

これからの大阪の周産期医療を支えるために

大阪府医療対策協議会 産科周産期医療専門部会

(平成18年12月～)

大阪における産科、周産期医療昨日の集約化、重点化等について(中間まとめ) 平成19年3月19日

(前略)

府内において安全、安心な分娩が行われるためには、
ハイリスク分娩の診療体制の整備が前提である。

集約化、重点化はOGCSに参加する医療機関を中心に、新生児科、麻酔科をも含めたハイリスク分娩に対応する医療体制の充実を図る(後略)

大阪府保健医療計画



大阪府医療対策審議会の議を経て
大阪府が作成したもの

7 周産期医療

(2) 周産期の保健医療体制と連携

- 1 母子保健体制
- 2 周産期医療体制
- 3 周産期緊急医療体制

(3) 産科の集約化、重点化

450P

これからの大阪の周産期医療を支えるために

大阪府周産期医療対策協議会

大阪府周産期緊急医療体制整備指針

(平成19年7月)

ハイリスク分娩に対応する医療体制の充実について

- (1) 総合周産期母子医療センターは、二次医療圏2カ所に少なくとも1カ所整備する。

現在 総合周産期母子医療センターは5カ所

大阪府立母子保健総合医療センター
高槻病院
愛染橋病院
関西医科大学枚方病院
大阪大学病院

今後は母体救命に対応可能な医療機関を優先的に指定する

大阪府周産期医療対策協議会

大阪府周産期緊急医療体制整備指針

(平成19年7月)

- (2) 地域周産期母子医療センターは、二次医療圏(出生5千〜1万)に少なくとも1カ所必要である。

産科および、少なくとも3床(6床が望ましい)のNICUを有し、
麻酔科などの関連科を有し、24時間、帝王切開等に対応できる施設

大阪府は平成19年度に 13施設を地域周産期母子医療センターとして認定した。

地域周産期母子医療センターが充分機能するためには、複数のOGCS参加の病院(いわゆる二次病院)を再編成し、機能分化、集約化する必要がある。

産科、周産期医療の再構築、集約化のモデルが実現すれば
他の地域での再構築、集約化に弾みが

- (2) 地域周産期母子医療センターは、
二次医療圏に少なくとも1カ所
が現実のものとなる

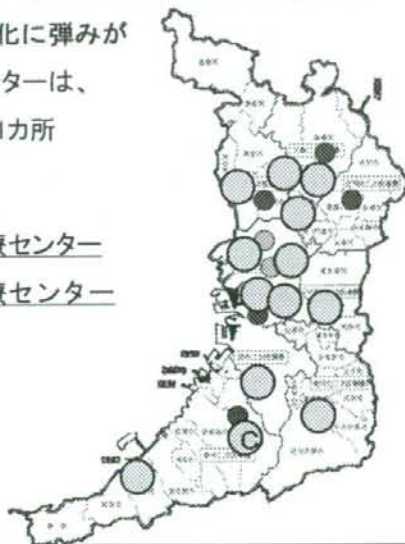
- 総合周産期母子医療センター
- 地域周産期母子医療センター

13施設

2005年

大阪府の出生76111、

二次医療圏は8つ



**周産期医療システムと救命救急システムの協力体制に
関する研究班 今後の取り組み**

研究班として、妊産婦死亡減少にむけた、実態調査を行い、周産期と救命救急センターの協力の仕方について提言をまとめるとともに、

大阪府医師会の委員会や大阪府周産期医療対策協議会、大阪府医療対策協議会など 行政が参加する場で、地域での妊産婦死亡を減少させるための活動を行い、具体的成果(システムの構築)をあげていく

平成20年11月20日 大阪府医師会 周産期医療委員会

12月17日 大阪府医師会 救急災害委員会

12月25日 大阪府医療対策協議会

産科周産期専門分科会

私は周産期と救命救急との連携ということについて、特に大阪で、どういうふうな連携ができるか、昨年から何回かの話し合いをさせていただきました。

昨年は、妊産婦死亡を減少させるために、周産期医療システムと救命救急システムの協力が必要であるということで、大阪で救命救急センターの担当者5人と、周産期医療関係者8人でチームをつくって、実際の症例を検討してきました。症例検討のなかで、用語や対象患者が違っているということがありましたけれども、繰り返して検討する中で共通認識ができてきました。特に行政的な協力体制をつくるというのが目標ですので、そのことも検討してきました。

