

新編集委員長に聞く [対談全内容収載版]



独立行政法人労働者健康安全機構理事長
有賀 徹氏 *Tobru Aruga*

株式会社へるす出版代表取締役社長
佐藤 枢 *Hashime Sato*

地域包括ケア時代の救急医 どうあるべきかではなく、 救急医が何をするかです

時代の移り変わりと雑誌のあり方

佐藤 先生からの逆指名でこのような席にいることに戸惑っておりますが、よろしくお願ひ致します。

有賀 編集部への依頼は救急医学・医療の、さらには救急医学会のこれからを展望しながらこの雑誌『救急医学』の将来像を語ってほしいというものでした。最適任者は誰かと考えた結果です。へるす出版は日本救急医学会（以下、救急医学会）の草創期からのかかわりがあり、救急医学会の準機関誌として『救急医学』はスタートしました。そして雑誌の最初からの担当者であった佐藤さんは、その時代のすべてを知っている。同じ土俵にいる医師と話すより、最適任者であると思ったからです。

佐藤 1977年4月に準機関誌として創刊されてからの約10年間担当していただけたのですが。

有賀 そうはいつでも、救急医学会の歴史をすべて知っている人は少なくなってきました。しかも救急医という視点でなく、かなり客観的に見ることができる立場にいた。貴社が『救急医学』を救急医学会の準機関誌として発行することになった契機について聞かせてください。そ

こから始めましょうよ。

佐藤 弊社は創業当時から看護師向けの月刊誌を発行しながらセミナーを開催していました。そのセミナーの一つに「救急看護セミナー」があり、プランナーを恩地先生*にお願ひしておりました。そのような縁もあり「準機関誌を発行してもらえないか」との依頼があったことがきっかけです。救急医学会は1974～1976年まで学会誌（写真）を発行していましたが、資金的な問題が大きかったと思います。このあたりの経緯は杉本侃先生**が弊誌に執筆されています***。いくつかの出版社に声をかけてみたようですが「800部しか売れません」などと断られたとのことでした。

有賀 救急医学会とへるす出版の関係性については、われわれの世代は認識していますが、若い世代には理解されていないように思います。『救急医学』が学会の発展に大きな貢献してきたことは、大げさな言い方かもしれませんが、語り継ぐ必要があると思うのです。そうい

*恩地裕先生：日本救急医学会創設時の代表幹事。当時大阪大学麻酔科教授。後に香川医科大学副学長
**杉本侃先生：日本救急医学会初代理事長
***杉本侃：日本救急医学会の活動。救急医学 10：47-51, 1986.



写真 1975、1976年の『日本救急医学会会誌』

うことをいうのは、今は難しいですがね。

佐藤 そう言っていただくのは嬉しいのですが、あくまでも救急現場の最前線で奮闘されている方がいてこそであり、裏方に徹するというのがわれわれのスタンスです。逆に関係性の深さを感じておられる先生は「学会御用出版社」とみられる。難しいです。

有賀 もう少しだけ、創刊時の話を聞かせてください。苦労話がいいな。当時の状況を考えれば、利益が出たわけではないでしょうから、そういう苦労話でなく。

佐藤 原稿集めですね。とにかく依頼原稿は断られることが多かったんです。5～6本の特集で2～3本断られることもありましたが、3人の編集幹事体制でしたが、編集委員長の立場であった杉本侃先生は大変ご苦勞されたと思います。

有賀 断られた理由は？

佐藤 当時、弊社では看護雑誌しか出版していませんでした。依頼されたドクターにとって名も知らぬ出版社からの執筆依頼であったことが一番の理由だと思います。さらに、救急医療は当時の既存の診療科に認知され難い環境だったことも理由かと思っています。

有賀 現在のように救急医療に真剣に取り組んでいる病院も少なかったわけだし。

佐藤 また、隔月発行で創刊しましたが1年後

には月刊化しましたので、投稿原稿がなく、日本医科大学に毎週のようにお邪魔して、大塚先生や山本先生、辺見先生に投稿の願ひをしていました。先生との出会いもそのときです。

有賀 そうか。もう30年以上前の話。当時は救急医が投稿したり、自分たちが関心のある論文を読むことができるのは『救急医学』だけだった。2年前のリニューアルに際して編集委員長になられた杉本壽先生が書かれていた*4のように、この雑誌の役割は大きかったと思います。ところでリニューアルを思い立った理由があるわけですね。やはり売れ行きですか。

佐藤 はい。それが一番の理由ですが、実は、弊誌の実売数は創刊数年後から大きく変化していません。創刊時の救急医学会会員は約2,000人、商業誌として再スタートしたときは約5,000人、学会事務局が阪大から東京へ移転した頃は約1万人でした。つまり学会会員は5倍以上に増えていますが、売れ行きは上昇していません。商業誌として再スタートしてから一昨年までは、弊社編集部がテーマを決め、最適任者と思われる救急医をゲストエディターにお迎えする方針で発行して来ました。考えた結果、まず原点回帰。救急“医学”に特化した

*4杉本壽：雑感：新しい「救急医学」の地平を目指して。救急医学 39：1-2, 2015.



