

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進								
【行政・関係団体等の取組の指標】								
1-14 思春期保健対策に取り組んでいる地方公共団体の割合								
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		
(策定時＝第1回中間評価時)	100%	都道府県	100%	都道府県	100%	都道府県	改善した (目標に達していないが改善した)	
		政令市・特別区	90.9%	政令市・特別区	90.6%	政令市・特別区		83.9%
		市町村	38.5%	市町村	38.0%	市町村		42.6%
ベースライン調査等		調査		調査		調査		
		平成17年度母子保健課調べ		平成21年度母子保健課調べ		平成25年度母子保健課調べ		
データ分析								
結果	都道府県はこれまで100%の実施割合であり、政令市・特別区、市町村に比べて思春期の保健対策に何らかに取り組んでいる。政令市・特別区では、思春期の保健対策に取り組む地方公共団体の割合は変動している(90.9%→90.6%→83.9%)。市町村については、その割合は増加している(38.5%→38.0%→42.6%)。							
分析	都道府県についてはすべてで取り組んでいる。政令市・特別区については、最終評価では83.9%という結果であったが、思春期保健対策に取り組む市区数では増加している(別紙表1)。市町村では、まだ過半数には届いていないが、その割合は増加している(表1)。市町村の割合について、第2回中間評価から最終評価への推移を人口規模別にみると、どの人口規模においても対策に取り組む地方公共団体数は増加している(表2)。また、概ね全ての地域ブロックで、思春期の保健対策に取り組む市町村の割合は増えているものの、市町村では合併等により地方公共団体総数や取り組んでいない市町村数が減少しており、それらの影響を受けていることも考えられる(表3)。							
評価	100%という目標を全ての地方公共団体で達成できなかったが、都道府県では100%という目標を達成し、市町村においても取組の実施割合は増加したため、総合的に考え、目標は達成していないが改善したと評価した。							
調査・分析上の課題	今後とも、同じ調査方法にて評価を行っていく必要がある。							
残された課題	政令市・特別区においては、12の政令市・特別区及び922の市町村で取組が進められていない状況であり(表1)、引き続き、都道府県との連携を強化するなど取組を推進していく必要がある。思春期の保健対策に関する対策のうち、特に「十代の喫煙防止対策」「十代の飲酒防止対策」「薬物乱用防止対策」については、極めて重要と認識している一方で、思春期保健対策に取り組んでいない地方公共団体が4割以上存在しており(表4)、学校における保健学習・保健指導との連携が求められるところである。今後、重要性を認識しながら取組を行っていない地方公共団体における思春期保健対策の実施を阻む要因についても各課題別に把握する必要がある。							
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成25年度雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ「健やか親子21」の推進状況に関する実態調査票(都道府県用、政令市・特別区用、市町村用)						
	②設問	「健やか親子21」や「子ども・子育て応援プラン」等に盛り込まれた個別の施策に関する平成24年度の取り組み状況についてお尋ねします。(問4) ・「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進として、人工妊娠中絶、性感染症、薬物乱用問題に関する取り組みの推進について、 1.取り組んでいる 2.取り組んでいない						
	③算出方法	「1.取り組んでいる」と回答した自治体/全自治体数×100」						
	④備考							

表1 地方公共団体別 思春期保健対策の取組状況について

		思春期保健対策	
		取組あり	取組なし
都道府県	第1回中間評価	47(100.0%)	0(0.0%)
	第2回中間評価	47(100.0%)	0(0.0%)
	最終評価	47(100.0%)	0(0.0%)
政令市・特別区	第1回中間評価	70(90.9%)	7(9.1%)
	第2回中間評価	77(90.6%)	6(7.1%)
	最終評価	78(83.9%)	12(12.9%)
市町村	第1回中間評価	890(38.5%)	1,402(60.6%)
	第2回中間評価	648(38.0%)	1,039(60.9%)
	最終評価	700(42.6%)	922(56.0%)

表2 人口規模別 第2回中間評価時及び最終評価における 思春期保健対策の取組状況について

		思春期保健対策	
		取組あり	取組なし
1万人未満	第2回中間評価	163(34.8%)	300(64.0%)
	最終評価	183(40.9%)	260(58.2%)
1万人以上 5万人未満	第2回中間評価	291(41.8%)	400(57.4%)
	最終評価	302(44.9%)	363(53.9%)
5万人以上 10万人未満	第2回中間評価	97(35.7%)	172(63.2%)
	最終評価	108(41.1%)	149(56.7%)
10万人以上	第2回中間評価	97(36.3%)	167(62.5%)
	最終評価	107(40.8%)	150(57.3%)

表3 地域ブロック別 思春期保健対策の取組状況について

	第2回中間評価		最終評価	
	取組あり	取組なし	取組あり	取組なし
北海道	53(30.1%)	121(68.8%)	76(43.4%)	98(56.0%)
東北	99(44.4%)	121(54.3%)	101(45.7%)	117(52.9%)
関東	134(45.4%)	157(53.2%)	131(47.0%)	146(52.3%)
北陸甲信越	80(43.0%)	104(55.9%)	75(41.4%)	103(56.9%)
東海	58(36.0%)	103(64.0%)	63(41.4%)	86(56.6%)
近畿	54(28.6%)	133(70.4%)	62(33.5%)	118(63.8%)
中国	35(33.3%)	70(66.7%)	48(47.5%)	52(51.5%)
四国	36(39.1%)	54(58.7%)	42(47.7%)	43(48.9%)
九州	99(35.6%)	176(63.3%)	102(38.8%)	159(60.5%)
総数	648(38.0%)	1,039(60.9%)	700(42.6%)	922(56.0%)

表4 思春期の保健対策別 重要性に関する認識と市町村における思春期保健対策の取組状況について

	十代の性感染症予防対策		十代の喫煙防止対策		十代の飲酒防止対策		十代の薬物乱用防止対策		思春期の心の健康対策	
	取組あり	取組なし	取組あり	取組なし	取組あり	取組なし	取組あり	取組なし	取組あり	取組なし
極めて重要	76(71.0%)	29(27.1%)	114(54.5%)	92(44.0%)	74(54.4%)	60(44.1%)	61(55.0%)	48(43.2%)	139(59.1%)	90(38.3%)
重要	525(47.0%)	581(52.0%)	522(45.0%)	627(54.1%)	534(45.6%)	625(53.4%)	520(46.8%)	582(52.3%)	489(42.7%)	645(56.3%)
それほど重要ではない	84(24.5%)	255(74.3%)	51(23.4%)	163(74.8%)	75(27.7%)	191(70.5%)	92(27.5%)	237(70.7%)	54(26.7%)	146(72.3%)
重要ではない	6(27.3%)	15(68.2%)	2(22.2%)	7(77.8%)	3(25.0%)	9(75.0%)	10(38.5%)	16(61.5%)	3(37.5%)	5(62.5%)
総数	691(43.4%)	880(55.2%)	689(43.0%)	889(55.5%)	686(42.6%)	885(56.0%)	683(43.1%)	883(55.7%)	685(43.1%)	886(55.7%)

