

母子保健等の最近の主な動き（令和4年9月下旬～令和5年1月上旬）

第9回協議会以降の主な母子保健関係の事務連絡等は以下のとおり

- 9月15日 「こども」表記の推奨について（令和4年9月15日付け内閣官房副長官補付こども家庭庁設立準備室事務連絡）
- 10月3日 流産・死産等を経験された方への相談支援について（令和4年10月3日付け厚生労働省子ども家庭局母子保健課事務連絡）
- 10月6日 妊娠届出数の状況について（令和4年10月6日付けプレスリリース）
- 10月14日 令和4年度母子保健家族計画事業功労者厚生労働大臣表彰について（令和4年10月14日付けプレスリリース）
- 10月21日 11月は「乳幼児突然死症候群(SIDS)」の対策強化月間です～睡眠中の赤ちゃんの死亡を減らしましょう～（令和4年10月21日付けプレスリリース）
- 11月21日 産後ケア事業における安全管理の推進について（令和4年11月21日付け厚生労働省子ども家庭局母子保健課事務連絡）
- 11月28日 「Child Death Review シンポジウム」を開催します（令和4年11月28日付けプレスリリース）
- 11月30日 子育て世代包括支援センターの実施状況の送付について（令和4年11月30日付け厚生労働省子ども家庭局母子保健課事務連絡）
- 「第11回 健康寿命をのばそう！アワード」～受賞企業・団体・自治体を決定し、表彰式を開催しました～（令和4年11月30日プレスリリース）
- 12月1日 「不育症検査費用助成事業」の助成対象検査について（令和4年12月1日付け子母発1201第1号厚生労働省子ども家庭局母子保健課長通知）
- 先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング）の精度管理機関について（令和4年12月1日付け厚生労働省子ども家庭局母子保健課事務連絡）
- 12月19日 「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルの改訂等について」（令和4年12月19日付け厚生労働省子ども家庭局母子保健課事務連絡）
- 12月28日 出産・子育て応援交付金事業に係る関係団体への協力依頼について（令和4年12月28日付け厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室・厚生労働省子ども家庭局母子保健課連名事務連絡）

事 務 連 絡
令和4年9月15日

各府省庁ご担当 各位

内閣官房副長官補付
こども家庭庁設立準備室

「こども」表記の推奨について（依頼）

本年6月に「こども家庭庁設置法（令和4年法律第75号）」及び「こども基本法（令和4年法律第77号）」が成立・公布され、「こども家庭庁」の来年4月の創設が決まるとともに、こども施策の基本理念が定まりました。

当室では、こども基本法の基本理念を踏まえ、平仮名表記の「こども」の使用を推奨しており、各府省庁からの文書協議に際しても、「子供」や「子ども」を「こども」とする意見を出させていただいているところです。

行政文書（行政機関の保有する情報の公開に関する法律（平成11年法律第42号）第2条第2項に規定するものをいう。）及び法人文書（独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律（平成13年法律第140号）第2条第2項に規定するものをいう。）における「こども」表記について、今般、当室において別添のとおり、その判断基準を整理しました。今後は、こども基本法の基本理念を踏まえ、別添の判断基準を参考に、「こども」表記の使用について適切にご判断いただきますようお願いいたします。

【連絡先】

内閣官房副長官補付

こども家庭庁設立準備室 総括班

岩崎、笹目、鈴木

電 話：(03) 6550-9271

E-mail：rintaro.iwasaki.n5b@cas.go.jp

katsuhiko.sasame.b7z@cas.go.jp

yuka.suzuki.e3w@cas.go.jp

(別添)

「こども」表記の判断基準について

こども基本法（令和4年法律第77号）において、「こども」とは、「心身の発達の過程にある者」と定義している。

同法の基本理念として、全てのこどもについて、その健やかな成長が図られる権利が等しく保障されること等が定められており、その期間を一定の年齢で画することのないよう、「こども」表記をしている。

これを踏まえ、下記の判断基準により、行政文書においても「こども」表記を活用していく。

記

(1) 特別な場合を除き、平仮名表記の「こども」を用いる。

(2) 特別な場合とは例えば以下の場合をいう。

① 法令に根拠がある語を用いる場合

例：公職選挙法における「子供」

子ども・子育て支援法における「子ども」

② 固有名詞を用いる場合

例：既存の予算事業名や組織名

③ 他の語との関係で「こども」表記以外の語を用いる必要がある場合

例：子供期・現役期・高齢期のライフサイクル

(「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画～人・技術・スタートアップへの投資の実現～」(令和4年6月7日閣議決定))

事務連絡
令和4年10月3日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 母子保健主管部(局) 御中

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

流産・死産等を経験された方への相談支援について

母子保健行政の推進につきましては、かねてより格別のご配慮賜り、厚く御礼申し上げます。

流産・死産等子どもの死を経験された方に対しては、関係者による情報共有や、精神的負担軽減のための配慮等が重要であり、子母発 0531 第3号「流産や死産を経験した女性等への心理社会的支援等について」により、地域の実情に応じたきめ細かな支援を行うための体制整備を依頼したところです。

今般、流産・死産等を経験された方への、相談支援等を行う都道府県等の相談窓口をとりまとめて、厚生労働省のウェブサイト上に公開いたしました。各都道府県等におかれましては、相談窓口の調査にご協力いただき、ありがとうございました。相談窓口の情報については、来年度も更新を予定しておりますので、令和4年度予算「性と健康の相談センター」事業も活用の上、流産・死産等を経験された方へのきめ細かな相談支援の推進をお願いいたします。

また、令和3年度調査研究事業において作成した子どもを亡くした家族に関わる方々向けのグリーフケア及び相談支援の手引き等についても、ご活用ください。

厚生労働省ウェブサイト 流産・死産等を経験された方へ

(URL) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_27342.html

令和3年度子どもを亡くした家族へのグリーフケアに関する調査研究

・手引き(自治体担当者向け、産科医療機関向け等)

(URL) <https://cancerscan.jp/news/1115/>

照会先

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

担当：内田、田村、松村

直通：03 - 3595 - 2544

令和4年10月6日(木)

【照会先】

子ども家庭局 母子保健課

課長補佐 吉川(内線 4986)

課長補佐 向 (内線 4983)

(電話代表) 03(5253)1111

報道関係者 各位

妊娠届出数の状況について

このたび、令和3年8月から10月までの妊娠届出数の状況(速報値)について自治体に照会し、別紙のとおり取りまとめましたのでお知らせします。

令和3年8月以降の届出件数と、前年同月との比較は次のとおりです。

○令和3年8月の妊娠届出数は67,158件であり、前年同月の68,291件と比較すると1.7%減。

○令和3年9月の妊娠届出数は66,350件であり、前年同月の71,615件と比較すると7.4%減。

○令和3年10月の妊娠届出数は64,551件であり、前年同月の74,839件と比較すると13.7%減。

また、令和3年1～10月の累計妊娠届出数は705,134件で、前年同期間の726,100件と比較すると2.9%減であり、地域保健・健康増進事業報告で報告されている過去6年の妊娠届出数の対前年度比(参考2)と比較しても、大きな変化はありませんでした。

厚生労働省では、妊娠届出数の状況について、年度ごとに地域保健・健康増進事業報告により公表を行っています。一方、本取りまとめは、新型コロナウイルス感染症の流行が妊娠活動等に及ぼす影響を把握することを目的に、臨時的な対応として、令和2年10月以降、月別の妊娠届出数の状況を速報値として取りまとめ、その結果を6回にわたり公表してまいりましたが、その目的を一定程度達成できたと考えられることから、今回をもって終了いたします。

なお、年度ごとの妊娠届出数の状況については、引き続き、地域保健・健康増進事業報告により公表を行ってまいりますので、念のため申し添えます。

(参考1) 妊娠届出について

- ・妊娠届出は、母子健康手帳の交付や妊婦健康診査、両親学級、産前産後サポート事業などの母子保健サービスが適切に住民に行き届くよう、市町村が妊娠している者を早期に把握するための制度である。
- ・法令上、妊娠届出時期について時限は定められていないが、厚生労働省では、妊娠11週以下の時期の届出を勧奨しており、令和元年度には93.5%の妊婦が、妊娠11週までに届出を行っている。
- ・なお、多胎妊娠の場合、児の数にかかわらず1件として届出がなされる。

(参考2) 過去の妊娠届出数の対前年度比(令和2年度地域保健・健康増進事業報告)

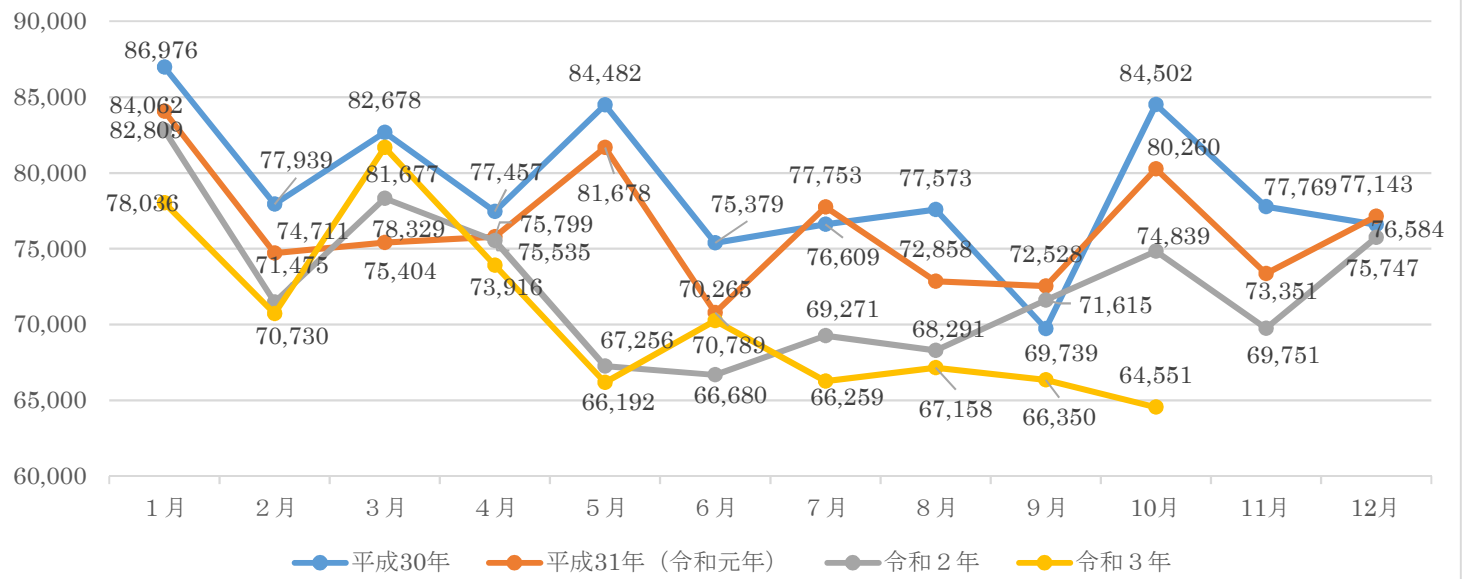
平成27年度 2.1%減、平成28年度 4.2%減、平成29年度 2.3%減、

平成30年度 5.3%減、令和元年度 2.1%減、令和2年度 5.1%減

妊娠届出数の推移等

- 令和3年8月の妊娠届出数は67,158件であり、前年同月の68,291件と比較すると1.7%減。
- 令和3年9月の妊娠届出数は66,350件であり、前年同月の71,615件と比較すると7.4%減。
- 令和3年10月の妊娠届出数は64,551件であり、前年同月の74,839件と比較すると13.7%減。
- 令和3年1-10月の累計妊娠届出数は705,134件であり、前年同期間の726,100件と比較すると2.9%減。

月別妊娠届出数の推移



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
令和3年	78,036	70,730	81,677	73,916	66,192	70,265	66,259	67,158	66,350	64,551			
累計	-	148,766	230,443	304,359	370,551	440,816	507,075	574,233	640,583	705,134			
令和2年	82,809	71,475	78,329	75,535	67,256	66,680	69,271	68,291	71,615	74,839	69,751	75,747	871,598
累計	-	154,284	232,613	308,148	375,404	442,084	511,355	579,646	651,261	726,100	795,851	871,598	-
令和元年	84,062	74,711	75,404	75,799	81,678	70,789	77,753	72,858	72,528	80,260	73,351	77,143	916,336
累計	-	158,773	234,177	309,976	391,654	462,443	540,196	613,054	685,582	765,842	839,193	916,336	-
平成30年	86,976	77,939	82,678	77,457	84,482	75,379	76,609	77,573	69,739	84,502	77,769	76,584	947,687
累計	-	164,915	247,593	325,050	409,532	484,911	561,520	639,093	708,832	793,334	871,103	947,687	-
対前年増減数(月別) <3-2>	△ 4773	△ 745	3348	△ 1619	△ 1064	3585	△ 3012	△ 1133	△ 5265	△ 10288			
対前年増減数(累積) <3-2>	-	△ 5518	△ 2170	△ 3789	△ 4853	△ 1268	△ 4280	△ 5413	△ 10678	△ 20966			
対前年増減率(月別) <3/2>	-5.8%	-1.0%	4.3%	-2.1%	-1.6%	5.4%	-4.3%	-1.7%	-7.4%	-13.7%			
対前年増減率(累積) <3/2>	-	-3.6%	-0.9%	-1.2%	-1.3%	-0.3%	-0.8%	-0.9%	-1.6%	-2.9%			
対前年増減数(月別) <2-元>	△ 1253	△ 3236	2925	△ 264	△ 14422	△ 4109	△ 8482	△ 4567	△ 913	△ 5421	△ 3600	△ 1396	△ 44738
対前年増減数(累積) <2-元>	-	△ 4489	△ 1564	△ 1828	△ 16250	△ 20359	△ 28841	△ 33408	△ 34321	△ 39742	△ 43342	△ 44738	-
対前年増減率(月別) <2/元>	-1.5%	-4.3%	3.9%	-0.3%	-17.7%	-5.8%	-10.9%	-6.3%	-1.3%	-6.8%	-4.9%	-1.8%	-4.9%
対前年増減率(累積) <2/元>	-	-2.8%	-0.7%	-0.6%	-4.1%	-4.4%	-5.3%	-5.4%	-5.0%	-5.2%	-5.2%	-4.9%	-

平成31年及び令和2年、令和3年の1月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	平成31年1月	平成31年1月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年1月	令和2年1月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年1月	令和3年1月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,944	56.1	2,743	52.2	2,641	50.3	△ 201	△ 6.8	△ 102	△ 3.7
青森県	620	49.8	670	53.8	620	49.8	50	8.1	△ 50	△ 7.5
岩手県	620	50.5	618	50.4	587	47.8	△ 2	△ 0.3	△ 31	△ 5.0
宮城県	1,410	61.1	1,338	58.0	1,303	56.5	△ 72	△ 5.1	△ 35	△ 2.6
秋田県	420	43.5	434	44.9	395	40.9	14	3.3	△ 39	△ 9.0
山形県	625	58.0	603	55.9	586	54.4	△ 22	△ 3.5	△ 17	△ 2.8
福島県	1,067	57.8	1,059	57.4	971	52.6	△ 8	△ 0.7	△ 88	△ 8.3
茨城県	1,803	63.0	1,730	60.5	1,624	56.8	△ 73	△ 4.0	△ 106	△ 6.1
栃木県	1,244	64.3	1,155	59.7	1,085	56.1	△ 89	△ 7.2	△ 70	△ 6.1
群馬県	1,140	58.7	1,172	60.4	1,129	58.1	32	2.8	△ 43	△ 3.7
埼玉県	4,799	65.3	4,708	64.1	4,493	61.1	△ 91	△ 1.9	△ 215	△ 4.6
千葉県	3,950	63.1	3,986	63.7	3,748	59.9	36	0.9	△ 238	△ 6.0
東京都	10,447	75.0	10,371	74.5	9,886	71.0	△ 76	△ 0.7	△ 485	△ 4.7
神奈川県	6,277	68.2	6,170	67.1	5,995	65.2	△ 107	△ 1.7	△ 175	△ 2.8
新潟県	1,317	59.2	1,252	56.3	1,150	51.7	△ 65	△ 4.9	△ 102	△ 8.1
富山県	625	59.9	561	53.7	587	56.2	△ 64	△ 10.2	26	4.6
石川県	752	66.1	724	63.6	610	53.6	△ 28	△ 3.7	△ 114	△ 15.7
福井県	504	65.6	497	64.7	490	63.8	△ 7	△ 1.4	△ 7	△ 1.4
山梨県	507	62.5	500	61.7	500	61.7	△ 7	△ 1.4	0	0.0
長野県	1,362	66.5	1,288	62.9	1,134	55.3	△ 74	△ 5.4	△ 154	△ 12.0
岐阜県	1,250	62.9	1,215	61.1	1,111	55.9	△ 35	△ 2.8	△ 104	△ 8.6
静岡県	2,223	61.0	2,199	60.3	1,962	53.8	△ 24	△ 1.1	△ 237	△ 10.8
愛知県	5,566	73.7	5,661	75.0	5,244	69.4	95	1.7	△ 417	△ 7.4
三重県	1,101	61.8	1,058	59.4	1,087	61.0	△ 43	△ 3.9	29	2.7
滋賀県	1,035	73.2	1,081	76.4	1,010	71.4	46	4.4	△ 71	△ 6.6
京都府	1,649	63.8	1,624	62.9	1,559	60.4	△ 25	△ 1.5	△ 65	△ 4.0
大阪府	6,181	70.2	6,197	70.3	5,800	65.8	16	0.3	△ 397	△ 6.4
兵庫県	3,576	65.4	3,544	64.8	3,426	62.7	△ 32	△ 0.9	△ 118	△ 3.3
奈良県	834	62.7	742	55.8	766	57.6	△ 92	△ 11.0	24	3.2
和歌山県	523	56.5	578	62.5	522	56.4	55	10.5	△ 56	△ 9.7
鳥取県	362	65.1	378	68.0	336	60.4	16	4.4	△ 42	△ 11.1
島根県	449	66.6	454	67.4	400	59.3	5	1.1	△ 54	△ 11.9
岡山県	1,311	69.4	1,405	74.3	1,211	64.1	94	7.2	△ 194	△ 13.8
広島県	1,945	69.4	1,842	65.7	1,756	62.6	△ 103	△ 5.3	△ 86	△ 4.7
山口県	835	61.5	785	57.8	690	50.8	△ 50	△ 6.0	△ 95	△ 12.1
徳島県	438	60.2	439	60.3	364	50.0	1	0.2	△ 75	△ 17.1
香川県	639	66.8	600	62.8	547	57.2	△ 39	△ 6.1	△ 53	△ 8.8
愛媛県	825	61.6	756	56.5	719	53.7	△ 69	△ 8.4	△ 37	△ 4.9
高知県	426	61.0	404	57.9	397	56.9	△ 22	△ 5.2	△ 7	△ 1.7
福岡県	3,726	73.0	3,726	73.0	3,399	66.6	0	0.0	△ 327	△ 8.8
佐賀県	588	72.1	580	71.2	533	65.4	△ 8	△ 1.4	△ 47	△ 8.1
長崎県	898	67.7	799	60.2	745	56.1	△ 99	△ 11.0	△ 54	△ 6.8
熊本県	1,289	73.7	1,186	67.8	1,196	68.4	△ 103	△ 8.0	10	0.8
大分県	685	60.4	734	64.7	661	58.2	49	7.2	△ 73	△ 9.9
宮崎県	758	70.6	703	65.5	661	61.6	△ 55	△ 7.3	△ 42	△ 6.0
鹿児島県	1,132	70.7	1,055	65.9	1,072	66.9	△ 77	△ 6.8	17	1.6
沖縄県	1,385	95.3	1,485	102.2	1,328	91.4	100	7.2	△ 157	△ 10.6

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

平成31年及び令和2年、令和3年の2月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	平成31年2月	平成31年2月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年2月	令和2年2月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年2月	令和3年2月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,587	49.3	2,371	45.2	2,269	43.2	△ 216	△ 8.3	△ 102	△ 4.3
青森県	595	47.8	530	42.5	534	42.9	△ 65	△ 10.9	4	0.8
岩手県	569	46.4	536	43.7	548	44.7	△ 33	△ 5.8	12	2.2
宮城県	1,303	56.5	1,196	51.9	1,107	48.0	△ 107	△ 8.2	△ 89	△ 7.4
秋田県	386	40.0	349	36.1	334	34.6	△ 37	△ 9.6	△ 15	△ 4.3
山形県	500	46.4	506	46.9	457	42.4	6	1.2	△ 49	△ 9.7
福島県	966	52.3	961	52.1	910	49.3	△ 5	△ 0.5	△ 51	△ 5.3
茨城県	1,614	56.4	1,475	51.6	1,403	49.1	△ 139	△ 8.6	△ 72	△ 4.9
栃木県	1,053	54.4	1,011	52.3	983	50.8	△ 42	△ 4.0	△ 28	△ 2.8
群馬県	1,125	57.9	956	49.2	962	49.5	△ 169	△ 15.0	6	0.6
埼玉県	4,278	58.2	4,138	56.3	4,061	55.3	△ 140	△ 3.3	△ 77	△ 1.9
千葉県	3,588	57.3	3,385	54.1	3,489	55.7	△ 203	△ 5.7	104	3.1
東京都	9,190	66.0	9,206	66.1	8,969	64.4	16	0.2	△ 237	△ 2.6
神奈川県	5,615	61.0	5,369	58.4	5,377	58.5	△ 246	△ 4.4	8	0.1
新潟県	1,181	53.1	1,019	45.8	1,042	46.9	△ 162	△ 13.7	23	2.3
富山県	561	53.7	550	52.7	475	45.5	△ 11	△ 2.0	△ 75	△ 13.6
石川県	644	56.6	663	58.3	637	56.0	19	3.0	△ 26	△ 3.9
福井県	455	59.2	435	56.6	486	63.3	△ 20	△ 4.4	51	11.7
山梨県	418	51.5	453	55.9	414	51.0	35	8.4	△ 39	△ 8.6
長野県	1,162	56.7	1,080	52.7	1,047	51.1	△ 82	△ 7.1	△ 33	△ 3.1
岐阜県	1,103	55.5	1,007	50.7	1,047	52.7	△ 96	△ 8.7	40	4.0
静岡県	1,901	52.2	1,846	50.7	1,861	51.1	△ 55	△ 2.9	15	0.8
愛知県	4,988	66.0	4,783	63.3	4,811	63.7	△ 205	△ 4.1	28	0.6
三重県	992	55.7	909	51.0	958	53.8	△ 83	△ 8.4	49	5.4
滋賀県	953	67.4	840	59.4	919	65.0	△ 113	△ 11.9	79	9.4
京都府	1,551	60.0	1,352	52.3	1,362	52.7	△ 199	△ 12.8	10	0.7
大阪府	5,453	61.9	5,355	60.8	5,235	59.4	△ 98	△ 1.8	△ 120	△ 2.2
兵庫県	3,214	58.8	3,144	57.5	3,113	57.0	△ 70	△ 2.2	△ 31	△ 1.0
奈良県	707	53.2	634	47.7	706	53.1	△ 73	△ 10.3	72	11.4
和歌山県	470	50.8	469	50.7	458	49.5	△ 1	△ 0.2	△ 11	△ 2.3
鳥取県	331	59.5	294	52.9	274	49.3	△ 37	△ 11.2	△ 20	△ 6.8
島根県	377	55.9	359	53.3	370	54.9	△ 18	△ 4.8	11	3.1
岡山県	1,227	64.9	1,172	62.0	1,158	61.3	△ 55	△ 4.5	△ 14	△ 1.2
広島県	1,727	61.6	1,605	57.2	1,557	55.5	△ 122	△ 7.1	△ 48	△ 3.0
山口県	721	53.1	683	50.3	645	47.5	△ 38	△ 5.3	△ 38	△ 5.6
徳島県	395	54.3	403	55.4	370	50.8	8	2.0	△ 33	△ 8.2
香川県	541	56.6	501	52.4	551	57.6	△ 40	△ 7.4	50	10.0
愛媛県	687	51.3	638	47.6	601	44.9	△ 49	△ 7.1	△ 37	△ 5.8
高知県	343	49.1	316	45.3	349	50.0	△ 27	△ 7.9	33	10.4
福岡県	3,218	63.0	3,110	60.9	3,176	62.2	△ 108	△ 3.4	66	2.1
佐賀県	548	67.2	514	63.1	481	59.0	△ 34	△ 6.2	△ 33	△ 6.4
長崎県	803	60.5	800	60.3	755	56.9	△ 3	△ 0.4	△ 45	△ 5.6
熊本県	1,091	62.4	1,084	62.0	1,057	60.5	△ 7	△ 0.6	△ 27	△ 2.5
大分県	607	53.5	661	58.2	614	54.1	54	8.9	△ 47	△ 7.1
宮崎県	666	62.1	604	56.3	599	55.8	△ 62	△ 9.3	△ 5	△ 0.8
鹿児島県	1,057	66.0	909	56.7	958	59.8	△ 148	△ 14.0	49	5.4
沖縄県	1,250	86.0	1,294	89.1	1,241	85.4	44	3.5	△ 53	△ 4.1

