

地域における母子保健管理システム に関する研究 ——茨城県——

野崎 貞彦 (県衛生部保健予防課)
 澤田 俊一郎 (県立中央病院)
 関 進 (県母性保護医協会)
 岩間 芳雄 (")
 館 筆子 (笠間保健所)
 大串 章 (水戸保健所)
 中村 卓郎 (石岡保健所)
 鈴木 喬 (鉾田保健所)
 山本 亮 (県衛生部保健予防課)

I 緒言

II 母子保健関連分担研究

- II-1 母子保健指導の現状と問題点
- II-2 周産期異常例の検討
- II-3 計画妊娠についてのアンケート調査
- II-4 脳性まひ児の早期発見を中心とした低出生体重児の追跡検診

III 母子保健管理システム

- III-1 妊娠情報の管理
- III-2 「母子保健管理カード」の使用結果
- III-3 管理システム機構

IV 結語

I 緒言

昭和46年厚生省「重症心身障害児の早期発見に関する研究」班が発足してから6年が経過しようとしている。その間茨城県においては、昭和47年度から班員の沢田が「地域における母子保健管理システム」について研究に参画し、昭和49年度からは県衛生部保健予防課長が分担研究者となって県レベルの取りくみを開始した。即ち県における研究推進母体として保健所・母性保護医協会・県保健予防課並びに県立中央病院小児科産科より成る「茨城県重症心身障害児研究班」を組織して研究活動をすすめた。具体的には地域において母子保健管理システムを如何に組み立てることが実際に即しているかをメインテーマとし、班員による幾つかの関連研究をサブテーマとして相互に連携をとりながら事業をすすめた。昭和51

年度はこれまで実施した研究成果をもとに多少の修正を加えて総合的検討をおこない、今後の行政的対応に向けて計画をまとめてみた。

II 母子保健管理関連研究

II-1 母子保健指導の現状と問題点

水戸市役所国保年金課保健婦

代表 鈴木 多美子

昭和51年1月より「母子保健管理システム」研究の一環として、妊婦並びに出生児に対する指導状況を把握再検討するための調査研究を開始した。水戸市は茨城県庁所在地であるが、人口約20万の中都市である。市における現在の母子保健関係体系図は(第1図)の如くである。

(1) 妊娠指導について

妊娠の受理時時点で妊婦保健指導を実施し異常者

の早期発見につとめた。主として妊娠中毒症発生防止、未熟児出生の防止に焦点をあてて全妊婦に対して保健婦による面接指導を実施した。1年間の指導実績を(第1表)に示す。全妊婦の81.7%に対して指導がなされたことになる。産婦人科医による初診は5か月までに96.4%が受けて居り、3か月まででは85.1%が診察を受けていることは都市型の特徴を示している。妊娠届は5か月までに87.2%の対象が提出しているが、尚早期化をはかる努力が要求される。初回妊娠妊婦に対して母子保健教室への参加を呼びかけ、10か月間に1,604名について実施した。

(2) 出生児指導について

出生届受理の時点で家族との面接をおこない相談・指導を実施した。年間出生届出3,449人のうち76.2%の対象について指導し得た。(第2表)次に乳児検診については、例年の如くおこなっているが、(第3表)に示すように年々受検率の低下を見、昭51年度は18.0%に落ちこんでいる。これは地域の医療機関で診療を受ける機会が増加しているため、殊に零才児医療費の公費負担制度と関連があると思われる。しかし住民の保健に対する関心が今だに低いため、疾病によって医療を受けたことと保健指導の機会をいやすことが混同されている傾向があることは否めない。検診を受けても身体的異常がないと云われればそれだけで満足して帰る、母子健康手帳の使用法を指導しても全く記載がなされないなど、全般的意識の低さは問題になろう。尚昭50年度から「乳児検診の計量化に関する研究」に参加したため、検診票の改訂と医師・保健婦間の連絡強化が果された。

(3) 今後の問題点

今後水戸市において「母子保健管理システム」の一翼を担って活動するためには3つの問題点を考慮しなければならない。第1は、地域保健指導の中で表面化されて来る医学的或いは技術的な問題について経時的にコンサルテーションを担当する「小児保健管理センター」の存在であり、絶えず情報の交換をおこなって現実的対応をなし得る機関として建設されるべきである。第2は地域の産科・小児科医療機関と保健婦との連携綿密化で

あり、妊婦・新生児に関する業務を協同ですゝめ得る体制作りが必要であろう。このためには前述のセンター的機関を中継基地とすることが有用であると思われる。第3に「母子保健管理カード」の様式であり、昭和51年までの事業成績を検討すると、その内容並びに作業量から、「管理カード」の運用を円滑にするためにはコンピュータの導入が必須であり、これなしには保健婦の作業能率は著るしく低下すると考えられる。市役所の行政組織との関係もあるため、今年度は実現し得なかったが、早急に「管理カード」の作成を行なう予定である。

II-2 周産期異常例の検討

茨城県母性保護医協会

岩間 芳雄

関 進

秋元 正雄

金子 実

県母性保護医協会で行なった重症心身児早期発見に関する研究のうち、51年度周産期死亡、死産、先天異常児、巨大児、低体重児を中心としたパンチカード登録システムにより回収した数は表4に示すように合計、1,732例であった。そのうち巨大児(出生時体重が4,000grを越えるもの)が50.6%を示し、登録総数のほぼ半数を占め、次いで低体重児(出生時体重が2,500gr以下のもの)が31.7%を示した。巨大児、低体重児とも妊娠、分娩経過及び児の予後からみた産科的考察に対して、我々の関心は極めて大であるが、今回は周産期死亡、死産及び先天異常児の妊娠、分娩を中心に検討した。

