

第2回婦人科救急医療体制検討会 議事要旨

-
- 日 時 平成24年10月2日(火) 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, 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] 九州大学病院産科婦人科 加藤教授, 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, 河野, 兼行
-

〈開 会〉

- 本日は長野委員及び福岡大学病院の小濱委員が欠席した。また、九州大学病院産婦人科の加藤先生と消防局救急課の星川課長がオブザーバーとして参加した。
- 座長である長野委員が欠席のため、副座長の平川委員が座長を務めた。

報告1 これまでの経緯について

- 座長から第1回検討会での協議内容についてあらためて確認した。
- ・本検討会を福岡市の救急医療のあり方全般を議論する「福岡市救急医療協議会」の専門部会として位置づけ、本検討会で協議した結果については、同協議会に報告し、実施に向けて協議・検討していくこと。
- ・各病院における婦人科救急医療の現状と課題について、病院ごとに提供いただいた意見をとりまとめ、今後の対応策について協議を行っていくこと。

報告2 産婦人科救急搬送実績について

- 消防局救急課星川課長から、第1回検討会で委員から照会があった、産婦人科救急搬送実績について説明した。
- ・救急隊の病院選定については、産婦人科に限らず「直近・適応」を基準としており、一番近く、症状に適応した病院を隊長の総合的な判断で選定している。
- ・かかりつけがある場合で、症状と合致する場合はかかりつけ医へ搬送している。
- ・たらいまわしの状況については数字に表しにくいのが、病院照会が何回目かで決まるかというのが一つの基準となっている。福岡市では、3回以内が99.2%(1回で90%以上)であり、全国的にみてもきわめて高い数値となっている。うち産婦人科は97.1%である。
- ・平成23年中の最高照会回数は産婦人科で6回が1件、全体としては精神科で12回である。(転院搬送は除く)
- ・救急隊の感想として、産婦人科救急の搬送先選定で困っているという認識はあまりない。

(報告資料1)

- ・産婦人科の救急搬送は、平成23年で436人であり、ここ数年400件前後で推移している。
- ・時間帯別で最も多いのは、12～18時である。
- ・婦人科救急搬送の医療機関選定理由は、436人のうち、かかりつけが87人(20%)、

直近・適応が289人（66%）、本人・家族希望が50人（12%）で、その他が10人（2%）である。

- ・産科救急搬送の医療機関選定理由は、全体70人のうち34人（49%）がかかりつけである。
- ・産科の転院搬送を含む救急搬送件数は239人で、そのうち転院搬送が169件、一般が70人である。

（報告資料2）

- ・平成23年中の産婦人科の搬送先医療機関として最も多いのは1a（病院）で、118件である。選定理由としては、かかりつけが13件、適応が96件、本人・家族の希望が7件、直近・その他が1件ずつである。
- ・全体を通して言えるのは、かかりつけ以外でクリニックが受け入れる事例はほとんどないということである。
- ・選定理由の「その他」は、搬送先が決まらずに救急医療情報センターへ照会したものや、患者が紹介状をもっていたケースなどである。

〈主な質疑〉

- 傷病分類のうち「その他」にはどのようなものがあるか。
→ 痛みや出血など、症状で書かれて何ともいえないものが含まれている。また、傷病名は、初診時の診断名である。
- 緊急搬送のうち軽傷、中等傷、重傷、また救命処置をしながら搬送したもの、外来のみで終わったものなどの内訳はわかるか。
→ 次回の検討会で示す。

議題1 婦人科救急医療の現状と課題について

- 事務局から資料1に基づき、婦人科救急の定義、及び各病院から出された婦人科救急医療の現状と課題について説明を行った。

議題2 今後の対応策について

- 事務局から資料2に基づき、各病院から出された今後の対応策について説明を行った。
- ・各病院の機能分析及び関係機関による情報共有
病院ごとに対応できる診療内容等を分析し、その情報を県救急医療情報センターや消防局、医療機関で共有し、効率的・効果的な急患診療につなげる。
- ・二次・三次病院による診療分担
特定の医療機関に集中している救急搬送を機能に応じてバランスよく受け入れていく。一つの手法として平日夜間・土曜日の当番体制の導入などがあげられる。
（各病院内での経営判断・人員体制等について意思決定が必要となろうかと思われる）
- ・一次救急医療体制の検討
平日夜間や土曜日における市民の一般救急医療に対するニーズを把握しながら、それに応じた診療体制等を検討していく。
- ・新こども病院の産科増床（周産期医療強化）による各病院の負担軽減
現在承認を受けている産科18床では、24時間体制の救急患者の受入れは難しい。

