

第 1 回婦人科救急医療体制検討会 議事要旨

-
- 日 時 平成24年7月4日(水) 19時00分から
- 場 所 福岡国際ホール 九重
- 出席委員 福岡市医師会 平川委員, 九州大学病院 福嶋委員, 福岡大学病院 小濱委員,
九州医療センター 蓮尾委員, 福岡徳洲会病院 窪田委員,
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 渡邊委員,
福岡赤十字病院 西田委員, 千鳥橋病院 篠原委員,
こども病院・感染症センター 月森委員, 福岡市保健福祉局 恒吉委員
- [オブザーバー] 福岡市消防局救急課星川課長
- [事務局] 福岡市: 下川部長, 平坂課長, 加藤課長, 上野係長, 田久保係長, 手嶋係長,
河野, 兼行
-

〈開 会〉

- 本会議では九州医療センターの久保委員に替わって蓮尾委員が, 新たに千鳥橋病院の篠原委員が参加された。また, 本日は長野委員が欠席された。
- 会議については非公開とし, 会議資料及び会議要旨については, 委員に確認の上, 本市のホームページで公表することを確認した。

報 告 これまでの経緯について

- 事務局から「福岡市及び近郊における周産期医療連絡会議」において, 「婦人科救急医療体制検討会」の設置が決定された経緯を報告した。

〈主な質疑〉

- 一次医療施設の機能活用に伴うバックアップ体制としての開放型病床の設置, オープンシステム・セミオープンシステムの導入とは具体的にどういうことか。
→ こども病院の開院にあわせて産科病床を増設し, オープンシステムの導入が決定されたが, その時期については今後検討していくこととなった。

議題 1 今後の進め方について

事務局から次のとおり提案し, 了承を得た。

- 福岡市の救急医療体制のあり方全般について議論する場として, 「福岡市救急医療協議会」を設置し, 必要に応じて専門分野(診療科)ごとに部会を設けることとする。
本検討会を同協議会の専門部会として位置づけ, 本検討会で完結できる事項は, 本検討会で決定の上実施することとし, 本検討会で決定できない事項については, 同協議会が設置された後, 報告・提案等を行い, 同協議会において決定するものとする。
- 本日は, 各病院の医療体制など現状と課題の抽出までを行い, 次回以降にその解決に向けた対応策や各病院間の連携のあり方等について協議したい。
- 婦人科救急医療体制検討会規約を制定した。

〈主な質疑〉

- ほとんどの病院は産婦人科として運営しているため、産科救急や周産期もあわせて検討すべきではないか。
- 周産期医療連絡会議の中で婦人科救急を協議していくと決定した経緯はあるが、産科救急等へ波及する課題が生じた場合には、産科救急等も含めて進めていきたい。

座長の選出

- 座長に長野委員を、副座長に平川委員を決定した。なお、本日は長野委員欠席により平川委員が座長を務めた。

議題2 各病院における婦人科救急医療体制の現状と課題について

事務局で取りまとめた「各病院の婦人科救急医療体制に関する調査結果(資料2-1)」、
「福岡市立急患診療センターの産婦人科診療実績(資料2-2)」、
「福岡県救急医療情報センターへの産婦人科医療施設に関する問い合わせ、紹介件数(資料2-3)」及び「主な課題、意見等(資料2)」について説明した。

〈主な質疑〉

- 平成21年度の新型インフルエンザの流行に伴い産婦人科を半年間閉鎖しているが、その間に困ったことはなかったか。
- 急患診療センターの産婦人科を閉鎖した期間は、在宅当番医制により地域の産婦人科で患者を受け付けていただいた。

- 福岡県救急医療情報センターとは、どういう機関か。
- 福岡県の委託を受けて、電話による救急医療機関の情報を提供している。

- 福岡市立急患診療センターの産婦人科の患者数は、年間約600人前後となっているが、これは土・日曜日のみの患者数か。
- 産婦人科の診療は、日祝日の朝9時から翌朝8時まで行っており、平日と土曜日は行っていない。

- 婦人科全体の救急患者は、どれくらいいるのか。
- 婦人科の救急搬送については、平成23年で436件、平成22年464件、平成21年398件、平成20年390件であり、それ以前も、約400件程度で推移している。
そのうち、主な症例は、異常出血、子宮筋腫、生理痛などである。

