

地域母子保健管理における妊婦健診情報の活用に関する研究

—保健所管内の妊婦健診情報と妊婦健康情報—

分担研究者 小 泉 明（東大医学部公衆衛生）
研究協力者 笹 井 安佐子（東京都中野区中野保
健所）
山 田 正 美（東京都中野区医師会）
西 山 勇（杏林大学保健学部）
酒 井 亮 二（琉球大学医学部保健
学科）

はじめに

妊婦健診情報の活用にあたっては、保健・医療担当者の専門活動の場における妊婦健診情報の活用とともに、妊婦自身のセルフ・ケアに関連した活用の場が考えられる。前者の場合もそうであるが、とくに後者の場合には妊婦自身の健康に関する知識・態度・行動を含めた包括的な内容のものが検討の対象となる。研究協力者の笹井、山田は、大都市地域での保健所で把握される妊婦のハイ・リスク情報ならびにいわゆる里帰り分娩についての状況、さらに東京都の中でもとくに中野区に多い死産について検討を加えた。研究協力者の西山、酒井は、市町村を管内にもつ保健所について、妊婦健診情報の実態をしらべ、妊婦の健康状態に関する情報源として妊婦健診受診票の記載事項の他に、妊娠届・母親教室などの情報源についても検討した。

1 東京都中野区中野保健所および中野北保健所について

ま え が き

妊婦の健診情報あるいは健康情報が十分活用され、効率的、効果的な保健・医療サービスが行われるためには、関係諸機関の役割分担と緊密な連携が必要である。

今回は妊婦健診情報以外に保健所が把握できるハイ・リスク妊婦の情報と健康管理のシステム化の過程で情報収集の隘路のひとつと考えられるいわゆる里帰り分娩、さらにそれに関連して妊婦健診を受診した医療機関（以下健診機関と略す）と分娩を行った医療機関（以下分娩機関と略す）の一致状況について検討を行った。

1 妊娠届出時に把握する妊婦のハイリスク情報

現行の母子保健法では、妊娠届出による母子健康手帳の交付の時点が母子健康管理の出发点で、その後の妊産婦の健康管理に重要な保健指導の機

会である。（図1）

中野区では、昭和52年10月から区役所の窓口の一角に母子保健コーナー（以下コーナーと略す）を設置し、常時2名の保健婦あるいは助産婦の相談員によって、①妊娠届出の受理、②母子健康手帳の交付、③各種母子保健事業の紹介、④妊娠、出産に関する一般生活指導、⑤妊婦の不安、心配などの相談に対する保健指導、⑥必要に応じて医療機関へ紹介、連絡をするなどの業務を行っている。

コーナー来所にはまずアンケートによって遺伝・奇型、服用した薬物、家事・育児、栄養、医療機関、仕事、経済的なことなどに関する不安、心配について尋ね、相談へのきっかけとし、相談室を作成して相談を行なっている。

また乳幼児健康管理の基となる母子健康管理票を相談を行った妊婦全員について起票し、基本的

事項を記入する。相続の結果継続指導が必要と思われるものについては継続表を作成し、母子健康管理票とともに保健所に送付して、妊娠届から保健所の母子健康事業へと一貫した連けいを図っている。

昭和55年4月から56年3月まで妊娠届を行った4,164名のうち、コーナー来所者3,256名(78.2%)の相談を通して得られた情報について相談票をもとに検討した結果を報告する。

結果は下記のとおりであった。

まず相談内容とその経年変化(図2)をみると相談の最も多かったものは「漠然とした不安」1,005名19.3%で、過去3年間常に第1位で、次いで「服用した薬物、奇型、遺伝のこと」が753例、14.5%あり、これは常時15%位みられている。第3位は「家事、育児」であるが第4位に、「既往の妊娠・分娩異常」398例、7.6%あり、常時7~9%あった。

服用した薬物、奇型・遺伝と過去の妊娠分娩の異常を妊婦のリスク情報としてとらえ、前者についてその詳細をみると次のとおりであった。すなわち薬の心配で最も多かったのは感冒薬、抗生物質、咳止め、鎮痛剤などで39例、37.1%、次いで切迫流産の治療(ホルモン剤)31例、29.5%、胃腸薬21例、20.0%で、感冒薬、治療薬など日常よく使用される薬物が大半を占めていた。また今回の妊娠に関連して医師から処方された薬剤に対しても不安を抱いているものが少なかった。

奇型・遺伝に関して不安を訴えていた妊婦54例中、本人をはじめその血族に明らかに遺伝的危険性の高い疾患があると考えられるものが39名、57.6%(相談者全員中に占める割合は13%)あり、それぞれ本人では4名、出生児では17名、夫では5名その他の血族では13名あり、さらに近親婚が2名あった。

国連が1977年に発表した科学委員会の報告によると遺伝的な原因による異常や疾患は新生児の約10%に存在するかあるいは将来発病する危険があると推定しているから、妊婦のなかに遺伝的危険性の高い情報が含まれていることは当然なこ

とであり、コーナーに来所したものから得られた情報が相談者3,027名中39名、1.3%であったことはむしろ少なかったといえる。

従って妊娠届出の際このような遺伝的危険性の高い情報を把握した場合、その活用について関心をもって検討すべきであろう。

なお遺伝に関する豊富な知識と熟達した遺伝相談のカウンセラーのコーナーで対応していればより精度の高い情報を多量に得ることができ、より適切な指導ができたであろう。

2 死産について

死産は妊娠の健康管理上重大な異常情報であり、死産率は地域における妊婦の健康管理の現状を評価し、母子保健の水準をあらわす指標である。

(図1)

中野区における死産、特に自然死産は過去10年来国や都の平均水準より常に高値を示して昭和55年は出産1,000対57.1であった。(図3、図4)。

東京都における昭和53年の死産率について、区部、市部および郡部を比較すると、区部が最も高く、以下市部、郡部の順であった。23区のうちで最も高率であった区は豊島区で、中野区は第5位を占めており、自然死産でも同様の傾向を示していた。

