

欧米における母子保健制度に関する研究

松 山 栄 吉 (愛 育 病 院)
今 村 栄 一 (国 立 小 児 病 院)
竹 村 喬 (大 阪 通 信 病 院)
我 妻 堯 (国立病院医療センター)

I. はじめに

我が国の母子保健の水準は、最近著しく向上したとはいえ、欧米の先進国に比してまだ問題が少なくない。たとえば母子保健統計をみると妊産婦死亡率においては、我が国は1976年(昭和51年)に出生10万対25.8に減少したとはいえ、1973年のスウェーデン2.7、オランダ10.3、カナダ10.8などに比し、はるかに及ばない(同年の日本38.3)。また周産期死亡率についても、最近ようやく先進国並みとなり、1976年に出生千対14.8となり、1973年のスウェーデン14.1、スイス15.5、オランダ16.4、カナダ17.7と同じ水準になった(同年の日本18.0)とはいえ、後期死産が多いことが問題になっている。

我が国の母子保健をさらに向上させるために、欧米の先進国の実情を参考とすることがぜひ必要である。そこで我々はWHOや国連の統計や、あるいは実際に欧米を視察したさいに得た知識や資料などから、欧米先進国における母子保健制度を検討してみた。

II. 各国のベット数・医師数

各国のベット数・医師数の充足度を見るうえで1ベットおよび1医師あたりの人口数が参考になる。表1は国連の統計より引用したものである。この表に関する限り、我が国はベット数は比較的多く、医師数において比較的少ない。

III. 各国の母子保健制度

1. オーストラリア

人口の95%がイギリス系で、人口密度は1.6/Km²と我が国の1/150に過ぎない。国土が広いため、飛行機による患者輸送も行われている。

病院に対する地域社会の協力が活発であり、医

療の普及は公的な援助だけではなく、地域社会が自分のものとして協力している。その点で我が国と異なっている。病院におけるボランティア活動は盛んで、受付、託児所、売店、患者付き添い、外来・救急部の援助、病歴室、図書室などの部署で援助している。またベット基金やベット寄付などの寄付行為も多い。

母子保健関係の機関として、妊婦や育児中の婦人のために乳児福祉センター(Infant Welfare Center)があり、健康診断や育児相談が受けられる。大都市には育児センター(Child Minding Center)があるが、まだ不十分のようである。

社会福祉政策が徹底しており、分娩は医療施設で行われている。妊娠中の検診もよく行われている。人工妊娠中絶はまだ適応が厳格であり、医師および委員会の認定を受けないと実施されない。適応は健康上の理由であって、経済問題は特殊な場合以外は適応にならない。したがって一部で医師による非合法の中絶も行われている。またこの国でも未婚の母が問題となっているという。

助産婦教育は3年の看護婦教育のあと1年行われる。全国で4,500人が養成されている。助産婦の希望者が多いのは、地方で就職のさい免許が必要だからであるという。しかし実際に助産業務に従事しているのは5%くらいという。

乳児保育については母乳栄養の指導がよく行われている。人工栄養は粉乳よりも牛乳やエバミルクが多く使用され、ベビーフードも多種類のものがかなり早期より用いられている。母乳栄養をすすめるために、官庁のパンフレットによる啓蒙活動も行われ、妊娠後期になると毎日初乳を搾るよう指導される。

小児病院のRoyal Alexander Hospital

for Childrenは500床の世界有数のもので、救急体制として医師3名が24時間勤務を行っており、中毒情報センターが年間1万件以上を取り扱っている。洗剤、睡眠剤、鎮咳剤、アスピリン、ピルなどの問い合わせが多い。

辺地医療対策としては、地方に病児や身体障害児を収容する施設があり、そのクリニックの医師や看護婦による巡回診療が、無医村地区に対して定期的によく行われている。

2. ニュージランド

1898年世界で初めて養老年金制度を実施し、1938年に社会保障法が成立し、イギリスの国营医療法の手本となったという。社会保障制度は社会保障省の管轄による年金、手当てその他の給付などの現金給付と、保健省の管轄による保健給付との2本立てから成っている。

