



趙 晃済（ちょう・こうさい） 1976年兵庫県生まれ。京都大学医学部医学科卒業。神戸市立医療センター中央市民病院救命救急センター、京都大学医学部附属病院初期診療・救急科などを経て2023年7月から現職。

国立病院機構京都医療センター救命救急科・救命集中治療科

〒612-8555 京都市伏見区深草向畠1-1
病床数:600床（うち救命救急センター30床） 救急搬送患者数:4538台/年（2022年度）

アフター・コロナ時代の救急医療は

趙 晃済・京都医療センター救命救急科・救命集中治療科部長に聞く。

新型コロナをめぐるパンデミックによって救急医療の現場は過酷な経験を迫られた。それらの教訓をもとにいま、どのような改善に向けた取り組みが行われているのか。9月9日は救急の日。アフター・コロナ時代の救急医療をめぐって、独立行政法人国立病院機構京都医療センターの救命救急科・救命集中治療科の趙晃済・部長にその課題と展望について聞いた。（池田知隆）

一 まず、京都府の救急医療体制から。

京都府は人口十万人あたりの医師数が国内トップクラスが多い。京都大学と京都府立医科大学の二つの医学部があり、救命救急センターも府内に六ヶ所設置され、医療体制や救急医療体制においては質・量ともに恵まれているほうです。京都府北部と南の都市部ではいくぶん医療格差がありますが、都市部の救急医療体制に関しては比較的整備されていると言えます。

一 コロナ禍のこの3年、大変でしたね。

今年6月末までは京都大学医学部附属病院で救急医療に従事し、新型コロナ患者の診療に携わりました。これまで経験したことのない事態で、比較的医療が充実している京都市内でも救急医療が大変な混乱に陥りました。

コロナの波が来るたびに押し寄せる疾患であり、どのようなもので、どう広がっていくかが不明であり、コロナの患者さんなどの診療科で診るのか、どの病棟で受け入れるのかなど、内部調整に極めて難航しました。未会員の事態ですので正解はなく、そのときの状況で最適と思われる教訓がされていました。

一番の教訓は、

初期段階では新型コロナが未知の疾患であり、どのようなもので、どう広がっていくかが不明であり、コロナの患者さんなどの診療科で診るのか、どの病棟で受け入れるのかなど、内部調整に極めて難航しました。未会員の事態ですので正解はなく、そのときの状況で最適と思われる

やり方でやっていくしかなく、災害と同じく組織として一枚岩になつて医療を実行していくことの重要性を認識しました。またコロナ診療はひとつつの診療科、ひとつの病院で完結できるものではなく、チーム医療、地域連携を改めて意識するきっかけにもなりました。

アフター・コロナに向けてどのような改善がなされましたか。

コロナの患者さんは当初感染症指定病院である京都府立医大と京都市立病院のみが対応していましたが、その後患者さんが増加するにつれ、京大病院や京都医療センターなどそれ以外の病院でも診療するようになりました。試行錯誤しながらですが、急性で重症の患者さんは大病院で診て、落ち着いたら中小病院に移りハビリを受けてもらうとして地域全体で患者さんを見守るようになります。

以上のように大・中・小の病院が連携して地域全体で患者さんを見守るような仕組みが整備されていきました。なかには入院する場所がなく、在宅で診なくてならないケースもありました。大病院で診て、落ち着いたら中小病院に移りハビリを受けてもらうとして地域全体で患者さんを見守るようになります。

そもそも救急医を選ばれたのは、

阪神大震災を体験したことが大きいですね。私は兵庫県の出身で発災時はちょうど受験生で、大学入試センター試験の2日後、二次試験に向けて準備をしているときでした。震災に直面し、多くの被災者や頑張っているお医者さんの姿を見て、救急

科医療が災害時の大きな特徴とされるべき医療支援システムがありましたが、これ以外にも災害医療分野では整備を要することが多くあります。我々は医療の需給バランスが崩れる中でどのように医療を継続していくか、医療の各職種の方々や京都大学防災研究所と協働して研究を行っています。

一 災害時の事前対応は、

自然災害は忘れないようにやつて来ると書いていますが、近い将来南海トラフ巨大地震は起こるとしていますし、近年豪雨災害が頻発しており規模の大小を問わず、医療・福祉機関では災害対策は必須と言えます。

