

福市医発第 8 1 8 号
平成 2 4 年 2 月 6 日

福岡市長
高島 宗一郎 殿

福岡市医師会
会長 江頭 啓介

福岡市のこれからの救急医療と連携のあり方 ～現状報告と提言～

立春の候、貴職におかれましては、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より、本会事業へ多大なご協力を賜り、心より厚く御礼申し上げます。

さて、本会では今般、福岡市の救急医療体制の現状を分析し、今後、更にスムーズな連携体制を構築して行くための方策を探るべく、本会地域医療対策委員会・救急災害委員会合同委員会に対し「福岡市のこれからの救急医療と連携のあり方」として、平成 2 2 年 9 月 3 日付で小職より諮問を行い、平成 2 3 年 1 2 月 1 日付で同委員会より答申を受けました。

福岡市の救急医療体制は、豊富な医療資源を背景に、貴職を始めとする関係各機関・団体等の不断のご努力により、他都市で見受けられる「患者受入困難」事例等が皆無に近く、さらに救急搬送の時間短縮が顕著であり、初期・2次・3次の振り分けも比較的順調に行われていますが、昨今では経済的な要因や社会環境の変化によって、救急医療の体制維持が困難になりつつあります。

このような現状認識を踏まえ、本合同委員会では、①初期、2次、3次救急の振り分けの問題点②2次救急医療体制の充実、2次救急医療施設のポジショニングの明確化について③3次救急医療における問題点④小児科・産婦人科・精神科救急における問題点⑤消防法改正に伴う救急搬送について⑥メディカルコントロール（MC）との整合性⑦市民教育（広報活動）⑧初期救急におけるかかりつけ医の役割について検証を行った結果、総論的には、救急医療機関に共通するマンパワーの確保、各医療施設の医療機能の明確化と情報公開によるスムーズな連携体制の確保などを医療側の課題に挙げ、市民側には、適正な受診行動や病院前救急の現場における正しい知識と行動が求められるとしております。

救急医療の充実は、私ども医師会員を始めとする医療従事者の責務であることは申すまでもありませんが、市民サービスの柱のひとつとして行政の積極的な関与が不可欠な分野であります。

つきましては、別添の「福岡市における救急医療について～地域医療対策・救急・災害合同委員会の議論を踏まえて～」を参考としていただき、是非、持続可能で効率良い救急医療体制の整備・構築の実現に向けて、貴職の特段のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

福岡市における救急医療について

～地域医療対策・救急・災害合同委員会の議論を踏まえて～

福岡市医師会
会長 江頭 啓介

－ 背 景 －

多様な医療機能を備えた医療施設が集中する福岡市は、これまで豊富な医療資源に支えられ、他都市で報告されている「患者受入れ困難」等の事例がほとんど発生しない極めて良好な救急医療体制がとられてきた。福岡市消防局のデータによれば、平成22年の福岡市における救急件数は62,404件と過去最高を記録したが、119番通報してから病院に到着するまでの時間は25分40秒で、全国最短の福岡県平均の27.6分をも下回っており、さらに、搬送先医療機関への問い合わせ回数も、3回以内に搬送先が決定する割合が99.4%と極めて高い。

しかしながら、20年以上続いた医療費抑制政策により、救急医療に従事するマンパワーの枯渇、中小民間病院の医業経営逼迫等の問題は深刻化し、福岡市でも初期・2次・3次の住み分けによる救急医療体制の維持が困難になりつつある。

現在、福岡市の時間外救急医療体制は、初期救急（1次救急）体制として、平日・土曜の福岡市急患診療センターにおける夜間診療と、休日は福岡市急患診療センターでの終日診療及び市内5区（東・博多・南・城南・西）保健所内の診療所での日勤帯診療を実施しており、福岡市民はもとより、粕屋地区を中心とする福岡市近郊住民や県外から訪れる観光客やビジネス客の急病時に対応している。

2次救急としては、市医師会会員医療機関と36の福岡市救急病院協会傘下の施設が、病院群輪番制や外科系休日当番制・内科系2次当番制を敷いて初期救急を補完し、3次救急は、九州大学病院、福岡大学病院、済生会福岡総合病院の各救命救急センターがこれを担っている。