昨年度は症例検討としては、30週に血尿で発症して、地域からOGCS搬送され、さらに救命救急センターのある総合周産期（総合周産期母子医療センター）に搬送されて救命された事例とか、大量輸血がもとの病院でなされて、救命された症例。これも総合周産期母子医療センターと救命救急センターとの、連係例です。

今年の検討症例としては、飛行機から降りた途端に血栓を起こして、いわゆるエコノミー症候群が、空港の近くの救命救急センターに搬送され、一応蘇生されたんですけども、その折り、骨盤内に大きな血栓があり、それが全身状態の回復を悪くしているということでその施設の産婦人科医の応援で治療をうけました。また心筋症の事例などが検討されました。

さて、大阪には5つの総合周産期母子医療センターと13の救命緊急センターがあります。そのうちの二つの総合周産期母子医療センターに救命救急センターが併設されています。その一つの施設から、ここ数年の症例を報告していただきました。妊婦が13例ありました。地域の医療機関から直接救命救急に電話が入った例と、産科を通して入るものもあります。そのなかで、発症してから5時間。それはもとのところで、この大学に搬送依頼が入るまでに、すでに脳外科、そのもとの病院での脳外科のやりとりとかということで、5時間ぐらい経過して搬送された脳出血の1例以外はすべて救命されておりました。

やはり多いのは産科の出血性ショックで、産科の事例は死亡例は少ないですが、産科の先生は、もう少し頑張れる、あるいは治療によって改善する事例もあるんですけども、なかなかそれに追いつかないものがあるって、こういうところに運ばれる。

なかには総合周産期母子医療センターのほうに収容しようということで受けたんですけども、玄関で状態を診てみると、とてもこれはだめだということで、救命救急センターにすぐ運んだということで、産科と救命救急が常に院内で連携されています。

問題点としては、いったん院内の周産期医療母子医療センターに収容してしまうと、今度は、さらに状態が悪くて救命救急に転科したいといっても、救命救急センターがなかなか取れないというようなことがあることも話題となりました。今後、大阪の産科の医療機関を対象に重症合併妊婦実態調査をする予定です。

大阪にある救命救急センターのなかには産科が併設されていないところもありますの

で、どこが産科救急を受け入れてくれるのかリストアップをしていく必要があります。それから施設内連携の在り方、産科、周産期からどういうふうに救急の情報を提供していくかということについても検討します。

救命救急にどういうふうに連携するかというマニュアルをつくったり、搬送する前に症例のチェックリストをつくる。さらには救命救急との連携に関する研修会が必要です。一般の先生方も対象にして来年2月に周産期研修会を予定しております。

大阪には13の救命救急センターと、5つの総合周産期センターがあります。そのほかに地域周産期母子医療センターが13施設、他に総合周産期母子医療センターには指定されていませんが、OGCSの基幹病院と国立循環器病センターがあります。

13の救急救命センターのうち総合周産期母子医療センターで救命救急センターがある大阪大学、関西医科大学が、救急のほうも総合周産期のほうも両方機能している。地域周産期母子医療センターのなかで近畿大学と泉州救命救急センターがかなり機能しています。それから、まだ総合周産期母子医療センターに指定されていませんが、大阪市立総合医療センターがOGCSの基幹病院としてまた救命救急の基幹病院として機能しています。国立循環器病センターも母体の救命医療、特に心臓、脳といった循環器疾患の受け皿となっています。おおむねこの6施設は実際に施設間および施設内の連携がなされていますし、良好な実績も得られています。少し北のほうに偏って、南のほうが少し手薄というのが大阪の医療事情であります。

そのほかに、OGCSの準基幹病院であって救命救急センターがあるのは、大阪府立急性期・総合医療センター。救急のほうでは非常に活躍している、千里の救命救急センターや中河内救命救急センターは救命救急センターとしての機能がありますけれども、妊産婦救急を受けるには現状ではハードルが高い。今後産科スタッフの充実、あるいはほかの施設との連携によって、もう少し機能強化をする必要がある病院というのがピックアップされる。それでも、どうしても大阪は、ちょっと北のほうに少し偏っているということで、地域的なそういう偏りが見られます。

