

IV 今後に向けて

1 今後5年間の重点取組

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

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

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

①思春期の自殺と性感染症罹患の防止

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

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

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

②産婦人科医師、助産師等の産科医療を担う人材の確保

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

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

③小児の事故防止をはじめとする安全な子育て環境の確保

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

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

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

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

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

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

④子ども虐待防止対策の取組の強化

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

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

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

⑤食育の推進

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

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

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

2 今後の推進方策について

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

（1）関係者の連携の強化と取組の方向性

関係者それぞれに、次のような連携方法や、取組の方向性が考えられる。

①地域保健・医療と保育所・学校保健との連携

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

②都道府県と市町村の連携

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

③健やか親子 21 推進協議会の取組の方向性

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

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

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

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

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

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

を担っている。

(2) 母子保健情報の収集と利活用

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

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

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

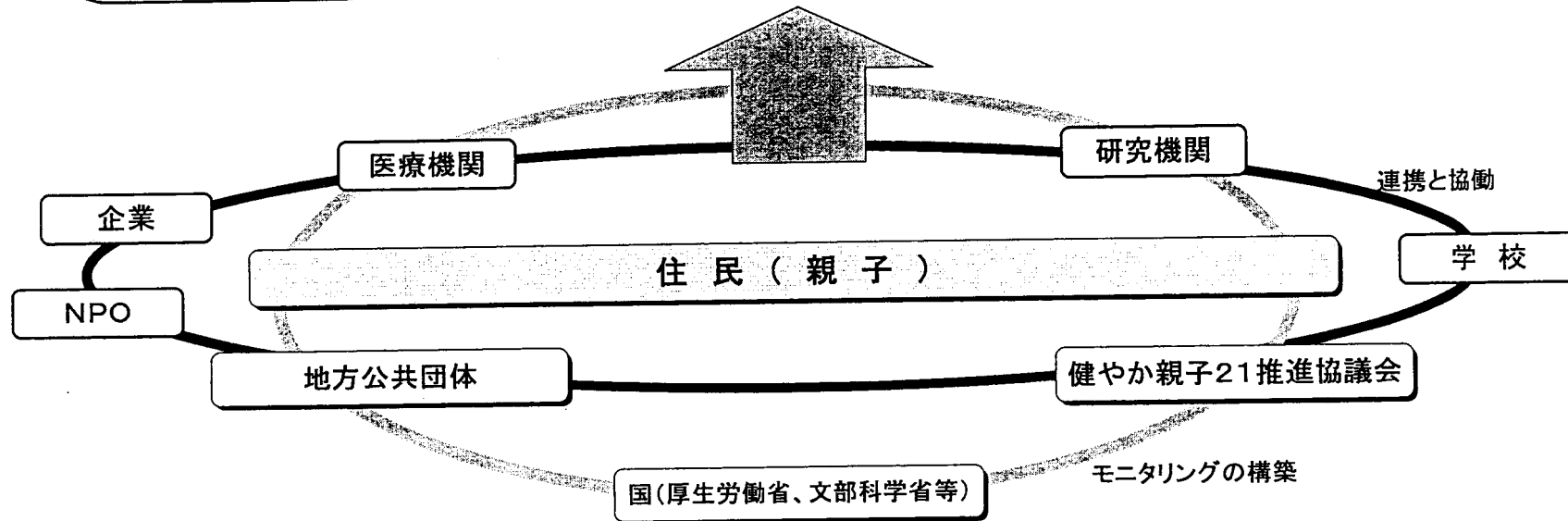
平成22年の最終評価に向けては、こうした情報は継続的に得られるように、あらかじめ準備しておく必要がある。さらに、モニタリングが単に情報の収集に終始することなく、得られたデータを元に地域の実状に合わせた取組を推進していくことが重要である。



「健やか親子21」の推進 (2006~2010年) について

21世紀初頭における母子保健の国民運動計画
(2001~2010年)

課題	①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進	②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援	③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備	④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減
主な目標 (2010年)	<ul style="list-style-type: none"> ○十代の自殺率(減少傾向へ) ○十代の人工妊娠中絶実施率(減少傾向へ) ○十代の性感染症罹患率(減少傾向へ) 	<ul style="list-style-type: none"> ○妊産婦死亡率(半減) ○産後うつ病の発生率(減少傾向へ) ○産婦人科医、助産師の数(増加傾向へ) 	<ul style="list-style-type: none"> ○全出生数中の低出生体重児の割合(減少傾向へ) ○不慮の事故死亡率(半減) ○妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率(なくす) 	<ul style="list-style-type: none"> ○虐待による死亡数(減少傾向へ) ○出産後1か月時の母乳育児の割合(増加傾向へ) ○親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の割合(増加傾向へ)
親子	<p>応援期</p> <p>思春期</p>	<p>妊産婦期～産じょく期</p> <p>胎児期～新生児期</p>	<p>育児期</p> <p>新生児期～乳幼児期～小児期</p>	<p>育児期</p> <p>新生児期～乳幼児期～小児期</p>



