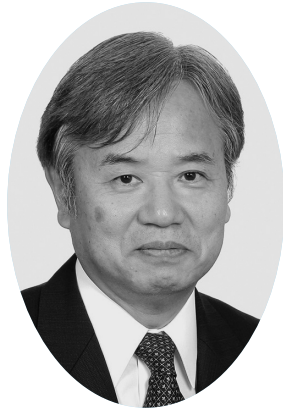


シリーズ 母校を語る〈4〉

四足の草鞋

産山村診療所所長、前熊本大学臨床教授、前熊本県赤十字血液センター所長、前熊本赤十字病院副院長兼救命救急センター長

井 清 司
(昭和五十一年卒)



はじめに

入局せず、学位を求めず、論文も書かず、もっぱら市中病院の臨床の場ですごしてきた私に、本誌の原稿依頼をいただきました。恐縮すると同時に、何かの間違いではないかとも思っております。本誌のアカデミックな雰囲気に沿うようなお話は全くできませんし、母校を語る見識も持ちあわせません。「自分を語る」ことに終始しそうですが、ご容赦いただきたいと思います。

私が高校を卒業した年は学生運動が盛んで、安田講堂事件で東大の入学試験が中止になり、受験生は大迷惑を被った年代でした。一年間塾に通い、翌年に合格できましたが、わが家は山村の農家で、これ以上、親に迷惑をかけられないと思ひ、学生時代は真面目に勉強し落第しないように努めました。

卒業後は、できるだけ早く「自立」することが最優先でした。勿論、「自立」とは、経済的に親への依存を脱し家計を助けること、確固とした医師の技能・知識を修得し、社会的に信頼される人物になること、を意味します。

まず、私のあるべき医師のモデルは故郷の産山村で働いておられた高木先生でした。高木先生は、内科や小児科に加えて、時に分娩の介助や虫垂炎の手術なども診療されておりましたが、こうした臨床能力は、大学の研修では得られないことに在学中に気づいておりました。

沖縄と奈良 ― 特色の異なる研修 ―

幅広い臨床の実力をできるだけ早期に修得するにはどうしたら…?と悩んでいた時に、新規開設した日赤病院の救急を見学した際、内科の楠本先生に沖縄県立中部病院を、小児科の石橋先生に奈良の天理よろづ相談所病院を薦められました。双方ともまだ新しい研修病院ではありませんでしたが、充実した指導で、当時としては初期研修医にも十分な給与が与えられているとのことでした。二つとも出願し、先に沖縄の採用試験があり、合格通知が届いて沖縄に行くことになりました(三年後に天理病院からお誘いを

いただき心臓外科のレジデントとして研修させていただきましたことになりました)。

本土に復帰して五年目の沖縄は、アメリカ占領時代の雰囲気残り、多数の米軍基地があり、車両は右側通行で、まるで外国でした。医師の数は日本本土の四割弱しかいませんでしたが、県内には医学部はまだ無く、琉球政府の時代から、優秀な人達を本土の医学部に「留学」させたのですが、その方々が沖縄になかなか戻らず、帰ってきたとしても、離島で診療するのに向いていないという問題がありました。こうした理由から沖縄県とハワイ大学医学部が提携し、北米方式の卒後研修とER型の救急センターで離島でも診療できる広範囲の臨床能力を持つ医師を育成することが目標にされたのです。沖縄県出身の医学生生の採用が優先され本土出身者は少数(私の場合同期生十六名中三名)でした。一年上の先輩には、聖路加国際病院の日野原重明先生のご子息の日野原知明先生も研修されていました。

一年目は小児科・外科・麻酔科・産科・救急・内科など主要科をローテーションしました。二十四時間受け入れている病院は、中部病院しかなかった。年間四万人の様々な救急患者が来院しました。救急当直が毎週あり、一人で初療・診断して、各科二年目以降のレジデントにコンサルトするのです。沢山の経験を積むことができ、どんな患者が来院しても落ち着いて診療できる自信ができました。小児科救急は特に多く、喘息や肺炎、熱性けいれん、脱水などの高頻度な疾患にはどの科の医師でも対応できなければならないと思ひました。麻酔科や産科で