周産期医療における市立病院としての役割を果たし、各病院の負担軽減を図るため、産科病床増床について福岡県と協議を続けていく。

・救急医療の適正利用に向けた市民啓発

不急の患者の受診抑制や救急車の適正利用に向け、市民啓発を行っていくことも必要である。

〈主な質疑・意見〉

議題 1 婦人科救急医療の現状と課題について

1 (1) について

- 救急医療の定義は、一次は診療時間外、二次と三次は診療時間に関わらず全ての時間帯という認識でよいか。婦人科に限らず一般的にそうか。
→ 二次・三次は患者の傷病に応じて、時間内・時間外も含めたところを指し、一般的にそうである。

2 (2) (3) (4) について

- aクリニックは夜9時まで診療しているため件数が多い。
- H病院に集中しており、これを何とかしてほしい。
- 医療情報センターはドクターではなく、バイトか誰かがやっている。
また、救急車による搬送先については福岡市だけのデータであり、実際は糟屋郡や筑紫野市、春日市等からも救急車がきているため、資料としては注意する必要がある。
- 搬送先には、ER経由で婦人科に来る人も含まれているか。
→ 区分けはなく、その病院で受入れていただいた数なので、ERだけで済んでいる人もかなりいると思う。
- ER型の病院は、A病院、C病院、F病院、G病院、H病院、I病院
- お腹が痛いと言われればERで受け、最初から性器出血などで相談があれば婦人科で診察するなど、どこで受けるかどうかは、症状によって異なってくる。
- 婦人科は基本的に時間外の一次を診ない。開業医の先生から二次病院として回ってくることが多い。
- ERの質の問題もある。ERは研修医が多いため、なるべく婦人科関係は産婦人科の当直医に相談するよう言っている。ERが優秀な医師の場合はERで診ている。
- E病院では、ER（救急外来）が完全に一次を診ており、検査等も全て終わった後で産婦人科医が呼ばれることが多い。
- 内科医が診た後、内科系ではないと言われて婦人科に回ってくる。
- 4～7月は研修医が診ており怖い。ベテランが配置できていない。
D病院は37件もないと思う。電話はあるが、遠い、道がわからない等の理由から実際に来ないこともある。
- NICUがない病院が搬送上位となっている。搬送すべき人は分散されているが、H病院がダントツである。県の医療情報センターから紹介したものなど、ある程度軽傷の方への紹介もH病院やD病院が上位となっている。
トリアージが機能し、外来で済みそうな人への紹介先からH病院やD病院を出来るだけ外して分担してあげれば、搬送先も1～2回で決まるのではないか。
具体的には土曜日などは開業医が診療しているので、県の医療情報センターからの紹介を

回してもらう等できないか。

県の医療情報センターの受け手は医療者ではないため、患者の重症度が分からない。札幌市が助産師を雇って周産期トリアージを行っている。看護師で仕事はしてないけどパートをしたい人などを雇って、トリアージ機能を強化できればよい。

また、紹介先リストを地区ごとに作り、土曜日なら開業医にも診てもらえれば、かなり負担を減らすことができる。

- 患者の多くは一次救急であるが、受け皿が十分でないので、H病院などすぐ受けてくれるところに搬送されている。

また、トリアージ機能が更にあがればよい。どう適正に患者を紹介していくかが課題。

- 施設の機能を考えながら、トリアージを考えていかないといけない。

また、その場合はトリアージのバックアップが必ず必要となる。開業医に診てもらった場合にも5%くらいは手術が必要であったなど、一次と思ったが二次・三次であった場合にどこが受け入れるのかなど、体制整備が必要である。

- 平成23年の搬送件数のうち、開業医から産婦人科へ転院された件数は何件か。また、転院搬送先が1番多いのはどこか。

→転院件数は228件（婦人科救急搬送全体の3分の1）である。転院のみは不明であるが、全部合わせるとH病院が多い。

- 婦人科の転院搬送で困ったことはないか。

→転院搬送先で困ったことはない。

- 転院先で困っていないなら、やはり一次を減らすことができれば余裕がある。福岡は意外と病院がある。

- 困っていないというより開業医が数カ所あたって、搬送先が決まっているから同じことではないか。

- 開業医が困ったときに、A病院・B病院でトリアージしてくれれば助かる。

- 二次・三次でたらい回しにならないように高度なトリアージ機能があれば良い。

2 (5) について

- 勤務条件について、平日夜勤は女性医師も交替で勤務している。

- 女性というわけではなく、勤務条件として昼間だけという契約になっている。

- 性別の問題ではなく、「条件によっては夜間や休日に勤務できない医師もいる」という書き方が良いのではないか。

議題2 今後の対応策について

1及び3について

- 受入可能病院については、お互い知っていて情報共有できているから、特定の病院に集中しているのであり、対応策としてはナンセンスである。

- 開業医の日曜日の当番医は機能しているのか。

→ 急患センターの二次病院（B当直）として前もって当番日に待機しており、C当直がそれをサポートすることとなっているが、二次病院に送る際は、高次な検査や手術を必要とする患者であることが多く、急患センターの医師の判断で総合病院へ搬送されるケースが多いため、件数としては非常に少ない。

