

第1回 日本栄養改善学会 関東・甲信越支部会学術総会（シンポジウム） 「少子高齢社会における社会格差と子どもの食・栄養」

【日時】平成26年2月23日（日）13：30～16：30 【会場】女子栄養大学 駒込キャンパス5階小講堂

第1回特定非営利活動法人日本栄養改善学会 関東・甲信越支部会学術総会として平成26年2月23日に、シンポジウム「少子高齢社会における社会格差と子どもの食・栄養」を開催しました。

シンポジストの先生方のご厚意により、当日の資料を公開いたしました。

併せて、当日参加された方（30名）のアンケート結果も掲載しております。

ご参加されなかった会員の皆さま、ぜひご覧下さい。

【シンポジストとテーマ】

- ・阿部 彩氏（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 部長）
「貧困・社会保障の視点からの子どもの食」

 [当日のパワーポイントはこちら](#)

- ・尾島俊之氏（浜松医科大学 健康社会医学講座 教授）
「現代社会における母子の健康・栄養課題：次期「健やか親子21」策定に向けて」

 [当日のパワーポイントはこちら](#)

- ・米倉礼子氏（厚生労働省 雇用均等・児童家庭局母子保健課 栄養専門官）
「すべての子どもの健康や食・栄養を守る栄養施策の現状と課題」

 [当日のパワーポイントはこちら](#)

PAGE TOP ▲

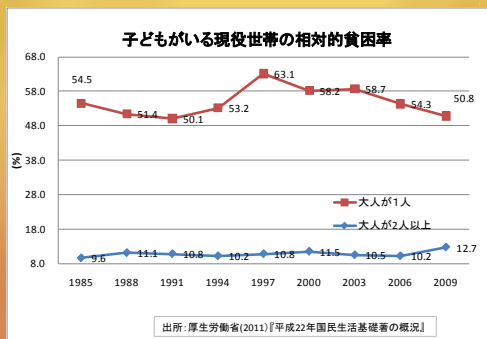
貧困・社会保障の視点からの 子どもの食

阿部 彩

(国立社会保障・人口問題研究所)

※本報告の内容は報告者個人の見解であり、報告者の属するいかなる組織の公式見解を示すものではありません。

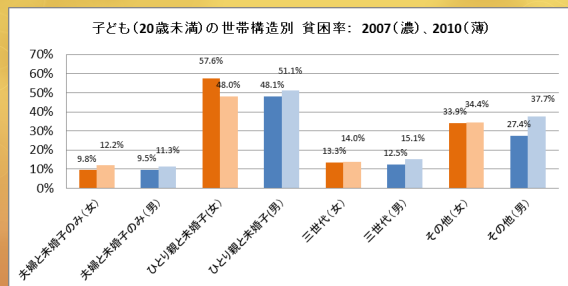
ひとり親世帯の貧困率の高さ



依然として50%を超える

出所：厚生労働省(2011)『平成22年国民生活基礎調査の概況』

子どもの貧困率



社会経済階層 (Social Economic Status: SES)



個人、個人の背景としてあるSESの影響を見逃してはいけない!

日本の貧困率は1985年から一貫して上昇している

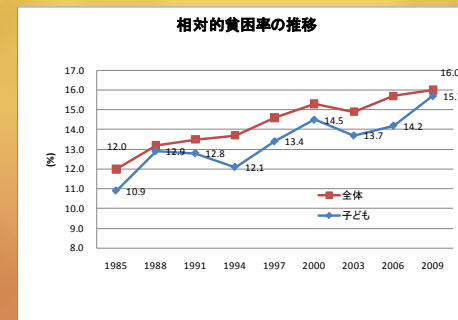
- 近年に急激に悪化したわけではない
- 好景気でも悪化し続けている
- 貧困率の上昇の要因は:

- ① 勤労世代の所得分布の悪化、
- ② 高齢化、
- ③ 世帯構造の変化

⇒なにもしなくても貧困率は上昇する

食の格差のエビデンス

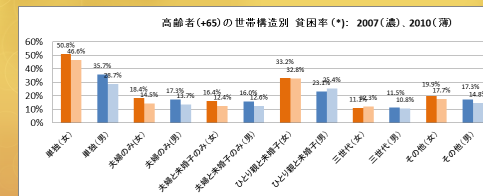
日本の貧困率の推移 全国民の6人に1人は相対的貧困の状態



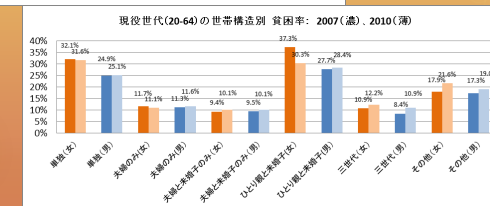
人数では約240万人。うち、子どもは330万人(子どもの定義は18歳未満)(人口統計H21度)

出所：厚生労働省(2011)『平成22年国民生活基礎調査の概況』

単身世帯(高齢、勤労世代)の高い貧困率

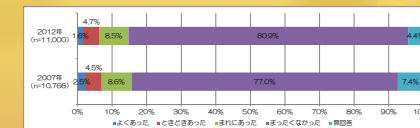


依然と高い
 「一人親世帯」

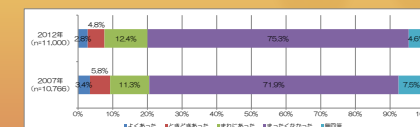


物質的剥奪(material deprivation)

食料の困窮



衣服の困窮



衣食住といった基本的なニーズが満たされていない世帯は15-20%。所得階級が高いほど、剥奪の度合いは少ない。

食料が買えなかった経験：世帯類型別

世帯タイプ	総数	よくあった (%)	ときどきあった (%)	まれにあった (%)	まったくなかった (%)	無回答 (%)
総数	11,000	1.6	4.7	8.5	80.9	4.4
子どもがない世帯						
単独世帯						
単独高齢男性	289	2.1	6.9	9.7	69.6	11.8
単独高齢女性	740	0.8	3.9	6.2	81.9	7.2
単独非高齢男性	940	2.9	6.8	8.8	75.0	6.5
単独非高齢女性	560	1.8	5.5	9.5	78.6	4.6
夫婦のみ世帯						
夫婦ともに高齢者	1,178	0.9	3.5	7.6	84.6	3.4
夫婦の一方が高齢者	331	0.9	3.9	7.6	84.9	2.7
夫婦ともに非高齢者	1,033	1.5	3.0	4.5	87.0	4.0
その他世帯						
高齢者のみ世帯	89	0.0	2.2	5.6	86.5	5.6
高齢者以外もき世帯	2,799	1.4	4.1	8.9	79.8	5.8
子どもがある世帯						
二世帯世帯 (三世帯)	415	0.7	4.8	9.1	84.3	1.0
二世帯世帯 (二世帯)	2,059	1.5	4.7	9.9	83.5	0.4
ひとり親世帯 (三世帯)	142	3.5	9.9	7.7	78.9	0.0
ひとり親世帯 (二世帯)	234	3.8	10.7	17.5	67.5	0.4

「過去1年の間に金銭的な理由で家族が必要とする食料が買えなかったことがありますか」に対する回答 (2012年調査)

出所：国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 「2012年生活と支え合い調査の概況」

大阪子ども調査 (2012年実施)

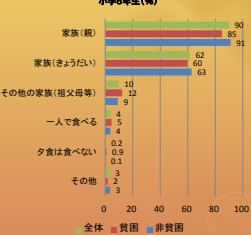
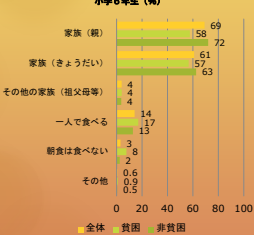
大阪市の公立小中学生 小学5年、中学2年対象それぞれ約3000名

朝食 (平日)

夕食 (平日)

図0-1 誰と食べるか：平日朝食 (複数回答) 小学5年生 (%)

図0-2 誰と食べるか：平日夕食 (複数回答) 小学5年生 (%)



朝食 (平日) の欠食が貧困層で多い (8% vs. 2%) ほか、平日、親と一緒に食べる子どもが少ない (58%)。夕食でも6%の差。夕食の孤食は差なし。

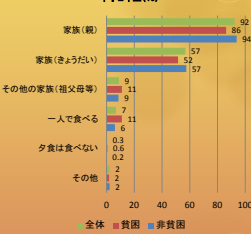
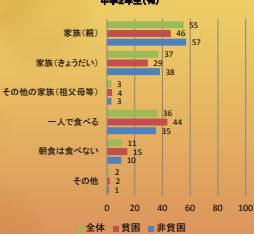
中学生 (休日)

朝食 (休日)

夕食 (休日)

図0-7 誰と食べるか：休日朝食 (複数回答) 中学2年生 (%)

図0-8 誰と食べるか：休日夕食 (複数回答) 中学2年生 (%)



中学生の36%が朝食 (休日) を一人で食べる (貧困層44% vs. 非貧困層35%)。11%は、欠食 (貧困層15%、非貧困層10%)。夕食も貧困層では孤食が11%。少ない (48%)。

子どものある世帯の家計は苦しい：公共料金の未払いや債務の滞納

世帯タイプ	総数	電気 (%)	ガス (%)	電話 (%)	家賃 (%)	住宅ローン (%)	その他滞納 (%)
子どもがない世帯	11,000	4.8	4.7	5.0	6.6	4.6	8.9
子どもがある世帯							
単独世帯							
単独高齢男性	289	5.4	4.6	5.8	6.9	4.6	10.6
単独高齢女性	740	2.6	2.0	3.0	4.8	1.7	3.6
単独非高齢男性	940	8.7	8.9	10.2	8.3	4.8	15.2
単独非高齢女性	560	5.8	4.8	6.0	6.5	2.6	9.8
夫婦のみ世帯							
夫婦ともに高齢者	1,178	1.5	1.4	1.4	4.3	4.2	3.5
夫婦の一方が高齢者	331	2.2	2.4	1.0	10.0	4.0	7.6
夫婦ともに非高齢者	1,033	3.6	3.5	3.6	4.2	4.0	5.5
その他世帯							
高齢者のみ世帯	89	2.4	0.0	3.9	0.0	0.0	6.9
高齢者以外もき世帯	2,799	4.6	4.4	4.3	6.6	5.4	9.7
子どもがある世帯							
二世帯世帯 (三世帯)	415	4.0	4.0	5.2	0.0	7.9	10.0
二世帯世帯 (二世帯)	2,059	5.3	5.4	5.5	6.4	3.5	8.0
ひとり親世帯 (三世帯)	142	11.3	10.7	10.9	3.7	24.4	20.7
ひとり親世帯 (二世帯)	234	14.1	16.7	15.7	13.4	8.1	18.5

食費は、家計の中でもっとも「圧迫」しやすい費目！ 債務の滞納解決がめ

出所：国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 「2012年生活と支え合い調査の概況」

大阪子ども調査 (2012年実施)

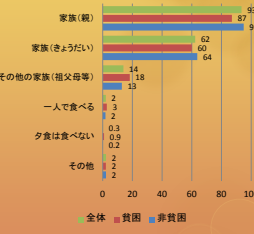
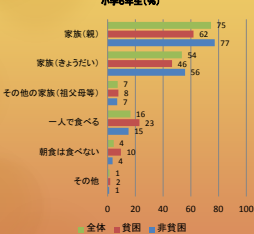
大阪市の公立小中学生 小学5年、中学2年対象それぞれ約3000名

朝食 (休日)

夕食 (休日)

図0-9 誰と食べるか：休日朝食 (複数回答) 小学5年生 (%)

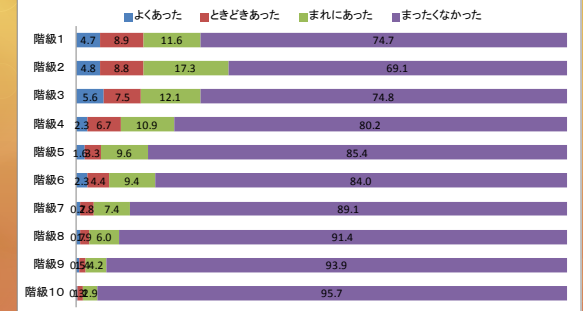
図0-4 誰と食べるか：休日夕食 (複数回答) 小学5年生 (%)



朝食 (休日) の欠食は、平日よりも多い (貧困層10% vs. 2%)。

食料が買えなかった経験：所得階級別

過去1年間に家族が必要とする食料が買えなかった経験：所得階級別



出所：国立社会保障・人口問題研究所 (2009) 「2007年社会保障実態調査の概況」、2009年

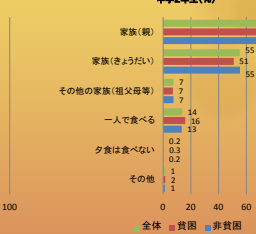
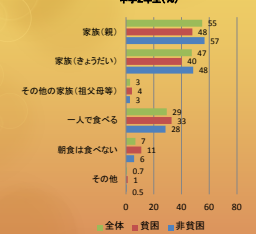
中学生 (平日)

朝食 (平日)

夕食 (平日)

図0-6 誰と食べるか：平日朝食 (複数回答) 中学2年生 (%)

図0-6 誰と食べるか：平日夕食 (複数回答) 中学2年生 (%)



(χ²=8.76 7.7 2.03 2.58 12.29 2.71 p=0.0003 0.006 0.154 0.108 0.0005 0.1) (χ²=6.37 2.25 0.07 1.52 0.18 0.12 p=0.012 0.134 0.8 0.22 0.67 0.73)

小学生と同じく、朝食 (平日) の欠食が貧困層で多い (11% vs. 6%) ほか、平日、親と一緒に食べる子どもが少ない (48%)。夕食では、非貧困層でも1割以上が親と一緒に食べておらず、貧困層では2割近い。夕食の孤食は差がなく、13~16%。

貧困と身体的発育の関係：

7歳時点での身長・体重：貧困年数別

第7回	全サンプル					
貧困経験年数	n	身長 (0.1cm)	n	体重 (100g)	n	肥満率
なし	20979	119.215	21340	22.066	20890	5.21%
1回	3305	119.265	3392	22.158	3281	6.37%
2回	1234	119.027	1269	22.166	1227	6.66%
3回	698	119.007	728	21.981	694	6.20%
4回	426	118.597	437	22.008	425	7.29%
5回	340	119.321	352	22.384	339	8.55%
総数	26982		27518		26856	

○ 貧困経験年数 (7歳までの時点で世帯所得が貧困線以下であった年数) が多いほど、肥満率が高い

データ：厚生労働省「21世紀出生児縦断調査」第7回
出所：阿部彰 (2011)

子どもの貧困に対する政策の薄さ

国際比較からみた日本の貧困の特徴

- 特定の世帯タイプの貧困率が突出している
 - といいつつも、すべての年齢層の貧困率が他国に比べて高い傾向にある
- ワーキングプア率が高い
 - 複数の就労者がいる世帯の貧困率が高い
 - 二人目稼得者（おそらく女性）の収入が貧困削減の役に立っていない
- 政府の貧困削減効果が少ない
 - 再分配前（市場所得による）の貧困率は、他国に比べて低いほう
 - しかし、再分配機能が殆どなく一部では逆転している

19

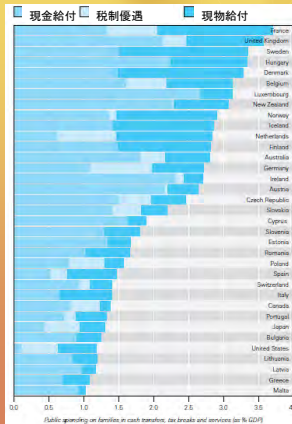
再分配の逆転現象

	再分配前・後の貧困率: (med50)			2007		
	再分配前 (2010)	再分配後 (2010)	削減(%)	再分配前 (2007)	再分配後 (2007)	削減(%)
65歳以上(女)	64.43%	22.79%	41.64%	61.21%	24.46%	36.75%
65歳以上(男)	63.83%	15.07%	48.76%	61.65%	17.99%	43.66%
20-64歳(女)	21.21%	14.56%	6.64%	19.68%	14.03%	5.65%
20-64歳(男)	17.65%	13.72%	3.94%	15.82%	12.45%	3.37%
20歳未満(女)	16.29%	15.81%	0.48%	14.78%	15.32%	-0.53%
20歳未満(男)	18.19%	16.74%	1.45%	12.92%	13.70%	-0.77%

