

アフター・コロナ時代の救急医療は 救急医療のセンター化と 在宅医療の充実を

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)

塙見直人教授



アフター・コロナ時代に向けて救急医療のセンター化と在宅医療の充実を——。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で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。前職の済生会滋賀県病院で救急部門を充実させた手腕を買われ、コロナ禍の昨年1月、滋賀医科大学救急集中治療医学講座の第2代教授に就任し、活躍している塙見直人教授。これから救急医療をめぐる課題と展望についてお聞きしました。

コロナ禍のなかの救急医療は

——まず、滋賀の救急医療体制から。

滋賀県には真ん中に琵琶湖があり、北部と南部の医療格差が大きい。南部の大津市や草津市などの都市部は病院も充実していますが、北部の高島市などの医療体制はまだまだ不十分です。ここ(救急集中治療部)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。

この例を見ながら柔軟に対応しても良かったのではないか。日本人はなんでも一律に動く傾向が強いですが、多くの医療従事者がそう感じていると思います。その点、滋賀県は全国的にも柔軟にやれたと思います。

滋賀県は東京都の人口の10分の1です。東京で感染者が2万人を数え、大騒ぎになつていたところ、滋賀県では2千人を数えました。県は、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。

滋賀県は、東京都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、養育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学会で発表する機会がありました。高く評価していただきました。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てきました。

救急医を目指して

——そもそもどうして医師になろうと。

京都府福知山市で育ち、小学生のころから医師になろうと考えていました。小学5年のとき、祖父が肺炎で病院に運ばれました。當時、市内で入院できる病院は一つしかなく、命を助けるには人工呼吸器が必要でした。なんどその病院に人工呼吸器が一つしかなく、す

地元の京都に戻って医療したいと思い、京都府立医大に入局したのですが、救急医学講座がありませんでした。当時、救急医学講座があつた大学は少なく、関東では日本医科大学、関西では大阪大学が有名でした。京大にも京都府立医大にもなく、久留米大学に救急医学講座ができるのも私が卒業した1995年です。救急症例も扱うことができるため、脳神経外科の医局に所属し、頭部外傷や脳卒中に対応しました。その後、教授が変わったこと



滋賀医科大学医学部附属病院

まず、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けません。日本の医療の根本的な課題につながるものですが、県内でも各病院が同じような医療で競っています。そうではなく、いろんな傷病について医師を集約していくことが求められています。例えば、A、B、Cの三つの病院があつたとして、あらゆる傷病を同じように診療することにどれだけの意味があるのでしょうか。地域ごとに同じような医療を一からやるよりも、脳卒中や心臓系、外傷系の医師を集約して

——今回の教訓は。

救急科の役割は、あらゆる傷病者の初期診療を行うと同時に、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、患者にとつて最善の治療を行なうという姿勢が求められています。着任後、医局員とも相談し、病院側とも協議して、私たち救急医が発熱患者の初期診療を行うことにしまして、医師も感染しないよう注意して発熱患者を受け入れました。

——救急医療は、患者にとつて頼りになる「窓口」です。

そうです。最初の「入り口」を開いたのです。大学病院には、普段から県内の各病院で治療が難しい患者が搬送されます。結局、コロナの重症患者もここに集まつてくるわけで、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。集中治療室は12床ですが、コロナの患者にはほぼ4倍の人がかかるため3床しか受け入れられません。残り6床か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、いたん他の病棟に移つてもらったあとで再び、戻ってきた患者は令和4年度だけで約150



——病院にとって救急医療の役割が再評価されたのでは。

コロナ対策をめぐつて各病院には国からの補助金がでて、病院経営が助けられた面もあるようです。補助金がなければ、コロナの患者を診療してくれない病院もありました。いずれにしろ、救急医療の重要さが見直され、各病院の再評価にもつながったのではないでしょうか。私にとって一番の教訓はもう少し臨機応変に診療する体制をとれなかつたかということがあります。当初は未知のウイルスだったのでも、過度の制限はやむを得ませんでしたが、多少エビデンス(証拠)が蓄積されてきたので、諸外因もいました。