テーマを取り上げていこうと思いました。

有賀 そうですか。私は『救急医学』という誌名だけでも「救急医療」全体をとらえる雑誌でよいように思っていました。

当時、こういう雑誌が売れはじめるのかの話は、今盛んになっている救急医学会のような仕事をやりたいと思う人がだんだん増えていく時代ですよ。

佐藤 そうですね。

有賀 だからその増えていく時代に寄り添うように発展したわけでしょう、この雑誌というのは。だからそういう観点でいうと、今どういふ人がこれから増えようとしているのかというところを考えながら、「もっぱら在宅だけどときどき入院」とか、それから普段の地域包括ケアで面倒見る水平連携というような形での連携だとすれば、水平連携に準じた形で救急車が垂直連携をしているという話があるじゃないですか。そういうところにこれから人が配される。それを救急医学の観点でどういふふう整理しながらやっていくかということがポイントで、それでこれから増えていく人たちが購読してくれる雑誌になっていくという話になるのではないかと思います。

救急医の生き方； どこに生きがいを見出すか

佐藤 その水平・垂直連携に関与することについて、私は少し疑問があるのです。今の救急医学会の若い先生たちって、そういう生き方を望んでいるのでしょうか。仕方がないという感じでしょうか。

有賀 仕方があるとかないとかではなくて、私がかつての『救急医学』に投稿する頃には感じたのは、そういうような医者たちが世の中にいないのではないかという思いです。だから私たちがこそがやるんだ。そういう話ですよ。私はもともと脳神経外科医希望の人だから、外科系が好きだったことは間違いありません。それから脳外傷みたい、結構ある意味単純そうで実は複雑で、取り扱いがしんどい。その後のリハビリも大変だし、後遺症を残しそうになったらもっと大変だし。寝たきりなんて話もあるわけですよ。だから結構“複雑怪奇”なんだけど、それを真っ正面からやっていく人たちが少なかった。そこで、じゃあやろうという話です。

今の人たちが仕方なくやるかどうかはわかりません。だって、当時の外科医とか内科医でできあがった東京大学の先生たちは、あいつらや

ることがないので仕方なくやってるというふうに見ていた。つまり、すき間産業に活路を見出したというふうに見ている人たちがいたわけです。だから、エスタブリッシュメントのほうからみれば、彼らは仕方なく救急をやっていると、なるわけです。

佐藤 救急医療はすき間産業という見方をする医師は今もいますね。

有賀 だけど救急に取り組んできた医師たちは、もっと広い視野で、地面の広がりをもっと広く、時に総合診療という見方で仕事をしてきた。その延長で、やっぱり人がやっていないことをやらざるを得ないだろうとやってきた。救命救急センターの仕事は集中治療を必要とする患者に総合診療をやっているという言い方もある。したがって「それは面白そうだ」というふうにしてやってきたわけです。救急医は、つまり、時に総合診療医とはいいいながら結局、時間勝負の病態に対して医者としてのパワーを発揮する。大きい病院の臓器別の専門医でパワーを発揮している人もいれば、地場産業で総合診療を担っている人もいる。いよいよとなったときの、いざというときの腕の見せ所があるわけですよ。そういう意味では、救急医学の非常に重要な部分が時間勝負的な総合診療としてもあるわけです。

人は、やりたいと思ったことを先の見通しがわからなくてもやるということがあってもいいと考える人と、先の見通しがないと困るという人の、この二つしかないというふう考えています。先の見通しはないけどどうやら必要だと思ふようなことについて、面白そうだと思った人が行く。そういう意味においては、救急医はこのタイプではないかという気がしますよ。

佐藤 そうすると、そういうところに魅力、生き甲斐・やり甲斐を見出すような人たちを救急医にする。救急医にするというのはおかしな表現ですが、救急に取り組もうとする若い医師たちが存在しているだろうという見方ですね。

有賀 そうです。だからまったく見えないか見

えるかといえば、まだできあがっていない世界であれば、見えるかといえば見えないわけだけど、イメージはできるわけですよ。だからそのイメージに向かって若い諸君がばく進できるような、そういうふうな救急医学会の、例えば学術集会にしていかなくちやいけないし、救急の先輩はそれをやっぱりある程度示していく必要はあると思う。そのコアのエッセンスが時間勝負的な総合診療というか、“時間勝負医学”そのものと思っています。

『救急医学』で何を取り上げるか

佐藤 先生に編集委員長をお願いした最初の会議のなかで思ったことがあります。今までは、雑誌『救急医学』が救急医学会の準機関誌として始まったという位置づけもあるので、読者対象はずっと救急医学会の会員とか、救急医学を目指す人たちということしか頭のなかにないまま雑誌を作ってきていることに気づかされました。救急医学は結局、すべての医師が関心をもつべきことですよ。そういう意味でいくと、『救急医学』がやることというのは、救急医学会の会員だけをターゲットにした雑誌ではなくて、医師免許をもっているすべての人が「これ面白そうだ」と思えるようなものを提供していく必要性も出てきていると思いました。社会医学的なことも取り上げ、まったく救急に関係・関心のない医師であっても、自分の地域の医療がどうなっているのかを知ってもらい、こういう生き方もあるのだと考えてもらうといった、そういう雑誌にしていくのも一つの方向性かなと。それがすべてというわけではないですが。