実際そういう地域の連携をしていくなかで、どういう場で検討していくかということですが、医師会の周産期医療委員会、救急・災害委員会などがあります。それからやはり、行政のなかの周産期医療協議会とか、いろいろな協議会、あるいは大阪の保健医療計画のなかに、いかにこれを盛り込んでいただくかということが大事ではないかと思えます。

大阪府医療対策審議会の産科周産期専門分科会が平成18年12月にでき、今年の3月に一応の中間まとめを出しました。そこで大阪で安全、安心な分娩をおこなう、ハイリスク分娩の緊急対策ということで、集約化というのは、いわゆるOGCSの産科を中心に集約化、充実を図ろうということが盛り込まれました。

大阪府医療計画のなかに盛り込まれて、行政としてしなければいけない課題として挙げられています。

大阪は11の二次医療圏がありますけれども、2カ所に少なくとも1カ所程度、しかも今後は母体救命に対応可能な医療機関を優先的にするというので、一番最後に指定された大阪大学はそのような位置づけで指定を受けています。

もう一つは、地域周産期医療センターで、これは二次医療圏に1カ所を整備するというのをうたって、13施設を昨年認定しております。

ただ、現状のままでこの地域周産期医療センターに、いわゆる実際の機能を担わせるには、少し荷が重くて、例えば貝塚、泉佐野のような集約化、あるいはこ入れが必要じゃないかということが言われています。総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターは、一応地域的に配置されているということになります。それとともにこの大阪府の周産期医療協議会でも周産期と母体救急に対応できるような総合病院との連携を確保するということをうたっております。

空床情報は現在、母体搬送、母体救急の二本で動いていますけれども、これに脳出血や交通事故などというのを、この横に加えるということで、現在バージョンアップして、今年中には動きだす予定です。緊急搬送依頼情報をインターネット上で一斉送信して、投網を掛けるように送信してレスポンスを集める方法も現在バージョンアップ中です。

研究班としてのそういう調査をまとめるとともに、医師会の委員会とか、特に行政が参加する場で、地域のそういう具体的なシステムにつくりあげていくということが話し合われていくことを考えております。以上です。

○池田 末原先生、どうもありがとうございます。大阪の取り組みということでした。ご討議をお願いします。

○K ここで実は大阪のうらやましいかぎりなんですけれども、要するにほかの市から、大阪以外の、例えば和歌山、そういうふうな受け入れといいますのは、ヘリ搬送の部分で、ほかのところからどれぐらい受け入れ可能というか、そういうシステムみたいなものはあるんですか。

○末原 一昨年から近畿ブロックの周産期緊急医療広域連携の検討会があつて、今年の4月から一応広域連携が動いています。その場合、一応各府県の母体搬送の調整ができるように、連携調整拠点病院が定められ、そこのあいだで情報交換をすることになっております。もう一つは、今年の1月から大阪で一般救急のヘリ搬送が始まっておりますので、それは大阪府内だけですけれども、周産期については近畿ブロックの圏域に広げて運用しようということで、近々動くと思います。大阪では、阪大病院を拠点にして、有視界飛行ですから昼間だけですけれども、現在動いております。特に妊婦の脳出血に対する対応などは、各府県で整備できればいいんでしょうけれども、そういうのは大学とか国立医療センターとかに依存しているという現実があります。ヘリ搬送は、ヘリの中は非常に狭くて処置できませんので、出血しているというのは無理ですけれども、20分とか30分とかで搬送できるという症例については、かなり有用だし、胎児異常なんかの、胎児の心臓の異常などはちょっと遠くから予定搬送として搬送されています。

○岡村 難しいところは、まだ考えるところがあるんですけども、大阪なんかじゃなくて、北海道とか東北のほうとか、地域が広がるとたくさん救命できるようなシステムというのはないので、例えばへき地だと30分以内で搬送できるというのはものすごく広げることになるので、大阪だけじゃなくて、もっとほかのところから、頼むよといったら、すぐオーケーというような感じのものがあつてほしいです。

○末原 無条件にオーケーじゃないですけれども、一応各府県で整備していただいて、困ったときは受けますよということで、奈良県からは、以前は40、50例来ていましたがいまは20、30例と減っています。特に奈良と大阪の間には、高速道路が3本できて、すぐ来ま

