

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-1 周産期死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
出産千対 5.8 出生千対 3.8	世界最高を維持	出産千対 5.0 出生千対 3.3	出産千対 4.3 出生千対 2.9	出産千対 4.0 出生千対 2.7	改善した (目標を達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	策定時から最終評価時に順調に改善が見られており、世界最高を維持している。				
分析	藤田(日本公衛誌 2001;48(4):289-297)が乳児死亡率について述べているのと同様に、周産期死亡率の改善には、新生児集中治療ユニット(NICU)やその他の周産期医療など改善によるものと考えられる。さらなる周産期の喫煙率の低下や重労働の減少などの生活環境の改善も考えられる。				
評価	目標を達成している。				
調査・分析上の課題	周産期死亡率は、平成7年以後、妊娠満22週以後の死産と早期新生児死亡(生後7日未満の死亡)の和についての、出産千対の値と定義されている。なお、出生千対周産期死亡率は、妊娠満28週以後の死産と早期新生児死亡の和についての、出生千対の値であり、国際比較を行うために計算されている。国際的には、分子、分母とも、出産体重1,000g以上の胎児と乳児を用いている国や、妊娠満20週以降を用いている国もある(United Nations. Demographic Yearbook 2002. http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm)ため、単純に比較できない。				
残された課題	世界最高であるものの、平成19年以降、下げ止まっている。近年の低出生体重児の増加による影響などについてのさらなる研究が必要である。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計
	②設問	早期新生児死亡数(生後1週未満の死亡)、妊娠満22週以後の死産数、妊娠満28週以後の死産数、出生数等
	③算出方法	$\text{出生千対周産期死亡率} = (\text{早期新生児死亡数} + \text{妊娠満22週以後の死産数}) / (\text{出生数} + \text{妊娠満22週以後の死産数}) \times 1000$ $\text{出生千対周産期死亡率} = (\text{早期新生児死亡数} + \text{妊娠満28週以後の死産数}) / (\text{出生数}) \times 1000$
	④備考	関連する詳細な数値及び国際比較結果は下記の通り。

評価データに関する詳細事項

		2000	2004	2008	2012
出生数		1190547	1110721	1091156	1037231
死産数	総数(妊娠満12週以後)	38393	34365	28177	24800
	自然死産(妊娠満12週以後)	16200	14288	12625	11448
	人工死産(妊娠満12週以後)	22193	20077	15552	13352
周産期死亡数	総数	6881	5541	4720	4133
	妊娠満22週以後の死産数	5362	4357	3751	3343
	早期新生児死亡数	1519	1184	969	790
	妊娠満28週以後の死産数	3043	2487	2209	1969
死産率(妊娠満12週以後)	(出生千対)	31.2	30.0	25.2	23.4
自然死産率	(出生千対)	13.2	12.5	11.3	10.8
人工死産率	(出生千対)	18.1	17.5	13.9	12.6
周産期死亡率(妊娠満22週以降)	(出生千対)	5.8	5.0	4.3	4.0
妊娠満22週以後の死産率	(出生千対)	4.5	3.9	3.4	3.2
早期新生児死亡率	(出生千対)	1.3	1.1	0.9	0.8
周産期死亡率(妊娠満28週以降)	(出生千対)	3.8	3.3	2.9	2.7
妊娠満28週以後の死産比	(出生千対)	2.6	2.2	2.0	1.9

出典:厚生労働省人口動態統計(上巻 表3.1.1. 表7-5等)

	周産期 死亡率	年次
日本	2.8	2011
チェコ共和国	3.4	2010
スペイン	3.5	2010
ノルウェー	4.4	2010
インド	4.4	2008
オーストリア	4.6	2010
エジプト	4.8	2010
スウェーデン	4.8	2010
ニュージーランド	5.3	2011
ドイツ	5.4	2010
ポーランド	5.6	2010
アメリカ合衆国	5.7	2009
アイルランド	6.2	2008
デンマーク	6.4	2010
オーストラリア	6.7	2008
ハンガリー	6.9	2010
スイス	7.1	2010
アルゼンチン	7.6	2009
イギリス	7.9	2009
セルビア	9.0	2010
イタリア	13.5	2009

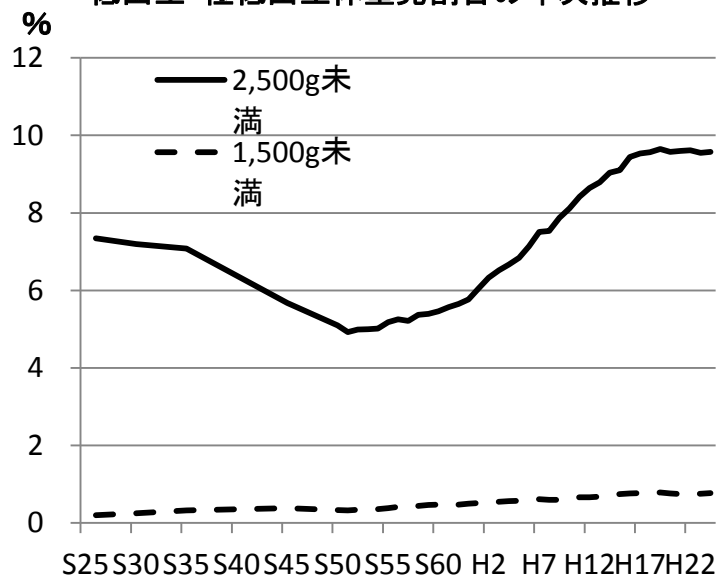
出典:厚生労働省人口動態統計(上巻 表3.4)

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合 全出生数中の低出生体重児の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
極低出生体重児0.7%	減少傾向へ	極低出生体重児0.8%	極低出生体重児0.8%	極低出生体重児0.8%	悪くなっている
低出生体重児8.6%		低出生体重児9.4%	低出生体重児9.6%	低出生体重児9.6%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	1500g未満の極低出生体重児の割合は策定時0.7%、平成16年・平成20年・平成24年0.8%と横ばいであった。一方、2500g未満の低出生体重児は策定時に8.6%であったが、平成16年9.4%、平成20年9.6%と増加傾向が続いていたが、平成24年は9.6%と上げ止まった。				
分析	目標である減少傾向を達成しておらず、むしろ、増加傾向にある。分析にあたっては、低出生体重児の要因と、経年的に増加した要因とに分けて検討する必要がある。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。また経年的に増加した要因については、時期に応じて検討する必要がある。①若い女性のやせとして、平均BMIの長期推移を見ると昭和50年頃から急速に低下し、最近では下げ止まっており、低出生体重児の推移と整合する。また、②喫煙について、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歳代女性の喫煙率は長らく上昇傾向が続いていたが、平成14年頃から低下に転じている。その他、③不妊治療の増加等による複産の増加と平成16年頃以降の減少、④妊婦の高齢化、⑤妊娠中の体重管理の問題、⑥帝王切開の普及等による妊娠週数の短縮、⑦医療技術の進歩による従来死産となっていた症例の救命等が考えられる。				
評価	医療の進歩による従来死産となっていた例の救命などは、低出生体重児の増加の要因であるとしても好ましいことである。また、出産年齢や、不妊治療など対応困難な理由の寄与も大きいと考えられる。一方で、若い女性の喫煙対策や、やせ傾向への対応など、予防が可能な要因への対策の強化により、低出生体重児の出生を減少させる可能性がある。				

調査・分析上の課題	単産か複産か、また母親の年齢などが交絡因子となっているため、それらの層別にみた低出生体重児割合の推移についても注視していく必要がある。周産期医療の進歩により、死産にならずに、低体重で出生となる側面もあるため、死産児も含めた低出生体重児の割合の推移などについての検討も必要である。	
残された課題	若年女性の喫煙率の改善や、妊娠中に過度にエネルギー摂取量を控える人の減少などが課題であり、若い女性に向けた周知啓発や、妊娠中の適切な体重管理に関する医療従事者への普及が必要である。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計
	②設問	1500g未満の極低出生体重児出生数、2500g未満の低出生体重児出生数、出生数
	③算出方法	全出生数中の極低出生体重児の割合＝極低出生体重児出生数／出生数×100 全出生数中の低出生体重児の割合＝低出生体重児出生数／出生数×100 (出生時体重「不詳」は、分母には含めている)
	④備考	