- 2010年（2009年の所得データ）においては、ようやくプラスに
- 子ども手当（⇒児童手当）の効果は未検証

家族関連公的支出（%GDP）下から7番目

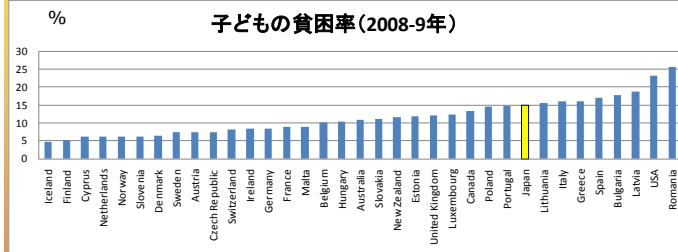
- 現金給付も現物給付も公的支出は少ない



（データの出所は、OECD Family database, 2007年頃）

25

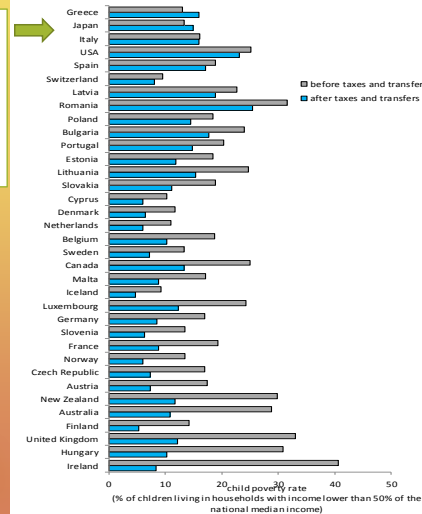
子どもの貧困率の国際比較



- 日本は、14.9%。割合の高い方から9番目
- 総数は、約305万人（35ヶ国の総数は、約3,366万人=先進諸国の貧困の子どもの1割弱が日本の子ども）
- 前回から、日本の順位はさほど変わらない

出所：UNICEF Innocent Center, Child Well-being Report Card 10 (2012.5.29発表)

再分配前後の子どもの貧困率 (UNICEF2009)

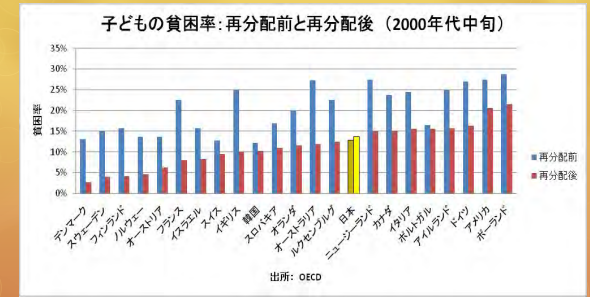


- ★UNICEFの定義では、再分配前所得に公的年金が含まれる。
- ★公的年金の効果を除くと、再分配の逆転現象は残る。

なぜ日本の社会保障制度は子どもの貧困に対して非力なのか

- 生活保護制度の極端に低い捕捉率（他の先進諸国は10%以上も希ではない・・・日本は子どもの年齢層では2%）
- 児童手当の薄さ
- 非正規労働者の増加など、若年（若い親層）の雇用状況の悪化に対して無防備（生活保護より少し上の層へのセーフティネットが構築されていない）
- 社会保険料の逆進性
- 教育費の高騰と親の負担の重さ

子どもの貧困率の逆転現象

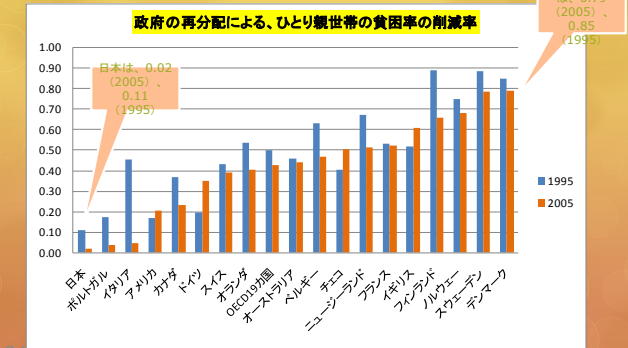


- 日本だけが、再分配後の貧困率が、再分配前より高くなっている（留意点：消費税、現物給付—しかし、これらによって各国の貧困率が上昇するか、下降するかは不明。）

21

ひとり親世帯の貧困の削減率

政府の再分配の効果で見ると、日本は最低。しかも減少。



24

出所：OECD(2008) Growing Unequal?

子どもの貧困対策の推進に関する法律

（基本理念）

第二条 子どもの貧困対策は、子ども等に対する教育の支援、生活の支援、就労の支援、経済的支援等の施策を、子どもの将来がその生まれ育った環境によって左右されることのない社会を実現することを旨として講ずることにより、推進されなければならない。

2 子どもの貧困対策は、国及び地方公共団体の関係機関相互の密接な連携の下に、関連分野における総合的な取組として行われなければならない。

（国の責務）

第三条 国は、前条の基本理念（次条において「基本理念」という。）にのっとり、子どもの貧困対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

- 2012年6月 成立
- 2013年1月 施行
- これから「大綱」を策定予定

だれを対象とするべきか

「見えやすい貧困」と「見えにくい貧困」

生活保護受給世帯の育つ
子ども数（20歳未満）
29万人
（2011年値）

児童養護施設 在籍児
童数 約2.9万人

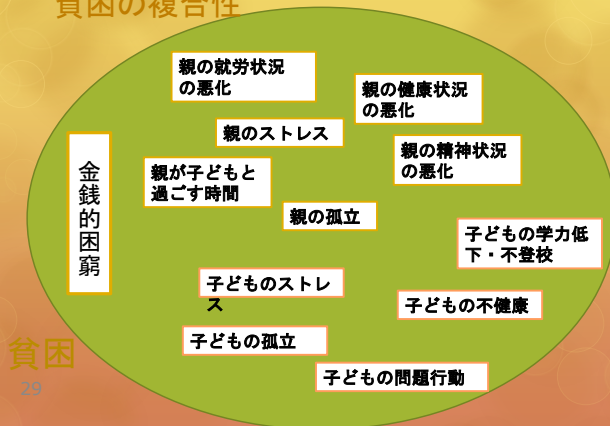
貧困状況にある子ども数(0~17歳)
= 15.7% × 約2062万人
= 約326万人

子ども数(0~17歳)
= 約2062万人

- 川上対策か、川下対策か？
- 地域別
- 年齢別

人口推計：H21年値、総務省統計局
在籍児童数：H19.10現在、全国児童養護施設協議会
受給者数：国立社会保障・人口問題研究所HP

貧困の複合性



貧困

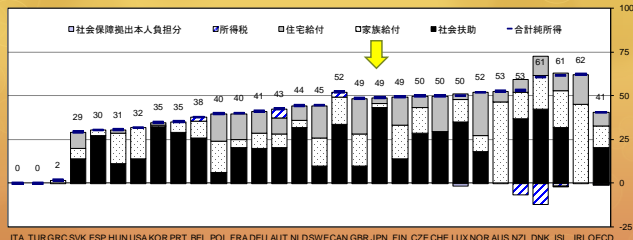
29

多彩なメニューの必要性

- 子どもの基本的な人権として保障されるべきもの：
 - 医療へのアクセス
 - 食（給食費無償化、朝食プログラム等）
 - 住居
 - 義務教育（修学旅行や部外活動を含めた学校生活の保障）
- 健全な発育への妨げを緩和するもの：
 - 親との時間
 - 安定的な生活基盤
 - 経済支援も不可欠
- 「機会の保障」：
 - 教育（底上げの観点から、就学前教育、高等教育への支援）

低所得世帯に対する給付の国際比較（ひとり親）

ひとり親（失業給付なし）



- しかし、実際は社会扶助部分（生保）の補足率も他国に比べて低い

出所：OECD2009 in 山田篤裕(2009)「国際的パースペクティブから見た最低賃金・公的扶助の目標性」社会政策学会第119回大会共通論題。

食は、生活の基本。

子どもの食の貧困の解消に向けて、どのような政策が有効か、学術的なインプットが必要。

ご静聴ありがとうございました。

本日の内容

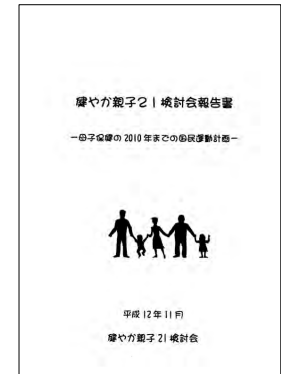
現行の「健やか親子21」

現代社会における母子の健康・栄養課題 次期「健やか親子21」策定に向けて

浜松医科大学健康社会医学講座教授
尾島俊之

1. 「健やか親子21」最終評価
2. 次期「健やか親子21」
3. 健康の社会的決定要因、食環境整備
4. 食環境として、食品衛生の確保
5. まとめ

- 平成12年に策定
- 計画期間：
平成13年～22年まで
- 途中で延長され
～平成26年まで



現行の「健やか親子21」の主要課題

- 課題1 思春期の
保健対策の強化と健康教育の推進
- 課題2 妊娠・出産に関する
安全性と快適さの確保と不妊への支援
- 課題3 小児保健医療水準を
維持・向上させるための環境整備
- 課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と
育児不安の軽減

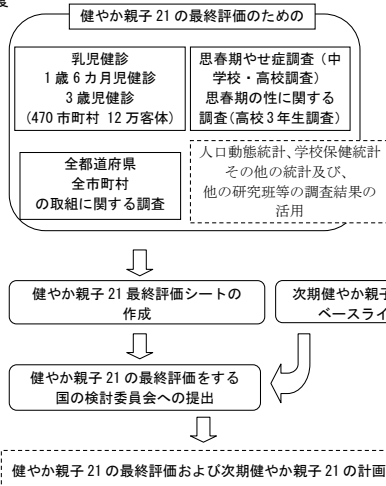
最終評価のための調査

- 乳幼児健診時の調査
- 全都道府県・全市町村の取り組みに関する調査
- 思春期やせ症調査
—全国27校の高校生3年生3,648人の身長・体重の推移
- 人口動態統計、学校保健統計、その他の統計等

乳幼児健診時の調査

- 人口規模で4分位に分け、2,2,3,3市町村を無作為抽出
- 全国で470市町村
45都道府県は県庁所在地を含む
- 約110は中間評価実施自治体
- 各健診最大で200件
- 回答数
3-4か月健診 20,729件
1歳6カ月健診 27,922件
3歳健診 26,971件
合計 75,622件

平成25年度



最終評価（評価シート）

測定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
72.2%	100%	79.3%	85.7%	91.6%	改善した(目標に達していないが改善した)
平成19年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ		平成20年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ	平成20年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ	平成24年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ	
データ分析					
結果	測定時に比較して増加しているが、目標値には届かない。				
分析	昭和33年6月16日付文部省体育局長通達「学校保健法および同法施行等の施行にともなう実施基準について」において、学校保健法の運営をより効果的にさせるため、同法に基づく学校保健計画に、学校保健委員会の設置とその活動の計画について記載することなどが示された。文部科学省や日本学校保健会、都道府県教育委員会等から働きかけが行われているところであり、設置している学校の割合は向上してきている。				
評価	改善した(目標に達していないが改善した)。				
調査・分析上の課題	都道府県格差を把握し、各都道府県教育委員会に文部科学省が働きかけ、さらには各都道府県教育委員会が各市町村教育委員会に働きかける必要がある。				
残された課題	学校保健委員会の設置にあたっては、その障害となる因子は何か、どのような構造が障壁となっているのか等について、調査研究を続けていく必要がある。その上で、都道府県格差や中核自治体の各自、設置推進について重点的に取り組んでいくことが求められる。また、すでに高い設置率に達した自治体では、活動の活性化など、さらなる取組の充実を図っていく必要がある。				
最終評価のデータ算出方法	①調査名 平成24年度文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課調べ ②期間 公立学校における学校保健委員会の設置状況について ③算出方法 学校保健委員会を開催している公立学校の数を調査し、公立学校数で割ったもの。 ④備考				

「健やか親子21」の課題

- 目標を達成した
• 変わらな
- 目標に達していないが改善した
• 悪くなっている
• 評価できない

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

- 1-1 十代の自殺率
- 1-2 十代の人工妊娠中絶実施率
- 1-3 十代の性感染症罹患率
- 1-4 15歳の女性の思春期やせ症（神経性食欲不振症）の発生頻度
- 1-5 児童・生徒における肥満児の割合
- 1-6 薬物乱用の有害性について正確に知っている小・中・高校生の割合
- 1-7 十代の喫煙率（※「健康日本21」4. 2未成年者の喫煙をなくす）
- 1-8 十代の飲酒率（※「健康日本21」5. 2未成年者の飲酒をなくす）
- 1-9 性行動による感染症等の身体的影響等について知識のある高校生の割合
- 1-10 学校保健委員会を開催している学校の割合
- 1-11 外部機関と連携した薬物乱用防止教育等を実施している中学校、高校の割合
- 1-12 スクール・カウンセラーを配置している中学校（一定の規模以上）の割合
- 1-13 思春期外来（精神保健福祉センターの窓口を含む）の数
- 1-14 思春期保健対策に取り組んでいる地方公共団体の割合
- 1-15 食育の取組を推進している地方公共団体の割合（4-14再掲）
- 1-16 朝食を欠食する子どもの割合

「健やか親子21」の課題

課題2 妊娠出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援

- 2-1 妊産婦死亡率
- 2-2 妊娠・出産について満足している者の割合
- 2-3 産後うつ病の発生率
- 2-4 妊娠11週以下での妊娠の届け出率
- 2-5 母性健康管理指導事項連絡カードを知っている就労している妊婦の割合
- 2-6 周産期医療ネットワークの整備
- 2-7 正常分娩緊急時対応のためのガイドラインの作成（参考指標）
- 2-8 産婦人科医・助産師数
- 2-9 不妊専門相談センターの整備
- 2-10 不妊治療を受ける際に、患者が専門家によるカウンセリングが受けられる割合
- 2-11 不妊治療における生殖補助医療技術の適応に関するガイドラインの作成（参考指標）
- 2-12 出産後1か月時の母乳育児の割合（4-9再掲）
- 2-13 マタニティマークを利用して効果を感じた母親の割合

最終評価の結果

69指標の74項目について評価を実施。

●改善した		
・目標を達成した	20項目	27.0%
・目標に達していないが改善した	40項目	54.1%
●変わらない	8項目	10.8%
●悪くなっている	2項目	2.7%
●評価できない	4項目	5.4%

約80%

「健やか親子21」の課題

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

- 3-1 周産期死亡率
- 3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合・全出生数中の低出生体重児の割合
- 3-3 新生児死亡率・乳児（1歳未満）死亡率
- 3-4 乳児のSIDS死亡率
- 3-5 幼児（1～4歳）死亡率
- 3-6 不慮の事故死亡率
- 3-7 う歯のない3歳児の割合
- 3-8 妊娠中の喫煙率、育児期間中の両親の自宅での喫煙率
- 3-9 妊娠中の飲酒率
- 3-10 かかりつけの小児科医を持つ親の割合
- 3-11 休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合
- 3-12 事故防止対策を実施している家庭の割合
- 3-13 乳幼児が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
- 3-14 心肺蘇生法を知っている親の割合
- 3-15 乳児期にうぶせ接種をさせている親の割合
- 3-16 6か月までにBCG接種を終了している者の割合
- 3-17 1歳6か月までに三種混合・麻しんの予防接種を終了している者の割合
- 3-18 初期、二次、三次の小児救急医療体制が整備されている都道府県の割合
- 3-19 事故防止対策を実施している市町村の割合
- 3-20 小児人口に対する小児科医・新生児科医・児童精神科医師の割合
- 3-21 院内学級・遊戯室を持つ小児病棟の割合
- 3-22 訪問看護ステーションや患児を一時的に預かるレスパイトケアサービスを整備している自治体の割合

改善していた項目

- 十代の喫煙率
 - 十代の飲酒率
- などで顕著に改善

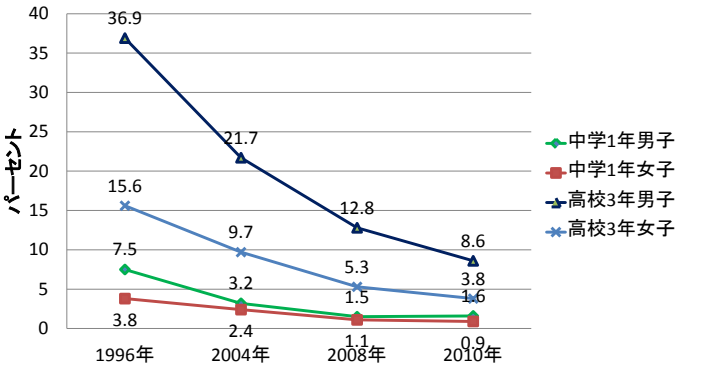
「健やか親子21」の課題

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

- 4-1 虐待による死亡数
- 4-2 法に基づき児童相談所等に報告があった被害児童数
- 4-3 子育てに自信が持てない母親の割合
- 4-4 子どもを虐待していると思う親の割合
- 4-5 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合
- 4-6 育児について相談相手のいる母親の割合
- 4-7 育児に参加する父親の割合
- 4-8 子どもと一緒に遊ぶ父親の割合
- 4-9 出産後1か月時の母乳育児の割合（2-12再掲）
- 4-10 周産期医療施設から退院したハイリスク児へのフォロー体制が確立している保健所の割合
- 4-11 乳幼児の健康診査に満足している者の割合
- 4-12 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合
- 4-13 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
- 4-14 食育の取組を推進している地方公共団体の割合（1-15再掲）
- 4-15 子ども心の専門的な診療ができる医師がいる児童相談所の割合
- 4-16 情緒障害児短期治療施設
- 4-17 育児不安・虐待観のグループの活動の支援を実施している保健所の割合
- 4-18 親子の心の問題に対応できる技術を持った小児科医の数

