

評価に使用するデータは、既存の統計資料（例：人口動態統計、学校保健統計調査、国民健康・栄養調査など）及び当研究班の調査結果である。これら統計資料及び調査結果を基に、策定時から直近値の推移を検討し、次の分類により総合評価を行った。

1. 改善した
 - ①目標を達成した
 - ②目標に達していないが改善した
2. 変わらない
3. 悪くなっている
4. 評価できない

（倫理面への配慮）

質問票は、無記名であり ID も存在せず個人識別は不可能となっている。データの解析や結果の公表に関しては、山梨大学医学部倫理委員会の承認を得ている（受付番号：1119）。

C. 結果

「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」の13の指標について、策定時または過去の間接評価から最終評価への推移の評価結果を得た。＜保健水準の指標＞、＜住民自らの行動の指標＞、＜行政・関係団体等の取組の指標＞の順に各指標の総合評価と分析結果を以下に示す。また、分析結果より作成した最終評価分析シートを資料4-1に示す。

第3課題

＜保健水準の指標＞

3-1 周産期死亡率

【総合評価】：改善した（目標を達成した）

【結果】

策定時から最終評価時に順調に改善が見ら

れており、世界最高を維持している。

【分析】

周産期死亡率の改善には、藤田（日本公衛誌2001;48(4):289-297）が乳児死亡率について述べているのと同様に、新生児集中治療ユニット（NICU）やその他の周産期医療など改善によるものと考えられた。また、周産期の喫煙率の低下や重労働の減少など、生活環境の改善も寄与したと考えられた。

【評価】

本指標は目標を達成したと評価した。

【残された課題】

世界最高ではあるものの、平成19年以降、下げ止まっている。近年の低出生体重児の増加による影響などについてのさらなる研究が必要である。

3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合 全出生数中の低出生体重児の割合

【総合評価】：悪くなっている

【結果】

1500g未満の極低出生体重児の割合は策定時0.7%、平成16年・平成20年・平成24年0.8%と横ばいであった。一方、2500g未満の低出生体重児は策定時に8.6%であったが、平成16年9.4%、平成20年9.6%と増加傾向が続いていたが、平成24年は9.6%と上げ止まった。

【分析】

本結果は目標である減少傾向を達成しておらず、むしろ、増加傾向にあった。分析にあたっては、低出生体重児の要因と、経年的に増加した要因とに分けて検討する必要がある。低出生体重児の要因として、多胎児や先天異常などの胎児の要因の他に、Ohmi（Int J Epidemiol 2001;30:1269-1271）及びOjima（Pediatr Int 2004;46(3):264-267.）は、妊婦の能動及び受

動喫煙、妊娠中の過度のダイエット、クラミジア等の感染症を挙げている。また、経年的に増加した要因については、時期に応じて検討する必要がある。①若い女性のやせとして、平均BMIの長期推移をみると昭和50年頃から急速に低下し、最近は下げ止まっており、低出生体重児の推移と整合した。また、②喫煙について、国民健康・栄養調査（国民栄養調査）や、JT全国喫煙者率調査によると、20歳代、30歳代女性の喫煙率は長らく上昇傾向が続いていたが、平成14年頃から低下に転じていた。その他、③不妊治療の増加等による複産の増加と平成16年頃以降の減少、④妊婦の高齢化、⑤妊娠中の体重管理の問題、⑥帝王切開の普及等による妊娠週数の短縮、⑦医療技術の進歩による従来死産となっていた症例の救命等が考えられた。

【評価】

これらのことから、本指標は悪くなっていると評価した。ただし、医療の進歩による従来死産となっていた例の救命などは、低出生体重児の増加の要因であるとしても好ましいことである。

【残された課題】

若年女性の喫煙率の改善や、妊娠中に過度にエネルギー摂取量を控える人の減少などは課題であり、若年女性に向けた周知啓発や、妊娠中の適切な体重管理に関する医療従事者への普及が必要である。これら予防が可能な要因への対策の強化により、低出生体重児の出生を減少させる可能性がある。

3-3 新生児死亡率

乳児（1歳未満）死亡率

【総合評価】：改善した（目標を達成した）

【結果】

策定時から最終評価時に順調に改善が見ら

れており、世界最高を維持していた。

【分析】

新生児死亡率は、生後28日未満の死亡の出生千対の値である。乳児死亡率は、生後1年未満の死亡の出生千対の値である。乳児死亡率等の改善には、藤田（日本公衛誌2001;48(4):289-297）が述べているように、新生児集中治療ユニット（NICU）を含めた周産期医療の改善が寄与していると考えられた。また、妊娠中の喫煙率の低下や、重労働の減少など、周産期の生活環境の改善も寄与していると考えられた。

【評価】

本指標は順調に目標を達成していると考えられた。前述のように、周産期医療の改善、妊娠中の喫煙率の低下、重労働の減少などによって、新生児死亡率、乳児死亡率の改善が進んでいると考えられた。一方で、妊娠中及び出生後の母親の喫煙率や受動喫煙のさらなる低下、母親のやせ指向の改善などを進めることができれば、さらなる改善も期待できる。妊娠中及び出生後の母親の喫煙率や受動喫煙のさらなる低下、母親のやせ指向の改善などを進めることができれば、さらなる改善も期待できる。

【残された課題】

低出生体重児の減少に向けた取組も含め、現状の取組の維持、推進が重要である。

3-4 乳児のSIDS死亡率

【総合評価】：改善した

（目標に達していないが改善した）

【結果】

平成12年の出生10万対26.6から、平成24年13.9と大幅に改善していた。なお、平成23年は12.6と、半減以下になっており、平成25年以降の推移に注目する必要がある。

【分析】

田中ら（日本公衛誌 1999;46(5):364-372）は、SIDSの危険因子として、うつぶせ寝及び両親の喫煙が重要であることを明らかにし、その後、SIDS予防キャンペーンが展開された。SIDS死亡率の改善に関して、そのキャンペーンの実施は重要な理由のひとつであると考えられた。

【評価】

本指標は目標を達成したと評価できた。

【残された課題】

乳児の喫煙曝露の改善は今後最も重要な課題である。その理由として、前述のようにSIDSの危険因子として、うつぶせ寝と両親の喫煙が重要である。うつぶせ寝については、かなりの改善が見られている一方で、両親の喫煙については、母親の妊娠中の喫煙については改善しているものの、出産後の再喫煙の防止や、父親の喫煙に対する対策などについて、一層の強化が必要である。

3-5 幼児（1～4歳）死亡率

【総合評価】：改善した

（目標に達していないが改善した）

【結果】

平成12年の人口10万対30.6から、半減には至らなかったが、平成16年25.3、平成20年22.3、平成24年20.9と改善が続いていた。

【分析】

平成12年と平成22年の1～4歳の人口10万対死亡率を死因別にみると、不慮の事故6.6→3.6と半減、先天奇形及び染色体異常5.3→3.8、悪性新生物2.5→2.0、肺炎1.9→1.7、心疾患1.7→1.4といずれも改善が見られていた。ただし、国際的に比較すると、決して上位群には入っていなかった。

【評価】

本指標は目標の半減には至らなかったが、大幅な改善が見られたと評価した。

【残された課題】

この年代の死因をみると、多いものは平成22年の統計において、(1)先天奇形、変形及び染色体異常、(2)不慮の事故、(3)悪性新生物、(4)肺炎、(5)心疾患であり、これらに対する対策を推進していく必要がある。これらの死因についての対策には、比較的实施しやすいものと、困難なものがある。先天奇形、変形及び染色体異常への対策としては、より適切な年齢で出産できるような啓発・社会環境整備などが考えられるが、多様な個人の価値観を尊重しながら対策を進めていく必要がある。

