

1 月経障害

(1) 現状と問題点

月経障害として問題となるものには、PMS（月経前緊張症）、下腹痛・腰痛・頭痛等に代表される月経困難症、無月経等がある。また、月経困難症を引き起こす疾患として子宮内膜症や子宮筋腫等がある。ここでは特に、月経痛、月経困難症を引き起こす疾患、無月経を中心に述べることにする。

1) 月経痛

月経痛の悩みを訴える女性が多いが、症状が重い場合は、月経困難症として捉えられ、女性の学習や労働など社会活動に支障を来したり、家庭生活に影響を与える場合があり、これを放置すると不妊症等の原因となる場合がある。

全国各地域に居住する8～64歳までの女性27,106人について平成2年に行われた月経に関する調査（MSG研究会：月経研究会）によれば、月経による身体的不快症状は、月経前では腹痛(45.5%)、腰痛(31.6%)がみられ、乳房緊満感(15.4%)については月経中より感じる者が多くなっている。また、月経中では腹痛(67.3%)、腰痛(46.3%)、全身倦怠感(36.3%)などの症状が顕著であるとしている。さらに、月経前の気分の変化については、月経前は、「いらいらした」(40.3%)、「気分の変化はなかった」(39.7%)、「怒りっぽくなった」(28.3%)が多く、月経中は「いらいらした」(35.5%)、「憂うつになった」(30.8%)、「気分の変化はなかった」(24.8%)が多くなっている。

また、月経の症状については、非常に苦痛であるという者が22.6%であり、特に16～18歳が多くなっている。一方、月経痛のない者はわずか11.8%となっている。

月経痛への対応は、「横になって休む」が48.9%、「我慢する」が43.3%であるなど、消極的な対処法が高率であり、「身体を暖める」「指圧やマッサージをする」「体操をする」などの積極的な対処法を行っている者は少ない。「鎮静剤（痛み止め）を服用する」とする者は30.2%いるが、医師に相談する者はわずか0.7%となっている。

月経痛については、相当な女性が体験しているが、必ずしも適切な対処が行われているとは言えない。これは、月経障害についての知識が不足しているとともに、健康相談の場が不足していることによると考えられる。

2) 月経困難症を引き起こす疾患

①子宮内膜症（子宮腺筋症を含む）

子宮内膜症については、平成9年度の厚生科学研究費補助金による調査によると、我が国における子宮内膜症の受療患者数は約128,000人と推定されており、10歳～60歳の女性における受療率は人口10万対で298人であると報告されている。また、受療率は30代前半の女性がピークであり、20代後半から30代前半のいわゆる出産可能期で高くなっている。

また、同調査によると、症状として月経困難を訴えるものは88%であり、そのうち7

割は鎮痛剤を使用している。月経困難を訴えるもののうち鎮痛剤を使用しても日常生活に支障を来す重症のものは18%となっている。また、月経時以外の下腹部痛・腰痛は46%、性交時痛・排便痛は30%となっている。さらに、不妊を訴えるものは30%であり、調査時点における不妊期間の平均は5.3年となっている。

②子宮筋腫

子宮筋腫については、厚生省の患者調査によると、平成8年の患者数は14,000人と推計されており、近年、わずかずつではあるが増加傾向となっている。

一般に、40歳代の女性の1/4が子宮筋腫を持っていると言われており、筋腫の発生部位や大きさによって様々な症状を引き起こす。また、子宮内膜症の合併率も高い。

3) 無月経

無月経は、不妊の原因になるが、これは、過度のストレスやダイエット等が原因となる場合がある。患者調査によれば、平成8年の患者数は1,200人と推計されているが、近年、特に患者数に変化はみられない。

(2) 現在の行政の対応

1) 教育施策としての対応

学校教育における性教育は、児童、生徒の発達段階に応じて体育、保健体育、理科、家庭等の教科や道徳、特別活動などを中心に学校教育活動全体を通じて実施されており、月経についても、性教育の一環として指導されている。また、養護教諭を中心に月経に関する個別相談や指導も実施されている。

2) 保健施策としての対応

月経障害を含む女性特有の健康問題については、保健所等において、「生涯を通じた女性の健康支援事業」や一般相談等の中で、相談や指導を行っている。

3) 労働施策としての対応

労働基準法は、生理日の就業が著しく困難な女性が休暇を使用者に対して請求した場合に、その女性を就業させることを禁止している。

(3) 今後の対応の方向性

1) 適切な情報提供等

月経障害については、女性自身の知識の不足や社会の理解が進んでいないことなどから、自分一人で我慢してしまい、適切な対応が行われていない場合があること等が指摘されている。また、職場等の理解が進んでいないため仕事を休みにくい等の状況がある。このため、適切な情報提供を行い、女性の月経に関する理解を深める必要がある。

学校教育においては、月経の仕組みや月経障害について教育を行うとともに、保健施策においては、地域の保健婦等による指導やパンフレットによる情報提供等あらゆる機会を通じて知識の普及を図る必要がある。その際、月経を「女性にとって妊娠の準備状態であり、我慢しなければならないもの」と捉えるのではなく、「女性の健康状態を示す指標」であり、「その症状がひどい場合は社会生活を疎外する要因となり、治療等の対応が必要なもの」として意識させるような健康教育・相談が必要である。

特に子宮内膜症などにより症状が重い場合には、女性の活動の障害要因となる場合があるため、月経について職場や家庭での理解を深めるよう、事業主や家族への適切な情報提供が必要である。さらに、月経日に快適な生活が送れるよう、学校、職場の洗面所やトイレ等の設備面の配慮が必要である。

2) 相談機関の整備

月経については、女性が一人で悩まず身近で気軽に健康相談を受けられる体制を整える必要がある。

学校においては、児童・生徒が保健室で気軽に適切な健康相談を受けられるようにする必要がある。そのため、教職員に対する研修に、月経についての内容を盛り込むことなどにより、教職員がこれらについて正確な知識を持ち、対応できることが望まれる。また、市町村保健センター、保健所等の身近な施設の医師や保健婦、地域産業保健センター、産業医等に気軽に相談できる体制を整える必要がある。

また、職場で、月経困難にも関わらず、生理日の就業が著しく困難な女性が本来取得し得る休暇を取得できない状況を改善するためには、産業医等が月経障害に精通し、適切な助言・相談を行うことが望まれる。

3) 医療機関への受診の勧奨

重い月経痛は、子宮内膜症や子宮筋腫等の疾病が原因となっている場合があるため、医療機関受診の必要性についての情報提供を行うとともに、相談機関から医療機関に紹介する体制の整備を図り、女性が気軽に医療機関を受診し、適切な診断や処置を受けられるような体制を整える必要がある。

4) 研究の推進

月経障害については、症状の判断が難しく、個人差もあることから、十分な治療法が確立しているとはいえない。このため、月経障害については、より一層の研究を推進する必要がある。

2 不妊

(1) 現状と問題点

不妊に悩む者は、夫婦の約1割といわれ、不妊治療の進歩とともに、積極的に治療を受ける夫婦が近年増加傾向にあり、厚生科学研究費補助金による平成11年の調査によれば、現在、約285,000人の者が不妊治療を受けていると推測している。また、平成8年の日本産科婦人科学会の調査によると、体外受精の登録施設における体外受精・胚移植の実施件数は、治療周期総数では年間43,413件であり、出生児数は7,410人となっている。この数は、近年急増する傾向にあり、平成元年の約1.3倍になっている。非配偶者間人工授精（AID）については、昭和24年に我が国で開始されて以来、出生児数は約1万人に達しているといわれ、年間約200人が出生しているといわれている。

このように不妊治療が普及している一方で、多くの夫婦が不妊について様々な悩みを抱えていることが指摘されている。子どもができないことについての家族や社会からの精神的圧迫、自分自身の不安や自信喪失、不妊治療やその医療機関についての情報不足、経済的な負担が大きいことなどが指摘されている。特に男性不妊については、十分な情報が提供されておらず、まだまだ、不妊は女性の責任と考えられる傾向があることも、女性の精神的負担を大きくしている原因の一つとなっている。

また、現在、不妊治療のうち、生殖補助医療については妊娠率は一般に人工授精1回当たり約6%、体外受精で1回当たり約20%といわれ、この妊娠率は女性の年齢が高くなるほど低下するが、1回当たりの妊娠率等を含めた不妊治療に関する正しい情報が普及していないため、不妊治療に過度の期待が持たれている傾向がある。

さらに、生殖補助医療による多胎妊娠などの安全面、第三者の精子・卵子の提供等における倫理面や、出生児の法的地位が確立していないなどの法的問題を含め未解決な問題が残されている。

（2）現在の行政の対応

現在、全国9カ所において、不妊についての情報提供や悩みについての相談に応じる不妊専門相談センター事業が大学病院等に委託され実施されている。

第三者の精子、卵子の提供等を含めたわが国の生殖医療のあり方については、厚生科学審議会において安全面、倫理面、法的な面から検討が行われている。また、生殖補助医療による多胎妊娠についても、同審議会で議論されているところであるが、平成11年度の厚生科学研究費補助金により、その予防方法等の研究が行われている。

（3）今後の対応の方向性

1) 情報提供と相談体制の整備

不妊治療については、適切な情報が十分提供されておらず、女性が不安や精神的負担等を感じる原因となっている。また、リプロダクティブヘルス/ライツの観点からも、女性が出産を望む場合に必要な治療が受けられるよう、不妊治療についての適切な情報を提供するとともに、不妊の夫婦の悩みに対応するため、専門的な相談を受けられる場を整備する必要がある。

