

## 地域における妊産婦死亡のモニタリング

自治医大産婦人科教授

研究協力者

玉 田 太 朗

### はじめに

わが国の妊産婦死亡は、厚生省により作成、発表される人口動態統計によって知ることができる。ことに昭和54年以降は直接産科死亡と間接産科死亡が分けて発表されており、年次別ならびに県別の推移を知ることができる。

しかし、死亡届の記載が医師にゆだねられており、その内容がかならずしも最も重要かつ直接的な死因を強調するものになっていない場合もある。

そこで本報告では、厚生省による人口動態統計以外の本邦における妊産婦死亡調査を時代を追ってレビューすることにより、このような調査の母子保健における意義と、死亡原因の時代による変遷を再検討することにより、われわれの研究の方向づけを行うことを目的とした。

### 方法と結果

入手しうる限りの文献について、妊産婦死亡の調査結果をまとめた(表)。

実質的な数字は表にまとめた通りであるが、各調査の意義と特徴を以下にのべる。

昭和17年頃、秋田県医師会で県全体の妊産婦死亡を調査した報告があるということであるが、戦後の調査としては瀬木ら<sup>1)</sup>の宮城県における調査が最初のものであろう。この調査は、ある県全体について妊産婦死亡を妊娠分娩に特有な原因と特有でない原因に分けて調べた点が特徴である。これは、調査者の瀬木自身が厚生省在職中に、死亡診断書を改善し、死亡前3か月間における妊娠が記載されるようにしておいたこと、またこれも瀬木の考案によるが死亡届の一枚が保健所に保存されるようになっていたのでそれらを調査することにより、死亡届を基礎に調査する限りでは非常に完全に近いものを行なわ

れている。しかしこの結果を厚生省の狭義妊産婦死亡と比較すると、瀬木らの特有死因による死亡のほうが少ない。この原因は不明であるとされている。また妊・産に特有でない疾患は158例(全体の30.4%)と高率であったがその内容を見ると、狭心症の5例、心臓衰弱および麻痺の13例、脳出血15例など妥当性を疑わせる記載があり、また記載不備のため人工妊娠中絶とそれ以外の死亡を区別できないなど、死亡届を基礎とする調査の限界も示されている。また出血死は42例(うち弛緩出血は22例)と比較的少ないが、前置胎盤(9例)および胎盤早期剝離(55例)を加えると、106例と高率(死因として2番目)になる。郡市部別では大都市(仙台)をのぞく市部が高く、分娩場所では自宅に高かった。

瀬木らは引き続き昭和28年から32年の5年間についても同様な調査を行った。<sup>2)</sup>これを第一報とくると、非特異死因による死亡が約1/3となり特に結核による死亡の減少が著明である。第二回の調査では胎盤早期剝離は国際分類に従って出血に分類されているが、これを加えると妊娠中毒症が42.9%の高率となる。妊娠中毒症のうちでは、子癇46、妊娠腎19、悪阻2となっているが、単に妊娠中毒症とのみ記載されたものが39例あり、これは死因の究明と対策上から好ましくなく、さらに具体的な記載が望ましいとされている。この事情は現在も同様で考慮する必要がある。産褥熱の著減も目立った現象である。

つぎに辻ら<sup>3)</sup>は、瀬木らの方法に準じて群馬県5保健所管内の死亡を調査した。妊・産特有死亡および非特有死亡の率も瀬木らの第二報と同様である。それだけ第一報の非特有死亡の高率の不自然さが目立つ。今更その原因の解明は

不可能であろうが今後の調査で心すべき点であろう。4大死因別にみると群馬県のは、出血死亡率が高い。なかには中絶時損傷の2例のように最初大出血とのみ記載されていたのが、のちに中絶によると訂正されたものがあったように、診療過誤による死亡が代用診断名でかくされているものが相当あるのではないかとコメントされている。また、非特有害死因の中で、急性心衰弱または心臓麻痺8名、単に心疾患と記載されたもの7名があったが、これらも真正死因の推定がむずかしいとコメントされている。その他、妊娠中毒症は施設内で、出血死は施設外で多いが、これは歴史的な意味しかない。また郡部死亡率が市部死亡率より高かった。

