

課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適性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	3.8(出産10万対) 41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23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。これらの取り組み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23年3.8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つけられ、将来の妊娠への心構えが育まれるような取り組みが必要である。</p>				

最終評価の データ算出方法	①調査名	平成23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	平成23年妊産婦死亡率＝平成23年妊産婦死亡数/平成23年出産数×100,000 ＝[平成23年妊産婦死亡数/(平成23年出生数+死産数)]×100,000 ＝[41/(1,050,806+25,751)]×100,000=3.8
	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%	92.6%	93.7%(暫定)	
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92.6%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93.7%(暫定)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年で大きな改善がみられていた。また「設備などのハード面だけでなく、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回中間評価時と同様、「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回中間評価時と同様、「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回中間評価時の調査において、「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いえる。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、最終評価時に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出産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ただ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評価・分析シート(案)

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%	9.01%(暫定)	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9.01%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いえる。				
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。				
調査・分析上の課題	第1回中間評価時には、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の活用が浸透し発生率が明らかになってきている段階であり、取り組み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、9.01%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り組みがなされてきた可能性が高い。				

<p>残された課題</p>	<p>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。</p>	
<p>最終評価 のデータ 算出方法</p>	<p>①調査名</p>	<p>EPDSによる産後うつ頻度の把握に関するアンケート</p>
	<p>②設問</p>	<p>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。</p>
	<p>③算出方法</p>	<p>EPDS実施者のうちのEPDS9点以上の人の割合(4-4/ 4-3 × 100)</p>
	<p>④備考</p>	<p></p>

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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①②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評価・分析シート(案)

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%	43.4%(暫定)	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43.4%(暫定)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自治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。医療関係者へのさら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評価・分析シート(案)

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	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評価・分析シート(案)

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。その後も5年ごとに改訂作業が行われており、2013年度には、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、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	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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。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>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、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<sup>※1)</sup>においても、需要の見通しは平成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、需要見通しと供給見通しの差(供給見通し/需要見通し)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)<sup>※2)</sup>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)<sup>※3)</sup>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等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%<sup>※4)</sup>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%<sup>※5)</sup>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。助産師数が増えても、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。)</p> <p>※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)</p> <p>※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)</p> <p>※4) 平成23年人口動態統計</p> <p>※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、現場の不足感は続いていることから、需要を上回る確保に向けた対策が必要である。</p>	
調査・分析上の課題	<p>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。</p>	
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(<math>p=0.018</math>))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24年と平成18年の比較で47都道府県のうち12自治体で産婦人科医師数が減少し、17自治体で分娩施設医師数が減少と、地域偏在は分娩取扱施設で顕著であった。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。</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、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。院内助産システムの体制整備をより積極的に進め、混合病棟化による問題点の解決や助産師出向システム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。助産師数の確保はもちろんだが、責任をもって助産業務を果たせる質の高い助産師育成が求められている。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>	
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評価・分析シート(案)

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)
ペースライン調査等		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	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				

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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年度厚生労働科学研究「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22年度 母子保健課調べ	平成25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・胚移植等の生殖医学の実施施設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いえる。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	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評価・分析シート(案)

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
日本産科婦人科学会会告「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	厚生労働科学研究「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	
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(主任研究者吉村泰典)」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。尚、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いえるものの、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評価・分析シート(案)

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%	47.0%(暫定)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度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)	
	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)				
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。				
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。				

残された課題	<p>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、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の充実が必要である。</p>	
最終評価のデータ算出方法	①調査名	<p>【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)</p>
	②設問	<p>【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</p> <p>【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でしたか 1. 母乳 2. 人工乳 3. 混合</p>
	③算出方法	<p>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、出世年次別」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から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から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わす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。</p> <p>【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(暫定値) 全回答者数のうち、「母乳」と回答した者の割合。</p>
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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%	51.1%	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	
			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51.1%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り組み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つ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それら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5,664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5,309名(93.7%)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2,812名(53.0%)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、21.1%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	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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 出生千対3.8	世界最高を維持	出産千対5.0 出生千対3.3	出産千対4.3 出生千対2.9	出産千対4.1 出生千対2.8	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23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. <a href="http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm">http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm</a> )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	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	2010	2011
出生数		1190547	1110721	1091156	1071304	1050806
死産数	総数(妊娠満12週以後)	38393	34365	28177	26560	25751
	自然死産(妊娠満12週以後)	16200	14288	12625	12245	11940
	人工死産(妊娠満12週以後)	22193	20077	15552	14315	13811
周産期死亡数	総数	6881	5541	4720	4515	4315
	妊娠満22週以後の死産数	5362	4357	3751	3637	3491
	早期新生児死亡数	1519	1184	969	878	824
	妊娠満28週以後の死産数	3043	2487	2209	2187	2137
死産率(妊娠満12週以後)	(出産千対)	31.2	30.0	25.2	24.2	23.9
自然死産率	(出産千対)	13.2	12.5	11.3	11.2	11.1
人工死産率	(出産千対)	18.1	17.5	13.9	13.0	12.8
周産期死亡率	(出産千対)	5.8	5.0	4.3	4.2	4.1
妊娠満22週以後の死産率	(出産千対)	4.5	3.9	3.4	3.4	3.3
早期新生児死亡率	(出生千対)	1.3	1.1	0.9	0.8	0.8
周産期死亡率	(出生千対)	3.8	3.3	2.9	2.9	2.8
妊娠満28週以後の死産比	(出生千対)	2.6	2.2	2.0	2.0	2.0

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)

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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23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23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23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。その理由としては、①不妊治療の増加による多胎の増加、②妊婦の高年齢化、③妊娠中の体重管理の問題、④医療技術の進歩による従来死産となっていた例の救命等が考えられる。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。特に、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歳代女性の喫煙率の上昇が見られる。なお、不妊治療の普及および実施方法の変遷によって、多胎妊娠の割合が年次によって変化し、近年は減少していることも考慮する必要がある。				
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体躯の強化により、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	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 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
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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1.1 乳児死亡率2.3	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23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	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評価・分析シート(案)

