

第5回 福岡市及び近郊における周産期医療連絡会議 議事要旨

-
- 日 時 平成23年11月9日(水) 18時30分から
- 場 所 福岡国際ホール 志賀
- 出席委員 福岡県産婦人科医会福岡ブロック会 長野委員, 福岡市医師会 平川委員,
九州大学病院 福嶋委員・落合委員, 福岡大学病院 小濱委員・太田委員,
九州医療センター 久保委員・佐藤委員, 福岡徳洲会病院 窪田委員・村松委員,
済生会福岡総合病院 坂井委員, 浜の町病院 井上委員
福岡山王病院 森委員, 福岡赤十字病院 西田委員・曳野委員,
こども病院・感染症センター 月森委員・高畑委員, 福岡市保健福祉局 恒吉委員
[オブザーバー] 福岡赤十字病院 梅津(産婦人科) 部長, こども病院・感染症センター 福重院長,
福岡市消防局救急課星川課長
[事務局] 福岡市: 下川部長, 加藤課長, 平坂課長, 上野係長, 佐伯係長
-

《事務局より》

- 今回より、浜の町病院の黒木委員に変わって武本委員に就任いただいている。

《座長より、前回協議の総括》

前回協議のポイントは、次のとおりと考えている。

- 福岡における周産期医療体制には、短期的課題と長期的課題がある。
- 短期的課題としては、例えば36週、2000gのいわゆるミドルリスクの受け入れをどうするかということがあり、これは喫緊の課題である。
- 長期的課題としては、医師不足等に伴う課題があり、その対応としてメガホスピタルが考えられるが、これは実現困難と考えられる。しかしながら、少なくとも集約化が必要と考えている。
- できれば短期的課題、長期的課題の両方を協議したいが、当面はこども病院のスケジュール(新病院建設)の関係があるため、まずは短期的課題について協議し、その後、長期的課題を検討していきたい。
- 短期的課題としては、ミドルリスクの受け入れ不足があるが、ミドルリスクの受け入れには少しでも新生児搬送を減らす観点から、NICUのある医療施設での受け入れが望ましいとの意見が出ている。
- こども病院は、今ならハード的に病床数と医師の数に対応可能との話があった。
- 現実的に他の施設で対応可能かという点については、福岡赤十字病院はすでに建設工事中であり現時点ではもう増床は難しい。また、浜の町病院も同様の状況にあると考えられる。
- こども病院でミドルリスクを受け入れるとした場合の一つの形がオープンシステム導入とのことであるが、前回の会議の中では、このオープン・セミオープンシステムという言葉はあまりふさわしくないという意見が出ていたので、今回はできるだけその言葉を使わずに会議を進めていきたいと考えている。
- 以上のことも踏まえて本議題について検討いただき、本日はある程度の結論を出したいと考えている。