自然死産率が区部に高く、23区内では豊島、葛飾、渋谷、新宿、中野、台東の各区が上位を占めていることから自然死産の多い地域の共通点として盛り場およびその隣接地域ということができよう。

最近いろいろな理由により人工死産を自然死産として届けられる場合のあることが指摘されているが、自然死産を異常情報として扱うためにはその正確な把握が必要である。そこで正確な自然死産と人工死産の数を把握し、両者の背景をみることを目的とし、昭和56年8月から11月までに中野区内の医療機関で取扱った死産について、中野区医師会産婦人科部会のうち分娩を取扱っている医療機関の協力を得てアンケートによる調査を行

った。

まず調査に先立って協力医療機関に対し、部会の役員が調査の趣旨をよく説明しその諒解を得たうえでアンケートを送付し、死産を扱った医師から直接回答を得た。アンケートの内容は①正確な自然、人工死産の別、②区内、区外居住の別、③嫡出、非嫡出の別、④母の年齢、⑤在胎週数、⑥既往の流死産の有無、⑦経産か否か、⑧母の職業の有無、⑨死産の原因、⑩妊娠届出の有無、⑪母親学級受講の有無などである。

アンケートは51機関に送付し、扱われた死産25名の回答が返送され、そのうち自然死産は12名、48.0%、人工死産は13名、52.0%で自然死産がやや少なかった。

今回の調査では例数が少なく、同一期間内に保健所に届出られた中野区内の医療機関で扱った死産は86名であったからその29.1%にすぎなかった。その理由として中野区内の分娩の約60%を担当している特定の医療機関において本調査の趣旨の理解が不十分で回答が得られなかったこと、特定の医療機関以外の一般の診療所で調査期間内に扱われた死産が少なかったことなどが考えられる。

表7にみるように回答が得られなかった病院からの届出を除外し診療所からの届出のみについて自然と人工の比をみると1:14で、正確な資料を得ようとした今回の調査では同上の比は1:11であったことから調査できた死産数が少なかったとはいえ自然、人工死産に極端な差があるとはいえないようである。

自然死産と人工死産の背景は、自然死産では経産婦、嫡出子、既往に流死産ありのものが人工死産より多くみられた。

今回地域の医師会が妊婦の健康情報の活用に関する本研究に積極的な参加があったことは情報のシステムを確立するうえで重要な意義をもつものと考えられる。

さらに昭和55年1月から12月までに中野保健所管内の医療機関で扱われ、同保健所管内に居住するものの自然死産46名について妊娠届出との関

連をみると、妊娠届出がすでに行われていたものが18名、39.1%あり妊娠届出後4~8週以内に死産となっていた。また妊娠届出がないまま死産となったものが60%あり、届出の時点で起点とする現行の妊婦健康管理のあり方に問題があろう。

3 妊婦のハイリスク情報の追跡(表1)

コーナーに来所した妊婦のなかで、遺伝、奇型、服用した薬に関する相談が約15%あり、そのなかには遺伝的危険性が明らかかなものがかかりあったことは前述した。

そこで保健所管内のみについて母子保健コーナーで扱ったが奇型、遺伝、薬に関する訴えがなかった妊婦(以下A群とする)、上記の訴えがあった妊婦(以下B群という)、コーナーで扱わなかった妊婦(以下C群とする)の3群に分け、死産あるいは出生児が医療費助成などの対象となった先天異常であったもの(以下先天異常と略す)が各群で占める割合を検討した。A群は1,136名でコーナー来所者の65.2%を占めそのうち自然死産は8名0.7%、先天異常は4名0.4%、B群は605名でコーナー来所者の34.8%、自然死産は7名(1.2%)、先天異常は6名(1.0%)、C群は297名で、自然死産は3名(1.0%)、先天異常は11名(3.7%)で自然死産、先天異常のいずれもC群が最も高率で次いでB群、A群が最も少なかった。

C群に最も高率であったことは勿論問題であるが、妊婦に関する保健活動の出発点であり、妊婦の健康情報を直接得ることができるコーナー来所者のなかで、リスク情報を訴えた妊婦に死産や先天異常等の発生がリスク情報のない妊婦に比較して多かったことはコーナーにおける相談の重要性を示すものと考えられる。コーナーにおける相談のレベルアップと共に得られた情報、指導の内容に関して主持医と連携をもつなどして妊婦の健康情報の活用を積極的に工夫する必要がある。

4 いわゆる里帰り分娩について

最近里帰り分娩が増加し、そのメリットとデメ

リットについてさまざまな論議がかわされている。すなわち、里帰りのメリットとして①産前、産後に人手を得やすい、②実家の方がスペースが広い、③出産費用が廉価、④早期予約などで分娩機関を確保できる、デメリットとして①妊娠中から乳幼児期までの一環したケアを受けにくい、②異常が高率、③手術が必要となったとき夫の同意が得にくい、④親に依存しがち、⑤地域医療の確立がおくれるなどがあげられる。

昭和53年4月から7月までにコーナーで相談をうけた妊婦1,081名と56年1月から3月まで中野北保健所と鷺宮保健相談所の乳児健診に來所した母親それぞれ158名、112名に里帰り分娩に関するアンケート調査を行ったところ(表2)里帰り分娩であったものが分娩前のコーナーの成績では198名18.3%、分娩後の保健所と保健相談所の調査では40名、35.7%、66名、41.8%であった。

アンケートによる調査内容は核家族の状況、初産、経産の別(以上は3カ所とも調査)、夫の職業、分娩場所、里帰り先、里帰りの所要時間、里帰りの時の妊娠月数、里帰りの理由と感想(以上については保健所と保健相談所の2カ所で調査)、健診機関と分娩機関の一致状況(保健所のみで調査)である。

結果についてコーナー、保健所、保健相談所の順に述べると、核家族が85.4%、65.2%、87.5%で多く、初産が69.2%、63.6%、47.5%でやや多い傾向がみられ、分娩場所は90~100%が病院あるいは産院で、健診機関と分娩機関が一致していたものは40.9%あった。

これは里帰り先の多くが都内あるいは近県であったものが60.6%、62.5%とほぼ2/3を占め、なかでも都内が37%、28%と1/3あったこと、里帰りの所要時間が2時以内のものが54.5%、37.5%あったことなどからその一致は当然なことであろう。