は独りでも腰椎麻酔や全身麻酔、正常分娩の介助ができる症例を経験できました。外科と内科では、生涯の師に巡り合いました。内科のウィリス先生と外科の真栄城先優夫先生です。

ウィリス先生はカナダのマギル大学出身で、神経内科が専門でしたが、内科一般の幅広い知識をもたれ、病棟では、ベッドサイドティーチングで指導し、診断に難渋している患者を病歴と身体診察だけで瞬時に診断してしまう神様のような存在でした。研修医は個人的に講義していただく時間があがり、「今日は……を講義してください」とお願いすると、即座に、わかりやすく講義してくれました。何でも知っている先生でしたが、一人の時間には、沢山の本を積んで黙々と勉強しておられました。どんなに優れた医者でも一生涯が勉強なのだと思いました。内科医になるなら、ウィリス先生のようになりたくないと真剣におもいました（ウィリス先生は、この後も、京都の舞鶴市民病院にも指導医師として招聘されました）。

外科の真栄城先生は、沖縄出身で、九州大学を卒業後、様々な経緯と苦勞をされながらアメリカのボルチモアの病院で研修されチーフレジデントまで昇りつめて、米国の外科専門医の資格を取得されて帰国されていました。とても厳しい先生で、「鬼軍曹」と陰で言われていましたが、守備範囲はとても広く、頸部・胸部・腹部の外科に加え、心臓血管外科も鮮やかに手術されていました。ご自身の米国での経験から外科研修には、整形外科や脳外科、泌尿器科や麻酔科の研修も必須であるとお考えで、外科希望者には、これらの科を回ることが必須でした。また驚くことに各科の手術の七〇%近くを術者として経験させていました。研修医に積極的に術者として経験

させるように各科の部長や指導医にも方針を徹底させていたのだと思います。

真栄城先生によると、アメリカでは外科医は内科医 (general physician 一般内科・総合内科) のことを「なんでも知っているくせに、何にもしない。」といい、一方、内科医は外科医 (general surgeon 一般外科・総合外科) のことを「何も知らないくせに、なんでも手術する。」と揶揄するのだそうです。からかっているようにも聞こえますが、外科医は内科医の旺盛な知識量と勉強する姿勢を、内科医は外科医の決断力と広い守備範囲を、互いにレスペクトする気持ちが隠れていると思います。ウィルス先生と真栄城先生とが症例を巡って話をされているのを見ると、互いに真に尊敬している雰囲気充分に伝わりました。私はひそかに「何でも知っていて、なんでもできる」医師を目指したいと思いました。

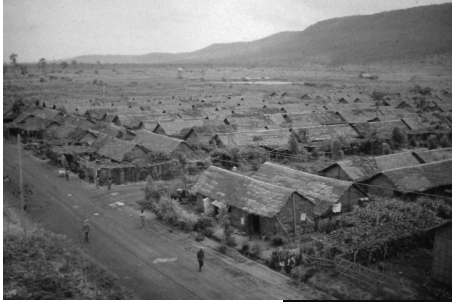
もともと自分の性格は、内科向きと思っていましたが、研修医にこれほど術者として経験させてもらう機会があるのなら、まず外科医としてのスキルを身に着けよう、内科の勉強はその後も遅くないと思ひ、二年からは外科を選択し外科の面白さに目覚めました。外科の二年間で、一般外科（頸部、胸部、腹部）整形外科・脳外科・麻酔科・泌尿器科などをローテーションし、開腹・開胸・開頭・骨接合術などを習得し、外科系に共通する大切なこと、各科の手術の素晴らしい所や、逆に苦勞している所、いわば「光と影」の部分がどの科にもあることを悟りました。最後は八重山群島の石垣島に三か月派遣され、ほとんどの外科手術を一年上の先輩とともに交互に執刀しました。外科医として、離島でもなんとかやっていけそうだと自信がきました。

