

- 最終講義 -

救急医学・救急医療 次世代へのバトンタッチ

救急医学 鈴木 幸一郎



はじめに

平成 26 年 1 月 29 日 退任教授の最終講義が M702 教室で開催されました。当日は、福永学長、園尾病院長、教職員、学生など多くの皆様の前で循環器内科吉田教授と救急医学の私が講義を行いました。持ち時間 30 分の講義を終えると、学生、看護師、教室同窓会の皆さんから花束の贈呈があり、教壇上で皆さんと一緒に記念撮影をして無事に終了することができました。厚く御礼申し上げます。

さて、私の最終講義の題名は「救急医学・救急医療 次世代へのバトンタッチ」としましたが、これは小濱啓次教授（当時）の最終講義「救

急医学・救急医療への挑戦」からアイデアを得たものです。教授職を 10 年間経験したことで、先代の努力に改めて思いを致すとともに、次の若い人達に私の理解したところを伝えたいという希望を込めました。

ここでは、大学病院が高度で先進的な医学・医療を追求するなかで、医育機関における救急医学・救急医療のあり方を考えたいと思います。

始まりは昭和 52 年

それは昭和 52 年に始まりました。全国に先駆けて川崎医科大学に救急医学講座が開講されたのが昭和 52 年 1 月 1 日、偶然とはいえ厚生

省（当時）がわが国の救急医療体制の在り方を検討し“初期・二次・三次救急医療体制”の整備を開始したのが同じく昭和52年でした。初代理事長の川崎祐宣先生は“良医の育成”を掲げて川崎医科大学を設立され、その理念を達成するために救急医学講座と“救急患者（いわゆる急患）”の診療を行う救急部門をそれぞれ大学と附属病院に設置されたのでした。救急医学講座の教育目標は“軽症から重症まで全ての救急患者を診療できる医師の育成”となりましたが、これは建学の理念そのものでもあったわけです。しかし高度先進医療を行うのが大学病院であるという考え方は、当時も今も何ら変わるところはありません。そのため、救急患者の診療を大学病院で行うことへの反対は、救急部門発足当時から根強いものでありました。

（もちろん、本学附属病院では“建学の理念”に基づき救急部門が開設され診療・教育の場として機能してきた歴史があり、救急医学・救急医療に対する理解は他学に比べると遥かに良好で、救急診療も病院全診療科が参加する体制のもとに実施されています。）

救急医学教育がもたらしたつけ

昭和52年に“初期・二次・三次救急医療体制”の整備が始まりましたが、その動きと合わせるように全国80の医学部・医科大学では救急医学講座が開講されていきました。しかしその大部分は、三次救急を対象にした救急医学教育を行うものであり、大学病院附設の救命救急セン

ターは三次救急医療に特化する道を選択したのでした（左下図）。

その結果、重篤救急患者診療と病態研究を行う救急科専門医が誕生することになり、救急医の identity の確立に繋がりました。しかし一方では、医学部・附属病院における医学生・研修医教育上の問題が出現してきました。すなわち、医育機関が初期・二次救急医療を切り捨てたことに伴い、医学生・研修医の基本的な診療能力（鑑別診断ならびにバイタルサイン評価と救命処置）を教育する場が医育機関にはなくなりました。

初期・二次・三次救急医療体制とそれに伴う医育機関の選択がもたらした功罪は下図の如くになると考えています。

初期・二次・三次救急医療体制の功罪

長所

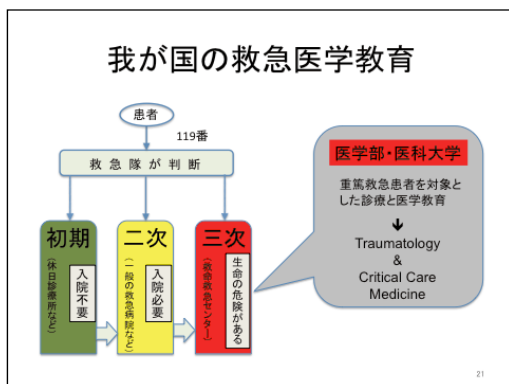
- ・ 医学部・附属病院に救急医学講座、救急科（救命救急センター）が開設される
- ・ 救命救急センターが地域救急医療の中核に
- ・ 重篤救急患者診療を専門に行う救急科専門医・指導医の誕生（identityの確立）

短所

- ・ 医学部・附属病院における医学生・研修医教育上の問題
初期・二次救急を切り捨てたことに伴い医師の基本的診療能力（鑑別診断と救命処置）が低下
初期・二次救急を担う医師の教育・育成が行われておらず、結果的に二次救急医療を担う医師が不足
- ・ 軽症・中等症・重症別に搬送先を決める仕組みであり、救急隊には過度の負担