- 婦人科全体の救急患者は、約600~700人程度ということになる。なお、婦人科救急には、妊娠初期の出血も含めて検討した方が良いと思う。

- 急患診療センターの患者数は、10人程度/日である。そのうち、二次搬送する重症患者は20~30人に1人ということになる。
- 平成23年度の急患診療センターにおける産婦人科受診者数565人のうち、産科患者は概ね約7割で、婦人科は概ね3割である。

婦人科の主な診療内容は、子宮外妊娠、卵巣嚢腫、卵巣けいねん転、子宮筋腫バルトリン腺膿瘍などである。産科の主な診療内容は、切迫流産、進行性流産、切迫早産、けいりゅう流産、不全流産、完全流産、胎児死亡等である。

○ 救急搬送された患者について、かかりつけ医の有無がわかれば参考になる。

→ 時間をいただければ分類できる。

○ 本検討会の目的が周産期医療を支えていくことにあるため、周産期の母胎搬送以外の婦人科疾患は、初期妊娠も含めて婦人科救急として議論していきたい。

また、救急の定義は、時間外の急患処理としたい。ただし、消防局の救急搬送件数には時間中の件数も含まれているのではないのか。

→ 時間中の搬送件数も含まれているが、時間をいただければ分析できる。

各病院から婦人科救急医療体制に関する調査結果表（資料2-1）の補足説明を行った。

○ A病院では、当直医の外にオンコールは可能である。

例えば、早産患者と内視鏡手術を要する患者の依頼を同時に受けたときに、当直医が早産患者を優先すると判断した場合、内視鏡手術の症例件数が減ることになり、医療機関や教育施設としての整合性をどう図っていくかが問題になる。

また、この会議で各医療機関への強制力を何処まで担保するのか議論する必要がある。

→ 各病院に共通してマンパワーが限られており、それぞれの機能を分析し、その議論を踏まえて、関係機関がその情報を共有する必要がある。

○ B病院では、基本的には三次救急を受け入れることとしているが、来院された人は診療している。また、NICUを増床したため、母胎搬送が多い。

当直医は、産科・婦人科で2人体制をとっているが、産科の母胎搬送を優先して受け入れている。腹腔鏡の内視鏡手術については、専門医が1人しかいないため、余裕がある場合に対応している。

○ C病院では、一次救急患者は、主に当院にかかっている人を受け入れている。トリアージをしてくれるところがあれば助かる。

○ D病院では、産科・婦人科共に受け入れている。

腹腔鏡手術については、30分程度を要することから救急と言えるのか疑問である。

当院では、一から三次救急患者まで受け入れているが、夜中に福岡県救急医療情報センターから電話依頼があっても、患者が来院しないことが5割程度ある。

また、麻酔医の当直はおらず、オンコール体制をとっている。

○ E病院では、産科患者は少ない。麻酔科の当直医はおらず、医師は2人待機しているが、救急体制が比較的充実しており、救急部が一旦患者を診て、婦人科も含めて初期対応を行っている。