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12.6	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	
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23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23年12.6と、目標の半減を達成した。				
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	剖検率が低いため、SIDSであるか否かについての診断の正確性には問題がある。窒息や虐待による死亡と明確に区別するため、剖検により確定された場合のみをSIDSと診断し、診断が確定できない場合には、死因不明とすべきとの考え方がある。そこで、仮に、そのような考え方に基づき、年次によって診断基準が厳格化しているとしたら、実態は変化がなくても、統計上、減少しているかのような結果がで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	人口動態統計			
	②設問	乳幼児突然死症候群(SIDS: sudden infant death syndrome、ICD-10によるR95)死亡数、出生数			
	③算出方法	乳児のSIDS死亡率=乳児のSIDS死亡数/出生数×100,000			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-5 幼児(1~4歳)死亡率					
策定時の現状値	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30.6	半減	人口10万対25.3	人口10万対22.3	人口10万対22.1	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22年人口動態統計	
データ分析					
結果	平成12年の人口10万対30.6から、半減には至らなかったが、平成16年25.3、平成20年22.3、平成22年22.1と改善が続いている。ただし、平成20年と平成22年を比較するとやや下げ止まっている。				
分析	平成12年と平成22年の1~4歳の人口10万対死亡率を死因別にみると、不慮の事故 6.6→3.6と半減、先天奇形及び染色体異常 5.3→3.8、悪性新生物 2.5→2.0、肺炎 1.9→1.7、心疾患 1.7→1.4といずれも改善がみられている。ただし、国際的に比較すると、決して上位群には入っていない。				
評価	目標の半減には至らなかったが、大幅な改善が見られた。				
調査・分析上の課題	細かい年次推移を見る場合には、インフルエンザの流行年と非流行年による変動に留意する必要がある。平成23年は東日本大震災の影響により数字が大きく変動しているため、平成22年データで評価を行っている。				
残された課題	この年代の死因で多いものは平成22年の統計において、(1)先天奇形、変形及び染色体異常、(2)不慮の事故、(3)悪性新生物、(4)肺炎、(5)心疾患であり、これらに対する対策を推進していく必要がある。これらの死因について、対策が比較的实施しやすいものと、困難なものがある。先天奇形、変形及び染色体異常への対策としては、より適切な年齢で出産できるような啓発・社会環境整備などが考えられるが、多様な個人の価値観を尊重しながら対策を進めていく必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計、国際比較は Demographic Yearbook 2011 (United Nations Statistics Division) <a href="http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2011.htm">http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2011.htm</a>			
	②設問	年齢階級別死亡数			
	③算出方法	幼児(1~4歳)死亡率=幼児(1~4歳)死亡数/幼児(1~4歳)人口×100,000			
	④備考	国際比較結果は下記の通り。			

評価データに関する詳細事項

国名	死亡率	年次	国名	死亡率	年次	国名	死亡率	年次
モンテネグロ	9.7	2009	韓国	21.9	2010	モルドバ共和国	48.8	2010
ノルウェー	12.3	2010	日本	22.1	2010	ルーマニア	49.1	2010
スイス	12.5	2010	ベルギー	22.4	2007	ウクライナ	50.0	2010
デンマーク	12.6	2010	ニュージーランド	22.6	2011	アンティグア・バーブーダ	50.6	2002
スウェーデン	15.0	2010	マルタ	24.7	2010	モーリシャス	50.8	2010
イタリア	15.2	2008	アメリカ	26.1	2009	アルゼンチン	53.0	2010
フィンランド	16.0	2010	バハマ	26.2	2007	ロシア連邦	54.8	2010
アイルランド	16.2	2010	ボスニア・ヘルツェゴビナ	27.0	2010	エルサルバドル	63.0	2007
マカオ	17.1	2010	アイスランド	27.0	2010	ペラルーシ	65.2	2009
シンガポール	17.3	2010	リトアニア	27.8	2010	メキシコ	66.0	2010
ルクセンブルグ	17.4	2010	スロバキア	28.7	2010	ケイマン諸島	68.3	2010
ドイツ	17.6	2010	キプロス	29.0	2009	オーランド諸島	82.6	2010
スペイン	17.9	2010	セルビア	29.9	2010	アゼルバイジャン	87.2	2010
オランダ	18.4	2010	グアドループ	31.8	2003	パラオ	91.5	2005
カナダ	18.6	2008	チリ	31.9	2009	グリーンランド	91.7	2010
イギリス	18.6	2009	アンドラ	32.3	2010	カザフスタン	94.9	2008
マケドニア	18.9	2010	キューバ	32.6	2010	スリナム	102.6	2007
オーストリア	19.0	2010	バミューダ	33.6	2009	アルバニア	116.4	2004
ギリシア	19.1	2009	フェロー諸島	35.7	2008	フィジー	124.6	2004
オーストラリア	19.5	2010	ラトビア	35.8	2010	セイシェル	154.2	2011
イスラエル	19.6	2010	コスタリカ	36.6	2011	エジプト	157.3	2010
チェコ共和国	19.7	2010	エストニア	37.5	2010	北朝鮮	186.5	2008
フランス	19.9	2005	マレーシア	42.3	2009	モンゴル	211.3	2010
ハンガリー	20.0	2010	ウルグアイ	42.8	2007	ブータン	535.4	2005
クロアチア	20.7	2010	ブルガリア	44.7	2010	ジンバブエ	1215.1	2002
香港	20.8	2009	カタール	46.7	2010	マラウイー	1241.9	2008
ポルトガル	21.1	2009	クウェート	47.9	2010	シエラレオネ	3412.0	2004
ポーランド	21.1	2010	モルディブ	48.1	2010			
スロベニア	21.9	2010	アルメニア	48.6	2009			

