

得るかということである。従って原則として研究会は毎月定例開催とし定着せしめるために地域の責任者特に研究会係りの熱意と苦心がこの研究会実績を左右することとなる。

d 懇親・連絡会

医学医術の研修、高揚と共に重要な条件は会員相互の信頼であり、人の和であり、団結である。複雑な医療社会下において個人開業医がその孤独な環境から開放され、緊密な相互扶助の環境下に明日への活力を養うことは更に肝要である。

㉦ 年間4～6回実施する。

㉧ 相互理解、懇親の場とする。

㉨ 中央と地域及び地域間の連絡事項伝達の徹底、地域の意見調整を行う。

㉩ 地域内または個人間の諸問題の提案ならびに解決を行う。

㊀ 母子保健一般に関し地域内他機関との調整、協力、推進等

e 経費

研究会、懇親連絡会、出張経費はすべて年間定額会費によって行うことを原則とする。

4. 母子救急センター病院の設定とその育成および活動方法

安達 健 二（日産婦学会神奈川地方会）

1. とり扱う異常と疾病および推定対象数 それに必要な医療能力

(1) とり扱う異常と疾病

(ア) 前提条件

ここでいう母子救急センター病院は、神奈川県母子緊急医療システム研究会の構想になる第二次レベルの母子救急センター病院であり、神奈川県全域を対象とし、ブロックは6ブロック案を利用しているものである。従って神奈川県下に6カ所の母子救急センター病院（ハイリスク産院を加えると7カ所）が設立される構想を前提条件としている。

(イ) とり扱う異常と疾病の一般論（机上考察）

神奈川県母子緊急医療システムに於て各レベルが分担すべき母体側の疾病及び異常は次の如くである。（安達私見）

・第1次レベル Ia

個人産科医で、正常妊産褥婦、健康成熟児と人工妊娠中絶術、流産手術等の極く限られた一部のlow riskを扱う。high risk pregnancyを選別して二次、三次レベルへ転医収容させる。

英国で自宅分娩の禁忌亡されているものは第1表の如くであるが、そのままここに於てはめても

差支えないように思われる。

第1表 自宅分娩の禁忌（英国）

(1) 家庭的な禁忌

(i) 家の広さの割合に家族が多すぎる場合

(ii) 伝染病患者が家のなかにいる場合

(iii) 貧しい家庭

(iv) 非衛生な場合

(2) 母親側の禁忌

産科学的な禁忌

(i) 児頭骨盤不均衡

(ii) 子癰前症および子癰

(iii) 多胎妊娠

(iv) 分娩前出血（前置胎盤、胎盤早剥など）

(v) 羊水過多症

(vi) Rh - 不適合

(vii) 前歴に帝王切開、困難な鉗子分娩、後産期異常出血、癒着胎盤などがある場合

(viii) 4回以上の多産婦

(3) 全身的な禁忌

(i) 心疾患

(ii) 結核

(iii) 糖尿病

(iv) 重篤な貧血

- (V) 性病
- (VI) 本態性高血圧
- (4) 胎児側の禁忌

- (i) 死産、新生児死亡のアナムネーゼがあったり、まだ生児がない場合
- (ii) 骨盤位
- (iii) 34週以前の早産
- (iv) Rh-不適合
- (v) 胎児に奇形がある場合
- (vi) 予定日超過分娩

この他、30才以上の初産婦、40才以上の多産婦、4回以上の多産婦にも入院分娩をすすめている。

日本母性保護協会（以下日母と略）では、量的にも無理があってはならないとし、月間分娩数は20件以下が望ましいという。

・第1次レベル Ib

緊急相互扶助組織としてのグループ診療で、グループを組んでいる期間二次レベルの機能を果たすと考える。グループ診療で可能な condition の良い帝王切開、外妊手術などの予定または緊急手術、緊急処置を行い、移送の必要のない救急あるいは移送困難な救急医療を行う。

・第2次レベル

母子救急センター病院で第1次レベル（a・b）で対応しきれない救急医療を行う。応援出勤も患者収容もある。また、midical care（緊急医療体制）の他に health care（継続的健康管理体制）として high risk pregnancy を取扱う。

・第3次レベル

ハイリスク産院で、第2次機能を兼ねる他に、2次救急の後処理（産科に限られた）、極めて重症の high risk pregnancy を取扱う。こども医療センターとの関係から high risk baby の予想される妊婦も取扱う。

新生児側救急のレベルに関しては前項の植地報告文のごとくである。

(ウ) とり扱う疾病と異常の実際

救急患者とは、理論的には、医師が直ちに（あるいは一定時間内に）適切な処置を行わなければ、死亡またはかなり重大な結果になることが予想さ

れる疾患または状態と理解される。しかしながら救急の認識は本来が客観的、学問的なものではなく、患者あるいは初療機関の医師の主観によるもので、個人の性格、発病の時間帯、医療機関の設備、スタッフ等社会的因子によって左右される特性をもっている。母子救急センター病院が発足すれば、いかに机上で守備範囲を設定しても、初療機関を経由しないで、いきなり飛び込んでくる救急患者もあるわけで、実際にはより広汎な社会的様相をもち考慮に入れて設定しなければならない。即ち、母子救急センター病院の地域医療体制に於ける社会的適応は次の如く分類されることとなる。

- a) 夜間・休祭日の診療の空白時間をうめるための機能
- b) 第1次レベルで対応しきれない救急患者の収容または応援診療
- c) health care
- d) high risk babyの予想される妊婦の管理従って実際には起こりうべきあらゆる救急患者を考慮に入れておく必要がある。

(ニ) 母体側救急疾患名と high risk pregnancy

a) 産科救急

○出血を来たす疾患

婦人科疾患：悪性腫瘍、良性腫瘍

出血性素因、機能性出血
損傷性出血等

妊娠初期：流産、子宮外妊娠、絨毛性腫瘍、人工妊娠中絶後の出血等

妊娠末期：早産、前置胎盤、常位胎盤早期剝離、子宮破裂等

分娩後：弛緩出血、軟産道損傷、子宮内反症、胎盤残留、産褥期出血等

○ショック（臨床的分類：林による）

血液異常によるショック

子宮外妊娠によるショック

胎盤因子によるショック

無線維素原血症によるショック

急性心不全によるショック

急性呼吸不全によるショック

急性肝不全によるショック

急性腎不全によるショック

内分泌異常によるショック
 消化器系異常によるショック
 性器系異常によるショック
 性器系以外の出血によるショック
 神経性ショック
 感染症によるショック
 医原性ショック
 麻酔ショック

○難産

子宮奇形
 羊水過多症、羊水過少症
 前期破水・早期破水
 臍帯下垂、臍帯脱出、結節、過長過短、過捻転
 胎位異常：骨盤位、横位、斜位
 胎勢異常：前頭位、顔面位、その他
 胎向回旋異常：高在従定位、低在横定位、不正軸定位

