

母子保健サービスが母子の医療需要に与える影響

館	正	知	(岐阜大学医学部公衆衛生学教室)	
井	口	恒	男	(岐阜県衛生部環境衛生課)
加	藤	道	子	(岐阜市北保健所)
木	村	英	道	(岐阜県衛生部医務課)
栗	田	孝	子	(岐阜県衛生部保健予防課)
鈴	木	大	輔	(岐阜県郡上保健所)
平	良	専	純	(岐阜県羽島保健所)
高	木	愛	子	(岐阜県益田保健所)
高	橋	英	勝	(岐阜県立健康院)
松	田	美	泰	(岐阜県衛生部保健予防課)

標記の課題を担当するにあたり、母子保健活動が母子の受療を増すことをもって活動の成果とするのか、減少することをもって活動の成果とするのか先ず検討されなければならないと考える。疾病傷害の早期発見ないしは早期治療の教育の行きすぎと、国民皆保険制度に基づく医療費の廉価さことから、本来医療施設の受診の対象とならないケースが受診している傾向がある。別の表現をすれば、健康問題を自分の問題として解決しようとせず医療施設に安易に依存している傾向がある。この傾向が母子保健活動の成果といえるかどうか問題である。

また母子保健サービスを現行の行政上の活動に限定し、それが受療との関係を明らかにする方向で検討をすすめるのか、あるいは好ましい母子保健サービスの実現を前提として議論をすすめるのか、によって異質の結論がでてくるように思われる。

更に医療の需要や供給は、対象とする地域が持っている諸条件によって変化するのが実情であるので、医療需給に影響を与える諸条件の検討と、それらの諸条件が当該地域でどのようになっているのか、の分析の上で医療需給の現状を評価しなければならないと考える。

以上のような観点から、1) 岐阜県における現行の法又は行政指導に基づく母子保健サービスを整理し、2) 岐阜県の母子保健サービスの実態と

母子の医療、とりわけ小児の医療の実態を明らかにし、そこにおける問題点、更にそれらの解決策の試案をあげ、3) 母子保健サービスが母子の医療需要に与える影響を考える際に検討すべき事項をあげ、最後に4) 現状の母子保健活動の拠点の一つである母子健康センターについての地域住民の認識、及び初期にはある程度の設置意義があったと思われる助産施設としてのセンターの意義について現在調査中なので、調査の目標についてのみ述べることにする。

1. 現行の母子保健サービス

岐阜県において行われている母子保健サービスとその根拠法令及び目標の一覧を掲げたのが次表である。

2. 岐阜県における母子保健サービス

母子保健を母性保健と小児保健に区分し、そのそれぞれについて現状、課題、問題点を明らかにし、その方向づけを行ったのち、その方向を、現状のシステムおよび制度との関係においてどのように体系化していくか、を検討する。

2-1 母性保健

(1)-1 母性保健の現状と問題点

母性保健を考えると、二つの時期がある。一つには、妊娠の時期があり、二つには産褥の時期がある。前者は母性のみならず胎児の観点から小

児保健が加味されるのに対し、後者は母体本来の健康問題、母体の復古、場合によっては次の妊娠への準備段階といった要素が加わる。母性保健はこの二面から考えていく必要がある。

わが国の妊産婦死亡は、昭和20年代より著しく減少しはじめ、その後も減少の傾向を示しているが、欧米先進国と比較すると必ずしもよくない。本県の場合、全国と比較すると、ほぼ同じ状態である(表1)。また、死因別にみると、妊娠中毒症、出血、子宮外妊娠と、その順序は、ここ20年間変化しておらず、この3死因が全死亡数に占める割合も過去5年間60から70%を占めている。

死亡には至らぬ妊婦の重要な疾患として貧血がある。本県における妊婦の貧血検査状況をみると、貧血検査受診者が、全妊婦の20%であるが、その結果をみると、血色素量62%未満が受診者の約10%あり、血色素量72%未満の貧血傾向のものを含めると、貧血者は約40%になる(表2)。また、妊婦に関連した貧血問題として、産褥期の貧血の回復状態が、初産婦より経産婦の方が回復が悪いという点にも一つの問題がある。

三大主要死因のうち、出血死については、妊娠中の出血死、分娩時の出血死、産褥期の出血死と時期的に三つに区分される。妊娠中の出血死については、ケースによっては救急医療の範ちゅうにはいる。分娩時、産褥期の出血については、分娩場所によりその予後が左右される問題がある。従来、自宅分娩から施設分娩へと移行しているが、その施設が、常時血液の供給される体制になっているかどうかが大きな問題になる。昭和20年代の施設分娩の状況は、全国的にみて施設内4.6%、施設外95.4%という状態から、昭和48年は施設内98.3%、施設外1.7%と全く逆になっており、この傾向は、本県においては一層著明であり、しかも市部、郡部とも大差はない(表3)。

子宮外妊娠について、その頻度は、30歳から35歳の経産婦に多く、初産婦の4倍から6倍といわれている。また、子宮外妊娠の場合、卵管で着床する場合が多く、母性の生命の危険性から考えて妊娠3ヶ月から4ヶ月が一つの時期になり、

この時期が一つの目標となる。

妊娠中毒症、妊娠中の貧血の問題は、妊娠中の定期検診によって予防し得る面が多い。特に、妊娠中の貧血は、貧血を基礎として起ってくる各種疾患、あるいは、各種疾患に与える影響、胎児に与える影響など各方面に関連し、この管理は重要である。

妊婦の保健を考えるうえで重要なことの一つに、妊婦の把握の問題がある。現行制度上では、妊娠届による母子手帳の交付制度がある。本県における母子手帳の交付状況は、昭和49年、出生までに98.9%が交付されている。これは、一見、高い割合のように思われるが、交付された妊娠月数に問題がある。交付された内容を月数別にみると、妊娠3ヶ月以内に交付されたものは13.1%、4ヶ月から5ヶ月69.3%となっている。胎児に対する影響等の問題を考えると、胎盤形成が妊娠3ヶ月末までに終わるということを考えると、母子手帳の3ヶ月以内交付が近年5年間増加の傾向を示しているとはいえ、全体の1割であるということは、妊婦教育のうえにおいて問題がある(表4)。

(1)-2 母性保健の対策

ア 妊娠前の教育

母性保健のなかで、健全な小児を考えると、妊婦になってからの教育ではおそすぎる。したがって、妊婦になる以前、例えば新婚、婚前、学校教育のなかですでに妊娠、出産、育児に関する一連の基礎知識を養う必要がある。このようなことを現状の制度のなかでいかしていくことは、至難のことであるが、少なくとも、妊娠前の教育の場として活用しうる機会として、職場における未婚、新婚の男女を対象とした教育、あるいは、現行制度による婚姻届のなされた時点での対象者の把握とそれに対する教育が必要である。

