

子発0331第18号  
令和5年3月31日

各 

都道府県知事
政令市長
特別区長

 殿

厚生労働省子ども家庭局長  
( 公 印 省 略 )

### 成育医療等基本方針に基づく評価指標及び計画策定指針について

母子保健については、「健やか親子21」（第1次：平成13（2001）年度～平成26（2014）年度、第2次：平成27（2015）年度～）において、関係者、関係機関・団体が一体となった国民運動を推進してきたところです。「健やか親子21（第2次）」の開始に当たっては、「「健やか親子21（第2次）」について 検討会報告書」の送付、及びこれを踏まえた取組の推進について」（平成26（2014）年5月13日付け雇児発0513第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知。以下「平成26年5月13日付け通知」という。）により、「「健やか親子21」の最終評価等に関する検討会」の報告書において設定された課題や、指標、目標、都道府県及び市町村の役割（母子保健計画の策定等）等についてお示しするとともに、「母子保健計画について」（平成26（2014）年6月17日付け雇児0617第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知。以下「平成26年6月17日付け通知」という。）により、「母子保健計画策定指針」をお示ししているところです。

こうした中、今般改定された「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」<sup>1</sup>（以下「成育医療等基本方針」という。）では、母子保健を含む成育医療等の提供に関する施策に係る指標について、「国は、国及び地方公共団体が自らの施策の実施状況等を評価することに資するように、指標を作成することとされたところです。

他方、母子保健計画については、他の計画と一体的に策定している地方公共団体も多い状況となっている中<sup>2</sup>、今般の成育医療等基本方針において、「地方公共団体

<sup>1</sup> 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（2018）年法律第104号）第11条に基づき、政府が定める方針。令和3（2021）年2月9日に閣議決定され、令和5（2023）年3月22日に全部変更の閣議決定がなされた。

<sup>2</sup> 「令和3年度母子保健事業の実施状況等について」別紙1「令和3年度母子保健事業の実施状況」（令和5（2023）年1月10日公表）

は、(略) 例えば、基本方針を踏まえた計画を策定し、実施することなどが考えられる。その上で、国は、施策の実施状況等を客観的に検討・評価し、必要な見直しにつなげるPDCAサイクルに基づく地方公共団体の取組を推進するため、適切な支援を行う」こととされたところです。

これらを踏まえ、今般、平成26年5月13日付け通知及び平成26年6月17日付け通知を廃止し、別紙1のとおり「成育医療等基本方針に基づく評価指標」を策定するとともに、母子保健を含む成育医療等に関する計画の策定に資するよう、別紙2のとおり「成育医療等基本方針に基づく計画策定指針」を作成しましたので、その内容について御了知の上、成育医療等の提供に関する施策の策定・実施・評価について、積極的に取り組んでいただきますよう、お願いいたします。

なお、「成育医療等基本方針に基づく評価指標」では、国レベルの指標について、現状値と中間評価(令和7(2025)年度目途)に係る目標値をお示ししており、最終評価(令和10(2028)年度目途)に係る目標値については、中間評価の結果等を踏まえ、改めてお示しする予定です。

また、先般成立した令和5(2023)年度予算では、成育医療等に関する計画の策定等に関する協議会の設置・開催を行う都道府県に対する補助事業を計上しており、あわせて、「健やか親子21 妊娠・出産・子育て期の健康に関する情報サイト」(<https://sukoyaka21.mhlw.go.jp/>)に評価指標等の地方公共団体別データを掲載する予定です。各都道府県におかれては、当該事業及びデータを活用いただくとともに、貴管内市町村(政令市を除く。)に対し、本通知(別紙1及び別紙2を含む。以下同じ。)の内容について周知いただきますようお願いいたします。

なお、本通知は地方自治法(昭和22(1947)年法律第67号)第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であり、また、「経済財政運営と改革の基本方針2022 新しい資本主義へ～課題解決を成長のエンジンに変え、持続可能な経済を実現～」(令和4(2022)年6月7日閣議決定)における方針<sup>3</sup>を踏まえ、成育医療等に関する計画についても、必ずしも新たな計画として策定することを求めるものではなく、策定済みの母子保健計画等の見直しによるなど、地域の実情に応じて策定いただくことが可能であることを申し添えます

---

<sup>3</sup> 「国が地方自治体に対し、法令上新たな計画等の策定の義務付け・枠付けを定める場合には、累次の勧告等に基づき、必要最小限のものとするに加え、努力義務やできる規定、通知等によるものについても、地方の自主性及び自立性を確保する観点から、できる限り新設しないようにするとともに、真に必要な場合でも、計画等の内容や手続は、各団体の判断にできる限り委ねることを原則とする。あわせて、計画等は、特段の支障がない限り、策定済みの計画等との統合や他団体との共同策定を可能とすることを原則とする。」

成育医療等基本方針に基づく評価指標

(別紙 1)