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

平成31年及び令和2年、令和3年の3月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	平成31年3月	平成31年3月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年3月	令和2年3月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年3月	令和3年3月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,611	49.7	2,570	49.0	2,786	53.1	△ 41	△ 1.6	216	8.4
青森県	578	46.4	570	45.7	633	50.8	△ 8	△ 1.4	63	11.1
岩手県	556	45.3	568	46.3	602	49.1	12	2.2	34	6.0
宮城県	1,296	56.2	1,336	57.9	1,352	58.6	40	3.1	16	1.2
秋田県	370	38.3	390	40.4	409	42.3	20	5.4	19	4.9
山形県	577	53.5	519	48.1	560	51.9	△ 58	△ 10.1	41	7.9
福島県	950	51.5	1,011	54.8	964	52.2	61	6.4	△ 47	△ 4.6
茨城県	1,639	57.3	1,636	57.2	1,632	57.1	△ 3	△ 0.2	△ 4	△ 0.2
栃木県	1,101	56.9	1,105	57.1	1,134	58.6	4	0.4	29	2.6
群馬県	1,061	54.6	1,081	55.7	1,087	56.0	20	1.9	6	0.6
埼玉県	4,268	58.1	4,452	60.6	4,671	63.6	184	4.3	219	4.9
千葉県	3,586	57.3	3,778	60.4	3,963	63.3	192	5.4	185	4.9
東京都	9,667	69.4	9,988	71.7	10,213	73.4	321	3.3	225	2.3
神奈川県	5,807	63.1	5,811	63.2	6,132	66.7	4	0.1	321	5.5
新潟県	1,063	47.8	1,171	52.7	1,205	54.2	108	10.2	34	2.9
富山県	551	52.8	560	53.6	587	56.2	9	1.6	27	4.8
石川県	641	56.3	687	60.4	735	64.6	46	7.2	48	7.0
福井県	452	58.9	448	58.3	500	65.1	△ 4	△ 0.9	52	11.6
山梨県	425	52.4	527	65.0	432	53.3	102	24.0	△ 95	△ 18.0
長野県	1,170	57.1	1,213	59.2	1,260	61.5	43	3.7	47	3.9
岐阜県	1,075	54.1	1,085	54.6	1,171	58.9	10	0.9	86	7.9
静岡県	2,100	57.6	2,144	58.8	2,315	63.5	44	2.1	171	8.0
愛知県	5,111	67.7	5,317	70.4	5,538	73.3	206	4.0	221	4.2
三重県	1,015	57.0	1,050	59.0	1,124	63.1	35	3.4	74	7.0
滋賀県	939	66.4	987	69.8	1,015	71.8	48	5.1	28	2.8
京都府	1,426	55.2	1,675	64.8	1,563	60.5	249	17.5	△ 112	△ 6.7
大阪府	5,405	61.4	5,676	64.4	5,956	67.6	271	5.0	280	4.9
兵庫県	3,276	59.9	3,398	62.2	3,569	65.3	122	3.7	171	5.0
奈良県	697	52.4	708	53.2	779	58.6	11	1.6	71	10.0
和歌山県	507	54.8	529	57.2	555	60.0	22	4.3	26	4.9
鳥取県	326	58.6	322	57.9	349	62.8	△ 4	△ 1.2	27	8.4
島根県	375	55.6	411	61.0	444	65.9	36	9.6	33	8.0
岡山県	1,187	62.8	1,200	63.5	1,278	67.6	13	1.1	78	6.5
広島県	1,731	61.7	1,773	63.2	1,846	65.8	42	2.4	73	4.1
山口県	725	53.4	763	56.2	729	53.7	38	5.2	△ 34	△ 4.5
徳島県	341	46.8	386	53.0	420	57.7	45	13.2	34	8.8
香川県	432	45.2	514	53.8	607	63.5	82	19.0	93	18.1
愛媛県	677	50.6	689	51.5	736	55.0	12	1.8	47	6.8
高知県	349	50.0	376	53.9	360	51.6	27	7.7	△ 16	△ 4.3
福岡県	3,383	66.3	3,439	67.4	3,835	75.1	56	1.7	396	11.5
佐賀県	507	62.2	563	69.1	607	74.5	56	11.0	44	7.8
長崎県	803	60.5	813	61.3	808	60.9	10	1.2	△ 5	△ 0.6
熊本県	1,126	64.4	1,241	71.0	1,311	75.0	115	10.2	70	5.6
大分県	646	56.9	654	57.6	691	60.9	8	1.2	37	5.7
宮崎県	682	63.6	706	65.8	713	66.4	24	3.5	7	1.0
鹿児島県	936	58.4	1,092	68.2	1,084	67.7	156	16.7	△ 8	△ 0.7
沖縄県	1,258	86.6	1,397	96.1	1,417	97.5	139	11.0	20	1.4

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

平成31年及び令和2年、令和3年の4月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	平成31年4月	平成31年4月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年4月	令和2年4月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年4月	令和3年4月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,670	50.9	2,503	47.7	2,521	48.0	△ 167	△ 6.3	18	0.7
青森県	596	47.8	577	46.3	509	40.9	△ 19	△ 3.2	△ 68	△ 11.8
岩手県	558	45.5	560	45.6	569	46.4	2	0.4	9	1.6
宮城県	1,221	52.9	1,312	56.9	1,199	52.0	91	7.5	△ 113	△ 8.6
秋田県	392	40.6	394	40.8	375	38.8	2	0.5	△ 19	△ 4.8
山形県	545	50.6	495	45.9	517	48.0	△ 50	△ 9.2	22	4.4
福島県	900	48.8	972	52.7	926	50.2	72	8.0	△ 46	△ 4.7
茨城県	1,549	54.2	1,545	54.0	1,448	50.6	△ 4	△ 0.3	△ 97	△ 6.3
栃木県	1,052	54.4	1,068	55.2	1,000	51.7	16	1.5	△ 68	△ 6.4
群馬県	1,016	52.3	1,068	55.0	1,114	57.4	52	5.1	46	4.3
埼玉県	4,275	58.2	4,191	57.0	4,270	58.1	△ 84	△ 2.0	79	1.9
千葉県	3,504	56.0	3,635	58.1	3,570	57.0	131	3.7	△ 65	△ 1.8
東京都	9,352	67.2	9,275	66.6	9,121	65.5	△ 77	△ 0.8	△ 154	△ 1.7
神奈川県	5,739	62.4	5,586	60.7	5,504	59.8	△ 153	△ 2.7	△ 82	△ 1.5
新潟県	1,090	49.0	1,145	51.5	1,055	47.5	55	5.0	△ 90	△ 7.9
富山県	576	55.2	557	53.4	539	51.6	△ 19	△ 3.3	△ 18	△ 3.2
石川県	660	58.0	710	62.4	605	53.2	50	7.6	△ 105	△ 14.8
福井県	472	61.5	465	60.5	450	58.6	△ 7	△ 1.5	△ 15	△ 3.2
山梨県	455	56.1	483	59.6	480	59.2	28	6.2	△ 3	△ 0.6
長野県	1,201	58.6	1,111	54.2	1,178	57.5	△ 90	△ 7.5	67	6.0
岐阜県	1,072	54.0	1,156	58.2	1,141	57.4	84	7.8	△ 15	△ 1.3
静岡県	2,086	57.2	1,978	54.3	2,027	55.6	△ 108	△ 5.2	49	2.5
愛知県	5,249	69.5	5,126	67.9	5,124	67.8	△ 123	△ 2.3	△ 2	△ 0.0
三重県	1,037	58.2	1,008	56.6	1,039	58.3	△ 29	△ 2.8	31	3.1
滋賀県	919	65.0	907	64.1	915	64.7	△ 12	△ 1.3	8	0.9
京都府	1,547	59.9	1,520	58.8	1,446	56.0	△ 27	△ 1.7	△ 74	△ 4.9
大阪府	5,712	64.8	5,520	62.7	5,358	60.8	△ 192	△ 3.4	△ 162	△ 2.9
兵庫県	3,396	62.1	3,249	59.4	3,301	60.4	△ 147	△ 4.3	52	1.6
奈良県	726	54.6	714	53.7	701	52.7	△ 12	△ 1.7	△ 13	△ 1.8
和歌山県	529	57.2	500	54.1	468	50.6	△ 29	△ 5.5	△ 32	△ 6.4
鳥取県	334	60.1	318	57.2	341	61.3	△ 16	△ 4.8	23	7.2
島根県	368	54.6	362	53.7	398	59.1	△ 6	△ 1.6	36	9.9
岡山県	1,135	60.1	1,197	63.3	1,139	60.3	62	5.5	△ 58	△ 4.8
広島県	1,711	61.0	1,786	63.7	1,629	58.1	75	4.4	△ 157	△ 8.8
山口県	699	51.5	744	54.8	673	49.6	45	6.4	△ 71	△ 9.5
徳島県	388	53.3	418	57.4	407	55.9	30	7.7	△ 11	△ 2.6
香川県	661	69.1	555	58.1	561	58.7	△ 106	△ 16.0	6	1.1
愛媛県	708	52.9	701	52.4	721	53.8	△ 7	△ 1.0	20	2.9
高知県	321	46.0	363	52.0	338	48.4	42	13.1	△ 25	△ 6.9
福岡県	3,413	66.9	3,565	69.8	3,314	64.9	152	4.5	△ 251	△ 7.0
佐賀県	525	64.4	491	60.2	480	58.9	△ 34	△ 6.5	△ 11	△ 2.2
長崎県	790	59.5	811	61.1	711	53.6	21	2.7	△ 100	△ 12.3
熊本県	1,125	64.4	1,215	69.5	1,074	61.4	90	8.0	△ 141	△ 11.6
大分県	642	56.6	624	55.0	616	54.3	△ 18	△ 2.8	△ 8	△ 1.3
宮崎県	661	61.6	672	62.6	670	62.4	11	1.7	△ 2	△ 0.3
鹿児島県	953	59.5	1,102	68.8	1,074	67.0	149	15.6	△ 28	△ 2.5
沖縄県	1,269	87.3	1,281	88.2	1,300	89.5	12	0.9	19	1.5

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

令和元年及び令和2年、令和3年の5月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	令和元年5月	令和元年5月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年5月	令和2年5月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年5月	令和3年5月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,821	53.7	2,318	44.2	2,246	42.8	△ 503	△ 17.8	△ 72	△ 3.1
青森県	649	52.1	495	39.7	485	38.9	△ 154	△ 23.7	△ 10	△ 2.0
岩手県	598	48.7	521	42.5	503	41.0	△ 77	△ 12.9	△ 18	△ 3.5
宮城県	1,325	57.5	1,123	48.7	1,067	46.3	△ 202	△ 15.2	△ 56	△ 5.0
秋田県	372	38.5	356	36.9	337	34.9	△ 16	△ 4.3	△ 19	△ 5.3
山形県	550	51.0	485	45.0	439	40.7	△ 65	△ 11.8	△ 46	△ 9.5
福島県	983	53.3	862	46.7	808	43.8	△ 121	△ 12.3	△ 54	△ 6.3
茨城県	1,705	59.6	1,389	48.6	1,403	49.1	△ 316	△ 18.5	14	1.0
栃木県	1,129	58.4	950	49.1	957	49.5	△ 179	△ 15.9	7	0.7
群馬県	1,129	58.1	953	49.1	991	51.0	△ 176	△ 15.6	38	4.0
埼玉県	4,667	63.5	3,894	53.0	3,754	51.1	△ 773	△ 16.6	△ 140	△ 3.6
千葉県	3,981	63.6	3,269	52.2	3,193	51.0	△ 712	△ 17.9	△ 76	△ 2.3
東京都	10,114	72.7	8,135	58.4	8,210	59.0	△ 1979	△ 19.6	75	0.9
神奈川県	6,225	67.7	4,806	52.3	4,881	53.1	△ 1419	△ 22.8	75	1.6
新潟県	1,200	54.0	981	44.1	972	43.7	△ 219	△ 18.3	△ 9	△ 0.9
富山県	582	55.7	499	47.8	494	47.3	△ 83	△ 14.3	△ 5	△ 1.0
石川県	724	63.6	563	49.5	601	52.8	△ 161	△ 22.2	38	6.7
福井県	492	64.1	406	52.9	438	57.0	△ 86	△ 17.5	32	7.9
山梨県	483	59.6	384	47.3	417	51.4	△ 99	△ 20.5	33	8.6
長野県	1,204	58.8	1,017	49.6	1,010	49.3	△ 187	△ 15.5	△ 7	△ 0.7
岐阜県	1,218	61.3	951	47.9	996	50.1	△ 267	△ 21.9	45	4.7
静岡県	2,120	58.2	1,784	49.0	1,685	46.2	△ 336	△ 15.8	△ 99	△ 5.5
愛知県	5,587	74.0	4,488	59.4	4,396	58.2	△ 1099	△ 19.7	△ 92	△ 2.0
三重県	1,085	60.9	931	52.3	916	51.4	△ 154	△ 14.2	△ 15	△ 1.6
滋賀県	962	68.0	853	60.3	848	60.0	△ 109	△ 11.3	△ 5	△ 0.6
京都府	1,640	63.5	1,338	51.8	1,224	47.4	△ 302	△ 18.4	△ 114	△ 8.5
大阪府	6,024	68.4	4,988	56.6	5,022	57.0	△ 1036	△ 17.2	34	0.7
兵庫県	3,689	67.5	2,914	53.3	2,853	52.2	△ 775	△ 21.0	△ 61	△ 2.1
奈良県	768	57.7	615	46.2	636	47.8	△ 153	△ 19.9	21	3.4
和歌山県	588	63.6	494	53.4	435	47.0	△ 94	△ 16.0	△ 59	△ 11.9
鳥取県	353	63.5	304	54.7	270	48.6	△ 49	△ 13.9	△ 34	△ 11.2
島根県	370	54.9	350	51.9	334	49.6	△ 20	△ 5.4	△ 16	△ 4.6
岡山県	1,263	66.8	998	52.8	1,060	56.1	△ 265	△ 21.0	62	6.2
広島県	1,898	67.7	1,601	57.1	1,460	52.1	△ 297	△ 15.6	△ 141	△ 8.8
山口県	862	63.5	607	44.7	693	51.0	△ 255	△ 29.6	86	14.2
徳島県	443	60.9	350	48.1	329	45.2	△ 93	△ 21.0	△ 21	△ 6.0
香川県	632	66.1	493	51.6	457	47.8	△ 139	△ 22.0	△ 36	△ 7.3
愛媛県	762	56.9	668	49.9	627	46.8	△ 94	△ 12.3	△ 41	△ 6.1
高知県	377	54.0	333	47.7	323	46.3	△ 44	△ 11.7	△ 10	△ 3.0
福岡県	3,630	71.1	3,133	61.4	3,052	59.8	△ 497	△ 13.7	△ 81	△ 2.6
佐賀県	555	68.1	485	59.5	425	52.1	△ 70	△ 12.6	△ 60	△ 12.4
長崎県	863	65.0	780	58.8	695	52.4	△ 83	△ 9.6	△ 85	△ 10.9
熊本県	1,167	66.8	1,012	57.9	921	52.7	△ 155	△ 13.3	△ 91	△ 9.0
大分県	703	61.9	611	53.8	575	50.7	△ 92	△ 13.1	△ 36	△ 5.9
宮崎県	718	66.9	598	55.7	601	56.0	△ 120	△ 16.7	3	0.5
鹿児島県	1,041	65.0	901	56.2	954	59.6	△ 140	△ 13.4	53	5.9
沖縄県	1,427	98.2	1,270	87.4	1,199	82.5	△ 157	△ 11.0	△ 71	△ 5.6

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

令和元年及び令和2年、令和3年の6月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	令和元年6月	令和元年6月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年6月	令和2年6月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年6月	令和3年6月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,420	46.1	2,404	45.8	2,292	43.7	△ 16	△ 0.7	△ 112	△ 4.7
青森県	471	37.8	491	39.4	510	40.9	20	4.2	19	3.9
岩手県	548	44.7	516	42.1	496	40.4	△ 32	△ 5.8	△ 20	△ 3.9
宮城県	1,102	47.8	1,126	48.8	1,155	50.1	24	2.2	29	2.6
秋田県	358	37.1	375	38.8	359	37.2	17	4.7	△ 16	△ 4.3
山形県	473	43.9	436	40.4	464	43.0	△ 37	△ 7.8	28	6.4
福島県	964	52.2	872	47.2	828	44.9	△ 92	△ 9.5	△ 44	△ 5.0
茨城県	1,536	53.7	1,404	49.1	1,486	52.0	△ 132	△ 8.6	82	5.8
栃木県	1,000	51.7	946	48.9	937	48.4	△ 54	△ 5.4	△ 9	△ 1.0
群馬県	1,045	53.8	919	47.3	959	49.4	△ 126	△ 12.1	40	4.4
埼玉県	4,062	55.3	3,689	50.2	4,017	54.7	△ 373	△ 9.2	328	8.9
千葉県	3,353	53.6	3,133	50.1	3,395	54.2	△ 220	△ 6.6	262	8.4
東京都	8,772	63.0	7,935	57.0	8,685	62.4	△ 837	△ 9.5	750	9.5
神奈川県	5,338	58.0	4,892	53.2	5,310	57.7	△ 446	△ 8.4	418	8.5
新潟県	996	44.8	1,008	45.3	996	44.8	12	1.2	△ 12	△ 1.2
富山県	472	45.2	459	44.0	535	51.2	△ 13	△ 2.8	76	16.6
石川県	604	53.1	581	51.1	622	54.7	△ 23	△ 3.8	41	7.1
福井県	456	59.4	427	55.6	449	58.5	△ 29	△ 6.4	22	5.2
山梨県	408	50.3	398	49.1	445	54.9	△ 10	△ 2.5	47	11.8
長野県	1,076	52.5	962	46.9	1,067	52.1	△ 114	△ 10.6	105	10.9
岐阜県	1,026	51.6	1,004	50.5	998	50.2	△ 22	△ 2.1	△ 6	△ 0.6
静岡県	1,856	50.9	1,800	49.4	1,811	49.7	△ 56	△ 3.0	11	0.6
愛知県	4,738	62.7	4,728	62.6	4,795	63.5	△ 10	△ 0.2	67	1.4
三重県	958	53.8	900	50.5	999	56.1	△ 58	△ 6.1	99	11.0
滋賀県	910	64.4	812	57.4	848	60.0	△ 98	△ 10.8	36	4.4
京都府	1,436	55.6	1,222	47.3	1,330	51.5	△ 214	△ 14.9	108	8.8
大阪府	5,291	60.1	4,866	55.2	5,255	59.7	△ 425	△ 8.0	389	8.0
兵庫県	3,169	58.0	2,873	52.6	3,095	56.6	△ 296	△ 9.3	222	7.7
奈良県	686	51.6	657	49.4	599	45.0	△ 29	△ 4.2	△ 58	△ 8.8
和歌山県	476	51.5	428	46.3	461	49.8	△ 48	△ 10.1	33	7.7
鳥取県	287	51.6	294	52.9	325	58.5	7	2.4	31	10.5
島根県	347	51.5	369	54.7	352	52.2	22	6.3	△ 17	△ 4.6
岡山県	1,125	59.5	1,115	59.0	1,098	58.1	△ 10	△ 0.9	△ 17	△ 1.5
広島県	1,519	54.2	1,555	55.5	1,630	58.1	36	2.4	75	4.8
山口県	680	50.1	656	48.3	670	49.3	△ 24	△ 3.5	14	2.1
徳島県	380	52.2	334	45.9	346	47.5	△ 46	△ 12.1	12	3.6
香川県	498	52.1	488	51.0	559	58.5	△ 10	△ 2.0	71	14.5
愛媛県	648	48.4	615	45.9	674	50.3	△ 33	△ 5.1	59	9.6
高知県	343	49.1	338	48.4	346	49.6	△ 5	△ 1.5	8	2.4
福岡県	3,212	62.9	3,073	60.2	3,355	65.7	△ 139	△ 4.3	282	9.2
佐賀県	497	61.0	474	58.2	484	59.4	△ 23	△ 4.6	10	2.1
長崎県	769	58.0	698	52.6	761	57.3	△ 71	△ 9.2	63	9.0
熊本県	1,115	63.8	1,057	60.5	1,094	62.6	△ 58	△ 5.2	37	3.5
大分県	647	57.0	561	49.4	585	51.5	△ 86	△ 13.3	24	4.3
宮崎県	630	58.7	628	58.5	644	60.0	△ 2	△ 0.3	16	2.5
鹿児島県	941	58.7	900	56.2	928	57.9	△ 41	△ 4.4	28	3.1
沖縄県	1,151	79.2	1,262	86.9	1,216	83.7	111	9.6	△ 46	△ 3.6