防災マニュアルや災害訓練の実施に加えて、病院間の連携など普段から強化しておかなくてはなりません。最近では災害拠点病院や介護施設などで事業継続計画（BCP）の策定が義務化されました。災害時に自院の医療機能が低下する中で、どのように業務の優先順位をつけ事業

医療が医の原点だと思いました。医学部学生時代に病院実習を通じて、急救では幅広いいろんな疾患に対応するという点がジエネラリスト志向で自分に合っている感じました。一方で外傷、熱中症や中毒といつた他診療科では扱わない救急医学領域特有的疾患や災害医療などで専門性を発揮できるところも魅力です。

一 これまで印象的な体験は、

神戸市医療センター中央市民病院に勤務していたとき、ドクターカーで病院前診療を行っておりました。が、路上で心肺停止に陥った若い患者さんを発生現場に向いて担当しました。残念ながら後遺症が残る状態となり地元の病院に転院されました。が、患者さんに治療の最初から関わる責任を強く意識しました。救急医療では突発的に発症する急性疾患を扱うことが多く、患者さんにとっては人生や生活が急変します。少し大きさから知れませんが、発症の段階から患者さんの人生に関わるという点で医師としてのやりがいを感じています。

医療では突発的に発症する急性疾患を扱うことが多い、患者さんにとっては人生や生活が急変します。少し大きさから知れませんが、発症の段階から患者さんの人生に関わるという点で医師としてのやりがいを感じています。

新型コロナと同じく災害時、サイジという瞬間に多数傷病者が発生し、医療需要が急増します。医療機関もダメージを受け、水、電気といったライフラインの途絶、物流制限による医療物資の不足、医療スタッフも被災することで人員確保困難な可能性も生じます。医療需要が爆発的に増大する一方、医療供給がむしろ下がってしまうという需給バランスの崩壊が災害時の大きな特徴と言えます。

新型コロナと同じく災害時、サイジによる医療物資の不足、医療スタッフも被災することで人員確保困難な可能性も生じます。医療需要が爆

発的に増大する一方、医療供給がむしろ下がってしまうという需給バランスの崩壊が災害時の大きな特徴と言えます。

日本ではDMATという災害時の超急性期医療を担当する世界に誇るべき医療支援システムがありま

すが、これ以外にも災害医療分野

では整備を要することが多くあり

ます。我々は医療の需給バランスが崩れる中でどのように医療を継続していくか、医療の各職種の方々や京都大学防災研究所と協働して研究を行っています。

一 「救急の日」にあたって言ふ

社会の高齢化が急速に進んでいます。高齢者には持病があるという身体的な面だけでなく、孤独な暮らしや家族をめぐるさまざまな社会的な問題があるため、高齢者の医療は急

性病院だけでは完結できず、地域や社会全体で担う体制を構築していく必要があります。

人は必ず死を迎える。その死をどう迎えるのか、アドバンス・スケープランニングと言われる人生会議を元気なうちにご家族で検討してみて下さい。

「救急の日」を、そのようなことを考える機会にしていただけれど

継続していくかというわけで、従来非医療分野で行われていた概念が医療分野にも導入されました。より実効性のあるBCP策定のために、平時から院内でよく議論することが大切です。

一 防災時対応の「京都モデル」を提案されていますね。

現代医療は一つの病院では完結出来ず、地域の各医療・福祉機関で機能分担して行っています。これは有事の災害時も同じです。災害医療をいかに継続するかという課題に取り組むため、京都大学防災研究所に地域医療BCP連携研究分野といふ講座を設置しました。災害拠点病院を中心として大小の医療・福祉機関や消防、民間企業等も含めた地域単位で災害医療体制を構築するという地域医療BCP（事業継続計画）作成の研究を進めています。

コロナ・パンデミック経験後の救急医療は

織田順・大阪大学医学系研究科救急医学教授、高度救命救急センター長に聞く。

新規型コロナ禍の一年
何かと大変だったかと思います。
ここは平時から救急医療の、最後
の砦です。しかしながら、特に第
4波の際には府内の救命救急センター
1を含め完全に受け入れ能力を超過
した事態となりました。
救急医療に従事するスタッフは相
定外の事態には慣れている方なのですが
すが、それでも医療スタッフ・資材
など全てが不足しました。救急医は
医療資源不足の際に緊急度を重視
するトリアージの考え方で対処しま
すが、それも限界となりました。