微弱陣痛、過強陣痛、遷延分娩
 狭骨盤、骨盤児頭不均衡 等

○その他

肺栓塞、恥骨結合離開
 分娩ショック、下部ネフロンネフローシス
 シーハン症候群

乳腺炎、腎盂腎炎、軟産道裂傷、産褥熱等

b) 妊婦の偶発合併症

○妊娠中毒症

早期妊娠中毒症：妊娠悪阻

後期妊娠中毒症

{	基本的妊娠中毒症	軽症、重症
		急性、慢性 純型、混合型
{	特殊妊娠中毒症	子癇
		常位胎盤早期剝離
		肺水腫 脳出血

妊娠中毒症後遺症

内分泌疾患：糖尿病、甲状腺疾患、副甲状腺疾患等

循環器疾患：心疾患、高血圧症、低血圧症、静脈瘤等

呼吸器疾患：肺結核、気管支喘息、気管支拡張症、ザルコイドーシス
 開胸手術後の分娩 等

肝臓疾患：急性肝炎、流行性肝炎、血清肝炎、中毒性肝炎、慢性肝炎、肝硬変、胆石症等

外科的疾患：急性腹症、イレウス、虫垂炎、ヘルニア、疾核 等

泌尿器疾患：慢性腎炎、ネフローゼ症候群、腎結核、腎盂腎炎、腎摘後の妊婦等

血液疾患：鉄欠乏性貧血、巨赤血球性貧血、再生不良性貧血、溶血性貧血、血小板減少性紫斑病、凝固因子増減症 等

精神神経疾患：うつ病、精神分裂病、てんかん、心身症テタニー 等

婦人科疾患：卵巣嚢腫、子宮筋腫、子宮癌等
 その他

c) High Risk Baby の予測される妊婦

血液不適合疾患：Rh 型不適合 ABO 型不適合

感染症：ビールス性疾患、トキソプラズマ症、梅毒 等

遺伝性疾患：染色体異常、代謝異常 等
 胎児発育遅延および発育障害：胎盤機能不全症候群

未熟児：早産、多胎妊娠、中毒症等

その他：予定日超過

脳性麻痺、中枢神経障害、先天異常をもった児を既往に分娩した妊婦

胎児奇形

羊水過多症、羊水過少症

若年妊婦（16才以下）

高年初産婦（35才以上）

高年妊婦（40才以上）

fetal distress の徴候を発見した妊産婦 等

(2) 推定対象数

(ア) 諸家の推定する産科救急の頻度

a) 竹村喬氏の推定

5～10%

近畿地区の調査で、開業医 843 名、市中病院 102 施設の結果及び大阪通信病院の成績から推定している。

難産の頻度：医師が手術や処置に相当な時間を費やしたもの、例えば帝王切開や鉗子手術例、500 ml以上の出血例、未熟児出生例、分娩遷延例（初産 20 時間、経産 10 時間以上）を難産と考えると分娩の約 $\frac{1}{4}$ は難産である。

• 救急の頻度（広義）：13.30%

外 妊	0.5%
分娩時大出血（輸血を要する程度 又は 1000 ml 以上の出血）	1.0
母体死亡	0.05
未熟児（特別哺育を要するもの、 あるいは極少未熟児）	1.0
周産期死亡	2.0
前置胎盤	0.6
胎盤早期剝離	0.1
子宮破裂	0.05
弛緩出血	1.0
緊急手術	2.0

このうち、母体死亡、周産期死亡の重複を考慮に入れ、また、帝切のうち緊急は $\frac{1}{3}$ であることを考えると 5～10% の頻度になる。なお近畿地区の調査では、二次救急では、スタッフ、病床の不足から、「いつでもひきうけられる病院」は僅かに 15.7% であった。

昭和 45 年 1 月 1 日～12 月 31 日の 1 年間に於ける調査で、群馬県下の分娩数の 91% が調査対象になっている。

救急発生数は 1155、分娩数に対して 4.65% になり、年間分娩数の少ない（99 以下）小施設では、分娩数に対する比率が高い。他の施設に移送したものは 101 件。分娩数に対して 2.041% である。種類は表 4 の如く、弛緩出血（358 件）が最も多く、癒着胎盤（307）、自然流産（170）、子宮外妊娠（137）、頸管裂傷（129）、前置胎盤（119）、軟産道裂傷（116）がこれに続いている。このように産科救急では、出血群が大半を占めており、輸血を行った症例は、587 例で救急例の 50.8%、分娩数の 2.57% に相当する。

c) 大川病院の調査 2.17%

松戸市に於いて産科救急病院として実際に救急を取扱っている病院で、救急車で搬送された患者を救急患者として表現すると、分娩数に対して 2.17% になる。

疾患名が広汎にわたり主訴、診療内容、状態等も複雑多岐にわたっているのが特徴である。

これら救急患者の $\frac{1}{3}$ は初診で $\frac{2}{3}$ が他医に受診中の患者であった。また、異常発生件数の

第 2 表 産科救急例及び移送例

施設の種類			分娩数		帝王切開		産科救急例		移送例	
年間分娩数	施設数	病床数	実数	施設 当り数	実数	分娩 対比率	実数	分娩対比	実数	分娩対比
0～99	71	446	2481	34.94	162	6.53%	261	10.51%	36	1.45
100～199	46	461	6592	143.30	454	6.89	246	3.73	35	0.53
200～299	16	167	3731	233.18	284	7.61	123	3.29	13	0.34
300～499	12	252	4505	375.42	338	7.50	152	3.37	8	0.18
500～	10	344	7525	752.5	542	7.20	373	4.95	9	0.41
計	155	1670	24834	160.03	1780	7.17	1155	4.65	101	0.41

(注) 松本清一他 母性衛生 Vol 12, No 3 187(75)

b) 群馬県産婦人科医療機関における緊急医療に関する調査（松本清一他） 4.65%

$\frac{1}{2}$ は個人で充分処理可能であるが、50% は人手を要する救急状態であった。人口 30 万都

第3表 産科救急症例の種類

(松本 清一 他)

年 間 分 娩 数 別	出 血 群													中 毒 群		シ ョ ッ ク 群			他 科 疾 患 合 併			計
	弛緩出血	子宮破裂	頸管裂傷	その他胎傷	常位胎盤剝離	前置胎盤	他科に患	瘀着胎盤	子宮外娠	人工流産	自然流産	頸管妊娠	その他	子 癩	その他	麻酔剤	薬剤	その他	心疾患	血液疾患	その他	
0 ~ 99	72	6	20	41	6	22	1	43	28	30	53	3	4	8	17	19	4	4	12	1	2	396
100 ~ 199	94	7	41	23	16	35	10	121	37	4	30	3	2	14	4	9	7	0	8	1	0	466
200 ~ 299	58	1	19	14	7	18	1	26	10	0	8	0	6	4	3	1	2	0	3	3	0	184
300 ~ 499	43	2	12	2	9	13	1	30	16	52	46	0	4	1	14	0	0	1	4	1	0	251
500 ~	91	9	37	36	15	31	1	87	46	2	33	2	4	5	13	1	0	0	6	2	1	422
計	358	25	129	116	53	119	14	307	137	88	170	8	20	32	51	30	13	5	33	8	3	1719

