

母性保健と行動科学

宮原 忍*

Maternal Health and Behavioral Health

Shinobu Miyahara, M. D., M. P. H.

Associate Professor

Department of Maternal and Child Health

University of Tokyo School of Health Sciences

As every kind of behavior has its implication to the human health, it is essential to estimate the health risk of the every day behavior and correct it for the disease prevention and the health promotion. This viewpoint might be called “the Behavioral Health.” Also, many health problems come from the inadequate human relations. Therefore, the viewpoint of “the Relational Health” must be developed.

Among the behavioral problems concerning the maternal health, three topics were picked up and discussed here : The sexual behavior of the Japanese students, the post-war decline of the birth rate in Japan, and the health of the urban women who are working in the independent enterprises.

キー・ワード

Maternal Health Sexual Behavior Birth Rate Human Relation

* 東京大学医学部母子保健学教室助教授 連絡先：(〒113) 文京区本郷7-3-1

はじめに

私は産婦人科を専攻し、後に縁あって母子保健の領域で働くことになり、現在に至っている。

研究にしても実践においても人間を対象にする以上、行動が問題になることは多い。しかし、あらためて行動科学について書くことを求められると、私が考えていることが行動科学と言えるかどうか、まことにこころもとない。以下の文は編集者の意図に添わないかもしれないが、学際的な対話のきっかけとなることを願ってあえて発表するものである。

I 関係保健と行動保健

母性とは子供との関係で用いられる概念であるから、母子保健を解体して母性保健と小児保健に分けることは必ずしも適当とはいえない。しかし、母子保健の問題にも母性に重点を置いて見るのが適当なものもあり、小児に重点を置くべきものもあるので、その限りにおいて母性保健という言葉を用いることができる。

母性保健の領域でまっさきにとりあげるべき行動は母性行動であるが、小児保健の立場から母子相互作用が論じられると思われるので、その項にゆずり、ここでは性行動と生殖行動を考えることにする。

ところで性行動にしても生殖行動にしても、「健康の保持回復増進を目的として人々が行うあらゆる行動」¹⁾ という意味での「保健行動」とは言い難い。保健学において対象とされる人間の行動は、このような意味での保健行動に限るものでなく、むしろ「人々が行う行動を、健康との直接、あるいは間接的な関係において見た場合」は保健学の対象となる。しかし、我々が性行動、あるいは生殖行動に注目するのは、それが生物として基本的な行動であって、母子関係が成立つための不可欠な前提をなしているからである。人間においては、文化的、社会的な様々な要因で修飾を受けるが、それらの要因の作用を知るこ

とは母子保健にとって重要である。

母子保健においても、あるいは臨床医学においてそれに対応する産科学、小児科学においても、健康と疾病という2項対立で捉えにくい局面が少なくない。特に産科学においては正常分娩に対するマネージメントが相当の比重を占めており、それは異常発生の予防を主たる目的とはしているが、それだけでなくて分娩が産婦にとってより良い経験であることをも目指している。

さて人間の行動が結果的に自己、あるいは他者の健康になんらかの影響を及ぼすことは稀ではない。特に外傷の多くは、本人にとっては健康とのかかわりが予測し難いような行動の結果として起こる。また特定の食物の摂取のように、長期間反復される行動の影響は、通常極めてわかりづらい。そこで保健学的に個々の行動の健康に対してもつ確率的な影響を評価し、その行動の他の尺度から見た効果とを秤にかけ、果たしてその行動がプラスの価値をもつ行動か、代替のものよりプラス面の大きい行動はないのか検討することが望まれる。こうして健康な行動を選択するように方向づけることを「行動保健 (behavioral health)」ということができよう。

また人間は様々な関係の中で生きており、人間の行動もこのような関係の中で生ずる。ある健康障害は好ましくない人間関係が原因であることがあるが、患者だけの利益を考えて周囲の人間関係を調整することは、時には関係の歪みを別の人間に転化するに過ぎないことがあろう。すべての成員を考慮したうえでの健康な関係を築き上げてゆくことがこの視点からの保健的な課題となる。このようなことを「関係保健 (relational health)」と呼ぶことにしよう。