(資料1) 「健やか親子21」における目標値に対する直近値の分析・評価

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

【例】課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備				
【保健医療水準の指標】				
【例】3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合 全出生数中の低出生体重児の割合				
策定時の現状値	ベースライン調査等	目標	直近値	調査
【例】極低出生体重児 0.7% 低出生体重児 8.6%	平成12年人口動態統計	減少傾向へ	極低出生体重児 0.8% 低出生体重児 9.4%	平成16年人口動態統計
データ分析				
結果	○直近値が目標に対しどのような動きになっているか、留意点を含み記載。			
分析	○施策や各種取組との関連を見て、データの変化の根拠を分析し記載。			
評価	○目標に対する直近値をどう読むか。			
調査・分析上の課題	○調査・分析する上での課題がある場合、記載。			
目標達成のための課題	○目標からかけ離れている、あるいは悪化している場合、その課題を記載。			

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

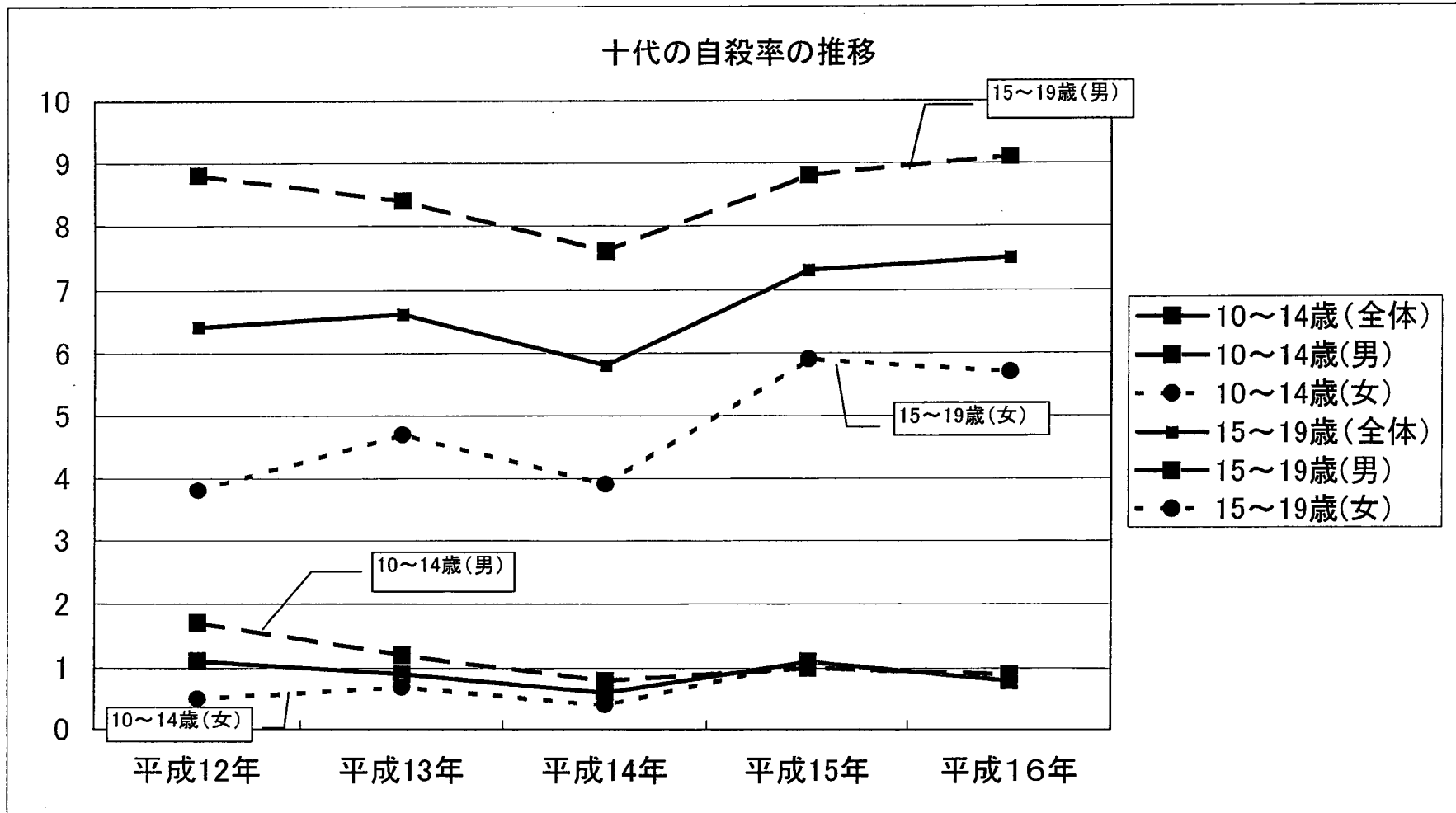
【保健医療水準の指標】

1-1 十代の自殺率

策定時の現状値(男/女)	ベースライン調査等	目標	直近値(男/女)	調査
5～9歳 — 10～14歳 1.1 (1.7/0.5) 15～19歳 6.4 (8.8/3.8)	平成12年人口動態統計	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)	平成16年人口動態統計
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。一方、15～19歳については、ベースライン調査時の6.4から、平成16年には7.5と増加傾向が見られる。性別に見ると、どちらの年齢層においても、女子において、増加傾向が見られた。しかし、実数自体が少なく年によって率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、「健康問題」「学校問題」等が動機の場合が多いが、遺書の信憑性や数が少なく変動しやすいことから一概に結論づけられるものではないため、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
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	平成12年母体保護統計	減少傾向へ	10.5	平成16年度衛生行政報告例

