

子健康センターの新設数が極度に減少してきたことである。母子健康センターの設置施策が発足した昭和33年度から42年度ごろまでの約10年間には毎年50ヶ所前後の母子健康センターが新設されていたが、昭和43年度から新設数は年々減少し、43年度は37ヶ所、44年度は28ヶ所、45年度は18ヶ所、46年度は20ヶ所、47年度は僅か12ヶ所に激減した。その原因としては次のことがあげられる。

① 病院、診療所等の医療機関での入院分娩が増加し、農山漁業地域においても自宅分娩が著しく減少してきたため母子健康センターの助産事業に対するニーズが減退したこと。

② 過疎地域においては若い年齢層が都市に転出したため出生数が減少したこと。

③ 地域助産婦の老齢化により母子健康センターの助産部門の要員確保がむずかしくなってきたこと。

などの事由により、助産設備を併設することを原則としている従来の母子健康センターの魅力とニーズが大きく後退したことが最大の原因と考えられる。

次に既設の母子健康センターについての問題についてみると、いちばん大きな問題は、センター勤務助産婦の老齢化である。全国66ヶ所の母子健康センターの勤務助産婦の平均年齢は、すでに60才近くになっており、助産部門の運営が困難になりつつあるセンターも一部にで

きている。しかも、わが国では助産婦の志望者が少なく、母子健康センターのみでなく、病院の産科や産科診療所でも助産婦の不足が深刻化している。この現状に対して、助産婦の養成対策は遅々として進んでいない。したがって、このままでは母子健康センターの助産部門は近い将来助産婦不足により重大な支障が生じることが憂慮されている。

また母子健康センター勤務助産婦の給与水準は各センターにより大きな格差があり、全般的には病院など他の助産施設に比べてきわめて低水準である。このことも後続助産婦の確保を困難にしている重要な要因である。

一方、母子健康センター設置市町村においては、センターの運営費についての国の援助が不十分（年間1ヶ所80万円の特別交付税）なため、年々多額の運営費を市町村の苦しい財政から支出しているため、助産婦の待遇改善が困難な状況である。

これらの問題をかかえて、過去15年間各地において母子保健の向上に多大の業績をあげてきた母子健康センターは今や大きな転換期に直面している。

以上のような諸情勢に対し、新しい時代に対応して母子健康センターのあり方を改善し、保健指導部門を中心とする事業の発展をいかにするかが今後の課題であると考えられる。

VII) 過疎地域の母子保健（総括）

調査要約

1) 岩手県においては

(1) 田島達郎（分担研究者）が岩手県における母子保健—その現状と対策—をまとめたが、要約すると

① 過疎の背景

岩手県は北海道以外我が国最大の県で四国の広さに匹敵し、人口136万人（昭和46年）、人口密度89.2（昭和46年）で、人口流出が多く、過疎地域対策緊急措置法の適用市町村は63市町村のうち19市町村（30%）に及んでいる。

② 医師、パラメデカルスタッフ、医療機関の現状

a) 医師や医療機関が盛岡市など都市に集中しているのは、他の県とも同様の現象である。とくに医師は盛岡市を中心に南部の東北本線沿いに2%が集中しているのので、北部とくに北上山系及び奥羽山系の市町村では極度に少ない。

b) 過疎地の医師不足対策は県、市町村、国保連県医

師会、県立病院医師連合会、その他においても真剣に考えられているが、きめ手の対策はまだない。

(a) 県

① 昭和44年度から岩手医科大学の協力の下に、県出身の医学生を養成を行っている。（47年で38人養成中、歯科医師養成5人）

② また、県医療局でも医学部学生への奨学金制度を行っている。

③ 自治医科大学へ3名ずつを送り養成している。

④ 県では、医師過少地域（人口10万対医師40名以下の地域）に医師を誘致する目的で47年度から、地域開業医師として融資している。

c) 保健婦、看護婦、助産婦

(a) 養成機関

① 保健婦は1機関に15名、保健婦助産婦科が15名にすぎない。

① 看護婦養成機関は県内に9ヵ所(定員285名)、準看護婦養成機関は、計16ヵ所(定員495名)である。

(b) 充足状況

卒業生の県外、とくに東京方面への流出が多いので、県では条例により看護職員修学資金貸付制度を行っている。(昭46現在で416名、貸付金額計18,864,000円)

