

②地方公共団体の取組状況について

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

本調査においては、「健やか親子21」の取組だけではなく、「子ども・子育て応援プラン」に関する施策の実施状況や、次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画における母子保健分野の計画との関連についても調査した。

4 中間評価の結果

(1) 指標の評価及び重点事項について

①指標の達成状況

61の指標のうち、暫定直近値が出ている59の指標について、その達成状況を見てみると、全体的には42(71.2%)の指標が目標に向けて良くなっていた。

一方で、悪くなっている指標が13(22.0%)、目標値が現状値とかけ離れている指標が4(6.8%)あり、対策の推進、指標の見直しの対象となった。(表1)

表1 指標の達成状況

	総数	課題1	課題2	課題3	課題4
良くなっている指標	42 (71.2%)	7	9	14	12
悪くなっている又は変わらない指標	13 (22.0%)	4	1	6	2
かけ離れている指標	4 (6.8%)	0	1	1	2

また、保健水準の指標、住民自らの行動の指標、行政・関係団体等の取組の指標別では、目標に向けて良くなっている指標の割合はそれぞれ、保健水準の指標が66.7%、住民自らの行動の指標が70.0%、行政・関係団体等の取組の指標が76.2%であった。行政や住民の取組の反映として保健水準の指標の改善が期待されることを考慮すると、順調な経過であるといえる反面、さらに、住民の行動変容の促進を図るために、行政・関係団体等の取組を推進し、保健水準の改善を目指す必要がある。(図1, 2)

