

だが、そこには「秘密事項」がある、と官邸筋は明かす。「用意されているインドへの医療インフラ支援資料の中に、『人材交流』という項目がさらりと書かれています。しかし、実は、日本の医療

の医療技術支援や最先端医療機器の供与と技術教育に留まらない。入院患者の給食システム、高齢者介護、医療機器の物流、医薬品の調達・供給システムなどその支援内容は広範囲に渡る。そして目玉は、インドの首都ニューデリーにある、インド最高学府である「全インド医学院(AIIMS)」にある「トラウマセンター(外傷治療センター)」をバージョンアップすることだ。それらはすべて、日印首相が交わす覚書と付随資料に書き込まれるという。

国家的緊急事態

「一七年中の交通死亡者数は、十四万六千人を越えたという。人口比から単純な比較はできないが、その数は日本のその約四十倍(二〇一七年の日本での交通死亡者数は三千六百九十四人)にも達する。また、同ト

ラウマセンターには、刃物や銃器などを使った犯罪による「多発外傷」の患者も膨大に搬送されている。インドのこの現状を救うべく、日本政府は「アジア健康構想」に基づいて、既存のトラウマセンターに、最先端医療機器と共に、日本から複数の外傷外科医も派遣する。モディ首相の訪日時、日印間で調印される予定だ。その「日本からの複数の外傷外科医派遣」こそまさに「人材交流」の所以なのだが、その「交流」に、前述の「緊急事態」の最終的な答えがある、と同官邸筋は明かす。

日本の医療、その最前線で、これまで想像もしてこなかった問題が発生している。そのことを物語る、ある出来事が、近く行われる。それは、外交、という、一見すれば、医療という世界をイメージしない場のことだ。

十月二十八日から、インドのナレンドラ・モディ首相が三度目の訪日を果たす。日本政府が推進する最大のアジア外交戦略「インド太平洋戦略

略」をもって、アジアでのプレゼンスを高めた日本と、アメリカやオーストラリアも参加するこの構想によって、膨大でかつ様々な利益を得るインドとの利害が一致。今回の来日で「インド太平洋戦略」が具体的に進むことを日本政府は大いに期待している。

しかし、来日の期間中、ある重要な覚書が安倍首相とモディ首相との間で取り交わされる予定であること

の最前線を大きく揺さぶっている。「国家的緊急事態」に対処する構想、それが密かに含まれているんです

同官邸筋に、その「国家的緊急事態」について尋ねたところ、その答えを解く鍵は、前述した「トラウマセンターのバージョンアップ」に密かに含まれている構想だと語った。

インドは現在、「交通戦争」の真っ直中にあり、AIIMSのトラウマセンターには、毎日、数多くの頭部、胸部や腹部の「外傷患者」が運び込まれている。特に重症なのは多部位が損傷された「多発外傷」だ。

バージョンアップされるトラウマセンターに派遣する、複数の日本の外科医には、二つの「任務」が託される。一つは、インド人医師への「ダメージ・コントロール・サージエリー」(保存的術技)を初めとする救急救命医療や医療機器取り扱いの技術教育だ。そしてもう一つと



東京五輪テロ 衝撃の研究報告

作家 麻生幾

爆弾テロの被害者に日本は対応できない



はほとんど注目されていない。首相直轄機関「健康・医療戦略推進本部」は、「インド太平洋戦略」の一つとして「アジア健康構想に向けた基本方針」(以下、アジア健康構想)を作成しているが、その一環として、インドの医療インフラを大規模に支援することを、今年三月、首相官邸が内々に決断。直ちに、「健康・医療戦略推進本部」に調査費を充填させた。支援の内容は、医師へ

は、日本人医師が「外傷手術」の経験を積むことである。

「この二つ目の『任務』こそ、国家的緊急事態に対応するための極秘計画なのです」（同官邸筋）

ゆえに、二つ目の「任務」は、日印で取り交わされる覚書には、明確な言葉では決して書かれないうと同官邸筋は続けた。

なぜ、日本人医師がインドまで行って、「外傷外科手術」を経験しなければならぬのか。そして、「国家的緊急事態」とは何か――。

驚くべき調査結果

一九八〇年代、厚生省（当時）は、「厚生科学研究事業」の一環として、補助金を拠出してある研究を救急救命医療機関の医師たちに託した。約一年後、その研究の「研究報告書」を受け取った厚生省に大きな

