

救急医学 毎月10日発行 B5判/128ページ

- 通常号定価：(本体価格2,800円+税)
- 年間予約購読料：41,600円(税別・増刊号1冊含む)
- 購読期間 ————— 1年間
- お届け地域 ————— 全国どちらでも
- お支払方法 ————— 書店にてお支払いください
- お支払い形態 ————— 年間一括

★**毎号確実に入手できる「年間予約購読」をお勧めします!**
 ・ご注文は最寄りの書店へお申し込みください。
 ・ご都合により小社直接のご注文は下記FAXへ送信していただくか小社ホームページよりお申し込みください。

毎号の内容がPCでも、タブレット端末でも!!

年間予約購読

電子版閲覧の特典あり!

※詳細はへるす出版ホームページ
<http://www.herusu-shuppan.co.jp>

**好評
発売中**



A4判
240ページ

救急医学9月臨時増刊号

定価(本体価格8,000円+税)

- 熱傷治療ガイド2014
- 救急診療におけるCT・MRIとIVR
- 「指標」・「基準」の使い方とエビデンス
- 救急薬剤プラクティカルガイド

毎号の内容がPCでも、タブレット端末でも!!

年間予約購読

電子版閲覧の特典あり!

※詳細はへるす出版ホームページ
<http://www.herusu-shuppan.co.jp>

座談会 編集委員が語る

**「救急医学の
現状と将来像」**

救急医学

THE JAPANESE JOURNAL OF ACUTE MEDICINE

2015年1月号より

全面リニューアル

『救急医学』編集方針

- 臨床の現場に即した最先端の治療法、治療方針を正確な情報として提供する
- 第一線の救急医学・医療を担う先生方が具体的な症例を交え執筆する

編集委員会による充実した特集、
連載をラインアップ

**救急
医学**

1月号

特集

不整脈

**救急
医学**

2月号

特集

Sepsis

**救急
医学**

3月号

特集

急性腹症

連載(予定)

小児救急医の条件 / ER M&M conference / 救急医学セミナー
 海外文献紹介 / 女性救急医紹介

へるす出版

月刊『救急医学』年間予約購読申込用紙

開始号	年 月号から1年間(増刊号含む)	毎号	冊
フリガナ			
ご氏名			
ご送付先住所	(〒 -)		
	送付先が勤務先の場合は施設名 ()		
ご連絡先	Tel ()	自宅	勤務先
項目に☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 私費 <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 納品書		

※ご記入いただきました個人情報は、商品の発送および新刊案内等の送付に使用させていただきます。

書店印

発行所 **へるす出版** 〒164-0001 東京都中野区中野2-2-3
 販売 TEL: 03-3384-8035 FAX: 03-3380-8645
 編集 TEL: 03-3384-8155 FAX: 03-3383-1584
<http://www.herusu-shuppan.co.jp>

幅広い知識が求められる救急医の先生方へ

『救急医学』は2015年1月号より 全面リニューアル

リニューアルのポイント

- 編集委員会による充実した特集をラインアップ
- 特集では症例を多数紹介。疾患と病態がイメージしやすい
- 興味津々の新連載を続々開始予定
- 本文2色刷，カラー写真を多用し，視覚に訴える誌面に
- 持ち運びしやすいB5判に。ぜひ移動の際のバッグにも

2015年の特集テーマ(予定)

- 1月号 不整脈；救急医が自信をもつために知っておくべきこと
- 2月号 sepsis；最新知見と治療戦略
- 3月号 急性腹症；決断のプロセス

特集 急性腹症—決断のプロセス—

各論：急性腹症始末記 非外傷性腹腔内出血

Atraumatic haemoperitoneum : Case report

山本 大輔^{*} | 宮本 和幸^{*}
Daishu Yamamoto | Kazuyoshi Miyamoto

POINT

- 急性腹症では診断より蘇生を優先
- 緊急手術こそ、戦略と工夫が重要
- オーダーした緊急検査はすぐにチェック
- 患者の訴えの変化に注意する

非外傷性の腹腔内出血は、腹腔内実質臓器、血管臓器、女性生殖器、腹部大動脈ならびにその分枝動脈病変の破裂による比較的まれな病態である。画像検査により診断は比較的容易であるが、出血の原因が明らかでないままに止血手術に至る症例を時に経験する。原因究明に固執して、止血処置の遅れから致死性となることがあるので注意が必要である¹⁾。