イ 妊婦の教育

妊婦の教育を考えるとき、対象となる妊婦を把握することが、まず必要である。現行制度のなかでの母子手帳の交付状況については、前にも触れたところであるが、妊娠の届出、母子手帳の交付といった制度の主眼とするところは、

少しでも早い時期に妊娠を把握するとともに、妊婦に妊娠であるということの重要性を自覚させ、それを日常生活の上に直結させることが目的である。そのためには、妊娠前の教育にも関連するが、妊娠の徴候、確徴、不確徴（疑徴）を正しく理解させておくことである。確徴については、妊娠5ヶ月ぐらいにならないと判定し難いが、自覚症を中心とした疑徴の時期を目標に、少なくとも妊婦に自覚させ、健全育児に対する心構えをつくらせる必要がある。

妊娠中の妊婦の教育について、その教育内容は、特に注意を要する。即ち、過情報化時代のなかで総論的な内容で終始するのでは、教育を受ける側としても迷惑である。この点産婦については、特に注意を要する。妊婦各個人を対象とした、身近かな、具体的な、各々のケースのニーズに合致するような教育内容にするよう努力すべきである。教育内容としては、基本的に、医学的に知っておかねばならない知識、生活の指導、栄養の指導、場合によっては育児の知識等系統的に行わなければならない。

近年、新生児、乳幼児死亡の主位を占めるものに、妊娠中、あるいは周産期の原因による死亡、先天異常による死亡があるが、現状では、原因不明であり、原因の追求をまたねばならぬ面が多々あるが、このような難問題についても、日進月歩の医学のなかで、今日の問題として情報を集めつつ教育内容のなかに含めていく必要がある。

ウ 定期健康診断

母性保健の現状の項でも述べたとおり、妊娠中毒症、子宮外妊娠、貧血などは、妊娠中の定期健康診断のなかで早期に発見し、早期に対処しなければならない代表的なものである。その他、心臓、腎臓、肝臓等のチェックも妊娠を経過するうえで必要なことである。また、梅毒、風疹、結核、糖尿病、Toxoplasmosisなども定期健康診断のなかで留意しなければならないものである。

妊娠中の定期健康診断の時期、回数については、従来、妊娠7ヶ月までは1ヶ月に1回、8から9ヶ月は2週間に1回、10ヶ月に入って

からは毎週受診することが基本となっている。このことを周知徹底させる必要があり、また、この定期健康診断の結果にかかる各個人の成績をいかに活用するかが重要である。つまり、妊婦検診による情報が、母子手帳を介して妊婦本人への指導、相談事業にいかに関わりついでいくかが重要であり、そのためには情報の流れ、情報のシステム化が必要である。

2-2 小児保健

(1)-1 小児保健の現状と問題点

小児保健としては、胎生期、新生児期、乳児期、幼児期に至るまでの4つの時期を対象として検討することになるが、胎生期については、母性保健、妊婦の保健衛生の範ちゅうに入るので、ここでは新生児期、乳児期、幼児期を対象として検討することとする。

本県における新生児、乳児、幼児の死亡をみると、全国の傾向と同様改善されているが、その死亡率は、全国平均より高い値を示している（表5）。このなかで、乳児死亡について、市郡別に過去5年間を平均してみると、一般に市部より郡部の方が死亡率が高く、海津郡の出生1,000対20.5を最高に揖斐郡19.9、加茂郡19.8、大野郡18.8、養老郡17.8で、全国の乳児死亡率と比較すると昭和40年の死亡率と一致する（表6）。新生児死亡、乳児死亡とともに、全国の都道府県別の順位をみると、本県は、昭和47年新生児死亡24位、乳児死亡32位、昭和48年新生児死亡43位、乳児死亡42位、昭和49年新生児死亡40位、乳児死亡33位であり、47都道府県のうちワースト10のなかに入り、全国的にみて後進県である。

本県における死因は、全国と同様、1位は周産期が原因と思われる死因、2位先天異常、次いで出産時期における障害、呼吸器疾患の順であり、これらの4つの原因で全体の死亡の約80%を占めている（表7）。

幼児の死亡について、特に、学童期に入る前の幼児について、その死亡率は、各年代ともに、昭和20年代より著しく改善されていることは、前にも述べたが、なかには、10分の1に減少している年代もある。これを死因別にみると、昭和25

年では、1位胃腸炎、2位肺炎、気管支炎、3位細菌性赤痢であり、これら細菌性疾患による死亡が全体の51.2%を占めていたが昭和30年代からは不慮の事故が主位となり、昭和48年は1位不慮の事故、2位先天異常、3位肺炎、気管支炎、4位悪性新生物、5位胃腸炎といった内容になっている。

(1)-2 小児保健の対策

新生児、乳児の死亡、死因について、全国と本県を対比し、現状と問題点を述べたが、そのなかで、本県においては、生後1年未満（新生児、乳児）の死亡率が、全国対比において非常に高いことは、今後、母子保健のなかで、真剣に取り組まねばならない課題である。したがって、その原因追求のため、調査研究のプロジェクトチームをつくり、問題に取り組まなければならない。また、死因は、多要因にわたる可能性が大さいので、長期的視野に立って取り組まねばならない。

ア 主要死因に関する一般教育

生後1年未満の主要死因は、妊娠中、周産期、先天異常、出生時の分娩障害等で、これらのなかには、原因不明のものが多く、対策は今後の研究結果を待たねばならぬものが多いが、先天異常など、現在判明している範囲での対策、即ち、風疹など病原性生物因子によるもの、化学薬剤、放射性物質などに起因すると思われるものについては、妊娠中の教育強化で対処しなければならない。

妊娠中の影響によるもののほかに、死因のなかで、肺炎、気管支炎による死亡が約10%ある。老人と乳幼児の呼吸器系疾患は注意を要するといわれるが、早期に適切な処置をすべく母親教育、育児教育の一環として行われなければならない。

イ 事故に関する教育

乳幼児の不慮の事故については、事故死の内容を検討したところによれば、乳幼児の精神、身体発達の経過とよく一致している。即ち、0歳児（乳児）の事故死は自衛手段を持たない段階での事故であるので、これらはもっぱら母親あるいは0歳児と行動を共にする時間の最も長い人の責任に帰するもので

あるが、1歳から4歳までの事故死は、行動範囲が広がることにより起こる事故（家の周囲での事故）であり、さらに、5歳以上になると行動範囲が広まり、かつ、活発化するため、自動車事故、交通事故が加わってくる。