全国300余りの救命救急センターのうち、より重症病態を引き受けられる施設として指定されています。その中でも私たちの高度救命救急センターの歴史は古く、1967年に日本初の重症救急専門施設「特殊救急部」として開設され、日本の救急医療を牽引してきました。その軌跡は2002年NHK「プロジェクトX」にも取り上げられ、いまも全国から救急医を志す医師が集まり指導的要素を数多く輩出しています。

——高麗新語第三七二——



織田 順（おだ じゅん） 1969年、神戸市生まれ。1993年大阪大学医学部医学科卒。大阪大学医学部附属病院特殊救急部、国立東静病院、北里大学東病院、社会保険中京病院などを経て2017年、東京医科大学救急・災害医学分野（主任教授）、2021年10月から現職。

〔写真撮影〕金子裕次郎
、望の・過
れ、専門性が見えてくる。
せんが、緊急度と重複して、
きめ細かに行っています。
と病院間の調整という
をもつていて、これがわ
ければ、さらにがんば
ます。

患者さんを救いたいとの思いは強かったんですね。私の家族や周りがどうだったというような直接のきっかけはありませんが、救急医は自分が思う医師像に最も近いものでした。助からないかも、と言われた患者さんの救命に挑戦するということになりました。

多くの事件・事故に立ち会い、救命不可能といわれていた重症症例を何例か救命したことがあります。具体的には申し上げにくいのですが、さまざまな現場で経験を重ねるたびに、どうすればよかったですのか、振り返ることが少なくなっています。臨床の現場と基礎研究を行き来しながら、特に熱傷や重症外傷診療、敗血症の研究を重ねています。

められています。近年、実際に救急看護医が在宅医療に従事する道を選ぶケースが増えていきます。だれもが救命救急センターに押し寄せるようでは、救急医療は破綻してしまいます。適材適所に診療してもらえる体制が多くの人々の安心を守ることになるでしょう。

A.I.は、診療のお手伝いをしてくれるパートナーとして大いに採り入れるべきです。デジタル化はこれまで、救急医療の現場にはなかなかかそぐわないものがありました。というのは、デジタル化は一定の手順を自動化させ、効率化させることが多いですね。しかし、救急の患者さんは半差万別で想定外のことが多く、デジタル化のパターンに乗りませんでした。しかし、A.I.の発展により、これからは多様なデータを柔軟に活用することができ、生成A.I.も活用できる機会が増えてくるかも知れませんね。

患者さんを受け入れるだけのイメージが強いのですが、入院後の集中治療にも全力で取り組んでいます。その集中治療では、遠隔医療を通して

—専門医の見解を借りることも可能になると期待しています。

そうです。例えば、がん診療であれば、治療を多く手がけている病院にかかることが可能でしょう。しかし、救急医療では、その時に受け入

新型コロナウイルスをめぐるパンデミックによって救急医療の現場は過酷な状況にさらされ続けた。コロナは5類感染症に移行し、“アフター・コロナ”的言葉も聞かれるが、現場ではいま、どのように対処しているのか。9月9日は救急の日。アフター・コロナ時代の救急医療の課題と展望について、大阪大学医学系研究科救急医学教授、高度救命救急センター長、織田順氏に聞いた。（池田知隆）

それが前回の医療機関に連絡しておられるが、専門医療機関であっても遅れば手遅れになります。それぞれの医療圈にどんな医療システムが最適なのが、地域により大きく異なります。専門医の育成に加え、地域ごとのネットワーク作りも私たちの使命だと考えております。



塩見 直人（しづみ なおと）1969年京都府生まれ。1995年久留米大学医学部医学科卒業。京都府立医科大学附属病院脳神経外科、済生会京都府病院脳神経外科、久留米大学病院高度救命救急センター、済生会滋賀県病院救命救急センター長などを経て、2022年より滋賀医科大学救急集中治療医学講座教授。

滋賀医科大学病院救急集中治療部 T520-2192 大津市瀬田月輪町
医局員:12人 病床数:25床 (ICU12床・一般病床13床)
救急搬送患者数:3700人/年(2022年度) 関連病院:6病院

