

道南圏救急医療体制の 現状と課題

市立函館病院 救命救急センター
センター長 武山 佳洋

はじめに

北海道医報第1200号の発刊おめでとうございます。私は1996年に札幌医科大学を卒業して同大救急集中治療部（現救急医学講座）に入局し、以後20年以上救急医療に専従してきた。最初の10年間は札幌市で三次救急を中心に、2006年以降は道南（函館市）で地域の救急医療に携わっている。救急しか知らない偏った立場ではあるが、現在働いている道南圏の現状を紹介しつつ、今後の課題について考えてみたいと思う。

北海道の救急医療

私が医師になった頃は、救急に専従する医師（救急医）は札幌医科大学と市立札幌病院に数名ずついるのみで、その他の地域では麻酔科や外科等、各科の先生方が兼務で救急に携わっていた。当時、札幌医科大学では心肺停止（CPA）に対する心肺脳蘇生（PCPS導入と脳低温療法）や重症外傷等の救命に積極的に取り組んでおり、市立札幌病院では救急ワークステーションが設置され、ドクターカーの運用が始まっていた。これらの相乗効果により札幌市のCPA社会復帰率は全国トップクラスであり、私も重症患者の救命と全身管理に夢中で取り組んだ。また1996年に北海道防災航空室が設立され、消防防災ヘリの救急現場への出動や離島患者搬送が頻繁に行われるようになった。防災ヘリの活用も先進的だったが、教室の金子正光教授（故人；当時）はこの頃から、広い北海道には救急ヘリが最低6機必要と訴えていた。

その後、2000年頃より成人教育手法を取り入れた心肺蘇生法や外傷診療の標準化教育コース（ACLS、JPTEC、JATEC等）が相次いで導入され、2005年頃から災害派遣医療チーム（DMAT）の養成研修が始まった。病院前救護においては2000年に心肺蘇生ガイドラインが改訂され、2002年から救急救命士のメディカルコントロール（MC）体制構築が始まり、AEDの普及とともに救急救命処置の高度化（包括的指示下除細動、気管挿管、薬剤投与）と教育体制の整備が進んだ。このような変革と発展のなかで、種々のシステム立ち上げに関わらせていただいた。同期約100名で救急医になったのは私1人であるが、救急医を志す後輩は少しずつ増え、地方の救命救急センターにも配属されるようになった。

これまでの歩みを振り返ると、北海道の救急医療は先進地域である札幌市を先頭とし、地方が追従す

る形で比較的均一に発展してきたように思う。

道南圏の救急医療体制

三次医療圏としての道南圏は栃木県と同等の面積を有し、3つの二次医療圏（南渡島、南檜山、北渡島檜山）で形成される。それぞれ基幹病院はあるが脳神経外科や循環器疾患の緊急対応など、専門医療は南渡島（函館市）に依存している。圏域全体で人口減少と高齢化が進み、南檜山および北渡島檜山では医師不足が深刻である。救命救急センターは当院1カ所で人口約45万人をカバーし、三次救急に全日対応している。二次救急は函館市内11病院が輪番制を組んで24時間対応し、当院も3日に1回参加する。一次は休日当番医や函館市夜間急病センターがあるが空白時間帯が存在し、急病センターは24:30までの診療である。深夜帯のwalk in患者は二次輪番病院を受診する「函館方式」をとっているが、勤務医疲弊の一因となっている。

2008年頃に救急医療崩壊危機が叫ばれ、函館市でも小児科医や内科医の不足から輪番制の維持が危機に陥った。函館市医師会が中心となり行政や周辺医師会と連携し、二次輪番病院へのwalk in受診を制限して急病センター等へ誘導し、危機を乗り切った。

2015年より道南ドクターヘリが就航し、道南全域が飛行時間30分以内で到達可能となった。今後さらに函館市への患者集約化が進むと思われ、二次輪番病院の負担軽減および地域での役割分担を継続的に考える必要がある。

救急医の業務と地域における役割

当院救命救急センターは救急医9名と初期研修医数名で年間約5,600件の救急搬送に対応し、トリアージと初期診療、重症患者の入院および全身管理を担当している。二次輪番の担当日は1日に40～50件の救急搬送があり野戦病院のようである。救急医は増加したが、救急搬送と救急科入院患者も年々増加している。現在、入院患者は1日平均30名前後であるが、主に増えたのは高齢者の内科系複合病態や脱水、感染症、廃用症候群など、既存の診療科に分類困難な患者である。社会的問題を抱えていることも多く、転院や退院の調整に時間を要する。

その他、院内では蘇生法教育や急変対応、災害医療体制構築、DMATの維持管理、臓器提供等にも携わり、危機管理の一翼を担っている。

道南で救急医を配置する病院は最近まで当院のみであり（10月より函館五稜郭病院に救急科開設）、唯一の救命救急センターとして地域全体の発展を常に考えてきたつもりである。院外では各種標準化コースの企画開催やMC体制構築、救急隊員教育に積極的に取り組んでおり、各署で救急隊員を指導する「指導的救急救命士」をこれまで20名以上養成した。近年はドクターヘリ基地病院として航空医療体制の