③ 母子保健の現状

a) 妊産婦

(a) 妊娠前期(5ヵ月以内)届出率は68.5%(昭46年)で、全国的にかなり下回っている。が、沖縄の53.5%(昭46年)よりも上回っている。

(b) 無介助分娩は、最近減少してきた(昭35年11.5%)が、まだ高率で昭46年県では0.9%であるが過疎の保健所、例えば岩泉管内では11.1%に上っている。5%以上の市町村も6ヵ所もある。

(c) 健康診査と保健指導は、とくに医療機関に恵まれない地域の母子保健の基盤向上に必要な二つの村(日野畑村、山形村)を特別地区に指定して、県医師会、岩手大医科大学の協力の下に巡回健康診査を行っている。

b) 乳児死亡率

大正7年の216.0をピークに昭47年14.8と最低になった。が、まだ全国では45位である。乳児死亡率の高い理由としては、

③ 医師不足のみが原因ではない。何故ならば、一部を除いては乳児死亡0の町村の方が高率町村よりも人口1万人対医師数が少ない傾向にあるからである。

④ 医師、パラメディカルスタッフ、行政当局、市町村の一致となった努力が、乳児死亡「0」を達成できる近道と考える。

反対に岩泉町の如く、医師数は多いのに乳児死亡率30以上の町があるのは、広大な面積を有する地域社会的特性によるものと思われる。

乳児の出生は、施設内が96%を占めているが、死亡は施設外のものが圧倒的に多い点も注目に値する。

c) 周産期死亡

地域差が大であるが、周産期死亡率の高い地域は概ね、新生児死亡率も高い

d) 乳幼児健康診査および保健指導

(a) 受診率は83%で全国平均(68.3%)を上回っているが、都市部特に盛岡市では受診率が低い

(b) 異常発見率は各保健所によりかなりの差がみられるが、これは異常者の判定基準が一定していないことなど診査医の主観の差などによるものと思われる。

(c) くる病検診は全県下で施行している(昭和46年度総数15,570人)

④ 母子健康センター

目下30ヵ所に設置されている：過疎地域対策緊急措置法の適用されている19市町村のうち、母子健康センターのない所は8市町村で、あとの11町村にある。

母子健康センター設置により、無介助分娩率は減少している。また乳児死亡率も、ほとんどの町村で設置後半減している。日本母性保護協会では、母子健康センターの在り方の検討を行っているが、本県でセンターの運営は助産を主目的としており、これが無介助分娩解消の一つの大きな手段として評価されるべきであろうとしている。しかし一方、センターを運営する各町村においては、赤字の増大、事故の発生時の緊急処置のし方、助産婦獲得の困難などの事情によって、漸次閉鎖の方向に向かって進む傾向のあることも事実である。

⑤ 母子の疾患に対する医療費助成事業

a) 岩手県では乳児を対象として、陸前高田市以外のすべての市町村国保で10割給付を実施している。

b) また昭和48年10月からは国保以外の各種社会保険被保険者の乳児に対しても一部負担金の医療費助成を行う予定である。

c) 妊婦に対しては、国保、社保ともに妊娠5ヵ月から出産までの間のすべての疾患に対し、一部負担金の医療費助成を行うとの事である。

d) その他母子の特定疾患に対する医療給付もやっている。

⑥ 岩手県における母子保健の問題点と今後の対策

a) 過疎：県は46年に定められた「過疎地域振興方針」に基づいて、種々の施策を行っているが、その(1)の広域市町村圏の中核都市と過疎地域を直結する交通網の整備は残念ながら、遅々として進歩していない。(2)の畜産、特産、観光を主体として大規模産業開発プロジェクトの推進が重点的な目標となり、したがってそれに対応する基幹的な道路網の整備が優先されている傾向がある。過疎地にとっては産業や観光よりも、医療、保健が重要であることは論を俟たないが、その確保の最低条件である交通網の整備こそ急務であろう。さらに、四国4県に匹敵する広大な面積を有する本県では、自動車等による交通網の整備のみでは不充分である。当然、ヘリコプター等により機動的な交通網の整備が必要となってくる。

b) 医師及びパラメディカルスタッフの確保について 僻地、過疎地の医師不足は深刻である。この傾向は岩手県のみでなく全国的なものであるが、へき地、過疎地の多い本県にとっては特に深刻である。この対策のた

