Time line

am 8:00

前日の救急患者２名（入院）
救急患者（入院）の病状確認。診療状況の把握とチェックを入念に行う。

am 8:10

内科医の的場医師、地域医療研修医・医学生（内科）含め、内科・消化器科のスタッフ全員揃ってのカンファレンスを行う。前日運ばれた救急患者の経過説明、処置について意見交換を詳細に行う。

am 10：00

ホットラインコール！（本日１人目）
救急車が到着するまで、病状など事前に確認、詳しく調べる。カルテ作成。（部門での検査が必要と予測される時は、事前に連絡しておく。）

am 10：15

救急車まで、救急患者を迎えに行く。身体所見・処置開始。
患者さんに話しかけｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝをとる。手術が必要と判断し、専門医へコンサル。

am 11：50

ホットラインコール！（本日２人目）
容態確認！救急患者搬送。救急車が到着するまで、病状など事前に確認、詳しく調べる。カルテ作成。

pm1：15 ～

救急患者（入院）の退院の打合せと手続きを看護師と行う。

pm1：40～

休憩時間

pm2：26～

病室へ戻り患者さんの処置。金曜日に運ばれた患者さんの処置。

pm3：30～5：30

救急処置室　日常の事務業務後、再び病棟へ向かう。

Q. 救急救命士や看護師に求める事は何ですか？常に傷病者の観察・報告・処置を心がけてほしい。知識をシェアする事が出来るか出来ないかで、傷病者の蘇生など病状を左右する部分がおおいにある。

Q. 救急医に必要な事は何ですか？常に患者の緊急性や重症度を考え優先順位を考えて診療にあたる。今しなければならない超緊急の処置は何か！時には全て自分でおこなう事もある（気管挿管・麻酔など）。

Q. 休憩の時は何をされてますか？主に本を読んだり、仮眠をとる。気持ちの切替が大切でON・OFFです。ただ、救急患者は時間を選んでくれませんので、だいたいは分単位の休憩になる。

Q. 救急患者が来ない間は何をしてますか？入院患者の所へ行く。主に救急患者で運ばれてきた患者のアフターケアを行っている。病状により優先順位を決めて治療している。

Q. 救急医の勘って？待機の時に何となく呼び出しが掛かるのが分かるよ。天候とか時間帯などで。まあ夕方・朝方、週末（金曜日）は多いね。

Q. 重症度スコアリングとは何ですか？全世界の重症度のスコアリングデータを電子カルテに入れてもらいたい。なぜならデータをフィードバックする事で重症度が一度で分かり処置方法（蘇生）を決める助けにもなる。また医療技術や能力アップの役に立つ。

Private

Q. お休みの日は何をされてますか？趣味はサーフィン。初めての海は南シナ海。時間があればサーフィンに行く。生活の一部で、ずっと海の遊びをしていたい。今は大方の海へよく行く。年中、サーフィンしてます！(^_^)もっともっとうまくなりたいです。

Interviewer

インタビュアー　広報委員会　藤田　操

鮫島医師の第一印象は「クール」、「シャープ」という印象で、色で表わすと「ブルー」でした。１日密着することになり、救急という緊張感のある現場で、仕事の邪魔にならないよう、でも、ひだまり+を読んでくれる方になんとか臨場感の伝わるような取材ができるのかという不安がありました。始業前、前日救急で搬送されてきた患者さんの病棟回診から密着が始まりました。患者さんと関わる鮫島医師を見て、とても優しく、丁寧に声かけをする姿が、第一印象の「ブルー」とは反対の温かい「オレンジ」に変わりました。鮫島医師の医療や救急に対する色々な思いや、少しだけプライベートな話もお伺いできて、不安と緊張で始まった１日はすっかり楽しい１日になっていました。

SAMESHIMA SHIROU

救急医　鮫島医師着任
迅速かつ正確な対処が可能◎

世界水準の救急医療を実践し地域のニーズに万全の対応を目指す！

自己完結型の医療を目指す。この自己とは、医師個人、病院の両者、さらにその地域医療を示すものである。

救急医と各科専門医と協働し、病院としての救急医療を構築し地域の医療に貢献する。

自己完結の輪が広がっていくことで自然と地域医療となっていく「救急は地域医療なんです」。

救急科部長　《救急救命専門医》

鮫島　志郎　さめしま　しろう

関西の救急救命センターから東南アジア・沖縄の離島、長崎県・愛媛県までさまざまな所で救急を経験。

Q. 鮫島医師が思う救急医療とは何ですか？北米型のERのように救急患者に対して初期対応（救急対応）をし、その後、各診療科にコンサルするのでは、その患者さんはその先どこへ行って、どのような治療を受けていくのかが見えにくい。交通整備をしてる訳ではないからね。そうではなく救急で来た患者のアフターケアをし見守っていく事が大切。初期治療の是非が予後を左右するのは間違いないこと。さらに救急に来る患者はその疾患だけでなく、色々な疾患を併発することが多い。そのためひとつに特化するのではなく、色々な疾患を診られるような医師でなければいけない。初期対応だけしていては医師として限界がある。患者さんが日常生活に戻れるまでのフォローアップしてこそ能力やスキルも上がると考える。僕は救急で来られた患者さんのアフターケアを必ず行っている。これは冒頭で述べた「医師個人の自己完結型」に繋がる。

Q. 現在のあき総合病院での救急体制で行っていく事は何ですか？この地域では救急医が２、３人いれば良い体制と言える。現在はいないので救急患者への対応として、多くの医師が対応出来れば良いが、日常の診察や救急専門医でないので片手間になりがちで難しい部分がある。しかし各専門医の医師は優秀なので、救急医が専門医をコンサルし協力しあえば、正確な治療ができる。これは、冒頭で述べた「病院内自己完結型」に繋がる。

Q. 地域医療とどう関わっていきますか？救急医療は地域医療と重なる点がある。退院後の患者フォローとして地域の「かかりつけ医」にコンサルし日常生活に戻れるようにしていく。地域→病院→救急医、このサイクルの体制が整えば、傷病者にとっては正確な治療を受ける事ができる。これは冒頭で述べた「地域での自己完結型」に繋がる。

Q. 救急搬送について何か問題はありますか？ホットラインのコールで救急隊が病院選定をしている。安芸地域の救急患者を直接高知市の病院へ搬送するのは間違っている。どんな病状でも基本的な処置は同じなので、傷病者にはより早く初期治療をしてあげる事が原則一番大切で安全。傷病者にとって10分～15分は大変長く、初期治療をこの15分でしてあげるのが好ましい。それには「管外搬送」を少なくしなければならない。

Q. 救急患者で困る事ってありますか？救急患者の身体所見をとることに時間をかけている。通院・入院患者とは異なり事前の情報がほとんどないため、身体所見から答えを導き出せるように心がけている。搬送された重症患者、高齢者や認知症の救急患者など、コミュニケーションが非常に取りづらい場合がある。身体所見の際、救急患者の訴えが分からない場合、病状の見落としや誤りが出てくる。見逃さないよう労力を払っている。常に時間と優先順位をつけ、正確な治療を行う。

Q. 救急車の利用率はどうですか？救急車の適正利用はこの地域は出来ている方。安芸地域は50%ぐらい。

Q. 患者に対してお願いしたい事ってありますか？常に自己管理・健康管理をお願いしたいです。自分が飲んでいる薬の種類などを把握しておいて欲しい。