

救急医療は人を助けたいという
医療の原点が学べるところ。



岐阜大学大学院
救急・災害医学分野
高次救命治療センター長

小倉 真治

OGURA Shinji

2004年6月、岐阜大学医学部附属病院の移転・新設と同時に開設した高次救命治療センターに、唯一の救急専門医として迎えられ、陣頭指揮を執ってきた小倉真治教授。

以来7年間、延べ140人の医師を育て、岐阜県を中心に各方面の中核病院へと送り出してきました。また県ドクターヘリの導入や、救急医療情報支援システムGEMITSの開発に尽力するなど、日本における救急医療の根本的改善に向け精力的に活動されています。

そんな小倉教授に、救急医療の特徴と問題点、岐阜大学医学部附属病院ならではの体制と人材育成への思いをお聞きしました。

救急医療のクオリティが患者の命と社会復帰に直結する。

—まず一般的な診療と救急医療の違いは何でしょうか？

ひとことで言うなら、時間の差になります。たとえば体調が悪くて病院に行くと、通常医師はレントゲンを取ったり、血液を取って検査し、その結果を見て治療を開始します。ところが救急の場合、特に重症患者になると、そんな悠長に検査などしてられない場合があります。すぐに点滴を打ち、同時に気管挿管して動脈圧を取るなど、一連の救命措置を行いながら、最善の治療法を選択し処置しなければなりません。そこには総合的な医学の知識と判断力、スピードが求められます。これは、どんな優秀な外科医でも、トレーニングを受けなければできないこと。さらに言えば、一連の救急医療のクオリティによって、救急患者の命が助かるかどうか、また日常生活に戻るかどうかが左右されるわけです。普通の医者が

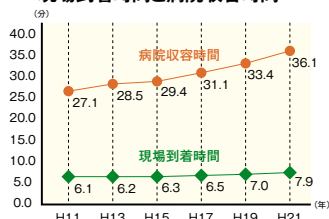
トレーニングもなく片手間にやるものではありませんが、一般の方は当然ながら、医者ですら現場を体験してみないと分からない。だからなのか救急医療に対する世間の見方は、ある意味寛容というのか、軽視しているというか：多くの問題を抱えながら、なかなか明るみにされないブラックボックス的な分野です。

治せる医者はどこにいる？情報の共有化で探し出す。

—具体的には、どんな問題点がありますか？

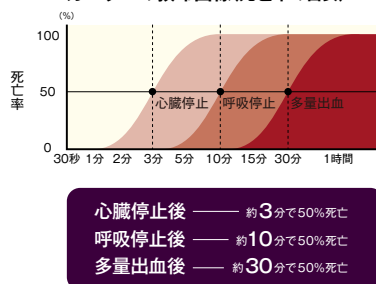
先ほども言いましたが、救急医療は時間との戦いです。疾患の症状が現れてから、治療開始までの時間が短ければ短いほど救命率は上がります。しかし現状、救急隊が現場に到着するまでの時間は全国平均79分。病院施設に収容されるまでの時間は平均361分です。万一交通事故で大量出血した場合、救急車を呼んで病院に着くまで40分以上となれば、救命曲線（※上図参照）に照らせば助かる見込みはゼロ。もちろん救急車には救命士がいますし、近くに居合わせた誰かが素早く応急処置をしてくれることもあるので、現実には違いますよ。ただ、なぜこんなに時間を要するか？なのです。

救急自動車の現場到着時間と病院収容時間



SOURCES／総務省消防庁 平成21年度救急・救助の概要

カーラーの救命曲線（死亡率の目安）



心臓停止後 — 約3分で50%死亡
呼吸停止後 — 約10分で50%死亡
多量出血後 — 約30分で50%死亡

現在の救急医療の流れでは、119番通報を受け救急車が出動。現場に着いた救急隊員が患者や周囲の関係者から事情や病状を聴取し、そこから搬送病院を選定して電話をかけ、受入れ要請を行います。この時、どの病院に要請するかは救急隊員の経験による判断に委ねられているのが現状で、電話をかけるまで病院側の詳細な状況はわかっていません。1件当たりに費やす時間は平均4分30秒。要請件数が増えれば増えるほど、時間は無駄に過ぎていきます。もし最適な治療を行える専門医がどこに施設に居て、いま何をしているかが分かっていたら、また医者側にすれば、もし搬送されて来る前に患者情報が詳細に分かっていたら、治療の効率化を図ることが可能になります。そう

