

母子緊急医療システム

— 神奈川県を地域として策定された

システム活動が現実に展開されるために—

須 川 豊 (神 奈 川)

I 総 括

初年度に県内医療機関の全能力を調査し、次年度には、県内を地域としての母子緊急医療システムの案を策定した。このモデル案を現実にあてはめ、実際に展開するためには如何にすべきかを目的として、実施に必要な調査を補足しつつ、第3年次は、具体的なあり方についての研究を推進したのである。

1 神奈川県における産科グループ診療体制と母子緊急医療に対する要望についての調査

県内の産婦人科診療所を対象としてアンケート調査を実施した結果、255人(1名は白紙)の医師から解答があり、緊急事態発生の経験をみると、回答者の82.3%が経験し、その52.2%が「困った」と答えている。その理由をみると、人手不足54.1%、移送困難24.8%、送る病院がない20.2%で、緊急医療システムの必要性を示している。また血液入手不可能14.7%、設備不十分15.6%あった。そして85%の医師が緊急医療体制をつくる必要を認めている。また10%の医師がこの緊急事態によって患者とのトラブルを経験している。

グループ診療については、本研究開始以来その必要性を強調しているが、それ以前から母性保護医協会も推進しており、39.4%が何らかの形で診療グループを結成している。そして「仲よしグループ」が半数をこえている。

その活動内容を見ると緊急事態に限って行っているもの43%、それ以外の目的として行っている

不在の場合助けあっているが41%と48%であった。そして半数以上がうまくいっていると答えたが、43%はさらにより制度を望んでいた。また謝礼を決めているのが52%、きめていないのが19%、適当にやっているのが19%で、何らかの制度展開が望まれている。グループ診療に参加していない医師は、47.4%が第2次病院に期待し、34.2%が応援医師を依頼し、32.2%が入りたいが適当なグループがないと訴えている。

今後この制度ができれば参加するか、第2次病院との関連、患者と送る理由、また患者を送って断われた経験なども調査している。

また病院にもアンケートを出し診療所からの患者うけ入れについての意見や希望をきき、第一線の産科医療の救急体制樹立に対する詳細な資料を得たものと考えている。

2 グループ診療体制の育成とその活動のために

産科診療グループの現状を調査した結果、川崎市全域を対象した診療制度、小田原地区緊急医療対策、横浜市戸塚区にある輸血用保存血液管理を中心とするグループ体制、相模原地区の緊急時オペグループ診療、藤沢地区の緊急時集団協力グループ等の活動の実態を参考として、この体制の育成と活動のためには、次のような考え方がすすめるべきであるとの結論に達した。

先ず産科救急の特徴を明確にし、グループ診療の必要性を強調する。次いでその目的を明らかに

し、関係者の共感を得る。組織と体制については、(1)小地域グループ、(2)地域緊急時グループ、(3)全地域緊急時対策にわけて考えることとする。

この育成については、(1)相互信頼と人の和づくりとして親睦・連絡会の開催、会則・名簿・機関紙の発行、(2)救急医学および医療水準の向上のために救急医学講座・研究会・講演会の強化、地区研究会などについて詳細に企画される。

また活動方法として、(1)研修会・シンポジウム等の開催、(2)問題や希望について病院をふくめてアンケート調査を実施しつつ、つねに進歩と改善に努める方法を提言している。

これらの調査や研究をふまえて、医師会、病院協会、とくに産科医会は、全体的にこの体制の育成強化を推進するとともに、関係行政当局もまたこれに援助を与えることを期待しているのである。

3 体制整備のための有効病院の機能調査

母子緊急医療における最も重要な2次救急体制確保のために、有力病院の機能の現状を調査した。当初の計画では産科と小児科のある300床以上の病院を対象として検討したが、アンケート調査では実際が明らかにならないことが判明したので、大病院のみにしぼって、研究班員が面接して行なうこととした。そして次の14病院が調査された。

川崎市立病院、聖マリアンナ医科大学病院、横浜赤十字病院、警友病院、横浜市大医学部病院、横浜市民病院、横須賀共済病院、平塚市民病院、藤沢市民病院、国立相模原病院、県立厚木病院、北里大学病院、東海大学病院、小田原市立病院。

これらの総病床数、産科と小児科の病床数、医師の全数と産科、小児科の数、またこれに準ずる看護婦の数、新生児、未熟児部門の施設や設備、とくに独立しているか否か、パイピングがなされているかどうか、医療管理や看護はどうなっているか、ICU、NICUの有無やその看護体制、また産科その他の手術の関係と件数などを詳細に調べた。そして救急医療体制については、麻酔医、救急外来体制、休日夜間のX線検査や臨床検査、

緊急患者の転送と他の医療機関からの紹介の受入れなどの実態を明らかにし得た。産科救急に要する器具類も概ねそろっており、2次病院の機能にたえ得るものと判断した。しかしシステムとして制度化するためには、協議をかさねる必要があるものと考えられた。

4 母子救急センター病院の設定と運用

県内には300床程度以上の病院が27ヶ所あり、これらがブロック別に輪番で時間外を担当する組み合わせを設定してみた。1ヶ所の病院がつねに24時間体制をとることは、あまりに負担が大きいという現実的な考え方からである。患者数の少ない地区では隣接ブロックと連携させる組み合わせも考える。当番は、横三地区の10日に3回が最も頻度が高く、湘南と県央地区は4日に1回、川崎、横浜(2ブロックにわたる)は5日に1回となる。西湖地区は地域が広く住民が少なく、病院も少ないので他の地域との連携的な組み合わせとする。

休日、夜間などの時間外の当番日の人員配置を種々検討し、1病院あたり18人とオンコール医師3名となった。そして平均的に計算すると、当該病院の職員のみでは、10名程度とオンコール医師3名が不足となるので、これを他の一般病院や医師会員のアルバイトで補わねばならない。

グループ診療との関連について、研究の過程で強調されたことは、センター病院の地区内の小病院や開業医師との人間的連携であった。すなわち日常診療のなかでも、また研修や研究会を通じ緊密な間柄になることが必要なのである。そのためには、センター病院は一地区1ヶ所が望しいが、その病院の負担は大きく、現実的に実現困難として、委員の意見がわかれたのである。そこで病院の輪番制と考えるが、その近隣の診療グループは、その病院と格別の間柄となり、その病院が当番の時間帯は、その診療グループのメンバーが待機し、オンコールやアルバイトに応ずる仕組みにしたらよいのではないかという考え方である。

