

### Ⅲ 中間評価の結果

#### 1 指標の評価

##### (1) 指標の達成状況

61の指標のうち、直近値が出ている58の指標について、その達成状況を見てもみると、全体的には41(70.7%)の指標が目標に向けて良くなっていた。ただし、良くなっている指標の中には、数値の比較だけでは評価が難しいものや新たな課題が発生しているものもあり、それらについては、『「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』（参考資料1）において、個別に方策を示した。

一方、悪くなっている指標が13(22.4%)、目標値が現状値とかけ離れている指標が4(6.9%)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	41(70.7%)	7	9	14	11
悪くなっている又は変わらない指標	13(22.4%)	4	1	6	2
かけ離れている指標	4(6.9%)	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に、目標に向けて良くなっている指標の割合を見てみると、保健水準の指標が66.7%、住民自らの行動の指標が68.4%、行政・関係団体等の取組の指標が76.2%であった。さらに、課題別に見てみると、それぞれの指標の改善状況に違いがみられた。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)

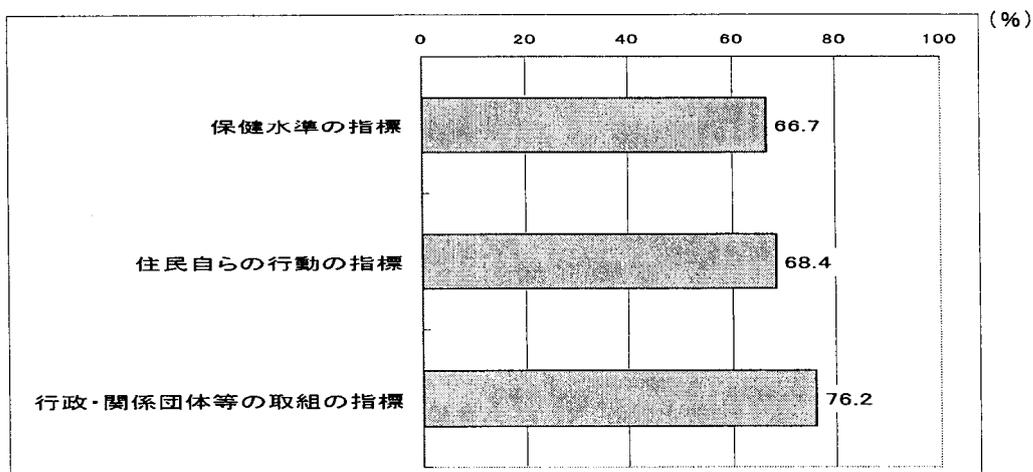


図1 保健水準の指標、住民自らの行動の指標、行政・関係団体等の取組の指標別に見た改善状況

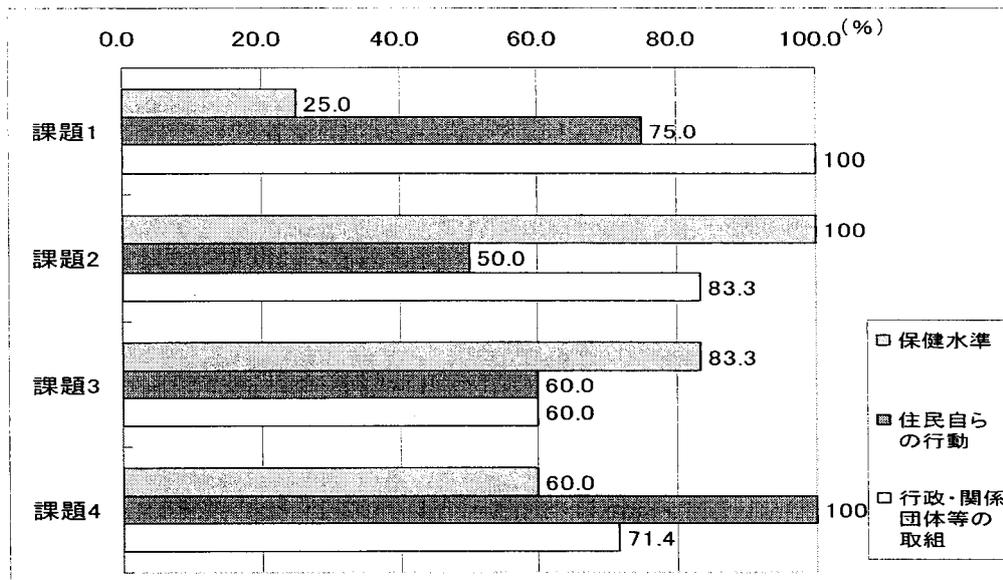


図2 課題別に見た指標の改善状況

## (2) 課題別の指標の評価

### 課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

①10～14歳の自殺率は減少し、15～19歳は増加している—きめ細かな対策が必要

十代の自殺率については、10～14歳では減少しているが、15～19歳で増加傾向が見られる。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）の数については、増加してきており、今後、引き続き学校において児童生徒に対する命を大切にする教育の実施や、教育相談体制の充実に努めるとともに、学校と地域が連携した、きめ細かな対策を実施する事が必要である。

②思春期の不健康なやせは増加—適切な対応と啓発が必要

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た。やせ願望やストレス等の状況との関連についての検討が必要である。また、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。さらに、妊産婦の健康にもつながる重要な課題であるため、妊娠前から食育という観点でのアプローチが必要である。

### ③人工妊娠中絶実施率は低下、性感染症は増加－要因分析調査が必要

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見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を含む要因分析については、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、中学の教科書に性感染症が取り入れられていることから、学校教育が知識の普及に貢献していると考えられる。一方、避妊法を正確に知っている18歳の割合は改善されておらず、性に関する正しい知識や行動変容への働きかけが継続して必要である。ただし、これらの指標については、現状を適切に把握できない可能性もあり、今後そのモニタリング方法については検討が必要である。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。

