

# 「健やか親子 21」 中間評価報告書

平成18年3月

「健やか親子 21」 推進検討会

# 目 次

I	はじめに	1
1	背景	1
	(1) 母子保健をめぐる動向	
	(2) 母子保健の評価	
	(3) 「健やか親子 21」の策定	
	(4) 「健やか親子 21」をめぐる最近の動向	
	(5) 「健やか親子 21」見直しの経過	
2	「健やか親子 21」の構成	3
II	中間評価の方法	5
1	指標の評価方法と新たな指標の設定について	5
	(1) 指標の評価と今後の対策の方向性について	
	(2) 目標値に対する直近値の分析・評価について	
	(3) 新たな指標の設定について	
2	「健やか親子 21」関係者の目標達成に向けた取組状況について	6
	(1) 健やか親子 21 推進協議会の取組状況について	
	(2) 地方公共団体の取組状況について	
III	中間評価の結果	7
1	指標の評価	7
	(1) 指標の達成状況	
	(2) 課題別の指標の評価	
2	指標の見直しについて	24
	(1) 修正した指標	
	(2) 施策の充実を図るために追加した指標	
	(3) 今後引き続き検討が必要な指標	
3	新たな視点とそれに対応する指標	26
4	今後5年間の取組の目標	28
5	「健やか親子 21」関係者の目標達成に向けた取組状況の評価	36
	(1) 健やか親子 21 推進協議会の取組状況	
	(2) 地方公共団体の取組状況	
	(3) 国の取組状況	
6	今後充実すべき具体的な取組方策の例	42

IV	今後に向けて	48
1	今後5年間の重点取組	48
2	今後の推進方策について	50
	(1) 関係者の連携の強化と取組の方向性	
	(2) 母子保健情報の収集と利活用	
資料1	「健やか親子 21」における目標値に対する直近値の分析・評価	54
資料2	地方公共団体の取組状況	132
資料3	国の取組状況	135
資料4	「健やか親子 21」推進に向けての検討体制	141
資料5	「健やか親子 21」推進検討会の開催経緯	142
資料6	「健やか親子 21」推進検討会及び「健やか親子 21」中間評価 研究会名簿	143

# I はじめに

## 1 背景

### (1) 母子保健をめぐる動向

我が国の母子保健は、戦後、公衆衛生施策や医療水準の向上による乳児死亡率の急激な改善など、21世紀を前に世界一の水準を達成した。また、経済的な発展とともに、分娩の場所が家庭内から施設内（医療機関等）へと変化する中で、母子保健事業も、かつての公衆衛生活動的なものに加えて、医療水準の向上も視野に入れたものへと変化しつつあり、従来の公衆衛生活動と医療が連携した新たな方策が求められてきている。

一方で、母子保健における課題においても、思春期の健康問題や子ども虐待といった新たな課題の解決が急務となってきている。

また、都道府県の保健所を中心に実施されてきた母子保健事業は、より住民に身近なサービスを目指して、平成9年頃から徐々に市町村へと移管されることとなった。こうした動きに合わせて、その財源についても基本的に国庫補助金で措置されていたものが、近年の地方分権の流れの中で見直され、現在では一部を除いてほとんどが地方の一般財源で行われるようになった。これは、母子保健サービスのアクセスの向上や地域特異性を加味したサービスの提供につながった反面、母子保健事業に市町村格差を生じさせる可能性を潜在させた。

### (2) 母子保健の評価

母子保健事業の評価は、従来、周産期死亡率や妊産婦死亡率といった世界的にも広く用いられる成果（アウトカム）を基本としながら、これに、新生児訪問実施率や乳幼児健診受診率といった公衆衛生活動の事業量（アウトプット）を加味して行われてきた。

一方、1986年オタワで開催されたWHO国際会議において、ヘルスプロモーションの概念が提唱され、公衆衛生の最終目標が、単なる「健康」から「生活の質（QOL）の向上」へと広がり、健康も「より良い生活のための資源の一つ」と位置づけられるようになったが、こうした考え方は、我が国における母子保健事業の評価において、必ずしも十分に生かされてこなかった。

そこで、母子保健のアウトカム指標についても、前述の周産期死亡率等に加えて、「妊娠・出産について満足している者の割合」や「ゆったりとした気分子どもと過ごす時間がある母親の割合」といった、住民の幸福やQOL向上の視点を加える必要が出てきた。2000（平成12）年に策定された「健やか親子21」は、こうした視点から母子保健事業の再評価を試みたものである。

国や都道府県は市町村の母子保健事業を評価して、適切な指導をする役割

を担っているが、近年の母子保健事業の市町村への移行に伴い、国や都道府県において、市町村による母子保健事業を評価することが次第に難しくなってきた。また、国や都道府県が可能な評価は成果（アウトカム）評価であり、市町村が予定どおりの事業量をこなしても（アウトプット評価はよくても）、成果が伴わないと良い評価は得られない。このような、成果の出ない事業において、その要因を把握するには、事業実施過程（プロセス）の評価を行うことが必要となるなど、多面的な事業の評価がますます重要になっている。こうした評価方法を母子保健事業の評価にどのように取り入れていくかが、今後の課題となっている。

### （3）「健やか親子 21」の策定

我が国の母子保健は、前述のとおり、世界最高水準にあるが、一方で思春期における健康問題や親子の心の問題、小児救急医療の確保等新たな課題も生じている。

「健やか親子 21」は、このような課題について、21 世紀の母子保健の取組の方向性と目標や指標を示したものであり、関係機関・団体が一体となって、平成 13 年より 22 年までの 10 年計画で、その達成に取り組む国民運動である。

平成 12 年に「健やか親子 21」の目標を策定するに当たっては、前述の動向や経緯を踏まえ、まず、国の役割を明確に示したところである。すなわち、国は、これまでのように補助金の執行を通じて都道府県や市町村を管理し、指導するのではなく、地域において、国民がそれぞれの課題を地域や個人の人々の課題として取り組めるよう支援する、という立場に転換したのである。

この場合の「支援」には、単にガイドラインの提示や研究成果の提供にとどまらず、健康に関する指標を設定して、国全体の取組や進捗状況を把握し、必要に応じて新たな方向性を示す、といった一連の活動も含んでいる。さらに、それらの指標の設定に必要な、情報収集や調査研究等による科学的知見の集積、健康教育・学習教材の開発、関係者への研修等に努めること等の基礎的な活動も含むものである。

一方、指標についても、ヘルスプロモーションの概念に基づき、QOL の視点、さらには福祉等幅広い分野の指標を盛り込むこととされた。これは後述するように、目標とする「保健水準やQOLの向上」は「住民の行動」によってもたらされ、その住民の行動を支援する「環境整備」が基盤にあるという目標達成への段階を指標にも反映させているのである。こうした、当時としては新しい概念による指標のデータは、既存の統計資料や研究等からは収集できないものもあり、一部については、計画をスタートさせ、その中で並行してデータの収集等に努めることとしたのである。

#### (4) 「健やか親子 21」をめぐる最近の動向

「健やか親子 21」が策定されてからの5年間に、子どもや家庭を支援するための行政側の取組や施策も大きく変化した。その主なものは以下のとおりである。

##### 少子化対策に関連した施策の動き

- 「少子化社会対策基本法」(平成 15 年 7 月)に基づく少子化の流れを変えるための総合的な施策展開の指針として「少子化社会対策大綱」の策定(平成 16 年 6 月閣議決定)
- 少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画として「子ども・子育て応援プラン」の策定(平成 16 年 12 月少子化社会対策会議決定)
- 男性を含めた働き方の見直しなど少子化に対する総合的な取組の推進のため、地方公共団体や事業主に行動計画の策定・推進を求める「次世代育成支援対策推進法」の制定(平成 15 年 7 月)

##### 福祉・保健分野の施策の動き

- 受動喫煙防止などを盛り込んだ「健康増進法」の制定(平成 14 年 8 月)
- 乳幼児健康診査を通じた発達障害の早期発見、支援が盛り込まれた「発達障害者支援法」の制定(平成 16 年 12 月)
- 子ども虐待の予防から早期発見、支援の対策が重点化された「児童虐待防止法」の改正(平成 16 年 4 月)及び「児童福祉法」の改正(平成 16 年 12 月)

#### (5) 「健やか親子 21」見直しの経過

平成 12 年の「健やか親子 21」策定時において、中間年である平成 17 年にはそれまでの実施状況等を評価し必要な見直しを行う、とされたところである。

評価の実施に当たっては、併せて指標そのものの意義や妥当性についても評価を行い、必要に応じて新たな指標の追加についても検討することとした。

こうした評価のために、厚生労働省において、学識経験者・関係団体代表者からなる「健やか親子 21」推進検討会(以下「検討会」という。)が設置され、平成 17 年 2 月から平成 18 年 2 月まで 6 回にわたって検討が行われた。

さらに、検討会の下には、「健やか親子 21」中間評価研究会が設置され、具体的な中間評価の方法、調査結果の分析等について 6 回の検討が重ねられ、その結果が、適宜検討会に報告されたところである。

## 2 「健やか親子 21」の構成

「健やか親子 21」は、4 つの主要課題を掲げ、さらにその下に 61 の指標を設定している。

課題 1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

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

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

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

また、指標は、WHOのヘルスプロモーションの基本理念に基づいて、

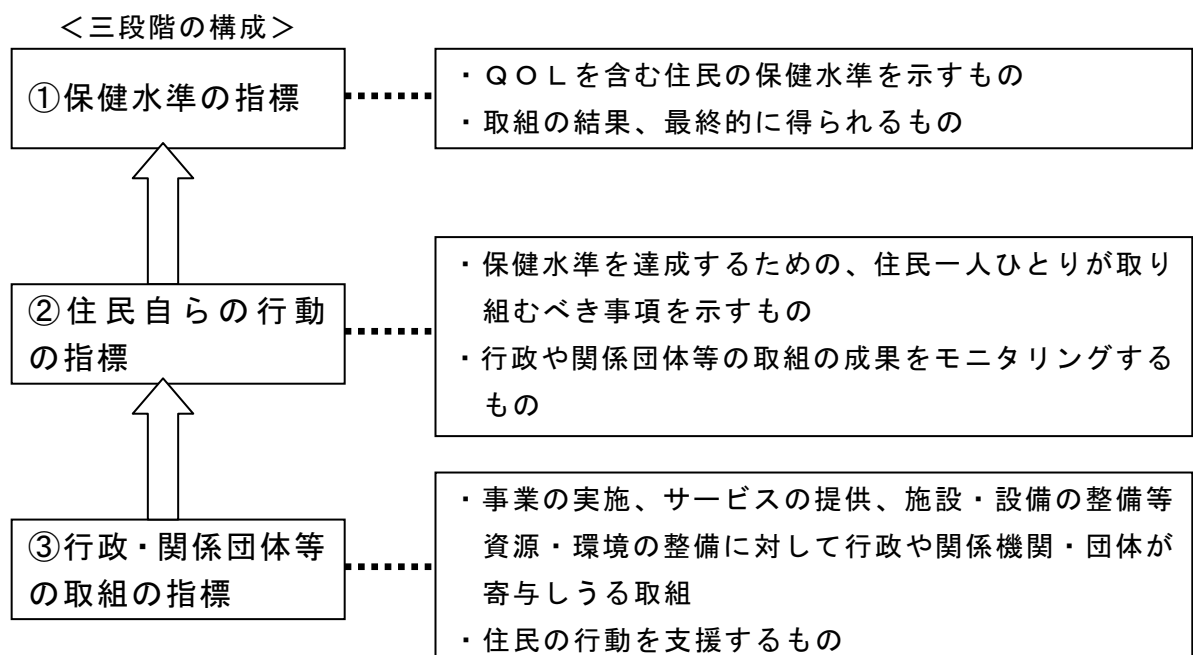
- ① 保健水準の指標・・・QOLを含む住民の保健水準を示すもの
- ② 住民自らの行動の指標・・・住民一人ひとりが取り組むべき事項を示すもの
- ③ 行政・関係団体等の取組の指標・・・事業の実施、サービスの提供、施設・設備の整備等資源・環境の整備に対して行政や関係機関・団体が寄与しうる取組

の三段階に分けて策定されている。

これらの三段階の指標は、相互に関連している。すなわち、最終目標である「保健水準の指標」を達成するものとして「住民自らの行動の指標」があり、さらに、その住民の行動を支援するものとして「行政・関係団体等の取組の指標」が設定されているのである。（下図参照）

このように、目標達成のためには、国民をはじめ、教育・医療・保健・福祉・労働・警察等の関係者、関係機関・団体がそれぞれの立場から取り組むことが重要である。その効果的な調整・推進のために、平成13年4月には「健やか親子21推進協議会」を設立した。平成18年1月現在では、75団体が参加している。

中間評価にあたっては、このような取組の主体別による取組状況を把握し、今後の活動の方向性についても検討した。



## Ⅱ 中間評価の方法

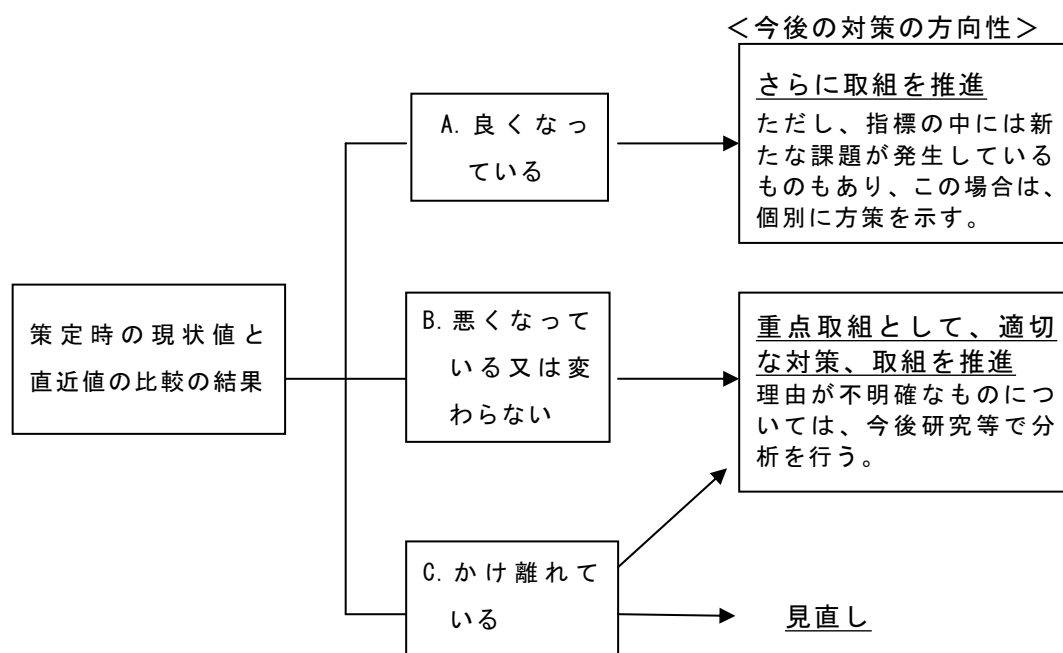
### 1 指標の評価方法と新たな指標の設定について

4つの主要課題の下に設定された61の指標について、策定時の現状値（表2～5）と比較するために、既存の統計資料の確認及び厚生労働科学研究等の調査を実施し、直近値の得られた58の指標について、以下の手順で分析・評価を行った。

また、平成22年の最終評価に向けて、経年的に分析・評価することが可能かどうかという観点から、データの収集方法についても検討を加え、必要な見直しを行うこととした。

#### （1）指標の評価と今後の対策の方向性について

策定時の現状値と直近値を比較し、「A.良くなっている」「B.悪くなっている又は変わらない指標」、目標値から「C.かけ離れている指標」に分類し、今後の対策について方向性を示した。



#### （2）目標値に対する直近値の分析・評価について

各指標について、「結果」（直近値が目標に対しどのような動きになっているか）、「分析」（施策や各種取組との関連を見て、データの変化の根拠を分析）、「評価」（目標に対する直近値をどう読むか）について記載し、さらに、「調査・分析上の課題」と「目標達成のための課題」を明確にした。（資料1）



### (3) 新たな指標の設定について

新たなニーズに対する指標の設定について検討を行い、追加する指標については、現状値を明らかにしつつ、平成 22 年の目標を設定することとした。

(表 6)

## 2 「健やか親子 21」関係者の目標達成に向けた取組状況について

取組状況の分析・評価については、健やか親子 21 推進協議会、地方公共団体の取組状況を調査し、分析・評価を行い、効果的・効率的な活動の方策について検討を行うこととした。

### (1) 健やか親子 21 推進協議会の取組状況について

健やか親子 21 推進協議会に 1 年以上参加している 74 団体に対して、「健やか親子 21」への取組状況について調査を行った。

さらに、具体的な取組状況と今後 5 年間の目標を明らかにするために、任意で抽出した団体に対するインタビュー調査も併せて行った。

調査は団体間の比較を行うものではなく、現状を把握し、団体の自己評価として、今後の取組の検討の際に活用してもらうことを目的とした。

### (2) 地方公共団体の取組状況について

都道府県、政令市・特別区等（以下「政令市」という。）、市町村を対象に、「健やか親子 21」の取組状況について調査を行った。

本調査においては、「健やか親子 21」の取組だけではなく、「子ども・子育て応援プラン」（平成 16 年 12 月少子化社会対策会議決定）のうち母子保健に関する施策の実施状況等についても調査した。

### Ⅲ 中間評価の結果

#### 1 指標の評価

##### (1) 指標の達成状況

61の指標のうち、直近値が出ている58の指標について、その達成状況を見てもと、全体的には41(70.7%)の指標が目標に向けて良くなっていた。ただし、良くなっている指標の中には、数値の比較だけでは評価が難しいものや新たな課題が発生しているものもあり、それらについては、『「健やか親子21」における目標値に対する直近値の分析・評価』（資料1）において、個別に方策を示した。

一方、目標に向けて悪くなっている指標が13(22.4%)、現状値が目標値からかけ離れている指標が4(6.9%)あり、それぞれ適切な対策や取組の推進、あるいは指標の見直しの対象となった。(表1)

表1 指標の達成状況

	総数	課題1	課題2	課題3	課題4
良くなっている指標	41(70.7%)	7	9	14	11
悪くなっている又は変わらない指標	13(22.4%)	4	1	6	2
かけ離れている指標	4(6.9%)	0	1	1	2

また、保健水準の指標、住民自らの行動の指標、行政・関係団体等の取組の指標別に、目標に向けて良くなっている指標の割合を見てみると、保健水準の指標が66.7%、住民自らの行動の指標が68.4%、行政・関係団体等の取組の指標が76.2%であった。さらに、課題別に見てみると、それぞれの指標の改善状況に違いがみられた。行政や住民の取組の反映として保健水準の指標の改善が期待されることを考慮すると、順調な経過であるといえる反面、さらに、住民の行動変容の促進を図るために、行政・関係団体等の取組を推進し、保健水準の改善を目指す必要がある。(図1, 2)

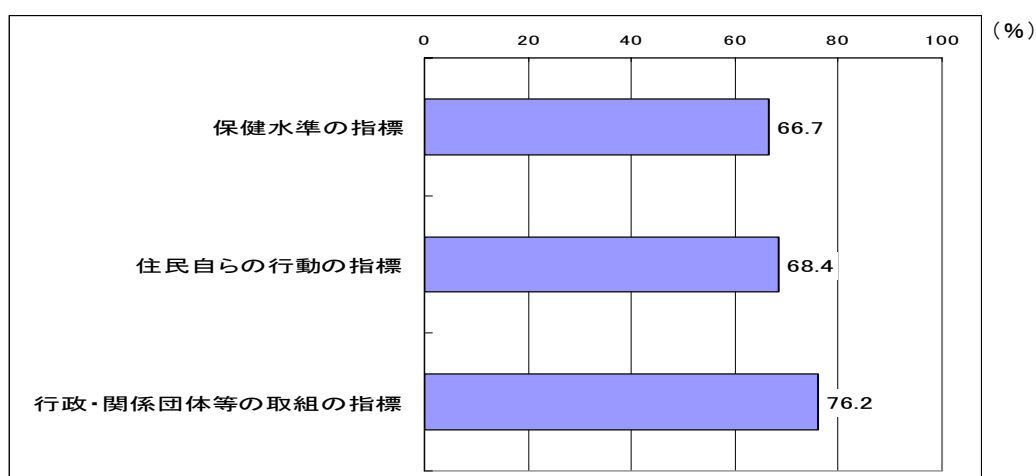


図1 保健水準の指標、住民自らの行動の指標、行政・関係団体等の取組の指標別に見た改善状況

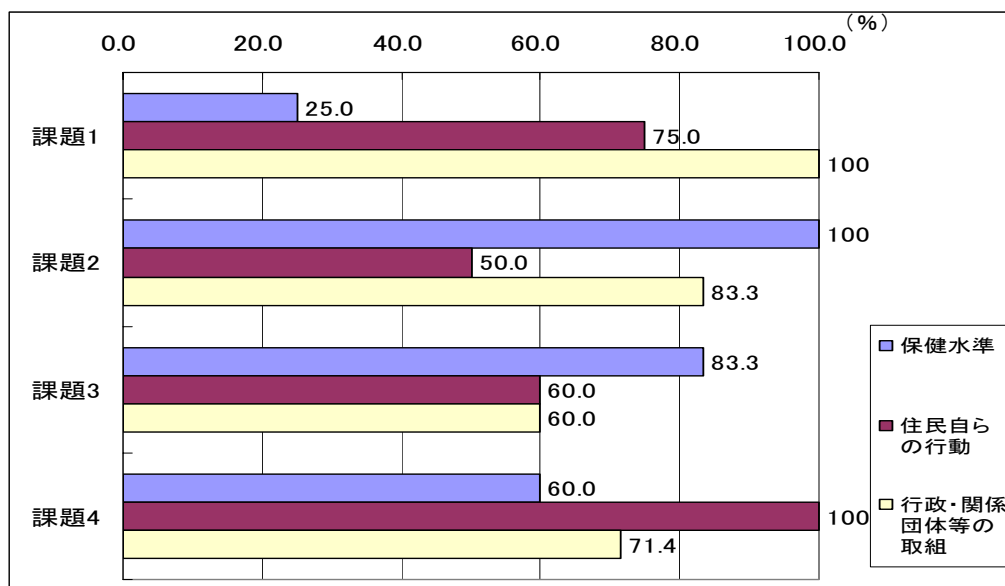


図2 課題別に見た指標の改善状況

## (2) 課題別の指標の評価

### 課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進 (表2)

#### ①自殺率は10～14歳で減少、15～19歳では増加している—きめ細かな対策が必要

十代の自殺率については、策定時の値に比べて、10～14歳では減少しているが、15～19歳では増加している。このため、十代の自殺に関する要因分析や支援体制等を推進し、予防に向けた対策が急務である。スクール・カウンセラーを配置している中学校の割合や思春期外来（精神保健福祉センターの窓口を含む。）の数については、増加してきており、今後、引き続き学校において児童生徒に対する命を大切にする教育の実施や、教育相談体制の充実に努めるとともに、学校と地域、関係機関が連携した、きめ細かな対策を実施する事が必要である。

#### ②思春期の不健康なやせは増加—適切な対応と啓発が必要

思春期やせ症の発生頻度に関しては、ほぼ横ばいの状況にあると分析されるが、不健康なやせの割合は増加傾向を示していた。やせ願望やストレス等との関連についての検討が必要である。また、成長曲線を活用した保健指導や保護者への普及啓発などの取組が望まれる。さらに、妊産婦の健康にもつながる重要な課題であるため、妊娠前から食育という観点でのアプローチが必要である。

### ③人工妊娠中絶実施率は低下、性感染症は増加－要因分析調査が必要

十代の人工妊娠中絶実施率については、減少傾向となってきたが、十代の性感染症罹患率は、感染症発生動向調査（厚生労働省）における定点当たりの報告件数で見ると増加傾向を示している。人工妊娠中絶率が低下し、性感染症罹患率が上昇するという若年層の性行動を含む要因分析については、引き続き調査研究が必要である。

さらに、人工妊娠中絶実施率は地域格差があり、その分析も必要である。

性感染症を正確に知っている高校生の割合の増加については、中学の教科書に性感染症が取り入れられていることから、学校教育が知識の普及に貢献していると考えられる。一方、避妊法を正確に知っている18歳の割合は増加しておらず、性に関する正しい知識や行動変容への働きかけが継続して必要である。ただし、これらの指標については、現在のモニタリングでは現状を適切に把握できない可能性もあり、今後そのモニタリング方法については検討が必要である。一方では、行政、関係機関・団体等が連携して、今後も避妊法や性感染症を含む正しい知識の普及についての取組を推進していくことが重要である。

### ④十代の喫煙率、飲酒率は改善－さらなる取組を推進

十代の喫煙率と飲酒率は、厚生労働科学研究により4年に一度のモニタリング調査が実施されており、その数値は低下してきている。しかし、目標は「なくす」ことであり、その達成のためにはさらに取組を推進する必要がある。

喫煙に関しては、平成15年に施行された健康増進法による受動喫煙防止の観点により、学校の敷地内禁煙が推進されていることや、学校における喫煙防止教育の推進などが効果を上げていていると思われる。しかし、喫煙率低下に寄与した真の要因特定はなされておらず、この解明が望まれる。また、今後取組の推進とともに、喫煙行動の注意深いモニタリングが必要である。

一方、飲酒については、男子の飲酒率の低下に比較し、女子の低下は緩やかで、男女差が少なくなっている。しかし、飲酒率は依然として高い水準にあるため、社会全体での取組の推進が必要である。飲酒率が低下した要因についても、喫煙率同様、要因の分析が望まれる。

また、特に女子の喫煙や飲酒は、課題3の妊娠中の喫煙や飲酒にも影響があることから、地域保健と連携した継続した取組が重要である。

さらに、各学校において、思春期保健や健康教育を推進していくためには、学校・家庭・地域の連携が必要である。その核となる学校保健委員会を開催している学校の割合は増加しており、今後、100%の目標に向けた努力が望まれる。

○課題1のまとめ

- ・ **十代の自殺率と性感染症罹患率**は改善が認められなかった。
- ・ **十代の人工妊娠中絶実施率**は減少傾向にあるもののその要因は明らかではなく、地域格差もあるため、今後更なる分析が必要である。
- ・ これらに対する取組を推進するとともに、その効果を評価する必要がある。

表2 「課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」の指標の直近値及び評価

指標	策定時の現状値	直近値	評価	目標
<b>【保健水準の指標】</b>				
1-1 十代の自殺率	5～9歳 — 10～14歳 1.1(男 1.7 女 0.5) 15～19歳 6.4(男 8.8 女 3.8)	5～9歳 — 10～14歳 0.8(男 0.9 女 0.8) 15～19歳 7.5(男 9.1 女 5.7)	B	減少傾向へ
1-2 十代の人工妊娠中絶実施率	12.1	10.5	A	減少傾向へ
1-3 十代の性感染症罹患率	性器クラミジア感染症 男子 196.0 女子 968.0 淋菌感染症 男子 145.2 女子 132.2 (有症感染率 15～19歳) ①性器クラミジア 5,697件(6.35) ②淋菌感染症 1,668件(1.86) ③尖圭コンジローマ 657件(0.73) ④性器ヘルペス 475件(0.53) (20歳未満、定点医療機関897カ所)	定点報告(920カ所)による件数 ①性器クラミジア 6,198件(6.79) ②淋菌感染症 2,189件(2.40) ③尖圭コンジローマ 746件(0.82) ④性器ヘルペス 563件(0.62)	B	減少傾向へ
1-4 15歳の女性の思春期やせ症(神経性食欲不振症)の発生頻度	不健康やせ 中学3年 5.5% 高校3年 13.4% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 2.3%	不健康やせ 中学3年 7.6% 高校3年 16.5% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 1.03%	B	減少傾向へ
<b>【住民自らの行動の指標】</b>				
1-5 薬物乱用の有害性について正確に知っている小・中・高校生の割合	急性中毒 依存症 小学6年 男子 53.3% 73.1% 女子 56.2% 78.0% 中学3年 男子 62.3% 82.5% 女子 69.1% 90.6% 高校3年 男子 70.9% 87.1% 女子 73.0% 94.0%	調査中	—	100%

1-6 十代の喫煙率 「健康日本21」4.2未成年者の喫煙を なくす	中学1年男子 7.5% 女子 3.8% 高校3年男子 36.9%女子 15.6%	中学1年男子 3.2% 女子 2.4% 高校3年男子 21.7%女子 9.7%	A	なくす
1-7 十代の飲酒率 「健康日本21」5.2未成年者の飲酒を なくす	中学3年男子 26.0%女子 16.9% 高校3年男子 53.1%女子 36.1%	中学3年男子 16.7%女子 14.7% 高校3年男子 38.4%女子 32.0%	A	なくす
1-8 避妊法を正確に知っ ている18歳の割合	大学1～4年生 男子 26.2% 女子 28.3%	17～19歳 男子 12.5% 女子 22.7%	(B)	100%
1-9 性感染症を正確に知っ ている高校生の割合	性器クラミジア感染症 男子 11.3% 女子 16.5% 淋菌感染症 男子 15.4% 女子 14.5%	性器クラミジア感染症 男子 48.4% 女子 55.8% 淋菌感染症 男子 19.9% 女子 20.1%	(A)	100%
<b>【行政・関係団体等の取組の指標】</b>				
1-10 学校保健委員会を開 催している学校の割 合	72.2%	79.3%	A	100%
1-11 外部機関と連携した 薬物乱用防止教育等 を実施している中学 校、高校の割合	警察職員 麻薬取締官等 中学校 33.8% 0.1% 高等学校 32.7% 4.0%	調査中	—	100%
1-12 スクール・カウンセ ラーを配置している中学 校(一定の規模以上) の割合	22.5% (3学級以上の公立中学校)	47.3% (3学級以上の公立中学校)	A	100%
1-13 思春期外来(精神保 健福祉センターの窓 口を含む)の数	523 か所	1,374 か所 (精神保健福祉センターあるいは保健所が把 握している思春期相談ができる医療機関数)	A	増加傾向へ

A: 良くなっている指標 B: 悪くなっている又は変わらない指標 C: かけ離れている指標  
( ): モニタリング方法の見直しが必要となった指標

## 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 (表3)

### ①妊娠・出産に関する保健水準は改善－周産期ネットワークのさらなる充実を

妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保についての指標は、いずれも目標を達成するか目標に向かって改善している。中でも、数年来停滞していた妊産婦死亡率が減少傾向に転じたことは、妊娠・出産に関する安全性の確保という面で大きな成果と考えられる。

他の安全性に関する指標としては、助産所における「正常分娩急変時のガイドライン」が作成され、妊娠11週以下での妊娠の届出率も増加してきた。また、周産期医療ネットワークに関しても、整備都道府県の数も目標の全都道府県には至っていないが、策定時から倍増していた。これらの指標を見る限り、安全性は目標に向かって改善していると考えられる。

### ②産婦人科医師数の減少－産婦人科医の地域偏在、助産師の施設間偏在の是正が必要

妊娠・出産に関する安全性については、既存の指標に現れない課題や、5年を経て新たに現れた課題が存在する。その一つに、安全性確保の根幹に関わる問題として、産婦人科医師数の減少が挙げられる。指標の分析では、妊産婦人口当たりの産婦人科医師の割合は増加しており、目標に向けて改善しているかのようだが、これは妊産婦人口の減少に伴う相対的な増加であり、実数は減少している。さらには、地域偏在、施設間偏在、産婦人科医師の高齢化などが進んでおり、現実には、産婦人科医師の確保が困難となり、産科診療を休止する病院も出てきている。

助産師については、助産師数そのものは増加しているものの、その就業場所は病院が多く、診療所が少ないといった施設間偏在の問題がある。

このような状況が今後も続けば、妊娠・出産に関する安全性及び快適さの確保は難しくなることが予想されるため、有効な対策を打ち出す必要があり、当該指標のモニタリング方法については、見直す必要がある。

既に、現状を改善するためにいくつかの方向性が示されている。まず、産科オープンシステムや産科医療機関の集約化等少ない人的資源を有効に活用する医療体制の整備、病院内において正常な妊娠・出産は助産師が中心に関わることによる産科医師と助産師の役割の明確化等が考えられている。しかし、増加傾向にある女性医師が妊娠・出産・育児と両立しながら働くことの出来る環境の整備（パートタイム制などの柔軟な勤務体制、保育サービスの充実、育児休業後の再研修制度等）、産科医療機関の整備状況の地域格差等課題は残されており、それぞれ改善に向けて解決するための取組を推進していく必要がある。

### ③ 妊娠・出産に関する満足度は増加－真の満足度向上のための支援

妊娠・出産に関する快適さの確保の面でも、妊娠・出産について満足している者の割合は増加しており、目標に向かって改善している。しかし、妊娠・出産の満足については、出生した児の健康状態といった一つの結果に起因するところが大きいため、今後の評価方法は検討が必要である。また、妊娠・出産の満足度を高めることは、その後続く子育てに影響することから、客観的かつ普遍的に満足度を測定する方法の開発が望まれる。

一方、現在深刻な問題になっている子ども虐待や思春期の課題を考えると、親子の愛着形成を促すために、妊娠中から親としての役割を獲得する過程を支える支援の充実も必要である。

さらに、9割の妊婦が望んでいる母乳育児がスムーズにスタートできるような環境整備の促進も必要である。妊娠・出産は女性の健康の一つのステージであるとともに、妊娠中から親自身の健康への意識を高めること、また、産後は母体の回復を促す援助や、心身両面に対応した継続的なケアや支援が受けられるような環境整備が必要である。

### ④ 不妊への支援として施設整備は達成－質の向上へ向けた取組へ転換を

不妊への支援に関する指標もまた、目標を達成するか目標値に向かって改善している。不妊専門相談センターは全都道府県に設置され、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を受けられる割合も増加していた。治療面では、生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインも作成され、活用され始めたところである。今後は、不妊カウンセラーやコーディネーターなど人的資源の充足が急務であるが、不妊専門相談センターにおける相談及び不妊に関するカウンセリングの質的な評価も必要である。

現在、不妊治療のニーズの高まりとともに、治療方法は多岐にわたっており、診療所なども含め多くの医療施設で治療が行われるようになっている。しかしながら、不妊カウンセラーの配置は、より専門的な治療を実施する医療機関に偏っているため、今後は、不妊治療を行う機関の治療レベルにかかわらず、患者にとって有効な相談等のサービスが受けられるようしなければならない。また、ガイドラインについても生殖補助医療の関係者にどの程度周知され、また遵守されているか評価する必要がある。さらに、今後は急速に普及している不妊治療の安全性の確保についても検討を進める必要がある。

### ⑤ 妊産婦を取り巻く環境整備は不十分－妊婦にやさしい環境づくりへの多面的な取組を推進

「健やか親子 21 検討会報告書」(厚生省、平成 12 年 11 月)においては、妊娠・出産の安全性と快適さの確保に関する取組の方向性として「妊婦に対して理解のある家庭環境や職場環境の実現、受動喫煙の防止、各種交通機関における優



