

諸外国の母子保健制度

主任研究者 堀口貞夫

I 研究の目的

わが国の母子保健水準は、今日なお向上を遂げ、また医学、科学技術の進歩はその向上に大きく寄与している。しかし一方、さらに進行する都市化、工業化、核家族化傾向は、新たな心身障害の発生の予防や母性・小児そして家族の心身の健康を図るための諸施策等次々と解決すべき新しい課題をもたらしている。また、開発途上国をはじめとして国際的な視野からのわが国の母子保健に関する役割や貢献への期待も大きくなっている。

このような背景から厚生省の要望を受け心身障害研究の一環として、母子保健制度に関する国際比較研究を昭和58年度から実施することとなり、以後3年間にわたり本研究をすすめてきた。

II 研究の経緯と結果

研究の最終的な目標は、わが国の母子保健に関する将来展望に役立つ素材を提供することにある。即ち、わが国が今後整備すべき母子保健制度はどのようなものであり、如何なる内容や対象に重点をおくべきか、そして具体的にはどのような母子保健活動をより強化する必要がある、またこれらの制度を整え、活動を強化する上で、国、地方公共団体、民間関係団体・組織、地域住民、家庭・両親がどのような役割と責任を果たすことが望ましいのか、等々のことである。

このため、本研究は、第1に世界の母子保健水準にかかわる多様な項目、因子を得てこれを解析し、その指標を得ることを通じて、また第2に、わが国と社会・経済的に比較的類似する背景をもつ欧米5か国の母子保健に関する制度や活動の実態、動向を分析することを通じて、この目標に近づこうとした。しかし、諸外国の動向や国際比較に関する研究は、実施上さまざまな制約制限を伴うことも事実であり、これまでの3年間の研究は、わずかの検討素材を提供するにとどまった。

これまでのところ、母子保健水準にかかわる要因として、とくに妊産婦死亡率、周産期死亡率の改善には、医療や人口面が、また新生児死亡率、乳児死亡率の改善には、とくに教育面が寄与し得ることなどが示唆される結果を得ている。また、欧米先進国の動向として、母子保健行政や母子保健活動に関しても脱中央集権化の傾向がうかがわれるなど、いくつかの特徴的動向を得ることができた。これまでに報告した紀要第20集、第21集の内容に加えて、今回の報告内容が、今後のわが国の母子保健のあり方を考える上で、参考にし得るものがあれば幸いな次第である。

諸外国の母子保健制度 III

研究第5部	網野 武博
研究第3部	加藤 忠明
研究第1部	千賀 悠子
	堀口 貞夫
研究第4部	水野 清子
副所長	高橋悦二郎

I 目 的

わが国の母子保健水準は、乳児死亡率がさらに低下するなど、世界のトップレベルにあると言われているが、今後障害の発生予防、早期発見並びに治療とともに、一層積極的な健康の増進、さらには家庭保健の推進、母子保健の質的な多様化、母子保健行政の役割の再検討などが課題となっている。

このため、あらためて諸外国の母子保健水準に分析を加え、これに関する指標について考察するとともに、この水準の向上の一翼を担う母子保健制度全般について欧米主要国の実情を調査研究し、今後の望ましい母子保健のあり方、施策等を考えるため、継続して研究をすすめているものである。

II 方 法

1. 世界の母子保健水準にかかわる指標

これまでに検討を加えたつぎの42項目(表1)について各国¹⁾のデータを多変量解析(因子分析、重回帰分析)し、母子保健の指標に寄与する因子を見出すとともに、母子保健の指標を改善するには何が重要な因子となり、また施策となるかを検討した。統計学的解析には、PC 9801 (NEC)を用い、「多変量解析」ソフト(日本マイコン販売)を改良し、欠損値も入力できるようにプログラミングして計算した。

2. 母子保健制度及びそれにかかわる諸活動に関する調査

欧米主要国——アメリカ合衆国、連合王国(イギリス)、スウェーデン王国、フランス共和国、ドイツ連邦共和国

の計5か国——に対して、つぎの事項に関する調査²⁾を実施し、その回答内容及び関連資料に基づき、各国毎に主要な動向をまとめ、検討を加えた。

1. 母子保健の基礎となる法律
2. 母子保健施策の重点(最近5年間)
3. 母子保健活動の役割と責任
4. 主要な母子保健活動の実態
 - (1) 性教育、婚前教育、家族計画
 - (2) 妊産婦の健康診断、保健指導
 - (3) 分娩法の態様
 - (4) ハイリスク妊産婦、新生児の管理
 - (5) 産後の母子同室、母子別室
 - (6) 産前・産後休暇、育児休業及び家族・児童手当の保障
 - (7) 生後3か月児の授乳法の態様
 - (8) 新生児、乳児、幼児の健康診断と保健指導及び特別の疾患、障害のスクリーニング
 - (9) 母と子の健康に関する手帳

