

妊産婦死亡の実態把握とその対策樹立に関する研究

総 括

分担研究者 順天堂大学産婦人科教授
古 谷 博

昨年度から本班研究が開始されたが、本年度は妊産婦死亡の実態を一層詳細に把握するために、本調査の為の組織を再編成し強化すること、本調査に関する日母会員全体の意識の向上をはかることの二点に重点をおいて置き、妊産婦死亡の対策樹立を目標とした。

全国各都道府県における本調査担当者の合意を得るためと、調査に必要な資料を提供するために昨年度は昭和60年1月27日、本年度は昭和61年2月2日に全国担当者会議を開催し、熱心な討議が行われた。

本年度の「全国支部妊産婦死亡登録調査担当者連絡会」は2月2日、東京・日比谷のプレスセンターホールにおいて開催され、各支部担当者が集って、わが国における妊産婦死亡の減少を目指して本研究班の行う実態調査の成果を向上させるために活発な意見の交換があった。これによって各支部および会員の意識の向上がはかられ、症例調査についての具体的な協力活動が進んだため、次第に多くの症例が集まりつつある。現在はその進行過程にあるので、本研究班は、本年度は昭和55年から58年までの間に日母で収集された81例の症例につきコンピューターで集計・分析し、将来のより精細かつ多数の分析に資するための研究資料として報告する。

昭和55～58年度の調査症例数は合計81例、対照症例は生存者279例で、両者の集計・分析は同じ方法で行った。死亡群における主な所見を正常群と対比すると、以下の如くである。

1. 出生体重はやや低く、分娩所要時間がやや短い。
2. 母体年齢はやや高く、自然・人工流産、経妊、経産回数が多い。
3. 初診時の平均妊娠週数がやや多く、定期検診の平均回数がやや少ない。
4. 学歴は中卒が多く、生活水準が下に属するものが6.9倍多い。
5. 健康状態は病弱と思われるものがやや多い。
6. 内科合併症では、心疾患がやや多く、妊娠中毒症は4.6倍、既往高血圧症は7倍、既往血液疾患は5倍多い。
7. 既往手術は2倍多く、既往妊娠中毒症は3.4倍、既往大量出血は9.4倍、既往帝切は2.1倍多い。今回重症妊娠中毒症は15.7倍多い。
8. 初診をうけていない人は2.8倍多く、母子健康手帳未受領者と定期健診をうけていない人が圧倒的に多い。
9. 肥満は2.5倍多く、妊娠中のX線撮影が多く行われている。重症貧血は4.1倍、糖尿病は3.1倍多く、感染症も多い。帰省分娩では差がないが、分娩場所は診療所が病院よりも圧倒

的に多い。陣痛誘発増強は1.8倍、方法としてはメトロイリゼ、オキシトシン分割筋注が、それぞれ4倍と3倍である。

10. 今回分娩の異常では、微弱陣痛、回旋異常、胎盤、羊水の異常が多く、弛緩出血は3.3倍多い。また死亡に関連した異常では、心臓・呼吸の異常、眼・胃腸症状の異常などが圧倒的に多い。また性器出血は1.0.5倍、腹痛は7.6倍、黄疸は1.9.3倍、血圧上昇は5.9倍で、血圧下降、ショックは当然ながら多い。

11. 死亡時の平均妊娠週数は3.3.4週、死亡場所は約60%が病院で、受診場所と死亡場所が同一の場合は約70%である。

12. 死亡時の子宮摘出術、他の腔式手術などはほとんど行われていない。

なお母体死亡時の処置については、症例ごとに補足的に詳細な検討が行われた。

本年度は頭書の如く、調査のための組織の再編成、会員意識の向上、協力要請の努力をした。今後さらに本調査の重要性と意義を強く認識して円滑な遂行を行っていきたい。

2. 研 究 経 過 報 告

1) 調査・研究のためのシステムづくり

日本母性保護医協会においては、昭和55年より、独自に日母支部を通じて、妊産婦死亡例の登録調査を実施していたが、その実績は必ずしも十分とはいえなかった。

その理由は、前年度の報告書にも述べたが、支部医師会レベルでは情報が必ずしも十分に把握しきれないことが最大のものであり、次に、会員の本問題に関する意識が高まっていないことにも大きな原因があるということが考えられ

る。

そこで、前年度より、本班研究が開始されるにあたり、その主な目標を調査のための組織を再編成することと、会員全員の意識の向上を図ることとの二点に重点を置いた。

1) システムの再編成に就いて

このために、日母各支部に調査担当委員を、支部長に依頼して、あらためて委嘱し、全支部にもれなく担当者を置くことにした。

—以下に各支部の担当者名を列記しておく—

妊産婦死亡登録調査支部担当者名簿

(昭和61年1月31日現在)

各 支 部 担 当 者				各 支 部 担 当 者				各 支 部 担 当 者						
北 海 道	小 国 親 久	静 岡 沢 田 健	岡 山 工 藤 尚 文	新 富 石 福 岐 愛 三 滋 京 大 兵 和 鳥 島	岡 瀧 山 川 井 阜 知 重 賀 都 阪 庫 良 山 取 根	後 津 大 平 伊 野 鈴 寺 安 禎 山 福 吉 戸 井 門 野	司 達 博 敏 左 圭 廸 三 正 義 正 好 研	健 郎 雄 司 雄 門 一 昶 晉 之 郎 雄 晃 昭 雄 亨 登 介	岡 広 山 徳 香 愛 高 福 佐 長 熊 大 宮 鹿 沖	山 島 口 島 川 媛 知 岡 賀 崎 本 分 崎 島 縄	工 玉 木 寺 柳 松 今 長 幾 馬 山 牛 松 小 中 比	藤 木 村 内 原 原 橋 野 島 場 口 島 本 川 村 嘉	尚 金 春 弘 敏 理 一 任 郎 栄 三 常 茂 道 次 俊 国	文 夫 雄 知 雄 一 郎 任 郎 澄 安 薰 雄 男 一 郎
青 岩 宮 秋 山	片 久 大 真 山 松	福 茨 栃 群 崎	島 城 木 馬 玉	小 笠 渡 石 吉 石 漆 吉 岡 佐 長 飯	尾 原 辺 垣 田 井 原 成 田 藤 田 沼	形 松 笠 渡 石 吉 石 漆 吉 岡 佐 長 飯	島 城 木 馬 玉	葉 京 川 梨 野	藤 木 村 内 原 原 橋 野 島 場 口 島 本 川 村 嘉	尚 金 春 弘 敏 理 一 任 郎 栄 三 常 茂 道 次 俊 国	文 夫 雄 知 雄 一 郎 任 郎 澄 安 薰 雄 男 一 郎			