この体制を確保するための時間外の人件費を計

算すると（医師4万円，その他これに準ずる），1病院1回25万円となり，365日（休日夜間単位で461回）を全体的にカバーするための総費用は年間約6億5,000万円となる。なお調査の結果から設備の不足を補うための費用も計算されている。

該当する病院に母子救急センター病院をひきうけてもらうための措置として，母子緊急システム協議会の設置，施設整備費の助成，運営に要する経費の公費負担制度を確立しなければならない。

5 ハイリスク産院建設のために

前年度の研究で，かなり理想的な施設構想を設定したが，地方財政の現実から，今回改めて実現可能と思われる設定を行った。

まず産科救急センターの機能として，対象となる産科救急手術件数を基礎に計算すると，必要病床数は9床，出血例から5床，ハイリスク産院としての機能から未熟児病床30床，その他の新生児のための病床30床となった。またハイリスク新生児および極小未熟児に母乳を与えたり看護のトレーニングのための母親の宿泊施設として30床が必要であると計算された（このうち未熟児病床は既設のこども医療センターのものが使用できることとした）。

職員は医師26名，看護婦160名，その他の医療技術者19名，事務職員27名，その他20名で計252名が必要となった。そして今回は建設費や運営費の計算は，前回の研究に準ずることとして省略した。

6 診療所の立場からの母子救急センター病院およびハイリスク産院の救急医療活動への期待

第2次病院の輪番制は，診療所の立場からは望ましいものでない。それは前述したように人間関係が緊密になり得ないからである。そこで横浜と川崎以外の地区では，なるべく固定した唯一の病院を救急センター病院とすることが望しい。

川崎地区はその地域の特殊性と大病院の地域的

な配置の現実から，現地産科医会の設定した3地域案がある。また横浜地区は，市大病院その他の大病院，特殊なこども医療センターやこの研究で提案されているハイリスク産院建設予定をかん案して特殊な組み合わせを考えるとよいと思う。

そして母子救急センター病院のあり方として，24時間体制はもちろん，診療グループに対する応援体制，予防的救急として予想される救急およびハイリスクに対する診療指導と監視を依頼したい。また呼吸器や循環器の如き関連する他の専門科との結びつきも考えねばならない。またこのセンター病院は医師会や産科医会の県段階における活動の中心となってもらわねばならない。その上地域の基幹病院として位置づけられ，臨床研究会などを通じて診療所の医師も病院業務に参画できるように，平常時からの結びつきが重要である。

これと対照的に母子救急センター病院に対する開業医のあり方として分娩管理の発想転換，閉鎖性と孤立性の打破，リーダーの出現とその育成とともに，病院の医療に積極的に参加する心構え，そのために病院に登録制を導入し，それに登録するなどの相互協力活動が展開されねばならないとしている。

7 救急医療情報システムとの関連措置

神奈川県は国のフィールド実験の場として昭和48年度から救急医療情報システムの研究開発を開始した。現在救急情報センターとして横浜の電話局のコンピューターをセットし，横須賀三浦地区を実験地域として，各種の機器の配置とその運営団体と確立するところまで進行した。

この全般的な救急情報システムは，医療機関の応需情報，各種情報の収集，救急受付登録，情報提供などの業務のほか，各種の資料の作成やその統計などを行なう。そこで母子緊急医療システムの情報システムとして，これを利用し，一般救急と密接に連けいできるようセットしたいと考えている。

オンライン化の範囲として，グループ診療体制

はメリットが少ないので、グループ診療内の連絡は電話でよいとしている。2次機能を有する病院や母子救急センター病院との連絡は、病院内部の情報をどのように集めてオンライン化するかのやり方によって定まる。すなわち端末装置によって刻々変化する応需体制の状況をコンピュータファイル化し、事前の再確認を得て対応できるようにする。

血液供給のための情報システムには研究すべき問題も多いが、情報システム化により効果のあがる方法もある。要するに母子緊急システムは、緊急ケースの他に将来の緊急を予測させるハイリスクケースがあるので、それらをかん案した情報システムのなかにセットされるようにしたいと考えており、全体のシステムの動きと緊急医療システムの編成具合を考えて対処したいとしている。

8 血液供給体制についての補足

供給指定店のあり方を行政的に再検討すること、備蓄医療機関の内部連携いとそれからの運搬問題診療グループを育成するときに血液備蓄体制を強化していくこと等を考えねばならない。

母子救急センター病院やハイリスク産院には輸血部を設けること、産科診療グループ内の備蓄には設備を助成するとともに、運搬は家族や班員自身がやる場合もあるので、それらに何らかの援助が必要である。また警察パトカーや救急車と制度的な申し合わせも考えねばならない。また場合によっては血液センターや供給指定店に対しても、円滑な供給体制がとれるよう財政的な援助が必要である。

9 心身障害児の緊急医療に関する調査

母子の緊急医療を確保するには、病院の病床を効率的に利用できるうらづけが必要である。障害への積極的な医療措置ができないケースが、病床をながく占有する場合も多い。福祉施設におけるいわゆる救急医療が確保できるか否かは、母子緊急医療システムの効率化に大きな影響がある。

そこで、児童福祉施設を対象に医療の実態を調査してみた。精薄、重症心身、肢体不自由の20施設にアンケートを出し、15施設から回答を得た。

常勤医師のいるのは1ヶ所で、9ヶ所が非常勤医師、5ヶ所は近隣医を嘱託していた。概ね常勤看護婦でカバーしている。

緊急ケースは過去1年間に精薄施設7ヶ所で51名あった。うち4名が、入院を断られた。これらの結果からみると、定員のうち6.8%の緊急疾患の発生と常時医療が必要と判断される30名の児童がいた。現状では近隣病院との連携のある施設がよく処置されていたといえる。

調査された施設が少ないこと、障害児の医療には障害そのものと一般的に罹患する疾病、また発生の時間帯など複雑な条件があるので、母子緊急医療システム策定のために当初期待したような結果は得られなかった。

