

「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（案）

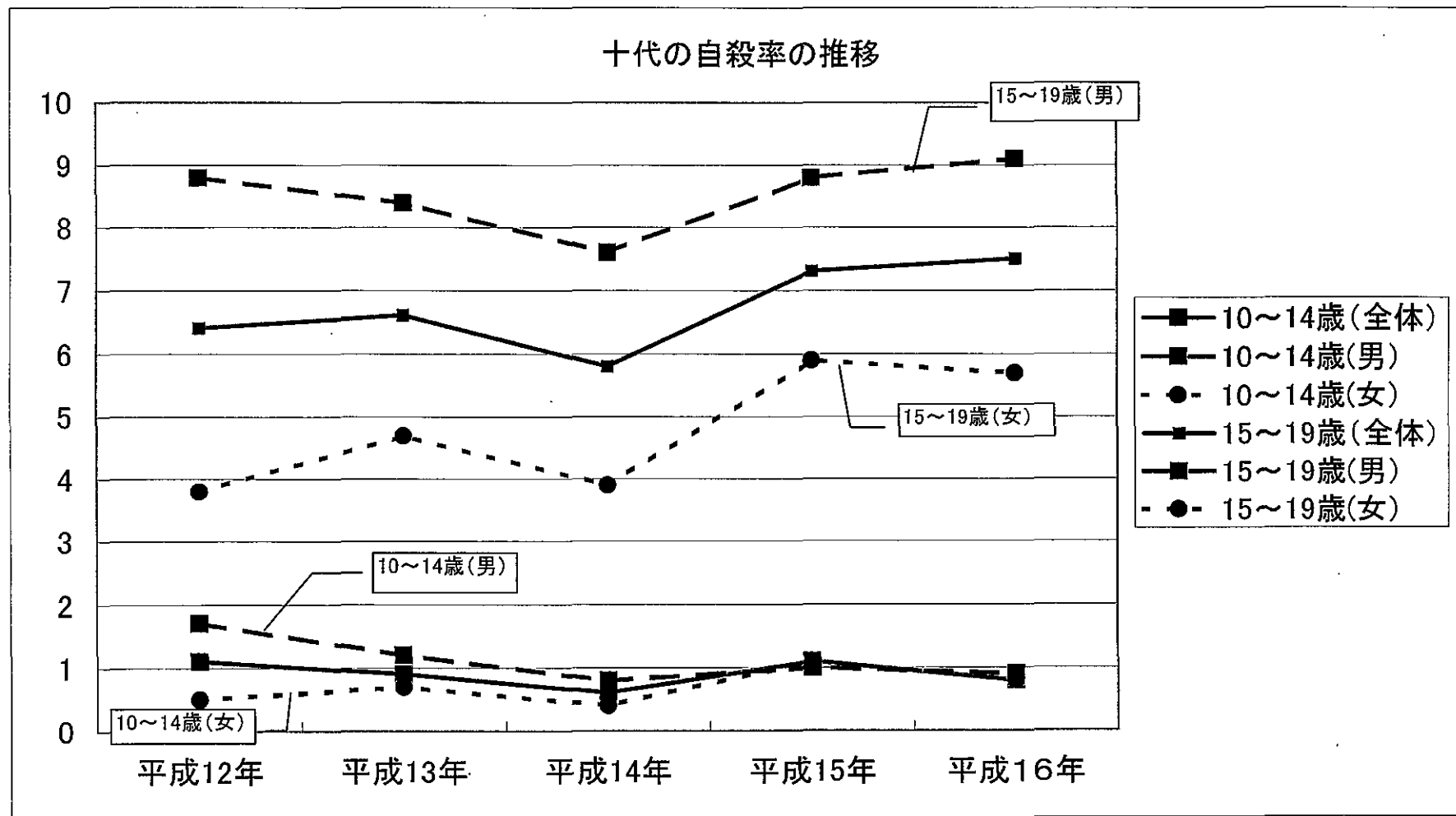
「健やか親子21」における目標値に対する直近値の分析・評価の記載方法

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%	H12人口動態統計	減少傾向へ	極低出生体重児0.7% 低出生体重児9.1%	H15人口動態統計
データ分析				
結果	<u>○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。</u>			
分析	<u>○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。</u>			
評価	<u>○目標に対する直近値をどう読むか。</u>			
調査・分析上の課題	<u>○調査・分析する上での課題がある場合、記載。</u>			
目標達成のための課題	<u>○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。</u>			

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 — 10～14歳 1.1 (1.7/0.5) 15～19歳 6.4 (8.8/3.8)	H12人口動態統計	減少傾向へ	5～9歳 — 10～14歳 0.8 (0.9/0.8) 15～19歳 7.5 (9.1/5.7)	H16人口動態統計
データ分析				
結果	10～14歳については平成16年には0.8と減少しているが、平成15年は1.1であり、年次推移を見ても横ばいである。一方、15～19歳については、ベースライン調査時の人口10万対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の変動しやすいため、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、女子の状況の悪化は、「健康問題」「男女問題」にあると考えられるが、遺書の信憑性や数が少ないことから一概に結論づけられるものではないため、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、背景や社会的事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

