

戦前日本における乳児死亡問題と愛育村事業*

斎 藤 修

両大戦間の時代、所得格差が拡大し、政府の公衆衛生投資が進まないなかで、農村の乳児死亡率は低下をしていた。この問題についての優れた研究である伊藤繁の1998年論文（本誌第63巻6号）は、1930年以前の府県統計によって「近代産婆」の供給がその低下を説明することを明らかにした。本稿では、助産婦数の伸びは加速せず、死産率の改善が減速しつつあったにもかかわらず、新生児後死亡率の低下は著しかった1930年以降を対象に、その時期に展開した愛育会の事業を乳児死亡率と死産率のデータによって検討する。その結果は、愛育村は村内女性の組織化をと^{ポスト・ネオネイタル}おして新生児後の死亡を減少させることのできる仕組で、それは近代産婆の貢献と基本的に同一であったこと、しかし他方で、死産率の低下は順調ではなかったこと、すなわち母胎の健康状態に起因する死産をさらに減少させることは、農家女性の労働負担に顕著な軽減がないかぎり難しかったことを示唆する。

はじめに

乳児死亡率低下の歴史という観点からみたとき、両大戦間は奇妙な時代といってよい。都市と農村の所得格差が拡大し、政府の公衆衛生投資が進まないなかで、農村の乳児死亡率は低下をしていたからである。この問題についての優れた研究である伊藤繁の論稿は、1930年以前の府県統計によって「近代産婆」の供給がその低下を説明することを明らかにした。⁽¹⁾しかし、1930年以降には様相が少し変化をする。助産婦数の伸びは加速せず、死産率の改善が減速しつつあったのである。それにもかかわらず、^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡率の低下は顕著であったところに、1930年以降の時期の特徴があった。本稿は、この時期に展開した愛育会の事業と、愛育村における乳児死亡率と死産率のデータを検討することによって両大戦間における乳児死亡問題の解明に資することとする。

次節で問題の所在を、第2節で概念枠組を提示したあと、第3節では両大戦間における母子衛生改善事業の流れを概観し、第4節で助産婦職の変貌と役割について触れる。そして第5節においては、愛育村における乳児死亡率と死産率低下のデータを分析する。統計分析は全国27愛育村にかんするものと、そのうちでより詳細な実態がわかる一村にかんしてなされる。最後の第6

* 愛育会資料の閲覧については、恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室の大石弥栄氏と司書の方々のお世話になった。また、マンチェスター大学の保明綾氏からは近代産婆形成史にかんして教示を得ることができ、本誌の査読者からも有益なコメントをいただいた。記して感謝の意を表したい。

注（1）伊藤繁「戦前日本における乳児死亡問題とその対策」『社会経済史学』第63巻6号（1998年2月）、725～752頁。

節では、その分析結果の含意を述べて結論に代える。

1 問 題

両大戦間の時代は、1910年代にはむしろ上昇傾向にあった乳児死亡率が明瞭に低下傾向へと転じた一方で、人びとの意識のうえでは乳幼児や母性保護の必要性が強く認識された時期であった。「積極的衛生行政」あるいは「乳幼児保護」の時代と呼ばれるゆえんである。⁽²⁾

そのような実態と認識のギャップはなぜ生じたのか。その理由の一端は、1920年代以降が所得格差拡大の時代であったという事実に関連する。都市・農村間における賃金および所得の格差と、都市内部における貧富の格差とがともに拡大をした。とくに昭和恐慌は農村の窮乏をもたらした。それは公衆衛生および医療の分野における格差となって現出した。文明開化と工業化の始まった当初は都市のほうが不衛生で、死亡率水準も高いというのが常態であったが、1920年頃より都市の死亡率は低下局面に入った。農村部の死亡、とくに乳児死亡率も低下を始めるが、そのテンポは緩慢で、相対的には高止り観があったことが1920年から1930年頃の時代状況であった。⁽³⁾

もう一つは政府の政策の実効性にかかわる。乳児死亡の改善には母子衛生の向上が不可欠であるが、政府がこの面でのイニシアティブを発揮したとはいえないからである。もっとも、1938年に「国民体位の向上及び国民福祉の増進」を目的とした厚生省が創設されるまでにも、制度整備への努力がなされなかったわけではない。1916年に保健衛生調査会が設立され、その答申は制度設計の青写真を提示した。しかし政府は、その実施のために予算をつけようとはしなかった。公衆衛生分野への財政支出をみると、そのシェアは縮小し続けていたのである。医師と助産婦にかんしては自由開業の体勢が堅持され、保健衛生調査会の提言は事実上民間に丸投げされていたといえる。⁽⁴⁾

注 (2) 日本人口史におけるこの時期の位置づけについては、伊藤「乳児死亡問題」；斎藤修「近代人口成長」(速水融・鬼頭宏・友部謙一編『歴史人口学のフロンティア』東洋経済新報社、2001年、第3章)；白井泉「乳児死亡の構造と丸山博のアルファ・インデックス」『三田学会雑誌』第99巻3号(2006年10月)、473～505頁を参照。統計的にはさらに、この時代が出生力低下の開始期でもあったことが明らかとなっている。筆者は、両者は「ワンセットの変化」だったのではないかと示唆したが、当時の人びと、それも政策担当者の意識からみれば、両者は両立不可能なゴールであったろう。実際、当時の母子衛生問題という言葉には「家族計画」という観念がまったく含まれていなかった。この時期、人口過剰論と産児制限運動とが登場し、農村社会においては出生力の低下が静かに始まっていたにもかかわらず、思潮の動向は産児制限の正当性を否定する方向に動いていたのである(廣嶋清志「現代日本人口政策史小論」『人口問題研究』第154号、1980年、46～60頁)。しかし、農村女性自身の意識ではどうであったか、あるいは村落レベルではどうであったか、その解明と実証は今後の課題であろう。なお、「積極的衛生行政」とは、厚生省医務局編『医制百年史』の評価(同、記述編、1976年、180頁)、「乳幼児保護の時代」は、毛利子来『現代日本小児保健史』(ドメス出版、1972年)第3章のタイトルである。

(3) C. Mosk and S. R. Johansson, 'Income and mortality: evidence from modern Japan', *Population and development review*, vol. 12, no. 3 (September 1986), pp. 415-440；伊藤繁「人口増加・都市化・就業構造」西川俊作・山本有造編『産業化の時代』下(日本経済史5)、岩波書店、1990年、234～235頁。

それでは、公的な母子保健支援体制が不十分で、かつ都市と農村のあいだの不平等が拡大していたこの時代に、なぜ農村の乳児死亡率は低下を始めることができたのであろうか。人口史において、乳児死亡率が低下局面に入ったということは画期的な事象である。そのような乳児死亡率低下をもたらした要因はどこにあったのであろうか。

この問題に明示的な検討を加えた研究は多くないが、10年ほど前に本誌に掲載された伊藤繁の論稿は現在のところ戦前日本における乳児死亡問題にかんするもっとも優れた分析といつてよいであろう。⁽⁵⁾この論文はまず、1920年代に内務省衛生局の構想に民間が反応し、所得水準の高い都市内においては民間の援助で、すなわち富めるものから貧しいものへの所得移転効果によって乳児保護施設が徐々に進み、それが都市部でまず乳児死亡の改善が始まったことを説明する。他方、農村部への乳児死亡率低下現象の拡がりを説明するのは助産婦数の増加だという。1920年から30年にかけての乳児死亡率が低下に転じた局面においては、出産数に比して助産婦数の増加が多かったところ、すなわち需要に比して供給の伸びが高かった県において乳児死亡率の低下が有意に大きかった。別ないい方をすれば、農村部であっても近代産婆の普及が著しかったところでは、乳児死亡率の低下が観察されえたということを、伊藤の実証研究は示唆しているのである。

ただ、この発見事実をどのように解釈するかには若干の不透明さが残る。伊藤を含め多くの研究者が指摘しているように、乳児死亡にかんする戦前の局面は1920年代初頭でもって前後に区分される。最初は、乳児死亡率が低下をしない、むしろ上昇傾向にあった局面である。その理由は、新生児死亡率は傾向的に低下していたのにたいして、^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡率は上昇、後者の増加が前者の低下を上回る時期がしばらく続いたからであった。しかし、1920年代には乳児死亡率が低下に転じ、1930年ころより加速化した。それは新生児死亡率が両局面をとおしてゆっくりと低下していた一方で、^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡率の低下が始まったからである。^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡の低下率はしばらくのあいだは新生児死亡の低下率に及ばなかったが、1930年代になると前者が後者を明瞭に上回ることになった。けれども、伊藤の観察は1930年までの時期にかぎられていたもので、この局面の特質が十分に意識されてはいなかったように思う。実際、1930年以降における^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡率の低下には、それに見合った助産婦増加の加速があったわけではなかった。また、助産婦の寄与が大きいはずの死産率の低下は両局面をとおして順調に低下をしていたが、その低下率は1920年代末から1930年代にはむしろ減速気味となっていた。これはなぜなのであろうか。

注 (4) 斎藤修「母子衛生政策における中間組織の役割—愛育会の事業を中心に—」猪木武徳編『戦間期日本の社会集団とネットワーク』NTT出版、2008年、第15章。シーラ・ヨハンセンとカール・モスクも、平均寿命を尺度とし、死亡原因としては結核に焦点をあててではあるが、その死亡率が増加傾向を示し、平均余命の十分な伸長がなかったのは日本政府が感染症対策に実効性のある投資をしなかったからだとして述べている (S. R. Johansson and C. Mosk, 'Exposure, resistance and life expectancy: disease and death during the economic development of Japan, 1900-1960', *Population studies*, vol. 41, no. 2, July 1987, pp. 207-235)。