第4表 大川 昭二(日母・母子救急委員会報告資料より)

(1) 疾病構造(入院時診断名) — 210例 —

妊娠初期流産	43	性器出血	2
妊娠中期流産	28	子宮附属器炎	2
分娩切迫	21	産褥熱	2
月経困難症	13	自宅分娩後	2
切迫早産	10	中毒症	2
尿管・腎盂炎	8	熱性けいれん	2
分娩異常	5	胎盤早期剝離	2
		乳腺炎	1
2期	8	卵巣捻転	1
3期	7	下腹部腫瘍	1
前置胎盤	7	産褥性子宮復古不全	1
人工妊娠中絶後遺症	7	子宮頸管妊娠	1
子宮外妊娠	6	子宮頸痛	1
急性腹症(不明)	6	外陰部裂傷	1
妊娠合併症	4	中耳炎(新生児)	1
筋腫分娩	3	骨盤位臍帯下垂	1
外傷(新生児)	3	藥物アレルギー	1
虫垂炎	3	脳貧血	1
感冒・気管支炎	3	メニエール	1
てんかん	3		
子宮筋腫	3		

(2) 主 訴

主 訴	例 数	%
出 血	64	30.4
出 血 腹 痛	50	23.8
陣 痛	34	16.1
所謂急性腹症	24	11.4
前 期 破 水	4	1.9
発 熱	13	6.1
分 娩 遷 延	1	0.4
中 毒 症	2	0.9
け い れ ん	5	2.3
外 傷	4	1.9
脳 貧 血	4	1.9
チアノーゼ	2	0.9
め ま い	1	0.4
分 娩 裂 傷	1	0.4
神 経 痛	1	0.4

一病院運営の参考に第5表を挿入した。

(注：公表の許可を受けていない)

第5表 私的病院で産科救急病院として発足して感じたこと(大川私信)

(3) 処置

処置	例数	%
D & C	82	42.9
保存的処置	48	22.8
経膈分娩	27	12.8
早産	8	3.8
外妊卵嚢手術	7	3.3
帝王切開術	12	5.7
子宮全別出術	6	2.8
虫垂切除術	3	1.4
骨盤位索引術	5	2.3
胎盤用手剝離術	3	1.4
高圧洗腸	2	0.9
鉗子分娩	1	0.4
麻酔下内診	1	0.4
乳腺炎切開	1	0.4
会陰縫合術	1	0.4
外傷縫合	1	0.4
転院その他	2	0.9

(4) 入院時の状態

状態	例数	%
Good	112	53.3
Fair	71	33.8
Poor	27	12.8

(5) 入院日数

入院日数	例数	%
0-0.5	48	22.8
0.5-2	53	25.2
2-7	72	34.2
7-15	28	13.3
16→	8	3.8
入院拒否	1	0.4

1. 患者：救急病院の告示をする前は「お休みのところ申し訳ありません」「こんな深夜で申し訳ありません」と恐縮して受診したのに、告示後は「お前のところは救急病院だから深夜でも診るのは当然だ」と高姿勢になる。
2. 従業員の確保：
採用がきまりかけた看護婦も救急を取扱っていると判るとだめになる。
また、「救急をやっていますか」と問い合わせがあり、それだけでだめになる。
3. 開業医：本来は当然自力で対応でき、かつそのようにしてきたのに、一次レベルの患者を「ゴルフに出かけるところだから頼む」「一杯のんでしまったから頼む」「時間外で人手がないから頼む」とエゴが目立ち、相手の立場を考えない。
4. 経営面：この数を取扱うのに自力では月間分娩数70を取扱わなければ赤字となる。(注：産科医が麻酔医の資格ある医師の集団で high risk baby は取扱っていない。)
5. トラブルの心配：
自治体も責任を分担してくれないし医療制度上の法的配慮もない。
阪大医学部特殊救急部とか大阪府立病院救急医療特殊診療科等の研究会等へ自費で出張し研修を重ねて対処しなければならない。

d) 横浜市瀬谷地区安達産婦人科医院に於ける小統計

本稿の参考のために、当院に於ける昭和50年1月1日より12月31日までの救急頻度を

市単位に考えれば、中心的基幹病院が2カ所位れば充分 manage することが可能であると述べている。なお本項とは直接関係ないが、センタ

調査したところ、諸家の報告に比して遙かに高率であった。(第6表)

瀬谷地区は、横浜市西部地域に属し、人口急増地域であり、人口は92,675(昭和50年2月1日現在)、出生数は、昭和48年2,012、昭和49年1,852、産婦人科医療機関は産婦人科診療所3(常勤各1)、総合私立病院1、産婦人科(常勤1)、産婦人科専門病院(私立)1(常勤3)で、公的病院が区内になく、何れも第1次レベルである。こういった地区では、第1次レベルで予め充分 high risk pregnancy を排除しにくい地域特殊性があり、また重症救急患者が発生しても地元で screening されて2次レベルへ転送される形式をとることとなる。従って救急頻度は、その背景に地域の医療機関の整備状況が関与していることを認識しなければならぬと思う。

また、救急初診23例、救急新生児15例、予定された帝王切開6例を差引くと、院内で発生した母体側救急は30例で9.1%となる。

e) 日母母子救急委員会の推定 5%前後

日母母子救急委員会では、各種報告及び委員の認識を基として、産科救急の頻度は5%前後と理解するのが妥当であるとの統一見解である。

(4) 神奈川県下に於ける救急患者数の推定

分娩数=出生数+妊娠第8カ月以上の死産数である。神奈川県下の分娩数は

	出生数	妊娠第8カ月以上の死産数
昭和46年	130,245	1,617
47年	133,642	
48年	136,389	

であるから、年間分娩数を約135,000と推定し救急患者(母体側)を5%と考えると6,750人となる。

新生児救急の頻度は、未熟児は昭和46年2,000名以下1,587、1,500名以下448、昭和47年1,500名~2,400名6,386人、1,500名以下457、1,500~2,000名は年間1,000~1,200と考えられる。

15~20mg/dlの高ビリルビン血症(生後3日目にこだわらない)は約3%、重症仮死1.3%

神経症状(けいれんのあるもの)1~2%等々といわれているが、実際に移送される新生児の体重別頻度は、小宮によると第7表の如くである。これにあてはめると第2次3次レベルで取扱い新生児救急の頻度は年間3,500~4,000と推定される。