なお里帰り時の妊娠月数は9~10月のものが90%以上であった。里帰りについては安心して分娩ができた、しかし残した家族のことは心配であっ

たと述べていた。

5 健診機関と分娩機関の所在地とその一致状況について

55年4月から56年3月まで中野保健所の乳児健診に來所したもののうち母子管理票に健診機関と分娩機関の名称と所在地が明記してあるもの1,427名(出生数の79.4%)についてその一致状況(以下一致と略す)をみると、図5、6のとおりであった。

中野区内で健診をうけたものは530名、37.1%、そのうち一致が521名(98.3%)、中野区以外の23区では572名、45.9%、そのうち一致が489名、85.5%であったが、隣接区の新宿区で妊婦健診を受けたものも含めると770名、54.0%のものが中野、新宿の両区の医療機関を利用し、そのうち一致が738名、95.8%となっていた。

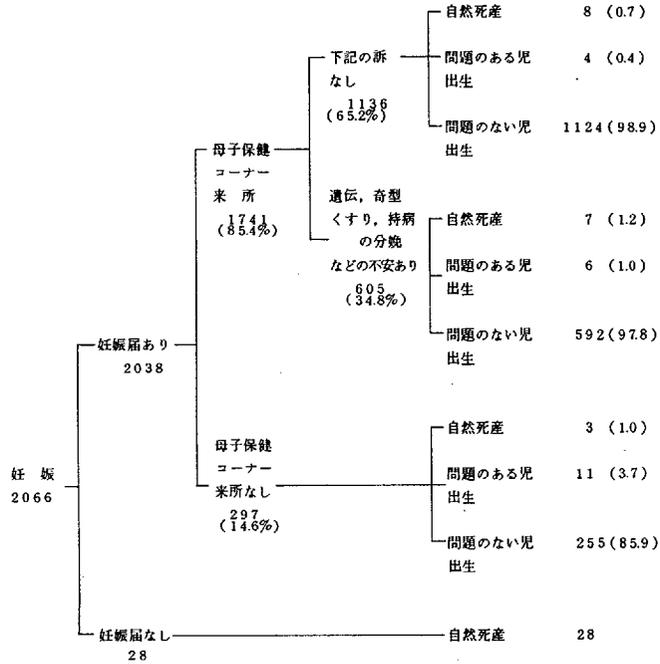
結 語

(1) 妊娠届出の時点で保健婦が妊婦の健康について正確なリスク情報を把握し、適切な保健指導を行うとともにそれらの情報を医療機関に連絡しまた必要な指示をうけるなど関係機関との緊密な連けいを持つことは、妊婦が適切な医学管理を受けうえるうえで重要なことであり、地域における妊婦の健康管理の役割分担で、システム化の第一歩であろう。

(2) 自然死産、人工死産に関する正確な情報を地域の医療機関によって得られたことは地域における医療担当者の熱意であり、妊婦の健康情報システム確立への原動力であろう。

(3) 今回の調査では里帰り分娩による受診機関と分娩機関の不一致が1/4弱あった。受診・分娩の両機関の連けいは是非必要と考えられるので、この点についての今後の積極的な検討が強く望まれる。(笹井安佐子、山田正美担当)

表1 母子保健コーナー来所者ならびに未来所者の分娩児の状況



妊婦健診受診機関と分娩施設の一致状況

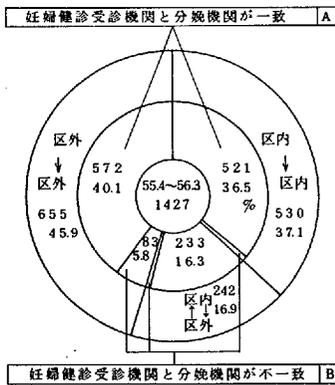


図 5

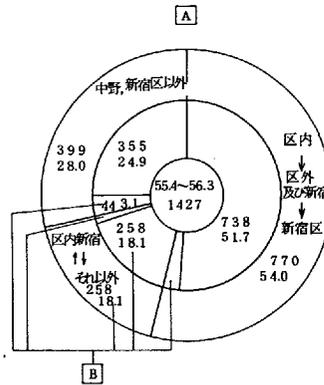
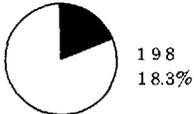
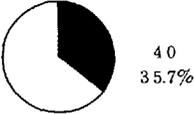
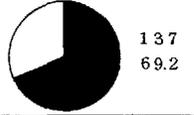
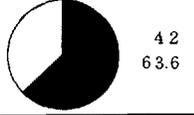
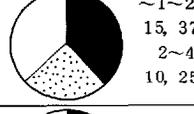
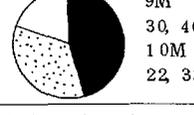
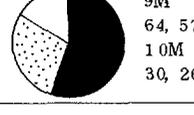


図 6

表2. 里帰り分娩に関する調査結果一覧表

調査対象者	妊娠届出来所妊婦	乳児健診来所者	
	母子保健コーナー	中野北保健所	鷺宮保健相談所
調査場所	母子保健コーナー	中野北保健所	鷺宮保健相談所
調査期間	53.4~53.7	56.1~56.3	56.1~56.3
対象数	1081	158	112
里帰り分娩	 198 18.3%	 66 41.8%	 40 35.7%
核家族	 169 85.4	 43 65.2	 35 87.5
初産	 137 69.2	 42 63.6	 19 47.5
健診機関と分娩機関の一致状況		 27 40.9	
里帰りの先		 関東近県 40, 60.6 東北 10, 15.2	 関東近県 25, 62.5 東北 5, 12.5
里帰りのための所要時間		 ~1~2h 36, 54.5 2~4h 8, 12.2	 ~1~2h 15, 37.5 2~4h 10, 25.0
里帰りの時の妊娠月数		 9M 30, 46.2 10M 22, 33.8	 9M 64, 57.1 10M 30, 26.8
里帰りの理由とその結果		(理由) 手伝いが無い 始めてなので不安 経済的に安心 (結果) 安心してお産ができた 残した家族が心配だった	(結果) ゆっくり静養できた 残した家族が心配だった
中野北、鷺の宮、両所とも夫の職業は80%以上がサラリーマン、分娩場所は90~100%病産院			