註)

- 1) 対象とした国は、面積が100km²未満もしくは人口10万人未満(1980年時点)に該当するきわめて小規模な国を除いた国々で、諸統計の報告されている169か国である。国名については、本研究報告1(「日本総合愛育研究所紀要」第20集, 1984)の28~39頁を参照されたい。
- 2) 「母子保健制度及びそれにかかわる諸活動に関する調査——: A Survey on the system of Maternal and Child Health, and Its Related Activities」の様式、内容は、本研究報告2(「日本総合愛育研究所紀要」第21集, 1985)の55~62頁を参照されたい。

Ⅲ 結果及び考察

1. 世界の母子保健水準にかかわる指標

多変量解析に関しては、解析する項目の資料が全てそろっている場合のみ統計処理が可能であるので、まず、どの国々の資料が解析可能であるかを検討し、便宜的にセット1、セット2のグループに分類した（表2）。セット1は、平均寿命などの資料のそろった国を選んだものであり、開発途上国も含めて世界各地に分布した国々であった。セット2は、乳児死亡率などの資料の完備した国で、主に先進国であった。国民1人当り GNP、人口1,000人当り TV 受信機数、人口10万人当り高等教育の女子の在学者数、合計出産率（女性1人が生む子ども数）、人口1万人当り医師数、1日1人当りカロリー供給率の6項目に関して因子分析（バリマックス回転）を行なった（表3）。また、これらを説明変数とし、セット1では男女別の平均寿命（0歳時の平均余命）、平均寿命の男女差、低出生体重児の比率、セット2では妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率、男女別の幼児（5歳時）生存率を目的変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行ない、単相関係数（ r ）、重回帰係数（ R ）、寄与率（ R^2 ）、及び自由度調整した寄与

直 接 因 子	20	平均余命
	21	人口1,000人当り出生率
	22	合計出産率 ⁶⁾
	23	出生率の変化
	24	母の年齢別出生の比率
	25	低出生体重児の比率 ⁷⁾
	26	避妊用具使用の既婚女性の比率
	27	合法的人工妊娠中絶数及び出生数に対する割合
	28	出産数1,000人当り死産率
	29	出産数1,000人当り後期死産率 ⁸⁾
	30	出生数10万人当り妊産婦死亡率
	31	出生数1,000人当り周産期死亡率 ⁹⁾
	32	出生数1,000人当り新生児死亡率 ¹⁰⁾
	33	出生数1,000人当り乳児死亡率 ¹¹⁾
	34	幼児（5歳時）生存率
	35	1人当り中央政府支出費——保健費
	36	人口10万人当り第3段階教育の医学・保健関係学科卒業数
	37	人口1万人当り医師数
	38	人口1万人当り看護、助産、保健職員数
	39	人口1万人当り病床数及び産科病床数
	40	安全な水のある人口の比率
	41	1日1人当りカロリー供給率及び栄養所要量
	42	1歳児ハシカ予防接種率

表1 母子保健の指標にかかわる42項目

問 接 因 子	1	人口密度
	2	人口
	3	人口の年平均増加率
	4	総人口に占める幼児（5歳未満）の割合
	5	総人口に占める児童（15歳未満）の割合
	6	総人口に占める老人（65歳以上）の割合
	7	平均世帯人員
	8	婦人労働力人口の割合 ¹⁾
	9	都市居住人口の割合 ²⁾
	10	人口50万人以上の都市の数
	11	国民1人当り GNP ³⁾
	12	GDP に占めるサービス業の割合 ⁴⁾
	13	人口1,000人当り TV 受信機数
	14	人口1,000人当り出版物数
	15	人口1,000人当り婚姻率
	16	人口1,000人当り離婚率
	17	1人当り中央政府支出費——教育費
	18	第1段階教育（初等教育）の存学率
	19	人口10万人当り第3段階教育の女子の在学者数 ⁵⁾