め、県及び県医療局では奨学金制度を実施していることは前述したが、これらの施策も、一応一場しのぎにはなっている面もあるが、貸与金を返済して、短期間で去る医師も多く、医師確保のきめ手とはなっていない。

むしろ、現在いる医師を去らしめないようにする施策が必要であるが、依然として等閑に付されている。

へき地、過疎地の医師不足は医師の絶対数の不足よりも、むしろ、医師の都市部への集中化によるが、古い医師倫理でそれを防ごうとするのは最早、通用しない。

一方、医師の待遇面の改善は絶対の必要条件ではあるが、もちろんこれのみでは解決する問題ではないことは当然である。医師の生涯教育の問題、子弟の教育の問題、医療設備充足の問題等、解決しなければならぬ問題が山積している。

むしろ、医師をへき地に定着させようとするよりは、へき地と地域中央部との道路、交通網の整備を完璧なものとし、患者輸送のシステム化を考えるべきであろう。「舟を漕ぐより、鳥を動かせ」である。この問題は後述する広域医療圏システムに関連してくる。

次にパラメディカルスタッフのうち、特に母子保健に関連の深い保健婦、助産婦について述べよう。前述した通り保健婦、助産婦の養成機関は県立衛生看護学院1校で、しかも定員が保健婦養護教諭科が15名、保健婦助産婦科が15名のみである。前者のほとんどは保健婦として保健所、市町村に就職しているが、市町村の場合、やはり医師と同様、都市部に集中する傾向が強い。後者のほとんどは助産婦として都市部の病院に勤務する傾向が強い。卒業生の絶対数の不足もさることながら、保健婦、助産婦の都市部への集中化はへき地、過疎地での不足を招いている。

48年度の同学院同科の入試の倍率は約5倍と高いが、希望者が多くにかかわらず、門戸が狭い。定員増を早急にはからねばならない。

また、都市集中化については医師の場合と同様不可抗力な面があるが、しかし、医師と違って、出身地、または隣接の市町村から奨学金を貸与されて保健婦、助産婦になった場合、出身地の市町村に就職し、しかも定着化する傾向がかなり強い。従って、市町村の地元出身者、または隣接地出身者の奨学生制度の拡充が望ましい。

もう一つの問題は市町村保健婦、母子健康センター助産婦の老齢化である。現状に満足することなく、後継者の育成を市町村は真剣に考えなくてはならない。

(3) 母子健康センターについて

無介助分娩の低率化のために果たした母子健康センターの役割は評価されねばならないが、しかし、開設は、年

数の経た町村では、その低率化が頭打ちになっており、特に過疎地においては、すでに限界を示している。

これは妊産婦の居住地と母子センターとの距離の問題、また、妊産婦の家族構成の問題、妊産婦の保健意識の問題等が関連しているものと思われる。例えば、岩泉町の某地区の場合、母子センターまでの距離が数十キロもあり、ほとんど1日かかりで到達するような所もあり、或いは、父親が出稼ぎのため、母親の入所後老人や子供らを見てくれる人がなく、家族ぐるみで入所しなければならない家庭も少なくない。過疎地においては、施設内介助分娩の他に施設外介助分娩も場合によっては必要となってくると思う。そういう弾力的な体制が望まれる。

本県の母子健康センター30ヶ所のうち、産婦人科の嘱託医のない所が7ヶ所、小児科の嘱託医のない所が17ヶ所あるが、もちろん、嘱託医不在は解消しなければならない。しかし、前述した如く過疎地での医師不足はかなりひどく、現実の問題としてはこの解消は至難のわざであろう。

また、嘱託医の依頼方法も町村により、かなりまちまちで、契約、辞令等が22、話し合いが8となっているが、きちんと契約または辞令交付によって、依頼し、責任体制を明確にする必要がある。

緊急時の体制の完備も急がねばならぬ大きな問題である。各母子センターと、その親となるべき医療機関との密な連携が必要であることはいうまでもない。

(4) 保健指導、健康診査等について

東北5県、及び全国平均と本県との各々の実施率を考えてみる。保健指導実施率は妊産婦、乳幼児共に全国平均より高く、訪問指導実施率は平均並み（未熟児実施率は高い）3才児健診も平均並み、母子保健推進員数や活動延件数は平均以上である。しかるに乳児、新生児、妊産婦死亡率は、かなり高い。このことは、保健指導、健康診査等の効果の限界を示している一方、その質的な面での検討の要を示しているといえよう。保健婦、助産婦の研修の強化が望まれる所以である。