II 神奈川県綾瀬市について

まえがき

行政が地域の妊婦を対象にして保健指導を行なう場合、身体的精神的または社会的問題をかかえた妊婦を発見する情報源として、妊娠届および母親教室の際の問診、そして公費で実施される妊婦健康診査（以下、健診と呼ぶ）の受診票などが上げられる。

我々は、妊婦の健康管理体制をそれら情報源を有機的に活用したより良いものへととしてゆく際の隘路をさぐる目的で、神奈川県大和保健所管内を対象地域に選び、昨年度は妊婦に関連した全ての保健情報についての総括的な検討を行なった。

さて、実際に保健情報の活用方法を改善してゆくためには、個々の保健情報がかかえる種々の問題点を詳しく整理した上で、それらの基礎的データに依りつつも、最終的にはそれぞれの地域における母子保健管理活動全体の立場から改善の具体策を決定してゆくことになる。そこで本年度は、そうした基礎的データを整理するために、公費妊婦健康診査の受診票に焦点を絞って検討を行なった。

1 対象地域および研究資料について

神奈川県では、昭和45年度より資料1に示した受診票を用いて、妊娠中1回の公費による妊婦健康診査を実施している。昭和46年度より55年度までの、県保健所管内（横浜市・川崎市・横須賀市を除く）での受診状況は表1の通りである。受診率は、昭和48年度に最高の89.4%を示しているが以後は減少傾向にあり、昭和55年度には80%を割っている。昭和54年度からは、県衛生部健康普及課によって各保健所管内ごとの受診率が算出されており、大和保健所管内での成績は表2に示した通りである。

大和保健所管内には、大和市（人口170,237人：昭和57年1月1日）と綾瀬市（人口66,760人：昭和57年1月1日）があって、保健所および

両市の協力により母子保健対策が進められている。そうした中で、綾瀬市では昭和55年5月より、妊娠届出の時点で保健婦の面接により全員の母子管理票が作られるようになり、大和市では昭和57年4月より、同上の方法でハイリスク児の母子管理票が作られることとなった。このような母子管理票の活用において健診の受診票をどのように位置づけるかが、本研究の課題と結びついている。受診票の検討にあたっては、人口規模が適当であり若年層の人口流出が少ない、そして既に母子管理票の作成が始められている等の点を考慮して、綾瀬市を対象地域とした。

綾瀬市は、横浜駅の西20Kmの位置にあり、面積は22.24Km²、そのうち北東部3.74Km²は厚木基地である。昭和30年代までは人口8,000余名であったが、昭和40年前後から急激に人口が増加して都市化が進み、昭和53年11月1日に市制が施行された。市の南東部を東海道新幹線が横切っている以外に鉄道はないが、市の東側を南北に小田急江の島線が走り、市の北側には東西に相鉄線が走っている。市の周囲は、東側が大和市、西側が海老名市、南側が藤沢市に接している。

分析の対象とした受診票は、昭和56年1月以降に妊娠届を行ない、同年1月より9月までに健診を受けた綾瀬市の妊婦391名の受診票である。なお、綾瀬市の妊婦がどのような地理的範囲の医療機関を利用しているかについては、昭和55年中に妊娠届を行ない、やはり56年1月より9月までに健診を受けた妊婦102名の受診票も加えて検討した。

2 結果

(1) 健診受診者の特性

健診受診者の年齢を5歳階級ごとに分けると、表3に示したように30歳未満の者が60.1%を占めていた。各妊婦の妊娠歴の有無は表4の通りで、ありの者は66.5%、なしの者が28.4%であった。30歳未満の母親による出生数の割合は、大和保健

所管内では66%に対して国では73%（いずれも昭和54年）である。出生順位における第1子の30歳未満の母親による出生数の割合は、大和保健所管内では66%に対して国では73%（いずれも昭和54年）である。出生順位における第1子の割合をみると、綾瀬市では36%に対して、国では42%（同じく昭和54年）である。また、綾瀬市における出生数は昭和51年の1,109名を頂点に以後減少しつつあり、人口増加率も以前より落ちている。これらの事実を合わせて考えると、綾瀬市では出生を担う20歳代の人口流入が昭和51年前後で一段落し、現在ではそれらの母親が30歳代に入り第2子以降を生むようになっており、そのような傾向が分析対象者の特性に反映していると言えよう。

(2) 綾瀬市在住の妊婦が利用した医療機関の所在地

妊婦493名が健診で利用した医療機関数は57ヶ所にのぼり、その所在地は図1に示した如く、神奈川県および東京都の14市3町に及んでいる。それらは、綾瀬市・海老名市・藤沢市・大和市・座間市・相模原市・厚木市・小田原市・伊勢原市・逗子市・茅ヶ崎市・横須賀市・横浜市（戸塚・金沢・旭・港北・瀬谷・中・西・緑の8区）・寒川町・大井町・二宮町・町田市（地図では省略）である。

綾瀬市とその周囲3市（大和市・海老名市・藤沢市）の医療機関へはバスやマイカーを利用し、その他の遠隔地へは小田急線や相鉄線などを利用して通院しているのであろう。綾瀬市とその周囲3市の医療機関を利用している者は、493名中417名（85%）であった。

(3) 健診の利用時期

健診は、妊娠届の際に手渡される母子健康手帳に添付されている受診票により受けることができるが、保健指導を徹底するためには妊娠前期に利用されることが望ましい。

そこで、妊娠届と健診の時の妊娠週数を表5のように対応させた。それによると、妊娠届は妊娠第8週より19週までに92%が行なわれており、

健診は妊娠第12週より31週までで94%が行なわれていた。妊娠前期（第19週）までに健診を受けている者は、58%であった。

受診票は、各医療機関より県医師会と県衛生部を経て各保健所へ回送されるので、そのために約3ヶ月が費されている。即ち妊娠第28週以降に健診を受けたのでは、保健所に受診票が届いた頃には既に出産していることになる。そうした例は、今回のデータでは約14%であった。

