

「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【保健医療水準の指標】					
1-1 十代の自殺率					
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 10～14歳 1.1(男1.7/女0.5) 15～19歳 6.4(男8.8/女3.8)	減少傾向へ	人口10万対 10～14歳 0.8(男0.9/女0.8) 15～19歳 7.5(男9.1/女5.7)	人口10万対 10～14歳 1.0(男1.3/女0.6) 15～19歳 8.3(男9.8/女6.8)	人口10万対 10～14歳 1.3(男 1.8/女0.7) 15～19歳 8.5(男11.3/女5.6)	悪くなっている
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	最終評価では、策定時と比較して15～19歳の年代で自殺率は上昇している(6.4→7.5→8.3→8.5)。男子の15～19歳は悪化傾向を保っている(8.8→9.1→9.8→11.3)。女子の15～19歳は策定時に3.8だったところ、第2回中間評価で6.8まで上昇し、かなり悪化した。最終評価では第1回中間評価と同レベルまでは改善している(3.8→5.7→6.8→5.6)。10～14歳の男子は第1回中間評価で改善したものの、最終評価においては、策定時と同レベルに戻った(1.7→0.9→1.3→1.8)。10～14歳の女子は策定時から上昇した(0.5→0.8→0.6→0.7)。				
分析	警察庁の統計(別紙表参照)によると、未成年の自殺における動機は、「学校問題(進路、学業不振等)」が多く、「健康問題(うつ病、統合失調症、その他の精神疾患など)」がそれに続いている。平成20年時点では、「学校問題(29.7%)」が「健康問題(29.9%)」とほぼ同じ割合であったことを考えると、近年(平成24年)では「学校問題(33.0%)」の占める比重が、「健康問題(22.9%)」に対して相対的に大きくなってきていると言える。ただし、性別でみると、男子の1位は「学校問題」であり、女子の1位は「健康問題」である。				
評価	10～14歳の女子と15～19歳の男女で悪くなっている。とくに「学校問題」と「健康問題」を原因・動機とする自殺への予防対策が重要である。				

調査・分析上の課題	警察庁のデータ(19歳以下)では、自殺率が平成20年2.6、平成23年2.7となっており、横ばいである(自殺率の算出は平成19年以降)。関連データは厚生労働省と警察庁から出されているが、調査対象や調査時点等が異なるため、比較検討する際には、両者を踏まえた検討が必要である。 (参考)人口動態統計(厚生労働省)と自殺統計(警察庁)の調査方法の違い 1 調査対象の差異 【人口動態統計】日本における日本人を対象【自殺統計】総人口(日本における外国人も含む。)を対象 2 調査時点の差異 【人口動態統計】住所を基に死亡時点で計上【自殺統計】発見地を基に自殺死体発見時点(正確には認知)で計上 3 事務手続き上(訂正報告)の差異 【人口動態統計】自殺、他殺あるいは事故死のいずれか不明のときは自殺以外で処理。 死亡診断書等について作成者から自殺の旨訂正報告がない場合は、自殺として計上していない。 【自殺統計】捜査等により、自殺であると判明した時点で、自殺統計原票を作成し、計上。	
残された課題	十代での自殺については、「学校問題」や「健康問題」を動機とした割合が多い。このため、それぞれの詳細について研究を進める必要がある。また、これらの研究結果も踏まえて、例えば、進路・生活指導の充実、うつ病や統合失調症への対応などを通じた自殺予防対策について、省庁を超えて取り組んでいく必要がある。一方、平成25年母子保健課調べによれば、思春期の自殺の予防を含む子どもの心の問題への取組は、都道府県では40.4%、政令市・特別区では22.6%、市町村では14.1%で行われていることから、これらに取り組む地方公共団体の割合を向上させていく必要がある。	
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	上巻 死亡 第5-16表 性・年齢別にみた死因簡単分類別死亡率(人口十万対) 10-14歳及び15-19歳の[20200自殺]総数(男性、女性)
	③算出方法	
	④備考	

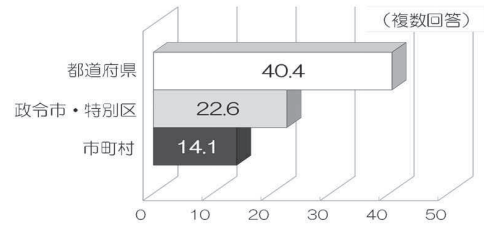
(別紙)

表 平成20年及び平成24年の原因・動機別
十代の自殺者数及び構成割合(警察庁自殺統計)

警察庁自殺統計(～19歳) 原因・動機別計	平成24年(男+女)		平成24年(男)		平成24年(女)	
	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合
家庭問題	86	15.8	49	13.8	37	19.5
健康問題	125	22.9	65	18.3	60	31.6
経済・生活問題	18	3.3	17	4.8	1	0.5
勤務問題	29	5.3	24	6.8	5	2.6
男女問題	49	9.0	27	7.6	22	11.6
学校問題	180	33.0	129	36.3	51	26.8
その他	58	10.6	44	12.4	14	7.4
総数	545	100.0	355	100.0	190	100.0

警察庁自殺統計(～19歳) 原因・動機別計	平成20年(男+女)		平成20年(男)		平成20年(女)	
	人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合
家庭問題	79	14.3	49	14.7	30	13.7
健康問題	165	29.9	78	23.4	87	39.7
経済・生活問題	19	3.4	16	4.8	3	1.4
勤務問題	26	4.7	24	7.2	2	0.9
男女問題	52	9.4	33	9.9	19	8.7
学校問題	164	29.7	105	31.5	59	26.9
その他	47	8.5	28	8.4	19	8.7
総数	552	100.0	333	100.0	219	100.0

図 「健やか親子21」第2回中間評価を受けて、重点課題とされた
新たな対策事業の展開について
(思春期の自殺の防止を含む子どもの心の問題への取組)



「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【保健医療水準の指標】					
1-2 十代の人工妊娠中絶実施率					
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
人口千対 12.1	6.5	人口千対 10.5	人口千対 7.6	人口千対 7.1	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年母体保護統計		平成16年度衛生行政報告例	平成20年度衛生行政報告例	平成23年度衛生行政報告例	
データ分析					
結果	策定時と比較して最終評価では着実に減少してきたが、目標には及ばない。				
分析	<p>十代の人工妊娠中絶実施率(人口千対)は、平成5年前後からわずか6～8年の間に急増し、平成13年前後にピークを迎えた。その後一貫して減少してきたものの、平成20年前後から減少傾向は弱まりつつある。結果として平成5年前後のレベルまでは低下している(別紙図1)。</p> <p>十代において、どれだけ率で妊娠が生じているかをみる概算妊娠率¹⁾や人工妊娠中絶を選択する人の割合をみる概算人工妊娠中絶選択割合²⁾をみると、平成12年から平成23年まで減少が続いている。概算妊娠率の低下には、経口避妊薬の流通、緊急避妊薬の利用等の影響に加え、性行動の停滞傾向が関連していると考えられる³⁾。妊娠した場合の中絶に至る割合の低下には、予期しない妊娠の減少や若年者が生み育てる支援体制の整備、および若年者本人が妊娠に気づく週数(遅れ)が影響している可能性がある。</p> <p>1) 概算妊娠率: 妊娠総数の率を示す概算値で、「人工妊娠中絶率(A) + 出生率(B)」で表わされる指標 2) 概算人工妊娠中絶選択割合: 妊娠総数の中で人工妊娠中絶が選択される割合を示すもので、「人工妊娠中絶率(A) / 概算妊娠率(A+B)」で表される指標 3) 「若者の性」白書-第7回 青少年の性行動全国調査報告- 日本性教育協会, 2013.</p>				
評価	改善した(目標に達していないが改善した)。				

調査・分析上の課題	<p>衛生行政報告例では、平成15年度から、20歳未満について詳細に15歳未満、16歳、17歳、18歳、19歳と年齢別の統計が公表され、年齢別の詳細な状況が把握できるようになった。その一方で、人工妊娠中絶実施率における大きな変動の背景要因を把握する社会科学研究の枠組みが整備されていない。衛生行政報告例により、人工妊娠中絶実施率の短期変動・長期変動を記述することは可能であるが、そこで観察された変動(例えば平成7年～平成13年の急上昇)の要因については、他の政府統計・調査と組み合わせる必要がある。その社会科学研究の枠組みが求められる。</p>
残された課題	<p>十代の人工妊娠中絶実施率については、都道府県の格差が大きい(別紙図2)。また、近接する福岡県、佐賀県、熊本県や高知県、愛媛県が高率である。なお、人工妊娠中絶の統計は医療機関を通して計上されるため、必ずしも居住地域において数値が計上されるわけではない。匿名性を保つことのできる他の地域(都道府県を超えても)で人工妊娠中絶を受ける可能性もあることから、都道府県単位の取組だけでなく、より広域の協働した取組が必要である。</p> <p>日本産婦人科医学会の調査「10代の人工妊娠中絶についてのアンケート(平成15年)」によると⁴⁾、人工妊娠中絶に至った十代の対象者のうち、妊娠が分かった時に「嬉しかった」と思ったものが31.6%(204人/延べ645人)いた。また、産みたいかを問われたところ、「産みたかった」と回答したものが39.3%(246人/延べ626人)であった。すなわち、人工妊娠中絶をする十代女性は、必ずしも妊娠判明時に「困った」と感じ、「産みたくない」と思い、人工妊娠中絶を選択するわけではないことが読み取れる。さらに同調査では、人工妊娠中絶を選択した理由として、「収入が少なく育てられない」、「若すぎる」、「未婚のため」、「子育てに自信がない」、「学業に差し支える」、「親の反対」などが順に挙げられていた。つまり、妊娠判明が予期しないことであった(予期しない妊娠)としても、その後の支援により産むという選択をする可能性もあると言える。これまで単に「望まない妊娠」と呼ばれていた事象について、妊娠判明時から選択に至るまでのプロセスとそこに提供された支援・資源に関する状況を分析していく必要がある。また、妊娠・出産・育児をより肯定的に捉え、そこに至る過程を身近に感じ、考えられるようにするために、地域と学校の協力のもとに開催される赤ちゃん等とのふれあい体験を促す事業を積極的に展開することが求められる。</p> <p>4) 「10代の人工妊娠中絶についてのアンケート」日本産婦人科医学会、平成15年。 http://www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/MEMBERS/TANPA/H15/030217.htm</p>
最終評価のデータ算出方法	<p>①調査名 平成23年度衛生行政報告例</p> <p>②設問 「6 母体保護関係」のうち「表7人工妊娠中絶件数及び実施率(女子人口千対)」における「20歳未満の人工妊娠中絶実施率」</p> <p>③算出方法 分母に15～19歳の女子人口を用い、分子に15歳未満を含めた人工妊娠中絶件数を用いて算出。</p> <p>④備考</p>

