

県下に11ヵ所あるべき診療所も、現在では建物はあるけれども医師がいないという所があり、そうした所は積極的に公立医療機関からの医師の派遣が行われねばならない。

また、救急医療体制も、救急車医療センターを各地に設置すると共に、救急連絡センターを県内に多く設置し、事故発生の際、すみやかな処置がとれるようにする計画が進められているが、一層の、そうした際の機動力の増強と道路の整備が望まれる。血液センターも、現在では各地の薬局が支部の如き使命を果たしているが、これでは不十分であり、血液センター網の確立も大きな課題

である。

更に、母親の生活や健康を守るために、農村婦人健康相談室が設けられる予定であるが現在の過疎地における母親達の生活をみてみると、そうした相談室の設置だけでは問題の根本的な解決にはならず、もっと婦人の生活全体の向上が、ぜひとも必要のように思える。つまり、農村の婦人の健康の確保なり、育児の改善には、最終的には当然のことながら衣食、経済的な問題がからんでくるわけであり、過疎地域の農家の生活全体の改善が早急に望まれるわけである。

Ⅳ) 長野県における産科医療施設の実態について

——アンケートの成績を中心として——

市立岡谷病院産婦人科 木 村 好 秀

Ⅰ はじめに

近年、わが国においても医療や福祉行政が充実し年々平均寿命が延長するなど成果も期待されているが、母児保健の問題はなお改善されるべき点が多いようである。それは現在なお妊産婦母体死亡や周産期死亡の頻度が欧米先進国に比べて著しく高率であり、その減少の傾向は遅々として進んでいないのが現状であることから理解されよう。

本来妊娠・分娩は母児にとっては大きな負担であり、潜在的に多くの危険がひそんでいるにも拘らず、ややもすればわが国では単にオメデタという楽観的な認識が支配的であることや、現在の産科学のもつ診断法や治療法の限界と、わが国の医療制度の欠陥による受入れ体制の不備から救急医療としての配慮がなされておらず、これらが相俟って母児保健の改善、進歩を妨げているように思われる。

今回著者は、厚生省の過疎地の母子保健の研究班の一人に依頼されたのを機会に、長野県下の産科施設の実態を病院、医院、母子健康センター、助産院などにアンケートにより調査し、その結果を今後の母子保健向上のための資料とすべく検討してみたのでここに報告する。

Ⅱ 対象と方法

アンケートの対象は長野県下の産科施設(大学、病

院、医院、母子健康センター、助産院)に、著者が作成したアンケートを送付し、集計しその結果を検討した。

著者の調査によると長野県下には産婦人科施設として大学1、病院57、医院154があり、助産施設として母子健康センター(以下母子センターと略)22、助産院92がある。アンケートの回答率はそれぞれ病院(大学を含む)58.6%、医院51.3%、母子センター90.9%、助産院71.7%で、全体として59.8%であった。

なお昭和46年4月総理府統計局発表の第11回国勢調査の資料によると、長野県の総人口は1,956,917人で、市部は1,156,662、郡部800,255人となっている。また昭和45年度の長野県下の出生数は、県医務課の調べによると31,415名となっている。

Ⅲ 成 績

以下アンケートの設問順に成績を述べてみる。

A 妊婦管理

(1) 外来における測定、検査

われわれが通常妊婦検診にあたり外来で施行している検査項目についての成績は第1表の通りである。

体重、子宮底、腹囲の測定や血圧、尿蛋白、尿糖、浮腫の検査などは、病院、医院、母子センター、助産院のすべてにおいてはほぼ完全に実施され徹底して行われていた。またWah、Hb、血液型、Rh因子なども病院、医院においては高い頻度で行なわれていることが判った。

第1表 外来における測定、検査

測定・検査	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
身長測定	22	73.3	30	44.8	15	75.0	28	52.8
体重測定	30	100	67	100	20	100	53	100
子宮底	30	100	67	100	20	100	53	100
腹囲測定	30	100	67	100	20	100	53	100
Wah	28(2)	100	36(27)	94.0	5(5)	50.0	(13)	24.5
Hb	30	100	50(12)	92.5	5(2)	35.0	(11)	20.8
血液型	30	100	50(12)	92.5	4(9)	65.0	(24)	45.3
Rh 因子	29(1)	100	28(20)	71.6	4(10)	70.0	(21)	39.6
血圧	30	100	67	100	20	100	51	96.2
尿蛋白	30	100	67	100	20	100	53	100
尿糖	30	100	66	98.5	20	100	44(1)	84.9
浮腫	30	100	67	100	20	100	52	98.1
胸部 X.P.	11	36.7	16	23.9	(3)	15.0	(8)	15.1
心、肺の 理学的検査	10(1)	36.7	7	10.4	(3)	15.0	(8)	15.1

() は他へ検査依頼

第2表 骨盤位対策

骨盤位対策	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
す る	27	90.0	57	85.1	20	100	50	94.3
膝肘位	26	96.3	51	89.5	16	80.0	41	82.0
外回転術	14	51.9	41	71.9	9	45.0	36	72.0
積極的に矯正	2	7.4	9	15.8	5	25.0	7	14.0
しない	3	10.0	10	14.9	0	0	1	1.9

第3表 妊娠中毒症

妊娠中毒症	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
センター病院へ 送る			20	29.9	18	90.0	47	88.7
自院で治療	29	96.7	28	41.8	1	5.0	1	1.9
Case by case	1	3.3	29	43.3	1	5.0	8	15.1

