

「大阪府における母子保健医療の推進体制の調査研究」報告書

北 田 章 (大阪府保健予防課)

はじめに

小児の生命・健康をおびやかす疾患についてみると、従来の感染症等の急性疾患が減少し、変って慢性腎疾患等の慢性疾患や、低体重児・脳性麻痺等の出生前・後の原因による成長・発達の障害がその比重を増してきている。このような疾病構造の変化に対応して、母子保健医療の課題もその重点を変えてゆかねばならない。このような視点から、大阪府では母子保健医療体制の整備推進の方法を検討し、これの中核となる「母子保健総合医療センター」（以下「センター」という。）の必要性及びその機能を中心に調査を行ってきた。

しかし、「センター」で扱うべき問題を有する母子の多くは地域の医療機関等から送られてくるものであり、また「センター」退所後も地域で継続してケアを受ける必要のある対象でもある。従って1人1人の小児に対し、「センター」と医療機関等地域における諸機関・施設ならびに家庭とを通じていかに1貫したケアを与えられるかなど、地域における母子保健医療体制整備の問題は「センター」建設の調査と併行して検討を行うことが非常に重要となる。

ところで、小児の成長・発達の出発点が胎児・新生児期であり、この時期の保健医療の適否がその後の小児の生命・健康に重大な影響を及ぼすことは疑う余地のないところであり、従って胎児・新生児期の保健医療の改善は、母子保健医療問題の中で当面する最も重要な課題の一つと考えられる。また最近の胎児・新生児医学の発展はめざましいものがあり、少なくとも妊娠時から母子を一体としてとらえ、身体面のほか多面的にかかわっていこうと指向し、学問的にも周産期医学や胎児医学という名称で発展してきている。この新しい学問を十分に応用・駆使できる診療体制及び地域全体としての医療体制を実現させることにより、単に胎児・新生児の生命をとりとめるだけでなく、各種の異常や障害をも大きく減少させることが

諸家の報告（特に欧米先進国からの報告）により明確になってきている。

そこで、今回はこれら母子保健医療体制を整備推進するために、まず大阪府の胎児・新生児の保健医療の現状を把握し、その改善の基礎資料とすることを目的とし以下に述べる調査を行った。

なお、母子保健医療体制整備の問題の中で、保健所は「センター」と医療機関その他関係機関・施設及び家庭を結ぶ機関として、あるいは現在の問題に対応した保健医療の取組を普及するために地域の核となる機関としてその機能を果たしうるよう考えられなければならない。そのためには現在の保健所の母子保健事業の質・方向・方法等を根本的に見直す必要があると思われる。またその整備については、種々母子保健に関するニーズが高まる中で急がなければならない最大の課題でもあるので、医療の担当側・需要側の実態・問題点を十分にからませて、段階的にでも整備すべき方向を定めてゆく必要があると思われる。

今回報告する調査結果は、胎児・新生児の診療体制・医療体制の問題点等医療担当側の問題把握に重点を置いている。従って今後は、今回の継続調査として死亡新生児の家族側の調査を保健所段階で（種々協力体制を整える必要があることなどから今年度以降の調査となる）行い、地域での母性保健問題及び社会経済的な問題にまで進める予定である。

調査の概要

この調査の目的は、大阪府における病院での胎児・新生児医療の問題点のうち、特に医療体制・診療体制上の問題点を明らかにしてゆくことである。この目的にそって医療機関調査・新生児死亡症例調査・新生児死亡送院例調査の3調査を実施した。

(1) 医療機関調査

病院での産科・新生児医療に関するスタッフ・ベッド数、設備、診断方針等の診療状況を調査するものであり、本調査に協力を得られた52病院で所定の調査表に従い調査を行った。

(2) 新生児死亡症例調査

現在の胎児・新生児医療の問題点が最も鮮明に新生児の死亡に具体化されていると考えられることから実施した。協力を得られた51病院の産科と小児科で生後28日未満で死亡した新生児を調査対象とし、所定の調査表に従い調査した。