註

- 1) 婦人労働とは、雇用、非雇用にかかわらず現に経済活動に従事している婦人の労働（家事労働を除く）をいう。
- 2) 都市居住人口とは、人口10万人以上の都市に住む人口の総数である。
- 3) GNP (Gross National Products) は、国民総生産を意味する。GDP (4) にその国の居住者が国外で得た要素所得を加算し、非居住者が国内で得た所得を控除した値である。
- 4) GDP (Gross Domestic Products) は国内総生産を意味する。
- 5) 第3段階教育とは、いわゆる高等教育の段階をいう。
- 6) 合計出産率とは、1人の女性が出産可能年齢終了まで生存し、現行の特定年齢の出産率と同じだけ毎年子どもを出産するとした時の、女性1人が生む子どもの数をいう。
- 7) 低出生体重とは、2,500g 未満をいう。
- 8) 後期とは、妊娠満28週以降をいう。
- 9) 周産期とは、妊娠後期及び出生後7日未満をいう。
- 10) 新生児とは、出生後28日未満の児童をいう。
- 11) 乳児とは、出生後1年未満の児童をいう。

表2 解析可能な国々の分布

	セット1	セット2
アフリカ	22	3
北米	2	2
中南米	10	9
アジア	16	10
ヨーロッパ	15	14
オセアニア	2	2
計	67	40

率 (R^{*2}) を求めた (表4, 5)。

表3の因子分析からは以下の点が考えられる。セット1では、GNP、TV台数、女子高等教育の項目に高い因子負荷量をもつ第1因子が認められ、全世界的視点から見ると国の経済力を高めるには教育が大切であると考えられる。合計出生率、医師数、カロリー供給率で代表される第2因子からは、医療において栄養供給が密接な関連をもつことが示唆される。セット2では、GNP、合計出生率、医師数の項目に高い因子負荷量をもつ第1因子が認められ、先進国の間では経済力の発展と共に医療レベルが向上すると考えられる。女子高等教育、カロリー

表3 因子分析 (バリマックス回転)

国	セ ッ ト 1		セ ッ ト 2	
	第 1 因 子	第 2 因 子	第 1 因 子	第 2 因 子
1人当りGNP	0.972	-0.234	0.937	-0.348
千人当りTV台数	0.975	-0.221	0.687	-0.726
女子高等教育	0.992	-0.118	0.227	-0.973
合計出生率	-0.352	0.935	-0.996	-0.824
1万人当り医師数	0.642	-0.766	0.998	-0.050
カロリー供給率	-0.013	-0.999	0.137	0.990

表4 セット1の重回帰分析

統計値		目 的 変 数			
		平 均 寿 命			低出生体重児 の 比 率
		男 子	女 子	男 女 差	
r	1人当りGNP	0.76	④ 0.79	0.80	① -0.54
	千人当りTV台数	0.81	0.84	③ 0.84	-0.54
	女子高等教育	③ 0.69	③ 0.70	0.64	-0.43
	合計出生率	① -0.87	① -0.90	② -0.85	② 0.51
	1万人当り医師数	0.80	0.83	① 0.85	-0.54
	カロリー供給率	② 0.79	② 0.80	0.66	-0.27
n		40	40	40	48
R	同 上 6 因 子	0.91	0.93	0.90	0.58
R ²		0.83	0.87	0.81	0.33
R ^{*2}		0.81	0.85	0.79	0.30

r : 単相関係数

n : 国 数

R : 重相関係数

R² : 寄与率

R^{*2} : 自由度調整した寄与率

○番号はステップワイズ法での取り込まれ順

表5 セット2の重回帰分析

統計値	説明変数	目的変数					
		妊産婦 死亡率	周産期 死亡率	新生児 死亡率	乳児 死亡率	幼児生存率	
						男児	女児
r	1人当りGNP	-0.48	①-0.53	①-0.61	①-0.57	② 0.74	② 0.77
	千人当りTV台数	①-0.53	-0.37	-0.44	-0.52	0.71	0.71
	女子高等教育	-0.26	-0.14	③-0.01	-0.24	③ 0.25	③ 0.25
	合計出産率	0.44	0.39	0.44	② 0.56	①-0.80	①-0.81
	1万人当り医師数	-0.48	-0.30	②-0.27	-0.46	0.62	0.66
	カロリー供給率	0.15	0.29	-0.27	0.22	0.68	0.68
n	同上6因子	34	31	30	39	18	18
R		0.53	0.53	0.69	0.61	0.86	0.87
R ²		0.28	0.28	0.48	0.37	0.74	0.76
R ^{*2}		0.25	0.25	0.42	0.34	0.69	0.71

一供給率で代表される第2因子からは、これらの因子が文化と結びついているように考えられる。

表4・5の最下段に示すR^{*2}値は、平均寿命や種々の母子保健の指標（目的変数）が別の6つの因子（説明変数）からどの位の割合説明できるかを示す値である。例えば、男子の平均寿命がR^{*2}=0.81ということは、表4に示す6つの説明変数から重回帰分析すると、最初に合計出産率、次にカロリー供給率、最後に女子高等教育の3因子がステップワイズ法により回帰式に取り込まれこれら3因子から男子の平均寿命の値の81%が説明できることを示している。