### ④十代の喫煙率、飲酒率は改善－さらなる取組を推進

十代の喫煙率と飲酒率は、研究により4年に一度のモニタリング調査が継続されており、その数値は低下してきている。しかし、目標は「なくす」ことであるため、その達成のためにはさらに取組を推進する必要がある。

喫煙に関しては、平成15年に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。しかし、喫煙率低下に寄与した真の要因特定はなされておらず、この解明が望まれる。また、今後取組の推進とともに、喫煙行動の注意深いモニタリングが必要である。

一方、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、男女差が少なくなってきた。しかし、飲酒率は依然として高い水準にあるため、社会全体での取組の推進が必要である。飲酒率が低下した要因についても、喫煙率同様、要因の分析が望まれる。

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。

○課題1のまとめ

- ・十代の自殺率と性感染症罹患率は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。
- ・これらに対し効果的な取組の推進とともに、その効果を評価する必要がある。

表2 「課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」の指標の直近値及び評価

指標	策定時の現状値	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 - 10～14歳 0.8(男0.9 女0.8) 15～19歳 7.5(男9.1 女5.7)	B	減少傾向へ
1-2 十代の人工妊娠中絶実施率	12.1	10.5	A	減少傾向へ
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(6.79) ②淋菌感染症 2,189件(2.40) ③尖圭コンジローマ 746件(0.82) ④性器ヘルペス 563件(0.62)	B	減少傾向へ
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%	B	減少傾向へ
【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% 高校3年男子 70.9% 87.1%	調査中	—	100%

	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%	A	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%	A	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%	(B)	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%	(A)	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%	A	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)	47.3% (3学級以上の公立中学校)	A	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 か所	1374 か所 (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)	A	増加傾向へ

