

4) 母子保健におけるシステムおよび レコードリンケージの問題

木村 正文 関戸 夏江
高野 陽 山本 照代
大島健次郎 渡辺 順子
市川喜美子 沖 美貴子
小野 桂子 宮里 園子

(国立公衆衛生院)

(このサブテーマの研究は国立公衆衛生院専攻課程昭和50年
度合同臨地訓練の課題として行なわれたことを付記する。)

- I はじめに
- II 調査目的
- III 調査方法
- IV 母子保健のシステム
- V 新生児死亡に関する調査結果
- VI 考 察
- VII ま と め

II 目 的

今回我々合臨第IIチームは、上記の観点からして、保健所を中心にとどのような情報を基に、どのような管理体系が生まれ、どのような問題点を抱えているのかを調査し、それについて考察を加えた。

III 調査方法

目的にのべたように現行の母子保健について、システムを中心に研究した。さらに、豊島区豊島池袋保健所管内における昭和50年1～7月の乳児、新生児死亡8例について下記の方法で調査した。

- 1) 保健所活動の記録(妊婦健康診査受診票、妊産婦訪問管理票、母子管理カード等)より抜粋する。
- 2) 家庭訪問を行ない、母親に面接する。
- 3) ケースの今回の妊娠、分娩に関連のあった医療機関を訪問してケースの記録を聴取又は転記する。

(豊島池袋保健所の地区概要)

豊島区は、東京都の西北部に位置し、副都心池袋を中心とした、都下(人口:229,016, 密度25,111/km²)最高の人口密度を有する住宅と商業が中心の地区である。昭和48年度

I はじめに

医療そのものが多様化し、専門化していく中で、医療情報も、その大きさ、形、場所という面で分散している。また、住民は、都市を中心として移動が激しく、医療情報の集積は、非常に困難な状況にある。

しかし、近年問題となったサリドマイドによる先天異常や、最近の新生児死亡等、医学的情報や疾患に関与する要因についての記録を結びつける事により、分散した記録のみでは得られない大きな意味を持つ情報が得られる。即ち、種々の疾病、死亡に関与する因子、遺伝、職業、地域特性などの分析から、予防、治療、リハビリテーションに至る医療に必要な情報が得られる。特に周産期に於ける情報の集積は、今日の母子保健の問題点を把握する意味において重要な課題である¹⁻⁷⁾。

の出生は3,613人で、乳児死亡率は2.8（出生1,000対）新生児死亡率は6.4（出生1000対）低体重児出生率は5.5%となっており、妊娠届86.6%（5ヵ月未満）母親学級受講者286人妊婦健康診査票の利用数2,832となっている。⁸⁾⁹⁾

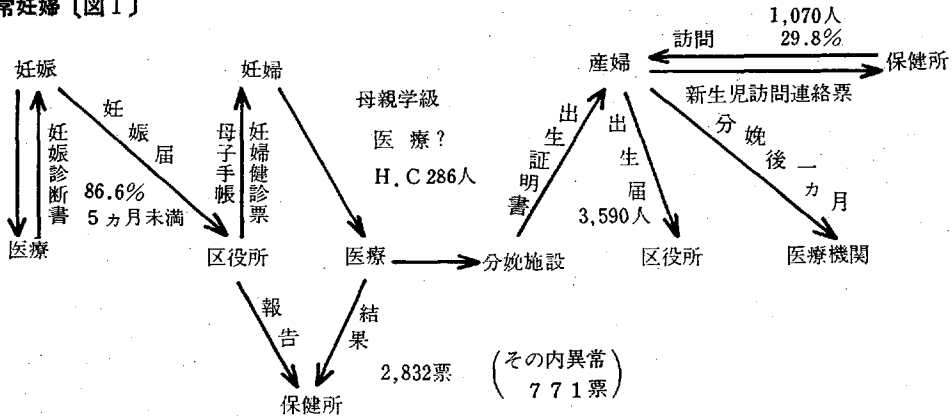
IV 母子衛生のシステム

現行での妊産婦、新生児の保健システムは図Ⅰ～Ⅳのごとくである。この内容を保健所を中心と考え、正常妊娠の場合には、妊娠届の報告、妊産婦健康診査票の受理が行なわれ、妊娠中毒症などの妊娠中や産後の異常や未熟児などの異常があれば、妊婦健康診査票、診断書、未熟児に関する保護者からの連絡などにより、必要に応じて、訪問指導や医療福祉が行なわれる。又、新生児に対して

