

## 4 母子保健領域における健康格差

健康格差は、健康日本21（第二次）<sup>2</sup>でも取り上げられたわが国の重要な健康課題である。日本学術会議は2011（平成23）年に「わが国の健康の社会格差の現状理解とその改善にむけて」の中で、保健医療福祉政策において健康の社会格差を考慮すること、健康の社会格差のモニタリングと施策立案の体制整備をすることなどの提言を行った。

国民健康・栄養調査で、成人期の喫煙率や肥満の割合が世帯所得の低い人ほど高いことが明らかになったことなどから、わが国における健康格差の問題が注目されている。

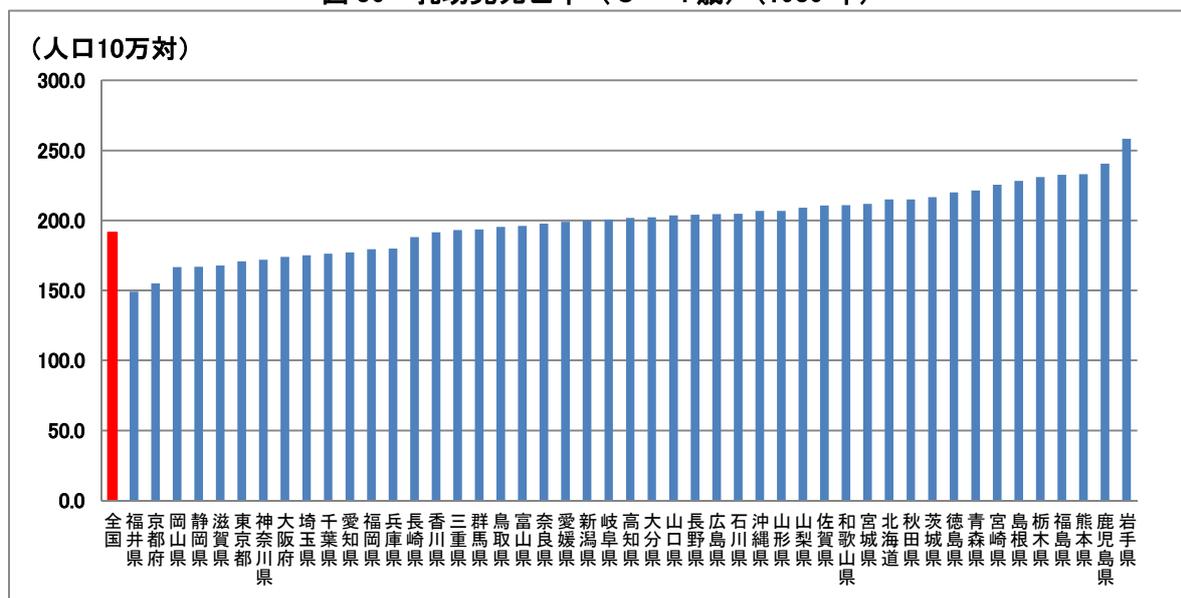
母子保健領域においても、以下に示すように、健康水準の指標、健康行動の指標において、都道府県に健康格差が生じていることが明らかになっており、重要な健康課題である。

### ○母子保健領域の健康格差について

#### ・健康水準の指標における健康格差

- 0歳から4歳までの人口10万対の乳幼児死亡率について、1980（昭和55）年の上位10都道府県及び下位10都道府県の2012（平成24）年までの推移は、双方とも低下しており継続的な乳幼児死亡率の推移は低下していた（図36～38）。両年の各上位10都道府県と下位10都道府県の平均値と最大・最小の値を見ると、1980（昭和55）年では上位10都道府県の平均が167.4で下位10都道府県の平均は230.7であり、格差は1.4倍（最上位と最下位では1.7倍）であったが、2012（平成24）年では、上位10都道府県の平均は48.1、下位10都道府県の平均は75.8であり、格差は1.6倍（最上位と最下位では2.6倍）であった。死亡率は3分の1に低下し、差も減少したが、比の格差は広がっていた（図39）。