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
1-15 食育の取組を推進している地方公共団体の割合(4-14再掲)					
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
第1回中間評価からの指標	それぞれ100%	食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合 87.2% 保育所、学校住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合 85.8%	食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合 91.5% 保育所、学校住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合 89.7%	食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合 93.6% 保育所、学校住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合 91.7%	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17年度母子保健課調べ	平成21年度母子保健課調べ	平成25年度母子保健課調べ	
データ分析					
結果	第1回中間評価から定められた項目である。都道府県および市町村の指標は着実に増加した。一方、最終評価時において、関連機関の連携により取組を推進している政令市・特別区の割合は94.6%であった。				
分析	食育基本法の制定(2005年度)などにより、多部局から求められて連携が強化されている点も増加の要因と考えられる。市町村の連携先としては、保育所・幼稚園と連携した取組78.8%、学校と連携した取組72.2%、農林漁業、食品産業関連機関と連携した取組39.3%、住民組織・団体と連携した取組79.6%であった。				
評価	目標とする数値には、都道府県も市町村も到達していないが、改善を認めた。				
調査・分析上の課題	食育の推進は、「健康日本21(第二次)」でも重要な課題として取り上げられている。「健やか親子21」が、ライフステージの一部を担う計画との視点に立つと、「健やか親子21」計画はすでに第二次計画が開始されている「健康日本21」に包含されるが、「健やか親子21」に特徴的な項目を地方公共団体の計画の見直しの際に反映する必要がある。「健やか親子21」の次期計画の策定にあたっては、母子保健の課題の解決のみに固執することなく、親子が暮らす地域の課題を福祉や教育、地方公共団体の関係部署の活動を健康の視点から評価して、関係機関の行政活動に生かすなどの視点が必要である。				
残された課題	保育園・幼稚園や学校との連携は、最終評価時点でも80%未満である。保育園・幼稚園や学校との連携がより一層進むことで、子どもたちの心身の健康の増進と豊かな人間形成に向けた食育の機会が、さらに増加することを期待したい。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	【食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合】 平成25年度雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ「健やか親子21」の推進状況に関する実態調査票(都道府県用) 【関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合】 平成25年度雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ「健やか親子21」の推進状況に関する実態調査票(市町村用)			
	②設問	【食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合】 問4「健やか親子21」や「子ども・子育て応援プラン」等に盛り込まれた個別の施策に関する平成24年度の取り組み状況についてお尋ねします。 (1) 都道府県における取組の有無をお答えください。 「食育の推進」の項目「関係機関等のネットワークづくりの促進」について 1 取り組んでいる 2 取り組んでいない 【関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合】 問4「健やか親子21」や「子ども・子育て応援プラン」等に盛り込まれた個別の施策に関する平成24年度の取り組み状況についてお尋ねします。 (1) 貴自治体における取り組みの有無をお答えください。 「食育の推進」の ・保育所・幼稚園と連携した取り組み 1.取り組んでいる 2. 取り組んでいない ・学校と連携した取り組み 1.取り組んでいる 2. 取り組んでいない ・農林漁業、食品産業関連機関と連携した取り組み 1.取り組んでいる 2. 取り組んでいない ・住民組織・団体と連携した取り組み 2.取り組んでいる 2. 取り組んでいない			
	③算出方法	・食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合 「「取り組んでいる」と回答した都道府県数/全都道府県数×100」で算出 ・関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合 「4つの設問のうち少なくとも一つに取り組んでいる市区町村数/全市区町村回答数×100」 【参考値】 関係機関の連携により取組を推進している政令市・特別区の割合 「4つの設問のうち少なくとも一つに取り組んでいる政令市・特別区の数/全政令市・特別区回答数×100」			
	④備考				

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
1-16 朝食を欠食する子どもの割合					
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
(策定時＝第2回中間評価時)	なくす	調査	男子 / 女子 1～6歳 5.9% / 6.0% 7～14歳 6.5% / 5.0% 15～19歳 18.4% / 10.0%	男子 / 女子 1～6歳 9.0% / 5.3% 7～14歳 5.9% / 5.4% 15～19歳 8.7% / 13.3%	評価できない
ベースライン調査等			調査	調査	
国民健康・栄養調査			平成20年 国民健康・栄養調査	平成23年 国民健康・栄養調査	
データ分析					
結果	男子7～14歳、男子15～19歳、女子1～6歳では朝食を欠食する児童の割合が改善した一方で、男子1～6歳、女子7～14歳、女子15～19歳ではその割合が悪くなっている。特に15～19歳の男子については、朝食を欠食する子どもの割合が10%を切り、大きく改善したが(18.4%→8.7%)、女子は10%を超えて悪化している(10.0%→13.3%)。				
分析	<p>朝食欠食に関連する因子としては、主に、生活リズム、保護者の状況、そして本人の意志(7～14歳、15～19歳)の3つが考えられる。生活リズムについては、就寝・起床時間が遅いことや、夜型生活から来る朝の食欲の無さなどが挙げられる。保護者の状況としては、保護者自身に朝食をとる習慣がないことなどから朝食が家庭において子どもに出されていないことや、保護者が起床していないことなどが考えられる。本人の意志の代表的なものとしては、ダイエットなど体型を気にすることが挙げられる。</p> <p>例えば、文部科学省の調査によれば¹⁾²⁾、平成13年度～平成24年度に公表された約10年に及ぶ結果では、小中学生の朝食の摂取割合には大きな変化は見られず(別紙表1、表2)、平成19年度調査との比較では、小、中学生ともに、男子の「ほとんど食べない」が増加している(別紙表2)²⁾。また朝食を食べない理由は、「食欲がない」「食べる時間がない」が他の理由に比べて高く、平成17年度調査と比較すると、「食欲がない」は小学生で大幅に減少し、中学生で増加している上、「食べる時間がない」は、特に小学校男子で増加し、中学生で減少していた。また就寝時刻が遅くなる傾向が見られている。これらから、生活リズムの夜型化から、小学生では「(朝)食べる時間がない」という状況が生まれ、中学生では「(朝)食欲がない」という状況が生まれていると推測される。中学生の生活リズムの夜型化による「(朝)食欲がない」という状況は、特に7～14歳の女子の悪化傾向(5.0%→5.4%)に関連している可能性があり、それらが15～19歳の女子の悪化傾向(10.0%→13.3%)の一つの要因にもなっていると考えられる。</p> <p>さらに、「児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書」において、平成14年度調査結果と平成22年度調査結果を比較すると、「肥りすぎと医師や先生に言われ、指導を受けてダイエットを実行した」、「やせたいと思ってダイエットを実行した」、「ダイエットをしようと思ったが、まだ実行していない」を合わせた割合は、どちらの調査年度においても小学校3,4年から高校生にかけて女子が男子を上回っていた(別紙図1)³⁾。本人の意志、すなわちダイエット等体型を気にすることからくる朝食欠食については、女子の7～14歳、15～19歳において、悪化傾向の一つの要因となっていることが考えられる。</p> <p>1) 文部科学省:「全国学力学習状況調査」 2) 文部科学省:「児童生徒の食事状況等調査」 3) 日本学校保健会:「児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書」</p>				
評価	年齢別に男女それぞれの欠食状況を見ると、改善している年齢層と、悪くなっている年齢層が存在した。男子の1～6歳および女子の7歳以上の年齢階級で悪くなった。				
調査・分析上の課題	文部科学省においても、小中学生の欠食割合が把握されている ¹⁾²⁾ が、その調査結果と今回の国民健康・栄養調査結果における性別傾向は必ずしも一致していない。理由は欠食の定義の違いによる可能性がある。文部科学省における調査や他の調査研究と直接比較検討する場合には注意が必要となっている。また、平成17年度乳幼児栄養調査結果によると、保護者の状況、すなわち保護者自身の朝食欠食を含む朝食習慣が、年齢の小さい子どもの朝食欠食に、より影響している可能性が示唆されているが、保護者もしくは家庭の朝食摂取状況と子どもの朝食状況の関連を確認できる調査は少ないため、国などによる定期的な調査の中で、保護者と子どもの朝食摂取状況に関する回答を合致させられるような比較検討が必要と考えられる。				
残された課題	<p>身体的な健康の視点では、夕食や夜更かししている間にとる間食の状況、精神的な健康の視点では、夜更かしの理由(メール・SNSの頻回のやり取り等)とストレスの関係について調査研究をする必要がある。</p> <p>平成22年度「児童生徒の健康状態サーベイランス事業」³⁾においては、就寝時刻は小学校5,6年から高校生のいずれの区分においても女子の方が男子より遅いことが得られている。インターネット・携帯メールの利用平均時間は女子の方が男子より長い傾向にあり、伸びも大きい。同じく、SNSの利用割合も小学校5,6年および中学生において女子が男子を上回っている。また、寝不足を感じる理由として「インターネットやメールをしている」という理由は、女子においてより上位にあり、また男子と比較してもその割合が高い。さらに、Tochigiらは、夜間消灯後の携帯利用は、心の健康の悪化に関連しており、特に中学生における睡眠不足との関連を指摘している⁴⁾。これらから生活リズムの夜型化からの影響については、女子を中心とした支援策を検討する必要があると考えられる。</p> <p>朝食状況は、年齢が高くなるにつれ保護者からの影響が相対的に少なくなり、本人の生活や意志に左右されることが多くなっていくと言える。今回、7～14歳という小学校低学年も含まれる年齢階級では、保護者の状況・生活習慣と本人の生活や意志が混在して影響していると考えられる。とくに7～14歳女子におけるデータが悪化していることについては、保護者の朝食状況、保護者の生活習慣、そして本人の生活リズムやダイエット指向がどのように朝食状況に影響しているのかを、小学生、中学生、高校生及び各学年別に、明らかにする必要がある。</p> <p>文部科学省の調査においては、男子の朝食欠食率も悪化していることが示されており、子どもの性別に関わりなく地域をあげて家庭における食の状況を改善する運動を展開していく必要がある。また学校においては、小学校高学年から、例えば、自分で簡単な朝食を作ろうとする態度や調理に関する知識・技能を身に付けるなどの食育を引き続き行い、自律的な健康生活を育む基礎としていくことが求められる。</p> <p>4) Tochigi M, Nishida A, et al.: Irregular bedtime and nocturnal cellular phone usage as risk factors for being involved in bullying: a cross-sectional survey of Japanese adolescents. PLoS ONE, 7(9): 1-6, 2012.</p>				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成23年 国民健康・栄養調査			
	②設問	1日の食事状況について、満1歳以上を対象に実施した栄養摂取状況調査結果 第1部 栄養素等摂取状況調査の結果(第10表の1 朝、昼、夕別にみた1日の食事構成比(性・年齢階級別)のうち朝食)			
	③算出方法	男性及び女性における1～6歳、7～14歳、15～19歳の「菓子・果物などのみ」、「錠剤などのみ」、「何も食べない」を合計数			
	④備考				

