

資料1 引き続き検討が必要と指摘された指標の見直しについて

<課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進>

避妊法を正確に知っている 18 歳の割合 →変更案は5ページ参照					
	策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	中間評価値	調査
見直し前	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」佐藤郁夫班
見直し後					
データ分析					
中間評価での指摘事項	<p>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。「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。</p> <p>避妊法は多数存在し、パール指数(避妊失敗率)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。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。</p>				
指標見直しの説明	<p>○調査対象について 策定時の現状値は、大学生を対象としたものであり、中間評価値においては、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、中間評価値の方が、より指標の表すところに近いと考えられるが、対象年齢が違うため比較は困難であると考えられる。一方、同一対象者に対して同様の調査がないため、データを得ることができない。</p> <p>○調査項目について 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。</p>				
見直した結果	<p>既存の調査では、指摘事項に答えられる適切なデータがないため、研究会で質問内容と調査方法について検討し、平成 19 年度に、データを収集することとする。</p>				

<課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進>

性感染症を正確に知っている高校生の割合 →変更案は5ページ参照					
	策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	中間評価値	調査
見直し前	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
見直し後					
データ分析					
中間評価での指摘事項	<p>「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。「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。</p> <p>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。</p>				
指標見直しの説明	<p>○調査対象について 策定時のベースライン調査は、東京都内の学校、中間評価値は、南アルプス市の調査であり、調査対象として比較することが困難であった。また、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、18 歳人口から無作為抽出した全国調査の必要性が考えられる。</p> <p>○調査項目について 質問は、「次の性感染症について今までに学習してきたものすべてに○をつけてください (HIV 感染症、クラミジア感染症、淋病・・・)」といった内容であり、指標である「性感染症を正確に知っている高校生の割合」をモニタリングしているとはいえないが、既存の調査研究では、適切なデータがない。</p>				
見直した結果	<p>既存の調査では、指摘事項に答えられる適切なデータがないため、研究会で質問内容と調査方法について検討し、平成 19 年度に、データを収集することとする。</p>				

指標「1-8 避妊法を正確に知っている 18 歳の割合」「1-9 性感染症を正確に知っている高校生の割合」について

<p>第1回研究会でのコメント</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 指標については、従来からの「疾患名や避妊法の名称を選択させる方法」によるデータでは、「行動に結びつく知識」という観点から、子ども達の性に関する知識の現状を評価することが困難である。 ● 目標を達成するための取組について現状を踏まえて考えることが必要である。
<p>目標達成のための対策</p>	<p>指標の代替案としては、指標名を「性行動による性感染症等の身体的影響等について知識のある高校生の割合」とし、性行動の身体的影響等についての知識・意識に関する複数の質問を行い、総合的に判断することとする。質問内容としては「性行動によって、妊娠する可能性があることを知っていますか?」、「性行動によって、性感染症などの病気に感染する可能性があることを知っていますか?」、「性行動は相手の心や体を傷つける可能性があると思いますか?」、「自分の体を大切にしていますか?」、「異性、友人を尊重することが大切だと思いますか?」などが考えられる。評価のための調査を行う前には、プレテストを行い、内容を検討することとする。評価のための調査方法としては、人口から無作為抽出した全国調査が望ましいが、郵送回収法での調査では高い回答率が望めず、かえって回答に偏りが出ることが推測されるため、学校を通じた高校3年生を対象とした調査の実施を検討する。この場合、学校間格差による回答結果の偏りが危惧されるが、全国から地域規模や学校種別、生徒数などを考慮し、偏りの少ない方法で高校を抽出した上で、高校生を対象とした調査を行うことで対処する。</p> <p>また取組については、現在、性に関する教育は、学校教育をはじめ、地域等においても実施され、学校と家庭・地域の有機的な連携も進められているところである。また、学校における性教育については、更に効果的な取組を推進するため、文部科学省において性教育の事例集を作成しているところであり、引き続き全国での性教育の実施を支援する予定である。</p>

