

市町村における母子保健状況に関する研究

日暮 真 (東大・母子保健)
余善愛 (")
織田正昭 (")

はじめに

日本の衛生行政が制度的に発足したのは明治の始めである。この頃は伝染病対策が最大の目的であった。その後、急性伝染病に対する予防施策が成課をあげたので、対策の重点は結核等の慢性伝染病へと移行し、その後も少しずつ変わったのち、昭和に入ってから結核対策、母子衛生等に関して、家庭訪問指導の必要性が痛感されるとともに、地域に密着した保健指導の必要性が強調されてきた。

そのようななかで、昭和12年、保健所法が制定され、保健所は急性伝染病の予防、結核の予防、ならびに母子保健等の疾病の予防、その他において、みごとに成果をあげた。

これにともなって忘れてならないのは市町村における衛生行政の活動である。

市町村の衛生行政は、その衛生主管課係が、担当しているのだが、特色は対人保健サービスの分野にある。住民に密着した諸施策を担当し、地域住民の生活に、より密着した、頻度の高い対人保健サービスとして、今後、ますますその需要が増大してゆくことが予想される。

そこで現時点での市町村における母子保健事業に関する実態を明らかにする目的でアンケート調査を実施した。全国的規模により、それらのアンケート資料をもとにして、市町村における母子保健事業の今後の指針にするべく分析をこころみためて報告する。

調査対象と方法

全国3247市町村を対象に調査票を送付し(昭和51年度事業として回答してもらった)回収した。ただし政令市、並びに特別区は除いた。調査項目は表1に示すとおりである。回答を得た市町村数は3089であった。なお、奈良県下市町村からはまったく回答がなく、この他石川県では41

市町村中40、佐賀県では49市町村中45は回答を得られなかったが、その他の都道府県からは良好な回収率で回答が得られた。

結果と考察

人口：一市町村当りの人口は都道府県別にみると最小が約12000人(山梨県)、最大は約110000人(大阪府)で、全国平均は28000人であった。県内でのバラツキをみると、宮城・埼玉・千葉・東京・神奈川・静岡・愛知・大阪・兵庫・和歌山・岡山・広島・福岡などは一市町村当りの人口のバラツキが大きい。これを人口サイズ別に分けると、10000人以下の市町村が最も多く46%、次は50000人以下の市町村で42%、それ以上の人口規模の市町村は12%である(表2)。東京・大阪では最頻値が50001人~100000人であり、他と比べて市町村の人口規模が大きいことがわかる。全国の市町村の88%までが50000人以下であり、平均は28000人であった。しかしながら一方50001人~100000人のところも198市町村(7%)あった。また人口構成をみても、100000人までの市町村では46才以上の人口が、18才以下の人口よりも多く、それ以上の人口の市町村と好対照をなしており、質の違う保健サービスの必要性が示唆されている。(図1)

病院・診療所：次に医療施設の普及状況をみるために病院と診療所の設置状況をみた。病院は一市町村当り2.3であり、人口サイズ別にみると10000人以下の市町村は0.5となり約半数の市町村には病院がないことになるが、人口10001人以上の市町村では平均1以上であった。一方、診療所は一市町村当り1.7で、人口10000人以下の市町村でも3であった(表2)。

人員ならびに事業内容：母子保健センターは全国で801あり、およそ市町村数の $\frac{1}{3}$ にあたる。これを人口サイズ別にみていくと、50000人ま

での市町村と50000人以上の市町村では等しく3市町村に1箇所存在するが100000人～200000人の市町村では10市町村に1箇所、50000人～100000人と200000人～300000人で5市町村に1箇所と、人口100000人あたりを境として値が下がっている。先に述べた人口構成をみてもこの100000人を境に変わっており、また保健所設置の対象になるかならないかの人口規模であり、保健サービス上の問題があるかも知れない。というのは、医療従事者全般の数は人口の規模が大きくなるに従って多くなっているのに、一般健診実施状況を見ると人口50000～100000人で低値を示していた。また、集団指導の項目においても同様の傾向があった。つぎに、助産所は年々減少の傾向にあるが、人口10000人以下の市町村では平均0.2となっていた。人口が増えると平行して助産所も増加する傾向にあったが、これらの助産所で直接助産業務を行なっているか、または出張業務だけであるかの業務内容に関しては不明であった。医師・保健婦数は、人口の増加とともに漸増していたが、助産婦数は人口50000人～100000人のところでわずかに減少している。