四年目は、天理よろづ相談所病院の心臓外科のレ

ジデントとして研修させていただきました。天理病院は、病床数も千床以上、まるで大病院のようで、当時内科だけでも七科の専門分野がありましたが、どの科が担当したらよいのか迷う症例も少なくなく、また複数の疾病を持っている患者さんも多く、そのような患者さんが入院する病棟をレジデントが総合診療科として担当していました。天理の研修制度は、大病院や大規模病院に必要な総合診療科を先取りした研修スタイルであったと思います。この研修を終え心臓外科の専修レジデントに進んだ同級生に上田裕一先生（のちの名古屋大学心臓血管外科教授 日本心臓血管外科理事長）がおられます。同級生であった上田先生には沢山のことを親切に教えていただきました。天理の研修医の中からは、上田先生のように、多くの教授や病院長が輩出しています。

タイ・カンボジア国境 ― 難民医療 ―

こうして、四年の研修を終えて、熊本に帰り、日赤病院の心臓外科に就職したのですが、自分の想像とは異なることも多く、しばらく悩んでいた時に、カンボジア難民医療のお話をいただき、タイ国境の難民キャンプに出かけることになり、外科に関する様々な手術を担当しました。最も多かったのは、地雷により足を吹き飛ばされた人の下肢切断手術でした。そのほか、銃創による手術や、整形外科、脳外科、帝王切開なども MSF（国境なき医師団）などの NGO から依頼されることもありましたが、この時ほど、沖縄での研修が役に立ったことはありません。忘れかけていた手術も、頭の片隅や指先に記憶がのこっていました。戦傷外科や熱帯医学の知識が必要であることも確認でき、世界では多数の NGO やボランティア組織が献身的な活動をしていることも実



カンボジア難民医療
1982

タイ・カンボジア国境の
難民キャンプで

経験した手術
地雷創 下肢切断
骨折プレート固定
帝王切開 (MSF から)
頭蓋骨陥没骨折
胸部銃創 開胸手術
開腹手術
先天性奇形 … etc



写真1

感じ、タイの農村の生活も見聞でき、三カ月の期間が一年以上に感じる貴重な経験となりました(写真1)。こののち、一旦、日赤病院を離れましたが、半年後、また、日赤にもどり、一般外科でも働かせていただくことになりました。

五年後の新婚旅行は、水俣病の原田正純先生が主催されるベトナム枯葉剤被害調査団に新妻ともども加えて頂き、戦争後のまだ貧しいベトナムのメコンデルタの村々を巡りました。メコン川の支流に囲まれた小さな茅葺の家々は小さい裸電球一つを点しただけで、漆黒の夜の闇に呑み込まれるようでした。この後も東南アジアの多様性・奥深さ・快適さには

まり、数年ごとに家族でタイ・マレーシア・シンガポールなどのリゾートで夏休みをすごしました。

ウィスコンシン州・マディソンと ピッツバーグ ―臓器移植―

日赤病院に戻り、外科と心臓外科を兼ね充実した毎日でした。そのころ、腎臓内科の早野先生や上木原先生から「腎臓移植をしてみないか？」とお誘いがありました。新しい免疫抑制剤の登場で、ようやく移植が実用の段階に入り始めていたのです。沖繩での研修医の一年目の時に、慢性腎不全で腹膜透析の患者さんを受け持ち、大変苦労した思い出があり、また外科研修中は泌尿器科の手術を沢山させていただいたので、移植の分野も勉強したいという外科医の血が騒ぎました。この際、アメリカで勉強してみたいと考え、思いつくままいくつもの移植施設に手紙をかきましたが、なかなか好感触の返事はもらえませんでした。

そんな折、四国の宇和島市民病院の腎移植百例達成(同院の泌尿器科部長の万波先生が独りコツコツと症例を重ねて達成されたのです)の記念講演会が開かれ、万波先生が留子されていた大学から移植コーディネーターのボブ・ホフマン氏が来日し講演されました。腎移植症例は全米二位で、肝移植・膵臓移植・心臓移植もされているとの講演内容で、その場で勉強させてもらえないかとお願いし、翌年、留学することになりました。