地域医療のサブシステムとしての母子保健

——岩手県における広域医療圏の提唱——

地域医療を抜きにして母子保健は考えられない。母子保健は地域社会に密着して、しかも包括的に解決されなくてはならない。母子保健の問題は母子保健のレベルでは決して解決されない。地域保健といえもう一段階上のシステムの場において、これを促え、そのサブシステムとして、母子保健の問題を把握すべきであろう。すなわち、地域保健管理システムの場において、学校保健、産

薬保健、老人保健、成人病対策、健康教育などと共にこれを組入れ、しかも地域特性に基盤をおいて、画一的でなく、実践面の効果を考慮し、弾力的に取上げられるべきである。

そのためには、まず経営主体毎にバラバラになっている各医療機関の横の密な有機的連携が必要である。

県立病院の分布では数だけでは全国一である。しかし、これらの病院の前身は厚生連、医療団等多彩であり、決して広域的な視野で編成された有機的病院群ではない。これら県立病院群の他に市町村立、済生会、日赤等の公的医療機関を始め、私的医療機関906が、何らの連携もなしに、経営主体毎にバラバラに運営されているのである。

母子保健を地域医療システムのサブシステムとして促える時、地域医療システムの中心である医療機関がバラバラであっては、そのシステム化は不能であろう。

かかる意味において、従来の行政地域を全く離れた広域医療圏を岩手県において設定することが必要となってくる。

すなわち、新しい展開として、

(1) あらゆる医療機関を含めての広域医療圏を設定し、場合によっては、その中で県立病院の統廃合を含む両編成や機能分化を考え

(2) その広域医療圏において、各医療機関が包括医療、医療情報、母子・老人保健、学校保健、産業保健、医師の生涯教育、救急医療等のそれぞれの役割を決定していくことが必要である。

そして、新しい展開への具体的な取り組みとして、県単位で広域医療審議会(仮称)を作り、そこで広域医療圏の設定、各医療機関の有機的連携の組織化、機能分化に応じた各種センター機関の設立、整備を考え、そして各地区広域医療圏単位で地区広域医療審議会(仮称)(これは日本医師会の地域保健調査会の拡大と考えてよい)を作り、ここで圏内における各医療機関のそれぞれの役割の決定や、有機的連携の組織化、その他包括医療体制の整備を考えていくという案を提唱したい。

こういうシステムの中で、母子保健をこのサブシステムとして従えて、機能させるべきだと思う。

また、畠山富而(岩手医大小児科)は、県内の典型的な過疎地区である岩泉町の母子保健について調査した結果、次のようにのべている。

1) 過疎、山間へき村の典型とも言える岩泉町の主として昭和40年～47年迄の母子保健に関連する統計的狀態について通観し、さらに悪条件化に置かれている安家地区の調査の一部を報告したが、この解決には総合的取

組が必要であるし、要因1つ1つに対する改善が急務である。強いて母子保健の問題点をあげると、

(1) 循環する母子保健を母を取り囲む環境と、子供の育児環境と平行して、心身両面から改善してゆかなければならない。その中には生活基盤に関係するものが多く、衛生思想の普及、地域栄養学の確立、悪い因習の打破など、社会文化、経済的要因により改善されるものが主であり、早急に解決することは至難の問題である。教育、学習レベルにおいて、住民との接点を見出し、根気強く努力し続けることにより、新しい因習として定着する迄協力してゆくことである。

(2) 医療行政の問題は深刻であり、診療所は次第に閉鎖され、他国の医師に診療を依存している現状である。一方において医師の専門化が進んでいる現状は過疎地域の医療にも危機をもたらしている。医師の確保は進めなければならないが、同時に道路網の整備、患者輸送車の適切配備、親病院との連携を計り、救急処置に完璧を期さなければならない。