症例

テーマ

抗凝固・血小板療法中に右中結腸動脈解離をきたした多発腹部内臓動脈解離症例

分類

非外傷性腹腔内出血

主訴または来院理由

突然の下腹部痛、嘔吐

キーワード

非外傷性腹腔内出血、多発腹部内臓動脈解離、抗凝固療法、血小板療法

施設の救急医療体制：ベッド数650床の救命救急センターを擁する救急医療機関。救命救急センターの体制は平日夜間は、当直医2人＋研修医1～2人、週末は当直医2～3人と研修医2人体制。各科当番医はon call。

症例：61歳、女性。

主 訴：突然の左下腹部痛。

家族歴：特記事項はない。

既往歴：53歳で大動脈弁狭窄・閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症に対して大動脈弁・僧帽弁置換術（機械弁）を施行した。術後の慢性心房細動、心房虚血に対して抗血小板療法（アスピリン 100mg/day）、抗凝固療法（ワルファリン カリウム 3.5mg/day）を行いPT-INR 2.0～2.5を推移していた。

現病歴：就寝中に誘因なく突然の左下腹部痛・嘔吐を自覚し、翌朝近医を受診した。感染性胃腸炎の診断で帰定したが、その後も左下腹部痛が続き、徐々に増悪したため発症から11時間後に当院救命救急センターに搬送された。

初診時状態：意識レベルはGlasgow coma scale 合計点15（E4V5M6）、血圧160/84mmHg、



図1 初診時腹部-骨盤造影 CT 検査
a) 肝動脈を認めた。b) 腎動脈を認め、腸系動脈からの造影剤の血管外漏出が考えられた。

心拍110/min、SpO₂ 96%、体温36.3℃、呼吸20/minを認めた。腹大は認めなかった。検査で肝表面と、腹部-骨盤造影 (図1a) と腸間膜を、腸間膜を認め、腸系動脈を認め、腸系動脈を認め、腸系動脈を認めた。血圧 11.2g/dl、PT-INR 2.5

とられたため、結血漿（4単位）を輸注した。CT からショックとなっ/dl と急激な低下(11.2g/dl)を認めた。分節状の中腸梗死は認めなかった。

直上でバルーンをインフレートした。上腹部正中切開で開腹すると、腹腔内には血腫を伴った約200mlの出血を認めた。大動脈の血流を遮断していたため視野は比較的良好であった。腹部大動脈、腹腔動脈根、上腸間膜動脈根、中結腸動脈根・左右中結腸動脈にターニケットをかけた (図2)。IABO をデフレート後にターニケットを中腹から順に開放したが明らかな出血点は同定できなかった。丹念に血管壁を検索したところ、右中結腸動脈分枝に血管壁脆弱部分を認め、周辺組織とともに部分切除を行った。

病理組織学的所見：弾性繊維を染色するElastica van Gieson 染色では既存の血管構造が観察される部分と、完全に外膜までが断裂している部分を認めた。また、断裂部の対側では内臓と中腸の一部欠損を認め、縦横表の析出を伴っており、同部位の動脈解離と診断した。血管壁の動脈硬化や炎症細胞浸潤、中腸の水浸化、分節状の中腸梗死は認めなかった。

入院後経過：術後7日目に実施した腹部血管造影 CT (図3a) では右肝動脈、下腸間膜動脈本幹、上腸間膜動脈遠位、右胃大動脈に多発腹部内臓動脈解離を認めた。術後経過は良好で、第40病日に退院・外来通院となった。外来で3か月ごとに腹部血管造影 CT 検査を実施し、術後6ヵ月後の CT (図3b) では、下腸