なお、不妊治療についての情報提供や相談を行う場合には、女性に子どもを生むことを強いることがないように配慮する必要がある。

2) 研究の推進

不妊治療の中でも、人工授精、体外受精といった生殖補助医療技術については、多胎妊娠の危険があるなど医学的な問題が残されていることから、不妊に悩む夫婦が安心してこれらの技術を利用できるようにするため、不妊の原因や治療についての研究をより一層推進する必要がある。

3) 治療環境の整備

生殖補助医療技術の中には、安全性や倫理的な問題が指摘されている技術もあり、また、第三者から提供された配偶子（卵子・精子）を用いた受精技術によって出生した子どもの法的な親子関係が不明確であり、これらの技術を許容するべきかどうか意見が分かれている。

こうした中で、不妊に悩む夫婦が安心してこれらの技術を利用できるようにするためには、これらの問題を整理する等の環境の整備が必要である。現在、厚生科学審議会の専門委員会を設けて、これらの問題について検討されているところであり、この議論に期待したい。

4) 経済的負担の軽減の検討

不妊治療の中でも生殖補助医療技術については、1周期当たり、配偶者間及び非配偶者間人工授精で数千円から3万円、体外受精で20数万～60万円の費用がかかると言われ、患者の大きな負担となっており、不妊に悩む人が比較的安価に不妊治療を受けられるよう、経済的負担の軽減について検討する必要がある。

3 妊娠・出産・産褥

(1) 現状と問題点

1) 妊娠・出産の現状

平成8年に妊娠した者は妊娠届出数の年次推移からみると、約125万人と晩婚化等を反映し、昭和56年の約5分の4に減少している。また、出生児数は、約120万人と昭和35年の約4分の3となっている。また、合計特殊出生率は平成10年に1.38と昭和45年の約7割となっている。

妊娠届出数の年次推移

区分	妊娠届出数(件)
昭和56年	1,500,044
昭和61年	1,433,063
平成 2年	1,261,551
平成 4年	1,257,953
平成 6年	1,278,914
平成 8年	1,250,914
平成 9年	1,268,304

出典：地域保健事業報告 厚生省

出産する者の年齢は、平成8年では、初産婦では25歳～29歳が最も多く、48.2%となっており、ついで20～24歳が23.9%、30～34歳が20.6%となっている。昭和55年では平成8年と同様25～29歳が最も多く50.5%であり、ついで20～24歳が33.9%、30～34歳が11.4%となっており、近年初産年齢が高くなっていることがわかる。また、妊娠出産した女性労働者のうち退職した者の割合は昭和46年には46.9%であったものが、平成9年では19.0%となっており、妊娠又は出産により退職する者の割合は減少している。

このように、晩婚化を反映し、女性がはじめて妊娠・出産する年齢は上昇している。また、妊娠中や出産後も働く女性が増加している。

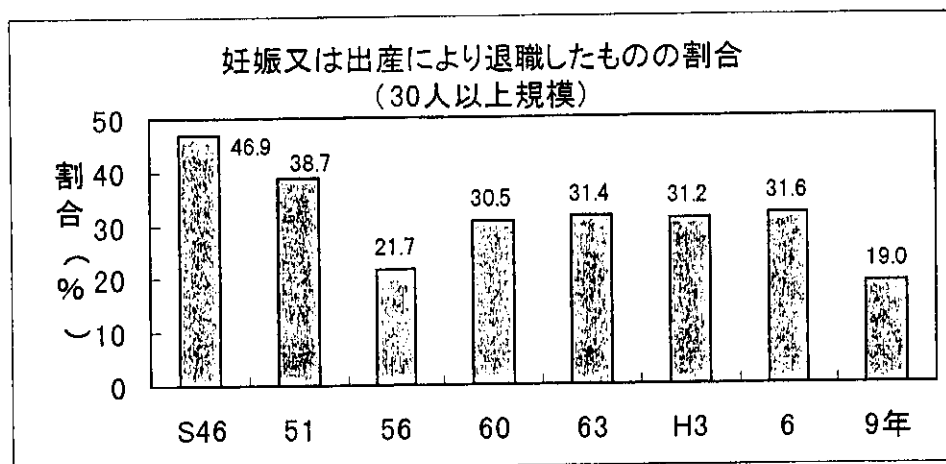
母の年齢別、出生数(昭和25年～平成9年)

年次	全年齢	15歳未満	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50歳以上	不詳	
昭和	25	2,337,507	49	56,316	624,797	794,241	496,240	278,781	81,953	4,213	311	606
	35	1,606,041	5	19,734	447,097	745,253	300,684	78,104	14,217	864	78	5
	45	1,934,239	12	20,165	513,172	951,246	358,375	80,581	9,860	523	25	280
	55	1,576,889	14	14,576	296,854	810,204	388,935	59,127	6,911	257	1	10
	60	1,431,577	23	17,854	247,341	682,885	381,466	93,501	8,224	244	1	38
平成	2	1,221,585	18	17,478	191,859	550,994	356,026	92,377	12,587	224	-	22
	7	1,187,064	37	16,075	193,514	492,714	371,773	100,053	12,472	414	-	12
	8	1,206,555	19	15,602	190,520	504,575	377,274	105,630	12,526	397	-	12
	9	1,191,665	36	16,598	182,479	496,477	374,819	107,993	12,829	407	3	24

母の年齢別、出生率(昭和25年～平成9年)

年次	全年齢	20歳未満	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45歳以上	
昭和	25	110.4	13.3	161.4	237.7	175.6	104.9	36.1	2.1
	35	63.8	4.3	107.2	181.9	80.1	24.0	5.2	0.3
	45	65.8	4.5	96.5	209.2	86.0	19.8	2.7	0.2
	55	51.8	3.6	77.1	181.5	73.1	12.9	1.7	0.1
	60	46.7	4.1	61.7	178.4	84.9	17.7	1.8	0.1
平成	2	39.2	3.6	44.8	139.8	93.2	20.8	2.4	0.0
	7	38.8	3.9	40.4	116.1	94.5	26.2	2.8	0.1
	8	39.4	3.9	40.2	112.2	97.4	27.9	3.0	0.1
	9	39.4	4.3	39.5	108.4	93.8	28.4	3.2	0.1

出典：人口動態統計 厚生省



出典：平成9年度女性雇用管理基本調査 労働省

2) 妊産婦死亡

平成9年の妊産婦死亡率は出生10万対で6.5であり、昭和55年の20.5と比べ大幅に減少している。実数で見ると平成9年は78人が死亡している。欧米先進国の妊産婦死亡率と比較すると、アメリカ7.8、ドイツ5.2と同程度であるが、カナダ3.9、スイス3.6のような低位の国に比べ高くなっている。

年齢階級別、妊産婦死亡数(昭和25年～平成9年)

	昭和25	昭和30	昭和35	昭和40	昭和45	昭和50	昭和55	昭和60	平成2	平成7	平成8	平成9
総数	4117	3095	2097	1597	1008	546	323	226	105	85	72	78
～19	121	42	28	24	12	9	6	2	1	1	-	-
20～24	693	581	393	273	149	70	29	17	8	10	3	4
25～29	999	857	711	535	352	196	85	82	35	28	26	19
30～34	899	802	518	434	274	139	116	68	25	27	21	33
35～39	890	558	336	251	167	86	59	53	23	13	17	12
40～	515	255	113	80	54	46	28	24	13	6	5	10
不詳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

諸外国の妊産婦死亡率(昭和25年～平成9年)

率(出生10万対)

国名	昭和25	昭和30	昭和40	昭和50	昭和55	昭和60	平成9
日本 ***	176.1	178.8	87.6	28.7	20.5	15.8	6.5
カナダ	113.2	75.8	32.3	7.5	7.6	4	3.9 ⁹³⁾
アメリカ	83.3	47.0	31.6	12.8	9.2	7.8	7.8 ⁹²⁾
フランス	86.1	61.1	32.2	19.9	12.9	12.0	9.3 ⁹³⁾
ドイツ	206.2	156.7	-	39.6	20.6	10.7	5.2 ⁹⁴⁾
イタリー	153.2	133.3	77.0	25.9	13.0	8.2	7.2 ⁹⁴⁾
オランダ	105.5	60.9	26.9	10.7	8.8	4.5	7.1 ⁹¹⁾
スウェーデン	61.5	49.4	13.8	1.9	8.2	5.1	5.1 ⁹³⁾
スイス	140.4	104.3	37.6	12.7	5.4	5.4	3.6 ⁹⁴⁾
イギリス **	88.2	65.7	18.0	12.8	10.7	7.0	7.9 ⁹⁴⁾
オーストリア	109.1	64.0	57.0	5.6	9.8	3.2	6.2 ⁹³⁾
ニュージーランド	90.3*	44.1	21.6	23.0	13.8	13.5	20.4 ⁹³⁾

(注)「国民衛生の動向」

* マオリ族を除く。

** 1985年まではイングランド・ウェールズの数値である。

*** 人口動態統計

91)1991 92)1992 93)1993 94)1994

出典：Journal of Health and Welfare Statistics, Vol.45, Number 10, 1998

World Health Statistics Annual, 1950～1995

また、平成9年における妊産婦死亡の原因をみると、産科的塞栓12.8%、分娩後出血9.0%、妊娠、分娩、産褥における浮腫、たんぱく尿及び高血圧性障害9.0%、前置胎盤及び（常位）胎盤早期剥離7.7%、子宮外妊娠3.8%となっている。

