

## 考 察

2次救急ではあるが、1次から3次まで混在する実態がある。遠方からの来院もあり、とりあえず入院したが、早期の転院希望もある。これらにより、混雑が増強、利便性の低下の一因でもある。さらに専門外の診療で、受け入れが困難の例もある。対策としては、医師の確保は当然だが、1次医療機関の充実、患者の利用を促す情報が必要。新潟市は病院の数はそれなりにあるが、様々な救急

疾患を院内で一通り診られる病院が少なく救急の観点からすると力不足の病院が多い。その意味で、集約化は必要だが、極端では広範な医療圏では、処置の遅延、患者の利便性からも問題で、ある程度の散らばりは必要かと考える、これらはすぐに確保は困難だが、各病院の特徴を生かした機能別の輪番制度を作る、相補しあう病院が複数で輪番に当る等、2次内科輪番病院の機能性を考慮した割当ても検討すべきかと思われる。

## 4 小児科2次輪番体制について

池野 観寿

(新潟市民病院小児科)

## 5 産婦人科2次輪番体制について

菊池 朗

新潟大学医歯学総合病院  
周産母子センター（産科婦人科）

## Problems of Obstetrical and Gynecological Emergencies in Niigata City

Akira KIKUCHI

Department of Obstetrics and Gynecology,  
Niigata University Medical and Dental Hospital

## 要 旨

平成19年12月より新潟市民病院、済生会新潟第二病院及び新潟大学医歯学総合病院で新潟市内産婦人科の2次救急輪番制度が開始している。1週間毎の交代制で、一ヶ月当り入院30-40名、外来100名程度である。2次輪番制度ができたことは非常に良いことであるが、この対象は主に一般産婦人科救急であり近年社会問題化している産科救急には対応できない。産科救急の最大の原因は新生児集中治療室不足であり、今後さらなる医療システムの構築が必要である。

キーワード：産婦人科救急、母体搬送、新潟市内2次輪番、新潟県周産期医療ネットワーク

## はじめに

最近新潟市内の産婦人科の緊急の2次輪番制が開始された。今回のシンポジウムのテーマは新潟市内の救急医療であり、私の担当は産婦人科の2次輪番体制であり、2次輪番制の現状を報告する。さらに近年妊婦のたらい回しなど産婦人科の救急が社会問題化していることは周知の通りであるが、この点について言及する。

### 新潟市産婦人科2次輪番制度

新潟市病院群輪番制度事業として平成19年12月17日より新潟市民病院、済生会第二病院及び新潟大学医歯学総合病院で1週間毎の輪番が開始されている。1か月当り、入院30-40名、外来100名程度の利用実績となっている。1次輪番は週末のみ診療所を中心に組まれている。

産婦人科緊急には一般産婦人科救急(卵巣のう腫捻転、子宮外妊娠、卵巣出血、Pelvic inflammatory diseaseなど)と切迫早産、前期破水、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、重篤な合併症妊娠などの産科救急(母体搬送)がある。一般産婦人科救急に関してはこの2次輪番制で十分対応可能である。しかし近年社会問題化しているのは産科救急であり、産科救急に関しては新潟市の2次輪番では対応困難である。その理由は産科救急の特殊性にある。

### 産科救急の特殊性

#### a. 患者は母体と胎児の二人いる

母体搬送の多くの場合は未熟児の分娩の可能性が高かったり、児の状態が悪かったりする。そのため新生児集中治療室のバックアップが必要な場合が多い。したがって新生児集中治療室(NICU)を持たない病院では搬送を受けることが難しいケースが多い。また新生児集中治療室を有している施設でも慢性的に満床～超床状態が続いている。平成19年度周産期救急体制の実態に関する緊急調査でも、周産期医療現場の困窮の最大の原因は

