

母子保健・児童福祉に関する国際比較研究

諸外国の母子保健施策 2

研究第5部	網野武博
研究第4部	水野清子 兵藤理絵
研究第3部	加藤忠明
研究第1部	堀口貞夫 千賀悠子

I 目的

今後のわが国の母子保健行政及び施策のあり方や具体的展開の内容、方法を検討するため、主としてわが国と比較的共通の社会的、経済的基盤をもつ欧米諸国を対象に、母子保健施策の動向と課題について比較分析を行う。

II 方法

欧米主要5か国(米国、英国、フランス、西ドイツ、スウェーデン)を対象として、下記の項目につき調査及び文献による分析、解析を行なう。

1. 母子保健制度・法令
 - (1) 法律
 - (2) 国・州の組織と役割
2. 母子保健施策の重点
 - (1) 重点施策
 - (2) 必要なサービス
3. 医療制度と保健思想
 - (1) 医療制度と保険
 - (2) 保健思想とサービス
4. 具体的な母子保健施策
 - (1) 性教育・婚前教育・家族計画
 - (2) 妊産婦の健康診査・保健指導
 - (3) ハイリスク妊産婦、新生児の管理
 - (4) 分娩法、産後の入院状況
 - (5) 授乳法
 - (6) 乳幼児の健康診査・保健指導
 - (7) 母子栄養

III 結果及び考察

今回は、前回の米国に引き続き連合王国(英国)について総合的に検討を加えたので、以下に報告する。

英国における母子保健施策の動向

1. 母子保健制度・法令

(1) 法律と制度

① 「国家保健サービス法」制定までの経緯

英国における母子保健への関心は、19世紀後半からの公衆衛生運動(Public Health Movement)を萌芽として、とくに19世紀末から児童の保護、健康状態の改善への取り組みとともに強まり、小児クリニックや食糧補給サービスが進みだした。20世紀に入り、医学の進歩とともに保健サービスが次第に普及し、1911年以後国家保健サービスの体制が整いはじめた。1918年には、「母性及び児童福祉法」が施行され、地方政府は妊婦、産婦及び5歳未満の乳幼児のための母性小児クリニックを開設する途を開いたが、当時その設置は義務づけられたものではなかった。1919年に保健省が設置され、また、民間団体、政党、専門家団体等による保健・医療活動が非常に活発にすすめられた。

これらを基盤として、第二次世界大戦中のいわゆるピバレッジ報告などにより、国家保健サービスの原則が強く打ち出され、大戦後の翌年労働党の政権の下「国家保健サービス法」が制定された。国家保健サービス(National Health Service-以下NHSと略)の基本原則は、この時以来今日まで一貫して継続されている。なお、イング

ランド及びウェールズの1946年の法制定後、スコットランドでは1947年、北アイルランドでは1948年にNHSに関する法律が相次いで制定されたが、本稿ではとくにイングランド及びウェールズを中心にみていくこととする。

② 「国家保健サービス法」の趣旨とその後の推移

NHSは、当時から世界のモデルとされた英国の社会保障の重要な骨格となるサービス体系であり、その原則は、「個人が健康な状態にあること、そして必要な時、必要な所で有効かつ適切な医療等のケアを受けられるよう企図した総合的な公的サービスを実施すること」にある。

母子保健の分野では、専門家及び病院サービス、家庭医、歯科医、眼科医、薬局各サービス、母性小児保健サービス、家庭看護、健康教育、保健センター、緊急搬送サービス、予防接種、疾病予防サービスなどが含まれていた。

その後、妊産婦死亡率、乳児死亡率をはじめ英国における医療、保健水準は確実に向上した。しかし、NHSの体制は必ずしも理想的には機能せず、これら死亡率の低下も他の要因——生活水準の向上、住宅や労働事情の改善、公害の減少、科学技術の進歩等——が大きく、NHSそのものの効果によるものではないのではないか、という指摘がなされたり、NHS体制の硬直性への批判なども次第に高まってきた。このため、1974年にNHSの全面的見直しが行われた。それまで、国（保健省）の下に地方自治体、民間団体による三つの縦割りのサービス機構、即ち病院サービス、家庭医サービス、地方保健当局サービスにより、NHSがすすめられていたが、このサービス機構が統合されるとともに、新しく国（保健社会保障省）の下に、地方公共団体等の系列化がすすめられ、地方（Region）、地域（Area）、地区（District）の三つの保健当局に分かれ、地域、地区各保健当局に、地域（Community）保健委員会がおかれることとなり、さらに国の直轄下に家庭医委員会が別に設けられた。

これらの改編に伴い、国及び地方自治体の責任、役割の再検討がすすみ、1977年に「国家保健サービス法」が大幅に改正された。改正法では、以下の事項の改善を保障するために、総合的保健サービスを継続して促進することが担当国務大臣の義務とされている。

- a. 国民（イングランド及びウェールズ）の身体的、精神的健康
- b. 疾病の予防、診断、治療処置

そして、具体的には以下の事項の範囲について、国務大臣が規定を設け、サービスの効果的な提供を保障することをうたっている。

- a. 病院の施設・設備
- b. この法律の下で定められたサービスを目的とした他の施設・設備
- c. 医療、歯科医療、看護及び救急サービス
- d. その他大臣が保健サービスの一環として適当であるとする妊婦、産婦及び乳幼児の療護のための施設
- e. 大臣が保健サービスの一環として適当であるとする疾病予防のための施設、患者の療護及び患者のアフター・ケア
- f. 疾病の診断及び治療処置のために必要とされるその他のサービス

これらの事項は、dをはじめ、さまざまな母子保健サービスの改善と関係が深い。

さらに、地方、地域、地区間の関係と協力体制、またスタッフ間の関係と協力体制等に関する問題を解決するため、地方と地区の中間に位置づけられていた98（イングランド90、ウェールズ8）の地域保健当局が廃止され、**国—地方保健当局—地区保健当局及び家庭医委員会**の骨格に改められ、今日に至っている。その組織系統については、今日の母子保健の体系を示した図1を参照されたい。

なお、「国家保健サービス法」他に、英国の母子保健施策を担う法制度として、1968年に制定された「保健サービス及び公衆衛生法」がある。この中には、母子保健にかかわるものとして、地方自治体の責務として行われる助産婦、看護婦、保健婦の家庭訪問看護・指導がある。図1には、この内容も含まれている。

(2) 国、地方自治体及び民間団体等の責務と役割

④ 母子保健にかかわる責務と役割

発足後40余年を経過したNHSは、種々の問題点をかかえつつも、国民の間に根強く定着し、NHSに対する人気は王室に次ぐ高さであると言われている。全国統一的なシステムによるNHSは、国の権限や役割の強固さをあらわすものと受けとられがちであるが、英国においては、「社会保障法」に基づく各種の手当、給付の他は、対人福祉サービス、医療・保健、教育は具体的には地方自治体、民間団体等の責務や役割に負っている面が多い。NHSに関しても、その財源の85%以上は国家財政に依拠しているが、中央からの統制はきわめてゆるやかである。また、NHSのマイナス面とされている過少診療に対し、近年地方保健当局の自主的な運営や、私費による民間医療機関等の医療体制の強化など、独自のサービス体系の広がりが見られつつある。