考えると、救急隊と医療機関のスムーズな連携には、精査された情報の伝達が必要不可欠なことが見えてきます。

救急医療の問題点は様々に挙げられます。しかし要因の一つである絶対的な医師不足をすぐに解消するのは難しく、お金も時間もかかりそうですし、医師数が増えたからと言って確実に改善されるものではありません。今ある医療資源を有効に活用するためにも、また患者の搬送手段を充実させて（救急車やドクターヘリを増やしたり、道路を整備する）、最適な医療機関に搬送する場合でも、真っ先に取り組むべき課題は情報の共有化。そこでGEMITSという救急医療情報共有支援システムや、患者の医療情報を登録するMEDICAカードを開発し、これらの実用化を進めているわけです。MEDICAカードの方は、今秋までにカードを読み込む専用端末も県内全部の救急車に搭載される予定です。その後、岐阜県の希望者のほとんどが持てるような仕組みを考えています。



小倉 真治 教授

岐阜大学大学院医学系研究科救急・災害医学教授
同大学医学部附属病院高次救命治療センター長

1985年に岐阜大学医学部を卒業。
1996年に米国サウスキャロライナ医学大学客員研究員。
翌年、香川医科大学附属病院救急部助教授となり、
2003年より現職。
日本救急医学会指導医、認定医。
専門分野：救急医療体制ほか

「理想の医者」を 社会に送り届ける ことが使命。

助けたい命があればこそ
求められる救急専門医。

― 医師不足の話はよく聞きますが、救急専門医も不足しているのですか？

救急に関する専門医制度の確立は他の専門医制度と比べ新しいので、絶対数はかなり少ないです。ただ、医師不足云々の話は、必要性に対する数字になるので、判断が難しい面があります。特に救急医の場合、地域住民がどれくらいのレベルの救急医療を望むかによって、多い少ないの議論は変わってきます。誰もが「救急車に乗って病院に運ばれたら最後、助かる可能性は低い」なんて認識を持ち、それを許すなら、救急の専門医は要らないことになる。でもそんな認識はまったくの間違いであって、良い医療を施せる医者がいれば確実

に助かる人はいたのです。少なくとも岐阜大学医学部附属病院は、そういう人材を育てているし、育てたいと思っている。つまり、当たり前の感情として救える命を救おうとするなら、救急専門医はまだまだ足りていないことになります。

**本邦最高水準の
医療が学べる環境。
自分の求める医療が
目指せる土壌。**

― 岐阜大学医学部の魅力についてお答えいただけますか？

やはり、この高次救命治療センターの存在自体が、他の大学病院には無い特徴であり魅力でしょうね。国立大NO.1の診療施設を備えているほか、屋上にはヘリポートがあつてドクターヘリが待機しています。そして通常の医者は患



者が来るのを待っています。ここでは研修医のうちから患者のところへ向かう権利と義務を持っています。ドクターヘリやドクターカーで現場に行く、あるいは受入れ先の病院にも出向き、その場で治療を行う。この幅広い経験は、将来、研修を終えてドクターになった時に一旦置かれる「差」になります。

例えば、本学の救急医療の研修を経て外科医になった人と、そうではない一般の外科医とでは、スタート時から理解できる言葉の数が違うのです。医療の現場で、プロ同士のコミュニケーションが取れるということは、それだけでさらに高いステップを踏めることにもつながります。

また、岐阜大学医学部および高次救命治療センターが掲げる理念は「岐阜県のどこで発生した重症救急疾患であろうと、日本で最高レベルの救急集中治療が受けられ

る」というもの。そのため、つねに本邦最高水準の医療を維持していくミッションが与えられ、そう努めているのです。

ここで学ぶということは、当然、レベルの高い医療に触れることになります。特に集中治療医学や救急治療医学の分野、つまり最も重症な患者をどうやって助け、社会に戻っていただくかという、本来医者が目指すべき、もともと純な医療が学べるわけです。

