

総論

第1章 児童と健康

第1節 健康なこどもが生まれるために

1 出生の動向

わが国の出生率は第2次大戦以前においては、一部の年を除いて、人口1,000に対して30をこえる高い率で推移し、国際比較してみても、アメリカ、イギリス、フランスなどの欧米諸国よりも高率であった。戦後は一時的に昭和22年から24年にかけてベビーブーム時代が出現し、この率は30をこえたが、その後は急速に低下して、昭和30年頃から西欧諸国なみの水準となつた。ところが昭和36年以降においては、昭和41年の「ひのえうま」という特殊な年を除いて、横ばいというよりむしろ反転上昇の傾向がうかがえる。戦後、昭和22年から24年にかけて毎年260万をこえる出生数をみたベビーブームのこどもたちが、本年あたりからそろそろ結婚年齢に達しているので、ある程度のベビーブームをひき起こすのではなからうか。

わが国の出生率は国際的な比較では先進諸国のなかでは中位からやや下位といったところにあるが、わが国の人口はこれら欧米先進諸国の人口に比べて、比較的低年齢の再生産年齢女子人口の割合が大きいから、普通出生率は出生力を過大に表現しているおそれがあるといわれている。そこで、仮に年齢別出生確率が一定とした場合、1人の女子が一生涯に平均何人の男女児を生むかということによつて出生力を計量する合計特殊出生率または女子の死亡率を考慮したうえ、一生に生む平均女児数を表わす純再生産率でみると第1-1-1表にみるように、わが国の出生率は東欧諸国のチェコスロバキア、ハンガリーよりはやや高いが、欧米先進諸国よりも低いといつてよい。

第1-1-1表 主要諸国の女子人口の再生産率

第1-1-1表 主要諸国の女子人口の再生産率			
国	年次	合計特殊出生率	純再生産率
フランス	1967	2.62	1.25
イギリス	1967	1) 2.55	1.24
デンマーク	1966	2.63	1.24
アメリカ	1967	2) 2.46	1.21
イタリア	1966	3) 2.36	1.15
西ドイツ	1968	3) 2.58	1.11
スウェーデン	1967	2.29	1.09
チェコスロバキア	1968	2.09	0.94
ハンガリー	1968	2.06	0.95
日本	1969	2.13	1.00

資料：国連「人口年鑑（1969年版）」

ただし、合計特殊出生率は厚生省人口問題研究所算定

1) 1968 2) 1966 3) 1967

人口問題審議会は昭和44年8月の「わが国人口再生産の動向についての意見」のなかで、「わが国の現在

の人口が一代後に現在よりも減ることなく、ある大きさを静止する限界は現在の死亡率の下においては2.13強の合計特殊出生率を必要とする。」と述べている。また、第1-1-2表参照にみるようにわが国の純再生産率が人口の静止限界といわれる1を割つたのは昭和31年であるが、その後10年以上も1を下回るか、時にわずかに1をこえる程度で終始していることは縮小再生産のポテンシャルをあらわしているといえるだろう。このような状況からして、わが国の純再生産率を1に回復させることが、年齢構造変動の激化を緩和し、人口構造を安定的に推移させるとともに、ひいては安定的な労働力の供給や絶対的、相対的に増加する高齢者のための福祉対策の円滑な推進のためにも必要であるとの意見が強い。人口問題審議会は同じ意見書のなかで「純再生産率が1に回復するためには、近い将来、死亡確率がさらに改善されることを考慮しても2.10程度の合計特殊出生率を確保する必要がある。すなわち1人の女子が一生涯に平均2.10人程度の男女児を生む必要がある。」と述べている。これは果たして可能であろうか。総理府の「産児制限に関する世論調査(44年11月)」によると、希望するこどもの数は2人または3人が多く平均2.5人という結果がでていたことは興味深い。つぎに出生順位第3児以降の出生動向を人口動態統計結果からみてみると、全出生数に対する第3児以降の出生する割合は昭和25年では44.9%と多く、30年でさえも40.6%であつたものが、その後急激に減少し35年22.9%、40年には20%を割つて14.9%、45年はややもち直したが、15.6%を占めるにすぎない。また、厚生省が45年度に行なつた人口動態社会経済面調査の結果によつて、2児以上を持つ夫婦のうち現在2人の子のあるグループでは、夫の49%、妻の63%が、現在3人の子のあるグループでは夫の76%、妻の85%が「もう子供はいらない」と答えている。出産を希望しない理由としては、「こどもの数を制限して、こどもにじゅうぶん手をかけたいから」が多く、2人の子のあるグループの妻では40%、3人の子のあるグループの妻では45%を占めており、「収入が少ないから」、「母体の健康をまもるため」、「住居がせまいから」の順になつている。

第1-1-2表 女子人口の再生産率

第1-1-2表 女子人口の再生産率

年次	合計特殊出生率	総再生産率	純再生産率	年次	合計特殊出生率	総再生産率	純再生産率
昭和5年	4.71	2.30	1.52	36	1.95	0.95	0.90
12	4.36	2.13	1.49	37	1.97	0.95	0.91
22	4.52	2.20	1.67	38	1.99	0.97	0.93
25	3.63	1.76	1.53	39	2.04	0.99	0.95
30	2.36	1.15	1.05	40	2.13	1.04	1.00
31	2.21	1.07	0.99	41	1.60	0.77	0.74
32	2.03	0.99	0.91	42	2.22	1.08	1.05
33	2.10	1.02	0.96	43	2.12	1.02	1.00
34	2.03	0.99	0.92	44	2.13	1.03	1.00
35	1.99	0.97	0.92				

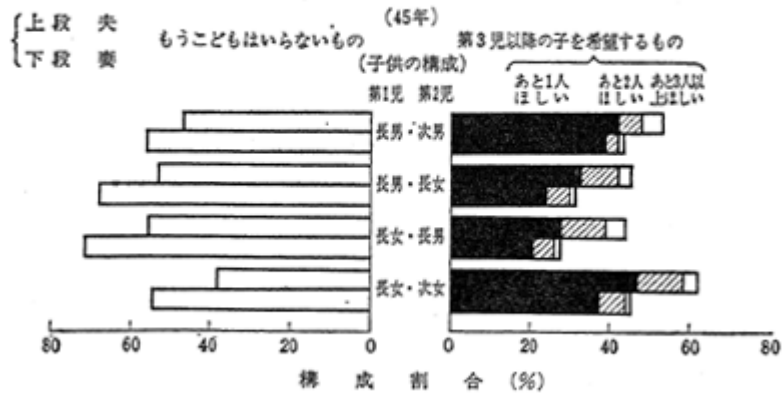
資料：人口動態統計により厚生省人口問題研究所算定  
 註 昭和5、12年は沖縄を含む。

つぎに、現在のこどもの構成と将来の出産意欲をみると、第1-1-1図みるように「長男と次男」、「長女と次女」のように同じ性が続いた場合、第3児を希望するものが多い。

わが国の出生力が低い理由としては、主としてつぎの4つの理由が考えられる。

第1-1-1図 出生順位と性別組み合わせからみた今後の出生希望の状況

第1-1-1図 出生順位と性別組み合わせからみた今後の出生希望の状況  
(第2児を生んだ夫妻)



資料：厚生省統計調査部「人口動態社会経済面調査」

第1は「家」に象徴される古い家族制度の崩壊と核家族化の進行により、いまや家のために子を産むという考えがほとんど消滅したこと。

第2は老後は子の世話になるという考えを持つ親が漸減していること。毎日新聞人口問題調査会が昭和25年から45年までの20年間10回にわたって行なつた調査の結果によれば、老後を子に託すことを希望する親の割合は第1回の55%から第10回の29%と激減している。

第3は子の扶養負担の家計にもたらす圧迫が増大していること。

第4は住宅が狭く、その他の生活環境も不備であることなどであろう。

これらの出生抑制原因を除くためには、教育費を含めた扶養負担の軽減、住宅や生活環境の整備、所得水準の向上などを積極的にはかる必要がある。

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第1節 健康なこどもが生まれるために

##### 2 地域格差の大きい周産期死亡

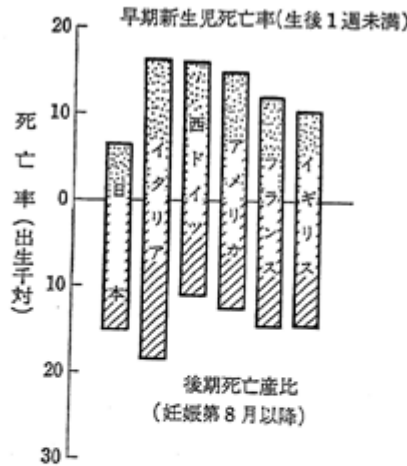
わが国の乳児死亡率は大正末期までは出生1,000対150以上で推移していたが、大正5年保健衛生調査会による母子衛生実態調査の実施や大正15年小児保健所の設置の動きなどに始まる母子保健事業の進展により、逐年低下を続け、昭和15年には100を割り、戦後は22年の76.7から出発して急速に改善され45年には13.1と欧米先進国と肩を並べるに至った。ところが、1950年以来WHOにより母子衛生上の指標として提唱されている周産期死亡率の改善は乳児死亡率に比べやや遅れがみられる。

周産期死亡とは妊娠第8月・(29週)以降の後期死産と生後1週未満の早期新生児死亡とを合計したもので、出生をめぐる死亡という意味を持ち、出生1,000に対する割合で観察するものである。WHOが提唱する理由は後期死産と早期新生児死亡とはともに母体の健康状態に強く影響されることと各国の死産の定義が必ずしも統一されていないことなどによるものである(たとえば、わが国では以前は一般に出生後まもない死亡は死産として届け出られる傾向があつた。また、フランスでは出生届け出以前の死亡は死産と、チェコスロバキアでは生後24時間以内の死亡は死産とそれぞれ規定されているなど各国で異なっている)。わが国の周産期死亡率の年次的推移をみると、昭和25年の46.6から40台を割るのに12年を要したが、昭和37年38.7からはかなり早いテンポで改善がみられ、昭和45年には21.7となり、アメリカ、西ドイツを追い抜いて、デンマーク、スウェーデンなどの世界低率グループに近づきつつある。

わが国の周産期死亡の特徴の第1は、第1-1-2図にみるように、国際的にみて後期死産の割合が早期新生児死亡率に比べて異常に多いことである。

#### 第1-1-2図 主要国における周産期死亡率

第1-1-2図 主要国における周産期死亡率

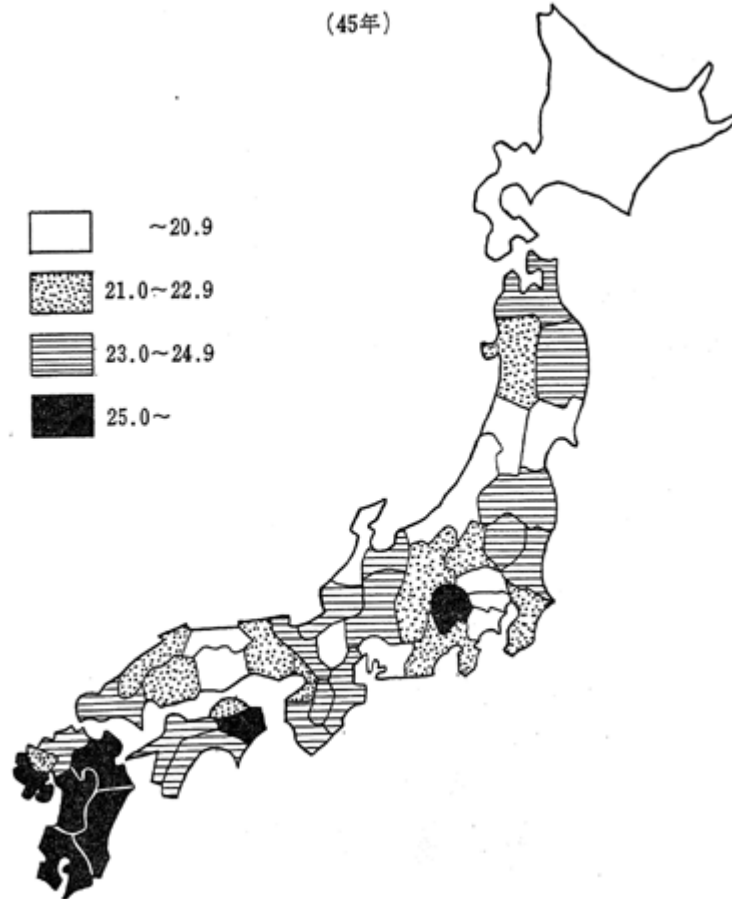


資料：厚生省統計調査部「人口動態統計(45年概数)」  
 U.N “Demographic Yearbook(1969)”  
 WHO “World Health Statistics Report (1970)”  
 註 日本は1970年，その他の国は早期新生児死亡率1967年，後期死産比1968年(ただしイタリ  
 アは1967年)