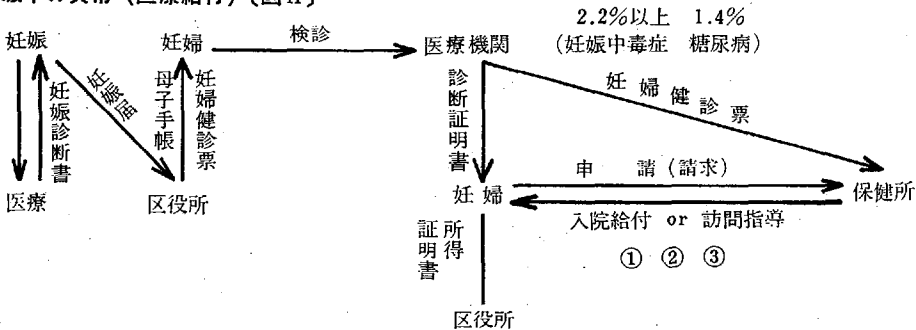
は、育成、養育医療という形での医療福祉援助がある。

以上のごとく、正常な妊娠出産に関しては、大部分、保健所は関与せず、異常がある場合に、且つ、医療機関、本人から連絡がある場合に保健指導、医療給付を行うという状況である。また、母子関係の主なデータとしては、保健所に出生票、死亡票、死産票、妊婦健康診査票、出生通知書などがある。病院などの医療施設では、入院、外来カルテ、助産録、看護記録があり、本人には、母子健康手帳が、区役所には妊娠届、出生届、死亡届などがある。しかし、これ等のデータは、必ずしも全てが備っている訳でなく、カルテなどの記載方法も、標準化にはほど遠い状況にある。