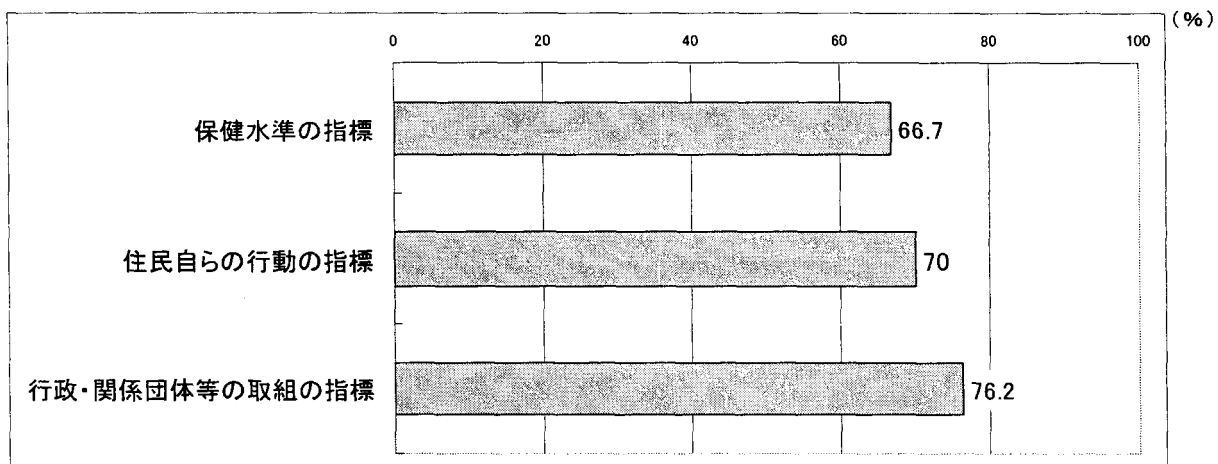


図1 保健水準の指標、住民自らの指標、行政・関係団体等の取組の指標別に見た達成状況

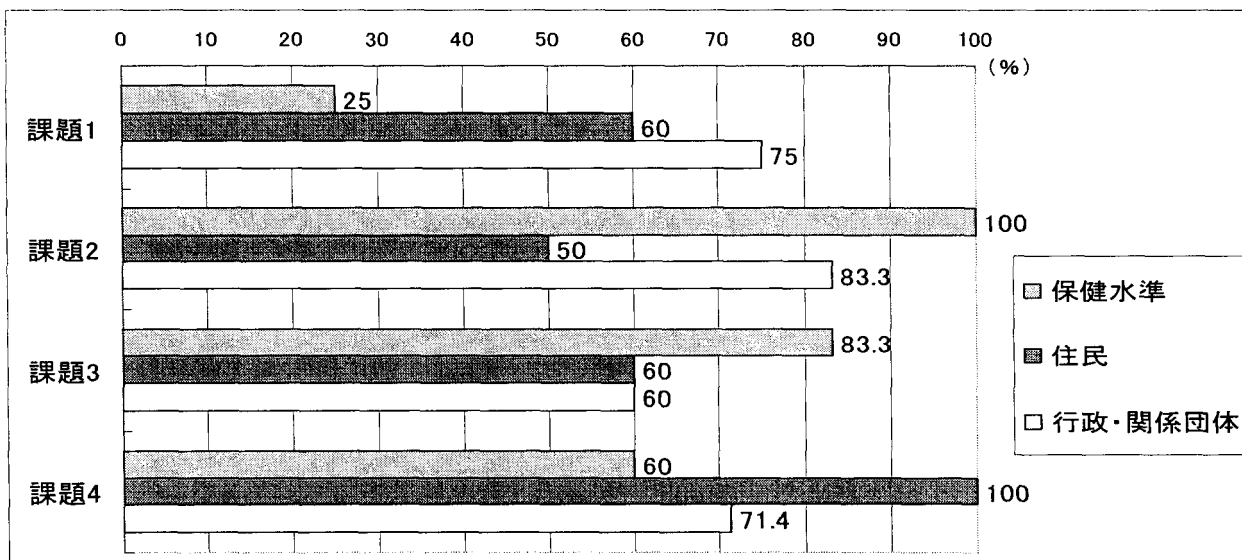


図2 課題別に見た指標の改善状況

②課題別の指標の評価及び今後の重点目標について

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

表2 「課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」の指標の暫定直近値と評価

指標	策定時の現状値	暫定直近値	評価	目標
【保健水準の指標】				
1-1 十代の自殺率	5～9歳 — 10～14歳 1.1(男1.7 女0.5) 15～19歳 6.4(男8.8 女3.8)	5～9歳 0.0 10～14歳 0.8(男0.9 女0.8) 15～19歳 7.5(男9.1 女5.7)	↓	減少傾向
1-2 十代の人工妊娠中絶実施率	12.1	10.5	↑	減少傾向
1-3 十代の性感染症罹患率	性器クラミジア感染症 男子 196.0 女子 968.0 淋菌感染症 男子 145.2 女子 132.2 (有症感染率 15～19歳) ①性器クラミジア 5,697件 (6.35) ②淋菌感染症 1,668件(1.86) ③尖圭コンジローマ 657件 (0.73) ④性器ヘルペス 475件(0.53) (20歳未満、定点医療機関:897カ所)	定点報告(920カ所)による件数 ①性器クラミジア 6,198件 (6.74) ②淋菌感染症 2,189件(2.38) ③尖圭コンジローマ 746件 (0.81) ④性器ヘルペス 563件(0.61)	↓	減少傾向
1-4 15歳の女性の思春期やせ症の発生頻度	不健康やせ 中学3年 5.5% 高校3年 13.4% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 2.3%	不健康やせ 中学3年 7.6% 高校3年 16.5% 思春期やせ症 中学1年～高校3年 1.03%	↓	減少傾向
【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	急性中毒 依存症 小学6年男子 53.3% 73.1% 女子 56.2% 78.0% 中学3年男子 62.3% 82.5% 女子 69.1% 90.6%	調査中		100%

	高校3年男子 70.9% 87.1% 女子 73.0% 94.0%			
1-6 十代の喫煙率 「健康日本21」4.2未成年者の喫煙をなくす	中学1年男子 7.5% 女子 3.8% 高校3年男子 36.9%女子 15.6%	中学1年男子 3.2% 女子 2.4% 高校3年男子 21.7%女子 9.7%	↑	なくす
1-7 十代の飲酒率 「健康日本21」5.2未成年者の飲酒をなくす	中学3年男子 26.0%女子 16.9% 高校3年男子 53.1%女子 36.1%	中学3年男子 16.7%女子 14.7% 高校3年男子 38.4%女子 32.0%	↑	なくす
1-8 避妊法を正確に知っている18歳の割合	大学1~4年生 男子 26.2% 女子 28.3%	17~19歳 男子 12.5% 女子 22.7%	↓	100%
1-9 性感染症を正確に知っている高校生の割合	性器クラミジア感染症 男子 11.3% 女子 16.5% 淋菌感染症 男子 15.4% 女子 14.5%	性器クラミジア感染症 男子 48.4% 女子 55.8% 淋菌感染症 男子 19.9% 女子 20.1%	↑	100%
【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	72.2%	79.3%	↑	100%
1-11 外部機関と連携した薬物乱用防止教育等を実施している中学校、高校の割合	警察職員 麻薬取締官等 中学校 33.8% 0.1% 高等学校 32.7% 4.0%	調査中		100%
1-12 スクール・カウンセラーを配置している中学校の割合	22.5% (3学級以上の公立中学校)	46.1% (3学級以上の公立中学校)	↑	100%
1-13 思春期外来(精神保健福祉センターの窓口を含む)の数	523ヶ所	1374ヶ所 (精神保健福祉センターあるいは保健所が把握している思春期相談ができる医療機関数)	↑	増加傾向