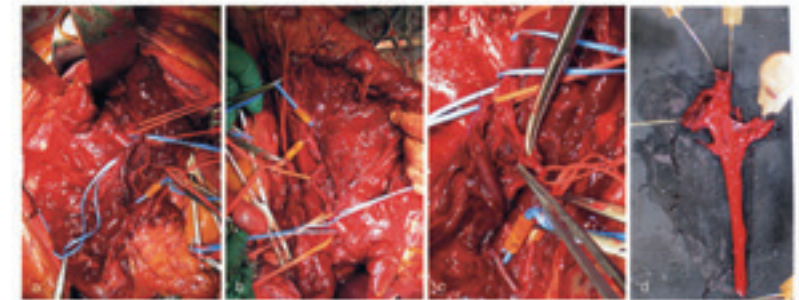


図2 手術中所見、摘出標本
a, b：腹部大動脈、腹腔動脈根、上腸間膜動脈根、中結腸動脈根、左右中結腸動脈にターニケットをかけた。c：右中結腸動脈分枝に解離部を認める。d：切除標本。

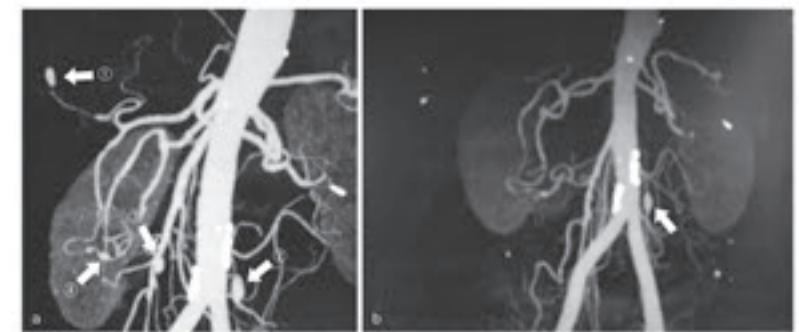


図3 CT 検査
a：腹部血管造影 CT 検査（術後7日）。右肝動脈（矢印①）、下腸間膜動脈本幹（矢印②）、上腸間膜動脈遠位（矢印③）、右胃大動脈（矢印④）に多発腹部内臓動脈解離を認めた。b：腹部血管造影 CT 検査（術後6ヵ月）。下腸間膜動脈本幹の動脈解離（矢印）の残存を認めたが、その他の動脈解離は自然消滅もしくは血栓化した。

同腸動脈本幹の動脈解離の残存を認めたが、その他の動脈解離は自然消滅もしくは血栓化した。

Clinical Questions と チェックポイント

- CQ1：非外傷性腹腔内出血の原因としてどのようなものが多いか**
A：非外傷性腹腔内出血の原因として、主に表1の原因が知られている。もっとも頻度が高

^{*} 昭和大学医学部救急医学

座談会 編集委員が語る

「救急医学の現状と将来像」

月刊『救急医学』編集委員会

- ◆ 杉本 壽 先生 (星ヶ丘医療センター) [委員長]
- ◆ 畝本 恭子 先生 (日本医科大学多摩永山病院救命救急センター)
- ◆ 小倉 裕司 先生 (大阪大学大学院医学系研究科救急医学)
- ◆ 織田 順 先生 (東京医科大学救急・災害医学)
- ◆ 佐々木 淳一 先生 (慶應義塾大学医学部救急医学)
- ◆ 三宅 康史 先生 (昭和大学医学部救急医学)



◇救急医学・救急医療の多様性と可能性

杉本 まず順番に少しそれぞれのお考えを言ってもらおうほうが話を進めやすいと思います。5分ぐらいを目途にお話ししていただきましょう。救急医学の現状についてどういうふうと考えていらっしゃるか。医療と切り離して考えにくいと思いますが。それを含めて順番にいきましょう。

織田 てっきり雑誌『救急医学』の将来とか、今の思いを話すと思ひ込んできましたから、大きな話で難しいですね。

杉本 今の救急医学、現状、将来像、全部を話す必要はないし、先生自身が、このことについてこう思っていることなどをお話しいただければいいと思います。それでは小倉先生から、現状あるいは将来像などを含めて口火を切ってください。