② 国（保健社会保障省）

上述のように、保健社会保障省は、英国の制度・法令の企画、実現並びにNHSにかかわる経費の相当部分に関しその責務と役割を負っている。より具体的にその内容を明示すると、次のようになる。

- a. NHSに関する政策目標
- b. 中央政府としての企画・立案
- c. 実施されていることに関するモニタリング
- d. 地方保健当局に対する社会資源の配分
- e. 地方及び地区におけるサービス提供の優先順位や規模に関する地方・地区保健当局への助言、支援、指示
- f. 社会的資源の確保：財源、建物、人材の見直し及び研修
- g. 調査研究、統計

この他、国立の特殊病院の経営も若干行っている。

1980年代に入り、従来からの財政の逼迫とサッチャー政権による強力な福祉見直し政策により、NHSを含む公的サービスとくに国の財政負担の軽減化が図られてきた。とくに医療、保健面での公的負担から私的負担への転換は着実にすすみつつあり、NHSにかかわる専門スタッフの不足、質の低下そしてサービスの停滞が国民の関心を呼んでいる、必ずしもNHS等にかかわる国家予算の規模は縮小しているわけではないが、相対的には医療費等の高騰がすすむ中で、より高い水準の医療・保健サービスを求める場合には、高額であっても私的サービスを受ける傾向が強まっており、「国民に等しく同水準の医療を」という英国のモデル的社会保障制度の根幹がやぶらいでいる動向がみられる。

③ 地方（保健当局）

地方の段階のうち、地方保健当局は、管轄人口190万～510万人を対象とする14の当局に分けられている。各当局には医科大学を最低1校設置する義務があり、専門家の養成は主としてここで行われる。具体的な役割を明示すると、次のようになる。

- a. 管轄地方の医療・保健の優先順位の設定
- b. 地方の保健計画の策定
- c. 地区保健当局に対する社会資源の配分
- d. 地区保健当局の活動や関連諸経費に関するモニタリング
- e. 大建設プロジェクトの供給
- f. 地区保健当局間の調整
- g. 医科、歯科コンサルタント等の雇用

地方保健当局は、したがってやぶ大規模な地方における保健計画とその実施並びに地域保健当局へのスーパー

ビジョンが主要な役割となっている。

1982年までは、県や特別区にまたがる98の地域(Area)保健当局が存在したが、今日では原則として人口30万を対象とする201の地区保健当局に吸収された。これによって地域の計画性を適正な規模にし、サービスの提供をきめ細かなものとする方向に改善された。現在、地区保健当局はイングランドに192、ウェールズに9当局ずつ設けられている。その主要な役割は、地方保健当局の指導、協力の下に保健ニーズに対応し、医療・保健職員を雇用し、適切な保健サービスを計画、実施、管理することである。多くの母子保健サービスはこの段階で行われている。

今日では、前述の1974のNHSの全面的改編、1977年の大規模な法改正により、サービスの地方分散、地方の独自性、柔軟性がより重視される結果となった。地方、地区保健当局は、国の指導を受け、委任された保健サービスの実施について国（大臣）に対する責任を負う体制はとられているが、先きに上げた国の近年の動向と関連し、全国統一的なNHSとともに、地域性、独自性のある医療・保健サービスが促進される気運にある。

④ 家庭医委員会

国、地方の保健当局は、各々に各種委員会を設け、民間団体、民間人との協力を重視しているが、中でも家庭医委員会は、母子保健サービスをすすめる上で重要な役割を果たしている。この委員会は、一般医、歯科医、眼科医、薬局の代表メンバーで構成されており、家庭医の全般的業務の運営管理、調整にあたっている。その業務は、具体的には地区保健委員会と最も密接な関係をもつてすすめられているが、地区保健当局からは殆んど独立しており、一方財政的には直接国から助成を受けている。

⑤ 財政上の負担と役割

英国のNHSは、国家による社会保障という理念の一環として、財政的には原則として国が負担するという考え方が強い。国家負担の割合は、1960年代から次第に高まったが、1980年代では86～87%を占めている。逆に国民保険からの拠出金の割合は次第に低下し、近年は10%となっている。残りの3%前後が処方箋、歯科、眼科、病院サービスに関する患者の個人負担である。NHSの総経費は年々なお増大し、1978年の70億ポンドから、5年後の1983年には145億ポンドへと倍増している。しかし、さらにNHS以外の個人的な契約、診療による私費負担はより高度の医療・保健ニーズの高まりに呼応して増加しているようである。