不慮の事故には、「全く思いもよらない」といった面と、「当然の帰結として災害になる」といった二つの面が一緒に含まれている。後者の場合は、特に、周囲の力によって予防しなければならない。幼児の安全教育には、「いけない、だめだ」のみの教育では達成されないので年齢に応じた安全教育が必要である。その教育は家庭で行われるべきものであるので、家庭に対して、特に母親に対して、乳幼児の安全教育の仕方の情報が与えられなければならない。

ウ う歯に関する教育

死に至らぬ小児保健の問題として、口腔衛生の問題がある。う歯に対する制度化された対策は、従来、3歳児検診の機会に組み込まれている。3歳児検診の結果をみると、過去5年間の成績をみても、う歯保有率平均80%、1人平均5本から6本という結果であり、う歯対策としては、跡追い対策といわざるを得ない。かかる観点から乳児期、歯の萌出期からの歯科対策、歯科教育を考えなければならない。識者によっては、胎生期、妊娠中の栄養がう歯を大きく左右するという見解があり、このことは、検討する必要があると思われる（表8）。

エ 母乳に関する教育

近年、育児の面で、特に、注意しなければならない事項として、母乳による育児の問題がある。従来、昭和20年代には、80%以上が母乳栄養であったが、昭和30年代から40年代にかけての新生児、乳幼児に対する乳製品の改良、普及により人工栄養によることが増加してきた。これに伴って、育児方法にも大きな変革が生じた。現在では、生下時より人工栄養を取り入れる風潮がある（表9）が、乳幼児死亡に関連して免疫、アレルギー、精神衛生の面で母乳の効用の教育のなかに大きく取り上げる必要がある。

オ 定期健康診断

母体から幾多の影響因子を受けながら胎生期を経過し、出生した新生児の身体的障害の有無あるいは程度を判断すること、これに加えて、乳児期、幼児期へ至る際の精神発達についての情報を得ることは、非常に重要なことである。このためには、専門医、小児科医が必要であることはいうまでもない。しかし、すべての出生児を対象に定期的に追跡していくことは、現状では不可能なことである。この目的を達成するために、新生児期、乳児期、幼児期を通して、各々の月齢にあった、身体的・精神的チェック・ポイントを設定し、助産婦、保健婦によりスクリーニングする方法が考えられるが、現行体制では、新生児期、乳児期、幼児期の各々月齢にあった回数を消化することすら至難なことである。そこで、次善の方法として、母親を教育し、母親によるスクリーニングによる方法によらざるをえない。即ち、母親、保健婦・助産婦、専門医といった段階を考えざるをえない。このような考え方を母子健康手帳を通して積極的に進めていこうといった主旨で、昭和48年より母子愛育会が中心となり、学問、行政等各分野の専門技術者が研究会を編成し、母子健康手帳の研究に取り組み、その結果が、昭和51年1月17日告示された。その内容には、各月齢により、母親が母子健康手帳のチェックシートにより追跡していくように改正された。しかし、これですべて解決したわけではなく、母親、保健婦、専門医の段階を有機的に連結する努力が忘れられてはならない。特に、母親の段階で断絶することがあっては、チェックシートの主旨は全く意味のないものとなる危険性がある。母子健康手帳の改正趣旨の徹底が今後の一つの課題である。

2-3 母子保健機構

母子保健活動は、第2次世界大戦前においても、小児保健所、愛育村活動、妊婦手帳等の形態でみられたが、これらの活動は、民間、市町村、県等が一体として動いていたものではない。体系的、組織的活動になったのは、第2次世界大戦以後、昭和20年代に入ってからといってもよい。系統的なもの、最初にあげられるものとして、昭和22

年の児童福祉法がある。このなかには、児童福祉の理念、相談所、福祉司、福祉事務所、福祉の措置等が含まれていた。その後、母子保健、福祉のニードに従い、育成医療、未熟児対策、母子センター、家族計画、新生児訪問、3歳児検診、妊娠中毒症療養援護等、幾多の制度が付加されるようになり、母子保健事業が強化されると同時に、各種制度が多岐にわたり繁雑化してきた。これらを一つの法体系にまとめる働きかけがあり、昭和40年に母子保健法が制定されるに至った。この母子保健法では、母子保健の理念、制度を明らかにすると同時に、母子保健事業の主体性を、従前の保健所（都道府県）から住民の最も近い市町村におくことが考えられたが、市町村の受け入れ体制が作りえない理由から、市町村に移すことがしえないうまま今日に至っている。しかし、現行制度のなかでも、妊娠届の受理、妊産婦・乳幼児栄養強化対策事業、母子保健推進員活動、母子健康センター設置の制度など、市町村主体の事業があり、積極的に市町村は母子保健活動に取組んでいる面もあることから、今後、この方面での活動をさらに推進する必要がある。このためには、地域に母子保健推進員の設置と地域組織活動を推進すると同時に、市町村には、母子保健に対する技術者、即ち、保健婦あるいは助産婦の設置が必須となってくる。また、母子保健活動を展開する場、即ち、母子健康センターの設置の必要性があり、この場を中心に、母子保健に関する相談、指導、スクリーニング、情報管理などが行われるべきである。

ブロックとしては、市町村の母子保健活動に対する技術援助をはじめ、情報の収集、分析および今日的あるいは将来の問題に対する助言をするようにしなければならない。

県としては、母子保健に従事する技術者の研修を行わなければならない。母子保健の現状の項でも述べたごとく、昭和20年代から、30年代、40年代へと、少なくとも感染症の占める割合はますます少なくなってきており、これに代ってクローズ・アップされてきたものに、妊娠中の原因と思われる疾患あるいは先天異常を中心とした、いわゆる現在では原因不明あるいは多要因と思われる疾患があり、これらは、医療、検診、社会復

婦、相談、指導の面で方向づけの難しいものばかりであるからである。従って、これらに対処していくためには、母子保健活動に従事する技術者に今日の知識、技術を与えるための機関として小児保健医療センター（仮称）なるものの設置が必要となってきた。また、今日の保健医療の情報を集めるための保健医療情報センターの機能をこれに附与させることは言うまでもないことである。

2-4 小児医療

(1)-1 小児医療の現状

(ア) 小児の死亡および疾病の現況

最近の小児死亡の推移を年齢階層毎にみると表10のとおり、ここ5、6年県内の小児死亡は横ばいの状態にあるといえる。また、表11に示すように、年齢階層毎の死因疾患では、新生児死亡など、先天異常や出生時の異常に基づく死亡の多い0歳を除くと、各年齢層とも不慮の事故が多く、また、悪性新生物の半数前後が白血病であることは、一般成人と比べて大きな特色といえる。

