

農村母子衛生教育の社会的要因

——埼玉県某農村における事例的研究——

藤 田 禄 太 郎

I 研究目的

II 研究対象(調査地域の概要)

III 研究方法

IV 研究結果

V 要 約

I 研究目的

まずはじめに母子衛生教育というコトバについてふれておきたい。

母子衛生教育というコトバは、衛生教育の分野で、実際の便宜上から使われているものであり、母子衛生（または母性衛生）(Maternal Health)と衛生教育 (Health Education) の2つのコトバの結びついたものである。したがって、母子衛生教育というコトバの発生は不明であり、はっきりした概念をもっていないといえる。

ここでは、上にのべたところの2つのコトバの合成されたものとして、母子衛生教育を「母と子をめぐる健康問題にたいする教育的アプローチ」と考えておきたい。

母と子の健康をめざすということは、国民の健康をまもる出発点ともいえることであり、妊娠→出産→育児という過程が中心となるが、実際には妊娠以前、さらに結婚以前の健康問題もふくめて考えるという立場もある。

妊娠は生理現象であるといわれる。しかし、それは同時に数多くの危険を伴う一種の病態であるという考え方も必要であろう。

すなわち、妊娠悪阻、妊娠浮腫、妊娠腎等のいわゆる妊娠中毒症は、程度の差こそあれほとんどの妊婦にあらわれ、また、結核・循環器疾患・新陳代謝障害等は妊娠により悪化して妊婦の生命をおびやかす。一方、胎児についても妊娠の異常(病態から過労までをふくむ広義の)や、感染によって、形質異常・先天性障害、または、先天性弱質、未熟児として出生し、新生児期乳児期に死亡してしまうことが少なくない。

ところが、この妊娠時における異常についても、妊婦自身が知らないあいだにおこり、悲惨な結果をみるのみならず、知りつつも、「生活」が予防や治療をさまたげているため悪化してゆくということも多い。しかし、そのいずれの場合にも、妊婦の健康知識や生活態度がやはり関与することはいうまでもない。

さらに、これらを大なり小なり規制するものとして、生活環境という社会的要因がある。

従来、母子衛生の問題については、その発生要因として、たとえば、妊婦の労働時間、摂取カロリー、栄養素などが、生理学的な立場からとりあげられてきた。一方では、母子衛生の問題の改善をめざす衛生教育の立場からは、たとえば農村地域においては、社会的条件がとりあげられてきた。すなわち、そこでは、農村社会の封建的構造や前近代的生活様式が障害となっていることが経験的に指摘されている。

しかし、生物学的条件が社会的条件によりどのように規制されているかという一元的な、いわば socio-biological な立場からのアプローチはほとんどみられないといえよう。

母子衛生、とくに農村における母子衛生の改善のためにはこの socio-biological な立場から、問題の所在をとらえて分析することが先決となろう。

われわれは、このような立場から、埼玉県下で、数地区にわたって、母子衛生の社会学的研究をおこなってきた。ここでは、その一部分をとりあげて、衛生教育の観点から分析し考察を加えたいとおもう。

II 研究対象(調査地域の概要)

研究対象とした地域は、埼玉県川越市F地区で、この地区は、東京都心より電車で約1時間ほどである。F地区は、畑作農業地域であって、蔬菜を主とする換金作物を栽培している。その歴史は、かなり古く、延宝3年松平伊豆守が検地を行なっているが、記録によれば、もっと古くからひらけていたものと考えられる。近郊農村であり、戦争中は疎開者、被災帰村者などにより、また戦後は、復員、外地引揚者により、昭和20年を中心とした前後2年間の人口増加は、18～20%にのぼった。しかし、昭和23年頃から離村者が続出し、調査時の昭和32年3月現在には、人口3892人、戸数606戸であった。そして、衛星都市として通勤通学者を東京へ出しており、また全結婚女性の10.5%(昭和31年)が東京へ転出しているなど、かなり都市化されている農村といえる。以下、昭和32年の統計的指標により地域の状況を簡単にのべておこう。

地域内の耕地面積は、6732反でそのうち6271反(93.1%)が畑で、茶園が457反、果樹園が4反となっている。これを農家1戸当たりでみると、11.1反、人口1人当たりでは、1.7反となる。経営の形態についてみると、自作は、422戸(69.6%)となっている。また、家畜の所有状況は、乳牛34頭(9戸)役牛12頭(12戸)、豚370頭(175戸)、鶏1500羽(300戸)となっている。

経営耕地面積の規模別の分布状態をみると次の表のごとくである。

経営規模	戸数	%
3反未満	74	12.2
3～5	65	10.7
5～10	155	25.6
10～15	155	25.6
15～20	100	16.5
20～30	56	9.2
30反以上	1	0.2

都市近郊であり、農業経営技術においても、近時かなり進歩がみられる。

最近では、自動耕うん機などもかなりはいってきているものと考えられる。

また地域内には、小学校と中学校が1つずつあり、昭和32年3月現在、小学生数は、715人、職員数20人、中学生数は、327人、職員数11人となっている。

Ⅲ 研究方法

(地域の母子衛生問題発見の方法)

地域における母子衛生問題を改善するというためには、まず問題の発見が先決であることはいうまでもない。ここには、冒頭にのべたような研究目的から、つぎのようになる観点で問題をとらえることとした。

- 1) 母子衛生状況
- 2) 母子衛生にたいする関心と態度
- 3) 母子衛生に関するopinion-leader

分析の資料

1) 衛生統計

F地区の衛生統計については、管轄であるところの川越保健所にある指定厚生統計第5号の人口動態統計票より昭和27年4月～昭和32年3月の間に発生した出生、乳児死亡、死産を抽出した。

2) 質問紙法面接調査

地域内の主婦のうちから、昭和29年4月～昭和32年3月の間に出生した乳幼児をもつ母親を対象につぎのような内容について質問紙面接法により調査をおこなった。

調査内容

- 家族構成・年令・学歴・経営耕地面積
- 母親の大病の経験
- 妊娠中の病気の経験
- 分娩異常の有無
- 乳幼児の発育経過と病歴
- 乳歯の発芽時期
- 歩行の開始時期
- 母乳の分泌状況
- 子供の死亡の有無
- 育児に関する情報源
- 妊娠検診(初診の時期・受診回数)
- 出産前後の労働状況
- 離乳開始の時期
- 離乳の態度
- 子供の生活と親の態度
- 希望する子供の人数
- 炊事の担当者
- 副食物の決定者
- 乳幼児の面倒をみる人(食事)
- 育児の主権をにぎっている人
- 日常の家計の主権をにぎっている人

上にのべたような衛生統計、面接調査の結果については、つぎのような観点から分析した。

すなわち、健康的な生活をきずきあげ、母子衛生の改善をめざすためには、家族の機能を重視するべきであろうと考えられる。とくに農村のように、家族が前近代的

集団として性格づけられるようなばあいはおそらくであらう。家族はもっとも基礎的、本来的な社会集団であり、もっとも基礎的な社会的細帯により統一され、現存するもっとも緊密な社会集団である。このように凝集力のつよい集団は個人にたいする影響力もつよいと考えられる。⁽⁶⁾とくに、農村の家族は、直系家族が多く家父長的な支配型がみられることから、家族の構成類型をメルクマルとして問題の所存を知ることとした。家族構成の類型⁽¹⁾としては、小倉氏の分類をもちいた。

家族構成類型

- I 父母+未婚の子女
- II 祖父+類型 I
- III 祖母+類型 I
- IV 祖父母+類型 I

また、生活水準の差による問題の差異をとらえるために、年間所得額をもとにしてつぎのような階層にわけた。

所得類別による社会階層

- I 無所得
- II 20 万円以下
- III 20 万円以上～30 万円以下
- IV 30 万円以上～40 万円以下
- V. 40 万円以上

IV 研究結果

1 母子衛生の状況

母子衛生の状況は、ふつうは衛生統計的諸指標のしめすところによって判断される。ここには、衛生統計のなかから、乳児死亡率、新生児死亡率、死産率、といったような諸指標をとりあげることとした。

さらに、面接調査の結果のなかから、乳幼児の発育状況、病歴、乳歯のはえはじめた時期、歩きはじめた時期、母体の健康状態、分娩の異常有無、母乳分泌状況、死亡した子供がいるかどうか、などをとりあげ、あわせて考察した。

1-1 地区における母子衛生の全般的状況

上にとりあげたような衛生統計的指標、面接調査の結果などから、F地区における母子衛生の全般的状況についてみよう。

1-1.1 統計的諸指標よりみた母子衛生状況

F地区の乳児死亡率、新生児死亡率、死産率、は、第

第1表 衛生統計よりみた母子衛生状況

	乳児死亡率	新生児死亡率	α -インデックス	死産率
F地区	76.2 ⁰ / ₀₀	34.9 ⁰ / ₀₀	2.2	33.3 ⁰ / ₀₀
埼玉県	50.7	30.7	1.7	30.7
全国	40.7	23.0	1.7	23.0

1表にみるとおりである。

この表の率は、昭和27年4月から、昭和32年3月までの5ケ年の平均率であるが、これを埼玉県、全国の昭和32年の率と比較してみると、乳児死亡率、新生児死亡率、死産率のいずれの指標についても、埼玉県全体の率より高率であることが注目される。とくに、乳児死亡率のひらきが大きいといえる。

