

表2 医療機関に受け入れの照会を行った回数ごとの件数 (2007年)

		1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回以上	計	最大照会回数
重症以上傷病者	件数	30万9,230	4万4,609	8,989	4,324	1,074	36万8,226	50
	割合 (%)	84.0	12.1	2.4	1.2	0.3	100	
産科・周産期傷病者*	件数	1万8,500	2,944	721	310	53	2万2,528	43
	割合 (%)	82.1	13.1	3.2	1.4	0.2	100	
小児傷病者	件数	26万3,925	4万5,210	6,377	2,021	220	31万7,753	35
	割合 (%)	83.1	14.2	2.0	0.6	0.1	100	
救命救急センター等搬送傷病者	件数	9万7,323	1万7,258	4,080	2,108	802	12万1,571	63
	割合 (%)	80.1	14.2	3.4	1.7	0.7	100	

* 転院搬送を除く

文献2より引用

ルでも、母体救命救急への対策はまったく進んでいないのである。

この問題を検討するために、日本産科婦人科学会では2008年度に日本救急医学会と共同で「地域母体救命救急体制整備のための基本的枠組みの構築に関する共同作業部会」を設置することとしているが、いずれにしても、全国で、周産期関係者と救急医療関係者の間の協議と連携強化を迅速に進める必要がある。

搬送先選定の問題

未受診妊婦

2007年に奈良で発生した事例は、未受診の妊娠中期の妊婦の死産症例であり、受け入れ先決定に時間がかかったことと、搬送中に死産が進行してしまったことで、大きな問題となった。普通の救急患者はそれまでは当然「未受診」であるわけで、「未受診」であることが特別視されるのは産科領域だけに認められることかもしれない。しかし、その後明らかになったように、

一般の救急医療においても受け入れ先の決定に困難が生じている事例は数多く存在している。表2に示すように、転院搬送を除けばその頻度において重症者と産科・周産期傷病者、小児傷病者の間に大きな差は認められない(また照会回数の多い地域も各カテゴリで重なっている(表3))。今回の問題は、妊産婦に特有の問題ではなく、地域の救急医療体制全体の整備の問題として考える必要があると思われる。周産期医療システムは医療機関相互の連携体制を規定している。救急隊は、母体搬送、新生児搬送時の搬送手段の提供という補助的な立場で関与しているに過ぎない。未受診妊婦の陣痛発来のような救急隊からの依頼への対応に関する記載はまったく存在しない。現場では、搬送が間に合わずに自宅や救急車内で生まれてしまう症例が増加しており、救急隊にとって大きなストレスとなっている。