先的な席の確保等の社会システムづくりや国民各層、産業界への啓発がより一層求められる。」としている。

特に、近年、妊娠・出産後も働き続ける女性が増えていることから、働く女性の妊娠・出産が安全で快適なものとなるような環境づくりが求められているところである。

そういった中で、母性健康管理指導事項連絡カードの認知度は5年前に比べ上昇しているが、引き続き周知に努める必要がある。

(参考) 本検討会では、妊産婦にやさしい環境づくりの一環として、特に外見からは妊娠していることがわからない妊婦を念頭に置き、妊産婦に対する社会の理解と配慮を促すためのマタニティマークを作成することとし、そのデザインの公募を行った。マタニティマークは、①妊産婦自身が用いること、及び②公共交通機関、職場、飲食店等が、妊産婦に対して配慮していることを表すものとして用いることを想定している。決定したマタニティマークについては、すでに自治体等で取り組まれているマーク等とあわせ、広く普及を図ることとしている。

こうした取組を含めて、国民一人ひとりが妊産婦への配慮を示し、妊娠・出産への安全性と快適性を確保していくことが重要であると考えられる。

#### ○課題2のまとめ

- ・ **産婦人科医師数の不足、助産師の施設間偏在**は早急に解決すべき課題であり、産科診療を担う人材の確保と適正配置の促進が必要である。
- ・ 妊娠・出産についての満足、不妊への支援、妊産婦を取り巻く環境づくり等、質の向上が求められている。

表3 「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」の指標の直近値及び評価

指標	策定時の現状値	直近値		目標
<b>【保健水準の指標】</b>				
2-1 妊産婦死亡率	6.6(出生 10 万対) 6.3(出産 10 万対) 78 人	4.3(出産 10 万対) 49 人	A	半減
2-2 妊娠・出産について満足している者の割合	84.4%	91.4%	A	100%
2-3 産後うつ病の発生率	13.4%	12.8%	A	減少傾向へ
<b>【住民自らの行動の指標】</b>				
2-4 妊娠 11 週以下での妊娠の届け出率	62.6%	66.2%	A	100%

2-5 母性健康管理指導事項連絡カードを知っている妊婦の割合	6.3%	19.8%	C	100%
<b>【行政・関係団体等の取組の指標】</b>				
2-6 周産期医療ネットワークの整備	14 都府県	29 都道府県	B	2005年までに 全都道府県
2-7 正常分娩緊急時対応のためのガイドライン作成	なし	「助産所における分娩の適応リスト」および「正常分娩急変時のガイドライン」作成→日本助産師会頒布、会員へ周知	A	作成
2-8 妊産婦人口に対する産婦人科医・助産師の割合	(妊産婦人口 10 万対) 産婦人科 842.3 助産師 1,953.7	(妊産婦人口 10 万対) 産婦人科 898 助産師 2,058.5	(A)	増加傾向へ
2-9 不妊専門相談センターの整備	18 か所	54 か所	A	2005年までに 全都道府県
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	24.9%	不妊カウンセラー 40.5% 不妊コーディネーター 35.3%	A	100%
2-11 不妊治療における生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインの作成	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	研究にて作成済	A	作成

A：良くなっている指標 B：悪くなっている又は変わらない指標 C：かけ離れている指標

( )：モニタリング方法の見直しが必要となった指標

### 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 (表4)

#### ①麻しん予防接種率は順調に向上－医療と保健が一体となったさらなる推進

「良くなっている指標」としては、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という指標が挙げられる。特に、麻しんの予防接種率が70.4%から85.4%に向上したことは、取組の成果として特筆すべき点である。また、1歳までにBCG接種を終了している者の割合についても改善が見られた。

その他、周産期死亡率、新生児・乳児死亡率等死亡率の指標の改善、妊娠中の飲酒率やかかりつけの小児科医を持つ親の割合といった指標の改善等、多くの指標についてそれぞれ改善傾向であった。

#### ②事故防止対策は目標からかけ離れている－適切な指標の設定

依然として不慮の事故が小児の死亡原因の第1位であるが、これを防止するための対策の目標については、基礎資料となった調査研究において、20項目の事故防止対策の全てを行っている家庭の割合を算定し、それを指標としたために、極端に低い値にとどまっているものと考えられる。理想的には、全家庭での20項目全ての実施を目指すとしても、現実的には、特に重要ないくつかの対策を行っている家庭の割合に指標を変更することが妥当であると考えられる。また、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う工夫した家庭の割合、心肺蘇生法を知っている親の割合は改善が認められなかった。具体的な事故防止対策としては、チャイルドシート及びシートベルトの正しい着用の徹底や、風呂場のチャイルドロックの設置などが、重点的に取り組むべき課題であると考えられる。こういった対策には、企業等を含む幅広い関係者の取組が望まれる。

#### ③病児支援の整備は不十分－環境整備を推進

院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合、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など、病児を支援する環境整備の改善が認められなかった。これらの課題は都道府県、市町村、医療機関のそれぞれの役割を明確にして連携して取組を強化していく必要がある。

#### ④低出生体重児の割合は増加－食育の推進と妊婦の喫煙対策の推進

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は増加している。低出生体重児は、小児保健医療に関する最も重要かつ基本的な指標である乳児死亡に密接に関連している指標である。また、子ども虐待や生活習慣病の発症にも関連しているという報告もある。

低出生体重児増加の原因として、医療技術の進歩による新生児の救命率の改

善、妊婦の高齢化、不妊治療の増加等があると考えられる。ただし、これらの要因に対しては、低出生体重児の増加を食い止めることを目的とした対策を講じることは困難である。しかしながら、一般的に、不妊治療や高齢出産によって低出生体重児が生まれやすくなることについては、啓発する必要がある。

一方で、妊娠中の喫煙や食生活と体重管理の問題といった改善可能な要因の寄与も大きいと考えられる。特に、妊娠中の喫煙率はやや減少傾向が見られるものの、育児期間中の両親の自宅での喫煙率の指標が減少していない点を考慮すると、これらの要因を改善することにより、低出生体重児の減少を目指すことは、今後重点的に取り組むべき事項である。

さらに、思春期からの喫煙対策や思春期やせの問題の関連も深いことから、思春期を含めた若い年代へ啓発も同時に取り組んでいく必要がある。

### ○課題3のまとめ

- ・ 小児の**不慮の事故死亡率**は改善傾向にあるものの、なお死因の1位であり、今後も取組を推進していく必要がある。その際、より現実を反映できるようなモニタリング方法に見直すべきである。
- ・ **低出生体重児**は増加傾向にあり、喫煙や食生活等改善可能な要因については対策を強化する必要がある。

表4 「課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」の指標の直近値及び評価

指標	策定時の現状値	直近値		目標
<b>【保健水準の指標】</b>				
3-1 周産期死亡率	(出産千対)5.8 (出生千対)3.8	(出産千対)5.0 (出生千対)3.3	A	世界最高を維持
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	極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 8.6%	極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.4%	B	減少傾向へ
3-3 新生児死亡率 乳児(1歳未満)死亡率	(出生千対) 新生児死亡率 1.8 乳児死亡率 3.2	(出生千対) 新生児死亡率 1.5 乳児死亡率 2.8	A	世界最高を維持
3-4 乳児のSIDS死亡率	(出生10万対)26.6	(出生10万対)19.3	A	半減
3-5 幼児(1~4歳)死亡率	(人口10万対)30.6	(人口10万対)25.3	A	半減

3-6 不慮の事故死亡率	(人口 10 万対)	(人口 10 万対)	A	半減
	0 歳 18.2	0 歳 13.4		
	1~4 歳 6.6	1~4 歳 6.1		
	5~9 歳 4.0	5~9 歳 3.5		
	10~14 歳 2.6	10~14 歳 2.5		
	15~19 歳 14.2	15~19 歳 10.6		
【住民自らの行動の指標】				
3-7 妊娠中の喫煙率、育 児期間中の両親の自 宅での喫煙率	妊娠中 10.0% 育児期間中 父親 35.9% 母親 12.2%	(3か月児、1歳6か月児、3歳児健 診での割合) 妊娠中 7.3% 7.9% 8.3% 育児期間中 父親 54.9% 55.9% 54.5% 育児期間中 母親 11.5% 16.5% 18.1%	B	なくす
3-8 妊娠中の飲酒率	18.1%	14.9% 16.6% 16.7%	A	なくす
3-9 かかりつけの小児科医 を持つ親の割合	81.7% 1~6 歳児の親	1 歳 6 か月児 86.3% 3 歳児 86.4%	A	100%
3-10 休日・夜間の小児救 急医療機関を知って いる親の割合	1 歳 6 か月児 86.6% 3 歳児 88.8%	1 歳 6 か月児 87.8% 3 歳児 89.9%	A	100%
3-11 事故防止対策を実施 している家庭の割合	1 歳 6 か月児 4.2% 3 歳児 1.8%	1 歳 6 か月児 4.5% 3 歳児 2.9%	(C)	100%
3-12 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	31.3% 1 歳 6 か月児のいる家庭	30.7% 1 歳 6 か月児	B	100%
3-13 心肺蘇生法を知って いる親の割合	1 歳 6 か月児 19.8% 3 歳児 21.3%	1 歳 6 か月児 15.3% 3 歳児 16.2%	B	100%
3-14 乳児期にうつぶせ寝 をさせている親の割合	3.5%	1.2% 3.3% 2.4%	A	なくす
3-15 6 か月 * までに BCG 接 種を終了している者の 割合 * 結核予防法改正に伴い「1 歳」を「6 か月」に変更	86.6% * * **1 歳までに接種した者の割合	92.3% * * **1 歳までに接種した者の割合	A	95%

3-16 1歳6ヶ月までに三種混合・麻しんの予防接種を終了している者の割合	三種混合 87.5% 麻しん 70.4%	三種混合 85.7% 麻しん 85.4%	A	95%
【行政・関係団体等の取組の指標】				
3-17 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	初期 70.2% 二次 12.8% 三次 100%	初期 政令市 88.0% 市町村 46.1% 二次 54.7%(221/404 地区) 三次 100%	A	100%
3-18 事故防止対策を実施している市町村の割合	3～4 か月児健診 32.6% 1歳6 か月児健診 28.6%	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%	A	100%
3-19 小児人口に対する小児科医・新生児科医師・児童精神科医師の割合	(小児人口 10 万対) 小児科医 77.1 新生児科に勤務する医師 3.9 児童精神医学分野に取り組んでいる小児科医もしくは精神科医 5.7	(小児人口 10 万対) 小児科医 83.5 新生児科医 6.4 児童精神医学分野に取り組んでいる小児科医もしくは精神科医 13.6	A	増加傾向へ
3-20 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合	院内学級 30.1% 遊戯室 68.6%	院内学級 26.1% 遊戯室 37.0%	B	100%
3-21 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	16.7%	14.1%	B	100%

A: 良くなっている指標 B: 悪くなっている又は変わらない指標 C: かけ離れている指標  
( ): モニタリング方法の見直しが必要とされた指標

#### 課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減（表5）

子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減を推進していく上では、育児環境全般を改善していく必要があり、父親の育児参加、母乳育児の推進、保健医療サービスの充実、子ども虐待の発生予防から対応まで、多岐にわたる取組が望まれる。

##### ①子ども虐待防止対策は引き続き強化が必要

子ども虐待による死亡数や児童相談所の虐待相談処理件数は増加を続けており、目標達成に向かって改善していない。「児童虐待による死亡事例の検証結果等について」（厚生労働省「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」第1次報告、平成17年4月）では、死亡事例の87.5%は、何らかの形で関係機関が関与していることが明らかになっており、子ども虐待の早期発見、早期対応による重症化の防止を図る必要がある。

また、児童福祉法や児童虐待の防止に関する法律の改正により、要保護児童対策地域協議会の設置など関係機関の連携や支援の継続性・連続性が強調され、子ども虐待の防止に向けた体制整備が図られつつあり、実効性が期待される所である。特に、市町村が児童家庭相談体制の第一義的な窓口となったため、今後は市町村における相談体制の更なる充実や、積極的な支援対策の一つとして、育児支援家庭訪問事業の活用等が望まれる。

さらに、育児不安を抱える親や虐待をした親の支援を実施している市町村・保健センター・保健所の割合の増加等、行政としての取組の充実が図られてきているが、今後は、妊娠期から要支援家庭を把握する等予防対策を強化する必要がある。

一方で、親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合や、常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合は目標からかけ離れており、指標の見直しが必要である。子ども虐待を含む親子の心の問題の支援対策は重要な課題であり、情緒障害児短期治療施設の全都道府県設置が実現していないことなどから、子どもの心のケアに対応できる社会資源の更なる整備が求められる。

子ども虐待防止対策には、発生予防から自立支援に至る切れ目のない積極的な支援が必要であり、児童虐待防止ネットワーク等における福祉、保健、医療、教育、警察、民間団体等の連携や、連携の基本となる専門職のマンパワーの確保や質の向上、住民参加による子育て支援、学校・教育委員会における子ども虐待防止に向けた取組の充実等の対応が重要である。特に、産科・小児科医師、保健師、助産師、看護師等子どもの医療に関わる専門職が、積極的に予防、早期発見、対応策を実施するとともに、保健、福祉等との連携を図ることが重要である。

## ②父親の育児参加は増加傾向—さらなる父親の育児参加へ向けてのサポート環境向上が必要

父親の育児参加に関しては、育児参加を「よくやっている」「時々やっている」を合わせると、策定時の現状値も直近値も8割を超え、また、子どもと「よく遊ぶ」「時々遊ぶ」を合わせると、策定時の現状値も直近値も9割を超え、いずれも増加傾向へという目標に向かっていた。しかし、父親の育児参加については、今回の調査のみで評価できるものではなく、他の調査で報告されているような、男性の長時間勤務や育児時間の短さの問題、働き方の見直しの問題等も併せて考えていく必要がある。さらに、母親・父親が育児を行う上で社会から支援されているという実感を持てるような環境の整備が重要である。

(参考)・週60時間以上働く子育て期の男性の割合が増加

	1994(平成6)年		2004(平成16)年
30~34歳	18.9%	→	22.7%
35~39歳	19.1%	→	24.0%

(総務省「労働力調査」)

・6歳未満の子どもがいる男性の育児時間:25分

(総務省「社会生活基本調査」平成13年)

## ③乳幼児健診の満足度は低いレベル—乳幼児健診の満足度向上をはじめとした保健医療体制の充実を

乳幼児健康診査(以下、「乳幼児健診」という。)は母子保健サービスの最も基本的な取組である。乳幼児健診に満足している者の割合は、策定時の現状値が30%という低いレベルからのスタートであるにもかかわらず、伸び率は低く、目標には遠い状況にある。乳幼児健診が実施されている環境や、従事者の技能の向上や意識改革の必要性が指摘されている。

また、母子保健の充実のためには、包括的な周産期医療の整備が不可欠である。周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している保健所の割合は増加しており、体制整備が進んできていると考えられるため、今後は、保健、医療、教育、福祉等の効率的な連携が望まれる。

## ④子どもの心の健康に対応できる医療従事者が不足—子どもの心の健康に対応できる小児科医の養成と児童相談所での児童精神科医の確保促進

親子の心の問題について支援していくことは、思春期に現れる様々な問題の予防にもつながっていくという視点を持って、対応していく必要がある。そのためには、親子の心の問題に関する十分な知識と技術を持つ小児科医、児童精神科医の確保が重要である。常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合は、策定時の3.3%に比べ、直近値で5.9%と微増しているが、依然目標値に比べかなり低く、目標達成にはほど遠い。児童精神科医の確保のための体制整備を促進する必要がある。



また、親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合は、日本小児科医会から「子どもの心相談医」の認定を受けている小児科医の割合によって評価しているが、その割合も微増であり、目標値の100%に比べるとかなり低く、目標の達成は難しい状況にある。これらは、今後、達成可能な目標値の設定やモニタリング方法を検討し、見直す必要がある。

### ⑤母乳育児は推進が必要

母乳育児は栄養面のみならず、母子の愛着形成等精神面にも良い影響を及ぼすと言われており、妊娠中からの啓発や出産直後の支援、さらには授乳しやすい環境の整備等、取組の推進が望まれる。

#### ○課題4のまとめ

- ・虐待による死亡数や児童相談所に報告があった虐待を受けた子どもの数は増加を続けており、**子ども虐待防止対策**の強化は急務である。
- ・児童精神科医や小児科医で**親子の心の問題に対応できる医師**の数は少ないため、その養成等について重点的に取り組む必要がある。

表5 「課題4 子ども心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」の指標の直近値及び評価

指標	策定時の現状値	直近値		目標
<b>【保健水準の指標】</b>				
4-1 虐待による死亡数	44人 児童虐待事件における被害児童数	51人 児童虐待事件における被害児童数	B	減少傾向へ
4-2 法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数	17,725件 児童相談所での相談処理件数	33,408件 児童相談所での相談処理件数	B	増加を経て減少へ
4-3 子育てに自信が持てない母親の割合	27.4%	3か月児、1歳6か月児、3歳児健診 19.0% 25.6% 29.9%	A	減少傾向へ
4-4 子どもを虐待していると思う親の割合	18.1%	4.3% 11.5% 17.7%	A	減少傾向へ
4-5 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合	68.0%	77.4% 69.0% 58.3%	A	増加傾向へ
<b>【住民自らの行動の指標】</b>				
4-6 育児について相談相手のいる母親の割合	99.2%	89.2% 98.9% 98.7%	A	増加傾向へ

4-7 育児に参加する父親の割合	よくやっている 37.4% 時々やっている 45.4%	よくやっている 50.3% 45.4% 39.8% 時々やっている 39.0% 40.4% 43.5%	A	増加傾向へ
4-8 子どもと一緒に遊ぶ父親の割合	よく遊ぶ 49.4% 時々遊ぶ 41.4%	よく遊ぶ 61.2% 55.4% 48.1% 時々遊ぶ 33.0% 37.6% 42.1%	A	増加傾向へ
4-9 出産後1ヶ月時の母乳育児の割合	44.8%	調査中	—	増加傾向へ
【行政・関係団体等の取組の指標】				
4-10 周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している保健所の割合 <small>*策定時より「二次医療圏」を「保健所」として調査しているため変更</small>	85.2%* *保健所の割合	98%* *保健所の割合	A	100%
4-11 乳幼児の健康診査に満足している者の割合	30.5%	1歳6か月児 32.4% 3歳児 30.0%	A	増加傾向へ
4-12 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合	64.4%	89.3% (政令市 94% 市町村 89.7%)	A	100%
4-13 常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合	3.3%	5.9%	(C)	100%
4-14 情緒障害児短期治療施設数	17施設(15府県)	27施設	A	全都道府県
4-15 育児不安・虐待親のグループの活動の支援を実施している保健所の割合	35.7%	46.0%	A	100%
4-16 親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合	6.4%	8.4%	(C)	100%

A: 良くなっている指標 B: 悪くなっている又は変わらない指標 C: かけ離れている指標  
( ): モニタリングの見直しが必要とされた指標

## 2 指標の見直しについて

指標の評価により、今回見直しや追加が必要とされた指標については、以下のように整理することとした。

### (1) 修正した指標

指標が持つ本来の目的に合わせて、必要なデータを得るために、指標を変更したものは、次の2つであった。これらについては、変更後の指標により直近値を提示することができたため、今後、モニタリングによって得られるデータと比較することが可能である。

#### ○2-5 母性健康管理指導事項連絡カードを知っている妊婦の割合

母性健康管理措置は女性労働者を対象とするものであるため、指標自体を「就労している妊婦」とする。その目標値については、今後検討が必要である。

#### ○2-8 妊産婦人口に対する産婦人科医・助産師の割合

妊産婦人口に対する相対的な人数のみでは、不足の度合いや地域偏在、施設間偏在等を表すことができないため、指標については実数で推移を追うこととする。

さらに、産婦人科医及び助産師の活動実態調査等も行い、現状を明らかにする必要がある。

### (2) 施策の充実を図るために追加した指標

「健やか親子 21」策定時より、課題の中で取り組まれていた内容ではあるが、具体的に指標化していなかったものについて、社会的なニーズの高まりから、次の2つの指標を今回あらためて指標として設定した。これらの指標は、「子ども・子育て応援プラン」の指標でもあり、今回、中間評価のための調査とともに直近値を調査しており、今後同様の調査により、継続的に比較することが可能である。

#### ○思春期保健対策に取り組んでいる地方公共団体の割合

思春期保健対策に関する取組指標は学校に関するものが中心であったため、保健所等、地域保健に関する取組指標も重要であると思われることから、本指標を課題1の行政の取組の指標として取り入れることとした。

#### ○乳児健診未受診児など生後4か月までに全乳児の状況把握に取り組んでいる市町村の割合

「児童虐待による死亡事例の検証結果等について」では、子ども虐待によ

り死亡に至った事例に、生後4か月以下の乳児の占める割合が多いことが報告されていることなどから、特に出産後早期の支援として本指標を課題4の行政の取組の指標として取り入れることとした。

### (3) 今後引き続き検討が必要な指標

以下の5つの指標については、継続的に評価していくために、モニタリング方法を見直す必要があるとされたものである。今回の中間評価においては、策定時のモニタリング方法と同じ方法で直近値を調査し、評価を行ったが、今後は適切なモニタリング方法について検討する必要がある。

#### ○1-8 避妊法を正確に知っている18歳の割合

現状では「避妊法を正確に知っている」ということを「男性用コンドームと経口避妊薬の両方について適切な避妊法だと回答」したものについて計上している。しかし、避妊法は多数存在し、それぞれの避妊法に特徴があり、それらを把握した上で避妊法を選択することが望ましいため、現在の指標に基づくモニタリングに加え、正しい知識の普及とその評価が必要である。

#### ○1-9 性感染症を正確に知っている高校生の割合

性感染症については中学の教科書に取り入れられていることから、知識の普及に関しては学校教育が貢献していると考えられる。しかし、「性感染症を正確に知っている」ことについての定義がなく、かつ、調査内容は「学んだことがあるかどうか」を尋ねるのみであるため、「正確に知っている」割合をモニタリングすることができていない。

以上より、1-8、1-9の指標については、「正確に知っている」ことの基準や、知識が行動の変容に結びつくような有効な指導方法、モニタリング方法について検討する必要がある。

一方で、行政や関係機関・団体等の取組の目標としては、今後も避妊法や性感染症を含む性に関する正しい知識の普及についての取組を推進していくことが重要である。

#### ○3-11 事故防止対策を実施している家庭の割合

調査では20項目の子どもの事故に関する注意点について実施しているかどうかを問い、全てを実施していると回答した家庭の割合を計上している。そのため、中間評価のための調査においても、策定時と変わらず低い結果であり、目標値とかけ離れていた。親に対する事故防止対策の啓発は重要であるため、引き続き全ての内容について取り組む必要はあるが、その評価方法

としては、20 項目のうち事故防止への関連が大きい項目に絞ったモニタリングが有用であると考えられるため、項目の絞り込みについて検討する必要がある。

#### ○4-13 常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合

児童相談所における児童精神科医の役割は重要であるが、児童精神科医の数そのものが不足している上、「常勤の」という条件が達成を一層難しくしている。現状を把握し目標達成への動きを追うためには、非常勤も含めたモニタリングが有用であると考えられるため、常勤、非常勤両方の数を追うことや、「児童精神科医と連携体制が確保されていること」をモニタリングすることについても検討する必要がある。

#### ○4-16 親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合

「親子の心の問題に対応できる技術」の定義及び測定可能なモニタリングについて見直しが必要である。現在、「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」（厚生労働省）及び厚生労働科学研究において、これらについて検討されており、検討会における議論を踏まえ、モニタリング方法を検討する必要がある。

### 3 新たな視点とそれに対応する指標

「健やか親子 21」の策定当初には、小児の栄養や歯科保健分野は、「健康日本 21」における生活習慣病の予防に関わる部分で対応することとされた。

しかしながら、「健康日本 21」において目標に掲げられている「肥満」については、今なお増加傾向にあり、改善の兆しはみられない。肥満予防の実現に向けては、より早期からの対策が必要であり、子どもの時期から適切な食生活や運動習慣を身につける必要がある。

具体的には、健康診査や健康診断等の機会を通じて、健康状態の把握や個別栄養指導の実施を効果的に行うことなど、栄養と運動の両面から肥満予防対策を推進する必要がある。

また、肥満の問題だけではなく、思春期やせの問題も改善されておらず、食生活と関連の深い健康問題は多様化している。特に栄養の偏りや朝食の欠食等の食習慣の乱れなど、子どもの食生活をめぐる問題は深刻化しており、子どもの健全育成の観点から、その改善を進めていくことは極めて重要な課題である。また、低出生体重児の増加等の課題を踏まえ、妊婦に対する栄養指導の充実が求められる一方、授乳や離乳食の進め方などについては、母親の不安や負担感を増すことのないよう適切な支援が求められている。こうした現状も踏まえ、国民が生涯にわたって健全な心身を培い、豊かな人間性を育むことができるようにするため、食育を総合的、計画的に推進することをねらいとして、平成 17

年7月には食育基本法が施行されたところでもある。

具体的には、食育で取り組むべき課題は、肥満や思春期やせの予防など思春期保健対策の観点、妊娠中の適切な体重管理など母子の健康確保の観点、母乳育児の推進や家族揃って食事を楽しむゆとりある生活の実現など子育て支援の観点と多岐にわたることから、地域においては、食育推進連絡会を設置するなど、保健センター、保育所、学校、NPO等関係機関の連携によって、取り組む課題の明確化・共有化を図り、その課題解決に向けて、それぞれの機関の特徴を活かした取組を推進することが必要である。

さらに、幼児期のう蝕予防については、「健康日本21」の「歯の健康」の一指標として含まれ、「う蝕のない3歳児の割合」については、策定時の59.5%から、暫定直近実績値では68.7%まで増加しており、2010年の目標である80%に向けて改善傾向にある。しかしながら、地域別では差が認められる（県別でみた場合49.4～77.0%）こと、多数歯う蝕やう蝕を治療しないまま放置するなど口腔内に問題のある幼児も見受けられること、乳歯のう蝕と永久歯のう蝕には強い相関が認められ、食生活を支える口腔機能の幼児期における健全な育成は極めて重要であることから、幼児期における歯科保健の一層の推進が必要である。

具体的には、う蝕罹患率の高い地域において、地域の実情に応じた効果的なう蝕予防対策やかかりつけ歯科医を活用した検診後のフォローアップ体制の充実を図るとともに、子どもが不規則な生活を過ごすような実態がある家庭に対して、歯科検診や歯科保健指導等の場を通じて親子関係の支援の推進を図ることも必要である。

上記の視点を踏まえ、今回は新たに下記の指標を設定し、5年後の最終年における評価の対象とすることとした。（表6）

表6 新たな指標

◆児童・生徒における肥満児の割合 現状値 10.4%（平成16年度学校保健統計調査をもとに日比式により算出） → 減少傾向へ
◆食育の取組を推進している地方公共団体の割合 現状値 食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合 87% 保育所、学校、住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合 87.1% （平成17年母子保健課調べ）→ それぞれ100%
◆う蝕のない3歳児の割合 現状値 68.7%（平成15年度3歳児歯科健康診査） → 80%以上

#### 4 今後5年間の取組の目標

これまで述べた各課題に関する評価の結果、今後、5年間の取組の目標を別表のとおりとした。

##### <別表 各課題の取組の目標>

表中の網掛けは新たな視点に対応するために設定した指標  
 表中#印はこれまでの課題について指標を追加したもの  
 表中★印はこれまでの指標の分析対象を変更したもの

#### 課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

指標	策定時の現状値	直近値	目標
<b>【保健水準の指標】</b>			
1-1 十代の自殺率	* 1(00) 5～9歳 — 10～14歳 1.1(男 1.7 女 0.5) 15～19歳 6.4(男 8.8 女 3.8)	* 1(04) 5～9歳 — 10～14歳 0.8(男 0.9 女 0.8) 15～19歳 7.5(男 9.1 女 5.7)	減少傾向へ
1-2 十代の人工妊娠中絶実施率	* 2(00) 12.1	* 12(04) 10.5	減少傾向へ
1-3 十代の性感染症罹患率	* 3(00) 性器クラミジア感染症 男子 196.0 女子 968.0 淋菌感染症 男子 145.2 女子 132.2 (有症感染率 15～19歳) * 19(00) ①性器クラミジア 5,697件(6.35) ②淋菌感染症 1,668件(1.86) ③尖圭コンジローマ 657件(0.73) ④性器ヘルペス 475件(0.53) (20歳未満、定点医療機関897カ所)	* 19(03) 定点報告(920カ所)による件数 ①性器クラミジア 6,198件(6.79) ②淋菌感染症 2,189件(2.40) ③尖圭コンジローマ 746件(0.82) ④性器ヘルペス 563件(0.62)	減少傾向へ
1-4 15歳の女性の思春期やせ症(神経性食欲不振症)の発生頻度	* 3(02) 不健康やせ 中学3年 5.5% 高校3年 13.4% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 2.3%	* 3(05) 不健康やせ 中学3年 7.6% 高校3年 16.5% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 1.03%	減少傾向へ
1-5 児童・生徒における肥満児の割合		* 20(04) 10.4% 注:学校保健統計調査をもとに 日比式により算出	減少傾向へ

【住民自らの行動の指標】			
1-6 薬物乱用の有害性について正確に知っている小・中・高校生の割合	* 4(00) 急性中毒 依存症 小学 6 年男子 53.3% 73.1% 女子 56.2% 78.0% 中学 3 年男子 62.3% 82.5% 女子 69.1% 90.6% 高校 3 年男子 70.9% 87.1% 女子 73.0% 94.0%	調査中	100%
1-7 十代の喫煙率 「健康日本21」4.2未成年者の喫煙をなくす	* 5(96) 中学 1 年男子 7.5% 女子 3.8% 高校 3 年男子 36.9% 女子 15.6%	* 5(04) 中学 1 年男子 3.2% 女子 2.4% 高校 3 年男子 21.7% 女子 9.7%	なくす
1-8 十代の飲酒率 「健康日本21」5.2未成年者の飲酒をなくす	* 5(96) 中学 3 年男子 26.0% 女子 16.9% 高校 3 年男子 53.1% 女子 36.1%	* 5(04) 中学 3 年男子 16.7% 女子 14.7% 高校 3 年男子 38.4% 女子 32.0%	なくす
1-9 避妊法を正確に知っている 18 歳の割合	* 3(01) 大学 1~4 年生 男子 26.2% 女子 28.3%	* 3(05) 17~19 歳 男子 12.5% 女子 22.7%	100%
1-10 性感染症を正確に知っている高校生の割合	* 6(99) 性器クラミジア感染症 男子 11.3% 女子 16.5% 淋菌感染症 男子 15.4% 女子 14.5%	* 21(04) 性器クラミジア感染症 男子 48.4% 女子 55.8% 淋菌感染症 男子 19.9% 女子 20.1%	100%
【行政・関係団体等の取組の指標】			
1-11 学校保健委員会を開催している学校の割合	* 7(01) 72.2%	* 7(04) 79.3%	100%
1-12 外部機関と連携した薬物乱用防止教育等を実施している中学校、高校の割合	* 4(00) 警察職員 麻薬取締官等 中学校 33.8% 0.1% 高等学校 32.7% 4.0%	調査中	100%
1-13 スクール・カウンセラーを配置している中学校(一定の規模以上)の割合	* 7(01) 22.5% (3 学級以上の公立中学校)	* 7(04) 47.3% (3 学級以上の公立中学校)	100%



1-14 思春期外来(精神保健福祉センターの窓口を含む)の数	* 3(01) 523 か所	* 10(05) 1374 か所 (精神保健福祉センターあるいは保健所が把握している思春期相談ができる医療機関数)	増加傾向へ
1-15# 思春期保健対策に取り組んでいる地方公共団体の割合		* 10(05) 都道府県 100% 政令市 90.9% 市町村 38.8%	100%
1-16 食育の取組を推進している地方公共団体の割合(4-14再掲)		* 10(05) 食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合 87.0% 保育所、学校、住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合 87.1%	それぞれ 100%

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

指標	策定時の現状値	直近値	目標
<b>【保健水準の指標】</b>			
2-1 妊産婦死亡率	* 1(00) 6.6(出生 10 万対) 6.3(出産 10 万対) 78 人	* 1(04) 4.3(出産 10 万対) 49 人	半減
2-2 妊娠・出産について満足している者の割合	* 8(00) 84.4%	* 3(05) 91.4%	100%
2-3 産後うつ病の発生率	* 3(01) 13.4%	* 3(05) 12.8%	減少傾向へ
2-4 妊娠 11 週以下での妊娠の届け出率	* 9(96) 62.6%	* 9(03) 66.2%	100%
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		* 3(05) 19.8%	100%
<b>【住民自らの行動の指標】</b>			
2-6 周産期医療ネットワークの整備	* 10(00) 14 都府県	* 10(05) 29 都道府県	2005 年までに 全都道府県

2-7 正常分娩緊急時対応のためのガイドライン作成	なし	「助産所における分娩の適応リスト」および「正常分娩急変時のガイドライン」作成→日本助産師会頒布、会員へ周知	作成
2-8★産婦人科医・助産師数	* 11(00) 産婦人科医師数 12,420 人 * 12(00) 助産師数 24,511 人	* 11(04) 産婦人科医師数 12,156 人 * 12(04) 助産師数 25,257 人	増加傾向へ
2-9 不妊専門相談センターの整備	* 10(00) 18 か所	* 10(05) 54 か所	2005年までに全都道府県
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	* 3(01) 24.9%	* 3(04) 不妊カウンセラー 40.5% 不妊コーディネーター 35.3%	100%
2-11 不妊治療における生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインの作成	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	* 3(03) 厚生労働科学研究にて「配偶子・胚移植を含む生殖補助技術」については作成済	作成

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

指標	策定時の現状値	直近値	目標
<b>【保健水準の指標】</b>			
3-1 周産期死亡率	* 1(00) (出産千対) 5.8 (出生千対) 3.8	* 1(04) (出産千対) 5.0 (出生千対) 3.3	世界最高を維持
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	* 1(00) 極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 8.6%	* 1(04) 極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.4%	減少傾向へ
3-3 新生児死亡率 乳児(1歳未満)死亡率	* 1(00) (出生千対) 新生児死亡率 1.8 乳児死亡率 3.2	* 1(04) (出生千対) 新生児死亡率 1.5 乳児死亡率 2.8	世界最高を維持
3-4 乳児のSIDS死亡率	* 1(00) (出生 10 万対) 26.6	* 1(04) (出生 10 万対) 19.3	半減
3-5 幼児(1~4歳)死亡率	* 1(00) (人口 10 万対) 30.6	* 1(04) (人口 10 万対) 25.3	半減