(別紙)

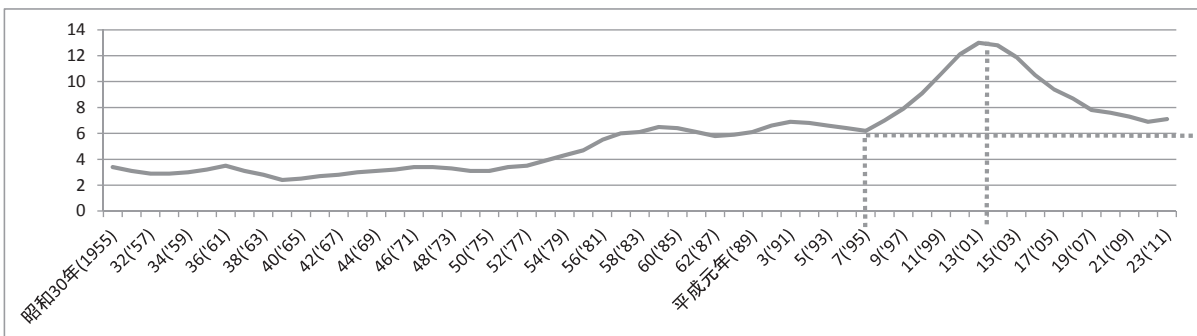


図1 十代の人工妊娠中絶率の年次推移について(昭和30年～平成23年、20歳未満)

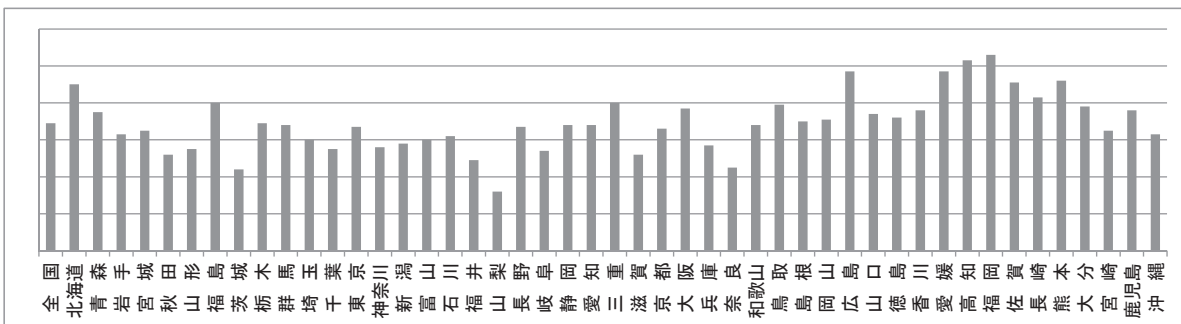


図2 人工妊娠中絶率(20歳未満、都道府県別、平成23年度)

「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【保健医療水準の指標】					
1-3 十代の性感染症罹患率					
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
定点医療機関(897カ所)による件数 ()内は定点1カ所あたりの件数	減少傾向へ	定点医療機関(920カ所)による件数 ()内は定点1カ所あたりの件数	定点医療機関(968カ所)による件数 ()内は定点1カ所あたりの件数	定点医療機関(971カ所)による件数 ()内は定点1カ所あたりの件数	改善した (達成した)
①性器クラミジア 5,697件(6.35)		①性器クラミジア 6,245件(6.79)	①性器クラミジア 3,322件(3.43)	①性器クラミジア 2,832件(2.92)	
②淋菌感染症 1,668件(1.86)		②淋菌感染症 2,205件(2.40)	②淋菌感染症 906件(0.94)	②淋菌感染症 800件(0.82)	
③尖圭コンジローマ 657件(0.73)		③尖圭コンジローマ 750件(0.82)	③尖圭コンジローマ 422件(0.44)	③尖圭コンジローマ 323件(0.33)	
④性器ヘルペス 475件(0.53)		④性器ヘルペス 568件(0.62)	④性器ヘルペス 485件(0.50)	④性器ヘルペス 343件(0.35)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年感染症発生動向調査	平成15年感染症発生動向調査	平成19年感染症発生動向調査	平成24年感染症発生動向調査		
データ分析					
結果	指標の4つの感染症全てにおいて、策定時から最終評価にかけて減少している。ただし、それは一貫した減少傾向ではなく、いずれの感染症も平成15年(第1回中間評価)に最も高い値となっており、それ以降減少が続いている。				
分析	<p>十代の性感染症罹患率の減少については、厚生労働省による各種性感染症対策(ホームページ、ポスター・リーフレット、政府TVC)の効果が現れていると考えられる。また、平成10年改訂の学習指導要領(中学校)において性感染症について記載され、それをもとに検定済教科書の記述が充実するようになったことも、十代に対する周知状況に影響していると考えられる。また同時期に人工妊娠中絶率も低下していることから、十代の性行動の停滞化も影響していると思われる¹⁾。</p> <p>性器ヘルペスを除く3つの感染症において、最終評価では策定時の50%を下回っていたが、性器ヘルペスについては66.0%(0.53→0.35)に留まっていた。性器ヘルペスの問題は、①繰り返し再発する上、根治が困難であるため、患者にとって精神的苦痛が大きい、②感染しても無症状でウイルスを排出している場合が多く(70～80%)、本人も疾患に気づかないまま次の相手に移してしまうことがあり予防が困難である、の2点に集約される²⁾。繰り返し再発するという特徴と無症候性のウイルス排出という特徴により、減少割合が低い状況になったと考えられる。</p> <p>1) 「若者の性」白書-第7回 青少年の性行動全国調査報告-、日本性教育協会、2013。 2) IDWR 感染症発生動向調査週報、国立感染症研究所、2002年第51週号(2002年12月16日～12月22日)掲載。</p>				

評価	改善した(目標を達成した)。				
調査・分析上の課題	指標1-3で対象となっている性感染症は全て定点把握の疾患であり、定点1カ所あたりの件数を参考にする必要はある。また、該当する性感染症は、有症罹患率についても算出されていないため、定点把握をした場合の変動と全数把握をした場合の変動の違いについて検証しておく必要がある。定点把握のデータからは、性感染症の罹患率は、今は総じて減少の段階にあるといえる。しかしながら、例えば、淋病罹患率(15～19歳)の割合を示す過去15年余りの推移をみると、今後罹患率が上昇する可能性も考えられるため、長期的な変動を把握するよう継続的に調査を行う必要がある(別紙図)。				
残された課題	<p>性器クラミジア、淋菌感染症及び性器ヘルペスに関しては、中学校の教科書において、病原体と症状が図表化されており、学校教育現場においてもその周知度が向上していることが考えられる。他の性感染症についても、同様に学校教育現場における周知度を向上させていく必要がある。</p> <p>また、平成23年度厚生労働科学研究(小野寺班)では、指標の4つの感染症については過去10年では減少しているものの、全年齢を対象とした場合、ここ数年感染症の罹患率は横ばいに近い状況になっているとの報告もある³⁾。十代についても今後の性感染症の罹患率の動向(上昇)に注意する必要がある。</p> <p>3) 性感染症に関する予防、治療の体系化に関する研究、小野寺昭一班、平成23年度総括報告書。</p>				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成24年感染症発生動向調査			
	②設問	性感染症報告数(年間報告数) 該当する感染症の年齢(5歳階級)別にみた性感染症(STD)報告数			
	③算出方法	各感染症における年齢(5歳階級)別にみた性感染症(STD)報告数のうち、10～14歳及び15～19歳の報告数を合計した数を用いた。 また、この合計数を感染症法に基づき都道府県知事が指定する定点における医療機関数を用いて除した数字を定点1カ所あたりの件数として算出した。			
	④備考				