また、平成8年度の厚生省心身障害研究費補助金による妊産婦死亡例の実態調査では、平成3、4年において197例中で49例が陣痛促進剤を使用していたと報告されている。

3) 多胎・早産・未熟児

単胎と多胎出生の全出生に対する割合では、昭和45年では単胎99.0%、多胎1.0%であったものが、平成8年では単胎98.2%、多胎1.8%となっており多胎の増加がみられる。その原因としては、生殖補助医療技術による影響等が考えられる。日本産科婦人科学会の調査によると、生殖補助医療技術による多胎妊娠率（新鮮胚、凍結胚、顕微授精を含む）は、平成8年では18.9%となっている。

また、早産は昭和55年では4.1%であったが、平成9年には5.0%に増加しており、出生体重2,500g未満の低出生体重児が増加している。

妊娠期間別、出生数及び割合(昭和55年～平成9年)

実数

年次	総数	早期						正期 満37～41週	過期 満42週以上	不詳
		総数	満22週未満	満22～23週	満24～27週	満28～31週	満32～36週			
昭和 55	1,576,889	64,889	33	106	1,818	5,980	56,952	1,441,700	69,873	427
60	1,431,577	59,795	37	188	2,067	5,520	51,983	1,326,256	45,108	418
平成 2	1,221,585	55,231	26	194	2,092	4,710	48,209	1,145,520	20,475	359
7	1,187,064	58,293	12	277	2,095	5,067	50,842	1,114,271	14,045	455
8	1,206,555	60,321	7	303	2,031	5,047	52,933	1,131,740	14,064	430
9	1,191,665	59,356	4	293	2,112	4,863	52,084	1,117,912	13,891	506

百分率

年次	総数	早期						正期 満37～41週	過期 満42週以上
		総数	満22週未満	満22～23週	満24～27週	満28～31週	満32～36週		
昭和 55	100.0	4.1	0.0	0.0	0.1	0.4	3.6	91.5	4.4
60	100.0	4.2	0.0	0.0	0.1	0.4	3.6	92.7	3.2
平成 2	100.0	4.5	0.0	0.0	0.2	0.4	3.9	93.8	1.7
7	100.0	4.9	0.0	0.0	0.2	0.4	4.3	93.9	1.2
8	100.0	5.0	0.0	0.0	0.2	0.4	4.4	93.8	1.2
9	100.0	5.0	0.0	0.0	0.2	0.4	4.4	93.9	1.2

出典：人口動態統計 厚生省

さらに、特に出生体重1,000g未満の超低出生体重児は、昭和60年では2,154人であったものが、平成9年では2,656人となっており、近年、増加傾向にある。この原因として周産期医療技術の進歩や生殖補助医療技術の影響が考えられる。

4) 産科ケア・医療の現状

平成8年度の厚生省心身障害研究費補助金による調査によると、日本の病院、有床診療所をあわせた単位人口当たりの産科入院医療施設数は著しく多くなっている。しかし、英・米のようにオープンシステム（個人の開業医や助産婦が分娩を大きな病院で取り扱うシステム）が普及しておらず、また英・米は分娩実務を扱う医師は、昼夜に分かれた勤務体制となっているのに比べ、日本では昼間全員勤務が一般的であるなど、我が国の周産期医療体制は国際的にみて整備状況が不十分であることが指摘されている。

出生場所については、昭和35年では自宅・その他が49.9%であったものが平成9年には0.2%となり、施設内分娩（病院・診療所・助産所）が99.8%を占めている。

また、高齢妊娠やハイリスク妊娠等の増加のため帝王切開娩出術が平成2年では10%、平成8年では12%に増加している。

施設内の出産についての情報提供は、広告規制等により、産む側の女性が情報を得にくい仕組みとなっているとの指摘もある。

（2）現在の行政の対応

1) 保健施策としての対応

妊娠・出産に関しては、市町村や保健所等により、母子保健サービスが提供されている。この内容は、妊娠の届出時に母子健康手帳が交付され、妊娠・出産に関する情報提供が行われるとともに、健康記録欄により健康の自己管理が図られている。また、市町村により健康診査や母親学級や両親学級等の保健指導が実施されており、妊娠中毒症等の異常が発見された場合には、療養援護も実施されている。

ハイリスク妊娠・出産に対応するため、周産期医療体制の整備が行われており、総合周産期母子医療センター（平成10年度で全国15カ所）を中心とした地域の周産期医療ネットワークの整備が行われている。

未熟児が出生した場合には、都道府県等が指定する養育医療機関に移送し、公費負担により医療を提供する未熟児養育医療制度がある。

2) 労働施策としての対応

労働基準法において、妊娠中の女性労働者については、産前産後の就業制限、深夜業や時間外労働の免除、危険有害業務の就業制限などの規定がある。

男女雇用機会均等法において、事業主に対し、妊娠中の女性労働者の健康診査等を受ける時間の確保、医師等の指導事項を守るための措置を講ずることなどを義務付けている。また、妊娠中の労働者が、医師等の指導事項を事業主に明確に伝えることができるように「母性健康管理指導事項連絡カード」の使用が推進されている。

妊娠・出産については、高齢出産や妊娠中に働く女性が増加しているため、これらの影響について研究等を推進することにより、働く女性に対し適切な保健指導や医療を提供できるようにする必要がある。

また、周産期医療体制の整備が我が国では不十分であることから、より一層の体制整備を図る必要がある。この場合、施設の整備に加え、24時間体制等の十分な医療体制を整備するためには、施設の医師や助産婦の確保対策を講じる必要がある。多胎妊娠が増えていることから、こうした周産期医療体制の整備を推進するとともに、生殖補助医療技術における多胎の予防を図る必要がある。

さらに、陣痛促進剤の不適正使用により死亡する妊産婦も報告されていることから、陣痛促進剤についての知識の普及と投与する際のインフォームド・コンセントの徹底を図り、過剰な陣痛促進剤の使用を抑制する必要がある。

また、出産については、安全性や安心感に加え、プライバシーの確保等も含めた快適さについても妊婦のニーズが高まっていることから、WHOの勧告や出産ガイド「お産のケア・実践ガイド」などを参考にしながら、快適な出産を支援するための方策について検討する必要がある。

さらに、男女雇用機会均等法において義務付けられている健康診査等を受診するための時間の確保や労働基準法上の産前産後休業について労働者や事業主に情報の提供や周知徹底を図るとともに、母性健康管理指導事項連絡カードの普及を図る必要がある。

4 育児ストレス等

(1) 現状と問題点

産褥期の女性は、一過性の軽うつ状態といった症状のマタニティブルーとなることが少なくない。その発生頻度は欧米では全褥婦の1/2～1/3、日本では6.5%と報告されている。また、新生児を持つ女性は、慣れない育児や2～3時間毎の授乳により、精神的負担に加え身体的負担が大きい。産褥期から育児期の女性は、日々のストレスから精神障害を引き起こすことがある。さらに現在、少子化や核家族化により家庭の養育機能が脆弱化している中で、氾濫する育児情報に翻弄され、育児に自信をなくしている保護者が増加している。

ベネッセ教育研究所の平成8年の調査によると、どの職業でも5割を越える母親が中程度の不安を、また、専業主婦では23.9%が強い不安を抱いているという報告もある。

こうした育児期のストレスや精神状況の悪化は、女性の健康面に影響を与えるだけでなく、子どもが精神的に不安定になったり、子どもに対する虐待の原因となることが指摘されている。

親の職業と育児不安の関係

(%)

		育児不安の程度		
		高不安	中不安	低不安
母親の 職業	専業主婦	23.9	55.8	20.3
	フルタイム	12.6	54.4	33.0
	パートタイム	14.6	66.1	19.3
	自営業	15.3	57.7	27.0

(注1)育児不安の欄の「高不安」「中不安」「低不安」は、育児に関して「時々子どもをヒステリックにしかってしまう」「子どもが思い通りに育っていない」などの5項目の回答結果を点数化し、育児不安の高さによって3群に分けている。

(注2)東京、千葉、埼玉の幼稚園児、保育園児、小学1年生を持つ母親約15,000人を対象に調査

出典：平成8年 ベネッセ教育研究所

(2) 現在の行政の対応

1) 保健・福祉施策としての対応

ア) 母子保健施策

育児ストレスに関しては、新生児の訪問指導や乳幼児健康診査の機会に保健婦等が保護者の悩みの相談に応じている。また、母子相互作用等についての調査研究を進めるため、厚生科学研究費補助金により、「妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究」を行っている。

イ) 保育施策

保育所においては、一時保育の対象となる理由に、平成8年度から、「保護者が育児に伴う心理的・肉体的負担を解消するため」などの理由が加えられた。

また、一部の保育所においては、平成5年から「地域子育て支援センター事業」として、在宅で子育てをする親からも育児に関する相談に応じるとともに、地域の子育てサークルへの保育室等の開放、子育て講習会などの開催、ベビーシッターなどの情報提供を実施する等、地域における育児支援を行っている。