早期新生児死亡率は昭和25年15.1から45年の6.6となり，その改善はめざましい。一方，後期死産は昭和25年から約10年間ほとんど変化がなかつたが，昭和32年の32.5をピークに35年頃からようやく改善に向かい，その後は急激な低下傾向をみせている。第2の特徴は，かなり顕著な地域格差があることである。第1-1-3図は昭和45年の都道府県別の周産期死亡率である。全国は21.7で，最高は鹿児島30.6から最低は新潟17.0まで大きな格差がみられ，特に高率な地域は九州に集中している。今後はこの地域を中心に改善への努力が必要である。

第1-1-3図 都道府県別周産期死亡率(出生1, 000対)

第1-1-3図 都道府県別周産期死亡率(出生1,000対)



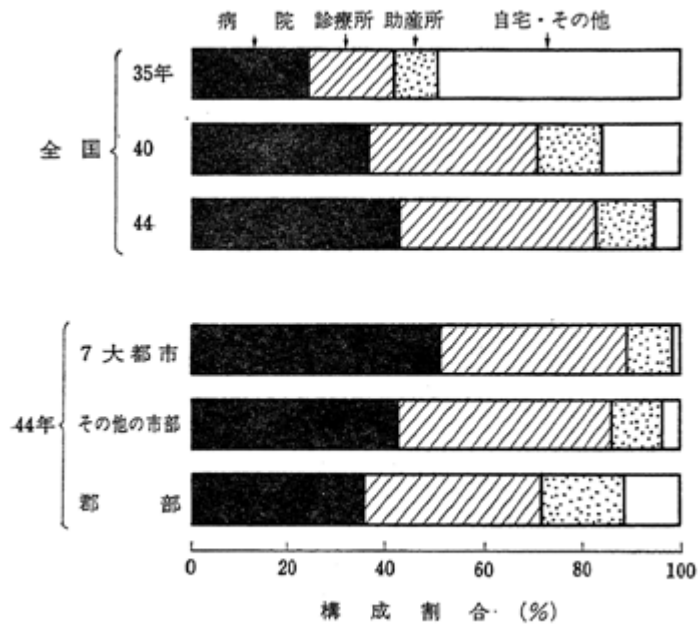
資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

九州地域の高率の原因は、35歳以上の母の占める割合および施設外分べんの割合が高いからである。まず、35歳以上の母の占める割合では全国を100とすると鹿児島188、長崎179など九州各県は軒並み100をこえている。また、病院、診療所などの施設以外の分べんの割合で全国を100とすると、鹿児島446.0、青森375.5、長崎324.5となっている。したがって、これらの要因の排除への努力を行なえば、周産期死亡率は、かなりの改善が期待できる。

なお、全国的に病院、診療所などの施設内で出生するものをみると、第1-1-4図のように昭和35年には出生総数の半数にすぎなかつたが、めざましい母子保健思想の普及などにより10年後の昭和44年には95%に達するほど増加している。この事実が乳児死亡率、周産期死亡率の改善に果たした役割は大きいものと考えられる。しかし、昭和44年において、七大都市、その他の市部、郡部別に施設内出生の割合をみると、目につくことは郡部では昭和35年の27%から昭和44年の88%とその改善はめざましいが、施設外出生がいまだ12%もあることは問題で、その改善に努めることが必要である。このためには、所得水準の格差が分べん方式に反映することのないよう、分べんの費用についてじゅうぶんな保障を行なうことが前提条件であろう。

第1-1-4図 出生の場所別にみた出生数の構成割合

第1-1-4図 出生の場所別に見た出生数の構成割合



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第1節 健康なこどもが生まれるために

##### 3 国際的に遅い結婚年齢

一般的に結婚してはじめて子を生むという現在のような法秩序の社会においては、婚姻の動向から出生数の動向をおおむね推測できる。婚姻の動向は種々の社会経済的要因によつて影響を受ける。戦後の昭和22～24年は海外からの復員や引き揚げなどを中心とする人口移動やそれによつておこる社会不安や世相の混乱を反映してか婚姻率は人口1,000対10をこえたが、特に昭和22年は12.0を記録し、明治16年以来の最高であつた。その後、20年代後半から31年までは8たらずで横ばいを続けていたが33年頃から実数においても、率においても現在まで増加傾向にあり、昭和45年の婚姻率は10.0となつている。

わが国の平均初婚年齢の年次的推移をみると、昭和44年には男は27.1歳、女は24.3歳で年齢の開きは2.8歳であり、この値は過去10年間ほとんど変化がみられない。

昭和20年代は男26歳前後、女23歳前後で推移していて、これに比べ40年代は1歳たらず高くなつている。国際的にはスウェーデン、フランスでは男25歳台、女は23歳台であり、イギリス、デンマーク、ハンガリー、チエコスロバキアなどは男24歳台、女は22～24歳台であり、わが国はポルトガル、イタリアなどととも世界の高年齢グループに入る。

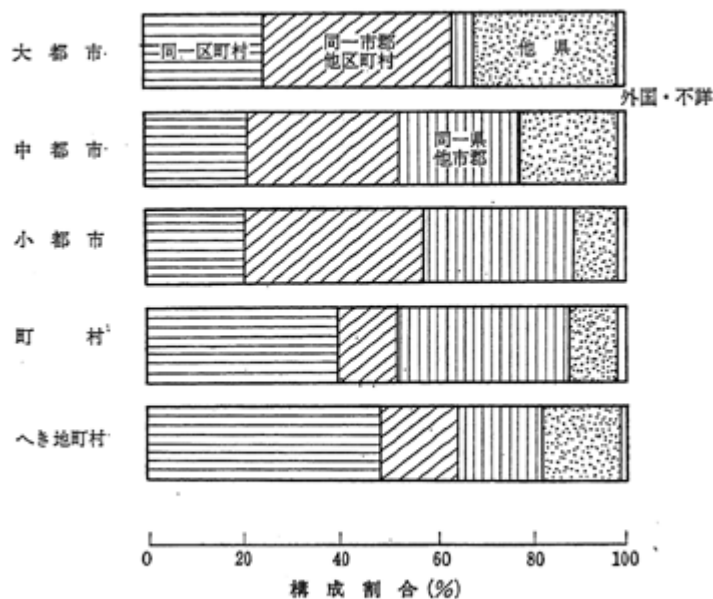
女子の平均初婚年齢が高ければ高年の初産につながりやすく、後に述べるように先天異常児出生の危険性も増加する。

先天異常児の出生の可能性の高い近親婚をさけるためにも通婚圏の拡大は喜ぶべき現象であるが、昭和41年の人口動態統計の社会経済面調査でその一端を知ることができる。まず、夫婦相互の結婚をきめたときの住所の関連をみると、同一区町村であつたものの割合は都市よりも町村やへき地町村にいくほど多い。2人の住所が異なる県であつたものの割合は都市が大きくなるほど多い。したがつて夫婦の結びつく地理的範囲を夫婦の結婚をきめたときの住所からみると、通婚圏は都市地域で広く町村地域で狭くなつている。夫婦の結びつきを規制する諸要因は都市地域より町村地域が多いことがうかがえる第1-1-5図。

第1-1-5図 夫婦相互の結婚を決めたときの住所別割合



第1-1-5図 夫婦相互の結婚を決めたときの住所別割合  
(41年)



資料：厚生省統計調査部「人口動態社会経済面調査」

つぎに、夫婦の出生地が同一県か他県かをみると、夫婦の出生地が同一県である割合は大都市、中都市、町村、へき地町村の順にふえている。逆に、他県の割合はこの順で減っていく。へき地町村、町村では通婚圏がせまく、80%のものが同一県であるが、大都市では逆に他県のものが多く、7割近くの夫婦が出生地を異にしている第1-1-3表。

第1-1-3表 夫婦相互の出生地別割合

第1-1-3表 夫婦相互の出生地別割合 (41年) (単位：%)

地域	総数	同一県	他県
大都市	100.0	33.5	66.5
中都市	100.0	58.2	41.8
小都市	100.0	76.3	23.7
町村	100.0	79.4	20.6
へき地町村	100.0	80.0	20.0

資料：厚生省統計調査部「人口動態社会経済面調査」

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第1節 健康なこどもが生まれるために

##### 4 依然として多い人工妊娠中絶

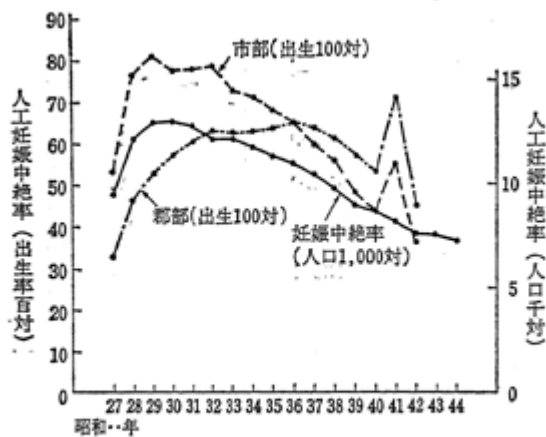
人工妊娠中絶は習慣性流産，不妊症の原因となるといわれている。その件数を年次的に追ってみよう。昭和25年は約25万，その後年々増加し，30年には117万でピークとなり，その後減少に転じ37年100万の大台を割つたが，44年現在なお74万もある。その妊娠月数別の内訳をみると妊娠3月以内の割合が昭和26年81%，44年95%とふえ，母体に特に悪い影響を与える妊娠4月以後の割合が年々減少し，妊娠3月以内の妊娠初期のもので母体の負担の比較的軽い時期のもの割合がふえている。人工妊娠中絶率(人口1,000対)でみると30年13.1をピークに年々低下してはいるが，最近でも7を記録しており，妊娠可能年齢である15～44歳の女子では毎年36人に1人の割合で人工妊娠中絶を行なっていることになる。市部と郡部では出生100に対する人工妊娠中絶率では昭和31年以前は市部が高く，逆に32年以降は郡部が高い第1-1-6図。41年の「ひのえうま」の時には郡部が異常に高く，出生100に対して70を数え，農山村における迷信の強さを知ることができる。人工妊娠中絶件数の年齢別の割合については第1-1-4表，20～24歳でややふえている以外，35年，40年，44年で大差はない。女子人口1,000人に対する年齢別割合をみると20～24歳以外では35年，40年，44年と年々改善がみられ，44年は35年に対し6割前後となつているが，20～24歳では44年は35年の7割程度の改善にとどまつている。しかも，20～24歳の女子では37人に1人の割合で人工妊娠中絶を行なっていることになり，わが国の平均初婚年齢が24歳台であることからみると，未婚の女性も多いことが想像され，学校教育，婚前学級などを通じて正しい性教育，家族計画の指導の必要性が痛感される。また，25～29歳の女子では23人に1人の割合で人工妊娠中絶を行なっており，精神薄弱などを伴うダウン症候群などの発生率が高くなる高年の初産や初回妊娠中絶の悪影響をさけるためにも正しい家族計画を指導する必要がある。44年11月に全国の20歳から50歳未満の有配偶の女性を対象として総理府が行なつた「産児制限に関する世論調査」によると，妊娠中絶の手術を受けたことがあるものは42%の多きにのぼつている。しかも手術回数が3回以上のものが7%もいることは大きな問題である。中絶の理由として悪性遺伝や生活困難はいずれも1%で少ないが，46%のものが計画外の妊娠を理由として中絶を行なっている。また，44年12月に優生保護指定医師がいる全医療機関を対象として厚生省が日本医師会に委託して行なつた優生保護法実態調査では，