○十代の自殺率は改善が認められない

十代の自殺率については、15~19歳の自殺率の増加傾向が見られ、特に女子においては10~14歳においても自殺率が上昇している。このため、十代の自殺に関する要因分析や支援体制等を推進し、予防に向けた対策が急務である。スクールカウンセラーを配置している中学校の割合や思春期外来(精神保健福祉センターの窓口を含む)の数の指標については、良くなってきており、今後、さらに、学校と地域が連携し、きめ細かい対策が必要である。

○思春期の不健康なやせは増加している

思春期やせ症の発生頻度に関しては、ほぼ横ばいの状況にあると分析されるが、不健康なやせの割合は増加傾向を示している。やせ願望や精神的健康度との関連についての検討が必要である。成長曲線を活用した保健指導や保護者への普及啓発などの取組が望まれる。妊産婦の健康にとっても重要な課題といえ、妊娠前から食育推進といった観点からのアプローチが必要である。

○人工妊娠中絶実施率が低下する一方、性感染症が増加している

十代の人工妊娠中絶実施率については、減少傾向となってきたが、十代の性感染症罹患率は、感染症発生動向調査における定点報告件数でみると増加傾向を示している。人工妊娠中絶率が下降し、性感染症罹患率が上昇するという若年層の性行動の裏にある要因については引き続き調査研究が必要である。さらに、人工妊娠中絶実施率は地域格差があり、その分析も必要である。

性感染症を正確に知っている高校生の割合は増加しているが、避妊法を正確に知っている 18 歳の状況は良くなっておらず、予防法についての知識や行動への働きかけが継続して必要となっている。ただし、これらの指標は、モニタリング等の調査方法が現状を適切に把握できていない可能性もあり検討が必要である。現在の調査方法では「避妊法を正確に知っている」ということを「男性用コンドームと経口避妊薬の両方について適切な避妊法であると回答」したもののについて計上している。しかし、避妊法は多数存在し、それぞれの避妊法に特徴があり、それらを把握した上で避妊法を選択することが望ましいため、現状の調査内容では、指標の本来の意味に適していない。また、性感染症については、中学の教科書に取り入れられていることから、知識の普及に関しては学校教育が貢献していると考えられる。しかし、「性感染症を正確に知っている」という指標については、現在の調査内容では「学んだことがあるかどうか」を尋ねるのみであるため、「正確に知っている」割合をモニタリングすることができない。

以上より、これらの指標については、現状のモニタリングを検討することと、一方では、行政、関係機関・団体等が連携して、今後も避妊法や性感染症を含む正しい知識の普及についての取組を推進していくことが重要である。

○十代の喫煙率、飲酒率は低下している

十代の喫煙率と飲酒率は、4年に一度のモニタリング調査が継続されており、確実に低下してきている。喫煙に関しては、平成 15 年施行された健康増進法による受動喫煙防止の観点により学校の敷地内禁煙が推進されていることや、学校における喫煙防止教育の推進などが効果をあげていると思われる。飲酒につ

いては、男子の飲酒率の低下に比較し、女子の低下は少なく、男女差が無くなってきており、社会全体での取組の推進が望まれる。また、特に女子の喫煙率や飲酒率は、課題3の妊娠中の喫煙率や飲酒率にも影響があることから、地域保健と連携した継続した取組が必要である。

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

○重点事項

- ・十代の自殺率と性感染症罹患率はこの5年間で改善が認められなかった。
- ・十代の人工妊娠中絶実施率は減少傾向にあるもののその要因は明らかではなく、地域格差もあるため、今後更なる分析が必要である。さらに、効果的な取組を推進するとともに、その効果を評価する必要がある。