さらに、平成9年の児童福祉法改正により、全ての保育所において、在宅で子育てをする親からも育児相談に応じるなどの子育て支援に努めることとされた。

ウ) 少子化対策

厚生省では少子化対策として、平成11年3月に、子育て支援のための小冊子「それでいいよ だいじょうぶ」を600万部作成し、乳幼児を持つ保護者等に配布しており、これにより、保護者の育児の悩みに応え、保護者を勇気づけることにより、保護者の育児不安の解消を図っている。

また、育児は男性の協力も必要であることから、若者の間で人気の高いダンサーSAM氏とその息子（同氏と歌手の安室奈美恵氏の子ども）を起用し「育児をしない男を父とは呼ばない。」をコピーとするポスターを作成・配布するとともに、テレビ・新聞等の媒体を使つての啓発活動が行われた。

2) 教育施策としての対応

文部省では、一人一人の父親、母親が家庭を見つめ直し、それぞれ自信を持って子育て

に取り組んでいく契機とするため、家庭でのしつけのあり方などを盛り込んだ「家庭教育手帳」を500万部作成し、平成11年4月から、乳幼児期の子どもを持つ親に対して、市町村の乳幼児健康診査等の機会などを活用して配布している。

また、家庭教育に関する悩みや不安を抱く親に対して適切なアドバイスを行えるよう、都道府県教育委員会において家庭教育に関する電話相談窓口を開設するとともに、平成10年度からは、家庭教育に関して専門的な知識や能力を有するカウンセラーを活用し、相談体制の充実強化を図るための調査研究を実施している。

(3) 今後の対応の方向性

育児不安等については、身近な機関で気軽に保護者等が相談できる機会を増やす必要がある。また、育児不安の解消には、育児経験を積んだ女性との交流が効果的であると考えられるため、こうした女性を相談等の場に活用したり、特に肉体的、精神的に負担が大きい産褥期に、家庭において、相談や家事の援助が受けられるような体制づくりを検討する必要がある。

また、女性ばかりに育児を押しつけることが女性の育児ストレスの原因となると考えられることから、少子化対策の観点からも男性の育児参加を促進する必要がある。このため、時間外労働や休日労働を減じる措置の強化、職場優先の企業風土の見直し、性別による固定的な役割分担（意識）の解消等、総合的な対策を検討する必要がある。

さらに同じ悩みを抱える女性たちの交流を広げることも育児ストレスの解消には効果があると思われることから、孤立化しやすい在宅で子育て中の女性がサークル活動を行うことに対する支援等を行うことも検討する必要がある。

そして、家庭教育に関する悩みや不安を抱く親が、1日の家事や仕事を終えた後に相談したり、夜間、精神的に不安定になるようなケースにも対応できるようにするために、家庭教育に関する電話相談の開設時間を夜間・深夜にまで延長していくことが望まれる。

第3節 閉経期以降

1 更年期障害

(1) 現状と問題点

更年期障害は、加齢による卵巣ホルモンの減少が原因で生じ、その症状は血管運動神経系症状（のぼせ、発汗、動悸など）、精神神経系症状（憂うつ、不眠など）、運動器系症状（肩こり、腰痛、関節痛など）、泌尿・生殖器系症状（外陰部・ の萎縮性変化）に分類される。

岐阜大学の杉浦等が行った35歳～65歳の女性1,275人を対象としたアンケート調査結果によると、現在更年期であると自覚している者（現更年期群）については、頭痛・肩こりは68.1%、疲れやすいは60.5%、ほてり・のぼせは43.7%、イライラは4

5.4%の者が自覚している。

更年期障害は、この時期の女性にとって通常みられる症状であり、自覚症状には個人差があるが、症状が重い場合には、女性の労働など社会活動に支障を来したり、家庭生活に影響を与える場合がある。

更年期障害については、老化現象の一つとして放置されている場合があるが、適切な医療や相談を受けることにより改善されることもある。しかし、現時点においては情報の不足により更年期障害に関する女性の知識が十分でなく、また、相談の場も不足しており、更年期障害に対する適切な対応が十分なされていない。

身体及び精神症状の出現率の比較(更年期の自覚別)

症状	未更年期群 739人(75.3%)	現更年期群 158人(16.1%)	過更年期群 74人(7.5%)
頭痛・肩こり	33.8(%)	68.1(%)	54.7(%)
疲れやすい	33.9	60.5	34
腰痛・背部痛	17.3	36.1	20.8
ほてり・のぼせ	5.7	43.7	49.1
イライラ	13.8	45.4	26.4
手足の冷え	13.3	31.1	30.2
汗をかきやすい	6.8	37.8	47.2
動悸がする	7.9	34.5	28.3
憂うつな気分	10.3	35.3	17.0
何となく不安	8.4	29.4	15.1
下痢や便秘	11.1	24.4	7.5
悩むことが多い	10.6	21.0	11.3

出典：杉浦 浩子他 35～65歳の女性の更年期の自覚、健康意識および身体・精神症状について、
日本更年期医学会雑誌、6(2)、179-185, 1998

(2) 現在の行政の対応

保健施策としては、「生涯を通じた女性の健康支援事業」により、保健所等において、更年期障害を含む女性特有の健康状況に応じた相談や指導が行われている。

(3) 今後の対応の方向性

1) 適切な情報提供

更年期障害については、その症状等によっては適切な医療や相談を受けることにより改善されることもあるため、生活指導、運動療法、食事摂取、ホルモン補充療法や漢方薬投与等に関する適切な情報提供を行い、理解を深める必要がある。このため、地域の保健婦等による指導やパンフレット等による情報提供の機会を増やす必要がある。

また、更年期障害は、社会の理解が進んでいないために社会生活に不適合を来す可能性もあり、今後、職場や家庭での理解を深めるため、女性のみならず、事業主や家族への適切な情報提供が必要である。

2) 相談機関の整備

女性が一人で悩まず身近で気軽に健康相談を受けられるよう、保健所、市町村保健センター等の身近な施設の医師や保健婦、職場では産業医や地域産業保健センターなど専門機関に相談できる体制を整える必要がある。

3) 医療機関への受診の勧奨

重い更年期障害は、医療機関において適切な診断や治療を受けることが必要であることから、相談機関から医療機関に紹介する体制を整備するとともに、治療に関する情報を提供していく必要がある。

4) 研究の推進

更年期障害については、個人差が大きく、症状も様々である。そのため、その病態の解明や治療方法に関する研究はもとより、相談体制の構築等も含め、その対応方法について検討していく必要がある。

2 骨粗しょう症

(1) 現状と問題点

骨粗しょう症は、加齢による骨量の減少等により骨構造の脆弱性が増大する疾病であり、転倒から骨折し寝たきりの状態になる場合もある。

東京都老人総合研究所の鈴木らの平成6年の調査によれば、骨量を減少させる要因として、若い女性では無理なダイエットによるカルシウム摂取の不足、閉経期の女性では、閉経そのもの、すなわち急激な女性ホルモンの減少があげられている。

また、骨粗しょう症の予防には、若い頃からのカルシウムの摂取に加え、適度な運動、バランスの良い食事が必要であることが指摘されている。さらに、超高齢化社会に向け、高齢者の骨折による寝たきりを防ぐためには、家庭内はもとより、社会全体として転倒防止のための注意や工夫、環境整備が重要である。

また、平成8年の患者調査によれば、骨粗しょう症の受療者数は489,000人であり、平成9年の国立社会保障・人口問題研究所の日本の将来推計人口によると、その潜在的なり患者数は平成12年には1,100万人に達すると予測している。

(2) 現在の行政の対応

老人保健事業における重点健康教育で骨粗しょう症等の予防健康教育を実施するとともに、40歳と50歳の女性を対象に総合健診（節目健診）において、骨粗しょう症健診を実施している。

(3) 今後の対応の方向性

骨粗しょう症については、特に若い時からの食生活の乱れなどが原因となると考えられるため、早い時期から骨粗しょう症についての知識の普及を図り、食生活についての注意を喚起する必要がある。このため、食事について、学校教育や親への指導、PTA活動などを通じた家庭への働きかけが必要である。

また、この疾病の予防を図るためには、若い時期から骨量の測定の機会を提供することについて検討する必要がある。さらに、予防のための保健指導のなかに、ストレッチ等の運動療法についても盛り込むことが必要である。

第3章 今後、重点を置くべき生涯を通じた女性の健康施策のあり方について

以上のように、女性の生涯の各ステージごとの健康についての現状と問題点、それに対する施策について、分析・評価し、今後の対応のあり方を検討してきた。これらを踏まえ、今後、重点を置くべき生涯を通じた女性の健康支援施策のあり方について提言する。

今後、厚生省はこの提言を踏まえ、関係省庁と連携し、これらの施策の推進に努めることが望まれる。

1 各省庁総合的、横断的、計画的な生涯を通じた女性の健康施策の推進体制の創設

これまでみてきたように、女性には生涯の各ステージごとに様々な健康課題があり、リプロダクティブヘルス/ライツの観点から踏まえ、保健施策、教育施策、労働施策等の多様な施策手段により、総合的、横断的、計画的な対策を講じる必要がある。

このため、政府においては、厚生省、文部省、労働省、警察庁、総理府等の関係省庁が参集する女性の生涯を通じた健康施策についての連携の場を設けること等により、総合的、横断的、計画的に女性の健康施策を推進すべきである。