表4より、説明変数の取り込まれ順から考えると、全世界的視野からみれば、合計出産率の減少、カロリー供給の充実をめざすことが公衆衛生的指標を改善するのに効果的と考えられる。表5より、先進国を主体とした場合はGNPの取り込まれ方が早く、GNPが母子保健の指標と最も関連が強いと考えられる。

各国の母子保健の指標（妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率、男女別の5歳時の幼児生存率）を目的変数とし、人口分布（人口密度、人口、都市居住人口の割合、人口50万人以上の都市の数の4項目）、人口動態（人口の年平均増加率、総人口に占める幼児の割合、総人口に占める児童の割合、総人口に占める老人の割合の4項目）、経済・文化（国民1人当りGNP、国内総生産に占めるサービス業の割合、人口1,000人当りTV受信機数、人口1,000人当り出版物数の4項目）、教育（1人当り中央政府支出費——教育費、男女別の初等教育の在学率、人口10万人当り高等教育の女子の在学者数の4項目）、出生（人口1,000人当り出生率、合計出産

率、出生率の変化、母の年齢別出生数の比率の4項目）、医療（1人当り中央政府支出費——保健費、人口10万人当り医学・保健学科卒業生数、人口1万人当り医師数、人口1万人当り看護・助産・保健職員数、人口1万人当り病床数の5項目）を説明変数とし、ステップワイズ法により重回帰分析を行なった（表6）。

表6よりR^{*2}値を比較検討すると以下の事項が考えられる。

妊産婦死亡率に対しては、医療、出生、人口動態の各群が寄与する割合が高く、教育はほとんど寄与していなかった。単に教育レベルを向上させるだけでは妊産婦死亡率を高くする可能性は低いと考えられる。周産期死亡率には人口分布などが寄与しており、経済・文化は寄与していなかった。ハイリスク妊婦・新生児の救命救急のためには、人口が密集しており緊急の場合すぐ適切な医療施設へ搬送・治療ができることが1つの要因と考えられる。新生児死亡率には、教育、医療、人口動態が寄与する割合が高かった。高度の医療技術の教育が新生児死亡率を低くする1つの要因と考えられる。乳児死亡率を最も良く説明した群は教育であり、その他、人口分布、出生などが寄与していた。妊産婦死亡率以外の死亡率を下げる意味で教育のはたす役割は大きいと考えられる。5歳時生存率に関して出生や医療の寄与するところが大きかった。

2. 母子保健制度及びそれにかかわる諸活動に関する調査

欧米5か国に対する調査のうち、ドイツ連邦共和国（西独）を除く4か国について回答を得ることができた。以下に示す、各国の母子保健に関する実態と動向は、こ

表6 世界各国の重回帰分析

説明変数 目的変数	人口分布	人口動態	経済・文化	教 育	出 生	医 療
妊産婦死亡率	n=28, p=4 R =0.56 R ² =0.31 R* ² =0.19	n=46, p=4 R =0.71 R ² =0.51 R* ² =0.42	16, 2 0.60 0.36 0.26	20, 2 0.42 0.19 0.09	46, 2 0.68 0.46 0.43	23, 3 0.72 0.52 0.44
周産期死亡率	20, 4 0.76 0.54 0.42	42, 4 0.63 0.40 0.34	15, 2 0.30 0.09 -0.50	18, 4 0.73 0.53 0.39	35, 2 0.52 0.27 0.22	21, 3 0.58 0.33 0.22
新生児死亡率	25, 2 0.55 0.30 0.23	38, 4 0.69 0.48 0.42	14, 2 0.54 0.30 0.17	15, 4 0.83 0.69 0.57	40, 3 0.58 0.33 0.28	21, 4 0.73 0.54 0.42
乳児死亡率	35, 1 0.72 0.51 0.50	53, 2 0.63 0.39 0.37	19, 4 0.56 0.31 0.00	24, 3 0.87 0.76 0.73	52, 2 0.70 0.49 0.47	28, 1 0.51 0.26 0.23
5歳時生存率 (男児)	15, 3 0.70 0.49 0.35	23, 2 0.60 0.37 0.30	...	...	23, 3 0.77 0.59 0.53	14, 1 0.76 0.58 0.50
5歳時生存率 (女児)	14, 4 0.57 0.32 0.02	22, 4 0.88 0.77 0.71	...	...	22, 4 0.86 0.75 0.69	14, 4 0.85 0.72 0.59