3-6 不慮の事故死亡率	* 1(00) (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	* 1(04) (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	半減
3-7 う歯のない 3 歳児の割合		* 22(03) 68.7%	80%以上
<b>【住民自らの行動の指標】</b>			
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	* 13(00) 妊娠中 10.0% * 18(01) 育児期間中 父親 35.9% 母親 12.2%	* 3(05) (3か月児、1歳6か月児、3歳児健診での割合) 妊娠中 7.3% 7.9% 8.3% 育児期間中 父親 54.9% 55.9% 54.5% 育児期間中 母親 11.5% 16.5% 18.1%	なくす
3-9 妊娠中の飲酒率	* 13(00) 18.1%	* 3(05) 14.9% 16.6% 16.7%	なくす
3-10 かかりつけの小児科医を持つ親の割合	* 8(00) 81.7% 1~6 歳児の親	* 3(05) 1 歳 6 か月児 86.3% 3 歳児 86.4%	100%
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	* 3(01) 1 歳 6 か月児 86.6% 3 歳児 88.8%	* 3(05) 1 歳 6 か月児 87.8% 3 歳児 89.9%	100%
3-12 事故防止対策を実施している家庭の割合	* 3(01) 1 歳 6 か月児 4.2% 3 歳児 1.8%	* 3(05) 1 歳 6 か月児 4.5% 3 歳児 2.9%	100%
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	* 3(01) 31.3% 1 歳 6 か月児のいる家庭	* 3(05) 30.7% 1 歳 6 か月児	100%
3-14 心肺蘇生法を知っている親の割合	* 3(01) 1 歳 6 か月児 19.8% 3 歳児 21.3%	* 3(05) 1 歳 6 か月児 15.3% 3 歳児 16.2%	100%

3-15 乳児期にうつぶせ寝をさせている親の割合	* 3(01) 3.5%	* 3(05) 1.2% 3.3% 2.4%	なくす
3-16★6 か月までにBCG接種を終了している者の割合		* 3(05) (参考値) 92.3% (1歳までに接種した者の割合)	95%
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	* 8(00) 三種混合 87.5% 麻しん 70.4%	* 3(05) 三種混合 85.7% 麻しん 85.4%	95%
<b>【行政・関係団体等の取組の指標】</b>			
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	* 3(01) 初期 70.2% 二次 12.8% 三次 100%	* 10(05) 初期 政令市 88.0% 市町村 46.1% 二次 54.7%(221/404 地区) 三次 100%	100%
3-19 事故防止対策を実施している市町村の割合	* 3(01) 3～4 か月児健診 32.6% 1歳6か月児健診 28.6%	* 10(05) 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%	100%
3-20 小児人口に対する小児科医・新生児科医師・児童精神科医師の割合	(00) (小児人口 10 万対) * 11 小児科医 77.1 * 10 新生児科に勤務する医師 3.9 * 3 児童精神医学分野に取り組んでいる小児科医もしくは精神科医 5.7	(小児人口 10 万対) 小児科医 83.5 * 10(05) 新生児科医 6.4 児童精神医学分野に取り組んでいる小児科医もしくは精神科医 13.6	増加傾向へ
3-21 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合	* 14(01) 院内学級 30.1% 遊戯室 68.6%	* 10(05) 院内学級 26.1% 遊戯室 37.0%	100%
3-22 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	* 3(01) 16.7%	* 10(05) 14.1%	100%

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

指標	策定時の現状値	直近値	目標
<b>【保健水準の指標】</b>			
4-1 虐待による死亡数	* 15(00) 44人 児童虐待事件における被害児童数	* 15(04) 51人 児童虐待事件における被害児童数	減少傾向へ
4-2 法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数	* 16(00) 17,725件 児童相談所での相談処理件数	* 16(04) 33,408件 児童相談所での相談処理件数	増加を経て減少へ
4-3 子育てに自信が持てない母親の割合	* 8(00) 27.4%	* 3(05) 3か月児、1歳6か月児、3歳児健診の割合 19.0% 25.6% 29.9%	減少傾向へ
4-4 子どもを虐待していると思う親の割合	* 8(00) 18.1%	* 3(05) 4.3% 11.5% 17.7%	減少傾向へ
4-5 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合	* 8(00) 68.0%	* 3(05) 77.4% 69.0% 58.3%	増加傾向へ
<b>【住民自らの行動の指標】</b>			
4-6 育児について相談相手のいる母親の割合	* 8(00) 99.2%	* 3(05) 89.2% 98.9% 98.7%	増加傾向へ
4-7 育児に参加する父親の割合	* 8(00) よくやっている 37.4% 時々やっている 45.4%	* 3(05) よくやっている 50.3% 45.4% 39.8% 時々やっている 39.0% 40.4% 43.5%	増加傾向へ
4-8 子どもと一緒に遊ぶ父親の割合	* 8(00) よく遊ぶ 49.4% 時々遊ぶ 41.4%	* 3(05) よく遊ぶ 61.2% 55.4% 48.1% 時々遊ぶ 33.0% 37.6% 42.1%	増加傾向へ
4-9 出産後1か月時の母乳育児の割合	* 13(00) 44.8%	調査中	増加傾向へ
<b>【行政・関係団体等の取組の指標】</b>			
4-10 周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している保健所の割合	* 3(01) 85.2%	* 10(05) 98%	100%

4-11 乳幼児の健康診査に満足している者の割合	* 8(00) 30.5%	* 3(05) 1歳6か月児 32.4% 3歳児 30.0%	増加傾向へ
4-12 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合	* 3(01) 64.4%	* 10(05) 89.3% (政令市 94% 市町村 89.7%)	100%
4-13# 乳児健診未受診児など生後4か月までに全乳児の状況把握に取り組んでいる市町村の割合		* 10(05) 87.5%	100%
4-14 食育の取組を推進している地方公共団体の割合(1-16再掲)		* 10(05) 食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合 87.0% 保育所、学校、住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合 87.1%	それぞれ 100%
4-15 常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合	* 10(00) 3.3%	* 10(05) 5.9%	100%
4-16 情緒障害児短期治療施設数	* 10(00) 17施設(15府県)	* 10(05) 27施設	全都道府県
4-17 育児不安・虐待親のグループの活動の支援を実施している保健所の割合	* 3(01) 35.7%	* 10(05) 46.0%	100%
4-18 親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合	* 17(01) 6.4%	* 17(02) 8.4%	100%

(〇〇) : 調査、統計等の西暦年を表示

- \* 1人口動態統計    \* 2母体保護統計    \* 3厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究等)
- \* 4薬物に対する意識等調査    \* 5健康日本21参照    \* 6東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会調査
- \* 7文部科学省調べ    \* 8幼児健康度調査    \* 9保健所運営報告(現:地域保健・老人保健事業報告)
- \* 10厚生労働省(母子保健課等)調べ    \* 11医師・歯科医師・薬剤師調査    \* 12衛生行政報告例
- \* 13乳幼児身体発育調査    \* 14日本病院会調べ    \* 15警察庁調べ    \* 16社会福祉行政業務報告
- \* 17日本小児科医会調べ    \* 18 21世紀出生児縦断調査    \* 19感染症発生動向調査
- \* 20学校保健統計調査をもとに算出    \* 21南アルプス市調査    \* 22 3歳児歯科健康診査

## 5 「健やか親子 21」関係者の目標達成に向けた取組状況の評価

### (1) 健やか親子 21 推進協議会の取組状況

健やか親子 21 推進協議会は、平成 13 年度以降、年 1 回総会を開催し、必要事項の審議、活動報告、団体間の情報交換等を行ってきた。各団体の取組実績及び行動計画は、年度毎に健やか親子 21 公式ホームページに掲載するとともに、総会資料（『「健やか親子 21」関連資料（母子保健レポート 2002～2005）』）としてまとめている。

また、課題毎の幹事団体は、それぞれ年間 3～4 回会議を開催し、取組を推進している。さらに、幹事が各課題に取り組む団体を召集し、課題毎の全体会議も年 1 回程度開催しており、団体間の連携を深めている。

中間評価については、1 年以上、健やか親子 21 推進協議会に参加している 74 団体を対象に、「健やか親子 21」に関する活動の状況についてアンケート調査を行った。

以下に、60 団体（81.1%）から回答を得た結果を示す。

#### ①取組のプロセスについて

担当者を決め、年次計画に「健やか親子 21」関連の事業を盛り込んだ団体は 8～9 割に上った。しかし、成果（アウトカム）や事業量（アウトプット）に関する目標値を設定した団体は 3 割前後にとどまり、定期的な取組の評価を行ったとする団体も 3 割強であった。

これらの結果から、事業は積極的に取り組まれているものの、その評価は必ずしも十分に行われているとは言えず、効果的な取組のためにも、適切な評価を実施するための支援が必要であることが示唆された。（図 3，4）

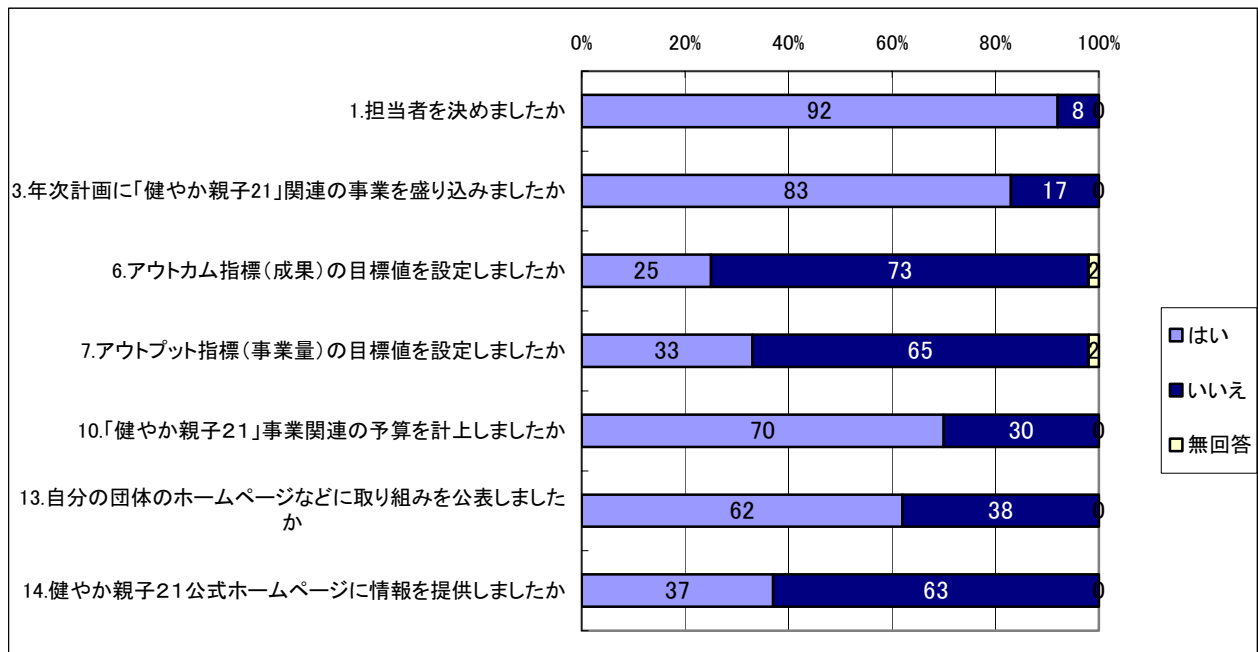


図 3 プロセスチェックリスト（2 択）の結果（n=60）

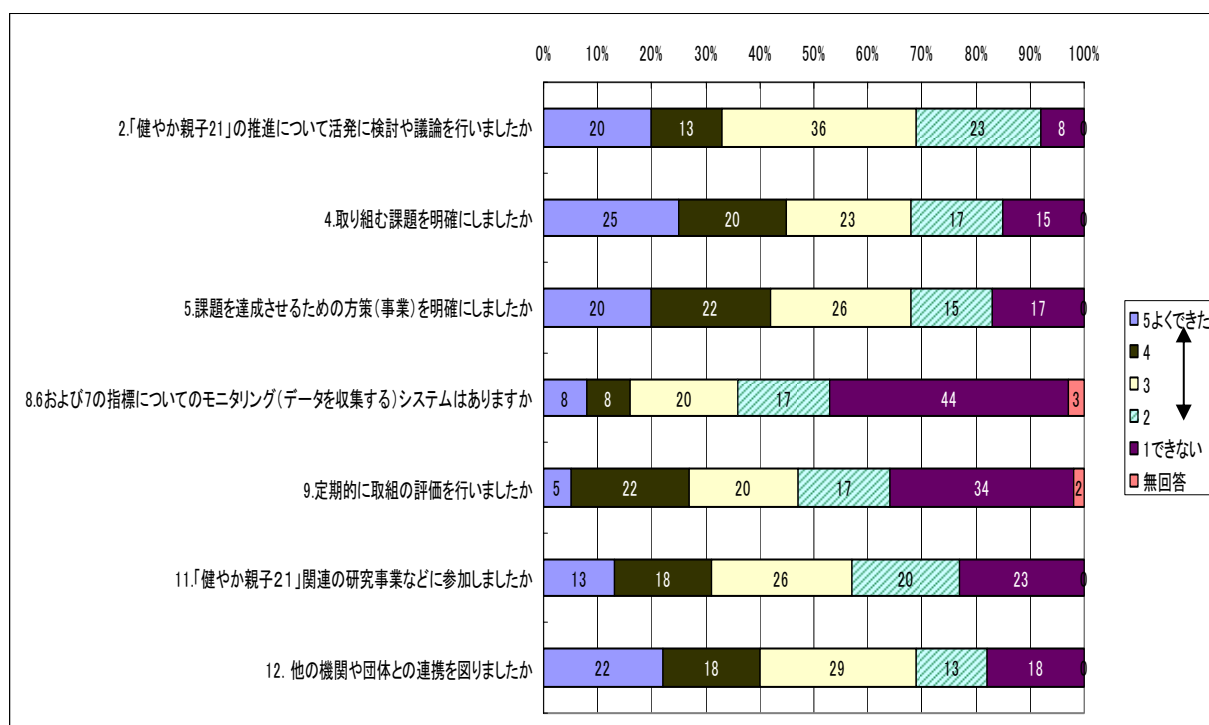


図4 プロセスチェックリスト（5段階評価）の結果（n=60）

## ②事業実績について

団体が主催して行った「健やか親子21」に関する事業実績と、他団体と連携（共催）して行った事業実績をそれぞれ調査した。

一般住民を対象に配布されたリーフレット類（「健やか親子21」運動の趣旨が記載されているか、シンボルマークを使用しているものに限定）の配布は1,580万部以上、電話相談等の相談件数は29万件に上り、「健やか親子21」の普及啓発や、「健やか親子21」を踏まえた事業に積極的に取り組んでいた。さらに、専門団体を中心に、学会や研究会等でも積極的に「健やか親子21」に関連した内容を取り上げていた。（表8）

表8 健やか親子21推進協議会の事業実績

	主催事業	連携(共催)事業
1. リーフレット, パンフレット類の配布数 (連携分は種類)		
一般住民対象	15,806,976 部	5 種類
専門家対象	141,500 部	5 種類
2. 相談事業(電話相談など)の延べ件数	297,113 件	3 種類
3. 大会などイベントの種類	64 種類	24 種類



4. 研修会・講習会の種類	112 種類	55 種類
5. 委員会・協議会などを持っているとした団体数	23 団体	8 件
6. 学会・研究会・発表会などの種類	96 種類	17 種類
7. 調査研究事業	(例参照)	
8. ガイドライン, 手引き, マニュアル等の作成	(例参照)	
9. 提言や要望書の提出など健康政策への関与	(例参照)	

(例) 7. 調査研究事業

- ・「子どもの虐待ホットライン」から見た母親の姿～母親のストレス要因の分析を通して～
  - ・「子どもとメディア」に関する小児科と保護者の意識調査
  - ・1歳6か月児の予防接種済者率調査
  - ・地域に開かれた保育所の活動に関する調査研究 等
8. ガイドライン, 手引き, マニュアル等の作成
- ・助産所業務ガイドライン
  - ・看護職による子どもの虐待予防と早期発見・支援に関する指針
  - ・必携・新病児保育マニュアル 等
9. 提言や要望書の提出など健康政策への関与
- ・わが国の小児医療提供体制の改革について
  - ・小児慢性特定疾患治療研究事業の法制化に関して
  - ・「たばこのない社会の実現に向けた行動宣言」 等

### ③具体的取組目標について

今まで取り組んだ具体的な事業を自己評価するとともに、今後5年間における取組目標（具体的な数値目標含む）を効果的に設定するため、任意で抽出した団体（9団体）にインタビュー調査を行った。その中で、具体的な数値目標を提示した団体の例を示す。（表9）

今後はこれらの数値目標に基づいた、より具体的な取組と、定期的な評価が望まれる。

表9 健やか親子21推進協議会の具体的取組目標

<p>&lt;今後5年間の具体的取組目標の例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○麻疹撲滅－麻疹の予防接種率を90%にする（日本小児科医会）</li> <li>○「子どもの心相談医」認定医数を2,500人にする（日本小児科医会）</li> <li>○思春期講座の学校等への出張回数を倍増（6,000件／年）する（日本助産師会）</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## (2) 地方公共団体の取組状況

### ①「健やか親子 21」計画策定状況

「健やか親子 21」計画を策定した都道府県は 83%であった。また、「健やか親子 21」を踏まえた母子保健計画の見直しを行った政令市は 75%、市町村は 56%で、当初の見直し予定数（平成 14 年度までに 80%、平成 15 年度以降 10%が見直し予定と回答；平成 14 年度母子保健課調べ）よりも少なかった。（図 5，6，7）

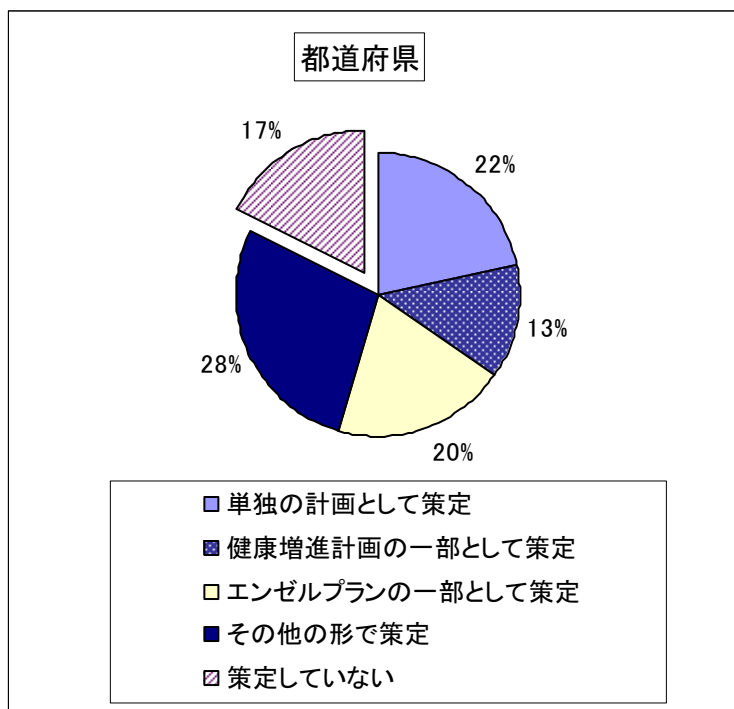


図 5  
「健やか親子 21」策定状況  
(都道府県)

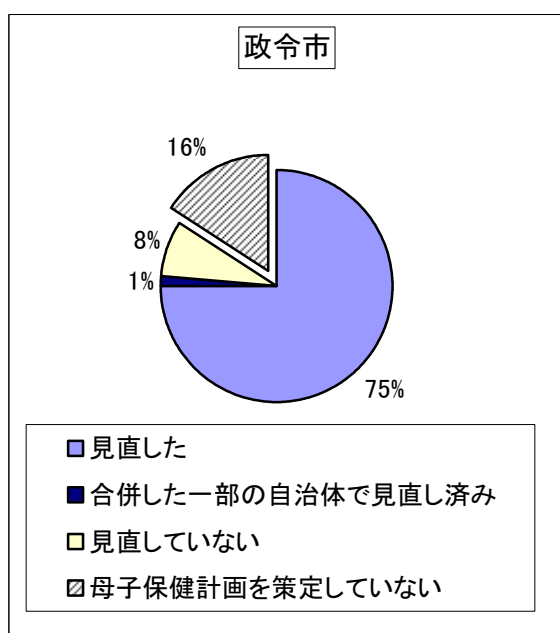


図 6 「健やか親子 21」を踏まえた母子保健計画の見直し状況（政令市）

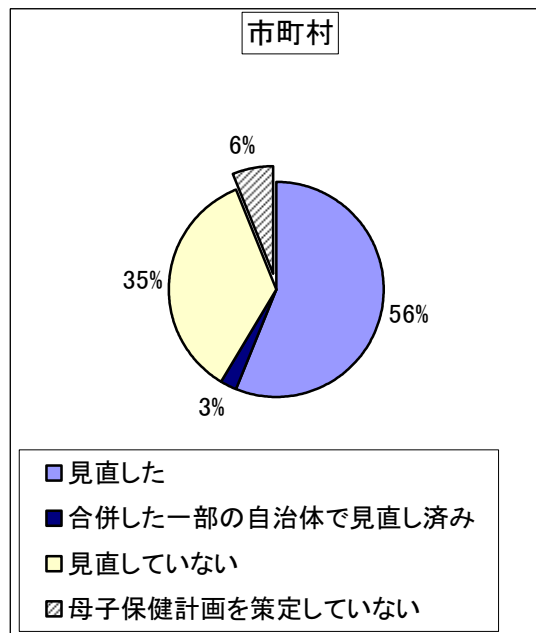


図 7 「健やか親子 21」を踏まえた母子保健計画の見直し状況（市町村）

## ②協議会等の状況

都道府県では約3割、市町村では約5割が、課題について住民や関係者と協議する機会を持っていなかった。(図8)

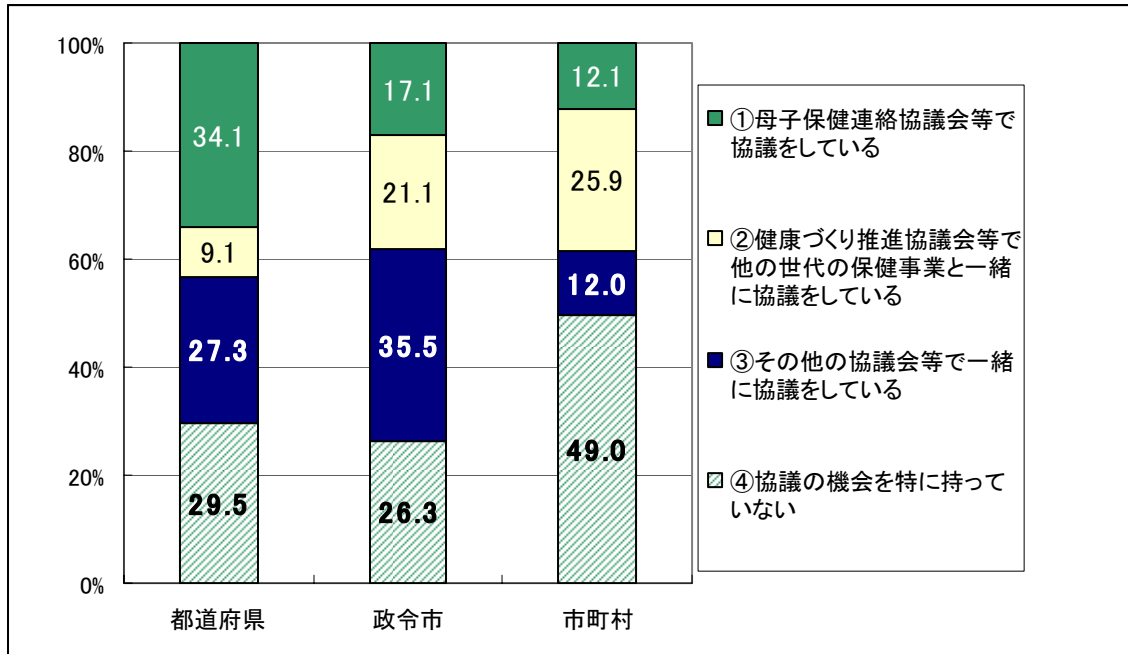


図8 母子保健に関する協議会の状況

## ③個別の施策の取組状況

「健やか親子21」や「子ども・子育て応援プラン」に盛り込まれた個別の施策で、平成17年度に、8割以上が取り組んでいるとした項目は、以下のとおりであった。(資料2)

都道府県・人工妊娠中絶、性感染症、薬物乱用問題に関する取組の推進

- ・小児の二次救急体制の整備
- ・食育における関係機関等のネットワークづくり

市町村・生後4か月までに接触のなかった全乳児の状況把握

- ・育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査の実施
- ・健診の機会を通じた子どもの生活習慣改善の取組

一方、取組が3割以下であった項目は、以下のとおりであり、取組の差が見られた。

都道府県・公共機関における授乳室の設置など授乳しやすい環境づくりの推進

- 市町村
- ・慢性疾患児等の在宅医療の支援体制の整備
  - ・休日健診の推進等乳児健康診査受診率の向上

#### ④連携による取組の効果

市町村において、いくつかの取組について、連携状況との関連を検討したところ、妊娠中の喫煙対策のように、県や関連機関との連携がある場合に、産後の喫煙率が低いという結果が得られたものもある。(図9)

今後、こうした各機関の連携を強化し、効果的な取組を推進することにより、保健水準や住民自らの行動の指標を改善していく必要がある。

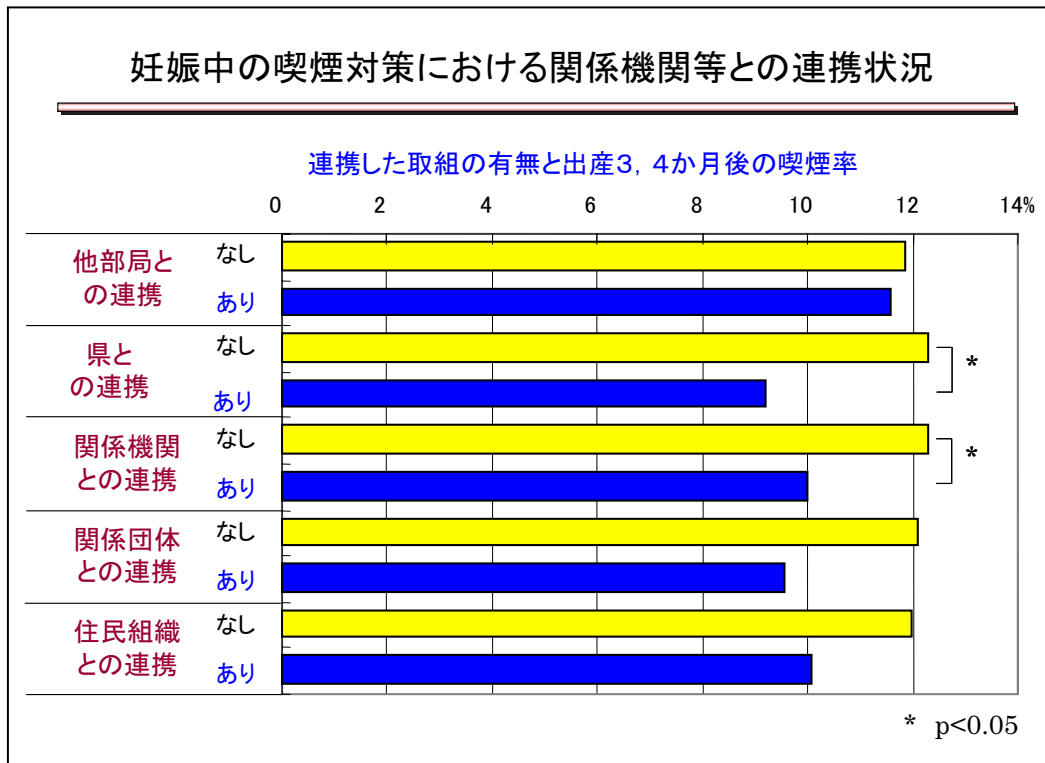


図9 市町村の連携状況と指標との関連

#### (3) 国の取組状況

国は、総合的な推進として、「健やか親子 21」全国大会の開催、厚生労働科学研究子ども家庭総合研究推進事業による「健やか親子 21」に関連した公開シンポジウムの開催、「健やか親子 21」公式ホームページの活用等による普及啓発を図った。

また、主要課題に関連した各種施策の実施及び厚生労働科学研究事業等の推進を図った。(資料3)

## 6 今後充実すべき具体的な取組方策の例

中間評価によって、今後5年間に重点的に取り組むべき課題が明らかとなった。また、それらの課題を解決するための推進方策として、指標とするまでには至らなかったものの、充実すべき具体的な取組方策の例が数多く挙げられた。

これらについては、「健やか親子 21 検討会報告書」の「取組として考えられる事項の例」（第3章第2節、表3～6）に加えて、推進していくことが望ましい。今回追加した具体的な取組方策や特に強調された取組については、表中に下線で示した。（表10～13）

表10 課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

主な推進主体	具体的な取組方策の例
国民（住民）	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 思春期の子どもに対する応援が適切にできるよう努力</li> <li>－ 思春期の身体的・心理的な発達状況を理解し、思春期の子どもの行動を発達課題として受け止める地域づくりのために努力</li> </ul>
地方公共団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 学校保健推進体制の充実               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>学校保健委員会の開催の推進と活性化</u></li> <li>・ 保健主事の資質の向上</li> <li>・ 教諭、養護教諭、学校栄養職員、学校医、学校歯科医、学校薬剤師の学校保健に関する資質の向上</li> </ul> </li> <li>－ 学校における教育内容の充実・強化               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 学校内連携による健康教育の推進体制の整備</li> <li>・ 性教育の推進（生命尊重、妊娠出産・避妊、性感染症等）</li> <li>・ 喫煙・飲酒防止教育を含む薬物乱用防止教育の推進</li> <li>・ 性教育・薬物乱用防止教育についての学校内外の専門職の活用の推進</li> </ul> </li> <li>－ 学校医、学校歯科医、学校薬剤師の活動の充実</li> <li>－ 学校の相談機能の強化               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 教職員の相談活動の充実</li> <li>・ スクール・カウンセラーの配置の推進</li> <li>・ 保健室等の相談活動の機能の充実（養護教諭の複数配置の充実を含む）</li> </ul> </li> <li>－ 地域保健福祉（市町村・保健所・精神保健福祉センター・児童相談所等）と学校保健、<u>医療機関、関係団体等との連携強化</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門職の派遣の推進（性・感染症・薬物等）</li> <li>・ 学校保健委員会等への参加推進</li> <li>・ P T A等と連携した家庭における思春期学習の推進</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 思春期の問題に関する本人や家族の相談体制の充実・強化</li> <li>・ ボランティア体験学習等の受け入れ</li> <li>－ 子どもに悪影響を与える有害情報の問題への取組の推進</li> </ul>
国	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 厚生労働省と文部科学省の連携の強化により地方公共団体が活動しやすい体制づくりの推進</li> <li>－ 性教育・薬物乱用防止教育、心の問題等への対策マニュアルの作成</li> <li>－ 国立成育医療センターにおける児童・思春期精神科の充実</li> <li>－ 課題解決の基盤を整備するために研究活動を推進 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>十代の自殺の要因等の分析</u></li> <li>・ <u>十代の人工妊娠中絶の減少、性感染症の増加の背景と考えられる若者の行動要因の分析</u></li> </ul> </li> </ul>
専門団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>思春期専門の外来・病棟等の整備</u></li> <li>－ <u>児童精神科医師の確保</u></li> <li>－ <u>地域の専門家や学校の連携をもとにした効果的な性教育や健康教育の方法の検討</u></li> <li>－ <u>思春期の心の健康や性に関する研究の推進</u></li> <li>－ 思春期の心身の保健に関する市民講座への協力</li> <li>－ 産婦人科医や小児科医が日常診療において、思春期の心の問題に着目した対応の推進</li> </ul>
民間団体、NPO、企業等	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>NPOや関係機関等が連携した食育の推進</u></li> <li>－ 思春期の問題への相談体制整備や情報提供の推進</li> <li>－ 若者委員会の開催</li> <li>－ ピア（仲間）カウンセラーの育成や、ピア（仲間）カウンセリングの実施</li> <li>－ マスメディアの良識に基づく有害情報の自製の促進</li> </ul>

表 11 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

主な推進主体	具体的な取組方策の例
国民（住民）	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 妊産婦や不妊の夫婦に優しい社会の実現を図るために努力</li> <li>－ 働きながら出産でき、再就職が可能な社会の構築、父親が育児に気軽に参加できる企業風土の育成に努力</li> <li>－ ひとり親、若年妊婦、病気や障害を持った人の妊娠・出産に対しての支援にむけて努力</li> <li>－ <u>バースプランの活用等による主体的な出産のために努力</u></li> </ul>
地方公共団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 保健所・市町村保健センターと医療機関との連携強化 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師・助産師・保健師の定期的なカンファレンスによる情報交換の推進</li> </ul> </li> <li>－ <u>妊産婦に優しい環境づくりの推進</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職場や公共施設等の取組の推進</li> <li>・ <u>妊娠バッジ等マタニティマークの普及啓発</u></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>－ 都道府県における周産期医療ネットワークの整備</li> <li>－ 都道府県における不妊専門相談センターの整備</li> <li>－ 産褥期のホームヘルプサービスの提供の推進</li> <li>－ 慢性疾患や障害を持つ親や社会的ハンデキャップを持つ親の出産に関する支援</li> </ul>
国	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>産科医、助産師確保に向けての取組</u> (地域の状況把握、産科医・助産師の就労支援、女性医師の就労支援等)</li> <li>－ 母子同室や居住型分娩施設等の快適な妊娠・出産を支援する基盤の整備</li> <li>－ 職場における働く女性の母性保護活動の推進 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 母性健康管理指導事項連絡カードの普及</li> </ul> </li> <li>－ 妊娠・出産・生殖補助医療に関する調査・研究の推進</li> <li>－ 国立成育医療センターにおける生殖補助医療技術を使用した医療体制の整備</li> </ul>
専門団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>育児期の母親の健康づくりのための情報提供(家族計画に関する情報提供、健康診断の受診等)</u></li> <li>－ <u>妊娠中の口腔健診に関する情報提供</u></li> <li>－ <u>妊娠・出産の満足度の客観的評価方法の開発</u></li> <li>－ <u>利用者と専門家双方による「いいお産」のためのバースプランの作成とそれに基づく実践・評価の推進</u></li> </ul> <p>【産婦人科関係専門団体】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>産婦人科医師の確保及び適正配置と活動実態の継続的調査</u></li> <li>－ <u>女性医師が働きやすい環境の整備</u></li> <li>－ 施設のクオリティ・コントロールとEBMに基づく産科医療の推進</li> <li>－ 分娩のQOLの向上</li> <li>－ 産後うつ病を含む産科医療における心のケアの推進</li> <li>－ ガイドラインの作成（正常分娩対応、不妊治療）と普及</li> </ul> <p>【看護関係専門団体】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>助産師の確保及び適正配置</u></li> <li>－ 嘱託医療機関との連携による母体搬送システム並びに新生児搬送の確立</li> <li>－ 助産師活動のためのガイドラインの作成</li> <li>－ 妊娠・分娩・産褥におけるメンタルヘルスケアを行う看護職の育成</li> </ul>
民間団体、	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 妊娠・出産・産褥・不妊に関する相談・カウンセリング等の支援の</li> </ul>