小倉 僕自身が関わってきた経緯を考えてみますと、当初、1980年代後半、多くの救命救急をやっていた先生方は、非常にダイナミックに変化する病態をいかにとらえるかということ、一生懸命頑張られていたと思うのです。今は時代が変わり、いろいろな方向に救急医学そのものが枝分かれしてきて、若い人たちの興味も1つではなく、さまざまな方向にアンテナが向いているのが、実際のところだと思います。ですから、そういう若手の多様なニーズをしっかり吸収できるような、魅力を持った学問として発展していく必要があると考えています。

ただ個人的には、例えば1992年に、全身性炎症反応 (SIRS) という新しい概念が出てきて、当初は「これって一体何? 意味あるの?」と言われていました。いろいろな侵襲で起きる生体反応には共通の病態があるということで、20年以上たった今なおその観点から多くの研究が進んでいる。そういう先を見通した新たな方向性を世界に示したことは、とても大きな意味があったのではないかなと思います。

その共通病態のなかで、最近ではむしろ細胞死やそれともなうDAMPsの産生、そのレセプターなどの研究が発展してきて、感染症であっても非感染症であっても、トリガーになるメカニズムはほぼ同様であるという、新しい流れにつながっているということは非常に素晴らしいことだと考えています。

僕は自分自身もそのなかで新しい発見をしたいという気持ちで、細胞機能を中心とした研究をしてきて、これまで誰もやっていないし、こういうことを明らかにしたら、ひょっとしたらこんな世界が拓けるかもしれないということで、大きな夢を持ってやっていたということ覚えていますね。

ところが今救急医学は、病態的なものに関して、多施設研究、エビデンスが重視されて、それを皆が日々勉強して何とかついていくという、多様性のない窮屈な流れになっているように感じます。若手が、自分たちで何か新しいことを発見したいという意欲をもって取り組める状況が減ってきているのではないかなと思います。今こそ、新たなものにチャレンジしたり、新たなものを発見したいという気持ちで動いていく若手がたくさん出てこられるような素地をつくっていく必要があると考えています。個人的には、幹細胞移植や抗DAMPs治療、自律神経系のバランス制御というものにも今興味があって、多臓器で起きている現象を一気に制御できるような新しい治療が近い将来展開できるのではと、大いに期待しているところです。

これからの救急を担う学生さんや若手にはそういう大きな変革期にあることも伝えて、そして救急医学は研究としても今一番面白い領域であるということを、肌で感じてもらう必要があるのではないかと考えています。

杉本 救急医学というのは非常に対象が広い。それぞれの病態、例えば脳卒中や心筋梗塞、熱傷だ



杉本 壽先生
星ヶ丘医療センター

とか、中毒とかいろいろなものを診ているなかで、それをバラバラなものとしてではなく、それらに共通するものがあるのだというものの見方がこれから発展していくだろうし、そういうものの共通の幹というのに大きな発展性があるということですかね。

小倉 患者さんの細胞機能1つ見ても、SIRSという病態には、いろいろな原因がありますけれども、ある程度炎症反応の程度を揃えていくと、どの原因であっても同じようにダイナミックな細胞機能の動きをする。それが外傷であれば、全身状態の改善とともに比較的早く落ち着いてきますし、熱傷であれば機能変化はずっと長く残ります。そういう機能変化が絶えず同じように見られるということは、まさに共通の病態が存在することの証かなと僕は考えています。

杉本 確かに、救急医学は片方で学問体系としてバラバラのものを扱っているだけじゃないかと、昔は言われた。けれども、いや、そうではないんだと。

織田 昔と比べると非常に面白いですね。杉本先生が最初に救急医療の話か救急医学の話かちょっとおっしゃいました。救急医学、これはだいぶ意味が変わってきていますね。救急医学というのは本当に狭義の、ちょっとした恒常性の維持とか、侵襲学みたいなところから、救急医療という多少社会的なところの意味も最近含まれるようになってきて、救急医学の意味が広がっています。カバーする領域も侵襲学のところから、救