(別紙)

表1 朝食を食べる児童の割合(%)

(質問1「朝食を毎日食べていますか」)

	している	どちらかといえば、している	あまりしていない	全くしていない
平成13年度調査	76.0	16.3	4.7	2.1
平成15年度調査	77.7	15.3	4.4	2.0
平成19年度調査	86.3	8.9	4.0	0.8
平成20年度調査	87.1	8.3	3.7	0.8
平成21年度調査	88.5	7.5	3.2	0.7
平成22年度調査	89.0	7.4	3.0	0.6
平成24年度調査	88.7	7.4	3.1	0.8

表2 朝食の欠食状況

(問12「あなたは、毎日朝食を食べますか。」)

		必ず毎日食べる	1週間に2~3日 食べないことがある	1週間に4~5日 食べないことがある	ほとんど 食べない
小学校全体	平成19年度	80.7	7	0.7	1.6
	平成22年度	90.5	7.0	1.0	1.5
小学校男子	平成19年度	80.8	6.6	1.0	1.6
	平成22年度	89.9	6.8	1.4	1.8
小学校女子	平成19年度	90.8	7.3	0.4	1.5
	平成22年度	91.1	7.1	0.6	1.2
中学校全体	平成19年度	86.8	9	1.4	2.8
	平成22年度	86.6	9.6	1.0	2.8
中学校男子	平成19年度	86.3	9.7	1.1	2.9
	平成22年度	85.9	9.2	1.2	3.8
中学校女子	平成19年度	87.3	8.4	1.5	2.8
	平成22年度	87.3	10.1	0.7	1.9

(引用) 文部科学省:平成24年度「全国学力学習状況調査」

※なお、平成13年度調査及び平成15年度調査は「教育課程実施状況調査」のデータである。

(引用) 文部科学省:平成22年度「児童生徒の食事状況等調査」

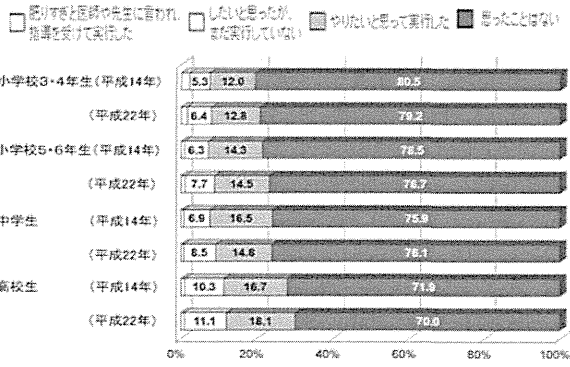


図1-1 体重を減らす努力(ダイエット)の経験(男子)

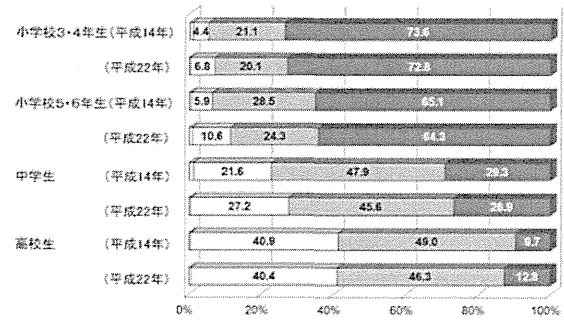


図1-2 体重を減らす努力(ダイエット)の経験(女子)

資料 1-15

「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2 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					
【保健医療水準の指標】					
2-1 妊産婦死亡率					
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
6.3(出産10万対) 78人	半減	4.3(出産10万対) 49人	3.5(出産10万対) 39人	4.0(出産10万対) 42人	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	策定時(平成12年)、出産10万対の妊産婦死亡率は6.3であったが、漸減し、平成19年には3.1と一旦は半減した。その後は平成20年3.5、平成21年4.8、平成22年4.1、平成23年3.8、平成24年4.0と揺らぎがみられるものの、策定時の6.3は大きく下回っている。				
分析	周産期医療ネットワークの整備、正常分娩緊急時対応のためのガイドラインの作成が進むとともに、平成18年に厚生労働科学研究班により「わが国の妊産婦死亡の調査と評価に関するモデル事業」が開始され、妊産婦死亡登録と評価システムの基盤が整備された。さらに厚生労働科学研究班「妊産婦死亡と幼児死亡の原因究明と予防策に関する研究」では、日本産婦人科医学会の協力を得て、平成18～20年に起こった妊産婦死亡73例を後ろ向きに、平成22年1月からは前向きに症例評価を行い、その成果を平成23年4月「母体安全の提言2010」(妊産婦死亡症例検討評価委員会 日本産婦人科医学会)として報告している。また、日本産科婦人科学会では、平成20年「産婦人科診療ガイドライン 産科編2008」、平成23年「産婦人科診療ガイドライン 産科編2011」を刊行し、産科一次医療機関の診療水準を示し、施設間や地域間における診療水準の均てん化に努めている。これらの取組が妊産婦死亡率の減少に寄与したと考えられる。				
評価	目標の半減には至っていないものの、平成12年の6.3(出産10万対)から平成24年4.0と大きな減少がみられた。				
調査・分析上の課題	データは毎年入手可能であり、比較することができる。				
残された課題	<p>ほぼ目標は達成されているが、乳児死亡率等の他の母子保健指標が世界最高水準にある一方で、妊産婦死亡率はスイス1.3(出生10万対:平成19年)やスウェーデン1.9(出生10万対:平成19年)などと比較して高い数値である。さらなる改善の余地はあると考えられるが、周産期医療を取り巻く現状は相変わらず厳しい。産婦人科医、産科医療施設の偏在化が進んでおり、この産科医療環境の変化が妊産婦死亡率に与える影響について注視する必要がある。</p> <p>死因を分析すると、妊娠時における産科的合併症が原因で死亡した直接産科的死亡率は、平成12年の5.0(出産10万対)から平成23年2.4と半減しているが、妊娠前から存在した疾患又は妊娠中に発症した疾患により死亡した間接産科的死亡率が平成12年の1.2から平成23年1.4と上昇している。この間接産科的死亡率の上昇の原因としては、出産の高齢化(第1子出生時の母の平均年齢:平成12年28.0歳、平成22年29.9歳)^{※1)}によって妊娠前から疾病を抱えている妊婦が増加していることが推測される。これは、妊娠前からの健康の維持の重要性を示すものであり、ライフステージの早期から妊娠に関する正確な知識が身に付けられ、将来の妊娠への心構えが育まれるような取組が必要である。直近の平成24年妊産婦死亡の死因別では、直接産科的死亡率が3.3と上昇し、間接産科的死亡率が0.7と減少している。直接産科的死亡の中では、妊娠高血圧症候群に関連する「妊娠、分娩及び産じょくにおける浮腫、たんぱく尿及び高血圧性障害」による死亡率が0.3から0.8に上昇しており、妊娠高血圧症候群の危険因子が高齢、高血圧や糖尿病の合併、初産婦であること等を鑑みると、前述した平成23年までの背景と同様のものと推測される。</p> <p>※1)人口動態統計特殊報告</p>				
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	上巻 出生 第4.1表 年次別にみた出生数・率(人口千対)・出生性及び合計特殊出生率 上巻 死亡 第5.37表 妊産婦死亡の死因別にみた年次別死亡数及び率(出産10万対) 上巻 死産 第7.1表 年次別にみた死産数・率(出産千対)及び死産性比			
	③算出方法	平成24年妊産婦死亡率＝平成24年妊産婦死亡数/平成24年出産数×100,000 ＝[平成24年妊産婦死亡数/(平成24年出生数+死産数)]×100,000 ＝[42/(1,037,231+24,800)]×100,000＝4.0			
	④備考	妊産婦死亡:妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡			