(3) 送院例調査

送院される場合の状況を調査するもので、先の新生児死亡症例のうち該当病院へ送院された後死亡したものを対象とし、所定の調査表に従い調査した。

調査結果の概要とまとめ

(1) 医療機関調査について

① 本調査協力病院は52病院であり、大部分が公的病院であった。52病院のうち46病院が産科を併設しており、そこでの年間分娩総数は約4万2千件でこれは大阪府の全分娩数の約25%に当たるとともに全病院分娩数の50%強となる。

② 常勤の小児科医、産婦人科医数を見ると小児科医では、1～3人の病院が最も多く、産婦人科医では、1～3人が最も多い。小児科・産婦人科の常勤医が1人という病院がそれぞれ11病院、7病院もある。大学病院等を除き平均的な病院の姿としては少い常勤医が少数の非常勤医師の援助をうけて日常の各種業務に忙殺されているのが現実のようである。従って妊産婦・新生児の診療に充分に対応し得ないと考えられる。

③ 産科と小児科の連携については、一般にうまくいっていると考えている病院が83%もあった。しかし具体的に、例えば定期的に合同カンファレンスを行ったり異常な分娩に小児科医が立ち会うなどの方法で、システムとして連携体制を確立している病院は少く16～31%であった。

④ 新生児室は、72%の病院で産科病棟に併設されている。看護体制は45%の病院が独立したものをもっている。また規模としては、定床で21～25床が最多であるが、実働床は11～

15床が最も多い。一般に規模は小さく、また主として看護スタッフの不足のために実働床は幾分少くなっている。

⑤ 新生児の診療に最低限必要と思われる器具である酸素濃度計・蘇生器・黄疸に対する光線療法器具は比較的多くの病院に備えつけられている。しかし一方、新生児診療に必須と思われる検査であるところの血液ガス、血清ビリルビン、血糖の検査が40～70%の病院でしか行なわれていない。また、新生児の異常事態は昼夜の別なく突発し、即応することが重要であるが、そのために必要な夜間の臨床検査やレントゲン検査が全く不可能な病院がそれぞれ40%もあった。

⑥ 未熟児網膜症の予防・早期発見のための眼底検査を定期的に行っている病院は89%であった。眼底検査の施行者の内訳は、自院の眼科医85%、他院からの眼科医13%、小児科医3%である。近年の医療訴訟とも関連して新生児を扱う病院は未熟児網膜症に対応する態勢を、他の病院眼科医や小児科医が眼底検査をするなどの手段をとって努力しているようである。しかし一方では、自院に眼科医がいないから検査しないという病院も4病院もあった。

⑦ 疾病新生児や低出生体重児を他院からの紹介で受け入れ可能な病院は23病院で47%である。しかしその80%の病院では、昼間のみ受け入れが可能であるにすぎないし、また1病院当りの年間患者受け入れ数も10名迄の病院が最も多い。このことから、一般に新生児・低体重児の送院は実質的には極めて困難であると思われる。

⑧ 新生児看護スタッフとして重要な看護婦等への系統的な再教育体制をとっている病院は22%である。加えるに適宜カンファレンス等を行っている病院は幾分かある。再教育体制をとれない理由としては指導者・看護婦自身が多忙であることが最大の理由であった。

⑨ 産科病棟として独立している病院は30%であり、妊娠・産褥用として使用できる病床数は31～40床が最も多かつた。年間の分娩数は501～1,000分娩の病院が最も多く、続いて101～500分娩、1,001～1,500分娩である。病院間の幅は大きく年間61分娩の病院か

ら4,000分娩の病院まであった。

⑩ 妊産婦の受け入れをどのようにしているかについては、月間の受け入れ妊婦数をほぼ一定に制限している病院が大部分で78%も占める。ハイリスク妊産婦・疾病妊産婦を優先的に受け入れる病院が11病院で24%、ハイリスク妊産婦・疾病妊産婦のみを受け入れる病院が3病院で7%あった。これら受け入れ方針の違いは病院の開設者や担当医師の考え方によるものようであって、相互の病院での機能分担や連携に基づくものではないようである。また他機関からの突発時の紹介による妊産婦の受け入れは46%の病院でしかなくされていない。