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

令和元年及び令和2年、令和3年の7月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	令和元年7月	令和元年7月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年7月	令和2年7月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年7月	令和3年7月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,659	50.6	2,323	44.2	2,244	42.7	△ 336	△ 12.6	△ 79	△ 3.4
青森県	620	49.8	543	43.6	523	42.0	△ 77	△ 12.4	△ 20	△ 3.7
岩手県	536	43.7	557	45.4	469	38.2	21	3.9	△ 88	△ 15.8
宮城県	1,309	56.8	1,077	46.7	1,052	45.6	△ 232	△ 17.7	△ 25	△ 2.3
秋田県	388	40.2	332	34.4	330	34.2	△ 56	△ 14.4	△ 2	△ 0.6
山形県	541	50.2	476	44.2	481	44.6	△ 65	△ 12.0	5	1.1
福島県	1,003	54.3	905	49.0	814	44.1	△ 98	△ 9.8	△ 91	△ 10.1
茨城県	1,660	58.0	1,365	47.7	1,388	48.5	△ 295	△ 17.8	23	1.7
栃木県	1,026	53.1	998	51.6	894	46.2	△ 28	△ 2.7	△ 104	△ 10.4
群馬県	1,078	55.5	987	50.8	893	46.0	△ 91	△ 8.4	△ 94	△ 9.5
埼玉県	4,449	60.5	3,774	51.3	3,753	51.1	△ 675	△ 15.2	△ 21	△ 0.6
千葉県	3,652	58.3	3,211	51.3	3,248	51.9	△ 441	△ 12.1	37	1.2
東京都	9,740	70.0	8,491	61.0	8,106	58.2	△ 1249	△ 12.8	△ 385	△ 4.5
神奈川県	5,761	62.6	4,960	53.9	4,836	52.6	△ 801	△ 13.9	△ 124	△ 2.5
新潟県	1,124	50.6	1,046	47.1	996	44.8	△ 78	△ 6.9	△ 50	△ 4.8
富山県	524	50.2	495	47.4	494	47.3	△ 29	△ 5.5	△ 1	△ 0.2
石川県	645	56.7	577	50.7	600	52.7	△ 68	△ 10.5	23	4.0
福井県	486	63.3	423	55.1	407	53.0	△ 63	△ 13.0	△ 16	△ 3.8
山梨県	476	58.7	399	49.2	397	49.0	△ 77	△ 16.2	△ 2	△ 0.5
長野県	1,158	56.5	1,077	52.6	1,012	49.4	△ 81	△ 7.0	△ 65	△ 6.0
岐阜県	1,132	57.0	1,034	52.0	1,002	50.4	△ 98	△ 8.7	△ 32	△ 3.1
静岡県	2,088	57.3	1,847	50.7	1,843	50.6	△ 241	△ 11.5	△ 4	△ 0.2
愛知県	5,285	70.0	4,799	63.5	4,508	59.7	△ 486	△ 9.2	△ 291	△ 6.1
三重県	1,070	60.1	947	53.2	961	54.0	△ 123	△ 11.5	14	1.5
滋賀県	906	64.1	844	59.7	792	56.0	△ 62	△ 6.8	△ 52	△ 6.2
京都府	1,566	60.6	1,412	54.7	1,276	49.4	△ 154	△ 9.8	△ 136	△ 9.6
大阪府	5,826	66.1	5,265	59.8	4,762	54.1	△ 561	△ 9.6	△ 503	△ 9.6
兵庫県	3,438	62.9	2,948	53.9	2,776	50.8	△ 490	△ 14.3	△ 172	△ 5.8
奈良県	744	55.9	631	47.4	651	48.9	△ 113	△ 15.2	20	3.2
和歌山県	547	59.1	494	53.4	434	46.9	△ 53	△ 9.7	△ 60	△ 12.1
鳥取県	329	59.2	327	58.8	303	54.5	△ 2	△ 0.6	△ 24	△ 7.3
島根県	376	55.8	321	47.6	351	52.1	△ 55	△ 14.6	30	9.3
岡山県	1,230	65.1	1,128	59.7	1,110	58.7	△ 102	△ 8.3	△ 18	△ 1.6
広島県	1,817	64.8	1,572	56.1	1,529	54.5	△ 245	△ 13.5	△ 43	△ 2.7
山口県	731	53.8	697	51.3	621	45.7	△ 34	△ 4.7	△ 76	△ 10.9
徳島県	384	52.7	384	52.7	363	49.9	0	0.0	△ 21	△ 5.5
香川県	583	61.0	512	53.6	540	56.5	△ 71	△ 12.2	28	5.5
愛媛県	720	53.8	715	53.4	676	50.5	△ 5	△ 0.7	△ 39	△ 5.5
高知県	395	56.6	363	52.0	288	41.3	△ 32	△ 8.1	△ 75	△ 20.7
福岡県	3,592	70.4	3,169	62.1	3,116	61.1	△ 423	△ 11.8	△ 53	△ 1.7
佐賀県	539	66.1	459	56.3	502	61.6	△ 80	△ 14.8	43	9.4
長崎県	828	62.4	773	58.3	733	55.2	△ 55	△ 6.6	△ 40	△ 5.2
熊本県	1,160	66.4	1,105	63.2	1,023	58.5	△ 55	△ 4.7	△ 82	△ 7.4
大分県	664	58.5	663	58.4	576	50.7	△ 1	△ 0.2	△ 87	△ 13.1
宮崎県	659	61.4	646	60.2	591	55.1	△ 13	△ 2.0	△ 55	△ 8.5
鹿児島県	1,033	64.5	933	58.2	872	54.4	△ 100	△ 9.7	△ 61	△ 6.5
沖縄県	1,276	87.8	1,267	87.2	1,123	77.3	△ 9	△ 0.7	△ 144	△ 11.4

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

令和元年及び令和2年、令和3年の8月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	令和元年8月	令和元年8月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年8月	令和2年8月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年8月	令和3年8月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,521	48.0	2,395	45.6	2,312	44.0	△ 126	△ 5.0	△ 83	△ 3.5
青森県	539	43.3	512	41.1	495	39.7	△ 27	△ 5.0	△ 17	△ 3.3
岩手県	552	45.0	526	42.9	477	38.9	△ 26	△ 4.7	△ 49	△ 9.3
宮城県	1,199	52.0	1,128	48.9	1,102	47.8	△ 71	△ 5.9	△ 26	△ 2.3
秋田県	366	37.9	373	38.6	338	35.0	7	1.9	△ 35	△ 9.4
山形県	533	49.4	450	41.7	464	43.0	△ 83	△ 15.6	14	3.1
福島県	975	52.8	911	49.3	865	46.9	△ 64	△ 6.6	△ 46	△ 5.0
茨城県	1,583	55.3	1,451	50.7	1,446	50.6	△ 132	△ 8.3	△ 5	△ 0.3
栃木県	1,019	52.7	989	51.1	941	48.7	△ 30	△ 2.9	△ 48	△ 4.9
群馬県	1,037	53.4	965	49.7	969	49.9	△ 72	△ 6.9	4	0.4
埼玉県	4,087	55.6	3,729	50.7	3,799	51.7	△ 358	△ 8.8	70	1.9
千葉県	3,492	55.8	3,240	51.8	3,229	51.6	△ 252	△ 7.2	△ 11	△ 0.3
東京都	9,097	65.3	8,466	60.8	8,120	58.3	△ 631	△ 6.9	△ 346	△ 4.1
神奈川県	5,488	59.7	5,002	54.4	5,047	54.9	△ 486	△ 8.9	45	0.9
新潟県	1,028	46.2	1,043	46.9	1,023	46.0	15	1.5	△ 20	△ 1.9
富山県	559	53.5	500	47.9	508	48.7	△ 59	△ 10.6	8	1.6
石川県	655	57.6	618	54.3	583	51.2	△ 37	△ 5.6	△ 35	△ 5.7
福井県	468	60.9	420	54.7	395	51.4	△ 48	△ 10.3	△ 25	△ 6.0
山梨県	410	50.6	395	48.7	422	52.0	△ 15	△ 3.7	27	6.8
長野県	1,144	55.8	1,068	52.1	1,065	52.0	△ 76	△ 6.6	△ 3	△ 0.3
岐阜県	1,117	56.2	977	49.2	1,009	50.8	△ 140	△ 12.5	32	3.3
静岡県	1,904	52.3	1,823	50.0	1,774	48.7	△ 81	△ 4.3	△ 49	△ 2.7
愛知県	4,840	64.1	4,528	60.0	4,543	60.2	△ 312	△ 6.4	15	0.3
三重県	971	54.5	906	50.9	956	53.7	△ 65	△ 6.7	50	5.5
滋賀県	963	68.1	809	57.2	782	55.3	△ 154	△ 16.0	△ 27	△ 3.3
京都府	1,431	55.4	1,400	54.2	1,278	49.5	△ 31	△ 2.2	△ 122	△ 8.7
大阪府	5,329	60.5	5,082	57.7	4,971	56.4	△ 247	△ 4.6	△ 111	△ 2.2
兵庫県	3,136	57.4	2,907	53.2	2,930	53.6	△ 229	△ 7.3	23	0.8
奈良県	694	52.2	677	50.9	648	48.7	△ 17	△ 2.4	△ 29	△ 4.3
和歌山県	457	49.4	490	53.0	420	45.4	33	7.2	△ 70	△ 14.3
鳥取県	307	55.2	303	54.5	306	55.0	△ 4	△ 1.3	3	1.0
島根県	368	54.6	352	52.2	371	55.0	△ 16	△ 4.3	19	5.4
岡山県	1,162	61.5	1,077	57.0	1,054	55.8	△ 85	△ 7.3	△ 23	△ 2.1
広島県	1,656	59.1	1,600	57.1	1,488	53.1	△ 56	△ 3.4	△ 112	△ 7.0
山口県	679	50.0	598	44.0	680	50.1	△ 81	△ 11.9	82	13.7
徳島県	357	49.0	365	50.1	345	47.4	8	2.2	△ 20	△ 5.5
香川県	545	57.0	539	56.4	537	56.2	△ 6	△ 1.1	△ 2	△ 0.4
愛媛県	654	48.8	664	49.6	610	45.6	10	1.5	△ 54	△ 8.1
高知県	355	50.9	365	52.3	291	41.7	10	2.8	△ 74	△ 20.3
福岡県	3,270	64.1	3,134	61.4	3,116	61.1	△ 136	△ 4.2	△ 18	△ 0.6
佐賀県	490	60.1	475	58.3	481	59.0	△ 15	△ 3.1	6	1.3
長崎県	780	58.8	747	56.3	702	52.9	△ 33	△ 4.2	△ 45	△ 6.0
熊本県	1,117	63.9	1,032	59.0	1,017	58.2	△ 85	△ 7.6	△ 15	△ 1.5
大分県	659	58.1	598	52.7	575	50.7	△ 61	△ 9.3	△ 23	△ 3.8
宮崎県	682	63.6	617	57.5	587	54.7	△ 65	△ 9.5	△ 30	△ 4.9
鹿児島県	919	57.4	989	61.7	937	58.5	70	7.6	△ 52	△ 5.3
沖縄県	1,264	87.0	1,056	72.7	1,150	79.1	△ 208	△ 16.5	94	8.9

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

令和元年及び令和2年、令和3年の9月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	令和元年9月	令和元年9月 妊娠届出率(人口10万人 当たりの 妊娠届出数)	令和2年9月	令和2年9月 妊娠届出率(人口10万人 当たりの 妊娠届出数)	令和3年9月	令和3年9月 妊娠届出率(人口10万人 当たりの 妊娠届出数)	増減届出数 <令2- 令1>	増減率<令 2/令1>	増減届出数 <令3- 令2>	増減率<令 3/令2>
北海道	2,542	48.4	2,457	46.8	2,273	43.3	△ 85	△ 3.3	△ 184	△ 7.5
青森県	567	45.5	622	49.9	519	41.7	55	9.7	△ 103	△ 16.6
岩手県	575	46.9	553	45.1	501	40.8	△ 22	△ 3.8	△ 52	△ 9.4
宮城県	1,234	53.5	1,210	52.5	1,100	47.7	△ 24	△ 1.9	△ 110	△ 9.1
秋田県	394	40.8	388	40.2	348	36.0	△ 6	△ 1.5	△ 40	△ 10.3
山形県	522	48.4	523	48.5	453	42.0	1	0.2	△ 70	△ 13.4
福島県	859	46.5	941	51.0	830	45.0	82	9.5	△ 111	△ 11.8
茨城県	1,478	51.7	1,494	52.2	1,404	49.1	16	1.1	△ 90	△ 6.0
栃木県	1,002	51.8	979	50.6	929	48.0	△ 23	△ 2.3	△ 50	△ 5.1
群馬県	1,016	52.3	997	51.3	953	49.1	△ 19	△ 1.9	△ 44	△ 4.4
埼玉県	4,252	57.9	3,971	54.0	3,762	51.2	△ 281	△ 6.6	△ 209	△ 5.3
千葉県	3,570	57.0	3,406	54.4	3,206	51.2	△ 164	△ 4.6	△ 200	△ 5.9
東京都	9,149	65.7	8,978	64.5	7,949	57.1	△ 171	△ 1.9	△ 1029	△ 11.5
神奈川県	5,575	60.6	5,370	58.4	5,012	54.5	△ 205	△ 3.7	△ 358	△ 6.7
新潟県	1,080	48.6	1,066	48.0	955	43.0	△ 14	△ 1.3	△ 111	△ 10.4
富山県	526	50.4	521	49.9	531	50.9	△ 5	△ 1.0	10	1.9
石川県	660	58.0	630	55.4	582	51.1	△ 30	△ 4.5	△ 48	△ 7.6
福井県	471	61.3	454	59.1	410	53.4	△ 17	△ 3.6	△ 44	△ 9.7
山梨県	438	54.0	444	54.7	429	52.9	6	1.4	△ 15	△ 3.4
長野県	1,026	50.1	1,097	53.5	997	48.7	71	6.9	△ 100	△ 9.1
岐阜県	986	49.6	990	49.8	941	47.4	4	0.4	△ 49	△ 4.9
静岡県	1,873	51.4	1,816	49.8	1,740	47.7	△ 57	△ 3.0	△ 76	△ 4.2
愛知県	4,712	62.4	4,690	62.1	4,390	58.1	△ 22	△ 0.5	△ 300	△ 6.4
三重県	968	54.4	978	54.9	912	51.2	10	1.0	△ 66	△ 6.7
滋賀県	912	64.5	924	65.3	813	57.5	12	1.3	△ 111	△ 12.0
京都府	1,380	53.4	1,455	56.3	1,328	51.4	75	5.4	△ 127	△ 8.7
大阪府	5,409	61.4	5,327	60.5	5,109	58.0	△ 82	△ 1.5	△ 218	△ 4.1
兵庫県	3,142	57.5	3,125	57.2	2,921	53.4	△ 17	△ 0.5	△ 204	△ 6.5
奈良県	678	51.0	692	52.0	620	46.6	14	2.1	△ 72	△ 10.4
和歌山県	505	54.6	463	50.1	449	48.5	△ 42	△ 8.3	△ 14	△ 3.0
鳥取県	310	55.8	322	57.9	324	58.3	12	3.9	2	0.6
島根県	377	55.9	382	56.7	340	50.4	5	1.3	△ 42	△ 11.0
岡山県	1,211	64.1	1,179	62.4	1,085	57.4	△ 32	△ 2.6	△ 94	△ 8.0
広島県	1,660	59.2	1,576	56.2	1,538	54.9	△ 84	△ 5.1	△ 38	△ 2.4
山口県	662	48.7	682	50.2	598	44.0	20	3.0	△ 84	△ 12.3
徳島県	377	51.8	396	54.4	354	48.6	19	5.0	△ 42	△ 10.6
香川県	510	53.3	504	52.7	445	46.5	△ 6	△ 1.2	△ 59	△ 11.7
愛媛県	654	48.8	671	50.1	587	43.8	17	2.6	△ 84	△ 12.5
高知県	331	47.4	325	46.6	313	44.8	△ 6	△ 1.8	△ 12	△ 3.7
福岡県	3,237	63.4	3,180	62.3	3,016	59.1	△ 57	△ 1.8	△ 164	△ 5.2
佐賀県	504	61.8	512	62.8	450	55.2	8	1.6	△ 62	△ 12.1
長崎県	723	54.5	768	57.9	722	54.4	45	6.2	△ 46	△ 6.0
熊本県	1,107	63.3	1,067	61.0	1,009	57.7	△ 40	△ 3.6	△ 58	△ 5.4
大分県	586	51.6	608	53.6	590	52.0	22	3.8	△ 18	△ 3.0
宮崎県	655	61.0	630	58.7	587	54.7	△ 25	△ 3.8	△ 43	△ 6.8
鹿児島県	995	62.1	977	61.0	940	58.7	△ 18	△ 1.8	△ 37	△ 3.8
沖縄県	1,128	77.6	1,275	87.7	1,086	74.7	147	13.0	△ 189	△ 14.8

令和元年及び令和2年、令和3年の10月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	令和元年10月	令和元年10月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年10月	令和2年10月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和3年10月	令和3年10月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>	増減届出数<令3-令2>	増減率<令3/令2>
北海道	2,766	52.7	2,511	47.8	2,288	43.6	△ 255	△ 9.2	△ 223	△ 8.9
青森県	665	53.4	559	44.9	484	38.8	△ 106	△ 15.9	△ 75	△ 13.4
岩手県	631	51.4	576	46.9	485	39.5	△ 55	△ 8.7	△ 91	△ 15.8
宮城県	1,383	60.0	1,320	57.2	1,088	47.2	△ 63	△ 4.6	△ 232	△ 17.6
秋田県	394	40.8	395	40.9	329	34.1	1	0.3	△ 66	△ 16.7
山形県	564	52.3	511	47.4	449	41.7	△ 53	△ 9.4	△ 62	△ 12.1
福島県	1,051	56.9	985	53.4	823	44.6	△ 66	△ 6.3	△ 162	△ 16.4
茨城県	1,707	59.7	1,594	55.7	1,317	46.0	△ 113	△ 6.6	△ 277	△ 17.4
栃木県	1,127	58.3	1,046	54.1	908	46.9	△ 81	△ 7.2	△ 138	△ 13.2
群馬県	1,087	56.0	993	51.1	895	46.1	△ 94	△ 8.6	△ 98	△ 9.9
埼玉県	4,549	61.9	4,160	56.6	3,662	49.8	△ 389	△ 8.6	△ 498	△ 12.0
千葉県	3,881	62.0	3,647	58.3	3,034	48.5	△ 234	△ 6.0	△ 613	△ 16.8
東京都	10,232	73.5	9,259	66.5	8,002	57.5	△ 973	△ 9.5	△ 1257	△ 13.6
神奈川県	5,991	65.1	5,707	62.0	4,882	53.1	△ 284	△ 4.7	△ 825	△ 14.5
新潟県	1,201	54.0	1,151	51.8	983	44.2	△ 50	△ 4.2	△ 168	△ 14.6
富山県	598	57.3	529	50.7	533	51.1	△ 69	△ 11.5	4	0.8
石川県	703	61.8	615	54.0	560	49.2	△ 88	△ 12.5	△ 55	△ 8.9
福井県	513	66.8	513	66.8	392	51.0	0	0.0	△ 121	△ 23.6
山梨県	473	58.3	459	56.6	373	46.0	△ 14	△ 3.0	△ 86	△ 18.7
長野県	1,198	58.5	1,082	52.8	1,039	50.7	△ 116	△ 9.7	△ 43	△ 4.0
岐阜県	1,137	57.2	1,018	51.2	900	45.3	△ 119	△ 10.5	△ 118	△ 11.6
静岡県	2,092	57.4	2,018	55.4	1,769	48.5	△ 74	△ 3.5	△ 249	△ 12.3
愛知県	5,353	70.9	4,972	65.8	4,358	57.7	△ 381	△ 7.1	△ 614	△ 12.3
三重県	1,101	61.8	996	55.9	857	48.1	△ 105	△ 9.5	△ 139	△ 14.0
滋賀県	956	67.6	855	60.5	835	59.1	△ 101	△ 10.6	△ 20	△ 2.3
京都府	1,517	58.7	1,487	57.6	1,320	51.1	△ 30	△ 2.0	△ 167	△ 11.2
大阪府	5,926	67.3	5,441	61.8	4,751	53.9	△ 485	△ 8.2	△ 690	△ 12.7
兵庫県	3,504	64.1	3,341	61.1	2,846	52.1	△ 163	△ 4.7	△ 495	△ 14.8
奈良県	742	55.8	700	52.6	620	46.6	△ 42	△ 5.7	△ 80	△ 11.4
和歌山県	571	61.7	504	54.5	424	45.8	△ 67	△ 11.7	△ 80	△ 15.9
鳥取県	372	66.9	337	60.6	276	49.6	△ 35	△ 9.4	△ 61	△ 18.1
島根県	434	64.4	407	60.4	337	50.0	△ 27	△ 6.2	△ 70	△ 17.2
岡山県	1,190	63.0	1,206	63.8	1,016	53.8	16	1.3	△ 190	△ 15.8
広島県	1,773	63.2	1,731	61.7	1,422	50.7	△ 42	△ 2.4	△ 309	△ 17.9
山口県	727	53.5	717	52.8	642	47.3	△ 10	△ 1.4	△ 75	△ 10.5
徳島県	404	55.5	389	53.4	310	42.6	△ 15	△ 3.7	△ 79	△ 20.3
香川県	574	60.0	533	55.8	428	44.8	△ 41	△ 7.1	△ 105	△ 19.7
愛媛県	756	56.5	713	53.2	594	44.4	△ 43	△ 5.7	△ 119	△ 16.7
高知県	363	52.0	361	51.7	287	41.1	△ 2	△ 0.6	△ 74	△ 20.5
福岡県	3,664	71.8	3,456	67.7	2,945	57.7	△ 208	△ 5.7	△ 511	△ 14.8
佐賀県	506	62.1	507	62.2	417	51.2	1	0.2	△ 90	△ 17.8
長崎県	892	67.2	816	61.5	632	47.6	△ 76	△ 8.5	△ 184	△ 22.5
熊本県	1,206	69.0	1,169	66.9	1,020	58.4	△ 37	△ 3.1	△ 149	△ 12.7
大分県	707	62.3	681	60.0	547	48.2	△ 26	△ 3.7	△ 134	△ 19.7
宮崎県	719	67.0	649	60.5	556	51.8	△ 70	△ 9.7	△ 93	△ 14.3
鹿児島県	990	61.8	944	58.9	802	50.1	△ 46	△ 4.6	△ 142	△ 15.0
沖縄県	1,370	94.3	1,279	88.0	1,114	76.7	△ 91	△ 6.6	△ 165	△ 12.9

※総人口については人口推計令和元年10月1日を使用

平成30年及び令和元年、令和2年の11月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	平成30年11月	平成30年11月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和元年11月	令和元年11月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年11月	令和2年11月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届出数<令1-平30>	増減率<令1/平30>	増減届出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>
北海道	2,739	51.8	2,559	48.7	2,423	46.2	△ 180	△ 6.6	△ 136	△ 5.3
青森県	629	49.8	598	48.0	534	42.9	△ 31	△ 4.9	△ 64	△ 10.7
岩手県	623	50.2	546	44.5	517	42.1	△ 77	△ 12.4	△ 29	△ 5.3
宮城県	1,321	57.0	1,233	53.5	1,149	49.8	△ 88	△ 6.7	△ 84	△ 6.8
秋田県	433	44.1	389	40.3	368	38.1	△ 44	△ 10.2	△ 21	△ 5.4
山形県	529	48.5	513	47.6	472	43.8	△ 16	△ 3.0	△ 41	△ 8.0
福島県	992	53.2	991	53.7	873	47.3	△ 1	△ 0.1	△ 118	△ 11.9
茨城県	1,542	53.6	1,480	51.7	1,358	47.5	△ 62	△ 4.0	△ 122	△ 8.2
栃木県	1,128	58.0	1,058	54.7	1,015	52.5	△ 70	△ 6.2	△ 43	△ 4.1
群馬県	1,052	53.9	1,018	52.4	954	49.1	△ 34	△ 3.2	△ 64	△ 6.3
埼玉県	4,239	57.8	4,249	57.8	4,030	54.8	10	0.2	△ 219	△ 5.2
千葉県	3,671	58.7	3,507	56.0	3,330	53.2	△ 164	△ 4.5	△ 177	△ 5.0
東京都	9,759	70.6	9,377	67.4	8,891	63.9	△ 382	△ 3.9	△ 486	△ 5.2
神奈川県	5,923	64.5	5,662	61.6	5,196	56.5	△ 261	△ 4.4	△ 466	△ 8.2
新潟県	1,157	51.5	1,154	51.9	1,033	46.5	△ 3	△ 0.3	△ 121	△ 10.5
富山県	622	59.2	564	54.0	536	51.3	△ 58	△ 9.3	△ 28	△ 5.0
石川県	694	60.7	671	59.0	619	54.4	△ 23	△ 3.3	△ 52	△ 7.7
福井県	496	64.1	442	57.6	454	59.1	△ 54	△ 10.9	12	2.7
山梨県	447	54.7	444	54.7	393	48.5	△ 3	△ 0.7	△ 51	△ 11.5
長野県	1,207	58.5	1,115	54.4	1,080	52.7	△ 92	△ 7.6	△ 35	△ 3.1
岐阜県	1,076	53.9	972	48.9	1,009	50.8	△ 104	△ 9.7	37	3.8
静岡県	1,989	54.4	1,867	51.2	1,833	50.3	△ 122	△ 6.1	△ 34	△ 1.8
愛知県	5,244	69.6	4,862	64.4	4,667	61.8	△ 382	△ 7.3	△ 195	△ 4.0
三重県	1,013	56.6	981	55.1	905	50.8	△ 32	△ 3.2	△ 76	△ 7.7
滋賀県	970	68.7	911	64.4	867	61.3	△ 59	△ 6.1	△ 44	△ 4.8
京都府	1,534	59.2	1,441	55.8	1,369	53.0	△ 93	△ 6.1	△ 72	△ 5.0
大阪府	5,808	65.9	5,382	61.1	5,229	59.4	△ 426	△ 7.3	△ 153	△ 2.8
兵庫県	3,417	62.3	3,284	60.1	3,017	55.2	△ 133	△ 3.9	△ 267	△ 8.1
奈良県	761	56.8	699	52.6	686	51.6	△ 62	△ 8.1	△ 13	△ 1.9
和歌山県	536	57.3	472	51.0	476	51.5	△ 64	△ 11.9	4	0.8
鳥取県	386	68.9	330	59.4	291	52.3	△ 56	△ 14.5	△ 39	△ 11.8
島根県	379	55.7	352	52.2	352	52.2	△ 27	△ 7.1	0	0.0
岡山県	1,267	66.8	1,138	60.2	1,126	59.6	△ 129	△ 10.2	△ 12	△ 1.1
広島県	1,817	64.5	1,698	60.6	1,597	57.0	△ 119	△ 6.5	△ 101	△ 5.9
山口県	761	55.5	654	48.2	678	49.9	△ 107	△ 14.1	24	3.7
徳島県	384	52.2	372	51.1	324	44.5	△ 12	△ 3.1	△ 48	△ 12.9
香川県	557	57.9	507	53.0	528	55.2	△ 50	△ 9.0	21	4.1
愛媛県	724	53.6	657	49.1	680	50.8	△ 67	△ 9.3	23	3.5
高知県	390	55.2	320	45.8	335	48.0	△ 70	△ 17.9	15	4.7
福岡県	3,528	69.1	3,258	63.8	3,070	60.1	△ 270	△ 7.7	△ 188	△ 5.8
佐賀県	500	61.1	490	60.1	460	56.4	△ 10	△ 2.0	△ 30	△ 6.1
長崎県	815	60.8	705	53.1	733	55.2	△ 110	△ 13.5	28	4.0
熊本県	1,105	62.9	1,047	59.9	1,014	58.0	△ 58	△ 5.2	△ 33	△ 3.2
大分県	659	57.6	612	53.9	606	53.4	△ 47	△ 7.1	△ 6	△ 1.0
宮崎県	642	59.4	612	57.0	611	56.9	△ 30	△ 4.7	△ 1	△ 0.2
鹿児島県	964	59.7	894	55.8	914	57.1	△ 70	△ 7.3	20	2.2
沖縄県	1,340	92.5	1,264	87.0	1,149	79.1	△ 76	△ 5.7	△ 115	△ 9.1