2. 母子保健施策の動向

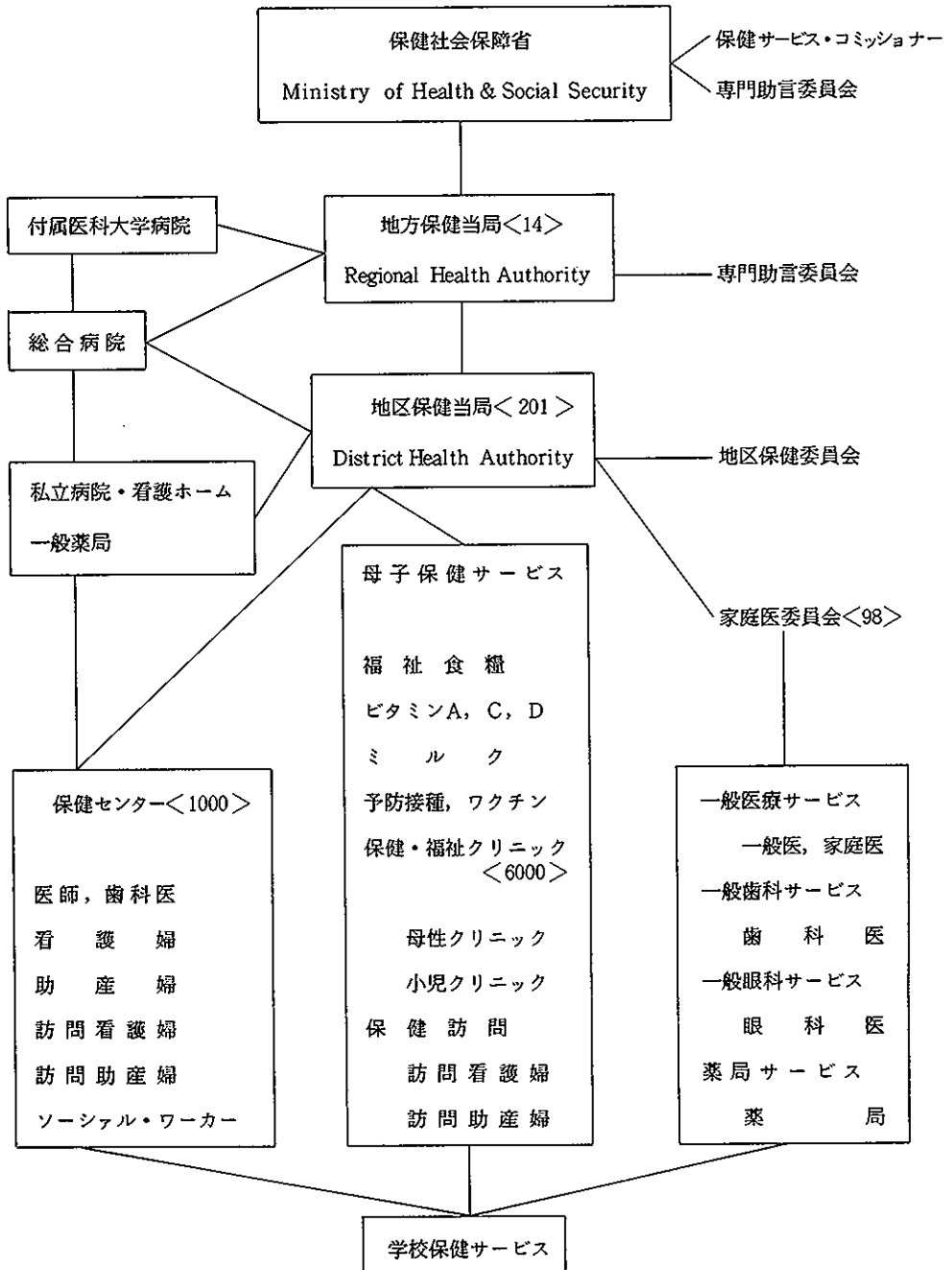


図1 母子保健サービスの体系

(1) 母子保健サービスの体系

以上の制度、法令をあらためてまとめ、英国における今日の母子保健サービスの体系を図示すると、図1のとおりである。

(2) 保健医療の動向

① 医師と保健医療

医師の資格は医師としての必要最小限の知識を有していることの証明であるが、英国では、研修途中の医師と研修が完了した医師とでは明確な区別がなされている。医師は1人前の顧問医または一般医であるか、あるいはこれらの身分を修得するために研修中の訓練医のいずれかである。顧問医または一般医となって初めて独立の診療活動を営める主治医として認められる。この制度の問題点として、第1に専門性は確保されるが、半面、診療体制に硬直性が生じている、第2に専門医としての社会的地位は顧問医に就くことによって確立されるが、そのことが逆に勤務医の病院管理に対する関心を低いものにしてしている。第3に顧問医になれなかった訓練医の処遇が大きな問題として残っている。

日本では予防活動というと検診業務を連想しがちであるが、英国ではライフスタイルの改善、即ち、食生活改善、家族計画の普及など、個人の日常生活そのものに主眼がおかれている。その基底には、国民の保健水準の改善には医療活動よりもライフスタイルや環境が大きな影響を与えているという考え方があり。従って、予防対策は厚生省だけでなく、大蔵、農林、環境などの各省庁の協力のもとに行われている。

英国の公衆衛生部門に働く医師数は、医師全体の5%程度である。公衆衛生医の指揮下にあるのはコメディカル職種であり、病院の勤務医や看護部門には権限が及ばない。公衆衛生医の重要性は指摘されているが、なかなか人材が集まらないのが現状である。医学教育の段階では、公衆衛生活動の実践的な側面は日本と比べて比重が高いが、それでも学生は余り興味を示していないことが指摘されている。

NHSの中で、夜間・休日などの民間営利会社への代診委託が広がっている。一般医の3人に1人が現在何らかの契約を結んでおり、逆に週5日以上オンコールなのは9%にすぎない。この代診サービスの質が問題視されている。これに従事する医師の大部分は英国以外で出生した医師で、十分な訓練を受けておらず、顧問医にも一般医にもなれないため、やむを得ず、代診会社に勤めている医師が多いからである。

「health」という単語を日本語では、「保健」と「医

療」に使い分けて用いている。しかし、成人病や心の病気が中心を占めるようになった現在では、いつから病気になったかは必ずしも明確ではなく、予防活動と診断・治療活動とは一貫したシステムの中で行われることが望まれている。英国でも、一般に予防活動は公衆衛生部門に、診断・治療は医療部門において別に行われる傾向があり、その有機的な統合が懸案となっている。

健康教育は、具体的で子ども自身が最も関心のある事をきっかけに行われている。例えば、子どもが病気やケガをして病院に入院して退院する時、医師がレントゲン写真のコピーを渡すことがある。それを学校のクラスに持って帰ると、先生はそれをきっかけに入院した子どもの経験をテーマにして授業をする。交通事故で頭に怪我をすると、医師や看護婦は何をするか、どんな検査をするか、さらに病院の人達はやさしかったかといった話しを進めていく。

② 小児保健医療の動向

小児期の病気の重要度は、英国においても近年変化している。感染症の予防や効果的治療が進み、今日小児をおかす主な健康上の問題は、急性疾患から、奇形、慢性疾患、心身両面の障害、発達障害、精神異常や家庭内のストレスや家庭崩壊による病気などへと変わっている。従って、健康サーベイランスとして、身体発育や健康の監視、両親への助言、治療・精査の為の紹介、予防接種、両親の健康教育、乳幼児の発達監視などが、特殊な訓練を受けた一般臨床小児科医と、健康監視に責任を負う小児保健訪問指導員にとって、プライマリー・ヘルス・ケアを行う上で重要であると考えられている⁵⁾

障害種別の特殊教育を体系づけた教育条例は1981年に廃止され、特別な教育ニーズを持つ子ども達も、普通学校で教育されるべきであると、現在考えられている。乳幼児の発達異常や遅滞の検診は、この特別な教育ニーズを持つ可能性のある乳幼児を早めに見つけ出す第一段階である。この検診は現在、英国中に広がり、小児保健サービスの中で多くの割合を占めるようになってきている。

社会条件の剥奪が子ども達の生命、成長、発達、健康に有害な影響を及ぼす可能性があるため、社会的に不利な環境にある乳幼児には、特別の援助が必要である。発達検診や健康サーベイランスを引き受ける人は、検診と評価の結果を正しく読み取り、また乳幼児のおかれている背景を考えながら、適切な助言・管理をすることが望まれる。社会的に不遇な環境にある乳幼児の大部分は、成長後学校教育を行う上で、満足すべき教育水準に達し、また行動上の明らかな問題もなくなる人が多いことを考慮しながら指導する。