「在宅医療の充実も
求められています。
これも絶対必要です。日本人の
ほとんどが病院で亡くなっています」

アフター・コロナ時代の救急医療は

塩見直人・滋賀医科大学救急・集中治療部部長（救急集中治療医学講座）教授に聞く。

新型コロナ禍の3年、
なにかと大変でしたね。

私が滋賀医科大学病院に着任したのは2022年1月。パンデミック後半の1年をここで対応してきました。着任前は、コロナの患者だったうどするんだ、と発熱した患者さんを全部シャットアウトしていました。コロナかどうかわからぬのに入発熱しているだけで救急車を受け入れていなかったのですが、それ自体、かなり無理がありました。救急科の役割は、あらゆる傷病者の初期診療を行つと同時に、急性病態に対応することです。「診療の依頼は断らない」というのが基本で、緊急に診療を要する救急患者には必ず対応し、患者にとって最善の治療を行うという姿勢が求められています。

ここでは救急患者は基本的に救急科で初期診療を行い、必要であれば他の診療科と協力して治療に当たっています。全身管理が必要な患者はICU（集中治療室）で集中治療を行い、救急科はゲートキーパーとしての役割と同時に、各診療間を繋ぐコーディネーター、そして各診療科を支援するサポートとしての役割も担っています。

そうです。最初の「入り口」を開いたのです。大学病院は、普段から県内の各病院で治療が難しい患者が来ています。結局、コロナの重症患者もここに集まってきたわけで

「救急医療は、患者にとっての
頼りになる『窓口』です。」

そこで、最初の「入り口」を開いたのです。大学病院は、普段から県内の各病院で治療が難しい患者が来ています。結局、コロナの重症患者もここに集まってきたわけで

私は滋賀医科大学病院に着任したのは2022年1月。パンデミック後半の1年をここで対応してきました。着任前は、コロナの患者だったうどするんだ、と発熱した患者さんを全部シャットアウトしていました。コロナかどうかわからぬのに入発熱しているだけで救急車を受け入れていなかったのですが、それ自体、かなり無理がありました。救急科の役割は、あらゆる傷病者の初期診療を行つと同時に、急性病態に対応することです。「診療の依頼は断らない」というのが基本で、緊急に診療を要する救急患者には必ず対応し、患者にとって最善の治療を行うという姿勢が求められています。

ここでは救急患者は基本的に救急科で初期診療を行い、必要であれば他の診療科と協力して治療に当たっています。全身管理が必要な患者はICU（集中治療室）で集中治療を行い、救急科はゲートキーパーとしての役割と同時に、各診療間を繋ぐコーディネーター、そして各診療科を支援するサポートとしての役割も担っています。

そうです。最初の「入り口」を開いたのです。大学病院は、普段から県内の各病院で治療が難しい患者が来ています。結局、コロナの重症患者もここに集まってきたわけで

なにかと大変でしたね。

私が滋賀医科大学病院に着任したのは2022年1月。パンデミック後半の1年をここで対応してきました。着任前は、コロナの患者だったうどするんだ、と発熱した患者さんを全部シャットアウトしていました。コロナかどうかわからぬのに入発熱しているだけで救急車を受け入れていなかったのですが、それ自体、かなり無理がありました。救急科の役割は、あらゆる傷病者の初期診療を行つと同時に、急性病態に対応することです。「診療の依頼は断らない」というのが基本で、緊急に診療を要する救急患者には必ず対応し、患者にとって最善の治療を行うという姿勢が求められています。

ここでは救急患者は基本的に救急科で初期診療を行い、必要であれば他の診療科と協力して治療に当たっています。全身管理が必要な患者はICU（集中治療室）で集中治療を行い、救急科はゲートキーパーとしての役割と同時に、各診療間を繋ぐコーディネーター、そして各診療科を支援するサポートとしての役割も担っています。

そうです。最初の「入り口」を開いたのです。大学病院は、普段から県内の各病院で治療が難しい患者が来ています。結局、コロナの重症患者もここに集まってきたわけで

なにかと大変でしたね。

私が滋賀医科大学病院に着任したのは2022年1月。パンデミック後半の1年をここで対応してきました。着任前は、コロナの患者にはほぼ4倍もの人手を全部シャットアウトしていました。コロナかどうかわからぬのに入発熱しているだけで救急車を受け入れていなかったのですが、それ自体、かなり無理がありました。救急科の役割は、あらゆる傷病者の初期診療を行つと同時に、急性病態に対応することです。「診療の依頼は断らない」というのが基本で、緊急に診療を要する救急患者には必ず対応し、患者にとって最善の治療を行うという姿勢が求められています。

