

にいがた 勤務医ニュース

発行所
新潟県医師会
新潟市中央区医学町通 2-13
TEL 025 (223) 6381

救急医療の現状と課題

新潟大学大学院医歯学総合
研究科 救急医学講座 教授 遠藤 裕



救急医療 急度の評価がなされ、救急要請は「医の原点」と言われ、重症度が常識となつていきます。こうした救急搬送時間が延長する状況では、搬送途中で重症化、場合によっては不幸な転帰をとることは容易に想像出来ません。ドクターカーやドクターヘリは、こうした重症化が危惧される傷病者に対して、救急隊と救急科医師が連携して対応するシステムです。搬送時間の短縮よりも、あくまでも現場における早期の医療介入を目的としています。この為、例えば、「突如の背部痛や高所からの墜落」等の重症を予測するキーワードを予め作成しておき、119番

米ではきちんと緊急度の評価がなされ、救急要請は「医の原点」と言われ、重症度が常識となつていきます。こうした救急搬送時間が延長する状況では、搬送途中で重症化、場合によっては不幸な転帰をとることは容易に想像出来ません。ドクターカーやドクターヘリは、こうした重症化が危惧される傷病者に対して、救急隊と救急科医師が連携して対応するシステムです。搬送時間の短縮よりも、あくまでも現場における早期の医療介入を目的としています。この為、例えば、「突如の背部痛や高所からの墜落」等の重症を予測するキーワードを予め作成しておき、119番

救急科のすすめ

長岡赤十字病院 救命救急センター長 江部 克也



を掘り下げていく専門家『スペシャリスト』は、医学の世界でも脚光を浴びることが多いです。内視鏡や外科手術の専門家：やっぱり格好いいですね。これに対して救急科医師は、すべての救急患者を担当します。守備範囲に限りがなく、すべてのものに向かっていくスペシャリスト、もうちょっと格好良く言うと『オールラウンダー』はつらいです、いや、楽

『スペシャリスト』と『ジェネラリスト』：どの世界でも、たいてい出てくる言葉です。限られた分野

通報時にそのキーワードに該当する文言があれば直ちに出勤を要請する方法をとっています。このように、一刻を争い、救急現場に医師が直行して診療することを、最近では現場活動型救急医療と呼んでいます。

本県では、新潟市市民病院のドクターカーは全国有数の出動件数を誇りますが、基本的に新潟市外への出動は対象外となっており、ドクターヘリで対応することになります。本県のドクターヘリの運航はH24年10月から新潟大学医歯学総合病院で始まり、本年3月から長岡赤十字病院で2機目の運航が開始され、県内全域において出動要請から30分以内の診療開始が可能となりました。

また、ドクターヘリは地域医療や特定医療分野の集約化に効果的です。例えば、医師不足の地方病院において休日に転院搬送が必要となった場合、日直医師が救急車に同乗するとその病院は医師不在となりますが、ドクターヘリではフライトドクターが対応する為、日直医の同乗は不要となり、地域の医療体制、更には救急車までが温存されます。更に、重症外傷、重症小児医療、重症心疾患（外科

しいです。救急科専門医は全国に約4000名いますが、そのうち3割はダブルボード、つまり他の領域の専門医資格を持っています。ではなぜ、その専門分野のスペシャリストにならず、救急科専門医として活動しているのでしょうか？やはりそれは、救急医療が必要な分野であり、楽しい分野であるからです（ちなみに私は内科専門医・循環器専門医でもあります）。福井大学救急科の林寛之教授は、「救急医学は必要な分科です。大切なのです。でも他の専

系）、広範囲熱傷等の特定医療分野では、ドクターヘリを用いて拠点・集約化することで、医師不足の本県では効率的な診療体制の構築が可能です。ドクターヘリの最大の弱点は天候の影響を受けて運航不能になること、そして有視界飛行のため夜間の対応が出来ないことです。この為、欧州では普通自動車に医師が同乗して現場に向かうラピッドカーを配備していますが、本邦では医師確保が困難な為、現時点では少数の医療機関に留まっています。