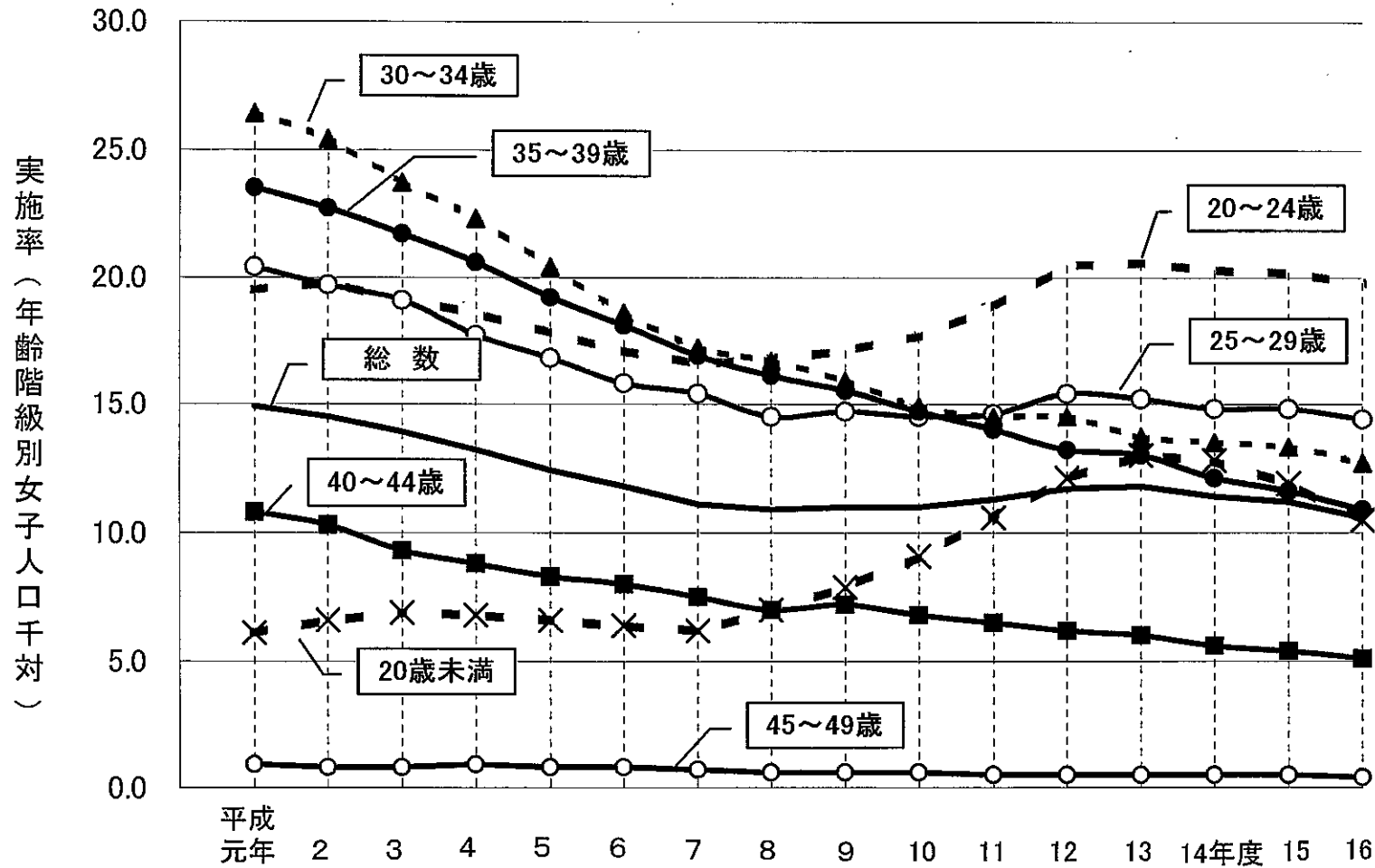
	12年	男女	13年	男女	14年	男女	15年	男女	16年	男女
5～9歳	—		—		—		—		—	
10～14歳	1.1	1.7	0.9	1.2	0.6	0.8	1.1	1	0.8	0.9
		0.5		0.7		0.4		1.1		0.8
15～19歳	6.4	8.8	6.6	8.4	5.8	7.6	7.3	8.8	7.5	9.1
		3.8		4.7		3.9		5.6		5.7



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	H12年母体保護統計	減少傾向へ	10.5	H16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。			
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ておらず、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)率だけではなく、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与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 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)	H12「本邦における性感染症 流行の実態調査」熊本説明 班 *H12感染症発生動向調査 (定点1ヶ所あたりの件数)	減少傾向へ	*定点報告(920カ所)による件数は ①6,198件(6.79) ②2,189件(2.40) ③746件(0.82) ④563件(0.62)	熊本班と同様の調査なし *H15感染症発生動向調査 (定点1カ所あたりの件数)
データ分析				
結果	熊本班の研究はH15年度で終了しており、H16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、潜在的な罹患率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（STD）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	総数	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月以降は感染症の予防及び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%	H14「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%	H17「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～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、やせ体策についても、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になっ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																																			
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>急性中毒</td> <td>依存症</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>小学6年男子</td> <td>53.3%</td> <td>73.1%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>小学6年女子</td> <td>56.2%</td> <td>78.0%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中学3年男子</td> <td>62.3%</td> <td>82.5%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中学3年女子</td> <td>69.1%</td> <td>90.6%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高校3年男子</td> <td>70.9%</td> <td>87.1%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>高校3年女子</td> <td>73.0%</td> <td>94.0%</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		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%			H12文部科学省「薬物に対する意識等調査」	100%	調査中	H17文部科学省「薬物に対する意識等調査」
	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%																																					
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。
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8年から4年に一度実態調査が行われており、平成12年の調査結果では、男子は減少傾向、女子は増加傾向が見られていたが、今回の調査では男女とも減少傾向となった。また、男子の減少傾向の割合が大きいため、男女差がなくなる傾向にある。
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	飲酒の入手経路や友人関係など、要因分析するためのデータが必要である。
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%	H13「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%)	H16「望まない妊娠・人工妊娠中絶の防止」佐藤郁夫班
データ分析				
結果	策定時のベースライン値は、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%とベースライン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がまだ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)	H11「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)	H16 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、同時に暫定直近値は、南アルプス市の調査であり、参考値として扱う。参考値同士の比較になるが、性器クラミジア感染症、および、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。クラミジア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班:平成15年)、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のぞまれる。
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ゆきわた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(H13. 5月現在)	100%	79.3%	文部科学省 H16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%から、平成16年度では79%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む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 H12「薬物に対する意識等調査」	100%	調査中	H17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

【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)	文部科学省「H13年度学校基本調査」	100%	46.1%(3学級以上の公立中学校)	H15 文部科学省初等中等教育局児童生徒課
データ分析				
結果	ベースライン調査等22.5%に比べ、平成15年度では46.1%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	H13「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	H17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	調査方法が異なるため単純な比較はできないが、ベースライン調査時に比べ、平成17年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。			