上記の担当者に合意を得るためと、調査に必要なデータを提供するために、二回にわたって全国会議を開催した。

第一回は、昭和60年1月27日である。

第二回は、昭和61年2月2日に行なわれた。

—以下に、日母医報に掲載された集会に

関する記事を二回分あげておく。—

〔第1回〕—昭和60年3月号—

『去る1月27日(日)、全国支部妊産婦死亡登録調査担当者連絡会が開催された。母子保健部では、昭和55年度より全国妊産婦死亡の登録事業を継続的にいき、毎年医報にてその集計報告を行っている。それに先立ち、昭和47年度にも当時の学術部でわが国の妊産婦死因調査の集計報告を行った。

厚生省は、これらの本会の事業に強い関心を持ち、その重要性を認識して、この度、昭和59年度と60年度のこの調査に対し研究費の交付を決定した。本会はこれを受けて特別研究班を組織し、この事業の一層の強化と徹底をはかることになった。その一環として第1回目の全国会議が持たれたわけである。

出席者は各支部の妊産婦死亡調査担当者、特別研究班のメンバー、会長以下本部担当役員、周産期委員会委員であり、厚生省から橋爪主査が出席した。森山会長、古谷常務理事は、家庭の崩壊のもとになる妊産婦死亡の減少化と予防には、その原因や社会的背景の綿密な調査が最も大切であることを力説した。厚生省の橋爪主査は、わが国で行われている妊産婦死亡調査の中では本会の行っている事業の右に出るものではなく、その重要性と意義を強く認識しての研究費の交付であること、またこの種の調査が円滑に遂行されるためには、国の行政面からの協力も必要であることを説明した。

本多常務理事から、本会でやっている本調査の歴史および今後の計画につき説明があった。特に来年度は、昭和58年度の全国の妊産婦死亡例全例(233例—厚生省刊行、「母子衛生の主なる統計」より)につき retrospective に調査したい旨を述べ、その具体的方法についての説明がなされた。詳細については質疑応答

を経て、各支部担当者に連絡されているが、参考までに調査の流れの図をあげておく。(図参照)—本報告書では省略—

特別研究班の竹村喬氏からは、大阪での妊産婦死亡調査の経験をもとに、本調査の重要性と意義についての話があった。質疑応答の中で、本調査が医事紛争例では逆利用され、不利益な結果をもたらすことはないかという意見も出されたが、すべての調査結果は、あくまで学術的な目的にのみ使用されるものであり、個々の例が外部に露出することはあり得ないことである旨が説明された。

最後に本調査は、わが国の妊産婦死亡を欧米水準に減少させ、さらにこれを防止する上に極めて重要なものであり、最終的には会員各位の福祉にも繋がるものであることを十分理解していただき、本調査へのご協力を本紙面を借りてお願いする次第である。』

〔第2回〕昭和61年3月号

『2月2日(日)、東京・日比谷のプレスセンター10階プレスセンターホールで、第2回全国支部妊産婦死亡登録調査担当者連絡会が開催された。休日にもかかわらず全国各支部からもれなく集まり、わが国における妊産婦死亡の減少を目指して活発な意見の交換が行われた。この全国妊産婦死亡の登録事業は、昭和55年度より継続的に実施されているが、厚生省はこれらの本会の事業に強い関心をもち、その重要性を認識して59、60年の2年間、この調査の集計と分析に対して研究費が交付され、日母はこれを受けて特別研究班を組織して、この事業の一層の強化と徹底をはかってきたものである。

当日は、まず本多常務理事の開会の辞に始まり、森山会長は、「わが国の妊産婦死亡は終戦直後に比べ年々減少はしているものの、欧米先進諸外国に比べると未だ高率であり、これをいかにして低下させるかはわが国の母子保健向上に課せられた重要な問題で、このためには単に死亡診断書に記載される死因の統計成績とそれに基づく反省だけでは足りず、まず死亡例が発生した現場における実態を正確、詳細に把握し、それを分析していくことが重要である」と力説

した。続いて古谷常務理事は、「妊産婦死亡はほとんど突発的で予想できず、まためったに起こらないことだけに死因調査は難しいが、そのシステム化を目指さなければ妊産婦死亡減少のための方策の決め手を得ることはできない。この情報の秘密保持、死因分析、調査成績の還元、活用の方策が今後の課題であり、この点が本事業の重要なかぎであろう」と述べた。

厚生省母子衛生課・長屋主査から「日母のこの事業はわが国で最大のものであり、この組織から出てくる結果からの死因分析は、今後の妊産婦の死亡予防と減少に多大な役割を占めると考えられ、これに対し厚生省としてさらに継続して研究費の交付を行うことが決定した」との報告があった。引き続き、昨年からの研究班活動について本多常務理事は、「厚生省からの研究費継続交付に対し、本年度からは個々の症例ごとに詳細な調査を行い、死亡に至るまでの病態を評価し、本事業を妊産婦死亡減少策に役立つようにしたい」とその抱負を述べた。しかし、本事業はこれを行うことによる医事紛争例への逆利用や、その他の不利益な結果をもたらす心配、秘密厳守などの困難がある。それに対し調査が積極的かつスムーズに進んでいる埼玉・愛知県から清水・野口両担当者による実情報告があった。しかし、その後の質疑応答においては、やはり都道府県の協力が得られないことや、医事紛争との関連で調査不可能との意見もあり、改めてこの事業の難しさが感じられた。