2 女性の健康施策の目標と具体的施策の提言

生涯を通じた女性の健康支援施策を強力に推進していくため、今後10年間で達成すべき目標と具体的に実施すべき施策を提言する。

(1) 生涯を通じた女性の健康支援体制の確立

目標：広く情報提供を行い、全国民にリプロダクティブヘルス/ライツの意識の浸透を図る。

1) リプロダクティブヘルス/ライツに関する知識等の普及

- ①人生の思春期、出産可能期、閉経期以降といった、各ステージごとの健康課題に関する情報を掲載したリプロダクティブヘルス手帳を作成し、思春期の女性を中心に配付し、生涯を通じた女性の健康づくりについての知識と理解を高めるとともに、人間関係の築き方についての学習を促進する。
- ②学校教育における性教育の充実、社会教育における性に関する学習機会の充実を図る中で、リプロダクティブヘルス/ライツ等に関する知識の普及を図る。
- ③教師や保健所、市町村保健センター等の担当職員に対する研修を強化する。
- ④医師会、看護協会、助産婦会等の関係団体の協力も得て、医師、保健婦、助産婦等に対する研修会等を開催し知識の普及を図る。
- ⑤母子保健推進員、愛育班員などのボランティアの資質向上を図る。
- ⑥関係機関や関係団体が連携して、リプロダクティブヘルス/ライツに関するシンポジウムや講演会等を開催する。

2) 「生涯を通じた女性の健康支援事業」の拡大

- 「生涯を通じた女性の健康支援事業」を行う保健所等の数の拡大や健康教育等の内容の充実を図り、避妊、月経困難症、不妊、更年期障害等について適切な情報の提供と相談体制の確保を図る。

(2) 望まない妊娠の予防

目標：人工妊娠中絶件数を1/2に減少させる。特に、10代の人工妊娠中絶件数を減少傾向に転じさせる。

1) 思春期の子どもたちに対する性教育の推進

- ①新しい学習指導要領に基づき、小・中学校、高等学校における性教育を一層推進する。
- ②小・中、高等学校の保健、特別活動、総合的学習等において医師、保健婦、助産婦等の専門家を特別非常勤講師として活用して授業を行うなど指導方法の工夫改善を図る。
- ③性やその相談についての養護教諭等の研修を推進する。

2) 女性が主体的に避妊するための支援

- ①低用量経口避妊薬（ピル）や銅付加IUD等、女性が主体的に使うことができる避妊具に関する知識の普及や正しい使用方法についての指導が受けられるよう努力するとともに、フィーメール・コンドーム等を含め、避妊具の選択肢の拡大を図る。
- ②避妊や人工妊娠中絶についての情報提供、日常生活上の注意点等を盛り込んだ小冊子の配付を行うとともに、保健所、市町村保健センターや医療機関における保

健指導やカウンセリングを推進する。

- ③反復中絶を避けるためにも、人工妊娠中絶後の保健指導は重要であり、母体保護法指定医の研修等を通じて中絶後の指導の推進を図る。
- ④関係各団体や女性団体等と協力して、性や避妊、人工妊娠中絶に関する議論を通じて、女性の生き方や健康等について考えるフォーラムを開催する。

(3) 安全で快適な妊娠・出産の実現

目標：妊産婦死亡率を1/2に減少させる。

1) 妊産婦死亡率の改善

- ①総合周産期母子医療センターを早急に全都道府県に最低1ヶ所設置する。
- ②総合周産期母子医療センターを核として、各都道府県に数ヶ所設置される地域周産期母子医療センターとのネットワーク化を図る。

2) 早産の予防

- ①原因究明とその予防に関する研究を推進する。
- ②総合周産期母子医療センターの早急な全国整備と各都道府県における周産期医療システムの確立を図る。

3) 多胎の予防

- 生殖補助医療における多胎防止の研究を推進する。

4) 働く女性の妊娠・出産への支援

- ①働く女性に対し、適切な保健指導や医療を提供できるよう、労働が妊娠・出産に与える影響に関する研究を推進する。
- ②働く女性が妊産婦のための健康診査や保健指導を受けやすくするための環境づくりを推進するとともに、その指導事項を事業主に正確に伝達し適切な措置が講じられるよう、母性健康管理指導事項連絡カードの普及を図る。

5) 快適な出産の普及のための支援

- 関係団体との協力のもと、出産に係る医療についてのインフォームド・コンセントや自己決定の支援を図る。

3 新たな課題への対応

生殖補助医療技術の医学的、倫理的、社会的問題に関する検討や、性的虐待に関する研究を推進する。

WHO 出産科学技術についての勧告

WHO Report ICP/MCH 102/m02(S)1301K 10 June 1985

Joint International Conference on Appropriate Technology for Birth

Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985

WHO のヨーロッパ地域事務局及びアメリカ地域事務局は、南北アメリカとヨーロッパから、助産婦、産科医、小児科医、保健行政に関わる政府関係者、社会学者、心理学者、経済学者、サービスの受け手からなる 60 余名の参加者を迎え、合同会議を開催しました。そして、以下の原則に基づく多数の勧告が採決されました。

*すべての妊婦は、適切なケアを受ける基本的な権利を持ちます。

*あらゆる面において、ケアの中心的役割を演じるのは女性です。女性は、ケアの計画、実行、評価にも参加します。

*適切なケアとは何かを理解し、それを実施するうえで、社会的、心情的、心理的要素はとても大切です。

□勧告

1. 医療サービスおよび商業市場への科学技術導入に対し、保健関係省庁は具体的な方針を打ち出すべきです。
2. 出産に使われる科学技術の評価について、国々は、共同研究を実施する方向へ向かうべきです。
3. 女性一人一人が自分の望むタイプのケアを選択できるように、出産のさまざまな処置に関する情報は、広く社会に知らせなければなりません。
4. 女性の相互援助グループは、特に出産に関しては、社会的支援と知識伝達の仕組みとして、なくてはならないものです。
5. 非公式の周産期ケア・システム（伝統的助産者を含む）については、それが存在する場所では正規のシステムと共存するべきです。母親のためを考え、協力関係を維持しなければなりません。このような関係は、どちらかが優位に立つことなく平等に確立されるなら、大変高い効果が期待できます。
6. 出産ケアに携わる人の養成は、その社会的、文化的、文化人類学的、倫理的な知識が深まる教育をめざすべきです。
7. 専門職としての助産婦あるいは出産立ち会い者の養成は奨められるべきです。正常に経過している妊娠、出産、産後のケアは、この人たちの職務であるべきです。
8. 科学技術の査定は、病理学者、社会科学者、保健行政当局といった、その技術を使うあらゆる人々を交えて学際的に行われるべきです。また、技術を使われる女性も、査定の計画、評価、および結果を広く知らせる行動に関わるべきです。査定の結果は、調査に関わったすべての人々に知らされるとともに、調査が行われた地域社会にも還元されるべきです。
9. 病院の産科診療内容についての情報は（帝王切開率など）、一般利用者に公開されなければなりません。
10. 母親になる女性の心の健康を確保するために、お産には産婦が選んだ人が自由に立ち会い、産後も、産後も簡単に面会できるようにするべきです。
11. 母親と赤ちゃんの状態が良い時は常に、健康な新生児は母親と一緒にいるべきです。いかなる観察

も、健康な新生児を母親から離す理由にはなりません。

12. 母乳保育の開始は、母親が分娩室を出る前から奨められるべきです。
13. 周産期死亡率が世界的に見て最も低いレベルにある国々は、帝王切開率が10%以下です。いかなる地域においても、10~15%以上の帝王切開率が不当であることは明らかです。
14. 子宮下部横切開による帝王切開の経験者は次も帝王切開が必要であるとする考えには、確証がありません。緊急手術の可能な場所であれば、普通は帝王切開経験者にも経膈分娩を奨めるべきです。
15. 出産中、誰にでも分娩監視装置を用いることが良い結果を生むという確証はありません。分娩監視装置は、注意深く選ばれた医学的なケース（高い周産期死亡率に関わるような）および誘発分娩に限定して使われるべきです。電子胎児監視装置とそれを使用する適正なスタッフが得られる国では、この装置によって恩恵を受け得る特定の女性を選び出すための調査を行うべきです。その結果が判明するまで、国営医療機関は、この装置の新規購入を控えるべきです。
16. 剃毛と出産前の浣腸は必要がありません。
17. 陣痛中、および出産の時に、女性に砕石位の体位をとらせてはいけません。陣痛中は歩き回ることが奨められるべきですし、生まれる時にどんな体位をとるかは、それぞれの女性が自由に決められるべきです。
18. 会陰切開を慣例的に行うことは、正当ではありません。他の方法による会陰部の保護が検討され、行われるべきです。
19. 出産は、社会的な便宜のために誘発されてはならず、陣痛の誘発は特定の医学的適応が認められる場合にのみ行なわれるべきです。いかなる地域においても、誘発率は10%を超えるべきではありません。
20. 出産中は、問題の解決あるいは予防のため特に必要でない限り、鎮痛剤および麻酔薬の慣例的な使用は避けるべきです。
21. 通常、出産が最終段階に至るまで、破水は起きなくて構いません。誰にでも早期に人工破膜を行うことには、科学的な正当性はありません。