低出生・極低出生体重児割合の年次推移



「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-3 新生児死亡率 乳児(1歳未満)死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
(出生千対) 新生児死亡率1.8 乳児死亡率3.2	世界最高を維持	(出生千対) 新生児死亡率1.5 乳児死亡率2.8	(出生千対) 新生児死亡率1.2 乳児死亡率2.6	(出生千対) 新生児死亡率1.0 乳児死亡率2.2	改善した (目標を達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	策定時から最終評価時に順調に改善が見られており、世界最高を維持している。				
分析	新生児死亡率は、生後28日未満の死亡の出生千対の値である。乳児死亡率は、生後1年未満の死亡の出生千対の値である。 藤田(日本公衛誌 2001;48(4):289-297)が述べているように、乳児死亡率等の改善には、新生児集中治療ユニット(NICU)を含めた周産期医療の改善が寄与していると考えられる。また、妊娠中の喫煙率の低下や、重労働の減少など、さらなる周産期の生活環境の改善も考えられる。				
評価	順調に目標を達成していると考えられる。前述のように、周産期医療の改善、妊娠中の喫煙率の低下、重労働の減少などによって、新生児死亡率、乳児死亡率の改善が進んできていると考えられる。一方で、妊娠中及び出生後の母親の喫煙率や受動喫煙のさらなる低下、母親のやせ指向の改善などを進めることができれば、さらなる改善も期待できる。				
調査・分析上の課題	死因別統計については、剖検率が低いこともあり、正確性について注意を要する。				
残された課題	低出生体重児の減少に向けた取組も含め、現状の取組の維持、推進が重要である。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計
	②設問	新生児(28日未満)死亡数、乳児(1歳未満)死亡数、出生数
	③算出方法	新生児死亡率＝新生児死亡数／出生数×1000 乳児死亡率＝乳児死亡数／出生数×1000
	④備考	国際比較結果は下記の通り。

評価データに関する詳細事項

新生児死亡率(出生千対)の国際比較			乳児死亡率(出生千対)の国際比較		
新生児死亡率	年次		乳児死亡率	年次	
日本	1.1	2011	スウェーデン	2.1	2011
スウェーデン	1.6	2010	日本	2.3	2011
チェコ共和国	1.7	2010	ノルウェー	2.4	2011
ノルウェー	1.9	2010	チェコ共和国	2.7	2011
スペイン	2.1	2010	イタリア	3.4	2010
ドイツ	2.3	2010	スペイン	3.4	2011
イタリア	2.4	2008	フランス	3.5	2010
フランス	2.4	2009	デンマーク	3.5	2011
デンマーク	2.6	2010	ドイツ	3.5	2011
アイルランド	2.7	2008	アイルランド	3.8	2010
オーストリア	2.7	2010	オランダ	3.8	2010
ニュージーランド	2.7	2011	スイス	3.8	2011
オーストラリア	2.8	2010	オーストリア	3.9	2010
オランダ	2.9	2009	オーストラリア	4.1	2010
スイス	3.1	2010	イギリス	4.3	2010
イギリス	3.2	2009	ポーランド	4.7	2011
ハンガリー	3.5	2010	ニュージーランド	4.7	2011
ポーランド	3.5	2010	ハンガリー	4.9	2011
アメリカ合衆国	4.2	2009	カナダ	5.1	2008
タイ	4.2	2009	セルビア	6.3	2011
ロシア	4.6	2009	アメリカ合衆国	6.4	2009
セルビア	4.6	2010	タイ	7.1	2009
エジプト	6.2	2010	ロシア	7.3	2011
			スリランカ	8.5	2007
			アルゼンチン	11.9	2010
			エジプト	14	2010
			インド	53	2008

出典:厚生労働省人口動態統計(上巻 表3.4)

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-4 乳児のSIDS死亡率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
出生10万対 26.6	半減	出生10万対 19.3	出生10万対 14.0	出生10万対 13.9	改善した (目標に達していないが 改善した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	平成12年の出生10万対26.6から、平成24年13.9と大幅に改善している。 なお、平成23年は12.6と、半減以下になっている。平成25年以降の推移に注目する必要がある。				
分析	田中ら(日本公衛誌 1999;46(5):364-372)は、SIDSの危険因子として、うつぶせ寝および両親の喫煙が重要であることを明らかにし、その後、SIDS予防キャンペーンが展開された。SIDS死亡率の改善に関して、そのキャンペーンの実施は重要な理由のひとつであると考えられる。				
評価	目標が達成された。				
調査・分析上の課題	剖検率が低いため、SIDSであるか否かについての診断の正確性には問題がある。窒息や虐待による死亡と明確に区別するため、剖検により確定された場合のみをSIDSと診断し、診断が確定できない場合には、死因不明とすべきとの考え方がある。そこで、仮に、そのような考え方にに基づき、年次によって診断基準が厳格化していたら、実態は変化がなくても、統計上、減少しているかのような結果が出る点について注意が必要である。その場合には、窒息や死因不明の突然の死亡も含めた死亡の動向についても、参考のために分析を行う必要がある。				
残された課題	乳児の喫煙曝露の改善が今後最も重要な課題である。その理由として、前述のようにSIDSの危険因子として、うつぶせ寝と両親の喫煙が重要である。うつぶせ寝については、かなりの改善が見られている。一方で、両親の喫煙については、母親の妊娠中の喫煙については改善しているものの、出産後の再喫煙の防止や、父親の喫煙に対する対策などについて、一層の強化が必要である。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計
	②設問	乳幼児突然死症候群 (SIDS: sudden infant death syndrome、ICD-10によるR95) 死亡数、出生数
	③算出方法	乳児のSIDS死亡率 = 乳児のSIDS死亡数 / 出生数 × 100,000
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

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	第1回中間評価	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
人口10万対 30.6	半減	人口10万対 25.3	人口10万対 22.3	人口10万対 20.9	改善した (目標に達していないが 改善した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	
データ分析					
結果	平成12年の人口10万対30.6から、半減には至らなかったが、平成16年25.3、平成20年22.3、平成24年20.9と改善が続いている。				
分析	平成12年と平成22年の1~4歳の人口10万対死亡率を死因別にみると、不慮の事故 6.6→3.6と半減、先天奇形及び染色体異常 5.3→3.8、悪性新生物 2.5→2.0、肺炎 1.9→1.7、心疾患 1.7→1.4といずれも改善が見られている。ただし、国際的に比較すると、決して上位群には入っていない。				
評価	目標の半減には至らなかったが、大幅な改善が見られた。				
調査・分析上の課題	細かい年次推移を見る場合には、インフルエンザの流行年と非流行年による変動に留意する必要がある。平成23年は東日本大震災の影響により数字が大きく変動しているため、平成22年データで評価を行っている。				
残された課題	この年代の死因で多いものは平成22年の統計において、(1)先天奇形、変形及び染色体異常、(2)不慮の事故、(3)悪性新生物、(4)肺炎、(5)心疾患であり、これらに対する対策を推進していく必要がある。これらの死因について、対策が比較的实施しやすいものと、困難なものがある。先天奇形、変形及び染色体異常への対策としては、より適切な年齢で出産できるような啓発・社会環境整備などが考えられるが、多様な個人の価値観を尊重しながら対策を進めていく必要がある。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計、国際比較は Demographic Yearbook 2011 (United Nations Statistics Division) http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2011.htm
	②設問	年齢階級別死亡数
	③算出方法	幼児(1~4歳)死亡率=幼児(1~4歳)死亡数/幼児(1~4歳)人口×100,000
	④備考	国際比較結果は下記の通り。