最後に森山会長から「人命を守るという最も重大なことであるので、この困難さは乗り越えなくてはいけない。したがって、今後2～3年の短期間に限定して、この期間だけ政府から各

都道府県への協力を働きかけていただき、この間にできるだけ重要な点を検討し、今後の対策を考えることが必要であろう。このため日母は関連方面に働きかけ、早々に良い解決策を考えなければならない」と述べ、新たな期待で閉会した。』

ロ) 会員の意識向上に就いて

このために、前記の担当者集会を開催するとともに、本会会長 森山 豊の名において、日母医報に、「妊産婦死亡登録調査の協力のお礼とお願い」と題しての記事を掲載した。

妊産婦死亡登録調査は、昭和55年より本会の事業として行われておりますが、昭和59年からご案内の如く「厚生省心身障害研究」の一環として本会に研究費の補助を受け、実施されております。会員各位には、よくご理解頂き絶大なご協力を賜り感謝にたえません。研究期間も終了に近付き資料も着々と集まりつつありますが、本研究の意義をご理解のうえ、より一層のご協力をお願いします。

日母医報：昭和60年11月号

2) 今年度における取りまとめ

このような努力のもとに、症例は次第に多く集まりつつあるが、本研究班の期限の関係から、今年度は、研究報告としては、昭和55年から58年までに収集された81例について、コンピューターを用いて集計・分析を行った結果を報告し、より精細かつ多数の分析へのパイロット・スタディとすることとした。

3. 昭和55—58年の調査の集計・分析

(昭和55、56、57、58年度集計)

担当：研究協力者一同

調査対象は全例で81例。その内訳は、昭和54年度 3例、昭和55年度34例、昭和56年度15例、昭和57年度27例、昭和58年度 2例 合計81例である。

母体死亡群に対する対照群として、日母周産期委員会委員の所属する施設で分娩した生存者279名についても同じ調査をした。母体死亡以外の事項について、母体死亡調査と同じ調査

用紙を用いて調査した。

種々の点で、必ずしも適切な対照群(コントロール群)になっていないが、対照がないよりは、はるかに有益であり、実際、種々な情報をくみとることが可能である。

比較が可能なものについては、全て、死亡群のデータに併記してある。

表1. 児体重と分娩時間〔左から順に「平均」、「標準偏差」、「(例数)」〕

項 目	母 体 死 亡 群	生 存 群
1. 出生児体重(gm)	2,990 ±1,114(60)	3,216 ±745 (279)
2. 分娩に要した時間(帝切を除く)(時間)	7.4 ±6.9 (37)	9.7 ±8.6 (257)

死亡群の出生児体重は、生存群のそれよりやや低く、かつ分娩に至ったものの分娩所要時間

も死亡群におけるそれは生存群のそれよりやや短い。

表2. 既往 妊娠分娩歴〔左から順に「平均」、「標準偏差」、「(例数)」〕

項 目	母 体 死 亡 群	生 存 群
1. 母 体 年 齢(才)	30.2 ±5.2 (81)	28.7 ±4.0 (276)
2. 自然流産の回数(妊娠6ヶ月まで)(回)	0.30 ±0.7 (59)	0.22 ±0.53(232)
3. 人 工 中 絶(流産)(回)	0.50 ±1.0 (62)	0.37 ±0.85(233)
4. 経 妊 回 数(回)	2.00 ±1.9 (77)	1.30 ±1.30(275)
5. 経 産 回 数(回)	1.50 ±1.2 (74)	0.91 ±0.93(253)
6. 既往周産期死亡(率)	4/55=0.073	12/203=0.059
7. 既往低出生体重児(率)	7/56=0.125	7/200=0.035
8. 早産の既往(妊娠7・8・9ヶ月)(率)	5/55=0.091	5/198=0.025
9. 奇形児出生歴(率)	3/55=0.055	3/200=0.015
10. 生 児 の 数	1.4 ±1.20 (70)	0.80 ±0.80 (220)

死亡群における母体年齢は、生存群のそれよ

りやや高く、かつ自然流産の回数、人工流産の

回数、経妊回数、経産回数それぞれ生存群より多い。また、生児の数も死亡群の方が生存群よりやや多いが、これらは母体年齢が高いためかも知れない。厳密には、妊娠回数の差にもとづく影響を修正する必要があるだろう。しかし、既往

妊娠分娩歴の内、低体重児出産歴、早産の既往歴、奇形児出産歴のある者はそれぞれ死亡群においては生存群の2.1、3.6及び3.7倍で概して母体死亡群における前回妊娠時における周産期管理の悪さをうかがわせる。

表3. 初診の時期と定期健診の回数〔左から順に「平均」、「標準偏差」、「(例数)」〕

項	目	母体死亡群	生存群
1.	初診の平均妊娠週数(週)	12.0 ± 7.2 (62)	10.9 ± 6.5 (261)
2.	定期健診の平均回数(回)	9.2 ± 3.8 (58)	11.3 ± 3.0 (266)
3.	分娩時妊娠週数(週)	38.0 ± 2.7 (62)	39.3 ± 1.6 (277)
4.	1. 都市	69.1% (56)	76.2% (202)
	2. 農山漁村	22.2% (18)	20.4% (54)
	3. その他	8.6% (7)	3.4% (9)

母体死亡群の初診時の平均妊娠週数は生存群よりやや遅く、かつ定期健診の平均回数は生存

群よりやや少ない。

表4. 夫の職業、患者の職業〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 夫の職業	1. 事務	35.0 (28)	47.3 (123)
	2. 作業	33.7 (27)	18.5 (48)
	3. 自営	15.0 (12)	15.4 (40)
	4. 農業	2.5 (2)	2.7 (7)
	5. その他	7.5 (6)	12.3 (32)
	6. なし	3.7 (3)	0.4 (1)
	7. 不明	2.5 (2)	3.5 (9)
② 妻(患者)の職業	1. 事務	14.8 (12)	12.2 (33)
	2. 作業	4.9 (4)	5.9 (16)
	3. 自営	4.9 (4)	6.3 (17)
	4. 農業	2.5 (2)	1.1 (3)
	5. その他	11.1 (9)	8.9 (24)
	6. なし	59.3 (48)	65.6 (177)
	7. 不明	2.5 (2)	0 (0)