ウィスコンシン州マディソンは、州議会会議事堂と大学のためのような町で、大小四つの美しい湖に囲まれた広大なキャンパスが広がり、治安も良く、勉強するには最良の環境でした。小型飛行機に乗って、周辺の病院に臓器摘出手術に出かけることもありま

した(写真2)。主任のベルツァー教授は臓器保存法を研究されており、この年、UW保存液をアメリカ移植学会で発表されました。肝臓や膵臓や腎臓の保存できる時間がそれまでの数時間だったものが、二十四時間保存可能となったのです。十一月の感謝祭のころ、肝臓移植で有名なピッツバーグ大学を見学する機会もいただきました。日本や欧州・南米から沢山の留学生が来ており、日本の藤沢薬品(当時)のFK506(後に製品化され「プロgraf」として発売)を使った動物実験が行われていました。肝臓移植のスターツェル教授にも少しだけお会いすることができました。伝説となった外科医は尊大で気難しいとの噂でしたが、実際の素顔はとても謙虚で物静かで穏やかでした。

夏休みには、シアトルまで飛んで、カナダのピク



写真2 ウィスコンシン大学移植外科で研修中の筆者
膵臓移植のサリンジャー助教授(後に主任教授)と
近隣の町に臓器摘出手術に小型機に乗って出かける

トリアやバンクーバーを経てカナディアンロッキーを長距離バスで縦断し、再び国境を越えて、途中で道連れになった英国人とイエローストーンやテイートン国立公園などをレンタカーで巡りました。冬休みには、ニューヨークやワシントンを旅して、メトロポリタン美術館・近代美術館・自然史博物館などを見物し、五番街で買い物をして、半額の当日券でニューヨークフィルのコンサートや、ミュージカル「キャッツ」を楽しみました。

翌年、日赤病院に戻り、泌尿器科部長の高野先生をはじめ多くの方々からのご支援を受けながら、初めての腎移植、その後、死体腎移植、血液型不適合間移植、1型糖尿病に対する移植などを手掛け、百例程の症例を重ねて、二〇一一年には脳死提供者からの腎移植を二例続けて行うことができました（写真3）。

移植は術後の様々な合併症に対応することが大変重要です。少なくとも外科手術に関係する合併症の可能性を0に近づける完璧な手術をして、術後は拒絶反応や薬剤の副作用だけを注視し管理したいと心掛けるようになりました。おのずと移植以外の外科手術に対しても、更に一段階上を目指し、より完璧な出来栄を努力するようになったと思います。移植手術は易しい手術ではありませんが、外科医として一段階上を目指すためにも、経験すべきであると私は思います。

移植するようになって、ますます忙しく充実した毎日となりました。とある一週間の仕事の内容は、月曜日…胃腸手術、火曜日…開心術（先天性心疾患）、水曜日…回診、木曜日…外来、金曜日…腎移植手術、土曜日…外傷患者の緊急手術という週が実際にあって、自分でも目の回る忙しさでした。職務としては、



写真3 2010年、熊本県下で初めての脳死提供者からの腎移植手術を報じる熊日新聞の記事



外科医であるものの、救急副部長の職責を与えられておりました。当時既に、救急患者が年間四万人を超え、入院患者の半分近くは、救命センターから入院する急性期病院でした。

救急医療への原点回帰

そのころ、厚生労働省から全国の救命救急センターに「交代制の当直医ではなく、専従の救急医を二十四時間配置し、救急医療体制を充実すべし」との指示があり、救急部長を拝命した私は、軸足を外科医から救急医に移し救命救急センターの運営することになりました。沖縄で研修医の時代、救急外来を当直した日々に戻り、小児の発熱から心肺停止の患者