- (1) 中絶希望者のうち，未婚者が74%もいること。
- (2) 過去の中絶回数5回以上が20%もいること。
- (3) 中絶の理由として避妊の失敗が14.1%を占めていること。

などの結果が出ており特に計画妊娠の必要性が強く感じられる。そのために母親学級はもちろんのこと婚前学級，妊娠前の教育を通じて，受胎調節の具体的方法を含めた家族計画についての指導が強く望まれる。

##### 第1-1-6図 人工妊娠中絶率の推移

第1-1-6図 人工妊娠中絶率の推移



資料：人工妊娠中絶件数は、昭和27～29年は人工妊娠中絶月報の年計分、30～34年は衛生年報、35年以降は優生保護統計報告書

第1-1-4表 女子の年齢階級別人工妊娠中絶率(女子人口1,000対)と割合

第1-1-4表 女子の年齢階級別人工妊娠中絶率(女子人口1,000対)と割合

年齢階級	各年齢の女子人口1,000人についての率			年齢別割合		
	35年	40	44	35年	40	44
総数	31.4	22.4	18.5	100.0	100.0	100.0
～19歳	3.2	2.5	3.1	1.4	1.6	2.0
20～24	40.2	31.1	27.2	15.9	16.8	18.5
25～29	73.9	56.0	43.5	28.6	27.9	27.1
30～34	74.0	56.0	46.5	26.2	27.3	26.0
35～39	62.7	38.8	33.6	19.3	17.3	18.2
40～44	29.4	21.2	15.0	7.6	8.1	7.4
45～49	3.8	2.5	2.0	0.9	0.8	0.8
50～	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
不詳	—	—	—	0.1	0.1	0.1

資料：厚生省統計調査部「優生保護統計報告」

註 総数は15歳以上の女子人口について、20歳未満は15～19歳の女子人口についての率

この、家族計画の定義をひと言にしていえば「子供の生み方に責任を持つ」ということで、ここには生むのを増すとか減らすとかいう考え方は入っていないといつてよい。

家族計画の目的は、健康ですこやかな子を育てるために、また、幸福な家庭を築くためにある。したがって、夫婦の年齢と健康状態、生まれた子の健康状態、家庭の経済状態、住宅事情、生活環境、夫婦の遺伝関係などをじゅうぶん考慮して、子の数、出生間隔、出生時期などをできるだけ計画することが必要である。夫婦、特に妻がベストコンディションの時に妊娠、分べんを計画することである。

総論

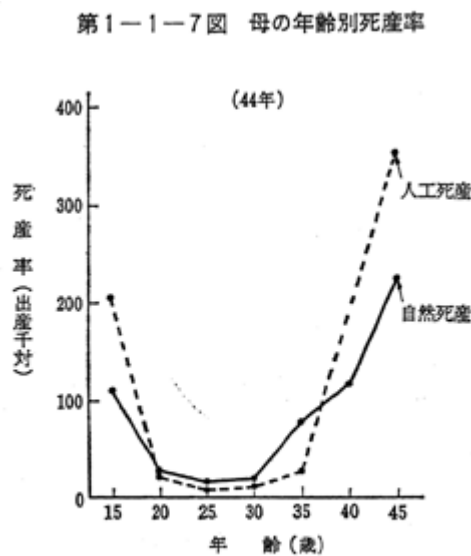
第1章 児童と健康

第1節 健康なこどもが生まれるために

5 高年初産は重い出産となりやすく、高年出産は先天異常児を生みやすい

わが国の女性の平均初婚年齢は、諸外国に比べ高いうえに、経済的事情などの理由で、受胎調節や人工妊娠中絶を行ない、初産年齢を遅らせているむきがあるともいわれている。医学的には30歳以上の初産婦を高年初産婦といい、30歳未満の産婦に比べ、産道の開きが悪いか、微弱陣痛などのために帝王切開やかん子分べんの適応となることが多いとして特にきびしい監視を行なうこととしている。初産が遅れば、その後の出産の年齢も高くなるが、第1-1-7図にみるように年齢が高くなるにつれて自然死産率も高くなる。また、第1-1-5表にみるように、兔唇、口蓋裂、先天性心疾患、ダウン症候群などの先天異常児を出生する割合は40歳未満の産婦が2~4%にすぎないのに対し、40歳以上の産婦では7%と異常に高い。高度の精神薄弱、低身長、感染に対する抵抗力が弱いこと、いろいろな異常を合併するダウン症候群の年齢別発生率は30歳以下の婦人では3,000人に1人、35~39歳では280人に1人、40~44歳では70人に1人の割で、年齢が高くなれば発生率も高くなるといわれている。以上のように高年産婦では先天異常児を出生する可能性が高く、死産の可能性も高く、妊娠中毒症の発生率も高いうえに分べんも重いことから、できるだけ早く出産をすますことが望ましい。家族計画の指導にあたっては、女性の結婚年齢が高いものには受胎の意志があればなるべく早く受胎することをすすめることが肝要である。

第1-1-7図 母の年齢別死産率



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

第1-1-5表 年齢別、先天異常の有無別、産婦の割合

第1-1-5表 年齢別、先天異常の有無別、産婦の割合  
(43年度) (単位：%)

	総 数	先天異常児を 出生した産婦	その他産婦	不 明
総 数	100	2	97	1
～ 19歳	100	4	96	—
20 ～ 29	100	2	97	1
30 ～ 39	100	2	97	1
40 ～ 49	100	7	93	—

資料：厚生省児童家庭局「母子保健実態調査報告書」

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第1節 健康なこどもが生まれるために

##### 6 必要な婚前、妊娠前の健康診査

結核、梅毒、貧血、糖尿病、高血圧、腎炎および心疾患などは妊娠によつて悪化するが、胎児の発育に悪影響を与える疾患である。これらの疾患をゆうする者は遅くとも妊娠する前にぜひ健康診断を受け、完全に治しておくことが必要である。昭和44年、厚生省と日本医師会が行なつた調査によると、人工妊娠中絶希望者のうち「本人の疾病によるもの」7.4%、「特に疾病はないが平素体が弱い」7.2%もあることを考えると、人工妊娠中絶をさけるうえからも、健康な子を生むためにも婚前、妊娠前の健康診査がぜひ望ましい。いまだに多い出血による妊産婦死亡を防止するためのみならず、胎児の発育のためにも健康診査を受け、わが国の女性に多い貧血があれば治しておくことが望ましい。また、妊婦糖尿病は巨大児分べんや奇形児の分べんの危険性もあり妊娠中毒症とも関連が深いので治療をじゅうぶん行なう必要がある。このように母体の健康状態を完全にしておいてから受胎に入るように計画することが望ましい。

妊娠の可能性がある時期の前後からは胎児に悪影響を与える可能性のあるものはあくまでも避けねばならない。まず、避けねばならぬものとして第1は腹部のレントゲン撮影や治療と放射性同位元素による診断や治療、第2は風疹などのウイルス性疾患に感染すること、第3は睡眠薬などの薬剤の乱用などである。人における各器官の形成期は細胞分化の最もおう盛な時であり、ほとんどの器官の形成は受精後2～12週に行なわれる。このように胎児の器官ができあがるのは妊娠初期であるので、この時期に酸素の供給が不十分だつたり、レントゲンや放射性物質に曝露されたり、母体のウイルス感染から胎児感染がおこつたり、薬物作用などがあると、胎児の細胞の正常な分化が妨げられて奇形が発生するといわれている。したがつて、妊娠期間中、特に妊娠初期2～3月の健康管理や保健指導が非常に重要となる。しかも、妊娠2～3月というのは本人さえも妊娠を気づかない時期でもあるので、計画妊娠を行なうことにより、前記の注意を守らせることが必要である。

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第1節 健康なこどもが生まれるために

##### 7 遺伝による先天異常を防ごう

現に先天異常を持つものに対する療育施設の必要性はもちろんであるが、先天異常の子や親の不幸は測ることができぬほど大きいものであり、先天異常についてはその発生を未然に防止することに全力をあげる必要がある。先天異常の成因に数えられるのは、(1)主として遺伝要因によるもの、(2)主として環境要因によるもの、(3)遺伝と環境両要因によるものの三つである。主として遺伝による先天異常は単一座位の遺伝子突然変異と染色体異常によるもので、遺伝に関係あるものは全体の10%とも30%程度ともいわれている。また、主として環境による先天異常は一説によると約20%ともいわれている。そこで残りの50~90%は遺伝と環境の両要因によるものでまったく原因不明といつてよい。これら原因不明の先天異常の成立機序、予防方法、治療方法などの解明が何よりも急がれるところであり、厚生省では46年度より心身障害児の発生予防に関する総合的研究のための研究班を発足させ、すでに大規模研究を開始したところであるが、今後さらに継続推進の必要があろう。

先天異常の原因として主として遺伝に関係するものが多く見積もつて30%、少なく見積もつて10%といわれているので結婚あるいは出生に際し、このことを無視するわけにはいかない。したがって、学校教育や社会教育においても、また婚前学級においてもあらゆる努力を通じて遺伝をはじめ、生理、解剖、優性結婚、家族計画の意義などについてじゅうぶん指導を行なう必要がある。また、精神衛生センター、優性保護相談所、結婚相談所などを活用して専門家による相談を受けさせるよう指導することが望ましい。

そのためにはまず、近親結婚をなくすことが必要である。

近親婚に先天異常児の発生が多いことは古くかち認められているほか、胎児死亡率が高く、流、早、死産、乳幼児死亡などをよくおこす。諸外国における血族結婚率はアメリカで0.1%、イギリス、オランダ、西ドイツなどの欧州諸国で0.1~0.5%といわれているのに対し、わが国では5~6%といわれ、きわめて高い。血族結婚ではいとこ婚か、またいとこ婚の場合が多い。特にいとこ婚では遺伝子の共通性が高いので原則として行なうべきではない。白児症、先天性聾などの劣性遺伝子による先天異常を予防するには、近親婚を避けるのが最も手近な方法である。患者の両親におけるいとこ婚のひん度からみて、近親婚、特にいとこ婚をやめれば、白児症は半分に、先天性聾は3分の2に、先天性魚鱗症は約5分の1に減少することが期待される。

つぎに奇形をつくる風疹の感染を防止することが必要である。約20年前風疹がオーストラリアで流行した際、先天異常の有力な成因であることがわかり、1964年の北米における大流行でそれは確証されるに至った。わが国でも1965年沖縄に、1965~1968年本土の各地に流行がみられた。アメリカにおいては、催奇形性、効果、副作用にまだ問題が残されているとはいえ、すでに風疹ワクチンが開発されて、試験接種が行なわれている。問題なのは風疹にり患した妊婦から聾、白内障、心奇形などの奇形が発生することである。感染した妊娠時期によつて、胎児が全身感染をおこして流産となるか、發育障害をおこして奇形発生の原因となるかいろいろ異なる。器官形成期は各器官で異なるために、妊娠のごく早い時期にり患した場合には眼と心奇形、妊娠3月くらいの場合、耳の異状で聾となるわけであるから、妊娠前後妊娠初期にはウイルス感染の防止に努めなければならない。

