

令和4年度厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

成育基本法を地域格差なく継続的に 社会実装するための研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

令和5（2023）年3月

研究代表者

山梨大学大学院 総合研究部
医学域 基礎医学系 社会医学講座

教授 山縣 然太郎

目次

第1章 総括研究報告書	1
成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究	2
山縣然太郎	
第2章 分担研究報告書	35
1. 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成についての経過報告	36
山縣然太郎、上原里程、尾島俊之、鈴木孝太、市川香織、相田潤、後藤あや、森崎菜穂、 松浦賢長、永光信一郎、山崎嘉久、杉浦至郎、佐々木溪円、横山美江、近藤尚己、川口晴菜、 原田直樹、新井猛浩、竹原健二、石塚一枝、大久保祐輔、酒井さやか、堀内清華、秋山有佳	
2. 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究 ：ロジックモデル推進と指標検討の具体例	53
後藤あや、新井猛浩	
3. 子どもの歯科疾患の予防に関する公衆衛生的研究	63
相田潤	
4. 学校授業への参画を通じた切れ目のない思春期個別支援の枠組み構築 ～思春期保健(学校授業参画)の研修会モデル開発～	68
松浦賢長、梶原由紀子、原田直樹	
5. 都道府県別子どもの心診療医数と子どもの自殺者数の関連に関する研究	73
永光信一郎、吉田峻	
6. 医療レセプトデータを用いた小児喘息と両親の喫煙に関する研究	81
鈴木孝太、川越隆	
7. 「健やか親子21(第2次)」最終評価を見据えた指標の評価に関する研究	84
上原里程、市川香織、松浦賢長、尾島俊之、杉浦至郎、佐々木溪円	
8. 第81回日本公衆衛生学会学術総会 自由集会～知ろう・語ろう・取り組もう～ 一步先行く 健やか親子21(第2次)第8回報告	170
秋山有佳、堀内清華、上原里程、山縣然太郎	
9. 「母子保健・医療情報データベース」の運営および利用状況報告	173
山田七重、秋山有佳、山縣然太郎	
10. コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究	179
秋山有佳、篠原亮次、久島萌、山縣然太郎	

11. 園および小学校における新型コロナウイルス感染症対策、 および子どもの生活面、心理面への影響に関する調査研究	187
秋山有佳、堀内清華、久島萌、篠原亮次、山縣然太朗	
第3章 研究成果の刊行に関する一覧表	199
研究成果の刊行に関する一覧表	200
倫理審査等報告書の写し	203

第 1 章 総括研究報告書

成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究

研究代表者 山縣 然太郎（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座 教授）

1. 研究目的

本研究の目的は、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（以下、成育基本法とする）」における、「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（以下、成育医療等基本方針とする）」に基づいた施策の評価を行うための指標や目標値の検討、指標の評価システムの開発と、評価システムを用いた指標及び実施状況のモニタリングを行い、次期成育医療等基本方針に沿った指標の作成、基本情報を成育医療等協議会に提供することである。

2. 研究内容

- 1) 次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討
- 2) 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

3. 研究概要

1) 次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討

(1) 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成についての経過報告

成育基本法（平成30年法律第104号）が平成30年12月14日に公布され、令和元年12月1日に施行された。また、令和3年2月9日には、成育基本法第11条第1項の規定に基づいた成育医療等基本方針が閣議決定された。この成育医療等基本方針では、成育医療等の提供に関する施策の推進に関する基本的方向や施策に関する基本的な事項、重要事項が示されている。さらに、成育基本法第10条及び第11条第6項に基づき、政府は施策実施状況等について評価を行い、公表することとされており、昨年度本研究班では、成育医療等基本方針に基づき、評価するための指標案を作成した。また、本年度は成育医療等基本方針の改定が行われたため、それに伴い、指標も新たに検討する必要がある、本研究班では指標の改定を行った。

指標は前指標検討時と同様、各課題についてロジックモデルを活用し、インプット、アウトプット、アウトカムにあてはめて検討し、指標としてはアウトカムを示した。研究班で検討した結果、64指標を案として国（厚生労働省母子保健課）に提出し、最69指標を成育医療等協議会に提案することとなった。指標には、健やか親子21（第2次）の指標はほぼ含まれる形となり、保健分野に加え、医療に関する指標も含んだ。指標案作成について、今回も使用可能な既存データの限界を感じ、指標案設定に困難を感じたが、令和5年4月にはこども家庭庁も発足し、母子保健活動がより円滑に、そして充実していくことを

期待する。

(2) 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究：ロジックモデル推進と指標検討の具体例

「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」に基づく施策の実施状況に関する評価の指標には、「PDCA (plan-do-check-act) サイクル実施に関する項目が含まれている。ロジックモデルは主に国際協力の分野で使われてきた、PDCA サイクルのツールである。昨年度の報告書では、ロジックモデルの代表的な手法を紹介し、実際に自治体のデータに基づいた事業計画書作成の事例について検討した。本年度は、ロジックモデル作成に反映するその地域なりのロジック（活動から目標のつながり）の検討事例と、ロジックモデルの手法を推進する上で必要な研修の参加者アンケートの結果について提示した。

(3) 子どもの歯科疾患の予防に関する公衆衛生的研究

2022年にWHOから出版された「Global oral health status report」では、口腔疾患の負担について報告されている。子どもに関係する負担としては、歯科疾患の有病率が他の疾患に比べて高いことや、そのため医療費の総計が高額になることなどが挙げられる。日本においても、過去に比べて減少している子どものう蝕は、現在でも有病率は低いとは言えず、疾病負担として比較的大きい。こうした口腔疾患の予防については、公衆衛生施策への活用の観点から科学的な知見が適宜アップデートされている。そこで本研究では、日本の子どもでも依然として他の多くの疾患よりも有病率が高く、疾病治療の医療介入が必要な状態であるう蝕について、その予防方法のアップデートされた情報のレビューを行った。我が国において、フッ化物配合歯磨剤の利用方法の4学会合同の推奨文章や、厚生労働省から『「フッ化物洗口の推進に関する基本的な考え方」について』と「フッ化物洗口マニュアル（2022年版）－健康格差を減らす、保育園・幼稚園・子ども園、学校や施設などにおける集団フッ化物洗口の実践－」が出され、情報のアップデートがされていた。こうした情報の社会への普及と実践が求められる。

(4) 学校授業への参画を通じた切れ目のない思春期個別支援の枠組み構築

～思春期保健(学校授業参画)の研修会モデル開発～

今回、「学校授業への参画を切れ目のない支援の流れでとらえ、その後の地域での個別支援につなぐことを目的とする」視点を地域で開発するために、高知市において、産科医療機関を拠点とした地域関係機関・専門機関の各専門職を対象とした研修会モデルを試行し、同モデルの評価指標立案に取り組んだ。

高知市におけるある産科医療機関を拠点にした年4回セットとなる研修会モデルを企画・実施した。研修会モデルでは研究分担者が講師を担当した。

成育医療等基本方針を受け、地域の専門家による学校授業への参画が推進されている。

“出前授業”は集団指導形式となっており、切れ目のない個別支援に接続することをどのように集団指導形式の授業に組み入れるのかは、重要な課題である。

今回の研修モデルは、20 項目からなるテーマを扱い、“出前授業”を目的ではなく、個々の支援に向けた出発地、もしくは経由地であるにとらえる“新しい態度”の養成を目的とした。

研修会における議論において、この“新しい態度”の獲得を把握するための評価指標を立案したが、いくつかの前提条件が明らかとなった。その前提条件とは、対象の児童生徒の保護者とのコミュニケーションを促す環境づくりと、個別支援の実際にあたる際に必要となる専門機関・専門職間の連携土台であった。

(5) 都道府県別子どもの心診療医数と子どもの自殺者数の関連に関する研究

<目的>我が国において20歳未満の自殺者数は、COVID-19が流行した2019年から増加傾向である。成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（成育基本法）や自殺総合対策大綱では、子ども・若者の心の問題に対応し自殺予防の必要性があると提唱されている。我が国では小児の心身症を診療する認定資格として、子どもの心相談医、子どものこころ専門医がある。我々は、「子どもの心診療医（子どもの心相談医、子どものこころ専門医）の確保は自殺予防に寄与する」という仮説を立て、検証することを目的とした。

<方法>調査年は2021年。取得可能なデータベースから各都道府県別に“1. 20歳未満の人口、2. 20歳未満の自殺者数、3. 子どもの心相談医数、4. 子どものこころ専門医数”を調査し、“1. 20歳未満人口10万人あたりの自殺者数（率）、2. 20歳未満人口10万人あたりの子どもの心相談医数、3. 20歳未満人口10万人あたりの子どものこころ専門医数”を算出した。上記結果から、自殺者数と子どもの心相談医数/子どものこころ専門医数の相関関係（Pearsonの相関分析）を明らかにし、政令指定都市（東京含む）とそれ以外の地域との自殺者率、相談医数、専門医数を比較した。

<結果>各都道府県別の20歳未満人口10万人に対する子どもの心診療医数と自殺者数は関連していなかった。子どもの心相談医、子どものこころ専門医の相関係数は、それぞれ-0.07、0.07であった。20歳未満10万人あたりの自殺者率に地域の明確な差はなかった。子どもの心診療医の分布は政令指定都市圏に依存しなかった。政令指定都市圏とそれ以外の地域との自殺者率、相談医数、専門医数に差はなかった。

<考察>仮説が立証出来なかった原因として、小児科対応のみの調査であり他科対応を母集団に入れていない、短期間での調査などが挙げられる。また、自殺関連で救急外来を受診した患者に対して精神科へのフォローアップは自殺のリスクを減少させ、希死念慮の生徒に対して学校ベースでのスクリーニング介入や認知行動療法は希死念慮の生徒を減少させた報告もあり救急医療や教育機関との連携が必要である。

<結語>「子どもの心診療医（子どものこころ専門医、子どもの心相談医）の確保は自殺予防に寄与する」という仮説は、立証出来なかった。子どもの自殺予防には多様なセーフ

ティーネットが必要である。

(6) 医療レセプトデータを用いた小児喘息と両親の喫煙に関する研究

近年、医療レセプトやそれと連結した健診データなどのリアルワールドデータ（Real World Data：RWD）を用いた検討が行われているが、周産期から小児にかけては、RWDを用いた検討はあまり行われておらず、小児の健康や疾病に関する RWD の利用はまだ進んでいない。そこで、小児期の RWD を親の医療レセプトデータや健診データと連結することにより、小児期の喘息に関連することが示唆される、両親の喫煙状況との関連を検討したところ、両親ともに喫煙していることが、乳児期における喘息の発症と、乳幼児期における喘息の悪化と関連していることが示唆された。今後、縦断的な解析などを進めていく予定である。

(7) 「健やか親子 2 1（第 2 次）」最終評価を見据えた指標の評価に関する研究

研究班として「健やか親子 2 1（第 2 次）」の総括を試みることを目的として、中間評価時に作成した分析シート（案）を基に、主として 2020 年度時点の各種データを用いて分析シートを作成した。加えて、研究班で検討した各指標の評価を「暫定評価の状況」として暫定的に総括することを試みた。本研究における分析シートは、中間評価のための分析シート（案）と同様に作成した。暫定的に研究班で検討した各指標の評価に関する「暫定的な評価の状況」については、「1① 改善した（目標を達成した）」が 6（12%）、「1② 改善した（目標を達成していないが改善した）」が 19（37%）、「1③ 中間評価時から改善した（目標を達成していないが改善した）」が 5（10%）、「2 変わらない」が 2（4%）、「3 悪くなっている」が 3（6%）、「4 評価できない」が 17（33%）だった。目標値を設定した指標のうち 59%が暫定的に改善したと判断したが、一方、評価できない、あるいは悪くなっているとした指標の評価からは、指標に関連する調査の実施状況や、新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19 とする）流行の影響等を考慮する必要性が示唆された。

(8) 第 81 回日本公衆衛生学会学術総会 自由集会 ～知ろう・語ろう・取り組もう～ 一歩先行く 健やか親子 2 1（第 2 次）第 8 回開催報告

本研究班では、毎年秋に開催される日本公衆衛生学会学術総会の際に、「健やか親子 2 1」に関する自由集会を平成 13 年より毎年開催してきた。平成 27 年度 4 月より新たに「健やか親子 2 1（第 2 次）」が開始されたことに伴い、自由集会でも新たに「～知ろう・語ろう・取り組もう～一歩先行く 健やか親子 2 1（第 2 次）」と題し、第 2 次の取り組みについて知り、語り合う機会とすべく当集会を企画し、今回はその 8 回目であった。

今回のテーマは、「最終評価を迎える健やか親子 2 1 と今後の母子保健について考えよう！」とし、今年度に研究班の分担研究として行った、健やか親子 2 1（第 2 次）の最終評価の暫定結果と乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）における発達障害スクリーニング調査の結果について説明し、今後の母子保健について参加者と情報共有、および議論する

ことを目的とした。今回の参加者は30名であった。参加者は議題についての講演に熱心に耳を傾け、その後のディスカッションでは健やか親子21（第2次）の最終評価の暫定結果や、乳幼児健診における発達障害スクリーニングの現状に関する質疑応答や情報共有、意見交換を行った。発達障害については、専門家としてだけでなく、一保護者としての立場からの意見も交わされ、大変有意義な会となったと思われる。

(9) 母子保健・医療情報データベース」の運営および利用状況報告

「母子保健・医療情報データベース」は、母子の保健・医療・福祉に関する調査・研究・事業等の情報を広くまとめたデータベースであり、有効活用されることで日本の母子保健水準の向上を期待して「健やか親子21」の第1次開始時に構築された。2001年4月以降、現在まで約22年間運営管理してきたが、データベースの仕様が古くなってきたこと、時代の変化とともに新しい指標が求められてきたことを鑑み、2020年度にデータベースの再構築を行った。本稿では本年度の運営状況及び利用状況について報告する。

公開時に2,337件であったデータは、22年間のあゆみの中で毎年平均177件、2022年は118件を追加し6,221件となった。また、データベースへのアクセス数は毎月200件程度であり、特定の期間内にサイトを訪れたユーザーの数を表す指標であるアクティブユーザー数（期間内、同じユーザーが何度サイトを訪問しても1とカウントする）をみると、2022年は平均して毎日2人、毎月135人に使用したことが分かった。データベースへのアクセス数やユーザー数は、多いとは言えないものの、本データベースの研究者や保健師等、専門家向けのコンテンツという特色や、アクセスしにくい環境である事を踏まえると、一年を通して利用者がおり、一定のニーズがある事が伺えた。

2) 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

(1) コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究

2020年にCOVID-19が流行し始め、その対策の一つとしてマスクの着用が推奨された。マスクを着用することで顔の大半が覆われることになり、表情の読み取りが非着用時より困難であることが考えられる。このことは、コミュニケーションや言語発達に影響を与える可能性が報告されている。特に、発達が著しい過程にある幼児期に、このように表情を十分にみることができない状況は、子どもの言語発達以外の精神神経発達にも影響がある可能性が考えられる。そこで本研究では、COVID-19が流行する前に発達検査を受診した6歳児と、流行後に発達検査を受診した6歳児を対象に、マスク着用による精神神経発達への影響を検討することを目的とした。

対象者は、子どもの健康と環境に関する全国調査参加者のうち、山梨県において2019年度（コントロール群）及び2020年度（曝露群）に6歳児を対象とした新版K式発達検査を受けた児である。対象者のうち、過去に2歳時、4歳時にも検査を受けた児を解析対象者（n=160）とした。

コントロール群と曝露群で2歳、4歳、6歳時における指数の平均値を比較すると、2歳

では「認知・適応領域」および「全領域」において、コントロール群の平均値が曝露群より有意に低い結果となった。また、コントロール群と曝露群ごとに時系列マルチレベルモデルを用いて算出した各年齢の平均推定値の推移をみたところ、2歳-4歳-6歳全体について、両群の傾きの差は曝露群で有意差が認められた。しかし、2歳の結果は、発達指数が100未満の割合がコントロール群で高くなっており、特に2歳ではその開きが大きくばらつきがあると考えられたことから、4歳-6歳で検定したところ、傾きに違いは見られなかった。

以上のことから、本研究結果では、マスク着用の発達への影響は示されなかった。しかし、曝露群は2020年の始め頃からマスク生活が始まり、6歳調査時ではマスク着用の状況が短期間であったことから、マスク着用の影響を長期間受けていた状態の結果ではない。よって、今回の結果からはマスクの長期間の使用による発達への影響を評価するには限界がある。また、対象児数も十分ではない可能性があるため、より大規模調査による検討が必要である。

(2) 園および小学校における新型コロナウイルス感染症対策、および子どもの生活面、心理面への影響に関する調査研究

我々は、令和3年度厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「母子保健情報を活用した「健やか親子21（第2次）」の推進に向けた研究（19DA1003）」（研究代表者：上原里程）の分担研究の一環として、感染症対策の長期的な影響を把握することを目的として、子どもとその保護者の生活状況、身体的、精神的な状態を調査した。そして本年度は、2020年1月以降、保育園・幼稚園・認定こども園、小学校で行われたCOVID-19の感染症対策、および、子どもの生活状況、身体、精神的な状態を調査することで、COVID-19対策が、子どもの心身にどのような影響を与えるのかを評価することを目的として調査を行った。

環境省「子どもの健康と環境に関する全国調査（以下、エコチル調査とする）」において、甲信ユニットセンターが対象者をリクルートした際の対象地域に所在する保育園・幼稚園・認定こども園、そして小学校の計170か所を対象とした。その結果、園40か所、学校34か所、計74か所（回収率：43.5%）から回答を得た。今後は解析作業を進めていく。

4. 結論

1) 次期成育基本方針に関する指標（案）の作成

今回本研究班では、成育医療等基本方針の改定に基づき、前回策定された指針の見直しを行った。指標の見直しにあたっては、前回策定された指標および研究班で提案したが見送られることになった指標案について再検討した。ロジックモデルを構築するにあたっては科学的根拠に基づいたものとするように、アウトプットの効果に関するエビデンスも十分に調べることにした。しかしながら、もともと母子保健分野のエビデンスが少ないこともあり、明確な方向性を示せないものもあった。検討したロジックモデルの中から、国の

データが入手可能なアウトカムを指標案として示すこととした。研究班からは 64 指標を提案した。その後、厚生労働省母子保健課による関係各所との調整の結果、69 指標を新たな指標として成育医療等協議会に提案することとなった。研究班からの提案については、レセプトデータの活用などに関する指標は見送られることとなったが、健やか親子 21（第 2 次）の指標はほぼ含む形となった。指標案作成過程において、基本方針の記載にアウトプットが多く、そこからアウトカムを想定して指標を設定することや、貧困や障害児に関する指標提案に困難を感じた。令和 5 年 4 月にはこども家庭庁も発足し、母子保健活動がより円滑に、そして充実していくことを期待する。

2) 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

本研究では、エコチル調査とする参加者のうち、2019 年度（コントロール群）及び 2020 年度（曝露群）に 6 歳児を対象とした新版 K 式発達検査を受け、過去に 2 歳時、4 歳時にも検査を受けた児を対象とし、マスク着用による発達の影響を検討した。本研究結果では、短期間のマスク着用における発達への影響は示されなかった。

また、2020 年 1 月以降の保育園・幼稚園・認定こども園、小学校で行われた COVID-19 の感染症対策、および、子どもの生活状況、身体、精神的な状態を調査することで、COVID-19 の感染症対策が、子どもの心身にどのような影響を与えるのかを評価することを目的として調査を行った。本調査についてはまだ解析中であり、今後解析作業を進めていく。

班員・担当者一覧

	氏名	所属機関	職名
研究代表者	山縣 然太朗	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座	教授
研究分担者	上原 里程	国立保健医療科学院政策技術評価研究部	部長
	尾島 俊之	浜松医科大学医学部健康社会医学講座	教授
	鈴木 孝太	愛知医科大学医学部衛生学講座	教授
	市川 香織	東京情報大学看護学部看護学科	教授
	相田 潤	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科	教授
	後藤 あや	福島県立医科大学総合科学教育研究センター	教授
	森崎 菜穂	国立成育医療研究センター社会医学研究部	部長
	松浦 賢長	福岡県立大学看護学部	教授
	永光 信一郎	福岡大学医学部小児科学講座	教授
研究協力者	山崎 嘉久	あいち小児保健医療総合センター	
	杉浦 至郎	あいち小児保健医療総合センター	
	佐々木 溪円	実践女子大学生生活科学部	
	横山 美江	大阪公立大学大学院 看護学研究科	
	近藤 尚己	京都大学大学院医学研究科国際保健学講座社会疫学分野	
	川口 晴菜	大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 産科	
	原田 直樹	福岡県立大学看護学部	
	新井 猛浩	山形大学地域教育文化学部	
	竹原 健二	国立成育医療研究センター 政策科学研究部	
	石塚 一枝	国立成育医療研究センター 社会医学研究部	
	大久保 祐輔	国立成育医療研究センター 社会医学研究部	
	酒井 さやか	久留米大学医学部小児科	
	梶原 由紀子	福岡県立大学看護学部	
	吉田 峻	福岡大学医学部小児科学講座	
	川越 隆	愛知医科大学医学部衛生学講座	
	篠原 亮次	山梨大学大学院総合研究部附属出生コホート研究センター	
	堀内 清華	山梨大学大学院総合研究部附属出生コホート研究センター	
	久島 萌	山梨大学大学院総合研究部附属出生コホート研究センター	
	山田 七重	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座	
	秋山 有佳	山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座	

A. 研究目的

成育基本法（平成 30 年法律第 104 号）が平成 30 年 12 月 14 日に公布され、令和元年 12 月 1 日に施行された¹⁾。また、令和 3 年 2 月 9 日には、成育基本法第 11 条第 1 項の規定に基づいた成育医療等基本方針が閣議決定された²⁾。この成育医療等基本方針では、成育医療等の提供に関する施策の推進に関する基本的方向や施策に関する基本的な事項、重要事項が示されている。さらに、成育基本法第 10 条及び第 11 条第 6 項に基づき、政府は施策実施状況等について評価を行い、公表することとされている。施策の実施状況等の評価や公表するためには評価指標の設定が必要である。そこで、本研究班は、成育基本法における成育医療等基本方針に基づいた施策の評価を行うための指標や目標値の検討、指標の評価システムの開発と、評価システムを用いた指標及び実施状況のモニタリングを行い、次期成育基本方針の作成、基本情報を成育医療等協議会に提供することを目的とした。具体的には、以下の 5 つの課題についてを 3 年間で実施することとした。

- 基本方針に基づいた施策の評価を行うための指標の作成及び目標値の設定
- 指標をフォローアップするシステムの構築
- 構築したシステムを用いた指標及び施策の実施状況のモニタリング
- 次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討
- 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

上記のうち、本年度は「次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討」および「新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討」に関わる研究に取組んだので本稿で報告する。

なお、本稿内の参考文献および図表は、後述の各分担研究者の報告書内を参照のこと。

B. 研究方法

1. 次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討

1) 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成についての経過報告

1. 指標見直しの基本的な考え方

指標見直しに際し、以下の 3 点の方向性に基づいて検討することとした。

- 1) 指標に関するデータは、新たに情報収集はしないが、利活用できるものを用いる
- 2) 市町村・都道府県・国ごとの指標を検討する
- 3) アウトカム、アウトプット、プロセスのプロトタイプを示す

2. 指標見直しに関する検討会議

指標の見直しに際し、昨年度に指標作成のため協力していただいた「健やか親子 2 1 の指標関連を取りまとめる研究班「健やか親子 2 1（第 2 次）」の推進に向けた研究（19DA0301）」の研究者を研究協力者として入っていただき、研究班会議を 9 回実施し、ワーキンググループ会議を 1 回開催した。各会議実施日程は以下の通りである。

【班会議】

第 1 回：令和 4 年 6 月 30 日（木）

（時間：14：30～16：30 場所：オンライン）

第 2 回：令和 4 年 7 月 26 日（火）

（時間：13：00～15：00 場所：オンライン）

第 3 回：令和 4 年 8 月 16 日（火）

（時間：10：00～12：00 場所：オンライン）

- 第4回：令和4年8月29日（月）
（時間：10：00～12：00 場所：オンライン）
第5回：令和4年9月2日（金）
（時間：10：00～12：00 場所：オンライン）
第6回：令和4年9月26日（月）
（時間：13：30～15：30 場所：オンライン）
第7回：令和4年10月17日（月）
（時間：16：00～18：00 場所：オンライン）
第8回：令和4年11月18日（金）
（時間：9：00～10：30 場所：オンライン）
第9回：令和5年3月6日（月）
（時間：14：00～16：00 場所：オンライン）

（倫理面への配慮）

本研究に関しては個人情報扱っていない。

2) 成育基本法の推進ツールとしてのロジック モデルに関する研究：ロジックモデル推進 と指標検討の具体例

1. 自治体データを用いた指標選定例

昨年度の報告書同様、福島市子ども子育て支援事業計画策定にかかる2018年度ニーズ調査報告書のデータを用いた。その中でも地域の子育て環境（ソーシャル・キャピタル）に関する指標に注目して分析した。「健やか親子21（第2次）」では「この地域で子育てをしたいと思う親の割合」が指標として取り上げられており、地域社会全体で子どもの健やかな成長を見守り育て地域づくりを推進している。孤立した子育てにより生育環境の悪化につながることを防ぐよう、地域の身近な場所で、子育て中の親子の交流や見守り体制の強化が必要である。

調査の時期は2018年12月で、未就学児世帯と小学生世帯の保護者を対象としてそれぞれ実施された。本報告で分析対象としたのは、小学生世帯の保護者を対象としたデータである。調査対象者は無作為抽出により2,900人が抽

出され、調査票は学校を經由して配布され回収された。有効回答率は86.9%だった。調査は匿名で実施され、個人が特定されない形で市からデータの提供を受けた。

注目した変数は、対象者を層別化する変数として家計のゆとり、アウトカム指標としては、福島市の子育て環境の満足度である。満足度に関連する要因としては、以下の項目について分析した：児の学年、兄弟の人数、配偶者の有無、主な子育ての担い手、子育てについて相談や協力を求められる相手の有無、子育ての自信、母親の就労状況、放課後児童クラブの利用状況である。

家計の状況については、ゆとりがある、ややゆとりがある、ふつう、やや苦しい、大変苦しいの5件法で回答を求め、やや苦しいまたは大変苦しいと回答したものを家計の状況が苦しいとした。子育て環境や支援への満足度については5段階評価で回答を求め、1と2を低評価、3-5を中・高評価とした。児の学年は1-2年生と3-6年生にまとめ、低学年と中・高学年とした。主な子育ての担い手については父母ともにおよび主に母とした。子育てについて相談や協力を求められる相手について、どちらもいるか否かとした。母親の就労状況についてはフルタイムで働いているか否かとした。放課後児童クラブの利用状況については、利用できている・利用希望なしと利用できていないとし、利用できていない理由も調べた。

2. PCM研修に参加した保健師の感想

福島県立医科大学は福島県と協力して、2011年の震災後に県保健師現任教育の枠組みの中で、様々なテーマについて研修を実施した。大学内の複数部署が協力して外部資金を得て運営したが、本稿では2018～2020年度に実施したPCMに関する研修6回分の参加者アンケート

トを用いた。主に自由記載を、フリーのテキスト解析ソフトである KH Coder により分析した。

(倫理面への配慮)

上記 1 の分析に用いたデータは福島市が実施した無記名アンケートから作成されたものである。匿名データの二次利用であるため「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に該当せず、福島県立医科大学の倫理審査は不要とされた。同様に、上記 2 の分析に用いた無記名アンケートの事業評価用データも、倫理指針に該当しない。

3)子どもの歯科疾患の予防に関する公衆衛生的研究

我が国における、子どものう蝕予防に関して、公衆衛生上重要な情報のアップデートのレビューを行う。

(倫理面への配慮)

既に公開されている情報を用いてレビューを行う研究であるため、倫理的な問題はないため、研究倫理の審査は行わなかった。

4)学校授業への参画を通じた切れ目のない思春期個別支援の枠組み構築～思春期保健(学校授業参画)の研修会モデル開発～

高知市におけるある産科医療機関を拠点にした年 4 回セットとなる研修会を企画・実施した。研修会では研究分担者が講師を担当した。

学校授業への参画の視点開発のために、講師が用意したプレゼンテーションをもとに、毎回の研修会にて議論を行い、今後、各地で展開する予定の研修会に際しての評価項目を立案した。

5)都道府県別子どもの心診療医数と子どもの

自殺者数の関連に関する研究

対象データは都道府県別 20 歳未満の自殺者数と都道府県別の子どもの心診療医数の関係と比較した。各種 HP データより令和 3 年の下記各種データを取得した。

■調査項目 (各都道府県別)

1. 20 歳未満の総数 (総務省統計局 HP データより引用)
2. 20 歳未満の自殺者数 (厚生労働省 HP データより引用)
3. 子どもの心相談医数 (日本小児科医会 HP データより引用)
4. 子どものこころ専門医数 (子どものこころ専門医機構 HP データより引用)

■結果項目 (各都道府県別)

1. 20 歳未満人口 10 万人あたりの自殺者数 (率)
2. 20 歳未満人口 10 万人あたりの子どもの心相談医数
3. 20 歳未満人口 10 万人あたりの子どものこころ専門医数

■解析項目

1. 自殺者数と子どもの心相談医数/子どものこころ専門医数の相関関係
2. 政令指定都市 (東京含む) とそれ以外との比較

(倫理面への配慮)

HP に報告されているデータのみ活用、特に倫理審査は申請していない。

6)医療レセプトデータを用いた小児喘息と両親の喫煙に関する研究

【研究対象者】

株式会社 JMDC が保有する匿名加工情報である、JMDC 保険者データベースで、2018 年 1 月から 12 月に観察されている 2019 年 1 月時点で 0~12 歳（小学生のみ）の小児を対象に、その親（被保険者本人、配偶者）の健診データを連結し、両データが連結可能であり、さらに父親と母親の喫煙状況が判明している親子を対象とした。

【データ内容】

日本全国の健康保険組合から収集された、レセプト・健康診断結果・加入者台帳の情報を用いる。

（レセプト情報）

レセプトの種類、診療年月、診療科、入院日、退院日、総点数、傷病名、診療開始日、医薬品名、処方日、診療行為名、実施日など

（健診情報）

BMI、腹囲、血圧、脂質、肝機能、随時・空腹時血糖、HbA1c、血色素量、心電図所見の有無、特定健診の問診項目（喫煙、食習慣、飲酒、睡眠、身体活動など）

【解析方法】

前述の対象者について、2019 年 1 月から 12 月に外来診療、入院診療において喘息（ICD-10 小分類コード：J45）という傷病名がついているかどうかをアウトカムとした。また、親の喫煙状況については、健診データにある問診項目にある喫煙の有無を用いて、「両親とも喫煙」「どちらかの親のみ喫煙」「両親とも非喫煙」の 3 群に分けた。なお、本来であれば、父親のみの喫煙、母親のみの喫煙と分類すべきであるが、母親のみの喫煙割合が 1%に満たなかったため、両者をまとめて 1 カテゴリーとした。喘息と親の喫煙状況との関連について、それぞれ、カイ 2 乗検定を行った。また、参考として時の

年齢別の解析も実施した。解析には SAS Ver9.4 を用いた。

（倫理面への配慮）

株式会社 JMDC から提供された匿名加工情報を用いるため、インフォームドコンセントを得ることは不可能であるが、研究対象者に与える不利益は存在しない。また、本研究は愛知医科大学医学部倫理委員会の承認を受けている（【承認番号】2021-057【課題名】周産期から小児期にかけてのリアルワールドデータを用いた、疾病罹患と受療行動に関する検討）。

7) 「健やか親子 2 1 (第 2 次)」最終評価を見据えた指標の評価に関する研究

本研究における分析シートは、前述の中間評価のための分析シート（案）と同様に作成した¹⁾。すなわち、全 80 指標について、【結果】には、直近値が目標に対してどのような動きになっているか、ベースライン値と直近値を比べて記載した。なお、ベースライン時の調査方法と中間評価および直近の調査方法が異なる場合は中間評価の値と直近値を比べて記載した。

【分析】には、施策や各種取組みとの関連をみて、データ変化の根拠を分析して記載した。【評価】には、目標に対する直近値をどのように読むかについて、次のような基本的な考え方に基づき記載した。

1. 改善した

①目標を達成した

②目標を達成していないが改善した

（一部の指標では、中間評価時からの改善も含めた）

2. 変わらない

3. 悪くなっている

4. 評価できない

なお、【評価（暫定）】には基本的な考え方に

基づく区分を記載した。ただし、「参考とする指標」28 指標については評価の対象外であるため、評価欄は空欄とした。【調査・分析上の課題】には、調査・分析する上での課題がある場合に記載した。【残された課題】には、今後の取組へつながるように、現段階で考えられる課題を記載した。

(倫理面への配慮)

本研究は個人情報を含まない公表されたデータを用いているため、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に該当しない。

8) 第 81 回日本公衆衛生学会学術総会 自由集会 ～知ろう・語ろう・取り組もう～ 一歩先行く 健やか親子 2 1 (第 2 次) 第 8 回開催報告

令和 4 年 10 月 7 日 (金) ～10 月 9 日 (日) に山梨県で行われた第 81 回日本公衆衛生学会学術総会の 1 日目に申し込みをした。開催日時および場所、予定した内容は以下の通りである。

【日時】

令和 4 年 10 月 7 日 (金) 18 : 00～19 : 30

【場所】

甲府市役所 市民活動室 1 (1F)

【内容】

座長 : 山縣 然太郎 (山梨大学)

《第 1 部》

- ・「健やか親子 2 1 (第 2 次) の最終評価について」(国立保健医療科学院: 上原)

《第 2 部》

- ・「乳幼児健診を考える一乳幼児健診における発達障害スクリーニング調査の結果から一」(山梨大学: 堀内)

《第 3 部》

- ・ディスカッション (進行役: 山縣)

9) 「母子保健・医療情報データベース」の運営および利用状況報告

今年度の「母子保健・医療情報データベース」の運営、利用状況を把握した。「母子保健・医療情報データベース」は、Web 公開された 2001 年 4 月以降、現在まで 22 年間にわたって運営されてきた。データベースの利用状況については、その内訳を把握する一つの指標として、アクセス数を用いた。

(倫理面への配慮)

「母子保健・医療情報データベース」に関しては個人情報は扱っていない。

2. 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

1) コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究

1. 対象者

対象者は、エコチル調査参加者のうち、山梨県において 2019 年度及び 2020 年度に 6 歳児を対象とした新版 K 式発達検査⁸⁾を受けた児である。新版 K 式発達検査はエコチル調査全体では 2 歳と 4 歳に行われているが、6 歳児を対象とした検査は山梨県のみで実施された。

2. 変数

アウトカムは、6 歳時点の新版 K 式発達検査の結果とした。新版 K 式発達検査は、「姿勢・運動領域」「認知・適応領域」「言語・社会領域」「全領域」の領域別の発達指数を算出可能で、発達指数 100 が生活年齢と同じ水準である(その年齢における発達がほぼその年齢通りの発達)と捉える。100 より低い場合は、その年齢で実施可能な事柄に遅れがある、つまり発達の遅れを示しており、100 より高い場合は、その

年齢以上に発達していると解釈できる。

曝露は、マスク着用の時期とし、COVID-19 流行前に 6 歳児の新版 K 式発達検査を受けた児をコントロール群、流行後にマスク着用が一般的となった 2020 年度に 6 歳児の新版 K 式発達検査を受けた児を曝露群とした。

3. 統計解析

対象者のうち、過去に 2 歳時、4 歳時にも新版 K 式発達検査を受けた児を解析対象者 (n=160) とした。はじめに、2 歳、4 歳、6 歳時の新版 K 式発達検査の集計を行った。その際、6 歳時の「姿勢・運動領域」については、対象児がすべて検査項目を通過しており (発達指数 \geq 100)、解析より除外した。

次に、コントロール群と曝露群ごとに個人レベルの時系列値の推移を考慮するため時系列マルチレベルモデルを行い、算出した各年齢の平均推定値の推移を確認した。

(倫理面への配慮)

山梨大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。(受付番号: 2324)

2) 園および小学校における新型コロナウイルス感染症対策、および子どもの生活面、心理面への影響に関する調査研究

1. 対象者

エコチル調査において、甲信ユニットセンターが対象者をリクルートした際の対象地域に所在する保育園・幼稚園・認定こども園、そして小学校の計 170 か所を対象とした。

2. 実施方法

調査は郵送法とし、対象園、および対象小学校へ依頼状、自記式質問票、返信用封筒を同封し配布した。

3. 調査内容

調査内容は以下の通りである (資料 1、2)。

- 1) 園・学校名
- 2) 回答者の役職
- 3) 休園・休校期間
- 4) 1 クラスの人数
- 5) 園児・児童は感染予防状況について
- 6) 休園・休校再開後もコロナを理由に休んだ園児・児童の有無
- 7) 6) の理由
- 8) 休園・休校再開後、園児・児童の精神状態について
- 9) 園・学校でとっていた感染予防対策について

(倫理面への配慮)

本調査実施にあたり、山梨大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号第 2324 号)。

C. 研究結果

1. 次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討

1) 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成についての経過報告

1. 班会議検討結果

- 1) 第 1 回班会議検討結果
 - ① 今年度の研究班の計画について
 - ② 次期成育医療等基本方針に関する指標案の検討について
 - ③ 今後のスケジュール確認
 - ④ 分担の確認
- 2) 第 2 回班会議検討結果
 - ① 前指標で変更した方がよいと思われる指標についての検討
 - ② 新指標に追加で入れた方がよいと思う指

標についての検討

3) 第3回班会議検討結果

- ① 前指標で変更した方がよいと思われる指標、および新指標に追加で入れた方がよいと思う指標の検討①(周産期、学童期)
 - 各分野の指標案についての説明・議論
 - 各アウトカム指標についてのロジックモデルの説明・議論

4) 第4回班会議検討結果

- ① 限指標で変更した方がよいと思われる指標、および新指標に追加で入れた方がよいと思う指標の検討②(歯科、虐待予防、貧困、障害)
 - 各分野の指標案についての説明・議論
 - 各アウトカム指標についてのロジックモデルの説明・議論

5) 第5回班会議検討結果

- ① 前指標で変更した方がよいと思われる指標、および新指標に追加で入れた方がよいと思う指標の検討③(医療)

6) 第6回班会議検討結果

- ① 竹原先生による講義
- ② ロジックモデルの説明・議論等(父親支援、ソーシャルキャピタル)

7) 第7回班会議検討結果

- ① 各分野のロジックモデルの再検討・まとめ

8) 第8回班会議検討結果

- ① 母子保健課に提出した指標一覧について
- ② ロジックモデルのまとめ方について

9) 第9回班会議検討結果

① 現状報告

- 成育医療等基本方針第2期の指標について(研究班提案指標と決定された指標について)
- 健やか親子21(第2次)の最終評価について

② 今年度のまとめ、および来年度の予定

- 指標のモニタリングについて
- ロジックモデル例の作成(市区町村を含む)
- 研修会の実施について
- 乳幼児健診情報システムの改修について
- 指標の直近値の更新について

③ 報告書について

2. 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成結果

新指標案作成に際し、前指標の見直しを行った。また、新たに加えた方がよいと思われる指標案を検討した。全指標案検討の際と同様、「周産期」「乳幼児期」「学童期・思春期」「全成育期」に分けて指標を示すこととした。また、課題テーマとなる項目を設定し、その課題テーマに関する指標をロジックモデルにあてはめ、インプット、アウトプット、アウトカム(健康行動・健康水準)別に示した。成育医療等基本方針にはアウトプット指標が多いため、アウトプット(実施)とアウトカム(成果)を紐づけて検討し、指標としてはアウトカムを示した。

研究班では、64指標(監視指標17指標を含む)を提案した。提案後、関係省庁との調整が行われ、最終的には69指標(監視指標6指標を含む)を成育医療等協議会に提案することとなった(資料1)。研究班で提案した指標の約半数が見送られることになったが、一方で前指標、

および健やか親子21（第2次）の指標になっている指標が盛り込まれることになった。

2) 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究：ロジックモデル推進と指標検討の具体例

1. 自治体データを用いた指標選定例

対象者の特徴は次の通りである（表1）。低学年は29.5%、第1子は27.8%だった。配偶者のいない者は11.5%で、主な子育ての担い手が母親のみとなっているのは45.8%だった。子育てについて相談や協力を求められる相手のどちらかがいないかどちらもいない者は11.5%、子育てに自信が持てないことがある者は62.2%、そして、地域の子育て環境や支援への満足度が低い者は39.5%だった。家計の状況が苦しいと答えた者は34.3%で、フルタイムで就労している母親は43.7%だった。利用希望があるにもかかわらず放課後児童クラブが利用できていない者は9.6%だった。

家計の状況にゆとりがあるかふつうと答えた群の地域における、子育ての環境や支援への満足度と関連要因を表2に示した。単変量解析では、児の学年、兄弟の人数、配偶者の有無、主な子育ての担い手、子育てに自信が持てないこと、母親の就労状況、放課後児童クラブの利用状況について、それぞれ満足度と有意な関連がみられた。これらを多変量解析に投入したところ、児の学年、配偶者の有無、子育てに自信の持てないこと、母親の就労状況、そして放課後児童クラブについて有意な関連がみられた。

家計が苦しいと答えた群の地域における子育ての環境や支援への満足度と関連要因を表3に示した。単変量解析では、子育てについての相談や協力先の相手、放課後児童クラブの利用状況について有意な関連がみられた。多変量解析から、これらは独立して満足度に影響して

いた。

なお、満足度について5段階評価の回答から低群、中群、高群の3群に分けて対象者の傾向を分析したが、中群と高群とで特に差異はみられなかった。

放課後児童クラブが利用できていない理由は料金が高い（71人、29.7%）、学区にない・知らない（65人、27.2%）、定員オーバー（41人、17.2%）、その他（62人、25.9%）だった。

2. PCM研修に参加した保健師の感想

研修参加者93人において、PCM手法を用いた演習での話し合いが今後の保健活動に役立つか5段階スケールで回答を求めたところ、40人（43%）が「大変そう思う」、44人（48%）が「そう思う」とした。自由記載から抽出された頻出語（名詞と動詞のみ）同士の関連を示す共起ネットワークから、主に以下3カテゴリーが抽出された（図1）：「1. 研修内容についての意見」（含まれる語：内容、具体、資料、業務、市町村、データ、地域、書く、分かる）、「2. グループワークからの学び」（グループ、ワーク、職場、視点、感じる、行う、振り返る）、「3. 事業の振り返り」（事業、原因、因果、自分、アイデア、考え方、考える、見直す、受ける）。

各カテゴリーの代表的な意見を以下に示した。

1. 「業務として、市町村支援として市町村が業務に使えるデータ分析の提供とよくあるが、具体的に何をしたらよいか分からず困っています。」「事業評価について、具体例を評価してみるワークもほしいです。」
2. 「グループワークのような情報の整理を職場でも行いたいと思います。」
3. 「原因と結果の因果関係を考えながら事業計画を考えていきたい。」

3)子どもの歯科疾患の予防に関する公衆衛生的研究

1. フッ化物配合歯磨剤について

フッ化物配合歯磨剤は、WHOの必須医薬品の中に含まれ⁵⁾、世界で最も多く利用されている、う蝕予防のためのフッ化物応用方法であり、1950年代から実用化がされている。日本での普及は欧米諸国に比べるとかなり遅く、フッ化物配合歯磨剤の本格的な普及の拡大は1990年代半ばからである。

フッ化物配合歯磨剤の利用は、う蝕予防のメリットと、大量にフッ化物を摂取した場合のデメリットを考慮して定められている。そのためWHOの必須医薬品の解説や⁵⁾、国際歯科連盟(FDI)⁶⁾などで年齢に応じた利用方法が説明されている。日本では日本口腔衛生学会からの推奨が出されていたが⁷⁾、これが近年の国際的な推奨と異なる部分があるため、改定が望まれていた。

こうした背景のもと、幼少期から高齢期までのライフコースをカバーする日本口腔衛生学会、日本小児歯科学会、日本歯科保存学会、日本老年歯科医学会の4学会合同で、フッ化物配合歯磨剤の利用方法の推奨文章が2023年1月に出された。表1に示すように、年齢に応じたフッ化物配合歯磨剤の濃度と使用量が明記された。乳幼児においては、歯が生えてからすぐの利用が推奨されている。これらの推奨は国際的な推奨を踏まえたものとなっている。

2. 集団フッ化物洗口について

保育園・幼稚園・学校での集団フッ化物洗口は、日本では1970年代から実施された。集団フッ化物洗口は、フッ化物配合歯磨剤が普及した現在でも効果があることが報告されている⁸⁾。そしてう蝕予防効果に加えて、う蝕の健康格差の縮小効果が存在することが指摘されて

いる⁹⁾。どのような家庭環境の子どもであっても、園や学校に行けば予防効果の恩恵が受けられる環境の実現になるのである。これは、特に家庭でう蝕予防が困難な貧困家庭などの子どもに恩恵が大きいと考えられる。実際、フッ化物洗口の実施校では、リスクが高いう蝕多発児が減少していることが報告されている¹⁰⁾。さらに、集団フッ化物洗口を子どものころに行った場合、大人になってからもう蝕が少ないことが厚生労働省の事業により報告され、ライフコースを通じた恩恵があることが明らかになっている¹¹⁾。

こうした集団フッ化物洗口については、2003年に厚生労働省からフッ化物洗口ガイドラインが出され、普及が推進されていた¹²⁾。そしてこのアップデートが行われ、厚生労働省から2022年12月に『「フッ化物洗口の推進に関する基本的な考え方」について』の文章が出され¹³⁾、「フッ化物洗口マニュアル(2022年版)ー健康格差を減らす、保育園・幼稚園・子ども園、学校や施設などにおける集団フッ化物洗口の実践ー」が示された¹⁴⁾。マニュアルの中ではフッ化物洗口の安全性、有効性、健康格差への効果、具体的な実施方法などが示され、地域での活用がしやすいものとなっていた。

4)学校授業への参画を通じた切れ目のない思春期個別支援の枠組み構築～思春期保健(学校授業参画)の研修会モデル開発～

1. 現地コーディネータ

まずは、現地コーディネータの選定を行った。現地コーディネータの選定にあたっては、研修会の拠点確保ができる者、研修会に参加する各専門職への呼びかけができる者、さらに学校授業への参画経験のある者という3要件をもとに検討し、高知県内の開業助産師をこれら3つの条件を満たす者として現地コーディネー

タを依頼した。

2. 研修会拠点

研修会は年4回を予定しており、いずれも同じ場所にて開催できることを想定し、保健医療期間の中から拠点確保に臨んだ。

現地コーディネータの調整により、高知市内の産科医療機関の研修室を拠点とすることが可能となった。この産科医療機関の責任者からは、今回の研修会の主旨に賛同を得た。

3. 研修会参加者

成育医療等基本方針に基づく学校授業への参画には、医師や助産師を始めとして多様な専門職の協働が考えられる。そこで現地コーディネータの協力を得て、以下の専門職の研修会参加を得た。

1. 医師2名（産婦人科）
2. 助産師12名
3. 保健師5名
4. 学校教員1名
5. 学校指導主事1名

4. 研修会テーマ

計4回の研修会にて扱うテーマを下記の20に設定した。

1. 学校の性教育体系
2. 成育医療等基本方針
3. 学校の授業時間
4. 学校の教科等と授業内容
5. 学校性教育の指導形態
6. 集団指導
7. 個別指導
8. 少集団指導
9. 個別相談への接続
10. 授業目標の立案
11. 授業内容の組み立て

12. ワークシートの作成
13. 保護者宛のメッセージ作成
14. 知識中心の授業
15. 態度形成中心の授業
16. 実際の行動評価
17. 授業の評価
18. 目標未達成者への支援方法
19. 地域資源の活用と連動
20. 個別支援カンファレンスのあり方

5. 評価指標

研修会の目標は「学校と連携し、専門を活かした性教育ができる」とした。ただし、その性教育実践（“出前授業”）を目的（終着点）とするのではなく、そこを出発点として個別支援に接続することを目的とする見方の醸成に配慮した研修会内容とした。

研修会にて議論を重ねた結果、この研修会モデルの評価指標を下記の5にまとめた。

1. 学校教育を理解した
2. 授業目標の立案ができる
3. 授業を目標に沿って評価できる
4. 授業から個別支援に接続できる
5. 保護者から個別支援に接続できる

5)都道府県別子どもの心診療医数と子どもの自殺者数の関連に関する研究

20歳未満の自殺者絶対数は東京を含む関東地域、大阪、名古屋、福岡の大都市に多かった。

自殺者率は必ずしも大都市圏ではなく、山口、奈良に多く認められた。

中国地方を中心に関西、中国四国地方に多く分布していた。

都道府県別の子どもの心相談医数（10万人対）と都道府県別自殺者数（20歳未満）の間に相関は認めなかった。

都道府県別の子どものこころ専門医数（10

万人対)と都道府県別自殺者数(20歳未満)の間に相関は認めなかった。

自殺者の実数は政令指定都市が多いが、10万人あたりで比較すると差はなく、子どもの心相談医数(率)、子どものこころ専門医数(率)も差はなかった。

6)医療レセプトデータを用いた小児喘息と両親の喫煙に関する研究

【両親の喫煙状況と児の喘息に関する検討】

解析対象者は2019年1月時点で0~12歳の児とその両親が連結されたデータ77,034組である。

児の性別は、男児が37,475人(48.7%)であった。また、両親とも喫煙している児は1,867人(2.4%)、どちらかの親のみ喫煙している児は22,096人(28.7%)、両親とも非喫煙の児は53,071人(68.9%)であった。

まず、外来での喘息の診断をアウトカムとした場合、喘息ありとなったのは、両親とも喫煙していた児では729人(39.1%)、どちらかの親のみ喫煙していた児では8,997人

(40.7%)、どちらも非喫煙の児は22,443人(42.3%)となった(カイ2乗検定： $p < 0.001$)。児の年齢別に検討した場合では、0歳児において、喘息と診断された割合が、両親とも喫煙していた児(46.7%)で、どちらかの親のみ喫煙していた児(38.3%)、両親とも喫煙していなかった児(37.1%)と比べて高い傾向を示したが(カイ2乗検定： $p = 0.14$)、その他の年齢では、全体と同様の傾向を示す、あるいは群間で大きな差はなかった。

次に、入院における喘息診断名をアウトカムとした場合、喘息ありとなったのは、両親とも喫煙していた児では14人(0.8%)、どちらかの親のみ喫煙していた児では152人(0.7%)、どちらも非喫煙の児は378人

(0.7%)となった(カイ2乗検定： $p = 0.9$)。年齢別の解析でも、各年齢で同様の傾向を示し、群間での大きな差はなかった。

最後に、外来において診断された児のうち、入院になったものについて喫煙の影響を検討したところ、入院となったものは、両親とも喫煙していた児では14人(1.9%)、どちらかの親のみ喫煙していた児では152人(1.7%)、どちらも非喫煙の児は378人(1.7%)となった(カイ2乗検定： $p = 0.9$)。児の年齢別に検討した場合では、0歳児において、入院となった割合が、両親とも喫煙していた児(7.1%)で、どちらかの親のみ喫煙していた児(5.2%)、両親とも喫煙していなかった児(4.2%)と比べて高い傾向を示したが(カイ2乗検定： $p = 0.4$)。入院で喘息と診断された児の数が少なく、全ての年齢で検討することは不可能であったが、1歳児、3歳児でも0歳児と同様の傾向を示した。

7)「健やか親子21(第2次)」最終評価を見据えた指標の評価に関する研究

80指標に関する研究班としての分析シートは別添のとおりである。

また、暫定的に研究班で検討した各指標の評価に関する「暫定的な評価の状況」については、「1① 改善した(目標を達成した)」が6(12%)、

「1② 改善した(目標を達成していないが改善した)」が19(37%)、「1② 中間評価時から改善した(目標を達成していないが改善した)」が5(10%)、「2 変わらない」が2(4%)、「3 悪くなっている」が3(6%)、「4 評価できない」が17(33%)だった(表)。

8)第81回日本公衆衛生学会学術総会 自由集会 ~知ろう・語ろう・取り組もう~

一歩先行く 健やか親子21（第2次）第8回開催報告

1. 参加者

当日の自由集会の参加者は30名（大学関係、行政、企業）であった。

2. 発表内容

日時、場所および内容はいずれも予定通りに実施された。当日の実施内容の詳細を以下に示す。

《第1部》

- ・「健やか親子21（第2次）の最終評価について」（上原）

研究班として「健やか親子21（第2次）」の総括を試みることを目的として、中間評価時に作成した分析シート（案）を基に、主として2020年度時点の各種データを用いて分析シートを作成した。加えて、研究班で検討した各指標の評価を「暫定評価の状況」として暫定的に総括することを試みた結果を報告した。

《第2部》

- ・「乳幼児健診を考えるー乳幼児健診における発達障害スクリーニング調査の結果からー」（堀内）

2021年に実施した、山梨県内における乳幼児健康診査における自閉スペクトラム症スクリーニング実施の現状の調査結果を報告した。

《第3部》

第1部及び第2部の講義を受けて、健やか親子21（第2次）の暫定評価結果と乳幼児健診における発達障害スクリーニング調査の結果について質疑応答、および参加者からの意見、情報交換を行った。

9)「母子保健・医療情報データベース」の運営および利用状況報告

1. 「母子保健・医療情報データベース」の運営状況

母子保健・医療情報データベース（図1）は、WEB公開された2001年4月以降、現在まで22年間にわたって運営されている。データベースの仕様が古くなってきた事や、時代の変化とともに、新しい指標が求められてきた事等の状況を鑑み、2020年9月にデータベースの再構築が行われた。この際、新たに「科学的根拠の強さ」という指標が追加された（図2）。この指標により、情報の質を判断する指標が充実し、より一層、情報の集積・評価・活用を一元化したシステムの強化が図られたといえる。ただし、これまでに搭載されている情報一つ一つについて、科学的根拠を見定めた上での入力が必要となるため、現在メンテナンス中である事をアナウンスした状況にある。

2023年3月現在でのデータ数を表1および表2に、またデータベースのデータ数の推移を図3に示した。公開時に2,337件であったデータは、22年間のあゆみの中で毎年平均177件が追加され、現在では6,221件となった。なお2022年は、厚生労働科学研究（成育疾患克服等次世代育成基盤研究）、民間研究所報告書についての追加・更新作業が主であった。データ追加数は118件、データ更新数は、463件であった。

データベースには、所蔵場所としてURLを登録する箇所があるが、長年の経過の中で、会社名や組織名、担当省や部署の変更や、サイトのリニューアルによるURLの変更等の影響から、過去のURLが使えなくなり、リンクエラーとなってしまう場合が多々ある。一方で学会誌等、web上で文献が公開される範囲は広がりつつあり、紙媒体を手にする事なく、web上で全て

の内容を把握できる傾向が強まってきている。過去の文献についても、これまで公開されていなかったものが web 上で公開されている事もある。より有意義で使いやすいデータベースを保持するために、そのようなリンクチェックは非常に重要であり、新指標の「科学的根拠の強さ」の項目の入力と共に、URL の有効性のチェックを進め、データベースの鮮度を保つ事を目指した。2022 年度は 6,221 件のうち、463 件についてデータ更新作業を行った。昨年度のデータ更新分 1,079 件、今年度データ入力分 118 件と合わせて 1,660 件 (26.7%) について分類を終え、なお未分類となっている 4,561 件 (73.3%) のデータについては今後更新作業を進める予定である。

2. 母子保健・医療情報データベースの活用状況

2020 年 9 月のデータベースの再構築とともに、アクセス数の解析システムも新しくなった。ページへのアクセス数のみをカウントする「ページビュー数」を把握できるようになり、これまでより正確で詳細なユーザーの動向を捉えられるようになった。

図 4 にデータベース再構築後のアクセス数（ページビュー数）の推移を示した。2022 年は月平均で 200 件程度、合計では 2,740 件のアクセスがあった。2021 年度と比較し減少傾向がみられた。

2022 年 2 月に健やか親子 21（第 2 次）のホームページがリニューアルされ、厚生労働省のサイトで公開された。これに伴い、トップページから「健やか親子 21 と成育基本法について」へ、さらに「取組のデータベース」へ、スクロールして最下部の「リンク」の一つに「母子保健・医療情報データベース」へのリンクが出てくる設計となっており、アクセスしにくい

場所におかれている。ちょうどその入替の 2～3 月より、アクセス数は落ち込んでいるため、アクセスしにくい事が、アクセス数減少の原因の一つと推測される。

図 5 にアクティブユーザー数、図 6 にデバイス別セッション数、図 7 に時間帯別ユーザー数を示した。アクティブユーザー（AU）数とは、特定の期間内にサイトを訪れたユーザーの数を表す指標であり、期間内であれば、同じユーザーが何度サイトを訪問しても AU 数は 1 となる。サイトを訪れた回数や見たページ数などに関係なく、サイトを訪れたユーザーの数だけがカウントされるため、単純に実際に何人に使ってもらえたかを把握できる指標である。図 5 を見ると母子保健・医療情報データベースには、平均して 2022 年には毎日 2 人、毎月 135 人がアクセスした事がわかる。2021 年には毎日 5 人、毎月 155 人がアクセスしており、この数を見ても減少傾向が認められた。

図 6 には、ユーザーがどんなデバイスでデータベースにアクセスしているかを示した。パソコンによる活用が 86%と主であるが、モバイルやタブレットによる利用もわずかにあった。

母子保健・医療情報データベースが構築された 2000 年は、主にパソコンユーザーを想定して構築されたが、デバイスは、時代と共に変化するものであり、ユーザーのデバイスの多様性を想定して、今後、見やすく検索しやすいシステムへと検討していく事も課題となる。

図 7 はデータベースが使われた時間帯を示したものである。平日の 9 時から 5 時に濃色の部分が多く、仕事の時間中にデータベースが活用されている事が把握できた。

2. 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

1) コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究

表1に対象者の2歳、4歳、6歳時の新版K式発達検査の集計結果を示した。6歳時の「姿勢・運動領域」については、対象児がすべて検査項目を通過しており(発達指数 ≥ 100)、解析より除外している。2歳ではいずれの領域もコントロール群の方が、平均値が低い結果となっていた。

表2にコントロール群と曝露群で2歳、4歳、6歳時における指数の平均値の比較結果を示した。2歳では「認知・適応領域」および「全領域」において、コントロール群の平均値が曝露群より有意に低い結果となった。4歳と6歳ではいずれの領域でも平均値に違いは見られなかった。

図1~3にコントロール群と曝露群ごとに個人レベルの時系列値の推移を考慮し(時系列マルチレベルモデル)算出した各年齢の平均推定値の推移グラフを示した。2歳-4歳-6歳全体について、両群の傾きの差は曝露群で有意差が認められた。しかし、2歳の結果は、図4~6で示した通り、発達指数が100未満の割合がコントロール群で高くなっており、特に2歳ではその開きが大きくばらつきがあると考えられたことから、4歳-6歳で検定したところ、傾きに違いは見られなかった。

2) コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究

令和5年2月28日を締め切りとして、対象地域内に所在する園、及び小学校、170か所に調査票を送付した。その結果、園40か所、小学校34か所、計74か所(回収率:43.5%)から回答を得た。現在はデータ入力終了し、データクリーニング等を行い、解析に向けての準備を行っている。

D. 考察

1. 次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討

1) 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成についての経過報告

研究班で検討した結果、64指標を案として国(厚生労働省母子保健課)に提出した。結果、最終的には69指標となったが、研究班で提案した指標のうち約半数は見送られることとなった。今回も研究班では、指標案作成において、保健分野に限らず、医療や教育、障害、福祉等、様々は分野に関わる指標を提案したが、他省庁間の調整が難しいと感じられた。成育過程にある者やその保護者及び妊産婦に対して切れ目なく施策を総合的に提供していく上では、様々な分野での連携が必要であり、指標も幅広く評価できるものを設定していくことが今後の課題ではないかと考えた。

また、今回も指標設定においては、既存の調査でデータが入手可能なものとの基本的方針があり、それに基づいて作成を試みたが、限界を感じた。もちろん、毎年評価をしていく上で既存データはこれまでの推移を把握でき、新たに調査をする必要がないため有効な手段である。しかしながら、既存のデータでは現在課題と感じていることを数値として示すことが難しく、そのため指標に盛り込むことができなかった課題もあった。時代とともに変化する課題について、課題によっては必要に応じて新たに調査を行ったり、既存データの詳細な数値の公表または提供の必要性を感じた。

今回設定された新指標は、今後6年間続くものである。また、今回決定された指標では、各課題において、ロジックモデルを作成する際にアウトカムがなくなってしまっていたり、アウトカム(健康行動)が1つしかない課題もある。

今後自治体にロジックモデルを示していく上で、このような課題についてどのように示していくのが適切か、研究班で検討し自治体がロジックモデルを作成する際のプロトタイプを作成していく。また、成育基本法および成育医療等基本方針、新指標を広く周知していくため、研究班による研修会、もしくは事業による研修会などで理解を深めることも重要ではないかと考える。

2) 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究：ロジックモデル推進と指標検討の具体例

1. 自治体データを用いた指標選定例

本研究の結果から、家庭の経済状況に関わらず、放課後児童クラブ利用のニーズが子育ての環境や支援への満足度と関連することが明らかになった。日本では放課後児童クラブが急拡大を続けており（図2）、厚生労働省が推進する放課後児童健全育成事業により放課後児童クラブの登録児童数およびクラブ数ともに近年着実に増加してきている。また、障害児の受け入れ児童数・クラブ数も共に年々着実に増加してきており、特に障害児受け入れクラブ数の割合が大きく増加している。それでも量的にも質的にも社会的需要を満たしているとは言えず、質的な充実においては制度や政策の拡充に加えて、学術的な下支えが必要との指摘がある（2）。

海外の先行研究では、放課後の子どもの所在について親が知っていることは、子どものメンタルヘルスの向上に関連することが報告されている（3）。放課後児童クラブは安全な場所と認識されており（4）、子どもの創造的自己効力を高めるとの報告もある（5）。また、子どものメンタルヘルスの向上を目的に、音楽を用いた放課後児童クラブの評価も行われている（6）。

さらに、経済状況に関わらず、子どもの放課後プログラム参加が親のうつリスクを減らすことも明らかになっている（7）。

米国の先行研究では、親と子どもが持つ放課後プログラムへの期待について調査を行った（4）。親は子どもの学力向上を期待し、子どもは様々なアクティビティや人間関係を豊かにする場として期待しており、そのバランスを取ることが重要であると述べている。

本研究の経済状況が苦しい群では、地域における子育て環境や支援への満足度が低い者の割合が高く、その関連要因として放課後児童クラブの利用状況と、子育てについて相談や協力が得られる相手の有無が影響していた。親が不在中の子どもの居場所を確保し、安心して仕事に出られるような支援と、そのような場で育児支援も得られるような工夫が求められると言える。

経済状況によりゆとりがある群でも、放課後児童クラブの利用状況以外に、低学年、配偶者無、育児の自信無、そしてフルタイム勤務が、地域における子育て環境や支援への満足度が低いことに関連していた。つまり、経済状況が苦しい群と同様に、子どもの居場所と育児支援の組み合わせたサービスが必要である。

これらの結果から、放課後児童クラブの量と質の充実が「この地域で子育てをしたいと思う親の割合」の上昇に結び付くと考えられる。このロジックを、PDMの活動立案と評価指標の選定に反映するとよい。

2. PCM研修に参加した保健師の感想

PCM研修は保健活動に役立つと、受講者の多くが回答した。また、研修を受講したことにより、PCM手法の一番重要な点である因果関係のつながり、土台となるエビデンスをつくることの難しさ、そしてグループワークによる意見交

換の大切さを意識するようになったことが示唆された。さらに、研修後に実際に使うことが事業評価の継続につながると考えられる。

3) 子どもの歯科疾患の予防に関する公衆衛生的研究

フッ化物応用は、長い歴史を持ち、安全性と有効性が検証されている。しかし科学的な裏付けのない反対論があり、必ずしも日本で海外と同じように受け入れられてきたわけではない。このことは、「日本は砂糖消費量が少ないのにう蝕が多い」という状況を生み出してきたと考えられている^{15, 16)}。

しかし近年、国際的に合意された推奨を踏まえた情報のアップデートがなされ、公衆衛生的に社会に普及するための情報発信が行われていることが確認できた。

こうした状況は、日本でも国際的な水準と同じように多いう蝕を減らすことに寄与すると考えられる。

4) 学校授業への参画を通じた切れ目のない思春期個別支援の枠組み構築～思春期保健(学校授業参画)の研修会モデル開発～

1. 学校授業参画への“新しい態度”

成育医療等基本方針を受け、地域の専門家による学校授業への参画が推進されている。地域の専門家が、この学校授業への参画（“出前授業”）をどのようにとらえているかという態度については、それを明らかにしたデータは見当たらない。多くは、“出前授業”を実施することを目的とする態度だと推測される。“出前授業”は集団指導形式となっており、切れ目のない個別支援に接続することをどのように集団指導形式の授業に組み入れるのかは、重要な課題である。成育医療等基本方針の文脈で言えば、“出前授業”は目的地ではなく、個々の支援に

向けた出発地、もしくは経由地であるといえる。後者の見方をここでは便宜上、“新しい態度”とする。

そこで今回、専門家の中にこの“新しい態度”を構造的に形成しようとするを目的に、1年4回セットの研修会モデルの開発に取り組んだ。

2. 研修会内容の構成

研修会への参加者は21名であり、うち2名が学校関係者であった。残りの19名はいわゆる地域の保健医療専門家であった。

学校が法体系に基づいて運営されている組織であることと、成育医療等基本方針（思春期関連項目）に学校の果たすべき役割が書かれていることをまずは概論として組み入れた。

個別支援への接続を目的とするため、その後の組み立てとして、授業評価を全面に打ち立てた。授業評価とは、授業目標に対応した取り組みであり、児童生徒一人ひとりに対して行われるものである。そのために、“出前授業”の目標を立案することとその目標に対応する評価を実施することの重要性を組み入れた。

ちなみに授業目標は、児童生徒を主語にして、その授業において児童生徒が到達すべき目標を記載したものである。その授業の前後でその目標の到達度を評価することになり、記名式による評価が求められる。

授業目標に即して授業内容を組み立てるが、そこではまず授業ワークシートを作成することを推奨した。ワークシートを作成する過程で、授業の目標を見直すことが可能になる。

3. 保護者認識の変容

思春期の性の問題や精神の問題については、個別支援が必須となり、家族の認識によっては地域の専門機関との連携を左右することにな

る。

研修会においては、まず“出前授業”を行う前に、その授業の目標を保護者に宛てたレターを発信することの重要性を提示した。また、授業後にはワークシートに保護者からのメッセージ欄を用意し、授業側とのコミュニケーションを図ることを説明した。

この保護者認識の変容プロセスについては、研修会参加者の多くが取り組んだ経験がないものであり、またコミュニケーションの過程には学校側の協力も不可欠になるので、難易度が高い取り組みだと振り返ることができた。

4. 個別支援の実際へ

授業評価において目標に到達していない、もしくは期待とは逆の方向に反応した児童生徒をどのように支援していくかの説明を行った。

たとえ僅かな人数であったとしても、この目標に到達しなかった児童生徒への事後措置をおろそかにしないことの重要性を説明すると同時に、ここに接続することが“出前授業”に対する“新しい態度”であることを説明した。

個別支援の実際においては、学校側と“出前授業”を担当した専門家だけでは不十分であり、地域の保健センター保健師等との強調した個別支援・家族支援が求められる。

研修会においてこのプロセスの重要性は十分に認知されたが、実際の展開となると、例えば地域の保健センターへの連携のイメージが描けない等の意見が出され、地域の専門家同士の連携が前提条件として必要であることが明確となった。

