

玉田 太朗（自治医科大学産科婦人科学教授）

研究目的

現時点における地域母子保健の問題点を明らかにし、その改善の方策を検討する。

研究方法ならびに結果

周産期死亡率や乳児死亡率など、母子保健の諸指標は、年々改善され、国際的にもトップクラスの成績に達したが、少産少死、高齢化、女性の社会進出といった社会的環境の変化と、周産期医学におけるテクノロジーの進歩は、また多くの新しい問題を提起している。それらのうち、以下の6つについて、現状を調査し、対策を検討した。

- ① 高い妊産婦死亡率
- ② 未熟児出生の増加傾向とそれが新生児死亡率におよぼす影響
- ③ 母性および家族意識の希薄化
- ④ 出生をめぐる人工的操作の倫理的問題
- ⑤ 新生児訪問指導の弱体化
- ⑥ 思春期および周婚期の保健問題

1) 妊産婦死亡

妊産婦死亡の実数は、多いものではないが、本来健康に過ぎるべき時期に起こる事故だけに、社会や医療関係者にあたえる影響はきわめて大きい。国際的にみても、西独とともに群を抜いて高い率に留まっている（図1）。昭和55年から58年までの死亡例について、直接担当医にアンケート調査した成績によれば、主要死因は表1のとおりである。個々のケースの分析も行った結果、現在の妊産婦死亡の特徴として以下のようなことが明らかになった。

① 従来の統計の第一位妊娠中毒症、第二位出血という傾向と違って、羊水栓塞、急性妊娠脂肪肝などによる突然死の比重が高い。② いまだに、妊娠中未受診や母子手帳未交付の例が多い。これ

と家人の留守中の分娩や子宮外妊娠中絶による出血死などは社会的な問題で、健康教育やきめ細かい地域保健の充実なしには解決できない。③ 出血死でも、以前のように、何千という出血で輸血が間にあわず死亡したという例は非常にすくない。④ 妊娠中毒症や出血による死亡でも、基盤に内科的な全身合併症があるのが見逃されたり、管理が悪かったことが原因と思われる例が多い。⑤ 診療所や自宅で発生した事故のうち半数が転送されることなく死亡している。

この対策として妊産婦救急態勢の整備が必要である。

2) 未熟児出生の増加

最近数年間をみると、未熟児ことに極小のもの増加がある。これは胎児モニターの進歩により子宮内死亡になるまえに分娩される児がふえていることによる。早期新生児死亡を体重別にみると新生児の数パーセントに相当する2500g未満の児の死亡が、全新生児死亡の7割近くをしめており（表2）そのウエイトは大きい。さらに私どもの施設における転送例の児の予後をみると、転送後1週間未満で早産した児の早期新生児死亡率は1週間以後に分娩したものに比べ有意に悪かった（表3）。

この対策としては、早産予防ならびに胎児生理学の研究の推進、母体移送の地域化が必要である。

3) 母性および家族意識の希薄化

これをNHKの東京都内若年夫婦における子を育てることの意義、子どもを持つべきかどうか、家庭における役割意識などの調査、厚生省による昭和59年度の社会経済面調査および栃木県教育委員会的女子高校生についての『母性性調査』などの資料により比較した。その結果、都会地に住むものでは、児希望数、離婚に反対する態度、家庭内における夫や妻としての役割意識など、いずれも地方に住むものにくらべ

低く、また職業を持つか、将来職業人として生きようとするもの（高校の衛生科）ほど子を持つことに対する意欲が低い傾向が明らかになった（表4、図2）。

女性の社会進出が今後ますます増加することが予想されるので、女性と母性の両立を援助する施策が強力に進められるべきである。

4) 出生に関する倫理的問題

先天異常児、極小未熟児、あるいは脳死状態の児の保育の限界や、外科的矯正の可否は、医療の現場ではつねに問題になりながら、光をあてられることは少なかった。さらに胎外受精がすでにわが国でもスタートしたが、これは諸外国と同様、かならず他人の配偶子の利用や借り腹の問題に発展するであろう。また初期の医療技術につきものであるが成功率のきわめて低い技術を民間レベルにまかせておくことには、技術の進歩上でも、経済的な面でも問題がある。