(4) 受診票の記入状況

受診票への検査結果の記入状況は、その情報源としての価値を決める大きな要因であると考え、各検査項目の記入の有無を調べた。まず、診察所見の内容をみると表6の如く、異常なし=61%、何らかの異常所見あり=24%、所見の記入なし=15%であった。

診察所見の内容別に11検査項目のうち何項目まで記入されているかを調べると、表7のように、異常なしの場合では、全く検査結果が記入されていない受診票が64%（155/239）もあった。しかし、異常所見のあった場合は、全く検査結果が記入されていないものは3%（3/94）に過ぎなかった。検査項目別の記入率を診察所見ごとにみると、表8のように、血液型の記入率が最も低かった。血液型の検査は、出血および重症黄疸児の出生にそなえて妊娠の確認と同時にこなされるので、それに遅れること数週間の健診では問題の有りそうな妊婦以外には実施されないからであろう。また、診察所見の記入が無い受診票での記入率は、異常なしと異常所見ありの受診票での記入率の中間の値を示しており、両者が入り混っているようであるが、検査項目によってはそうした推測が当てはまらないものもある。

(5) 保健所への連絡

健診結果に基づく保健所への連絡について、診察所見の内容別にみたのが表9である。診察所見によってその率は異なるものの、当院で治療または指導するというもの以外ほとんど無記入（70%）であり、保健所の訪問指導を要するとしたものは皆無であった。

3 考 察

神奈川県が公費の妊婦健診を開始した第1のねらいは、母子保健法第13条に従った妊娠期間中の健康診断の奨励であった。このねらいについては、表1および表2の実績からも明らかのように、受診率が昭和48年～50年をピークに最近はやや率を下げている点が気になるが、ほぼ達成されているとみてよい。

第2のねらいは、母子保健法第17条に述べられているように、健診の結果に基づいた保健指導の実施である。本研究の課題はこの第2のねらいに深く関わっているが、このねらいを達成するには2つの隘路を克服する必要がある。第1は、健診が妊娠前期に集中して行なわれていないことであり、第2は、医師が保健所による保健指導に全く期待していないことである。

第1の隘路については、健診の利用時期についての箇所で述べたように、妊娠前期に健診を受けた者は58%であり、42%の者の受診をより早める必要がある。健診を遅らせる要因として、妊娠に気づくのが遅い、妊娠と判定されても妊娠届が遅れる、妊娠中の健康診断を余り受けない、医師が公費の妊婦健診をすぐ実施しない等があげられる。最後の要因は第2の隘路と関連するが、前の3要因については妊娠の可能性のある女性および

妊婦への教育の徹底によって改善が期待できるであろう。

第2の隘路は、表9において示したようにはつきりしているが、今後の母子保健対策の充実のためには、医療機関と保健所の連携は欠くことのできない条件のように思われる。日本産婦人科学会が1971年に発表した「周産期母子管理のあり方」において、“周産期の母子管理を完全にするためには妊娠中の保健管理、とくに妊婦の生活指導や保健教育がきめ細かく徹底して行なわれる必要がある、そのためには、妊娠から産褥にいたる一貫した母子保健管理が地域における医療機関と保健機関との密接な連携のもとに医師・助産婦・保健婦・栄養士・ソーシャルワーカー・ホームヘルパーなどのチームによって実施される必要がある”と述べられており、この理念に共感するからである。医療機関と保健所の連携が成立して、各医療機関が受診票を毎月県医師会へ提出するときその写しを保健所へ送付すれば、保健所で医師の指示する保健指導の必要な妊婦を拾い出し直ちに保健指導を行なうことが可能になる。しかし、生い立ちの異なる医療機関と保健機関の連携は一朝一夕で成立するものではなく、両者の持続的な話し合いを積重ねなくてはならないであろう。

(西山 勇 担当)

表1. 神奈川県保健所管内における妊婦健康診査実施状況

区分 年度	妊娠届出人	受診者人	受診率%	異常なし人	異常の状況(件)				
					妊 娠 中 毒 症	貧血	糖尿	その他	計
46	47,936	33,927	70.8	—	584	6,885	131	468	8,068
47	49,695	38,205	76.9	29,766	756	7,232	195	478	8,661
48	49,552	44,295	89.4	35,398	789	7,535	216	565	9,105
49	45,336	39,749	87.7	31,859	1,010	6,062	306	668	8,046
50	44,102	38,077	86.3	32,142	492	5,580	168	438	6,678
51	42,169	34,487	81.8	29,556	384	5,184	162	666	6,396
52	40,455	34,247	84.7	26,814	582	5,562	132	330	6,606
53	39,657	32,275	81.4	31,044	474	6,534	186	588	7,782
54	37,876	30,642	80.9	24,935	391	5,021	126	462	6,000
55	36,460	28,299	77.6	23,098	335	4,374	93	441	5,449

表2. 大和保健所管内における妊婦健康診査実施状況

区分 年度	妊娠届出人	受診者人	受診率%	異常なし人	異常の状況(件)				
					妊 娠 中 毒 症	貧血	糖尿	その他	計
54	3,383	2,841	84.0	2,093	37	698	11	91	837
55	3,313	2,684	81.0	2,122	27	495	8	63	593

表3. 妊婦健診受診者の年齢分布

年齢階級	人数(%)
—19	2(0.5)
20—24	71(18.2)
25—29	162(41.4)
30—34	136(34.8)
35—	20(5.1)
計	391(100.0)

表4. 妊婦健診受診者の妊娠歴

妊娠歴	人数(%)
あり	260(66.5%)
なし	111(28.4%)
不明	20(5.1%)
計	391(100.0%)

表5. 届出時の妊娠週数と受診時の妊娠週数

届出時 週数	受診時週数					計
	—11	12—19	20—27	28—35	36—	
—11	9	76	6	2	0	93(27.4%)
12—19		111	77	33	2	223(65.6%)
20—27			14	8	1	23(6.8%)
28—35				1	0	1(0.3%)
36—					0	0(0.0%)
計	9 (2.6%)	187 (55.0%)	97 (28.5%)	44 (12.9%)	3 (0.9%)	340(100.0%) (100.0%)