5. 研修会の評価指標

計4回の研修会の中で、評価指標について議論する機会を持った。

計5問の評価指標をまとめたが、内訳は1つ

の知識指標と4つの態度指標に分けられた。知識指標は学校の理解を問うものであり、態度指標は目標＝評価の考えをもとにした授業の展開とその後の個別支援への接続について、自らが[できる]と認識できたかどうかの指標とした。

このように研修会モデルの評価指標5つのうち、4つは個別支援に接続するための指標であり、従来の“出前授業”が目的（終着点）とする見方からの変革を見ることができると考えられた。

5)都道府県別子どもの心診療医数と子どもの自殺者数の関連に関する研究

今回の都道府県別データ解析で、20歳未満10万人人口における子どもの心診療医数（子どもの心相談医、子どものこころ専門医）と20歳未満自殺者数の間に相関関係を示すことは出来なかった。また自殺者の絶対数は、大都市圏または政令指定都市に多く認めたが、20歳未満人口10万人に対する率では差を認めなかった。このことは、どの地域（子どもの絶対数が少ない地域）においても子どもの自殺が起こりうると推察される。警察庁の自殺統計によると、未成年者の自殺における動機は、「学校問題」が最も多く、次いで「健康問題」であった。

²⁾一方、文部科学省の令和2年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸問題に関する調査」結果では、自殺した児童生徒（小・中・高校）が置かれていた状況は「不明」が52.5%と最も多く、次いで「家庭不和」が12.8%、「精神障害」が11.1%であった。³⁾なお、「いじめの問題」は2.9%であった。警察統計が未成年者の自殺の動機で学校問題を挙げる一方で、教育現場では児童生徒の自殺の要因を把握できていない現状がある。また、前兆もなく衝動的に命を絶ってしまう子も散見される。

分担研究者が平成 28 年度の子ども子育て支援調査研究事業で実施した 22,419 名の中高生のアンケート調査では希死念慮 suicidal ideation (死にたいと思ったことがある)を示した児童生徒は 25.2% (中 2) ~ 27.6% (高 2) で、なんらかの自傷行為 (suicide attempt) をした児童生徒は、4.6% (中 2) ~ 5.9% (高 1) であった。男女比では希死念慮が、21.6% (男)、28.5% (女) で、自傷行為が 3.5% (男)、6.6% (女) であった。⁴⁾ ロジスティックス解析 (高校生) では、ネットいじめの経験のある者 (Odd Ratio 3.64)、両親との関係に悩みのある者 (Odd Ratio 2.12)、性自認に悩みのある者 (Odd Ratio 2.18) が希死念慮/自傷のリスクが高いと同定された。学業や将来の進路に対する悩みは、約 60% (13,000 名以上) の児童生徒が有していたが、その悩みを有している者の希死念慮/自傷のリスクは Odd Ratio で 1.1~1.2 であった。一方、前述のネットいじめの経験者は 1.8% (402 名) のみであるが、希死念慮/自傷のリスクの負担は Odd Ratio 3.64 と高いと推定された。いじめは人格を否定し、特に SNS を利用したいじめは容易に消すことができず拡散するため注意が必要である。

成育基本法の思春期対策 (心の問題、やせの問題、自殺対策) の指標として、スクールカウンセラーを配置している小学校、中学校、高等学校の割合、小児人口に対する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、小児人口に対する子どものこころ専門医の割合等が検討されているが、今回の調査では子どもの心の診療に対応できる医師数と 20 歳未満の自殺率の間で相関はなかった。子どもの心診療医 (子どもの心相談医、子どものこころ専門医) の確保は自殺予防に寄与する」という仮説を検証することはできなかった。(しかしながら、自殺者数が他県より顕著に多い東京都と大阪府のデータを除くと、子どもの心

相談医と子どものこころ専門医の人口 10 万人対の人数比は両者とも自殺者数と有意な負の相関を示していた。) 一方で、子どもの心診療医の確保から自殺数減少への効果が得られるまでには、一定の年数がかかることも予想される。今回の調査では医師数、自殺者数、人口をすべて同年 (2021 年) で調査しており、今後、3~5 年の異なる年数での実数解析も検討される。子どもの自殺予防対策には、医療機関のみの努力では解決は難しく、教育機関、民間 NPO 支援団体等の自殺防止支援ネットワークが重要である。

自殺に関連して救急外来を受診した小児患者に対して、精神科でのフォローアップにより自殺関連の入院や自殺のリスクが減少したデータ⁵⁾や、学校ベースで 11 歳~18 歳の地域の児童生徒 (2,790 人) に対して、問診、アプリでのスクリーニング介入および対面、非対面での認知行動療法は、自殺を考えていた生徒 125 人を 30 人に減少させることでできた報告などがある。⁶⁾ また分担研究者が AMED 研究で実施した思春期健診/思春期アプリ (認知行動療法搭載) による介入でも、希死念慮の発生を 10 分の 1 に減らすことが確認された。^{7,8)} 子どもの自殺予防には多様なセーフティーネットの構築が必要である。

6) 医療レセプトデータを用いた小児喘息と両親の喫煙に関する研究

医療レセプトデータを用いて、2019 年における ICD-10 の小分類における喘息について、親の健診データから親の喫煙状況を抽出し、児の医療レセプトデータと連結したところ、両親がともに喫煙していることが、特に乳児期に喘息で受診していることと関連していた。また、外来受診患者のうち、入院に至った患者の割合については、乳児期のみならず幼児期まで、両親が喫煙している児で高い傾向を示した。

小児の受動喫煙については、厚生労働省の「喫煙と健康」報告書で、喘息の既往や喘息の重症化、小児喘息の発症などとの関連が示唆されており、今回の結果も、特に乳児期で喘息の発症、そして乳幼児期での喘息の悪化が、受動喫煙と関連していることを示唆していると考えられた。しかし、全体としては、受動喫煙と喘息での受診について有意な関連が認められなかったことから、乳幼児期に児が喘息と診断された場合に、親の喫煙が抑制されている可能性、特に、妊娠中に禁煙していた母親の再喫煙が抑えられている可能性が示唆される。そのため、今後、縦断的な検討により明らかにする必要性が示された。

前述の通り、喘息については、保険診療上の傷病名と、医学的な診断は必ずしも一致するものではなく、今後、処方されている薬の情報や、受診頻度も含め、詳細に検討していく必要がある。ただし、今回のように、外来レセプトと、入院レセプトを組み合わせ、喘息の重症化をアウトカムとすれば、これまで示唆されてきたような小児の喘息におけるリスクファクターとの関連を検出できる可能性が示唆された。

7)「健やか親子21(第2次)」最終評価を見据えた指標の評価に関する研究

本研究では、分析シートを作成し研究班として暫定的に評価の状況を示した。中間評価のように検討会が立ち上げられて最終評価として検討されたものではないことに注意が必要である。

暫定的に研究班で検討した各指標の評価に関する「暫定的な評価の状況」結果において、「4 評価できない」が17(33%)だった。理由としては以下が挙げられた。

- ・乳幼児健康診査の受診率について3~5か月児は未受診率が増加したが、1歳6か月児およ

び3歳児は目標に達していないが改善している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断したもの(基盤課題A-8:重点課題②-3再掲)。

- ・中間評価時との比較において市区町村と都道府県では異なる傾向を示していることから「4. 評価できない」と判断したもの(基盤課題A-15、C-6、C-8、重点課題①-5)。

- ・十代の自殺死亡率について、10~14歳は中間調査時から低下していたものの2020年に再び増加、15~19歳は中間評価時から増加傾向が続いており、評価できないとしたもの(基盤課題B-1)。

- ・中間評価以降2020年までに調査が行われていない、あるいは比較可能な結果が得られていないため、評価できないとしたもの(基盤課題B-6、B-7、B-8、C-4、重点課題①-4、重点課題②-4、②-7、②-8、②-12)。

- ・児童虐待による死亡数について、Child Death Review(CDR)で把握される症例数を考慮した集計が必要であり、現状では「4. 評価できない」と判断したもの(重点課題②-1)。

また「3 悪くなっている」とした3指標のうち、「児童・生徒における痩身および肥満傾向児の割合(基盤課題B-4、B-5)」については、COVID-19流行に伴う生活様式の変化や学校、友人等の環境の変化などが影響していないかどうか注視していく必要がある。同様に、「特定妊婦、要支援家庭、要保護家庭等支援の必要な親に対して、グループ活動等による支援(市町村への支援も含む)をする体制がある県型保健所の割合(重点課題②-9)」についても、2020年度は県型保健所がCOVID-19の対策に時間や人員を要したり、感染予防の観点から研修会自体が中止されたことを考慮する必要がある。

以上のように、指標の評価においては、指標に関連する調査の実施状況や、COVID-19流行

の影響等を考慮して判断する必要がある。

8) 第 81 回日本公衆衛生学会学術総会 自由集会 ～知ろう・語ろう・取り組もう～ 一歩先行く 健やか親子 2 1 (第 2 次) 第 8 回開催報告

今回の自由集会は、「健やか親子 2 1 (第 2 次)」開始後、8 回目の自由集会であった。第 1 部では、健やか親子 2 1 (第 2 次) の最終評価に向けた暫定評価結果を説明し、第 2 部では、乳幼児健診における発達障害スクリーニングの現状等について説明を行った。

第 3 部では、第 1 部と第 2 部の内容を踏まえ、最終評価の暫定結果や発達障害スクリーニングの現状について、参加者からの質疑や参加者各々の立場からの意見が述べられた。特に、発達障害については様々な情報がインターネット等で容易に目に入るようになり、情報過多となっており、保護者にとって心配事の一つである。参加者は専門職としての立場もありつつ、一方で一保護者としての立場でもある方も多く、様々な立場からの意見交換が行われ、母子保健の現状の課題と今後の在り方について、有意義な意見交換の場となったと思われる。

9) 「母子保健・医療情報データベース」の運営および利用状況報告

2001 年に構築された母子保健・医療情報データベースを取り巻く環境は、この 22 年間で、大きく変化してきた。省庁改変や、時代の流れに伴う URL の変更、電子データ化の推進等の中で、運営を続けてきた。

データベースの構築当初は、研究班のメンバーが子ども家庭総合研究所を訪れ、分野ごとにわかれて、膨大な所蔵文献を実際に手に取り、一つ一つ確認し、該当する文献を選択し、概要を手書きでシートにまとめ、後日データベース

に入力した。当時はインターネット上で電子データとして文献全体を見られるものは、ごくわずかであった。

今年の更新作業において、過去に入力した 463 件について、URL の確認・修正と、科学的な根拠の価値づけを行った。文献の電子データ化が進み、インターネット上で文献が閲覧できる今だからこそ、科学的な根拠の価値づけも容易に行う事ができる。中には 20 年以上も前に入力されたデータに、初めて URL が入力されたものもある。

一例として民間研究所の文献を取り上げる。著者名に「ベネッセ」と入れて検索すると、395 件がヒットする。調査年でソートすると 1978 年の文献が一番古いものとして出てくる。1978 年に調査された「調査レポート 中学生の余暇」を見ていくと、インターネット上の文献そのものの PDF にリンクされており、45 年前の文献を誰でも見る事ができる。そこには民間研究所による文献ならではの当時の中学生等の写真等があり、貴重な調査結果と共に、時代を映している。中学生や高校生の姿、ジェンダーの捉え方、価値観等、時代の変遷と共に変わってきた事を、文献を通して知る事ができる。このような過去の文献データにこそ、これからの子ども達の健やかな育ちを応援するヒントがあふれているのではないだろうか。

母子保健・医療情報データベースには、なるべく最新のデータを反映させ、タイムラグなく、最新の文献を入手できるようにするという大切な役割がある。そう考えると、時代が変わり、状況が変わってきた中で、多くの研究者が熱心に研究を重ねて来た成果である過去のデータは、現代の社会にそのまま反映させる事が難しいため、無用と思われるかもしれない。しかし反面、とても貴重な資料となる事もまた事実である。

時代の流れと共に、私達は何を得て、何を失くして、その結果として、子ども達の今の状況があるのか。母子保健施策に掲げられた健康課題を解決する道を考える時に、必ず過去のデータに、そのヒントが示されているのではないかと考える。

タイムラグのないデータベースを目指しつつも、更新・追加作業が遅々としている状況や、アクセス数の減少等、課題はあるものの、時代の証人としての役割も少なからず果たしながら、母子保健を支える一つの軸として、母子保健・医療情報データベースを運用・活用していく事は、これまでも、これからも、大きな意義があると思われる。

2. 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

1) コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究

本研究では、エコチル調査参加者のうち、2019年度(コントロール群)及び2020年度(曝露群)に6歳児を対象とした新版K式発達検査を受け、過去に2歳時、4歳時にも検査を受けた児を対象とし、マスク着用による発達の影響を検討した。

表2で示したように4歳と6歳では平均値の差は見られず、また、両群の傾きや平均値に差異は認められなかった。このことから、本研究結果では、マスク着用の発達への影響は示されなかった。しかしながら、曝露群は2020年の始め頃からマスク生活が始まり、6歳調査時ではマスク着用の状況が短期間であり、マスク着用の影響を長期間受けていた状態の結果ではない。よって、今回の結果からはマスクの長期間の使用による発達への影響を評価するには限界がある。また、対象児数も十分ではない

可能性があるため、より大規模調査による検討が必要である。2歳時点の測定値の差について、コントロール群は2歳検査の実施が本調査において初であり検査員の測定誤差があった可能性、一方、調査員からは、コントロール群の方が発達の遅れぎみの児が多かったと報告している。しかし明確な要因は不明である。本研究結果の解釈は慎重に行う必要があると考える。

2) 園および小学校における新型コロナウイルス感染症対策、および子どもの生活面、心理面への影響に関する調査研究

今回の調査では、回収率が43.5%にとどまった。調査の実施にあたり、倫理申請(変更申請)の通過までに予想以上に時間がかかり、実際の送付時期、および返送締め切り期日が年度末近くになってしまった。年度末の業務で忙しい時期と重なってしまったため、回収率も伸び悩んだ可能性が考えられる。今後は解析作業を進め、来年度の報告書で結果を報告したいと考える。

E. 結論

1. 次期成育医療等基本方針に関する指標の提案に向けた検討

1) 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成についての経過報告

今回本研究班では、成育医療等基本方針の改定に伴い、前指標の見直しを行い、国(厚生労働省母子保健課)に報告した。指標は前指標検討時と同様、各課題についてロジックモデルを活用し、インプット、アウトプット、アウトカムにあてはめて検討し、指標としてはアウトカムを示した。研究班で検討した結果、64指標を案として提出し、最終的に69指標を成育医療

等協議会に提案することとなった。指指標には健やか親子21（第2次）の指標のほとんどが含まれており、保健分野に加え、医療に関する指標も含んだ。指標案作成について、今回も使用可能な既存データの限界を感じ、指標案設定に困難を感じたが、令和5年4月にはこども家庭庁も発足し、母子保健活動がより円滑に、そして充実していくことを期待する。

2) 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究：ロジックモデル推進と指標検討の具体例

地域のデータを分析することにより、地域の現状を反映したロジックモデルを作ることができる。ロジックモデル作成についての研修を実施することで、受講者は学んだ知識と技術を実践で応用していくことが期待され、これがエビデンスとその論理に基づく事業運営の普及の要となる。

3) 子どもの歯科疾患の予防に関する公衆衛生的研究

う蝕予防のフッ化物応用に関して、国際的に合意された推奨を踏まえた情報のアップデートがなされ、情報発信が行われていることが確認できた。これは国際的にみて必ずしも少ない日本の子どものう蝕予防にも寄与すると考えられる。

4) 学校授業への参画を通じた切れ目のない思春期個別支援の枠組み構築～思春期保健(学校授業参画)の研修会モデル開発～

今回、「学校授業への参画を切れ目のない支援の流れでとらえ、その後の地域での個別支援につなぐことを目的とする」視点を地域で開発するために、高知市において、産科医療機関を拠点とした地域関係機関・専門機関の各専門職

を対象とした研修会モデルを試行し、同モデルの評価指標立案に取り組んだ。

高知市におけるある産科医療機関を拠点にした年4回セットとなる研修会モデルを企画・実施した。研修会モデルでは研究分担者が講師を担当した。

成育医療等基本方針を受け、地域の専門家による学校授業への参画が推進されている。“出前授業”は集団指導形式となっており、切れ目のない個別支援に接続することをどのように集団指導形式の授業に組み入れるのかは、重要な課題である。

今回の研修モデルは、20項目からなるテーマを扱い、“出前授業”を目的地ではなく、個々の支援に向けた出発地、もしくは経由地であるにとらえる“新しい態度”の養成を目的とした。

研修会における議論において、この“新しい態度”の獲得を把握するための評価指標を立案したが、いくつかの前提条件が明らかとなった。その前提条件とは、対象の児童生徒の保護者とのコミュニケーションを促す環境づくりと、個別支援の実際にあたる際に必要となる専門機関・専門職間の連携土台であった。

5) 道府県別子どもの心診療医数と子どもの自殺者数の関連に関する研究

「子どもの心診療医(子どもの心相談医、子どものこころ専門医)の確保は自殺予防に寄与する」という仮説は、立証出来なかった。また、子どもの自殺予防には多様なセーフティネットが必要である。

6) 医療レセプトデータを用いた小児喘息と両親の喫煙に関する研究

大規模な小児のRWDである医療レセプトデータと親の健診データ、医療レセプトデータを連結し、小児の喘息と親の喫煙状況との関連を

検討したところ、両親ともに喫煙していることが、乳児期における喘息の発症と、乳幼児期における喘息の悪化と関連していることが示唆された。今後、縦断的な解析などを進めていく予定である。

7)「健やか親子21(第2次)」最終評価を見据えた指標の評価に関する研究

研究班で検討した各指標の評価を「暫定評価の状況」として暫定的に総括することを試みたところ、「1① 改善した(目標を達成した)」、「1② 改善した(目標を達成していないが改善した)」、「1③ 中間評価時から改善した(目標を達成していないが改善した)」を合わせて59%が改善していた。一方、評価できない、あるいは悪くなっているとした指標の評価からは、指標に関連する調査の実施状況や、COVID-19 流行の影響等を考慮する必要性が示唆された。

8) 第81回日本公衆衛生学会学術総会 自由集会 ～知ろう・語ろう・取り組もう～ 一歩先行く 健やか親子21(第2次) 第8回開催報告

本年度の自由集会は、第1部では、健やか親子21(第2次)の最終評価に向けた暫定評価結果を、第2部では、乳幼児健診における発達障害スクリーニングの現状等について説明を行った。第3部では、第1部と第2部の内容を踏まえ、最終評価の暫定結果や発達障害スクリーニングの現状を含む、母子保健の現状について、参加者からの意見交換や情報共有がなされた。

9)「母子保健・医療情報データベース」の運営および利用状況報

「母子保健・医療情報データベース」に関し

ては、健やか親子21(第1次)から継続的に専門的な情報の発信を行っている。昨年度に再構築しており、一定のアクセス数もあることから、母子保健関係者への情報提供の重要な場となっていると考えられる。また、「子育て相談を支援するデータベース」と併せて使用することで、より有益な活用がされていくのではないかと考える。今後も継続して更新を行っていく。

2. 新型コロナウイルス感染症対策による小児の発育発達に関する検討

1) コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究

本研究結果からは、短期間のマスク着用における発達へ影響は認められなかった。しかしながら、今回の検討ではマスクの長期間の使用による発達への影響を評価することは難しかった。

2) 園および小学校における新型コロナウイルス感染症対策、および子どもの生活面、心理面への影響に関する調査研究

2020年1月以降、保育園・幼稚園・認定こども園、小学校で行われたCOVID-19の感染症対策、および、子どもの生活状況、身体、精神的な状態を調査することで、COVID-19の感染症対策が、子どもの心身にどのような影響を与えるのかを評価することを目的として調査を行った。調査票の回収率は43.5%であった。今後は解析作業を進めていく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 後藤あや、新井猛浩、秋山有佳、山縣然太郎. 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデル. 小児保健研究 82(2):115-120 2023
 - 2) 山縣然太郎、秋山有佳、堀内清華. 成育医療等基本方針の指標 (医療). 小児保健研究 82(2):120-122 2023
 - 3) 上原里程. 成育医療等基本方針の指標 (保健). 小児保健研究 82(2):122-126 2023
 - 4) Habukawa C, Nagamitsu S, Koyanagi K, et al. Early intervention for psychosomatic symptoms of adolescents in school checkup. / - *Pediatr Int.* (2022 Jan;64(1):e15117. doi: 10.1111/ped.15117.)
 - 5) Nagamitsu S, Kanie A, Sakashita K, et al. Adolescent Health Promotion Interventions Using Well-Care Visits and a Smartphone Cognitive Behavioral Therapy App: Randomized Controlled Trial. - *JMIR Mhealth Uhealth.* (2022 May 23;10(5):e34154. doi: 10.2196/34154.)
 - 6) Matsuoka M, Matsuishi T, Nagamitsu S, et al. Sleep disturbance has the largest impact on children's behavior and emotions. - *Front. Pediatr.* (2022 Nov 28;10:1034057. doi: 10.3389/fped.2022.1034057.)
 - 7) Sakamoto M, Iwama K, Sasaki M, , , , , Nagamitsu S, et al. - Genetic and clinical landscape of childhood cerebellar hypoplasia and atrophy. / *Genet Med.* 2022;24:2453-2463.
 - 8) 堀内清華, 秋山有佳, 杉浦至郎, 松浦賢長, 永光信一郎, 横山美江, 鈴木孝太, 市川香織, 近藤尚己, 川口晴菜, 上原里程, 山縣然太郎. 市区町村における母子保健情報の電子化および利活用の現状と課題 / *日本公衆衛生雑誌* (2022, 69(12):948-956)
- ## 2. 学会発表
- 1) 後藤あや. 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデル (シンポジウム 3-2 成育基本法における小児保健の推進戦略). 第 69 回日本小児保健協会学術集会. 2022 年 6 月 25 日 (三重). 小児保健研究 81(suppl):84-84 2022
 - 2) 山縣然太郎. 成育医療等基本方針の指標 (医療) (シンポジウム 3-3 成育基本法における小児保健の推進戦略). 第 69 回日本小児保健協会学術集会. 2022 年 6 月 25 日 (三重). 小児保健研究 81(suppl):85-85 2022
 - 3) 上原里程. 成育医療等基本方針の指標 (保健) (シンポジウム 3-4 成育基本法における小児保健の推進戦略). 第 69 回日本小児保健協会学術集会. 2022 年 6 月 25 日 (三重). 小児保健研究 81(suppl):86-86 2022
 - 4) 相田潤. 第 71 回日本口腔衛生学会・総会シンポジウム 1 「WHO の口腔保健の決議を受けて: 学術的視点から考えるフッ化物応用」、「ポピュレーションアプローチは格差を拡大する」は正しいのか? 重要な公衆衛生理論をフッ化物応用で再考する. 2022/5/14. 鹿児島 (オンライン) 口腔衛生学会雑誌 (0023-2831)72 巻増刊 Page36(2022.04)
 - 5) 永光信一郎. ICT を活用した思春期のヘルスプロモーションについて / 一般社団法人日本口腔衛生学会第 27 回認定研修会 (2022.5.13、WEB 講演)
 - 6) 永光信一郎. 睡眠問題へのアプローチ -

- 子どもの未来のためにー／日本睡眠学会
第 47 回定期学術集会 共催シンポジウム
(2022. 6. 30、京都)
- 7) 永光信一郎. ICT を活用した学校医とかかりつけ医の「次世代型子どもの心の診療連携」／第 66 回九州ブロック学校保健・学校医大会 (2022. 7. 31、長崎)
- 8) 永光信一郎. Community Pediatrics 実現のために 今、改めて行政と 1 つの目標に向かう／第 31 回日本外来小児科学会 (2022. 8. 27、福岡)
- 9) 永光信一郎. 思春期健診と CBT アプリによる思春期ヘルスプロモーションの推進／第 25 回日本摂食障害学会 (2022. 10. 15、WEB 講演)
- 10) 永光信一郎. 子どものこころのヘルスプロモーション: CBT アプリとティーンズ健診／第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会 (2022. 11. 12、東京)
- 11) 永光信一郎. (教育講演) 思春期健診と CBT アプリによる思春期ヘルスプロモーションの推進／第 26 回日本心療内科学会総会・学術大会 (2022. 11. 19、福岡)
- 12) 永光信一郎. ICT を活用した成育基本法基本的方針の推進: 母子保健と思春期のヘルスプロモーション／日本子ども虐待防止学会第 28 回学術集会ふくおか大会 (2022. 12. 10、福岡)
- 13) 永光信一郎. 「ICT と医療・健康・生活情報を活用した次世代型子ども医療支援システム」の展望／第 58 回北九州地区小児科医会定期総会 (2023. 1. 15、福岡)
- 14) 永光信一郎. 子どもの睡眠と健康について／久留米医師会学校保健部会学術講演会 (2023. 2. 3、福岡)
- 15) 永光信一郎. 小児科領域におけるメンタルヘルスの諸課題／令和 4 年度母子保健講習会 (2023. 2. 12、東京)
- 16) 永光信一郎. 小児科医による子どもの睡眠指導と事故予防／第 8 回大分市小児夜間急患センター講演会 (2023. 3. 18、大分)
- 17) 上原里程. 「健やか親子 21 (第 2 次)」から成育医療等基本方針へ: 成果と課題. メインシンポジウム 2 国民健康づくり運動の成果と課題、次期計画のあり方. 第 81 回日本公衆衛生学会総会, 山梨 2022. 10. 8. 日本公衆衛生雑誌 (特別附録) 2022;69(10):67.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第 2 章 分担研究報告書

成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成についての経過報告

研究代表者	山縣 然太朗	（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）
研究分担者	上原 里程	（国立保健医療科学院政策技術評価研究部）
	尾島 俊之	（浜松医科大学医学部健康社会医学講座）
	鈴木 孝太	（愛知医科大学医学部衛生学講座）
	市川 香織	（東京情報大学看護学部看護学科）
	相田 潤	（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科）
	後藤 あや	（福島県立医科大学総合科学教育研究センター）
	森崎 菜穂	（国立成育医療研究センター社会医学研究部）
	松浦 賢長	（福岡県立大学看護学部）
	永光 信一郎	（福岡大学医学部小児科学講座）
研究協力者	山崎 嘉久	（あいち小児保健医療総合センター）
	杉浦 至郎	（あいち小児保健医療総合センター）
	佐々木 溪円	（実践女子大学生生活科学部）
	横山 美江	（大阪公立大学大学院 看護学研究科）
	近藤 尚己	（京都大学大学院医学研究科国際保健学講座社会疫学分野）
	川口 晴菜	（大阪府立病院機構 大阪母子医療センター 産科）
	原田 直樹	（福岡県立大学看護学部）
	新井 猛浩	（山形大学地域教育文化学部）
	竹原 健二	（国立成育医療研究センター 政策科学研究部）
	石塚 一枝	（国立成育医療研究センター 社会医学研究部）
	大久保 祐輔	（国立成育医療研究センター 社会医学研究部）
	酒井 さやか	（久留米大学医学部小児科）
	堀内 清華	（山梨大学大学院総合研究部医学域附属出生コホート研究センター）
	秋山 有佳	（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）

研究要旨

「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（平成30年法律第104号）（以下、成育基本法という）が平成30年12月14日に公布され、令和元年12月1日に施行された。また、令和3年2月9日には、成育基本法第11条第1項の規定に基づいた「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する方針」（以下、成育医療等基本方針という）が閣議決定された。この成育医療等基本方針では、成育医療等の提供に関する施策の推進に関する基本的方向や施策に関する基本的な事項、重要事項が示されている。さらに、成育基本法第10条及び第11条第6項に基づ

き、政府は施策実施状況等について評価を行い、公表することとされており、昨年度本研究班では、成育医療等基本方針に基づき、評価するための指標案を作成した。また、本年度は成育医療等基本方針の改定が行われたため、それに伴い、指標も新たに検討する必要がある、本研究班では指標の改定を行った。

指標は前指標検討時と同様、各課題についてロジックモデルを活用し、インプット、アウトプット、アウトカムにあてはめて検討し、指標としてはアウトカムを示した。研究班で検討した結果、64 指標を案として国（厚生労働省母子保健課）に提出し、最 69 指標を成育医療等協議会に提案することとなった。指標には、健やか親子 2 1（第 2 次）の指標はほぼ含まれる形となり、保健分野に加え、医療に関する指標も含んだ。指標案作成について、今回も使用可能な既存データの限界を感じ、指標案設定に困難を感じたが、令和 5 年 4 月にはこども家庭庁も発足し、母子保健活動がより円滑に、そして充実していくことを期待する。

A. 研究目的

次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んぜられ、その心身の健やかな成育が確保されることが重要な課題となっていること等に鑑み、児童の権利に関する条約の精神にのっとり、成育医療等の提供に関する施策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、保護者及び医療関係者等の責務等を明らかにし、並びに成育医療等基本方針の策定について定めるとともに、成育医療等の提供に関する施策の基本となる事項を定めることにより、成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進すること¹⁾を目的とした、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」(平成 30 年法律第 104 号) (以下、成育基本法という) が平成 30 年 12 月 14 日に公布され、令和元年 12 月 1 日に施行された。また、令和 3 年 2 月 9 日には、成育基本法第 11 条第 1 項の規定に基づいた「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する方針」(以下、成育医療等基本方針という) が閣

議決定された²⁾。この成育医療等基本方針では、成育医療等の提供に関する施策の推進に関する基本的方向や施策に関する基本的な事項、重要事項が示されている。さらに、成育基本法第 10 条及び第 11 条第 6 項に基づき、政府は施策実施状況等について評価を行い、公表することとされており、昨年度本研究班では、成育医療等基本方針に基づき、評価するための指標案を作成し国に提出した。

また、本年度は、令和 3 年 2 月以降に行われた制度や施策等の改正・変更、医療・保健・福祉・教育等の現場において新たに課題となっている事項への対応、そして基本方針の更なる周知・広報のための施策等を反映させるため³⁾、成育医療等基本方針の改定が行われた。それに伴い、指標も新たに検討する必要がある、本研究班では本年度は指標の改定を行った。本稿では、その過程を報告する。

B. 研究方法

1. 指標見直しの基本的な考え方

指標見直しに際し、以下の 3 点の方向性に基づいて検討することとした。

- 1) 指標に関するデータは、新たに情報収集はしないが、利活用できるものを用いる
- 2) 市町村・都道府県・国ごとの指標を検討する
- 3) アウトカム、アウトプット、プロセスのプロトタイプを示す

2. 指標見直しに関する検討会議

指標の見直しに際し、昨年度に指標作成のため協力していただいた「健やか親子21の指標関連を取りまとめる研究班「健やか親子21(第2次)」の推進に向けた研究(19DA0301)」の研究者を研究協力者として入っていただき、研究班会議を9回開催した。各会議実施日程は以下の通りである。

【班会議】

- 第1回：令和4年6月30日(木)
(時間：14：30～16：30 場所：オンライン)
- 第2回：令和4年7月26日(火)
(時間：13：00～15：00 場所：オンライン)
- 第3回：令和4年8月16日(火)
(時間：10：00～12：00 場所：オンライン)
- 第4回：令和4年8月29日(月)
(時間：10：00～12：00 場所：オンライン)
- 第5回：令和4年9月2日(金)
(時間：10：00～12：00 場所：オンライン)
- 第6回：令和4年9月26日(月)
(時間：13：30～15：30 場所：オンライン)
- 第7回：令和4年10月17日(月)
(時間：16：00～18：00 場所：オンライン)
- 第8回：令和4年11月18日(金)
(時間：9：00～10：30 場所：オンライン)
- 第9回：令和5年3月6日(月)
(時間：14：00～16：00 場所：オンライン)
- (倫理面への配慮)

本研究に関しては個人情報扱っていない。

C. 研究結果

1. 班会議検討結果

- 1) 第1回班会議検討結果
 - ① 今年度の研究班の計画について
 - ② 次期成育医療等基本方針に関する指標案の検討について
 - ③ 今後のスケジュール確認
 - ④ 分担の確認
- 2) 第2回班会議検討結果
 - ① 前指標で変更した方がよいと思われる指標についての検討
 - ② 新指標に追加で入れた方がよいと思う指標についての検討
- 3) 第3回班会議検討結果
 - ① 前指標で変更した方がよいと思われる指標、および新指標に追加で入れた方がよいと思う指標の検討①(周産期、学童期)
 - 各分野の指標案についての説明・議論
 - 各アウトカム指標についてのロジックモデルの説明・議論
- 4) 第4回班会議検討結果
 - ① 限指標で変更した方がよいと思われる指標、および新指標に追加で入れた方がよいと思う指標の検討②(歯科、虐待予防、貧困、障害)
 - 各分野の指標案についての説明・議論
 - 各アウトカム指標についてのロジックモデルの説明・議論
- 5) 第5回班会議検討結果
 - ① 前指標で変更した方がよいと思われる指標、および新指標に追加で入れた方がよ

いと思う指標の検討③（医療）

6) 第6回班会議検討結果

- ① 竹原先生による講義
- ② ロジックモデルの説明・議論等（父親支援、ソーシャルキャピタル）

7) 第7回班会議検討結果

- ① 各分野のロジックモデルの再検討・まとめ

8) 第8回班会議検討結果

- ① 母子保健課に提出した指標一覧について
- ② ロジックモデルのまとめ方について

9) 第9回班会議検討結果

- ① 現状報告
 - 成育基本方針改定に伴う指標について（研究班提案指標と決定された指標について）
 - 健やか親子21（第2次）の最終評価について
- ② 今年度のまとめ、および来年度の予定
 - 指標のモニタリングについて
 - ロジックモデル例の作成（市区町村を含む）
 - 研修会の実施について
 - 乳幼児健診情報システムの改修について
 - 指標の直近値の更新について
- ③ 報告書について

2. 成育医療等基本方針改定に伴う新指標案作成結果

新指標案作成に際し、前指標の見直しを行った。また、新たに加えた方が良いと思われる指標案を検討した。前指標案検討の際と同様、「周産期」「乳幼児期」「学童期・思春期」「全成育

期」に分けて指標を示すこととした。また、課題テーマとなる項目を設定し、その課題テーマに関する指標をロジックモデルにあてはめ、インプット、アウトプット、アウトカム（健康行動・健康水準）別に示した。成育医療等基本方針にはアウトプット指標が多いため、アウトプット（実施）とアウトカム（成果）を紐づけて検討し、指標としてはアウトカムを示した。

研究班では、64指標（監視指標17指標を含む）を提案した。提案後、関係省庁等との調整が行われ、最終的には69指標（監視指標6指標を含む）を成育医療等協議会に提案することとなった（資料1）。研究班で提案した指標の約半数が見送られることになったが、一方で前指標、および健やか親子21（第2次）の指標になっている指標が盛り込まれることになった。

D. 考察

研究班で検討した結果、64指標を案として国（厚生労働省母子保健課）に提出した。結果、最終的には69指標となったが、研究班で提案した指標のうち約半数は見送られることとなった。今回も研究班では、指標案作成において、保健分野に限らず、医療や教育、障害、福祉等、様々は分野に関わる指標を提案したが、他省庁間の調整が難しいと感じられた。成育過程にある者やその保護者及び妊産婦に対して切れ目なく施策を総合的に提供していく上では、様々な分野での連携が必要であり、指標も幅広く評価できるものを設定していくことが今後の課題ではないかと考えた。

また、今回も指標設定においては、既存の調査でデータが入手可能なものとの基本方針があり、それに基づいて作成を試みたが、限界を感じた。もちろん、毎年評価をしていく上で既存データはこれまでの推移を把握でき、新た

に調査をする必要がないため有効な手段である。しかしながら、既存のデータでは現在課題と感じていることを数値として示すことが難しく、そのため指標に盛り込むことができなかつた課題もあった。時代とともに変化する課題について、課題によっては必要に応じて新たに調査を行ったり、既存データの詳細な数値の公表または提供の必要性を感じた。

今回設定された新指標は、今後6年間続くものである。また、今回決定された指標では、各課題において、ロジックモデルを作成する際にアウトカムがなくなってしまういたり、アウトカム(健康行動)が1つしかない課題もある。今後自治体にロジックモデルを示していく上で、このような課題についてどのように示していくのが適切か、研究班で検討し自治体がロジックモデルを作成する際のプロトタイプを作成していく。また、成育基本法および成育医療等基本方針、新指標を広く周知していくため、研究班による研修会、もしくは事業による研修会などで理解を深めることも重要ではないかと考える。

E. 結論

今回本研究班では、成育医療等基本方針の改定に伴い、前指標の見直しを行い、国(厚生労働省母子保健課)に報告した。指標は前指標検討時と同様、各課題についてロジックモデルを活用し、インプット、アウトプット、アウトカムにあてはめて検討し、指標としてはアウトカムを示した。研究班で検討した結果、64指標を案として提出し、最終的に69指標を成育医療等協議会に提案することとなった。指標には健やか親子21(第2次)の指標のほとんどが含まれており、保健分野に加え、医療に関する指標も含んだ。指標案作成について、今回も使用可能な既存データの限界を感じ、指標案設定に

困難を感じたが、令和5年4月にはこども家庭庁も発足し、母子保健活動がより円滑に、そして充実していくことを期待する。

【参考文献】

- 1) 平成三十年法律第百四号 成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律第一章第一条. e-GOV 法令検索.
<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=430AC1000000104> (令和5年5月15日アクセス可能)
- 2) 厚生労働省. 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本方針について.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf> (令和5年5月15日アクセス可能)
- 3) 第9回成育医療等協議会資料. 資料3-1 成育医療等基本方針の見直し案(概要).
<https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000991926.pdf> (令和5年5月15日アクセス可能)

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 後藤あや、新井猛浩、秋山有佳、山縣然太郎. 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデル. 小児保健研究 82(2):115-120 2023
- 2) 山縣然太郎、秋山有佳、堀内清華. 成育医療等基本方針の指標(医療). 小児保健研究 82(2):120-122 2023
- 3) 上原里程. 成育医療等基本方針の指標(保健). 小児保健研究 82(2):122-126 2023

2. 学会発表

- 1) 後藤あや. 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデル (シンポジウム 3-2 成育基本法における小児保健の推進戦略). 第 69 回日本小児保健協会学術集会. 2022 年 6 月 25 日 (三重). 小児保健研究 81(suppl):84-84 2022
- 2) 山縣然太郎. 成育医療等基本方針の指標 (医療) (シンポジウム 3-3 成育基本法における小児保健の推進戦略). 第 69 回日本小児保健協会学術集会. 2022 年 6 月 25 日 (三重). 小児保健研究 81(suppl):85-85 2022
- 3) 上原里程. 成育医療等基本方針の指標 (保健) (シンポジウム 3-4 成育基本法における小児保健の推進戦略). 第 69 回日本小児保健協会学術集会. 2022 年 6 月 25 日 (三重). 小児保健研究 81(suppl):86-86 2022

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし					
研究班提案指標			決定されたもの		
指標名		指標名		備考	
周産期医療体制			妊産婦の保健・医療提供体制		
監視指標	妊産婦死亡率	1	監視指標	妊産婦死亡率	
監視指標	新生児死亡率	2	監視指標	新生児死亡率	
	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数 ※新生児搬送は生後1週間まで	3		母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数	
		4		妊娠11週以下での妊娠の届出率	
	人口当たりの産科医師数	5		産科医師数 (出生千対)	
	人口当たりの新生児科医師数	6		新生児科医師数 (出生千対)	
		追加		助産師数 (出生千対)	
		7		妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数	
		8		妊娠届出時に面談等を行い、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握し、必要な支援を実施している	
		9		出産後に面談等を行い、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握し、必要な支援を実施している	
		10		里帰り出産する方について里帰り先の市町村及び医療機関と情報共有・連携する体制がある(市町村数)	
	夜間救急対応している産婦人科・産科数				
産後うつ			産後うつ		
	産後1か月時点での産後うつのハイリスク者の割合	11		産後1か月時点での産後うつのハイリスク者の割合	
		12		産後ケア事業の利用率	
	家族や本人が産後うつについて知識があるものの割合				
	産後うつについて相談先を知っている者の割合				
	産前・産後サポート事業及び産後ケア事業の利用率				
	産後2週間で産婦健診受診率				
	妊娠届出時に面談等を行い、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握し、必要な支援を実施している				
	妊娠中の保健指導(母親学級や両親学級を含む)において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている	13		妊娠中の保健指導(母親学級や両親学級を含む)において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている	
	母子保健連絡協議会を設置し、医療機関と連携した支援を行う体制を取っている				
	ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数	14		ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数	
	EPDS高値等支援の必要な産婦の市でのフォロー体制がある				
	精神的支援が必要な際に連携できる精神科のある医療機関の数				

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	産前・産後サポート事業及び産後ケア事業に取り組んでいる			
	2週間での産婦健診の受診費の補助を行っている			
	産婦健康診査事業(産後1か月までに2回の健診助成)を行っている			
		15	精神科医療機関を含めた地域関係機関と連絡会やカンファレンスを定期的に実施している(市町村数)	
低出生体重児		低出生体重児		
	低出生体重児の割合	16	全出生数中の低出生体重児の割合	※指標名多少の変更有
	妊娠中の体重増加量が適正である割合			
	20歳代、30歳代女性のやせ(BMI18.5未満)の割合	17	女性のやせ(BMI18.5未満)の割合	※指標名多少の変更有
	妊婦の喫煙率	18	妊婦の喫煙率	
	妊娠中のパートナーの喫煙率	19	妊娠中のパートナーの喫煙率	
	妊娠届け出時に喫煙状況を把握している			
	妊娠届け出時に妊娠中の食事や栄養に関する指導をしている			
	妊娠届け出時に妊娠中の禁煙に関する指導をしている			
	妊婦健診時に妊娠中の適正な体重増加に関して保健指導を行っている医療機関の割合			
	妊婦健診時に妊娠中の喫煙に関して保健指導を行っている医療機関の割合			
乳歯う蝕		妊産婦の口腔		
	妊産婦の歯科健診・保健指導受診率	20	妊産婦の歯科健診・保健指導受診率	
	妊産婦の歯科健診を実施している	21	妊産婦の歯科健診を実施している(市町村数)	
		流産・死産		
		22	流産・死産をされた方の情報を把握する体制がある(市町村数)	
小児医療体制		小児の保健・医療提供		
監視指標	乳児死亡率、1～4歳および5～14歳の死亡率の減少	23	監視指標 小児の死亡率の減少	※指標名多少の変更有
	小児(15歳未満)救急搬送症例のうち受け入れ困難事例の件数	24	小児救急搬送症例のうち受け入れ困難事例の件数	
	かかりつけ医(医師・歯科医師など)をもっている子どもの割合 再掲：乳歯う蝕	25	かかりつけ医(医師・歯科医師など)をもっているこどもの割合 再掲：乳幼児の口腔	
	健診後の精密検査を受診している子どもの割合			
	ICUを有する施設数・病床数			
	人口当たりの小児科医師数	26	小児人口当たりの小児科医師数	
	CDRの構築			
	乳幼児健診後のフォローアップの評価ができています市区町村の割合	27	乳幼児健康診査後のフォロー体制がある(市町村数)	※指標名多少の変更有
	学校健診後のフォローアップの評価ができています学校の割合			
	ライフコースを通じたアプローチをするための小児科医向けの研修の受講者数			
		28	乳児のSIDS死亡率	

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
指標名		指標名	備考	
		乳幼児の口腔		
むし歯のない3歳児の割合	29	むし歯のない3歳児の割合		
かかりつけ医（医師・歯科医師など）をもっている子どもの割合 再掲：小児医療体制	30	かかりつけ医（医師・歯科医師など）をもっているこどもの割合 再掲：小児の保健・医療提供体制		
歯科予防処置を実施している割合				
歯科予防処置を実施している				
	31	保護者がこどもの仕上げみがきをしている割合		
痩身傾向		子どもの生活習慣		
児童・生徒における痩身傾向児の割合	32	児童・生徒における痩身傾向児の割合		
摂食障害患者数				
必要エネルギー量未満児の割合				
食事制限(ダイエット)行動の割合				
朝食を欠食する子どもの割合（B-9） 再掲：子どもの生活習慣、貧困				
適正体重を知っている児の割合				
重度なやせのうち医療機関を受診した子どもの割合				
学校と連携した食育を実施している				
思春期保健対策に「プレコンセプトケア」をテーマに取り上げている 再掲：性感感染症、中絶率、AYA世代のがん				
栄養教諭を活用した授業を実施した学校の割合（小・中）				
学校健診でやせに関して事後措置（専門医の受診勧奨）ができていない学校の割合				
カウンセラーや専門医と連携している学校の割合				
成長曲線を用いて指導している学校の割合				
子どもの生活習慣		子どもの生活習慣		
児童・生徒における肥満傾向児の割合	33	児童・生徒における肥満傾向児の割合		
長期欠席児童生徒の健診受診割合				
健診後の未受診割合の減少				
朝食を欠食する子どもの割合（B-9） 再掲：痩身傾向、貧困	34	朝食を欠食する子どもの割合		
1週間で60分以上の運動をしている子どもの割合	35	1週間の総運動時間（体育授業を除く）が60分未満の割合		※指標名多少の変更有
十代の飲酒率（基B）	36	十代の飲酒率		
十代の喫煙率（基B）	37	十代の喫煙率		
学校健診未受診者への対応を実施している学校の割合				
学校健診結果に基づいた健康指導を実施している学校の割合				
健康に関する情報教育を行っている小中高校の割合				
子どもの心の健康		子どもの心の健康		
十代の自殺死亡率（人口10万対）	38	十代の自殺死亡率		
十代の精神疾患（気分障害・ストレス性障害等）の数				
子どもの自殺念慮				
子どもの自殺再企図の割合				

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	いじめを受けてどこかに相談ができている児童生徒の割合			
	いじめについての相談窓口を知っている子どもの割合			
	眠れないと訴える児童生徒の割合			
	強い叱責を受けた児童生徒の割合			
	居場所がないと感じる子どもの割合 再掲：ソーシャルキャピタル			
	心の医療を受けている子どもの数			
	自殺念慮を持つ子どもへの対応件数			
	専門家(精神科医や心理士等)を講師に招いてメンタルヘルス教育を実施している高校の割合			
	ゲートキーパートレーニング養成者数			
	いじめ(人間関係)アンケートを実施している学校の割合			
	学校健診においてメンタルヘルスの評価を取り入れている中高校の割合			
	児童生徒の睡眠状況を把握している学校の割合			
	スクールカウンセラーおよび相談員を設置している小中高校の数	39	スクールカウンセラーを配置している小学校、中学校、高等学校の割合	
	小児人口に対する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(小児人口10万対) (①-参1)	40	小児人口に対する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	
	小児人口に対する子どものこころ専門医の割合(小児人口10万対) (1-参2)	41	小児人口に対する子どものこころ専門医の割合	
	学校医と定期的な会議を開催している市町村教育委員会の数			
	CDRの実施			
中絶率		プレコンセプションケア		
	人工妊娠中絶率(18歳未満)	42	十代の人工妊娠中絶率	
	性行為経験のある18歳未満の女性のうち、避妊を目的とした低用量経口避妊薬を使用したことがある割合			
	性行為経験のある18歳未満の女性のうち、緊急経口避妊薬を使用したことがある割合			
	産婦人科医師や助産師が外部講師として健康教育を行っている公立中学校、高校の割合			
	思春期保健対策に「プレコンセプションケア」をテーマに取り上げている 再掲：性感染症、AYA世代のがん			
	低用量経口避妊薬の生徒への周知(高校)			
	緊急避妊薬の生徒への周知(高校)			
	十代の性の相談を受けるセンターの設置数			
	性に関する個別指導をおこなっている中学・高校の割合(個々の子どもに対する性に関する指導)			
	18歳未満で出産した母子に対する支援を行っている			

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
性感染症				
	性感染症罹患率（18歳未満） ・性器クラミジア・淋菌感染症 ・尖圭コンジローマ・性器ヘルペス ・梅毒（罹患者数）	43	十代の性感染症罹患率	※指標名多少の変更有
	十代の性の相談を受けるセンターの設置数			
	思春期保健対策に「プレコンセプションケア」をテーマに取り上げている 再掲：中絶率、AYA世代のがん、痩身傾向			
学童期の口腔		学童期・思春期の口腔		
	う蝕がある十代の割合	44	う蝕がある十代の割合	
	歯肉に炎症がある十代の割合	45	歯肉に疾病・異常がある十代の割合	※指標名多少の変更有
	集団フッ化物洗口を実施している人数実施率の増加			
	デンタルフロスや歯間ブラシを使って、歯と歯の間を清掃している割合			
	集団フッ化物洗口を実施している幼稚園・保育園・学校の増加			
	学校健診未受診者への対応を実施している学校の割合			
	学校健診結果に基づいた健康指導を実施している学校の割合			
障害		障害児（発達障害児を含む）等		
	ゆったりとした気分で子供と過ごせる時間がある障害児を持つ保護者の割合（重点①の一部として調査）（乳幼児期） ※すべての障害を含む			
	障害による日常生活を送る上での生活のしづらさがある者の割合（注：減少する） ※生活のしづらさなどに関する調査では「生活のしづらさがあるもの」の割合は出せないように思う。生活のしづらさの原因（病気）やいつから、度合は聞いているよう。			
	育てにくさを感じたときに対処できる親の割合（①-2）（乳幼児期）（障害児の家庭に限定）			
	放課後児童クラブ登録児童数のうち障害児の割合（健康行動）	46	放課後児童クラブ登録児童数のうち障害児の割合	
	通級による指導を受けている児童生徒数/全児童・生徒数（健康行動）			
	発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親に対して小児科医や子育て世代包括支援センターとの連携による早期支援体制がある（重点①-5修：小児科医、子育て包括との連携追記）			
	市町村における発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制整備への支援を県型保健所が行っている（重点①-5）	48	市町村における発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制整備への支援を県型保健所が行っている（都道府県数）	※指標名多少の変更有
	発達障害支援アドバイザーを設置している自治体の数			

黄色セル：国の指標
 白色セル：都道府県・市区町村の指標
 空欄セル：対応なし

研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	市町村教育委員会と連携した教育相談の実施体制構築に取り組んでいる			
	就学前健診に保健師が参画している			
	スクールソーシャルワーカーを設置している小学校の割合			
	特別支援学級における（発達）障害児一人当たりの教員数			
	特別支援学級担当教員の特別支援学校教諭免許保持割合（松浦先生から）			
	特別支援教育コーディネーターを専任で設置している小中高校の割合（松浦先生から）			
	インクルーシブ教育システム構築を行っている小中高校の割合			
医療的ケア児				
	ゆったりとした気分で子供と過ごせる時間がある障害児を持つ保護者の割合			
	医療的ケア児のQOL改善（1(2)）			
	医療的ケア児および発達障害児の兄弟姉妹のQOL改善(2(6))			
	（特別支援学校ではない）小・中・高に通っている医療的ケア児の割合			
	通園・通学できている医療的ケア児の割合			
	小児の訪問看護利用者数	47	小児の訪問看護利用者数	
	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業者数	50	小児の訪問看護をしている訪問看護ステーション数	※指標名多少の変更有
	医療的ケア児受け入れ保育施設数	51	医療的ケア児受け入れ保育施設数	
	医療的ケア児支援センター※を設置している	52	医療的ケア児支援センターを設置している（都道府県数）	
	医療的ケア児等コーディネーター※を配置している	53	医療的ケア児等コーディネーターを配置している（市町村数）（P）	
	親の付き添い無しで小児が入院できる機会（レスパイト含む）			
	災害時に適切な医療支援に繋がった数			
	市町村教育委員会に医療的ケア運営協議会の設置をしている			
	特別支援連携協議会を設置している			
	医療的ケア児を受け入れている小中高等学校の割合			
	小児入院に親の付添いが必須である病院数			
	医療的ケア児のうち、自治体の災害要支援者リストに載っている割合			
移行期医療				
	AYAでの小児慢性特定疾病でのER受診率			
	AYAで小児慢性特定疾病を定期受診している患者割合			
	成人で患小児慢性特定疾病で受診している患者の割合			

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	移行期医療を総合的に支援する機能を持った機関（移行期医療支援センター（仮称））を最低1つ設置している	54	移行期医療を総合的に支援する機能を持った機関（移行期医療支援センター）の設置（都道府県数）	※指標名多少の変更有
	移行期医療支援コーディネーターを配置している	55	移行期医療支援コーディネーターの配置（都道府県数）	※指標名多少の変更有
	移行期医療支援センター（仮称）が支援の必要な対象者を把握している			
発達障害				
再掲	育てにくさを感じたときに対処できる親の割合（①-2） 再掲：児童虐待			
	発達障害を持つ子どもの二次障害の減少			
	乳幼児健診のスクリーニング陽性後に医療機関につながった子どもの割合			
	発達支援センター・医療機関など関連機関を定期的に受診している子どもの数			
	M-CHATなど何らかの標準化指標を1歳半の乳幼児健診で実施している			
	乳幼児健診におけるスクリーニング陽性後にカウンセリングを実施している			
	発達支援センター・医療機関など関連機関に紹介している子どもの数			
	発達障害を診療できる医療施設の増加			
	発達障害を診療できる医療者数の増加（子どもの心の専門医の数）			
	発達障害児の療育を提供できる機関の増加	49	発達障害児の療育を提供できる施設	※指標名多少の変更有
貧困		こどもの貧困		
	（生活が苦しい家庭において）この地域で子育てをしたいと思う親の割合			
	世帯収入別の子どもの肥満・やせ割合の格差（注：減少する）			
	貧困家庭のうち生活支援を受けている子どもがいる家庭の割合 ※この指標名を反映したデータ取得はできないと思われる。 ※「貧困家庭」の定義、「生活支援」＝生活保護？要確認			
	経済的理由のために世帯に以下がない割合 1. 子どもの年齢に合った本 2. 子ども用のスポーツ用品・おもちゃ 3. 子どもが自宅で宿題をすることができる場所 ・過去1年間に経済的理由のために以下の支払いができなかった割合 1. 学校の遠足・課外授業の参加費 2. 学校での教材費 3. 学校の給食費			
	ほっとできる場所、居心地のよい場所がどこにもない子ども（13-19歳）の割合			

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	子ども食堂が近くにある割合			
	朝食を欠食する子どもの割合（B-9） 再掲：痩身傾向、子どもの生活習慣			
	【周産期】 妊娠届出時に面談等を行い、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握し、必要な支援を実施している（基A修：アンケート→面談、把握→必要な支援を実施）			
	【乳幼児期】 社会的ハイリスク児に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制がある（基A修：「社会的」を追記）			
	【乳幼児期】 こども家庭センターが設置された市町村の割合			
	【乳幼児期】 県型保健所が市町村の社会的ハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしている（基A修：「社会的」を追記）			
	【学童期】 スクールソーシャルワーカーを設置している小学校の割合	56	スクールソーシャルワーカーを配置している小学校、中学校、高等学校の割合	※指標名多少の変更有
	子どもが安心して過ごせる地域の居場所がある自治体数（特に子ども食堂）			
監視指標	子どもの貧困率（健康水準）	57	監視指標 こどもの貧困率	
監視指標	ひとり親世帯の貧困率（健康水準）	58	監視指標 ひとり親世帯の貧困率	
出生0日児虐待死亡		児童虐待		
	出生0日児の虐待死亡数	59	出生0日児の虐待死亡数	
	妊娠届け出者数のうち分娩後に妊娠届け出をした人の割合			
	こども家庭センターで把握された支援対象者のうち妊娠前から支援を受けている家族の割合			
	妊婦健康診査未受診者を把握し受診勧奨をしている	61	妊婦健康診査の未受診者を把握し支援する体制がある（市町村数）	※指標名多少の変更有
	こども家庭センターが設置されている			
	要保護児童対策地域協議会に産婦人科医療機関が参画している			
児童虐待				
	児童虐待による死亡数（②-1）	60	児童虐待による死亡数	
	乳幼児期に体罰や暴言、ネグレクト等によらない子育てをしている親の割合（②-2）	63	乳幼児期に体罰や暴言、ネグレクト等によらない子育てをしている親の割合	
	乳幼児健康診査の未受診者のうち受診あるいは支援につながった人の割合			
	児童相談所における児童虐待相談の対応件数（②-参1）			
	市町村における児童虐待相談の対応件数（②-参2）			
	育てにくさを感じたときに対処できる親の割合（①-2） 再掲：発達障害	64	育てにくさを感じたときに対処できる親の割合	

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	妊娠届け出者数のうち分娩後に妊娠届け出をした人の割合			
	こども家庭センターが設置されている			
	親権者が、児童のしつけに際して体罰を加えてはならないことを啓発している			
	乳幼児健康診査の未受診者の全数の状況を把握する体制がある	62	乳幼児健康診査の未受診者を把握し支援する体制がある（市町村数）	※指標名多少の変更有
	社会的ハイリスク児に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制がある			
	発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親に対して小児科医や子ども家庭センターとの連携による早期支援体制がある			
	要保護児童対策地域協議会に産婦人科医療機関が参画している			
	要保護児童対策地域協議会に小児医療機関の医師が参加している			
	要保護児童対策地域協議会に配偶者暴力相談支援センターが参画している			
	市町村の社会的ハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしている			
	市町村における発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制整備への支援をしている			
	市町村の乳幼児健康診査の未受診者把握への取組に対する支援をしている			
ソーシャルキャピタル		ソーシャルキャピタル		
	この地域で子育てをしたいと思う親の割合（基C）	65	この地域で子育てをしたいと思う親の割合	
	ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある保護者の割合	66	ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある保護者の割合	
	今の生活が充実していると感じる子ども（13-19歳）の割合			
	この地域で暮らしたいと思う子どもの割合			
	何らかの子育て支援サービスを利用している保護者の割合			
	居場所がないと感じる子どもの割合 再掲：子どもの心の健康			
	子ども家庭センターが設置されている			
	子育て支援をする住民活動と連携を図っている			
	乳幼児健診の際に育児協力者がいない人を把握している			
	子どもが安心して過ごせる地域の居場所がある自治体数の増加（子ども食堂・子どもの学習支援活動拠点など）	67	地域子育て支援拠点がある（市町村数）（P）	※指標名多少の変更有
	子どもの意見が施策や地域の取組に反映される仕組みがある			
父親支援		父親支援		
	産後1年間における産後うつハイリスク者となる父親の割合			
	睡眠によって休養が十分にとれている父親の割合			

黄色セル：国の指標 白色セル：都道府県・市区町村の指標 空欄セル：対応なし				
研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	家事・育児に関する悩みやストレスを感じている父親の割合			
	父親の育児相談件数			
	自治体に家庭や育児の相談ができると感じる父親の割合 ※自治体に限定するならば、誰かに相談できるかどうか、という項目があってもいいかもしれません。			
	乳幼児健診に子どもを連れていく（同行含む）する父親の割合			
	プレパパママセミナー、両親教室を受講する父親の割合			
	家事・育児の分担をお互いに話しあって決めているカップルの割合			
	父親の家事・育児時間	68	子どもを持つ夫の家事・育児関連時間	※指標名多少の変更有
	父親支援を主たる目的とした事業・プログラムを開催した			
	父親の健康・生活のアセスメントを試みた ※全家庭へのとしないと、常に100%となってしまいます。			
	スクリーニング、イベントや資料（チラシ・冊子・アンケート）で、「親＝母親のみを対象にしていること」を想起させる記載がないことを確認した			
	未就学児の子どもをもつ父親の1週間当たりの労働時間			
	未就学児の子どもを持つ父親の労働時間が60時間/週以下の割合			
PDCAサイクル		PDCAサイクル		
		69	成育医療等基本方針を踏まえた協議の場を設置している（都道府県数）	
	成育医療等基本方針を踏まえた計画を策定している自治体（都道府県・市区町村）の割合	70	成育医療等基本方針を踏まえた計画を策定している市町村数（都道府県数）	※指標名多少の変更有
	成育医療等基本方針を踏まえた計画に基づいてPDCAサイクルを実施している自治体（都道府県・市区町村）の割合			
スクリーンタイム				
	裸眼0.1未満の児童・生徒の割合			
	ゲーム障害罹患者数			
	インターネットの使用に問題がある者の割合			
	ICT利用時間が平日2時間以上の割合			
	子ども(2歳)にスマートフォン・タブレットを平日2時間以上触らせている家庭の割合			
	子ども(1歳)にスマートフォン・タブレットを触らせている家庭の割合			
	ICT利用時間に関する制限を申し合わせている小中学校(校・校区)の数			
	学校健診で視力に関して事後措置(専門医の受診勧奨)ができていない学校の割合			

黄色セル：国の指標
 白色セル：都道府県・市区町村の指標
 空欄セル：対応なし

研究班提案指標		決定されたもの		
	指標名		指標名	備考
	ゲーム障害の疑いのある子どもの受診先の整備を行っている			
	20-20-20ルールを推奨している			
	育児教室で子どものスマートフォン・タブレット利用に関する内容を扱っている			
AYA世代のがん				
監視指標	子宮頸がん患者数			
監視指標	子宮頸がん死亡数			
監視指標	HPVワクチン接種率			
監視指標	子宮がん検診受診率（20～24歳時点）			
	外部講師を活用したがん教育を実施している学校（小・中・高）の割合			
	HPV予防接種など子宮頸がん予防に関して子どもに対する周知（小・中・高）を行っている			
	子宮頸がん予防について保護者に対する周知を行っている			
	思春期保健対策に「プレコンセプションケア」をテーマに取り上げている 再掲：性感感染症、中絶率、痩身傾向			

成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究：

ロジックモデル推進と指標検討の具体例

研究分担者 後藤 あや（福島県立医科大学総合科学教育研究センター）

研究協力者 新井 猛浩（山形大学地域教育文化学部）

研究要旨

「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」に基づく施策の実施状況に関する評価の指標には、「PDCA (plan-do-check-act) サイクル実施に関する項目が含まれている。ロジックモデルは主に国際協力の分野で使われてきた、PDCA サイクルのツールである。昨年度の報告書では、ロジックモデルの代表的な手法を紹介し、実際に自治体のデータに基づいた事業計画書作成の事例について検討した。本年度は、ロジックモデル作成に反映するその地域なりのロジック（活動から目標のつながり）の検討事例と、ロジックモデルの手法を推進する上で必要な研修の参加者アンケートの結果について提示した。

A. 研究目的

2021年2月に定められた「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」（成育医療等基本方針）に基づく施策の全体的な実施状況の評価指標として、PDCA (plan-do-check-act) サイクルを実施するための成育保健医療計画策定についての項目が含まれている。地方公共団体には、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（成育基本法）に定める基本理念に則り、施策の実施状況等を客観的に評価して必要な見直しにつなげるPDCAサイクルに基づく取組を適切に実施することが求められる。

ロジックモデルは主に国際協力の分野で使われてきたPDCAサイクルのツールであり、日本においては、1990年代に国際開発機構（FASID）が日本版のProject Cycle

Management (PCM)を開発し、国際協力機構（JICA）で採用されている。PCM手法は、問題の原因を分析し、解決策を探り、対策を実行するための事業計画書（Project design matrix, PDM）を作成する。このPDMを用いて、事業の実施状況をモニタリング、そして最終評価とその後の事業改善と継続につなげる。重要な点は「ロジック（論理）」である。この活動をすると、このような成果が得られ、この目標を達成することができるという、論理的な流れを計画の中で明確にする。この手法の詳細は、昨年度の報告書で述べた（1）。

本報告書では、「成育医療等基本方針に基づく施策の実施状況に関する評価指標」に関連した自治体のデータに基づいた、PDMに入れる目標の選定の具体例と、福島県内で実施したPCM手法に関する研修に参加した保健師の感想について提示した。

B. 研究方法

1. 自治体データを用いた指標選定例

昨年度の報告書同様、福島市子ども子育て支援事業計画策定にかかる2018年度ニーズ調査報告書のデータを用いた。その中でも地域の子育て環境（ソーシャル・キャピタル）に関する指標に注目して分析した。「健やか親子21（第2次）」では「この地域で子育てをしたいと思う親の割合」が指標として取り上げられており、地域社会全体で子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくりを推進している。孤立した子育てにより生育環境の悪化につながることを防ぐよう、地域の身近な場所で、子育て中の親子の交流や見守り体制の強化が必要である。

調査の時期は2018年12月で、未就学児世帯と小学生世帯の保護者を対象としてそれぞれ実施された。本報告で分析対象としたのは、小学生世帯の保護者を対象としたデータである。調査対象者は無作為抽出により2,900人が抽出され、調査票は学校を経由して配布され回収された。有効回答率は86.9%だった。調査は匿名で実施され、個人が特定されない形で市からデータの提供を受けた。

注目した変数は、対象者を層別化する変数として家計のゆとり、アウトカム指標としては、福島市の子育て環境の満足度である。満足度に関連する要因としては、以下の項目について分析した：児の学年、兄弟の人数、配偶者の有無、主な子育ての担い手、子育てについて相談や協力を求められる相手の有無、子育ての自信、母親の就労状況、放課後児童クラブの利用状況である。

家計の状況については、ゆとりがある、ややゆとりがある、ふつう、やや苦しい、大変苦しいの5件法で回答を求め、やや苦しいまたは大変苦しいと回答したものを家計の状況が苦しいとした。子育て環境や支援への満足度につい

ては5段階評価で回答を求め、1と2を低評価、3-5を中・高評価とした。児の学年は1-2年生と3-6年生にまとめ、低学年と中・高学年とした。主な子育ての担い手については父母ともにおよび主に母とした。子育てについて相談や協力を求められる相手について、どちらもいるか否かとした。母親の就労状況についてはフルタイムで働いているか否かとした。放課後児童クラブの利用状況については、利用できている・利用希望なしと利用できていないとし、利用できていない理由も調べた。

2. PCM研修に参加した保健師の感想

福島県立医科大学は福島県と協力して、2011年の震災後に県保健師現任教育の枠組みの中で、様々なテーマについて研修を実施した。大学内の複数部署が協力して外部資金を得て運営したが、本稿では2018~2020年度に実施したPCMに関する研修6回分の参加者アンケートを用いた。主に自由記載を、フリーのテキスト解析ソフトであるKH Coderにより分析した。

（倫理面への配慮）

上記1の分析に用いたデータは福島市が実施した無記名アンケートから作成されたものである。匿名データの二次利用であるため「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に該当せず、福島県立医科大学の倫理審査は不要とされた。同様に、上記2の分析に用いた無記名アンケートの事業評価用データも、倫理指針に該当しない。

C. 研究結果

1. 自治体データを用いた指標選定例

対象者の特徴は次の通りである（表1）。低学年は29.5%、第1子は27.8%だった。配偶者のいない者は11.5%で、主な子育ての担い手

が母親のみとなっているのは 45.8%だった。子育てについて相談や協力を求められる相手のどちらかがいないかどちらもいない者は 11.5%、子育てに自信が持てないことがある者は 62.2%、そして、地域の子育て環境や支援への満足度が低い者は 39.5%だった。家計の状況が苦しいと答えた者は 34.3%で、フルタイムで就労している母親は 43.7%だった。利用希望があるにもかかわらず放課後児童クラブが利用できていない者は 9.6%だった。

家計の状況にゆとりがあるかふつうと答えた群の地域における、子育ての環境や支援への満足度と関連要因を表 2 に示した。単変量解析では、児の学年、兄弟の人数、配偶者の有無、主な子育ての担い手、子育てに自信が持てないこと、母親の就労状況、放課後児童クラブの利用状況について、それぞれ満足度と有意な関連がみられた。これらを多変量解析に投入したところ、児の学年、配偶者の有無、子育てに自信の持てないこと、母親の就労状況、そして放課後児童クラブについて有意な関連がみられた。

家計が苦しいと答えた群の地域における子育ての環境や支援への満足度と関連要因を表 3 に示した。単変量解析では、子育てについての相談や協力先の相手、放課後児童クラブの利用状況について有意な関連がみられた。多変量解析から、これらは独立して満足度に影響していた。

なお、満足度について 5 段階評価の回答から低群、中群、高群の 3 群に分けて対象者の傾向を分析したが、中群と高群とで特に差異はみられなかった。

放課後児童クラブが利用できていない理由は料金が安い (71 人、29.7%)、学区にない・知らない (65 人、27.2%)、定員オーバー (41 人、17.2%)、その他 (62 人、25.9%) だった。

2. PCM 研修に参加した保健師の感想

研修参加者 93 人において、PCM 手法を用いた演習での話し合いが今後の保健活動に役立つか 5 段階スケールで回答を求めたところ、40 人 (43%) が「大変そう思う」、44 人 (48%) が「そう思う」とした。自由記載から抽出された頻出語 (名詞と動詞のみ) 同士の関連を示す共起ネットワークから、主に以下 3 カテゴリーが抽出された (図 1) : 「1. 研修内容についての意見」(含まれる語: 内容、具体、資料、業務、市町村、データ、地域、書く、分かる)、 「2. グループワークからの学び」(グループ、ワーク、職場、視点、感じる、行う、振り返る)、 「3. 事業の振り返り」(事業、原因、因果、自分、アイデア、考え方、考える、見直す、受ける)。

各カテゴリーの代表的な意見を以下に示した。

1. 「業務として、市町村支援として市町村が業務に使えるデータ分析の提供とよくあるが、具体的に何をしたらよいか分からず困っています。」「事業評価について、具体例を評価してみるワークもほしいです。」
2. 「グループワークのような情報の整理を職場でも行いたいと思います。」
3. 「原因と結果の因果関係を考えながら事業計画を考えていきたい。」

D. 考察

1. 自治体データを用いた指標選定例

本研究の結果から、家庭の経済状況に関わらず、放課後児童クラブ利用のニーズが子育ての環境や支援への満足度と関連することが明らかになった。日本では放課後児童クラブが急拡大を続けており (図 2)、厚生労働省が推進する放課後児童健全育成事業により放課後児童クラブの登録児童数およびクラブ数ともに近年

着実に増加してきている。また、障害児の受け入れ児童数・クラブ数も共に年々着実に増加してきており、特に障害児受け入れクラブ数の割合が大きく増加している。それでも量的にも質的にも社会的需要を満たしているとは言えず、質的な充実においては制度や政策の拡充に加えて、学術的な下支えが必要との指摘がある(2)。

海外の先行研究では、放課後の子どもの所在について親が知っていることは、子どものメンタルヘルスの向上に関連することが報告されている(3)。放課後児童クラブは安全な場所と認識されており(4)、子どもの創造的自己効力感を高めるとの報告もある(5)。また、子どものメンタルヘルスの向上を目的に、音楽を用いた放課後児童クラブの評価も行われている(6)。さらに、経済状況に関わらず、子どもの放課後プログラム参加が親のうつリスクを減らすことも明らかになっている(7)。

米国の先行研究では、親と子どもが持つ放課後プログラムへの期待について調査を行った(4)。親は子どもの学力向上を期待し、子どもは様々なアクティビティや人間関係を豊かにする場として期待しており、そのバランスを取ることが重要であると述べている。

本研究の経済状況が苦しい群では、地域における子育て環境や支援への満足度が低い者の割合が高く、その関連要因として放課後児童クラブの利用状況と、子育てについて相談や協力が得られる相手の有無が影響していた。親が不在中の子どもの居場所を確保し、安心して仕事に出られるような支援と、そのような場で育児支援も得られるような工夫が求められると言える。

経済状況によりゆとりがある群でも、放課後児童クラブの利用状況以外に、低学年、配偶者無、育児の自信無、そしてフルタイム勤務が、

地域における子育て環境や支援への満足度が低いことに関連していた。つまり、経済状況が苦しい群と同様に、子どもの居場所と育児支援の組み合わせたサービスが必要である。

これらの結果から、放課後児童クラブの量と質の充実が「この地域で子育てをしたいと思う親の割合」の上昇に結び付くと考えられる。このロジックを、PDMの活動立案と評価指標の選定に反映するとよい。

2. PCM研修に参加した保健師の感想

PCM研修は保健活動に役立つと、受講者の多くが回答した。また、研修を受講したことにより、PCM手法の一番重要な点である因果関係のつながり、土台となるエビデンスをつくることの難しさ、そしてグループワークによる意見交換の大切さを意識するようになったことが示唆された。さらに、研修後に実際に使うことが事業評価の継続につながると考えられる。

E. 結論

地域のデータを分析することにより、地域の現状を反映したロジックモデルを作ることができる。ロジックモデル作成についての研修を実施することで、受講者は学んだ知識と技術を実践で応用していくことが期待され、これがエビデンスとその論理に基づく事業運営の普及の要となる。

【参考文献】

- 1) 後藤あや, 新井猛浩. 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究 分担報告書:成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデルに関する研究. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/156169>
- 2) 中田周作. 放課後児童クラブの社会的位

- 置づけ. 中国学園紀要. 2014; 13: 147-156.
- 3) Kreski NT, Riehm KE, Cerdá M, et al. Parenting practices and adolescent internalizing symptoms in the United States, 1991-2019. J Adolesc Health. 2023; 72: 189-196.
- 4) Cornelli Sanderson R, Richards MH. The after-school needs and resources of a low-income urban community: surveying youth and parents for community change. Am J Community Psychol. 2010; 45: 430-440.
- 5) Liang CC, Yuan YH. Exploring children's creative self-efficacy affected by after-school program and parent-child relationships. Front Psychol. 2020; 11: 2237.
- 6) Hedemann ER, Frazier SL. Leveraging after-school programs to minimize risks for internalizing symptoms among urban youth: weaving together music education and social development. Adm Policy Ment Health. 2017; 44: 756-770.
- 7) Daly NJ, Parsons M, Blondino C, Clifford JS, Prom-Wormley E. Association between caregiver depression and child after-school program participation. J Fam Soc Work. 2021; 24(3): 245-260.