小児の死亡の大半は乳児死亡であり、そのなかでも新生児死亡が主要なものとなっている。表11からもみられるように、乳児期の死亡疾患は、出生時の損傷ないし先天異常その他周産期死亡が主要なものであり、このことは出生前の問題とその管理の重要なことを示唆している。小児期の死亡を年齢毎にみると、全国の生命表と同じように、死亡率は0歳を最高に年齢が長ずるに従い減少し、10歳前後が最低となって、以降徐々に増加する。小児の死亡を市郡別にみたものが、表12であるが、市郡別の死亡数は少数のため、市郡間の比較には適当でないが、人口増の激しい地域に高い傾向がみられる。

有病状況は、必ずしも死亡状況とパラレルなものではないが、疾病によっては死亡に至らないまでも、長期の罹患あるいは身体の欠陥状態をきたすものもあり、死亡の減少のほか重症化の防止、早期治療の上から留意すべきものであろう。有病状況は一般成人の場合と同じように、小児の場合であってもその実態を把握することは容易でないが、成人に比べ慢性疾患が少ないこと、小児の検診体制が比較的普及しているこ

と等から、多少とも有病状況が把握しやすい。乳児検診および3歳児検診は制度化されており乳幼児の大多数が受診しているが、年間20,000人以上の受診者のうちの1~2%が精密検査の必要なものとなっている。表13、表14は、その結果の概要であるが、精検受診者の半数弱が異常なしの判定であるが、いずれにしろ年間乳児、3歳児を含め500人前後の精密検査が必要となっている。

他方、小児の罹患率や有病率を知る資料は乏しいが、国保の統計資料(表15)、県衛生部が実施した小児慢性特定疾患の実態調査結果(表16)にその一部をみることができる。小児の日常の疾患としては、表15からみられるような感冒、気管支炎等の急性呼吸器疾患が非常に多く、1,000対300以上の状況にあるほか、う歯、胃腸疾患、皮膚疾患、視器・聴器の疾患、不慮の事故とりわけ乳児にあっては先天異常などが受療率の高い疾患となっている。また、特定疾患については表16のように、慢性腎疾患、悪性新生物、ぜんそく、慢性心疾患等に罹患し、数ヶ月以上にわたって入院受療するものが多く、これら疾患は、有病率としては相当に低いものとはいえ、その病態からみて当然専門的な医療機関で診療されるべきものであろう。なお、小児慢性特定疾患のほか、成人を主体とした特定疾患のなかには、特発性血小板減少性紫斑病、再生不良性貧血のように乳幼児期から発病するものもあり、これらは専門的な施設で診療されるべきものであろう。

(イ) 小児医療対策の現状

感冒、胃腸疾患など小児の日常罹患する疾病については、その頻度からみて、当然最寄りの一般医療機関で取り扱われている。疾病によっては、眼科、耳鼻科等の専門科で直接診療を受ける場合もあるが、専門科別の診療状況を把握することは困難である。小児が入院治療を必要とする場合、小児科専門医のもとで受療するのが望ましいが、小児科のみを専門に診療する病院の小児科医(内科小児科両者にまたがって診療する場合を除く。)をみると、表17のように、非常に限られたものとなり、小児科医の養

成教育機関である岐阜大学に勤務する小児科医を除くと、約20名である。小児科専門医は、当然このほかに、小児科専門の診療所や、内科等の他科とかけ持ちの診療機関に従事するものも多く、毎年12月に報告される医師の届出の診療科から知ることができる。

小児医療のうち、特殊検査による診断を必要とする場合や、特殊な治療設備を伴う入院治療および他科にまたがる入院治療などにあつては、小児科専門医が一施設に最小限2名以上従事すべきであるが、上記のように主要病院の小児科医は少数である。49年12月に調査した主要病院の調査から、2名以上小児科医が従事する病院について、外来および入院患者数をみると表18のようであり、1小児科医当たり外来約35人、入院約14人を受け持っていることになる。大学病院は、その機能のうえから、他の病院との比較対照にならないが、各病院間で比較すると、1小児科医当たりの患者数に多少の較差がみられる。

49年12月の調査では対象となっていない一部病院もあるが、小児科専門医の従事する病院のうち、2名以上の病院の入院患者の総数を調査結果から推定すると、250名前後、1名以上の病院を含めても300名前後と思われる。全県下の小児の入院患者のうち、300名前後が小児科医の診療を受けており、その他の者は内科、耳鼻科等他科の医師の診療を受けていることになる。小児の病床は、結核や精神病と異なり、一般病床のなかに含まれているので、小児科医が主治医となる場合の病床数さえ日により変化するため正確な数値は得難い。

病院における小児の医療は、小児科医が中心となって担当されるべきものであるが、小児科医の存在だけで十分とはいえない。総合病院の形態の中で、各科の医師が1名以上おり、小児科の担当医が常に連絡協議できるような体制が必要である。特に、小児の死亡の半数近くを占める新生児死亡は、分娩に連続した過程で生ずるため、産婦人科医が新生児の医療を担当する場合が多いので、産科医と小児科医の連携プレーが必要である。新生児死亡の原因の多くは、

妊娠から分娩の過程において発生するものであるが、母体の妊娠時期に新生児死亡の発生の可能性を予知することは必ずしも容易なものでないし、たとえ、その可能性が予知されても、その分娩が総合病院等における小児科医と連携プレーのできる場で扱われる体制は十分でない。このことは、助産婦が中心となっている助産所の分娩においても同様である。

他方、外科、耳鼻科、眼科、皮膚科等の小児科医と医療チームを構成すべき専門医が、各病院において必ずしも小児医療に精通しているとは限らないし、また、精通できる体制も不十分である。現状では、国立療養所長良病院、県立整肢学園等が小児医療を中心とする施設であり、外科、整形外科等の医師が、小児医療に精通し得る場といえよう。

小児医療を担当するパラメディカルスタッフとしての助産婦、看護婦、保健婦等についてみると、各病院とも小児病棟での看護は、看護婦が殆んどであり、助産婦、保健婦が参加していることは少ない。小児の看護を誰が担当するかは別として、患児の治療には、食事その他生活一般についての一般療法の比重の高いことから、専門的に訓練されたスタッフが必要であるが、現状では、各病院とも特別な研修制度を採用していないようである。

(1)-2 小児医療に対する今後の対策

現状の小児医療対策について、主要な問題点をあげると次のようである。

- (ア) 小児死亡の多くは、乳児死亡、なかでも新生児死亡であるが、新生児期の対処は産科医となっており、小児科医との連携が十分でない。
- (イ) 患児が入院を必要とした場合、小児科医の常勤する総合病院は少なく、また、これらの病院の小児科医の業務は、外来、入院両患者に対応しており、業務量は多い。特に、平均1人1日診察する外来患者は非常に多く、本来の病院業務である入院患者の診療に十分な時間が割かれていない。
- (ウ) 小児科医を中心とした他科の専門医等と医療チームによる診療体制は未確立である。
- (エ) 小児医療を担うスタッフの養成、再訓練の