次に県別の施設数の分布状況を見ると、全体に西日本の方が、施設数が多いようである。特に母子健康センターは、中部・近畿・中国地方に多く、助産所は関東以西、診療所は中部以西、病院は中国・四国地方で多くみられるようであり総じて、北海道・東北地方は施設数が少ないようである。これを裏づけるように都道府県別の乳幼児死亡率をみると、全国値10.0（出生1000対）に対して東北・南九州は低率である。特に乳幼児死亡率が最低である岩手県をみると、いずれの施設も少ないことが明らかである。

また、医療従事者の数を県別にみると保健婦は北海道・東北地方でむしろ多く、それにひきかえ医師の数はちょうど逆転している。母子保健推進員数も北海道・東北地方で多くなっており、保健婦や母子保健推進員が医師数に対して代償的におかれているようである。

今後、保健婦活動と協調して医師、並びに医療施設を、より充実させていくことが望まれよう。

以上であるが、県別の数値の出し方は、市町村単位で解答されたものに対して、人口10万対の値を出し、県別に平均値を出したものである。未記入のものは不明として扱い、対象から除いた。（図2～9）

一般健診：妊産婦健診は人口50000人以下の市町村ではおおよそ40～50%の市町村が実施していたのに、50000人を越えたところで20%以下に減少し、その後また徐々に増加していた。さらに400000人を越えた市町村では40%を越えていた（図10）。乳児健診は80%以上の市町村で実施していた。人口400000人～500000人の市町村が7.14%とやや少ないがこの人口階級の市町村が少なかったので意味づけは困難である。つぎに幼児健診についてみると、乳児健診に比較して、実施率が下がっており全国平均は1才児で46～51%、1才半で31～37%、2才で46～51%、3才で66～69%、4才以上で8～16%となっていた。これをみてもわかるように、母子保健法による3才児健診が最も多く実施されていた。ついで、1才と2才の間で、新らしく実施されることになった1才半健診は必ずしも高値を示していなかった。また4才以上の児の健診をやっている市町村はきわめて少なかった。次に集団指導をみると、全国平均では、婚前学級2.3回、新婚学級3.3回、妊産婦学級10.7回、育児（母親）学級13.9回、「その他」11.5回となっていた。「その他」に入る項目としては、口腔衛生に関する事業などが想像される。妊産婦学級や育児（母親）学級が婚前学級、新婚学級に比べると実施回数が多くなっているのは後者は対象住民1人に対して、だいたい1回なされるのが標準とすると、前者はその時期に応じて、同一住民に対して数回行なわれなければならないためではないだろうか。そのほかに事業内容としての扱いやすさの程度によるかもしれない。母子保健推進員数の全国平均は19.0名で、人口200000人になるまで漸増していたが、それ以上の市町村では逆に減少していた。妊産婦栄養強化事業は、実施している市町村とまったく実施していない市町村があったが、全国平均では一市町村当たり受療乳児が31.6名、妊産婦が56.9名であった。こ

れらは人口の増加とともに漸増するようであったが、その増えかたは、他の項目に比較して小さく、おそらくは人口が増えていくと対象人数は比率としては減っているであろうことが想像される。

附記：特別区、政令市をみると、人口の平均が約64万人、病院46、診療所620、助産所は39となっているが、母子健康センターを設置しているところは、ほとんどない。医療従事者をみると、医師1200、保健婦47とやはり都市に集中している傾向がうかがえる。しかし助産婦は7で母子健康センターと同様に少なく、都市化のパターンともみられるものであろうか。

市町村単独事業：次に、各市町村が独自に行っている事業について述べる。全体にみられる傾向として「ムンパ予防」に関する事業と、「離乳食の指導」、「先天性股脱のチェック」（主に3ヶ月児）、「フッ素化合物の塗布」の4項目がどこでもだいたい行なわれていた。特に「フッ素化合物の塗布」は北海道と中国地方で多く行なわれており、逆に四国・九州などではあまり行なわれていないようである。意外に少なかったのは婦人科がんの検診であるが、これは成人疾患としてとりあげられているため、今回は記載されてこなかったかもしれない。特徴のあるものをあげてみると、北海道では「冬期保育所」というのを剣淵町でやっていた。これは、冬期閉鎖している保育所の幼児と母親に対して、毎月2～3日行なっている健診であった。3ヶ月児に対する先天股脱のX線によるチェックをルーチンのスクリーニングとして実施しているところがあり（北海道、中部地方）、これは一考を要すると思われる。精神発育相談は北海道、東北、四国、九州などの一部で行なわれており、心理判定なども実施している市町村もあった。ただし形式としては保健所に委託しているものもあり、実態を明確にするのは困難であった。

