

## PL ERからセーフティネットを考える

慶應義塾大学医学部救急医学教室

堀 進悟



救急医となってから、この仕事の意味をずっと考え続けてきました。関連する臨床領域が広い、患者の緊急性が高い、などの特徴はありますが、その本質は「なくてはならぬ医学」と思い至りました。それで学術集会のテーマをセーフティネットとしました。生活保護のことかと笑われましたが、本来のセーフティネットは水、エネルギー、通信など生活に欠かせないインフラで、それと同じ程度に救急医療は社会に必要です。災害医学が救急医学の一部であることも、その本質がセーフティネットであるからにはほかなりません。勿論、セーフティネットには診療のみならず教育、研究、啓蒙活動を含みます。

救急医としての私の仕事場はERが中心でした。それで、ERから、セーフティネットを如何に充実出来るかを考えてきました。本邦では処置室とも呼ばれ重視されてきませんでした。ERには大きな可能性があります。ERはプレホスピタルと病院をつなぐハブです。ハブに資源を集中すれば救急医療の量と質を調節し、ICUを含めその後の治療を牽引するペースメーカーの役割を果たします。脳梗塞のt-PA、ショック、外傷、心不全、呼吸不全の安定化も、ERで容易に行えます。侵襲的治療が必要なら、ERから手術室やカテーテル室に直行します。昔は数日以上の入院を要した難しい診断も、現代のERでは数時間で出来ます。ERに資源を集中すれば、病院が持つ高い機能を十全に発揮出来ます。重症患者の安定化のみならず、中等症のスクリーニングを行うことにより、救急患者を安全に診療し、生命と機能予後を改善出来ます。

本邦は、戦前からの各科対応型に加え、戦後の経済復興を背景に、救命救急センターを頂上に置く初期・二次・三次体制により救急医療に対応し、目覚ましい成果を上げました。一部の施設でER型が始まり、2004年からの新研修医体制を契機に普及して来ました。さらに最近では、ER型病院が救命救急センター認定を取得し、あるいは救命救急センターがER型機能を獲得する動きも認められます。このように、少しずつ病院のER機能が社会に認知されてきたことは成熟と思います。従来は最重症の患者に特化した救急医学の裾野を少しだけ広げれば、国民に分かりやすい救急医学のイメージを示すこととなります。

勿論、個々の病院にとっては、与えられた条件（所在、病床数、人的資源、地域人口、地域の医療施設数など）によって各科対応型、救命救急センター型、ER型のいずれが適切かは異なります。個々の救急医の興味もER、集中治療、外傷、中毒、感染症、災害、など多彩であることが健全です。しかし、ERで確実に患者を診療できる能力（安定化とスクリーニングの能力）を若い世代に賦与することは大切です。

救急医療の質を高めるにはヒトが必要です。幸いに救急科専門医数は順調に増加していますが、この数をさらに増加し、女性医師も、ベテラン医師も意欲的に、楽しく働き続けられるように、環境を整備することが必要です。水、エネルギー、通信などのセーフティネットを多くのヒトが業として維持するように、救急医療がより多くの、救急医、救急看護師、救急救命士を獲得し、それらのヒトが核となり、必要な技術、知識、教育を生む原動力となることを願っています。