死の倫理の議論が進展するにつれ、生の倫理が大きな問題になろう。これにそなえ、生物学的な基礎的研究、医療技術の標準化などの研究のみならず、生殖をめぐる社会的・倫理的な研究が国のレベルで推進されることが望まれる。

5) 新生児訪問の弱体化

地域母子保健の施策として、新生児ことに未熟児や先天異常児に対する訪問指導はきわめて重要である。これが①医療機関と行政の連絡の不備が改善されない、②訪問にあたる助産婦が高齢化し辞退するものがふえているのに、そのかわりになる職種がない、という理由で、衰退してきたことが各地で問題になっているが、適当な対策がないのが現状である。

この対策として、地域における新制度助産婦（助産婦学校におけるカリキュラムには地域での活動が強調されており、卒業生の意識調査でもそれを希望するものが多いのに現実では大部分が病院に勤務している）の活用があげられる。助産婦は保健所のみならず市町村にも配置されるべきである。現に、いまだ母子健康センターが活動しているところでは、その助産婦が訪問指導も行って、効果をあげているところもある。

助産婦を市町村で採用しても、臨床経験の不

足から十分な指導が行えないのではないかと憂慮する声がある。実効のある助産婦の配置のために、英国のNHSサービスや、米国の一部（たとえばニューヨークのブルックリンなど）で行われているように、産科施設と地域のあいだをローテートさせる方式が有効であると思われる。この方式はつねに新しい医療知識や技術を吸収するのに好都合であり、精神・心理領域の保健指導にも同様に有効であろう。

6) 思春期および周婚期の母性保健対策

性行動の若年化、十代妊娠の増加にそなえ、市町村および保健所、相談機能をそなえなければならぬ。また風疹ならびにHbに対する抗体価検査は、是非妊娠前に行う必要がある。これらの検査リストを表5にかかげた。

考察と結論

以上述べてきた問題点と解決策を、要約すると以下のとおりである。

1) 母性と女性の両立。健全な次世代を生み育てることは、男性を含め現在に生きるものの責任であることには異論はあるまい。ただその実行段階で女性にのみ負担を強いることなく、母性機能が円滑に発揮されるためには社会の合意と具体的な施策が早急に必要である。この理念を明確にするべきである。

2) 周産期保健および医療の地域化の推進。わが国の母性保護の弱点である妊産婦死亡を減少させること、および早産・未熟児を減少させるため母体の移送、収容が可能な施設や救急システムの整備が緊急に必要である。NICUは、最近数年間、各地で格段に整備されたが、今後は母体移送が可能な周産期センターの整備が必要である。その試案を表6に示した。

3) 周産期研究の推進。胎児生理学、早産予防（陣痛発来機序）、ニューテクノロジーの評価・普及、生の社会・倫理的問題などの研究を推進するため中心となるような周産期センターの設置が望まれる。

4) 地域における助産婦の活用をはかる。

5) 思春期および周婚期からの母性保健対策が行われるべきである。

図1 妊産婦死亡率(1980)(出生100,000対)

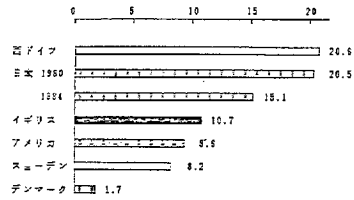


図2 科別・学年一女子校別にみた「子どもはいらぬ」と考える者の状況

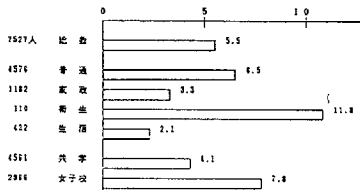


表1 妊産婦死亡原因分類 (自母調査 昭和55年~58年: 81例)

死因	例数	率 (%)
羊水栓塞	18	23.7
弛緩出血	12	15.8
内科合併症	9	11.8
産科合併症	6	7.9
妊娠中毒症	5	6.6
胎盤早期剝離	5	6.6
子宮破裂	4	5.3
急性肝炎	3	3.9
子宮外妊娠	2	2.6
前置胎盤	2	2.6
エンドキシノック	2	2.6
肺水腫	2	2.6
外科合併症	2	2.6