未だに一五パーセントという悪い状態が続いているという。しかも「一五」というラインが、そこからずっと下がらないでいるのだ。

都内の救急救命センターでチームリーダーを務める救急専門医が語る。

「外傷死」を分類すれば、①即死
②救急救命医療機関での治療中の死
③術後の管理中の死、の三つに分かれますが、①は別として、③は医療器材の発達などで激減しました。問題は②です。原因はハッキリしていません。外傷外科医のスキルが向上していないことです」

ならば、そのスキルを上げる努力がなされるべきところ、現実には、それがなされていない、と同救急専門医が続ける。

「スキルを上げたくても、搬送されてくる重症外傷患者の数が、ここ十年の間で激減したのです。外傷外科

衝撃が走った。その研究とは、「プリベンタブル・トラウマ・デス」の実態について、全国の救命救急医療機関を調べたものだった。

プリベンタブル・トラウマ・デス――救急専門医の間では、搬送されてきた「重症外傷」（身体の外部から要因で発生した骨折、打撲、内臓損傷などによる生命危機的状態）の患者に対して、的確な医療が施されなかったことが原因で死に至った「外傷死」のケースを指す専門用語である。「研究報告書」には、調査対象である数十箇所の病院で、ある一年間で対応した重症外傷患者のうち、実に、半分近くの四〇パーセントの患者で、プリベンタブル・トラウマ・デスが発生した、との驚くべき調査結果が記されていたのである。プリベンタブル・トラウマ・デスの原因について研究結果は、酷い外傷に目を奪われて腹腔内出血に気づか

医がスキルを向上させる機会が年々大幅に減少していつているのです」
自動車の自動運転がさらに重症外傷患者を減らしていくことは間違いない。しかしそれは同時に、外傷外科医のスキルを劣化させ、プリベンタブル・トラウマ・デスが起きることを意味する。

冒頭で、官邸筋が明らかにしたように、日本の医療の最前線で今、起こっていること、またこれから起きるであろうことは、まさに「国家的緊急事態」なのである。

日本における重症外傷患者への救急医療のルーツは、済生会神奈川県病院に、一九六五年に設立された「神奈川県交通救急センター」だ。一九六〇年代になってマイカーブームが到来し、さらに東名高速道路の開通のほか、重要な幹線道路を抱える神奈川県にある病院は、「交通外傷患

ずに死亡させたり、単純にC.T.Sキヤンを優先する間に血液が気道に溜まって死に至らしめたり、また基本的な手術のミス、そして救急隊員による搬送病院先の間違い――などと記してあった。

驚愕した同省は、すぐに対策に乗り出した。重症外傷患者の酷い傷に目を奪われてその治療だけを優先するという解剖学的アプローチではなく、真つ先に、生理学的なアプローチである「ABC」（気道確保・呼吸維持・全身循環機能維持）を行い、患者の状態を安定させることなど、救急救命医療の全国標準化（マニュアル作成）を行い、かつ救急救命士の創設準備など多岐にわたった。

それら努力の甲斐があつて、ここ数年は、全国救急救命医療機関でのプリベンタブル・トラウマ・デスによる「外傷死」の割合は下がった。しかし、厚生労働省幹部によれば、

「者」で溢れかえることとなった。それら交通外傷患者を一手に引き受けるために同センターを設立。優れた外傷外科医が集められた。日本の救急救命医療は、交通事故の外傷患者への対応から始まったのである。

一九六〇年代〜七〇年代までの交通事故死亡者数は、ピーク時には、一万五千人前後という高いレベルが続く、救急救命医療を開始する医療機関が増えてゆく。

ところがである。シートベルト着用の厳格化やオートバイ乗員者のヘルメット着用の義務が法的に決められて状況が一変する。「ステアリング・ウィール・インジュアリー」（ハンドルでの外傷）による内臓破裂や頭部外傷による「重症外傷患者」が減少していったのである。そして、エアバッグの普及でさらに重症外傷患者は激減し、一九九〇年代前半から交通死亡者数は減っていった。

現在、かつて膨大に搬入されてきた内臓損傷の重症外傷患者はほとんどなくなると、都内の大学病院に付属する救急救命センターの、四十歳代の医師の一人はこう証言する。

「私が入局した頃は、一週間に一例は、肝破裂を含む内臓損傷に対する開腹手術をやっていました。しかし今は、どの大学病院でも、肝破裂の手術というのは、年間を通じても、ゼロか一例という状況です」

