

教育講演

産科救急の問題点

大阪通信病院部長 竹 村 喬

分娩時の大出血をはじめ、子宮外妊娠・麻酔事故など私たちの周辺には、緊急事態のおこることが決してまれではない。しかし、一般には「案ずるより生むが易い」という社会通念があり、ために交通災害などの外科救急に比べ、産科救急の社会的評価は格段に低い。そのうえ、産科の救急事態は医療行為中に発生することが多く、最近の社会風潮も手伝って、好ましくない医事紛争に持ちこまれるケースも皆無ではない。

私は従来から、妊産婦死亡などに関連し、産科救急に関する調査をつづけてきたが、今回教育講演の榮に浴したのを機会に、近畿地区会員の協力を得て、アンケート調査を行った。ここでは、この調査結果と大阪通信病院における自験例を主な資料として、産科救急の問題点をさぐり、併せてその対策について述べてみたい。

1. アンケート回答率

アンケート調査は昭和49年11月、大阪、兵庫、京都、和歌山、奈良、滋賀の近畿6府県の開業医と市中病院の勤務医に別種のアンケート用紙を送り、その回答を集計した。

アンケートの回答率は、開業医では、1,745名中843名48.3%、市中病院では206施設中102施設49.5%であった。

2. 産婦人科開業医の実態

産婦人科開業医の年齢は平均48.1歳、40~50歳が70.2%を占め、中でも45~49歳が最も多かつた。

産婦人科開業の危機の声に応ずるかの如く、産婦人科を廃止した人が1.7%あり、その理由は「老齢のため」と「他科に転科」であつた。そして、産婦人科のみを標ぼうするものは、54.9%で、内科、小児科、外科などを併設するものは43.4%あつた。

開業医の規模は、人的には医師1人が81.0%（複数医の開業15.7%）、助産婦は1人（34.2%）或いはいない（32.4%）施設が多かつた。

病床数は平均6.9床で、10床以内が69.5%、20床以上が5.0%であつた。

3. 救急疾患の発生頻度

分娩取扱数は、近畿地区では、1カ月平均開業医11.3件、市中病院53.7件であつた。

外妊は当院では最近9年間余りに44例あり、対分娩比0.4%であつたが、近畿地区開業医1.19%、市中病院で1.28%であつた。帝切は当院で10年間に2.7%、近畿地区開業医3.9%、市中病院5.7%であつた。

分娩時大出血は500ml以上が5.9%、1,000ml以上は1.2%であつた。500ml以上の出血は、3回以上の頻産婦、35歳以上の高年者、帝切、分娩の誘発・促進、死産例に高頻度にみられた。大出血で輸血を施行した例は開業医1.06%、市中病院1.21%であつた。

周産期死亡は当院では十年間に1.64%、未熟児出生は昭和49年度4.6%（2,000g以下は0.8%）であつた。

母子救急活動の基礎となる緊急事態発生状況は、疫学的にほとんど明らかにされていないので、上述の頻度などを参考に予想される救急事態発生頻度を算出すると、約10~15%になる。大阪府を例にとれば、年間約2万件前後になる。

4. 産科救急の実状

最近数年間に緊急事態を経験したものは、65.4%あり、その時「困つた」ものがその61.2%あつた。その理由の主なもの「夜間休日で人手不足」（56.4%）、「送院する病院がない」（46.0%）で、「患者移送が困難」「血液入手不能」などもあつた。なお「送院する病院がない」理由として、満床のため（65.9%）夜間のため（32.6%）で、「依頼できる懇意な病院がなかつた」という回答もあつた。

緊急事態の経験者で、他医に応援を頼んだことのある人は75.5%あり、その主な理由は「緊急手術をするため」か「トラブルを避けるため」であつた。なお、産科救急に関連し、医事紛争は10.0%あつた。

グループ診療は19.6%あり、その組織体は仲よしグループ、地区医会が主なもので、一部に同窓会単位のものもみられた。

わが国の産科救急体制の現状について、不安感をもつものが非常に多く（78.4%）、組織だつた制度化を希望す

るものが圧倒的(82.6%)であつた。

大阪と滋賀・奈良・和歌山との比較から、若干意識度に地域差があり、大都会産科救急を切実に感じているが、医事紛争は両者間に差異はなかつた。医事紛争が全国的なものとなつているためであろう。

単独医の施設では、複数医に比べ、救急に対する関心度、切実度が高く、医事紛争も多い。グループ診療の熱意も強かつた。

分娩取扱いの少ないもの程、産科救急に対する関心度、切実度が低く、産科救急は分娩取扱数と密接な関係にあつた。

5. 産科救急の問題点とそのあり方

1) 産科救急の特殊性

産科の緊急手術や分娩は時を選ばない突発性、不測性という救急の本質的な性格をもっている。そして産科救急は、外科救急と根本的に異なり、事故発生の場所、初療者、搬送、受入態勢など大きな相違がある。

2) 救急患者の発生から緊急手術まで

(1) 応急処置

現場での応急処置を適切に行うためには、輸液、酸素、強心剤など緊急薬品を整備し、平素からスタッフの十分な訓練が必要である。

(2) 送院先の選定

病院の選択が意の如くならないのが通例である。本来なら、医学的地理的要請により決められるべきものであるのに、医師間の個人的なコネに頼っているところに悲劇の原因がある。

(3) 搬送

患者搬送については、外国にみられる産科救急車の設備がなく、救急車利用も合理的でない。

(4) 受入態勢

市中病院の受入態勢は諸種の事情から、開業医の期待

に十分応えられないのが現状である。「いつでも受け入れることができる」のは15.7%にすぎず、受け入れられない主な理由に、スタッフの不足があげられる。要員不足(とくに医師不足)は全施設の87.3%に達していた。なお要員不足に関連し、適正分娩取扱数は医師1人宛1カ月間10~30件、とくに15~20件とするのが大方の意見である。

3) 産科救急体制の組織化

産科救急体制は全く未整備であるので、地域ぐるみの相互扶助組織の上に、中核的役割を果す基幹施設の設置が望ましい。「母子救急センター」的なものが都市単位、府県単位に設立されるのが理想的であろう。

4) グループ診療

グループ診療が組織されているのは一部に限られているが、いずれも業績をあげているところから、今後の臨床医の進む方向づけとして期待される。

6. まとめ

救急患者発生から緊急手術に至る過程には、要員不足、血液入手難、送院先の選定、搬送、受入態勢の不備など、わが国の産科救急体制はほとんど体系づけられておらず、英国などに比べ大幅に遅れている。

産科救急には、この他、過疎地や離島など地域母子救急という面からみれば、なお多くの問題点をかかえているが、これら問題点を集約すれば、産科救急体制の体系化が最大の命題である。一日も早く、救急体制の確立されることが待たれる次第である。

そのためには、行政機関を始め、社会の協力を得て初めてなし得ることで、各方面の理解協力が何より重要であることを強調したい。

稿を終るに当たり、教育講演の機会を与えられた西村会長、座長の労をおとりいただいた沢崎名誉会員並びにアンケート調査に協力いただいた近畿地区会員に深謝する。