⑪ 「現在の新生児医療を改善してゆくにはどうすればよいか」という質問に対し、38病院から延98の意見が寄せられた。最も多い意見は、行政の新生児医療に対する施策の転換が必要というもので63あった。すなわち現行保険制度や医療費の改善、看護婦等スタッフの改善や病院への助成、地域全体としての妊産婦・新生児医療のシステム化が望まれる、などの意見である。次いで新生児医療にかかわるスタッフの養成と再教育が必要という意見が30あった。他に胎児・新生児医学の研究が必要という意見が2あった。

以上述べてきた医療機関調査の結果をまとめると次のようである。本調査結果から引き出せる現在の病院での妊産婦・新生児診療の問題点を整理すると次の2点となる。

① 効率の悪い小規模診療

大阪府では妊産婦・新生児の医療を担当している病院は数多くある。しかし2～3の例外を除いて、すべてスタッフ・病床・設備など規模が小さい。また他機関との間での機能分担や有機的な連携も殆んどないようである。

以上より大阪府全体としてみた場合、必要に応じて効率的に妊産婦・新生児医療を供給するという観点からは、現状では不十分であると言える。

② スタッフの不足とチーム・アプローチの不足

病院が小規模であることと関連しているが、重要な問題点は、医師・助産婦・看護婦等の母

子保健医療スタッフが個々の病院で不足していることである。この状況の中で各病院スタッフは個人的な努力によって少しでも改善してゆこうとしている。しかし、この動きにも限度がある。その結果として妊産婦・新生児の診療を行うために必要な十分な時間的余裕がとれていない。具体的には、産科と小児科の連携が不十分であったり、医師その他のスタッフの自己あるいは相互の研修や再教育ができなかったり、スタッフ全体としてのチームワークが不十分であったりということにあらわれてきている。

なお、以上の2つの問題点の背景にあるものとして考えておかなければならないことは、本調査協力病院医師が指摘している医療経済上の問題である。現在各病院には、新生児医療を十分に行いうるに足る財政的基盤が不十分である。

新生児死亡症例調査及び送院例調査について 調査結果の概要と考察

調査期間中の新生児死亡症例は65症例で28病院の小児科及び産科から報告を得た。65例のうち、当該病院に送院されて後、死亡した症例は（以下送院例という）17例である。これら65例についての調査結果の概要と考察について述べる。

① 65例の性別は、男児36例、女児27例、性別不明2例であった。また、双胎は2組で、4例であった。

② 出生と死亡の時刻の1日のうちでの時間帯を検討すると、出生・死亡とも昼間・夜間あるいは平日・休日にかかわらず、自明のことではあろうが新生児診療には、24時間にわたる均一的な診療体制が必要と思われる。

③ 生存期間では全国の統計と比し、1日未満が多く、41.5%を占める。また3日未満は61.5%、1週未満は83.1%となっている。このように、死亡が短時日であることから新生児診療には先にのべた24時間均一性と同時に緊急性も要求される。なお、全国統計に比し、1日未満の死亡の割合が高いことは、事実上の新生児死亡が死産として届けられていることに

よる違いと考えられる。

④ ハイリスク因子を有する妊娠は62%の症例に認められた。なお残りの38%の症例にはハイリスク因子は認められないことから、新生児死亡などの重大な問題は、妊娠前や妊娠中に必ずしも予測できず突発的に起こることを示している。

⑤ 出生時体重でみると、2500g以下の低出生体重児が58.5%の多きを占め、一般の統計と差異がない。また、在胎期間では38週未満が63%を占めた。胎内発育遅延児(SFDベビー)は全症例の20%と多い。これらのことからSFDベビーを含めた早産児・低出生体重児の予防が重要であるといえる。

⑥ 死因では、奇形・先天異常が最も多く23.1%である。無酸素症、特発性呼吸障害症候群、極小未熟児の呼吸不全、感染症、その他がほぼ同数で15%前後であった。全国統計と比較すると奇形・先天異常・感染症が占める割合が高くなっている。なお剖検率は1.3%と低かった。

