

## これまでの検討会(第1回、第2回)での主なご意見

### 1. 第1回検討会での主なご意見

#### <市区町村、県型保健所の体制>

- 都道府県や県型保健所の調査は、回答者によって違ってくる可能性がある。都道府県ごとの回答表があるが、H27年でできていることが翌年以降できていないというのはちょっと考えられないと思う。
  
- 県型保健所に関して、ゼロの都道府県も多くあり、多分これはずっとゼロになる可能性もある。例えば東京都などそうだが、区市町村との仕切りがそれなりにしっかりできていると、「健やか親子」の目標だから、都の保健所にこうしなさいと言ってもなかなか動きは難しいのではないか。今後、最終評価の目標値等は変えたほうがいいのか。
  
- 今回の計画で県型保健所という指標が入った背景は、基本的に母子保健のサービスは市町村だということにはなっているのだが、第1次健やか親子21の最終評価のときに地域格差という問題が非常に大きな評価として出てきた。地域格差の問題をどこがコントロールするのかということ、より全体を包括するところで評価をしていく必要がある。例えば都道府県内の市町村格差の是正のためにどこが何をやるのかとなってくると、やはり都道府県だろうということで、こういう指標になった。ただ、現実的に、今後、母子保健に関する都道府県や国の役割といったものをどう考えていくのかという本質的な議論にも将来なっていくかと思う。
  
- 県型保健所の役割というところだが、地域保健法により住民に身近なサービスは市町村が主体ということで、保健所としては、専門的・広域的な業務を行うという位置づけとされた。対住民への直接の事業がとても少ないという状況のため、母子保健に対してどのような役割が果たせるのかというような悩みを抱えているというのが現場の声。その中で、この「健やか親子21」の報告書や指標を活用しながら、市町村の格差を解消するための検討・支援を行うように保健所では努力しているところ。ただ、対住民のサービスが非常に少なくなってきたため、地域がなかなか見えにくくなったというところ

は現状としてある。

#### <メンタルヘルス —妊産婦—>

- EPDS 9 点以上を示した人のフォローという、非常にハイリスクアプローチになってくる。いわゆるハイリスクアプローチに関しては各県非常に頑張っているが、その前に、ハイリスクになる前からのいわゆるポピュレーションアプローチで色々支援をしているというような取組が、こちらでは見えない。ハイリスクアプローチも非常に大切な指標だとは思いますが、市町村のいろんな取組がもう少し現れる指標や調査が補助的に必要ではないか。
- 産前産後の育児において心の問題が大きく、これは学校に入ってからもそうだが、非常に重要な核となるテーマだと思う。

#### <メンタルヘルス —男性の産後うつ—>

- 父親の育児の状況が非常に大きく変わっており、実際、父親の産後うつというのが今クローズアップされている。我が国でも、ほぼ産婦と同じぐらいの割合で父親の産後うつがある。これはアメリカでもほぼ同じで、約10%という報告があり、この問題というのも「健やか親子21」の中で今後考えていく課題だと思う。

#### <メンタルヘルス —学童・思春期—>

- 十代の自殺死亡率について、十代の前半は増えて、後半は減っている。数としては、2018年は599で、その前年から32人増えているということで、子どもの数が減りながら実数として増えているということはやはり大きな問題。一時期、我が国は自殺が3万5000人ぐらいあったが、今はもう約2万人で相当改善された一方で、子どもの自殺についてはなかなか難しい状態にある。「健やか親子21」の今回の課題として、やはり心の問題が子どもに関しても非常に大きな問題であるため、このあたりの取組をしっかりと認識するという意味でも、指標の評価の書きぶりについては、統計学的には変わらないのだけれども、変わらないことが問題であるといったようなことがきちんと表現されるように望む。

#### < 歯科保健 >

- 小児期においては虫歯の予防のみならず、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非常に必要である。赤ちゃんが母乳を飲むところから、咀嚼、嚥下、そして構音障害といったことをここでしっかり獲得していかないと、将来、高齢になったときの口腔機能の低下というところに結びつくのではないかと考えている。「健やか親子」の中でも、こういった口腔機能の発達に関する指標が組み込まれることが非常に望ましい。
- 今、40代、50代の歯周病対策、非常に苦慮するところ。十代の学校教育の中で歯肉炎を自分で予防しましょうということをやってもらえると、将来、40代、50代になったときの予防になるのではないかと考える。