**一般の人が描く医師像に
最も近い医者を育てたい。**

― 医学部の学生で救急医療を志望する人はどれくらいですか？

1学年で約2%です。まあ、これが普通でしょう。「人の命を救う」という医療の原点を一番ダイレクトに表した分野で、医学部を

素朴な疑問を 小倉先生に聞いて みました！

Q. ドクターヘリで搬送されると
お金がかかりますか？

A. いいえ、無料です。

現場の状況や、患者の容体によってドクターヘリを要請するかどうかが決定されます。要するに救急車と一緒ですね。ですので、もちろん無料です。

Q. MEDICAカードは、どうすれば手に入りますか？

A. 秋頃を目処に、Webサイトから
申込を受け付ける予定です。

秋頃を目処に、専用のWebサイトから受け付ける予定ですが、それ以外は未定で現在検討中です。いずれにせよ、岐阜県民全員が持てるようにしたいですね。敬老の日にプレゼント…とか、“お守り”代わりに旦那さんにプレゼントとかできると良いですね。

Q. 個人情報保護の面から、セキュリティは大丈夫ですか？

A. 十分なセキュリティレベルを有しています。

MEDICAカードに自分の情報を登録し、所持するということは、保険証やクレジットカード等と同じくらい重要なカードを所持することになりますが、同時にそれらと同じくらいのセキュリティ（安全度）を持っていると思っていただいて結構です。なにより、そんな心配を遥かに越えるメリットが救急時には得られますからね。

GEMSIS専用サイトも随時更新中！

<http://gemsis.jp/>

志す人なら、たいてい最初は、こういう一般的にイメージされる医師像を目標にしたはずで。それが研修医をやっていくうちに、仕事はラクな方がよいなどと思いはじめ、徐々に純粋な気持ちが薄れていく…。もちろん私も若い頃、特別高い志を持っていたわけではありません。救急をやっていたら、いろいろな苦境に耐えられるドクターになれるような気がして、なんとなくやっていたらこうなっていた。正直、ラクしてお金が増える方がいいと思ったこともたくさんあります。でも年を重ねていくほど、どんどん澄んだ気持ちになり、医療の原点に戻っていくようです。おそらく、今まで多くの人を助けた喜びと自信が、そして逆に助けられなかった悲しみが自分を磨いてくれたのではないかと思います。

―救急医に向かない人というのはありますか？

まったくありません。たとえばラグビーというスポーツは知っていますか？これは2m100kgの巨漢から、160cm50kgの小兵まで、どんな体型であろうと、ちゃんとポジションが与えられるスポーツです。救急医療部門もラグビーと同じく、体力が無い人でも、血を見るのが怖い人でも、必ずできる仕事がある。もちろん男も女も関係ありません。救急医療はレベルが高くなればなるほど、チーム力が求められます。一人のスタープレイヤーが、ガンガン突っ走ればいい世界ではなく、みんなで戦い成果を挙げるところに達成感と喜びを感じる医療分野です。

こうした意味もあって、本センターでは、どの時間帯であろうと最低5名のスタッフが常駐しているように、30名体制を確保しています。この人数構成は、研修医を除く正規ドクターの数であり、一人当たり週48時間勤務体制（1日8時間労働）が築ける最低ラインとして開設当初から厳守していること。1日2交替の週14コマ168時間を30名で振り分けシフトを組んでいます。シフトの決め方は各ドクターのプライベートな事情も考慮されるため、例えば子どものいる女性ドクターでも無理なく勤務できる仕組みになっています。また30名のうち14名が救急専門医で、どの組合わせになろうと、チーム内には必ず専門医が一人以上いることになっています。これは研修医にとっても、頼もしい教育環境だと思っています。

医者という職業は、人の不幸と向き合う分、決してラクな仕事ではありません。それにもかかわらず、昔は週に100時間労働も珍

しいことではありませんでした。体はクタクタでも根性で乗り切れ！などとする悪しき風習があったのです。でも、医者が肉体的にも精神的にも疲れてくると、診療は荒れてきます。特に一刻を争う救急医療では、少しのほつれがチームワーク全体を狂わし患者の命を危うくする。これこそ、まさに「医療は人である」と言われる所以です。

どんなに設備やシステムなど、ハード面を充実させても、人材あってこそ医療。人々が求める「理想の医者」を数多く育て社会に送り届けることが、岐阜大学医学部附属病院と、さらには私の使命だと思っています。