評価データに関する詳細事項

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

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

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備						
【保健医療水準の指標】						
3-6 不慮の事故による死亡率						
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価	
人口10万対 0歳 18.2 1～4歳 6.6 5～9歳 4.0 10～14歳 2.6 15～19歳 14.2 (0～19歳 7.7)	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 (0～19歳 6.1)	人口10万対 0歳 13.2 1～4歳 3.8 5～9歳 2.2 10～14歳 1.9 15～19歳 7.7 (0～19歳 4.4)	人口10万対 0歳 9.0 1～4歳 2.9 5～9歳 1.9 10～14歳 1.6 15～19歳 5.7 (0～19歳 3.4)	改善した (目標を達成した)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査		
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計		
データ分析						
結果	年齢階級によって改善の程度は異なるものの、いずれの階級も改善傾向が見られ、0～19歳の合計では目標の半減を達成した。 年齢階級別に見ると、10～14歳のみ半減までは至らなかったが、その他の年齢では目標の半減を達成した。					
分析	平成12年から24年の年齢階級別の死亡率の増減率は、0歳 -50.8%、1～4歳 -55.2%、5～9歳 -52.5%、10～14歳 -36.0%、15～19歳 -59.7%、0～19歳の合計では-56.2%であった。平成23年は東日本大震災の影響で、0～19歳の合計で人口10万対8.3という非常に高い値となった。しかし、翌平成24年は、平成22年よりもさらに低い値に改善した。					
評価	全体に目標の半減を達成するなど、めざましい改善が見られている。一方で、10～14歳の改善は十分ではない。ただし、死亡率でみると10～14歳は各年齢階級の中で最も低い値となっており、改善の限界に近づいていると考えることもできる。					
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(乳幼児突然死症候群)と、10代後半では自殺との区別が難しい事例もあると考えられる。しかしながら、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。					

残された課題	<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、1～14歳は交通事故(歩行者)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くる。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>	
最終評価の データ算出方法	①調査名	人口動態統計
	②設問	不慮の事故(ICD-10によるV01-X59)死亡数
	③算出方法	不慮の事故による死亡率＝不慮の事故による死亡数／人口×100,000 (0歳は出生10万対の死亡率である。)
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【保健医療水準の指標】					
3-7 むし歯のない3歳児の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
68.7%	80%以上	(策定時＝第1回中間評価時)	74.1%	81.0%	改善した (目標を達成した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成15年度 母子保健課調べ			平成19年度 母子保健課調べ	平成24年度 母子保健課調べ	
データ分析					
結果	平成15年度と比較して改善し、目標を達成した。				
分析	むし歯のリスク要因として、食事やおやつの内容、おやつを与える時間などの与え方、仕上げ磨きの有無などを含めたブラッシングの状況等があり、フッ化物塗布、フッ化物洗口、フッ化物入りの歯磨き剤の使用を含めたフッ化物の利用などについての実態把握及び分析を進める必要がある。				
評価	着実に改善していると考えられる。				
調査・分析上の課題	現在、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課により、各都道府県及び政令市・特別区から3歳児歯科健康診査実施状況についての情報収集が行われており、このようなデータ収集及びその収集されたデータの分析、活用体制について、一層の推進が図られることが望まれる。各地方公共団体における結果については、受診率の影響が出てしまうことが考えられる。				
残された課題	う歯になりにくい食事・おやつ、ブラッシング、フッ化物の利用を推進していく必要がある。また、今後は、地域格差についても分析を進め、その縮小に向けての対策を推進する必要がある。				
最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ(3歳児歯科健康診査実施状況) 都道府県、政令市・特別区からの報告			
	②設問	対象者数、受診者数、むし歯のない者(人数)、むし歯の型別分類(人数)など			
	③算出方法	「むし歯のない3歳児の割合＝むし歯のない人数／受診者数×100」で算出。			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-8 妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
妊娠中 10.0%	なくす			妊娠中 5.0%	改善した (目標に達していない が改善した)
育児期間中 父親35.9%、母親12.2%					
		妊娠中 7.8%	妊娠中 5.0%	妊娠中 3.8%	
		育児期間中 父親 55.1% " 母親 15.4%	育児期間中 父親 46.2% " 母親 10.8%	育児期間中 父親 41.5% " 母親 8.1%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度 乳幼児身体発育調査				上段:平成22年度 乳幼児身体発育調査	
中段:平成13年度21世紀出生児縦断調査					
		下段:平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	母親の喫煙率は、妊娠中、育児期間中とも、また育児期間中の父親の喫煙率についても、改善(喫煙率の低下)が見られた。				
分析	妊娠中の喫煙率及び育児期間中の両親の喫煙率について、第2回中間評価までにおいて山縣然太郎班の結果は、3,4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時の3つの数値により調査結果をそれぞれ記載していた。一方で、乳幼児身体発育調査の結果は、つの数値で示されていること、また多数の数値を記載すると目標の達成状況の評価が複雑になることから、最終評価では、これらの3時点での数値を平均した数値で示すこととした。 健康増進法の施行やその他の喫煙対策の推進、また近年の青少年の喫煙率の低下によって、母親の喫煙率は低下してきたと考えられる。				

評価	母親の喫煙率について、目標値の0には至っていないものの、策定時と比べて概ね半減しており、大幅に改善している。一方で、父親の喫煙率については、改善傾向にはあるものの、まだまだ目標値の0と比べて高い水準である。	
調査・分析上の課題	育児期間中の目標値は、「両親の自宅での喫煙率」となっている。乳幼児身体発育調査では「同室での」、21世紀出生時縦断調査では「室内で」、山縣班ではそれらの場所の限定はなく、シンプルに喫煙の有無を問うていて、それぞれ若干質問の内容が異なる。	
残された課題	実態把握に関しては、子どもへの受動喫煙の影響をモニターしていくためには、両親の喫煙率だけではなく、世帯喫煙率を把握することも必要であろう。また、対策としては、妊娠中や育児期間中の両親、また妊娠希望者に対して、禁煙補助薬や禁煙外来等も活用しながらの禁煙指導はもちろん重要であるが、そのような対策のみでは妊娠に気づく前の妊娠初期の喫煙を完全に防止することは困難である。また、妊娠中のタバコの害について、殆どの妊婦が知っていると考えられるが、妊娠中の喫煙率がゼロにはなっていない。そこで、依存症としての対応を本格的に行ったり、心理社会的な要因に対するアプローチを行うことも今後の課題である。また、乳幼児健診時の調査結果では、3,4か月時、1歳6か月時、3歳時と、出産後に時間が経つほど、母親の喫煙率等が高くなっており、出産前後に禁煙しても、その後再喫煙する人が少なからずいるため、出産後の再喫煙を防止する支援対策も重要である。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成22年乳幼児身体発育調査】 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査
	②設問	【平成22年乳幼児身体発育調査】 (13)喫煙の状況 妊婦 妊娠前 1.なし 2.あり(1日___本) 妊娠中 1.なし 2.あり(1日___本) 父親及び同居者の同室での喫煙 妊娠前 1.なし 2.あり(1日___本) 妊娠中 1.なし 2.あり(1日___本) 【平成25年度山縣班調査】 (3,4か月児用 問14、1歳6か月児用 問10、3歳児用 問10) 妊娠中のあなた(お母さん)の喫煙 1.なし 2.あり(1日 本) (3,4か月児用 問38、1歳6か月児用 問39、3歳児用 問40) あなた(お母さん)の現在の喫煙 1.なし 2.あり(1日 本) (3,4か月児用 問39、1歳6か月児用 問36、3歳児用 問37) 夫(お父さん)の現在の喫煙 1.なし 2.あり(1日 本)
	③算出方法	【平成22年乳幼児身体発育調査】 「妊娠中の喫煙率＝妊娠中に喫煙がありと回答した人数／調査有効回答数×100」で算出。 【平成25年度山縣班調査】 「育児期間中の両親の自宅での喫煙率＝母または父が喫煙ありと回答した者の人数／全回答者数×100」で算出。 ※それぞれ、順に、3,4か月児、1歳6か月児、3歳児健診での割合を求め、これらの3時点の数値を単純平均した(3時点を同じ重みとした加重平均となる。細かい小数を用いて平均を計算しており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない)。 平成25年:妊娠中 3.9% 3.6% 4.0%、育児期間中 父親 41.9% 41.5% 41.2%、母親 5.2% 8.7% 10.6%
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-9 妊娠中の飲酒率					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
18.1%	なくす			8.7%	改善した (目標に達していないが 改善した)
		16.1%	7.7%	4.3%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度 乳幼児身体発育調査				上段:平成22年度 乳幼児身体発育調査	
		下段:平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	策定時と比較して、最終評価時には大幅な改善が見られている。				
分析	妊娠中の飲酒率について、第2回中間評価までにおいて山縣然太郎班の結果は、3,4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時の3つの数値により調査結果をそれぞれ記載していた。一方で、乳幼児身体発育調査の結果は、1つの数値で示されていること、また多数の数値を記載すると目標の達成状況の評価が複雑になることから、最終評価では、これらの3時点での数値を平均した数値で示すこととした。 山縣然太郎班の調査結果によると、妊娠が判明した時点で、妊娠を理由に、約半数が飲酒をやめたことになる。				
評価	目標には達していないが、順調に改善している。 しかしながら、妊娠が判明した時に飲酒していた人の内、約半数は妊娠中も飲酒を続けていることは大きな問題である。				