- 発想を変え、開業医は一次の当番医ということにし、外来だけで済む人を診ることにすれば、H病院などの負担が軽減されるのではないかと思う。

- 新型インフルエンザが流行した平成21年度に、急患センターで産婦人科救急の受け入れを行わない時期があり、市内の開業医による当番制をとったが、分娩を扱っている有床診療所が空きベッドを確保して対応することになるため、制度的に非常に無理があった。一次救急を開業医が診る際は、有床診療所のみならず責任を負わせるのではなく、出来るだけ無床診療所を含む多くの開業医が参加できる形で運営する必要があると思う。
- ベッドを空けて待つのではなく、外来で診てトリアージを行うのが休日担当医というように発想の転換をし、無床診療所の医師も参加して分担すると、みんなの負担が減り、県の救急医療情報センターからH病院やD病院を紹介する件数が半減するのではないか。
- この話は急患センターが開いている日曜日に限るものであり、平日をどうするかというのが問題ではないか。一次救急の件数を減らすためには、一次の受け入れを平日夜間でも担当してくれるところが必要。無床診療所は看護師の対応など、夜中は不可能では。そこを細かく決めないと開業医に入ってもらえるのは難しい。
- 日曜は急患センターで受けてくれているため、患者が圧倒的に少ない。現実問題として、平日夜間も急患センターを開けてほしい。
 財源が問題になると思うが、急患センター出動医の手当はいくらか。また、その財源はどうなっているのか。
 →急患センターの出動料は、日曜、祝日の日勤帯（9～17時）と準夜帯（17～24時）は59,800円、深夜帯（0時～翌8時）は66,200円である。
 年末年始になると少し上がり、日勤及び準夜帯で74,400円、深夜帯は82,600円である。
 財源は、急患診療事業全体として市医師会に指定管理者として委託しており、総額として12億円の事業のうち、9億円が診療報酬として入って来ているため、3億円が市からの持ち出しとなっている。
- 財源が問題だと思うが、制度として決めれば人は何とか集まると思う。
- 平日夜間は、急患診療センターで受けることが望ましいことを救急医療協議会への提言の中に盛り込む。

2について

- 「平日・土曜日の当番制病院による受入」について事務局から説明を。
 →あらかじめ、二次・三次を受け入れる施設を当番制で決めて平日・土曜日という枠の中で体制を構築していただければという意味である。
- 当番制は他科では既に行われているのか。
 →病院群輪番制病院事業として、福岡・糸島地区を2ブロックに分け、平日夜間にそれぞれ1病院ずつ対応するというシステムはある。
- その輪番制とはニュアンスが違うものか。
 →より婦人科救急として特化した内容になると思う。
- 本来外来でいいものを受け入れるところを作るということと、常時急患受け入れ体制のある二次施設が少ないので、常時でないにせよ週のうち1回などの当番制を作ることと、特定の施設に集中するのを防ぐことが出来るという意味合いかと思うが、実際、転院搬送が220件、つまり時間外にすると3日に1回程しかないものに当番を決めても仕方がないと思う。
 二次の受け入れをするところが非常に少ないので、限定的にカバーするところをあらかじめ決めておけば、麻酔科医や病院の体制を整えることが出来るのではないか。
- 「二次・三次病院による診療分担」とあるが、これは一次診療も含めて二次・三次病院で当

番制で診るという意味なのか。それとも一次診療は別個に診た上で、手術が必要な症例のみを考えているのか。

例えば周産期は開業のかかりつけ医が既にトリアージを行っており、リスクがある患者を抽出した上で、それぞれの周産期の専門性を有した二次・三次施設に依頼し、機能分担されている。

一方、婦人科救急は、全くトリアージがされないままに最初から二次・三次病院へ来て、外来で帰っていく症例が非常に多く、それでは困る。出来ればトリアージをしてくれる開業医の協力体制や急患センターを毎日開くなどの策があるのではないかと思う。