(5) 伊藤「乳児死亡問題」, 738頁以下。

公衆衛生ないしは母子保健の歴史を専門とするひとであれば、この時代における乳児死亡率低下の説明は訪問看護と指定村方式による母子衛生改善事業の展開を軸に考えるであろう。そのもっとも成功した例は、東北更新会と恩賜財団愛育会によって1935年代半ばより始められた指定村事業であった。ただ、この指定村事業は全国でも数十カ村において展開しただけなので、統計的な説明要因としてはとるに足らない規模であったかもしれない。しかし、愛育村については若干の村について詳細な資料が残されている。村落レベルのデータによってその成功の真の原因と問題点とを検討し、農村社会のより深いところで生じていた変化と持続の様相を明らかにすることができれば、近代産婆の供給増加とに共通する要因を析出できるであろう。実際、のちにみるように、助産婦供給の効果と愛育村事業の効果は本質的には同じであったと考えられる。それゆえ、伊藤の観察になかった時期に展開をみた愛育村事業の実態を、乳児死亡率と死産率低下とを指標として統計的に明らかにすることができれば、両大戦間における乳児死亡問題を取りまく農村社会変容の一端を解明する一助となるにちがいない。

2 概念整理

一般に、乳児死亡の多寡を左右する原因は、(1) 母胎の健康、(2) 乳児の病原体との接触および感染（エクスポージャ）、(3) 母子ともに生じうる異常あるいは体調変化への対応と予防の3つに分類できよう。また、乳児死亡率は(a) 生後1カ月の新生児死亡と、(b) それ以降12カ月までの新生児後死亡^{ポスト・ネオネイタル}とに分解できる。さらに、新生児期と後期胎児期を合わせて周産期と呼ぶとすれば、(c) 後期胎児期の死亡、すなわち死産も(a)の死亡と密接に関連した事象である。⁽⁷⁾ 新生児期には母乳を通じて母親の免疫学的な感染防御能力が移行するので、病原体との接触があっても感染症には罹りにくいのにたいして、生後1カ月を過ぎると感染症や不適切な哺育による死亡が増加する。いいかえれば、新生児死亡は上記(1)の原因による死亡が多く、死産と同根の現象であるのにたいして、新生児後死亡^{ポスト・ネオネイタル}には(2)が死因として登場する。^{ポスト・ネオネイタル} 新生児後死亡率は大人に近い死因構造をもつのである。

1920年代以前の時期において乳児死亡率が上昇気味であったのは、以上の分類を使っていえば、新生児死亡率(a)はゆっくりと低下していたけれども、^{ポスト・ネオネイタル} 新生児後死亡率(b)が上記(2)の理由で上昇していたことが主な理由であったということが出来る。後者の増加が前者の低下を上回る時期がしばらく続いたからであった。⁽⁸⁾ 他方、助産婦数の増加は、所得水準のゆっくりとした向上があればとくに、(3)の要因による出産時と出産後の疾患などへの適切な処置を可能とすることによって周産期の死亡率低下に寄与すると考えられる。この周産期における母胎の健康に大きな影響を与える要因の一つは母親の労働負担であるが、その顕著な軽減がなかった時代に新生児死亡率(a)と死産率(c)とがゆっくりと低下を始めていたのは、助産婦供給の効果であったといつてよい。⁽⁹⁾ ただ、戦前の助産婦は出産に立会っただけではなく、伊藤自身が記しているよ

注 (6) たとえば、毛利『小児保健史』、第3章。

(7) 周産期は後期胎児期および生後1週間と定義されることが多いが、生後4週間ないしは1ヵ月とすることもある。

うに、産前産後における妊婦相談から育児の世話まで行うことが稀ではなかった。それゆえ、離乳期の乳児の健康管理にも貢献し、それゆえに1920年代以降の原因(3)による^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡率(b)の低下にも寄与した可能性がある。しかし、助産婦の供給がいっそう増加したわけではないのに、なぜ^{ポスト・ネオネイタル}新生児後の死亡率低下は加速し、他方で死産の低下率は減速し始めたのであろうか。これが、本稿の問題の一つとなる。

ところで、死亡率の歴史においては生活水準向上か制度的介入かという考え方の対立がみられる。とくに近代の^{ヘルス・トランジション}健康転換(あるいは疫学上の転換)にかんしては、トマス・マッキオンが医学的進歩と病院治療の進展を斥け、生活水準向上説をとったことから論争が引き起こされたが、その際に批判者が提示した事実の一つが乳児死亡率低下の停滞と遅れであった。現在では、所得向上とその結果としての栄養改善を重視する研究者は少なく、公衆衛生分野における制度的介入の役割に注目するのが主流となってきた⁽¹⁰⁾。しかし、制度的介入にもさまざまなタイプがある。病院とか保健所をつくるというハードのインフラ整備もその一つであるが、医師や看護婦や助産婦の知識とスキル水準を向上させるのもその一つである。いずれも、中央か地方かを問わず、政府の、物的および人的資本への投資に依存するところが大きな施策であるが、前節でも述べたように両大戦間の政府にはこの点での貢献は期待できなかった。母子衛生事業への財政支出はわずかで、医師の供給も不十分であった。助産婦の供給はかなりの程度進んだけれども、そのほとんどはマーケットを通じて達成されたものであった。近年では、政治学者ロバート・パットナムが重視する概念「社会関係資本」を借用して、地域コミュニティやボランティア・グループの公衆衛生における役割に関心を払う研究もなされている。すなわち、人びとの^{ネットワーク}輪とそのネットワークが機能するために必要な相互信頼や規範そのものに意味と役割を見出すアプローチである⁽¹¹⁾。社会資本の概念は多義的で実証におけるデータとの照合には問題が残るけれども、制度や仕組が機能するためには相互信頼や規範を共有するひとのネットワークが重要だという点では多くのひ

注(8) 新生児後死亡率の上昇傾向が明治期からの現象であったことは、1ヵ村かぎりの観察ではあるが、斎藤修「明治期の乳胎児死亡—北多摩農村の一事例—」速水融編『近代移行期の人口と歴史』ミネルヴァ書房、2002年、第4章に実証がある。ただ、その要因にかんしては十分な検討がない。一般には農村への都市化の影響(エクスポージャーの増大)として解釈されるが、それだけではなく、農家女性の労働負担が新生児死亡にだけでなく、^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡にも影響した可能性がある。母親の労働負担増が授乳回数や母乳の質に影響するという因果関連である。村越一哲はデータにもとづき、そのような因果関連が大正の農村では働いていたことを主張する(「大正期における農村の乳児死亡率—発育と育児との関係からの検討—」歴史人口学セミナー第32回研究会報告、於麗澤東京センター、2007年11月24日)。

(9) 農家女性の労働負担増がもった意味については、以前に若干の仮説を提示した。斎藤修「経済発展はmortality低下をもたらしたか? 欧米と日本における栄養・体位・平均余命」『経済研究』第40巻4号(1989年10月)、339~356頁;同「農業発展と女性労働—日本の歴史的経験—」『経済研究』第42巻1号(1991年1月)、31~41頁。

(10) マッキオン説とその後については、斎藤修「歴史人口学の展開」速水融編訳『歴史人口学と家族』藤原書店、2003年の65~66頁において触れた。より詳しい展望は、見市雅俊「栄養・伝染病・近代化」『社会経済史学』第53巻4号(1987年10月)、538~572頁、およびS. R. S. Szreter, 'The importance of social intervention in Britain's mortality decline, c.1850-1914', *Social history of medicine*, vol. 1, no. 1 (April 1988), pp. 1-37をみよ。

との合意が得られよう。本稿では中間団体として愛育村組織に焦点をあてるが、それはとりもなおさず村内における人びとの輪の役割に注視することでもある。

3 母子衛生改善事業

母子衛生改善事業の展開にとってもっとも影響の大きかった提言は、1920年代なされた保健衛生調査会の建議と答申であった。⁽¹²⁾ 1920年の建議では産院と育児相談所の設置が求められていたのにたいして1926年の答申では小児保健所の設置となったが、その基本的な発想は同一で、来院の難しい妊産婦を「直接訪問」すること、すなわち訪問看護と巡回看護が、乳児死亡低減のためには有効という考え方であった。小児保健所案では医師1名、保健婦1名の配置が予定されていたが、「若し増員するとすれば医師よりも訪問を為す保健婦を適宜増加する方が適切」というところにその構想のポイントがあった。⁽¹³⁾ これは19世紀後半のリヴァプールで始まった health visitor 制度に端を発し、西洋諸国、とくにアメリカを経由して日本に受容されたもので、当時の母子衛生関係者のあいだでは共通の認識となっていたものと思われる。⁽¹⁴⁾

この構想を実行に移すことは、しかし、民間に任されていた。推進主体となった組織は多様であった。村の行政の場合もあった。村自体の判断で巡回産婆制度を設計した長野県の村々や、1910年代に赤痢・腸チフスの村内流行をきっかけとして、衛生組合を組織化し、村財政からの衛生関係事業への支出を増やして、結果として伝染病発生件数を減少させただけでなく、出生数にたいする死産の割合を傾向的に低下させることに成功した秋田県由利郡西目村のような、かなり早期の事例もある。⁽¹⁵⁾ しかし、全国的ないし地域的な拡がりをもつ団体としては主として恩賜財団済生会、聖路加国際病院、そして日本赤十字社であったといわれるが、いずれも都市型病院で農村への制度普及には大きな障害があった。その点で、1930年代半ばから東北更新会と愛育

注 (11) 社会関係資本概念については R・D・パットナム (河田潤一訳)『哲学する民主主義—伝統と改革の市民的構造—』NTT出版、2001年、206頁以下をみよ。この概念を公衆衛生研究に導入した先駆的研究者の一人がリチャード・ウィルキンソンで、その議論は R. Wilkinson, *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*, London: Routledge, 1996 にまとめられている。近年の研究の方向と論議については、たとえば以下を参照。S. Szreter and M. Woolcock, 'Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health'; R. D. Putnam, 'Commentary. "Health by association": some comments'; and S. Szreter and M. Woolcock, 'Rejoinder. Crafting rigorous and relevant social theory of public health policy', *International journal of epidemiology*, vol. 33, no. 4 (July 2004), pp. 650-667, 667-671, 700-704.