図36 乳幼児死亡率（0～4歳）（1980年）



資料

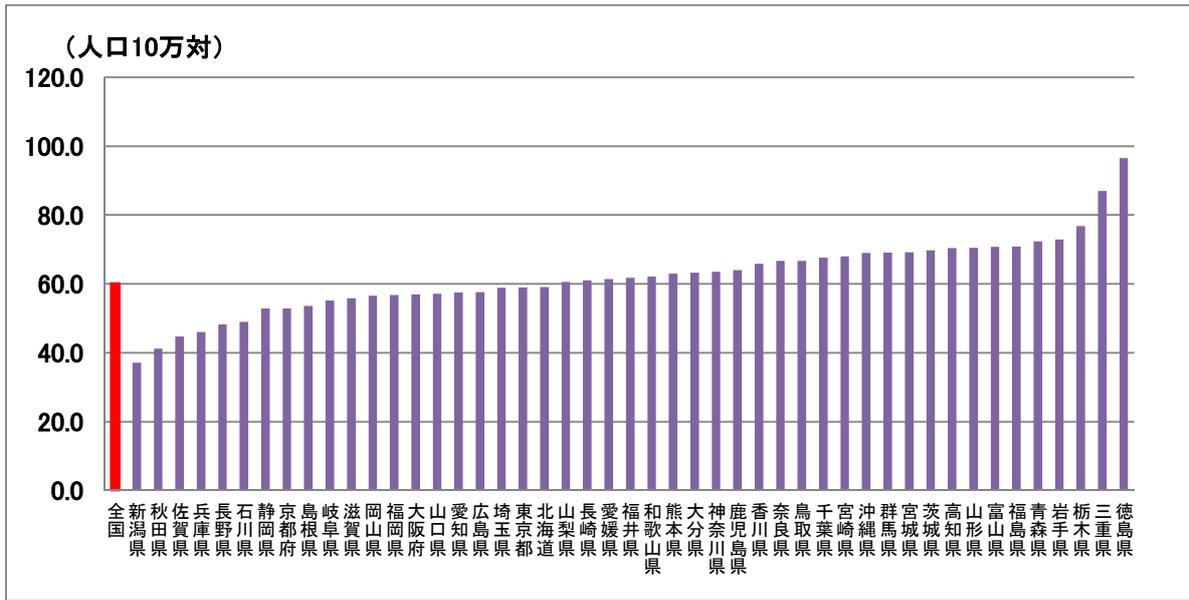
死亡数：人口動態統計

人口：人口推計（総務省統計局）

<sup>2</sup> 厚生労働省（2012）.「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」等.平成26年4月14日アクセス

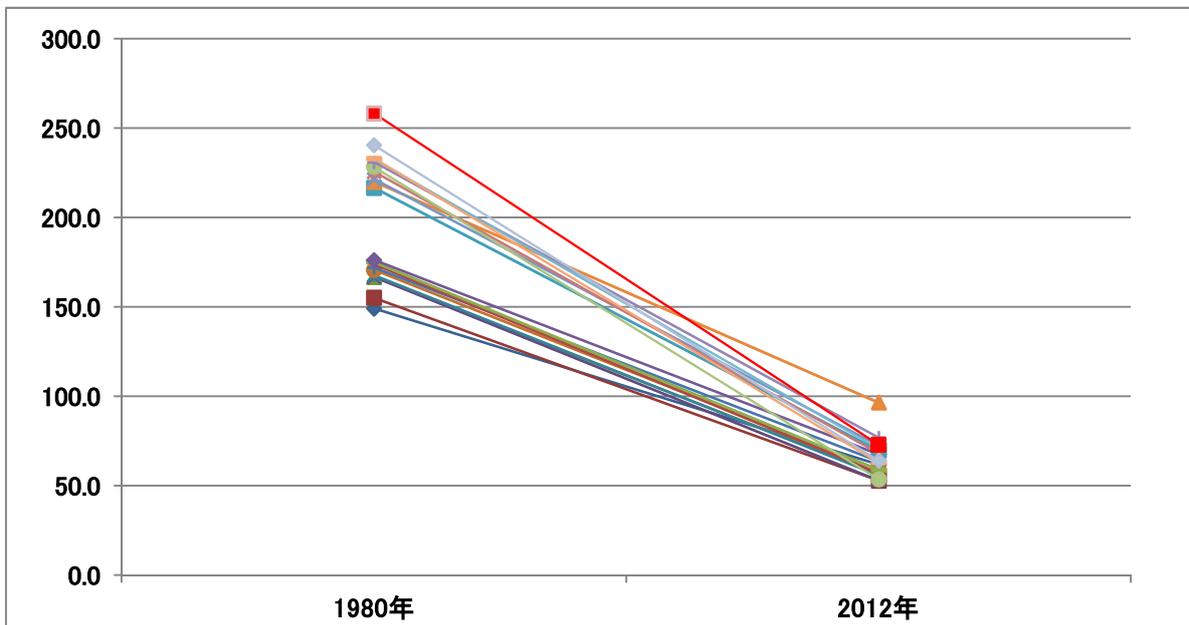
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html)