課題2 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					
【保健医療水準の指標】					
2-2 妊娠・出産について満足している者の割合					
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
84.4%	100%			92.0%	改善した (目標に達していないが改善した)
		91.4%	92.5%	93.5%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度幼児健康度調査 (日本小児保健協会)				上段:平成22年度幼児健康度調査 (平成22年度厚労科研「幼児健康度に関する継続的比較研究」(衛藤隆班))	
		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	平成12年度幼児健康度調査では、満1歳から7歳未満の幼児を持つ親を対象に妊娠・出産の状況の満足度を調査し、84.4%が満足していると回答していたが、平成22年度は92.0%に増加した。また、第1回・第2回中間評価では、厚生労働科学研究において乳幼児健診受診時に調査し、第1回では91.4%が、第2回では92.5%が満足していると回答し、平成25年度に行った同様の調査では93.5%と増加していた。				
分析	妊娠・出産に満足している者の割合は増加している。平成22年度幼児健康度調査によれば、平成12年度の結果と比較して満足している内容は、「病産院スタッフの対応(65→80%)」、「病産院の設備(52→80%)」、「夫の援助などの家庭環境(42→69%)」、「妊娠・出産・育児についての不安への対応(23→69%)」、「母親(両親)学級(13→59%)」、「職場の理解や対応(13→50%)」の順に多く、この10年で大きな改善が見られていた。また「設備などのハード面だけではなく、スタッフの対応、不安への対応、家庭や職場の理解など、人との関わりのありようが満足をもたらすことに注目したい。」と分析されている。また山縣班調査において、妊娠・出産に関して9割以上が満足しており、その割合も徐々に増えてきている。具体的に「満足した」と8割以上が回答した項目は、第2回中間評価と同様、「自分が希望する場所で出産の予約ができた」、「出産した場所の設備や食事など、環境面での快適さ」、「出産中、医療関係者に大切にされていると感じた」があり、その他新たに「産後の入院中、助産師からの指導・ケアを十分に受けることができた」、「出産中、医療関係者に大切にされていると感じた」があり、出産施設の医療関係者の関わりや、助産師の指導・ケアに満足する割合が増えていた。一方「満足していない」と1割以上が回答した項目は、第2回中間評価と同様、「出産した後、出産体験を助産師等とともに振り返ることができた」、「産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができた」、「妊娠中、周囲の人はタバコを吸わないようにしてくれた」があった。				
評価	目標に向けて順調に進行した。しかし、具体的な項目別にみると、未だ満足度の低い項目もあるため、より一層の取組が求められる。				
調査・分析上の課題	妊娠・出産の状況に対する満足度は調査の時期によって異なる可能性がある。経験が新鮮なほど、「とても満足」の割合が高い傾向が見られた。				
残された課題	幼児健康度調査の分析によれば、満足していないもののうち、「妊娠中の受動喫煙への配慮」18%、「夫の援助などの家庭環境」12%、「職場の理解や対応」11%が目立っており、これらについて「今後のさらなる改善が望まれる。」とされている。第1回中間評価の調査において、「満足していない」と回答が最も多かった内容は受動喫煙(25.9%)で、第2回中間評価・最終評価でも、妊娠中の周囲の喫煙については満足していない割合が高かった。公共機関を始め多くの場所で禁煙・分煙化が進んでいるが、妊産婦にとってはまだ不十分な環境であると言える。また、第2回中間評価で「満足していない」割合が高かった項目に、「出産体験を助産師等と振り返ること」や、「産後1か月の助産師や保健師からの指導・ケア」があり、最終評価でもこれらの項目は満足しているものが少ないという結果だったことから、今後、産後早期の助産師や保健師等の関わりが産後の満足度を高めるためのポイントになると考えられる。また、妊娠・出産の満足度評価は、全体的な満足・不満足を評価していくだけでは具体的な行動や支援に結び付きにくいいため、より具体的な目標値に落とし込んで対策を取っていく必要がある。				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	【平成22年度幼児健康度調査】 【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年度幼児健康度調査】 (Q13)このお子さんを妊娠・出産した時の状況については満足していますか。1 満足している 2 満足していない (Q14) (Q13について)それはどのようなことでしょうか。次の項目全てについて満足しているものに○を、満足していないものに×をつけてください。 1 病院・助産所等の設備 2 病院・助産所等のスタッフの対応 3 妊娠・出産・育児の不安への対応 4 妊婦健診 5 母親(両親)学級 6 妊娠中の受動喫煙への配慮 7 夫の援助など家庭環境 8 職場の理解や対応 9 その他にあれば() 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(3,4か月児用の問9、1歳6か月児用の問7、3歳児用の問7) 妊娠・出産についての状況はいかがでしたか。 1.とても満足している 2.満足している 3.満足していない 4.全く満足していない (参考)3,4か月児用の問10 妊娠・出産に関して、以下の項目はあなた(お母さん)にとって満足でしたか。はい:○、いいえ:×、どちらとも言えない:△をつけてください。(該当しない場合は斜線「/」を引いてください) ※項目1～10の詳細は、調査票参照。			
	③算出方法	【平成22年度幼児健康度調査】 Q13 全回答者数に対する、満足していると回答した者の数の割合を算出。 Q14 全回答者数に対する、各項目の満足している、満足していないもの数の割合を算出 【平成25年度山縣班調査】 全回答者数に対する、「1.とても満足している」と「2.満足している」を合わせた数の割合を算出 (参考)3,4か月児用の問10 全回答者数に対する、各項目における「はい:○」の回答者の割合を算出。			
	④備考				

課題2 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					
【保健医療水準の指標】					
2-3 産後うつ病疑い(EPDS9点以上)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
13.4%	減少傾向へ	12.8%	10.3%	9.0%	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13年度「産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動」(中野仁雄班)		平成17年度厚生労働科学研究「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)	平成21年度厚生労働科学研究「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)	平成25年度厚生労働科学研究「「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	EPDS9点以上の者は平成13年度調査では13.4%であったが、平成17年度調査では12.8%、平成21年度調査では10.3%、最終評価となる平成25年度調査では9.0%であった。				
分析	産後うつ病の疑いが高いEPDS9点以上の割合は徐々に減少し、目標に向け推移した。調査地域や訪問対象の違いにより、単純に比較できないが、産後うつ病の認識が広まりつつあり、対策がとられ始めてきていることも考慮したい。さらに、産後うつ病に対する妊娠期からの予防的介入の試み等も報告されているため、啓発効果及び対策の効果を期待したい。 一方、地震や津波を経験し宮城県内で出産した女性では、EPDS9点以上が21.5%であった(平成24年度厚労科研「震災時の妊婦・褥婦の医療・保健的課題に関する研究」(岡村州博班))という研究結果には、注意を要す必要がある。全国のEPDS9点以上の割合が減少している一方で、被災地での割合が高いという結果は、災害が及ぼす心理的な影響を示していると言える。				
評価	調査地域や訪問対象の違いにより単純に比較できないが、EPDSの活用の普及により調査を行う自治体が増え、発生率の数値の妥当性は高くなってきていると考えられる(※全数を対象にEPDSを実施している市町村35.2%、全数ではないが実施している市町村14.8%)。				
調査・分析上の課題	第1回中間評価では、早期発見と支援システムが構築された地域での縦断的な検討が必要であるとされた。第2回中間評価ではEPDSの活用が浸透してきている段階であり、取組の効果の判定について評価するのはまだ難しいという状況であった。最終評価においては、9.0%まで減少しており、EPDSの活用とあわせて、産後うつの啓発や予防的な取組がなされてきた可能性が高い。				
残された課題	妊娠期からの育児支援としての産後うつ対策と、そのための周産期ケアにあたるスタッフ教育の強化、さらには医療・保健・福祉の各担当者の連携による情報の共有やケアの継続性が重要である。また、妊娠期から予防的介入を行い継続的な支援システムが確立している地域では、産後うつの予防として効果を上げているとの報告もあり、今後、有効な取り組みが各地で実践されることが求められる。 妊婦自身が産後うつを自分にも起こりうるリスクの一つとして知識を持ち、対処行動がとれるよう、妊娠中から妊婦とその家族に情報提供する場がさらに増えることが望まれる。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成25年度山縣班調査】EPDSによる産後うつ頻度の把握に関するアンケート			
	②設問	全数を対象にEPDSを実施している事業(新生児訪問等)において、 4-3 問3に回答した時点において、EPDSは何例の母親に適用されましたか。 4-4 そのうちEPDS得点が9点以上の方は何例おられましたか。			
	③算出方法	EPDS実施者のうちのEPDS9点以上の人の割合(4-4/ 4-3 × 100)			
	④備考				