【謝辞】

データ 1 の提供にご協力いただいた福島市こども未来部こども政策課と、データ 2 の整理にご協力いただいた本田香織様に御礼申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 後藤あや, 新井猛浩, 秋山有佳, 山縣然太郎. 成育基本法における小児保健の推進戦略: 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデル. 小児保健研究. 2023; 82: 1-20.

2. 学会発表

- 1) 後藤あや. 成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデル. 第 69 回日本小児保健協会学術集会. 2022 年 6 月 25 日(三重)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 対象者の属性

	N	%
児の学年		
低学年	730	29.5
中・高学年	1746	70.5
兄弟の人数（本人含む）		
1人	683	27.8
2人以上	1778	72.2
配偶者の有無		
あり	2200	88.5
なし	286	11.5
主な子育ての担い手		
父母ともに	1287	54.2
主に母	1086	45.8
相談や協力先の相手		
どちらもいる	2221	88.5
どちらかいない・いない	290	11.5
子育てに自信持てないこと		
ある	1538	62.2
ない	934	37.8
子育ての環境や支援への満足度		
中・高評価	1421	60.5
低評価	928	39.5
家計の状況		
ふつう・ゆとりある	1634	65.7
苦しい	852	34.3
母親の就労状況		
フルタイム	1053	43.7
パート・アルバイト・就労なし	1359	56.3
放課後児童クラブ		
利用できている・利用希望なし	2244	90.4
利用できていない	239	9.6

表 2. 地域における子育ての環境や支援への満足度と関連要因＜小学生の母親（経済的にゆとり・ふつう）＞

	満足度						aOR	95%CI	p値		
	低群		中高群		単変量解析 ^a					多変量解析 ^a	
	N=525	%	N=1014	%	p値						p値
児の学年											
低学年	182	38.9	286	61.1	0.01	1.42	1.12-1.79	0.004			
中・高学年	340	32.0	722	68.0		1.00					
兄弟の人数（本人含む）											
1人	166	37.9	272	62.1	0.047	1.15	0.89-1.48	0.28			
2人以上	246	32.7	507	67.3		1.00					
配偶者の有無											
あり	475	33.3	950	66.7		1.00					
なし	49	43.8	63	56.3	0.03	1.64	1.03-2.60	0.04			
主な子育ての担い手											
父母ともに	263	31.2	580	68.8		1.00					
主に母	237	37.4	396	62.6	0.01	1.13	0.89-1.43	0.31			
相談や協力先の相手											
どちらもある	475	33.9	926	66.1							
どちらかいない・いない	50	36.0	89	64.0	0.62						
子育てに自信持てないこと											
ある	339	38.6	540	61.4		1.00					
ない	183	28.0	470	72.0	<0.001	0.60	0.48-0.76	<0.001			
母親の就労状況											
フルタイム	238	37.1	403	62.9							
パート・アルバイト・就労なし	269	31.8	578	68.2	0.03	1.34	1.06-1.69	0.01			
放課後児童クラブ											
利用できている・利用希望なし	456	32.6	943	67.4		1.00					
利用できていない	63	49.6	64	50.4	<0.001	1.91	1.30-2.81	<0.001			

a: 2 項ロジスティック回帰分析を用いて、満足度が低いことのオッズを算出した。

表3. 地域における子育ての環境や支援への満足度と関連要因<小学生の母親（経済的に苦しい）>

	満足度						単変量解析 ^a		多変量解析 ^a	
	低群		中高群		%	N=392	p値	aOR	95%CI	p値
	N=397	%	N=392	%						
児の学年										
低学年	115	52.3	105	47.7			0.51			
中・高学年	129	51.0	124	49.0						
兄弟の人数（本人含む）										
1人	105	51.2	100	48.8			0.72			
2人以上	172	53.4	150	46.6						
配偶者の有無										
あり	315	49.9	316	50.1						
なし	82	51.9	76	48.1			0.66			
主な子育ての担い手										
父母ともに	185	52.3	169	47.7						
主に母	198	48.7	199	51.3			0.33			
相談や協力先の相手										
どちらもある	315	48.0	341	52.0				1.00		
どちらかいない・いない	82	61.7	51	38.3			0.004	1.72	1.17-2.53	0.004
子育てに自信持てないこと										
ある	283	51.4	268	48.6						
ない	113	48.9	118	51.1			0.53			
母親の就労状況										
フルタイム	167	50.2	166	49.8						
パート・アルバイト・就労なし	152	50.7	148	49.3			0.93			
放課後児童クラブ										
利用できている・利用希望なし	335	49.0	349	51.0				1.00		
利用できていない	59	60.8	38	39.2			0.03	1.58	1.02-2.44	0.03

a: 2項ロジスティック回帰分析を用いて、満足度が低いことのオッズを算出した。

図 1. PCM 研修に参加した保健師の感想：研修評価アンケートの自由記載のテキスト解析

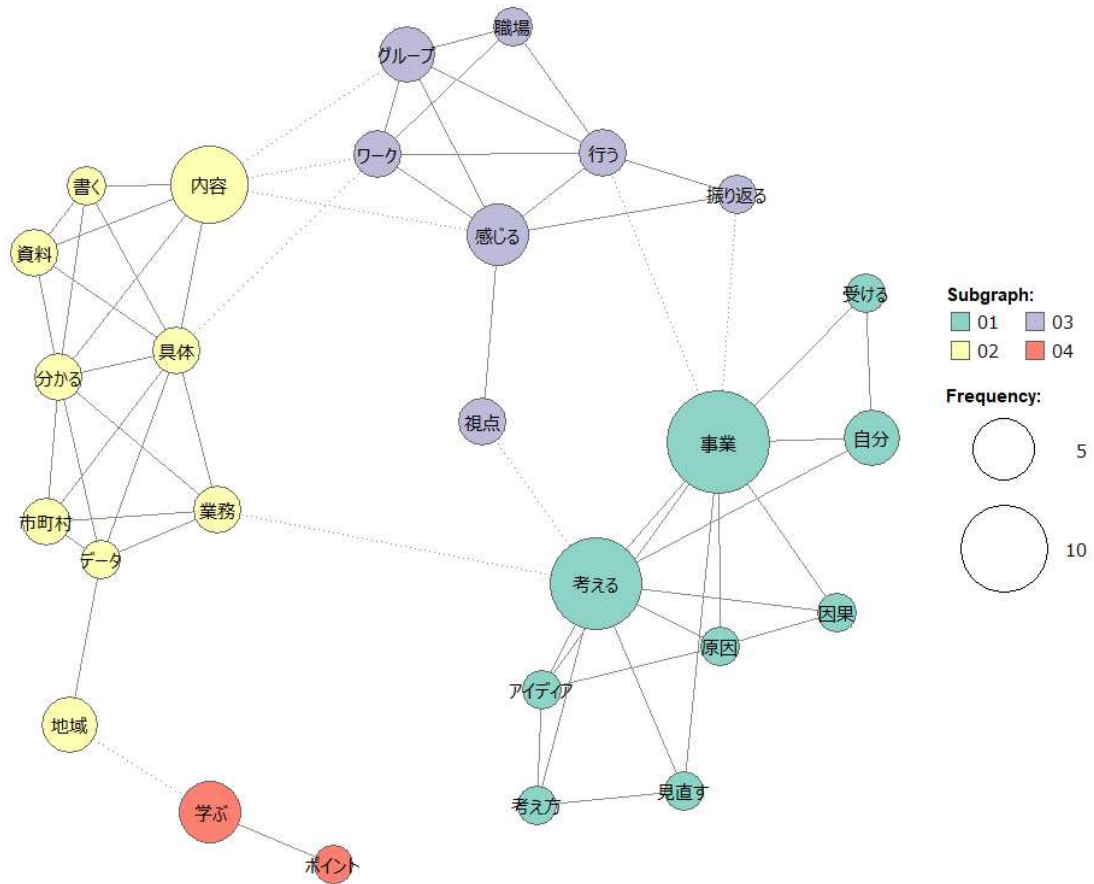


図 2-1. 放課後児童クラブ登録児童数の推移

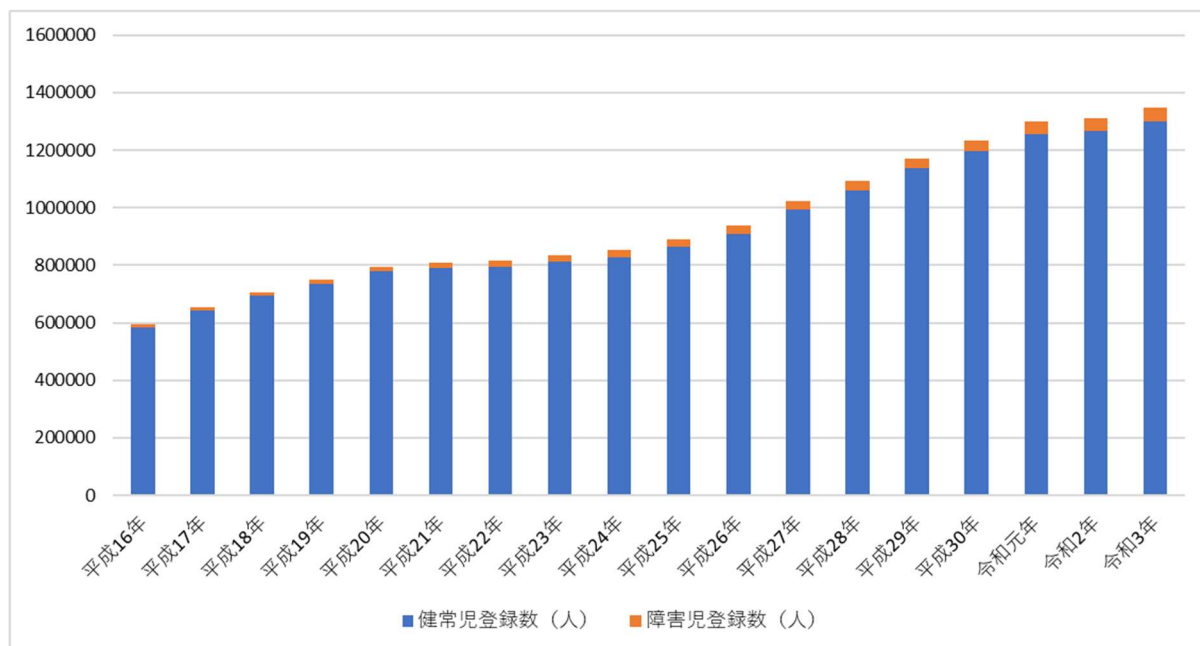
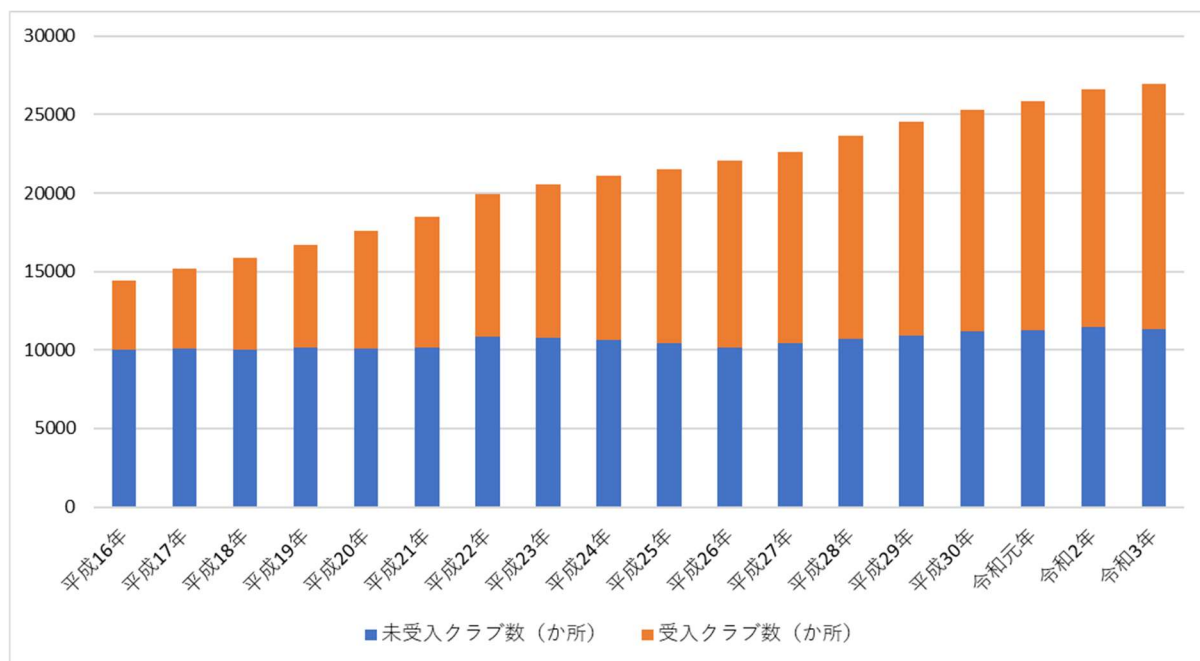


図 2-2. 放課後児童クラブ数の推移：障害児の受け入れ別



子どもの歯科疾患の予防に関する公衆衛生的研究

研究分担者 相田 潤（東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
健康推進歯学分野）

研究要旨

2022年にWHOから出版された「Global oral health status report」では、口腔疾患の負担について報告されている。子どもに関係する負担としては、歯科疾患の有病率が他の疾患に比べて高いことや、そのため医療費の総計が高額になることなどが挙げられる。日本においても、過去に比べて減少している子どものう蝕は、現在でも有病率は低いとは言えず、疾病負担として比較的大きい。こうした口腔疾患の予防については、公衆衛生施策への活用の観点から科学的な知見が適宜アップデートされている。そこで本研究では、日本の子どもでも依然として他の多くの疾患よりも有病率が高く、疾病治療の医療介入が必要な状態であるう蝕について、その予防方法のアップデートされた情報のレビューを行った。我が国において、フッ化物配合歯磨剤の利用方法の4学会合同の推奨文章や、厚生労働省から『「フッ化物洗口の推進に関する基本的な考え方」について』と「フッ化物洗口マニュアル（2022年版）－健康格差を減らす、保育園・幼稚園・子ども園、学校や施設などにおける集団フッ化物洗口の実践－」が出され、情報のアップデートがされていた。こうした情報の社会への普及と実践が求められる。

A. 研究目的

最近の10年にわたり、世界疾病負担研究において口腔疾患の有病率の高さは繰り返し報告されてきた¹⁻³⁾。2022年に世界保健機関(WHO)から出版された「Global oral health status report」では、口腔疾患の負担について最新の状況が報告されている⁴⁾。子どもの口腔疾患の負担に関しては、乳歯および永久歯のう蝕の多さ、すなわち有病率の高さが挙げられる。そして高い有病率は、高い医療費負担に結びつく。この状況は、日本でも同様であり、昨年度の報告書で報告を行った。

こうした口腔疾患の予防については、科学的な知見が適宜アップデートされている。そうした情報は、公衆衛生活動に用いられ、広く専門家や国民に周知・活用されることが望まれる。

そこで本研究では、日本の子どもでも依然として他の多くの疾患よりも有病率が高く、疾病治療の医療介入が必要な状態であるう蝕について、その予防方法のアップデートされた情報のレビューを行った。

B. 研究方法

我が国における、子どものう蝕予防に関して、公衆衛生上重要な情報のアップデートのレビューを行う。

（倫理面への配慮）

既に公開されている情報を用いてレビューを行う研究であるため、倫理的な問題はないため、研究倫理の審査は行わなかった。

C. 研究結果

1. フッ化物配合歯磨剤について

フッ化物配合歯磨剤は、WHO の必須医薬品の中に含まれ⁵⁾、世界で最も多く利用されている、う蝕予防のためのフッ化物応用方法であり、1950 年代から実用化がされている。日本での普及は欧米諸国に比べるとかなり遅く、フッ化物配合歯磨剤の本格的な普及の拡大は 1990 年代半ばからである。

フッ化物配合歯磨剤の利用は、う蝕予防のメリットと、大量にフッ化物を摂取した場合のデメリットを考慮して定められている。そのため WHO の必須医薬品の解説や⁵⁾、国際歯科連盟 (FDI)⁶⁾などで年齢に応じた利用方法が説明されている。日本では日本口腔衛生学会からの推奨が出されていたが⁷⁾、これが近年の国際的な推奨と異なる部分があるため、改定が望まれていた。

こうした背景のもと、幼少期から高齢期までのライフコースをカバーする日本口腔衛生学会、日本小児歯科学会、日本歯科保存学会、日本老年歯科医学会の 4 学会合同で、フッ化物配合歯磨剤の利用方法の推奨文章が 2023 年 1 月に出された。表 1 に示すように、年齢に応じたフッ化物配合歯磨剤の濃度と使用量が明記された。乳幼児においては、歯が生えてからすぐの利用が推奨されている。これらの推奨は国際的な推奨を踏まえたものとなっている。

2. 集団フッ化物洗口について

保育園・幼稚園・学校での集団フッ化物洗口は、日本では 1970 年代から実施された。集団フッ化物洗口は、フッ化物配合歯磨剤が普及した現在でも効果があることが報告されている⁸⁾。そしてう蝕予防効果に加えて、う蝕の健康格差の縮小効果が存在することが指摘されている⁹⁾。どのような家庭環境の子どもであって

も、園や学校に行けば予防効果の恩恵が受けられる環境の実現になるのである。これは、特に家庭でう蝕予防が困難な貧困家庭などの子どもに恩恵が大きいと考えられる。実際、フッ化物洗口の実施校では、リスクが高いう蝕多発児が減少していることが報告されている¹⁰⁾。さらに、集団フッ化物洗口を子どもに行った場合、大人になってからもう蝕が少ないことが厚生労働省の事業により報告され、ライフコースを通じた恩恵があることが明らかになっている¹¹⁾。

こうした集団フッ化物洗口については、2003 年に厚生労働省からフッ化物洗口ガイドラインが出され、普及が推進されていた¹²⁾。そしてこのアップデートが行われ、厚生労働省から 2022 年 12 月に『「フッ化物洗口の推進に関する基本的な考え方」について』の文章が出され¹³⁾、「フッ化物洗口マニュアル (2022 年版) —健康格差を減らす、保育園・幼稚園・子ども園、学校や施設などにおける集団フッ化物洗口の実践—」が示された¹⁴⁾。マニュアルの中ではフッ化物洗口の安全性、有効性、健康格差への効果、具体的な実施方法などが示され、地域での活用がしやすいものとなっていた。

D. 考察

フッ化物応用は、長い歴史を持ち、安全性と有効性が検証されている。しかし科学的な裏付けのない反対論があり、必ずしも日本で海外と同じように受け入れられてきたわけではない。このことは、「日本は砂糖消費量が少ないのにう蝕が多い」という状況を生み出してきたと考えられている^{15), 16)}。

しかし近年、国際的に合意された推奨を踏まえた情報のアップデートがなされ、公衆衛生的に社会に普及するための情報発信が行われていることが確認できた。

こうした状況は、日本でも国際的な水準と同じように多いう蝕を減らすことに寄与すると考えられる。

E. 結論

う蝕予防のフッ化物応用に関して、国際的に合意された推奨を踏まえた情報のアップデートがなされ、情報発信が行われていることが確認できた。これは国際的にみて必ずしも少ない日本の子どものう蝕予防にも寄与すると考えられる。

【参考文献】

- 1) Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E ほか： Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. J Dent Res 92:592-597, 2013.
- 2) GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators： Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 390:1211-1259, 2017.
- 3) GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators： Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 392:1789-1858, 2018.
- 4) WHO： Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 : [https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484]
- 5) World Health Organization： The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines, 2021 (including the 22nd WHO Model List of Essential Medicines and the 8th WHO Model List of Essential Medicines for Children). In. Geneva: World Health Organization; 2021.
- 6) World Dental Federation： Caries prevention and management chairside guide(う蝕予防とマネジメント チェアサイド ガイド) : [https://www.fdiworlddental.org/caries-prevention-and-management-chairside-guide]
- 7) 日本口腔衛生学会フッ化物応用委員会： フッ化物配合歯磨剤に関する日本口腔衛生学会の考え方 : [https://www.kokuhoken.or.jp/jsdh/statement/file/statement_20180301.pdf]
- 8) 八木稔： 小学校におけるフッ化物洗口プログラムの予防効果. 日本歯科医療管理学会雑誌 47:263-270, 2013.
- 9) Matsuyama Y, Aida J, Taura K ほか： School-Based Fluoride Mouth-Rinse Program Dissemination Associated With Decreasing Dental Caries Inequalities Between Japanese Prefectures: An Ecological Study. J Epidemiol 26:563-571, 2016.
- 10) 高橋収, 新里勝宏, 伊谷公男ほか： 北海道内の小学校で実施された集団フッ化物洗口によるう蝕予防効果. 口腔衛生会誌

71:238-244, 2021.

- 11) 厚生労働省：口腔保健に関する予防強化推進モデル事業（自治体におけるフッ化物応用によるう蝕予防対策の長期的な影響等の検証）に係る調査等一式：
[<https://www.mhlw.go.jp/content/000816585.pdf>]
- 12) 厚生労働省医政局長，厚生労働省健康局長：フッ化物洗口ガイドライン：
[<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000212201.pdf>]
- 13) 厚生労働省：「フッ化物洗口の推進に関する基本的な考え方」について：
[<https://www.mhlw.go.jp/content/001037972.pdf>]
- 14) 「歯科口腔保健の推進に資するう蝕予防のための手法に関する研究」班：フッ化物洗口マニュアル（2022年版）－健康格差を減らす、保育園・幼稚園・子ども園、学校や施設などにおける集団フッ化物洗口の実践－：
[<https://www.mhlw.go.jp/content/001037973.pdf>]
- 15) Renson CE： Changing patterns of dental caries: a survey of 20 countries. Ann Acad Med Singapore 15:284-298, 1986.
- 16) Aida J, Fukai K, Watt RG: Global Neglect of Dental Coverage in Universal Health Coverage Systems and Japan's Broad Coverage. Int Dent J 71:454-457, 2021.
- 17) 高柳篤史：フッ化物配合歯磨剤によるう蝕予防. 小児歯科臨床 27:16-23, 2022.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 相田潤. 第71回日本口腔衛生学会・総会シンポジウム1「WHOの口腔保健の決議を受けて：学術的視点から考えるフッ化物応用」、「ポピュレーションアプローチは格差を拡大する」は正しいのか？重要な公衆衛生理論をフッ化物応用で再考する. 2022/5/14. 鹿児島（オンライン）口腔衛生学会雑誌(0023-2831)72巻増刊Page36(2022.04)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 4学会合同のフッ化物配合歯磨剤の推奨される利用方法（2023年1月）

4学会合同のフッ化物配合歯磨剤の推奨される利用方法（2023年1月）
 （日本口腔衛生学会・日本小児歯科学会・日本歯科保存学会・日本老年歯科医学会）

年齢	使用量 (写真は約2cmの歯ブラシ ¹⁷⁾)	フッ化物濃度	使用方法
歯が生えてから2歳	米粒程度 (1~2mm程度) 	1000 ppmF (日本の製品を踏まえ 900~1000 ppmF)	<ul style="list-style-type: none"> 就寝前を含めて1日2回の歯みがきを行う。 1000 ppmFの歯磨剤をごく少量使用する。歯みがきの後にティッシュなどで歯磨剤を軽く拭き取ってもよい。 歯磨剤は子どもの手が届かない所に保管する。 歯みがきについて専門家のアドバイスを受ける。
3~5歳	グリーンピース程度 (5mm程度) 	1000 ppmF (日本の製品を踏まえ 900~1000 ppmF)	<ul style="list-style-type: none"> 就寝前を含めて1日2回の歯みがきを行う。 歯みがきの後は、歯磨剤を軽くはき出す。うがいをする場合は少量の水で1回のみとする。 子どもが歯ブラシに適切な量をつけられない場合は保護者が歯磨剤を出す。
6歳~成人・高齢者	歯ブラシ全体 (1.5cm~2cm程度) 	1500 ppmF (日本の製品を踏まえ 1400~1500 ppmF)	<ul style="list-style-type: none"> 就寝前を含めて1日2回の歯みがきを行う。 歯みがきの後は、歯磨剤を軽くはき出す。うがいをする場合は少量の水で1回のみとする。 チタン製歯科材料が使用されていても、歯がある場合はフッ化物配合歯磨剤を使用する。

*乳歯が生え始めたら、ガーゼやコットンを使ってお口のケアの練習を始める。歯ブラシに慣れてきたら、歯ブラシを用いた保護者による歯みがきを開始する。

*子どもが誤って歯磨剤のチューブごと食べるなど大量に飲み込まないように注意する。

*根面う蝕の予防が必要な成人には5000ppmFの歯磨剤のう蝕抑制効果が認められている。現在日本では市販されていないため認可されることが望まれる。

*要介護者で嚥下障害を認める場合、ブラッシング時に唾液や歯磨剤を誤嚥する可能性もあるので、ガーゼ等による吸水や吸引器を併用するもよい。また、歯磨剤のために食渣等の視認性が低下するような場合は、除去してからブラッシングを行う。またブラッシングの回数も状況に応じて考慮する。

*水道水フッロリデーションなどの全身応用が利用できない日本では、歯磨剤に加えフッ化物洗口や塗布の組合せも重要である。

*写真¹⁷⁾の歯ブラシの植毛部の長さは約2cmである。

学校授業への参画を通じた切れ目のない思春期個別支援の枠組み構築

～思春期保健(学校授業参画)の研修会モデル開発～

研究分担者 松浦 賢長（福岡県立大学看護学部）

梶原 由紀子（福岡県立大学看護学部）

研究協力者 原田 直樹（福岡県立大学看護学部）

研究要旨

今回、「学校授業への参画を切れ目のない支援の流れでとらえ、その後の地域での個別支援につなぐことを目的とする」視点を地域で開発するために、高知市において、産科医療機関を拠点とした地域関係機関・専門機関の各専門職を対象とした研修会モデルを試行し、同モデルの評価指標立案に取り組んだ。

高知市におけるある産科医療機関を拠点にした年4回セットとなる研修会モデルを企画・実施した。研修会モデルでは研究分担者が講師を担当した。

成育医療等基本方針を受け、地域の専門家による学校授業への参画が推進されている。“出前授業”は集団指導形式となっており、切れ目のない個別支援に接続することをどのように集団指導形式の授業に組み入れるのかは、重要な課題である。

今回の研修モデルは、20項目からなるテーマを扱い、“出前授業”を目的ではなく、個々の支援に向けた出発地、もしくは経由地であるにとらえる“新しい態度”の養成を目的とした。

研修会における議論において、この“新しい態度”の獲得を把握するための評価指標を立案したが、いくつかの前提条件が明らかとなった。その前提条件とは、対象の児童生徒の保護者とのコミュニケーションを促す環境づくりと、個別支援の実際にあたる際に必要となる専門機関・専門職間の連携土台であった。

A. 研究目的

心身の健やかな成育の確保は、成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（以下、成育医療等基本方針）にうたわれた重要な課題である。思春期の個別最適な切れ目のない支援枠組みの構築は、生涯の健康課題解決に向けた基盤と言える。

思春期は義務教育を含む普通教育の時期と重複し、保健行動（予防行動）形成に果たす学校の役割（健康教育）は大きい。また学校は思

春期の健康情報・健康状況を把握・集積しているが、性の問題や精神の問題は個別性・秘匿性が高く、学校だけでは対応が困難であり、地域の関連機関・専門機関との連携による個別支援が必須となる。

成育医療等基本方針のもと、地域の関連機関・専門機関からの学校への“出前授業”が推進されている。学校への“出前授業”のほとんどは集団指導形式であり、仕組みとして個別支援としての対応が難しい。この“出前授業（学

校授業への参画)”に対する考え方には下記の通り2つあり、点として捉えるか、線としてとらえるかで、学校や関係機関の連携のあり方が異なってくる。この2つの考え方とは、①“出前授業（学校授業）”の実施を目的（終着点）とする考え方、②“出前授業（学校授業）”を切れ目ない支援の流れの中で出発点としてとらえ、その後の地域における個別支援への目的を目的とする考え方である。性の問題や精神の問題については、上記②の考え方が求められている。

今回、「学校授業への参画を切れ目のない支援の流れでとらえ、その後の地域での個別支援につなぐことを目的とする」視点を地域で開発するために、高知県の県庁所在地である高知市において、産科医療機関を拠点とした地域関係機関・専門機関の各専門職を対象とした一連の研修会モデルを試行し、研修会モデルの評価指標立案に取り組んだ。

B. 研究方法

高知市におけるある産科医療機関を拠点にした年4回セットとなる研修会を企画・実施した。研修会では研究分担者が講師を担当した。

学校授業への参画の視点開発のために、講師が用意したプレゼンテーションをもとに、毎回の研修会にて議論を行い、今後、各地で展開する予定の研修会に際しての評価項目を立案した。

C. 研究結果

1. 現地コーディネータ

まずは、現地コーディネータの選定を行った。

現地コーディネータの選定にあたっては、研修会の拠点確保ができる者、研修会に参加する各専門職への呼びかけができる者、さらに学校授業への参画経験のある者という3要件をも

とに検討し、高知県内の開業助産師をこれら3つの条件を満たす者として現地コーディネータを依頼した。

2. 研修会拠点

研修会は年4回を予定しており、いずれも同じ場所にて開催できることを想定し、保健医療期間の中から拠点確保に臨んだ。

現地コーディネータの調整により、高知市内の産科医療機関の研修室を拠点とすることが可能となった。この産科医療機関の責任者からは、今回の研修会の主旨に賛同を得た。

3. 研修会参加者

成育医療等基本方針に基づく学校授業への参画には、医師や助産師を始めとして多様な専門職の協働が考えられる。そこで現地コーディネータの協力を得て、以下の専門職の研修会参加を得た。

1. 医師2名（産婦人科）
2. 助産師12名
3. 保健師5名
4. 学校教員1名
5. 学校指導主事1名

4. 研修会テーマ

計4回の研修会にて扱うテーマを下記の20に設定した。

1. 学校の性教育体系
2. 成育医療等基本方針
3. 学校の授業時間
4. 学校の教科等と授業内容
5. 学校性教育の指導形態
6. 集団指導
7. 個別指導
8. 少集団指導
9. 個別相談への接続

10. 授業目標の立案
11. 授業内容の組み立て
12. ワークシートの作成
13. 保護者宛のメッセージ作成
14. 知識中心の授業
15. 態度形成中心の授業
16. 実際の行動評価
17. 授業の評価
18. 目標未達成者への支援方法
19. 地域資源の活用と連動
20. 個別支援カンファレンスのあり方

5. 評価指標

研修会の目標は「学校と連携し、専門を活かした性教育ができる」とした。ただし、その性教育実践（“出前授業”）を目的（終着点）とするのではなく、そこを出発点として個別支援に接続することを目的とする見方の醸成に配慮した研修会内容とした。

研修会にて議論を重ねた結果、この研修会モデルの評価指標を下記の5にまとめた。

1. 学校教育を理解した
2. 授業目標の立案ができる
3. 授業を目標に沿って評価できる
4. 授業から個別支援に接続できる
5. 保護者から個別支援に接続できる

D. 考察

1. 学校授業参画への“新しい態度”

成育医療等基本方針を受け、地域の専門家による学校授業への参画が推進されている。地域の専門家が、この学校授業への参画（“出前授業”）をどのようにとらえているかという態度については、それを明らかにしたデータは見当たらない。多くは、“出前授業”を実施することを目的とする態度だと推測される。“出前授業”は集団指導形式となっており、切れ目のな

い個別支援に接続することをどのように集団指導形式の授業に組み入れるのかは、重要な課題である。成育医療等基本方針の文脈で言えば、“出前授業”は目的地ではなく、個々の支援に向けた出発地、もしくは経由地であるといえる。後者の見方をここでは便宜上、“新しい態度”とする。

そこで今回、専門家の中にこの“新しい態度”を構造的に形成しようとするを目的に、1年4回セットの研修会モデルの開発に取り組んだ。

2. 研修会内容の構成

研修会への参加者は21名であり、うち2名が学校関係者であった。残りの19名はいわゆる地域の保健医療専門家であった。

学校が法体系に基づいて運営されている組織であることと、成育医療等基本方針（思春期関連項目）に学校の果たすべき役割が書かれていることをまずは概論として組み入れた。

個別支援への接続を目的とするため、その後の組み立てとして、授業評価を全面に打ち立てた。授業評価とは、授業目標に対応した取り組みであり、児童生徒一人ひとりに対して行われるものである。そのために、“出前授業”の目標を立案することとその目標に対応する評価を実施することの重要性を組み入れた。

ちなみに授業目標は、児童生徒を主語にして、その授業において児童生徒が到達すべき目標を記載したものである。その授業の前後でその目標の到達度を評価することになり、記名式による評価が求められる。

授業目標に即して授業内容を組み立てるが、そこではまず授業ワークシートを作成することを推奨した。ワークシートを作成する過程で、授業の目標を見直すことが可能になる。

3. 保護者認識の変容

思春期の性の問題や精神の問題については、個別支援が必須となり、家族の認識によっては地域の専門機関との連携を左右することになる。

研修会においては、まず“出前授業”を行う前に、その授業の目標を保護者に宛てたレターを発信することの重要性を提示した。また、授業後にはワークシートに保護者からのメッセージ欄を用意し、授業側とのコミュニケーションを図ることを説明した。

この保護者認識の変容プロセスについては、研修会参加者の多くが取り組んだ経験がないものであり、またコミュニケーションの過程には学校側の協力も不可欠になるので、難易度が高い取り組みだと振り返ることができた。

4. 個別支援の実際へ

授業評価において目標に到達していない、もしくは期待とは逆の方向に反応した児童生徒をどのように支援していくかの説明を行った。

たとえ僅かな人数であったとしても、この目標に到達しなかった児童生徒への事後措置をおろそかにしないことの重要性を説明すると同時に、ここに接続することが“出前授業”に対する“新しい態度”であることを説明した。

個別支援の実際においては、学校側と“出前授業”を担当した専門家だけでは不十分であり、地域の保健センター保健師等との強調した個別支援・家族支援が求められる。

研修会においてこのプロセスの重要性は十分に認知されたが、実際の展開となると、例えば地域の保健センターへの連携のイメージが描けない等の意見が出され、地域の専門家同士の連携が前提条件として必要であることが明確となった。

5. 研修会の評価指標

計4回の研修会の中で、評価指標について議論する機会を持った。

計5問の評価指標をまとめたが、内訳は1つの知識指標と4つの態度指標に分けられた。知識指標は学校の理解を問うものであり、態度指標は目標＝評価の考えをもとにした授業の展開とその後の個別支援への接続について、自らが[できる]と認識できたかどうかの指標とした。

このように研修会モデルの評価指標5つのうち、4つは個別支援に接続するための指標であり、従来の“出前授業”が目的（終着点）とする見方からの変革を見ることができると考えられた。

E. 結論

今回、「学校授業への参画を切れ目のない支援の流れでとらえ、その後の地域での個別支援につなぐことを目的とする」視点を地域で開発するために、高知市において、産科医療機関を拠点とした地域関係機関・専門機関の各専門職を対象とした研修会モデルを試行し、同モデルの評価指標立案に取り組んだ。

高知市におけるある産科医療機関を拠点にした年4回セットとなる研修会モデルを企画・実施した。研修会モデルでは研究分担者が講師を担当した。

成育医療等基本方針を受け、地域の専門家による学校授業への参画が推進されている。“出前授業”は集団指導形式となっており、切れ目のない個別支援に接続することをどのように集団指導形式の授業に組み入れるのかは、重要な課題である。

今回の研修モデルは、20項目からなるテーマを扱い、“出前授業”を目的地ではなく、個々の支援に向けた出発地、もしくは経由地である

ととらえる“新しい態度”の養成を目的とした。

研修会における議論において、この“新しい態度”の獲得を把握するための評価指標を立案したが、いくつかの前提条件が明らかとなった。その前提条件とは、対象の児童生徒の保護者とのコミュニケーションを促す環境づくりと、個別支援の実際にあたる際に必要となる専門機関・専門職間の連携土台であった。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

都道府県別子どもの心診療医数と子どもの自殺者数の関連に関する研究

研究分担者 永光 信一郎（福岡大学小児科学講座）

研究協力者 吉田 峻（福岡大学小児科学講座）

研究要旨

<目的>我が国において20歳未満の自殺者数は、COVID-19が流行した2019年から増加傾向である。成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（成育基本法）や自殺総合対策大綱では、子ども・若者の心の問題に対応し自殺予防の必要性があると提唱されている。我が国では小児の心身症を診療する認定資格として、子どもの心相談医、子どものこころ専門医がある。我々は、「子どもの心診療医（子どもの心相談医、子どものこころ専門医）の確保は自殺予防に寄与する」という仮説を立て、検証することを目的とした。

<方法>調査年は2021年。取得可能なデータベースから各都道府県別に“1. 20歳未満の人口、2. 20歳未満の自殺者数、3. 子どもの心相談医数、4. 子どものこころ専門医数”を調査し、“1. 20歳未満人口10万人あたりの自殺者数（率）、2. 20歳未満人口10万人あたりの子どもの心相談医数、3. 20歳未満人口10万人あたりの子どものこころ専門医数”を算出した。上記結果から、自殺者数と子どもの心相談医数/子どものこころ専門医数の相関関係（Pearsonの相関分析）を明らかにし、政令指定都市（東京含む）とそれ以外の地域との自殺者率、相談医数、専門医数を比較した。

<結果>各都道府県別の20歳未満人口10万人に対する子どもの心診療医数と自殺者数は関連していなかった。子どもの心相談医、子どものこころ専門医の相関係数は、それぞれ-0.07、0.07であった。20歳未満10万人あたりの自殺者率に地域の明確な差はなかった。子どもの心診療医の分布は政令指定都市圏に依存しなかった。政令指定都市圏とそれ以外の地域との自殺者率、相談医数、専門医数に差はなかった。

<考察>仮説が立証出来なかった原因として、小児科対応のみの調査であり他科対応を母集団に入れていない、短期間での調査などが挙げられる。また、自殺関連で救急外来を受診した患者に対して精神科へのフォローアップは自殺のリスクを減少させ、希死念慮の生徒に対して学校ベースでのスクリーニング介入や認知行動療法は希死念慮の生徒を減少させた報告もあり救急医療や教育機関との連携が必要である。

<結語>「子どもの心診療医（子どものこころ専門医、子どもの心相談医）の確保は自殺予防に寄与する」という仮説は、立証出来なかった。子どもの自殺予防には多様なセーフティーネットが必要である。

A. 研究目的

我が国の自殺者総数は近年5年において2万

人程度で推移している一方で、20歳未満の自殺者数は年々増加している。10～14歳を含む

10代前半の死因は2021年以降自殺が第1位となっている。十代の自殺率は平成24年が10～14歳人口10万対1.8、15～19歳人口10万対8.5であったのが、令和2年の直近値では各々2.3と11.4と増加している。令和4年の小中高生の自殺者数は過去最高の514名となっている。子どもの自殺の原因は家族関係、学業、精神疾患など多岐にわたるが、関連要因としてネットいじめなどがある。

令和4年10月に閣議決定した「自殺総合対策大綱」の重点施策には、『子ども・若者の自殺対策を更に推進する』がある。具体例として1. 学生・生徒への支援充実 2. SOSの出し方に関する教育の推進 3. 子ども・若者の自殺対策を推進するための体制設備などが挙げられ、関係者による早急な対策が期待されている。また、令和3年2月に施行された成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律(成育基本法) 基本的方針では、10代後半の死因の第1位が自殺であることなどを踏まえ、自殺予防に資する相談体制の整備及び相談窓口の周知など、子どもの自殺対策を推進することや、学童期及び思春期における心の問題に対応するための専門家を養成するとともに、児童生徒の心身の健康や教育に関する相談体制を整備するが掲げられている。¹⁾ これらの指標として、小児人口に対する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、小児人口に対する子どものこころ専門医の割合が提案されている。

小児科領域の子どもの心の診療に対応する医師として、我が国では子どもの心相談医(日本小児科医会)、子どものこころ専門医(子どものこころ専門医機構)がある。本研究の目的は、「子どもの心診療医(子どもの心相談医、子どものこころ専門医)の確保は自殺予防に寄

与する」という仮説を検証することとした。

B. 研究方法

対象データは都道府県別20歳未満の自殺者数と都道府県別の子どもの心診療医数の関係と比較した。各種HPデータより令和3年の下記各種データを取得した。

■調査項目(各都道府県別)

1. 20歳未満の総数(総務省統計局HPデータより引用)
2. 20歳未満の自殺者数(厚生労働省HPデータより引用)
3. 子どもの心相談医数(日本小児科医会HPデータより引用)
4. 子どものこころ専門医数(子どものこころ専門医機構HPデータより引用)

■結果項目(各都道府県別)

1. 20歳未満人口10万人あたりの自殺者数(率)
2. 20歳未満人口10万人あたりの子どもの心相談医数
3. 20歳未満人口10万人あたりの子どものこころ専門医数

■解析項目

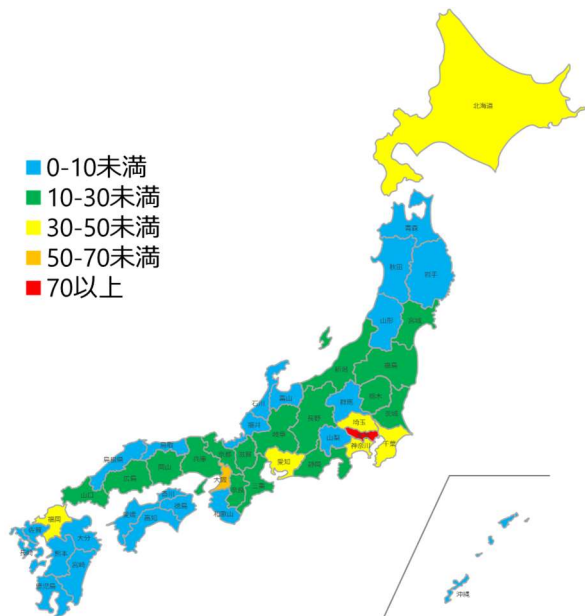
1. 自殺者数と子どもの心相談医数/子どものこころ専門医数の相関関係
2. 政令指定都市(東京含む)とそれ以外との比較

(倫理面への配慮)

HPに報告されているデータのみ活用、特に倫理審査は申請していない。

C. 研究結果

20歳未満自殺者数

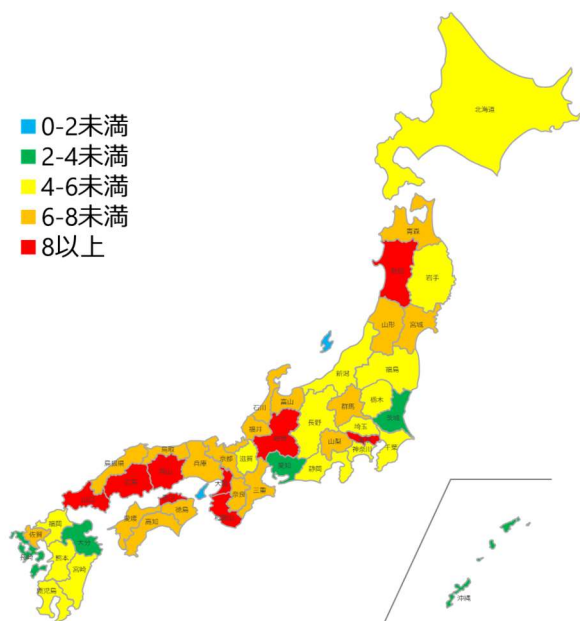


最少：2（鳥取県・徳島県）

最多：87（東京都）

20歳未満の自殺者絶対数は東京を含む関東地域、大阪、名古屋、福岡の大都市に多い。

20歳未満人口10万人あたりの子どもの心相談医数（総数1302人）

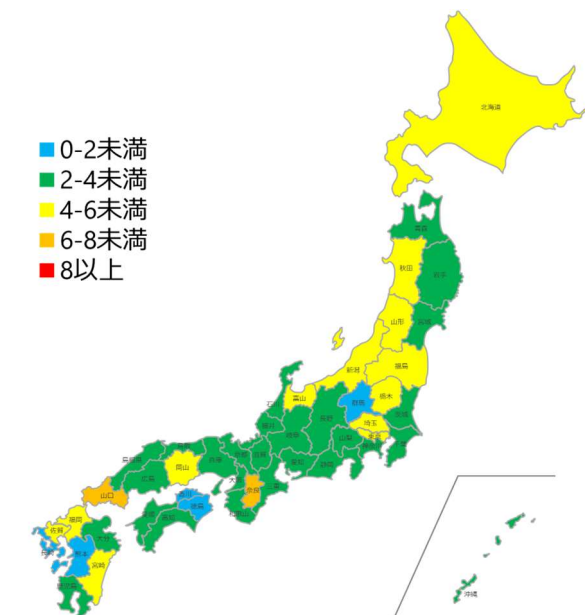


最少：2.74（長崎県）

最多：14.1（香川県）

中国地方を中心に関西、中国四国地方に多く分布している。

20歳未満人口10万人あたりの自殺者率

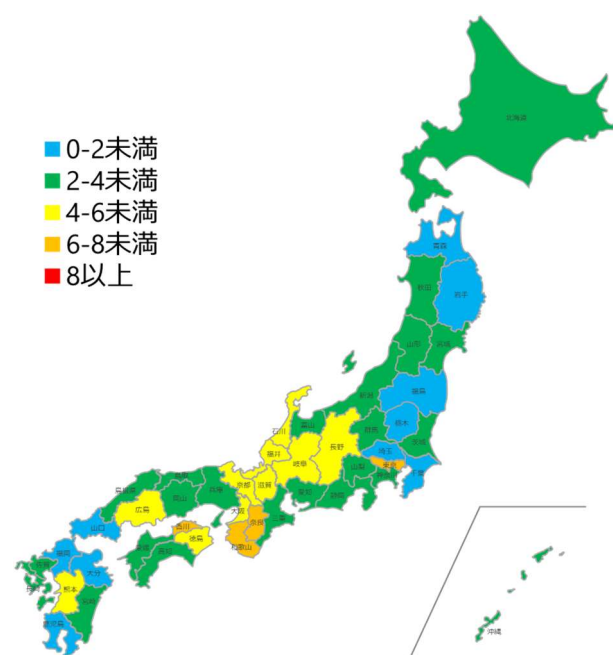


最少：1.36（長崎県）

最多：7.18（山口県）

自殺者率は必ずしも大都市圏ではなく、山口、奈良に多く認める。

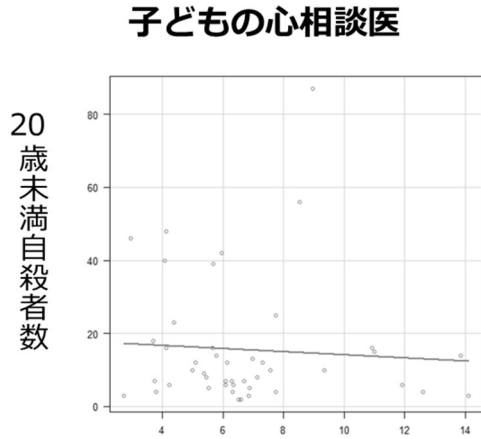
20歳未満人口10万人あたりの子どもこころ専門医数（総数711人）



最少：0.36（鹿児島県）

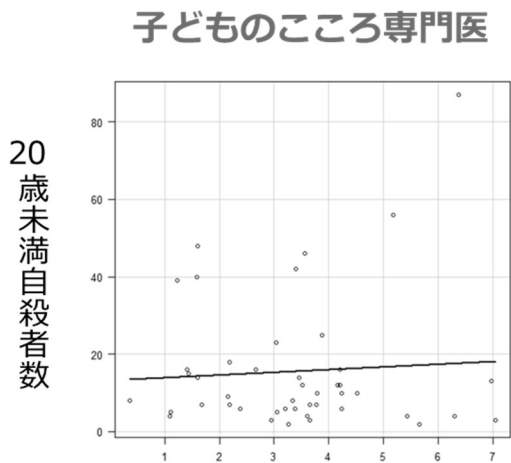
最多：7.05（香川県）

20歳未満自殺者数と20歳未満人口10万人対の子どもの心診療医（子どもの心相談医/子どものこころ専門医）の相関（都道府県別）



子どもの心相談医数/20歳未満10万人

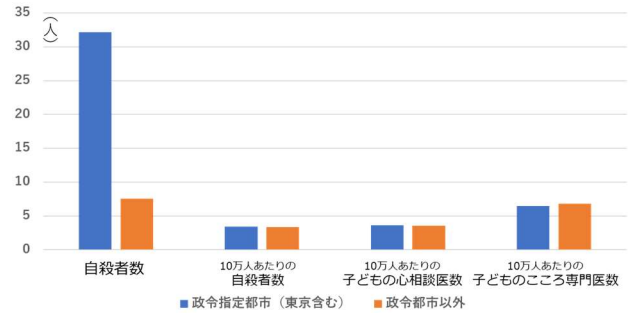
相関係数 = -0.07, 95%信頼区間 -0.35-0.23 P値 = 0.67
当道府県別の子どもの心相談医数（10万人対）と都道府県別自殺者数（20歳未満）の間に相関は認めない。



子どものこころ専門医数/20歳未満10万人

相関係数 = 0.07, 95%信頼区間 -0.23-0.35 P値 = 0.66
当道府県別の子どものこころ専門医数（10万人対）と都道府県別自殺者数（20歳未満）の間に相関は認めない。

政令指定都市とそれ以外における自殺者数、10万人対の自殺者率、子どもの心相談医数、子どものこころ専門医数



※政令指定都市：北海道、宮城県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、静岡県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県、熊本県

自殺者の実数は政令指定都市が多いが、10万人あたりで比較すると差はなく、子どもの心相談医数（率）、子どものこころ専門医数（率）も差はなかった。

D. 考察

今回の都道府県別データ解析で、20歳未満10万人人口における子どもの心診療医数（子どもの心相談医、子どものこころ専門医）と20歳未満自殺者数の間に相関関係を示すことは出来なかった。また自殺者の絶対数は、大都市圏または政令指定都市に多く認めたが、20歳未満人口10万人に対する率では差を認めなかった。このことは、どの地域（子どもの絶対数が少ない地域）においても子どもの自殺が起こりうると推察される。警察庁の自殺統計によると、未成年者の自殺における動機は、「学校問題」が最も多く、次いで「健康問題」であった。²⁾一方、文部科学省の令和2年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸問題に関する調査」結果では、自殺した児童生徒（小・中・高校）が置かれていた状況は「不明」が52.5%と最も多く、次いで「家庭不和」が12.8%、「精神障害」が11.1%であった。³⁾なお、「いじめ

の問題」は2.9%であった。警察統計が未成年者の自殺の動機で学校問題を挙げる一方で、教育現場では児童生徒の自殺の要因を把握できていない現状がある。また、前兆もなく衝動的に命を絶ってしまう子も散見される。

分担研究者が平成28年度の子ども子育て支援調査研究事業で実施した22,419名の中高生のアンケート調査では希死念慮 suicidal ideation (死にたいと思ったことがある)を示した児童生徒は25.2% (中2)～27.6% (高2)で、なんらかの自傷行為 (suicide attempt) をした児童生徒は、4.6% (中2)～5.9% (高1)であった。男女比では希死念慮が、21.6% (男)、28.5% (女)で、自傷行為が3.5% (男)、6.6% (女)であった。⁴⁾ ロジスティックス解析 (高校生)では、ネットいじめの経験のある者 (Odd Ratio 3.64)、両親との関係に悩みのある者 (Odd Ratio 2.12)、性自認に悩みのある者 (Odd Ratio 2.18)が希死念慮/自傷のリスクが高いと同定された。学業や将来の進路に対する悩みは、約60% (13,000名以上)の児童生徒が有していたが、その悩みを有している者の希死念慮/自傷のリスクはOdd Ratioで1.1～1.2であった。一方、前述のネットいじめの経験者は1.8% (402名)のみであるが、希死念慮/自傷のリスクの負担はOdd Ratio 3.64と高いと推定された。いじめは人格を否定し、特にSNSを利用したいじめは容易に消すことができず拡散するため注意が必要である。

成育基本法の思春期対策 (心の問題、やせの問題、自殺対策)の指標として、スクールカウンセラーを配置している小学校、中学校、高等学校の割合、小児人口に対する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、小児人口に対する子どものこころ専門医の割合等が検討されているが、今回の調査では子どもの心の診療に対応できる医師数と20歳未満の

自殺率の間で相関はなかった。子どもの心診療医 (子どもの心相談医、子どものこころ専門医)の確保は自殺予防に寄与する」という仮説を検証することはできなかった。(しかしながら、自殺者数他家より顕著に多い東京都と大阪府のデータを除くと、子どもの心相談医と子どものこころ専門医の人口10万人対の人数比は両者とも自殺者数と有意な負の相関を示していた。)一方で、子どもの心診療医の確保から自殺数減少への効果が得られるまでには、一定の年数がかかることも予想される。今回の調査では医師数、自殺者数、人口をすべて同年 (2021年)で調査しており、今後、3～5年の異なる年数での実数解析も検討される。子どもの自殺予防対策には、医療機関のみの努力では解決は難しく、教育機関、民間NPO支援団体等の自殺防止支援ネットワークが重要である。

自殺に関連して救急外来を受診した小児患者者に対して、精神科でのフォローアップにより自殺関連の入院や自殺のリスクが減少したデータ⁵⁾や、学校ベースで11歳～18歳の地域の児童生徒 (2,790人)に対して、問診、アプリでのスクリーニング介入および対面、非対面での認知行動療法は、自殺を考えていた生徒125人を30人に減少させることでできた報告などがある。⁶⁾ また分担研究者がAMED研究で実施した思春期健診/思春期アプリ (認知行動療法搭載)による介入でも、希死念慮の発生を10分の1に減らすことが確認された。^{7,8)} 子どもの自殺予防には多様なセーフティネットの構築が必要である。

E. 結論

- 「子どもの心診療医 (子どもの心相談医、子どものこころ専門医)の確保は自殺予防に寄与する」という仮説は、立証出来なかった。
- 子どもの自殺予防には多様なセーフティ

ーネットが必要である。

【参考文献】

- 1) <https://www.mhlw.go.jp/content/000735844.pdf> (2023. 3. 28 アクセス)
- 2) <https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R05/R4jisatsunojoukyou.pdf> (2023. 3. 28 アクセス)
- 3) https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1302902.htm (2023. 3. 28 アクセス)
- 4) Nagamitsu S, Mimaki M, Koyanagi K, et al. Prevalence and associated factors of suicidality in Japanese adolescents: results from a population-based questionnaire survey. *BMC Pediatr.* 2020;20:467.
- 5) Newton AS, Hamm MP, Bethell J, et al. Pediatric suicide-related presentations: a systematic review of mental health care in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2010;56:649-59.
- 6) Silverstone PH, Bercov M, Suen VY, et al. Initial Findings from a Novel School-Based Program, EMPATHY, Which May Help Reduce Depression and Suicidality in Youth. *PLoS One.* 2015;10:e0125527.
- 7) Nagamitsu S, Kanie A, Sakashita K, et al. Adolescent Health Promotion Interventions Using Well-Care Visits and a Smartphone Cognitive Behavioral Therapy App: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2022;10:e34154.
- 8) 永光信一郎. 思春期健診と CBT アプリに

よる思春期ヘルスプロモーション子どもの心とからだ 日本小児心身医学会雑誌 29 (4) 359-364, 2021.