(ウ) 移送される救急患者数(母体側)の推定
群馬県の調査(前述)では、救急患者の10%しか移送されていない。この比率で計算すると675人になる。

移送患者が10%という理由は詳らかではないが、移送不能、または移送する程重症でなかったということの他に、受け入れ病院が確保できなくて、止むを得ず初療期間で治療した症例が存在していることは想像に難くない。従って母子救急センター病院が整備されればより高率の移送が実現するものと考えられる。

また、大川(前述)は松戸市に於いて、分娩数比2.17%の割合で救急車による産科救急入院(移送)があったという。この比率で計算すると2,730人になる。

現実には、分娩は殆んどが医師の管理下にある入院分娩であり、約半数は人手のある2次レベルの病院で行われている。従って救急患者の半数は当該病院内にて緊急体制を組むことによって対応できよう。残りの半数すなわち3,300~3,400人の救急患者が移送乃至は応援の対象となろう。このうち1/3弱が移送されるとして1,000人、未受診で直接来院する患者が500人、社会的要因として加算されるものが500人、計2,000人が当初考えられる本県における移送される救急患者数として推定される。

社会的要因とは、医事紛争多発、産科要員の不足、経営困難、時間的拘束、精神的苦痛、肉体的疲労等開業産科医をとりまく悪条件で、トラブルにまきこまれたくない、神経と肉体を酷使する分娩からは逃れたいという心理が働くことである。

(3) 必要な医療能力

年間2,000件の母体の emergency を6カ所の母子救急センター病院で、略同数消化するとすれば、1カ所の母子救急センター病院では、年間334件、1日平均1件内外となる。而してその

第6表 安産産婦人科医院の救急頻度(昭和50年度分娩総数 371)

	救急件数	2次レベルと判断された件数	実際に2次レベルへ転医した件数
救急初診	23	(13)	7
婦人科救急	5	(3)	1
新生児救急	15	(10)	9
ハイリスク妊娠	6	(6)	2
開腹手術	19	(?)	0
分娩時出血	4	(?)	0
転医した異常分娩	3	(3)	3
産褥出血	1	(1)	0
	76(実数74)	36+a	22
対分娩数比	22.6%	9.7%+a	5.9%

- 註 1. 救急初診 { 救急車で担送された初診 16
 休日、時間外初診で救急と判断されたもの 5
 分娩開始で来院した初診患者 8 実数 23
 なお、救急車利用総数は 24
2. 婦人科救急 外妊1(輸血400cc)、胎状奇胎3(1例は輸血600cc)
 流産後大出血(止血せず転医)
3. 新生児救急 転医9例内訳 未熟児4 鎖肛1 吐乳1 黄疸1、凍死寸前の新生児1、
 感冒1
 (他に内反足、上腕神経マヒがあった)
4. ハイリスク妊娠、糖尿病、再生不良性貧血は転医(各1)
 本態性高血圧1 糖尿病1 高度貧血2は指導を受けた。
5. 開腹手術 帯切17 外妊1 胎管妊娠1
 帯切4.58% 11例が予定外、2例は全く緊急
6. 分娩時出血 1,000cc以上(10人は転送したい気分)
7. 転医した異常分娩 前置胎盤1 晩発出血1 分娩遅延1

中の約 $\frac{1}{3}$ ~ $\frac{1}{2}$ はさほど人手を要しない救急ということである。また、年間 3,500~4,000 件の新生児救急を7カ所(ハイリスク産院を含めて)収容するとすれば、1カ所平均 500~590 件、おおよそ2日に3件取扱うこととなる。従って1日母親1人、新生児1人~2人を取扱う規模の医療能力を考慮している設定していく必要があると思われる。

2. 指定される病院の条件

(1) 一般的条件

日母では、医療密度の高い6大都市、低密度の地方、新しい集団住宅(ニュータウン)に於いて、周辺事情にふさわしい救急センターを設置すべきであるとして、昭和46年8月母子救急センターの構想をまとめた。その構想によれば、センターが備えるべき諸条件は以下の如くである。

(資料1より転載)

第7表 主訴別入院患者数

主 訴	2000名以下 140人	2001～2500名 62人	2501名以上 151人
低出生体重	124人	42人	
呼吸困難	1	3	28人
黄疸	2	3	20
哺乳障害、嘔吐、メレナ	7	6	37
けいれん、分娩障害	0	1	23
奇形	3	5	30
その他	3	2	13

小宮弘毅：昭和46年11月25日 横浜市産婦人科医協会講演要旨

昭和46年 2000名以下 1587

a) 勤務体制

センター内の全設備はもちろん、医師、助産婦、看護婦、検査技師をはじめ、パラメディカルの諸要員がすべて24時間業務を遂行できる体制が必要である。そのためにはすべての職種にわたって8時間勤務、3交代の人員配置がのぞましい。人員不足がカバーしえない場合は、一部を当直あるいは自宅待期（オン・コール）制とすることもやむを得ない。

b) 地理的条件

救急を要する事態が発生した場所からセンターまでの患者輸送所要時間は、最大限1時間とすることがのぞましい。センターの設置場所および数はとくにその地域の道路、交通事情などを充分に考慮し、さらに上にのべた時間的制約を基準として決定すべきである。

c) 応援体制

救急センターの第一要員は、患者をすみやかに、しかも状態の改善をはかりながらセンターに收容することである。そのために、センターは患者の到着をまつのみではなく、積極的に患者收容のため出勤する母子救急車およびその要員を確保する必要がある。山間僻地など医療施設にとほしい場所での救急症発生が想定される地方型のセンターでは、救急車内部に輸液、輸

血をはじめ、ポータブル麻酔器、簡易手術台、手術セットなど必要に応じて大がかりな救急処置がおこなえる設備を整えるようにする。

d) 血液の確保

母子救急、とくに産科緊急症においては輸血用血液の確保が絶対に必要である。救急医療で輸血を必要とするのは産科のみにとどまらないが、使用頻度、量、および必要性の高さから考えて、産科救急は血液供給体制上最優先の位置を与えられるべきである。

すなわち、センター内には、常時ABO式各血液をそれぞれ2,000ml以上を保有することがのぞましい。また、とくに新生児交換輸血のためRh(-)型血液などが3時間以内に供給されりる体制がのぞましい。母子救急において血液の確保は絶対必要条件であり、他に優先して供給されるべきであることをくり返して強調する。

e) 関連他科との結びつき

センターはその背景に、地域的、機能的に連絡できる関連他科、すなわち呼吸器循環器内科、新生児外科、小児循環器科などの専門診療設備が必要である。センターと関連他科との距離は近いほどよいので、理想的には近代的総合病院の隣接地域にセンターが設置される形態がのぞ

ましい。また母体の合併症、たとえば重症の循環器系疾患を治療する場合でもセンター外の関連科としてCCUなどの設備を有する診療単位があれば充分であろう。

f) 救急情報センターの必要性

救急医療体制を確立するためには、自治体などの行政機構による救急情報センターの設置がのぞまれる。情報センターは、地域内の救急活動のすべてを管理し、母子救急センターもそのネットワークに組みこむことにより、統制のとれた救急症患者受入れ体制をしくことが可能となる。また、地域内のA B O型、Rh(-)型の供血者リストなどを作成、管理すれば、緊急の場合絶大な効果を発揮すると考えられる。

g) 新設か、既存の施設の利用か?