(3) 健康教育は予防活動と共に進めなければならないが、健康増進は1人1人が考え、自分自身の健康は自分で守る、また部落の健康は部落で守るという自覚に基いた健康教育、衛生教育が必要であり、極度の不安、緊張を伴わない学習が必要となる。このような観点から、岩手医大小児科教室も、町、保健所と協力、昭和35年より地域栄養、育児環境の改善を目標に保健活動を行い、現在に至っている。この広大な山間に横たわる母子保健の問題は余りに大きく、月1～2回の座談会、検診、相談の程度にて、良い結果を得ることは至難と思われる。しかし、住民の自覚と努力により、徐々に明るい変化が生れてきており、地域社会の相互の思いやり、素朴な豊かな感情を失うことなく、保健の輪は浸透しており、次第に水準に近づいてきている。

2) 秋田県においては

昭和47年9月29日に秋田市、県衛生研究所に於いて代表的過疎村である由利郡島海村と平鹿郡東成瀬村の母子保健担当者を中心に管轄の保健所、県衛生部、県立衛生研究所、秋田大学医学部の母子保健関係者での研究会を開いた結果、

(1) 母子保健

① 妊娠中の問題では、妊娠中毒症が全国平均よりも高いが、これは検診率が低く、労働過重と医療機関への交通不便などの悪条件の集積とみられる。

② 分娩は、施設分娩が現在約90%と増大した。

③ 乳幼児期の問題では、

a) 未熟児出生の際は、隣接町の未熟児センターへ移

送するが、時間は約40分もかかる。

b) 乳児

① 乳児の発育は、出生後4～5ヵ月までは全国平均に劣らないが、以後下回る。その原因は、離乳の適正時期の開始とその内容が不十分なためと考えられる。

② 母乳栄養は低くなっている(昭46年島海村25%)がその原因は、施設医療職員が母乳優先指導をしていないためと思われる。

③ ベビーベッド、小児用便器などの育児用品を備えた家庭は稀である。

c) 幼児では、

① 断乳の遅れが目立ち、3才児ごろでも与えている例がかなりみられる。

② 添寝の習慣も、まだみられる。これらは、小児の精神的離乳を求めさせるしつけの場の確立が要求される事実とおもわれる。

③ 育児やしつけの情報は、保健所の保健婦から出たものが多い。祖父母の伝統的育児の中にある点、地域ぐるみの指導体制の確立が望まれる。

(2) 医療機関の問題

① 医療機関と小児科、産科医など医療スタッフの不足は深刻であり、診療所はあっても医師のいない地区が多い。

② 緊急医療体制

③ 最近道路事情がよくなってきたが、豪雪地帯での冬の輸送体制の確立が望まれる。

④ 重症の急患発生時には、役場や病院の救急車で近くの都市の総合病院に輸送している。

⑤ 血液センターは、秋田市にあり、県内に22ヵ所の支所があり比較的問題はない。

(3) 保健指導機関

現在はまだ保健所が中心に行っているが、保健所主催の健診では、回数が少く、場所も限定されるので将来は町村段階で行われるべきであるとの意見が強いが、開業医の協力は得やすい反面、費用が高くつく。

(4) 地域組織

母子保健に関する関心が低く、現在活発な援助が行われていないがその原因の一つには、母親達の多忙があげられる。

(5) 今後の課題

① 過疎地域の母子保健の向上のためには

a) 母親の多忙に表徴されるように、自分では妊娠中からの Care、出産、育児に関心はあっても、容易にそれらのサービスをうけられない面が強いので、社会経済

機構の安定向上が、必要条件となる。

b) 単に、医療の充実や保健指導活動のみでなく、もっと幅広く、社会経済機構全体の中でとらえられなくてはならない。

3) 鳥取県においては

松島富之助が、鳥取大小児科木村助教授、樋口米子保健所長、県衛生部吉崎部長及び、河路予防課長と対談をした結果、

(1) 過疎といわれる地区は少数にみられるのみで、過疎対策は完了したといえる。

その理由としては、

① 道路網整備の完成：国道9号、29号、53号、179号、180号、181号、183号が網の目状に走り、それらを県道で結んでいて舗装も90%以上進んでいる。

② 基幹都市の整備の完成：県の東部地区は鳥取市が、中部地区は倉吉市、西部地区は米子市が基幹都市としての機能を果たして、過疎地区からそれらの基幹都市へ大よそ1時間、最もへんびな地区からでも2時間で到着できる。