また、乳児死亡のうち、生後4週以内に死亡したもの、いわゆる新生児死亡については、普通それが乳児死亡のうちでどれくらいの割合をしめているかという点について考えられる。(この両者の比率を、 α -インデックスといっている。)新生児死亡の原因は、たとえば未熟児など、医学的にみて原因がはっきりつかめないばあが多い。すなわち、それは生まれてきた乳児のとりあつかい上の不注意、育児の不全によるのではなく、妊娠中または妊娠前の母体側の問題であるといわれる。これにたいして、新生児外死亡(生後1ヶ月以降1ケ年未満)は、たとえば、肺炎、下痢腸炎などのように、どちらかといえば、保育上の失敗とされるべきものである。換言すれば、新生児死亡は、あるていどはやむを得ない、ふせぎようのないものであり、その後の乳児死亡は、防止し得るものということになる。そこで、乳児の死亡については、新生児外の死亡を可及的に減少させることがのぞましいとされている。 α -インデックスをもっていえば、乳児死亡がすべて新生児死亡である場合は、 α -インデックス=1.0となり、乳児死亡の半数が新生児死亡である場合は、 α -インデックス=2.0となる。したがって、 α -インデックスについては1.0に近いほどのぞましいということになる。第1表についてみると、F地区は、埼玉県、全国のいずれの α -インデックスと比較しても大きい。すなわち、まだ改善されるべき余地があるということが考えられよう。

1-1.2 面接調査結果よりみた母子衛生状況

つぎに、面接調査の結果からみた母子衛生の状況をとりにあげてみよう。

まず、乳幼児の発育について、発育が順調でなかった

1) 地区診断の理論と実際 宮坂他著

6) 講座社会学Ⅳ. 福武・日高編

第2表 乳 幼 児 の 発 育

全 般 的 発 育		乳 歯 の 発 芽 時 期		歩 行 開 始 の 時 期	
順調でない	病気をした	生後7ヶ月以内	10ヶ月以降	生後1年以内	生後1年半以降
8.17%	15.01%	44.5%	18.5%	11.4%	21.7%

もの、病気をしたことがあるもの、乳歯のはえはじめた時期、歩きはじめた時期、などをとりあげてみた(第2表)。

乳児の発育については、ここにはとりあげなかったが、乳幼児の身長・体重・胸囲・皮厚などの統計的指標がよく使われている⁽²⁾。しかし、身体が大きいということが必ずしも健康であるということにならないように、乳幼児についても、標準値と比較して、大きい小さいということが発育の順調であるかどうかをあらわしているというだけでは充分でない。ここには、母親の主体的認識として把握された「自分の子どもの発育」を知るためにあえて、面接調査でとりあげたものの結果を考察することにした。表にみるごとく、順調でないことたえたものが、約8%ほどである。

また、病気をしたことがあることたえたものは、15%ほどである。これらについては、母親の記憶とか、発育の順調や病気などにたいする判断基準によるちがいのなどの条件が影響しているの、医学的、統計的実態と一致するものとは考えられないかもしれない。しかし、母子衛生教育の立場からは、母親が、「自分の子供は、順調な発育をした」、「自分の子供は、病気をしたことがない」と考えていること、すなわち主体的認識の実態を把握することが重要であると考えられる。乳歯のはえはじめた時期は、7ヶ月以内が40%以上で、ほとんど半数にちかい。これは一般的状況と比較して決しておくれているとはいえない。しかし、歩きはじめの時期については、1ヶ年半以降のものが、20%以上もあり、むしろおくれているといえるのではなからうか。

つぎに、母親の健康問題を取りあげてみよう。母体の健康状態については、母親が現在までに、(未婚時代から)大きな病気をしたことがあるかどうか、また、妊娠中に病気をしたことがあるかどうか、さらに、出産にさいして、分娩の異常があったかどうか、などの点についての調査結果を取りあげた(第3表)。その状態は、表に

第3表 母 体 の 健 康 状 態

大病の経験あり	妊娠中病気をした	分娩異常があった
13.5%	8.8%	3.8%

みるとおりであるが、これについても、医学的実態と一致するとはいえないであろう。「大病」としたのは、「か

ぜひき」「はらいた」や「肩こり」などの程度の疾患や軽度の農婦症をのぞいて考え病弱体質かどうかをこたえさせるためである。大病という概念については、多くの被調査の応答の内容から考えて、「長く寝込んでしまうような病気」としてとらえられているようである。

つぎに、母乳の分泌状況について、母乳が充分であったかどうか、不充分であった場合には、混合栄養か人工栄養かなどの点を取りあげた(第4表)。表にみるとお

第4表 母 乳 の 分 泌

充分だった	不充分(混合)	不充分(人工)	全く出なかった
77.9%	13.0%	60.7%	2.4%

り、充分であったものは、ほとんど80%近くある。これらのもののみならず、農村では、一般に母乳にたより、また母乳をいつまでもあたえる傾向があり乳幼児の栄養の点からも問題がある。

乳が出るからいつまでも与えるという事態が多くみられる。これについては、のちにとりあげることとした。

以上、地区の母子衛生状況についてのべたが、これらの状況が、家族の構成類型別、または、社会階層別にみた場合、どのようにちがっているかという点を取りあげ、考察してみたいと思う。

1-2 家族構成類型別にみた母子衛生状況

すでにのべたように、妊婦の健康意識や態度は、生活環境のなかにおける多くの社会的要因により、規定されている。そこで、ここでは、まず妊婦をとりまく生活環境としての家族について、その構成類型別に母子衛生の状況を分析してみよう。

1-2.1 統計的諸指標よりみた母子衛生状況の分析

乳児死亡率、新生児死亡率、死産率について、家族構成の類型別にみると、表のごとくなる(第5表)。類型I、IIという、母親以外には女手のないと考えられる家族で

第5表 衛生統計よりみた母子衛生状況

(家族構成類型別)

	乳児死亡率	新生児死亡率	αーインデックス	死産率
I 父母+子	70.2% (16)	35.1% (8)	2.0	51.9% (14)
II 祖父+父母+子	88.9 (4)	0.	—	44.4 (2)
III 祖母+父母+子	57.6 (15)	48.5 (8)	1.2	18.9 (3)
IV 祖父母+父母+子	67.6 (14)	33.8 (7)	2.0	10.3 (2)

()内は実数

第6表 乳幼児の発育について（家族類型別）

	全 般 的 発 育		乳歯の発芽時期		歩 行 開 始 の 時 期	
	順調でない	病気をした	生後7ヶ月以内	10ヶ月以後	生後1年以内	生後1年半以降
I 父母+子	9.3%	17.3%	54.0%	14.9%	13.3%	22.7%
II 祖父+父母+子	20.0	20.0	57.1	28.6	8.3	16.7
III 祖母+父母+子	5.7	17.0	44.2	15.4	11.3	24.9
IV 祖父母+父母+子	6.2	12.3	40.0	16.9	14.6	27.8

は、乳児死亡率が高い。これは、また、死産率についてもいえることであり、労働負担が大きいために、母体の健康がそこなわれやすく、妊娠中の過労がひどいということになるためと考えられよう。さらに α -インデックスについてみると、類型IIにおいては、保育上問題があると考えられる。具体的にはのちにとりあげる。

1-2.2 面接調査結果よりみた母子衛生状況の分析

まず、一般的にみた乳幼児の発育については、順調でなかった、とこたえたものは、類型IIで高率である（第6表）。

また、乳児が病気をしたとこたえたものについても、この家族構成は他にくらべて、わずかであるが高率である。そこで、発育の順調性について、具体的に乳歯のはえはじめた時期、歩きはじめた時期についての調査結果をみると、乳歯については、生後7ヶ月以内の早いもの、生後10ヶ月以降のおそいもの、ともに、類型IIが高率である。すなわち、発育がはやいものと、おそいものが目につくといえよう。とくに、どちらかといえば、おそいものについての場合、他の類型とのひらきが大きい。歩行開始の時期については、乳歯の場合とは反対に、はやいもの、おそいもの、いずれも、他の類型に比較して低率である。

母体の健康状態についてとりあげてみよう（第7表）。

第7表 母体の健康状態（家族類型別）

	大病の経験あり	妊娠中病気がした	分娩異常があった
I 父母+子	14.7%	5.3%	2.7%
II 祖父+父母+子	13.3	13.3	6.7
III 祖母+父母+子	17.0	7.5	3.8
IV 祖父母+父母+子	10.8	10.8	6.1

表にみるとおり、妊娠中病気をしたとこたえたもの、分娩異常があったとこたえたものについては、類型IIがもっとも高率である。また、類型Iは、妊娠中の病気、分娩異常のいずれについても、もっとも低率である。類型I、IIはともに、母親以外に女手がないが、類型IIの方が、世帯が大きく、母親の仕事分担量が多いことや、家族内の権力構造と、母親の気がねなどといった条件があるためか母子衛生状況においてもわるいようである。

母乳の分泌状況については、別にはっきりした傾向があるとはいえないが、類型Iが他の場合に比較すると、分泌状況がわるいようである（第8表）。

第8表 母乳分泌状況（家族類型別）

	充 分	不 充 分 (混合)	不 充 分 (人工)	全 く 出 ない
I 父母+子	74.7%	16.0%	5.3%	4.0%
II 祖父+父母+子	80.0	6.7	6.7	6.7
III 祖母+父母+子	83.0	9.4	7.5	—
IV 祖父母+父母+子	76.9	13.8	7.7	1.5