□勧告の実施について

1. 政府は、保健関連省庁において、適切な出産科学技術アセスメントを奨励し、調整するための部門を明確にするべきです。
2. 財政機関は、科学技術の乱用を阻止するために、財政上の規制を行うべきです。
3. 科学技術に対し厳正な態度で向かい、出産ケアの心情的、心理学的、社会的側面を尊重する態度をとる出産施設は、その存在が明らかにされるべきです。このような施設は奨励され、その方法が学ばれて、他の施設においても同様な態度が育ち、国内の産科の見解に影響を与えるモデルとなるべきです。
4. 出産科学技術アセスメントの結果は、専門家の行動を変化させ、ケアの受け手および一般市民が意思決定を行う際の基本的概念を提供するため、広く知られるべきです。
5. 政府は、新しい出産科学技術は、適切な査定が行われた後にのみ使用が許可されるという規制について考慮すべきです。
6. 医療関係者、当局、ケアの受け手、女性グループ、報道関係者が集まり、国あるいは地域レベルで出産について討議する会議は奨励されるべきです。

WHO が推進するお産のケア、実践ガイド

- A 明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと
1. どこで、誰の立ち会いで出産をするのかについて、妊婦が個人的に立てる計画をいっしょに作り、夫/パートナーと、適切な場合には家族にも（その内容を）知らせること。
 2. 妊娠のリスクの査定を、産前健診のたびごとに、そして陣痛が始まって初めて介助者と接触してから出産が終わるまで、再評価を重ねながら行うこと。
 3. 出産の全過程の間、そして終了時に産婦の心身の健康状態を監視すること。
 4. 産婦に飲み物を進めること。
 5. 出産する場所について、女性のインフォームド・チョイスを尊重すること。
 6. 出産ができそうな安全な場で、しかも女性が安心して自信が持てる場であれば、（医療を提供できる場の中でも）もっとも末端に位置する場で出産のケアを提供すること。
 7. 出産する場所で、産婦がプライバシーを保つ権利を尊重すること。
 8. 出産中、ケアの提供者が温かく（産婦を）サポートすること。
 9. 出産中に、産婦につきそう人（の存在）を、産婦の選択として尊重すること。
 10. 女性が求めるかぎりの情報と説明を提供すること。
 11. マッサージやリラクソスの技法などの、からだを侵したり薬剤を使ったりしない方法で出産の痛みを軽減すること。
 12. 断続的な聴診によって、胎児の監視を行うこと。
 13. 出産に使われる使い捨ての器具は一回に限って使用することにし、再利用できる器具は適切な方法で汚染のないようにすること。
 14. 内診、赤ちゃんの娩出の介助、そして胎盤を扱うときには手袋を着用すること。
 15. 出産のはじめから終わりまで、（産婦の）姿勢と動きを自由にすること。
 16. 出産中、あおむけ以外の姿勢をすすめること。
 17. WHO のパルトグラムを使うなどして分娩の進行を注意深く監視すること。
 18. 分娩後出血のリスクがある女性、又は少量の出血でも危険が及ぶと思われる女性に対して、分娩第三期に予防的にオキシトシンを投与すること。
 19. 臍帯（へその緒）を切断するときに無菌状態にすること。
 20. 赤ちゃんが低体温に陥ることを防ぐこと。
 21. 母親と赤ちゃんが早期に肌と肌を触れ合って接触し、WHO の母乳育児のためのガイドラインに添って、産後一時間以内に授乳を開始できるように

サポートをすること。

22. 慣例的に（娩出された）胎盤と卵膜の検査を行うこと。

B 明らかに害があったり効果がないので、やめるべきこと

1. 慣例的に浣腸を行うこと。
2. 慣例的に剃毛を行うこと。
3. 出産中、慣例的に静脈点滴を行うこと。
4. 慣例的に静脈に予防的にカテーテルをさし込んでおくこと。
5. 産婦を慣例的にあおむけの姿勢にすること。
6. 肛門からの内診をすること。
7. X線を使って骨盤計測を行うこと。
8. 赤ちゃんが誕生する前まで、薬理効果を制御できないかたちで、子宮収縮剤を投与すること。
9. 出産中、足を足台に乗せる乗せないにかかわらず、慣例的に碎石位をとること。
10. 分娩第二期に（産婦に）指示をして、息を止めて長くいきませる（バルサルバ法）こと。
11. 分娩第二期に、会陰を伸ばしたりマッサージをすること。
12. 分娩第三期に、出血の予防、または止血のためにエルゴメトリンの経口剤を投与すること。
13. 分娩第三期に、慣例的に非経口的にエルゴメトリンを投与すること。
14. 慣例的に、赤ちゃんの娩出後に子宮の洗浄をすること。
15. 慣例的に、赤ちゃんの娩出後に子宮を（手探りで）検査すること。

C 十分な確証がないので、まだはっきりとすすめることができないこと（研究によって問題点が明らかになるまでは、慎重にすべきです）

1. 出産の痛みを軽減するために、ハーブを使ったり、水に浸かったり、神経を刺激すること。
2. 分娩第一期に、慣例的に人工破膜をすること。
3. 出産中に、子宮底を圧迫すること。
4. 分娩のときに児頭を操作したり、会陰保護操作を行うこと。
5. 娩出のときに胎児を積極的に操作すること。
6. 分娩第三期に慣例的に、オキシトシン投与、臍帯牽引のどちらかか両方を行うこと。
7. へその緒を早期に結紮すること。
8. 分娩第三期に、子宮収縮を促すために乳首を刺激すること。

D しばしば不適切に使われたり、不適切に実施されること

1. 出産中に食べ物と水分摂取を制限すること。
2. 産痛の緩和のために、全身性の鎮痛剤を投与すること。
3. 産痛の緩和のために、硬膜外麻酔を使用すること。
4. 分娩監視装置。
5. 出産に立ち会うときに、マスクと滅菌服を着けること。
6. 特に複数の介助者によって、繰り返し、または頻繁に内診を行うこと。
7. オキシトシンを使って分娩促進を行うこと。
8. 分娩第二期の始まりに、慣例的に産婦を別の部屋に移動させること。
9. 導尿。
10. 子宮口が全開大か全開大に近いと診断されてから、産婦自身がいきみたいと感じる前にいきませること。
11. 母児の状態が良く、分娩が進行しているときに、例えば一時間といった規定された分娩二期の制限時間に固執すること。
12. 手術的な娩出。
13. 会陰切開を多用する、または慣例的に行うこと。
14. 娩出後、子宮を手探りで検査すること。

出典

WHO の 59 ケ条お産のケア実践ガイド：戸田 律子訳、農文協、1997
原文：“Care in normal birth: a practical guide” WHO 1996

年齢別月経中の身体的不快症状(複数回答)

年齢(歳)	頭痛	腹痛	腰痛	手足の痛み	全身的な痛み	その他の痛み	腹がはる
8	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
9	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10	1 (5.6)	11 (61.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
11	17 (10.6)	91 (56.5)	11 (6.8)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (3.7)
12	77 (11.7)	418 (63.6)	110 (16.7)	12 (1.8)	10 (1.5)	6 (0.9)	33 (5.0)
13	143 (12.2)	714 (61.1)	249 (21.3)	13 (1.1)	30 (2.6)	4 (0.3)	101 (8.6)
14	306 (12.2)	1739 (69.6)	753 (30.1)	33 (1.3)	58 (2.3)	23 (0.9)	266 (10.6)
15	184 (9.7)	1415 (74.3)	769 (40.4)	22 (1.2)	40 (2.1)	17 (0.9)	233 (12.2)
16	270 (9.2)	2190 (74.7)	1324 (45.2)	48 (1.6)	95 (3.2)	27 (0.9)	492 (16.8)
17	204 (9.5)	1620 (75.2)	1024 (47.5)	27 (1.3)	49 (2.3)	24 (1.1)	412 (19.1)
8	135 (9.3)	1090 (74.9)	785 (53.9)	18 (1.2)	27 (1.9)	12 (0.8)	302 (20.7)
19	244 (9.8)	1820 (73.2)	1415 (56.9)	43 (1.7)	45 (1.8)	39 (1.6)	632 (25.4)
20-24	469 (10.3)	3356 (73.7)	2789 (61.2)	89 (2.0)	99 (2.2)	58 (1.3)	1135 (24.9)
25-29	227 (13.8)	1133 (68.8)	991 (60.2)	23 (1.4)	27 (1.6)	12 (0.7)	435 (26.4)
30-34	191 (13.3)	845 (58.6)	747 (51.8)	22 (1.5)	13 (0.9)	20 (1.4)	423 (29.4)
35-39	211 (13.2)	789 (49.4)	710 (44.4)	29 (1.8)	11 (0.7)	13 (0.8)	511 (32.0)
40-44	176 (15.4)	498 (43.5)	444 (38.8)	8 (0.7)	11 (1.0)	9 (0.8)	351 (30.7)
45-49	121 (17.0)	271 (38.0)	242 (33.9)	5 (0.7)	2 (0.3)	6 (0.8)	217 (30.4)
50-54	56 (16.4)	115 (33.6)	109 (31.9)	6 (1.8)	2 (0.6)	1 (0.3)	115 (33.6)
55-59	12 (15.4)	37 (47.4)	28 (35.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.3)	19 (24.4)
60-64	2 (28.6)	4 (57.1)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (42.9)
不詳	21 (14.9)	87 (61.7)	56 (39.7)	3 (2.1)	3 (2.1)	0 (0.0)	33 (23.4)
総数	3068 (11.3)	18245 (67.3)	12560 (46.3)	403 (1.5)	522 (1.9)	272 (1.0)	5720 (21.1)