(2) 母子保健的にみても

① 基幹都市内の基幹病院は、すでにある。例えば鳥取市には、県立中央病院、鳥取市赤病院、及び鳥取市立病院の3総合病院が、倉吉市には厚生病院が、米子市では鳥取大学医学部附属病院があって、救急指定病院になっている。また国立病院は、養育医療センターになっている。

② 出産は、交通の便利とともに基幹都市で行うことが多くなり、母子健康センターは出産の機能は低下してきて、妊娠中や乳幼児の保健指導的機能への要求が増大している。

(3) 母子保健的問題点

① 県の隣接地区のサービス：鳥根県及び兵庫県北西部地区の鳥取県への依存度が大きい。

母子保健は、社会経済的な結びつきと深い関連をもっているので、これらの地区のモードに答える施策が必要となる。

② 看護婦と助産婦の不足と老化が目立つが、助産婦養成は鳥取、島根ともない。保健婦学院は鳥取になく、島根に一つある。鳥取県は島根県の保健婦学校に30人位の教育を依頼してきている。看護学院は、鳥取市と米子市に4つ、準備学院が2つある。

パラメジカルスタッフの養成は、県単位ではなくてブロック単位など広域的視野で行う必要があるのではないかと考える。

4) 過疎地域をふくむ地域における施設の実態の例として

研究協力者の木村好秀(長野県、市立岡谷病院産婦人科医長)は、長野県の実状を次のようにのべている。

ここ10年来わが国においても施設分娩が急速に増加しているが、現在なお妊産婦死亡率や周産期死亡率は欧米先進国に比べて高率であり、その減少の傾向は遅々としているのが現状である。

著者は長野県下の産科施設(病院、医院、母子健康センター、助産院)の実態についてアンケートで調査した。

その結果、各施設とも予想以上に助産婦や看護婦の不足が目立ち、センター病院と思われる施設の医師も、その大部分が医長という貧弱な医療の実態であることが判明した。

現状では異常出血時の輸血の手配も必ずしも容易ではなく、医院や助産院などが期待するセンター病院も多くは救急医療に対処する余裕はなく、ささやかな使命感に支えられているのが実状のようである。

そこで今後わが国の母子保健を前進させるためには、産婦人科から産科を確立することが急務で、それにより妊娠、分娩の徹底した管理を行ない、地域毎の母子救急センター病院を設立し、あらゆる異常事態に対して常時対処できる体制を整えるべきであると思う。

またあらゆる機会を通じて妊娠、分娩の正しい啓蒙を行ない、当面の医師、助産婦不足に対しては各地域毎でのグループ診療を推進し、医療密度を高めて自衛していかなければならないと思う。

5) 母子健康センターの問題点と今後の課題について
竹村秀男(母子健康センター理事)は次のようにのべている。

全国616ヵ所の母子健康センターの設置地域の大部分は大なり小なり共通した実態をもち、各センターの活動状況やその成果についてはある程度の差異はあるが、その多くは、類似した役割を果してきている。しかしながら、急速な高度経済成長によってもたらされた社会情勢の変化の流れのなかにあつて、母子健康センターは大きな転換期に直面し、多くの問題をかかえている。まず第一にあげべきことは、最近数年間において母子健康センターの新設が極度に減少してきたことである。母子健康センターの設置施策が発足した昭和33年度から42年度ごろまでの約10年間には毎年50ヵ所前後の母子健康センターが新設されていたが、昭和43年度から新設数は年々減少し、43年度は37ヵ所、44年度は28ヵ所、45年度は18ヵ所、46年度は20ヵ所、47年度は僅か12ヵ所に激減した。

その原因としては次のようなことがあげられる。

① 病院、診療所等の医療機関での入院分娩が増加し、農山漁業地域においても自宅分娩が著しく減少してきたため、母子健康センターの助産事業に対するニーズが減少したこと。