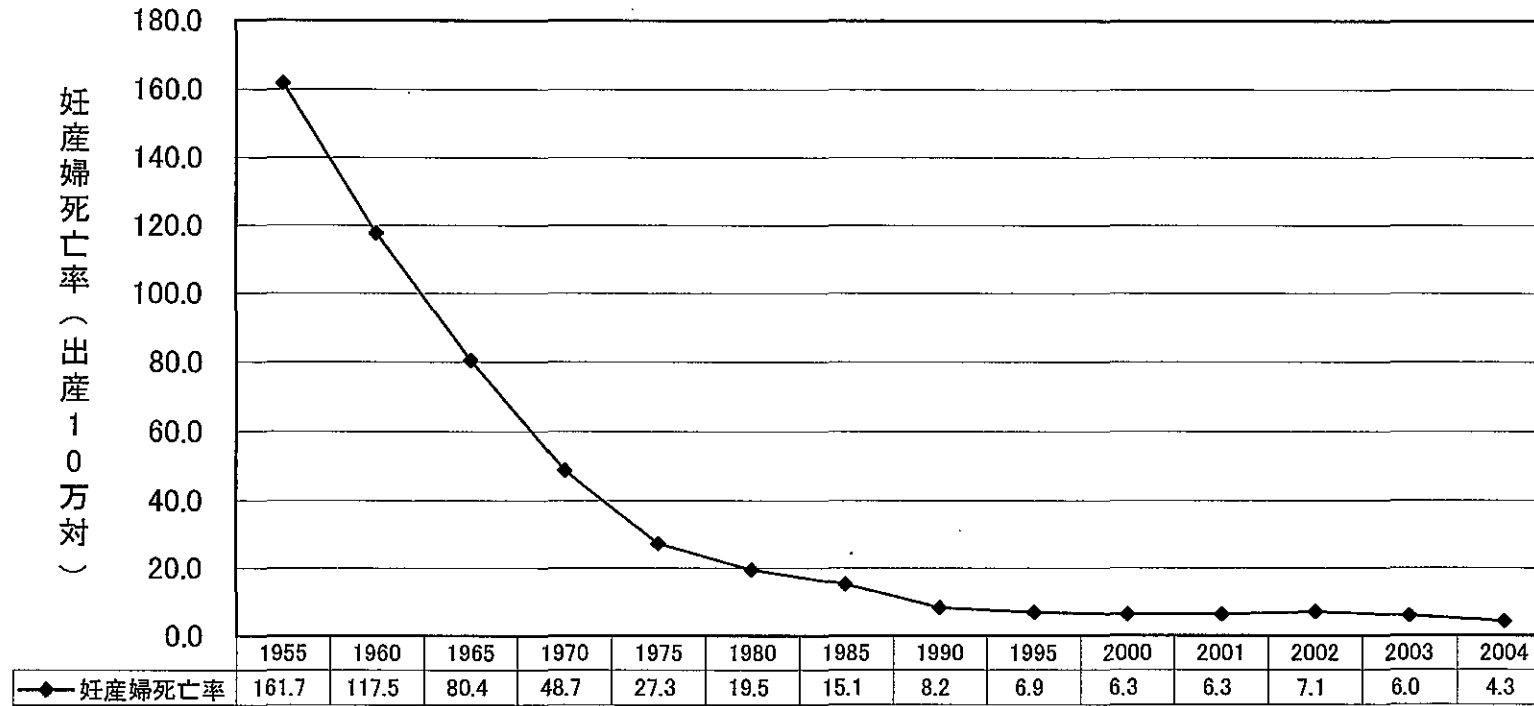
課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援

【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	H12人口動態統計	半減	4.3(出産10万対) 49人	H16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	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、さらに死亡率をさげるための対策を考えなければならない。現状からは以下の課題が考えられる。 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。 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。 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り組み等を検討する。 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) 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 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、ま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。			

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%	H12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%)	H17「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」山縣然太朗班 (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年のベースラインの調査では、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、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、健やか親子21などの取り組みにより、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禁煙・分煙化が進んでいるが、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満足していないとの回答が多く(18.1%)、継続的な関わりの不満足(14.0%)と合わせて、既存の妊娠中の集団指導(両親学級等)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%	H13「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%	H17「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	H13「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」中野仁雄班によると、EPDS 9点以上の者は13.4%であったが、H17「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、産後うつ病の認知が広まりつつあり、対策がとられ始めてきていることも考慮したい。さらに、産後うつ病に対する妊娠期からの予防的介入の試み等も報告されているため、啓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際」、平成16年度厚生労働科学研究、吉田敬子：「カウンセリングとは何か—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。吉田氏らは、産後うつ病の対策を妊娠期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、妊娠期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。妊娠期から育児期を通した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%	H8地域保健・老人保健事業報告	100%	66.2%	H15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り組みの成果として、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> <p>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。</p> <p>2.地域差が存在する原因の追究が必要である。(本指標に対する取り組みの有無など)</p> <p>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が必要である。</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

【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%	H12「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%	H17「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	妊娠中就労していた女性を対象とした調査では、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は、策定時の6.3%から19.8%(平成17年)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、周知への取り組み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労女性であっても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、妊娠中就労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、H17「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」山縣然太郎班の研究では、前者が19.8、後者が16.7%であった。対象を就労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て、妊婦個人への働きかけが必要である。行政の母子保健関係者や産科医療従事者が妊産婦の就労の有無を把握し、母子健康手帳交付時や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、就労妊産婦の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(H13. 3月現在)	2005年までに全都道府県	29都道府県	母子保健課(H17. 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、平成13年3月時点で14都府県であったが、平成16年の調査では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もあるのではないかと。			

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 正常分娩急変時対応のためのガイドライン作成

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	H13～14「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	H13～14「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設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、院内助産所等への周知について不明である。			
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院内助産所(主に勤務助産師)への周知のため、他の関連団体へ周知等も必要である。			

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	H12医師・歯科医師・薬剤師調査 H12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	H14医師・歯科医師・薬剤師調査 H14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	地域格差、施設間格差、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は、眼科、皮膚科、麻酔科に次いで多いため、女性医師が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。限られた産科医を有効に活用するため、産科医療機関の集約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(H13. 3月現在)	2005年までに全都道府県	54か所	母子保健課(H17 事業計画ベースの数)
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するか、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、自治体が広報をす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%	H13「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% 不妊コーディネーター 35.3%	H16「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「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「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ィネーターが在籍する施設はそれぞれ40.5%、35.3%であった。			
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ィネーター、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年の調査では、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た。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の確保と不妊への支援