母子救急センターは必ずしも、独立・新設の形である必要はない。各地域の実情に応じて、既存の病産院に設備の補強、人員の充実をおこなって併設するのも一案である。ただし、併設の場合でも病院内の独立した機能単位として設置されるべきであって、産科、小児科業務の一部であってはならない。

既存病院の利用または後記するように、いくつかの公私病院が共存する地域では輪番制で母子救急を担当するのも一案であろう。諸要員、とくに医師の確保が困難な現状では、センターのオープン化も考慮されるべきである。すなわち、患者の主治医であり、同行した医師を含めた治療グループを作り、患者の救急処置に当るシステムの採用である。併設、改編、輪番制、あるいはオープン化のいずれの場合でも、その設置または運営の経費は国や地方自治体が負担すべきである。

h) その他

僻地、積雪地帯、離島などの場合は、患者をヘリコプターで輸送することが考えられる。状況に応じて自衛隊などの協力がえられることがのぞましい。またセンター内部にヘリコプター着陸場を備えることも考慮してよい。

(2) 指定される病院の実際

県内6ブロックに各1カ所の母子救急センター病院を設定する場合、理想的順位は

○母子救急センター病院の新設

○各ブロックの中心となるべき基幹病院に母子救急センターを併設する

○病産院における母子救急の輪番制

となる。ただし、現実にはこの順位は即ち実現困難順位とも一致しており、輪番制が最も実現可能性があり、ついで母子救急センター併設がこれにつづき、新設は現時点では不可能と考えられる。

(ア) 病産院における母子救急の輪番制

ブロック内の病産院が協議して輪番制で母子救急にあたる。理想的には月曜はA病院、火曜はB病院というように、数病院で曜日を固定し、当番にあたる日には24時間救急に応じられる体制を確保する。あるいは県内に於いて己に発足している一般2次救急病院輪番制にあてはめることも検討すべき方策と思考する。

輪番に該当すべき病院は、ブロック内の大学病院、国立病院、県立病院、市立病院その他公的病院から私立病院、さらに愛児センター、母子センターまで全てが協力体制をとることが望ましいが、つぎの条件を満たす必要がある。

(i) 救急当番日には母子ともそれぞれ1、2床の救急用の空床を確保すること。

(ii) 勤務陣容は平常勤務時間帯：産科医3名以上、小児科医2～3名以上、麻酔科医1名、それに伴う助産婦及び看護婦、検査技師、X線技師、薬剤師等パラメディカル

夜間(時間外)：産科当直医2名、同オン・コール1名、小児科当直医2名、同オン・コール1名、麻酔科医オン・コール1名、パラメディカルも緊急開腹手術を行える陣容を確保しておくこと。

(イ) 基幹病院に母子救急センターを併設

大学病院は医学医療水準の先端をいくもので、抱括医療体制の具現が切望されている現在、象牙の塔として地域から全く遊離した存在であることは許されなくなってきた。また医学研修の場としても救急医療を修得することは向後の必須の条件であり、救急医療講座の開講、ならびに臨床の必要性がようやく識者の声となってきた。欧米先進国においては、救急医療は大学病院の果たす使命の大きな部分を占めており、わが国においても救

急医療から目をそむけることはもはや不可能なきざしがみえつつある。ただし早期実現には幾多の諸問題をかかえているので、当面は第3次レベルとしての機能を果たすことを期待したい。すなわち母子救急センター病院で救急医療を受けた患者が、一応の危機を脱したあと、さらに重大な後遺症あるいは高度の医療が必要と判明された場合の応需機関の役割を期待することとなる。

一般民間病院で母子救急センター部を併設することは、その意志と善意があれば否定する理由はないが、勤務人員の確保、病床の確保、経済的問題、責任の重大性から医事紛争までの社会的背景を考慮に入れると、如何に援助の方策があっても体制として規程するには無理がある。従って併設の場合は、国または地方自治体の主管する病産院を以てはならない。ただし母子救急体制の整備は母子保健管理の一環としての公的責任といえるからである。

なかでも私は母子センター、愛児センターの救急医療体制への脱皮を大きく切望するものである(後述)。

(3) 希望の有無とメリットの与え方

救急医療体制の具現化には無理があってはならない。篤志または善意を期待して発足することは定着化、永続性を阻害する基となり、充分のメリットを与えることが第一の重要かつ必須条件である。

(ア) 経済的援助

民間病院においては

(i) 救急医療設備費の補助

民間病院が母子救急センターとして発足する場合には、併置たると輪番制たるとを問わず、まず救急医療設備を完備することが必要となる。母子救急センター病院連絡協議会(後述)等でその具体的品目を検討し、整備しておく必要がある。これに対する全面的補助が必要となる。大川は産科救急に必要設備として次の品目をあげ、この経費は1500万~2000万であったという。

(ii) 空床確保の経済的補助

救急に備えて空床を確保することが必要である以上、その空床を利用しなくても、それ

第8表 大川病院における救急設備

麻酔器	5台 閉鎖循環式 2台 Demand Type 3台
リサーチ・レコーダー	陣痛・EKG・FHR
自動血圧測定器	植田製作所製
高周レスピレーター	
アイエル・メーター	スエーデン製
Hbメーター	アメリカン・オプティカル製
ブルスメーター	三栄測器製
心電計及観察用設備	
レントゲン撮影装置	アコマX線500mA
検査室	
その他	
手術器具	セット
静脈切開	セット

に見合った代償を援助することは当然である。

(iii) 人件費補助

救急医療のために確保増員された勤務者の人件費を全面的に補助する。

すなわち、民間病院に対する救急医療の運営面に対する経済的援助は、赤字補填方式をとらずに、空床確保の経済的補助+人件費補助方式を採用する。このことにより事務の繁雑化から解放され、運営面で赤字になることはなく、多忙な時ほど収益が増大するという現実に則したメリットが期待されることになる。

(iv) 税制上の恩典を考慮するように働きかけること。

米国に於いては、臨床医はそれだけで年間6,000ドルの基礎控除の恩典があるという。医師は国民の健康保健を管理するという公的使命感があることを行政が理解している証拠で

ある。一方わが国においては、産科医に対する税制上の恩典優遇措置は皆無である。国または地方自治体の責任で行うべき救急医療を私的機関が代行しているわけであるから、税制上の配慮を働きかける必要がある。具体的には基礎控除額の設定、公費援助及び救急医療の収入に対する税制上の配慮が検討されるべきである。