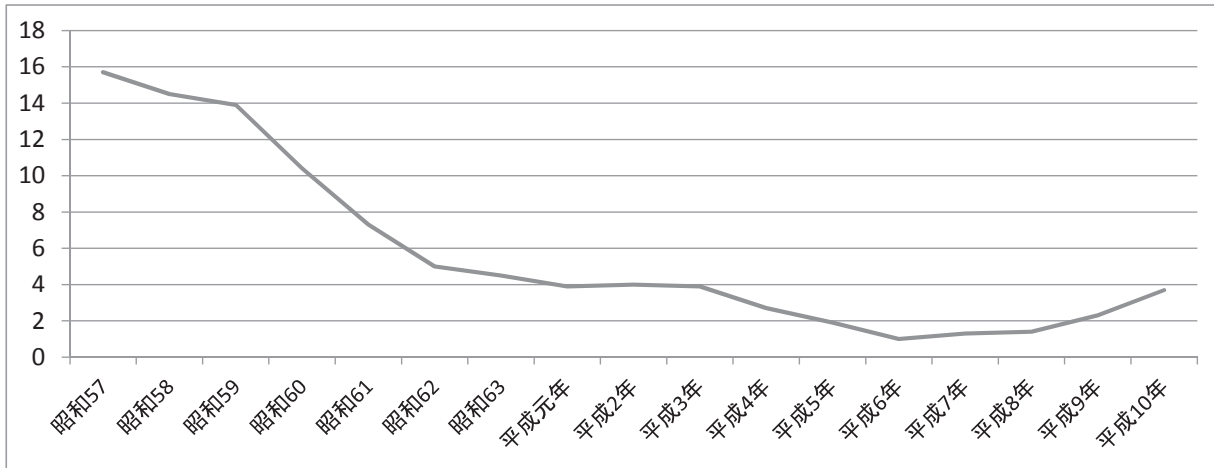


図 淋病罹患率(15-19歳、昭和57年～平成10年伝染病統計調査)

(注意)

伝染病統計調査において、平成10年までは性病の人口10万対の罹患率が算出されていた。淋病(15～19歳)について、昭和57年から平成10年までの罹患率の推移をグラフ化してみると、大きな減少傾向の中でも、平成6年以降、緩やかな増加傾向がみられる。

「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進							
【保健医療水準の指標】							
1-4 15歳の女性の思春期やせ症(神経性食欲不振症)の発生頻度							
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		
思春期やせ症 中学1年～高校3年 2.3% (参考) 不健康やせ 中学3年 5.5% 高校3年 13.4% ベースライン調査等 平成14年度「思春期やせ症(神経性食欲不振症)の実態把握および対策に関する研究」(渡辺久子班)	減少傾向へ	思春期やせ症 中学1年～高校3年 1.0% (参考) 不健康やせ 中学3年 7.6% 高校3年 16.5% 調査	思春期やせ症 中学1年～高校3年 1.0% (参考) 不健康やせ 中学3年 19.5% 高校3年 21.5% 調査	思春期やせ症 中学1年～高校3年 1.5% (参考) 不健康やせ 中学3年 19.6% 高校3年 20.5% 調査	改善した(達成した)		
平成17年度「思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究」(渡辺久子班)		平成21年厚労科研「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		策定時に比較すると最終評価時は減少していた。策定時から、第1回中間評価にかけて割合が半減し、第2回中間評価も第1回と同様に低い割合であったが、最終評価時点では過去2回の中間評価に比較すると上昇した(2.3%→1.0%→1.0%→1.5%)。					
分析	思春期やせ症は、不健康やせ集団の中から見つかることになる。策定時から最終評価時までを比較すると、不健康やせはとくに中学生で大幅に増加した一方で、思春期やせ症では若干の減少が見られた。理由としては、(1)集団でみる限り、不健康やせの増加減少と思春期やせ症の増加減少には関連が低い可能性があること、(2)小学生期の思春期やせ症が増加している可能性があることが考えられる。 文部科学省の調査によれば、小学生(11歳)における瘦身傾向児 [※] の女子の割合(別紙表)は、平成22年度以降、3%を超えるレベルになってきている。 このことから、思春期やせ症が顕在化する時期が、指標にある中学生～高校生という時期から、小学生～中学生という時期に低年齢化してきている可能性が否定できない。 [※] 肥満度-20%以下の者。なお、摂食障害の診断基準(DSM-IV)では、神経性食欲不振症の基準は肥満度-15%以下である。						
評価	改善した(目標を達成した)。						

調査・分析上の課題	思春期やせ症の頻度は中学1年から高校3年までの体重データを解析することにより得ているため、小学生における思春期やせ症の顕在化の可能性については、現在の判定方法からは把握、評価することが困難である。 また、高校生からのデータ入手が個人情報保護するという理由から困難な状況になってきているため、文部科学省学校保健統計調査から得られるデータをもとにした判定方法を開発する必要がある。	
残された課題	思春期やせ症のリスクとして考えられているものには、家族、環境、ストレス、いじめ、友人関係、気質、やせ志向社会など多岐にわたっている ¹⁾ 。これらのリスクが、思春期やせ症の要因として発症にどの程度関与しているかは研究途上にあるので、発症のきっかけを含め、思春期やせ症の予測モデルを確立していく必要がある。 また、思春期やせ症が顕在化する時期の低年齢化については、その実態を含めた基礎的なデータ収集が求められる。 さらに、不健康やせが急速に増加している。特に策定時には中学3年と高校3年の不健康やせの割合には2倍以上の開きがあったが(5.5%と13.4%)、最終評価ではその割合はほぼ同じレベルになってきている(19.6%と20.5%)。不健康やせが中学生期に約5人に1人みられることは、それ以前(小学校中学年程度)から健康な体格を維持していくことの重要性和、自らの体格を毎年記録していくことの重要性を啓発していくなどの健康教育が求められる。 1) 山縣然太郎, 松浦賢長, 山崎嘉久(編著):学校における思春期やせ症への対応マニュアル, 少年写真新聞社, 2011.	
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】思春期やせ症・不健康やせ頻度調査
	②設問	高校3年女子における小学1年から高校3年までの毎年の身長・体重データを健診記録より入手する。
	③算出方法	【思春期やせ症の算出】 思春期やせの判定には、中学1年時から高校3年時の体格変化に注目し、体重が減少していることを絶対条件とした上で、以下の判定条件を満たす対象者を思春期やせと判定した。 ① 中学1年から高校3年において体重が15%以上減少したもの。 ② 中学1年から高校3年の体重減少は15%未満であるが、高3時の肥満度が-15%以下のもの。 (中学1年時の体重に比べ、高校3年時の体重が減少していることを絶対条件とする) 【不健康やせの算出】 ① 体重がその時本来(小学1年時)の体重のチャンネルより、1チャンネル以上、下方へシフト(減少)しているもの。 ② 体重の下方へのシフト(減少)は1区分チャンネル未満であるが、身長が本来(小学1年時)のパーセンタイル値より上方にシフト(増加)しており、本来のパーセンタイル値からのシフトが身長、体重併せて1.5チャンネル以上のものである。 注) チャンネルとは成長曲線上の成長区分帯(パーセンタイル曲線で区切られる区分帯)を指す。
	④備考	

(別紙)

表. 平成18年度～24年度における小学生(11歳女子)の痩身傾向児[※]の出現率の推移

平成18年	2.49
平成19年	3.36
平成20年	2.69
平成21年	2.70
平成22年	3.08
平成23年	2.98
平成24年	3.12

※ 年齢別・身長別の標準体重から肥満度を求め、肥満度が-20%以下の者を痩身傾向児とした。

$$\text{肥満度} = (\text{実測体重} - \text{身長別標準体重}) / \text{身長別標準体重} \times 100(\%)$$

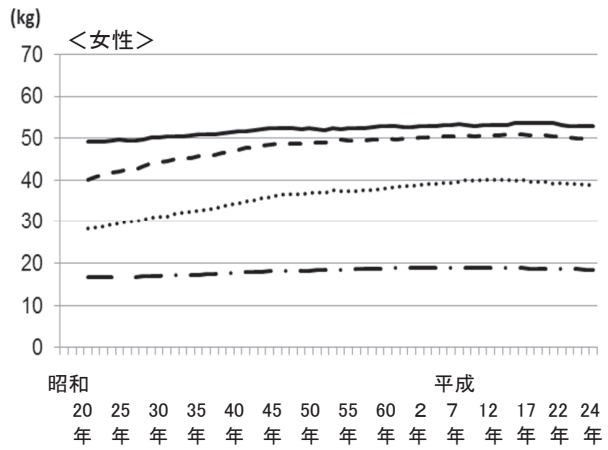
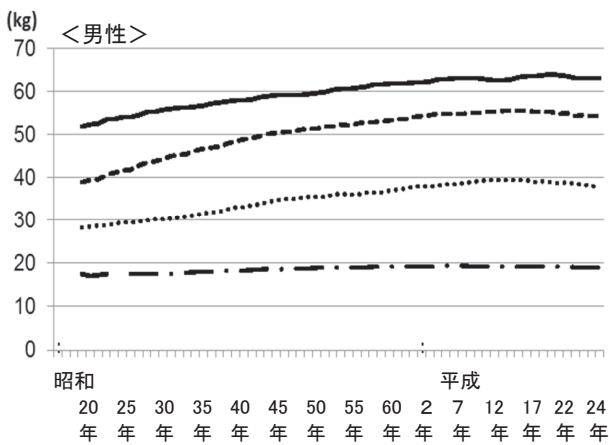
「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【保健医療水準の指標】					
1-5 児童・生徒における肥満児の割合					
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
(策定時＝第1回中間評価時)	減少傾向へ	10.4%	9.6%	8.5%	改善した (達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
文部科学省学校保健統計調査をもとに日比式により算出		平成16年度文部科学省学校保健統計調査をもとに日比式により算出	平成20年度文部科学省学校保健統計調査をもとに日比式により算出	平成24年度文部科学省学校保健統計調査をもとに日比式により算出	
データ分析					
結果	策定時(第1回中間評価)、第2回中間評価、最終評価の値と順調に減少している。				
分析	肥満児の割合は目標通り改善したが、その理由として、一つには学校における保健指導などの肥満対策の努力の賜であると考えられる。具体的には、中央教育審議会の答申「子どもの体力向上のための総合的な方策について」(平成14年)、「食に関する指導体制の整備について」(平成16年)の中で、子どもの肥満の増加が重要な問題として指摘され、その後、種々の対策が実施されてきた。もう一つは、「やせ志向」の問題がある。平成10年国民栄養調査報告に記載されているように、この頃から若い女性のやせ志向が重要な問題となっている。児童・生徒の平均体重は、それまでの増加傾向から平成14年頃以降に減少傾向を示しており(別紙図)、「やせ志向」が低年齢化し、また男児でも出現している可能性がある。				
評価	目標通り順調に改善した。				
調査・分析上の課題	肥満児には医療的な対応が必要なケースや、家族全体の生活習慣改善が必要なケースなど、関連する背景・要因が多様であり、社会的要因、経済的要因等を含めて分析することが求められる。また、肥満児の出現率だけでなく、肥満の状況別にどのような分布を示しているのか、その状況についても検討が必要である。				