1. 性別の分類

周産期死亡、死産、先天異常児の性別分類を表5に示した。不明例は死産の16例であり男性(55.1%)が女性(39.7%)を上回った。

2. 周産期死亡例の周数体重別分類

表6、に示す如く、周産期死亡の58.2%は28~38週までの、産科的には早産児に属し、体重別では2,500gr以下に61.3%を占める点は注目されよう。表4、にはその分布を百分率で示したものである。

表9は周産期死亡例、158例の分類で、子宮内胎児死亡、48例、低体重児、59例、先天異常児15例で、その他、に属するものはこれら3種類には属さない周産期死亡例である。

表8はこの4種類に分けた項目についての出産回数、流早産歴、今回妊娠経過異常の有無と異常の内容を示した。妊娠中の合併症では4項目すべて、妊娠中毒症が50%を越え、最も高い頻度の合併症と不良な児の予後との関係が示されている。その他切迫流早産、妊娠貧血などが続いている。

3. 先天異常児

先天異常児68例に、周産期死亡に含まれた15例を加えた83例について周数及び体重別分布を表10に示した。

周数別分布では38～42週の満期産に66.2%と高く、早産(28～38週)に26.5%を示した。先天異常と周産期死亡との関係は、異常の部位、及び種類により異なり、周産期死亡例の分布とは一致していない。表11に出産回数、流早産歴、今回の妊娠経過異常の有無と種類を示したが、妊娠中の合併症として、中毒症(61.1%)、切迫流早産(22.2%)が高く、妊娠貧血が続くことは周産期死亡群と一致していて興味深い。表12は周別にみた先天異常児の種類を挙げたが、分布の上で周数と種類との関係はなさそうである。

4. 死産

死産81例の出産回数、流早産歴、既往分娩についての分布は表13に示した。今回の妊娠経過との関係は切迫流産(50.9%)が最も高く、また切迫流産例の半数は流産する傾向を示した点は注目される。

II-3 計画妊娠についてのアンケート調査

県立中央病院

澤田 俊一郎

(1) 目的

こどもの出産は両親や家族に待ち望まれた環境でなされるのが理想の姿であろうが、必ずしもこのような形でおこなわれるとは限らない。家族計画の指導が助産婦・保健婦などの熱意を以てすめられているが、現実にはどの位の効果が上って

いるのであろうか。一般的にはこどもの出生や成育に適していない社会環境が指摘されている現在、計画妊娠或いは受胎調節の現状が如何なものかについて調査をおこなった。

(2) 対象並びに方法

妊娠届出がなされた時点で市町村保健婦によってアンケート調査をおこなった。窓口で聴取出来なかったものについては一部家庭訪問によって記載された。調査の項目は、

- 今回の妊娠は計画的か、否か
- 受胎調節を しているか、否か
- こどもは 何人いるか

の三点である。昭和51年2月から8月に至る期間の対象のうち、記載の完全な2,286例についてまとめをおこなった。

(3) 結果と考察

今回の妊娠が計画的なものと答えた人は1,152例で総数の50.4%に相当する。これをこどもの数との対比で見ると(図2)こどものない群では46.1%、1人の群で57.0%、2人の群で49.5%、3人以上の群で32.7%となる。こどもの数が増すにつれて計画妊娠が多くなると思われたのに、2人・3人以上の群で計画的でない妊娠が過半数を占めていることは意外な結果であった。次に受胎調節について見ると、(図3)「実施している」が総数の31.9%、こどもの数が増加するにつれてこの率は「なし」で17.7%「1人」で43.3%「2人」で53.3%と増加を示しているが、「3人以上」で36.7%に落ちている。49例と云う少数についての結果なので、決定的な判断は差しひかえたいが、計画的妊娠や受胎調節についての関心は、こどもの数の多い母親の場合むしろ低いのではないかと思われる。又受胎調節をしていて計画的妊娠でない例は調節の失敗と考えられるが、総数の約7.9%こども2人、3人以上の群では20%近くの多数が該当する結果を得た。

(4) まとめ

母数の違う集団についての概略な比較であるので、傾向を知る結果に終わったが、計画的妊娠或いは受胎調節についての認識は一般的に低いものと思われる。しかも、こどもの数が多い母親の方に特に低い傾向が見られたことは、これからの母子

保健指導要員のきめ細かな活動が期待される結果を得たものと考えられる。

II-4 脳性まひ児の早期発見を中心とした 低出生体重児の追跡検診

水戸保健所 大串 章
県立ひばり学園 難波 健二

脳性まひ(以下CPと略す)は身体障害の中で大きな比重を占めている疾患であり、治療法にも未だ確立したものは無い。しかし、CPは障害を受ける時期が分娩周辺期の脳の発育途上のものであり、発育の完了した後に生ずる他の脳損傷とは異なる病状を呈する。未だ脳に可塑性の残されている時期に適切な療法を行う事に依り、神経促進の効果が大きい事が近年、多くの研究者により主張され、我が国でもBobath, vojta等による早期療法が広く取り入れられるようになった。この目的のために、早期発見のシステム化が必要となり、各地域で、それぞれの方法が試みられている。我々も、50年より水戸保健所管内にて低体重児を対象に、定期検診を行いCP児の早期の発見の試みを行って来た。今回、51年1月より同年12月迄の検診実績を報告し、その効果について若干の症例を付記する。

(1) 対象

昭和50年10月より51年9月迄に、水戸保健所管内にて出生した児のうち、生下時体重2500g以下の所謂低体重児、全員を対象とし保健所保健婦の家庭訪問と文書による、保健所受診の呼びかけを行った。受診者総数は191名で、生下時体重別には、2301~2500g迄のものが、半数以上を占め、最も危険度の高い1800g以下のものは18名であった。(表14表)