図 37 乳幼児死亡率（0～4歳）（2012年）



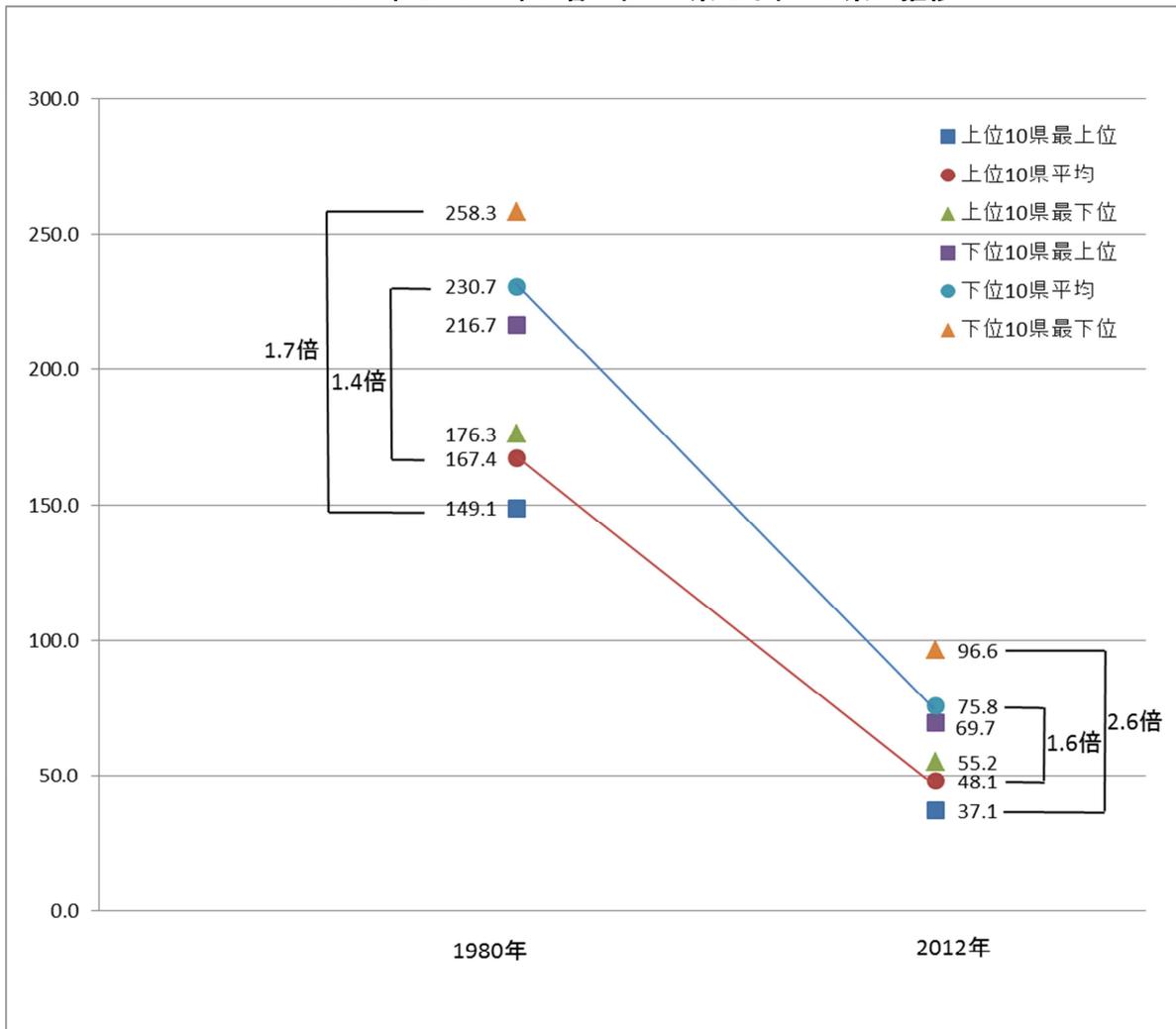
資料  
 死亡数：人口動態統計  
 人口：人口推計（総務省統計局）

図 38 乳幼児死亡率の推移（0～4歳死亡数/0～4歳人口 人口10万対）  
 1980年の上位10県と下位10県の2012年までの推移



資料  
 死亡数：人口動態統計  
 人口：人口推計（総務省統計局）

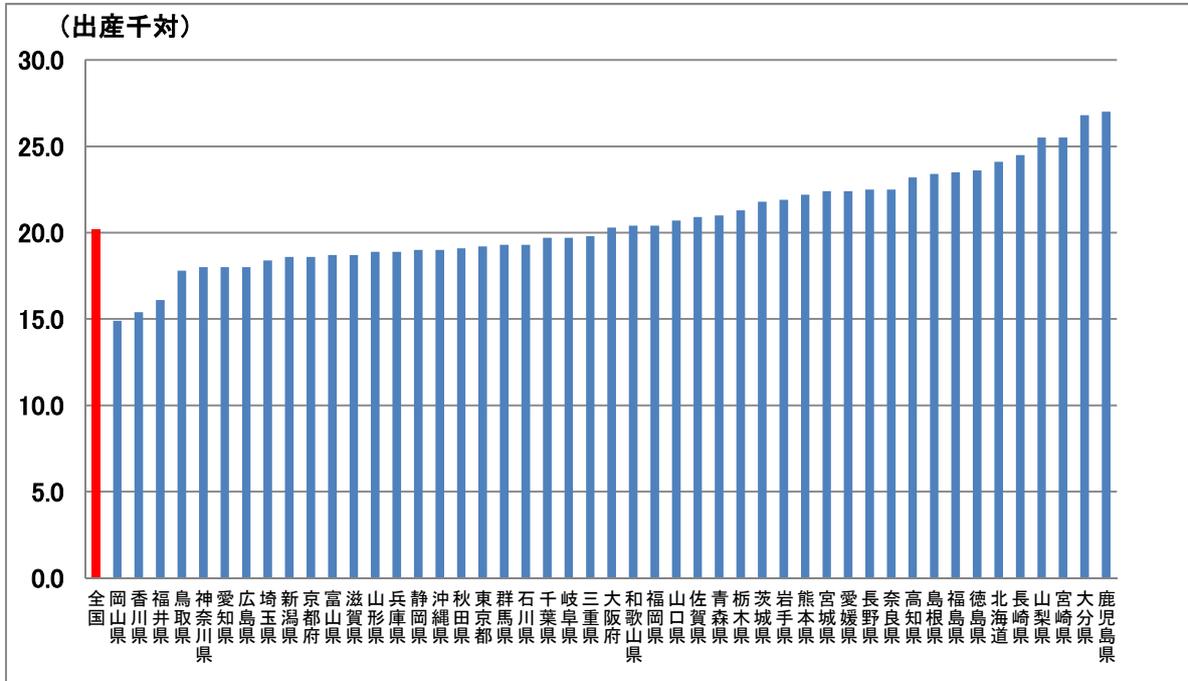
図 39 乳幼児死亡率の推移（0～4歳死亡数/0～4歳人口 人口10万対）  
1980年と2012年の各上位10県と下位10県の推移