しかも医療機器の進歩も外傷手術の件数を激減させたと同医師は語る。

「ここ十年です。肝破裂や、止血に苦勞する骨盤外傷でも、IVR（血管造影技術）によって出血点をすぐに把握できる。そして、TAE（経皮的血管塞栓術）によってその出血点に詰め物をして止血することで、患者に負担をかける開腹手術をしな

分類される、腸閉塞破裂、胃穿孔（胃潰瘍や胃ガンなどで胃に穴が開く症状）などの内因性疾患の緊急手術を行うことで、外傷外科医としてのスキルを維持しようとする動きが今、増えつつある。

これらの事態を重視した医療関係者たちの間では、東京と大阪に、重症外傷患者を集中的に扱う、トラウマセンターを作る構想があるという。ドクターヘリコプターなどで重症外傷患者を全国からそこへ集中させ、外傷外科医が担当し、さらなるスキルアップを目指す——簡単に言えばそんな構想だ。しかし、リーダーシップを発揮する者が存在せず、その構想は頓挫したままだという。

テロへの備えは？

冒頭で紹介した、インドで重症外傷患者の手術経験を積ませる国家戦

くても治療できるケースが飛躍的に多くなった。また、最新の救急外来には「ハイブリッド救急室」が登場し、TAEの素早い対応が可能となり、益々、外傷手術の出る幕がなくなってきた（別の救急専門医）

しかし、それらの進歩は、日本人に別の問題を突きつけることとなったのである。

重症外傷患者は減少し、外傷手術の件数も同時に激減した。外傷外科医たちはスキルの向上どころか、維持することさえ危うくなるという悪循環に陥り、未だにプリベンタブル・トラウマ・デスが「一五パーセント」もあるという。いや、今後、割合の再増加さえ現実的に危惧されているという。

都内の、ある大規模な救急救命センターでは、重症外傷患者が搬送された時、「トラウマ・コール」と称する、近隣のベテラン外傷外科医を

略は、まさにこの「悲劇的な現状から抜け出すためのものであった。

ただ、「アジア健康構想」は、長期間に及ぶ国家戦略。外傷外科医のスキルの維持が十分に図れるまでそれなりの時間がかかる。

しかし、それを待っている余裕がない事態が迫っていることに、今、救急救命センターの医師たちは、大きな不安を感じている。医師たちの脳裡にあるのは、二年後に迫った、「東京2020オリンピック・パラリンピック」（以下、オリパラ）だ。

イスラム過激派ISの勢力が衰えたとは言え、テロリズムの脅威は消えたとは言えない。救命救急医療に携わる多くの医師たちは、当然、オリパラへのテロに備えなければならぬと語っている。事実、オリパラ大会組織委員会が公表している資料でも、政府のテロ対策に多くのスペースを割いている。

集める綱渡りのな対応をとってさえいる。

「腫瘍（ガンなど）外科の分野でも、多くの病院はその手術の件数を競っています。件数が多いほどスキルが高いと評価されるからです。外科医というのはやはり、メスを持って、手術をしてナンボなんです。それが、重症外傷患者を診るのが半年ぶり、一年ぶりとなれば、もはやプリベンタブル・トラウマ・デスを回避できないというレベルです」（同前）

これらの実態は、都心部ですらこの現状なのに、マンパワーが不足した地方都市の医療機関では、さらに状況が悪化していることを示している、と同医師は警鐘を鳴らしている。

これらの現状を打破しようと、外傷外科医を自負していた医師の中には、「ACS」という、急性腹症に

しかし、爆弾テロなどでの多発外傷患者が溢れる「MCI」（多数傷病者発生事案）となった場合、多くの医療機関で、プリベンタブル・トラウマ・デスが多発する可能性について、都内の救急救命センターで働く救急専門医たちは大いなる危機感を持っている。

それどころか、爆傷（爆発物による外傷）、銃創（銃器による外傷）について、日本ではそれらの症例がほとんどない。当然、爆傷患者をまったく診たことがない外傷外科医がほとんどだ。

そのため、もし、そういったテロが発生し、MCIとなった時、救命救急センターで、プリベンタブル・トラウマ・デスが多数発生してしまいう光景を多くの救急救命の医師たちは真剣にイメージしている。

「日本外科学会」は、今春の学術集会で、初めて、爆傷と銃創による重

症外傷患者への治療の講習会を設けた。同学会は、どちらかと言うと、腫瘍（ガン）外科をメインとし、外傷外科についてはこれまで多くの関心を寄せることがなかったことから異例の措置だと注目を集めた。種明かしをすれば、厚生労働省が爆傷と銃創治療対策を予算化し、その任を日本外科学会に託したのだったが、その研修での実地研修は、豚を使うところまでで、重症外傷患者は扱えない。