1. 正常妊娠（図Ⅰ）

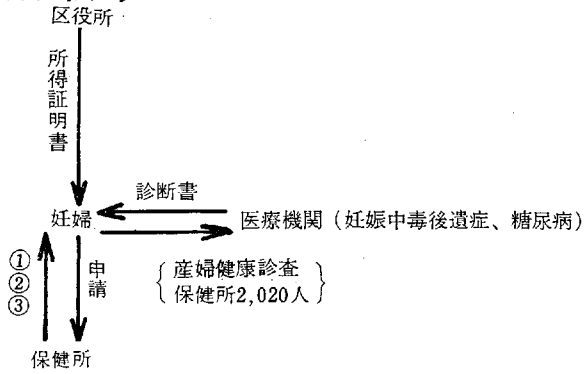


2. 妊娠中の異常（医療給付）（図Ⅱ）

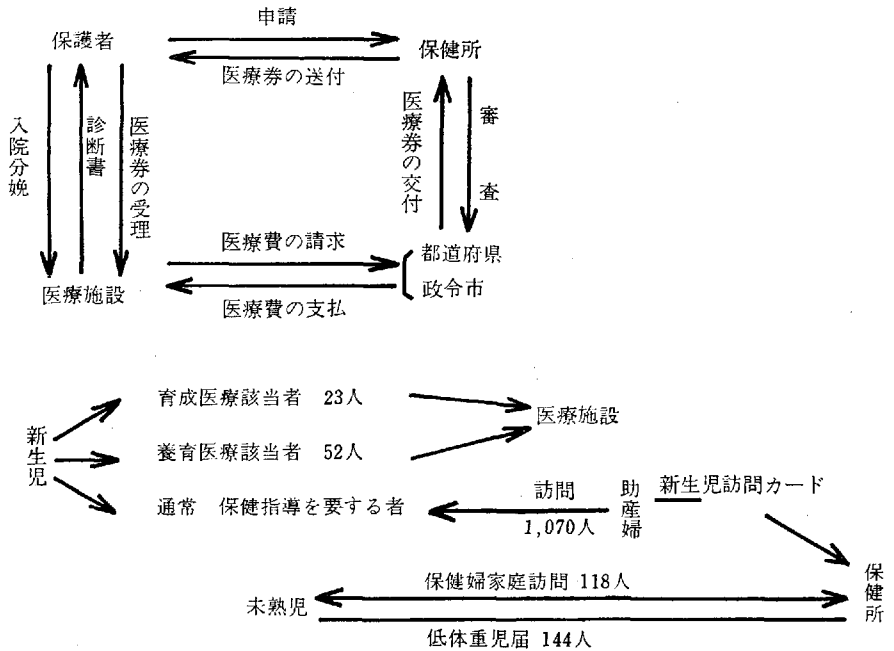


- ① 妊娠中毒症医療援助と保健指導
- ② 妊産婦糖尿病医療援助と保健指導
- ③ 母子栄養強化対策

3.産後の異常〔図Ⅲ〕



4.養育、育成医療の受診経路〔図Ⅳ〕



※図中の数字は、豊島池袋保健所管内の昭和48年の件数である。

V 新生児死亡に関する調査結果

個々のケースについての概要と問題点は、表I. 1～8に示したとおりである。

表I-1

氏名	ケース 1	年齢25才	学歴 中卒	経産 1回	分娩予定日 S.50年4月16日 分娩年月日 S.50年4月16日
生活状況	夫の年齢31才 職業 自営業, 学歴 中卒, 月収 不明 結婚年齢 23才 住居 持家 4部屋, 騒音あり 家族構成, 夫, 長男, 夫の両親, 夫の弟5人				
既往歴	一般既往歴, 特記すべきものなし 遺伝的疾患なし 産科的既往歴 妊娠回数 1 分娩回数 1回 流産自然人工とも 0 S.48年12月17日 3,300g♂ 第1子 正常分娩				
妊娠経過	初診年月日 S.50年3月末 (妊娠38週) 母子健康手帳交付年月日 S.50年3月末 検診医療施設 産科開業医 妊娠中の生活, 普通と同じで特に注意せず		経過中の異常 末期に貧血 (ザーリー 58%) ホルモン剤の使用 無し 検診回数 2回		
分娩経過	分娩経過 骨盤位のため帝王切開術 産褥経過 貧血のため輸血 200ml 縫合不全, 化膿で1カ月加療				
出生時児の状態	出生 S.50年4月16日 在胎40週 児の体重 2,140g 性別♂ AS (Apar Score) 8以上 出生 1時間後によりチアノーゼを来たしマスクにて酸素吸入施行 出生 6時間後に国立病院未熟児センターへ移送				
新生児期の経過	死亡迄の経過 症状: チアノーゼ, 蒼白 呼吸障害, 呻吟 治療・処理: 保育器, 酸素吸入, 輸液 レスピレーター装着		死亡年月日 S.50年4月17日 生存期間 19時間15分 死因 特発性呼吸障害症候群 未熟児 胎盤機能不全症候群		
その他	剖検の所見 肺拡張不全				
問題点	行政的: 妊婦検診票を利用していない ・現時点においては保健所での把握は困難 ・未熟児センターへの移送の問題 (方法, 時期) 医学的・分娩施設の問題 (帝王切開の適応, 産科医不在) (児の出生直後の取扱い)		社会的・同居人多い, 自営のため休養とれず ・家事労働, 自営による労働力が妊婦にとって過重ではなかったか ・本人の妊娠, 分娩に対する意識 (初診年月日, 母子健康手帳交付年月日か妊娠10カ月である。転医 第1子との間隔)		

表I-2

氏名	ケース 2	年齢18才	学歴 中卒	経産1回	分娩予定日 S.50年10月6日 分娩年月日 S.50年7月29日
生活状態	夫の年齢 29才 職業 とび職人 学歴 高校中退 結婚年齢 17才 住居 賃貸 2部屋 騒音あり 日照不良 家族構成 夫, 長女, 父, 兄2人			月収 10万前後 (日当のため不安定)	
既往歴	一般既往歴 特記すべきものなし 産科的既往歴 妊娠回数1回 分娩回数1 流産, 自然人工とも 0 S.49年9月28日 2,880g♀ 第1子正常分娩			遺伝的疾患なし	
妊娠経過	初診年月日 S.50年7月29日 (妊娠30週) 母子健康手帳交付年月日 S.50年7月29日 妊娠中の生活 栄養牛乳1本 休養昼寝 } とっていた 喫煙1日20本			妊娠中の異常 妊娠8カ月で陣痛発来し, 分娩へ進行 ホルモン剤の使用 無 検診回数 0	
分娩経過	分娩所要時間 2時間05分				
出生時児の状態	出生 S.50年7月29日 在胎 30週 児の体重 1,480g 性別♂ 仮死1度 保育器収容, 酸素吸入施行し 出生3時間30分後 未熟児センターへ移送				
新生児期の経過	死亡迄の経過 症状, テアノーゼ・呼吸障害, 呻吟 治療・処置・保育器・酸素吸入(33~44%) 輸液			死亡年月日 S.50年7月30日 生存期間 25時間35分 死因 生活力薄弱, 未熟児	
その他					
問題点	行政的・妊娠届出, 母子健康手帳交付の手続をしていないため妊娠検診票を利用出来ず把握が困難 医学的・第1子分娩後3カ月で, 次の妊娠をしている。 ・第1子分娩後18才の若年母親に家族計画指導が的確になされていたか			社会的・若年の経産婦である ・未成年の喫煙(1日20本) ・収入が不安定である ・分娩迄医療機関の診察を受けていない	