乳幼児とかぎらず、死亡した子供がいるか、いないかということについてみると、類型IIがもっとも多い（第9表）。しかし、この分析の範囲は、数年前にさかのぼるも

第9表 死亡した子供のいる家庭（家族類型別）

	死亡した子供がいる
I 父母+子	30.7%
II 祖父+父母+子	46.7
III 祖母+父母+子	30.2
IV 祖父母+父母+子	23.1

のも含まれているので、当時において、類型IIではなく、類型IVであったかもしれず、また他の類型についても、直系尊族が生存していたとも考えられるので、この分析の類型ではなかったことが考えられる。したがって、厳密にはいえないことであろう。以上、家族構成からは、類型I、IIに問題があるように思う。

1-3 社会階層別にみた母子衛生状況

つぎに、生活の実質的な面での規制をするものということから、経済的な差による社会階層をとりあげた。すなわち、研究方法の項においてのべたように年間所得額を5段階にわけ、各段階別に、母子衛生の状況を分析してゆくこととしよう。

1-3.1 統計的諸指標よりみた母子衛生状況の分析

乳児死亡率、新生児死亡率、死産率について、所得額

第10表 衛生統計よりみた母子衛生状況（社会階層別）

	乳 児 死 亡 率	新 生 児 死 亡 率	α —インデックス	死 産 率
I 無 所 得	107.0%(17)	67.0%(11)	1.6	69.3%(11)
II ~20万円	35.0 (2)	17.7 (1)	1.9	0
III 20~30万円	76.7 (14)	22.0 (4)	3.4	22.8 (4)
IV 30~40万円	58.7 (9)	26.0 (4)	2.3	13.3 (4)
V 40万円~	77.8 (7)	33.3 (3)	2.3	46.0 (4)

() 内は実数

別の社会階層よりみると表のごとくなる(第10表)。この表からみると、乳児死亡率、新生児死亡率、死産率ともに、階層Ⅰがもっとも高率であることが注目されよう。低階層の生活程度がみじめなものであることは、農村にかぎったことではないが、とくに、農業労働という妊娠婦にとっては、苛酷な生活がもたらす結果として考えるとき、これらの分析結果は、対策上からも重要な問題としてとりあげられなければならないだろう。

また、 α —インデックスについてみると、低階層より

も、むしろ中間層以上において高率であり、保育の失敗ということが問題とされよう。これにたいして、さきののべた低階層では、妊娠、出産までのプロセスにおいて問題が存在すると考えられる。したがって、低階層にたいしては、生活そのものの改善が必要であり、上層にたいしては、育児の指導等が必要であるといえるのではなかろうか。

1-3.2 面接調査結果にみられる母子衛生状況の分析

乳児の発育について、社会階層別にみると第11表のご

第11表 乳 幼 児 の 発 育（社会階層別）

	全 般 的 発 育		乳 歯 へ 発 芽 時 期		歩 行 開 始 の 時 期	
	順調でない	病気をした	生後7ヶ月以内	10ヶ月以内	生後1年以内	生後1年半以降
I 無 所 得	15.7%	23.5%	46.0%	20.0%	15.0%	40.0%
II ~20万円	21.1	21.1	36.0	36.8	18.8	12.5
III 20~30万円	5.1	11.9	53.6	13(6	17.5	24.1
IV 30~40万円	4.0	16.0	52.5	18.4	10.0	25.0
V 40万円~	0	6.9	49.0	14.3	12.0	28.1

とくになる。この表から、まず、発育が順調でなかったもの、病気をしたことがあるもの、などをみると、階層Ⅰ、Ⅱという低階層の方がわるいようである。さらに、乳歯のはえはじめた時期については、階層Ⅰ、Ⅱがおくれており、とくに階層Ⅱのおくれが目立つ。歩行開始の時期については、生後1年半以降に歩きはじめたと考えたものが、階層Ⅰに、とくに多いのが目立つ。

母体の健康状態をとりあげてみると、最低階層Ⅰよりも、むしろ、階層Ⅱにおいて、病気をしたものも、妊娠

中の病気も、また分娩異常があったものも、高率である(第12表)。階層Ⅱは、所得は低い医療保護や生活保護をうけることはできないというような状態にあり、階層Ⅰよりも、実質的には、たとえば医療を受けることなどの点で、苦しい状態にあるためと考えられる。

つぎに母乳の分泌状況についてみよう。これは、表にみるとおり、はっきりした階層間の差はないが、階層Ⅴは、他の階層にくらべて、よい状態にあるとみられる(第13表)。

第12表 母体の健康状態（社会階層別）

	大病の経験あり	妊娠中病気がした	分娩異常があった
I 無 所 得	13.7%	8.8%	2.0%
II ~20万円	36.9	10.8	15.8
III 20~30万円	11.9	8.5	5.1
IV 30~40万円	10.0	4.0	2.0
V 40万円~	10.4	6.9	3.5

第13表 母乳分泌状況（社会階層別）

	充 分	不 充 分 (混合)	不 充 分 (人工)	全 く 出 ない
I 無 所 得	74.5%	13.7%	9.8%	2.0%
II ~20万円	84.2	10.5	5.3	—
III 20~30万円	74.6	16.9	8.5	—
IV 30~40万円	82.0	8.0	4.0	6.0
V 40万円~	78.3	13.8	3.4	3.5

死亡した子供がいるとこたえたものをみると、最下層では、とくに多いことが目立つ(第14表)。すなわち、階層Ⅰでは、半数ほどの家庭で、子供が死亡しているという、実にみじめな結果がみられる。

第14表 死亡した子供のいる家庭 (社会階層別)

	死亡した子供がいる
Ⅰ 無所得	49.0%
Ⅱ ~20万円	10.5
Ⅲ 20~30万円	28.8
Ⅳ 30~40万円	20.0
Ⅴ 40万円~	24.1

以上、社会階層の上からは、やはり、階層Ⅰ、Ⅱという低階層に問題があると思う。さきにのべた家族構成の

上からの分析では、類型Ⅰ、Ⅱという母親以外に女手のいないと考えられる家族で、問題があるように考えられた。ここに、社会階層と、家族構成の関係をとりあげてみよう(第15表)。この表からみると、階層Ⅰ、Ⅱという低階層では、類型Ⅰに属するものが半数以上であるということが、はじめに注目される。そして、階層Ⅲ、Ⅳでは、ともに、類型Ⅲ、Ⅳがおなじくらいあり、階層Ⅴでは、類型Ⅳが半数以上ということがみられる。すなわち、低階層は、貧農であり、人手も不足するような状態にあるものが多く中間層では、祖母がいて、仕事のいくつかを受持っているものが多く、さらに上階層では、規模の大きい直系家族で祖父母がそろっているものが多いということがうかがわれる。

第15表 階層別にみた各家族構成類型の割合

家族構成類型	階層 無所得	Ⅰ ~20万円	Ⅱ 20~30万円	Ⅲ 30~40万円	Ⅳ 40万円~
Ⅰ 父母+子	54.9%	57.8%	37.3%	22.0%	10.4%
Ⅱ 祖父母+父母+子	9.8	10.6	5.1	6.0	6.8
Ⅲ 祖母+父母+子	19.6	15.8	27.1	36.0	20.7
Ⅳ 祖父母+父母+子	15.7	15.8	30.5	39.0	62.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

2 母子衛生面の関心・態度

さきに母子衛生状況についてみたが、ここでは、母子衛生にたいしての関心・態度についてとりあげることについて。母子衛生についての関心や態度がどのようなところであられ、どのようなかたちでとらえることが出来るかについては多くの問題があるが、ここでは、妊産婦検診にたいする受診態度、出産の前後における就労状況、離乳をはじめた時期と離乳の態度、乳幼児の生活にたいする親の態度として一人であそばせるようにしているかどうかという点、子供は何人くらいほしいかという点などをとりあげた。これらの点について、母子衛生状況の分析のばあい同様に、家族構成や所得額により分析してみた。

2-1 地区における母子衛生面の関心・態度

まずはじめに、F地区における母子衛生面の関心や態度について全般的にとりあげることにして。

まず、妊産婦検診にたいする態度についてとりあげてみよう。妊産婦検診については、保健指導上からは、妊娠の早期診断、妊娠による母体の異常の早期発見ということがさげばれ、母体を保護し、また、胎児を保護することによって、新生児の強化をはかるということが考えられている。こういったことは厚生省で決定されている母子衛生対策要綱や、妊産婦保健指導要領に詳細にの

べられているので省略するが、初診の時期は、妊娠3ヶ月以内、受診回数は、妊娠7ヶ月まで毎月1回、妊娠9ヶ月には、2回、そして妊娠10ヶ月には、毎週1回くらい、というような点が指摘されている。もし異常があれば、更に回数がふえることはいうまでもない。こういったことにたいして、F地区での実態をみよう(第16表、第17表)。

第16表 妊産婦検診 (初診の時期)

妊娠3ヶ月まで	4~7ヶ月の間	8ヶ月以降	全く受診せず
17.8%	75.0%	5.3%	1.9%

第17表 妊産婦検診 (受診回数)

受診1回	2~3回	4回以上	全く受診せず
15.9%	54.3%	27.9%	1.9%

まず、初診時期については、妊娠3ヶ月以内に受診したものは、1/5にもたりない。8ヶ月以降になって、初診をうけたもの、さらには、全く受診しないものもいることが注目されよう。4~7ヶ月のものについては、6ヶ月というものがもっとも多かった。また受診回数についてみると、半数以上が、せいぜい2・3回しか受診しておらず、とくに、1回みてもらっただけのもの(妊