② 過疎地域においては若い年齢層が都市へ転出したため出生数が減少したこと。

③ 地域助産婦の老化により母子健康センターの助産部門の要員確保がむずかしくなってきたこと。

などの事由により、助産設備を併設することを原則としている従来の母子健康センターの魅力とニーズが大きく後退したことが最大の原因と考えられる。次に既設の母子健康センターについての問題だが、いちばん大きな問題は、センター勤務助産婦の老化化である。全国616ヵ所の母子健康センターの勤務助産婦の平均年齢は、すでに60才近くになっており、助産部門の運営が困難になりつつあるセンターも一部にでてきている。しかも、わが国では助産婦の志望者が少なく、母子健康センターのみでなく、病院の産科や産科診療所でも助産婦の不足が深刻化している。この現状に対して、助産婦の養成対策は遅々として進んでいない。従って、このままでは母子健康センターの助産部門は近い将来助産婦不足により重大な支障が生じることが憂慮されている。また、母子健康センター勤務助産婦の給与水準は各センターにより大きな格差があり、全般的には病産院など他の助産施設に比べてきわめて低水準である。このことも後続助産婦の確保を困難にしている重要な要因である。一方、母子健康センター設置市町村に於いては、センターの運営についての国の援助が不十分(年間1ヵ月80万円の特別交付税)なため、年々多額の運営費を市町村の苦しい財政から支出しているため、助産婦の待遇改善が困難な状況である。これらの問題をかかえて過去15年間各地において、母子保健の向上に多大の業績をあげてきた母子健康センターは今や大きな転換期に直面している。以上のような諸情勢に対し、新しい時代に対応して母子健康センターのあり方を改善し、保健指導部門を中心とする事業の発展をいかに進めるかが今後の課題であると考えられる。

総 結 論

過疎地域の母子保健の調査研究を岩手、秋田、鳥取、長野について行い、かつそれらの地域の母子健康センターの役割も検討した結果、次の事実が判明した。

1) 過疎の実態

(1) 代表的過疎県である岩手県では過疎地域対策緊急

措置法の適用市町村（過疎市町村と略）は63の中19（30%）、秋田県でも28%に及んでいる。秋田県での過疎地域では人口の減少率は昭和40～45年で12.1%に達し、若年層の減少が著しく、老年層が増加しているという特徴がある。

第一次産業が中心となっている県においては、おおよそこの2県と同様の傾向があるが、とくに北海道及び沖縄県の過疎の状況は松島が主任研究者として行った昭和47年度心身障害研究の「離島など特殊地域における母子保健の調査研究」の中にのべられているとおりである。

(2) 代表的過疎地域は、どの県においても教育、文化、医療、経済など生活の基盤となる要素に欠ける点が多いのは、過疎の定義が「人口減少が、地域の社会的経済的機能の低下、発展の停滞をまねいた状態」となっていることからみても当然のことといえよう。

(3) しかも、その地域の中心的都市との交通網が整備されていない場合が多く、特に豪雪地帯の冬季の交通が困難なため、母子救急対策に問題があることがわかった。

2) 過疎地帯の母子保健の実態

(1) 妊産婦

① 妊娠の届出率が低い。（例、岩手県妊娠5ヵ月以内68.5%）

② 無介助分娩は最近減少してきたが、まだ高率（昭和46年岩手県0.9%）であり、特に過疎地域では高い（岩手県では5%以上の市町村が6ヵ所）。

③ 出産場所は施設がふえてきて、秋田県では昭和45年の施設外分娩は9.5%であるが、過疎地域ではこの値よりもまだ高い傾向にある。

これらの地域を対象として建設された母子健康センターの利用状況は最近著しく低くなり、病院や診療所で出産する傾向が強くなってきて、今後の母子健康センターの役割は、竹村秀男によると、新しい時代に対応して保健指導部門を中心とする事業の発展を考慮すべき段階であるという。

ただし、別の松島の報告のように、北海道及び沖縄地域においては、出産のための母子健康センターの開設を希望している過疎地域も相当にあるので、地域のニーズの多様性に対応した運営が必要である。

(2) 母子の救急対策

a) 過疎地域で発生した出血、その他の妊婦、及び未熟児など新生児の救急対策の際には、基幹病院まで輸送するのに1～2時間もかかるものが多い点に問題がある。

b) それらを基幹病院に輸送しても、木村の長野県の

医療機関調査の如く、医師及び助産婦、看護婦の数は少く、とくに医師1人の総合病院が70%に上っている点からみても充分の医療ができないことがわかった。

c) 血液の確保は長野県では、容易ではない施設が多く、他の県の過疎地域でも同様の事情にある。地域毎の血液センターの設立や充実が望まれている。

d) 未熟児センターは、その地域にないものが多い。

(3) 乳幼児の問題

a) 乳児死亡率は過疎地域では一般に高い。しかし田島は岩手県の過疎地域では、乳児死亡「0」の町村の方が、乳児死亡高率の町村よりも人口1万人対医師数が少ない傾向にあることから、乳児死亡率の高低は医師不足のみが原因ではなく、市町村の一丸となった母子保健への熱意の方に関係があるように思われるとのべている。また、岩手県では施設外出生児の乳児死亡の%が非常に高いことを指摘している。