治療に当たつたほうが救命率の向上につながります。いまやドクターヘリを活用できる時代で、治療の要請を受けて10分程度で初期診療が開始できます。2001年からドクターヘリの全国的な展開が始まっていますが、これをもつと活用していくことが大事です。

——救急医療のセンター化ですね。

これは絶対必要です。小児医療の場合、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、重症になつた子どもには専門的な知識と技術が要求され、各病院の対応は遅れがちです。県内の各地域でこれまで命を救う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、助けられます。小児の重症患者について、小児科と協力しながら大学病院の集中治療室で受け入れるようにしていきたい。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体制の整備にも目を向けてほしい。

——在宅医療の充実も求められていますね。

日本人のほとんどが病院で亡くなつていまですが、なんでもかんでも最期は病院で、というのは他の国ではありませんよね。国民性の違いかもしれません。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る方がいいと思うこともあります。

私は救急医がもっと在宅医療に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いという意見もありますが、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でしょう

か。そうすることで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、これまで通り点滴を続けましょう、という判断ができるます。

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、いわゆるエリアターに乗つて現場に出向いて判断していくこという発想です。県内でもこのような試みができないか、各方面の関係者とも相談していることを考えていました。

——コロナ禍を通して社会意識の変化は。

コロナ禍によつていわゆる延命医療のあり方ケローズアップされました。救急医療の現場でも終末期医療の現状について深く考えさせられました。

高齢社会の日本では、介護が難しい人が特別養護老人ホームなどにたくさんいます。そんな高齢者がコロナにかかり、治療を求めて病院に押し寄せ、病院の医療を圧迫しました。90歳を超える高齢者にどんな治療をしたらいいのか。大学病院で高度医療を受けて、一時的に生命を維持しても治る確率が低い患者にどう対応するのか。人工呼吸器を装着するのか。エクモ(人工肺)とポンプを用いた体外循環回路による治療を使うべきなのか。さまざまな患者をめぐる家族の戸惑い、それぞれの人生観について難しい問題を突きつけられました。

これらの問題は日本救急医学会の中でも取上げられ、私は終末期医療をめぐる委員会の委員をしています。社会の意識も大きく変化していますが、今後とも真剣に向き合つて

いきたいと思っています。

——若い医療従事者へのメッセージを。

いま、医学生を教育する立場に立つています。最初から自指したわけじやありませんが、いろんなサポートしてくれる人がいて、私は恵まれていました。ステップ・バイステップしながら自分がやりたいことをやってくることができました。学生時代は勉強だけではなく、いろんなことやったらいとっています。しかし、医師になつたあと、必死で頑張らないといけません。い医師になるには努力が欠かせません。できれば人が面倒くさがるようなことを進んでやつてほしいですね。救急医には特にそれが大事です。

——若い医療従事者へのメッセージを。

いま、医学生を教育する立場に立つています。最初から自指したわけじやありませんが、いろんなサポートしてくれる人がいて、私は恵まれていました。ステップ・バイステップしながら自分がやりたいことをやってくることができました。学生時代は勉強だけではなく、いろんなことやつたらいとっています。しかし、医師になつたあと、必死で頑張らないといけません。い医師になるには努力が欠かせません。できれば人が面倒くさがるようなことを進んでやつてほしいですね。救急医には特にそれが大事です。



滋賀医科大学救急・集中治療部のみなさん
(前列中央が塩見直人教授)



滋賀医科大学医学部附属病院救急・集中治療部
〒520-2192大津市瀬田月輪町
医局員:12人 病床数:25床(ICU12床・一般病棟13床)
救急搬送患者数:3700人/年(2022年度) 関連病院:6病院

塩見 直人(しおみ なおと)教授経歴

- 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研修医
- 2001年 久留米大学病院脳神経外科助手
- 2002年 久留米大学高度救命救急センター助手
- 2006年 久留米大学医学部講師
- 2008年 滋生会滋賀県病院救急科部長
- 2016年 滋生会滋賀県病院救命救急センター長
- 2022年 滋賀医科大学救急集中治療医学講座教授