東北地方で「赤ちゃんコンクール」が実施されている市町村が数ヶ所あったが、そのあり方や方法に問題はないだろうか。関東、近畿、四国、九州でも実施している市町村もあったが、数は少なく1～2ヶ所であった。また東北地方に「クル病の健診」があり、これは地域特性と考えられた。電話による育児相談も全国的にぼつぼつ始められているようだ。特に北海道、東北、中部地方などの冬期の交通の不便などところでは、より活用してよいのではないだろうか。北海道ではいまのところ実施市町村はなかった。祖父母を対象として「初孫学級」というものを実施している市町村も数ヶ所みうけられ、これは、出稼などで夫がいないために家庭の主な労働者が母親でなければならず、育児の主な担当者が祖父母であるためなのかもしれない。関東地方では1ヶ所、褥婦のための休養所として入所施設を設けているところがあった。中部地方では遺伝相談を実施している市町村が1ヶ所あった。また心身障害児のための相談所や訓練所を設けているところもあったが、これは各地方に平均して1～2市町村であった。近畿地方には、これを拡大して母子を通園の対象としている市町村もあった。近畿より西の地方には同和対策事業を実施している市町村が多くあった。また、窓口相談として妊娠届や出生届を提出した時に、その場で指導しているところもみられる。九州地方では「同和対策」、「精神衛生相談」、「赤ちゃんコンクール」などは他地方と同様にみられたが全般的に単独事業をしている市町村が少ない傾向がみられた。

なお、特別区・政令市における事業内容では妊産婦健診・乳児・3才児健診は、ほとんどのところで実施されているが、1才、1才半、2才、4才以上の健診を実施しているところはほとんどなかった。

また、集団指導では新婚学級を実施しているところが、まったくないのが特徴的であった。

表1. 調査票

市町村母子保健事業調査票						
(52年3月末現在を原則とする)						
市町村名 ()						
人口 (51年の出生数)	()	年齢区分		18歳未満	18歳～45歳未満	45歳以上
			男			
			女			
① 市町村内にある医療保健機関数	1. 病院	有〔 うち 産科のあるもの 小児科のあるもの 〕・無	か所	うち	か所	無
	2. 診療所	有〔 うち 産科のあるもの 小児科のあるもの 〕・無	か所	うち	か所	無
	3. 保健所	有・無				
	4. 母子保健センター	有((1)助産部門併設 (2)保健指導部門のみ)				無
	5. 助産所 (除母子健康センター)	有(うち)	か所			無
② 市町村内の医師の数 (市町村職員を含む)	人(できれば 産科・小児科の医師 人)					
③ 市町村の職員数 (常勤的嘱託を含む)	(1) 保健婦	人(うち 国保職員 人) 60歳以上のもの 人				
	(2) 助産婦	人 60歳以上のもの 人				
④ 市町村が実施している母子保健の実施状況 (51年度実施又は52年度予定)	(1) 一般健康診査	1.妊産婦 2.乳児, 3.幼児(1歳, 1歳半, 2歳, 3歳, 4歳以上)				
	(2) 保健指導 ⑦ 集団指導	1.婚前学級 2.新婚学級 3.妊産婦学級 4.育児(母親)学級 5.その他 (回) (回) (回) (回) (回)				
	⑧ 個別	1.妊産婦 2.乳児 3.幼児 (回) (回) (回)				
⑤ 母子保健推進員設置状況	有 推進員数 人(発足年度 昭和 年度) 無					
⑥ 妊産婦等栄養強化事業	やっている(支給人員 乳児 人, 妊産婦) やっていない					