文書の発送は届出のあった時点より2か月以内に行い、殆んどは生后2~3か月以内での受診が可能となるようにしている。

(2) 方法

運動発達に関する検診は肢体不自由児施設の整形外科医が月に2回行っている。検診方法は、多数を対象とする集団検診の必要上、簡単なもので、かつ有効なものでなければならない。そのためにミラニー発達検査表をもとに、之を簡略化した検

診表を考案、使用している。(図4)1人当りの検診所要時間は約2分である。それに若干の間診、及び記載の時間を加えて1人に要する時間は5分程度で足りる。

(3) 結果

初診時の月令は3か月以内に大半の166名が受診している。(表15)初診時に異常所見が認められなくとも、原則として月令6か月時に再検を行い、また異常を疑わせる所見の認められる時はそれ以前に再検を行っている。51年次に初診を行ったもののうち、68名はすでに2回以上の検診を行い、他の115名は、未だ第2回目の検診日に至らないものである。(第16表)

この2回目以上の検診を終えた68名について、第2回目の検診時の月令は5~7か月時が大半であるが、3か月時3名、4か月時8名あり、之らは、初診時に、何らかの異常を疑わせる所見があったものと思はれる。(第17表)

51年次に初診を行った183名中、57名は、すでに正常と判定され、1名は異常、他は目下経過観察中である。正常の判定は大半は8~9か月以前に行っているが、11~12か月時に正常と判定したものが4名あり、之らも運動発達遅延の疑いがもたれたものと考えられる。最終的には異常と判定したものは1名で、今後の治療に期待出来る。次に当保健所検診で効果が見られたと思われる一症例を付記する。

症例

三〇 輝〇

在胎月数9か月、骨盤位分娩

生下児体重2,230g 仮死(-)、黄疸、正常初診2か月26日。緊張性迷路反射、非対称性緊張性頸反射が著明に出現、全身の筋緊張亢進、顎定(-)。一応運動発達の異常を疑い1か月后再検、再検時、尚顎定(-)、更に1か月后再検、月令5か月29日時所見では、顎定(-)、寝返り(-)、初期歩行(+)、手の把握反射(+)、緊張性頸反射(+)
ラウンド反射(-)で運動発達遅延とし治療を開始した。首のコントロール、寝返りの誘発、全身の筋緊張の緩和、緊張性頸反射の抑制を主眼に行い、7か月、顎定がやや出現し始め、8か月で首のコントロール獲得、10か月で、緊張性頸反射

図3 受胎調節と計画妊娠

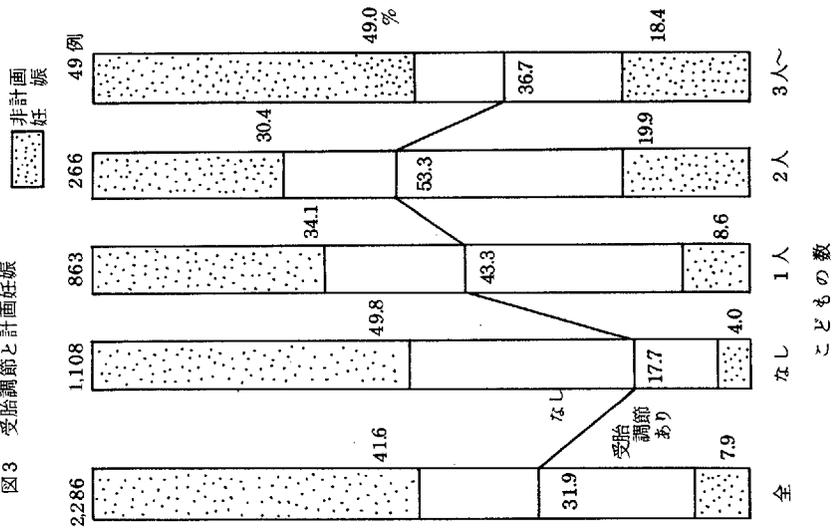
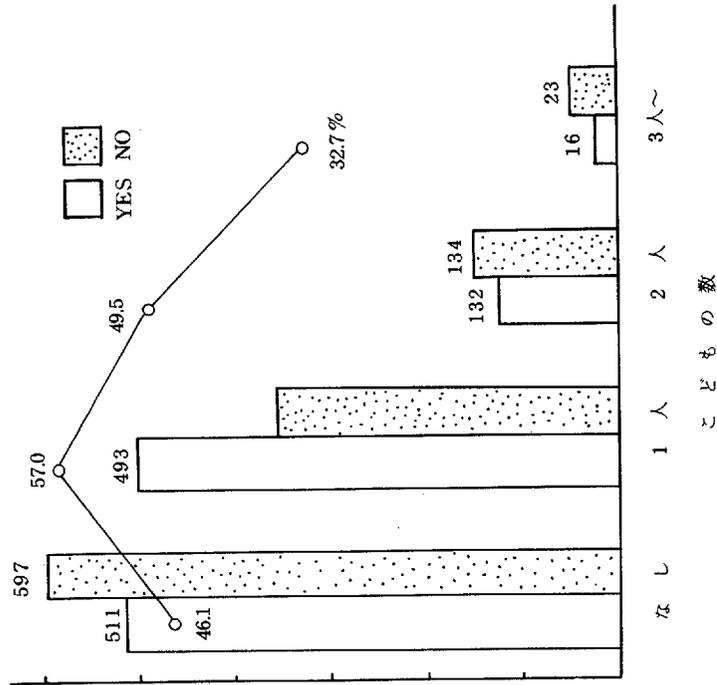


図2 計画的妊娠 2,286例



消失、寝返り獲得、12か月、坐位保持の獲得、15か月、つかまり立ち、2年で歩行可能となる。

(4) 考 按

CPの早期発見は非常に労の多い作業であり、又母親に不要な心配を与えることになるかも知れない。異常児は生後1年近くになれば母親にでも判定出来、医療機関を受診するので、それ以前に多くの努力を払って発見するだけの利益があるのか、数か月早く治療をはじめることがその障害児にとって重大な利益をもたらすのか、早期発見・早期