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Habukawa C, Nagamitsu S, Koyanagi K, et al. Early intervention for psychosomatic symptoms of adolescents in school checkup. / - *Pediatr Int.* (2022 Jan;64(1):e15117. doi: 10.1111/ped.15117.)
- 2) Nagamitsu S, Kanie A, Sakashita K, et al. Adolescent Health Promotion Interventions Using Well-Care Visits and a Smartphone Cognitive Behavioral Therapy App: Randomized Controlled Trial. - *JMIR Mhealth Uhealth.* (2022 May 23;10(5):e34154. doi: 10.2196/34154.)
- 3) Matsuoka M, Matsuishi T, Nagamitsu S, et al. Sleep disturbance has the largest impact on children's behavior and emotions. - *Front. Pediatr.* (2022 Nov 28;10:1034057. doi: 10.3389/fped.2022.1034057.)
- 4) Sakamoto M, Iwama K, Sasaki M, , , , , Nagamitsu S, et al. - Genetic and clinical landscape of childhood cerebellar hypoplasia and atrophy. / *Genet Med.* 2022;24:2453-2463.
- 5) 堀内清華, 秋山有佳, 杉浦至郎, 松浦賢長, 永光信一郎, 横山美江, 鈴木孝太, 市川香織, 近藤尚己, 川口晴菜, 上原里程, 山縣然太郎. 市区町村における母子保健情報の電子化および利活用の現状と課題 / 日本公衆衛生雑誌 (2022, 69(12):948-956)

2. 学会発表

- 1) 永光信一郎. ICT を活用した思春期のヘルスプロモーションについて／一般社団法人日本口腔衛生学会第 27 回認定研修会 (2022. 5. 13、WEB 講演)
- 2) 永光信一郎. 睡眠問題へのアプローチー子どもの未来のためにー／日本睡眠学会第 47 回定期学術集会 共催シンポジウム (2022. 6. 30、京都)
- 3) 永光信一郎. ICT を活用した学校医とかかりつけ医の「次世代型子どもの心の診療連携」／第 66 回九州ブロック学校保健・学校医大会 (2022. 7. 31、長崎)
- 4) 永光信一郎. Community Pediatrics 実現のために 今、改めて行政と 1 つの目標に向かう／第 31 回日本外来小児科学会 (2022. 8. 27、福岡)
- 5) 永光信一郎. 思春期健診と CBT アプリによる思春期ヘルスプロモーションの推進／第 25 回日本摂食障害学会 (2022. 10. 15、WEB 講演)
- 6) 永光信一郎. 子どものこころのヘルスプロモーション: CBT アプリとティーンズ健診／第 22 回日本認知療法・認知行動療法学会 (2022. 11. 12、東京)
- 7) 永光信一郎. (教育講演) 思春期健診と CBT アプリによる思春期ヘルスプロモーションの推進／第 26 回日本心療内科学会総会・学術大会 (2022. 11. 19、福岡)
- 8) 永光信一郎. ICT を活用した成育基本法基本の方針の推進: 母子保健と思春期のヘルスプロモーション／日本子ども虐待防止学会第 28 回学術集会ふくおか大会 (2022. 12. 10、福岡)
- 9) 永光信一郎. 「ICT と医療・健康・生活情報を活用した次世代型子ども医療支援システム」の展望／第 58 回北九州地区小児科医会定期総会 (2023. 1. 15、福岡)
- 10) 永光信一郎. 子どもの睡眠と健康について／久留米医師会学校保健部会学術講演会 (2023. 2. 3、福岡)
- 11) 永光信一郎. 小児科領域におけるメンタルヘルスの諸課題／令和 4 年度母子保健講習会 (2023. 2. 12、東京)
- 12) 永光信一郎. 小児科医による子どもの睡眠指導と事故予防／第 8 回大分市小児夜間急患センター講演会 (2023. 3. 18、大分)

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

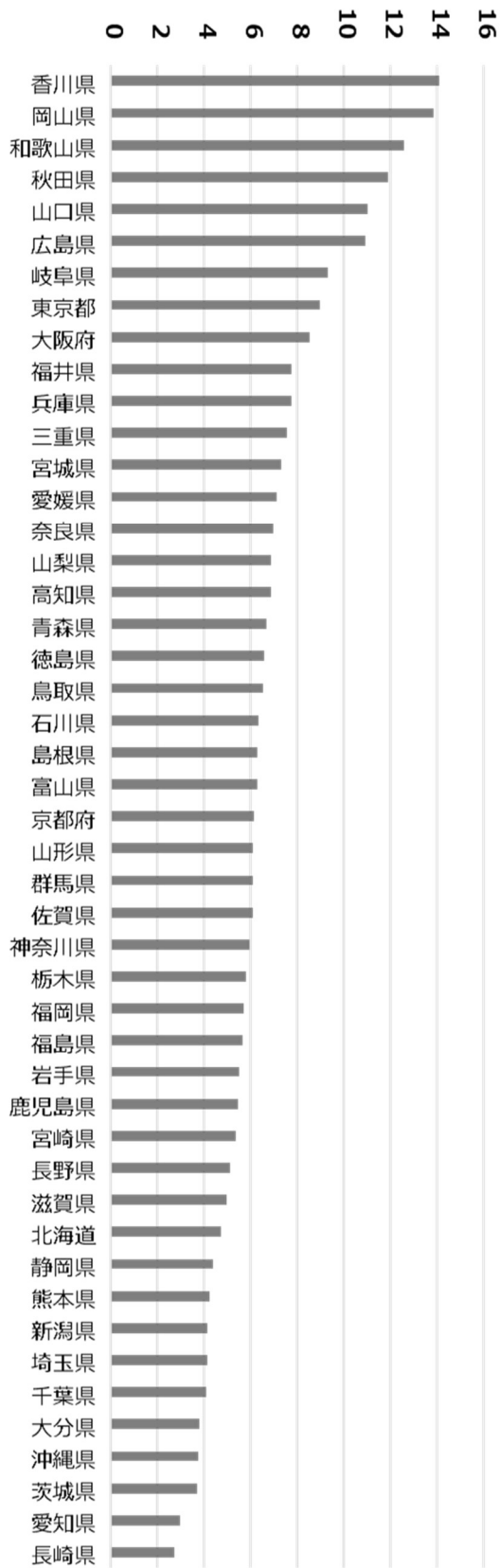
なし

3. その他

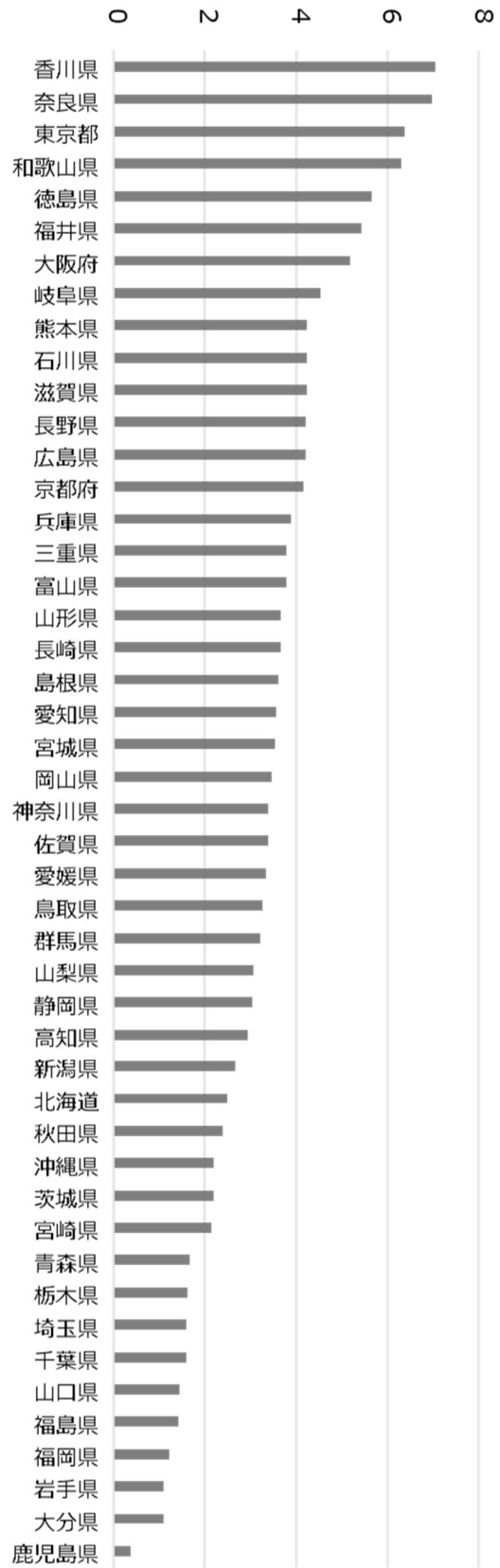
なし

【参考資料】

都道府県別子どもの心相談医数 (20歳未満人口10万比)



都道府県別子どものこころ専門医数 (20歳未満人口10万比)



医療レセプトデータを用いた小児喘息と両親の喫煙に関する研究

研究分担者 鈴木 孝太（愛知医科大学医学部 衛生学講座）

研究協力者 川越 隆（愛知医科大学医学部 衛生学講座）

研究要旨

近年、医療レセプトやそれと連結した健診データなどのリアルワールドデータ（Real World Data：RWD）を用いた検討が行われているが、周産期から小児にかけては、RWDを用いた検討はあまり行われておらず、小児の健康や疾病に関するRWDの利用はまだ進んでいない。そこで、小児期のRWDを親の医療レセプトデータや健診データと連結することにより、小児期の喘息に関連することが示唆される、両親の喫煙状況との関連を検討したところ、両親ともに喫煙していることが、乳児期における喘息の発症と、乳幼児期における喘息の悪化と関連していることが示唆された。今後、縦断的な解析などを進めていく予定である。

A. 研究目的

近年、医療レセプトやそれと連結した健診データなどのリアルワールドデータ（Real World Data：RWD）を用いて、特に成人のさまざまな疾患について、服薬や検査などの治療の現状について検討が行われている。

しかしながら、周産期から小児にかけては、RWDを用いた検討はあまり行われておらず、小児の健康や疾病に関するRWDの利用はまだ進んでいない。このような状況下で、RWDを扱う株式会社JMDCは”Big Data for Children”というプロジェクトを実施しており、小児医療の発展を目指している。

一方、RWDについては、疾患の有無を、診断名や処方内容などから定義することが多く、アンケートで調査した喫煙状況と同様、疾患あり、喫煙なしと定義した集団に、それぞれ、疾患なし、喫煙ありが含まれる、差異誤分類が生じていると考えられるため、過大評価となっている可能性が指摘されている。

そこで本研究では、株式会社JMDCとの共同

研究として、小児期のRWDを親の医療レセプトデータや健診データと連結することにより、小児期の喘息に関連することが示唆される、両親の喫煙状況との関連を、外来での診断、入院での診断、さらに外来での診断のうち入院での診断を有するものについて検討することを目的とした。

B. 研究方法

【研究対象者】

株式会社JMDCが保有する匿名加工情報である、JMDC保険者データベースで、2018年1月から12月に観察されている2019年1月時点で0～12歳（小学生のみ）の小児を対象に、その親（被保険者本人、配偶者）の健診データを連結し、両データが連結可能であり、さらに父親と母親の喫煙状況が判明している親子を対象とした。

【データ内容】

日本全国の健康保険組合から収集された、レ

セプト・健康診断結果・加入者台帳の情報を用いる。

(レセプト情報)

レセプトの種類、診療年月、診療科、入院日、退院日、総点数、傷病名、診療開始日、医薬品名、処方日、診療行為名、実施日など

(健診情報)

BMI、腹囲、血圧、脂質、肝機能、随時・空腹時血糖、HbA1c、血色素量、心電図所見の有無、特定健診の問診項目(喫煙、食習慣、飲酒、睡眠、身体活動など)

【解析方法】

前述の対象者について、2019年1月から12月に外来診療、入院診療において喘息(ICD-10小分類コード：J45)という傷病名がついているかどうかをアウトカムとした。また、親の喫煙状況については、健診データにある問診項目にある喫煙の有無を用いて、「両親とも喫煙」「どちらかの親のみ喫煙」「両親とも非喫煙」の3群に分けた。なお、本来であれば、父親のみの喫煙、母親のみの喫煙と分類すべきであるが、母親のみの喫煙割合が1%に満たなかったため、両者をまとめて1カテゴリとした。喘息と親の喫煙状況との関連について、それぞれ、カイ2乗検定を行った。また、参考として時の年齢別の解析も実施した。解析にはSAS Ver9.4を用いた。

(倫理面への配慮)

株式会社JMDCから提供された匿名加工情報を用いるため、インフォームドコンセントを得ることは不可能であるが、研究対象者に与える不利益は存在しない。また、本研究は愛知医科大学医学部倫理委員会の承認を受けている(【承認番号】2021-057【課題名】周産期から小児期にかけてのリアルワールドデータを用

いた、疾病罹患と受療行動に関する検討)。

C. 研究結果

【両親の喫煙状況と児の喘息に関する検討】

解析対象者は2019年1月時点で0~12歳の児とその両親が連結されたデータ77,034組である。

児の性別は、男児が37,475人(48.7%)であった。また、両親とも喫煙している児は1,867人(2.4%)、どちらかの親のみ喫煙している児は22,096人(28.7%)、両親とも非喫煙の児は53,071人(68.9%)であった。

まず、外来での喘息の診断をアウトカムとした場合、喘息ありとなったのは、両親とも喫煙していた児では729人(39.1%)、どちらかの親のみ喫煙していた児では8,997人(40.7%)、どちらも非喫煙の児は22,443人(42.3%)となった(カイ2乗検定： $p < 0.001$)。児の年齢別に検討した場合には、0歳児において、喘息と診断された割合が、両親とも喫煙していた児(46.7%)で、どちらかの親のみ喫煙していた児(38.3%)、両親とも喫煙していなかった児(37.1%)と比べて高い傾向を示したが(カイ2乗検定： $p = 0.14$)、その他の年齢では、全体と同様の傾向を示す、あるいは群間で大きな差はなかった。

次に、入院における喘息診断名をアウトカムとした場合、喘息ありとなったのは、両親とも喫煙していた児では14人(0.8%)、どちらかの親のみ喫煙していた児では152人(0.7%)、どちらも非喫煙の児は378人(0.7%)となった(カイ2乗検定： $p = 0.9$)。年齢別の解析でも、各年齢で同様の傾向を示し、群間での大きな差はなかった。

最後に、外来において診断された児のうち、入院になったものについて喫煙の影響を検討したところ、入院となったものは、両親とも喫煙していた児では14人(1.9%)、どちらかの親

のみ喫煙していた児では 152 人 (1.7%)、どちらも非喫煙の児は 378 人 (1.7%) となった (カイ 2 乗検定: $p=0.9$)。児の年齢別に検討した場合には、0 歳児において、入院となった割合が、両親とも喫煙していた児 (7.1%) で、どちらかの親のみ喫煙していた児 (5.2%)、両親とも喫煙していなかった児 (4.2%) と比べて高い傾向を示したが (カイ 2 乗検定: $p=0.4$)。入院で喘息と診断された児の数が少なく、全ての年齢で検討することは不可能であったが、1 歳児、3 歳児でも 0 歳児と同様の傾向を示した。

D. 考察

医療レセプトデータを用いて、2019 年における ICD-10 の小分類における喘息について、親の健診データから親の喫煙状況を抽出し、児の医療レセプトデータと連結したところ、両親がともに喫煙していることが、特に乳児期に喘息で受診していることと関連していた。また、外来受診患者のうち、入院に至った患者の割合については、乳児期のみならず幼児期まで、両親が喫煙している児で高い傾向を示した。

小児の受動喫煙については、厚生労働省の「喫煙と健康」報告書で、喘息の既往や喘息の重症化、小児喘息の発症などとの関連が示唆されており、今回の結果も、特に乳児期で喘息の発症、そして乳幼児期での喘息の悪化が、受動喫煙と関連していることを示唆していると考えられた。しかし、全体としては、受動喫煙と喘息での受診について有意な関連が認められなかったことから、乳幼児期に児が喘息と診断された場合に、親の喫煙が抑制されている可能性、特に、妊娠中に禁煙していた母親の再喫煙が抑えられている可能性が示唆される。そのため、今後、縦断的な検討により明らかにする必要性が示された。

前述の通り、喘息については、保険診療上の

傷病名と、医学的な診断は必ずしも一致するものではなく、今後、処方されている薬の情報や、受診頻度も含め、詳細に検討していく必要がある。ただし、今回のように、外来レセプトと、入院レセプトを組み合わせ、喘息の重症化をアウトカムとすれば、これまで示唆されてきたような小児の喘息におけるリスクファクターとの関連を検出できる可能性が示唆された。

E. 結論

大規模な小児の RWD である医療レセプトデータと親の健診データ、医療レセプトデータを連結し、小児の喘息と親の喫煙状況との関連を検討したところ、両親ともに喫煙していることが、乳児期における喘息の発症と、乳幼児期における喘息の悪化と関連していることが示唆された。今後、縦断的な解析などを進めていく予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

「健やか親子21（第2次）」最終評価を見据えた

指標の評価に関する研究

研究分担者 上原 里程（国立保健医療科学院政策技術評価研究部）
市川 香織（東京情報大学看護学部看護学科）
松浦 賢長（福岡県立大学看護学部）
尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学講座）
研究協力者 杉浦 至郎（あいち小児保健医療総合センター）
佐々木 溪円（実践女子大学生生活科学部）

研究要旨

研究班として「健やか親子21（第2次）」の総括を試みることを目的として、中間評価時に作成した分析シート（案）を基に、主として2020年度時点の各種データを用いて分析シートを作成した。加えて、研究班で検討した各指標の評価を「暫定評価の状況」として暫定的に総括することを試みた。本研究における分析シートは、中間評価のための分析シート（案）と同様に作成した。暫定的に研究班で検討した各指標の評価に関する「暫定的な評価の状況」については、「1① 改善した（目標を達成した）」が6（12%）、「1② 改善した（目標を達成していないが改善した）」が19（37%）、「1③ 中間評価時から改善した（目標を達成していないが改善した）」が5（10%）、「2 変わらない」が2（4%）、「3 悪くなっている」が3（6%）、「4 評価できない」が17（33%）だった。目標値を設定した指標のうち59%が暫定的に改善したと判断したが、一方、評価できない、あるいは悪くなっているとした指標の評価からは、指標に関連する調査の実施状況や、新型コロナウイルス感染症流行の影響等を考慮する必要性が示唆された。

A. 研究目的

「健やか親子21」は21世紀の日本の母子保健の主要な取組を提示するビジョンであり、関係者、関係機関・団体が一体となってその達成に向けて取り組む国民運動計画である。「健やか親子21（第2次）」は2015年度に開始され、2019年に中間評価が行われた。当初2024年度まで実施される予定であったが、「健やか親子21」は成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針成育医療

等基本方針（以下、成育医療等基本方針とする）において、成育医療等基本方針に基づく国民運動として位置づけられ、成育医療等基本方針に基づく医療、保健、教育、福祉などのより幅広い取組を推進するものとされたことから、今年度に研究班において、これまでの取組について評価を試みることにした。2019年の中間評価時には、前年の2018年度に「子ども・子育て支援推進調査研究事業」として中間評価のための分析シート（案）の作成が行われた¹⁾。「健

やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会において、作成された分析シート（案）を参考に評価が実施され、『「健やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会報告書中間評価報告書』が公表された。本研究では、あくまで研究班として「健やか親子21（第2次）」の総括を試みることを目的として、中間評価時に作成した分析シート（案）を基に、主として2020年度時点の各種データを用いて分析シートを作成した。加えて、暫定的に研究班で検討した各指標の評価を「暫定評価の状況」として総括することを試みた。

B. 研究方法

本研究における分析シートは、前述の中間評価のための分析シート（案）と同様に作成した¹⁾。すなわち、全80指標について、【結果】には、直近値が目標に対してどのような動きになっているか、ベースライン値と直近値を比べて記載した。なお、ベースライン時の調査方法と中間評価および直近の調査方法が異なる場合は中間評価の値と直近値を比べて記載した。

【分析】には、施策や各種取組みとの関連をみて、データ変化の根拠を分析して記載した。【評価】には、目標に対する直近値をどのように読むかについて、次のような基本的な考え方に基き記載した。

1. 改善した

①目標を達成した

②目標を達成していないが改善した

（一部の指標では、中間評価時からの改善も含めた）

2. 変わらない

3. 悪くなっている

4. 評価できない

なお、【評価（暫定）】には基本的な考え方に基づく区分を記載した。ただし、「参考とする

指標」28指標については評価の対象外であるため、評価欄は空欄とした。【調査・分析上の課題】には、調査・分析する上での課題がある場合に記載した。【残された課題】には、今後の取組へつながるように、現段階で考えられる課題を記載した。

（倫理面への配慮）

本研究は個人情報を含まない公表されたデータを用いているため、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に該当しない。

C. 研究結果

80指標に関する研究班としての分析シートは別添の資料1～5のとおりである。

また、暫定的に研究班で検討した各指標の評価に関する「暫定的な評価の状況」については、「1① 改善した（目標を達成した）」が6（12%）、「1② 改善した（目標を達成していないが改善した）」が19（37%）、「1③ 中間評価時から改善した（目標を達成していないが改善した）」が5（10%）、「2 変わらない」が2（4%）、「3 悪くなっている」が3（6%）、「4 評価できない」が17（33%）だった（表）。

D. 考察

本研究では、分析シートを作成し研究班として暫定的に評価の状況を示した。中間評価のように検討会が立ち上げられて最終評価として検討されたものではないことに注意が必要である。

暫定的に研究班で検討した各指標の評価に関する「暫定的な評価の状況」結果において、「4 評価できない」が17（33%）だった。理由としては以下が挙げられた。

- ・乳幼児健康診査の受診率について3～5か月

児は未受診率が増加したが、1歳6か月児および3歳児は目標に達していないが改善している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断したもの（基盤課題A-8：重点課題②-3再掲）。

・中間評価時との比較において市区町村と都道府県では異なる傾向を示していることから「4. 評価できない」と判断したもの（基盤課題A-15、C-6、C-8、重点課題①-5）。

・十代の自殺死亡率について、10～14歳は中間調査時から低下していたものの2020年に再び増加、15～19歳は中間評価時から増加傾向が続いており、評価できないとしたもの（基盤課題B-1）。

・中間評価以降2020年までに調査が行われていない、あるいは比較可能な結果が得られていないため、評価できないとしたもの（基盤課題B-6、B-7、B-8、C-4、重点課題①-4、重点課題②-4、②-7、②-8、②-12）。

・児童虐待による死亡数について、Child Death Review（CDR）で把握される症例数を考慮した集計が必要であり、現状では「4. 評価できない」と判断したもの（重点課題②-1）。

また「「3 悪くなっている」とした3指標のうち、「児童・生徒における痩身および肥満傾向児の割合（基盤課題B-4、B-5）」については、新型コロナウイルス感染症流行に伴う生活様式の変化や学校、友人等の環境の変化などが影響していないかどうか注視していく必要がある。同様に、「特定妊婦、要支援家庭、要保護家庭等支援の必要な親に対して、グループ活動等による支援（市町村への支援も含む）をすすめる体制がある県型保健所の割合（重点課題②-9）」についても、2020年度は県型保健所が新型コロナウイルス感染症の対策に時間や人員を要したり、感染予防の観点から研修会自体が中止されたことを考慮する必要がある。

以上のように、指標の評価においては、指標に関連する調査の実施状況や、新型コロナウイルス感染症流行の影響等を考慮して判断する必要がある。

E. 結論

研究班で検討した各指標の評価を「暫定評価の状況」として暫定的に総括することを試みたところ、「1① 改善した（目標を達成した）」、「1② 改善した（目標を達成していないが改善した）」、「1② 中間評価時から改善した（目標を達成していないが改善した）」を合わせて59%が改善していた。一方、評価できない、あるいは悪くなっているとした指標の評価からは、指標に関連する調査の実施状況や、新型コロナウイルス感染症流行の影響等を考慮する必要性が示唆された。

【参考文献】

1) 「健やか親子21（第2次）」における目標に対する中間評価に向けた分析シート（案）、平成30年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21（第2次）」中間評価を見据えた調査研究事業報告書. 国立大学法人山梨大学. 2019：7-131.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 上原里程. 成育医療等基本方針の指標（保健）. シンポジウム3 成育基本法における小児保健の推進戦略. 第69回日本小児保健協会学術集会, 三重 2022.6.25. 小児保健研究（講演集）2022;81:86.
- 2) 上原里程. 「健やか親子21（第2次）」か

ら成育医療等基本方針へ：成果と課題. メ
 インシンポジウム 2 国民健康づくり運
 動の成果と課題、次期計画のあり方. 第 81
 回日本公衆衛生学会総会，山梨
 2022.10.8. 日本公衆衛生雑誌（特別附
 録）2022;69(10):67.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 指標の暫定的な評価状況	全体 (52指標)	基盤A (16指標)	基盤B (11指標)	基盤C (8指標)	重点① (5指標)	重点② (12指標)
1① 改善した（目標を達成した）	6 (12%)	2 (13%)	2 (18%)	1 (13%)	0 (0%)	1 (8%)
1② 改善した（目標を達成していないが改善した）	19 (37%)	10 (63%)	2 (18%)	2 (25%)	2 (40%)	3 (25%)
1② 中間評価時から改善した（目標を達成していないが改善した）	5 (10%)	2 (13%)	1 (9%)	1 (13%)	0 (0%)	1 (8%)
2 変わらない	2 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	1 (20%)	0 (0%)
3 悪くなっている	3 (6%)	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (8%)
4 評価できない	17 (33%)	2 (13%)	4 (36%)	3 (38%)	2 (40%)	6 (50%)
注：割合の合計が四捨五入の関係で100%にならないことがある						

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
指標1: 妊産婦死亡率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
4.0(出産10万対) (平成24年)	3.4(出産10万対) (平成29年)	2.7(出産10万対) (令和2年度)	2.8	1. 改善した(①目標を達成した)
調査				
人口動態統計	人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	平成24年のベースライン値4.0から平成29年は3.4、令和2年は2.7と減少し、目標通り改善した。ただし、これまでも2.7～3.8と数値は上下しながら推移(平成25年3.4、平成26年2.7、平成27年3.8、平成28年3.4、平成29年3.4)していた点は注意が必要である。			
分析	<p>「周産期医療体制整備指針」(平成22年)に基づき、各都道府県において、総合周産期母子医療センターをはじめとする周産期医療体制の整備が進み、さらに平成25年度からの第6次医療計画にはその内容が反映されるなど、周産期医療体制は医療計画と一体となって整備が進められている。また、産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業による死亡事例の分析や、日本産科婦人科学会及び日本産婦人科医会による「産婦人科診療ガイドライン」の普及と3年ごとの改訂作業、関係7団体による日本母体救命システム普及協議会の設立や研修の実施なども、周産期医療水準を向上させ、妊産婦死亡率の減少に寄与していると考えられる。日本産婦人科医会医療安全委員会は、平成3年から24年の約20年間の妊産婦死亡の変化で、特に高年妊娠の死亡の減少が妊産婦死亡の着減に貢献したとしており、その背景に周産期医療システム、輸血用血液供給体制、安全な医療、ハイリスク妊婦の高次施設への平時の紹介があるとされている。</p> <p>妊産婦死亡率の低い諸外国と比較すると、イタリア2.7(2016)、スイス3.4(2016)オランダ1.8(2017)、スウェーデン3.5(2017)であり¹⁾、我が国のデータは世界最高水準に並んだと言える。</p> <p>1)公益財団法人母子衛生研究会編集協力.母子保健の主なる統計令和4年刊行.2022</p>			
評価	1. 改善した(①目標を達成した)			
調査・分析上の課題	既存の妊産婦死亡率の数値だけでは、減少に向けた対策を取ることが難しい。人口動態統計のみならず、女性の死亡原因を明らかにすることで妊産婦の死亡への対応を考えていく必要がある。2017年より、ICD10(2003年版)からICD10(2013年版)に変更され、ICD10(2013年版)においては「産じょくに関連する精神及び行動の障害」の項目が追加された。これにより、産後うつなどで自殺した場合なども妊産婦死亡として反映されることになったため、これまで把握されてこなかった可能性のある死亡原因を統計上把握できるようになると考えられる。			
残された課題	<p>重篤な合併症を有する妊産婦は一定程度おり、身体的な合併症に対する診療体制は比較的整備が進んでいる。しかし、一方で、平成27～28年の2年間に妊娠中から産後1年未満の女性の死亡のうち、自殺が102人となり、死因として最多だったとする調査報告が明らかにされ²⁾、狭義の妊産婦死亡である「妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡」とは期間が異なるため単純に比較はできないものの、妊産婦への支援の必要性が示されたデータとして注目される。日本産科婦人科学会の周産期委員会の報告(2013年6月)によれば、精神疾患を合併する妊産婦は消化器疾患や呼吸器疾患を合併する妊産婦と同程度いることが示されている。精神疾患を合併した妊産婦への対応強化が必要であることから、日本産婦人科医会では妊産婦のメンタルヘルスマニュアルを作成、研修を実施し、対策を開始している。今後は精神疾患を合併した妊産婦への対応の整備や、自治体と医療機関が連携した継続的な支援体制の構築が必要と考えられる。</p> <p>2)厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業(臨床研究等ICT 基盤構築・人工知能実装研究事業) 周産期関連の医療データベースのリンケージの研究(H28-ICT-一般-001)</p>			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	人口動態統計		
	②設問	上巻 出生 第4.1表 年次別にみた出生数・率(人口千対)・出生性及び合計特殊出生率 上巻 死亡 第5.37表 妊産婦死亡の死因別にみた年次別死亡数及び率(出産10万対) 上巻 死産 第7.1表 年次別にみた死産数・率(出産千対)及び死産性比		
	③算出方法	妊産婦死亡率=妊産婦死亡数/出産数×100,000 =[妊産婦死亡数/(出産数+死産数)]×100,000		
	④備考	妊産婦死亡:妊娠中又は妊娠終了後満42日未満の女性の死亡		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
指標2: 全出生数中の低出生体重児の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
低出生体重児 9.6% 極低出生体重児 0.8% (平成24年度)	低出生体重児 9.4% 極低出生体重児 0.7% (平成29年度)	低出生体重児 9.2% 極低出生体重児 0.7% (令和2年度)	減少	1. 改善した(①目標を達成した)
調査				
平成24年度人口動態統計	平成29年度人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	ベースライン値から令和2年度までに、低出生体重児は0.4ポイント、極低出生体重児は0.1ポイントの減少が認められた。			
分析	<p>ベースラインより低出生体重児は0.4ポイント、極低出生体重児は0.1ポイントとわずかながら減少しており、目標を達成している。低出生体重児は増加傾向であったが、平成19年の9.65%をピークに若干の減少に転じている傾向にある。その要因として、早産の割合が平成22年5.7%から令和2年5.5%と若干減少した点も影響している可能性がある。しかし、低出生体重児の割合がわずかに減少傾向であるとはいえ、主な先進国に比較し依然として高い割合で推移していることに変わりはない(フランス7.6%、イギリス6.9%、スイス6.4%、スウェーデン4.4%(OECD Family database,2017))。</p> <p>低出生体重児の要因として挙げられる喫煙の影響については、妊娠中の妊婦の喫煙率は平成25年度の3.8%から平成29年度に2.7%、令和2年度には2.0%まで減少している。一方で、複産の割合は平成22年1.89%から令和元年2.01%に増加している。不妊治療の関連も考えられるが、20歳代を含めて母親の年齢によらず複産は増加傾向であった。</p>			
評価	1. 改善した(①目標を達成した)			
調査・分析上の課題	既存のデータで経年的な比較は可能であるが、対策のためにはより詳細な要因の分析が必要である。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	<p>若年女性の喫煙率の改善やパートナーを含めた喫煙率の改善に向けた一層の啓発が必要である。</p> <p>また、妊娠前体格が「やせ」「ふつう」「過体重」「肥満」のいずれにおいても、早産やSGA(在胎不当過小)のリスクは体重増加過少で上昇することが報告されており¹⁾、妊娠前から妊娠期間におけるエネルギーおよび栄養素摂取量の不足による胎児の発育への影響や成人後の生活習慣病の発症リスクを踏まえ、令和3年3月に「妊産婦のための食生活指針」が改定され、妊娠中の体重増加指導の目安も変更された²⁾。低出生体重児の割合の減少に向けては、妊娠前からの健康なからだづくり、妊娠中に過度なダイエットをすることの影響についての周知啓発が必要である。</p> <p>1) 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 国立健康・栄養研究所(2020).令和元年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 妊産婦のための食生活指針の改定案作成および啓発に関する調査研究報告書.59-60. https://www.nibiohn.go.jp/eiken/ninsanpu/download_files/houkokusyo.pdf</p> <p>2) 厚生労働省(2021).妊娠前からはじめる妊産婦のための食生活指針～妊娠前から、健康なからだづくりを～解説要領. https://www.mhlw.go.jp/content/000776926.pdf</p>			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	人口動態統計		
	②設問	1,500g未満の極小低出生体重児出生数、2,500g未満の低出生体重児出生数		
	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(1,500g未満)出生数/出生数×100 全出生数中の低出生体重児出生数の割合＝低出生体重児(2,500g未満)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	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	令和2年度出生総数 男:430,713 女:410,122 総数:840,835 【極低出生体重児】 出生時体重 1,500g未満 男:3,116 女:3,112 総数:6,228 全出生数中の極低出生児出生数＝6,228/840,835×100≒0.74 0.7% 【低出生体重児】 出生時体重 2,500g未満 男:35,243 女:42,296 総数:77,539 全出生数中の低出生体重児出生数＝77,539/840,835×100≒9.22 9.2%		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
指標3: 妊娠・出産に満足している者の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
63.7% (平成25年度)	82.8% (平成29年度)	82.6% (令和2年度)	85.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
※無回答を除いた数値 65.3% (平成25年度)	※ベースラインと調査方法が異なる	※ベースラインと調査方法が異なる		
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン調査時と調査方法が異なるため比較して評価することはできないが、中間評価時の平成29年度82.8%から令和2年度82.6%と横ばいで経過し、最終評価の目標である85.0%には届かなかった。			
分析	妊娠・出産の満足度については、「健やか親子21」最終評価において、全体的な満足・不満足进行评估していくだけでは具体的な行動や支援に結びつきにくい。より具体的な目標として、「産後退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができたか」について进行评估していくこととなった。出産施設退院後、特に育児不安の高まる産後1か月の間は、新生児訪問や産後ケア事業などを中心に、より支援の重点化が望まれている。平成26年度厚生労働省は妊娠・出産包括支援モデル事業を実施し、平成27年度からは市町村が取り組む産後ケア事業、産前・産後サポート事業への補助を開始した。また、平成29年度からは産婦健診事業を開始し、産後ケア事業を実施する市町村に対しては、産後2週間健診、産後1か月健診への助成も開始し、産後の支援体制を充実させた。さらに、母子保健法の改正により、子育て世代包括支援センター(法律上の名称は母子健康包括支援センター)の設置、産後ケア事業の実施が市町村の努力義務として位置付けられ、妊娠期からの切れ目ない支援のプラットフォームとしてセンターの設置、特定妊婦をはじめとした支援の必要な妊産婦の継続的な関わり、産後ケア事業との連携、関係機関との連携など産後早期も含めた支援体制の構築に向けて、各自治体の取り組みが推進される環境が整えられた。これらの取り組みにより、支援が必要な妊産婦に対しては、退院してから産後1か月の助産師・保健師等の支援を実感できている可能性はあると考えられる。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	ベースライン調査時と調査方法が異なるため比較して評価することはできない。ベースライン調査の際は15項目の中の1項目として尋ねており、他の項目と比較して相対的に低く評価されていた可能性も考えられる。中間評価と直近値は同じ方法であり、比較可能となった。			
ベースライン値のデータ算出方法	産後1か月までの助産師・保健師等からの指導・ケアは十分に受けられたと実感する妊産婦が80%以上いるということは、支援体制の整備が進んでいることの表れであり、今後さらに増加を目指すことができると考えられる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(3・4か月児)		
	②設問	問10 妊娠・出産に関して、以下の項目はあなた(お母さん)にとって満足でしたか。 15項目の設問のうち「産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか」について、 →(はい:○、いいえ:×、どちらとも言えない:△をつけてください(該当しない場合は斜線「/」を引いてください))		
	③算出方法	全回答者数に対する、各項目における「はい:○」の回答者の割合を算出。(※分母に無回答を含む。)		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。 →(はい:○、いいえ:×、どちらとも言えない:△)		
	③算出方法	全回答者数に対する、「はい:○」の回答者の割合を算出。(※分母に無回答は含まない。) $492,432 / 596,296 \times 100 = 82.6\%$		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児)での問診から、必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
指標4: むし歯のない3歳児の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
81.0% (平成24年度)	85.6% (平成29年度)	88.2% (令和2年度)	90.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査		調査		
平成24年度母子保健課調査 (3歳児歯科健康診査実施状況)	地域保健・健康増進事業報告	地域保健・健康増進事業報告		
データ分析				
結果	平成24年度(ベースライン値)81.0%から、令和2年度88.2%と増加したが、目標値までは届かなかった。			
分析	<p>むし歯のない3歳児の割合は、平成15年度68.7%、平成19年度74.1%、平成24年度81.0%、平成27年度83.0%、平成28年度84.2%、平成29年度85.6%、令和2年度88.2%と、着実に増加した。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・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る。基盤課題Aの指標となっている仕上げ磨きをする親の割合をみると、ベースライン値(平成26年度)の69.6%から令和2年度は74.1%と増加がみられている。また、歯科健診に加えたフッ化物歯面塗布が行われたり、市販歯磨剤のほとんどにフッ化物が配合され、学齢期の使用率が2010年で89.1%となっている¹⁾ことから、幼児期にも使用され、むし歯予防に寄与していると考えられる。</p> <p>また、かかりつけの歯科医師を持っている親の割合が、3歳児の親で50.8%であり、増加傾向にあることも、むし歯のない3歳児の割合の増加に影響していると考えられる。</p> <p>1) 山本龍生・阿部智・大田順子・安藤雄一・相田潤・平田幸夫・新井誠四郎(2012). 2010年における学齢期のフッ化物配合歯磨剤の使用状況. 口腔衛生学会雑誌. 62, 410-417.</p>			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	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	引き続きむし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。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成24年厚生労働省雇用機会均等・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	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	地域保健・健康増進事業報告(平成26年度から実施)		
	②設問	同上		
	③算出方法	第3章 市区町村編 第14表 市区町村が実施した幼児の歯科健診の受診実人員－受診結果別人員 むし歯のない3歳児の割合＝100－むし歯のある3歳児の割合(「受診結果・むし歯のある人員」の合計／「受診実人員」の合計×100) 【令和2年度】 むし歯のない3歳児の割合＝100－(受診結果・むし歯のある人員103,305／受診者数874,377×100)＝100－11.8＝88.2 88.2%		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】 指標の種類: 健康行動の指標				
指標5: 妊娠中の妊婦の喫煙率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
3.8% (平成25年度) ※無回答を除いた数値 3.9% (平成25年度)	2.7% (平成29年度)	2.0% (令和2年度)	0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較し、令和2年度は2.0%と減少したが、目標値である0%には届かなかった。			
分析	<p>成人女性の喫煙率は令和元年7.6%であり、10年間で減少傾向にある(令和元年度国民健康栄養調査)。年代別にみると、20～29歳は7.6%、30～39歳は7.4%、40～49歳は10.3%であり、各年代とも10年前から約5～10ポイント減少している。妊婦の喫煙率は、令和2年度2.0%まで下がっており、20歳代～40歳代の成人女性全体の喫煙率と比較すると低いと見られる。妊娠を機に喫煙をやめている妊婦も多いと考えられる。</p> <p>若年層の喫煙率の低下は、学校での敷地内禁煙が進んだこと、受動喫煙防止のための法規制やたばこ広告の規制などが影響していると考えられる。平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」に関する調査研究(一般社団法人日本家族計画協会)では、妊娠中の喫煙率ゼロを目指して、喫煙している妊婦を対象とした動画及びパンフレットを作成し、健やか親子21ウェブサイトへ掲載するなど積極的な啓発活動も行われている。しかし、妊娠中の妊婦の喫煙率について「健康日本21(第2次)」では、妊娠中の喫煙をなくすことが目標とされているため、引き続き0%を目指す必要がある。</p>			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	中間評価および直近の設問(母子保健課調査)はベースライン調査とほぼ同じであり、分析において特に問題ない。			
ベースライン値のデータ算出方法	地域格差について検討する必要がある、特に喫煙率の高い地域における取組は重要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(3・4か月児用問14、1歳6か月児用問10、3歳児用問10)		
	②設問	妊娠中のあなた(お母さん)の喫煙はどうか。→(1.なし、2.あり(1日 本))		
	③算出方法	妊娠中の喫煙率=妊娠中に喫煙がありと回答した者の人数/全回答者×100(※分母に無回答を含む。)		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	妊娠中、あなた(お母さん)は喫煙をしていましたか。→(1. なし、2. あり(1日 本))		
	③算出方法	妊娠中の喫煙率=妊娠中に喫煙がありと回答した者の人数/全回答者×100(※分母に無回答は含まない。) 12,143/599,627×100=2.0%		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【健康行動の指標】				
指標6: 育児期間中の両親の喫煙率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
育児期間中の父親の喫煙率 41.5% 育児期間中の母親の喫煙率 8.1% (平成25年度) ※無回答を除いた数値 育児期間中の父親の喫煙率 43.9% 育児期間中の母親の喫煙率 8.4% (平成25年度)	育児期間中の父親の喫煙率 37.9% 育児期間中の母親の喫煙率 6.4% (平成29年度)	育児期間中の父親の喫煙率 33.1% 育児期間中の母親の喫煙率 5.6% (令和2年度)	20.0% 4.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	父親、母親共に、ベースライン値と比較し減少したが、目標値には届かなかった。 育児期間中の父親の喫煙率は、平成25年度43.9%から令和2年度33.1%と10.8ポイント減少した。 育児期間中の母親の喫煙率は、平成25年度8.4%から令和2年度5.6%と2.8ポイント減少した。			
分析	【父親の喫煙】 厚生労働省国民健康栄養調査における喫煙習慣者の割合で、成人男性の平均喫煙率は令和元年27.1%となり、年々減少している。しかし、年代別に見ると、40～49歳の年代が一番多く36.5%であり、次に30歳～39歳が33.2%、20歳～29歳では25.5%となっている。これらの年代は、父親となる年齢層とも重なっている。20代の喫煙率の減少の背景には、社会全体及び大学や職場における禁煙の取り組みも関係していると考えられる。 【母親の喫煙】 令和2年度の妊娠中の妊婦の喫煙率は2.0%だが、育児期間中は5.6%であり、妊娠中は禁煙しても、育児期に喫煙を再開している可能性が考えられる。喫煙が及ぼす母親自身及び子どもの健康への影響について継続して啓発していく必要があるとともに、再喫煙の誘因となる育児ストレスや、パートナーや同居家族の喫煙など家族も含めた禁煙への支援が必要である。 平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」に関する調査研究(一般社団法人日本家族計画協会)では、子育て中の両親を対象とした禁煙を促す動画及びパンフレットを作成し、健やか親子21ウェブサイトへ掲載するなど積極的な啓発活動も行われているが、大幅な減少には至っていない。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	中間評価および直近の設問(母子保健課調査)はベースライン調査とほぼ同じであり、分析において特に問題ない。			
ベースライン値のデータ算出方法	「健康日本21」においては、望まない受動喫煙のない社会の実現を掲げており、家庭における受動喫煙の機会の減少も望まれる。しかし現状は、目標値の達成はまだ難しい為、引き続き、未成年への教育、社会全体での取り組み、対策をとっていくことが求められる。また、子育て中の両親に対するストレス対策など包括的な支援も必要と考えられる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(3・4か月児用母親問38・父親問39、1歳6か月児用母親問36、3歳児用母親問40、父親問37)		
	②設問	1)お母さんの現在の喫煙はどうか。→(1. なし、2. あり(1日 本)) 2)お父さんの現在の喫煙はどうか。→(1. なし、2. あり(1日 本))		
	③算出方法	育児期間中の父親の喫煙率＝父親が喫煙ありと回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。) 育児期間中の母親の喫煙率＝母親が喫煙ありと回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。) ※それぞれ、各健診時点での割合を求め、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	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査 (3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	1)現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか。→(1. なし、2. あり(1日 本)) 2)現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。→(1. なし、2. あり(1日 本))		
	③算出方法	育児期間中の父親の喫煙率＝父親が喫煙ありと回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。) 育児期間中の母親の喫煙率＝母親が喫煙ありと回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。) ※それぞれ、各健診時点での割合を求め、3時点の数値を単純平均する(3時点を同じ重みとした加重平均となる)。 【父親】 3・4か月児 191,151/597,318×100=32.0% 1歳6か月児 227,291/682,827×100=33.3% 3歳児 237,362/699,787=33.9% 平均 (32.0+33.3+33.9)/3=33.1% 【母親】 3・4か月児 21,655/602,858×100=3.6% 1歳6か月児 42,204/700,041×100=6.0% 3歳児 51,116/722,746=7.1% 平均 (3.6+6.0+7.1)/3=5.6%		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児)での問診から、必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【健康行動の指標】				
指標7: 妊娠中の妊婦の飲酒率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
4.3% (平成25年度) ※無回答を除いた数値 4.4% (平成25年度)	1.2% (平成29年度)	0.8% (令和2年度)	0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較し、令和2年度は0.8%と減少したが、目標値である0%には届かなかった。			
分析	「健康日本21」の普及啓発の取り組み、酒類メーカーによる妊娠中の飲酒のリスク提示など、様々な取り組みにより、妊婦の飲酒率は順調に低下した。 産婦人科診療ガイドラインにおいても、妊娠中の飲酒や喫煙による胎児への影響について指導することが推奨されており、医療機関等における啓発が進んでいる可能性もある。また、母子健康手帳交付時のアンケートにおける喫煙・飲酒の確認も、予防的に働いている可能性がある。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	中間評価および直近の設問(母子保健課調査)はベースライン調査とほぼ同じであり、分析において特に問題ない。			
ベースライン値のデータ算出方法	引き続き、医療機関での妊婦健診や母子健康手帳交付時等の機会を通じて妊婦への飲酒に関する啓発を行う必要がある。 令和元年度国民健康・栄養調査において、女性の飲酒率(生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合)は、9.1%であり増加傾向が指摘されている。年代別にみると、40歳～49歳が16.8%と一番高く、30歳～39歳は11.7%、20歳～29歳は5.3%であった。女性の飲酒は胎児への影響のみならず、乳がんのリスクを高めたり、アルコール依存症に移行しやすかったりするため、女性の健康問題として妊娠にかかわらず注意が必要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(3・4か月児用問17、1歳6か月児用問13、3歳児用問13)		
	②設問	妊娠中のあなた(お母さん)の飲酒はどうか。→(1. なし、2. あり)		
	③算出方法	妊娠中の飲酒率＝「はい」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。) ※妊娠中の飲酒率の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計算をしており、小数第1位までの数値の平均とは一致しない)。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	妊娠中、あなた(お母さん)は飲酒をしていましたか。→(1. なし、2. あり)		
	③算出方法	妊娠中の飲酒率＝「はい」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。) 4,859/597,269×100=0.8%		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【健康行動の指標】				
指標8: 乳幼児健康診査の受診率(重点課題②-3再掲)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
(未受診率) 3~5か月児 4.6% 1歳6か月児 5.6% 3歳児 8.1% (平成23年度)	(未受診率) 3~5か月児 4.5% 1歳6か月児 3.8% 3歳児 4.8% (平成29年度)	(未受診率) 3~5か月児 6.0% 1歳6か月児 4.8% 3歳児 5.5% (令和2年度)	(未受診率) 3~5か月児 2.0% 1歳6か月児 3.0% 3歳児 3.0%	4. 評価できない
調査				
地域保健・健康増進事業報告	地域保健・健康増進事業報告	地域保健・健康増進事業報告		
データ分析				
結果	1歳6か月児と3歳児ではベースライン値と比較して減少しているが、3~5か月児健診では微増した。			
分析	この指標の目標値は、策定時に入手可能であった平成23年度までの値から近似曲線を作成して策定された。中間評価時点では、いずれの健診でも、未受診率は減少していた。しかし、ベースラインと比較した令和2年度の値は、1歳6か月児と3歳児では低下したが、3~5か月児は上昇していた。また、中間評価と比較すると、令和2年度の値はすべての健診で上昇していた。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響で乳幼児健康診査の中止や延期があり、外出自粛もみられた年度である。このような健診の開催状況や保護者の行動が、未受診率の上昇に影響したと考えられる。一方、ベースライン値では、保育所等を利用する子どもが多い3歳児の未受診率は特に高い傾向があったが、中間評価以降は他の健診と同等の値に到達している。			
評価	3~5か月児は未受診率が増加したが、1歳6か月児および3歳児は目標に達していないが改善している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	本指標は、未受診者を減らすこと以上に、ハイリスクアプローチとしてのすべての未受診者の状況を把握することが重要である。都道府県や市区町村での評価においては、両者のバランスを踏まえた分析が必要である。			
残された課題	児童虐待防止対策のためには、未受診者のすべてに対して支援の必要性を判定し、支援を評価する体制の構築が求められる ¹⁾ 。 1) 平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル(仮称)」及び「身体診察マニュアル(仮称)」作成に関する調査研究 乳幼児健康診査事業実践ガイド P.85			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	地域保健・健康増進事業報告 地域保健編		
	②設問	—		
	③算出方法	受診率(%)を100%から引いた差とする。		
	④備考	他の指標では、3・4か月児健診と表記しているが、本指標に限っては同事業報告の集計に合わせて、3~5か月児とする。		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	同上		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【健康行動の指標】				
指標9: 小児救急電話相談(＃8000)を知っている親の割合⇒子ども医療電話相談(＃8000)を知っている親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
61.2% (平成26年度) ※無回答を除いた数値 61.5% (平成26年度)	79.8% (平成29年度)	83.3% (令和2年度)	90.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較し、令和2年度は83.3%まで増加したが、目標値である90%には届かなかった。			
分析	<p>「子ども医療電話相談事業(＃8000事業)の推進について」(平成30年4月18日付け)によると、平成16年度の実施都道府県の数は13件であり、相談件数は34,162件であった。平成22年度より47都道府県で実施されるようになり、相談件数も年々増加し、令和元年度は約112万件となっている。年々相談件数が増加していることから、認知度も上がってきていると考えられる。</p> <p>＃8000の認知度について、就学前の子ども有りの場合、平成26年度39.7%から令和元年度70.5%に増加したというデータもあり^{1,2)}、子育て世代の認知度が上昇していることがわかる。</p> <p>各都道府県のホームページ等で子ども救急電話相談の情報を提供したり、子どもの救急アプリ(厚生労働省研究班/日本小児科学会監修)の作成、母子健康手帳交付時に小児救急ハンドブックを渡す等の取り組みにより、周知が広まっていると考えられる。</p> <p>1)内閣府. 平成26年度「母子保健に関する世論調査」 2)内閣府. 令和元年度「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」</p>			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	中間評価および直近の設問(母子保健課調査)はベースライン調査とほぼ同じであり、分析において特に問題ない。			
ベースライン値のデータ算出方法	<p>平成28年度までは小児救急電話相談(＃8000)の相談事例情報の全国的な集計がなされていなかったが、平成29年度より情報収集分析事業が開始され、令和2年度には44都道府県のデータが分析され公表されている。相談患児の年齢、症状、相談時間など詳細なデータが蓄積され、令和2年度からは新型コロナウイルス関連相談の特徴なども分析されており、相談対応者および保護者の参考となるであろう。</p> <p>核家族で子育てする世代にとって、児の急な体調変化は戸惑いや不安を抱きやすく、＃8000は保護者にとって重要な支援施策となっている。子育てをする上で出生後早期に＃8000を知ることは大切であり、医療機関等において、出産準備教育の機会や退院時に両親に情報提供したり、母子健康手帳の記載事項に入れる等の取り組みを行っていく必要がある。</p>			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(3・4か月児用問8)		
	②設問	小児救急電話相談(＃8000)を知っていますか。→(1. はい、2. いいえ)		
	③算出方法	「1. はい」と回答した人の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。)		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	小児救急電話相談(＃8000)を知っていますか。→(1. はい、2. いいえ)		
	③算出方法	「1. はい」と回答した人の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。) 439,811/527,999×100=83.3%		
	④備考	各地方自治体が、中間評価の前年度(平成30年度)と最終評価の前年度(令和4年度)には調査等を行い、実態を把握し、母子保健課調査に報告(平成31年度と令和5年度)する。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【健康行動の指標】				
指標10: 子どものかかりつけ医(医師・歯科医師など)を持つ親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
【医師】 3・4か月児 71.8% 3歳児 85.6% 【歯科医師】 3歳児 40.9% (平成26年度) ※無回答を除いた数値 【医師】 3・4か月児 72.4% 3歳児 89.4% 【歯科医師】 3歳児 43.0% (平成26年度)	【医師】 3・4か月児 78.4% 3歳児 90.6% 【歯科医師】 3歳児 49.8% (平成29年度)	【医師】 3・4か月児 78.8% 3歳児 88.9% 【歯科医師】 3歳児 50.8% (令和2年度)	【医師】 3・4か月児 85.0% 3歳児 95.0% 【歯科医師】 3歳児 55.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	かかりつけの医師を持っている親は、3・4か月児の親で、72.4%、78.4%、78.8%と徐々に増加したが、目標値の85.0%に届かなかった。3歳児の親では、89.4%、90.6%、88.9%と、平成29年度に90%を超えたがその後増加せず、目標値の95.0%に届かなかった。かかりつけの歯科医師を持っている親は、3歳児の親で43.0%、49.8%、50.8%と増加したが、目標値の55%に届かなかった。			
分析	予防接種等で小児科医を利用することをきっかけとしてかかりつけ医を持つことにつながっている可能性が考えられ、3・4か月児、3歳児とも少しずつ増加している。しかし、3歳児では、平成29年度90.6%、令和2年度88.9%と約90%まででとどまっている。平成26年の日本医師会総合政策研究機構調査「小児医療の現状と今後に向けての提言」によると、人口10万に対して1,038人が0歳で入院受診をしており、外来受診も6,691人と1歳～4歳の6,778人に次いで多い。つまり、0歳の時点で一番入院や外来受診をしていることから、0～3歳までにかかりつけ医をもっておくことは、安心につながるといえる。かかりつけの歯科医師の割合は、3歳時点で43.0%から50.8%まで増加した。これは、地方公共団体や関係機関において、定期的な歯科検診の受診や歯磨きの励行(保護者による仕上げ磨きを含む)、口腔ケアを通じた親子関係の支援、咀嚼機能の発達に向けた歯科医師、栄養士等との連携による食育の推進等、予防の健康行動の推進に取り組む中で、かかりつけ歯科医師の必要性が浸透していったと考えられる。この結果、仕上げ磨きをする親の割合も令和2年度74.1%まで少しずつ増加し、14歳以下の各年齢において、う歯を持つ者の割合も減少している(平成28年歯科疾患実態調査)ことから、引き続きかかりつけ歯科医師の推進に取り組んでいく必要がある。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	中間評価および直近の設問(母子保健課調査)はベースライン調査と同じであり、分析において特に問題ない。			
ベースライン値のデータ算出方法	予防接種は、子どもの普段の様子を知っているかかりつけの小児科医等で受けることが良いことから、今後もかかりつけ医を推奨し、予防接種割合状況と共に評価していく必要がある。 小児期においてはむし歯予防のみならず、歯並びや噛み合わせ、口腔機能の問題など、成長に合わせた対応のためにもかかりつけ歯科医師の存在は重要であると言える。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)		
	②設問	・医師(3・4か月児問7、3歳児問7①) お子さんの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) ・歯科医師(3歳児問7②) お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。→(1. はい、2. いいえ、3. 何ともいえない)		
	③算出方法	それぞれ「1. はい」と回答した人の人数/全回答者数×100(※分母に無回答を含む。)		
	④備考	平成26年10月24日 第10回「健やか親子21」の最終評価等に関する検討会の資料2のもの。		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児、3歳児)		
	②設問	・医師(3・4か月児問7、3歳児問7①) お子さんの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) ・歯科医師(3歳児問7②) お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。→(1. はい、2. いいえ、3. 何ともいえない)		
	③算出方法	それぞれ「1. はい」と回答した人の人数/全回答者数×100(※分母に無回答は含まない。) 医師 3・4か月児 411,496/522,197×100=78.8% 3歳児 544,855/613,184×100=88.9% 歯科医師 3歳児 323,851/637,059×100=50.8%		
	④備考	各地方自治体が、中間評価の前年度(平成30年度)と最終評価の前年度(令和4年度)には調査等を行い、実態を把握し、母子保健課調査に報告(平成31年度と令和5年度)する。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【健康行動の指標】				
指標11: 仕上げ磨きをする親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
69.6% (平成26年度) ※無回答を除いた数値 72.5% (平成26年度)	73.1% (平成29年度)	74.1% (令和2年度)	90.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較し、令和2年度は74.1%まで増加したが、目標値である90%には届かなかった。			
分析	<p>仕上げ磨きをするという行為は、歯科保健的な意味合いと、親子のかかわりにより生活習慣の獲得ができるという意味合いがあり、健康意識・価値観の育成のために重要と考えられている。</p> <p>ベースライン調査においては、子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている割合が19.7%、子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている割合は69.6%であった。3年後の平成29年度調査では、子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている割合は73.1%に増加しており、子どもの歯の健康に対する親の意識や関与が増えてきていると考えられる。市区町村を対象とした全国調査で、乳幼児歯科健診および相談事業においてう蝕以外で重点を置いている項目として、「仕上げ磨きの有無」が32.5%で最も多いという結果もあり¹⁾、市区町村の健診等を通じて、予防に重点をおいた保護者への働きかけが行われていることが増加の要因として考えられる。</p> <p>1)平成27年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構 成育疾患克服等総合研究事業 乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究班</p>			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	中間評価および直近の設問(母子保健課調査)はベースライン調査と同じであり、分析において特に問題ない。			
ベースライン値のデータ算出方法	市区町村における乳幼児歯科健診および相談事業において、う蝕以外の保健指導を充実させ、目標値に向けて保護者の意識を高める必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(1歳6か月児用問9)		
	②設問	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。 →1. 仕上げ磨きをしている(子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている)、2. 子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている、3. 子どもだけで磨いている、4. 子どもも保護者も磨いていない		
	③算出方法	「1. 仕上げ磨きをしている」と回答した人の人数/全回答者数×100(※分母に無回答を含む。)		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(1歳6か月児)		
	②設問	保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。 →1. 仕上げ磨きをしている(子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている)、2. 子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている、3. 子どもだけで磨いている、4. 子どもも保護者も磨いていない		
	③算出方法	「1. 仕上げ磨きをしている」と回答した人の人数/全回答者数×100(※分母に無回答は含まない。) 508,817/686,253×100=74.1%		
	④備考	乳幼児健康診査(1歳6か月児)での問診から、必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【環境整備の指標】				
指標12: 妊産届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合(重点課題②-6再掲)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
92.8% (平成25年度)	98.0% (平成29年度)	99.4% (令和2年度)	100%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースラインと比較して7ポイント上昇し、令和2年度はほぼ100%に達した。			
分析	ベースライン調査後、設問の変更はないが、但し書きとして「把握しているとは、アンケートを実施しているだけでなく、その情報に基づいて全員または必要な妊婦等に保健師等が個別支援する体制があること」と追加された。その上で、ベースライン値と比較して、中間評価、令和2年度と上昇し、ほぼ100%の市区町村が妊婦の身体的・精神的・社会的状況を把握することとなった。これは、市区町村が特定妊婦の把握や支援を子育て世代包括支援センターの設置や設置予定により、妊産届出時に保健師等により全数面接を行うように体制を変更するなど、妊婦の把握を意図的に行うことを促進したと考えられる。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	平成29年に子育て世代包括支援センター業務ガイドラインが整備されたことによって、妊娠の届出、母子健康手帳交付時の面談等を専門職が担当し、状況の把握を行うことが位置づけられ、個々の妊婦の身体的・精神的・社会的な情報を得て、それに合わせた支援プランの策定など、より具体的な支援が機能するようになってきている。今後は、子育て世代包括支援センターは子ども家庭センターとして機能を充実させる方針が示されており、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握するだけでなく適切なサポートプランの立案と実施が求められる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	設問①: 妊産届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している。 → (はい:1 いいえ:0) (参考設問) 設問②: 看護職等専門職(※)が母子健康手帳の交付を行っている。(はい:1 いいえ:0) ※看護職等専門職とは、看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)および社会福祉士、心理職等の専門職。看護職以外の専門職が交付している場合は、回答欄に(はい:1)を選択の上、備考欄に職種を記載。 設問③: 設問②で「はい」の場合は、看護職等専門職が交付している対象者。 → (1. 全員 2. 希望者 3. 必要と認められる者 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ) 設問④: 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」の場合、看護職等専門職への情報提供や連携を行っているか。 → (はい:1 いいえ:0)		
	③算出方法	「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100		
	④備考	平成25年度母子保健課調査(市区町村用) 全市区町村数1,742か所 設問①: 妊産届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している。 → (はい:1 いいえ:0) 回答結果: 「はい」1,617か所、「いいえ」125か所 算出方法: 「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,617/1,742×100≒92.8% (参考設問) 設問②: 看護職等専門職(※)が母子健康手帳の交付を行っている。(はい:1 いいえ:0) 「はい」1,623か所、「いいえ」119か所 「はい」と回答した市区町村の割合=1,623/1,742×100≒93.2% ※看護職等専門職とは、看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)および、社会福祉士、心理職等の専門職。 看護職以外の専門職が交付している場合は、回答欄に(はい:1)を選択の上、備考欄に職種を記載。 設問③: 設問②で「はい」の場合は、看護職等専門職が交付している対象者。有効回答1,620か所 → (1. 全員 2. 希望者 3. 必要と認められる者 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ) 1. 全員 1,286/1,620×100≒79.4% 2. 希望者 7/1,620×100≒0.4% 3. 必要と認められる者 54/1,620×100≒3.3% 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ 273/1,620×100≒16.9% 5. 無回答(3か所) 設問④: 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」の場合、看護職等専門職への情報提供や連携を行っているか。 → (はい:1 いいえ:0) 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」と回答した市区町村数 89か所 「はい」と回答した市区町村数 77か所 77/89×100≒86.5%		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	設問: 妊産届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している(※)。 → (はい:1 いいえ:0) (※)「把握している」とは、アンケートを実施しているだけでなく、その情報に基づいて全員または必要な妊婦等に保健師等が個別支援する体制があること。		
	③算出方法	母子保健課調査(市区町村用) 全市区町村数1,741か所 設問①: 妊産届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している。 → (はい:○ いいえ:×) 回答結果: 「はい」1,730か所、「いいえ」11か所 算出方法: 「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,730か所/1,741か所×100≒99.4%		
	④備考	(参考設問) 設問②看護職等専門職(※)が母子健康手帳の交付を行っている(はい:○ いいえ:×) 「はい」1,712か所 「はい」と回答した市区町村の割合=1,712/1,741≒98.3% (※)看護職等専門職とは、看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)および社会福祉士、心理職等の専門職 設問③設問②で「はい」の場合は、看護職等専門職が交付している対象者。 → (1. 全員 2. 希望者 3. 必要と認められる者 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ) 1. 全員 1,557か所/1,712か所×100≒90.9% 2. 希望者 なし 3. 必要と認められる者 7か所/1,712か所×100≒0.4% 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ 148か所/1,712か所×100≒8.6% 設問④ 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」の場合、看護職等専門職への情報提供や連携をおこなっているか → (はい:○ いいえ:×) 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」と回答した市区町村数 23か所 23か所/1,712か所×100≒1.3%		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【環境整備の指標】				
指標13: 妊娠中の保健指導(母親学級や両親学級を含む)において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
43.0% (平成25年度) (参考)50.2% (平成25年度)	49.0% (平成29年度)	55.5% (令和2年度)	100%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
母子保健課調査 (参考)平成25年度厚生労働科学研究(山崎班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン調査と其後の調査が異なるが、其後の経過をみると緩やかに増加している。しかし、平成29年度は49.0%、令和2年度55.5%であり、目標値には達していない。			
分析	産後うつによる母親の自殺や親子心中といった報道等をきっかけに専門職のみならず、一般的に「産後うつ」「EPDSによる産後うつのスクリーニング」という言葉の認識が広まりつつあり、周産期メンタルヘルスに関する取り組みの重要性は国民にも広く知られるようになってきている。妊娠中の保健指導の機会に、妊婦だけでなくその家族にも自分たちのこととして受け止めることができるような情報提供や具体的な予防行動がとれるような教育・支援体制は重要である。 子育て世代包括支援センターの設置に伴い、母親教室や両親学級といった集団指導の場面だけでなく、個別の面接などで対応できる機会も増えるため、支援の必要な妊産婦とその家族に対する継続的支援についても検討することが望まれる。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	ベースライン調査と其後の調査方法が異なるが、「伝える機会」の但し書きが加えられただけの軽微な変更であり問題ない。また、ベースライン後の調査方法は同じであり、分析上問題はない。			
残された課題	産後のメンタルヘルスについて、妊娠中に行う保健指導としてのモデルプログラムや取り組みが進んでいる自治体の事例などを提示し、整備を加速することも必要であると考えられる。また、産後のケアとしては対応が充実し始めているが、妊娠中からの発症予防や悪化防止の取り組みを強化するという視点も重要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	主調査:平成25年度母子保健課調査(市区町村用) 参考調査:平成25年度厚労科研「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」(研究代表者山崎嘉久)		
	②設問	主調査: 妊娠中の保健指導(母親学級や両親学級を含む)において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている。 →(1. 妊婦のみに実施 2. 家族にも伝えている 3. 設けていない)		
	③算出方法	参考調査: 妊娠中の保健指導として実施している内容すべてに○をつけてください。選択時126個あり 主調査:「2. 家族にも伝えている」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 参考調査:「産後うつ病等メンタルヘルス」を選択した自治体数/回答した自治体数×100		
	④備考	1. 主調査:平成25年度母子保健課調査(市区町村用) 全市区町村数1,742か所 【結果】 1. 妊婦のみに実施 568/1,737×100≒32.6(%) 2. 家族にも伝えている 749/1,737×100≒43.0(%) 3. 設けていない 420/1,737×100≒24.1(%) ※その他(2か所)・必要に応じて、妊娠届出時に妊婦及び同伴している家族に伝えている。 ・両親学級の参加者へ保健指導を実施。 ※無回答(3か所) 2. 参考調査:平成25年度厚労科研「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」(研究代表者 山崎嘉久) 【設問】 調査票2妊産婦の保健指導等に関する調査 【実施内容】妊娠中の保健指導として実施している内容すべてに○をつけてください。 母子健康手帳の活用方法 勤労妊婦の注意点 妊娠期の体の変化と留意点 タバコとお酒の害 妊婦の歯科保健 パースプラン 出産に向けた体の準備・心構え 出産開始の兆候・出産のしくみ 産後うつ病等メンタルヘルス 産後の避妊・家族計画 父親の主体的育児参加 親になるための準備 新生児の生理 児の発達と遊ばせ方 産後の生活(赤ちゃんのいる暮らし)とサポート体制 新生児のケア習得(沐浴・おむつ交換・授乳・離乳) 乳幼児期の事故予防 乳幼児期の予防接種 祖父母世代の子育てとの違い 保健サービスの情報提供 子育て資源の情報提供 相談機関の情報提供 【算出方法】 回答した1250自治体のうち、「産後うつ病等メンタルヘルス」を実施している」と回答した数で算出。 「産後うつ病等メンタルヘルス」を選択した自治体数(=628)/回答した自治体数(=1,250)×100≒50.2%		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	妊娠中の保健指導(母親学級や両親学級を含む)において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会(※)を設けている。 →(1. 妊婦のみに実施 2. 家族にも伝えている 3. 設けていない) (※)「伝える機会」とは、集団・個別を指し、パンフレット等の配布は含まない。		
	③算出方法	母子保健課調査(市区町村用) 全市区町村数1,741か所 【結果】 1. 妊婦のみに実施 496/1,741×100=28.5(%) 2. 家族にも伝えている 967/1,741×100=55.5(%) 3. 設けていない 277/1,741×100=15.9(%) 2. 家族にも伝えている」と回答した市区町村数(967か所)/全市区町村数(1,741か所)×100=55.5%		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【環境整備の指標】				
指標14: 産後1か月でEPDS9点以上を示した人へのフォロー体制がある市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
11.5% (平成25年度)	41.8% ※ベースラインおよび平成28年度までと調査方法が異なる (平成29年度)	67.0% ※ベースラインおよび平成28年度までと調査方法が異なる (令和2年度)	100%	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン調査と調査方法が異なっているが、平成29年度41.8%から令和2年度67.0%と増加している。しかし、目標値100%には届かなかった。			
分析	平成29年度調査において、産後1か月以内の実施がより明確に評価される質問項目になったため、調査方法変更後と比較すると、平成29年度41.8%から令和2年度67.0%と25.2ポイント増加している。 産婦健康診査事業の実施により、産後2週間健診や1か月健診でEPDS等産後のメンタルヘルスの状況を把握し、その結果を市区町村が把握するようになったことも増加に影響していると考えられる。 また、日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会が周産期メンタルヘルス強化の取り組みを始めたことや、周産期メンタルヘルス学会が産婦人科・精神科・コメディカル協働で作成した「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017」を公表したことなどにより、今まで以上に周産期メンタルヘルスケアに対する医療関係者の意識が高くなってきており、産後1か月以内のスクリーニングの実施とフォロー体制の整備が産婦健康診査との連携によってさらに加速することが期待される。			
評価	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	ベースライン調査と今後の調査方法が異なるが、その後の調査方法は同じであり、分析上問題はない。また、平成29年度から軽微な変更が加えられたが、産後1か月以内の実施をより明確に把握する上では有用な変更であり、今後、この設問での変化を見ていく必要がある。			
残された課題	<p>基盤課題A-参考指標8の「産後1か月でEPDS9点以上の産婦の割合」を見ると、平成25年度8.4%、平成29年度9.8%、令和2年度9.7%と、高得点は常に1割程度いることから、フォロー体制の整備が急がれる。EPDSはあくまでもスクリーニングであり、9点以上がうつ病というものではないが、EPDSの質問に沿って丁寧に聞き取りを行うことで、育児不安が強いのか、抑うつ気分の項目が高いのか、または自傷行為や希死念慮が強く緊急で対応が必要なのかなど、その後の継続的な支援につなげることができる。また、EPDSが高得点の場合、うつ病以外の精神疾患が反映している場合もあることも念頭に置いた対応が求められる。</p> <p>一方で、出産した医療機関での入院中、産後2週間健診、産後1か月健診などでEPDSが活用され、さらに新生児訪問等でもEPDSが行われると、一人の産婦が短期間のうちに複数回EPDSを受けることも起こっている。スクリーニングを受ける回数が増えれば回答にバイアスがかかることも考慮する必要がある。EPDSの実施にあたっては、このような実情を十分に理解して配慮しながら実施し、EPDSの結果にきめ細かく対応できる人材の育成や体制整備が求められる。</p>			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	設問①: 精神状態等を把握するため、産婦にEPDSを実施している。→ a. 産後4週までに、全ての産婦を対象に実施 b. 産後4週までに、必要に応じて実施 c. 産後8週までに、全ての産婦を対象に実施 d. 産後8週までに、必要に応じて実施 e. 産後8週を超えて、全ての産婦を対象に実施 f. 産後8週を超えて、必要に応じて実施 g. 実施していない		
	③算出方法	設問②: EPDS9点以上を示した産婦へのフォロー体制がある。(当てはまる全ての番号に「○」を選択) →(1. 保健師等による継続的な支援 2. 医療機関への紹介 3. その他の取組 4. 体制はない)		
	④備考	設問①でa. 又はb. と回答した市区町村(202か所)で、設問②で4. を選択した市区町村(2か所)を除く市区町村数(200か所)/全回答市区町村数(1,742か所) × 100 = 11.5% (参考) 設問①でa. ~f. のいずれか、或いはその他で自由記載を回答した市区町村(994か所)で、設問②で4. を選択した市区町村(20か所)を除く市区町村(974か所)/全回答市区町村数(1,742か所) × 100 = 55.9%		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	②(i) 精神状態等を把握するため、産後1か月までの産婦にEPDSを実施している。(当てはまるものを1つだけ選択) → a. 全ての産婦を原則対象として実施 b. 一部の産婦を対象として実施 c. EPDS以外の連絡票や他の調査方法等の方法を実施して把握 d. 何も実施していない (ii): (i)でa. あるいはb. と回答した場合のみ回答してください。 産後1か月までの産婦を原則対象にEPDSを実施しているか →(はい:○ いいえ:×)		
	③算出方法	③(ii)で「はい:○」と回答した場合で、産後1か月でEPDS9点以上を示した人へのフォロー体制がある。(当てはまる全てのものを選択) → 1. 母子保健担当部署内で対象者の情報を共有し、今後の対応を検討している 2. 2週間以内に電話にて状況を確認している 3. 1か月以内に家庭訪問をしている 4. 精神科医療機関を含めた地域関係機関と連絡会やカンファレンスを定期的に実施している 5. 体制はない		
	④備考	②(i)でa. あるいはb. と回答した市区町村の数 1,566か所 ★②(i)でa. またはb. を選択し、(ii)で「はい」と回答した市区町村の数 1,187か所 ▲③で5を選択した市区町村数 20か所 ②(i)でa. 又はb. と回答し、(ii)で「はい:○」と回答し、かつ設問③で5. を選択した市区町村を除く市区町村数 ★-▲ = 1,167か所 ②(i)でa. 又はb. と回答し、(ii)で「はい:○」と回答し、かつ設問③で5. を選択した市区町村を除く市区町村数(1,167か所)/全有効回答市区町村数(1,741か所) × 100 = 67.0%		