夫の職業、妻の職業共々、母体死亡群と生存群の間にはほとんど有意の差はないが、夫の職業

では母体死亡群にやや作業に従事するものが多い。

表5. 学歴・婚姻・生活水準〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 学歴	1. 中学校卒	10.3 (8)	3.7 (10)
	2. 高校卒	28.2 (22)	40.9 (110)
	3. 短大卒	1.3 (1)	19.3 (52)
	4. 大学卒	3.8 (3)	17.5 (47)
	5. 不明	56.4 (44)	18.6 (50)
② 婚姻	1. 既婚	93.8 (76)	97.1 (264)
	2. 未婚	2.5 (2)	0.4 (1)
	3. 内縁	2.5 (2)	2.6 (7)
	4. 不明	1.2 (1)	0 (0)
③ 生活水準	1. 上	6.3 (5)	2.6 (7)
	2. 中	65.0 (52)	91.4 (245)
	3. 下	13.7 (11)	2.2 (6)
	4. 不明	12.5 (10)	3.7 (10)
	5. 生活保護	2.5 (2)	0 (0)

学歴では、母体死亡群においては中卒が多く、高卒、短大卒及び大卒は少ない。類で、下に属する者が母体死亡群では生存群に較べ6.9倍の多さである。

また、生活水準においては、上・中・下の分

表6. 保険区分・健康状態・慢性疾患〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 保険区分	1. 自費	17.5 (14)	60.8 (163)
	2. 健保	76.2 (61)	35.8 (96)
	3. 医保	3.7 (3)	0.7 (2)
	4. 措置入院	0 (0)	0.4 (1)
	5. その他	2.5 (2)	2.2 (6)
② 普段の健康状態	1. 健康	32.1 (26)	44.4 (124)
	2. ふつう	59.3 (48)	55.6 (155)
	3. 病弱	6.2 (5)	0 (0)
	4. 不明	2.5 (2)	0 (0)
③ 慢性疾患	1. あり	17.7 (14)	10.5 (29)
	2. なし	72.2 (57)	89.5 (247)
	3. 不明	10.1 (8)	0 (0)

普通の健康状態では、母体死亡群で病弱と思われる者がやや多い。

表7. 内科合併症の既往〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 結核の既往	1. あり	3.7 (3)	0.8 (2)
	2. なし	88.7 (71)	98.5 (260)
	3. 不明	7.5 (6)	0.8 (2)
② 心疾患の既往	1. あり	5.0 (4)	0 (0)
	2. なし	78.7 (63)	0.4 (1)
	3. 不明	16.2 (13)	99.6 (260)
③ 腎疾患の既往	1. あり	7.5 (6)	6.5 (17)
	2. なし	81.3 (65)	92.8 (244)
	3. 不明	11.2 (9)	0.8 (2)
④ 妊娠中毒症の既往	1. あり	29.6 (24)	6.5 (17)
	2. なし	59.3 (48)	92.8 (245)
	3. 不明	11.1 (9)	0.8 (2)
⑤ 高血圧の既往	1. あり	13.9 (11)	1.5 (4)
	2. なし	75.9 (60)	97.7 (258)
	3. 不明	10.1 (8)	0.8 (2)
⑥ 糖尿病合併	1. あり	3.7 (3)	0.8 (2)
	2. なし	87.7 (71)	98.5 (260)
	3. 不明	8.6 (7)	0.8 (2)
⑦ 血液疾患の既往	1. あり	10.1 (8)	1.9 (5)
	2. なし	74.7 (59)	97.3 (257)
	3. 不明	15.2 (12)	0.8 (2)
⑧ 神経疾患の既往	1. あり	1.2 (1)	1.5 (4)
	2. なし	83.7 (67)	97.7 (258)
	3. 不明	15.0 (12)	0.8 (2)

この中では心疾患が母体死亡群ではやや多いことと、妊娠中毒症に罹患したものが母体生存群に較べ4.6倍と圧倒的に多い。

母体死亡群においては高血圧の既往のある者

が生存群に較べ7倍と高い。また、血液疾患の既往のある者も母体死亡群では生存群に較べ5倍多い。

表8. 既往異常妊娠分娩歴〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 手術の既往	1. あり	16.2 (13)	8.4 (22)
	2. なし	77.5 (62)	90.9 (239)
	3. 不明	6.3 (5)	0.8 (2)
② アレルギーの既往	1. あり	3.7 (3)	6.1 (16)
	2. なし	81.3 (65)	92.8 (245)
	3. 不明	15.0 (12)	1.1 (3)
③ 妊娠中毒症の既往	1. あり	27.1 (19)	7.7 (18)
	2. なし	62.9 (44)	88.4 (206)
	3. 不明	10.0 (7)	3.9 (9)
④ 多量出血の既往	1. あり	18.8 (13)	2.2 (5)
	2. なし	69.6 (48)	96.9 (218)
	3. 不明	11.6 (8)	0.9 (2)
⑤ 帝王切開の既往	1. あり	14.1 (10)	6.7 (15)
	2. なし	85.9 (61)	93.3 (209)
	3. 不明	0 (0)	0 (0)
⑥ 鉗子又は吸引分娩	1. あり	12.7 (9)	10.8 (24)
	2. なし	78.9 (56)	89.2 (199)
	3. 不明	8.5 (6)	0.9 (2)
⑦ 産褥期の感染症	1. あり	1.4 (1)	0 (0)
	2. なし	88.6 (62)	99.6 (244)
	3. 不明	10.0 (7)	0.4 (1)
⑧ 骨盤位牽出術の既往	1. あり	2.8 (2)	1.8 (4)
	2. なし	95.8 (68)	97.3 (220)
	3. 不明	1.4 (1)	0.4 (1)