#### < 学校保健 >

- 学校保健委員会については、保健主事や養護教諭がやろうと思ってもなかなかどうしていいかわからない。学校長の判断。学校長がやると言ったらすぐ立ち上がってできる。ただ設置するだけでなく、年2回、3回はやる。構成員としては、まずは学校長、保健主事、養護教諭、それから学校三師。学校医、学校歯科医師、薬剤師。それと学校側では教務主任なり学年主任なり、そこから始めて、究極は保護者、PTAの役員も入れていく。その上、生徒、児童が入って考えていくということ。実際、学校の保健委員会とはまた違い、そういう組織でやっている。この指標の目標も100%にしてほしい。やっていないところはどうしたのといったら、学校長の判断でできないと。学力ばかり上げること考えているが、心と体の健康なくして学力が上がるか。
- 日ごろ、学校保健委員会のほうで、外部の先生たちと共に、健康的に生活していくに  
はどうしたらいいかということと一緒に考えられるとよい。産婦人科医や小児科医、助産師も活用していただき、日ごろからの連携をぜひお願いしたい。

#### < 痩せ、肥満、食事 >

- 子どもの痩身、やせの問題。痩身傾向児の低年齢化が考えられるというところで、高校2年生で評価するだけではなく、年代ごとに、特に問題になって

いる年代での評価を積み上げていくべきではないか。思春期やせ症の予測モデルの研究、低出生体重児たちの予後に関する研究が今後必要ではないか。

- これに関しては肥満の問題とあわせて考えなければいけない。特に肥満の問題とやせの問題、朝食の欠食の問題、これは経済問題、子どもの貧困問題、若い世代の貧困問題、この辺と全部連動してくる話だと考える。（指標5「児童・生徒における肥満傾向児の割合」で示された）年齢区分別の摂取エネルギーの推移がいずれも減少傾向にあるが、成長期の子どもたちの食事、摂取エネルギーの減少は大きな問題で、痩身傾向のほうに直結してくる。個別の指標にしておくべきなのか、連動させるべきなのかというところも改めて考える必要があるのではないか。
- 「朝食を欠食する子どもの割合」について、悪化しているという評価は、まさにそのとおりだと思う。子どもたちが朝食をとらない割合が増えてきていることは、親の年代の朝食欠食、家庭全体での朝食欠食という問題がベースにはあるのではないか。20代、30代の女性の朝食の欠食がかなり高い数値で推移しており、非常に高かった時期の方々が今ちょうど小学生、中学生の親になっている。そういう人たちの朝食欠食そのままが続いていくということを見ると、今後、小学生、中学生の朝食欠食がそのまま次世代に大きく影響していく可能性ということについても、警鐘を鳴らしたほうがいいのではないか。
- 高校生の調査では、98%ぐらいは朝食をとってきている。ただ、とり方が問題であり、ゼリー系のちょっとした補食のようなものを朝食としてカウントしている生徒も中には見受けられる。
- 教育振興基本計画第3期の指標では、毎日同じくらいの時刻に寝ている、毎日同じくらいの時刻に起きている児童生徒数がある。生活のリズムが変わってきており、中学3年生のところが悪化している。受験勉強や塾で夕飯が遅くなり、朝が遅くなり、食べないで出かけていくというような、朝食だけを見ても原因が幾つもあると感じている。今後分析する上でのいろいろな指標を絡めていくときに、そういう全体的なものも把握しながら評価が進むとい

い。

- 朝食をとらないということに関しては、社会的状況が非常に変わってきている状況で、子どもの貧困や親の教育力など、そういう中では本当に朝食をつくるのが難しい親が増えてきているという実態がある。お母さん頑張れ、頑張れというだけではなく、そういうところをどうしていくのかについての視点も必要ではないか。

#### <性感染症>

- 梅毒の増加は看過できない状態。梅毒以外の性感染症と乖離して、梅毒だけが aumentando ということも踏まえながら、もし妊娠中に感染した場合にはお腹の子どもに対する影響も大きい。今後の評価項目に挙げることについても考えてもよい。
- 梅毒の急増については、十代に限ったことではなく、全世代で増えており、原因について国の機関でしっかり解析していただきたい。どんな株が増えているのか、薬剤の耐性の問題はどうか、感染経路は国内か海外か、いろんな検討の余地があるため、ぜひお願いしたい。