表1-3

氏名	ケース 3	年令27才	高 卒	初 産	分娩予定日 S.50年3月29日 分娩年月日 S.50年1月26日
生活状況	夫の年令 27才 職業 会社員 大卒 結婚年令 25才 住居 アパート 賃貸 部屋数 2				家族構成 夫婦 月収 12~14万円
既往歴	一般既往 遺伝疾患 共に特記なし 産科的既往				
妊娠経過	初診 S.49年7月?日 母子健康手帳交付 S.49年9月 医療施設 産院 ホルモン剤使用の有無 検診回数 10回以上				生活 食事に気をつけた 妊娠3カ月に1日出血少量あるも、処置せず
分娩産褥経過	前期破水 S.50年1月20日 陣痛発来 S.50年4月26日早朝より 分 娩 S.50年1月26日 分娩所要時間 4時間47分				産褥経過 乳房緊満軽度あるも3日位冷罨法にて消失他経過良好
出生時の児の状況	出生 S.50年1月26日10時38分 (31週) 体重 2,400g 〇 AS 6点 仮死 1度 O ₂ 吸入 外表奇形 なし				
新生児経過	症状 全身チアノーゼ、四肢痙れん、手指末端に浮腫、呼吸障害(浅薄、不整、陥凹) 処置 保育器使用、強心剤使用(テラプテック、ビタカンファー)				蘇生 16時40分~17時20分 死亡 S.50年1月26日17時20分 死因 肺換気不全
その他	剖検の有無と所見 (無)				妊婦健康診査受診票(S.50年1月15日)29週 妊産婦訪問指導票(S.50年1月25日)31週
問題点	特になし				妊婦健診票を保健所S.50年5月受理す

表 I-4

氏名	ケース 4	年齢 26才	学歴 高卒	経産 1回	分娩予定日 S.50年3月12日 分娩年月日 S.50年1月18日
生活状況	夫の年齢 26才 職業 会社員 高卒 結婚年齢 24才 住居 アパート 賃貸 部屋数 2室			家族構成 3人(夫婦, 子供 1才8カ月) 月収 15~17万円	
既往歴	一般既往 虫垂炎 15才 産科既往 前回妊娠3カ月の時期に流産徴候あり20日間入院			第1子 1才8カ月	
妊娠経過	初診 S.49年7月?日 母子健康手帳交付 S.49年10月?日 医療施設 総合病院産科 ホルモン剤使用の有 (無) 検診回数10回以上			生活 普段と同じ 食生活 菜食, 牛乳, 卵等気をつけて食べた 妊娠3カ月で3日間出血流産徴候 4カ月 トキソプラスマ血清反応 陽性 アソリエプレマイシン10回 5カ月 トキソプラスマ同反応 陰性	
分娩産褥経過	前期破水 S.50年1月18日 1時30分 誘発分娩 点滴1000ml アトニン0 5単位 分娩 S.50年1月18日 分娩所要時間 5時間50分			産褥1週にて退院後2日間発熱(39~40°C) 掻爬(胎盤残留)施行在宅にて内服治療す	
出生時の児の状態	出生 S.50年1月18日 16時20分(33週) 体重 1,750g ♀AS7点 症状 チアノーゼ 呼吸障害(シーソー呼吸) 処置 テラプチック ビタカンファー 保育器使用 酸素2l吸入			外表奇形 なし	
新生児経過	蘇生 S.50年1月19日 2時15分~5時35分 死亡 S.50年1月19日 5時35分 死因 未熟児				
その他	剖検の有無と所見 (無)				
問題点	分娩後1年以内の妊娠であった 医学的・前期破水のみによる誘発分娩が行なわれている			正しい家族計画を必要とする	