母体死亡群では手術の既往のある者が生存群に比べ2倍多く、また妊娠中毒症の既往のある者は3.4倍。さらに多量出血の既往のある者は9.4倍と多い。

また帝王切開の既往のある者も生存群に比べ

14.1%と約2.1倍多い。しかし、鉗子分娩術、あるいは産褥期の感染、あるいは骨盤位牽出術の既往等に関しては死亡群・生存群ともほとんど差はない。

表9. 初診の場所と母子健康手帳・定期健診〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 初診	1. 受けた	82.7 (67)	93.9 (263)
	2. 受けない	17.3 (14)	6.1 (17)
② 初診を受けた場所	1. 診療所	56.5 (26)	4.6 (10)
	2. 病院	37.0 (17)	93.5 (203)
	3. 助産所	0 (0)	0.5 (1)
	4. その他	4.3 (2)	0.5 (1)
	5. 不明	2.2 (1)	0.9 (2)
③ 母子健康手帳	1. 受けた	84.0 (68)	99.3 (277)
	2. 受けない	16.0 (13)	0.7 (2)
④ 定期健診	1. 受けた	85.0 (68)	99.3 (277)
	2. 受けない	15.0 (12)	0.7 (2)
⑤ 定期健診の場所	1. 診療所	62.7 (42)	3.0 (8)
	2. 病院	32.8 (22)	96.3 (261)
	3. 助産所	0 (0)	0.4 (1)
	4. その他	3.0 (2)	0 (0)
	5. 不明	1.5 (1)	0.4 (1)

初診を受けない、というのは母体死亡群では生存群に較べ2.8倍、17.3%に認められる。初診を受けた場所は、母体死亡群では診療所が56.5%と半分以上占めるが、生存群では94%が病院で初診を受けている。しかし、この初診を受けた場所に関しては、生存群は必ずしも正しいcontrolとなっていないと考えられる。

母体死亡群では母子健康手帳を受けていないものが16.0%と生存群に較べ圧倒的に多い。また、定期健診を受けていない者も母体死亡群には15.0%(12例)と生存群に較べはるかに多い。なお、定期健診の場所も死亡群では62.7%と半数以上が診療所で多く、生存群では96%と圧倒的に病院が多い。

表10. 妊娠中の異常〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① み か け	1. 丈 夫 そ う	27.2 (22)	26.0 (71)
	2. 弱 そ う	61.7 (50)	73.3 (200)
	3. ふ つ う	11.1 (9)	0.7 (2)
② 肥 満	1. ふ と っ て い る	40.7 (33)	15.9 (44)
	2. や せ て い る	53.1 (43)	78.7 (218)
	3. ふ つ う	6.2 (5)	5.4 (15)
③ 妊 娠 悪 阻	1. な し	30.8 (24)	33.3 (93)
	2. ふ つ う	33.3 (26)	55.9 (156)
	3. 強 い	3.8 (3)	6.1 (17)
	4. 不 明	32.1 (25)	4.7 (13)
④ 不 正 出 血	1. な し	60.3 (47)	82.4 (230)
	2. 少 量	15.4 (12)	13.6 (38)
	3. 多 量	0 (0)	1.1 (3)
	4. 不 明	24.4 (19)	2.9 (8)
⑤ 妊 娠 中 の 感 染	1. な し	75.6 (59)	91.4 (255)
	2. 軽 度	2.6 (2)	7.2 (20)
	3. 不 明	21.8 (17)	1.4 (4)
⑥ 薬 物 の 使 用	1. な し	48.1 (37)	78.9 (220)
	2. 少 量	27.3 (21)	19.7 (55)
	3. 多 量	2.6 (2)	0.4 (1)
	4. 不 明	22.1 (17)	1.1 (3)
⑦ 放 射 線 被 爆	1. な し	73.1 (57)	97.5 (272)
	2. 1 ・ 2 回	6.4 (5)	1.8 (5)
	3. 不 明	20.5 (16)	0.7 (2)
⑧ 今 回 妊 娠 中 毒 症	1. な し	56.8 (46)	80.9 (224)
	2. 軽 症	21.0 (17)	18.1 (50)
	3. 重 症	17.3 (14)	1.1 (3)
	4. 不 明	4.9 (4)	0 (0)

母体死亡群では肥満(太っている人)が40.7%と生存群の15.9%に較べ約2.5倍多いが、みかけの丈夫さ、妊娠悪阻の有無、不正出血等に関しては、死亡群、生存群の間にはほとんど差はない。

死亡群において妊娠中の放射線の被爆、いわゆるX線撮影が多く、また今回妊娠中毒症は重症では17.3%と生存群の1.1%に較べ15.7倍も多い。

表 11. 今回妊娠中の異常〔%・(例数)〕

項		目	母体死亡群	生存群
① 貧血	1. な	し	44.4 (36)	52.9 (146)
	2. 軽	症	37.0 (30)	45.3 (125)
	3. 重	症	7.4 (6)	1.8 (5)
	4. 不	明	11.1 (9)	
② 梅毒	1. な	し	86.4 (70)	99.3 (275)
	2. 軽	症	0 (0)	0.7 (2)
	3. 重	症	0 (0)	0 (0)
	4. 不	明	13.6 (11)	0 (0)
③ 今回の心疾患	1. な	し	80.2 (65)	98.9 (272)
	2. 軽	症	2.5 (2)	0.7 (2)
	3. 重	症	1.2 (1)	0 (0)
	4. 不	明	16.0 (13)	0.4 (1)
④ 今回の糖尿病	1. な	し	87.7 (71)	98.9 (273)
	2. 軽	症	2.5 (2)	1.1 (3)
	3. 重	症	1.2 (1)	0 (0)
	4. 不	明	8.6 (7)	0 (0)
⑤ 今回感染症	1. な	し	80.2 (65)	97.1 (269)
	2. 軽	症	7.4 (6)	2.9 (8)
	3. 重	症	3.7 (3)	0 (0)
	4. 不	明	8.6 (7)	0 (0)
⑥ 今回手術の有無	1. な	し	91.1 (72)	97.8 (271)
	2. 小	手術	1.3 (1)	1.8 (5)
	3. 大	手術	1.3 (1)	0.4 (1)
	4. 不	明	6.3 (5)	0 (0)
⑦ 帰省分娩	1. し	たい	7.5 (5)	14.5 (40)
	2. し	ない	92.5 (62)	85.5 (236)
⑧ 分娩場所	1. 診	療所	50.7 (34)	3.2 (9)
	2. 病	院	46.3 (31)	96.4 (270)
	3. 自	宅	3.0 (2)	0.4 (1)