表6. 妊婦健診受診票記載の診察所見

診察所見	人数 (%)
異常なし	239 (61.1)
妊娠中毒症	2 (0.5)
貧血	77 (19.7)
糖尿	0 (0.0)
その他	15 (3.8)
無記入	58 (14.8)
計	391 (100.0)

表8. 受診票の記入状況 (2) 項目別検査結果の記入率 (%)

	診 察 所 見					計
	異常なし	妊娠中毒症	貧血	その他	無記入	
浮腫	33.5	100.0	94.8	86.7	58.6	51.7
尿たん白	35.1	100.0	96.1	86.7	67.2	54.2
尿糖	35.1	100.0	96.1	86.7	65.5	54.0
ウロビリノーゲン	28.5	50.0	93.5	80.0	6.9	40.2
血色素 %	22.2	0.0	85.7	86.7	0.0	33.8
血色素 g/dl	31.0	100.0	91.0	86.7	65.5	50.4
血圧 最高	33.9	100.0	97.4	86.7	63.8	53.2
血圧 最低	33.9	100.0	97.4	86.7	63.8	53.2
血液型 ABO	13.4	100.0	18.2	6.7	65.5	22.3
〃 Rh	13.0	100.0	18.2	6.7	62.1	21.5
梅毒血清反応	33.1	100.0	97.4	86.7	63.8	52.7

表7. 受診票の記入状況 (1) 検査結果の記入項目数

記入項目数	診 察 所 見			
	異常なし	異常あり	無記入	計
0	155	3	17	175 (44.8%)
1	0	1	2	3 (0.8%)
2	0	0	0	0 (0.0%)
3	1	0	0	1 (0.2%)
4	0	1	0	1 (0.2%)
5	0	0	1	1 (0.2%)
6	2	0	1	3 (0.8%)
7	1	0	3	4 (1.0%)
8	8	1	3	12 (3.1%)
9	59	74	30	163 (41.7%)
10	13	14	1	28 (7.2%)
計	239	94	58	391 (100.0%)

表9. 受診票の記入状況 (3) 保健所への連絡欄

	診 察 所 見			
	異常なし	異常あり	無記入	計
1. 保健所の訪問指導を要する	0	0	0	0 (0.0%)
2. 当院で治療指導する	12	88	13	113 (28.9%)
3. 他病院へ紹介する	0	0	3	3 (0.8%)
4. その他	0	2	0	2 (0.5%)
5. 無記入	227	4	42	273 (69.8%)
計	239	94	58	391 (100.0%)

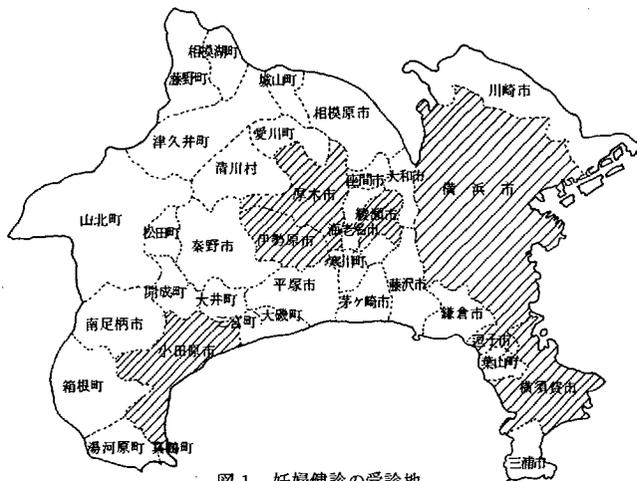


図1 妊婦健診の受診地

Ⅲ 沖縄県石川保健所管内について

ま え が き

沖縄県は昭和47年5月の日本復帰と同時に現行の母子保健法が適用されるに至った。

復帰前の沖縄における主な地域母子保健事業は、昭和36年からの妊娠届出制度設置と母子健康手帳の交付、昭和44年の母子保健法に伴う母子栄養強化対策、母性保健対策等である。

復帰後の県レベルでの妊産婦に対する保健事業としては主に医療援助が中心で、市町村では、①母子保健相談、②妊婦・乳児等保健相談、③家族計画指導、④母子保健推進員活動、⑤栄養指導、⑥母子保健北区組織育成等の事業が県の補助の下で行なわれている。保健所においては、母子手帳交付状況の把握、妊婦届出状況の把握、妊産婦健康相談、衛生教育、栄養指導、妊婦貧血、妊婦梅毒に対する保健活動を行っている。

今回研究対象とした石川保健所管内は、沖縄本島中部の2市5村（離島3）を管轄し、29,591世帯（118,226人：昭和55年12月末現在）に対する地域医療活動を展開している。管内医療機関は、病院3、診療所22、助産所3及び、介補診療所5であった。産科を専門診療科目に含める医療機関数は、7カ所、産科専門院は2カ所のみである。石川保健所では、看護課により母子保健活動のために、所内保健婦8名および駐在保健婦15名が配置され、昭和55年度では延227回の妊産婦家庭訪問を行い、467名の妊産婦に対して健康相談を実施した。

ここでは、上述の医療環境下にある石川保健所管内で妊婦の健康状況の実態を把握することを通じて、妊婦健康情報の活用方法について検討を加えた。

1 石川保健所管内における母子 に関する健康状況の実態

管内での母子に関する健康状況の把握は、県衛生統計年報および保健所活動概況を主として活用

した。管内の地域は、図1に示した通りである。

初めに管内各地域ごとの出生状況を観察した結果、昭和53年度のそれは次の如くであった。すなわち、同年の全国平均出生率は14.9%であることから、当地域では依然として高い出生力が観察される。また具志川市の949例を除いては、何れの地域とも出生数は、地域別の出生児・乳児健康障害を統計的に解析するには十分な標本数を与えられないと予測される。