#### <十代の性に関する課題、性教育、健康教育>

- 十代の中絶については、最終目標よりも、もっと低くなって当然。もっと十代の中絶を減らす方向で目標値の再設定を。
- 中絶は減少しているが、15歳未満の出生数はむしろ上昇傾向。昭和50年代に比べると15歳未満の子どもの出生がふえている。十代の子もたちの避妊に対する認識度、避妊の手段、緊急避妊薬もオンライン診療において対面不要で手に入るというような見直しもあるが、それについても、子どもたちがもっと知らないと、どれを選択していいか分からないのではないか。「健やか親子21」には性に対する教育のところが前面に出てこなかったのも、検討する必要があるのではないか。

- 15歳未満、14歳までに産むということは、13歳までに妊娠している可能

性も高い。国内では性交同意年齢は13歳となっており、これも諸外国に比べて低い年齢に設定されていること自体問題があるかと思うが、それでも13歳やそれ以前に妊娠している例も多数ある。やはり学校教育の中で性の問題を小学校から取り扱わざるを得ない、そうしていく必要があるという一つの根拠である。

- 十代の妊娠というのは、例えば社会から孤立した子ども、居場所がない子ども、家庭内で面前DVなどに遭って家庭に居場所がないといった社会的な問題もかなりあるため、そのような総合的な取組が必要。その点についても、この国民運動の中で問題として取り扱ってもらいたい。
- 学童期、思春期から成人期に向けた保健対策に取り組んでいる地方公共団体の割合ということで、自殺、性、薬物について、特に薬物の場合では、妊娠もそうだが、そういうことになってしまうと社会的にすごく批判を浴びるため、もっと予防のところに力を入れていく必要がある。ここが参考とする指標のままでいいのか。この辺にもっと取り組んでいくことで、実態の子どもたちやお母さんたちがいろんな意味で健康に近づいていくのではないか。
- 15歳未満、14歳、13歳の子の相談を受けると、ほとんどが、妊娠をしたら生理がとまることを知らなかったと言う。性教育の不足はもちろん自明のことだが、生理が始まって間もなく、不規則であるということも加えて、妊娠をすると生理がとまる、つまり、生理がとまったら妊娠の可能性があると思うことすらできない状況にある。この産んでいる子たちというのは、中絶を選択することができない時期まで来てから、腰が痛くて、部活でレントゲンを撮ったらおなかに赤ちゃんがいると言われたみたいところでやっと分かるような子たちだということを知っていただきたい。

#### <児童虐待防止>

- 〇カ月〇日死亡が今防がなければならない喫緊の課題だが、そこで母子手帳交付や妊娠の届出がほぼ全員なされていなかったという厚労省の発表もあったかと思う。出産後の母子手帳交付の数というのも入れるとよりよい参考指標になってくるのではないか。

## 2. 第2回検討会での主なご意見

### 【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】

#### <マタニティマーク>

- 基盤C指標4（マタニティマークを知っている国民の割合）の年代別、男女別をみると、年代が行くほど、26年度と比べて29年度は認知されているのですけれども、若い方たち、20代、30代ではむしろ女性では逆転している。本当に使う立場の人たちに近い年齢では、かなり周知が必要ではないかなということが見えてくる。指標の数値は全体に上がっているとはいえ、本当に必要な層に対してはまだまだ取組が必要である。
- マタニティマークはあくまでも手段であるため、それをつけたことによる効果（妊娠中に特別な配慮を受けたことがあるなど）について、実感値としてどうだったかということも知りたい。あわせて、周りの人がマタニティマークを見たときに何らかの配慮をしたことがあるかどうかということも把握できるといい。
- マタニティマークの効果としては、妊婦さんへの環境面での配慮というだけではなく、外見上妊婦さんをアピールできない妊娠初期の方が、例えば緊急時に緊急搬送をするような場面にあったときに、妊婦さんであることを配慮した上での緊急対応がなされるというメリットもある。そうしたメリット、効果についても加えた形でもう少し周知をしてもいいのではないかな。

#### <父親の育児参加>

- 基盤C指標5（積極的に育児をしている父の割合）について、これからは父親の参画というのが非常に重要になってくると思う。欧州諸国では父親も母親と同じぐらい家事・育児をするという割合が8割、9割という国もある中で、日本ではまだまだ少ないということもあり、子どもの年齢が上がるにつれて指標の数値が低くなっていることなど、もっとしっかり見ていくべき。
- 指標は改善しているとはいえ、ベースライン値47.2%から直近値59.9%と微増。一方で、子育てに費やす時間で見ると、日本は6歳未満の子どもを持つ夫の時間は83分。これはアメリカ、ドイツ、先進国では最低水準。そういう