課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援

表3 「課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」の指標の暫定直近値と評価

指標	策定時の現状値	暫定直近値	評価	目標
【保健水準の指標】				
2-1 妊産婦死亡率	6.6(出生10万対) 6.3(出産10万対)	4.3(出産10万対)	↑	半減
2-2 妊娠・出産について満足している者の割合	84.4%	3.4ヶ月児健診 93.3% 1歳6か月児健診 91.2% 3歳児健診 90.0%	↑	100%
2-3 産後うつ病の発生率	13.4%	12.8%	↓	減少傾向
【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	62.6%	66.2%	↑	100%
2-5 母性健康管理指導事項連絡カードを知っている妊婦の割合	6.3%	19.8%	評価 検討	100%
【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	14 都府県	29 都道府県	↓	2005年までに全都道府

				県
2-7 正常分娩急変時対応のためのガイドライン作成	なし	「助産所における分娩の適応リスト」および「正常分娩急変時のガイドライン」作成→日本助産師会頒布、会員へ周知	↑	作成
2-8 妊産婦人口に対する産婦人科医・助産師の割合	妊産婦人口 10 万対 産婦人科 842.3 助産師 1953.7	妊産婦人口 10 万対 産婦人科 898 助産師 2058.5	↑	増加傾向
2-9 不妊専門相談センターの整備	18 ヶ所	54 カ所	↑	2005 年までに全都道府県
2-10 不妊治療を受ける際に、患者が専門家によるカウンセリングが受けられる割合	24.9%	不妊カウンセラー 40.5% 不妊コーディネーター 35.3%	↑	100%
2-11 不妊治療における生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインの作成	日本産科婦人科学会会告 「体外受精・胚移植」に関する見解」及び「非配偶者間人工授精と精子提供」に関する見解」	研究にて作成済	↑	作成

○妊娠・出産に関する保健水準の指標は改善している

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

他の安全性に関する指標としては、正常分娩急変時対応のためのガイドラインが作成され、妊娠 11 週以下での妊娠の届出率も増加していた。また、周産期医療ネットワークに関しても、整備全都道府県の数は目標の全都道府県には至っていないが、策定時から倍増していた。これらの指標を見る限り、安全性は目標に向かっておりと考えられる。

○安全性・快適性への不安：産婦人科医師・助産師の減少及び地域、施設間格差の拡大

しかしながら、安全性については、これらの指標に表れない課題や 5 年を経て新たに現れた課題が存在する。その一つに、安全性確保の根幹に関わる問題

として産婦人科医の減少が挙げられる。中間評価における分析結果では、妊産婦人口当たりの産婦人科医の割合は増加しているが、これは妊産婦人口の減少に伴う相対的な増加であり、産婦人科医の実数は減少している。さらには、地域格差、施設間格差、産婦人科医の高齢化などが進んでおり、現実には、産婦人科医の確保が困難となり、産科診療を休止する病院も出てきている。

助産師についても同様である。助産師の就業場所については、病院に集中しており診療所勤務が少ない。このような状況が今後も続けば、妊娠・出産に関する安全性及び快適さの確保は難しくなることが予想され、有効な対策を早急に打ち出す必要がある。

既に、現状を改善するために幾つかの方向性が示されている。産科オープンシステムや産科病院の集約化等乏しい人的資源を有効に活用する医療体制の整備、病院内助産所の設置などが考えられている一方、増加傾向にある女性医師が妊娠・出産・育児と両立しながら働くことの出来る環境の整備（パートタイム制などの柔軟な勤務体制、保育サービスの充実、産休後の再研修制度など）、産科医療施設整備状況の地域格差、実働助産師数の少なさなどそれぞれ改善に向けて解決すべき課題は多い。このように産科診療に関わる人的資源の確保と適正配置は重要な課題であり、妊産婦が安全にそして快適に妊娠・分娩を終え、さらに健全な育児に向かうために必要不可欠なものである。

○妊娠・出産に関する満足度は増加している－真に求めるものは何か

快適さの確保の面でも、妊娠・出産について満足している者の割合は増加しており、一定の成果を収めている。しかし、妊娠・出産の満足については、出生児の健康状態といった一つの結果に起因するものが多いため、今後の評価には検討が必要である。むしろ現在深刻な問題になっている虐待や思春期の課題を考えると、妊娠中から親役割を獲得する過程を促進し、親自身の自我発達を促すような温かい支援を受けられる環境整備について評価する必要がある。