※総人口については人口推計平成30年10月1日、令和元年10月1日を使用

平成30年及び令和元年、令和2年の12月の妊娠届出数等の比較（都道府県別）

都道府県	平成30年12月	平成30年12月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和元年12月	令和元年12月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	令和2年12月	令和2年12月妊娠届出率(人口10万人当たりの妊娠届出数)	増減届け出数<令1-平30>	増減率<令1/平30>	増減届け出数<令2-令1>	増減率<令2/令1>
北海道	2,673	50.6	2,617	49.8	2,598	49.5	△ 56	△ 2.1	△ 19	△ 0.7
青森県	593	47.0	596	47.8	544	43.7	3	0.5	△ 52	△ 8.7
岩手県	629	50.7	586	47.8	616	50.2	△ 43	△ 6.8	30	5.1
宮城県	1,307	56.4	1,290	55.9	1,275	55.3	△ 17	△ 1.3	△ 15	△ 1.2
秋田県	414	42.2	387	40.1	384	39.8	△ 27	△ 6.5	△ 3	△ 0.8
山形県	557	51.1	510	47.3	499	46.3	△ 47	△ 8.4	△ 11	△ 2.2
福島県	1,003	53.8	981	53.1	933	50.5	△ 22	△ 2.2	△ 48	△ 4.9
茨城県	1,596	55.5	1,545	54.0	1,524	53.3	△ 51	△ 3.2	△ 21	△ 1.4
栃木県	1,114	57.2	1,037	53.6	1,091	56.4	△ 77	△ 6.9	54	5.2
群馬県	1,031	52.8	1,130	58.2	1,032	53.1	99	9.6	△ 98	△ 8.7
埼玉県	4,264	58.2	4,266	58.0	4,323	58.8	2	0.0	57	1.3
千葉県	3,663	58.6	3,742	59.8	3,572	57.1	79	2.2	△ 170	△ 4.5
東京都	9,604	69.5	9,848	70.7	9,468	68.0	244	2.5	△ 380	△ 3.9
神奈川県	5,793	63.1	5,863	63.7	5,776	62.8	70	1.2	△ 87	△ 1.5
新潟県	1,202	53.5	1,169	52.6	1,179	53.0	△ 33	△ 2.7	10	0.9
富山県	580	55.2	606	58.0	612	58.6	26	4.5	6	1.0
石川県	645	56.4	664	58.3	687	60.4	19	2.9	23	3.5
福井県	465	60.1	499	65.0	447	58.2	34	7.3	△ 52	△ 10.4
山梨県	477	58.4	451	55.6	453	55.9	△ 26	△ 5.5	2	0.4
長野県	1,179	57.1	1,198	58.5	1,134	55.3	19	1.6	△ 64	△ 5.3
岐阜県	1,117	55.9	1,117	56.2	1,057	53.2	0	0.0	△ 60	△ 5.4
静岡県	2,113	57.7	2,144	58.8	1,938	53.2	31	1.5	△ 206	△ 9.6
愛知県	5,149	68.3	5,135	68.0	5,111	67.7	△ 14	△ 0.3	△ 24	△ 0.5
三重県	1,083	60.5	1,023	57.4	1,038	58.3	△ 60	△ 5.5	15	1.5
滋賀県	944	66.9	971	68.7	944	66.8	27	2.9	△ 27	△ 2.8
京都府	1,531	59.1	1,538	59.5	1,505	58.3	7	0.5	△ 33	△ 2.1
大阪府	5,453	61.9	5,716	64.9	5,707	64.8	263	4.8	△ 9	△ 0.2
兵庫県	3,400	62.0	3,360	61.5	3,317	60.7	△ 40	△ 1.2	△ 43	△ 1.3
奈良県	718	53.6	755	56.8	696	52.3	37	5.2	△ 59	△ 7.8
和歌山県	486	52.0	490	53.0	495	53.5	4	0.8	5	1.0
鳥取県	343	61.3	299	53.8	329	59.2	△ 44	△ 12.8	30	10.0
島根県	409	60.1	402	59.6	401	59.5	△ 7	△ 1.7	△ 1	△ 0.2
岡山県	1,191	62.8	1,222	64.7	1,257	66.5	31	2.6	35	2.9
広島県	1,748	62.1	1,756	62.6	1,710	61.0	8	0.5	△ 46	△ 2.6
山口県	748	54.6	702	51.7	733	54.0	△ 46	△ 6.1	31	4.4
徳島県	399	54.2	422	58.0	422	58.0	23	5.8	0	0.0
香川県	546	56.8	518	54.2	538	56.3	△ 28	△ 5.1	20	3.9
愛媛県	677	50.1	705	52.7	671	50.1	28	4.1	△ 34	△ 4.8
高知県	360	51.0	310	44.4	339	48.6	△ 50	△ 13.9	29	9.4
福岡県	3,426	67.1	3,473	68.0	3,347	65.6	47	1.4	△ 126	△ 3.6
佐賀県	503	61.4	479	58.8	515	63.2	△ 24	△ 4.8	36	7.5
長崎県	846	63.1	838	63.1	760	57.3	△ 8	△ 0.9	△ 78	△ 9.3
熊本県	1,058	60.2	1,169	66.9	1,184	67.7	111	10.5	15	1.3
大分県	640	55.9	679	59.8	627	55.2	39	6.1	△ 52	△ 7.7
宮崎県	677	62.6	621	57.9	634	59.1	△ 56	△ 8.3	13	2.1
鹿児島県	1,034	64.1	1,039	64.9	1,041	65.0	5	0.5	2	0.2
沖縄県	1,196	82.6	1,275	87.7	1,284	88.4	79	6.6	9	0.7

※総人口については人口推計平成30年10月1日、令和元年10月1日を使用

令和4年10月14日（金）

【照会先】

子ども家庭局 母子保健課

専門官 久保 陽子（内線 4981）

係長 岡本麻美子（内線 4982）

（電話代表） 03(5253)1111

（直通電話） 03(3595)2544

令和4年度母子保健家族計画事業功労者厚生労働大臣表彰 について

厚生労働省では、このたび、令和4年度母子保健家族計画事業功労者厚生労働大臣表彰の受賞者として、個人65名と5団体を決定しましたので、公表します。

1. 趣旨

母子保健事業又は家族計画事業の推進に資するため、本事業に長年従事し、著しい功績のあった個人及び団体に対し、厚生労働大臣表彰を行います。

本事業は、昭和41年から行っており、今回で56回目となります。

2. 表彰式

(1) 日時 令和4年10月27日（木）10時30分～

(2) 場所 島根県民会館（松江市殿町158）

3. 受賞者

(1) 個人 65名 （別紙名簿のとおり）

(2) 団体 5団体 （ ” ” ）

【別添資料】

○受賞者名簿

令和4年度母子保健家族計画事業功労者厚生労働大臣表彰
受賞者名簿（個人の部）

(敬称略)

No.	都道府県等	(ふりがな) 氏名
1	青森県	きたむら たかし 北村 隆
2	岩手県	かなざわ やすこ 金澤 保子
3	岩手県	ほづみ ちえこ 穂積 千恵子
4	秋田県	ふるた ゆみこ 古田 由美子
5	群馬県	みちした まさひこ 道下 正彦
6	群馬県	もとはし かずお 本橋 和夫
7	群馬県	ました ゆりこ 眞下 由利子
8	埼玉県	きりさわ しげひこ 桐澤 重彦
9	埼玉県	うえの じゅんこ 植野 順子
10	埼玉県	なみおか みつこ 濤岡 弥子
11	埼玉県	おおいし ともこ 大石 智子
12	千葉県	あだち ちかこ 足立 千賀子
13	神奈川県	やまさき ともき 山崎 具基
14	神奈川県	にしやま ひろこ 西山 裕子
15	神奈川県	いまい かずお 今井 一夫

No.	都道府県等	(ふりがな) 氏名
16	神奈川県	いちかわ けいこ 市川 恵子
17	神奈川県	ふせ あけみ 布施 明美
18	神奈川県	よしはら はじめ 吉原 一
19	新潟県	いわべ けいこ 岩部 圭子
20	富山県	ふしき ひろし 伏木 弘
21	石川県	わたなべ れいじ 渡部 禮二
22	長野県	たなか はるみ 田中 春海
23	岐阜県	くの やすお 久野 保夫
24	静岡県	やまぐち きよみ 山口 清美
25	静岡県	さいが たかこ 雑賀 崇子
26	愛知県	うえだ あつこ 上田 厚子
27	愛知県	おおにし まさずみ 大西 正純
28	愛知県	のむら せいじ 野村 誠二
29	滋賀県	たけうち よしひろ 竹内 義博
30	滋賀県	ふちもと じゅんこ 淵元 純子
31	京都府	おおつぼ かずお 大坪 一夫
32	京都府	ふじわら ともこ 藤原 朋子

No.	都道府県等	(ふりがな) 氏名
33	大阪府	かわもと まりこ 河本 マリ子
34	島根県	よしの じゅんこ 吉野 順子
35	岡山県	みなぎ かずこ 皆木 和子
36	岡山県	すぎもと きみえ 杉本 喜美恵
37	広島県	おおたに きよし 大谷 潔
38	山口県	やまもと ふみえ 山本 扶美江
39	山口県	いそべ みちよ 磯部 三千代
40	山口県	なかはら ちえこ 中原 千恵子
41	徳島県	もりわき ちあき 森脇 智秋
42	愛媛県	おかだ はるみ 岡田 春美
43	愛媛県	もりもと よしえ 森本 美重
44	高知県	たけうち きみえ 竹内 喜美恵
45	福岡県	しもむら くにひさ 下村 国寿
46	福岡県	ささき ひろかず 佐々木 宏和
47	福岡県	とう のぶひろ 藤 伸裕
48	福岡県	なかむら きみこ 中村 貴美子
49	長崎県	やまぐち ちづこ 山口 千鶴子

No.	都道府県等	(ふりがな) 氏名
50	長崎県	いせ みちこ 伊勢 倫子
51	大分県	とだか さえこ 戸高 佐枝子
52	宮崎県	よこやま ようこ 横山 洋子
53	鹿児島県	ぎぼ よしひで 儀保 善英
54	沖縄県	かない きよこ 金井 清子
55	沖縄県	たいら けいこ 平良 慶子
56	沖縄県	みやぎ ちゅうけん 宮城 仲健
57	中央推薦 (母子愛育会)	おおはし いくよ 大橋 育代
58	中央推薦 (家族計画協会)	みやはら ふじこ 宮原 富士子
59	中央推薦 (家族計画協会)	いけがみ よしみ 池上 芳美
60	中央推薦 (家族計画協会)	わたらい むつこ 渡會 睦子
61	中央推薦 (家族計画協会)	どばし よしふさ 土橋 義房
62	中央推薦 (母子保健推進会議)	うえの まさえ 上野 昌江
63	中央推薦 (母子保健推進会議)	なかいた いくみ 中板 育美
64	中央推薦 (母子保健推進会議)	かたおか やえこ 片岡 弥恵子
65	中央推薦 (母子保健推進会議)	またの まさひと 俣野 正仁

(別紙)

令和4年度母子保健家族計画事業功労者厚生労働大臣表彰

受賞者名簿（団体の部）

(敬称略)

No	都道府県等	(ふりがな) 団体名	(ふりがな) 代表者名
1	福井県	さかいしほしほけんすいしんいんかい 坂井市母子保健推進員会	いがらし みちよ 五十嵐 実千代
2	福井県	おぼましほけんすいしんいんきょうざいかい 小浜市保健推進員協議会	かみばやし やすこ 上林 やすこ
3	岡山県	かさおかしあいいくいんきょうざいかい 笠岡市愛育委員協議会	あさの つやこ 浅野 ツヤ子
4	中央推薦（母子愛育会）	かぞしほしあいいくれんごうかい 加須市母子愛育連合会	かとう みつえ 加藤 美津枝
5	中央推薦（母子愛育会）	よねざわしみさわほしあいいくはん 米沢市三沢母子愛育班	まつくま とみこ 松隈 富美子

報道関係者各位

令和4年10月21日

【照会先】

子ども家庭局母子保健課

吉川、向、岡本（内線 4983）

（代表電話）03(5253)1111

（直通電話）03(3595)2544

11月は「乳幼児突然死症候群(SIDS)」の対策強化月間です

～睡眠中の赤ちゃんの死亡を減らしましょう～

乳幼児突然死症候群(SIDS)は12月以降の冬期に発症しやすい傾向があることから、厚生労働省は、毎年11月を乳幼児突然死症候群(SIDS)の対策強化月間と定め、SIDSに対する社会的関心を喚起するため、発症率を低くするポイントなどの重点的な普及啓発活動を実施しています。（※対策強化月間は平成11年度から実施しています。）

今年度の対策強化月間では、厚生労働省をはじめ、関係行政機関、関係団体などにおいて、さまざまな普及啓発活動を行うなど、SIDSの予防に関する取組等の推進を図ります。

<主な取組>

- ・SIDSの発症リスクを低くするための3つのポイント（次ページ参照）について、ポスターやリーフレットの活用による全国的な啓発活動を実施。
 - ①1歳になるまでは、寝かせる時はあおむけに寝かせる
 - ②できるだけ母乳で育てる
 - ③保護者等はたばこをやめる
- ・「乳幼児突然死症候群(SIDS)診断ガイドライン（第2版）」（平成24年10月公表）の周知・普及（別紙1）。
- ・健やか親子21推進協議会参加団体（別紙2）に対して発症率を低くするポイントなどの周知や普及について協力を依頼。
- ・関係行政機関、関係団体等を通じて、医療機関等に対し「乳幼児突然死症候群(SIDS)診断ガイドライン（第2版）」の内容を参考とし、乳幼児の死体検案（死体について死亡の事実を医学的に確認すること）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。

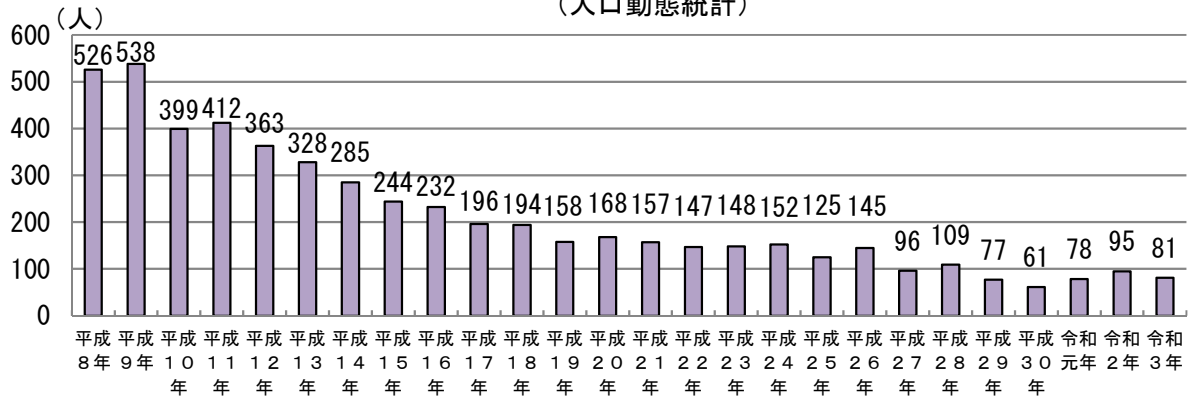
【期日】令和4年11月1日（火）から11月30日（水）まで

【主唱】厚生労働省

SIDS とは

- SIDS は、何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る、原因の分からない病気で、**窒息などの事故とは異なります。**
- 令和 3 年には 81 名の乳幼児が SIDS で亡くなっており、乳児期の死亡原因としては第 3 位となっています。

乳幼児突然死症候群死亡者数の推移
(人口動態統計)



乳幼児突然死症候群(SIDS)発症リスクを低くするための3つのポイントとは

SIDS の予防方法は確立していませんが、以下の3つのポイントを守ることにより、SIDS の発症率が低くなるというデータがあります。

■ 1歳になるまでは、寝かせる時はあおむけに寝かせましょう

SIDS は、うつぶせ、あおむけのどちらでも発症しますが、寝かせる時にうつぶせに寝かせたときの方が SIDS の発症率が高いということが研究者の調査から分かっています。医学上の理由でうつぶせ寝を勧められている場合以外は、赤ちゃんの顔が見えるあおむけに寝かせましょう。この取組は、睡眠中の窒息事故を防ぐ上でも有効です。

■ できるだけ母乳で育てましょう

母乳育児が赤ちゃんにとっていろいろな点で良いことはよく知られています。母乳で育てられている赤ちゃんの方が SIDS の発症率が低いということが研究者の調査から分かっています。できるだけ母乳育児にトライしましょう。

■ たばこをやめましょう

たばこは SIDS 発症の大きな危険因子です。妊娠中の喫煙はおなかの赤ちゃんの体重が増えにくくなりますし、呼吸中枢にも明らかによくない影響を及ぼします。妊婦自身の喫煙はもちろんのこと、妊婦や赤ちゃんのそばでの喫煙はやめましょう。

これは、身近な人の理解も大切ですので、日頃から喫煙者に協力を求めましょう。

乳幼児突然死症候群(SIDS)について、よくあるご質問

質問1：赤ちゃんが睡眠中に寝返りをして、うつぶせ寝の姿勢になった場合は、赤ちゃんを再びあおむけ寝の姿勢に戻す必要がありますか？

回答1：寝返りは、赤ちゃんの成長にとって重要で自然な発達過程です。米国国立衛生研究所（および米国小児科学会）によると、赤ちゃんがあおむけからうつぶせと、うつぶせからあおむけのどちら側からでも自分で寝返りができるようになったら、あおむけ寝の姿勢に戻す必要はないとされています。SIDS のリスクを減らすために重要なのは、眠り始めるときにあおむけ寝の姿勢にしてあげることと、寝返りをした時に備えて赤ちゃんの周囲に柔らかな寝具を置かないようにすることです。

質問2：赤ちゃんをあおむけ寝の姿勢にした場合、赤ちゃんは唾液や吐乳などによって窒息しませんか？

回答2：健康な赤ちゃんであれば、通常、反射により飲み込んだり、咳（せき）をして吐き出したりします。米国国立衛生研究所によると、赤ちゃんはあおむけ寝の姿勢の方が、飲み込んだり吐き出したりしやすいのではないかと考えられています。ただし、病気などで医療機関を受診中の赤ちゃんについては、医師の指示に従ってください。

質問3：赤ちゃんの睡眠について、SIDSの他にも気をつけることはありますか？

回答3：睡眠中の窒息事故にも注意が必要です。注意ポイントとしては、大人用ベッドではなく、できるだけベビーベッドに寝かせ、転落しないように柵は常に上げ、赤ちゃんの頭や身体がはさまれないよう、周囲の隙間をなくしましょう。また、鼻や口がふさがれないよう敷布団・マットレス・枕は赤ちゃん用の固めのものを、掛け布団は払いのけられる軽いものを使い、よだれ掛けなど首に巻き付くものは置かないようにしましょう。

別紙1 乳幼児突然死症候群(SIDS)診断ガイドライン（第2版）

https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids_guideline.html

別紙2 健やか親子21 推進協議会参加団体

別紙3 普及啓発用ポスター（発症率を低くするポイント）

別紙4 普及啓発用リーフレット（発症率を低くするポイント）

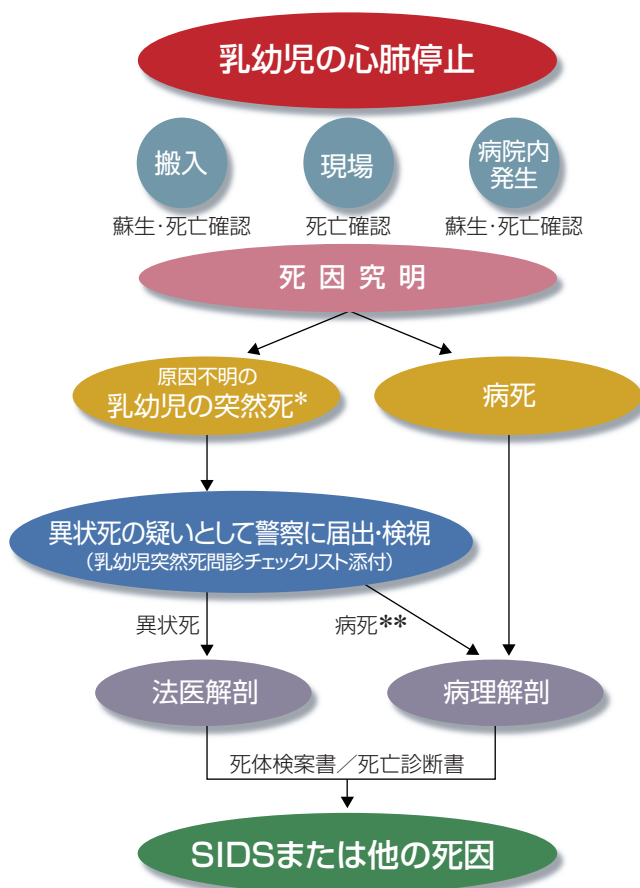
乳幼児突然死症候群(SIDS)診断ガイドライン(第2版)

厚生労働省SIDS研究班 2012年(平成24年)10月

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids_guideline.html

定義	それまでの健康状態および既往歴からその死亡が予測できず、しかも死亡状況調査および解剖検査によってもその原因が同定されない、原則として1歳未満の児に突然の死をもたらした症候群。
疾患概念	主として睡眠中に発症し、日本での発症頻度はおおよそ出生6,000~7,000人に1人と推定され、生後2ヵ月から6ヵ月に多く、稀には1歳以上で発症することがある。
診断	乳幼児突然死症候群(SIDS)の診断は剖検および死亡状況調査に基づいて行う。やむをえず解剖がなされない場合および死亡状況調査が実施されない場合は、診断が不可能である。従って、死亡診断書(死体検案書)の死因分類は「12.不詳」とする。
解剖	原因不明の乳幼児の突然死と判断されたら、警察に届け出る。検視ののち法医解剖あるいは病理解剖を行う。
鑑別診断	乳幼児突然死症候群(SIDS)は除外診断ではなく一つの疾患単位であり、その診断のためには、乳幼児突然死症候群(SIDS)以外に突然の死をもたらす疾患および窒息や虐待などの外因死との鑑別が必要である。診断分類は日本SIDS・乳幼児突然死予防学会の分類を参照する(表)。
問診チェックリスト	乳幼児突然死症候群(SIDS)の診断に際しては「問診・チェックリスト」を死亡状況調査に活用する。