すし、兵庫県も近い。問題は、そういう意味では、京都なんかはものすごく道路のアクセスが悪くて、京都市内でも非常に難しいというのがあるので、そういうのはやっぱり、ヘリ搬送にするとかなり有用だとおもいます。

○金山 都道府県レベルで考えても、そういうのは整備されているんですけども、もうちょっとボーダーレスな感じで、広域でやることも必要じゃないかなと。

○末原 緊急搬送の情報センター（緊急搬送コーディネーター）というのを大阪は動かしていますけれども、各府県で同じようにするのは、かなり効率がよくないんじゃないかと。将来的には大阪にそういう情報センター（緊急搬送コーディネーター）を置いて、各府県から1,000万円ずつ出していただいたら、充分対応できるんじゃないかと思って。プランはありますのでお金を出していただけたら。

○中林 それと地域のマッピングじゃないですけども、距離的なものじゃなくて時間的なもので、要するにドクターのほうは、例えば30分以内に来られるところと1時間以内に来られるところで、そこに何と何の機能を集めて、この地区のあれは1時間以内、この地区のあれは30分以内にした場合、ヘリコプターを使ったらそれが3分の1になるというような、施設の効率化をするにしがたって、施設のマッピングみたいな時間によるマッピングですけど、そういうものを何かつくって、搬送にはこのぐらい、救急車を使うとこのぐらいで行けるとというような、カバーする領域を何かつくっていただけると、東京とかその周辺でも参考にしたいと思います。

○末原 それをつくり出すと、奈良と大阪はもう一体化していますね。

○中林 一体化ならそれはそれでいいと思うんですけどね。

○末原 和歌山の北のほうは大阪と一体化する。南の方の時間軸が非常にそれが長いですね。

○中林 そうですね。そういう時間的なマッピングをつくっていくというのは、東北、関東地区なんかでも、高速であつという間に行けるところと、千葉みたいにして狭い道があつて、なかなか時間がかかっちゃうところと、だからヘリが必要になってくるんでしょうけれども、そういったものが全国的に。

○末原 そういう意味で大阪大学とか国立循環器病センターがある千里というのは非常に交通の要所になっていて、他府県にとってもメリットがある。

○小林 広域の効率化の話が出てきましたけれども、比較的関西、近畿地方では、2府6県のネットワークがすでにできているんですよね。だから問題は、東京近辺はたぶん東京と神奈川、埼玉、千葉とか、そういうのができていない。東北のほうも一部地域ではそういった病院関係の連携はあつても、行政主導の連携はまだできていないんだと思うんですね。

○中林 そうですね。それが一番の。

○小林 よく聞かれるのが、国ももっとおもてに出てと言われるんですけども、一般の、地方分権の考え方からすると、地方の取り組みがメインであつて、大阪のほうは、おそらく国が関与してできたというよりは、大阪府、あるいはその近辺の先生方がこういったネットワークをつくるので、取り組んできた自然発生的にできていった経過があるんじゃないかなという気はするんですけどね。

○末原 実は、近畿には産科救急連絡会というのがあつて、それは平成6年にもう始まっ

ているんです。近畿の産婦人科学会のなかでシンポジウムをもって、それを機会に産科救急連絡会が発足しました。今回広域の話が太田知事の肝いりでできたんです。それができると、もうすぐ、ドクター同士が地域で話し合ったりしました。そのモデルは近畿の新生児連絡会ですね。そういう集まりがあって、そういうのが非常にわれわれも参考になる。○岡井 先生のお話を聞いていてちょっと気になったのは、こういう体制を強化しないといけないので、いままでそういう責任を負っていなかった施設に対して、地域内で指定していくとかというのを進めていますよね。この救急体制の本質的な問題点として、日本は一つ一つの規模が小さい施設なんです。だから先ほどの総合周産期でも、要は当直がどうで、時間がかかるとか、東京なんか典型ですけれども、いくつか探してもみんな満床であるとかということが起こっているんで、目指す方向としては、本当に受けるところは規模を大きくしないとけない。それに逆行して、とにかくいまある器を使おうということで、これも指定しましょう。これも指定しましょう。NICUをここにも起きましようというのと、NICUが小さい、3床ぐらいあるようなのがいっぱいできて、本来普通の方と違う方向に行ってしまう恐れがある。僕はそれを一番心配していて、将来日本はどうなるんだ。これだけの人口を搬送する距離とかも考えて、どれぐらいの規模の施設が必要なのか。そういう方向にちょっと整理していかなくてはいけないのに、いまはここに施設があるのに、またこれ、指定するや、何やかんや言い出すと。そこがちょっと気になっているところなんです。