(2) 骨盤位対策

骨盤位分娩は仮死率に死産率が高いので、妊娠経過中に矯正できればそれに越したことはない。

骨盤位対策をずとしたものは、病院90%、医院85%、母子センター100%、助産院94.3%であった。いずれも

かなり高い頻度で行なわれていた。対策の方法としては各施設とも膝肘位によるものが圧倒的に多かった。(第2表)

(3) 妊娠中毒症

妊娠中毒症は母児の予後に密接な影響を与えるもので

松島他：過疎地域の母子保健の調査研究

第4表 他科との連絡

他科との連絡	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
とらえる	26	86.7	60	89.6	19	95.0	50	94.3
とらない	—	—	3	4.5	1	5.0	1	1.9
Case by Case	4	13.3	10	14.9	—	—	4	7.6

第5表 貧血の治療

貧血の治療	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
積極的に行なう	28	93.3	55	82.1	11	55.0	24	45.3
食餌療法	5	16.7	22	32.8	18	90.0	49	92.5
行なわない	—	—	2	3.0	1	5.0	—	—
Case by Case	—	—	1	1.5	—	—	—	—
病院へ送る	—	—	—	—	1	5.0	—	—

第6表 医療設備

医療設備	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
X 線 装 置	30	100	42	62.7	0	0	(3)	5.7
E K G	30	100	30	44.8	0	0	0	0
ドップラー	26	86.7	42	62.7	1	5.0	2	3.8
羊水鏡	6	20.0	1	1.5	0	0	0	0
分娩監視装置	3	10.0	1	1.5	0	0	0	0
吸引分娩装置(鉗子)	30	100	67	100	10	50.0	0	0
仮死ソーセイ器	28	93.3	55	82.1	14	70.0	12	22.6
新生児監視装置	5	16.7	4	6.0	0	0	0	0
保育器	30	100	58	86.6	4	20.0	3	5.7
O ₂ 濃度計	18	60.0	14	20.9	0	0	0	0
光線療法	18	60.0	5(2)	10.4	0	0	0	0
尿中エストリオール	9(1)	33.3	(4)	6.0	(1)	5.0	0	0
免疫学的診断薬	30	100	55	82.1	1	5.0	0	0
アストラップ装置	7	23.3	0	0	(1)	5.0	0	0
出血警報装置	0	0	2	3.0	0	0	0	0
黄疸計	30	100	47	70.1	7	35.0	12	22.6
血清ビリルビン	26	86.7	9(0)	28.4	(1)	5.0	0	0

あるが、妊娠中毒症重症患者の取扱いについては病院は96.7%が自院で治療するのに対して、医院では41.8%、母子センター5.0%、助産院1.7%となり、医院29.9%、母子センター90%、助産院88.7%がセンター病院へ送ると述べており、その取扱いには慎重を期しているようであ

った(第3表)。

(4) 他科との連絡

産科は妊娠・分娩経過において他の合併症が発見されれば、他科の診察を依頼して指示を受けることが望ましい。

産婦人科以外に異常が疑われる際に他科医と連絡をとるについては、いずれの施設も85%以上の高い頻度で連絡をとることがわかった。合併症などの治療に積極的な姿勢を示していた(第4表)

(5) 貧血の治療

妊娠貧血のあるものは分娩時の出血に対してショックに陥り易いといわれており、妊娠貧血の改善の重要性が指摘されている。

貧血の治療に対して病院93.3%、医院82.1%が積極的に行ない、さらに食餌療法も併用しており、母子センター、助産院では約半数が積極的に治療すると答えて、妊娠貧血に対する認識の高いことを示していた(第5表)。

B 医療設備、人員配置について

(1) 医療設備

産科外来や入院において日常臨床で比較的繁用する医療器機や設備の状況について、その上位6つを選んでみると、病院ではX線装置、EKG、産科鉗子、保育器、免疫学的妊娠診断薬、黄疸計であり、医院では産科鉗子、保育器、仮死ソセイ器、免疫学的妊娠診断薬、X線装置などである。母子センターでは仮死ソセイ器、産科鉗子、黄疸計、保育器、助産院では仮死ソセイ器、黄疸計、保育器、ドップラーなどであって、施設によってややズレがみられた(第6表)。

(2) 医療人について

まず医師についてみると病院では医師1名が70%、2名が20%で、それ以上医師がいるところは大学を除くと2ヵ所のみであった。病院の産婦人科といえども一人医長であることがわかる。医院では当然ながら98.5%が医師1人であった。次に助産婦は病院では2名26.7%、3名16.7%、4名13.3%、5名13.3%、6名、9名それぞれ6.7%であり、医院では1名47.8%、0名40.3%となつて医院における助産婦不足の深刻な問題であることがよくわかる(第7表)。

地方にあっては総合病院に於いても産婦人科医が1人医長でいることが多い。(産婦人科の勤務内容から考えれば少なくとも内科や外科などの複数の医師を確保すべきだと思うが。)これでは後述の如く病院といえどもセンター病院としての機能を発揮する訳にはいかない。

助産院では1名が60.4%、2名22.6%となつていた。母子センターでは3名35%、2名25%、1名15%などの順となつていた。

パート助産婦を1名おいているところは病院16.7%、医院は14.9%、母子センター20%にみられた。

(3) 分娩室、手術室の広さ

分娩室のスペースは、分娩が正常に経過するときは適

当な広さがあれば問題ないが、種々の産科処置が行なわれたり、一般状態が不良になった場合などは多くの人々が出入りするため、できるだけ広いスペースがあるにこしたことはない。また最近では、分娩室へ種々の医療器機の導入が行われるようになったのでその傾向は一層大きい。