番号	指標分類	指標名	国レベルのデータベース等	アウトプット	アウトカム (健康行動)	アウトカム (健康水準)	国	都道府県	市町村	成育医療等基 本方針(第一 次)の指標	健康や子育て2.1 (第2次)指標	算出方法 ①データベースの詳細②算出方法		国レベルの指標 の考え方	国レベルの指標	
												現状値	中間評価(3年後)の 目標値			
周産期 妊産婦の保健・医療提供体制																
1	監視指標	妊産婦死亡率	人口動態統計							1	A-1	① 上巻5.37表 死亡 妊産婦死亡の死因別にみた年次別死亡率及び率(出産10万対)の妊産婦死亡数の項目に該当。 上巻 死亡 5.37表 妊産婦死亡の死因別にみた年次別死亡率及び死亡率(出産10万対)の妊産婦死亡数の項目に該当。 上巻 死産 第7.1表 年次別にみた出生数及び性別死産数並びに死産率(出産千対)及び死産性の死産数の項目に該当。 ② 妊産婦死亡率/出産数×100,000 =[妊産婦死亡数/(出生数+死産数)]×100,000 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 [21/(811,622+16,277)]×100,000	国レベルの指標の考え方 周産期医療ネットワークの整備や産婦人科診療ガイドラインの策定による診療水準の均てん化により妊産婦死亡率は改善傾向にある。しかし、出産年齢の上昇や、医療者の偏在などの課題もあり、妊産婦死亡率の動向は注視する必要があるため監視指標とする。一方、妊産婦死亡率の数は低い水準で止まっていると考えられるため、目標値設定はしない。	現状値 2.5 (出産10万対) (令和3年)	—	
2	監視指標	新生児死亡率	人口動態統計							37	A-参考2	① 上巻 総覧 第3.2表-2 年次別にみた人口動態総覧(率)の新生児死亡率の項目に該当。 ② 新生児死亡率/出生数×1,000	国レベルの指標の考え方 周産期医療ネットワークの整備や産婦人科診療ガイドラインの策定による診療水準の均てん化により新生児死亡率は改善傾向にある。医療者の偏在等の課題もあることから新生児死亡率の動向は注視する必要があるが、数値は低い水準で止まっていると考えられるため、目標値設定はしない。	0.8 (出生千対) (令和3年)	—	
3		母体・新生児搬送数のうち 受入困難事例の件数	救急搬送における医療機関 の受け入れ状況等実態調 査							38		① 産科・周産期医療者における医療機関への受入れ照会回数4回以上、現場滞在時間30分以上の件数の項目に該当。	国レベルの指標の考え方 産科・周産期医療者における医療機関への受入れ照会を4回以上行った件数は、平成30年545件であったが、令和2年は525件に減少した。産科・周産期医療者における現場滞在時間が30分以上の件数は、平成30年1,257件、令和2年1,174件であった。直近10年間は減少の傾向にあり、今後も引き続き国民の意識が改善するための啓発活動等により、減少傾向が保たれることが考えられるため、目標値として増加とする。	医療機関への受入れ照会回数 4回以上:525件 現場滞在時間30分以上:1,174件 (令和2年)	減少	
4		妊娠11週以内での妊娠の 届出率	地域保健・健康増進事業報 告								A-参考6	① 地域保健 第3章 市区町村編 母子保健 第4表 市区町村への妊娠届出者数、市区町村、妊娠週(月) 数別の第11週以内の妊娠届出数の項目に該当。 ② 妊娠11週以内の届出数/届出総数×100 全国値の算出式としては、以下のとおり。 788,671/831,824×100	国レベルの指標の考え方 行政機関や関係団体による妊娠に対する早期届出の勧誘等の普及啓発に努めてきた結果、妊娠11週以内の妊娠届出が増加していると考えられる。併走型相談支援や低所得妊婦に対する初回の産科受診・産科支援等の取組により、早期届出の更なる推進が図られることが考えられるため、目標値として増加とする。	94.8% (令和3年度)	増加	
5		産科医師数(出生千対)	医師・歯科医師・薬剤師統 計									① 第4表 医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移、主たる診療科、病院 - 診療所別の産科医師数(産婦人科+産科)の項目に該当。出生数1000件当たりとする。 ② 産科医師数(産婦人科+産科)/出生数×1,000 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 (11,219+459)/840,835×1,000=13.9	国レベルの指標の考え方 日本周産期新生児学会のホームページに掲載されている新生児専門医師数に該当。出生数1000件当たり新生児専門医師数とする。			
6		新生児科医師数(出生千対)	日本周産期新生児学会 調べ									① 日本周産期新生児学会のホームページに掲載されている新生児専門医師数に該当。出生数1000件当たり新生児専門医師数とする。 ② 新生児科医師数/出生数×1,000 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 (1,098/811,622)×1,000=1.35	国レベルの指標の考え方 日本周産期新生児学会のホームページに掲載されている新生児専門医師数に該当。出生数1000件当たり新生児専門医師数とする。			
7		助産師数(出生千対)	衛生行政報告例									① 隔年報 第5表 就業助産師数、実人員 - 常勤換算・就業場所・年齢級別の就業助産師数の項目に該当。出生数1000件当たりの助産師数とする。 ② 助産師数/出生数×1,000 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 (37,940/840,835)×1,000=45.1	国レベルの指標の考え方 隔年報 第5表 就業助産師数、実人員 - 常勤換算・就業場所・年齢級別の就業助産師数の項目に該当。出生数1000件当たりの助産師数とする。			
8		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	周産期医療体制調査									① 周産期医療体制調査の「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」の項目に該当。	国レベルの指標の考え方 周産期医療体制調査の「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」の項目に該当。			
9		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	母子保健調査									① 母子保健事業の実施状況(母子保健調査)の「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」の項目に該当。	国レベルの指標の考え方 母子保健事業の実施状況(母子保健調査)の「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」の項目に該当。			
10		支援が必要な里帰り出産す 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)	母子保健調査									① 母子保健事業の実施状況(母子保健調査)の「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」の項目に該当。(今後母子保健調査の項目を追加予定)	国レベルの指標の考え方 母子保健事業の実施状況(母子保健調査)の「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」の項目に該当。(今後母子保健調査の項目を追加予定)			

番号	指標分類	指標名	国レベルのデータベース等	アウトプット	アウトカム (健康行動)	アウトカム (健康水準)	国	都道府県	市町村	成育医療等基 本方針(第一 次)の指標	健康や親子21 (第2次)指標	算出方法		国レベルの指標 の考え方	国レベルの指標	
												①データベースの詳細②算出方法	現状値		中間評価(3年後)の 目標値	
産後ケア																
11		産後1か月時点での産後ケアの利用率	母子保健課調査							2	A-参考8 (指標名変更)	① 母子保健事業の実施状況(母子保健課調査)の「EPDS実施人数及びEPDSが9点以上の妊婦の人数の把握」の項目に該当。 ② 産後1か月までのEPDSが9点以上の妊婦の人数を産後1か月までにEPDSを実施した妊婦の人数合計を除外して算出。 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 (41,510/427,991) × 100 = 9.7%	9.7% (令和3年度)	減少		
12		産後ケア事業の利用率	母子保健課調べ									① 産後ケアを実施している市区町村から報告された産後ケア事業「宿泊型」、「デイサービス型-個別型」「デイサービス型-集団型」「訪問型」の利用実人数の項目に該当。 ② 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 49,630/818,724 × 100 = 6.1%	6.1% (令和3年度)	増加		
13		妊婦中の保健指導(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	母子保健課調査								A-13 (指標名変更)	① 母子保健事業の実施状況(母子保健課調査)の「妊婦中の保健指導(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項目に該当。				
14		ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数	保健局医療課調べ									①ハイリスク妊産婦連携指導料の届出施設数の項目に該当。				
15		精神科医療機関を含めた地域の関係機関との連携体制がある(市町村数)	母子保健課調査									① 母子保健事業の実施状況(母子保健課調査)の「精神科医療機関を含めた地域の関係機関との連携体制がある」項目に該当。(今後母子保健課調査の項目を修正予定)				
低出生体重児																
16		全出生数中の低出生体重児の割合	人口動態統計							3	A-2	① 上巻 出生 第4.2.6表 性別にみた都道府県(特別区-指定都市再掲)別出生時の平均体重・2,500g未満の出生数及び割合の2,500g未満の割合の項目に該当。 ・中巻 出生 第11表 出生数、出生時の体重(500g階級)；出生時の平均体重、再産-複産-都道府県(特別区-指定都市再掲)・性別の1,500g未満(0.5kg未満、0.5~1.0kg、1.0~1.5kg)の項目に該当。 ② ・極低出生体重児(1,500g未満) 出生数/出生数 × 100 ・低出生体重児(2,500g未満) 出生数/出生数 × 100 (出生時の体重不詳を除いた出生数に対する割合とする。) 全国値の算出式としては、以下のとおり。 1500g未満の出生数：6,090/ (811,622-99) × 100 2500g未満の出生数：76,060/ (811,622-99) × 100	1,500g未満：0.8% 2,500g未満：9.4% (令和3年)	減少		
17		BMI18.5未満の20~30歳の女性の割合	国民健康・栄養調査									① 第17表の1 BMIの状況-年齢階級、肥満度(BMI)別、人数、割合、割合・男性・女性、15歳以上(妊婦除外)のBMI18.5未満の20~29歳、30~39歳の項目に該当。	18.1% (令和元年)	減少 (令和14年度の目標値15%)		
18		妊婦の喫煙率	母子保健課調査							4	A-5	① 乳幼児健康診査問診票回答状況(母子保健課調査)の「妊娠中、お父さんのお母さんは喫煙をしていましたか。」の項目に該当。 ② 妊娠中に喫煙か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。)	1.9% (令和3年度)	0%		
19		妊娠中のパートナーの喫煙率	母子保健課調査									① 乳幼児健康診査問診票回答状況(母子保健課調査)の「妊娠中、お父さんのお父さん(パートナー)は喫煙していましたか。」の項目に該当。(今後問診票に項目追加)	—	—		