資料  
 死亡数：人口動態統計  
 人口：人口推計（総務省統計局）

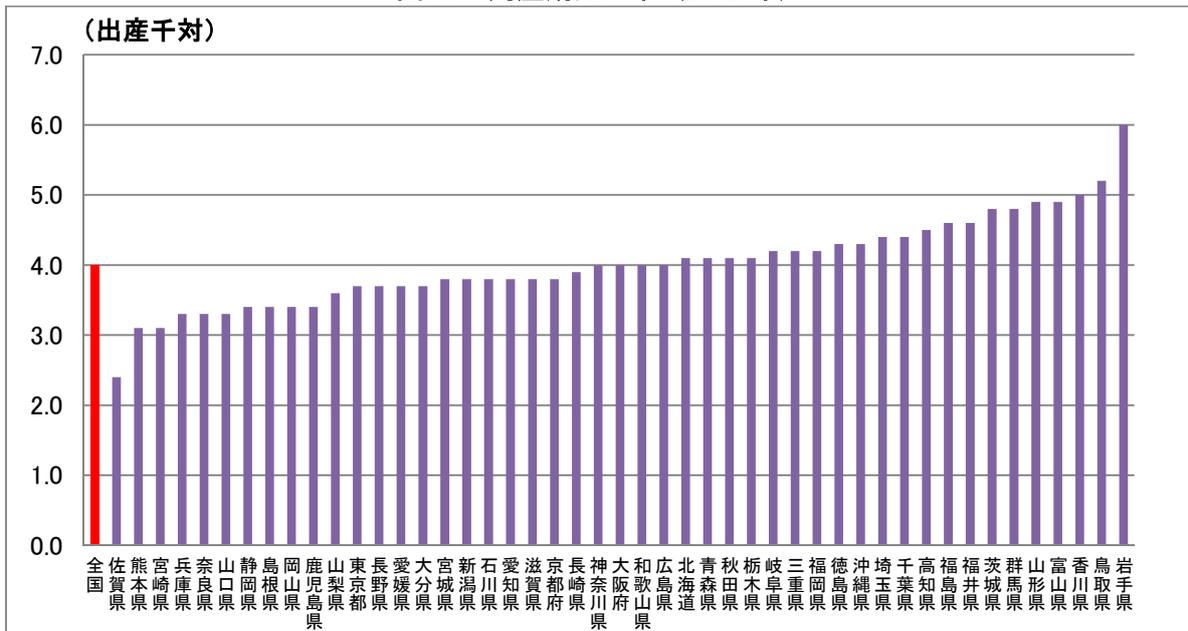
- 周産期死亡率（出産千対）は、1980（昭和 55）年では上位 10 都道府県の平均が 17.4 で、下位 10 都道府県の平均は 24.7 であり、格差は 1.4 倍（最上位と最下位では 1.8 倍）であった。2012（平成 24）年では上位 10 都道府県の平均は 3.2、下位 10 都道府県の平均は 4.9 であり、格差は 1.5 倍（最上位と最下位では 2.5 倍）となり、死亡率は約 5 分の 1 に低下し、差も減少したが、比の格差は広がっていた（図 40 と図 41）。