制度や施設が整備していない。

過去10年以上にわたって、県内の出生率には大きな変動がみられず、この傾向は今後も持続すると思われる。従って、小児の有病状況に大きな変化のない限り、小児の必要病床にも大きな変動はみられないと思われる。現状からみて、県内4～5地域にそれぞれ300～500床程度が確保される必要がある。

また、供給の面については、スタッフ等の要員数のほか、医療の質的内容には今後考慮されるべきであり、次のような行政的施策が必要である。

(i) 西濃、岐阜、中濃、東濃、飛騨の5地域においては、小児科医の最小限3人以上所属する総合病院（重症者に対し、24時間監視体制）に一定量の小児用病床を確保すること。

(ii) これらの病院の小児科医が、可能な限り入院患者に専念できるよう外来業務を検討する。例えば、特定日とか紹介患者、緊急患者等の外来患者業務を専任医師が担当し、他は非常勤医師にまかせるなども考えられる。

(iii) これらの病院の小児科外来等において、乳児検診、3才児検診などにつづく精密検査が精力的に実施されるべく行政的措置を行うこと。

(iv) 岐阜地域においては、県内小児科医師、助産婦、保健婦等の研修あるいは再教育の場や、特定の患児のデータバンクでもある「小児総合保健医療センター」（仮称）が必要である。そこには、産科、小児科、眼科、耳鼻科等の医師の参加が必要となろう。慢性疾患の患児については、教育施設も兼ね備えねばならない。

(v) 県立整肢学園の機能を再検討し、保健・医療の立場からみた質的・量的充実を図ること。

上記事項の実施検討に当たっては、国立療養所長良病院が岐阜県南部の小児医療専門病院の機能を果たしている実態があるので、この点について十分考慮することが必要である。

なお、小児医療機関の機能分担については、5地域の総合病院の場合と小児総合保健医療センターでは当然異なるべきものであるが、その境界は、明確に定めるべきものではない。特殊治療を要するものおよび稀発疾患、教育施設を必要とするものなどは、小児総合保健センターで取り扱い、一

般未熟児、急性感染症、眼科耳鼻科系等の局所の一般疾患などは、従来からも一般総合病院で取り扱われており、今後とも当然5地域の総合病院で扱われるべきものである。総合病院で扱う疾病範囲は、その病院の人的物的能力により、拡大あるいは縮小されるべきものであろう。

3. 母子保健サービスと医療需要

母子保健サービスが医療需要に与える影響を考える際に、母子保健サービスそのものの量的・質的検討が必要であらう。

岐阜県における母子保健活動の現状と問題点および対策の試案を上記のべたが、更に1) 県内存在する33ヶ所の母子健康センターの母子保健活動、2) 市町村の保健婦、看護婦、助産婦、母子保健推進員などの母子保健活動、3) 保健所及び県レベルでの母子保健に対する行政姿勢が問題になろう。とりわけ母子保健活動における保健指導の内容、具体的には受療に関する指導の仕方によって医療需要は影響されるであらう。

また医療需要は医療供給システムと密接な関係がある。われわれは、いわゆる診療圏が、地理的及び交通的条件よりは、医療施設の有無及び標榜専門科名等の条件によって、より強固に作り出されている事実を把握している。⁽¹⁾ 別の表現をすれば供給のシステムのない時には需要として既存の資料からは把握できないものがあることになる。

4. 母子健康センターの活動

岐阜県には昭和33年に初めて古川町に開設されて以来33ヶ所の母子健康センターがある。うち25ヶ所には助産施設を持ち、残り8ヶ所は助産施設のない、いわゆる保健指導に主力をおいたセンターである。

設置当初は国の方針もそうであったが、岐阜県においても施設内分娩の普及に重点がおかれていて、センターを保健指導の拠点とするとはいい難い活動であり、住民もそのように認識していた。⁽²⁾ 現在関保健所管内で、助産施設としてのセンターの意義を再度調査中であるが、これは今後の母子健康センターを保健指導の拠点としてのみ位置づけてよいかどうかの判断の資料としたいための

調査である。岐阜県北部の山岳地帯では未だ医療施設の普及は不十分であるので、助産施設としての役割を無視できないように考えている。

2. 館 正知, 農村保健と母子健康センター
公衆衛生: 32(5), 191-196, 昭和43
3. 館 正知, 木村 英道, 岐阜県川島町母子健康センターを通して見た母子健康センターの活動の実態調査
助産婦誌: 21(10), 32-38
昭和42

文 献

1. 岐阜県地域医療計画に関する報告書
昭和51年3月 岐阜大学医学部公衆衛生学教室

母 子 保 健 サ ー ビ ス 一 覧

	母子保健サービス	根 拠 法 令	目 標
婚 (既婚) 前	婚 前 学 級	家族計画新婚学級実施要綱 (厚生省児童局長通知) 優生保護法 20条	家族計画の知識の普及 遺伝等, 優生保護上の 相談(結婚相談)
妊 娠	妊 娠 の 届 出 母子健康手帳の交付 妊 婦 健 健 診 査 妊 婦 貧 血 検 査 妊 婦 精 密 健 康 診 査 妊 婦 保 健 指 導 妊娠中毒症等療養援護 妊 婦 栄 養 強 化 } 栄 養 指 導 } 妊 婦 訪 問 指 導	母子保健法 15条 " 16条 母子保健法実施要綱13条 母子保健法実施要綱13条 母子保健法 10条 " 17条 妊中等療養援護費支給要綱 母子保健法 14条 母子栄養食品支給要綱 母子保健法 11条 17条の1項	妊婦の早期把握 (行政措置の出発点) 母子管理の記録簿 保健指導の基礎資料 母子の障害予防 異常の早期発見 診断の確定 異常者の早期治療 妊娠, 分娩, 育児の具 体的知識の普及 異常者の医療費の負担 軽減(早期治療) 栄養改善指導 妊婦健診に基づいた follow-up
分 娩	母子健康センター	母子保健法 22条	助産・保健指導の充実 強化
産 婦	産 婦 貧 血 検 査 保 健 指 導 栄 養 強 化 訪 問 指 導 妊娠中毒症等療養援護 家 族 計 画	母子保健法 10条 " 14条 " 11条 " 17条 優生保護法 20条 家族計画特別普及事業実施要綱	} 上記と同じ