番号	指標分類	指標名	国レベルのデータソース等	アウトプット	アウトカム (健康行動)	アウトカム (健康水準)	国	都道府県	市町村	成育医療等基 本方針(第一 次)の指標	健やか親子21 (第2次)指標	算出方法 ①データソースの詳細②算出方法		国レベルの指標			
												国レベルの指標の目標値設定の考え方		現状値	中間評価(3年後)の 目標値		
妊産婦の口腔																	
20		妊産婦の歯科健診・保健指導受診率	地域保健・健康増進事業報告		○		○	○	○	7		① 地域保健編 第1章 総括編 第4表 保健所及び市町村が実施した歯科健診の受診人員-延人員・医療機関等へ委託した受診人員-延人員、都道府県-指定都市・特別区-中核市-その他政令市、個別-集団、対象区分別の妊産婦の実人数に該当。 ② 地域保健編 第1章 総括編 第6表 保健所及び市町村が実施した歯科保健指導の実人員-延人員・医療機関等へ委託した実人員-延人員、都道府県-指定都市・特別区-中核市-その他政令市、個別-集団、対象区分別の妊産婦の実人数に該当。 ③ 地域保健編 第3章 市区町村編 母子保健 第3表 市区町村への妊産婦出産数、都道府県-指定都市・特別区-中核市-その他政令市、妊娠週(月) 数別の妊産婦数の総数に該当。 ④ 歯科健診の受診人員、歯科保健指導の実人数を妊産婦出産数の総数で除する。 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 歯科健診：252,290/831,824×100 保健指導：169,032/831,824×100				歯科健診：30.3% 保健指導：20.3% (令和3年度)	増加
21		妊産婦の歯科健診を実施している(市町村数)	地域保健・健康増進事業報告	○			○	○									
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)	母子保健課調査	○			○	○									
乳幼児期																	
小児の保健・医療提供体制																	
23	監視指標	小児の死亡率の減少	人口動態統計				○			40	A-参考2 (乳児) A-参考3 (1~4歳)	① 上巻 総覧 第3.2表-2 年次別にみた人口動態総覧(率)の乳児死亡率(出生千対)の項目に該当。 ② 上巻 死亡 第5-16表 死因(死因簡単分類)別にみた性・年齢(5歳階級)別死亡率(人口10万対)の1~4歳の死亡率の項目に該当。					
24		小児救急搬送症例のうち受け入れ困難事例の件数	救急搬送における医療機関への受入れ状況等実態調査	○			○			41		① 直近10年間は減少傾向にあり、今後の動向を引き続き注視する必要がある。監視指標のため目標値は設定しない。					
25		かかりつけ医(医師・歯科医師など)をもっていることとの再発：乳幼児の口腔	母子保健課調査	○			○			39	A-10 (指標名変更)	① 乳幼児健康診察問診回答状況(母子保健課調査)の「お父さんのかかりつけの医師・歯科医師はいますか」の項目に該当。 ② 「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。)					
26		小児人口当たりの小児科医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計	○								① 第4表 医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移、主たる診療科、病院-診療所別より、小児科医師数の項目に該当。 ② 上巻 付録 第3表-1 年次・性・年齢別人口の小児人口(0~4歳、5~9歳、10~14歳)の総数。 ③ 小児人口10万人当たりの小児科医師数とする。 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 17,997/14,810,489×100,000=121.5					
27		乳幼児健康診査後のフォロー体制がある(市町村数)	母子保健事業の実施状況等調査	○			○	○				① 母子保健事業の実施状況(母子保健課調査)の「精密健康診査受診後の児について、その後の治療の状況等を把握している」の項目に該当。					
28		乳児のSIDS死亡率	人口動態統計	○			○				A-参考4	① 平成30年(6.2)までは多少の増減はあったものの減少傾向がみられていた。しかし、令和元年度は8.7、令和2年度は10.9と増加傾向を示している。この要因は明らかではないが、増加の要因を検討しつつ、目標値は減少とする。 ② 乳児のSIDS死亡率/出生数×100,000					
乳幼児の口腔																	
29		むし歯のない3歳児の割合	地域保健・健康増進事業報告							11	A-4	① 地域保健編 市町村編 第28表 市区町村が実施した幼児の歯科健診の受診人員-受診結果別人員、医療機関等へ委託した受診人員-受診結果別人員、市区町村別の3歳児の項目に該当。 ② 100-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/「受診人員」の合計×100) 例えば、全国値の算出式としては、以下のとおり。 100-(90,104/883,130×100)					