病院では6~10坪が40%と最も多く、次いで0~5坪30%、11~15坪10%であり、医院では0~5坪77.6%、11~15坪4.5%、6~10坪3%であり、母子センター、助産院は0~5坪が最も多くそれぞれ66%と65%を占めた。

手術室のスペースは病院6~10坪が最も多く56.7%を、医院は0~5坪58.2%を占めていた(第8表)。

(4) 分娩介助の実態

a) 常時医師が分娩に立ち合うか

分娩介助の実態をみるため、出産時に立ち合う医師や助産婦などの状態を調査してみた。

昼間医師が分娩に立ち合う割合は病院では全例立ち合うもの63.3%、出来るだけ、が33.3%となり、医院では全例94.0%、出来るだけ、が6.0%と高い頻度がみられた。

助産院や母子センターでは医師が立ち合うのは異常があるときのみが圧倒的に多くいずれも約80%を示した。

ところが夜間医師が分娩に立ち合う割合はやや低下し、病院では全例立ち合うもの43.3%、出来るだけ、が36.7%となり、医院では全例89.6%、出来るだけ、が8.9%となつた(第9表)。

病院の場合は医師1人当りの分娩取扱回数が多いことと、同じ屋根の下にいないことなどが問題になろう。

b) 通常分娩に立ち合う人々

正常分娩であっても、分娩時に医師や助産婦をはじめなるべく多くの人々がこれに関与し、高い医療密度のなかで行われることが望ましい訳であるが、現状では人手不足から仲々容易ではない。

昼間の分娩に立ち会う人々は病院では医師93.3%、助産婦90%、看護婦80%、医院では医師100%、助産婦71.6%、看護婦89.6%となり、医院では助産婦と看護婦の立ち会う割合が病院とは逆転していた。母子センターでは助産婦95%、看護婦10%で、助産院では助産婦83.0%、看護婦22.6%となつていた(第10表)。

c) 夜間分娩に立ち会う人々

夜間の分娩では病院は医師73.3%、助産婦90.0%、看護婦83.3%、医院では医師98.5%、助産婦64.2%、看護婦82.1%となり病院では助産婦に依存し、医院では医師に大きく依存されている傾向がみられ、助産婦不足がかなり深刻なことがうかがわれた。

(5) 分娩室のO₂吸入装置設備の有無

松島他：過疎地域の母子保健の調査研究

第7表 産科関係医療人について

医療人		病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
常勤産婦人科医	1名	21	70.0	66	98.5	—	—	—	—
	2	6	20.0	1	1.5	—	—	—	—
	3	1	3.3	—	—	—	—	—	—
	4	1	3.3	—	—	—	—	—	—
	12	1	3.3	—	—	—	—	—	—
パート産婦人科医	1名	4	13.3	2	3.0	4	20.0	—	—
	2	—	—	—	—	1	5.0	—	—
常勤助産婦	0名	—	—	27	40.3	—	—	—	—
	1	1	3.3	32	47.8	3	15.0	32	60.4
	2	8	26.7	6	9.0	5	25.0	12	22.6
	3	5	16.7	1	1.5	7	35.0	—	—
	4	4	13.3	1	1.5	3	15.0	2	3.8
	5	4	13.3	—	—	1	5.0	1	1.9
	6	2	6.7	—	—	—	—	1	1.9
	7	1	3.3	—	—	—	—	—	—
	8	1	3.3	—	—	1	5.0	—	—
	9	2	6.7	—	—	—	—	—	—
	10	—	—	—	—	—	—	—	—
	11	1	3.3	—	—	—	—	—	—
	12	1	3.3	—	—	—	—	—	—
パート助産婦	1名	5	16.7	10	14.9	4	20.0	22	41.5
	2	—	—	3	4.5	1	5.0	—	—
	3	—	—	—	—	2	10.0	—	—
看護婦	1～2名	1	3.3	23	34.3	4	20.0	12	22.6
	3～4	1	3.3	15	22.4	—	—	—	—
	5～6	2	6.7	17	25.4	—	—	—	—
	7～8	2	6.7	8	11.9	—	—	—	—
	9～10	3	10.0	3	4.5	—	—	—	—
	10以上	15	50.0	—	—	—	—	—	—

現在、分娩を取扱うものにとって O₂ 吸入装置なしでは安心してこれを行なう訳にはいかない。分娩室の必須の設備であろう。病院では100%、医院89.6%、母子センター70%、助産院26.4%の順となっていた(第11表)。

(6) 帝王切開の取扱

帝王切開は術式そのものは決して難しいものではないが、妊婦に対して麻酔や術中管理などを考えると、理想的には術者と2人の助手及び麻酔医と2～3人の助産婦ない

し看護婦が必要である。

大学を除けば県下の産科施設には2人以上の医師が常勤しているとところはむしろ例外的である。病院でも他科の応援を求めたりすることが多いわけである。

アンケートの成績によると病院の93.3%は自院のみで帝王切開を行なっているが、医院では38.8%のみで、他は他院の協力を得るかセンター病院へ送ると述べている(第12表)。

第8表 分娩室・手術室の広さ

広 さ		病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
分 娩 室	0～5坪	9	30.0	52	77.6	13	65.0	35	66.0
	6～10	12	40.0	2	3.0	4	20.0	10	18.9
	11～15	3	10.0	3	4.5	—	—	1	1.9
	16～20	2	6.7	—	—	—	—	—	—
手 術 室	0～5坪	—	—	39	58.2	1	5.0	—	—
	6～10	17	56.7	20	30.0	—	—	—	—
	11～15	5	16.7	3	4.5	—	—	1	1.9
	16～20	—	—	1	1.5	—	—	—	—
	20以上	5	16.7	—	—	—	—	—	—