終わり良ければ全て良し

新潟県立新発田病院 救命救急センター 木下 秀則



「この中に医療関係者の方はいらっしゃいませんか？」ドoramのよう状況に出くわしてしまい、この便に乗ったことを後悔した。恐る恐る人の集まる座席に向かうと「結構です。他の先生がいらして下さいましたので」と女性乗務員が、あなたのような若造に用事は無いワとでも言いたげに制した。（ホツとした。こんなところで手に負えない状況に巻き込まれてしまったら大変だ。）現役引退と思われ医師が既に何やらやっている。（良かった、席に戻ろう。）「ちょっと、先生ですか？」「えっ、ええ。」

「どうも私の専門外のように。お願いできませんか。」「……」（見るからに先生の心が貫禄があつて周囲の人の安心感が違うでしょ？乗りかかった船なんだから（飛行機

「酸素つてありますよ？すぐ地上に降ろしてもらえませんか？狭心症です。」「わかりました。直ぐにも。」という返事が来ると思っていたら「そうですか……、どうしてもそうしなければならぬでしょうか？先生がどうしても仰るのなら私も行きたいと思えます。ロシアの医療事情はそんなに良くないのよ。」ソビエト連邦が崩壊して間もなくの頃で自分は他国の医療事情など知る由もない。（この人が死んじやったら俺の所為か？しかし何事もなくて他の百数十人の行程が狂っちゃうのも俺の所為か？前門の虎、後門の狼とはこのことだ。）「地上と相談したい。」コック

ピットに通され SAMU(※2)本部と交信した。「医籍番号 330006 の木下と言います。日本の厚生省に問い合わせして下さい。」(※3)「確かにそういう輩がいるらしい。」

「アスピリンとニトロールを使った。酸素投与で症状は落ち着いている。」

「もうやることはないから早く連れて来い。」

(早く連れて来いと言われても……)

空港でも市内の病院でも患者を引き継いだ。後日無事に帰朝したと聞いてホッとしたり。帰りの搭乗手続きの際に「行きでお世話になった先生ですね。こちらへどうぞ。」とファーストクラスに通された。終わり良ければ全てよし。20 年近く前の懐かしい出来事である。

「私も平成 3 年に自治医科大学を卒業した。このころは大学病院にも救急部門があるところは、少なくとも、自分が将来そのような道に進むことになろうとは思っていなかった。研修期間が終了したあとは、とりあえずの内科医ということで、義務年以内のほとんどを小規模病院で過ごした。救急車も病院の前を素通りしてしまうことが多く、さみしい思いもした。重症患者、今でいうと救急隊の病院選定の誤りと判断される患者がヒョイと搬送されてきてしまったりすることがまれにあつた。

いた私にとって救急集中治療業務はストレス以外の何ものでもなかった。専門性の追求に重きが置かれた時代で育った私は、common disease さえ診療する能力に欠けていた。それは私が医師になるとき、また医師になった後も長らく抱いていた不安であり、恐らくは多くの医師が共有する感覚なのだと思う。しかし救急集中治療部門は専門的知識の集約の場であり、それが醍醐味とも言える。私が感じていた不安は今もって解消されるものではなく、いいことも嫌なこともある毎日、否、嫌なことばかりの毎日ではあるが、全てを包み込むような鷹揚自若な医者になりたいものだ。

(※1) 麻酔科に入局後、救命センター勤務。

(※2) 私の救急医療支援サービ、司令部。

(※3) 学生時代、同様の経験を 持つ某科教授からの助言。

救急医療の魅力 私と救急医療

新潟大学地域医療教育
センター・魚沼基幹病院
地域救命救急センター

山口 征吾



私は平成 3 年に自治医科大学を卒業した。このころは大学病院にも救急部門があるところは、少なくとも、自分が将来そのような道に進むことになろうとは思っていなかった。研修期間が終了したあとは、とりあえずの内科医ということで、義務年以内のほとんどを小規模病院で過ごした。救急車も病院の前を素通りしてしまうことが多く、さみしい思いもした。重症患者、今でいうと救急隊の病院選定の誤りと判断される患者がヒョイと搬送されてきてしまったりすることがまれにあつた。