娠であるという診断だけを得たもの)が、16%もいることは注目されよう。

以上の実態について、さきにのべた母子衛生対策要綱において要求されているものとは、およそかけはなれた状態であることがうかがわれよう。

都市では、さほど問題とされないことであろうが、農村がこういった傾向にあることは問題としてとりあげられるべきことであろう。これは、一つには、生活の多忙、労働の特殊性にもよるが、母子衛生知識の水準が低く、妊娠という事態にたいする認知が、おそく、まだたりないということが考えられる。

さらに、妊娠とわかって、妊娠は病気ではない、生理現象であるという考えをもって、また周囲においても、とくに老人層では、そういった考えが支配的であるということも無視できない理由の一つであろう。そして妊婦自身の主体的な問題としては、妊娠するということ、それを人に知られること、検診を受けることなどにたいするしゅう恥心がつよいということをもあわせて考えるべきであろう。もちろん、ここにあげた理由は一部分であり、また、社会的条件により種々規定されるものであるが、これについてはあとでとりあげることで、ここには、対策上考えられねばならぬ問題として指摘するにとどめておこう。

つぎに、出産前後、どれくらい労働をセーブしているかということを見よう。妊娠中、出産の前後において、過労を防止し、十分な休養をとるということは、妊産婦保健の指導上からは、大きな問題であるが、妊娠を生理現象と考えているものが多い農村では、労働の特殊性とともに、この点についても多くの問題がある。妊娠中、産前の過労は、母体を疲労させるのみならず、流産、早産を多くしあるいは、未熟児、虚弱児の原因ともなる。

また産後の早期就労は、母体の回復をおくらせ、たとえば、子宮内感染や子宮脱などの障害をひきおこしやすい。ところが、実態は表にみるように、出産の前日まで労働をしていたものが、約3/4とほとんどであり、また、出産後1週間以内に労働をはじめたものは、1/3ほどあるというような状態である(第18表)。

第18表 出産前後の労働状況

出産前の労働中止		出産後の労働開始	
出産前日	1週間前	1週間以内	1ヶ月以降
76.1%	14.5%	32.2%	9.6%

つぎに、離乳にたいする態度を見よう。

まず、離乳の時期については、生後5～6ヶ月頃から

はじめることがよいとされている。乳児が成長して、5・6ヶ月頃になると、母乳、牛乳などの乳成分だけでは栄養の欠乏がおこる。わが国では乳児の7～8ヶ月頃の発育がわるく、体重増加等が減少する傾向があり、また、下痢腸炎などもこの時期に多い。これは、離乳がおそすぎ、また方法が適切でないためと考えられよう。乳児の疾患や、死亡を減少させるためにもこの離乳の問題は重要な因子となるが、一方では、母体側からみても、長期授乳をつづけることにより、身体機能が低下し、いわゆる早老現象の原因となるということも指摘されている。ところが、農村では、長期授乳があたりまえであり、つぎの子供が生まれるまで与えているというのが一般的状況である。F地区についても、生後7ヶ月以内に離乳をはじめたものは、1/5にもたりず、半数近くが、生後1ヶ年たってはじめている(第19表)。また、離乳を心掛けても、乳児がほしがって泣けばすぐ与えたというものが、半数近くある(第20表)。

第19表 離乳をはじめた時期

生後7ヶ月以内	生後1ヶ年以降
19.3%	44.9%

第20表 離乳にたいする態度

泣けばすぐ与えた	泣いても与えなかった
47.4%	16.7%

この離乳の態度については、一般には、あまり溺愛的態度でのぞむことはよくないこととされており、泣けば与えるというやり方では、いつまでもたっても離乳完了ができない。しかし、一方では、離乳については、あまり厳格な態度はよくない、早期開始はよいが、早期完了することは、のぞましくないという考えもある。いずれにしても、離乳は、乳児の「大人の社会」にたいする、生理的適応であると同時に、心理的適応としても重視されるべきであると考えられる。

つぎに子供の生活にたいする態度のなかから、子供を一人であそばせるようにしているかどうかをとりあげてみよう。子供、とくに乳幼児を一人であそばせる、ということは、教育的配慮のうえからはのぞましいことであるという考え方が支配的であるが、身の安全ということも確保されねばならない。農村の場合、ほとんど子供が母親の手をはなれてゆだねられるのは、祖母または、年長の兄姉であるので、人手がない場合は、どこへ行くにも、子供を連れて行くということがあたりまえとなっている。F地区については、2/3が1人であそぶようにし

むけているが、 $\frac{1}{3}$ は、1人であそばせないという結果がみられた(第21表)。

第21表 子供の生活にたいする態度

一人であそばよう仕向 けている	一人ではあそばせない
65.7%	25.5%

また、子供の人数にたいする希望をとりあげてみると、第22表のごとくなる。すなわち、2人ぐらいとい

第22表 希望する子供の人数

2人ぐらい	4～5人
4.3%	22.5%

うものは、ほとんどないといってもよく、約 $\frac{1}{5}$ ほどは、4～5人の子供がほしいとこたえている。農村では子供を多くほしがり、また、子供の多いことが、むしろほこりとされることもあるといわれている。これは、労働力の提供者としての子供を考えるためであろう。農業が、経済的に未分化の構造、すなわち、経営と労働が未分化な構造にささえられているため、やむを得ないのかもしれない。したがって、女の子よりも男の子が喜ばれ、男の子のなかでも、長男は家督相続的な考えで大切にされるが、他のものは、単なる労働力提供者としてしかみられないという状態であるのも当然であろう。

社会的条件より、これらの態度を分析しよう。

2-2 家族構成の類型別にみた、母子衛生面の関心・態度

まず、妊婦検診にたいする態度をみると、初診の時期については、早期受診をしたものをみると、類型Ⅰが他の類型にくらべて高率であることが目につく(第23表)。

第23表 妊産婦検診(初診の時期)
(家族類型別)

	妊娠3ヶ月迄	4～7ヶ月	8ヶ月以降	受診せず
I 父母+子	20.0%	72.1%	4.0%	3.9%
II 祖父+父母+子	16.1	79.3	4.6	0
III 祖母+父母+子	13.1	80.2	0	6.7
IV 祖父母+父母+子	16.9	73.7	9.4	0

直系家族では、老人層にたいする母親の気がねがあるためであろうか、人手がないはずの、類型Ⅰの方が、かえって受診率が高いことは、時間的余ゆより、家族内の対人関係的な要因のほうが受診態度の決定には規制力が大きいということがうかがわれる。さらに、受診回数

についてみると、1回だけ(妊娠という診断だけを得た)のものは、類型Ⅰでわずかながら高率である。類型Ⅲ、Ⅵというような、祖母がいる場合は、受診回数が4回以上のものが多い(第24表)。

第24表 妊産婦検診(受診回数)
(家族類型別)

	1回	2～3回	4回以上	受診せず
I 父母+子	20.0%	50.7%	25.3%	4.0%
II 祖父+父母+子	13.3	60.0	20.0	0.7
III 祖母+父母+子	11.3	55.7	32.1	0.9
IV 祖父母+父母+子	15.4	55.4	29.2	5.0

これは、母親以外に、女手があるかないかということによるちがいと考えられる。

出産前後の労働状況については、第25表にみるごとく

第25表 出産前後の労働状況(家族類型別)

	出屋前の労働中止		出産後の労働開始	
	出産前日	1週間前	1週間以内	1ヶ月以降
I 父母+子	72.0%	22.5%	38.7%	9.3%
II 祖父+父母+子	80.0	12.3	40.0	6.7
III 祖母+父母+子	71.1	11.1	32.1	11.3
IV 祖父母+父母+子	81.4	10.2	23.1	9.2

である。類型Ⅱ、Ⅵについては、わずかながら、前日まで労働したものが多い。また一週間まえから仕事の量をへらしたり家事労働に限定したりして、農業労働を中止またはそれに近い状態にしたものは、類型Ⅱ～Ⅳでは、類型Ⅰに比し少なくなっていることが注目される。嫁の立場にある母親の老人層にたいする気がね、遠慮は、どちらかといえば祖父としての舅にたいする方が多いものとうかがわれ、それは、母親以外に女手がないということのためであろうと考えられる。また産後の労働開始の時期についてみると、類型Ⅱで無理な状態がみられる。また類型ⅠとⅡでは産婦の他に女手がないということから、そして、おそらくは祖父にたいする気がねから、ともに早くから仕事を始めなければならないというものが多。

つぎに離乳について時期をみると、生後7ヶ月までに離乳をはじめたものは類型Ⅱではみられない。また類型

ⅡとⅢでは、生後1ケ年以降になって離乳をはじめたものが半数ほどあり、他の類型よりも高率である（第26表）

第26表 離乳をはじめた時期
(家族類型別)

	生後7ヶ月以内	生後1年以降
I 父母+子	20.7%	41.4%
Ⅱ 祖父+父母+子	0.04	49.0
Ⅲ 祖母+父母+子	21.7	52.2
Ⅳ 祖父母+父母+子	20.0	40.0

表)。また、離乳の態度について、みると、類型Ⅱで、泣いても与えなかったものが多く、他では少ない。泣けばすぐあたえた、というものをみると、類型Ⅱだけが少なく、Ⅰ、Ⅲ、Ⅳではほとんど半数ほどである。乳児が乳をほしがってなくということは、祖母の立場からみれば、可受想なものであり、また同時に乳児にとって良くないことであると考えられているのであろう。また、近代家族においては、乳児が泣くことは、仕事のじゃまになると考えられているのであろう（第27表）。