NPO、企業等	<p>推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>「いいお産」に向けての、既存の研究成果を踏まえた具体的な環境づくり</u></li> <li>－ <u>職域を通じた母性健康管理の環境整備（妊娠・出産に関する一連の情報提供等）</u></li> </ul>
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

表 12 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

主な推進主体	具体的な取組方策の例
国民（住民）	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 事故防止対策、予防接種を家庭や地域において推進するよう努力</li> <li>－ 小児の疾病と健康診査及び治療についての理解を深め、適切な小児医療機関の利用に努力</li> <li>－ 障害や疾病を持つ子どもに優しい社会の構築に努力</li> <li>－ <u>妊娠中や育児期間中の両親の禁煙の推進</u></li> </ul>
地方公共団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 保健所・市町村保健センターにおける S I D S 予防・事故防止対策の推進 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>小児の事故防止についての多分野の関係者による対策の推進</u></li> <li>・ <u>保健所等における事故防止センターの設置と事故事例の分析、情報提供の推進</u></li> </ul> </li> <li>－ 乳幼児健康支援一時預かり事業の推進</li> <li>－ 予防接種センターの整備</li> <li>－ 自治体立の臨床研修指定病院における小児科・新生児科の研修の推進</li> <li>－ 地域における小児科医師確保対策の推進</li> <li>－ 初期、二次、三次の小児救急医療体制の整備</li> <li>－ 小児の三次救急医療拠点の整備</li> <li>－ 慢性疾患児に対する取組の推進（院内学級・院内保育士の配置、学校の取組強化）</li> <li>－ 地域母子保健事業水準の量・質の維持向上</li> <li>－ <u>う蝕罹患率の高い地域における効果的なう蝕予防対策の推進</u></li> </ul>
国	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 障害児の早期発見と療育体制の整備</li> <li>－ 小児医療・小児救急医療体制整備のための支援</li> <li>－ 診療報酬における小児医療体制の充実</li> <li>－ 医学部の卒前教育における小児科教育の充実</li> <li>－ 予防接種に関する啓発普及・パンフレット等の作成</li> <li>－ 事故防止ガイドラインの作成</li> <li>－ 国立成育医療センターにおける小児医療体制の整備</li> <li>－ <u>乳幼児健診の今後のあり方の検討（発達障害、子ども虐待への対応等）</u></li> </ul>
専門団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>妊娠中の適正な食生活や体重管理、禁煙についての啓発</u></li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>口腔ケアを通じた親子関係の支援</u></li> <li>【小児科・新生児科関係専門団体】</li> <li>－ 小児科医師の確保</li> <li>－ 女性医師が働きやすい環境の整備</li> <li>－ 新生児管理の向上</li> <li>－ 施設のクオリティ・コントロールとEBMに基づく小児医療の推進</li> <li>－ 保育所嘱託医・幼稚園医・学校医としての協力強化</li> <li>－ 保護者への小児医療受診マニュアルの作成</li> <li>－ 小児保健（乳幼児健康診査、予防接種、乳幼児健康支援一時預かり事業等）に対する協力強化</li> <li>【看護関係専門団体】</li> <li>－ 看護職への小児に関する専門的な教育の推進</li> <li>－ 小児に対応した訪問看護ステーションの設置促進</li> </ul>
民間団体、NPO、企業等	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 慢性疾患を持つ子どもの家族の支援</li> <li>－ 慢性疾患患児の家族の宿泊する施設の整備</li> <li>－ サマーキャンプ等による在宅患児の集団指導の推進</li> <li>－ 病気相談・カウンセリングの推進</li> <li>－ 事故防止の啓発の推進</li> <li>－ 事故防止のための家屋づくりの推進</li> </ul>

表 13 課題 4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

主な推進主体	具体的な取組方策の例
国民（住民）	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 子育てする親に優しい社会の実現、親を孤立させず親の育児負担を分担しあう地域の実現のために努力</li> <li>－ <u>父親が育児に参画でき、母親が働きながら育児できる社会構築のために努力（育児休業の取得の推進等）</u></li> <li>－ <u>子どもの生活習慣改善のために努力（早寝早起き、朝食摂取、家族揃って食事、テレビ視聴時間の短縮等）</u></li> </ul>
地方公共団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>母子保健連絡協議会等住民参画の会議の開催</u></li> <li>－ <u>NPO等を対象とした研修会の実施</u></li> <li>－ 母子健康手帳等の活用を通じて体系的な育児支援情報を提供</li> <li>－ 専門職（児童精神科医師・助産師・カウンセラー等の雇いあげ）による育児不安対策の推進</li> <li>－ <u>地域との連携における心理職の活用</u></li> <li>－ 育児支援につながる心の問題に留意した妊産婦健康診査・乳幼児健康診査の実施</li> <li>－ <u>ハイリスク集団に対する周産期から退院後の継続的なケアシステムの構築（訪問指導等）</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 子どもの心の問題に取り組むための関係機関・民間団体との連携の推進</li> <li>－ 地域における母子保健活動での子ども虐待予防対策の展開 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村事業（健診等）や都道府県事業（精神保健・アルコール対策等）と育児不安や虐待問題等をリンクした活動の推進</li> </ul> </li> <li>－ <u>子ども虐待に対応するための人材確保、専門職の技術向上、要保護児童対策地域協議会の整備等子ども虐待対策の推進</u></li> <li>－ <u>子ども虐待に関する啓発と地域住民によるコミュニティ再構築</u></li> <li>－ 親と子が気軽に交流・相談しあう場の設置や、子どもの一時預かりの推進</li> <li>－ 育児に関する相談窓口の設置とサポートネットワークの構築</li> <li>－ <u>母乳育児推進と授乳しやすい環境づくりの促進</u></li> </ul>
国	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 健康診査におけるスクリーニング手法の開発（育児不安・子どもの心の問題、産褥期のうつ病）</li> <li>－ マニュアルの作成（母子保健における子ども虐待の予防・早期発見・虐待事例への対処法）</li> <li>－ 育児支援を目的としたガイドブックの作成</li> <li>－ 国立成育医療センターにおける子どもや周産期のメンタルヘルスへの対応</li> </ul>
専門団体	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ 産科・小児科医師の親子の心の問題に対応できるためのカウンセリング機能の向上</li> <li>－ <u>小児科医や児童精神科医等で子どもの心の問題に対応できる専門家の養成・確保</u></li> <li>－ プレネイタル・ビジットによる産科医と小児科医の連携の促進</li> <li>－ 小児科医の他機関との連携による育児不安の軽減と支援</li> <li>－ 母子保健関係者（保健師、助産師、看護師、養護教諭、保育士、教員等）への母子の精神保健や虐待についての学習機会の提供</li> </ul>
民間団体、NPO、企業等	<ul style="list-style-type: none"> <li>－ <u>NPOや関係機関等が連携した食育の推進</u></li> <li>－ 「孤立した親子」を作らないための地域での取組</li> <li>－ 子ども虐待防止の活動の推進</li> <li>－ 育児不安の相談・カウンセリングの推進</li> <li>－ <u>地域の子育て支援への医師、保健師等の参加</u></li> <li>－ <u>NPO等住民組織による育児支援の推進</u></li> <li>－ <u>幼児期からの外遊び等体を動かす習慣づくりの推進</u></li> <li>－ <u>企業による働き方の見直しの推進</u></li> </ul>

## IV 今後に向けて

### 1 今後5年間の重点取組

中間評価の結果を見る限り、多くの点で改善もしくは改善傾向にあることが明らかになったが、一方で、未解決の課題や新たに取り組むべき課題も明らかになった。

あらためて今後5年間の「健やか親子21」の重点取組を挙げると、次の5項目となる。

- ①思春期の自殺と性感染症罹患の防止
- ②産婦人科医師、助産師等の産科医療を担う人材の確保
- ③小児の事故防止をはじめとする安全な子育て環境の確保
- ④子ども虐待防止対策の取組の強化
- ⑤食育の推進

#### ①思春期の自殺と性感染症罹患の防止

思春期における自殺率は、10～14歳では減少しているが、十代後半の、特に女子において増加している。十代の自殺は、最近では、インターネット上の有害情報に影響されるという側面もあると考えられるが、原因についてはよく分からないケースが多く、一概に結論づけられるものではない。

従って、十代の自殺に関する要因分析や支援体制等を推進し、予防に向けた対策が必要である。

一方、思春期の性感染症については、望まない妊娠の問題とも併せて適切な性教育の下で対応すべきなのだが、現状ではその進め方については、様々な問題を抱えている。具体的には、子ども達の受け止め方に個人差が大きいにもかかわらず、適切な指導者が少ないことや、適切な教材について共通の理解が得られていないことが挙げられる。また、こういった問題を十分認識した上で、現段階においては、公衆衛生活動と学校保健との連携のもとに、子ども達の行動変容に結びつくような教育内容、方法について検討しながら実施していく必要がある。

#### ②産婦人科医師、助産師等の産科医療を担う人材の確保

産婦人科医師の減少や助産師の偏在といった問題は、国民の妊娠・出産に対する不安につながり、妊娠・出産に関する保健水準の低下や産後うつ病の増加等が考えられる。したがって、よりきめ細やかな妊娠・出産の環境整備と、産科医療を担う人材の確保と適正配置、及び質の向上は急務である。

特に、母子保健のみならず、周産期医療ネットワークの整備等、地域医療や医療制度改革の動きとも連携しながら進めていく必要がある。

### ③小児の事故防止をはじめとする安全な子育て環境の確保

小児の死亡原因の第1位は不慮の事故である。死亡率は改善傾向にあるものの、中間評価の結果を見る限り、家庭や地域における取組の推進や方法では十分とは言えない。

「健やか親子21 検討会報告書」において、小児の事故については既に取組の方向性が示されていたところである。

- a 事故防止対策を家庭と地域に浸透させるために都道府県と市町村レベルで協議会を設け、事故防止対策の企画・立案、推進・評価を行う。
- b 保健所等に事故防止センターを設置して、
  - (i) 家庭や児童の施設関係者に事故事例を紹介し、事故防止教育を実施する。
  - (ii) 事故防止センターでは事故事例を医療機関から把握して原因の分析等を行い情報提供する。
  - (iii) 家屋や施設の構造上の安全環境を確保する。

しかし、中間評価においては、多くの自治体で事故防止対策がパンフレット等の配布による啓発に終始し、上記のような具体的な取組が十分にできていなかった。今後は、実効性のある取組を行っている自治体の事業を参考にして、家庭内、児童が利用する施設、屋外の安全環境づくりに取り組む必要がある。加えて、地域や家庭の取組を建築や土木、菓子や遊具、玩具などの企業を含む幅広い関係者が支援する必要がある。

また、事故事例の原因分析と情報提供は、事故対策を行なう上で必要不可欠であり、将来的にはデータベースの構築等も考えるべきであろう。データベースの活用により、重点的な取組の選択や事故を繰り返すハイリスクグループへの効果的な支援を可能にすることが期待される。

小児の事故予防は、子どもが被害者となる事件の防止を含めた安心・安全な地域づくり（セイフ・コミュニティ）と一体として取り組むことで、全ての地域住民に関係する事項として認知され、取組の拡大と、より一層の効果が期待される。

### ④子ども虐待防止対策の取組の強化

子ども虐待防止対策は、社会全体で取り組まなければならない最重要課題であり、児童福祉法及び児童虐待防止法の改正により、通告範囲の拡大や市町村に相談窓口が設置され、相談・支援体制の充実が図られているところである。一方、虐待を受けた子どもや育児不安を抱える親、さらには虐待をした親への専門的な対応の中心が児童相談所や専門医療機関であるとする、地域の母子保健の果たす役割は、子ども虐待の一次予防に取り組み、子ども虐待を作り出さないということである。

虐待の背景はさまざまであるが、子育て不安や産後うつ病などもその要因として挙げられており、こうした要因を緩和・除去していく上で、地域の母子保

健活動の積極的な取組が求められている。母子保健の原点は、子どもたちとその親の命を守り、成長や発達を支援することである。その命を脅かし、成長や発達を阻害するものである虐待をさせないというヘルスプロモーションの視点からの対策をさらに強化する必要がある。

## ⑤食育の推進

食育の取組には、様々な対象年齢やテーマ、方法があるが、母子保健の観点からは、妊娠してから始めるのではなく、その前からの食生活や健康づくりが重要である。とりわけ、思春期の健康状態は、思春期やせ症の問題も含んでおり、母子保健と学校保健との連携により、不健康なやせ等の早期発見・早期対応のシステムを確立する必要がある。

また、妊娠中の健康管理については、葉酸の摂取等を含め、妊娠前からの食生活に重点をおく必要がある。例えば「妊産婦のための食生活指針」（平成 18 年 2 月厚生労働省）の活用等により、多様な経路による適切な情報提供の促進を図る必要がある。

一方、乳幼児においては、授乳期・離乳期からの心の安定や、食べる意欲につながる豊かな食体験を積み重ねていけるような取組が推進されることが望まれる。

## 2 今後の推進方策について

上記の課題の推進にあたっては、「関係者の連携の強化」と「母子保健情報の収集と利活用」に特に配慮することが重要である。

### （1）関係者の連携の強化と取組の方向性

関係者それぞれに、次のような連携方法や、取組の方向性が考えられる。

#### ①地域保健・医療と保育所・学校保健との連携

子どもの健康問題の解決には、家庭、保育所、幼稚園、学校において、それぞれの役割を互いに認識するとともに、その役割を最大限に発揮するための連携が不可欠である。「健やか親子 21 検討会報告書」においては、思春期の健康と性の問題の中で、学校における取組を明示し、地域での取組との役割と連携のあり方を示している。しかし、現在の連携は担当者の個人的な関係に基盤をおいているものが多く、システムとして機能しているとは言いがたい場合が多い。まずは、各地域に即した実効性のある連携の仕組みを構築することが急務である。一方、システムは絵に描いてあるが、実施されていないという場合は、それを見直して、活用される連携のあり方を再検討する必要がある。

## ②都道府県と市町村の連携

近年の都道府県と市町村の関係は、国と都道府県の関係に近いものになっている。すなわち、これまでのように補助金の執行に伴い、都道府県が市町村を管理、指導する立場から、課題や取組の方向性を示し、その進捗を把握し支援するという立場への転換が迫られている。より具体的には、都道府県は市町村の母子保健事業の実態や保健指標のデータを集約してそれを評価し、それをもとに具体的な改善策を支援する役割を担うことになる。そのためには、母子保健情報のモニタリングに関するシステムを構築し活用する必要がある。

## ③健やか親子 21 推進協議会の取組の方向性

健やか親子 21 推進協議会は、引き続き活動の中心であり、それぞれの専門分野における積極的な取組が求められる。また、今後は他団体との情報交換・共有を行う等、連携して一つの事業に取り組むといった、さらなる展開が求められている。

さらに、今回の中間評価においては、いくつかの団体から、取組についての具体的な数値目標も示されたが、一方でそうした目標を定めていない団体も見られたため、今後は、各団体が何らかの目標を定めて取り組むことが望まれる。また、各課題の幹事団体を中心とした相互の連携と支援が必要となる。

## ④NPO等地域における身近な支援者と地方公共団体、健やか親子 21 推進協議会との連携

これまで、住民の母子保健活動は愛育班や母子保健推進員といった公的な住民団体による活動が主体であり、親子に対し、声かけや見守りを行ってきたところである。

しかし、近年は、女性の社会進出や、近所付き合いの減少等の影響もあり、従来のような見守りや声かけが難しくなり、期待される活動の内容やタイミングまでも変化してきている可能性がある。こうしたことから、愛育班や母子保健推進員等に対しては、単なる見守り・声かけから、育児支援、特に子ども虐待の早期発見や家庭内の事故予防等幅広い取組が求められてきている。

こうした中で、地域において身近な支援を行っているNPO等の活動も欠かせない。各子育てNPOはそれぞれの特徴を生かした活動を行っているが、現時点では、NPO同士の役割分担や情報交換が必ずしも十分とはいえないため、まずは互いが連携し、その上で地方公共団体や健やか親子 21 推進協議会と連携を図っていく必要がある。いずれにしても、NPO等は、子育て支援の現場の実態や当事者の親や子どもの声に近い場所にいるので、こうした活動を通じて得られた実態や声を、地方公共団体や専門家等に伝え、最終的には、より住民（親子）のニーズにあった対応がなされるよう支援する役割

を担っている。

## (2) 母子保健情報の収集と利活用

中間評価によって明らかになった課題として、母子保健情報の収集、分析、活用の体制を整えたモニタリングのシステムを構築する必要性が挙げられる。これは母子保健施策に必要な科学的根拠を得て、適切な事業の企画、実行、評価を行うために必要である。

しかし、それ以前に、既存のデータを読み解くことが最も重要である。特に都道府県においては、地域の実状を把握するために、既存のデータを丁寧に読み、把握しておく必要がある。その上で、さらに不足しているデータがあれば収集していくことが重要である。

今回、中間評価のために、指標の直近値を出すに当たって、既存の統計資料や厚生労働科学研究等の調査結果を使用した。あらためて調査しなければ得られないデータも多かった。指標は母子保健活動の方向性を示すものであるため、必要なデータを収集し、分析するシステムの構築は重要である。地域を代表するデータや全国的なデータを収集する体制が整っていなければ、適切な事業の企画立案はもちろん、事業評価ができないからである。

平成22年の最終評価に向けては、こうした情報は継続的に得られるように、あらかじめ準備しておく必要がある。さらに、モニタリングが単に情報の収集に終始することなく、得られたデータを元に地域の実状に合わせた取組を推進していくことが重要である。

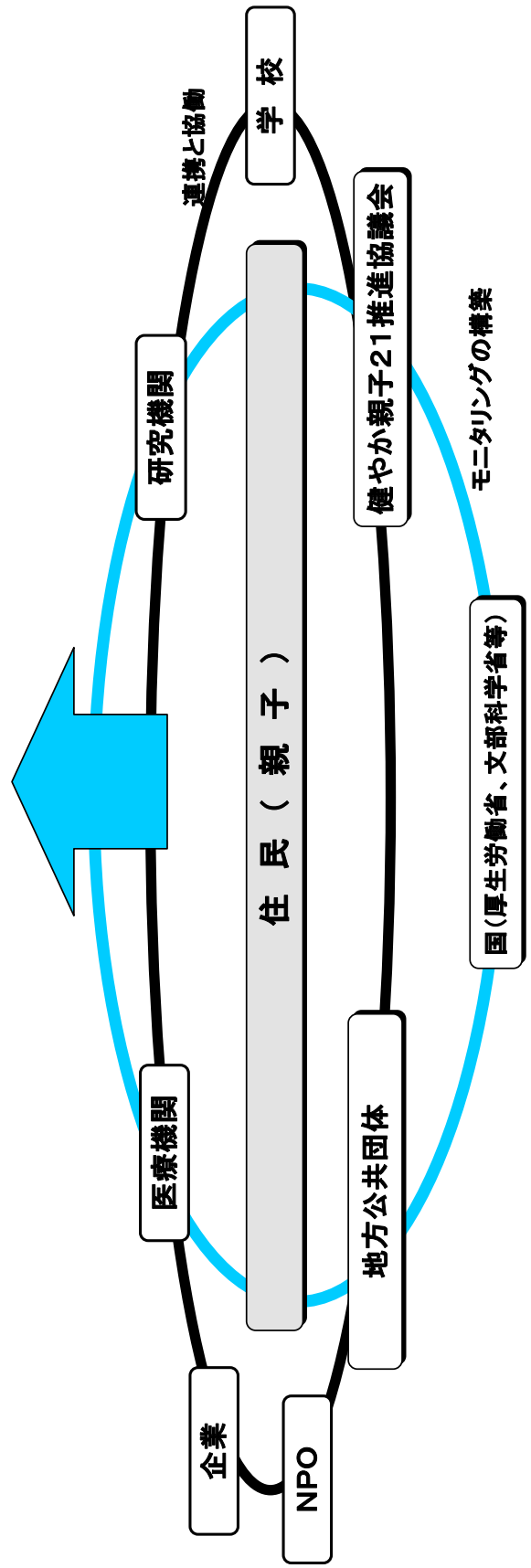


健やか親子21

# 「健やか親子21」の推進（2006～2010年）について

21世紀初頭における母子保健の国民運動計画  
(2001～2010年)

課題	①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進	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	③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備	④子どもの心らかな発達 の促進と育児不安の軽減
主な目標 (2010年)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○十代の自殺率(減少傾向へ)</li> <li>○十代の人工妊娠中絶実施率(減少傾向へ)</li> <li>○十代の性感染症罹患率(減少傾向へ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○妊産婦死亡率(半減)</li> <li>○産後うつ病の発生率(減少傾向へ)</li> <li>○産婦人科医、助産師の数(増加傾向へ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○全出生数中の低出生体重児の割合(減少傾向へ)</li> <li>○不慮の事故死亡率(半減)</li> <li>○妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率(なくす)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○虐待による死亡数(減少傾向へ)</li> <li>○出産後1か月時の母乳育児の割合(増加傾向へ)</li> <li>○親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合(増加傾向へ)</li> </ul>
親	応援期	妊産婦期～産じょく期	育児期	育児期
子	思春期	胎児期～新生児期	新生児期～乳幼児期～小児期	新生児期～乳幼児期～小児期





(資料1)

## 「健やか親子21」における目標値に対する直近値の分析・評価

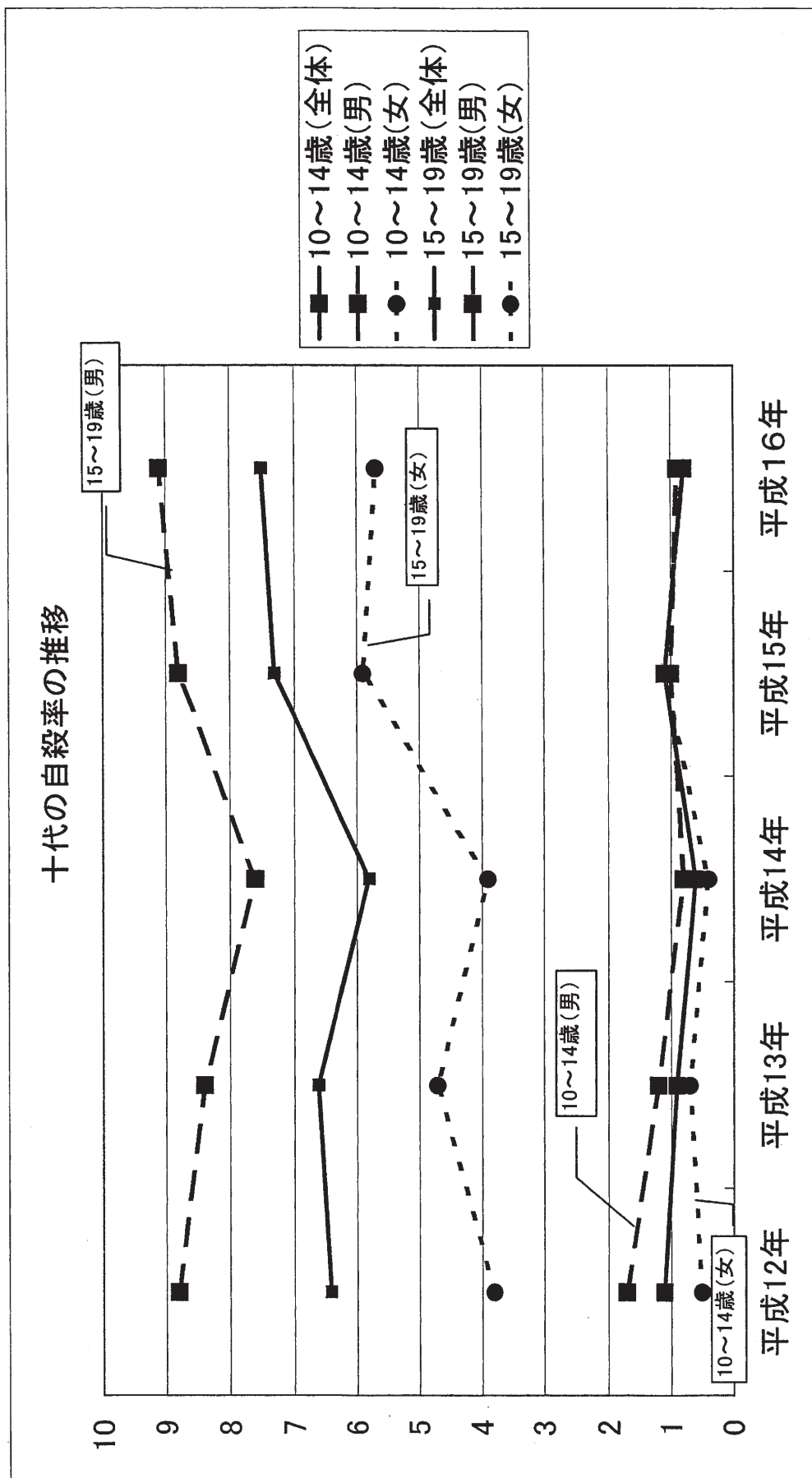
「健やか親子21」における各指標について、以下のように分析・評価を記載した。

【例】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】				
【例】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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
【例】極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 8.6%	平成12年人口動態統計	減少傾向へ	極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.4%	平成16年人口動態統計
データ分析				
結果	○直近値が目標に対しどのような動きになっているか、留意点を含み記載。			
分析	○施策や各種取組との関連を見て、データの変化の根拠を分析し記載。			
評価	○目標に対する直近値をどう読むか。			
調査・分析上の課題	○調査・分析する上での課題がある場合、記載。			
目標達成のための課題	○目標からかけ離れている、あるいは悪化している場合、その課題を記載。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【保健医療水準の指標】				
1-1 十代の自殺率				
策定時の現状値(男/女)	ベースライン調査等	目標	直近値(男/女)	調査
5～9歳 ー			5～9歳 ー	
10～14歳 1.1 (1.7/0.5)	平成12年人口動態統計	減少傾向へ	10～14歳 0.8 (0.9/0.8)	平成16年人口動態統計
15～19歳 6.4 (8.8/3.8)			15～19歳 7.5 (9.1/5.7)	
データ分析				
結果	10～14歳については平成16年には0.8と減少している。一方、15～19歳については、ベースライン調査時の6.4から、平成16年には7.5と増加傾向が見られる。性別に見ると、どちらの年齢層においても、女子において、増加傾向が見られた。しかし、実数自体が少なく年によって率が変動しやすいため、ただちに結論づけられないところもある。			
分析	動機別のデータ(警察庁生活安全局地域課:「自殺の概要」の遺書ありの内容)から検討すると、「健康問題」「学校問題」等が動機の場合が多いが、遺書の信憑性や数が少なく変動しやすいことから一概に結論づけられるものはないため、不明な部分が多い。			
評価	目標に向けて改善しておらず、達成は難しい。			
調査・分析上の課題	関連するデータが、厚生労働省と警察庁から出されており、両者をふまえた検討が必要である。			
目標達成のための課題	女子についてまず増加傾向をおさえることが必要であるため、要因分析の研究が急務である。都道府県別のデータでは、東京都において、10代後半の死亡原因で自殺は、平成13年から不慮の事故を抜いて第1位となっており、今後、他の道府県においての分析や地域格差の検討も必要である。10代前半については学校保健における精神的な支援、また、10代後半については就学していない場合の地域保健側からの家族を含めたサポート体制のあり方、就労していない場合のキャリアアサポート関係機関と地域保健との連携のあり方の検討が今後の課題である。いずれにしても、背景や社会的現象との関連も含めた調査、研究の必要性が高い。			

十代の自殺率

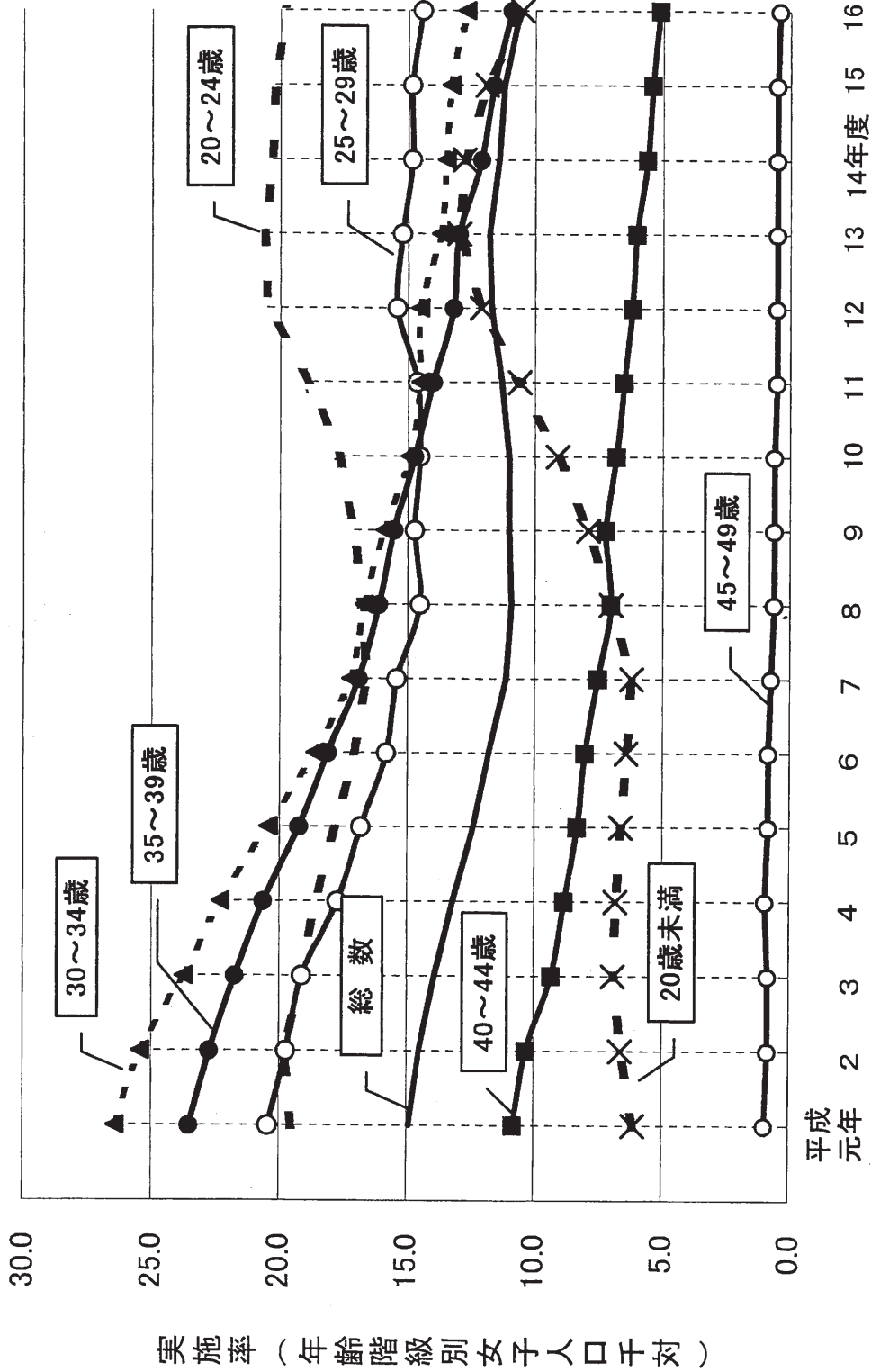
	12年		13年		14年		15年		16年	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
5～9歳	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10～14歳	1.1	0.9	1.7	0.9	1.2	0.6	0.8	1.1	0.8	0.9
			0.5		0.7		0.4		1.1	0.8
15～19歳	6.4	6.6	8.8	6.6	8.4	5.8	7.6	7.3	8.8	9.1
			3.8		4.7		3.9		5.6	5.7



課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【保健医療水準の指標】				
1-2 十代の人工妊娠中絶実施率				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
12.1	平成12年母体保護統計	減少傾向へ	10.5	平成16年度衛生行政報告例
データ分析				
結果	十代の人工妊娠中絶実施率(15歳以上20歳未満女子人口千対)は、ベースライン調査時の12.1から、平成16年度は10.5と減少傾向となっている。(参考:「母体保護統計報告」により報告を求めている平成13年までは暦年の数値であり、「衛生行政報告例」に統合された平成14年からは年度の数値である。)			
分析	人工妊娠中絶実施率については3年連続で減少している。この減少に関しては、経口避妊薬のdistributionが寄与している(約12%の説明率)という分析も出されている(北村邦夫「家族と健康:H16.12」)。また、他に有意な因子は把握されおらず、性行動の停滞傾向等(佐藤郁夫班松浦分担班H16報告)の因子の関連も推測されているが、要因は明らかではない。			
評価	目標に向けて改善している。しかし、人工妊娠中絶実施率については、都道府県格差が大きく(5.2~19.0)、それらの分析とともに、より一層の取組が求められる。			
調査・分析上の課題	平成15年度から、20歳未満については詳細に15歳未満、15歳、16歳、17歳、18歳、19歳と年齢別の統計が公表された。今後、各年齢の人工妊娠中絶実施率の推移や都道府県別についての実施率の比較等による評価が必要と思われる。また、それに対応した各年齢の出生数(率)の把握をベースに、中絶(A)率だけでなく、妊娠(A+B)率の算出が新たな評価指標として必要となってくる。また同時に、若年層の性行動を経時的に把握していく全国無作為調査の継続が望まれる。			
目標達成のための課題	現状の取組を推進するとともに、人工妊娠中絶率に関する要因の分析も行う必要がある。			

# 年齢階級別にみた人工妊娠中絶実施率の年次推移

各年（度）



注：「母体保護統計報告」により報告を求めていた平成13年までは暦年の数値であり、「衛生行政報告例」に統合された平成14年からは年度の数値である。

人工妊娠中絶件数及び実施率の年次推移

	平成元年 (1989)	5年 ( '93)	10年 ( '98)	12年 ( '00)	13年 ( '01)	14年度 (2002)	15年度 ( '03)	16年度 ( '04)
総数	466 876	386 807	333 220	341 146	341 588	329 326	319 831	301 673
20歳未満	29 675	29 776	34 752	44 477	46 511	44 987	40 475	34 745
15歳未満	...	...	...	...	...	...	483	456
15歳	...	...	...	...	...	...	1 548	1 274
16歳	...	...	...	...	...	...	4 795	3 875
17歳	...	...	...	...	...	...	7 915	6 447
18歳	...	...	...	...	...	...	11 087	9 747
19歳	...	...	...	...	...	...	14 647	12 946
実施率 (年齢階級別女子人口千対)								
総数	14.9	12.4	11.0	11.7	11.8	11.4	11.2	10.6
20歳未満	6.1	6.6	9.1	12.1	13.0	12.8	11.9	10.5
15歳	...	...	...	...	...	...	2.4	2.1
16歳	...	...	...	...	...	...	7.3	6.1
17歳	...	...	...	...	...	...	11.8	9.8
18歳	...	...	...	...	...	...	15.7	14.5
19歳	...	...	...	...	...	...	19.9	18.4