そこで、周産期死亡率、新生児死亡率および乳児死亡率の地域比較を行うにあたり、昭和44年～昭和54年の11年間における各平均死亡率を算出した。

各地域とも周産期死亡率が最も高い。同周期での全国平均値は、周産期死亡率17.2、乳児死亡率10.7、新生児死亡率7.1%であるので、石川保健所管内の全体の特徴としては、乳児死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率のどれも全国平均以下と考えられる。しかしながら、管内を細く調べれば、宜野座村、石川市のように周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率が高い地域が存在し、地域差が観察される。

自然流産率と低体重児発生率は両者の異常とも、宜野座村では当該症例数が十分とは言えないが、地域別の年間変動が追跡可能であることから、昭和49年～昭和53年の5ヶ年間での自然流産率と低体重児発生率の全国平均値は同一期間において4%～3%であり、低体重児発生率のそれは5.3以下であるので、石川保健所管内の自然流産率は全国平均より大幅に低く、逆に低体重児発生率は全国平均より異常に高いことが認められた。

昭和50年～昭和54年における管内での妊産婦死亡例は皆無との事であった。

昭和54年度における妊婦健康診査の結果は健康診査の異常所見としては、貧血が圧倒的に多く、妊娠中毒症を擬わせる例もかなり含まれると思われる。

2 母子健康手帳からみた妊産婦・ 出生児の異常の要因解析

沖縄県では特に妊・産婦や出生児の異常に対する発生要因の検討は事業化されていない。この目的で比較的容易に活用しうる資料としては母子健康手帳が想定される。沖縄県における母子健康手帳には、2度の公費負担による妊婦健康診査受診票、出産状態、産後の母子の健康状態を記載する欄があり、同時に、妊娠中の経過（私費による健診等）を記載することが可能である。つまり、完全に記録が履行されれば、ある程度の範囲で、母子を一貫とした健康情報の把握が可能である。

そこで、昭和55年度内にされた妊娠届出ないし出産届出者の保有する母子健康手帳を利用して、石川保健所管内における妊産婦・出生児の異常をとりまく要因の解析を実施した。

妊婦健康情報としては公費負担分の健康診査内容および妊娠中の経過記録を用いた、妊婦の健康に関する要因としては、年齢、職業、過去の妊娠、分娩歴、騒音等を用いた。

なお、妊婦健康診査受診票は石川保健所管内に保管されている分を利用し、その他の項目は母子健康手帳より抜粋した。母子健康手帳の調査は、抜粋した項目を印刷し、管内に駐在する保健婦ないし母子推進員に配布し、戸別訪問により母子手帳より転記する方法をとった。この戸別訪問による家族の協力は全く円滑に行なわれ、拒絶された例は無かったとの事である。

調査対象地域は石川保健所管内の1地域である勝連町とし、昭和55年1月～12月の期間に妊娠届を提出した240名とした。

(1) これらの対象者のうち、同期間中に公費負担の妊婦健康診査を受診した者は、1回受診者82名、2回受診者75名であった。（カルテ総数232枚：総人数157名）

受診票から採択した情報項目は11項目で、各項目は、「妊娠中毒症の既往」における22.8%の無記入率を除いては、高い記入率をみとめた。また、

異常者数が5名以下の項目としては、妊娠中毒症の既往（2名）、妊婦健康診査診察所見での妊娠中毒症（3名）、糖尿（3名）および梅毒血清反応（1名）が観察されたのでこれらの4項目はその要因解析の対象から除外しなければならなかった。その結果、受診票から得られた妊婦健康情報は、母の年齢、過去の妊娠・分娩歴（有、無）、流産、死産歴（回数）、受診週数、過去の出産回数、診察所見の異常（有・無）、貧血（有・無）の7項目であった。

(2) 昭和55年1月～12月に妊娠届を勝連町へ提出した240名の中、母子健康手帳からの情報収集が可能なのは182名であり、当然ながらこれらには、先の受診票が保健所に保管されていた。残り58名分の母子健康手帳は調査できなかった。理由としては、石川保健所管内からの転出者38名、調査時不在者7名、紛失したため再交付された者6名、死産による紛失3名、乳児死亡による紛失4名であった。

全妊婦240名のうち、流産、死産、乳児死亡症例は、7名のみであり、これらの症例はすべて母子健康手帳が紛失していることからこれらの胎児・出生児異常の要因説明は今回実施できなかった。

母子健康手帳の調査は34項目にわたったが、調査が完全になされた182名の症例を検討した結果、〈住居の種類〉、〈居住階数〉および〈父の職業〉の3項目の場合大部分が無記入であり、今回の分析には用いることができなかった。

また、〈産前休業〉や〈産後休業〉などの11項目では、項目に対する応答が極端に片寄ったり、異常と疑われる症例が10例以下である等の点で、同様に分析対象項目からは除外しなければならなかった。

すなわち、今回妊婦・出生児の異常要因説明に利用し得ると考えられた母子健康手帳上の項目は13項目で、〈父の年齢〉、〈母の職業（有・無）〉、〈母の仕事時間〉、〈騒音〉、〈日当たり〉、〈同居人数〉、〈妊婦健康診査回数〉、〈それらの診察全体での異常所見の有・無〉、〈出産週数〉、〈出生児体重〉、〈出生児身長〉、〈出産児の異

常所見の有・無〉，〈新生児の異常所見の有・無〉である。

なお石川保健所では，母親学級受講対象者は初産妊婦のみであるので，母親学級受講回数については，分析検討しなかった。

(3) 上記の182名の妊婦健康診査からの7項目と母子健康手帳からの13項目の合計20項目について，分析した。ここで，各項目はしばしば，応答が〈有・無〉の型が多かったことから，すべての項目を，「正常」または「異常」の2つの応答に類型化し，例えば，騒音の「異常」群での「出産児の異常所見」率は，騒音の「正常」群でのその何倍程度であるか（すなわち比較危険率）を算出した。すなわち，この比率が大きいほど当該異常所見に対する関連性が高くなる。

表1はその結果の1部を示している（比較危険率1以上のもの），危険要因の異常群での該当症例数が5例未満の場合は，比率の信頼性が低いと考えられるので本表には含めない。本表よりは，妊婦健康情報と関連する要因として，