(12) 『医制百年史』記述編、245頁。この調査会設置の意義については、斎藤「中間組織の役割」を参照。

(13) 保健衛生調査会「児童及妊産婦保険増進に関する件」『社会事業』第6巻7号(1912年7月)、637-638頁；同「小児保健所設置の趣旨」中川米造・丸山博編『医学』2、日本科学技術史学会編『日本科学技術史大系』第25巻、第一法規出版、1967年、資料3-19。引用は後者の166頁より。

(14) 斎藤潔「保健指導婦事業の発達史」『小児保健研究』第8巻1号(1940年1月)、12-22頁；小宮山新一「農村保健婦の歩みと今日の問題点」『医学史研究』第24号(1967年)、1254-1259頁。

(15) 湯本敦子「長野県における近代産婆の確立過程の研究」『信大史学』第25号(2000年)、1-17頁；同「長野県における巡回産婆の成立と普及」『信濃』第53巻7号(2001年7月)、489-511頁、および大鎌邦雄『行政村の執行体制と集落行政村の執行体制と集落—秋田県由利郡西目村の「形成」過程』日本経済評論社、1994年、第2章。

会が展開した「指定村」という仕組は新しいモデルを提供した。⁽¹⁶⁾

東北更新会は1934年の東北大冷害を契機に設立された団体で、1935年より東北各県に指定村を指定、その村を担当する嘱託指導医と、彼を補佐する当該村在住の保健婦・産婆あるいは補助員がきめの細かな指導を行なうという方式が開始された。4年後の1939年までに指定村は110ヵ所になったという。ただし、保健婦がおかれたのは22ヵ所だったというので、乳幼児事業にかんする取組が行なわれたのは20村程度と見るのがよいであろう。⁽¹⁷⁾指定村の構成は、村内の大小の集落組織をそのまま利用したようであるが、事業の第一線で立ち働いたのは、嘱託医の指揮の下で「親しく村や家庭を訪問して、主婦に面接し、育児は勿論家庭衛生の全般に互つて、其指導に当る」ところの保健婦あるいは産婆であった。1939年に、代表的な5ヵ村の实地視察に招かれた聖路加病院の（そして、次にみる愛育会の愛育調査会委員でもあった）齋藤潔は、識見ある嘱託指導医と、素養があり献身的な保健婦や産婆に恵まれたところでは、この取組は十分な効果をあげたと評価をしている。⁽¹⁸⁾

齋藤は、同会の指導書シリーズに医者立場から妊産婦・乳幼児保健を執筆している。そこでは、「こゝに述べようとする小児保健は主として胎児並に小児の環境の改善であつて、即ち母体及び生れて来た小児の家庭並びに社会を健全にして、たとへ生れつきには丈夫でない体質或は恵まれない環境のものであつても、之を導いて、健全なる心身の發育を遂げさせようとするのである」と述べ、最後の章では保険事業の構築にも言及して、「保健一般について、家庭の指導教育、保護の徹底を計るには、各家庭を巡回訪問して、主婦と直接に接することが、最も適切有効」と語っている。妊産婦保健と乳児保健を一体のものと考え、そのためには訪問看護が適切有効⁽¹⁹⁾という、関係者の認識が端的に表明されているのである。

もう一つの愛育会も、農村における母子衛生の改善を目的として組織された。「母体と胎児とは生物学上から言ふ時は、一つの単位であつて、一体のもの」という認識から、児童のみならず、母性保護にも等しく力点が⁽²⁰⁾おかれていた。そして、その中枢的な事業が1936年に始まった愛育村の指定とその展開であった。愛育村の選定基準は

1. 成ルヘク中位ノ民度ニアル農山漁村タルコト

注 (16) 齋藤「中間組織の役割」、第2節。

(17) 当初は東北生活更新会と称していたが、のちに生活の字が落とされて東北更新会となった。香坂昌康「東北地方人的資源増強に対する東北更新会の施設について」人口問題研究会編『東北人口』人口問題資料第46輯、刀江書院、1941年、32～42頁。同会は、乳幼児保健事業に特化していたわけではなく、生活改善から「人心作興」、「産業開発」までも事業対象としていた。村分会によって行ふ事業が少しずつ異なっていたようで、東北生活更新会編『施設事業の概況一斑』（東北生活更新会、1936年）という題名の写真集によると、撮影対象となった6県12ヵ村の事業は、住宅改善2、妊産婦保健3、乳幼児保健6、栄養改善2、トラコーマ治療3、寄生虫1であった（重複事業あり）。乳幼児保健が同会のもっとも力をいれた事業とはいえるが、それ以外にも広範囲の問題を扱っていたことがわかる。

(18) 齋藤潔「農村に於ける小児保健並に栄養改善事業（東北更新会指定村事業視察報告）」『小児保健研究』第8巻2号（1940年2月）、60～76頁。

(19) 齋藤潔『東北地方に於ける妊産婦並に乳幼児の保健』東北生活更新会指導書第1編、東北生活更新会、1936年、緒言3頁および79頁による。

2. 村当局，学校教職員，警察官，医師，助産婦，社会事業家，神職，宗教家，各種団体長，婦人団体及女子青年団体幹部等ノ相互協力ヲ得テ本施設ノ有効適切ニ運用セラルルコト

3. 当該村当局其ノ他有力者ガ本施設ニ対シ理解ト熱意トヲ有スルコト

4. 成ルヘク乳幼児死亡率ノ高キ村タルコト⁽²¹⁾
であった。

その年に神奈川県中郡高部屋村など5ヵ村，翌1937年に山梨県中巨摩郡源村など4ヵ村，翌々年に3ヵ村が指定をうけ，事業を展開した（その後，厚生省社会局の事業の一環に組入れられて村数は一挙に増えた）。個々の村について選定の理由を詳らかにすることはできないが，幸い高部屋村と源村にかんしては事情がある程度明らかにされているので紹介しよう。⁽²²⁾高部屋村においては，村長小澤光男と小学校長沼野嘉彦のイニシアティヴがあった。同村愛育会の関係者がのちに述べたことによれば，「その頃の高部屋村には，経済問題のほかに，産婦や乳幼児の死亡率が高い，ということがあった。そこで，愛育村の指定を受けて，民間指導者を養成する，保健婦さんを村に置いて，取上げばあさんの制度を止める，これを目ざした⁽²³⁾」。それによって「流灌^{ながれかん}頂^{じょう}」（この場合は妊産婦死亡のこと）をなくしたいと考えたのだという。⁽²⁴⁾このタイプの村は他にも少なからずみられたものと思われる。野村みつるは，愛育会に先行する事例である岡山県赤磐郡鳥取上村を取上げて，そこにおける事業と高部屋村の取組との類似性を指摘する。鳥取上村の事業は，大正初期より小学校医が主宰して行なわれていた母の会を全村的に発展させたもので，村内の小字を単位とした看護委員の組織をおき，家庭訪問と連絡票によるモニターの仕組が構築されていた。東北更新会の指定村同様，家庭訪問を村ぐるみで行なう方式であったことは興味を惹く。⁽²⁵⁾

源村の場合は，山梨県の推薦によって選ばれたのであったが，推薦理由に「指導者トナルベキ地位ノ婦人ヲ有ス⁽²⁶⁾」ということがあった。この婦人とは女子高等師範および日本女子大家政学科卒業の女性，矢崎きみよであった。矢崎は源村愛育班長となり，愛育村活動に全力を注いだ。戦

注 (20) 稲田龍吉「乳児死亡の過多とその対策」『愛育』第1巻1号（1935年7月），6～7頁，恩賜財団母子愛育会五十年史編纂委員会編『母子愛育会五十年史』恩賜財団母子愛育会五十年史編纂委員会，1988年，191頁。

(21) 『母子愛育会五十年史』，193頁。

(22) 伊勢原市史編集委員会編『伊勢原の民俗—高部屋地区—』伊勢原市史民俗調査報告書4，伊勢原市，1991年；同『伊勢原市史—別編民俗—』伊勢原市，1997年；伊勢原市史総務部市史編纂室『座談会 高部屋村愛育村活動について』伊勢原市，1991年；野村みつる「高部屋愛育村の活動—その発端と役割—」『伊勢原の歴史』第9号（1994年），および山梨県社会課「源村愛育事業に就て」（恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室所蔵）；杉本仁「愛育村」，斎藤修「医療と農村母子保健問題」，ともに『山梨県史』通史編，近現代2，山梨日日新聞社，2006年。

(23) 伊勢原市史総務部市史編纂室『座談会 高部屋村愛育村活動について』伊勢原市，1991年，9頁。

(24) 野村みつる「高部屋愛育村」，99～100頁。同時代では，浜田光雄「差当り必要な農村乳幼児保護施設」（『社会事業』第17巻1号，1933年1月）が鳥取上村に言及している。

(25) 山梨県社会課「愛育村設置ニ関スル件」（恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室所蔵）；杉本「愛育村」，257頁。

後になって、「この村は養蚕の名所^{などころ}でしたが、蚕には、それが金になる所から、お蚕^こさんとさんづけして呼びましても、子供のことは餓鬼、或いはこの鼻つたらしです。従つて、蚕が若し病気にでもなつたら、夜の目も寝ない飼育管理なんか平気ですが、子供の病気の時には、なんだ、風邪か、子供は風の子だ、ほつておけば癒る……私達若干の者が、それに気がつきまして、何とか注意を与えて居りましたが、何を閑人の寝言と、言うことを聞かれるものじゃありません。そこへ、県を通じて愛育村の施設を講じて見ないかとのお話で、ただもうとびつき、組織の力をかりて児童保護に邁進することに致しましたのです⁽²⁶⁾」、と回想している。矢崎は元村長の妻という地位であったが、注目されるのは「私達若干の者が、それに気がつきまして、何とか注意を与えて居ました」という下りである。村内に女性のグループが存在していたらしいこと、そして愛育村指定より前から母子衛生改善のために活動を行っていたということがわかる。これが、女性のグループ活動という点で他の村々でもみられたことの一つなのか、それとも文字どおりにユニークな事例なのかはわからない。しかし、イニシアティブが女性によってとられた場合があったということは興味深い。