調査・分析上の課題	平成12年国民栄養調査(現在の国民健康・栄養調査)によると、飲酒習慣のある者の割合は、平成12年20歳代女8.4%、30歳代女14.1%と、上記の乳幼児身体発育調査の結果よりも非常に低い値となっている。平成12年国民栄養調査では、飲酒について、「①以前から(ほとんど)飲んでいない、②以前は飲酒の習慣があったが現在はない、③現在飲酒の習慣有り」という選択肢になっている。質問文のニュアンスによって回答が大きく変化する可能性を示唆するものである。なお、平成23年国民健康・栄養調査では、20歳代女8.3%、30歳代女11.9%となっており、平成12年と大差がないにも関わらず、妊娠中の飲酒率が大きく下がっており、妊娠中に飲酒すべきでないという啓発が進んでいることが示唆される。	
残された課題	喫煙と異なり、出産年齢女性全体の飲酒率低下を目指すことは現実的ではない。そこで、あくまでも妊娠した女性に対して、妊娠中の飲酒のリスクに関する知識を普及することが重要である。また、アルコール依存症となっており、断酒をしたいと思っても断酒できない妊婦も少なからずいる可能性がある。妊婦への適切な支援の充実、また若年者全般に対するアルコール依存症予防対策の強化なども重要である。妊娠中の飲酒者について、飲酒リスクの知識の有無別の割合等も把握する必要がある。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成22年乳幼児身体発育調査】 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査
	②設問	【平成22年乳幼児身体発育調査】 妊娠中の飲酒 1.なし 2.あり 【平成25年度山縣班調査】 (3,4か月児用 問17、1歳6か月児用 問13、3歳児用 問13) 妊娠中のあなた(お母さん)の飲酒はどうでしたか。 1.なし 2.あり
	③算出方法	【平成22年乳幼児身体発育調査】 「妊娠中の飲酒率＝「あり」と回答した者の人数／調査有効回答数×100」で算出。 【平成25年度山縣班調査】 「妊娠中の飲酒率＝「はい」と回答した者の人数／全回答者数×100」で算出。 順に、3,4か月児、1歳6か月児、3歳児健診時に調査した妊娠中の飲酒率(3.2% 4.4% 5.3%)の3時点の数値を単純平均した(3時点を同じ重みとした加重平均となる。細かい小数を用いて平均を計算しており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない)。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-10 かかりつけの小児科医を持つ親の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1～6歳児の親 81.7%	100%			1～6歳児の親 93.7%	改善した (目標に達していないが 改善した)
		3～4か月児 57.3%	3～4か月児 57.4%	3～4か月児 76.7%	
		1～3歳児 86.4%	1～3歳児 84.2%	1～3歳児 87.9%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度幼児健康度調査 (日本小児保健協会)				上段:平成22年度幼児健康度調査 (平成22年度厚労科研「幼児健康度に関する継続的比較研究」(衛藤隆))	
	下段:平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)		
データ分析					
結果	大きな傾向としては、平成12年から平成22年に改善傾向にある。				
分析	幼児健康度調査による平成12年と平成22年の比較では大きく改善している。一方で、山縣班のデータについては、改善傾向にあるものの、特に平成21年の1～3歳児で低い値となるなど、必ずしも順調に伸びているわけではない。ある小児科医をかかりつけと認識するかについては、受診した時に満足のいく診療を受けることができ、再度、受診が必要となった場合にも、その小児科医を受診したいと考えるかが重要な要因であると考えられる。その他、それまでに小児科医受診を要するような疾病に罹患したことがあるか、健康診査や予防接種を個別で行っているか、集団で行っているかなどの要因によっても影響されると考えられる。				
評価	目標の100%には達成していないが、改善傾向にある。				

調査・分析上の課題	平成12年幼児健康度調査では「どちらともいえない」という選択肢があるのに対し、平成22年度衛藤班ではこの選択肢がなく二者択一に変更となっていることによる、回答の変化の影響も考えられる。 どのような要件がそろえば、「かかりつけ」と言えるのかは、個人によって様々な考え方がありうるため、数値を判断する際に考慮が必要である。なお、かかりつけ医の定義について確立したものは現時点で存在しないと考えられるが、何らかの定義を行って、それに基づいて調査票を作成する方法もあり得る。
残された課題	病気になって受診する時以外にも、個別健康診査や予防接種などで小児科医を利用することなどが、「かかりつけ医」普及には重要であろう。
最終評価の データ算出方法	①調査名 【平成22年度幼児健康度調査】 【平成25年度 山縣班調査】親と子の健康度調査
	②設問 【平成22年度幼児健康度調査】 Q30 かかりつけの医師はいますか。 1. いる 2. いない 【平成25年度 山縣班調査】 (3,4か月児用 問36、1歳6か月児用 問29、3歳児用 問30) かかりつけの医師はいますか。 1.はい 2.いいえ 3.何ともいえない
	③算出方法 【平成22年度幼児健康度調査】 「いる」と回答した者の人数／調査有効回答数×100で算出。 【平成25年度 山縣班調査】 「はい」と回答した者/全回答者数×100で算出。 「1～3歳児」の数値は、1歳6か月児、3歳児健診時の結果(88.0% 87.9%)の数値を単純平均した(同じ重みとした加重平均となる。 細かい小数を用いて平均を計算しており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない)。
	④備考

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-11 休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1歳6か月児 86.6%	100%	1歳6か月児 87.8%	1歳6か月児 84.2%	1歳6か月児 87.0%	変わらない
3歳児 88.8%		3歳児 89.9%	3歳児 85.3%	3歳児 88.2%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	年次により上下しているが、概ね横ばいである。				
分析	休日・夜間に対応できる小児救急医療機関の数が減少し、そのために伸び悩んでいる可能性がある。				
評価	策定時と比較して概ね横ばいである。				
調査・分析上の課題	実質的に受診可能な範囲内に、休日・夜間の小児救急医療機関が存在するかということと、存在する場合にそのことが診療圏内の親に広く周知されているかという2つの要素が総合された指標であると考えられる。				
残された課題	休日・夜間の小児救急医療機関が存在しない地域について、その確保を行うことが非常に重要な課題である。確保されている場合には、その効果的な周知が必要である。				
最終評価のデータ算出方法	①調査名	【平成25年度 山縣班調査】親と子の健康度調査			
	②設問	(1歳6か月児用 問30、3歳児用 問31) 休日や夜間にお子さんが急病の時、診察してもらえる医療機関を知っていますか。 1. 知っている 2. 知らない			
	③算出方法	「知っている」と回答した者/全回答者数×100」で算出			
	④備考				