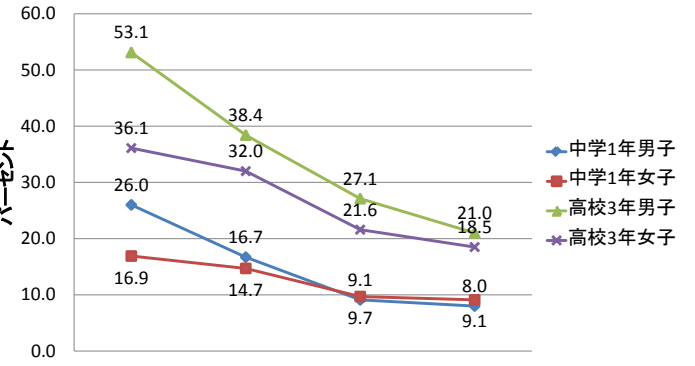
【住民自らの行動の指標】					
1-7 十代の喫煙率					
測定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
中学1年 男子 2.0% 女子 3.8% 高校3年 男子 38.0% 女子 15.8%		中学1年 男子 3.2% 女子 2.4% 高校3年 男子 21.7% 女子 9.7%	中学1年 男子 1.5% 女子 1.1% 高校3年 男子 12.8% 女子 6.8%	中学1年 男子 1.8% 女子 0.8% 高校3年 男子 8.8% 女子 2.8%	
ベースライン調査等	なくす	調査	調査	調査	改善した（目標に達していないが改善した）
平成18年度厚労省「未成年者の喫煙行動に関する全国調査」(実施年度)		平成18年度厚労省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国調査研究」(実施年度)	平成20年度厚労省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国調査研究」(大分県調査)	平成22年度厚労省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国調査研究」(大分県調査)	
データ分析					
結果	いずれの学年においても減少した。				
分析	平成15年施行の健康増進法に受動喫煙防止施策を位置付けたことにより、学校の敷地内喫煙が促進されていることや、喫煙防止教育の推進、タスポ導入、年齢確認の実施、また、この間のたばこ税の引き上げが、十代の喫煙率の減少に影響していると考えられる。文科省科学では、児童生活が心身発育に与える影響、喫煙率の低下について、総合的に検証する喫煙教育を作成し、全ての小学5年生、中学1年生、高校1年生に配布し啓発を進めているところである（中高生については平成17年度から、小学生については平成19年から啓発を進めており、現在は継続中である）。また、平成26年度厚労省健康増進法においては、十代の喫煙防止対策について平成26年度以降取組を実施したかどうか自治体毎に集約し、「充実した」とは「ある程度充実した」と回答した地方公共団体は、都道府県で53.2%、政令市・特別区で30.6%、市町村で19.3%であった。（別紙表1参照）				
評価	改善した（目標に達していないが改善した）。				
調査・分析上の課題	2～4年に一度、厚生労働科学研究により随時的にデータが把握されてきている。喫煙行動については、国では国民健康調査において、生活習慣調査として定期的に全国調査を行っているが、未成年には実施されておらず、また、調査年度の調査対象年齢も多岐にわたる。適切な評価を行うには難しい状況である。そのため、今後とも厚生労働科学研究など一定の調査対象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。				

1-7十代の喫煙率 改善した



【住民自らの行動の指標】					
1-8 十代の飲酒率					
測定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
中学1年 男子 20.0% 女子 18.0% 高校3年 男子 43.1% 女子 38.1%		中学1年 男子 18.7% 女子 14.7% 高校3年 男子 38.4% 女子 32.0%	中学1年 男子 9.1% 女子 9.7% 高校3年 男子 21.1% 女子 21.8%	中学1年 男子 6.0% 女子 8.1% 高校3年 男子 21.0% 女子 18.8%	改善した（目標に達していないが改善した）
ベースライン調査等	なくす	調査	調査	調査	
平成18年度厚労省「未成年者の喫煙行動に関する全国調査」(実施年度)		平成18年度厚労省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国調査研究」(実施年度)	平成20年度厚労省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国調査研究」(大分県調査)	平成22年度厚労省「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国調査研究」(大分県調査)	
データ分析					
結果	いずれの学年においても減少した。				
分析	中間評価では、測定時より性別が小さくなる傾向があったが、平成20年度になり、中学3年において男女の飲酒率が逆転した（男子9.1%、女子9.7%）。平成22年度には中学2年の男子の値が5.3%以下であったのに比べて（第2回中間評価：8.1%→最終評価：8.0%）、女子のデータは2%台を確保している（第2回中間評価：9.7%→最終評価：8.1%）。高校生においては、男女の差は見られなくなったものの、測定時には男女に17.0%の差（男子58.1%、女子38.1%）が見られたが、最終評価では2.5%の差（男子21.0%、女子18.5%）にまで縮小してきていた。また、測定時から最終評価への減少割合（中学1年男子：28.0%→8.0%（89%減）、中学1年女子：18.9%→8.1%（46%減）、高校3年男子：53.1%→21.0%（60%減）、高校3年女子：38.1%→18.5%（49%減）も、女子において男子よりその減少の幅が小さいことが認められた。特に、女子における飲酒率の減少への対策が必要である。				
評価	改善した（目標に達していないが改善した）。				
調査・分析上の課題	2～4年に一度、厚生労働科学研究により随時的にデータが把握されてきている。飲酒行動については、国では国民健康調査において、生活習慣調査として定期的に全国調査を行っているが、未成年には実施されておらず、また、調査年度の調査対象年齢も多岐にわたる。適切な評価を行うには難しい状況である。そのため、今後とも厚生労働科学研究など一定の調査対象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。				

1-7十代の飲酒率 改善した



悪くなっていた項目

- 2項目のみ:
- 十代の自殺率
- 全出生数中の極低出生体重児・低出生体重児の割合

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進

【保健医療水準の指標】

1-1 十代の自殺率

設定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
人口10万対 10~14歳 1.1(男1.7/女0.5)		人口10万対 10~14歳 0.6(男0.8/女0.3)	人口10万対 10~14歳 1.0(男1.3/女0.6)	人口10万対 10~14歳 1.3(男1.8/女0.7)	悪くなっている
15~19歳 8.4(男8.2/女8.6)	減少傾向へ	15~19歳 7.5(男8.1/女6.8)	15~19歳 8.3(男9.8/女6.8)	15~19歳 8.5(男11.3/女5.6)	
ペースライン調査等		調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	

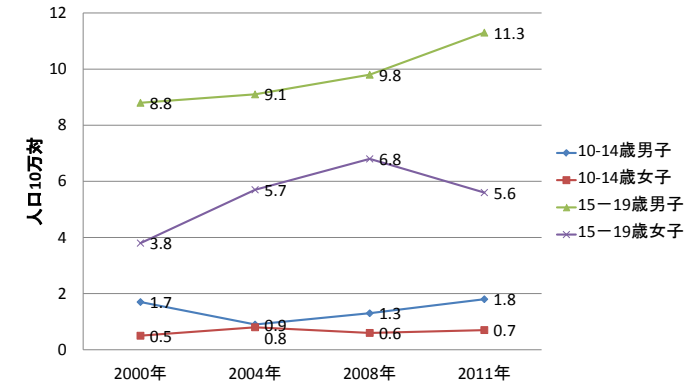
データ分析

結果 最終評価では、設定時と比較して15~19歳の年代で自殺率は上昇している(8.4→7.5→8.3→8.5)。男子の15~19歳は悪化傾向を続けている(8.8→8.1→9.8→11.3)。女子の15~19歳は設定時に3.9だったところ、第2回中間評価で8.5まで上昇し、かなり悪化した。最終評価では第1回中間評価と比べると改善している(8.8→7.5→6.8→6.8)。10~14歳の男子は第1回中間評価で改善したものの、最終評価においては、設定時と同レベルに戻った(1.7→0.9→1.3→1.8)。10~14歳の女子は設定時から上昇した(0.5→0.8→0.6→0.7)。

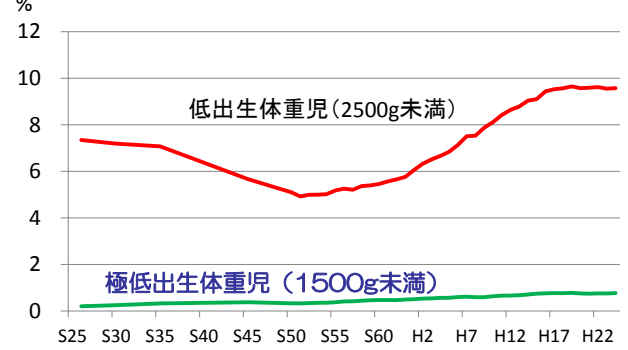
分析 警察庁の統計(別紙表参照)によると、未成年の自殺における動機は、「学校問題(進路、学業不振等)」が多く、「健康問題(うつ病、統合失調症、その他の精神疾患など)」がそれに続いている。平成20年時点では、「学校問題(26.7%)」が「健康問題(23.9%)」とほぼ同割合であったことを考えると、近年(平成24年)では「学校問題(30.0%)」の割合が、「健康問題(22.9%)」に対して相対的に大きくなってきていると見える。ただし、性別で見ると、男子の1位は「学校問題」であり、女子の1位は「健康問題」である。

評価 10~14歳の女子と15~19歳の男女が悪くなっている。とくに「学校問題」と「健康問題」を原因・動機とする自殺への予防対策が重要である。

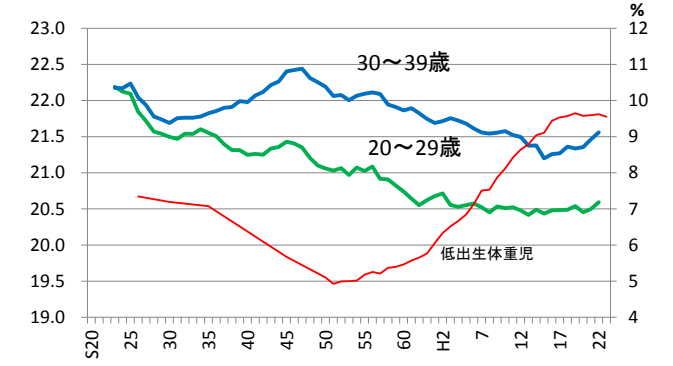
1-1 十代の自殺率 悪くなっている



全出生数中の極低出生体重児の割合、 全出生数中の低出生体重児の割合(3-2) 悪くなっている



女性の平均BMIの年次推移



課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

【保健医療水準の指標】

3-2 全出生数中の極低出生体重児の割合 全出生数中の低出生体重児の割合

設定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
極低出生体重児0.7%		極低出生体重児0.8%	極低出生体重児0.8%	極低出生体重児0.8%	悪くなっている
低出生体重児8.6%		低出生体重児9.4%	低出生体重児9.6%	低出生体重児9.6%	
ペースライン調査等	減少傾向へ	調査	調査	調査	
平成12年人口動態統計		平成16年人口動態統計	平成20年人口動態統計	平成24年人口動態統計	

データ分析

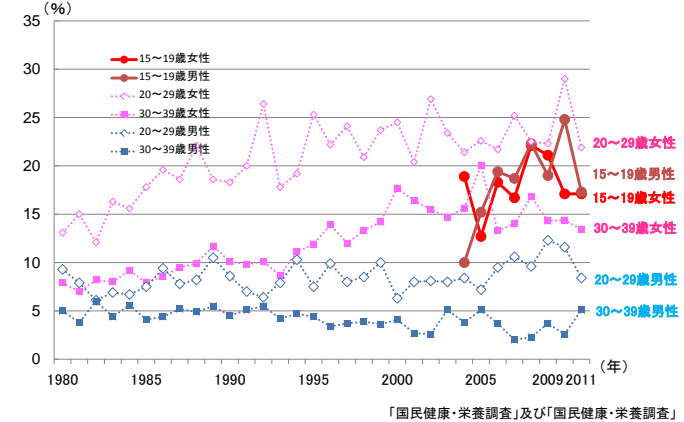
結果 1500g未満の極低出生体重児の割合は設定時0.7%、平成16年・平成20年・平成24年0.8%と横ばいであった。一方、2500g未満の低出生体重児は設定時に8.6%であったが、平成16年8.4%、平成20年8.6%と増加傾向が続いていたが、平成24年は9.6%と止まった。

分析 目標である減少傾向を達成しておらず、むしろ、増加傾向にある。分析にあたっては、低出生体重児の原因と、経年的に増加した要因とに分けて検討する必要がある。低出生体重児の原因として、多胎児や先天異常などの胎児の要因の他に、①Omn (Int J Epidemiol 2001;30:1288-1291)やOjima (Pediatr Int 2004;46(3):284-287)は、妊婦の肥満および受動喫煙、妊娠中の運動不足が「コト」、クレンジング剤の使用を挙げている。また経年的に増加した要因については、時期に応じて検討する必要がある。①若い女性のやせとして、平均BMIの異動推移を見ると昭和50年頃から急速に低下し、最近では下げ止まっており、低出生体重児の発症と整合する。また、②喫煙については、国民健康・栄養調査(国民栄養調査)や、J1全国喫煙者率調査によると、20歳代、30歳代女性の喫煙率は概らう算傾向が続いていたが、平成14年頃から低下している。その他、③妊婦の増加等による産後の増加と平成16年頃の減少、④妊娠の高齢化、⑤妊婦中の体重管理の問題、⑥帝王切開の普及等による産後経過の短縮、⑦医療技術の進歩による死産率低下となっていた原因の検討等が考えられる。

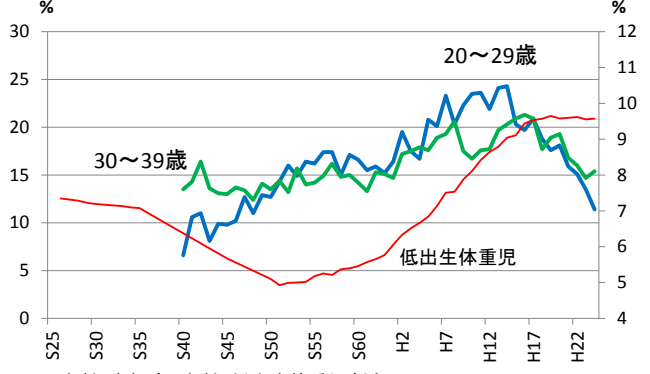
評価 医療の進歩による死産率低下と対症薬の改善などは、低出生体重児の増加の要因であるとしても好ましいことである。また、出生年齢や、妊婦の増加など対応可能な要因は理由の異なる点も考えられる。一方で、若い女性の喫煙対策や、やせ傾向への対応など、予防が可能な要因への対策の強化により、低出生体重児の出生を減少させる可能性がある。