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

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-6 不慮の事故による死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
人口10万対 0歳 18.2 1～4歳 6.6 5～9歳 4.0 10～14歳 2.6 15～19歳 14.2	半減	人口10万対 0歳 13.4 1～4歳 6.1 5～9歳 3.5 10～14歳 2.5 15～19歳 10.6	人口10万対 0歳 13.2 1～4歳 3.8 5～9歳 2.2 10～14歳 1.9 15～19歳 7.7	人口10万対 0歳 10.5 1～4歳 3.6 5～9歳 2.3 10～14歳 2.1 15～19歳 7.0	改善した (目標に達していないが改善した) (15～19歳は達成)
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22年人口動態統計	
データ分析					
結果	年齢階級によって改善の程度は異なるものの、いずれの階級も改善傾向が見られた。特に、15～19歳は半減の目標を達成した。				
分析	平成12年から22年の年齢階級別の死亡率の減少率は、0歳 -42.3%、1～4歳 -45.5%、5～9歳 -42.5%、10～14歳 -19.2%、15～19歳 -50.7%であった。				
評価	15～19歳は目標を達成するなど、改善傾向にある。一方で、10～14歳では改善が十分とは言えない。				
調査・分析上の課題	不慮の事故死亡は、乳幼児では虐待やSIDSと、10代後半では自殺との区別が難しい事例もあると考えられるが、死因の判定方法について、制度の変更等無い場合には、増減の傾向は正しいと考えられる。合計の死亡率、また区別が難しい他の死因の死亡率の動向にも注意を払う必要がある。 平成23年は東日本大震災の影響により数字が大きく変動しているため、平成22年データで評価を行っている。				
残された課題	年齢階級別で構成割合の大きい死因への対策が優先度が高いと考えられる。0歳は不慮の窒息、1～4歳・5～9歳は交通事故(歩行者)および溺死・溺水、10～14歳は交通事故(自転車)および溺死・溺水、15～19歳は交通事故(オートバイ、乗用車)である。 また、家庭内での割合を見ると、0歳は家庭内が多く、1～4歳からは家庭外も多くなっていく。年齢に応じた対策と積極的な取組を進めていく必要がある。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計
	②設問	不慮の事故(ICD-10によるV01-X59)死亡数
	③算出方法	不慮の事故による死亡率=不慮の事故による死亡数/人口×100,000
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-7 むし歯のない3歳児の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
68.7%	80%以上	(策定時＝第1回中間評価時)	74.1%	80.7%(暫定)	改善した (目標を達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成15年度 母子保健課調べ			平成19年度 母子保健課調べ	平成25年度 母子保健課調べ	
データ分析					
結果	平成15年度と比較して改善傾向にある。				
分析	むし歯のリスク要因として、食事やおやつの内容、おやつを与える時間などの与え方、仕上げ磨きの有無などを含めたブラッシングの状況、フッ化物塗布、フッ化物洗口、フッ化物入りの歯磨き剤の使用を含めたフッ化物の利用などについての実態把握及び分析を進める必要がある。				
評価	着実に改善していると考えられる。				
調査・分析上の課題	現在、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課により、各都道府県及び政令市・特別区から3歳児歯科健康診査実施状況についての情報収集が行われており、このようなデータ収集及びその収集されたデータの分析、活用体制について、一層の推進が図られることが望まれる。そのため、そのような市町村における結果については、受診率の影響が出てしまうことが考えられる。				
残された課題	う歯になりにくい食事・おやつ、ブラッシング、フッ化物の利用を推進していく必要がある。また、今後は、地域格差についても分析を進め、その縮小に向けての対策を推進する必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ(3歳児歯科健康診査実施状況) 都道府県、政令市・特別区からの報告			
	②設問	対象者数、受診者数、むし歯のない者(人数)、むし歯の型別分類(人数)など			
	③算出方法	「むし歯のない3歳児の割合＝むし歯のある人数／受診者数×100」で算出。			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-8 妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
妊娠中 10.0%	なくす			妊娠中 5.0%	改善した (目標に達していないが 改善した)
育児期間中 父親35.9%、母親12.2%					
		妊娠中 7.8%	妊娠中 5.1%	妊娠中 3.7%(暫定)	
		育児期間中 父親 55.1% 母親 15.4%	育児期間中 父親 46.2% 母親 10.8%	育児期間中 父親 41.1% 母親 8.0% (暫定)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度乳幼児身体発育調査				上段:平成22年度乳幼児身体発育調査	
中段:21世紀出生児縦断調査					
	下段:平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)		
データ分析					
結果	母親の喫煙率は、妊娠中、育児期間中とも、また育児期間中の父親の喫煙率についても、改善(喫煙率の低下)が見られた。				
分析	妊娠中の喫煙率及び育児期間中の両親の喫煙率について、第2回中間評価までにおいて山縣然太郎班の結果は、3・4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時の3つの数値により調査結果をそれぞれ記載していた。一方で、乳幼児身体発育調査の結果は、1つの数値で示されていること、また多数の数値を記載すると目標の達成状況の評価が複雑になることから、最終評価では、これらの3時点での数値を平均した数値で示すこととした。 健康増進法の施行やその他の喫煙対策の推進、また近年の青少年の喫煙率の低下によって、母親の喫煙率は低下してきたと考えられる。				

評価	母親の喫煙率について、目標値の0には至っていないものの、策定時と比べて概ね半減しており、大幅に改善している。一方で、父親の喫煙率については、改善傾向にはあるものの、まだまだ目標値の0と比べて高い水準である。	
調査・分析上の課題	育児期間中の目標値は、「両親の自宅での喫煙率」となっている。 乳幼児身体発育調査では「同室での」、21世紀出生時縦断調査では「室内で」、山縣班ではそれらの場所の限定はなく、シンプルに喫煙の有無を問うていて、それぞれ若干質問の内容が異なる。	
残された課題	実態把握に関しては、子どもへの受動喫煙の影響をモニターしていく為には、両親の喫煙率だけではなく、世帯喫煙率を把握することも必要であろう。また、対策としては、妊娠中や育児期間中の両親、また妊娠希望者に対して、禁煙補助薬や禁煙外来等も活用しながらの禁煙指導はもちろん重要であるが、そのような対策のみでは妊娠に気づく前の妊娠初期の喫煙を完全に防止することは困難である。また、乳幼児健診時の調査結果では、3～4か月時、1歳6か月時、3歳時と、出産後に時間がたつほど、母親の喫煙率等が高くなっており、出産前後に禁煙してもその後再喫煙する人が少なからずいるため、出産後の再喫煙を防止する支援対策も重要である。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成22年乳幼児身体発育調査】 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査
	②設問	【平成22年乳幼児身体発育調査】 (13)喫煙の状況 妊婦 妊娠前 1. なし 2. あり(1日__本) 妊娠中 1. なし 2. あり(1日__本) 父親及び同居者の同室での喫煙 妊娠前 1. なし 2. あり(1日__本) 妊娠中 1. なし 2. あり(1日__本) 【平成25年度山縣班調査】 (3・4か月児用 問14、1歳6か月児用 問10、3歳児用 問10) 妊娠中のあなた(お母さん)の喫煙 1. なし 2. あり(1日 本) (3・4か月児用 問38、1歳6か月児用 問39、3歳児用 問40) あなた(お母さん)の現在の喫煙 1. なし 2. あり(1日 本) (3・4か月児用 問39、1歳6か月児用 問36、3歳児用 問37) 夫(お父さん)の現在の喫煙 1. なし 2. あり(1日 本)
	③算出方法	【平成22年乳幼児身体発育調査】 「妊娠中の喫煙率＝妊娠中に喫煙がありと回答した人数／調査有効回答数×100」で算出。 【平成25年度山縣班調査】 「育児期間中の両親の自宅での喫煙率＝母または父が喫煙ありと回答した者の人数／全回答者数×100」で算出。 ※それぞれ、順に、3～4か月児、1歳6か月児、3歳児健診での割合を求め、これらの3時点の数値を単純平均した(3時点を同じ重みとした加重平均となる)。 平成25年:妊娠中 3.9% 3.5% 3.8%、育児期間中 父親 41.7% 41.1% 40.6%、母親 5.5% 8.5% 10.1%
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-9 妊娠中の飲酒率					
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
18.1%	なくす			8.7%	改善した (目標に達していないが改善した)
		16.1%	7.8%	4.3%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度乳幼児身体 発育調査				上段:平成22年度乳幼児身体 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	策定時と比較して、最終評価時には大幅な改善が見られている。				
分析	妊娠中の飲酒率について、第2回中間評価までにおいて山縣然太郎班の結果は、3~4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時の3つの数値により調査結果をそれぞれ記載していた。一方で、乳幼児身体発育調査の結果は、1つの数値で示されていること、また多数の数値を記載すると目標の達成状況の評価が複雑になることから、最終評価では、これらの3時点での数値を平均した数値で示すこととした。山縣然太郎班の調査結果によると、妊娠が判明した時点で、妊娠を理由に、約半数が飲酒をやめたことになる。				
評価	目標には達していないが、順調に改善している。 しかしながら、妊娠が判明した時に飲酒していた人の内、約半数は妊娠中も飲酒を続けていることは大きな問題である。				