以上の報告は、公衆衛生関係からのものであるが、昭和35年から40年にかけて産婦人科からの報告が相ついでみられる。品川<sup>4)</sup>は青森県において妊産婦死亡に直接立合った産婦人科医に直接面接し、詳細に死亡時の模様を調べた。

その結果は表にまとめてあるが特徴的なことのみ追加すると以下ようになる。①妊娠初期、中期と後期に分けると、前者が18.5%を占めている。②妊娠後期の死亡で性器出血が第一位であったが、その内訳は、弛緩出血、胎盤剝離不全、子宮破裂、胎盤早期剝離、前置胎盤、産科手術後の出血、頸管裂傷の順であり、現在ならDICと診断される病態がかなりあることが推測される。③妊娠中毒症の死亡時の診断は、多い順に肺水腫、呼吸停止、脳出血、急性腎不全、出血傾向、心衰弱であった。対策をたてる上からは、これらの死因について十分な記載が求められなければならない。④死亡の時期別では、分娩後6時間以内の死亡が多いが、中毒症では、24時間以上たったの死亡も34%あった。⑤出血死亡のうち、14例は輸血を全く受けていなかった。その理由は、血液の入手困難9例、輸血の時期を失したものの5例であった。⑥死亡例の46%は妊娠中に産科医の診察を受けていなかった。

長野県の調査<sup>5)</sup>は、厚生省統計と大きな違いはないが、保健指導の状況について詳細な調査が行われている。

安江らの調査<sup>6)</sup>では出血死が第一位であるほか分娩中の死亡が多く(11例=39.3%)、したがって分娩後24時間以内の死亡が82.0%に達している。興味があるのは妊産婦死亡の可避性を検討したことで、さけられるものとして、未受診1、指示を守らず9、輸血など緊急措置不可能8、医療者の過失2、この合計20例(72%)をあげ、また、さけられないものとして貧血無知1、その他3(計14%)、決定しがたいもの4(14%)であったとしている。

辻ら<sup>7)</sup>は群馬県において、昭和32年から35年の人口動態統計死亡表から母体死亡の地域評価を行った。保健所別には地域集積性が高いところを決定することはできなかった。これは各保健所ごとに郡部と市部が存在するためである。市郡別では高率の2市4町村が見つかったが、市部では企業に従事するものおよび若年妊娠が多いことによること、町村では妊娠中毒症が多いので生活および栄養指導の重要性が示唆された。

日本母性保護医協会は昭和43および44年の2年間(東京のみ昭和45年も含む)、北海道、青森県、群馬県、東京都、大阪府、広島県、鹿児島県の7都道府県において、はじめて全国的な規模の妊産婦死亡調査を行った。これは報告書としてまとめられているが、要点のみを述べれば以下の通りである。

①死亡者に学歴の低いものが多い。健康教育が必要である。②若年者(20歳未満)と高年者(31歳以上)が多い。既往に産科異常歴をもつものが多い。③出血による死亡が厚生省統計より多い。またCVA(cardiovascular - accident)とよばざるをえないsudden deathが多い。④医療の対応としては、他科医との協体制度の不備、血液不足、パラメディカルの不足など救急医療体制の不備が目立つ。⑤患者の訴えが遅い、指示を守らないなど母子保健的な衛生教育が不十分である。これらの不備のいくつかは著明に改善されたが、この報告はその契機となり推進力となった画期的なものであった。

表の最後の報告は現在も継続中のものである。

## む す び

以上、従来本邦で報告された妊産婦死亡の代表的な調査について概観した。

その頻度、原因ならびに対応の問題点や改善策については、多くの発表があるのでここでは触れない。むしろ方法論や、調査内容を参考にして今回の調査が有意義なものとなるようつとめたい。ことに死因が明瞭にでき、対策の参考になるような調査法とアンケートの工夫が必要であろう。