番号	指標分類	指標名	国レベルのデータソース等	アウトプット	アウトカム (健康行動)	アウトカム (健康水準)	国	都道府県	市町村	成育医療等基 本方針(第一 次)の指標	健やか親子2.1 (第2次) 指標	算出方法		国レベルの指標の目標設定の考え方	国レベルの指標	
												①データソースの詳細②算出方法	現状値		現状値	中間評価(3年後)の 目標値
30		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:小児の保健・医療提供体制								39	A-10 (指標名変更)	①乳幼児健康診査問診回答状況(母子保健課調査)の「お父さんのかかりつけの医師・歯科医師はいますか」の項目に該当。 ②「はい」と回答した人の数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。)	「健やか親子2.1」(第2次)においても経過を追ってきた指標であり、徐々に改善し、増加傾向である。中間評価の目標値については、医師、歯科医師いずれも、健やか親子2.1(第2次)の最終目標値とする。	医師 3・4か月児:79.9% 3歳児:89.6% 歯科医師 3歳児:52.7% (令和3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%	
31		保護者が子どもの仕上げかきをしている割合									A-11 (指標名変更)	①乳幼児健康診査問診回答状況(母子保健課調査)の「保護者が、毎日、仕上げかきをしていますか」の項目に該当。 ②「仕上げかきをしている」と回答した人の数/全回答者数×100 (※分母に無回答は含まない。)				
学童期・思春期 子どもの生活習慣																
32		児童・生徒における瘦身傾向児の割合	学校保健統計調査							18	B-4	①都道府県表 第7表 都道府県別 瘦身傾向児の出現率の項目に該当。	若年女性の痩せが一定数存在していることから、生涯を通じた健康づくりがスタートする学童期・思春期において、身長伸びが落ちる傾向にある16歳(高校2年生)女子の数を評価する。参考値として、10歳(小学5年生)、13歳(中学2年生)男子および女子、16歳(高校2年生)男子の割合も把握する。瘦身傾向児の割合は、健やか親子2.1(第2次)の中間評価時とほぼ変わっておらず、健やか親子2.1(第2次)の最終目標値の1.0%を上回っている。コソケの影響によりターゲットの変動を見逃めることが困難であるため、具体的な数値目標とせず、減少を目指すものとする。	16歳(高校2年生)女子:2.33% <参考> 10歳(小学5年生) 男子:2.32%、女子:2.36% 13歳(中学2年生) 男子:2.73%、女子:3.22% 16歳(高校2年生)男子:3.34% (令和3年度)	減少	
33		児童・生徒における肥満傾向児の割合	学校保健統計調査							20	B-5	①都道府県表 第6表 都道府県別 肥満傾向児の出現率の項目に該当。	自ら健康に関する様々な情報に触れ、行動を選択しはじめる学童期において、肥満傾向児の割合が増加している10歳(小学5年生)男子の数を評価する。参考値として、10歳(小学5年生)女子、13歳(中学2年生)、16歳(高校2年生)男子および女子の割合も把握する。肥満傾向児の割合は、健やか親子2.1(第2次)の中間評価時からやや増加しており、健やか親子2.1(第2次)の最終目標値の7.0%を上回っている。コソケの影響によりターゲットの変動を見逃めることが困難であるため、具体的な数値目標とせず、減少を目指すものとする。	10歳(小学5年生)男子:12.58% <参考> 10歳(小学5年生)女子:9.26% 13歳(中学2年生) 男子:10.99%、女子:8.35% 16歳(高校2年生) 男子:10.64%、女子:7.20% (令和3年度)	減少	
34		朝食を夕食することの割合	全国学力・学習状況調査							26	B-9	①「児童質問紙」全国一児童(国・公・私立)の「朝食を毎日食べていますか」の項目に該当。 ②「3. あまりではない」4. 全くしていない」と回答した者の割合の合計。 例えば、全国値の算出としては、以下のとおり。 4.1+1.5=5.6	朝食を夕食することの割合は、健やか親子2.1(第2次)の中間評価時からやや減少の傾向にあるものの、最終目標値に届いていない状況である。第4次食育推進基本計画において、子供の朝食欠食をなくすことを目標としていることから、同様に令和7年度までに0%とすることを目標とする。	5.6% (令和4年度)	0% (令和7年度)	
35		1週間の総運動時間(体育授業を除く)が60分未満の児童の割合	全国体力・運動能力・運動習慣等調査							22	B-参考5 (指標名変更)	①2-1.1週間の総運動時間の分布・内訳・体力合計得点との関連(小学校)の1週間の総運動時間(60分未満の割合)の項目に該当。 ②2-2.1週間の総運動時間の分布・内訳・体力合計得点との関連(中学校)の1週間の総運動時間(60分未満の割合)の項目に該当。	第3期スポーツ基本計画(令和4年3月25日策定)において、体育・保健体育の授業等を通じて、運動好きな子供や日常生活から運動に関与する子供を増加させ、生涯にわたって運動スポーツを継続し、心身に健康で豊かな生活を送ることができると期待されている(いわゆる「マジカリアラジ」)の育成を図ることから、1週間の総運動時間(体育授業を除く)が60分未満の児童の割合を12%(令和3年度)から半減、生徒の割合を13%(令和3年度)から半減することとしている。第3期スポーツ基本計画を参考に、目標を設定する。(目標値は、第3期スポーツ基本計画より引用)	小学5年生 男子:8.8% 女子:14.4% 中学2年生 男子:7.8% 女子:18.1% (令和3年度)	小学5年生 男子:4.4% 女子:7.2% 中学2年生 男子:3.9% 女子:9.1% (令和8年度までの目標値)	
36		中学生・高校生の飲酒者の割合	厚生労働科学研究							24	B-8	①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) ②1か2日以上飲んだ者(選択2~7)の割合を合計して算出。	20歳未満の者の飲酒率は法律で禁止されており、健やか親子2.1(第2次)においても、十代の飲酒率を0%とすることが最終目標とされていることから、0%を目指すものとする。	2.2% (令和3年度)	0%	
37		中学生・高校生の喫煙者の割合	厚生労働科学研究							25	B-7	①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) ②上記2問のうち、いずれか又は両方で、1か2日以上吸った者(選択2~7)の割合を合計して算出。	20歳未満の者の喫煙率は法律で禁止されており、健やか親子2.1(第2次)においても、十代の喫煙率を0%とすることが最終目標とされていることから、0%を目指すものとする。	0.6% (令和3年度)	0%	
子どもの心の健康																
38		十代の自殺死亡率	人口動態統計							27	B-1	①上巻 死亡 第5-16表 死因(死因単分類)別(みたに性・年齢(5歳階級)別)死亡率(人口10万対)の10~14歳の男(女)の自殺死亡率、15~19歳の男(女)の自殺死亡率の項目に該当。 ②10~14歳の男(女)の自殺による死亡数/10~14歳の男(女)の人口×100,000 15~19歳の男(女)の自殺による死亡数/15~19歳の男(女)の人口×100,000	「自殺総合対策大綱」でも自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して(令和4年10月14日閣議決定)においては、小中高生の自殺者が過去最多の水準であること指摘、「子ども若者の自殺対策の更なる推進・強化」を重要施策の一つとして掲げている。これを踏まえ、十代の自殺死亡率について、減少を目指すものとする。	10~14歳 2.4 (男2.2/女2.6) 15~19歳 11.5 (男13.4/女9.4) (人口10万対) (令和3年)	減少	