残された課題	<p>医療的な対応が必要な肥満傾向に関しては、小児科専門医との連携の上で、学校関係者ならびに保護者に適切な早期対応を啓発していく必要がある。また、生活面での対応が求められる場合には、特に親の食に対する考え方や行動を把握しながら、子どもが何を食べているかのみにならず、どのように食べているかを含めた、総合的な食行動改善・日常生活習慣改善のための教育的アプローチを行っていく必要がある。また、これらの対策を効果的に推進するためには、養護教諭、栄養教諭や担任教諭をはじめとした学校や地域の専門職の更なる資質向上と連携を図り、種々の関係者が取組に参画できるようにする必要がある。</p> <p>なお、近年、妊娠期の喫煙等が、子どもの肥満に影響していることがSuzukiら¹⁾等から報告されている。小児肥満児への保健指導等のアプローチに加え、妊娠期からの長期的な視点を有した予防的アプローチの開発も同時に展開されるべきだろう。</p> <p>1) Kohta Suzuki et al, The association between Maternal Smoking during Pregnancy and Childhood Obesity Persists to the Age of 9-10 years. J Epidemiol 2009;19(3):136-142</p>																
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成24年度文部科学省学校保健統計調査															
	②設問	身長と体重の相関表及び身長別体重の平均値(性、年齢、身長、体重別構成割合)															
	③算出方法	<p>横尾ら²⁾による回帰式を用いて、身長別日比式³⁾により標準体重を求め、+20%以上の者を肥満とした。</p> $W = aH^3 + bH^2 + cH + d \quad (W: \text{体重} \quad H: \text{身長})$ <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>男子</th> <th>女子</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a:</td> <td>6.41424×10^{-5}</td> <td>3.12278×10^{-5}</td> </tr> <tr> <td>b:</td> <td>-0.0182083</td> <td>-5.17476×10^{-3}</td> </tr> <tr> <td>c:</td> <td>2.01339</td> <td>0.34215</td> </tr> <tr> <td>d:</td> <td>-67.9488</td> <td>1.66406</td> </tr> </tbody> </table> <p>6歳(小学校1年生)～14歳(中学校3年生)の肥満割合については、各年齢ごとに等しい重みで平均したものを「児童・生徒における肥満児の割合」とした。</p> <p>2) 横尾能範、他。日比式肥満度評価における標準体重の関数近似とその応用。学校保健研究 26(12):590-596, 1984. 3) 日比逸郎。肥満症, 現代小児科学大系第4巻 栄養障害と代謝障害。東京: 中山書店, pp330-343, 1968.</p>		男子	女子	a:	6.41424×10^{-5}	3.12278×10^{-5}	b:	-0.0182083	-5.17476×10^{-3}	c:	2.01339	0.34215	d:	-67.9488	1.66406
		男子	女子														
a:	6.41424×10^{-5}	3.12278×10^{-5}															
b:	-0.0182083	-5.17476×10^{-3}															
c:	2.01339	0.34215															
d:	-67.9488	1.66406															
④備考																	

(別紙)

男女別 体重の平均値の推移(文部科学省学校保健統計調査)



「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【住民自らの行動の指標】					
1-6 薬物乱用の有害性について正確に知っている小・中・高校生の割合					
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
急性中毒 / 依存症 小学6年 男子 53.3 / 73.1 % 女子 56.2 / 78.0 % 中学3年 男子 62.3 / 82.5 % 女子 69.1 / 90.6 % 高校3年 男子 70.9 / 87.1 % 女子 73.0 / 94.0 %	100%	急性中毒 / 依存症 小学6年 男子 70.9 / 87.1 % 女子 77.1 / 91.2 % 中学3年 男子 69.2 / 84.6 % 女子 74.8 / 91.7 % 高校3年 男子 67.9 / 78.6 % 女子 73.5 / 89.3 %	調査未実施	急性中毒 / 依存症 小学6年 男子 74.1 / 85.7 % 女子 76.4 / 90.3 % 中学3年 男子 81.4 / 92.4 % 女子 88.3 / 96.8 % 高校3年 男子 83.4 / 92.1 % 女子 90.0 / 96.6 %	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	
平成12年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」		平成17年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」		平成24年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」	
データ分析					
結果	策定時から第1回中間評価時には大きく改善した。第1回中間評価から最終評価においては、小学6年が横ばいであったが、中学3年、高校3年ともに改善した。				
分析	文部科学省による学校を対象とした平成24年度「薬物等に対する意識等調査」によれば、平成12年から平成24年にかけて、小中高のいずれにおいても薬物乱用防止に関する指導を行っている学校の割合は高くなっている(別紙図1)。また、同調査において、薬物について学校の授業で学んだと回答する生徒のうち、特に中学1年以降では、その割合が年々増加している。さらに中学以降において、薬物について学んだ場所として「学校の授業」をあげる生徒が他の回答に比べて多い(別紙図3)。薬物乱用防止に果たす学校教育の重要性が確認される場所である。一方、小学6年で、薬物について「学校の授業」で学んだという児童生徒の割合は、平成18年から平成24年にかけて減少(男子71.4%→57.4%、女子73.6%→57.2%)し、平成24年度調査では、「テレビ」と回答した児童の割合は、男女ともに「学校の授業」と回答した児童の割合よりも高かった。小学生においては、テレビ等学校以外での普及啓発の可能性も考えられる。				

評価	改善した(目標に達していないが改善した)。	
調査・分析上の課題	平成17年度調査においては、「急性中毒」や「依存症」等を複数回答形式の選択肢として配置していた。平成24年度調査においては、「急性中毒」や「依存症」等については、それぞれを小問として独立させ、「1 知っている」、「2 知らない」の選択肢を設け、そのどちらかを選択させる形式に変更されているので、比較の際には留意する必要がある。 平成17年度調査のデータは平成18年2月に収集され、平成24年度調査のデータは平成24年12月～平成25年1月中旬に収集されたものであった。この1～2ヶ月の調査時期の差が、学校の授業における既習状況を聞く場合に影響してくる場合もあるので留意が必要である。	
残された課題	薬物について学んだ経験については、平成12年から平成24年にかけて、小中高のいずれにおいても概ね95%を超えてきており、薬物乱用防止に関する指導を行っている学校の割合は高くなっている。その一方で、薬物について学校の授業で学んだと回答する児童の割合は、小学6年で平成18年から平成24年にかけて減少していた。この理由として、調査時期の影響(平成17年度調査:平成18年2月に調査、平成24年度調査:平成24年12月～平成25年1月中旬に調査)も考えられるものの、小学校高学年に対する指導の一層の充実が求められる。	
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成24年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」
	②設問	【児童生徒対象調査】 質問18 あなたは、覚せい剤などの薬物を使った場合、心や体に次のような害があることを知っていましたか。(それぞれ1つに○) (1) 1回使っただけでも、異常に興奮したり、やる気がなくなったりする。(急性中毒といいます) 1 知っている 2 知らない (3) 自分の意志で止めるのが難しくなる。(依存症(精神依存、身体依存)といいます) 1 知っている 2 知らない
	③算出方法	(1)は急性中毒、(3)は依存症において、それぞれ「1 知っている」を選択したものの割合(無効回答を除外した中での割合)を計算。
	④備考	

(別紙)

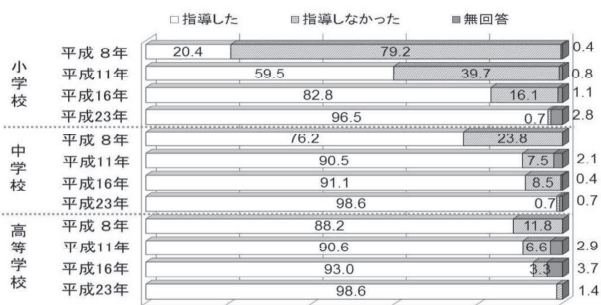


図1 薬物乱用防止に関する指導を行っている学校の割合

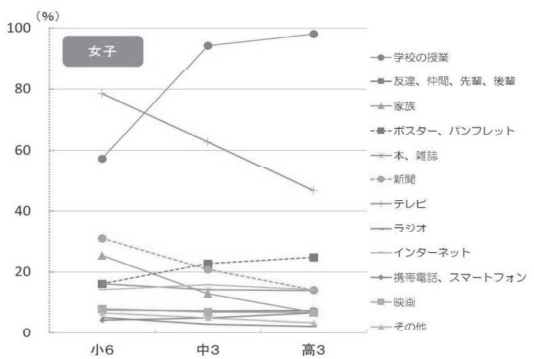
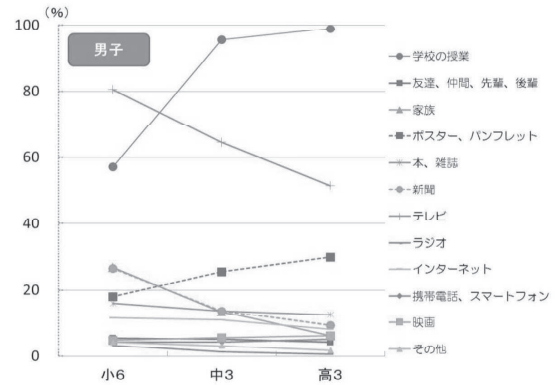