公的病院に対しては原則として赤字補てん方式でのぞむ。救急医療は附加された余分の業務ではなく、重大な業務の一つであると考えて体制そのものを切替える必要がある。従って病院の実情に測した人員を確保し、精神的、肉体的拘束を考慮に入れ、救急に従事する全職種に対して予め給与と改定をおこなっておく。人員の増加が困難であれば、一般診療部門——例えば正常分娩の取扱い——等をへらし、救急を中心とした体制を主とし、余力を一般診療にあてるようにしなければならない。

救急医療従事者の給与（人件費）の検討は後述する。

(イ) 身分保証

横浜市と横浜市医師会との間では、医師およびパラメディカルが、予防接種、休日診療所の休日診療等公共業務に出勤する場合、その業務に関与した時間内は横浜市嘱託医等として地方公務員に準じた資格が与えられることが協定され、実行されている。このことによって業務出勤往復途上の交通事故、医事紛争の際の賠償金の負担等が保証されることが約束されている。母子救急業務にたづさわる全職種にもこれと同様に身分保証を確保する必要がある。

(ロ) 医事紛争対策

救急医療体制完備化の下では、自治体等の責任において強力な顧問弁護団をおき、トラブル発生の防止、対処、解決にあたるべきであり、個人の責任と負担を云々することは酷である。

地域住民、マスコミに対しては、救急医療従事者の奉仕と善意の精神を理解させるようPRする必要がある。民事における賠償金の公費負担については前述した。更には刑事罰についても法曹界の理解を得るべく強力な働きかけが要望される。

米国では医事紛争が多発するあまり、緊急医療

を要する患者に出会っても、医師はトラブルに巻き込まれるのを恐れて「見て見ぬふりをする」ケースが多いという。これが即ち *defensive medicine*（保身医療）である。これに困惑して現在では27州において「免責規定」の条例を設けて実行中である。この事によって救急などで正しい信念にもとづいて診療を行った医師は治療結果の如何にかかわらず責任を求められることはなくなった。緊急事態では、患者の生命確保こそ優先されるべきで、わが国においても法的に格段の配慮を固定化することが切望される。

わが国の判例をみると、注意義務が通常一般の場合と比べて配慮されている場合もあるが、一方では緊急時にあっても医師の業務の本質と目的に照らして民法698条の規定は適用がないとする説も現存する。

民法698条「管理者カ本人ノ身体、名誉マタハ財産ニ対スル急迫ノ危害ヲ免レシムルタメニ其事務ノ管理ヲ為シタルトキハ悪意マタハ重大ナル過失アルニ非サレハ之ニ因リテ生ジタル損害ヲ賠償スル責ニ任セス」

(ニ) 一般的援助

母子救急センター病院連絡協議会（仮称）を設立し、運営に関する諸問題の検討を行ない、また担当病院の要望を聞く道をひらき、勤む人員の確保には全体として援助・責任を分担する必要がある。

これを要するに母子救急センター病院を定着、軌道に乗せるためには、法律も行政も、国も地方自治体も、民間も、医師もパラメディカルも地域住民も一体となって協力体制を敷くことが望まれる次第である。

(三) 産科と小児科の陣容並びに人件費見積り

母子救急センター病院を担当する病院は、平常勤務時間帯において、産科医3名以上、小児科医2～3名以上、麻酔科医1名が常勤していることが条件となる。これらの病院においても現実には夜間は産科当直医1名、小児科当直医0～1名、というのが平均的姿勢と理解される。産科当直医2名の病院は少ないだろうし、また、産科当直医0でオン・コールのみの場合もあるだろうが、後者の場合は、それだけで救急を取扱う資格を附与する

には無理があると推察される。救急センター病院の夜間の陣容は、産科当直医2名、同オン・コール1名、小児科医同上、麻酔科医オン・コール1名が最少限度必要となる。従って、救急病院または救急当番日には、産科医当直1名同オン・コール1名、小児科医同上、麻酔科医オン・コール1名及びパラメディカル若干名の人員増加を確保する必要がある（夜間）。

一般病院 当直	救急病院 当直
産科医 1	2 (オン・コール1)
小児科医 1	2 (オン・コール1)
麻酔科医 0	0 (オン・コール1)
パラメディカル 若干名	若干名+α

輪番制においては、院内の陣容を当番日に上記に適合するよう配置することも検討されようし、あるいは当日だけパート式の人員増加も考えられよう。さらには常勤の増員をもって対処しなければならない場合もあるが、人件費補助（従事者の報酬）は同一に考える。

医師2名 当直費	140,000
医師3名 オン・コール拘束費	90,000
(出勤の場合)	150,000
パラメディカル人件費	30,000～50,000

民間病院で輪番制で担当する場合は、1日1カ所26万～34万円の人件費補助を見積ることが必要となろう。

また民間病院に母子救急センター病院を併設した場合は、人員増をもって対処する以外ないので、仮に計算すると

常勤医師2名増(産科・小児科各1)	2,000万円
オン・コール医3名 パラメディカル若干名	} 1日13万円として

年間6,745万円の人件費補助が1センターあたり必要という数字も考えられる。

この人件費見積り額は、一見膨大にして実現困難に思われる。

しかしながら現に横浜市内に5カ所ある休日診

療所の人件費補助が、休祭日出勤医師1人3万円、看護婦1人5,500円、事務員1人5,000円であり、近々ペースアップが考慮中であること、勤務時間帯が平均して午前10時～午後4時であること、軽微な急病のみ扱い精神的な負担の差があること等を考慮すると、決して高額とはいえないと思う。問題はむしろ救急患者移送の頻度であり、県内で1日を通して母体5～6人、新生児6～9人という数である。この面から援助規模を縮小することは充分検討の余地がある。例えば、オン・コール医は各救急センター病院に専属の必要はなく、frying squadとして情報センターの連絡により出動する形態をとれば良いし、あるいは一般救急体制にあてはめて麻酔科医、外科医の当直日に輪番を組む等により、人件費援助額を縮小させる方途は考えられる。いずれにしても夜間、救急医療に従事する者に対しては、公私を問わず充分の報酬を与える心構えが必要である。

3. 必要な施設と配置人員（2と比較して付加すべき条件—ある特定病院の内容を検討して）

母子センターと愛児センターについて、そのあり方を検討すると以下の如くである。

(1) 母子センターと愛児センターの現状

母子センターと愛児センターは条令により設置された児童福祉法に基づく助産施設である。児童福祉法、生活保護法によるもの（所謂措置分娩）を対象とし、施設に余裕があるときはそれ以外の入院助産を扱うことができる。そして入院者が定員に達したときは入院を拒絶することができる。措置分娩は、入院料、手数料は免除され、他の一般患者は極めて低額の入院料、分娩料を負担するだけですむ仕組みになっている。これは低所得層に対してもあまねく医療の恩恵に浴させるというそれなりの使命を果たしてきたことも事実である。しかしながら、時経て現在においては、両センターが安価な産院として一般患者によって占拠されていることも否定できない。