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-12 事故防止対策を実施している家庭の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1歳6か月児 79.1%	100%	1歳6か月児 80.5%	1歳6か月児 81.0%	1歳6か月児 81.5%	改善した (目標に達していない が改善した)
3歳児 72.8%		3歳児 74.7%	3歳児 78.1%	3歳児 79.5%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度厚生科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成21年度厚生科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成25年度厚生科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	平成13年、平成17、平成21年、平成25年と、少しずつ改善している。				
分析	策定時と比較して増減の大きかった項目は、以下の通りである。大きく改善した項目:ピーナッツやあめ玉などを子どもの手の届くところに置かない(3歳 53.0%→77.4%)、浴槽に水を貯めておかない(1歳6か月 64.3%→73.5%、3歳 59.9%→69.7%)。ストーブ等の安全策については、平成13年から平成17年に大きく改善したが、その後悪化していた。平成17年に改善した理由として、平成13年調査が冬に行われたのに対し、平成17年調査は夏に行われたことも影響していると考えられる。また、1歳6か月児の質問文の表現が、平成21年調査で3歳児調査と統一し若干の変更を行った影響もあると考えられる。安全対策の実施率が低い項目としては、階段の転落防止用の柵(1歳6か月 57.5%)などであった。第1回中間評価時に実施率が50%以下の項目が数項目あったが、今回は項目を10項目に絞る中で質問項目が廃止されたため、実施率50%以下の項目は無かった。				
評価	改善傾向が続いているが、目標達成は難しい。				
調査・分析上の課題	親による自記式調査であるため、実際に回答通り行われているか、また十分に問題のない方法で予防対策が行われているかについては、問題のある例も多いと考えられる。策定時及び第1回中間評価までは、各年齢における20項目の注意点全てを実施している割合を指標としていたが、非常に低い数値となっていた。そこで、特に重要な10項目に絞り、各項目の実施率の平均値を指標として用いるように、今回、改訂を行った。策定時及び第1回中間評価値については、新しい指標で再計算を行った。				
残された課題	引き続き、健診や両親学級等の場で親に対して事故防止対策を普及するとともに、チャイルドシートの正しい使用の徹底を図るための保護者に対する効果的な広報啓発活動の推進、浴室のドア等に関する問題については、住宅の管理者や製造者に対しての普及に向けた働きかけ等が必要である。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(1歳6か月児用、3歳児用)
	②設問	下記の通り、1歳6か月児および3歳児の、下表の設問項目それぞれについて、「1.はい 2.いいえ (設問によって、3.該当しない)」のうちから択一で回答。
	③算出方法	設問毎に、「「はい」と回答した者の数/{全回答者数-(「該当しない」と回答した者数+無回答者数)}×100」を算出し、10項目の実施割合の平均を算出。なお、「逆項目」は、「いいえ」と回答した者の数を使用。
	④備考	

評価データに関する詳細事項

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

出典：下記研究班報告書等

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

平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)

平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)

「逆項目」は、「いいえ」の割合を記載。

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-13 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
31.3%	100%	32.0%	36.2%	38.2%	改善した (目標に達していないが 改善した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度厚生科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成21年度厚生科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成25年度厚生科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	平成13年、平成17、平成21年、平成25年と若干の改善傾向が見られる。 ※平成13(2001)年度は、和歌山県、熊本県、岩手県、広島県、兵庫県、石川県、東京都の1都6県の1歳6か月児健診受診者3,414人の結果。				
分析	ユニットバスの普及により、当初からドアにチャイルドロックが装備されていない場合、日曜大工等で親自身がチャイルドロックを後から設置することはなかなか困難である。特に、賃貸住宅の場合には問題が大きい。また、高齢者向けの引き戸の場合、ロックが子どもの手の届く場所にある場合が多い。				
評価	若干ではあるが、改善傾向と考えられる。				
調査・分析上の課題	風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないようにする工夫の具体的内容などについての調査、分析も有用であろう。				
残された課題	親個人の努力では限界のある課題である。賃貸住宅におけるチャイルドロック設置の理解促進と推奨、ユニットバスメーカーには製造する全ての製品にチャイルドロックを装備することを義務づけるなどの方策も検討の余地があろう。				

最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(1歳6か月児用)
	②設問	問41-5) 浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないような工夫がしてありますか。 1. はい 2. いいえ 3. 該当しない
	③算出方法	「「はい」と回答した者の数/(全回答者-「該当しない」と回答した者)×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-14 心肺蘇生法を知っている親の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1歳6か月児 19.8%	100%	1歳6か月児 15.3%	1歳6か月児 17.0%	1歳6か月児 20.6%	改善した (目標に達していないが 改善した)
3歳児 21.3%		3歳児 16.2%	3歳児 18.3%	3歳児 20.5%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	平成25年度 厚労科研「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	平成25年は、平成13年と概ね同程度であるが、平成17年以降は改善傾向である。				
分析	平成13年のベースライン調査は地域を限定した調査であり、平成17年度の第1回中間評価以降は全国から抽出された調査であることから、ベースライン調査と、第1回中間評価以降は単純に比較できない。				
評価	平成17年以降の推移について評価を行うと、改善したと言うことができるが、目標と大きく乖離している。				
調査・分析上の課題	どの程度まで知っていれば心肺蘇生法を知っていると言えるのかについては、人によって受け止め方が異なると思われる。また、知識として知っているレベルと、人形などを使用して概ね正しく行えるレベル、さらに、実際に自分の子どもに心肺蘇生法が必要な状況となった時に、動転していても実施できるレベルなど、様々な段階があると考えられる。				
残された課題	都道府県や日本赤十字社、消防が行う心肺蘇生法(AEDも含む)講習会、両親教室、乳幼児健診、運転免許証の更新等、あらゆる機会を通じて、心肺蘇生法の普及を行う必要がある。				

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

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-15 乳児期に寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせている親の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
3.5% (1歳6か月健診時におけるその時点での状況は4.0%、3歳児健診時に調査した1歳までの状況は3.5%)	なくす	1.2% 3.3% 2.4% (それぞれ、3,4か月、1歳6か月健診時におけるその時点での状況、および3歳児健診時に調査した1歳までの状況)	0.7% 2.5% 1.3% (それぞれ、3,4か月、1歳6か月健診時におけるその時点での状況、および3歳児健診時に調査した1歳までの状況)	0.7% 2.4% 1.3% (それぞれ、3,4か月、1歳6か月健診時におけるその時点での状況、および3歳児健診時に調査した1歳までの状況)	改善した (目標には達していないが改善した)
ベースライン調査等		調査	調査		
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太朗班)	平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太朗班)	平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太朗班)	
データ分析					
結果	達成には至っていないが、策定時と比較して改善している。				
分析	就寝中、常にうつぶせ寝にならないようにしなければならぬと考え、過度に神経質になる例も見られることから、指標名について、第2回中間評価までの「乳児期にうつぶせ寝をさせている親の割合」から、最終評価では「乳児期に寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせている親の割合」に変更をした。 策定時のデータ集計方法と異なるため、第1回中間評価との比較で評価を行った。平成21年度までは順調に下がっていたが、その後平成25年度は下げ止まった。少数ながら、現在も寝かせ始める時にうつぶせ寝をさせ続けている例について、その理由等の調査が必要であろう。				
評価	長期的には改善傾向である。				
調査・分析上の課題	質問文上は、親が意識的に寝かせ始める時にどのような姿勢をさせているかを問うているが、寝かせた後に、子どもが自分で寝返りをしてそのような寝方になってしまう例も含まれていると考えられる。				

残された課題	一時よりもSIDSについての社会の関心が低下しているため、引き続き乳児の安全な睡眠に関して普及させる必要がある。
最終評価の データ算出方法	①調査名 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査
	②設問 (3,4か月児用 問35、1歳6か月児用 問28、3歳児用 問32) お子さんを寝かせ始める時は、どのように寝かせていますか。 1. あおむけ寝 2. うつぶせ寝 3. 決めていない 4. その他()
	③算出方法 「「うつぶせ寝」と回答した者の数/全回答者数×100」で算出。
	④備考

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-16 6か月までにBCG接種を終了している者の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1歳までに接種した者の割合 86.6%	95%を維持			1歳までに接種した者の割合 99.1%	改善した (目標を達成した)
		1歳までに接種した者の割合 92.3%	6か月までに接種した者の割合 96.0% 1歳までに接種した者の割合 99.0%	6か月までに接種した者の割合 94.7% 1歳までに接種した者の割合 98.5%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度幼児健康度調査 (日本小児保健協会)				上段:平成22年度幼児健康度調査 (平成22年度厚労科研「幼児健康度 に関する継続的比較研究」(衛藤 隆))	
		下段:平成17年度厚労科研「健やか 親子21の推進のための情報システ ム構築と各種情報の利活用に関す る研究」(山縣然太郎班)	下段:平成21年度厚労科研「健やか 親子21を推進するための母子保健 情報の利活用に関する研究」(山縣 然太郎班)	下段:平成25年度厚労科研「健やか 親子21」の最終評価・課題分析 及び次期国民健康運動の推進に関 する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	接種時期について、「1歳まで」から「6か月まで」に制度改正されたため、第2回中間評価以降、目標指標の変更が行われた。6か月までに接種を終了している者の割合は第2回中間評価において目標達成した。なお、平成25年4月から再度、「1歳まで」に接種する制度改正が行われている。				
分析	第1回中間評価前には、「子ども予防接種週間」(日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省主催 健やか親子21推進協議会講演)等のキャンペーンや、小児科・産科等関係団体による普及啓発に関する取組が活発に行われて成果を上げたと考えられる。				
評価	目標値に達した。これらの取組が継続されることが重要である。なお未接種であることの原因として、内服薬や疾患等の医学的理由等で未接種である児がいることも考慮する必要がある。				