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策																														
【環境整備の指標】																														
指標15: ・ハイリスク児に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制がある市区町村の割合 ・市町村のハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしている県型保健所の割合																														
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)																										
市区町村 24.9% (平成25年度)	市区町村 34.7% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	市区町村 43.7% ※ベースラインと調査方法が異なる (令和2年度)	市区町村 100% 県型保健所 100%	4. 評価できない																										
県型保健所 81.9% (平成25年度)	県型保健所 35.1% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	県型保健所 24.6% ※ベースラインと調査方法が異なる (令和2年度)																												
調査																														
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査																												
データ分析																														
結果	ベースライン調査の方法と今後の調査方法が異なるため比較できないが、中間評価の時点から市区町村では増加してきているものの、目標値に届かなかった。県型保健所では減少した。																													
分析	胎児診断や新生児医療の進歩により未熟児に限らず医療的ケアの必要な子どもが在宅で過ごすことが増えている。さらに、社会的なハイリスク児も含めると、退院後早期の訪問が望ましいケースは年々増えている状況にあると考えられる。ハイリスク児に対して保健師等が退院後早期に訪問することが望ましく、市区町村において徐々に対策が取られるようになってきてはいるが、まだ十分に実施されていないと考えられる。また、県型保健所の指標の推移が減少している理由としては、平成25年度から未熟児養育医療や未熟児訪問の実施主体が市町村に移譲されたことが影響していることが考えられる。																													
評価	中間評価時と比べて、市区町村は目標に達していないものの改善しているが、県型保健所は減少している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。																													
調査・分析上の課題	ベースライン調査と今後の調査方法が異なるが、今後の調査方法は同じであり、分析上問題は無い。																													
ベースライン値のデータ算出方法	市区町村および県型保健所とも、その取り組みは目標値に到達するのは難しく、何が課題になって実施できていないのかを検討する必要がある。 ハイリスク児の早期訪問を実施するにあたっては、対象となるケースをどの時点で把握するかということが重要であり、医療機関からの診療情報や場合によっては事前のカンファレンスなどが大きな役割を果たすと考えられ、医療機関との連携が重要となる。またそれ以外にも、出生届出時に把握できるケース、妊娠中に胎児診断により対象となるケースなどもある。出生届出時の面談が有効と考えられるが、出生届が出された時点で、乳児医療証の発行や予防接種に関する情報提供をするための面談など対面での対応を取り入れるようなシステム化ができれば対象となるケースを把握しやすくなり、訪問活動に繋がることが期待できる。 県型保健所については、周産期母子医療センターなど基幹病院と市町村との連携を支援するなど県型保健所が介入することで早期訪問体制の整備が進むことも考えられることから、県型保健所の役割を再認識し、医療圏としての整備を図る必要がある。																													
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用、都道府県用)																												
	②設問	【市区町村用】 設問:ハイリスク児(※退院後も何らかの医療的処置を必要とする児などの医学的ハイリスク児や、保護者に虐待リスクや経済的困窮がある場合などの社会的ハイリスク児等を含む。)に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制について、 ①退院後1か月以内に、1~2回程度訪問している。→(はい:1 いいえ:0) ②退院までに、保健師等が保護者との面接等の必要が考えられる者の基準を定めている。→(はい:1 いいえ:0) 【都道府県用】 設問:市町村のハイリスク児(※1)の早期訪問体制構築等に対する支援(※2)をしている県型保健所の数(※1)退院後も何らかの医療的処置を必要とする児などの医学的ハイリスク児や、保護者に虐待リスクや経済的困窮がある場合などの社会的ハイリスク児等を含む。(※2)例えば、ハイリスク児とその家族への医療機関と管内市町村との情報共有の場を設けたり、市町村の訪問状況(実施時期や件数等)を把握していること。																												
	③算出方法	【市区町村】 ①と②の両方「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 【都道府県】 支援をしている県型保健所数/全県型保健所数×100																												
	④備考	平成25年度母子保健課調査 【市区町村用】全市区町村数 1,742か所 設問① 退院後1か月以内に、1~2回程度訪問している。 →はい 1,598か所 いいえ144か所 「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,598/1,742×100=91.7% 設問② 退院までに、保健師等が保護者との面接等の必要が考えられる者の基準を定めている。 →はい 444か所 いいえ1,298か所 「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=444/1,742×100=25.5% 設問①が「はい」、かつ設問②も「はい」と回答した市区町村数 433か所 設問①と②のいずれも「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 =433/1,742×100=24.9% 【都道府県用】全県型保健所数370か所(平成25年度) 設問:市町村のハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしている県型保健所の数 =支援をしている県型保健所数/全県型保健所数×100=303/370×100=81.9% (参考)【未熟児訪問指導実績値】 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>実人員</th> <th>延人員</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>平成23年度</td> <td>59,056</td> <td>74,275</td> </tr> <tr> <td>平成22年度</td> <td>58,901</td> <td>74,962</td> </tr> <tr> <td>平成21年度</td> <td>55,995</td> <td>70,653</td> </tr> <tr> <td>平成20年度</td> <td>53,627</td> <td>68,351</td> </tr> <tr> <td>平成19年度</td> <td>53,700</td> <td>68,889</td> </tr> <tr> <td>平成18年度</td> <td>50,506</td> <td>65,579</td> </tr> <tr> <td>平成17年度</td> <td>49,407</td> <td>62,777</td> </tr> <tr> <td>平成16年度</td> <td>50,767</td> <td>64,296</td> </tr> </tbody> </table> 地域保健・健康増進事業報告 第1章 総括編 第03表 保健所及び市区町村が実施した妊産婦 及び乳幼児等訪問指導の被指導実人員				実人員	延人員	平成23年度	59,056	74,275	平成22年度	58,901	74,962	平成21年度	55,995	70,653	平成20年度	53,627	68,351	平成19年度	53,700	68,889	平成18年度	50,506	65,579	平成17年度	49,407	62,777	平成16年度	50,767
	実人員	延人員																												
平成23年度	59,056	74,275																												
平成22年度	58,901	74,962																												
平成21年度	55,995	70,653																												
平成20年度	53,627	68,351																												
平成19年度	53,700	68,889																												
平成18年度	50,506	65,579																												
平成17年度	49,407	62,777																												
平成16年度	50,767	64,296																												
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用、県型保健所用)																												
	②設問	【市区町村用】 設問:①退院までに、保健師等が保護者との面接等の必要が考えられる者の基準を定めている。→(はい:○ いいえ:×) ②退院後1か月以内に、訪問している。→(はい:○ いいえ:×) 【県型保健所用】 設問:①ハイリスク児とその家族への支援のために、医療機関と管内市町村との間で、情報共有する場を設けている。 →(はい:○ いいえ:×) ②市町村の訪問状況(実施時期や件数等)を把握し評価している。→(はい:○ いいえ:×) ③市町村向けの研修において、ハイリスク児の支援に関する内容が含まれている。→(はい:○ いいえ:×)																												
	③算出方法	【市区町村】 ①と②のいずれにも、「はい:○」と回答した市区町村(760か所)/全市区町村数(1,741か所)×100=43.7% 【県型保健所】 ①ハイリスク児とその家族への支援のために、医療機関と管内市町村との間で、情報共有する場を設けているか。 (はい:○ いいえ:×) ②市町村の訪問状況(実施時期や件数等)を把握し評価しているか。(はい:○ いいえ:×) ③市町村向けの研修において、ハイリスク児の支援に関する内容が含まれているか。(はい:○ いいえ:×) ①~③の全てに、「はい」と回答した県型保健所数(87か所)/全県型保健所数(354か所)×100=24.6%																												
	④備考	—																												

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基礎課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【環境整備の指標】				
指標16: 乳幼児健康診査事業を評価する体制がある市区町村の割合 ・市町村の乳幼児健康診査事業の評価体制構築への支援をしている県型保健所の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
市区町村 25.1% (平成25年度)	市区町村 17.7% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	市区町村 20.2% ※ベースラインと調査方法が異なる (令和2年度)	市区町村 100% 県型保健所 100%	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)
県型保健所 39.2% (平成25年度)	県型保健所 17.0% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	県型保健所 21.5% ※ベースラインと調査方法が異なる (令和2年度)		
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
結果	ベースライン調査と今後の調査方法が異なるため比較できないが、市区町村、県型保健所ともに中間評価の時点からやや増加したものの、目標値には届かなかった。			
分析	乳幼児健康診査事業について、PDCAサイクルに沿った評価手法を用いて実施することを目指す指標であり、市区町村、都道府県とも母子保健計画に基づいた評価をすることが重要であるため、その調査項目が設定されている。市区町村、県型保健所とも、取り組みは低減していると言える。 設問として、市区町村には「母子保健計画において、乳幼児健康診査に関する目標値や指標を定めた評価をしていること」、「疾病のスクリーニング項目に対する精度管理を実施していること」、「支援の必要な対象者のフォローアップ状況について、他機関と情報共有して評価していること」を、県型保健所には、「都道府県の母子保健計画に乳幼児健康診査に関する目標を定めて評価をしていること」と、「評価項目を決めて、健診情報を収集し比較検討などの分析をしていること」をこの指標では求めており、3項目あるいは2項目すべてを実施することが指標として評価されるため、低い割合になっていると考えられる。これらの実施が困難な理由としては、乳幼児健康診査事業が個別健診として実施され、その場合の精度管理の困難さがあること、支援の必要な対象者のフォローアップの遅れなどが考えられる。今後は取り組みを困難にしている理由を明らかにし、対応を考えていく必要がある。			
評価	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	ベースライン調査と今後の調査方法が異なるが、今後の調査方法は同じであり、分析上問題はない。			
ベースライン値のデータ算出方法	市区町村、都道府県共に、まずはそれぞれの母子保健計画の中に乳幼児健康診査に関する目標値や指標を定める必要がある。計画の見直し等を通して、今後位置づけを明確にすることが課題である。そのうえで、PDCAサイクルに基づく事業の実施と、健康診査の精度管理、他機関との連携など、実現可能なところから取り組む必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用、都道府県用)		
	②設問	【市区町村用】 設問①乳幼児健診事業の実施状況に対する評価(事業企画時に目標値を定め、その達成状況を把握)をしている。→(有:1 無:0) ②フォローアップ状況に対する評価をしている。→(有:1 無:0) ③他機関との連携状況に対する評価をしている。→(有:1 無:0) ④事業実施による改善状況の効果を把握している。→(有:1 無:0) ⑤母子保健計画等において、乳幼児健康診査に関する目標値や指標を定めた評価をしている。→(有:1 無:0)		
	③算出方法	【市区町村】 ①から⑤の全てについて「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 【都道府県】 支援をしていると回答した県型保健所の数/全県型保健所の数×100		
	④備考	平成25年度母子保健課調査 【市区町村用】 全市区町村数 1,742か所 設問 ① 乳幼児健診事業の実施状況に対する評価(事業企画時に目標値を定め、その達成状況を把握)をしている。 有1,137か所、無605か所 「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,137/1,742×100=65.3% ② フォローアップ状況に対する評価をしている。 有1,038か所、無704か所 「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,038/1,742×100=59.6% ③ 他機関との連携状況に対する評価をしている。 有 750か所、無992か所 「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=750/1,742×100=43.1% ④ 事業実施による改善状況の効果を把握している。 有1,003か所、無739か所 「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,003/1,742×100=57.6% ⑤ 母子保健計画等において、乳幼児健康診査に関する目標値や指標を定めた評価をしている。 有973か所、無769か所 「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=973/1,742×100=55.9% 算出方法:①から⑤の全てについて「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=438/1,742×100=25.1%		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用、県型保健所用)		
	②設問	【市区町村用】 ①母子保健計画(※)において、乳幼児健康診査に関する目標値や指標を定めた評価をしている。→(はい:○ いいえ:×) ②疾病のスクリーニング項目に対する精度管理を実施している。→(はい:○ いいえ:×) ③支援の必要な対象者のフォローアップ状況について、他機関と情報共有して評価している。→(はい:○ いいえ:×) ④健診医に対して精検結果等の集計値をフィードバックしているとともに、個別ケースの状況をそのケースを担当した健診医にフィードバックしている。→(はい:○ いいえ:×) ⑤(歯科や栄養、生活習慣など)地域の健康度の経年変化等を用いて、乳幼児健診の保健指導の効果を評価している。 →(はい:○ いいえ:×)		
	③算出方法	【県型保健所用】 ①都道府県の母子保健計画(※)に乳幼児健康診査に関する目標を定めて評価をしている。→(はい:○ いいえ:×) ②評価項目を決めて、健診情報を収集し比較検討などの分析をしている。→(はい:○ いいえ:×) ③健診結果の評価に関する管内会議を開催している。→(はい:○ いいえ:×) ④市町村向けの研修において、乳幼児健康診査事業の評価方法に関する内容が含まれている。→(はい:○ いいえ:×)		
	④備考	【市区町村】 ①～③のすべてに「はい:○」と回答した市区町村数(352か所)/全市区町村数(1,741か所)×100=20.2% 【県型保健所】 ①と②のいずれにも「はい:○」と回答した県型保健所の数(76か所)/全県型保健所数(354か所)×100=21.5%		
	④備考	(※)母子保健計画には、次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画や、健康増進計画等と一体的に策定している場合も含める。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
参考指標1: 周産期死亡率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
出産千対 4.0 出生千対 2.7 (平成24年)	出産千対 3.5 出生千対 2.4 (平成29年)	出産千対 3.2 出生千対 2.1 (令和2年)	—	—
調査				
人口動態統計	人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	ベースライン値から年々微減している。			
分析	新生児医療及び胎児スクリーニングや胎児治療などの周産期医療の発展のほか、特定妊婦の支援への取り組み、妊娠届出時のアンケートや妊婦健診受診無料券の制度によるハイリスク妊産婦の支援体制の整備等が、指標の改善に貢献している可能性がある。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	基盤課題A-12妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合は99%と増加しているが、妊娠届出をしていない妊婦の未受診問題や飛び込み出産等、妊娠中に医療機関が把握できていない妊婦が存在するという課題が残されている。未受診妊婦をなくすためのさらなる体制の確立が必要である。周産期死亡は妊娠満22週以後の死産の割合が多くを占めることから、死産を経験した母親の支援を充実させる必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	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	出産千対周産期死亡率=(早期新生児死亡数+妊娠満22週以後の死産数)/(出生数+妊娠満22週以後の死産数)×1000 出生千対周産期死亡率=(早期新生児死亡数+妊娠満28週以後の死産数)/出生数×1000		
	④備考	—		
中間評価のデータ算出方法 ※ベースラインと異なる場合は記載してください。	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
参考指標2: 新生児死亡率、乳児(1歳未満)死亡率(出生千対)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
新生児死亡率 1.0 乳児(1歳未満)死亡率 2.2 (平成24年)	新生児死亡率 0.9 乳児(1歳未満)死亡率 1.9 (平成29年)	新生児死亡率 0.8 乳児(1歳未満)死亡率 1.8 (令和2年)	—	—
調査				
人口動態統計	人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	ベースライン値から年々微減している。			
分析	乳児(1歳未満)死亡の主な死因は、先天奇形・変形及び染色体異常、周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害、乳児突然死症候群であるが、新生児及び周産期医療の発展等により年々減少している。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	乳児死亡の主な死因のうち「不慮の事故」は4.1%(令和2年)であり、事故予防への取り組みを引き続き行っていく必要がある。また、児の養育者に対する児の異常時の症状およびその対応としての連絡先(＃8000)の周知、かかりつけ医を持つことについても、さらに啓発していく必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	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	—		
中間評価のデータ算出方法 ※ベースラインと異なる場合は記載してください。	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
参考指標3: 幼児(1~4歳)死亡率(人口10万対)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
20.9 (平成24年)	17.8 (平成29年)	12.8 (令和2年)	—	—
調査				
人口動態統計	人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	ベースライン値から年々減少している。			
分析	幼児(1~4歳)死亡の主な死因(令和2年)は、先天奇形・変形及び染色体異常(18.4%)、悪性新生物(13.1%)、不慮の事故(12.2%)、心疾患(4.7%)、インフルエンザ(4.1%)となっている。小児医療の発展により、疾患による死亡は減少していると考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	死因の第3位は「不慮の事故」であり、その内容は、窒息が37%、交通事故が35%、溺死及び溺水が14%である。これらは、養育者を含む大人の不注意によるものも考えられるため、大人の危機感知能力を高め、未然に事故を防ぐとともに、万が一事故が起こった時の緊急対応の知識を持ち、実施できるように教育していくことが必要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	人口動態統計		
	②設問	年齢階級別死亡率		
	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	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	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×100,000 467/3,637,485×100,000=12.8		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【保健医療水準の指標】				
参考指標4: 乳児のSIDS死亡率(出生10万対)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
13.9 (平成24年)	7.3 (平成29年)	10.9 (令和2年)	—	—
調査				
人口動態統計	人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	中間評価時にはベースライン時と比較し減少したが、最終評価時には再び増加した。			
分析	乳幼児突然死症候群(SIDS)は乳児(1歳未満)の死因第3位であり、6.1%を占めている(令和2年)。中間評価時点におけるSIDS死亡率の減少傾向には、「乳幼児突然死症候群診断ガイドライン」(平成24年)の周知・普及や、医療機関等が同ガイドラインを参考に、乳幼児の死体検案を行う際はSIDSと虐待または窒息事故とを鑑別するために的確な対応を行うこと、必要に応じて保護者に対し解剖を受けるよう勧めることを依頼する等の取り組みによって死亡原因の特定が明確になされるようになったこと等が寄与していると考えられる。近年の死亡率上昇傾向については推移を注視していく必要がある。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	保護者や保育関係者に対するSIDSの予防や対応に関する取り組みは継続して行っていく必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	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	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	乳児のSIDS死亡率=乳児のSIDS死亡数/出生数×100,000 92/840,835 × 100,000=10.9		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標5: 正期産児に占める低出生体重児の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
低出生体重児 6.0% 極低出生体重児 0.0093% (平成24年度)	低出生体重児 6.0% 極低出生体重児 0.0093% (平成29年度)	低出生体重児 5.8% 極低出生体重児 0.0097% (令和2年)	—	—
調査				
人口動態統計	人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	ベースライン値からほぼ横ばいである。 低出生体重児の割合は平成29年以降5.8%~6.0%で推移している。極低出生体重児は0.009%~0.01%で推移している。			
分析	出生数の減少、40歳を超える高齢の妊婦の増加、不妊治療に関する問題などハイリスク妊産婦の増加に危機感が増す中において、低出生体重児の割合については大きな変化が見られない。減少こそしていないが、増加していないことに注目できる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	低出生体重児・極低出生体重児の成長についての追跡、健やかな成長をどう見守るかが課題と言える。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	人口動態統計		
	②設問	—		
	③算出方法	<ul style="list-style-type: none"> ●正期産児に占める低出生体重児の割合 =妊娠満37週以降の児に占める出生体重2,500g未満児の割合 ●正期産児に占める極低出生体重児の割合 =妊娠満37週以降の児に占める出生体重1,500g未満児の割合 ※数値は、過期産(妊娠42週以降)も含めた正期産以降のデータを算出。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	<ul style="list-style-type: none"> ●正期産児に占める低出生体重児の割合 =妊娠満37週以降の児に占める出生体重2,500g未満児の割合 (45,801/794,539) × 100= 5.8% ●正期産児に占める極低出生体重児の割合 =妊娠満37週以降の児に占める出生体重1,500g未満児の割合 (77/794,539) × 100= 0.0097% ※数値は、過期産(妊娠42週以降)も含めた正期産以降のデータを算出		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標6:妊娠11週以下での妊娠の届出率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
90.8% (平成24年度)	93.0% (平成28年度)	94.6% (令和2年)	—	—
調査				
地域保健・健康増進事業報告	地域保健・健康増進事業報告	地域保健・健康増進事業報告		
データ分析				
結果	ベースライン時、中間評価時、最終評価時にかけて増加傾向である。			
分析	現在、公費負担により全ての市区町村で14回以上の妊婦健康診査が実施されている。妊娠の届出によりこの受診券が発行され妊娠中の必要な検査を少ない自己負担(あるいは負担なく)受診できるシステムとなっていることもあり、妊娠届出が早期になされることが増えてきていると考えられる。一方、ある一定の女性においては予期せぬ妊娠で妊娠に気づくのが遅くなったり、産むか産まないか迷っているうちに時期が過ぎたり、あるいは、不育症などで流産を繰り返した女性がなかなか妊娠届出を出すことが出来なかつたりすることなどの影響が考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	女性自身の身体への関心を高めること、妊娠した際には健康診査を受ける際の補助があることなどを妊娠前から周知していくことも届出率の増加を促進することにつながると考えられる。また、妊娠11週以降、遅れて届出を提出した妊婦への丁寧なフォローが妊婦健診未受診から発生するハイリスク妊娠出産育児への予防的関わりとして重要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	地域保健・健康増進事業報告		
	②設問	地域保健編 第3章 市区町村編 母子保健第2表 市区町村への妊娠届出者数、都道府県—指定都市・特別区—中核市—その他政令市、妊娠週(月)数別		
	③算出方法	妊娠11週以下での妊娠の届出率=妊娠11週以内の届出数/届出総数×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	妊娠11週以下での妊娠の届出率=妊娠11週以内の届出数/届出総数×100 820,361/867,510×100=94.6%		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標7: 出産後1か月児の母乳育児の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
47.5% (平成25年度) (参考)51.6% (平成22年度) ※無回答を除いた数値 48.6% (平成25年度)	45.8% (平成29年度)	37.6% (令和2年)	—	—
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班) (参考) 平成22年乳幼児身体発育調	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン調査と調査方法は異なるが、平成27年度の乳幼児健康診査(3・4か月児)での問診から必須問診項目に入れ、ベースライン調査と同じ設問で尋ねている。その結果、中間評価時45.8%、直近値37.6%と減少してきている。			
分析	母乳育児に影響するものとして、妊婦の年齢とくに40歳以上の高齢初産、妊産婦のメンタルヘルスの不調などがある。母乳育児の減少傾向の背景には、就労妊婦の増加により、出産後早期に職場復帰をする女性も増え、そのために母乳を断念したり、早期に人工乳に切り替えることを考慮している可能性が考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
ベースライン値のデータ算出方法	子どもが母乳育児によって受けられる恩恵については多くの研究で示されており、妊婦の多くは母乳育児を望んでいるが、出産時の入院期間は短く、母乳育児のスタイルが確立する前に退院せざるを得ない状況に置かれている可能性がある。また、妊娠中からの母乳育児に対する教育的関わりや母乳育児の見通しとともに、産後早期の支援が得られるような体制、職場復帰と母乳育児の継続など、多様な選択を支援する社会における理解や環境整備が必要と考えられる。			
ベースライン及び直近値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班) (参考) 乳幼児身体発育調査		
	②設問	1. 主調査:平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(3・4か月児)問20 設問:生後1か月時の栄養法はどうか。→(1. 母乳 2. 人工乳 3. 混合) 2. 参考調査:乳幼児身体発育調査 一般調査 設問:栄養等(6)乳汁(全員に聴取のこと。該当する乳汁を与えていた月齢を○で囲む。) 母乳 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 か月 人工乳 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 か月		
	③算出方法	1. 主調査 「1. 母乳」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。) 2. 参考調査 報告書の「表11 一般調査による乳汁栄養法の割合、月齢別、出生年次別」から次の下線部のデータを引用。 母乳:1~2か月未満(51.6%)2~3月未満(55.0%)3~4月未満(56.8%)4~5月未満(55.8%) 人工乳:1~2か月未満(4.8%)2~3月未満(9.5%)3~4月未満(13.2%)4~5月未満(18.1%) 混合:1~2か月未満(43.8%)2~3月未満(35.5%)3~4月未満(30.0%)4~5月未満(26.1%) ※栄養法については、思い出し法を用い保護者が乳幼児期の栄養法を忘れてしまった場合には、記入しないこととした。 ・母乳栄養とは調査票の「母乳」欄のみに記入があるものを指し、外出時などに一時的に人工乳を与える場合も母乳栄養とした。 ・人工栄養とは「人工乳(粉乳)」欄のみに記入があるものとした。 ・混合栄養とは「母乳」と「人工乳」の両方に記入があるものとした。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	生後1か月時の栄養法はどうか。→(1. 母乳 2. 人工乳 3. 混合)		
	③算出方法	「1. 母乳」と回答した者の人数(227,078人)/全回答者数(604,714人)×100= 37.6% (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	1. 主調査:母子保健課調査…幼児健康診査(3・4か月児)での問診から、必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。 2. 参考調査:乳幼児身体発育調査		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標8: 産後1か月でEPDS9点以上の褥婦の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
8.4% (平成25年度)	9.8% (平成29年度)	9.7% (令和2年)	—	—
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	平成25年度のベースライン値8.4%から中間評価時に9.8%に増加し、直近値では9.7%と横ばいである。			
分析	EPDSは日本において産後1か月の信頼性、妥当性が確認されている調査であり、継続的に本指標の経過をモニタリングすることは重要である。EPDS9点以上を示す高得点者のなかには、抑うつ状態だけでなく、不安障害や双極性障害といった他の精神疾患も含まれている可能性があり、本指標の数値はより現状を反映した妥当な数値と言えるのではないかと考えられる。新生児訪問をはじめとした母子保健事業で広く用いられるようになったことに加え、平成29年度より産婦健康診査事業が開始され、産後2週間健診や産後1か月健診時に医療機関で実施される機会も増えたこと等から中間評価時ではEPDS9点以上の褥婦の割合が9.8%と増加した。その後、直近の令和2年では9.7%と横ばいであることから、子育て世代包括支援センターや産前・産後サポート事業、産後ケア事業等の妊娠期間からの切れ目のない支援が妊産婦のメンタルヘルスの維持向上に一定程度寄与していると考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	周産期メンタルヘルスへの関心の高まりや産婦健康診査事業の広がりに伴って、産後2週間健診あるいは産後1か月健診の際に医療機関においてもEPDSを実施する体制を整える自治体が増え、1人の褥婦が短期間の間に複数回EPDSに回答するケースも出てきている。EPDSは日本において産後1か月の信頼性、妥当性が確認されている調査であり、継続的に本指標の経過をモニタリングすることは重要であるが、一人の女性が短期間に繰り返し同じスクリーニング検査を受けるような体制は出来るだけ回避しつつ、もし繰り返し使用することがあった場合においては、回答に際しての社会的望ましさなどによるバイアスも考慮した結果の判読や対応が必要であり、いつの時点で把握した(検査した)結果であるかについても注意していく必要がある。			
残された課題	EPDSの陽性的中率は50%と言われていることにも考慮し、うつだけにとどまらず不安障害などその他の精神疾患も含まれている可能性があることも念頭に、EPDS高得点者へのフォロー体制や周産期メンタルヘルスに対応する精神科医師との連携等、支援体制の整備が急がれる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査		
	②設問	①精神状態等を把握するため、褥婦にEPDSを実施している。 →a. 産後4週までに、全ての褥婦を対象に実施 b. 産後4週までに、必要に応じて実施 c. 産後8週までに、全ての褥婦を対象に実施 d. 産後8週までに、必要に応じて実施 e. 産後8週を超えて、全ての褥婦を対象に実施 f. 産後8週を超えて、必要に応じて実施 g. 実施していない ② ①で、a. ~f. と回答した場合、平成25年4月～平成26年3月において、 (i) EPDSを実施した褥婦の人数 (ii) (i)のうち、産後4週までのEPDSが9点以上の褥婦の人数		
	③算出方法	設問①で、a. と回答した市区町村138か所のうち、無効回答6か所を除いた市区町村132か所について ・EPDSを実施した褥婦の人数…33,998名 ・このうち、産後4週までのEPDSが9点以上の褥婦の人数…2,871名 産後1か月でEPDS9点以上の褥婦の割合=2,871/33,998×100=8.4% (参考)設問①の他の選択肢の回答結果:b. (64か所) c. (299か所) d. (192か所) e. (224か所) f. (72か所) g. (732か所) ※その他(5か所) ※無効回答(16か所)		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	②EPDS等の実施状況を回答してください。 (i)精神状態等を把握するため、褥婦にEPDSを実施しているか(リストから選択)。 →a. 全ての褥婦を対象として実施 b. 一部の褥婦を対象として実施 c. EPDS以外の連絡票や他の調査方法等の方法を実施して把握 d. 何も実施していない (ii)(i)で、a. b. と回答した場合のみ回答してください。産後1か月までの褥婦を原則対象にEPDSを実施している →(はい:○ いいえ:×) ④ ②(ii)で「○」と回答した場合市町村のみ回答してください。平成31年4月～令和2年3月の1年間における状況を回答してください。 (i) EPDS実施人数およびEPDSが9点以上の褥婦の人数を把握しているか→(はい:○ いいえ:×) (ii)(i)で「○」と回答した場合のみ回答してください。EPDS実施人数及びEPDSが9点以上の褥婦の人数を回答してください。 i) 産後1か月までにEPDSを実施した褥婦の人数 ii) i)のうち、産後1か月までのEPDSが9点以上の褥婦の人数		
	③算出方法	②でaと回答した市区町村の、(ii)の人数(41,775人)/(i)の人数(429,101人)×100=9.7%		
	④備考	②(i)でa. またはb. と回答した市区町村数 1,566か所 ④(i)で「はい」と回答した市区町村数 1,085か所((i)で「はい」と回答した1,187か所のうち、実施人数が「0」と回答した市町村102か所を除外した市区町村数)		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標9: 1歳までにBCG接種を終了している者の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
92.9% (平成24年度)	98.8% (平成28年度)	104.2% ※下記より算出しているため100%を超えるケースがあり得る 接種者数(2020年度に接種した実人数)/対象者数(人口推計の0歳人口) (令和2年)	—	—
調査				
定期の予防接種実施者数	定期の予防接種実施者数	地域保健・健康増進事業報告		
データ分析				
結果	ベースライン値から中間評価時で98.8%、直近値で104.2%と増加している。			
分析	平成24年度まで、BCGワクチンの接種は生後6か月に至るまでに接種することとなっていたが、平成25年度以降は生後1歳に至るまでの間(5か月から8か月未満を推奨)に接種すること変更された。期間が延びたことにより、接種終了者の割合が増えた可能性はある。今後の傾向も確認していく必要がある。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	結核の発生状況により乳幼児が結核に罹るリスクは変わってくるため、現在生後5~8か月が標準的な接種期間として推奨されているが、地域の実情に応じて接種推奨時期を検討する必要があるかもしれない。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	地域保健事業報告の「定期の予防接種被接種者数」 https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html		
	②設問	—		
	③算出方法	対象者数(該当年10月1日の推計人口)÷接種者数(該当年度に接種した実人数)		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標10: 1歳6か月までに四種混合・麻しん・風しんの予防接種を終了している者の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
三種混合 94.7% 麻しん 87.1% (平成25年度)	四種混合 96.8% 麻しん・風しん 91.3% (平成29年度)	四種混合 97.9% 麻しん・風しん 94.8% (令和2年度)	—	—
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	三種混合から四種混合に変更となっているが、接種割合としては増加している。また麻しん・風しんについても、着実に増加している。			
分析	乳児期の予防接種は種類、接種回数が多く、変更や追加も次々と行われているが、予防接種に関するキャンペーンや関係団体による普及啓発への取り組み等により、接種推奨期間に接種を終了する者の割合は着実に増加している。また、スマートフォンに対応した予防接種スケジュールアプリの無料提供などが行われていること、同時接種の勧奨なども、確実な接種への後押しとなっていると考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	2015年に日本は麻しん排除状態にあることがWHOにより認定された。かつては毎年春から初夏にかけて流行が見られていたが、排除後は、海外からの輸入例や、輸入例を発端とした集団発生事例を認める状況となった。近年は成人を中心には麻しんの流行が確認されており、引き続き乳児期の予防接種は高い接種率を保持していく必要がある。 百日咳についても近年流行が確認されており、特に乳児が罹患すると重症化しやすいため、生後3か月になったら接種するよう引き続き接種勧奨を行っていく必要があると考えられる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査		
	②設問	<p>1. 主調査: 平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(1歳6か月児) 【三種混合】 設問 ①三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)の予防接種(1期初回3回)を済ませましたか。→(1. はい 2. いいえ) ②「①で「1. はい」と回答した人に対して」1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)</p> <p>【麻しん】 設問 ①麻しん(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) ②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)</p> <p>2. 参考調査: 幼児健康度調査 設問 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。(複数回答) 1. ポリオワクチン 2. BCG 3. DPT三種混合ワクチン 4. 麻しん(はしか) 5. 風しん 6. MR混合ワクチン 7. 日本脳炎 8. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 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を含む) 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</p>		
	③算出方法	<p>1. 主調査: 平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(1歳6か月児) 【三種混合】②で1. か2. を選択した者の数/①で1. か2. と回答した者から②の無回答者を除外した回答者数×100 【麻しん】②で1. か2. を選択した者の数/①で1. か2. と回答した者から②の無回答者を除外した回答者数×100</p> <p>2. 参考調査: 幼児健康度調査 算出方法: 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。麻しんは、「麻しんもしくはMR混合ワクチンを接種」の結果を、風しんは、「風しんもしくはMR混合ワクチンを接種」の結果を用いた。</p>		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(1歳6か月児)		
	②設問	<p>【四種混合】 設問: 四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)の予防接種(第1期初回3回)を済ませましたか。→(1. はい 2. いいえ) 【麻しん・風しん】 設問: 麻しん・風しんの予防接種を済ませましたか。→(1. はい 2. いいえ)</p>		
	③算出方法	<p>算出方法: 「1. はい」と回答した者の数/無回答者を除外した回答者数×100 【四種混合】663,180/677,622×100=97.9 【麻しん・風しん】637,245/672,052×100=94.8</p>		
	④備考	<p>1. 主調査: 母子保健課調査…乳幼児健康診査(1歳6か月児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。 2. 参考調査: 幼児健康度調査</p>		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標11:不妊に悩む方への特定不妊治療支援事業の助成件数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
134,943件 (平成24年度)	139,752件 (平成29年度)	135,480件 (令和2年度)	—	—
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値の134,943件より中間評価時には約5,000件増え139,752件となったが、令和2年度は減少し135,480件であった。			
分析	晩婚化が進行し、不妊に悩む夫婦は増えていると言われており、それに伴い特定不妊治療に進む夫婦も増え、助成件数は増加したが、その後、件数の伸びは横ばいとなった。平成28年度より妻の年齢が、それまでは限度がなかったが43歳以上の場合は助成対象外となり、通算助成回数にも制限が設けられるなど制度の変更が実施されたことによる影響が考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	不妊に悩む方への支援は経済的な支援のみならず、相談やカウンセリングなども幅広く提供される必要がある。助成件数の増加は不妊について悩んでいる者(夫婦)が増加していることを示しているとも言えるため、自治体における相談体制の整備や、医療施設における不妊症看護認定看護師による支援の拡充などが望まれる。不妊治療のうち生殖補助医療等が令和4年4月から新たに保険適用となったため、不妊治療件数等に与える影響を注視していく必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(毎年度調査):特定不妊治療費助成制度の実績・成果の概要 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000047270.html		
	②設問	—		
	③算出方法	—		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	—		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題A:切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標12:災害などの突発事象が発生したときに、妊産婦の受入体制について検討している都道府県の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
23.4% (平成25年度)	51.1% (平成29年度)	63.8% (令和2年度)	—	—
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	中間評価の時点でベースライン値から倍増し、約半数の都道府県で体制が整った。さらに令和2年度では63.8%へ増加した。			
分析	東日本大震災以降、大規模な自然災害が続いている状況において、災害弱者と位置づけられる妊産婦や母子を災害時にどのように守るかについて検討する自治体が増加してきており、妊産婦の受入体制についての検討が進んでいると考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	災害はいつ、どこで起こるかわからないことから、体制整備を早急に進める必要があるが、当事者である妊産婦や母子がそれらの情報を知り、いざという時対応できるようにしておく必要があり、体制整備と共に情報発信、広報の必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(都道府県用)		
	②設問	災害時の妊産婦の受入体制について検討(※)している。(有:○ 無:×) (※)例えば、医療機関の機能が麻痺するような大災害が発生した場合の妊産婦の受入体制について、医療機関や関連団体等も交えて検討をしている等。		
	③算出方法	有○とした都道府県の数/47×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	有○とした都道府県の数 30/47×100=63.8%		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【健康水準の指標】				
指標1: 十代の自殺死亡率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
10～14歳 1.3(男 1.8/女 0.7) 15～19歳 8.5(男 11.3/女 5.6) (平成24年)	10～14歳 1.9(男 2.1/女 1.6) 15～19歳 7.8(男 11.1/女 4.3) (平成29年)	10～14歳 2.3(男2.3/女2.2) 15～19歳 11.4(男13.8/女8.9) (令和2年)	-10～14歳 減少 -15～19歳 減少	4. 評価できない
調査				
人口動態統計	人口動態統計	人口動態統計		
データ分析				
結果	ベースライン値に比較して、中間評価時は10～14歳は増加、15～19歳は減少したが、令和2年にはいずれも増加した。性別では、男女とも令和2年はベースライン値を上回った。直近値の10～14歳において男女の値がほぼ同値となった。			
分析	警察庁の自殺統計によると、未成年者の自殺における動機は、「学校問題」が最も多く、次いで「健康問題」であり、この状況は第1次の最終評価の時から変わっていない。しかし、その割合は、「学校問題」が平成24年は33.0%、平成29年は34.6%、令和2年は32.7%と横ばいの傾向にあり、対して「健康問題」は平成24年は22.9%、平成29年は19.1%、令和2年は23.2%と直近値は増加傾向にある。一方、文部科学省の令和2年度「児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸問題に関する調査」結果では、自殺した児童生徒(小・中・高校)が置かれていた状況は「不明」が52.5%と最も多くなっている。次いで「家庭不和」が12.8%、「精神障害」が11.1%であった。なお、「いじめの問題」は2.9%であった。 警察統計が未成年者の自殺の動機で学校問題を挙げる一方で、教育現場では児童生徒の自殺の要因を把握できていない現状がある。			
評価	10～14歳は中間調査時から低下していたものの令和2年に再び増加した。15～19歳は中間評価時から増加傾向が続いており、評価できない。			
調査・分析上の課題	警察庁の自殺統計データにおいても自殺率の増加が見られる。人口動態統計とは調査方法等が異なるため、両者を踏まえた検討が必要である。また、文部科学省の自殺に関するデータは、学校から報告があったもののみを集計しているため、結果の解釈に注意が必要である。			
残された課題	十代の自殺については、「学校問題」を動機とした場合が多いが、文部科学省の調査では、児童生徒が置かれた状況は「不明」とするものが半数以上を占めている。学校問題の詳細についての検討が求められる。新型コロナウイルス感染症流行に伴う生活様式の変化や学校、友人等の環境の変化などが自殺率に影響していないかどうか注視していく必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	人口動態統計		
	②設問	上巻 死亡 第5-16表 性・年齢別にみた死因简单分類別死亡率(人口10万対) 10-14歳および15-19歳の[2020年自殺]総数(男性、女性)		
	③算出方法	—		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	—		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【健康水準の指標】				
指標2:十代の人工妊娠中絶率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
7.1 (平成23年度)	4.8 (平成29年度)	3.8 (令和2年度)	4.0	1.改善した(①目標を達成した)
調査				
衛生行政報告例	衛生行政報告例	衛生行政報告例		
データ分析				
結果	ベースライン値に比較して着実に減少し、最終評価目標値を下回っている。			
分析	<p>十代の人工妊娠中絶実施率(人口千対)は、平成13年あたりをピークにその後減少してきた。ベースライン値を設定した平成23年度は微増に転じたものの、その後も減少を続け、最終評価目標値を下回る結果となっている。</p> <p>母子保健課調査による思春期保健対策に取り組んでいる地方公共団体の割合(参考指標3)を見ると、性に関する指導に地方公共団体は令和2年度時点で40.1%と、自殺防止対策(33.9%)、肥満及びやせ対策(20.6%)、薬物乱用防止対策(26.5%)を大きく上回っており、その成果が伺える。</p> <p>十代において、どれだけの率で妊娠が生じているかをみる概算妊娠率をみると、中絶実施率と同様に、平成23年度に微増に転じたものの平成14年度をピークに平成28年度まで減少を続けている。概算妊娠率の低下には、経口避妊薬の流通、緊急避妊薬の利用等の影響に加え、性行動の停滞傾向が関連していると考えられる。</p>			
評価	1.改善した(①目標を達成した)			
調査・分析上の課題	人工妊娠中絶実施率における大きな変動の背景要因を把握する社会科学的研究の枠組みが整備されていない。変動の要因について、他の政府統計や調査と組み合わせて検討する必要があり、その社会科学的研究の枠組みが求められる。			
残された課題	平成13年度をピークとする数値の上昇がなぜ発生したのかを解明する必要がある。また、都道府県の格差が大きいため地域差についても解明が求められる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	衛生行政報告例		
	②設問	F07「人口妊娠中絶実施率(15～49歳女子人口千対)、年齢階級・年次別」における「20歳未満」		
	③算出方法	分母に15～19歳の女子人口を用い、分子に15歳未満を含めた人工妊娠中絶件数を用いて算出。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	F07「人工妊娠中絶実施率(女子人口千対)、年齢階級・年次別」における「20歳未満」		
	③算出方法	同上		
	④備考	概算妊娠率:妊娠総数の率を示す概算値で、「人工妊娠中絶率+出生率」で表わされる指標		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【健康水準の指標】				
指標3:十代の性感染症罹患率				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
定点1カ所あたりの報告数 性器クラミジア 2.92 淋菌感染症 0.82 尖圭コンジローマ 0.33 性器ヘルペス 0.35 (平成24年)	定点1カ所あたりの報告数 性器クラミジア 2.13 淋菌感染症 0.57 尖圭コンジローマ 0.15 性器ヘルペス 0.29 実数による報告数 梅毒 303 (平成30年)	定点1カ所あたりの報告数 性器クラミジア 2.35 淋菌感染症 0.56 尖圭コンジローマ 0.20 性器ヘルペス 0.23 実数による報告数 梅毒 208 (令和2年)	減少	1. 改善した(①目標を達成した)
調査				
感染症発生動向調査	感染症発生動向調査	感染症発生動向調査		
データ分析				
結果	4つの性感染症すべてにおいて、中間評価時にはベースライン値よりも減少した。令和2年では性器クラミジアと尖圭コンジローマが中間評価時よりも増加したが、いずれもベースライン時より低い値となっている。			
分析	性器クラミジア感染症及び淋菌感染症は平成14年をピークに、また尖圭コンジローマと性器ヘルペスウイルス感染症は平成15年から漸次減少していた。性器クラミジア感染症と淋菌感染症は平成25年に微増に転じたもののその後は減少していた。令和2年では性器クラミジアと尖圭コンジローマが中間評価時よりもわずかながら増加しているため、今後の経緯を注視する必要がある。 性に関する指導に取り組む地方公共団体が多いこととともに、平成10年に改訂された中学校の学習指導要領に性感染症とその予防について記載され、その後の改定(平成20年、平成29年)でも引き続き性感染症に関する記載がされ、中学校の保健体育で指導がなされたことも十代への周知に影響していると考えられる。また、十代の人工妊娠中絶率や概算妊娠率の低下と同様の推移が見られることから、性行動の停滞傾向も関連していると考えられる。			
評価	1. 改善した(①目標を達成した)			
調査・分析上の課題	4つの性感染症が減少しているのに対して、梅毒の報告数が平成25年から増加している。中間評価により梅毒を追加することになり、今後も動向を確認する必要がある。			
残された課題	平成14年ごろをピークとする数値の上昇がなぜ発生したのかを解明する必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	感染症発生動向調査 性感染症(STD)報告数(年間報告数)		
	②設問	第12-1表. 報告数・定点当たり報告数, 年齢階級・性別・都道府県・全定点把握対象疾患別 -2017-		
	③算出方法	各感染症における年齢(5歳階級)別にみた性感染症(STD)報告数のうち、10~14歳及び15~19歳の報告数を合計したものをを用い、この合計数を感染症法に基づき都道府県知事が指定する定点における医療機関数をを用いて除した数値を定点1カ所あたりの件数として算出した。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	定点医療機関数: 981 ・性器クラミジア $26(10\sim14歳)+2,275(15\sim19歳)/981=2.35$ ・淋菌感染症 $7(10\sim14歳)+539(15\sim19歳)/981=0.56$ ・尖圭コンジローマ $2(10\sim14歳)+197(15\sim19歳)/981=0.20$ ・性器ヘルペス $16(10\sim14歳)+214(15\sim19歳)/981=0.23$ ・梅毒 10-14歳と15-19歳の合計		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【健康水準の指標】				
指標4: 児童・生徒における痩身傾向児の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
2.0% (平成25年度)	1.9% (平成29年度)	3.2% (令和2年度)	1.0%	3. 悪くなっている
調査				
学校保健統計調査	学校保健統計調査	学校保健統計調査		
データ分析				
結果	中間評価時はベースライン値とほぼ同じであったが、令和2年には1.2%増加した。			
分析	本指標はベースライン値からほぼ横ばいで推移している。参考データ(高校2年生男子、中学2年生男女、小学5年生男女)についてベースライン値と比較すると、高2男子は増加(1.88→4.07)、中2女子は減少(3.48→3.20)、中2男子は増加(1.46→2.99)、小5女子は減少(2.89→2.76)、小5男子は増加(2.48→2.76)であった。学年別の出現率では、高校生男子で高い傾向にある点は今後の推移を注視する必要がある。			
評価	3. 悪くなっている			
調査・分析上の課題	高2女子のデータを指標の評価データとしているが、出現率はそれよりも低年齢が高く、推移も増加しており、評価データとする学年の検討が必要。			
残された課題	思春期やせ症をはじめとする痩身傾向児出現の低年齢化に関する研究が必要である。 中学校の学習指導要領には、生活習慣病の中でやせや肥満を取り扱っているが、中学生女子で痩身傾向児の出現率が高く、推移も増加していることから、自らの体格を自覚させるとともに実効的な保健教育が求められる。併せて、児童生徒を取り巻く環境側の要因と個人要因の関与を明らかにし、思春期やせ症の予測モデルを確立するための研究が必要である。また、高校生男子で痩身傾向が増加している点を注視していく必要がある。新型コロナウイルス感染症流行に伴う生活様式の変化や学校、友人等の環境の変化などが痩身傾向児の増加に影響していないのかも併せて注視していく必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	学校保健統計調査		
	②設問	13 年齢別 痩身傾向児の出現率の推移(昭和52年度～平成29年度)(3-3)		
	③算出方法	性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度(過体重)を算出し、肥満度が-20%以下の者を痩身傾向児とし、学校保健統計調査による16歳(高校2年生)の女子の割合を評価するとともに、参考データとして10歳(小学校5年生)、13歳(中学校2年生)の男女、16歳(高校2年生)の男子の数値も継続的に算出する。 肥満度(過体重度)=[実測体重(kg)-身長別標準体重(kg)]/身長別標準体重(kg)×100(%) 身長別標準体重(kg)=a×実測身長(cm)-b なお、a及びbの係数は、「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」(公益社団法人日本学校保健会、平成18年)を参照のこと。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	令和2年度学校保健統計調査の公表について⇒令和2年度学校保健統計 調査結果のポイント⇒令和2年度 身長・体重の平均値及び肥満傾向児及び痩身傾向児の割合		
	③算出方法	16歳(高校2年生)の女子の割合		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【健康水準の指標】				
指標5: 児童・生徒における肥満傾向児の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
9.5% (平成25年度)	8.9% (平成29年度)	11.9% (令和2年度)	7.0%	3. 悪くなっている
調査				
学校保健統計調査	学校保健統計調査	学校保健統計調査		
データ分析				
結果	中間評価時はベースライン値よりも減少したが、令和2年には2.4%増加した。			
分析	<p>評価指標の小学5年生とともに、参考データの高校2年生及び中学2年生について、ベースライン値と比較すると、小5女子(7.96→9.47)、小5男子(10.90→14.24)、高2女子(7.66→6.59)、高2男子(10.46→11.54)、中2女子(7.83→8.53)、中2男子(8.97→12.18)、高2女子を除いていずれも増加している。学年及び性別の出現率では、各学年とも総じて男子の出現率が高く、特に高校生においては男子が女子よりも4.8から5.0ポイントほど出現率が高くなっている。</p> <p>年齢区分別の摂取エネルギーの推移では回帰直線の傾きからいずれも減少の傾向にあり、特に男子よりも女子の方が減少の割合が大きい。また、令和元年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査結果からは、肥満および痩身では1週間の総運動時間が60分未満(0分を含む)の割合が高かった。食事や運動が肥満の動向に影響していることが考えられる。</p>			
評価	3. 悪くなっている			
調査・分析上の課題	肥満傾向児の出現率だけでなく、肥満の状況別にどのような分布を示しているのか、その状況についても検討が必要である。			
残された課題	<p>医療的な対応が必要な肥満傾向児に関しては、医療と教育との連携の上で、保護者に適切な早期対応を啓発していく必要がある。</p> <p>また、家族全体の生活習慣改善が必要なケースなど、関連する背景・要因が多様であり、社会的要因、経済的要因等を含めて分析することが求められる。特に親の食に対する考え方や行動を把握しながら、子どもが何を食べているかのみならず、どのように食べているかを含めた、総合的な食行動改善・日常生活習慣改善のための教育的アプローチを行っていく必要がある。</p> <p>これらの対策を効果的に推進するためには、養護教諭、栄養教諭や担任教諭をはじめとした学校や地域の専門職の更なる資質向上と連携を図り、種々の関係者が取組に参画できるようにする必要がある。新型コロナウイルス感染症流行に伴う生活様式の変化や学校、友人等の環境の変化などが肥満傾向児の増加に影響していないかどうか注視していく必要がある。</p>			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	学校保健統計調査		
	②設問	12 年齢別 肥満傾向児の出現率の推移(昭和52年度～平成29年度)(3-1)		
	③算出方法	<p>性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度(過体重)を算出し、肥満度が20%以上の者を肥満傾向児とし、学校保健統計調査による10歳(小学5年生)の男女合計値の割合を評価するとともに、参考データとして10歳(小学校5年生)、13歳(中学校2年生)、16歳(高校2年生)の男子及び女子の数値も継続的に算出する。</p> <p>肥満度(過体重度)=[実測体重(kg)-身長別標準体重(kg)]/身長別標準体重(kg)×100(%)</p> <p>身長別標準体重(kg)=a×実測身長(cm)-b</p> <p>なお、a及びbの係数は、「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」(公益社団法人日本学校保健会・平成18年)を参照のこと。</p>		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	令和2年度学校保健統計調査の公表について⇒令和2年度学校保健統計 調査結果のポイント⇒令和2年度 身長・体重の平均値及び肥満傾向児及び痩身傾向児の割合		
	③算出方法	10歳(小学5年生)の男女合計値の割合		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【健康水準の指標】				
指標6:歯肉に炎症がある十代の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
25.7% (平成23年)	26.3% (平成28年)	同左	20.0%	4. 評価できない
調査				
歯科疾患実態調査	歯科疾患実態調査	同左		
データ分析				
結果	中間評価時はベースライン値に比較して増加していたが、中間評価以降令和2年までに調査が行われていない。			
分析	歯肉に炎症がある十代の割合は、平成11年(23.3%)、平成17年(25.1%)、平成23年(25.7%)、平成28(26.7%)と増加を続けている。学校歯科保健において歯肉炎の予防は重要な課題とされている。小学校及び中学校の学習指導要領においても歯と歯肉の健康についての記載がなされ、保健教育が取り組まれているが、歯肉の状況は改善できていない。			
評価	4. 評価できない			
調査・分析上の課題	学校保健統計による歯肉に炎症がある小・中・高校生の割合は、令和2年で1.0%から4.3%までの間にあり、歯科疾患実態調査と大きな差がある。学校保健統計の推移では、小・中・高校ともに減少の傾向にある。また、学年別では小学校の低学年から学年が上がるにつれて割合が高くなり、中学と高校では同程度の割合となる。歯科疾患実態調査と学校保健統計のデータの違いについて、検討する必要がある。			
残された課題	むし歯を有する子どもの割合の減少は、フッ化物塗布や人工甘味料の普及等が要因として考えられる。一方、歯肉に炎症がある子どもの割合の増加は、歯口清掃(歯磨き等)が不十分であることが要因の一つとして考えられる。正しい歯口清掃の方法等を指導する保健教育の取り組みが求められる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	歯科疾患実態調査 歯肉の所見の有無(CPI個人最大コード)、性・年齢階級別(5歳以上・永久歯)		
	②設問	歯周疾患のスクリーニング評価であるCPI(Community Periodontal Index;地域歯周疾患指数)にて、軽度の歯肉炎症の代表的な所見である出血を示すコードを有する者を歯肉炎保有者とした。		
	③算出方法	$10\sim 14$ 歳及び $15\sim 19$ 歳のうち、フロービング後の出血(code1)/(総数-不詳)×100 (43+26)/(283-12)×100=25.5		
	④備考	歯科疾患実態調査: 全国を対象として、平成28年国民健康・栄養調査において設定される地区(平成22年国勢調査の調査区から層化無作為抽出した全国計475地区)からさらに抽出した150地区内の満1歳以上の世帯員を調査客体とする。 調査票記入要領の定めるところにより、次の事項を調査票に記入した。 1)被調査者本人が記入する事項 2)調査員が被調査者に質問して記入する事項 3)調査員が被調査者の口腔内診査を実施して、その結果を記入する事項 なお、これまでベースライン値は25.7%としてきたが、今回見直しを行った結果、25.5%((43+26)/(170+113-9-3)×100=25.461→25.5%)が正しいと思われる。再検討が必要と思われる。		
直近値のデータ算出方法	①調査名	平成28年歯科疾患実態調査 表V-3-1 歯肉出血を有する者(人数・割合)、性・年齢階級別(10歳以上・永久歯)		
	②設問	同上		
	③算出方法	$10\sim 14$ 歳及び $15\sim 19$ 歳のうち、歯肉出血が「あり」と診断された人数を総数で除して算出した。 (29+15)/(118+49)×100=26.3		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策																																																					
【健康行動の指標】																																																					
指標7:十代の喫煙率																																																					
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)																																																	
中学1年 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年 男子 8.6% 女子 3.8% (平成22年度)	中学1年 男子 0.4% 女子 0.4% 高校3年 男子 3.0% 女子 1.4% ※ベースラインと設問等が異なる (平成29年度)	同左	中学1年 男子・女子 0% 高校3年 男子・女子 0%	4. 評価できない																																																	
調査																																																					
平成22年度厚生労働科学研究 (大井田班) ※平成22年度調査であり、確定値は平成24年度報告書参照	平成29年度厚生労働科学研究 (尾崎班)	同左																																																			
データ分析																																																					
結果	中間評価時はベースライン値に比較して減少していたが、中間評価以降令和2年までに比較可能な結果が得られていない。																																																				
分析	喫煙率は、学年があがるにつれ増加し、女子より男子が高いという、これまでの調査と同様の傾向が明らかとなった。また、これまでの調査と比較し、喫煙率は減少していた。 平成29年度調査(尾崎班)より従来の紙巻きタバコに加え、加熱式タバコと電子タバコについても調査されるようになったが、使用頻度は紙巻きタバコ>電子タバコ>加熱式タバコの順が多かった。学年別では、中1女子の加熱式タバコと電子タバコの使用頻度が紙巻きタバコと比較して高く、男女差が小さかった。さらに同調査によると、年齢確認が厳しい、価格が高い、自動販売機が使えない等の理由でタバコが手に入りにくい状況があることが示された。一方で加熱式タバコや電子タバコはインターネットでの購入が多かった。 平成16年の健康増進法の施行以降、公共施設における分煙や禁煙の推進や、学校での保健教育による喫煙防止の継続が喫煙率減少につながったことが考えられる。また、国民健康・栄養調査では周囲の大人の喫煙率は減少傾向にあり、これらにより子どもの喫煙率が減少したことが考えられる。																																																				
評価	4. 評価できない																																																				
調査・分析上の課題	喫煙については、国民健康・栄養調査において、生活習慣調査として定期的に全国調査を行っているが、未成年者を対象としていないことから、今後も厚生労働科研など一定の対象数を確保できる既存の調査方法による定期的な調査が必要である。																																																				
残された課題	喫煙率は減少したが、高校生男子をはじめ、まだ一定の喫煙者がみられる。これまでの保健教育とともに個人の規範意識醸成や自己効力感の育成に取組むとともに、家族の喫煙状況からの影響を考慮し、家族支援の実施も重要と考える。 中学生、高校生のスマートフォンの普及率やインターネット利用率の高さ(スマホ普及率:中学67.0%・高校94.2%、ネット利用率:中学97.4%・高校98.9%:内閣府令和2年度 青少年のインターネット利用環境実態調査)から、加熱式タバコや電子タバコの未成年者へのインターネット販売の規制に取組む必要がある。																																																				
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究(研究代表者:大井田隆)																																																			
	②設問	(質問23)この30日間に何日タバコを吸いましたか? 1. 0日 2. 1か2日 3. 3~5日 4. 6~9日 5. 10~19日 6. 20~29日 7. 毎日(30日)																																																			
	③算出方法	1か2日以上吸った者(選択2~7)を回答者数(不明を含む)で除して算出。																																																			
	④備考	本指標では母数に不明を含んでいるが、「基盤課題B-8:十代の飲酒率」では健康日本21(第2次)では母数から不明を除外して算出していると思われる。両指標とも同様の調査結果から値を算出しており、どちらかに統一させた方がよいと考える。 また、中間評価時に本指標のベースライン値から直近値までのデータを改めて確認した。本指標値は健康日本21(第2次)の指標にもなっているが、確認のため、健康日本21(第2次)の数値とその数値算出に用いられた調査の報告書を確認し算出したところ、平成26年度の高校3年生女子の値が異なった。																																																			
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2">不明を母数に含む</th> <th>健康日本21(第2次)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ベースライン (平成22年度)</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td>103/6,435×100=1.6</td> <td>1.6</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>59/6,606×100=0.9</td> <td>0.9</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td>783/9,056×100=8.6</td> <td>8.6</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>362/9,410×100=3.8</td> <td>3.8</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">平成24年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td>80/6,920×100=1.2</td> <td>1.2</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>49/6,485×100=0.8</td> <td>0.8</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td>568/10,215×100=5.6</td> <td>5.6</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>245/9,835×100=2.5</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">平成26年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td>53/5,467×100=1.0</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>17/5,061×100=0.3</td> <td>0.3</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td>350/7,606×100=4.6</td> <td>4.6</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>132/9,122×100=1.4</td> <td>1.5</td> </tr> </tbody> </table>			不明を母数に含む		健康日本21(第2次)	ベースライン (平成22年度)	中学3年生	男子	103/6,435×100=1.6	1.6	女子	59/6,606×100=0.9	0.9	高校3年生	男子	783/9,056×100=8.6	8.6	女子	362/9,410×100=3.8	3.8	平成24年度	中学3年生	男子	80/6,920×100=1.2	1.2	女子	49/6,485×100=0.8	0.8	高校3年生	男子	568/10,215×100=5.6	5.6	女子	245/9,835×100=2.5	2.5	平成26年度	中学3年生	男子	53/5,467×100=1.0	1.0	女子	17/5,061×100=0.3	0.3	高校3年生	男子	350/7,606×100=4.6	4.6	女子	132/9,122×100=1.4	1.5
		不明を母数に含む		健康日本21(第2次)																																																	
ベースライン (平成22年度)	中学3年生	男子	103/6,435×100=1.6	1.6																																																	
		女子	59/6,606×100=0.9	0.9																																																	
	高校3年生	男子	783/9,056×100=8.6	8.6																																																	
		女子	362/9,410×100=3.8	3.8																																																	
平成24年度	中学3年生	男子	80/6,920×100=1.2	1.2																																																	
		女子	49/6,485×100=0.8	0.8																																																	
	高校3年生	男子	568/10,215×100=5.6	5.6																																																	
		女子	245/9,835×100=2.5	2.5																																																	
平成26年度	中学3年生	男子	53/5,467×100=1.0	1.0																																																	
		女子	17/5,061×100=0.3	0.3																																																	
	高校3年生	男子	350/7,606×100=4.6	4.6																																																	
		女子	132/9,122×100=1.4	1.5																																																	
直近値のデータ算出方法	①調査名	厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究(研究代表者:尾崎米厚)																																																			
	②設問	(質問24)この30日間に、何日、紙巻きタバコを吸いましたか? 1. 0日 2. 1か2日 3. 3~5日 4. 6~9日 5. 10~19日 6. 20~29日 7. 毎日(30日)																																																			
	③算出方法	1か2日以上吸った者(選択2~7)の割合を合計して算出した。 ※平成29年度厚生労働科学研究(尾崎班)報告書では、%のみの記載のため、以下の通り%から算出した。 中学1年 男子 0.3(1-2日)+0.0(3-5日)+0.0(6-9日)+0.0(10-19日)+0.0(20-29日)+0.1(毎日)=0.4 女子 0.2+0.0+0.0+0.0+0.0+0.2=0.4 高校3年 男子 0.5+0.3+0.1+0.3+0.4+1.4=3.0 女子 0.2+0.4+0.1+0.1+0.2+0.4=1.4																																																			
	④備考	社会環境の変化を踏まえて、喫煙について紙巻きタバコ、加熱式タバコ、電子タバコに分けて質問している。																																																			

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策																																																																	
【健康行動の指標】																																																																	
指標8: 十代の飲酒率																																																																	
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)																																																													
中学3年 男子 10.5% 女子 11.7% 高校3年 男子 21.7% 女子 19.9% (平成22年度)	中学3年 男子 3.6% 女子 2.7% 高校3年 男子 10.4% 女子 8.0% ※ベースラインと設問が異なる (平成29年度)	同左	中学3年 男子・女子 0% 高校3年 男子・女子 0%	4. 評価できない																																																													
調査																																																																	
平成22年度厚生労働科学研究(大井班) ※平成22年度調査であり、確定値は平成24年度報告書参照	平成29年度厚生労働科学研究(尾崎班)	同左																																																															
データ分析																																																																	
結果	中間評価時はベースライン値に比較して減少していたが、中間評価以降令和2年までに比較可能な結果が得られていない。																																																																
分析	ベースライン設定時は性差がほとんどなく、中学生においては、それ以前と逆転して女子の飲酒率の方が高くなっていたが、直近値では再度男子の方が高くなっている。また、飲酒率は学年があがるにつれて増加している。さらに平成29年度調査(尾崎班)によると、学年が低い生徒は果物味の甘い酒をよく飲んでいる。また、酒の入手先では家にある酒という回答が最も多かった。一方で、国民健康・栄養調査によると周囲の大人の飲酒率は減少傾向にあり、このことが十代の飲酒率の減少につながったと考えられる。																																																																
評価	4. 評価できない																																																																
調査・分析上の課題	飲酒行動については、国民健康栄養調査において、生活習慣調査として定期的に全国調査を行っているが、未成年者を対象としていないことから、今後も厚生労働科研など一定の対象数を確保できる既存の調査方法による定期的な調査が必要である。																																																																
残された課題	コンビニエンスストアなどにおける年齢確認の実施により、未成年者が家の外で酒を購入することが難しくなっている。一方、平成29年度調査(尾崎班)でも指摘されているように、未成年者の酒の入手先は家の中が最も多く、家庭内の酒の管理が問題である。また、同調査では、学年が低い生徒が果物味の甘い酒を飲んでいることから、未成年者の酒の入り口となりやすいこれらの酒の取り扱いについて規制等が必要である。親から酒を勧められた経験は、学年があがるにつれて増加している。前回調査よりは減少しているが、一定数存在しており、酒の管理の問題とともに家族への啓発が求められる。																																																																
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究(研究代表者:大井田隆)																																																															
	②設問	(質問5)この30日間に、少しでもお酒を飲んだ日は合計何日になりますか? 1. 0日 2. 1か2日 3. 3~5日 4. 6~9日 5. 10~19日 6. 20~29日 7. 毎日(30日)																																																															
	③算出方法	1か2日以上飲んだ者(選択2~7)を回答者数(不明を含む)で除して算出。 既定のベースライン値は、中学3年(男子:8.0%、女子:9.1%)、高校3年(男子:21.0%、女子:18.5%)である。この値は、次に示す設問と算出方法を用いていたと思われる。 設問:(質問4)あなたはお酒をどのくらいの頻度で飲みますか?あてはまる数字に1つ○をつけてください。 1. 飲まない 2. 年に1、2回 3. 月に1、2回 4. 週末ごとに 5. 週に数回 6. 毎日 算出方法:3~6の合計/回答者数(不明含む)×100 本指標は、健やか親子21の第1次でも用いられており、その際、健康日本21の目標値と合わせて設定されていた。健康日本21では第1次までは(質問4)の設問と算出方法を用いていたが、第2次になる際に設問と算出方法を(質問5)とその算出方法に変更した。健やか親子21(第2次)でも同様としたと思われるが、設問と算出方法の記載は変更したが、第2次のベースライン値を健やか親子21(第1次)最終評価値(上記、質問4における回答結果)をそのまま用いてしまったと思われる。新しい設問(質問5)および算出方法での数値を記載できていない。 また、健康日本21(第2次)の数値は不明を母数から除外して算出していると考えられることから、本指標でも不明を母数から除外した値も算出した。以下に上記「③算出方法」で計算した結果、不明を母数に含まない結果、健康日本21(第2次)の数値を示す。																																																															
	④備考	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>不明を母数に含む</th> <th>不明を母数に含まない</th> <th>健康日本21(第2次)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">ベースライン (平成22年度)</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td>47/6,207×100=10.4</td> <td>647/6,157×100=10.5</td> <td>10.5</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>729/6,269×100=11.6</td> <td>729/6,225×100=11.7</td> <td>11.7</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td>1,951/9,056×100=21.5</td> <td>1,951/9,013×100=21.6</td> <td>21.7</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>1,861/9,410×100=19.8</td> <td>1,861/9,353×100=19.9</td> <td>19.9</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">平成24年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td>589/6,186×100=9.5</td> <td>589/6,145×100=9.6</td> <td>9.6</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>542/6,019×100=9.0</td> <td>542/5,991×100=9.0</td> <td>9.0</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td>1,642/10,215×100=16.1</td> <td>1,642/10,178×100=16.1</td> <td>16.1</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>1,623/9,835×100=16.5</td> <td>1,623/9,800×100=16.6</td> <td>16.6</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">平成26年度</td> <td rowspan="2">中学3年生</td> <td>男子</td> <td>375/5,320×100=7.0</td> <td>375/5,204×100=7.2</td> <td>7.2</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>264/5,145×100=5.1</td> <td>264/5,044×100=5.2</td> <td>5.2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">高校3年生</td> <td>男子</td> <td>1,019/7,606×100=13.4</td> <td>1,019/7,447×100=13.7</td> <td>13.7</td> </tr> <tr> <td>女子</td> <td>978/9,122×100=10.7</td> <td>978/8,962×100=10.9</td> <td>10.9</td> </tr> </tbody> </table>					不明を母数に含む	不明を母数に含まない	健康日本21(第2次)	ベースライン (平成22年度)	中学3年生	男子	47/6,207×100=10.4	647/6,157×100=10.5	10.5	女子	729/6,269×100=11.6	729/6,225×100=11.7	11.7	高校3年生	男子	1,951/9,056×100=21.5	1,951/9,013×100=21.6	21.7	女子	1,861/9,410×100=19.8	1,861/9,353×100=19.9	19.9	平成24年度	中学3年生	男子	589/6,186×100=9.5	589/6,145×100=9.6	9.6	女子	542/6,019×100=9.0	542/5,991×100=9.0	9.0	高校3年生	男子	1,642/10,215×100=16.1	1,642/10,178×100=16.1	16.1	女子	1,623/9,835×100=16.5	1,623/9,800×100=16.6	16.6	平成26年度	中学3年生	男子	375/5,320×100=7.0	375/5,204×100=7.2	7.2	女子	264/5,145×100=5.1	264/5,044×100=5.2	5.2	高校3年生	男子	1,019/7,606×100=13.4	1,019/7,447×100=13.7	13.7	女子	978/9,122×100=10.7	978/8,962×100=10.9
		不明を母数に含む	不明を母数に含まない	健康日本21(第2次)																																																													
ベースライン (平成22年度)	中学3年生	男子	47/6,207×100=10.4	647/6,157×100=10.5	10.5																																																												
		女子	729/6,269×100=11.6	729/6,225×100=11.7	11.7																																																												
	高校3年生	男子	1,951/9,056×100=21.5	1,951/9,013×100=21.6	21.7																																																												
		女子	1,861/9,410×100=19.8	1,861/9,353×100=19.9	19.9																																																												
平成24年度	中学3年生	男子	589/6,186×100=9.5	589/6,145×100=9.6	9.6																																																												
		女子	542/6,019×100=9.0	542/5,991×100=9.0	9.0																																																												
	高校3年生	男子	1,642/10,215×100=16.1	1,642/10,178×100=16.1	16.1																																																												
		女子	1,623/9,835×100=16.5	1,623/9,800×100=16.6	16.6																																																												
平成26年度	中学3年生	男子	375/5,320×100=7.0	375/5,204×100=7.2	7.2																																																												
		女子	264/5,145×100=5.1	264/5,044×100=5.2	5.2																																																												
	高校3年生	男子	1,019/7,606×100=13.4	1,019/7,447×100=13.7	13.7																																																												
		女子	978/9,122×100=10.7	978/8,962×100=10.9	10.9																																																												
直近値のデータ算出方法	①調査名	厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究(研究代表者:尾崎米厚)																																																															
	②設問	(質問5)この30日間に、少しでもお酒を飲んだ日は合計何日になりますか? 1. 0日 2. 1か2日 3. 3~5日 4. 6~9日 5. 10~19日 6. 20~29日 7. 毎日(30日)																																																															
	③算出方法	1か2日以上飲んだ者(選択2~7)の割合を合計して算出した。 ※平成29年度厚生労働科学研究(尾崎班)報告書では、%のみの記載のため、以下の通り%から算出した。 中学3年 男子 2.3(1-2日)+1.0(3-5日)+0.1(6-9日)+0.1(10-19日)+0.1(20-29日)+0.1(毎日)=3.6 女子 1.9+0.5+0.1+0.1+0.1+0.0=2.7 高校3年 男子 5.0+3.4+0.7+0.9+0.4+0.2=10.4 女子 4.7+2.5+0.3+0.4+0.1+0.1=8.0																																																															
	④備考	研究班が大井田班から尾崎班に替わった。																																																															