10 母子緊急医療システム案をテーマとしたシンポジウムの開催

システム案を策定し補足的な調査もできたので、これに対する関係者とくに産科と小児科の医師を対象として、意見をきくとともに推進への熱意をもちあげるため、このシンポジウムを企画した。

52年2月5日(土)の午後、県の松浦医療整備課長司会のもとに、次の出題者が問題を提起した。

- (1) 母子緊急医療システム案の説明 須川 豊
- (2) 産科グループ診療の育成とその活動方法
— 病院の立場から 中村 隆次(小田原市立病院)
- (3) 母子救急センター病院の設定とその医療活動
— 診療所の立場から 安達健二(安達産婦人科医院)
- (4) 母子保健対策における緊急医療 — 行政の立場から 近藤健文(厚生省母子衛生課)

昨年度までの研究で策定されたシステム案の全

容を説明し、産科グループ診療と母子救急センター病院については、今年度の補足調査やその設定のやり方について説明し問題点をあげた。また母

子保健対策のなかで緊急医療の重要性が心身障害発生予防の観点からも強調された。

これに対し追加発言として7件が発表され、各地区における従来からの努力や工夫が述べられ多くの問題点やそれに対する解決策が提示された。

その概要を示すと次の如くであった。

(1) 川崎市全域を対象とするグループ診療制度。川崎市産婦人科医会 高崎光正、長谷川雅亮。これは会員の努力によって、昭和50年からこの地域独特の制度をつくり活動しつつある状況。

(2) 横浜市戸塚区における輸血用保存血液管理を中心とするグループ診療体制。戸塚区産婦人科医会 多田哲、門脇秀夫。これは三水会と称する研究会で50年8月から保存血の備蓄をはじめ、種々のグループ研究をしている。

(3) 相模原地区の緊急オペグループ診療。相模原市産婦人科医会 沢貫二、田所文夫。これは昭和46年発足。約40名が5グループを編成し、51年まで123回出勤した。延人員415人、1件あたりの出勤は平均3.4人であった。

(4) 藤沢地区の緊急時集団協力グループ活動。藤沢市産科婦人科医会 宮川和幸。グループ内の問題点をあげ、人間関係や金銭問題、責任問題、社会保険との関係など。また病院の活動が活発化するにつれ、グループ活動の減少する体験の説明があった。

(5) 小田原地区緊急時医療体制下における協同経営方式(パートナーシップ)による医療経験。小田原地区産科婦人科医会 永井牧三、小川知実。これは2人の医師が協同で運営する産科で、その

利点と不利な点をきわめて明確にあげた。

(6) 小田原地区緊急時体制下における1公立病院の現況。小田原市立病院 佐藤啓治。小田原市における唯一の総合病院における救急医療の現況を述べ、問題点をあげた。

(7) 相模原におけるNICUの組織について。北里大学病院小児科 仁志田博司。北里大学病院小児科において特設電話をもち、重症な新生児に対する医師オンコールによる特異な診療システムについて述べ、今後に対する考え方や問題点をあげた。

十分に質疑応答する時間がなかったが、以上のような追加発言があり、問題点や解決策が整理され母子緊急医療システムの意義が理解され、推進の意欲は盛り上がったものと評価している。

11 結 語

3ケ年にわたって研究した結果、神奈川県を地域として具体的に展開できる母子緊急医療システム案が策定できたと考えている。そして具現すれば心身障害の発生予防や妊産婦死亡の減少に役立ち、医療事故の防止につながるものと確信している。

しかしこれを現実の施策として展開するには、時日を要するのみでなく、財政的にも制度的にもなお多くの措置を必要とし、研究すべき問題も多い。今後機会ある毎に、研究を推進するとともに関係者の理解と実践への協力をふかめることに努めたいと考えている。

(昭和52年3月 須川 豊 湯沢 布矢子)

Ⅱ 神奈川県内における産婦人科グループ

診療に関するアンケート調査の報告

地域における母子救急医療とグループ診療に関する諸問題が提起されて以来既に久しい。神奈川県産科婦人科医会にても数年来本問題を積極的にとりあげ、学術部会としてはシンポジウムの場において、日母神奈川支部としては各地域活動の場においてその推進、育成に努力し特にグループ診療に関しては地域への可成りの浸透が認められるに到った。

一方神奈川県をモデルとした「母子緊急医療システム研究会（こども医療センター：須川豊主宰）は昭和50年以来システム案の策定に引き続き昭和51年度はその実現研究の一部として「産科グループ診療」の実態調査を重視し、県産婦人科医会

にその調査実施方の依頼があった。

今回たまたま川崎市産婦人科医会において地域内会員に対して「産婦人科グループ診療に対するアンケート調査」を企画し、本問題に関する実態と意識調査を実施中であつたことから、神奈川県産科婦人科医会においても本年度事業計画の一部として本調査をとりあげ、川崎を除く全県下の開業医、公私立病院、大学病院を対象として同一アンケート調査を実施した。

今回川崎地区のデータも含めて全県下の調査結果をまとめたのでその概要をここに報告する。

I 地域別回答数と回答分布

昭和51年5月末県内産婦人科診療所（川崎を除く）423ヶ所宛にアンケート表が発送され回答数は189人（川崎所属2人を含む）であつた。これ

に川崎地区ですでに集計済の分81診療所に対し回答数66人分を加え全体として504診療所に対して255人の回答数となり50.6%の回答率であつた。

しかし、そのうち1枚は白紙であつたので回答数254枚について集計が行われた。

地域の設定は神奈川県救急医療情報システム研究会の策定した6ブロック案を採用した。地域別の回答数と回答分布は表1の如くである。

回答分布からみると横浜地区、川崎横三地区、そして湘南、県央、西湘地区がおおむね3等分した比率を示した。

1. ブロック別回答数と回答分布

コード	地 域	回答数	分 布
A	川 崎	68	26.7 %
B	横 浜	89	34.9
C	横 三	20	7.8
D	湘 南	31	12.2
E	県 央	32	12.5
F	西 湘	14	5.5
	記入なし	1	0.4
	計	255	100.0