図 40 周産期死亡率（1980 年）



資料：人口動態統計

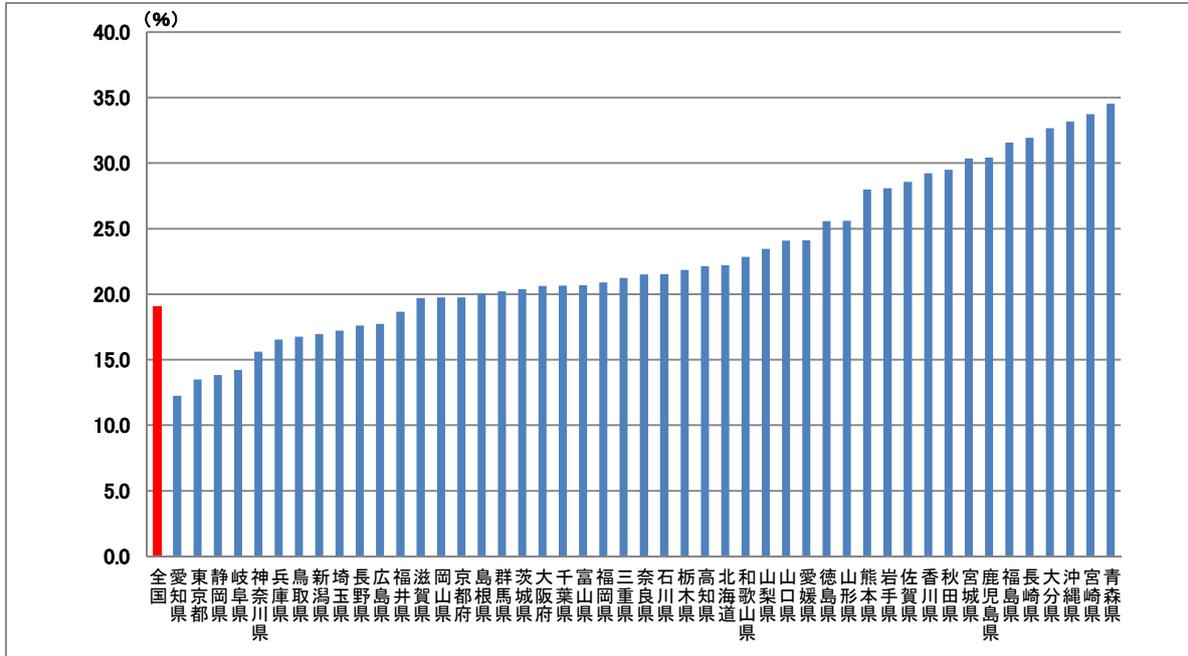
図 41 周産期死亡率（2012 年）



資料：人口動態統計

- 3歳児のむし歯の有病率については、全国平均は19.1%であるが、上位5都道府県の平均は13.9%、下位5都道府県の平均は33.2%で、2.4倍（最上位は12.2%と最下位は34.5%で2.8倍）の格差がある（図42）。