一人の人間の健康を最も良い状態にするという課題は、健康を一つの変量と考えれば、関係する様々な因子を変化させることによって、この変量を最大にするということだと言えようが、その個人を取巻く関係の多くの成員を同時に考慮することは、複数の変量を同時にできる限り大きくするという課題であり、一種の多変量モデルを考えることになる。

性行動、生殖行動は特徴的に人間関係の中で生ずる行動であり、保健的には関係保健、行動保健が最も要請される領域である。

II わが国の青少年の性行動^{2,3,4)}

日本性教育協会は、総理府の委嘱により「青少年の性行動」の全国調査を1974年と1981年の2回行った。2回目の調査の分析に参加したものの一人として、私なりの解釈を交えて、以下に述べてみたい。

調査結果の要約は色々な形で出ているので繰り返しになるが、2回を比較して以下のようなになる。

i) 生理的な性の発達（精通年齢，初経年齢）については，2回の調査で特に違いはなかった。

ii) 心理的な性の発達（性の関心，異性接触欲，性的な興奮，キス欲求）についても，2回の調査で特に違いはなかった。

iii) 性的な行動の発達（マスターベーション経験，デート経験，キス経験，ベッティング経験，性交経験）については，第2回の調査で男女とも早熟傾向が見られたが女性で特に著しかった。

さて，第1回の調査結果は累積経験率の形でまとめられており，第2回は本文では違ったまとめかたをしているが，比較のため後ろのほうに第1回と同様

(単位：1/1000)