母子保健サービス一覧

対象	母子保健サービス	根拠法令	目 標	
乳 児	出生届 低体重児届	母子保健法 18条	低体重児の早期把握	
	未熟児訪問	〃 19条	未熟児の健康状態のチェックと育児指導	
	養育医療給付	〃 20条	医療費の軽減	
	新生児訪問	〃 11条	育児指導	
	乳児健康診査	〃 13条	異常の早期発見	
	フェニルケトン尿症検診	〃 11条 厚生省局長通知	代謝異常者の早期発見 早期治療	
	乳児精密健康診査	〃 13条	診断の確定 異常者の早期治療	
	乳児相談(育児相談)	厚生事務次官通知	発育、栄養等の育児相談	
乳 幼 児	療育相談	児童福祉法 18条の3 〃 19条	身体障害(機能障害)の 早期発見、治療上の指導 (障害の治癒、軽減)	※乳児医療
	育成医療	〃 20条	身体障害児童の医療給付 医療の確立、普及、医療 費の軽減	※予防接種
	小児慢性特定疾患治療研究	厚生省次官通知		
	栄養強化	母子保健法 14条	栄養欠かぬ児の栄養補給	
幼 児	三歳児健康診査	母子保健法 12条	身体精神発達、歯科等の 総合的チェックによる異 常の早期発見	
	三歳児精密健康診査	〃 12条	診断の確定 早期治療	
	保健指導	〃 10条		
その他	地域組織育成事業 母子保健推進員事業 母子健康センターの設置	厚生省局長通知 〃 母子保健法 22条	母子保健推進の基盤の育成 母子保健の推進活動 母子保健活動の拠点	

表1 年次別妊産婦死亡(全国, 本県, 出生1万対)

区 分		昭45	46	47	48	49	
妊産婦 死 亡	全 国	5.2	4.5	4.1	3.8	—	
	県	率	4.0	3.6	5.6	3.2	3.9
		実数	13人	12人	19人	11人	13人

(厚生省調)

表2 貧血検査状況(本県)

区 分		昭46	47	48	49
検 査 人 員		4,119人 (100)	4,534人 (100)	3,933人 (100)	5,171人 (100)
血 色 素	62%未満	586 (14.2)	559 (12.3)	366 (9.2)	332 (6.4)
	62~75%未満	1,990 (48.3)	1,937 (42.7)	1,722 (43.2)	1,956 (37.8)
	75%以上	1,543 (37.5)	2,038 (45.0)	1,895 (47.6)	2,883 (55.8)

(県保健予防課調)

表3 施設および立合者別出生数(本県)

区 分		昭45	46	47	48	49
出生総数		32,287人 (100)	33,107人 (100)	33,944人 (100)	34,648人 (100)	33,597人 (100)
施 設 内	総 数	31,643 (98.0)	32,632 (98.6)	33,605 (99.0)	34,353 (99.1)	33,383 (99.4)
	医 師	23,785	25,302	26,777	27,530	27,591
	助産婦	7,858	7,330	6,828	6,823	5,792
	その他	-	-	-	-	-
施 設 外	総 数	644 (2.0)	475 (1.4)	339 (1.0)	295 (0.9)	214 (0.6)
	医 師	74	57	49	45	39
	助産婦	540	391	277	236	158
	その他	30	27	13	14	17

(県保健予防課調)

表4 妊娠届出状況(本県)

区 分		昭45	46	47	48	49
届出総数		23,308人 (100)	24,721人 (100)	25,482人 (100)	24,840人 (100)	25,032人 (100)
届 出 月 数	3ヶ月以内	1,665 (7.1)	1,978 (8.0)	2,410 (9.4)	2,304 (9.3)	3,146 (12.6)
	4~5ヶ月	15,304 (65.7)	16,563 (67.0)	17,600 (69.1)	17,602 (70.9)	17,486 (69.9)
	6~7ヶ月	4,786 (20.5)	4,652 (18.8)	4,315 (17.0)	3,974 (16.0)	3,529 (14.1)
	8ヶ月以上	1,378 (5.9)	1,166 (4.7)	977 (3.8)	821 (3.3)	739 (2.9)
	不 明	175 (0.8)	361 (1.5)	180 (0.7)	139 (0.5)	137 (0.5)

注) 岐阜市を除く

(県保健予防課調)

表5 新生児，乳児，幼児死亡率（本県）

	新生児	乳児	1～4歳			新生児	乳児	1～4歳	
			実数	率				実数	率
昭26	31.3	60.2	1507	9.3	昭44	9.6	155	144	1.3
30	26.4	42.3	513	4.0	45	10.9	163	135	1.2
35	20.3	32.1	235	2.2	46	9.6	140	151	1.3
40	13.9	20.5	173	1.5	47	8.1	128	133	1.1
42	12.1	16.7	117	1.0	48	9.8	141	157	1.4
43	11.5	16.1	—	—	49	8.9	123	—	—

表6 市郡別乳児死亡率（昭44～48 5ヶ年平均）

市郡	順位	死亡率	市郡	順位	死亡率	市郡	順位	死亡率
瑞浪市	1	10.5	美濃市	11	14.0	山県郡	20	16.6
土岐市	2	10.6	各務原市	12	14.2	中津川市	22	16.8
吉城郡	2	10.6	益田郡	13	15.1	武儀郡	23	17.3
高山市	4	11.1	羽島郡	14	15.3	郡上郡	23	17.3
大垣市	5	11.5	恵那市	14	15.3	恵那郡	25	17.6
多治見市	6	12.1	関市	16	15.6	養老郡	26	17.8
土岐市	6	12.1	羽島市	17	15.7	大野郡	27	18.8
安八市	8	12.7	可児郡	17	15.7	加茂郡	28	19.8
美濃加茂市	9	13.6	不破郡	19	16.5	揖斐郡	29	19.9
岐阜市	10	13.8	本巣郡	20	16.6	海津郡	30	20.5

（県保健予防課調）

表7 死因別乳児死亡数（本県）

	総数	肺炎 気管支炎	胃腸炎	先天異常	出生時損傷 難産症 無酸素症	その他の 周産期の 原因	不慮の 事故	その他の 全死因
昭45	527	67	18	63	73	210	35	61
46	463	46	19	61	58	192	23	64
47	435	53	24	68	62	136	26	66
48	490	48	13	78	81	184	15	71
49	413	40	9	77	61	155	19	52