番号	指標分類	指標名	国レベルのデータソース等	アウトプット	アウトカム (健康行動)	アウトカム (健康水準)	国	都道府県	市町村	成育医療等基 本方針(第一 次)の指標	健やか親子21 (第2次)指標	算出方法 ①データソースの詳細②算出方法		国レベルの指標 の 中間評価(3年後)の 目標値	
												国レベルの指標の目標値設定の考え方	現状値		
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	児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の(8-8)スクールカウンセラーの活動日数の状況(公立)の項目に該当。								B-参考1 (指標名変更)	① 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の(8-8)スクールカウンセラーの活動日数の状況(公立)の項目に該当。 ② 子どもの心の相談医登録数/小児人口(0~14歳) × 100,000 1,382人/14,559,440 × 100,000	小学校: 94.2% 中学校: 98.3% 高等学校: 93.3% (令和3年度)	増加	
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	(一社) 日本小児科医会調べ							28	①-参考1	① 日本小児科医会のホームページに掲載されている子どもの心の相談医の項目に該当。 ② 子どもの心の相談医登録数/小児人口(0~14歳) × 100,000 1,382人/14,559,440 × 100,000	9.5 (令和4年10月時点)	増加	
41		小児人口に対する子ども科の専門医の割合	(一社) 子ども科の専門医機構調べ							29	①-参考2 (児童精神科医の割合)	① 子ども科の専門医機構のホームページに掲載されている「専門医・指導医」の人数/小児人口(0~14歳) × 100,000 709/14,559,440 × 100,000	4.8 (令和4年4月時点)	増加	
ア)ワンストップ															
42		十代の人工妊娠中絶率	衛生行政報告例							16	B-2	① 付表-7 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歳未満の項目に該当。 ② 各感染症における年齢(5歳階級)別にみた性感染症(STD)報告数の項目に該当。 ③ 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用い、この合計数を感染症法に基づき都道府県が指定する定点における医療機関数を用いて除いた数値を定点1か所あたりの件数として算出。 ※梅毒は定点1か所あたりの件数ではなく、罹患患者数で示す。	3.3 (令和3年度)	減少	
43		十代の性感染症罹患率	感染症発生動向調査							17	B-3	① 健やか親子21(第2次)においては、中間評価の際に梅毒が評価対象に追加された。過去の推移を見てみると、4疾患(性器クラミジア、淋菌感染症、尖圭コンジローム、性器ヘルペス)は漸次減少であり、梅毒においても平成30年までの増加傾向から以降は減少傾向に転じているが、引き続き減少を目標とする。 ② 性器クラミジア感染症: 2.31 淋菌感染症: 0.69 尖圭コンジローム: 0.21 性器ヘルペスウイルス感染症: 0.25 梅毒: 2.42 ※年数による報告 (令和3年度)	減少		
学童期・思春期の口腔															
44		う蝕のない十代の割合	学校保健統計調査							21	B-6 (指標名変更)	① 学校保健統計調査における12歳児のう蝕の有病状況の項目に該当。 ② 「14年齢別 都市階級別 設置者別 疾病・異常罹患率等(15-1)」の「むし歯(う蝕)」の割合を1から減じた数	71.7% (令和3年)	増加 (令和14年の目標値 95%)	
45		歯内に疾病・異常がある十代の割合	歯科疾患実態調査							21	B-6 (指標名変更)	① ライフステージの早い段階から歯周病予防のための取り組みを推進するため、引き続き10代における歯肉に炎症を有する者の割合を指標とし、次期歯科口腔保健の推進に関する基本的な事項に係る議論を参考に、目標を設定する。(目標値は、第16回 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 資料より引用) ② ライフステージの早い段階から歯周病予防のための取り組みを推進するため、引き続き10代における歯肉に炎症を有する者の割合を指標とし、次期歯科口腔保健の推進に関する基本的な事項に係る議論を参考に、目標を設定する。(目標値は、第16回 歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 資料より引用)	19.8% (平成28年)	減少 (令和14年の目標値 10%)	
障害児(発達障害児を含む)等															
46		放課後児童クラブ登録児童数のうち障害児の割合	放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)の実施状況調査							19		① 15 障害児の学年別登録児童数の状況の全登録児童数に占める障害児の割合の項目に該当。 ② NDBおよび訪問看護レポート(国民健康保険中央会・社会保険診療報酬支払基金から提供)より把握。 ③ 母子保健事業の実施状況(母子保健課調査)の「発達障害をはじめとする育てにさを感じる親への支援体制」の項目に該当。 ④ 全ての項目に「はい」と回答した県型保健所の数/全県型保健所数 × 100 例えは、全県型の算出式としては、以下のとおり。 52/353 × 100 = 14.7%	3.9% (令和4年)	増加	
47		小児の訪問看護利用者数	地域医療計画課												
48		市町村における発達障害を併せ持つ子どもを感知す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)	母子保健課調査								①-5 (指標名変更)		14.7% (令和3年度)	増加	
49		発達障害児の療育を提供できる施設数	社会福祉施設等調査												
50		小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	地域医療計画課												
51		医療的ケア児受け入れ保育所等施設数	保育課調べ												
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)	障害保健福祉部企画課調べ											40都道府県 (令和5年度)	増加 (令和8年度末の目標値 各都道府県に設置)
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)	障害保健福祉部企画課調べ												
54		移行期医療支援センターを設置している(都道府県数)	移行期医療支援センターの整備状況の項目に該当。											7(15%) (令和3年度)	増加