愛育村も東北更新会の指定村同様、村内を大字あるいは小字ごとの分区ないしは分班に分割し、その分区を単位に活動を行った。旧来からの村落共同体の仕組みを利用した、加入強制を伴う村ぐるみの事業だったからである。具体的には家庭訪問看護のほか、衛生指導、母子相談、共同炊事、母の会の組織などが活動の中心となった。愛育村には保健婦を配置、その下に未婚の女子青年をおき、愛育活動を実質的に担う組織となっていた。保健婦には産婆ないしは看護婦の有資格者が採用され、班員には村の女子青年団体ないしは女子青年学校生徒が動員された。班員は事実上の代用保健婦であった。妊娠および出産の通知があったときは必ず家庭を訪問しなければならず、出産後も家庭の衛生状態や産婦・嬰兒の健康状態を常時チェックするために訪問看護が制度化されていたのであったが、その任にあたったのが女子青年の班員であった。

高部屋村と源村では愛育村となった事情に若干の相違があったが、どちらも助産婦が保健婦を務めるという点で、また女子班員のエネルギーを引き出し、姑教育にも力を注いだ点で共通をしていた。どうしても絶対数が不足する正規保健婦の役割の一部を、未婚の女子青年に担ってもらうところにこの仕組みのポイントがあった。

4 助産と母子衛生

本節では、母子衛生における助産婦の役割についてやや詳しくみることにするが、最初に、この時期の統計を整理しておこう。表1には乳児死亡率、新生児死亡率、アルファ・インデクス（死因指数とも呼ばれる）と、死産率および助産婦1人当たり受持人口とが示されている。まず、最初の3つの欄をみよう。乳児死亡率の上昇趨勢は1920年頃まで続いたこと、しかし、総乳児死亡と新生児死亡の比であるアルファ・インデクスは1930年まで上昇をしていたこと、それは構成要因の一つ、新生児死亡率は全期間を通じて——一時的な停滞はあったが——着実に低下を

注 (26) 「愛育村源村」『新しい生活』1950年10月号、8頁。

表1 乳児死亡率・死産率と助産婦数の推移, 1903~1942年

年次	乳児死亡率 (%)	新生児死亡率 (%)	アルファ・ インデクス	死産率 (%)	助産婦1人当り 受持人口 (人)
1905	152.7	74.7	2.04	92.4	892
1910	159.2	74.3	2.14	84.1	887
1915	159.1	70.9	2.25	73.8	829
1920	173.3	73.7	2.35	67.5	775
1925	153.2	62.4	2.45	57.3	693
1930	135.4	53.5	2.53	52.9	636
1935	117.4	48.0	2.45	50.5	581
1940	100.1	41.4	2.42	45.7	606

- 注) 1. 乳児死亡率と新生児死亡率は出生を分母とする, また死産率は出生数プラス死産数を分母とする千分比 (%)。
2. アルファ・インデクスは, 乳児死亡÷新生児死亡。
3. 助産婦1人当りの受持人口は, 女性人口総数を助産婦総数で除した値。
4. 各年次とも表示年を中心とする5カ年の平均値。

資料) 内閣統計局『人口動態統計』昭和18年版, 1945年12月。人口は赤坂・梅村推計(梅村又次他『労働力』長期経済統計2, 東洋経済新報社, 1988年, 第1-2表)。

していたのにたいして、
^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡率がそれ
に見合う低下を示さな
かったことを意味する。同
期間の変化を示す表2に
は表1のアルファ・イン
デクスの代りに<sup>ポスト・ネオネイ
タル</sup>新生児
後死亡率の変化を載せて
いるが、それによれば、
そのピーク自体は1920
年にあったけれども、
1920~30年のあいだは
新生児死亡の低下率に
^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡の低下率
にまだ及ばなかったこ

とがわかる。逆にいえば、1920年から、とくに1930年以降に乳児死亡の低下率が加速した理由
の^{ポスト・ネオネイタル}一つは新生児後死亡率が顕著に低下し始めたことにあるのである。

以上は伊藤繁や白井泉の観察を確認するにすぎないが、表1-2には彼らの観察には入ってい
なかつた死産率の情報も加えてある。死産は出産直後の死亡とともに、その改善に近代産婆の効
用がもっとも大きかった事象と考えられるからである。その死産率は新生児死亡率と同様、ある
いはそれ以上に明瞭な単調減少を記録していた。しかし、低下率が大きかったのは前のほうの時
期で、1925年以降はその低下に減速がみられたことがわかる。

これはなぜなのでしょう。助産婦数の増加が真の説明変数であるとする、やや意外な事実で
ある。伊藤は被説明変数を乳児死亡率にとり、対象期間を1930年までにかぎっていたのでこの
点に気づくことはなかったが、これは検討するに値する問題である。

ところで、この同じ期間、助産婦数はどのように推移したのであろうか。表1-2には助産婦1
人当りの女性人口をも掲げているので、それをみよう。1899年、産婆規則が改正され、助産婦
の資格要件が統一化された。それ以降、助産婦数の増加には目を見張るものがあった。1905年
を中心とする5カ年平均でみると、医師の数は35,000人、助産婦数は26,000人であった。それ
が1935年には、やはり5カ年平均値で57,000人と59,000人となっていた。医師数が6割程度の
増加であったのにたいして、助産婦数は2倍以上の伸び率を示し、医師数を上回るにいたったの
である。⁽²⁸⁾この時期は総人口の伸びもいちじるしかったので対女性人口比でみると、受持人口が
1905年の892人から1935年の581人へと減少をしたことになる(表1)。助産婦数の対女子人口

注 (27) 伊藤「乳児死亡問題」, 728頁; 白井「乳児死亡の構造」, 482頁。その府県別動向は488~493頁
を参照。

比が（沖縄県を除いて）
 全国最下位であった山梨
 県の場合をみてみよう。
 絶対数で医師の数に追い
 つくのは全国平均よりも
 だいぶ遅れたが、1935
 年の助産婦1人が受持つ
 人口は平均で1,193人と
 なっていた。全国平均
 （581人）の2倍ほどの
 水準ではある。ただ、そ
 れでも齋藤潔が、保健婦
 についてではあるが、
 受持範囲は「五百戸
 （人口三千人）を一地区
 として一名を設置する
 位⁽²⁹⁾」、すなわち対女子人
 口比で1,500人に1人程
 度といていたことから
 みれば、合格である。さ

らに、変化の軌跡をみるときわめて印象的な動きをしていたことがわかる。医師の場合、町場
 （市および町）の医者は増加したが、農村では減少をしていた。無医村はさらに増えたのである。
 しかし、助産婦数の趨勢は異っていた。甲府市の産婆数の変化は医者の場合と類似していたが、
 郡部では、町場でも農村でも助産婦数が増加した。それゆえ、郡部から町部を引いて村部のみを
 みると、2つのカーブはまったく対照的な推移を示し、その結果として1941年となると助産婦
 数が医師数にほぼ並ぶまでになったのである。いうまでもなく、これが全国の趨勢ではない。医
 師も助産婦も自由開業体制にあったために、都市のほうが魅力的なマーケットであったという点
 では助産婦の場合も変わらなかった。しかし、助産婦のほうが相対的に農村の営業に有利さを見
 出していたらしい⁽³⁰⁾ということはいえるのである。

この量的拡大は質的変容を伴っていた。旧来の「トリアゲ婆」が、西洋医学にもとづく知識と
 技術をもった助産婦、すなわち「近代産婆」によって代替されるスピードが加速されたのであ

表2 乳児死亡率・死産率と助産婦数の変化、1903～1942年

期間	5年間変化率				
	乳児死亡率	新生児死亡率	新生児後 死亡 ^{ポスト・ネオネタール} 率	死産率	助産婦1人当り 受持人口
1905～10	-0.043	0.006	-0.049	0.090	0.005
1910～15	0.001	0.046	-0.045	0.122	0.066
1915～20	-0.089	-0.040	-0.049	0.085	0.064
1920～25	0.116	0.153	-0.037	0.151	0.107
1925～30	0.116	0.142	-0.026	0.077	0.082
1930～35	0.133	0.104	0.029	0.045	0.086
1935～40	0.147	0.136	0.011	0.094	-0.043
年当り改善（%ポイント）					
1905～10	-1.30	0.09	-1.39	1.66	0.92
1910～15	0.03	0.68	-0.66	2.06	11.74
1915～20	-2.83	-0.57	-2.26	1.26	10.61
1920～25	4.02	2.26	1.76	2.04	16.55
1925～30	3.56	1.78	1.78	0.88	11.43
1930～35	3.60	1.11	2.49	0.48	10.94
1935～40	3.46	1.30	2.16	0.95	-4.98

注) 1. 変化率は、t期の平均値マイナスt-1期の平均値をt-1期の平均値
 で除した値。年当り改善とは、t期の平均値マイナスt-1期の平均値
 を5で除した値である。

2. 新生児後死亡数は乳児死亡数から新生児死亡数を引いた値である
 ので、その変化率は、乳児死亡率の変化率マイナス新生児死亡率の
 変化率として求めた。

資料) 表1に同じ。

注 (28) 総務庁統計局監修『日本長期統計総覧』日本統計協会、第5巻、1987年、178～181頁。しかし
 これ以降、より正確には厚生省が創設された1938年以降には、趨勢は変った。助産婦数の、とく
 に農村部の伸びは鈍化し、医師数との関係は再び逆転した。

(29) 齋藤『妊産婦並乳幼児の保健』、79頁。

(30) 齋藤「医療と農村母子保健問題」、248～253頁。

る。この過程で各地に産婆団体がつくられたが、それは医師が会長となり、事務は府県の監督官庁の官僚が取り仕切るものが一般的であった。しかし、助産婦自身による「自治」を求める声や、その職掌をいっそう明確にする「産婆法」⁽³¹⁾制定を求める声が高まり、1927年に会員約5万人の日本産婆会が結成された。「業務資格の決定と共に身分の存在が自覚され、それが同業の組合運動に結びついた」のである。このように、日本産婆会は女性の職業的自覚とその社会的地位の向上を求める運動体であった。政府の呼びかけに呼応して乳児死亡改善のために独自の事業を行ったというわけではなく、あくまでも「商売」としての産婆業の同業組織であった。その組織下にある助産婦の数が増加したことは、なぜ——死産や出産直後の死亡だけではなく——乳児死亡一般の現象につながったのであろうか。

