166 (166~168) 小 児 保 健 研 究

第59回日本小児保健協会学術集会 基調講演

わが国の小児保健 百年の歩み

一戦後50年で乳児死亡率を世界最低にできた背景を考える一

平 山 宗 宏 (日本子ども家庭総合研究所名誉所長) 高崎健康福祉大学大学院特任教授/

小田会頭からわが国の小児保健の歴史に関わる話をするようにご指示を受けた。小児保健のレベルを示すよい指標として乳児死亡率が挙げられるが、わが国の乳児死亡率は20世紀後半の50年で世界最低となり、その状態を維持している。

外国の公衆衛生学者から、どうして日本は戦後50年の間に乳児死亡率をこれほど下げることができたのかと質問され、検討したことがあるので、本学会の機会にこの問題を、資料を添えながら取り上げさせて頂く。

Ⅰ. 戦後50年で乳児死亡率を世界最低にできた背景

わが国が急速に乳児死亡率を低下させることができ た背景として考えられる事項としては,次のごとき事 項が挙げられよう。

1. 日本は民族的,経済的に比較的均質で,行政が行き 届きやすい

日本人は縄文時代と弥生時代に渡来してきた少なくとも二つの民族が融和・同化したと考えてよいであろう。その後は島国であり鎖国状態が長かったために、 他民族の流入が少なかった。

また、開国後は国民の間の貧富の差が少なく、ひところは国民総中流感覚と言われたこともある。20世紀末頃で見れば、総理大臣の月収が200万円、世帯の平均収入が56万円、生活保護の支給が15万円であった。

こうした国民の均質性は、行政が行き届きやすい利 点があり、母子保健の普及や充実を図りやすかったと 言えよう。

2. 国民の教育レベルが高い

保健を理解し、実行するためには、国民の教育レベルがある程度高い必要がある。

UNICEF の1994年のデータからいくつかの国や地域の成人の識字率とその地域の乳児死亡率を見ると、わが国は成人の識字率は100%で乳児死亡率は4であるが、ネパールは成人識字率26%、乳児死亡率90、同様に、インドネシアは82%と71、フィリピンは90%と46、サハラ以南のアフリカは51%と111、南アジアは46%と88、などとなっており、成人識字率が低いところは乳児死亡率が高いことがわかる。かつて就学率が低かった国や地域でも、教育に力を入れてきているので、この数字は近年は大分向上してきている。

わが国は江戸時代から農村にも寺子屋があり、「読み書き算盤」は庶民の間でもかなり行き渡っていた。 文部省ができたのが1871年(明治4年)、小学校の就 学率は75年に35%であったが、1920年(大正9年)に は99%に達している。

3. 保健教育と公衆衛生状態の普及向上が行き届いた

国民の教育レベルが、健康を理解し、公衆衛生状態を向上させるのに必要なことは前述のとおりだが、衛生的な飲み水の普及は今日でも困難な地域が少なくない。わが国の上水道普及率は、1955年32%、1970年81%、1990年95%と、戦後急速に上がっている。

またわが国では下水道の普及は英国などに較べて遅れたが、井戸と便所を使う習慣は江戸時代から普及しており、便所は汲み取りをして農家が肥料に使っていたので川や海の汚染が少なく、19世紀のロンドンのよ

日本子ども家庭総合研究所 〒106-8580 東京都港区南麻布5-6-8 Tel: 03-3473-8311(代) Fax: 03-3473-8408

うな上下水道の不備によるコレラの大流行などがなく て済んだという指摘もある(井上 栄・感染症・中公 新書)。

併せて,感染症や病原体の知識の普及も重要で,途 上国から母子保健関係の研修に来られた方が現場の見 学に行かれる時には,「農村へ行ったら小学校を訪問 して,給食前に子どもたちが手洗いをする時に,なぜ 手を洗うかと聞いてみて下さい。答えられる筈です よ。」とお勧めすることにしている。

4. 医療システムと治療医学の進歩・普及

わが国は国民総医療保険制度が普及し、国民総加入であり、また医療圏ごとの中核病院整備と道路の整備・自動車の普及により、どこでも誰でも高レベルの医療が受けられるようになったという実績がある。