調査・分析上の課題	平成12年国民栄養調査(現在の国民健康・栄養調査)によると、飲酒習慣のある者の割合は、平成12年20歳代女8.4%、30歳代女14.1%と、上記の乳幼児身体発育調査の結果よりも非常に低い値となっている。平成12年国民栄養調査では、飲酒について、「①以前から(ほとんど)飲んでいる、②以前は飲酒の習慣があったが現在はない、③現在飲酒の習慣有り」という選択肢になっている。質問文のニュアンスによって回答が大きく変化する可能性を示唆するものである。なお、平成23年国民健康・栄養調査では、20歳代女8.3%、30歳代女11.9%となっており、平成12年と大差がないにも関わらず、妊娠中の飲酒率が大きく下がっており、妊娠中に飲酒すべきでないという啓発が進んでいることが示唆される。	
残された課題	喫煙と異なり、出産年齢女性全体の飲酒率低下を目指すことは現実的ではない。そこで、あくまでも妊娠した女性に対して、妊娠中の飲酒のリスクに関する知識を普及することが重要である。また、アルコール依存症となっており、断酒をしたいと思っても断酒できない妊婦も少なからずいる可能性がある。妊婦への適切な支援の充実、また若年者全般に対するアルコール依存症予防対策の強化なども重要である。妊娠中の飲酒者について、飲酒リスクの知識の有無別の割合等も把握する必要がある。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成22年乳幼児身体発育調査】 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査
	②設問	【平成22年乳幼児身体発育調査】 妊娠中の飲酒 1. なし 2. あり 【平成25年度山縣班調査】 (3・4か月児用 問17、1歳6か月児用 問13、3歳児用 問13) 妊娠中のあなた(お母さん)の飲酒はどうでしたか。 1. なし 2. あり
	③算出方法	【平成22年乳幼児身体発育調査】 「妊娠中の飲酒率＝「あり」と回答した者の人数／調査有効回答数×100」で算出。 【平成25年度山縣班調査】 「妊娠中の飲酒率＝「はい」と回答した者の人数／全回答者数×100」で算出。 順に、3・4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時に調査した妊娠中の飲酒率(3.1% 4.4% 5.3%)の3時点の数値を単純平均した(3時点を同じ重みとした加重平均となる)。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-10 かかりつけの小児科医を持つ親の割合					
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
1～6歳児の親 81.7%	100%			1～6歳児の親 93.7%	改善した (目標に達していないが改善した)
		3～4か月児 57.3%	3～4か月児 57.4%	3～4か月児 77.6%(暫定)	
		1～3歳児 86.4%	1～3歳児 84.2%	1～3歳児 88.1%(暫定)	
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))	
	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	大きな傾向としては、平成12年から平成22年に改善傾向にある。				
分析	幼児健康度調査による平成12年と平成22年の比較では大きく改善している。一方で、山縣班のデータについては、改善傾向にあるものの、特に平成21年の1～3歳児で低い値となるなど、必ずしも順調に伸びているわけではない。 ある小児科医をかかりつけと認識するかについては、受診した時に満足のいく診療を受けることができ、再度、受診が必要となった場合にも、その小児科医を受診したいと考えるかが重要な要因であると考えられる。その他、それまでに小児科医受診を要するような疾病に罹患したことがあるか、健康診査や予防接種を個別で行っているか、集団で行っているかなどの要因によっても影響されると考えられる。				
評価	目標の100%には達成していないが、改善傾向にある。				

調査・分析上の課題	平成12年幼児健康度調査では「どちらともいえない」という選択肢があるのに対し、平成22年度衛藤班ではこの選択肢がなく二者択一に変更となっていることによる、回答の変化の影響も考えられる。 どのような要件がそろえば、「かかりつけ」と言えるのかは、個人によってさまざまな考え方がありうるため、数値を判断する際に考慮が必要である。なお、かかりつけ医の定義について確立したものは現時点で存在しないと考えられるが、何らかの定義を行って、それに基づいて調査票を作成する方法もあり得る。	
残された課題	病気になって受診する時以外にも、個別健康診査や予防接種などで小児科医を利用することなどが、「かかりつけ医」普及には重要であろう。	
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
	②設問	【平成22年度幼児健康度調査】 問 かかりつけの医師はいますか。 1 いる 2 いない 【平成25年度 山縣班調査】 (3・4か月児用 問36、1歳6か月児用 問29、3歳児用 問30) かかりつけの医師はいますか。 1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない
	③算出方法	【平成22年度幼児健康度調査】 「いる」と回答した者の人数／調査有効回答数×100」で算出。 【平成25年度 山縣班調査】 「「はい」と回答した者／全回答者数×100」で算出。 「1～3歳児」の数値は、3～4月児、1歳6か月児、3歳児健診時の結果(77.6% 88.3% 87.9%)の数値を単純平均した(同じ重みとした加重平均となる)。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-11 休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合					
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
1歳6か月児 86.6%	100%	1歳6か月児 87.8%	1歳6か月児 84.6%	1歳6か月児 87.8%(暫定)	変わらない
3歳児 88.8%		3歳児 89.9%	3歳児 85.5%	3歳児 88.4%(暫定)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		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	年次により上下しているが、概ね横ばいである。				
分析	休日・夜間に対応できる小児救急医療機関の数が減少し、そのために伸び悩んでいる可能性がある。				
評価	策定時と比較して概ね横ばいである。				
調査・分析上の課題	実質的に受診可能な範囲内に、休日・夜間の小児救急医療機関が存在するかということ、存在する場合にそのことが診療圏内の親に広く周知されているかという2つの要素が総合された指標であると考えられる。				
残された課題	休日・夜間の小児救急医療機関が存在しない地域について、その確保を行うことが非常に重要な課題である。確保されている場合には、その効果的な周知が必要である。				
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			
	②設問	(1歳6か月児用 問30、3歳児用 問31) 休日や夜間にお子さんが急病の時、診察してもらえる医療機関を知っていますか。 1. 知っている 2. 知らない			
	③算出方法	「知っている」と回答した者/全回答者数×100」で算出			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-12 事故防止対策を実施している家庭の割合					
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
1歳6か月児 79.1%	100%	1歳6か月児 80.5%	1歳6か月児 81.0%	1歳6か月児 81.5%(暫定)	改善した (目標に達していないが改善した)
		3歳児 74.7%	3歳児 78.0%	3歳児 79.8%(暫定)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		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	平成13年、平成17、平成21年、平成25年と、少しずつ改善している。				
分析	策定時と比較して増減の大きかった項目は、以下の通りである。大きく改善した項目:ピーナッツやあめ玉などを子どもの手の届くところに置かない(3歳 53.0%→77.4%)、浴槽に水を貯めておかない(1歳6か月 64.3%→73.5%、3歳 59.9%→69.7%)。ストーブ等の安全策については、平成13年から平成17年に大きく改善したが、その後悪化していた。平成17年に改善した理由として、平成13年調査が冬に行われたのに対し、平成17年調査は夏に行われたことも影響していると考えられる。また、1歳6か月児の質問文の表現が、平成21年調査で3歳児調査と統一し若干の変更を行った影響もあると考えられる。安全対策の実施率が低い項目としては、階段の転落防止用の柵(1歳6か月57.5%)などであった。第1回中間評価時に実施率が50%以下の項目が数項目あったが、今回は項目を10項目に絞る中で質問項目が廃止されたため、実施率50%以下の項目は無かった。				
評価	改善傾向が続いているが、目標達成は難しい。				
調査・分析上の課題	親による自記式調査であるため、実際に回答通り行われているか、また十分に問題のない方法で予防対策が行われているかについては、問題のある例も多いと考えられる。策定時及び第1回中間評価までは、各年齢における20項目の注意点全てを実施している割合を指標としていたが、非常に低い数値となっていた。そこで、特に重要な10項目に絞り、各項目の実施率の平均値を指標として用いるように、今回、改訂を行った。策定時及び第1回中間評価値については、新しい指標で再計算を行った。				
残された課題	引き続き、健診や両親学級等の場で親に対して事故防止対策を普及するとともに、チャイルドシートの正しい使用の徹底を図るための保護者に対する効果的な広報啓発活動の推進、浴室のドア等に関する問題については、住宅の管理者や製造者に対しての普及に向けた働きかけ等が必要である。				