表2 人口階級別の平均値

人口	全国平均										#
	-10	-50	-100	-200	-300	-400	-500	500	-	-	
病院	2.3	0.5	1.6	5.5	10.0	21.0	28.0	36.0	47.0		
産科を有する病院	0.8	0.2	0.7	1.9	3.0	5.2	7.5	9.3	14.0		
小児科を有する病院	0.8	0.2	0.6	1.8	3.2	5.8	8.0	9.9	14.2		
診療所	17.0	3.0	10.1	39.4	97.3	147.8	219.2	375.1	562.8		
産科を有する診療所	4.6	2.4	2.1	10.6	12.1	17.6	55.3	38.1	58.2		
小児科を有する診療所	7.5	1.7	3.6	18.6	31.4	44.8	73.9	109.0	152.8		
保健所	0.2	0.0	0.2	0.7	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0		
母子健康センター	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3		
助産所	1.2	0.2	0.9	2.9	5.8	9.2	15.9	38.4	25.2		
医師	25.9	4.2	17.8	65.3	176.7	274.2	364.1	550.5	533.5		
産科・小児科の医師	7.7	2.7	5.6	17.0	39.9	61.2	88.0	179.3	421.0		
保健婦	2.6	1.3	2.5	4.6	6.8	10.8	16.4	25.3	55.0		
国保職員	2.1	1.2	2.3	3.8	4.6	8.0	10.2	3.0	20.5		
(うち60才以上)	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.5	0.1	0.1	0.0		
助産婦	1.2	0.9	1.3	1.1	2.7	2.7	2.2	3.3	8.5		
(うち60才以上)	0.7	0.6	0.7	0.5	1.0	1.1	0.5	2.3	0.5		
婚前期	2.3	2.0	2.1	1.7	2.5	4.6	18.6	5.3	3.3		
新婚前	3.3	4.5	2.2	0.9	2.3	1.2	22.6	1.0	4.3		
妊産婦	10.7	6.3	10.6	12.6	16.4	42.8	79.8	30.8	175.8		
(母親)育児	13.9	8.4	13.7	13.2	17.2	40.0	114.5	51.0	402.8		
その他	11.5	7.5	12.7	12.4	16.6	26.9	13.3	12.0	27.7		
母子保健推進員	19.0	14.8	20.2	30.7	39.7	38.4	11.4	2.7	0.0		
栄養強化事業。乳児	31.6	19.4	35.7	41.8	58.5	88.7	125.0	122.3	140.8		
栄養強化事業。妊産婦	56.9	37.6	73.8	63.2	71.6	77.9	125.0	146.1	88.8		
総市町村数	3089	1379	1258	198	85	40	22	8	5	94	
市内	46.0	42.0	42.0	6.6	2.8	1.3	0.7	0.3	0.2	-	

不明は除く #:(X1000)