A: 良くなっている指標 B: 悪くなっている又は変わらない指標 C: かけ離れている指標  
( ): モニタリング方法の見直しが必要となった指標

## 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

### ①妊娠・出産に関する保健水準は改善—周産期ネットワークのさらなる充実を

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、助産所における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きた。また、周産期医療ネットワークに関しても、整備都道府県の数も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改善していると考えられる。

### ②産婦人科医師数の減少—産婦人科医の地域偏在、助産師の施設間偏在の是正が必要

妊娠・出産に関する安全性については、これらの指標に現れない課題や、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、産婦人科医師数の減少が挙げられる。指標の分析では、妊産婦人口当たりの産婦人科医師の割合は増加しており、目標に向けて改善しているかのようだが、これは妊産婦人口の減少に伴う相対的な増加であり、実数は減少している。さらには、地域偏在、施設間偏在、産婦人科医師の高齢化などが進んでおり、現実には、産婦人科医師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。

助産師については、助産師数そのものは増加しているものの、その就業場所は病院が多く、診療所が少ないといった施設間偏在の問題がある。

したがって、指標のモニタリング方法については、今後見直していく必要がある。

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るため、有効な対策を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。まず、産科オープンシステムや産科医療機関の集約化等少ない人的資源を有効に活用する医療体制の整備、病院内において正常な妊娠・出産は助産師が中心に関わることによる産科医師と助産師の役割の明確化等が考えられている。しかし、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等）、産科医療機関の整備状況の地域格差等それぞれ改善に向けて解

決するための取組を推進していく必要がある。

### ③ 妊娠・出産に関する満足度は増加－真の満足度向上のための支援

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、目標に向かって改善してきている。しかし、妊娠・出産の満足については、出生した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、親子の愛着形成を促すために、妊娠中から親としての役割を獲得する過程を支え、親自身の健康への意識を高め、子育ての親の役割も理解するような支援が必要である。

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・産後の母体の心身の健康への援助や、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・出産は、女性の健康のひとつのステージであるにとらえ、その後の母親の健康を守る観点からも重要である。一方、出産が子ども達の健全な成長・発達のスタート地点であるという認識を改めて強める必要がある。

### ④ 不妊への支援として施設整備は達成－質の向上へ向けた取組へ転換を

不妊への支援に関する指標もまた、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を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。また、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。さらに、今後は急速に普及している不妊治療の安全性の確保についても検討を進める必要がある。

### ⑤ 妊産婦を取り巻く環境は不十分－妊婦にやさしい環境づくりへの多面的な取組を推進

「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、特に外見からは妊娠していることがわからない妊婦を念頭に置き、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作成することとし、そのデザインの公募を行った。マタニティマークは、①妊産婦自身が用いること、及び②公共交通機関、職場、飲食店等が、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を想定しており、策定したマタニティマークについては、すでに自治体等で取り組まれているマーク等とあわせ、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性を確保していくことが重要であると考えられる。

#### ○課題 2 のまとめ

- ・ 産婦人科医師数の不足、助産師の施設間偏在は早急に解決すべき課題であり、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、重点として取り組む必要がある。

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」の指標の直近値及び評価

指標	策定時の現状値	直近値		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) 78 人	4.3(出産 10 万対) 49 人	A	半減
2-2 妊娠・出産について満	84.4%	91.4%	A	100%

足している者の割合				
2-3 産後うつ病の発生率	13.4%	12.8%	A	減少傾向へ
【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%	A	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%	C	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	B	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	A	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 1,953.7	(妊産婦人口 10 万対) 産婦人科 898 助産師 2,058.5	(A)	増加傾向へ
2-9 不妊専門相談センターの整備	18 か所	54 か所	A	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%	A	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	A	作成

A: 良くなっている指標 B: 悪くなっている又は変わらない指標 C: かけ離れている指標  
( ): モニタリング方法の見直しが必要となった指標

### 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

#### ①麻しん予防接種率は順調に向上—医療と保健が一体となったさらなる推進

良くなっている指標としては、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という指標が挙げられた。特に、麻しんの予防接種率が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。