時間的な視点を評価軸に入れた評価・分析も必要ではないか。

- 子育て中の親にとっては、家の中で育児と同時に家事もあり、例えばそういう役割分担において、育児はしていないけれども、父親はちゃんと家事をやっているなど、そういう形も多くなってきているのではないか。そうした視点も反映させることが必要ではないか。

#### <県型保健所の役割>

- 地域保健法の中では保健所が市町村を支援するという役割がある。県型保健所などに関する指標を改善させるような対策、これをどのように外に出していくか、見える化していくかというところで、もう一度保健所の役割を再認識するような働きかけが必要。このままだと地域の母子保健は崩壊していく。やはりこれは保健所の大事な業務だと思う。
- 関連する指標について、やっているかどうかということに関しては、そんなに悪くなかったり、良くなったりしているということだが、これは質の問題がすごく問われてきている。実際に何をやっているのか、最低でもこういうことをやるべきではないかというものを質問の選択肢の中に入れて、指標の調査とした。その中で本当の実態を把握しようということと同時に、市町村、都道府県にぜひこういうことをやっていただきたいというメッセージでもあるということが、第2次の策定時この指標を決めるときの議論だった。
- 県型保健所の役割について。それぞれの指標において、質問の中で全ての項目について丸がついているところが支援をしているという県型保健所の評価だというふうになっている。実際の県型保健所の役割、動きの中で、例えば段階的に支援をスライドしていく。そのため、3つの指標全てを実施しているという時期ばかりではなく、その時期が経過すれば、段階的に市町村の事業としてスライドしていき、市町村が主体的に関われるような支援に少しずつ手を離していくような形を取っているところが多いかと思う。いずれかの取組を実施しているところも評価の対象とすると、県型の保健所の役割というところでも現れてくる。



【重点課題① 育てにくさを感じる親に寄り添う支援】

＜発達障害を知っている国民の割合＞

- 発達障害は、医学的な進歩等でかなり複雑になり、マスコミ等も色々な情報を出していて、今まで知らなかったけれどもこういう発達障害もあるのだなという感じになった。むしろ知っていると言いくくなっている状況に今あると思う。「言葉だけは知っていた」というところをむしろ評価してはどうか。発達障害の全体像まで詳細に詳しく知っているとするをを目指すのはどうなのかと少し思う。単純に指標が「悪くなっている」と評価しにくいのではないか。
  
- 児童発達や放課後デイなどもたくさん増えていて、学校に行っている子どもたちもそのような支援を受けている子どもたちがすごく増えている中で、この調査は、発達障害を簡単に知っていると言えないような調査になっているのではないか。現状と乖離しているのではないか。悪くなっているとは言いくいものがある。
  
- 学校現場は20年前から障害児教育、養護教育から特別支援教育、そして今はインクルーシブ教育にと。境界児を含めて、それを巻き込むということで、昔の養護学級、今は特別支援学級と言うが、大阪市では倍以上に取り組んでいるということ。20年取り組んでいる中で、その教え子が分かっているはずだが、なぜこういう答えが出るかというのは疑問に思う。
  
- LDやADHD、境界児童。一々抜き出さなくても学級へ入り込んで手厚く教えているというのが学校の現状。この認知の低さは、本当に言葉だけのことなのか。実際に学校現場は取り組んでいるということを分かってもらいたい。
  
- 知ってもらうことはとても大事。20年ぐらい前だと、障害の重たい子しかキャッチアップ、フォローできなかったが、今はその年代のフォローされた重たい子たちのほうが適応的な暮らしをしており、フォローされなかった軽度の子たちが思春期、青年期になって色々な不適応なことが出ている。小さなときにきちんと発見されて、ちゃんとサポート体制がとれることで安心した成長につながる。このことはとても大切なことであり、知っている割合というのは、このまま