番号	指標分類	指標名	国レベルのデータソース等	アウトプット	アウトカム (健康行動)	アウトカム (健康水準)	国	都道府県	市町村	成育医療等基 本方針(第1 次)の指標	健やか親子2.1 (第2次)指標 (指標名変更)	算出方法 ①データソースの詳細②算出方法	国レベルの指標 設定の考え方	国レベルの指標		
														現状値	中間評価(3年後)の 目標値	
全成育期																
子どもの貧困																
55	監視指標	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	児童生徒の問題行動・不登校等 生徒指導上の課題に関する調査 に関する調査	○	○	○	○	○	○	36	B-参考2 (指標名変更)	①児童生徒の問題行動・不登校等 生徒指導上の課題に関する調査 に関する調査 ②OECDの作成基準に基づき、等価 可処分所得の中央値の半分との割 合として算出。 ③OECDの作成基準に基づき、等価 可処分所得の中央値の半分との割 合として算出。	平成30年度以降の数値を平均し、最 終評価の目標値を算出。中間評価 の目標値を設定した。国で補助し ているスクールソーシャルワーカー の活用状況について、児童生徒等 の状況に応じて配置・対応した学 校の割合を評価するものであるた め、具体的な数値目標とせず、増 加を目指すものとする。	小学校：73.1% 中学校：76.3% 高等学校：43.1% (令和3年度)	増加	
56	監視指標	子どもの貧困率	国民生活基礎調査										成育医療等の提供に関する施策を 推進する観点から、こどもの貧困 の状況を把握することし、監視指 標として目標値を設定しない。	13.5% (新基準：14.0%) (平成30年)	—	
57	監視指標	ひとり親世帯の貧困率	国民生活基礎調査										成育医療等の提供に関する施策を 推進する観点から、ひとり親世帯 の貧困状況を把握することし、監 視指標として目標値を設定しない。	48.1% (新基準：48.3%) (平成30年)	—	
児童虐待																
58		出生0日児の虐待死亡数	「子ども虐待による死亡事例等」 の検証結果等に関する報告書							9 (指標名変更)			極めて重要な評価指標であるが、 出生0日児の虐待死亡数の実数の 推移は変動が大きい。具体的な 目標値の設定は困難である。一方、 「子ども虐待による死亡事例等」 の検証結果等については「第1次 から第18次報告までの0日児の割 合は45.5%となっている。このた り現状との指標の重要性に基づき、 減少していくことを目標とする。	9人 (令和元年度)	減少	
59		児童虐待による死亡数	「子ども虐待による死亡事例等」 の検証結果等に関する報告書							30	②-1	①社会福祉審議会児童虐待等要保 護事例の検証に関する専門委員会 による「子ども虐待」に関する 調査結果等について「に基づき 把握。 ②社会福祉審議会児童虐待等要保 護事例の検証に関する専門委員会 による「子ども虐待」に関する 調査結果等について「に基づき 把握。	極めて重要な評価指標として、心 中、心以外の件数を分けて示す。 虐待死亡数の実数は変動が あり、具体的な目標値の設定は 困難であることから、減少してい くことを目標とする。	心中以外：57人 心中：21人 (令和元年度)	減少	
60		妊婦健康診査の未受診者を把握 する体制がある(市町村数)	母子保健課調査										母子保健事業の実施状況(母子保 健康調査)の妊婦健康診査の未受 診者を把握し支援する体制がある 体制がある項目に該当。(今後母子 保健課調査の項目を追加予定)			
61		乳幼児健康診査の未受診者を把握 する体制がある(市町村数)	母子保健課調査										母子保健事業の実施状況(母子保 健康調査)の乳幼児健康診査の未 受診者を把握し支援する体制があ る項目に該当。(今後母子保健課 調査の項目を追加予定)			
62		乳幼児期に体罰や暴言、ネグレクト 等による子ども虐待を受けている 親の割合	母子保健課調査							15	②-2	①乳幼児健康診査問診票状況(母子 保健健康調査)の「乳幼児期に体 罰や暴言、ネグレクト等による 子ども虐待を受けている親の割合」 の項目に該当。 ②「はい」と回答した者の人数/「 はい」と回答した者の人数×100 (※分母に無回答は含まない) ※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。 ③3-4か月児：57,038/70,167×100 = 81.3% ④1歳6か月児：113,525/143,124 ×100 = 79.3% ⑤3歳児：181,430/220,757×100 = 82.2% ①+②+③/3 = 80.9%	健やか親子2.1(第2次)において、 平成29年から令和2年にかけて 改善傾向にあったものの、健 やか親子2.1(第2次)の最終目 標値は未達成である。このため、 中間評価の目標値は「健やか親 子2.1(第2次)」の最終評価目標 値を用いる。本指標は、子育て における親の行動を、保護者が 回答したものであること留意する 必要がある。	3-4か月児：94.7% 1歳6か月児：85.1% 3歳児：70.0% (令和3年度)	3-4か月児95.0% 1歳6か月児85.0% 3歳児70.0%	
63		子育てで感じたときに比べて対 応できる親の割合	母子保健課調査							14	①-2	①子育てで感じたときに比べて対 応できる親の割合 ②「はい」と回答した者の人数/「 はい」と回答した者の人数×100 (※分母に無回答は含まない) ※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。 ③3-4か月児：57,038/70,167×100 = 81.3% ④1歳6か月児：113,525/143,124 ×100 = 79.3% ⑤3歳児：181,430/220,757×100 = 82.2% ①+②+③/3 = 80.9%	子育てで感じたときに比べて、育 てにくさを気軽に相談する機会 を確保し、必要に応じて気軽に 相談できる相談窓口等の情報を 提供し、利用しやすい環境を整 備することにより、子育てで感 じたときに比べて対応できる親 の割合を増加させることとする。 また、子育てで感じたときに 比べて対応できる親の割合は同 程度である。中間評価の目標値 は「健やか親子2.1(第2次)」の 最終評価目標値を用いる。	80.9% (令和3年度)	90%	
ソーシャルメディア																
64		この地域で子育てをしようと 思う親の割合	母子保健課調査							33	C-1	①乳幼児健康診査問診票状況(母子 保健健康調査)の「この地域で 子育てをしようと思う親の割合」 の項目に該当。 ②「そう思う/むしろ思う/どちらか といえば思う」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) *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。 ③3-4か月児：95.0% ④1歳6か月児：95.3% ⑤3歳児：95.6% ①+②+③/3 = 95.3%	ソーシャル・メディアが普及する 地域は、出生率は高いこと、自 分の住む地域で子育てをしようと 思う親が増えること、その地域 におけるソーシャル・メディアの 普及率、人間関係資本が充実し ていること、人々のつながりが よくなること、この世帯の人も 子育てしやすい環境を整備して いること、これまでの推移等を 踏まえ、中間評価の目標値は「 健やか親子2.1(第2次)」の最終 評価目標値を設定する。	95.3% (令和3年度)	現状維持	
65		ゆつたりとした気分を子ども と過ごせる時間がある保護者 の割合	母子保健課調査							34	①-1	①乳幼児健康診査問診票状況(母子 保健健康調査)の「お母さんは ゆつたりとした気分を子どもと 過ごせる時間がある項目に該当。 ②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(※分母に無回答は含ま ない)。	本指標は、いわゆる子育て支援 策などの地方公共団体の取組を 反映する指標である。これまで も健やか親子2.1(第2次)の指 標としており、改善傾向が強い とされている。現在さらなる子 育て支援策・少子化対策が計画 されていることや、これまでの 推移等を踏まえ、中間評価の 目標値は「健やか親子2.1(第 2次)」の最終評価目標値を用 いる。	3-4か月児：89.3% 1歳6か月児：81.0% 3歳児：75.7% (令和3年度)	3-4か月児：92% 1歳6か月児：85% 3歳児：75%	
66		地域子育て支援拠点事業を 実施している箇所数	地域子育て支援拠点事業 実施状況										地域子育て支援拠点事業の実施 箇所数を把握し、増加を目指す こととする。			



番号	指標分類	指標名	国レベルのデータソース等	アウトプット	アウトカム (健康行動)	アウトカム (健康水準)	国	都道府県	市町村	成育医療等基本方針(第1次)の指標	健やか親子21(第2次)指標	国レベルの指標	
												現状値	中間評価(3年後)の目標値
父親支援													
67		ことわを持つ夫の家事・育児関連時間	国レベルのデータソース等 社会生活基本調査		○		○					114分/日 (令和3年)	増加
PDCAサイクル													
68		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)	母子保健課調査	○			○	○				現状値なし <参考> ・都道府県における母子保健連絡協議会等の設置 66.0% (令和3年度) ・市町村における母子保健連絡協議会等の設置 46.0% (令和3年度)	増加
69		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)	母子保健課調査	○			○	○		42 (指標名変更)		現状値なし <参考> ・都道府県における母子保健計画の策定の状況(他の計画に含まれる場合を含む。) 91.5% (令和3年度) ・市町村における母子保健計画の策定の状況(他の計画に含まれる場合を含む。) 88.1% (令和3年度)	増加

## 成育医療等基本方針に基づく計画策定指針

### 第1 成育医療等基本方針に基づく計画策定指針について

地方公共団体は、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（平成30年法律第104号。以下「成育基本法」という。）第3条に規定する基本理念にのっとり、成育医療等の提供に関する施策に関し、国との連携を図りつつ、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務があり、そのための方策として、例えば、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（令和5年3月22日閣議決定。以下「成育医療等基本方針」という。）を踏まえた計画（以下「成育医療等に関する計画」という。）を策定し、実施することが想定される。