ひとつには、9割の妊婦が望んでいる母乳育児がスムーズにスタートできるような環境整備の促進、次いで、妊娠・出産・育児期に継続したケアが受けられる環境整備の促進が必要である。妊娠・出産に関しては、それに続く育児や、育っていく子ども達の健全な発達のスタート地点である認識を改めて強める必要がある。

○不妊への支援：施設整備の充実から質の向上へ

不妊への支援に関する指標もまたいずれも目標を達成するか目標値に向かって改善している。不妊専門相談センターは全都道府県に設置され、不妊治療を受ける際に、患者が専門家によるカウンセリングが受けられる割合も増加して

いた。治療面では、生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインも作成され、活用されている。今後は、不妊カウンセラーやコーディネーターなど人的資源の充足が急務であるが、相談センター、カウンセリングとも質的な評価が必要と考えられる。

現在、不妊治療のニーズの高まりとともに治療は多岐にわたっており、一般診療所など高度な生殖補助医療の専門機関以外でも治療が行われるようになってきている。しかしながら、不妊カウンセラーの配置をみると専門機関に偏っており、不妊治療を行う機関の治療レベルにかかわらず、患者にとって有効な相談サービスの提供を検討しなければならない。さらに、ガイドラインについても生殖補助医療の関係者にどの程度周知され、また遵守されているか評価する必要がある。

○妊産婦を取り巻く環境の改善のために

「健やか親子 21 検討会報告書」（平成 12 年 11 月）においては、妊娠・出産の安全性と快適さの確保に関する取組の方向性として「妊婦に対して理解のある家庭環境や職場環境の実現、受動喫煙の防止、各種交通機関における優先的な席の確保等の社会システムづくりや国民各層、産業界への啓発がより一層求められる。」としている。

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

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

（参考）本検討会では、妊産婦にやさしい環境づくりの一環として、外見からはわからない妊婦に特に主眼をおき、妊産婦に対する社会の理解と配慮を促すためのマタニティマークを公募、作成することとした。マタニティマークは、①妊産婦自身が通勤時や受動喫煙を防止するため等に利用するとともに、②公共交通機関、飲食店、商店等が、妊産婦に対して配慮していることを表すものとして用いることも想定したものである。策定したマタニティマークについては、すでに自治体や民間で取り組まれている既存のマーク等もあわせ、広く普及を図ることとしている。

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

○重点事項




- ・産婦人科医師数、助産師数の不足は喫緊の課題であり、産科診療を担う人材の確保と適正配置の促進が必要である。これらの問題は、妊産婦死亡率や産後うつ病の発生率といった他の指標に対する影響も大きく、重点目標として取り組む必要がある。

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

表4 「課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」の指標の暫定直近値と評価

指標	策定時の現状値	暫定直近値	評価	目標
【保健水準の指標】				
3-1 周産期死亡率	出産千対 5.8 出生千対 3.8	出産千対 5.0 出生千対 3.3	↑	世界最高を維持
3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合。全出生数中の低出生体重児の割合	極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 8.6%	極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.4%	↓	減少傾向
3-3 新生児死亡率 乳児死亡率	(出生千対) 新生児死亡率 1.8 乳児死亡率 3.2	(出生千対) 新生児死亡率 1.5 乳児死亡率 2.8	↑	世界最高を維持
3-4 乳児のSIDS死亡率	出生 10 万対 26.6	出生 10 万対 19.3	↑	半減
3-5 幼児(1~4歳)死亡率	人口 10 万対 30.6	人口 10 万対 25.3	↑	半減
3-6 不慮の事故死亡率	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	人口 10 万対 0 歳 13.4 1~4 歳 6.1 5~9 歳 3.5 10~14 歳 2.5 15~19 歳 10.6	↑	半減
【住民自らの行動の指標】				
3-7 妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率	妊娠中 10.0% 育児期間中 父親 35.9% 母親 12.2%	(3 か月、1 歳 6 か月、3 歳児健診での割合) 妊娠中 7.3% 7.9% 8.3% 育児期間中父親 54.9% 55.9% 54.5%	↓	なくす

