

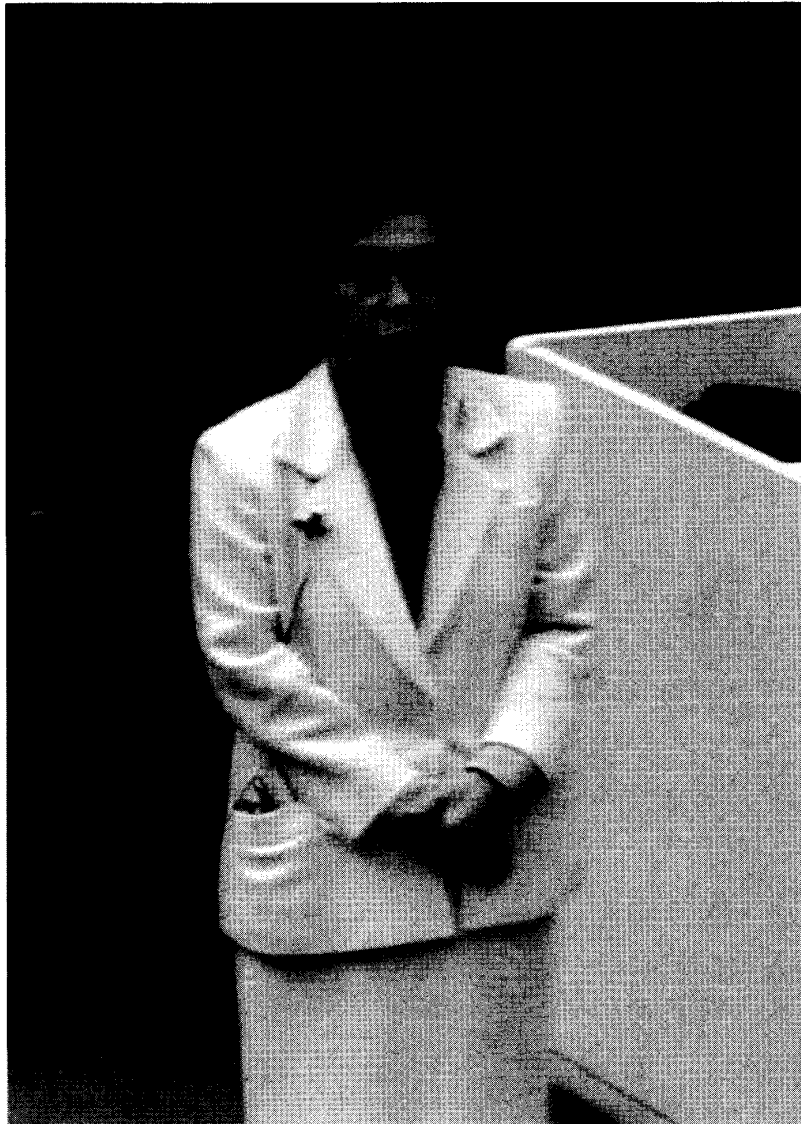
退官記念講演
救急医療と共に20年

大 谷 美 奈 子

広島大学医学部救急医学講座教授

平成14年3月8日

(於：広島大学医学部第5講義室)



大谷美奈子 教授 略歴

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 1966年3月 | 広島大学医学部医学科卒業 |
| 1967年3月 | 医師実地修練終了（広島大学医学部附属病院） |
| 1967年4月 | 広島大学医学部麻酔学教室入局 |
| 1967年11月 | 広島大学医学部助手（麻酔学） |
| 1970年11月 | 広島大学医学部附属病院講師（麻酔学） |
| 1975年10月
～1978年6月 | 米国エール大学留学（麻酔学） |
| 1979年11月 | 広島大学医学部附属病院助教授（救急部） |
| 1996年11月 | 広島大学医学部教授（救急医学） |
| 2002年4月 | 広島大学名誉教授 |

私は昭和41年に広島大学医学部を卒業いたしました。当時はインターン闘争時代でありまして広島大学病院でインターン時代を過ごしました。その後開講されたばかりの麻酔学教室に入局しました。当時麻酔学はまだまだ新しい学問分野で、順次各大学に新設され始めておりました。図らずも麻酔学教室の創設期、救急医学教室の創設期と二つの教室の創設に大きく関わることになりました。