さらに、市内には複数の公的・民間病院によるER型救急医療機関が存在し、患者の重症度別・病院機能別救急医療とは異なった救急医療を展開しており、それぞれ特色を発揮している。これらの体制を将来も持続可能なものとして維持していくためには、福岡市に於ける救急医療連携体制の現状を整理し、問題点の検証を行い、将来の救急医療とその連携のありかたを再考察する必要がある。

現在の福岡市に於ける救急医療に関する議論は、軽症救急患者の診療、中等症以上の救急患者の診療、特に救急搬送における患者の重症度別分類と、重症度に応じた応需機能を有する医療機関への搬送、3次救急医療の効率的運営などに論点が集約されている。

以下に項目を設けて現状と問題点を挙げ、その解決策を考察するとともに、本論の周辺の問題として、小児科、産婦人科、精神科救急、救急搬送、救急隊員の教育、救急医療に関する市民教育、かかりつけ医の役割についても言及し、総合的に福岡市の救急医療のあり方を考えてみたい。

－ 初期・2次・3次救急の振り分けについて －

1. 初期救急における問題点

この領域における診療の問題の第一は、疾患の重症度判定が患者自身では困難であることにある。軽症だから急患センターを受診するのではなく、具合が悪いから、とにかく急患センターを受診するという傾向が強いため、翌日の受診でも構わない程度の軽症から、入院または手術等の緊急処置を要するものまで疾患の内容、重症度が様々である。従って相応の診療側スタッフ、医師、看護師、コメディカル、及び必須検査機器の確保体制は維持しなければならず、さらに緊急を要する重症患者のための高次病院における専用ベッドの確保とスムーズな搬送システムの確立も重要な課題となっている。特に近年は、医師の確保困難の解決にも大きな労力が費やされているのが現状であり、この問題は我が国の医療が抱える課題の中でも最重要に位置付けられるもので、福岡市も例外ではない。

初期救急における重症患者の取り扱いについては、時に重篤な緊急患者も取り扱うことから、病・診、病・病連携の強化により後送ベッドの確保が必要であり、常に消防局との良好な連携関係を維持するとともに応需病院に対する診療報酬上のメリットも十分に考慮されるべきである。また、初期救急診療施設と応需病院との医療連携に関する意見交換を頻回に行い、相互の情報交換並びに信頼醸成をより積極的に行う必要がある。

次の問題は、この様な時間外急患診療機関は、急患を対象にして設立運営されている診療機関であるにもかかわらず、患者ならだれでも受診できる夜間休日時間外診療施設と曲解されていることである。しかしながら、患者が急患であるか否かの判断は診察後に明らかになることであり、病院前での患者の受診制限は現実的ではなく、むしろ受診数に応じた体制を敷かざるを得ない。そのためには医療機関における一層のマンパワー、医療設備の増強が必要となり、それに伴うコスト増大が予測される。そのため制度的な患者負担増、例えば時間外選定療養費の適応などによる、いわゆる「コンビニ受診」抑制のような政策措置が望まれるところである。併せて、急患センターの適切な利用のための啓発活動や患者教育を、大人のみならず義務教育年代から踏み込んで行うべきである。

時間外急患診療センターの運営については、輪番制による開業医の夜間診療参加などが全国的にもモデル化してきており、福岡市に於いても検討すべき方法と考えるが、時間外診療に従事する医師の減少とそれを確保するためのコストが大きなハードルとなっている。

2. 2次救急における問題点

2次救急患者とは、入院治療を要する、または手術に引き続き入院治療を要する患者と定義できるが、その重症度や疾患の範囲は非常に広く、応需のためのマンパワーの準備や高度な医療設備と費用を要するため、2次救急医療の充実度は地域における救急医療の完成度に大きく影響してくる。

福岡市の救急医療は長く福岡市救急病院協会（現在会員36病院）に属する救急告示病院により担われてきたが、救急告示病院申請のための要件は古くより変わっておらず、現代の2次救急医療を担うための資格要件としては全く不十分である。