課題2 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					
【住民自らの行動の指標】					
2-4 妊娠11週以下での妊娠の届け出率					
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
62.6%	100%	66.2%	72.1%	90.0%	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		調査	調査	調査	
平成8年保健所運営報告		平成15年度 地域保健・老人保健事業報告	平成19年度 地域保健・老人保健事業報告	平成23年度 地域保健・健康増進事業報告	
データ分析					
結果	指標策定時の62.6%(平成8年)から平成15年度66.2%、平成19年度72.1%と緩やかな上昇を示していたが、その後、平成20年度78.1%、平成21年度86.9%、平成22年度89.2%と急速な上昇を示し、平成23年度には90.0%に達した。				
分析	従来、地方交付税措置により5回を基準として公費負担が行われていたが、平成20年度第2次補正予算において公費負担が拡充され、以降、必要な回数(14回程度)の妊婦健診を受けられるように公費助成額が増額された。それに伴い妊娠の届け出週数が早くなり、妊娠11週以下での届け出率が上昇したと考えられる。また、行政機関や関連団体による妊婦に対する早期届出の勧奨も功を奏した(「妊娠の届出状況に係る調査結果及び早期の妊娠届出の勧奨等について」(平成20年7月9日雇児母発第0709001号))。その他、分娩場所の確保が困難な地域では、分娩場所確保のために、妊娠の兆候があれば、早期に医療機関を受診して分娩予約する傾向があることも影響したと推測される。				
評価	策定時の62.6%から大きく上昇し、直近値は90.0%となったが、目標値の100%には達していない。				
調査・分析上の課題	指標となる数値は毎年把握可能である。妊娠11週を越えて届け出がなされた理由は把握できていない。				
残された課題	都道府県別にみると、82.4%から94.2%と地域差が認められる。妊娠の届け出が妊娠11週までになされないケースとして、①妊娠の診断は妊娠初期になされているが、妊娠11週までに届け出がなされていないケース、②妊娠には気付いているが、妊娠11週までに産科医療機関を受診していないケース、③妊娠に気付かず、妊娠11週を越えてしまったケースの3つが考えられる。公費負担額の増額により、①・②のケースは減っていると考えられるが、③のケースには届け出が遅れた理由を把握して健康教育等の他の対策を講じる必要がある。平成25年度より公費負担が地方財政措置となり、地域により公費負担状況が一層異なる可能性がある。妊婦健診に伴う費用負担の状況(有無や程度)などをはじめ、妊娠の届け出時期に何がどのように影響を与えているのか注視する必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成23年度地域保健・健康増進事業報告			
	②設問	地域保健編 第3章 市区町村編 市区町村への妊娠届出者数、都道府県—指定都市・特別区—中核市—その他政令市、妊娠週(月)数別			
	③算出方法	妊娠11週以下での妊娠の届け出率=妊娠11週以内の届け出数/届け出総数=994,837/1,105,863=90.0%			
	④備考				

課題2 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					
【住民自らの行動の指標】					
2-5 母性健康管理指導事項連絡カードを知っている就労している妊婦の割合					
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
6.3%	100%	19.8%	41.2%	43.3%	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年度厚生科研「妊産婦の健康管理および妊産婦死亡の防止に関する研究」(西島正博班)		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)	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)	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	妊娠中就労していた女性を対象とした調査では、策定時の平成12年6.3%から平成17年19.8%、平成21年41.2%と大幅に上昇したが、最終評価では43.3%と第2回中間評価とほぼ変わらぬ数値であった。				
分析	母子健康手帳の任意記載事項「働く女性、男性のための出産、育児に関する制度」欄への母性健康管理指導事項連絡カードの掲載や地方公共団体の母子健康手帳交付窓口・職場・医療機関へのリーフレット配布などにより、カードの認識率は上昇した。				
評価	目標に向かって改善したが、達成にはまだ遠い。				
調査・分析上の課題	本指標の把握には、就労している妊婦、あるいは妊娠時に就労していた女性を対象とした調査が必要である。				
残された課題	就労している妊婦への周知が優先と考えられる。そのためには、全体への周知を図る方法に加えて、妊婦個人への働きかけが必要である。行政の母子保健関係者や産科医療従事者が妊産婦の就労の有無を把握し、母子健康手帳交付時や妊婦健康診査時などにカードの存在を積極的に伝えることが必要であろう。また、事業主自らがカードの存在を伝えることは、女性が尊重され、働きながら安心して子供を産み育てることができる職場環境整備の一つになると考えられる。また、妊産婦の認識率をさらに増加させるには、妊娠以前から、さらには妊娠の有無にかかわらず女性就労者がカードの存在を認識することが大切と考えられるが、平成18年度厚生労働省委託事業「事業所における妊産婦の健康管理体制に関する実態調査」報告書によると、女性就労者(1,871人)を対象とした調査では、「知っている」は38.4%であった。しかしながら、事業所規模別にみると、従業員1,000人以上の事業所では「知っている」が42.3%であるのに対し、規模が小さくなるにつれて認識率は減少し、49人以下の事業所では20.1%だった。小規模事業所の女性労働者もカードを知って、利用できるよう一層の周知が必要である。また前出の調査では、4人に1人は適切な対応がなされていないため、カードの認識率向上とともに、カードの提出により事業所において適切な措置が講じられるよう、企業に対し母性健康管理関係法令及びカードの趣旨について周知徹底を行う必要がある。平成19年度厚生労働省委託事業「企業における妊産婦の健康管理体制に関する実態調査報告書」では医師、助産師の認識状況が調査されており、「知っている」と回答した者の割合は順に935/1,079人(86.7%)、286/375人(76.3%)であった。医療関係者への更なる周知も課題である。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	【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)			
	②設問	問18.妊娠中、働いていましたか。 1.働いていない 2.働いていたことがある 問18-1.その期間内に「母性健康管理指導事項連絡カード」があることを知っていましたか。 1.知っていた 2.知らなかった			
	③算出方法	問18で、「働いていたことがある」と回答した者のうち、問18-1で、「知っている」と回答した者の割合			
	④備考				

課題2 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					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
2-6 周産期医療ネットワークの整備					
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
14都府県	全都道府県	29都道府県	45都道府県	47都道府県	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13年度 母子保健課調べ		平成16年度 母子保健課調べ	平成20年度 母子保健課調べ	平成23年度 医政局指導課調べ	
データ分析					
結果	周産期医療ネットワークが整備されていた地域は、策定時14都府県であったが、平成17年29都道府県、平成21年45都道府県と順調に整備され、平成24年には全都道府県に整備された。				
分析	平成8年に「周産期医療対策事業実施要綱」が定められ、緊急対応が必要な母体及び胎児に対して、都道府県ごとに母体や胎児の受け入れ、搬送が可能な三次医療を担当する総合周産期母子医療センターの整備が進められてきた。その後、新エンゼルプラン、「健やか親子21」にも「周産期医療ネットワークの整備」が掲げられ、全都道府県の整備が完了した。				
評価	目標は達成した。				
調査・分析上の課題	毎年把握可能である。				
残された課題	量的整備としてネットワークの全国整備は時間がかかったものの達成できた。しかし質的評価としては、ネットワークを構成する周産期母子医療センターの充実評価やセンター間相互の連携など、ネットワークが十分に機能しているか否かの検証は必要であり、この検証を踏まえ、平成26年度には周産期医療体制整備指針の改定を予定している。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成23年度厚生労働省医政局指導課調べ			
	②設問				
	③算出方法	周産期医療ネットワークが整備された都道府県の数			
	④備考				

課題2 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					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
2-7 正常分娩緊急時対応のためのガイドラインの作成					
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
なし	作成	「助産所における分娩の適応リスト」及び「正常分娩急変時のガイドライン」作成 →日本助産師会において頒布、会員へ周知	「助産所業務ガイドライン2009年改定版」策定	「助産業務ガイドライン2013」として改訂中	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13～14年度厚労科研「助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究」(青野敏博班)		平成13～14年度厚労科研「助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究」(青野敏博班)	平成20年度厚労科研「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」(池ノ上克班)	公益社団法人日本助産師会 作成中	
データ分析					
結果	平成16年より、日本助産師会にて「助産所における分娩の適応リスト」及び「正常分娩急変時のガイドライン」を「助産所業務ガイドライン」として、会員に頒布し周知に努めている。ガイドライン活用から5年目を迎えた平成20年には、厚生労働科学研究にて「助産所業務ガイドライン」の見直し検討が行われ、「助産所業務ガイドライン2009年改定版」が策定された。検討には、助産師、産科医師、小児科医師、出産経験者が参画し、他のガイドライン等との整合性を図り、実態に即した見直しが行われた。日本助産師会では、院内助産にも適応されるよう、助産所に限定していた内容を院内助産についても含めた内容へと見直され、平成25年度にとりまとめられる予定である。				
分析	開業助産師に対する安全性の確保についてのガイドラインが作成され、開業助産師の多くが所属する日本助産師会において周知及び活用の徹底を図ったことで、開業助産師への周知はできている。また、ガイドラインを守って業務することが、嘱託医・嘱託医療機関との連携や、助産所賠償責任保険にも関連しており、助産所での安全性の確保に活かされている。今後関係機関の協力を得て、ガイドラインの周知徹底を行うことが課題である。 また、病院勤務助産師の認知度はまだ低い可能性があるが、自立した助産活動のために院内助産も視野に入れたガイドラインの見直しは、今後病院や診療所に勤務する助産師の指針として生かされていくことが期待される。				
評価	目標は達成できた。ガイドラインは変化する医療状況や社会情勢によって、適宜見直しながら改善し、普及を図る必要があるため、一定の時期を経て見直しが行われていることも評価できる。				
調査・分析上の課題	なし				
残された課題	5年後に見直しを行っていくことを明示しているため、今後は、助産師のみならず、妊産婦自身や、連携する嘱託医・嘱託医療機関の医師や、他の関連団体への周知等、病院及び診療所の医療従事者への周知を図り、より多くの人から評価を含めた意見を集め、さらに改善していくことが望まれる。 また、院内助産におけるガイドラインとしても、今後の周知と活用が望まれる。				
最終評価の データ算出方法	①調査名				
	②設問				
	③算出方法	正常分娩緊急時対応のためのガイドラインの作成状況			
	④備考				