重度の障害をもつ乳幼児の多くは、病院などで治療、経過観察が行われている。しかし、障害は軽くても教育的に考慮すべき問題をもっている、発達の遅れや社会的ハンディキャップをもつ乳幼児にも適切な助言、援助が望まれる。発達検診に関して、良い発達監視のガイドプログラムがあれば母親達の参加は多く、そのことが育児と小児発達の助言を提供する機会となり、母親達もそれを上手に利用できるといわれている。しかし、障害を発見するだけでそれに続くものがなければ、両親の不安やストレスを引き起こすだけであるので、詳しい発達評価継続的検診、持続的な助言・援助をする機能が最低限必要である。その取り扱い方の多くは責任ある医師に依存するが、管理には、保健訪問指導員、保育所職員、ケースワーカー、幼児学級の担任や心理の専門家などの医療チームが深くかかわっている。

(3) 母子保健サービスの内容

① 家庭医サービス

英国の保健サービスは、第一次、第二次、第三次とその段階を明らかにし、必要なニーズに最も適切なあるいは妥当なサービスがなされるような体制で構成されている。母子保健サービスの基本である健康増進、予防、助言等々のヘルス・ケアは、図1にみるとおり、一般医・家庭医等の地域専門家による地域ケア・サービス、保健センター、母性・小児クリニック等の社会資源による地域ケア・サービスをベースとしている。この、プライマリー・ヘルス・ケアを主とする活動の第一線の分野が、家庭医サービスと呼ばれるものである。家庭医サービスは、各地区の家庭医委員会の指導、調整の下で活動している。そのサービスの第一は、一般医療サービスと呼ばれるものである。表1にみるとおり、一般医の数はなお増加し、今日約3万人であり、一般医ひとり当り患者数

は減少している。人口の97%が一般医サービス・リストに登録され、人口の約70%が年1回以上一般医療サービスを受けている。国民は、16歳以上であれば自分で一般医を選択することができる。一般医はプライマリー・ケアのほかとくに母子保健に関しては、家族計画サービスを行ったり、助産サービスを単独であるいは産院、病院と共同で行う役割をもっている。

その第二は、一般歯科サービスと呼ばれるものである。表1にみるとおり、一般歯科医の数もなお増加しつつあり、今日約17,000人であるが、ひとり当り患者数は3,300人を超えている。一般医と異なり、登録制はない。母子保健にかかわりの深い妊産婦、乳幼児、学童の治療費は無料とされている。

その第三は、一般眼科サービスと呼ばれるものである。このサービスは、眼科医による検眼、眼鏡使用の許可、眼科技師による眼鏡調整、眼鏡提供などである。眼科医、眼科技師の数は今日約1万人に近づいており、眼科サービスも1985年から登録制を廃止し、患者の自由選択の体制に代っている。検眼はすべて無料であるが、1985年からは、児童に対する眼鏡提供がすべて無料となった。

その第四は、薬局サービスである。このサービスは、表1にみるように投薬数は年間3億9,000万件を越え、患者ひとり当りの経費は著しい増加を示している。薬局サービスは、その性格上日中に加え夜間、休日にも当番制を敷いて実施している。妊産婦、児童に関しては無料の制度がとられている。その数は、約12,000であるが、近年グループ医の増加や保健センターの増設によって、薬局の供給は減少しつつあり、このため年間約300局程度の割合で閉鎖が続いている。

② 保健センター

社会資源として最も普及しているのが、地区保健当局によって設置がすすめられている保健センターであり、

表1 保健サービスにかかわるスタッフ及び実施状況の推移

	一般医数 (1,000) 人	一般医ひとり 当り患者数 (1,000) 人	一般歯科医数 (1,000) 人	一般歯科医ひ とりに当り患者数 (1,000) 人	処方箋による 投薬件数 (100万件)	患者ひとり当 り投薬経費 (ポンド)
1961	23.56	2.25	11.89	4.41	233.2	1.91 ※
71	24.00	2.39	12.45	4.47	304.5	4.28
76	25.38	2.29	13.60	4.11	360.5	10.22
81	27.49	2.15	15.19	3.67	370.0	22.97
82	28.06	2.10	15.71	3.56	383.3	26.37
83	28.66	2.06	16.19	3.48	389.2	29.16
84	29.14	2.04	16.68	3.39	395.6	31.36
85	29.66	2.01	16.97	3.33	393.1	33.42

注) 連合王国
※ 推定額

資料: General Statistical Office "Social Trends" No.17, HMSO, 1987

現在全国に1,000か所設けられている。その特長は、第一次ケアを総合的に受けることが可能なことであり、非常に進んだセンターでは、病院的な体制即ち、医師、歯科医、看護婦、助産婦、ヘルス・ビジター（訪問看護婦、訪問助産婦等）、薬剤師、ソーシャル・ワーカーによるサービスを実施し、さらに、PT、OT、STも参加しているところがある。医師、歯科医は、NHSの体制が創設されて以来長い期間にわたり単独で開業している割合が高かったが、近年その割合は非常に低下し、グループ医療など複数メンバーによるものが80%を超え、しかもそのうちの25%は保健センター勤務の形態となっている。

③ 母性・小児クリニック

地区保健当局の単位で、最もきめ細かく母子保健サービスを実施している社会資源が、母性クリニック、小児クリニックである。イングランド及びウェールズ内で、今日約6,000の母性・小児クリニックが設けられており、今後なお増加する見通しのようである。このクリニックは、疾病に対する処置は施さない。その役割は、何よりもまず、妊産婦、新生児、乳児への助言と指導にあたることであり、さらに後述する福祉食糧を提供し、予防接種を行い、発育・発達チェックなどを行う。また、クリニックによっては、不安や悩みをもつ妊産婦や母親のためのクラブや討論グループを積極的に作っているところもみられる。母性・小児クリニックは、地域ケアの拠点として比較的良好に知られ、相当数の妊産婦がここを訪れ、約70%の乳児がここに連れられて来ている。しかし、わが国と同様に、サービスをより必要とすべき養育上問題のある、あるいは経済的、文化的によりサービスを必要とする母子の来所機会の少ないことが従来からの課題とされている。

④ 保健訪問サービス

英国の母子保健は、さらにプライマリー・ヘルス・ケア・チームを構成する中で地域、家庭を積極的に訪問するいわゆる保健訪問サービスが普及していることに特徴がある。看護婦、保健婦、助産婦の中で、訪問して業務を行う職種が確立しており、とくに地区保健当局は、これらの専門職員を雇用して、訪問サービスをすすめる責務をもつ。具体的には、妊婦への保健指導、家庭での分娩に際しての介助、新生児、乳児の保健指導、病児や心身障害児の看護などがある。表2は、ヘルス・ビジター及び家庭看護婦による保健訪問サービスを対象年齢別にみたものである。出生が把握されたすべての新生児、乳児は、1歳になる迄に助産婦、看護婦、保健婦等の訪問を受け、無料サービスを受けることが原則となっている。