左軸: BMI、右軸: 低出生体重児割合 平均身長と平均体重から算定

2. 「健やか親子21」の最終評価から見てきた課題 (参考) 低体重(やせ: BMI<18.5)の女性の割合の年次推移

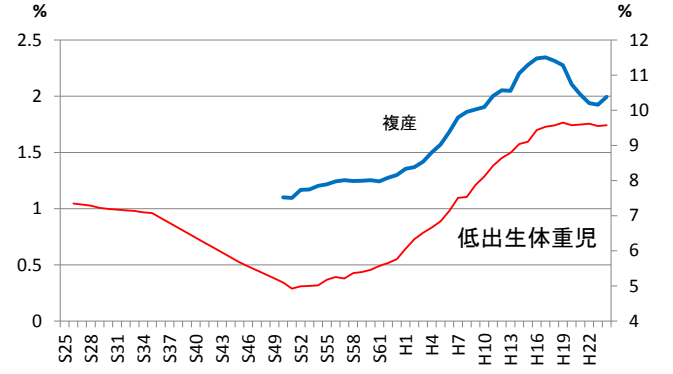


若い女性の喫煙率の年次推移



左軸: 喫煙率、右軸: 低出生体重児割合
日本専売公社、日本たばこ産業株式会社による全国喫煙者率調査より

複産の割合の年次推移



左軸: 複産の割合、右軸: 低出生体重児割合

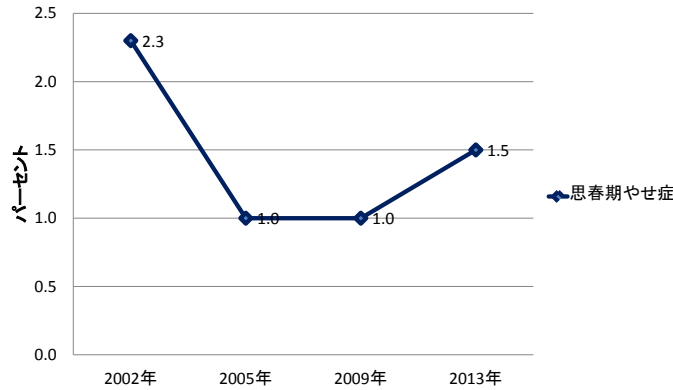
その他に低出生体重児割合に関連すると考えられる要因

- 母親の年齢の高齢化
- 帝王切開率の増加(積極的な施行)
- 死産率の低下 などなど

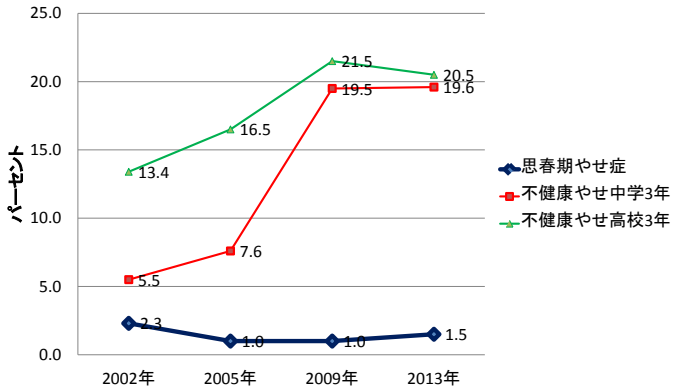
食に関連する指標

【保健医療水準の指標】					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1-4 15歳の女性の思春期やせ症(神経性食不摂乱)の発生頻度					
思春期やせ症 (中等) 不健康やせ 中学1年～高校3年 2.9%	思春期やせ症 (中等) 不健康やせ 中学1年～高校3年 1.0%	思春期やせ症 (中等) 不健康やせ 中学1年～高校3年 1.0%	思春期やせ症 (中等) 不健康やせ 中学1年～高校3年 1.5%	思春期やせ症 (中等) 不健康やせ 中学1年～高校3年 1.5%	改善した (達成した)
ペースライン調査等	減少傾向へ	調査	調査	調査	
平成14年度「思春期やせ症(神経性食不摂乱)の実態把握および対策に関する研究」(渡辺久子)	平成21年度「思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究」(渡辺久子)	平成21年度「思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究」(山本麻由)	平成22年度「思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究」(山本麻由)	平成24年度「思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究」(山本麻由)	
データ分析					
結果	策定時と比較すると最終評価時は減少していた。策定時から、第1回中間評価にかけて割合が半減し、第2回中間評価も第1回と同様に低い割合であったが、最終評価時点では過去2回の中間評価に比較すると上昇した(2.3%→1.0%→1.0%→1.5%)。				
分析	思春期やせ症は、不健康やせ集団の中から見つかることになる。策定時から最終評価時までを比較すると、不健康やせはどの中学生でも増加した一方で、思春期やせ症では減少が見られた。理由としては、(1)食生活の改善、不健康やせの増加減少と思春期やせ症の増加減少には関連が低い可能性があること、(2)小学生期の思春期やせ症が増加している可能性があることが考えられる。 文部科学省の調査によれば、小学生(11歳)における瘦身傾向児 ¹⁾ の女子割合(別紙表)は、平成22年度以降、3%を超えしんじらになってきている。このことから、思春期やせ症が顕在化する時期が、指標にある中学生～高校生という時期から、小学生～中学生という時期に低年齢化してきている可能性があるが否定できない。 ※ 肥満度<20%以下の者。なお、医療機関の診断基準(DSM-IV)では、神経性食不摂乱の基準は肥満度<15%以下である。				
評価	改善した(目標を達成した)。				

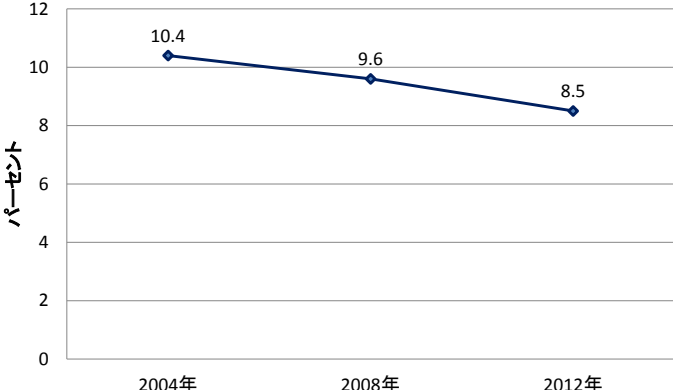
1-4 思春期やせ症(中学1年～高校3年女子) 改善した(達成した)



1-4 思春期やせ症(中学1年～高校3年女子) 不健康やせ

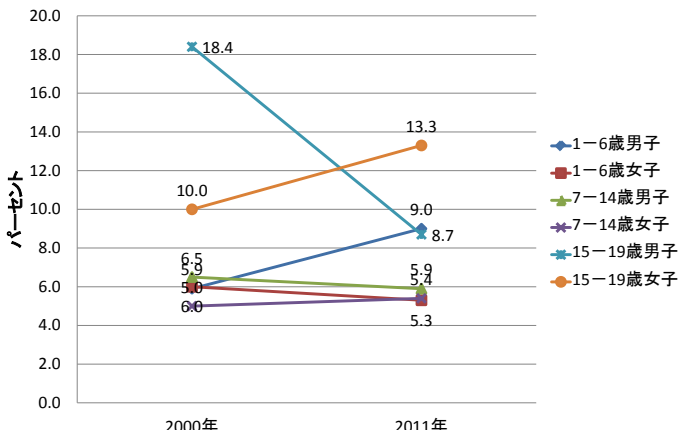


1-5 児童生徒の肥満の割合 改善した(達成した)



【保健医療水準の指標】					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1-5 児童・生徒における肥満児の割合					
(策定時=第1回中間評価時)		10.4%	9.6%	8.5%	改善した (達成した)
ペースライン調査等	減少傾向へ	調査	調査	調査	
文部科学省「児童生徒の健康統計調査をもとに日比式により算出」	平成10年度文部科学省学校保健統計調査をもとに日比式により算出	平成20年度文部科学省学校保健統計調査をもとに日比式により算出	平成24年度文部科学省学校保健統計調査をもとに日比式により算出		
結果	策定時(第1回中間評価)、第2回中間評価、最終評価の値と順調に減少している。				
分析	肥満児の割合は目標通り改善したが、その理由として、一つは学校における保健指導などの肥満対策の努力であると考えられる。具体的には、中央教育審議会の答申「子どもの体力向上のための総合的な方策について」(平成14年)、「食に関する指導体制の整備について」(平成16年)の中で、子どもの肥満の増加が重要な問題として指摘され、その後、様々な対策が実施されてきた。もう一つは、「やせ志向」の問題がある。平成10年度国民生活調査等から認識されているように、この年から若い女性のやせ志向が急激な問題となっている。児童・生徒の平均体重は、それまでの増加傾向から平成14年頃以降に減少傾向を示しており(別紙表)、「やせ志向」が低年齢化し、また男性でも出現している可能性がある。				
評価	目標通り順調に改善した。				
調査・分析上の課題	肥満児には医学的な対応が必要なケースや、家庭生活の生活習慣改善が必要なケースなど、関連する背景・要因が多岐に及び、社会的要因、経済的要因を含めて求められる。また、肥満児の出現率だけでなく、肥満の状況別(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。				

1-16 朝食を欠食する子どもの割合



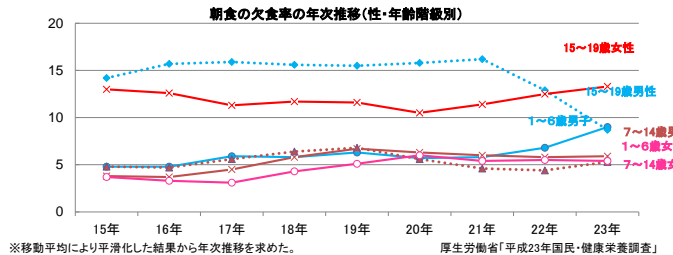
【保健医療水準の指標】					
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
1-16 朝食を欠食する子どもの割合					
(策定時=第2回中間評価時)					評価できない
ペースライン調査等	なくす	調査	調査	調査	
国民健康・栄養調査		平成20年 国民健康・栄養調査	平成23年 国民健康・栄養調査	平成24年 国民健康・栄養調査	
結果	男子7~14歳、男子15~19歳、女子1~6歳では朝食を欠食する児童の割合が改善した一方で、男子1~6歳、女子7~14歳、女子15~19歳ではその割合が減少している。特に15~19歳の男子については、朝食を欠食する子どもの割合が10%を切り、大きく改善したが(18.4%→8.7%)、10%を超えて悪化している(10.0%→13.3%)。				
分析	朝食欠食に陥る子どもとしては、主に、生活リズム、保護者の状況、そして本人の意識(7~14歳、15~19歳)の3つが考えられる。生活リズムについては、朝食の開始時刻が12時、夜更生活が来る等の要因が考えられる。保護者の意識としては、保護者自身に朝食を摂る習慣がないことなどから朝食が重要でない子どもに思われていないことや、保護者が起きている間に子どもが寝るなどの状況が考えられる。例えば、文部科学省の調査によれば、平成14年度～平成24年度(食生活)の10年間に及ぶ結果では、小中学生の朝食の摂取割合には大きな変化は見られず(別紙表1、表2)。平成19年度調査との比較では、小、中学生ともに、男子の「ほとんど食べない」が増加している(別紙表2) ¹⁾ 。また朝食を食べない理由として、「食欲がない」「食べる時間が短い」等の理由に比べて高く、平成17年度調査と比較すると、「食欲がない」は小学生で中間評価時、中学生で増加している上、「食べる時間が短い」は、特に中学生で増加した。中学生で減少した。また最終評価時がある程度減少している。これらから、生活リズムの悪化から、小学生では「(朝)食べる時間が短い」という状況が改善され、中学生では「(朝)食欲がない」という状況が改善されていると推察される。中学生の生活リズムの悪化傾向(朝)「食べる時間が短い」の状況は、特に7~14歳の女子の肥満傾向(15~19歳)に関連している可能性がある。さらに、平成14年度国民生活調査等から認識されているように、この年から若い女性のやせ志向が急激な問題となっている。児童・生徒の平均体重は、それまでの増加傾向から平成14年頃以降に減少傾向を示しており(別紙表)、「やせ志向」が低年齢化し、また男性でも出現している可能性がある。さらに、「児童生徒の健康統計調査」(ペースライン調査)において、平成14年度国民生活調査と平成22年度国民生活調査を比較すると、「取りすぎと医師や向いには、指導を受けているポイントを実践した」(平成14年度)と「ペースライン調査」(平成22年度)において、「ペースライン調査」(平成22年度)において、「ペースライン調査」(平成22年度)において、ペースライン調査を実施していることからも朝食欠食については、女子の7~14歳、15~19歳において、悪化傾向の一つの要因となっていることが考えられる。 1) 文部科学省「全国学力学習状況調査」2) 文部科学省「児童生徒の食事状況等調査」 3) 日本学校保健会「児童生徒の健康統計調査」ペースライン調査報告書				

2. 「健やか親子21」の最終評価から見えてきた課題
 【課題1】 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
 指標1-1-6: 朝食を欠食する子どもの割合

健やか親子21 評価結果	第2回中間評価(平成21年)		最終評価(平成25年)	
	男子	女子	男子	女子
1~6歳	5.9%	6.0%	9.0%	5.3%
7~14歳	6.5%	5.0%	5.9%	5.4%
15~19歳	18.4%	10.0%	8.7%	13.3%

厚生労働省 平成20年及び23年「国民健康栄養調査」

総合評価
評価できない
 男子7~14歳、男子15~19歳、女子1~6歳では朝食を欠食する児童の割合が改善した。一方で、男子1~6歳、女子7~14歳、女子15~19歳では、その割合が悪くなっている。特に15~19歳の女子では10%を超えて悪化している。



※移動平均により平滑化した結果から年次推移を求めた。
 移動平均とは→
 グラフ上のばらつきを少なくするため、各年次結果と前後の年次結果を足し合わせ、計3年分を平均化したもの。
 (ただし、平成23年は単年結果)

課題1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
 【保健・関係団体等の取組の指標】
 1-15 食育の取組を推進している地方公共団体の割合(4-14再掲)

策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
87.2%	90%	87.2%	81.5%	93.6%	改善した (目標に達していないが改善した)
85.8%	88%	85.8%	89.7%	91.7%	改善した (目標に達していないが改善した)

※15 食育の取組を推進している地方公共団体の割合(4-14再掲)
 ※1 食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合
 ※2 保育所、学校・住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合
 ※3 市町村における「保育所・幼稚園と連携した取組」、「学校と連携した取組」、「農林漁業・食品産業関連機関と連携した取組」、「住民組織・団体と連携した取組」の割合
 (参考)都道府県における上記指標以外の食育の取組の推進状況

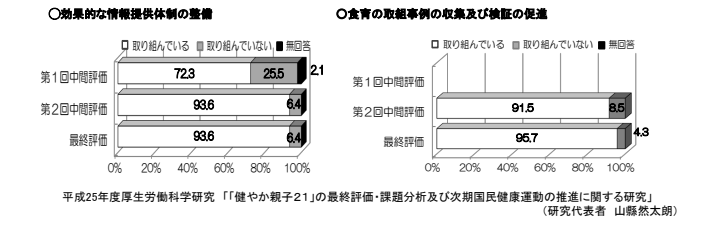
データ分析
 結果 第1回中間評価から定められた項目である。都道府県および市町村の指標は着実に増加した。一方、最終評価において、関連機関の連携により取組を推進している政令市・特別区の割合は34.6%であった。
 分析 食育基本法の制定(2005年度)などにより、多岐から求められて連携が強化されている点も増加の要因と考えられる。市町村の連携先としては、保育所・幼稚園と連携した取組78.8%、学校と連携した取組72.2%、農林漁業・食品産業関連機関と連携した取組39.3%、住民組織・団体と連携した取組79.6%であった。
 評価 目標とする数値には、都道府県も市町村も到達していないが、改善を認めた。
 調査・分析上の課題 食育の推進は、「健康日本21(第二次)」でも重要な課題として取り上げられている。「健やか親子21」が、ライフステージの一部を担う計画との視点に立つと、「健やか親子21」計画はすでに第二次計画が開始されている「健康日本21」に包含されるが、「健やか親子21」に特徴的な項目を地方公共団体の計画の見直しの際に反映させる必要がある。「健やか親子21」の次期計画の策定にあたっては、母子健康の課題の解決のみならず、親子が暮らしやすい地域の課題を福祉や教育、地方公共団体の関係部署の活動を健康の視点から評価して、関係機関の行政活動に生かすなどの視点が必要である。

2. 「健やか親子21」の最終評価から見えてきた課題
 【課題1】 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
 指標1-1-5: 食育の取組を推進している地方公共団体の割合(4-14再掲)

都道府県の割合※1	第1回中間評価(平成17年)	第2回中間評価(平成21年)	最終評価(平成25年)
	87.2%	91.5%	93.6%
市町村の割合※2	85.8%	89.7%	91.7%

※1 食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組む都道府県の割合
 ※2 保育所、学校・住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合
 ※3 市町村における「保育所・幼稚園と連携した取組」、「学校と連携した取組」、「農林漁業・食品産業関連機関と連携した取組」、「住民組織・団体と連携した取組」の割合
 (参考)都道府県における上記指標以外の食育の取組の推進状況

総合評価
改善した
 (目標には達していないが達成した)
 都道府県及び市町村の指標は着実に増加した。



課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援
 【保健・関係団体等の取組の指標】
 2-12 出産後1か月時の母乳育児の割合(4-9再掲)

策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
44.8%	60%	42.4%	47.2%	47.5%	改善した (目標に達していないが改善した)
42.4%	47.2%	47.2%	48.3%	47.5%	改善した (目標に達していないが改善した)