⑦ 死亡の最大の理由としてあげられたものは、「新生児の疾病が重篤な種類のもの又は高度の未熟で予後不良と考えられる」と主治医が判断したものが回答例63例中の43例を占め最も多かった。次に「新生児の管理において問題がある」と判断されたものが多かった。すなわち「新生児の疾病の発見時期に問題がある」や「新生児診療において医師・看護婦等の技術面に問題がある」や「新生児診療における治療面

での体制・設備に問題がある」などというもので、少数指摘されていた。なお先の「新生児の疾病が重篤、または高度の未熟で予後不良」と判断される率が高かった死因は極小未熟児と奇形・先天異常であり、逆に率の低かった死因は感染症であった。

⑧ 死亡を防止し得た可能性があるとして主治医が判断した症例は65例中の25例であった。考えられる予防法として、疾病の早期発見・早期治療の体制や、夜間休日の診療体制や搬送体制の改善を指摘するものが多かった。

⑨ 送院例17例の特徴

(a) 死因からみると、無酸素症や特発性呼吸障害症候群は各々1例と少い。次に奇形・先天異常や極小未熟児の呼吸不全が少い。これら出生時から比較的予後不良と思われ易い疾病例はあまり送院されてこないと推測される。又、生存期間は院内例よりも長い傾向にある。

(b) 送院されてくる時刻は、ほぼ全例昼間の勤務時間内である。

(c) 搬送方法についてみると、回答例8例のうち、搬送時に付き添いに医療関係者が誰もつかなかった例が1例あった。また、携帯用保育器や湯タンポ等保温のための器具の使用もあまりなされていない。このように搬送の方法には問題が多い。

(d) 送院先の選択決定は、送る側と受ける側の個人的な関係でなされているようである。

表1 小児科医・産科医数

	小児科医			産婦人科医		
	常勤の定員 (病院数)	常勤の定員 (病院数)	非常勤の定員 (病院数)	常勤の定員 (病院数)	常勤の定員 (病院数)	非常勤の定員 (病院数)
0	2	2	15	0	2	13
1~3(A)	24	31	25	14	21	21
4~6	11	11	5	13	13	5
7~9	1	1	1	3	4	2
10~15	2	0	1	5	3	0
16~20	0	0	0	0	1	0
項目記入 総病院数	40	45	47	35	44	41

表2-A 産科と小児科の連携について

	区 分	数	%
産科と小児科の連携は、うまくいっているか	YES	29	82.9
	NO	6	17.1
計	病院総数	35	100.0

表2-B

	区 分	数	%
分娩異常妊産婦について、産科と小児科の間で合同カンファレンスをおこなう。	YES	11	24.4
	NO	34	75.6
計	病院総数	45	100.0

表 2-C

	区 分	数	%
異常分娩に小児科が立ち合う	YES	7	15.9
	NO	37	84.1
計	病院総数	44	100.0

表 2-D

	区 分	数	%
新生児の症例検討を産科と小児科合同で行う。	YES	14	31.1
	NO	31	68.9
計	病院総数	45	100.0

表 2-E

	区 分	数	%
ハイリスク因子をもつ妊産婦，新生児について産科と小児科の間で何かシステムを作っているか。	YES	8	19.5
	NO	33	80.5
計	病院総数	41	100.0

表3 新生児室の規模

病床数	定床 (病院数)	コット (病院数)	クベース (病院数)	実働 (病院数)
0～5床	1	3	27	2
6～10	2	4	8	6
11～15	6	5	0	9
16～20	6	11	2	5
21～25	11	2	0	5
26～30	2	5	0	1
31～40	7	5	0	6
41～50	2	1	0	1
51～99	0	1	0	2
100～	2	1	0	0
計	39	38	37	37

表4 新生児・未熟児の病床数で実働ベッド数が定床数よりも少ない理由

理由	数	%
医師が不足	11	19.6
看護要員が不足	21	37.5
設備・器具等が不足	6	10.7
入院児が少ない	12	21.4
その他	6	10.7
計	56	99.9

表5 新生児診療に採用している器具について

器 具	病 院 数	%
酸素濃度計	49	94.2
蘇 生 器	50	96.2
レスピレーター	30	57.7
呼吸監視装置	17	32.7
心拍監視装置	20	38.5
輻射熱体温保温装置	13	25.0
運搬用クベース	32	61.5
光線療法器具	45	86.5
ヘマトクリット用遠沈器	34	65.4
その他	8	15.4
項目記入病院数	52	100.0