3-6 不慮の事故による死亡率

【総合評価】：改善した（目標を達成した）

【結果】

平成12年から24年の年齢階級別の死亡率の増減率は、0歳 -50.8%、1～4歳 -55.2%、5～9歳 -52.5%、10～14歳 -36.0%、15～19歳 -59.7%、0～19歳の合計では -56.2%であった。平成23年は東日本大震災の影響で、0～19歳の合計で人口10万対8.3という非常に高い値となった。しかし、翌平成24年は、平成22年よりもさらに低い値に改善した。

【分析】

年齢階級によって改善の程度は異なるものの、いずれの階級も改善傾向が見られ、0～19歳の合計では目標の半減を達成した。年齢階級別に見ると、10～14歳のみ半減までは至らなかったが、その他の年齢では目標の半減を達成した。

【評価】

全体的に目標の半減を達成するなど、めざましい改善が見られていることから、本指標は目

標を達成したと評価した。

しかしながら、10～14歳の改善はまだ十分ではない。ただし、死亡率でみると10～14歳は各年齢階級の中で最も低い値となっており、改善の限界に近づいているもと考えられた。

【残された課題】

年齢階級別で構成割合が大きい死因への対策の優先度が高いと考えられる。0歳は不慮の窒息、1～14歳は交通事故（歩行者）及び溺死・溺水、15～19歳は交通事故（オートバイ、乗用車）である。また、家庭内での割合を見ると、0歳は家庭内が多く、1～4歳からは家庭外も多くなってくる。年齢に応じた対策と積極的な取組を進めていく必要がある。

3-7 むし歯のない3歳児の割合

【総合評価】：改善した（目標を達成した）

【結果】

平成15年度は68.7%であったが、平成19年度74.1%、平成24年度81.0%と改善した。

【分析】

むし歯のリスク要因として、食事やおやつの内容、おやつを与える時間などの与え方、仕上げ磨きの有無などを含めたブラッシングの状況等があり、これらの改善が寄与したと考えられた。また、フッ化物塗布、フッ化物洗口、フッ化物入りの歯磨き剤の使用を含めたフッ化物の利用なども寄与したと考えられたが、これらについての実態把握及び分析を進める必要がある。

【評価】

本指標は着実に改善していると考えられ、平成15年度と比較して改善し、目標を達成したと評価した。

【残された課題】

う歯になりにくい食事・おやつ、ブラッシング、フッ化物の利用を推進していく必要がある。

また、今後は、地域格差についても分析を進め、その縮小に向けての対策を推進する必要がある。

<住民自らの行動の指標>

3-8 妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率

【総合評価】：改善した

（目標に達していないが改善した）

【結果】

母親の妊娠中の喫煙率は、平成12年度（策定時）の乳幼児身体発育調査において10.0%であったが、平成22年度と同調査では5.0%と半減した。また、山縣市の調査結果では、平成25年度は3.8%であった。

育児期間中の喫煙率は、平成12年度（策定時）の21世紀出生縦断調査において、父親35.9%、母親12.2%であった。また、山縣市の平成17年度の結果では、父親55.1%、母親15.4%であったが、平成25年度と同調査では、父親41.5%、母親8.1%と喫煙率の低下がみられた。

【分析】

健康増進法の施行やその他の喫煙対策の推進、また近年の青少年の喫煙率の低下によって、母親の喫煙率は低下してきたと考えられた。

【評価】

母親の喫煙率は目標値の0には至っていないものの、策定時と比べて概ね半減しており、大幅に改善していた。一方で、父親の喫煙率については、改善傾向にはあるものの、まだまだ目標値の0と比べて高い水準である。よって、本指標は、目標には達していないが改善したと評価した。

【残された課題】

実態把握に関しては、子どもへの受動喫煙の影響をモニターしていくためには、両親の喫煙

率だけではなく、世帯喫煙率を把握することも必要であると考え。また、対策としては、妊娠中や育児期間中の両親、また妊娠希望者に対して、禁煙補助薬や禁煙外来等も活用しながらの禁煙指導はもちろん重要であるが、そのような対策のみでは妊娠に気づく前の妊娠初期の喫煙を完全に防止することは困難である。そして、妊娠中のタバコの害については、ほとんどの妊婦が知っていると考えられるが、妊娠中の喫煙率がゼロにはなっていない。そこで、依存症としての対応を本格的に行ったり、心理社会的な要因に対するアプローチを行ったりすることも今後の課題である。また、乳幼児健診時の調査結果では、3・4 か月時、1 歳 6 か月時、3 歳時と、出産後に時間が経つほど、母親の喫煙率等が高くなっており、出産前後に禁煙しても、その後再喫煙する人が少なからずいるため、出産後の再喫煙を防止する支援対策も重要である。

3-9 妊娠中の飲酒率

【総合評価】：改善した

(目標に達していないが改善した)

【結果】

妊娠中の飲酒率は、平成 12 年度（策定時）の乳幼児身体発育調査において 18.1%であったが、平成 22 年度と同調査では 8.7%と大幅に改善した。また、山縣班の調査結果では、平成 25 年度は 4.3%であった。

【分析】

山縣班の調査結果によると、妊娠が判明した時点で、妊娠を理由に、約半数が飲酒をやめたことになる。

【評価】

本指標は目標には達していないが、順調に改善していると評価した。しかしながら、妊娠が判明した時に飲酒していた人のうち、約半数は

妊娠中も飲酒を続けていることは大きな問題である。

【残された課題】

喫煙と異なり、出産年齢女性全体の飲酒率低下を目指すことは現実的ではない。そこで、あくまでも妊娠した女性に対して、妊娠中の飲酒のリスクに関する知識を普及することが重要である。また、アルコール依存症となっており、断酒をしたいと思っても断酒できない妊婦も少なからずいる可能性がある。妊婦への適切な支援の充実、また若年者全般に対するアルコール依存症予防対策の強化なども重要である。妊娠中の飲酒者について、飲酒リスクの知識の有無別の割合等も把握する必要がある。

3-10 かかりつけの小児科医を持つ親の割合

【総合評価】：改善した

(目標に達していないが改善した)

【結果】

かかりつけの小児科医を持つ親の割合は、平成 12 年度（策定時）の幼児健康度調査において 81.7%（1～6 歳児の親）であったが、平成 22 年度と同調査では 93.7%と改善傾向にあった。また、山縣班の調査結果では、平成 17 年度 86.4%（1～3 歳児の親）、平成 21 年度 84.2%、平成 25 年度 87.9%であった。

【分析】

幼児健康度調査による平成 12 年と平成 22 年の比較では大きく改善している一方で、山縣班のデータについては、改善傾向にあるものの、特に平成 21 年の 1～3 歳児で低い値となるなど、必ずしも順調に伸びているわけではなかった。

ある小児科医をかかりつけと認識するかについては、受診した時に満足いく診療を受けることができ、再度、受診が必要となった場合にも、その小児科医を受診したいと考えるかが重要な要因であると考えられた。その他、それ

までに小児科医受診を要するような疾病に罹患したことがあるか、健康診査や予防接種を個別で行っているか、集団で行っているかなどの要因によっても影響されると考えられた。