n : 国 数

p : 説明変数の数

R : 重相関係数

R² : 寄与率R*² : 自由度調整した寄与率

... : 国数が10以下の為、結果の信頼性が少ないので省略

これらの回答内容及び関連資料に基づいてまとめたものである(表7)。西ドイツに関しては、入手し得た範囲の資料に基づいており、他国の内容に比し、十分なものではない。

調査項目のうちⅠ～Ⅲまでの主な動向をまとめると、つぎのとおりである。

- ① 母子保健サービスが多様化する傾向にあって、その役割や責任、行政権限にも変化が認められる。米国では1981年、スウェーデン、フランスでは、ともに1983年に法律を改正し、これらの権限が中央政府のレベル

から地方政府のレベルへと移譲されている。このような脱中央集権化(decentralisation)は、家庭、地域と結びついたサービスにおいてはより強化されつつあることがひとつの特徴である。(Ⅰ)

- ② 母子保健に関するものでは、国が基本的な制度の枠組や法令を作成し、その広報、普及に努める。具体的な活動、例えば健康診査や相談、指導、医療などは、地方政府や民間機関・団体がそれぞれの特徴を活かしてすすめる。地方政府においては、さらに市町村レベルにおいてより個別のきめ細かいサービスにかかわる。

しかし、相当に特殊な専門性や開発途上の技術にかかわるもの、あるいは相当の経費を必要とするもの、そして公平・平等なサービスを必要とするものなどについては、県・州レベル乃至国のレベルでの役割と責任があらためて課せられてくる。(Ⅲ-1)

- ③ 欧米主要国は、いずれも乳児死亡率、医師数等母子保健水準は今日著しく向上している。近年の母子保健施策の重点は、特別の疾患、障害の発生予防、特別の疾患・障害の早期発見、特別の疾患の医療、さらには地域保健、家族・母・子の精神的健康、思春期保健へと広がりつつあることがうかがわれた。しかし、調査方法の限界もあり、各国の施策をより浮き彫りにすることはできなかった。今後主要な母子保健活動の実態をさらに把握する中で、この点での動向をさらにみていく必要性を感じた。(Ⅱ)

- ④ 母子保健サービス等の諸活動をすすめる上で、制度上の体系は、ハードの側面(組織、専門スタッフ、経費)とソフトの側面(専門家の行動力、学際的チーム・ワーク等システムのネットワークのあり方)の両面が機能していることが要件となる。制度が「進んでいる」あるいは「良い」と考えられている背景のうち、兎角ハードの側面に目が注がれ、ソフトの側面の重要性は必ずしも十分に指摘されなかった。その中で、フランスにおいては小児科医、産婦人科医、助産婦、サイコロジスト、ソーシャル・ワーカーら専門スタッフの相互協力の必要性が強調されている。このような課題は各国に共通のものであると考えられ、とくにさまざまな領域からの専門性を必要とする母子保健活動においては、より重要な課題であると考えられる。