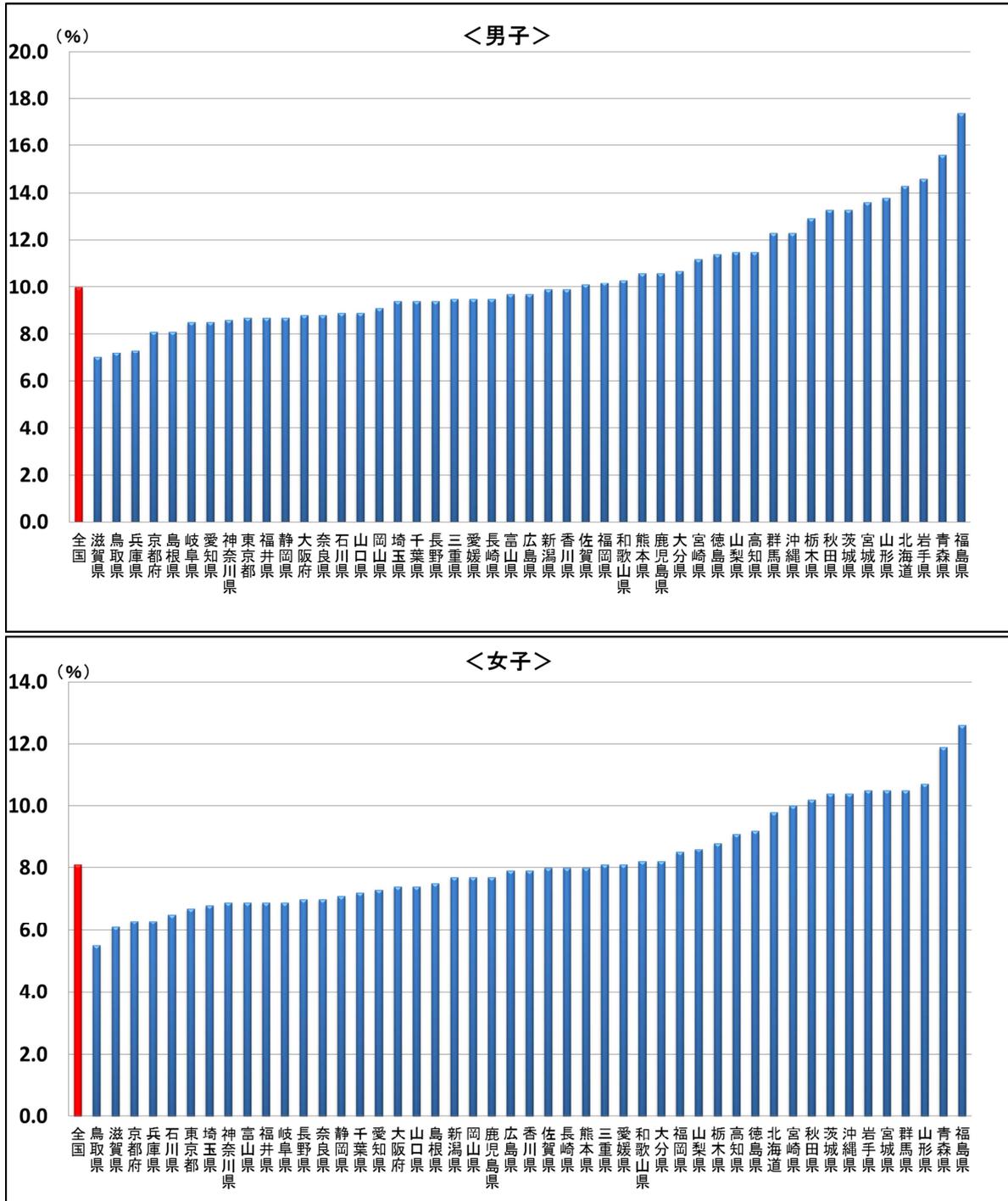
図42 3歳児のむし歯の有病率（都道府県別）



資料：平成24年度厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ（3歳児歯科健康診査実施状況）

- 小学5年生の肥満については、平成25年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査によると、男子の平均が10.0%であり、都道府県格差は上位5都道府県の平均は7.5%、下位5都道府県の平均は15.1%で、2.0倍（最上位は7.0%と最下位は17.4%で2.5倍）の格差がある（図43）。

図43 小学5年生の肥満傾向児の割合（都道府県別）



資料：平成25年度 全国体力・運動能力、運動習慣等調査（文部科学省）をもとに、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（研究代表者：山縣然太郎）」にて作成

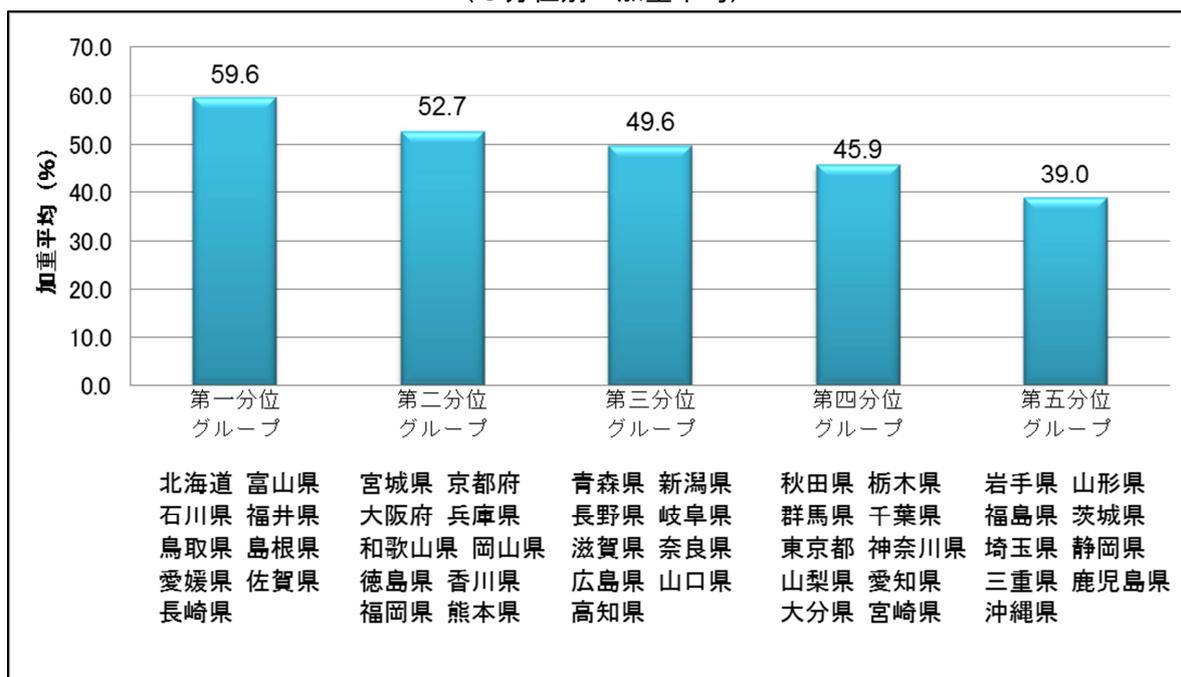
・健康行動の指標における健康格差

「健やか親子21」の最終評価のために、人口別に各都道府県から10市区町村を無作為に抽出して調べたデータでは、以下のような状況にあることが分かった。

- 「生後1か月の母乳育児の割合」が、都道府県別の5分位分析で第1分位（59.6%）と第5分位（39.0%）の差が1.5倍あった（図44）。

※全国368市町村（人口規模別に各都道府県10市区町村）の乳幼児健康診査を受診した児の保護者を対象とした。各都道府県の有効回答数は、概ねn=150~1,050だったが、福井県（n=38）と鳥取県（n=24）は、回答者が少なかった点に留意する必要がある。