## 文 献

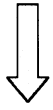
- 1) 瀬木三雄ほか 宮城県における妊産婦死亡(昭和23-27年)。産婦人科の世界5(12)1211、昭和28年12月
- 2) 瀬木三雄ほか 宮城県における妊産婦死亡(昭和28-32年)。産婦人科の世界11(4)647、昭和34年4月
- 3) 辻 達彦ほか 群馬県下の母性死亡および産児の運命についての考察。母性衛生1(1)25、昭和35年11月
- 4) 菊地輝夫 妊産婦死亡の実態と問題点。母性衛生7(1)1、昭和41年10月。
- 5) 福田 透ほか 長野県の妊産婦死亡をめぐる2、3の検討。母性衛生6(1)1、昭和40年5月
- 6) 安江正子ほか 岡山県における妊産婦死亡について。母性衛生4(1)27、昭和38年4月
- 7) 辻 達彦ほか 母性死亡の地域評価について。母性衛生4(2)39、昭和38年9月
- 8) 日本母性保護医協会 全国妊産婦死亡原因および周産期死亡調査総括報告書 昭和53年6月

表. 妊産婦死亡調査

年代	発表者	地域	方法	対象例数	原因別						間接死因	文献
					直接死因					その他		
					中毒症	出血	外妊	感染	その他			
23 — 27	瀬木他	宮城県	保健所に保存された死亡届の全数調査	519	米 186 (35.9)	42 (7.9)	26 (5.6)	55 (10.6)	49 (9.6)	158 (30.4) 結核 31 肺炎 24 心疾患 30	1	
28 — 32	瀬木他	宮城県	同上	326	106 (32.5)	82 (25.2)	19 (5.8)	24 (7.4)	38 (11.7)	37 (14.4) 結核 2 脳出血 5 心疾患 10	2	
29 — 33	辻他	群馬県	5保健所の死亡票調査	149	51 (40.8)	41 (32.8)	15 (12.0)	5 (12.0)	13 (10.4)	24 (16.1) 心疾患 15 結核 2	3	
35 — 40	品川他	青森県	死亡立合い産婦人科医71名の面接聴取	135	前中期 3 後期 32	2 55 ショック 4を含む	7	中絶8 4	5 麻酔 2 胃拡張 2 その他 2		4	
33 — 47	福田他	長野県	厚生省統計 県衛生年報 保健所衛生年報	年次推移が主・信大死亡例の分析							5	
35	安江他	岡山県	人口動態死亡票の例につき医師に問あわせ	37	10 (2.7)	13 (3.5)			1 (2)	4 (12) 不明 9 (24)	6	
43 — 44	日本母性 保護医協 会	7都道府 県	保健所死亡調査小票から担当医師に調査票または面接聴取	440	106 (24.1)	227 (51.8)	35 (7.9)	8 (1.8)	45 (10) CVA** 66 (15)	脳卒中 4 肺炎 2 その他 16	8	
56 — 58	日本母性 保護医協 会	全 国	担当医師への調査票	110 (11.8)	13 (11.8)	65 (59.1)	3 (2.7)	2 (1.8)	27 (24.6)			

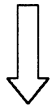
\* ( ) 内は%

\*\* CVA: Cardiovascular accident



## 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

わが国の妊産婦死亡は、厚生省により作成、発表される人口動態統計によって知ることができる。ことに昭和 54 年以降は直接産科死亡と間接産科死亡が分けて発表されており、年次別ならびに県別の推移を知ることができる。

しかし、死亡届の記載が医師にゆだねられており、その内容がかならずしも最も重要かつ直接的な死因を強調するものになっていない場合もある。

そこで本報告では、厚生省による人口動態統計以外の本邦における妊産婦死亡調査を時代を追ってレビューすることにより、このような調査の母子保健における意義と、死亡原因の時代による変遷を再検討することにより、われわれの研究の方向づけを行うことを目的とした。