本指針は、各地方公共団体において成育医療等に関する計画を策定する際の参考となるよう、手引きとしてお示しするものである。

### 第2 成育医療等に関する計画の策定について

#### 1 成育医療等に関する計画の策定趣旨

成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦（以下「成育過程にある者等」という。）を取り巻く環境が大きく変化している中で、成育医療等の提供に当たっては、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い関係分野での取組の推進が必要であることから、各分野における施策の相互連携を図りつつ、その需要に適確に対応し、こどもの権利を尊重した成育医療等が提供されるよう、成育過程にある者等に対して横断的な視点での総合的な取組を推進することが求められている。

具体的には、成育医療等の提供に関する施策に関する調査等を通じて把握した状況に基づき、目指すべき姿を定めた上で、課題を抽出し、課題の解決に向けた数値目標の設定及び施策の明示、それらの進捗状況の評価等を実施することが重要である。このため、市町村又は都道府県ごとに、計画を策定し、評価していくことが有効である。また、その際には、計画全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、個々の施策や数値目標並びに目指すべき姿への達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、施策に反映させるとともに、必要に応じて計画の見直しを行うことが必要である。

#### 2 成育医療等に関する計画の策定主体

成育医療等に関する計画は、都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）が策定するものとする。

#### 3 成育医療等に関する計画の内容

成育医療等基本方針で示された課題や施策の方向性、成育医療等基本方針に

基づく評価指標（別紙1。以下「成育評価指標」という。）を参照しながら、計画を策定すること。

特に、都道府県は、域内市町村における成育医療等の提供に関する施策に係る状況を把握するだけでなく、市町村間の健康格差の状況、全国の成育医療等の提供に関する施策の実施状況との比較等、広域的かつ専門的な視点から都道府県内の課題の把握等を行い、計画を策定すること。

(1) 成育医療等に関する計画の基本的な考え方

- 成育医療等に関する計画を策定するに当たって、策定の趣旨や、基本理念、計画の位置付け、対象期間を明示すること。
- 医療、保健、福祉や、これら関連する分野の内容を含む包括的な計画を別途策定している場合には、当該計画と成育医療等に関する計画との関係も明示すること。

(2) 成育医療等の提供に関する施策に係る地域の状況の把握（地域の状況に関する情報、サービス提供の現状等）

- 成育医療等に関する計画の前提条件となる地域の状況について記載すること。
- その際には、母子保健を始めとした成育医療等の提供に関する事項のほか、公衆衛生、社会福祉、社会経済状況等に関する事項を記載することが考えられること。
- 地域の状況に関する統計・調査等の情報やサービス提供の状況に関する事項として考えられるものについて、以下に示すので、参照されたい。
  - ア 人口動態（母子保健水準を示す情報を含む。また、その推移、将来推計を含む。）

出生数、乳児死亡数、人工妊娠中絶率 等

イ 成育過程にある者等の健康状況

乳幼児のむし歯の罹患者数 等

ウ 成育医療等の提供に関する施策の実施状況及び関係者の連携状況

母子保健を始めとした成育医療等の提供に関する施策の実施状況や関係者の連携体制の構築状況を把握し、評価した上で、その概要及び問題点を記載すること。母子保健事業に関しては、公的サービスのみならず、母子保健推進員、愛育班等の活動についても記載するとともに、地域の医療、保健、教育、福祉等、関連施策との連携についても記載すること。

(3) 課題と評価指標の設定等

- 施策の実施状況や関係者の連携状況を踏まえた、各地域における課題を設定するとともに、これらの課題に対する評価指標を設定する。
- 課題ごとに、人材・予算等から、活動、アウトプット、アウトカムの設定を行うことが望ましい。
- 成育評価指標のうち、都道府県及び市町村レベルの指標を評価指標として設定する場合は、全国の成育評価指標の目標値を参考に、地域の状況に応じた具体的な評価指標や目標値を設定すること。

- あわせて、地域の状況に応じて、独自の評価指標や目標値を設定することも望ましいこと。なお、独自に設定した評価指標が全国において参考になると考えられる場合は、適宜、こども家庭庁成育局母子保健課に報告すること。

(4) 評価及び見直し

- (3)により設定した数値目標等をもとに、達成状況を検証し、次の計画の見直しに反映させること。
- 評価及び見直しについては、次に掲げる項目をあらかじめ計画に記載すること。
  - ア 目標等
  - イ 目標を達成するための推進体制及び関係者の責務と役割
  - ウ 目標の達成に要する期間
  - エ 目標を達成するための方策
  - オ 評価及び見直し
  - カ 進捗状況及び評価結果の広報、周知方法

4 成育医療等に関する計画の策定手順等

各地方公共団体における成育医療等の提供に関する施策を所掌する部局が中心となり、医療、保健、教育、福祉等関係施策間の連携を確保するため、衛生主管部局、児童福祉担当部局、教育委員会を始めとする関係部門との緊密な連携を図りながら、計画の策定及び推進を行うこと、

成育医療等に関する計画を策定する際、技術的見地から見て、全国に共通すると考えられる手順等を以下に示すので、参照されたい。

(1) 市町村が策定する計画について

- 市町村は、成育医療等の提供に関する施策の一つである母子保健事業の主たる実施者であることから、事業の実施等を通じて課題を把握すること。
- 当該課題への対応を検討して事業に反映させ、きめ細かな支援につなげていくことが重要であることを念頭に置いて、計画を策定すること。
  - ア 体制の整備（医療、保健、教育、福祉等との連携体制の構築）、協議の場の設置
    - ・ 計画の策定に当たっては、関係行政機関、関係団体等との協議の場を設けるなど、関係者の十分な連携の下に進めることが望ましいこと。
    - ・ 具体的には、都道府県が設置する、域内市町村や成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係団体との協議の場への参画や、従来設置されている母子保健連絡協議会（市町村内の母子保健、医療、福祉、教育等の関係部局や関係機関・団体、有識者、住民の代表等から構成される協議会）の活用などにより、策定に当たっての体制整備をすることが求められること。
    - ・ なお、保健所を設置していない市町村においては、当該地域を所管する保健所との連携を図ることも重要であること。
  - イ 成育医療等の提供に関する施策に係る現状把握・分析、住民のニーズ等

の把握

- ・ 市町村は、母子保健を始めとした成育医療等の利用者の意向及び生活実態並びにサービスの量的及び質的なニーズを把握し、分析した上で、計画を策定することが求められること。
- ・ このため、住民に対するニーズ調査を行うことが望ましいこと。

ウ 協議の場での検討（計画の目的、基本理念や骨子、課題や評価指標の数値目標、評価・見直し、結果の公表について等）

- ・ 市町村は、住民のニーズや実態に応じたきめ細かな支援に結びつける必要があること。
- ・ このため、計画の進捗状況や実施体制・連携体制等を客観的に検証・評価し、結果を公表するとともに、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こと。
- ・ その具体的な方策、内容等については、関係者が参画する協議の場においてあらかじめ検討を行うことが必要であると考えられること。