第9表 常時医師が分娩に立合うか

医師が分娩 に立合うか		病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
昼 間	全 例	19	63.3	63	94.0	—	—	—	—
	異常のみ	—	—	—	—	16	80.0	41	77.4
	出来るだけ	10	33.3	4	6.0	1	5.0	1	1.9
夜 間	全 例	13	43.3	60	89.6	—	—	—	—
	異常のみ	5	16.7	1	1.5	15	75.0	41	77.4
	出来るだけ	11	36.7	6	8.9	1	5.0	1	1.9

第10表 通常分娩に立合う人々

分娩に立合う人々		病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
		例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
昼 間	医 師	28	93.3	67	100	—	—	—	—
	助 産 婦	27	90.0	48	71.6	19	95.0	44	83.0
	看護 婦	24	80.0	60	89.6	2	10.0	12	22.6
	そ の 他	1	3.3	—	—	2	10.0	9	17.0
夜 間	医 師	22	73.3	66	98.5	—	—	—	—
	助 産 婦	27	90.0	43	64.2	19	95.0	43	81.1
	看護 婦	25	83.3	55	82.1	3	15.0	11	20.8
	そ の 他	1	3.3	2	3.0	2	10.0	10	18.9

これでもわかるように帝切という産科医に最も重要で頻度の高い手術についても、かなり無理や危険が伴って行なわれていることが想像される。

(7) 骨盤位の取扱い

骨盤位では最大周径をもった頭部が最後に娩出されるという必然性から、頭位分娩に対して仮死率が数倍高く

なり、産科に携わるものにとって、その取扱いには常に一抹の不安がともなうものである。

合併症のない場合病院では66.7%、医院53.7%、母子センター15.0%、助産院28.3%が経腔分娩を行なうと答え、次いで病院30.0%、医院29.9%がCase by caseとし、母子センターでは25.0%が病院へ送り、助産院では

松島他：過疎地域の母子保健の調査研究

第11表 分娩室のO₂吸入装置設備の有無

O ₂ 吸入装置	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
有	30	100	60	89.6	14	70.0	14	26.4
無	—	—	7	10.4	3	15.0	17	32.1

第12表 帝王切の取扱い

帝王切の取扱い	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
自院のみで行なう	28	93.3	26	38.8	—	—	—	—
他 院 の 協 力	2	6.7	22	32.8	—	—	—	—
センター病院へ送 る	—	—	12	18.0	15	75.0	24	45.3
Case by case	—	—	7	10.4	—	—	—	—

第13表 骨盤位の取扱い

骨盤位の場合	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
経 腔 分 娩	20	66.7	36	53.7	3	15.0	15	28.3
帝 切	—	—	1	1.5	—	—	—	—
家族の希望	1	3.3	10	14.9	2	10.0	17	32.1
Case by case	9	30.0	20	29.9	2	10.0	4	7.5
病院へ送る	—	—	—	—	5	25.0	3	5.7

第14表 異常が予想される分娩経過の取扱い

異常の場合	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
自 院 で 対 処	26	86.7	15	22.4	—	—	—	—
他 院 の 協 力	—	—	25	37.3	8	40.0	14	26.4
センター病院へ 送る	—	—	10	14.9	17	85.0	37	69.8
Case by case	4	13.3	17	25.4	—	—	1	1.9

32.1%が家族の希望によって取扱い方をきめるとしている(第13表)。

(8) 異常が予想される分娩経過の取扱い

本来、分娩の正常、異常は分娩全経過が終了しなければなんとも判らない訳であり、しかも産科の異常の多くは突発的に発生するものであり、産科を取扱うものはいづれでもこれに対処できる設備と人員を確保しておかなければならない。

ればならない。

異常が予想される分娩の取扱いについて、病院は86.7%、医院22.4%が自院で対処し、医院の37.3%、母子センター40.8%、助産院26.4%が他院へ患者を送ると述べ、また医院の14.9%、母子センター85.0%、助産院69.8%がセンター病院へ送るとしている(第14表)。

この回答からも現状では病院以外の産科施設の多くは

第15表 異常出血の輸血の確保

輸血の確保	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
容 易	19	63.3	31	46.3	3	15.0	6	11.3
困 難	6	20.0	23	34.3	5	25.0	7	13.2
出 来 ない	—	—	—	—	7	35.0	16	30.2
家 族 の 協 力	7	23.3	20	29.9	8	40.0	8	15.1

第16表 妊産婦死亡の経験の有無

妊産婦死亡の 経験の有無	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
有	18	60.0	34	50.7	6	11.3	1	5.0
無	12	40.0	33	49.3	46	86.8	18	90.0