また、レントゲンや放射性物質による奇形の発生を防止することが必要である。放射線と先天異常との関連では、医療用放射線と降下物の影響が考えられる。医療用放射線については中等度ないし高線量が

胎生期に照射されると奇形が発生するなどきわめて危険であることはよく知られているが、今後は低線量妊娠初期の胎児への影響などについての研究を急ぐ必要がある。放射性物質の診断、治療での使用についても同様な注意が必要である。医療用放射線が突然変異誘発因子として心配されるのは母体に照射した場合の胎児の性腺への影響と幼児の先天性股関節脱臼の検診の際の性腺への被曝であるので、これらに対して特に注意が必要である。なお、降下物の影響についてはいまだ明らかではないことが多いのでできるだけ早く、その影響について究明せねばならない。

化学物質については制がん剤のほか食品添加物、農薬などが先天異常の発生と関係が云々されているが、いまだ明確でないので早急に究明される必要があり、疑われるものも含めて判明次第未然に防止措置を講じることが必要である。

---

---



## 総論

### 第1章 児童と健康

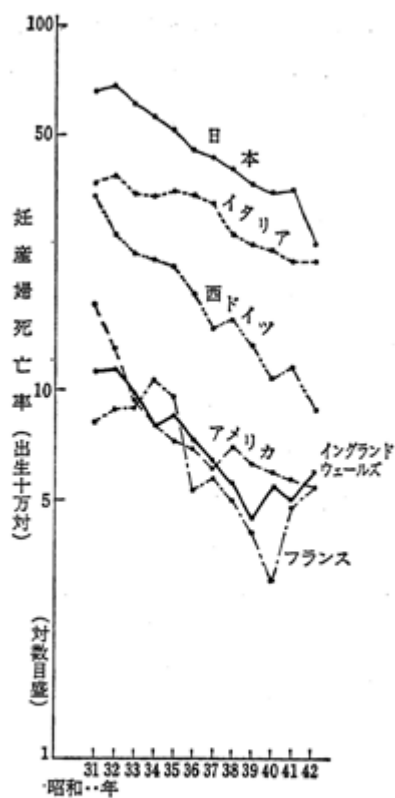
#### 第1節 健康なこどもが生まれるために

##### 8 欧米諸国の3倍も高い妊産婦死亡率

妊産婦死亡率をみると、その国の保健水準や妊産婦をとりまく医療施設や生活環境施設の整備状況がよくわかるといわれる。わが国の妊産婦死亡率は戦後出生10万対150以上で推移し、昭和34年に至つてようやく150を割つたが、昭和44年現在に至つても50をこえている。国際的には、戦前、昭和15年で比べてみるとわが国は約240、アメリカ376、イギリス278、デンマーク241とむしろわが国が低位にあつた。ところが、その後、これらの各国はめざましい改善を示し10年後の昭和25年、すでにアメリカ83、イギリス88、フランス86と100台を割っているにもかかわらず、わが国だけが176.1とひとり改善から取り残され、昭和42年ではアメリカ28、イギリス21、デンマーク21ときわめて低く、昭和15年の10分の1以下となつているのに対し、わが国は70.5でこれらの国の約3倍であり、西ドイツ、イタリアと並んで先進諸国の中では高率グループに属している。主な原因をみると、昭和44年では妊産婦死亡率は出生10万で57.9、そのうち妊娠中毒症によるもの22.1、出血によるもの14.9で、この二つで全体の6割をこえているのに対し、産じよく熱などの感染によるものはわずかに1.9できわめて低い。妊娠中毒症と出血について年次別国際比較をすると、第1-1-8図、第1-1-9図にみるようにわが国は妊娠中毒症によるものが圧倒的に高い。これは10年前の西ドイツ、イタリアなみであり、10年前のアメリカ、イギリスの水準までにも遠く及ばない。また、出血によるものも高く、昭和42年で西ドイツの約2倍、アメリカ、イギリス、フランスなどの約4倍である。一方、産じよく熱などの感染によるものについてはわが国は逆にアメリカの2分の1、西ドイツの4分の1ときわめて低く、改善はめざましい。妊娠中毒症についてはなお原因が不明のため完全な発生防止は不可能であるが、妊娠中の健康管理を行なうことと、初産を遅らせぬことが必要である。出血に対してはじゅうぶんな栄養指導を含め妊娠貧血の治療を中心とするじゅうぶんな健康管理の実施はもちろんのこと、出血による妊産婦死亡、分娩時の突発事故、血液不適合のための交換輸血などにじゅうぶん対処しうる救急体制の整備が必要である。

第1-1-8図 妊娠中毒症による年次別妊産婦死亡率の国際比較

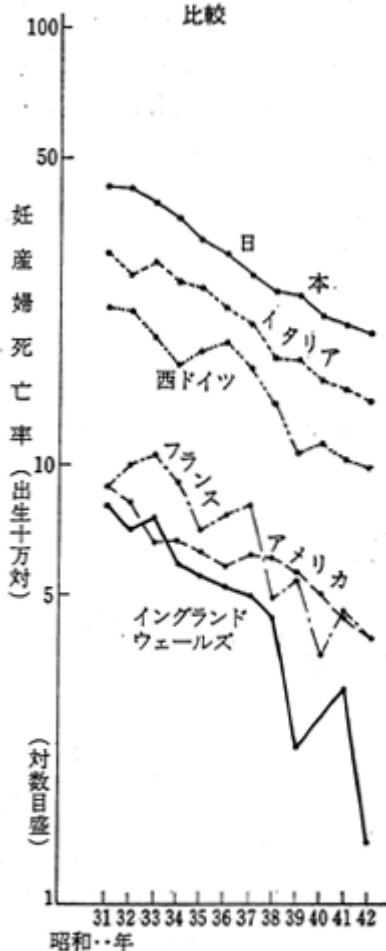
第1-1-8図 妊娠中毒症による年次別妊産婦死亡率の国際比較



- 資料: 1 ドイツ連邦共和国青少年家庭保健省「国際比較によるドイツ連邦共和国の保健の現況(1970年版)」  
2 WHO "World Health Statistics annual (1970)"

第1-1-9図 出血による年次別妊産婦死亡率の国際比較

第1-1-9図 出血による年次別  
妊産婦死亡率の国際  
比較



資料：1 ドイツ連邦共和国青少年家庭保健省「国際比較によるドイツ連邦共和国の保健の現況（1970年版）」  
2 WHO "World Health Statistics annual (1970)"

わが国は高血圧やたん白尿を症候とする妊娠中毒症や出血による妊産婦死亡が多いことから妊娠中、できるだけ早く、健康診査をうけ、徹底した健康管理を行なう必要がある。昭和43年8月に厚生省が行なつた母手保健実態調査によると妊娠中病気にかからなかつたものからの仮死などの異常児の発生率は3%であるのに対し、妊娠中毒症にかかつたものからの率は8%と高い。妊娠中病気にかからなかつたものからの低体重児の発生率は7%にすぎないのに対し、妊娠中毒症にかかつたものは11%と高率である。このことからみて妊産婦の栄養問題も含めた健康管理をじゅうぶん徹底すれば心身障害児の発生をかなり防ぐことができるといえよう。また、昭和41年8月に厚生省が行なつた精神薄弱者(児)実態調査によると、妊娠の経過に異常があつたもの12.5%、分べんの経過に異常があつたもの16.4%となつている。これらの異常の大部分は、妊娠中の健康管理の徹底により、防止できるといわれている。そこで健康診査や健康管理の実態はどうであろうか。43年度の母子保健実態調査によると、初回健康診査を妊娠5月以降に受けている人が27%、妊婦4人に1人は5月以降になつてはじめて健康診査を受けていることになる。健康診査を妊娠中一度も受けなかつたものが13%、市部は12%、郡部は15%で郡部に高い第1-1-6表。郡部では妊婦6人のうち1人は健康診査を妊娠中一度も受けていないことを示している。つぎに、母子保健法10条に保健指導について都道府県知事の責務が明記されているにもかかわらず第1-1-7表にみるごとく妊娠中、保健指導を一度も受けなかつたものが16%であるから6人に1人の割合であることなどからして、妊娠中の健康診査と保健指導をいかにして普及するかについて未受診の理由を検討したうえでさらに努力を重ねる必要がある。

第1-1-6表 妊娠中の健康診査有無別、市郡部別、産婦の割合

第1-1-6表 妊娠中の健康診査の有無別、市郡部別、産婦の割合  
(43年度) (単位：%)

	総数	健康診査なし	健康診査あり				
			総数	病院診療所	保健所	その他	
産婦	総数	100	13	87	76	4	7
	市部	100	12	88	80	3	5
	郡部	100	15	85	67	6	12

資料：厚生省児童家庭局「母子保健実態調査報告書」

第1-1-7表 妊娠中の保健指導の有無別、市郡部別、産婦の割合

第1-1-7表 妊娠中の保健指導の有無別、市郡部別、産婦の割合  
(43年度) (単位：%)

	総数	保健指導なし	保健指導あり							
			総数	病院診療所	助産所	母子健康センター	保健所	その他		
産婦	総数	100	16	84	42	21	9	2	8	2
	市部	100	16	84	46	22	8	—	7	1
	郡部	100	17	83	34	20	12	5	8	4

資料：厚生省児童家庭局「母子保健実態調査報告書」

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 1 減少著しい乳児死亡率

戦後わが国の死亡率は急速に減少し、それに伴って平均寿命(0歳の平均余命)も著しく伸長した。昭和45年の簡易生命表によれば、平均寿命は男69.3歳、女74.7歳であつて、スウェーデン、ノルウエー、デンマークなどの最長寿国にはいまだ及ばないが、男では、アメリカ、イギリス、フランスなどの欧米諸国に比肩するまでに達している。

第1-2-1図は年齢階級別にみた死亡率の年次推移である。この図から明らかなように、いずれの年齢階層においても死亡率が減少しているが、特に乳児をはじめとして年少者の死亡率の改善が著しい。

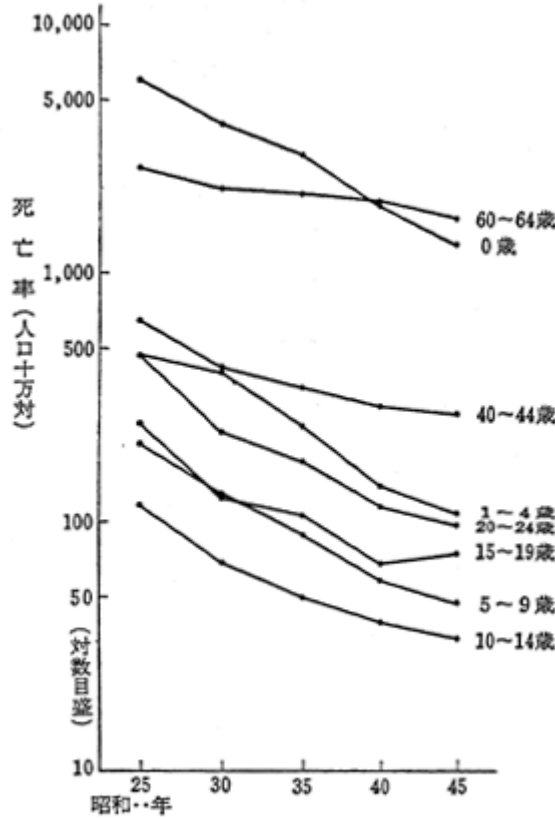
乳児死亡率は、昭和25年には出生1,000対60.1であつたものが、昭和45年には13.1となり、この20年間に約4分の1以下になるという著しい減少ぶりを示している。戦前までは大きく開いていた欧米諸国との格差が戦後急速に縮まり現在ではほとんど肩を並べるまでに至っている。