ゆえに、外国人による医療行為に寛大な南アフリカのヨハネスバーグとダーバンの救急救命医療機関でトレーニングを行っている、ある志をもった日本の外傷外科医が数名、存在する。特に、ダーバンは、治安が悪化しており、銃創など重症外傷患者が多い。だがそこには国家や医師会という組織は介在しない。すべて自腹で行っているのだ。

部（当時）が今年三月に作成した「東京2020大会における医療サービスの概要」の中には、選手村に「ポリクリニック」（総合診療所）を開設する他、各会場に「医務室」を置き、さらに二人一組のファーストレスポンドナーが応急処置セットを携帯して各会場を巡回するとある。しかし、テロによるMCIへの備えについてはまったく記載が無い。

「大会組織委員会は、『オリンピック指定病院』を準備していると胸を張りますが、そこは国際オリンピック委員会などのVIPたちと選手たちのためだけ。まして、テロの『MCI』などにはまったく対応を想定していません」（災害拠点病院関係者）

二〇一三年に発生したポストンマラソンでの爆弾テロに対する、地元救急救命体制が素晴らしかったことは、世界の医療界では有名な話だ。医療関係者だけでなく、官民が

オリパラに関連して救急救命センターの医師たちが危惧しているのは、爆傷や銃創の患者だけではない。CBRNE（化学・生物・放射性物質・核・爆発物）テロに対する「事態対処医療」も重要視している。

今年六月、医師も加わったオリパラ対策関連の首相官邸の会議で、現実的に起こりえるとして、日本の活躍が期待される水泳競技の最中、何者かが青酸カリをプールに投げ込み、多くの選手が犠牲になる、というシミュレーションを行った。

また、オリパラ期間中の化学兵器テロに対する「事態対処医療」について、数多くの問題がある、という救命救急医療の最前線の医師たちによる「研究報告書」が最近、厚生労働省に提出された。そこには、衝撃的な研究報告が記載されている。

「厚生労働科学研究事業」の一環で行われた研究で想定した化学兵器テ

連携して、多くの多発外傷患者の命を救った。中でも素晴らしかったのは、現場での止血を中心とした応急措置と、ホスピタルマネージメント（病院の手配）の迅速ぶりだった。

そのことを知っている、ある救急救命センター医師は、東京オリパラ会場でもし、テロが発生し、MCIとなった場合、患者の情報を共有し、ホスピタルマネージメントを行う、コントロールセンター的な組織が存在しないことに大いなる危機感を抱いている。

「テロによるMCIで発生する多発外傷患者に対応するためには、コントロールセンターを作り、優れた外傷外科医を集めて配置すること。また、医療関係者だけでなく、消防、警察、自衛隊のリエゾンが集結しなければならぬ。二十三区の病院が一杯となった場合、ヘリコプターなどで広域搬送が必要となる場合があ

口は、屋内大型競技会場でのサリ、散布テロで、患者数百名、うち重症者が百名発生する事態である。エリンを吸い込んだ犠牲者を競技会場から半径十キロ圏内にある災害拠点病院二十施設へ搬送した場合、各施設の解毒剤の保有数量では、各患者の初期投与分にしても賅うことができず、もちろん継続投与もできない状態が発生することも現実化する。この結論を導いたのである。

また、硫酸アトロピンやパムなどの解毒剤にしても、現有の国家備蓄のみでは足りず、オリパラ用の新規の国家備蓄が必要であると判明した、とまで指摘しているのだ。

コントロールセンターがない

さらに、不安なのは、大会組織委員会の医療体制だ。大会組織委員会の大会準備運営第一局医療サービスからです」

しかし、都内の災害拠点中核病院の救急救命センター幹部の一人は、莫大な予算がかかることに財務省、東京都の理解が得られずにいると、証言する。

「政府や東京都の本音では、テロ策が、空振りに終わるイメージをいっているから、予算措置に寛大でない。しかし、空振りでもいいじゃないですか。万全な体制で国際イベントに臨むことは、国家のプライドであるし、国家としての成熟度を味します」（同センター幹部）

たとえテロが発生せずとも多くの犠牲者を発生させる大災害に頻繁に見舞われる日本列島。読者の方が、明日、重症外傷患者として運ばれるかもしれない。日本の救命救急療の最前線で、国家的緊急事態が発生している今、国民全体で、本日の医療を見据える時がきた。