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(1歳6か月児用、3歳児用)
	②設問	下記の通り、1歳6か月児および3歳児の、下表の設問項目それぞれについて、「1. はい 2. いいえ (設問によって、3. 該当しない)」のうちから択一で回答いただいている。
	③算出方法	設問毎に、「「はい」と回答した者の数/[全回答者数-(「該当しない」と回答した者数+無回答者数)]×100」を算出し、10項目の実施割合の平均を算出。
	④備考	

評価データに関する詳細事項

1歳6か月児用					
	平成13年	平成17年	平成21年	平成25年	注
1) ベビー用品やおもちゃを購入するとき、デザインよりも安全性を重視していますか。	75.2	71.5	78.3	78.2	
2) 子どもを家に一人残して出かけることや、車の中に一人で乗せておくことがありますか。	87.2	88.5	87.8	90.0	逆項目
3) 自動車に乗るときは、チャイルドシートを後部座席に取り付けて乗せていますか。	86.7	84.4	88.4	89.2	
4) 浴槽に水をためたままにしないように注意していますか。	64.3	69.2	71.5	73.5	
6) タバコや灰皿はいつも手の届かないところに置いていますか。	93.5	94.8	95.7	96.9	
7) ピーナッツやあめ玉などは手の届かないところに置いていますか。	93.8	93.1	93.5	93.9	
8) 医薬品、化粧品、洗剤などは子どもの手の届かないところに置いていますか。	83.5	82.9	80.4	81.9	
9) ポットや炊飯器は子どもの手の届かないところに置いていますか。	85.1	84.3	82.6	79.6	
10) ストープやヒーターなどは安全柵で囲い、子どもが直接触れないようにしていますか。	75.6	86.3	77.2	74.2	
11) 階段に転落防止用の柵を取り付けていますか。	45.8	50.1	55.0	57.5	
平均	79.1	80.5	81.0	81.5	
3歳児用					
	平成13年	平成17年	平成21年	平成25年	注
1) 子どもを家に一人残して出かけることや、車の中に一人で乗せておくことがありますか。	85.7	87.6	86.6	87.9	逆項目
2) 自動車に乗るときは、チャイルドシートを後部座席に取り付けて乗せていますか。	81.5	67.8	77.0	80.1	
3) 浴槽に水をためたままにしないように注意していますか。	59.9	67.8	67.6	69.7	
4) 医薬品、化粧品、洗剤などは子どもの手の届かないところに置いていますか。	66.6	64.6	71.7	74.3	
5) ピーナッツやあめ玉などは手の届かないところに置いていますか。	53.0	69.1	74.0	77.4	
6) タバコや灰皿はいつも手の届かないところに置いていますか。	82.4	81.8	88.5	93.1	
7) ストープやヒーターなどは安全柵で囲い、子どもが直接触れないようにしていますか。	51.7	66.1	64.8	63.1	
8) お箸や歯ブラシなどをくわえて走り回ることがありますか。	67.7	63.4	67.9	68.5	逆項目
9) すべり台やブランコの安全な乗り方を教えていますか。	92.1	92.2	94.2	94.9	
10) ベランダや窓の側に、踏み台になるものがありますか。	87.8	86.7	87.9	88.8	逆項目
平均	72.8	74.7	78.0	79.8	

出典：下記研究班報告書等

平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班) <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200100387A>

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)

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-13 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合					
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
31.3%	100%	32.0%	34.7%	37.8%(暫定)	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年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		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	平成13年、平成17、平成21年、平成25年と若干の改善傾向が見られる。 ※平成13(2001)年度は、和歌山県、熊本県、岩手県、広島県、兵庫県、石川県、東京都の1都6県の1歳6か月児健診受診者3414人の結果。				
分析	ユニットバスの普及により、当初からドアにチャイルドロックが装備されていない場合、日曜大工等で親自身がチャイルドロックを後から設置することはなかなか困難である。特に、賃貸住宅の場合には問題が大きい。また、高齢者向けの引き戸の場合、ロックが子どもの手の届く場所にある場合が多い。				
評価	若干ではあるが、改善傾向と考えられる。				
調査・分析上の課題	風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないようにする工夫の具体的内容などについての調査、分析も有用であろう。				
残された課題	親個人の努力では限界のある課題である。賃貸住宅におけるチャイルドロック設置の理解促進と推奨、ユニットバスメーカーには製造する全ての製品にチャイルドロックを装備することを義務づけるなどの方策も検討の余地がある。				