▶ 診断フローチャート図 ◀



*急死を説明しうる基礎疾患が存在する場合や明らかな外因死を除く
**解剖がなされない場合は診断が不可能であり、死因は「12.不詳」とする

解剖による診断分類

(日本SIDS・乳幼児突然死予防学会)

<http://plaza.umin.ac.jp/sids/>

I. 乳幼児突然死症候群(SIDS)

- Ia. 典型的SIDS:解剖で異常を認めないか、生命に危機を及ぼす肉眼的所見を認めない。軽微な所見を認めるものの死因とは断定できない。
- Ib. 非典型的SIDS:無視はできないものの死因とは断定できない病変を認める。

II. 既知の疾患による病死

急死を説明しうる基礎疾患を証明できる。

III. 外因死

剖検において外因の根拠が示される。

IV. 分類不能の乳幼児突然死

- IVa. 剖検施行症例:死亡状況調査や剖検を含む様々な検討でも、病死と外因死の鑑別ができない。
- IVb. 剖検非施行症例:剖検が実施されず臨床経過や死亡状況調査からも死因を推定できない。

乳幼児突然死症候群 (SIDS) 診断のための問診・チェックリスト

厚生労働省SIDS研究班 2012年(平成24年)版

カルテ保存用紙、法医・病理連絡用紙

医療機関名()

*このチェックリストは、SIDS診断が、より適切に行われることを目的としております。
是非御活用ください。

担当医()

*母子手帳をお持ちの場合、ワクチン歴などは、母子手帳からの転載も可能です。

記入日 年 月 日

発見年月日時	年 月 日 時 分	異状発生数日前の様子	
搬入年月日時	年 月 日 時 分	風邪症状	①なし ②あり()
死亡年月日時	年 月 日 時 分	発熱	①なし ②あり(max °C)
氏名(イニシャル)	ID-No.	鼻閉	①なし ②あり()
年齢・性別	歳 ヶ月 男・女	直近1ヵ月間のワクチン歴	
異状発見時の状況 (発症(死亡)状況)		あり(同時接種 有 無) なし	
		ありの場合、各々のワクチン名と接種期日: (ワクチン名:) (接種日:) (ワクチン名:) (接種日:)	
		出生体重・在胎週数	g 在胎 週 日
発見場所	①自宅 ②保育所 ③病院 ④その他()	分娩中の異常	①なし ②あり()
最初の発見者	①母 ②父 ③保育士 ④その他()	第何子	第 子 (同胞 人)
		栄養方法(現在)	①母乳 ②ミルク ③離乳食 ④普通食
		普段の睡眠中の着衣	①薄着 ②普通 ③厚着
異状発見時の時刻	時 分(24時間法)	発育発達の遅れ	①なし ②あり()
最終健康確認時刻	時 分(24時間法)	基礎疾患の有無	①なし ②あり()
異状発生時は睡眠中?	①はい ②いいえ	主な既往歴	①なし ②あり()
発見時の添い寝	①なし ②あり	原因不明のALTE歴の有無	①なし ②あり
異状発見時の体位	①あおむけ ②うつぶせ ③横向き	これまでに無呼吸や チアノーゼ発作の既往	①なし ②あり(病名)
最後に寝かせた時の体位	①あおむけ ②うつぶせ ③横向き	母親・父親の年齢	母親 歳 / 父親 歳
普段の就寝時体位	①あおむけ ②うつぶせ ③その他()	母親の仕事	①なし ②あり()
寝返りの有無	①あおむけからうつぶせに自由に出来る (おおよそ生後 ヶ月頃より出来た) ②うつぶせからあおむけに自由に出来る (おおよそ生後 ヶ月頃より出来た) ③まだ寝返りは一人で出来ていなかった	母親の喫煙	①なし ②あり(本/日)
		父親の喫煙	①なし ②あり(本/日)
		同胞のSIDS又はSIDS疑い、 原因不明のALTE(突発性危 急事態)の有無	①なし ②あり(SIDS・原因不明のALTE)
異状発見から 病院到着までの時間	分	主な臨床検査データ	
病院までの搬入手段	①救急車 ②自家用車 ③その他()	1. 血液・尿・髄液・その他 異常所見: 2. 単純X線の有無[頭部 胸部 腹部 その他()] 異常:有() 無 3. 骨折の有無 ①なし ②あり() 4. 眼底所見の異常 ①なし ②あり() 5. CT(Ai)の有無 ①なし ②頭部 胸部 腹部 その他() 異常:有() 無 6. 心電図・心エコーの有無 異常:有() 無 7. タンデムマスなどの代謝系検査の有無:有(結果) 無 8. 百日咳抗体() その他の抗体検査() 9. 迅速診断キット(Flu.A/B,RS,Rota,hMP,Ad,GAS,Noro) 陽性あり() なし 10. GERの既往の有無(有 無 不明) 11. 死亡後組織検査の有無:有(肝,肺,その他()) 無 12. 保存検体(血液濾紙、血清、尿、髄液、小皮膚片、毛根付毛髪5~6本、爪)	
病院搬入時の状態		臨床診断(疑い)	
呼吸停止	①なし ②あり()	検視結果および 死亡診断書(検案書)の記載	①法医解剖(司法・行政・承諾) ②病理解剖 ③解剖なし(不詳死) *解剖がなされない場合、死亡診断書の死因は「不詳」とする。
心停止	①なし ②あり()		
外表の外傷	①なし ②あり()	関係機関連絡の有無	①なし ②あり(児相、保健福祉、その他)
鼻出血の有無	①なし ②あり()		
窒息させた物	①なし ②あり()		
その他の特記事項	()		
挿管時気管内ミルク	①なし ②あり(多量・微量) 泡沫状(あり・なし)		
気管内の血液	①なし ②あり(多量・微量)		
胃内チューブ吸引物	①なし ②あり()		
主な治療	①蘇生術(時間) ②気管挿管 ③レスピレーター管理 ④その他		

この用紙をコピーしてカルテ保存用紙および法医・病理連絡用紙としてお使い下さい。

健やか親子21推進本部 参加団体

No.	団体名
1	NPO法人 SIDS家族の会
2	社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会
3	公益社団法人 国民健康保険中央会
4	日本子ども健康科学会(子どもの心・体と環境を考える会)
5	認定NPO法人 児童虐待防止協会
6	公益財団法人 性の健康医学財団
7	全国児童相談所長会
8	全国児童心理司会
9	社会福祉法人 全国社会福祉協議会
10	全国児童心理治療施設協議会
11	公益社団法人 全国助産師教育協議会
12	公益社団法人 全国保育サービス協会
13	全国保健所長会
14	全国保健師長会
15	全国養護教諭連絡協議会
16	NPO法人 難病のこども支援全国ネットワーク
17	公益社団法人 日本医師会
18	公益社団法人 日本栄養士会
19	一般社団法人 日本家族計画協会
20	公益財団法人 日本学校保健会
21	公益社団法人 日本看護協会
22	一般社団法人 日本公衆衛生学会
23	公益社団法人 日本産科婦人科学会
24	公益社団法人 日本歯科医師会
25	一般社団法人 日本思春期学会
26	一般社団法人 日本児童青年精神医学会
27	公益社団法人 日本小児科医会
28	公益社団法人 日本小児科学会
29	一般社団法人 日本小児看護学会
30	一般社団法人 日本小児救急医学会
31	公益社団法人 日本小児保健協会
32	一般社団法人 日本助産学会
33	公益社団法人 日本助産師会
34	一般社団法人 日本性感感染症学会
35	日本赤十字社
36	日本タッチケア協会
37	一般社団法人 日本保育保健協議会
38	社会福祉法人 日本保育協会
39	公益社団法人 日本母性衛生学会
40	公益社団法人 日本産婦人科医会
41	一般社団法人 日本母乳の会
42	公益社団法人 日本薬剤師会
43	公益社団法人 日本理学療法士協会
44	公益財団法人 母子衛生研究会
45	公益社団法人 母子保健推進会議
46	公益社団法人 日本小児歯科学会
47	日本小児総合医療施設協議会
48	一般社団法人 日本周産期・新生児医学会
49	一般社団法人 日本学校保健学会
50	一般社団法人 日本小児神経学会
51	一般財団法人 日本食生活協会
52	一般社団法人 全国病児保育協議会
53	一般社団法人 性と健康を考える女性専門家の会
54	一般社団法人 日本外来小児科学会
55	一般社団法人 日本糖尿病・妊娠学会

56	一般社団法人 日本母乳哺育学会
57	公益社団法人 日本女医会
58	公益社団法人 日本産業衛生学会
59	一般社団法人 日本泌尿器科学会
60	一般社団法人 日本臨床心理士会
61	全国母子保健推進員等連絡協議会
62	一般財団法人 児童健全育成推進財団
63	すくすく子育て研究会
64	公益財団法人 母子健康協会
65	日本生殖看護学会
66	FOUR WINDS 乳幼児精神保健学会
67	公益財団法人 健康・体力づくり事業財団
68	U-COM (JFPA若者委員会)
69	日本SIDS・乳幼児突然死予防学会
70	公益社団法人 日本新生児成育医学会
71	全国乳児福祉協議会
72	全国児童養護施設協議会
73	全国母子生活支援施設協議会
74	全国保育協議会
75	全国保育士会
76	日本ピアカウンセリング・ピアエデュケーション研究会
77	日本育療学会
78	一般社団法人 全国訪問看護事業協会
79	特定非営利活動法人 日本小児外科学会
80	日本母子看護学会
81	NPO法人 日本ラクテーション・コンサルタント協会
82	NPO法人子ども療養支援協会
83	一般財団法人 電気安全環境研究所
84	一般社団法人 日本小児心身医学会
85	京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻
86	公益社団法人 誕生学協会
87	NPO法人 三重県生涯スポーツ協会
88	日本周産期精神保健研究会
89	一般社団法人 日本公認心理師協会
90	日本夜尿症・尿失禁学会
91	公益社団法人 日本精神神経学会

SIDS対策
強化月間



睡眠中の 赤ちゃんの死亡を 減らしましょう

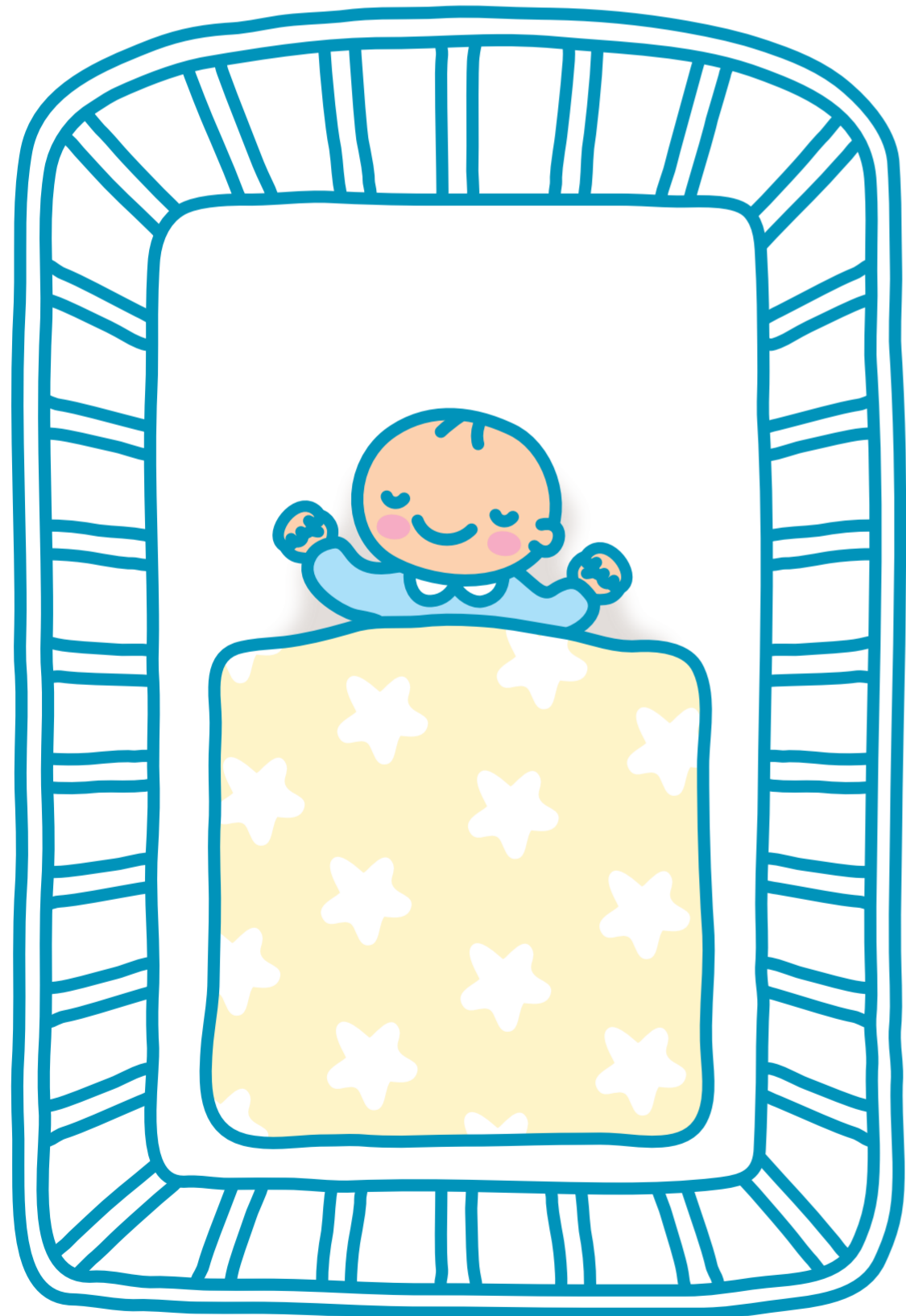
乳幼児突然死症候群

睡眠中に赤ちゃんが死亡する乳幼児突然死症候群 (SIDS: Sudden Infant Death Syndrome) という病があります。

- SIDSは、何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る原因のわからない病気です。
- 平成30年には60名の乳幼児がSIDSで亡くなり、乳児期の死亡原因の第4位です。



乳幼児突然死症候群 (SIDS) について



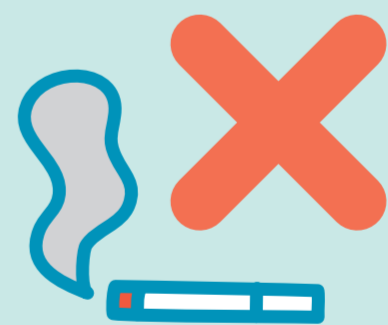
SIDSの
発症率を低くする
3つのポイント



- 1 1歳になるまでは、寝かせる時はあおむけに寝かせましょう



- 2 できるだけ母乳で育てましょう



- 3 たばこをやめましょう

窒息事故防止のために ☆

睡眠中に赤ちゃんが死亡する原因には、乳幼児突然死症候群 (SIDS) のほか、窒息などによる事故があります。

- ベビーベッドに寝かせ、柵は常に上げておきましょう
- 敷布団・マットレス・枕は固めのものを、掛け布団は軽いものを使いましょう
- 口や鼻を覆ったり、首に巻き付くものは置かないようにしましょう



厚生労働省



健やか親子21

睡眠中の 赤ちゃんの死亡を 減らしましょう

SIDS対策
強化月間



乳幼児突然死症候群

睡眠中に赤ちゃんが死亡する乳幼児突然死症候群 (SIDS: Sudden Infant Death Syndrome) という病気があります。

- SIDSは、何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る原因のわからない病気です。
- 平成30年には60名の乳幼児がSIDSで亡くなり、乳児期の死亡原因の第4位です。



乳幼児突然死症候群 (SIDS) について

SIDSの予防方法は確立していませんが、以下の3つのポイントを守ることにより、

SIDSの発症率が低くなるというデータがあります。



1 1歳になるまでは、寝かせる時はあおむけに寝かせましょう

SIDSは、うつぶせ、あおむけのどちらでも発症しますが、寝かせる時にうつぶせに寝かせたときの方がSIDSの発症率が高いということが研究者の調査からわかっています。医学上の理由でうつぶせ寝を勧められている場合以外は、赤ちゃんの顔が見えるあおむけに寝かせましょう。この取組は、睡眠中の窒息事故を防ぐ上でも有効です。



2 できるだけ母乳で育てましょう

母乳育児が赤ちゃんにとっていろいろな点で良いことはよく知られています。母乳で育てられている赤ちゃんの方がSIDSの発症率が低いということが研究者の調査からわかっています。できるだけ母乳育児にトライしましょう。



3 たばこをやめましょう

たばこはSIDS発症の大きな危険因子です。妊娠中の喫煙はおなかの赤ちゃんの体重が増えにくくなりますし、呼吸中枢にも明らかによくない影響を及ぼします。妊婦自身の喫煙はもちろんのこと、妊婦や赤ちゃんのそばでの喫煙はやめましょう。これは、身近な人の理解も大切ですので、日頃から喫煙者に協力を求めましょう。

厚生労働省
ホームページで
ご覧いただけます

乳幼児突然死症候群 (SIDS) について

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids.html>

乳幼児突然死症候群 (SIDS) 診断ガイドライン (第2版)

http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/sids_guideline.html

お問い合わせ先

乳幼児突然死症候群 (SIDS) については、各都道府県・市町村の母子保健担当課及び保健所・保健センターなどでご相談に応じています。



厚生労働省



窒息事故防止のために ☆

睡眠中に赤ちゃんが死亡する原因には、乳幼児突然死症候群（SIDS）のほか、窒息などによる事故があります。

ベビーベッドに寝かせ、 柵は常に上げておきましょう



できるだけベビーベッドを使用し、国が定めた安全基準の検査に合格した製品であることを示す、PSCマークが貼付されたベビーベッドを選びましょう。
また、赤ちゃんは日々成長し、できることが増えるため、動かないだろうと油断せず、転落しないように、柵は常に上げておきましょう。赤ちゃんの頭や身体がはさまれないよう周囲の隙間やベッド柵と敷布団・マットレスの隙間をなくしましょう。

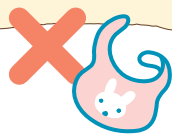


敷布団・マットレス・枕は固めのものを、 掛け布団は軽いものを使いましょう

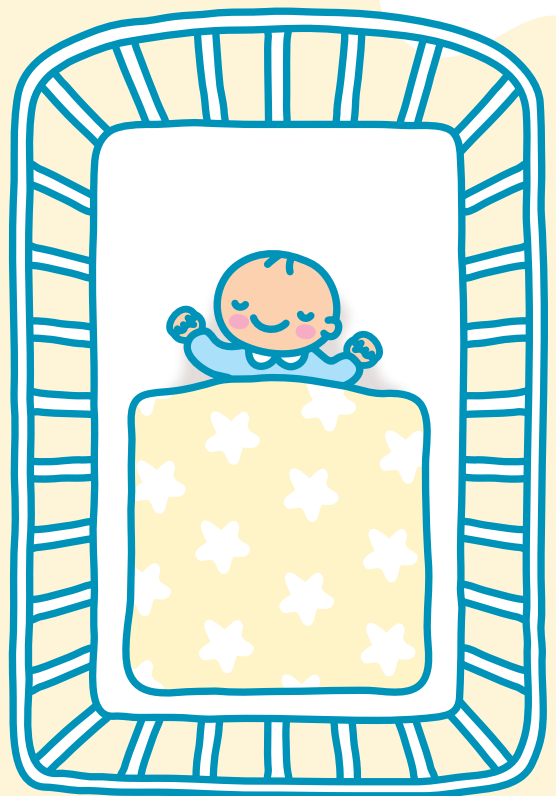
ふかふかした柔らかい敷布団・マットレス・枕は、うつぶせになった場合に顔が埋まってしまう、鼻や口がふさがれて窒息するリスクがあります。赤ちゃん用の固めの寝具を使いましょう。

掛け布団は、赤ちゃんが払いのけられる軽いものを使用し、顔にかぶらないようにしましょう。また、保護者が添い寝をする時は、赤ちゃんを身体や腕で圧迫しないように注意しましょう。

口や鼻を覆ったり、 首に巻き付くものは置かない ようにしましょう



赤ちゃんは、寝返りをしたり、ずり上がったり、寝ている間も動き回ります。このため、枕、タオル、衣服、よだれ掛け、ぬいぐるみなどが口や鼻を覆ったり、ヒモなどが首に巻き付いたりしてしまいうリスクがあります。



各

都	道	府	県
市	町	村	
特	別	区	

 母子保健主管部（局）長 殿

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

産後ケア事業における安全管理の推進について（依頼）

平素より、母子保健行政に格別の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

出産後1年を経過しない女子及び乳児に対して、心身のケアや育児のサポート等を行う産後ケア事業については、市町村(特別区を含む。以下同じ。)及び事業の委託を受けた事業者において、「母子保健法の一部を改正する法律」の施行について（通知）」（令和2年8月5日付け子発0805第3号厚生労働省子ども家庭局長通知）、「産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン」（令和2年8月5日付け子母発0805第1号母子保健課長通知別添）等を踏まえて、実施いただいているところです。今般、産後ケア事業を利用中の児の死亡事例が報告されていることから、市町村及び事業者における、安全管理を推進いただくよう、下記のとおり依頼いたします。

また、都道府県におかれては、市町村の産後ケア事業の体制整備について、「妊娠・出産包括支援推進事業（都道府県事業）」を活用し積極的に支援していただくよう、併せてお願いいたします。

なお、別添のとおり、関係団体にも依頼していることを申し添えます。

記

1. 利用者の症状の急変時や事故発生時等の対応について

市町村においては、産後ケア事業を利用する母子の症状が急変したときや、事故が発生したとき等の対応について、「産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン（令和2年8月）」等の内容を、改めて確認いただくよう依頼する。

また、今後の事故発生時等の産後ケア事業の実施施設及び事業者から市町村への報告並びに、市町村から都道府県を経由した国への報告については、「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」（平成29年11月10日付け府子本第912号・29初幼教第11号・子保発1110第1号・子子発1110第1号子家発1110第1号内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）、内閣府子ども・子育て本部参事官（認定こども園担当）、

文部科学省初等中等教育局幼児教育課長、文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課長、厚生労働省子ども家庭局保育課長、厚生労働省子ども家庭局子育て支援課長及び厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課長連名通知)の「1. 事故が発生した場合の報告について」、「3. 報告の対象となる重大事故の範囲」及び「5. 報告期限」を参照すること。

なお、重大な事故等である場合の都道府県から国への報告先については、厚生労働省子ども家庭局母子保健課とする。

(報告先について)

厚生労働省 子ども家庭局 母子保健課

TEL : 03-3595-2544

E-mail : boshihoken-1@mhlw.go.jp

(参考1) 産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン (令和2年8月)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000658063.pdf>

Ⅲ 産後ケア事業ガイドライン

8 留意すべき点 (抜粋)

④ 利用者の症状の急変等に緊急時に受け入れてもらう協力医療機関や保健医療面での助言が随時受けられるよう相談できる医師をあらかじめ選定する。また、利用者の症状の急変等に備えて、対応マニュアルの整備、定期的な研修を行うことが望ましい。

⑤ (略)

⑥ 事業実施に当たり、事故時の報告・連絡・相談のルート、災害時の対応等、必要な事項をあらかじめ取り決めておく。

※ ④～⑥については、委託先のみならず、市町村も対応することが望ましい。

(参考2) 「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」

https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/h291110/jiko_houkoku.pdf

2. 乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策及び窒息事故防止について

乳幼児突然死症候群(SIDS)は、何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る、原因の分からない病気である。その予防法は確立していないものの、医学上の理由でうつぶせ寝が勧められる場合以外は、1歳になるまでは、寝かせる時に仰向けにすることで、その発症率が下がるとされていると