【評価】

本指標は目標の100%には達成していないが、改善傾向にあると評価した。

【残された課題】

病気に罹り受診する時以外にも、個別健康診査や予防接種などで小児科医を利用することなどが、「かかりつけ医」普及には重要であると考えられる。

3-11 休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合

【総合評価】：変わらない

【結果】

平成13年度（策定時）の田中班の調査では1歳6か月児86.6%、3歳児88.8%であった。そして、平成25年度の山縣班の調査では、1歳6か月児87.0%、3歳児88.2%となり、中間評価時の結果をみると、年次により上下しているが、概ね横ばいであった。

【分析】

休日・夜間に対応できる小児救急医療機関の数が減少し、そのために伸び悩んでいることが考えられた。

【評価】

本指標は策定時と比較して概ね横ばいであると評価した。

【今後の課題】

休日・夜間の小児救急医療機関が存在しない地域について、その確保を行うこと、また、確保されている場合には、その効果的な周知が必要であることが挙げられる。

3-12 事故防止対策を実施している家庭の割合

【総合評価】：改善した

（目標に達していないが改善した）

【結果】

平成13年度（策定時）の田中班の調査では、1歳6か月児79.1%、3歳児72.8%であった。それ以降の山縣班の調査では、平成17年度、平成21年度とわずかに増加し、平成25年度では、1歳6か月児81.5%、3歳児79.5%と改善傾向がみられた。

【分析】

策定時と比較して増減の大きかった項目は、以下の通りである。大きく改善した項目として、ピーナッツやあめ玉などを子どもの手の届くところに置かない（3歳53.0%→77.4%）、浴槽に水を溜めておかない（1歳6か月64.3%→73.5%、3歳59.9%→69.7%）。ストーブ等の安全策については、平成13年度から平成17年度に大きく改善したが、その後悪化していた。平成17年度に改善した理由として、平成13年度調査が冬に行われたのに対し、平成17年度調査は夏に行われたことも影響していると考えられた。また、1歳6か月児の質問文の表現が、平成21年度調査で3歳児調査と統一し若干の変更を行った影響もあると考えられた。安全対策の実施率が低い項目としては、階段の転落防止用の柵（1歳6か月57.5%）などであった。第1回中間評価時に実施率が50%以下の項目が数項目あったが、今回は項目を10項目に絞る中で質問項目が廃止されたため、実施率50%以下の項目は無かった。

【評価】

本指標は改善傾向が続いているが、目標達成は難しいと評価した。

【残された課題】

引き続き、健診や両親学級等の場で親に対し

て事故防止対策を普及するとともに、チャイルドシートの正しい使用の徹底を図るための保護者に対する効果的な広報啓発活動の推進、浴室のドア等に関する問題については、住宅の管理者や製造者に対しての普及に向けた働きかけ等が必要である。

3-13 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合

【総合評価】：改善した
(目標に達していないが改善した)

【結果】

平成 13 年度(策定時)の田中班の調査では、31.3%であった。それ以降の山縣班の調査では、平成 17 年度 32.0%、平成 21 年度 36.2%、平成 25 年度 38.2%であり、若干の改善傾向が見られた。

※平成 13 (2001)年度は、和歌山県、熊本県、岩手県、広島県、兵庫県、石川県、東京都の 1 都 6 県の 1 歳 6 か月児健診受診者 3,414 人の結果。

【分析】

最終評価値は策定時の値から 6.9%増加しており、改善が見られた。しかし、目標の 100%には、程遠い。その要因としては次のことが考えられる。1つ目は、ユニットバスの普及により、当初からドアにチャイルドロックが装備されていない場合、日曜大工等で親自身がチャイルドロックを後から設置することが困難であることである。特に、賃貸住宅の場合には問題が大きい。2つ目は、高齢者向けの引き戸の場合、ロックが子どもの手の届く場所にある場合が考えられることである。

【評価】

本指標はわずかではあるが、改善傾向にあると評価した。

【残された課題】

本指標は、親個人の努力では限界のある課題である。賃貸住宅におけるチャイルドロック設置の理解促進と推奨、ユニットバスメーカーには製造する全ての製品にチャイルドロックを装備することを義務づけるなどの方策も検討の余地があると考えられた。

3-14 心肺蘇生法を知っている親の割合

【総合評価】：改善した
(目標に達していないが改善した)

【結果】

平成 13 年度(策定時)の田中班の調査では、1 歳 6 か月児 19.8%、3 歳児 21.3%であった。平成 25 年度の山縣班の調査では、策定時と概ね同程度であるが、同調査の平成 17 年度以降は改善傾向であった。

【分析】

平成 13 年度のベースライン調査は地域を限定した調査であり、平成 17 年度の第 1 回中間評価以降は全国から抽出された調査であることから、ベースライン調査と、第 1 回中間評価以降は単純に比較できないと考えた。

【評価】

平成 17 年度以降の推移について評価を行うと、改善したとすることができるが、目標と大きく乖離していた。

【残された課題】

都道府県や日本赤十字社、消防が行う心肺蘇生法(AEDも含む)講習会、両親教室、乳幼児健診、運転免許証の更新等、あらゆる機会を通じて、心肺蘇生法のさらなる普及を行う必要があると考えられる。

3-15 乳児期に寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせている親の割合

【総合評価】：改善した
(目標に達していないが改善した)

【結果】

平成 13 年度(策定時)の田中班の調査では、3 歳児健診時に調査した 1 歳までの状況は 3.5%であった。その後の山縣班の調査では、平成 17 年度 2.4%、平成 21 年度 1.3%、平成 25 年度 1.3%と達成には至っていないが、策定時と比較して改善していた。

【分析】

策定時のデータ集計方法と異なるため、第 1 回中間評価との比較で評価を行った。平成 21 年度までは順調に下がっていたが、その後平成 25 年度は下げ止まった。少数ながら、現在も寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせ続けている例について、その理由等の調査が必要であると考えた。

【評価】

本指標は長期的には改善傾向であると評価した。

【残された課題】

一時よりも S I D S についての社会の関心が低下しているため、引き続き乳児の安全な睡眠に関して普及させる必要がある。

3-16 6 か月までに BCG 接種を終了している者の割合

【総合評価】：改善した(目標を達成した)

【結果】

接種時期について、「1 歳まで」から「6 か月まで」に制度改正されたため、第 2 回中間評価以降、目標指標の変更が行われた。6 か月までに接種を終了している者の割合は第 2 回中間評価において 96.0%と目標を達成した。なお、平成 25 年 4 月から再度、「1 歳まで」に接種す

る制度改正が行われている。

【分析】

第 1 回中間評価前には、「子ども予防接種週間」(日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省主催 健やか親子 2 1 推進協議会後援)等のキャンペーンや、小児科・産科等関係団体による普及啓発に関する取組が活発に行われて成果を上げたと考えられた。

【評価】

本指標は、目標値に達したと評価した。

これらの取組が継続されることが重要である。なお未接種であることの理由として、内服薬や疾患等の医学的理由等で未接種である児がいることも考慮する必要がある。

【残された課題】

関係各種団体による予防接種に関する積極的な啓発が重要である。また、市町村による未接種者の把握やその者に対する個別の接種勧奨が必要であり、さらに、忙しい親でも、予防接種を受けやすくするための工夫が必要である。

3-17 1 歳 6 か月までに三種混合・麻しんの予防接種を終了している者の割合

【総合評価】

三種混合：改善した

(目標に達していないが改善した)