その可能性の第1は、巡回看護事業における助産婦の役割である。同方式による母子衛生改善の取組にとって、health visitorの役割は大きい。この言葉は「保健婦」と訳されたわけであるが、1941年に保健婦規則が制定されるまでは呼称も身分も役割もさまざまで、その時代の保健婦は看護婦や助産婦と明瞭に区別されていたわけではなかった。初期の済生会や聖路加病院の巡回看護の場合は看護婦が中心であったかもしれないが、その後に展開する農村での事業では産婆の役割が大きくなったものと思われる。実際、巡回産婆制度が始まったのは1918年の東京においてで、それ以降に日赤等の後押しもあり農村部へ広がっていった。すなわち、都市における巡回看護事業とは独立に普及したのである。

幸い、長野県にかんしては湯本敦子の事例研究がある。それによると、同県では1925年より県下の町村で導入がみられた。制度導入には、町の婦人会の設置、郡連合組合と日赤の村分区共同事業、無医村・無産婆村への県費補助事業としての設立など、いくつかのパターンがみられた。1930年に県費補助を受けた東筑摩郡今井村では、同村出身の産婆検定試験合格者で、村に戻って開業をしていた近代産婆に委嘱して事業を開始、この事業は戦後に村が松本市に合併されるまで続けられたという。制度導入直後に役場から配られた印刷物には、「産気づかれたら役場へ御知らせになれば産婆さんは出産に必要な脱脂綿と消毒薬品を以て駆け付け懇切に産婦や出生児のお世話を致します、更に産後も往診して嬰兒や産婦の手当をいたします」と記されていた。明らかに、厳密な意味での助産婦の役割をこえた「世話」⁽³²⁾の提供まで謳っていたのである。

この産婆のような人たちが「保健婦」の範疇に含まれていたかどうかは定かではない。ただ、齋藤潔のみた東北更新会指定村では、「保健婦は分会事業の第一線に立ち働くものとして、新規に採用せられたものが多い。産婆が新規に採用せられたるものもあるが、既に在住産婆がある場合には分会の嘱託として委嘱して」いた。⁽³³⁾農村部では、正規の保健婦以外にも、巡回看護事業に参加していた産婆が少なくなかったことをうかがわせる。「医師よりも訪問を為す保健婦を適宜増加する方が適切」といった保健衛生調査会の考えは、政府からは好意的な反応をえることがで⁽³⁴⁾

注 (31) 日本助産婦会六〇年史編纂委員会編『六〇年のあゆみ』日本助産婦会、1988年、10頁。

(32) 湯本「巡回産婆の成立と普及」、73頁。

(33) 齋藤「小児保健並に栄養改善事業」、63頁。

(34) 保健衛生調査会「小児保健所設置の趣旨」、166頁。

きなかったが、各地産婆会の努力もあって、まったく別なかたちで実現したといえるかもしれない。

第2に、近代産婆の近代性^{モダニティ}が重要である。保明綾は明治における出産の近代化過程にかんする論稿において、近代産婆が、自らの職業的営為にモダニティを重ね合わせ、医学的知識をもちあわせず、墮胎などの悪弊に手を染めることのあった旧産婆（「トリアゲ婆」）との決別に力点を置いていたことを強調している。戦前の自由開業体制の下では、この新旧の拮抗においても旧産婆は、高くつく近代産婆にたいして一定の競争力を有していたのであるが、生活水準のゆっくりとした向上と時代の風潮の変化によって大正期を境にマーケットにおいても近代産婆の勝利が決定的となったのである。⁽³⁵⁾

それは、出産と産後の育児の領域に新しい知識と技法が持ち込まれたことを意味したであろう。これは、西川麦子のオーラル・ヒストリイをみてもわかる。戦前の能登の門前町で「袴をはいて自転車に乗り、黒いカバンを携えて、集落から集落へさっそうと駆け回った」、免状をもった産婆竹島みいは、同時代の農村の女性にとって眩しいまでに「モダンな職業婦人であり、「近代」を象徴するような存在」だったと述べられているからである。彼女は農村における保健衛生文化の変革者でもあった。分娩技法を変え、衛生観念を持ち込み、妊娠時に診察を受けさせる習慣をつけさせた。「タスキをかけ、白いエプロンをして、西洋医学の知識にもとづいて出産の「大改造」を試みた。そして瀕死の母子を皆の前で蘇生させるという劇的な「事件」によって、門前町の地域社会のなかに衝撃的に、鮮やかに切り込んでいった」と、西川は書いている。⁽³⁶⁾このような「大改造」は死産率や新生児死亡の減少となって現れたにちがいない。しかし、それ以上に重要なのは、近代産婆が家庭のなかへ、とりわけ農村の家庭のなかへ保健衛生上のモダニティを持ち込む役割を果たしたことであろう。1943年になってからではあるが、山梨の新聞が連載した「産婆さんに体験を聴く」というシリーズを読むと、どの助産婦も、昔と比べて産前産後に診てもらう女性が多くなり、その期間の体調や栄養にも気をつけるひとが増えたという。その一方で、現状はまだまだ不十分だということも強調する。直前まで働き、産後もすぐに起床するひとが多く、それが大きな障害だという懸念も付け加えるのであるが、彼女たちの永年にわたる営業活動の成果は、そのうちの一人の誇らしげな「産婆の出入りする家なら昔のやうな非衛生的な事はなくなりました」という言葉に象徴されている。⁽³⁷⁾近代産婆は、狭い意味における助産の改善に寄与しただけではなく、衛生観念、哺育観念をも変えることができたのである。そしてそれゆえにこそ、死産や新生児死亡の改善だけではなく、表2に示された新生児^{ポスト・ネオネタル}後の時期における死亡率の低下につながったということができよう。

もっとも、近代産婆の懸念もまた現実的なものであったということも付記しておきたい。表

注 (35) Aya Homei, 'Sanba and their clients: midwives and the medicalization of childbirth in Japan, 1868 to c.1920', in B. Mortimer and S. McGann (eds), *New directions in nursing history: international perspectives*, London: Routledge, 2005.

(36) 西川麦子『ある近代産婆の物語—能登・竹島みいの語りより—』桂書房, 1997年, 173頁。

(37) 『山梨日日新聞』昭和18年2月24日～3月1日。引用は2月24日分より。

1-2 で明らかとなった死産率の低下が減速したということは、その統計的な表現であった可能性がある。産前産後だからといって農作業を休むわけにはいかないという、農家の労働パターンに変化がないかぎり、母胎に起因する死産を衛生観念の向上だけで減らすことは難しい、いいかえれば、1920 年代以降は、近代産婆の力で下げられる余地が少なくなりつつあったことを示唆していると思われるからである。

5 愛育村

ここで愛育村へ目を転ずる。前節で具体的にみた愛育村の取組は、乳児死亡の改善という点ではどのような効果をもったのであろうか。また、それは死産率の低下をももたらしたのであろうか。

(1) 仕組と機能

愛育村事業の根幹には、正規保健婦と彼女を補助する女子班員がいた。⁽³⁸⁾ 正規保健婦は産婆資格ないしは看護婦資格、ときには両方を有していたが、1 人では全村をカバーすることが難しいので、全村を班に区分けし、それぞれに女子青年団員を動員して妊娠の把握から異状の発見、手当、家庭内の衛生管理、分娩、産後の哺育まで、モニタリングの態勢を整えたのである。この動員が可能であったのは村当局の後押しがあったからであらうが、想定どおりに機能しさえすれば、訪問看護方式の実をあげることができる仕組であった。実際、のちに詳しく統計分析を行う山梨県源村では、妊産婦健康相談が 50 回、乳幼児健康相談 585 回実施され、保健婦の訪問看護は 1,088 回にたったという。⁽³⁹⁾ いずれも通算ではなく、年平均での数値である。いいかえれば、愛育村事業は乳児死亡率を確実に低下させるもっとも効果的な仕組であったといえるように思われる。

この事業を実施に移すなかではさまざまな工夫がなされたが、ここではそのうちの 2 つに注目したい。その一つは、女子愛育班員は事実上の代用保健婦の役割を果たしたのであるが、彼らはすべて未婚女性であったという点であり、二つ目は愛育会として姑教育に力をいれたという事実である。前者は次世代の母性（「第二母性」）教化という方針のもとに行われたのであるが、この 2 つは相関連していて、いずれも古い衛生観念と哺育観念の払拭に役立ったと思われるからである。⁽⁴⁰⁾

その古い観念を代表するのが農家の姑であった。『山梨日日新聞』の連載「産婆さんに体験を

注 (38) 以下、『母子愛育会五十年史』第 2 部第 1 章；斎藤「中間組織の役割」；同「医療と農村母子保健問題」；山梨県社会課「源村愛育事業に就て」；杉本「愛育村」；『伊勢原の民俗—高部屋地区—』；『伊勢原市史—別編民俗—』；『座談会 高部屋村愛育村活動について』；野村「高部屋愛育村」による。

(39) 源村愛育会「保健文化賞受賞候補者調書（写）」1950 年 11 月，恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室所蔵。

(40) 農村における産育と愛育会事業にかんしては、吉長真子「1930 年代における農村の産育への関心と施策—恩賜財団愛育会の事業から—」『東京大学大学院教育学研究科教育学研究室紀要』第 29 号（2003 年 6 月），1～13 頁がある。

聴く」をみて⁽⁴¹⁾も、また愛育会の雑誌に載った愛育村保健婦の座談会⁽⁴²⁾を読んでも、自分は産婆や保健婦の助けを借りずに子どもを産んで育てたという旧世代の固陋な考えがもっとも大きな障害という点では、彼女たちの意見は一致していた。ただ、一介の民間医療補助者である助産婦と比べると、村落を挙げての事業であった愛育村事業はこの点で格段に有利であった。ムラの事業として未婚の女子を組織化し、その班組織で姑教育を実施するというやり方には、村内の世代間力学を利用して新しい衛生観念と哺育哲学を導入する効果があったように思われる。