ですから先生が今お話になっているような、救急医がどこでどうやって生きるかということについて、何か示唆できるような特集だとか、そこで成功している先生方の話だとか、そういうのを盛り込んでいくと、別な読者層が開拓できるかなという気がしています。救急医学会の

会員が今何を求めているかといった視点で考えることは、少し違う考えがあるかもしれないと思いました。

有賀 まあ、救急医学会の準機関誌として発展した歴史そのものは、要するに社会全体からみるとそういうようなものが必要だというふうに思っていた人たちの準機関誌、という話ですよ。

佐藤 そうですね。リニューアルの編集委員長を杉本壽先生にお願いできたのは意義あることだったと思っています。初代編集委員長が大阪大学で救急医学教室の初代教授とられた杉本侃先生ですし、リニューアルは創刊時の原点回帰と決めていたこともあり、杉本壽先生にお願いしたかったのです。リニューアルには最適任の先生と考えました。そのために編集委員も大学病院で三次救急にかかわっていらっしゃる先生にお願いしました。準機関誌時代をイメージする雑誌がどう評価されるか知りたかったということでもあります。

有賀 今回“Re:リニューアル”をすることは、効果がなかったということですか。

佐藤 いいえ。成果がなかったわけではないのですが、編集委員の責任ではなく、弊社の考え

が的外れだったと思いはじめまして、先生にご相談となりました。

有賀 今は救急医学会が日本医学会の一角を占めて、なおかつ国の仕組みとしての専門医制度がもしできるとすれば、そのなかの一つの大事な部分として存続していくという話で、そういう意味ではもうそれなりの形はできあがっているわけです。

今の救命救急センターなどで普通に働くという観点でいえば、プログラムもできたわけです。何年間かやればできあがるということが見える化されたわけですよ。その段階で、そのことを目指す諸君だけを対象にするという話は、準機関誌として発展したときと同じことじゃないはずですよ。

そう私は思っているのですが、これからの例えば地域包括ケアの問題にしても、高齢者が増えてきて、普通の急性期病院が今までの急性期医療とは違う形で医療をやらなくてはならないという話になったときに、これから求められる医師はどのような医師なのか。というような話でいけば、その人たちの固まりが準機関誌的な内容を欲していると思えばそういう雑誌を作ればいいだけの話です。

救急医を目指す医師像 今昔

佐藤 先生、医師の専門選択のメンタリティの問題でいくと、保守本流とまではいいませんが、外科学とか内科学の医師たちからすると、一段低くみるというような認識があるために、救急医になりたがらない。あるいは、このまま救急をやっていてよいのだろうか悩んでしまう医師もいると思うのですが、先生はそのへんどうやってクリアされてきたんですか。俗っぽい質問で申し訳ありませんが。

有賀 いや。好きだからやってるだけです。

佐藤 好きだからやっただけですか。

有賀 好きなことやることとどっちが偉いとか

いう話はないと思っていました。ですから、そう思ってる人がいるというだけの話で、それと私は無関係。

佐藤 そうですね。先生にこれをお尋ねしたのは愚問でしたね（笑）。

有賀 いやいや、愚問じゃないです。例えばね、病院のなかで外科の先生頑張ってる、常に頑張ってる、だけど外科は外科らしい仕事をするためには、内科から外科の仕事が回ってこなきゃいけない。そうでしょう。内科の先生も病院で内科をやっている以上は、開業されてる先生から重い病気だといって紹介されなきゃいけないよね。これ全部連鎖になっているわけですよ。

その部分で昔の感覚でいうと、外科の教授のほうが救急医学の教授よりも威張ってるらしいといわれる。それはそうかもしれませんが、あんまりそういうふうなことに拘泥する必要は、私はない気がしますよ。だって今時の救急医学がなければ、外科学の先生が手術場で安心して外科の手術なんかやられてはなりませんよ。

それにある面、救急医がいないと、研修医の教育にもならない。だから低くみるかどうかという話は、どうでもいいんじゃないですか。

佐藤 今の若い人たちがどう思ってるかということについてですが、若い学生たちがこれから救急医を目指そうという場合に、頭の片隅でそういうことを考えるというのは、もうないでしょうかね。

有賀 そんなことよりね、彼らはおそらく生涯賃金のほうに興味がありますよ。そういう意味では生涯賃金。へるす出版に勤めて定年までいった。そのときにもらう生涯賃金ですよ。退職金もあるでしょ、みんな。そういう観点でいくと、やはりなるべく高いお給料がもらえるような、そういうところに向かってばく進するでしょうね。

だから本当の意味で内科医になりたい人がいるかという、必ずしもそうではなさそうだから、外科医は着々と減っているとかわれるじゃないですか。それは単純に、単位時間あた



りの収入が高いか少ないかとかいう話にプラスして、どのくらい忙しくて、ですよ。だって同じ10万円もらうにも1時間で10万円と10時間で10万円では全然違うでしょ。そういうふうなことはたぶん若い人は考えているのではないかなという気がします。