麻しん：改善した

(目標に達していないが改善した)

【結果】

策定時の平成 12 年度幼児健康度調査では、1 歳 6 か月までに三種混合の予防接種が終了している者の割合は 87.5%、麻しん 70.4%であった。そして、平成 22 年度と同調査では、三種混合 95.3%、麻しん 89.3%といずれも増加した。また、山縣班の調査でも、平成 17 年度、三種混合 85.7%、麻しん 85.4%であった結果

が、平成 25 年度では三種混合 84.7%、麻しん 87.1%と、こちらでも改善傾向であった。

【分析】

「子ども予防接種週間」（日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省主催、健やか親子 21 推進協議会後援）といったキャンペーンや小児科・産科等関係団体による普及啓発に関する取組が、大きくに寄与したと考えられた。

【評価】

本指標は、三種混合と麻しんの双方とも、目標値には達しなかったが改善したと評価した。

なお未接種であることの理由として、内服薬や疾患等の医学的理由等で未接種である児がいることも考慮する必要がある。

【残された課題】

市町村による情報通信技術の活用などを行いながら、未接種者の把握やその者に対する個別の接種勧奨が必要である。さらに、忙しい親でも、予防接種を受けやすくする実施方法の工夫も必要である。信念を持って予防接種を受けさせない親については、どのような経緯でそのような信念を持つようになったのかなどについてインタビュー等の質的調査を行い、一定割合が該当すると考えられる理由があれば数量的調査を行い、それらに対応した効果的な対策を行うことが必要である。

<行政・関係団体等の取組の指標>

3-18 初期、二次、三次の小児救急医療体制が整備されている都道府県の割合

【総合評価】：改善した

（目標に達していないが改善した）

【結果】

二次、三次の小児救急医療体制整備には 100%の都道府県が取り組んでいる。小児救急医療圏のうち、二次小児救急医療体制が整備されている割合は、平成 17 年度以降着実に向上

している。初期小児救急医療体制整備については、山縣班の調査では平成 17 年度、21 年度、25 年度と改善してきていた。

【分析】

ベースライン調査と第 1 回中間評価以降は、調査方法が異なるため一律には比較できない。また、調査項目は、整備されている割合ではなく、整備に取り組んでいる自治体の割合である点に注意が必要である。近年、小児救急医療体制整備の必要性に関する認識が高まっており、全体としては改善傾向にあると考えられた。ただし、特に市町村単位での初期救急医療体制では、整備が不十分な地域が多数残されていると考えられた。

【評価】

本指標は、都道府県単位に見た場合には、整備がかなり進んでいる状況である一方で、市町村単位の初期救急医療体制などは、目標まで遠いと評価した。今後、小児の二次救急医療体制については、集約化した拠点で医療を提供することを目指す場合には、小児救急医療圏単位で 100%を目指していく。

【残された課題】

初期・二次いずれも小児救急医療圏毎に整備状況を評価することが必要である。さらに、小児科以外の各診療科との連携を含む地域全体での体制整備の評価や、受け入れ患者数等の診療実績等を指標とする評価についても検討していく必要がある。

3-19 事故防止対策を実施している市町村の割合

【総合評価】：改善した

（目標に達していないが改善した）

【結果】

3・4 か月児健診時、1 歳 6 か月児健診時ともに、策定時と比較して、第 1 回中間評価時に大

幅に改善し、その後は小幅な変動となっている。なお、パネル展示やパンフレット配布等を含めた何らかの対策の実施状況については、90%前後で推移しており、ほとんど変わらなかった。

【分析】

策定時から第1回中間評価時に大幅に改善したことは、市町村の事故防止対策への意識が向上していることの表れであると考えられた。しかしながら、その後は小幅な変動となっていた。達成に向けてはさらなる働きかけが必要な状態である。市町村合併に伴い、乳幼児健診が集中化されることが多く、より多くのスタッフによって多様な健診・相談・指導メニューを提供しやすい環境が広がっていると考えられた。また、事故防止対策として実際に実施されている内容、質についても、検証を行う必要がある。

【評価】

本指標は、目標値の100%までは遠いが目標にむけて改善していると評価した。

【残された課題】

引き続き、各市町村に対して、事故防止対策の重要性を普及するとともに、実施に当たっての技術的支援を充実させる必要がある。

3-20 小児人口に対する小児科医・新生児科医師・児童精神科医師の数

【総合評価】：改善した（目標を達成した）

【結果】

策定時、小児人口10万対の小児科医師数は77.1、新生児科医師数は3.9、児童精神科医師数6.6であった。その後、それぞれ着実に増加し、最終評価時には小児科医師数95.1、新生児科医師数7.0、児童精神科医師数11.9と改善した。

【分析】

小児人口当たりの小児科医師数の総数は増加しているが、病院での過酷な勤務に疲弊して

開業する小児科医師も多いと考えられ、病院勤務の小児科医師の推移も検討する必要がある。また、卒業後数年以内の若い年齢層での小児科医師数の推移についても検討する必要がある。

新生児科医師については、医師数は増加しているが、勤務形態を十分に評価した調査となっていない面もあるため、評価値の解釈には留意が必要である。

児童精神科医師の数も着実に増加しており、この分野に興味を持ちしっかりと対応しようとしている医師が増加していると考えられる。

【評価】

本指標は、目標を達成したと評価した。

【残された課題】

小児人口当たりの小児科医師数は増加しているが、小児科医師確保の課題は依然として大きいと考えられる。また、小児科、新生児科、児童精神科を志望する医師が増えるような包括的な対策が必要である。さらに、地域的な偏在があるため、特にこれらの医師が不足している地域における対策が重要である。加えて、小児科等は女性医師の割合が多いことから、より一層女性医師が働きやすい環境整備等も重要である。

3-21 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合

【総合評価】

院内学級：改善した

（目標に達していないが改善した）

遊戯室：改善した

（目標に達していないが改善した）

【結果】

山縣班の調査では、平成17年度と比較して、平成21年度、平成25年度と、割合が増加していたが、小児病棟を持つ病院数が減っている影響も大きく、院内学級の実数の増加はわずかで

あり、遊戯室の実数は減少している。

【分析】

平成 13 年度のベースライン調査と、第 1 回中間評価以降と、調査対象病院の範囲が異なるため、単純な比較ができなかった。そこで、第 1 回中間評価以降の推移により評価を行うこととした。

【評価】

数値が上下しており一定しておらず、また目標の 100%には遠いため、本指標は目標に達していないが改善したと評価した。

【残された課題】

大幅に改善させるためには、財政的な裏付けや、教育・療育機関を含む関係機関への働きかけが必要であると考ええる。

3-22 患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスを整備している政令市・特別区及び市町村の割合

【総合評価】改善した

(目標に達していないが改善した)

【結果】

平成 17 年度 14.1%、平成 21 年度 17.3%、平成 25 年度 22.6%と割合は増加した。

【分析】

策定時は、第 1 回中間評価以降と調査方法が異なるため、この間の推移については単純な比較ができなかった。平成 17 年度以降の結果では、割合は増加したものの、高齢者関係の事業を始め、市町村の保健事業が年々増加する中で、慢性疾患児等の在宅医療の支援に市町村が十分に関与できていない例が多いと考えられた。一方で、市町村合併の急速な進展により、市町村規模の拡大傾向があるため、従来より、高度で専門的な事業を行いやすい環境になってきていると考えられた。