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(1歳6か月児用)
	②設問	問41-5) 浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。 1. はい 2. いいえ 3. 該当しない
	③算出方法	「「はい」と回答した者の数/(全回答者-「該当しない」と回答した者)×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-14 心肺蘇生法を知っている親の割合					
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
1歳6か月児 19.8% 3歳児 21.3%	100%	1歳6か月児 15.3% 3歳児 16.2%	1歳6か月児 17.1% 3歳児 18.2%	1歳6か月児 20.2% (暫定) 3歳児 20.0%(暫定)	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年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		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	平成25年は、平成13年と概ね同程度であるが、平成17年以降は改善傾向である。				
分析	平成13年のベースライン調査は地域を限定した調査であり、平成17年度の第1回中間評価以降は全国から抽出された調査であることから、ベースライン調査と、第1回中間評価以降は単純に比較できない。				
評価	平成17年以降の推移について評価を行うと、改善したといえることができるが、目標と大きく乖離している。				
調査・分析上の課題	どの程度まで知っていれば心肺蘇生法を知っていると言えるのかについては、人によって受け止め方が異なると思われる。また、知識として知っているレベルと、人形などを使用して概ね正しく行えるレベル、さらに、実際に自分の子どもに心肺蘇生法が必要な状況となった時に、動転していても実施できるレベルなど、さまざまな段階があると考えられる。				
残された課題	都道府県や日本赤十字社、消防が行う心肺蘇生法(AEDも含む)講習会、両親教室、乳幼児健診、運転免許証の更新等、あらゆる機会を通じて、心肺蘇生法の普及を行う必要がある。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(1歳6か月児用・3歳児用)
	②設問	(1歳6か月児用 問31、3歳児用 問32) あなたは心肺蘇生法(心臓マッサージなどの救急処置)を知っていますか。 1. 知っている 2. 少し知っている 3. 知らない
	③算出方法	「知っている」と回答した者の数/全回答者数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-15 乳児期に寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせている親の割合					
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
3.5% (1歳6か月健診時におけるその時点での状況は4.0%、3歳児健診時に調査した1歳までの状況は3.5%)	なくす	1.2% 3.3% 2.4% (それぞれ、3・4か月、1歳6か月健診時におけるその時点での状況、および3歳児健診時に調査した1歳までの状況)	0.7% 2.5% 1.3% (それぞれ、3・4か月、1歳6か月健診時におけるその時点での状況、および3歳児健診時に調査した1歳までの状況)	0.6% 2.5% 1.3%(暫定) (それぞれ、3・4か月、1歳6か月健診時におけるその時点での状況、および3歳児健診時に調査した1歳までの状況)	改善した (目標には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年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		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	達成には至っていないが、策定時と比較して改善している。				
分析	就寝中、常にうつぶせ寝にならないようにしなければならないと考え、過度に神経質になる例も見られることから、指標名について、第2回中間評価までの「乳児期にうつぶせ寝をさせている親の割合」から、最終評価では「乳児期に寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせている親の割合」に変更をした。 策定時のデータ集計方法と異なるため、第1回中間評価との比較で評価を行った。平成21年度までは順調に下がっていたが、その後平成25年度は下げ止まった。少数ながら、現在も寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせ続けている例について、その理由等の調査が必要であろう。				
評価	長期的には改善傾向である。				
調査・分析上の課題	質問文上は、親が意識的に寝かせ始める時にどのような姿勢をさせているかを問うているが、寝かせた後に、子どもが自分で寝返りをしてそのような寝方になってしまう例も含まれていると考えられる。				
残された課題	一時よりもSIDSについての社会の関心が低下しているため、引き続き乳児の安全な睡眠に関して普及させる必要がある。				

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
	②設問	(3・4か月児用 問35、1歳6か月児用 問28、3歳児用 問32) お子さんを寝かせ始める時は、どのように寝かせていますか。 1. あおむけ寝 2. うつぶせ寝 3. 決めていない 4. その他( )
	③算出方法	「「うつぶせ寝」と回答した者の数/全回答者数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-16 6か月までにBCG接種を終了している者の割合					
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
1歳までに接種した者の割合 86.6%	95%			1歳までに接種した者の割合 99.1%	改善した (目標を達成した)
		1歳までに接種した者の割合 92.3%	6か月までに接種した者の割合 96.0% 1歳までに接種した者の割合 92.3%	6か月までに接種した者の割合 95.0%(暫定) 1歳までに接種した者の割合 98.6%(暫定)	
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))	
		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	接種時期について、「1歳まで」から「6か月まで」に制度改正されたため、第2回中間評価以降、目標指標の変更が行われた。6か月までに接種を終了している者の割合は第2回中間評価において目標達成した。なお、平成25年4月から再度、「1歳まで」に接種する制度改正が行われている。				
分析	第1回中間評価前には、「子ども予防接種週間」(日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省主催 健やか親子21推進協議会後援)等のキャンペーンや、小児科・産科等関係団体による普及啓発に関する取組が活発に行われて成果を上げたと考えられる。				
評価	目標値に達した。これらの取組が継続されることが重要である。なお未接種であること理由として、内服薬や疾患等の医学的理由等で未接種である児がいることも考慮する必要がある。				
調査・分析上の課題	親の記憶に基づく調査データであるため、思い違い等により不正確な回答が含まれている可能性がある。将来的には、行政における予防接種済み記録に基づくデータを用いることが望ましい。				

残された課題	関係各種団体による予防接種に関する積極的な啓発が必要である。また、市町村により、未接種者の把握やその者に対する個別の接種勧奨が必要である。忙しい親でも、予防接種を受けやすくするための工夫が必要である。	
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(1歳6か月児用)
	②設問	【平成22年度幼児健康度調査】 Q16 お子さんがこれまでに1回でも接種したことのある予防接種に○をつけてください。(複数選択) 1 ポリオ生ワクチン 2 BCG 3 DPT3種混合ワクチン 4 麻しん(はしか) 5 風しん(三日はしか) 6 MR混合ワクチン(麻しん・風しん) 7 日本脳炎 8 流行性耳下腺炎 9 水痘(みずぼうそう) 10 インフルエンザ(新型インフルエンザ) 11 Hib(ヒブ、インフルエンザ菌)ワクチン 12 肺炎球菌ワクチン 13 その他( ) 14 予防接種をしたことはない 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(1歳6か月児用) BCG接種を済ませましたか。(母子健康手帳で確認してください) 1. はい 2. いいえ 接種したのはいつですか。 1. 生後3か月まで 2. 3か月～6か月まで 3. 6か月～1歳まで 4. 1歳以降
	③算出方法	【平成22年度幼児健康度調査】1歳児の調査への回答結果について、その年齢の全回答者に対する割合を用いた。 【平成25年度山縣班調査】「6か月まで(1歳まで)に接種した人数/接種の有無及び接種時期の無回答者を除外した全回答者数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-17 1歳6か月までに三種混合・麻しんの予防接種を終了している者の割合					
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
三種混合 87.5% 麻しん 70.4%	95%			三種混合 95.3% 麻しん 89.3%	改善した (目標に達していないが改善した)
		三種混合 85.7% 麻しん 85.4%	三種混合 80.4% 麻しん 71.2%	三種混合 92.4%(暫定) 麻しん 93.0%(暫定)	
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))	
		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17年と比較して、平成21年は悪化してしまったが、最終評価では改善している。				
分析	「子ども予防接種週間」(日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省主催、健やか親子21推進協議会後援)といったキャンペーンや小児科・産科等関係団体による普及啓発に関する取組が、予防接種率向上に寄与するところは大きいと考えられる。				
評価	目標値には達しなかったが、目標に近い数字となっている。なお未接種であることの理由として、内服薬や疾患等の医学的理由等で未接種である児がいることも考慮する必要がある。				
調査・分析上の課題	親の記憶に基づく調査データであるため、思い違い等により不正確な回答が含まれている可能性がある。				