までを再び相手にすることになったのです。熊本日赤のように、様々な急患が年間四〜五万人受診するような地方型の救命センターは、重症三次救急患者数千人のみが対象の大都市の医学部の救命救急センターはモデルにし難いと思いました。実際の運営は、沖縄での同級生で福井県立病院（後に福井大学教授）の救急部長で、北米ER型の救急を運営している寺澤秀一先生の助言がとても参考になりました。八時間毎の交代勤務制で主にアドバンス・トリアージに徹し、各科医師の働きやすい環境づくりを目指し、「主役」ではなく「脇役」に徹していました。

その時代、医療の崩壊がささやかれ、救急医にとっては逆風が吹いていました。日本国内で医療事故や救急患者のたらい回し報道が相次ぎ、医療を必死で支える職員の苦労は顧みず世論やマスコミは病院や医師に対して激しい非難をして、訴訟事例が続いていました。医師の激務を全く理解しようとなし世論に対して、黙って去っていく医師達の行動に「立ち去り型サボタージュ」という言葉も生まれました。丁度そんな時に、先進的なERを運営されているカナダのトロント総合病院救急部のドゥピンスキー部長に教えを乞う機会がありました。「EBMに基づいたしっかりとしたガイドラインを示しながら、患者中心の医療を、どのように指導すればよいのか？救急医としての存在価値をどのように確立するのか？救急医としてオリジナルな臨床研究をどのようにすすめたらよいのか？救急医には未来があるのか？」このようなぶしつけな質問にひとつひとつ丁寧に答えてくれました。最後に「先生の病院では年間八万人の急患を受け入れていると聞いているが、スタッフやレジデントが医療過誤を起こさないようにどう

しているのですか？」と尋ねたところ、「Just pray!」（ただそうならないようにお祈りするだけ!）と答えてくれて、むしろ少しほっとしました。一生懸命やって最悪の結果になれば、その時は責任をとり辞表をだすだけと覚悟ができました。

どのようなビジョンで運営していくか、病院の各部署の代表者で検討委員会を作り、二十箇条あまりの実現目標をたて、病院長に答申しました（かなり実現困難そうな項目もありましたが、十年後に検証すると、ほとんどすべての目標を達成していました!）。

救急専従医が、やっと最低限の五名が名乗りをあげ協力していただくことになりましたが、八時間ごとの交代はさすがに難しく十二時間交代としました（それでも昨今の医師の働き方改革の勤務時間の課題を既に二十年も早くクリアできていたのです）。

そして、「anyone, anything, anytime」を目標に掲げました。これはアメリカの救急黎明期の救急医たちがスローガンにした言葉で、だれでも（小児から高齢者まで）・どんな病気でも（急性・慢性疾患や外傷や心肺停止症例も）どんなときにも（休日や問わず二十四時間）救急患者を受け入れることを簡潔に表現したものです。また私の研修医時代の経験から、ERをローテーションする初期研修医の教育も大切な目標に掲げました。

救急医療の標準化（ACLS／BLS／JPTC／JATEC）と臨床教育

最初に救急部に加わっていただいた田代尊久先生は、心肺蘇生の標準化プログラムBLS／ACLSに取り組み、臨床の現場を再現した優れたシミュレーション教育の手法を導入し、広くOJT（On

the job training、休日に仕事を離れ新しい知識・技能を集中して修得する手法）を普及させ、病院内だけでなく熊本県内で積極的に研修会を開きました。一般の人達にも講習会を開き、県内の様々な公共施設にAED（自動除細動器）が設置される大きな契機となりました。私も、外傷初期診療プログラムJPTC／JATECのインストラクターの資格を得て、週末や休日を返上し研修会を開きました。研修医の教育に真っ先に用いましたが、その反応・効果は素晴らしく、「教えることは（自分もより深く）学ぶこと」であることを再認識し、教える側にとっても、教えることの喜びを学びました。救急部の中で、手法だけでなく、教える文化と習慣が根付いて行きました。