表I-5

氏名	ケース 5	年齢 26才	学歴 高卒	初産	分娩予定日 S.50年1月1日 分娩年月日 S.50年1月7日
生活状況	夫の年齢 29才 職業 会社員 学歴 大卒 結婚年齢 24才 住居 アパート 給与 3部屋			家族構成 夫婦 月収 18万以上	
既往歴	一般既往 遺伝疾患 特記事項なし 産科既往				
妊娠経過	初診 S.49年1月5日 (14週) 母子健康手帳交付 S.49年5月14日 医療施設 総合病院産科 ホルモン剤使用の有 (無)			妊娠中の生活, 振動, 人ごみ等特に気をつけた 栄養 牛乳1本以上 ひじき等よく摂取した 検診回数 10回以上	
分娩産褥経過	前期破水 S.50年1月7日 6時30分 陣痛発来 1月7日 12時 分娩 1月7日 17時3分 分娩所要時間 5時間9分			産褥経過良好	
出生時の児の状態	出生 S.50年1月7日 (40週) 体重 1,860g ♀ AS 8点 5分後9点 蘇生術被術の有 (無) 外表奇形 兔唇, 口蓋裂 STD			未熟児センター入院 18時4分 インキュベーター収容 酸素開始	
新生児経過	死亡までの経過 嘔吐 生後8~9日目頃より1~2回/1日 発熱 生後 17, 21, 22, 28, 29, 40, 41日目⊕ 頭部 脚腫 臍疱疹が発熱頃より発生 瘻れん 生後43~45日目頃あり 呼吸速迫 四肢の浮腫も瘻れんと同時発生			治療処置 保育器収容 (死亡まで) 栄養方法 鼻腔栄養 酸素生後37日目まで 死亡 S.50年2月21日14時 (45日生存) 死因 生活力薄弱 未熟児	
その他	剖検の有無と所見 (無)			妊産婦訪問指導票 S.49年10月10日 (27週) 母子管理カード票 S.50年3月15日 養育医療の説明	
問題点	問題点として取上げる事柄は特になし				

表I-6

氏名	ケース 6	年齢27才	学歴 不明	初産	分娩予定日 S.49年12月31日 分娩年月日 S.50年1月4日
生活状況	夫の年齢 33 職業弁護士 学歴 大卒 結婚年齢 不明 住居 マンション 環境良 詳細不明 家族構成 夫婦2名のみ			月収 不明	
既往歴	一般既往歴 } 遺伝疾患 } 共に特記事項なし (入院カルテよ 産科既往 } り転記)				
妊娠経過	初診 S.49年5月15日 (妊娠8週) 検診 医療施設, 総合病院産科 母子健康手帳公布年月日 不明 経過中特に異常認めず			ホルモン剤使用せず 検診回数10回以上	
分娩産褥経過	分娩経過 異常なし, 自然分娩 出血 250ml 分娩所要時間 14時間13分 産褥経過 異常なし			その他 臍帯巻絡, 頸部2回 会陰左側切開 (計6針縫合)	
出生時の児の状態	出生 S.50年1月4日 (在胎40週) 体重 2,580g ♀ AS 5点 仮死1度 蘇生術施行 レスピレーター装着 酸素吸入 その他の処置 テラプチック注			外表奇形・有 { 兔唇, 口蓋裂 鼻形成不全 Haloprosencephaly の疑い 状態落ち着いて 後直ちに同院小児科に収容す	
新生児期の経過	チアノーゼ, 呼吸障害, 頻回の嘔吐痙攣, 哺乳力微弱が持続 治療処置 (死亡時で保育器収容 酸素使用 時折輸液も行っている)			栄養方法 経管栄養 人工乳 死亡年月日 S.50年2月6日 前9.00 生後 33日目死亡 死因 気道閉塞 誤飲	
その他	精神的に未だ安定していないからとの理由で訪問拒否されている			剖検は両親の許可が得られず不能	
問題点	特に問題点として取り上げる事項はないが, 妊娠何ヵ月か明確でないが副鼻腔炎で熱発時 実家の近くの犬猫病院にて内服薬を処方してもらい内服している (薬名, 量等は不明)				