○末原 大阪では大きな施設を作ってこれから人を配置して設置しようというふうな考え方じゃなくて、いま機能しているぶんは頑張ってくださいよ。それでできない部分は何かそこをどうするか考えましょうという考えです。もちろんお産も集約化と言っていますが、開業の先生もできるだけ、いましているぶんは頑張ってもらって、地域周産期母子医療センターのほうも頑張ってもらって、これはまた二次救急も関係してくるので、特に地域なんかは二次救急。しかもそれは行政がある程度助成金を出していただくようなかたちになると、地域の先生方も周産期のほうに応援に行ったりすることもできるようになります。行政がある程度具体的な支援をしていただくと、地域周産期母子医療センターももうちょっと元気になるんじゃないかとおもいます。

○池田 末原先生のご発言は、いま話題になっております、救命救急システムとの連携ということ、フェイスツーフェイスで大阪でやっているということですね。

○末原 いろいろ話し合ってみると、産科でしていくとか、決して救命救急が管理するような状態にはならないだろうという方向でしていただくと。自分でも何をいつているのかわかりません。

○池田 実際に会ってお話を聞いてみるといろいろな問題がありまして、救命救急は市町村が単位なんですけれども、周産期は地方周産期システムの別の単位ですから、そこで大きな何か連携ができてきたといいますか、行政もいろいろ縦割りで。

○末原 ここにまた、仕事が市町村単位というのが大きな問題で、データを一括して管理していないというのが、また問題なんです。

○池田 一つ一つ大阪で、現場での問題点を改善していくという段階です。先生、どうもありがとうございます。母体班、オーバーしちゃいましたが、乳幼児班、よろしくお願ひします。

【乳幼兒死亡班】

幼児死亡の総括的研究
死亡小票閲覧調査
死因の種類と死亡の場所

大阪府立母子保健総合医療センター
藤村 正哲

平成19, 20年度厚生労働科学研究費補助金

研究課題名：乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と
提言に関する研究
(主任 池田智明)

幼児死亡の総括的研究

分担 藤村正哲
大阪府立母子保健総合医療センター

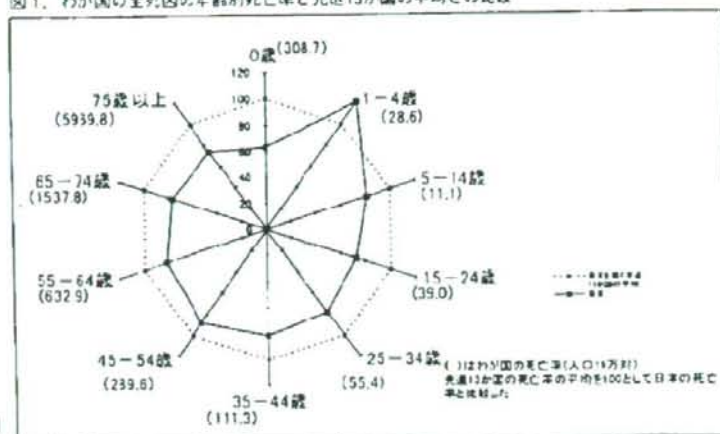
背景(1)

○わが国の新生児死亡率(生後28日未満)は世界で第1位の最小値(1.8/1000出生:2005年)を維持し、乳児死亡率(0-11ヶ月)は世界で第3位に位置している。

○一方、12-59ヶ月(1~4歳)死亡率は1.2/1000出生で、世界の国別順位で21位である(最小はルクセンブルグ=0.4)。

○わが国の年齢別死亡率を先進13カ国と比較すると、1-4歳が特異的に高い値となっている。

図1. わが国の全死因の年齢別死亡率と先進13か国の平均との比較



田中哲郎、内山有子、石井博子。わが国の全死因と不慮の事故の死亡率の国際比較。日本小児救急医学会雑誌 Vol.4, No.1, Page127-134 2005

背景(2)