麻酔学教室在籍中に京都大学で短期間ではありましたが麻酔学の研修をする機会を得ました。広島大学に帰りましてからは週3日第一生理学教室で入沢宏教授のご指導をうけましたが、研究テーマの関係で二宮石雄助教授に直接指導していただきました。その後米国エール大学の麻酔学教室に留学し痛みの伝導と麻酔薬に関する研究に従事しました。広島大学麻酔学教室には12年間在籍しましたが、この間外科系各科の先生方が3ヶ月毎に麻酔科で研修されておりましたので、多くの先生方との出会いがありました。このことは大学病院内の医師と顔の見える関係を築くことができたということであり、救急部を運営するうえで大変心強いものがありました。

救急部の沿革：広島大学医学部附属病院救急部は、昭和54年10月1日に開設されました。助教授1名、看護婦7名、技官2名、事務官1名が予算化され、初代救急部長として麻酔科の盛生倫夫教授が就任され、私が助教授に選任され副部長になりました。救急部が開設されるということは、夜間・祭日門戸を閉ざしていた大学病院が365日、24時間患者を受け入れるということを意味しております。運営はkey station方式とし、毎月運営委員会を開催して、各診療科、中央診療部門、看護部、事務部門などの理解と情報交換を図り院内の協力体制を築くことに精力を傾注しました。元来大学病院というところは、講座制にはばまれて、院内の総力を結集するとか、専門別によるグループ診療をするなどということが、最も出来にくい環境にありました。そこで大学病院の中で横の連携を蜜にするには教育すなわち勉強会を全病院的にやろうと考えました。昭和56年から昭和65年まで年に2～3ヶ月に1回のペースで全診療科合同、自由参加として行い、多くの医師の参加を得て活発な議論が交わされました。

昭和58年に集中治療部が設置され、講師1名、助手2名と看護婦3名が増員され、医員1名も加わり救急部集中治療部として合同で運営することになりました。部長には盛生倫夫教授、魚住徹教授、松浦雄一郎教授、横山隆教授がなられ、平成8年11月に救急医学講座が開講するまでご尽力いただきました。

教官は助教授1名（救急部）、講師1名（集中治療部）、助手2名（集中治療部）、助手1名（救急部）であり、医員1名（外科）が6ヶ月間のローテーションで専従することになりました。当直体制も救急部集中治療部の専従医が1名と全科輪番制による医師1名の計2名で担当することにしました。看護婦も一般病棟と兼務とはいえ34名となり、救急部が発足して5年6ヶ月、集中治療部との合同運営となって2年目に救急部集中治療部合同運営の基礎がほぼ出来上がりました。

救急部集中治療部の歩み：昭和54年10月から救急部として外来診療を開始いたしましたが、それに先立って中国新聞に大学病院に救急部が設置され耳鼻咽喉科、眼科まで幅広く診療するという記事ができました(図1)。広島市では耳鼻咽喉科、眼科の先生が少ないので、夜はなかなか診てもらえなかったが、今後は耳鼻咽喉科、眼科は一次救急患者も診てもらえるものと大変期待されたわけでありました。1990年からの救急外来患者数を示しております(図2)。年間、新患数と再来患者数を合わせて5000名程度の患者が夜間、休日に来院しております。この中には三次救急患者も含まれております。大学は原則として三次救急患者の診療をする役割を担っているわけですが、軽症患者の来院が多くなりますと、重症患者を診るという大学病院本来の使命が果たせなくなります。このことは中国新聞でも当初から指摘されていましたが、現在も大きな課題であります。大学病院の救急患者数の上位5診療科は耳鼻咽喉科、眼科、小児科、整形外科、第一外科であります。耳鼻咽喉科、眼科は一次救急患者が多い、小児科は再来患者が多い、これは今後新病棟完成の暁には集中治療病棟のベッド数は約4倍に増えますので、一次、二次の救急患者に時間を割くことができなくなります。今後は大学病院を含めた広島県、広島市の救急体制としての問題になってこようかと思えます。第一外科の患者数が多いのは、来院する外傷患者全て（頭部単独外傷、四肢単独外傷を除く）の所属診療科を第一外科にしたことが大きく影響しております。これは救急部が診療科ではないことに起因しますが、当時第一外科の助教授であった横