第17表 妊産婦死亡原因

妊産婦死亡原因	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
妊 娠 中 毒 症	4	13.3	4	6.0	—	—	—	—
出 血	5	16.7	13	19.4	1	5.0	2	3.8
羊 水 栓 塞	2	6.7	2	3.0	—	—	—	—
早 期 は く り	4	13.3	6	9.0	—	—	2	3.8
子 宮 外 妊 娠	—	—	1	1.5	—	—	—	—
子 癰	2	6.7	1	1.5	—	—	—	—
子 宮 破 裂	2	6.7	4	6.0	—	—	1	1.9
前 置 胎 盤	2	6.7	3	4.5	—	—	—	—
帝 切 後	1	3.3	—	—	—	—	—	—
奇 胎 搔 爬 後	1	3.3	—	—	—	—	—	—
分 娩 シ ョ ッ ク	—	—	1	1.5	—	—	—	—
急 性 肝 炎	—	—	2	3.0	—	—	—	—
術 後 気 道 閉 塞	1	3.3	—	—	—	—	—	—
狭 心 症	1	3.3	1	1.5	—	—	1	1.9
脳 血 栓	1	3.3	1	1.5	—	—	—	—
敗 血 症	—	—	—	—	—	—	—	—
胃 かいよう穿刺 による腹膜炎	1	3.3	—	—	—	—	—	—
薬 剤 シ ョ ッ ク	—	—	1	1.5	—	—	—	—
原 因 不 明	—	—	2	3.0	—	—	—	—

異常に対処する設備や人員に限界があり、センター的病院の必要性がよくうかがわれる。

しかし現状のセンター病院も他の医院と大差のない設備や人員であり、医院や母子センター、助産院から頼りにされるには余りにも貧弱である。一日も早くよく整備された母子救急センター病院の設立が望まれるところである。

(9) 異常出血の場合の輸血の確保

産科に於いては、妊娠、初期の流産や外妊をはじめ妊娠末期の前置胎盤、早期剝離、また分娩時の頸管裂傷、弛緩出血など常に異常出血の危険にさらされている。

出血量が外量になれば輸血がどうしても必要になるが、最近ではその確保は必ずしも容易ではないようになってきた。

輸血の確保が容易であると答えたものは病院63.3%、医院46.3%、母子センター15%、助産院11.3%、困難としたもの病院20%、医院34.3%、母子センター25.0%、助産院13.2%などであり、深刻な状態である。

家族の協力に依存しているものが病院23.3%、医院29.9%、母子センター40.0%、助産院15.1%となっていた(第15表)

地方に於いては産婦の家族や親戚の協力が比較的得易いが、今後核家族化が進行すれば、この傾向も困難になることが予想され、一刻も早く地域毎の血液センターの設立や充実が望まれるところである。

(10) 妊産婦死亡の経験の有無

産科にたずさわるものとして妊産婦死亡ほど悲劇的で痛ましいものはない。それは一瞬のうちに家族の期待を裏切り、残されたものを不幸のどん底に陥し入れるからであり、われわれにとっても生涯忘れることの出来ない苦い経験になるものである。

妊産婦の死亡の経験のあるものは病院60%、医院50.7%、母子センター5.0%、助産院11.3%である。(第16表) 母子センター、助産院では低率であったが、重症例のうち他病院、医院に転科されるからであろう。病医院では半数以上が経験しており、決して稀なものでないことを示しているものと思う。

(11) 妊産婦死亡原因

妊産婦死亡原因についてその上位3つを選んでみると、病院は出血16.7%、妊娠中毒症13.3%、早期剝離13.3%であり、医院では出血19.4%、早期剝離、妊娠中毒症60%、母子センター出血5%、助産院出血3.8%、早期剝離3.8%、子宮破裂1.9%などであった(第17表)。

各施設とも上位を占めるものは同じ傾向にあり、特に出血、妊娠中毒症が重要な原因であることがよくわか

る。

(12) 分娩取扱い数

各施設における1ヵ月間の分娩取扱い数をみると病院は26~30例16.7%、41~45例13.3%、11~15例、21~25例、36~40例がそれぞれ10%を占めた。医院では1~5例23.9%、6~10例20.9%、16~20例13.4%などであり、母子センターでは6~10例50%、1~5例25%、11~15例20%、助産院では1~5例66.0%、6~10例11.3%であった(第18表)。

予想外に1施設における分娩取扱数は少ないようであるが、分娩を取扱う以上たとえ、その数が数例であっても拘束力は大きく、年間を通じて一方的な休診は許されないし、救急医療に似た性格をもっている。種々と困難な問題はあるが、この拘束から開放されるためには1国1城主義からチーム診療に、医療の姿を変えてゆく必要があると思う。

(13) 自然死産と仮死率

多忙な臨床家にとって正確な統計を求めることは困難なことが多いと思われたので、大体の数値をアンケートで求めた。

1年間の死産数は病院および医院では1~5人がそれぞれ56.7%、61.2%で最も多く、母子センターや助産院では0またはほとんどなしが、それぞれ30%と20.8%で最も多かった(第19表)。

仮死率は4つの施設ともいずれも3%前後が最も多く、5%前後がそれに次いでいた(第20表)。

母子センターや助産院に死産が少ないのは、重症妊娠中毒症や異常が予想される症例などを予めセンター病院へ送ってしまうからと思われる。

(14) 救急について

(1) 救急セットの有無

産科においては種々の異常がほぼ突発的に発生し、救急医療の性格が強いはずである。そこで救急に対処するためには予め救急に必要の設備や器具をセットしておくことが大切である。

病院では83.3%、医院73.1%、母子センター30.0%、助産院11.3%が救急セットを備えていた(第21表)。

日本母性保護医協会も産科救急状態に対処できるよう器具をセットして、これを各産科施設に設置するよう推めているが、ぜひ必要なことだと思う。

(2) センター病院との連絡

重症例や異常発生例などでは医師をはじめパラメディカルの人達の多くの協力を必要とする。しかも夜を徹しての手術や介助を行わねばならないこともしばしばであり、どうしても他院やセンター病院の協力を求めること