議題1 周産期医療提供体制における喫緊の課題と対策について

《事務局より、資料1について説明》

- 資料1の医師数の将来予測について、2008年の厚生労働省調査に基づき29歳以下612人とされているが、2008年は臨床研修制度の変更が含まれており、かなり少なくなっているのではないかと。また、現在、いわゆる産婦人科の専門医制度に入る人達が400から450人で、そのうち7割が女性であるが、男女比など、生産性のことは考慮していない数であると理解してよろしいか。
- 医師数は、厚生労働省の調査結果をそのまま採用しているものである。〈事務局〉
- 帝王切開の割合が2割と想定されているが、福岡都市圏において紹介により患者の受け入れを行っている主要な病院では、その率が40から50パーセントである。
- 帝王切開の割合は、全国平均を示したものであり、福岡都市圏全体の周産期専門医療施設と一次診療施設も含めて、最低限これだけ必要という概算である。おそらく福岡都市圏における病院での帝王切開の割合はもっと高いと思うし、希望帝王切開も非常に増えている状況であるため、割合が4割になれば、今回の試算に対し1.5倍程度の病床が必要になる。
- 入院日数については、経膈分娩5日、帝王切開8日で試算されているが、当院では経膈分娩4日、帝王切開5日で退院させている。それを考慮すると、かなり数的には変わってくるのではないかと。
- 入院日数については、病院によってはもっと短いという実態もあると思うが、全国平均では経膈分娩が5日で帝王切開が12日程度であることから、帝王切開を平均よりも短めの8日としたものである。〈事務局〉
- 全国的な平均と福岡都市圏の平均には若干開きがあるということ念頭に置いて、議論を進めていきたい。
- 全国的には分娩を扱う診療所がかなり減っていると思うが、福岡都市圏も全国と同じように推移するのかは、良く分からない。
- 全国的にみると、福岡市はまれに見る診療所分娩が多い地域である。現在、分娩は診療所に大きな比重があり、周産期医療を支えているのは診療所である。それが20年後には、おそらく医師数等との関係から診療所が少なくなり、全国平均程度になるという予想であるが、今の流れからすると、その理論は成り立つと思う。
- 現在この地域には産科有床診療所が20施設で120床あるが、医師の高齢化や後継の問題、診療所でのマンパワーの問題などがある。

《こども病院（月森委員）より、資料3について説明》

- こども病院では、具体的にはあと何床程度必要と考えているのか。
- 心臓病などの胎児受け入れ、それから今議論されているミドルリスク、例えば切迫早産や前期破水など、新生児科の専門医あるいは周辺でサポートする小児外科医などのスタンバイ状況で分娩を行うことが望ましい症例に関して、こども病院で積極的に受け入れることを目指した病床数が、前回申請時の病床数30床である。胎盤早期剥離、前置胎盤、産後出血、合併症妊娠などは、周辺の大学病院など、成人医療の整った施設でケアするのが理想である。

新しいこども病院の産科病床はハイリスク限定で18床認められているが、出生前診断で出生直後早々に外科的な対応をとる必要がある新生児心疾患例は、ほぼ全例、例えば長崎県などからであるが、当院へ搬送されることになると思うので、少なめに見積もっ

ても 18 床のうち 12 床ほどは圏外からの妊婦受け入れで占められる確率が高い。そのような状況になれば、福岡市内だけで年間約 13,000 人の出生、県内では約 45,000 人の出生があるが、それに対応できるベッドは、18 床のうち 4 床から 6 床程度しかない。

新しいこども病院の産科には 8 名の診療要員、同様に新生児科にも 8 名の診療要員を掲げており、ある程度集約された状況にしたいと考えているが、18 床で 8 名の産科医を配置するというのは、経営的観点からは極めて難しい状況にある。18 床であれば、半分程度の 3 名から 4 名の診療要員となると思うが、その体制では 24 時間 365 日の対応は無理である。

また、重症の先天性疾患の手術後の方で、妊娠を希望される方も一定数おられるので、その対応を考えると MFICU が数床必要となるし、産科が増えると当然 NICU、GCU の対応ベッドも検討しないとイケない。