この領域には軽症の2次救急のみに対応可能な病院から救命救急センターに匹敵する病

院まで、様々なレベルの機能を有する病院が混在しており、さらに、同一病院でも時間内、時間外での体制が大きく異なっていることは周知の事実である。しかも、2次救急応需申告医療施設の医療機能の客観的で詳細な評価はなされていないのが現状である。従って、なんらかの方法により、2次救急応需申告医療施設の時間別応需体制も含めた医療機能評価を行い、この情報を1次及び3次救急医療施設、消防局、行政と共有することが2次救急医療の充実に肝要である。

救急患者を初期、2次、3次という重症度に分類し、各重症度に応じた機能を有する病院で対応するという機能別救急医療を効率的に維持していくためには、2次救急医療応需医療機関の機能を正確に把握し機能させることが鍵となる。機能評価を実施するに当たっては、消防局を含めた行政、福岡市救急病院協会、福岡市医師会の3者による協議に於いて方法を検討することになるが、改正消防法施行の時期でもあり、いずれの組織に於いても、福岡市における救急医療をさらに進化させるという意識を持ってこの作業に取り組んでいくことが必要である。また、このような問題点を解消しようとしたのが北米型救急医療であるER型救急体制で、初期から高次救急患者を選別せず受け入れ、外来治療から入院、手術までを一病院で行う自己完結型の救急医療である。すでに福岡市内及び郊外にいくつもの病院が、特色あるER型救急医療を展開している。このタイプの救急医療機関は、患者、救急搬送者にとっては利用しやすいが、多くのマンパワー、コストを必要としている。しかし、病院職員の救急医療に対する使命感は強く、地域における市民への貢献度も高いため、すでに評価すべき存在となっている。その反面、ER型救急施設への患者の集中は、既存の中小2次救急病院の救急患者数の減少による経営悪化やスタッフのレベル低下を来して、その機能低下を招いていることは無視できない。近年の中小2次救急病院の救急医療からの立ち去りが続いていることは、地域の救急医療を維持するために解決すべき問題である。

3. 3次救急における問題点

初期救急医療機関及び2次救急医療機関の後方病院であり、原則として、これらの医療機関及び救急搬送機関からの救急患者を24時間体制で必ず受け入れるという体制をとる3次救急医療機関にとって、オーバートリアージによる患者集中は常に悩ましい問題である。

但し、重症者における3次救急患者の見落としを防ぐには、現行のオーバートリアージはある程度容認せざるを得ない。メディカルコントロール体制下の救急救命士教育により、トリアージ判定の精度はかなり上がってきている一方、この問題は、救急要請家族の大病院志向もあって、現場における救急隊によるトリアージのみで最終的に病院選択ができないことも大きな要因である。

福岡市の3次救急医療機関の受け入れベッド数は、この問題も考慮すれば、原則、増床の必要性はあってもベッド数を減らす理由はなく、運営、経営を各病院に一任するとすれば、行政が3次のベッド数をコントロールする必要はないが、現状では補助金無しで3次のベッドを運営することは非常に厳しい状況である。また、3次救急の現場でも、従事するスタッフの確保難など、慢性的なマンパワー不足が深刻化している。

－ 小児科・産婦人科・精神科救急について －

福岡市の小児救急医療は、福岡市急患診療センター・市内5区診療所での夜間や休日の初期救急を、福岡地区小児科医会会員、市内総合病院の勤務医並びに九州大学・福岡大学医学部所属の小児科医が、交替で診療を行っている。全国的に見ても慢性的な小児科医不足で、各地域で、その地域の状況に応じた暫定的な救急医療体制が模索されているのが実情であり、福岡市に於いても事情は同じであるが、年数回、急患診療への出務を義務付ける福岡地区小児科医会の体制は、これまでは初期救急に関しては十分に機能してきた。しかし、近年の傾向として、市民の小児科専門医志向の強まりや、軽症で本来救急受診の必要がないにもかかわらず、家族の都合で時間外に受診するなど、時間外受診の小児科の患者は増加の一途を辿っている。小児科受診者は、急患診療センター・診療所受診者の約6割を占めているが、市内5ヶ所の休日急患診療所には、内科医で小児科も標榜している内科医会会員医師を中心に勤務しており、この急患診療所で地域の小児科患者の1次診療を行うことで、急患診療センターに小児患者が集中することを防ぐ機能をはたしてきた。しかし、内科医の専門分化が進み、小児科を並科標榜する内科医の減少と高齢化により、診療所勤務内科・小児科併診医師の確保が困難になりつつあり、早晚、各区診療所での小児科診療の継続は不可能となる事態が予想される。限られた小児科医師の負担軽減と人材を有効活用するために、診療所を集約した特別な施設の設置の検討が必要かと思われる。こども病院の人工島への移転計画が再び動き出した今、福岡市西部の小児2次医療体制の確保を始め、福岡市の小児救急医療体制を支える任務を担えるのは福岡市医師会を措いてなく、こども病院の医療機能が最大限に生かされるためにも、もっともマンパワーが求められる初期救急については、開業医、勤務医、大学医局医師の参加による体制を維持し、これをさらに強化すべきである。