II 調査の結果について

1 緊急医療に関して

A. 過去数年間の間に緊急医療事態が発生した事がありますか。

	(実数)	(率)
1. ある	209	82.3%
2. ない	45	17.7
計	254	100.0

B. 緊急事態が発生して (I-A 209人)

1. 困った	109	52.2%
2. 困らなかった	99	47.4
○記入なし	1	0.4
計	209	100.0

表1-Aについて、82.3%にあたる209人が緊急医療事態発生の経験があると答えている。その疾患名としては前置胎盤・弛緩性出血・外妊例が最も多く、以下常位胎盤早期剝離・無線維素原血

症・子宮破裂・子宮内反症・子癇・分娩時ショック・麻酔ショック・頸管裂傷・胎位異常・未熟児巨大児分娩等々があげられている。またこれら209人のうち表1-Bに答えて、その過半数の

C. 困った理由 (I-B 109人)

	(延数)	(率は対109比)
1. 医師が不在中であった	4	3.7%
2. 夜間又は休日等で人手不足	59	54.1
3. 送院する病院がなかった	22	20.2
4. 移送が困難であった	27	24.8
5. 設備が不十分であった	17	15.6
6. 血液が入手できなかった	16	14.7
7. 他医の応援が得られなかった	16	14.7
8. その他	5	4.6

D. 困らなかった理由 (I-B 99人)

	(延数)	(率は対99比)
1. 懇意な病院がありいつでも引き受けてくれる	65	65.7%
2. 他医の応援が得られる	51	51.5
3. グループ診療で解決できる	18	18.2
4. どんな症例でも自院で解決できる	8	8.1
5. その他	5	5.0

52.2%が「困った」と述べている。この人々109人についてその理由をみると、表1-Cに示すように、「夜間又は休日等で人手不足」が圧倒的に多く、移送の困難・送院する病院がなくて困ったがこれに次いでおり、他医の応援困難・血液が入手不能等も可成り認められ母子緊急に対応するシステム化の必要性が感じられた。

これに反して「困らなかった」という99人についてその理由をみると、表1-Dに示すように病

院への転送容易なもの及び他医の応援によるものが圧倒的に多く、地域的に診療所病院間の連繋のよいところ及び緊急時応援医師を確保し得る環境下にあることを示している。グループ診療で解決できるというのも18件あり他医の応援とグループ診療とが全体の半数を占め会員各自が日常診療上緊急事態に種々対処していることがわかる(この集計も回答は延数であり99人の回答で計147件の理由があげられている)。

E. 緊急事態が発生してそれが患者とのトラブル

	(実数)	(率)
ルになった事がありますか。		
1. ある (内容:)	25	9.8%
2. ない	210	82.7
○記入なし	19	7.5
計	254	100.0

F. 緊急時における輸血の問題について

	(延数)	(率は対254比)
1. 入手できる	112	37.7%
2. 入手できない	8	2.7
3. 入手できるが時間がかかり過ぎる	95	32.0
4. 入手できる確実な体制が欲しい	70	23.6
○記入なし	12	4.0

表1-Eは患者とのトラブルを調査したものである。これは全回答で集計したもので全数の9.8%にあたる25%が「トラブルあり」と答えており、記入なしが19名あった。25人のうち内容の記載あるものが14人で、①異型輸血、②薬物アレルギー2件、③薬物ショック→死亡、④異常分娩→死亡、⑤前置胎盤→死亡、⑥分娩時大出血→死亡、⑦難産→新生児死亡、⑧新生児肺炎→死亡、⑨鉗子分娩→眼損傷の疑、⑩中絶後の遺残、⑪病院への移

送のおくれ2件、⑫経済上のトラブル等がありこれらトラブルの内容も現在の世相にみられる結果論から訴訟に持ちこまれるケースも多く、大いに考えさせられる問題である。

緊急時における輸血の問題についてみたのが表1-Fである。この回答は延数であるが「入手できない」としたものは約3%で大多数は「入手できる」と答えている。しかし「時間がかかり過ぎる」というのが32.0%あり、確実な体制も要望さ

G. 緊急事態発生に備えて救急医療体制をつくる事について

	(実数)	(率)
1. つくる必要がある ()	216	85.0%
2. つくる必要はない ()	22	8.7
○記入なし	16	6.3
計	254	100.0

H. 緊急事態発生に備えて現在どの様な心構え

	(延数)	(率は対254比)
をしていますか。		
1. いつでも応援医師がきてくれる	115	45.3%
2. いつでも第二次病院に送る事ができる	116	45.7
3. グループ診療をしているので心配がない	30	11.8
4. 自院で解決できるように整備している	32	12.6
5. 不安だがはっきりした心構えはない。その時点で解決するより方法はない	73	28.7
○記入なし	7	2.8

れており今後血液入手までの時間短縮の方向に検討努力する必要がある。

救急医療体制をつくる必要性の有無に対しては表1-Gに示す如く回答者の85.0%が認めている。そして必要とする理由として、①診療所における人手不足・設備の不足を補うため。②医事紛争防止のため、個人では時に対処不能の事態に備え

て。③医療内容向上のため。④グループの確立、身分的確立が必要であると共に地域における第二次病院の確立を要する。⑤公的医療施設に特殊産科緊急施設をつくる必要あり。等の意見が多かった。反対に必要な理由としては、①第二次病院があり患者移送が可能。③グループ診療は至上命令では不可、個人の意志にまかせる可きだ。又

グループが集まるまでに時間がかかる、等の意見があり、その内容と運営についてはその地域差を考慮して大いに話し合うべきであると感じた。

表1-Hは緊急事態発生に対する心構えを求めたものである。これも延数に対する回答率であるがおのおの半数近くの人々が応援医師がきてくれる、又は第二次病院へ移送可能と回答しており、グループ診療を実践している11.7%と共に大半は緊急事態に対処して各自最善をつくして診療に当たっていることが良くわかった。しかしその時点で解決するより方法がないとするものが4分の1近くを占めているのも現実の姿として大いに考えさ

せられる。

2 グループ診療について

まずグループ診療を行っているか否かの回答は表2-Aに示すようである。「行なっている」が100人で39.4%が実施段階に入っていると言える。この「行なっている」の100人についてそのグループの人数を集計してみると、5人以内のグループが最も多く68.0%を占めている。次に上記グループの組織母体をみたのが表2-Bである。