佐藤 右肩上がりの昔はそういうことは考えない。そんなことよりは、やってることが面白いか面白くないかだけで生きていけた。

有賀 あんまり収入に関して心配なかったんですよ。

佐藤 そうですね、はい。

有賀 今は世の中が高度成長じゃないから、パイの取り合いみたいなのがありますよね。だから今のほうが心配じゃないかなって感じがしますよ。昔は心配なかったでしょう。

佐藤 たしかにそうですね。学会の役割とか大学教授の役割ではないのかもしれないですが、キャリアパスとか、それを見定めないとけないという時代になってしまっていますよね。そういう意味で、こうしたらこうなるっていう、誰もがわからないことを見せてほしいということに対応しなければならぬ辛さ、しんどさはありませんか。

有賀 あるんですよ。だからね、救急にしても総合診療にしても、今現在の状態でこうするとああなるよと説明してやらなければならない。卒業して25～26歳ぐらいで研修医が終わった人だと、それでじゃあ20年後どうなっているかという話について、筋が見えるほうが安心する人と、筋が見えなくても楽しめる人と、この二種類しかいない。だから筋がないと不安な人は、たぶん救急に来ません。だってわからないんですから。昭和50年代、60年代、私たちが準機関誌時代の頃にやっていた救急医療の景色と、これからの救急医療の景色は違ってきますよね。それでも面白いと思うかどっちかだというふうに思いますけどね。それに少し加えますと、単位時間あたりの実入りも救急医学のほうがよいと思いますし…。

佐藤 たしかに私たちも、その先生のお話を聞くと何となく明るいかなって気がしてきます。たぶん、いますよね、何割かは必ずしも見えないからチャレンジするんだ」というようなことを考えている人が。

有賀 そうそう、いるでしょうね。

佐藤 この雑誌、医学雑誌の役割ではないかもしれませんが、そういう魅力をどうやって提示できるかというのも課題の一つですね。読み物として面白いものとか、先生の医学以外の別な世界で働いている人の話を取り上げるというのも、たぶんそういうアイデアの一環ですね。医学的な勉強以外をいかに勉強するかというのは、必要なことですから。

有賀 そうです。だから異業種から学ぶという話は、私はものすごく大きいテーマだと思います。

東京都の私立病院の院長先生たちの集まりの東京青年医学会という勉強会があるんです。毎週1回開催していて、もう3,000回を超えています。私も公立昭和病院の頃からちょこちょこ顔を出していました。そこは、医者のお話は基本的に聞くことはない。まず異業種の人から話を

聞く。勉強になりますよ。その業界で成功した人が、どの段階で何を考えたのかという話は、後からいろいろ聞くと有益です。

佐藤 先生の講演でいつも思うことなのですが、信じられないくらいお忙しいはずなのに、スライドに弊社の新雑誌『在宅新療』の内容をよく取り上げてくださいます。こんな雑誌まで読む時間があると驚いています。

有賀 まあ、時間があるとかないとかじゃなくて、やはり興味をもっているかどうかでしょうね、基本的には。

佐藤 先生のところに膨大な数の雑誌なり何なりが届くわけですよ。それって、ばらばらと中身を見るんですか。

有賀 基本的には目次ですよ。目次を見ないと何があるかわからない。

佐藤 よく、ばらばらばららというだけでちょっと目に触れるという、そういう天才的な人もいらっしゃるから(笑)。

有賀 天才じゃないから。本のほうが、鞆に入れてちょっと駅で電車を待ってる間とか、それから電車の中で立ったままでも見られる。

救急医としての目覚め ターニングポイント

佐藤 先生がスイッチが変わった瞬間とかというのは、何かありますか。ある会社の方が、その会社の社長さんが若いとき一緒に働いていた時期があり、「当時は、こいつ何だ。こんな男が将来自分の会社の社長になるのか」と少し頼りなく思っていたらしいです。でも5年くらい経ったときに、「こいつ、全然俺と違う」と思いはじめた時期があるらしいんですよ。だからたぶん人は何かが変わる瞬間・時期っていうのがあると思うのです。

例えば弊誌の連載で「私の心に残る1例」があります。こういう人物、あるいはこういう症例に出会った、あるいはこういう先輩に会ったというので変わったとか、そういうことは何か

ありますか。

有賀 救急医学は将来花開くような学問体系になるに違いないと、医者になりたての頃から思っていました。それはどういう学問かといわれても、うまく表現できません。いろいろな学問の部分があるので、一言でいえば“時間勝負医学”みたいなものかと漠然と思っていました。

そう思いながら、救急医療全般をみるといろんな職種の人が絡んでいるでしょう。だから、その絡み方、どんなふうに絡むのがいいのかなというのを少し自分で体験したいなと思っていたときに、公立昭和病院に行かないかといわれました。