- 当院では、26 床の産科でミドルリスクからハイリスクまで受けているが、26 床であっても時々足りないことがある。(新しいこども病院が)ハイリスクの心疾患以外に切迫早産を受け入れるという計画であれば、18 床では足りないと思う。
- 当院(二次施設)では、34 週以降であれば基本的に受けることができる。他の婦人科的なことに追われているのが現実であるが、産科医は 8 名いるので、ある程度の受け入れはできるのではないかと思う。
- 最近では、当院(二次施設)が 34 週未満は無理であるがそれ以上であれば受け入れができることを理解していただいております、それをもう少し周知させれば少し役に立てるのではないかと思う。早産の可能性があり大学病院で受け入れていたが、34 週まで持ったため当院(二次病院)に移ってくれという症例も、数は非常に少ないながらもあるので、その辺りのルールを作っていけば、ハイリスクを受け入れる三次施設のベッドに少し余裕ができるのではないか。
- こども病院産科の在院日数はどのような内訳なのか。
- 在院が長い方は基本的に鹿児島県など県外の方であるが、いつ陣痛が始まるか分からないので、大体 37 週前後で入院、38 週で帝王切開、手術する前、分娩に 10 日間、分娩後 10 日間から 2 週間、平均で 21 から 24 日間くらいという内訳である。
- (こども病院の移転先には)あれだけの敷地があるのだから、近隣や敷地内にホテルなどを建てれば病床を大幅に増やす必要はないのではないか。
- 現こども病院には NICU が 19 床あるが、そのうち割合からすると心疾患が 13 から 14 床、残りの 4 から 5 床を地域周産期医療として確保している。現こども病院の NICU がそのような状況であるため、新しいこども病院の産科 18 床のうち 13 床程度は心疾患で埋まってしまう可能性があると考えている。
- 当院(二次施設)としては、現在のところ、ほとんど断ることなく(ミドルリスク症例の)受け入れを行っており、これからも同様のペースでいくのではないかと思う。
- 当院(二次施設)も他の二次施設と同様に 34 週以降でないとは受け入れが出来ない。また、高次施設へ送った場合でも、35 週までもった場合には戻ってもらうという症例が、今までも実際にある。
- 当院(二次施設)で診ることができる症例は、他の二次施設とほとんど変わらない。キャパシティ的にはまだ受け入れができる。三次施設との連携という面では、今は新生児搬送が多いので、母体搬送が増えていくと良いのではないかと思う。新しいこども病院が、ある程度ミドルリスクを受けられるようになれば、二次施設の必要性は下がってくると思う。

- 当院（二次施設）では 34 週以降の対応をしているが、受け入れはここ数年一定の数で推移している。ただ、人工呼吸器等が必要な症例が突然生まれた場合には、大学病院やこども病院に新生児搬送しており、そういった数は毎年十数例ある。
- 34 から 35 週の破水の受け入れを断るという場合には、産科の病床だけではなく、NICU が空いていないこともかなりリンクしている。診療の質、教育、新生児科医の枠を考えると集約化は避けて通れないので、新しいこども病院が大きくなる（病床を増やす）ということも当たり前の事で、求められることだと思う。新生児科医の立場から言うと、2, 3 人よりも 4, 5 人のスタッフがいて、そして 4, 5 人のレジデントがいる方が働きやすいし、教育も研究もやりやすいと思う。新生児科医や産婦人科医が足りないというのは、労働条件や教育、診療日数も関係すると思われるので、せっかく新しい病院が出来るのであれば、特化できる部分は特化した方が、新生児科医としては働きやすいと思う。きちんとした医療計画を作ることが大事だと思うので、各二次施設がそれぞれ頑張るという話だけではなく、本当は新しいこども病院の整備をきっかけにそこまで絡めて議論しないといけない。
- 現実的に、どの病院でもベッドは増やせない状況ではないのか。
- こども病院は婦人科救急を扱っていないため、産科に特化する。他の病院の産婦人科では、ある程度周産期に特化した症例の対応は外れることになる。課題となっている福岡都市圏における婦人科救急の対応についても、二次施設の周産期救急の負担を軽減することにより、その分婦人科救急を受けるというネットワークの構築に繋がるのではないかと。婦人科救急と周産期救急の両方を担っている三次施設においても、そのうち婦人科救急を他の二次施設が担うことで、その分NICUが必要な症例を受け入れるというように、連動できるのではないかと。将来的に、突然ローリスクからハイリスクになるという周産期医療の特徴に対応するためには、ネットワークも必要となるが、周産期医療に特化した大きな病院があり、そこで産科医・新生児科医のニーズが確保でき、ドクターカーで出向いていく周産期救急のシステムが出来れば非常に良いと思う。
- NICU ベッドの絶対数が足りないことは皆さん重々承知だと思う。今後出生前診断の頻度が上がっていく状況にあり、胎児リスク例は一定の割合で把握できる事になることから、何故母体搬送で対応しなかったのかということについて、十分に訴訟に成り得る状況にあると思う。
- 集約化には賛成だが、現実的に大学がそれを認めるかどうかの問題である。
- あと 10 床から 12 床くらい産科病床を増やし、こども病院の産科で取り扱える範囲でのミドルリスクを中心にやる、単に分娩全体のローリスクを扱うという平均的な話ではなく、ミドルリスクに特化しようということである。そのミドルリスク受け入れのための 10 床から 12 床を、どう使えば我々にとって使い勝手が良いかということだと思う。
- こども病院の産科病床が増えた場合に、今は、やむを得ず新生児搬送を行っているという実態が沢山あるので、それを母体搬送できるようになるだけでもかなり違うと思う。
現在、母体搬送がなかなか難しく、例えば早産の可能性のある二十何週（の症例）であれば九州大学病院や福岡大学病院（三次施設）で受け入れるが、30 週まで持った場合、今度は次の病院（二次施設）に搬送することができない。同様にNICUの長期入院も、一度入ってしまうと三次施設でしか対応できないことが無くなったにも関わらず、次の病院（二次施設）に搬送するということができない。患者に三次施設でしか対応できない期間が終わったら、次の施設に移ることを前提に来てもらうという同意を取らない限りは、施設の棲み分けは絶対に出来ないと思う。