(2) 事業の実績—全国平均との比較—

従来の研究ではその事業実績の数量的な測定に関心が払われることはあまりなかったが、本項では、愛育村における乳児死亡率と死産率は全国のそれよりも明白に早いテンポで低下していたか、そして愛育村に指定されたことによってその低下に拍車がかかったのだろうか、という2つの問題について統計による検討を行ないたい。愛育村は「成ルヘク乳幼児死亡率ノ高キ村」から選ばれることになっていた⁽⁴³⁾ので、事業が予定通り遂行されれば、愛育村に指定される以前は全国平均よりも高い水準にあった乳児死亡率あるいは死産率が、指定から一定期間後は全国値よりも低位になっていたのではないと思われる。しかも、それが文字通りに事業の効果であったとしたら、指定後には愛育村の低下率が全国値のそれよりも急勾配となったにちがいない。これを仮説1と呼ぶことにしよう。

しかし、この仮説の前段が正しくても、必ずしも後段の言明が正しいとはかぎらない。それはその村では、愛育村として選定される他の理由のうちの何か、たとえば村の「有力者」の「理解ト熱意」や村民の「民度」の高さ、あるいはそれに類した他の要因が効いて、指定以前の何年か前よりすでに低下を始めていたかもしれないからである。この後者の可能性を仮説2としよう。両仮説の違いは、乳児死亡率ないしは死産率低下の真の要因は何かという問題とかかわる。仮説1がよりフォーマルな仕組の効果を重視するの⁽⁴⁴⁾にたいして、仮説2はインフォーマルな何かとその社会関係資本としての役割に注視する。そして、乳児死亡率と死産率とにかんして異なったパターンが検出されれば、指定村方式の意義とその限界についても知見が得られるであろう。これら2つを模式的に示せば図1のようになる。

幸い、仮説検証には、愛育会がとりまとめた「愛育村ニ於ケル指定前後乳児死亡率比較」「愛育村ニ於ケル指定前後乳児死産率比較」という貴重な資料が存在する⁽⁴³⁾。27の愛育村について指定前後5カ年の平均と指定後5カ年の平均とを比較したデータである⁽⁴⁴⁾。村別のデータは付表に掲げるが、そこから計算された27カ村の指定前5カ年の平均値と指定後5カ年の平均値、そして両期間の変化率と年当り改善ポイントは、全国値とともに表3に示されている。

まずわかることは、乳児死亡率が予想されたような低下のパターンを示していることである。

注 (41) たとえば、「姑の手前を気兼ねして嫁は無理をしても早く離床する」のが一番いけないという発言がみられる(『山梨日日新聞』昭和18年2月27日)。

(42) 座談会「保健婦に訊く農村児童の保健問題」『愛育』第7巻2号(1941年2月)。斎藤「中間組織の役割」、第3節をも参照。

(43) 戦後、源村愛育会は第2回保健文化賞を受賞したが、「指定前後比較」統計表はその際に作成された「調書」および関連書類とともにファイルされていた。

図1 愛育村における乳児死亡率の低下：2つの仮説

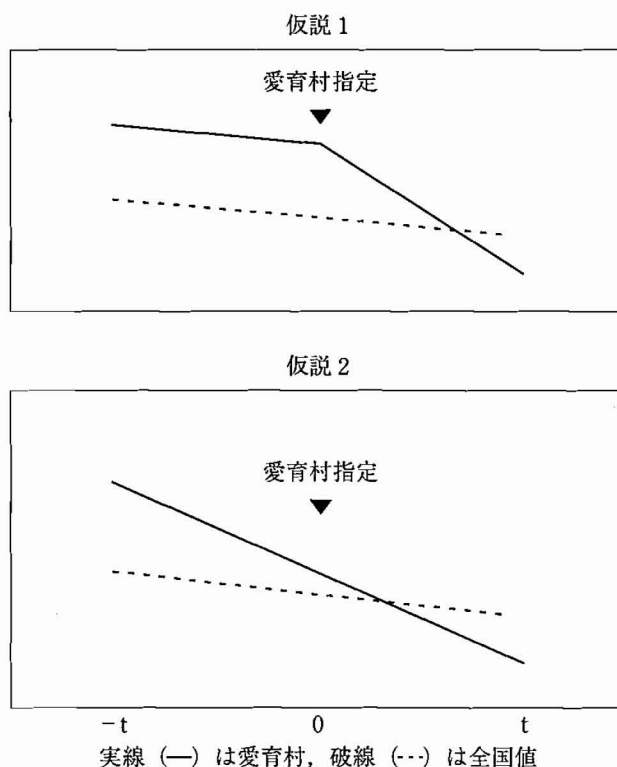


表3 愛育村指定前後の愛育村における乳児死亡率と死産率：全国平均との比較

	5カ年平均 (%)		5年間 低下率	年当り改善 (%ポイント)
	指定前	指定後		
全国平均との比較				
乳児死亡率				
27町村平均	114.1	79.1	0.307	7.00
全国平均	110.5	87.1	0.212	4.68
死産率				
27町村平均	47.1	40.4	0.142	1.34
全国平均	40.3	31.5	0.218	1.76

- 注) 1. ここでいう乳児死亡率は出生1,000当り乳児死亡数、死産率は出生1,000当り死産数である。乳児死亡率の定義は通常と同じであるが、死産率の場合は一般的な定義と異なっている。
2. 乳児死亡率の5年間低下率は“指定前5カ年平均値-後5カ年平均値”を指定前5カ年平均値で除した値、年当り改善は“指定前5カ年平均値-後5カ年平均値”を5で除した値で、単位は%ポイントである。
3. 指定前5カ年平均と指定後5カ年平均の欄の全国値は原資料記載そのまま、それぞれ何年から何年の平均なのかは不明である。

資料) 付表A-B。

指定前5年間における愛育村の水準は全国値よりも高く、指定後5年間には低くなっている。愛育村の平均乳児死亡率は出生千のうち114人は最初の誕生日前に死亡してしまうという水準にあり、これは全国平均を4ポイント近く上回っていたが、指定後の5年間には79人が死亡する程度にまで低下する。この後者の水準は、全国値よりも8ポイント低位となっている。改善の度合は全国平均よりも大きかった⁽⁴⁵⁾のである。

これにたいして、愛育村のパフォーマンスは死産にかんしては異なっていた。愛育村における死産率は、両期間を通じて低下傾向は認められるもののその程度はわずかで、指定前も指定後も全国平均を上回る水準のままであった。個別の愛育村をみると、両指標とも値がマイナスとなる村、すなわち指定後に逆に上昇をした事例も存在するのであるが、その数は乳児死亡率の場合は27例中3例と少なく、死産率では9例にもたつする。これらは、1939年の第4回指定以降は指定後5カ年に戦争末期の困難な時期が含まれることになった結果ではないかと推測される。働き手の動員による農業生産の不調、食糧不足、農家婦人への過重な労働負担に起因する、さま

ざまな健康上の問題が起きていた可能性があるからである。実際、乳児死亡率の場合は、第1回から第3回までの指定を受けた村にそのような事例は見当たらない。しかし死産率にかんしては、第1回から第3回までの指定村であっても上昇のケースが散見されるのである。

そこで表4では、27 愛育村を1938年指定以前と1939年指定以降とに分類し、2つの指標について平均および散らばりの統計量を示す。なお、1938年指定以前、すなわち第1回から第3回までの指定は東日本に偏っており、表中の7例はすべて三重県より東に位置する。これは愛育会の注目が、東北更新会同

表4 愛育村における乳児死亡率改善：時期別統計量

(%ポイント)

	乳児死亡率		死産率	
	1938年以前	1939年以降	1938年以前	1939年以降
平均値	10.63	5.73	1.31	1.36
(標準偏差)	(4.35)	(4.39)	(4.10)	(4.67)
中央値	9.40	6.28	1.68	0.93
最大	16.68	12.68	6.32	12.42
最小	4.92	-1.58	-6.38	-5.26
村数	7	20	7	20

資料)「愛育村ニ於ケル指定前後乳児死亡率比較」,「愛育村ニ於ケル指定前後乳児死産率比較」(源村愛育会「保健文化賞受賞候補者調書」関連資料),および「愛育村の指定-昭和11-21年」(1992年)。いずれも、恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室所蔵。

様、乳児死亡の改善が相対的に遅れていた東日本にあったことを物語る。第4回以降は西日本が多くなり、20例中東日本は6例にすぎない。1939年からは新たに設置された厚生省の事業に組み入れられたからであろう。さて、表からは、乳児死亡率の場合には、第1回から第3回までの指定村のパフォーマンスが良好なことが一目瞭然である。これにたいして、第4回以降になると平均の改善ポイントが小さくなり、さらに村ごとの偏差が大きくなっていることがわかる。これは、事業の実施が戦時下の困難な時代にかかったことを反映すると同時に、想像をたくましくすれば、厚生省の事業となったことにより、選定された村当局の熱意にばらつきがでたとも考えられる。ただそれでも、パフォーマンスが極端に悪くなったとはいえない結果である。他方、死産率にかんしては、2つの時期に明瞭な差がみられない。1939年以降に村ごとの偏差が多少大きくなったことは観察されるが、平均値は低水準で、2つの時期のあいだに違いがほとんどなく、さらにその値がマイナスをとる村は1938年以前にも1939年以後にも存在していたことがわかる。これは、実施時期の相違を考慮にいれても、乳児死亡と死産とでは愛育村事業との関係が異なっていたこと、すなわち乳児死亡率の低下という目標はほぼ期待どおりに達成できたといえるのにたいして、死産率を目にみえて改善させることはできなかったことを示すものといえよう。

すでに表2でみたように、1920年代以降の乳児死亡率の動向には^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡の改善の影響が強まったのとは対照的に、死産率の低下は減速していた。上記の愛育27カ村にかんする発見事実はこの全国動向にみられる観察と整合的である。もともと農家女性の労働時間はきわめて長