保健給付として、一般医療給付は従来は医療費の償還方式であったが、現在は大部分が現物給付方式である。一般医は一定の診療報酬を保健省から受領し、差額は患者から請求する。歯科診療は16歳までは無料であるが、その後は患者の自己負担である。

病院は公立病院は無料で、私立病院は一部負担である。医薬分業であるので、薬は医師の処方箋により薬局で調剤してもらうが、費用は保健省が出してくれる。分娩については、出産給付として保健省から支払われる。

これらの社会保障の費用は、社会保健制度ではなく、社会保障特別税と一般税収の一部で賄われている。社会福祉関係の予算は、国家予算の約3割に当たっている。

この国の母子保健活動として、プランケット協会(Plunket Society)という地域保健活動を行う民間団体がある。674の支部と副支部がある。6個所の病院を持っていて、医師と看護婦の養成を行っている。この活動はボランティアによって支えられているが、政府からの補助もある。

正規の3年間の看護婦の教育のあと、4か月間のプランケット・ナースの教育を行う。小児の発育、栄養、看護、安全、遊ばせ方など教育する。ニュージランドでは分娩はほとんど国立病院で行われるが、プランケット・ナースは退院後の家庭

訪問を行い、母体や乳児の保健指導、さらには住宅、支払い、結婚、家族計画などの相談にもなる。

そのほか妊産婦指導、養子縁組に対しその親へ育児、遺伝、法律などの教育、思春期の子供のクラス、その両親のクラス、母と娘のクラス、父と息子のクラスなどを開いている。

3. オランダ

ほとんどが病院分娩という先進国の世界的傾向の中で、珍しく家庭分娩がいまだに多い。それにもかかわらず妊産婦死亡率はきわめて低い。この国では、妊娠すると妊婦は居住地の家庭医か助産婦を訪れ、最初の診察と保健指導を受ける。同時に母子保健管理のリストに乗せられる。

自宅分娩か病院分娩かは、妊婦の意志に任せられるが、合併症などのハイリスクの妊婦や、妊娠中に異常が発見され、自宅分娩が不相当とみなされたときは病院分娩になる。地域の家庭医、助産婦と病院の連携は密接である。

この国の出産は、出産手当給付制度により無料である。産後10日間はホーム・ヘルパーの世話を受けることができる。

助産婦は正常分娩のほか、骨盤位牽出術、会陰切開、皮下注射ができる。助産婦は高度の教育を受けており、分娩を取り扱うほか地域住民の優れた健康管理者であり、各機関へのパイプ役も果たしている。家庭医の受け持つ分娩は年間25~50件、助産婦は150~200件くらいという。

オランダには助産婦のほか、母性協力者の制度があり、母子保健に活躍している。これは助産婦や看護婦に準じた知識を持ち、母親と新生児の世話、授乳、家事衛生、調理、栄養、洗たくなどの実習を3か月行った者を有資格としている。産後10日国家からヘルパーとして派遣されている。

4. 西ドイツ

分娩、産褥に対し健康保健の給付があり、分娩は無料である。妊婦は一般に家庭医の管理下にはいるが、分娩予定日10週間になると病院でハイリスク妊娠のスクリーニングを受け、登録する。そして低リスクの者は分娩までふたたび家庭医の管理を受け、ハイリスクの者は病院で管理するというシステムが行われている地域がある。いずれにしる分娩は病院で行われる。

5. デンマーク

社会保健制度が整っている国として名高い。過半数が施設分娩（病院47%、診療所16%）で、家庭分娩（37%）も少なくない。助産所は正常分娩のみを取り扱い、妊娠中2回以上は必ず医師の診断を受ける。国立病院や大病院で正常分娩は取り扱わず、異常分娩のみを対象としている。産後は公衆衛生看護婦（保健婦に相当）が当たっている。