ヘルス・ビジターの訪問では、5歳未満の人口1,000人中800人前後の乳幼児がサービスを受けており、それ以上の年齢層と比較するときわめて高い。母子保健における訪問サービスの比重の高さがうかがえる。これに対し、家庭看護婦による訪問サービスは、むしろ障害児・者や老人とくに老人保健サービスの比重が高いことがわかる。

訪問看護婦、訪問助産婦等ヘルス・ビジターや、地域保健婦の活動は、家庭、地域を対象とした予防、健康教育を通じて母子保健の向上に寄与している点も見逃せない。

表2 対象年齢別保健訪問の実施状況の推移

(人口1,000対)

	ヘルス・ビジターの訪問			家庭看護婦による処置		
	～5歳	5～65歳	65歳～	～5歳	5～65歳	65歳～
1976	778	20	85	53	38	166
81	818	29	73	55	44	197
82	803	30	72	54	44	204
83	793	30	70	51	46	215
84	789	33	70	49	45	219
85	790	35	71	48	44	219

注) イングランド、ウェールズ、スコットランド

資料: General Statistical Office

"Social Trends" No17

HMSO, 1987

⑤ その他の母子保健サービス

1946年に制定された「国家保健サービス法」の中に含まれて以来、今日まで継続している特別の母子保健サービスとして福祉食糧サービスがある。時代とともにその内容に変化がみられるが、その中心となるものはミルクの無料支給である。社会保障制度の中で、補足給付あるいは家族所得補足等、経済的な給付を受けている世帯の妊婦及び就学前乳幼児、保育所、プレイ・グループ、家庭保母によって保育を受けている5歳以下の幼児、心身障害児がその支給の対象となっている。また、ビタミン剤が、低所得層の妊婦及び5歳以下の乳幼児に同じく無料で給付される。なお、地区保健当局によって特別価格で提供される福祉食糧がある。妊産婦及び乳幼児のためのドライミルク、児童のためのビタミンA、C、D入りドロップ、妊産婦のためのビタミンA、C、D錠がそれらに含まれる。

その他の母子保健サービスとして、地区保健当局が実施する予防接種がある。現在使われている種類は、ジフテリア、ポリオ、結核、百日せき、破傷風、風疹、麻疹である。

なお、小児保健にかかわるものとして、学校保健サー

ビスがある。学校保健は、わが国と同様各地方教育当局の役割、責務とされている。教育環境に関する全般的な保健衛生上の配慮の他、具体的にはつぎのようなサービスがある。

- a. 給食及びミルクの支給 — 1980年の「教育法」の改正により、病弱児、低所得家庭の児童のみを無料とし、一般的には有料サービスに切り換えられている。
- b. 医学的検査 — 通常児童が在学中1乃至2回程度行われる。検査の結果、視覚、聴覚、口腔上の要治療が約15%、歯科に関する要治療が50%以上の割合でみられるという。
- c. 心理的援助 — 児童相談クリニック、教育心理サービスを通じて、学習障害、登校拒否などに関する指導、治療サービスが行われている。

(4) 健康診査と保健指導

① 妊産婦の健康診査と保健指導

母性クリニック及び保健訪問サービスを通じて行われる妊産婦の健康診査・保健指導は、わが国のように義務づけられてはいないが、それに近い程に普及している。最も典型的なものは、妊婦に対して妊娠後28週までは毎月1回、34週から36週の間は隔週1回、そして出産が近づくそれ以降は毎週受診することができる。その内容として含まれるものは、風疹、薬物、染色体異常、先天代謝異常のほか、喫煙等のチェックもある。何らかのハイリスクがみられる場合は、それに応じたケアがなされ、二次医療、三次医療へとつながる体制となっている。

しかし、社会的、文化的、民族的に多くの階層や背景をかかえており、ケアを必要とする妊婦、産婦を十分にフォローすることに限界もみられる。

英国における出産は、わが国と同様施設分娩の比率が殆んどで約98%を占めている。しかし、産後の入院期間は、同日のうちに退院する例も多く、また長くても5日間程度である。産後の健診は、同じく義務づけられてはいないが、通常は12週までに1回健診を受ける。

英国では、出産前11週から18週間あるいは産後6週間の間、社会保障制度による出産給付、出産手当を受給することができる。妊産婦が働いている場合は、雇用制度によってこの間有給休暇となり、さらに29週まで無給休暇をとることができる。

② 乳幼児の健康診査と保健指導

この時期の健康診査、保健指導も義務づけられてはいないが、出生時と生後6～10日の健康診査は、出産に携わった医師、あるいは新生児のケアに最初にかかわった

医師が行い、6週、2.5～3歳、4.5～5歳は、一般医あるいは小児保健医が行い、7～8か月と18か月は保健訪問指導員が行うよう提案されている⁵⁾。

保健訪問指導員の役割は、主に生後7～8か月の問診と視診を重視して乳児の運動性、手の働き、聴覚、初期の言葉、18か月の幼児の社会性などをみることである。また、保健訪問指導員は、生後6週に受診しなかった乳児を訪問して指導する。しかし、生後6週から2.5～3歳までの乳幼児の障害・異常を発見する責任を保健訪問指導員に課することは問題が多く、健康サーベイランス、ことに身体的な診察は、専門的に訓練された医師がやるべきであるという考え方が強い。

就学前に発達や保健だけでなく教育や環境の面までも乳幼児を最も良くみているのは医師であり、発達検診とそれに続くサーベイランスを地域の子ども達全てに与えられるのは地域の医師しかいないともいわれる。地域の小児保健診療所に来る子どもの20%は深刻な問題を抱えていて、特に呼吸器感染、発達の遅れや行動上の問題などが多く、これらはお互いに関係し合っているからである。しかし、地域の医師自身だけでなく一般的な認識として、地域の小児保健にはまだかなり、発達検診やサーベイランスを引き受けるには訓練されていない医師がいる。明らかに能力のない人間を安易に雇うという保健行政の安易さが、これらのサービスを悪くしているともいわれている。

特別な訓練をしていない家庭医でも使用可能な「簡単に実際の速くて効果的な厳選した」一連の検診テストも提案されている¹³⁾この報告では、決まり切った日常的サーベイランスには1人10分で充分としており、5歳以下の子どもについて5種類の検査が勧められ、その結果約10%に再診あるいは精査が必要になると計算している。しかし、検査時間が短すぎる点、検診に来ないがサーベイランスの必要な子ども達をどうするか、また、家庭医のリストに入ることが難しい都市中心部の貧民区の家族をどうするかなど、問題点も多く指摘されている。

(5) 授乳法・母子栄養

① 母子栄養の現状

a. 母乳栄養

・母乳哺育の傾向

OPCS¹⁴⁾の調査により英国における生後3カ月の乳児の母乳栄養の傾向をみると、1935年、1945年および1975年の比率はそれぞれ50%、40%、15%と減少の一途を辿っており、これがまた、英国のみならず先進国における栄養法の傾向でもあった。丁度、その頃、WHOの総合で

注1：Office of Population Censuses and Surveys.