表I-7

氏名	ケース 7	年令27才	学歴 高卒	初産	分娩予定日 S.50年2月23日 分娩年月日 S.50年3月13日
生活状況	夫, 年令27才 職業 服飾セールス 学歴 大学中退 結婚年令 25才 住居, 賃貸アパート, 部屋数2室			家族構成 夫婦2 収入 月収18万以上 妊娠5Mまで職業あり, 洋裁デザイナー	
既往歴	一般既往歴 なし 遺伝疾患 父高血圧 産科既往歴 (妊娠2回 (20才, 23才) いづれも人工中絶)				
妊娠経過	初診 S.49年7月3日 (妊娠7週) 検診医療施設, 総合病院産科 母子健康手帳公布 S.49年8月20日 栄養に注意し塩分を少なくした(1日牛乳2本)			ホルモン剤使用せず 検診回数16回 母親学級出席す 羊水過多症 妊娠39Wで浮腫(+) 蛋白尿(±)	
分娩産褥経過	誘発分娩 妊娠42週 (前期破水) 第2頭位, 羊水量2,000ml以上 分娩所要時間 3時間29分			産褥経過, 異常なし	
出生時の児の態	出生 S.50年3月13日 (妊娠42週) 児体重 2,130g 女 AS 8点以上処置せず			多発奇形 鎖肛, 両側 外耳口閉鎖, 口蓋裂, 外耳欠損両側, 心臓奇形, 食道閉鎖	
新生児期の経過	チアノーゼ, 呼吸障害 嘔吐, 黄疸 など 治療処置 (保育器収容 酸素25%) (唾液の吸引 点滴) (光線療法)			死亡年月日 S.50年3月21日 前10時 生存期間 8日間 死因 急性呼吸不全, 肺炎	
その他	剖検で, 上記, 多発奇形 出産後染色体検査を実施するも異常なく, 奇形発生要因は不明			手術により延命可能性ありと思われるが, 家族の希望なく保存的治療のみ	
問題点	医学的 妊娠中の異常所見に対しては治療及び妊婦管理が行われている。児に対しては保存的治療のみ実施, 母子共に医学的限界あり 行政, 社会的 社会福祉上の問題あり				

表1-8

氏名	ケース 8	年齢39才	学歴 中卒	経産 2回	分娩予定日 S.50年 5月22日 分娩年月日 S.50年 4月16日
生活状況	夫の年齢 43才 職業 工員 学歴 中卒 結婚年齢 24才 住居 持家 一戸建, 部屋数 4部屋 家族構成 5人 (夫婦, 子供 1人 祖父母)			月収 6~8万円	
既往歴	一般既往なし, 遺伝的疾患なし 産科既往 妊娠回数 2回, 分娩回数 2回 (2回共帝切) 第1子 2,700g ㇿ 正常児 生後, 4ヵ月 肺炎死亡 第2子 2,700g ㇿ 正常児 生存 小5 肥満児			流早死産なし 妊娠中, 2回とも妊婦中毒症 高血圧 180~100mmHg 出現し, 第1子分娩後, 高血圧の治療を続行している	
妊娠経過	初診 S.49年11月?日 (妊娠4ヵ月) 検診医療施設, 総合病院産科 母子健康手帳交付 S.49年11月27日 栄養及び安静に気をつけ, 刺激性のものをさけた			妊娠17Wより高血圧 (180/100mmHg) 浮腫が出現し入院す (12/10~12/29) 貧血 (+) ホルモン剤使用せず 検診回数 7~9回	
分娩産褥経過	S.49年4月15日妊婦検診の為受診し直ちに入院をすすめられ入院 (血圧 260mgHg) S.49年4月16日 帝王切開 胎児切迫仮死			出血 850ml 手術時間 1時間 35分 産褥経過 妊娠中毒症後遺症	
出生時の児の	出生 S.49年4月16日 前10.28分 (在胎34週) 児体重 2,020g ㇿ AS 3点 (仮死Ⅱ度)				
新生児期の経過	呼吸障害あり, 蘇生, アルカリ療法呼吸促進剤使用 保育器収容 酸素使用 死亡 S.49年4月16日 前 11:28 (生後1時間)			死因 未熟児	
その他	剖検せず				
問題点	行政的 病院側の指導のあり方, 保健所側から医療機関に働きかけがない。妊娠中毒症等の医療給付の対象者であること 保健所側からの産後の訪問指導の働きかけが一度もない 医学的 妊娠初診日が遅れている。妊娠中毒症に対する治療は行なわれているが, 指導はなされていない。母子ともに医学的限界あり 社会的 経済的な問題あり。本人の病状に対する意識のもち方, 衛生知識の低下				

死因から推測して、新生児死亡に関連したと思われる問題点を項目別に拾うと、生活状態では2ケース、既往症では1ケース、妊娠中では2ケース、分娩産褥では5ケース（内早産4ケース）出生～新生児期では低出生体重児が7ケース、奇形が2ケースとなる。

行政的な面での問題は、現行のシステムの中で、保健指導、衛生教育等の、保健所活動の限界がみられた。また、妊婦の状態把握は、妊婦健康診査票が唯一のてがかりであるが、これが、医療機関より報告がなかったり、あっても、数カ月遅れて役に立たないなど、医療施設と保健所との連携にも問題があり、更にシステム上、妊婦健診を受けないか、それに近い形で分娩に至るケースでは、実態がつかめない、などの問題がみられた。今回調査対象8ケース中、2ケースに妊産婦保健指導が行われていた現状であった。