年齢(歳)	乳房がはる	乳房の不快感	手足の浮腫	全身のだるさ	その他	不快なことはない
8	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10	1 (5.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (27.8)
11	3 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (17.4)	4 (2.5)	45 (30.0)
12	7 (1.1)	4 (0.6)	1 (0.2)	136 (20.7)	17 (2.6)	128 (19.5)
13	18 (1.5)	5 (0.4)	2 (0.2)	326 (27.9)	48 (4.1)	181 (15.5)
14	51 (2.0)	22 (0.9)	18 (0.7)	810 (32.4)	95 (3.8)	274 (11.0)
15	53 (2.8)	24 (1.3)	11 (0.6)	669 (35.1)	72 (3.8)	150 (7.9)
16	97 (3.3)	24 (0.8)	27 (0.9)	1105 (37.7)	103 (3.5)	203 (6.9)
17	97 (4.5)	21 (1.0)	21 (1.0)	864 (40.1)	95 (4.4)	139 (6.5)
8	104 (7.1)	19 (1.3)	24 (1.6)	544 (37.4)	89 (6.1)	96 (6.6)
19	253 (10.2)	58 (2.3)	50 (2.0)	1007 (40.5)	190 (7.6)	150 (6.0)
20-24	619 (13.6)	152 (3.3)	126 (2.8)	1913 (42.0)	520 (11.4)	210 (4.6)
25-29	195 (11.8)	42 (2.6)	70 (4.3)	635 (38.6)	189 (11.5)	74 (4.5)
30-34	103 (7.1)	41 (2.8)	62 (4.3)	536 (37.2)	139 (9.6)	75 (5.2)
35-39	100 (6.3)	32 (2.0)	67 (4.2)	555 (34.7)	133 (8.3)	101 (6.3)
40-44	91 (8.0)	31 (2.7)	46 (4.0)	361 (31.6)	109 (9.5)	100 (8.7)
45-49	61 (8.6)	26 (3.6)	39 (5.5)	214 (30.0)	48 (6.7)	80 (11.2)
50-54	44 (12.9)	12 (3.5)	18 (5.3)	62 (18.1)	26 (7.6)	41 (12.0)
55-59	14 (17.9)	1 (1.3)	1 (1.3)	14 (17.9)	4 (5.1)	11 (14.1)
60-64	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (14.9)	4 (57.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
不詳	9 (6.4)	4 (2.8)	2 (1.4)	50 (35.5)	8 (5.7)	14 (9.9)
総数	1923 (7.1)	519 (1.9)	586 (2.2)	9834 (36.3)	1889 (7.0)	2077 (7.7)

主なる人口動態統計と人口 (明治32~平成9年) I

実数 Number

年次 Year	人口 Population	出生 Live births	死亡 Deaths	自然増加 Natural increase	乳児死亡 Infant deaths	新生児死亡 Neonatal deaths	周産期死亡 Perinatal deaths	妊産婦死亡 Maternal deaths	死産* Fetal deaths			(参考) 周産期死亡** (Reference) Perinatal deaths
									総数 Total	自然死産 Spontaneous	人工死産 Artificial (legal and therapeutic)	
1899 明治32	43 404 000	1 386 981	932 087	454 894	213 359	108 077	...	6 240	135 727	...	...	...
1900 33	43 847 000	1 420 534	910 744	509 790	220 211	112 259	...	6 200	137 987	...	...	...
1905 38	46 620 000	1 452 770	1 004 661	448 109	220 450	103 382	...	6 185	142 092	...	...	...
1910 43	49 184 000	1 712 857	1 064 234	648 623	276 136	126 910	...	6 228	157 392	...	...	...
1915 大正4	52 752 000	1 799 326	1 093 793	705 533	288 634	125 337	...	6 452	141 301	...	...	...
1920 9	55 963 053	2 025 564	1 422 096	603 468	335 613	139 681	...	7 158	144 038	...	...	...
1925 14	59 736 822	2 086 091	1 210 706	875 385	297 008	121 238	...	6 309	124 403	...	...	...
1930 昭和5	64 450 005	2 085 101	1 170 867	914 234	258 703	104 101	...	5 681	117 730	...	...	...
1935 10	69 254 148	2 190 704	1 161 936	1 028 768	233 706	97 994	...	5 698	115 593	...	...	...
1940 15	71 933 000	2 115 867	1 186 595	929 272	190 509	81 869	...	5 070	102 034	...	...	...
1945 20	71 998 100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1947 22	78 101 473	2 678 792	1 138 238	1 540 554	205 360	84 204	...	4 488	123 837	...	...	...
1950 25	83 199 637	2 337 507	904 876	1 432 631	140 515	64 142	...	4 117	216 974	106 594	110 380	108 843
1955 30	89 275 529	1 730 692	693 523	1 037 169	68 801	38 646	...	3 095	183 265	85 159	98 106	75 918
1960 35	93 418 501	1 606 041	706 599	899 442	49 293	27 362	...	2 097	179 281	93 424	85 857	66 552
1961 36	94 285 000	1 589 372	695 644	893 728	45 465	26 255	...	1 914	179 895	96 032	83 863	65 063
1962 37	95 178 000	1 618 616	710 265	908 351	42 797	24 777	...	1 813	177 363	97 256	80 107	62 650
1963 38	96 156 000	1 659 521	670 770	988 751	38 442	22 965	...	1 701	175 424	97 711	77 713	60 049
1964 39	97 186 000	1 716 761	673 067	1 043 694	34 967	21 344	...	1 699	168 046	97 357	70 689	56 827
1965 40	98 274 961	1 823 697	700 438	1 123 259	33 742	21 260	...	1 597	161 617	94 476	67 141	54 904
1966 41	99 056 000	1 360 974	670 342	690 632	26 217	16 296	...	1 266	148 248	83 253	64 995	42 583
1967 42	99 637 000	1 935 647	675 006	1 260 641	28 928	19 248	...	1 365	149 389	90 938	58 451	50 846
1968 43	100 794 000	1 871 839	686 555	1 185 284	28 600	18 326	...	1 275	143 259	87 381	55 878	45 921
1969 44	102 022 000	1 889 815	693 787	1 196 028	26 874	17 116	...	1 094	139 211	85 788	53 423	43 419
1970 45	103 119 447	1 934 239	712 962	1 221 277	25 412	16 742	...	1 008	135 095	84 073	51 022	41 917
1971 46	104 345 000	2 000 973	684 521	1 316 452	24 805	16 450	...	905	130 920	83 827	47 093	40 900
1972 47	105 742 000	2 038 682	683 751	1 354 931	23 773	15 817	...	827	125 154	81 741	43 413	38 754
1973 48	108 079 000	2 091 983	709 416	1 382 567	23 683	15 473	...	801	116 171	78 613	37 558	37 598
1974 49	109 410 000	2 029 989	710 510	1 319 479	21 888	14 472	...	700	109 738	74 618	35 120	34 383
1975 50	111 251 507	1 901 440	702 275	1 199 165	19 103	12 912	...	546	101 862	67 643	34 219	30 513
1976 51	112 420 000	1 832 617	703 270	1 129 347	17 105	11 638	...	474	101 930	64 046	37 884	27 133
1977 52	113 499 000	1 755 100	690 074	1 065 026	15 666	10 773	...	406	95 247	60 330	34 917	24 708
1978 53	114 511 000	1 708 643	695 821	1 012 822	14 327	9 628	...	378	87 463	55 818	31 645	22 217
1979 54	115 465 000	1 642 580	689 664	952 916	12 923	8 590	36 190	376	82 311	51 083	31 228	20 481
1980 55	116 320 358	1 576 889	722 801	854 088	11 841	7 796	32 422	323	77 446	47 651	29 795	18 385
1981 56	117 204 000	1 529 455	720 262	809 193	10 891	7 188	30 274	294	79 222	46 296	32 926	16 531
1982 57	118 008 000	1 515 392	711 883	803 509	9 969	6 425	28 204	279	78 107	44 135	33 972	15 303
1983 58	118 786 000	1 508 687	740 038	768 649	9 406	5 894	25 925	234	71 941	40 108	31 833	14 035
1984 59	119 523 000	1 489 780	740 247	749 533	8 920	5 527	25 149	228	72 361	37 976	34 385	12 998
1985 60	120 265 700	1 431 577	752 283	679 294	7 899	4 910	22 379	226	69 009	33 114	35 895	11 470
1986 61	120 946 000	1 382 946	750 620	632 326	7 251	4 296	20 389	187	65 678	31 050	34 628	10 148
1987 62	121 535 000	1 346 658	751 172	595 486	6 711	3 933	18 699	162	63 834	29 956	33 878	9 317
1988 63	122 026 000	1 314 006	793 014	520 992	6 265	3 592	16 848	126	59 636	26 804	32 832	8 508
1989 平成元	122 460 000	1 246 802	788 594	458 208	5 724	3 214	15 183	135	55 204	24 558	30 646	7 450
1990 2	122 721 397	1 221 585	820 305	401 280	5 616	3 179	13 704	105	53 892	23 383	30 509	7 001
1991 3	123 102 000	1 223 245	829 797	393 448	5 418	2 978	10 426	110	50 510	22 317	28 193	6 544
1992 4	123 476 000	1 208 989	856 643	352 346	5 477	2 905	9 888	111	48 896	21 689	27 207	6 321
1993 5	123 788 000	1 188 282	878 532	309 750	5 169	2 765	9 226	91	45 090	20 205	24 885	5 989
1994 6	124 069 000	1 238 328	875 933	362 395	5 261	2 889	9 286	76	42 962	19 754	23 208	6 134
1995 7	124 298 947	1 187 064	922 139	264 925	5 054	2 615	8 412	85	39 403	18 262	21 141	5 526
1996 8	124 709 000	1 206 555	896 211	310 344	4 546	2 438	8 080	72	39 536	18 329	21 207	5 321
1997 9	124 963 000	1 191 665	913 402	278 263	4 403	2 307	7 624	78	39 546	17 453	22 093	4 974

(注) * 9頁の8.参照。

** (参考)の周産期死亡率は妊娠28週以後の死産数に早期新生児死亡数を加えたものを出生数で除したものを。

NOTE: * See note 8 on page 11.