治療とは単なる妄想にすぎないのかと云う疑問は常に私達を悩ませているものである。この問いに対する解答は数年・数十年後に疫学的統計としてはじめてもたらされるものであろう。逆にそのためにもこそ、徹底した早期発見・早期治療をおしすすめることが必要なのかも知れない。その意味からも、低体重児のみならず、重症黄疸・仮死分娩などのいわゆる危険児をも検診の対象に加える必要があるであろう。

表 4

周産期死亡	158 (9.1%)
死 産	81 (4.7%)
先天異常児	68 (4.0%)
巨 大 児	876 (50.6%)
低 体 重 児	549 (31.7%)
	1,732

表 5

性 別	男	女	不明	計
周産期死亡	85	73		158
死 産	38	27	16	81
先 天 異 常	46	22		68
	169	122	16	
	(55.1%)	(39.7%)	(5.2%)	

表6 周産期死亡 (158例)

周数	体重 (g)									計
	1,000未	1,000	1,500	2,000	2,500	3,000	3,500	4,000	4,500	
28~38	20	25	28	8	8	2		1		92 (58.2%)
38~42		1	5	8	17	17	7	2		57 (36.1)
42~			1	1	6		7	1		9 (5.6)
	20	26	34	17	31	19	7	4		
	61.3%			38.6%						

表9 周産期死亡 (158例)

子宮内胎児死亡	48	無 脳 児	8
低 体 重 児	59	水 頭 症	2
先 天 異 常 児	15	心 臓 奇 型	2
そ の 他	36	消 化 管 奇 型	2
		水 頭 症 及 び 消 化 管 奇 型	1

表 7

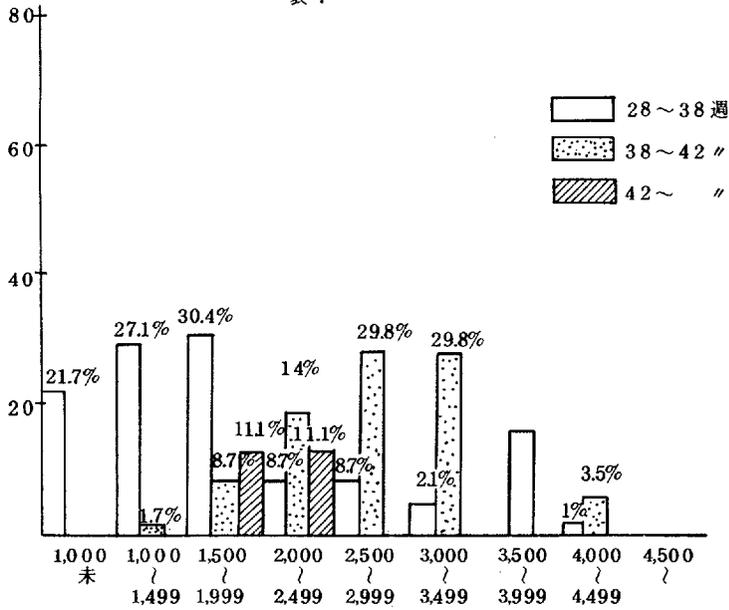


表 8 周産期死亡

	出産回数				流産				今回妊娠経過異常				その他					
	0	1	2	3~	0	1	2	3~不明	早産	なし	中毒症 軽症	中毒症 重症		切流 早産	糖尿 貧血			
子宮内胎児死亡 (48例)	19	16	8	5	自然 人工	29	5	1	0	13	3	15	17	4	6	1	3	2
											63.6%							
低体重児 (59例)	30	16	9	4	自然 人工	43	4	2	2	8	2	18	20	2	15	1	2	1
											53.7%							
先天異常児 (15例)	6	6	3	0	自然 人工	14	0	0	0	1	1	5	4	2	1		2	1
											60%							
その他 (36例)	20	12	2	2	自然 人工	22	7	1	0	6	3	14	9	3	6		2	2
											54.5%							

表 13 死産(8例)

出産回数	流早産歴				既往分娩						
	0	1	2	3~	0	1					
27	31	17	6	自然	54	15	1	0	11	異常なし	24
				人工	51	11	4	0	15	低体重児	3
				早産	57	5	1	0	18	巨大児	1
										周産期死亡	1
										先天異常	1
										不明	24
											54
今回妊娠経過											
中毒症											
異常なし 軽症 重症 切流 梅毒 高熱 貧血 その他											
26	5	4	28	1	2	11	4				

図4

来所月 日 月令												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
首の挙上												
ギャラン												
把握												
モロー												
A T N R												
ランドー												
パラシュート												
寝返り												
四つ這い				E		H		K				
ひき起し												
おすわり												
月令	備考及び判定											

14表 体重別受診数

体重別	1800g以下	1801~2000g	2001~2300g	2301~2500g	計
	15	12	37	103	167
	(3)	(4)	(7)	(10)	(24)

()内双児

15表 初診月令

月令	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	未受診	計
	101	65	10	3			1	1	2			8	191

16表 受診回数

1	2	3	4	5	未受診	計
115	47	19	1	1	8	191

17表 検診者の内訳

正常	要 検 診			未受診	計	総計
	未受診	経過観察中	異常あり			
52	52	58	2	3	167	191
(5)	(8)	(7)		(4)	(24)	

()双児

正常と判定されるまでの受診回数

1回	2回	3回	4回	5回	計
15	27	9		1	52
	(5)				(5)