注:1) 「母体保護統計報告」により報告を求めていた平成13年までは、暦年の数値であり、「衛生行政報告例」に統合された平成14年からは年度の数値である。

2) 実施率の「総数」は、15～49歳の女子人口千対。(15歳未満・不詳の人工妊娠中絶件数を含むが、50歳以上の人工妊娠中絶件数は除く。)

3) 実施率の「20歳未満」は、15～19歳の女子人口千対。(15歳未満の人工妊娠中絶件数を含む。)

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

【保健医療水準の指標】

1-3 十代の性感染症罹患率

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
性器クラミジア感染症 男子196.0 女子968.0 淋菌感染症 男子145.2 女子132.2 (有症感染率 15～19歳) *①性器クラミジア感染症 5,697件 (6.35) ②淋菌感染症 1,668件(1.86) ③尖圭コンジローマ 657件(0.73) ④性器ヘルペス 475件(0.53) (20歳未満、定点医療機関:897か所)	平成12年度「本邦における 性感染症流行の実態調査」 熊本県明班 *平成12年感染症発生動向 調査 (定点1 か所あたりの件数)	減少傾向へ	*①性器クラミジア感染症 6,198件 (6.79) ②淋菌感染症 2,189件(2.40) ③尖圭コンジローマ 746件(0.82) ④性器ヘルペス 563件(0.62) (20歳未満、定点医療機関:920か所)	熊本班と同様の調査なし *平成15年感染症発生動向調 査 (定点1か所あたり の件数)
データ分析				
結果	熊本班の研究は平成15年度で終了しており、平成16年度は同様のデータを出す研究および方法がなかった。そのため、定点医療機関の報告数による定点あたりの件数の比較をしたところ、増加傾向にあることが示唆された。			
分析	疾患別に見ると、淋菌感染症において増加傾向が目立つが、もともと実数の多い性器クラミジアや他の疾患においても増加しており、潜在的な罹患者も増加していることが予想される。			
評価	定点医療機関あたりの報告数は増加傾向にあるが、目標に対する動きは判断できない。			
調査・分析上の課題	今後、性感染症の罹患率をどのように追っていくかが、大きな課題である。また、定点観測による数値は、受診行動の啓発によって増加するフェイズもあると考えられ、長期的なスパンでみる必要がある。また同時に定点の変更による影響にも注意が必要となる。できれば、熊本班のような罹患率の調査を定期的に行うことが望まれる。さらに、男女別のデータや年齢別のデータによる分析も必要と思われる。			
目標達成のための課題	なぜ10代から20代前半に感染報告が多くなるのか(HIV/AIDSとは若干異なる傾向)について、若年層の性行動を経時的に把握していく全国無作為調査を継続して行うことも必要である。			

性感染症(S T D) 報告数の年次推移

	性器クラミジア感染症			性器ヘルペスウイルス感染症			尖圭コンジローマ			淋菌感染症				梅毒						
	総数	10-19歳	20-29歳	その他	総数	10-19歳	20-29歳	その他	総数	10-19歳	20-29歳	その他	総数	10-19歳	20-29歳	その他				
																	10-19歳	20-29歳	その他	
平成4	26.04	2.06	12.59	11.39	10.20	0.40	3.47	6.33	6.35	0.51	3.00	2.84	18.30	1.34	8.37	8.59	1,055	39	328	688
5	23.13	1.68	11.59	9.86	9.65	0.34	3.19	6.12	4.75	0.34	2.33	2.09	11.28	0.84	5.31	5.13	804	24	194	586
6	23.93	1.71	12.06	10.15	9.83	0.30	3.37	6.17	4.02	0.37	2.04	1.62	10.50	0.70	5.19	4.61	666	10	130	526
7	22.80	1.72	11.55	9.53	9.46	0.27	3.03	6.17	3.55	0.31	1.83	1.42	11.13	0.75	5.51	4.87	530	6	97	427
8	24.06	2.00	12.37	9.69	10.23	0.31	3.36	6.56	3.41	0.29	1.80	1.32	13.16	0.81	6.77	5.59	565	8	92	465
9	26.28	2.21	13.24	10.83	9.86	0.32	3.14	6.40	3.46	0.32	1.73	1.42	14.21	1.03	7.06	6.11	448	15	78	355
10	28.78	3.00	14.31	11.47	9.51	0.32	3.16	6.03	3.86	0.40	1.85	1.60	16.45	1.36	8.04	7.06	553	3	74	476
11	29.28	4.29	15.53	9.46	7.68	0.39	2.59	4.70	3.73	0.49	1.95	1.29	13.86	1.30	6.90	5.65	751	16	156	579
平成12年	41.28	6.35	22.00	12.92	9.97	0.53	3.49	5.95	5.08	0.73	2.52	1.83	18.87	1.86	9.22	7.79	759	17	168	574
13年	44.83	7.07	23.83	13.92	10.22	0.58	3.64	6.01	5.68	0.71	2.87	2.11	22.68	2.26	10.86	9.56	585	20	149	416
14年	47.73	7.53	24.64	15.56	10.54	0.58	3.67	6.29	6.22	0.77	3.02	2.42	23.91	2.58	11.31	10.02	575	24	130	421
15年	45.59	6.79	23.37	15.44	10.69	0.62	3.62	6.45	6.80	0.82	3.17	2.81	22.50	2.40	10.60	9.50	509	23	122	364

注1：梅毒については全数調査、その他の疾患については指定届出機関(定点)からの報告である定点調査である。

注2：定点調査については、平成11年3月以前は性病予防法に基づく届出、平成11年4月以降は感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく届出であり、報告に係る指定届出機関数の質・量が異なる。

注3：「平成11年」については、4月から12月までの数値である。

資料：定点調査については、「感染症サーベイランス事業年報」(平成11年3月まで)、  
 「感染症発生動向調査」(平成11年4月以降)  
 全数調査については、「伝染病統計」(平成11年3月まで)、  
 「感染症発生動向調査」(平成11年4月以降)



課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【保健医療水準の指標】				
1-4 15歳の女性の思春期やせ症(神経性食欲不振症)の発生頻度				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
不健康やせ 中学3年 5.5% 高校3年 13.4% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 2.3%	平成14年度「思春期やせ症(神経性食欲不振症)の実態把握及び対策に関する研究」渡辺久子班	減少傾向へ	不健康やせ 中学3年 7.6% 高校3年 16.5% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 1.03%	平成17年度「思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握及び対策に関する研究」渡辺久子班
データ分析				
結果	渡辺研究班によるとベースライン調査時に比べ、不健康やせの割合は中学3年、高校3年女子において、増加傾向を示している。思春期やせ症の発生頻度に関しては、横ばいとなっている。			
分析	不健康やせの割合の増加については、思春期女性のやせ願望とどのような関連があるのか、精神的健康度とどのような関連があるのかについて、今後検討を行う必要がある。思春期やせ症の発症率であるが、今回のケースには、専門家が診察すれば診断できる、より初期段階の軽一中度のケースが抽出されていないことから、発症率については横ばいとみなすのが妥当といえる。			
評価	目標に向けて改善しておらず、達成は難しい。学校保健統計における痩身傾向児の割合も増加傾向を示しており、肥満対策と同様、やせ対策についても、充実が必要である。また、思春期やせ症については、診断基準や早期発見のスクリーニング方法等の確立とともに、小児科、内科医療機関への周知・連携が望まれる。			
調査・分析上の課題	成長曲線の解析を目的とした調査研究からのデータのため、調査対象が少ない。今後、モニタリングの体制の検討も必要である。			
目標達成のための課題	増加している不健康やせについては、対象者において体型の自己認識がどのようなようになされているのかを把握し、認識のゆがみ(distortion)があれば、それを補正するような健康教育の展開を工夫する必要がある。また、認識にゆがみがなくとも、日常生活行動に不健康な部分があれば、対象者の精神的健康度を把握した上で、生活(健康)行動を是正するための保健指導を展開する必要がある。自分で成長曲線に記入するような健康手帳の取組や、保護者への普及啓発も必要と思われる。妊娠中の体重管理への影響が想定され、栄養バランスについての知識など、食育推進の観点からのアプローチも重要である。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【住民自らの行動の指標】				
1-5 薬物乱用の有害性について正確に知っている小・中・高校生の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	暫定直近値	調査
急性中毒 依存症 小学6年男子 53.3% 73.1% 小学6年女子 56.2% 78.0% 中学3年男子 62.3% 82.5% 中学3年女子 69.1% 90.6% 高校3年男子 70.9% 87.1% 高校3年女子 73.0% 94.0%	平成12年度文部科学省「薬物に対する意識等調査」	100%	調査中	平成17年度文部科学省「薬物に対する意識等調査」
データ分析				
結果				
分析				
評価				
調査・分析上の課題				
目標達成のための課題				

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【住民自らの行動の指標】				
1-6 十代の喫煙率（※「健康日本21」4.2 未成年者の喫煙をなくす）				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
中学1年男子 7.5% 女子3.8% 高校3年男子 36.9% 女子15.6%	平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査	なくす	中学1年男子 3.2% 女子2.4% 高校3年男子 21.7% 女子9.7%	平成16年度未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査
データ分析				
結果	平成8年の全国調査のデータに比べ、平成16年では減少傾向が見られている。			
分析	平成15年5月施行の健康増進法による受動喫煙防止の観点により、学校の敷地内禁煙が推進されていることや、学校における喫煙防止教育の推進などにより、効果をあげていると推測される。			
評価	目標に向けて改善しているが、その達成は難しい。			
調査・分析上の課題	4年に一度のモニタリングが実施されており、比較可能なデータが得られている。この調査では、喫煙開始年齢や毎日喫煙する者の割合、卒煙希望割合などの項目もあり、調査の継続が必要と思われる。また、喫煙率低下の要因についても、さらに分析が必要である。			
目標達成のための課題	自治体において、学校における敷地内禁煙や公共施設での禁煙、路上喫煙の防止など、受動喫煙防止対策の推進を成果の評価指標として、位置づけることが必要である。また、未成年者の喫煙習慣者への卒煙支援についての取組も求められる。さらに、成人喫煙率においては、20歳代女性の増加傾向が見られることから、十代からの取組の強化が必要である。また、子ども喫煙は家族の喫煙との関係が指摘されていることから、家庭の禁煙対策や禁煙支援対策が望まれる。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【住民自らの行動の指標】				
1-7 十代の飲酒率 (※「健康日本21」 5.2 未成年者の飲酒をなくす)				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
中学3年男子 26.0% 女子16.9% 高校3年男子 53.1% 女子36.1%	平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査	なくす	中学3年男子 16.7% 女子14.7% 高校3年男子 38.4% 女子32.0%	平成16年度未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査
データ分析				
結果	平成8年度の全国調査のデータに比べ、平成16年度では減少傾向が見られている。			
分析	平成8年度から4年に一度実態調査が行われている。平成12年度の調査結果では、男子は中学生・高校生ともに減少傾向が認められた。しかし、女子の場合、中学生はほぼ横ばいであるのに対して、高校生はむしろ増加傾向にあった。平成16年度の調査では、平成12年度に比べて、男女とも減少傾向が認められた。また、男子の減少傾向が大きいため、男女差が少なくなる傾向にあった。			
評価	目標に向けて改善しているが、その達成は難しい。			
調査・分析上の課題	この減少傾向が一時的なものかどうか、今後、注意深いモニターが必要である。また、飲酒の入手経路や友人関係、喫煙との関係などについて実態調査結果や他の資料を解析し、飲酒の減少傾向に関係する要因の分析が必要である。			
目標達成のための課題	目標達成のためには、飲酒メーカーや販売業者など社会全体での取組やキャンペーン活動が必要である。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【住民自らの行動の指標】				
1-8 避妊法を正確に知っている18歳の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
大学1～4年生 男子26.2% 女子28.3%	平成13年度「思春期の保健 対策の強化及び健康教育の 推進に関する研究」衛藤隆班	100%	17～19歳 男性用コンドーム・ピル両方知ってい る:17.9% (コンドーム:84.5%, ピル: 20.2%) 男子のみ12.5%(82.5%, 15.0%) 女子のみ22.7%(86.4%, 25.0%)	平成16年度「望まない妊娠・人 工妊娠中絶の防止」佐藤都夫班
データ分析				
結果	策定時の現状値は、大学生を対象としたものである。直近値においては、全国無作為調査から18歳を中心とした 年齢層(17歳～19歳)における値を把握しており、直近値の方が、より指標の表すところに近いと考えられる。また、 設問は全く同じものを用いており比較可能なものである。直近値における割合は17.9%と策定時に比較してかなり低 いものであった。			
分析	男性用コンドームおよび経口避妊薬の両方について、「適切な」避妊法(ベースライン調査表現を引用)だと回答し たものが、本割合として算出されている。男性用コンドームに関する知識は85%以上の者にあるが、経口避妊薬に 関しては20%と低率(とくに男子が低率)であることが、直近値の低値に結びついている。男性用コンドームと比較す ると、低用量ピルがわが国に導入されてからの時間から導き出されたそれほど長くはないこと等が、その一因であると考えら れる。			
評価	目標に向けて改善しておらず、達成は難しい。			
調査・分析上の課題	避妊法は多数存在し、パール指数もさまざまなものとなっている。それぞれの避妊法は、それぞれに特徴があり、 それらを把握した上で避妊法を選択することが望ましいといえる。男性用コンドームと経口避妊薬のみをとりあげ て、それらを「適切な避妊方法」と設定し、その知識を問う評価方法(指標の調査方法)については再考の余地があ る。			
目標達成のための課題	知識と行動がどのように結びついているかについて、若年層の性行動を経時的に把握していく全国無作為調査の 継続が望まれる。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【住民自らの行動の指標】				
1-9 性感染症を正確に知っている高校生の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
性器クラミジア感染症 男子11.3% 女子16.5% 淋菌感染症 男子15.4% 女子14.5% (高校1～3年生)	平成11年度「児童生徒の性」 調査 東京都幼・小・中・高・ 心障性教育研究会調査	100%	性器クラミジア感染症 男子48.4% 女子55.8% 淋菌感染症 男子19.9% 女子20.1% (高校生)	平成16年南アルプス市における 調査
データ分析				
結果	策定時のベースライン調査は、対象となった学校は任意抽出であり、参考値とみなす。また、同時に直近値は、南アルプス市の調査であり、参考値同士の比較になるが、性器クラミジア感染症及び淋菌感染症について学んだことのあるものの割合は増加傾向にある。性器クラミジア感染症についてはその伸びが大きい。			
分析	性知識の情報源(若年層)については、近年「学校」とするものが60%以上と上昇しており(佐藤郁夫班北村分担任：平成15年度)、学校(授業等)が及ぼす影響は大きくなってきている。中学の教科書に性感染症の記述が取り入れられ、保健の授業でそれを扱うことになったことも影響していると考えられる。			
評価	参考値同士の比較ではあるが、目標に向かって改善しているようである。しかし、目標を達成するには遠く100%の達成は難しい。			
調査・分析上の課題	感染症間における差が目立ち始めている。学校間格差が存在するであろうこと、また、就学していない18歳のことを考慮すると、学校を通してではなく、19歳人口から無作為抽出した全国調査継続が望まれる。			
目標達成のための課題	クラミジア感染症については、教える側(学校)においても認知度や意識があがってきていることが推測される。思春期の子どもたちのみならず、教える側の世代を含め、国民にどれほど知識が行き渡っているかを把握する調査等も必要である。いずれにしても、今後はランダムサンプリング等における知識の把握調査が必要である。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【行政・関係団体等の取組の指標】				
1-10 学校保健委員会を開催している学校の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
72.2%	文部科学省 学校保健委員会設置率(平成13年5月現在)	100%	79.3%	文部科学省 平成16年度学校保健委員会設置率
データ分析				
結果	学校保健委員会の設置率で見ると、ベースライン調査時72.2%から、平成16年度では79.3%と増加している。			
分析	文部科学省や日本学校保健会等からの働きかけが行われてきている。			
評価	目標に向けて改善している。しかし、現時点で、設置率が数%という県があり、100%の達成は難しい。			
調査・分析上の課題	今後も設置率の上昇を第一に調査・分析をおこなうことが適切である。			
目標達成のための課題	設置率100%の目標を達成している県の学校保健委員会設置による効果についての情報を紹介することにより、他県への設置促進につながると思われる。設置状況については、都道府県によるばらつきが見られるため、都道府県教育委員会に、学校保健委員会の活用に向けての働きかけや普及啓発を強化する等の対策を講じていく必要がある。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【行政・関係団体等の取組の指標】				
1-11 外部機関と連携した薬物乱用防止教育等を実施している中学校、高校の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	暫定直近値	調査
警察職員 麻薬取締官等 中学校 33.8% 0.1% 高等学校 32.7% 4.0%	文部科学省 平成12年度「薬物に対する意識等調査」	100%	調査中	文部科学省 平成17年度「薬物に対する意識等調査」
データ分析				
結果				
分析				
評価				
調査・分析上の課題				
目標達成のための課題				



課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【行政・関係団体等の取組の指標】				
1-12 スクール・カウンセラーを配置している中学校(一定の規模以上)の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
22.5%(3学級以上の公立中学校)	平成13年度 文部科学省学校基本調査	100%	47.3%(3学級以上の公立中学校)	平成16年度 文部科学省初等中等教育局児童生徒課
データ分析				
結果	策定時の現状値22.5%に比べ、平成16年度では47.3%と倍増している。			
分析	文部科学省が政策目標のひとつとして平成13年度より予算措置をもとに、平成17年度に1万校の配置を目指している。			
評価	目標にむけて順調に進行している。			
調査・分析上の課題	毎年比較可能なデータを得ることができる。			
目標達成のための課題	都道府県によっては、達成している県もあるため、今後は都道府県別のデータなどによる分析が必要と思われる。また、配置が推進されていく中で、スクールカウンセラーの資質の向上や、配置による効果の評価が必要である。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進				
【行政・関係団体等の取組の指標】				
1-13 思春期外来(精神保健福祉センターの窓口を含む)の数				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
523か所	平成13年度「思春期の保健対策の強化及び健康教育の推進に関する研究」望月友美子班 (思春期学会医師会員、思春期保健相談員、精神保健福祉センターを対象に「思春期外来・思春期相談窓口の取組を行っているか」調査した。)	増加傾向へ	1,374か所	平成17年度自治体調査(母子保健課) (都道府県に対して「精神保健福祉センターが把握している思春期関連の相談ができる医療機関の数」を調査。精神保健福祉センターが把握していない場合保健所が把握している数を調査した。)
データ分析				
結果	調査方法が違うため単純な比較はできないが、策定時に比べ、平成17年度調査においてはかなり増加傾向にあると言える。			
分析	「思春期外来」を「思春期外来」と「思春期相談窓口」の両方として調査しており、地域における窓口の増加は望ましい傾向である。			
評価	目標に向けて順調に進行している。			
調査・分析上の課題	同じ調査方法により評価を行う必要がある。			
目標達成のための課題	今後は、医療施設における標榜名の工夫など、対象者が相談に行きやすい場の提供が望まれる。			

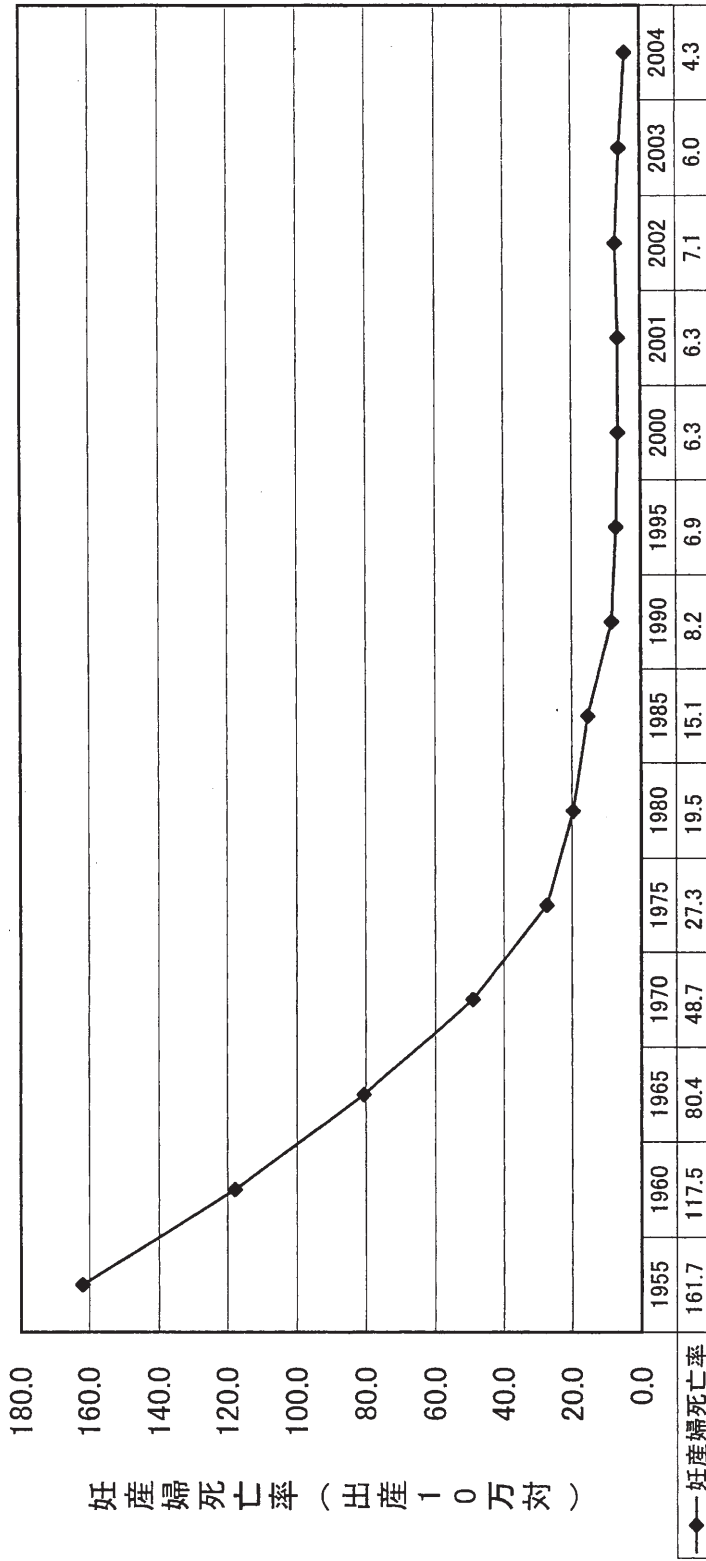
課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援

【保健医療水準の指標】

2-1 妊産婦死亡率

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
6.6(出生10万対) 6.3(出産10万対) 78人	平成12年人口動態統計	半減	4.3(出産10万対) 49人	平成16年人口動態統計
データ分析				
結果	出産10万対の妊産婦死亡率は、平成13年6.3、14年7.1、15年6.0、16年4.3と、平成15年以降減少傾向がみられる。			
分析	平成13年以前の妊産婦死亡率(出産10万対)は、平成7年6.9、平成8年5.8、平成9年6.3、平成10年6.9、平成11年5.9、平成12年6.3であり、これらを考慮すると、平成14年までは横這いであるが、平成15年以降は減少傾向を示している。出生数が平成13年1,170,662、14年1,153,855、15年1,123,828、16年1,110,721、と漸減しているにもかかわらず、妊産婦死亡数は、平成13年76人、14年84人と変わらなかったが、15年以降は減少傾向(15年69人、16年49人)がみられる。			
評価	平成15年までの指標の変動では目標値の達成は困難であると考えられたが、平成16年の減少は目標に向けた改善が見られ、達成の可能性を示唆するものである。今後の動向が注目される。			
調査・分析上の課題	データは毎年入手可能で比較することができる。			
目標達成のための課題	<p>平成16年の妊産婦死亡率の減少が何によってもたらされたかを検討した上で、さらに死亡率を下げるための対策を考えなければならぬ。現状からは以下の課題が考えられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.死亡例全例の詳細な分析によって死因と死亡状況を明確にし、対策を講じる。</li> <li>2.死因別では、平成13年から15年にかけて産科的塞栓症が17人、13人、9人、8人と減少しているに反面、分娩後出血は7人、14人、17、10人と変動がみられる。</li> <li>2.都道府県別に評価をして、成果をあげている自治体の取組等を検討する。</li> <li>2.ハイリスク妊産婦の増加の原因を明らかにし、有効な予防・治療対策を講じる。(妊産婦年齢別の死亡率の分析も含む)</li> <li>3.産科救急医療体制(総合周産期母子医療センター等)の早急な整備・充実</li> </ol> <p>その他、産科従事者の確保及び適正配置、分娩場所等我が国の産科の構造的な問題点の改善も含めて、先ずは妊産婦死亡率を減少傾向にすることが重要と考えられる。</p>			

妊産婦死亡率(1950～2004年)



資料：厚生労働省「人口動態統計」

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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
84.4%	平成12年幼児健康度調査 (満1歳から7歳未満の幼児 を持つ親を対象に「妊娠・ 出産の状況を満足してい る・満足していないの2択 で調査した。)	100%	91.4% (3.4か月児健診 93.3% 1歳6か月児健診 91.2% 3歳児健診 90.0%)	平成17年度「健やか親子21」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 (乳幼児健診受診者に対し「妊娠・ 出産についての状況をとても満足 している・満足している・満足し ていない・全く満足していないの4 段階で調査。結果は「とても満 足・満足」の和)
データ分析				
結果	平成12年のベースライン調査では、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、直近値を出した研究班による調査では、乳幼児健診受診時に調査し、3.4ヶ月健診時93.3%、1歳6ヶ月健診時91.2%、3歳健診時90.0%（平均91.4%）が満足していると回答した。			
分析	妊娠・出産に満足している者の割合は増加している。妊娠・出産に関する情報が溢れ、ニーズが多様化している状況で、満足している女性の割合が増加したことは望ましい傾向である。平成17年の調査において、3.4ヶ月健診に訪れた女性の7割以上が満足していると回答した内容は、分娩中での自身の頑張りと、産科医・助産師の技術・指導・対応、その他のスタッフの対応、施設のアメニティ、夫・家族・友人の理解と対応であった。これらは、様々な取組により、妊産婦を取り巻く環境が物理的な面のみならず、意識の面でも変わりつつあることを示唆していると考えられる。			
評価	目標に向けて順調に進行している。しかし、具体的な項目別にみると、未だ満足度の低い内容もあり、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もある。			
目標達成のための課題	平成17年度の調査において、満足していないとの回答が最も多かった内容は受動喫煙(25.9%)であった。公共機関を始め多くの場所での禁煙・分煙が進んでいるが、妊産婦にとっては不十分との印象である。また、家族等の理解・対応には満足している者が多かったが、社会(16.5%)や職場(10.0%)の理解・対応には満足していないとの回答が多かった。妊産婦自身に関しては妊娠中の頑張りに満足していないとの回答が多く(18.1%)、継続的な関わりや個別保健指導の見直しや個別保健指導の充実など妊産婦を取り巻く保健医療従事者のさらなる積極的な関わりが望まれる。その他、産科施設情報に満足していないとの回答が多かった(15.4%)。近年、産科施設のホームページ開設など情報発信が進んでいるが、妊産婦の望む情報は何か、さらに吟味する必要があると考えられる。以上の内容に改善の余地があり、目標達成への術を提示していると考えられる。			

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 産後うつ病の発生率

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
13.4%	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	減少傾向へ	12.8%	平成17年度「健やかか親子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	ベースライン調査によると、EPDS9点以上の者は13.4%であったが、直近値では12.8%となった。			
分析	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前からの予防的介入の試み等も報告されているため、啓蒙効果及び対策の効果を期待したい。（参考）吉田敬子、山下洋他：「産後の母親のメンタルヘルスと育児支援マニュアル自己記入式質問票を活用した援助の実践」、平成16年度厚生労働科学研究、吉田敬子：「カウセンシングとは何か―そのscienceとart―」、ホルモンと臨床52(2)2004			
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。			
調査・分析上の課題	地域における対象の選択基準の違いや、地域保健や医療機関等での予防的介入の実践を踏まえたデータの分析が必要であり、単純な比較ができない。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。			
目標達成のための課題	産後うつ病の発症因子の多くは心理社会的なものとされているが、早期発見・介入の為に、心理社会的要因および妊娠・分娩経過等の要因を検討したい。また、EPDS9点以上の減少の背景を丁寧に考察することが今後の課題の一つとなる。しかし、EPDSは、産後うつ病のスクリーニングとして定着しているものの、その使用法の不適切さも種々の文献により指摘されているので使用にあたっては十分な注意を喚起したい。吉田氏は、産後うつ病の対策を妊娠前からの早期の育児支援と考え①育児支援チェックリスト②EPDS③赤ちゃんへの気持ち質問票の3部からなる質問票を紹介している。これらは、妊娠前からの継続した丁寧なケアの一つとして十分に参考にしたい。妊娠前から育児期を通して丁寧なケアのためには、一つに、周産期ケアにあたるスタッフのメンタルケアについての十分なトレーニングの必要性を示しており、さらに施設勤務助産師と地域での助産師・保健師の連携がコアとなるために、既存の母子保健システムの検討が必要である。			

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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
62.6%	平成8年地域保健・老人保健事業報告	100%	66.2%	平成15年地域保健事業報告
データ分析				
結果	妊娠11週以下での妊娠の届出率は年々上昇している。			
分析	母子保健事業が市町村へ移譲されることに伴う母子保健計画の策定及び「健やか親子21」を踏まえた計画の見直し等による市町村の取組の成果として、妊娠11週以下での妊娠の届出率は上昇している。			
評価	目標に向けた動きをしているが、その上昇カーブは緩く、目標の達成には遠い。			
調査・分析上の課題	妊娠11週以下での妊娠の届出を勧める明確な理由が示されていない。			
目標達成のための課題	<p>妊娠11週以下での妊娠の届出率は年々上昇しているが、そのカーブは緩く、目標の100%に近づくには解決すべき課題があると考えられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.全国的な届出週数の現状を把握し、比較検討する。一部公表されている地域では、妊娠19週以内におよそ95%の届出がなされていることから、12週から19週に届出された30%程の遅れた理由の分析が必要である。</li> <li>2.地域差が存在する原因の追究が必要である。(本指標に対する取組の有無など)</li> <li>3.届出が遅れる原因として、医療機関により妊娠の確定診断時期(出産予定日の確定の時期、妊娠届を勧める時期)が異なることも挙げられる。妊娠11週までに妊娠届をする意義を医療機関に周知することも必要である。</li> </ol>			

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妊婦の割合

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
6.3%	平成12年度「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	100%	19.8%	平成17年度「健やかか親子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	妊娠中就業していた女性を対象とした調査では、策定時の6.3%から19.8%へと増加していた。
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	策定時のカード認識率からは、3倍増となり、周知への取組は一定の成果を収めたと考えられる。しかしながら、その認識率は未だ就業女性であっても19.8%に留まっており、目標値の100%達成は困難である。
調査・分析上の課題	本指標が、妊娠中就業している妊婦の認識率であるのか、妊婦全体での認識率であるのか明示されていない。因みに、平成17年度の研究班調査では、前者が19.8、後者が16.7%であった。対象を就業妊婦に限定するなど見直しが必要である。
目標達成のための課題	就労している妊婦への周知が先決と考えられる。そのためには、これまでのような全体への周知を図る方法に加え、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健診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の整備の一つと考えられる。 調査では、就業妊産婦の9.5%がカードを実際に使用していた。今後は、カードによりどのような措置が取られたか、またその措置が妊産婦の意に沿ったものであったかどうか把握する必要がある。



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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
14都府県	母子保健課(平成13年3月現在)	2005年までに全都道府県	29都道府県	母子保健課(平成17年3月現在)
データ分析				
結果	周産期医療ネットワークの整備がなされていた地域は、策定時の現状値は14都府県であったが、直近値では29都道府県に増加していた。			
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。そして、これを中心として、地域ごとに二次医療を担う地域周産期母子医療センター、初期医療を担う一般産科病院・診療所・助産所を含めた周産期医療ネットワークシステムの構築が進められてきた。この要綱では母体・新生児の搬送システムの確保、周産期医療に関する情報の提供、医療従事者の研修等を推進することが謳われている。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、体制が整った都道府県数は徐々に増加しているが、未だ約半数である。近年、低出生体重児の増加が見られることから、早急な整備が必要である。			
評価	目標に向けて進行しているが、全体では未だ約半数である。ベースライン時の準備状況にも差があったと考えられ、全都道府県での設置に向けて、「子ども・子育て応援プラン」の定める平成19年度まで目標達成時期を延長することが望ましい。			
調査・分析上の課題	毎年把握可能である。			
目標達成のための課題	2005年までに全都道府県に整備するという目標は、達成されなかったが、「周産期医療対策事業実施要綱」の内容からすると、要綱が発表された平成8年時点の状況に大きな地域差があったものと思われる。未整備地域の進行状況を把握することと既に整備された地域においても実態を把握し、地域格差の状況を知る必要がある。その上で、医療計画において県の達成目標として推進する必要があると考えられる。			

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(仮称)の作成

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
なし	平成13～14年度「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	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	平成13～14年度「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
データ分析				
結果	日本助産師会にて「助産所における分娩の適応リスト」および「正常分娩急変時のガイドライン」について作成した。平成16年10月に日本助産師会に入会している助産所部会会員に頒布し周知に努めた。また、勤務部会・保健指導部会の会員については、有料での頒布方法で、周知に努めている。			
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、日本助産師会に入会している助産所を開業している助産師には周知できたものと思われる。しかし、日本助産師会に入会していない助産師への周知や、病院勤務助産師への周知については、不明である。			
評価	目標は達成できた。			
今後の課題	今後、日本助産師会会員の使用後の評価を含めた意見をもとに修正を加え、より妥当性のあるものにする必要がある。また、日本助産師会に入会していない助産師への周知や病院勤務助産師が病院内で自立的に助産活動を行う際に活用していくことが望まれる。さらに、医師をはじめとした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は、助産所との役割分担や連携強化のためにも必要である。			