乳児死亡の原因は、先天的なものと後天的なものに大別できる。生後まもない時期においては、環境に対する適応性も弱く、また妊娠分べんからの影響もあり、不安定な時期であつて、特に4週末満の新生児死亡には先天的な要因によるものが多い。これに対し、生存期間が比較的長くなると、細菌感染とか不慮の事故など後天的な原因による死亡が多くなる。すなわち、乳児死亡をその死因別にみると第1-2-1表のとおりである。最も多いのは先天異常で出生10万対200.7となつており、全死亡の15.3%を占めている。ついで、出生児損傷、難産およびその他の無酸素症、低酸素症の194.4、肺炎および気管支炎の169.3、詳細不明の未熟児130.7、その他の新生児の異常110.0の順となつている。このように、肺炎および気管支炎を除いては、先天的なもので占められているが、肺炎および気管支炎の場合でも、その多くは先天的に呼吸器などの異常があるためといわれている。

つぎに、乳児死亡数をその生存期間別にみると、第1-2-2図のとおりである。1週末満の早期新生児死亡の全乳児死亡に占める割合は、昭和25年には約25%であつたが、次第に増大し、昭和45年には50.5%を占めるに至つた。また、新生児死亡の全乳児死亡に占める割合も昭和25年には45.6%であつたが、昭和45年には約66%となつている。これは乳児死亡のうち胃腸炎などの後天的な原因による死亡の改善が著しかつたのに反し、先天的な原因による死亡の改善がこれに伴わなかつたためである。

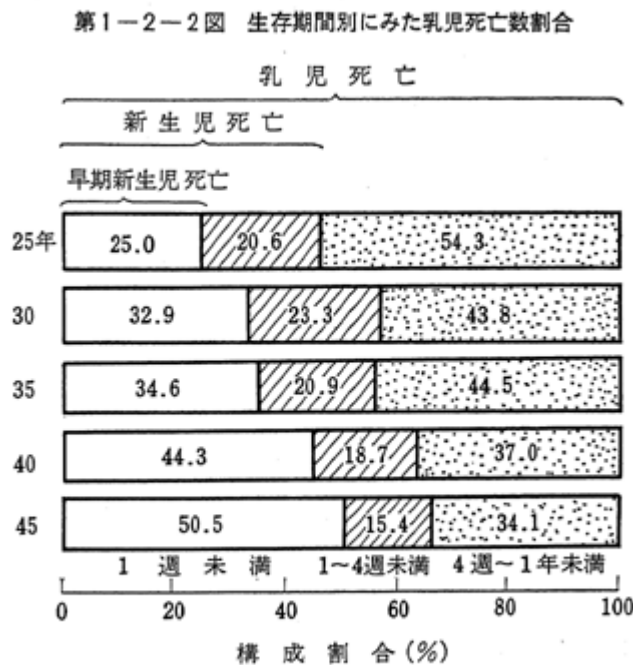
#### 第1-2-1図 年齢階級別にみた死亡率の年次推移

第1-2-1図 年齢階級別にみた死亡率の年次推移



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」  
 注 0歳については出生10万対の数字である。

第1-2-2図 生存期間別にみた乳児死亡数割合



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

## 総論

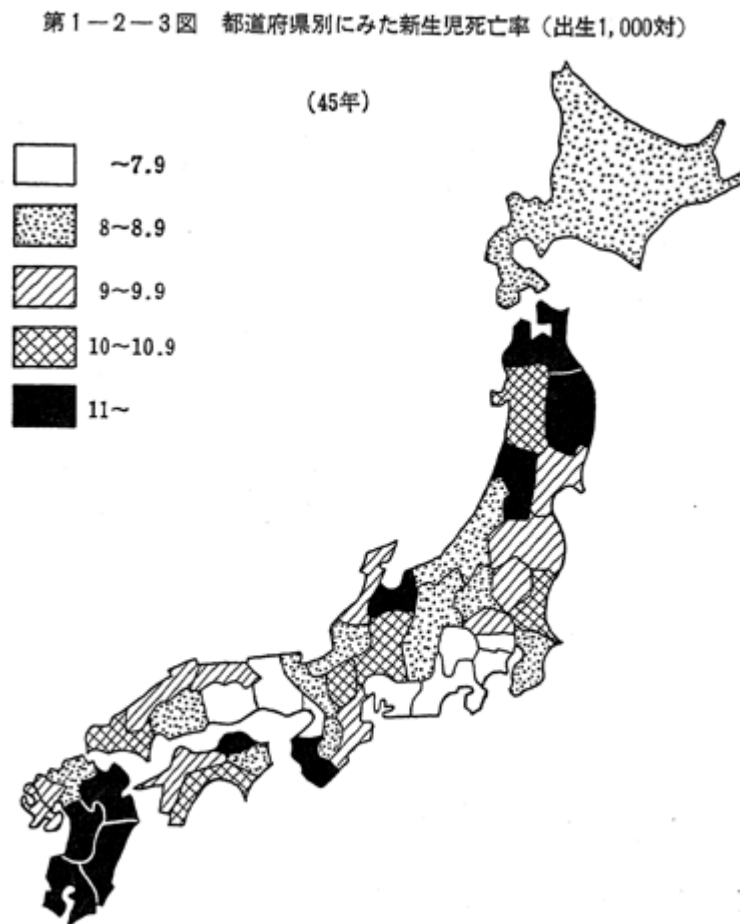
### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 2 東北、南九州で高い新生児死亡率

新生児死亡率を都道府県別にみると第1-2-3図のとおりである。最も低いのは岡山県の出生1,000対6.0で、ついで、大阪7.1, 兵庫7.2, 神奈川7.4, 静岡7.6, 東京7.7の順でこれに続いており、いわゆる東海道メガロポリスでは低率といえることができる。これに反して最も高いのは出生1,000対12.7となつている宮崎県であり、以下大分11.9, 和歌山11.7, 香川11.6, 岩手11.4, 富山11.3, 青森11.1, 熊本, 鹿児島がそれぞれ11.0の順で続いている。したがって2, 3の県を除いては、東北と南九州で高率といえることができ、これらの諸県での母子対策の充実がいつそう望まれる。

第1-2-3図 都道府県別にみた新生児死亡率（出生1,000対）



資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

厚生白書(昭和46年版)

**(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare**



## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 3 幼児に多い不慮の事故

乳児の場合ほどではないが、1歳以上の児童の死亡率の改善も著しい。第1-2-1図から明らかなように、1～4歳の幼児、5～9歳の幼小児の死亡率は、この20年間におおよそ4分の1に減少している。同様に、10～14歳、15～19歳の児童の死亡率は、20年間に3分の1に減少している。しかしながら、わが国の1～4歳の幼児の死亡率116.2は、アメリカの86.3、イギリスの76.9、フランスの85.9(以上1967年)と比較すると、まだ高い。

児童の死亡をその原因別にみると、第1-2-1表のとおりであり、各年齢階級を通じて不慮の事故が最も多く、特に5～9歳、15～19歳では、ともに全死の45.6%を占めている。また乳児の不慮の事故は、死因の第6位で全死亡の4.4%であるが、これは乳児の死亡数が幼児などの死亡数に比べてはるかに大きい故であつて、人口10万対の死亡率は57.9で、年少者のなかでは最も高い。

1-2-1表 年齢階級別にみた死因順位、死亡割合第、死亡率(人口10万対)

第1-2-1表 年齢階級別にみた死因順位

年齢階級	第1位			第2位		
	死因	死亡割合	死亡率	死因	死亡割合	死亡率
0歳	先天異常	15.3%	200.7	出生児損傷 難産および その他の無 酸素症、低 酸素症	14.8%	194.4
1～4	不慮の事故	42.0	45.4	先天異常	10.6	11.5
5～9	*	45.6	21.6	悪性新生物	10.4	4.9
10～14	*	29.5	10.0	*	12.8	4.3
15～19	*	45.6	34.7	自殺	10.1	7.7

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

註 1 率算出の基礎人口は日本人人口(外国人を除く)を用いた。

2 0歳の死亡率は出生10万対である。

死亡割合、死亡率(人口10万対)  
(45年)

第3位			第4位			第5位		
死因	死亡割合	死亡率	死因	死亡割合	死亡率	死因	死亡割合	死亡率
肺炎および 気管支炎	12.9%	169.3	詳細不明の 未熟児	9.9%	130.7	その他の新 生児の異常	8.4%	110.0
*	10.5	11.4	悪性新生物	7.2	7.8	胃腸炎	3.6	3.9
*	6.4	3.0	先天異常	5.9	2.8	中枢神経系 の非炎症性 疾患	4.5	2.1
中枢神経系 の非炎症性 疾患	6.1	2.1	肺炎および 気管支炎	5.9	2.0	良性および 性質不詳の 新生物、先 天異常	4.4	1.5
悪性新生物	8.3	6.3	腎炎および ネフローゼ	4.3	3.3	心疾患	4.0	3.0

不慮の事故による死亡を、さらにその種類別にみると第1-2-2表のとおりである。

1-2-2表 不慮の事故の種類別にみた年齢別死亡率(人口10万対)

第1-2-2表 不慮の事故の種類別にみた年齢別死亡率(人口10万対)  
(44年)

	総 数	0 歳	1 ~ 4	5 ~ 14
総 数	42.2	60.5	45.9	16.4
交 通 事 故	22.9	3.2	15.9	8.4
自 動 車 事 故	20.2	3.2	14.2	7.1
自動車以外の交通事故	2.7	0.1	1.8	1.3
鉄 道 事 故	1.4	—	1.5	0.7
不 慮 の 中 毒	1.2	1.3	1.0	0.4
不 慮 の 墜 落	4.7	2.8	1.9	0.6
そ の 他 の 不 慮 の 事 故	13.4	53.1	27.1	7.0
火災および火焰による 不慮の事故	1.8	3.3	1.8	0.6
天 災	0.1	—	0.0	0.1
不 慮 の 溺 死	4.5	2.7	19.2	5.1
食物およびその他の物 体の吸入または嚥下 による閉塞および窒息	1.1	17.5	1.3	0.1
不慮の機械的窒息	0.8	26.3	1.1	0.2
工業性の不慮の事故	3.7	2.0	3.2	0.7

資料：厚生省統計調査部「人口動態統計」

注 〇歳は出生10万対

乳児では不慮の機械的窒息が人口10万対26.3で最も多く、不慮の事故による死亡の43.5%を占めている。これについては、食物およびその他の物体の吸入または嚥下による閉塞および窒息で人口10万対17.5となつている。機械的窒息では、寝台またはゆりかごでの事故が多いので、乳児の保育にはなおいつそうの注意が必要である。

これに反し、1~4歳では不慮の溺死によるものが人口10万対19.2で最も多く、全体の41.8%を占めている。これについては、自動車事故が10万対14.2で、全体の30.9%となつている。5~14歳では、逆に自動車事故によるものが、10万対7.1で最も多く、全体の43.3%を占め、不慮の溺死が10万対5.1で全体の31.1%を占めこれに続いている。

不慮の事故のつぎに多いのは悪性新生物で5~9歳および10~14歳では死因順位の2位、15~19歳では3位、1~4歳では4位を占め、いわゆる小児がん対策の重要性をうかがわせる。

これらについては、1~4歳、5~9歳で3位、10~14歳で4位を占める肺炎および気管支炎、10~14歳で3位、5~9歳で5位を占める中枢神経系の非炎症性疾患などが続いているが、15歳以上の児童では、すでに自殺が2位を占めていることも見逃せない。