回答延数110件についてその実数比をみると、仲良し：地域的：同窓会＝3：2：1を示したが、

A. グループ診療を現在行なっていますか。		(実数)	(率)	グループ構成員	
1. 行なっている (名)	.....	100	39.4%	5人以内	68
2. 行なっていない	.....	152	59.8	6-10	8
○記入なし	.....	2	0.8	11-15	5
	計	254	100.0	16人以上	2
B. 行なっている方についてのその組織母体は		(延数)	(率は対100比)	記入なし	
1. 仲よりグループ	.....	51	51.0%		17
2. 地域的グループ	.....	39	39.0		
3. 同窓会グループ	.....	17	17.0		
4. その他	.....	3	3.0		

これら内容的にも仲良し+地域的、仲良し+同窓会、地域的+同窓会等その他の条件との組合せもあり、複雑になっているものもあるがグループ形成の可能性を示しているものといえる。

グループ診療を行なっている100人に対してその内容を調査したのが表2-C-1である。回答は延数であるが、緊急のみのもの、緊急時以外でも行なっているものが相半ばしており、休日又は不在時の助け合いも実施されている。

グループ診療の運営についてみたのが表2-C-2である。過半数がうまくいっていると答えているが、改めていきたいと考えているのも可成りあってその複雑性を示している。

現状に不満があるのは3例に過ぎなかった。グ

ループ内での謝礼については表2-C-3の如く過半数が決めており、謝礼はしていないものも19例あった。1名だけ重複回答で後輩には支払い同級生には払わない組合せ方式があった。

次にグループ診療を行なっていない152人にその理由をきいたのが表2-Dである。

回答数は延数で207件あり、率は対152比で示したが、二次病院に送るのが47.4%、応援医師を得て治療にあたるもの34.2%であるが、これは複数医師による救急医療であり、グループがないというの32.4%もあり、各地域においてかかる人々に対してこそグループ育成の必要性を痛感させられるのである。

次に今後この制度ができた場合の参加意識を調

C. グループ診療を行なっている方に対して

○その内容について	(延数)	(率は対100比)
1. 緊急事態に限って行なっている	43	43.0%
2. 緊急事態以外でも行なっている	41	41.0
3. 休日でも当番制で患者をみている	11	11.0
4. 普通の日でも不在の場合は助け合っている	48	48.0

○その運営について	(延数)	(率は対100比)
1. 現在行なっているグループ診療はうまくいっている	55	55.0%
2. グループ診療を行なっているが、診療面や経済面対人関係などでグループ診療は色々な難かしいと思う事がある	19	19.0
3. 現在行なっているグループ診療に対して不満がある	3	3.0
4. 現在行なっているグループ診療をさらによい制度に改めてゆきたい	43	43.0

○謝礼について	(延数)	(率は対100比)
1. グループ同志でも謝礼ははっきりと決められている	52	52.0%
2. 謝礼は適当にしている	31	31.0
3. 謝礼はしていない	19	19.0
4. その他	1	1.0

D. グループ診療を行なっていない方に対して

	(延数)	(率は対152比)
1. 色々面倒なことが多いので行ないたくない	10	6.6%
2. 行ないたいが適当なグループがない	49	32.2
3. 自院で解決できる	12	7.9
4. 第二次病院に送る	72	47.4
5. 応援の医師がきてくれる	52	34.2
○記入なし	12	7.9

E. 今後グループ診療制度ができれば

	現在行っている (100人)		行っていない (152人)		計
1. 参加したい	22	22.0%	45	29.2%	67
2. 制度内容によっては参加したい	33	33.0	79	51.3	112
3. 参加したくない	1	1.0	13	8.4	14
4. わからない	2	2.0	7	5.2	19
○記入なし	42	42.0	8	5.8	50
計	100	100.0	152	100.0	252

F. これからのグループ診療の内容について

1. 何人位のグループが適当だと思いますか	現在行っている (100人)		行っていない (152人)		計
5人まで	60	60.0%	75	49.4%	135
6~10人	17	17.0	27	17.8	44
11~15人	0		1	0.6	1
16人以上	3	3.0	1	0.6	4
記入なし	20	20.0	48	31.6	68
計	100	100.0	152	100.0	252

	現在行っている (100人)		行っていない (152人)		計
2. 緊急医療だけに限った方がよい	25	25.0%	59	38.8%	84
3. 休日当番医制度だけがよい	1	1.0	5	3.3	6
4. 緊急医療と休日当番医制度の両方を含めた方がよい	17	17.0	23	15.1	40
5. 将来救急医療センターの設置まで考えた方がよい	38	38.0	50	32.9	88
6. 現在の自然発生的グループの他に、全市を適当な地域にわけ、救急グループ(例えば班組織)を作った方がよい	28	28.0	19	12.5	47
7. その他	2	2.0	3	1.9	5
○記入なし	12	12.0	31	20.4	43

査したのが表2-Eであり、現在実施しているもの100人と実施していないもの154人とに分けて集計してみた。現在行なっているものの回答の中記入なしの解釈は複雑であるが、参加したくないと表明したもの前者では1%、後者でも8.4%にすぎず後者によっては80%以上が参加の意向を示していることは大いに注目される。

これからのグループ診療のあり方についての考えを聞いたのが表2-Fのようである。1)ではグループ診療の人数について「5人まで」が過半数を占めており、一般的には少ない人数を希望している。しかも現在実施中のものも、いないものもこの傾向は殆んど同じである。2)以下では緊急

医療システムの範囲について問うたもので稍性格の異なる質問であるが、救急センター設置の希望が最も多く、緊急医療だけに限るが、これに次いで多かった。

3 第二次病院について

これは診療所側からみた第二次病院との関連性と希望ならびに反省等を調査したものである。表3-Aにみるように第二次病院に患者を送ったことの有り無しについては、殆んどすべての回答で第二次病院を利用している。しかも救急患者のみならず非救急の一般患者も含まれている。そして救急患者の送院をことわられたことが有るか否か