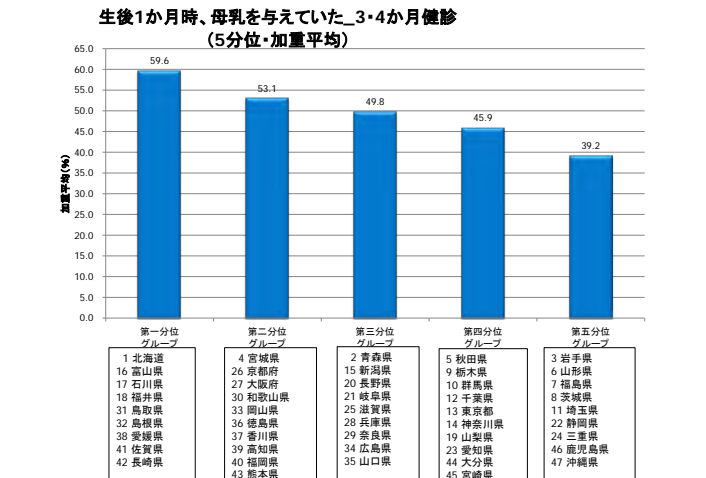
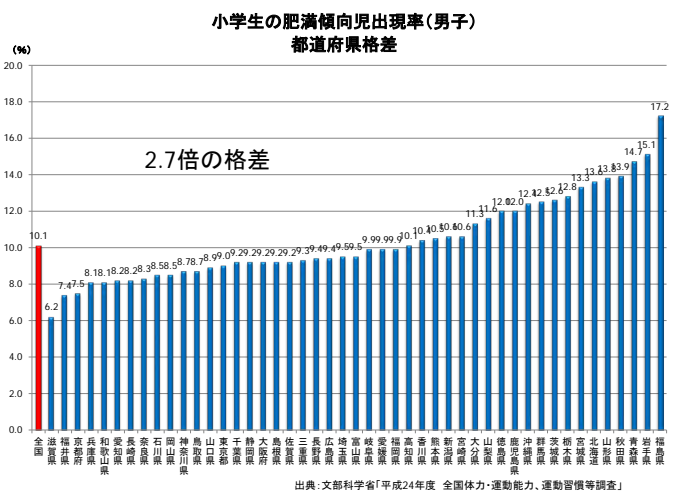
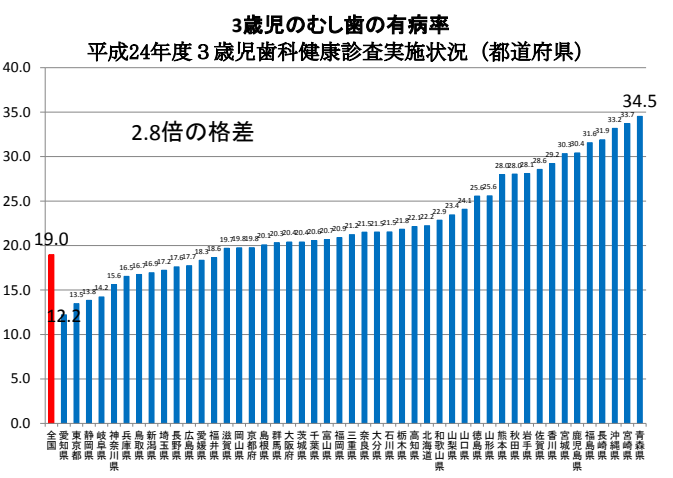
データ分析
 結果 ベースライン調査44.8%から最終評価時には51.6%まで増加し、目標の60%に近づいた。参考として実施してきた山縣市の調査においても、目標値に近づけるレベルで取組がなされている。
 分析 生後1か月時点で母乳のみを育てる割合は、平成12年度44.8%から平成22年度51.6%と10年間で6.8ポイント増加した。2回の中間評価では調査手法が異なっていた増加傾向であり、順調にその割合が増加していることが推定できる。「乳幼児身体発育調査」で得られた月齢別の母乳育児の割合は、平成22年度調査で生後1か月時よりも生後3か月時よりも割合が高くなった。それまでの調査では生後1か月時よりも割合が減少していたが、最終評価に向けての傾向が顕著になってきた。また、生後1か月時の人工栄養の割合は、平成12年度11.2%から平成22年度4.6%と減少しており、月齢が進んでも同様に人工栄養の割合は減少していた。割合改善の割合は平成12年度44.0%、平成22年度43.8%ほどと変化がみられなかった。この10年間で母乳を育てる割合は増加しているといえる。

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備
 【保健医療水準の指標】
 3-7 むし歯のない3歳児の割合

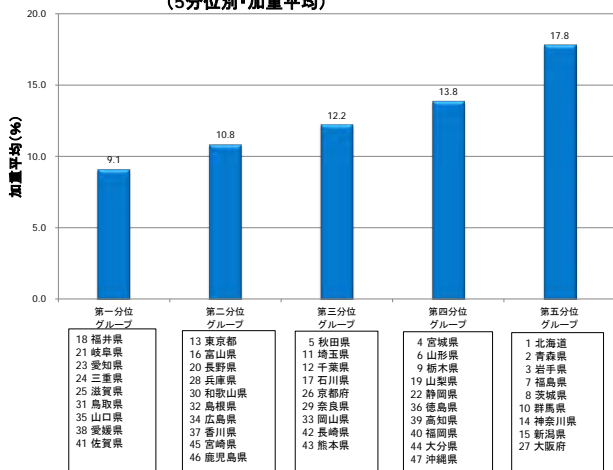
策定時の現状値	目標	第1回中間評価	第2回中間評価	最終評価	総合評価
88.7%	80%以上	88.7%	74.1%	81.0%	改善した (目標を達成した)
88.7%	80%以上	88.7%	74.1%	81.0%	改善した (目標を達成した)

データ分析
 結果 平成15年度と比較して改善し、目標を達成した。
 分析 むし歯のリスク要因として、食事やおやつ、おやつを摂る時間などの考え方、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り、フッ化物塗布、フッ化物入り歯磨き粉の使用を含めたフッ化物の利用などについての実態把握及び分析を進める必要がある。
 評価 着実に改善していると考えられる。
 調査・分析上の課題 現在、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課により、各都道府県及び政令市・特別区から3歳児歯科健康診査実施状況についての情報収集が行われており、このようなデータ収集及びその収集されたデータの分析、活用体制について、一層の推進が図られることが望まれる。各地方公共団体に掲げる指標については、実態調査が実施されたことが考えられる。
 残された課題 習慣にないおやつ・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。また、今後、地域格差についても分析を深め、その解消に向けての対策を推進する必要がある。
 最終評価のデータ算出方法
 ①調査名 平成24年度厚生労働省雇用均等・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、むし歯のない数(人数)、むし歯の割合(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

地域格差の分析



妊娠判明時の母親の喫煙率_3・4か月健診
(5分位別・加重平均)



経済的ゆとりによる格差

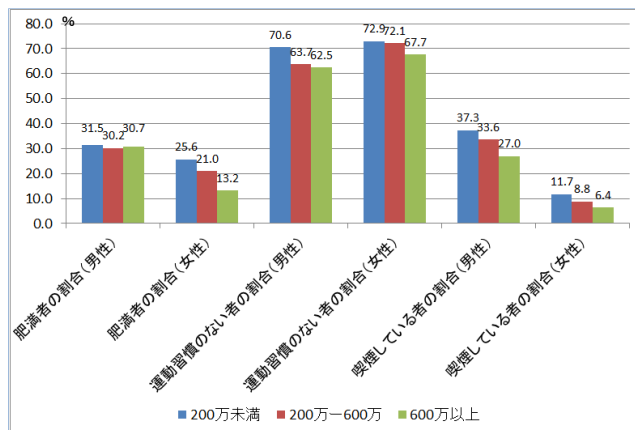
所得と生活習慣等に関する状況(20歳以上)

※世帯の所得額を当該世帯員に当てはめて算出
※★は600万円以上の世帯の世帯員と比較して、差のあった項目

項目	世帯所得 200万円未満 人数	世帯所得 200万円以上～ 600万円未満 人数	世帯所得 600万円以上 人数	200万円 以上～ 600万円 未満*	200万円 未満*
1. 肥満者の割合 (男性)	380	1,438	600	30.7%	★
(女性)	587	1,634	686	13.2%	★
2. 習慣的な朝食欠食者の割合 (男性)	499	1,900	816	15.1%	★
(女性)	718	2,038	878	10.5%	★
3. 野菜摂取量 (男性)	455	1,716	755	293g	★
(女性)	678	1,880	829	305g	★
4. 運動習慣のない者の割合 (男性)	302	1,050	381	62.5%	★
(女性)	492	1,315	505	67.7%	★
5. 現在習慣的に喫煙している者の割合 (男性)	497	1,896	815	27.0%	★
(女性)	719	2,034	877	6.4%	★
6. 飲酒習慣者の割合 (男性)	497	1,898	816	40.0%	★
(女性)	719	2,037	877	8.0%	
7. 睡眠の質が悪い者の割合 (男性)	499	1,900	816	10.8%	
(女性)	718	2,037	878	11.4%	★

*年齢と世帯員数で調整した値
**世帯の所得について600万円以上を基準とする多変量解析(割合に関する項目はロジスティック回帰、平均値に関する項目は線形回帰)を実施
資料:平成22年国民健康・栄養調査結果

世帯所得と生活習慣等に関する状況(20歳以上)



乳幼児健診時の調査

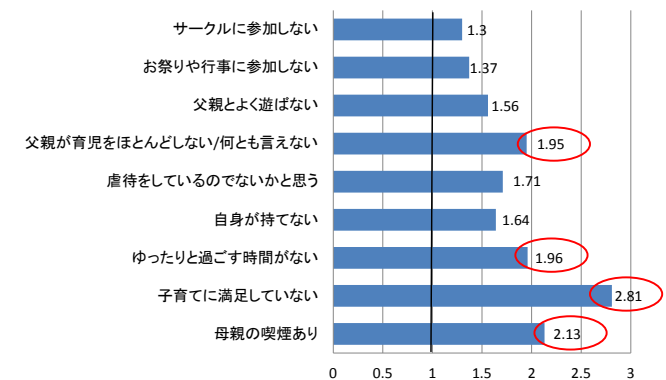
Q. 現在の暮らしの経済的な状況を総合的にみて、どう感じていますか。

- 大変ゆとりがある
- ややゆとりがある
- 普通
- やや苦しい
- 大変苦しい

所得そのものを質問票に入れると、大規模な全国調査に支障がでることを危惧して、国民生活基礎調査の1設問から主観的な経済的ゆとりを聞いた。

経済的にゆとりが「ない」の「ある」に対するオッズ比(3歳児)

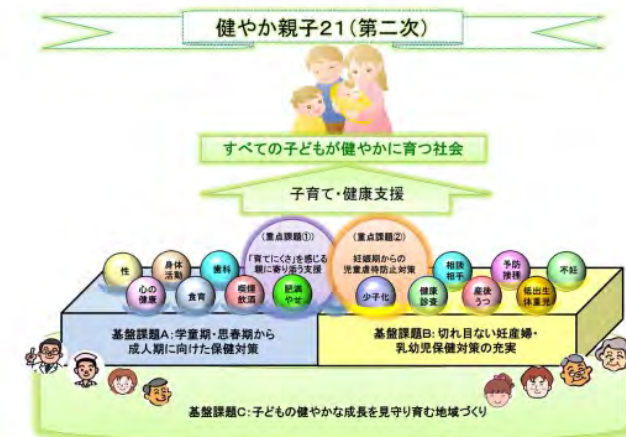
例: 経済的にゆとりがないと母親の喫煙率は2.13倍高い

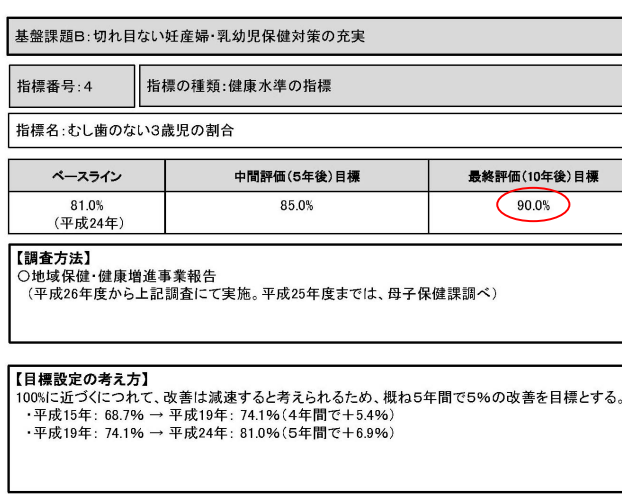
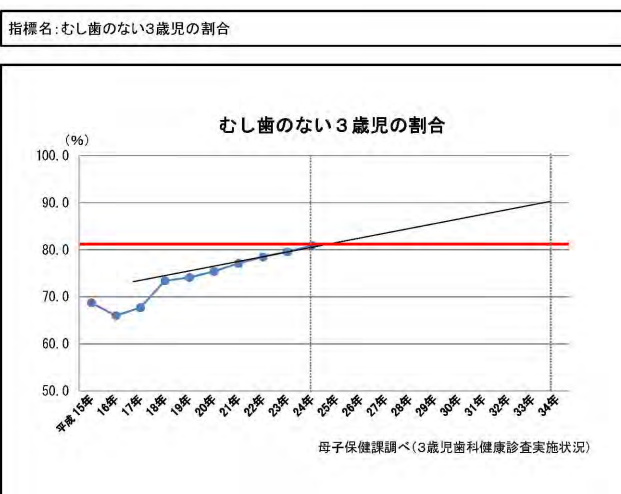
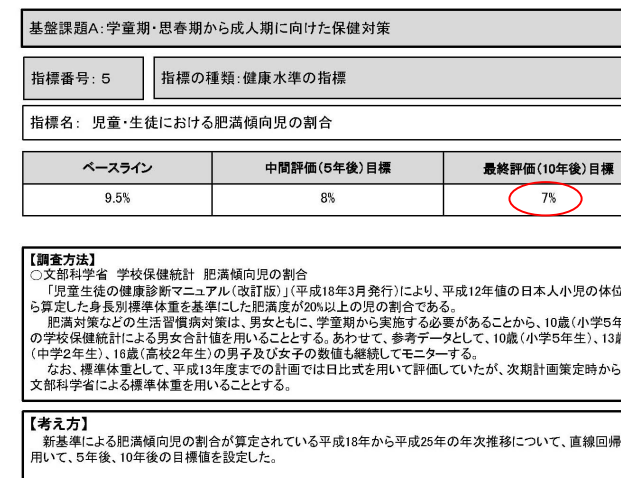
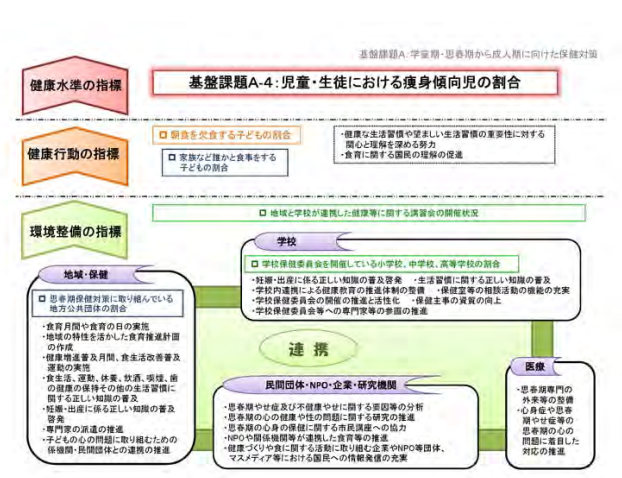
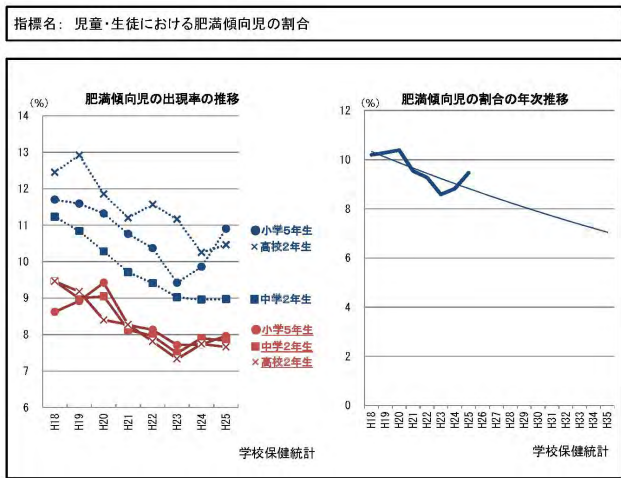
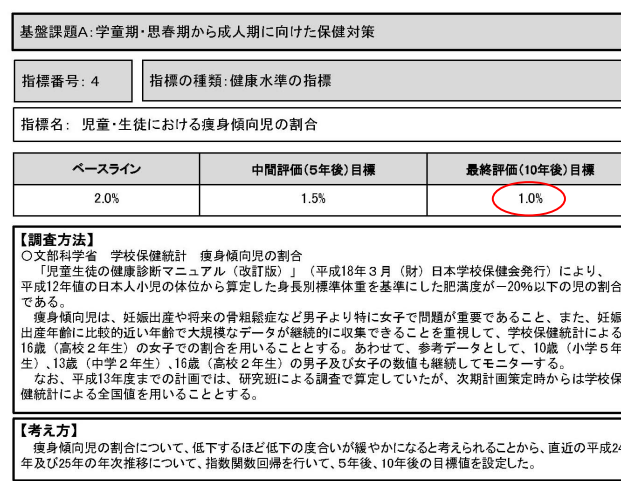
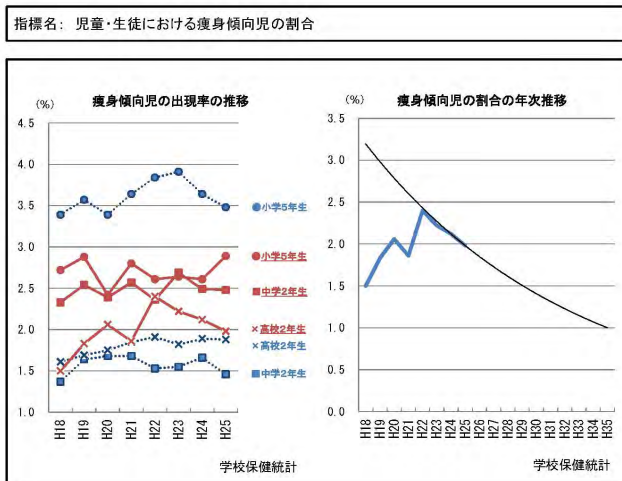


