

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(一定の規模以上) 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	1,374 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 (表3)

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、既存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。

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り、当該指標のモニタリング方法については、見直す必要がある。

既に、現状を改善するためにいく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、育児休業後の再研修制度等）、産科医療機関の整備状況の地域格差等課題は残されており、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一貫の満足度向上のための支援

妊娠・出産に関する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ところが大きいと、今後の評価方法は検討が必要である。また、妊娠・出産の満足度を高めることは、その後続く子育てに影響することから、客観的かつ普遍的に満足度を測定する方法の開発が望まれる。

一方、現在深刻な問題になっている子ども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る支援の充実も必要である。

さらに、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も必要である。妊娠・出産は女性の健康の一つのステージであるにとらえ、妊娠中から親自身の健康への意識を高めること、また、産後は母体の回復を促す援助や、心身両面に対応した継続的なケアや支援が受けられるような環境整備が必要である。

④ 不妊への支援として施設整備は達成一貫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、活用され始めたところである。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、不妊専門相談センターにおける相談及び不妊に関するカウンセリングの質的な評価も必要である。

現在、不妊治療のニーズの高まりとともに、治療方法は多岐にわたっており、診療所なども含め多くの医療施設で治療が行われるようになっている。しかしながら、不妊カウンセラーの配置は、より専門的な治療を実施する医療機関に偏っているため、今後は、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等のサービスが受けられるよう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整備は不十分一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」(厚生省、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いる。決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。
- ・ 妊娠・出産についての満足、不妊への支援、妊産婦を取り巻く環境づくり等、質の向上が求められている。

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・出産について満足している者の割合	84.4%	91.4%	A	100%
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け出率	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 正常分娩緊急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 (表4)

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る。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、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、周産期死亡率、新生児・乳児死亡率等死亡率の指標の改善、妊娠中の飲酒率やかかりつけの小児科医を持つ親の割合といった指標の改善等、多くの指標についてそれぞれ改善傾向であった。

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

依然として不慮の事故が小児の死亡原因の第1位であるが、これを防止するための対策の目標については、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ものと考えられる。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、病児を支援する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の推進

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は増加している。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、子ども虐待や生活習慣病の発症にも関連しているという報告もある。

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、これらの要因に対しては、低出生体重児の増加を食い止めることを目的とした対策を講じることは困難である。しかしながら、一般的に、不妊治療や高齢出産によって低出生体重児が生まれやすくなることについては、啓発する必要がある。

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、妊娠中の喫煙率はやや減少傾向が見られるものの、育児期間中の両親の自宅での喫煙率の指標が減少してい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関連も深いことから、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。その際、より現実を反映できるようなモニタリング方法に見直すべきである。
- ・ 低出生体重児は増加傾向にあり、喫煙や食生活等改善可能な要因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 (出生千対)3.8	(出産千対)5.0 (出生千対)3.3	A	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%	B	減少傾向へ
3-3 新生児死亡率 乳児(1歳未満)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)	(人口 10 万対)	A	半減		
	0 歳	18.2			0 歳	13.4
	1~4 歳	6.6			1~4 歳	6.1
	5~9 歳	4.0			5~9 歳	3.5
	10~14 歳	2.6			10~14 歳	2.5
	15~19 歳	14.2	15~19 歳	10.6		
【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 か月児のいる家庭	30.7% 1 歳 6 か月児	B	100%		
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 か月*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か月」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

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)

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、育児環境全般を改善していく必要があり、父親の育児参加、母乳育児の推進、保健医療サービスの充実、子ども虐待の発生予防から対応まで、多岐にわたる取組が望まれる。

①子ども虐待防止対策は引き続き強化が必要

子ども虐待による死亡数や児童相談所の虐待相談処理件数は増加を続けており、目標達成に向かって改善していない。「児童虐待による死亡事例の検証結果等について」（厚生労働省「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）では、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、子ども虐待の早期発見、早期対応による重症化の防止を図る必要がある。