ころ。産後ケア事業におけるSIDS対策及び窒息事故防止の推進のため、市町村においては、別添リーフレットの内容を産後ケア事業の実施施設及び事業者にも周知を行うなど、適切に対応されたい。

なお、事故予防のための備品（乳児用ベッド等）の購入に要する経費については、国庫補助事業の対象であることを申し添える。

（別添）乳幼児突然死症候群（SIDS）リーフレット

<https://www.mhlw.go.jp/content/000687166.pdf>

事務連絡
令和4年11月21日

公益社団法人	日本医師会	}	御中
公益社団法人	日本産科婦人科学会		
公益社団法人	日本産婦人科医会		
公益社団法人	日本小児科学会		
公益社団法人	日本小児科医会		
公益社団法人	日本看護協会		
公益社団法人	日本助産師会		

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

産後ケア事業における安全管理の推進について（依頼）

平素より、母子保健行政に格別の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

出産後1年を経過しない女子及び乳児に対して、心身のケアや育児のサポート等を行う産後ケア事業については、市町村(特別区を含む。以下同じ。)及び事業の委託を受けた事業者において、「母子保健法の一部を改正する法律」の施行について（通知）」（令和2年8月5日付け子発0805第3号厚生労働省子ども家庭局長通知）、「産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン」（令和2年8月5日付け子母発0805第1号母子保健課長通知別添）等を踏まえて、実施いただいているところです。今般、産後ケア事業を利用中の児の死亡事例が報告されていることから、事業者における、安全管理を推進いただくよう、下記のとおり依頼いたします。

なお、別添のとおり、都道府県、市町村及び特別区にも依頼していることを申し添えます。

記

1. 利用者の症状の急変時や事故発生時等の対応について

産後ケア事業の委託を受けた事業者においては、産後ケア事業を利用する母子の症状が急変したときや、事故が発生したとき等の対応について、「産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン（令和2年8月）」等の内容を、改めて確認いただくよう依頼する。

なお、市町村に対しては、「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」（平成29年11月10日付け府子本第912号・29初幼教第11号・子保発1110第1号・子子発1110第1号子家発1110第1号内閣府子ども・子育て本部参事官（子ども・子育て支援担当）、内閣府子ども・子育て本部参事官（認定こども園担当）、文部科学省初等中等教育局幼児教育課長、文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課長、厚生労働省子ども家庭局保育課長、厚生労働省子ども家庭局子育て支援課長及び厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課長連名通知）の「1. 事故が発生した場合の報告について」、「3. 報告の対象と

なる重大事故の範囲」及び「5. 報告期限」を参照した報告を依頼しているところであり、各事業所においては、市町村の体制整備にご協力願いたい。

(参考1) 産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン (令和2年8月)

<https://www.mhlw.go.jp/content/000658063.pdf>

Ⅲ 産後ケア事業ガイドライン

8 留意すべき点 (抜粋)

④ 利用者の症状の急変等に緊急時に受け入れてもらう協力医療機関や保健医療面での助言が随時受けられるよう相談できる医師をあらかじめ選定する。また、利用者の症状の急変等に備えて、対応マニュアルの整備、定期的な研修を行うことが望ましい。

⑤ (略)

⑥ 事業実施に当たり、事故時の報告・連絡・相談のルート、災害時の対応等、必要な事項をあらかじめ取り決めておく。

※ ④～⑥については、委託先のみならず、市町村も対応することが望ましい。

(参考2) 「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」

https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/law/kodomo3houan/pdf/h291110/jiko_houkoku.pdf

2. 乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策及び窒息事故防止について

乳幼児突然死症候群(SIDS)は、何の予兆や既往歴もないまま乳幼児が死に至る、原因の分からない病気である。その予防法は確立していないものの、医学上の理由でうつぶせ寝が勧められる場合以外は、1歳になるまでは、寝かせる時に仰向けにすることで、その発症率が下がるとされているところ。産後ケア事業におけるSIDS対策及び窒息事故防止の推進のため、別添リーフレットの内容について適切に対応されたい。

(別添) 乳幼児突然死症候群 (SIDS) リーフレット

<https://www.mhlw.go.jp/content/000687166.pdf>

令和4年11月28日(月)

【照会先】

子ども家庭局 母子保健課

課長補佐 吉川(内線 4986)

課長補佐 向 (内線 4983)

(電話代表) 03(5253)1111

報道関係者 各位

「Child Death Review シンポジウム」を開催します

不慮の事故など予防可能なこどもの死を防ぐため、令和2年度から、都道府県内の複数の関係者で死因等の検証を行い、効果的な予防策を導き出す「予防のための子どもの死亡検証（CDR：Child Death Review）体制整備モデル事業」を開始し、複数の都道府県においてモデル事業を実施していただいております。今般、CDRの普及を図るため、下記のとおり「Child Death Review シンポジウム」を開催いたします。

【開催概要】詳細は、別添リーフレットを参照下さい。

1. 日時
令和4年12月16日（金）13:00～15:00
2. 場所
オンライン開催（事前申込制）
3. 目的
本シンポジウムは、CDRについて、一般の方に知っていただくことを目的に開催します。CDRに加えて、こどもの命を守るための事故予防策などについても紹介する予定です。
4. 対象者
一般の皆様・報道機関の皆様
5. 参加費
無料

6. プログラム

- 開会あいさつ 厚生労働省子ども家庭局母子保健課
- 「こどもの『死』に向き合う：Child Death Review を知っていますか」
名古屋大学 医学部附属病院救急・内科系集中治療部 部長 沼口敦氏
- 「日本におけるChild Death Review のいままでとこれから」
国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部 部長 竹原健二氏
- 「こどもの事故予防とChild Death Review」
国立成育医療研究センター救急診療科 診療部長 植松悟子氏
- 「こどもの命を守るための予防策紹介」
山梨県 子育て支援局子育て政策課 課長 細田尚子氏
- パネルディスカッション「こどもの死から学ぼうとするCDRとは～予防可能な死を防ぐために～」
一般社団法人吉川慎之介記念基金 代表理事 吉川優子氏
沼口敦氏
竹原健二氏
植松悟子氏
- お申込み方法等 : 下記Google Formよりお申し込みください。

<https://forms.gle/Hi9MwzdtSj6bUfTM7>



- お申込みいただいた方へ、
事務局よりシンポジウム視聴用のオンラインURLをお送りいたします。
Google Formの御使用が難しい場合には、以下事務局へお問い合わせください。

(お問合せ先) 子どもの死亡検証シンポジウム運営事務局 (cdr-visitor@newsbase.co.jp)
事前にお申し込みいただければ、どなたでも御覧いただけます。

以上

Child Death Reviewシンポジウム

CDRとは～予防可能なこどもの死を防ぐために～



このたび、広く一般の皆様に向けて「Child Death Reviewシンポジウム：CDRとは～予防可能な子どもの死を防ぐために～」を開催いたします。本イベントは、厚生労働省委託事業「予防のための子どもの死亡検証に関する体制整備及び広報啓発業務一式」の一環として行います。

このシンポジウムは、Child Death Review（CDR）について知っていただくことを目的に開催いたします。日本におけるCDR研究の第一人者や、実際に地域で取り組みを進められている行政担当者・医療従事者などに登壇していただき、それぞれの視点から、CDRの意義やモデル事業を通じて得た気づきについてお話しいただきます。

CDRについての説明に加え、こどもの事故に対する具体的な予防策などについても紹介予定ですので、初めてCDRという言葉を目にする方も、これまで耳にしたことがある方も、お気軽にご参加ください。このシンポジウムを通じて、CDRとは何かを知り、こどもの安全について考えていただくきっかけとなれば幸いです。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

Child Death Review シンポジウム 事務局

開催概要

日時	2022年12月16日（金）	13:00～15:00（12:50頃よりオンライン入室可能）
会場	オンライン開催 （事前申し込み制。「お申込み」欄のサイトから配信するため、事前にご登録いただければどなたでも御覧いただけます。）	
主催	厚生労働省	
参加費	無料	
申込期限	12/16（金）当日まで申込可能	

お申し込み

下記Google Formよりお申し込みをお願いいたします。

<https://forms.gle/Hi9MwzdtSj6bUfTM7>

※Google Formへのアクセスが難しい方におかれましては、子どもの死亡検証シンポジウム運営事務局（cdr-visitor@newsbase.co.jp）へお問い合わせください。



お問い合わせ

本イベントに関してご不明点がございましたら以下のアドレスへご連絡をお願いいたします。

cdr-visitor@newsbase.co.jp

プログラム

時間	セッションタイトル	講演者
13:00～13:05	開会あいさつ 本シンポジウムを主催する厚生労働省より、シンポジウム開催趣旨やCDR事業の概要をお話します。	・厚生労働省厚生労働省 子ども家庭局母子保健課
13:05～13:30	「こどもの『死』に向き合う：Child Death Reviewを知っていますか」 日本におけるCDR研究の第一人者である沼口氏より、「CDRとはどのような制度で、誰にとって必要なのか」、また、CDRの背景に存在する問題意識についてお話いただきます。	・名古屋大学 医学部附属病院 救急・内科系集中治療部 部長 沼口 敦氏
13:30～13:50	「日本におけるChild Death Reviewのいままでとこれから」 令和元年度より自治体と共にCDRの前進に尽力されている竹原氏より、日本でCDRモデル事業が始まった背景やこれまでの成果、地域の人々の想いについてお話いただきます。	・国立成育医療研究センター 研究所 政策科学研究部 部長 竹原 健二氏
13:50～14:05	「こどもの事故予防とChild Death Review」 日々小児救急医療に従事され、内閣府消費者安全調査委員会専門委員を務められている植松氏より、こどもの事故の現状や、こどもの事故予防の取組をCDRへ連携する必要性についてお話いただきます。	・国立成育医療研究センター 救急診療科 診療部長 植松悟子氏
14:05～14:25	「こどもの命を守るための予防策紹介」 現在に至るまで、いくつもの障壁を乗り越えながら地域でCDRを実践されている山梨県の細田氏より、山梨県がCDRに取り組み始めたきっかけや、CDR実現までの道のり、実際にCDRを通じて導かれた予防策をご紹介します。	・山梨県 子育て支援局子育て政策 課 課長 細田尚子氏
14:25～15:00	パネルディスカッション 「こどもの死から学ぼうとするCDRとは～予防可能な死を防ぐために～」 前段セッションの登壇者に加え、当事者家族として水難事故防止と保育・学校管理下でのこどもの事故予防啓発活動に尽力されている吉川氏を迎えて、パネルディスカッションを行います。 本パネルディスカッションでは、日々の暮らしの中に存在するCDRやCDR実施の過程で社会にもたらされるポジティブな変化について講演者が意見を交換します。ご参加の皆様にとって、CDRとご自身とのつながりを捉え、考えていただくきっかけとさせていただきます。	・一般社団法人 吉川慎之介記念基金 代表理事 吉川優子氏 ・沼口 敦氏 ・竹原 健二氏 ・植松悟子氏

事務連絡
令和4年11月30日

各

都道府県
保健所設置市
特別区

 母子保健主管部（局）御中

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

子育て世代包括支援センターの実施状況の送付について

平素より、母子保健行政に多大なるご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、母子保健法（昭和40年法律第141号）第22条に定める母子健康包括支援センター（通称、子育て世代包括支援センター。以下「センター」という。）については、平成28年に同法を改正した際に、市町村はセンターの設置に努めることとされています。

今般、センターの実施状況について確認を行ったところ、別紙のとおり、令和4年4月1日時点で、全国1,647市区町村（2,486箇所）で実施されていました。

つきましては、未設置の市区町村におかれては、引き続き、設置に努めていただきますようお願いいたします。

また、都道府県におかれては、別紙の内容をご了知の上、関係部局、貴管内市区町村に対して広く周知いただき、関係機関と一層の連携の上、積極的にご支援いただくようお願いいたします。

記

○別紙：「子育て世代包括支援センターの実施状況（令和4年4月1日時点）」

子育て世代包括支援センターの実施状況（2022.4.1時点：母子保健課調べ）

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数	都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数	都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数	都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数	都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数	都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
北海道 137自治体 [163か所]	札幌市	10		白老町	1		小清水町	1	青森県 37自治体 [37か所]	青森市	1	岩手県 30自治体 [30か所]	盛岡市	1	秋田県 25自治体 [38か所]	亘理町	1
	旭川市	1		厚真町	1		北見市	5		弘前市	1		山元町	1			
	函館市	1		安平町	1		美幌町	1		八戸市	1		松島町	2			
	小樽市	1		むかわ町	1		津別町	1		黒石市	1		七ヶ浜町	1			
	夕張市	1		浦河町	1		訓子府町	1		五所川原市	1		利府町	1			
	岩見沢市	1		日高町	1		置戸町	1		十和田市	1		大和町	1			
	美瑛市	1		平取町	1		紋別市	1		三沢市	1		大郷町	1			
	三笠市	1		新冠町	1		佐呂間町	1		むつ市	1		大衡村	1			
	南幌町	1		新ひだか町	1		遠軽町	1		つがる市	1		加美町	1			
	由仁町	1		北斗市	1		湧別町	1		平川市	1		涌谷町	1			
	長沼町	1		知内町	1		滝上町	1		平内町	1		美里町	1			
	栗山町	1		七飯町	1		雄武町	1		今別町	1		女川町	1			
	月形町	1		鹿部町	1		帯広市	1		蓬田村	1		色麻町	1			
	芦別市	2		森町	1		音更町	1		外ヶ浜町	1		大崎市	3			
	滝川市	1		八雲町	1		士幌町	1		鯨ヶ沢町	1		気仙沼市	1			
	砂川市	1		今金町	1		上士幌町	1		深浦町	1		栗原市	1			
	奈井江町	1		せたな町	1		鹿追町	1		藤崎町	1		秋田市	2			
	浦臼町	1		乙部町	1		新得町	1		田舎館村	1		能代市	1			
	新十津川町	1		奥尻町	1		清水町	1		板柳町	1		横手市	9			
	深川市	1		鷹栖町	1		芽室町	1		鶴田町	1		大館市	1			
	妹背牛町	2		東神楽町	1		中札内村	1		中泊町	1		男鹿市	1			
	秩父別町	1		当麻町	1		更別村	1		野辺地町	1		湯沢市	1			
	北竜町	1		比布町	1		大樹町	1		七戸町	1		鹿角市	2			
	沼田町	1		愛別町	1		広尾町	1		六戸町	1		由利本荘市	1			
	江別市	2		上川町	1		幕別町	1		横浜町	1		湯上市	1			
	石狩市	2		東川町	1		池田町	1		東北町	1		大仙市	3			
	当別町	1		美瑛町	1		豊頃町	1		六ヶ所村	1		北秋田市	1			
	新篠津村	1		幌加内町	1		本別町	2		おいらせ町	1		にかほ市	1			
	千歳市	1		士別市	1		足寄町	1		大間町	1		仙北市	2			
	恵庭市	1		名寄市	1		陸別町	1		東通村	1		小坂町	1			
	北広島市	2		和寒町	1		釧路市	4		風間浦村	1		上小阿仁村	1			
	寿都町	1		剣淵町	2		釧路町	2		佐井村	1		藤里町	1			
黒松内町	1	下川町	1	厚岸町	1	三戸町	1	三種町	1								
蘭越町	1	美深町	1	浜中町	1	五戸町	1	八峰町	1								
喜茂別町	1	上富良野町	1	標茶町	1	南部町	1	五城目町	1								
倶知安町	1	中富良野町	1	弟子屈町	1	階上町	1	八郎潟町	1								
赤井川村	1	南富良野町	1	鶴居村	1	新郷村	1	井川町	1								
岩内町	1	占冠村	1	白糠町	1			岩沼市	1								
泊村	1	増毛町	1	根室市	1			登米市	9								
神恵内村	1	初山別村	1	別海町	1			東松島市	1								
室蘭市	1	遠別町	1	中標津町	3			富谷市	1								
登別市	1	天塩町	1	標津町	1			蔵王町	1								
伊達市	1	稚内市	1	羅臼町	1			大河原町	1								
豊浦町	1	猿払村	1					村田町	2								
壮瞥町	1	中頓別町	1					柴田町	2								
洞爺湖町	1	網走市	1					川崎町	1								
苫小牧市	1	清里町	1					丸森町	1								

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
山形県 35自治体 [33か所]	山形市	1
	米沢市	1
	鶴岡市	1
	酒田市	1
	新庄市	1
	寒河江市	1
	上市市	1
	村山市	2
	長井市	1
	天童市	1
	東根市	1
	尾花沢市	1
	南陽市	1
	山辺町	1
	中山町	1
	河北町	1
	西川町	2
	朝日町	1
	大江町	1
	大石田町	1
	金山町	1
	最上町	1
	舟形町	1
	真室川町	1
	会蔵村	1
	鮭川村	1
	戸沢村	1
	高島町	2
	川西町	1
	小国町	1
	白鷹町	1
	飯豊町	1
	三川町	1
庄内町	1	
遊佐町	1	
福島市	1	
郡山市	4	
いわき市	7	
二本松市	1	
伊達市	1	
本宮市	1	
桑折町	1	
国見町	1	
川俣町	1	
大玉村	1	
須賀川市	1	
田村市	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	鏡石町	1
	天栄村	1
	石川町	1
	玉川村	1
	平田村	1
	浅川町	1
	古殿町	1
	三春町	1
	小野町	1
	白河市	1
	西郷村	1
	泉崎村	1
	中島村	1
	矢吹町	1
	棚倉町	1
	矢祭町	1
	埴町	1
	鮫川村	1
	会津若松市	1
	喜多方市	1
	北塩原村	1
	西会津町	1
	磐梯町	1
	猪苗代町	1
	会津坂下町	1
	湯川村	1
	柳津町	1
	三島町	1
	金山町	1
	昭和村	1
	会津美里町	2
	下郷町	1
	檜枝岐村	1
只見町	1	
南会津町	1	
南相馬市	1	
広野町	1	
檜葉町	1	
富岡町	1	
川内村	1	
大熊町	1	
双葉町	1	
浪江町	1	
葛尾村	1	
新地町	1	
飯館村	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
茨城県 44自治体 [59か所]	水戸市	2
	日立市	3
	土浦市	1
	古河市	1
	石岡市	2
	結城市	1
	龍ヶ崎市	1
	下妻市	1
	常総市	1
	常陸太田市	1
	高萩市	1
	北茨城市	1
	笠間市	1
	取手市	5
	牛久市	1
	つくば市	6
	ひたちなか市	1
	鹿嶋市	1
	潮来市	1
	守谷市	1
	常陸大宮市	1
	那珂市	2
	筑西市	1
	坂東市	1
	稲敷市	1
	かすみがうら市	1
	桜川市	1
	神栖市	1
	行方市	1
	鉾田市	1
	つくばみらい市	1
	小美玉市	1
	茨城町	1
大洗町	1	
城里町	1	
東海村	1	
大子町	1	
美浦村	2	
阿見町	1	
川内村	1	
八千代町	1	
五霞町	1	
境町	1	
利根町	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
栃木県 25自治体 [33か所]	宇都宮市	5
	足利市	2
	栃木市	1
	佐野市	2
	鹿沼市	1
	日光市	1
	小山市	1
	真岡市	1
	大田原市	1
	矢板市	1
	那須塩原市	2
	さくら市	2
	那須烏山市	1
	下野市	1
	上三川町	1
	益子町	1
	茂木町	1
	市貝町	1
	芳賀町	1
	壬生町	1
	野木町	1
	塩谷町	1
	高根沢町	1
	那須町	1
	那珂川町	1
群馬県 35自治体 [44か所]	前橋市	1
	高崎市	8
	桐生市	1
	伊勢崎市	1
	太田市	2
	沼田市	1
	館林市	1
	渋川市	1
	藤岡市	1
	富岡市	2
	安中市	1
	みどり市	1
	榛東村	1
	吉岡町	1
	上野村	1
神流町	1	
下仁田町	1	
南牧村	1	
甘楽町	1	
中之条町	1	
長野原町	1	
嬬恋村	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	草津町	1
	高山村	1
	東吾妻町	1
	片品村	1
	川場村	1
	昭和村	1
	みなかみ町	1
	玉村町	1
	板倉町	1
	明和町	1
	千代田町	1
	大泉町	1
	邑楽町	1
	さいたま市	10
	川越市	4
	熊谷市	2
	川口市	7
	行田市	1
	秩父市	1
	所沢市	3
	飯能市	1
	加須市	1
	本庄市	2
	東松山市	1
	春日部市	1
	狭山市	4
	羽生市	1
	鴻巣市	2
	深谷市	2
	上尾市	4
	草加市	1
	越谷市	2
	蕨市	2
戸田市	1	
入間市	2	
朝霞市	1	
志木市	1	
和光市	5	
新座市	4	
桶川市	1	
久喜市	4	
北本市	1	
八潮市	2	
富士見市	1	
中之条市	1	
蓮田市	2	
坂戸市	2	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
千葉県 53自治体 [80か所]	幸手市	1
	鶴ヶ島市	2
	日高市	2
	吉川市	3
	ふじみ野市	3
	白岡市	1
	伊奈町	1
	三芳町	1
	毛呂山町	1
	越生町	1
	滑川町	1
	嵐山町	1
	小川町	1
	川島町	1
	吉見町	2
	鳩山町	1
	ときがわ町	1
	横瀬町	1
	皆野町	1
	長瀬町	1
	小鹿野町	1
	東秩父村	1
	美里町	1
	神川町	2
	上里町	2
	寄居町	1
	宮代町	2
	杉戸町	2
	松伏町	1
	千葉市	6
	銚子市	1
	市川市	4
	船橋市	7
館山市	1	
木更津市	1	
松戸市	3	
野田市	2	
茂原市	1	
成田市	1	
佐倉市	5	
東金市	2	
旭市	1	
習志野市	1	
柏市	1	
勝浦市	1	
市原市	1	
流山市	3	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	八千代市	1
	我孫子市	1
	鴨川市	1
	鎌ヶ谷市	1
	君津市	1
	富津市	1
	浦安市	1
	四街道市	1
	袖ヶ浦市	1
	八街市	1
	印西市	2
	白井市	1
	富里市	1
	南房総市	1
	匝瑳市	2
	香取市	1
	山武市	1
	いすみ市	1
	大網白里市	1
	酒々井町	2
	栄町	1
	神崎町	1
	多古町	1
	東庄町	1
	九十九里町	1
	芝山町	1
	横芝光町	1
	一宮町	1
	睦沢町	1
	長生村	1
	白子町	1
	長柄町	1
	長南町	1
大多喜町	1	
鋸南町	1	
東京都 58自治体 [178か所]	千代田区	5
	中央区	1
	港区	2
	新宿区	10
	文京区	2
	台東区	2
	墨田区	7
	江東区	4
	品川区	4
	目黒区	1
大田区	1	
世田谷区	5	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	渋谷区	5
	中野区	4
	杉並区	5
	豊島区	6
	北区	4
	荒川区	2
	板橋区	6
	練馬区	11
	足立区	6
	葛飾区	11
	江戸川区	8
	八王子市	9
	立川市	2
	武蔵野市	4
	三鷹市	8
	青梅市	1
	府中市	2
	昭島市	1
	調布市	2
	町田市	10
	小金井市	1
	小平市	1
	日野市	1
	東村山市	1
	国分寺市	1
	国立市	1
	福生市	1
	狛江市	1
	東大和市	2
	清瀬市	1
	東久留米市	1
	武蔵村山市	1
	多摩市	1
稲城市	1	
あきる野市	1	
羽村市	1	
西東京市	1	
瑞穂町	1	
檜原村	1	
大島町	1	
利島村	1	
新島村	1	
神津島村	1	
三宅村	1	
御蔵島村	1	
八丈町	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	横浜市	18
	川崎市	9
	相模原市	3
	横須賀市	1
	平塚市	1
	鎌倉市	1
	藤沢市	3
	小田原市	2
	茅ヶ崎市	1
	逗子市	1
	三浦市	1
	秦野市	1
	厚木市	1
	大和市	1
	伊勢原市	1
	海老名市	1
	座間市	4
	南足柄市	1
	綾瀬市	1
	町田市	1
	寒川町	1
	大磯町	1
	二宮町	1
中井町	1	
大井町	1	
松田町	1	
山北町	1	
開成町	1	
箱根町	1	
真鶴町	1	
湯河原町	1	
愛川町	1	
清川村	1	
新潟市	8	
村上市	6	
関川村	1	
粟島浦村	1	
新発田市	1	
阿賀野市	1	
胎内市	1	
聖籠町	1	
五泉市	1	
阿賀町	1	
三条市	1	
加茂市	1	
燕市	1	
弥彦村	1	
新潟県 29自治体 [79か所]		