いずれ救命救急センターを作ることになる病院に違いないので、勉強になるだろうと行きました。そこで地元の医師会の役員になったり、異業種の人たちの話を山ほど聞く機会があったり、途中で救急部長も兼任するようになる地域のリハビリの先生たちとも一緒に色々やらなきゃいけないこともあったりで、たくさんの人たちと交わらなければならなくなりました。東京大学医学部附属病院のなかで勉強していただけでは得られない部分を勉強しました。非常な転機になりました。そこがたぶん第一弾だと思います。夢中でやっていましたよ。

佐藤 人間ですから建前・本音があります。先生の一刀両断にスパッと切る視点、結局それは患者のためにいいことをやっているか、そうでないかで決めればいいというスタンスは、一見できそうに思いますけど意外とできないです。それは公立昭和病院時代にたどりついたものでしょうか。

有賀 そうそう。そう思いますよ。公立昭和病院時代の10年間だと思います。だから公立昭和病院で少なくとももう10年目ぐらいになったときは、副院長ぐらいはたぶんできるだろうという感じになっていました。

佐藤 目指したのではなくてやっていた結果がもうそうってしまったということですね。

有賀 ええ。だからこのまま公立昭和病院にいれば、たぶん副院長になって院長になって、というふうになるのかなあと自分で思っていたんですね、勝手に。

佐藤 若い救急医に面白いとやっているうちにこうなるのだという、先生のようなキャリアパスも一つはあるというのは面白いです。医局にいて、なんとなくポジションを上げていこうというふうに考えている人の生き方ではないですから。それがすなわち救急医の生き方のような気もするのですが。

有賀 私も埼玉医科大学の堤教授*5も似たような生き方をしてきました。そういう生き方は、最終的に大学の講師や准教授に収まるなんてことはないですよ。ぼーんと教授になってしまっています。兵隊の位でどこですかといった話はあまり興味がないので。

佐藤 それは、おそらく絶対的に違う別な能力があってそうなっていると思います。普通の人とかこれから救急をやるとうする人たちに、自分の先のことを考えないで頑張っているのもつらい話だと思います。これはわれわれ一般企業でもいえることですが。会社が本当に5年後、10年後にあるのかといわれたら、わからないですからね。

有賀 そう。それは例えば労災病院だって、羽振りのいい労災病院と羽振りの悪い労災病院がある。羽振りの悪いほうは労災病院が潰れるのではないかということもいわれます。単純に潰すことができるような組織ではないけれど、統合はあり得るわけです。済生会病院と一緒にとか、県立病院と一緒にとかいう話はあるわけです。

そういう意味での将来という話はそれなりに示す必要はありますが、救急医療とか総合診療のような話はもう社会の在り方そのものと連動していますから、自分のイメージがどうだとい

*5堤晴彦先生：現・埼玉医科大学総合医療センター病院長

うことさえあれば、先に述べた実入りも含めてやっつけていけるという気がします。

地域包括ケア時代における救急医・救命救急センター

佐藤 話題を変えさせていただきたいと思えます。地域包括ケア・地域医療という国の方針のもと、救急医や救命救急センターの今後の役割について聞かせてください。

有賀 救命救急センターでやっているような、いわゆる二次救急でまかなえないような複雑で高次な三次救急医療をガンガンやるような施設というのは、必ずしもたくさん必要ではなくなる可能性はあります。

例えば、ヘリコプターで運んでくるような形で患者を受け入れる、兵庫県の但馬のような田園地帯に“ぼつぼつぼつ”と存在する救命救急センターや、たぶん地方の労災病院もそうなると思いますけど、地域包括ケアを支えるような、そういう役割をどう上手にやっていくかということなのです。

そうすると例えば、おそらく500床とかはたぶんいらない。半分でいいかもしれない。なかにいる医者も、“切った張った”の外科系のドクターはヘリコプターで行く病院とか、人口の多い県庁所在地に少し。あとは総合診療とか外来の小外科、多くの医者はそういうところで働くという話になってくるんじゃないかなと想像します。

佐藤 そうすると、先々の救急医は、どれくらい必要かという、極論すると多数はいらないうということになってきませんか。

有賀 いやいや、救急医がいらないうんじゃなくて、救急医が何をするかですね。

今流行りの総合診療ってあるじゃないですか。総合診療というのは、日本専門医機構をめぐる今の状況ですと、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医という形でしばらくいく。このことと直接的な関係はありませんが、救急医

は、ある日ある時救急医療をやるけれど、基本的には総合診療のようなことをやるという人たちもいてよいでしょう。日本プライマリ・ケア連合学会の幹部の人たちは、救急医学会の専門医が一番自分たちに近いといっています。要するに、時間勝負じゃない部分についての総合診療的なセンスというのは、救急医だった人が一番早く会得できる。太田祥一先生^{*6}なんかそうです。

だから今の三次救急に特化した救急医としての役割は、だんだん減ってくるかもしれませんが。ただ、今は病院前救護といったときはもっぱら消防に所属する救急隊員のことをいっていますが、今後は要するに病院のなかではなくて、救急救命士の資格をもっていて、なおかつ民間に雇われているというような、例えば今スカイツリーにいるあの人たちは厳密な意味でのメディカルコントロールの体制のなかには入ってない。実際には国士舘大学の先生たちが面倒をみています。