2008年東京地裁は、1999年に東京都内の病院で小児科勤務医が自殺した案件を過労死と認定したが、その医師は月8回の当直、週2回の32時間連続勤務をこなしていた。医師の手記には「経済大国日本の首都で行われているあまりに貧弱な小児医療」「不十分な人員と陳腐化した設備のもとで行われている、その名に値しない救急・災害医療」と書き残されていた。この医師の見解を主観的と見るか、あるいは客観的データで立証する必要があると考えるかは、現在の小児医療が崩壊寸前とまで表現される状況下では、自ずから明らかであろう。本研究はこのような背景(1)(2)を問題意識としつつ実施しているものである。

1～4歳児死亡率の国際比較

新生児死亡率ランク	国名	年	率
14	Luxembourg	2003	0.4
36	Malta	2003	0.5
3	Iceland	2001	0.7
20	Greece	2001	0.7
4	Finland	2003	0.8
8	Slovenia	2003	0.8
9	Sweden	2001	0.8
15	Italy	2001	0.8
21	Canada	2000	0.8
22	Switzerland	2000	0.9
23	United Kingdom	2002	0.9
6	Czech Republic	2003	1.0
10	France	2000	1.0
11	Germany	2001	1.0
12	Spain	2001	1.0
24	Australia	2001	1.0
25	Netherlands	2003	1.0
37	Croatia	2003	1.0
13	Austria	2003	1.1
1	Singapore	2001	1.2
2	Japan	2000	1.2

(補田)

← 21位

0～4歳児の死亡原因で外傷の割合

Ireland	2000	2.872063
Sweden	2000	3.380282
Italy	2000	4.024003
Turkey	2000	4.025562
United Kingdom	2000	4.406475
Iceland	2000	4.878049
Netherlands	2000	5.15625
Denmark	2000	5.524451
Poland	2000	5.581768
Hungary	2000	5.57658
Greece	2000	5.830904
Slovakia	2000	6.028369
Norway	2000	6.228374
Spain	2000	6.452132
Germany	2000	6.613372
Finland	2000	6.882581
Mexico	2000	6.982713
Canada	2000	7.216495
Switzerland	2000	7.488987
France	2000	8.262454
Austria	2000	8.351848
Portugal	2000	8.995327
Belgium	2000	9.68589
United States of America	2000	10.33198
Australia	2000	10.5805
Republic of Korea	2000	11.18892
New Zealand	2000	11.4094
Japan	2000	11.63409
Czech Republic	2000	12.5
Luxembourg	2000	14.94253

(補田)

平成19, 20年度厚生労働科学研究費補助金

研究課題名：乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と
提言に関する研究
(主任 池田智明)

死亡小票閲覧調査

分担研究者 楠田 聡
渡辺 博
桜井淑男
藤村正哲

平成19, 20年度厚生労働科学研究費補助金
研究課題名：乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究
(主任 池田智明)

幼児死亡の総括的研究(分担 藤村正哲)

(目的) 人口動態調査死亡票を用いて、1, 2, 3, 4歳児の死亡原因と死亡場所について分析し、死亡の実態を把握し、1~4歳児死亡率を乳児死亡率、新生児死亡率に見合う世界順位に改善するための基礎資料とすることを目的とする。

(方法) 指定統計調査調査票の使用について、統計法第15条第2項の規定に基づき、総務大臣の許可(許可を受けた者の氏名：藤村正哲)を受けて実施した。

(対象) 日本の平成17, 18年の1, 2, 3, 4歳児死亡小票全数
死亡票の使用者

大阪府立母子保健総合医療センター 藤村 正哲

(分担研究者)