これを一納税者の立場から考えてみると、一部地域の分娩者へのみ、一般分娩の水準からみて遙かに低額の分娩費ですむという仕組み、結局はその差額を税金で負担するということは、どう考え

ても納得できないわけである。費用の安いことに魅力を感じるのは人の心の常である。近くて早いものだけが押しよせて、税金の補助を受けられるという仕組みは、結局は「安かろう悪かろう」の例えの通り、自ら診療内容の低下に連る危険があり、医師及びパラメディカルは、ただ与えられた妊婦を機械的に処理する行政機構の部品となりつつある。

分娩を、あるいは周産期管理体制を貧富の差を重視するあまり、センターの近代化、医療内容の高度化等、最先端の産科学をリードする権威あるセンターに育成しようとする行政当局の姿勢もうかがえず、いたずらに一般開業医と競合しているのが現実である。

(2) 両センターのあるべき姿

国や県、市町村が周産期管理体制について考える場合、母子保健の水準を示すといわれる母子死亡率の現状を認識することが重要である。周知の通り、近年わが国の母体死亡率は著減した(第9表)。しかしながら、欧米先進国に比し、なお

10数年の遅れを指摘されるのも事実である。(第10表)そしてそれは妊娠中毒症と出血死が諸外国に比し、きわだって多いことに帰因していることも明らかである(第11、12表)。

第9表 年次別妊産婦死亡率(出生万対)

		死亡率			死亡率
大正	5	35.1	昭和	38	10.2
	昭和 1	27.2		40	(8.6) 8.8
	16	21.6		41	9.3
	22	16.8		42	7.1
	24	17.1		43	6.8
	26	25(18.0) 17.3		44	5.8
	28	18.1		45	(4.6) 5.2
	30	(15.4) 17.9		46	4.5
	32	17.1		47	4.2
	34	35(12.0) 14.6		48	(3.1) 3.8
	36	12.0			

()は神奈川県 厚生統計協会資料

第10表 妊産婦死亡率の国際比較(出生10万対)

	昭15 ('40)	25 ('50)	30 ('55)	35 ('60)	40 ('65)	44 ('69)
日本	239.6	106.1	178.8	130.6	87.6	57.9
オーストラリア	407.6	109.1	64.0	52.5	57.0	17.6
英国	277.9	88.2	65.7	39.5	18.0	19.4
アメリカ	376.0	83.3	47.0	37.1	31.6	
スウェーデン	216.1	61.5	49.4	37.2	13.8	10.2
カナダ	400.3	113.2	75.8	44.9	32.5	20.8
ベルギー	376.0	148.3	80.4	40.7	25.2	20.5
フランス	181.2	86.1	61.1	51.6	32.2	24.9

厚生統計協会資料

第 11 表 妊産婦死亡の原因別状況

(昭和 46 年)

死 亡 原 因	死亡数	死亡率 (出生10万対)
総 数	905	45.2
敗血症(産褥熱を含む)	34	1.7
妊 娠 中 毒 症	310	15.5
子 癩 (再掲)	115	5.8
出 血	226	11.3
前 置 胎 盤 (再掲)	35	1.8
胎盤早期剝離(再掲)	45	2.3
子 宮 外 妊 娠	73	3.7
流 産 後 死 亡	28	1.4
そ の 他	234	11.7

第 12 表 主要死因による妊産婦死亡率の国際比較(出生10万対) 1969

	妊娠中毒症	出 血	産褥熱
日 本	27.0	15.3	1.5
オーストラリア	3.6	1.2	3.2
英 国	3.0	1.5	2.3
スウェーデン	2.8	0.9	2.8
カナダ	3.3	3.8	3.3
ベルギー	5.5	1.4	3.5
フランス	2.6	3.1	1.3

この事実から、周産期管理体制の緊急課題は、妊娠中毒症と出血対策に帰納する。県や市町村が分娩について経済の多寡を重視する目から、疾病の軽重、緊急性重視へと脱皮することが焦眉の急として要望される。そしてその担い手が母子センターであり、愛児センターであるべきだと私は確信する。これらの施設では、正常分娩は措置分娩のみとし、余力は挙げて予測できる重症患者の管理と救急体制に備えるべきものと思ふ。かくすることによって初めて行政の配慮と恩恵はより広汎的に波及し、母子保健水準の向上へと連がること期待されるわけである。体制の完備なくして、個人の努力には限界があることを悟らなければならぬと思う。

(3) 両センターへ母子救急センターを併置することの可能性

人員、設備の問題は慎重な検討が必要である。日母の母子救急センターの構想(資料1)は、参照すべき資料と考えられる。これらは早急に具体化するには、人員の確保、予算、地域住民の既得権剝脱感情と抵抗に対する配慮等から困難が伴うものと思われ、徐々に転換すのをが実情に合致しようが、以下東京都の現状は、参考となる事点を含んでいると考えられるので紹介する。

東京都には同様主旨の施設として築地、荒川、

台東、墨田の4都立産院と母子保健院がある。

築地産院の実情：改築、増床を行ったが増床はハイリスク用にあてた。定員そのものが救急を考えていないので、救急に対する最大の悩みは人員の問題で、医師は夜間最少限産科2名、小児科2名は欲しい。従って、夜間、休祭日の救急には現状では応じられないが、平日の9時から5時までなら、1日1例は対応できる。病児・未熟児は2日に1人の範囲で収容できる。児はFetus in uteroで搬送されることを希望し、インキュベーター、酸素などを組み込んだ救急搬送車を1台入れた。地域的には中央区、江東区を対象とすると約8,000人の出産があり、略対応できるだろうと。

荒川産院の実情：入院分娩が最も多い産院であるが、昭和50年1月から8月までに夜間救急車入院37件、診療時間内23件あり、救急入院をことわっていない。

母子保健院の実情：世田谷区医師会との話し合いで、その要望により区内の救急(新生児関係)をひき受けている。

これらは現時点では、ほんの点に過ぎないかも知れない。これを線ないし面にひろげていくことが向後の問題点であるが、上記3院の院長は地域医師会との不断の話し合い、お互いの実情を理解し合うこと、内科合併症や新生児外科等の連携(バックとなる3次救急の必要性)を強調してい

る（S. 50.10.22 日母母子救急委員会）。更に付言すれば、産院に救急センターを併置すれば、救急患者は自ら周産期に限定され、総合病院産婦人科に併置すればより雑多な産婦人科救急となるのが実際のようにある。