		育児期間中母親 11.5% 16.5% 18.1%		
3-8 妊娠中の飲酒率	18.1%	14.9% 16.6% 16.7%	↑	なくす
3-9 かかりつけの小児科医を持つ親の割合	81.7% 1~6歳児の親	1歳6か月児 86.3% 3歳児 86.4%	↑	100%
3-10 休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合	1歳6ヶ月児 86.6% 3歳児 88.8%	1歳6か月児 87.8% 3歳児 89.9%	↑	100%
3-11 事故防止対策を実施している家庭の割合	1歳6ヶ月児 4.2% 3歳児 1.8%	1歳6か月児 4.5% 3歳児 2.9%	かけ離れている	100%
3-12 乳幼児のいる家庭で風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合	31.3% 1歳6ヶ月児のいる家庭	30.7% 1歳6か月児	↓	100%
3-13 心肺蘇生法を知っている親の割合	1歳6ヶ月児 19.8% 3歳児 21.3%	1歳6ヶ月児 15.3% 3歳児 16.2%	↓	100%
3-14 乳児期にうつぶせ寝をさせている親の割合	3.5%	1.2% 3.3% 2.4%	↑	なくす
3-15 1歳までにBCG接種を終了している者の割合 *結核予防法改正に伴い「1歳」→「6ヶ月」に変更	86.6%	92.3%	↑	95%
3-16 1歳6ヶ月までに三種混合・麻疹の予防接種を終了している者の割合	三種混合 87.5% 麻疹 70.4%	三種混合 85.7% 麻疹 85.4%	↑	95%
【行政・関係団体等の取組の指標】				
3-17 初期、二次、三次の小児救急医療体制が整備されている都道府県の割合	初期 70.2% 二次 12.8% 三次 100%	初期 政令市等 88% 市町村 46.1% 二次 54.7%(221/404 地区) 三次 100%	↑	100%
3-18 事故防止対策を実施している市町村の割合	3~4ヶ月児健診 32.6% 1歳6ヶ月児健診 28.6%	3~4ヶ月児健診 政令市 71.6% 市町村 48.0% 1歳6ヶ月児健診	↑	100%

		政令市 58.3% 市町村 40.7%		
3-19 小児人口に対する小児科医・新生児科医師・児童精神科医師の割合	(小児人口 10 万対) 小児科医 77.1 新生児科に勤務する医師 3.9 児童精神医学分野に取り組んでいる 小児科医もしくは精神科医 5.7	(小児人口 10 万対) 小児科医 83.5 新生児科医 6.4 児童精神医学分野に取り組んでいる 小児科医もしくは精神科医 13.6		増加傾向
3-20 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合	院内学級 30.1% 遊戯室 68.6%	院内学級 26.1% 遊戯室 37.0%		100%
3-21 慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が整備されている市町村の割合	16.70%	14.1% (政令市等 40% 市町村 13.7%)		100%

○麻疹予防接種率は順調に向上している

個々の指標について見ると、良くなっている指標は 14 指標であった。特に、1 歳 6 ヶ月までに三種混合・麻疹の予防接種を終了している者の割合という指標に関して、麻疹の予防接種率が 70.4% から 85.4% に向上したことは関係者の取組の成果として特筆すべき点である。また、1 歳までに BCG 接種を終了している者の割合についても改善が見られた。その他に、周産期死亡率、新生児死亡率・乳児死亡率、乳児の SIDS 死亡率、幼児（1～4 歳）死亡率、不慮の事故死亡率、妊娠中の飲酒率、かかりつけの小児科医を持つ親の割合、休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合、乳児期にうつぶせ寝をさせている親の割合、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、事故防止対策を実施している市町村の割合、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についてもそれぞれ改善が見られた。

○家庭内の事故防止対策は目標からかけ離れている

目標からかけ離れている指標としては、事故防止対策を実施している家庭の割合が該当した。これは基礎資料となった研究班調査において、20 項目の事故防止対策の全てを行っている家庭の割合を算定し、それを指標としたために、極端に低い値にとどまっていると考えられる。理想的には、全家庭での 20 項目全ての実施を目指すとしても、現実的には、特に重要ないくつかの対策を行っている家庭の割合に指標を変更することが妥当であると考えられる。具体的には、シートベルトの着用や、風呂場のチャイルドロックの設置などが、事故防止対策として重点的に取り組むべき課題であると考えられる。

○風呂場の安全は向上していない

悪くなっている又は変わらない指標は6指標であった。乳幼児のいる家庭で風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合、心肺蘇生法を知っている親の割合、院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合、慢性疾患児等の在宅医療の支援体制が整備されている市町村の割合などがこれに含まれ、各々の課題への取り組みを強化していく必要がある。