産婦人科救急で特に問題とされるのは、「分娩時までまったく検診を受けていない妊婦の飛び込み」（飛び込み分娩）とされている。そのような症例は一部の公的病院に集中している現実があるが、受け入れ可能な病院があったとしても、感染症などまったくチェックされていない妊婦に対する対応は、特に周産母子センターにおいては、異常分娩や低体重出生児などを収容する病床に、感染症未検査の妊婦を入院させるべきではないとの立場をとっている。また、診療報酬の未収金問題の原因の一つともされており、特殊な分娩施設の設置や公的補助など、行政の積極的な関与が望まれる。

精神科救急は、平成10年から福岡県が精神科救急医療システム事業を福岡県精神科病院協会に委託しており、県内を4ブロックに分けて、輪番制による夜間・休日の精神科救急の受入れが行われている。精神科救急システムにもいくつかの問題点が指摘されている。

まず、2名以上の専門医の一致した判定を要する措置入院や、保護者の同意が必要な医療保護入院の対象となるような緊急性の高い患者への対応はこのシステムにより可能となっているが、保護者の同意なしに72時間に限り入院措置がとれる応急入院指定病院は、41ある福岡ブロックの精神科病院のうち、県立大宰府病院と雁の巣病院の2病院しかない。

また、自発的受診者や一般科救急で問題となるような精神的問題を抱えたケース、いわゆるソフト救急と言われるようなものは対象外となっており、さらに、精神科単科病院では、重篤な身体疾患を合併した精神科救急対象患者には対応できていないので、一般救

急病院との更なる連携が必要であることなど、福岡ブロック全体で一層の体制整備が望まれる。

－ 消防法改正にともなう救急搬送における問題点について －

消防法改正の背景には、全国的に救急搬送時に搬送先医療機関が速やかに決まらない受け入れ医療機関の選定困難事案の増加と、救急隊が現場に到着してから傷病者を病院に収容するまでの時間が遅延傾向にあることがある。その目的は、「地域における現状の医療資源を前提に、消防機関と医療機関の連携体制を強化し、受け入れ医療機関の選定困難事案の発生をなくすとともに、医学的観点から質の高い、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受け入れの体制を構築することを目指す」ことで、この法改正により、各都道府県に傷病者の搬送及び受け入れの実施に関する基準を策定する協議会が設置され、その実施基準は一般に公表されることになる。主な実施基準としては、①傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われる医療機関のリスト、②消防機関が傷病者の状況を確認し、①のリストの中から搬送先医療機関を選定するための基準、③消防機関が医療機関に対し傷病者の状況を伝達するための基準、④搬送先医療機関が速やかに決定しない場合において傷病者を受け入れる医療機関を確保するために、消防機関と医療機関との間で合意を形成するための基準等である。

ほとんどの都道府県には、すでに地域レベルの既存の協議会があり、福岡県では保健医療介護部が設置する「福岡県救急医療協議会」をこれに位置づけて、実施基準の策定は下部組織の「福岡県救急業務メディカルコントロール協議会（「県MC協議会」）」が行っている。

消防法改正により、現行の二次救急医療機関の通常時間帯と夜間時間帯の人員配置状況、特に、夜間・休日にどのような傷病者を受け入れることができるのかが焦点となり、2次救急医療機関の機能別・地域別などのポジショニングの明確化が求められている。