表7-A 夜間・休日の検査体制について

衛生検査技師の勤務体制について	数	%
当 直 制	3	6.3
オンコール制	14	29.2
何もなし	19	39.6
検査は医師が行う	12	25.0
計	48	100.0

表7-B

X線技師の勤務体制について	数	%
当 直 制	10	21.7
オンコール制	16	34.8
何もなし	19	41.3
検査は医師が行う	1	2.2
計	46	100.0

表6 検査について

新生児に日常行っている検査	病院数	%
血液ガス	20	40
ビリルビン	38	76
血糖	36	72
Na	32	64
K	32	64
Cl	30	60
Ca	31	62
Mg	17	34
BuN	30	60
CRP	31	62
B-Hメーター	14	28
デキストロテックス	41	82
ヘマトクリット	43	86
血液型	50	100
抗ABO抗体	21	42
抗Rh抗体	27	54
クームステスト	37	74
免疫電気泳動	34	68
先天性代謝異常の尿・スクリーニング検査	26	52
ガスリー検査	6	12
染色体検査	12	24
その他特殊な検査	3	6
項目記入病院数	50	100.0

表8-A 未熟児網膜症について

	区分	病院数	%
予防、早期発見のために定例的に眼底検査を行っているか。	YES	39	88.6
	NO	5	11.4
計		44	100.0

表 8-B

	区 分	病 院 数	%
行っている 場合どなた が	自 院 眼 科 医	33	84.6
	他 院 眼 科 医	5	12.8
	小 児 科 医	1	2.6
	そ の 他	0	0
計		39	100.0

表 9-A 新生児未熟児を他院から受け入れますか

	区 分	数	%
新生児未熟児を他院から受け入れますか	YES	23	46.9
	NO	26	53.1
計		49	100.0

表 9-B

	区 分	数	%
他院からの受け入れ可	昼間のみ	16	80.0
	夜間も可	4	20.0
		20	100.0

表 9-C

	入 院 数	新生児 (病院数)	未熟児 (病院数)
昭和49年の他院からの受け入れ, 新生児, 未熟児数	0~10人	6	6
	11~30	4	3
	31~50	0	1
	51~100	1	0
計		11	10

表 10-A 看護婦等への新生児保育看護についての
定期的な教育体制が小児科や病院内にあ
りますか。

	区 分	数	%
教育体制があるか	YES	10	21.7
	NO	36	78.3
計		46	100.0

表 10-B

	区 分	延 数	%
ない場合の理由は	指導者がいない	4	8.2
	指導者が忙しい	21	42.9
	看護婦が忙しい	21	42.9
	その他	3	6.1
計		49	100.0

表 11 分 娩 数

	年 間 分 娩 数	数	%
年間分娩数	0~100	1	2.2
	101~500	15	33.3
	501~1,000	18	40.0
	1,001~1,500	9	20.0
	1,501~2,000	0	0
	2,001~2,500	1	2.2
	2,501~3,000	0	0
	3,001~4,000	1	2.2
計		45	100.0

一病院当り平均分娩数910

表 12-A 取り扱われる妊産婦について

	区 分	病院数	%
どのような受け入れ方をしているか	全く制限しないで受け入れる	9	19.6
	月間の妊産婦をほぼ一定数に制限する	36	78.3
	ハイリスク妊産婦や疾病を有する妊産婦を優先的に受け入れる	11	23.9
	ハイリスク妊産婦や疾病を有する妊産婦のみ受け入れる	3	6.5
計	項目記入病院数	46	100.0

表 12-B

	区 分	病院数	%
次のような妊産婦を取り扱うことができるか	産科的合併症のある妊産婦	40	87.0
	糖尿病・心疾患等の他科合併症のある妊産婦	38	82.6
	貴院にて観察中の妊産婦の突発的異常に対する救急	43	93.5
	他機関にて観察中の妊産婦の突発的異常に対する救急	21	45.7
計	項目記入病院数	46	100.0

表 13 現在の新生児医療を改善してゆくにはどうすればよいか。(回答数38病院)