当然のことながら、共に働いてくれる同僚や後輩を集めることはとても重要で、救急の運営には多数の医師が必要です。当初は、最小限の五名体制で始め四～五年間はその数を維持するのが精いっぱいでしたが、やがて、六名になり、七名になり、八名になった時点で以後、嘘のように急速に増加し、十年後には二十五名を超える医師数となりました（国内で多数の医師を集めるようになった救急の部長は、例えば前述の福井の寺澤秀一先生もそうですが、同じような経験をされています。部員が七～八人に達することが「臨界点」ではないかと思えます）。余裕ができたところで、救急の面白さ、奥深さを余裕をもって教えることができるようになり、また、出自や年齢や性別に関係なく、多様な経歴や能力のある人材が仲間になること（Diversity、多様性）で、互いに学び教えあうことが魅力的にみえたのかもしれない。初期研修を終え、救急部に入りたいという優秀な若い医師も増え、そのような中から岡野雄一先生

は、救急部の小児救急に対する取り組みの検討を発表し、日本救急医学会の最優秀演題賞をいただきました（写真4）。その後も、年間の救急受信者が約六万人、救急車とヘリ搬送八千台の受け入れが続き、日本国内でも有数の症例数を誇る北米ER型救命救急センターとなりました。救急には、十分な経験を積むことができる患者さんが、昔も今も、多数受診されており、昔から私達にとつての真の教師は、患者さんであることは論を待ちません。先輩の先生方が営々と築いてきた日赤病院の救急への信頼が、その背景にあります。



写真4 救急部の岡野雄一医師が日本救急医学会で最優秀賞に選ばれた。熊本日赤のER型救急で受診者の30%強を小児科が占める。救急医が積極的に取り組み小児科医の負担を軽減する試みが評価された。

熊本型救急ヘリ運航体制

― 防災消防ヘリとドクターヘリの協同運用 ―

部員が増えてきたことで、ドクターヘリの運用も可能ではないかと思ひ、上層部に進言しました。

そもそも、熊本県では防災消防ヘリが活躍し、日本では最も救急患者の搬送を担っていました。ヘリの隊員は、県下の各地域から高い志をもった優秀な隊員が選抜され、地域の救急状況を改善するのに、消防ヘリがもっと使えないかと思ひている方が多かったのです。私達とともに、ACLS/BLSやJPTCCを積極的に習得し、共通言語もできていたので救急搬送事例が増えていきました。また、地域の診療所に派遣された自治医大出身の若手の先生（卒後の研修は日赤病院でされていました）が救急ヘリ搬送要請を上手にされていきました。熊本県知事がドクターヘリ導入する旨の発表がありました。私は、このような背景を踏まえ、防災消防ヘリとドクターヘリの二機協同運航することに利点が多いと提案しました。それぞれを所轄する国の省庁も異なり（防災消防ヘリは総務省、ドクターヘリは厚生労働省で縦割り意識が多少ありました）運用を危ぶむ声もありましたが、現場の消防ヘリ隊員と救急医との関係はとても良好で、県庁の医療政策課の方々のご尽力もいただき、大学病院や国立病院や済生会病院のご支援も仰いで、実現の運びとなりました。以後順調に実績を伸ばして、現在では全国のモデルケースとなるまでになりました。実際の計画から運用までは、現救命救急センターの奥本克己先生が中心となっていただきました。

災害医療の標準化へ

― 阪神大震災・台湾中部地震・インド西部地震 ―

一九九五年の阪神大震災では、熊本から第一陣として現地へ赴き、東灘区で医療活動をさせていただきました。一九九九年の台湾中部地震では、当日、熊本から台湾に入り被災地を巡りました。二〇〇一年のインド西部地震でも一か月間、現地で日赤医療班のチームリーダーを務めました。また、二〇〇〇年の沖縄サミットや二〇〇七年の洞爺湖サミットでも、首脳陣のものも場合に備える医療班の一員に加わりました。

国は、阪神大震災を契機に、災害に対する備えが不十分との反省から、各県に災害拠点病院を指定し、熊本では、日赤がその幹事役である基幹災害拠点病院に指定されました。県下の災害拠点病院を支援・指導する立場となりましたが、その役割も私が負うことになり大変戸惑いました。国内外の災害医療の経験はありましたが、災害医療の標準化が未だ確立しておらず、自信をもって教える教材がなかったのです。