【評価】

本指標は、目標に達していないが改善したと評価した。

【残された課題】

患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや、患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスの整備については、都道府県保健所による積極的な対策が必要であると考えられる。

D. 考察

全指標の 26 項目のうち、「改善した(目的を達成した)」と評価したものが 8 項目、「改善した(目標に達していないが改善した)」と評価したものが 16 項目、「変わらない」と評価したものが 1 項目、「悪くなっている」と評価したものが 1 項目であった。

「悪くなっている」と評価したのは「全出生数中の極低出生体重児の割合、全出生数中の低出生体重児の割合(3-2)」であった。その他の保健医療水準の指標については、目標に達していない指標についても、目標に近い改善が見られた指標が多かった。

何かしらの病気や障害を抱えながら生活をする児の背景には、近年早期産児や極低出生体重児等の救命率が上がっていることも考えられている。医療機関での入院医療を終えた患児とその家族が、安心して地域で生活できるようにするための体制整備、支援、地域における資源の有効活用が課題である。

E. 結論

「健やか親子 21」の課題 3 である「小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」の 22 の指標に関して最終評価を行い、指標の目標達成状況や新たな課題を示した。

【参考文献】

- ・各評価シート内に記載。

F. 研究発表

E-1. 論文発表

1. 尾島俊之、山縣然太郎、松浦賢長、玉腰浩二、山崎義久、桑島昭文：シンポジウム 8 「『健やか親子 2 1』の最終評価と次期『健やか親子 2 1』の策定」、日本公衆衛生雑誌、60 (10), p.103-106, 2013

E-2. 学会発表

1. 尾島俊之、山縣然太郎、松浦賢長、玉腰浩二、山崎義久、桑島昭文：シンポジウム 8 「『健やか親子 2 1』の最終評価と次期『健やか親子 2 1』の策定」、第 72 回日本公衆衛生学会総会、2013 年 10 月、三重県（津市）

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-1 周産期死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
出産千対 5.8	世界最高を維持	出産千対 5.0	出産千対 4.3	出産千対 4.0	改善した (目標を達成した)
出生千対 3.8		出生千対 3.3	出生千対 2.9	出生千対 2.7	
ベースライン調査等 平成12年人口動態統計		調査 平成16年人口動態統計	調査 平成20年人口動態統計	調査 平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	策定時から最終評価時に順調に改善が見られており、世界最高を維持している。				
分析	藤田(日本公衛誌 2001;48(4):289-297)が乳児死亡率について述べているのと同様に、周産期死亡率の改善には、新生児集中治療ユニット(NICU)やその他の周産期医療など改善によるものと考えられる。さらなる周産期の喫煙率の低下や重労働の減少などの生活環境の改善も考えられる。				
評価	目標を達成している。				
調査・分析上の課題	周産期死亡率は、平成7年以後、妊娠満22週以後の死産と早期新生児死亡(生後7日未満の死亡)の和についての、出産千対の値と定義されている。なお、出生千対周産期死亡率は、妊娠満28週以後の死産と早期新生児死亡の和についての、出生千対の値であり、国際比較を行うために計算されている。国際的には、分子、分母とも、出産体重1,000g以上の胎児と乳児を用いている国や、妊娠満20週以降を用いている国もある(United Nations, Demographic Yearbook 2002. http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm)ため、単純に比較できない。				
残された課題	世界最高であるものの、平成19年以降、下げ止まっている。近年の低出生体重児の増加による影響などについてのさらなる研究が必要である。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成24年人口動態統計			
	②設問	早期新生児死亡数(生後1週未満の死亡)、妊娠満22週以後の死産数、妊娠満28週以後の死産数、出生数等			
	③算出方法	$\text{出産千対周産期死亡率} = (\text{早期新生児死亡数} + \text{妊娠満22週以後の死産数}) / (\text{出生数} + \text{妊娠満22週以後の死産数}) \times 1000$ $\text{出生千対周産期死亡率} = (\text{早期新生児死亡数} + \text{妊娠満28週以後の死産数}) / (\text{出生数}) \times 1000$			
	④備考	関連する詳細な数値及び国際比較結果は下記の通り。			

評価データに関する詳細事項

	2000	2004	2008	2012
出生数	1190547	1110721	1091156	1037231
死産数				
総数(妊娠満12週以後)	38393	34365	28177	24800
自然死産(妊娠満12週以後)	16200	14288	12625	11448
人工死産(妊娠満12週以後)	22193	20077	15552	13352
周産期死亡数				
総数	6881	5541	4720	4133
妊娠満22週以後の死産数	5362	4357	3751	3343
早期新生児死亡数	1519	1184	969	790
妊娠満28週以後の死産数	3043	2487	2209	1969
死産率(妊娠満12週以後)	31.2	30.0	25.2	23.4
自然死産率	13.2	12.5	11.3	10.8
人工死産率	18.1	17.5	13.9	12.6
周産期死亡率(妊娠満22週以降)	5.8	5.0	4.3	4.0
妊娠満22週以後の死産率	4.5	3.9	3.4	3.2
早期新生児死亡率	1.3	1.1	0.9	0.8
周産期死亡率(妊娠満28週以降)	3.8	3.3	2.9	2.7
妊娠満28週以後の死産比	2.6	2.2	2.0	1.9

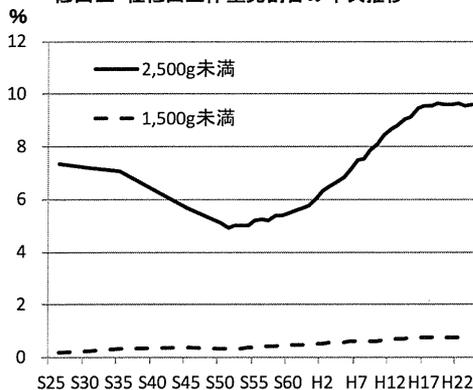
出典:厚生労働省人口動態統計(上巻 表3.1.1、表7-5等)

周産期死亡率(出生千対)の国際比較		
	周産期 死亡率	年次
日本	2.8	2011
チェコ共和国	3.4	2010
スペイン	3.5	2010
ノルウェー	4.4	2010
インド	4.4	2008
オーストリア	4.6	2010
エジプト	4.8	2010
スウェーデン	4.8	2010
ニュージーランド	5.3	2011
ドイツ	5.4	2010
ポーランド	5.6	2010
アメリカ合衆国	5.7	2009
アイルランド	6.2	2008
デンマーク	6.4	2010
オーストラリア	6.7	2008
ハンガリー	6.9	2010
スイス	7.1	2010
アルゼンチン	7.6	2009
イギリス	7.9	2009
セルビア	9.0	2010
イタリア	13.5	2009