第18表 分娩取扱数

1ヵ月平均分娩数	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
1～5	1	3.3	16	23.9	5	25.0	35	66.0
6～10	2	6.7	14	20.9	10	50.0	6	11.3
11～15	3	10.0	7	10.4	4	20.0	1	1.9
16～20	2	6.7	9	13.4	—	—	—	—
21～25	3	10.0	2	3.0	—	—	1	1.9
26～30	5	16.7	5	7.5	—	—	1	1.9
31～35	1	3.3	4	6.0	—	—	—	—
36～40	3	10.0	2	3.0	—	—	—	—
41～45	4	13.3	—	—	—	—	—	—
46～50	1	3.3	1	1.5	—	—	—	—
51～55	—	—	—	—	—	—	—	—
56～60	3	10.0	—	—	—	—	—	—
61～65	—	—	1	1.5	—	—	—	—
66～70	—	—	—	—	—	—	—	—
71～75	—	—	1	1.5	—	—	—	—
76～80	—	—	—	—	—	—	—	—
81～85	1	3.3	—	—	—	—	—	—

第19表 自然死産数

自然死産数	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
0または殆んどなし	1	3.3	11	16.4	6	30.0	11	20.8
1～5	17	56.7	41	61.2	3	15.0	6	11.3
6～10	6	20.0	—	—	—	—	—	—
11～15	2	6.7	—	—	—	—	—	—
16～20	—	—	—	—	—	—	—	—
21～25	1	3.3	—	—	—	—	—	—
26～30	—	—	2	3.0	—	—	—	—

第20表 仮死率

仮死率	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
1%前後	—	—	1	1.5	—	—	1	1.9
3 "	15	50.0	35	52.2	14	70.0	24	45.3
5 "	8	26.7	16	23.9	2	10.0	2	3.8
7 "	2	6.7	5	7.5	—	—	—	—
10 "	3	10.0	—	—	—	—	—	—

松島他：過疎地域の母子保健の調査研究

第21表 救急セットの有無

救急セットの有無	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
有	25	83.3	49	73.1	6	30.0	6	11.3
無	3	10.0	12	17.9	8	40.0	28	52.8

第22表 センター病院との連絡

センター病院との連絡	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
うまく行なわれている	12	40.0	53	79.1	18	90.0	40	75.5
うまく行なわれていない	1	3.3	10	14.9	—	—	6	11.3
その必要ない 産科のセンター 病院なし	13	43.3	2	3.0	—	—	—	—
	—	—	1	1.5	—	—	—	—

第23表 利用するセンター的病院とはどれか

センター的病院とは	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
大 学 病 院	7	23.3	13	19.4	—	—	3	5.7
国 立 病 院	3	10.0	8	11.9	—	—	3	5.7
県・市・町・村 立病院	1	3.3	24	35.8	8	40.0	7	13.2
日 赤 病 院	2	6.6	23	34.3	3	15.0	10	18.9
厚生連病院	1	3.3	9	13.4	—	—	8	15.1
私的総合病院	—	—	2	3.0	1	5.0	4	7.5
他 医 院	—	—	7	10.4	2	10.0	8	15.1
嘱 託 医	—	—	—	—	11	55.0	33	62.3

第24表 センター病院としての設備と人員を整えているか

センター病院としての設備と人員を整えているか	病 院		医 院	
	例 数	%	例 数	%
整 えて いる	6	20.0	3	4.5
整えていない	15	50.0	47	70.1
止むをえず行なっている	5	5.0	1	1.5

になる。末端とセンター病院との連携がスムーズであれば容易に救命されるものも、それがスムーズでなく時に患者がたらい回しにされたりすると死に到らしめるとい

う不幸な結果にもなりかねない。

しかし現在の各病医院や母子センター、助産院どのいわゆるセンター病院との連絡はあくまでも個人的な人間関係において成り立っているのが実状であるが、先述の如くセンター病院といえども医師、助産婦、看護婦などの数に余裕のないところが多く、特に夜間ともなればセンター病院と末端の医院との間に医療人員にそれほど大差がないのが実状である。

センター病院との連絡がうまく行われているとしたもの、病院40%、医院79.1%、母子センター90%、助産院75.5%となり、うまく行われていないとしたもの、病院3.3%、医院14.9%、助産院11.3%、必要がないとしたもの、病院43.3%、医院3.0%などとなっていた(第22

表)。

(3) 利用するセンター的病院とはどれか。

センター病院は地域に密着して身近かなければその利用価値は少ない。アンケートの結果も病院を除いてその傾向をよく表わしているようであった。

現状で利用されているセンター病院は、病院では大学病院23.3%、国立病院10.0%、日赤病院6.6%、医院では県市町村立病院35.8%、日赤病院34.3%、大学病院19.4%、母子センターでは嘱託医55%、県市町村立病院40%、日赤病院15%、助産院は嘱託医62.3%、日赤病院18.9%、厚生連15.1%などとなっていた(第23表)。

(4) センター病院としての設備や人員を常時配置しているか。

既述の如く現状では病院と医院の産科施設や人員にはそれほど大きな差がなく、常時救急に備えてセンターの病院として体制を整えておくことはあらゆる面で困難があり、かなりの犠牲を払うことになる。