充実にも努めている。

札幌のような都会の救急は専門分化が進み、三次救急に特化した施設が複数ある。救命を学ぶ場として重要であるが、当院のような地方基幹病院では二次・三次救急に同時対応しつつトリアージを行う能力が求められる。また集中治療、MCや標準化教育、災害医療などを扱う総合力も必要であり、自身の努力が地域の体制向上につながっている実感と充実感がある。救急医療は地域の医療資源等によってさまざまな形態をとり、これがベストだと言えるものではなく、地域のニーズに救急医の役割をなじませていくイメージを持っている。都会の三次救命救急と地方の総合的な救急、双方を学ぶとバランスの良い救急医になると考えている。

当院は自治体病院であり、医育大学がない地域の基幹病院として救急医療、がん診療、高度先進医療等への取り組みを掲げている。救急患者の積極的な受入れを続けているので救急医・各科医師ともに勤務は過酷になるが、労働基準監督署から医師の時間外勤務を削減するよう勧告を受けた。

救急科はチーム制をとり交代診療に努めているが、入院患者が増加すると夜勤の前後も回診が必要になり、休日のメリハリがつけにくくなる。良好な経営の維持には入院患者数の増加が必要であり、医師数の少ない地方病院で働き方改革と両立するのは、現実的には難しいと思う。

救急医療は不採算と言われるが、地域のセーフティネットであり、守らなければならないインフラである。当院はたらいまわし防止のため、搬送先が決まらない患者の受け入れも行っている。こういった役割を住民にもご理解いただく必要があるし、各医療機関には急性期を過ぎた患者の早期転院など、救命救急センターの機能維持にもご配慮いただければありがたい。

病院前救護体制（プレホスピタルケア）

北海道のプレホスピタルケアは、各地域の救急医が一致して協力しながら前進してきた。三次医療圏6ヵ所に分けてMC体制を構築しているが、救急隊の現場活動プロトコルなど、核となる部分は各地から担当者の集まった会議で討議される。札幌と地方、双方の事情を勘案して決められ、各地域における運用の差は少ない。

道南圏には7消防本部が所属するが、2017年現在で250名以上の救急救命士が活躍し、医師の指示のもと、延べ回数で年間1,500回以上の特定行為を実施している。病院前救急の主役は彼ら救急隊員であり、重症度・緊急度の判断能力は精度を増している。

救急隊員は搬送先病院の得意分野や受け入れ態勢を把握し、所轄地域の救急医療体制をよく理解している。また、研鑽を積んだ救急救命士のトリアージ能力は高く、特に現場での観察能力は医師や看護師

を凌ぐこともある。彼らの意見を真摯に取り入れることで、病院の受け入れ態勢や連携の向上につながるのではないかと考えている。

道南では入院医療機関をもたない市町が存在し、各病院の診療科にも偏在がある。その狭間（行政区域や診療科の縦割り）に落ち込んで搬送先病院が決まらず、当院に搬送されることが時折ある。各病院が救急隊の搬送先選定を尊重し、まずは受け入れて診療を行い、自施設の許容範囲を超える場合に転送することが理想であるが、実現には各二次医療圏における協議が必要であり、医師会の役割が大きいと思われる。

話が逸れたが、地域医療における救急隊員の重要性は今後一層増すと考えており、諸先生方にも彼らをチームの一員として尊重し、育てていただきたいと願っている。

道南ドクターヘリの効果

ドクターヘリの導入にあたり、搭乗医師や看護師、搬送患者受け入れ、補助金で賄えない費用などを圏域内で広く分担する「オール道南」の運航体制を構築できたが、背景には医師会の多大なご支援があった。準備段階ではいろいろな意見があったが、伊藤丈雄函館市医師会長（当時）の強力なリーダーシップにより各病院の役割分担等を取りまとめていただき、就航にこぎつけることができた。

ヘリ搭乗を通して当院以外の医師・看護師が病院前救急に関わる機会が得られ、消防や救急隊を含めた救急医療全般への理解が進んだ。各種研修コースや勉強会などにも積極的に参加いただき、地域で「顔の見える関係」が構築された。

ヘリにより重症患者の治療開始が早まり、搬送時間も短縮されることで有形無形のメリットが生じているが、「ヘリだから救命できた」と思える患者は実際のところ年間10～20名程度である。費用対効果を計算するのは非常に難しいが、地域医療を底上げする効果は非常に大きく「priceless」であると思う。広大な北海道にとって必須のインフラであり、地域の財産としてさらに活用したいと考えている。

高齢者内因性救急の増加

近年、救急搬送件数は右肩上がりであり上昇を続けており、高齢者の内因性疾患増加が主体となっている。前述した診療科振分困難や社会的問題を抱えた患者も多く、救命救急センターの出口問題の一因となっており、このままでは救急医療が破たんするのではないかと危機感を感じる。函館市では医療介護系施設（老人保健施設、介護施設、グループホームetc…）で状態が悪化すると救急要請され、当日の二次輪番病院に搬送されることが多い。さまざまな疾患を抱えADLの低下した患者に対し、どこまでの治療を行うべきか、迷うことがしばしばある。