デンマークの母子保健活動には、母性助力センターが中心となっている。この国の11地区に1つずつ設けられている。このセンターには妊産婦のための治療ホーム、休養ホームがあり、妊産婦の保健指導、父親などへの保健教育や、経済的に恵まれない妊産婦への経済援助も行われる。また未婚妊婦のホームや出産後の母子のホームとなる。

助産婦の業務範囲は、分娩誘発、回転術、骨盤位牽引術、多胎分娩、用手剥離、会陰切開、縫合、筋肉注射となっている。医師の立ち合いにより薬物による誘発分娩、吸引分娩もできる。また医師の指示により、鎮痛剤、精神安定剤、麻酔剤、子宮収縮剤、吸入麻酔などの与薬も許されている。

6. スウェーデン

福祉国家として世界的にあまりにも有名であり、医療制度は国民皆保険と、充実した地域医療に支えられ、万全の母子保健政策がとられている。

人口約25万人を単位としてセンター病院（ベッド数1,000~4,000）と、その下に人口約5万を担当する普通病院（ベッド数500~1,000）が3~4あり、さらにその下に診療所がある。なおセンター病院の上級病院として、最高水準の病院が全国に7か所（うち大学病院6）がある。

出産時の入院費用は、保険給付で一切無料である。出産すると手当て（1080クローネ）が支給され、一部は分娩予定日の120日前に支払われる。産前産後の休暇は有給180日与えられる。母性センターがこの国の母子保健の推進力となっている。

分娩はほとんど施設分娩である。とくに初産の合併症のある産婦は、専門医のいる施設で行われる。入院は約1週間で、分娩時夫に立ち合わせる場所が多い。なお未婚妊娠、あるいは勤労妊婦

に対し、行き届いた配慮が行われている。

助産婦は正常分娩を取り扱い、家庭訪問して母親教育を行う。助産婦が管理している妊婦も、妊娠初期、中期、後期、とくに分娩前に必ず医師の診察を受ける。助産婦の取り扱い範囲は英国のそれとよく似ている。与薬については助産婦の責任において、子宮収縮剤、吸入麻酔（笑気と酸素）スプレーによる局所麻酔ができる。また医師の指示により、鎮静剤、精神安定剤の投与、静脈麻酔、吸引分娩、輸血も行われる。

7. イギリス

イギリスの社会保障制度は我が国にもよく知られており、ここでは紙面の都合上その問題点だけを述べることにする。

国民医療制度（National Health Service）によって病院はすべて国営で、個人開業医もほとんど公務員である。この国は従来助産婦によって行われる家庭分娩の数がかなり多かったが、近年家庭分娩は著しく減少した。国民医療制度のもとでは、妊婦管理、分娩介助、産褥管理、家族計画など、すべて国費で賄われている。

妊婦は初診時にハイリスク妊娠とそうでないものに分けられ、前者は病院で専門医が取り扱い、後者は一般医（General Practitioner）、あるいは助産所が扱うように選別される。妊婦管理は無料のためと、地域医療が組織化されているために、妊婦検診率が高く、母親学級などの普及率も高い。

10年前までは施設分娩75%、自宅分娩25%であったが、現在自宅分娩は2~3%に減少した。しかし10年前でも妊産婦死亡率は現在の我が国より少ない。これは前記のハイリスク妊娠の選別がよく行われていること、それでも異常発生の場合には、地域病院から救急班がかけつけるよう組織化されていることによる。しかしイギリスはこの状態にも満足せず、施設分娩を増加させた。中・小病院から大病院への転送が容易なため、未熟児や異常新生児の移送もよく行われている。