第27表 離乳にたいする態度
(家族類型別)

	泣けばすぐ与えた	泣いても与えなかった
I 父母+子	51.7%	10.4%
Ⅱ 祖父+父母+子	16.7	33.3
Ⅲ 祖母+父母+子	43.5	26.1
Ⅳ 祖父母+父母+子	55.0	10.0

離乳の態度については、家族類型からみると類型Ⅱが離乳開始の時期がおそく、泣いてもあたえないものが多いという点で目立つが、乳児死亡率、死産率もすでにみたように高く、これと関係があると考えられよう。

つぎに、子供の生活にたいする態度についてみると、母親がいつもついていて他の人にまかせないものは、祖父のいるⅡ、Ⅳで多く、ⅠとⅢでは一人であそばせるようにしているものが多い（第28表）。

第28表 子供の生活にたいする態度
(家族類型別)

	一人であそぶようしむけている	一人ではあそばせない
I 父母+子	73.4%	20.0%
Ⅱ 祖父+父母+子	53.3	40.0
Ⅲ 祖母+父母+子	79.2	18.9
Ⅳ 祖父母+父母+子	58.5	33.8

こういった状態からみると、祖父は、幼児が母親の手をはなれているということを好まないと考えられるが、一方では、母親の気がねの結果でもあろう。

つぎに、子供は何人くらいほしいか、ということについてみる、せいぜい2人くらいというものは、類型Ⅰ、Ⅲ、Ⅳにみられるがきわめて少なく、類型Ⅱではない。一方、4～5人ほしいというものについては、類型Ⅱで多いことが目立つ。一般に農村では子供の数が多し、また多いことが望ましいという考え方が現在でもかなり支配的であるといわれていることは、すでにのべたが、こういった考えは、家父長的な権力構造の頂上につ祖父によって代表されているとも考えられよう（第29表）。

第29表 希望する子供の人数 (家族類型別)

	2人くらい	4～5人
I 父母+子	4.0%	33.6%
Ⅱ 祖父+父母+子	0.0	63.3
Ⅲ 祖母+父母+子	7.5	14.5
Ⅳ 祖父母+父母+子	3.7	21.5

以上、母子衛生の態度については、家族構成の上からは、女手不足であること、および、母親の気がねをしななければならないような権力構造が、大きな規制をしているといえよう。

2-3 社会階層よりみた、母子衛生面の関心・態度

つぎに、社会階層別に、母子衛生面の関心態度を分析しよう。

妊婦検診の初診時期については、階層Ⅳで早期受診したものが最も高率であり、Ⅱ、Ⅲでは、最下層のⅠより低率となっている。また、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲという低階層で検診を受けていないものがみられる（第30表）。

第30表 妊産婦検診（初診の時期）
(社会階層別)

	妊娠3ヶ月迄	4～7ヶ月	8ヶ月以降	受診せず
I 無所得	19.6%	72.6%	3.9%	3.9%
Ⅱ ～20万円	10.5	79.0	5.2	5.3
Ⅲ 20～30万円	11.0	76.6	6.8	1.7
Ⅳ 30～40万円	28.0	64.0	8.0	0
V 40万円～	14.0	86.0	0	0

一方、妊婦検診の回数については、低階層Ⅰ、では、1回しか受診していないものが1/4ほどで最も高率であるが目立つ（第31表）。

第31表 妊産婦検診（受診回数）

（社会階層別）

	1 回	2～3回	4回以上	受診せず
I 無所得	25.5%	49.0%	21.6%	3.9
II ～20万円	15.8	63.2	15.8	5.2
III 20～30万円	13.6	50.8	33.9	1.7
IV 30～40万円	8.0	56.0	36.0	0
V 40万円～	17.2	62.1	20.7	0

出産前の労働は、階層Ⅲで、前日まで就労したものの率が低く、1週間前から休養したものの率が高いが、他の階層間には差がほとんどみられない。出産後の労働については1週間以内に労働を開始したものは、Ⅱで最も多く、上層ほど少なくなっている（第32表）。すなわち、上層ほど、ゆとりがあるということになる。これは、階層上位では、家族類型でいえば、Ⅲ、Ⅳといったものが多く、母親以外にも女手があることによるものと考えられる。産後1ヶ月以降になって就労したものが階層Ⅰにくらべて、階層Ⅳ、Ⅴでわずながら高率であるのもこの間の事情によるものであろう。階層Ⅱで、1ヶ月以降の就労者が多いのは、出産による種々の障害のために離床がおくれるためであろうと考えられる。

第32表 出産前後の労働状況

（社会階層別）

	出産前の労働中止		出産後の労働開始	
	出産前日	1週間前	1週間以内	1ヶ月以降
I 無所得	80.5%	12.2%	39.2%	7.8%
II ～20万円	75.0	12.5	47.4	15.8
III 20～40万円	67.4	18.6	28.8	8.5
IV 30～40万円	81.0	14.3	28.0	10.0
V 40万円～	76.0	12.0	24.1	10.3

離乳をはじめた時についてみると、低階層Ⅰ、Ⅱでは、生後1ヶ年半以降というものが多く、7ヶ月以内という早期離乳を心掛けたものは階層Ⅳ、Ⅴという上層の方が多く（第33表）。

第33表 離乳をはじめた時期（社会階層別）

	生後7ヶ月以内	生後1年以降
I 無所得	10.0%	60.0%
II ～20万円	16.7	66.7
III 20～30万円	19.2	46.1
IV 30～40万円	26.7	19.9
V 40万円～	27.3	36.4

また離乳の態度については、泣けばすぐ与えたものは、階層ⅠとⅣで多く、他は大体おなじようである。一方、泣いても与えなかったというものは、上層Ⅳ、Ⅴにはみられない（第34表）。上層は、家族構成では類型Ⅳが多い（第15表）ことによると考えられる。離乳の態度について社会階層別にみると、低階層Ⅰ、Ⅱといったところに問題があるということがわかったが、これは、衛生統計的諸指標について、乳児死亡率、死産率をみた場合やはり、階層Ⅰ、Ⅱが高率であったことと対照して考えられる。

第34表 離乳に対する態度

（社会階層別）

	泣けばすぐ与えた	泣いても与えなかった
I 無所得	60.0%	25.0%
II ～20万円	33.3	16.7
III 20～30万円	34.6	26.9
IV 30～40万円	60.0	0
V 40万円～	45.5	0

子供を一人であそぶようしむけているものは、階層Ⅱで低率であるが、他の階層では目立つ傾向はみられない。一人ではあそばせないというものをみると、低階層のⅠ、Ⅱと上階層のⅤが多く、中間層で少ない（第35表）。

第35表 子供の生活に対する態度（社会階層別）

	一人であそぶようしむけている	一人ではあそばせない
I 無所得	68.6%	27.5%
II ～20万円	46.3	36.8
III 20～30万円	71.2	22.0
IV 30～40万円	68.0	20.0
V 40万円～	65.5	31.0

階層Ⅱで、一人であそばせるものが、他の階層にくらべて低率であるのは、女手の少ないためであろう。

子供は何人くらい望むかということについてみると、2人くらいというものは低階層ほど多く、4～5人というものは、上階層ほど多い（第36表）。生活の忙しい、そして経済的にも余ゆうのない低階層が、子供を2人ぐらいしかほしがらないというのは当然であろうが、4～5人、またはそれ以上の子供がいるのが現実である。上階層ほど経営耕地面積が大規模であり、多くの家内労働者を必要とするということ、そして、その労働提供者は、子供であるということがうかがわれる。

第36表 希望する子供の人数社会（社会階層別）

	2人ぐらい	4～5人
I 無所得	3.9%	16.4%
II ～20万	19.5	12.5
III 20～30万	3.4	23.7
IV 30～40万	4.0	24.0
V 40万以上	3.4	37.9

3 母子衛生に関する情報源(知識経路)

前述のごとく、母子衛生状況（衛生統計的諸指標にみられるもの、面接調査の結果にみられるもの）や、母子衛生面の関心、態度は、全般的にみた場合はもちろん、家族構成、社会階層により差がある。ところで、これらの差異は、家族構成、所得額のちがいにより生活状態がちがうためと考えられるが、その相関ということになる、複雑でありとらえにくい。そこで、こういった衛生状況、関心、態度のちがいをもたらす一つの因子として、母子衛生についての情報源(知識の経路)をとりあげてみたいと思う。もちろん知識程度が高いということや、情報源が正当性のある信頼度の高いものであるということだけが、母子衛生の好ましい状況、関心や態度をもたらすというような直結的相関があるとはいえない。しかし、行動や態度にある程度の影響を与え、そしてその結果的に母子衛生の状況にある程度左右するものとして考えることはできると思う。

3-1 情報源の実態について

まず、面接調査の結果から、育児に関する情報源としてあげられたものをみると、大別してつぎのようなものがある。

- 1 婦人会
- 2 新聞・雑誌・ラジオ等のマスコミ
- 3 近所の人・夫・姑等の personal communication.
- 4 医師、保健婦、助産婦等の専門家
- 5 常識
- 6 その他

註) 常識というのは、「あなたは育児についておもに

どこからきいてやっていますか？」というのにたいして、「そんなことは、たいてい常識でやっている」とこたえたものであり、その他は、ほとんど情報源らしいものをあげていないものである。