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

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【住民自らの行動の指標】					
3-17 1歳6か月までに三種混合・麻しんの予防接種を終了している者の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
三種混合 87.5% 麻しん 70.4%	95%			三種混合 95.3% 麻しん 89.3%	三種混合:改善した (目標に達していないが改善した) 麻しん:改善した (目標に達していないが改善した)
		三種混合 85.7% 麻しん 85.4%	三種混合 92.7% 麻しん 86.3%	三種混合 94.7% 麻しん 87.1%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
上段:平成12年度幼児健康度調査 (日本小児保健協会)				上段:平成22年度幼児健康度調査 (平成22年度厚労科研「幼児健康度に関する継続的比較研究」(衛藤隆))	
		下段:平成17年度厚労科研「健やか親子21の推進のための情報システム構築と各種情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成21年度厚労科研「健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究」(山縣然太郎班)	下段:平成25年度厚労科研「「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」(山縣然太郎班)	
データ分析					
結果	平成17年以降、着実に改善してきている。				
分析	「子ども予防接種週間」(日本医師会、日本小児科医会、厚生労働省主催、健やか親子21推進協議会後援)といったキャンペーンや小児科・産科等関係団体による普及啓発に関する取組が、予防接種率向上に寄与するところは大きいと考えられる。				
評価	目標値には達しなかったが、目標に近い数字となっている。なお未接種であることの理由として、内服薬や疾患等の医学的理由等で未接種である児がいることも考慮する必要がある。				
調査・分析上の課題	親の記憶に基づく調査データであるため、思い違い等により不正確な回答が含まれている可能性がある。				

残された課題	市町村により、情報通信技術の活用なども行いながら、未接種者の把握やその者に対する個別の接種勧奨が必要である。忙しい親でも、予防接種を受けやすくする実施方法の工夫が必要である。信念を持って予防接種を受けさせない親について、どのような経緯でそのような信念を持つようになったのかなどについてインタビュー等の質的調査を行い、一定割合が該当すると考えられる理由が有れば数量的調査を行い、それらに対応した効果的な対策を行うことが必要である。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	【平成22年度幼児健康度調査】 【平成25年度山縣班調査】親と子の健康度調査(1歳6か月児用)
	②設問	【平成22年度幼児健康度調査】 Q18 お子さんがこれまでに1回でも接種したことのある予防接種に○をつけてください。(複数選択) 1 ポリオ生ワクチン 2 BCG 3 DPT3種混合ワクチン 4 麻しん(はしか) 5 風しん(三日はしか) 6 MR混合ワクチン(麻しん・風しん) 7 日本脳炎 8 流行性耳下腺炎 9 水痘(みずぼうそう) 10 インフルエンザ(新型インフルエンザ) 11 Hib(ヒブ、インフルエンザ菌)ワクチン 12 肺炎球菌ワクチン 13 その他() 14 予防接種をしたことはない 【平成25年度山縣班調査】 問36 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)の予防接種(I期初回3回)を済ませましたか。 1.はい 2.いいえ I期初回3回が済んだのはいつですか。 1.1歳まで 2.1歳～1歳6か月まで 3.1歳6か月以降 問37 麻疹(はしか)の予防接種を済ませましたか。(麻しん風しん混合ワクチンも含む) 1.1歳過ぎてから接種した 2.0歳の時にのみ接種した 3.いいえ 接種したのはいつですか。 1.1歳～1歳3か月まで 2.1歳3か月～1歳6か月まで 3.1歳6か月以降
	③算出方法	【平成22年度幼児健康度調査】1歳6か月児の調査への回答結果について、その年齢の全回答者に対する割合を用いた。麻しんについては、「麻しんもしくはMR混合ワクチンを接種」の結果を用いた。 【平成25年度山縣班調査】 三種混合:「(「1歳まで」または「1歳～1歳6か月まで」と回答した者の人数)/無回答者を除外した回答者数×100」で算出。 麻しん:「(「1歳～1歳3か月まで」または「1歳3か月～1歳6か月まで」と回答した者の人数)/無回答者を除外した回答者数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-18 初期、二次、三次の小児救急医療体制が整備されている都道府県の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
初期 70.2% 二次 12.8% 三次 100%	100%	初期 47.5% (政令市・特別区89.3%、市町村46.1%) 二次 100%(都道府県単位の回答) 二次 54.7%(221/404地区)* ¹ * 分母は小児救急医療圏数 三次 100%	初期 55.3% (政令市・特別区92.9%、市町村53.4%) 二次 100%(都道府県単位の回答) 二次 74.2%(270/364地区)* ¹ * 分母は小児救急医療圏数 三次 100%	初期 60.2% (政令市・特別区89.9%、市町村58.6%) 二次 100%(都道府県単位の回答) 二次 77.1%(276/358地区)* ¹ * 分母は小児救急医療圏数 三次 100%	改善した (目標には達していないが改善した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状等の評価に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度母子保健課調べ及び平成16年度医政局指導課調べ	平成21年度母子保健課調べ及び平成21年度医政局指導課調べ	平成25年度母子保健課調べ及び平成23年度医政局指導課調べ	
データ分析					
結果	二次、三次の小児救急医療体制整備には100%の都道府県が取り組んでいる。小児救急医療圏のうち、二次小児救急医療体制が整備されている割合は、平成17年度以降着実に向上している。初期小児救急医療体制整備については、平成17年度、21年度、25年度と改善してきている。				
分析	ベースライン調査と第1回中間評価以降は、調査方法が異なるため一律には比較できない。また、調査項目は、整備されている割合ではなく、整備に取り組んでいる自治体の割合である点に注意が必要である。*1の数値については、小児救急医療圏単位での実際に整備されている割合である。 近年、小児救急医療体制整備の必要性に関する認識が高まっており、全体としては改善傾向にあると考えられる。ただし、特に市町村単位での初期救急医療体制では、整備が不十分な地域が多数残されていると考えられる。				
評価	都道府県単位に見た場合には、整備がかなり進んでいる状況である。一方で、市町村単位の初期救急医療体制などは、目標まで遠いと考えられる。小児の二次救急医療体制については、集約化した拠点で医療を提供することを目指す場合には、小児救急医療圏単位で100%を目指していく。				

調査・分析上の課題		現行の調査では夜間・休日の小児救急医療機関を小児救急医療圏単位での配置率という形で評価しているが、その質的な評価は本調査のみでは困難である。
残された課題		初期・二次いずれも小児救急医療圏毎に整備状況を評価することが必要である。さらに今後は、小児科以外の各診療科との連携を含む地域全体での体制整備の評価や、受け入れ患者数等の診療実績等を指標とする評価についても検討していく必要がある。
最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用等・児童家庭局母子保健課調べ 「「健やか親子21」の推進状況に関する実態調査票」
	②設問	「健やか親子21」や「子ども・子育て応援プラン」等に盛り込まれた個別の施策に関する平成24年度の取り組み状況についてお尋ねします。 (都道府県用 問4) 「小児保健医療水準を維持・向上」の「小児の二次救急体制の整備」について (1.取り組んでいる、2.取り組んでいない) (政令市・特別区用 問4、市区町村用 問4) 「小児保健医療水準を維持・向上」の「小児の初期救急体制(在宅当番医、休日夜間急患センター)の整備」について (1.取り組んでいる、2.取り組んでいない)
	③算出方法	「「取り組んでいる」と回答した自治体/有効回答の自治体数×100」で算出。
	④備考	