b) 乳児の発育は秋田県の過疎地域では、4～5ヵ月までは良好であるが、以後全国平均を下回るようになっている。これは離乳の開始の時期と離乳食の内容、すすめ方に問題があるものと思われる。

c) 過疎地域の母乳栄養率は低下の傾向があり、（秋田県島海村、昭和45年度調査25%）、とくに施設分娩例において著しいことを報告している点、出生直後からの母乳優先の指導の徹底を期するように助産婦への教育が重要と考える。

d) 主たる保育者は母親が多いが、母親は多忙のために祖母その他が保育にあたることも相当にみられる。

この際に過保護的な育児や、逆に放任的な育児が行なわれることもしばしばである。

例えば秋田県の例では3才児健康診査の際に、母親の乳房を求めるものかなりの数に上り、添寝の習慣も都市のそれよりもはるかに多くみられる。

(4) 健康診査と保健指導

a) 過疎地域では保健所が中心になって行われているものが多いが、市町村が中心に行うべきたてまえであっても、市町村の検診と保健指導要員が少い現状からは、まだむりな場合が多いようである。むしろ移動保健所、巡回検診車などの制度が必要と考える。

地域の医師の協力は得やすい場合が多い（秋田県）というが、とかく問題がおこりやすい点であるとともに、小児科専門医が極めて少い現状からすれば、医師会と保健所の密接な話し合い、とくに月、年令別の健康診査及び保健指導の要点の講習会などの研究会を定期的にもつことが望ましい。

b) 岩手県では保健指導率（妊産婦、乳幼児とも）は

全国平均よりも高く、訪問指導実施率や3才児検診も全国平均、母子保健推進員数や活動延件数ともに平均以上であるのに、乳児、新生児、妊産婦死亡率はかなり高い。

このことは健康診査や保健指導の効果の限界を示している一方、その質的な面での検討の要を示すものといえよう。

3) 過疎の母子保健対策の提案

(1) 母子保健を向上させるためには、その地域の産業、経済、保健医療、教育、文化など住民の生活の環境をよくすることが先決問題である。

(2) そのことを一挙に解決させる最良の方策はすぐには見当たらないであろうが、次善の方策としては、道路網の整備により、その地域の基幹都市とより早く結合させることである。例えば鳥取県においては道路網の整備により、鳥取市、倉吉市、米子市という三つの基幹都市（その中に基幹病院が整備されている）に、県内の最も不便な地区からも1～5時間ぐらいで結ぶことができ、これらの問題がほぼ解決したという。

(3) 医療要員の広域的養成

看護婦、保健婦、助産婦は全国的不足が深刻である。しかし医療要員の養成は需要と供給のバランスを県単位で考えることも必要であるが、看護婦の場合はそれもできようが、保健婦、助産婦については県単位ではむりである。

ある。

現にこれらの養成校をもっていない県も相当に多い。そこでブロック単位に広げてその需給計画を立てて実行すべきである。

(4) 広域医療圏の提唱（田島達郎）

母子保健を地域医療のシステムのサブシステムとしてとらえる時、地域医療システムの中心である医療機関が現在のようにバラバラであっては、そのシステム化は不能であろう。そこで田島達郎は、岩手県の例をあげて、従来の行政地域を全く離れた広域医療圏の設定を提唱した。

広域医療圏
（県単位）

—広域医療審議会—
（仮称）

- 1) 県立病院の統廃合を含む再編成や機能分化
- 2) 各医療機関が包括医療、医療情報、母子、老人、学校、産業の保健の統括実施
- 3) 医師の生涯教育
- 4) 救急医療などの役割を審議決定する。

地区広域医療圏
（地区単位）

—地区広域医療審議会—
（仮称）

- 1) 圏内の各医療機関の役割決定
- 2) 相互医療機関の間の有機的連携の組織化
- 3) その他包括的医療体制の整備