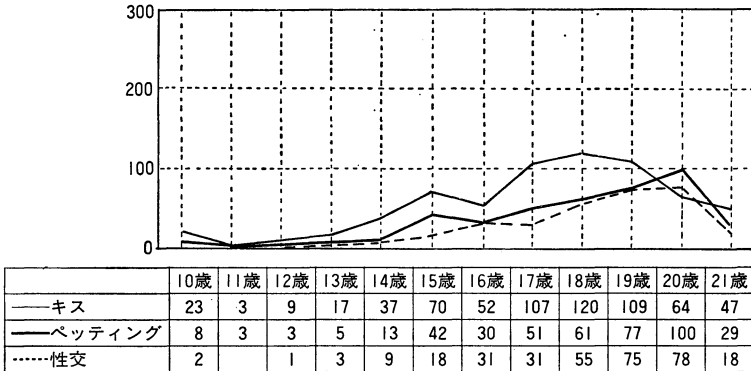


図1 性行動初経験率（男：1974）（資料：青少年の性行動）

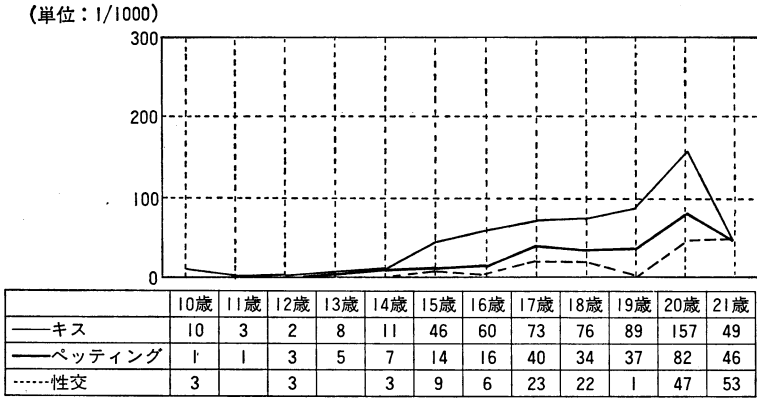


図2 性行動初経験率（女性：1974）（資料：青少年の性行動）

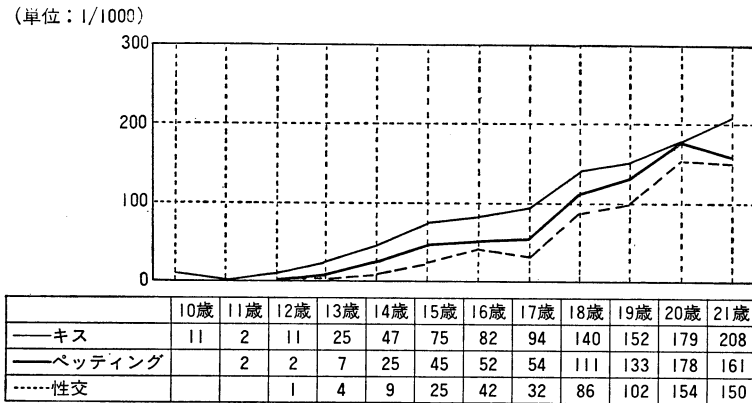
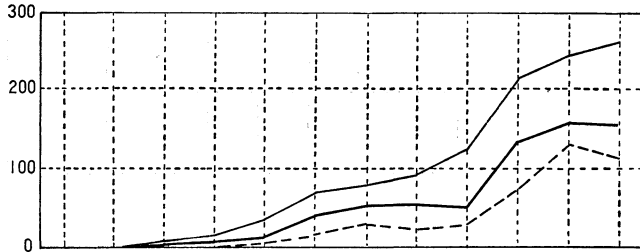


図3 性行動初経験率（男性：1981）（資料：青少年の性行動（第2回））

に累積経験率を掲げている。累積経験率はA・キンゼイがいわゆる「キンゼイ・レポート」で用いた方法であり、経験率のパーセンタイル値等を見るには優れている。しかし2回の調査の差がどの年齢層の変化によってもたらされたかを見るには不適當である。

そこで累積経験率の各年齢の差をとると、ある性行動をどの年齢で初めて経

(単位：1/1000)



	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳	15歳	16歳	17歳	18歳	19歳	20歳	21歳
—キス	4	1	8	17	35	69	78	92	123	214	243	261
---ベッティング		1	2	5	15	41	52	53	50	135	159	155
.....性交		1		1	5	17	30	24	30	75	131	113

図4 性行動初経験率(女性：1981)(資料：青少年の性行動(第2回))

験したかがわかる。

見方をかえて、ある年齢の人間がその1年間にある性行動を初めて経験する確率を考えると、この場合はその年齢までにその行動を経験していない者だけが対象になるので、分母が後の年齢になるほど小さくなる。この方法で計算しなおしたのが図1～4である。

興味深いのは性行動の初経験確率の曲線が大きく3つくらいに分かれることで、それが中学、高校、大学におおよそ相当しているように見えることである。

性的な行動の発達では1981年の調査で男女とも早熟傾向が見られたとされているが、女子のマスタベーション経験は、累積経験率では前回よりかなり増加しているように見えるが、初経験確率では各年齢でわずかな増加が見られるのみである。したがって、前回との差が著しいのは、マスタベーション以外のデート経験、キス経験、ベッティング経験、性交経験で、異性との接近が容易になったことを意味している。

性行動の活発化を居住地域別に見ると、高校男女、大学男子では都市の工場・商業地帯で、その他の地域に比して性行動の活発な者が多かった。また親の職業別では高校男女、大学男子で自営業、勤め人、農林漁業の順であった。

また高校男女、大学男女とも親の家以外から通学している者が親の家から通学している者に比して性行動の活発な者が多かった。

居住地域や親の職業が異なると、単一文化と言われる日本でも僅かながらサブカルチャーのずれを生ずるもので、異なった価値観、異なった行動規範が形成される。

また親の家から離れて生活しているものに性行動の活発化が見られるのは、親の監視から自由となったために性行動に走るためということもあろうが、親から離れているための精神的な不安定さが性行動を引き起こすということも考えられる。

第1回に比べて第2回では青少年の性行動が活発化したことは明らかであるが、この変化をもたらしたものは何であろうか。

1960年代末の学園紛争によって伝統的な価値観が力を失ったことは、背景として考慮すべきであろう。連合赤軍の浅間山荘事件は1972年である。当時、ウーマン・リブ運動が盛んで、中ビ連が新聞を賑わした。1973年には円の変動相場制が始まり、また同じ年にオイル・ショックが襲っている。1976年にはロッキード事件が発覚、旧世代の権威はますます失墜した。