【行政・関係団体等の取組の指標】

2-11 不妊治療における生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインの作成

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	H15「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選択指針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、目標は達成した。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、既に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にどの程度周知され、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て、適宜ガイドラインを更新する必要がある。			

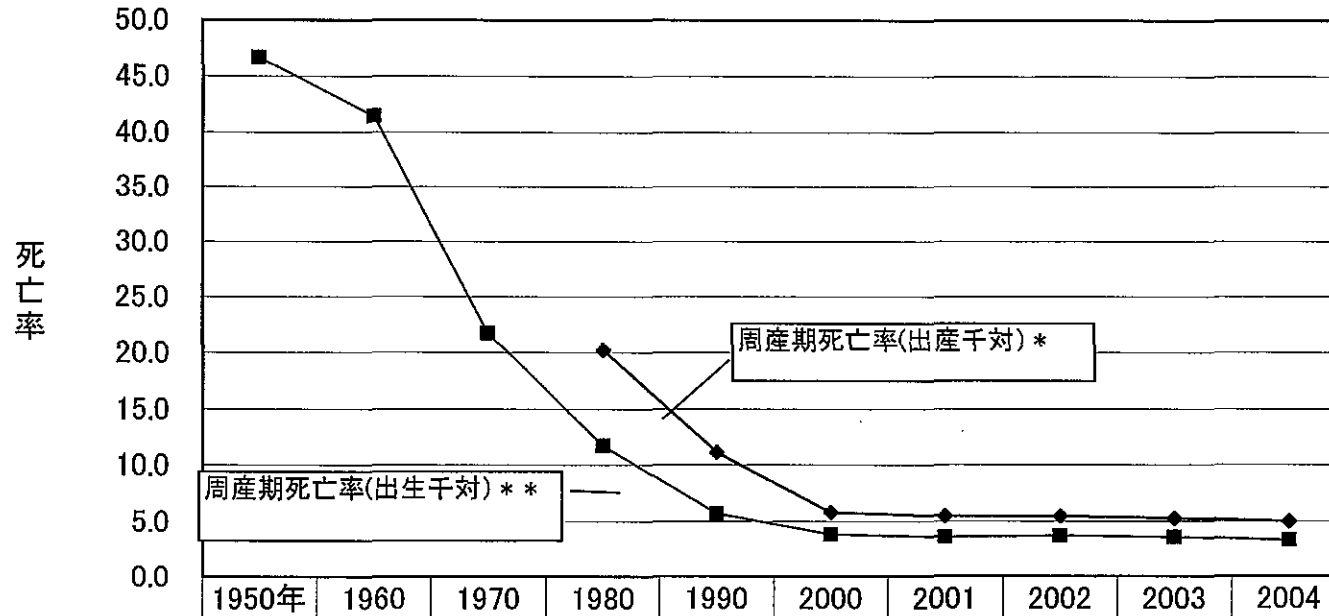
課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

【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
<p>出産千対5.8 出生千対3.8</p>	H12人口動態統計	世界最高を維持	<p>出産千対5.0 出生千対3.3</p>	H16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、暫定直近値は、ベースライン調査時よりも、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15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)の和についての、出産千対の値と定義されている。なお、出生千対周産期死亡率は、妊娠満28週以後の死産と早期新生児死亡の和についての、出生千対の値であり、国際比較を行うために計算されている。国際的には、分子、分母とも、出産体重1,000g以上の胎児と乳児を用いている国や、妊娠満20週以降を用いている国もある(United Nations. Demographic Yearbook 2002. http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm)。			
目標達成のための課題	現状の対策で概ね良いと考えらる。敢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ろう。			

周産期死亡率の年次推移(1950～2004年)



	1950年	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004
◆ 周産期死亡率(出産千対)				20.2	11.1	5.8	5.5	5.5	5.3	5.0
■ 周産期死亡率(出生千対)	46.6	41.4	21.7	11.7	5.7	3.8	3.6	3.7	3.6	3.3

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 ¹⁾	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。

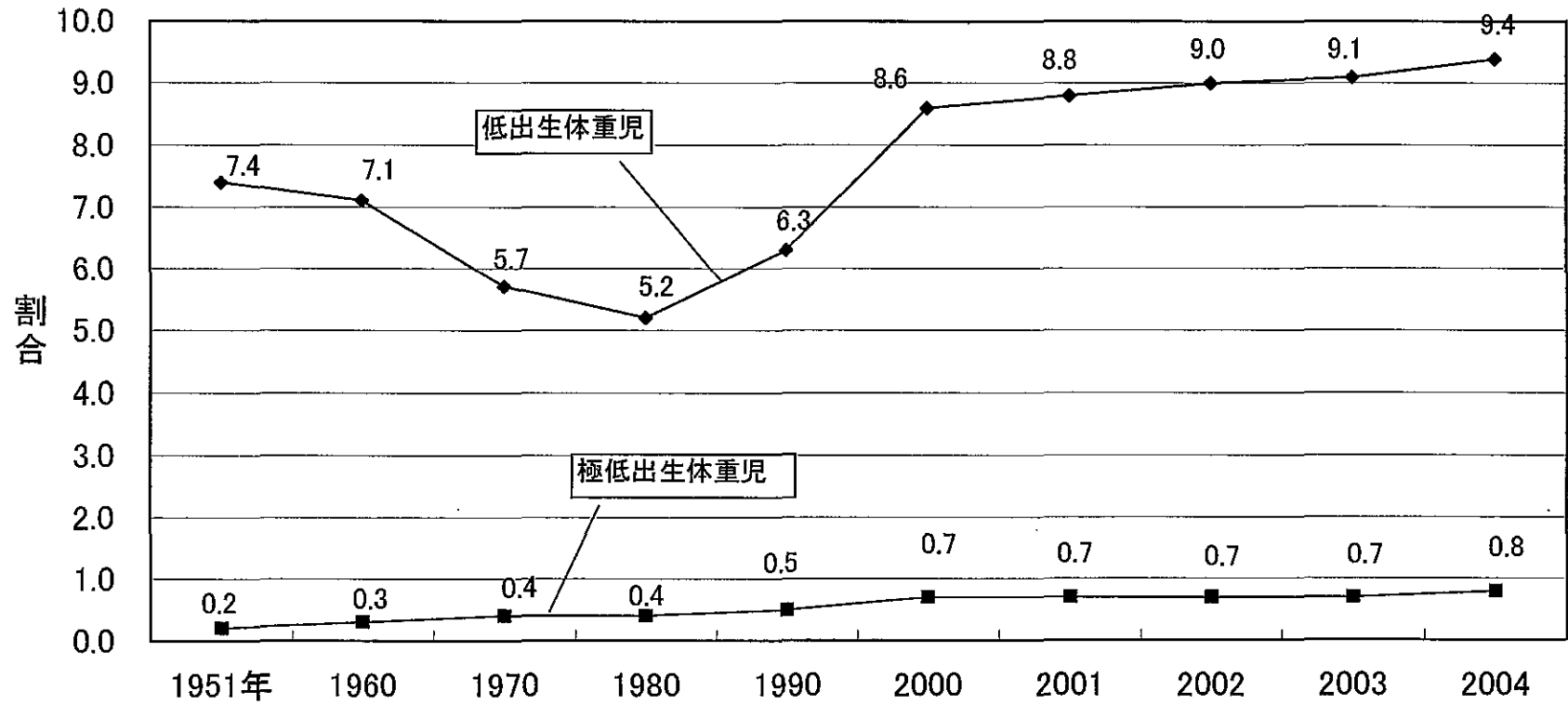
課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