図2 薬物について「学校の授業」で学んだと回答した児童生徒の割合 (該当学年のみ抜粋)

図3 薬物について学んだ場所 (該当年次のみ抜粋)

「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【住民自らの行動の指標】					
1-7 十代の喫煙率					
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
中学1年 男子 7.5% 女子 3.8% 高校3年 男子 36.9% 女子 15.6%	なくす	中学1年 男子 3.2% 女子 2.4% 高校3年 男子 21.7% 女子 9.7%	中学1年 男子 1.5% 女子 1.1% 高校3年 男子 12.8% 女子 5.3%	中学1年 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年 男子 8.6% 女子 3.8%	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年度厚生労働省「未成年者の喫煙行動に関する全国調査」(兼輪真澄班)		平成16年度厚生労働省「未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査研究」(林謙治班)	平成20年度厚生労働省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」(大井田隆班)	平成22年度厚生労働省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」(大井田隆班)	
データ分析					
結果	いずれの学年においても減少した。				
分析	平成15年施行の健康増進法に受動喫煙防止施策を位置付けたことにより、学校の敷地内禁煙が推進されていることや、喫煙防止教育の推進、タスポ導入、年齢確認の実施、また、この間のたばこ税の引き上げが、十代の喫煙率の減少に影響していると考えられる。文部科学省では、児童生徒が心と体を守ることができるよう、喫煙等の問題について、総合的に解説する啓発教材を作成し、全ての小学5年生、中学1年生、高校1年生に配布し啓発を進めているところである(中高生については平成17年度から、小学生については平成19年から啓発を進めており、現在も継続中である)。また、平成25年度母子保健課調べによれば、十代の喫煙防止対策について平成22年以降取組を充実したかどうか自治体に尋ねたところ、「充実した」もしくは「ある程度充実した」と回答した地方公共団体は、都道府県で53.2%、政令市・特別区で50.6%、市町村で19.3%であった。(別紙表1参照)。				
評価	改善した(目標に達していないが改善した)。				
調査・分析上の課題	2~4年に一度、厚生労働科学研究により継続的にデータが把握されてきている。喫煙行動については、国では国民健康栄養調査において、生活習慣調査として定期的に全国調査を行っているが、未成年者には実施されておらず、また、該当年次の調査対象者数も多くないため、適切な評価を行うことは難しい状況である。そのため、今後も厚生労働科学研究など一定の対象者数を確保できる既存の調査方法による定期的な調査が必要である。				

残された課題	<p>目標の「なくす」を達成するためには、十代に入る以前からのたばこに対する態度、すなわち規範意識、自己効力感、脅威の認識、ライフスキル等を形成する必要がある。また、家族の喫煙状況に影響されることから、乳幼児健康診断時点から、禁煙、卒煙など早期の家族支援をおこなうことが重要である。平成25年の山縣班の調査によれば、父親の喫煙率は、3.4か月健診時点では41.9%、1歳6か月健診時点では41.5%、3歳児健診時点では41.2%と児の年齢に関わらず高い。母親の喫煙率は、3.4か月健診時点では5.2%、1歳6か月健診時点では8.7%、3歳児健診時点では10.6%と、児の年齢が上がるほど高くなっている(別紙表2参照)。子どものいる家庭の喫煙割合を減少させることが重要である。こんにちは赤ちゃん事業や乳幼児健診、さらには学校における家庭教育学級の機会をとらえて、禁煙教育を重ねて推進していくことも必要である。また、現在全国で学校における受動喫煙防止対策が推進されているところであるが、平成24年に実施された文部科学省「学校における受動喫煙防止対策実施状況調査」によれば、「学校敷地内の全面禁煙措置を求めている」と回答した市区町村教育委員会数は総数1,740のうち1,168(67.1%)であり、平成17年の調査結果(24.5%)と比較するとその割合は高くなってはいるものの、100%となるには一層の取組が求められる状況にある。</p> <p>これまでの喫煙防止対策は、未成年に対する喫煙させないための取組が中心であった。しかしながら、20歳以降に喫煙を開始する人も相当数存在することが指摘されているため¹⁾、今後は、20歳以降に喫煙を開始させないための未成年に向けた取組も必要となってきており、そのための十代からのフォローアップ研究が求められる。</p> <p>1) Tjora T, et al. Late-onset smokers: how many, and associations with health behaviours and socioeconomic status. Scand J Public Health, 40(6): 537-43, 2012.</p>				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成22年度厚生労働省科学研究「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」(大井田隆班)			
	②設問	質問22. この30日間に何日タバコを吸いましたか? 1. 0日 2. 1か2日 3. 3~5日 4. 6~9日 5. 10~19日 6. 20~29日 7. 30日(毎日)			
	③算出方法	1か2日以上吸った者(選択肢2~7)を回答者数(不明も含む)で除したものを。			
	④備考				

(別紙)

表1 十代の喫煙防止対策について
「平成22年以降、取り組みを充実させたか」

	都道府県		政令市・特別区		市町村	
	数	%	数	%	数	%
1. 充実した	4	8.5	9	9.7	76	4.6
2. ある程度充実	21	44.7	38	40.9	242	14.7
3. 不変	21	44.7	35	37.6	678	41.2
4. 縮小した	1	2.1	0	0	18	1.1
5. 未実施	0	0	9	9.7	614	37.3
無回答	0	0	2	2.2	17	1.0
計	47	100	93	100	1,645	100

(平成25年母子保健課調べ)

表3 学校敷地内の全面禁煙措置の状況について

具休策	平成24年調査結果	平成17年調査結果
学校敷地内の全面禁煙措置を求めている	1,168(67.1%)	593(24.5%)
建物内に限って全面禁煙措置を求めている	230(13.2%)	403(16.7%)
建物内に喫煙場所を設置し、分煙措置を求めている	46(2.6%)	557(23.0%)
各学校の判断に任せている	296(17.1%)	865(35.8%)
合計	1,740(100%)	2,418(100%)

(文部科学省 平成24年度「学校における受動喫煙防止対策実施状況調査」)

表2 家族の喫煙状況について
「各健康診断時点における母親と父親の喫煙状況について」

	母親	父親
3～4ヶ月健康診断時	5.3%	42.1%
1歳6ヶ月健康診断時	8.7%	41.6%
3歳児健康診断時	10.7%	41.2%

(平成25年山縣班調査)

「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進						
【住民自らの行動の指標】						
1-8 十代の飲酒率						
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	
中学3年 男子 26.0% 女子 16.9% 高校3年 男子 53.1% 女子 36.1%	なくす	中学3年 男子 16.7% 女子 14.7% 高校3年 男子 38.4% 女子 32.0%	中学3年 男子 9.1% 女子 9.7% 高校3年 男子 27.1% 女子 21.6%	中学3年 男子 8.0% 女子 9.1% 高校3年 男子 21.0% 女子 18.5%	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年度厚労科研「未成年者の飲酒行動に関する全国調査」(菱輪真澄班)		平成16年度厚労科研「未成年者の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査研究」(林謙治班)	平成20年度厚労科研「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」(大井田隆班)	平成22年度厚労科研「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」(大井田隆班)		
データ分析						
結果	いずれの学年においても減少した。					
分析	中間評価では、策定時より性差が縮小する傾向にあったが、平成20年度になり、中学3年において男女の飲酒率が逆転した(男子9.1%、女子9.7%)。平成22年度には中学3年の男子の値がさらに下がったのに対して(第2回中間評価:9.1%→最終評価:8.0%)、女子のデータは9%台を保っている(第2回中間評価:9.7%→最終評価:9.1%)。高校生においては、男女の逆転は見られないものの、策定時には男女に17.0%の開き(男子53.1%、女子36.1%)が見られたが、最終評価では2.5%の開き(男子21.0%、女子18.5%)にまで縮小してきた。また、策定時から最終評価時への減少割合(中学3年男子:26.0%→8.0%(69%減)、中学3年女子:16.9%→9.1%(46%減)、高校3年男子:53.1%→21.0%(60%減)、高校3年女子:36.1%→18.5%(49%減))も、女子において男子よりその減少の幅が小さいことが認められた。特に、女子における飲酒の状況への対策が必要である。					
評価	改善した(目標に達していないが改善した)。					
調査・分析上の課題	2～4年に一度、厚生労働科学研究により継続的にデータが把握されてきている。飲酒行動については、国では国民健康栄養調査において、生活習慣調査として定期的に全国調査を行っているが、未成年者には実施されておらず、また、該当年次の調査対象者数も多くないため、適切な評価を行うことは難しい状況である。そのため、今後も厚生労働科学研究など一定の対象者数を確保できる既存の調査方法による定期的な調査が必要である。					