1974年の第1回「青少年の性行動」調査は、価値観が流動化し、若者の性行

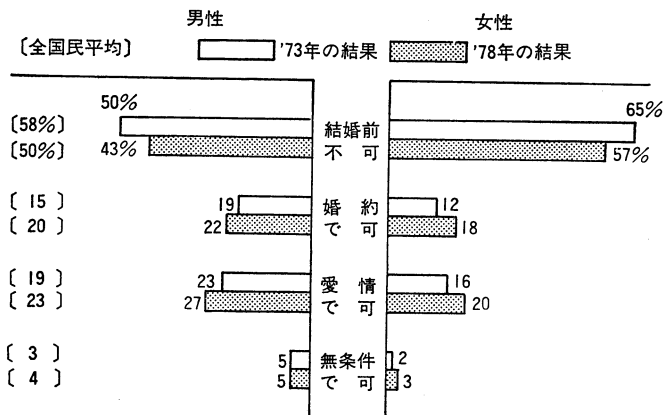


図5 婚前交渉(男女別) (NHK放送世論調査所：現代日本人の意識構造⁹⁾)

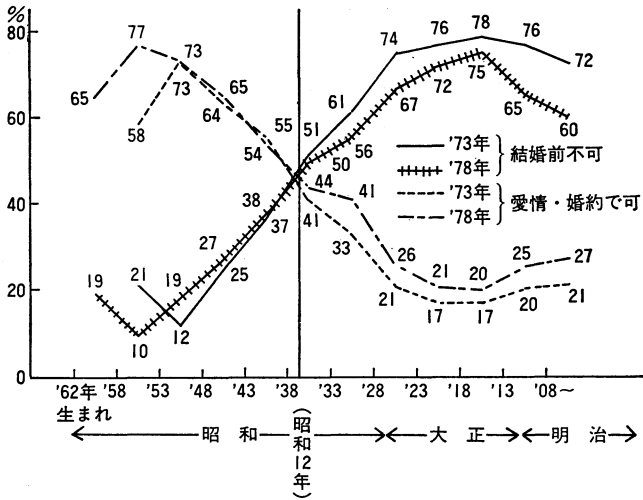


図6 婚前交渉(男性の生年別)(NHK放送世論調査所:現代日本人の意識構造⁵⁾)

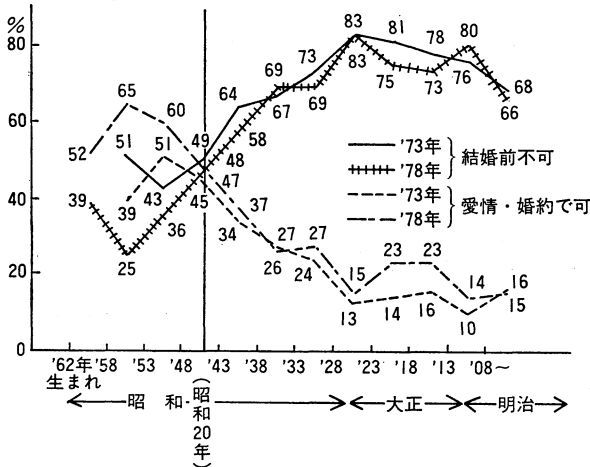


図7 婚前交渉(女性の生年別)(NHK放送世論調査所・現代日本人の意識構造⁵⁾)

動の変化の起こり始めたところに行われたと言えるようである。第2回ではこの変化が持続し顕在化したことが数字の上で証明されたことになる。

NHK 放送世論調査所が「日本人の意識」調査⁵⁾で、性についての考え方を

見るために、婚前交渉についての意見を調べており、その2回の調査の時期が1973年と1978年で性行動調査の時期と一部重なる。

それによれば「結婚していない若い人達の男女関係についてどう考えるか」という問いに対して、「性的まじわりをもつのに、結婚とか愛とかは関係ない」とする者は、1973年で男5%、女2%、1978年で男5%、女3%とほとんど変化がなかったが、「結婚式がすむまでは、性的まじわりをすべきでない（結婚前不可）」とする者は男50%から43%へ、女65%から57%へと減少し、「結婚の約束をした間柄なら、性的まじわりがあってもよい（婚約で可）」、「深く愛しあっている男女なら、性的まじわりがあってもよい（愛情で可）」を合わせて、男42%から49%へ、女28%から38%へと増加している（図5）。

