけるFCCSコースの講師(右)