その他、子癇、産褥熱、胎状奇胎、薬剤の副作用が各々1例ずつ

表2 体重別早期新生児死亡率(1982)

体重(Kg)	出生数	死亡数	死亡率*	割合**
-1.0	1,864	956	51.3	18.9%
1.0-1.4	4,501	850	18.9	16.8
1.5-1.9	12,103	729	6.0	14.4
2.0-2.4	6,052	641	11	12.7
-2.4***	84,367	3,176	60	62.7
2.5-	151,033	1,891	1.2	37.3
計	151,539	5,067	3.3	100.0

* 死亡率: 出生1000対 ** 早期新生児死亡全体に対する割合 *** 再掲

表3

児体重(g)\日数	早期新生児死亡	
	0~6日	7日以上
500~999	10/20 (50%)	4/10 (40%)
1000~1499	7/39 (17.9%)	0/23 (0%)
計	17/59 (28.8%)	4/33 (12.1%)

自治医大(1979.1~1985.10)

表4 子どもを産み育てる意味

	NHK 1985		1979年10~15才の子どもの母の回答*			
	男	女	日本	アメリカ	フランス	タイ
①自分の生命を伝える	42%	40%	42%	41%	49%	24%
②自分の志をついでくれる後継者をつくる	12	4	19	11	4	34
③家の存続のため	11	9	19	23	12	70
④次の社会になう世代をつくる	42	26	62	53	25	23
⑤夫婦の結びつきを強める	53	60	51	45	47	39
⑥老後のめんどうをみてもらう	4	3	12	6	9	53
⑦出産や育児によって自分が成長する	38	72	38	44	32	12
⑧子どもを育てるのは楽しい	36	35	21	49	77	5
⑨夫婦は子どもをもってはじめて社会的に認められる	12	10	19	4	3	8
⑩とくに意味はない	7	4	-	-	-	-

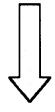
*「国際比較 日本の子どもと母親」
総理府青少年政策本部:昭和54年10月実施

表5 妊婦の可否の判定または妊娠中の管理に必要な妊娠前の検査
本文中に述べたように、妊・産婦死亡の原因として、内科的基礎疾患の重要性が明らかである。妊娠前に、これらを知り、予防や早期治療に役立てることが望ましい。

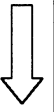
- スクリーニング検査項目
 - 血算(赤血球、白血球、ヘモグロビン、血漿)、赤沈、血液型
 - 風疹抗体、HbE抗原・抗体、胸部X線検査、TSH、T4
 - 血清学的梅毒反応、空腹時血糖、基礎体温測定
 - 染色体検査(原発無月経、遺伝的疾患のうたがわれる例)
- 問診項目
 - ①家族歴:糖尿病、高血圧
 - ②既往疾患:風疹、はしか、水とう、甲状腺疾患、糖尿病、肝炎、腎炎、てんかん、精神疾患、その他
 - ③既往手術
 - ④常用薬物
 - ⑤アレルギー体質
- 妊娠の可否の判定に参考とする事項(以下の疾患あるいは状態についての既往と現状)
 - a) 精神障害、b) 腎炎、c) 糖尿病、d) 心疾患、e) 甲状腺機能亢進ならびに低下、f) 血液疾患(血小板減少症、再生不良性貧血、白血病)、g) その他の注意すべき疾患、全身性コリネクトーシス、重症筋無力症、気管支ぜんそく、肺結核、など

表6 局産期医療地域化試案

施設	診療内容	診療圏の広さ 人口 (分娩数)
一次医療施設	ハイリスク妊娠スクリーニング 正常妊娠 正常分娩 正常新生児 軽度異常	
二次医療施設	大部分の合併症妊娠 中等症病児 を処理できること。 重症のものも短期 間管理できること。	10~20万 (分娩数1,500~3,000)
三次医療施設	あらゆる異常妊娠、異常新生児 を処理できる。 (例) 極小未熟児 新生児外科 重症内科合併症	100~150万 (分娩数15,000~20,000)



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



研究目的

現時点における地域母子保健の問題点を明らかにし、その改善の方策を検討する。