母乳育児の推奨に関する決議が行われたのは承知の通りである。その後、OPCSを通じて、1980年、1985年にイングランド、ウェールズおよびスコットランド地方の母乳栄養の実態調査が行われた。その結果を表3に示す。

イングランドおよびウェールズにおける出生時の母乳栄養の比率は、1975年の51%から1980年には67%に上昇しているが、1985年のその比率は1980年と殆ど変わらない。週齢・月齢および地域別に母乳栄養の推移をみると、いずれの時期においても1980年と1985年の差はみられない。しかし、スコットランドはイングランドおよびウェールズよりもその比率は低い。

出生順位別に母乳栄養の比率をみると、その順位が上位な程、母乳栄養の割合が高く(表4)また、18歳以降に受けた教育程度が高い場合、上流階級、ロンドンおよび南東地域の居住者、母親の年齢が25歳またはそれ以上の場合に、その割合が高い。さらに、夫の有無や夫の社会階級も母乳栄養の確立に影響を及ぼしていた(図2)。

・母乳哺育の決定に及ぼす影響

1975年のOPCSの調査によると、第1子を出産した母親の30%は妊娠中に授乳法を決めていたという。専門家達は授乳法について妊娠中に話す機会を設けてはいるが、妊娠してからではなく、むしろ、学校を卒業する前

表3 1975年、1980年および1985年における母乳栄養の割合 (%)

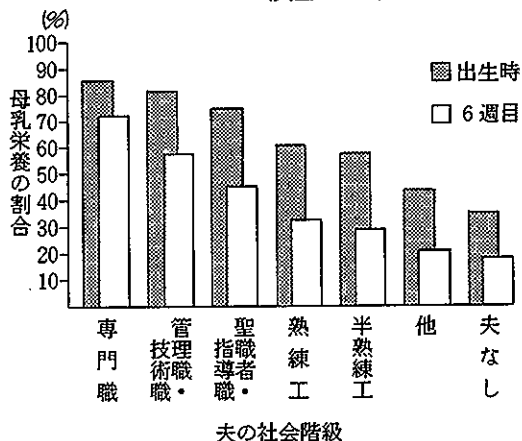
	イングランドおよびウェールズ		スコットランド		英国	
	1975	1980	1985	1980	1985	1985
出生時	51	67	65	50	48	65
生後1週	42	58	57	44	41	57
2週	35	54	53	41	38	52
6週	24	42	40	32	29	41
4カ月	13	27	26	21	22	26
6カ月	9	23	22	18	19	22
9カ月	*	12	12	9	10	12
対象数	1544	3755	4671	469	552	4224

表4 1980年および1985年における出生順位別母乳栄養の割合 (%)

	1980	1985
第1子	74	69
2子	60	60
3子	56	57
4子以上	49	56
第2子以上の平均*	58	59
全平均	65	64

* 出生順位が不明なものも含む

図2 夫の社会階級別にみた母乳栄養の割合 (英国 1985年OPCS調査)



に話すべきであると強調している。しかし、1985年の同調査では、初産者の半数は授乳法や授乳計画について健診時に話し合う機会を得ているが、改善されるには至っていない。

一方、第1子の哺育経験が授乳法の選択や母乳哺育を成功させる決め手になると述べている。それ故、初産時に、両親に対して特別な配慮をすることの重要性が示唆された。

さらに、OPCSや他の調査においては、授乳法の選択には母親が置かれている社会・経済環境も強く影響するが、それには母親自身の背景や環境も密接に関係するという。即ち、授乳法に対する母親自身の態度や考え方、母親自身が母乳栄養であったかどうか、また、父親の態度なども重要であり、彼女の母親や友達によっても影響されるという。

・母乳哺育の開始と維持

母乳哺育の開始には、出産後直ちに母親の胸に児を抱かせることによって母子間の接触を確立することが重要であり、OPCSの調査においても出産後の母子間の接触までの時間が長くなる程、母乳哺育の開始が遅れることを指摘しており、このことが早期に母乳哺育の中止につながるともいう。そのために母児同室の重要性が強調されている。

母親に対する専門職の援助も必要であるが、それらの支援なくとも母乳哺育を上手に開始している母親が多いという。そのためには父親や近親者が母親の能力を信じるのが重要であり、又、父親の支援を得るためには父親がオープンで病院に出入りできるシステムづくりも大切であるという。

母乳維持の支援に対し最も重要なことは、専門職のアドバイザーや母乳哺育の経験者が母親と話し合う機会をもち、十分な勇気づけと安心感を母親に与えることである。現在、英国にはボランティアの組織が“National Childbirth Trust”の他に2団体がロンドン、エジンバラにある。

b. 人工栄養

1985年の調査では約 $\frac{1}{2}$ の母親は出生時に母乳哺育を行っているが、約 $\frac{1}{3}$ は児に処方乳を与えていた。しかし、母乳栄養児の中、39%は6週までに母乳を止め、また、母乳継続者の中でもある者は既に混合栄養に移行していた。このように生後4週間までに英国の乳児の多くは処方乳を与えられ、4カ月時には $\frac{1}{4}$ の乳児が人工栄養に移行していた。それ故、母親は処方乳やその哺育法に関する十分な知識を持つことの必要性が強調されていた。

c. 離乳（固形食の導入）

1975年のイングランドおよびウェールズにおける調査成績によると、3%の乳児は生後2週間目から乳以外の食物を与えられており、1カ月以内に18%が、また、4カ月までに97%の者が乳以外のものを与えられていた。1980年の調査成績によると、生後4週目に固形食を摂っていた者は4%、8週で24%、4カ月時で89%に達し、1975年の調査に比べ、総体的に固形食の導入が遅くなっているが、1980年と1985年の調査結果には大差はなく、いずれの調査においても母乳栄養児に比べ、人工栄養児に固形食の導入がより早かった。

最初に用いる食物を表5に示す。生後6週目に固形食

表5

	6～ 7週	4～ 5カ月	9～ 10カ月
セリアル(乳児用/大人用)	52	65	84
ラスク	54	40	28
市販の離乳食	30	82	52
ホームメイドの離乳食 (9-10カ月の質問項目 にのみ入れてあったもの)	3	35	
パン			64
チーズ			9
ヨーグルト			26
卵			21
肉			37
魚			9
ポテト			47
他の野菜			49
生の果物			26
スープ			7
キャセロール/シチュー			12
他のデザート			21

を与えている場合にはラスクやセリアルが、4～5カ月時には市販のベビーフードやラスクが多い。しかし、この月齢においても、9～10カ月時の質問項目にのみ加えたホームメイドの離乳食が3～36%の児に与えられている理由は明らかではない。半固形食を導入する月齢は多様であるが、9～10カ月までにはかなりの食物が与えられていた。