3. 第二次病院についてのアンケート

A. 第二次病院に患者を送った事がありますか	(延数)	(率は対254比)
1. 第二次病院によく救急患者を送る	60	23.6%
2. 第二次病院によく一般患者を送る	31	12.2
3. 第二次病院に時々救急患者を送る	154	60.6
4. 第二次病院に時々一般患者を送る	100	39.4
5. 第二次病院には患者を送らない	3	1.2
○記入なし	9	3.5
B. 第二次病院に救急患者を依頼したが、ことわられた事がありますか	(延数)	(率は対254比)
1. ある	76	29.9%
2. ない	67	26.4
3. 大体受け入れてくれる	124	48.8
○記入なし	7	2.8
C. 第二次病院に救急患者を送った理由	(延数)	(率は対254比)
1. 医師・従業員の手不足	159	62.6%
2. 設備・血液等の不備	90	35.4
3. より高度の医療を必要とする	140	55.1
4. 患者とのトラブルをさけるため	41	16.1
5. 患者及び家族の要請により	12	4.7
6. 健保関係その他経済的に採算があわない	35	13.8
7. その他	1	0.4
○記入なし	12	4.7

は表3-Bの如くで大体受け入れてくれると回答しているが、ことわられたことがあるのも30%近くあった。救急患者を送った理由については表3-Cの如く、これも延数ではあるが62.6%が医師従業員の手不足、55.1%がより高度の医療を必要とするためであり、設備・血液等の不備不足が之に次いでいる。しかし患者とのトラブルを避けるためあるいは現在の保険医療では採算があわない理由からのものもあり興味深い。

表3-Dにおいては第二次病院に患者送院後の不満について24.4%の回答があり、患者に対する

説明の違いと患者予後の不明が最も多く、これは次の設問とも関係が深く患者受入側・送院側共に反省すべき点が多い。

表3-Eは第二次病院に対する希望であるが、その大部分が第二次病院と開業医とのコミュニケーションに問題が集中しており、今後ますます両者間の立場を尊重し相互理解に努めて話し合いの場を求めていることである。この問題解決のためにも何らかのシステムが必要であると考えさせられたのである。更に附加的意見として「いざというときに頼りにならない」とか、「送った患者を病

D. 第二次病院に救急患者を送ったが不満が残った事があれば		
	(延数)	(率は対254比)
1. 患者に対する説明の違い	26	10.2%
2. 患者の予後が不明	20	7.9
3. 患者の予後が不良	0	—
4. 謝礼がかかり過ぎた	1	0.4
5. 受け入れ側の診療内容が不良	1	0.4
6. 受け入れ側の態度が不誠実	9	3.5
7. その他	5	2.0
○記入なし	196	77.2

E. 第二次病院に対する希望		
	(延数)	(率は対254比)
1. 第二次病院と開業医の間でもっとコミュニケーションをもつべきだ	115	45.3%
2. 開業医の立場を考えて受け入れて欲しい	109	42.9
3. 研究会等をもっと開いてもらいたい	26	10.2
4. 手術なども見学したい	33	13.0
5. その他	7	2.8
○記入なし	54	21.3

院側と協力して診療させて欲しい」とか、「オープンシステムにして病院のスタッフ不足を補うようにしたらどうか」等の考え方も述べられている。

逆に開業医側の反省も調査されたのが表3-Fである。延数の回答数であるが記入のなかったのが75人で29.5%であるから、3分の2以上の回答

F. 患者を第二次病院に依頼する場合、開業医の方にも色々反省する点があると思われるがその内容は		
	(延数)	(率は対254比)
1. 送った患者の経過をよく報告すべきだ	82	32.3%
2. 休日・夜間は第二次病院といえどもスタッフの足りない事がある事を知るべきだ	93	36.6
3. 患者を送りっぱなしにするのはいけない	61	24.0
4. 送った患者に関する責任の区分を考えるべきだ	18	7.1%
5. 救急手術の時は最後まで見届けるべきだ	37	14.6
6. もう少し重症になる前に送るべきだ	28	11.0
7. 立ち会ってくれた医師にもっと礼儀をつくさなければいけない	37	14.6
8. その他	7	2.8
○記入なし	75	29.5

が示されている。7項目に亘ってのアンケートに対して回答の集計であるが、他にもいろいろの考え方がありと思われる。全体として病院勤務医・開業医の別はあっても共に産婦人科医師としての考え方に相違は無く、要は両者のコミュニケーションの如何にかかっていると考えられる。

4. 学会出席および休日等不在中の急患について

この結果は表4に示すように「連絡によりトンボ返りする」「他院に送っている」「応援医師に来てもらう」等が大部分であるが、出張先距離の遠近により出来る限りの措置をしており、その他

4. 学会出席及び休日等不在中の急患について		
	(延数)	(率は対254比)
1. 他院に送っている	102	40.2%
2. 応援医師にきてもらう	94	37.0
3. 連絡によりトンボ返りをする	110	43.3
4. 助産婦にまかせる(分娩の場合)	19	7.5
5. 電話で指示する	39	15.4
6. その他	6	2.4
○記入なし	12	4.7

では「遠方までは心配で行けない」ものがあつた。

9.4%に過ぎず、状況によって受け入れるところ
48.0%で、受け入れ不能のところは38.2%であつた。その理由としては矢張り休日における人手不足が圧倒的である。

5 市医師会の休日診療所より産婦人科系の救急患者の依頼があつた場合

表5のように無条件で受け入れ可能のところは

5. 市医師会の休日診療所より産婦人科系の救急患者の依頼があつた場合		(実数)	(率)
1. 受け入れる	.....	24	9.5%
2. 状況により受け入れる	.....	122	48.0
3. 受け入れない	.....	97	38.2
(理由)			
1. 人手不足	.....	90	
2. 設備不足	.....	28	
3. その他	.....	2	
4. その他	.....	2	0.8
○記入なし	.....	9	3.5
		254	100.0

6 未熟児に関するアンケート

表6の如く未熟児センターに送るのが42.9%、(%)は254に対するもの)で最も多く、又程度によって自分のところで扱うものも39.7%と可成り

努力している。尚、未熟児センターを探すのに苦労するというのが20.5%あり各地域における施設と人的確保の問題も含めて異常児救急上検討すべき点である。

6. 未熟児に関するアンケート		(延数)	(率は対254比)
1. 未熟児は全部自院で取り扱う	.....	5	2.6%
2. その程度により自院で取り扱う	.....	101	39.7
3. 大体未熟児センターに送る	.....	109	42.9
4. 未熟児センターを探してやる	.....	24	9.4
5. 患者に未熟児センターを探させる	.....	0	—
6. 保健所と相談する又は患者に保健所と相談させる	.....	13	5.1
7. いつも未熟児センターを探すのに一苦労する	.....	52	20.5
○記入なし	.....	17	6.7