残された課題	市町村により、情報通信技術の活用なども行いながら、未接種者の把握やその者に対する個別の接種勧奨が必要である。忙しい親でも、予防接種を受けやすくする実施方法の工夫が必要である。信念を持って予防接種を受けさせない親について、どのような経緯でそのような信念を持つようになったのかなどについてインタビュー等の質的調査を行い、一定割合が該当すると考えられる理由が有れば数量的調査を行い、それらに対応した効果的な対策を行うことが必要である。	
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(1歳6か月児用)
	②設問	【平成22年度幼児健康度調査】 Q18 お子さんがこれまでに1回でも接種したことのある予防接種に○をつけてください。(複数選択) 1 ポリオ生ワクチン 2 BCG 3 DPT3種混合ワクチン 4 麻しん(はしか) 5 風しん(三日はしか) 6 MR混合ワクチン(麻しん・風しん) 7 日本脳炎 8 流行性耳下腺炎 9 水痘(みずぼうそう) 10 インフルエンザ(新型インフルエンザ) 11 Hib(ヒブ、インフルエンザ菌)ワクチン 12 肺炎球菌ワクチン 13 その他( ) 14 予防接種をしたことはない 【平成25年度山縣班調査】 問36 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)の予防接種(I期初回3回)を済ませましたか。 1. はい 2. いいえ I期初回3回が済んだのはいつですか。 1. 1歳まで 2. 1歳～1歳6か月まで 3. 1歳6か月以降 問37 麻疹(はしか)の予防接種を済ませましたか。(麻しん風しん混合ワクチンも含む) 1. 1歳過ぎてから接種した 2. 0歳の時にのみ接種した 3. いいえ 接種したのはいつですか。 1. 1歳～1歳3か月まで 2. 1歳3か月～1歳6か月まで 3. 1歳6か月以降
	③算出方法	【平成22年度幼児健康度調査】1歳6か月児の調査への回答結果について、その年齢の全回答者に対する割合を用いた。麻しんについては、「麻しんもしくはMR混合ワクチンを接種」の結果を用いた。 【平成25年度山縣班調査】 三種混合:「(「1歳まで」または「1歳～1歳6か月まで」と回答した者の人数)/無回答者を除外した回答者数×100」で算出。 麻しん:「(「1歳～1歳3か月まで」または「1歳3か月～1歳6か月まで」と回答した者の人数)/無回答者を除外した回答者数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-18 初期、二次、三次の小児救急医療体制が整備されている都道府県の割合					
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
初期 70.2%  二次 12.8%  三次 100%	100%	初期 47.5% (市町村46.1%、政令市89.3%) 二次 100%(都道府県単位の回答) 二次 54.7%(221/404地区)* <sup>1</sup> ※分母は小児救急医療圏 三次 100%	初期 55.3% (市町村53.4%、政令市92.9%) 二次 100%(都道府県単位の回答) 二次 74.2%(270/364地区)* <sup>1</sup> ※分母は小児救急医療圏数 三次 100%	初期 60.0% (市町村58.4%、政令市89.9%) 二次100%(都道府県単位の回答) 二次77.1%(276/358地区)* <sup>1</sup> ※分母は小児救急医療圏数 三次 100%	改善した (目標には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年度厚生科研「二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状等の評価に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度母子保健課調べ及び平成16年度 医政局指導課調べ	平成21年度母子保健課調べ及び平成21年度医政局指導課調べ	平成25年度母子保健課調べ及び平成23年度医政局指導課調べ	
データ分析					
結果	二次、三次の小児救急医療体制整備には100%の都道府県が取り組んでいる。小児救急医療圏のうち、二次小児救急医療体制が整備されている割合は、平成17年度以降着実に向上している。初期小児救急医療体制整備については、平成17年度、21年度、25年度と改善してきている。				
分析	ベースライン調査と第1回中間評価以降は、調査方法が異なるため一律には比較できない。また、調査項目は、整備されている割合ではなく、整備に取り組んでいる自治体の割合である点に注意が必要である。* <sup>1</sup> の数値については、小児救急医療圏単位での実際に整備されている割合である。 近年、小児救急医療体制整備の必要性に関する認識が高まっており、全体としては改善傾向にあると考えられる。ただし、特に市町村単位での初期救急医療体制では、整備が不十分な地域が多数残されていると考えられる。				
評価	都道府県単位に見た場合には、整備がかなり進んでいる状況である。一方で、市町村単位の初期救急医療体制などは、目標まで遠いと考えられる。小児の二次救急医療体制については、集約化した拠点で医療を提供することを目指す場合には、小児救急医療圏単位で100%を目指していく。				