離乳の開始時の月齢や体重はすべての乳児に同一にすべきではないとしており、半固形食の導入には児の発達や栄養面に配慮すると共に、さらにそれには文化、社会、医学的因子が影響するという。

d. 幼児期

1980年、保健社会部門から“Artificial feeds for the young infant”と題し、年少幼児を対象とした栄養学的見地からの検討や母乳および牛乳の成分組成の検討が行われ、まとめられているが、この時期における行政レベルでの栄養・食生活の実態調査は行われていない。

e. 学童および思春期

イングランド、ウェールズおよびスコットランドの10-11歳の男女1723名、14-15歳男女974名の栄養摂取状況をみると、英国の栄養所要量(1979年発表)に対するエネルギーの充足率は約90%であるが、この摂取量で子供達の身体発育はスタンダード以上であり、特にこの摂取量が不足であるとは思われない。摂取たん白質の平均エネルギー比も栄養所要量(10%)を上廻り、摂取脂肪の平均エネルギー比も推奨量(35%)を越え、40%以上の者が $\frac{1}{2}$ ～ $\frac{1}{3}$ の者に観察されていた。カルシウム、ビタミンA、B₁、B₂、ナイアシン、ビタミンC、Dの平均摂取量はいずれも栄養所要量を上廻っているが、14-15歳女子にカルシウムおよびビタミンB₂不足の者が観察されている。しかし、欠乏症というほどのものではない。鉄の摂取量は14-15歳男子を除きすべて栄養所要量を下廻っていた。普通、食事の鉄含有量の10%が吸収されると考えられているが、摂取量が減少した場合、食品から摂取した鉄の吸収率は上昇する。従って今回の調査対象の大部分において鉄は十分に吸収されていると思われる。しかし、14-15歳女子の中、鉄の摂取量が少なく、特にダイエットをしている者で、生理時での鉄の損失が多い場合にリスクになるという。

さらに、食品を38品目に分類し、その摂取量をみていく。乳類(全乳、スキムミルク、半脱脂乳)はどの群においてもよく摂取されていた。食物摂取量は当然のことながら年齢や性により異なるが、乳類は男子によく摂取されており、ヨーグルトは10-11歳に多い。全体的にチップ類の摂取が多いのは英国の食生活の特長と言えるで

あろう。どの群においても野菜類（豆類も含む）よりも果物の摂取割合が高く、特に女子に多く摂取されていた。ビスケット、ケーキ、ソフトドリンクスの摂取量は14-15歳よりも10-11歳に多く、14-15歳では紅茶、コーヒーの摂取量が増加している。また、これらの食品の多くは女子よりも男子に多く摂取されていた。

f. 妊婦

妊婦の最近のいくつかの食事調査（1983-1985年）によると、社会階級による違いはあまりみられず、全体的にエネルギーの摂取量は栄養所要量に比べて少なく、たんぱく質、脂肪は多い。しかし、鉄、ビタミンDの摂取量は不足し、若干カルシウムも不足していた。National Food Survey(1985年)によると、過去10年間の国民全体のエネルギー摂取量は減少しており、妊婦の調査でも同様の傾向が観察されているが、このことによる弊害はみられず、栄養所要量が必要以上に高いことが指摘されている。しかし、低社会・経済層の妊婦を対象とした調査（1982年）では、エネルギーの摂取量がかなり低く、低出生体重児の発生率が高いことが観察されている。しかし、これらの者は他民族の者であり、食習慣の相異が原因になっていた。

② 食生活に対する特別な配慮

a. 妊婦・授乳婦に対して

前述のように英国の多くの妊婦の食事は良好と言えるが、ビタミンDの補足はすべての妊婦・授乳婦に望まれている。今もビタミンD欠乏症が発生し、特に紫外線の照射時間が少なかったり、ビタミンDの摂取が少ない若年のアジア系の者に欠乏症がみられるという。また、英国の伝統的な食生活を営んでいない者や低カロリー食を摂っている場合にはビタミンB群の欠乏症もみられている。

そこで、生活保護世帯、または低所得階層の妊婦にはビタミンA、D、Cを含む錠剤90錠が13週毎に、出産後、授乳期間中、同一の錠剤225錠がマタニティークリニック、乳児健診、福祉食糧配給センターを通して補給される。また、妊娠中に1週間に7ポイント（約3.9ℓ）の福祉ミルク（全乳または半脱脂乳）が与えられる。

授乳している母親にも乳児が処方乳を飲む代りに母親用に福祉ミルクが与えられる。

b. 乳児および年少幼児に対して

乳児や年少幼児向きに市販されている製品にはビタミン類が添加されており、また、英国の伝統的な家庭の食事には種々のビタミン類が含まれているから、これらの食事を与えていけば、乳幼児にビタミン欠乏症はあまりみられない。しかし、早期から乳児に不向きな食物を与

えたり、離乳食の導入が遅い場合、極端な偏食がみられる場合には食事性ビタミン欠乏症の発生が懸念される。特に、ビタミンCは調理により破壊され、また、英国には現在、ビタミンD強化食品も一部にあるが、天然の食品にはビタミンDが少ない。それ故、夏期時に紫外線照射時間が少なく、しかも食事からビタミンDの摂取量が少ない場合には、冬期にビタミンD欠乏症が起り得る。1940年代から福祉食糧の下でビタミンDの補給が行われ、栄養性くる病は消失した。この計画は戦後再開され、現在でも5歳以下の子供のいる生活保護世帯には13週毎にビタミンA、D、Cを含む点滴薬2瓶が補給されている。そして毎日5滴（ビタミンA 200μg、D 7μg、C 20mgを含む）を生後6カ月から少くとも2歳、できれば5歳まで与えるようすすめられている。

福祉ミルクとして1歳以下の乳児には1週間に900gの処方乳が与えられ、5歳以下の者には1週間に約3.9ℓの乳汁が与えられる。なお、乳嫌い、または乳汁不耐症の場合には他の食物が給与される。

c. 鉄について

処方乳やフォローアップミルクには鉄とビタミンCが強化されてあるので、人工栄養児では鉄欠乏性貧血の予防は可能である。一方、離乳開始時に与える食物として鉄を強化したセリアルがしばしば用いられるが、これが鉄欠乏性貧血の予防にどの程度効果があるかは不明である。また、母乳栄養の場合、母乳自体に鉄量が少ない上に、鉄を強化した離乳食を母乳と一緒に与えると母乳により鉄の吸収が阻害されるという報告もあり、乳児期後半にみられる鉄欠乏の予防に最良の方法はない。薬剤の形でビタミンの補給と同様に補足することも考えられるが、乳児や幼児には問題があるという。

d. フッ素について

英国でも子供の虫歯発生が問題にされており、その予防策として年少時における砂糖摂取の問題、口腔内の衛生改善、フッ素の問題があげられている。疫学調査によると、家庭用の水道水にフッ素が1ppm含んでいる場合には虫歯が50-60%減少したという。王立大学の医師らにより、水道水にフッ素の添加がすすめられ、一部で実施されている。