命救急センターで診たあとの話もやっていました。もともとプレホスピタルもやっていましたし、ずいぶんと広がってきて、それぞれが太い柱になって発展してきていると感じます。

小倉 社会現象も見なければいけない。

織田 社会現象も見て、そこが特に好きと興味を持って人が集まるようになってきて、それぞれがちょっとした学問体系のように標準化もされてきて、そして何よりもそこだけでデータを集めてある程度最適化されてきている。社会システム化されてくるといいますか、広がってきて、深くなってきている。

またカバーするエリアだけではなくて、時間軸的にも長く、予防のところはまだそんなにないかもしれないですけど、その後、その人がどういうふうになっていくかという時間的なところも対象とするというように広がってきているのではないかと。

私には、救急医療に関わった当初は、今のような状態、つまりここまで広がってくることは想像できませんでした。ですから『救急医学』誌を今後一生懸命読んでいただきたいぐらいの世代の方は、10年ぐらい経ったら、もっとぜんぜん違う分野のことが救急医学の対象になっているのかもしれない。

私は今、診療情報をできるだけ、生理学的なところだけではなくて、医療側の人たちがどのように考えて判断をくだしていくか、診療情報をどうやって集めてデータ解析するかという、ビッグデータの端くれのような試みを始めているところです。

10年ぐらい経つと、今は誰も注目していないようなことがもっと世の中でも注目されて大事になって、何よりそういうのを解析する手法というのが生まれてきているかもしれない。

科学的にもそうですよね。20年前に「こんなものが測れるとは」というものが測れるようになって

てきている。非常に楽しみなところですよ。そのいろいろな柱のなかで、どこを対象にしていくのかというのは、相談してできるだけ興味を惹くものをつくっていかないといけないですね。

佐々木 救急医学と救急医療は車の両輪みたいなもので、どちらかだけでよいということはないと思います。だから、若い先生たちもきっと臨床的なものがすごく面白いと思ってやると思うけれど、実際には小倉先生がおっしゃったように基礎的なことも研究しながらやれば、よりいろいろな興味を持てると思います。杉本先生がおっしゃったように、いわゆる急性期病態に広く対応するのが救急医療であって救急医学だと思うので、このところを若い人たちに「自分と関係がない分野は知らない」ではなくて、広くいろいろなものに対応できる医師というものになるために、救急医学、救急医療を学んでもらい、自分でも勉強してもらおう。そういうことを伝えるのが僕らの役割ではないかなと思います。

急性期病態は、実は慢性期の病態の急性増悪みたいなものも含むので、守備範囲がすごく広いけれど、その分多様な興味を持った人たちが集まってきているので、織田先生がおっしゃっていたように社会的な面からの切り口というのがすごく必要になってくる。いわゆる公衆衛生のような部分も含めて、興味とか面白いところを伝えていくことが重要ではないかなと思います。

三宅 おっしゃるとおりで、救急医療の柱になるものはものすごく増えてきていて、皆さん、これもあれも全部やっていく。一方で新しいことを自分らが見つけていくとか、そういう基礎的な実験レベルのことも必要で、佐々木先生が両輪とおっしゃったけれども、基礎研究も忘れずにやっていくというのは大事です。

最初に小倉先生がおっしゃったように、僕らが救急医学を始めて最初に興味を持ったのはDIC (disseminated intravascular coagulation) の病



小倉 裕司先生
大阪大学大学院医学系研究科救急医学

態で、非常に複雑でちょっと分かったような気になっても、結局それはほんの一面しか見ていなくて、まだまだ知らないところがずっとありそうで、それが今もsepsisまでずっと連綿と続いている。

◇救急医は人間好きが多い

杉本 私自身が救急を長いことやってきて、何が一番よかったかという、医師も看護師も、関わってきた多くの実に素晴らしい仲間と一緒に働いているんだなと思えたことです。愛情というのか、人に対するそういう気持ちが非常に強いグループなんだろうと思いますね。

三宅 うまくやっていけるタイプが良い救急医になるような気がします。それをまた先輩や後輩が見ていて、こういうふうによればほかの科とうまくやれるし、結果として患者にとっては一番いい医療ができていくんだという形になる。