課題2 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					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
2-8 産婦人科医・助産師数					
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
産婦人科医師数 12,420人 ※産婦人科医師数は、産婦人科医、産科医、 婦人科医の合計	増加傾向へ	産婦人科医師数 12,400人 ※産婦人科医師数は、産婦人科医、 産科医、婦人科医の合計	産婦人科医師数 11,961人 ※産婦人科医師数は、産婦人科医、 産科医、婦人科医の合計	産婦人科医師数 12,369人 ※産婦人科医師数は、産婦人科医、 産科医、婦人科医の合計	産婦人科医師数 変わらない 助産師数 改善した (目標を達成した)
助産師数 24,511人		助産師数 25,257人	助産師数 27,789人	助産師数 31,835人	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査		平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査	平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査	平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査	
平成12年衛生行政報告例		平成14年衛生行政報告例	平成20年衛生行政報告例	平成24年衛生行政報告例	
データ分析					
結果	<p>主たる診療科を産婦人科、産科、婦人科とした医師数を合計した産婦人科医師数は、策定時の平成12年12,420人、平成14年12,400人、平成16年12,156人、平成18年11,783人と減少傾向であったが、その後平成20年11,961人、平成22年12,369人と増加傾向がみられる。また、産科診療に関わっていると考えられる産婦人科と産科を合わせた数も、同様に平成18年以降増加に転じている。20歳代の産婦人科医師数(割合)も、平成18年以降、人数、割合ともに増加傾向である。</p> <p>助産師数は、ベースライン策定時の平成12年から平成22年まで年々増加し、31,835人となった。</p>				
分析	<p>日本産婦人科医会施設情報調査によると、分娩施設医師数は平成18年7,325人、平成19年6,564人と一旦減少したが、平成20年以降は徐々に増加し、平成24年は7,858人となっており、医師・歯科医師・薬剤師調査と同様の傾向を示している。</p> <p>平成18年、地域医療に関する関係省庁連絡会議より「新医師確保総合対策」が発表された。同対策には、小児科・産科をはじめ急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり、地域医療を担う医師の養成の推進、出産、育児等に対応した女性医師の多様な就業の支援、臨床研修における地域医療や小児科・産婦人科での研修への支援、分娩に係る医療事故に遭った患者に対する救済制度等が盛り込まれており、分娩手当の見直しや増額等の取り組みを行っている自治体もみられる。このように産科医療を取り巻く環境が「社会の理解を得ながら改善されつつあることが、平成18年以降の産婦人科医師数の増加に繋がったと考えられる。また、関連団体である日本産科婦人科学会も「産婦人科医療改革グランドデザイン2010」を策定し、産婦人科医の確保も含めて産婦人科医療環境の整備に努めている。</p> <p>就業助産師数は10年間で7,324人増加し、順調に増加しているといえる。第7次看護職員需給見通し^{※1)}においても、必要の見通しは平成23年で31,900人、平成27年で34,900人、供給見通しは平成23年で30,100人、平成27年で34,400人であり、必要見通しと供給見通しの差(供給見通し/必要見通し)は平成23年で1,800人(94.4%)、平成27年で500人(98.6%)となっている。一方、日本産婦人科医会が算定している助産師不足数(平成17年 27,965人不足)^{※2)}や、日本助産師会が推計している必要助産師数(平成21年 50,500人必要)^{※3)}においては、妊産婦の重症度や勤務形態、他職種との業務分担の考え方を勘案しているために、第7次看護職員需給見通しよりも必要を見込んだ算出となっている。また出生場所別出生数の割合は病院が52.0%、診療所が47.0%^{※4)}であるにも関わらず、助産師の就業先は病院65.3%、診療所20.9%^{※5)}と偏在している。さらに病院においては、産科の混合病棟化により助産師が助産師業務に専念できない状況があったり、助産師資格を有しながら他部門へのローテーションによって助産師業務を行えない助産師がいるという状況がある。助産師数が増え、必要な場所への就業や助産師としての採用がなされなければ問題の解決につながらない可能性がある。</p> <p>※1) 第7次看護職員需給見通しに関する検討会報告書(平成22年12月21日 厚生労働省)(*人数は常勤換算による。) ※2) 第9回 医療安全の確保に向けた保健師助産師看護士法等のあり方に関する検討会(平成17年9月5日)資料 産科における看護師等の業務についての意見(日本産婦人科医会) ※3) 助産師必要数の算出方法の検討-妊婦リスク-在院日数・看護体制・勤務日数を考慮して-(平成21年度日本助産師会助産師問題対策特別委員会) ※4) 平成23年人口動態統計 ※5) 平成24年衛生行政報告例</p>				
評価	<p>産婦人科医師数は、指標策定時の平成12年以降減少傾向であったが、平成18年からは増加傾向となり、平成22年時点で平成12年の数とほぼ等しくなった。増加傾向の判断には、今後の推移を観察する必要がある。</p> <p>助産師数については、第7次看護職員需給見通しにおいて、助産師の必要見通しは約3万2千人から約3万5千人に増加するものと見込んでおり(伸び率:約9.4%)、供給見通しは、平成23年の約3万人から、平成27年の約3万4千人に増加するものと見込んでいる(伸び率:約14.3%)。このように助産師数は目標に向けて進行しているように見えるが、必要数(日本助産師会推計)の約6割の就業人数であり、現場の不足感は続いていることから、必要を上回る確保に向けた対策が必要である。</p>				
調査・分析上の課題	2年毎に行われる医師・歯科医師・薬剤師調査と毎年行われる衛生行政報告例によりデータを入手することができ、経時的な観察が可能である。				
残された課題	<p>平成22年の都道府県別15から49歳女子人口10万対「産婦人科・産科」(主たる)に従事する医師数は、平均39.4人であるが、最高54.8人から最低28.0人と約2倍の開きがあり、地域格差は大きな課題である。この都道府県別の医師数と合計特殊出生率との間には有意な正の関連(スピアマンの相関係数:0.345(p=0.018))がみられ、産婦人科医が不足しているから合計特殊出生率が低く、合計特殊出生率が低いから産婦人科医が少なくなっていくという悪循環が推測された。また、日本産婦人科医会の施設情報調査によれば、平成18年と平成24年の比較で47都道府県のうち17府県で分娩施設医師数が減少し、平成24年調査時点での医師一人当たりの年間取り扱い分娩数は最高166、最低83と倍違い、地域偏在は顕著であった。女性産婦人科医師数は、指標策定時の平成12年2,257人(全体の18.1%)から、平成22年3,552人(28.7%)と一貫して数、割合ともに増加している。平成12年の39歳以下の産婦人科医師数(3,691人)は、男性2,319人(62.8%)、女性1,372人(37.2%)であったが、平成22年は3,490人中男性が1,470人(42.1%)、女性が2,020人(57.9%)と若い世代で女性の比率が高くなっている。「新医師確保総合対策」に盛り込まれている医学部における地域枠の拡充、医師不足県における医師養成の暫定的な調整の容認、出産、育児等に対応した女性医師の多様な就業の支援等の対応策や関連団体の対応策が、地域格差の是正や若手女性医師の継続的な産科医療現場での従事を可能にするかどうか、今後も注視する必要がある。</p> <p>助産師については、チーム医療推進の観点から産婦人科医と助産師の連携と協働を図り、院内助産システムの体制整備をより積極的に進め、正常分娩の介助については助産師が担うのはもちろんのこと、ハイリスク妊娠・出産への対応においても医師と協働してきめ細かなケアを行うことが重要である。また産科混合病棟の問題は、助産師が助産師業務に専念できないという状況のみならず、妊産婦にとっては、安心・安全に過ごせない出産・産後の環境となったり、退院後の育児指導が十分に受けられないといった問題が発生している。また新生児にとっては、MRSAによる院内感染の問題^{※6)}も指摘されており、病院経営の観点のみならず、母子にとつての安全性という観点からも検討されるべき課題である。</p> <p>現状の問題解決のためには、産科ユニットマネジメント^{※7)}の推進・母子同室の推進を図り、助産師の配置を担保する体制整備が急務である。地域においては、助産師の就業場所の偏在として地域格差、施設間格差が生じているため、助産師を向出させる取組等による人材活用など、新たな課題に取り組む必要も出てきている。さらに、産後ケアや母乳育児推進など地域における助産師の活用も求められており、助産師数の確保はもちろんのこと、責任をもって助産業務を果たせる質の高い助産師の確保・育成が必要である。そのため、基礎教育の充実を図り、新卒助産師の研修を推進することも重要な課題であり、助産師養成、離職防止、潜在助産師の活用、質を保つための継続教育の充実とその評価システム、助産師の適正配置など、総合的な助産師確保対策のさらなる推進が望まれる。</p> <p>※6) 北島博之(2008): わが国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係、環境感染誌23(2)、129-134 ※7) 産科ユニットマネジメントとは、ひと続きになっている病室の一部を産科専用のユニットとして使用し、産科と他科患者を別室とし、助産師と看護師が適切な業務分担のもと管理を行うもの。</p>				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査 平成24年衛生行政報告例			
	②設問	平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査(第34表 医療施設従事医師数、業務の種別・診療科名(主たる)別) 平成24年衛生行政報告例(第89表 就業助産師数、実人員-常勤換算-就業場所・年齢階級別)			
	③算出方法	産婦人科医師数=主たる診療科が産婦人科である医師数+産科医師数+同婦人科医師数=10,227+425+1,177=12,369			
	④備考				