乳児死亡の原因の推移を見ると、1950年には肺炎・ 気管支炎と下痢・腸炎が1,2位であり、10万出生当 たりの死亡率は合わせて2,000を超していたが、その 後感染症による死亡は急速に減少し、1980年には先天 異常、周産期の異常、事故が3位までを占めるという 現在の状況になっている。

また都道府県別の乳児死亡率の推移を見ると,1950年には高率の青森,岩手,秋田の東北3県が90前後,低率の神奈川,東京が40程度と,全体が高いのと共に地域差が大きかったが,その後急速に下がるのと共に収斂し,1985年には全体が10以下となり,地域差がなくなっている。

かつては山村僻地では、村営の診療所があっても来てくれる医師がおらず、村は医者探しが大変だったと聞くが、道路の整備と自動車の普及のおかげで、患者は設備の整った地域病院へ運べるようになってきている。

都道府県別の人口10万当たりの病床数を見ても全国で差はなくなっている。首都圏は全国平均よりも少なく,むしろ高知,北海道,徳島,石川などが多いが,これは地域の広さや交通事情の他,医療・福祉に関係する住民の意識なども関係しているのであろう。

5. 妊娠届出による妊婦の把握と健診・医療, 母子健康 手帳の制度化

わが国の妊婦の把握・指導は、戦時中の1942年に開始された妊産婦手帳に始まっており、子どもの記録を含む母子手帳へは1948年に移行した。当初母子保健関

係の支援は1947年制定の児童福祉法の中で運用されていたが、1965年の母子保健法制定により妊娠届出や母子健康手帳配布、健康診査など母子保健に関わる制度はこちらに移され、未熟児や障害児等の医療も公費で行われている。母子保健サービスはどこの国でもある程度行っているが、妊娠届出や母子の高度医療を制度化している国は世界でも他にないと思う。これらの母子保健・医療の公費負担制度が、小児の死亡率の低下に直接役立っていることは確実である。

妊娠届出の状況を年次別に見ると、1965年には妊娠11週以下での届出が2.1%、12~19週が56.5%、20週以上が40.9%であったのが、年を追って早くなり、1995年にはそれぞれ61.4%、34.0%、3.7%となっている。妊娠かと気付くと早々に産婦人科を訪れて診察や指導を受けるようになってきたことがわかる。

6. 医療施設での出産の努力

わが国では医師や助産婦(現在では助産師)の制度 (教育や資格)ができてからも自宅での出産が主であ り、助産婦に自宅に来て貰って取り上げて貰う習慣が 長かったが、都会以外では助産婦が不足で出産に間に 合わないようなことも少なくなかった。そこで各市町 村に助産婦が常駐する出産所を設け、分娩が近づくと そこへ来てお産をするシステムを国が推進することに したのが「母子健康センター」で、1958年に開始された。

出生の場所の推移を年次別に見ると、1950年には施設内分娩(医師のいる医療施設または助産婦のいる助産所)は4.6%、それ以外(自宅分娩)が95.4%であったが、このセンターができると、1960年には施設内分娩が50.1%、1965年には84.0%となり、産科の病医院も増えてきた1990年には99.9%が施設内分娩になっている。その後は高リスクの出産は高度医療機関で行えるシステムも整ってきており、助産のための母子健康センターは役割を終えている。現在の母子保健センターなどの名称の場所は、母子の健診や相談の場である。

21世紀に入ってからでも世界の途上地域では、無資格の伝統的助産婦と呼ばれる、母子相伝の女性がお産を扱っている状況があり、私も見た経験があるが、医療機関での出産が母性と乳児死亡を低下させたことは明らかである。

7. 行政による母子保健医療への支援と充実

前述もしたが、わが国の行政による母子保健医療への支援は充実してきており、小児死亡率の低下に役立っていることは申すまでもない。これらは医療保険とは別でかなり手厚く、地域におけるサービスも行き渡っている。