7 開業年数及び従業員について

7. 開業年数及び従業員等について

1. 開業してから何年になりますか(年)
2. 現在の従業員の数は何人ですか(人)
3. 現在ベットの数は何床ですか(床)

会員の各開業年数を調査したのが表7-1である。年数別ではかなり拡がりを見せており10~14年が最も多く頂点を形成し、5~9年と15~19年とが同数を占めている開業25年以上が急激に減少するのは産科医の限界を示すものか否か検討すべき現象ともいえる。

従業員数をみたのが表7-2である。全数のうち2~5人までが127機関で丁度50%で最も多い。

1. 開業年数

年 数	数	率
5年未満	26	10.2%
5~9	45	17.7
10~14	60	23.6
15~19	44	17.3
20~24	41	16.1
25~29	17	6.7
30~34	9	3.5
35~39	1	0.4
40年以上	3	1.2
記入なし	8	3.1
計	254	100.0

2. 従業員数

人数	数	率
～ 0	3	1.2 %
～ 1	16	6.3
～ 2	42	16.5
～ 3	36	14.2
～ 4	15	5.9
～ 5	34	13.4
6 ～ 9	53	20.9
10 ～ 14	29	11.4
15 ～ 30	14	5.5
記入なし	12	4.7
計	254	100.0

しかし10人以上も可成りある。ベット数をみただけが表7～3である。6～9床が121機関47.6%で最も多く、1～5床は74機関29.0%であった。全体的には20床以内に分散している。

8 緊急医療およびグループ診療についての意見

意見のよせられたのが74人であった。その内容を概括的にとりまとめると次のようである。

(1) 緊急医療について

○緊急医療体制の確立、早急に、またモデル的に。

○郡市医師会の休日診療制度とは別わくで検討。

○緊急の報酬には特別の配慮をすべきである。

○大学に救急医療の講座を充実させるべきである。

その他当番制で1ヶ月1回(最低)は各自自宅待期して少くとも区内の急患(ギネ)は診ることなどがある。

(2) 病院について

○地域的に母子救急センターを早くつくってほしい。

○公私立を問わず病院は開業医にオープンにして共同計画をたてるようにする。官公立病院産科は紹介のみとする。

○2次病院の確保が第1、グループ診療は第2、緊急システムは第3。

3. ベット数

ベット数	数	率
0	4	1.6 %
1	3	1.2
2	4	1.6
3	14	5.5
4	18	7.1
5	33	13.0
6 ～ 9	121	47.6
10 ～ 14	29	11.4
15 ～ 19	14	5.5
20	3	1.2
記入なし	11	4.3
計	254	100.0

○病院と開業医のコミュニケーションを良くすべきである。

その他、母子救急センターとしての2次病院の確保に地域的の配慮を望む等がある。

(3) グループ診療体制について

○グループ診療体制は絶対に必要。

○グループ診療は4～5名以内で設備器具など統一したものがよい。また年令・健康差がない方がよい。

○グループ診療は官製はだめ。つくり方が問題。

○仲良しグループから更に進んだ形で地域的グループの構想は賛成、ただ部会化につながる様では反対。

○緊急時は医師のみの問題でない。家族・従業員を含めたグループ内の交流が長続きさせる。

○開業医の限界を知るべきである。従って2次病院の確保と救急患者を病院へ転送させるまでがグループ診療の目的と考えるべきだ。

○各医師間のコミュニケーションを良くすべきである。

その他グループは互角の技術の者同志がやるべきである。グループ内でも各医師の忙しさに差があるので金銭的解決する良い方法はないか等がある。

(4) その他

○医療の内容をたかめ生涯教育であるという各自の自覚が根本である。

○輸血体制を業者に任せず行政官庁が責任を持

8. 以上緊急医療及びグループ診療の事につきまして御意見がありましたらお書き下さい。

(1) 緊急医療について

- 緊急医療体制の確立、早急に、またモデル的に。
- 都市医師会の休日診療制度とは別わけて検討。
- 緊急の報酬には特別の配慮をすべきである。
- 大学に救急医療の講座を充実させるべきである。

(2) 病院について

- 地域的に母子救急センターを早くつくってほしい。
- 公私立を問わず病院は開業医にオープンにして共同計画をたてるようにする。官公立病院産科は紹介のみとす。
- 2次病院の確保が第1、グループ診療は第2、緊急システムは第3。
- 病院と開業医のコミュニケーションを良くすべきである。

つことが望ましい。

(3) グループ診療体制について

- グループ診療体制は絶体に必要
- グループ診療は4～5名以内で設備器具など統一したものがよい。また年齢・健康差がない方がよい。
- グループ診療は官製はだめ、つくり方が問題。
- 仲良しグループから更に進んだ形で地域的グループの構想は賛成、ただ部会化につながる様では反対。
- 緊急時は医師のみの問題でない。家族・従業員を含めたグループ内の交流が長続きさせる。
- 開業医の限界を知るべきである。従って2次病院の確保と救急患者を病院へ転送させるまでがグループ診療の目的と考えるべきだ。
- 各医師間のコミュニケーションを良くすべきである。

III 緊急医療に関して第二次病院より開業医に対する希望

県内の官私立病院宛に80通を発送し48件の回答があり、川崎では11病院から10件の回答がなされたので、91病院から58件の回答数となり63.7%の回答率である。

A 救急依頼患者の受入れ状況

表Aに示すように39病院はベットに余裕があれば受け入れるが、9病院は原則として受け入れない。そして何時でも受け入れるというのは9病院

A 救急依頼患者の受入れ状況

1. いつでも受け入れることができる	9	15.5%
2. 原則としてベットに余裕があれば受け入れる。	39	67.3
3. 原則として受け入れないが特別な場合には受け入れる	9	15.5
4. すべてことわっている	0	
5. その他	1	1.7
計	58	100.0