出典:厚生労働省人口動態統計(上巻 表3.4)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合 全出生数中の低出生体重児の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
極低出生体重児0.7%	減少傾向へ	極低出生体重児0.8%	極低出生体重児0.8%	極低出生体重児0.8%	悪くなっている
低出生体重児8.6%		低出生体重児9.4%	低出生体重児9.6%	低出生体重児9.6%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	1500g未満の極低出生体重児の割合は策定時0.7%、平成16年・平成20年・平成24年0.8%と横ばいであった。一方、2500g未満の低出生体重児は策定時に8.6%であったが、平成16年9.4%、平成20年9.6%と増加傾向が続いていたが、平成24年は9.6%と上げ止まった。				
分析	目標である減少傾向を達成しておらず、むしろ、増加傾向にある。分析にあたっては、低出生体重児の要因と、経年的に増加した要因とに分けて検討する必要がある。低出生体重児の要因として、多胎児や先天異常などの胎児の要因の他に、Ohmi (Int J Epidemiol 2001;30:1269-1271)やOjima (Pediatr Int 2004;46(3):264-267.)は、妊婦の能動および受動喫煙、妊娠中の過度のダイエット、クラミジア等の感染症を挙げている。また経年的に増加した要因については、時期に応じて検討する必要がある。①若い女性のやせとして、平均BMIの長期推移を見ると昭和50年頃から急速に低下し、最近はやせ止まっており、低出生体重児の推移と整合する。また、②喫煙について、国民健康・栄養調査(国民栄養調査)や、JT全国喫煙者率調査によると、20歳代、30歳代女性の喫煙率は長らく上昇傾向が続いていたが、平成14年頃から低下に転じている。その他、③不妊治療の増加等による複産の増加と平成16年頃以降の減少、④妊婦の高齢化、⑤妊娠中の体重管理の問題、⑥帝王切開の普及等による妊娠週数の短縮、⑦医療技術の進歩による従来死産となっていた症例の救命等が考えられる。				
評価	医療の進歩による従来死産となっていた例の救命などは、低出生体重児の増加の要因であるとしても好ましいことである。また、出産年齢や、不妊治療など対応困難な理由の寄与も大きいと考えられる。一方で、若い女性の喫煙対策や、やせ傾向への対応など、予防が可能な要因への対策の強化により、低出生体重児の出生を減少させる可能性がある。				
調査・分析上の課題	単産か複産か、また母親の年齢などが交絡因子となっているため、それらの層別にみた低出生体重児割合の推移についても注視していく必要がある。周産期医療の進歩により、死産にならずに、低体重で出生となる側面もあるため、死産児も含めた低出生体重児の割合の推移などについての検討も必要である。				
残された課題	若年女性の喫煙率の改善や、妊娠中に過度にエネルギー摂取量を控える人の減少などが課題であり、若い女性に向けた周知啓発や、妊娠中の適切な体重管理に関する医療従事者への普及が必要である。				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成24年人口動態統計			
	②設問	1500g未満の極低出生体重児出生数、2500g未満の低出生体重児出生数、出生数			
	③算出方法	全出生数中の極低出生体重児の割合＝極低出生体重児出生数／出生数×100 全出生数中の低出生体重児の割合＝低出生体重児出生数／出生数×100 (出生時体重「不詳」は、分母には含めている)			
	④備考				

低出生・極低出生体重児割合の年次推移



「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-3 新生児死亡率 乳児(1歳未満)死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
(出生千対) 新生児死亡率1.8 乳児死亡率3.2	世界最高を維持	(出生千対) 新生児死亡率1.5 乳児死亡率2.8	(出生千対) 新生児死亡率1.2 乳児死亡率2.6	(出生千対) 新生児死亡率1.0 乳児死亡率2.2	改善した (目標を達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	策定時から最終評価時に順調に改善が見られており、世界最高を維持している。				
分析	新生児死亡率は、生後28日未満の死亡の出生千対の値である。乳児死亡率は、生後1年未満の死亡の出生千対の値である。藤田(日本公衛誌 2001;48(4):289-297)が述べているように、乳児死亡率等の改善には、新生児集中治療ユニット(NICU)を含めた周産期医療の改善が寄与していると考えられる。また、妊娠中の喫煙率の低下や、重労働の減少など、さらなる周産期の生活環境の改善も考えられる。				
評価	順調に目標を達成していると考えられる。前述のように、周産期医療の改善、妊娠中の喫煙率の低下、重労働の減少などによって、新生児死亡率、乳児死亡率の改善が進んできていると考えられる。一方で、妊娠中及び出生後の母親の喫煙率や受動喫煙のさらなる低下、母親のやせ指向の改善などを進めることができれば、さらなる改善も期待できる。				
調査・分析上の課題	死因別統計については、剖検率が低いこともあり、正確性について注意を要する。				
残された課題	低出生体重児の減少に向けた取組も含め、現状の取組の維持、推進が重要である。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成24年人口動態統計			
	②設問	新生児(28日未満)死亡数、乳児(1歳未満)死亡数、出生数			
	③算出方法	新生児死亡率=新生児死亡数/出生数×1000 乳児死亡率=乳児死亡数/出生数×1000			
	④備考	国際比較結果は下記の通り。			

評価データに関する詳細事項

新生児死亡率(出生千対)の国際比較			乳児死亡率(出生千対)の国際比較		
	新生児死亡率 ¹⁾	年次		乳児死亡率 ¹⁾	年次
日本	1.1	2011	スウェーデン	2.1	2011
スウェーデン	1.6	2010	日本	2.3	2011
チェコ共和国	1.7	2010	ノルウェー	2.4	2011
ノルウェー	1.9	2010	チェコ共和国	2.7	2011
スペイン	2.1	2010	イタリア	3.4	2010
ドイツ	2.3	2010	スペイン	3.4	2011
イタリア	2.4	2008	フランス	3.5	2010
フランス	2.4	2009	デンマーク	3.5	2011
デンマーク	2.6	2010	ドイツ	3.5	2011
アイルランド	2.7	2008	アイルランド	3.8	2010
オーストリア	2.7	2010	オランダ	3.8	2010
ニュージーランド	2.7	2011	スイス	3.8	2011
オーストラリア	2.8	2010	オーストリア	3.9	2010
オランダ	2.9	2009	オーストラリア	4.1	2010
スイス	3.1	2010	イギリス	4.3	2010
イギリス	3.2	2009	ポーランド	4.7	2011
ハンガリー	3.5	2010	ニュージーランド	4.7	2011
ポーランド	3.5	2010	ハンガリー	4.9	2011
アメリカ合衆国	4.2	2009	カナダ	5.1	2008
タイ	4.2	2009	セルビア	6.3	2011
ロシア	4.6	2009	アメリカ合衆国	6.4	2009
セルビア	4.6	2010	タイ	7.1	2009
エジプト	6.2	2010	ロシア	7.3	2011
			スリランカ	8.5	2007
			アルゼンチン	11.9	2010
			エジプト	14	2010
			インド	53	2008

出典：厚生労働省人口動態統計(上巻 表3.4)