課題2 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					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
2-9 不妊専門相談センターの整備					
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
18か所	2005年までに 全都道府県	54か所	60か所	61か所	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13年度 母子保健課調べ		平成16年度 母子保健課調べ	平成20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13年度に18か所であった不妊専門相談センターは、順調に増加し、平成24年度には全都道府県及び政令市等にも整備され61か所となった。				
分析	不妊相談のニーズが増えている中で、子ども・子育て応援プランや「健やか親子21」に目標として掲げられ、目標を達成した。				
評価	整備は順調に進み、平成16年度には全都道府県に設置され目標は達成した。さらに政令市等にも整備が進み、61か所となっている。				
調査・分析上の課題	毎年把握可能である。				
残された課題	第1回目の中間評価において、すでに目標は達成しており、不妊専門相談センターの質についての評価が今後の課題とされた。不妊に悩むカップルの増加や晩婚化に伴う不妊治療対象者の高齢化など、不妊に関する相談においては、相談場所の増加はもとより、個々に応じたきめ細かな対応が求められる。相談センターの設置の増加のみならず、相談員の質の確保、相談システムの工夫(電話相談・メール相談等)も必要と考えられる。特に、医療機関に設置されたセンターと地域に設置されたセンターでの相談内容や対応の違いも指摘されている。各センターの特徴を生かすとともに相互の補完ができるよう相談対応の質の評価が望まれる。				
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			
	②設問				
	③算出方法	不妊専門相談センターの設置数			
	④備考				

課題2 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					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
2-10 不妊治療を受ける際に、患者が専門家によるカウンセリングが受けられる割合					
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
24.9%	100%	不妊カウンセラー 40.5% 不妊コーディネーター 35.3%	不妊カウンセラー 専従15.3% 兼任47.4% 不妊コーディネーター 専従11.8% 兼任47.5%	不妊カウンセラー57.2% (専従26.6%) 不妊コーディネーター45.1% (専従23.0%)	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		調査	調査	調査	
平成13年度厚生労働科学研究「生殖補助医療の適応及びそのあり方に関する研究」(矢内原巧班)		平成16年度厚労科研「生殖補助医療の安全管理および心理的支援を含む統合的運用システムに関する研究」(吉村泰典班)	平成21年度 母子保健課調べ	平成24年度 母子保健課調べ (304/570施設の 回答による暫定値)	
データ分析					
結果	平成13年度研究班調査によると、不妊治療を受ける際に、患者が専門家によるカウンセリングが受けられる割合は24.9%であったが、平成16年度研究班調査(平成15年度日本産科婦人科学会に登録された体外受精・胚移植等の生殖医療の実施施設584施設にアンケート調査し、221施設から回収)では、不妊カウンセラーと不妊コーディネーターが在籍する施設はそれぞれ40.5%、35.3%であった。 平成21年度厚生労働省の調査では、不妊カウンセラーと不妊コーディネーターについて、それぞれ専従と兼任で尋ねており、不妊カウンセラーは専従 15.3%、兼任47.4%、不妊コーディネーター専従11.8%、兼任47.5%であった。 最終評価では不妊カウンセラー57.2%、不妊コーディネーター45.1%であった。				
分析	不妊治療を望む人の増加、不妊治療の内容の複雑化などに伴い、生殖医療を実施している施設では、医学的な面のみならず治療がもたらす様々な問題への対応が求められている。不妊に関するカウンセリングの専門家の配置もその一つであり、関連学会も推進している。各調査の内容が違うため、単純に比較することはできないが、専門家を配置している施設の割合は増加傾向にあると言える。 また、NPO法人日本不妊カウンセラー学会は「不妊カウンセラー」及び「体外受精コーディネーター」の認定を行っており、認定者の名簿を公開している。平成25年6月現在で「不妊カウンセラー」は859名、「体外受精コーディネーター」は415名が登録されている。ベースライン調査とは比較できないが、関連団体の取組実績として参考となるデータである。				
評価	目標に向かって改善したが、達成にはまだ遠い。				
調査・分析上の課題	評価の時点で、比較可能な調査が行われていないため、参考値での検討となっている。また、不妊カウンセラー及び不妊コーディネーターともに専従者と兼任者の両方が在籍する施設もあるため、単純に施設における専門家が在籍の割合を計上できない。				
残された課題	不妊カウンセラー、不妊コーディネーターは徐々に増えてきているが、十分とは言えないため、高度な不妊治療を実施する医療機関におけるカウンセラーの量と質の確保はもちろんのこと、行政の設置する不妊専門相談センターが中心となり、地域の身近な場所で相談等を受けられるよう体制整備を図っていく必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成24年度厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ			
	②設問	不妊カウンセラーを配置している医療機関の数とそのうち専従者を配置している医療機関の数 不妊コーディネーターを配置している医療機関の数とそのうち専従者を配置している医療機関の数			
	③算出方法				
	④備考				

課題2 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					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
2-11 不妊治療における生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインの作成					
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
「体外受精・胚移植」に関する見解及び「非配偶者間人工授精と精子提供」に関する見解	作成	厚労科研「配偶子・胚提供を含む総合的生殖補助技術のシステム構築に関する研究」 平成15年度研究報告書	改定などの動きなし	改定などの動きなし	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 日本産科婦人科学会会告		※第1回中間評価で達成した指標として、以降は参考の指標へ	平成15年度厚労科研「配偶子・胚提供を含む総合的生殖補助技術のシステム構築に関する研究」(吉村泰典班)		
データ分析					
結果	平成15年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「配偶子・胚提供を含む総合的生殖補助技術のシステム構築に関する研究(研究代表者:吉村泰典)」において、提供配偶子を用いる治療の医学的適応や業務の進め方、カウンセリングなどについて、詳細な検討が行なわれ報告されている。				
分析	研究報告書には不妊治療に関わる諸問題に関して、以下の項目の研究結果等が掲載されている。 ・配偶子・胚提供を含む生殖補助医療技術のインフォームドコンセントの書式・マニュアル作成と運用指針およびカウンセリングシステムの確立 ・各種不妊治療の選択指針の確立に関する研究 ・各種不妊原因に応じた最適な不妊治療の選択指針の確立に関する研究等				
評価	報告書はガイドラインに代わるものであり、目標は達成したと言える。なお、配偶子・胚提供を伴う生殖補助医療技術に関しては、厚生労働審議会生殖補助医療部会の平成15年の報告書において、配偶子・胚提供を伴う生殖補助医療技術は法整備が行われるまではAID(非配偶者間人工授精)以外実施されるべきではないと結論づけられている。				
調査・分析上の課題					
残された課題	現時点においてはこの指標は達成したと言えるものの、生殖補助医療技術の進歩、生殖補助医療に関わる法整備に合わせて適宜ガイドラインを作成・更新する必要がある。				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成15年度厚労科研「配偶子・胚提供を含む総合的生殖補助技術のシステム構築に関する研究」(吉村泰典班)			
	②設問				
	③算出方法				
	④備考				