図1 人口階級別の人口構成

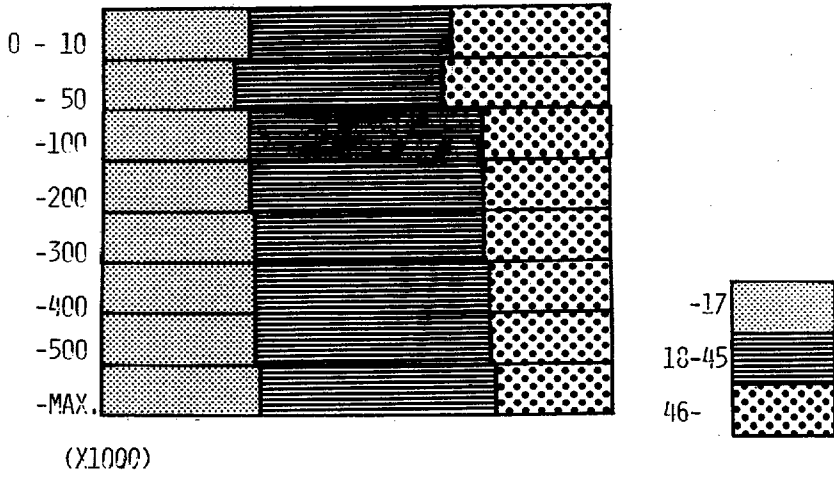


図2 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの病院数

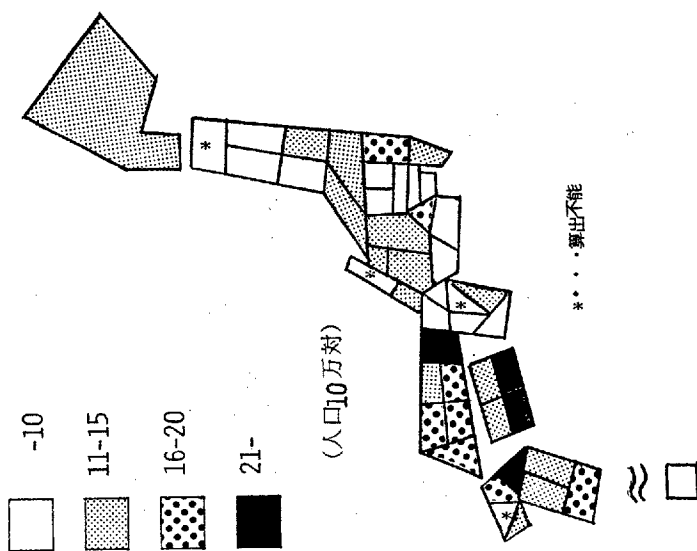


図3 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの診療所数

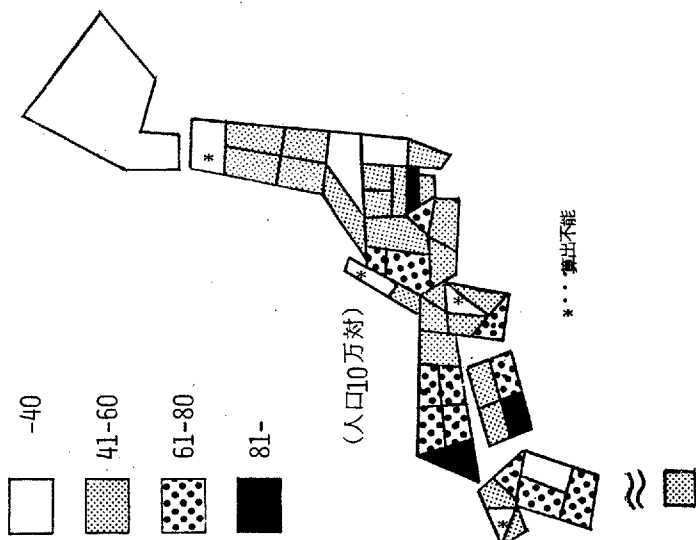


図4 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの母子健康センター

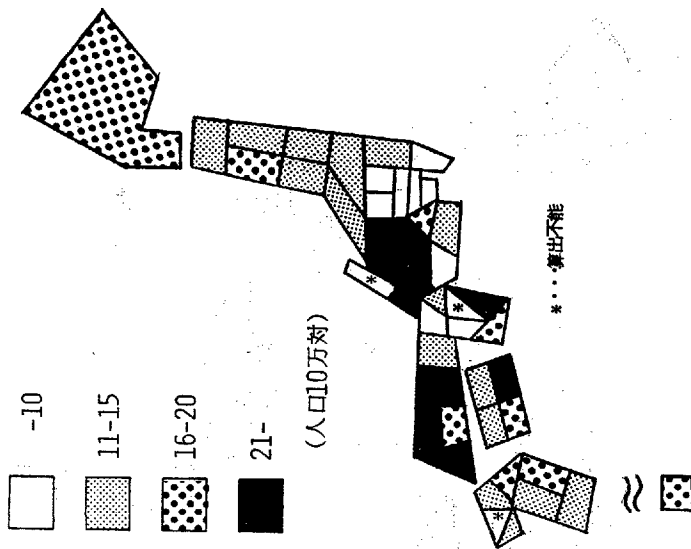