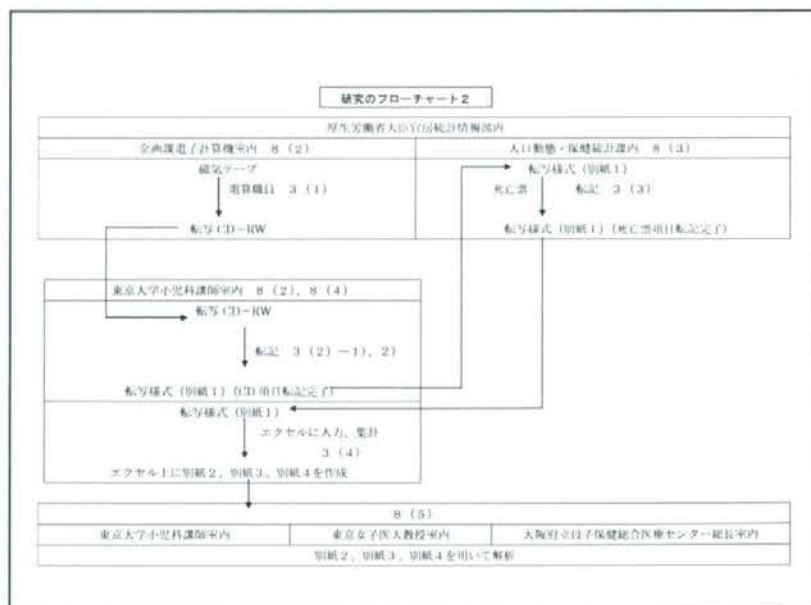
東京女子医科大学母子総合医療センター 楠田 聡

(研究協力者)

東京大学大学院医学系研究科小児医学講座 渡辺 博

死亡小票の閲覧を許可された者の所属・職名・氏名

地方独立行政法人大阪府立病院機構
 大阪府立母子保健総合医療センター
 総長 藤村 正哲
 東京女子医科大学母子総合医療センター
 教授 楠田 聡
 埼玉医大総合医療センター小児科
 講師 櫻井 淑男
 国立大学法人東京大学大学院医学系研究科小児医学講座
 専任講師 渡辺 博
 助教 井田 孔明 助教 土田 晋也
 助教 五石 圭司 助教 康 勝好
 助教 小野 博
 後期研修医 小寺 美咲 後期研修医 自見 英子
 後期研修医 関 正史 後期研修医 林 郁子
 後期研修医 谷口 留美 後期研修医 山口 真由美



(別紙1)
転写様式

管理番号			備考
事件簿番号			ナニゾ
届出地所(区町村)番号			ナニゾ
届出日			ナニゾ
届出期			ナニゾ
生年月日			ナニゾ
死亡したとき			ナニゾ
死亡したときの種別			ナニゾ
死亡した人の住所(市町村別番号)			ナニゾ
死因の名称	*		死亡原因
死亡の理由	1(ア)	*	原因から死亡したとき
	1(イ)	*	原因から死亡したとき
	1(ウ)	*	原因から死亡したとき
	1(エ)	*	原因から死亡したとき
	2	*	原因不明
	その他	1欄(1)～(4) 2欄(1)～(4)	年月日
主要病変 手術・解剖	*		死亡原因
死因の種類	*		死亡原因
死亡したとき	* 平成 年 月 日 午前・午後 時 分		死亡原因
死亡したときの種別	* 1 (2) (3) (4)		死亡原因
死亡したところ	* 都道府県 市郡 区町村		死亡原因
死亡の場所			
手術および状況	*		死亡原因
その他特に付するべきことがら	*		死亡原因
予備欄			

平成19, 20年度厚生労働科学研究費補助金

研究課題名：乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と
提言に関する研究

(主任 池田智明)

死因の種類と死亡の場所

分担研究者 藤村正哲

死因の種類別、死亡の場所 死亡小票 2005, 2006

1病院当たり死亡数	病死及び自然死	交通事故、転落、溺水、火災、窒息、中毒、他不適外因死	火災、他殺	不詳の死、不詳の外因死	不明	総死亡数	病院数	病院数の割合
1	221	69	3	20	1	314	314	48.5%
2	173	46	8	9	0	236	118	18.2%
3	134	54	4	9	0	201	67	10.4%
4	110	16	5	4	1	136	34	5.3%
5	122	22	2	4	0	150	30	4.6%
6	89	17	0	2	0	108	18	2.8%
7	122	15	1	8	1	147	21	3.2%
8	56	7	0	9	0	72	9	1.4%
9	53	14	2	3	0	72	8	1.2%
10以上	132	19	1	4	1	157	14	2.2%
15以上	257	15	2	12	1	287	14	2.2%
病院内死亡計	1469	294	28	84	5	1880	647	100.0%
不明	6	1	1	3	48	59		
その他	6	41	11	16	5	79		
自宅	94	25	62	37	9	227		
病院以外の死亡計	106	67	74	56	62	365		
総計	1575	361	102	140	67	2245		