本日の内容

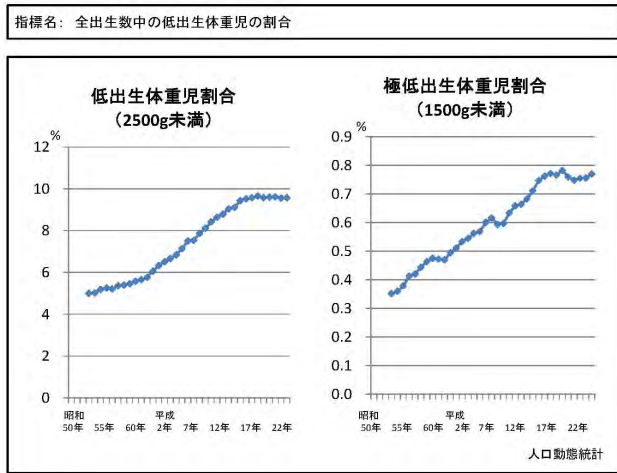
- 「健やか親子21」最終評価
- 次期「健やか親子21」
- 健康の社会的決定要因、食環境整備
- 食環境として、食品衛生の確保
- まとめ

検討会にて検討中の案(検討会資料として公表)



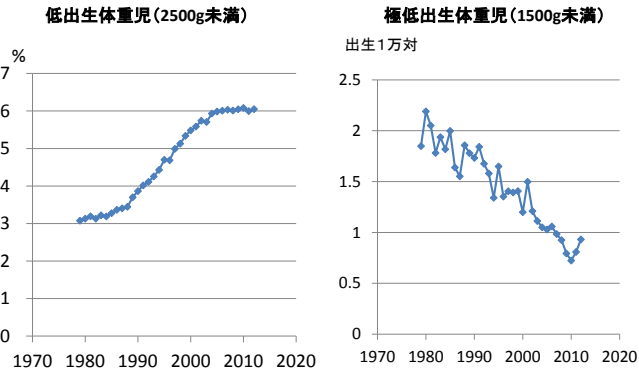


基盤課題B: 切れ目ない妊産婦・乳幼児保健対策の充実		
指標番号: 11	指標の種類: 健康行動の指標	
指標名: 仕上げ磨きをする親の割合(新)		
ベースライン (平成26年度に実施予定)	中間評価(5年後)目標 ベースライン調査後に設定	最終評価(10年後)目標 ベースライン調査後に設定
【調査方法】 ○調査方法は、今後検討。		
【目標設定の考え方】 目標は、ベースライン調査後に設定する。		



基盤課題B: 切れ目ない妊産婦・乳幼児保健対策の充実		
指標番号: 2	指標の種類: 健康水準の指標	
指標名: 全出生数中の低出生体重児の割合		
ベースライン 低出生体重児 9.6% 極低出生体重児 0.8% (平成24年)	中間評価(5年後)目標 減少傾向へ	最終評価(10年後)目標 減少傾向へ
【調査方法】 ○人口動態統計		
【目標設定の考え方】 現行の「健やか親子21」に準じた設定とする。 最終評価において、低出生体重児が近年増加した要因として、①若い女性のやせ、②喫煙、③不妊治療の増加等による複産の増加、④妊婦の高齢化、⑤妊娠中の体重管理、⑥帝王切開の普及等による妊娠週数の短縮、⑦医療技術の進歩などが指摘されていることから、これらのリスク要因をできるだけ改善することで、減少傾向という目標を目指すこととする。		

正期産児(満37週以降)に占める低出生体重児等の割合



次期計画のトピック

- 民間団体・NPO・企業・研究機関等、医療、学校、地域・保健等の連携を重視
- 地域間格差解消に向けた国・都道府県・市町村の役割の明確化

本日の内容

- 「健やか親子21」最終評価
- 次期「健やか親子21」
- 健康の社会的決定要因、食環境整備**
- 食環境として、食品衛生の確保
- まとめ

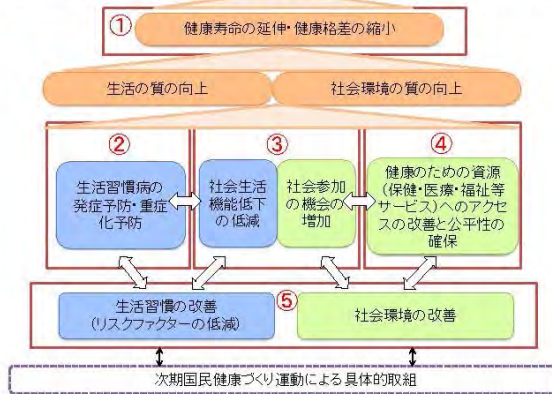
健康日本21(第2次)



<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkoujippon21.html>

(健康日本21(第2次)の概念図)

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現



健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料

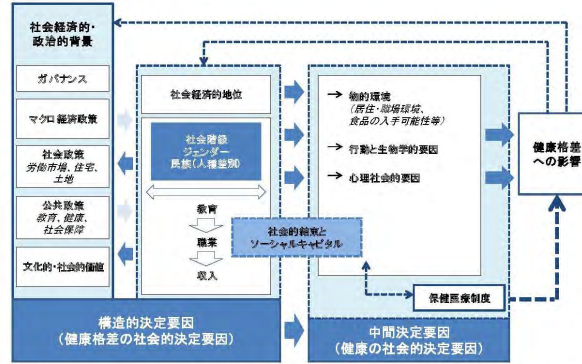
健康日本21(第2次)の基本概念

- 健康寿命の延伸
(具体的な数値も掲載)
- 健康格差の縮小 **NEW**
(健康の社会的決定要因)
- 生活の質の向上
- 社会環境の質の向上 **NEW**
(ソーシャル・キャピタルなど)

健康の社会的決定要因

- 所得、教育、就業、生活環境、社会環境など
- 健康を決定する、社会的な要因
- 英語では、Social Determinants of Health (SDH)

図 13 健康の社会的決定要因に関する概念の枠組み



(資料: WHO (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health) (次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会 仮訳)

健康の社会的決定要因に関する委員会最終報告書 (WHO, 2008)

- 1 Improve Daily Living Conditions
日常生活の環境条件の改善
- 2 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources
力、お金、資源の分配の不公平への取り組み
- 3 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action
問題の測定と理解、活動のインパクトのアセスメント
= Health Impact Assessment

「健康日本21(第二次)」で目標に掲げられた「健康格差の縮小」を考えるためのエビデンス集

「健康の社会的決定要因」

～疾患・状態別「健康格差」レビュー～

近藤 克則 編著

健康の社会的決定要因

疾患・状態別「健康格差」レビュー

近藤 克則 編著

【本書の構成】

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| 序文 | 12. 転倒・骨折 |
| 1. 「健康の社会的決定要因」と健康格差を巡る動向 | 13. 高齢者の低栄養 |
| 2. 子どもの問題行動 | 14. 歯科疾患 |
| 3. メタボリックシンドローム | 15. ライフコース疫学 |
| 4. がん | 16. ソーシャル・キャピタルと健康 |
| 5. 冠動脈疾患 | 17. 医療アクセスと健康格差 |
| 6. 脳卒中 | 18. 健康格差への取り組みと健康影響評価 |
| 7. 慢性腎臓病 | 19. 健康格差対策として何ができるか
—WHOの動きを中心に— |
| 8. 糖尿病 | 資料編 |
| 9. 自殺 | ・日本学術会議の提言 |
| 10. うつ | ・日本公衆衛生学会モニタリングレポート |
| 11. 認知症 | ・健康日本21(第二次) |

A4判・165頁 定価 2,477円(税込2,600円)

一般財団法人 日本公衆衛生協会

日本の保健関係での重点テーマ

1. 子どもの健康と教育
2. つながりの強化
(ソーシャルキャピタル)
3. 格差の縮小
4. 地域の環境
5. 状況把握と人材育成

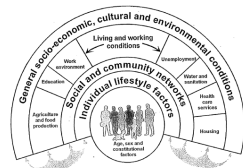
厚生労働科学研究 健康の社会的決定要因に関する研究班,2013.

日本での強みの例

- 学校給食
– 全ての子どもに栄養バランスのとれた昼食が提供
 - 義務教育での栄養教育
– (全ての)小中学校に実習室があり、調理実習
– 健康への関心、所得に関わらず栄養教育
- 日本の健康格差が小さいことに寄与しているのではない

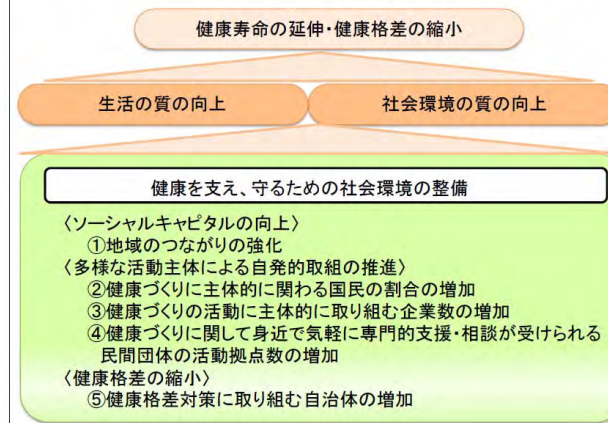
Social determinants of health (健康の社会的決定要因)

- Black report(1980), Acheson report(1998)



- 社会で子どもの健康を守るという視点
 - 孤立させない、見守りと支援→全数把握
- 健康格差がない社会
 - 日本のどこで育っても同じような健康状態であることができる
 - 標準化された健診とサービスおよび地域特性にあった支援
- 母子保健領域におけるソーシャル・キャピタルの醸成

「健康を支え、守るための社会環境の整備」の目標設定の考え方



健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料

ソーシャル・キャピタル(社会関係資本)とは

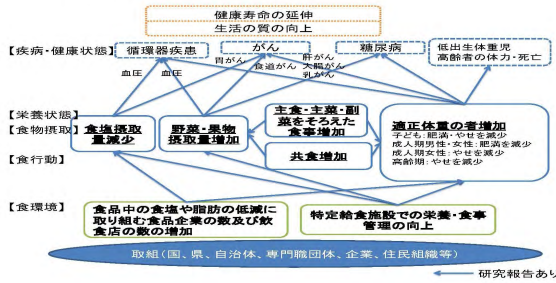
- Putnam(アメリカの政治学者)の定義
「協調的な諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、**信頼、規範、ネットワーク**といった、**社会組織の特徴**」

- **信頼感**
- **助け合いの気持ち**
- **人々のつながり**

言い替えると、絆、地域力など

食環境整備

図4 生活習慣病等と栄養・食生活の目標の関連



健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料

パッケージの工夫



<http://eater.com/archives/2010/08/30/baby-carrots-to-follow-junk-food-ad-model.php>

本日の内容

1. 「健やか親子21」最終評価
2. 次期「健やか親子21」
3. 健康の社会的決定要因、食環境整備
4. 食環境として、食品衛生の確保
5. まとめ

厚生労働省 健康日本21(第2次)で強調されている食環境

- 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む**食品企業**の数及び**飲食店**の数の増加
- 特定**給食施設**での栄養・食事管理の向上

荒川区の健康応援店、満点メニュー

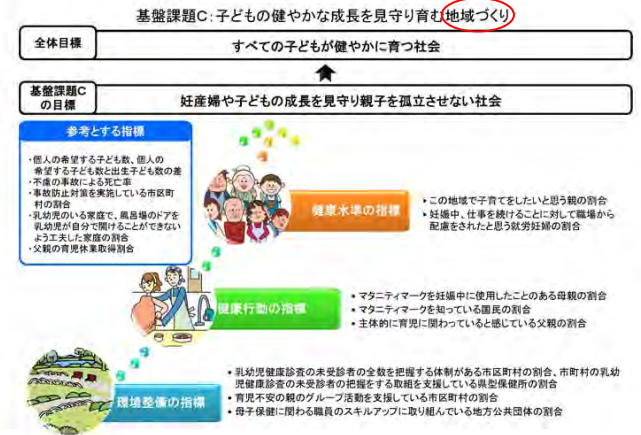


全国栄養士会全国研究教育栄養士協議会
<http://kenkyuukoiku-eiyoshi.kenkyuukai.jp/special/index.asp?id=652>

マタニティマーク



http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/maternity_mark.html
<http://www.maternitymark.com/>



本日の内容

1. 「健やか親子21」最終評価
2. 次期「健やか親子21」
3. 健康の社会的決定要因、食環境整備
4. 食環境として、食品衛生の確保
5. まとめ

栄養業務従事者、栄養士教育における食品衛生教育に期待

まとめ

- 「健やか親子21」最終評価：
 - 思春期やせ症、肥満児、食育の取組など改善
 - 地域格差、経済的ゆとりによる格差は大きい
 - 次期「健やか親子21」では、
 - 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり
 - 格差の縮小への取り組み
- すべての子どもが健やかに育つ社会を目指して

本日のテーマ

1. 母子保健の変遷
2. 母子保健を取り巻く環境等の変化
3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策
4. 近年の施策推進から見てきた課題
5. 次年度以降の子どもの健康や食・栄養を守るための栄養施策

1. 母子保健の変遷 母子保健施策の体系



～少子高齢化社会における社会格差と子どもの食・栄養～

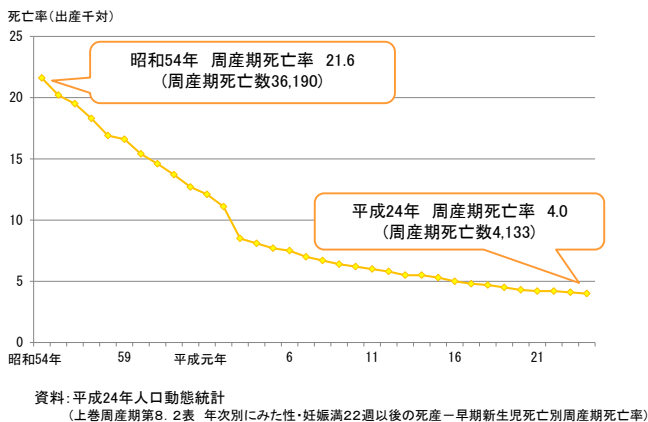
「すべての子どもの健康や食・栄養を守る 栄養施策の現状と課題」



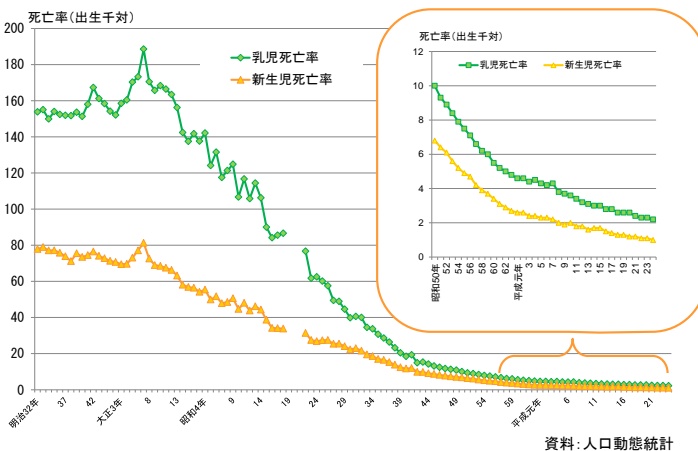
健やか親子21

厚生労働省 雇用均等・児童家庭局
母子保健課栄養専門官 米倉 礼子

1. 母子保健の変遷 周産期死亡率の年次推移



1. 母子保健の変遷 新生児死亡率・乳児死亡率の年次推移



1. 母子保健の変遷 幼児(1～4歳)死亡率の動向

平成24年 性・年齢別 幼児(1～4歳)死亡率(人口10万対)