4. 運営方法

母子救急センター病院を運営する場合、病院内における位置づけ、体制整備、全般的な救急医療体制等他病院との関連及び1次レベルとの緊密性が問題になる。

(ア) 病院内の問題

a) 病院内における位置づけ

現実には、院内の一般患者を診療し、1日1～2件あると推定される救急患者の発生、依頼があったとき、救急体制を組むこととなる。恰も1次レベルに於いて救急発生時にグループ診療を組むのに類似している。これがためには予め母子救急のチーム編成を確立しておく必要がある。産科医及び小児科医より1人づつ責任者を出し、救急医療に関与する全職種、即ち院内総員の討議と合意を経てチームを編成する。母体救急には産科医3、小児科医1、麻酔医1（主治医産科医）、新生児救急には小児科医2～3、産科医1（主治医小児科医）、Fetus in utero の場合は両者が合併即ち産科医3、小児科医2～3、麻酔医1の医師陣容となろう。また救急患者の半数は状態も良く人手を要しない筈であるから、救急患者の依頼があれば責任者がそれに応じたチーム編成を整えて、待期または出動する必要がある。このチーム編成は院内で最も優先の位置づけをしておくことはもちろん、院内の連絡方法、院内他科の医師の員数（応援可能かどうか等の情報）を確認しておく必要がある。

b) 24時間勤務体制

医師は当直制となり、一部はオン・コール、パラメディカルは三交代制となろう。医師の確保が困難な場合は、救急センター病院の医師と初療機関の医師及びその所属するグループの医師の協力体制または frying squad体制を考慮しなければならない。

c) 産科と小児科および他の専門科とのチーム医療のあり方

母子救急センター病院併設の場合は、産科医、小児科医を包含した母子救急部（科）として発足する必要がある。また輪番制に於いてはチーム医療が円滑に行なえるよう体制完備の研究が必要である。

d) 患者の受付のあり方

(i) 施設は、受け入れやすいよう工夫しておくことが必要である。例えば、玄関（または救急患者入口）が一見して道路から明瞭なように工夫し、玄関の戸が開けやすいこと。夜間コールが簡明であること等再検討する。急患室の設置は必須条件であり、また、トイレには非常ベルを設置する。

(ii) 受け付け

第1次レベルよりの移送には、必ず事前に電話連絡をするよう指導しておく（研究会を設けて最少必要限度の連絡事項を両方で確認しておく）。

病名

患者の状態

今までの処置

予測される処置、血液型

到着時間

等は少なくとも予じめ電話連絡を受けておく必要がある。それによって、人員確保、輸血輸液、ショック対策、酸素、手術準備等来院までの準備と、ゆとりをもって対応できるか、かなり無理な症例かの心の準備がなされようし、または応援出動か否かの判断の根拠にもなる。従って電話の応待はできれば双方の主治医によって直接なされることが望ましい。

また、1次レベルを経由しないで直接来院した患者には、受け付け事務または看護婦が、主治医に連絡報告する事項を決めておく。たとえば、

初患か 再来患者か

初患ならば未受診か どこかで受診中か
救急車できたか 車できたか 歩いてきたか、1人できたか 付添があるか

一見して重症か軽症か

お産かどうか

大出血しているかどうか

杉山は(産婦人科医と急患)、「先生、患者さんです」という声で寝入りばなを起こされて、寝ぼけ眼で診療室へ行ってみると、脉も触れない外妊破裂の患者が蒼白になっている。こういった場合びっくりしてしまう。

「先生、急患で重症のようです。まっ青な顔をしています、お産ではなさそうです」と告げてもらえば、渡り廊下を小走りに白衣をひっかけながら心の準備ができる。爾後の適切な処置にすぐとりかかれるようになる。

(iii) 救急の診療面のあり方

カルテは救急専門のカルテとカルテ棚を使用する。

カルテに救急医療に必要項目を印刷しておけば、仮に心の平生を失う事態となっても最少必要検査、診療項目をみおとすことが防止されよう。また事従の学問的統計、経営面での処理にも好都合である。

急救患室の備品薬品は必ず事前に照合しておくことが必要である。注射等は緊急処置中は記録しえない場合が多いので、使用アンブレ等は一括して「廃棄罐」に廃棄する。緊急終了後アンブレを確認すれば、使用薬品と数がわかり、かつ事前照合本数との差を調査すれば再確認となる。

(i) 全般的な救急医療体制との関連

救急医療に救急情報センターの設置が必須条件であることは議論の余地がない。情報センターは地域内の救急活動のすべてを管理し、母子救急センター病院もそのネットワークに組み込むことにより、はじめて統制のとれた体制をしくことが可能となる。それにより救急センター病院間の応援も可能となり、ハイリスク産院の状況等も情報として確認しておくことができる。

(v) 救急班の外部活動

産科救急においては血液の緊急確保と人手の確保が要望される。このためにグループ診療、母子救急センター病院またはハイリスク産院よりの応援体制の確保が焦眉の急となるが、一旦出血が始まれば、分刻みに容態が悪化し深刻な事態となる

反面、予測困難なこと、その頻度は必ずしも多くない点等、対策面での問題がある。救急センター病院に責任として外部活動をも押しつけることには現実として難点があり、可能な客観情勢の場合(人手とセンター病院内の診療状況)のみ実施されることとなろう。または1次レベルとの緊密性にも左右されると思われる。

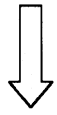
従って、ロンドンに於ける如く血液を持った救急車がパトロールするか、情報センター直属の救急医療に習熟した attending doctor が、外部活動に専従する体制が確立されれば、この問題はかなり解決される。情報センターに分娩を取扱う全ての医療機関が登録され、分娩中の患者、血液型等が情報されることが理想である(神奈川県下の分娩数 1時間平均 15件)。

(ii) 第1次レベルとの話し合い

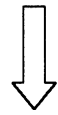
包括医療体制化においては、医師はレベルの如何を問わず閉鎖、孤立化は許されなくなってきた。グループ診療、オープンシステムの発展をさまたげている最大の欠点は、産科医の閉鎖性に由来するといわれている。日常茶飯の分娩管理、分娩介助等においてすら、城壁を築いている現状を打破する心構えが先決である。1次レベルの医師は、予じめ所属する母子救急センター病院にて、分娩管理方式、手術方式等を習得乃至は見学しておく必要がある。また、母子救急センター病院を中心として救急医療または分娩管理の研究会を設け普段から救急医療の習熟、連携強化を図る。救急患者を依頼してはじめて顔を合わせる状態では、積極的に母子救急センター病院での救急医療に参画することなどおよびもつかないことである。また母子救急センター病院の医師も話し合いを通じてその医療機関の設備、人員、医師の性格等を認識しておくことは必要なことだと思われる。

5. 経 費

私的機関については、設備費と人件費補助を補助し、運営経費は収入をもってあてる。公的病院では勤務者を優遇し赤字補填方式をとる。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



1. とり扱う異常と疾病および推定対象数それに必要な医療能力

(1) とり扱う異常と疾病

(ア) 前提条件

ここでいう母子救急センター病院は、神奈川県母子緊急医療システム研究会の構想になる第二次レベルの母子救急センター病院であり、神奈川県全域を対象とし、ブロックは6ブロック案を利用しているものである。従って神奈川県下に6カ所の母子救急センター病院(ハイリスク産院を加えると7カ所)が設立される構想を前提条件としている。