図5 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの助産所数

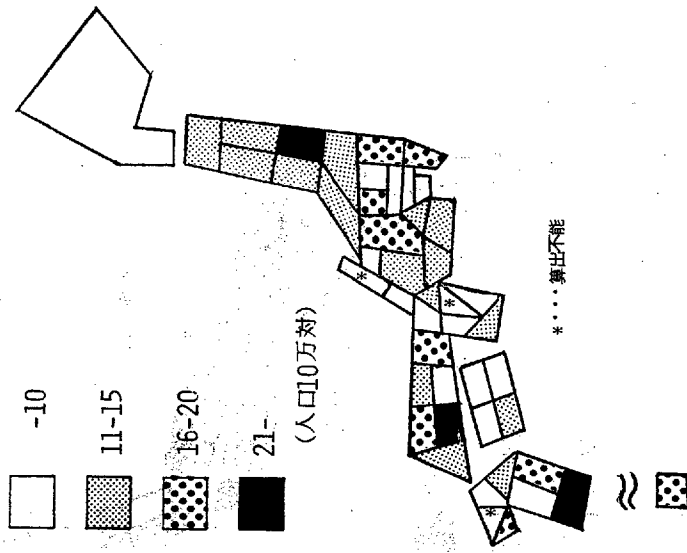


図6 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの医師数

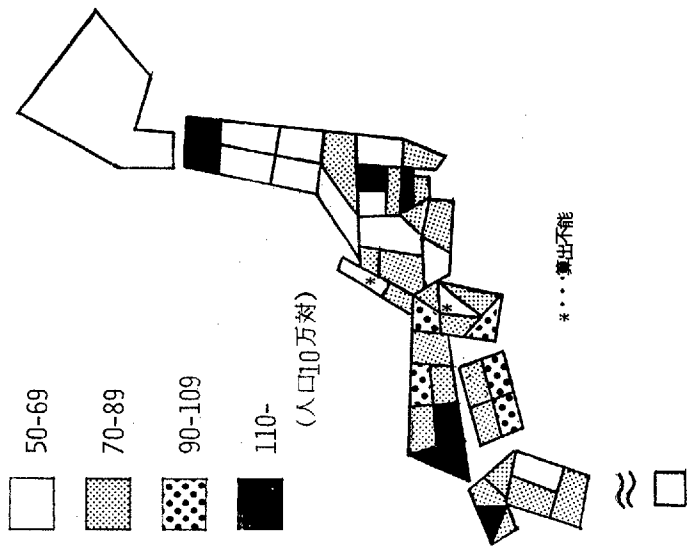


図7 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの保健婦数

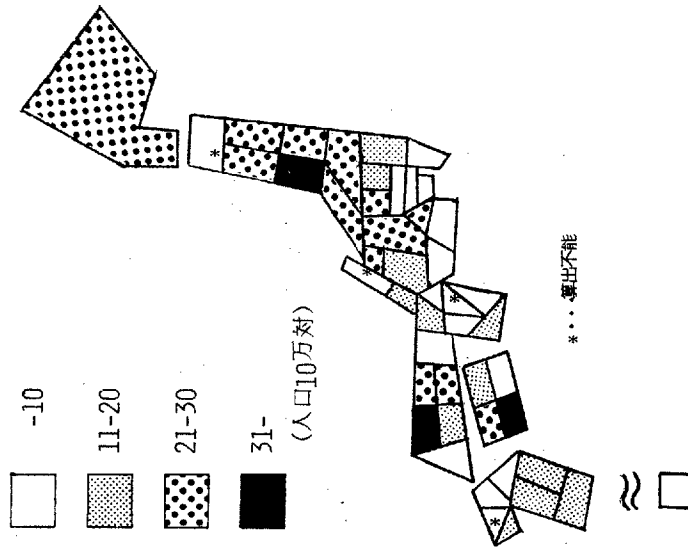


図8 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの助産婦数

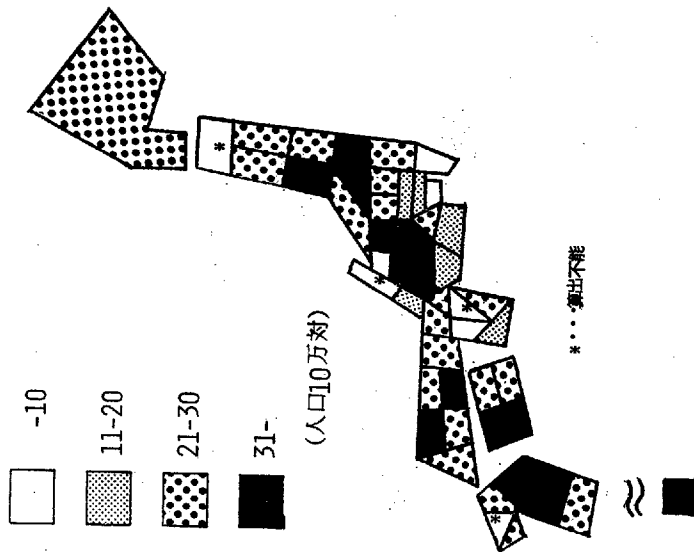