福岡市においては、2次救急医療機関と救急隊との連携が非常にスムーズに行われているが、この状況を維持発展させるためには、消防法の改正を踏まえて行政と綿密な連携を前提とした救急医療機能の把握とその公表が、医療と医療現場の実情への理解に基づいて、さらにきめ細かく行われる必要がある。

－ メディカルコントロール（MC）と救急隊員への教育について －

平成3年に発足した救急救命士制度により、救急現場での救命の質は飛躍的に向上しており、救急隊員が行う救急業務を医学的観点から検証して医行為の質を保障するメディカルコントロール（MC）の活動もその要因となっている。福岡市では福岡地域MC協議会が中心となって行われ、福岡市の救急医療が、救急搬送・受け入れ状況ともに全国レベルでも非常に良好である理由のひとつが、このMC体制の充実にある。

福岡地域MC協議会では、検証会議を充実させるために、救命救急センターや2次救急医療施設を含め救急入院ベッドを持つ施設の医師を中心としたワーキンググループを設け、重症例を主に検証し、現場に係わった救命士へのフィードバックがなされるような体制が出来上がっているが、救急隊側の問題ではなく、医療機関側の問題について、検証会議から直接病院へフィードバックされる機会が少ないので、今後は、担当医師が検証会議に参加し、救急隊、医療機関双方のレベルアップに寄与するようなMC体制の一層の充実

が望まれる。

－ 市民教育について －

市民が病気になった時、特に夜間や休日など時間外に急病になった場合、拠り所は急患診療センターなど初期救急医療施設である。一般的に、時間外に救急外来を受診する患者の多くは小児で、しかも軽症で本来の急患には該当しない場合が多く、こうした不急の患者の受診を抑制するための日常的な対策が必要である。また、救急車の安易な利用に対しては、「救急車の適正利用に関するアドバイス」や「救急病院選びのポイント」などを記したガイドブックを配布するなど、より具体的な啓発活動も必要である。

バイスタンダーCPRなど、病院前救急に市民が果たす役割も、「救命の連鎖」の第一段階として非常に重要である。平成22年に、福岡市において救急隊が到着するまでの間に市民により実施された応急手当1,928件の内、AED、心肺蘇生、止血が1,076件で55.8%を占め、中でもAEDは、前年の22件から40件となり、増加率で81.8%と上昇している。日頃から、消防局など関係機関や職場単位による講習会等の場で、AED操作法等の普及啓発の活動を続けていくことによって、更に救命率を上げていくことが期待できる。初期・2次・3次という救急医療の段階について正しい認識を持ち、急病時に適切な医療を受けられることが市民にとって最も望ましいことであるので、中学生・高校生など教育現場でも救急医療について採り上げ、啓発していくことによって、医学・医療全般への関心を喚起し、ひいては急患センターへのいわゆる「コンビニ受診」や、タクシー代わりに救急車を利用するといった不適切な行為を抑制する市民意識の醸成に繋がるよう、行政と医師会などの関係機関が歩調を合わせて市民教育に力を入れるべきと考える。

－ かかりつけ医の役割 －

一般的に、時間外の診療を行わないかかりつけ医においても、福岡市の救急医療への正しい理解と協力が大いに期待される。病気の恐ろしさやその予防など、医療に関する諸々の一般的知識を深めてもらうこともかかりつけ医の一つの役目ではあるが、それによっては、直ちに急病時の適切な受診行動に繋がることは期待できない。しかし、個々の患者に対して、自己の病状や治療内容等について常に正確な認識を持つよう教育し、患者のデータファイルを日常的に携帯させて、救急の際には医療者間でそのデータを共有できるようにすることで、2次、3次救急医療施設への負担を軽減することが出来る。また、かかりつけ医が患者の一次的な電話相談に応じる体制づくりも検討すべきである。特に時間外における救急車の要不要ばかりでなく、急患センター受診の要否もある程度電話相談で振り分けできれば、受診前のトリアージ効果が期待できるので、かかりつけ医の積極的な参画が望まれる。また、急患センター・診療所への出勤も、広く浅くを基本に、可能な限り全員が当番制により出勤することがシステム維持の為には不可欠である。