私は、前述したJPTCC/JATECが災害医療救護班要員の教育に使えたと直感し、二〇〇二年から院内の救護班や県内の災害拠点病院・救急告示病院の救護班要員研修会でも広め、救急医学会や災害医学会でもその成果を報告しました。

二〇〇五年から東京立川の国立災害医療センターでも災害医療チームDMAT (Disaster Medical Assistant Team: 災害直後の急性期の救命救急医療の訓練を受けた医療チーム) の研修会が始まりますが、その中にはJPTCC/JATECを修得することが必須となっていました。このほか、災

害現場の管理MIMSや、Web環境での情報収集EMIS、航空機を使った搬送など、後の災害医療の標準となる概念が盛り込まれた新しい内容の訓練でした。私はこの初回の研修会を見学させていただきました。講師陣のお手伝いをしたのですが、翌月には、私にDMAT隊員証（隊員登録番号二十三）が送られてきて驚きました。その後、全国の日赤病院の救急部長と話し合い、日赤救護班の教育にもDMATの教育内容を取り入れるべきだと上申しました。このように、災害医療の標準化と次に来る災害に対する準備が少しずつ進んでゆきました。

災害医療のその後の歩み

― 東日本大震災・熊本地震 ―

二〇一一年の東日本大震災では、DMAT・日赤救護班など、多数の医療班が参集しましたが、災害現場での調整や統制がとれず、混乱に陥りました。宮城県石巻市では、石巻赤十字の石井正先生が災害医療コーディネーターとして、秩序ある医療調整を行い、災害医療調整のモデルケースとなりました。大きな災害であるほど、急性期の医療だけでなく、被災地の保健衛生や福祉サービスも低下し、災害弱者と呼ばれる、慢性疾患・高齢者・身障者・小児・妊婦などの健康に悪い影響を及ぼします。災害による死亡を直接死と呼ぶとすれば、このような災害が原因で急激な環境の変化によって亡くなられたと推定される事例は災害関連死と呼ばれ、大きな問題となりました。石巻の医療調整本部はこのような問題にも対応しなければなりません。私も石井先生の下でお手伝いをする機会があり、この制度を熊本県でも準備しておくべきだと考えました。県下の救急部の先生に災害医療コーディネーターとして指



熊本地震で
熊本県庁内の医療調整本部にて
右から国立病院機構大阪医療センター若井先生、
兵庫県災害医療センター中山先生、
熊本県赤十字血液センター（当時）の筆者

東日本大震災で
宮城県石巻市の合同調医療整本部で
左から兵庫県災害医療センターの中山先生
石巻赤十字の石井先生、山形県立中央病院の森野先生、
国立病院機構災害医療センターの小井土先生
熊本赤十字病院（当時）の筆者
（日経メディカル／2011年5月号から引用）



写真5

名していただき、災害医療A C T研究所*の研修会を受講していただきました。この研修会には、保健所長の先生や県の医療政策課の方々にも受講していただき、計三回、九十名の方が受講された時点で、私も想像していなかった熊本地震が起きました。

二〇一六年の熊本地震では、私は二週間前に日赤病院を退職し、血液センター所長に就いていましたが、県庁の医療調整本部に入り、県全体の医療・保健衛生・福祉の調整に務めました（写真5）。県庁―地域保健所管轄区域―市区町村の三階層でそれぞれ

の医療調整本部がおかれ、医療衛生福祉の課題について調整がおこなわれたのですが、これは時代を少し先取りした「熊本モデル」ともいえるものでした。勿論、反省点も沢山ありました。前述した災害関連死が、熊本地震の場合、直接死亡の約四倍あり、改善しなければならぬ点も多数ありました。次に続く世代の方に熊本の経験を共有し、更に優れた災害医療体制の構築を期待したいと思います。