（県保健予防課調）

表8 3歳児歯科健診状況（本県）

	受診者数	受診率	う歯のあるもの				う歯の数		
			A型	B	C	計	保有率	総計 1人当り	
昭45	17,184	79.1	5,497	6,435	2,179	14,111	82.1	83,814	4.9
46	20,306	83.9	6,141	7,922	2,231	16,274	80.1	101,703	5.4
47	20,417	82.3	6,303	7,783	2,528	16,614	81.4	104,219	5.6
48	20,557	82.8	6,194	8,423	2,008	16,625	80.9	107,154	6.4
49	23,553	83.8	7,289	9,686	2,059	19,034	80.9	111,872	5.9

（県保健予防課調）

表9 乳児の栄養状況（昭34～46）

	月 齢	総 数	母 乳	人 工	混 合
昭34年	4ヶ月未満	100%	51.6%	12.0%	31.9%
35	〃	100	53.3	13.6	33.1
36	〃	100	50.7	15.8	33.5
37	〃	100	48.1	18.1	33.8
43	0	100	50.0	17.0	33.0
	1	100	39.4	25.0	35.6
	2	100	36.0	38.0	26.0
	3	100	33.2	43.5	23.3
45	1～2	100	31.7	26.3	42.0
	2～3	100	30.3	34.4	35.3
	3～4	100	31.0	40.9	28.1
	4～5	100	27.8	48.0	24.2
46	3ヶ月以内	100	32.7	43.3	24.0

注) 34～37年 保健所運営報告による。 （県保健予防課調）
 43年 母子保健実態調査による。
 45年 乳幼児身体発育調査による。
 46年 保健衛生基礎調査による。

表10 小児死亡の推移

区 分	昭30	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
0 歳 数	1,254	673	485	548	527	485	527	464	435	490	414	
乳児死亡率(%)	41.8	21.0	22.7	16.7	16.6	15.5	16.3	14.0	12.8	14.1	12.3	
新生児死亡	789	447	300	396	366	300	351	319	274	341	300	
1～4 歳	513	173	168	116	119	144	135	151	133	157	124	
5～9 歳	238	86	62	58	81	56	78	66	60	60	49	
10～14 歳	109	50	55	45	34	44	50	32	33	50	30	
0～14 歳計	2,114	982	770	767	761	729	790	713	661	757	617	
備 考	死産数(%)	2,833	2,342	2,023	2,173	2,021	2,043	2,030	1,910	1,883	1,671	1,601
	周産期死亡率(%)	86.3	68.0	86.6	66.2	59.7	61.2	59.2	54.5	52.6	46.0	45.5
	—	—	—	—	793	775	787	740	677	688	670	
	出生率(%)	—	32.2	31.2	26.4	25.0	24.7	24.4	22.4	19.9	19.9	19.9
出生率(%)	18.5	18.9	12.5	19.0	18.2	18.0	18.4	18.6	18.9	19.0	18.2	

(県衛生部調)

表11 小児の年齢階層別主要死因疾患死亡数

(昭 4 8)

区 分	0 歳		1～4 歳		5～9 歳		10～14 歳		0～14 歳計		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	計
B4 腸炎・下痢疾患	10	3	5	2	0	0	0	0	15	5	20
B19 悪性新生物	1	1	4	3	3	1	6	4	14	9	23
B29 その他心疾患	7	3	2	0	0	0	1	2	10	5	15
B32 肺炎	23	18	6	1	0	2	2	3	31	24	55
B42 先天異常	44	34	12	11	3	2	0	2	59	49	98
B43 出生時損傷低酸素症等	48	33	0	0	0	0	0	0	48	33	81
B44 その他周産期死亡	102	82	0	0	0	0	0	0	102	82	184
B46b 中枢神経系の非炎症性疾患	4	1	3	5	2	0	2	0	11	6	17
BE47 自動車事故	0	0	15	12	8	4	7	1	30	17	47
BE48 その他不慮の事故	9	6	28	14	18	2	1	2	56	24	80
(BE48e 不慮の溺死)	2	1	21	7	12	1	0	0	35	9	44
その他	32	27	19	15	6	6	8	9	65	57	122
計	280	210	94	63	40	20	27	23	441	316	757

注) 15～18 歳 死亡総数102人(主要死因:不慮の事故42人,自殺16人) (県衛生部調)

表12 保健所別市郡別小児死亡数

(昭48)

保健所	市 郡	0歳	1~4歳	5~9歳	10~14歳
岐阜中央・北・南	岐 阜 市	137	31	13	12
	各務原市	30	5	5	3
伊 奈 波	山 県 郡	7	3	2	0
	羽 島 市	9	3	1	0
羽 島	羽 島 郡	16	3	3	2
	大 垣 市	27	15	4	2
大 垣	不 破 郡	8	6	0	1
	安 八 郡	7	3	1	0
	海 津 郡	12	1	1	0
	養 老 郡	10	6	0	0
大 野	揖 斐 郡	21	10	1	2
	本 巢 郡	19	4	0	0
関	関 市	14	9	1	1
	美 濃 市	3	1	3	1
	武 儀 郡	3	1	1	2
郡 上	郡 上 郡	14	5	1	5
加 茂	美濃加茂市	6	3	2	1
	可 児 郡	16	4	1	1
	加 茂 郡	10	2	1	3
	多 治 見 市	12	6	2	1
多 治 見	瑞 浪 市	6	1	1	2
	土 岐 市	14	7	5	0
	土 岐 郡	2	2	1	0
恵 那	恵 那 郡	12	2	0	0
	中 津 川 市	13	6	3	2
	恵 那 郡	14	5	1	1
益 田	益 田 郡	19	2	0	1
高 山	高 山 市	16	5	2	4
	大 野 郡	2	5	2	1
	吉 城 郡	11	1	2	2

(県衛生部調)

表13 乳児の精密検診結果

区 分		昭48年度	昭49年度
乳児検診受診者数		23,619人	22,962人
精密検査受診者数		268	372
精 密 検 診 結 果	骨および運動器の疾患	52	82
	循環器疾患	18	7
	精神神経疾患	12	1
	先天性奇型	2	14
	皮膚疾患	4	13
	アレルギー、内分泌栄養疾患	4	5
	消化器疾患	7	4
	泌尿器疾患	2	5
	血液疾患等	1	3
	要観察	48	122
異常なし		108	112

注) 岐阜市を除く

(県衛生部調)

表14 3歳児の精密検診の結果

区 分		昭48年度	昭49年度
三歳児検診受診者数		21,267人	23,769人
精密検診受診者数		331	309
精 密 検 診 結 果	循環器疾患	57	65
	泌尿器疾患	116	13
	神経・感覚器疾患	26	21
	精神障害等	20	6
	骨・運動器疾患	17	6
	皮膚疾患	14	6
	呼吸器疾患	5	4
	血液系疾患	4	4
	その他の異常	19	9
異常なし		41	161

注) 岐阜市を除く

(県衛生部調)