Ⅵ 考 察

我が国の医療の現状を見ると、その学問的、技術的水準は、世界有数のレベルにあるにもかかわらず、医療機関相互の連携、医療行政の貧困などが障害となり、必ずしも近代医療の恩恵に浴さない部分がある¹⁰⁾。それは母子保健の統計上にも表われ、そして周産期死亡の特徴や、妊産婦死亡の高率として示されている。その原因は、妊娠中毒症、周産期の大量出血の独特な特徴によるものが多く、諸外国の統計資料から考えれば、適切な妊娠中の管理や、救急医療が行われることで防ぎ得るのではないかと考えられる。同様に周産期、新生児死亡も、集中強化医療を行うことで、かなり減少され得るのではないかと考えられる。

しかし、現実には、今回の調査でも明らかな様に、①妊娠届は義務規定ではなく、登録管理が十分でない。②医療機関との連絡が悪いために行政として対象が把握できない。③その結果、妊娠、分娩、産褥の医学的知識や、医療機関、行政の効果的利用方法の認識

が不足している等の問題がある。

こうした状況の背景には、急激な社会の変化に現行の保健システムが対応出来なく、保健教育、医師会と保健所の関係等の問題がある。

このため、現状では医療機関と本人の自覚に任せきりという状況になっていて、その結果、今回の調査でも特に問題と考えられるケースがあった。

そこでこの様な現状から、今一步前進するためには、関係医療施設、社会福祉施設、研究機関、及び行政当局がチームを組み、地域の関係者と共に、High-Risk Group¹¹⁾の拾い出し、高密度な健診、追跡調査、集中強化医療を行う必要があるし、そのために情報を把握し、管理する「母子健康管理センター」が必要と考えられる。

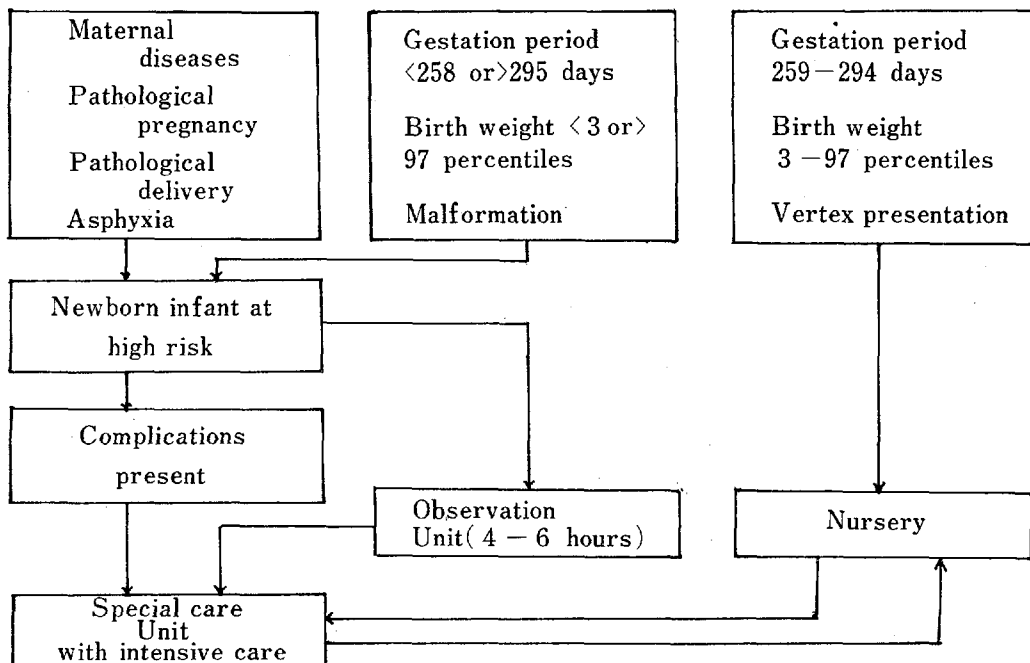
その実現に向けて、妊婦の登録管理を完全なものとし、妊娠から産褥に至るまで、High-Risk Group については十分な管理が行われるべきである。正常群については、衛生教育を徹底し、その間異常が生じた時には、適宜、High-Risk Group に組み入れられるシステムが必要である。

Ontario Perinatal Study の報告によると「全妊娠の32%は何らかの意味で High-Risk の妊娠であるとする広範な High-Risk の適用を行っても、High-Risk Infant の60%を拾い出せるに過ぎず、残りの40%は正常群よりの分娩から生ずる。」とされている。そのような緊急事態の発生という問題の対策として、緊急患者の「輸送体制の確立」、そのための「情報管理センターの設置」「高度な専門機関(I.C.U.)の設置」が必要である¹²⁾。