()双児

Ⅲ 母子保健管理システム

Ⅲ-1 妊娠情報の管理

重症心身障害児など異常児出生を最少限に食い止めるためには、その発生原因を分析して可能な限り防止に努めることが要求されるので、私達はこれら異常の出現頻度が最も高いと考えられる妊娠経過の把握を目的として先づ妊娠情報の集取・管理をおこなって来た。即ち市町村窓口において妊娠届受理がなされた時点で、市町村保健婦による聴きとり、又は家庭訪問がなされ、その情報を葉書形式による「妊婦健康カード」に記載して、県立中央病院に送付するものである。病院では小児科・産科において情報の分析をおこない、異常児出生の可能性の高いhigh risk pregnancyを選出して、外来保健婦と地域市町村保健婦又は保健所保健婦との間で情報交換をおこないつつ、妊婦に対する検査・指導を実施する方式をとった。第一段階として県内3保健所管内16市町村を対象として研究をすすめ、昭和50年度からは水戸保健所管内を加えて4保健所21市町村に対して実施した。この地域の年間出生数は10,000人である。情報収集に使用した「妊婦健康カード」は毎年市町村保健婦と検討会を開いてその結果により修正・改訂を加えた。(図5) 主なる改訂点は、既往出生児の異常種類・既往妊娠時異常の種類・現妊娠経過異常の種類・並びに妊婦privacy保持に関する部分などである。この形式による情報収集を意義あらしめる為には妊娠届出が早期になさねばならないので、保健婦を通じ妊娠届の早期提出をはかり、漸次改善が見られた。昭和49年以来の情報収集状況を表18に示す。市町村によって保健婦充足状況が異なり地域の特性があるので大きなばらつきが見られるが、全妊娠数の65%の情報が集められたと思われる。市町村によっては妊娠届出の全戸を訪問しているものもあり、又保健婦不在の為、窓口事務員による形式的聴き取りもやむを得ない所もあるので、今後母子保健指導要員の養成が切望されている。これらの情報を分析し病院側から対応をおこなった結果を表19に示す。昭和51年3月末までの過去3年間に収集された「妊婦健康カード」は、15,154通で、笠間、石岡、鉾田3保健所管内

は最初から、水戸保健所管内は50年5月から収集を開始したものである。そのうち3.24%に当る491例について保健婦による詳細調査が求められた。一方昭和49年から3年間に保健婦間の情報交換が十分おこなわれて児出生まで追跡し得たものは378例であり、うち11例の流産、9例の早産、7例の新生児異常を認めている。特に異常結果が多かったのは、既往に流・早産をくり返している場合、既往に入院を要する程の妊娠中毒症があった場合、経過中に不正性器出血が見られた場合であった。昭和51年4月以降は後述の如く、市町村保健婦の判断によってhigh risk例のみを集める形式をとったが、52年1月末までの10か月間に85例の情報が寄せられ、追跡調査指導を続けている。

以上の研究事業をおこなった過程において幾つかの問題点が明らかになったので、昭和51年度には検討を要する点について修正をおこない、今後広域にわたる規模で適用し得る性質のシステムを確立することを旨として、下記の如き変更をおこなった。

(1) 第1次スクリーニングの方法について

従来方式では市町村保健婦が妊娠情報を捉えて県立中央病院に伝達し、病院小児科・産科で第1次スクリーニングをおこなう形式をとって来たが、多くの情報が特別な判断を要する種類のものではないため、物心両面のlossが見込まれ、広域にわたる実施には不適であると思われる。又これまでの作業によって殆ど市町村窓口において保健婦自身によるスクリーニングが実施し得る体制作りが出来たものと思われたので、その意欲にもとづいてむしろ主体性を市町村保健婦に移して実施することが望ましいと判断された。このため昭和51年4月から漸次形式を変更して保健婦により第1次スクリーニングを実施し、high risk妊婦の選出をおこなって、その例のみの情報を県立中央病院に送付することとした。この際一応の選定基準を定める必要があるのでhigh risk妊婦のcheck list(第6図)を作成した。これは小児科・産科・行政の各立場から案を持ち寄って作ったものであるが、今後新しい情報によってたえず改訂を加えて行く必要があると思われ、

又必ずしも市町村保健婦の使用に便利なものばかりではないので、項目の検討をおこなう予定である。

(2) 母性保護医との連携について

研究開始当初より母性保護医協会とは連絡を保って来たが、昭和51年県医師会内に母子保健部会が設けられたのを機会に、この研究事業を正式な議事にして母性保護医協会々員との連携を強めた。殊にGuthrie法による先天代謝異常スクリーニングを昭和50年からpilot studyとして実施しはじめたことも、あづかって力があつたと思われる。同時に地域において市町村保健婦と母性保護医との打合せの機会を保健所において企画し、一部地域で実施して効果をあげている。

Ⅲ-2 「母子健康管理カード」の使用結果

行方郡玉造町役場 森 作 良 子
笠間保健所 館 筆 子

(1) 目 的

銚田保健所管内保健婦業務研究会に於いて、管内の母子保健事業を推進して行くために従来の母子健康管理カードの再検討をし、より健全な妊婦と乳幼児対策をという統一見解のもとに管内六町村と保健婦室が一体となり保健婦の定例会に於いて進めて来た。

(2) 従来のカードの修正(加えた項目、削除した項目)

- ◎ 家族歴のうち、妊婦の夫の状態を知るため血液型を加えた。
- ◎ 妊婦の婚前の職業項目を加えた。(妊婦の流早産、中毒症、貧血に関連が深いため)
- ◎ 妊婦の実家、所在と電話番号の項目を加えた。
- ◎ 妊婦の血液型の項目を加えた。
- ◎ 妊婦既往歴、妊娠中毒症、貧血、婦人科疾患を加えた。
- ◎ 家屋の状況
最近は納屋の二階に居をかまえる夫婦が多いため。
- ◎ 便所、屋内、屋外、水洗、汲取、浴室、それらが別棟か否か。各項目を加えた。妊婦の背景を知り、保健指導をより効果的にする。
- ◎ 妊婦検診 健康状態を把握するため、検診時月数の他周期、検診の場所の欄を加えた。