データ分析

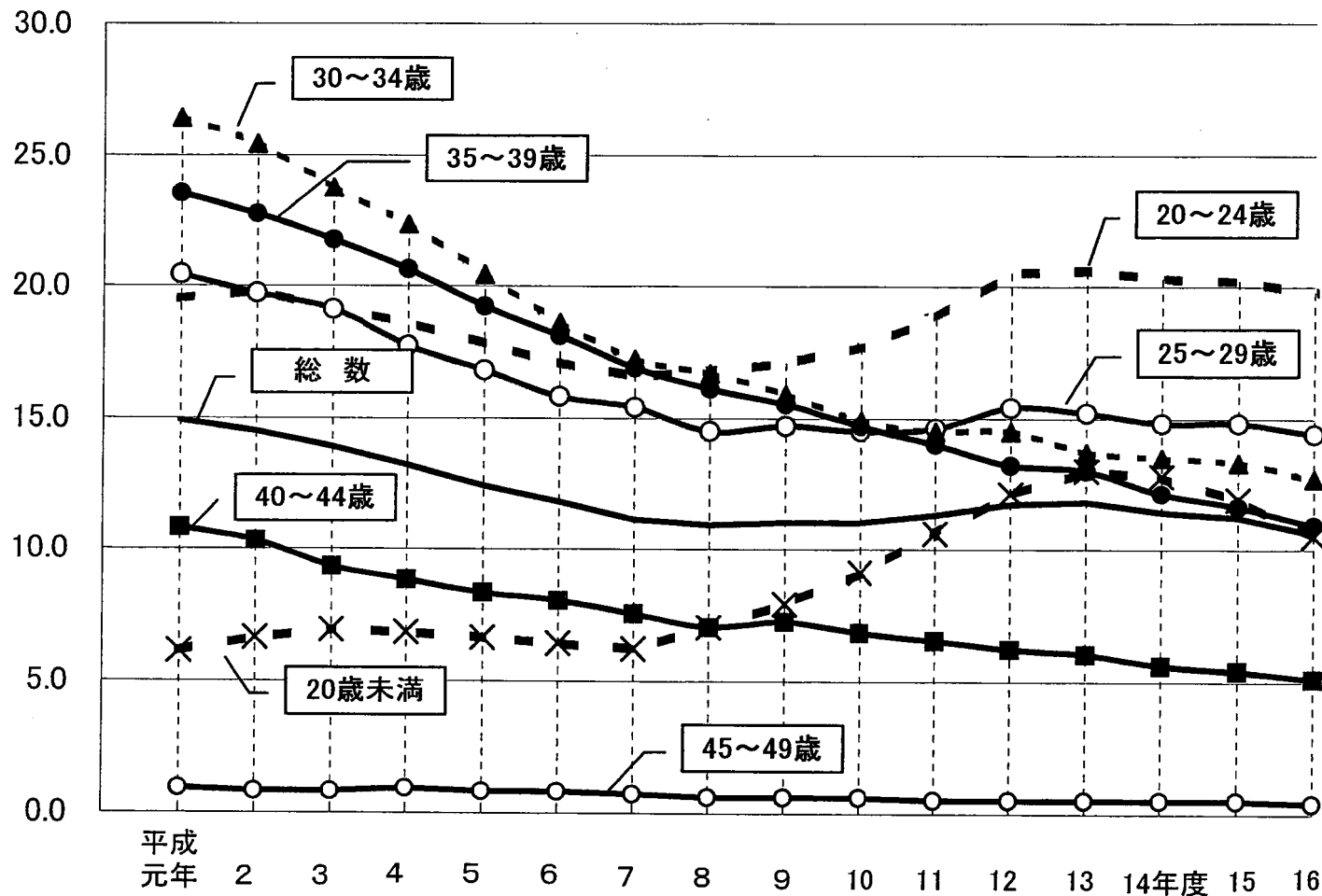
結果	十代の人工妊娠中絶実施率(15歳以上20歳未満女子人口千対)は、ベースライン調査時の12.1から、平成16年度は10.5と減少傾向となっている。(参考:「母体保護統計報告」により報告を求めていた平成13年までは暦年の数値であり、「衛生行政報告例」に統合された平成14年からは年度の数値である。)
分析	人工妊娠中絶実施率については3年連続で減少している。この減少に関しては、経口避妊薬のdistributionが寄与している(約12%の説明率)という分析も出されている(北村邦夫「家族と健康:H16.12」)。また、他に有意な因子は把握されておらず、性行動の停滞傾向等(佐藤郁夫班松浦分担班H16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）

58

実施率（年齢階級別女子人口千対）



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。)