エ 学識経験者や住民からの意見の聴取

オ 計画の決定・公表

計画を決定・変更した場合は、ホームページ等で住民に公表することが求められること。

(2) 都道府県が策定する計画について

都道府県においては、広域的かつ専門的な視点から評価等を行うとともに、当該評価等も踏まえつつ、域内の地方公共団体間の役割分担や連携方策の検討、域内の市町村に対する助言等を行うことが重要であり、この点を踏まえ、計画を策定すること。

ア 体制の整備（医療、保健、教育、福祉等との連携体制の構築）、協議の場の設置

- ・ 計画の策定に当たっては、関係行政機関、関係団体等との協議の場を設けるなど、関係者の十分な連携の下に進めることが望ましい。具体的には、域内市町村や成育過程にある者に対する医療、保健、福祉等に係る関係団体と協議の場を設置するなど、策定に当たっての体制整備をすることが求められること。
- ・ また、必要に応じ、都道府県を超えた広域連携も検討することが望ましいこと。

イ 成育医療等の提供に関する施策に係る現状把握・分析、住民のニーズ等の把握

- ・ 都道府県は、各市町村が実施するニーズ調査・分析の結果を参考にしつつ、域内全体の成育医療等の提供に関する施策に係る現状把握・分析を行い、計画を策定すること。
- ・ なお、市町村によるニーズ調査・分析が円滑に実施されるよう、市町村に対する助言を行うとともに、都道府県と市町村がニーズ調査を共同して実施する場合には、都道府県が各市町村間の意見調整を行い、調査・分析等に努めることが望ましいこと。

ウ 協議の場での検討（計画の目的、基本理念や骨子、課題や評価指標の数値目標、評価、見直し、結果の公表等）

- ・ 前述のとおり、都道府県は、広域的かつ専門的な立場から域内の課題の把握等を行い、課題解決に向けて、県型保健所や指定都市、中核市、市町村といった地方公共団体間の役割分担や連携方策の検討等を行うことが求められること。
- ・ また、都道府県は域内全体の課題を明確化し、健康格差の解消に向けた計画を策定した上で、計画の進捗状況や実施体制等を客観的に検証・評価し、結果を公表するとともに、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こと。これらの具体的な方策、内容等について、関係者が参画する協議の場においてあらかじめ検討を行うことが必要と考えること。

エ 学識経験者や住民からの意見の聴取

オ 成育医療等に関する計画の決定・公表

成育医療等に関する計画の決定後、ホームページ等で住民に公表することが求められる。

## 5 成育医療等基本方針に関する計画の期間

成育医療等基本方針に関する計画の期間については、医療計画と同様の期間とすることが望ましいが、地域の実情に応じて、適宜設定して差し支えないこと。

## 6 他計画等との関係

成育医療等に関する計画の策定に当たっては、他の法律の規定による計画、指針等であって成育医療等に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、社会福祉その他の成育医療等と密接に関連を有する施策との連携を図るよう努めること。

なお、成育医療等に関する内容又は成育医療等と密接に関連する内容を含む計画には、例えば、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画及び次に掲げるものがあり、特に、都道府県は、これらの計画を作成するに当たっては、成育基本法第19条第1項の規定に基づき、成育過程にある者等に対する成育医療等の提供が確保されるよう適切な配慮をするよう努めること。

- (1) 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第33条の22第1項に規定する都道府県障害児福祉計画
- (2) 社会福祉法(昭和26年法律第45号)第108条第1項に規定する都道府県地域福祉支援計画
- (3) 母子及び父子並びに寡婦福祉法(昭和39年法律第129号)第12条の規定に基づき都道府県が策定する同法第11条第2項第3号に規定する自立促進計画
- (4) 障害者基本法(昭和45年法律第84号)第11条第2項に規定する都道府県

- 障害者計画 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第10条第1項に規定する予防計画
- (5) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第140号)第10条第1項に規定する予防計画
  - (6) 男女共同参画社会基本法(平成11年法律第78号)第14条第1項に規定する都道府県男女共同参画計画
  - (7) 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律(平成13年法律第31号)第2条の3第1項に規定する都道府県基本計画
  - (8) 健康増進法(平成14年法律第103号)第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画
  - (9) 食育基本法(平成17年法律第63号)第17条第1項に規定する都道府県食育推進計画
  - (10) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第89条第1項に規定する都道府県障害福祉計画
  - (11) 自殺対策基本法(平成18年法律第85号)第13条第1項に規定する都道府県自殺対策計画
  - (12) がん対策基本法(平成18年法律第98号)第12条第1項に規定する都道府県がん対策推進計画
  - (13) 教育基本法(平成18年法律第120号)第17条第2項の規定により都道府県が定める教育の振興のための施策に関する基本的な計画
  - (14) 子ども・若者育成支援推進法(平成21年法律第71号)第9条第1項に規定する都道府県子ども・若者計画
  - (15) 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第62条第1項に規定する都道府県子ども・子育て支援事業支援計画
  - (16) 子どもの貧困対策の推進に関する法律(平成25年法律第64号)第9条第1項に規定する都道府県計画
  - (17) アルコール健康障害対策基本法(平成25年法律第109号)第14条第1項に規定する都道府県アルコール健康障害対策推進計画
  - (18) ギャンブル等依存症対策基本法(平成30年法律第74号)第13条第1項に規定する都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画
  - (19) 健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法(平成30年法律第百五号)第11条第1項に規定する都道府県循環器病対策推進計画

上記の計画については、地域の実情に応じて、成育医療等に関する計画と一体的に策定しても差し支えないこと。

### 第3 成育医療等に関する計画の推進等

#### 1 成育医療等に関する計画の推進体制

成育医療等に関する計画を推進するため、第2の4の(1)・(2)の協議の場を設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるような体制を構築することが望ましいこと。

## 2 成育医療等に関する計画の推進状況の把握、評価及び再検討

成育医療等に関する計画の実効性を高めるためには、具体的な数値目標の設定と客観的な検証・評価を行い、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していくことが重要である。このため、第2の3の(4)に示すとおり、施策の目標、推進体制、目標を達成するための方策、評価・見直し方法（評価を行う組織を含む。）等について、あらかじめ計画の中で明らかにした上で、計画策定から3年後を目途に計画の中間評価を行うとともに、計画策定から6年後を目途に、計画の最終評価を行った上で、成育医療等基本方針の変更内容も踏まえ、計画の見直しを行うことが望ましいこと。ただし、評価指標のデータ等は、計画期間に関わらず、経年推移を把握する必要がある。

また、計画の策定に当たっては、各地方公共団体において評価指標を把握することとなるが、当該評価指標については、当該地方公共団体における事業の評価への活用が有用であるのみならず、国において全国的な視点から評価等を行うことにより、地域間の健康格差の是正等に資するものである。このため、各地方公共団体においては、把握したデータを、国と共有することが可能となるような体制を整えていただくよう、願います。