また、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関係機関の連携や支援の継続性・連続性が強調され、子ども虐待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所である。特に、市町村が児童家庭相談体制の第一義的な窓口となったため、今後は市町村における相談体制の更なる充実や、積極的な支援対策の一つとして、育児支援家庭訪問事業の活用等が望まれる。

さらに、育児不安を抱える親や虐待をした親の支援を実施している市町村・保健センター・保健所の割合の増加等、行政としての取組の充実が図られてきているが、今後は、妊娠期から要支援家庭を把握する等予防対策を強化する必要がある。

一方で、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や、常勤の児童精神科医がいる児童相談所の割合は目標からかけ離れており、指標の見直しが必要である。子ども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り、情緒障害児短期治療施設の全都道府県設置が実現していないことなどから、子どもの心のケアに対応できる社会資源の更なる整備が求められる。

子ども虐待防止対策には、発生予防から自立支援に至る切れ目のない積極的な支援が必要であり、児童虐待防止ネットワーク等における福祉、保健、医療、教育、警察、民間団体等の連携や、連携の基本となる専門職のマンパワーの確保や質の向上、住民参加による子育て支援、学校・教育委員会における子ども虐待防止に向けた取組の充実等の対応が重要である。特に、産科・小児科医師、保健師、助産師、看護師等子どもの医療に関わる専門職が、積極的に予防、早期発見、対応策を実施するとともに、保健、福祉等との連携を図ることが重要である。

②父親の育児参加は増加傾向—さらなる父親の育児参加へ向けてのサポート環境向上が必要

父親の育児参加に関しては、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、策定時の現状値も直近値も8割を超え、また、子どもと「よく遊ぶ」「時々遊ぶ」を合わせると、策定時の現状値も直近値も9割を超え、いずれも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く、他の調査で報告されているような、男性の長時間勤務や育児時間の短さの問題、働き方の見直しの問題等も併せて考えていく必要がある。さらに、母親・父親が育児を行う上で社会から支援されているという実感を持てるような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

	1994(平成6)年		2004(平成16)年
30~34歳	18.9%	→	22.7%
35~39歳	19.1%	→	24.0%

(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)

③乳幼児健診の満足度は低いレベル—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

乳幼児健康診査(以下、「乳幼児健診」という。)は母子保健サービスの最も基本的な取組である。乳幼児健診に満足している者の割合は、策定時の現状値が30%という低いレベルからのスタートであるにもかかわらず、伸び率は低く、目標には遠い状況にある。乳幼児健診が実施されている環境や、従事者の技能の向上や意識改革の必要性が指摘されている。

また、母子保健の充実のためには、包括的な周産期医療の整備が不可欠である。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、医療、教育、福祉等の効率的な連携が望まれる。

④子どもの心の健康に対応できる医療従事者が不足—子どもの心の健康に対応できる小児科医の養成と児童相談所での児童精神科医の確保促進

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、対応していく必要がある。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、策定時の3.3%に比べ、直近値で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、今後、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。

⑤母乳育児は推進が必要

母乳育児は栄養面のみならず、母子の愛着形成等精神面にも良い影響を及ぼすと言われており、妊娠中からの啓発や出産直後の支援、さらには授乳しやすい環境の整備等、取組の推進が望まれる。

○課題4のまとめ

- ・虐待による死亡数や児童相談所に報告があった虐待を受けた子どもの数は増加を続けており、子ども虐待防止対策の強化は急務である。
- ・児童精神科医や小児科医で親子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。

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】				
4-1 虐待による死亡数	44人 児童虐待事件における被害児童数	51人 児童虐待事件における被害児童数	B	減少傾向へ
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件数	33,408件 児童相談所での相談処理件数	B	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か月児、1歳6か月児、3歳児健診 19.0% 25.6% 29.9%	A	減少傾向へ
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%	A	減少傾向へ
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%	A	増加傾向へ
【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%	A	増加傾向へ