図1

大谷美奈子教授退官記念講演：救急医療と共に20年

救急外来患者

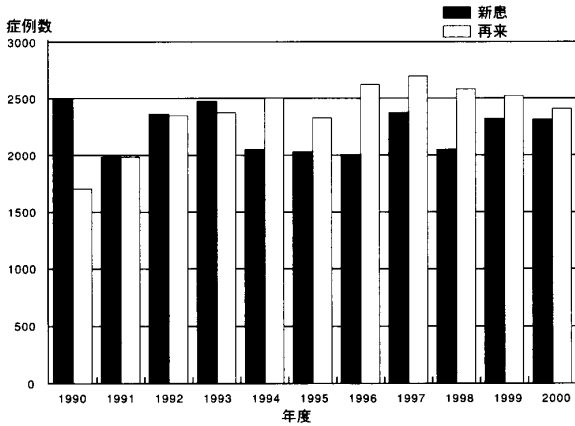


図2

ICU入院患者

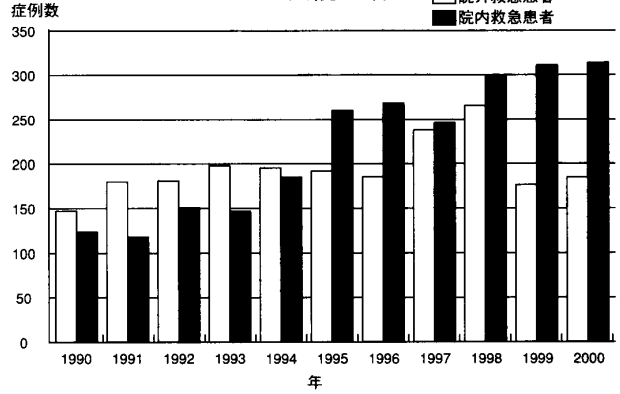


図3

山隆先生が昼は勿論、夜も日曜祭日も常に大学病院におられたので外傷患者は第一外科とする取り決めをしたからであります。次にICUに入室した患者数を示します(図3)。ICUのベッド数は1995年まで6床、1996年から7床になりました。1床増えたことにより1996年から患者数が増加しております。手術後などの院内患者数と救急隊あるいは他院からの依頼患者数を示しておりますが、院内患者と院外患者に対して少ないベッドの配分に苦勞している実情を表しております。

重症救急患者：私たちが日の丸を背負った気持ちをもって取り組んだ2名の外傷患者があります。それは広島駅でおきた拳銃発砲事件です。韓国から出張できた人が間違っ撃たれ、大学病院に搬送されました。胸腹部外傷でショック状態になり、時間との勝負のなかで関連診療科との連携のもとに精力を結集し一命を取り留めることができました。もう1名は中国の留学生でした。交通事故で大学病院に搬送されました。重症頭部外傷で来院時からすでに頭蓋内圧が高く治療法の選択が課題でした。当時一般的でなかった脳低温療法を行う決断をし、脳神経外科の医師を中心に寝食を忘れた治療に取り組みました。ICUに来て胡弓を弾けるまでに回復しスタッフ一同感激しました。この喜びがあるから22年間やることができたと考えています。

広島大学には、ある時期から重症熱傷患者が多く来院するようになりました。年間約15例から20例です。ここには小児患者数と70歳以上の高齢患者数を示しています(図4)。ある時期までは小児が多く、最近では高齢者が非常に増加しております。小児患者の減少は風呂が温度設定様式になってからであります。以前の子供の熱傷は圧倒的に風呂が原因でした。これまで約80名の小児重症熱傷患者を治療してきましたが、死亡例は3名であり優秀な成績であると自負しております。因みに小児例を除いた全症例の11%が自殺企図者でした。広島県における熱傷患者の実態を把握し、将来的に熱傷救急システムを構築する目的で、1992年から1994年までの3年間の県下における熱傷