原点は離島医療への 思い

新潟市民病院 救急科 吉田 暁



なぜ私が救急医の道を選んだか、という話をさせて

日々の問答で試されます。この考えは現在の自分にとって非常に大切なものとなっており、また、そんな私が救急医への道を選んだ理由も、北大東島での研修がきっかけでした。

新潟大学卒業の時点で僻地医療に興味を持っており、研修先は沖縄県立那覇病院を選び、新潟の地を離れました。理由は、沖縄で僻地・離島医療を学びたいという思いからでした。

沖縄県には幾つもの大小様々な離島があります。県立病院スタッフは、何らかの形で離島医療に関わっており、普段の診療でも『離島医師の視点』を持つています。たとえば、「もし離島だったら検査はすぐにできない、病歴と身体所見から鑑別をあげなさい」とか、「もし離島だったらヘリを呼ぶ？」など、

隊のための勉強会を開催したりである。しばらくして気が付いたことがある。病院到着時にはまだ元気であったのに、急変してすぐに亡くなっている人たちがいるということだ。今でも『防ぎ得た死』である。もつと輸液を、もつと早く気道管理をしていいたら、もしかしたら救命できたのでは？などと考えているうちに、少し救急が好きになっていったのかもしれない。

そこに衝撃的なことが重なる。2004 年 10 月のことである。市内のマラソン大会に参加していた時のことだ。職場の同僚の一人がゴール直前で倒れてしまつて、反応がない。私も含めて医師や看護師も多数参加していたので、大至急来てくださりと呼ばれた。心肺停止の状態であった。AED は市内のどこ

にもまだ導入されていない時代だ。すぐさま ACLS 講習会ですぐに蘇生処置をおこなうが、結局亡くなってしまった。AED があつたら助かつたのではと思つた。

さらに 2 週間後に中越地震が直撃した。土曜日の夕方であったが、私はそのとき当直であったので、院内にいた。幸か不幸か地震後の病院がどのようなものか最初からみることでできた。外来に殺到する外傷患者、余震におびえる入院患者など。病院が機能不全になっているのは明らかであった。テレビも見られないので、震源地がどこなのか、どれくらい被害がでているのか、道路の状況もさっぱりわからなかつた。入院患者は度重なる余震のため、1、2 階の廊下に避難させることになつ

り、リスクが高いためヘリの飛行は断念との決断を下したのでした。

そこで我々は、診療所のベッドで十二誘導心電図を常時つけて観察を続けました(いわゆる心電図モニターはありませぬ)。もちろん自動血圧計もないので、定期的に我々が測定します。「胸がまた痛くなつてきた。」その声とともに心電図の「E」が変化します。持続シリンジもないため、ニトロールを適宜フラッシュ、すると ECG 変化が落ち着く、その繰り返しでした。

長い夜が過ぎて、自衛隊ヘリ飛行可能との連絡が入りました。無事搬送した翌日、患者さんから電話が診療所に入りま

「昨日はありがとうございました。お陰様で助かつたよ。まだ電話はいけないけど、こつこつ電話しているさあ(沖縄の方言でイメージしてください)」。このとき私は、命のリレーの一端を担えたことを喜び、胸が熱くなりました。そこで、まず

た。エレベーターは使用できないので、おんぶや担架で搬送した。大変な重労働で、病院スタッフのどれも精神的にも肉体的にも疲労困憊していた。地震発生後 7 時間経つた午前 1 時ころ、東京から救急医療チームが訪ねて来てくれた。まだ DNAME もないころで、地震発生後わずか 1 時間で出発し、途中道路が寸断されていて遠回りしながら、やっとたどり着いたとのことであった。長旅の疲れも見せず、こう言ってくれた。「これからの救急外来は私たちがやりますので、みなさんどうぞ休んでください」。救急医療チームの人たちが神様に見え、涙が出るくらい感動した。激動の 2004 年 10 月は今の私の原点である。その後、私は紆余曲折を経て救命救急センターで働