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-19 事故防止対策を実施している市町村の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
3.4か月児健診 32.6% 1歳6か月児健診 28.6%	100%	3.4か月児健診 政令市・特別区62.3%・市町村44.0%	3.4か月児健診 政令市・特別区67.6%・市町村45.7%	3.4か月児健診 政令市・特別区68.5%・市町村45.0%	改善した (目標に達していない が改善した)
		1歳6か月児健診 政令市・特別区54.5%・市町村37.2%	1歳6か月児健診 政令市・特別区53.7%・市町村41.1%	1歳6か月児健診 政令市・特別区51.2%・市町村39.9%	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「子どもの事故防止と市町村への事故対策支援に関する研究」(田中哲郎班)		平成17年度 母子保健課調べ	平成21年度 母子保健課調べ	平成25年度 母子保健課調べ	
データ分析					
結果	3.4か月児健診時、1歳6か月児健診時ともに、策定時と比較して、第1回中間評価時に大幅に改善し、その後は小幅な変動となっている。なお、パネル展示やパンフレット配布等を含めた何らかの対策の実施状況については、90%前後で推移しており、ほとんど変わらない。				
分析	策定時から第1回中間評価時に大幅に改善したことは、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。しかしながら、その後は小幅な変動となっている。目標値の100%までは遠く、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。第1回中間評価の値について、策定時等の算定方法に合わせて再計算を行ったため変更となっている。				
評価	目標に向けて改善している。				

調査・分析上の課題	事故防止対策を実施しているか、ある意味で回答者の主観に頼った形で、各市町村への自記式調査で把握した数字であるため、そのことを考慮して結果を解釈する必要がある。	
残された課題	引き続き、各市町村に対して、事故防止対策の重要性を普及するとともに、実施に当たっての技術的支援を充実させる必要がある。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用等・児童家庭局母子保健課調べ 「「健やか親子21」の推進状況に関する実態調査票」
	②設問	乳幼児健康診査の際に事故防止対策事業を実施していますか。該当する欄に○をつけてください(いくつ○をつけても結構です)。(3,4か月児健診時、1歳6か月健診時について、それぞれ回答。) 1.会場にパネル等を展示したり、待ち時間にビデオを流している、 2.パンフレット等を配布している 3.事故防止のための安全チェックリストを使用している 4.教材等を用いて個別指導を行っている 5.内容を統一して集団指導をしている、 6.特に内容を統一せず集団指導をしている 7.その他 8.特に取り組みはしていない
	③算出方法	(選択肢3～7のいずれかの実施内容に○がついている市町村)/(回収市町村－無回答市町村)×100で算出。
	④備考	

選択肢3～7の実施割合(パネル展示、パンフレット配布等は含まない)											
		平成13 年度	平成17年度			平成21年度			平成25年度		
			政令市	市町村	計	政令市	市町村	計	政令市	市町村	計
3・4か月児 健診	項目3～7	738	48	1006	1054	46	695	741	50	646	696
	無回答	30	0	28	28	17	185	202	20	211	231
	回収数	2251	77	2312	2389	85	1705	1790	93	1645	1738
	実施割合	33.2%	62.3%	44.0%	44.6%	67.6%	45.7%	46.7%	68.5%	45.0%	46.2%
1歳6か月児 健診	項目3～7	649	42	856	898	44	621	741	44	585	629
	無回答	30	0	13	13	3	193	202	7	180	187
	回収数	2251	77	2312	2389	85	1705	1790	93	1645	1738
	実施割合	29.2%	54.5%	37.2%	37.8%	53.7%	41.1%	46.7%	51.2%	39.9%	40.6%

選択肢1～7の実施割合(パネル展示、パンフレット配布等を含む)											
		平成13 年度	平成17年度			平成21年度			平成25年度		
			政令市	市町村	計	政令市	市町村	計	政令市	市町村	計
3・4か月児 健診	実施無し	205	5	206	211	7	142	149	4	146	150
	無回答	30	10	212	222	17	185	202	20	211	231
	回収数	2251	77	2312	2389	85	1705	1790	93	1645	1738
	実施割合	90.8%	92.5%	90.2%	90.3%	89.7%	90.7%	90.6%	94.5%	89.8%	90.0%
1歳6か月児 健診	実施無し	195	4	240	244	4	167	171	3	166	169
	無回答	30	5	208	213	3	193	196	7	180	187
	回収数	2251	77	2312	2389	85	1705	1790	93	1645	1738
	実施割合	91.2%	94.4%	88.6%	88.8%	95.1%	89.0%	89.3%	96.5%	88.7%	89.1%

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題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 小児人口に対する小児科医・新生児科医師・児童精神科医師の数					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
(全て、小児人口10万対)		(全て、小児人口10万対)	(全て、小児人口10万対)	(全て、小児人口10万対)	改善した (目標を達成した)
小児科医 77.1		小児科医 83.5	小児科医 89.5	小児科医 95.1	
(参考値)		(参考値)			
新生児科医師 (3.9)		新生児科医師 (6.5)	新生児科医師 4.3	新生児科医師 7.0	
児童精神科医師 6.6		児童精神科医師 8.1	児童精神科医師 10.7	児童精神科医師 11.9	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
【小児科医】平成12年「医師・ 歯科医師・薬剤師調査」	増加傾向へ	【小児科医】平成16年「医師・歯科医 師・薬剤師調査」	【小児科医】平成20年「医師・歯科医 師・薬剤師調査」	【小児科医】平成22年「医師・歯科医 師・薬剤師調査」	
(参考値) 【新生児科医師】平成13年度厚生科研「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)		(参考値) 【新生児科医師】平成17年度母子保健 課調べ(新生児科医師数)	【新生児科医師】平成20年度母子保健 課調べ(新生児科医師数)	【新生児科医師】平成24年度医政局指 導課調べ(新生児科医師数)	
【児童精神科医】平成13年日本児童青年精 神医学会医師会員(日本児童青年精神医学 会医師会員)		【児童精神科医師】平成16年日本児童 青年精神医学会調べ(平成16年4月1 日時点)(日本児童青年精神医学会医 師会員)	【児童精神科医師】平成21年日本児童 青年精神医学会調べ(平成21年4月1 日時点)(日本児童青年精神医学会医 師会員)	【児童精神科医師】平成25年日本児童 青年精神医学会調べ(平成25年4月1 日時点)(日本児童青年精神医学会医 師会員)	
※小児人口(0~14歳) 平成12年:18,352,000人 平成13年:18,128,000人		※小児人口(0~14歳) 平成16年:17,583,000人 平成17年:17,348,000人	※小児人口(0~14歳) 平成20年:17,018,000人 平成21年:16,864,000人	※小児人口(0~14歳) 平成22年:16,689,000人 平成24年:16,401,000人 平成25年:16,248,000人	
データ分析					
結果	小児人口10万対の小児科医師数等は着実に増加しており、目標を達成している。				

分析	<p>小児人口当たりの小児科医師数の総数は増加しているが、病院での過酷な勤務に疲弊して開業する小児科医師も多いと考えられ、病院勤務の小児科医師の推移も検討する必要がある。また、卒業後数年以内の若い年齢層での小児科医師数の推移についても検討する必要がある。</p> <p>小児人口あたりの新生児科医師の数は増加している。ただし、勤務形態を十分に評価した調査となっていない面もあるため、評価値の解釈には留意が必要である。</p> <p>小児人口当たりの児童精神科医師の数も着実に増加しており、この分野に興味を持ちしっかりと対応しようとしている医師が増加していると考えられる。</p>	
評価	小児人口当たりの小児科医師数は増加しているが、小児科医師確保の課題は依然として大きいと考えられる。	
調査・分析上の課題	<p>小児科医師数については、策定時と直近値は同一の調査方法であり、正確な統計であると考えられる。</p> <p>新生児科医師数については、策定時から統一した調査方法による把握が困難であったため、第2回中間評価と最終評価における専任医師数を評価した。なお、新生児科の医師については、一般小児科を兼ねているなど、施設ごとに多様な勤務形態があることなども考えられ、実態と配置状況には乖離が生じる可能性もある。そのため、評価対象となる医師の定義を明確に定めるか、学会による会員数や専門医師数等、多様な視点からの評価方法を検討する必要がある。</p> <p>また、児童精神科医師（児童精神医学分野に取り組んでいる小児科医師もしくは精神科医師）については、第2回中間評価で使用した定義は、実際に臨床に携わる児童精神科医師の一部のみを把握した数字であると考えられたため、今回、定義を変更して評価を行った。なお、小児人口が減少しているため、小児科医師数の増加以上に、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、数だけではなく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。</p>	
残された課題	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。また、地域的な偏在があるため、特にこれらの医師が不足している地域における対策が重要である。さらに、小児科等は女性医師の割合が多いことから、より一層女性医師が働きやすい環境整備等も重要である。	
最終評価の データ算出方法	①調査名	<p>【小児科医】平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査（小児科医数）</p> <p>【新生児科医師】平成24年度医政局指導課調べ（新生児科専任医師数）</p> <p>【児童精神科医師】平成25年日本児童青年精神医学会調べ＜平成25年4月1日時点＞ （日本児童青年精神医学会医師会員数）</p> <p>【小児人口】平成22年、24年及び25年人口動態調査（平成24年及び25年人口は年次推移の外挿により推計）</p>
	②設問	<p>【小児科医】統計表10（医療施設従事医師数、施設の種別・性・診療科名（主たる）別）において、調査年の12月31日現在における従事する診療科名等（主たる診療科）として小児科を選択した男女総数。</p> <p>【新生児科医師】総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターにおいて、新生児部門を担当する専任医師数</p> <p>【児童精神科医師】日本児童青年精神医学会加入者のうち医師会員数</p> <p>【小児人口】平成22年及び25年人口動態調査付表5歳階級・男女別人口（日本人人口）のうち、0～4歳、5～9歳、10～14歳の総数</p>
	③算出方法	それぞれの医師数を小児人口10万あたりで除した。
	④備考	