課題2 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					
【行政・関係団体等の取組の指標】					
2-12 出産後1か月時の母乳育児の割合(4-9再掲)					
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
44.8%	60%	42.4%	48.3%	51.6%	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	
上段:平成12年 乳幼児身体発育調査		中段:平成17年度 乳幼児栄養調査	下段:平成21年度厚労科研「健やか 親子21」の推進のための母子保健 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	ベースライン調査44.8%から最終評価時には51.6%まで増加し、目標の60%に近づいた。参考として実施してきた山縣班の調査においても、目標値に近づくレベルで保たれていた。				
分析	生後1か月時点で母乳のみを与える割合は、平成12年度44.8%から平成22年度51.6%と10年間で6.8ポイント増加した。2回の中間評価では調査手法が異なったが増加傾向であり、順調にその割合が増加していることが推定できる。「乳幼児身体発育調査」で得られた月齢別の母乳育児の割合は、平成22年度調査で生後1か月時よりも生後3か月・生後4か月時の方が高くなった。それまでの調査では生後1か月時が最も高くその後が減少していたが、最終評価時に初めてこの傾向が数値データとして示された。また、生後1か月時の人工栄養の割合は、平成12年度11.2%から平成22年度4.6%と減少しており、月齢が進んでも同様に人工栄養の割合は減少していた。混合栄養の割合は平成12年度44.0%、平成22年度43.8%でほとんど変化がみられなかった。この10年間で母乳を与える割合は増加しているといえる。				
評価	目標の60%に達してはいないが、順調に増加した。母乳育児支援は母子間の愛着形成を促進する支援である。単に母乳育児の割合を増加させるのみではなく、母乳で育てられない状況を持つ家族への支援でもある。現場の取り組みは子育て支援とつながっている。最終評価において、母乳育児の割合が増加するだけでなく、生後1か月児より生後3,4か月児の母乳育児の割合が増加していることは、母乳育児を中心とした自治体の子育て支援策が有効に活用されていると評価できた。				
調査・分析上の課題	調査方法としては乳幼児身体発育調査による10年での比較ができたため、結果の比較は正しく評価された。母乳育児の割合は、国際比較の上でも有益な母子保健評価の指標である。乳幼児健診をベースとした定期的なモニタリング体制の確立が求められる。				
残された課題	出産施設での支援があると母乳栄養の割合が高率であることなどを踏まえ、出産施設での支援と退院後母子が生活する地域での支援が、母乳に関するトラブルを解消し母乳育児を継続するためには必要であることから、平成19年3月に「授乳・離乳の支援ガイド」が策定された。このガイドを活用した保健指導も広がってきているが、母乳育児の割合を増加させることは、単に栄養としての母乳栄養の割合を増加させるだけではなく、母親と赤ちゃんを一体として支援し、安心して子育てする環境を整えることにつながるから、母乳育児の継続には、出産施設での支援と退院後母子が生活する地域での支援の両方が必要であり、保健医療機関等の更なる取組が必要である。そのためにも、今後の課題としては、支援者として大きな役割を果たす保健医療従事者が「授乳・離乳の支援ガイド」を十分活用し、母乳育児を希望する母子への支援体制を充実させることが必要である。				
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・一般調査】 【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)			
	②設問	【平成22年乳幼児身体発育調査・一般調査】 栄養等 (6) 乳汁(全員に聴取のこと。該当する乳汁を与えていた月齢を○で囲む。) 母乳 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 か月 人工乳 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 か月 【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) 問20 生後1か月時の栄養法はどうか 1. 母乳 2. 人工乳 3. 混合			
	③算出方法	母乳栄養とは調査票の「母乳」欄のみに記入があるものを指し、外出時などに一時的に人工乳を与える場合も母乳栄養とした。 【平成22年乳幼児身体発育調査・一般調査】 報告書の「表11 一般調査による乳汁栄養法の割合、月齢別、出生年次別」から次の下線部のデータを引用。 母乳: 1~2月未満(51.6%) 2~3月未満(55.0%) 3~4月未満(56.8%) 4~5月未満(55.8%) 人工乳: 1~2月未満(4.8%) 2~3月未満(9.5%) 3~4月未満(13.2%) 4~5月未満(18.1%) 混合: 1~2月未満(43.8%) 2~3月未満(35.5%) 3~4月未満(30.0%) 4~5月未満(26.1%) 栄養法については、思い出し法を用い保護者が乳幼児期の栄養法を忘れてしまった場合には、記入しないこととした。 ・母乳栄養とは調査票の「母乳」欄のみに記入があるものを指し、外出時などに一時的に人工乳を与える場合も母乳栄養とした。 ・人工栄養とは「人工乳(粉乳)」欄のみに記入があるものとした。 ・混合栄養とは「母乳」と「人工乳」の両方に記入があるものとした。 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査 全回答者数のうち、「母乳」と回答した者の割合。			
	④備考				

課題2 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					
【住民自らの行動の指標】					
2-13 マタニティマークを利用し効果を感じた母親の割合					
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
	50%		35.5%	50.6%	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	
(策定時=第2回中間評価時)			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)	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	平成21年度の調査時、効果を感じた母親の割合は35.5%であったが、平成25年度の最終調査では50.6%と増加した。				
分析	マタニティマークに関する取組状況調査によれば、一般啓発用のポスター、リーフレット等の取組を行っている市町村数は、平成21年度1,448、平成22年度1,508、平成23年度1,645と増加している。また、妊産婦個人用に服や持ち物に付けるキーホルダーなどのグッズを配布したり、マーク入りのステッカーを配布したりしている市町村数も、同年度順に1,487、1,461、1,627と増加している。その他、公共施設や公共交通機関などにもマタニティマークのステッカーやポスターが掲示され、本マークの趣旨は浸透しつつあると考えられる。これらは行政機関、関連する団体の活動の成果である。				
評価	目標は達成された。				
調査・分析上の課題	50%の目標は達成されたが、援助や配慮を求めている際に、マタニティマークを利用しながら援助や配慮が得られなかった妊産婦がどの程度存在するのか分からない。目標値の設定が難しい指標である。				
残された課題	平成25年度の最終調査では、対象の母親6,181名中、マタニティマークを知っていると回答した者の割合は5,781名(93.5%)と高い割合であったが、そのうちマークを利用したことのある者の割合は3,025名(52.3%)と半数をやや超える程度であった。この利用率を都道府県別にみると、10.0%から92.3%と地域差がみられた。利用しなかった母親の理由は把握されていないが、利用率を高めることは、妊産婦自身のためばかりでなく、一般への啓発にもなると考えられ、今後の課題である。また、マークの利用率を高め、さらにその効果を感じる母親の割合を高めるためには、性別や年齢を問わず、マタニティマークの存在と趣旨を理解してもらうような啓発活動が必要である。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	【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)			
	②設問	問19.妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。 1.知らなかった 2.知っていた 問19-1.マタニティマークを身に付けたりするなどして利用したことがありますか。 1.利用したことがある 2.利用したことはない 問19-2.利用して効果を感じたことがありますか 1.感じたことがある 2.感じたことはない			
	③算出方法	問19-1で、「利用したことがある」と回答した者のうち、問19-2で「感じたことがある」と回答した者の割合。			
	④備考				

資料1-16

「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】					
3-1 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		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	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22週以後の死産数、妊娠28週以後の死産数、出生数等			
	③算出方法	$\text{出産千対周産期死亡率} = (\text{早期新生児死亡数} + \text{妊娠22週以後の死産数}) / (\text{出生数} + \text{妊娠22週以後の死産数}) \times 1000$ $\text{出生千対周産期死亡率} = (\text{早期新生児死亡数} + \text{妊娠28週以後の死産数}) / (\text{出生数}) \times 1000$			
	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)	(出産千対)	31.2	30.0	25.2	23.4
自然死産率	(出産千対)	13.2	12.5	11.3	10.8
人工死産率	(出産千対)	18.1	17.5	13.9	12.6
周産期死亡率(妊娠満22週以降)	(出産千対)	5.8	5.0	4.3	4.0
妊娠満22週以後の死産率	(出産千対)	4.5	3.9	3.4	3.2
早期新生児死亡率	(出生千対)	1.3	1.1	0.9	0.8
周産期死亡率(妊娠満28週以降)	(出生千対)	3.8	3.3	2.9	2.7
妊娠満28週以後の死産比	(出生千対)	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、最近は下げ止まっており、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