当院は年間400例前後のCPAを受け入れているが、約1割程度は医療介護系施設からの搬送である。119番通報で駆けつけた救急隊は心肺蘇生法（CPR）を開始し、特定行為を実施する。救命処置を実施しないと救急搬送できないので、CPRを継続し救命救急センターに搬送する。我々も気管挿管や薬剤投与などACLSを継続しながらご家族の到着を待つ。面会し死亡確認後は検視を呼び、警察はご家族と施設に事情聴取し、現場確認も行う。CPAの場合、119番通報から上記はほぼ一本道で進んでしまう。このような最期は本人およびご家族が望むものなのか、果たして幸せなのだろうか、もしかして誰も幸せになっていないのではないかと悩むことが多い。

各種施設に入所する時点で何らかの疾患やADL低下などを抱えているはずである。施設とご本人およびご家族、あるいはかかりつけ医も加わり、状態悪化時や急変時の対応についてあらかじめ話し合っておくことができれば、侵襲的治療を望まない方がかかりつけ医が往診して静かに看取れるかもしれない。方針が決められなくても、話し合った経験があれば、いざというとき冷静な判断がしやすいのではないかと、思う。

CPAはやや極端な例だが、最近では肺炎、心不全、尿路感染症等で再発と入退院を繰り返す患者も多い。人工呼吸管理や人工透析を望まないという意味が明確であれば、在宅で往診したり、回復期のサブアキュート機能や療養病床で対応してもよいであろう。当日は急性期病院に運ばれたとしても、翌日または2～3日以内に転院できれば、救命救急センターの出口問題と病院勤務医の労働条件は改善し、重症患者の診療と急性期管理に注力することができるのだが…。

当院でも現在、人生最終段階の医療（アドバンス・ケア・プランニング）について検討を進めているが、普及の主体は地域のかかりつけ医であり、医師会による啓発が重要と考えている。

医療介護連携について

現在、2025年を目標とした医療・介護の一体改革が進められ、本年の診療報酬改定では地域包括ケア、地域医療構想に向けた役割分担などの政策的意図が示された。私は道南の地域医療構想調整会議における議論を存じ上げないが、自分なりに勉強してみて「治す医療から支える医療」「競争よりも協調」「点（病院）ではなく面（地域）の視点」が重要であり、そこで働く医師のキーワードは「総合」であると解釈している。

救命救急医療は高度なチーム医療であり、多職種連携が治療の成否を左右する。診療方針を決定し責任を負うのは医師であるが、医師もチームの一員として他職種の意見を尊重し、対等に議論して判断する、調整型のリーダーシップが求められていると思

う。救急医は普段から各診療科の医師や他職種との連携に長け、チームのリーダーとしても補佐としても、円滑なチームワークを引き出す能力を持っている。

かかりつけ医も同様であろうと勝手に想像している。急性期病院のゲートキーパーである救急医、地域医療の土台を支えるかかりつけ医、共にジェネラリストであり、これからは双方の円滑な連携が背骨となって地域包括ケアシステムを支えていくのではないだろうか。連携と適切な役割分担のためには、前項までに述べたような、痛みや不利益を分配する難しい作業が必要かもしれない。しかしそれを乗り越え、患者本人の意思に寄り添った過不足ない医療が提供されれば、患者も医療チームも幸せになれるのではないかと。理想論と言われるかもしれないが、そんな未来を期待している。

医師会へ望むこと

若いころは、医師会は開業医の意見集団であり、勤務医の自分には関係ないと勘違いしていた。しかし、函館に赴任してから諸先生方が献身的に地域医療の維持向上に努める姿を目にして、認識を改めると同時に自身の不勉強を反省した。

医師は過酷な勤務環境であっても患者を診て患者のために働く、目黒順一常任理事がいつも仰る「プロフェッショナル・オートノミー」を持った集団だと思う。医師は医師同士でないと話が通じないことがあるが、話が通ればあつという間に体制構築が進むことも数多く経験した。

医師会が行政と手を携え、個々の利害を越えて、地域にとって最良の医療体制をビジョンとして提示し、各医師の賛同を得られれば、理想とする医療体制が作れると思う。地域医療構想においては病院の再編・統合など、さらに難しい作業を伴うかもしれないが、行政と医師会が同じ方向を目指して痛みを分かち合わないと、解決は難しいと思う。

以上、希少種が長々と勝手なことを申し上げたが、このような少数意見を採用いただけることに医師会の懐の深さを感じ、感謝している。医報には今後も、医師会のビジョンを提示する場として、会員の多様な意見を共有する場として、北海道の地域医療の向上に貢献していただきたい。私も諸先生方からのご批判とご指導を真摯に受け止め、さらに地域に愛される救急医療を目指したいと考えている。