この数字は大人の性意識が1973年と1978年の5年間に変化したことを示しており、この変化はその後も進行しているといっても異論はないと思う。

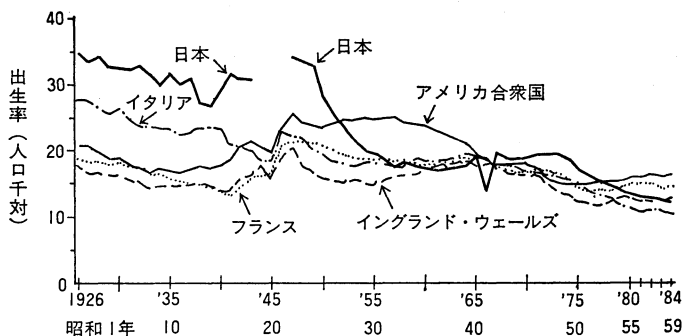
ところでこの問いに対する反応を生年別に見ているが（図6, 7）、それによるとコホートで見る限り5年間に意見の変化はほとんどないことは興味深い。すなわち性意識が全体として変化したのは個人個人の意見が変わったためではなく、調査対象の一部の世代交代によるということである。

「青少年の性行動」調査にもどると、1974年に中学1年生（13歳）であったものは順調にゆけば1981年には4年制大学あるいは短大の2年生（20歳）になる。調査対象はほとんど入れ替わったといつてよい。

さらにこれらの青少年の親たちの世代も入れ替わったと考えられ、NHK調査と考え合わせれば第1回調査のときの親よりも第2回調査のときの親は子供の性行動に対しより許容的になったと見ることができよう。若者たちの性行動の活発化はしばしば家庭、学校外の性風俗の開放化の結果とされるが、家庭自体も変化していることに目をつぶるわけにいかない。

Ⅲ わが国の出生率低下の諸要因

わが国の第2次世界大戦以前の出生率は、図に見るように先進諸国に比べて



注 日本の昭和19～21年は資料なし。

資料 厚生省「人口動態統計」

U.N.Demographic Yearbook 1951, 1952, 1978(下), 1979—1983

U.N.Monthly Bulletin of Statistics, 1986

図8 出生率年次推移の国際比較 (国民衛生の動向, 昭和61年)

かなり高かったが、戦後急速に低下した(図8)。一方死亡率も著しい低下を見ており、この限りでは多産多死から少産少死への人口転換が実現したということであるが、欧米諸国では死亡率の低下が先行し、それが出生率低下の原因となったと考えられる⁹⁾のに対し、わが国では死亡率の低下と出生率の低下がほとんど同時に起こっていることが特徴である。

出生率につき細かく見ると、明治30年代(1900年前後)から昭和18(1943)年まで(昭和19～21年は統計がない)、人口1000に対して出生は約30で、昭和13, 14年のみは戦争の影響で約27に低下していることを除けば、ほぼ一定していた。終戦直後の昭和22(1947)年には外地にいた男子の引揚げにより34.3と空前のベビーブームとなったが、その後急速に低下して昭和32(1957)年にはほぼ半分の17.2となった。出生率半減までわずか10年である。

一方死亡率は明治33(1900)年には20.8であったが、徐々に低下し、昭和18(1943)年には16.7となっている。戦後昭和22(1947)年の14.6から再出発し、10年後の昭和32(1957)年には8.3と半減とはいえないまでもかなりの低下を見せた。死亡率の急激な低下は出生率の急激な低下と時期が全く一致している。