NICUの病床不足である。妊産婦の救急(母体搬送)の受け入れができない最大の理由は「NICU満床」である。国および都道府県はNICU病床の増床とそのより効率的な運用にむけて体制を整備すべきである、としている<sup>1)</sup>。また平成18年度新潟県周産母子期母子センター等の現状調査でも搬送を受け入れられなかった理由の94%が新生児集中治療室の満床であった。全国的な傾向として、周産期医療は県レベルで対応することが多く、さらに近年は県レベルでの対応でも間に合わず、他県との連携も必要とされている。新潟県でも新潟市2次輪番制度とは別に新潟県周産期医療ネットワークが構築されている。

#### b. 児の救命率が高いが母体死亡が多い(多かった?)

日本の児の救命率は世界のトップレベルにある。しかし母体死亡は多かった。日本の産科分娩施設は人口当たりの数が他の先進国に比較して多く、一施設当りの産婦人科医師数が少ない。つまり諸外国では分娩は大病院で管理することが多いのに比べ、日本では産婦人科医1-2人の医療機関で行われるケースが多い。日本のシステムは近くの医療機関で検診や分娩ができるというメリットがある一方で、母体出血など母体緊急の場合にはマンパワーの乏しい施設では対応困難である。

aのNICU不足に関しては増床以外には解決策は無い。bの問題に関して医療機関の集約化が根本的な解決策ではあるが、現実的には経営母体の違いなどにより簡単ではない。一部の地域では検診は近くの医療機関、分娩は大病院でという分娩のオープン、セミオープンシステムが行われているが、新潟県ではまだまだ普及していない。政治的には周産期医療対策整備事業として人口100万人、出生1万人の周産期医療圏を想定、1つの総合周産期母子医療センター(3次センター)及び複数の地域周産期医療センター(2次センター)の設置が進められている。新潟県では新潟市民病院、長岡赤十字病院が総合周産期母子医療センター、県立新発田病院、済生会新潟第二病院、長岡

中央総合病院，県立中央病院が地域周産期医療センターとなっている。また新潟大学医歯学総合病院は院協力支援病院と位置づけられている。このように全県的なネットワークで周産期医療に対応しており，新潟市も含めて市町村レベルでは対応が困難となっている。

さらに新しい周産期医療の問題として「未受診妊婦の問題」がある。妊婦は妊娠初期から産婦人科を受診し，かかりつけの施設があるのが一般的である。その施設で対応困難な状況となると，かかりつけ医が高次医療機関に搬送依頼を行っている。このように日本の周産期医療システムはかかりつけ医がいることを前提に構築されてきた。近年未受診妊婦が増えており，陣痛や異常がおこってから初めて医療機関を受診している。未受診妊婦の場合には一般の医療機関ではかかりつけではないために断られたり，また高次医療機関では満床や2次3次救急では無いことを理由に断られることがあり，やはり社会問題化している。未受診

の大きな理由は経済的問題であるが，その背景には未婚などの社会的背景がある場合が多い。大都市周辺で多く，現時点では新潟県内ではあまり多くないようであるが，今後増加して行く可能性がある。

## 結 論

平成19年12月17日より新潟市に産婦人科2次輪番制度が稼働しており，一般産婦人科救急に関しては各病院で負担を分担できるようになった。ただし産科救急に関してはこれでは対応できずさらなる医療システムの構築が望まれる。

## 文 献

- 1) 全国周産期医療（MFICU）連絡協議会：平成19年度 周産期救急体制の実態に関する緊急調査 調査結果報告書（全都道府県からの回答の集計）。2007.

## 6 新潟市救急医療体制の現状と課題 ～救命救急センターの立場から～

田中 敏春

（新潟市民病院救命救急センター）

### Current Situation and Challenges in the Niigata City's Emergency Medical System ～ From the Standpoint of Emergency and Critical Care Medical Center ～

Toshiharu TANAKA

*Emergency and Critical Care Medical Center,  
Niigata City General Hospital*

## 要 旨

新潟市民病院救命救急センターが開設されて以来，救急外来受診者数および救急車搬入台数

Reprint requests to: Toshiharu TANAKA  
Emergency and Critical Care Medical Center  
Niigata City General Hospital  
463-7 Shumoku Chuo-ku,  
Niigata 950-1197 Japan

別刷請求先：〒950-1197 新潟市中央区鐘木463-7  
新潟市民病院救命救急センター 田中敏春