織田 終末期であっても、命を救えるかどうかというギリギリのところであっても、忙しいところであっても、他科が診なかったものを診るという立場であっても、あらゆる場面において、愛情を持ってやって人が伸びていっているところがあると思うんです。けっこう人間好きな人が多いですよ。

いい意味でおせっかいな人がけっこう多いじゃないですか。それが結局、全体の成績を押し上げている面がかなりあるんですよ。これも救急医学



織田 順先生
東京医科大学救急・災害医学

の領域の特徴と言えるのではないかと思うんですね。

三宅 若手はみんなほかの科のことも学びたいんですね。ほかの科の専門医に教えてもらうというのは非常にいいことで、僕らが教えるよりも最先端のことを教わるし、そういったなかでちょっとグレーな感じ、どっちか分からないような患者を力を合わせて治していく、という魅力もけっこうあると思うんですね。

◇救急医療はチーム医療の先駆け

杉本 三宅先生、チーム医療に関していかがですか。

三宅 僕らが若い頃は確かに血管内治療もできるし、脳卒中にも対応できるし、救急医療に関しては自分が全部できるという感じだったと思います。例えば救命救急センターのトップの人、あるいは大学の救急医療の講座のトップとかがすべて知っているということは、今は難しくなっていますよね。だからそういう意味で、今、チーム医療と言うけれども、いい医療をするにはすべての領域の専門家になるのはちょっと無理だと思うのです。今はかなりやるが多くなってきているので、いろいろな人たちと協力しながら、チーム医療のなかで、トータルとしていい医療をしていくというのは基本的に必要なことだろうと思います。今はいろいろな仲間がいて、いろいろな意見を聞いて。それは、若いから言っているこ

とが青臭いというのではなくて、いろいろな世代、いろいろな職種と一緒にやっていかなければいけない。

そのほうがきっと患者満足度も、我々自身の満足度も高くなる。そういった意味で、救急医療は魅力もあるし、選択肢も多い。その意味では、将来性は非常にあるという感じが僕はしています。

杉本 1人の医師がなんとか、という時代はもうとっくに終わっている。特に高次の救急という領域——病院も全体にそうですけど——でやっている救急は1人では絶対成り立ちません。いろいろな職種のものが一致してはじめて最高の力が発揮されます。私は今、普通の病院の院長をやっているながら見えていますけれど、まだまだ職種間の壁というのか、垣根がある。なぜそんなこと越えられないのと、むしろ不思議に思います。そういう意味では我々がやってきている救急の領域は、救急救命士も含めて、チームとして1つの動きをして、1つの目標に向かってやろうとしている。その意味でも、これから日本の医療・医学——特に医療——が進む方向を、非常にはっきりと先取りして、いい効果を上げていると思うのです。

私が今、一線から引いた立場で見ると、なかなかいいものを先取りしてやっと思ったんだなという気がします。

◇終末期医療と救急医

三宅 最近は死なせるところまで、いわゆる終末期まで僕らが担当しているような気がするんです。特に今後、団塊の世代がそういう年齢になって、受ける患者の多くが高齢者になってきて、どこまでやるべきなのか、そしてまた本人がどう考えていたかというところへ入っていかなくてはいけないし、分からないことが山ほどある。昔はたぶん主治医1人が悩んでいたのだろうけども。

杉本 高齢者、例えば私もこの歳になってきて、



佐々木 淳一先生
慶應義塾大学医学部救急医学

「救命、ちょっとやめてくれよ、助けないでよ、私を」と言いたくなるような人もきっと出てくるだろうと思う。そのへんをどういうふうにか考えるか。そういう意味合いでは人文科学的な背景も非常に重要ですね。生きるということはどういうことなのか、人間の存在とはいったいどうなのか、というようなこと。

全部に通じるはずはないし、全部に精通することは非常に難しい。だけど逆に言えば、救急医学というなかで、例えば倫理的な面とかに精通して深く入っていくようなことができれば、それぞれの領域でそれぞれのリーダーとなるチャンスがあります。そういう意味では非常に面白いと思います。