これらについて、全般的な分布をみると、もっとも多いのが、近所の人・夫・姑という personal communicationであり、これについて、常識をあげたものが2位である(第37表)。

第37表 育児に関する情報源

情報源	婦人会	マスコミ	近所の人・夫・姑	専門家	常識	その他
%	4.3	17.8	34.01	4.0	30.7	9.1

マスコミは、3位であるが、その率は、personal communicationの約半分である。婦人会と専門家をあげたものはほとんどないといってもよいほどである。以上のことからわかるように、農村においては、personal communication が支配的である。この personal communicationは、往々にして科学的には問題とされるような知識・情報を伝える危険性があるが、個々人の態度を変容するには、もっとも有力な情報源であることは否定できない。そして、この personal communication は、それが権威的な立場にある個人によるものである場合には、social control として、個人の態度決定を支配する。

母子衛生教育の立場からは、こういった情報源の実態を有効に利用することが考えられなければならない。すなわち、情報源としては、決定的でないマスコミをとりあげるよりも、personal communication の系統をとらえて、その情報源を正当性の大きいものに育てることの方が態度の変容には効果があると考えられる。そして、この personal communication の系統は、インフォーマル小集団を形成している場合がおおい。それは、たとえば「もらいもののおすそわけ」をしている範囲のような形でもとえられる。

情報源の実態について、分析してみよう。

第38表 育児に関する情報源（家族類型別）

	婦人会	新聞・雑誌・ラジオ	近所の人・夫・姑	専門家	常識	その他
I 父母+子	6.7%	13.3%	22.7%	6.7%	38.7%	12.9%
II 祖父+父母+子	0	20.0	13.3	6.7	40.0	20.0
III 祖母+父母+子	1.9	22.6	47.2	0	26.4	1.9
IV 祖父母+父母+子	4.6	18.4	43.1	1.5	23.1	9.3

3-2 家族構成の類型別にみた情報源

家族構成の類型別にみると、類型Ⅰ、Ⅱのように、女手が母親以外にはないような場合には、常識によるものが主であり、類型Ⅲ、Ⅳのように、祖母のいる場合には、近所の人・夫・姑というpersonal communicationが主となっている。また、類型Ⅲ、Ⅳでは専門家によるものがほとんどみられない(第38表)。

3-3 社会階層別にみた情報源

所得額による社会階層別にみると、階層Ⅰ、Ⅱ、Ⅲでは、常識によるものが主であり、Ⅳ、Ⅴでは、personal communicationによるものが主である。マスコミによるものは、階層上位ほど少ない(第39表)。これらの状態は、先にかかげた第15表の階層と家族構成類型の関係をみればわかるように、低階層では近代家族(類型Ⅰ)が多く、上層では直系家族、とくに類型Ⅳが多いということと考えあわせる必要がある。

3-4 経営耕地面積の規模別にみた情報源

経営耕地面積の大小は、大体所得額の階層と一致するのが普通であり、また同時に大規模な経営は、大家族により支えられている。

したがって、経営耕地面積の大きい場合はpersonalなものによるものが多く、反対に小規模な場合は、常識に

よるものが多いという傾向がみられる(第40表)。

情報源は、以上にみるように、家族構成の類型、所得額による社会階層、経営耕地面積の規模というような社会的条件により規制されており、母親の主体的認識により選定されるということはほとんど考えられないのではないかと思う。たとえば、母親の学歴からみても、ほとんど差はみられない(第41表)。

以上、行動や態度をある程度左右する情報源について、社会的条件としての、家族構成、社会階層などによるちがいをみてきた。そこで、つぎには、この情報源のちがいにより母子衛生の状況がどのようにちがっているかについて、とりあげてみよう。

3-5 情報源別にみた母子衛生の状況

さきにとりあげたように、情報源としてあげられたものは、6つの種類に大別できた。

そこで、ここでは、これらの6種の情報源別に、母子衛生の状況についての分析をしてゆくこととしたい。

3-5.1 衛生統計的諸指標にみられる母子衛生状況の分析

まず、乳児死亡率についてみると、personal communicationによるもの、常識によるもの、その他によるもの、などの場合に高率である(第42表)。新生児死亡

第39表 育児に関する情報源 (社会階層別)

	婦人会	新聞・雑誌 ラジオ	近所の人 夫・姑	専門家	常識	その他
Ⅰ 無所得	2.0%	20.0%	35.3%	0%	39.2%	3.5%
Ⅱ ～20万円	11.0	21.1	15.8	10.5	31.6	10.0
Ⅲ 20～30万円	3.4	20.3	28.8	5.1	33.9	8.5
Ⅳ 30～40万円	4.0	16.0	42.0	4.0	24.0	10.0
Ⅴ 40万円～	6.9	10.3	44.8	0	20.7	17.3

第40表 育児に関する情報源 (経営耕地面積規模別)

	婦人会	マス・コミ	近所の人 夫・姑	専門家	常識	その他
～1反未満	0%	15.0%	25.0%	0%	55.0%	5.0%
1反以上～8反未満	6.0	12.1	36.4	0	36.4	9.1
8反以上～1町4反未満	4.8	14.5	35.5	3.2	33.9	8.1
1町4反以上～2町未満	5.3	10.1	51.3	5.3	17.9	10.1
2町歩以上	0	20.0	40.0	0	40.0	0

第41表 育児に関する情報源 (母親の学歴別)

	婦人会	マスコミ	近所の人 夫・姑	専門家	常識	その他
小学校	5.7%	15.9%	30.4%	2.8%	30.4%	14.8%
高等科・新制中学卒	3.5	17.6	37.1	4.4	30.9	6.5
女学校・新制高校卒	0	25.0	37.5	0	29.1	8.4

第42表 衛生統計よりみた母子衛生状況（情報源別）

情報源	乳児死亡率	新生児死亡率	α -インデックス	死産率
婦人会	0 %	0 %	—	0 %
マスコミ	45.1 (5)	27.0 (3)	1.7	35.1 (4)
近所の人・夫・姑	99.1 (22)	54.1 (12)	1.8	23.0 (5)
専門家	47.6 (1)	47.6 (1)	1.0	0
常識	76.4 (6)	30.3 (6)	2.5	46.2 (9)
その他	100.0 (6)	16.7 (1)	5.9	52.6 (3)

() 内は実数

率については、personal communicationによるものももっとも高率であり、専門家によるものがこれについている。しかし、 α -インデックスについてみると、専門家によるものの場合は、1.0であり、乳児死亡は、すべて新生児死亡である。これにたいして、常識によるものでは、 α -インデックス=2.5であり、さらに、その他による場合には5.9であり、それぞれ、保育上まだまだ改善すべき問題があると考えられる。

つぎに死産率についてみると、常識によるもの、その他によるものの場合に高率であるということがわかる。

以上、衛生統計の諸指標についてみると、personal communicationによるもの、常識によるもの、その他

によるもの、などについては、母子衛生状況がわるいといえよう。これらについては、いずれも農村において、とくにこのF地区において、支配的な情報源であることは、すでにのべたとおりである。そして、社会階層や、家族類型別に、情報源の実態をみると、低階層、近代家族(類型I)では、常識によるものの比率が高かったこともすでにとりあげたとおりである。これらの情報源の分析からみても、低階層や類型I、IIで、母子衛生の状況がよくないことが裏付けられるということができよう。

3-5.2 面接調査の結果よりみた母子衛生状況の分析

まず、乳幼児の発育について、情報源別にみよう。第43表で発育が順調でないもの、病気をしたことがある

第43表 乳幼児の発育（情報源別）

		全般的発育		乳歯の発芽時期		歩行開始の時期	
		順調でない	病気をした	生後7ヶ月以内	10ヶ月以後	生後1年内	生後1年半以降
育源 児に 関す る情 報	婦人会	0 %	0 %	11.1%	33.3%	0 %	33.3%
	マスコミ	2.7	24.3	48.7	18.9	18.8	12.5
	近所の人・夫・姑	6.9	16.7	36.5	19.7	6.8	32.0
	専門家	14.3	42.9	44.4	11.1	20.0	50.0
	常識	10.9	4.7	58.7	14.1	13.2	22.6
	その他	15.8	31.6	33.3	22.2	11.8	21.7

ものの、については、専門家による場合が高率である。これについては、すでにのべたように、母親(専門家を情報源としている)が病気・発育の順調性にたいして、センシティブであるため、病気や発育の順調でない状態とみなされているものの範囲がひろいことを考えねばなるまい。専門家を情報源としているものについては、病気をしたということをあげたものの率は高いが死亡率は低い。医療にたいする態度が積極的で、すぐ医者に行くものは、医者にいろいろときき、医者から母子衛生などに関する情報を得ることが多い、という状態が考えられる。また、乳歯の発芽時期や、歩行の開始などについて、発育のはやいものをとると、personal communi-

cation や常識によるものではやや低率であるといえるが、そのほかには、とくに目立つ傾向はないようである。母体の健康状態については、今までに大病の経験があるもの、妊娠中病気をしたもの、分娩異常があったものなど、いずれも専門家によるものの場合に高率であり、personal communication、常識、その他による場合は低率である。これは、専門家によるものが病気や異常にたいしてセンシティブであり、一方personal communicationや常識、その他によるものは、一つは、病気や異常ということにたいして無感覚な点から、そして今一つは、人手不足や、家族内の権力構造からの気がねのあることのため(第38表参照)と考えられよう(第44表)。