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-4 乳児のSIDS死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
出生10万対 26.6	半減	出生10万対 19.3	出生10万対 14.0	出生10万対 13.9	改善した (目標に達していないが 改善した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	平成12年の出生10万対26.6から、平成24年13.9と大幅に改善している。 なお、平成23年は12.6と、半減以下になっている。平成25年以降の推移に注目する必要がある。				
分析	田中ら(日本公衛誌 1999,46(5):364-372)は、SIDSの危険因子として、うつぶせ寝および両親の喫煙が重要であることを明らかにし、その後、SIDS予防キャンペーンが展開された。SIDS死亡率の改善に関して、そのキャンペーンの実施は重要な理由のひとつであると考えられる。				
評価	目標が達成された。				
調査・分析上の課題	剖検率が低い場合、SIDSであるか否かについての診断の正確性には問題がある。窒息や虐待による死亡と明確に区別するため、剖検により確定された場合のみをSIDSと診断し、診断が確定できない場合には、死因不明とすべきとの考え方がある。そこで、仮に、そのような考え方に基づき、年次によって診断基準が厳格化しているとしたら、実態は変化がなくても、統計上、減少しているかのような結果が出る点について注意が必要である。その場合には、窒息や死因不明の突然の死亡も含めた死亡の動向についても、参考のために分析を行う必要がある。				
残された課題	乳児の喫煙曝露の改善が今後最も重要な課題である。その理由として、前述のようにSIDSの危険因子として、うつぶせ寝と両親の喫煙が重要である。うつぶせ寝については、かなりの改善が見られている。一方で、両親の喫煙については、母親の妊娠中の喫煙については改善しているものの、出産後の再喫煙の防止や、父親の喫煙に対する対策などについて、一層の強化が必要である。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成24年人口動態統計			
	②設問	乳幼児突然死症候群(SIDS: sudden infant death syndrome、ICD-10によるR95)死亡数、出生数			
	③算出方法	乳児のSIDS死亡率=乳児のSIDS死亡数/出生数×100,000			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-5 幼児(1~4歳)死亡率					
策定時の現状値	第1回中間評価	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
人口10万対 30.6	半減	人口10万対 25.3	人口10万対 22.3	人口10万対 20.9	改善した (目標に達していないが 改善した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	平成12年の人口10万対30.6から、半減には至らなかったが、平成16年25.3、平成20年22.3、平成24年20.9と改善が続いている。				
分析	平成12年と平成22年の1~4歳の人口10万対死亡率を死因別にみると、不慮の事故 6.6→3.6と半減、先天奇形及び染色体異常 5.3→3.8、悪性新生物 2.5→2.0、肺炎 1.9→1.7、心疾患 1.7→1.4といずれも改善が見られている。ただし、国際的に比較すると、決して上位群には入っていない。				
評価	目標の半減には至らなかったが、大幅な改善が見られた。				
調査・分析上の課題	細かい年次推移を見る場合には、インフルエンザの流行年と非流行年による変動に留意する必要がある。平成23年は東日本大震災の影響により数字が大きく変動しているため、平成22年データで評価を行っている。				
残された課題	この年代の死因で多いものは平成22年の統計において、(1)先天奇形、変形及び染色体異常、(2)不慮の事故、(3)悪性新生物、(4)肺炎、(5)心疾患であり、これらに対する対策を推進していく必要がある。これらの死因について、対策が比較的实施しやすいものと、困難なものがある。先天奇形、変形及び染色体異常への対策としては、より適切な年齢で出産できるような啓発・社会環境整備などが考えられるが、多様な個人の価値観を尊重しながら対策を進めていく必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成24年人口動態統計、国際比較は Demographic Yearbook 2011 (United Nations Statistics Division) http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2011.htm			
	②設問	年齢階級別死亡数			
	③算出方法	幼児(1~4歳)死亡率=幼児(1~4歳)死亡数/幼児(1~4歳)人口×100,000			
	④備考	国際比較結果は下記の通り。			

評価データに関する詳細事項

国名	死亡率	年次	国名	死亡率	年次	国名	死亡率	年次
モンテネグロ	9.7	2009	韓国	21.9	2010	モルドバ共和国	48.8	2010
ノルウェー	12.3	2010	日本	22.1	2010	ルーマニア	49.1	2010
スイス	12.5	2010	ベルギー	22.4	2007	ウクライナ	50.0	2010
デンマーク	12.6	2010	ニュージーランド	22.6	2011	アンティグア・バーブーダ	50.6	2002
スウェーデン	15.0	2010	マルタ	24.7	2010	モリシャス	50.8	2010
イタリア	15.2	2008	アメリカ	26.1	2009	アルゼンチン	53.0	2010
フィンランド	16.0	2010	バハマ	26.2	2007	ロシア連邦	54.8	2010
アイルランド	16.2	2010	ボスニア・ヘルツェゴビナ	27.0	2010	エルサルバドル	63.0	2007
マカオ	17.1	2010	アイスランド	27.0	2010	ペラルーシ	65.2	2009
シンガポール	17.3	2010	リトアニア	27.8	2010	メキシコ	68.0	2010
ルクセンブルグ	17.4	2010	スロバキア	28.7	2010	ケイマン諸島	68.3	2010
ドイツ	17.6	2010	キプロス	29.0	2009	オランダ諸島	82.6	2010
スペイン	17.9	2010	セルビア	29.9	2010	アゼルバイジャン	87.2	2010
オランダ	18.4	2010	グアドループ	31.8	2003	パラオ	91.5	2005
カナダ	18.6	2008	チリ	31.9	2009	グリーンランド	91.7	2010
イギリス	18.6	2009	アンドラ	32.3	2010	カザフスタン	94.9	2008
マケドニア	18.9	2010	キューバ	32.6	2010	スリナム	102.6	2007
オーストリア	19.0	2010	バミューダ	33.6	2009	アルバニア	116.4	2004
ギリシア	19.1	2009	フェロー諸島	35.7	2008	フィジー	124.6	2004
オーストラリア	19.5	2010	ラトビア	35.8	2010	セイシェル	154.2	2011
イスラエル	19.6	2010	コスタリカ	36.6	2011	エジプト	157.3	2010
チェコ共和国	19.7	2010	エストニア	37.5	2010	北朝鮮	186.5	2008
フランス	19.9	2005	マレーシア	42.3	2009	モンゴル	211.3	2010
ハンガリー	20.0	2010	ウルグアイ	42.8	2007	ブータン	535.4	2005
クロアチア	20.7	2010	ブルガリア	44.7	2010	ジンバブエ	1215.1	2002
香港	20.8	2009	カタール	46.7	2010	マラウイー	1241.9	2008
ポルトガル	21.1	2009	クウェート	47.9	2010	シエラレオネ	3412.0	2004
ポーランド	21.1	2010	モルディブ	48.1	2010			
スロベニア	21.9	2010	アルメニア	48.6	2009			

出典: United Nations Statistics Division. Demographic Yearbook 2011.
<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2011.htm>