◎ 検診項目

子宮底、腹囲、尿糖、貧血(貧血検査については、妊娠前期、中期、後期に検査出来る様に欄、項目を加えた)。

◎ 母子保健教室、歯科検診をうけたか否か。

産后検診、検診内容、検診場所の項目を加えた。1ヶ月検診により中毒症、貧血の状態がどの様に変化しているかを知り、母体の完全回復をはかり家族計画指導に入る。

◎ 記録事項

従来のカードでは記録が十分に出来ない為パンチの部分削除しその分を含め欄を大きくした。

◎ 分 娩

分娩時の合併症、分娩状況、出血、項目を入れる。

◎ 新生児 出来るだけくわしく知るため、黄疸、臍脱、処置の状況、欄を大きくした。

◎ 生后~1才迄の検診は、毎月令毎にうけ、記録出来る様欄を加え、月令も何ヶ月と何日と1才までは出来るだけ細かく、観察出来る様、しかも従来のカードの項目にない、異常を早期に把握出来る最低必要項目、更にこのことだけは注意したい項目を同配列に項目をくんだ。

◎ 3才児検診については、S50年に内容(問診・検診の内容)が一部修正されて居るのでカードも修正を若干加え、検診票と同様に使用出来る様改善した。

◎ 疾病、異常の欄を設け、どの月令時に、どんな疾患があったかを記入する様加えた。保育者、保護者の欄を加えた(図7、図8)。

(3) 使用結果

現在までに、3,500枚のカードを使用したもので、その結果についてまとめをおこなった。

◎ 管内の町村がそろって母子保健事業を推進し、積極的にとりくんで来た。

◎ 訪問時に直接カードに略図が記入出来るため推進員、愛育班の訪問も容易に出来る。

◎ 検診票、訪問カード等、管理カードに転記し、母子保健事業に最底でも三通りのカードを使っていたが、今では、この新カードのみ使用、転記時の間違、時間等なくなった。

◎ 欄をきちんとうめて行くのには、たえず、妊

産婦、乳幼児と接触をもたなければならない、そのために、定期的な検診、健康相談をもつ様になり異常や問題を早期に発見することが出来た。

◎ 従来のカードでは、乳幼児期に於いても上段と下段で関係あるべき項目がアチ・コチにあるため、推進員や、関係職員が見ても判らずだったが新カードにしてからは非常に見易く、使用しやすいとの連絡ももらって居る。

◎ 5才児迄の健康状態が判然とするため、教育委員会に於いて今後は是非利用させて欲しいとの連絡もうけている。

(4) 検討を要する事項

◎ 母子健康手帳との関連から見ると、受診した場所によりかなり妊婦の診察に差があり、記入が不明な点があり、更に分娩状況、新生児の状況に於いては、母子手帳への記録と、本人の話による違いがかなりある。従って母子手帳からの転記、聞取りの部分については今後の検討を要する。

◎ 予防接種の欄は現状を考慮し、かなり縮小したが、今後このへんの問題（もっと小さく、例えば2才～5才）の検診欄の処に入れられるかどうか検討を要する。

III-3 管理システム機構

前年度までの成果並びに昭和51年度試みた方式を基礎として、母子保健管理システムの機構を検討し再編成をおこなって、今後県内全域をおおう規模で実施し得る内容を備えたものを作成した（図9）（図10）。

(1) 妊娠情報の把握と第1次スクリーニング

妊娠届が受理された時点で、市町村保健婦は聴き取り又は家庭訪問によって妊婦に関する情報を把握するとともに、定められた check list を基準として第1次スクリーニングを実施する。これによって high risk 妊婦と考えられた対象については、地域の母性保護医と必要な情報の交換をおこなう。

(2) 第2次スクリーニングと指導

high risk 妊婦情報は保健所に送られ、同時に市町村保健婦によって当該妊婦に対して母性保護医受診の勧奨をおこなう。母性保護医から妊婦情報が保健所にもたらされるため、保健所では、

市町村と地域母性保護医の双方からの情報をジョイントして high risk 妊婦を登録し、必要な検査を受けさせたり市町村保健婦による指導を依頼して十分な協力体制を布くことが出来る。この際母子健康手帳に精密検診受診のための診察券をとじこむことも有効であると思われる。

(3) 母子保健管理カードによる管理

市町村保健婦は妊娠届受理の際、更に「母子保健管理カード」を作成して市町村に保管する。このカードは全妊婦について作成し、妊娠経過の異常や分娩経過の如何・出生児に関する情報などをすべて入力して乳・幼児検診や三才児検診に利用する。これによって「重症心身障害児」の発生をあらゆる時期でチェックし得る体制が整うことになる。現段階ではカードによる管理が適当と考えられるが、将来全県下を対象に実施する場合にはコンピューターの導入がはからねばならないのは当然であろう。

(4) 小児（又は母子）保健センターの役割

これまでの研究過程において、第1次スクリーニングの段階から県立中央病院が関与して来たが、必ずしも適切な対応とは云えないと思われる。即ち、中央病院は医療の場として設置されているので保健業務をおこなうには限度があり、殊に今後質・量ともに増大する地域保健の需要には耐えきれないからである。第3次スクリーニングの担当、特殊検査の実施、診断と必要な例に対する特殊治療、最新の医学情報の収集と必要に応じての地域への放出、保健指導要員の養成・研修など多彩な活動が期待される以上、本県既設の施設では到底賅い得ず、新たに小児又は母子保健センターの設置が適当であると考えられる。このような後衛的指導機関がないと折角の母子保健管理システムも十分に機能することが出来なくなるであろう。