一方、Dental Health Committee of the British Dental Associationにより、生後2週間目から2歳までのフッ素の1日の摂取量0.25mgが是認された。母乳や処方乳には低濃度のフッ素が含まれており、水道水がフッ素化された地域の人工栄養児では調乳に使う水道水でフッ素の必要量を満し得る。水道水中のフッ素濃度が3ppm以下の地域では、虫歯予防のためにフッ素の補足(0.25mg)

がドロップまたは錠剤により行われているが、1日の総摂取量がこの量を越えてはいけないとしている。

③ 教育・福祉・健康ケアへの援助と推奨
保健社会部門は以下のことを推奨している。

乳児哺育に関して：

- ・乳児哺育の実際について、国レベルでの調査を行う。
- ・1983年に市場の母乳代用品の国際コードを発行した保健部門の回覧を新しくして再発刊する。
- ・英国で販売されている処方乳に関するすべてを食品製造連盟(FMF)コードに同じさせる。

母乳哺育に関して：

- ・Working Group は早期に母乳栄養が乳児にとって最良の栄養であるということを再肯定し、政府の保健部門は健康なすべての母親に母乳栄養を奨励する。
- ・両親に出生前に乳児栄養について専門家と話し合う機会を持つことをすすめる。
- ・生後、早期に自律授乳、母子同室による母乳哺育を開始し、処方乳や糖水などを排除する。
- ・普通の母乳哺育の方法として、母乳哺育が社会的に充分受け入れられていないので、社会、地域、教育、商業上の関心をかり立てる。
- ・ヒト免疫不全ウイルス(HIV)抗体陽性または血清学的検査を行っていないが、ハイリスクであることがわかっている婦人は母乳哺育を思い止めるべきである。

処方乳および人工栄養：

- ・乳児哺育に関する現在の風潮の中で、母親は出生時から人工栄養を選択したり、生後4週までに処方乳を与えていく。それ故に、両親に処方乳や哺育についてアドバイスを与える。
- ・市販されているすべての処方乳を標準組成にあわせ、購入者が見やすいようにマークづける。

離乳に関して：

- ・非常に少数の乳児は生後3カ月前に固形食を必要とする場合もあるが、その開始は6カ月以降にならないこと。
- ・母乳または処方乳は離乳食の一部として、少なくとも1年まで与える。
- ・脱脂乳はエネルギーおよびビタミンAが少ないので、5歳以下には向かない。半脱脂乳は2歳以上児の食事に使う。
- ・人乳以外の乳を乳児や年少幼児に与える時には消毒する。

食事の補足：

- ・乳児にはビタミンの補給をする。

就学前児童：

- ・2～5歳児の栄養摂取量調査の実施。

教育・福祉・栄養監視・ヘルスケアの支援：

- ・男女双方とも小さい時から教育の中に乳児哺育に関するものを入れるべき。
- ・情報を伝達する最良の方法を研究するとともに、妊娠中のどの段階においても母乳哺育や処方乳について両親にアドバイスを与える。
- ・母児のケアに携わる専門家に提供する母乳哺育のトレーニング法を再検討し、必要に応じて改善する。
- ・福祉食糧の利益を有効にし続ける。
- ・母児に関する専門的アドバイザーの間で密接な連絡をとる。

文 献

1. 網野・加藤・千賀・堀口・水野・高橋「諸外国の母子保健制度Ⅲ」日本総合愛育研究所紀要 第22集, 1986
2. Black, A. E. et al: The nutrient intakes of pregnant and lactating mothers of good socio-economic status in Cambridge, UK: Some implications for recommended daily allowances of minor nutrients, British Journal of Nutrition, 56, 59~72. 1986.
3. Byrne, T. & Padfield, C. "Social Services" Heineman, 1985.
4. Central Statistical Office "Social Trends 1987" HMSO, 1987.
5. Committee on Child Health Services "Fit for the Future" HMSO, 1976.
6. Dept. of Health & Social Security "Report on Health and Social Subjects No.18: Artificial Foods for the Young Infant" DHSS, 1980.
7. Dept. of Health & Social Security "Report on Health and Social Subjects No.20, No.32: Present-Day Practice in Infant Feeding" DHSS, 1980, 1988.
8. Family Welfare Association "Guide to the Social Services" FWA, 1980.
9. Her Majesty's Stationery Office "Prevention and Health - Eating for Health" HMSO, 1978.
10. Her Majesty's Stationery Office "Britain 1986: An Official Handbook" HMSO, 1986.
11. 池上直己「成熟社会の医療政策 - イギリスの「選

- 扱」と日本一」保健同人社，1987.
12. Pringle, M.K. & Naidoo, S. "Early Child Care in Britain" ECDC, Vol 3, No. 4, 1975.
13. Royal College of General Practitioners "Healthier Children - thinking Prevention" Report from General Practice, 22. 1982.
14. Schofield, C. et al "The Diets of Pregnant and Post-pregnant Women in Different Social Groups in London and Edinburgh: Energy, Protein, Fat and Fibre" British Journal of Nutrition. 58, 369~381, 1987.
15. 辻芳郎, 川崎千里監訳「特殊なニーズをもつ小児の発達スクリーニング (Population Study of 5000 Children in Scotland)」日本小児医事出版, 1988.
16. Wenlock, R.W., Disselduff, M.M. & Skinner, R.K. "The Diets of British School Children" DHSS, 1986.
17. World Health Organization "Sixth Report on the World Health Situation" WHO, 1980.
18. 在英国日本大使館調査回答資料

Study on Maternal and Child Health Services in Foreign Countries

Takehiro AMINO, Kiyoko MIZUNO,
Tadaaki KATO, Sadao HORIGUCHI
Yuhko CHIGA Rie HYODO

For the purpose of considering what we need to improve and reevaluate maternal and child health in Japan, we have been continuing the international comparative study on the MCH. This is the report on the trend of the MCH system and services in United Kingdom. England was the typical country which had, in early times, tried to practice the national health services based on the principle of a comprehensive range of publicly provided services designed to help the individual to stay healthy and to provide effective and appropriate treatment and care where necessary.

Since then the MCH system and services had been practiced widely as a link in the chain of the NHS.

Particularly, primary care based on the activities of general practitioners, health centers and maternal & child clinics had been consistently played important roles. Recently, however the NHS system and services has come to a turning point. So, we overviewed the recent trend of the MCH system and practices in England and summarized the results of the survey as follows:

1. The MCH system and ordinance
 - (1) Relating Acts and system
 - (2) Responsibilities and roles of national and local government and nongovernmental organisations
2. Trends of the MCH activities
 - (1) The MCH services system
 - (2) Trends of health and medical care
 - (3) Content of the MCH services
 - (4) Health examination and guidance for pregnant, parturient, newborn and infant
 - (5) Feeding method and maternal and child nutrition