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【健康行動の指標】				
指標9: 朝食を欠食する子どもの割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
小学6年生 11.0% 中学3年生 16.3% (平成22年度)	小学6年生 15.2% 中学3年生 20.2% (平成30年度)	小学6年生 14.2% 中学3年生 18.1% (令和3年度)	小学6年生 8.0% 中学3年生 10.0%	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)
児童生徒の食事状況等調査 (独立行政法人日本スポーツ振興センター)	全国学力・学習状況調査	全国学力・学習状況調査		
データ分析				
結果	ベースライン値と調査が異なるため比較ができないが、中間評価時から小学6年生、中学3年生ともに減少した。			
分析	<p>ベースライン値との比較はできないが、全国学力・学習状況調査において、朝食欠食についての設問が設定されている。子どもの朝食欠食は、平成25年度までやや減少または横ばいの傾向にあったが、平成26年頃から微増の傾向に転じ、直近値の令和2年度値は小学生中学生ともに平成22年度値を超えている。</p> <p>平成18年度より文部科学省と「早寝早起き朝ごはん」全国協議会が連携し、「早寝早起き朝ごはん」国民運動を推進している。また、学校等においても保健教育で朝食の重要性を指導しており、朝食の重要性を示す啓発と教育が行われている。「早寝早起き朝ごはん」国民運動の在り方が問われている。</p> <p>平成29年度の国民健康・栄養調査における成人の朝食欠食率は、男性20～29歳は30.6%、30～39歳は23.3%、40～49歳は25.8%が欠食し、女性も20～29歳は23.6%、30～39歳は15.1%、40～49歳は15.3%が欠食しており、とりわけ30代と40代においては緩やかな増加の傾向にある。親世代の欠食率の高さが朝食がない家庭環境につながっていると考えられる。</p>			
評価	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	<p>ベースライン値とした児童生徒の食事状況等調査(独立行政法人日本スポーツ振興センター)は平成22年度のデータが最新のものであり、その後は調査がなされていない。</p> <p>また、国民健康・栄養調査においても朝、昼、夕別にみた1日の食事状況を調査しており、朝食欠食の状況を把握することができるが、年齢区分が7～14歳と15～19歳と幅があり、ベースライン値と比較することができない。</p> <p>ベースライン値と学年が1学年異なるが、文部科学省が平成19年より毎年実施している全国学力・学習状況調査において、朝食の摂取状況について把握している。児童生徒の食事状況等調査と比較して、学力調査の方が数値が高く算出されており注意が必要であるが(平成22年度値:学力調査:小6;16.3%、中3;11.0%)、中間評価時にデータソースを全国学力・学習状況調査へと変更した。</p>			
残された課題	朝食摂取は、保護者の朝食欠食、さらに保護者の心身の健康や経済的な問題等、家庭の要因も大きく影響していることが考えられる。啓発と教育にとどまらず、家庭への支援が求められる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	全国学力・学習状況調査 質問紙調査		
	②設問	[児童質問紙][生徒質問紙] (1)朝食を毎日食べていますか 1. している 2. どちらかといえば、している 3. あまりしていない 4. 全くしていない		
	③算出方法	「2. どちらかといえば、している」「3. あまりしていない」「4. 全くしていない」と回答した者の割合を合計して算出した。		
	④備考	平成23年度は東日本大震災の影響等により実施せず。		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【環境整備の指標】				
指標10: 学校保健委員会を開催している小学校、中学校、高等学校の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
小学校・中学校 89.7% 高等学校 86.9% (平成27年度)	小学校・中学校 91.9% 高等学校 87.8% (平成29年度)	小学校・中学校 92.3% 高等学校 87.7% (平成30年度)	100%	1. 改善した(②目標に達していないが改善した)
調査				
文部科学省初等中等教育局 健康教育・食育課調べ	文部科学省初等中等教育局 健康教育・食育課調べ	文部科学省初等中等教育局 健康教育・食育課調べ		
データ分析				
結果	ベースライン時と比較し、小学校・中学校では増加、高等学校では中間評価時と平成30年度はほぼ横ばいであるが、いずれもベースライン時よりも高い値である。			
分析	ベースライン値に比較して小・中学校において2.6%、高校において0.8%の増加が見られた。学校保健委員会は平成20年度の中教審答申において、学校、家庭、地域における連携を促進する役割を明示された。近年、学校における児童生徒が有する課題は複雑多岐にわたっており、連携による対応が必要となっていることもあり、委員会を開催している学校が増加したことが考えられる。日本学校保健会による「学校保健委員会に関する調査」報告書によると、学校保健委員会の成果として、学校医等との連携が深まった、学校保健課題の校内での共有化を促進できたとの回答が多かったとされる。			
評価	1. 改善した(②目標に達していないが改善した)			
調査・分析上の課題	この調査は年1回以上、委員会を開催した場合をカウントしている。より実効的な委員会開催状況の把握が求められる。			
残された課題	日本学校保健会による調査では、開催時間の設定や時間の確保が難しい、議題や進め方がマンネリ化してきている、一部の職員に負担がかかり、共通理解が得にくい、参加者が集まらないといった課題が示されている。見直しを持った活動や校種を超えた情報収集や運営の工夫など、活動の充実化に向けた取組が求められる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課調べ		
	②設問	公立学校における学校保健委員会の設置状況		
	③算出方法	学校保健委員会を開催している小学校、中学校、高校について、それぞれ1回以上開催している公立学校の総数を全公立学校数で除して算出した。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【環境整備の指標】				
指標11:地域と学校が連携した健康等に関する講習会の開催状況				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
53.6% (平成25年度)	63.2% (平成29年度)	58.7% (令和2年度)	100%	1.改善した(②目標に達していないが改善した)
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	令和2年度は中間評価時よりも減少したが、ベースライン値よりも高い値となっている。			
分析	経年では、令和2年度は中間評価時よりも減少したが、ベースライン値よりも高い値となっている。近年、学校における児童生徒が有する課題は複雑多岐にわたっており、とりわけチーム学校の考え方が公表されて以降、学校と家庭や地域との連携・協働によって教育活動を進めることが求められるようになってきていることもあり、地域と学校が連携した健康等に関する講習会を実施している自治体の割合が増加したことが考えられる。直近値は令和2年度のものであり、新型コロナウイルス感染症流行による開催見合わせの影響があったと考えられる。			
評価	1.改善した(②目標に達していないが改善した)			
調査・分析上の課題	実際に講習会を実施している学校数や回数、内容に関するデータは見えない。			
残された課題	地域保健と学校保健の二者連携だけでなく、医師会等を含めた三者連携が必要である。開催率が最も高いところは100%であり、最も低いところは34.6%であり、地域ごとの格差が大きい。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	思春期保健対策に関する事業の実施状況について		
	③算出方法	1.①～⑥の事業について、講習会等の開催及び学校との連携に重複回答した市区町村数を全市区町村数で除して割合を算出。 ・①自殺防止対策 ②性に関する指導 ③肥満及びやせ対策 ④薬物乱用防止対策(喫煙、飲酒を含む) ⑤食育 ⑥その他 ・学校との連携とは、学校保健委員会に構成員として参画したり、学校から相談を受けたりするなどして、健康に関する課題を共有し、何らかの対策に取り組んでいること。 2.①～⑥の事業のうち、いずれか1つに重複して取り組む市区町村数を全市町村数で除して割合を算出。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	①～⑥の事業のうち、いずれか1つに重複して取り組む市区町村数を全市区町村数で除して割合を算出。 ※いずれにも取り組んでいない市区町村数=719 講習会等の開催及び学校との連携に重複回答した市区町村数=1,741-719=1,022 $1,022/1,741 \times 100 = 58.7$		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標1: スクールカウンセラーを配置する小学校、中学校の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
小学校 37.6% 中学校 82.4% その他 1,534箇所 (平成24年度)	小学校 66.0% 中学校 89.6% その他 2,546箇所 (平成29年度)	小学校 90.0% 中学校 97.0% その他 3,340箇所 (令和2年度)	—	—
調査				
文部科学省初等中等教育局 児童生徒課調べ	文部科学省初等中等教育局 児童生徒課調べ	文部科学省初等中等教育局 児童生徒課調べ		
データ分析				
結果	中間評価時の値よりもさらに増加し、直近値で小学校、中学校ともに90%以上となった。			
分析	文部科学省は、国の貧困対策の一環として、平成31年度までに全公立小中学校(27,500校)にスクールカウンセラーの配置を目指したことを反映して、令和2年度は小学校、中学校ともに90%以上に達している。			
評価	—			
調査・分析上の課題	—			
残された課題	スクールカウンセラー等活用事業とともに緊急スクールカウンセラー等活用事業によって配置箇所数が急増しており、人材の確保が課題。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	全公立小学校、中学校のうち、国で補助しているスクールカウンセラー等活用事業でスクールカウンセラーが配置されている学校の割合		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標2:スクールソーシャルワーカーの配置状況				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
784人 (平成24年度)	2,041人 (平成29年度)	2,859人 (令和2年度)	—	—
調査				
文部科学省初等中等教育局 児童生徒課調べ	文部科学省初等中等教育局 児童生徒課調べ	文部科学省初等中等教育局 児童生徒課調べ		
データ分析				
結果	ベースライン、中間評価時よりも増加している。			
分析	平成25年度から、いじめ対策等総合推進事業の一環として実施し、さらに平成27年度からは貧困対策事業による重点加配があったことから雇用人数が増加している。文部科学省は、国の貧困対策の一環として、平成31年度までに全公立中学校にスクールカウンセラーの配置を目指したため(約1万人)、令和2年度の雇用人数は中間評価時よりも増加したと考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	—			
残された課題	課題を有する児童生徒の低年齢化するとともに、課題が複雑多様化している中で、スクールカウンセラーと同じく、小学校への配置が求められる。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	文部科学省初等中等教育局児童生徒課調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	全公立小学校、中学校のうち、国で補助しているスクールソーシャルワーカー活用事業でスクールソーシャルワーカーとして雇用された実人数		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標3:思春期保健対策に取り組んでいる地方公共団体の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
自殺防止対策 19.2% 性に関する指導 41.1% 肥満及びやせ対策 18.0% 薬物乱用防止対策 24.6% (喫煙、飲酒を含む) 食育 48.0% (平成25年度)	自殺防止対策 26.7% 性に関する指導 44.0% 肥満及びやせ対策 23.4% 薬物乱用防止対策 29.1% (喫煙、飲酒を含む) 食育 55.1% (平成29年度)	自殺防止対策 33.9% 性に関する指導 40.1% 肥満及びやせ対策 20.6% 薬物乱用防止対策 26.5% (喫煙、飲酒を含む) 食育 46.4% (令和2年度)	—	—
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	中間調査時点では、自殺防止対策、性に関する指導、肥満及びやせ対策、薬物乱用防止対策(喫煙、飲酒を含む)、食育のいずれにおいてもベースライン値よりも増加した。しかし、直近の令和2年では自殺防止対策を除いていずれも減少している。			
分析	新型コロナウイルス感染症流行により思春期保健の取り組みが制限されたと考えられるが、そのなかでも自殺防止対策の割合が増加したのは、十代の自殺死亡率の増加が影響していると思われる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	実際に講習会を実施している回数、内容の詳細に関するデータは見えない。			
残された課題	地域保健と学校保健の二者連携だけでなく、医師会等の他機関を含めた三者連携が必要である。新型コロナウイルス感染症流行に伴い思春期のメンタルヘルスや生活習慣に関する現状把握およびそれにもとづく適切な支援が必要である。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	思春期保健対策に関する事業の実施状況について「講習会等」または「その他」の実施の有無について、①自殺防止対策 ②性に関する指導 ③肥満及びやせ対策 ④薬物乱用防止対策(喫煙、飲酒を含む) ⑤食育 ⑥その他 → 1. 取り組んでいる 0. 取り組んでいない		
	③算出方法	①～⑤の各々について、「講習会等」または「その他」のいずれかについて「1. 取り組んでいる」と回答した市区町村/全市区町村数×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	①～⑤の各々について、「講習会等」または「その他」のいずれかについて「1. 取り組んでいる」と回答した市区町村/全市区町村数×100 ①自殺防止対策 : 591/1,741×100=33.9 ②性に関する指導 : 698/1,741×100=40.1 ③肥満及びやせ対策 : 358/1,741×100=20.6 ④薬物乱用防止対策 : 461/1,741×100=26.5 ⑤食育 : 807/1,741×100=46.4 (参考:⑥その他 : 576/1,741×100=33.1)		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B:学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標4:家族など誰かと食事をする子どもの割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
小学生 朝食84.0% 夕食97.7%	同左	同左	—	—
中学2年生 朝食64.6% 夕食93.7%				
調査				
児童生徒の食事状況等調査	同左	同左		
データ分析				
結果	学齢期、思春期の共食率に関する調査データが見当たらず、比較できない。			
分析	学齢期、思春期の共食率に関する調査データが見当たらず、分析ができない。			
評価	—			
調査・分析上の課題	学齢期、思春期の共食率に関する調査が実施されていない。推移の分かるデータが求められる。			
残された課題	—			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	1. 主調査 児童生徒の食事状況等調査(平成22年度は独立行政法人日本スポーツ振興センター) 家族など誰かと食事をする子どもの割合 2. 参考調査 平成27年度 乳幼児栄養調査		
	②設問	いつものように食事をしていますか。朝食及び夕食について、「1. 家族そろって食べる」、「2. 大人の家族の誰かと食べる」、「3. 子どもだけで食べる」、「4. 一人で食べる」、「5. その他」のうち、1つだけ○をつけてください。		
	③算出方法	「1. 家族そろって食べる」、「2. 大人の家族の誰かと食べる」、「3. 子どもだけで食べる」の総数を1～4の合計した数字で除す。		
	④備考	2～6歳 朝食95.2%、夕食99.7%(平成27年度 乳幼児栄養調査)		
直近値のデータ算出方法	①調査名	—		
	②設問	—		
	③算出方法	—		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

基盤課題B: 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策				
【参考とする指標】				
参考指標5: 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
—	(一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合) 男子6.4% 女子11.6% (平成29年度) 調査	(一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合) 男子8.8% 女子14.4% (令和3年度) 調査	—	—
—	全国体力・運動能力、運動習慣等調査	全国体力・運動能力、運動習慣等調査		
データ分析				
結果	中間評価時から男女ともに増加している。			
分析	中間評価により追加された評価指標であり、男女ともに増加していることが観察された。			
評価	—			
調査・分析上の課題	新型コロナウイルス感染症流行に伴い、外出制限や休校措置など運動やスポーツの実践が困難な状況にあったことが、今後どのように影響してくるのか注視する必要がある。			
残された課題	—			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	—		
	②設問	—		
	③算出方法	—		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	全国体力・運動能力、運動習慣等調査		
	②設問	一週間の総運動時間が60分未満の子どもの割合		
	③算出方法	男子8.8% 女子14.4% (令和3年度)		
	④備考	—		

基盤課題C:子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【健康水準の指標】				
指標1:この地域で子育てをしたいと思う親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
91.1% (平成26年度)	94.5% (平成29年度)	95.4% (令和2年度)	95.0%	1. 改善した(①目標を達成した)
※無回答を除いた数値 94.8% (平成26年度)				
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	分母に無回答を含まない数値で比較すると、ベースライン値より0.6ポイント増加している。また、目標値に達しており、0.4ポイント超えている。			
分析	自分の住む地域で子育てをしたいと思う親が増えてきているということは、その地域におけるソーシャル・キャピタルが向上していること、すなわち人と人とのつながりが育まれており、どの世代の人も暮らしやすいコミュニティとなっている可能性がある。また、物理的な生活環境が充実していることも考えられる。			
評価	1. 改善した(①目標を達成した)			
調査・分析上の課題	ベースライン調査は、研究班調査でサンプリング・無記名アンケートである。一方「健やか親子21(第2次)」開始以降は、問診項目として悉皆調査で行われている。			
残された課題	指標が向上した地域と、低下した地域がある場合に、その要因が明らかになると有用である。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	この地域で、今後も子育てをしていきたいですか。 (1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない)		
	③算出方法	「1. そう思う」もしくは「2. どちらかといえばそう思う」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。) * 各健診時点について、上記算出方法にて算出し、3時点の平均値を算出する。		
	④備考	3・4か月児用問15、1歳6か月児用問15、3歳児用問15		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	【3・4か月児】 「1. そう思う」407,255+「2. どちらかといえばそう思う」159,424/595,479×100=95.2 【1歳6か月児】 「1. そう思う」470,360+「2. どちらかといえばそう思う」187,109/688,908×100=95.4 【3歳児】 「1. そう思う」488,920+「2. どちらかといえばそう思う」193,610/713,070×100=95.7 * (95.2+95.4+95.7)/3=95.4 (※いずれも分母に無回答は含まない。)		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、平成28年度に実施する母子保健課調査から報告している。		

基盤課題C: 子ども健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【健康水準の指標】				
指標2: 妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮されたと思う就労妊婦の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
91.0% (平成26年度) ※無回答を除いた数値 91.9% (平成26年度)	90.2% (平成30年度速報値)	90.8% (令和2年度)	95.0%	2. 変わらない
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	分母に無回答を含まない数値と比較すると、平成26年度(ベースライン値)から令和2年度は1.1ポイント低下がみられた。			
分析	母性健康管理に関する様々な措置があるが、それらの措置を適切に気兼ねなく受けることができるかどうかは、制度の整備とともに、職場の上司・同僚の理解も必要であるため、リーフレットやパンフレットを作成するとともに、ホームページでの周知啓発を図っている。妊娠中に対して配慮している職場は、その後の子育てについても理解があると推測される。雇用均等基本調査による女性の育児休業取得率は、近年81～83%程度で推移しているが、令和2年度は81.6%とやや低下し、翌年度は上昇している。新型コロナウイルス感染症の流行による、職場の体制の急激な変化や対応が追いつかない状況などの影響も考えられる。次世代育成支援対策推進法に基づき、一般事業主行動計画を策定した企業のうち、一定の基準を満たした企業は、「子育てサポート企業」として厚生労働大臣の認定(くるみん)を受けることができ、令和4年3月末時点で3,801社が認定を受けている。妊娠中、職場から十分な配慮が得られた就労女性が、その後も子育てと就労を続けながら次子の妊娠・出産を考えられるという状況は、少子化の改善にもつながると考えられることから、今後も更なる各職場での対応改善が期待される。新たな課題として、男性への支援・配慮が必要である。			
評価	2. 変わらない			
調査・分析上の課題	ベースライン調査は、研究班調査でサンプリング・無記名アンケートである。一方「健やか親子21(第2次)」開始以降は、問診項目として悉皆調査で行われている。			
残された課題	今後妊娠中に仕事を続けることに対しての職場からの配慮を促す必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(3・4か月児)		
	②設問	①お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。(1. 働いていたことがある 2. 働いていない) ②①で「1. 働いていたことがある」と回答した人に対して)妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いますか(1. はい 2. いいえ)		
	③算出方法	設問②で「1. はい」と回答した者の人数/①で「1. 働いていたことがある」と回答した者の人数×100 (※分母に無回答を含む。)		
	④備考	3・4か月児用問9		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	【3・4か月児のみ】 設問(1)お子さんのお母さんは妊娠中、働いていましたか。 「1. 働いていたことがある」の回答者数: 366,212 設問(2)(1)で「1. 働いていたことがある」と回答した人に対して)妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮をされたと思いますか。 「1. はい」の回答者数: 332,548 設問(2)で「1. はい」と回答した者の人数/①で「1. 働いていたことがある」と回答した者の人数×100 $332,548/366,212 \times 100 = 90.8$ (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	対象者(3・4か月児)に対し、各地方自治体が、中間評価の前年度(平成30年度)と最終評価の前年度(令和4年度)には調査等を行い、実態を把握し、母子保健課調査に報告(令和元年度と令和5年度)する。		

基盤課題C: 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【健康行動の指標】				
指標3: マタニティマークを妊娠中に使用したことのある母親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
52.3% (平成25年度) ※無回答を除いた数値 53.1% (平成25年度)	69.2% (平成30年度速報値)	74.0% (令和2年度)	80.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	分母に無回答を含まない数値で比較すると、ベースライン値から20.9ポイント増加した。			
分析	目標には達しないものの、ベースラインから大きく上昇している。厚生労働省「マタニティマークに関する取組の状況調査結果」によると、一般啓発用のポスター、リーフレット等や妊産婦用に服や持ち物につけるキーホルダー、マーク入りのステッカーなどのグッズを配布などが行われてきた。その他、公共施設や公共交通機関などにもマタニティマークのステッカーやポスターが掲示され、本マークの趣旨は浸透しつつあると考えられる。これらは市区町村、都道府県などを含む行政機関、関連する団体の活動の成果であることが考えられる。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	設問には特に変更はないため、経年的な比較は可能である。さらに、マタニティマークを知っているが使用したことのない理由を把握して、マタニティマークのさらなる使用拡大の方策を検討する必要がある。特に、公共交通機関を利用しないなど、マタニティマークを使用する機会がないのか、または使用するべき機会はあるが、使用したくない理由があるかなどの把握も行うことが望まれる。			
残された課題	マタニティマークの使用状況を把握するための指標であるが、使用していない人が1/4程度いるため、背景にある理由を明らかにしていく必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康調査(3・4か月児用)		
	②設問	問19. 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか。(1. 知らなかった 2. 知っていた) 問19で「2. 知っていた」と回答したものに対して、問19-1. マタニティマークを身につけたりするなどして利用したことがありますか。(1. 利用したことがある 2. 利用したことはない)		
	③算出方法	問19-1で「1. 利用したことがある」と回答したもの/問19で「2. 知っていた」と回答したもの×100 (※分母に無回答を含む。)		
	④備考	問19、問19-1、問19-2		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	【3・4か月のみ】 (1) 妊娠中、マタニティマークを知っていましたか 「2. 知っていた」の回答数: 492,346 (2) (設問(2)(1)で「2. 知っていた」と回答した人に対して) マタニティマークを身につけたりするなどして利用したことがありますか。 「1. 利用したことがある」の回答数: 364,557 (2)で「1. 利用したことがある」と回答したもの/ (1)で「2. 知っていた」と回答したもの×100 $364,557 / 492,346 \times 100 = 74.0$ (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	対象者(3・4か月児)に対し、各地方自治体が、中間評価の前年度(平成30年度)と最終評価の前年度(令和4年度)には調査等を行い、実態を把握し、母子保健課調査に報告(令和元年度と令和5年度)する。		

基盤課題C: 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【健康行動の指標】				
指標4: マタニティマークを知っている国民の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
45.6% (平成26年度)	58.1% (平成30年度)	同左	65.0%	4. 評価できない
母子保健に関する世論調査 (内閣府世論調査)	母子保健に関する意識調査 (平成30年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」中間評価を見据えた調査研究」調査)	同左		
データ分析				
結果	ベースライン値45.6%に対し、平成30年度の調査では58.1%と12.5ポイントの増加がみられた。一方で、その後の調査は行われておらず、目標値である65%の達成は不明である。			
分析	<p>結果について男女別でみると、平成26年度は、男性:31.2%、女性:57.6%、平成30年度、男性:46.4%、女性:69.8%と男女ともに増加したが、わずかに男性の割合の方が多く増加した。また、性・年齢別でみると、男性では、平成26年度は30代が最も高く、年代が上がるに従って知っている割合は減っていた。一方、平成30年度では、30～50代がいずれも約50%と高く、20代が最も低い結果であり、高い年代の認知度が上がったことが分かる。女性では、平成26年度も30年度も若い年代の方が高く、年代が上がるに従って認知度は低くなっているが、女性でも高い年代の認知度が伸びていた。この結果より、マタニティマークの認知度が上がった要因は、妊娠する可能性の高い年齢だけでなく、その年代の親世代の認知度が上がったことが一つと考えられる。また別の要因としては、平成26年度と30年度では調査方法が異なることと、各年代の回答者数が異なることが影響を及ぼしている可能性がある(平成26年度は、調査員による世論調査であり、回答者数は20代が最も少なく、70歳以上が最も多い。平成30年度は、インターネット調査であり、回答者数は各年代男女各100人(計200人)である)。</p> <p>加えて、これまで認知度が低かった年代層の認知度が上がった要因としては、交通機関や自治体等、様々なところにマークが張られていることや、雑誌の付録やそのコマーシャル等、メディアやインターネットでも幅広く展開されていることから、様々な年代層の目に触れる機会が増え、認知度が上がったとも考えられる。</p>			
評価	4. 評価できない			
調査・分析上の課題	平成26年度と平成30年度では、調査方法と回答者数が異なるため、解釈には留意する必要がある。			
残された課題	マタニティマークを付けていることで嫌がらせをされた妊婦がいることから、マタニティマークの正しい意味の普及啓発が必要と考える。一方で、不妊治療中や死産、流産等、つらい状況にある家族への配慮も忘れずに対応していくことが大切である。			
ベースライン及び直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健に関する世論調査(内閣府世論調査)(平成26年度)		
	②設問	<p>・あなたは、マタニティマークについて知っていましたか。 →(ア. 知っていた、イ. 言葉だけは知っていた、ウ. 知らなかった エ. 分からない) ※設問の前に、マタニティマークについての説明文(マタニティマークとは、妊産婦が交通機関などを利用する際に身につけ、周囲が妊産婦への配慮を示しやすくすることで、妊産婦にやさしい環境づくりを推進するものです。)をよく読んでもらった。</p>		
	③算出方法	「ア. 知っていた」と回答した者の人数/全回答者数×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健に関する意識調査(平成30年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」中間評価を見据えた調査研究」調査)		
	②設問	<p>Q1-1. あなたは、マタニティマークについて知っていましたか?この中から1つだけお答えください。 →(ア. 知っていた、イ. 言葉だけは知っていた、ウ. 知らなかった エ. 分からない) ※設問の前に、マタニティマークについての説明文(マタニティマークとは、妊産婦が交通機関などを利用する際に身につけ、周囲が妊産婦への配慮を示しやすくすることで、妊産婦にやさしい環境づくりを推進するものです。)をつけた。</p>		
	③算出方法	「ア. 知っていた」と回答した者の人数/全回答者数×100 1,395/2,400×100=58.1		
	④備考	インターネットを用いた意識調査。対象は20代～60代と70代以上の男女各1,200人(各年代について男女それぞれ200人)とした。		

基盤課題C: 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【健康行動の指標】				
指標5: 積極的に育児をしている父親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
47.2% (平成25年度)	59.9% (平成29年度)	65.8% (令和2年度)	70.0%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
※無回答を除いた数値 50.0% (平成25年度)				
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	分母に無回答を含まない数値で比較すると、ベースライン値の50.0%から、平成29年度の中間評価時には59.9%と、9.9ポイントの増加、令和2年度の直近値は目標値の70%には届かないものの、65.8%と15.8%の増加となっている。			
分析	<p>ベースライン値に比べ、積極的に育児をしている父親の割合が増加した要因の一つとして、国を始め企業が育児への父親参加を促している成果が出ていることが考えられる。平成22年には、父親の育児休業の取得促進等の内容を含む改正育児・介護休業法が施行され、同年度には「イクメンプロジェクト」が開始された。雇用均等基本調査による男性の育児休業取得率は、平成25年度2.03%、平成29年度5.14%、令和2年度は12.65%と、近年急激に増加しており、先に挙げた事項をはじめとした子育て支援策が徐々に浸透し、効果が現れてきている可能性が考えられる。しかしながら、育児休業を取得しない男性の方が多い状況であり、その要因としては、両立支援等助成金などがあっても、育児休業が取得しづらい雰囲気職場にあることや、個人にとってキャリアへの影響を不安に思うなど様々な要因が予測される。</p> <p>また、子どもの年齢とともに、「よくやっている」父親の割合がわずかに低下しているが、これは母親の就業状況や育児状況等が子どもの年齢が上がるとともに変化したことと関連していると考えられる。</p>			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	ベースライン調査は、研究班調査でサンプリング・無記名アンケートである。一方「健やか親子21(第2次)」開始以降は、問診項目として悉皆調査で行われている。			
残された課題	数値上の改善は認められているものの、父親が行う育児内容について、子どもの関わり方や父親自身の満足度等にも着目した、より充実したものであることが望まれる。また、育児をしない(育児をできない)父親に焦点を当てた分析や評価、父親自身の心の余裕や、育児しやすい職場環境の課題などにも目を向ける必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(3.4か月児用問28、1歳6か月児用問21、3歳児用問23)		
	②設問	お父さんは育児をしていますか。→(1. よくやっている 2. 時々やっている 3. ほとんどしない 4. 何ともいえない)		
	③算出方法	「1. よくやっている」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。) ※各健診時点について、上記の算出方法にて算出し、3時点の平均を算出する。 3・4か月児 3,233/6,181×100=52.3 1歳6か月児 4,046/8,688×100=46.6 3歳児 3,605/8,444×100=42.7 平均(52.3+46.6+42.7)/3=47.2		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	3・4か月児 405,023/587,399×100=69.0 1歳6か月児 446,231/671,578×100=66.4 3歳児 423,615/683,785×100=62.0 平均(69.0+66.4+62.0)/3=65.8 (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

基盤課題C:子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【環境整備の指標】				
指標6:乳幼児健康診査の未受診者の全数の状況を把握する体制がある市町村の割合 市町村の乳幼児健康診査の未受診者把握への取組に対する支援をしている県型保健所の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
市区町村 96.7% (平成25年度)	<<ベースライン調査後の求め方>> 市区町村 36.4% * ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度) <<参考:ベースライン時の求め方>> 市区町村 99.0% (平成29年度)	<<ベースライン調査後の求め方>> 市区町村 42.0% * ベースラインと調査方法が異なる (令和2年度) <<参考:ベースライン時の求め方>> 市区町村 99.2% (令和2年度)	市区町村 100% 県型保健所 100%	4. 評価できない
県型保健所 33.8% (平成25年度)	<<ベースライン調査後の求め方>> 県型保健所 19.1% * ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度) <<参考:ベースライン時の求め方>> 県型保健所 25.0% (平成29年度)	<<ベースライン調査後の求め方>> 県型保健所 12.6% * ベースラインと調査方法が異なる (令和2年度) <<参考:ベースライン時の求め方>> 県型保健所 24.6% (令和2年度)		
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	調査方法はベースラインと異なるが、ベースライン調査時の算出方法でベースライン値と令和2年度のデータを比較すると、市区町村では96.7%が99.2%と2.5ポイント増加している。一方で、県型保健所では33.8%が24.6%と9.2ポイント減少している。ベースライン調査後の算出方法では市区町村は42.0%、県型保健所は12.6%となっている。			
分析	指標について、「乳児健診未受診児など生後4か月までに全乳児の状況把握に取り組んでいる市町村の割合」は第1次では最終評価時96.0%であったが、その定義が明確ではなかった。今回、健診未受診者の調査方法を変更したことにより分析も慎重に行う必要がある。児童虐待対策の課題にある、発生予防、早期発見について重要な指標となるため、今後も慎重に分析をしていく必要がある。			
評価	中間評価時と比べて、市区町村は目標に達していないものの改善しているが、県型保健所は減少している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	中間評価時との比較において市区町村と都道府県では異なる傾向を示していることに注意が必要である。			
残された課題	早期からのハイリスク児の発見には医療機関との連携も有効であるが、医療機関側の協力には施設間の温度差がある。また把握された表の有効活用には、福祉担当部局と保健担当部局との連携が求められる。医療機関との連携、福祉部門との連携も含めた市区町村の対応が求められる。また市区町村の対応を促進するため、乳幼児健診未受診者の把握を評価する国や都道府県の取組が求められる。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用、都道府県用)		
	②設問	【市区町村用】 乳幼児健康診査の未受診者の全数の状況を把握する体制がある。(有:1 無:0) 【都道府県用】 市町村の乳幼児健康診査の未受診者の把握への取組に対する支援(※)をしている県型保健所の数 (※)例えば、保健所管内市町村が乳幼児健康診査未受診者を把握するために、関係機関との連携体制を構築するための支援や、市町村の未受診者の把握状況をモニタリングしている等。		
	③算出方法	【市区町村】 「有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 【都道府県】 「支援をしている」と回答した県型保健所の数/全県型保健所の数×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用、県型保健所用)		
	②設問	【市区町村用】 1)乳幼児健康診査の未受診者の全数の状況を把握する体制がある。(はい:○、いいえ:×) 2)設問1で、「はい:○」と回答した場合 ①未受診者に対して、母子保健担当者等がいつまでに状況を把握するか期限を決めている。(はい:○、いいえ:×) ②子どもに直接会うなど、把握方法を決めている。 ③②において「はい:○」の場合、現認率(未受診者のうち、第三者が直接、児の状況を確認した割合)を定期的に算出している。(はい:○、いいえ:×) ④期限を過ぎて状況が把握できない場合に、他部署や他機関と連携するなどして状況を把握する方法を決めている。(はい:○、いいえ:×) 【県型保健所用】 ①市町村の乳幼児健康診査の未受診者把握への取組に対する支援をしている。(はい:○ いいえ:×) ②設問①で、「支援をしている」と回答した県型保健所は、以下について回答ください。 (i)設問①について、母子保健担当部署で行っているか。(はい:○ いいえ:×) (ii)市町村が行っている未受診者対応に関する情報提供を行っている。(はい:○ いいえ:×) (iii)未受診者対応の評価(※)をしている。(はい:○ いいえ:×) (iv)市町村向けの研修において、未受診者対応に関する内容が含まれている(はい:○ いいえ:×) (※)未受診者対応の評価とは、管内の未受診者対応(未受診者把握率・現認率や先進的取組等)の情報を集約し、市町村へ還元することである。		
	③算出方法	【市区町村】 1)で「はい:○」と回答し、かつ設問2)で①~④の全てに「はい:○」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 731/1,741×100=42.0 42.0% ※ 1)1,727 2)①1,502 ②1,554 ③769 ④1,509 <<参考>>(ベースライン時の算出方法)1,727/1,741×100=99.2 【県型保健所】 設問①で「はい」と回答し、設問②の(i)~(iv)の全てに「はい」と回答した県型保健所の数/設問①で「はい」と回答した県型保健所数×100 11/87×100=12.6 12.6 (ii)の県型保健所数/(i)母子保健担当部署で行っている県型保健所数×100 ※(i)85 (ii)78 (iii)53 (iv)14 <<参考>>(ベースライン時の算出方法):87/354×100=24.6		
	④備考	—		

基盤課題C: 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【環境整備の指標】				
指標7: 育児不安の親のグループ活動を支援する体制がある市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
28.9% (平成25年度)	37.0% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	43.9% ※ベースラインと調査方法等が異なる (令和2年度)	100%	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)
データ分析				
結果	ベースライン値と比較すると、平成29年度は8.1ポイントの増加、令和2年度は15.0ポイントの増加を認めた。但し、ベースライン調査と調査方法が異なることを注意する。			
分析	ベースライン値(平成25年度)と直近値(令和2年度)の比較では、調査方法が異なるため、注意が必要となるが、15.0ポイントの増加が見られている。支援の必要性をアセスメントし、育児不安の親のグループ活動の対象者を把握している市区町村は平成2年度は458であった。育児不安の背景には、少産少子化や核家族化、雇用形態の多様化など母子を取り巻く環境の変化に伴って生じた育児に取り組む親、特に母親の孤立化や仕事と子育ての過剰な負担等がある。今後も子育て世代の親を孤立化させない支援体制の整備と、育児を親だけの負担にしない、社会全体の環境づくりが課題である。育児に取り組む親の孤立化が指摘されている中、とすると親と子が1対1の関係になりがちのため、育児に余裕や自信を獲得できるようにするための親子への更なる支援が求められている。			
評価	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	ベースライン調査は、育児不安の親のグループ活動を支援しているか、市区町村に問いていた。一方中間評価以降は、出生数が少なく、育児不安の親のグループ活動をするのが困難ではないと答えた市町村に更に個別の支援やグループミーティングを行っているかと調査方法に違いがあるため、結果に影響を及ぼしていないか、今後の推移を注視する必要がある。			
残された課題	母子保健活動が市区町村に移管された後にも本指標の動きから推測されるように、新規の健康課題に対しては都道府県の広域的な支援が有効であるとの認識を現場の関係者が持ち続けることが望まれる。			
ベースライン及び直近値の データ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	育児不安の親のグループ活動を支援(※)している はい:1 いいえ:0 (※)グループ活動を支援とは、例えば、支援の対象者や目的を明確に定めて、公的責任において個別支援との両輪で支援(育児不安の軽減や仲間づくり等)を行っていること。		
	③算出方法	「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	※H29年度から(8)産後・育児期の支援状況 2)親への支援等について (i)出生数が少なく、育児不安の親のグループ活動をするのが困難である。(はい:○、いいえ:×) 令和2年度:「いいえ」879 (ii) i)「いいえ:×」と回答した市区町村のみ回答してください。 i) 支援の必要性をアセスメントし、育児不安の親のグループ活動の対象者を把握している。(はい:○、いいえ:×) →令和2年度:453 ii) 育児不安に対する個別支援を行いつつ、何らかの形でグループミーティングを実施あるいは支援(※)している。 (はい:○、いいえ:×) →令和2年度:478 (※)支援とは、例えば、支援の対象者や目的を明確に定めて、公的責任において個別支援との両輪で支援(育児不安の軽減や仲間づくり等)を行っていること。		
	③算出方法	(ii) i)とii)のいずれにも「はい」と回答した市区町村数/i)で「いいえ」と回答した市区町村数×100 386/879×100=43.9		
	④備考	平成30年12月、日本公衆衛生協会による全国の市町村への調査では、回答1,266市町村中、育児不安の親のグループの活動支援を行っているのは28.8%(健康増進部門で行っている:18.2%、他部署で行っている:10.6%)、行っていない69.4%、無回答1.7%であった。この調査は、ベースライン調査と同じ設問で行われ、ベースラインとほぼ変わらない結果となった。		

基盤課題C: 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【環境整備の指標】				
指標8: 母子保健分野に携わる関係者の専門性の向上に取り組んでいる地方公共団体の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
市区町村 95.1% (平成25年度)	市区町村 65.0% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	市区町村 70.1% ※ベースラインと調査方法等が異なる (令和2年度)	市区町村 100% 都道府県 100%	4. 評価できない
都道府県 97.9% (平成25年度)	都道府県 59.6% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	都道府県 55.3% ※ベースラインと調査方法等が異なる (令和2年度)		
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	調査方法はベースラインと異なるが、市区町村と県型保健所のどちらもベースライン値より減少している。			
分析	<p>ベースライン時の調査内容は、母子保健分野に携わる関係者の専門性の向上への取組をしているかを問うものであったが、中間評価では、構築されている支援体制を明確化して問う設問としている。このため、該当する市区町村の割合がベースライン値よりも減少する可能性は第2次の開始時想定されていた。ベースライン調査後では、市区町村は平成27年度は61.6%、平成28年度は61.4%、平成29年度は65.0%、令和2年度は70.1%であった。設問④複数の市町村同士で、自主的に勉強会等を実施している市区町村は令和2年度に506で、他の設問と比較して実施が少ないことが分かった。都道府県では、すべてに「はい」と答えた都道府県数は、平成27年度、平成28年度共に、68.1%で変化はなかった。平成29年度は59.6%、令和2年度は55.3%で減少している。すべての保健所が、管内の市町村に研修機会を提供している都道府県は令和2年度に29であった。母子保健に携わる職員は、母子への直接的なケア提供のため、また他部門との連携を図るために、コミュニケーション能力を磨き、他部門の専門性を理解する広い視野と常に最新の情報を取り入れるための継続的な学習機会を持つことが重要であるとともに、地方公共団体が積極的に職員のスキルアップに取組むことが、地域における母子及び家族への質の高いケアの提供につながると考えられる。そのため、今後の取組を向上させることに期待される。</p>			
評価	中間評価時と比べて、市区町村は目標に達していないものの改善しているが、都道府県は減少している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	中間評価時との比較において市区町村と都道府県では異なる傾向を示していることに注意が必要である。			
残された課題	市区町村や県型保健所に対し、中間評価の項目に沿った事業展開ができるための支援事業(研修会など)について検討すべきである。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査 (市区町村用、都道府県用)		
	②設問	<p>【市区町村用】 母子保健分野に携わる関係者の専門性の向上への取組(*母子保健事業に携わる関係者に、母子保健に関する情報提供や研修受講の機会を設けている等。) 1. 常勤職員を対象に行っている 2. 非常勤職員も含めて母子保健にかかわるすべての関係者を対象に行っている 3. 行っていない</p> <p>【都道府県用】 母子保健分野に携わる関係者の専門性の向上への取組(*母子保健事業に携わる関係者に、母子保健に関する情報提供や研修受講の機会を設けている等。) 1. 常勤職員を対象に行っている 2. 非常勤職員も含めて母子保健にかかわるすべての関係者を対象に行っている 3. 行っていない</p>		
	③算出方法	<p>【市区町村】上位の設問で「1」または「2」と回答した市区町村数/全市区町村数×100</p> <p>【都道府県】上位の設問で「1」または「2」と回答した都道府県数/全都道府県数×100</p>		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査		
	②設問	<p>【市区町村用】 1) 非常勤職員も含めて、年1回以上、専門性を高める研修を受けるための予算を確保している。(はい:○、いいえ:×)→はい:1,278 2) 受けた研修内容を共有する仕組みがある、もしくは、勉強会等で深めている。(はい:○、いいえ:×)→はい:1,592 3) 受けた研修内容を業務の改善に活かしている。(はい:○、いいえ:×)→はい:1,702 4) 複数の市町村同士で、自主的に勉強会等を実施している。(はい:○、いいえ:×)→はい:506</p> <p>【都道府県用】 1) PDCAサイクルに沿った専門性の向上を目指した研修会を実施している。(はい:○、いいえ:×)→はい:35 2) すべての保健所が、管内の市町村に研修機会を提供している。(はい:○、いいえ:×)→はい:29 3) 県内すべての自治体(政令市・中核市・保健所設置市・特別区を含む)を対象とした研修機会を提供している。(はい:○、いいえ:×)→はい:42</p>		
	③算出方法	<p>【市区町村】1)~3)の全てに「はい:○」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 1,221/1,741×100=70.1 70.1%</p> <p>【都道府県】1)~3)の全てに「はい:○」と回答した都道府県数/全都道府県数×100 26/47×100=55.3 55.3%</p>		
	④備考	平成30年12月、日本公衆衛生協会による全国の市町村への調査では、回答1266市町村中、母子保健分野に携わる関係者の専門性の向上への取組について、常勤職員を対象に行っている40.9%、非常勤職員も含めて母子保健にかかわるすべての関係者を対象に行っている51.7%、行っていない5.7%、無回答1.7%であり、行っている市町村は合計92.6%であった。この調査は、ベースライン調査と同じ設問で行われ、ベースラインより若干減少した結果となった。		

基盤課題C: 母子保健分野に携わる関係者の専門性の向上に取り組んでいる地方公共団体の割合				
【保健医療水準の指標】				
参考指標1: 個人の希望する子ども数、個人の希望する子ども数と出生子ども数の差				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
平均理想子ども数 2.42 平均理想子ども数(2.42)と 平均出生子ども数(1.71)の差 0.71 (平成22年)	平均理想子ども数 2.32 平均理想子ども数(2.32)と 平均出生子ども数(1.68)の差 0.64 (平成27年)	同左	—	—
調査				
出生動向基本調査 (結婚と出産に関する全国調査 (国立社会保障・人口問題研究所))	出生動向基本調査 (結婚と出産に関する全国調査 (国立社会保障・人口問題研究所))	同左		
データ分析				
結果	平均理想子ども数と平均出生子ども数の差は、ベースライン(平成22年)の0.71と比較し、中間評価(平成27年度)には0.64となり、0.07減少した。			
分析	平均出生子ども数は、1.71から1.68と0.03とわずかな減少であったが、平均理想子ども数が2.42から2.32と0.10と比較的大きく減少したため、平均理想子ども数と平均出生子ども数の差が減少した。結婚持続期間別に平均理想子ども数の平成22年から平成27年への変化をみると、結婚持続期間0～4年では、2.30から2.25と-0.05、5～9年では、2.38から2.33と-0.05と比較的減少幅が小さいのに対し、10～14年では、2.42から2.30の-0.12と比較的大きく減少した。平均理想子ども数が減少した理由について、出生動向基本調査には特段の記載が無いが、現実の状況にあわせて減少したことが考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	調査時の居住地区および居住形態別に完結出生児数を比較していく必要がある。いずれも調査時点における居住状況であるため、完結出生児数との因果関係については慎重に解釈する必要がある。			
残された課題	個人が希望する平均理想子ども数が以前より減少している。			
ベースライン及び直近値のデータ算出方法	①調査名	出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査(国立社会保障・人口問題研究所))		
	②設問	問17 あなた方ご夫婦にとって(1)理想的な子どもの数は何人ですか。また、(2)子どもの男女の別や組み合わせには理想がありますか		
	③算出方法	夫婦にたずねた理想的な子どもの数(理想子ども数)の平均値		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	(1)夫婦の理想の子ども数 0人子どもは持たない: 279(5.2%) 1人: 786(14.7%) 2人: 2,806(52.6%) 3人: 1,087(20.4%) 4人: 126(2.4%) 5人以上: 0(0.3%) 不詳: 235(4.4%) (2)子どもの男女の組み合わせの理想 理想あり 2,795(57.0%) とくに理想はない 2,045(41.7%) 不詳 62(1.3%) 平均値2.32		
	④備考	—		

基盤課題C: 基盤課題C 子ども健やかな成長を見守り育む地域づくり							
【保健医療水準の指標】							
参考指標2: 不慮の事故による死亡率							
ベースライン値		中間評価時の値		直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)	
0～19歳	3.4	0～19歳	2.3	0～19歳	2.2	—	—
0歳	9.0	0歳	8.1	0歳	6.9		
1～4歳	2.9	1～4歳	1.8	1～4歳	1.6		
5～9歳	1.9	5～9歳	1.2	5～9歳	1.0		
10～14歳	1.6	10～14歳	0.9	10～14歳	1.0		
15～19歳	5.7 (平成24年)	15～19歳	3.9 (平成29年)	15～19歳	4.1 (令和2年)		
調査							
人口動態統計		人口動態統計		人口動態統計			
データ分析							
結果	ベースライン値(平成24年)から平成29年は、0歳は0.9ポイント、5～9歳は0.7ポイント、10～14歳は0.7ポイント、15～19歳は1.8ポイントの減少がみられた。0～19歳で1.1ポイント減少し、すべての年齢階級で減少がみられた。令和2年では10歳以上の年齢で増加した。						
分析	交通事故や溺死の減少がみられている。しかし、0歳では、窒息、他の年齢では交通事故が多く、これらの割合の高い項目について今後も重層的に対策に取り組むことが期待される。						
評価	—						
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。区別が難しいほか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	年齢階級別で構成割合の大きい死因(0歳および1～4歳はその他の不慮の窒息、5～14歳は交通事故)への対策が優先度が高いと考えられる。						
ベースライン及び直近値 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(ICD10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	—					
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上					
	②設問	同上					
	③算出方法	令和2年度 【0歳】 不慮の事故 死亡数(人):58 死亡率:6.9(%) 58/840835×100000=6.90 【1～4歳】 不慮の事故 死亡数(人):57 死亡率:1.6(%) 57/3637485×100000=1.57 【5～9歳】 不慮の事故 死亡数(人):49 死亡率:1.0(%) 49/5037460×100000=0.97 【10～14歳】 不慮の事故 死亡数(人):53 死亡率:1.0(%) 53/5314777×100000=1.00 【15～19歳】 不慮の事故 死亡数(人):230 死亡率:4.1(%) 230/5618948×100000=4.09 【0～19歳】 不慮の事故 死亡数(人):447 死亡率:2.2(%) 447/20429437×100000=2.19					
	④備考	—					

基盤課題C:子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【保健医療水準の指標】				
参考指標3:事故防止対策を実施している市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
56.8% (平成25年度)	5.7% (平成29年度) ※設問と算出方法がベースラインと異なる。	5.2% (令和2年度) ※ベースラインと調査方法等が異なる	—	—
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	調査方法がベースラインと異なるため、比較ができない。ベースライン後の調査方法では、中間評価時が5.7%、令和2年度が5.2%と減少していた。			
分析	ベースライン調査と比較して中間評価では、構築されている支援体制を明確化して問う設問としている。このため、該当する市区町村の割合がベースライン値より減少する可能性が、第2次の開始時に想定されていた。ベースライン後の調査方法では、中間評価時が5.7%、令和2年度が5.2%と減少していた。乳幼児健康診査の際に事故防止対策事業を実施しているかの設問に対して、特に取組はしていないと答えた市区町村数は令和2年度20であったことから、全市区町村の98.9%は何らかの取組がなされていると思われる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	評価対象となる支援体制を明確化したことで、数値が減少したことに対しては、市区町村の実態を把握したうえで、検討することが必要である。			
残された課題	市区町村に対し中間評価の項目に沿った事業展開ができるための支援事業(研修会など)について検討すべきである。			
ベースライン及び直近値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(政令市・特別区用、市町村用)		
	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. ハ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. 特に取組みはしていない		
	③算出方法	(選択肢3-7いずれかの実施内容に○がついている市区町村)/(回収市区町村-無回答市区町村)×100で算出。		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	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。該当するもの全てに○をつけてください。 ①パンフレットの配布、健診会場のパネル展示・ビデオ放映などにより啓発している。 →1,681 ②事故防止のための安全チェックリストを使用した普及啓発活動を行っている。 →609 (例、チャイルドシートの使用、自転車に乗るときのヘルメットの着用、浴槽に残し湯をしないことなど) ③地域住民を広く対象とした健康教育を実施している。 →129 ④子どもの親を対象とした健康教育を実施している。 →664 ⑤地域の子どもの事故発生状況を定期的に把握している。 →142 ⑥部局を超えて、子どもの事故予防対策の視点で街づくりを検討し協議する場がある。(公園の遊具等の安全性の確認、交通事故防止のための歩道の整備など) →114 ⑦その他の事故防止対策() →156 ⑧特に取組みはしていない。 →20		
	③算出方法	選択肢②と③の取組を両方行っている市区町村数/全市区町村数×100 90/1741×100=5.169 5.2% ⑧特に取組みはしていないを除いて算出すると、(1741-20)/1741×100=1721/1741×100=98.85 98.9%の市区町村は何らかの取組をしている。		
	④備考	* 算出方法に記載していない選択肢①・④・⑤・⑥の設定理由は下記の通り。 * 選択肢①と④:「健やか親子21」からデータを継続的に比較評価するため。 * 選択肢⑤と⑥:現状ではすべての地方自治体での実施は困難と考えられるが、今後の取組の方向性や目標を示すため。		

基盤課題C:子ども健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【保健医療水準の指標】				
参考指標4: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				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
38.2% (平成25年度)	46.5% (平成28年度)	51.5% (令和2年度)	—	—
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	中間評価時は46.5%、令和2年度が51.5%と増加している。			
分析	子どもは水遊びが好きな傾向があり、風呂場に一人で入ったり子どもだけで遊ばない工夫をし、不慮の事故を防ぐ必要がある。風呂場での溺水等、危険に対する周知活動や、親が危険対策の工夫グッズを安価に購入しやすくなったことや、少子化により親の目が子どもに行き届きやすくなったことが背景に考えられる。一方で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	—			
調査・分析上の課題	中間評価時から増加傾向がみられたが、さらに、風呂場での危険や乳幼児が自分で開けることができない工夫の方法をしている家庭はまだ半数程度であるため、不慮の事故を未然に防止するために、これらの事業の着実な実施が求められる。			
残された課題	増加の地域や親の年齢・どのような対策をしたかなどを等把握し、最善の方法を継続していく必要がある。			
ベースライン及び直近値 の データ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)		
	②設問	浴室のドアには、子供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」と回答したものの数/(全回答者-「該当しない」と回答したもの)×100で算出 (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査 (1歳6か月児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	1歳6か月児 341,467/662,617×100=51.5 51.5%		
	④備考	乳幼児健康診査(1歳6か月児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に毎年報告している。		

基盤課題C:子ども健やかな成長を見守り育む地域づくり				
【保健医療水準の指標】				
参考指標5:父親の育児休業取得割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
1.89% (平成24年度)	5.14% (平成29年度)	12.65% (令和2年度)	—	—
調査				
雇用均等基本調査	雇用均等基本調査	雇用均等基本調査		
データ分析				
結果	ベースライン値(平成24年度)は1.89%であったが、中間評価時は5.14%、令和2年度は12.65%と中間評価時から2倍ほど増加している。			
分析	父親の育児休業取得割合は増加している。平成22年には、父親の育児休業の取得促進等の内容を含む改正育児・介護休業法が施行され、同年度には「イクメンプロジェクト」が開始された。父親の育児休業取得率をみると、平成24年度は1.89%であったが、中間評価時は5.14%、令和2年度は12.65%と増加しており、先に挙げた事項をはじめとした子育て支援策が徐々に浸透し、効果が現れてきている可能性が考えられる。しかしながら、男性の育児休業取得率がまだ高いとはいえない状況としては、両立支援等助成金などがあっても、育児休業が取得しづらい雰囲気がある職場があることや、個人にとってキャリアへの影響を不安に思うなど様々な要因が予測される。厳密な因果関係の検証は難しいが、このような取組により改善している可能性が考えられる。今後、厚生労働省の取組(イクメンプロジェクト等)についての貢献度の効果を結果と照らし合わせて影響・効果があった場合には、さらに推進していく必要がある。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	育児休業の取得率は上昇してはいるものの12.65%にとどまるため、今後も男性が育児休業を取りやすい職場環境整備に取組んでいく必要がある。			
ベースライン及び直近値 の データ算出方法	①調査名	雇用均等基本調査		
	②設問	貴事業所が把握している出産者・配偶者出産者および育児休業者数をご記入ください。		
	③算出方法	育児休業取得率＝出産者のうち、調査時点までに育児休業を開始した者(開始予定の申出をしているものを含む。)/調査前年度1年間(※)の出産者(男性の場合は配偶者が出産した者)の数 (※)平成23年度以降調査においては、調査前々年10月1日から翌年9月30日までの1年間。		
	④備考	表14. 育児休業者割合		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	同上		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【健康水準の指標】				
指標1: 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				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
3・4か月児 79.7% 1歳6か月児 68.5% 3歳児 60.3% (平成25年度)	3・4か月児 87.9% 1歳6か月児 78.8% 3歳児 72.2% (平成29年度)	3・4か月児 89.2% 1歳6か月児 81.4% 3歳児 75.8% (令和2年度)	3・4か月児 92.0% 1歳6か月児 85.0% 3歳児 75.0%	1. 改善した(②目標に達していないが改善した)
※無回答を除いた数値 3・4か月児 81.5% 1歳6か月児 71.2% 3歳児 62.5% (平成25年度)				
調査				
平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値や中間評価時の値と比較して上昇した。			
分析	<p>この指標の推移は、第1次の第1回中間評価から最終評価(第2次のベースライン値)までは、3・4か月児と3歳児で約2ポイントの増加、1歳6か月児で横ばいの変化が乏しかった。このため、第2次ではベースライン値より改善することを目指して、第1次中間評価から最終評価の変化に基づく近似曲線の推計値を少し上回る値が当初の目標値とされた。しかし、中間評価時点ですでに目標値を達成したため、さらなる向上を目指して最終評価の目標値が変更された。その結果、令和2年度に得られた値は、その最終評価目標値に到達しなかったものの中間評価時から上昇した。本指標には、住民の行動だけでなく地方公共団体の子育て支援策などの環境整備が関与する。本指標が改善した要因の一つには、「積極的に育児をしている父親の割合(指標C-5)」がベースライン値と比較して上昇していることが考えられる。この推察を支持する結果として、中間評価の時点で厚生労働省の依頼に対して個別データを任意提出した約250自治体について分析すると、本指標の設問に「はい」と回答した割合は、指標C-5の回答が「ほとんどしない」<「何ともいえない」<「時々やっている」<「よくやっている」の順にすべての健診時期で高くなっていった。また、指標C-5に「ほとんどしない」と回答した者が本指標の設問に「いいえ」と回答するオッズ比は、「はい」と回答する者と比較して3・4か月児 3.94、1歳6か月児 3.37、3歳児 3.81であった。従って、近年みられる父親の育児参加の高まりに反して、父親の育児参加がみられない環境にある母親については、専門職がより添った支援が必要と思われる。</p> <p>一方で、ベースライン値や中間評価と同様に、子どもの年齢が高くなるほど、「ゆったりとした気分」で子どもと過ごせる母親が減少していた。「ゆったりとした気分」で過ごせない母親には、父親の育児参加が少ない家庭だけでなく、子どもに育てにくさを感じる者が含まれると推察される。上記の個別データを中間評価時に分析した結果では、本指標の設問に「いいえ」や「何ともいえない」と回答した割合は、「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合(指標①-2)」の設問①の回答が「感じない」<「時々感じる」<「いつも感じる」の順に高く、設問②の回答が「いいえ(解決方法を知らない)」で高くなっていった。また、上記の個別データでは、「育てにくさをいつも感じる」あるいは「育てにくさを感じるが解決方法を知らない」者が、本指標の設問に「いいえ」と回答するオッズ比は、子どもの年齢が高くなるほど低い値であった。この結果からは、子どもの成長とともに、育てにくさ以外の要因が、母親が「ゆったりとした気分」で過ごせない要因になることが推察できる。従って、すべての母親が「ゆったりとした気分」で子どもと過ごせるためには、本指標の設問に「いいえ」や「何ともいえない」と回答した母親にも十分に届く、対象者の多様性を考えた支援策の充実が必要と考えられる。</p>			
評価	1. 改善した(②目標に達していないが改善した)。ただし、3歳児のみ目標を達成した。			
調査・分析上の課題	ベースライン調査は、研究班調査でサンプリング・無記名アンケートである。一方、「健やか親子21(第2次)」開始以降は、問診項目として悉皆調査で行われている。調査法の違いが結果に影響を及ぼしていないか、考慮する必要がある。			
残された課題	指標値の改善はみられるが、都道府県別データでは、3・4か月児:93.8%~86.8%(中間評価:93.3%~82.2%)、1歳6か月児:85.9%~69.0%(中間評価:84.3%~64.4%)、3歳児:80.9%~56.8%(中間評価:78.0%~50.0%)と、依然として健康格差が存在している。各都道府県内の市区町村間でも同様の違いが想定され、格差の存在や原因を分析して対策を自治体ごとの母子保健計画に盛り込むなど、対応策の検討が必要と言える。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査		
	②設問	お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間がありますか。→(1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない)		
	③算出方法	各健診時点において、「はい」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。)		
	④備考	3・4か月児:問25、1歳6か月児:問18、3歳児:問20		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	※3・4か月児=(544,205/610,286)×100、1歳6か月児=(573,402/704,457)×100、3歳児=(551,928/728,571)×100 (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象、各健診時点ごと)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【健康水準の指標】				
指標2: 育てにくさを感じたときに対処できる親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
83.4% (平成26年度) ※無回答を除いた数値 84.5% (平成26年度)	81.3% (平成29年度)	81.8% (令和2年度)	95.0%	2. 変わらない
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値や中間評価と比較すると、横ばいである。			
分析	ベースラインや中間評価と比較して、本指標の値は横ばいで推移していた。育てにくさを感じる要因は、子どもの要因以外にも、親の要因、親子の関係性の要因、親子を取り巻く環境要因もある。子どもの発達については、「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合(指標①-3)」の増加がみられる一方で、育てにくさを感じる親に対する早期支援体制の構築は全ての市区町村で進んでいるとはいえない(指標①-5)。したがって、当事者に寄り添った取り組みとして、育てにくさの対処方法に関する啓発だけでなく、親が育てにくさを感じたときに対処できる「支援者の体制づくり」などの環境整備が、本指標の改善に求められる。			
評価	2. 変わらない			
調査・分析上の課題	本指標の目標値は、3・4か月児、1歳6か月児、3歳児の平均値で設定している。これは、ベースライン調査において、育てにくさを感じる親の割合は子どもの年齢とともに増加するが、その対処法を知っている親の割合は、いずれの年齢でもほぼ同程度であったためである。ベースライン値と同様に、令和2年度の育てにくさを感じる親の割合は子どもの年齢とともに増加(3・4か月児 10.4%、1歳6か月児 20.2%、3歳児 29.6%)したが、各年齢層における対処法を知っている親の割合は同程度であった(3・4か月児 82.4%、1歳6か月児 79.8%、3歳児 83.2%)。自治体ごとの分析をする場合には、対処法を知っている親の割合が子どもの年齢によって異なる変化をしていないか、確認すべきである。			
残された課題	中間評価では都道府県別の集計で、最高値89.1%と最低値69.6%には20ポイントの違いがみられた。同様に、令和2年度の値でも、最高値87.6%、最低値67.4%と20ポイントの差がみられる。各都道府県内の市区町村間でも同様の違いが想定され、その差異の原因究明とこれに呼応した地域別の対策の検討が求められる。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	①あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。→(1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない) ②(①で、「1. いつも感じる」もしくは「2. 時々感じる」と回答した人に対して) 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。→(1. はい 2. いいえ)		
	③算出方法	設問②で「1. はい」と回答した者の人数/設問①で「1. いつも感じる」又は「2. 時々感じる」と回答した者の人数×100 (※分母に無回答を含む。) ※各健診時点について、上記算出方法にて算出し、3時点の平均値を算出する。		
	④備考	3・4か月児: 問10-②、1歳6か月児: 問10-②、3歳児: 問10-②		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	※設問①について 3・4か月児=(いつも感じる 3,187+時々感じる 64,928)/全回答者数 619,784)×100=10.4% 1歳6か月児=(いつも感じる 5,908+時々感じる 143,596)/全回答者数 714,532)×100=20.2% 3歳児=(いつも感じる 11,309+時々感じる 210,178)/全回答者数 739,071)×100=29.6% ※設問②について 3・4か月児=はい 56,128/(いつも感じる 3,187+時々感じる 64,928)×100=82.4% 1歳6か月児=はい 119,299/(いつも感じる 5,908+時々感じる 143,596)×100=79.8% 3歳児=はい 184,230/(いつも感じる 11,309+時々感じる 210,178)×100=83.2% ※重点課題①-②について:(82.4+79.8+83.2)/3=81.8% (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象、各健診時点ごと)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①:育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【健康行動の指標】				
指標3:子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
83.3% (平成26年度)	89.4% (平成29年度)	91.0% (令和2年度)	95.0%	1.改善した(②目標に達していないが改善した)
※無回答を除いた数値 86.3% (平成26年度)				
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値、中間評価と比較すると経時的に増加したが、最終評価の目標値より4ポイント低い値である。			
分析	本指標の設問項目は、子どもの社会性の発達過程を示すマイルストーンである。また、設問項目を含む社会性の発達全般に関する知識の普及を図ることも加味し、目標値は3・4か月児、1歳6か月児、3歳児の平均値とされている。ベースライン調査時は、子どもの運動発達や精神発達と比較して、社会性の発達に対する知識の啓発は必ずしも注目されてなかった。しかし、本指標は最終評価の目標値よりやや低い値まで上昇しており、社会性の発達過程に関する知識は普及してきているものと考えられる。この背景には、発達障害に対する親の関心が高くなっており、様々な情報源から知識を得ている可能性が推察される。ただし、インターネットなどで得られる情報には正確ではない内容も含まれており、発達障害に対する親の不安を煽ることも否定できない。本指標の設問項目に限らず、適切な情報を母子保健の専門職が提供し、親に寄り添う体制づくりが一層重要になっているものと考えられる。			
評価	1.改善した(②目標に達していないが改善した)			
調査・分析上の課題	指標は、3つの健診の平均であるが、それぞれ質問内容は異なっており、令和2年度時点では3・4か月児93.4%、1歳6か月児95.6%、3歳児83.8%と、3歳児と他の年齢との差は10ポイント程の違いが認められた。この年齢間の違いは今回も同様の結果であった。さらに、都道府県別のデータをみると、3・4か月児:95.6%~90.1%、1歳6か月児:98.0%~93.3%、3歳児:89.8%~77.9%となっており、3歳児で大きなばらつきが認められた。3歳児における値が低い原因が、質問文の代表性にあるのか、それらの年齢の子どもの持つ親の特性であるのかは不明であるが、地域格差の原因を含めた検討が必要である。			
残された課題	数値は改善傾向にあるが、改善の根拠となる事業や活動の検討、保護者に対する小児の発達に関する適切な情報提供が必要ではないだろうか。その上で、子どもの発達に無関心な親などの集団への対応の強化など、現状にあわせた事業展開が必要である。また、3歳児でみられた都道府県間の差については、市区町村間でも同様の違いが想定され、その差異の原因究明とこれに呼応した地域別の啓発などの対策が求められる。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	【3・4か月児用】 生後半年から1歳になる頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか。 →(1. はい 2. いいえ) 【1歳6か月児用】 1歳半から2歳になる頃までの多くの子どもは、「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか。 →(1. はい 2. いいえ) 【3歳児用】 3歳から4歳になる頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。 →(1. はい 2. いいえ)		
	③算出方法	「1. はい」と回答した者の人数/全回答者数×100(※分母に無回答を含む。) ※各健診時点について、上記算出方法にて算出し、3時点の平均値を算出する。		
	④備考	3・4か月児:問13、1歳6か月児:問13、3歳児:問13		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	【3・4か月児用】 生後半年から1歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いをする」ことを知っていますか。 →(1. はい 2. いいえ) 【1歳6か月児用】 1歳半から2歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」ことを知っていますか。 →(1. はい 2. いいえ) 【3歳児用】 3歳から4歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか。 →(1. はい 2. いいえ)		
	③算出方法	※各健診時点について: 3・4か月児=(はい 553,826/全回答者数 592,674)×100=93.4% 1歳6か月児=(はい 653,699/全回答者数 683,958)×100=95.6% 3歳児=(はい 590,671/全回答者数 704,479)×100=83.8% ※重点課題①-3について:(93.4+95.6+83.8)/3=91.0% (※分母に無回答は含まない。)		
	④備考	乳幼児健康診査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)での問診から、必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象、各健診時点ごと)に。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【健康行動の指標】				
指標4: 発達障害を知っている国民の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
67.2% (平成26年度)	53.2% (平成30年度)	同左	95.0%	4. 評価できない
母子保健に関する世論調査 (内閣府世論調査)	母子保健に関する意識調査 平成30年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」中間評価を見据えた調査研究」調査	同左		
データ分析				
結果	調査方法はベースラインと異なるが、ベースライン値より低下している。			
分析	平成30年度の調査で発達障害について「知っていた」と回答した者の割合は、ベースライン値から約15ポイント低下した。しかし、発達障害について「言葉だけは知っていた」の割合は、ベースライン値19.8%から平成30年度の値36.6%に増加したため、「知っていた」と「言葉だけは知っていた」の合計値は、ベースライン値87.0%から平成30年度の値89.8%に微増となった。ベースラインで指摘されていた性差(男性57.6%<女性75.2%)は、平成30年度でも同様の傾向(男性43.9%<女性62.5%)がみられた。さらに、小学校入学前の子どもの有無で比較すると、20代男性と30代女性を除いて、子どもがいる回答者の「知っていた」の割合は高値であった。しかし、性別や年代にかかわらず、「知らなかった」の割合は子どもの有無で大きな差はなく、子どもがいない回答者では「言葉だけは知っていた」の割合が増加していた。以上の結果から、今後は「知っている」と回答した割合が低い「小学校入学前の子どもがいない」層に対して、発達障害に関する的確な情報が届く施策を展開すること、すなわち「言葉だけは知っていた」が「知っていた」に変わる取り組みが重要と考えられる。 一方、ベースラインでは、「発達障害を知っている」割合に年代差(60代と70代以上で低値)が認められたが、平成30年度では60代の低下は少ないことから、課題の一つとされていた高齢層の認知度が高まっている可能性がある。			
評価	ベースライン値と中間評価の調査方法が異なり、中間評価の後に再調査が実施されていないため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	発達障害を「知っていた」と「言葉だけは知っていた」の割合が変動した原因として、調査方法の違いを考慮する必要がある。また、20代男性と30代女性では、子どもの有無による差は少なかった。調査対象者数は性別と年代で調整しており、子どもが少ない階層が存在する。今後は、子どもの有無を考慮した調査検討が必要である。また、中間評価以降、令和2年度まで調査が行われていないことも課題である。			
残された課題	調査方法の違いが、平成30年度の値の低下に影響した可能性がある。しかし、最終評価の目標値95%を達成するためには、ほぼすべての国民が発達障害を理解していることが望まれる。また、小学校入学前の子どもの有無により、発達障害を「知っていた」あるいは「言葉だけは知っていた」とする割合が異なっている。この背景について検討する余地があるが、発達障害について深く知らない場合は「知っていた」を選択しにくい意識が、子どもと関わりが少ない者にある可能性が考えられる。しかし、発達障害のある者や家族の支援は、幼少期に限定した課題ではない。従って、最終評価の目標値を達成して、障害の有無にかかわらず生きやすい社会を形成するためには、子どもとの関わりが少ない層を対象に含めた、発達障害に関する啓発事業の展開が必要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成26年度母子保健に関する世論調査		
	②設問	あなたは、発達障害について知っていましたか。 →(ア. 知っていた イ. 言葉だけは知っていた ウ. 知らなかった 分からない)		
	③算出方法	「ア. 知っていた」と回答した者の人数/全回答者数 × 100		
	④備考	設問の前に、発達障害についての説明文(発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(ADHD)などの脳機能障害のことです。)をよく読んでもらった。		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健に関する意識調査(平成30年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」中間評価を見据えた調査研究」調査)		
	②設問	あなたは、発達障害について知っていましたか。 →(1. 知っていた 2. 言葉だけは知っていた 3. 知らなかった 4. 分からない)		
	③算出方法	「1. 知っていた」と回答した者の人数/全回答者数 × 100 ※(知っていた 1,277/全回答者数 2,400) × 100 = 53.2%		
	④備考	インターネットを用いた意識調査。対象は20代～60代と70代以上の男女各1200人(各年代について男女それぞれ200人)とした。また、設問の前に、発達障害についての説明文(発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(ADHD)などの脳機能障害のことです。)を記載した。		