ここでは救急患者は基本的に救急科で初期診療を行い、必要であれば他の診療科と協力して治療に当たっています。全身管理が必要な患者はICU（集中治療室）で集中治療を行い、救急科はゲートキーパーとしての役割と同時に、各診療間を繋ぐコーディネーター、そして各診療科を支援するサポートとしての役割も担っています。

そうです。最初の「入り口」を開いたのです。大学病院は、普段から県内の各病院で治療が難しい患者が来ています。結局、コロナの重症患者もここに集まってきたわけで

心筋梗塞であれ、脳卒中であれ、コロナにかかった重症化患者への対応も迫られました。

集中治療室には12床ありますが、コロナの患者にはほぼ4倍の人がかかり、3床しか受け入れられません。残り6床が7床で他の救急患者の治療にあたりました。集中治療室では毎日、患者さんの入れ替わりがあり、いったん他の病棟に移つてもらつたあとで再び戻ってきた患者は令和4年度だけで約150人もいましたよ。

それでもなんとかコロナ禍を乗り切つてしまましたが、病床数の不足が深刻です。救急医、ICUを管理する医師も十分ではありません。しかし救急医が足りないからと募集をかけてもすぐに集まるわけではありません。即効性は期待できません。

滋賀県は東京都の人口の1/10分の1です。東京で感染者が2万人を数え、大騒ぎになっていたころ、滋賀県では2千人を数えました。県は、「災害早い段階から新型コロナは『災害』と捉えて、県内にコントロールセンターを設置し、災害に強いDMA-T（災害派遣医療チーム）がコロナ対応に関わりました。

大阪府でコロナ患者による病床利用率が50%を超えたとき、滋賀県では実は90%に達しました。県は、療養型のホテルを用意し、そこに救急医を派遣してほぼ病院と同じレベルで診療したのです。後にこのことを日本臨床救急医学会で発表する機会がありました。だが、高く評価していた医を派遣してほほ病院と同じレベルで診療したのです。大阪、京都に比べて規模の小さい滋賀県だからやれた面もあるかもしれません。なんとかうまく乗り切つきました。

私は救急医はもっと在宅医療関わるべきだと思います。在宅医療はかかりつけ医に任せたらいといふ意見もありますが、救急医も病院で待機するのではなく、地域に積極的に出向いたほうがいいのではないか。意見もまたあります。無駄な救急搬送が確実に減ります。救急患者の症状を全体的にみて判断できるのは救急医です。今、病院に救急搬送したところで意味がない、とか、これまで通りの点滴を続けてしまう、という判断ができます。

実は関東地方などで積極的に救急医が病院を出て、現場で判断する取り組みが行われています。ドクターヘリと同様に、いわゆるエリアカーに乗つて現場に出向いて判断していく、という発想です。県内でもこのようないふ試みができるのか、各方面的関係者とも相談していくことが必要です。

これが絶対必要です。小児医療の場面、致命的な外傷や急性疾患をめぐる子どもの症例は大人に比べて少ない。それだけに一度、重症になつたことができなかつたような子どもでも大学病院に運んで治療すれば、各病院の対応は遅れがちです。県内の各地でこれまで命を救つてしまつた。いま、異次元の少子化対策への関心が高まっていますが、大学病院などの救急集中治療院の集中治療室で受け入れるように体制の整備にも目を向けてほしい。

これらの問題は日本急救医学会の中でも取り上げられ、私は終期医療をめぐる委員会の委員をしていました。社会の意識も大きく変化していますが、今後とも貢献に向き合つて

「病院にとって救急医療の役割が再評価されたのです。」

「今回の教訓は、

」

ます、医師の働き方を含めて効率よく無駄のない医療をやらないといふべきだと思っています。在宅医療は

これが絶対必要です。小児医療の場面、致命的な外傷や急性疾患をめぐる子どもの症例は大人に比べて少ない。それだけに一度、重症になつたことができなかつたような子どもでも大学病院に運んで治療すれば、各病院の対応は遅れがちです。県内の各地でこれまで命を救つてしまつた。いま、異次元の少子化対策への関心が高まっていますが、大学病院などの救急集中治療院の集中治療室で受け入れるように体制の整備にも目を向けてほしい。