入れるべき。

- 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」について。年齢が上がり3歳になってくると3割ぐらいの人はゆったり過ごせていないという構造になっている。社会的な要因や、子ども自身の発達として、そろそろイヤイヤ期、反抗期が入ってくるということ。育休が一番長い人でも切れて社会復帰するという。年齢が上がるに従ってゆったり過ごせなくなっているということ新たに課題として分析なり、取組が必要。
- 指標2「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合」について。育てにくさを感じる事が問題ではなく、感じたときにサポートがあるかどうか問題。この親御さんがサポートを受けられているかどうかということとリンクできるような指標なり調査なりが必要。
- 参考資料4「就学前の障害児に対する通所施設の利用者数」について。これは実感としても、サービスの一元化や、発達障害の周知や、就学前の例えば診断がなくても支援を受けられるというところで素晴らしく伸びている。発達障害に長く関わっている者としてはとてもいいと思う半面、一連の質問で発達障害の社会性を知っているかどうかとかいうところで親の心配を過剰に煽るようなところもあるだろう。また就学前で多くの方が利用すると、財源は限られているため、本当に必要な子どもたちがなかなか使えないという実情も出てきている。すごく広がって拡充はしているが、必要とされる子どもへの支援の内容とか質というのも今後検討するべき。
- 育てにくさの各指標が障害児や発達障害に偏っているような気がする。グレーゾーンである方や、その可能性を認めない親、それ以外の子ども達も含めて捉えていった方がいい。

#### 【重点課題② 妊娠期からの児童虐待防止対策】

##### ＜児童虐待による死亡数＞

- 指標1は死亡事例等の検証結果からの事例で評価するとされているが、それは今分かっている事例だけの検討。虐待だと分からないで死亡している事例

がたくさんあり、氷山の一角にすぎない。この報告書だけに基づいて、人数が減ったとすることには非常に違和感がある。虐待死を把握する一つの手段にすぎない報告書でもって評価をすることにとっても抵抗がある。

- 数値をもって「改善した」とするのは余りに現実とかけ離れている。少なくとも「評価できない」もしくは「変わらない」という形の評価が適当。分析シートの「残された課題」にChild Death Reviewの記載があるが、きちんとした把握をとにかくしないと、この問題に関しては次の糸口が見えないということ強調すべき。
- 最終目標（10年後）はゼロではないかと思う。理想であればゼロで、現実的にそれが可能かどうかというところはあるが、目指すべきはゼロだろうと思う。

<体罰や暴言等によらない子育てをしている親の割合>

- 指標2について。3歳児では60%ぐらいであり、逆に言うと、40%ぐらいは叩いたり、暴言を吐いたりしているということ。ここはとても大きな問題。体罰や暴言によらない子育てを親に教えていく、伝えていく取組というのがこれから必要。
- こういう数字だけが出ると、親御さんが非常に悪いようになってしまうが、お母さん達が叩かない、暴言をしない子育てを知っているかどうか。イライラしたら離れるとか、ペアトレなどをしっかりお母さん達に伝えていくということが課題。ゼロを目指すとしたら、具体的な方法が必要。子育ては色々大変なので、そういうことも含めて課題の中に入れていくことが大事ではないか。
- 3・4か月児と1歳と3歳児、年齢が上がるほど虐待をしている可能性が高いという数値。その前の重点課題①の育てにくさを感じる親に寄り添う支援の中では、「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」は、3歳児のほうがゆったりとした気分で子どもと過ごせる母親の割合が減少する。そういうところもある程度相関関係があると思うので、分析、課題

として何らか触れられないか。

<妊娠届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自治体の割合>

- 「把握するための体制を整えている自治体」としたほうがよりその実態に即しているのではないか。この指標だと98%の自治体が把握できているというようなインパクトを与えてしまう。
  
- 妊娠届時のアンケートで把握としている市町村と、複数回保健師さんや助産師さんが面接をして継続的に状況把握をしているところと、非常に差があるという状況が見られている。体制の質の評価ということも次の段階として検討が必要。

<乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業を実施している市区町村>

- 対象家庭だけでも訪問できなかった。つまり、拒否をされたりとか、居留守だったり、訪問できなかったことそのものがある意味リスクの現れなので、その改善に取り組むことが課題。
  
- 全てに訪問できなかった理由として、もしかしたら予算の問題がないか。市町村として気になるが予算が無いからもう行けないみたいなことになると変であり、検討が必要。
  
- 市町村によっては、児童虐待防止の知識に関して余り十分ではないと考えられるような方々が訪問しているという状況もあると聞いているため、ある程度児童虐待に関して知識がある専門職の訪問という形で、質の点で評価をしてもらいたい。
  