重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【環境整備の指標】				
指標5: 発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制がある市区町村の割合 市区町村における発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制整備への支援をしている県型保健所の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
市区町村 85.9% (平成25年度)	市区町村 64.6% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	市区町村 69.7% ※ベースラインと調査方法等が異なる (令和2年度)	市区町村 100% 県型保健所 100%	4. 評価できない
県型保健所 66.5% (平成25年度)	県型保健所 25.0% ※ベースラインと調査方法が異なる (平成29年度)	県型保健所 16.4% ※ベースラインと調査方法等が異なる (令和2年度)		
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	市区町村は中間評価から5ポイント増加したが、県型保健所は中間評価からさらに約9ポイント減少した。			
分析	<p>ベースライン調査と異なり中間評価以降は、親並びに市区町村に対して構築することが望まれる支援体制を明確化して問う設問としている。この設問内容の明確化によって、支援体制の構築を第2次最終評価までに期待する意図があるが、一方で、中間評価以降の値がベースライン値よりも減少する可能性は、第2次の開始時に想定されていた。中間評価と比較して市区町村の値は増加傾向にあるが、今後、すべての市区町村と県型保健所が支援体制を構築して環境整備が求められる。</p> <p>中間評価では県型保健所の値が低値であり、令和2年度の値はさらに低下した。令和2年度は、県型保健所は新型コロナウイルス感染症の対策に時間や人員を要したり、感染予防の観点から研修会自体が中止されたなどの影響があるものと考えられる。また、中間評価では、各県型保健所と管内市区町村を組み合わせ比較したが、保健所に対する設問の該当項目数や設問項目別の該当率によって、市町村の早期支援体制の整備が統計学的に有意に促進される結果はみられなかった(P>0.05)。また、令和2年度では、「育てにくさを感じたときに対処できる母親の割合(指標①-2)」に改善がみられない。育てにくさを感じる親の支援は、現代の親子の多様性を反映した新たな課題であり、市町村のみで支援体制を構築することが困難な場合も想定される。県型保健所には市町村をサポートして重層的に取り組むことが期待されるが、中間評価の分析結果や令和2年度に本指標値がさらに低下したことを踏まえて、市町村の母子保健施策に対する保健所の支援のあり方について成育医療等基本方針の取組として検討すべきと考える。</p>			
評価	中間評価時と比べて、市区町村は目標に達していないものの改善しているが、県型保健所は減少している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	評価対象となる支援体制を明確化したことで、数値として減少したことに対しては、市区町村や県型保健所の実態を把握したうえで、成育医療等基本方針の取り組みでは市町村に対する保健所の支援のあり方について再検討が必要である。また、県型保健所用質問の②「市町村の早期支援体制の評価と見直しに助言や技術的支援を行っている」は、市町村の経験が増えて助言や支援が不要となった場合は「いいえ」になることも考えられる。このような影響についても考慮する必要がある。			
残された課題	市区町村や県型保健所に対し、指標や地域のニーズに合致した事業展開ができるための支援事業(研修会など)について検討すべきである。中間評価以降の都道府県用設問では、設問①～③のすべてを満たす県型保健所の割合を算出しているため低値となっている。母子保健に関する基本的な事業が市区町村によって行われるため、県型保健所では市区町村の母子保健事業の支援よりも他の事業の優先度が高くなっている可能性が推察される。保健所の支援のあり方を検討するためには、保健所が市町村のニーズを把握して、親に対する重層的な支援体制を構築し、その結果を評価することが望まれる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用、都道府県用)		
	②設問	<p>【市区町村用】 発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制(※)があるか。→(1有 2無) (※)例えば、発達障害の症状の発現後、出来るだけ早期に発達支援を行うために、関係機関等と適宜情報共有して連携支援につなげている等。</p> <p>【都道府県用】 市区町村における発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制整備への支援(※)をしている県型保健所の数(※)例えば、広域的な立場で、専門医療機関や療育機関等と市区町村間の情報共有の調整を図ったり、市区町村の早期支援体制の評価と見直しに助言や技術的支援を行っている等。</p>		
	③算出方法	<p>【市町村】 「1.有」と回答した市区町村数/全市区町村数×100</p> <p>【都道府県】 支援をしている県型保健所数/全県型保健所数×100</p>		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用、県型保健所用)		
	②設問	<p>【市区町村用】 ①育てにくさを感じている親が、利用できる社会資源(教室に参加できない場合は個別訪問などにつなげる)がある。→(はい:○ いいえ:×) ②発達支援に関して保健センターや保育所等の関係機関が個別事例の情報交換する会議が定期的に開かれている。→(はい:○ いいえ:×) ③育てにくさに寄り添う支援を実施するためのマニュアル(※)がある。→(はい:○ いいえ:×) ④医療、保健、福祉、教育が連携して支援状況を確認している。→(はい:○ いいえ:×) ※「マニュアル」とは、次の点について記載しているものとする。 「育てにくさ」を発見できる問診などの仕組みや工夫について、a)子どもの問題、b)親の問題、c)親子の問題、d)環境の問題の各々の「育てにくさ」の側面からの記載。</p> <p>【県型保健所用】 ①広域的な立場で、専門医療機関や療育機関等と市区町村間の情報共有をするためのネットワークを作っている。→(はい:○ いいえ:×) ②市町村の早期支援体制の評価と見直しに助言や技術的支援を行っている。→(はい:○ いいえ:×) ③市町村向けの研修において、育てにくさに寄り添う支援に関する内容が含まれている。→(はい:○ いいえ:×)</p>		
	③算出方法	<p>【市区町村】 ①かつ②～④のいずれかに「はい:○」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 ※(①かつ②～④のいずれかに「はい」と回答した市区町村数 1,213/全市区町村数 1,741)×100=69.7% ※各選択肢別(「はい」と回答した市区町村数):①1685、②1058、③239、④648</p> <p>【県型保健所】 ①～③のすべてに「はい:○」と回答した県型保健所の数/全県型保健所数×100 ※(①～③のすべてに「はい」と回答した県型保健所数 58/全県型保健所数 354)×100=16.4% ※各選択肢別(「はい」と回答した県型保健所数):①155、②141、③133</p>		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①:育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【参考とする指標】				
参考指標1:小児人口に対する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(小児人口10万対)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
6.2 (参考)1,013名 (平成24年度)	7.3 (参考)1,131名 (平成29年度)	8.3 (参考)1,235名 (令和2年度)	—	—
調査				
(一社)日本小児科医会調べ	(一社)日本小児科医会調べ	(一社)日本小児科医会調べ		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較すると、中間評価時、令和2年度にかけて増加している。			
分析	この指標が増加した要因には指標の分母である小児人口の減少も影響しているが、「子どもの心の相談医」登録数は中間評価時、令和2年度にかけて増加している。また、医師・歯科医師・薬剤師調査の主たる診療科が小児科の医師数に対する「子どもの心の相談医」登録数の割合は、ベースライン6.2%から中間評価6.7%、令和2年度6.9%へ上昇している。これらの結果は、発達障害のある子どもや育児不安に悩む親の対応を喫緊の課題と考えて、小児科医が自ら研鑽をする動きを反映していると考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	参考指標のため目標値は定められていないが、発達障害のある子どもや育児に悩む親を日常的な外来診療で支援する「子どもの心の相談医」は、親子に寄り添った支援の実施に必要な存在と考えられる。今後も経年的に評価して取組を促すとともに、適正な数値について関係団体に意見を求める必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	一般社団法人日本小児科医会調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	平成24年度一般社団法人日本小児科医会認定「子どもの心の相談医」登録数/小児人口(0~14歳)×100,000		
	④備考	※小児人口(0~14歳):ベースライン 16,248,000人(平成25年)		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	一般社団法人日本小児科医会認定「子どもの心の相談医」登録数/小児人口(0~14歳)×100,000 (「子どもの心の相談医」登録数 1,235/小児人口 14,810,489)×100,000=8.3		
	④備考	※小児人口(0~14歳):14,810,489(令和2年)		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①:育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【参考とする指標】				
参考指標2:小児人口に対する児童精神科医師の割合(小児人口10万対)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
11.9 (平成25年度)	13.5 (平成29年度)	21.9 (令和2年度)	—	—
調査				
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調べ	日本児童青年精神医学会調べ		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較すると、中間評価時、令和2年度にかけて増加している。			
分析	この指標が中間評価時から令和2年度にかけて増加した背景として指標の分母である小児人口の減少も影響しているが、発達障害等をもつ親子を支援する施設も増加しており(指標①-参3、参4)、関連領域の専門職である児童精神科医に対する社会的需要が高まっていることが影響していると考えられる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	参考指標のため目標値は定められていないが、発達障害のある子どもや育児に悩む親に対する専門的な対応を担う児童精神科医は重点課題の改善に必要な存在と考えられる。今後も経年的に評価して、取組を促す必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	日本児童青年精神医学会調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	日本児童青年精神医学会加入者のうち医師会員数/小児人口(0~14歳)×100,000		
	④備考	※小児人口(0~14歳):ベースライン 16,248,000人(平成25年)		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	日本児童青年精神医学会加入者のうち医師会員数/小児人口(0~14歳)×100,000 (日本児童青年精神医学会の医師会員数 3,247/小児人口 14,810,489)×100,000=21.9		
	④備考	日本児童青年精神医学会加入者:一般会員 4,309名、内医師会員 3,247名 (精神科医 2,427名、小児科医 365名、その他の医師 38名) ※小児人口(0~14歳): 14,810,489(令和2年)		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①:育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【参考とする指標】				
参考指標3:情緒障害短期治療施設の施設数⇒児童心理治療施設の施設数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
30道府県 38施設 (平成24年)	34道府県 46施設 (平成29年)	37道府県 53施設 (令和2年度)	—	—
調査				
雇用均等・児童家庭局家庭福祉課調 べ (平成24年10月1日時点)	子ども家庭局家庭福祉課調 べ	子ども家庭局家庭福祉課調 べ		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較すると、施設数と設置都道府県数のいずれも増加している。			
分析	ベースライン値と比較すると、情緒障害児短期治療施設(現名称:児童心理治療施設)の施設数は増加しており、児童養護施設の入所児童に対する通所利用、専門職の基本配置引き上げなどの機能面の充実も図られつつある。施設数の増加の背景として、被虐待児童の急激な増加などに伴い、施設の必要性が広く認識されたことが一因と考えられる。しかし、児童心理治療施設の設置がされていない都県があり、児童養護施設で対応している現状がある。地域間の健康格差を解消し、すべての子どもが健やかに育つ社会を目指すためには、さらなる施設数の増加や機能の充実が望まれる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	平成28年の児童福祉法の一部改正に伴い、施設名称が情緒障害児短期治療施設から児童心理治療施設に変更されたため、指標名が変更された。			
残された課題	未設置の都県においては、別手段での対応が取られている。参考指標のため目標値は定められていないが、児童心理治療施設の設置が不十分な地域があることは、地域間の健康格差の一つであり、今後も経年的に評価して、取組を促す必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	雇用均等・児童家庭局家庭福祉課調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	情緒障害児短期治療施設の施設数(都道府県別)を用いて算定		
	④備考	指標における施設名は、健やか親子21(第2次)を策定した当時の名称を使用している。現在の名称は児童心理治療施設である。		
直近値のデータ算出方法	①調査名	子ども家庭局家庭福祉課調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	児童心理治療施設の施設数(都道府県別)を用いて算定		
	④備考	平成28年の児童福祉法の一部改正に伴い、施設名称が児童心理治療施設に変更されている。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【参考とする指標】				
参考指標4: 就学前の障害児に対する通所支援の利用者数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
37,505名 (平成25年)	98,585名 (平成29年) ※ベースラインと調査方法等が異なる	128,131名 (令和2年度) ※ベースラインと調査方法等が異なる	—	—
調査				
社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課調べ (平成25年12月1日時点)	社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課調べ (平成29年時点)	社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課調べ		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較すると、中間評価時で2.6倍、令和2年度で3.4倍の増加がみられる。			
分析	ベースライン値は児童発達支援、医療型児童発達支援、保育所等訪問支援の利用者数の延べ人数としているが、中間評価では月あたりの平均利用者数を用いることに変更された。平成24年度に児童福祉法が改正されたが、この参考指標値の増加は、法改正による通所・入所の利用形態で区分する新しい施設体系や、保育所等訪問支援の開始に関する理解と活用を示すものと推察できる。児童発達支援センターは、通所利用障害児への療育だけでなく、その家族に対する支援や障害児を預かる施設への援助や助言を行うことで、地域の中核的な支援施設として位置づけられる。今後も、各施設や事業の機能を充実することで、育てにくさを感じる親に寄り添う支援を図ることが期待される。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	参考指標のため目標値は定められていないが、各施設は育てにくさを感じる親に寄り添う支援を図るために必要不可欠である。今後も経年的に評価して取り組みを促すだけでなく、現場ニーズに対してどの程度の利用者数を見込むことが適切か検討する余地がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	(児童発達支援+医療型児童発達支援+保育所等訪問支援)の利用者数の延べ人数		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	(児童発達支援+医療型児童発達支援+保育所等訪問支援)の年度における月あたりの平均利用者数		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題①: 育てにくさを感じる親に寄り添う支援				
【参考とする指標】				
参考指標5: 障害児支援を主要な課題とする協議体を設置している市区町村数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
421 (平成25年)	551 (平成29年)	643 (令和2年度)	—	—
調査				
社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課調べ (平成25年4月時点)	社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課調べ	社会・援護局障害保健福祉部 障害福祉課調べ		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較すると中間評価時、令和2年度にかけて増加している。			
分析	障害者自立支援法において地域自立支援協議会は、「地域における障害福祉に関する関係者による連携及び支援の体制に関する協議を行うため」に設置すると位置づけられている(法第77条)。ベースラインと比較して、子ども関係の専門部会の設置数が増加していることは、指標①-3や指標①-4で増加傾向にある地域の関係機関によるネットワークの構築や、困難事例や課題に対する情報共有および発信に寄与するものである。小児人口が少ない地域が専門部会を設置していない可能性もあるが、官民一体となった利用者のニーズにあった支援を届けるためにはより多くの協議会で専門部会の設置が望まれる。			
評価	—			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	参考指標のため目標値は定められていないが、地域自立支援協議会における子ども関係の専門部会の設置は、多機関が連携した体制や困難事例の解決に必要である。今後も経年的に評価して、取り組みを促す必要がある。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課調べ		
	②設問	—		
	③算出方法	協議会の設置市町村数(地方公共団体の努力義務): 1,650/1,742市町村 協議会数: 1,155協議会(※合同設置もあるため設置市町村数より少ない) 1,155協議会のうち、 ・専門部会を設置しているのは799協議会 ・課題別の専門部会を設けているのは738協議会 ・738協議会のうち、子ども関係の部会を設置しているのは421協議会		
	④備考	参照URL http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoven/toukei/h25-syogaisoudansien.html		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	協議会の設置市町村数(地方公共団体の努力義務): 1,681/1,741市町村(令和2年) 協議会数: 1,195協議会(※合同設置もあるため設置市町村数より少ない) 1,195協議会のうち、 ・専門部会を設置しているのは963協議会 ・課題別の専門部会を設けているのは904協議会 ・904協議会のうち、子ども関係の部会を設置しているのは643協議会		
	④備考	参照URL https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashakushi/toukei/index.html https://www.mhlw.go.jp/content/12203000/000752735.pdf		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策				
【健康水準の指標】				
指標1:児童虐待による死亡数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
・心中以外 58人 ・心中 41人 (平成23年度)	・心中以外 52人 ・心中 13人 (平成29年度)	・心中以外 57人 ・心中 21人 (令和元年度)	それぞれが減少	4. 評価できない
調査				
「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の報告書	「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の報告書	「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の報告書		
データ分析				
結果	心中はベースライン値と比較すると減少しているが、中間評価値よりも増加している。一方、心中以外の死亡数に関しては横ばいである。また、Child Death Review(以下、CDR)により正確に死亡症例を把握する体制を構築する必要がある、成育医療等基本法でも示された。			
分析	第1次において「児童虐待による死亡数(課題4-1)」の最終評価でも示されているように、虐待死は年度ごとの発生件数のばらつきが大きい。実際に、平成23年度から令和元年度では、心中以外は58人(平成23年度)、51人(平成24年度)、36人(平成25年度)、44人(平成26年度)、52人(平成27年度)、49人(平成28年度)、52人(平成29年度)、54人(平成30年度)、57(令和元年度)と推移しており、心中は41人(平成23年度)、39人(平成24年度)、33人(平成25年度)、27人(平成26年度)、32人(平成27年度)、28人(平成28年度)、13人(平成29年度)、19人(平成30年度)、21人(令和元年度)と推移している。さらに、平成27年度(第13次報告)以降の値には都道府県等が虐待による死亡と断定できないとした事例のうち、専門委員会(※)が検証した結果、虐待による死亡事例として取り扱うと判断された事例も合わせて計上されている。このように、虐待以外による死亡と考えられていたが専門委員会によって虐待事例と判断される例が存在しており、わが国においても関連する多機関が連携したCDRの結果判断された症例数を考慮した集計が必要である。(※)社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会			
評価	本指標の評価に当たっては、CDRで把握される症例数を考慮した集計が必要であり、現状では「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	各年度における児童虐待の死亡数はばらつきが大きい。児童相談所や市町村における児童虐待相談の対応件数は増加していることから(重点課題②-参1、2)、本指標の今後の経過にも留意する必要がある。また、専門委員会と警察庁では、対象ケースの定義が異なっている。			
残された課題	極めて重要な指標であり、国において定義を統一した死亡数算出の標準化がぜひとも求められる。なお、成育医療等基本法(成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律法律第百四号(平30・12・14))が定められ、今後、我が国においてもCDRにより、警察庁や社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会が把握されなかった死亡症例を把握する体制を構築する方向性が示された。本指標の評価に当たっては、CDRで把握される症例数を考慮した集計が必要である。また、児童虐待の死亡は出生0日に最も多く発生しており、その状況を把握する指標の設定も必要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の報告書		
	②設問	—		
	③算出方法	厚生労働省が、対象年度に発生又は表面化した子ども虐待による死亡事例を新聞報道等から抽出し、地方公共団体が把握した死亡事例と合わせて、地方公共団体に対して詳細を調査し、対象とする事例について、児童虐待防止法の児童虐待の定義を踏まえ、専門委員会(※)が個々の事例について検討して確定した。(※)社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	平成27年度(第13次報告)以降、都道府県等が虐待による死亡と断定できないとした事例を、専門委員会(※)が検証した結果、虐待による死亡事例として取り扱うと判断された事例も合わせて計上されている。(※)社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②: 妊娠からの児童虐待防止対策				
【健康水準の指標】				
指標2: 子どもを虐待していると思われる親の割合⇒乳幼児期に体罰や暴言、ネグレクト等によらない子育てをしている親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
3・4か月児 0.8% 1歳6か月児 2.2% 3歳児 4.4% (参考 平成26年度)	(旧指標) 3・4か月児 7.9% 1歳6か月児 19.7% 3歳児 38.9% ※ベースラインと調査方法が異なる (新指標) 3・4か月児 92.1% 1歳6か月児 80.3% 3歳児 61.1% (平成29年度)	(旧指標) 3・4か月児 6.4% 1歳6か月児 17.3% 3歳児 32.7% ※ベースラインと調査方法等が異なる (新指標) 3・4か月児 93.6% 1歳6か月児 82.7% 3歳児 67.3% (令和2年度)	(新指標) 3・4か月児 95.0% 1歳6か月児 85.0% 3歳児 70.0%	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースラインのみ調査方法が異なるため、中間評価で変更となった指標の計算方法で比較すると、新指標では目標値は達成していないものいずれの健診時も上昇している。			
分析	ベースライン調査は非対面の無記名調査であったが、中間評価以降は乳幼児健診の必須問診項目に基づいている。また、中間評価において指標の変更があり、「乳幼児期に体罰や暴言、ネグレクト等によらない子育てをしている親の割合」を新たな指標として評価することとなった。新指標の値は、子どもの成長とともに低下している。子どもの成長に伴う該当率の変化は、子どもに対して育てにくさを感じる親の割合(指標①-2、設問①)でもみられるが、両指標の関連性は集計データではなく個別データを用いて評価することが、支援につながると考えられる。 なお、ベースラインで得られた割合は、児童虐待に対する当事者の「主観的虐待観」を反映しており、児童虐待の発生割合を示すものではないことに留意する必要がある。また、「健やか親子21(第2次)」以降の設問は子育てにおける親の行動を回答したものであり、新指標に該当しない割合が児童虐待の発生割合を示すものではないことにも留意する必要がある。			
評価	1. 中間評価時から改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	乳幼児の死亡例や重症例(医療機関からの通告例など)には、中間評価以降で用いている必須問診項目で「6.子どもの口をふさいだ」「7.子どもを激しく揺さぶった」に「1.はい」と回答した例が認められるなど、個別支援の上で重要な問診項目となっている。一方で、令和2年度の都道府県別のデータを見ると、無回答率が高いことが当該自治体の結果に影響したと考えられるケースがみられる。したがって、必須問診項目の結果を地域別で評価する際には、無回答率の差についても留意する必要がある。			
残された課題	わが国では2019年の関連法改正によって、親権者による体罰の禁止が法的に明文化された。これに先立ち、健やか親子21(第2次)では、「子どもを健すこやかに育てるために～愛の鞭ムチゼロ作戦～」を展開し、体罰によらない子育てを推進し、効果的な手法に関する厚生労働科学研究も実施されてきた。本指標は、そのような取り組みの推進状況を反映するものである。今後は、市町村が親権者に対して、「体罰や暴言、ネグレクト等によらない子育てをする」方法や意義について啓発をさらに推進することが必要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	①あなた、または、あなたのパートナーは、子どもを虐待しているのではないかと思いますか。→(1. はい 2. いいえ 3. 何ともいえない) ②(①で、「1. はい」と回答した人に対して)それは、どのようなことですか。(該当するものを全て選択して下さい) →(1. 感情に任せて叩く 2. 食事を長時間与えないなどの制限や放置 3. しつけのし過ぎ 4. 感情的な言葉 5. 激しく揺さぶる 6. その他())		
	③算出方法	①で「1. はい」と回答した人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。)		
	④備考	3・4か月児:問12、1歳6か月児:問12、3歳児:問12		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)		
	②設問	この数か月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。あてはまるものすべてに○を付けて下さい。 →(1. しつけのし過ぎがあった 2. 感情的に叩いた 3. 乳幼児だけを家に残して外出した 4. 長時間食事を与えなかった 5. 感情的な言葉で怒鳴った 6. 子どもの口をふさいだ 7. 子どもを激しく揺さぶった 8. いずれにも該当しない)		
	③算出方法	(旧指標) 選択肢1～7を1つでも回答した人数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。) ※各健診時期について: 3・4か月児=(1から7の選択肢をいずれか1つでも回答した者の数 34,951/全回答者数 549,571)×100=6.4% 1歳6か月児=(1から7の選択肢をいずれか1つでも回答した者の数 111,245/全回答者数 641,615)×100=17.3% 3歳児=(1から5の選択肢をいずれか1つでも回答した者の数 217,590/全回答者数 665,864)×100=32.7% (新指標) いずれにも該当しない/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。) 3・4か月児=(8の選択肢を回答した者の数514,620 /全回答者数 549,571)×100=93.6% 1歳6か月児=(8の選択肢を回答した者の数 530,370/全回答者数 641,615)×100=82.7% 3歳児=(8の選択肢を回答した者の数 448,274/全回答者数 665,864)×100=67.3% ※各選択肢について(回答者数): 3・4か月児=選択肢1 3,022、選択肢2 4,003、選択肢3 4,930、選択肢4 5,722、 選択肢5 23,750、選択肢6 1,652、選択肢7 902、選択肢8 514,620 1歳6か月児=選択肢1 11,270、選択肢2 23,023、選択肢3 3,385、選択肢4 1,319、 選択肢5 93,739、選択肢6 2,486、選択肢7 1,041、選択肢8 530,370 3歳児=選択肢1 25,693、選択肢2 39,894、選択肢3 7,021、選択肢4 1,458、選択肢5 195,136、選択肢8 448,274		
	④備考	3歳児の問診項目では、選択肢は1から5、および8である。乳幼児健康診査(3・4か月児、1歳6か月児、3歳児)での問診から。必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積している(全数対象、各健診時点ごとに)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策				
【健康行動の指標】				
指標3:乳幼児健康診査の受診率(基盤課題A-8再掲)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
(未受診率) 3~5か月児 4.6% 1歳6か月児 5.6% 3歳児 8.1% (平成23年度)	(未受診率) 3~5か月児 4.5% 1歳6か月児 3.8% 3歳児 4.8% (平成29年度) 調査	(未受診率) 3~5か月児 6.0% 1歳6か月児 4.8% 3歳児 5.5% (令和2年度)	(未受診率) 3~5か月児 2.0% 1歳6か月児 3.0% 3歳児 3.0%	4. 評価できない
地域保健・健康増進事業報告	地域保健・健康増進事業報告	地域保健・健康増進事業報告		
データ分析				
結果	1歳6か月児と3歳児ではベースライン値と比較して減少しているが、3~5か月児健診では増加した。			
分析	この指標の目標値は、策定時に入手可能であった平成23年度までの値から近似曲線を作成して策定された。中間評価時点では、いずれの健診でも、未受診率は減少していた。しかし、ベースラインと比較した令和2年度の値は、1歳6か月児と3歳児では低下したが、3~5か月児は上昇していた。また、中間評価と比較すると、令和2年度の値はすべての健診で上昇していた。令和2年度は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響で乳幼児健康診査の中止や延期があり、外出自粛もみられた年度である。このような健診の開催状況や保護者の行動が、未受診率の上昇に影響したと考えられる。一方、ベースライン値では、保育所等を利用する子どもが多い3歳児の未受診率は特に高い傾向があったが、中間評価以降は他の健診と同等の値に到達している。			
評価	3~5か月児は未受診率が増加したが、1歳6か月児および3歳児は目標に達していないが改善している状況にあるため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	本指標は、基盤課題Aの指標A-8(乳幼児健康診査の受診率)の再掲であるが、未受診者を減らすこと以上に、ハイリスクアプローチとしてのすべての未受診者の状況を把握することが児童虐待防止対策としても重要である。都道府県や市区町村での評価においては、両者のバランスを踏まえた分析が必要である。			
残された課題	児童虐待防止対策のためには、未受診者のすべてに対して支援の必要性を判定し、支援を評価する体制の構築が求められる ¹⁾ 。 1)平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル(仮称)」及び「身体診察マニュアル(仮称)」作成に関する調査研究 乳幼児健康診査事業実践ガイド P.85			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	地域保健・健康増進事業報告 地域保健編		
	②設問	—		
	③算出方法	受診率(%)を100%から引いた差とする。		
	④備考	他の指標では、3・4か月児健診と表記しているが、本指標に限っては同事業報告の集計に合わせて、3~5か月児とする。		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	同上		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策				
【健康行動の指標】				
指標4:児童虐待防止法で国民に求められた児童虐待の通告義務を知っている国民の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
61.7% (平成26年度)	52.7% (平成30年度) ※ベースラインと調査方法が異なる調査	同左	90.0%	4. 評価できない
母子保健に関する世論調査 (内閣府世論調査)	母子保健に関する意識調査 平成30年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」中間評価を見据えた調査研究調査	同左		
データ分析				
結果	調査方法はベースラインと異なるが、ベースライン値より低下している。			
分析	<p>中間評価では、ベースライン調査と比較して約10ポイントの低下がみられた。中間評価ではインターネット調査を用いたため、対象者の背景が異なる影響は考慮すべきであるが、少なくとも最終評価の目標値を達成して支援を要する親子に気づける環境づくりをするためには、より一層の啓発活動が望まれる。</p> <p>ベースラインでは指標値の性差(男性54.7%<女性67.5%)が指摘されていたが、中間評価でも同様の傾向(男性43.8%<女性61.5%)がみられた。また、小学校入学前の子どもの有無で回答者を分けると、40代男性を除き、子どもがいることによって通告義務の認知度は上昇していた。一方、子どもがいない20代と30代の男性における認知度は約30%と、特に低い値であった。さらに、20代女性では、子どもの有無による認知度の差は少なかった。これらの結果から、今後は「知っている」と回答した割合が低い「小学校入学前の子どもがいない」層や若年層への啓発が重要と考えられる。</p>			
評価	ベースライン値と中間評価の調査方法が異なり、中間評価の後に再調査が実施されていないため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	中間評価では調査方法としてインターネット調査を用いたため、調査方法の差によって「通告義務を知っている」割合が低下した可能性がある。また、他の性別・年代と異なり40代男性では、小学校入学前の子どもがいることで認知度が低下していた。本指標のような意識調査に基づく数値は、対象者の性別、年齢、子どもの有無などの特性を考慮した評価が必要である。また、中間評価以降、令和2年度まで調査が行われていないことも課題である。			
残された課題	調査方法の違いが、中間評価値の低下に影響した可能性は否定できない。しかし、本指標の設定は法律に基づく国民の義務について問う内容であり、対象者の背景にかかわらず、一定の水準に認知度を高める必要がある。特に、小学校入学前の子どもがいない人における通告義務の認知度が低値であった点は、注目に値すると考える。今後、より詳細な検討が必要であるが、子どもが周囲にいない層にとって、児童虐待防止対策が自分と関わりが薄い「他人事」と捉えられている可能性も考えられる。従って、児童虐待を防止し子どもの権利を擁護するためには、子どもとの関わりが少ない層を対象に含めた、学校教育の場などを活用した児童虐待防止に関するポピュレーションアプローチによる啓発活動の展開が必要である。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成26年度母子保健に関する世論調査		
	②設問	法律では、虐待を受けたと思われる、または疑いのある児童を発見したら、誰でも市町村の役場や児童相談所などに知らせることが義務付けられています。あなたは、そのような義務があることを知っていましたか、それとも知りませんでしたか。 →(ア. 知っていた イ. 知らなかった 分からない)		
	③算出方法	「ア. 知っていた」と回答した者の人数/全回答者数 × 100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健に関する意識調査(平成30年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「健やか親子21(第2次)」中間評価を見据えた調査研究調査)		
	②設問	法律では、虐待を受けたと思われる、または疑いのある児童を発見したら、誰でも市町村の役場や児童相談所などに知らせることが義務付けられています。あなたは、そのような義務があることを知っていましたか、それとも知りませんでしたか。 →(1. 知っていた 2. 知らなかった 3. 分からない)		
	③算出方法	「1. 知っていた」と回答した者の人数/全回答者数 × 100 ※(知っていた 1,264/全回答者数 2,400) × 100 = 52.7		
	④備考	インターネットを用いた意識調査。対象は20代～60代と70代以上の男女各1,200人(各年代について男女それぞれ200人)とした。		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②: 妊娠期からの児童虐待防止対策				
【健康行動の指標】				
指標5: 乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)を知っている親の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
94.3% (平成26年度) ※無回答を除いた数値 96.4% (平成26年度)	97.3% (平成29年度)	97.6% (令和2年度)	100%	1. 改善した(②目標に達していないが改善した)
調査				
平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較して3ポイントの増加が認められた。			
分析	<p>乳幼児揺さぶられ症候群(SBS、Shaken Baby Syndrome)が発生する背景には、泣きやませようとしても泣き止まない乳幼児に特有の泣き行動(パープル・クライミング)と育児不安や育児ストレスといった、どの家庭にも存在する因子がある。本指標はベースラインで既に高い値となっていたため目標値を100%と設定されたが、令和2年度の値は目標値に近い値まで到達した。</p> <p>一方、中間評価時点で行った、厚生労働省の依頼に対して個別データを任意提出した約300自治体を対象とした分析では、本指標の設問に「はい」と回答する者と比較した「いいえ」と回答するオッズ比は、喫煙歴がある母親(指標A-5 2.03倍、指標A-6 2.09倍)、育てにくさを感じている者(指標①-2 3.12倍)、その解決方法を知らない者(指標①-2 1.91倍)、子どもの発達過程を知らない者(指標①-3 3.75倍)などで高かった。平成27年に行われた調査¹⁾では、回答した自治体の約7割が本疾患の啓発を行っているが、住民の行動変容を促すまで至らない内容の取り組みも少なくないと考えられていた。今後は、本疾患に関する知識が届きにくい親に対する啓発活動や、「赤ちゃんが泣きやまない」時の対処行動について広く啓発することが必要である。</p> <p>1) 平成27年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)【成育疾患克服等総合研究事業】乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究班 乳幼児健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方 P.67 http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/pdf/ronten.pdf</p>			
評価	1. 改善した(②目標に達していないが改善した)			
調査・分析上の課題	本指標の目標値は100%であり、すべての保護者が児童虐待防止のための知識を知ることを目指すものである。本指標の設問に対して無回答であった者の特性も考慮する必要があるが、上記の個別データを分析すると、無回答者の60~70%は他の設問の多くにも無回答であった。回答が「2. いいえ」の場合に揺さぶりの危険性をしっかりと伝えるだけでなく、無回答の場合も、丁寧な問診でその背景にある状況を把握する必要がある。			
残された課題	<p>「揺さぶることが危険」という知識を、「揺さぶらない」との健康行動につなげるためのポピュレーションアプローチの健康教育の手法や、「2. いいえ」の回答者のみでなく無回答者に対する問診場面での個別対応について検討する必要がある。</p> <p>なお、現在は乳幼児を揺さぶること自体の危険性の啓発や予防を教育する場面を除き、SBSではなく「虐待による乳幼児頭部外傷(AHT、Abusive Head Trauma in Infants and Children)」を名称として用いることが日本小児科学会等でも推奨されている。これは、SBSの名称にも用いられる「揺さぶり」がAHTの病態の一部を示すのみであり、「揺さぶり」と表現することで「偶発的な事故や内因性の病態ではおおよそ説明し難い頭部外傷を負った小児が存在する」という問題の本質よりも、「揺さぶり」のみに限定して注意が向けられることで、論点の混乱が起きかねないためである(虐待による乳幼児頭部外傷(Abusive Head Trauma in Infants and Children)に対する日本小児科学会の見解(日本小児科学会2020年8月))。</p>			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成26年度厚生労働科学研究(山縣班)親と子の健康度調査(追加調査)(3・4か月児)		
	②設問	赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、脳障害が起きること(乳幼児揺さぶられ症候群)を知っていますか。 →(1. はい 2. いいえ)		
	③算出方法	「1. はい」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答を含む。)		
	④備考	3・4か月児: 問11		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(3・4か月児)		
	②設問	同上		
	③算出方法	「1. はい」と回答した者の人数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。) (「はい」と回答した人数 581,915/全回答者数 596,376)×100=97.6%		
	④備考	幼児健康診査(3・4か月児)での問診から必須問診項目に入れ、母子保健課調査で毎年度全国データを集積する(全数対象)。各地方自治体は、平成27年度からデータ収集・集計し、母子保健課調査に報告している。		

基盤課題②: 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策				
【環境整備の指標】				
指標6: 妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合(基盤課題A-12再掲)				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
92.8% (平成25年度)	98.0% (平成29年度)	99.4% (令和2年度)	100%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースラインと比較して7ポイント上昇し、令和2年度はほぼ100%に達した。			
分析	ベースライン調査後、設問の変更はないが、但し書きとして「把握しているとは、アンケートを実施しているだけでなく、その情報に基づいて全員または必要な妊婦等に保健師等が個別支援する体制があること」と追記された。その上で、ベースライン値と比較して、中間評価、令和2年度と上昇し、ほぼ100%の市区町村が妊婦の身体的・精神的・社会的状況を把握することとなった。これは、市区町村が特定妊婦の把握や支援を子育て世代包括支援センターの設置や設置予定により、妊娠届出時に保健師等により全数面接を行うように体制を変更するなど、妊婦の把握を意識的に行うことを促進したと考えられる。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	平成29年に子育て世代包括支援センター業務ガイドラインが整備されたことにより、妊娠の届出、母子健康手帳交付時の面談等を専門職が担当し、状況の把握を行うことが位置づけられ、個々の妊婦の身体的・精神的・社会的な情報を得て、それに合わせた支援プランの策定など、より具体的な支援が機能するようになってきている。今後は、子育て世代包括支援センターは子ども家庭センターとして機能を充実させる方針が示されており、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握するだけでなく適切なサポートプランの立案と実施が求められる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	設問①: 妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している。 → (はい:1 いいえ:0) (参考設問) 設問②: 看護職等専門職(※)が母子健康手帳の交付を行っている。(はい:1 いいえ:0) ※看護職等専門職とは、看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)および社会福祉士、心理職等の専門職。看護職以外の専門職が交付している場合は、回答欄に(はい:1)を選択の上、備考欄に職種を記載。 設問③: 設問②で「はい」の場合は、看護職等専門職が交付している対象者。 → (1. 全員 2. 希望者 3. 必要と認められる者 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ) 設問④: 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」の場合、看護職等専門職への情報提供や連携を行っているか。 → (はい:1 いいえ:0)		
	③算出方法	「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100		
	④備考	平成25年度母子保健課調査(市区町村用) 全市区町村数1,742か所 設問①: 妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している。 → (はい:1 いいえ:0) 回答結果: 「はい」1,617か所、「いいえ」125か所 算出方法: 「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,617/1,742×100=92.8% (参考設問) 設問②: 看護職等専門職(※)が母子健康手帳の交付を行っている。(はい:1 いいえ:0) 「はい」1,623か所、「いいえ」119か所 「はい」と回答した市区町村の割合=1,623/1,742×100=93.2% ※看護職等専門職とは、看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)および、社会福祉士、心理職等の専門職。 看護職以外の専門職が交付している場合は、回答欄に(はい:1)を選択の上、備考欄に職種を記載。 設問③: 設問②で「はい」の場合は、看護職等専門職が交付している対象者。 有効回答1,620か所 → (1. 全員 2. 希望者 3. 必要と認められる者 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ) 1. 全員 1,286/1,620×100=79.4% 2. 希望者 7/1,620×100=0.4% 3. 必要と認められる者 54/1,620×100=3.3% 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ 273/1,620×100=16.9% 5. 無回答(3か所) 設問④: 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」の場合、看護職等専門職への情報提供や連携を行っているか。 → (はい:1 いいえ:0) 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」と回答した市区町村数 89か所 「はい」と回答した市区町村数 77か所 77/89×100=86.5%		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	設問: 妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している(※)。 → (はい:1 いいえ:0) (※)「把握している」とは、アンケートを実施しているだけでなく、その情報に基づいて全員または必要な妊婦等に保健師等が個別支援する体制があること。		
	③算出方法	母子保健課調査(市区町村用) 全市区町村数1,741か所 設問①: 妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している。 → (はい:○ いいえ:×) 回答結果: 「はい」1,730か所、「いいえ」11か所 算出方法: 「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100=1,730か所/1,741か所×100=99.4%		
	④備考	(参考設問) 設問②: 看護職等専門職(※)が母子健康手帳の交付を行っている(はい:○ いいえ:×) 「はい」1,712か所 「はい」と回答した市区町村の割合=1,712/1,741=98.3% (※)看護職等専門職とは、看護職(保健師・助産師・看護師・准看護師)および社会福祉士、心理職等の専門職 設問③ 設問②で「はい」の場合は、看護職等専門職が交付している対象者。 → (1. 全員 2. 希望者 3. 必要と認められる者 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ) 1. 全員 1,557か所/1,712か所×100=90.9% 2. 希望者 なし 3. 必要と認められる者 7か所/1,712か所×100=0.4% 4. 看護職等専門職がいる窓口で届出した者のみ 148か所/1,712か所×100=8.6% 設問④ 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」の場合、看護職等専門職への情報提供や連携をおこなっているか → (はい:○ いいえ:×) 設問①で「はい」、かつ設問②で「いいえ」と回答した市区町村数 23か所 23か所/1,712か所×100=1.3%		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策				
【環境整備の指標】				
指標7:対象家庭全てに対し、乳児家庭全戸訪問事業を実施している市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
事業実施率 99.0% (平成26年4月1日) 対象家庭全てを訪問した市区町村の割合 27.5% (平成26年度)	事業実施率 99.6% (平成29年4月1日) 対象家庭全てを訪問した市区町村の割合 48.1% (平成28年度)	事業実施率99.9% (平成31年4月1日)	事業実施率 100% 対象家庭全てを訪問した市区町村の割合 100%	4. 評価できない
調査				
雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室調べ	子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室調べ	子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室調べ		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較して、中間評価値は増加している。事業実施率は参考値であるが、ベースライン値、中間評価値と比較して直近値は増加している。			
分析	本指標に挙げられている乳児家庭全戸訪問事業は、育児不安が最も強くなるとされる時期に家庭を訪問し、支援対象者を把握して必要な支援を実施して育児の孤立化を防ぐ重要な支援策である。ベースライン値と比較して中間評価で得られた値は増加しており、ほぼ半数の市区町村では全数の状況把握を行っている。したがって、すべての子どもが健やかに育つことができる環境整備が進みつつあるものと考えられるが、極めて高い事業実施率と比較して本指標値が低い値に留まっている現状がある。			
評価	「対象家庭全てを訪問した市区町村の割合」の直近値が得られていないため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	本指標値は上昇しているが、事業実施率との乖離がある。したがって、乳児家庭全戸訪問事業の対象家庭であるが、支援者が訪問をしていない場合に、必要な支援がされているかを把握できる指標の設定が必要である。			
残された課題	本指標の真の目的は全戸の訪問を達成することではなく、支援を必要とする親子を把握し、妊娠期からの切れ目のない支援を届けることである。今後は、子ども家庭センターが妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握するだけでなく、妊娠期からの切れ目のない支援を提供するための適切なサポートプランの立案と実施が求められており、その実施状況を把握することで支援の質を評価することも必要である。また、支援対象者の把握基準の評価、実施した訪問事業の評価を保健所や都道府県単位で行うことで、実施率だけでなく質も高まることが期待される。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室調べ		
	②設問	問1 貴市町村では乳児家庭全戸訪問事業を実施していますか。以下の時点ごとに該当するものを選択し、回答してください。 →(①実施している、②乳児家庭全戸訪問事業と同様の効果のある別事業で対応している、③実施していない) 問5 貴市町村で訪問対象としている対象者(家庭)について、当該年度中にすべて訪問しましたか。 →(①対象者(家庭)をすべて訪問した、②対象者(家庭)をすべて訪問しなかった(できなかった))		
	③算出方法	・事業実施率 乳児家庭全戸訪問事業と同様の効果のある別事業等を実施している場合等を含めた実施市区町村数/全市区町村数×100 ・対象家庭全てを訪問した市区町村の割合 乳児家庭全戸訪問事業の対象者(家庭)全てに訪問した市区町村/対象者がいた全市区町村×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室調べ		
	②設問	問1 貴市町村では乳児家庭全戸訪問事業を実施していますか。以下の①及び②のうち、いずれか1つ該当するものを選択し、回答してください。 →(①実施している、②実施していない、③同様の効果のある別事業を実施している) 問6(1)の訪問対象家庭について、平成28年度中に全て訪問しましたか。以下の①及び②のうち、いずれか1つ該当するものを選択し、回答してください。→(①すべて訪問、②一部訪問できなかった) (参考) 問6(1)平成28年度における乳児家庭全戸訪問事業の訪問対象家庭数について回答してください。→(○戸)		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策				
【環境整備の指標】				
指標8:養育支援が必要と認めた全ての家庭に対し、養育支援訪問事業を実施している市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
事業実施率 81.2% (平成26年4月1日) 対象家庭全てを訪問した市区町村の割合 66.9% (平成26年度)	事業実施率 84.8% (平成29年4月1日) 対象家庭全てを訪問した市区町村の割合 83.6% (平成28年度)	事業実施率87.8% (平成31年4月1日)	事業実施率 100% 対象家庭全てを訪問した市区町村の割合 100%	4. 評価できない
調査				
雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室調べ	子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室調べ	子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室調べ		
データ分析				
結果	ベースライン値と比較して、中間評価値は増加している。事業実施率は参考値であるが、ベースライン値、中間評価値と比較して直近値は増加している。			
分析	現在の母子保健では、様々な取り組みによって、妊娠期間から産後の子育て支援対象者を把握している。本指標に挙げられている養育支援訪問事業は、把握した支援対象者に支援を実施する重要な手段の一つである。ベースライン値と比較して中間評価で得られた値は増加しており、すべての子どもが健やかに育つことができる環境整備が進んでいるものと考えられる。しかし、参考値である事業実施率と比較して、本指標値が低い値に留まっている可能性がある。			
評価	「対象家庭全てを訪問した市区町村の割合」の直近値が得られていないため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	養育支援訪問事業には、専門的相談支援(保健師、助産師、看護師、保育士、児童指導員等が実施)と、育児・家事援助(子育てOB(経験者)、ヘルパー等が実施)の2類型の支援がある。本来は、対象者の状況により両者を使い分ける必要があるが、実際は前者に比べ後者の実施率は少ない。その状況を分析する必要がある。			
残された課題	本指標の真の目的は、対象者の状況に応じて、妊娠期からの切れ目のない支援を届けることである。今後は、子ども家庭センターが妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握するだけでなく、妊娠期からの切れ目のない支援を提供するための適切なサポートプランの立案と実施が求められており、その実施状況を把握することで支援の質を評価することも必要である。また、支援対象者の把握基準の評価、実施した訪問事業の評価を保健所や都道府県単位で行うことで、実施率だけでなく質も高まることが期待される。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室調べ		
	②設問	問1 貴市町村では養育支援訪問事業を実施していますか。以下の時点ごとに該当するものを選択し、回答してください。 →(①実施している、②養育支援訪問事業と同様の効果のある別事業で対応している、③実施していない) 問7訪問対象としている対象者(家庭)について、当該年度中にすべて訪問しましたか。 →(①対象者(家庭)をすべて訪問した、②対象者(家庭)をすべて訪問しなかった(できなかった))		
	③算出方法	・事業実施率 養育支援訪問事業と同様の効果のある別事業等を実施している場合を含めた実施市町村数/全市町村数×100 ・対象家庭全てを訪問した市町村の割合 養育支援訪問事業の対象者(家庭)全てに訪問した市区町村/対象者がいた全市区町村×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室調べ		
	②設問	問1 貴市町村では養育支援訪問事業を実施していますか。以下の①及び②のうち、いずれか1つ該当するものを選択し、回答してください。 →(①実施している、②実施していない、③同様の効果のある別事業を実施している) 問11(1)中核機関において養育支援の必要の可能性があると判断した家庭について、その全てを訪問しましたか。以下の①及び②のうち、いずれか1つ該当するものを選択し、回答してください。→(①すべて訪問した、②一部訪問できなかった)		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②: 妊娠期からの児童虐待防止対策				
【環境整備の指標】				
指標9: 特定妊婦、要支援家庭、要保護家庭等支援の必要な親に対して、グループ活動等による支援(市町村への支援も含む)をする体制がある県型保健所の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
30.3% (平成25年度)	14.1% (平成29年度)	8.8% (令和2年度)	100%	3. 悪くなっている
調査				
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースラインの設問の注釈が異なるが、令和2年度の値はベースライン値より減少している。			
分析	<p>第1次で策定された「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(指標4-17)」では、第1次中間評価46.0%、第2回中間評価45.5%、最終評価31.3%と低下していた。しかし、指標の対象を保健所の事業のみとしたため、実際に行われているグループ活動の広まりと乖離している可能性を考慮し、「評価できない」とされた。また、第1次では、育児不安をもつ親と虐待をした親の両者がグループ活動の対象者とされていた。この点について、対象者を分けて検討すべきとの意見があり、本指標の対象は社会的ハイリスクの妊婦や親となった。</p> <p>本指標値はベースライン値と比較して悪化しているが、設問の注釈の違いが影響した可能性がある。ベースラインでは市町村による事業への支援を含めたが、その事業「評価」の実施は問わなかった。しかし、中間評価以降では、市町村による事業の支援は、その活動を「評価」して支援を行っている場合としている。この設問を変更した意図は、社会的ハイリスクの妊婦や親を対象とするグループ活動等は、市区町村や保健所において、児童虐待予防のための育児支援として重要であり、単に支援を実施するだけでなく、その企画(Plan)―実施(Do)―評価(Check)―改善(Act)のPDCAサイクルに基づいて運営することが望ましいためである。令和2年度の値が中間評価より悪化した要因には、新型コロナウイルス感染症の影響が挙げられる。令和2年度は、県型保健所が新型コロナウイルス感染症の対策に時間や人員を要したり、感染予防の観点から研修会自体が中止されたこと考慮する必要がある。</p> <p>本指標と同様に保健所の体制について評価した指標①-5では、県型保健所と管内市町村における指標の達成率において統計学的に有意な関連性はみられなかった。県型保健所には市町村をサポートして重層的に取り組むことが期待されるが、本指標と指標①-5の中間評価を踏まえて、市町村の母子保健施策に対する保健所の支援のあり方について検討すべきと考える。</p>			
評価	3. 悪くなっている			
調査・分析上の課題	評価対象となる支援体制を明確化したことで、数値として減少したことに対しては、市区町村や県型保健所の実態を把握したうえで、成育医療等基本方針の取り組みでは市町村に対する保健所の支援のあり方について再検討が必要である。また、市町村の経験が増えて、保健所による助言や支援が不要となった場合は、保健所の回答が「いいえ」になることも考えられる。このような影響についても考慮する必要がある。			
残された課題	本指標は、健やか親子21の第1次、第2次の双方で悪化している。この結果からは、母子保健に関する基本的な事業が市町村によって行われるため、県型保健所では市町村の母子保健事業の支援よりも他の事業の優先度が高くなっている可能性が推察される。保健所の支援のあり方を検討するためには、保健所が市町村のニーズを把握して、親に対する重層的な支援体制を構築し、その結果を評価することが望まれる。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(都道府県用)		
	②設問	特定妊婦、要支援家庭、要保護家庭等支援の必要な親に対して、グループ活動等による支援(市町村への支援も含む)(※)をしている県型保健所の数(箇所数)。 (※)例えば、支援対象者や目的・運営ルールを明確に定め、公的責任において個別支援との両輪で支援を行っている等。		
	③算出方法	支援をしていると回答した県型保健所数/全県型保健所数×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(県型保健所用)		
	②設問	特定妊婦、要支援家庭、要保護家庭等支援の必要な親に対して、グループ活動等による支援(※)をしている。 →(はい:○ いいえ:×) (※)支援とは、支援の必要な親を対象としたグループ活動を直接行っている場合だけでなく、市町村が行っている親のグループ活動(例えば、支援対象者や目的・運営ルールを明確に定め、公的責任において個別支援との両輪で支援を行っている等)を評価し、支援を行っている場合も含む。		
	③算出方法	「はい:○」と回答した県型保健所数/全県型保健所数×100 ※(「はい」と回答した県型保健所数 31/全県型保健所数 354)×100=8.8%		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②: 妊娠期からの児童虐待防止対策				
【環境整備の指標】				
指標10: 要保護児童対策地域協議会の実務者会議、若しくはケース検討会議に、産婦人科医療機関の関係職種(産婦人科医又は看護師や助産師)が参画している市区町村の割合⇒要保護児童対策地域協議会に産婦人科医療機関が参画している市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
12.9% (平成27年4月1日)	14.9% (平成29年4月1日)	20.0% (令和元年度)	増加	1. 改善した(①目標を達成した)
調査				
雇用均等・児童家庭局総務課 虐待防止対策室調べ	子ども家庭局家庭福祉課 虐待防止対策推進室調べ	子ども家庭局家庭福祉課 虐待防止対策推進室調べ		
データ分析				
結果	ベースライン値から増加傾向にある。			
分析	<p>本指標値は増加したが、その値は全市区町村の20%に留まっている。この結果からは、要保護児童対策地域協議会等に産婦人科医療機関の関係職種が参画する意義が徐々に浸透しつつあるものの、産婦人科医療機関が担う業務量の多さなどにより参画できないという現状も考えられる。各市区町村において、実効性の高い工夫が求められる。</p> <p>妊娠期から児童虐待防止を考えた予防的な関わりが必要な妊婦(社会的ハイリスク妊婦)の把握や継続的な支援のためには、産婦人科医療機関との連携が不可欠である。しかし、妊娠届出時にいったん状況を把握した以降に、継続的に社会的ハイリスク妊婦を把握しアセスメントをしている市区町村は少ない¹⁾。妊娠中は心身のみならず社会的な状況が短期間に変動するため、多機関連携による支援の実施だけでなく、支援過程のアセスメントと得られた情報に基づく支援の改善も必要である。連絡票などを用いた産婦人科医療機関との「連絡」体制だけでなく、顔の見える密な関係による「連携」体制が望まれる。</p> <p>1) 平成27年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構(AMED)【成育疾患克服等総合研究事業】乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究班 乳幼児健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方 P.5 http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/pdf/ronten.pdf</p>			
評価	1. 改善した(①目標を達成した)			
調査・分析上の課題	<p>「ケース検討会議に、産婦人科医療機関の関係職種(産婦人科医又は看護師や助産師)が参画している市区町村」という指標の算出方法は、状況変化を見る数値としての適切性を検討する必要がある。なぜなら、ケース検討会議は組織的に計画する事業というよりは、個別ケースに対して実施され、偶発的な要素をもつためである。1件でもあれば「該当する」になるため市区町村の評価指標としての妥当性を再検討する必要がある。また、「実務者会議に参画する」という点についても、代表者が地域の他の産婦人科医療機関の代表者として、実務者会議の検討内容を他医療機関と共有できる可能性の少ないことや、定期的に会議に参加する意義について、実効性の面から再検討する必要がある。しかし、要保護児童対策地域協議会に産婦人科の医療機関が参画することで多機関が情報共有して妊娠期からの児童虐待防止対策をする意義は高いことから、引き続き、産婦人科医療機関が要保護児童対策地域協議会に参画しているかという指標として継続する必要がある。</p>			
残された課題	<p>特定妊婦が児童福祉法に定義されて以降も、産婦人科の医療機関の関係者が、要保護児童対策地域協議会事業に参画していない市区町村が多いことは、虐待の発生予防に向けては、大きな課題である。産婦人科医療機関が担う業務量の多さなどにより参画できないという現状も考えられる。新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、市区町村では会議のオンライン化が進んでいる。このような医療機関が参加しやすい工夫によって、参画しやすい環境づくりを行うことも必要と考えられる。</p>			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室調べ		
	②設問	<p>地域協議会を構成する機関として、以下の各項目で、該当するものには「1」を、該当しないものには「0」をそれぞれ回答してください。</p> <p>(2) 医療機関・教育機関・福祉施設等 ※①については、当該病院・診療所における診療科について、該当するものには「1」を該当しないものには「0」をそれぞれ回答してください →(①)病院・診療所→診療科[小児科、産科・産婦人科、精神科、歯科、その他診療科]</p>		
	③算出方法	要保護児童対策地域協議会で産婦人科医療機関が参画している市区町村/要保護児童対策地域協議会の設置済み全市区町村×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	子ども家庭局家庭福祉課虐待防止対策推進室調べ		
	②設問	<p>要保護児童対策地域協議会を構成する機関として、以下の各項目で、該当するものには「1」を、該当しないものには「0」をそれぞれ回答してください。</p> <p>(2) 医療機関・教育機関・福祉施設等 ※①については、当該病院・診療所における診療科について、該当するものには「1」を該当しないものには「0」をそれぞれ回答してください →(①)病院・診療所→診療科[小児科、産科・産婦人科、精神科、歯科、その他診療科]</p>		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策				
【環境整備の指標】				
指標11:関係団体の協力を得て、児童虐待に関する広報・啓発活動を実施している地方公共団体の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
54.9% (平成25年度)	61.6% (平成29年度) ※参考:都道府県 85.1% (平成29年度)	67.7% (令和2年度) ※参考:都道府県 93.6% (令和2年度)	100%	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)
母子保健課調査	母子保健課調査	母子保健課調査		
データ分析				
結果	ベースライン値から13ポイント上昇したが、目標値に到達していない。			
分析	児童虐待防止法では、地方公共団体の責務として「児童の人権、児童虐待が児童に及ぼす影響、児童虐待に係る通告義務等について必要な広報その他の啓発活動」に努めることが定められている。このため、2024年度最終評価目標値は100%と、ベースライン値から大きく増加することを求めた設定になっている。また、本指標の設問では、「関係団体の協力を得て」広報・啓発活動をすることを求めている。このため、該当率には広報・啓発活動を地方公共団体が単独で企画している場合は含まれないことが、増加幅が限定的であった一要因の可能性は否定できない。しかし、本指標値は最終評価の目標値に遠く及ばない状況であり、市区町村による啓発の推進が求められる。			
評価	1. 改善した(②目標に達成していないが改善した)			
調査・分析上の課題	特記すべき事項なし			
残された課題	<p>今後は、都道府県との縦の連携だけでなく、要保護地域対策協議会との横の連携を行うことで、重層的な対策を講じることが望まれる。オレンジリボン活動などを積極的にを行っている好事例が公表¹⁾されており、取り組みをしていない地方公共団体にとって成育医療等基本方針に基づいた児童虐待防止対策の参考となるものと考えられる。</p> <p>1) 認定特定非営利活動法人 児童虐待防止全国ネットワーク http://www.orangeribbon.jp/report/organization/</p>			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	平成25年度母子保健課調査(市区町村用)		
	②設問	関係団体(※1)の協力を得て、児童虐待に関する広報・啓発活動(※2)を実施している。→(1.はい 2.いいえ) (※1) 都道府県や市町村の要保護地域対策協議会とその関係団体等。 (※2) 都道府県や市町村が実施する児童虐待に関する関係者向け研修会や市民向け講座などの開催、オレンジリボンをはじめとする啓発活動、その他広報活動等。		
	③算出方法	「1. はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	母子保健課調査(市区町村用、参考:都道府県用)		
	②設問	同上		
	③算出方法	「はい:○」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 (「はい」と回答した市区町村数 1,178/全市区町村数 1,741)×100=67.7% 参考:(広報・啓発活動を実施している都道府県数 44/全都道府県 47)×100=93.6%		
	④備考	—		

重点課題②: 妊娠期からの児童虐待防止対策				
【環境整備の指標】				
指標12: 児童虐待に対応する体制を整えている医療機関の数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
1,034か所 (平成28年4月1日時点)	同左	同左	全ての三次と二次 救急医療機関数	4. 評価できない
調査				
医政局地域医療計画課調査 (救急医療提供体制の現況調べ)	医政局地域医療計画課調査 (救急医療提供体制の現況調べ)に て実施予定	同左		
データ分析				
結果	—			
分析	—			
評価	中間評価以降の値が得られていないため、指標としては「4. 評価できない」と判断した。			
調査・分析上の課題	—			
残された課題	<p>子ども虐待に対応する体制は全ての医療機関が整える必要があるが、本指標では、まずは三次と二次救急医療機関の体制整備を着実に促すため、これらを調査対象とした。「外部機関との連携窓口を明確にしている(設問①)」ことで、円滑な院外連携が可能となる。また、虐待対応は医学的判断のみでなく総合的に判断し対応する必要があるため、多職種による「児童虐待に関する委員会(設問②)」を設置するなどの体制が望ましい。大阪府¹⁾では、医療機関の体制整備を含むマニュアルを作成し公開しており、体制を整備していない医療機関においては、このような事例を参考とすることも方策と考えられる。</p> <p>1) 大阪府 医療機関(医科・歯科)における子ども虐待予防・早期発見・初期対応の視点～妊娠期から乳幼児期の連携を中心に～ http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/boshi/jidougyakutaibousint.html</p>			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	医政局地域医療計画課調査(救急医療提供体制の現況調べ)		
	②設問	三次救急医療機関と二次救急医療機関のうち、次の①と②の両方を満たす医療機関の数(箇所数) ①外部機関との連携窓口を明確にしている。 ②児童虐待に関する委員会、または児童虐待マニュアル、または職員対象の児童虐待に関する研修がある。		
	③算出方法	該当する医療機関数を計上		
	④備考	※三次救急医療機関(259施設)＋二次救急医療機関(2,904施設)＝3,163施設(医政局地域医療計画課調べ平成25年3月31日時点)		
直近値のデータ算出方法	①調査名	医政局地域医療計画課調査(救急医療提供体制の現況調べ)にて実施予定		
	②設問	三次救急医療機関と二次救急医療機関のうち、次の①と②の両方を満たす医療機関の数(箇所数) ①外部機関との連携窓口を明確にしている。 ②児童虐待に関する委員会、または児童虐待マニュアル、または職員対象の児童虐待に関する研修がある。		
	③算出方法	①と②のいずれにも該当する医療機関数を計上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②:妊娠期からの児童虐待防止対策				
【参考とする指標】				
参考指標1:児童相談所における児童虐待相談の対応件数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
66,701件 (平成24年度)	133,778件 (平成29年度)	205,044件 (令和2年度)	—	—
調査				
福祉行政報告例	福祉行政報告例	福祉行政報告例		
データ分析				
結果	ベースラインと比較して、中間評価時で約2倍、令和2年度で約3倍に増加し、極めて状況が悪くなっている。			
分析	全対応件数はベースライン値と比較して大きく増加している。この増加については2点の理由が考えられる。第1点は、心理的虐待の増加である。相談経路として警察等からDV目撃による心理的虐待の通報の増加が顕著である。第2点目は、身体的虐待、ネグレクトの増加である。相談経路別で見ると、警察等からの増加の他、身体的虐待は学校等と近隣・知人からの増加、ネグレクトは近隣・知人からの増加が見られる。いずれも指標②-1で死亡例に明らかな減少が認められないことと呼応して、児童虐待の発生は増加していると判断できる。一方、性的虐待は、対応件数そのものが少なく、いまだ未対応例が存在する可能性が示唆される。			
評価	—			
調査・分析上の課題	今回の分析のように、児童相談所の対応件数の推移は、虐待の種別によって異なる意味を持つ。今後は、総数とともに虐待の種別ごとの数値を評価の対象にすることも考慮すべきである。			
残された課題	「健やか親子21(第2次)」の策定時頃から、特定妊婦や要支援児童への支援、子育て世代包括支援センター事業、産婦健診事業など、児童虐待の発生予防に向けた取り組みが事業化された。しかし、このデータに見られるように児童虐待の発生は依然増加しており、これらの事業の着実な実施が求められる。また、DV目撃が心理的虐待となりうることに周知をすることで予防できるケースが、一定数存在する可能性があると考えられる。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	福祉行政報告例		
	②設問	—		
	③算出方法	児童相談所における児童虐待相談の対応件数		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	同上		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②: 妊娠期からの児童虐待防止対策				
【参考とする指標】				
参考指標2: 市町村における児童虐待相談の対応件数				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価 目標値	評価(暫定)
73,200件 (平成24年度)	106,615件 (平成29年度)	155,598件 (令和2年度)	—	—
調査				
福祉行政報告例	福祉行政報告例	福祉行政報告例		
データ分析				
結果	ベースラインと比較して、中間評価時で約1.5倍、令和2年度で約2倍に増加している。市町村の総対応件数は増加し、中でも(警察からの通報によらない)心理的虐待、ネグレクトが増加している。また身体的虐待も増加の傾向にあり、状況は悪化している。			
分析	児童相談所だけでなく、市町村においても児童虐待相談対応件数は明らかな増加傾向にある。児童虐待防止対策において児童相談所と市町村との役割分担および連携の重要性が増している。			
評価	—			
調査・分析上の課題	今回の分析のように、市町村の対応件数の推移は、虐待の種別によって異なる意味を持つ。今後は、総数とともに虐待の種別ごとの数値を評価の対象にすることも考慮すべきである。			
残された課題	「健やか親子21(第2次)」の策定時頃から、特定妊婦や要支援児童への支援、子育て世代包括支援センター事業、産婦健診事業など、児童虐待の発生予防に向けた取り組みが事業化された。しかし、このデータに見られるように児童虐待の発生は依然増加しており、これらの事業の着実な実施が求められる。			
ベースライン値の データ算出方法	①調査名	福祉行政報告例		
	②設問	—		
	③算出方法	市町村における児童虐待相談の対応件数		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	ベースラインから変更なし		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