*災害医療A C T研究所…石巻で医療調整をおこなったスタッフを中心に、その経験をもとに災害医療調整に特化した実践的な研修会を主催する団体。都道府県や政令指定都市の要請で研修会を開催し、私も研究員で、今年は一月―二月中旬までに既に、沖縄・広島・三重・滋賀・岐阜の各県の研修会に講師として参加しました。

新規事業を実現する

腎移植や救急部の設立、災害医療などは病院にとつて前例のない全く新しい事業計画でした。新規の計画や課題を与えられ何とか実現できて、悟ったことがあります。どれも相当な年月が必要であることです。関係する方々から協力をいただき、同じ施設（病院）の中で信頼を得るためには早くして三年、県内の医療関係者の方々から認知され評価を得るのに更に三年余り、施設の名前が九州圏内や全国区にも知られるようになるのに三年あまり、順調にいったら、計十年以上は必要でした。移植も救急も災害医療もほぼ同じ経路をたどりませんでした。長い年月、時には放り出したと思うことも数多くありましたが、倦まず弛まず努力しなければならぬと悟りました。また、全国には、同じ苦勞をされている方も多く、その方々の知恵や経験談がとても役にたち、自分の励ましにもなりました。

三足の草鞋

ある救急講演会で、座長を務めていただいた木下順弘教授（当時）から「二足のわらじで仕事する方は時々おられますが、井先生は、移植・救急・災害の三分野の三足のわらじを履いて仕事をされておられます。」とご紹介いただき、とても嬉しく感じました。自分から進んでやってきた分野もあり、上司からの指示で責任が重すぎると感じながらも引き受けたこともあり、それぞれ中途半端な仕事にならないようにと懸命に努力してきたつもりです。損な役割を引き受けてしまったと思うことも時々ありましたが、その分、様々な場所でも多くの人の指導とご支援をいただいて知己を得、国内外の場所に向いて貴重な経験をさせていただけただけののだと思うことにしています。

実は、私としては四足目のわらじもはいて努力していたつもりです。それは、熊本赤十字病院を幅広い臨床能力をもつ医師を育てる研修病院にすることでした。私を沖繩に送り出していたいただいた楠本先生が強く望まれていたことであり、先輩や後輩にも沖繩県立中部病院で研修を受けた人達が多く、理念やイメージは共有できていた仲間もありました。救急患者をはじめ症例は多く多様で、研修医を熱心に指導してくれる先生も多く、新臨床研修制度がはじまって以来、高評価をいただき、熊本の内外から応募する医学生も少なくありません（写真6）。そのような研修を受けた医師たちの中から、救急・移植・災害医療の分野にも興味を持つ沢山の若い医師が育ち、あとを引き継いで大きく発展してくれているのが、最も幸せなことと言うべきでしょう。

今までは、自分の仕事の対象は、熊本市や熊本県



写真6

全体の救急や災害であり、時に関西や東北や外国の災害や難民が対象の仕事もしてきたわけですが、定年を機に、ご縁があって故郷の村の診療所の仕事を一部お引き受けすることになりました。村の人達に、多少はお役に立つことができたいことです。小学校時代の同級生や、私の知らない父のエピソードを話してくれる高齢の方々とお話し、雄大な久住山群を眺めることができ、とても幸せです。様々な場所に出かけて多くの人達から教えをうけ、貴重な経験をさせていただいた私の人生は、大きな弧を描いて帰るべき所に戻ってきたようにも思います。勤務医としての定年前後に多方面から幾つかの表



写真7

2022年
総務大臣表彰
救急功労者表彰

2010年
厚生労働大臣表彰
医療功労賞中央表彰

1982年
外務大臣
感謝メダル
カンボジア難民
医療協力に対して

2012年
自衛隊：西部防衛衛
生学会記念講演
災害医療の歩みにつ
いて



2007年
洞爺湖サミット
医療支援でアメリカ
大統領医療スタッフ
から贈られたバッジ

彰や記念の盾・メダル等をいただきました。長い間お疲れ様ということなのでしょう。自分独りの力でいただけたとは決して思いませんが、大変ありがたく、ご教授・ご支援いただいた多くの方々に深く感謝申し上げます（写真7）。