村松⁷⁾は、「1920（大正9）年ごろから始まった多産多死から少産少死への流れは、戦争による異常な動きが清算されて戦後まもなくもとの軌道に乗り、いまや“少産少死”の安定レベルに落ち着いたものと見るができる」と言い、戦後の出生率の低下は戦前の低下傾向が人工妊娠中絶、不妊手術、受胎調節等の手段の普及によって加速されたためと見ている。

確かに大正9（1920）年は出生率36.2でそれから昭和12（1937）年の30.9まで出生率の低下があり、そのころから人口転換が始まったと考えることはできよう。しかし戦後の急激な変化をその継続のみで説明できるだろうか。

出生率は一組一組の夫婦の子供のつくり方で決まる。ここでは未婚の母については考えない。また人口構成についてもこだわらないでおく（もっと長期の変動について考えるときは無視できないことはもちろんである）。産児制限の意図が全くなければ一組の夫婦が生む子供の数は優に10人は越えるであろうから、ほとんどの夫婦は子供の数を制限する努力をしている。したがって、出生数を支配するのは子供の数を制限する意図の強さと手段の availability、ならびにその効果であろう。家族計画の効果的な手段の availability については、第2次世界大戦後とそれ以前とでは格段の相違がある。しかし、ここでは夫婦が子供の数を制限しようとする意図に影響した因子について考察する。

太平洋戦争終結以前、特に日中戦争が始まってからは、日本政府は軍事的理由から“産めよ、増やせよ”を合言葉に産児を奨励する政策を取っていた。しかし戦争のために多くの男子が外地に出ていったこともあって出生率はかえって低下した。

第2次世界大戦直後、外地にいた男子が帰国してベビーブームが起こった。その直後から出生率の低下が始まるが、最初に働いた要因のうちで最も大きいのは貧困と住宅事情であろう。昭和25（1950）年の毎日新聞による第1回全国家族計画調査⁸⁾でも、避妊を実行した理由として43.8%が経済的理由をあげている。また31.5%が母体の健康のためとしているのも、食料事情が悪く国民の健康水準が低かったことと関係がある。

一般に貧困のために子供の数を制限するとは限らない。“貧乏人の子沢山”

といわれるとおりである。しかし中位の生活をしていた人々が生命の危険を感じずような貧困に急激に見舞われた場合は、次の子供の出産を延期しようとするのは自然であろう。

さらに第2次世界大戦後の国民の心情として、以後は若い男子が戦場で死ぬことはなくなったという安堵があったと考えられる。それまで男の子が1人しかいないと家の跡継ぎが戦争のため失われるおそれがあった。

昭和22(1947)年には民法の改正がなされたが、これによって子供には親の扶養義務はなくなったという理解(あるいは誤解)がひろがった。家の制度は法的な根拠を失い、跡継ぎという概念も徐々に力を失っていった。

毎日新聞の全国家族計画世論調査⁸⁾で、“老後は子供に頼る”としたものが第1回(昭和25年)の59.1%から第13回(昭和50年)の26.0%に減少すると共に、避妊経験者が29.1%から81.5%に増加していることはこのことの現れである。

昭和25年6月に朝鮮戦争が始まった。これによって特需景気が起こり、わが国の経済の復興が始まった。これによって農村から都会に若い労働力の移動が起こった。従来の農村では農繁期の労働力に子供が必要で、したがって多産型であったが、都会に移った若者は住居の狭さも作用して都会の少産型に変化したと思われる。

子供の教育への意欲は昭和25年の第1回全国家族計画調査で、避妊実行の理由で“子供の健康や教育のため”を38.9%があげているように早期から高く、第13回の調査では子供のある人のうち現在子供を大学にやっている人が9.1%、男女ともぜひ大学にやりたい人が17.2%、男の子だけはぜひ大学にやりたい人が11.1%、できれば大学にやりたい人が45.9%で、“どうでもよい”、“考えたことがない、わからない”、“無回答”を合計しても16.7%にすぎない。

このようにわが国では小家族化に働く要因が次々に作用したと考えられるが、その底流に生活の近代化への強いあこがれが常に存在し、上述の要因がこれを補強するかたちで少産傾向を定着させたと見ることができる。

