

これからの救急医療と「信州型救急医」

今村 浩

近年、救急医療をめぐる状況は大きく変化した。救急搬送件数は大幅に増加して平成元年当時の2倍を超え、過去10年間で2割以上増加した。救急患者の内訳は「交通戦争」といわれた昭和30～40年代に比較して交通事故による傷病者が減少し、代わりに高齢者を中心に心疾患や脳血管疾患等の疾病救急患者が増加した。その一方で、外傷においてはいまだに小児や働き盛りの壮年者の「防ぎ得た死亡」が存在するのが現実である。

「救急は医の原点」と呼ばれるように、一定の水準の救急医療は全ての医師が習得すべきものであり、現在の初期臨床研修制度において救急が必修となっている所以である。近年医学の急激な進歩により、医療も高度化・細分化してきた。その結果ある疾患についての専門家が增える一方で多種多様な訴えを持つ救急患者に対応できる医師が減る傾向にある。医療の高度化とともに救急医療に必要な知識も増え続けている。多発外傷や中毒、環境障害など、以前から救急科としての専門性が必要な傷病も存在する。このような状況にあって救急医の存在が改めて重要視されている。

救急医にはいくつかのスタイルがある。救急初療のみを行い入院を持たない北米型ER医、重症救急患者の集中治療を行う医師、外傷外科医などである。これからの時代に、そして長野県の地に求められる救急医として、信州大学医学部救急集中治療医学教室の目指すものは以下のような医師である。

- 1) 軽症から重症まであらゆる救急患者のER診療ができる
 - 2) 重症患者の集中治療管理ができる
 - 3) 専門的な手術や処置が必要なときはその適応を判断して専門科医師と連携をとれる
 - 4) ジェネラリストとして適切な鑑別診断とcommon diseaseの入院管理ができる
- 1) ER診療

ERには小児から高齢者、内因性および外因性など、あらゆる種類の患者が訪れる。これらの患者を救急医は分け隔てなく受け入れ、緊急度の判断、初期診断と治療、基本的な外科的処置を行う。救急患者の大半は軽症、中等症患者である。多種多様な訴えを持つ患者に対応するため、ERでは症候学を中心としたアプローチを行う。その一方、軽症と思われていた患者が実は重症である場合があり、ERでは隠れた重症患者を的確に見いだす必要がある。限られた時間の中でこれを行うためには簡便かつ要領を得た系統的アプローチが有用である。また大多数の患者は初対面の患者である。患者から必要な情報を引き出し、時にはかかえている社会的背景にも目を向ける必要がある。救急医には高いコミュニケーション能力が求められる。ERでの重症患者対応に習熟すれば、さらにドクターヘリ、ドクターカーでの病院前救急医療も可能となる。

2) 重症救急患者の集中治療

重症救急患者はERにおいて救命処置と緊急診断が行われた後、根本治療（外傷患者の止血、虚血臓器の再灌流など）と平行して質の高い集中治療管理が行われて初めて救

命され、社会復帰することができる。集中治療のテーマは呼吸管理、循環管理、代謝・栄養管理、脳保護、敗血症治療と感染対策、ICUにおける鎮痛鎮静と譫妄対策、腎障害対策と血液浄化療法、肝不全対策、出血と血栓症対策、神経筋障害対策、リハビリテーションなど多岐にわたる。近年これらの領域において優れた臨床研究の結果が主要な医学雑誌に次々と発表されるようになり、この領域にもようやく種々のエビデンスが確立しつつある。救急集中治療の領域における evidence-based medicine で注意しなければならないことは、時間の因子が大きく影響することと、対象とする疾患の範囲が広い（研究対象の多くは単一疾患ではなく「成人呼吸促迫症候群」「ショック」「敗血症」「高血糖」などの病態・疾患群である）ことである。急性期重症患者の状態は刻一刻と、そしてダイナミックに変わってゆく。ひとつの治療法がある時点で無効であっても別の時点では有効となることがよくある。大規模試験で無効と判断された治療もある病態、ある局面では有効となることもあり得る。そこに救急集中治療領域の臨床の奥深さ、醍醐味がある。

3) ジェネラリストとしての力量と各科専門医との連携

救急医は救急診断を行い、専門的な手術や処置が必要であれば専門診療科に依頼する。Common disease であれば入院管理を行う。市中病院においても臓器別診療が定着した今日、地域医療において、特に病院診療において臓器横断的な診療を行える救急医の果たす役割は大きい。重要なことは専門診療科の協力なくして救急医療は成り立たないことであり、各専門診療科と良好な連携をとれるコミュニケーション能力がここでも要求される。

地域との連携も重要である。我が国は既に超高齢化社会を迎えつつあり、現在地域ごとの包括ケアシステムの構築を求められている。救急医療と在宅医療・介護とはかけ離れたイメージがあるが実は密接に関係している。厚生労働省の構想によれば今後多くの高齢者が病院ではなく自宅や施設で療養生活を送るようになる。住民の希望に即した推進すべき方向といえるが、それは潜在的な救急搬送者数の増加を意味する。また、救急外来→急性期病床→療養病床→在宅医療のどこが滞っても救急医療は円滑に機能しない。高齢救急患者に対しては患者、家族の死生観、人生観など心理社会面への配慮が若年患者以上に必要であり、個々のニーズに応えるにはかかりつけ医をはじめとした在宅支援スタッフとの情報共有、連携も必要となる。

以上、これからの救急集中治療の展望と、長野県に必要と思われ、今後当教室が育成していこうとする救急医について述べた。ここに述べたような「信州型救急医」が増加していくことにより、より多くの救急患者が救命されて社会復帰するばかりでなく、病院診療においては専門診療と総合診療が効率的に患者に提供され、さらには在宅まで含めた地域医療の質の向上に貢献できると考えている。

「信州型救急医」には ER のプロ、集中治療のプロ、総合診療医としての地域への貢献、二次医療機関における救急医療の質の維持、Off-the-job training などを通じた医学教育、新しいエビデンスの提供、災害医療や救急医療システム構築を通じた社会との関わりなど、様々な活躍の場が開けている。「信州型救急医」は救命救急センターばかりでなく、一次、二次医療機関でも立派に通用し、やりがいを感じながら一生の仕事として持続可能な救急医療を実践できる医師であると確信している。

(信州大学医学部救急集中治療医学教室教授)