産科のNICUを設置していないため、三次救急患者は受け入れていない。

麻酔科はオンコールで、塞栓術には医師を呼び出して緊急対応している。

- F病院では、当直医は1人で、その他2人をオンコール体制とし計3人を確保している。夜間の超緊急時には、麻酔科医と術場の看護師をオンコールしているが、到着まで30分程度を要しているため、かなり厳しい状況にある。
- G病院では、麻酔科医は7人いるが、そのうち6人が子育て中の女性医師で、1人の男性医師で対応しているため、夜間の手術を前提とした救急患者は夜間は受け入れていない。
また、ほぼ全室に個室料がかかるため、それを了解された人のみを受け入れている。
腹腔鏡や開腹術については、患者の希望を踏まえて、手術ができる施設で行えば良いと考える。
一次救急患者については、電話で問い合わせがあった場合は基本的には断っているが、直接来院された方は受け入れている。なお、大きな病院では二次救急以上の患者を受けべきで、軽症患者は、診療所や急患診療センターで診察してほしい。
→ 二次又は三次医療施設では、どういう診療をしていくかを協議していく必要がある。
- H病院では、救急医療情報センターからの紹介件数が多く、軽症患者もかなり受け入れている。日曜日の受入患者数は少ないが、急患診療センターが役立っていると思われる。急患診療センターでは、土曜日・平日も診療してほしい。
また、警察から依頼されるレイプ患者の診断を開業医で受けてもらえたら良い。
- I病院では、麻酔科医は3人体制であるが、女性医師は夜間勤務ができないため、男性医師1人が自宅待機している。
救急外来については、産科は対応できず、婦人科も内科医が兼務しているため、断っているのが現状である。ただし、本検討会の目的が、重症患者をマネージする大学病院の周産期部門を確保するためであれば、当院も可能な範囲で担当したい。
- J病院では、周産期救急を引き受けることにより、各病院の負担を軽減することができる。
- 急患診療センターで平日夜間に開設したらどれくらいのコストがかかるのか。上手にやればそんなにかからないのではないかと思う。
- 施設を増やしても勤務医が出動することになるため負担軽減には繋がらない。
勤務医の負担軽減は国策でもあるが、当院では、土日曜日に来てもらっている医師が看護学校の講義も受け持っているため、当直回数を減らしている。いかにして勤務医の負担を軽減するかが課題である。
- 軽症患者については、クリニックで対応してもらえれば助かる。せめて、患者からの電話相談に応じてもらうだけでも、受診者数も減ると思われる。
- H病院やD病院でたくさんの患者を受け入れてもらっているのはありがたいが、実際

はもっと多いと思われる。前回の会議で出たミドルリスクの3 4週以降の破水患者を二次医療機関が受け入れることとした場合、H病院では対応可能か。

- H病院では、産婦人科医は8人おり、夜間急患は、手がかからない人が多いため、マンパワーとしては十分可能と思われる。
- 無床診療所に嘱託施設を置くことを義務づけてはどうか。例えば、助産所の嘱託医として。分娩を扱う施設では予約制になっているため、予約に入らない患者を紹介(搬送)できるバックアップするルールを作る必要がある。
- F病院で妊婦健診する患者に対し、先ず当院を受診させて、その人のカルテを作成し、「何かあれば当院に来てください。」と言っている先生もおり、その反対の考えの先生もいる。ルールを作ってはどうか。
→ 柔軟な対応で解決を図る方法もあるということである。
- 「どこの病院が受入可能なのか」の情報が入りにくい。医師がデータ入力等を行うと漏れが生じやすいため、事務系の職員に毎日電話で受入可能な病院の情報を収集させてプールしてはどうか。その情報を基に、例えばNICUが満床の病院には周産期の患者は搬送せず、婦人科の救急患者を回すなど対応していくなど。
- 過去にネット上で行ったことがあるが続かなかった。現在は事務員が週2回FAXで集めている。
- どうしても情報を送る側は忘れてしまう。情報を送らせるのではなく、専門の事務員が情報を取りに行くなど、受ける側の努力が必要である。
- 空きベッドに関しては他の病院の情報が必要であるが、救急患者の場合は、ほとんどベッドは不要である。ベッドの空き具合だけで判断するのはいかななものか。それぞれ別次元で考える必要がある。
- 空きベッドについては、手術を必要とする患者の受入をカバーすることが可能であり、特定の病院への患者の集中を少しでも減らすことが必要ではないか。
- 誰が、リアルタイムでベッドの空き状況を答えるかである。
お互いが分かっているため、ある程度他の病院の実情がわかるのが現実的ではないかと思う。
- 各病院において、連携体制を強化していくことでは一致している。今後、運用をどうするか検討していく必要があると思われる。
まず、トリアージ体制が重要であり、三・二・一次の医療施設の機能を明確にし、その中で必要であれば急患診療センターでの平日夜間の一次救急やそれに要する人的負担やコストをどうするか。その他、新しい試みにも取り組んでいく必要がある。ということになるのではと思う。

本日出された意見を踏まえ、次回までに事務局の方で課題を抽出していただき、次の検討会では、その解決に向けた対応策の検討などを行ってまいりたい。また、次回は、婦人科救急の内訳も報告してほしい。

〈事務局より事務連絡〉

〈閉 会〉