

O v e r V i e w

オーバービュー

Keiichi Igarashi

五十嵐 慶一

独立行政法人地域医療機能推進機構北海道病院心臓血管センター心臓内科



今から 30 年前、研修医時代、私は 1 日 5 例の AMI と格闘していた。CCU 内の仮眠ベッドもカテ室への移動を待つ患者に占領され、床に座り込みモニターを監視していたはずが、何時しかフロアで寝込んでいたようだ。CCU ナースの「カテ室の準備ができました」という声で気が付いたとき、何故か患者用毛布にくるまっていた。私のシネアンジオとの出会いはそこに遡る。

時代は AMI には PTCR, AP には SRB カテーテルでの PTCA だった。カテ室は診断部門に治療部門の要素が加わり、治療器具が持ち込まれ、重武装化していった。当時の循環器の研修医はとにかく忙しく、患者数もさることながら、診断後の治療にかかる時間も相当なものであった。さらに辛いことは、CCU とカテ室の往復を余儀なくされるケースが結構あり、症例によっては治療を完結することがまだ十分にできない時代であった。現像の処理を終えた直後の湯気の出そうなシネフィルムをプロジェクターにセットし、独特の薬品の匂いを嗅ぎながら画面に食いついて、コマ送りを繰り返して理由を探し、理解しようとしていた。圧倒的な睡眠不足のはずの目と頭は冴え渡り集中していた。思い返せばそれは患者にひけをとらないカテコラミン過剰分泌状態であったのだろう。そのとき、私は自分の仕事は何であるかを確信した。

今も昔もシネアンジオ装置はカテ室の主役である。主役であるが故に優れた能力と安定したパフォーマンスが要求される。当時私が使っていたのは欧州メーカーの装置で、当地に 1 台しかなく、専任のメンテナンスサービスが旭川に常駐していたと後に聞いた。シネアンジオ装置とはコストがかかるもので、何年も院長や自治体と交渉して設備するものであるとも聞いた。しかし当時の私は、単に大変なことだなど、漠然と思うほかないものでもあった。



今回の特集にご執筆いただいた鈴木孝彦先生の原稿の中に“居ても立ってもおられず”という表現があるが、循環器を取り巻く状況は同様の感性を持つ人間にはまさしくそのような雰囲気だったと記憶している。私は鈴木先生が医師になられてからおよそ10年後に医学部を卒業しているので、鈴木先生が大学病院から一般病院へ移られたあたりの時代から循環器医療に参加したことになると思う。

それから30年余りが経過し、私はおよそ7台のシネアンジオ装置の導入にかかわってきた。どのような装置を選ぶかということで助言も多く求められてきたが、いつの時代であっても、与えられた条件を満たすものの中でベストのものを選ぶということは変わらない。状況次第では、時にジレンマやトリレンマに陥るが、一つ一つの要素を正しく分析することが重要なのである。

本特集は、まさにその要素を分析する一助として企画したものであり、ご協力いただいた執筆者の皆様に改めて感謝の意を表したい。そして、この企画が本誌を手にとってくださる方々のお役に立ってほしいと心より望んでいる。プロデューサー、脚本家、演出家として主役にどのような舞台を作ろうかというアナロジーに耽りながら。