の15.5%にすぎない。この結果からみれば受け入れられない場合がかなり多いのが現状と考えざるを得ない。

B 受け入れを断った理由

回答は重複しており理由として延数で82件あった。表Bに示すようにベット不足と医師の手不足

B 受け入れを断った理由

1. ベットの不足	24	41.4%
2. 病院の方針	3	5.1
3. 病状が不明	3	5.1
4. 医師の手不足	24	41.4
5. パラメディカルの手不足	8	13.8
6. 依頼してきた医師の態度が悪く熱意がない	1	1.7
7. 患者、看護婦まかせて要領を得ない		
8. 電話の応待がわるい		
9. 救急以外の患者だったから	1	1.7
10. その他	3	5.1
11. 記入なし	15	25.9

注. 答えは延数, %は58に対するもの

が圧倒的に多く各々24件になっている。病院産婦人科の現状として受けとめるとして第二次病院が今後緊急医療に対応していくためには人的、物的、そして精神的諸条件についても検討すべきであると考えさせられる。「記入なし」が15件もあり病院の苦悩を示しているのかも知れない。なお「その他」の3件は受け入れ側の積極性に欠けていた時及び婦人科腫瘍に関する緊急の場合のみというものであった。

C 今後救急患者を依頼された場合

1. 積極的に引き受ける	12	20.7%
2. なる可く引き受ける	30	51.7
3. 事情により引き受ける	15	25.9
4. ことわる	1	1.7
計	58	100.0

D 第二次病院より開業医に対しての希望

表Dに示すようである。希望は延数で133件、記入なしが3件であった。

D 第二次病院より開業医に対しての希望

1. 受け入れた患者の経過がわからない	11	18.9%
2. 休日・夜間はスタッフの足りないことがある	46	79.3
3. 依頼した患者を送りっぱなしにするのは困る	15	25.8
4. 依頼した患者に関する責任の区分を考慮して欲しい	8	13.8
5. 救急手術の時は最後まで見届けて欲しい	15	25.8
6. もう少し重症になる前に送って欲しい	15	25.8
7. 立会った医師にもっと礼儀をつくして欲しい	5	8.6
8. 日頃から連絡を保って欲しい	17	29.3
9. その他(入院後も患者とコンタクトを保って欲しい)	1	1.7
10. 記入なし	3	5.1

る事柄がかなり多く希望されている。

E 緊急医療についての意見

病院側の意見として24人が記載しており、その概略を列記すると次のようである。

① 患者送院は連絡を十分にとって欲しい。何の連絡もなしに患者には「何かあったら病院に行くように」と言い、患者は当然連絡されているものと思って来院することがある。

C 今後救急患者を依頼された場合

表Cに示すように総数58のうち、過半数の30施設51.7%がなるべく引き受けるという回答である。積極的なのは12件に過ぎず、事情によるという条件つきが15件であった。表Aと比較してみると病院自身の感じは大分異なっており、考え方としては引き受けなければならないとしているのが実際であろう。

休日夜間はスタッフの不足を訴えたものが圧倒的に多く46件で病院の現状を示している。この外には病院と開業医間とのコミュニケーションに関する

② 患者を送る際には経過や処置、特に患者、家族へのムンテラの内容を詳細に知らせて欲しい。

③ 病院群の組織化、システム化をはかって欲しい。

④ 行政レベルでの緊急医療体制づくりが早急に必要。グループ診療では限度があろう。

⑤ 第二次病院も人手不足である。休日緊急時には移送医も現主治医に協力して治療スタッフの一員に加わるべきである。

⑥ 地域の基幹病院で開催する研究会には是非出席されたい。

① 実施医家と勤務医師間の診療限界が理解しあえる。

② 医療水準の向上。

③ 病院全医局員とのコミュニケーションを良くする。

⑦ 緊急医療と休日診療とは本質的に全く異なるものであり、休日診療はグループ診療のレベルで解決すべきと考える。緊急度・重症度の理解の仕方にもズレがあって研究会等の場で話し合いが必要。

⑧ 日頃から連絡をとっていると話が通じ易く気が解っており、ムンテラ等にも行き違いが少くなると思う。

⑨ 病院では産科のみでなく他科の応援の下に緊急時に対処している。特に麻酔科へのお礼をして欲しい。

⑩ 病院内部でも産婦人科に対する理解度が不足しているのが現状である。

おわりに

産婦人科グループ診療に関する実態と認識についてアンケート調査を実施した。

調査期間に充分余裕がとれなかったために開業医群50.6%、病院群63.7%の回答率であったが、産婦人科グループ診療の現状その他地域の母子緊急に対応する実態を把握することができた。産婦人科緊急事態に際してその内容・運営は異っていても複数の医師による緊急体制をもって対処していることはグループ診療の第一歩と考えられる。又緊急患者を送院可能とする第二次病院との連携の実態等も明らかになったことは緊急医療シス

テム策定の上からも大いに参考となった。病院群では地域の基幹病院・第二次病院としての役割を認識し、緊急患者受け入れに熱意と努力を示していることは充分理解できると共に、現在人的・施設のなにお多くの問題点を抱えており、それに対する施策と緊急医療体制確立の必要性を痛感した。

この調査の結果を基本として、今後地域における母子緊急医療システムの策定に当っては神奈川県産科婦人科医会・神奈川県医師会・神奈川県及び各自治体当局三者間の総合的な構想の上に立って検討されるべきである。

稿を終るにあたり、ご回答をいただいた会員各位に深甚な感謝をささげるとともに、本調査実施に特別なご支援ご協力をいただいた川崎市産婦人科医会の会長はじめ役員諸氏に厚くお礼を申し上げる次第です。

また本調査の中間報告を昭和51年7月18日仙台市開催の日母第3回大会のパネルディスカッション・産科婦人科診療所形態改善の具体策——グループ診療を中心として——において当県から中村隆次が発表した。

尚、この集計は母子緊急システム研究会の事務局湯沢布矢子氏が主体となって行ない、又集計分析は須川豊氏と天野一忠によるものであり重ねて感謝の意を表する。

昭和52年1月1日

神奈川県産科婦人科医会

天野一忠・中村隆次・安達健二

↓ **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

初年度に県内医療機関の全能力を調査し、次年度には、県内を地域としての母子緊急医療システムの案を策定した。このモデル案を現実にあてはめ、実際に展開するためには如何にすべきかを目途として、実施に必要な調査を補足しつつ、第3年次は、具体的なあり方についての研究を推進したのである。