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 4 増加する児童の受療率

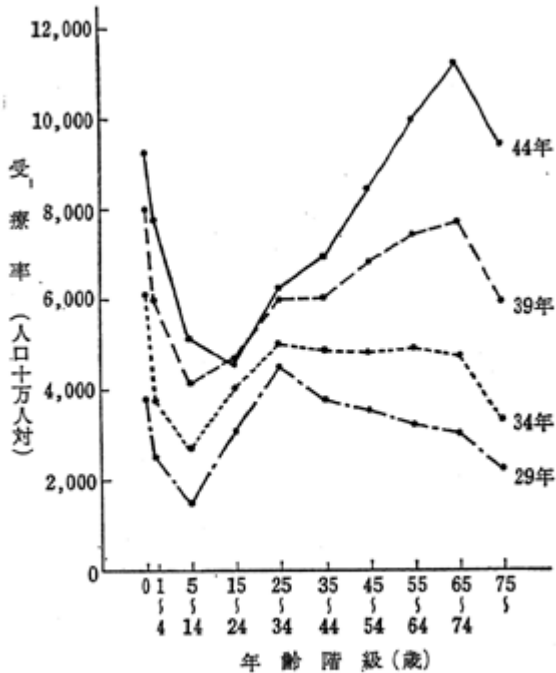
経済の急速な発達に伴って、生活水準、栄養水準は向上し、児童の体位も向上した。また、医療保険の充実、医療サービスの向上が死亡率の低下に大きく貢献した。しかしながら、高度成長に伴う種々の公害、急速な都市化に伴う人口のちゆう密化、生活環境、家庭環境の変化などが、新たに児童の健康を阻害する要因として登場した。

第1-2-4図は、7月中旬のある1日間に、入院または外来患者として病院や診療所で治療を受けた者の割合を年齢階級別に表わしたものである。この図から明らかのように、15歳未満の受療率は年々増加を続けている。しかしながら、これは、必ずしも毎年、病人が増加しているということではなく、医療施設の増加と医療保険制度の充実、保健衛生思想の向上などにより以前は受療しなかつた潜在患者が顕在化したことによる影響が大きいとみられている。

これら受療患者を傷病の種類別にみると、乳児では、呼吸器系の疾患が人口10万対4,567で最も多く(うち急性鼻咽頭炎1,823)、ついで伝染病寄生虫病1,080、皮膚および皮下組織の疾患940、神経系および感覚器の疾患851(うち視器の疾患511、聴器の疾患308)先天異常752の順で続いている。また周産期疾病は人口10万対400であるが、うち入院が286で、0歳の入院患者の半数を占めている。1~4歳では、同様に最も多いのは呼吸器系の疾患で人口10万対4,196となっており、消化器系の疾患が923(うち歯および歯の支持組織の疾患751)でこれに続いている。5~9歳も同様な傾向をもっているが、10~14歳では、消化器系、神経系、呼吸器系の順となり、三者の差は縮まっている。さらに、15~19歳では、消化器系の疾患が最も多く、神経系、呼吸器系の順で続いている。なお15~19歳では不慮の事故・中毒および暴力がこれについている。

第1-2-4図 年齢階級別にみた受療率

第1-2-4図 年齢階級別にみた受療率



資料：厚生省統計調査部「患者調査」

また、第1-2-3表は、昭和44年12月現在での児童のおもな疾病異常の有病率である。幼稚園児から高校生にわたって、最も多いのはむし歯で、特に幼稚園児では95%をこえている。これについては近視が多く、小学生以上では第2位、幼稚園児では第3位を占め、年齢が高くなるにしたがって有病率も増加している。

第1-2-3表 おもな疾病異常の有病率

第1-2-3表 おもな疾病異常の有病率

(単位：%)

学級	性別	むし歯	へんとうせん肥大	近視	へんとうせん肥大	結膜炎
幼稚園	男	95.5	12.1	3.6		2.1
	女	95.3	10.4	4.5		2.5
小学校	男	93.1	9.9	9.7	9.7	3.3
	女	94.2	12.7	9.0	9.0	4.0
中学校	男	88.6	18.5	5.7	5.7	4.1
	女	92.5	24.0	5.3	5.3	3.3
高等学校	男	90.9	37.6	4.0	4.0	2.9
	女	94.5	41.5	2.6	2.6	2.0

資料：文部省「学校保健統計」

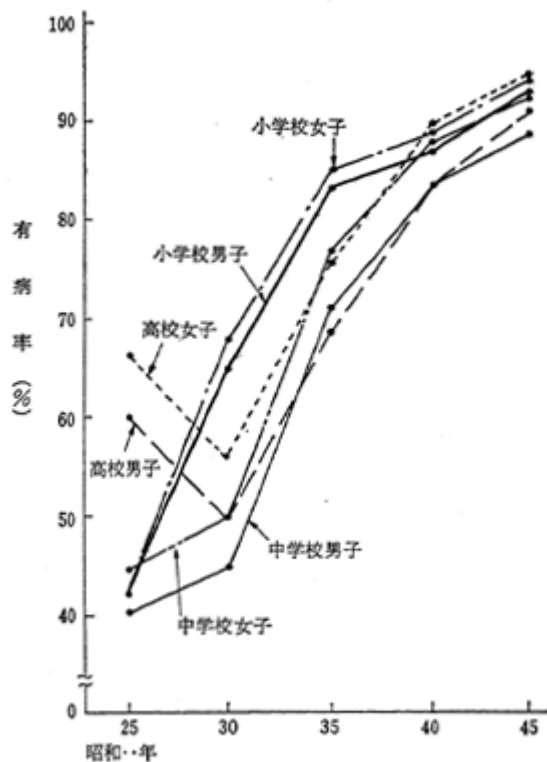
昭和25年以降のむしば有病率の年次推移をみると第1-2-5図のとおりである。小学生では、昭和25年の有

病率は男42.3%, 女42.2%であつたが, 昭和45年では男93.1%, 女94.2%となり, 20年間に約2.5倍に増加している。中学生では昭和25年の有病率は男40.2%, 女43.9%で, 小学生とほぼ等しい有病率を示していたが, その後は一時減少傾向が見られ, 小学生との間にはかなり大きな差があつた。しかし近年は急激な増加をみせ, 昭和45年では, 男88.6%, 女92.5%となつている。なお, 全般的に男児にくらべ女児の有病率が高い。高校生では, 昭和25年の有病率は男59.7%, 女66.3%と最も高い値を示していたが, 中学生の場合と同様な経過をたどり, 45年では男90.9%, 女94.5%となつており, 全般を通じ女児の罹患率が高い。

同様に, 昭和25年以降の近視児童百分率の年次推移をみると, 第1-2-6図のとおりである。小学生で近視の者は, 25年には男7.9%, 女9.0%であつたが, 45年には男9.9%, 女12.7%となり25~40%の増加がみられる。中学生で近視の者は, 25年には小学生の場合とあまり変わらなかつたが, 45年には男18.5%, 女24.0%となり, 20年間に2.5倍に近い増加を示した。高校生の場合には, 男10.7%, 女12.7%から, 男37.6%, 女41.5%となり, さらに顕著な増加率をみせている。

第1-2-5図 むし歯有病率の年次推移

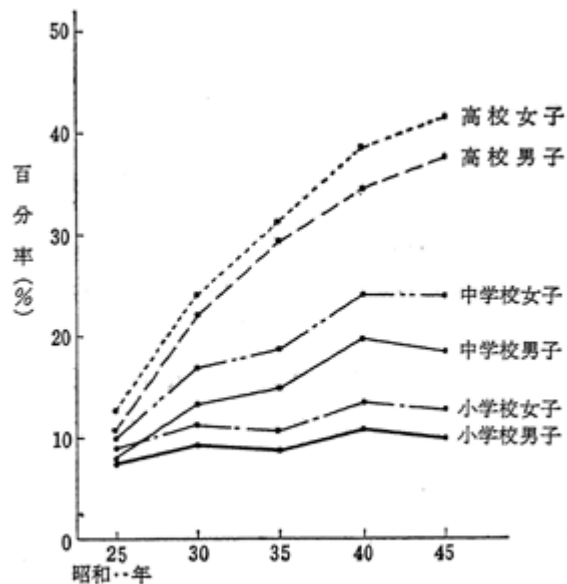
第1-2-5図 むし歯有病率の年次推移



資料: 文部省「学校保健統計」

第1-2-6図 近視児童百分率の年次推移

第1-2-6図 近視児童百分率の年次推移



資料：文部省「学校保健統計」

これらの増加には、テレビの見すぎ、受験勉強など室内での生活の増加が影響していると思われ、これに対しては、テレビの見方、照明などに関し、適切な指導を行なう必要がある。

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 5 児童に多い伝染病と食中毒

近年の医学の進歩，栄養水準の向上，生活環境の改善に伴い細菌感染の疾病による死亡数は急速に減少した。特に，急性伝染病はその様相を一変した。すなわち，コレラ，ペスト，痘そう，発疹チフスなどはわが国に存在しなくなり，ジフテリア，流行性脳脊髄膜炎，急性灰白髄炎などの減少は著しい。しかしながら，赤痢，しょう紅熱，ましん，インフルエンザなどについては，まだ征服できたとはいえない状態である。

特にこれらの疾病のり患者の多くが年少者によつて占められていることは注目すべきである。

昭和45年厚生省統計調査部「伝染病および食中毒統計」によると，赤痢は，5歳以上10歳未満でのり患率が，人口10万対33.4で最も高く，5歳未満，10歳以上15歳未満が，これに続いている。また赤痢は従来夏季の伝染病といわれてきたが現在では季節変動がほとんどみられず，年間をとおしての注意が必要となつている。

しょう紅熱も，5歳以上10歳未満のり患率が人口10万対55.9で最も高く，5歳未満，10歳以上15歳未満がこれにつき，赤痢と似たり患率の年齢構成を示しているが，15歳以上のり患率は赤痢の場合よりずつと低くなり，小児伝染病としての色彩が強い。

ましんは，5歳未満のり患率が人口10万対260.4と非常に高く，5歳以上10歳未満が93.5でこれに続いている。

乳幼児に対する予防接種には種痘，BCG，ジフテリア，百日咳，急性灰白髄炎などのワクチンなどがあるが，これらのなかには，種痘後脳炎をはじめいまだ副作用の発生が懸念されるものもあり，ワクチンの改良についての研究はもとより，予防接種の時期，方法，対象となる児童の年齢などに，なおいつそうの配慮が必要とされよう。

食中毒についての統計は昭和27年に始まつたが，以後毎年発生患者数をみると，昭和30年に約6万6,000人と大量の発生があり，昭和36年の5万3,000人がこれに続いているほかは，2～5万人の発生が毎年くり返されている。昭和45年の食中毒によるり患率を年齢階級別にみると，10～14歳が人口10万対64.5で最も高く，15～19歳が54.0でこれについている。原因物質別にみると細菌によるものが多く，特に腸炎ビブリオによるものが目だつている。またこれを原因施設別にみると件数では家庭で発生したものが32.3%と最も多いが，患者を最も多く出しているのは学校で6,415人，19.7%となつており，仕出屋6,407人，飲食店5,974人がこれについている(昭和45年厚生省統計調査部「伝染病および食中毒統計」)。学校給食が，児童の体位向上その他に果たしてきた役割はきわめて大きいが，衛生管理の面ではなおいつそうの注意が必要とされる。



## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

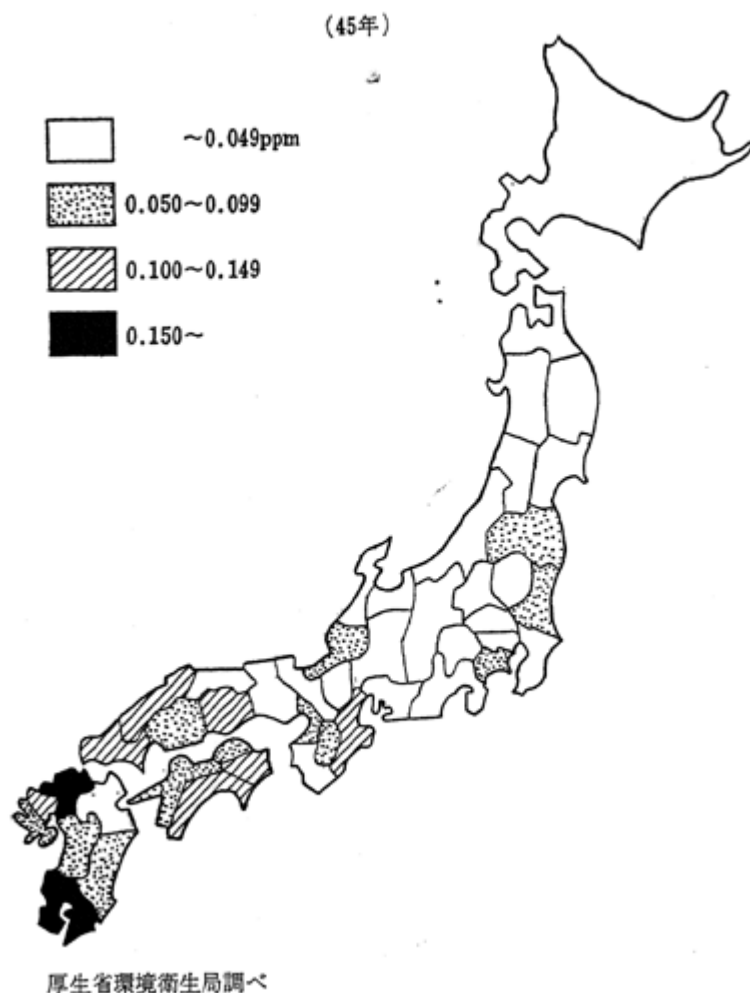
##### 6 母乳まで汚染したBHC

農作物生産の高度化に大きな役割を果たしたBHCが市販牛乳に残留し、その影響が心配されている折から、母乳までがBHCによごされているという調査の結果は、多くの母親に深刻な衝撃を与えた。BHC、DDTなどの有機塩素剤は、急激な毒性は低いが、脂肪と結びついて体内に蓄積されやすいといわれている。特にBHCの異性体のうちでも $\beta$ -BHCは分解しにくく、体内に入ると脂肪部分にどんどん蓄積し、肝臓障害などの慢性中毒を起こすといわれている。

牛乳中のBHCなど有機塩素系農薬の残留調査は、昭和44年以来行なわれてきたが、45年に各都道府県について行なわれた調査結果のうち、最も含有量の高い $\beta$ -BHCの分布をみると第1-2-7のとおりである。農薬として散布された $\beta$ -BHCは西日本に多いといわれているが、この図から明らかなように、牛乳中の $\beta$ -BHC含有量も福岡、鹿児島をはじめ、西日本の各県で多い。

第1-2-7図 牛乳中の $\beta$ -BHCの残留状況

第1-2-7図 牛乳中の $\beta$ -BHCの残留状況



また、46年1~4月に、全国24都道府県で行なわれた「母乳および母体中における有機塩素剤の動態に関する研究」の結果はつぎのとおりであった。

- (1)  $\beta$ -BHCおよびDDTは対象の419例全例に検出された。
- (2)  $\beta$ -BHC, DDTおよびデイルドリンの濃度については、一部の例に高い値を示すものがみられたが、 $\beta$ -BHCは93.3%, DDTは73.3%, デイルドリンは78.0%の例がそれぞれWHOあるいはわが国の基準を下回っていた。
- (3) 母乳中の $\beta$ -BHCの濃度は西日本に高い傾向がみられた。
- (4)  $\beta$ -BHC, DDT, デイルドリンのいずれの場合も、農婦より非農婦に高い。
- (5) 稲わらなど農薬が高い濃度で残留したものを食べて育つた牛の肉や乳を比較的多量に摂取している婦人の母乳に残留値が高い傾向がみられた。
- (6) 健康状態については、母乳に残留値の高い産婦およびその乳児でも、異常所見はみられなかった。

BHCなどによつて汚染された牛乳や母乳による乳幼児の健康被害は、全国的に実施されている乳児および3歳児健康診査でも認められていないが、今後も汚染が続けば、悪影響を及ぼすことが懸念されるので、この汚染を断つことが重要である。

すでにBHC, DDTについての生産中止, 使用制限などの措置がとられているが、今後ともその規制を強化する必要があることはいうまでもない。

また、妊婦, 乳児, 幼児については、健康診査をいつそう徹底して行なう必要がある。このために、有

厚生白書(昭和46年版)

機塩素剤による健康被害を早期に発見, 診断するためのチェックリスト(診断基準)を作成する。乳児については, 生後3か月, 6か月, 1年の3回, チェックリストを用いて一次健康診査を行ない, 何らかの異常の認められたものについては, 肝機能検査, 腎機能検査などの精密検査を行なうこととなっているが, 有機塩素剤の人体に及ぼす影響についてのさらに徹底した研究も必要である。

---

---

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 7 公害と児童

経済の高度化に伴って、都市およびその周辺の大気の汚染がひどくなっている。大気汚染の影響により多発する疾患として、慢性気管支炎、気管支ぜん息などがあげられるが、厚生省では昭和40年から5か年計画で、千葉、四日市、大阪の3地区で大気汚染の著しい地区と対照地区の小学校の学童を対象に、ばい煙が肺機能にどのような影響を与えるかという調査を実施してきた。この調査によつて、各地区の浮遊ふんじん量と学童(男子)の努力性時間肺活量(1秒量)との関係を見ると、浮遊ふんじん量の多い地区ほど学童の肺活量が低く、肺機能に影響を与えていることがわかる。また、亜硫酸ガスと肺機能成績との間でも浮遊ふんじんの場合ほどではないが、やはり同様の傾向がみられ、地区の汚染度が高くなるほど肺活量でみた汚染の影響が顕著になつている。さらにこのような調査を続けるとともに、汚染防止のための対策を講ずる必要がある。

総論

第1章 児童と健康

第2節 児童の健康はどのように守られているか

8 さらに拡充強化が必要な3歳児健康診査

幼児期において、身体発育および精神発達の面から最も重要な時期は3歳児の時期であるがこの年齢に達した幼児全部を対象として医師、歯科医師などによる総合的健康診査を実施して、その結果に基づき、適当な指導および措置を行なおうとするのが3歳児健康診査である。3歳児に対する健康診断は、発育状態、栄養の良否、疾病の有無など従来行なわれていた健康診断にとどまらず、歯科および精神発達などの検査、食欲不振および諸種習癖の相談、指導、予防接種実施の有無の確認など多角的な検査を行ない、合わせてし体不自由、精神薄弱、視力または聴力障害など各種心身障害の早期発見に資することを目的として昭和36年度から実施された。

発足当初は、国内だけでなく、全世界の母子保健関係者の注目を浴びたこの3歳児健康診査のその後の状況は第1-2-4表のとおりであり、昭和45年には指導実人員が122万4,952人で、3歳児の約67%に達するようになったが、受診者には比較的健康的な子供が多く、未受診のなかには、心身障害児、虚弱児など、本来この健康診査で潜在化を防ぎ、今後の追跡指導を必要とするような者が比較的多いことなど、なお改善を要すべき点が多い。

健康診査の効率をあげるためには、乳幼児を持つ母親の積極的な協力が必要なことはもちろんであるが実施者側としても、事後指導を行うなど健康診査をより高度で有意義なものとするため、保健所を拡充強化するとともに児童相談所など関係機関の連携を強化し、児童の健全な育成に真に貢献するよう努めることが必要であり、またそのためには、専門医師の技術的援助、保健所職員の確保なども重要である。

第1-2-4表 3歳児健康診査の状況

第1-2-4表 3歳児健康診査の状況

	(A) 3歳児人口	(B) 指導実人員	(B) (A) %	身体面指導 実人員	精神発達面 指導実人員
38年	1,557,853	774,984	49.7	—	—
39	1,541,079	828,512	53.8	—	—
40	1,567,441	816,778	52.1	79,738	34,187
41	1,611,892	978,633	60.7	97,692	43,649
42	1,653,664	1,020,400	61.7	99,308	48,865
43	1,731,301	1,132,943	65.4	113,487	67,406
44	1,418,090	984,331	69.4	98,844	70,473
45	1,843,200	1,224,952	66.5	117,098	82,842

資料：1 総理府「全国年齢別人口の推計」、ただし、40年は「国勢調査」確定数、45年は「国勢調査」1%抽出結果。

2 厚生省統計調査部「保健所運営報告(45年)」

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 9 経済的負担に耐えかねる難病児をかかえた家庭

最近の医学、薬学の進歩により、急性伝染病など感染症の疾患についての治療は、じゅうぶんの効果をあげてきた。したがって、残された児童のおもな疾病としては、心臓病、ネフローゼ、小児がん、小児ぜんそくなど慢性疾患のものが多し。

これらの多くはかつて不治の病として、り患した児童やその家族に与える経済的、精神的な影響は大きく、死に対しては半ばあきらめの心境であつた。しかしながら、医学医術の進歩は、早期発見、早期治療の可能性をもたらし、それらの児童に対し回復への希望を持たせることとなつた。

現在、先天性心臓疾患などは短期間で回復の見込みのある疾病として育成医療の対象とされ援護が行なわれている。

また小児がんについても医療費がおおむね月平均約11万円といわれ、医療保険が適用されても家計に占める医療費の比重はきわめて重なることから、昭和46年度から小児がん治療研究費補助金2億円が計上され、育成医療などの公費負担に見合う額の補助がなされている。

しかしながら、児童の医療については後天性心臓疾患、ネフローゼなど、なお残された問題も多く、小児医療の分野での今後の課題となつている。

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 10 小児専門医療機関の整備が必要

小児には先天性内臓疾患、脳性まひ、フェニールケトン尿症、小児ネフローゼ、小児がん、小児ぜんそくなど先天性、後天性の小児特有の疾病があり、これらは特殊な診断、治療、看護を必要とする。

これらの小児期における疾病については適切な医療が受けられる高度の総合的診療機能を有する施設の整備が行われる必要があり、このためには、小児専門医療機関の整備と専門医を含めた職員の養成が行われなければならない。

現在、小児専門病院としては東京に国立小児病院が昭和40年に開設されているほか、神奈川県、兵庫県でも県立小児専門病院が開設されているが、これらを利用できるものは地域的に限られているのが現状である。

したがって、今後は、国立小児病院を中核として各都道府県において1か所の小児医療センターを設置することを目標に、小児専門医療機関の計画的整備を推進する必要がある。

また、ぜんそく、じん臓病など慢性疾患の小児については診療とともに教育あるいは生活指導などを考慮することが必要であり、現在国立療養所ではこのような目的のために地域ごとに慢性疾患の小児を収容する療養所の整備をはかっているところであるが、今後病弱児に対する養護学校の整備と平行して、それらの拡充を推進しなければならない。