#### ②事故防止対策は目標からかけ離れている—適切な指標の設定

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挙げられた。これは基礎資料となった調査研究において、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。また、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は改善が認められなかった。具体的な事故防止対策としては、チャイルドシート及びシートベルトの正しい着用の徹底や、風呂場のチャイルドロックの設置などが、重点的に取り組むべき課題であると考えられる。こういった対策には、企業等を含む幅広い関係者の取組が望まれる。

#### ③病児支援の整備は不十分—環境整備を推進

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、病児支援の環境整備の改善が認められなかった。これらの課題は都道府県、市町村、医療機関のそれぞれの役割を明確にして連携して取組を強化していく必要がある。

#### ④低出生体重児の割合は増加－食育の推進と妊婦の喫煙対策

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、虐待や生活習慣病の発症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、医療技術の進歩による新生児の救命率の改善、妊婦の高齢化、不妊治療の増加等があると考えられる。ただし、これらの個々の要因について個別の対策を講じることにより、低出生体重児の増加を食い止めることは困難な側面がある。しかしながら、不妊治療や高齢出産により低出生体重児が生まれやすくなることについて、社会の普及啓発を進める必要がある。

一方で、妊娠中の喫煙や食生活と体重管理の問題といった改善可能な要因の寄与も大きいと考えられる。特に、妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率の指標が明らかに改善したとは言いきれない点を考慮すると、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、今後重点的に取り組むべき事項である。

さらに、思春期からの喫煙対策や思春期やせの問題の本指標への関連も深く、思春期を含めた若い年代へ啓発も同時に取り組んでいく必要がある。

#### ○課題3のまとめ

- ・小児の不慮の事故は、死亡率は改善傾向にあるものの、なお死因の1位であり、今後も取組を推進していく必要がある。
- ・極低出生体重児及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対応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。

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」の指標の直近値及び評価

指標	策定時の現状値	直近値		目標
【保健水準の指標】				
3-1 周産期死亡率	(出産千対)5.8	(出産千対)5.0	A	世界最高を

	(出生千対)3.8	(出生千対)3.3		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%	B	減少傾向へ
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	A	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	A	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	A	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	A	半減
<b>【住民自らの行動の指標】</b>				
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か月児、1歳6か月児、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% 育児期間中 母親 11.5% 16.5% 18.1%	B	なくす
3-8 妊娠中の飲酒率	18.1%	14.9% 16.6% 16.7%	A	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%	A	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 か月児 86.6% 3 歳児 88.8%	1 歳 6 か月児 87.8% 3 歳児 89.9%	A	100%
3-11 事故防止対策を実施している家庭の割合	1 歳 6 か月児 4.2% 3 歳児 1.8%	1 歳 6 か月児 4.5% 3 歳児 2.9%	(C)	100%
3-12 乳幼児のいる家庭で	31.3%	30.7%	B	100%

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	1歳6か月児のいる家庭	1歳6か月児		
3-13 心肺蘇生法を知っている親の割合	1歳6か月児 19.8% 3歳児 21.3%	1歳6か月児 15.3% 3歳児 16.2%	B	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%	A	なくす
3-15 6ヶ月*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」を「6ヶ月」に変更	86.6%** **1歳までに接種した者の割合	92.3%** **1歳までに接種した者の割合	A	95%
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	三種混合 87.5% 麻しん 70.4%	三種混合 85.7% 麻しん 85.4%	A	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 88.0% 市町村 46.1% 二次 54.7%(221/404 地区) 三次 100%	A	100%
3-18 事故防止対策を実施している市町村の割合	3~4か月児健診 32.6% 1歳6か月児健診 28.6%	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%	A	100%
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	A	増加傾向へ
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%	B	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	16.7%	14.1%	B	100%

A: 良くなっている指標 B: 悪くなっている又は変わらない指標 C: かけ離れている指標  
( ): モニタリング方法の見直しが必要とされた指標