新医師臨床研修制度の導入

医療の高度化・専門化が進み自分の専門分野しか分らない医師が増えたことなどから、平成16年度に新医師臨床研修制度が導入されました（厚労省新医師臨床研修制度に関するQ&Aより）。しかし、もし昭和52年当時わが国の医学部・附属病院が川崎医科大学のような考え方で救急医学教育を行い、軽症から重症まで全ての救急患者を診療するような研修医教育を行っていたらどうなっていたでしょうか。少なくとも基本的診療能力の低下を理由に臨床研修制度を変えることにはならなかったのではないかと、また、初期・二次救急診療を担当する医師の不足のために、地域における二次救急病院が十分に機能を発揮できず、救急車不応需件数



が増加するという状況も回避できた可能性があります。と思います。

昭和52年から四半世紀を経て新医師臨床研修制度が導入され、既に10年が経過しました。当初の目的がどの程度達成されているのか少々疑問ですが、それにも増して2年間の初期臨床研修期間の短縮化を目指す動きに加えて平成29年からは新たな専門医制度が始まろうとしています。臓器別に専門医をつくるやり方は、複数臓器に異常を抱えることが多い救急患者の診療においては馴染まないものであり、今後の救急医療の行方に大きな不安を覚えます。

救急医学教育のあり方

救急医学の構成

- I. 病院前救急医学
ドクターヘリ/ドクターカーによる病院前治療、
災害/テロ救急医療体制、メディカルコントロール体制
- II. 初期救急治療医学
軽症～重症救急患者の診療（ER型救急）
重症度別患者選択（トリアージ）
- III. 専門的救急治療医学
外因性疾患：重症外傷、熱傷、急性中毒、環境障害など
内因性疾患：心肺停止（CPAOA）、ショック、意識障害、
重症感染症、多臓器障害（MODS）など



救急医学は、上図に示すように、現場（病院外）における救急医学，病院の入り口（救急外来）での救急医学，救命救急センターICUにおける重症患者診療を扱う救急医学から構成されます。

なかでも救急外来における患者診療は、大別

すると、病気やケガの診断（鑑別診断）、急変する患者に対する救命処置（バイタルサイン評価＋緊急処置）、重篤な状態に対する決定的治療の3つから成ります。軽症、中等症の救急患者の診療においては“鑑別診断”と“救命処置”が、重症救急患者の診療においては“決定的治療”が特にポイントになります。なかでも、卒後間もない初期研修医にとっては、軽症・中等症の救急患者診療を通して“鑑別診断”と“救命処置”を修得することが将来何科の専門医になるにしても極めて重要です。臨床各科では臓器特異的な診察法を学んでおり、それらの診察法は“鑑別診断”を行う際の基本になります。ところが、どんな疾患か全く不明な場合にはそれなりのアプローチが必要で、この一つがsymptomatology（症候学）ということになります。

これらのことを踏まえた上で医学生教育と初期研修医教育を考えていくことが大切ではないかと思っています。

おわりに

最初に述べましたように、大学病院が高度で先進的な医学・医療を追求するなかで、医育機関における救急医学・救急医療教育がどうあるべきかについての私見を述べさせていただきました。今後救急医学教室を担う先生方には、「川崎医科大学の“建学の理念”からぶれることのない救急医学教育を追求してください」とお願いして私の最終講義とさせていただきます。

略 歴

- 昭和49年3月 和歌山県立医科大学卒業
 昭和49年7月 大阪大学微生物病研究所附属病院外科
 昭和51年12月 川崎医科大学麻醉第3講座臨床助手
 昭和52年1月 川崎医科大学救急医学臨床助手
 昭和54年10月 川崎医科大学救急医学講師
 昭和62年10月 川崎医科大学救急医学第2講座助教授
 昭和63年4月 川崎医療短期大学医用電子技術科助教授(併任)
 平成3年4月～平成12年3月
 川崎医療短期大学医用電子技術科教授(併任)
 平成16年4月 川崎医科大学救急医学教授
 平成17年4月～平成25年3月
 院長補佐(兼務)
 平成19年4月 川崎医療福祉大学臨床工学科教授(併任)
 平成26年3月 川崎医科大学定年退職



【学会長】

- 平成17年11月 第17回日本中毒学会中国四国地方会
 平成19年12月 第16回日本熱傷学会中国四国地方会
 平成21年1月 第26回日本集中治療医学会中国四国地方会
 平成22年7月 第32回日本中毒学会総会・学術集会
 平成23年5月 第27回日本救急医学会中国四国地方会

【受賞】

- 平成2年6月 日本救急医学会公益信託丸茂救急医学研究振興基金
 平成23年9月 2011(平成23)年度救急功労者総務大臣表彰