IV 結 語

茨城県の母子衛生関係諸統計が全国水準に比して劣っている所から、この研究が開始されたものであるが、今だに後進性からの脱却は十分でない。しかし諸研究を足がかりとして地域において母子保健問題に対する意識は著るしく向上を示した。又最も望まれていた行政と地域母性保護医との連

携姿勢も強化されて来た。これらを背景として母子保健管理システム作りはほぼ実用化出来る見通しが立ったと思われる。今後幾多の試行錯誤が子

想されるが、このnet workによって多種類の地域保健活動が推進されるであろう。

表18 妊婦健康カード処理別

保健所	市町村	返送数	要調査	
笠間	笠間市	1,233	29	
	岩瀬町	1,252	60	
	岩間町	827	29	
	友部町	1,614	24	
	七会村	160	12	
石岡	石岡市	529	12	
	美野里町	627	26	
	八郷町	511	22	
	玉里村	294	3	
	千代田村	366	14	
鉾田	鉾田町	1,604	44	
	小川町	1,122	22	
	玉造町	617	34	
	旭村	230	12	
	北浦村	443	12	
	大洋村	360	7	
水戸	水戸市	2,638	103	
	茨城町	402	15	
	内原町	150	7	
	常北町	120	3	
	桂村	55	1	
	計	15,154	491	3.24%

表 19

	昭和49年			昭和50年			昭和51年			計		
	総数	早産	新生児異常	総数	早産	新生児異常	総数	早産	新生児異常	総数	早産	新生児異常
反復流・早産	32	1	1	66	5	1	55	1	1	153	7	1
既往妊娠中毒症	10		1	21		3 (死1)	18	1	1	49	1	4 (死1)
不正出血	5	1		11	1		3		1	19	2	1
高年令	5			10			10			25		
若年令	2			3			9			14		
既往新生児異常	13			10			11			34		2 (死2)
腎炎	2			6			6			14		
妊婦疾病												
その他	11			11	1		8			30	1	
その他	15			10			15			40		
計	95	2	2	148	7	4	135	2	3	378	11	9
												7

第 6 図

ハイ・リスク妊婦のチェック・リスト		
項 目	対 応	備 考
1. 35才以上の初回妊娠 2. 40才以上の妊娠 3. 19才未満の妊娠	<ul style="list-style-type: none"> ○ 月1回の訪問指導 ○ 殊に5か月以降は、妊娠中毒症などに対しきめ細かに指導。 ○ 希望者に対しては羊水穿刺などの検査実施のための便宜をはかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 羊水穿刺染色体分析などは本人の希望により実施し、決して行政的対応をおこなわない。
4. 染色体異常児出生の既往 5. 先天代謝異常など遺伝性疾患児出生の既往 6. 反復(計3回以上)流産(自然), 死産の既往 7. 早期新生児(7日以内)死亡の既往及び脳性まひ児の家族歴 8. 妊婦のいとこ結婚又は家族内の遺伝性疾患 9. 入院を必要とした重い妊娠中毒症既往 10. 異常妊娠の既往 11. 妊妊前から受療していた糖尿病, 甲状腺疾患 12. 風疹トキソプラズマ症罹患(妊娠初期)の可能性あり 13. 羊水過多の現症	<ul style="list-style-type: none"> ○ 月1回の訪問指導 ○ 希望者に対しては羊水穿刺, 妊婦血液などの検査を実施するための便宜をはかる。 ○ 出生後のチェックに留意する。 ○ 異常児の内容が不明な場合は, 検診を受けさせる。 <p>註: 異常時の判定基準</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)精神薄弱+2つ以上の奇形 (2)精神薄弱+心疾患(+他奇形) (3)精神薄弱+出生時SFD (4)精神薄弱+侏儒の女兒 (標準身長$\pm 30\text{---}15\%$以下) (5)精神薄弱+性器異常 (6)血友病 進行性筋ジストロフィー症 <ul style="list-style-type: none"> ○ 出来るだけ詳細な情報を得る。 ○ 重症黄疸の場合は, 両親の血液型の精査, Au 抗原などの検査をすゝめる。 ○ 仮死分娩, 痙攣発作などの場合は周産期管理について情報交換 ○ 出生後チェック ○ 家系内の異常者チェック ○ 助産施設と情報交換しつつ継続指導 ○ 出生後チェック ○ 骨盤位, 巨大児, 未熟児, 分娩出血, 微弱陣痛, 帝王切開, 鉗子(ヴァキューム)仮死 ○ 抗体価検査の勧め ○ 継続指導 ○ 助産施設と情報交換しつつ継続指導 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 妊婦や家族に対して徒らに不安感を起させないように指導する。

第8図

乳児氏名		保護者氏名		3才児検査			一般検査			家系計画										
昭和	年月日(第子)	男	女	眼	耳鼻咽喉	四肢	自分の排泄	尿	1人で排便	1人で服を	1人で偏食	10とくにきらいなもの	11日常生活で心配なこと	栄養状態	急性疾患	慢性疾患	普	やせ	備考	
出生分統	1.場所 (市立花子センター)	2.分娩 (正)	3.在胎月数 (7ヶ月)	4.新生児 (正)	5.黄疸 (黄)	6.脱乳 (良)	7.脱乳 (良)	8.脱乳 (良)	9.脱乳 (良)	10.脱乳 (良)	11.脱乳 (良)	12.脱乳 (良)	13.脱乳 (良)	14.脱乳 (良)	15.脱乳 (良)	16.脱乳 (良)	17.脱乳 (良)	18.脱乳 (良)	19.脱乳 (良)	20.脱乳 (良)
乳幼児死亡	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
校診月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
身長	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
胸囲	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
頭囲	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
カプロ指数																				
1日増加量																				
泉																				
栄養法																				
栄養状態																				
歯																				
首のすわり																				
ねがえり																				
はいはい																				
おすわり																				
つかまり立ち																				
1人立ち																				
歩きはじめ																				
はなしはじめ																				
予防接種	回数	1	2	3	4															
種別	3	混																		
生ワク																				
日																				
インフルエンザ																				
B C G																				
ツ																				
反																				
痘																				