【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%	H12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%	H16人口動態統計
データ分析				
結果	極低出生体重児の割合はベースライン調査時、平成16年0.8%であり微増であった。一方、低出生体重児はベースライン時に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、クラミジア等の感染症を挙げている。特に、国民健康・栄養調査(国民栄養調査)や、JT全国喫煙者率調査によると、20歳代、30歳代女性の喫煙率の上昇が見られる。なお、不妊治療の普及および実施方法の変遷によって、多胎妊娠の割合が年次によって変化し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」

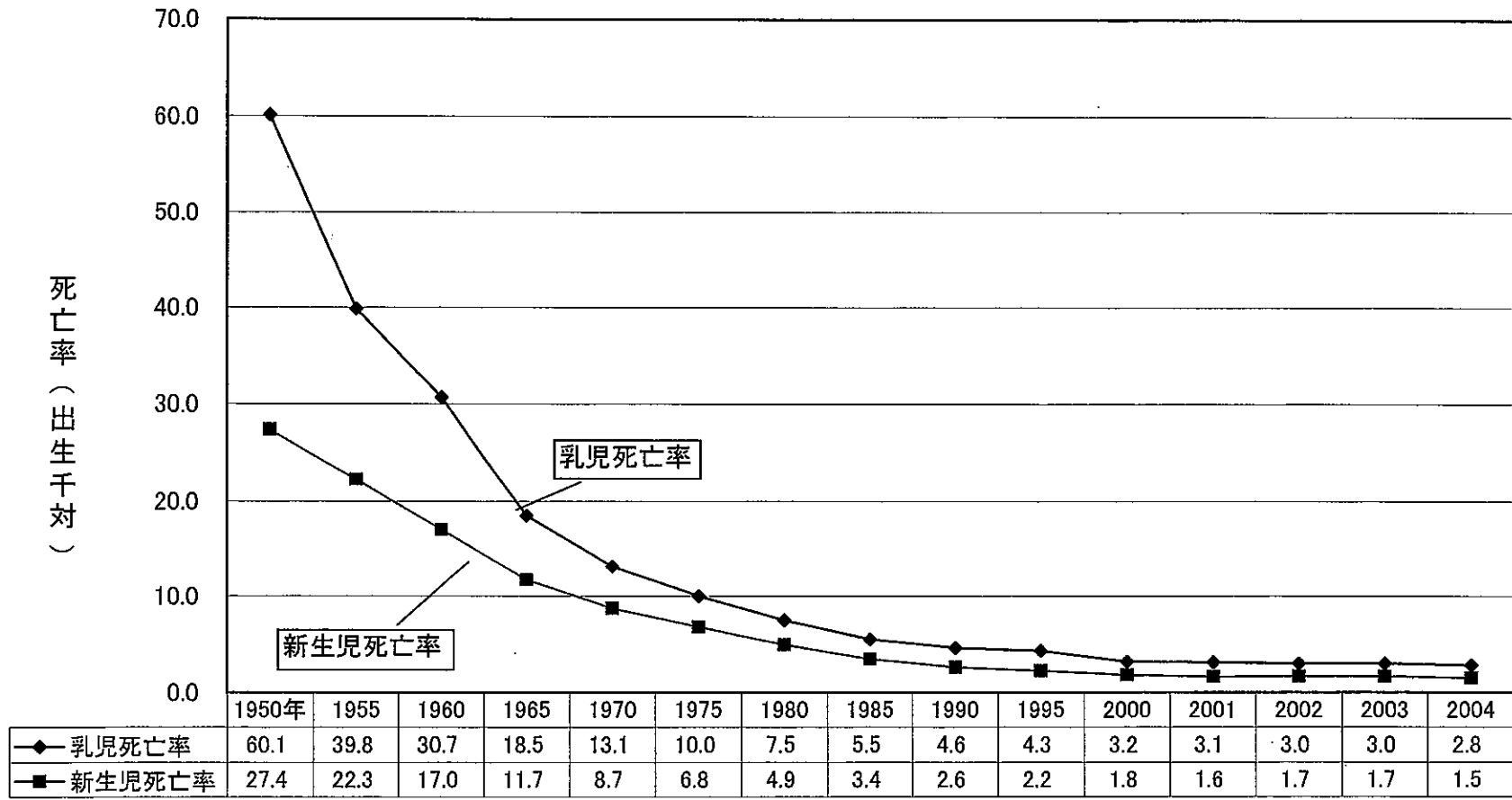
課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