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	田上町	1
	長岡市	24
	小千谷市	1
	見附市	1
	出雲崎町	1
	魚沼市	1
	南魚沼市	1
	湯沢町	1
	十日町市	1
	津南町	1
	柏崎市	1
	刈羽村	2
	妙高市	1
	上越市	15
	糸魚川市	1
富山県 15自治体 [23か所]	富山市	8
	高岡市	1
	魚津市	1
	氷見市	1
	滑川市	1
	黒部市	1
	砺波市	2
	小矢部市	1
	南砺市	1
	射水市	1
	舟橋村	1
	上市町	1
	立山町	1
	入善町	1
	朝日町	1
金沢市	4	
七尾市	1	
小松市	2	
輪島市	2	
珠洲市	1	
加賀市	1	
羽咋市	1	
かほく市	2	
白山市	4	
能美市	2	
野々市市	2	
川北町	2	
津幡町	1	
内灘町	2	
志賀町	1	
宝達志水町	1	
中能登町	1	
穴水町	1	
能登町	1	
石川県 19自治体 [32か所]		

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
福井県 17自治体 [20か所]	福井市	2
	敦賀市	1
	小浜市	1
	大野市	1
	勝山市	1
	鯖江市	2
	あわら市	1
	越前市	1
	坂井市	2
	永平寺町	1
	池田町	1
	南越前町	1
	越前町	1
	美浜町	1
	高浜町	1
	おおい町	1
	若狭町	1
	甲府市	1
	富士吉田市	1
	都留市	1
山梨市	1	
大月市	1	
韮崎市	2	
南アルプス市	1	
北杜市	1	
甲斐市	1	
笛吹市	1	
上野原市	1	
甲州市	1	
中央市	1	
市川三郷町	1	
早川町	1	
身延町	1	
富士川町	2	
昭和町	1	
道志村	1	
西桂町	1	
山中湖村	1	
鳴沢村	1	
富士河口湖町	1	
丹波山村	1	
長野市	9	
松本市	6	
上田市	1	
岡谷市	1	
飯田市	2	
諏訪市	1	
長野県 77自治体 [103か所]		

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	須坂市	1
	小諸市	1
	伊那市	1
	駒ヶ根市	1
	中野市	1
	大町市	1
	飯山市	1
	茅野市	1
	塩尻市	1
	佐久市	5
	千曲市	3
	東御市	2
	安曇野市	1
	小海町	1
	川上村	1
	南牧村	1
	南相木村	1
	北相木村	1
	佐久穂町	1
	軽井沢町	1
	御代田町	1
	立科町	1
	青木村	1
	長和町	1
	下諏訪町	1
	富士見町	1
	原村	1
辰野町	1	
箕輪町	1	
飯島町	2	
南箕輪村	2	
中川村	1	
宮田村	1	
松川町	1	
高森町	1	
阿南町	1	
阿智村	1	
平谷村	1	
根羽村	1	
下條村	1	
売木村	1	
天龍村	1	
泰阜村	1	
喬木村	1	
豊丘村	2	
大鹿村	1	
上松町	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	南木曾町	1
	木祖村	1
	王滝村	1
	大桑村	1
	木曾町	1
	麻績村	1
	生坂村	2
	山形村	1
	朝日村	1
	筑北村	1
	池田町	1
	松川村	1
	白馬村	1
	小谷村	1
	坂城町	1
	小布施町	1
	高山村	1
	信濃町	1
	小川村	1
	飯綱町	2
山ノ内町	1	
木島平村	1	
野沢温泉村	1	
栄村	1	
岐阜県 42自治体 [55か所]	岐阜市	3
	羽島市	1
	各務原市	1
	山県市	1
	瑞穂市	1
	本巣市	3
	岐南町	1
	笠松町	1
	北方町	1
	大垣市	2
	海津市	2
	養老町	1
	垂井町	1
	関ヶ原町	1
	神戸町	2
	輪之内町	1
	安八町	1
	揖斐川町	1
	大野町	1
	池田町	3
関市	1	
美濃市	1	
郡上市	3	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	美濃加茂市	1
	可児市	1
	坂祝町	1
	富加町	1
	川辺町	1
	七宗町	2
	八百津町	1
	白川町	1
	東白川村	1
	御嵩町	2
	多治見市	1
	瑞浪市	1
	土岐市	1
	中津川市	1
	恵那市	1
	高山市	1
	飛騨市	1
	下呂市	1
	白川村	1
	静岡市	3
浜松市	7	
沼津市	2	
熱海市	1	
三島市	2	
富士宮市	2	
伊東市	1	
島田市	2	
富士市	1	
磐田市	1	
焼津市	1	
掛川市	2	
藤枝市	1	
御殿場市	1	
袋井市	1	
下田市	1	
裾野市	1	
湖西市	1	
伊豆市	1	
御前崎市	1	
菊川市	1	
伊豆の国市	1	
牧之原市	1	
東伊豆町	1	
河津町	1	
南伊豆町	1	
松崎町	1	
西伊豆町	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	函南町	1
	清水町	1
	長泉町	1
	小山町	2
	吉田町	1
	川根本町	1
	森町	1
	名古屋市	16
	豊橋市	2
	岡崎市	8
愛知県 54自治体 [116か所]	一宮市	3
	瀬戸市	3
	半田市	1
	春日井市	1
	豊川市	2
	津島市	3
	碧南市	1
	刈谷市	4
	豊田市	1
	安城市	2
	西尾市	1
	蒲郡市	1
	犬山市	3
	常滑市	2
	江南市	2
	小牧市	1
	稲沢市	1
	新城市	2
	東海市	2
	大府市	2
知多市	2	
知立市	1	
尾張旭市	4	
高浜市	1	
岩倉市	2	
豊明市	1	
日進市	2	
田原市	2	
愛西市	2	
清須市	2	
北名古屋市	3	
弥富市	1	
みよし市	1	
あま市	4	
長久手市	3	
東郷町	1	
豊山町	2	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	大口町	2
	扶桑町	1
	大治町	1
	蟹江町	1
	飛鳥村	2
	阿久比町	1
	東浦町	2
	南知多町	1
	美浜町	1
	武豊町	2
三重県 29自治体 [63か所]	幸田町	1
	設楽町	1
	東栄町	1
	豊根村	1
	津市	15
	四日市市	1
	伊勢市	2
	松阪市	2
	桑名市	1
	鈴鹿市	1
名張市	16	
尾鷲市	1	
亀山市	1	
鳥羽市	1	
熊野市	1	
いなべ市	2	
志摩市	1	
伊賀市	1	
木曾岬町	1	
東真町	2	
菰野町	1	
朝日町	2	
川越町	1	
多気町	1	
明和町	1	
大台町	1	
玉城町	1	
度会町	1	
大紀町	1	
南伊勢町	1	
紀北町	1	
御浜町	1	
紀宝町	1	
大津市	7	
草津市	1	
守山市	1	
栗東市	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	湖南市	5
	甲賀市	5
	近江八幡市	1
	東近江市	1
	日野町	1
	竜王町	1
	彦根市	1
	愛荘町	1
	豊郷町	1
	甲良町	1
京都府 25自治体 [41か所]	多賀町	1
	長浜市	1
	米原市	1
	高島市	1
	京都市	14
	福知山市	1
	舞鶴市	1
	綾部市	1
	宇治市	1
	宮津市	1
亀岡市	1	
城陽市	1	
向日市	1	
長岡京市	1	
八幡市	2	
京田辺市	1	
京丹後市	1	
南丹市	3	
木津川市	1	
大山崎町	1	
久御山町	1	
井手町	1	
宇治田原町	1	
笠置町	1	
和束町	1	
精華町	1	
南山城村	1	
伊根町	1	
与謝野町	1	
大阪府 43自治体 [110か所]	河内長野市	1
	松原市	1
	泉佐野市	5
	池田市	1
	田尻町	2
	藤井寺市	1
	富田林市	2
	河南町	2

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	泉大津市	1
	忠岡町	1
	高槻市	1
	阪南市	1
	守口市	1
	貝塚市	1
	和泉市	4
	高石市	1
	摂津市	1
	大阪狭山市	3
兵庫県 41自治体 [84か所]	箕面市	1
	寝屋川市	2
	門真市	1
	豊中市	3
	柏原市	2
	東大阪市	7
	島本町	1
	泉南市	1
	千早赤阪村	1
	吹田市	3
四條畷市	2	
岸和田市	1	
羽曳野市	1	
茨木市	2	
大東市	1	
能勢町	1	
熊取町	1	
枚方市	2	
交野市	2	
八尾市	1	
大阪市	24	
太子町	3	
豊能町	2	
堺市	14	
岬町	1	
神戸市	12	
姫路市	8	
尼崎市	2	
西宮市	10	
明石市	1	
芦屋市	1	
宝塚市	1	
三田市	2	
伊丹市	3	
川西市	2	
猪名川町	2	
加古川市	3	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	南木曾町	1
	木祖村	1
	王滝村	1
	大桑村	1
	木曾町	1
	麻績村	1
	生坂村	2
	山形村	1
	朝日村	1
	筑北村	1
	池田町	1
	松川村	1
	白馬村	1
	小谷村	1
	坂城町	1
	小布施町	1
	高山村	1
	信濃町	1
	小川村	1
	飯綱町	2
山ノ内町	1	
木島平村	1	
野沢温泉村	1	
栄村	1	
岐阜県 42自治体 [55か所]	岐阜市	3
	羽島市	1
	各務原市	1
	山県市	1
	瑞穂市	1
	本巣市	3
	岐南町	1
	笠松町	1
	北方町	1
	大垣市	2
	海津市	2
	養老町	1
	垂井町	1
	関ヶ原町	1
	神戸町	2
	輪之内町	1
	安八町	1
	揖斐川町	1
	大野町	1
	池田町	3
関市	1	
美濃市	1	
郡上市	3	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	美濃加茂市	1
	可児市	1
	坂祝町	1
	富加町	1
	川辺町	1
	七宗町	2
	八百津町	1
	白川町	1
	東白川村	1
	御嵩町	2
	多治見市	1
	瑞浪市	1
	土岐市	1
	中津川市	1
	恵那市	1
	高山市	1
	飛騨市	1
	下呂市	1
	白川村	1
	静岡市	3
浜松市	7	
沼津市	2	
熱海市	1	
三島市	2	
富士宮市	2	
伊東市	1	
島田市	2	
富士市	1	
磐田市	1	
焼津市	1	
掛川市	2	
藤枝市	1	
御殿場市	1	
袋井市	1	
下田市	1	
裾野市	1	
湖西市	1	
伊豆市	1	
御前崎市	1	
菊川市	1	
伊豆の国市	1	
牧之原市	1	
東伊豆町	1	
河津町	1	
南伊豆町	1	
松崎町	1	
西伊豆町	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	函南町	1
	清水町	1
	長泉町	1
	小山町	2
	吉田町	1
	川根本町	1
	森町	1
	名古屋市	16
	豊橋市	2
	岡崎市	8
愛知県 54自治体 [116か所]	一宮市	3
	瀬戸市	3
	半田市	1
	春日井市	1
	豊川市	2
	津島市	3
	碧南市	1
	刈谷市	4
	豊田市	1
	安城市	2
	西尾市	1
	蒲郡市	1
	犬山市	3
	常滑市	2
	江南市	2
	小牧市	1
	稲沢市	1
	新城市	2
	東海市	2
	大府市	2
知多市	2	
知立市	1	
尾張旭市	4	
高浜市	1	
岩倉市	2	
豊明市	1	
日進市	2	
田原市	2	
愛西市	2	
清須市	2	
北名古屋市	3	
弥富市	1	
みよし市	1	
あま市	4	
長久手市	3	
東郷町	1	
豊山町	2	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	大口町	2
	扶桑町	1
	大治町	1
	蟹江町	1
	飛鳥村	2
	阿久比町	1
	東浦町	2
	南知多町	1
	美浜町	1
	武豊町	2
三重県 29自治体 [63か所]	幸田町	1
	設楽町	1
	東栄町	1
	豊根村	1
	津市	15
	四日市市	1
	伊勢市	2
	松阪市	2
	桑名市	1
	鈴鹿市	1
名張市	16	
尾鷲市	1	
亀山市	1	
鳥羽市	1	
熊野市	1	
いなべ市	2	
志摩市	1	
伊賀市	1	
木曾岬町	1	
東真町	2	
菟野町	1	
朝日町	2	
川越町	1	
多気町	1	
明和町	1	
大台町	1	
玉城町	1	
度会町	1	
大紀町	1	
南伊勢町	1	
紀北町	1	
御浜町	1	
紀宝町	1	
大津市	7	
草津市	1	
守山市	1	
栗東市	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	湖南市	5
	甲賀市	5
	近江八幡市	1
	東近江市	1
	日野町	1
	竜王町	1
	彦根市	1
	愛荘町	1
	豊郷町	1
	甲良町	1
京都府 25自治体 [41か所]	多賀町	1
	長浜市	1
	米原市	1
	高島市	1
	京都市	14
	福知山市	1
	舞鶴市	1
	綾部市	1
	宇治市	1
	宮津市	1
亀岡市	1	
城陽市	1	
向日市	1	
長岡京市	1	
八幡市	2	
京田辺市	1	
京丹後市	1	
南丹市	3	
木津川市	1	
大山崎町	1	
久御山町	1	
井手町	1	
宇治田原町	1	
笠置町	1	
和束町	1	
精華町	1	
南山城村	1	
伊根町	1	
与謝野町	1	
大阪府 43自治体 [110か所]	河内長野市	1
	松原市	1
	泉佐野市	5
	池田市	1
	田尻町	2
	藤井寺市	1
	富田林市	2
	河南町	2

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	泉大津市	1
	忠岡町	1
	高槻市	1
	阪南市	1
	守口市	1
	貝塚市	1
	和泉市	4
	高石市	1
	摂津市	1
	大阪狭山市	3
兵庫県 41自治体 [84か所]	箕面市	1
	寝屋川市	2
	門真市	1
	豊中市	3
	柏原市	2
	東大阪市	7
	島本町	1
	泉南市	1
	千早赤阪村	1
	吹田市	3
四條畷市	2	
岸和田市	1	
羽曳野市	1	
茨木市	2	
大東市	1	
能勢町	1	
熊取町	1	
枚方市	2	
交野市	2	
八尾市	1	
大阪市	24	
太子町	3	
豊能町	2	
堺市	14	
岬町	1	
神戸市	12	
姫路市	8	
尼崎市	2	
西宮市	10	
明石市	1	
芦屋市	1	
宝塚市	1	
三田市	2	
伊丹市	3	
川西市	2	
猪名川町	2	
加古川市	3	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	稲美町	1
	播磨町	1
	高砂市	1
	小野市	1
	加東市	1
	西脇市	1
	多可町	2
	三木市	2
	加西市	1
	市川町	1
	福崎町	1
	神河町	1
	たつの市	2
	太子町	1
	佐用町	1
	宍粟市	1
	相生市	1
	赤穂市	1
	上郡町	1
	豊岡市	1
	新温泉町	1
	香美町	1
	朝来市	3
	養父市	1
	丹波市	1
	丹波篠山市	3
	洲本市	1
	淡路市	2
	南あわじ市	1
	奈良市	2
	大和高田市	1
	大和郡山市	1
	天理市	1
生駒市	2	
山添村	1	
平群町	2	
三郷町	1	
斑鳩町	1	
安堵町	1	
橿原市	2	
桜井市	1	
御所市	1	
香芝市	2	
葛城市	2	
宇陀市	1	
川西町	2	
三宅町	1	

奈良県
39自治体
[47か所]

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	田原本町	1
	曽爾村	1
	御杖村	1
	高取町	1
	明日香村	1
	上牧町	1
	王寺町	1
	広陵町	1
	河合町	1
	五條市	1
	吉野町	1
	大淀町	2
	下市町	1
	黒滝村	1
	天川村	1
	野迫川村	1
	十津川村	1
	下北山村	1
	上北山村	1
	川上村	1
	東吉野村	1
	和歌山市	1
	海南市	1
	橋本市	1
	有田市	1
	御坊市	1
	田辺市	1
	新宮市	1
	紀の川市	1
	岩出市	1
	紀美野町	1
	かつらぎ町	1
	九度山町	1
	高野町	1
	湯浅町	1
	広川町	1
	有田川町	1
	美浜町	1
	日高町	1
	由良町	1
	印南町	1
	みなべ町	1
日高川町	1	
白浜町	1	
上富田町	1	
すさみ町	1	
那智勝浦町	1	
太地町	1	
古座川町	1	
北山村	1	
串本町	1	

和歌山県
30自治体
[30か所]

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	鳥取市	2
	米子市	1
	倉吉市	2
	境港市	1
	岩美町	1
	若桜町	1
	智頭町	1
	八頭町	1
	三朝町	1
	湯梨浜町	1
	琴浦町	1
	北栄町	1
	日吉津村	1
	大山町	1
	南部町	1
	伯耆町	1
	日南町	1
	日野町	1
	江府町	1
	松江市	1
	安来市	1
	雲南市	1
	奥出雲町	1
	飯南町	1
	出雲市	1
	大田市	1
	川本町	1
	美郷町	1
	邑南町	1
	江津市	2
	浜田市	1
	益田市	1
	津和野町	1
	吉賀町	1
	隠岐の島町	1
西ノ島町	1	
海士町	1	
知夫村	1	
岡山市	6	
	倉敷市	5
	津山市	1
	玉野市	1
	笠岡市	1
	井原市	1
	総社市	1
	高梁市	1
新見市	1	

鳥取県
19自治体
[21か所]

島根県
19自治体
[20か所]

岡山県
25自治体
[34か所]

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	備前市	1
	瀬戸内市	1
	赤磐市	1
	真庭市	1
	真作市	1
	浅口市	1
	早島町	1
	里庄町	1
	矢掛町	1
	新庄村	1
	鏡野町	1
	勝央町	1
	西粟倉村	1
	久米南町	1
	美咲町	1
	吉備中央町	1
	広島市	8
	呉市	1
	竹原市	1
	三原市	4
	尾道市	7
	福山市	13
	府中市	2
	三次市	3
	庄原市	1
	大竹市	1
	東広島市	12
	廿日市市	6
	安芸高田市	1
	江田島市	1
府中町	2	
海田町	2	
熊野町	1	
坂町	1	
安芸太田町	1	
北広島町	1	
大崎上島町	1	
世羅町	1	
神石高原町	1	
	下関市	9
	宇部市	1
	山口市	1
	萩市	1
	防府市	1
	下松市	1
	岩国市	1
光市	1	

広島県
23自治体
[72か所]

山口県
19自治体
[27か所]

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	長門市	1
	柳井市	1
	美祢市	1
	周南市	1
	山陽小野田市	1
	周防大島町	1
	和木町	1
	上関町	1
	田布施町	1
	平生町	1
	阿武町	1
	徳島市	1
	鳴門市	1
	小松島市	1
	阿南市	1
	吉野川市	1
	阿波市	1
美馬市	1	
三好市	1	
勝浦町	1	
上勝町	1	
佐那河内村	1	
石井町	1	
神山市	1	
那賀町	1	
牟岐町	1	
美波町	1	
海陽町	1	
松茂町	1	
北島町	1	
藍住町	1	
板野町	1	
上板町	1	
東みよし町	1	
高松市	1	
丸亀市	2	
坂出市	1	
善通寺市	1	
観音寺市	1	
さぬき市	1	
東かがわ市	1	
三豊市	1	
土庄町	1	
小豆島町	1	
三木町	1	
直島町	1	
宇多津町	1	
綾川町	1	
琴平町	1	
多度津町	1	
まんのう町	1	

徳島県
23自治体
[23か所]

香川県
17自治体
[18か所]

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	松山市	5
	今治市	1
	宇和島市	1
	八幡浜市	1
	新居浜市	1
	西条市	1
	大洲市	1
	伊予市	1
	四国中央市	1
	西予市	1
	東温市	1
	上島町	1
	久万高原町	1
	松前町	1
	砥部町	1
	内子町	1
	伊方町	1
	松野町	1
	鬼北町	1
	愛南町	1
高知市	4	
室戸市	1	
安芸市	1	
南国市	1	
土佐市	1	
須崎市	1	
宿毛市	1	
土佐清水市	1	
四万十市	1	
香南市	1	
香美市	1	
東洋町	1	
芸西村	1	
本山町	1	
大豊町	1	
土佐町	1	
大川村	1	
いの町	1	
仁淀川町	1	
中土佐町	1	
佐川町	1	
越前町	1	
梶原町	1	
日高村	1	
津野町	1	
四万十町	1	
大月町	1	

愛媛県
20自治体
[24か所]

高知県
34自治体
[37か所]

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
福岡県 60自治体 [76か所]	三原村	1
	黒潮町	1
	奈半利町	1
	田野町	1
	安田町	1
	北川村	1
	馬路村	1
	北九州市	7
	福岡市	7
	大牟田市	1
	久留米市	1
	直方市	1
	飯塚市	1
	田川市	2
	柳川市	1
	八女市	1
	筑後市	1
大川市	1	
行橋市	1	
豊前市	1	
中間市	1	
小郡市	1	
筑紫野市	1	
春日市	1	
大野城市	1	
宗像市	1	
太宰府市	1	
古賀市	1	
福津市	1	
うきは市	1	
宮若市	1	
嘉麻市	1	
朝倉市	1	
みやま市	1	
糸島市	1	
那珂川市	1	
宇美町	1	
篠栗町	1	
志免町	3	
須恵町	1	
新宮町	1	
久山町	1	
粕屋町	1	
芦屋町	1	
水巻町	1	
岡垣町	1	
遠賀町	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	小竹町	1
	鞍手町	1
	桂川町	1
	筑前町	1
	東峰村	1
	大刀洗町	1
	大木町	1
	北九州市	1
	香春町	1
	添田町	1
	糸田町	1
	川崎町	1
	大任町	1
	赤村	1
	福智町	2
	苅田町	1
	みやこ町	1
	吉富町	1
	上毛町	1
	築上町	1
佐賀県 20自治体 [23か所]	佐賀市	1
	唐津市	2
	鳥栖市	1
	多久市	1
	伊万里市	1
	武雄市	2
	鹿島市	1
	小城市	1
	嬉野市	1
	神埼市	1
	吉野ヶ里町	1
	基山町	1
	上峰町	1
	みやき町	2
	玄海町	1
	有田町	1
	大町町	1
江北町	1	
白石町	1	
太良町	1	
長崎県 21自治体 [21か所]	長崎市	1
	佐世保市	1
	島原市	1
	諫早市	1
	大村市	1
平戸市	1	
松浦市	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数	
	対馬市	1	
	杵岐市	1	
	五島市	1	
	西海市	1	
	雲仙市	1	
	南島原市	1	
	長与町	1	
	時津町	1	
	東彼杵町	1	
	川棚町	1	
	波佐見町	1	
	小値賀町	1	
	佐々町	1	
	新上五島町	1	
	熊本県 33自治体 [37か所]	熊本市	5
		八代市	1
		人吉市	1
荒尾市		1	
水俣市		1	
玉名市		1	
天草市		1	
山鹿市		1	
菊池市		1	
宇土市		1	
上天草市		1	
宇城市		1	
阿蘇市		1	
合志市		1	
玉東町		1	
和水町		1	
南関町	1		
長洲町	1		
大津町	1		
菊陽町	1		
小国町	1		
産山村	1		
高森町	1		
南阿蘇村	1		
西原村	1		
益城町	1		
氷川町	1		
芦北町	1		
あさぎり町	1		
湯前町	1		
相良村	1		
山江村	1		
球磨村	1		