母体死亡群における重症貧血は生存群に較べ 4.1 倍多く、また糖尿病も死亡群における頻度は生存群におけるその 3.7 倍である。

梅毒の調査では結果の不明群が死亡群においては 13.0% あるが、これはむしろ妊娠中の管理の悪さを反映するとも想像される。

母体死亡群においては、今回感染症が軽・重

症合わせて共に生存群より多い。しかし、今回手術の有無、あるいは帰省分娩等に関しては有意差がない。ただ、今回分娩場所は母体死亡群が圧倒的に診療所に多く、かつ生存群は病院に多い。しかし、生存群の control が必ずしも適切でないということも考えられる。

表 12. 分娩様式、陣痛誘発・増強、産科麻酔〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 分娩管理者	1. 産科医師	95.5 (61)	98.2 (273)
	2. 他科医師	0 (0)	1.1 (3)
	3. 助産婦	1.5 (1)	0 (0)
	4. 不明	1.5 (1)	0.7 (2)
	5. その他	1.5 (1)	0 (0)
② 分娩様式	1. 自然分娩	34.4 (22)	85.7 (240)
	2. 吸引分娩	14.1 (9)	3.2 (9)
	3. 鉗子分娩	4.7 (3)	1.8 (5)
	4. 骨盤位分娩	6.3 (4)	0.4 (1)
	5. 帝王切開	34.4 (22)	7.9 (22)
	6. その他	4.7 (3)	1.1 (3)
	7. 不明	1.6 (1)	0 (0)
③ 陣痛誘発・増強	1. 施行した	56.1 (37)	30.7 (85)
	2. 施行しない	43.9 (29)	69.3 (192)
④ 誘発増強の方法	1. メトロ	15.8 (6)	3.6 (3)
	2. ブジー	7.9 (3)	6.0 (5)
	3. アトニン点滴静注	34.2 (13)	41.7 (35)
	4. アトニン分割筋注	10.5 (4)	3.6 (3)
	5. プロスター点滴静注	13.2 (5)	9.5 (8)
	6. プロスター経口	13.2 (5)	31.0 (26)
	7. その他	5.3 (2)	4.8 (4)
⑤ 産科麻酔	1. あり	34.4 (22)	10.4 (29)
	2. なし	65.6 (42)	89.6 (250)

死亡群、生存群共に分娩管理者が産科医師か他科医師か助産婦であることに関してはほぼ同様である。

分娩様式に関しては、死亡群では自然分娩であった者が34.4%と約1/3であるが、生存群では86%が自然分娩である。また、帝王切開術は34.4%と死亡群のほぼ1/3に認められ、これは生存群の帝切率7.9%のほぼ4.4倍

に相当する。

また、陣痛誘発増強の死亡群における頻度は56.1%で、生存群の31%に較べて約1.8倍多い。

誘発増強の方法では、メトロ、アトニン分割筋注が死亡率では生存群に対し各々4倍、及び3倍である。

表13. 帝切適応〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
帝切適応	1. C P D	4.8 (1)	25.0 (5)
	2. 既往帝切	19.0 (4)	15.0 (3)
	3. 高年初産	0 (0)	5.0 (1)
	4. 軟産道強靱	0 (0)	5.0 (1)
	5. 胎盤早期剝離	23.8 (5)	5.0 (1)
	6. 前置胎盤	14.3 (3)	10.0 (2)
	7. 骨盤位	0 (0)	5.0 (1)
	8. 胎児仮死	4.8 (1)	25.0 (5)
	9. 回旋異常	0 (0)	5.0 (1)
	10. その他	23.8 (5)	0 (0)
	11. 妊娠中毒症	9.5 (2)	0 (0)

死亡群における帝切適応は胎盤早期剝離が生存群に較べ圧倒的に多く、逆にCPDによる帝切は生存群の方が死亡群に較べ圧倒的に多い。

しかし、帝切の適用に関しては例数が少ないために必ずしも断定的な結論は引き出し得ない。

表14. 今回分娩異常—その1—〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 前期破水	1. あり	13.8 (9)	21.1 (59)
	2. なし	86.2 (56)	78.9 (221)
② 微弱陣痛	1. あり	47.6 (30)	16.4 (46)
	2. なし	52.4 (33)	83.6 (234)
③ 回旋異常	1. あり	6.5 (4)	1.8 (5)
	2. なし	93.5 (58)	98.2 (275)
④ 臍帯異常	1. あり	4.7 (3)	13.2 (37)
	2. なし	95.3 (61)	86.8 (243)
⑤ 胎盤異常	1. あり	25.0 (16)	5.7 (16)
	2. なし	75.0 (48)	94.3 (264)
⑥ 羊水異常	1. あり	11.3 (7)	0.4 (1)
	2. なし	88.7 (55)	99.6 (268)