注 (44) 他に愛育班2カ村(青森県浦野館村と福島県鳥川村)のデータが含まれている。愛育班は、第1回愛育村の指定が行われた1936年に5カ村が指定されたが、翌年から新たな指定はなされなかった。愛育村ほどは大々的に援助を行なわない指定村で、すべて東北の村であった。野村みつるは、これを東北更新会の路線の乗った事業と推測し、それゆえに打ち切りとなったのではないかと述べている(野村「高部屋愛育村」,105頁)。このような事情を勘案し、この2カ村は統計分析には含まなかった。

(45) もっとも、愛育村の指定年は村によって異なっているので、「愛育村ニ於ケル指定前後比較」に記された全国値が暦年の何年から何年の平均をとったものなのかは不明である。そこで、1935～42年の『人口動態統計』から直線回帰によって年当り改善ポイントを計測してみると3.55%ポイントとなる。若干の違いは生ずるが、愛育会データとの差はむしろ拡大し、結論は変らない。

かった。その長さは産後の離床時期の早さとなって現れ、それゆえに明治大正期を通じて乳児死亡問題に直接関連する要因であった⁽⁴⁶⁾。しかも成人男子の応召が進み、農家女性の労働強度が増えると、胎内および母体の問題に起因する周産期の死亡にも再び影響するようになったかもしれない。戦時体制への途を歩み始めたこの時代、農村における死産の割合を低下させることは難しかったのではないであろうか。⁽⁴⁷⁾

ただ、このデータでは、仮説1と仮説2のどちらが妥当性をもつのか、すなわち愛育村に指定されたことによってその低下がいっそう促進されたか否かの検証はできない。愛育村指定直前の5年を含む以前の時期にみられた乳児死亡率低下のトレンドと比較して、指定直後の5年を含む愛育村時代のトレンドがよりいっそう低下していたかどうかを検定することは、表2のような性質のデータからは不可能だからである。幸い、山梨県の源村には指定前と指定後を通じて年々の統計がある。そこでこの愛育村について検定を試みてみよう。

(3) 山梨県源村

源村については、1928年から1945年まで（ただし、乳児死亡は1930年から1945年まで）の乳児死亡率と死産率の統計が得られる。愛育会の指定前後統計（付表）によれば、源村の指定前5年間ににおける乳児死亡率は全国水準よりもわずかに低く、指定後の5年間にはいっそう低くなった。‰ポイントでいえば年当たり7.72の改善である。これにたいして死産率の場合は、指定前5年間においても指定後5年間においても全国値をかなり上回る水準にあった。‰ポイントでも年平均1.68の低下にすぎなかった。しかし、これらの結果が1937年に愛育村に指定され、組織的な母子衛生事業が始められたこととどのような関連にあるのかは、そのようなデータからではわからない。

源村の年次統計をグラフに描けば図2となる。人口サイズが小さいため年々の振れが大きく、個々の変動を説明することは無意味であろう。一見したところ乳児死亡率にも死産率にも明瞭なトレンドがみられないように思えるが、どちらかといえば低下傾向にあったといえそうである。乳児死亡率の場合は、戦争末期、1943年から1945年にかけての上昇がみられる。この時期には食糧難だけではなく、生活環境の激変があったので、この一次的な上昇は理解可能な動きであるので、それを外して考えればトレンドはかなり明瞭となる。他方、死産率にかんしては戦争末期を考慮に入れてもかならずしもトレンドがはっきりとはならない。まして、愛育村指定の影響を読みとることは難しい。

そこで、年次データに直線回帰式を当てはめてトレンドを計算し、そのトレンドが愛育村指定

注 (46) 村越「大正期」は、保健調査会の農村調査による大正期の現実の離床期間が、愛育会の産育習俗調査に反映した旧幕時代以来の伝統的な一週間での離床よりも短くなる傾向にあったことを明らかにしている。

(47) 労働力動員体制下における農家女性への負担については、大門正克・柳沢遊「戦時労働力の給源と動因」（『土地制度史学』第151号、1996年4月、28～47頁）を、また戦前農家の労働時間からみた既婚女性の労働パターンについては、斎藤「女性労働」を参照。なお、源村の矢崎きみよは『愛育』に「農村の女はこんなに働く」という一文を寄稿して、労働負荷と母子衛生にかんする負の関連を示唆している（第6巻11号、1940年、14～16頁）。

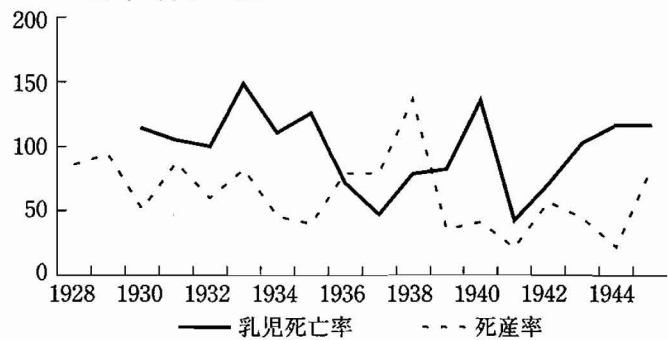
後に顕著に変化したか否かを検討することとする。指定以後の時期を1, 以前の時期を0とする愛育村指定ダミーをトレンド項に乗じた交差項を導入し、愛育村指定のトレンドへの効果を直接推計を試みる。図1の仮説1が妥当なのか、あるいは仮説2が妥当するのかを判定するのである。もし愛育村指定とトレンドの交差項が有意にマイナスであれば、事業開始後はトレンド項の傾きがいっそうきつくなったことを意味し、その事業によって低下傾向に拍車がかかったこと、すなわち仮説1が当てはまることを意味するであろう。逆に有意な結果が得られなければ、愛育村事業の効果を仮説2に示されたパターンを前提に考えなければならない。

回帰式の右辺にはトレンド項、それと戦争末期ダミーとの交差項、および愛育村指定ダミーとの交差項を入れる。その乳児死亡率に关する結果は欄(1)に示されている。低下トレンドの存在と戦争末期における一時的上昇はあったといえるけれども、愛育村指定の影響は認められない。また、全体としての当てはまりはよくない。そこで再度グラフをみると、1940年には、前年の82.6から136.8へと上昇し、翌年には42.6へと急降下するといったことが生じている。これは母数が小さいことが原因かと思われるが、1940年には何か特別の事情があったとも考えられる。そこで、1940年ダミーを右辺に加えてみることにした。これは意図的にトレンド項の当てはまりをよくして、そのときには愛育村指定ダミーの係数が有意にマイナスとなるかどうかをチェックすることを意味する。

その結果は欄(2)に示されている。改善の程度は大きく、当てはまりもよくなった。トレンド項の係数は10%水準ではあるが、統計的に有意となり、戦争末期の影響をコントロールした係数はマイナス7.03となった。これは、愛育会の指定前後統計から計算された7.72という高い改善率とそれほどかけ離れた値ではない。しかしそれにもかかわらず、愛育村指定との交差項に关しては有意な結果が得られていない。すなわち、指定以前のトレンドと指定以後のトレンドには有意な差がみられないという結果となった。

欄(3)では、欄(1)と同じ回帰式を死産率に適用する。しかし当てはまりは不良で、有意な項は切片のみである。前掲のグラフは1938年に異常に死産率が高い年があったことを示すので、欄(4)では欄(2)と同様に1938年ダミーを加えて回帰をとってみた。しかし、有意なのはその1938年ダミーと切片のみで、トレンド項もその愛育村指定ダミーとの交差項も、また戦争末

図2 山梨県源村における乳児死亡率と死産率の推移, 1928~44年(単位:‰)



注) 残念ながら、グラフ中のすべての年次について元データが得られるわけではない。ただし、1937年以降の8年間に关しては村の人口統計から率の計算に使われた実数値がわかる。それによれば、いずれの絶対値も小さく、出生数は88から129、乳児死亡数は4から16、死産数は2から14とのあいだで大きく変動している。予想通り、1938年における死産率のピークは死産数が14を記録した年であり、その2年後の乳児死亡率のピークは乳児死亡数が16を記録した年となっている。

資料) 源村母子愛育会「既設愛育村事業調査報告書」恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室所蔵。

表5 源村における乳児死亡率と死産率のトレンド：回帰分析結果

A. 乳児死亡率	(1)	(2)
切片	134.7 (6.39**)	134.1 (7.86**)
トレンド項	-7.14 (-1.70)	-7.03 (-2.07 [†])
トレンド項×戦争末期	3.25 (2.00 [†])	4.45 (3.21**)
トレンド項×愛育村指定	2.37 (0.82)	1.10 (0.46)
1940年ダミー	-	67.9 (2.71*)
R ² (自由度調整済)	0.150	0.444
B. 死産率	(3)	(4)
切片	80.1 (5.34**)	75.8 (7.11**)
トレンド項	-2.41 (-0.72)	-1.68 (-0.71)
トレンド項×戦争末期	0.18 (0.10)	1.40 (1.11)
トレンド項×愛育村指定	0.18 (0.07)	-1.48 (-0.75)
1938年ダミー	-	90.0 (3.88**)
R ² (自由度調整済)	0.004	0.479

注) 1. 乳児死亡率は1930年から1945年まで、死産率は1928年から1945年まで。したがって、観察数はそれぞれ15と17である。

2. 説明変数のうち乗算記号(×)のあるものは交差項であることを示す。また、括弧内はt値である。
**は1%水準、*は5%水準で、[†]は10%水準で統計的に有意であることを表す。

資料) 源村母子愛育会「既設愛育村事業調査報告書」恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室所蔵。

期ダミーも、いずれも有意とはならなかった。⁽⁴⁹⁾これは愛育村事業が死産の減少には十分な効果を発揮しえなかったことを示唆し、愛育27ヵ村にかんする表3の観察を確認する。

以上、表4の結果は、乳児死亡率については仮説1ではなく仮説2を支持し、⁽⁵⁰⁾死産率にかんしては両仮説とも棄却されることとなった。それゆえ、乳児死亡問題にかんしては、愛育村ではそのような事業の行なわれていなかった町村よりも高い低下率が実現したといえるが、その低下傾向は愛育村事業というフォーマルな仕組の開始によって初めて可能となったわけではないと考えざるをえない。少なくとも源村においては、愛育村指定以前の時期からすでに他の町村とは違う何かがあり、それが乳児死亡の改善となって現われ始めていたのかもしれない。