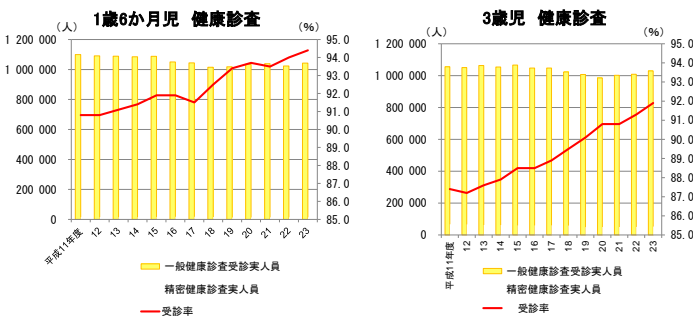
	1歳	2歳	3歳	4歳	1～4歳
総数	33.6	18.7	17.9	13.4	20.9
男	33.7	17.8	19.7	14.2	21.3
女	33.6	19.6	16	12.7	20.5

1～4歳の死因順位年次推移

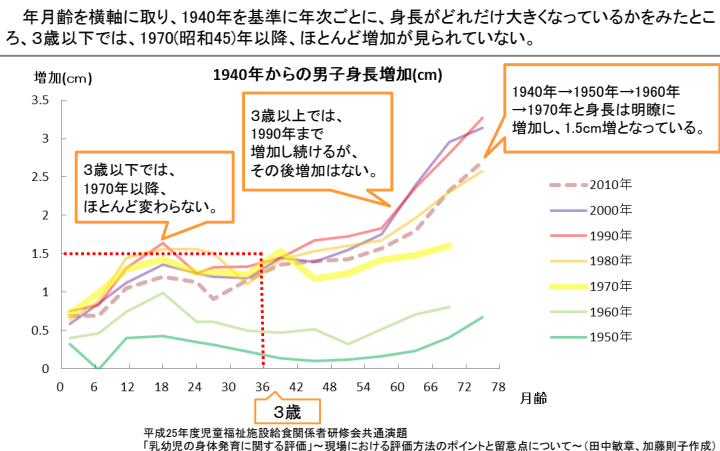
	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
S35	不慮の事故	肺炎及び気管支炎	胃炎、十二指腸炎、腸炎及び大腸炎	赤痢	麻疹
S45	不慮の事故	先天異常	肺炎及び気管支炎	悪性新生物	胃腸炎
S55	不慮の事故及び有害作用	先天異常	悪性新生物	肺炎及び気管支炎	心疾患
H2	不慮の事故及び有害作用	先天異常	悪性新生物	心疾患	中枢神経系の胃炎症性疾患
H12	不慮の事故	先天奇形、変形及び染色体異常	悪性新生物	肺炎	心疾患 (高血圧性を除く)
H17	不慮の事故	先天奇形、変形及び染色体異常	悪性新生物	肺炎	心疾患 (高血圧性を除く)
H22	先天奇形、変形及び染色体異常	不慮の事故	悪性新生物	肺炎	心疾患

資料:平成24年人口動態統計(上巻 死亡 第5.16表 性・年齢別にみた死因簡単分類別死亡率(人口10万対))

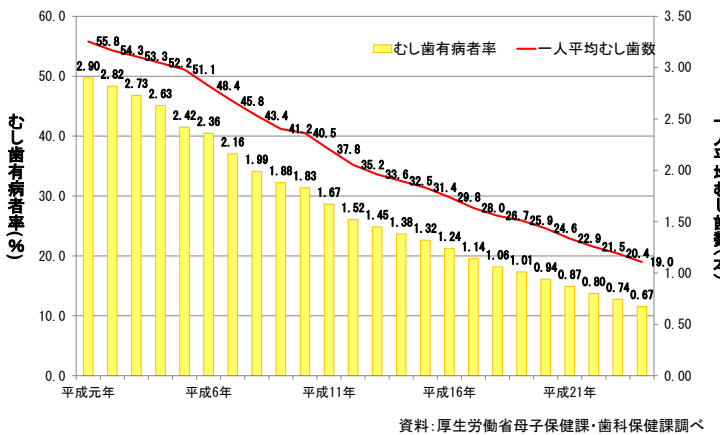
1. 母子保健の変遷 幼児の健康診査の実施状況



1. 母子保健の変遷 発育値の年次推移



1. 母子保健の変遷 むし歯のない3歳児に割合

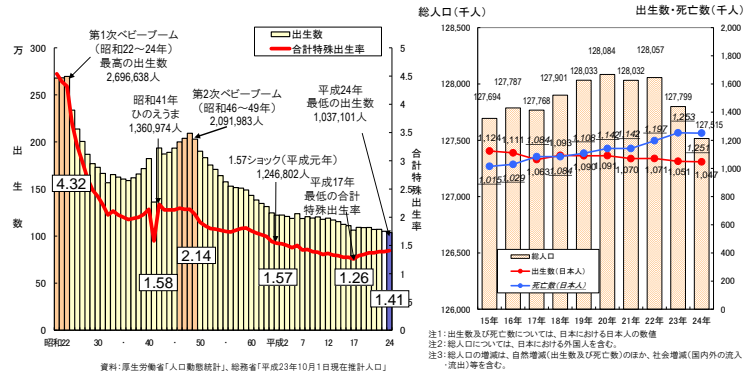


本日のテーマ

1. 母子保健の変遷
2. 母子保健を取り巻く環境等の変化
3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策
4. 近年の施策推進から見えてきた課題
5. 次年度以降の子どもの健康や食・栄養を守るための栄養施策

2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 少子化の進行と人口減少社会の到来

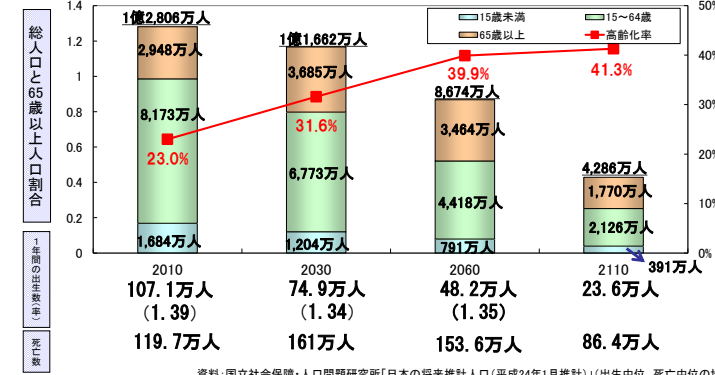
平成24年は、出生数は103万7101人で、合計特殊出生率は1.41であった。平成17年に1.26と過去最低を記録してから微増傾向にあるが、なお楽観できない状況である。平成17年には死亡数が出生数を上回り、我が国は人口は減少局面に入った。



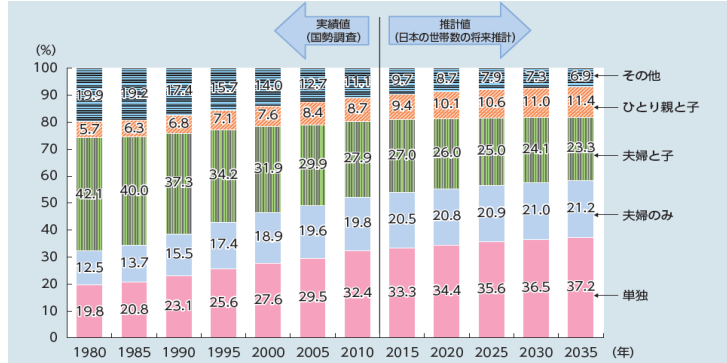
2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 今後の我が国の人口構造の急激な変化

～日本の将来推計人口(平成24年1月推計)～

我が国の合計特殊出生率は、2005年に1.26と過去最低を更新。人口減少が始まった。平成24年1月人口推計(中位)によれば、2060年に産まれる子どもの数も数は現在の約5割、高齢化率は現在の約2倍(39.9%)、生産年齢人口(15～64歳)も現在の2分の1近くに急激に減少する。

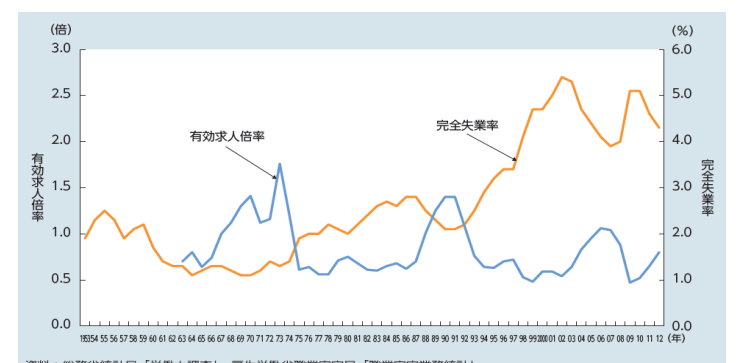


2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 家族構成の推移



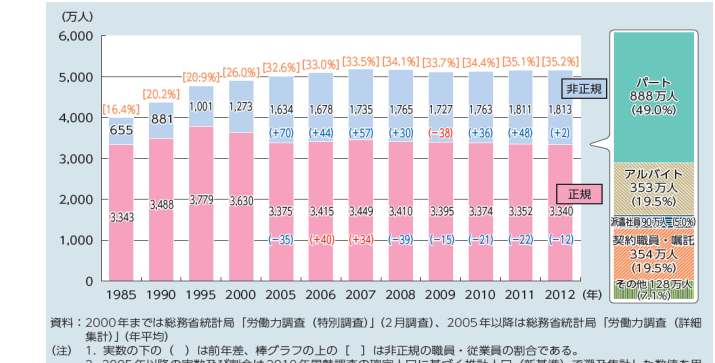
資料：平成25年版厚生労働白書

2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 完全失業率の推移



資料：平成25年版厚生労働白書

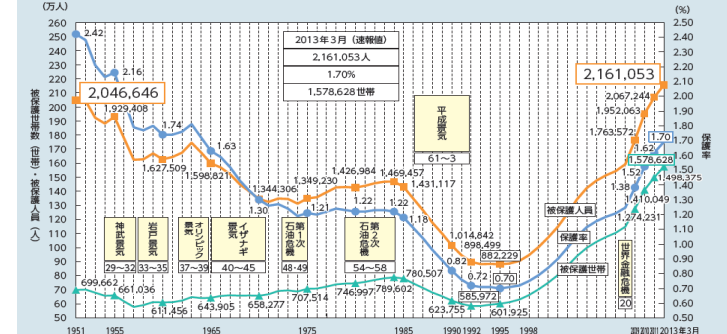
2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 正規雇用と非正規雇用の労働者の推移



資料：平成25年版厚生労働白書

2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 生活保護受給世帯数、生活保護受給者数、保護率の推移

生活保護受給者数は216万人であり、一昨年の過去最高を更新して以降、増加傾向が続いている。

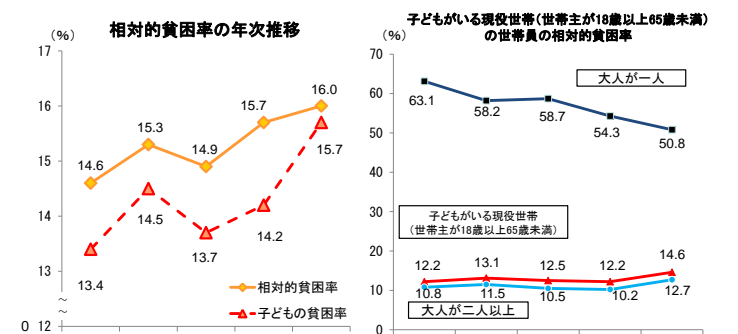


資料：平成25年版厚生労働白書

2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 相対的貧困率の推移

○ 最新(2010年調査)の相対的貧困率は、全体で16.0%、子どもで15.7%

○ 一方、大人が一人の「子どもがいる現役世帯」で50.8%



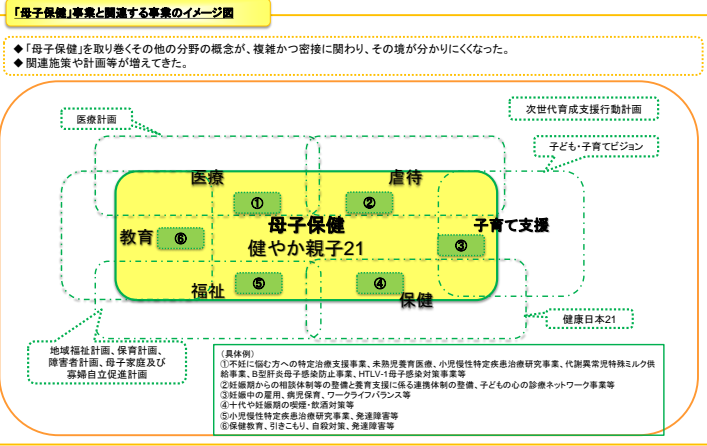
2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 児童虐待相談の対応件数及び虐待による死亡事例件数の推移

全国の児童相談所での児童虐待に関する相談対応件数は、児童虐待防止法施行前の平成11年度に比べ、平成24年度は5.7倍に増加。



資料：平成25年版厚生労働白書

2. 母子保健を取り巻く環境等の変化 新たな課題の出現等による「母子保健」関係業務の複雑化



本日のテーマ

- 母子保健の変遷
- 母子保健を取り巻く環境等の変化
- 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策
- 近年の施策推進から見えてきた課題
- 次年度以降の子どもの健康や食・栄養を守るための栄養施策

3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策 子ども・子育てビジョン

子ども・子育てビジョン(平成22年1月29日閣議決定)
(新少子化社会対策大綱)

少子化社会対策基本法第7条の規定に基づき、少子化に対処するための施策の指針として、総合的かつ長期的な少子化に対処するため策定された施策の大綱とその実施計画。

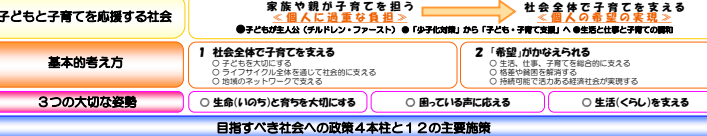
○大綱及びその具体的な実施計画
○平成22年度～26年度の施策内容と数値目標を策定。
※保育や放課後児童クラブ等の子育て支援サービスについて、潜在需要を踏まえた目標値を設定。

次世代育成支援対策推進法(平成17年4月施行)に基づく地域行動計画

都道府県、市町村…地域における子育て支援等について5か年計画を策定
→平成22年度から、新しい5か年計画(後期行動計画)

※事業主…仕事と子育ての両立支援のための雇用環境の整備や働き方の見直しについて2～5か年の計画を策定

3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策 子ども・子育てビジョン



- 子どもの育ちを支え、若者が安心して成長できる社会へ
(1) 子どもを社会全体で支えるとともに、教育機会の確保を
(2) 意欲を持って健康と自立に成長できるように
(3) 社会生活に必要となる学力の確保を
- 妊婦、出産、子育ての希望が実現できる社会へ
(4) 安心して妊娠・出産できるように
(5) 産後も抱える悩みや不安を解消できるように
(6) 子どもの健康と安全を守り、安心して産むことができるように
(7) ひとり親家庭の子どもが暮らしやすいように
(8) 病に支障がちな子どもが働きやすいように
- 多様なネットワークで子育て力のある地域社会へ
(9) 子育て支援の拠点をネットワークの力でつなげるように
(10) 子どもが住みやすい地域の中で安全・安心に暮らせるように
(11) 男性も女性も仕事と生活が調和する社会へ(ワークライフバランスの実現)
(12) 産後2年間の生活支援

3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策 子ども・子育て関連3法について

- 認定こども園法※の一部改正法(議員立法)
 - 子ども・子育て支援法(議員修正)
 - 関係法律の整備法(議員修正)
- の3法案(いずれも、予算非関連法)

3法の趣旨:

3党合意(※)を踏まえ、幼児期の学校教育・保育、地域の子ども・子育て支援を総合的に推進

(※)「社会保障・税一体改革に関する確認書(社会保障部分)」(平成24年6月15日 民主党・自由民主党・公明党 社会保障・税一体改革(社会保障部分)に関する実務者間合意)