母体死亡群に多いのは、微弱陣痛、胎児の回旋異常、胎盤異常及び羊水異常である。

表 15. 今回分娩異常—その 2—〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 児 の 数	1. 単 胎	92.6 (63)	98.9 (277)
	2. 双 胎	5.9 (4)	0.7 (2)
	3. 4 胎	1.5 (1)	0.4 (1)
② 弛 緩 出 血	1. 強	36.5 (23)	1.1 (3)
	2. 弱	20.6 (13)	6.5 (18)
	3. な し	42.9 (27)	92.5 (258)
③ 頸 管 裂 傷	1. 強	1.6 (1)	1.1 (3)
	2. 弱	6.3 (4)	2.5 (7)
	3. な し	92.1 (58)	96.4 (270)
④ 胎 盤 癒 着	1. 強	7.9 (5)	0 (0)
	2. 弱	4.8 (3)	2.1 (6)
	3. な し	87.3 (55)	97.9 (274)
⑤ 子 宮 破 裂	1. 強	3.2 (2)	0 (0)
	2. 弱	3.2 (2)	1.4 (4)
	3. な し	93.5 (58)	98.6 (276)
⑥ 子 宮 内 反 症	1. 強	0 (0)	0 (0)
	2. 弱	0 (0)	1.4 (4)
	3. な し	100.0 (64)	98.6 (275)
⑦ D I C	1. 強	47.5 (28)	0 (0)
	2. 弱	6.8 (4)	1.8 (4)
	3. な し	45.8 (27)	98.6 (274)
⑧ 産 科 シ ョ ッ ク	1. 強	60.3 (38)	0 (0)
	2. 弱	9.5 (6)	1.4 (4)
	3. な し	30.2 (19)	98.6 (275)
⑨ 産 褥 子 癩	1. 強	4.9 (3)	0 (0)
	2. 弱	3.3 (2)	1.4 (4)
	3. な し	91.8 (56)	98.6 (275)

母体死亡群に多いのは弛緩出血、それも強度の弛緩出血で36.5%に認められ、生存群のそれに較べ約33倍の多さである。またDICあ

るいは産科ショックも母体死亡群に多く、これも当然の結果である。

表 16. 死亡に関連した異常—その1—〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 浮腫	1. あり	33.7 (27)	15.3 (38)
	2. なし	66.2 (53)	84.7 (210)
② 出血傾向	1. あり	53.9 (41)	1.6 (4)
	2. なし	46.1 (35)	98.6 (244)
③ 尿量減少	1. あり	45.9 (34)	0.8 (2)
	2. なし	54.1 (40)	99.2 (247)
④ 体重著増	1. あり	20.0 (15)	3.6 (9)
	2. なし	80.0 (60)	96.4 (240)
⑤ 悪阻	1. あり	39.5 (30)	0.8 (2)
	2. なし	60.5 (46)	99.2 (248)
⑥ 痙れん	1. あり	16.7 (13)	0 (0)
	2. なし	83.3 (65)	100.0 (250)

すべての項目は母体死亡群において多い。

表 17. 死亡に関連した異常—その2—〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 心臓に palpitation 関する Tachycardia 異常 Arrythmia	1. あり	55.1 (43)	1.2 (3)
	2. なし	44.9 (36)	98.8 (247)
② 呼吸異常	1. あり	58.2 (46)	1.2 (3)
	2. なし	41.8 (33)	98.2 (246)
③ 意識障害	1. あり	57.0 (45)	0 (0)
	2. なし	43.0 (34)	100.0 (246)
④ 眼症状	1. あり	19.5 (15)	0.4 (1)
	2. なし	80.5 (62)	99.6 (249)
⑤ 胃腸症状	1. あり	15.8 (12)	1.2 (3)
	2. なし	84.2 (64)	98.8 (247)
⑥ 発熱	1. あり	16.5 (13)	0.4 (1)
	2. なし	83.5 (66)	99.6 (249)

母体死亡群に多いのは、心臓に関する異常、呼吸異常、眼症状、胃腸症状等で、それぞれ圧倒的に多い。

表18. 死亡に関連した異常—その3—〔%・(例数)〕

項	目	母体死亡群	生存群
① 性器出血	1. あり	52.6 (41)	4.9 (12)
	2. なし	47.4 (37)	95.1 (235)
② 腹痛	1. あり	24.4 (19)	3.2 (8)
	2. なし	75.6 (59)	96.8 (242)
③ 黄疸	1. あり	7.7 (6)	0.4 (1)
	2. なし	92.3 (72)	99.6 (248)
④ 血圧上昇	1. あり	17.1 (13)	3.2 (8)
	2. なし	82.9 (63)	96.8 (242)
⑤ 血圧下降	1. あり	73.7 (56)	0 (0)
	2. なし	26.3 (20)	100.0 (250)
⑥ ショック	1. あり	75.6 (59)	0 (0)
	2. なし	24.6 (19)	100.0 (250)

母体死亡群に多いものとしては、性器出血、腹痛、黄疸、血圧上昇で、それぞれ10.5倍、

7.6倍、19.3倍、5.9倍である。
血圧下降、ショックが多いのは当然である。

表 19. 母体死亡時の状況（死亡場所、医師数）〔%・（例数）〕

項		目	S 55～58年度%（例数）		
① 死亡時妊娠週数			（平均）・（標準偏差） 33.4 ± 10.3（56）		
② 死亡場所と区分	診療所		36.7	（29）	
	病院		58.2	（46）	
	自宅		2.5	（2）	
	その他		2.5	（2）	
③ 受診場所と死亡場所	同じ		67.9	（55）	
	異なる（死亡場所へ転送）		32.1	（26）	
④ 死亡時産科医の数	2人以上		51.2	（41）	
	1人		37.5	（30）	
	いない		11.2	（9）	
死亡時に居合わせた	⑤ 他科医	2人以上		50.0	（40）
		1人		21.2	（17）
		いない		28.7	（23）
	⑥ 助産婦	2人以上		35.4	（28）
		1人		26.6	（21）
		いない		38.0	（30）
	⑦ 看護婦	2人以上		83.7	（67）
		1人		7.5	（6）
		いない		8.7	（7）
	⑧ その他の人	2人以上		47.0	（31）
		1人		16.7	（11）
		いない		36.4	（24）

死亡時平均妊娠週数は33.4週、また、死亡場所の区分は約6割が病院、また受診場所と死

亡場所は2/3の67.9%が同じである。

表 20. 母体死亡時の処置－〔%・(例数)〕

項	目	S 55～58年度%(例数)
① 子宮摘出術	1. あ り	8.1 (6)
	2. な し	91.9 (68)
② 子宮全摘以外の開腹手術	1. あ り	13.7 (10)
	2. な し	86.3 (63)
③ 軟産道の裂傷	1. あ り	20.8 (15)
	2. な し	79.2 (57)
④ 他の腔式手術	1. あ り	6.9 (5)
	2. な し	93.1 (67)

表 21. 母体死亡時の処置－補足－1

項目①「子宮摘出術の適応」(6)