<p>残された課題</p>	<p>飲酒防止教育を受けた記憶や飲酒の害の知識と飲酒状況には関連が見られないことが指摘されている¹⁾。また、コンビニエンスストアなどにおける年齢確認の実施により、未成年者が家の外で酒を購入することが難しくなりつつあり、家庭内にある酒の飲酒が問題とされてきている¹⁾。Osakiらの報告をみると、中学生女子の飲酒状況には同性の家族、すなわち母親や姉の家庭内飲酒状況がより強く関連している傾向がみられる²⁾。中学生男子の飲酒に対する相対危険度(2004年調査データ)は、父親の飲酒が1.37、母親の飲酒が1.72、兄の飲酒が2.06、姉の飲酒が2.05と兄弟の飲酒との関連が強いに対して、中学生女子の飲酒に対する相対危険度は、父親の飲酒が1.09、母親の飲酒が2.09、兄の飲酒が1.83、姉の飲酒が2.20と同性の家族の飲酒との関連が強い傾向にある²⁾。今回の総合評価にある未成年女子の飲酒状況について、男子ほど改善していないことから、未成年女子における飲酒防止に向けた対策を地域保健活動を通じた家庭への啓発(特に同性の家族へ)を中心に展開していく必要がある。親における未成年の飲酒に対する受容度が未成年の飲酒に関連している可能性があり、その地域差も含め調査研究していく必要がある。</p> <p>また、平成25年度母子保健課調べによれば、十代の飲酒防止対策について平成22年以降取組を充実したかどうか地方公共団体に尋ねたところ、「充実した」もしくは「ある程度充実した」と回答した地方公共団体は、都道府県で44.7%、政令市・特別区で31.2%、市町村で11.1%であるが、これらの割合は喫煙防止対策と比較して低い割合に留まっている(都道府県:53.2%、政令市・特別区:50.6%、市町村:19.3%(別紙表1及び表2参照)。飲酒防止に関する効果的な対策についての開発研究が必要である。</p> <p>1) 尾崎米厚, 大井田隆, 他: 青少年の喫煙と飲酒について, 中央調査報, No.623, 2009. 2) Osaki Y, Tanihata T, Ohida T, et al: Decrease in the prevalence of adolescent alcohol use and its possible causes in Japan: periodical nationwide cross-sectional surveys. Alcohol Clin Exp Res, 33(2), 247-54, 2009.</p>
<p>最終評価のデータ算出方法</p>	<p>①調査名 平成22年度厚生労働科学研究「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」(大井田隆班)</p> <p>②設問 質問5. この30日間に、少しでもお酒を飲んだ日は合計何日になりますか? 1, 0日 2, 1か2日 3, 3~5日 4, 6~9日 5, 10~19日 6, 20~29日 7, 30日(毎日)</p> <p>③算出方法 1か2日以上飲んだ者(選択肢2~7)を回答者数(不明も含む)で除したものを。</p> <p>④備考</p>

(別紙)

表1 十代の飲酒防止対策について
「平成22年以降、取組みを充実させたか」

	都道府県		政令市・特別区		市町村	
	数	%	数	%	数	%
1. 充実した	3	6.4	7	7.5	31	1.9
2. ある程度充実	18	38.3	22	23.7	151	9.2
3. 不変	23	48.9	47	50.5	692	42.1
4. 縮小した	0	0	0	0	9	0.5
5. 未実施	3	6.4	14	15.1	739	44.9
無回答	0	0	3	3.2	23	1.4
計	47	100	93	100	1,645	100

(平成25年度母子保健課調べ)

表2 十代の喫煙防止対策について
「平成22年以降、取組みを充実させたか」

	都道府県		政令市・特別区		市町村	
	数	%	数	%	数	%
1. 充実した	4	8.5	9	9.7	76	4.6
2. ある程度充実	21	44.7	38	40.9	242	14.7
3. 不変	21	44.7	35	37.6	678	41.2
4. 縮小した	1	2.1	0	0	18	1.1
5. 未実施	0	0	9	9.7	614	37.3
無回答	0	0	2	2.2	17	1.0
計	47	100	93	100	1,645	100

(平成25年度母子保健課調べ)

「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1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進					
【住民自らの行動の指標】					
1-9 性行動による性感染症等の身体的影響等について知識のある高校生の割合					
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1回中間評価時)	増加傾向へ	調査未実施	(第1回中間評価後に設定されたもの) 性行動は相手の身体や心を傷つける可能性が高いと思う 男子 63.9% 女子 68.6% 自分の身体を大切にしている 男子 66.6% 女子 73.9%	性行動は相手の身体や心を傷つける可能性が高いと思う 男子 65.0% 女子 72.3% 自分の身体を大切にしている 男子 67.5% 女子 76.1%	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	
厚労科研			平成19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活用および思春期やせ症防止のための学校保健との連携によるシステム構築に関する研究」(山縣然太郎班)	平成25年度「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	いずれの設問においても、男女ともに増加した。				
分析	<p>教育基本法が平成18年に改正され、教育の目標(第2条)において生命を尊ぶ態度を養うことが謳われた。小学校及び中学校の新学習指導要領(平成20年3月28日告示)においては、自他の生命を尊重する心を育てることを重視している。文部科学省では、学校・地域の実情などに応じた多様な道徳教育を支援するため、道徳教材の活用をはじめ、道徳教育の充実のための外部講師派遣、保護者・地域との連携など地方公共団体による多様な事業への支援を行う「道徳教育総合支援事業」を実施しており、命を大切にすることを育成する道徳教育の一層の推進を図っている。</p> <p>また、文部科学省に設置された、子どもの徳育に関する懇談会がまとめた「子どもの徳育の充実に向けた在り方について(報告)」(平成21年9月)においては、徳育を通じて子供に自他の尊重等を身につけさせることが重要とされた。このことも踏まえた全国の学校等における取組が、効果を上げてきていると考える。</p> <p>この2つの設問は、性行動の慎重さを予測する設問であり、わが国の高校生の性行動はその慎重さにおいて改善されてきていると予測できる。これらは、人工妊娠中絶率の低下、概算妊娠率の低下、さらには性感染症の減少に影響するものと考えられる。</p>				

評価	いずれの設問においても男女ともに増加しており、改善した。				
調査・分析上の課題	最終評価の調査は、前回調査(平成19年)において各都道府県から無作為抽出された高校を対象とした。前回調査の回収率は、89%であったのに対し、今回の調査では、83%と若干低下した。回収率を90%前後にするための時期や通知方法等の再検討が必要である。				
残された課題	<p>いずれの項目においても、女子の方に数値が高いという性差が見られる。妊娠が女子に生じる事象であるということに加え、現在の高校生の性交経験率が男子よりも女子で高いという調査結果があることから¹⁾、女子で性行動がもたらす事柄について意識が高いことが推測される。学校における性に関する指導(性教育)によって、これらの設問への回答が変化することが分かっている²⁾³⁾。集団でみれば、改善の方向に動く者の割合が、望ましくない方向に動くものの割合よりも高いことが知られている。山縣班の介入研究によれば、「性行動は相手の身体や心を傷つける可能性があると思うか」の設問において、209人中改善したものが79人、望ましくない方向に動いたものが21人、変わらなかったものが109人であった。性に関する指導(性教育)によって、望ましい方向に動く児童生徒と、望ましくない方向に動く児童生徒が生じることを性教育担当者に周知する必要があり、できるだけ望ましくない方向に動く児童生徒を少なくする教育方法の開発が求められている。</p> <p>また、同じ介入研究によって、「自分の身体を大切にしているか」との設問においても、209人中改善したものが54人、望ましくない方向に動いたものが35人、変わらなかったものが120人であり、「性行動は相手の身体や心を傷つける可能性があると思うか」の回答の変化よりも改善が難しいことが示唆されている²⁾。「自分の身体を大切にしている」児童生徒を増加させるには何が必要なかを明らかにした上で、実践方法を開発する必要がある。例えば、集団指導と個別指導の特性を踏まえつつ、効果的な指導の工夫を行うとともに、性に関する内容について共有・議論していくグループ学習を推進し、自ら考える機会を増やしていく必要がある。</p> <p>1) 「若者の性」白書-第7回 青少年の性行動全国調査報告-。日本性教育協会、2013。 2) 平成20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活用および思春期やせ症防止のための学校保健との連携によるシステム構築に関する研究」(主任研究者:山縣然太郎)分担研究「「健やか親子21」思春期の保健対策の強化と健康教育の推進における指標「性行動による性感染症等の身体的影響等について知識のある高校生の割合」に関する研究」-高等専門学校における性教育による指標の変化-。 3) アンケートは記名式の時代へ～質問紙(アンケート)を用いた事前・事後評価～。心とからだの健康、161:58-62、2011。</p>				
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】生活習慣と健康に関するアンケート			
	②設問	<p>C3. 性行動は相手の身体や心を傷つける可能性がありますか。(〇は一つ)</p> <p>1. 可能性はあると思うが、特殊な場合だと思う 2. すべての場合ではないが、傷つける可能性は低いと思う 3. かなりの確率で傷つけてしまうことがあると思う C4. 自分の身体を大切にしていますか。(〇は一つ)</p> <p>1. いつも大切にしている 2. 傷つけてしまうことがたまにある 3. よく傷つけてしまう</p>			
	③算出方法	C3については、選択肢2または3に〇を付けたものの割合 C4については、選択肢1に〇を付けたものの割合			
	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】					
1-10 学校保健委員会を設置している学校の割合					
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
72.2%	100%	79.3%	85.7%	91.6%	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	
平成13年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ		平成16年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ	平成20年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ	平成24年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ	
データ分析					
結果	策定時に比較して増加しているが、目標値には届かない。				
分析	昭和33年6月16日付文部省体育局長通達「学校保健法および同法施行等の施行にともなう実施基準について」において、学校保健法の運営をより効果的にさせるため、同法に基づく学校保健計画に、学校保健委員会の設置とその活動の計画について記載することなどが示された。文部科学省や日本学校保健会、都道府県教育委員会等から働きかけが行われているところであり、設置している学校の割合は向上してきている。				
評価	改善した(目標に達していないが改善した)。				
調査・分析上の課題	都道府県格差を把握し、各都道府県教育委員会に文部科学省が働きかけ、さらには各都道府県教育委員会が各市町村教育委員会に働きかける必要がある。				
残された課題	学校保健委員会の設置にあたっては、その障害となる因子は何か、どのような構造が設置を阻んでいるのか等について、調査研究を展開していく必要がある。その上で、都道府県格差や未開催校に着目し、設置推進について重点的に取り組んでいくことが求められる。また、すでに高い設置率に達した自治体では、活動の活発化など、さらなる取組の充実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年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ			
	②設問	公立学校における学校保健委員会の設置状況について			
	③算出方法	学校保健委員会を開催している公立学校の数を調査し、公立学校数で除したもの。			
	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】					
1-11 外部機関と連携した薬物乱用防止教育等を実施している中学校、高校の割合					
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
警察職員 / 麻薬取締官等 中学校 33.8% / 0.1% 高等学校 32.7% / 4.0%	100%	警察職員 / 麻薬取締官等 中学校 77.3% / 2.0% 高等学校 74.5% / 6.4%	調査未実施	警察職員 / 麻薬取締官等 中学校 55.6% / 4.1% 高等学校 66.0% / 3.6%	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	
平成12年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」		平成17年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」		平成24年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」	
データ分析					
結果	策定時から最終評価にかけて警察職員との連携は大きく上昇した。麻薬取締官等との連携は中学校にて大幅に上昇したが一方で、高等学校においてはほぼ横ばいであった。また、第1回中間評価と最終評価の比較では、中学校における麻薬取締官等との連携を除いて、減少傾向が見られる。				
分析	薬物乱用防止教室の開催状況は、平成17年度においては中学校で63.5%、高校では74.2%であったが、平成24年度においては、中学校で84.3%、高校で88.1%と割合が高くなってきている。また年間計画に位置付けた取組をしている割合も、平成17年度においては中学校で54.9%、高校では71.2%であったが、平成24年度においては、中学校で77.3%、高校で84.9%と割合が高くなってきている(別紙表1)。このように、学校における薬物乱用防止教室の実施については、より計画的に展開されてきているといえる。 しかし、外部機関別の連携割合には増減が見られる。例えば、学校薬剤師等薬剤師との連携については高校では平成17年度に16.7%、平成24年度に17.6%とほぼ横ばいであった一方で、中学校では平成17年度に16.3%であったものが平成24年度には26.6%と増加していた(別紙表2)。				
評価	改善した(目標に達していないが改善した)。				