意 見 区 分	回答数
①国、地方公共団体(行政)の新生児医療に対する施策の転換が必要	63
ⅰ) 現行保険制度や公費負担など新生児医療費の改善	(16)
ⅱ) 公立(私立)病院へ助成して設備の充実をはかる	(12)
ⅲ) スタッフ(医師・看護婦・検査技師など)の待遇を改善して充実をはかる	(19)
ⅳ) ハイリスク妊婦・分娩・新生児の受け入れのため地域全体としての新生児医療のシステム化をはかる。	(14)
ⅴ) 地域内での保健指導・健康管理・援助の体制の充実が必要	2
②スタッフの再教育と養成が必要	30
ⅰ) 産科医と小児科医の連携をよくする	(10)
ⅱ) 小児科医の新生児診療・医療の再教育が必要	(9)
ⅲ) 産科医の新生児診療・医療の再教育が必要	(6)
ⅳ) 看護婦の再教育が必要	(2)
ⅴ) 医師とパラメディカルスタッフのチーム・ワークが必要で、またパラメディカルスタッフの資格などを明確に制度化する。	(3)
③胎児・新生児医学(周産期医学)の研究が必要	2
④その他	1
計	96

表 14 病院別新生児死亡

病 院 名	症 例 数			
	計	産科記載例(再掲)	送院例(再掲)	剖検例(再掲)
愛 染 橋 病 院	6			1
聖バルナバ病院	5	3	1	1
済生会 茨木病院	3			
済生会 野江病院	3	3		
関 電 病 院	3	1	1	1
国立大阪病院	3	3		
国立 泉北病院	2			
関西医大香里病院	2		2	
北 通 信 病 院	2			1
済生会 吹田病院	2			
堺 市 民 病 院	2			
北 野 病 院	2	1	1	1
中野こども病院	2		2	
北 摂 病 院	2	2	2	
府 立 病 院	1			
枚方市民病院	1			
今宮市民病院	1			
桃山市民病院	1		1	
日 生 病 院	1			
大 手 前 病 院	1			1
多 根 病 院	1			
総 計	46	13	10	6 剖検率 (13.0%)

表 15-A 時間帯別出生・死亡

	出 生(%)	死 亡(%)
午前 9 時～午後 5 時	26 (40.0)	28 (43.1)
午後 5 時～午前 1 時	15 (23.1)	24 (36.9)
午前 1 時～午前 9 時	20 (30.8)	11 (16.9)
不 明	4 (6.2)	2 (3.1)
	65 (100.0)	65 (100.0)

表 15-B

	1週当たり時間数(%)	出 生(%)	死 亡(%)
午前9時 月曜～土曜 午後5時	48時間 (28.6)	16 (36.4)	14 (30.4)
午後5時～翌日9時 月曜～土曜と日曜・祭日	120時間 (71.4)	28 (63.6)	32 (69.6)
	168時間(100.0)	44 (100.0)	46 (100.0)

表 16 生 存 期 間

	例 数	百 分 比	母子衛生の主なる統計から引用した百分比 ※
1 日 未 満	27 (1)	41.5	27.7
1 日 ～ 2 日 未 満	8 (1)	12.3	19.2
2 日 ～ 3 日 未 満	5 (2)	7.7	13.4
3 日 未 満 小 計	40	61.5	60.3
3 日 ～ 4 日 未 満	5 (1)	7.7	6.6
4 日 ～ 5 日 未 満	2	3.1	4.4
5 日 ～ 6 日 未 満	2	3.1	4.0
6 日 ～ 7 日 未 満	5 (3)	7.7	3.3
1 週 未 満 小 計	54	83.1	78.6
1 週 ～ 2 週 未 満	7 (6)	10.8	11.9
2 週 ～ 3 週 未 満	4 (3)	6.2	5.8
3 週 ～ 4 週 未 満	0	0	3.8
総 計	65 (17)	100.0	100.0

() 内は送院例再掲 ※昭和47年

表 17 法 律 上 の 届 出

	例 数 (%)
死 亡 届	49 (75.4)
死 産 届	15 (23.1)
不 明	1 (1.5)
計	65 (100.0)