○低出生体重児の割合は増加している

悪くなっている指標の中で、特に、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について注目したい。低出生体重児は、小児保健医療に関する最も重要かつ基本的な指標である乳児死亡に密接に関連している指標である。また、児童虐待や将来の生活習慣病の発病にも関連しているという報告がある。低出生体重児増加の原因として、不妊治療の増加、妊婦の高齢化、医療技術の進歩による新生児の救命率の増加などがあると考えられる。これらの要因については、それ自体は悪い要因とは言えず、政策的に変化させることが困難な側面があり、低出生体重児の増加を食い止めることは困難である。一方で、妊娠中の喫煙、妊娠中の体重管理の問題など、改善可能な要因の寄与も大きいと考えられる。特に、同じく「健やか親子21」の指標である妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率について明確な改善が見られていない点を重視したい。さらに、関連として思春期からの喫煙対策は重要である。これらの要因を改善することにより、低出生体重児の減少を目指すことは第3課題における最重要課題であると考えられる。

○重点事項

- ・小児の不慮の事故は、死亡率は改善傾向にあるものの死因の1位であり、今後も取組を推進していく必要がある。
- ・極低出生体重児および低出生体重児は増加傾向にあり、要因のうち、生活習慣の改善により解決可能な喫煙や食生活の問題については対策を強化する必要がある。

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

表5 「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」の指標の暫定直近値と評価

指標	策定時の現状値	暫定直近値	評価	目標
【保健水準の指標】				
4-1 虐待による死亡数	44人 虐待事件における被害児童数	51人	↓	減少傾向
4-2 法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数	17,725件 児童相談所での相談処理延べ件数	33,408件	↓	増加を経て減少へ
4-3 子育てに自信が持てない母親の割合	27.4%	(3か月、1歳6か月、3歳児健診時の割合) 19.0% 25.6% 29.9%	↑	減少傾向
4-4 子どもを虐待していると思う親の割合	18.1%	4.3% 11.5% 17.7%	↑	減少傾向
4-5 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合	68.0%	77.4% 69.0% 58.3%	↑	増加傾向
【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	99.2%	89.2% 98.9% 98.7%	↑	増加傾向
4-7 育児に参加する父親の割合	よくやっている 37.4% 時々やっている 45.4%	よくやっている 50.3% 45.4% 39.8% 時々やっている 39.0% 40.4% 43.5%	↑	増加傾向
4-8 子どもと一緒に遊ぶ父親の割合	よく遊ぶ 49.4% 時々遊ぶ 41.4%	よく遊ぶ 61.2% 55.4% 48.1% 時々遊ぶ 33.0% 37.6% 42.1%	↑	増加傾向
4-9 出産後1ヶ月時の母乳育児の割合	44.8%	47.2%	↑	増加傾向
【行政・関係団体等の取組の指標】				
4-10 周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している二次医療圏の割合 *「二次医療圏」→「保健所」	85.2% (保健所におきかえて調査)	98% (保健所の割合)	↑	100%

4-11 乳幼児の健康診査に満足している者の割合	30.5%	1歳6ヶ月児 32.4% 3歳児 30.0%	↑	増加傾向
4-12 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合	64.4%	89.3% (政令市等 94% 市町村 89.7%)	↑	100%
4-13 常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合	3.3%	5.9%	かけ離れている	100%
4-14 情緒障害児短期治療施設数	17施設(15府県)	27施設	↑	全都道府県
4-15 育児不安・虐待親のグループの活動の支援を実施している保健所の割合	35.7%	46.0%	↑	100%
4-16 親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合	6.4%	8.4%	かけ離れている	100%

第4課題である子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減を推進していく上では、育児環境の全般を良くしていく必要がある。それらの構成要素は、父親の育児参加、母乳栄養の促進、保健医療サービスの充実、児童虐待の発生予防から対応までなど、多岐に渡る。

○さらなる父親の育児参加へ向けてのサポート環境向上を

父親の育児参加に関して、指標の分析を行うと、育児参加を「よくやっている」「時々やっている」を合わせると、ベースライン値も暫定直近値も8割を超え、また、子どもと「よく遊ぶ」「時々遊ぶ」を合計すると、ベースライン値も暫定直近値も9割を超え、増加傾向へという目標に向かっていった。しかし、父親の育児参加については、今回の調査のみで評価できるものではないため、他の調査結果との関連、また、母親が支援されているという実感を持てるような社会環境の整備が重要である。