表7 欧米5か国の母子保健制度及びそれにかかわる諸活動

	アメリカ合衆国	連合王国(イギリス)	スウェーデン王国	フランス共和国	ドイツ連邦共和国
I 母子保健の基礎となる法律	「タイトル V 社会保険法」 1935年施行 (1) 1935年から1964年の間、保健に関する法律は10にすぎなかったが、1965年から1966年のわずかの期間に19の重要法がもうけられ、それ以後はとくに変化はみられなかった。しかし、1981年になり、それまでの詳細で細分化された内容が大幅に改められ、非常に簡明になった。 (2) 1981年の改正により、各種権限が連邦政府から州政府へ移行した。	「国家保健サービス法」 1946年施行 「保健サービス・公衆衛生法」 1968年施行 (1) 「国家保健サービス法」に含まれる母子保健関係の内容はつぎのとおり。 ① 専門職員、病院の保健・医療サービス ② 家庭医、歯科医の保健・医療サービス ③ 母子保健サービス ④ 家庭訪問看護 ⑤ 保健教育 ⑥ 保健センター ⑦ 予防サービス (2) 「保健サービス・公衆衛生法」により、主として助産婦、保健婦の家庭訪問による看護・指導が定められた。 (3) 1977年の大改正により、国家保健サービスをすすめる上での国務大臣の権限と責務がより明らかにされ、あらゆるニーズに対応すべき義務が明記された。	「保健医療サービス法」 (1982年法律第763号) 1983年施行 (1) この法律により、保健医療サービスの権限と責任が国から県のレベルに大幅に移譲された。 (2) サービスを利用する者のブライバシーその他の権利を十分に保障している。 その他「妊娠中絶法」(1975年施行)、「避妊法」(1975年施行)がある。	「公衆衛生法典」 1956年施行 「社会保険法典」 1956年施行 (1) 上記の法典は、その後重要な改正をすすめている。母子保健関係はつぎのとおり。 1975年5月…すべての民間授産ホームに小児科医を配置 1978年7月…妊産婦健診(産前4カ月)の費用及び新生児(生後30日まで)の特別医療費を地方政府(県)が負担。並びに不妊検査、診断の費用を疾病保険で負担 (2) 中央政府権限の地方分散化が図られている。1983年7月の法律により、国及び県の新しい機能が定められ、以後母子保健施設(PMI)関係の活動の財政面はすべて県が責任を負うこととなった。	法律名 不詳 母子保健を含む社会保険、公的福祉、病院経営の保険等に関する法律は、1972年以降改正、制定がすすんだ。 その主なものは、次のとおり。 ① 病院経営に関する法律 (1972) ② 重度障害者に関する法律 (1974) ③ 医薬法の改正 (1974) ④ 看護職員に関する法律 (1976) ⑤ 社会保険法の改正 (1976)
II 母子保健施策の重点(最近5年間)	1. 健康増進のための活動・指導 ○ 2. 妊産婦健康診査 ○ 3. 乳幼児の健康診査 ○ 4. 特別の疾患・障害の発生予防 ○ 5. 特別の疾患・障害の早期発見 ○ 6. 特別の疾患の医療 ○ 7. 障害の療育 ○ 8. 思春期保健 ○ 9. 家族計画 ○ 10. 家族・母・子の精神的健康 ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	不 明

11. 地域保健 12. 母性・小児の栄養 13. 小児の歯科保健	○	○ ○ ○	○	○ ○ ○	
III 母子保健活動の役割と責任					
1. 役割と責任 ①制度・法令の作成 ②広報活動 ③妊産婦健康診査 ④乳幼児健康診査 ⑤相談・指導 ⑥一次医療 ⑦高次医療 ⑧医療費の負担	a c, e d d c, d c, d d a, e (民間保険組織), g (注……a: 国, b: 州・県, c: 市町村, d: 民間医療機関, e: 民間団体, f: 宗教団体, g: 家族・個人)	a a, b, c, d, e, f d, e (病院, 一般医) d, e (病院, 一般医) d, e, f d d a, g	a a, b b b b b a, b	a a, b, e c, d c, d c c, d a, b, c, d 特殊法人社会保険公庫(疾病当 家族手)	a, b a, b, c, d, e, f d d d, e, f 不 明 不 明 c, g 疾病金庫
2. 母子保健の組織・機構	保健人的サービス省 州母子保健部局 公・私団体 病院・クリニック 医 師 公衆衛生保健婦 ソーシャル・ワーカー	保健社会保障省 地方保健機関 地方専門助産委員会 地域保健機関 地域専門助産委員会 公・私立病院 クリニック 家庭委員会 家庭医 訪問保健婦 家庭保健婦	保健社会省 国家保健福祉委員会 地方病院 県評議会 県保健医療サービス委員会 県中央病院 市町村評議会 市町村部局 県付属病院 地区保健センター (母子保健センター)	保健家庭省 小児科医 産婦人科医 助産婦 サイコロジスト ソーシャル・ワーカー 市町村部局 健康児クリニック 家庭医	青少年家庭保健省 連邦保健審議会 州保健部局 州保健審議会 市町村保健部局 ドイツ国家健康管理中央本部 国・州・市町村・団体・個人 立病院 市町村立母親カウンセリング センター
IV 主な母子保健活動の実態					
1. 性教育・婚前教育・家族計画 ①性教育・婚前教育 ②遠伝相談 ③妊娠・避妊相談 ④羊水チェック	c, e b, c, d c, d c, d (注……a: 国, b: 州・県, c: 市町村, d: 民間医療機関, e: 民間団体, f: 宗教団体, g: 学校)	a, e, f, g d (特別センター) d, e, f, g d	b, c b b b	c, g a, e d d	不 明 d (疾病保険が適用される) d (疾病保険が適用される) 不 明
2. 妊産婦の健康診査・保健指導	健康診査の制度化は、強く勧告されているが、義務化されていない。したがって、個人、医師の判断に任せられており、その回数、内容、経費はさまざまである。	健康診査、保健指導は義務づけられているが、非常に普及している。妊産婦28週までは毎月1回、34～36週は隔週1回、以後は毎週受診する。	健康診査は妊娠第8～10週から産後5～6週の間、県の費用負担で実施する。あわせて保健指導を実施している。登録率90%以上。	健康診査は妊娠3月、6月、8月、9月に各1回、産後は2カ月以内に1回計5回受診することが義務づけられている。経費はすべて社会保険公庫(疾病金庫)が負担する。	健康診査、保健指導は疾病保険社会扶助制度により行われている。内容は、医師による検診・ケア助産婦サービス、医師、看護婦による在宅ケア。