表 18 死産届出中の生存期間

	例 数
1 時 間 未 満	5
1 時 間 ~ 1 2 時 間 未 満	5
1 2 時 間 ~ 1 日 未 満	4
1 日 ~ 3 日 未 満	1
計	15

表 19 出 生 時 体 重

	例 数	百 分 比
~ 500g	0	0
501~1,000	8 (1)	12.3
1,001~1,500	11 (2)	16.9
1,501~2,000	10 (1)	15.4
2,001~2,500	9 (1)	13.8
2,501~3,000	10 (2)	15.4
3,001~3,500	10 (5)	15.4
3,501~4,000	5 (4)	7.7
4,001~	1	1.5
不 明	1 (1)	1.5
	65 (17)	100.0

()内送院例再掲

表 20 在 胎 週 数

	例 数	百 分 比
~ 29週	9 (1)	13.8
30~33	15 (2)	23.1
34~37	17 (3)	26.2
38~41	18 (8)	27.7
42~	4 (2)	6.2
不 明	2 (1)	3.1
	65 (17)	100.0

()内送院例再掲

表 21 妊娠・分娩のハイリスク因子

	例 数		
	異常あり	異常なし	不 明
母 体 疾 患	6	52	7
既往妊娠分娩の異常	25	39	1
今回の妊娠の異常	28	36	1
今回の分娩の異常	37	25	3

表 22 死 因 分 類

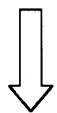
	例 数	百 分 比	母子衛生の主なる総計 から引用した百分比 ※
奇形, 先天異常	15	23.1	13.7
無酸素症	10	15.4	24.7
特発性呼吸障害症候群	11	16.9	49.7
極小未熟児の呼吸不全	11	16.9	
感 染 症	9	13.8	5.5
そ の 他	9	13.8	6.0
	65	100.0	100.0

()内送院例再掲 ※昭和47年

表 23 死 亡 理 由 分 類

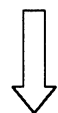
	延 例 数
1. 新生児の疾病が重篤な種類のもの、又は高度の未熟で予後不良と考えられる。	47 (10)
2. 新生児の管理において問題がある。	
2-1 疾病の発見時期に問題がある。	8 (4)
2-2 医師、助産婦、看護婦等の診療技術面で問題がある。	7 (2)
2-3 治療面での体制、設備に問題がある。	3
2-4 看護・保育・監視面での体制に問題がある。	1
2-5 検査体制・設備に問題がある。	2
2-6 病院内での産科、小児科の連携の仕方に問題がある。	2 (1)
2-7 他の施設等からの送院の時期・方法に問題がある。	3 (3)
2-8 育児指導等の保健指導体制に問題がある。	1
2-9 その他新生児診療体制に問題がある。	0
2-10 その他	0
3. 母体自身に問題がある。	
3-1 身体的に問題がある。	4
3-2 社会・経済・文化的に問題がある。	2
3-3 医師等の指示を守らなかった。	1 (1)
3-4 その他	0
4. 母体の管理において問題がある。	
4-1 母体の異常の発見時期に問題がある。	0
4-2 医師・助産婦、看護婦等の診療技術面で問題がある。	2
4-3 診療（治療、看護、検査など）の体制・設備に問題がある。	0
4-4 母体が産科診療所等から送られてくる時期・方法に問題がある。	0
4-5 妊娠中毒症等の際の保健指導体制に問題がある。	1
4-6 その他	0
5. 死因不明で判断し難い。	3 (1)
6. その他の問題	2 (1)
計	89 (23)

()内送院例再掲



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



はじめに

小児の生命・健康をおびやかす疾患についてみると、従来の感染症等の急性疾患が減少し、変って慢性腎疾患等の慢性疾患や、低体重児・脳性麻痺等の出生前・後の原因による成長・発達の障害がその比重を増してきている。このような疾病構造の変化に対応して、母子保健医療の課題もその重点を変えてゆかねばならない。このような視点から、大阪府では母子保健医療体制の整備推進の方法を検討し、これの中核となる「母子保健総合医療センター」(以下「センター」という。)の必要性及びその機能を中心に調査を行ってきた。