調査・分析上の課題	平成17年度調査のデータは平成18年2月にとられ、平成24年度調査のデータは平成24年12月～平成25年1月中旬にとられたものであった。どちらの調査においても、年度内の実施予定についても、それを含んだ上で回答してもらっている。しかしながら、残りの年度内期間に臨時に開催される可能性もあることから、この1～2ヶ月の調査時期の差が、薬物乱用防止教室の開催・連携状況を問う場合に影響してくることも考えられるので留意が必要である。また、連携先について、例えば中学校における学校薬剤師等との連携が進んでいるなど変動がみられることから、外部機関と連携した薬物乱用防止教室の開催については、外部機関の別を問わない連携割合を算出することも考慮するべきである。	
残された課題	学校における薬物乱用防止教室が計画的に取り組まれる中で、外部機関別の連携割合には増減がみられる。例えば、学校薬剤師等薬剤師との連携については高校ではほぼ横ばいであった一方で、中学校では、平成17年度から平成24年度でその割合は増加していた。また、警察職員との連携については、平成17年度から平成24年度において、中学校と高校でその割合が減少していた。今後も児童生徒の発達段階やその年代に提供すべき必要な情報等に応じて、外部の専門家との連携を一層推進していくことで、より充実した教育活動を展開していく必要がある。	
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成24年度文部科学省「薬物等に対する意識等調査」
	②設問	【学校対象調査(中学校・高等学校共通の質問番号)】 質問5 あなたの学校では平成24年度に「薬物乱用防止教室」を開催しましたか(予定も含む)。(1つに○) 1 年間計画に位置付けて開催した 2 年間計画に位置付けなかったが臨時に開催した 3 開催しなかった 質問6 質問5で「1」または「2」と答えた場合、「薬物乱用防止教室」で依頼している講師の職種は何ですか。(複数回答可) 1 警察職員 2 麻薬取締官・員OB 3 学校医等医師 4 学校歯科医等歯科医師 5 学校薬剤師等薬剤師 6 薬物乱用防止教育に造りの深い指導的な教員 7 保健所職員 8 精神保健福祉センター職員 9 衛生部局等行政担当者 10 大学教員等 11 保護司 12 薬物依存回復者 13 薬物乱用防止指導員 14 その他
	③算出方法	質問6で選択肢「1 警察職員」「2 麻薬取締官・員OB」にそれぞれ○がついている数を有効母数(質問5で「1」または「2」を選んだ者)で除したもの
	④備考	

(別紙)

表1 平成17年度及び平成24年度調査における薬物乱用防止教室の開催状況

	小学校		中学校		高等学校	
	平成17年度	平成24年度	平成17年度	平成24年度	平成17年度	平成24年度
回答校数	258	285	255	286	233	285
開催した	112(43.4)	186(65.3)	162(63.5)	241(84.3)	173(74.2)	251(88.1)
年間計画に位置付けて開催した	84(32.6)	160(56.1)	140(54.9)	221(77.3)	166(71.2)	242(84.9)
臨時に開催した	28(10.9)	26(9.1)	22(8.6)	20(7.0)	7(3.0)	9(3.2)
開催しなかった	146(56.6)	99(34.7)	93(36.5)	45(15.7)	60(25.8)	34(11.9)

※ 開催状況については、平成24年度調査結果にあわせて有効回答数あたりの実施状況を算出した。

表2 平成17年度及び平成24年度調査における薬物乱用防止教室の依頼講師

回答者数()は%	平成17年度	平成24年度	平成17年度	平成24年度	平成17年度	平成24年度
	118	185	203	241	204	250
警察職員	51(43.2)	73(39.5)	157(77.3)	134(55.6)	152(74.5)	165(66.0)
麻薬取締官・員OB	5(4.2)	12(6.5)	4(2.0)	10(4.1)	13(6.4)	9(3.6)
学校医等医師	10(8.5)	9(4.9)	10(4.9)	5(2.1)	8(3.9)	3(1.2)
学校歯科医等歯科医師	0(0.0)	2(1.1)	0(0.0)	-	1(0.5)	1(0.4)
学校薬剤師等薬剤師	23(19.5)	75(40.5)	33(16.3)	64(26.6)	34(16.7)	44(17.6)
精神保健センター職員	0(0.0)	-	2(1.0)	1(0.4)	2(1.0)	1(0.4)
衛生部局等行政担当者	3(2.5)	-	0(0.0)	1(0.4)	0(0.0)	5(2.0)
大学教員等	0(0.0)	-	3(1.5)	4(1.7)	3(1.5)	7(2.8)
保護司	3(2.5)	3(1.6)	1(0.5)	8(3.3)	2(1.0)	5(2.0)
薬物依存回復者	0(0.0)	1(0.5)	6(3.0)	6(2.5)	31(15.2)	17(6.8)
薬物乱用防止指導員	21(17.8)	35(18.9)	21(10.3)	36(14.9)	20(9.8)	12(4.8)
その他	14(11.9)	21(11.4) ^{※2}	16(7.9)	37(15.4) ^{※2}	21(10.3)	29(11.6)

※1 (%)は、回答校数における割合を示している。

※2 平成24年度から選択肢にあげられた「薬物乱用防止教育に造りの深い指導的な教員」は、今回はその他に含めた。

「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】					
1-12 スクールカウンセラーを配置している中学校(一定の規模以上)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
22.5% (3学級以上の公立中学校)	100%	47.3% (3学級以上の公立中学校)	84.3% (1学級以上の公立中学校)	83.2% (1学級以上の公立中学校)	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年度文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ		平成16年度文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ	平成20年度文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ	平成23年度文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ	
データ分析					
結果	策定時と比較すると、スクールカウンセラーを配置する中学校の割合は大きく増加している。ただし、指標策定時は、配置の対象が3学級以上の公立中学校であったものが、第2回中間評価以後は1学級以上の公立中学校となっている。このため、策定時と今回の最終評価を直接比較することは難しいが、いずれにしても、改善はしているものの100%という目標には達していない。				
分析	策定時よりスクールカウンセラーを配置する中学校の割合は増加したものの、未だに未配置校があるのは、地域や学校の実情に応じた配置を認めているためである。例えば、地方公共団体の判断により、課題の少ない学校への配置の経費を、課題のある学校に充て、集中的に配置するケースや、中学校への配置の経費の一部を高等学校の配置に充てるケースなどがある。				
評価	改善した(目標に達していないが改善した)。				
調査・分析上の課題	策定時および第1回中間評価までは、対象が3学級以上であったものが、第2回中間評価以後は1学級以上の公立中学校となった。これにより母数は大きくなったが、配置割合は第2回中間評価以後は80%以上と大きく伸びている。学校規模別、すなわち1学級～2学級の学校における配置割合、及び3学級以上の学校における配置割合は明らかではない。				