図9 道府県別（但し政令市特別区は除く）
当りの母子保健推進員数

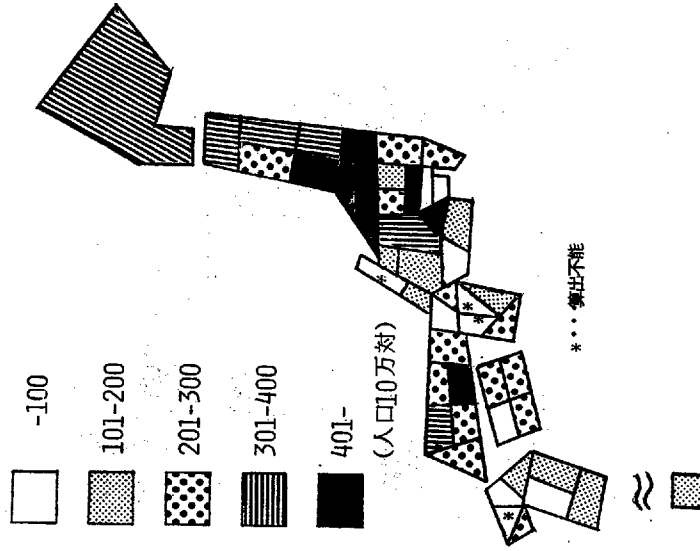
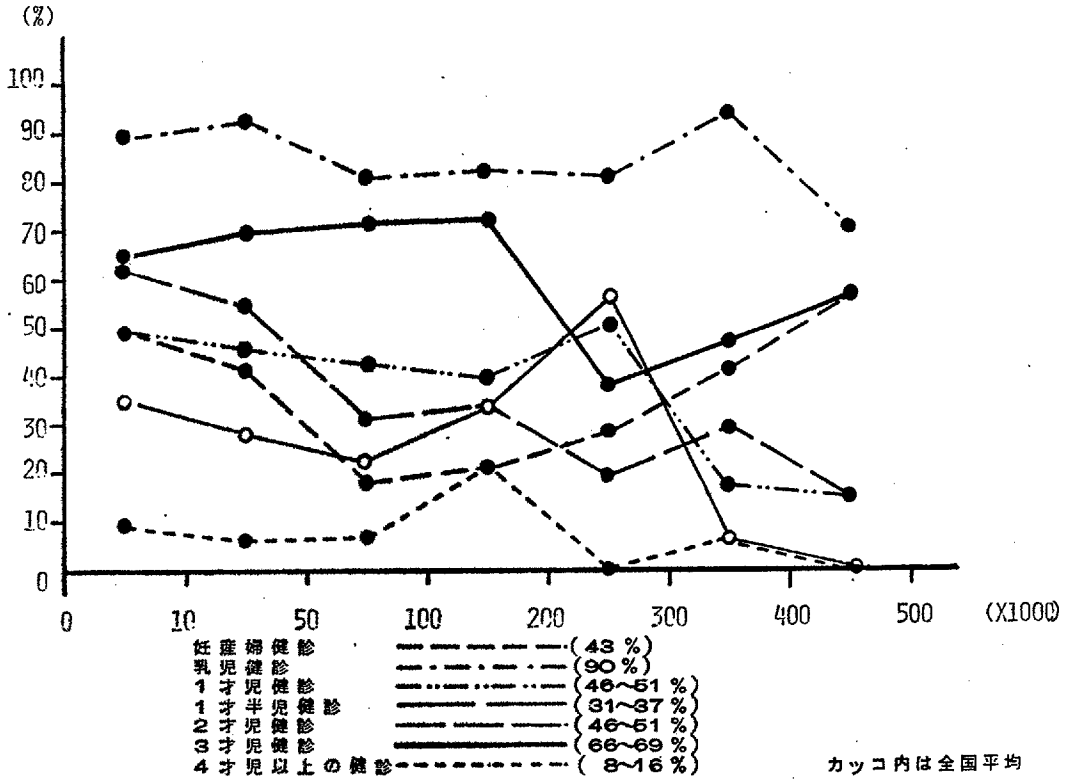


図10 一般健診を実施している市町村の割合



↓
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

日本の衛生行政が制度的に発足したのは明治の始めである。この頃は伝染病対策が最大の目的であった。その後、急性伝染病に対する予防施策が成課をあげたので、対策の重点は結核等の慢性伝染病へと移行し、その後も少しずつ変わったのち、昭和に入ってから結核対策、母子衛生等に関して、家庭訪問指導の必要性が痛感されるとともに、地域に密着した保健指導の必要性が強調されてきた。