主な支援事業と開始時期は以下のごとくである。

- 好産婦乳幼児の保健指導(1948)
- 育成医療(1954)
- 未熟児対策(1958)
- 新生児訪問指導·三歳児健診(1974)
- 小児がん治療研究(実際は治療費の支援)(1971)
- 小児慢性特定疾患医療援助(1974)
- 妊娠中毒症等療養援護事業(1978)

8. 出産後1週間程度の入院の習慣

この習慣が、母体の回復、新生児の観察、新生児・ 乳児のケアの仕方の学習などに有効であるのは確か で、死亡率の高い早期新生児期を医療機関で過ごせる ことの意義は大きい。

世界的には、医療機関のベッド数が不足していたり、 医療費が高額であるなどの理由で、出産後は翌日位に 退院している。米国でも医療費の関係で入院期間は短 く、わが国に視察に来た関係者から、なぜ日本では1 週間も入院しているのか、と聞かれるが、習慣ですと しか答えようがない。

日本は農耕中心の国であったので、農家の嫁は忙し く働いていたが、お産の後は暫くの間ゆっくりと休ま せ、赤ん坊の面倒を見る習慣があった。それが現在ま で続いているのだろうと考えられる。わが国ではお産 のための入院で、費用に困ることのない支援があるの がありがたい。

Ⅱ. 妊産婦死亡率の推移

わが国の妊産婦死亡率(出産10万対)は、1900年に397.8であったが、1950年に161.2まで低下した。この間は、保健所法ができ妊産婦手帳ができて母性への指導が行われ始めたのが有効であったように見受けられる。戦後は、前述の母子健康センターをつくり、施設内分娩をすすめたのが功を奏して1965年には80.4、1970年48.7と50を切り、1990年には8.2と10を下回った。世界各国との比較では、先進国の中でやや遅れをとっていたが、現在では最低国の仲間に入っており、妊産

婦死亡の実数は50名前後である。産科の専門家によれば、これ以上減らすためには、出産をすべて高度医療のできる周産期センターで行うしかないとのことである。

Ⅲ 現在のわが国の課題

死亡率から見たわが国の母子医療・保健は、以上のように最高のレベルに達しているが、現在の問題点は、申し上げるまでもなく急速に進む高齢化と少子化への対応である。

生産人口(15歳以上65歳未満)と老年人口(65歳以上)の比率は、1950年には12対1であったものが、1980年には7対1、2010年には2.8対1になっている。つまり60年前には、働く人口12人で1人の高齢者を養っていたのが、今では3人で1人の面倒を見なければならない計算で、年金や医療費、福祉の費用の負担が働く世代に重くのしかかってきている現状がわかる。

少子化の主な原因として考えられていることの一つは、女性の高学歴化に伴う就職者の増加で、仕事と独身の自由を選択する女性が増え、また結婚しても晩婚になるので子ども数が一人か二人になる。このため対策としては、女性の仕事と育児が両立できるための支援が不可欠な時代となっている。

そして今の小児保健の課題として重要な問題は、子 どもの健康の「心と身体と社会性」の三本柱をいかに 守り育てるかであろう。わが国が総都会化し、核家族 化してくると、親たちの孤立化や育児不安が高まって きている。このため親子関係、家族関係を含め、心の 健康問題がますます重要になってきており、子育です る家族を支援する地域の育児力の再生も望まれる。少 し前になるが、平成10年に文部科学省の中央教育審議 会が、「幼児期からの心の教育の在り方について」の 答申を出しており、これからの家庭や地域の子育て力 を高める必要性を強調している。昔の子どもは、地域 の中で群れて遊ぶことができたが、今の子どもたちは 少子化と都市化の影響で、また塾通いなどで、遊ぶ仲 間、遊ぶ時間、そして遊ぶ場所つまり空間という三つ の「間」がなくなっている。また、日の出を見たり、 木登りをしたりなどの自然に接する機会や遊びが減っ てきている。

こうしたことを踏まえながら、われわれ小児保健の 関係者は、これからの活動方針を考えていく必要があ ろう。