調査・分析上の課題	現行の調査では夜間・休日の小児救急医療機関を小児救急医療圏単位での配置率という形で評価しているが、その質的な評価は本調査のみでは困難である。	
残された課題	初期・二次いずれも小児救急医療圏毎に整備状況を評価することが必要である。さらに今後は、小児科以外の各診療科との連携を含む地域全体での体制整備の評価や、受け入れ患者数等の診療実績等を指標とする評価についても検討していく必要がある。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用等・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
	②設問	<p>「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。</p> <p>(都道府県用 問4)  「小児保健医療水準を維持・向上」の「小児の二次救急体制の整備」について (1. 取り組んでいる、2. 取り組んでいない)</p> <p>(政令市・特別区用 問4、市区町村用 問4)  「小児保健医療水準を維持・向上」の「小児の初期救急体制(在宅当番医、休日夜間急患センター)の整備」について  (1. 取り組んでいる、2. 取り組んでいない)</p>
	③算出方法	「「取り組んでいる」と回答した自治体/有効回答の自治体数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-19 事故防止対策を実施している市町村の割合					
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
3・4か月児健診 32.6% 1歳6か月児健診 28.6%	100%	3・4か月児健診 政令市71.6%・市町村48.0%  1歳6か月児健診 政令市58.3%・市町村40.7%	3・4か月児健診 政令市71.1%・市町村80.9%  1歳6か月児健診 政令市91.5%・市町村78.9%	3・4か月児健診 政令市80.6%・市町村78.9%(暫定)  1歳6か月児健診 政令市89.2%・市町村73.7%(暫定)	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年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		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	3・4か月児健診時、1歳6か月児健診時ともに、平成13年、平成17年と比較して、平成21年は向上している。				
分析	平成13年のベースライン調査と、平成17年の第1回中間評価以降とで、「事故防止対策を実施している」と見なす基準が異なっているため(下記の「最終評価のデータ算出方法 ④備考」を参照)、ベースライン調査と、第1回中間評価以降は単純に比較できない。改善傾向となったことは、市町村の事故防止対策への意識が向上していることの表れであると考えられるが、目標値の達成に向けてはさらなる働きかけが必要な状態である。市町村合併に伴い、乳幼児健診が集中化されることが多く、より多くのスタッフによって多様な健診・相談・指導メニューを提供しやすい環境が広がっていると考えられる。また、事故防止対策として実際に実施されている内容、質についても、今後、検証を行う必要がある。				
評価	目標に向けて改善している。				
調査・分析上の課題	事故防止対策を実施しているか、ある意味で回答者の主観に頼った形で、各市町村への自記式調査で把握した数字であるため、そのことを考慮して結果を解釈する必要がある。				
残された課題	引き続き、各市町村に対して、事故防止対策の重要性を普及するとともに、実施に当たっての技術的支援を充実させる必要がある。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用等・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」
	②設問	乳幼児健康診査の際に事故防止対策事業を実施していますか。該当する欄に○をつけてください(いくつ○をつけても結構です)。 (3・4か月児健診時、1歳6か月健診時について、それぞれ回答。) 1. 会場にパネル等を展示したり、待ち時間にビデオを流している、 2. パンフレット等を配布している 3. 事故防止のための安全チェックリストを使用している、 4. 教材等を用いて個別指導を行っている 5. 内容を統一して集団指導をしている、 6. 特に内容を統一せず集団指導をしている 7. その他 8. 特に取り組みはしていない
	③算出方法	{いずれかの実施内容に○がついている市町村(回収市町村－特に取り組みはしていない－無回答)}/調査票が回収された市町村×100}で算出。
	④備考	※平成13年度による田中哲郎班による結果は、上記の「②設問」欄の選択肢3～7の取り組みを行っている市町村の割合で算定。

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-21 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合					
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
院内学級 30.1%	100%	院内学級 26.1%	院内学級 28.9%(275/952)	院内学級 37.8%(306/810)(暫定)	改善した (目標に達していないが改善した)
遊戯室 68.6%		遊戯室 37.0%	遊戯室 42.9%(382/890)	遊戯室 43.2%(281/650)(暫定)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度(社)日本病院会調べ (回答数:444病院)		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	平成17年と比較して、平成21年、平成25年と、割合が増加しているが、小児病棟を持つ病院数が減っている影響も大きく、院内学級の実数の増加はわずかであり、遊戯室の実数は減少している。				
分析	平成13年度のベースライン調査と、第1回中間評価以降と、調査対象病院の範囲が異なるため、単純な比較ができない。そこで、第1回中間評価以降の推移により評価を行うこととした。				
評価	数値が上下しており一定しない。また目標の100%には遠い。				
調査・分析上の課題	特にベースライン調査においては、比較的小児医療環境に関心のある医療機関に偏って回答している可能性もある。可能であれば、今後、病院規模や病院機能毎に分析を行うことが好ましい。				
残された課題	大幅に改善させるためには、財政的な裏付けや、教育・療育機関を含む関係機関への働きかけが必要であろう。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	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」
	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年度の取組状況についてお尋ねします。(都道府県用、政令市・特別区用) ・小児病棟を持つ病院における院内学級(養護学校の分室を含む)の設置数 (設置箇所数/小児病棟を持つ病院) ・小児病棟を持つ病院における遊戯室(プレイルーム)設置数 (設置箇所数/小児病棟を持つ病院) ※NICU、新生児病棟は小児病棟に含まない。ただし、政令市・特別区の情報は加えないください。
	③算出方法	小児病棟を持つ病院における院内学級(養護学校の分室を含む)の設置数;「設置箇所数/小児病棟を持つ病院数×100」で算出。 小児病棟を持つ病院における遊戯室(プレイルーム)設置数;「設置箇所数/小児病棟を持つ病院数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する評価・分析シート(案)

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					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-22 患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスを整備している政令市・特別区及び市町村の割合					
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
16.7%	100%	14.1% (337/2389) (政令市 39.0% (30/77) 市町村 13.3%(307/2312))	17.3%(309/1790) (政令市 32.9%(28/85) 市町村 16.5%(281/1705))	22.4%(388/1730) (政令市 37.6%(35/93) 市町村 21.6%(353/1637)) (暫定)	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年度厚生科研「地域における新しいヘルスコンサルティングシステムの構築に関する研究」(山縣然太郎班)		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	平成17年、平成21年、平成25年と改善している。				
分析	<p>指標名について、第2回中間評価までは「慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が整備されている市町村の割合」としていたが、第2回中間評価において、「在宅医療の支援体制」の定義が明確ではないことから、指標の内容をより具体的にするために指標の名称が変更された。</p> <p>高齢者関係の事業を始め、市町村の保健事業が年々増加する中で、慢性疾患児等の在宅医療の支援に市町村が十分に関与できていない例が多いと考えられる。一方で、市町村合併の急速な進展により、市町村規模の拡大傾向があるため、従来より、高度で専門的な事業を行いやすい環境になってきている。</p> <p>策定時は、第1回中間評価以降と調査方法が異なるため、この間の推移については単純な比較ができない。</p>				
評価	改善傾向であるが、目標値までは遠い。				
調査・分析上の課題	具体的には、どのような体制が整っていれば「患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスを整備している」と言えるのかについて、不明確である。市町村の回答者によって様々な考え方があることが回答に影響していると考えられる。				
残された課題	患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや、患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスの整備については、都道府県保健所による積極的な対策が必要であると考えられる。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用等・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」
	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。 「小児保健医療水準を維持・向上」のうち「慢性疾患児等の在宅医療の支援体制の整備」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	「「取り組んでいる」と回答した自治体数/回答があった全自治体数×100」で算出。
	④備考	