- 現在、ほぼ毎日ハイリスクの搬送を受けている状況であるが、そういう中であっても、ミドルリスク受け入れの依頼があれば当然受けており、ミドルリスクを他の病院で受け取ってもらえれば、大変助かると思う。新しいこども病院でミドルリスクを受け入れることについては、麻酔科のバックアップもあり、緊急手術にも対応できるとのことであるので、非常に助かると思う。
棲み分けについては、何を基準にするのか難しいと思う。
- 棲み分けやリスクがワンランク下がった妊婦の移動システムについては、福岡市を中心とした周囲の都市圏の問題であるので、行政の手腕で考えてもらいたい。
- 将来、(新しいこども病院で) 新生児科医が 8 名に増えるということが実現できれば、地域医療にも貢献できるし、高度の医療にも貢献できると思う。
- これまでの議論を踏まえて、こども病院の病床を増やして、心疾患に関わらずミドルリスクも含めたものに対応できるということを条件として、増床するという方向で進めてはいかかがか。
- 新しいこども病院の周産期医療体制の整備に関して、提議・賛同いただいた点を踏まえて、福岡市と強力な協力体制の中で具体的に話を進めていきたい。
- 基本的に独立行政法人福岡市立病院機構になっても、こども病院と福岡市は一体であるので、本日、院長が申し上げたような点については、我々福岡市の役割と思っている。色々な棲み分けのことについては、今後、この場を活用して、より具体的に話していくことが必要かと思っている。
- 新しいこども病院(産科で)で認められた病床が、NICU12床、GCU24床とのことであるが、それでは事実上ほとんど儲からないだろうと思う。
- こども病院でドクターカーを購入してもらおうというのは大いにありがたい。しかし、実際に24時間稼働しようと思ったらドクターは8人以上必要で、それでやっと一人が病院に待機して一人が24時間動けるという状態になると思う。

<座長より> 意見としては、おおむね統一できたのではないかと思うので、この会議としては、こども病院の増床(現在認められているハイリスクに加えミドルリスクも含めた対応を行うために県に増床申請を行うこと)について了承するというので、各委員の賛同をいただきたい。

<了承>

《今後の進め方・まとめ》

<座長より> 今回の会議で短期的課題であるミドルリスクの受け入れについて結論が出たので、次回は産婦人科の先生方を中心に場を設けて、婦人科救急の現状と今後の対策について、話し合いたいと考えている。

<事務局より> 次回開催については、婦人科救急を中心ということなので、メンバーも部会のメンバーになるので、それについては座長と相談し、後日、委員の皆様へ声をかけていただく。