佐藤 その面倒をみるのが救急医の役割になってくる。

有賀 国士舘大学の先生たちが面倒をみてはいますが、法的な医師の指示というふうな形には、実はなっていないわけです。だからそういう仕組みを上手に整えながら、例えば新宿の駅に何人いるとか、渋谷の駅に何人とか、今日は東京ドームで野球の試合があるのでライト側とレフト側に何人ずついるとか、というような話ができあがって、それに医師の指示というようなそういう社会の仕組みを考えるとすれば、救急医の働く場所というのはこれからいろんなところで増えてきますね。

だから救命救急センターで丁々発止してというふうな観点での、東京大学医学部附属病院で私や堤先生がやっていたような景色というのは、だんだん減ってくるでしょう。

^{*6}太田祥一先生：恵泉クリニック院長。東京医科大学救急医学教授から在宅医へ転身



佐藤 そうですね。だからこそ、これから『救急医学』は何をテーマとしていくかを検討する議論になっていったのです。2年前に今までの雑誌の在り方を見直して、もう一度色々なことをやってみようと思ったわけです。第一段階としてはやはり原点回帰といいますか、救急医学会創設当時のような、今からいけば単純に完結型の救命救急センターで頑張る医師のための雑誌というのを提供したらどうなるだろうかというふうに思ったのです。結局それは中身の作り方の問題ではなくて、結局そういう生き方をする、生き方を望む救急医自体が少なくなっていくという時代背景と、専門医制度の問題を無視できないという結論になったわけですが。

有賀 われわれのような救急医は必ずしも大人数としてはいらなくなるかもしれませんね。

佐藤 そうですね。地域包括ケア・地域医療と救急医療はこれからどのように展開していくのでしょうか。

有賀 基本的には地域包括ケアという話は、郡市医師会のテリトリーのなかでどういうふうにしていくかという話になるはずですよ。なぜかという、郡市医師会は基本的に地域の行政と“さし”でできているんです。つまり立川市医

師会は立川市と同じ場所にあるじゃないですか。だから、立川市における地域包括ケアを考えようとなると、立川市役所のなかに立川市医師会とか立川市の医療者の団体がそこそこ集まって議論する。こういう話ですよ。

東京などの大きな地域では、医師会に所属していない医者がそこそこいます。その人たちが訪問看護など色々やるじゃないですか。それでもたぶんそこで問題になるのは、市がどんなふうに上手に医師会の先生たちとシンクロするかというあたりになってくる。いずれにしても地域包括ケアの基本的なプラットフォームは郡市医師会のテリトリーですよ。

佐藤 そうなりますと中核病院というのはあまり意味をもたないんですか。

有賀 中核病院は、医師会の先生たちが困ったときに入院させる場所です。そういうふうな、ときどき入院というところにどんなふうに位置づけられるかによって、存亡がかかってくると思います。

例えば、昭和大学病院とか東京大学医学部附属病院は医育機関としてそれなりの存立理由がありますけれど、それでも急性期医療を一斉に今までどおりにやるのかという話になりますよ

ね。だって若い人口が半分に減ればそれだけ若い患者が減るわけです。そういう意味では明確な社会的な意義というか、存立の理由があるようなところはいいけど、ちょっと大きめの病院は、これからどうなっていくかという非常に大きい問題がありますね。

救急科専門医の今後

佐藤 救急科専門医の今後についてお聞かせください。

有賀 少し離れた話から入りますが、私は社会医学系専門医をどういうふうに作っていったらよいかという議論に巻き込まれていました。あるとき日本集団災害医学会が社会医学系専門医協議会に加入したことを知りました。災害時のさまざまな衛生とか保健とか、たぶん医療も含めて、そういうようなことに関して勉強する仕組みのなかに専門性を見出そうとしたのでしょうね。それは正味の臨床医学のほうだと専門医の位置付けが難しいので、社会医学のほうから入ったんじゃないかなと想像しました。これは一つのある意味、見識です。災害医療はいわゆる社会学、保健所だとかいわゆる行政の衛生部門の延長線上にあるので、その部分で専門性を発揮しようということです。だから社会医学系の専門医を1階建てで取ったら、その後2階建てに災害医療の専門医というのを置きたいと思っているように感じます。この話は直接していませんのでわかりませんが。

要するに社会医学系の専門医という、社会医学に関するベーシックな知識をもったうえで災害医学の知識を2階建てで専門性をもつ。それから、病院管理学という観点で2階建ての専門医になる。行政の人は行政で、保健所に行った人たちは産業衛生学会とかいろいろあるようです。そうすると、そこにはもっぱら保健所で働く人もいるし、それから大きな企業の産業医として働いている先生方もいる。その人たちのな