◇「救急」の魅力は“beyond EBM”

杉本 畝本先生、どうですか。

畝本 小倉先生がおっしゃられたように、私たちが救急医療を志した頃は、たぶん今ほど広くなくて、私が救急科に移った時は災害医療やERのことまですべて知らなければならないとは考えていませんでした。ですから、そういう意味では選択肢が増えたのはいいことではあると思います。ただその分、個々のサブスペシャリティというか、領域がちょっと薄れてしまうというか、何が重視されるのか分からなくなってしまうという部分も出てきているのかなと思います。

私は、救急の一番の魅力は“beyond EBM”と言いますか、各専門科の領域の先生方が手をつけられないほどの重症の方たちを救命する、そこにチャレンジするというのが1つの魅力ある領域だったのではないかと思います。それはやはりこれからも絶やしてはいけないと思います。それを社会的に評価していただけないことは、なかなかつらいことだと思っています。

救急医学だけで突っ走ってはいけないし、社会

からも認められなくてはならない。救命した方の機能予後まで見据えて、社会を納得させていくという姿勢も大事です。ただ学問としていくだけではなくて、社会も巻き込んで、ある程度認めていただいてというふうに進んでいくのが理想ではないかと思うのです。

杉本 確かにEBMは非常に大切だし、それを無視して、助かるはずなのに助からんというのも昔はたくさんありましたけれども、ただ片方でEBMだけでやっているんだったら、今の状況は絶対に越えられないと思いますよね。

我々が今やっている医療というのは、はっきり言ってまだまだ幼稚なレベルですね。もっとそれぞれの急性病態の背景になっている共通の問題があって、それが完全に解明されていくともっと違うアプローチがあるのかもしれないし、もっと違う方法があるのかもしれない。だけどそれができていない。まあまあ相も変わらず五里霧中というのか、「群盲、象をなでる」ではないけれど、それに近いぐらいで、ほとんど見通せていないなかでやっているわけです。だからこそEBMということをやっているのですけれど、まだまだ幼稚なことをやっているのを、どういうふう乗り越えていくのか。突破していくのか。EBMで、こういってこうすれば治るよというようなレベルの医療を、乗り越えていくためにはどうしたらいいのか、何が必要なのかということです。

ありがとうございます。さすがに編集委員の方だけあって、たいしたこと言うなあと思って聞いて



畝本 恭子 先生
日本医科大学多摩永山病院救急救急センター

ておりました。

次に専門医制度についてはどうですか。

◇専門医制度の粋としての魅力も十分

佐々木 救急科専門医は、基盤学会専門医 15 のなかの 1 つで外科とか内科などの専門医と肩を並べているので、そこのところはすごく魅力的な部分がある。例えば集中治療の専門医は基盤学会ではなくて、救急医学の専門医は基盤学会の専門医だから、そのような違いをアピールすることも必要だと思うし、そういう意味から逆に他科からリスペクトされる医師にならないといけないというすごく難しいテーマがあると思います。そのあたり専門医制度の問題は重要なところだと思います。

杉本 昔は「救急？ 何それ」っていうのが普通だったと思います。私なんかもずっとやってきて、「杉本君、まだやくざ助けて喜んでの？」と同級生の女性に言われました（笑）。それくらい、何をやっている人たちが分からないということだったと思います。今だったら救急医はテレビドラマにもなるし、ER というのもあって、ある程度のイメージを市民も含めて持っているでしょうし、畝本先生がおっしゃっている意味合いで言えば、その人たちがなければ治せない疾患がある、対処できないものがあるんだということは、ほぼ確実に社会的に認識されていると思います。

それにどう応えていくのか。なんだかんだと

言っても、「治せてナンボ」の世界でもありますし、「さすが救急医だね」と、「我々では無理だね」というものを同業者の間で示していく。「やはりこれは彼に任せないとだめだよ」ということが大切だと思います。