<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	中間評価値	調査
見直し前	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
見直し後	1歳6か月児 79.1% 3歳児 72.8%	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 80.5% 3歳児 74.7%	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					
中間評価での指摘事項	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。				
指標見直しの説明	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た。 今回の見直しでは、評価項目のうち、重複する内容、具体性に欠ける内容のもの、死亡事故との関連が低く優先順位が低いと思われるものは除外し、10項目の質問についての回答の平均を評価指標とした。				
見直した結果	策定時1歳6か月児79.1%、3歳児72.8%であり、中間評価値1歳6か月児80.5%、3歳児74.7%であった。				
第1回研究会でのコメント	<ul style="list-style-type: none"> ● 子どもの事故防止についての具体的な啓発方法と、目標を達成するための対策について明確にする必要がある。 ● 現在のデータ収集方法である保護者がチェックリストをつけるという方法は、それ自体が保護者の学習の場と考えられる。そのため、一度チェックリストをつけ、後日もう一度チェックをしてもらおうと行動が変容している可能性がある。現在の方法で評価を行うとしたら、2回目のチェック時の結果を指標として利用することが適切であると考えられる。 				
目標達成のための対策	1歳6か月健診および3歳児健診などにおいて、今回絞られた10項目のチェックリストを用いて保護者への子どもの事故防止についての啓発を行う。一定の期間の後、再度チェックリスト記入を行い、このチェックリストによる啓発が有効な取組であるかを検討する。				

< 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 >

子どもの心の専門的な診療ができる医師がいる児童相談所の割合（見直し前：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	中間評価値	調査
見直し前	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
見直し後			100%	29.3%	平成17年雇児局総務課調べ
データ分析					
中間評価での指摘事項	<p>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。</p>				
指標見直しの説明	<p>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ため、常勤の児童精神科医をすべての児童相談所に配置することは極めて困難である。しかしながら、発達障害、児童虐待、非行等子どもの心を診療できる医師へのニーズは高まっており、そのニーズに対応でき、かつ実現可能な目標を設定する必要がある。そのため、常勤または非常勤の子どもの心の専門的な診療ができる医師がいる児童相談所の割合を100%とすることを目標とする。</p>				
見直した結果	<p>平成17年で29.3%の児童相談所に常勤または非常勤の子どもの心の診療ができる医師がいる。</p>				
第1回研究会でのコメント	<p>● 今後の目標達成に向けた取組を明確にする必要がある。</p>				
目標達成のための対策	<p>平成17年3月に設置された「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」において、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ついて検討中。具体的な対策については、上記検討会の議論もふまえて、検討を行う予定である。</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 >

親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の数（見直し前：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	中間評価値	調査
見直し前	6.4%	平成13年(社)日本小児科医会調べ	100%	7.9%	小児科医会認定「子どものこころ相談医」数：1,163名 (平成17年10月1日現在)
見直し後	901名	平成13年(社)日本小児科医会調べ	増加傾向	1,163名	小児科医会認定「子どものこころ相談医」数 (平成17年10月1日現在)
中間評価での指摘事項	「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。				
指標見直しの説明	<p>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、研修後認定を受けた小児科医の数は、徐々に増加してきている。</p> <p>認定者は、「子どものこころ研修会」を4日間履修した小児科医で、子どもの心相談医の登録申請をした医師であるが、毎年行われている研修には認定者の約6倍の小児科医が受講しており、その受講者は、平成15年から17年までの3年間で1,549名にのぼる。ただし、同一者が複数回受講している可能性もあり、実際に受けた実人数を把握することは困難であるが、実際には登録者数自体よりも研修を受講している小児科医は多いのが実情である。</p> <p>ベースラインのデータでは、医師・歯科医師・薬剤師調査による主たる診療科目が小児科であるすべての医師数を目標としているが、全ての小児科医が「子どものこころ相談医」の認定をとる必要はないと考えられること、また、「子どものこころ相談医」の認定医の必要数を算出することは困難であるため、目標を増加傾向に変更する。</p>				
見直した結果	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数は901名であった。これが平成17年では1,163名となり増加している。				
第1回研究会でのコメント	● 小児科医会の会員ではない小児科医もあり、小児科医会の研修以外の研修についても考慮する必要がある。				
目標達成のための対策	平成17年3月に設置された「子どもの心の診療医の養成に関する検討会」において、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を行い、新たな研修を実施することも検討されている。これらの研修受講者数についてもモニタリングする必要がある。				