【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	H12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	H16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、暫定直近値は、ベースライン調査時よりも、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15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
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 ⁰¹⁾	13.6	6.7	3.6 ⁰⁰⁾
アメリカ合衆国	29.2	26.0	20.1	12.6	*6.9 ⁰¹⁾	15.1	8.4	4.6 ⁰⁰⁾
オーストリア	66.1	37.5	25.9	14.3	4.8 ⁰¹⁾	19.0	9.3	3.3 ⁰¹⁾
デンマーク	30.7	21.5	14.2	8.4	*4.9 ⁰¹⁾	10.9	5.6	3.5 ⁰¹⁾
フランス	47.1	27.4	15.1	10.0	*4.4 ⁰¹⁾	9.5	5.6	2.7 ⁹⁹⁾
ドイツ	55.5	33.8	23.6	12.6	*4.4 ⁰¹⁾	18.4	7.8	2.7 ⁰⁰⁾
ハンガリー	85.7	47.6	35.9	23.2	8.1 ⁰¹⁾	28.5	17.8	5.3 ⁰¹⁾
イタリア	63.8	43.9	29.6	24.5	4.7 ⁰¹⁾	20.3	11.2	4.2 ⁹⁷⁾
オランダ	25.2	16.5	12.7	8.6	5.4 ⁰¹⁾	9.4	5.7	3.9 ⁰¹⁾
ポーランド	108.0	56.8	33.2	21.3	7.7 ⁰¹⁾	19.5	13.3	5.4 ⁰¹⁾
スウェーデン	21.0	16.6	11.0	6.9	3.7 ⁰¹⁾	9.1	4.9	2.5 ⁰¹⁾
スイス	31.2	21.1	15.1	9.1	5.0 ⁰¹⁾	10.8	5.9	3.6 ⁰¹⁾
イギリス	31.2	22.5	18.5	12.1	5.5 ⁰¹⁾	12.5	7.7	3.6 ⁰¹⁾
オーストラリア	24.5	20.2	17.9	10.7	*5.3 ⁰¹⁾	12.9	7.1	3.5 ⁰⁰⁾
ニュージーランド	22.7	25.6	16.7	13.0	6.1 ⁰⁰⁾	10.3	5.8	3.6 ⁰⁰⁾

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	H12人口動態統計	半減	出生10万対19.3	H16人口動態統計
データ分析				
結果	ベースライン調査時の出生10万対26.6から、暫定直近値の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年間での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る。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如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。			

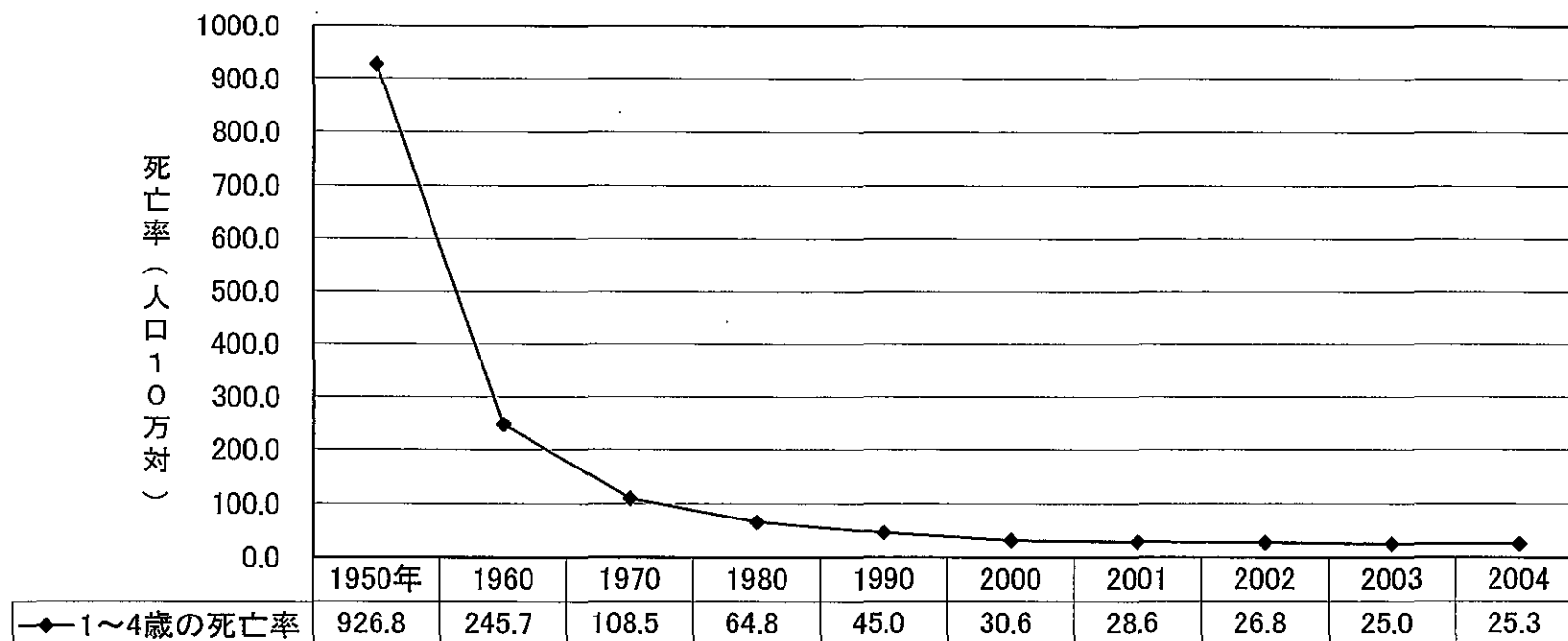
0歳の死因順位別、死因及び死亡率（出生10万対）

	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	H12人口動態統計	半減	人口10万対25.3	H16人口動態統計
データ分析				
結果	ベースライン調査時の人口10万対30.6から、暫定直近値の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年間で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	H12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	H16人口動態統計
データ分析				
結果	年齢階級によって改善の程度は異なるものの、いずれの階級も改善傾向が見られた。			
分析	年齢階級別、死因別に、4年間での人口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。			
評価	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。			
調査・分析上の課題	不慮の事故死亡は、乳幼児では虐待やSIDSと、高齢者では自殺との区別が難しい事例もあると考えらるが、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。			
目標達成のための課題	年齢階級別で構成割合の大きい死因への対策が優先度が高いと考えられる。0歳は不慮の窒息、1～4歳・5～9歳は交通事故(歩行者)および溺死・溺水、10～14歳は交通事故(自転車)および溺死・溺水、15～19歳は交通事故(オートバイ、乗用車)である。 また、家庭内での割合を見ると、0歳は家庭内が多く、1～4歳からは家庭外も多くなっていく。年齢に応じた対策と積極的な取組を進めていく必要がある。			