- 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をする体制がある県型保健所の割合」について。これは第1次計画策定時に、保健所で先駆的にMCG (Mother & Child Group) や、東京都の南多摩保健所、埼玉県、愛知県もやっており、保健所として先駆的にこれをやっていくのだという機運があった。第1次の中でもやっている保健所の率はどんどん低下してきたが、それを今度は市町村への支援も含む体制があるということで少し対象を拡大して、2次では言葉を変えて指標

になったと理解している。そのため、そもそもグループ活動等による支援（市町村への支援も含む）体制がある県型保健所というのを個別に指標化しなければならないほどの大きいものなのかどうかということは、ぜひとも最終評価のときには検討すべき。

- 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」について。MSWが連携窓口になっていることが多い。大阪府は2次、3次の救急病院の継続更新の認定要件の一つに、この指標そのものを必須項目にした。3年に一度継続の認定更新が行われるため、大阪府では3年間で100%になる予定。また、その支援を児童虐待防止医療ネットワーク事業を利用して行っている。
- これだけ虐待に関する啓発が進んだということで、前の世代の人たちが虐待と捉えていたことと今の捉え方が文化的にも大きく変わってきているという中では、潜在化されていたものが顕在化したということもある。今の御両親が昔の子育て家庭に比べて虐待をしてしまう人がふえているのかというと、それは分からないと思う。本当に危惧されるということがある一方で、これだけやってきたことで顕在化されてきた面もあるというところをどこかに入れてもいいのではないかと感じた。
- 学校では、これまでは保護者の同意がないとケース会議もできなかったが、今は保護者の同意が無くても、この子が危ないと思ったらケース会議を開けるようになってきている。身体測定時や体育の更衣時にあざなどがあれば、即開いている。当たり前のことを当たり前にやっていくと救える命があるということを知ってほしい。

#### 【目標の再設定】

##### <朝食を欠食する子どもの割合>

- 朝食を欠食する子どもの割合について。使用するデータが変わったということはあるが、直近値は非常に大変な状況。最終評価目標を緩めるのは、改善すべきものなのに改善できなかったからそのハードルを下げるのだという感じに見えてきて、他の目標値とは意味合いが違う。中高生の飲酒率ゼロ、たばこゼロという理想論と同様に、追いつかないことを前提としていても、

これは非常に重要なメッセージだということが分かるためには、中間目標値と同じでもいいのではないか。

- アンケートは「あなたは毎日朝食を食べますか」で、必ず毎日食べるという者以外は全てはじかれているという内容になっており、「必ず」と言われてしまうと、なかなか答えにくいところがあるのではないか。その辺の整合性はとったほうがいい。
- 小学生の場合には、食べないお子さんが5%程度で固定化しているということがむしろ問題。全体はほとんどが食べていて、食べていないお子さんがほぼ固定化されており、そういうお子さんに対する働きかけという段階。第1次「健やか親子21」の最初の間接評価あたりから既にそういうふうになっている。恐らく各学校ではそういう取組がされていると思う。
- マタニティマークは地域差が結構あり、いわゆる公共の交通機関がしっかり発達しているところは非常に高いが、そうでないところは非常に低い。この5年間で12~13ポイント上がっているものをまた同じだけ上げることは結構大変で、その6掛けとか半分ぐらいにしておいたほうがいいのではないか。

#### 【新規の指標や課題】

- スマートフォンなどのICT端末と子育てとの関係については、第2次計画策定時にも課題とされていたが、科学的エビデンスが無いことや、当時は疾病という形で評価されていなかったということで見送りになった。しかし、最近ICD-11でゲーム依存症として疾患と認定されたこと、また今回の子育て調査の中で、スマートフォンなどが子育てにどのような影響があるかという質問に対して、「どちらかという悪い影響がある」51.5%。「わからない」32%、「影響ない」8.4%、「よい」8%であった。2,400人のインターネットの調査だが、それだけ子育てとスマートフォンの利用に関する懸念があることを前提に、今後の取組課題であるというメッセージは送る必要がある。
- 乳幼児の家庭の全戸訪問に関して、実際に会えるか会えないかも含めて、誰が訪問して実際何をやっていて、問題があった家庭に関して何らかの対応、

連携をとっているかのような、そういう市町村の取組に関してもぜひ検討が必要。