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-6 不慮の事故による死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
人口10万対 0歳 18.2 1～4歳 6.6 5～9歳 4.0 10～14歳 2.6 15～19歳 14.2 (0～19歳 7.7)	半減	人口10万対 0歳 13.4 1～4歳 6.1 5～9歳 3.5 10～14歳 2.5 15～19歳 10.6 (0～19歳 6.1)	人口10万対 0歳 13.2 1～4歳 3.8 5～9歳 2.2 10～14歳 1.9 15～19歳 7.7 (0～19歳 4.4)	人口10万対 0歳 9.0 1～4歳 2.9 5～9歳 1.9 10～14歳 1.6 15～19歳 5.7 (0～19歳 3.4)	改善した (目標を達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	年齢階級によって改善の程度は異なるものの、いずれの階級も改善傾向が見られ、0～19歳の合計では目標の半減を達成した。年齢階級別に見ると、10～14歳のみ半減までは至らなかったが、その他の年齢では目標の半減を達成した。				
分析	平成12年から24年の年齢階級別の死亡率の増減率は、0歳 -50.8%、1～4歳 -55.2%、5～9歳 -52.5%、10～14歳 -36.0%、15～19歳 -59.7%、0～19歳の合計では-56.2%であった。平成23年は東日本大震災の影響で、0～19歳の合計で人口10万対8.3という非常に高い値となった。しかし、翌平成24年は、平成22年よりもさらに低い値に改善した。				
評価	全体に目標の半減を達成するなど、めざましい改善が見られている。一方で、10～14歳の改善は十分ではない。ただし、死亡率でみると10～14歳は各年齢階級の中で最も低い値となっており、改善の限界に近づいていると考えることもできる。				
調査・分析上の課題	不慮の事故死亡は、乳幼児では虐待やSIDS(乳幼児突然死症候群)と、10代後半では自殺との区別が難しい事例もあると考えられる。しかしながら、死因の判定方法について、制度の変更等無い場合には、増減の傾向は正しいと考えられる。合計の死亡率、また区別が難しい他の死因の死亡率の動向にも注意を払う必要がある。				
残された課題	年齢階級別で構成割合の大きい死因への対策が優先度が高いと考えられる。0歳は不慮の窒息、1～14歳は交通事故(歩行者)および溺死・溺水、15～19歳は交通事故(オートバイ、乗用車)である。また、家庭内での割合を見ると、0歳は家庭内が多く、1～4歳からは家庭外も多くなっていく。年齢に応じた対策と積極的な取組を進めていく必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成24年人口動態統計			
	②設問	不慮の事故(ICD-10によるV01-X59)死亡数			
	③算出方法	不慮の事故による死亡率＝不慮の事故による死亡数／人口×100,000 (0歳は出生10万対の死亡率である。)			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-7 むし歯のない3歳児の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
68.7%	80%以上	(策定時=第1回中間評価時)	74.1%	81.0%	改善した (目標を達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成15年度 母子保健課調べ			平成19年度 母子保健課調べ	平成24年度 母子保健課調べ	
データ分析					
結果	平成15年度と比較して改善し、目標を達成した。				
分析	むし歯のリスク要因として、食事やおやつの内容、おやつを与える時間などの与え方、仕上げ磨きの有無などを含めたブラッシングの状況等があり、フッ化物塗布、フッ化物洗口、フッ化物入りの歯磨き剤の使用を含めたフッ化物の利用などについての実態把握及び分析を進める必要がある。				
評価	着実に改善していると考えられる。				
調査・分析上の課題	現在、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課により、各都道府県及び政令市・特別区から3歳児歯科健康診査実施状況についての情報収集が行われており、このようなデータ収集及びその収集されたデータの分析、活用体制について、一層の推進が図られることが望まれる。各地方公共団体における結果については、受診率の影響が出てしまうことが考えられる。				
残された課題	う歯になりにくい食事・おやつ、ブラッシング、フッ化物の利用を推進していく必要がある。また、今後は、地域格差についても分析を進め、その縮小に向けての対策を推進する必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成24年度厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ(3歳児歯科健康診査実施状況) 都道府県、政令市・特別区からの報告			
	②設問	対象者数、受診者数、むし歯のない者(人数)、むし歯の型別分類(人数)など			
	③算出方法	「むし歯のない3歳児の割合=むし歯のない人数/受診者数×100」で算出。			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-8 妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
妊娠中 10.0% 育児期間中 父親35.9%、母親12.2%	なくす	妊娠中 7.8%	妊娠中 5.0%	妊娠中 5.0%	改善した (目標に達していない が改善した)
ベースライン調査等		育児期間中 父親 55.1% " 母親 15.4%	育児期間中 父親 46.2% " 母親 10.8%	育児期間中 父親 41.5% " 母親 8.1%	
上段:平成12年 乳幼児身体発育調査		調査	調査	調査	
中段:平成13年度21世紀出生児縦断調査				上段:平成22年 乳幼児身体発育調査	
		下段:平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	母親の喫煙率は、妊娠中、育児期間中とも、また育児期間中の父親の喫煙率についても、改善(喫煙率の低下)が見られた。				
分析	妊娠中の喫煙率及び育児期間中の両親の喫煙率について、第2回中間評価までにおいて山縣然太郎班の結果は、3.4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時の3つの数値により調査結果をそれぞれ記載していた。一方で、乳幼児身体発育調査の結果は、1つの数値で示されていること、また多数の数値を記載すると目標の達成状況の評価が複雑になることから、最終評価では、これらの3時点での数値を平均した数値で示すこととした。 健康増進法の施行やその他の喫煙対策の推進、また近年の青少年の喫煙率の低下によって、母親の喫煙率は低下してきたと考えられる。				
評価	母親の喫煙率について、目標値の0には至っていないものの、策定時と比べて概半減しており、大幅に改善している。一方で、父親の喫煙率については、改善傾向にはあるものの、まだまだ目標値の0と比べて高い水準である。				
調査・分析上の課題	育児期間中の目標値は、「両親の自宅での喫煙率」となっている。 乳幼児身体発育調査では「同室での」、21世紀出生時縦断調査では「室内で」、山縣班ではそれらの場所の限定はなく、シンプルに喫煙の有無を問うていて、それぞれ若干質問の内容が異なる。				
残された課題	実態把握に関しては、子どもへの受動喫煙の影響をモニターしていくには、両親の喫煙率だけではなく、世帯喫煙率を把握することも必要であろう。また、対策としては、妊娠中や育児期間中の両親、また妊娠希望者に対して、禁煙補助薬や禁煙外来等も活用しながらの禁煙指導はもちろん重要であるが、そのような対策のみでは妊娠に気づく前の妊娠初期の喫煙を完全に防止することは困難である。また、妊娠中のタバコの害について、殆どの妊婦が知っていると考えられるが、妊娠中の喫煙率がゼロにはなっていない。そこで、依存症としての対応を本格的に行ったり、心理社会的な要因に対するアプローチを行うことも今後の課題である。また、乳幼児健診時の調査結果では、3.4か月時、1歳6か月時、3歳時と、出産後に時間が経つほど、母親の喫煙率等が高くなっており、出産前後に禁煙しても、その後再喫煙する人が少なからずいるため、出産後の再喫煙を防止する支援対策も重要である。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成22年乳幼児身体発育調査】 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(3.4か月児用、1歳6か月児用、3歳児用)			
	②設問	【平成22年乳幼児身体発育調査】 (13)喫煙の状況 妊婦 妊娠前 1.なし 2.あり(1日__本) 妊娠中 1.なし 2.あり(1日__本) 父親及び同居者の同室での喫煙 妊娠前 1.なし 2.あり(1日__本) 妊娠中 1.なし 2.あり(1日__本) 【平成25年度山縣班調査】 (3.4か月児用 問14、1歳6か月児用 問10、3歳児用 問10) 妊娠中のあなた(お母さん)の喫煙 1.なし 2.あり(1日__本) (3.4か月児用 問38、1歳6か月児用 問39、3歳児用 問40) あなた(お母さん)の現在の喫煙 1.なし 2.あり(1日__本) (3.4か月児用 問39、1歳6か月児用 問36、3歳児用 問37) 夫(お父さん)の現在の喫煙 1.なし 2.あり(1日__本)			
	③算出方法	【平成22年乳幼児身体発育調査】 「妊娠中の喫煙率＝妊娠中に喫煙がありと回答した人数／調査有効回答数×100」で算出。 【平成25年度山縣班調査】 「育児期間中の両親の自宅での喫煙率＝母または父が喫煙ありと回答した者の人数／全回答者数×100」で算出。 ※それぞれ、順に、3.4か月児、1歳6か月児、3歳児健診での割合を求め、これらの3時点の数値を単純平均した(3時点を同じ重みとした加重平均となる。細かい小数を用いて平均を計算しており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない)。 平成25年:妊娠中 3.9% 3.6% 4.0%、育児期間中 父親 41.9% 41.5% 41.2%、母親 5.2% 8.7% 10.6%			
	④備考				