図44 生後1か月の母乳育児の割合（3・4か月児健診調査）  
（5分位別・加重平均）

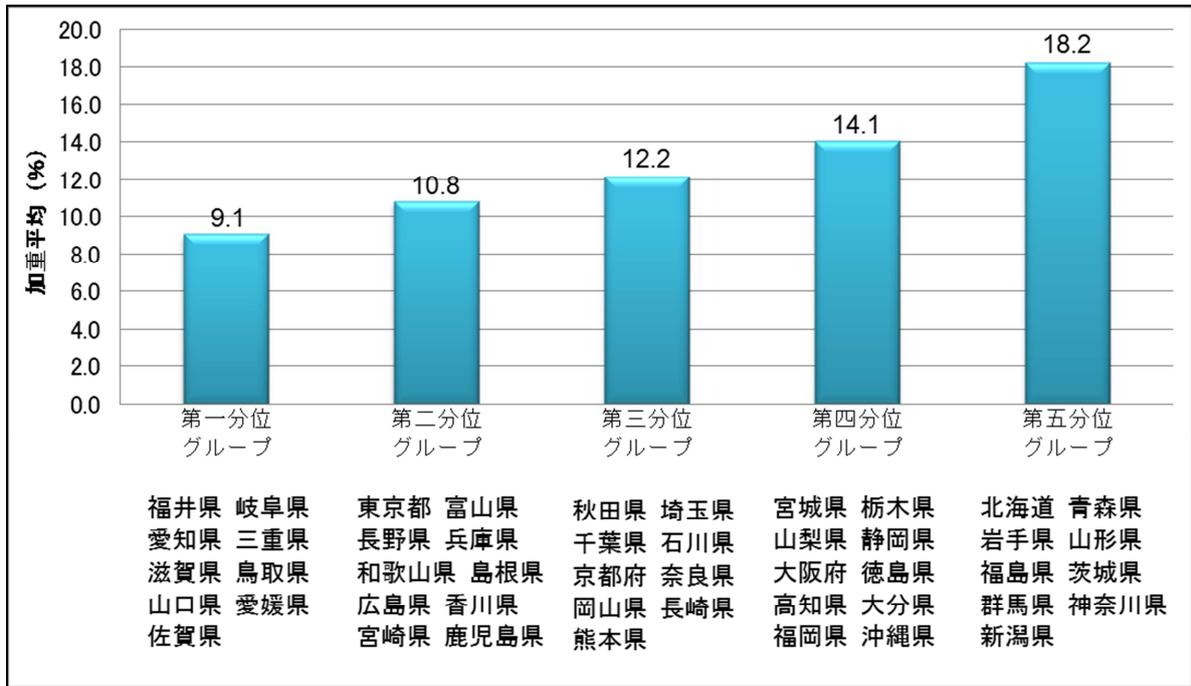


資料：平成25年度厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究（研究代表者：山縣然太郎）」

- 「妊娠判明時の妊婦の喫煙率」も同様に、2.0倍の格差（9.1%と18.2%）が認められた（図45）。

※全国368市町村（人口規模別に各都道府県10市区町村）の乳幼児健康診査を受診した児の保護者を対象とした。各都道府県の有効回答数は、概ねn=150~1,050だったが、福井県（n=38）と鳥取県（n=23）は、回答者が少なかった点に留意する必要がある。

図45 妊娠判明時の妊婦の喫煙率（3・4か月児健診調査）  
（5分位別・加重平均）



資料：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（研究代表者：山縣然太郎）」

## 5 母子保健に関わる計画等

これまでに述べてきた背景を踏まえ、「健やか親子21」の策定後も、様々な子ども・子育て支援の充実が図られるとともに、これらをより実効的に推進するため、各地方公共団体が母子保健に関わる計画等が策定されている。

また医療・健康分野においても、周産期医療・小児医療の体制整備や次世代の健康といった母子保健に関わる計画づくりが進められている。

母子保健に関しては、「健やか親子21」の策定以前から、「母子保健計画の策定について」（平成8年5月1日児母第20号厚生省児童家庭局母子保健課長通知）に基づき、地域での計画的かつ効果的な母子保健対策の推進を図るため、各市町村において市町村母子保健計画が策定されていた。また、子ども・子育て分野を中心に、母子保健に関する計画（以下、母子保健計画）とその目標とするところが共通する他の計画もある。