第44表 母体の健康状態

(情報源別)

育源 児に 関す る情 報	婦人 マスコ ミ 近所の人・夫・姑 専門家 常識 其 他	大病の経	妊娠中病難	産で
		験あり	気したあ	った
		22.2%	0 %	0 %
		27.0	5.4	5.4
		8.8	9.7	5.6
		42.9	14.3	14.3
		9.4	10.6	3.1
		10.5	0	0

そのほかに、母乳の分泌状況についてもみたが、はっきりした傾向はみられなかった。

最後に、死亡した子供があるかないかについては、専門家によるものの場合にもっとも低率であり、personal communication, 常識その他によるものでは高率である(第45表)。

第45表 死亡した子供のいる家庭

(情報源別)

育源 児に 関す る情 報	婦人 マスコ ミ 近所の人・夫・姑 専門家 常識 其 他	死亡した子供がいる
		22.2%
		24.3
		30.6
		14.3
		29.7
		42.1

4 母子衛生に関するopinion-leader

いままでみてきたように、母子衛生面における関心や態度、そして母子衛生状況は家族構成の類型や、所得額別にみた社会階層によってちがっており、そのちがいをもたらす因子の一つとして、情報源の実態が考えられた。そして、この情報源についても、家族構成、社会階層の規制がうかがわれた。そこで、母子衛生面における関心をたかめ、態度をのぞましいものに大変容し同時に母子衛生状況を改善するという母子衛生教育の立場からは、どうしても態度決定の因子としてのopinion-leaderをとりあげることが必要となろう。情報源に関しては、personal communicationが支配的であるということは、同時に、態度決定においても、personalなものの規制が大であるということを考えさせる。農村社会では、個人より家族が先行するが、これは家族のなかでの権力構造が個人の態度決定を規制するというにはほかならない。

こういったことから、母子衛生に関して、食事、育児、日常家計などをとりあげて、そこにあるopinion-

leaderの実態について分析してみたい。

4-1 食事に関するopinion-leader.

食事については、母子衛生上からは、たとえば、妊産婦の栄養、離乳期の乳児の栄養などの点で、そのopinion-leaderの規制のあり方が問題となると考えられよう。

まず実際に食事の仕度をするrole-takerについては、母が、80%ほどで、のこりの20%ほどは祖母である。そして、きまっていないもの、共同でやっているものが、わずかながらある(第46表)。

一方、副食物の決定をする人、opinion-leaderは、母が約半数で、祖母が1/3以上、そのほかに、父、祖父などがわずかながらある(第47表)。すなわち、opinion-leaderとしては祖母の位置がかなり大きいといえる。

第46表 炊事の担当者

母(嫁)	祖母(姑)	その他(不定・共同)
78.4%	19.2%	2.4%

第47表 副食物の決定者

母	父	祖母	祖父	その他(不定・共同)
46.2%	5.8%	36.5%	5.8%	5.7%

炊事の担当者と、副食の決定者の関係を、直系家族(類型Ⅲ・Ⅳ)についてみると、母が炊事の担当者である場合でも、その半数は、祖母の決定した副食をつくるということがわかる。さらに、祖母が、炊事の担当者である場合は、母は、副食の決定に関して、ほとんど口を入れることはできないという実態がみられる(第48表)。このような実態から、妊産婦、乳児の栄養指導をするにあたっては、食事に関するopinion-leaderとしての祖母をとりあげてゆかねば、効果がないということも考えられよう。

第48表 炊事の担当者と副食物の決定者

(直系家族)

副食物の決定者					
炊事担当者	母	祖母	父	祖父	其他
母	21.8%	53.8%	3.8%	11.5%	9.1%
祖母	2.8	86.1	2.8	2.8	5.5
其他	0	75.0	0	0	25.0

4-1.1 家族構成からみたopinion-leader

まず、実際に炊事を担当している人については、類型Ⅰ、Ⅱというような、母以外に女手のない場合は、ほとんど、100%が母である。しかし、祖母のいる場合

類型Ⅲ、Ⅳでは、母が $\frac{2}{3}$ 、祖母が $\frac{1}{3}$ というような実態である。このことは、祖母がいれば、母の仕事の分担当がいくぶん軽減されるが、しかし、栄養摂取が科学的、合理的になされているかどうかということになると、問題があると考えられる（第49表）。副食の決定をするものについては、類型Ⅰではほとんど母であるが、類型Ⅱでは、母が60%，父と祖父が20%ずつとなっており、さらに、類型Ⅲでは、母がopinion-leaderである

第49表 炊事の担当者

(家族類型別)

	母(嫁)	祖母(姑)	不定・共同・他
I 父母+子	98.7%	—	1.3%
II 祖父+父母+子	100.0	—	—
III 祖母+父母+子	62.3	34.0	3.7
IV 祖父母+父母+子	69.2	27.7	2.1

第50表 副食物の決定者（魚・肉・卵について）（家族類型別）

	母	祖母	父	祖父	其他
I 父母+子	92.0%	—	6.7%	—	1.3%
II 祖父+父母+子	60.0	—	20.0	20.0	0
III 祖母+父母+子	22.6	64.2	7.5	—	5.7
IV 祖父母+父母+子	9.2	64.6	0	13.8	12.4

第51表 炊事の担当者と副食物の決定者の関係

		副食物の選択者				
家族構成	炊事担当者	母	祖母	父	祖父	其他
祖母+父+子 (IV)	母	13.3%	53.3%	0%	12.3%	21.1%
	祖母	0	88.9	0	5.5	5.6
	其他	0	100.0	0	0	0
祖母+父+子 (III)	母	33.7	54.5	5.7	—	6.1
	祖母	5.6	83.3	5.6	—	5.5
	其他	0	50.0	0	—	50.0

ものは、全体の $\frac{1}{5}$ 、そして類型Ⅳではほんのわずかなものである（第50表）。つぎに、炊事の担当者と、副食物の決定者の関係についてみると、祖母だけの場合よりも、祖父母のいる場合の方が、母のopinion-leaderとしての地位は弱小であるといえる（第51表）。

4-1.2 社会階層からみたopinion-leader

つぎに、社会階層より分析してみよう。まず、炊事の担当者については、低階層ほど、母が多く、階層が上位になるにつれて、祖母の率が高くなる（第52表）。副食物の決定をするものについてみても、だいたい同じような傾向がみられる（第53表）。

第52表 炊事の担当者

(社会階層別)

	母(嫁)	祖母(姑)	不定・共同
I 無所得	90.2%	5.8%	4.0%
II ~20万	89.5	10.5	—
III 20~30万	83.1	13.6	3.3
IV 30~40万	66.0	34.0	—
V 40万以上~	75.9	20.7	3.4

第53表 副食物の決定者（魚・肉・卵について）（社会階層別）

	母	祖母	父	祖父	其他
I 無所得	58.8%	15.7%	11.8%	5.9%	7.8%
II ~20万円	73.6	26.4	0	0	0
III 20~30万円	49.2	35.6	3.4	5.1	6.7
IV 30~40万円	32.0	50.0	6.0	6.0	6.0
V 40万円~	24.1	58.6	3.4	10.3	3.6

4-2 育児に関するopinion-leader

育児については、具体的な役割として、そいねをする人、一人前に食事ができるまで世話をする人、子守りをする人、などについて調査をしたが、ここには、そのなかから、食事の世話をとりあげて分析した。

まず、全般的に、食事の世話をしたものについてみると、母が $\frac{2}{3}$ であり、これは炊事の担当者の場合（第46表）と比較して、母の率が低くなっていることがわかる。そいね、子守についても、ほとんど同じ結果を得た。すなわち、育児についてのrole-takerとしての母の地位は、食事についてよりも、さらに低い（第54表）。一方、育児全般に関するopinion-leaderについては、母と祖母は、食事の場合にくらべて、それぞれ低くなっている（第55表）。そこで、育児の担当者と、opinion-leaderとして育児の主権をにぎっているものの関係について

第54表 食事の世話をする人

母（嫁）	祖母（姑）
63.0%	31.3%

第55表 育児の主権をにぎっている人

母（嫁）	祖母（姑）
33.7%	26.9%

てみると、母が担当者である場合では、その $\frac{1}{5}$ について母がopinion-leaderであり、祖母が担当者である場合には、その70%も祖母が主権を握っていて、母はわずか5%にもたりない。すなわち、母が育児の実際を担当する場合でも、母の意見はさほど通らず、祖母が育児の担当者である場合は、母はほとんど口を出せない（第56表）。

第56表 育児の担当者と育児の主権をにぎっている人の関係

育児担当者	育児の主権			
	母	祖母	父	祖父
母	19.9%	36.4%	7.4%	16.3%
祖母	4.9	69.8	4.3	21.0

4-2.1 家族構成からみたopinion-leader

まず、role-takerとして、食事の世話をするものについてみると、祖母がいない類型Ⅰ、Ⅱでは、母がほとんどであるが（類型Ⅱの方が母は少し低率）、祖母のいる類型Ⅲ、Ⅳでは、母は半分にもたりない低率で、祖母が半分以上をしめている（第57表）。育児に関する主権をにぎっているopinion-leaderについてみると、母以外に女

第57表 一人前に食事が出来るまで
めんどろみる人（家族類型別）

	母（嫁）	祖母（姑）
Ⅰ 父母+子	94.7%	—%
Ⅱ 祖父+父母+子	90.0	—
Ⅲ 祖母+父母+子	41.5	54.7
Ⅳ 祖父母+父母+子	44.6	50.8