残された課題	<p>文部科学省調査(平成18年度)によれば、各都道府県における中学校へのスクールカウンセラーの配置率は、90%以上が14都道府県ある一方で、50%未満も13都道府県あり、人材の不足や偏在、財政状況等の理由によって活用の状況は様々である。また、スクールカウンセラーは非常勤職員で、その8割以上が臨床心理士であった。相談体制は1校あたり平均週1回、4～8時間といった学校が多いことが分かっている。このように8割を超える配置率のもと、スクールカウンセラーの活動状況が明らかになっている現段階においては、限られた曜日と時間の中でスクールカウンセラーの効果を最大限に上げるための取組と工夫について調査研究と共有を図っていく必要がある。また、現在では高校生のメンタルヘルスへの対応が求められるようになってきており、それぞれの地域内で、利用可能な学校を拠点校としてスクールカウンセラーが配置される学校も出てきている。このように小学校・中学校・高校と様々な学校に活動が拡大する中で、配置状況に加え、スクールカウンセラーがどのような業務を担っているのかを把握する必要がある。</p> <p>※平成24年度現在、各県配置率の統計で、50%未満の都道府県は1つ。(岩手県、宮城県、福島県は、別途緊急スクー・カウンセラー等派遣事業で措置しているため除く。)</p> <p>【文部科学省 スクールカウンセラーについて】 http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/kyouiku/houkoku/07082308/002.htm#top</p>				
最終評価の データ算出方法	①調査名	平成23年度文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ			
	②設問	各学校種等におけるスクールカウンセラーが配置されている学校数			
	③算出方法	全公立中学校のうち、国で補助しているスクールカウンセラー等活用事業でスクールカウンセラーが配置されている学校数			
	④備考	策定時および第1回中間評価においては対象が3学級以上の公立中学校であったが、第2回中間評価および最終評価においては対象が1学級以上の公立中学校となり、割合算出に際しての母数が拡大している。			

「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】					
1-13 思春期外来(精神保健福祉センターの窓口を含む)の数					
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
523か所	増加傾向へ	1,374か所 <small>(精神保健福祉センターあるいは保健所が把握している思春期相談ができる医療機関数)</small>	1,746か所 <small>(精神保健福祉センターあるいは保健所が把握している思春期相談ができる医療機関数)</small>	1,359か所 <small>(精神保健福祉センターあるいは保健所が把握している思春期相談ができる医療機関数)</small>	変わらない
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚労科研「思春期の保健対策の強化及び健康教育の推進に関する研究」(望月友美子班)		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	策定時と第1回中間評価以降のデータ把握方法は異なるため、総合評価は第1回中間評価と最終評価の比較を行う。第1回中間評価と最終評価を比較すると、その数にほとんど変動は見られなかった。				
分析	子どもの心の健康課題に関する取組は拡充してきている。たとえば、指標4-15にある「子どもの心の専門的な診療ができる医師がいる児童相談所」もその割合が増加していた。また、母子保健課が都道府県を対象に、母子保健対策の取組状況について尋ねたところ、思春期の心の健康対策(自殺や思春期やせ症等の予防)について「取組を充実させた」自治体の割合や庁内他部局や市区町村と連携している都道府県が増加していることも明らかになっている。これらから、都道府県をはじめとした地方公共団体における思春期精神保健対策は重点化が進んでいることが読み取れ、取組の質が向上していることが推察される。しかし一方で、第1回中間評価から最終評価にかけて思春期外来の数が増減している理由としては、各都道府県の担当部局における解釈の相違によるものと推察される。「思春期関連の相談ができる医療機関数」と問われたことにより、相談できる精神科等のある病院数と捉える地方公共団体や、思春期外来を標榜する医療機関数と捉える地方公共団体等、担当者により変動が出たと考えられる。				
評価	第1回中間評価では1,374か所だったが、最終評価では1,359か所となっており、外来数としては変わっていない。				

調査・分析上の課題	各都道府県の担当者により、本指標の解釈に相違が出ていることが推察される。今後は、「思春期外来」の定義を明示した上で、外来数を把握する必要がある。また実績数だけでなく、相談内容等についても適切に比較できるよう検討する必要がある。				
残された課題	回答者の解釈により結果の変動はあるものの、思春期関連の相談ができる医療機関数として大きな減少は見られないため、今後は、思春期相談にあたる職種と人員数、相談をつなぐ連携先、さらには相談可能日・時間等を検討するなど、医療機関のアクセス等の向上を図っていく必要がある。また、効率の良い相談窓口開設方法の検討や、相談窓口のネットワーク化による利便性の向上を図る取組を進めることが求められる。				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働省雇用均等・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)			
	②設問	問4(3)以下の項目について、該当する箇所数をお答えください。 「精神保健福祉センターが把握している思春期関連の相談ができる医療機関の数」 ※精神保健センターが把握していない場合は、保健所での把握数をお書きください。なお、その場合、医療機関を把握している保健所の数を備考にお書きください。また、精神保健福祉センター、保健所ともに把握していない場合は、その旨備考にお書きください。ただし、政令市・特別区の情報は加えないでください。			
	③算出方法	各都道府県からの医療機関数を足し上げて算出した。			
	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 100%
		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		改善した (目標に達していないが改善した)
		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る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%)	890(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%)

「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%	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%	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%	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		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%	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%	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%	
		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、多部署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 1.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	

「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		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	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。 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。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」、「ダイエットをしたかったが、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34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。 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」					

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など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	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。 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歳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。 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ると言える。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。 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。 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.	
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	90.7	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	90.8	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」

□ 肥りすぎと医師や先生に言われ、指導を受けて実行した □ したいと思ったが、まだ実行していない □ やりたいと思って実行した ■ 思ったことはない

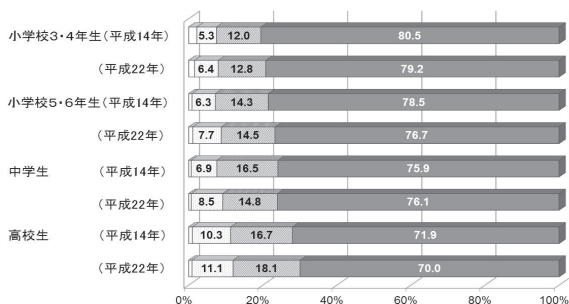


図1-1 体重を減らす努力(ダイエット)の経験(男子)

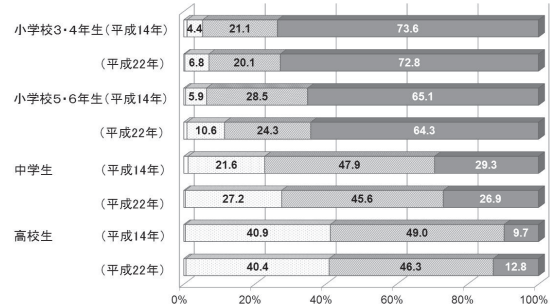


図1-2 体重を減らす努力(ダイエット)の経験(女子)

「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、分娩及び産後における浮腫、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があると推測される。</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)・出生性比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	$\text{平成24年妊産婦死亡率} = \frac{\text{平成24年妊産婦死亡数}}{\text{平成24年出産数}} \times 100,000$ $= \frac{42}{(1,037,231 + 24,800)} \times 100,000 = 4.0$			
	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			

「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】					
2-2 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の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・ケアを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、具体的な項目別に見ると、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ので、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)このお父さんを妊娠・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	

「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】					
2-3 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	

「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					
【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66.2%、平成19年72.1%と緩やかな上昇を示していたが、その後、平成20年78.1%、平成21年86.9%、平成22年89.2%と急速な上昇を示し、平成23年には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65.6%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	

「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					
【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年度厚生科研「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年度厚生科研「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年度厚生科研「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。また前回の調査では、4人に1人は適切な対応がなされていなかったため、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				

「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					
【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23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				

「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					
【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	「助産所業務ガイドライン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	

「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					
【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	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。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。				
分析	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。 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謳われており、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。 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需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。 ※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師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-妊娠リスク・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				

評価	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。 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、助産師の需要見通しは約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、現場の不足感も感じられていることから、需要を上回る確保に向けた対策が必要である。	
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	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、医師不足における医師養成数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。 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当する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、母子にとっ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。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、助産師を外向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。そのためには、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。 ※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。	
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+同産科医師数+同婦人科医師数=10,227+425+1,717=12,369
	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(平成13年度)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	

「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					
【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 ※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	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		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	

「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					
【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%			51.6%	改善した (目標に達していないが改善した)
		42.4%			
		47.2%	48.3%	47.5%	
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		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	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、目標値に近づくと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もつながることから、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	

「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					
【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と配布したり、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				

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)	(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	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

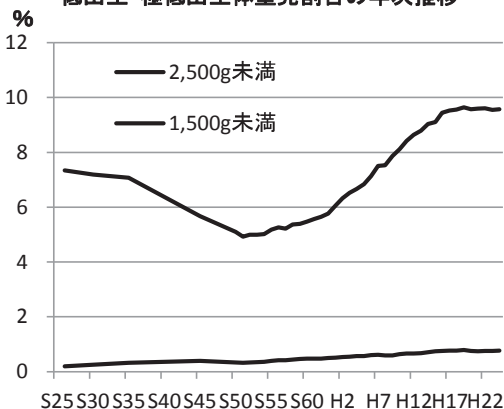
出典:厚生労働省人口動態統計(上巻 表3.4)

「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】					
3-2 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、最近で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、分母には含めていない)
	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	年次		乳児死亡率	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	剖検率が低いこと、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、死因不明とすべきの考え方があ る。そこで、仮に、そのような考え方にに基づき、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	