** Refers to the sum of fetal deaths after 28 weeks of pregnancy and early neonatal deaths divided by live births.

主なる人口動態統計と人口（明治32～平成9年）II

率 Rate

年次 Year	出生率 (人口千対) Crude birth rate (per 1 000 population)	死亡率 (人口千対) Crude death rate (per 1 000 population)	自然増加率 (人口千対) Rate of natural increase (per 1 000 population)	乳児死亡率 (出生千対) Infant mortality rate (per 1 000 live births)	新生児死亡率 (出生千対) Neonatal mortality rate (per 1 000 live births)	周産期死亡率 (出産千対) Perinatal mortality rate (per 1 000 total births)	妊産婦死亡率 (出生10万対) Maternal mortality rate (per 100 000 live births)	死産率* (出産千対) Fetal death rate (per 1 000 total births)			合計特殊出生率* Total fertility rate	(参考) 周産期死亡率 (出生千対) (Reference) Perinatal mortality rate (Per 1 000 live births)
								死産率 Total	自然死産率 Spontaneous	人工死産率 (legal and therapeutic)		
1899 明治32	32.0	21.5	10.5	153.8	77.9	...	449.9	89.1	...	...	...	...
1900 33	32.4	20.8	11.6	155.0	79.0	...	436.5	88.5	...	...	...	...
1905 38	31.2	21.6	9.6	151.7	71.2	...	425.7	89.1	...	...	...	...
1910 43	34.8	21.6	13.2	161.2	74.1	...	363.6	84.2	...	...	...	...
1915 大正4	34.1	20.7	13.4	160.4	69.7	...	358.6	72.8	...	...	...	...
1920 9	36.2	25.4	10.8	165.7	69.0	...	353.4	66.4	...	...	...	...
1925 14	34.9	20.3	14.7	142.4	58.1	...	302.4	56.3	...	...	...	...
1930 昭和5	32.4	18.2	14.2	124.1	49.9	...	272.5	53.4	...	...	...	...
1935 10	31.6	16.8	14.9	106.7	44.7	...	260.1	50.1	...	...	...	...
1940 15	29.4	16.5	12.9	90.0	38.7	...	239.6	46.0	...	...	...	...
1945 20	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
1947 22	34.3	14.6	19.7	76.7	31.4	...	167.5	44.2	...	...	4.54	...
1950 25	28.1	10.9	17.2	60.1	27.4	...	176.1	84.9	41.7	43.2	3.65	46.6
1955 30	19.4	7.8	11.6	39.8	22.3	...	178.8	95.8	44.5	51.3	2.37	43.9
1960 35	17.2	7.6	9.6	30.7	17.0	...	130.6	100.4	52.3	48.1	2.00	41.4
1961 36	16.9	7.4	9.5	28.6	16.5	...	120.4	101.7	54.3	47.4	1.96	40.9
1962 37	17.0	7.5	9.5	26.4	15.3	...	112.0	98.8	54.2	44.6	1.98	38.7
1963 38	17.3	7.0	10.3	23.2	13.8	...	102.5	95.6	53.3	42.4	2.00	36.2
1964 39	17.7	6.9	10.7	20.4	12.4	...	99.0	89.2	51.7	37.5	2.05	33.1
1965 40	18.6	7.1	11.4	18.5	11.7	...	87.6	81.4	47.6	33.8	2.14	30.1
1966 41	13.7	6.8	7.0	19.3	12.0	...	93.0	98.2	55.2	43.1	1.58	31.3
1967 42	19.4	6.8	12.7	14.9	9.9	...	70.5	71.6	43.6	28.0	2.23	26.3
1968 43	18.6	6.8	11.8	15.3	9.8	...	68.1	71.1	43.4	27.7	2.13	24.5
1969 44	18.5	6.8	11.7	14.2	9.1	...	57.9	68.6	42.3	26.3	2.13	23.0
1970 45	18.8	6.9	11.8	13.1	8.7	...	52.1	65.3	40.6	24.7	2.13	21.7
1971 46	19.2	6.6	12.6	12.4	8.2	...	45.2	61.4	39.3	22.1	2.16	20.4
1972 47	19.3	6.5	12.8	11.7	7.8	...	40.6	57.8	37.8	20.1	2.14	19.0
1973 48	19.4	6.6	12.8	11.3	7.4	...	38.3	52.6	35.6	17.0	2.14	18.0
1974 49	18.6	6.5	12.1	10.8	7.1	...	34.5	51.3	34.9	16.4	2.05	16.9
1975 50	17.1	6.3	10.8	10.0	6.8	...	28.7	50.8	33.8	17.1	1.91	16.0
1976 51	16.3	6.3	10.0	9.3	6.4	...	25.9	52.7	33.1	19.6	1.85	14.8
1977 52	15.5	6.1	9.4	8.9	6.1	...	23.1	51.5	32.6	18.9	1.80	14.1
1978 53	14.9	6.1	8.8	8.4	5.6	...	22.1	48.7	31.1	17.6	1.79	13.0
1979 54	14.2	6.0	8.3	7.9	5.2	21.6	22.9	47.7	29.6	18.1	1.77	12.5
1980 55	13.6	6.2	7.3	7.5	4.9	20.2	20.5	46.8	28.8	18.0	1.75	11.7
1981 56	13.0	6.1	6.9	7.1	4.7	19.5	19.2	49.2	28.8	20.5	1.74	10.8
1982 57	12.8	6.0	6.8	6.6	4.2	18.3	18.4	49.0	27.7	21.3	1.77	10.1
1983 58	12.7	6.2	6.5	6.2	3.9	16.9	15.5	45.5	25.4	20.1	1.80	9.3
1984 59	12.5	6.2	6.3	6.0	3.7	16.6	15.3	46.3	24.3	22.0	1.81	8.7
1985 60	11.9	6.3	5.6	5.5	3.4	15.4	15.8	46.0	22.1	23.9	1.76	8.0
1986 61	11.4	6.2	5.2	5.2	3.1	14.6	13.5	45.3	21.4	23.9	1.72	7.3
1987 62	11.1	6.2	4.9	5.0	2.9	13.7	12.0	45.3	21.2	24.0	1.69	6.9
1988 63	10.8	6.5	4.3	4.8	2.7	12.7	9.6	43.4	19.5	23.9	1.66	6.5
1989 平成元	10.2	6.4	3.7	4.6	2.6	12.1	10.8	42.4	18.9	23.5	1.57	6.0
1990 2	10.0	6.7	3.3	4.6	2.6	11.1	8.6	42.3	18.3	23.9	1.54	5.7
1991 3	9.9	6.7	3.2	4.4	2.4	8.5	9.0	39.7	17.5	22.1	1.53	5.3
1992 4	9.8	6.9	2.9	4.5	2.4	8.1	9.2	38.9	17.2	21.6	1.50	5.2
1993 5	9.6	7.1	2.5	4.3	2.3	7.7	7.7	36.6	16.4	20.2	1.46	5.0
1994 6	10.0	7.1	2.9	4.2	2.3	7.5	6.1	33.5	15.4	18.1	1.50	5.0
1995 7	9.6	7.4	2.1	4.3	2.2	7.0	7.2	32.1	14.9	17.2	1.42	4.7
1996 8	9.7	7.2	2.5	3.8	2.0	6.7	6.0	31.7	14.7	17.0	1.43	4.4
1997 9	9.5	7.3	2.2	3.7	1.9	6.4	6.5	32.1	14.2	17.9	1.39	4.2
1899~1997 までの最高値	1920(大9)	1918(大7)	1948(昭23)	1918(大7)	1918(大7)	1979(昭54)	1899(明32)	1961(昭36)	1966(昭41)	1955(昭30) 1957(昭32)	1947(昭22)	1951(昭26)

The bottom line shows maximum rates for 1899~1997.

生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会

(委員)

- | | |
|---------|--------------------|
| 秋元 かおる | ゼンセン同盟常任中央執行委員 |
| ◎安達 知子 | 東京女子医科大学産婦人科助教授 |
| 稲田 恵子 | 港町診療所産婦人科保健婦 |
| 北村 邦夫 | 日本家族計画協会クリニック所長 |
| 早乙女 智子 | 東京都職員共済組合青山病院産婦人科医 |
| ○住友 眞佐美 | 東京都衛生局母子保健課長 |
| 田能村 祐麒 | 田能村教育問題研究所長 |
| 坪井 美智子 | 都立小石川高校養護教諭 |
| 長井 聡里 | 松下電工(株)本社健康管理室室長 |
| 野末 悦子 | コスモス女性クリニック院長 |
| 東 優子 | お茶の水女子大学大学院 |
| 丸本 百合子 | 同愛記念病院産婦人科医 |
| 三橋 順子 | さいとうクリニック副院長 |
| 毛利 多恵子 | 毛利助産所助産婦 |

◎座長

○副座長