(参考)

- ・ 週60時間以上働く子育て期の男性の割合が増加（総務省「労働力調査」）
- ・ 6歳未満の子どもがいる男性の育児時間：25分（総務省「社会生活基本調査」（平成13年））

○乳幼児健診の満足度向上をはじめとした保健医療体制の充実を

母乳は栄養面のみならず、母子の絆が深まるなどの精神面にも良い面が大きいので、推進が望まれる。出産後1ヶ月時の母乳育児の割合は、ベースライン値と暫定直近値を比較すると、2.4ポイントのわずかな増加となっており、更なる推進が必要である。

乳幼児健診は母子保健サービスの中心的な存在である。乳幼児の健康診査に満足している者の割合は30%と低いレベルからのスタートであるにもかかわらず、伸び率としては低く、目標には遠い状況にある。医療機関委託の実態や従事者の意識改革の必要性が指摘される。

母子医療資源の整備として問題になるのは包括的な周産期医療である。周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している保健所の割合をみると、85.2%から98%と数値の上では増加しており、体制整備が進んできていると考えられるため、今後は、保健と医療の効率的な連携が望まれる。

○子育て支援から児童虐待対策へ

児童虐待防止対策に関しては、虐待による死亡数や児童相談所の相談処理件数をみると増加を続けており目標達成には至っていない。厚生労働省の報告では（平成17年4月 児童虐待の死亡事例の検証結果等について）死亡事例の87.5%は、何らかの形で関係機関が関与していることが明らかになっており、関係機関関与事例の死亡を減少させることが急務である。平成16年の児童福祉法や児童虐待の防止に関する法律の改正により、要保護児童対策地域協議会の設置など機関連携や支援の継続性・連続性が強調され、虐待死の防止に向けた体制整備が図られつつあり、実効性が期待される。また、児童相談所の相談処理件数の暫定直近値（平成16年度）は、児童虐待の防止等に関する法律の施行前の平成11年度（11,631件）と比べると、33,408件で、約3倍の増加である。平成17年4月から市町村で一次相談業務が開始されたことなど法改正に伴う相談体制の変化もあり、相談処理件数の変動は、今後は性虐待の表面化も含めると数年は増加が十分予測される。

子どもを虐待していると思う親の割合は、暫定直近値と比較すると減少している。マスメディア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。子育てに自信がもてない親は、3歳未満では減少傾向だが、3歳以上がわずか0.9%だが上昇している。父親の育児参加や行政における育児支援サービスの質量ともに充実してきた効果が低年齢中心にみられていることなどに関係しているよううかがえる。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、更に目標に向けた推進が期待される。しかし、育児不安・虐待親の支援を実施している保健所の割合の増加など行政としての取組はされているものの、親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合は目標達成には隔たりがあり、指標の見直しを含めた対応が必要である。虐待を含む親子の心の問題の支援対策は重要な課題である。

全体を通して、児童虐待対策には、発生予防から自立支援に至る切れ目のない積極的支援策対応が必要であり、さらにこの一連の流れに、社会全体の意識の醸成を積極的に組み込んでいくことが重要である。そのために、児童虐待防止対策ネットワーク等における多職種連携や、連携の基本となる専門職のマンパワーの確保、質の向上、住民参加による子育て支援などの対応が必須である。

○親子の心の問題への対応ーモニタリング方法見直しへ

親子の心の問題について支援していくことは、思春期に現れる様々な問題の予防にもつながっていくという視点を持って、この課題に対応していく必要があるが、そのためには、親子の心の問題に関する十分な知識と技術を持つ小児科医、児童精神科医の確保が重要である。常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合は、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く、目標達成にはほど遠い。児童精神科医の確保のための体制整備を促進する必要がある。また、親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合は、日本小児科医会から「子どもの心相談医」の認定を受けている小児科医の割合によって評価しているが、その割合も微増であり、目標値の100%に比べるとかなり低く、目標の達成は難しい状況にある。これらは、達成可能な目標値の設定やモニタリング方法を検討し、見直す必要がある。

○重点事項

- ・虐待による死亡数や児童相談所に報告があった被虐待児数は増加を続けており、虐待対策は急務である。
- ・親子の心の問題に対応し支援していくことは、思春期に現れる様々な問題の予防にもつながっていく。しかし、児童精神科医をはじめ子どもの心の問題に対応できる医師の数は少ないため、その養成等について重点的に取り組む必要がある。