

J-0 ジョイントミーティング

「人工呼吸管理の主役は誰か」—座長の言葉—

和歌山県立医科大学救急集中治療部

篠崎正博

呼吸不全に対する人工呼吸療法がわが国で普及し始めたのは約 30 年前である。1970 年代は主に ICU での人工呼吸が普及し、1980 年代になると呼吸器の性能が向上、臨床工学技士による呼吸器の点検およびセッティング、理学療法士による呼吸理学療法など医師看護師以外のコメディカルが呼吸療法に参画し、人工呼吸管理がさらに飛躍的に普及した。1990 年代になると NIPPV の普及も相まって在宅人工呼吸が普及した。現在も人工呼吸器の販売台数は毎年伸びており、人工呼吸管理を行なっている患者も増加しているものと考えられる。しかしながら、人工呼吸管理に携わっている医療関係者が増加しているのであろうか。現在、呼吸管理実際の人工呼吸を担っているのは医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などであり、また在宅人工呼吸では家族の介助を必要としている。アメリカでは RRT や CRT の資格をもつ呼吸療法士が約 10 万人おり、主な人工呼吸の管理の担い手となっているが、わが国の呼吸療法士は国家資格ではなく、また、資格があってもアメリカ同様の呼吸管理に携わることができない。

21 世紀の人工呼吸管理は安全管理および医療経済の変革に沿った管理をする必要があり、誰が、何処で、どのような人工呼吸管理をするか、大きな問題を抱えることになった。このジョイントミーティングでは、野口会長の要望による「人工呼吸管理の主役は誰だ」の主題に沿って嶋先 晃氏（理学療法士）、青木郁香氏（臨床工学技士）、松本幸枝氏（看護師）、磨田 裕氏（医師）のそれぞれの立場から講演をしてもらい、討論に参加してもらった。コメンテータの氏家義人氏にも討論に参加していただき、コメントをもらった。嶋先氏は人工呼吸中の呼吸理学療法中に気道内分泌の増加などにより、理学療法を中止せざるを得ない症例が 50% に及ぶことから、気管内吸引を理学療法士ができるような法改正が必要であると述べられた。また、医療制度の改革により、ICU において理学療法の保健点数のアップで、経済的にも ICU 専属の理学

療法士が配置できるようになってきた。演者は、本年 4 月から ICU 専属理学療法士である。

青木氏は臨床工学技士が人工呼吸器の保守点検をすることにより人工呼吸器のインシデントが減少すると報告し、わが国での臨床工学技士が充足しておらず、医師や

看護師が保守管理をせざるを得ない施設が多い現状をアンケート結果から報告された。臨床工学技士が患者に合わせた人工呼吸器の設定を行なうことができるようにしてほしいとの要望があった。

松本氏は看護師が人工呼吸管理を最も担っており、近い将来、看護協会により人工呼吸の専門看護師制度が計画中であるとの発表がなされた。また、医師が人工呼吸に関する知識がないことが問題であるとの提議がなされ、このことがメインの討論となった。

磨田氏は医師の立場から人工呼吸管理はチーム医療であり、そのまとめ役は医師であることを強調された。

総合討論では主に二つのことが討論された。第一点として、理学療法士および臨床工学技士人工呼吸管理をする上での気管内吸引ができない、人工呼吸器の設定ができないなどの制限があり、法的な改正あるいは、メディカルコントロール下での処置の拡大などが討論された。第二点として、人工呼吸に関する知識をもった医師が少なく、全く人工呼吸器の設定ができない、看護師や臨床工学技士の人工呼吸器設定などの変更依頼に対して反応できないなどの問題が提議され、今後本学会での対応が必要であるとの意見が出された。

発表および討論をまとめると、①人工呼吸管理の主役は患者である。②人工呼吸管理はチーム医療である。③チーム医療をコントロールするのは医師である。④臨床工学技士や理学療法士の呼吸管理では処置の制限があり、メディカルコントロールなどの制度などの検討が必要である。⑤人工呼吸管理をできる医師が少ないのが現状である。本学会で人工呼吸専門医を育成するためには認定医制度の導入が必要である。