かにもともと内科で勉強した人、また外科で勉強した先生がいたとしても、社会医学系専門医の話は日本専門医機構がいつている臨床系とは違う仕組みのなかでの議論ですので、そういう人たちが自分たちの専門医としての立場を行ったり来たり、つまり内科専門医が産業医となったり、先に産業医となった人が内科専門医となったりと、このように自らのキャリアパスを積むことは別に構わない。こういうふうな形です。

救急医学は臨床のほうにいますので、社会医学系の部分のほうに行く必要はないのだけれど、社会医学系のいろんな方法論、何ていうか、在宅医療は、半分、社会医学みたいなどころがありますよね。だから、救急医学の専門医をもっているんだけど、実は在宅とか地域の疫学というふうな形での専門性ももった人が、救急医学の専門医だけれど社会医学系へ入っていく。救急医学の専門医なんだけど、日本赤十字社の病院で災害医療というものをライフワークでやりたいという人は、災害医療の専門医をその社会医学系専門医の2階建てのところ求めていくことができますよね。

だから救急医学の専門医にとって、社会医学系の専門医の話がもしうまくいけば、かなり自分の将来性をいろんな形で幅広くもっていけるのではないかと思います。病院前救護の救急救命士、将来的には行政に所属しない救急救命士を面倒見る話は臨床系の本チャンの専門医で出来るわけです。そうではない部分については社会医学系の部分も上手に利用しながらやっていけば、救急医の生きる道は当然広い範囲で存在するのではないかと私は思っています。

“救急医学”は確立したか

佐藤 昔から“救急医学”はあるのかと疑問を呈する人たちがいました。結局、外傷と中毒と熱傷しかないという人たちが初期の頃に多数い

ました。救急医学はまだ確立してないのかなと私は感じるがあります。どう思われていますか。

有賀 そのへんは、それはもう自分のやってる学問がどういうふうな体系かというだけの話なのです。外科学と整形外科学とそれから栄養学、全部重なっていますよね。

佐藤 ええ、そうですね。

有賀 だから、救急医学という学問がありますよという話はアプリオリに認めてしまえば、それはそれでよいわけです。そのなかに例えば今言った外科侵襲学という観点での栄養学だとか、それから骨折の傷の治り方に関する学問だとか、それはもうどんなものがあったとしてもいいと思うんです。だから外科学から、例えば脳神経外科とか耳鼻科学だとか眼科学だとか派生してきましたよね。それは臓器別で分かれてきただけの話です。急性期の外科という切り口で捉えた場合、癌の外科は急性期じゃないですよ。癌を慌てて切る話はどこにもない。だから癌の治療は急性期の外科学じゃない。だから時間勝負の外科学という話を持ち出せば、これが救急医学だと言ってしまってもよいわけです。だから確立しているか、してないかという話は、これから先、おそらく永遠に続くと思いますよ。

佐藤 これが救急医の仕事だということを40年間やってきて、医学会のなかでしっかりと救急医の存在が認められてきているわけですから、あえてこうだと確立しなくてもいい、という考え方でよいわけですね。『救急医学』ではなく『救急医療』と雑誌名を変更して、救急医学にこだわらず救急医療全体をみるのが救急医学だとするスタンスをあえてとらなくてもよいわけですね。

有賀 社会医学的な観点も実は救急医学の大事な視点だという言い方をすればよいただけの話なのです。だって例えば外科学講座と名乗っているけれども、どの講座も同じことをやっているわけではないでしょう。同じように救急医学講座という学問の固まりがあります。あるところ

は災害をかなり本気でやっている。あるところは災害はほとんど興味がなくて病院前救護に一所懸命取り組んでいるという話だってあり得ます。

だからあんまり救急医学が確立しているとか、していないかというような言葉遊びはやめたほうがいいのではないかっていう気は私はします。前述したように“時間勝負医学”だと思えばよいわけでしょう。すべからく時間勝負ですよ。

社会の変化と医学教育のあり方

佐藤 今の医療はEBMとかガイドラインとかプロトコルに準じて診療するというのが基本の流れのなかにあって、たぶんこれからはオーダーメイド医療というか、EBMを越えた治療をどこまで頑張るかという人たちの教育と、先生がお話になった広く浅くいろんなものを社会医学的なこともみる医療についての教育についてはどうお考えですか。究極の治療を追いかけるグループはたしかにずっといると思うんですが、そのなかからどっちを目指すかというのは、面白いからやっていくだけではなくて教育の仕方がちょっと違わないといけないんじゃないかという気がするのですが。

有賀 医学部における教育が、やはり社会の変化に対応して進化しないといけない。社会が求めているような医師を輩出する必要があるわけです。東京大学は医師を教える医師を作るといって、これでは町の患者は救われない、だから町の患者を直接診る医師を育成する大学を作りたいといって昭和3年に昭和大学は作られた。それは今もそうなっている。社会が求めているものをどう提供するかという形での進化が必要です。