は離島医療を目指すためにもあらゆる患者に初期対応できる技術や知識を身につけたいという思いが湧いてきました。

そして、救急に進もうと決めました。

さらに研修先は、ER と ICU のトレーニングがしっかりできると、新潟市民病院に行こうと。2006 年の夏の話です。

そんな私が考える、救急医療の魅力を考えてみます。

私が医師になつたとき、目の前で困っている人を助けたいという思いがありました。飛行機等で「どなたか医師はおられますか？」といわれたら、迷わず出ていける医師になりたいと思つていました(実際、出ていったこともありません)。目の前の患者さんにまず手を差し伸べることができ、これが魅力の一つだと思つています。

しかしながら、救急医療は我々救急医だけでは完結できないことも多々あります。そう、命のリレーが大切となります。救命するためには、他科の医師、コメディカルスタッフ、病院外では救命士や時に海上保安

隊のためには勉強会を開催したりである。しばらくして気が付いたことがある。病院到着時にはまだ元気であったのに、急変してすぐに亡くなっている人たちがいるということだ。今でも『防ぎ得た死』である。もつと輸液を、もつと早く気道管理をしていいたら、もしかしたら救命できたのでは？などと考えているうちに、少し救急が好きになっていったのかもしれない。

そこに衝撃的なことが重なる。2004 年 10 月のことである。市内のマラソン大会に参加していた時のことだ。職場の同僚の一人がゴール直前で倒れてしまつて、反応がない。私も含めて医師や看護師も多数参加していたので、大至急来てくださりと呼ばれた。心肺停止の状態であった。AED は市内のどこ

庁など多職種との連携が不可欠です。多くの人の連携がうまくできてこそ、目の前の患者さんの命を助けることができます。日々の診療で命のリレーを感じることもできる、これも大きな魅力です。これは他科の先生方の急性期医療への理解があつてこそ成り立つもので、本当に感謝しております。

3 つ目の魅力は、救急医の活動の場は広いということです。救急医はドクターカーやドクターヘリに乗り込み、現場に駆けつけることがあります。また災害現場に直接向かう場合もあります。そういった様々な活動での医療を実践できるのも魅力だと思つています。

現在 ER や ICU、ドクターカーでの業務を中心にしておりませんが、さらにこの春からは長岡のドクターヘリに乗る機会をいただきました。まだまだ救急医として未熟ですが、今後も一歩ずつ成長していけたらと思つています。そして、ともに救急医療を担う後輩の育成にも力をいれていきたいと思つています。

今回のテーマ「救急医療」は、救急現場の最前線ではあまり役に立たない放射線科医師として、当初はただただ頭の下がる思いばかりでした。しかし、江部先生の「救急科は『ジェネラリスト』」のお話は衝撃的で、救急科が麻酔科の中のサブ「スベシヤリテイ」の一つと思ひ込んでいた誤りに気づかされました。編集の場で、遠藤先生の「救急現場に直行する」のは救急科医師だけということに対して、他診療科でもあり得るとの整形外科医師からの意見もありましたが、『スベシヤリスト』救急「科」医師という意味ではなく、科を超えた『ジェネラリスト』救急(科)医師という意味なのだと思ひました。

今回のテーマ「救急医療」は、救急現場の最前線ではあまり役に立たない放射線科医師として、当初はただただ頭の下がる思いばかりでした。しかし、江部先生の「救急科は『ジェネラリスト』」のお話は衝撃的で、救急科が麻酔科の中のサブ「スベシヤリテイ」の一つと思ひ込んでいた誤りに気づかされました。編集の場で、遠藤先生の「救急現場に直行する」のは救急科医師だけということに対して、他診療科でもあり得るとの整形外科医師からの意見もありましたが、『スベシヤリスト』救急「科」医師という意味ではなく、科を超えた『ジェネラリスト』救急(科)医師という意味なのだと思ひました。

編集後記

(古泉)