IV 都市における自営業婦人の妊娠・出産

今まで、性行動、生殖行動に影響を与える諸因子、特に価値観ないしカルチャーを探ってきたが、ここでは自営業婦人の妊娠・出産の特徴について考えてみたい。

第2次世界大戦後女子の勤労が一般化し、最近数年は女子の労働力人口比率はほぼ50%で安定している。勤労婦人の母性保護に関しては、最近の男女雇用機会均等法の制定に見られるようになり改善されたが、自営業にたずさわる婦人は形式上自由に休養をとれるはずであっても、実際は母性保護の面からみて不適当な勤労形態をとっていることが少なくない。

我々は東京都の下町の自営業婦人の妊娠・出産について調査し、興味深い結果を得た⁹⁾。

調査対象は東京都の下町の都立A産院において昭和52年8月1日から1年間に出産した婦人から500例を抽出、調査票を郵送、266例を回収した。これらは自営業婦人65例、勤労（雇用）婦人46例、家庭婦人132例であり、これらを比較した。

自営業婦人の仕事の内容は、製造・加工35.4%、飲食・喫茶15.4%、小売店13.8%、事務9.2%、その他10.8%、不明15.4%であった。

自営業婦人の分娩時の年齢を見ると、30歳以上が初産で30.4%あり、これは勤労婦人20.6%、家庭婦人13.3%に比して著しく高率であった。初産の平均年齢は自営業婦人28.1歳で、勤労婦人26.7歳、家庭婦人26.2歳に比して高かった。

初回分娩の者の占める割合は、自営業婦人32.3%、勤労婦人65.9%、家庭婦人23.1%であったが、勤労婦人では出産後退職する者があるとすれば、初産の多いのは理解できる。

人工妊娠中絶の既往のある者は自営業婦人32.3%、勤労婦人24.4%、家庭婦人18.9%で、自営業婦人に多かった。

世帯構成では親や兄弟と同居している者が自営業婦人では33.8%を占め、勤

労婦人13.0%，家庭婦人17.1%に比してかなり高い。家族数が5人以上の者は自営業婦人で29.7%，勤労婦人で2.2%，家庭婦人で17.1%であった。

すなわち自営業婦人は他の2群に比して高年出産の傾向があり，人工妊娠中絶が多くて，親や兄弟との同居が多く世帯が大きい。

妊娠中の異常では自営業に貧血が多く，勤労婦人に妊娠中毒症が多かった。分娩には3群に差はなかった。

一般に都市においては生殖年齢の人口は移動性が高い。しかし，自営業は例外で定着性が高く，生活様式や価値観もサラリーマンの家庭と異なったものを持っているようである。以上に見られた特徴もその現れであろう。

おわりに

母子保健の立場から取り上げるべき人間の行動は多いが，対話の端緒として2，3の問題について私なりの考えを述べた。素人談議の域をどの程度出ているか心許ないが，ご批判を頂ければ幸いである。

引用文献

- 1) 日本保健医療行動科学会編：健康と病気の行動科学，メヂカルフレンド社，p. 15（宗像恒次：病気の心理社会因と保健行動），1986。
- 2) 日本性教育協会編：青少年の性行動（第2回），小学館，1982。
- 3) 宮原忍：性的な行動の発達—初経年齢分布を中心に—，現代性教育研究，50：510，1982。
- 4) 宮原忍：若年妊娠への対応，日本医師会雑誌，91：2101，1984。
- 5) NHK 放送世論調査所編：現代日本人の意識構造〈NHK ブックス344〉，日本放送出版協会，1979。
- 6) 吉田忠雄，加藤寛編：世界と日本の人口政策，勁草書房，p. 29～53（兼清弘之：世界人口のあゆみと将来），1979。
- 7) 森山豊，他：母子保健・産科統計〈現代産科婦人科学大系14E〉，中山書店，p. 191～217（村松稔：人口問題），1974。
- 8) 毎日新聞社人口問題調査会編：日本の人口問題，至誠堂，1976。
- 9) 宮原忍，星山佳治，天野和彦：都市における自営業婦人の妊娠・分娩，周産期医学，9(9)：877～882，1979。