【主なポイント】

- 認定こども園制度の改善(幼保連携型認定こども園の改善)
- 認定こども園、幼稚園、保育所を通じた共通の給付(「施設型給付」)及び小規模保育等への給付(「地域型保育給付」)の創設
- 地域の子ども・子育て支援の充実

※就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律

3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策 「健やか親子21」

健やか親子21

○21世紀の母子保健の主要な取組を提示するビジョンであり、かつ関係者、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画。

母子保健計画

○効果的な母子保健対策の推進を図るための市町村計画。
○健やか親子21の趣旨や目標等を踏まえつつ、母子保健をめぐる現状、サービスの現状・課題・目標等を具体的に記載し、当該計画に沿って事業を実施。

【策定上の基本的視点】

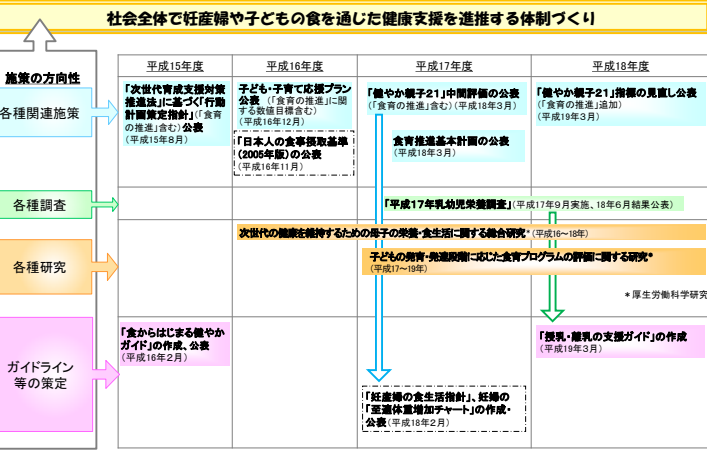
- ①安全な妊娠、出産の確保
- ②安心のできる子育て環境の確保
- ③健康的な環境の確保
- ④個人の健康状態に応じた施策の推進

【内容】

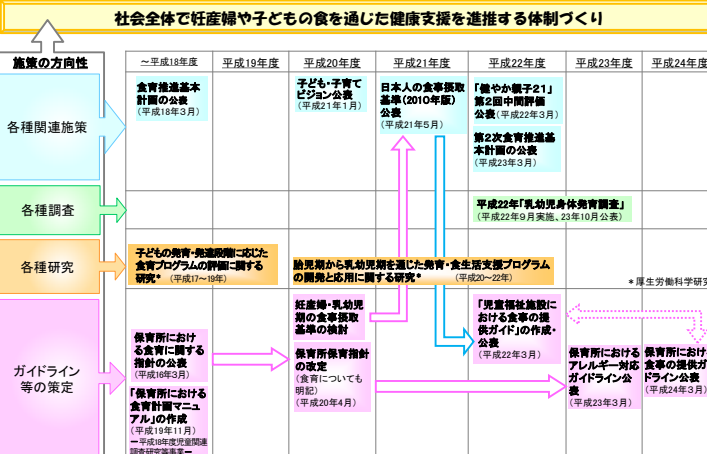
- ①母子保健をめぐる現状(妊産婦死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率、疾病の発生動向など)
- ②サービス提供の現状等(健診、保健指導等の現状の概要と課題点)
- ③サービスの目標(総合的な目標、重点事項、各事業の標準事業量)

※「母子保健計画の策定について」(平成8年6月1日児母第20号厚生省児童家庭局母子保健課長通知)

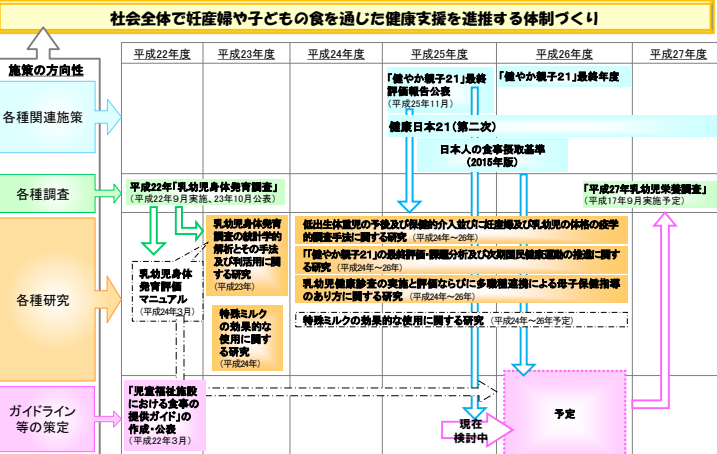
3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策 食育推進に関する具体的な取組(No.1)



3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策 食育推進に関する具体的な取組(No.2)



3. 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策 食育推進に関する具体的な取組(No.3)



本日のテーマ

- 母子保健の変遷
- 母子保健を取り巻く環境等の変化
- 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策
- 近年の施策推進から見てきた課題
- 次年度以降の子どもの健康や食・栄養を守るための栄養施策

4. 近年の施策推進から見てきた課題 「健やか親子21」の検討から見えた課題（1）

【課題1】思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
指標1-16：朝食を欠食する子どもの割合

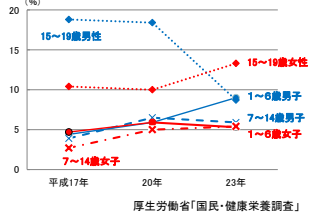
健やか親子21 評価結果	第2回中間評価(平成21年)		最終評価(平成25年)	
	男子	女子	男子	女子
1～6歳	5.9%	6.0%	9.0%	5.3%
7～14歳	6.5%	5.0%	5.9%	5.4%
15～19歳	18.4%	10.0%	8.7%	13.3%

厚生労働省 平成20年及び23年「国民・健康栄養調査」

評価できない

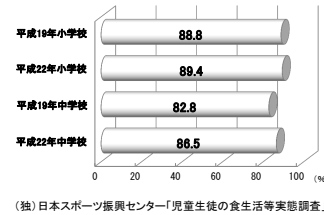
男子7～14歳、男子15～19歳、女子1～6歳では朝食を欠食する児童の割合が改善した。一方で、男子1～6歳、女子7～14歳、女子15～19歳では、その割合が悪くなっている。特に15～19歳の女子では10%を超えて悪化している。

朝食の欠食率の年次推移(性・年齢階級別)



厚生労働省「国民・健康栄養調査」

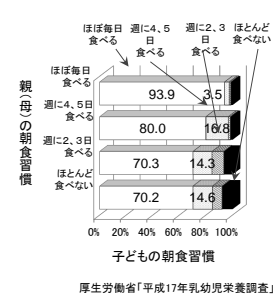
朝・夜・夜三食必ず食べることに気を付けて食事をする割合



(独)日本スポーツ振興センター「児童生徒の食生活等実態調査」

4. 近年の施策推進から見てきた課題 「健やか親子21」の検討から見えた課題（2）

子どもの朝食習慣と親(母)の朝食習慣



子どもは朝食習慣

厚生労働省「平成17年乳幼児栄養調査」

子どもの朝食欠食状況だけでなく、保護者自身の朝食欠食を含む朝食習慣や生活習慣についても検討していく必要があるのではないかと。

【課題1】思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
指標1-15：食育の取組を推進している地方公共団体の割合（4-14再掲）

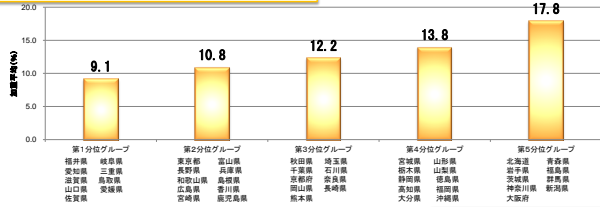
(参考)政令市・特別区、市町村における具体的な食育の取組の推進状況

昭和60年	平成7年	平成17年
母乳育児に関する意識		
母乳の開始時期	母乳の開始・完了時期	母乳の開始・完了時期
母乳で育てた理由	母乳で育てた理由	※授乳について困ったこと
—	粉ミルクの開始・完了時期	粉ミルクの開始・完了時期
粉ミルクを与えた理由	粉ミルクを与えた理由	※授乳について困ったこと ●授乳の子どもとの関わり
離乳食の開始時期		
離乳食づくりの意識	—	●離乳食について困ったこと ●離乳食開始の目安
市販のベビーフードの利用状況・市販のベビーフードの利用に関する意識		
健康状態・歯の状態	健康状態・歯の状態	健康状態(おし歯を含む)
—	●起床・就寝時刻	●起床・就寝時刻 ●朝食習慣 ●排便習慣 ●夕食状況
食事回数・食事の量	食事の量	—
—	—	—
食事で困っていること	食事で困っていること	食事で困っていること
—	●食物摂取状況	●食物摂取状況
●親の朝食習慣 ●親の子ども時代インスタント食品等の利用状況 ●家庭での食育の必要性 ●食育で支援が必要な機関		

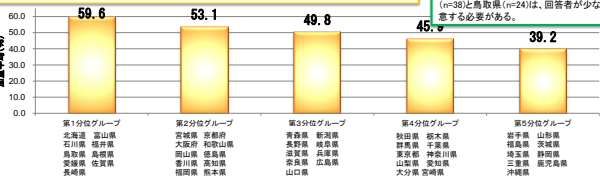
*一部変更した調査項目 ●追加項目(下線部:生活習慣に関するもの)

4. 近年の施策推進から見てきた課題 「健やか親子21」の検討から見えた課題（3）

●妊娠料明時の母親の喫煙率(3-4か月健診) (5分位別+加重平均)



●生後1か月時、母乳を育てていた母親の割合(3-4か月健診) (5分位別+加重平均)



平成25年度厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究(研究代表者:山縣太郎)より

4. 近年の施策推進から見てきた課題 食育の推進から見た課題（1）

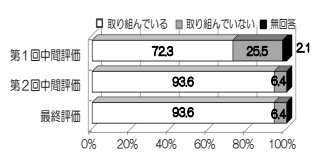
【課題1】思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
指標1-15：食育の取組を推進している地方公共団体の割合（4-14再掲）

	第1回中間評価(平成17年)	第2回中間評価(平成21年)	最終評価(平成25年)
都道府県の割合※1	87.2%	91.5%	93.6%
市町村の割合※2	85.8%	89.7%	91.7%

※1 食育における関係機関等のネットワークづくりの推進に取り組み都道府県の割合
※2 保育所、学校住民組織等関係機関の連携により取組を推進している市町村の割合(市町村における「保育所・幼稚園と連携した取組」、「学校と連携した取組」、「農林漁業・食品産業関連機関と連携した取組」、「住民組織・団体と連携した取組」の割合)

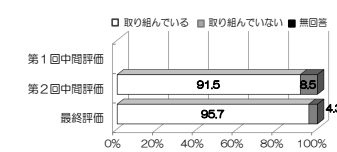
(参考)都道府県における上記指標以外の食育の取組の推進状況

○効果的な情報提供体制の整備



平成25年度厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究(研究代表者:山縣太郎)

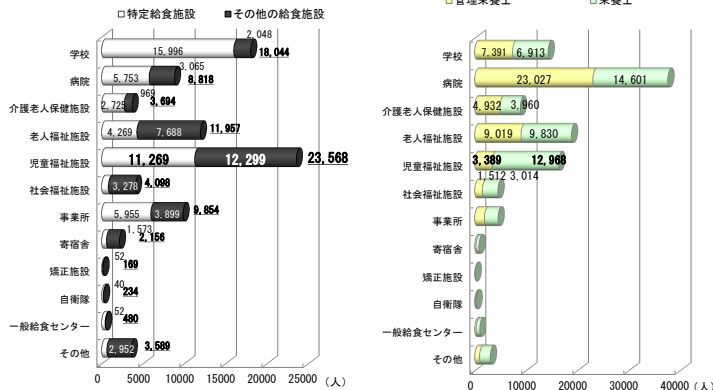
○食育の取組事例の収集及び検証の促進



平成25年度厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究(研究代表者:山縣太郎)

4. 近年の施策推進から見てきた課題 児童福祉施設における食育の推進から見た課題（1）

領域別 給食施設数及び管理栄養士・栄養士の配置状況



平成24年衛生行政報告例

4. 近年の施策推進から見てきた課題 児童福祉施設における食育の推進から見た課題（2）

児童養護施設の小規模化の意義と課題

(平成24年11月「児童養護施設等の小規模化及び家庭的養育の推進について」より抜粋)

5 児童養護施設等の小規模化及び家庭的養育の推進について

平成24年11月30日 児童見130号 第3号
都道府県知事・指定都市市長・児童福祉施設設置者共
厚生労働省等宛等々、児童見通知

社会的養育の充実については、児童養護施設等の社会的養育の課題に関する検討委員会及び社会福祉審議会児童社会的養育専門委員会(以下「社会的養育専門委員会」という。)において、平成23年7月に「社会的養育の課題と対策」を取りまとめ、その中で、社会的養育は、児童として適切な養育を受けることにより、施設養育よりできる限り家庭的な養育の環境を実現していく必要があるとしている。

これに基づき、児童養護施設及び児童見における小規模化(家庭的養育の推進)を推進していき、平成24年10月に開催された社会的養育専門委員会において、「児童養護施設等の小規模化及び家庭的養育の推進について」(以下「小規模化等の方針」という。)が原則のとおりまとめられたこと通知する。

原則においては、第7節(以下、下記)に示した取組を推進された。あわせて、管内の児童福祉施設等の関係機関、児童養護施設、児童見等の関係等々、通知した。

なお、この通知は、地方自治体(都道府県22ヵ所、市町村)第2号第4条第1項の規定に基づき技術的取組であることを示している。

小規模化の意義

「家庭的養育と個別化」を行い、「あたりまえの生活」を保障
※調理を通じ、食を通じたかかわりが豊かに持てる。

小規模化を進める上での課題

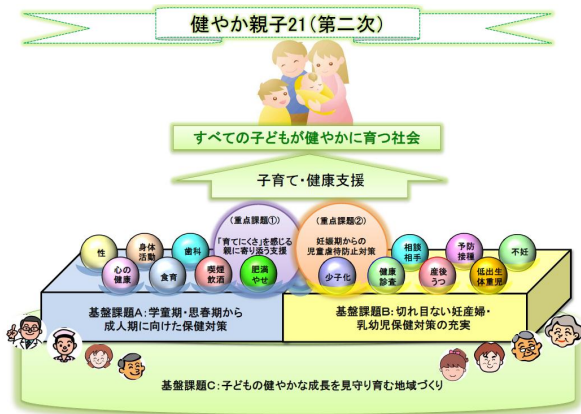
家庭的養育のため、職員に調理や家事の力が求められる。

小規模化を推進する取り組み例

施設長や業務的職員も、時々グループホームにも泊まり、食事を一緒に作る機会を設ける。心理職、栄養士もホームに積極的に入るなど、施設全体でホームをサポートする体制をつくる。

本日のテーマ

- 母子保健の変遷
- 母子保健を取り巻く環境等の変化
- 母子保健施策や子どもの健康や食・栄養に関する施策
- 近年の施策推進から見てきた課題
- 次年度以降の子どもの健康や食・栄養を守るための栄養施策

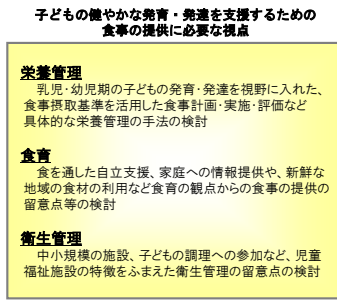


第7回「健やか親子21」の最終評価等に関する検討会(資料4)より

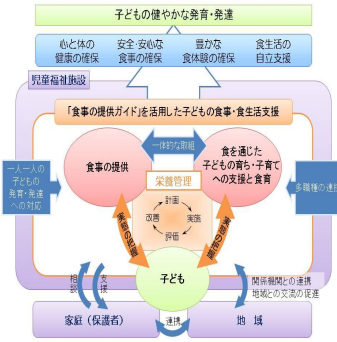


第7回「健やか親子21」の最終評価等に関する検討会(資料5)より

児童福祉施設における食事の提供ガイド(平成22年)



- 「児童福祉施設における食事の提供に関する援助及び指導について」(平成22年3月30日 雇用均等・児童家庭局長・社会・福祉局長兼児童福祉部長通知)
- 「児童福祉施設における『食事摂取基準』を活用した食事計画について」(平成22年3月30日 母子保健課長通知)



ご清聴ありがとうございました。



厚生労働省雇用均等・児童家庭局
母子保健課 米倉礼子
TEL: 03-5253-1111(内線7934)
FAX: 03-3595-2680
メール: yonekura-reiko@mhlw.go.jp