「健やか親子21(第2次)」における目標に対する最終評価に向けた分析シート

重点課題②: 妊娠期からの児童虐待防止対策				
【参考とする指標】				
参考指標3: 要保護児童対策地域協議会に配偶者暴力相談支援センターが参画している市区町村の割合				
ベースライン値	中間評価時の値	直近値	最終評価目標値	評価(暫定)
—	9.2% (平成29年度)	17.1% (令和元年度)	—	—
—	子どもを守る地域ネットワーク等調査	市町村(虐待対応担当窓口等)の状況調査		
データ分析				
結果	中間評価時から令和元年度の時点で2倍程度に増加した。			
分析	要保護児童対策地域協議会の設置運営状況調査結果の概要(令和元年度)によれば、要保護児童対策地域協議会の構成機関として配偶者暴力相談支援センターが含まれている割合は、指定都市・児童相談所設置市で61%、人口30万人以上の市区で57%と半数以上であるのに対し、人口10～30万人の市区で35%、人口10万人未満の市区で22%、町村では10%未満であった。			
評価	—			
調査・分析上の課題	—			
残された課題	児童虐待防止対策を環境整備の視点で検討する際には、本参考指標を引き続きモニタリングしていく必要がある。			
ベースライン値のデータ算出方法	①調査名	市町村(虐待対応担当窓口等)の状況調査		
	②設問	(設問) 要保護児童対策地域協議会を構成する機関として、以下の各項目で、該当するものには「1」を、該当しないものには「0」をそれぞれ回答してください。 (2) 医療機関・教育機関・福祉施設等 ※①については、当該病院・診療所における診療科について、該当するものには「1」を該当しないものには「0」をそれぞれ回答してください →(⑩配偶者暴力相談支援センター)		
	③算出方法	要保護児童対策地域協議会で配偶者暴力相談支援センターが参画している市区町村/要保護児童対策地域協議会の設置済み全市区町村×100		
	④備考	—		
直近値のデータ算出方法	①調査名	ベースラインから変更なし		
	②設問	—		
	③算出方法	同上		
	④備考	—		

第 81 回日本公衆衛生学会学術総会
自由集会 ～知ろう・語ろう・取り組もう～
一歩先行く 健やか親子 2 1（第 2 次）第 8 回開催報告

研究協力者 秋山 有佳（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）
堀内 清華（山梨大学大学院総合研究部医学域附属出生コホート研究センター）
研究分担者 上原 里程（国立保健医療科学院政策技術評価研究部）
研究代表者 山縣 然太朗（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）

本研究班では、毎年秋に開催される日本公衆衛生学会学術総会の際に、「健やか親子 2 1」に関する自由集会を平成 13 年より毎年開催してきた。平成 27 年度 4 月より新たに「健やか親子 2 1（第 2 次）」が開始されたことに伴い、自由集会でも新たに「～知ろう・語ろう・取り組もう～一歩先行く 健やか親子 2 1（第 2 次）」と題し、第 2 次の取り組みについて知り、語り合う機会とすべく当集会を企画し、今回はその 8 回目であった。

今回のテーマは、「最終評価を迎える健やか親子 2 1 と今後の母子保健について考えよう！」とし、今年度に研究班の分担研究として行った、健やか親子 2 1（第 2 次）の最終評価の暫定結果と乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）における発達障害スクリーニング調査の結果について説明し、今後の母子保健について参加者と情報共有、および議論することを目的とした。今回の参加者は 30 名であった。参加者は議題についての講演に熱心に耳を傾け、その後のディスカッションでは健やか親子 2 1（第 2 次）の最終評価の暫定結果や、乳幼児健診における発達障害スクリーニングの現状に関する質疑応答や情報共有、意見交換を行った。発達障害については、専門家としてだけでなく、一保護者としての立場からの意見も交わされ、大変有意義な会となったと思われる。

A. 目的

本研究班では、毎年秋に開催される日本公衆衛生学会学術総会の自由集会に、「健やか親子 2 1」が開始された平成 13 年より「知ろう・語ろう・考えよう！ “一歩先行く” 健やか親子 2 1」と題する集会をシリーズ化し毎年開催してきた。平成 27 年度からは「健やか親子 2 1（第 2 次）」が開始されたことに伴い、自由集会でも引き続き「健やか親子 2 1」に関する情報の共有および意見交換ができる場を設けることとし、新たに「～知ろう・語ろう・取り組もう～一歩先行く 健やか親子 2 1（第 2 次）」

と題した集会を開催した。

今年度は、その第 8 回であり、「最終評価を迎える健やか親子 2 1 と今後の母子保健について考えよう！」と題し、今年度に研究班の分担研究として行った、「健やか親子 2 1（第 2 次）の最終評価を見据えた指標の評価に関する研究」の結果について研究分担者が講義した。また、乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）における発達障害スクリーニング調査の結果を研究協力者が講義し、今後の母子保健について参加者と情報共有、および議論することを目的とした。

B. 方法

令和4年10月7日（金）～10月9日（日）に山梨県で行われた第81回日本公衆衛生学会学術総会の1日目に申し込みをした。開催日時および場所、予定した内容は以下の通りである。

【日時】

令和4年10月7日（金）18:00～19:30

【場所】

甲府市役所 市民活動室1（1F）

【内容】

座長：山縣 然太朗（山梨大学）

《第1部》

- ・「健やか親子21（第2次）の最終評価について」（国立保健医療科学院：上原）

《第2部》

- ・「乳幼児健診を考える一乳幼児健診における発達障害スクリーニング調査の結果から」（山梨大学：堀内）

《第3部》

- ・ディスカッション（進行役：山縣）

C. 結果

1. 参加者

当日の自由集会の参加者は30名（大学関係、行政、企業）であった。

2. 発表内容

日時、場所および内容はいずれも予定通りに実施された。当日の実施内容の詳細を以下に示す。

《第1部》

- ・「健やか親子21（第2次）の最終評価について」（上原）

研究班として「健やか親子21（第2次）」の総括を試みることを目的として、中間評価時に作成した分析シート（案）を基に、主として

2020年度時点の各種データを用いて分析シートを作成した。加えて、研究班で検討した各指標の評価を「暫定評価の状況」として暫定的に総括することを試みた結果を報告した。

《第2部》

- ・「乳幼児健診を考える一乳幼児健診における発達障害スクリーニング調査の結果から」（堀内）

2021年に実施した、山梨県内における乳幼児健康診査における自閉スペクトラム症スクリーニング実施の現状の調査結果を報告した。

《第3部》

第1部及び第2部の講義を受けて、健やか親子21（第2次）の暫定評価結果と乳幼児健診における発達障害スクリーニング調査の結果について質疑応答、および参加者からの意見、情報交換を行った。

D. 考察

今回の自由集会は、「健やか親子21（第2次）」開始後、8回目の自由集会であった。第1部では、健やか親子21（第2次）の最終評価に向けた暫定評価結果を説明し、第2部では、乳幼児健診における発達障害スクリーニングの現状等について説明を行った。

第3部では、第1部と第2部の内容を踏まえ、最終評価の暫定結果や発達障害スクリーニングの現状について、参加者からの質疑や参加者各々の立場からの意見が述べられた。特に、発達障害については様々な情報がインターネット等で容易に目に入るようになり、情報過多となっており、保護者にとって心配事の一つである。参加者は専門職としての立場もありつつ、一方で一保護者としての立場でもある方も多く、様々な立場からの意見交換が行われ、母子

保健の現状の課題と今後の在り方について、有意義な意見交換の場となったと思われる。

E. 結論

本年度の自由集会は、第1部では、健やか親子21（第2次）の最終評価に向けた暫定評価結果を、第2部では、乳幼児健診における発達障害スクリーニングの現状等について説明を行った。第3部では、第1部と第2部の内容を踏まえ、最終評価の暫定結果や発達障害スクリーニングの現状を含む、母子保健の現状について、参加者からの意見交換や情報共有がなされた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

「母子保健・医療情報データベース」の運営および利用状況報告

研究協力者 山田 七重（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）
秋山 有佳（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）
研究代表者 山縣 然太朗（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）

研究要旨

「母子保健・医療情報データベース」は、母子の保健・医療・福祉に関する調査・研究・事業等の情報を広くまとめたデータベースであり、有効活用されることで日本の母子保健水準の向上を期待して「健やか親子21」の第1次開始時に構築された。2001年4月以降、現在まで約22年間運営管理してきたが、データベースの仕様が古くなってきたこと、時代の変化とともに新しい指標が求められてきたことを鑑み、2020年度にデータベースの再構築を行った。本稿では本年度の運営状況及び利用状況について報告する。

公開時に2,337件であったデータは、22年間のあゆみの中で毎年平均177件、2022年は118件を追加し6,221件となった。また、データベースへのアクセス数は毎月200件程度であり、特定の期間内にサイトを訪れたユーザーの数を表す指標であるアクティブユーザー数（期間内、同じユーザーが何度サイトを訪問しても1とカウントする）をみると、2022年は平均して毎日2人、毎月135人に使用したことが分かった。データベースへのアクセス数やユーザー数は、多いとは言えないものの、本データベースの研究者や保健師等、専門家向けのコンテンツという特色や、アクセスしにくい環境である事を踏まえると、一年を通して利用者がおり、一定のニーズがある事が伺えた。

A. 研究目的

「母子保健・医療情報データベース」は、母子の保健・医療・福祉に関する調査・研究・事業等の情報を広くまとめたデータベースであり、有効活用されることで日本の母子保健水準の向上を期待して「健やか親子21」の第1次開始時に構築された。2001年4月以降、現在まで22年間にわたって運営されている。データベースの仕様が古くなってきた事や、時代の変化とともに、新しい指標が求められてきた事等の状況を鑑み、2020年9月にデータベースの再構築が行われた。本稿では本年度の運営状況及び利用状況について報告する。

B. 研究方法

今年度の「母子保健・医療情報データベース」の運営、利用状況を把握した。「母子保健・医療情報データベース」は、Web公開された2001年4月以降、現在まで22年間にわたって運営されてきた。データベースの利用状況については、その内訳を把握する一つの指標として、アクセス数を用いた。

（倫理面への配慮）

「母子保健・医療情報データベース」に関しては個人情報扱っていない。

C. 研究結果

1. 「母子保健・医療情報データベース」の運営状況

母子保健・医療情報データベース(図1)は、WEB公開された2001年4月以降、現在まで22年間にわたって運営されている。データベースの仕様が古くなってきた事や、時代の変化とともに、新しい指標が求められてきた事等の状況を鑑み、2020年9月にデータベースの再構築が行われた。この際、新たに「科学的根拠の強さ」という指標が追加された(図2)。この指標により、情報の質を判断する指標が充実し、より一層、情報の集積・評価・活用を一元化したシステムの強化が図られたといえる。ただし、これまでに搭載されている情報一つ一つについて、科学的根拠を見定めた上での入力が必要となるため、現在メンテナンス中である事をアナウンスした状況にある。



図1 母子保健・医療情報データベース

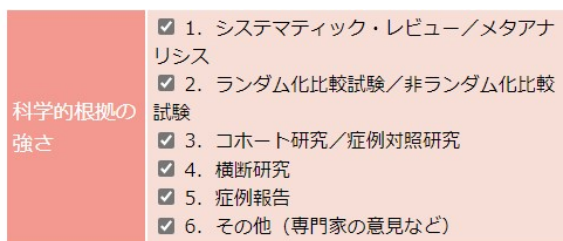


図2 新たな指標「科学的根拠の強さ」

2023年3月現在でのデータ数を表1および表2に、またデータベースのデータ数の推移を

図3に示した。公開時に2,337件であったデータは、22年間のあゆみの中で毎年平均177件が追加され、現在では6,221件となった。なお2022年は、厚生労働科学研究(成育疾患克服等次世代育成基盤研究)、民間研究所報告書についての追加・更新作業が主であった。データ追加数は118件、データ更新数は、463件であった。

データベースには、所蔵場所としてURLを登録する箇所があるが、長年の経過の中で、会社名や組織名、担当省や部署の変更や、サイトのリニューアルによるURLの変更等の影響から、過去のURLが使えなくなり、リンクエラーとなってしまう場合が多々ある。一方で学会誌等、web上で文献が公開される範囲は広がりつつあり、紙媒体を手にする事なく、web上で全ての内容を把握できる傾向が強まってきている。過去の文献についても、これまで公開されていなかったものがweb上で公開されている事もある。より有意義で使いやすいデータベースを保持するために、そのようなリンクチェックは非常に重要であり、新指標の「科学的根拠の強さ」の項目の入力と共に、URLの有効性のチェックを進め、データベースの鮮度を保つ事を目指した。2022年度は6,221件のうち、463件についてデータ更新作業を行った。昨年度のデータ更新分1,079件、今年度データ入力分118件と合わせて1,660件(26.7%)について分類を終え、なお未分類となっている4,561件(73.3%)のデータについては今後更新作業を進める予定である。

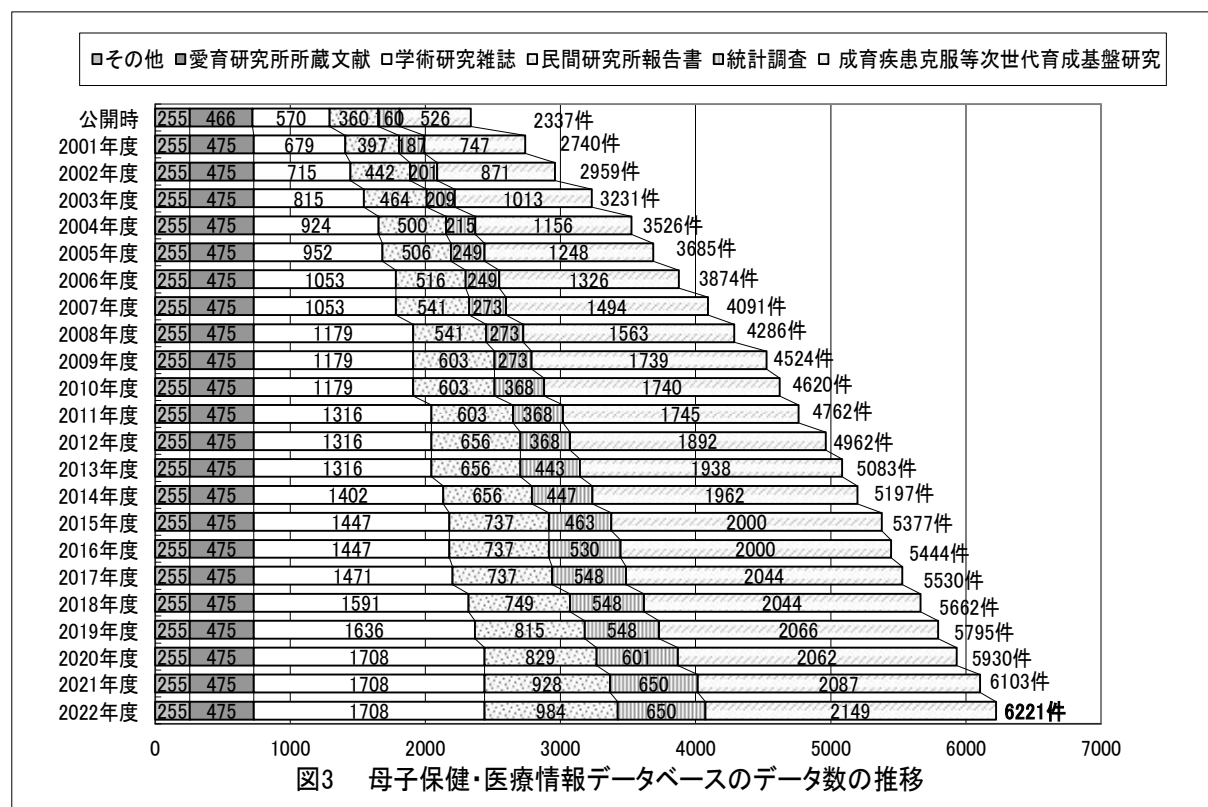
表1 情報源別DB登録数(2023年3月現在)

	掲載数	割合
成育疾患克服等次世代育成基盤研究	2,149	(35.2%)
学術研究雑誌	1,708	(28.0%)
民間研究所報告書	984	(16.1%)
愛育研究所所蔵文献	650	(10.7%)
統計調査	475	(7.8%)
その他	255	(4.2%)
計	6,221	

2006年度	189	3,874
2007年度	217	4,091
2008年度	195	4,286
2009年度	238	4,524
2010年度	96	4,620
2011年度	142	4,762
2012年度	200	4,962
2013年度	121	5,083
2014年度	114	5,197
2015年度	180	5,377
2016年度	67	5,444
2017年度	86	5,530
2018年度	132	5,662
2019年度	133	5,795
2020年度	148	5,943
調整	-13	5,930
2021年度	173	6,103
2022年度	118	6,221
合計	3,884	

表2 母子保健・医療情報データベース
データ数の推移

	データ追加数	データ総数
公開時		2,337
2001年度	403	2,740
2002年度	219	2,959
2003年度	272	3,231
2004年度	294	3,525
2005年度	160	3,685



2. 母子保健・医療情報データベースの活用状況

2020年9月のデータベースの再構築とともに、アクセス数の解析システムも新しくなった。ページへのアクセス数のみをカウントする「ページビュー数」を把握できるようになり、これまでより正確で詳細なユーザーの動向を捉えられるようになった。

図4にデータベース再構築後のアクセス数（ページビュー数）の推移を示した。2022年は月平均で200件程度、合計では2,740件のアクセスがあった。2021年度と比較し減少傾向がみられた。

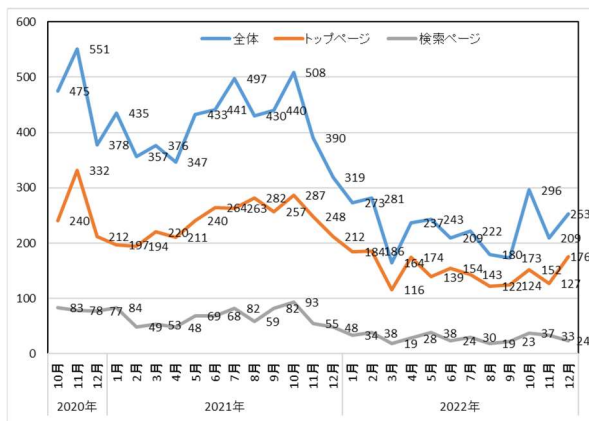


図4 母子保健・医療情報データベースへのアクセス数

2022年2月に健やか親子21（第2次）のホームページがリニューアルされ、厚生労働省のサイトで公開された。これに伴い、トップページから「健やか親子21と成育基本法について」へ、さらに「取組のデータベース」へ、スクロールして最下部の「リンク」の一つに「母子保健・医療情報データベース」へのリンクが出てくる設計となっており、アクセスしにくい場所におかれている。ちょうどその入替の2～3月より、アクセス数は落ち込んでいるため、アクセスしにくい事が、アクセス数減少の原因の一つと推測される。

アクティブユーザー

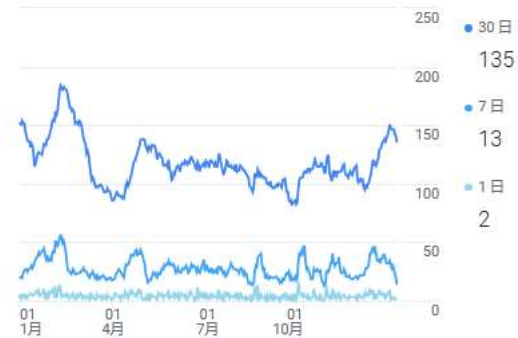


図5 アクティブユーザーの動向

図5にアクティブユーザー数、図6にデバイス別セッション数、図7に時間帯別ユーザー数を示した。アクティブユーザー（AU）数とは、特定の期間内にサイトを訪れたユーザーの数を表す指標であり、期間内であれば、同じユーザーが何度サイトを訪問してもAU数は1となる。サイトを訪れた回数や見たページ数などに関係なく、サイトを訪れたユーザーの数だけがカウントされるため、単純に実際に何人に使ってもらえたかを把握できる指標である。図5を見ると母子保健・医療情報データベースには、平均して2022年には毎日2人、毎月135人がアクセスした事がわかる。2021年には毎日5人、毎月155人がアクセスしており、この数を見ても減少傾向が認められた。

デバイス別セッション数

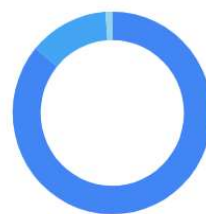


図6 デバイス別セッション数

図6には、ユーザーがどんなデバイスでデータベースにアクセスしているかを示した。パソコンによる活用が86%と主であるが、モバイルやタブレットによる利用もわずかにあった。

母子保健・医療情報データベースが構

築された 2000 年は、主にパソコンユーザーを想定して構築されたが、デバイスは、時代と共に変化するものであり、ユーザーのデバイスの多様性を想定して、今後、見やすく検索しやすいシステムへと検討していく事も課題となる。

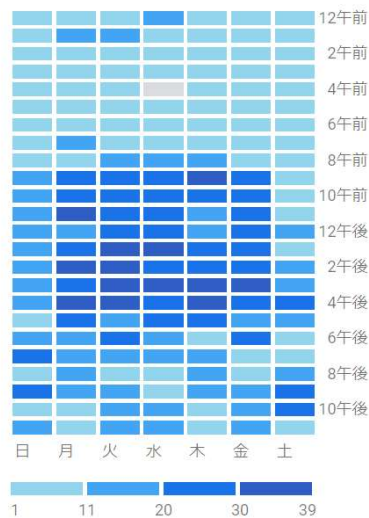


図 7 時間帯別ユーザー数

事が把握できた。

D. 考察

2001 年に構築された母子保健・医療情報データベースを取り巻く環境は、この 22 年間で、大きく変化してきた。省庁改変や、時代の流れに伴う URL の変更、電子データ化の推進等の中で、運営を続けてきた。

データベースの構築当初は、研究班のメンバーが子ども家庭総合研究所を訪れ、分野ごとにわかれて、膨大な所蔵文献を実際に手に取り、一つ一つ確認し、該当する文献を選択し、概要を手書きでシートにまとめ、後日データベースに入力した。当時はインターネット上で電子データと

して文献全体を見られるものは、ごくわずかであった。

今年の更新作業において、過去に入力した 463 件について、URL の確認・修正と、科学的な根拠の価値づけを行った。文献の電子データ化が進み、インターネット上で文献が閲覧できる今だからこそ、科学的な根拠の価値づけも容易に行う事ができる。中には 20 年以上も前に入力されたデータに、初めて URL が入力されたものもある。

一例として民間研究所の文献を取り上げる。著者名に「ベネッセ」と入れて検索すると、395 件がヒットする。調査年でソートすると 1978 年の文献が一番古いものとして出てくる。1978 年に調査された「調査レポート 中学生の余暇」を見ていくと、インターネット上の文献そのものの PDF にリンクされており、45 年前の文献を誰でも見る事ができる。そこには民間研究所による文献ならではの当時の中学生等の写真等があり、貴重な調査結果と共に、時代を映している。中学生や高校生の姿、ジェンダーの捉え方、価値観等、時代の変遷と共に変わってきた事を、文献を通して知る事ができる。このよ

	タイトル	調査年(度)	区分
1	調査レポート 中学生の余暇	1978年	
2	調査レポート 中学生の母親の意識	1979年	
3	調査レポート 高校生の描く未来像～その進路と大学選択	1979年	
4	調査レポート 学業不振とその背景	1980年	
5	調査レポート 交換日記～中学生のサブカルチャー～	1980年	
6	調査レポート 女子中学生～その心の傾斜	1981年	
7	調査レポート 生徒がみた中学教師	1981年	
8	調査レポート 中学生の父親～新しい父親像の誕生	1981年	
9	調査レポート 叱り方と子ども	1981年	
10	調査レポート 異性・結婚・家庭	1981年	

全395件中 1件から10件を表示

前のページ 1 2 3 4 5 ... 40 次のページ

追加 出力

更新日 2023/03/19 データ数 6221件

うな過去の文献データにこそ、これからの子ども達の健やかな育ちを応援するヒントがあふれているのではないだろうか。

母子保健・医療情報データベースには、なるべく最新のデータを反映させ、タイムラグなく、最新の文献を入手できるようにするという大切な役割がある。そう考えると、時代が変わり、状況が変わってきた中で、多くの研究者が熱心に研究を重ねて来た成果である過去のデータは、現代の社会にそのまま反映させる事が難しいため、無用と思われるかもしれない。しかし反面、とても貴重な資料となる事もまた事実である。

時代の流れと共に、私達は何を得て、何を失くして、その結果として、子ども達の今の状況があるのか。母子保健施策に掲げられた健康課題を解決する道を考える時に、必ず過去のデータに、そのヒントが示されているのではないかと考える。

タイムラグのないデータベースを目指しつつも、更新・追加作業が遅々としている状況や、アクセス数の減少等、課題はあるものの、時代の証人としての役割も少なからず果たしながら、母子保健を支える一つの軸として、母子保健・医療情報データベースを運用・活用していく事は、これまでも、これからも、大きな意義があると思われる。

E. 結論

「母子保健・医療情報データベース」に関しては、健やか親子21（第1次）から継続的に専門的な情報の発信を行っている。昨年度に再構築しており、一定のアクセス数もあることから、母子保健関係者への情報提供の重要な場となっていると考えられる。また、「子育て相談を支援するデータベース」と併せて使用することで、より有益な活用がされていくのではない

かと考える。今後も継続して更新を行っていく。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

コロナ禍におけるマスク着用が児の発達に及ぼす影響に関する研究

研究協力者 秋山 有佳（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）
篠原 亮次（山梨大学大学院総合研究部医学域附属出生コホート研究センター）
久島 萌（山梨大学大学院総合研究部医学域附属出生コホート研究センター）
研究代表者 山縣 然太朗（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）

研究要旨

2020年に新型コロナウイルス感染症が流行し始め、その対策の一つとしてマスクの着用が推奨された。マスクを着用することで顔の大半が覆われることになり、表情の読み取りが非着用時より困難であることが考えられる。このことは、コミュニケーションや言語発達に影響を与える可能性が報告されている。特に、発達が著しい過程にある幼児期に、このように表情を十分にみることができない状況は、子どもの言語発達以外の精神神経発達にも影響がある可能性が考えられる。そこで本研究では、新型コロナウイルス感染症が流行する前に発達検査を受診した6歳児と、流行後に発達検査を受診した6歳児を対象に、マスク着用による精神神経発達への影響を検討することを目的とした。

対象者は、子どもの健康と環境に関する全国調査参加者のうち、山梨県において2019年度（コントロール群）及び2020年度（曝露群）に6歳児を対象とした新版K式発達検査を受けた児である。対象者のうち、過去に2歳時、4歳時にも検査を受けた児を解析対象者（n=160）とした。

コントロール群と曝露群で2歳、4歳、6歳時における指数の平均値を比較すると、2歳では「認知・適応領域」および「全領域」において、コントロール群の平均値が曝露群より有意に低い結果となった。また、コントロール群と曝露群ごとに時系列マルチレベルモデルを用いて算出した各年齢の平均推定値の推移をみたところ、2歳-4歳-6歳全体について、両群の傾きの差は曝露群で有意差が認められた。しかし、2歳の結果は、発達指数が100未満の割合がコントロール群で高くなっており、特に2歳ではその開きが大きくばらつきがあると考えられたことから、4歳-6歳で検定したところ、傾きに違いは見られなかった。

以上のことから、本研究結果では、マスク着用の発達への影響は示されなかった。しかし、曝露群は2020年の始め頃からマスク生活が始まり、6歳調査時にはマスク着用の状況が短期間であったことから、マスク着用の影響を長期間受けていた状態の結果ではない。よって、今回の結果からはマスクの長期間の使用による発達への影響を評価するには限界がある。また、対象児数も十分ではない可能性があるため、より大規模調査による検討が必要である。

A. 研究目的

2020年に新型コロナウイルス感染症が流行し始め、その対策の一つとしてマスクの着用が

推奨された。マスク着用が困難である乳幼児を除き、多くの国民がマスク生活を送ることとなった。マスクを着用することで顔の大半が覆わ

れることになり、表情の読み取りが非着用時より困難であることが考えられる。Gori らはマスクによる感情認知能力を実験的に行い、3歳から5歳の子どもは感情表現を推測する能力が顕著に低下することを明らかにし、社会性や感情の発達に影響する可能性を示唆し、軽症を鳴らしている¹⁾。Giordano らは3歳から5歳のこどもの同様の研究で、年齢が高いほど、日常の大人との関りが多い児ほど認知能力が高いことを示している²⁾。マスクによる後天的な相貌失認症発症の決定的な証拠はないが、継続的に経過を観察すべきであるとしている³⁾。一方で、Ashley らは7歳以上の児に対する実験的な研究でマスクによる表情認知の影響はほとんどなく、社会的相互作用を劇的に阻害することないとしている⁴⁾。ただし、9歳から10歳の対する別の実験的な研究ではマスクは様々な感情認知に影響を与え、嫌悪感について極端に認知が下がったとの報告もある⁵⁾。

表情の読み取りの困難さは、コミュニケーションや言語発達に影響を与える可能性が報告されている^{6, 7)}。特に、著しい発達過程にある幼児期に、このように表情を十分にみることができない状況は、子どもの言語発達以外の精神神経発達にも影響がある可能性が考えられる。

しかしながら、これまで日本におけるマスク着用と子どもの精神神経発達に関する報告は数少ない。そこで本研究では、新型コロナウイルス感染症が流行する前に発達検査を受診した6歳児と、流行後に発達検査を受診した6歳児を対象に、マスク着用による精神神経発達への影響を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象者

対象者は、子どもの健康と環境に関する全国調査（以下、エコチル調査）参加者のうち、山

梨県において2019年度及び2020年度に6歳児を対象とした新版K式発達検査⁸⁾を受けた児である。新版K式発達検査はエコチル調査全体では2歳と4歳に行われているが、6歳児を対象とした検査は山梨県のみで実施された。

2. 変数

アウトカムは、6歳時点の新版K式発達検査の結果とした。新版K式発達検査は、「姿勢・運動領域」「認知・適応領域」「言語・社会領域」「全領域」の領域別の発達指数を算出可能で、発達指数100が生活年齢と同じ水準である（その年齢における発達がほぼその年齢通りの発達）と捉える。100より低い場合は、その年齢で実施可能な事柄に遅れがある、つまり発達の遅れを示しており、100より高い場合は、その年齢以上に発達していると解釈できる。

曝露は、マスク着用の時期とし、新型コロナウイルス感染症流行前に6歳児の新版K式発達検査を受けた児をコントロール群、流行後にマスク着用が一般的となった2020年度に6歳児の新版K式発達検査を受けた児を曝露群とした。

3. 統計解析

対象者のうち、過去に2歳時、4歳時にも新版K式発達検査を受けた児を解析対象者（n=160）とした。はじめに、2歳、4歳、6歳時の新版K式発達検査の集計を行った。その際、6歳時の「姿勢・運動領域」については、対象児がすべて検査項目を通過しており（発達指数 \geq 100）、解析より除外した。

次に、コントロール群と曝露群ごとに個人レベルの時系列値の推移を考慮するため時系列マルチレベルモデルを行い、算出した各年齢の平均推定値の推移を確認した。

(倫理面への配慮)

山梨大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。(受付番号：2324)

C. 研究結果

表1に対象者の2歳、4歳、6歳時の新版K式発達検査の集計結果を示した。6歳時の「姿勢・運動領域」については、対象児がすべて検査項目を通過しており(発達指数 ≥ 100)、解析より除外している。2歳ではいずれの領域もコントロール群の方が、平均値が低い結果となっていた。

表2にコントロール群と曝露群で2歳、4歳、6歳時における指数の平均値の比較結果を示した。2歳では「認知・適応領域」および「全領域」において、コントロール群の平均値が曝露群より有意に低い結果となった。4歳と6歳ではいずれの領域でも平均値に違いは見られなかった。

図1~3にコントロール群と曝露群ごとに個人レベルの時系列値の推移を考慮し(時系列マルチレベルモデル)算出した各年齢の平均推定値の推移グラフを示した。2歳-4歳-6歳全体について、両群の傾きの差は曝露群で有意差が認められた。しかし、2歳の結果は、図4~6で示した通り、発達指数が100未満の割合がコントロール群で高くなっており、特に2歳ではその開きが大きくばらつきがあると考えられたことから、4歳-6歳で検定したところ、傾きに違いは見られなかった。

D. 考察

本研究では、エコチル調査参加者のうち、2019年度(コントロール群)及び2020年度(曝露群)に6歳児を対象とした新版K式発達検査を受け、過去に2歳時、4歳時にも検査を受けた児を対象とし、マスク着用による発達の影響

を検討した。

表2で示したように4歳と6歳では平均値の差は見られず、また、両群の傾きや平均値に差異は認められなかった。このことから、本研究結果では、マスク着用の発達への影響は示されなかった。しかしながら、曝露群は2020年の始め頃からマスク生活が始まり、6歳調査時ではマスク着用の状況が短期間であり、マスク着用の影響を長期間受けていた状態の結果ではない。よって、今回の結果からはマスクの長期間の使用による発達への影響を評価するには限界がある。また、対象児数も十分ではない可能性があるため、より大規模調査による検討が必要である。2歳時点の測定値の差について、コントロール群は2歳検査の実施が本調査において初であり検査員の測定誤差があった可能性、一方、調査員からは、コントロール群の方が発達の遅れぎみの児が多かったと報告している。しかし明確な要因は不明である。本研究結果の解釈は慎重に行う必要があると考える。

E. 結論

本研究結果からは、短期間のマスク着用における発達へ影響は認められなかった。しかしながら、今回の検討ではマスクの長期間の使用による発達への影響を評価することは難しかった。

【参考文献】

- 1) Monica Gori *, Lucia Schiatti and Maria Bianca Amadeo. Masking Emotions: Face Masks Impair How We Read Emotions. *Front. Psychol.* 12:669432. doi: 10.3389/fpsyg.2021.669432.
- 2) Keri Giordano , Carleigh S Palmieri,

- et. al. Face Masks and Emotion Literacy in Preschool Children: Implications During the COVID-19 Pandemic. Affiliations expand PMID: 36339523 PMCID: PMC9628515 DOI: 10.1007/s10643-022-01400-8
- 3) Rachel Abraham Joseph, Beth Carter. Prosopagnosia (face blindness) and child health during the COVID-19 pandemic. Nurs Child Young People. 2023 Jan 23. doi: 10.7748/ncyp.2023.e1454.
- 4) Ashley L. RubaID*, Seth D. Pollak. Children's emotion inferences from masked faces: Implications for social interactions during COVID-19. PLoS ONE 15(12): e0243708. The Impact of Face Masks on the Emotional Reading Abilities of Children – A Lesson From a Joint School - University Project. i-Perception 2021, Vol. 12(4), 1-17.
- 5) Claus-Christian Carbon, Martin Serrano.
- 6) Lorna Bourke, Jamie Lingwood, Tom Gallagher-Mitchell, Belén López-Pérez. The effect of face mask wearing on language processing and emotion recognition in young children. J Exp Child Psychol. 2023 Feb;226:105580. doi: 10.1016/j.jecp.2022.105580. Epub 2022 Nov 5.
- 7) Cécile Crimon, Monica Barbir, Hiromichi Hagihara, Emma de Araujo, Sachiko Nozawa, Yuta Shinya, Nawal Abboub, Sho TsujiMask wearing in Japanese and French nursery schools: The perceived impact of masks on communication. Front Psychol. 2022 Nov7;13:874264. doi:10.3389/fpsyg.2022.874264. eCollection 2022.
- 8) 新版 K 式発達検査研究会、新版 K 式発達検査法 2001 年版標準化資料と実施法、ナカニシヤ出版、2008 年

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1. 集計結果

inspection_nendo		2歳				4歳				6歳			
		姿勢・運動	認知・適応	言語・社会	全領域	姿勢・運動	認知・適応	言語・社会	全領域	認知・適応	言語・社会	全領域	
2019年度	度数	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	
(6歳検査	欠損値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
時)	平均値	90.0	94.2	92.8	93.3	88.2	95.5	98.0	96.7	97.6	103.0	99.8	
	平均値の標準誤差	1.7	1.2	1.3	0.9	1.2	1.3	1.4	1.2	1.5	1.3	1.2	
	中央値	83.0	93.5	93.0	94.0	95.0	94.5	98.0	97.0	94.7	102.9	98.3	
	最頻値	83	97	101	96	96	101	83 ^a	96	91	104 ^a	79 ^a	
	標準偏差	16.4	11.4	12.7	8.6	11.9	13.2	13.8	11.5	14.4	13.1	11.5	
	分散	268.8	129.7	160.6	74.1	140.8	175.2	191.0	132.1	206.4	171.4	133.2	
	範囲	90	81	55	53	51	90	75	61	89	71	70	
	最小値	55	60	71	67	49	44	67	60	74	78	79	
	最大値	145	141	126	120	100	134	142	121	163	149	150	
2020年度	度数	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62	
(6歳検査	欠損値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
時)	平均値	92.5	98.5	95.9	97.3	89.9	96.6	97.4	96.9	99.4	104.5	101.4	
	平均値の標準誤差	2.1	1.2	1.9	1.2	1.4	1.8	1.8	1.6	2.0	2.0	1.7	
	中央値	85.0	97.5	97.0	97.0	95.0	96.5	96.5	96.5	95.7	102.0	99.9	
	最頻値	84	97	101 ^a	101	95	87	95	102	107	82 ^a	82 ^a	
	標準偏差	16.2	9.8	14.8	9.1	10.7	13.9	14.4	12.4	15.9	15.4	13.1	
	分散	261.3	95.9	218.7	82.1	113.8	194.2	208.2	153.7	251.3	236.3	172.8	
	範囲	69	51	64	53	55	79	82	71	93	89	89	
	最小値	53	69	66	66	45	54	48	51	74	82	82	
	最大値	122	120	130	119	100	133	130	122	167	171	171	

a. 複数の最頻値が存在します。そのうちの最小値が表示されます。

表 2. コントロール群と曝露群の平均値の差の検定結果：対応のない t 検定

		平均値		p 値
		2019 年度	2020 年度	
2 歳	姿勢・運動	90.0	92.5	0.33
	認知・適応	94.2	98.5	0.01
	言語・社会	92.8	95.9	0.17
	全領域	93.3	97.3	0.01
4 歳	姿勢・運動	88.2	89.9	0.34
	認知・適応	95.5	96.6	0.61
	言語・社会	98.0	97.4	0.77
	全領域	96.7	96.9	0.94
6 歳	認知・適応	97.6	99.4	0.45
	言語・社会	103.0	104.5	0.51
	全領域	99.8	101.4	0.44

図1. 年度比較：時系列マルチレベルモデル（平均推定値）
認知・適応領域

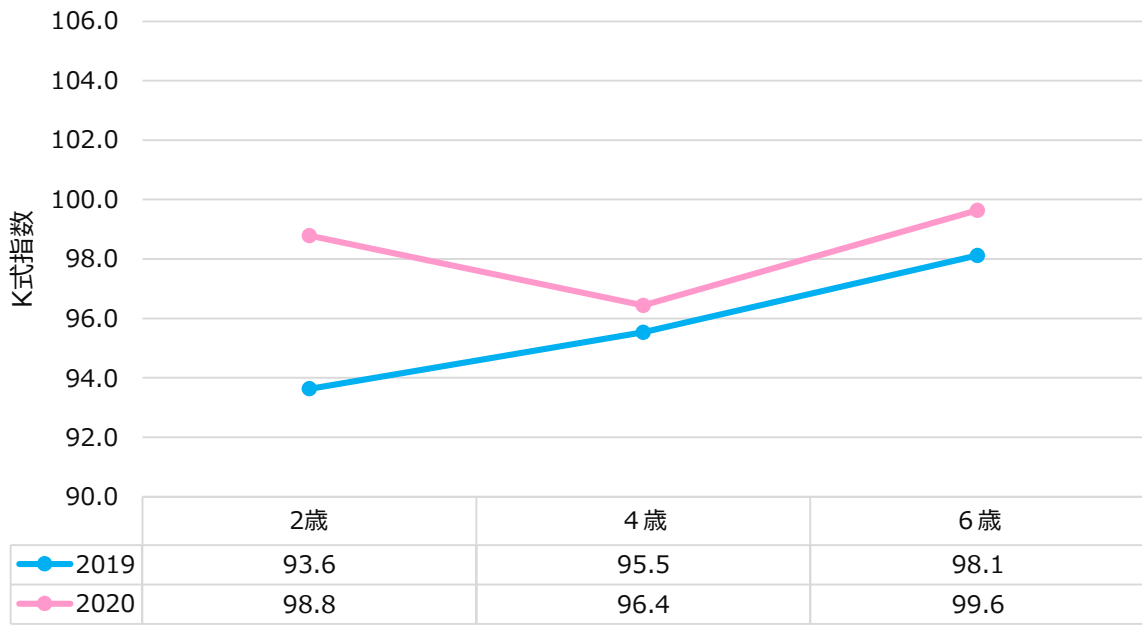


図2. 年度比較：時系列マルチレベルモデル（平均推定値）
言語・社会領域

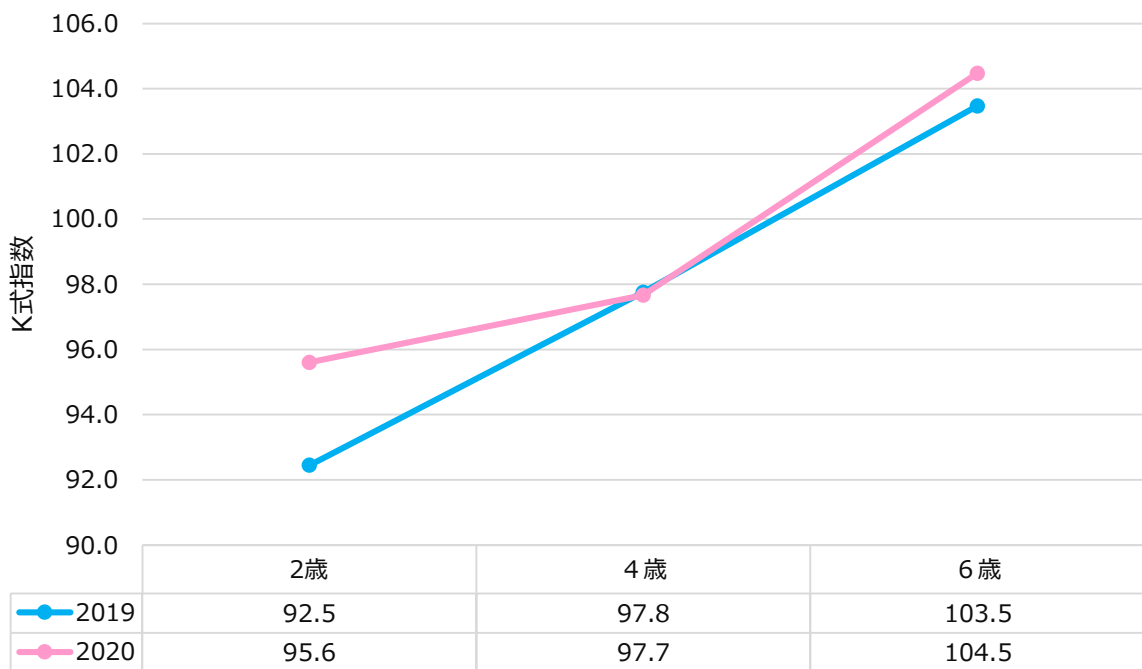


図3. 年度比較：時系列マルチレベルモデル（平均推定値）
全領域

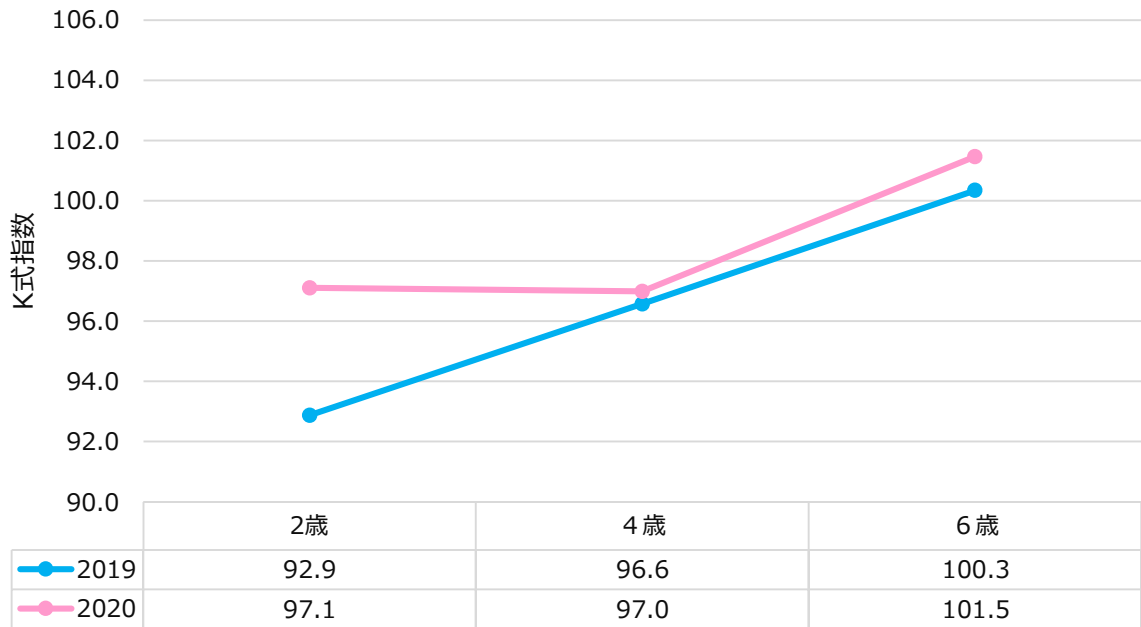


図4. 認知・適応領域

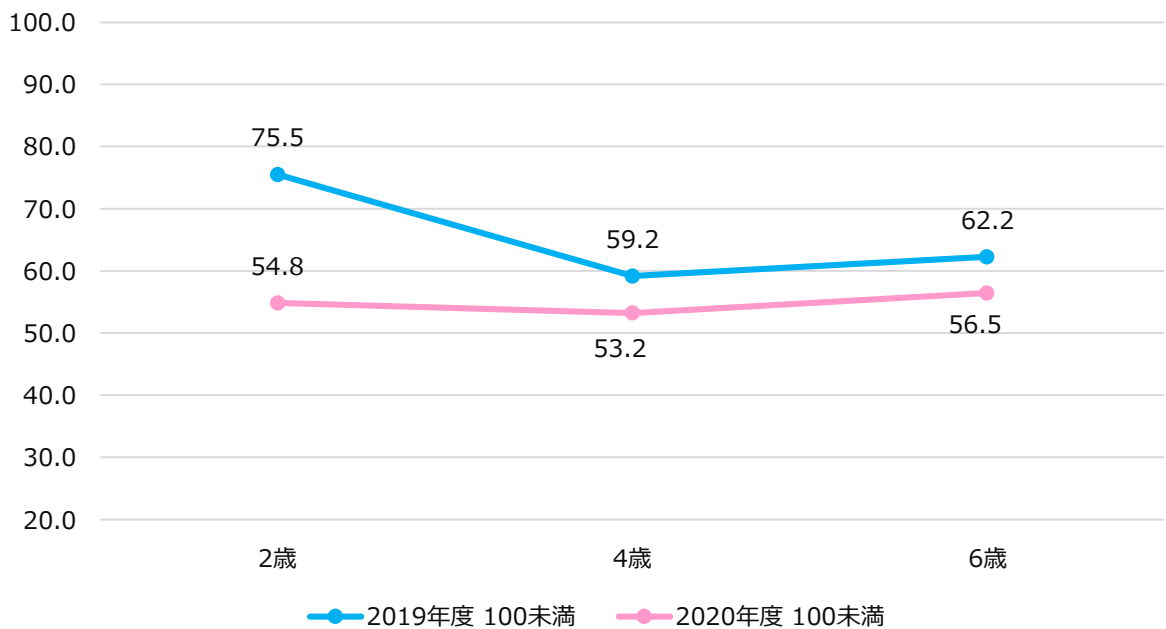


図5. 言語・社会領域

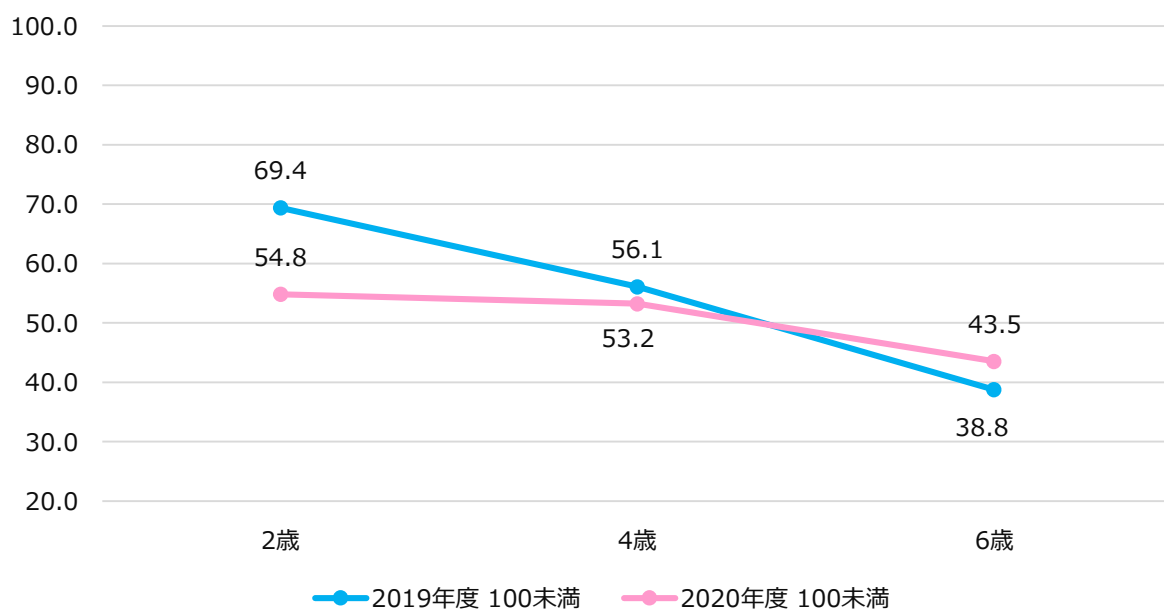
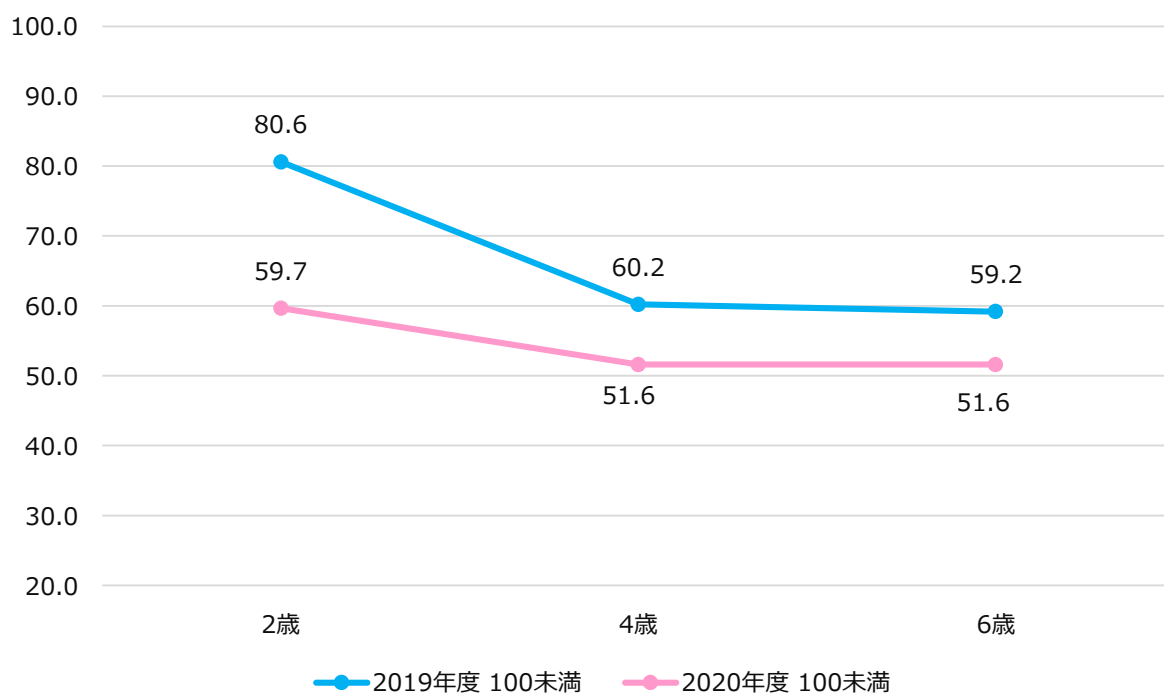


図6. 全領域



園および小学校における新型コロナウイルス感染症対策、 および子どもの生活面、心理面への影響に関する調査研究

研究協力者 秋山 有佳（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）
堀内 清華（山梨大学大学院総合研究部医学域附属出生コホート研究センター）
久島 萌（山梨大学大学院総合研究部医学域附属出生コホート研究センター）
篠原 亮次（山梨大学大学院総合研究部医学域附属出生コホート研究センター）
研究代表者 山縣 然太朗（山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座）

研究要旨

我々は、令和3年度厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「母子保健情報を活用した「健やか親子21（第2次）」の推進に向けた研究（19DA1003）」（研究代表者：上原里程）の分担研究の一環として、感染症対策の長期的な影響を把握することを目的として、子どもとその保護者の生活状況、身体的、精神的な状態を調査した。そして本年度は、2020年1月以降、保育園・幼稚園・認定こども園、小学校で行われたコロナの感染症対策、および、子どもの生活状況、身体、精神的な状態を調査することで、新型コロナウイルス感染症（以下、コロナとする）対策が、子どもの心身にどのような影響を与えるのかを評価することを目的として調査を行った。

環境省「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」において、甲信ユニットセンターが対象者をリクルートした際の対象地域に所在する保育園・幼稚園・認定こども園、そして小学校の計170か所を対象とした。その結果、園40か所、学校34か所、計74か所（回収率：43.5%）から回答を得た。今後は解析作業を進めていく。

A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症（以下、コロナとする）が流行し始めて3年が経過した。令和5年3月13日には、マスクの着用が個人の判断にゆだねられることとなり、同年5月8日には5類感染症に移行され、少しずつ行動制限も緩やかになってきた。コロナ流行以降、様々な制限のある生活を子どもたちも長期間にわたって受けてきた。日本国内でも多くの子どもや家族が、社会サービスとの接点を失い、孤立し、ストレスを抱える結果となった。家庭に閉じこ

もることによる虐待や、子どもへの身体やメンタルヘルスへの悪影響などが世界的に問題視されている。山梨大学において1回目の緊急事態宣言中に行ったウェブ調査においても、平時の倍以上の保護者が不安を抱えており、保護者の不安と子どもの心身の不調の間に強い関連があることが示された。感染への恐怖や、過剰な感染予防対策などにより、子どもは日常生活の中でストレスにさらされてきたことが推察される。

我々は、令和3年度厚生労働科学研究費補助

金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「母子保健情報を活用した「健やか親子21（第2次）」の推進に向けた研究（19DA1003）」（研究代表者：上原里程）の分担研究の一環として、感染症対策の長期的な影響を把握することを目的として、子どもとその保護者の生活状況、身体的、精神的な状態を調査した。そして本年度は、2020年1月以降、保育園・幼稚園・認定こども園、小学校で行われたコロナの感染症対策、および、子どもの生活状況、身体、精神的な状態を調査することで、コロナ感染症対策が、子どもの心身にどのような影響を与えるのかを評価することを目的として調査を行った。現在、本調査は解析中のため、本稿では調査の回収結果までを報告する。

B. 研究方法

1. 対象者

環境省「子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）」において、甲信ユニットセンターが対象者をリクルートした際の対象地域に所在する保育園・幼稚園・認定こども園、そして小学校の計170か所を対象とした。

2. 実施方法

調査は郵送法とし、対象園、および対象小学校へ依頼状、自記式質問票、返信用封筒を同封し配布した。

3. 調査内容

調査内容は以下の通りである（資料1、2）。

- 1) 園・学校名
- 2) 回答者の役職
- 3) 休園・休校期間
- 4) 1クラスの人数
- 5) 園児・児童は感染予防状況について
- 6) 休園・休校再開後もコロナを理由に休んだ

園児・児童の有無

- 7) 6) の理由
- 8) 休園・休校再開後、園児・児童の精神状態について
- 9) 園・学校でとっていた感染予防対策について

（倫理面への配慮）

本調査実施にあたり、山梨大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号第2324号）。

C. 研究結果

令和5年2月28日を締め切りとして、対象地域内に所在する園、及び小学校、170か所に調査票を送付した。その結果、園40か所、小学校34か所、計74か所（回収率：43.5%）から回答を得た。現在はデータ入力終了し、データクリーニング等を行い、解析に向けての準備を行っている。

D. 考察

今回の調査では、回収率が43.5%にとどまった。調査の実施にあたり、倫理申請（変更申請）の通過までに予想以上に時間がかかり、実際の送付時期、および返送締め切り日が年度末近くになってしまった。年度末の業務で忙しい時期と重なってしまったため、回収率も伸び悩んだ可能性が考えられる。今後は解析作業を進め、来年度の報告書で結果を報告したいと考える。

E. 結論

2020年1月以降、保育園・幼稚園・認定こども園、小学校で行われたコロナの感染症対策、および、子どもの生活状況、身体、精神的な状態を調査することで、コロナの感染症対策が、

子どもの心身にどのような影響を与えるのかを評価することを目的として調査を行った。調査票の回収率は 43.5%であった。今後は解析作業を進めていく。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

新型コロナウイルス感染症による子どもの 生活面、心理面への影響に関する調査

<園用アンケート>

【この調査に関する問い合わせ先】

山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座

担当:秋山・久島

電話:055-273-9566

問1. 園名を教えてください。

問2. 回答している方の役職をお答えください。

問3. あなたの園が休園あるいは保護者に対し登園自粛を依頼していた時期(どちらか長い方の期間)を教えてください。

<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	～	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	～	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	～	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日
<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	～	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日

問4. あなたの園では1クラス何人ですか。

 人 ～ 人

問5. 園児は、手洗い、咳エチケットの感染予防はできていますか。(1つだけ選んでください)

1. 完璧にできている
2. ほぼできている
3. まあまあできている
4. あまりできていない
5. できていない

問6. 休園・登園自粛終了後も、新型コロナウイルス感染症を理由に休んでいる園児はいましたか。

1. いた
2. いなかった

問7. 問6で「いた」と答えた場合、どのような理由でしたか。

1. 保護者の意向
2. 園児本人が拒否
3. その他 ()
4. 不明

問8. 休園あるいは登園自粛終了後、園児の中で、精神状態が不安定なお子さんはいましたか。

- | |
|----------|
| 1. いた |
| 2. いなかった |

問9. 園でとられていた/いる新型コロナウイルス感染症予防対策について教えてください。

以下の中からあてはまるものをすべて選んでください。

以下の中から対策の実施に○(実施)、または×(未実施)を付け、実施していた対策については、対策を行っていた月を○で囲んでください。

	実施有	2020年	2021年	2022年
1. 園児のマスク着用		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
2. 職員のマスク着用		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
3. 園児のフェイスシールド着用		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
4. 職員のフェイスシールド着用		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
5. 頻回な手洗い(手指消毒を含む)		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
6. 消毒の実施(拭き消毒)		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
7. 園児間の距離を保つ		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
8. 時差登園		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
9. 次亜塩素酸水などの消毒の空气中噴霧		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12
10. 園児の机に透明シートによる衝立の設置		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12

11. その他 ()		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

新型コロナウイルス感染症による子どもの 生活面、心理面への影響に関する調査

<小学校用アンケート>

【この調査に関する問い合わせ先】

山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座

担当:秋山・久島

電話:055-273-9566

問8. 学校再開後、児童の中で、精神状態が不安定なお子さんはいましたか。

1. いた
2. いなかった

問9. 学校でとられていた/いる新型コロナウイルス感染症予防対策について教えてください。
以下の中から対策の実施に○(実施)、または×(未実施)を付け、実施していた対策については、対策を行っていた月を○で囲んでください。

	実施有	2020年	2021年	2022年
1. 児童のマスク着用		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
2. 教員のマスク着用		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
3. 児童のフェイスシールド着用		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
4. 教員のフェイスシールド着用		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
5. 頻回な手洗い(手指消毒を含む)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
6. 消毒の実施(拭き消毒)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
7. 児童間の距離を保つ		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
8. 時差登校		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
9. 次亜塩素酸水などの消毒の空气中噴霧		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
10. 児童の机に透明シートによる衝立の設置		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

11. その他 ()		1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
		5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8
		9 10 11 12	9 10 11 12	9 10 11 12

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

第3章 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
後藤あや 新井猛浩 秋山有佳 山縣然太朗	成育基本法の推進ツールとしてのロジックモデル	小児保健研究	82(2)	115-120	2023
山縣然太朗 秋山有佳 堀内清華	成育医療等基本方針の指標(医療)	小児保健研究	82(2)	120-122	2023
上原里程	成育医療等基本方針の指標(保健)	小児保健研究	82(2)	122-126	2023
abukawa C Nagamitsu S Koyanagi K et al.	Early intervention for psychosomatic symptoms of adolescents in school checkup	Pediatr Int	64(1)		2022
Nagamitsu S Kanie A Sakashita K et al.	Adolescent Health Promotion Interventions Using Well-Care Visits and a Smartphone Cognitive Behavioral Therapy App: Randomized Controlled Trial	JMIR Mhealth Uhealth	10(5)		2022
Matsuoka M Matsuishi T Nagamitsu S et al.	Sleep disturbance has the largest impact on children's behavior and emotions	Front. Pediatr	28(10)		2022
Sakamoto M Iwama K Sasaki M Nagamitsu S et al.	Genetic and clinical landscape of childhood cerebellar hypoplasia and atrophy	Genet Med	24	2453-2463	2022
堀内清華 秋山有佳 杉浦至郎 松浦賢長 永光信一郎 横山美江 鈴木孝太	市区町村における母子保健情報の電子化および利活用の現状と課題	日本公衆衛生雑誌	69(12)	948-956	2022

市川香織 近藤尚己 川口晴菜 上原里程 山縣然太郎					
後藤あや	シンポジウム 3-2 成育基本法における小児保健 の推進戦略 成育基本法の推進ツールとし てのロジックモデル	第 69 回日本小 児保健協会学 術集会 (三重)	小児保健 研究 81(suppl)	84	2022
山縣然太郎	シンポジウム 3-3 成育基本法における小児保健 の推進戦略 成育医療等基本方針の指標 (医療)	第 69 回日本小 児保健協会学 術集会 (三重)	小児保健 研究 81(suppl)	85	2022
上原里程	シンポジウム 3-4 成育基本法における小児保健 の推進戦略 成育医療等基本方針の指標 (保健)	第 69 回日本小 児保健協会学 術集会 (三重)	小児保健 研究 81(suppl)	86	2022
相田潤	シンポジウム 1「WHO の口腔保 健の決議を受けて：学術的視 点から考えるフッ化物応用」、 「ポピュレーションアプローチ は格差を拡大する」は正しい のか？ 重要な公衆衛生理論を フッ化物応用で再考する	第 71 回日本口 腔衛生学会・ 総会 (鹿児島)	口腔衛生 学会雑誌 72 増刊号	36	2022
上原里程	メインシンポジウム 2 国民健康づくり運動の成果と 課題、次期計画のあり方 「健やか親子 2 1 (第 2 次)」から成育医療等基本方 針へ：成果と課題	第 81 回日本公 衆衛生学会総 会 (山梨)	日本公衆 衛生雑誌 (特別附 録) 69(10)	67	2022

倫理審査等報告書の写し

機関名 国立大学法人 山梨大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 島田 眞路

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 (成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 (健やか次世代育成総合研究事業))
2. 研究課題名 「成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究」(21DA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院総合研究部医学域・教授
(氏名・フリガナ) 山縣 然太郎・ヤマガタ ゼンタロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿~~
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 曾根 智史

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 (健やか次世代育成総合研究事業)
2. 研究課題名 成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 政策技術評価研究部・部長
 (氏名・フリガナ) 上原 里程・ウエハラ リテイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 5 年 2 月 20 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人浜松医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 今野 弘之

次の職員の令和 4 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 「成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究」(21DA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 尾島 俊之・オジマ トシユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 愛知医科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 祖父江 元

次の職員の令和 4 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
- 研究課題名 「成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究」（21DA1002）
- 研究者名（所属部署・職名） 医学部衛生学講座・教授
（氏名・フリガナ） 鈴木 孝太 ・ スズキ コウタ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京情報大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 鈴木 昌治

次の職員の令和 4 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 「成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究」(21DA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 看護学部・教授
(氏名・フリガナ) 市川香織・イチカワカオリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 田中 雄二郎

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 相田 潤 ・ アイダ ジュン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人福島県立医科大学

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 竹之下 誠一

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 「成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究」
3. 研究者名 （所属部署・職名） 総合科学教育研究センター・教授
（氏名・フリガナ） 後藤 あや・ゴトウ アヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：)

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立成育医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 五十嵐 隆

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)

2. 研究課題名 成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究 (21DA1002)

3. 研究者名 (所属部署・職名) 社会医学研究部 部長

(氏名・フリガナ) 森崎 菜穂・モリサキ ナホ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること

厚生労働大臣 殿

機関名 福岡県立大学
 所属研究機関長 職名 学長
 氏名 柴田 洋三郎

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 「成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究」（21DA1002）
3. 研究者名 （所属部署・職名） 看護学部・教授
 （氏名・フリガナ） 松浦 賢長・マツウラ ケンチョウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 福岡大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 朔 啓二郎

次の職員の令和 4 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）
2. 研究課題名 「成育基本法を地域格差なく継続的に社会実装するための研究」(21DA1002)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 福岡大学医学部・教授
(氏名・フリガナ) 永光 信一郎 ナガミツ シンイチロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する口にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。