総論

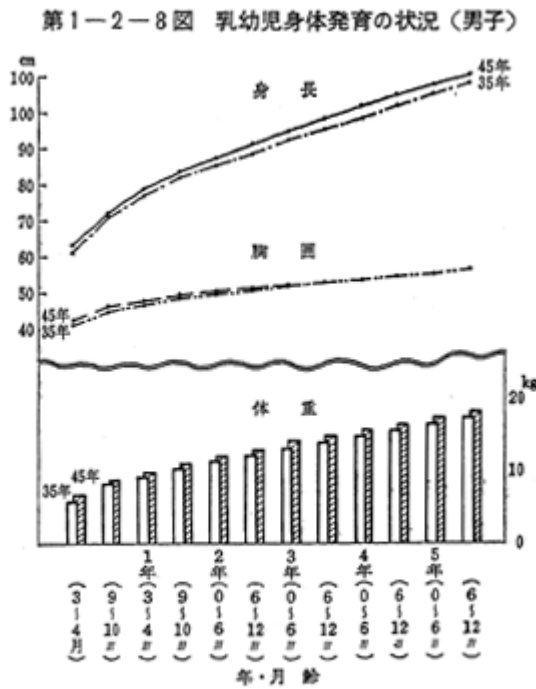
第1章 児童と健康

第2節 児童の健康はどのように守られているか

11 著しく向上した体位

戦後、児童の体位の伸びは著しい。母子健康手帳には、10年ごとに行なわれてきた乳幼児身体発育調査の結果によつて、身長・体重・胸囲などの標準値や上下の限界値が自分のこどもの発育程度の参考として記載されているが、調査の数年後には実状に合わなくなつていく。すなわち、昭和45年乳幼児身体発育調査の結果を35年の結果と比較すると第1-2-8図のとおりであつて、身長では、2歳未満で1~2cm、2歳以上は3cm近くも伸びている。また、体重では、各年月齢とも0.5~1kgの増、胸囲では2歳未満で約1cmの伸びとなつていく。

第1-2-8図 乳幼児身体発育の状況(男子)



資料：厚生省児童家庭局「乳幼児身体発育調査」

学齢以上の児童の体位の伸びはいつそう顕著である。第1-2-5表は、小学校6年生、中学3年生、高校3年生についての平均身長の年次推移である。いずれの年齢でも、昭和23年に比べて著しい伸びをみせているが、特に、男子では中学3年生の15.2cm、女子では小学校6年生の12.3cmの増加が著しい。

第1-2-5表 身長 of 年度別推移

第1-2-5表 身長の年度別推移

(単位:cm)

	男 子			女 子		
	小学校6年 (11歳)	中学3年 (14歳)	高校3年 (17歳)	小学校6年 (11歳)	中学3年 (14歳)	高校3年 (17歳)
昭和23年度	130.4	146.0	160.6	130.8	145.6	152.1
30	133.9	151.7	163.4	134.9	148.9	153.2
40	138.5	158.3	166.8	140.4	152.5	154.8
45	140.8	161.2	168.0	143.1	154.4	155.9

資料:文部省「学校保健統計」

このような結果は、体重、胸囲など他の体位についてもほぼ同様な傾向がみられる。

体位の著しい発達は、生活水準の向上に伴う栄養水準の向上などによるものであり、特に乳幼児期におけるたん白摂取量の増加によるものと思われる。

なお、このような体位の著しい発達にもかかわらず、体力はさほど増加しておらず、今後この点の強化が必要である。

## 総論

### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

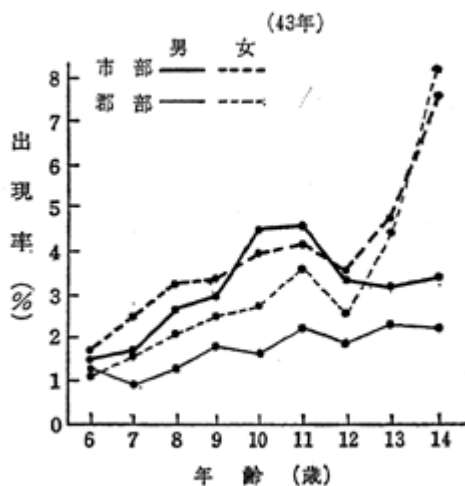
##### 12 ふえている肥満児

食生活の向上は、児童の体位のめざましい向上に大きな貢献をしたが、一方では運動不足とあいまつていわゆる肥満児の増加をもたらした。

第1-2-9図は、学校保健統計調査により市郡、性、年齢別にみた肥満傾向児(標準体重として身長別平均体重を用い、その20%をこえるもの)の出現率を示したものである。一般的に、年齢が高くなるにつれて肥満傾向児が増加する傾向があるが、特に女子では13~14歳で急激に増加する。また市郡別では、男女とも市部が高く、特に市部男子10歳および11歳での出現率が高く、この場合を除いては、市郡とも男子よりも女子の方が肥満児の出現率が高い。

第1-2-9図 地域別にみた肥満傾向児出現率

第1-2-9図 地域別にみた肥満傾向児出現率



資料：文部省「学校保健統計」

肥満した成人は、一般人に比べて高血圧、糖尿、たん白尿などの発見率が高く、死亡率も高いといわれている。肥満児と普通児との間にこのような差はないといわれているが、肥満児の多くがそのまま肥満した成人に移る確率が高いので、じゅうぶんな注意が望まれる。

また、運動能力についても、背筋力や握力などを除いては全般的に劣っており、特に徒走、跳躍などでは著しい。

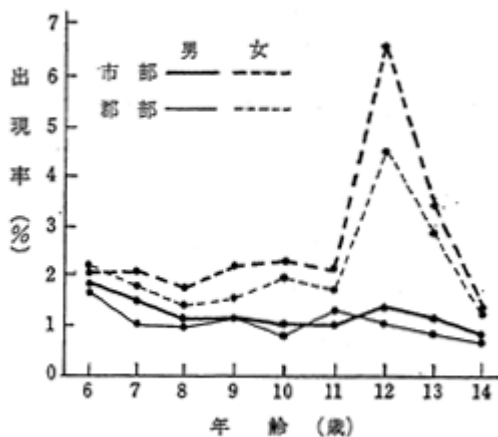
肥満児の発生原因には、遺伝的なもの、心理的な影響も見逃せないが、近年の急激な肥満児増加の原因は、主として摂取熱量の消費熱量に対する過剰であり、摂取熱量が増加する一方、交通機関の発達、遊び場などの不足による運動不足が消費熱量の減少をもたらしたものであるといえる。

肥満児増加の反面、細長児、いわゆるもやしつ子の存在も見逃せない。肥満児の場合と同様に、単なるやせすぎと病的な細長児とは区別されるべきである。学校保健統計では、標準体重の20%以下をそう身傾向児としているが、これによつて市郡、性、年齢別出現率をみると、第1-2-10表のとおりであり、各年齢を通じて女子の出現率が高い。特に12歳での出現率が高いが、これは、児童が早熟となり、12歳前後の女子の伸びが非常に大きくなつたためである。また、市郡別では、男女とも市部にそう身傾向児が多い。

第1-2-10表 地域別にみたそう身傾向児出現率

第1-2-10図 地域別にみたそう身傾向児出現率

(43年)



資料：文部省「学校保健統計」

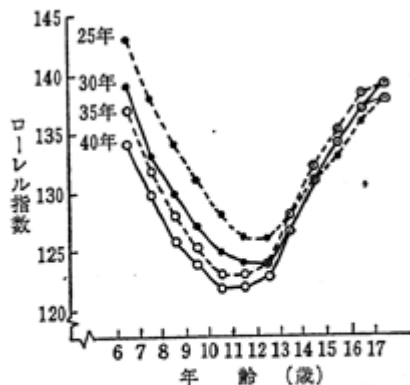
細長児と普通児の間では、学校成績、運動能力ともに有意差はみられないという報告が多いが、学校保健統計の結果によれば、そう身傾向児には、栄養要注意、へんとうせん肥大、身体虚弱などが多くなつている。

また、近年特に肥満児が問題になり、児童が全体として肥満となる傾向に思われがちであるが、年齢別ローレル指数の年次推移をみると、第1-2-11表のように、全体としてはむしろやせ型になる傾向がうかがわれる。

第1-2-11図 ローレル指数年齢変化の年次推移

第1-2-11図 ローレル指数年齢変化の年次推移

(女子)



資料：文部省「学校保健統計」

註) ローレル指数は、 $\frac{\text{体重}}{(\text{身長})^3} \times 10^7$  で算出されるものであり、主として学童期以後に使用され、指数が160以上のものを肥満児とすることが多い。

*(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare*

## 総論

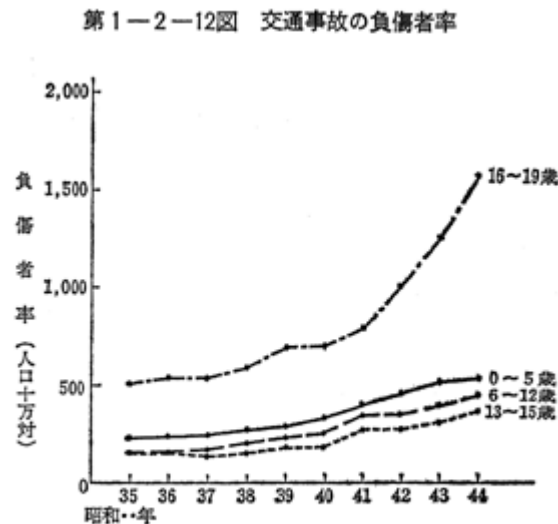
### 第1章 児童と健康

#### 第2節 児童の健康はどのように守られているか

##### 13 緊急を要する交通事故対策の確立

児童の死亡原因のうち最も多いのが不慮の事故であつて、その内訳をみると交通事故がトップを占めていることは、本節の3で述べたとおりであるが、交通事故による負傷者、および死者発生率の年齢階級別年次推移は第1-2-12表および第1-2-13表のとおりである。負傷者では、すべての年齢階級で年々上昇を続けているが、16~19歳では、15歳以下に比べてきわめて高い率を示しており、特に41年以降の増加は著しい。

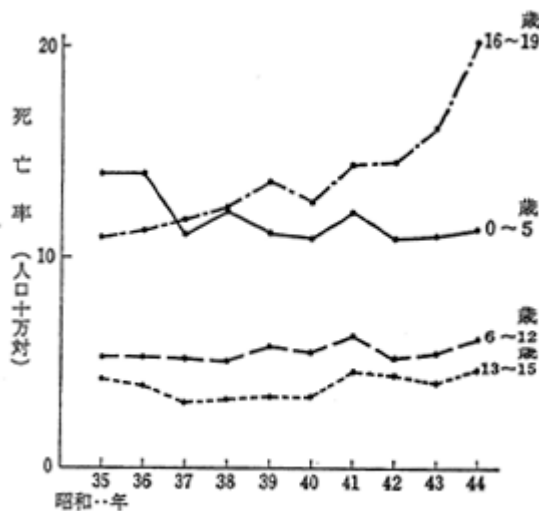
第1-2-12図 交通事故の負傷者率



資料：警察庁交通局「交通事故統計」

第1-2-13図 交通事故の死亡率

第1-2-13図 交通事故の死亡率



資料：警察庁交通局「交通事故統計」

また、死亡者の場合も負傷者の場合と同様な傾向を示しているが、0~5歳の死亡率がかなり高く、37・38年では、16~19歳の死亡率とほぼ等しい。死亡者の場合も16~19歳での年ごとの増加は著しく第1-2-1表で、15~19歳の死亡率が45年で上昇傾向にあつたことと思ひあわせると、交通事故による死亡率が、全体の死亡率の増加をもたらすまでに増加したことがわかる。

16~19歳での交通事故の急激な上昇は、交通事故対策の累急性を強く必要とするものである。また5歳未満では、負傷者の率はそれほど高くないが、死亡率が非常に高くなつており、このように年少者の場合には、交通事故がただちに死亡につながるといつても過言ではないことを示している。

乳幼児の交通安全対策としては、児童および保護者に対する交通安全指導の強化、児童の事故防止をはかる地域組織活動の促進、児童の遊び場の確保などが必要であり、また乳幼児の安全という意味からは、乳幼児の行動範囲に事故につながる危険性のある器具や状態を可能な限り排除することが必要である。