	健康診査、保健指導の基準は、専門機関・団体及び州政府レベルで示されているところがある。しかし連邦では示されていない。	異常がある場合は、さらに回数が増える。産後は12週までに医師の健診を受ける。経費は地域保健機関を通じ、国が負担する。	1人平均10～12回受診。	保健指導は、ソーシャル・ワーカー及び助産婦による訪問指導が1回乃至数回行われるが、これは義務制ではない。	経費は、疾病保険の場合は疾病金庫、社会扶助の場合は市町村負担。
3. 分娩法の態様	施設分娩97%, 家庭分娩2% (連邦出生記録)。産後の通常入院期間は、1～3日間。家庭分娩の場合は助産婦が介助する。	施設分娩98%, 家庭分娩2%以下。産後の入院期間は、数時間から5日程度と幅広い。	家庭分娩の報告はなく、施設分娩実施率100%と考えてよい。産後の通常入院期間は5～6日間。	健康診査には、結核、性病、トキソプラズマ、風疹、超音波診断を含む。	不明
4. ハイリスク妊産婦、新生児の管理	ハイリスク医療システムは整えられてはいるが、一般的には普通の充足状況。患者搬送は、救急輸送、空・海輸送がとられる。経費は地方及び州予算。	ハイリスク医療システムは、一次医療施設、二次医療施設（公立・私立医療機関）ともに整備されている。全国的に通常の救急サービスを通じて、患者搬送の体制を採っている。	ハイリスク医療システムは、一次医療施設（県病院等）、高次医療施設（地域病院）ともに整備され、ハイリスク登録制度が整っている。患者搬送システムは、車又はヘリコプターにより地域病院に搬送する体制が整備されている。	ハイリスク医療システムは、一次医療システム、高次医療システムともに整っている。患者搬送システムは、救急隊が救急車で所要の病院に運ぶ。近年移民労働者にハイリスク妊産婦・新生児が多く、政府としてはこれらのケアの行き届きにくい層に対する施策を重点的にやっている。	不明
5. 産後の母子同室・母子別室	母子同室制が増加している。	医学的理由がある場合を除いて、母子が分離されないように配慮する傾向が増加しはじめている。とくに妊婦サービス助言委員会の第3次報告（1985年発行）でこの点が重視されている。	母子同室化の傾向にある。	母子別室化の傾向が強い。	不明
6. 産前・産後休暇、育児休業及び家族・児童手当の保障	国の政策としては、一般的には病気休暇が適用されるだけで、これらの制度はない。	産前・産後の休暇の間、出産予定11週前から出産後6週以内の間出産手当を受給して休暇をとること、出産後29週まで休暇をとること等が「雇用法」で保障され、出産給付及び出産手当（出産前11週から18週間又は出産後6週間）が保障されている。児童手当制度は、15歳まで及びある基準の教育段階にある18歳までの児童を対象とした制度が整っている。	産前・産後休暇は、出産予定日前6週間、出産後6週間が保障され、育児休業は、出産予定日前60日から、出産後270日までのうちの180日間、さらに1歳半まで、8歳まで、12歳までの間「育児休業法」で休業が各種保障されている。児童手当制度は、15歳まで及び親と同居する19歳までを支給対象とした制度が整っている。	出産休暇は最大16週間（産前6週間、産後10週間）。多子出産の場合はさらに2週間延長される。乳幼児手当は、妊娠3月から出産後6か月まで家族手当金庫から月712フラン（約19,000円）支給される。児童手当は、2人目の子どもから支給対象とする制度が採られている。	出産休暇は、産前6週間、産後8週間が保障され、とくに産後8週間（早産、多子産の場合は12週間）就業が禁じられている。育児休業は生後6か月まで保障されている。すべての妊婦に妊娠手当または妊婦手当が支給される。児童手当は、18歳まで及び教育中の場合は27歳まで、さらに障害があるため独立できない場合は27歳を越えても受給できる制度が整っている。