センター病院として整えていると答えたものは病院20%、医院4.5%にすぎず、この辺の実状をよく示している(第24表)。

(5) 夜間の人員態勢

分娩経過を自然にゆだねると1日のうちほぼ平均的に分布するようである。

ところがわが国の現在の医療体制では昼間すらも医療人員が不足がちであり、夜間になればその傾向が一層強くなるといわれている。

まず医師について病院では待期しているものが最も多く66.7%で、次いで当直13.3%、医院では待期77.0%を占めた。

助産婦は病院では勤務と待期が33.3%を占め、医院では待期53.7%、母子センターでは当直20%、勤務15%、待期10%であった(第25表)。

他科と異なり産科医は予想以上に待期や当直を行なっており、分娩に備えている姿がうかがえた。

D 新生児管理

(1) 新生児管理の方法

出産直後よりの新生児の管理は生後の適応という大変重要な期間であるにも拘らず、人手不足などのためとかく軽視されがちであり、放置されているのが現状である。

第25表 夜間の人員態勢

夜間態勢			病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
			例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
医 師	勤 務		2	6.7	—	—	—	—	—	—
	当 直		4	13.3	2	3.0	—	—	—	—
	待 期		20	66.7	65	97.0	—	—	—	—
助 産 婦	勤 務		10	33.3	—	—	3	15.0	—	—
	当 直		3	10.0	4	6.0	4	20.0	—	—
	待 期		10	33.3	36	53.7	2	10.0	4	7.5
看は 婦 助 手	勤 務		19	63.3	8	11.9	—	—	—	—
	当 直		3	10.0	30	44.8	—	—	1	1.9
	待 期		2	6.7	21	31.3	—	—	—	—

第26表 新生児管理の方法

新生児室と母室	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
母 児 同 室	3	10.0	33	49.3	11	55.0	37	69.8
母 児 異 室	17	56.7	12	17.9	2	10.0	5	9.4
折 衷 制	8	26.7	21	31.3	4	20.0	7	13.2

第27表 新生児室は独立しているか

新生児室	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
独立している	26	86.7	28	41.8	8	40.0	11	20.8
独立していない	1	3.3	26	38.8	3	15.0	20	37.7

第28表 新生児の管理者

新生児管理者	病 院		医 院	
	例数	%	例数	%
産婦人科医	21	70.0	64	95.5
小児科医	1	3.3	—	—
産婦人科・小児科共同	5	16.7	3	4.5

周産期死亡などを改善するためには新生児にも大きな関心をもち、母体以上の配慮が必要であり、そのためには制度上でも改善すべき点が多いように思われる。

新生児管理の方法として病院では母児異室が56.7%を占めたが、他は母児同室のところが半数以上を占め、医院49.3%、母子センター55%、助産院69.8%を占めた(第26表)。

(2) 新生児室

新生児室が独立しているところは、病院86.7%、医院41.8%、母子センター40.0%、助産院20.8%であった(第27表)。

(3) 新生児の管理者

新生児の管理者について産婦人科医としたものは病院では70%、医院では95.5%を占めた(第28表)。

(4) 未熟児の養育について

未熟児の養育について病院では自院36.7%、Case by Case 30.3%、小児科へ送る26.7%を示し、医院では

Case by Case 40.3%、センター病院へ送る22.4%、自院17.9%、母子センターではセンター病院へ送る50%、他院へ送る20%となり、助産院ではセンター病院へ送る50.9%、他院9.4%などとなっていて、それぞれの施設の特徴をよく表わしているように思われた(第29表)。

(5) 病児の管理

産科においても新生児期においても、肺換気障害、感染症など病児を取扱う機会も多いものである。

その際の取扱い方であるが、病院では自院33.3%、小児科30.0%、Case by Case 26.7%、医院ではCase by Case 40.3%、センター病院20.9%、自院19.4%の順であり、母子センターはセンター病院50.0%、小児科20.0%、助産院はセンター病院47.2%、小児科9.4%などで、やはり施設の特徴を表わしていた(第30表)。

近年新生児学がようやく確立されつつあるが、産科医より小児科医の関心が強いようである。それは産科医があまりにも多忙であることも原因であろうが、出来れば胎児から新生児の橋渡しをしているわれわれはもっと新生児に関心を示し、不断的努力をしなければならないと思う。

(6) 交換輸血の施行

新生児重症黄疸に対しては現在なお交換輸血が確実な治療法であることには間違いなく、必要な時に直ちにこれを実施しなければ後遺症を残してしまう。

交換輸血の経験があるとしたものは病院が63.3%、医院28.4%、母子センター5.0%、助産院5.7%となってい

第29表 未熟児の養育

未熟児の養育	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
自 院	11	36.7	12	17.9	1	5.0	2	3.8
センター病院	—	—	15	22.4	10	50.0	27	50.9
小 児 科	8	26.7	11	16.4	1	5.0	1	1.9
産科と小児科 協 同	—	—	2	3.0	1	5.0	4	7.5
他 院	2	6.7	—	—	4	20.0	5	9.4
Case by Case	9	30.0	27	40.3	1	5.0	2	3.8

第30表 病児の管理

病児の管理	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
自 院	10	33.3	13	19.4	1	5.0	—	—
センター病院	1	3.3	14	20.9	10	50.0	25	47.2
小 児 科	9	30.0	11	16.4	4	20.0	5	9.4
産科と小児科	2	6.7	2	3.0	1	5.0	9	17.0
Case by Case	8	26.7	27	40.3	—	—	1	1.9

第31表 交換輸血の施行

交換輸血の施行	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
経 験 有	19	63.3	19	28.4	1	5.0	3	5.7
経 験 無	8	26.7	47	70.1	16	80.0	34	64.2