(別紙)

小児科医	平成12(2000)年	平成16(2004)年	平成20(2008)年	平成22(2010)年
小児科医師数	14,156	14,677	15,236	15,870
0~14歳人口(千人)	18,352	17,583	17,018	16,689
小児科医数(小児人口10万対)	77.1	83.5	89.5	95.1
新生児科医師	平成12(2000)年	平成17(2005)年	平成20(2008)年 ^{※1}	平成24(2012)年 ^{※1}
専任医師		(1,133)	731	1,155
新生児科医師(総数)			(964)	(1565)
0~14歳人口(千人)		17,438	17,018	16,401(推計値)
小児科医数(小児人口10万対)	(3.9)	(6.5)	4.3	7.0
児童精神科医師	平成13(2001)年	平成16(2004)年	平成20(2008)年	平成25(2013)年
日本児童青年精神医学会一般会員数 ^{※2}	(2,358)	(2,732)	(3,367)	(3,412)
うち、医師会員	1,201	1,416	1,807	1,929
日本児童青年精神医学会認定医師 ^{※2}	-	(106)	(153)	(206)
0~14歳人口(千人)	18,128	17,583	16,864	16,248(推計値)
小児科医数(小児人口10万対)	6.6	8.1	10.7	11.9

():参考値

※1 新生児科医師は、明確な規定がなく現在通称として用いられていることから、本指標では、新生児医療を担当する専任医師数を最終評価として用いることとした。なお、平成17年調査では、小児医療・周産期医療機関を対象に、常勤・非常勤を分けて専任医師数を把握しているが、平成20年及び平成24年調査では、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを対象に調査を行い、調査対象及び調査項目が平成17年調査と一致していないため、参考値とした。

※2 策定時及び第1回中間評価時において評価していた一般会員数や認定医師については、最終評価では参考値とした。

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-21 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
院内学級 30.1%	100%	院内学級 28.8%(374/1299)	院内学級 31.0%(312/1005)	院内学級 37.8% (306/810)	院内学級:改善した (目標に達していないが改善した) 遊戯室:改善した (目標に達していないが改善した)
遊戯室 68.6%		遊戯室 46.1%(561/1218)	遊戯室 41.2%(380/922)	遊戯室 43.3% (285/658)	
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度(社)日本病院会調べ (回答数:444病院)		平成17年度母子保健課調べ	平成21年度母子保健課調べ	平成25年度母子保健課調べ	
データ分析					
結果	平成17年と比較して、平成21年、平成25年と、割合が増加しているが、小児病棟を持つ病院数が減っている影響も大きく、院内学級の実数の増加はわずかであり、遊戯室の実数は減少している。				
分析	平成13年度のベースライン調査と、第1回中間評価以降と、調査対象病院の範囲が異なるため、単純な比較ができない。そこで、第1回中間評価以降の推移により評価を行うこととした。				
評価	数値が上下しており一定しない。また目標の100%には遠い。				
調査・分析上の課題	特にベースライン調査においては、比較的小児医療環境に関心のある医療機関に偏って回答している可能性もある。可能であれば、今後、病院規模や病院機能毎に分析を行うことが好ましい。				

残された課題	大幅に改善させるためには、財政的な裏付けや、教育・療育機関を含む関係機関への働きかけが必要であろう。
最終評価の データ算出方法	①調査名 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ 「「健やか親子21」の推進状況に関する実態調査票」
	②設問 「健やか親子21」や「子ども・子育て応援プラン」等に盛り込まれた個別の施策に関する平成24年度の実施状況についてお尋ねします。(都道府県用、政令市・特別区用) ・小児病棟を持つ病院における院内学級(養護学校の分室を含む)の設置数 (設置箇所数/小児病棟を持つ病院) ・小児病棟を持つ病院における遊戯室(プレイルーム)設置数 (設置箇所数/小児病棟を持つ病院) ※NICU、新生児病棟は小児病棟に含まない。ただし、政令市・特別区の情報は加えないください。
	③算出方法 小児病棟を持つ病院における院内学級(養護学校の分室を含む)の設置数;「設置箇所数/小児病棟を持つ病院数×100」で算出。 小児病棟を持つ病院における遊戯室(プレイルーム)設置数;「設置箇所数/小児病棟を持つ病院数×100」で算出。
	④備考

「健やか親子21」における目標に対する最終評価・分析シート

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備					
【行政・関係機関等の取組の指標】					
3-22 患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスを整備している政令市・特別区及び市町村の割合					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
16.7%	100%	14.1% (337/2389) (政令市・特別区 39.0% (30/77)) (市町村 13.3%(307/2312))	17.3%(309/1790) (政令市・特別区 32.9% (28/85)) (市町村 16.5%(281/1705))	22.6% (393/1738) (政令市・特別区 37.6% (35/93)) (市町村 21.8%(358/1645))	改善した (目標に達していいないが改善した)
ベースライン調査等		調査	調査	調査	
平成13年度厚生科研「地域における新しいヘルスコンサルティングシステムの構築に関する研究」(山縣然太郎班)		平成17年度 母子保健課調べ	平成21年度 母子保健課調べ	平成25年度 母子保健課調べ	
データ分析					
結果	平成17年、平成21年、平成25年と改善している。				
分析	<p>指標名について、第2回中間評価までは「慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が整備されている市町村の割合」としていたが、第2回中間評価において、「在宅医療の支援体制」の定義が明確ではないことから、指標の内容をより具体的にするために指標の名称が変更された。</p> <p>高齢者関係の事業を始め、市町村の保健事業が年々増加する中で、慢性疾患児等の在宅医療の支援に市町村が十分に参与できていない例が多いと考えられる。一方で、市町村合併の急速な進展により、市町村規模の拡大傾向があるため、従来より、高度で専門的な事業を行いやすい環境になってきている。</p> <p>策定時は、第1回中間評価以降と調査方法が異なるため、この間の推移については単純な比較ができない。</p>				
評価	改善傾向であるが、目標値までは遠い。				
調査・分析上の課題	具体的には、どのような体制が整っていれば「患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスを整備している」と言えるのかについて、不明確である。市町村の回答者によって様々な考え方が回答に影響していると考えられる。				

残された課題	<p>患児に看護サービスを提供する訪問看護ステーションや、患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスの整備については、都道府県保健所による積極的な対策が必要であると考えられる。</p>	
最終評価の データ算出方法	①調査名	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調べ 「「健やか親子21」の推進状況に関する実態調査票」
	②設問	<p>「健やか親子21」や「子ども・子育て応援プラン」等に盛り込まれた個別の施策に関する平成24年度の取り組み状況についてお尋ねします。</p> <p>「小児保健医療水準を維持・向上」のうち「慢性疾患児等の在宅医療の支援体制の整備」について</p> <p>1. 取り組んでいる 2. 取り組んでいない</p>
	③算出方法	「「取り組んでいる」と回答した自治体数/回答があった全自治体数×100」で算出。
	④備考	