- 開業医から依頼があった場合は、極力受け入れるようにしているので、二次・三次の受入はあまり問題にならない。最初の一次を何とかしてほしい。
- 外来だけですむような一次救急を、どこかで担当してもらわないと同じことである。開業医からの依頼に関しては減多なことがないと断らない。きちんとした二次搬送は受け入れている。緊急性のない夜中の急患をどこかで誰かに対応してもらうのが一番いい。
- 開業医から病院への搬送は、開業医のトリアージが機能して、問題なく搬送されている。一次の外来で済む患者のトリアージをどこでするのが問題であり、その中に潜む手術等が必要な方を見逃さない方法を検討しないといけない。

二次病院の当番制は、各病院とも周産期と婦人科を分けて診療しているわけではないので、母胎搬送を受けたら手術ができないなど、受け入れられない事情があるため、当番制というのは難しいと思う。

- 当番制となれば、開業医がその病院を紹介し、結局は一次を診ることとなり、返って仕事が増えるのが現実である。
- 当番制については、まだここにあげるには不十分なので、消させていただく。二次・三次病院の診療分担については残して、次回練ることとする。

一次救急のトリアージさえ経ていけば、現状の体制でも充分対応できるということであり、一次救急の体制の検討が喫緊の課題であるため、2と3の順番を入れ替える。

4について

- こども病院の月森委員から、福岡県産婦人科医会福岡ブロック会理事会（H24.5.16）の資料に基づき説明した。
 - ・福岡県は周産期施設がかなり多いと言われているが、ブロック別で見ると、福岡ブロックは県の3分の1しかない。
 - ・しかし分娩数では、福岡県の半数以上が福岡ブロックで産まれている。
 - ・出生数1000あたりの周産期医療機関の病床数の割合で見ると、産科MFICUであれば北九州、筑後の半分しかない。さらにNICUは、筑後の3分の1、北九州の半分であり、病床数としては非常に足りない。
 - ・2009年の福岡都市圏における周産期医療の実態調査によると、分娩数、母胎搬送の依頼件数が増えており、更に高度周産期医療機関による正常分娩も増えている傾向にある。
 - ・大学病院に加え、二次病院も受け入れを断らざるを得ないほど過剰な負担を強いられている。
 - ・今後の課題としては母胎搬送体制を構築するためには、MFICU、NICU等周産期専門的な施設や設備のさらなる整備や、ローリスクとハイリスクを適切に管理するシステムの構築、婦人科救急疾患に対する診療体制の確立が必要である。

- ・福岡市及び近郊における周産期医療連絡会議を設け、周産期ネットワークの検討を進めている。
- ・こども病院の現状として、約2年前に産科を開院し、主に胎児心臓病などで帝王切開分娩が必要な例を取り扱っており、5月の時点で26例の分娩をみている。
- ・主に重症な胎児心臓病の周産期治療を行い、22例の心臓病のうち4名が分娩直後に心臓外科手術を行った実績がある。
- ・問題なのは、こども病院で出生したCHD症例（先天性心臓病）の経過として22例のうち4分の1以上が半年以上の長期入院を強いられ、NICUが溢れており、なかなか回転が回らない。
- ・平成18年の申請で認められているのは産科18床であるが、産科MFICUでは、先天性心疾患の紹介例の増加と出生前診断率の向上により必要となる病床、2000g前後の低出生体重児などハイリスクに準じる症例等の受け入れ病床、母児同室入院病床、更に、後方病床としてGCUやHCUが必要ではないかということで、32床くらいは必要でないかと考えている。
- ・特に2000g前後の低出生体重児については、呼吸障害や低血糖を非常に起こしやすいということで2005年に米国の小児保健研究所から提案され、見直しが図られており、日本の周産期学会においても、シンポジウムのメインテーマに掲げるなど、今後検討が進められる方向にある。
- 県としては福岡市の周産期病床数が少ないことはないという主張であり、それが変わらない限りはここで議論しても変わらないのではないかと思う。
- 先日、県の医療審議会の計画部会に出席した際に、今までの地域医療計画の中では、県全体として足りているという捉え方であり、出産数や周辺からの医療ニーズが高まっている福岡ブロックと、出産数の少ない北九州ブロックが同じ扱いでは困るので、今年度改定する医療計画の中にその点を書き込んで欲しいと発言している。医師会からも、新しい医療計画の中で、周産期の病床について検討されたらいいのではというご意見もあった。

5について

- 婦人科救急に特化したことでなく、救急医療全体の話になるが、急患診療事業においても、年間7万2千～7万3千人で推移していた患者数が、ここ数年で8万人前後に増えており、その中には不急の患者も増えている。本当に救急医療が必要なのか、また、救急車の適正利用についても市民向けの啓発が必要であり、その手法についての検討も今後の大きなテーマとなる。
- 救急講座などでの啓発が必要である。

〈事務局より事務連絡〉

〈閉 会〉