第32表 施 行 場 所

施行場所	病 院		医 院		母子健康センター		助 産 院	
	例 数	%	例 数	%	例 数	%	例 数	%
自 院	19	63.3	7	10.4	—	—	—	—
センター病院	1	3.3	13	19.4	3	15.0	5	9.4
他 院	—	—	4	6.0	—	—	—	—
小 児 科	2	6.7	1	1.5	—	—	—	—

た(第31表)。

その施行場所であるが、病院では自院が63.3%を、医院ではセンター病院19.4%、自院10.4%であり、母子センター、助産院はいずれも病院であった(第32表)。

交換輸血そのものの手技はそう難かしいものではないが、適応とするための諸検査などを考えるとそう簡単なものではなく、医院などでは限界があろう。

E 母子保健向上のための具体的な意見

意見を寄せたのは主に病院または医院であって、それらの意見を整理してまとめると以下のとおりである。

(1) 一般への啓蒙

- 青年学級、若妻学級の充実
- 勤労女性に対する母性教育
- 母子保健に対する理解の高揚
- 妊娠・分娩に対する正しい知識の啓蒙

(2) 妊娠・分娩時の問題点

- 母子福祉政策の推進
- 母親学級の充実
- 妊娠中の定期検診の充実

● 妊娠中毒症の徹底した管理

● 他科医師の妊婦への配慮

● 異常の早期発見とセンター病院との連携

● 異常発生時、早期のセンター病院への転化

● 助産院、母子健康センター受診者の医師によるチェック体制

(3) 産科での問題点

- 既往異常分娩例の産科医による管理
- 子宮その他の炎症性疾患の徹底した治療
- 産科医を複数とする。
- 産科医と助産婦、保健婦との連絡の緊密化
- 産科医による妊娠、分娩の徹底した管理
- 出生前胎児診断による異常の早期発見
- 産科に対する他科医の理解を深めること
- 産科と小児科との連携
- 産科医による新生児管理の徹底化
- 小児科医の充実
- 産科医療機械の内科・外科なみの充実

(4) 医療制度に関して

- 現在の開業医の医療人員、設備の限界
- 産科オープンシステムの推進
- グループ診療の組織化と促進
- 医院と基幹病院との連絡の緊密化
- 地域毎の母子救急センター病院の設立
- センター病院の医師、助産婦などの充実
- 産婦人科における産科医の確立と増員
- 助産婦制度の廃止
- 助産婦、看護婦の充実
- 助産婦不足のため、郡市毎の産科看護婦制度の設立
- 母子健康センターのあり方に対する批判

Ⅳ む す び

ここ10年来わが国においても施設分娩が急速に増加しているが、現在なお妊産婦死亡率や周産期死亡率は欧米先進国に比べて高率であり、その減少の傾向は遅々としているのが現状である。

著者は長野県下の産科施設（病院、医院、母子健康セ

ンター、助産院）の実態について、アンケートで調査した。

その結果、各施設とも予想以上に助産婦や看護婦の不足が目立ち、センター病院と思われる施設の医師もその大部分が一人医長という貧弱な医療の実態であることが判明した。

現状では異常出血時の輸血の手配も必ずしも容易ではなく、医院や助産院などが期待するセンター病院も多くは救急医療に対処する余裕はなく、ささやかな使命感に支えられているのが実状のようである。

そこで今後わが国の母子保健を前進させるためには、産婦人科から産科を確立することが急務で、それにより妊娠・分娩の徹底した管理を行い、地域毎の母子救急センター病院を設立し、あらゆる異常事態に対して常時対処できるように体制を整えるべきであると思う。

またあらゆる機会を通じて妊娠・分娩の正しい啓発を行ない、当面の医師、助産婦不足に対しては各地域毎でのグループ診療を推進し、医療密度を高めて自衛していかなければならないと思う。

V) 鳥取県及びその隣接地区の母子保健の要約

研究第3部 松 島 富之助

鳥取県においては、松島が、鳥取大小児科木村助教授、樋口母子保健所長、県衛生部吉崎部長及び、河路子防課長と対談をした結果、

① 過疎といわれる地区は少数にみられるのみで、過疎対策は完了したといえる。

その理由としては、

① 道路網整備の完成： 国道9号、29号、53号、179号、180号、181号、183号が網の目状に走り、それらを県道で結んでいて舗装も90%以上進んでいる。

② 基幹都市の整備の完成： 県の東部地区は鳥取市が、中部地区は倉吉市、西部地区は米子市が基幹都市としての機能を果していて、過疎地区からこれらの基幹都市へ大よそ1時間、最もへんびな地区からでも2時間で到着できる。

② 母子保健的にみても

① 基幹都市内の基幹病院は、すでにある。例えば鳥取市には、県立中央病院、鳥取日赤病院、及び鳥取市立病院の3総合病院が、倉吉市には厚生病院が、米子市で

は鳥取大学医学部附属病院があって、救急指定病院になっている。また国立病院は、養育医療センターになっている。

② 出産は、交通の便利とともに基幹都市で行うことが多くなり、母子健康センターは出産の機能は低下してきて、妊娠中や乳幼児の保健指導的機能への要求が増大している。

③ 母子保健的問題点

① 県の隣接地区のサービス

鳥根県及び兵庫県北西部地区の鳥取県への依存度が大きい。

母子保健は、社会経済的な結びつきと深い関連をもっているので、これら地区のニーズに答える施策が必要となる。

② 看護婦と助産婦の不足と老令化が目立つが、助産婦養成は鳥取、鳥根ともにない。保健婦学院は鳥取になく、鳥根に一つある。鳥取県は、鳥根県の保健婦学校に30人位の教育を依頼してきている。看護学院は、鳥取