これらの問題は日本急救医学会の中でも取り上げられ、私は終期医

療をめぐる委員会の委員をしていました。社会の意識も大きく変化していますが、今後とも貢献に向き合つて

ます。医師の働き方を含めて効率よく無駄のない医療をやらないといふべきだと思っています。在宅医療はこれが絶対必要です。小児医療の場面、致命的な外傷や急性疾患をめぐる子どもの症例は大人に比べて少ない。それだけに一度、重症になつたことができなかつたような子どもでも大学病院に運んで治療すれば、各病院の対応は遅れがちです。県内の各地でこれまで命を救つてしまつた。いま、異次元の少子化対策への関心が高まっていますが、大学病院などの救急集中治療院の集中治療室で受け入れるように体制の整備にも目を向けてほしい。

これは絶対必要です。小児医療のが、なんでもかんでも最期は病院で、というのは他の国であります。なんよね。国民性の違いかもしれないが、病院で亡くなるのが幸せとは限りません。人間って最期、家族に看取られて住み慣れた家で迎えられるべきだと思います。在宅医療はかかりつけ医に任せたらいといふ意見もありますが、救急医も病院で待機するのではなく、地域に積極的に出向いたほうがいいのではないか。意見もまたあります。無駄な救急搬送が確実に減ります。救急患者の症状を全体的にみて判断できるのは救急医です。今、病院に救急搬送したところで意味がない、とか、これまで通りの点滴を続けてしまう、という判断ができます。

実は関東地方などで積極的に救急医が病院を出て、現場で判断する取り組みが行われています。ドクターヘリと同様に、いわゆるエリアカーに乗つて現場に出向いて判断していく、という発想です。県内でもこのようないふ試みができるのか、各方面的関係者とも相談していくことが必要です。

これが絶対必要です。小児医療の場面、致命的な外傷や急性疾患をめぐる子どもの症例は大人に比べて少ない。それだけに一度、重症になつたことができなかつたような子どもでも大学病院に運んで治療すれば、各病院の対応は遅れがちです。県内の各地でこれまで命を救つてしまつた。いま、異次元の少子化対策への関心が高まっていますが、大学病院などの救急集中治療院の集中治療室で受け入れるように体制の整備にも目を向けてほしい。

これらの問題は日本急救医学会の中でも取り上げられ、私は終期医

療をめぐる委員会の委員をしていました。社会の意識も大きく変化していますが、今後とも貢献に向き合つて

ます。医師の働き方を含めて効率よく無駄のない医療をやらないといふべきだと思っています。在宅医療はこれが絶対必要です。小児医療の場面、致命的な外傷や急性疾患をめぐる子どもの症例は大人に比べて少ない。それだけに一度、重症になつたことができなかつたような子どもでも大学病院に運んで治療すれば、各病院の対応は遅れがちです。県内の各地でこれまで命を救つてしまつた。いま、異次元の少子化対策への関心が高まっていますが、大学病院などの救急集中治療院の集中治療室で受け入れるように体制の整備にも目を向けてほしい。

これは絶対必要です。小児医療のが、なんでもかんでも最期は病院で、というのは他の国であります。なんよね。国民性の違いかもしれないが、病院で亡くなるのが幸せとは限りません。人間って最期、家族に看取られて住み慣れた家で迎えられるべきだと思います。在宅医療はかかりつけ医に任せたらいといふ意見もありますが、救急医も病院で待機するのではなく、地域に積極的に出向いたほうがいいのではないか。意見もまたあります。無駄な救急搬送が確実に減ります。救急患者の症状を全体的にみて判断できるのは救急医です。今、病院に救急搬送したところで意味がない、とか、これまで通りの点滴を続けてしまう、という判断ができます。

実は関東地方などで積極的に救急医が病院を出て、現場で判断する取り組みが行われています。ドクターヘリと同様に、いわゆるエリアカーに乗つて現場に出向いて判断していく、という発想です。県内でもこのようないふ試みができるのか、各方面的関係者とも相談していく必要があります。

これが絶対必要です。小児医療の場面、致命的な外傷や急性疾患をめぐる子どもの症例は大人に比べて少ない。それだけに一度、重症になつたことができなかつたような子どもでも大学病院に運んで治療すれば、各病院の対応は遅れがちです。県内の各地でこれまで命を救つてしまつた。いま、異次元の少子化対策への関心が高まっていますが、大学病院などの救急集中治療院の集中治療室で受け入れるように体制の整備にも目を向けてほしい。

これらの問題は日本急救医学会の中でも取り上げられ、私は終期医

療をめぐる委員会の委員をしていました。社会の意識も大きく変化していますが、今後とも貢献に向き合つて