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 H12乳幼児身体発育調査 *2 21世紀出生児縦断調査 *3 H13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)	H17「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」山縣然太朗班
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、H17山縣班調査で、妊娠が分かった時の喫煙率は19.2%(3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、H17年山縣班の調査では、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。21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%	H12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)	H17「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	H17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。			

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	H12幼児健康度調査	100%	1歳6か月児 86.3% 3歳児 86.4%	H17「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、受診した時に満足いく診療を受けることができ、再度、受診が必要となった場合にも、その小児科医を受診したいと考えるかが重要な要因であると考えられる。その他、それまでに小児科医受診を要するような疾病に罹患したことがあるか、健康診査や予防接種を個別で行っているか、集団で行っているかなどの要因によっても規定されることが考えられる。			
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考え方があるため、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%	H13「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%	H17「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、概ねベースライン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	ベースライン調査時点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)	H13「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)	H17「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、若干改善している。			
分析	<p>ベースライン調査と比較して増減の大きかった項目は、以下の通りである。大きく改善した項目：ピーナッツやあめ玉などを子どもの手の届くところに置かない(3歳 53.0%→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。</p> <p>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。</p>			
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、健診や両親学級等の場で親に対して事故防止対策を普及するとともに、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】

3-12 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	H13「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	H17「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、概ねベースライン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	ベースライン調査時点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。			

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%	H13「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%	H17「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	ベースライン時点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、乳幼児健診、運転免許証の更新等、あらゆる機会を通じて、心肺蘇生法の普及を行う必要がある。			

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%)	H13「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)	H17「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	達成には至っていないが、ベースライン調査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	H12幼児健康度調査	95%	92.3% ** ** 1歳までに接種した者の割合	H17「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 然太朗班
データ分析				
結果	ベースライン調査と比較して、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ところ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				
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%	H12幼児健康度調査	95%	三種混合 85.7% 麻しん 85.4%	H17「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、三種混合については若干悪化したものの、麻疹については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、三種混合と麻疹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	麻疹については、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%	H13「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 政令市等88% 市町村46.1% 二次 54.7%(221/404地区) 三次 100%	H17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、暫定直近値は市町村、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%	H13「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%	H17自治体調査(母子保健課)
データ分析				
結果	3～4ヶ月児健診時、1歳6ヶ月児健診時ともに、ベースライン調査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、実施に当たって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・新生児科医師・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	調査
(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「H12医師・歯科医師・薬剤師調査」 H13「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 H13「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	小児科医師数:14,677名(H16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、H17.4.1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師数:106名(H16.4.1現在)、学会加入人数:2,384名 H16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、ベースライン調査と暫定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%	H13(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%	H17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、数値上はベースライン調査と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暫定直近値と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%	H13「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%	14.1% (政令市等 40% 市町村 13.7%)	H17自治体調査(母子保健課)
データ分析				
結果	若干ではあるが、ベースライン調査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ることが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	H12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	H16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、今後こうした対策を市町村、都道府県が強化することによって、関係機関間と事例の死亡事例を減少できるのではないかと考えられる。			
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	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関係者の対応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>関係機関が関与していながら被害を防げなかった事例を減少させること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"> ・児童虐待に関わる機関の人員、多様な人材の確保、 ・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 ・要保護児童対策地域協議会の整備及び有機的活用 ・児童虐待の予防、早期発見から適切な判断、対応、支援の流れを構築 ・保護解除時の判断基準や条件提示、子どもケア、親ケア、親教育プログラムの整備(再発防止策) <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>			

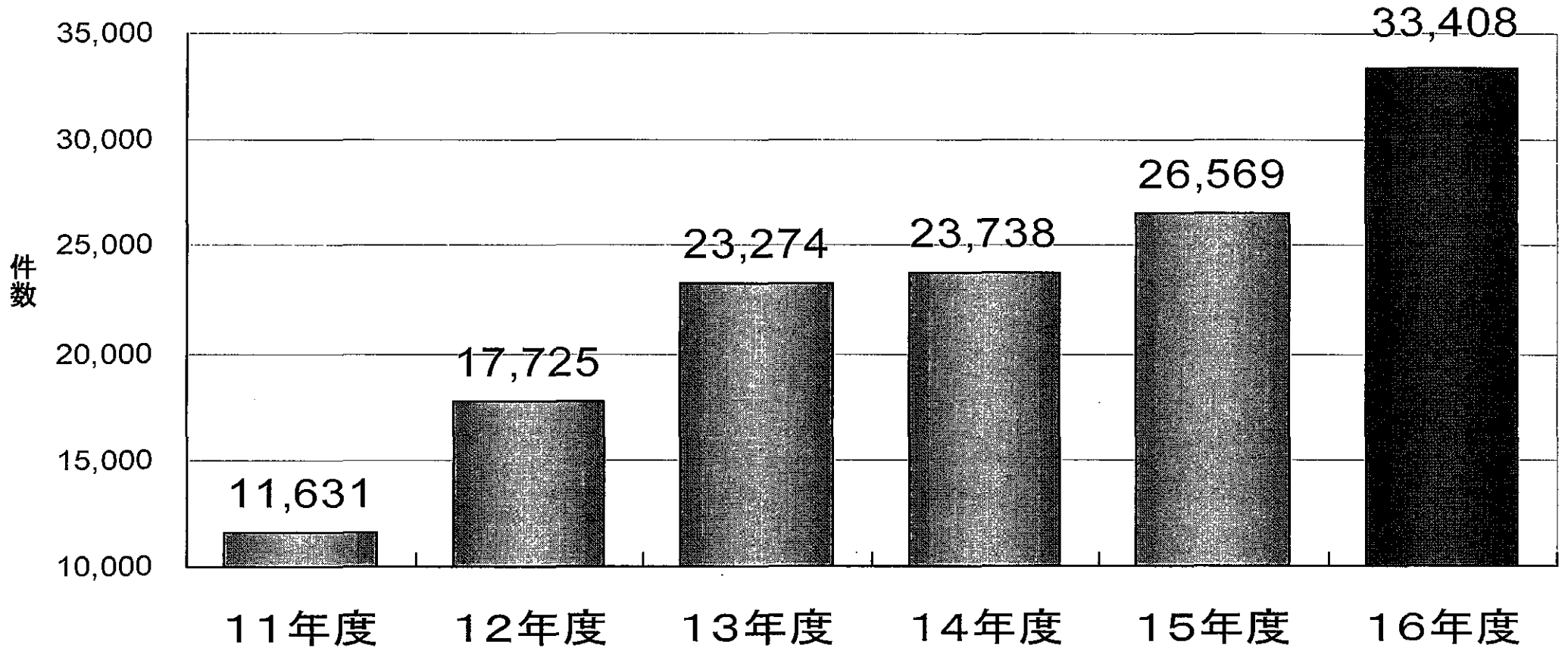
課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