その「何か」を特定することは難しいが、おそらく愛育村事業を受入れるにあたって指導的役割をはたした人びとの輪が、それ以前よりから何らかの活動を通じて影響力をもち始めていたと考えるのが自然であろう。源村にかんするかぎり、その役割をはたしたのは矢崎きみよ

注 (48) 図2からわかるように死産率にも乳児死亡率と同様の大きな変動がみられ、しかも、図註でも触れたように、1938年の死産の山は1940年の乳児死亡の山と形状において重なる。両者には因果関連があったのかもしれないが、なぜ2年のラグが生じたのかはわからない。

(49) 統計的には有意でないが、死産率にかんするマイナス1.68というトレンド項の係数が指定前後統計から算出された1.68%ポイントと等しくなったのは、乳児死亡率の係数(-7.03)がやはり指定前後統計から計算された値(7.72)と近似した結果と併せ、興味深い。これは源村統計と愛育会統計との整合性を示唆しているかのごとくであるが、前者から計算された率自体を付表の率と比べると差が生ずるのである。愛育会の資料が具体的にどの期間のどのデータに依拠したものか不明なので、指定前後統計の精度をチェックすることができないが、少なくとも変化率にかんしては現実を反映していたとはいえよう。

(50) 源村の場合は、指定前の乳児死亡率水準が全国水準並かそれよりも若干低かったので、実線の傾向線は下方にシフトさせなければならないが、ポイントはその傾向線が指定年で屈折していなかったというところにある。

とそのグループであった。彼女の回想にあった、女性の労働が育児への負荷となっていたということは村の乳児死亡率のもともとの高さに関連し、グループの人たちが以前より「何とか注意を与えて」いたという事実が、源村における人的ネットワークの存在を示唆しているように思われる。そして、その存在こそが乳児死亡の愛育村指定前からの低下スタートを説明するといえないであろうか。

6 結論と含意

本稿で取上げた愛育会の事業は、訪問看護が乳児死亡低減のための鍵という発想を一步進め、代用保健婦の役割をはたす女子青年層を動員することによって、母子衛生の改善と乳児死亡率の低下の実を上げようとした試みであった。実際、本稿における統計的観察によれば、愛育村における乳児死亡の改善割合は全国平均を上回るものであった。この事実は、愛育会が戦前農村において乳児死亡率を低下させるもっとも効果的な仕組を構築したということを意味しよう。それは、第1節での分類にしたがって言えば、(3)の原因による新生児期の死亡と、(2)あるいは(3)を原因とする^{ポスト・ネオネイタル}新生児後死亡との、いずれも減少させることを可能とする仕組であったと評価できる。死産のうちの多くは(1)に起因するものが多数をしめたと思われるが、不注意や突発的な出来事による死産は、やはり減らすことができたであろう。これは、明治末年以来、農村に近代的な衛生観念を持ち込んできた助産婦、すなわち近代産婆の貢献と基本的に同じであったと推測される。1930年以降、助産婦供給の伸びがとくに高まったわけではないのにもかかわらず、乳児死亡率、とりわけ^{ポスト・ネオネイタル}新生児後の死亡率の低下が加速したのは、愛育会や東北更新会、さらには地域あるいは村レベルにおける個別の、しかし同様な取組が徐々に各地でなされるようになったことの結果と解釈することができる。

さらに一愛育村の事例研究からは、愛育村事業が公式に開始されるより前からその効果がみられ始めていたという興味ある事実が明らかとなった。これは、この時代においてみられた母子衛生面での改善の少なからぬ部分が、農村の指導者の意識と熱意、そしてネットワーキングに負うところが大きかったことを示唆する。その指導者とは、高部屋村のように、そしておそらくは他の多くの愛育村、東北更新会指定村、類似の取組を行っていた岡山県鳥取上村など、各地の村々のように、村長や小学校の校長といった、村の執行体制の中核に位置するひとの場合もあったであろう。あるいはまた、源村の場合のように、村の上層出身とはいえ、女性がリーダーシップをとることもあったにちがいない。この源村のような事例が全国にどれほどあるのか、それは今後の研究に委ねなければならないが、これらの村レベルでの成功した取組自体は、前者のタイプであれ後者のタイプであれ、女性の献身的な活動によって支えられていた。とくに若い世代の女性の積極的な参加とエネルギーを引き出したことは決定的に重要であった。そこには、愛育会が姑教育を重視していたように、世代間の力関係の変化を伴うものであったかもしれない。また、ときにはジェンダー間の力学にも変化が生じたかもしれない。⁽⁵¹⁾それが乳幼児保護を説いた政府の望

注 (51) 斎藤「医療と農村母子保健問題」, 256 頁。

むところであったとは思えず、したがって戦前農村のなかでは伏流水の如き変容であったかもしれないが、このような変化の累積が乳児死亡率低下の根底にあったのではないか。そしてそれは、愛育会のように組織だった取組ではなくても、指導者の熱意が十分で、かつ意識変化を農村女性のあいだに浸透させることができさえすれば、乳児死亡問題のある程度の改善をもたらすことができたことを含意しているように思われる。

しかしながら、本稿のもう一つの発見事実は、この愛育村の取組をもってしても死産率の低下は順調ではなかったということであった。愛育班活動のようにきめ細かなモニタリング組織を構築すれば（あるいは、その活動を担った女性たちのいたところでは）、離乳期における栄養不良や病原体との接触に起因する疾病にたいしては適切な対処が可能となり、それは乳児死亡率の明瞭な低下となって現れたであろう。しかし、母体と胎児を「一体のもの」と考える愛育会事業にとって、死産率⁽⁵²⁾にかんして十分な成果をあげることができなかったのは残念だったであろう。愛育村のなかには死産率の低下がみられなかったところすらあり、全体としても全国水準を下回るまでの改善を実現することができなかった。これは、母胎の健康状態、すなわち(1)に起因する周産期死亡の、さらに一段の減少を実現させることがきわめて難しかったことを物語る。全国の死産率の低下が、1930年代から減速をし始めたことの背景には、このような問題があった。戦前農家におけるジェンダー間分業パターンを前提とするかぎり、また、夫の動員によっていっそうの労働負担が農家女性へかかっていた時代においてはなおさらのこと、愛育村においても目にみえる効果をあげるのは容易でなかったのであろう。それは戦後を俟たねばならなかったのである。

注 (52) 稲田「乳児死亡の過多」、6～7頁。

付表 A 愛育村指定前後の乳児死亡率比較：
愛育村指定年別

愛育村指定年	県名	村名	(単位：‰)	
			5 ヶ年平均	
			指定前	指定後
1936～38 年	神奈川	高部屋村	127.5	89.1
	石川	金丸村	159.2	75.8
	福井	社村	207.7	143.6
	茨城	東那珂村	169.8	93.7
	山梨	源村	99.7	61.1
	静岡	日坂村	224.7	177.7
	三重	御園村	79.7	55.1
1939 年	山形	大郷村	72.3	66.8
	新潟	金津村	63.1	42.7
	富山	月岡村	152.2	121.4
	愛知	形埜村	128.3	87.0
	京都	養老村	162.6	115.6
	奈良	辰市村	145.8	89.0
	和歌山	和佐村	113.6	81.1
	島根	岩坂村	91.8	73.9
	岡山	邑久村	116.0	52.6
	広島	舟木村	65.3	73.2
	山口	佐々並村	98.9	66.9
	香川	吉津村	120.6	70.9
	愛媛	清水村	61.1	52.2
1940～42 年	香川	安田村	99.8	46.1
	愛媛	三瓶村	78.1	56.1
	神奈川	福沢村	57.6	58.9
	島根	荒島村	102.7	45.3
	静岡	富岡村	107.5	93.0
	京都	吉美村	61.1	65.9
	滋賀	能登川町	113.2	80.1
27 ヶ村平均			114.1	79.1
全国平均			110.5	87.1

付表 B 愛育村指定前後の死産率比較：
愛育村指定年別

愛育村指定年	県名	村名	(単位：‰)	
			5 ヶ年平均	
			指定前	指定後
1936～38 年	神奈川	高部屋村	49.7	54.2
	石川	金丸村	38.3	23.3
	福井	社村	31.6	10.1
	茨城	東那珂村	69.1	37.5
	山梨	源村	66.0	57.6
	静岡	日坂村	41.5	73.4
	三重	御園村	35.0	29.1
1939 年	山形	大郷村	32.0	33.9
	新潟	金津村	27.0	22.7
	富山	月岡村	21.3	47.6
	愛知	形埜村	53.2	75.1
	京都	養老村	37.4	36.3
	奈良	辰市村	99.2	86.8
	和歌山	和佐村	49.3	44.3
	島根	岩坂村	84.1	38.3
	岡山	邑久村	108.4	46.3
	広島	舟木村	21.4	29.6
	山口	佐々並村	52.1	64.1
	香川	吉津村	73.3	34.1
	愛媛	清水村	21.7	18.9
1940～42 年	香川	安田村	31.6	20.9
	愛媛	三瓶村	17.8	30.6
	神奈川	福沢村	54.5	48.1
	島根	荒島村	44.8	38.6
	静岡	富岡村	31.4	57.0
	京都	吉美村	33.8	10.8
	滋賀	能登川町	47.1	21.0
27 ヶ村平均			47.1	40.4
全国平均			40.3	31.5

注) 1. 原資料には愛育班に指定された東北 2 村 (青森県浦野館村, 福島県鳥川村) のデータもあるが, ここでは省かれている。

2. 原資料における死産率の定義は, 通常とは異なって出生 100 当り死産数である。ここでは出生 1,000 当りに直して表示した。

資料) 「愛育村ニ於ケル指定前後乳児死亡率比較」, 「愛育村ニ於ケル指定前後乳児死産率比較」 (源村愛育会「保健文化賞受賞候補者調書」関連資料), および「愛育村の指定 - 昭和 11 - 21 年」 (1992 年)。いずれも, 恩賜財団母子愛育会日本子ども家庭総合研究所図書室所蔵。