施設分娩を急に増やしたため、ベッド数が不足し、正常分娩例は48時間で帰宅させ、その後は地域助産婦が1日1~2回往診するという制度を設けている。

8. アメリカ

アメリカの医療事情は、我が国にはもっともよく知られているため、ここではイギリスと同様、問題点のみに触れる。

現在のところ原則として自由診療であるが、低所得者に対する医療保障、私企業保険会社による医療保険は普及している。ただしいずれの場合も現金給付であり、医療料金の規定や制限はない。

10代の妊産婦、未婚の母親、人種による差、頻産婦、貧困、教育や健康に対する関心度の低さなど、アメリカにおいては大きな問題で、この国の妊産婦死亡率、周産期死亡率を左右する因子となっている。その反面、未婚の母親に対するカウンセリング、妊娠した高校生に対する高校設置など、社会的な対策も立てられている。

前述のように、ある階級層は妊娠検診を受けることが少ない。とくにスラム街の多い大都会において著しく、例を挙げればニューオーリンズでは65～75%、ボルティモアでは35～95%、

ニューヨークでは60～70%の妊婦が妊婦検診を受けているに過ぎないという。

一方大病院において集中的な分娩の介助が行われ、多くの大学付属病院は年間数千例の分娩を取り扱っており（ニューオーリンズ4,000例、ニューヨーク・コロンビア2,800例、南カルフォルニア大4,000例）、これらの病院は24時間の勤務制で、昼夜の医療水準の差がない。突発的な異常、緊急事態、臨時手術に適切に対処しうる。

以上のような妊娠管理の不完全さと、分娩管理の最高水準との矛盾が、この国の大きな問題と考えられる。

IV. 各国の人工妊娠中絶に関する法律

V. おわりに

社会保障必ずしも高い医療水準は意味しない密接な関係のあることは否定しえない事実であり、今後の我が国の参考とならう。

表 1. 各国の1ベット, 1医師当たり人口

国名	1ベット当たり人口	1医師当たり人口
イギリス (イングランド, ウェールズ)	117 (1974)	761 (1974)
西ドイツ	87 (1974)	516 (1974)
フランス	98 (1973)	681 (1974)
オランダ	99 (1973)	670 (1974)
デンマーク	103 (1970)	624 (1972)
スウェーデン	66 (1973)	645 (1973)
スイス	88 (1970)	591 (1974)
アメリカ	106 (1973)	622 (1973)
カナダ	146 (1974)	603 (1974)
オーストラリア	81 (1972)	721 (1972)
ニュージーランド	93 (1973)	846 (1972)
日本	78 (1972)	868 (1973)

国連: Statistical Yearbook, 1976 ()内は調査年

表 2. 各国の人工中絶の合法的適応(1977年)

国名	いかなる場合も非合法	医学的適応		優 生 遺 伝 胎児理由	暴力に よる妊 娠など	社会的お よび社会医 学的適応	本人の 自 由 意 志
		生 命 の 危 険	健康に対 する危険				
イギリス			○	○		○	
西ドイツ			○	○	○	○	
フランス							○
オランダ		○					
デンマーク							○
スウェーデン							○
スイス			○	○	○	○	
アメリカ							○
カナダ			○				
オーストラリア			○				
ニュージーランド			○				
日本			○	○	○	○	

↓
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
↓

1.はじめに

我が国の母子保健の水準は、最近著しく向上したとはいえ、欧米の先進国に比してまだ問題が少なくない。たとえば母子保健統計をみると妊産婦死亡率においては、我が国は1976年(昭和51年)に出生10万対25.8に減少したとはいえ、1973年のスウェーデン2.7、オランダ10.3、カナダ10.8などに比し、はるかに及ばない(同年の日本38.3)。また周産期死亡率についても、最近ようやく先進国並みとなり、1976年に出生千対14.8となり、1973年のスウェーデン14.1、スイス15.5、オランダ16.4、カナダ17.7と同じ水準になった(同年の日本18.0)とはいえ、後期死産が多いことが問題になっている。