

世代に 関る

若手，中堅，ベテランの3世代，各3人ずつの先生方にお集まりいただき，座談会を開催した。これまでどのように救急に携わり，今どんなことを考えていて，これから何を望むのか，をお聞きしている。話題となるテーマひとつとっても世代間で違いがあるので，ぜひ読み比べていただきたい。

どの座談会も，司会は弊誌編集委員・松嶋麻子先生にお務めいただいた。

若手に聞く

世代に聞く～座談会～



川本 英嗣 氏

三重大学病院救命救急センター



萩原 佑亮 氏

東京都立小児総合医療センター
救命救急科



福家 良太 氏

東北医科薬科大学病院感染症内科

松嶋 スーパーローテが始まった後の世代と始まる前の世代では、救急に対する考え方、向かい方が違うように思います。スーパーローテが始まる前は、既存の救命救急センターや三次救急を行っている救急医学講座にストレート入局してきたので、救急とはこういうものだ、三次の救命を指すのだというような教育をされてきています。一方で、スーパーローテで色々なところをみてきた人たちは、必ずしも三次だけが救急ではないよねということを知ったうえで入ってきていて、色々なキャリアをバックグラウンドにもっています。そこで今回は、スーパーローテが始まった後の先生方を“若手”と考えてお迎えしました。

救急医のさまざまなキャリア

松嶋 萩原先生は国立国際医療研究センターでの研修を経て、現在は東京都立小児総合医療センターで救急医として働かれています。いつから、どのくらいの期間、小児科のことを学んでいるのでしょうか？

萩原 救急後期研修中に、アメリカで小児救急専門医として学んでこられた井上信明先生の講

演会がありました。たまたま聞きに行ったら、自分のやりたいことや思いと非常に共感するところがあったのです。小児科として学んだのは、その後に井上先生がいる都立小児総合医療センターに移ってからで、救急をやりながら、一般小児科やNICU、PICUなどを3年間ローテーションして、去年、小児科専門医も取得しました。

松嶋 小児救急医は日本でもっとも必要とされている職業の一つですね。本当に引く手あまたです。

川本先生はスーパーローテの1期生ですね。現在は生まれ故郷の三重で救急をされているとのことですが、経緯は？

川本 元々は麻酔科・集中治療をやっていたのですが、聖マリアンナ医科大学の藤谷茂樹先生と出会い、その行っていた医療のレベルの高さに衝撃を受けて、救急に入りました。しばらく救急医を続けて、その自己犠牲精神の凄まじさを感じ、自分自身もどうせ救急をやるならばその自己犠牲を生まれ故郷のために役立てようと。実際に故郷に戻ると、高校の同級生や中学校の先生が救急外来に来るんですね。そのようなかわりは本当に嬉しかった。

中堅に聞く



新井 隆男 氏

東京医科大学八王子医療センター
救命救急センター



大須賀章倫 氏

地域医療機能推進機構中京病院
救急科



梶野健太郎 氏

国立病院機構大阪医療センター
救命救急センター

救急医学/医療の何が魅力に映るのか

松嶋 それでは最初に、今までどのように救急医学/医療にかかわってきたのかをお聞かせください。

新井先生は若くして東京医科大学八王子医療センターの救急科を任せられ、これまで組織作りに奔走されてきたと思われます。一救命救急センターとして、具体的にはどうやって人をリクルートしてきたのでしょうか？ 本院から人を送ってもらったというよりも、自分で集めてきたのでしょうか？

新井 10年前に八王子医療センターに転勤になって以来、一生懸命人を集めたり、二次救急病院など地域と連携してどのように役割分担をするかなど、自称“リクルーター”というくらい人集め・組織作りに携わってきました。当センターでは、本院からはあまり人は来ていません。逆に、本院の行岡哲男先生は、そういった人員の裁量権を私に与えてくれました。

松嶋 よくも悪くも完全独立。自分でなんとかしろという。

新井 そうですね。毎年10数名の初期研修医

がラウンドで回ってきて、そこから3年目以降に入局した者がほとんどなので、ネームバリューなどで対外的に呼び寄せたということではなくて、彼らを何とか口説いたという感じです。

松嶋 その彼らに何が魅力に映ったと思いますか。私たちが育ってきた時代の救急は、どちらかというと外科的な処置、いわゆる三次救急に魅力を感じて入ってくる人が多かったですが、もっと二次・地域医療的なことも行う救命救急センターのなかで、何を魅力に初期研修医たちは入ってきているのでしょうか。

新井 やはり何でも診ますというジェネラリティかなと思います。となるとER志向なのかというと、個人的にはちょっと違うと思っています。当センターは三次救急をメインに一次・二次とバランスをとってやっているのですが、重症患者に対して集中治療室から一般病棟、そして転院先の調整まで全部自分たちで行います。それを面倒くさいととらえるか、主治医のアイデンティティというような充実感につながるのかというと、だいたい後者です。後遺症が残ってすっきり治らないような患者もたくさんいますが、そういう人をじっくり診ることも意

ベテランに聞く

世代に聞く～座談会～



奥寺 敬氏

富山大学附属病院災害・救命センター

田崎 修氏

長崎大学病院救命救急センター

堤 晴彦氏

埼玉医科大学総合医療センター
高度救命救急センター

松嶋 今回は“ベテラン”と一口に言っても、少しずつ世代の違う先生方にお集まりいただきました。一方で、それぞれの地域・立場で救急の組織を作り、引っ張ってこられた点は共通していると思います。

発見・工夫の種はベッドサイドに

松嶋 まずは田崎先生から、経歴も交えて今まで大事にしてこられたことをお聞かせいただけますか？

田崎 僕は大阪大学特殊救急部に入局しましたが、その当時に杉本侃先生（現・緑風会病院理事長、大阪大学特殊救急部初代教授）などから「教科書には嘘が書いてあると思いなさい」と、よく言われていました。鵜呑みにするのではなく、ベッドサイドがまず基にあって、そこから臨床も研究も始まるということだと思います。それは今もずっと変わらず、大事だと思っています。

一方で、救急で扱う領域が広がるのに伴ってガイドラインも多くの領域からどんどん出てくる。そのなかで、いかに自分たちのデータを発信し、存在をアピールしていくかという部分

は、今後の課題です。

堤 先生が入局された当時は、すでに大阪大学で“救急医学”という領域が確立していましたよね。そういった環境で入られて、これまで挫折しそうになった経験はありますか？

田崎 自分の周りでは半分程度が救急から離れていきました。しかし、僕自身は幸か不幸か大学院に行かせていただき、その後はアメリカ陸軍外科研究所で3年半の留学も経験したので、そのときには救急をやらざるを得ない雰囲気になっていたというのが、実際のところですよ。

奥寺 救急だけ何年もやっているのがよいのか、大学院や留学といった外の世界を経験するのがよいのか、というのは非常に興味深いですね。私もオーストラリアに留学しました。視点が增えることで、同じ診療をやっているより、面白さが增えるじゃないですか。外の世界でも救急はちゃんとサイエンスになっているんだということを実感できる。

田崎 同期と臨床の面で差がついて自信をなくしたこともありましたが、それは10年ほど経験を積めば追いつけました。教室の方針でもあったのかもしれませんが、救急医学が一つのサイエンスであるということ、当然のように