熱傷患者

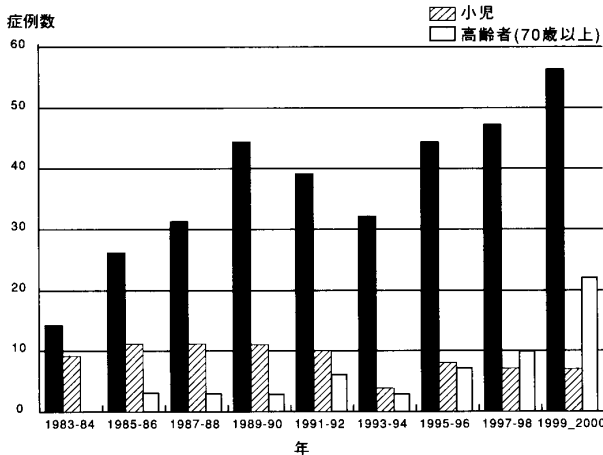


図4

中毒患者

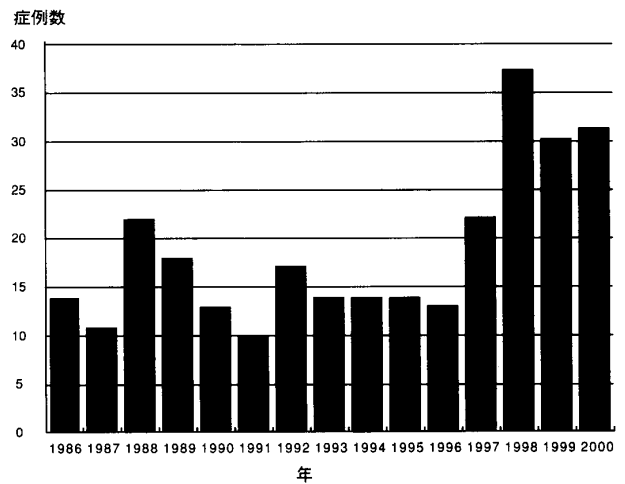


図5

発症原因、搬送状況、治療についてのアンケート調査を行いました。救急搬送患者数は514名、外来患者数は5,482名、入院患者数は717名でした。入院患者では熱傷の原因として、加熱個体、火炎、加熱液体のうち加熱液体が399名と多く、その内訳は風呂、やかんの湯、ポットの湯などでした。このアンケートの結果と推定熱傷患者数を推定した論文（金田治也ら）に基づいて、人口280万人における熱傷患者数を推定し、広島県における必要熱傷ベッド数を試算しました。この結果広島県には5～10床の重症熱傷患者用ベッド（うち2～4床は集中治療ベッド）を有する医療機関が2ヶ所必要である、との結論を得ました。

中毒患者は年々増加しております（図5）。中毒物質の同定は治療方針を決める上でも大変重要です。早期に分析して原因物質が同定できれば、解毒・拮抗薬の使用が可能なものもあるわけであります。この意味でわれわれは分析センターが広島大学にできることを熱望しているのであります。中毒の場合は自殺企図者が圧倒的に多く、患者総数の60%が自殺企図者でした。このことは精神科のバックアップ、あるいは精神科救急を整備充実していく必要があることを意味しており、今後の課題だと思えます。

小児における脳死判定基準：6歳未満の小児は脳死判定基準から除外されていることはご承知と思います。このことに関して厚生省厚生科学研究費特別研究班が組織され、小児における脳死判定基準が検討されました。厚生省の脳死判定基準がでる以前から広島大学では純粋に学問として成人は勿論のこと、6歳未満の小児も脳死判定の対象とし、家族の了解を得て厳密な脳死判定を行ってきました。これまで6歳未満の小児14症例のデータの蓄積がありました。この班会議で行った全国アンケートで20症例のデータが検討の基本データとなりましたが、内14症例が広島大学のデータであります。

ドクターヘリ試験事業：ドクターヘリについては、1991年に自治省の計画で、広島大学病院において試験事業を実施しました。当初1991年10月から開始する予定でしたが、台風で西飛行場が海水に浸かりヘリコプターが使用不能となり、1992年3月に1ヶ月間実施することができました。この試験事業は、1ヶ月間大学病院の助手以上の医師一人が毎日朝9時から交代で西飛行場に待機して、病院あるいは救急隊からの要請でヘリコプターに同乗し患者を三次救急医療施設に搬送するというものです。病院間搬送が5件ありましたが、この間模擬患者の搬送、試験飛行で31日間ほとんど毎日ヘリコプターは飛びました。この試験事業の目的の一つは、ヘリコプターの中に何人の患者を収容できるか、どのくらい資機材が持ち込めるか、ヘリコプターの中に患者を乗せた時にどういうことができるか、出入り口が1箇所しかないのどのような形で患者を搬入できるかなどを検討することでありました。試験事業の詳細は報告書として、冊子にまとめております。冊子には交代で飛行場に待機し、ヘリコプターに同乗した医師の感想文も載せております。広島県には既にヘリポートが整備されている病院として県立広島病院、呉国立病院、中国労災病院、三次中央病院があり、大学病院も新病棟にヘリポートが整備されますので、2003年にはヘリコプターの活躍できる状況が調うのではないかと期待しております。

最後に救急医療・重症患者治療に長く関わってきて、私の考えていることの一部をお話したいと思います。インフォームド・コンセントの重要性は言うまでもありませんが、特に救急では家族への精神的な意味での治療が必要です。決して性急にことを運んではなりません。人の気持ちの整理には時間が重要であることも知りました。時間が解決することの意味を本当に理解できるようになったのはごく最近のことです。定年を迎える年齢にもなりますと自分の死というものが入ってきます。ICUで高齢者の重症患者を治療しながら自分の死に方を考えてしまいます。ICUのベッド数には限りがあります。誰を優先するか。人の命の重さは年齢にかかわらず同じか。次世代を背負う若い人に譲るか。この問題は今後の大きな課題だと思っております。

ご静聴ありがとうございました。