表15 国民健康保険からみた疾病別受療率

(件数/1,000人)

区 分		49年5月			50年5月		
		0歳	1~5歳	6~19歳	0歳	1~5歳	6~19歳
1	伝染病, 寄生虫病	41.2	39.6	15.3	87.4	41.1	19.9
	胃腸炎, 下痢等 (再)	30.7	19.0	8.2	29.8	25.5	12.7
2	新生物	1.4	0.8	0.6	1.5	0.9	0.6
	悪性新生物 (再)	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
3	内分泌栄養代謝系疾患	1.0	1.0	1.0	1.1	0.6	1.0
	糖尿病 (再)	0	0.2	0.1	0	0.1	0.3
4	血液系疾患	1.2	0.4	1.5	1.2	0.6	1.7
	貧血 (再)	0.5	0.3	1.2	0.7	0.3	1.5
5	精神障害	0.3	0.5	1.6	0	0.5	0.9
6	神経系感覚器疾患	80.0	48.1	46.6	71.5	55.8	49.2
	視器 (再)	49.2	29.3	32.8	48.0	34.3	35.7
	聴器 (再)	27.2	16.2	7.7	20.3	18.2	7.6
	神経系 (再)	3.2	2.7	6.1	3.2	3.3	5.9
7	循環器系疾患	4.7	3.2	4.7	1.0	5.1	3.9
	リウマチ性疾患 (再)	0	0.1	0.4	0	0.2	0.3
	高血圧症 (再)	1.6	0.3	1.3	0	0.2	1.3
8	呼吸器系疾患	410.1	446.7	105.7	368.5	419.4	110.4
	急性呼吸器感染 (再)	340.0	369.0	83.4	304.0	340.7	84.0
	肺炎 (再)	4.8	2.7	0.5	3.5	2.4	0.7
	喘息気管支炎等 (再)	35.7	40.6	7.9	37.5	42.4	8.6
	扁桃肥大等 (再)	10.1	11.0	3.5	10.0	9.7	3.6
9	消化器系疾患	22.6	63.0	75.9	34.8	72.5	81.0
	歯牙疾患 (再)	0	43.1	58.2	0.9	44.4	59.0
10	性尿器系疾患	1.4	2.9	4.6	2.3	3.7	5.0
	腎炎, ネフローゼ(再)	0.1	0.7	1.9	0.1	1.0	2.2
11	皮膚疾患	114.9	51.6	23.0	129.5	54.3	22.9
12	筋骨格疾患	7.2	3.8	6.7	8.8	3.3	6.3
13	先天異常	23.9	2.8	0.5	20.5	2.8	0.3
14	周産期疾患	8.7	0.2	0.0	6.1	0.2	0.0
15	不慮の事故	18.9	24.0	16.6	21.1	27.2	18.8
	熱傷 (再)	3.7	4.2	0.9	3.4	3.6	0.7

(再)は再掲の略

(県民生部資料による)

表16 県内の小児慢性特定疾患患者数

保健所	市 郡	悪性 新生物	慢性 腎疾患	ぜん そく	慢性 心疾患	内分泌 疾 患	膠原病	糖尿病	先天性 代謝 異常	血友病 等血液 疾患	計
岐阜中央・北・南	岐 阜 市	17	77	214	31	4	4	8	3	7	365
	伊 奈 波	各務原市	3	17	32	8	1	2		2	66
羽 島	山 県 郡	2	11	9						1	23
	羽 島 市	2	1	2	1	1		1		1	9
大 垣	羽 島 郡	1	9	19	7				1	1	38
	大 垣 市	1	2	42	5	1	2			2	55
	不 破 郡		4	10	4				1		19
	安 八 郡	2	3	2	3		2				12
	海 津 郡		4	9	4	1		1			19
	養 老 郡		7	20	7		1	1			36
	大 野	揖 斐 郡		8	5	1	1				
関	本 巢 郡	2	11	17	4	1	1			1	37
	関 市	1	12	27	13	1				3	57
	美 濃 市	1	3	22	3	1	2				32
郡 上	武 儀 郡	1	3	5		1					10
	郡 上 郡	1	4	21	3	1	1			2	33
加 茂	美濃加茂市	2	7	34	1		1				45
	可 児 郡	1	6	30	3		1				41
	加 茂 郡	2	4	19	4		4	1		3	37
多 治 見	多治見市	1	5	32	8		1	1			48
	瑞 浪 市		6	12	6	1					25
	土 岐 市		5	14	2	1					22
	土 岐 郡			8	1						9
恵 那	恵 那 市		4	15					1		20
	中津川市		5	14	6	1				2	28
	恵 那 郡		6	19	1	1	1	1		2	31
益 田	益 田 郡		15	21	6	1		1		2	46
高 山	高 山 市	2	38	47	21	2			1	1	115
	大 野 郡		8	11	4	3			2		28
	吉 城 郡		24	29	9	1	2		1		66
計		42	309	761	169	25	25	16	10	30	1387

注) 対象年齢0～17歳

県衛生部小児慢性特定疾患実態調査(昭49.8.1～49.10.31)

表17 主要病院の小児科医の分布

1 主要病院（病床100以上）小児科医師の年齢構成

年 令	医 師 数
20～29歳	15 人
30～39	15
40～49	4
50～59	2
計	36

(昭49.12.31現在)

2 主要病院小児科医師の市町村別分布 (昭49.12.31現在)

区 分	医 師 数	備 考
岐阜市	22 人	大学病院 14
羽島市	1	
各務原市	1	
大垣市	3	
関市	1	
美濃市	1	
多治見市	3	
高山市	3	

表18 主要病院小児科患者数

(昭49.12.31現在)

区 分		A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	小 計	大学病院
小 児 科 医		2人	3人	3人	3人	3人	14人	14人
外 来	患 者 数	66	63	130	117	117	484	73
	患者数/1医師	33.0	21.0	43.3	36.0	39.0	34.6	5.2
入 院	患 者 数	43	35	50	25	48	206	19
	患者数/1医師	21.5	11.7	16.7	8.3	16.0	14.4	1.4

(県衛生部調)

↓ **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

標記の課題を担当するにあたり、母子保健活動が母子の受療を増すことをもって活動の成果とするのか、減少することをもって活動の成果とするのか先ず検討されなければならないと考える。疾病傷害の早期発見ないしは早期治療の教育の行きすぎと、国民皆保険制度に基づく医療費の廉価さことから、本来医療施設を受診の対象とならないケースが受診している傾向がある。別の表現をすれば、健康問題を自分の問題として解決しようとせずに医療施設に安易に依存している傾向がある。この傾向が母子保健活動の成果といえるかどうか問題である。