### （1）母子保健計画と関連のある主な施策や計画等

#### ア 国民健康づくり運動（「健康日本21（第二次）」（平成25年度から開始））

健康増進法（平成14年法律第103号）に定める国民健康づくり運動計画であり、「健やか親子21」がその一翼を担う「健康日本21」については、平成24年度に第一次が終了し、平成25年度から平成34年度までの「健康日本21（第二次）」が開始されている。

「健康日本21（第二次）」では、健康の増進に関する基本的な方向として、①健康寿命の延伸と健康格差の縮小、②生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善が掲げられており、特に③においては、次世代の健康が目標として設定され、「健やか親子21」とも協働しつつ、次世代の健康を育むことが記載されている。

#### イ 子ども・子育て支援策

##### ○次世代育成支援対策推進法（平成15年成立）

急速な少子化の進行等を背景として、次世代育成支援対策に関し、基本理念、関係者の責務、行動計画の策定等について規定することを手段として、「次世代育成支援対策を迅速かつ重点的に推進」することを第一次的な目的とし、「次代の社会を担う子どもが健やかに生まれ、かつ、育成される社会の形成に資すること」をより究極的な目的としたものである。

同法に基づき、平成17年度から全ての市町村に、次世代育成支援対策の実施に関する総合的な計画として市町村行動計画（前期計画：平成17年度～21年度、後期計画：平成22年度～26年度）の実施が義務付けられた。その後、子ども・子育て支援法の成立により、全ての市町村に、教育・保育等の提供体制等を定める市町村子ども・子育て支援事業計画の策定が義務付けられたことを踏まえ、市町村行動計画の策定については、子ども・子育て支援法の施行後に任意化することとされている。また、同法については、平成26年度末までの時限法であることから、平成26年通常国会にその延長・強化等を盛り込んだ法案が提出されている。

市町村行動計画は母子保健計画と内容が重複することから、母子保健計画を市町村行動計画の一部として組み込むことが適当であるとされている。また、市町村行動計画の策定のための指針として国が定める行動計画策定指針において、母性並びに乳児及び幼児などの健康の確保及び増進を図る観点から、保健、医療、福祉及び教育の分野間の連携を図りつつ、母子保健施策等の充実が図られる必要があり、計画の策定に当たっては、「健やか親子21」の趣旨を十分踏まえたものとするのが望ましいとされている。

## ○少子化社会対策基本法に基づく大綱と、子ども・子育て支援新制度

少子化社会対策基本法（平成 15 年法律第 133 号）第 7 条の規定に基づく大綱（「子ども・子育てビジョン」（平成 22 年 1 月 29 日閣議決定））は、少子化に対処するための施策の指針である。この中に、平成 22 年度から平成 26 年度までに目指すべき施策の具体的な数値目標が掲げられている。

平成 24 年 8 月に「子ども・子育て支援法」、「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律」及び「子ども・子育て支援法及び就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律の一部を改正する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」（以下、「子ども・子育て関連 3 法」という。）が成立した。現在、早ければ平成 27 年 4 月の本格施行に向けて、子ども・子育て支援新制度の施行準備を進めているところである。

子ども・子育て支援新制度では、地域の実情に応じた幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進することとされており、母子保健に関連する事業についても、市町村が実施する妊婦健康診査や、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業が地域子ども・子育て支援事業として位置付けられているところである。同制度では、各市町村が、上記事業を含む各事業等の需要を調査・把握した上で、市町村子ども・子育て支援事業計画を策定し、これらの計画的な整備を進めていくこととされている。同計画の策定に際しては、妊娠・出産期から切れ目ない支援に配慮することが重要であり、母子保健関連施策との連携の確保が必要であるとの認識の下、「健やか親子 2 1」の趣旨を十分踏まえることとされている。

## ウ 医療計画

医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条第 4 項の規定に基づき、都道府県は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患の 5 疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の 5 事業及び在宅医療に係る医療連携体制を構築するための方策を医療計画に定めることとなっている。

基本方針（平成 19 年厚生労働省告示第 70 号）が平成 24 年 3 月に改正され、この中で医療体制構築に係る現状把握のための周産期医療や小児医療についての指標例が示され、地域における体制作りが進められている。

### （2）母子保健計画について

「健やか親子 2 1」の着実な推進を図るためには、引き続き、各地方公共団体において、地域における課題を把握し、それを踏まえて具体的な政策を立案し、また、その成果等を評価することが重要である。こうした観点から、引き続き、各地方公共団体により、母子保健計画が策定され、その計画に基づき関連施策が着実に推進されることが必要である。

一方で、（1）に掲げたとおり、次世代育成支援対策推進法に基づく市町村行動計画や都道府県行動計画及び子ども・子育て支援法に基づく市町村子ども・子育て支援事業計画や都道府県子ども・子育て支援事業支援計画など、母子保健分野に関する内容を含む他の計画もあることから、現在と同様に、市町村母子保健計画はこれらの計画と一体的に策定してもよいこととするなど、地方公共団体の過度な負担とならないように配慮する必要がある（図 46）。

図 46 都道府県・市町村における母子保健計画の位置付け