織田 認知されてきたというのは本当に先人たちのおかげです。「ご先祖さま」と今、言いかけてきたけれども（笑）、まったくそれに尽きる。

あと、畝本先生がおっしゃった「手をつけないほどの」という方、手をつけないというのは、結局自分の専門性に合致しないと、「これ、俺の患者じゃない」となる。皆がそうというわけではないですけど、そういうところがありますよね。我々はそういうのを引き受けざるを得ないという立場でやってきたこともありますけれども、救急医の根底には、けっこう愛情があるんじゃないかと思います。

◇救急医学・医療の魅力

杉本 一般的に医学というけれども、医学というのは基本的に実学ですよ。私の娘は天文台で宇宙物理学を研究していますけれども、宇宙の話、「いくつもの、宇宙があるんだよ」って聞いても、そんなこと今の私と何の関係もないだろうというところがありますよね。だけど本当は天文学も本来はいつ種を播くとかどうだということが始まったことが、だんだんと発展してきたのです。その点でいくと、医学というのは実学だから、医療と医学なんて切り離すことは本来できるものではない。実務としてどうだということが大切になってくると思うんです。

一方でシステムのもの。例えば“がん”ならどういうふうに予防し、どういうふうに健診して、“がん”が見つければこうしようということがある。救急には時間というファクターがあるから、どういうシステムをつくるか。プレホス



三宅 康史 先生
昭和大学医学部救急医学

ピタルもそうだし、あるいは搬送の問題とか。初期・二次・三次救急が本当にいいか悪いかは別にして、救急医療提供体制というのは非常に大きな領域であるわけです。時間のファクターがあって、関与する人たちも救急隊員や行政なども含まれ、非常に広い広がりがある。

本来は医学・医療というのはそういうものであって、どういうシステムをつくるか、あるいはそれをどのように評価するかということになってくる。さっき畝本先生がおっしゃったけれど、昔は簡単に、ともかく救命するというのがすべてであったわけだけれども、実際に救命してそのあとどうするのか。考えてみたら、ずいぶんひどい植物状態の方をいっばいつくって、「ああよく救命できた」と喜んでいる場合じゃないだろうと。その人たちが、その後どういうふうに住んでいくかをフォローし、見ていくのかということまで含むべきです。

本来医学はそういう学問であって、自然科学もそうだし、社会科学のもの、あるいは人文科学的なものを含んだ、総合学問といってもいいようなものが救急医学のなかでは非常にはっきりと、顕著に表れる。非常に面白い。フィールドとしては非常に広いフィールドで面白い。

そういうふうを考えていくと、例えば時間的な問題を解決しないと、乗り越えられないよとか、あるいはこういう新しい方法論を開発しないとどうにもできないよとか、あるいはその背景になぜそういうことが起こるかを解明しないと乗り越えられないよというようなことが、含まれているだろうと思います。

そういう意味では救急医学・医療というのは、確かに非常に広いから一見漠然としているけれども、同時に共通のものとか、あるいは広いがゆえにチャンスもたくさんある。それぞれ活躍する場がたくさんあるし、まだまだ開発すべきことがたくさんあるということなのかな、と思います。

それが実際に現場というのか、第一線で働いている若い人たち、特に 30 を超えて 40 歳くらいまでが医師が一番バリバリと一線で力を発揮して、体力的な意味も含めて、やっている時でしょう。その人たちにどこまでこういうことが伝わっていているのか。そのあたりのことを、先生方は伝えていく立場でもあるし、あるいは刺激して「こうだ」という方向へ持っていくことが大切だろうと思います。

そういう意味合いで『救急医学』という雑誌が方向性を指し示す。「これがいいですよ」というのではなくても、進むべき方向性を指し示し、『救急医学』を読むことによって、「あ、これは目が開かれる」とか、そういう方向に非常に興味を抱くというようなものを提示していくことが、今、やっている人たちに、また若い人たちにとっては特に大切ではないかと思います。北斗七星のように目指す方向、あっち側に向かっていくんだというものを提示することが、本来——もちろん日本救急医学会もそうですけども——『救急医学』とか、こういう雑誌、専門誌に与えられている役割なのだろうと思います。

(了)