

編集後記

ICUには、オープンとクローズドの違いがあり、その間にセミクローズドがある。この分類が生まれた経緯を知らぬが、どんな意味があるのか。

まず、意思決定の観点から。オープンでは主科医師に基本的に任せるが、クローズドでは集中治療医が診療方針を決める。しかし、「誰が」は問題ではない。重症患者の診療では、複数の診療科の専門性が縦横に活かされる必要がある。主科の治療目標だけでなく、患者の全身と精神に目と心を配る。複数の科と職種をコーディネートし、患者と家族の意思も尊重する。患者のICU退室、退院後の幸福を願い務める。それが集中治療医の本懐であろう。

次に、運営の観点から。オープンでは主科医師がICUに注力するが、クローズドでは集中治療医が常駐し、その分主科医師は手術や病棟業務に注力する。今まさに後者の方針で集中治療が本邦の急性期医療を動かしている。医師のみならず多職種のスタッフで集中治療の専門性が高められ、ハコもヒトも、そして願わくは診療報酬も満たされ、真に「任せて安心」なICUが全国に広がる勢いがある。

すなわち、診療方針と意思決定はオープンでありながら、全人的急性期診療部門として完結する意味でクローズドであるのが、目指すべきICUの姿であろう。

日本集中治療医学会雑誌の編集者として原稿を拝見していると、現場の各科医師、看護師、そして多様な専門性を誇るメディカルスタッフが、1人の患者に向き合う息づかいが聞こえてくる。初診から鑑別診断、インターベンション、維持療法のなかで生命の予想を超える展開に戸惑いながら、患者の命運に寄り添う。そこには誰もが、オープンでもクローズドでもない、それぞれの立ち位置で1人の患者に関わろうとする場がある。その場こそがICUなのだ。

2026年3月
文・倉田 二郎