東京大学とか京都大学みたいな、ああいうところは場合によってはどちらかというといわゆる学問体系をもっともっと極めていただくとい

うか、専門性でいけば細かなところへ突き進んでいくという話でしょう。そうじゃない医学部はやはり、町へ出てなんぼの世界の医師を育てる。

佐藤 そうですね。だから大学自体の、医学部教育自体も違ってないといけないという感じはします。

有賀 はい。

佐藤 どこも全部同じことをやるのではなくて。救命救急センターもたぶん、外傷に特化したセンターだとか出てくると思います。そういう意味での「しんか」、進むほうと深まるほうの、「進化」と「深化」の両方が必要だと思います。それでいくと、今、一様にみんな同じように標準的な治療というのに偏っているのが、私は気になります。そこをどこの大学でも教えてない気がします。本人任せです。

有賀 大学そのものは、大学の教授を選ぶときに、国民にとってどういう意味があるのかという観点で選んでるわけではなくて、単純にその人が、ある学問、眼科でも耳鼻科でもいいんだけど、そのなかでどれくらいの学識を養ってきたかというようなところがまず一義的なポイントですね。外科でいうと手術ができないとどうにもならないので、昔のように論文だけ書いている外科の新任教授というのはだんだん減ってきたとは思いますが、これから10年先20年先の日本の社会を考えて、どういう医者を輩出することが正しいのかという観点で教授を選んでいるわけではない。

そこでやはり医学部教育では一定の難しさとか、制限、限界があります。だけどこういう雑誌は逆にいうとそれとは無関係とはいわないけれど、社会が欲しているものをもし医者が欲しているとすれば、その部分をわかりやすく説明していくことができるはずですね。本を買うのは自由ですから。そういう意味では、救急医学の味を付けた救急医療の今後の展開の在り方というか、そこらへんを考えていけばいい

ことだと思います。

多岐にわたる救急医の仕事に 有用な情報提供を目指して

佐藤 この雑誌あるいは救急医学会自体が、医学部の学生あるいは研修医たちに、救急医学会とか救急医学の魅力を伝えるという意味で、救急医療に携わることの意義とか、先輩が魅力的にみえるということとか、そういうことのPRが必要ですね。

有賀 昔に比べれば積極的ですね、救急医学会も。ホームページやなんかで学生さんに合うようないろんな情報を提供しています。

佐藤 今までは単純に、医学的なことを追い求めていってれば一定の購読者はいるだろうと思っていたのです。提供する情報にだんだんそういうものではない企画、社会医学的なことを織り込んだとして、じゃあそれはお金を出して読む情報なのか、という疑問を抱いていたのです。今まで以上に編集委員の人選とか、それから中身の吟味とか、そういうものに心配りを怠らないことが重要であると認識しています。「こんな考え方があったのか」という目を開かれるようなものとか、先ほどお話に出た異業種の方がこういう取り組み方をしていることで世の中を変えてきたんだという話が役立つということを知らしめるには、一号二号でわかる問題ではありません。

これから何年か続けていってのはじめてこちらの方針とか、あるいは考え方とか、それから救急医療についてどういう考えをもってこの雑誌を出しているのかを発信しつづけていかないと、読者はついてこないでしょう。

有賀 へるす出版が今年発行した『在宅新療』という新しい雑誌があるじゃないですか、あれ結構、引用するところが多いのです。

佐藤 先生、よく講演で使われているので驚いています。

有賀 要するに在宅医療を一所懸命やっている

人たちが読むとは思うんだけど、そうではない人が読むと「あ、こんな視点があるんだ」というようなことがポンとあるんですね。そういうことでいくと、『救急医学』も救急医をやっていない人たちがみて「何、こんな面白いことあるじゃん」という話になっていくといいなのというのが、私の頭のなかにはあるんですね。

それで、時間勝負医学は外傷とか脳卒中とか心筋梗塞のように中核病院にすぐ運べというふうな話になったときに、じゃあ中核病院に今すぐ運ばなきゃいけないのかどうかというのを決めるのは現場ですよ。だから救急医学が学問かどうかなんて話はもうどうでもよくて、現場にいる総合診療をやっている人たちがどういうふうにしちとそれをやっていけるかという話は、救急医療をやっている人が適宜、地域の医師会に言い続けていないと、うまくいかないはずですよ。

そういう意味ではおそらく救急医がやることは、非常に多いというのが私の実感なんです。だから実を言うと、何をやったらよいのかは断

言できませんが、今のような、こんな仕事もある、あんな仕事もある、どんな仕事があるというような話を次から次へと企画していくことをしていけば、いろんな人が読んでくれるのではないかという気がします。

佐藤 繰り返しになりますが、今までは救急医がどういうものを求めているかということばかり考えてきましたので、救急医ではない人までに面白いと思われる雑誌の存在を救急医でない人たちに知らしめることについては、宣伝の仕方も変わってきます。そういう意味では先生は講演される機会が多いので、この雑誌のPRしていただいて（笑）。看護部長の仕事の中心が看護師集めといわれるのと同じように、編集委員長の仕事の一つとして購読者数を増やすことをお願いしたいですね。

理事長の挨拶には最近どうも救急とか在宅とかの雑誌の話がよく出てくるとか（笑）。

有賀 すごいなあ（笑）。

佐藤 長時間ありがとうございました。（了）



(2016年11月10日 於：へるす出版 本社ビル会議室)