【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	調査
17,725件 児童相談所での相談処理延べ件数	H12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延べ件数	H16社会福祉行政業務報告
データ分析				
結果	暫定直近値は、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一昨年の岸和田事件をきっかけに教育分野の意識化が進んでいることも平成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月から市町村で一次相談業務が開始されることなどからも、目標の「増加を経て」の時期であり、この先数年の増加は十分予測される。			
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、単なる相談受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、効果的实施に向けては、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%	H12幼児健康度調査	減少傾向へ	(3か月、1歳6か月、3歳児健診の%) 19% 25.6% 29.9%	H17「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	策定時現状値(～1歳 23.3%、1歳6ヶ月27.7%、3歳29%)と暫定直近値を比較すると、3ヶ月時点での19%については単純比較できないが、1歳6ヶ月での比較では、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質の変換(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せない。			
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%	H12幼児健康度調査	減少傾向へ	(3か月、1歳6か月、3歳児健診の%) 4.3% 11.5% 17.7%	H17「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	暫定直近値をベースライン値(～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、暫定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の促進と育児不安の軽減

【保健医療水準の指標】

4-5 ゆったりとした気分で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%	H12幼児健康度調査	増加傾向へ	(3か月、1歳6か月、3歳児健診の%) 77.4% 69.0% 58.3%	H17「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	暫定直近値を策定時現状値(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で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	該当者の子ども的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と思われる。3ヶ月と3歳児の親では、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
99.20%	H12幼児健康度調査	増加傾向へ	(3か月、1歳6か月、3歳児健診の%) 89.2% 98.9% 98.7%	H17「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ヶ月児を除いては、横ばいで維持されている。			
分析	相談相手は何ら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。協力のように実際に「手を貸す」と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ヶ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、現状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言える。しかし、3ヶ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の促進と育児不安の軽減				
【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	調査
よくやっている 37.4% 時々やっている 45.4%	H12幼児健康度調査	増加傾向へ	(3か月、1歳6か月、3歳児健診の%) 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%	H17「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	「よくやっている」「時々やっている」をたすと、ベースライン値も暫定直近値も8割を超え、多くの父親が育児に参加している。ベースライン値と暫定直近値を比較すると、3歳児健診時はほとんど変わっていない。3カ月児健診、1歳6カ月児健診時点の暫定直近値では「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	ベースライン値の子どもの年齢構成が不明なので正確な比較は出来ないが、3カ月、1歳6カ月、3歳児、そのいずれも、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	ベースライン値は1歳から6歳までの全体でみた値である。1歳6カ月児健診、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る(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。			

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】

4-8 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	調査
よく遊ぶ 49.4% 時々遊ぶ 41.4%	H12幼児健康度調査	増加傾向へ	(3か月、1歳6か月、3歳児健診の%) よく遊ぶ 61.2% 55.4% 48.1% 時々遊ぶ 33.0% 37.6% 42.1%	H17「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	「よく遊ぶ」「時々遊ぶ」を合計すると、ベースライン値も暫定直近値も9割を超え、多くの父親が育児に参加している。ベースライン値と暫定直近値を比較すると、3歳児健診時はほとんど変わっていない。3カ月児健診、1歳6か月児健診時点の暫定直近値では「よく遊ぶ」「時々遊ぶ」が減少していた。			
分析	ベースライン値の子どもの年齢構成が不明なので正確な比較は出来ないが、3カ月と1歳6カ月において、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。 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.			
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	ベースライン値は1歳から6歳までの全体でみた値である。1歳6カ月児健診、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。			
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。			

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ヶ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%	H12乳幼児身体発育調査	増加傾向へ	調査中	H17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				
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%	H13「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%	98% (保健所の割合)	H17自治体調査(母子保健課)
データ分析				
結果	策定時現状値も保健所の割合を調査しており85.20%、暫定直近値98%であり、数値の上では増加しているが100%には到達していない。			
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。平成8年度より周産期保健医療整備事業が立ち上がっているが、今後はこういった地域に優先的に補助を行っていく必要がある。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である必要があるので、住民のニーズをとらえながら今後このような面での向上にも目を向けていく必要がある。 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	課題においては二次医療圏の割合としてあるが、実際には保健所単位で調べてある。保健所単位で見た場合の推移の検討で、本課題の評価は十分行うことが出来る。医療と保健の連携の意味でも、保健所単位で取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%	H12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%	H17「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ヶ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	集団方式と委託方式の差では、待ち時間や時間の拘束などの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、達成は遠い。			
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ヶ月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	どういった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。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。従事者の意識改革が必然。			

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%	H13「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%	89.3% (政令市等 94% 市町村 89.7%)	H17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ている自治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、乳幼児健診の中で、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る。健診の中で力点が置かれているのは、乳児健診であると予測される。乳児健診を育児支援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児健診が改めて見直されている。今後は、効果的な健診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	調査
3.3%	H12雇児局総務課調べ	100%	5.9%	H17雇児局総務課調べ(速報値)

データ分析

結果	ベースラインの平成12年の3.3%に比べ、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、関連機関の連帯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ではあるが増加している。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自治体もある。 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	児童相談所等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)	H12雇児局家庭福祉課調べ	全都道府県	27施設	H17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%	H13「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%	H17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% ¹⁾)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の促進と育児不安の軽減

【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%	H13(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(H14.12.31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17年2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。このような時代の要請の中で、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。			