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 妊産婦人口に対する産婦人科医・助産師の割合

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
(妊産婦人口10万対) 産婦人科医 842.3 助産師 1,953.7	平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査 平成12年衛生行政報告例	増加傾向へ	(妊産婦人口10万対) 産婦人科医 898 助産師 2,058.5	平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査 平成14年衛生行政報告例
データ分析				
結果	平成12年の妊産婦人口10万対の産婦人科医数は842.3人、助産師数は1,953.7人であったが、平成14年調査では、それぞれ898人、2,058.5人と増加している。			
分析	産婦人科医数は平成12年10,585人、14年10,618人、助産師は平成12年24,511人、14年24,337人であり、妊産婦人口10万対の産婦人科医と助産師が増加傾向を示しているのは、妊産婦人口の減少のためと考えられる。平成16年の調査では、産婦人科医は10,163人と減少しているが、助産師数は25,257人と微増している。			
評価	目標に向けて進行しているように見えるが、妊産婦人口の減少による相対的な増加であり、依然医療現場での不足感は続いている。			
調査・分析上の課題	比較可能なデータの入手は可能であるが、妊産婦人口が減少している状況では、必ずしも本指標が産婦人科医、助産師の充足を示す指標とは言い難い。モニタリング方法を見直す必要がある。			
目標達成のための課題	地域偏在、施設間偏在、産婦人科医の高齢化など本指標に表れない重要な課題が存在する。また、産科医師数不足の問題だけでなく、産婦人科における女性医師の割合が、眼科、皮膚科、麻酔科、小児科等と並んで多いため、女性医師にとって仕事と家庭の両立が可能な勤務環境の整備も今後の課題である。限られた産科医師を有効に活用するため、産科医療機関の集約化の動きが進んできているが、これに伴ってもたらされる変化についても今後検討が必要となるであろう。			

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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
18か所	母子保健課(平成13年3月現在)	2005年までに全都道府県	54か所	母子保健課(平成17年)
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、平成17年には54か所に増加した。			
分析	不妊相談のニーズが増えている中で、新エンゼルプランや「健やか親子21」に目標として掲げられ、数値的には目標を達成した。			
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。			
今後の課題	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である。信州大学武藤香織講師らが行った「全国自治体における不妊専門相談センターに関する現状調査」(51自治体中46自治体から回答)によると、設置場所に関して病院のみが19自治体(41.3%)、保健所・保健センターが12自治体(26.1%)、女性センターが3自治体(6.5%)、病院と保健所の両方が2自治体(4.3%)であった。不妊相談を「不妊治療に関する専門的な相談」として医学的な意味合いの強いものと考えるか、さらに広く「不妊という状態がもたらす悩みについての相談」として考えるかによって、窓口の設置場所が異なると分析している。患者の立場からすると後者の相談窓口も必要であり、病院以外の不妊専門相談センターの設置が望まれる。相談員の職種についても同様のことが考えられ、利用状況、利用者の満足度などと合わせて、質の評価方法に関する検討が必要である(事務員等の対応も含めて)。また、働く女性の増加に対応した開設時間帯の考慮も必要である。さらに相談件数が年々減少している実態があり、自治体が広報をずる月は増えるというデータもあることから、定期的な広報も必要と考えられる。			

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】

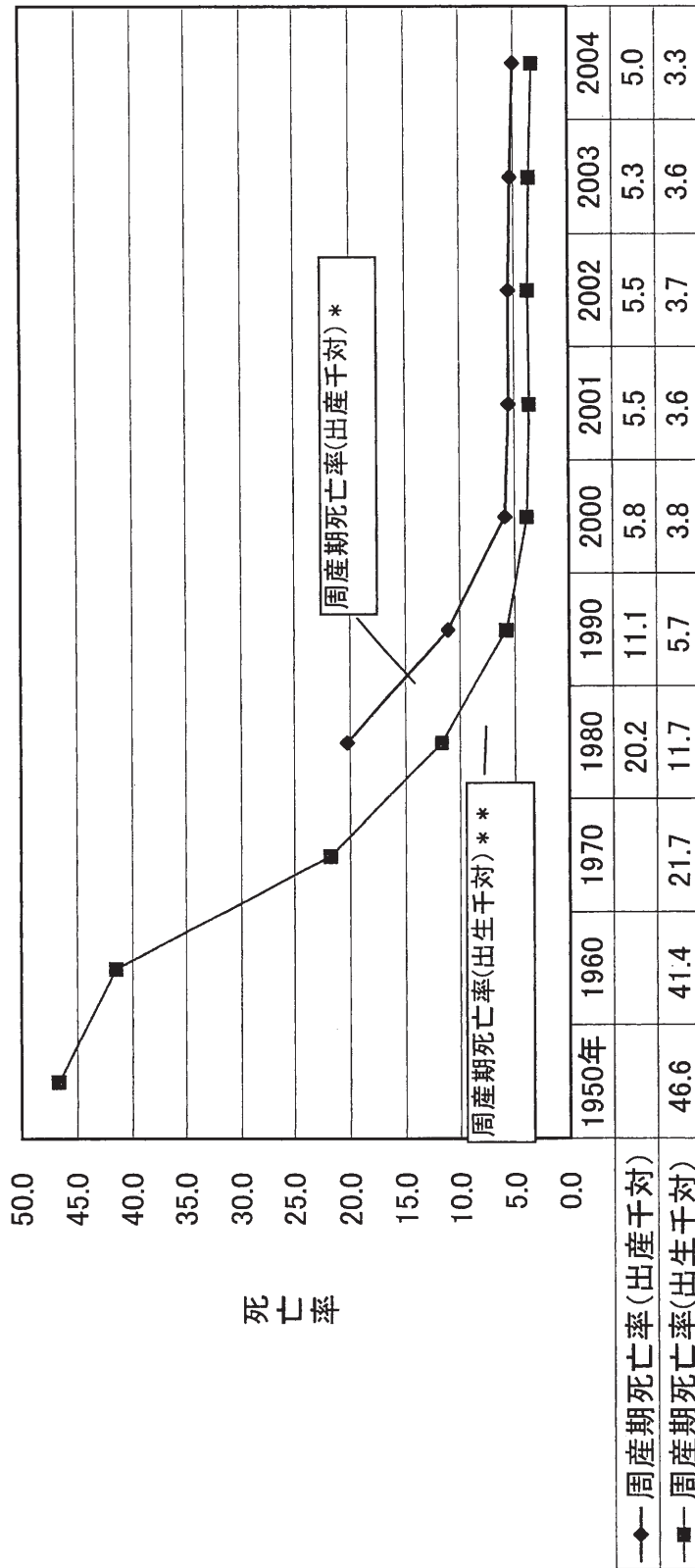
2-10 不妊治療を受ける際に、患者が専門家によるカウンセリングが受けられる割合

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
24.9%	平成13年度「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	100%	不妊カウンセラー 40.5% 不妊コーデイネーター 35.3%	平成16年度「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
データ分析				
結果	平成13年度「生殖補助医療の適応及びそのあり方に関する研究」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「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」の研究班が行った調査(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設584施設にアンケート調査し、221施設から回収)では、平成17年1月時点で、不妊カウンセラーと不妊コーデイネーターが在籍する施設はそれぞれ40.5%、35.3%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に対処するが求められている。不妊に関するカウンセリングの専門家の設置もその一つであり、関連学会も推進し、専門家を設置している施設の割合は増加傾向である。			
評価	目標に向かって進行しているが、達成にはまだ遠い。			
調査・分析上の課題	不妊治療者の内容を含めたカウンセリングニーズの調査、不妊カウンセラーやコーデイネーター、看護師の業務内容の調査と業務に見合う質的評価の指標の作成が必要である。また、体外受精と顕微授精以外の一般的な不妊治療は殆ど産婦人科施設で行われており、そのような施設での対応についても調査が必要である。			
目標達成のための課題	平成16年度調査では、不妊専門施設は28.6%に過ぎず、7割が産婦人科として一般施設の中で不妊治療を行っている。また、体外受精と顕微授精を合わせた数が年間50件以下の施設が4割を占め、このような施設における専門家の不在が明らかとなった。不妊治療が身近な施設で行うことができることは、治療を望む患者にとって大切なことであるが、施設内外を問わず患者が専門家によるカウンセリングを受けられる環境を整備することも必要である。また、人的資源の充足が急務であるが、質的な評価も同時に行う必要がある。			

課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さと不妊への支援				
【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(仮称)の作成				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
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	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	平成15年度「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	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年度研究報告書として取りまとめられた。			
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8つの研究結果と結果を基にした指針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に書式・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」、「配偶子提供におけるインフォームドコンセントの書式・運用指針案作成」、「カウンセリングシステムの確立に関する研究」、「世界における生殖補助医療の動向調査」、「公的管理運営機関の必要人数・設備に関する研究」、「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」、「各種不妊原因に応じた最適な不妊治療の確立に関する研究(男性不妊症、生殖補助医療の治療指針に関する研究)」、「子どもの立場からみた配偶子提供に対する意識調査」			
評価	研究班により作成され、この指標についての目標は達成したといえる。生殖補助医療に関わる諸問題に対して的確に対応しており、日本不妊学会の生殖医療指導医講習会での使用等、実用化されている。今後は、このガイドラインが生殖補助医療の関係者などの程度周知され、また遵守されているか把握する必要がある。また、医療関係者のみならず、不妊患者を含む一般に周知するために、「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」として公表、出版が望まれる。			
今後の課題	生殖補助医療技術の進歩、生殖補助医療に関わる法の整備等に合わせ、適宜ガイドラインを更新する必要がある。			

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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
出産千対5.8 出生千対3.8	平成12年人口動態統計	世界最高を維持	出産千対5.0 出生千対3.3	平成16年人口動態統計
データ分析				
結果	諸外国のデータは、まだ平成16年分についてとりまとめられていないために世界の中での順位等は明らかでないものの、直近値は、策定時よりも、さらに向上が見られた。			
分析	藤田(日本公衛誌 2001;48(4):289-297)は1990年代の乳児死亡率の改善は、新生児集中治療ユニット(NICU)などの画期的な医療技術の導入だけではなく、全般的な医療技術の普及によると考察している。今回の平成12年から平成16年への改善の理由も、同様に種々の医療状況の改善であると考えられる。さらに、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。			
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、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、出生産体重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> )。			
目標達成のための課題	現状の対策で概ね良いと考えられる。取えて課題を挙げるとすると、死産の減少および低出生体重児の減少である。			

### 周産期死亡率の年次推移(1950～2004年)



資料:厚生労働省「人口動態統計」

\* 1年間の周産期死亡数(妊娠22週以降の死産及び早期新生児死亡)を出産数で除したのもの

\*\* 妊娠28週以降の死産に早期新生児死亡を加えたもので、出生数で除したのもの。



周産期死亡率(変更前の定義：出生千対)の国際比較

	' 52 年	' 55	' 70	' 80	' 04		
					周産期 死亡率	妊娠満28週 以降死産比	早期新生 児死亡率
日本	45.6	43.9	21.7	11.7	8) 3.3	2.2	1.1
カナダ	35.8	31.5	22.0	10.9	6) 6.6	3.4	3.2
アメリカ合衆国	32.0	30.4	27.8	14.2	4) 7.1	3.3	3.8
デンマーク	34.6	33.9	18.0	9.0	7) 8.0	4.8	3.2
フランス	31.0	29.6	20.7	13.0	4) 6.6	4.6	2.0
ドイツ <sup>1)</sup>	48.8	44.1	26.7	11.6	4) 6.9	4.0	2.9
ハンガリー	41.0	38.7	34.5	23.1	2) 9.6	5.7	3.9
イタリア	51.3	46.2	31.7	17.4	6) 6.7	3.6	3.1
オランダ	31.5	29.3	18.8	11.1	5) 7.9	4.9	3.0
ポルトガル	-	48.3	40.6	24.2	2) 5.6	3.5	2.1
スウェーデン	31.5	28.4	16.5	8.7	2) 5.7	3.8	1.9
イギリス	38.8	28.3	23.8	13.4	3) 8.2	5.3	2.9
オーストラリア	31.8	28.9	21.5	13.5	3) 6.0	3.2	2.8
ニュージーランド	31.2	28.2	19.8	11.8	3) 5.8	3.0	2.9

資料：厚生労働省「人口動態統計」

WHO「World Health Statistics Annual」

UN「Demographic Yearbook 2001」

注：1) 1985年までは旧西ドイツの数値である。

- 2) 満28週以降の死産比、早期新生児死亡率とともに、2001年
- 3) 満28週以降の死産比、早期新生児死亡率とともに、2000年
- 4) 満28週以降の死産比、早期新生児死亡率とともに、1999年
- 5) 満28週以降の死産比、早期新生児死亡率とともに、1998年
- 6) 満28週以降の死産比、早期新生児死亡率とともに、1997年
- 7) 満28週以降の死産比、早期新生児死亡率とともに、1995年

8) 国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義(妊娠28週以降の死産数に早期新生児死亡数を加えたもの、出生千対)を用いている。

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】

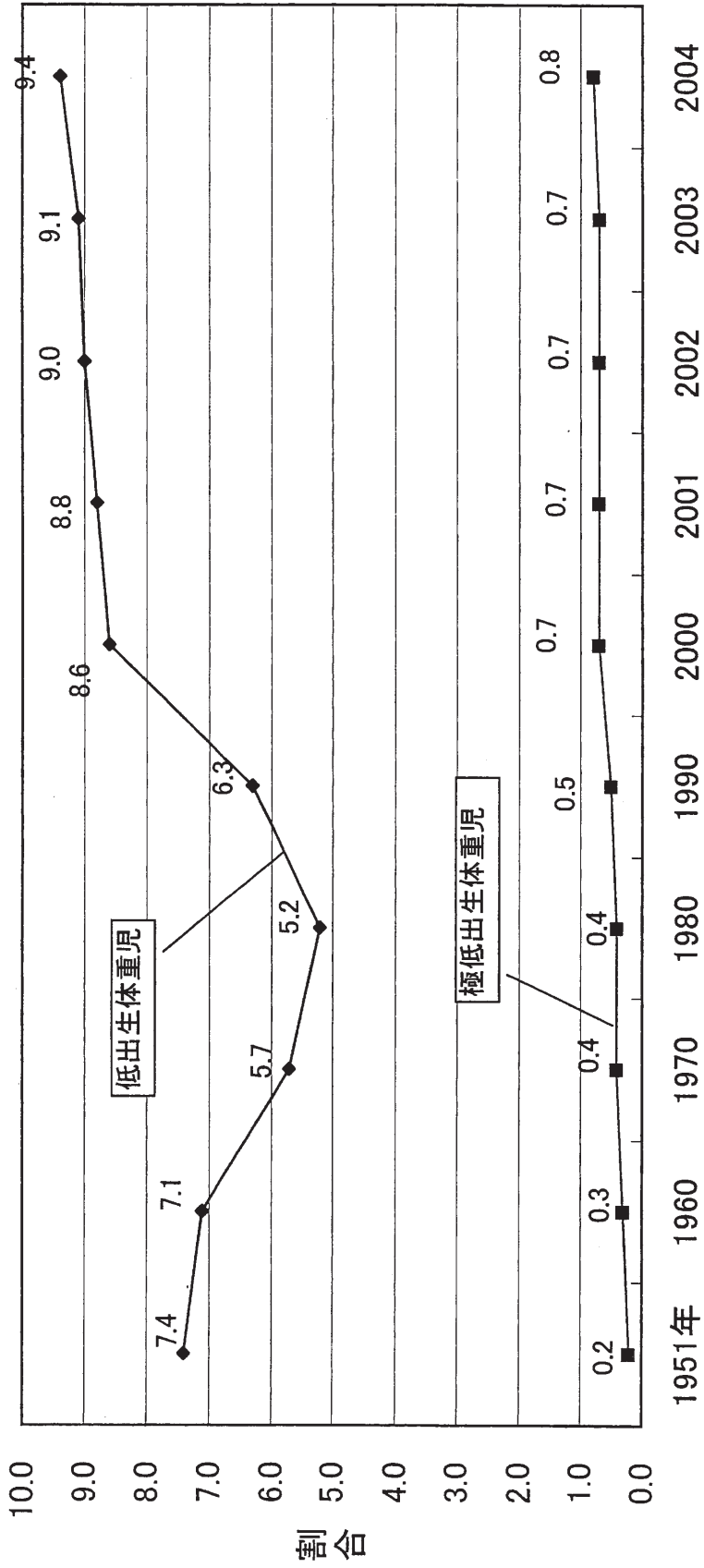
3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合 全出生数中の低出生体重児の割合

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
極低出生体重児0.7% 低出生体重児8.6%	平成12年人口動態統計	減少傾向へ	極低出生体重児0.8% 低出生体重児9.4%	平成16年人口動態統計

データ分析

結果	極低出生体重児の割合は策定時0.7%、平成16年0.8%であり微増であった。一方、低出生体重児は策定時に8.6%であったが、平成16年は9.4%と増加していた。
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、②妊婦の高齢化、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、出産年齢の高齢化や、不妊治療の普及による多胎妊娠の増加などは、それ自体を過去の状況に戻すような対策は不可能である。そのため、目標に向けて改善していないが、予防が可能な要因については、それを改善することにより、低出生体重児の出生を予防できる可能性がある。
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割合の推移などについての検討も必要である。
目標達成のための課題	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師への普及が必要である。

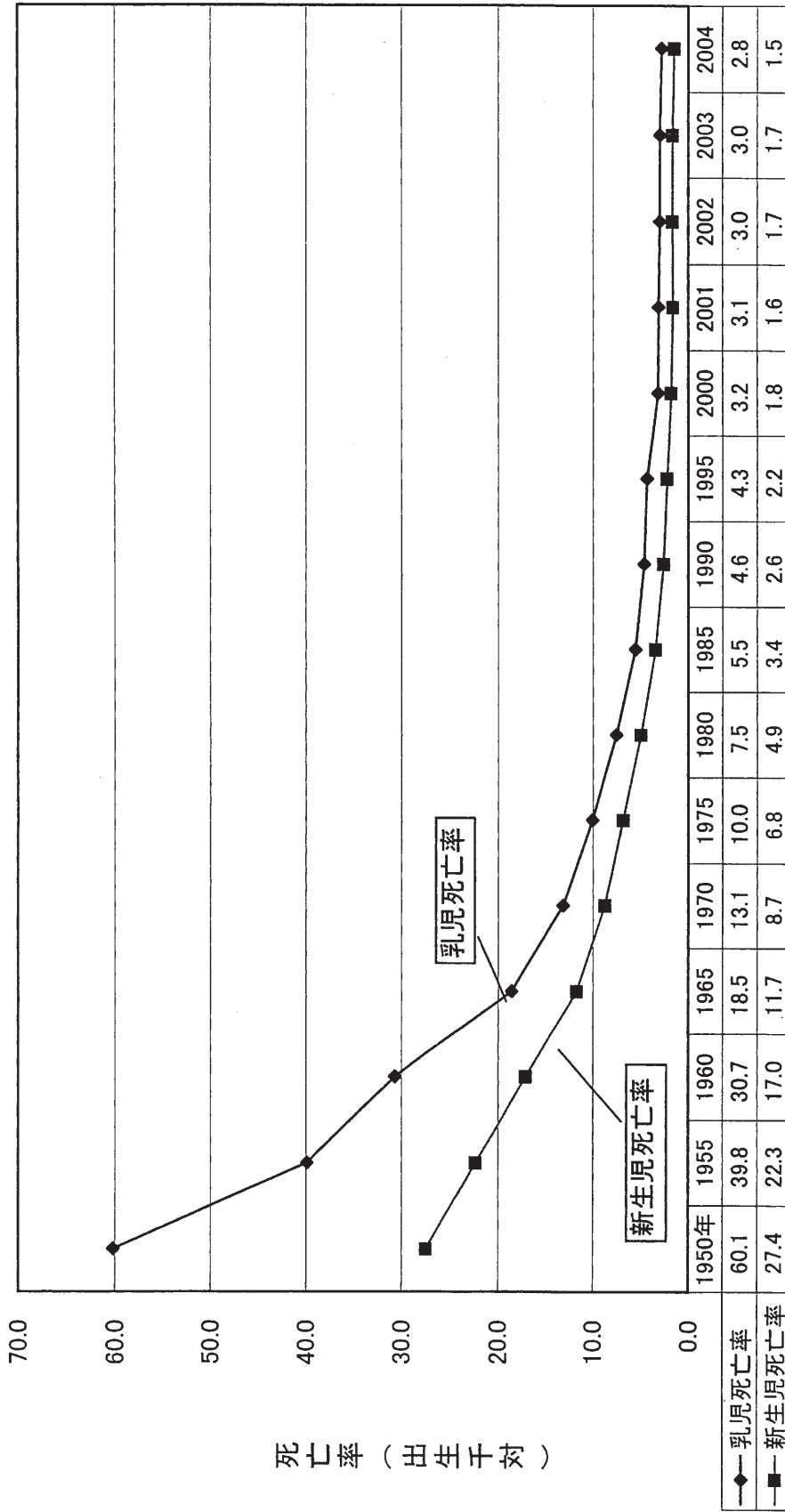
全出生数に占める低出生体重児及び極低出生体重児の割合



資料：厚生労働省「人口動態統計」

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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
(出生千対) 新生児死亡率1.8 乳児死亡率3.2	平成12年人口動態統計	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	平成16年人口動態統計
データ分析				
結果	諸外国のデータは、まだ平成16年分についてとりまとめられていないために世界の中での順位等は明らかでないものの、直近値は、策定時よりも、さらに向上が見られた。			
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)は1990年代の乳児死亡率の改善は、新生児集中治療ユニット(NICU)などの画期的な医療技術の導入だけではなく、全般的な医療技術の普及によると考察している。今回の平成12年から平成16年への改善の理由も、同様に種々の医療状況の改善であると考えられる。さらに、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。			
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。			
目標達成のための課題	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。			

乳児死亡率及び新生児死亡率の年次推移(1950～2004年)



資料：厚生労働省「人口動態統計」

乳児死亡率・新生児死亡率(出生千対)の国際比較

	乳児死亡率					新生児死亡率					
	1950年	'60	'70	'80	'04	'70	'80	'04	'70	'80	'04
日本	60.1	30.7	13.1	7.5	2.8	8.7	4.9	1.5			
カナダ	41.3	27.3	18.8	10.4	5.2 <sup>(01)</sup>	13.6	6.7	3.6 <sup>(00)</sup>			
アメリカ合衆国	29.2	26.0	20.1	12.6	*6.9 <sup>(01)</sup>	15.1	8.4	4.6 <sup>(00)</sup>			
オーストラリア	66.1	37.5	25.9	14.3	4.8 <sup>(01)</sup>	19.0	9.3	3.3 <sup>(01)</sup>			
デンマーク	30.7	21.5	14.2	8.4	*4.9 <sup>(01)</sup>	10.9	5.6	3.5 <sup>(01)</sup>			
フランス	47.1	27.4	15.1	10.0	*4.4 <sup>(01)</sup>	9.5	5.6	2.7 <sup>(99)</sup>			
ドイツ	55.5	33.8	23.6	12.6	*4.4 <sup>(01)</sup>	18.4	7.8	2.7 <sup>(00)</sup>			
ハンガリー	85.7	47.6	35.9	23.2	8.1 <sup>(01)</sup>	28.5	17.8	5.3 <sup>(01)</sup>			
イタリア	63.8	43.9	29.6	24.5	4.7 <sup>(01)</sup>	20.3	11.2	4.2 <sup>(97)</sup>			
オランダ	25.2	16.5	12.7	8.6	5.4 <sup>(01)</sup>	9.4	5.7	3.9 <sup>(01)</sup>			
ポーランド	108.0	56.8	33.2	21.3	7.7 <sup>(01)</sup>	19.5	13.3	5.4 <sup>(01)</sup>			
スウェーデン	21.0	16.6	11.0	6.9	3.7 <sup>(01)</sup>	9.1	4.9	2.5 <sup>(01)</sup>			
スイス	31.2	21.1	15.1	9.1	5.0 <sup>(01)</sup>	10.8	5.9	3.6 <sup>(01)</sup>			
イギリス	31.2	22.5	18.5	12.1	5.5 <sup>(01)</sup>	12.5	7.7	3.6 <sup>(01)</sup>			
オーストラリア	24.5	20.2	17.9	10.7	*5.3 <sup>(01)</sup>	12.9	7.1	3.5 <sup>(00)</sup>			
ニュージーランド	22.7	25.6	16.7	13.0	6.1 <sup>(00)</sup>	10.3	5.8	3.6 <sup>(00)</sup>			

資料：厚生労働省「人口動態統計」

WHO「World Health Statistics Annual」

UN「Demographic Yearbook 2001」

UN「Population and Vital Statistics Report」

注：\* 暫定値

1980年までは旧西ドイツの値である。

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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
出生10万対26.6	平成12年人口動態統計	半減	出生10万対19.3	平成16年人口動態統計
データ分析				
結果	策定時の出生10万対26.6から、直近値の19.3に改善が見られた。			
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効果は重要な理由のひとつであると考えられる。			
評価	3年間で27%改善されており、目標の10年間で半減に向けて順調な進行である。			
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り、年次によって診断基準が厳格化していく場合には、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。			
目標達成のための課題	乳児の喫煙曝露の改善が今後最も重要な課題である。			

0歳の死因順位別、死因及び死亡率（出生10万対）

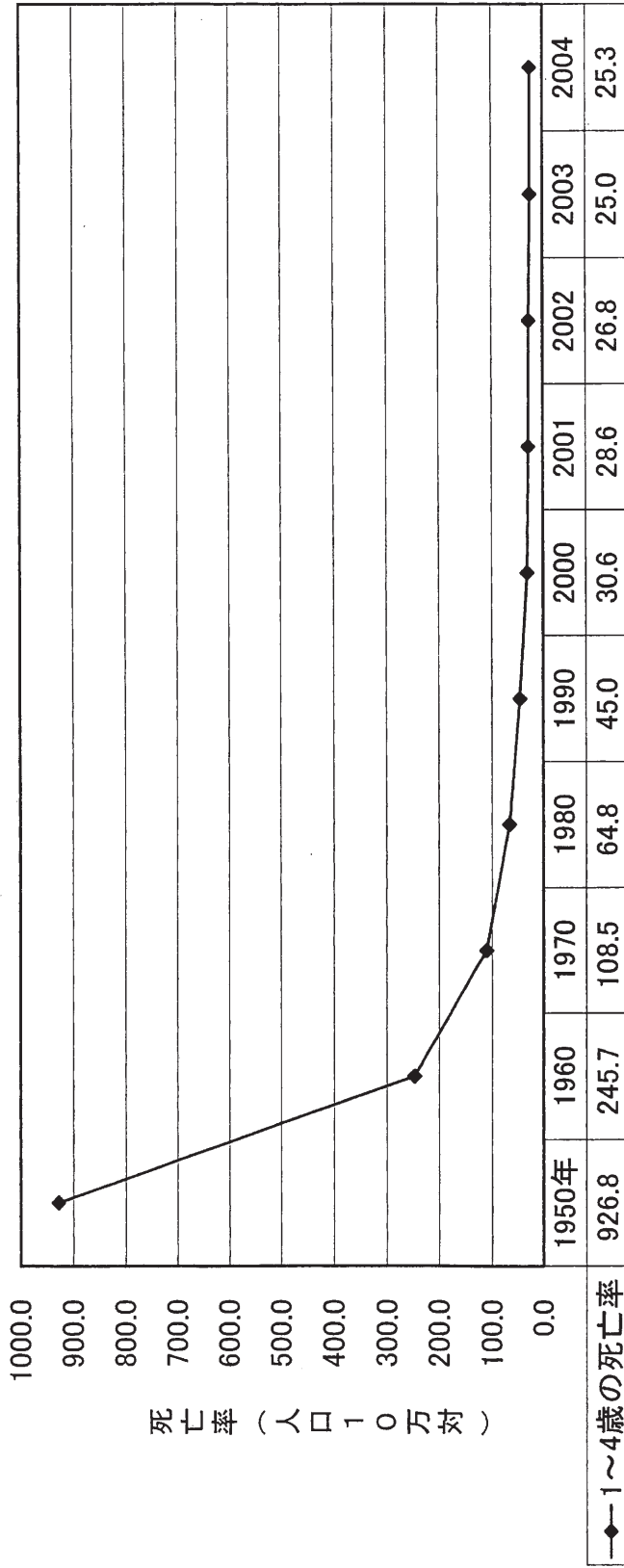
	平成12年 (2000)	平成13年 ( ' 01)	平成14年 ( ' 02)	平成15年 ( ' 03)	平成16年 ( ' 04)
第1位 (死亡率)	先天奇形・変形及び 染色体異常 (116.3)	先天奇形・変形及び 染色体異常 (111.5)	先天奇形・変形及び 染色体異常 (120.4)	先天奇形・変形及び 染色体異常 (108.9)	先天奇形・変形及び 染色体異常 (106.7)
第2位 (死亡率)	周産期に特異的な呼吸障害 及び心血管障害 (50.6)	周産期に特異的な呼吸障害 及び心血管障害 (49.6)	周産期に特異的な呼吸障害 及び心血管障害 (43.9)	周産期に特異的な呼吸障害 及び心血管障害 (43.2)	周産期に特異的な呼吸障害 及び心血管障害 (37.9)
第3位 (死亡率)	乳幼児突然死症候群 (26.6)	乳幼児突然死症候群 (24.8)	乳幼児突然死症候群 (21.9)	乳幼児突然死症候群 (19.4)	乳幼児突然死症候群 (19.3)

資料：厚生労働省「人口動態統計」



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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
人口10万対30.6	平成12年人口動態統計	半減	人口10万対25.3	平成16年人口動態統計
データ分析				
結果	策定時の人口10万対30.6から、直近値の25.3に改善が見られた。			
分析	死因別に分析を行うと、改善傾向にある死因としては、不慮の事故、先天奇形及び染色体異常、悪性新生物が挙げられ、これらの改善によって、全死因の死亡率が減少傾向にあると考えられる。 一方で、田中ら(日本医事新報 2004;4208:28-32.)の指摘のように、先進諸外国と比較すると、この年齢の死亡率は高い。			
評価	3年間で17%改善されており、目標の10年間の半減に向けて概ね順調な進行である。			
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。			
目標達成のための課題	この年代の死因で多いものは平成16年の統計において、(1)不慮の事故、(2)先天奇形、変形及び染色体異常、(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。			

### 1～4歳の死亡率(1950～2004年)



資料：厚生労働省「人口動態統計」

死因順位別、死因、死亡率及び割合(2004年)

	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位	第6位	第7位	第8位	第9位	第10位
1～4歳	不慮の事故	先天奇形、 変形及び染 色体異常	悪性新生物	肺炎	心疾患(高 血圧性を除 く)	他殺	その他の新 生物	腸管感 染症 敗血症		乳幼児突然 死症候群
死亡率	6.1	4.3	2.4	1.6	1.5	0.7	0.5	0.5		0.4
百分率	(24.0)	(17.1)	(9.4)	(6.4)	(5.8)	(2.6)	(2.0)	(1.9)		(1.6)

資料：厚生労働省「人口動態統計」

死亡率は1～4歳の人口10万対

死亡数が同数の場合は、同一順位に死因名を列記し、次位を空欄とした。

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 不慮の事故死亡率

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
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	平成12年人口動態統計	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	平成16年人口動態統計

データ分析

結果	<p>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。</p> <p>年齢階級別、死因別に、4年間で人口10万対死亡率の変化をみると、0歳では不慮の窒息が3.9改善した。1～4歳では、溺死・溺水0.36、転倒転落0.35、それぞれ改善した。5～9歳では、溺死・溺水が0.24改善した。10～14歳では、大きく改善した死因は見られなかった。15～19歳は、オートバイでの交通事故が1.80、乗用車での交通事故が1.25、それぞれ改善した。改善割合は、0歳：26%、1～4歳：8%、5～9歳：13%、10～14歳：3%、15～19歳：25%である。0歳、5～9歳、15～19歳については、10%以上の改善がみられるものの、1～4歳、10～14歳については、改善の程度が十分とは言えない。なお、田中（日本医事新報 2004: 4208: 28-32）によると、我が国における1～4歳の不慮の事故による死亡率は、米国よりは若干低いものの、その他の先進諸国に比べて高い状況があり、特に1～4歳の状況にも着目した今後の対策が必要である。</p>			
評価	<p>目標に向けて順調に改善している。年齢階級によっては改善が十分とは言えないところもある。</p>			
調査・分析上の課題	<p>不慮の事故死亡は、乳幼児では虐待やSIDSと、高齢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。</p>			
目標達成のための課題	<p>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。</p> <p>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。</p>			

年次別にみた不慮の事故死亡率(人口10万対)

	平成12年 (2000)	平成13年 ( ' 01)	平成14年 ( ' 02)	平成15年 ( ' 03)	平成16年 ( ' 04)
0歳	18.2	18.1	14.5	13.5	13.4
1～4	6.6	7.1	6.3	5.0	6.1
5～9	4.0	4.2	4.7	3.7	3.5
10～14	2.6	2.3	2.8	2.4	2.5
15～19	14.2	13.7	12.7	11.7	10.6

資料：厚生労働省「人口動態統計」

年齢階級別、不慮の事故の死因別割合(2004年)

(%)

死 因	年 齢	0 歳	1 ～ 4 歳	5 ～ 9 歳	10 ～ 14 歳	15 ～ 19 歳
総 数		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
交 通 事 故		8.1	38.8	53.1	49.0	80.3
転 倒 ・ 転 落		5.4	8.3	2.4	4.7	3.8
不 慮 の 溺 死 及 び 溺 水		11.4	21.2	23.2	20.8	7.8
不 慮 の 窒 息		71.1	17.6	5.8	8.1	2.5
煙、火及び火炎への曝露		-	11.2	10.6	8.7	0.8
そ の 他		4.0	2.9	4.9	8.7	4.7

資料：厚生労働省「人口動態統計」

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】

3-7 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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
妊娠中 *1 10.0% 育児期間中の室内での喫煙率 *2 父親35.9%、母親12.2% 育児期間中(生後6月)の喫煙率 *2 父親63.2%、母親17.4% 育児期間中の喫煙率 *3 父親52.2%、母親22.3%	*1 平成12年乳幼児身体発 育調査 *2 21世紀出生児縦断調査 *3 平成13年度厚生科学研 究 大井田隆班	なくす	妊娠中 7.3% 7.9% 8.3% 育児期間中(調査時点)の喫煙率 父親 54.9% 55.9% 54.5% 母親 11.5% 16.5% 18.1% (それぞれ、3.4か月、1歳6か月、3歳 児健診時の調査結果)	平成17年度「健やかか親子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	母親の喫煙率は、妊娠中、育児期間中とも、改善(喫煙率の低下)が見られた。 育児期間中の父親の喫煙率は低下が明らかではない。
分析	国民健康・栄養調査によると、若年女性の喫煙率は、平成12年に20歳代で20.9%、30歳代で18.8%とそれまでに比 較して増加傾向が見られたが、その後はやや低下している。健康増進法の施行やその他の喫煙対策の推進に よって、母親の喫煙率は低下してきたと考えられる。なお、平成17年度山縣班調査で、妊娠が分かった時の喫煙率 は19.2%(3.4か月健診時の調査結果)となっている。
評価	母親の喫煙率については、目標に向かって改善傾向にはあるものの、目標達成は難しく、まだまだ問題がある。 父親の喫煙率については、上記の数値からの評価は困難である。
調査・分析上の課題	育児期間中の目標値は、「自宅での」限定された喫煙率となっており、その数値については、平成17年度山縣班の 調査では、把握することができない。しかし、一般的な喫煙率の推移を観察することにより、進捗状況の把握は概 ね可能であろう。 21世紀縦断調査によるベースライン調査での父親の喫煙率は63.2%(20歳代は83.4%)と、国民健康・栄養調査 (平成12年20歳代男60.8%)や、国民生活基礎調査(平成13年20歳代男55.6%)と比較して高い値となっている。2 1世紀縦断調査による喫煙率の妥当性についても検討する必要がある。
目標達成のための課題	妊娠中や育児期間中の両親に対する禁煙指導はもちろん重要であるが、妊娠に気づく前の妊娠初期の喫煙を防 止することは困難であり、また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と考えられる。 未成年者に対して、喫煙を開始しないようにする教育(防煙教育)が本質的には最も重要であろう。