このような課題に対して W. H. O. European Region セミナーでは図5の如く妊娠中の異常、新生児期の4～6時間の観察を通じての High-Risk Newborn Infant I. C. U. の利用が勧告されている¹³⁾。

また、我が国でも、神奈川県、兵庫県では「こども医療センター」という形での High-

図5 Organization Chart for the Special Care Unit, the Observation Unit, and the Nursery



Risk Newborn Infant の I. C. U. が行われている。

日本に於てはまだ確立されていないが、New York に集中強化医療と結びついた緊急輸送体制として、次の様な例がある。つまり「Department of Health の Maternity and Newborn Division が High-Risk Infant の中央事務所になり、情報サービスも分担していて、ここから管下の High-Risk Infant 強化医療施設と毎日連絡をとり、何名収容できるかを確認しておき、分娩施設から送院の必要が起ると、施設へ再確認の連絡をとったうえ、市立病院にある出張所に収容を指示する。ここには専門の保健婦と専門の輸送車が待機しており、施設に収容する。」¹⁴⁾ というものである。

以上を総括して考えると、さきにも述べたように妊娠から産褥を通じての異常、新生児の異常に対処できる一貫した健康管理体制は、いまだ現実化しておらず、医療機関、行政当局、保健所、大学を含む研究機関と社会福祉施設との間で、記録の分析を行い、医学

的・行政的問題点を明確にする研究調査は、これからの課題といえる。

VII まとめ

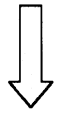
新生児死亡の8ケースを、保健所、医療機関、家庭を訪問調査し、母子保健の理念と情報の流れという観点から、現行の母子保健の問題として、①妊婦の登録が不完全である。②医療機関の情報が行政機関・保健所と有効に結びついていない。③衛生教育、保健指導などの健康管理体制が不十分である。④妊娠・分娩・産褥・新生児に対する医療システムが不十分であり、またそのために記録の集積は、殆んど出来ない等の問題を見出し、それについての検討をした。

稿を終るに臨み東京都豊島区豊島池袋保健所長及び職員諸氏に厚く感謝します。

参考文献

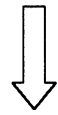
- 1) E. D. Acheson ; Medical record linkage, London 1967.
- 2) 松本清一 ; 母子保健概論, 文光堂, 1973

- 3) 坂元正一, 他; 胎児医学, 同文書院, 1974
- 4) 林路彰; 最新保健学講座, メヂカルフレンド社, 1974
- 5) 厚生省児童家庭局母子衛生課編; 母子衛生行政法令・通知集, 母子衛生研究会, 1972
- 6) 厚生統計協会; 国民衛生の動向, 1975
- 7) 松村忠樹; 周生期死亡と対策, 医学書院, 1967
- 8) 豊島区役所編; 豊島の統計, 1974
- 9) 東京都豊島池袋保健所編; 事業概要, 1974
- 10) 真田幸一; 母子救急センターの構想とその基本的試案, 産婦人科の世界, Vol, 26, 401~405
- 11) S. G. Bobson et al.: Management of High-risk Pregnancy and Intensive Care of the Neonate, U. S. A. 1971
- 12) Ontario Perinatal Mortality Study Committee: Second Report of the Perinatal Mortality Study in the University Teaching Hospital in Ontario, Canada, Ontario Department of Health, 1967
- 13) WHO; The Prevention of Perinatal Morbidity and Mortality, Geneva, 1969
- 14) 内藤寿七郎, 他; 危急新生児の集中強化医療の制度について, 日本総合愛育研究所紀要 No. 9. 7~14. 1973



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

医療そのものが多様化し、専門化していく中で、医療情報も、その大きさ、形、場所という面で分散している。また、住民は、都市を中心として移動が激しく、医療情報の集積は、非常に困難な状況にある。

しかし、近年問題となったサリドマイドによる先天異常や、最近の新生児死亡等、医学的情報や疾患に關与する要因についての記録を結びつける事により、分散した記録のみでは得られない大きな意味を持つ情報が得られる。即ち、種々の疾病、死亡に關与する因子、遺伝、職業、地域特性などの分析から、予防、治療、リハビリテーションに至る医療に必要な情報が得られる。特に周産期に於ける情報の集積は、今日の母子保健の問題点を把握する意味において重要な課題である(1~7)。