図 9

母子保健管理システム（妊婦）

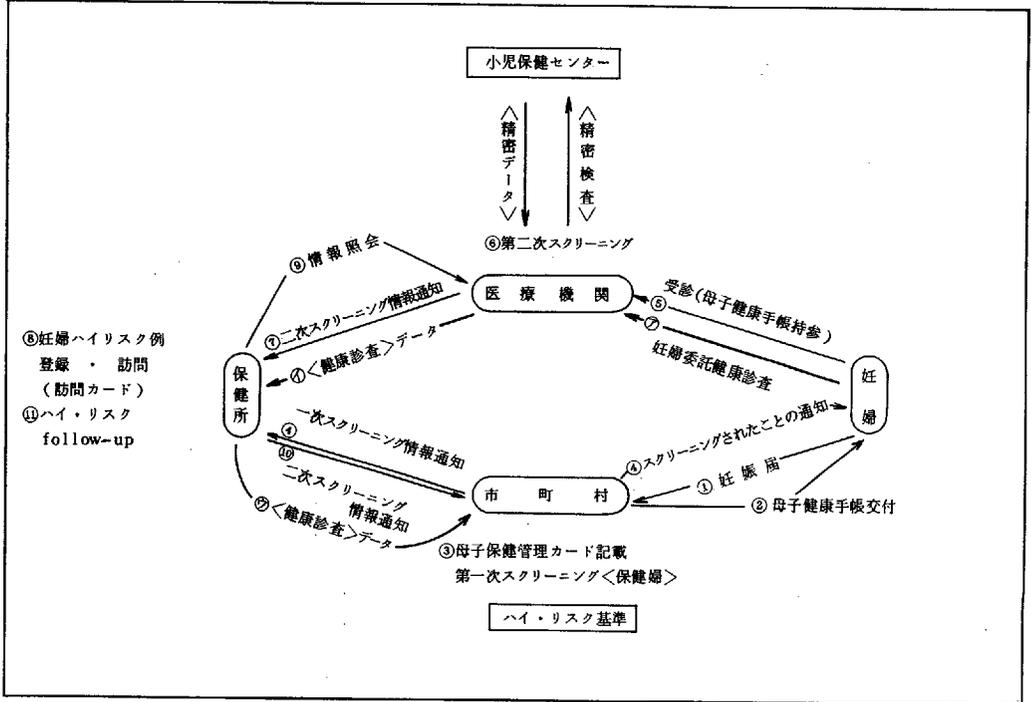
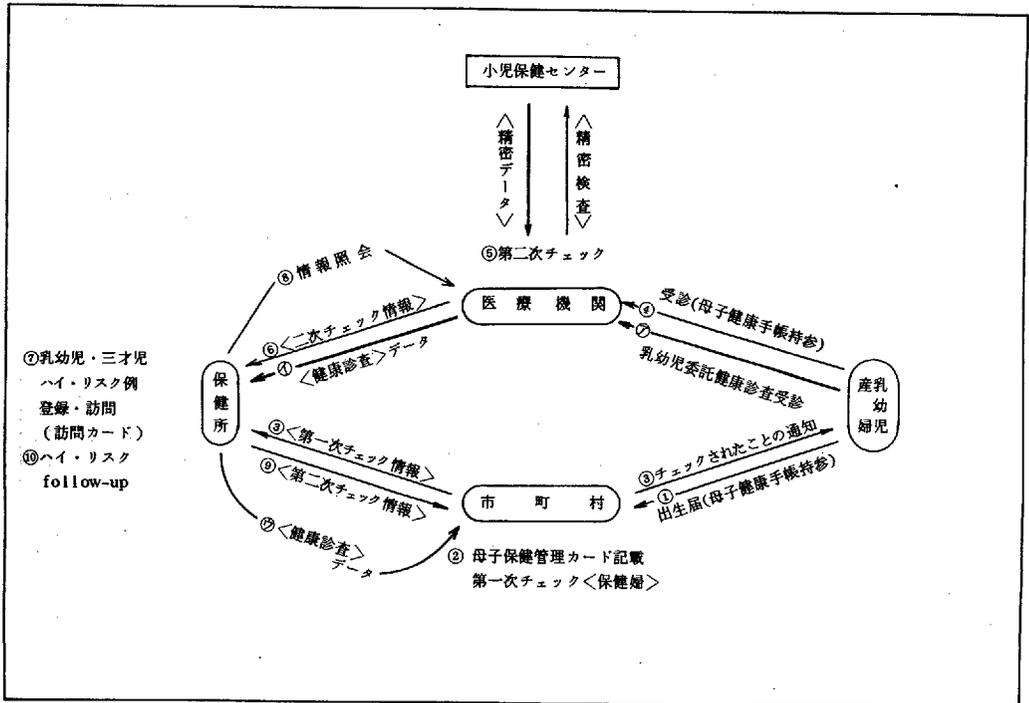


図 10

母子保健管理システム（乳幼児・産婦）



↓
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
↓

Ⅰ 緒言

昭和 46 年厚生省「重症心身障害児の早期発見に関する研究」班が発足してから 6 年が経過しようとしている。その間茨城県においては、昭和 47 年度から班員の沢田が「地域における母子保健管理システム」について研究に参画し、昭和 49 年度からは県衛生部保健予防課長が分担研究者となって県レベルの取り組みを開始した。即ち県における研究推進母体として保健所・母性保護医協会・県保健予防課並びに県立中央病院小児科産科より成る「茨城県重症心身障害児研究班」を組織して研究活動をすすめた。