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 妊娠中の飲酒率				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
18.1%	平成12年乳幼児身体発育調査	なくす	14.9% 16.6% 16.7% (それぞれ、3.4か月、1歳6か月、3歳 児健診時に調査した妊娠中の飲酒 率)	平成17年度「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	ベースライン調査と比較して改善が見られている。			
分析	平成17年度山縣班調査結果によると、妊娠が判明した時点での飲酒率は、それぞれ31.4%、30.0%、29.5%であり、妊娠によって、約半数が飲酒をやめたことになる。			
評価	目標に向かって改善傾向にはあるものの、達成は難しく問題がある。特に、妊娠が判明した時に飲酒していた人の内、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	国民健康・栄養調査によると、飲酒習慣のある割合は、平成14年20歳代女8.1%、30歳代女9.4%と、上記の値よりも非常に低い値となっている。これは、飲酒習慣の調査結果が、細かい質問文のニュアンスによって大きく変化する可能性を示唆するものである。			
目標達成のための課題	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適当ではない。そこで、あくまでも妊娠した女性に 対して、飲酒のリスクに関する知識を普及することが重要であろう。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ろう。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であろう。			



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 かかりつけの小児科医を持つ親の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
81.7% 1～6歳児の親	平成12年幼児健康度調査	100%	1歳6か月児 86.3% 3歳児 86.4%	平成17年度「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	ベースライン調査と比較して改善が見られている。			
分析	ある小児科医をかかりつけと考えるかについては、受診した時に満足のいく診療を受けられることができ、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規定されると考えられる。			
評価	目標に向けて順調に進行している。			
調査・分析上の課題	どのような要件がそろえば、「かかりつけ」と言えるのかは、人によってさまざまなお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。			
目標達成のための課題	病気になる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。			

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 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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
1歳6か月児 86.6% 3歳児 88.8%	平成13年度「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	100%	1歳6か月児 87.8% 3歳児 89.9%	平成17年度「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	多少の改善は見られるが、概ね策定時と等しい数値となっている。			
分析	現状において、90%近い高水準に達しているため、飛躍的な改善は困難であると考えられる。少しずつ着実に改善していくことが必要であろう。			
評価	策定時と比較して概ね横ばいと考えられる。			
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。			
目標達成のための課題	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。			

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 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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
1歳6か月児 4.2% (平均 77.9点) 3歳児 1.8% (平均 76.6点)	平成13年度「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	100%	1歳6か月児 4.5% (平均 78.8点) 3歳児 2.9% (平均 77.8点)	平成17年度「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	策定時と比較して、若干改善している。項目毎にみると改善した項目と悪化した項目があった。			
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手の届くところに置かない(3歳 53.0%→69.1%)、暖房器具のやけど対策(1歳6か月 75.6%→86.3%、3歳 51.7%→66.1%)、浴槽に水を貯めておかない(1歳6か月 64.3%→69.2%、3歳 59.9%→67.8%)。悪化した項目：チャイルドシートの使用(3歳 81.5%→67.8%、1歳6か月 86.7%→84.4%)。なお、暖房に関して大きく変動したことについては、ベースライン調査が冬に行われたのに対し、直近値の調査は夏に行われたことも影響していると考えられる。 安全対策の実施率が低い項目としては、浴室のドアに子どもが1人では入れない工夫(3歳 15.5%、1歳6か月 32.0%)、家具の鋭い角のガード(1歳6か月 3.4%)、引き出しやドアの開閉で遊ぶことに対する注意(3歳 45.9%)などであった。			
評価	若干の改善が見られると考えられるが、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得る。この指標は、各年齢における20項目の注意点について該当する場合には全てを実施している者の割合であり、非常に低い実施率となっている。重要度の高い項目に絞るなどのことも検討を要するかもしれない。			
目標達成のための課題	引き続き、健診や面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。			

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 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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
31.3% 1歳6か月児のいる家庭	平成13年度「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	100%	30.7% 1歳6か月児	平成17年度「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	ごく軽度の悪化が見られるが、概ね策定時と等しい数値となっている。			
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	策定時と比較して概ね横ばいと考えられる。			
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。			
目標達成のための課題	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であろう。			

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 心肺蘇生法を知っている親の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
1歳6か月児 19.8% 3歳児 21.3%	平成13年度「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	100%	1歳6か月児 15.3% 3歳児 16.2%	平成17年度「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	策定時と比較して悪化している。			
分析	詳細な理由は不明。			
評価	目標に向かって改善しておらず、達成は難しい。			
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一言えるのかについては、人によって考え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。			
目標達成のための課題	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、両親教室、両親教室、両親教室、両親教室の更新等、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。			

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 乳児期にうつぶせ寝をさせている親の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
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%)	平成13年度「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	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)	平成17年度「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活用に関する研究」 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	少数ながら、現在もうつぶせ寝を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	目標に向かって順調に改善している。			
調査・分析上の課題	質問文上は、親が意識的にどのような寝かせ方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いう例も含まれていると考えられる。			
目標達成のための課題	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、引き続き仰向け寝を普及させる必要がある。			

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 6か月*までにBCG接種を終了している者の割合 *結核予防法の改正に伴い、「1歳」→「6か月」に変更する				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
86.6%** **1歳までに接種した者の割合	平成12年幼児健康度調査	95%	92.3%** **1歳までに接種した者の割合	平成17年度「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
データ分析				
結果	策定時と比較して、5%以上の改善が見られている。			
分析	「子どもの予防接種週間」(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 るは大きいと考えられる。			
評価	目標に向かって順調に改善しており、この5年間の改善度から考えると、目標の達成は可能である。			
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。			
目標達成のための課題	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の調査を行い、効果的な対策を行うことが必要である。			

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 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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
三種混合 87.5% 麻しん 70.4%	平成12年幼児健康度調査	95%	三種混合 85.7% 麻しん 85.4%	平成17年度「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	策定時と比較して、三種混合については若干悪化したものの、麻しんについては15%程度と大幅に改善している。			
分析	「子どもの予防接種週間」(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。なお、三種混合と麻しんの推移の違いの理由について、検討を行う必要がある。			
評価	麻しんについては、目標に向けて順調に改善しており、この5年間の改善度から考えると、目標の達成は可能であ る。 三種混合については、やや低下傾向にあり、目標達成に向けて課題がある。			
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。			
目標達成のための課題	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の調査を行い、効果的な対策を行うことが必要である。			



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】				
3-17 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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
初期 70.2% 二次 12.8% 三次 100%	平成13年度「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	100%	初期 政令市88.0% 市町村46.1% 二次 54.7%(221/404地区) 三次 100%	平成17年自治体調査(母子保健課)および医政局指導課調べ(小児救急体制整備)
データ分析				
結果	ベースライン調査は都道府県単位の数値であるのに対し、直近値は市町村、二次医療圏、都道府県単位の数値となっており、一律に比較はできない。しかし、直近値によれば、政令市等を除いた市町村における初期救急体制が進んでいないことが明らかになった。			
分析	近年、小児救急医療体制への関心は非常に高まっており、全体としては改善傾向にあると考えられる。ただし、直近値を見ても、整備がされていない地域がまだまだ多数残されている。			
評価	目標に向けて改善しているが、目標達成には遠い。			
調査・分析上の課題	仮に小児救急医療拠点数などの実態が不変であっても、市町村合併によって初期小児救急医療体制が整備されている市町村割合は増加すると考えられる。また、二次医療圏の再編による影響も考えられる。			
目標達成のための課題	引き続き、初期および二次の小児救急医療体制の整備に向けての努力が必要である。			

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 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	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
3～4か月児健診 32.6% 1歳6か月児健診 28.6%	平成13年度「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	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%	平成17年自治体調査(母子保健課)
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、策定時と比較して改善傾向にある。しかし、政令市等を除いた市町村においては、まだ過半数には届いていない。			
分析	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が、目標達成には遠い。			
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。			
目標達成のための課題	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、実施に当たったでの技術的支援を充実させる必要がある。			

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 小児人口に対する小児科医・新生児科医・児童精神科医師の割合			
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値
(小児人口10万対) 小児科医 77.1 新生児科に勤務する医師 3.9 児童精神医学分野に取り組んでいる 小児科医もしくは精神科医 5.7	小児科医：平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査」 新生児科医師：平成13年度「周産期医療水準の評価と向上のための環境整備に関する研究」中村肇班 児童精神科医：平成13年度「思春期の保健対策の強化及び健康教育の推進に関する研究」諸岡啓一班 (*日本児童青年精神医学会加入者数で計算)	増加傾向へ	右の条件で計算した場合 (小児人口10万対) 小児科医 83.5 新生児科医 6.4 児童精神医学分野に取り組んでいる 小児科医もしくは精神科医 13.6
			調査 小児科医師数：14,677名(平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査) 新生児科医師数：1,133名(NICU専属医師数、平成17年母子保健課調べ) 日本児童青年精神医学会認定の児童精神科医数：106名(平成16年4月1日現在)、学会加入人数：2,384名 平成16年小児人口(0～14歳)：17,582,000人
データ分析			
結果	いずれの項目も増加傾向が見られる。		
分析	小児医療の問題は近年急速に重要さが増しているため、単に増加傾向であるばかりではなく、どの程度の増加が必要であるかについての検討も必要であろう。		
評価	目標達成に向けて順調に進行している。		
調査・分析上の課題	小児科医数については、策定時と直近値と全く同一の調査方法であり、正確な統計であると考えられる。一方で、新生児科に勤務する医師および児童精神医学分野に取り組んでいる小児科医もしくは精神科医については、その定義および調査方法を年次によって一定にすることが困難であるという問題点がある。また、小児人口が減少しているため、小児科医の実数の増加以上に、指標が改善しているように見える性質もある。また、医療の質は必ずしも評価されないため、数のみでなく合わせて地域における小児医療の提供方法についても考慮する必要がある。		
目標達成のための課題	小児科、新生児科、児童精神科を志望する医師が増えるような包括的な対策が必要である。鴨下ら(医学のあゆみ 2003; 206(9): 723-26.)は、「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」として、女性医師が働きやすい環境整備等が重要であるとしている。		

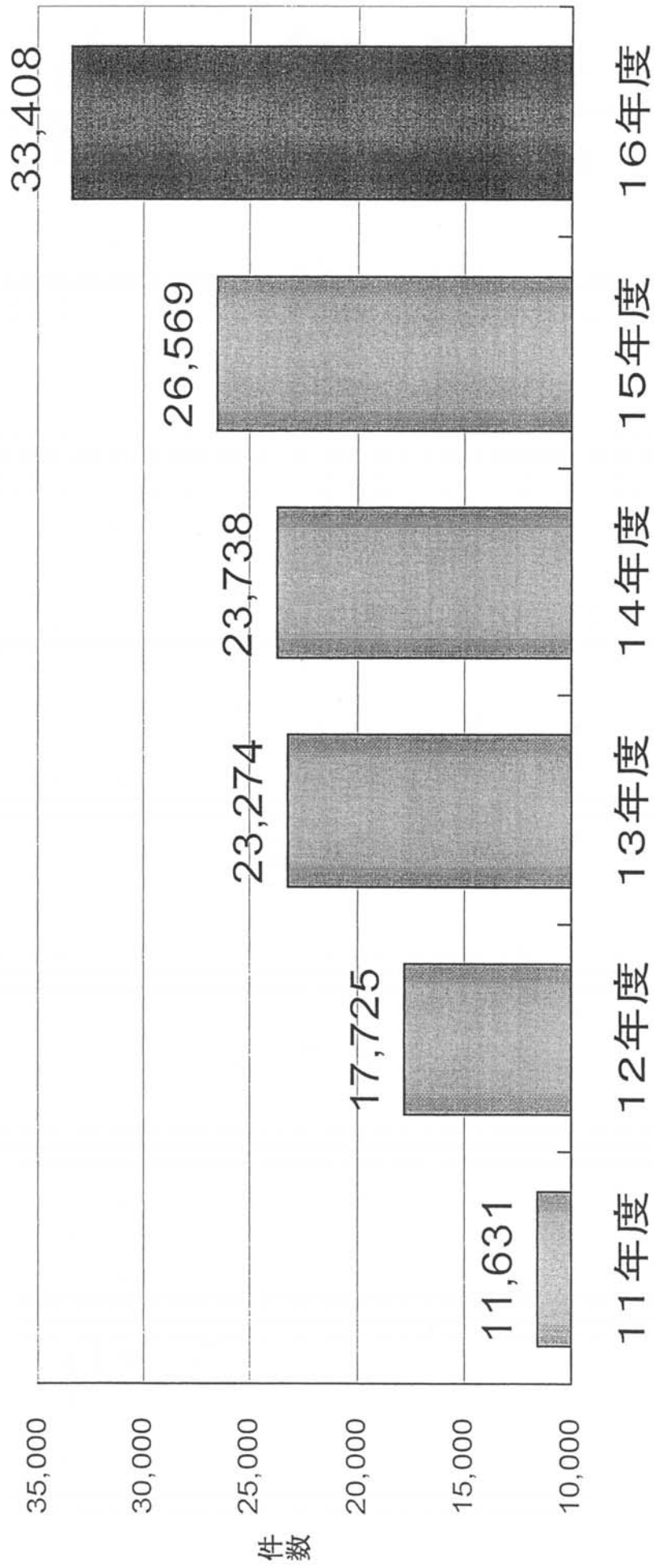
課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備				
【行政・関係機関等の取組の指標】				
3-20 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
院内学級 30.1% 遊戯室 68.6%	平成13年度(社)日本病院会 調べ(回答数:444病院)	100%	院内学級 26.1% 遊戯室 37.0%	平成17年自治体調査(母子保健 課) (病院数:1024 病院)
データ分析				
結果	異なった主体が行った異なった調査方法に基づく調査結果であり、不明な部分はあるが、数値上は策定時に比較して低下している。			
分析	数値上は低下しているが、ベースライン調査と直近値の調査は調査方法が異なり、統計精度を考慮すると単純な比較ができず、実際に低下しているのか不明である。財政の窮迫化や、病院経営の困難化などの状況を考えると、実際に低下している可能性もある。			
評価	目標に向けて改善しておらず、達成は難しい。			
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。あり、今後、より正確な調査を実施し、継続的に実態を把握する必要がある。			
目標達成のための課題	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。			

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 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				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
16.7%	平成13年度「地域における新しいヘルスコンサルテーションシステムの構築に関する研究」 山縣 然太郎班	100%	14.1% (政令市 40.0% 市町村 13.7%)	平成17年自治体調査(母子保健課)
データ分析				
結果	若干ではあるが、策定時と比較して減少している。			
分析	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、専門的な事業を行いやすい環境になってきている。			
評価	数値は減少傾向にあり、目標に向けて改善しておらず、達成は難しい。			
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「慢性疾患児等の在宅医療を支援する体制が整備されている」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って回答に影響していると思われる。			
目標達成のための課題	慢性疾患児等の在宅医療の支援体制については、都道府県保健所の積極的に市町村を支援をしてもらう必要があると考えられる。			

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【保健医療水準の指標】				
4-1 虐待による死亡数				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
44人 児童虐待事件における被害児童数	平成12年警察庁調べ	減少傾向へ	51人 児童虐待事件における被害児童数	平成16年警察庁調べ
データ分析				
結果	13年(61人)、14年(39人)、15年(42人)、16年(51人)であり、法整備後も減少しているとはいえない。			
分析	厚生労働省の検討においては、死亡事例の8割が関係機関が何らかの形で関わっていたケースであると報告されている(警察庁のデータとは直接リンクしない)。こうした状況の中、平成16年の児童虐待の防止に関する法律の改正において、機関連携や支援の継続性・連続性が強調され、その基盤整備として要保護児童対策地域協議会の設置が法に位置づけられる等、虐待死の防止に向けた体制整備が図られつつあるが、死亡事例数は増加傾向を示しており、今後も引き続き発生の予防から虐待を受けた子どもへの保護や社会的自立の支援に至るまでの、切れ目のない総合的な支援体制の整備が不可欠であると考えられる。			
評価	目標に向けて改善しておらず、達成には至っていない。			
調査・分析上の課題	指標は、虐待による死亡数であるが、社会保障審議会児童部会のもとに設置された「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」において行われている、死亡事例の具体的な分析等によって得られる課題等についても、引き続き評価していく必要がある。			
目標達成のための課題	<p>子ども虐待の発生予防や重症化予防対策等が大きな課題であり、以下に例示する対策の充実が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援家族の早期発見と養育支援による子ども虐待の発生予防</li> <li>・子ども虐待に関わる機関における、職員の専門性の向上、スーパービジョン体制の強化</li> <li>・子ども虐待事例への組織的対応、関係機関も含めた危機管理意識の醸成</li> <li>・要保護児童対策地域協議会の設置及び有機的活用</li> <li>・保護解除時の判断基準や条件提示</li> <li>・子どもケア、親ケア、親教育プログラムの整備(再発防止策)とこれを実施する社会資源の整備</li> </ul> <p>参考: 児童虐待による死亡事例の検証結果等について(「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」第1次報告 平成17年4月)</p>			

課題4 子どもの心の安らかな発達と育児不安の軽減			
【保健医療水準の指標】			
4-2 法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数			
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値
17,725件 児童相談所での相談処理件数	平成12年社会福祉行政業務報告	増加を経て減少へ	33,408件 児童相談所での相談処理件数
			調査 平成16年社会福祉行政業務報告
データ分析			
結果	相談処理件数は、児童虐待の防止等に関する法律の施行前の平成11年(11,631件)と比べると、約3倍の増加であり、平成16年は、15年の26,569件を大幅に上回る33,408件となった。		
分析	平成12年の児童虐待の防止等に関する法律施行により、国民の理解や関心の高まりに加え、児童家庭支援センターの整備などが徐々に進んだことなどにより、通報が増加し、ケースの顕在化が図られてきた。さらに平成16年には、同法の改正があり、改めて意識化が進んだことや昨年の岸和田事件等の虐待事件が続き、近隣住民の通告が増えたことも平成15年から16年にかけての大幅増加の一因ではないかと思われる。		
評価	法律の改正に伴う制度や体制の変化もあり、相談処理件数の変動は、今後ますます大きくなる。平成17年4月から市町村が児童家庭相談体制の第一義的な窓口とされたことなどからも、目標の「増加を経て」の時期である。		
調査・分析上の課題	増加を経て減少という目標の達成には、今後も、単なる相談処理件数の減少の評価ではなく、法改正や他の育児不安指標や子育て支援の指標などの結果とあわせて評価をする必要がある。		
目標達成のための課題	虐待の減少には、社会全体の意識の醸成や発生予防から自立支援に至る積極的支援策の展開が不可欠であり、そのための要保護児童対策地域協議会の設置や効果的活用が期待されているが、効果的実施に向けては、人員不足と関係する専門職の技術向上が課題である。		

# 虐待相談処理件数の推移



資料：厚生労働省「社会福祉行政業務報告」



課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【保健医療水準の指標】				
4-3 子育てに自信が持てない母親の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
27.4%	平成12年幼児健康度調査	減少傾向へ	(3,4か月、1歳6か月、3歳児健診時) 19% 25.6% 29.9%	平成17年度「健やかか親子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	策定時現状値(～1歳 23.3%、1歳6ヶ月27.7%、3歳29%)と直近値を比較すると、3か月時点での19%については単純比較できないが、1歳6か月での比較では、2.1ポイント減少している。子育てに自信がもてない親は、3歳未満では、減少傾向。一方で、3歳以上がわずかに0.9ポイントだが、上昇している。			
分析	父親の育児参加等の実態や行政における育児支援サービスの変換(健診での関わりなど)の効果が低年齢中心にみられていることなどに関係しているようにうかがえる。施策の方向性と合わせて分析評価していくことが必要だが、次世代育成支援対策推進法や「子ども・子育て応援プラン」に基づく取組が、今後より進むことで更に目標の減少が進むことが期待される。			
評価	目標に向けて改善しているが、幼児についての配慮も見逃さない。			
調査・分析上の課題	年齢による差があることから、策定時現状値の6歳までの平均で見ていることについては検討が必要。			
目標達成のための課題	社会への子育てに関する啓発などを含めて、次世代育成支援計画の実行のモニタリングと合わせて評価していく。			

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【保健医療水準の指標】				
4-4 子どもを虐待していると思う親の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
18.1%	平成12年幼児健康度調査	減少傾向へ	(3.4か月、1歳6か月、3歳児健診時) 4.3% 11.5% 17.7%	平成17年度「健やかか親子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	直近値を策定時(～1歳 12.4%、1歳6ヶ月13.9%、3歳22.1%、6歳までの平均18.1%)と比較すると減少に転じている。しかし、1歳6か月の減少幅は小さい。			
分析	マスコミや子ども雑誌などの助けもあり、児童虐待に関する知識や理解が深まり、冷静な判断環境になりつつあると思われる。さらに、子育てにやさしい社会の創生に向けた行政や民間等の各さまざまな取組により、孤立解消や周囲のサポートが増えている現状も影響している。1歳6か月は、子どもの自我の芽生えなどの影響で、「叩きたくなり時期」とも言われている。このことも減少幅が小さいことの一因か。			
評価	目標に向けて順調に改善している。今後も引き続き、減少に向けた対策の強化が必要である。			
調査・分析上の課題	両親の養育態度は、子どもの年齢や成長過程による影響が大きいことから、直近値のように年齢別の値を把握することも必要である。			
目標達成のための課題	虐待と叱ることの違いなどを含めた育児支援に関する情報を発信し、両親の不安の軽減をはかるための方法や虐待していると思っている親が1人で悩まずに相談できるような体制を強化していく必要がある。両親学級や子育て教室などの活用も考えられる。			

課題4 子どもの心の安らかな発達と育児不安の軽減				
【保健医療水準の指標】				
4-5 ゆったりとした気分子どもと過ごせる時間がある母親の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
68.0%	平成12年幼児健康度調査	増加傾向へ	(3,4か月、1歳6か月、3歳児健診時) 77.4% 69.0% 58.3%	平成17年度「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	直近値を策定時(1歳 74.8%、1歳6か月75.4%、3歳63.4% 6歳までの平均で68%)と比較すると、3,4か月では増加しているが、1歳6か月と3歳では、ゆったりとした気分子どもと過ごせる時間があると思う親は増加していない。			
分析	該当者の子どももの人数や兄弟の年齢なども加味した上での評価が必要であるが、いずれにしても育児の父親参加が得やすかったり、肉体的な負担が少ない乳児期については、比較的負担感が軽減されているようである。3歳くらいは、活動が活発で、目が離せない時期であり、親のゆったりと過ごせる実感は持ちづらいのではないかと思われる。3か月と3歳の親では、約20ポイントの差がある。			
評価	乳児期は目標に向けて改善しているが、幼児期の親にとっては改善していない。目標達成は難しい。			
調査・分析上の課題	働く母親と専業主婦の母親に分けた分析を行い働く母親への支援の充実を検討する必要があるのではないか。			
目標達成のための課題	父親の育児参加しやすい環境整備や地域の子育て支援策や保育所の活用などにもアクセスしやすい環境づくりがこれまでに以上に必要。企業の支援策も必要。			

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【住民自らの行動の指標】				
4-6 育児について相談相手のいる母親の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
99.2%	平成12年幼児健康度調査	増加傾向へ	(3.4か月、1歳6か月、3歳児健診時) 89.2% 98.9% 98.7%	平成17年度「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	3.4か月児を除いては、横ばいで維持されている。			
分析	相談相手は何かの形で確保されていると判断できる。しかしながら、孤立・孤独感が育児不安や虐待の背景にあることを考えると相談の質にも注目する必要がある。協力のよう実際に「手を貸す」ことは区別されるし、表面的な相談にとどまらず、本音を語れる相談相手の存在が重要になる。また3.4か月の時期は父親とのコミュニケーション時間の確保が相談の代用にもつながることから父親の育児参加の増加が重要である。			
評価	策定時の現状値が高いため、直近値はそれを維持していると考えられるため、目標に向けて順調に進行していると見える。しかし、3.4か月児の親については90%を下回っているため、更なる支援が必要である。			
調査・分析上の課題				
目標達成のための課題	育児の不安などで気軽に相談できる相手の存在や母親にとって有効な相談手段（インターネット等）は何かを分析し、その確保に向けて対策を検討する必要があるのではないか。			

課題4 子どもの心の安らかな発達と育児不安の軽減			
【住民自らの行動の指標】			
4-7 育児に参加する父親の割合			
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値
よくやっている 37.4% 時々やっている 45.4%	平成12年幼児健康度調査	増加傾向へ	(3,4か月、1歳6か月、3歳児健診時) よくやっている 50.3% 45.4% 39.8% 時々やっている 39.0% 40.4% 43.5%
データ分析			
結果	「よくやっている」「時々やっている」をたすと、策定時も直近値も8割を超え、多くの父親が育児に参加している。策定時と直近値をさらに詳細に比較すると、3歳児健診時はほとんど変わっていない。3,4か月児健診、1歳6か月児健診時点の直近値では「よくやっている」が増加して、「時々やっている」が減少していた。		
分析	3,4か月児、1歳6か月児、3歳児、そのいずれも、父親が育児に参加している傾向に転じている。また、子どもの年齢が小さいほど「よくやっている」父親の割合が高いのは、年齢が小さいほど育児の負担が多く、父親の育児参加が必要とされていることがうかがえる。平成15年次世代育成支援対策推進法が成立し、地域や職域で父親が育児参加しやすくなるような配慮や取組が盛り込まれた行動計画が作成されているが、これが有効に働いていてほしい。平成17年度以降取組が進められている「子ども・子育て応援プラン」においても同様のことが目指されている。岡本絹子・他. 乳幼児をもつ母親の疲労感と父親の育児参加に関する研究. 小児保健研究, 2002; 61(5): 692-700 北村愛子・他. 父親の育児参加と母親の育児不安との関連. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 2000; 5(1): 61-76		
評価	目標に向けて順調に改善しているが、母親の育児負担感の状況などとも合わせて評価していく必要がある。		
調査・分析上の課題	策定時の現状値は1歳から6歳までの全体でみた値である。1歳6か月児健診、3歳児健診のそれぞれに合わせて、幼児健康度調査の集計結果と比較すると、それぞれの年月齢で「よくやっている」の割合が大きくなっていく(40.9→45.4, 35.5→39.8)ことが確認される。		
目標達成のための課題	数値の上での増加傾向は認められているものの、その内容についてもより充実したものが生まれ、また、父親自身の心の余裕や、育児参加しやすい職場環境の課題などにも目を向ける必要がある。		

課題4 子どもの心の安らかな発達と育児不安の軽減			
【住民自らの行動の指標】			
4-8 子どもと一緒に遊ぶ父親の割合			
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値
よく遊ぶ 49.4% 時々遊ぶ 41.4%	平成12年幼児健康度調査	増加傾向へ	(3,4か月、1歳6か月、3歳児健診時) よく遊ぶ 61.2% 55.4% 48.1% 時々遊ぶ 33.0% 37.6% 42.1%
データ分析			
結果	<p>「よく遊ぶ」「時々遊ぶ」を合計すると、策定時も直近値も9割を超え、多くの父親が育児に参加している。策定時と直近値をさらに詳細に比較すると、3歳児健診時はほとんど変わっていない。3,4か月児健診、1歳6か月児健診時点の直近値では「よく遊ぶ」「時々遊ぶ」が減少していた。</p>		
分析	<p>3,4か月児と1歳6か月児において、父親が育児参加している傾向に転じている。また、子どもの年齢が小さいほど「よく遊ぶ」父親の割合が高いのは、年齢が小さいほど育児の負担が多く、父親の育児参加が必要とされていることがうかがえる。平成15年次世代育成支援対策推進法が成立し、地域や職域で父親が育児参加しやすくなるような配慮や取組が盛り込まれた行動計画が作成されているが、これが有効に働くことが期待される。平成17年度以降取組が進められている「子ども・子育て応援プラン」においても同様のことが目指されている。</p> <p>五十嵐久人,他,父親の育児参加への意識と児行動山梨医科大学紀要,2001;18:89-93. 鈴木千景,他,初産婦・経産婦の父親の育児行動の実態調査 父親への保健指導のアプローチを考える.袋井市立袋井市民病院研究誌,2004;13(1):133-138.</p>		
評価	<p>目標に向けて順調に改善しているが、母親の育児負担感の状況などとも合わせて評価していく必要がある。</p>		
調査・分析上の課題	<p>策定時の現状値は1歳から6歳までの全体でみた値である。1歳6か月児健診、3歳児健診のそれぞれに合わせて、幼児健康度調査の集計結果と比較すると、それぞれの年月齢で「よく遊んでいる」の割合が同じか、僅かに大きくなっている(55.5→55.4, 47.8→48.1)ことが確認される。</p>		
目標達成のための課題	<p>数値の上での増加傾向は認められているものの、その内容についてもより充実したものが望まれ、また、父親自身の心の余裕や、育児参加しやすい職場環境の課題などにも目を向ける必要があるであろう。</p>		

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【住民自らの行動の指標】				
4-9 出産後1か月時の母乳育児の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
44.8%	平成12年乳幼児身体発育調査	増加傾向へ	調査中	平成17年乳幼児栄養調査
データ分析				
結果				
分析				
評価				
調査・分析上の課題				
目標達成のための課題				

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【行政・関係機関等の取組の指標】				
4-10 周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している二次医療圏*の割合 * 二次医療圏から保健所に変更する。				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
85.2% (保健所の割合)	平成13年度「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」 山縣然太朗班	100%	98% (保健所の割合)	平成17年自治体調査(母子保健課)
データ分析				
結果	策定時の現状値は保健所の割合を調査し85.2%、直近値では98%であり増加している。			
分析	100%に満たない地域があるのは予算や人員の問題があるだろう。また、フォロー体制の内容として、医療機関と地域保健の連携がスムーズに行われる必要があるため、住民のニーズをとらえながら、今後連携を推進していく必要がある。 多田裕.周産期医療システムの現状と将来.産婦人科治療.2002.85(3):259-265.			
評価	目標に向けて順調に改善しており、達成できる可能性がある。			
調査・分析上の課題	指標は「二次医療圏の割合」であるが、実際には保健所単位で調べており、今後も保健所単位での推移で評価することが適切であると考えるため、指標を変更することが望ましい。さらに、医療と保健の連携の意味でも、保健所単位で調査することの意義は大きい。			
目標達成のための課題	フォロー体制が確立されない地域は人員と予算に問題があることが考えられるので、周産期医療整備事業等の対象として重点的にとらえていく必要がある。			



課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【行政・関係機関等の取組の指標】				
4-11 乳幼児の健康診査に満足している者の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
30.5%	平成12年幼児健康度調査	増加傾向へ	1歳6か月児 32.4% 3歳児 30.0%	平成17年度「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	1歳6か月児健診では増加しているように見えるが、わずかな増加にとどまっている。			
分析	集団方式と医療機関委託方式では健診そのものよりも、待ち時間や時間の拘束等健診周囲の項目で測られることが多いが、多様なニーズにこたえられる集団方式の意義を再度見直し、親のニーズに沿った健診に変化させる努力が求められる。乳幼児健診の受診率が高い状態で保たれていることを受けとめた上で、満足度が伸び悩む課題の検討に取り組み、改善を図る必要がある。			
評価	策定時の現状値が30%と低いレベルからのスタートであるにもかかわらず、伸び率としては低い。目標に向けて改善しているとはいえず、達成までは遠い。			
調査・分析上の課題	健診の医療機関委託(特に乳児)が進んでいる傾向も加味した分析が必要。(受診率では、乳児健診、1歳6か月児健診ともに医療機関委託が約7ポイント低い)(新井山洋子、16年度地域保健総合推進事業報告書)			
目標達成のための課題	どういうところに満足していないのか満足度が伸び悩む理由の分析とその解消のための取組が必要である。また、疾病の発見や指導中心の親から見れば「子育ての評価を受ける機会」から、「子育てを応援してもらえ、エンパワメントされる機会」への転換が必要である。そのためには従事者の意識改革が必要である。			

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【行政・関係機関等の取組の指標】				
4-12 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
64.4%	平成13年度「地域における新しいヘルスコンサルテーションシステムの構築に関する研究」班 山縣然太郎	100%	89.3% (政令市 94% 市町村 89.7%)	平成17年自治体調査(母子保健課)
データ分析				
結果	育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている地方公共団体は、目標には及ばないものの増加している。			
分析	社会保障審議会児童部会「児童虐待の防止等に関する専門委員会」報告書(平成15年6月)等多くの報告の中でも、乳幼児健康診査の中で、育児支援や児童虐待の早期発見機能の強化が目指されており、「疾病発見から子育て支援へ」「指導から支援へ」の従事者側の意識の転換が順調に定着してきていると思われ。健診の中で力点が置かれているのは、乳幼児健康診査であると予測される。乳幼児健康診査の視点で行ったことによる親の満足度や育児不安の軽減を直接評価できないが、育児に自信がない親の減少などと合わせて評価すれば、一定の効果が出ているものと考えられる。			
評価	目標に向かって順調に進行しており、達成は可能である。。			
調査・分析上の課題	今後は、育児支援の内容の評価も検討する必要がある。			
目標達成のための課題	児童虐待による死亡事例の状況からも、生後より早い段階で乳児全数の状況を見極めることが必要であり、その効果的機会として乳幼児健康診査が改めて見直されている。今後は、効果的な健康診査の受診率の向上や未受診把握の方法、保健と福祉の連携等を検討していく必要がある。			