－ 結 語 －

福岡市は、質・量ともに豊富な医療資源に恵まれており、各医療機関がその機能によって役割を分担し連携する、先駆的な「地域完結型医療」を「福岡方式」として実施している。

救急医療の分野においても、初期、2次、3次の各段階で、各々の施設の役割を分担し、且つ連携して救急患者の救命率を上げてきたが、これは現場のスタッフ並びに市消防局の努力に負うところが大きい。

昭和49年に福岡市急患診療センターが発足してからは、初期救急の質は劇的に向上し、2次・3次も並行して機能の充実が図られている。しかし、医療環境の悪化による医療機関の経営上の問題や慢性的なマンパワー不足、患者の意識や受診動向の変化などによって、現在の機能別の救急医療体制のバランスが崩れようとしている。救急医療の受益者である市民にとって、現在の救急医療体制は分かりにくく、さらに言えば、治してさえもらえればどの段階の医療機関でも構わないという意識が根底にあると思われるが、軽症にもかかわらずいきなり高次医療機関を受診したり、逆に初期医療機関である急患診療センターへの過剰な期待など、医療側のPR不足と患者への啓発不足が原因で、救急医療の現場に混乱が生じる場面が多くなってきた。

このような状況を是正するためには、救急医療機関の機能情報の一層の透明化に基づいた系統的な連携医療の推進と、患者・市民の救急医療への理解促進が同時に進められなければならない。救急医療は、医療者のみで行われるものではなく、常に市民自身が係わっていくという意識を持つべきものであり、市民啓発にも大きな意義がある。

福岡市は、そのスケールメリットを生かし、初期、2次医療の更なる整備を進めるとともに、特に小児や高齢者の救急患者の増大傾向に鑑みて、かかりつけ医の積極的な関与による24時間対応の相談体制を構築するなど、市民にとって分かりやすい1次救急の道筋をつけていくことが必要である。また、豊富な医療資源を活用し、多発外傷、重症熱傷、急性脳障害や心筋梗塞などの超急性期疾患に対応する高次救急医療体制の整備を進め、併せて産婦人科救急医療、精神科救急医療などの応需体制を県・市行政の協力の下に構築して、政令市に相応しい効率的な総合救急医療体制とすることが、医療者側からも市民ニーズの観点からも、福岡市のあるべき救急医療体制として求められている。

※第1回地域医療対策・救急・災害合同委員会 平成22年9月3日（金）開催
第2回地域医療対策・救急・災害合同委員会 平成23年5月9日（月）開催

地域医療対策・救急・災害合同委員会

【地域医療対策委員会】

委員長	成富 由司 (原土井病院)
副委員長	安藤和三郎 (安藤病院)
委員	牟田 浩実 (牟田内科クリニック)
	菱山 博樹 (福岡城南病院)
	笹栗 学 (ささぐり内科循環器科クリニック)
	生野 英祐 (生野リウマチ整形外科クリニック)
	原 道也 (福岡リハビリテーション病院)
	冷牟田浩司 (九州医療センター)
	吉村 茂昭 (吉村病院)
	富岡 譲二 (福岡和白病院)
	江口 徹 (原三信病院)
	松本 朗 (高宮外科内科医院)

【救急・災害委員会】

委員長	秋本 亮一 (秋本病院)
副委員長	稲生 哲治 (福岡赤十字病院)
委員	庄司 哲也 (貝塚病院)
	松井 裕康 (大島眼科病院)
	下川 敏弘 (那珂川病院)
	安藤和三郎 (安藤病院)
	高橋 禎彦 (高橋脳神経外科)
	岩尾 憲夫 (聖峰会マリン病院)
	村中 光 (九州医療センター)
	佐田 正之 (佐田病院)
	橋爪 誠 (九州大病院)
	石倉 宏恭 (福岡大学病院)
	則尾 弘文 (済生会福岡総合病院)
	小林 良三 (九州医療センター)

【福岡市消防局】

局長	尾原 光信
----	-------

【福岡市医師会】

会長	江頭 啓介
副会長	下村 国寿
専務理事	入江 尚
理事	竹中 賢治
	壁村 哲平
	寺坂 禮治
	田中三津子
	高岸 智也