(i) 公費負担分および私費負担分の健康診査結果の異常は，いずれも過去の妊娠・出産異常者に頻度が高く，妊娠・出産の異常が同一の妊婦に重なっておこる傾向が強いと示された。

(ii) 妊婦の健康異常に関連するその他の要因としては，母の年齢，母の仕事時間，騒音条件，日照条件が指摘された。

(iii) 妊婦貧血は今回の調査ではその関連要因が明らかに出来ず，このことは，食生活に関する調査項目が無かった事に依るものと考えられる。

(iv) 以上の妊婦の健康異常は，他方で，出生児体重と出産週数の異常に関連することが今回の調査でも明らかにされた。

その他に「過去の出産回数」の多さが，出産児や新生児の異常と関連することが示された。

3 母子健康異常の発生要因解明の立場から

みた妊婦健康情報活用上の問題点

妊婦健康情報の活用の大きな目的は，明らかに妊婦・出生児の異常を軽減する事に置かれている。

このために，妊婦健康情報の活用の在り方は，臨床および予防の立場から考察される。臨床的活用の際には，これまで指摘されてきた様に，妊婦健康情報は各妊婦毎に一貫した型で集約されるべき事，集約された妊婦健康情報は迅速に医療機関ならびに保健行政機関へ伝達される型で存在している事が望まれる。

他方，妊婦健康情報を母子健康異常の予防に用いるためには，これらの情報を各自の生活・環境の総体との関連性を検討させる必要が存在する。そこで，本研究では，母子の一貫した健康情報が集約されている母子健康手帳に注目して，若干の疫学的研究を試みた。

本研究から，妊婦健康診査は平均1284回実施されている事が母子健康手帳の解析から観察された。すなわち，母子健康手帳には，仮りに十分な診察内容の記載欄が存在するならば，私費負担分の妊婦健康診査に関する情報が収集可能であると考えられた。また，本研究から明らかにされたように，症例数が十分確保できるならば，母子健康手帳内容を通じて，母子の健康異常に関連する諸要因の解明も可能である事も認められた。以上の諸点から，母子健康手帳のコピーを保健所単位で管理し，かつ沖縄県に例をあげられる様な県庁所有の大型電子計算機を各保健所に配線するオンラインシステムを導入する事によって，母子健康手帳の解析は全県下レベルで容易に実施し得ると思われる。

母子健康手帳をこの様にオンラインシステム化する事による利点は，その他に，

①死産・乳児死亡・転居等による母子健康手帳の紛失や回収不可能を防止し得る事，②しばしば観察される母子健康手帳欄の無記入を解消し得る事を指摘できよう。

他方，この場合の問題点としては，

(i) 母子健康手帳の回収時期をどの時点にすべきであるか明確でない事

(ii) 記載内容によっては，医療供給者や妊婦が嫌う場合も想定される事

(iii) 妊婦が産科以外の傷病に罹患した際の臨床

記録（例えば、急性胃炎、感染症）が母子健康手帳には存在しない事

Ⅳ) 母子健康手帳における記載内容は格一化されており、情報収集の自由度が乏しい事が指摘できる。

この諸欠点の中で、(i)は殊に収集した母子健康

手帳からの医療提供時期の適切さの点で問題である。従って、母子健康手帳のみをオンラインシステムの対象にする事は、臨床および予防のいずれの立場からも限界があると言えよう。

（西山 勇，酒井亮二 担当）



図1. 管内地図

表1. 相対危険率

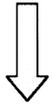
異常内容	推定原因	比較
・公費負担妊婦健診での異常	・過去の妊娠・出産異常	2.25
	・母の年齢	1.41
・全妊婦健診での異常	・過去の妊娠・出産異常	1.44
	・母の仕事時間	1.38
	・日照	1.36
	・騒音	1.35
・出産児の異常	・過去の出産回数	1.55
・出産週数の異常	・母の年齢	1.83
	・公費負担妊婦健診の異常	1.68
	・全妊婦健診での異常	1.67
・新生児の異常	・過去の出産回数	1.54

おわりに

妊婦健診情報は母子保健法第17条にあるように健診の結果に基づいた保健指導の実施に活かされなければならないが、神奈川県綾瀬市の場合には妊娠前期（19週まで）に公費による健診を受けている者は58%であって、保健指導が効果的におこなわれるためにはできる限り多くの健診が妊娠前期になされていなければならない。この点に関して東京都中野区でおこなわれている母子保健コーナーでの妊娠届出時の指導は早期の保健指導という点では効果的である。

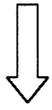
しかし、医療機関と保健所との間での連けいが十分におこなわれているかといえば、綾瀬市の場合に受診票の保健所への連絡欄に無記入の例が多いことによって示されているように、今後に残された問題がある。中野保健所管内では今回の分担研究を契機として医療機関と保健所の連けいが緊密化したという場面もみられており、母子保健医療システムの前進にとって好い例が示されたともいえよう。

本分担研究では、中野区で実施された死産の調査、妊婦についてのハイ・リスク情報の追跡、里帰り分娩の調査のように、せまい意味での妊婦健診情報を超えた健康情報をめぐる諸問題について多くの知見がえられた。この点に関して沖縄県石川保健所では母子健康手帳の健診ならびに健康情報としての活用方法が検討され、そのオンライン化も考慮の対象となったが問題点が多くまだ結論を得るには至っていない。



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

妊婦健診情報の活用にあたっては、保健・医療担当者の専門活動の場における妊婦健診情報の活用とともに、妊婦自身のセルフ・ケアに関連した活用の場が考えられる。前者の場合もそうであるが、とくに後者の場合には妊婦自身の健康に関する知識・態度・行動を含めた包括的な内容のものが検討の対象となる。研究協力者の笹井,山田は,大都市地域での保健所で把握される妊婦のハイ・リスク情報ならびにいわゆる里帰り分娩についての状況,さらに東京都の中でもとくに中野区に多い死産について検討を加えた。研究協力者の西山,酒井は,市町村を管内にもつ保健所について,妊婦健診情報の実態をしらべ,妊婦の健康状態に関する情報源として妊婦健診受診票の記載事項の他に,妊娠届・母親教室などの情報源についても検討した。