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減			
【保健医療水準の指標】			
4-13 常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合			
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値
3.3%	平成12年雇児局総務課調べ	100%	5.9%
			平成17年雇児局総務課調べ
データ分析			
結果	策定時の平成12年の3.3%に比べ、平成17年で5.9%と微増しているが、依然目標値に比べ、かなり低い。		
分析	平成12年の児童虐待防止法により、児童相談所の役割がより明らかになり、また平成16年の法改正により、関連機関の連携強化や体制整備の必要性が明確になったため、児童相談所の機能強化もより望まれるようになった。さらに平成16年12月発達障害者支援法が成立し、また児童虐待を受けた子どもの心の支援の必要性が高まっている中で、平成17年3月「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」が発足した。このように必要性の高まりを踏まえ、児童精神科医がいる児童相談所の割合は極めて徐々に増加している。さらに、児童相談所とは別の組織で子どもの心の診療を行う機関を設置する地方公共団体もある。本間博彰. 児童相談所における児童精神科医療の現状と課題, 精神医学, 1999;41(12):1297-1302		
評価	目標に向けて若干改善しているが、目標には遠い。		
調査・分析上の課題	児童相談所の役割の明確化・機能強化および子どもの心の診療に対応できる医師の養成に関する検討等はそれぞれ進んでいるが、児童精神科医の人数の不足などにより、目標達成には時間を要すると思われる。また、自治体によっては、児童相談所のみではなく別の組織で子どもの心の診療を行う機関も設置しており、そういった連携や取組もモニタリングする必要があると考えられる。		
目標達成のための課題	児童相談所における児童虐待を受けた子どもの心の支援は、極めて重要度が高く、また対象となる児童が発達障害などを有する場合もあり、様々なニーズに応えていかなければならない状況にある。これらのことから、児童精神科医の確保等体制整備を検討する必要がある。		

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減				
【行政・関係機関等の取組の指標】				
4-14 情緒障害児短期治療施設数				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
17施設(15府県)	平成12年雇児局家庭福祉課調べ	全都道府県	27施設	平成17年雇児局家庭福祉課調べ
データ分析				
結果	施設数は、平成11年、12年と横ばいの状態であったが、それ以降増えて、平成17年には、27施設に増加しているが目標である全都道府県設置は達成されていない。			
分析	当該施設は、心理的治療をきめ細かく行う施設として、近年、特に被虐待児の心のケアの場として注目されており、児童相談所の児童虐待相談件数が伸びている現状を鑑みれば、今後もその整備は進むと思われる。			
評価	健やか親子21に本指標を設定したことが、当該施設の増加にも影響を与えたのではないかと考えられ、今後も緩やかに増加していくと考えられる。目標に向けて順調に改善しているが、目標達成は難しい。			
調査・分析上の課題	施設数の動向と同時に、入所・通所児童数や、入所・通所期間などによって、ケアを受けている児童の質的な変化を把握することも必要である。また、ケアの内容や職員数、職種等を把握し、ケアの質の検討についても考慮する必要がある。 参考：情緒障害児の場合の養護問題発生理由「父母の虐待・酷使」22.9%（前回11.6%）、「父母の放任・怠だ」14.1%（前回10.0%）児童養護施設入所児童等調査結果（平成16年7月 厚生労働省雇用均等・児童家庭局家庭福祉課）			
目標達成のための課題	予算、人員、職員の専門職としての質の担保が必要である。			

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

【行政・関係機関等の取組の指標】

4-15 育児不安・虐待親のグループの活動の支援を実施している保健所の割合

策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
35.7%	平成13年度「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	100%	46.0%	平成17年自治体調査(母子保健課)

データ分析

**結果**  
育児不安や虐待親への地域資源が不足している状況が認識され始め、自治体での親グループの活動支援は策定時の現状値と比較すれば、増加してきている。

**分析**  
乳幼児健診をはじめとした母子保健活動が子育て支援や虐待予防の視点に立って行われはじめ、グループの対象となる親子と保健所の接点が増加していること等によって、実施率が上昇しているのではないかと思われる。しかしながら、予算上の措置や技術面等の課題(親支援グループ運営ができる保健師34%<sup>1)</sup>)がある等から、実施率の伸び率は緩やかである。

1) 中板他「効果的な虐待予防活動に関する研究」15年度地域保健総合推進事業報告書

**評価**  
目標に向けて改善しているが、目標達成には遠い。5年間の伸び率が緩やかであること等から、さらなる対応が必要である。

**調査・分析上の課題**  
育児不安対象者へのグループと虐待をした親へのグループの活動支援については、運営上の違いがあるため、育児不安の親へのグループに限定して実施率を把握する方法も検討する必要がある。

**目標達成のための課題**  
グループ活動の支援に関する方法論の確立と研修の実施が必要である。

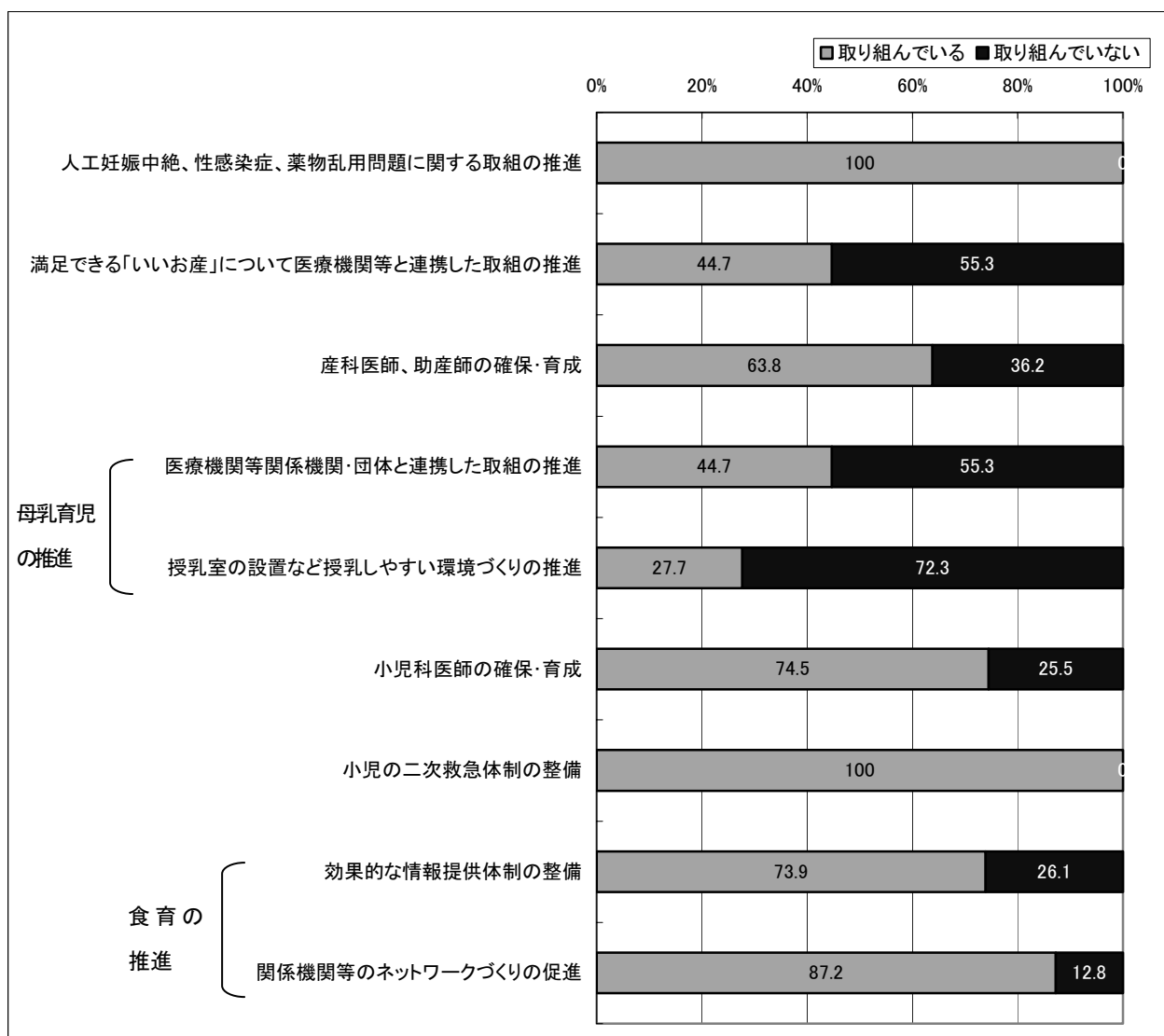
課題4 子どもの心の安らかな発達と育児不安の軽減				
【保健医療水準の指標】				
4-16 親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
6.4%	平成13年(社)日本小児科医 会調べ	100%	8.4%	小児科医会認定「子どものこころ 相談医」数:1218名(平成14年 12月31日現在)
データ分析				
結果	ベースライン調査では、「子どもの心相談医」の認定を受けている小児科医(日本小児科医会調べ)の平成12年末の小児科医の数に対する割合は6.4%であった。これが平成14年12月現在1218名となり、平成14年末の小児科医の数に対する割合は8.4%となっている。微増しているものの、目標値には遠い。			
分析	小児神経科、児童精神科等の医師の不足が指摘される中、平成10年11月、4日間の研修後に認定される「子どもの心相談医」の制度が日本小児科医会で制定され、翌11年から認定事業が開始された。また、平成16年12月発達障害者支援法が制定され、発達障害児の健全育成を促進するための総合的な地域支援を推進することが求められ、平成17年3月「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」(厚生労働省)が設置され、子どもの心の問題に関する診療を行うことのできる医師の養成に関する検討が始まった。このような時代の中で、研修後認定を受けた小児科医の数は、徐々にではあるが増加してきている。			
評価	目標に向けて微増しているが、目標の達成は難しい。			
調査・分析上の課題	本指標は、日本小児科医会による「子どもの心相談医」の認定数が小児科医に占める割合により評価することとなっているが、今後、「子どもの心の診療に携わる専門の医師の養成に関する検討会」で検討された内容をもとに、調査方法を考慮することも必要である。			
目標達成のための課題	目標達成のためには、日本小児科医会等の研修の実施回数の増加等、関係団体の協力を得るとともに、小児科医の研修参加に向けた啓発方法等を検討する必要がある。			

(資料2)

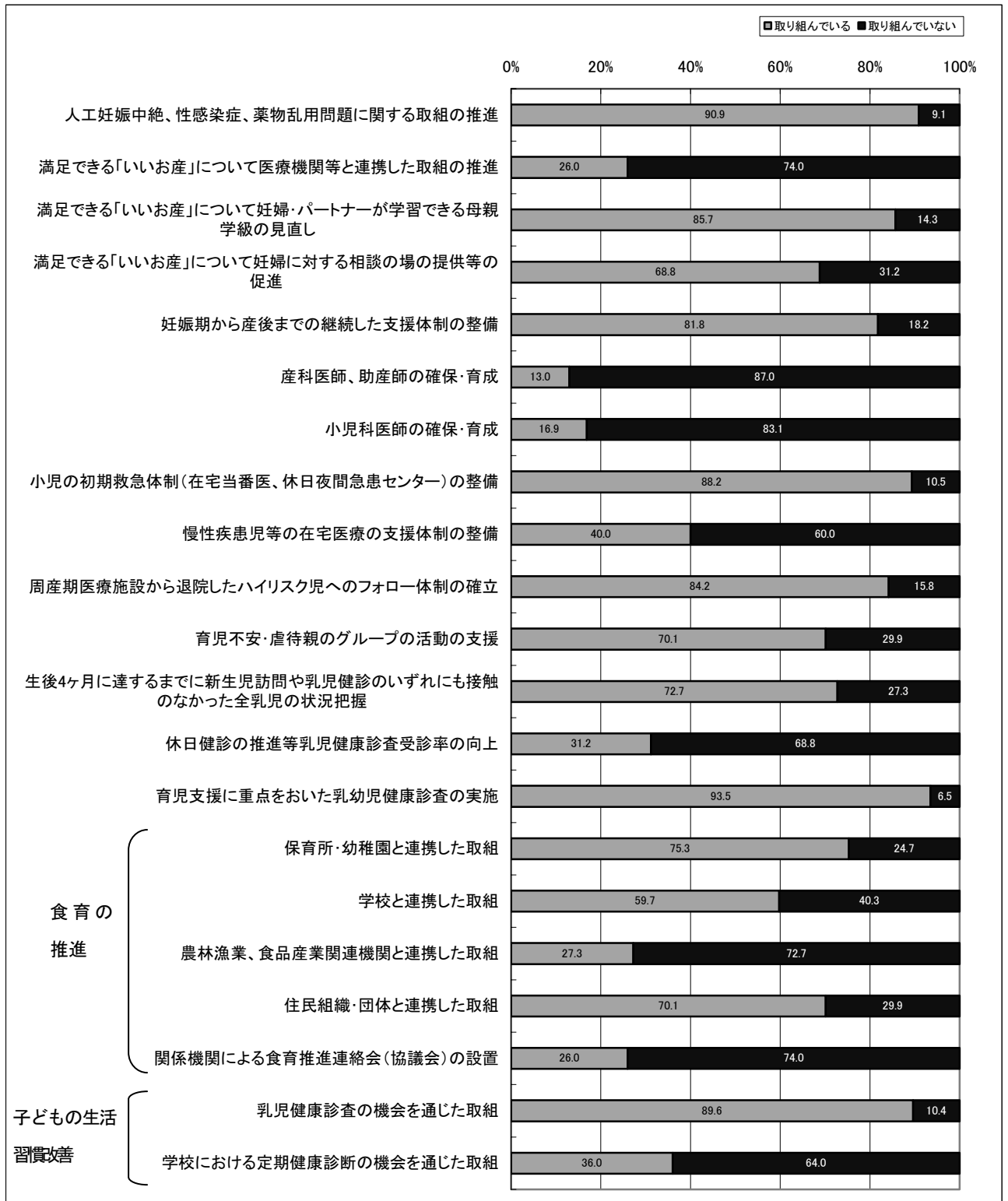
## 地方公共団体の取組状況

「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17年度の取組状況

都道府県

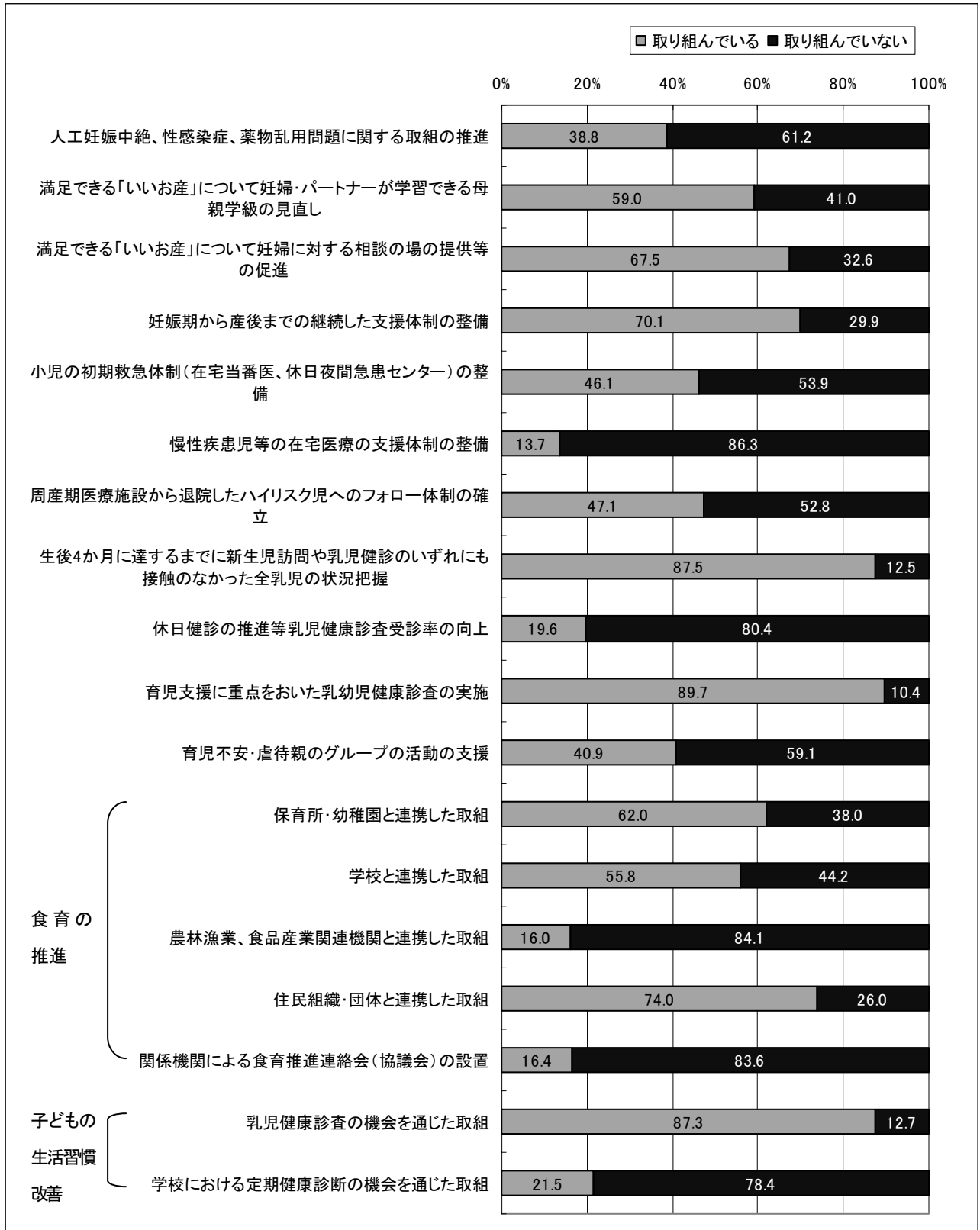


政令市





市町村



## &lt;健やか親子 21 の総合的な推進&gt;

事業名・事業内容	所管
○「健やか親子 21」全国大会（平成 13 年度から毎年実施） ○厚生労働科学研究子ども家庭総合研究推進事業による「健やか親子 21」公開シンポジウム（平成 13 年度から毎年実施） ○「健やか親子 21」公式ホームページ開設（平成 13 年度）	厚生労働省

## &lt;課題 1&gt;思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

事項（関連指標）・事業名・事業内容	所管
1. 10代の自殺に関すること（1-1） ○ 自殺問題に関する総合的な研究事業で、自殺の実態調査や予防対策の調査研究を行う。 ・厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業「自殺関連うつ戦略研究（平成 17 年～）」 ・厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究（平成 16 年～）」（主任研究者：北井 暁子） ・厚生労働科学研究 こころの健康科学研究事業「自殺企図の実態と予防介入に関する研究（平成 16 年～）」（主任研究者：保坂 隆）	厚生労働省
2. 性感染症に関すること（1-3、1-9） ○ 「性の健康週間」の実施 性感染症（HIV 感染を含む）の正しい知識の普及活動 ○ 性教育の実践調査研究（平成 16 年度～） 性教育の効果的な進め方に関する調査研究の実施と事例集の作成 ○ 中高生の心と体を守るための健康啓発教材の作成（平成 17 年度～）中高生が自らの心と体を守るができるよう、喫煙、飲酒、薬物乱用や性感染症等の問題について総合的に解説する啓発教材の作成 ○ 感染症発生動向調査事業 ○ 厚生労働科学研究 新興・再興感染症研究事業「性感染症の効果的な蔓延防止に関する研究」（平成 16 年度）（主任研究者 小野寺昭一）	厚生労働省 文部科学省 文部科学省 厚生労働省 厚生労働省
3. 薬物乱用防止に関すること（1-5、1-11） ○ 「ダメ。ゼッタイ。」普及運動の実施 薬物乱用防止に関する啓発活動及び「6. 26 国際麻薬乱用撲滅デー」を周知させる ○ 麻薬・覚せい剤乱用防止運動 麻薬・覚せい剤等の乱用による危害を広く国民に周知させる ○ 薬物乱用防止新五か年戦略（平成 15 年 7 月） 学校における薬物乱用防止教育の一層の推進 ○ 薬物に対する意識等調査の実施（平成 17 年度）	厚生労働省 厚生労働省 文部科学省 文部科学省

<p>4. 喫煙防止対策（1-6）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受動喫煙防止対策実施状況調査の実施</li> <li>○ たばこ対策緊急特別促進事業（平成 17～18 年度）</li> <li>○ 未成年者喫煙防止のための適切なたばこ販売方法の取組みについて（平成 16 年 6 月 28 日通知） たばこ関係業界へ未成年者喫煙防止に向けて、販売方法などの取組を要請する</li> <li>○ 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」（平成 16 年 6 月 8 日締結 平成 17 年 2 月 27 日発効）</li> <li>○ 関係 5 府省による「未成年者喫煙防止対策ワーキンググループ」の設置</li>   <li>○ 平成 16-18 年度厚生労働科学研究費補助金 健康科学総合研究事業「未成年者の喫煙実態状況に関する調査研究」（主任研究者林謙治）</li> </ul>	<p>文部科学省 厚生労働省 警察庁・財務省・厚生労働省  外務省  内閣府・警察庁 財務省・文部科学省・厚生労働省  厚生労働省</p>
<p>5. 学校における取組</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 健康教育総合推進モデル事業（平成 10 年～14 年） 学校における健康教育の推進及び学校外における健康教育学習の推進のための調査研究事業</li> <li>○ 学校・地域保健連携推進事業（平成 16 年度～） 学校と地域保健が連携し、健康相談活動の体制整備を図るための協議会の設置や事業の実施</li> <li>○ スクールカウンセラー活用事業（平成 13 年度～） 公立中学校へスクールカウンセラーを配置し、活用する際の調査研究を行う</li> </ul>	<p>文部科学省  文部科学省  文部科学省</p>
<p>6. 地域保健における取組</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 思春期保健相談等事業 思春期に特有の身体的、精神的問題等さまざまな相談に応じる</li> <li>○ 食育等推進事業 地方自治体が実施する思春期の問題に関する理解の促進、食を通じた心の健全育成事業などに補助を行う</li> <li>○ 生涯を通じた女性の健康支援事業 女性健康支援センターにおいて思春期から更年期に至る女性を対象とした健康相談を行う</li> </ul>	<p>厚生労働省</p>
<p>7. 摂食障害に関する取組</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 平成 14～16 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「摂食障害の治療のガイドライン作成とその実証的研究」（主任研究者石川俊男）</li> </ul>	<p>厚生労働省</p>

<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

事項（関連指標）・事業名・事業内容	所管
1. 安全、安心な周産期医療体制の確保（2-1）（2-6） ○ 母子医療施設整備費 ○ 総合周産期母子医療センター運営事業 ○ 周産期医療対策事業（周産期医療システムの整備等） ○ 周産期医療施設のオープン病院化モデル事業（平成17年度～）	厚生労働省
2. 不妊への支援（2-9、2-10） ○ 不妊専門相談センターの整備 ○ 特定不妊治療費助成事業	厚生労働省
3. 人材確保・育成（2-8） ○ 医師の需給に関する検討会（平成16年度～） ○ 安全安心の助産ケアに係る推進事業（平成17年度） 新人助産師に対する医療安全対策モデル研修の実施 ○ 「助産師養成数の確保について」（平成17年1月25日医政看発第0125003号） ○ 「助産師の就業促進について」（平成17年3月14日医政看発第0307001号） ○ 「病院・診療所に勤務する看護師を対象とした社会人入学卒の導入について」（平成17年4月28日医政看発第0428001号） ○ 厚生労働科学研究 特別研究事業（平成16年度）助産師確保に関する調査研究（主任研究者 加藤尚美） ○ 厚生労働科学研究 医療技術評価総合（平成17年度）助産ケアの提供システムに関する研究（主任研究者 加藤尚美）	厚生労働省
4. 母性健康管理指導事項連絡カードの周知（2-5） ○ 「母子健康手帳の様式の改正について」（平成14年1月15日雇児母発第0115001号）	厚生労働省

<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

事項（関連指標）・事業名・事業内容	所管
1. 乳幼児死亡の減少（3-3、3-4、3-14） ○ 乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間 1 1月を対策強化月間として啓発普及活動を行う	厚生労働省
2. 小児救急医療体制（3-10、3-17） ○小児救急医療体制の整備 （小児救急医療支援事業など、小児救急患者の受け入れ態勢整備のための事業や、小児救急電話相談事業、小児救急地域医師研修事業、小児救急医師確保等調整事業等）	厚生労働省
3. 人材確保・育成（3-19） ○医師の需給に関する検討会（平成16年度～）	厚生労働省
4. 小児医療の充実 ○ 児童福祉法の改正 小児慢性特定疾患治療事業の法制化（平成17年4月施行） ○ 未熟児養育医療	厚生労働省
5. 育児支援（3-13） ○ 乳幼児健康支援一時預かり事業 病気の回復期にあつて、集団保育が困難な時期に保育所や病院等の専用スペースにおいて一時的な預かりを行う事業 ○ 自動対外式除細動器（AED）普及啓発事業等（平成17年度～）	厚生労働省

<課題4> 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

事業名・事業内容	所管
1. 育児支援（4-3） ○ 出産前小児保健指導（プレネイタルビジット）事業 出産前から小児科医から育児に関する保健指導を受け、育児不安の軽減を図る ○ 育児支援家庭訪問事業（平成16年度～）	厚生労働省
2. 児童虐待防止（4-1、4-2、4-4、4-13） ○ 児童福祉法の改正（平成17年4月施行） 児童虐待防止対策等の充実・強化 ○ 児童虐待防止対策支援事業（平成17年度～） ○ 児童虐待防止推進月間（11月）の実施（平成16年度～）	厚生労働省
3. 人材育成 ○ 「子どもの虹情報研修センター」における専門研修の充実	

（「健やか親子21」関連資料「母子保健レポート」等より作成）

平成17年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)

主任研究者	研究課題名
新道 幸恵	10代の女性の人工妊娠中絶減少にむけての支援モデルの構築
岡村 州博	地域における分娩施設の適正化に関する研究
三砂 ちづる	妊娠・出産と母子の長期的経過についての縦断研究
岡井 崇	多施設共同ランダム化比較試験による早産予防の為に妊婦管理ガイドラインの作成
本城 秀次	母子関係障害についての精神医学的・発達心理学的研究－母子関係障害解決・予防のための基礎研究－
杉山 登志郎	被虐待児への医学的総合治療システムのあり方に関する研究
西澤 哲	児童福祉機関における思春期児童等に対する心理的アセスメントの導入に関する研究
北村 俊則	周産期母子精神保健ケアの方策と効果判定に関する研究
及川 郁子	小児慢性特定疾患患者の療養環境向上に関する研究
中川原 章	難治性神経芽腫の克服に向けたトランスレーショナルリサーチの基盤づくりと臨床研究ネットワークの構築
山縣 然太郎	健やか親子21の推進のための情報システム構築および各種情報の利活用に関する研究
吉田 敬子	育児機能低下と乳児虐待の評価パッケージの作成と、それを利用した助産師と保健師による母親への介入のための教育と普及
水嶋 春朔	健やか親子21の推進のための乳幼児健診等の機会を活用した家族の望ましい健康生活習慣形成に関する研究
橋本 武夫	妊娠・出産の快適性確保のための諸問題の研究
吉村 泰典	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
加藤 忠明	小児慢性特定疾患治療研究事業の登録・管理・評価・情報提供に関する研究
三科 潤	新生児聴覚スクリーニングの効率的実施および早期支援とその評価に関する研究
山口 清次	わが国の21世紀における新生児マススクリーニングのあり方に関する研究
檜山 英三	登録症例に基づく神経芽細胞腫マススクリーニングの効果判定と医療体制の確立
平原 史樹	先天異常モニタリング・サーベイランスに関する研究
三池 輝久	引きこもりに繋がる小児慢性疲労、不登校の治療・予防に関する臨床的研究
五十嵐 隆	小児難治性腎尿路疾患の早期発見、診断、治療・管理に関する研究
重松 秀夫	てんかん児童の社会自立をめざした包括的地域支援のための早期療育援助法の確立に関する研究
小枝 達也	軽度発達障害児の発見と対応システムおよびそのマニュアル開発に関する研究
石井 朝子	家庭内暴力被害者の自立とその支援に関する研究
村井 美紀	要保護年長児童の社会的自立支援に関する研究
七木田 敦	中学生と乳幼児の交流が相互の発達に与える効果に関する研究－保育者による次世代育成をめざした子育て支援プログラムの立案と実施－
詫間 晋平	地域における子どもに係る犯罪・事故回避に関する研究
山縣 文治	地域における子どもと家庭に関する相談支援体制のあり方に関する研究
柏女 霊峰	子ども家庭福祉サービス供給体制のあり方に関する総合的研究
金子 恵美	児童福祉施設等職員の資質向上に関する研究－就学前の児童の保育・子育て支援の専門性と資質向上－
才村 純	保育所、学校等関係機関における虐待対応のあり方に関する調査研究
加藤 和生	保育園での児童虐待の早期発見・対策にかかわる諸問題の解明と対策システムの構築
渡辺 久子	思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究
藤村 正哲	アウトカムを指標としベンチマーク手法を用いた質の高いケアを提供する「周産期母子医療センターネットワーク」の構築に関する研究
吉池 信男	若い女性の食生活はこのままで良いのか？ 次世代の健康を考慮に入れた栄養学・予防医学的検討
柳澤 正義	子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究
高田 哲	保健師・保育士による発達障害児への早期発見・対応システムの開発

主任研究者	研 究 課 題 名
奥山 真紀子	児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
庄司 順一	子どものライフステージにおける社会的養護サービスのあり方に関する研究
酒井 治子	乳幼児の発育・発達段階に応じた食育プログラムの開発と評価に関する研究
原田 正平	安全・安心な母子保健医療提供体制整備のための総合研究「子どもの病気に関する包括的データベース(難治性疾患に関する疫学研究データベース等を含む)の構築とその利用に関する研究」
高野 陽	新しい時代に即応した乳幼児健診のあり方に関する研究
糸数 公	「新たな母子保健サービスの提供体制のあり方(特に関係者の役割分担と連携等)に関する母子保健政策づくりに資する研究」
戸苺 創	乳幼児突然死症候群(SIDS)における科学的根拠に基づいた病態説明および予防法の開発に関する研究
島田 三恵子	科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドラインの開発に関する研究
天野 恵子	性差を加味した女性健康支援のための科学的根拠の構築と女性外来の確立
黒川 清	健やか親子21を推進するための多機関協働による課題解決型アプローチと評価に関する研究
前川 喜平	住民参画と保健福祉の協同による子育て機能の向上・普及・評価に関する研究
安梅 勅江	周産期からの生育環境が思春期の心身の健康に及ぼす影響の評価に関する研究
菅原 ますみ	要保護児童のための児童自立支援計画ガイドラインの活用と評価に関する研究
増田 まゆみ	就学前の保育・教育を一体とした総合施設のサービスの質に関する研究
金 吉晴	母親とともに家庭内暴力被害を受けた子どもに被害がおよぼす中期的影響の調査および支援プログラムの研究

(資料4)

## 「健やか親子21」推進に向けての検討体制

### 「健やか親子21」推進検討会

(学識経験者及び関係団体代表者等から構成 検討メンバー20名)

〈検討課題〉

◆「健やか親子21」中間評価について

平成17年2月～平成18年2月

◆食を通じた妊産婦の健康支援方策について

計6回開催

◆その他、推進に関する事項について

報  
告

作  
業  
メ  
ン  
バ  
ー  
の  
検  
討  
承  
了  
事  
項

#### 「健やか親子21」中間評価研究会

(学識経験者等 9名)

[平成17年2月～平成18年1月:6回開催]

〈検討事項〉

- ◆各指標ごとの達成度の分析
- ◆新たなニーズに対する指標の設定  
(子ども・子育て応援プランで新規に設定された数値目標など)の検討
- ◆地方公共団体等の取組状況の分析
- ◆目標値に対する達成度を踏まえた今後の推進方策 等

#### 食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会

(学識経験者等 6名)

[平成17年2～9月:4回開催]

〈検討事項〉

- ◆妊産婦のための食生活指針の作成
- ◆妊娠期の至適体重増加チャートの作成
- ◆上記の解説マニュアルの作成



「健やか親子 21」推進検討会の開催経緯

第1回	平成17年 2月24日(木)	(1)「健やか親子 21」推進に向けての検討の進め方について (2)「健やか親子 21」推進の状況について (3)「健やか親子 21」の中間評価の進め方について (4)食を通じた妊産婦の健康支援方策に関する検討の進め方について
第2回	7月1日(金)	(1)「健やか親子 21」の指標の分析・評価の検討 (2)「健やか親子 21」推進協議会の取組実績の調査方法(案)の検討 (3)妊産婦等を取り巻く社会環境の整備について (4)「食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会」報告書骨子(案)について
第3回	10月31日(月)	(1)「健やか親子 21」の指標の分析・評価、推進方策の検討 (2)新しい指標の検討 (3)健やか親子 21 推進協議会の取組実績の調査について (4)自治体の取組の評価について (5)妊産婦等を取り巻く社会環境の整備について (6)「食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会」報告書概要(案)について
第4回	12月1日(木)	(1)「健やか親子 21」の総括評価について (2)「健やか親子 21」中間評価報告書の骨子(案)について (3)「食を通じた妊産婦の健康支援方策研究会」報告書(案)について
第5回	平成18年 2月1日(水)	(1)「健やか親子 21」中間評価報告書(案)について (2)「妊産婦のための食生活指針」について
第6回	2月22日(水)	(1)マタニティマークの選考について (2)「健やか親子 21」中間評価報告書(案)について

## (資料6)

## 「健やか親子 21」推進検討会及び「健やか親子 21」中間評価研究会名簿

## (1) 「健やか親子 21」推進検討会

氏名	所属
石井 みどり	社団法人日本歯科医師会 常務理事
岩月 進	社団法人日本薬剤師会 常務理事
漆崎 育子	社団法人日本看護協会 常任理事
江角 二三子	社団法人日本助産師会 事務局長
衛藤 隆	東京大学大学院教育学研究科 教授
齊藤 万比古	国立精神・神経センター精神保健研究所 児童思春期精神保健部 部長
才村 純	日本子ども家庭総合研究所ソーシャルワーク研究担当部長
椎葉 茂樹	富山県厚生部 次長
杉山 千佳	育児ジャーナリスト
曾根 智史	国立保健医療科学院公衆衛生政策部 部長
戸田 律子	バースエデュケーター
中野 仁雄	九州大学 名誉教授
長野 みさ子	全国保健所長会 常任理事
中村 丁次	社団法人日本栄養士会 会長
伯井 俊明	社団法人日本医師会 常任理事
村田 昌子	全国保健師長会 会長
森 晃爾	産業医科大学 教授
○柳澤 正義	日本子ども家庭総合研究所 副所長 国立成育医療センター 名誉総長
山縣 然太朗	山梨大学大学院医学工学総合研究部 教授
吉池 信男	独立行政法人国立健康・栄養研究所研究企画・評価主幹

○座長 (五十音順、敬称略)

## (2) 「健やか親子 21」中間評価研究会

氏名	所属
尾島 俊之	自治医科大学公衆衛生学 助教授
加藤 則子	国立保健医療科学院研修企画部 部長
川島 広江	川島助産院 院長
清古 愛弓	東京都教育庁学務部学校健康推進課 課長
玉腰 浩司	名古屋大学医学部・大学院医学系研究科 助教授
藤内 修二	大分県福祉保健部健康対策課 参事
中板 育美	国立保健医療科学院公衆衛生看護部 研究官
松浦 賢長	福岡県立大学看護学部 教授
○山縣 然太朗	山梨大学大学院医学工学総合研究部 教授

○座長 (五十音順、敬称略)