症例%	1	妊娠39Wで帝切後胎盤が剝離できず子宮摘出。
	5	子宮破裂で出血4,000 ml以上。
	25	横位にて帝王切開、出血2,000 ml以上、輸血は7,600 ml。
	56014	弛緩出血。
	56016	子宮破裂。
	56043	子宮破裂。

表 22. 母体死亡時の処置－補足－2

項目②「子宮全摘以外の開腹手術」(10)の内訳

症例%	8	CPD、Eclampsiaで帝切。
	9	胎児仮死、その他の理由で帝切中、急激に血圧が下降。2時間30分後に死亡。Lumbal shockもありうる。
	56004	Eclampsiaで帝切。
	56016	子宮破裂で子宮全摘及び小腸腸間膜癒着(前回帝切)の剝離と損傷修復。
	56026	Hepatitisで帝切。
	56030	常位胎盤早期剝離で帝切。
	56038	常位胎盤早期剝離で帝切。
	56041	子宮外妊娠破裂。
	56042	常位胎盤早期剝離で帝切。
	56049	常位胎盤早期剝離で帝切。

表 23. 死 因 分 類

項 目	例 数	%	項 目	例 数	%
① 羊 水 栓 塞	18	23.7	⑨ 前 置 胎 盤	2	2.6
② 弛 緩 出 血	12	15.8	⑨ エンドトキシンショック	2	2.6
③ その他の内科的合併症	9	11.8	⑨ 肺 水 腫	2	2.6
④ その他の産科的合併症	6	7.9	⑨ その他の外科的合併症	2	2.6
⑤ 妊 娠 中 毒 症	5	6.6	⑩ 子 痛	1	1.3
⑥ 常位胎盤早期剝離	5	6.6	⑩ 産 褥 熱	1	1.3
⑦ 子 宮 破 裂	4	5.3	⑩ 胞 状 奇 胎	1	1.3
⑧ 急 性 肝 炎	3	3.9	⑩ 薬 剤 の 副 作 用	1	1.3
⑨ 子 宮 外 妊 娠	2	2.6			

表 24. 死因分類-補足-1

項目③「その他の内科的合併症」(9)及び項目⑧「外科的合併症」(2)の内訳

症例№ 17	acute Lymphocytic Leukemia 妊娠32Wで死亡。
27	妊娠19Wで人工妊娠中絶施行中に子宮穿孔を起こし、母体死亡を招く。
56004	Eclampsia 後、産褥21日目の心停止。
56005	妊娠28W。肺炎にて死亡。(剖検)
56010	妊娠16Wに中絶後急死。一応心筋梗塞を死因としたが、不審な点多々有り剖検するもその結果は不明であるとのこと。
56028	Eisenmenger s syndrome (VSD) 肺高血圧(妊娠32Wで死亡)
56029	肺結核(妊娠32W)咯血後死亡。初診が遅れた。
36033	SLE妊娠36W6d。分娩後血圧が200~230/100~120 産褥5日目にくも膜下出血で死亡。
56046	DM(軽症)、高血圧あり。過去に妊娠中絶歴あるも浮腫は(-)。妊娠26W時に突然意識消失。Tonic Convulsion呼吸停止をきたし死亡する。
56047	Aplastic anemia産褥40日目に死亡。
6	帝切後Myocardial infarction (ECGにて)

表 25. 死因分類-補足-2

項目④「その他の産科的合併症」(6)の内訳

症例№ 4	剖検にて肺塞栓、産褥5日目に死亡。前兆なし。
56012	分娩後第0日目に死亡。分娩時出血600ml DIC、羊水塞栓らしい。
56020	分娩後第0日目に死亡。分娩時出血800ml DIC、羊水塞栓らしい。
56023	常位胎盤早期剝離の為、帝切、その後DIC。
56035	42才。妊娠18W、中期中絶の操作中の感染によるDIC。
56043	前回帝切の為に帝王切開をしようとしたところ、(38W4d)すでに子宮破裂を起こしており、その後腎不全にて死亡。



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



昨年度から本班研究が開始されたが、本年度は妊産婦死亡の実態を一層詳細に把握するために、本調査の為に組織を再編成し強化すること、本調査に関する日母会員全体の意識の向上をはかることの二点に重点をおいて置き、妊産婦死亡の対策樹立を目標とした。

全国各都道府県における本調査担当者の合意を得るためと、調査に必要な資料を提供するために昨年度は昭和 60 年 1 月 27 日、本年度は昭和 61 年 2 月 2 日に全国担当者会議を開催し、熱心な討議が行われた。

本年度の「全国支部妊産婦死亡登録調査担当者連絡会」は 2 月 2 日、東京・日比谷のプレスセンターホールにおいて開催され、各支部担当者が集って、わが国における妊産婦死亡の減少を目指して本研究班の行う実態調査の成果を向上させるために活発な意見の交換があった。これによって各支部および会員の意識の向上がはかられ、症例調査についての具体的な協力活動が進んだため、次第に多くの症例が集まりつつある。現在はその進行過程にあるので、本研究班は、本年度は昭和 55 年から 58 年までの間に日母で収集された 81 例の症例につきコンピューターで集計・分析し、将来のより精細かつ多数の分析に資するための研究資料として報告する。

昭和 55～58 年度の調査症例数は合計 81 例、対照症例は生存者 279 例で、両者の集計・分析は同じ方法で行った。死亡群における主な所見を正常群と対比すると、以下の如くである。

1) 調査・研究のためのシステムづくり

日本母性保護医協会においては、昭和 55 年より、独自に日母支部を通じて、妊産婦死亡例の登録調査を実施していたが、その実績は必ずしも十分とはいえなかった。

その理由は、前年度の報告書にも述べたが、支部医師会レベルでは情報が必ずしも十分に把握しきれないことが最大のものであり、次に、会員の本問題に関する意識が高まっていないことにも大きな原因があるということが考えられる。

そこで、前年度より、本班研究が開始されるにあたり、その主な目標を調査のための組織を再編成することと、会員全員の意識の向上を図ることとの二点に重点を置いた。