第58表 育児の主権をにぎっている人
（家族類型別）

	母（嫁）	祖母（姑）
Ⅰ 父母+子	58.7%	—%
Ⅱ 祖父+父母+子	40.0	—
Ⅲ 祖母+父母+子	18.9	47.2
Ⅳ 祖父母+父母+子	15.4	47.7

手がない類型Ⅰ、Ⅱでも約半分、祖母がいる場合には、 $\frac{1}{5}$ 以下である（第58表）。祖母がいるということが、母親の育児のやり方にとって、いかに大きな規制力となっているかがうかがわれよう。

4-2.2 社会階層らかみたopinion-leader

食事の世話をしているものを社会階層別に分析すると、だいたい低階層ほど、母のしめる率が高く、上層ほど、祖母が多くなっている（第59表）。

さらに、育児に関する主権をにぎっているものについても、上にのべたのと同じ傾向がみられる（第60表）。

第59表 一人前に食事が出来るまでめんどろをみる人（社会階層別）

	母（嫁）	祖母（姑）
Ⅰ 無所属	72.5%	19.6%
Ⅱ ～20万円	84.2	10.5
Ⅲ 20～30万円	62.7	35.6
Ⅳ 30～40万円	56.0	34.0
Ⅴ 40万円～	44.8	51.7

第60表 育児の主権をにぎっている人
（社会階層別）

	母（嫁）	祖母（姑）
Ⅰ 無所得	52.9%	13.7%
Ⅱ ～20万円	36.8	21.1
Ⅲ 20～30万円	33.9	25.4
Ⅳ 30～40万円	22.0	38.0
Ⅴ 40万円～	17.2	38.0

これは、低層ほど、家族構成類型のⅠ、Ⅱがしめる率が高いことによるためと考えられる。

以上、育児の role-taker と opinion-leader をみても、食事に関する場合と同じように、祖母が opinion leader として、重要な地位をしめていることがうかがわれる。

4-3 日常の家計に関するopinion-leader

食事・育児などについてはopinion-leaderが祖母としての姑にあることはまえにのべたが、ここでは、子供のものを買う場合、または、おかずを買う場合などの、日常のこまごました金の出納をにぎっているものについてみよう。まず、全般的にみると、母が $\frac{1}{3}$ 、祖母が $\frac{1}{5}$ 、父と祖父が $\frac{1}{9}$ というようになっている(第61表)。すな

第61表 日常家計の主権をにぎっている人

母	祖母	父	祖父
36.5%	31.3%	21.6%	10.0%

わち、母が育児や食事に関しての opinion-leader として、低位であったことをとりあげたが、これを、金の出し入れという一つの具体的な権限についてみると、さらにはっきりととらえることができる。

4-3.1 家族構成からみた opinion-leader

家族構成からみると、類型Ⅰでは80%ほどが母の手ににぎられており、その他の類型では、いずれも $\frac{1}{4}$ ～ $\frac{1}{10}$ である。類型Ⅱでは、祖父が、また類型Ⅲ、Ⅳでは祖母が、それぞれもっとも高率である(第62表)。

第62表 日常の家計の主権をにぎっている人 (家族類型別)

	母	祖母	父	祖父
Ⅰ 父母+子	78.7%	— %	21.3%	— %
Ⅱ 祖父+父母+子	26.7	—	33.3	40.0
Ⅲ 祖母+父母+子	20.8	49.1	28.3	—
Ⅳ 祖父母+父母+子	10.8	55.4	13.8	20.0

4-3.2 社会階層よりみたopinion-leader

社会階層別にみると、母は、階層Ⅱでもっとも高率であり、上階層ほど低率となる。一方、祖母は、上階層ほど高率となっている。

また、父と祖父については、階層Ⅱが最も低率であり、上階層ほど、父は低率となり、祖父は高率となる、という傾向がみられる(第63表)。

第63表 日常の家計の主権をにぎっている人 (社会階層別)

	母	祖母	父	祖父
Ⅰ 無所得	49.0%	7.8%	31.4%	10.0%
Ⅱ ～20万円	73.7	15.8	5.3	5.3
Ⅲ 20～30万円	37.3	33.9	25.4	3.4
Ⅳ 30～40万円	28.0	42.0	18.1	12.2
Ⅴ 40万円～	20.7	48.3	13.8	17.2

以上、日常の家計の主権をにぎっているものについてみたが、祖母がいる場合は、母はほとんど財布が自由にならないという傾向がみられる。

そこで、日常の家計についてのopinion-leaderと、育児に関するopinion-leaderの関係についてみてみよう。

母が家計の主権をにぎっているものについての育児に関するopinion-leaderは、母が半分、祖母が $\frac{1}{5}$ 、祖母が家計の主権をにぎっている場合の育児に関する opinion-leaderは祖母が $\frac{2}{5}$ であり、母はほんのわずかである(第64表)。

第64表 育児の主権と日常家計の主権の関係

育児の主権		日常家計の主権			
		父	母	祖父	祖母
直家系族 (ⅡⅢⅣ)	父	20.8%	16.7%	15.4%	4.8%
	母	20.8	50.0	7.7	6.5
	祖父	4.2	5.6	30.8	0
	祖母	33.3	22.2	23.1	64.5
近家代族 (Ⅰ)	父	25.0	27.1	—	—
	母	75.0	72.9	—	—

以上とりあげてきたように直系家族では、食事、育児、日常家計などにおけるopinion-leaderとしての母の比重はきわめて低く、母の母子衛生面での態度は、opinion-leaderとしての祖母によりかなり規制されていることがうかがわれる。そして、このことは、母子衛生に関する情報源をみても、祖母がいる場合は personal communication が支配的であるということと因果関係にあると考えられよう。

このように考えると、祖母がいるということが、母子衛生の状況をわるくする因子であるということが出来るが、しかし、一面では、祖母は、母の仕事の分担量を軽減するという点で、また妊娠・出産・育児という母子衛生のプロセスにおける経験者として助言し得るという点で、プラスの因子的存在でもあり得る。したがって、祖母のopinion-leaderとして、情報源の主役としての存在を否定する必要はないのであって、むしろ、その正しい

あり方をめざすということがとりあげられるべきであろうと考える。祖父についても同様である。

また、低所得階層の問題については、医療扶助、生活保護の対象が拡大されることなどの社会政策の整備に期待される点が多いということになる。

V 要 約

F地区における母子衛生の状況、母子衛生面の関心態度、母子衛生に関する情報源、opinion-leaderなどにたいする社会的要因の規制について分析をした結果は次の諸点に要約することができよう。

1. 乳児死亡率、死産率など統計的諸指標は家族内に女手のない場合の方が悪い状態である。

2. 母子衛生に関する情報源については、祖母のいる場合は、近所の人、夫、姑などといったpersonalなものが支配的であり、祖母のいない場合には、常識によるもの、その他、など情報源らしきものがない。

3. 母子衛生に関する態度については、祖母のいない場合には手が不足するためにこのましくない傾向が見られる。

4. 母子衛生面のopinion-leaderは祖母のいる場合はほとんどが祖母であり母親はきわめて比重が小さい。すなわち、育児、食事、日常の家計などについては、ほとんどその実権は祖母がにぎっており、祖母は母親の態度決定に大きな規制因子となっている。

5. また社会階層の上からは、低階層には女手が母以外にはなく上階層ほど祖母のいる割合が大きい。従って母子衛生の状況、その他については、低階層ほどこのましくなく、上階層では祖母の存在が大きな影響をおよぼしている。

以上のような状況や実態を母子衛生教育上から考えると、その指導には、case-by-caseの立場が重要であり、同一状況、同一傾向についても、そこにある規制はち

がっているということを考えねばならないといえよう。卑近な例をあげれば、集団指導の形でおこなわれる講習会や、いろいろな催しものにたいして参加しないものについても、低階層、祖母のいない場合は、何よりも、生活における多忙が、その参加をさまたげる因子となっているであろうし、また、祖父母のいる場合には、opinion-leaderとしての老人層の規制が、その因子になっていると考えられるであろう。したがって、これらにたいする指導の仕方もかわってくるということになる。このようなことは、一例にすぎぬが、他の点、他の問題の場合にも、社会階層の差や、家族構成のちがいなどの社会的要因からとりあげられねばならない問題は多いことが考えられる。

あとがき

以上、F地区における母子衛生教育の社会的要因について考察したが、紙数の関係から割愛しなければならなかったものもあり、また、事例研究のかたちでとりあげたので、農村の母子衛生教育という一般的な問題として考えると、たらざるを多としなければならぬだろう。そして、農村における母子衛生の改善を期するためには、生活の場において、socio-biologicalな立場から問題点をとりあげて行くことが必要であり、それは、いわば、農村生活の民主化、近代化のプロセスにおいてなされねばならないということがいえるのではなからうか。

おわりに、本研究に指導をいただいた小倉講師に感謝の意を表したい。

参考文献

- 1) 地区診断の理論と実際 宮坂他著
- 2) 小児衛生 船川・島田著
- 3) 母性衛生 森山豊著
- 4) 厚生指標（国民衛生の動向）33年版 厚生統計協会
- 5) 育児学 マルセル・マロン著
山本高治郎訳
- 6) 講座社会学Ⅵ 福武・日高編
- 7) 衛生教育 宮坂忠夫著