7. 生後3か月時の授乳法の態様	1972年を最低にして、以後母乳中心が増加し、1982年は61.9%、1983年は61.4%（国立保健統計センター）。	詳細は不明。 しかし、母乳中心の授乳法が奨励され、促進されている。	母乳中心が55%、混合乳が25%人工乳中心が20%（1982年ウブサラ大学病院小児科 Hofvander 教授の報告）。 1970年を境に、母乳中心の授乳法が増加に転じた。	生後8日目、母乳中心が49.92%（保健家庭省統計）。	不 明
8. 新生児、乳児、幼児の健康診査と保健指導、特別の疾患・障害のスクリーニング	病院で出産した場合、健診を受けなければならないので、大部分の地域では義務的に行われている。 経費は、個人、公的機関、市町村、州で負担する。 健診には、先天性代謝異常、クレチン症、視覚・聴覚異常、身体発育、心理発達を含む。	健康診査及び保健指導は義務づけられていないが、一般医（家庭医）、訪問保健婦、家庭保健婦によって地域センターを中心に行われている。実施時期は定められていない（ただし5歳まで）。 費用は県、国が負担する。 一般健診のほか視覚・聴覚障害、言語障害、フェニルケトン尿症、甲状腺機能不全症、風疹のチェックが行われている。 保健指導は、家庭・両親教育の一環として行われている。 先天異常モニタリング・システムはまだ採られていない。 国は児童保健サービス委員会の報告に基づく「児童保健サービスにおける予防」のあり方について提示し、この中で、予防システム、スクリーニングの体制時期などについて案を示している。	すべての乳幼児が地区保健センターで、生後1週間内に2回、6週、3か月、6か月、10か月、1歳半及び4歳時に1回以上計最低8回受診し、また教育グループ毎に保健指導を行っている。 費用は県が負担する。 健診では、先天性代謝異常、クレチン症、視覚・聴覚障害、身体発育、心理発達のチェックが行われる。 予防接種として、結核、ジフテリア、破傷風、ポリオ、風疹について行い、将来的には流行性耳下腺炎が検討されている。 先天異常モニタリングシステムは、法制度に基づいてはいないが、保健福祉省、県評議会連合会、中央統計庁三者の合意に基づき、保健福祉省に報告し、登録する体制を採っている。	健康診査は、生後8日、9か月、24か月の3回は受診することが義務づけられている。 経費はすべて社会保障制度により疾病金庫が全額負担する。 このほか、0歳時は毎月1回、1歳時は2か月に1回、2歳から就学前までは年に2回、健康児クリニックあるいは家庭医、保健婦の健診を受けることができる。その場合も疾病金庫が経費を負担する。 健診は、先天性代謝異常、クレチン症、神経芽細胞腫、身体発育、心理発達を含む。とくに先天異常モニタリングシステムは、産前異常チェック対策を中心に行われている。子宮内検診（血友病、地中海貧血、鎌形赤血球貧血）も全額公庫負担で行われるようになった。 保健指導は、ソーシャル・ワーカー及び助産婦による訪問指導が行われる。将来すべての家庭訪問を実施することが望ましいとされているが、まだ実現に至らず、義務制ではない。	市町村段階で設置されている母親カウンセリングセンターにおいて、乳幼児の健康チェック、指導が行われている。 詳細は不明。
9. 母と子の健康に関する手帳	連邦政府では作成していない。多くの州では、作成する場合がある。	国では定めていない。地方（保健機関）や各種団体、協会などで独自に「児童健康記録」などの名称による手帳が発行されているものがある。 ex. 保健婦助言協会作成「児童健康記録」	国（保健福祉省）が作成し、県に配布され、妊産婦に無料で渡される。 (1)産前…「こどもを産む」 (2)産後…「こどもと共に生きる」	国（保健家庭省）が作成し、妊産婦に無料で配布される。21歳になるまで記録が可能である。	不 明

Abstract

Study on the MCH System in Foreign Countries III

Takehiro AMINO, Tadaaki KATOH,

Yuhko CHIGA, Kiyoko MIZUNO,

Sadao HORIGUCHI, Etujirou TAKAHASHI

This study has been continued for the purpose to consider about what we need to improve and re-evaluate maternal and child health (MCH) in JAPAN.

As the 3rd report we came up with the following result.

Firstly, through the multiple regression analysis and multi varied analysis on 42 items related to MCH standard, it was suggested that for the improvement of maternal and perinatal mortality rate the contribution of medical care and populational policy would be important, and for the improvement of neonatal and infant mortality rate the contribution of education would be important.

Secondly, through the survey of the MCH system in USA and 4 European countries.....UK, France, Sweden and West Germany, the tendency of de-centralisation has been found. Variable responsibilities and roles of carrying out the MCH administration and activities removed mainly from the national government to the local government.