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
大分県 17自治体 [23か所]	大分市	7
	別府市	1
	中津市	1
	日田市	1
	佐伯市	1
	臼杵市	1
	津久見市	1
	竹田市	1
	豊後高田市	1
	杵築市	1
	宇佐市	1
	豊後大野市	1
	由布市	1
	国東市	1
	姫島村	1
	日出町	1
	玖珠町	1
宮崎県 26自治体 [27か所]	宮崎市	2
	都城市	1
	延岡市	1
	日南市	1
	小林市	1
	日向市	1
	串間市	1
	西都市	1
	えびの市	1
	三股町	1
	高原町	1
	国富町	1
	綾町	1
	高鍋町	1
	新富町	1
	西米良村	1
木城町	1	
川南町	1	
都農町	1	
門川町	1	
諸塚村	1	
椎葉村	1	
美郷町	1	
高千穂町	1	
日之影町	1	
五ヶ瀬町	1	
鹿兒島市	5	
鹿屋市	1	
枕崎市	1	
阿久根市	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	出水市	1
	指宿市	1
	垂水市	1
	薩摩川内市	2
	日置市	1
	曾於市	1
	霧島市	1
	いちき串木野市	1
	南さつま市	1
	志布志市	1
	奄美市	1
	南九州市	1
	伊佐市	1
	始良市	1
	十島村	1
	さつま町	1
	大崎町	1
東串良町	1	
錦江町	1	
南大隅町	1	
肝付町	2	
中種子町	1	
屋久島町	1	
大和村	1	
宇検村	1	
瀬戸内町	1	
龍郷町	1	
喜界町	1	
徳之島町	1	
天城町	1	
伊仙町	1	
和泊町	1	
知名町	1	
与論町	1	
那覇市	2	
沖縄県 30自治体 [32か所]	宜野湾市	1
	浦添市	1
	名護市	1
	糸満市	1
	沖縄市	1
	豊見城市	1
	うるま市	1
	宮古島市	1
	南城市	1
	国頭村	1
大宜味村	1	
東村	1	

都道府県名 実施自治体数 (箇所数)	市区町村名	箇所数
	今帰仁村	1
	本部町	1
	金武町	1
	伊江村	1
	読谷村	1
	嘉手納町	2
	北谷町	1
	中城村	1
	西原町	1
	与那原町	1
	南風原町	1
	久米島町	1
	八重瀬町	1
	多良間村	1
	竹富町	1
	南大東村	1
	与那国町	1

1,647市区町村

2,486箇所

2022年度子育て世代包括支援センター実施状況調査（2022.4.1時点：母子保健課調べ）

国庫補助の有無等（市町村別）	市町村数	割合
1. 国庫補助なし	310	18.8%
2. 利用者支援事業（母子保健型）	868	52.7%
3. 利用者支援事業（基本型）	47	2.9%
4. 利用者支援事業（特定型）	9	0.5%
5. 利用者支援事業（母子保健型及び基本型）	314	19.1%
6. 利用者支援事業（基本型及び特定型）	5	0.3%
7. 利用者支援事業（母子保健型及び特定型）	35	2.1%
8. 利用者支援事業（基本型、特定型及び母子保健型）	31	1.9%
9. その他	28	1.7%
合計	1,647	100.0%

実施場所	箇所数	割合
1. 保健所・市町村保健センター	1,188	47.8%
2. 地域子育て支援拠点	231	9.3%
3. 市役所・町役場・村役場	900	36.2%
4. 保育所	6	0.2%
5. 認定こども園	6	0.2%
6. 幼稚園	1	0.0%
7. 児童館（児童センター含む）	16	0.6%
8. その他の公共施設	118	4.7%
9. 空き店舗、ビル・アパート・マンション	4	0.2%
10. 民家	0	0.0%
11. 商業施設	8	0.3%
12. 専用施設	2	0.1%
13. 公民館	2	0.1%
14. 医療機関	0	0.0%
15. 助産所	1	0.0%
16. その他の民間施設	3	0.1%
合計	2,486	100.0%

国庫補助の有無等（箇所別）	箇所数	割合
1. 国庫補助なし	400	16.1%
2. 利用者支援事業（母子保健型）	1,306	52.5%
3. 利用者支援事業（基本型）	322	13.0%
4. 利用者支援事業（特定型）	43	1.7%
5. 利用者支援事業（母子保健型及び基本型）	285	11.5%
6. 利用者支援事業（基本型及び特定型）	4	0.2%
7. 利用者支援事業（母子保健型及び特定型）	63	2.5%
8. 利用者支援事業（基本型、特定型及び母子保健型）	15	0.6%
9. その他	48	1.9%
合計	2,486	100.0%

運営主体	箇所数	割合
1. 直営	2,409	96.9%
2. NPO法人	26	1.0%
3. 社会福祉法人	27	1.1%
4. 社会福祉協議会	3	0.1%
5. 任意団体	2	0.1%
6. 学校法人	4	0.2%
7. 株式会社	5	0.2%
8. 生活協同組合	1	0.0%
9. その他	9	0.4%
合計	2,486	100.0%

令和4年11月30日(水)

【照会先】

<生活習慣病予防分野>

健康局 健康課

課長補佐 加藤 幸介 (2346)

係 長 小川 真樹 (2396)

電話(直通) 03(3595)2245

電話(代表) 03(5253)1111

<母子保健分野>

子ども家庭局 母子保健課

専 門 官 久保 陽子 (内線 4981)

係 長 岡本 麻美子(内線 4982)

電話(直通) 03(3595)2544

電話(代表) 03(5253)1111

<介護予防・高齢者生活支援分野>

老健局

老人保健課

調 整 官 増田 利隆(内線 2171)

電話(直通) 03(3595)2490

電話(代表) 03(5253)1111

認知症施策・地域介護推進課地域づくり推進室

室長補佐 岸 英二(内線 3977)

電話(直通) 03(3595)2889

電話(代表) 03(5253)1111

「第11回 健康寿命をのぼそう！アワード」 ～受賞企業・団体・自治体を決定し、表彰式を開催しました～

厚生労働省及びスポーツ庁は、健康増進・生活習慣病予防推進に資する優れた取組を行っている企業・団体・自治体を表彰し、他の模範となる取組を奨励・普及することにより、健やかで心豊かに生活できる社会の実現を図ることを目的とした、「健康寿命をのぼそう！アワード」を開催しています。

今般、11月28日（月）に第11回目となる「健康寿命をのばそう！アワード」を開催し、《生活習慣病予防分野》で12企業・団体・自治体、《母子保健分野》で9企業・団体・自治体、《介護予防・高齢者生活支援分野》で18企業・団体・自治体を表彰しました。

なお、今回は新型コロナウイルス感染症対策のため、一般観覧の受付は行わず、本表彰式の模様は、オンライン（YouTubeLive）にて生配信しました。

《表彰式概要》

■日時:令和4年11月28日(月)

【第一部】11:00～12:15 母子保健分野 介護予防・高齢者生活支援分野

【第二部】13:30～16:15 生活習慣病予防分野

■会場:ニッショーホール(東京都港区東新橋 1-1-19 ヤクルト本社ビル 2F)

■主催:厚生労働省／スポーツ庁

■ゲスト:謎解きクリエイター 松丸亮吾さん(令和4年度「スマート・ライフ・プロジェクト」オフィシャルアンバサダー)

■表彰対象:別紙1「第11回 健康寿命をのばそう！アワード 表彰」参照

第 11 回 健康寿命をのばそう！アワード 表彰

<生活習慣病予防分野>

国民の生活習慣を改善し、健康寿命をのばすための運動「スマート・ライフ・プロジェクト」の一環として実施し、今年で 11 回目を迎えます。従業員や職員、住民に対して、生活習慣病予防の啓発、健康増進のための優れた取組をしている企業・団体・自治体から計 57 件の応募を受け、有識者からなる評価委員会による書類選考及び表彰式当日のプレゼンテーションにより、生活習慣病予防分野では、厚生労働大臣最優秀賞 1 件、厚生労働大臣優秀賞 2 件、スポーツ庁長官優秀賞 2 件、厚生労働省健康局長優良賞 7 件を決定しました。

※本年は厚生労働省保険局長賞は該当なし。

※取組概要は別紙 2 参照

▼厚生労働大臣賞

表彰名	企業・団体・自治体名	取組タイトル
厚生労働大臣 最優秀賞	大橋運輸株式会社	『治療より予防』社内の健康経営から地域の健康活動へ。
厚生労働大臣 優秀賞 企業部門	4社合同健康研究会 ①株式会社浅野製販所 ②サイショウ・エクスプレス株式会社 ③高木建設株式会社 ④ルビナ中部工業株式会社	中小企業4社が集結し、業種と地域を越えて共に社員の健康課題に挑む！
厚生労働大臣 優秀賞 自治体部門	熊本県南阿蘇村	地元企業と連携した「まるっと減塩」活動による高血圧対策の推進

※団体部門の該当はございませんでした。

▼スポーツ庁長官 優秀賞

表彰名	企業・団体・自治体名	取組タイトル
スポーツ庁長官 優秀賞 企業部門	株式会社ウイングート	適合した生涯スポーツ発見と行動変容につながる家族体力測定イベント「マイスポ」
スポーツ庁長官 優秀賞 自治体部門	三重県紀北町	ちよい減らし +10 (プラス・テン) チャレンジ

※団体部門の該当はございませんでした。

▼厚生労働省 健康局長 優良賞

表彰名	企業・団体・自治体名	取組タイトル
厚生労働省 健康局長 優良賞 企業部門	株式会社コスモライフサポート	住むことでフレイル予防できる、シニア向け分譲マンションのサービス企画運営
	東芝キャリア株式会社	Stay Healthy TCC ～ 健康づくりの秘訣を従業員が従業員に伝授！～
厚生労働省 健康局長 優良賞 団体部門	一般社団法人 ダンス教育振興連盟JDAC	シニア向け「健康ダンス教室」の開催
	一般社団法人 Tobacco-freeふくしま	イエローグリーンキャンペーン
厚生労働省 健康局長 優良賞 自治体部門	吹田市	北大阪健康医療都市（健都）のまちづくり ～健康づくりと医療イノベーションの好循環～
	大阪市健康局健康推進部健康づくり課	妊娠糖尿病既往女性に対する糖尿病発症予防のための「健やかママの健康チェック事業」
	港区	区と医師会が二人三脚で取り組む健康づくり -「健康度測定」受診者1万人達成！-

<母子保健分野>

すべてのこどもが健やかに育つ社会の実現に向け、母子の幸せで健康な暮らしを支援するための優れた取組を行っている企業などから67件（企業22件、団体32件、自治体13件）の応募を受け、有識者による評価委員会で審査・選出された取組事例から厚生労働大臣賞、厚生労働省子ども家庭局長賞の表彰を行いました。

※取組概要は別紙3参照

▼厚生労働大臣賞

表彰名	企業・団体・自治体名	取組タイトル
厚生労働大臣 最優秀賞	宮崎大学医学部看護学科 生活・基盤看護科学講座 地域看護学領域	若者の生きる力を育む性（生）教育
厚生労働大臣 優秀賞 団体部門	Nッ子ネットワーク カンガルーの親子	極低出生体重児・超低出生体重児家族会のピアサポート活動
厚生労働大臣 優秀賞 自治体部門	群馬県	「ストップ！弱視見逃し」3歳児健診における弱視の早期発見と学童期へと繋がる子どもの視機能を守る取組み～地域保健福祉・県教育委員会・県医師会・県眼科医会の連携～

※企業部門の該当はございませんでした。

▼厚生労働省 子ども家庭局長 優良賞

表彰名	企業・団体・自治体名	取組タイトル
厚生労働省 子ども家庭局長 優良賞 企業部門	LUCKY industries	障害児支援プロジェクト
厚生労働省 子ども家庭局長 優良賞 団体部門	なかい歯科クリニック	マイナス一歳からの口腔育成と食の大切さを学ぶ食育カフェ 「Oyako食堂 ごはんの樹」
	NPO法人子育てパレット	ママの孤立防止支援策
	一般社団法人あだち子ども支援ネット	ほっとステーションプロジェクト
	NPO法人ゆめ・まち・なっと	「冒険遊び場たごっこパーク」「子どものたまり場おもしろ荘」「みんなの家むすびめ」など
厚生労働省 子ども家庭局長 優良賞 自治体部門	札幌市白石保健センター	多職種コラボで若年ママを応援！

<介護予防・高齢者生活支援分野>

地域包括ケアシステムの構築に向け、地域の実情に応じた優れた取組を行っており、かつ、それが個人の主体的な取組の喚起に資するような取組を行っている企業などから56件（企業12件、団体22件、自治体22件）の応募を受け、有識者による評価委員会で審査・選出された取組事例から厚生労働大臣賞、厚生労働省老健局長賞の表彰を行いました。

※取組概要は別紙4参照

▼厚生労働大臣賞

表彰名	企業・団体・自治体名	取組タイトル
厚生労働大臣 最優秀賞	三色吉シアター倶楽部	これぞ！お互いさまの助け合いの原点～住み慣れた我が家で暮らし続けられるために～
厚生労働大臣 優秀賞 企業部門	大橋運輸株式会社	0084地域健康プロジェクト
厚生労働大臣 優秀賞 団体部門	与論町ともしびグループ	“まちかていー”の日を作る～小さなかわりを積み重ねて～
厚生労働大臣 優秀賞 自治体部門	愛知県大府市役所	認知症サポーター養成2万人チャレンジ！ ～こどもから高齢者までみんなでつくる認知症不安ゼロのまちおおぶ～

▼厚生労働省 老健局長 優良賞

表彰名	企業・団体・自治体名	取組タイトル
厚生労働省 老健局長 優良賞 企業部門	楽天モバイル株式会社	スマホ教室×通いの場（オフライン/オンライン）による健康促進とデジタルデバイドの解消
	兵庫ダイハツ販売株式会社	高齢者社会におけるクルマ会社の存在価値と地域への関わり方
	株式会社宮城テレビ放送	みやぎ「フレイル予防」地元テレビ局によるプロモーション事業
	中北薬品株式会社	医・食・住のコンシェル樹（ジュ）～地域に根差したまちづくり～
厚生労働省 老健局長 優良賞 団体部門	沼尾区	高齢化集落における支え合いの体制づくり
	浅羽・笠原まちづくり協議会 生活支援ネットワーク	住民の互助で『支え愛』のあるまちづくり
	広陵町介護予防リーダー-KEEPの会	S N Sやオンラインを活用した広陵町介護予防リーダー-「KEEP」の取り組み
	特定非営利活動法人元気アップAGEプロジェクト	地域に介護予防の消えない火を灯す介護予防サポーター養成と活動デビューの一貫支援
	医療法人社団敬和会	医療法人と老人クラブが連携した住民主体の通いの場づくり
厚生労働省 老健局長 優良賞 自治体部門	御船町福祉課地域包括支援センター	地域づくり型の介護予防活動と健康格差対策の推進
	札幌市厚別区介護予防センター厚別西東	「コロナに負けるな！ オンライン介護予防教室」
	元気塾（小山町地域包括支援センター平成の杜）	杖から鎌へ げんきファーム あなたの笑顔でみんなが元気！
	都留市長寿介護課高齢者支援室	元気な都留市「いーばしょ」づくり事業
	呉市中央地域包括支援センター	身体障害の特性に配慮した通いの場の取組

厚生労働大臣最優秀賞

第11回



健康寿命を
のばそう!
AWARD
最優秀賞

受賞者名

宮崎大学医学部看護学科
生活・基盤看護科学講座 地域看護学領域

取組タイトル

若者の生きる力を育む性(生)教育

所在地 〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原5200

電話 0985-85-9843

ウェブサイトURL <http://www.med.miyazaki-u.ac.jp/home/kango/>

取組課題 基盤課題B「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」

■ 取組の背景

わが国の20歳未満人工妊娠中絶実施率は、平成13年の13.0(15～19歳の女子人口千対)をピークに令和元年度は4.5で減少傾向にある。宮崎県は平成13年度、増加し続ける若者の人口妊娠中絶対策として従来の大人主導の性教育ではなく、同じ世代の大学生が中高生に実践する「思春期ピアカウンセリング」を導入するため、宮崎大学医学部看護学科に協力を依頼した。(平成19年以降は委託契約を締結し、現在に至る。)

若者が健やかに成長し、自らの居場所を見つけ、自らの意思決定により妊娠・出産するためには、思春期に性の問題に正しく対処できる「性=生」の自己決定能力を育むことが重要である。そのため本学では、大学生をピアカウンセラーと位置づけ、県内各地で中高生を対象に性教育を実施している。

■ 目的および方法

思春期の若者にとって、性教育はよりよく生きるために必要な教育である。我々は“性と生”をテーマに、自分を大切にすること、自分と同様に他者を大切にすること、多様な価値観の存在と尊重について理解することを目的に、教育プログラムを作成し実践活動を展開している。特に、自己肯定感が低いと言われる若者が自身の性(生)に向き合うためには、ありのままの自分を受容し、自分の意思を他者に伝えられることが重要である。そのため、妊娠や性感染症といった知識を一方的に提供するのではなく、性に関する課題の根本となる、自己を受容し将来を考える力や他者と向き合い対等に話し合える関係を構築できる力を育むプログラムを実践している。具体的には、個人ワークで自分と向き合い、まずは自分の考えをしっかりとつ機会を設けている。その後、グループワークで自分の考えを伝えるとともに、他者の考えを聴く機会を作っている。生命の尊さ、自分の存在価値、人の意思・他者の意見を尊重することの意味が理解できるよう、同じ世代の大学生がサポートしている。

■ 成果

①20年にわたる活動の継続と実績

実施した学校の教諭および養護教諭からは、「年齢の近い大学生が実施することで、教師だと重々しい感じとなる場面でも楽しみながら考え、学ぶことができていた」といった感想を頂くなど好評を得ており、その伝承により継続的な実施につながっている。本活動は大学生においても社会人基礎力を育む上で有意義な活動となっている。活動は先輩から後輩へ継承されるのみならず、中高生の時期に受講した生徒が大学生になり活動を展開している。

②受講生の声

20年以上にわたり本活動を継続し、実施した中学校及び高等学校は延べ150校にも上る。その間、受講した生徒からは、「普段、学校で学べないことや親に聞けないようなことも学べたので、とてもいい機会だった」、「これからは、自分の考えだけを言ったりせずに、相手や他の人の意見も聞こうと思った」、「自分の命を今まで以上に大切にし、しっかりと生きていきたいと思った」など、様々な感想が寄せられた。知識の付与ではなく大学生とともに学び・考えるという経験が、自己を受容し、他者と良好な関係を築く力を育む一助になっている。

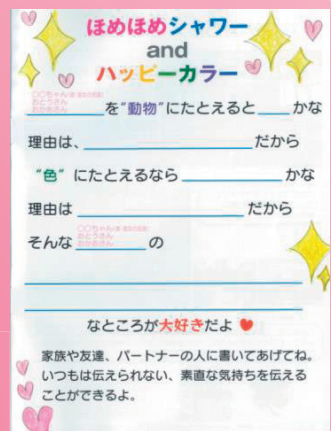
■ 今後の展開

本活動は、これまで県内延べ約150校で実施実績があるものの、実施時期の調整等から県内すべての中学校及び高等学校での実施には至っておらず、今後の課題としたい。

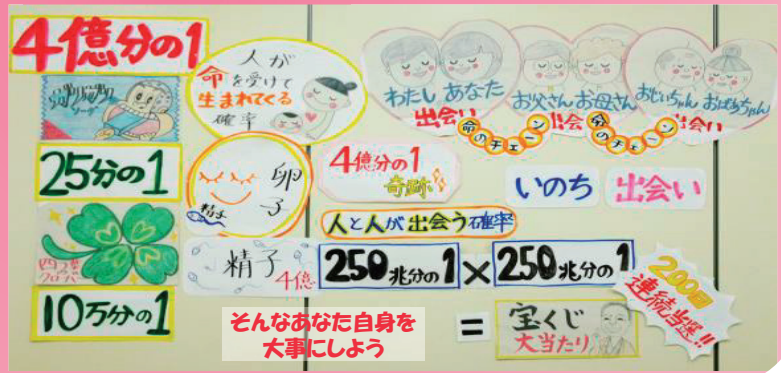
また、受講した中高生が、この講座での気づきを自分の財産として大切に育み、そのエッセンスを次世代につないでくれることにより、望まない妊娠により辛い思いをする人々を減らすことに貢献したい。



恋愛に対する価値観：グループワークを通して、お互いの価値観を認め合う。



若者の生きる力を育む 性（生）教育



コンドームの使い方
“性＝生”の自己決定に予防は重要



生命の尊さを知る。そして、自分と向き合う。



受賞者名

群馬県

取組タイトル

「ストップ! 弱視見逃し」3歳児健診における弱視の早期発見と学童期へと繋がる子どもの視機能を守る取組み～地域保健福祉・県教育委員会・県医師会・県眼科医会の連携～

所在地 〒371-8570 群馬県前橋市大手町一丁目1番1号 電話 027-226-2606

ウェブサイトURL https://www.pref.gunma.jp/03/bm01_00032.html

取組課題 基盤課題A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」
 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」
 重点課題①「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」

取組の背景

弱視の子どもは約50人に1人。弱視治療にはタイムリミットがある。感受性期に正常に脳の視覚領域が発達しなければ、生涯弱視になってしまうため、手遅れにならないよう、弱視は3歳児健診で発見し治療を開始すべきである。弱視の検出率を上げるには、屈折検査の導入が有用であるが、予算や人員などの問題から導入を見合わせている自治体も多い。当県においても、導入状況には地域差があり、弱視見逃しが課題となっていた。

また、屈折検査を導入している自治体においても、屈折検査で異常と判定されたが眼科精密検査未受診となっているケースがある。健診で障害克服のチャンスを得られたにもかかわらず、治療に繋がらない児を減らすことは極めて大切であり、学校保健安全法に基づく園・学校等における健康診断での弱視児を発見し、治療に繋げていく必要がある。

取組のねらい・目標

- ・地域格差をなくすため、健診に関わる地域の関係機関が協働して全県下で屈折検査を導入し、県単位で精度管理を行う。
- ・健診担当者が視覚発達や弱視に関する知識を獲得し、屈折検査機器などの検査技術を習得する機会をつくる。
- ・保護者が子どもの弱視についての知識を得て、早期発見・早期治療に対し積極的に行動できるようにする。
- ・学校健診での視力検査において弱視の見逃しがないように、眼科学校医と協力して検査の精度向上を目指す。

取組内容

県眼科医会から県への「3歳児健診における屈折検査の必要性を訴える要望書」を受け、県医師会、県眼科医会、地域医師会、視能訓練士会、市町村で構成する国内で初めての検討会議を発足させ、「3歳児健康診査における眼科検査の手引き～弱視の早期発見のために～」を作成、屈折検査の導入を推進した。

検討会議では、市町村からの健診結果をもとに、弱視検出率などを毎年分析している。その結果を市町村や郡市医師会にフィードバックすることで、各自自治体での精度向上のインセンティブとなっている。

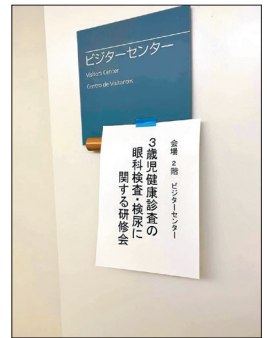
また、県眼科医会の医師による保健師対象の研修会を平成29



研修会の様子

年度から継続的に開催している。全市町村を対象に継続的に研修を開催している県は他になく、市町村からの相談や質問も県が窓口となり、眼科医に繋いでいる。

さらに、3歳児健診で弱視治療に繋がらなかった児を発見するため、県教育委員会と県医師会、県眼科医会からなる検討委員会において、令和3年に「幼児・児童生徒の眼科健康診断の手引き」を改訂、弱視を見逃さないための視力検査方法などを明記した。



研修会の様子

取組の評価

平成28年度以前、3歳児健診で屈折検査を導入していたのは4市町村であったが、令和2年4月までに県内全35市町村での導入に至った。また、要治療検出率は、導入前の0.1%から、2.2～2.8%へと大きく改善している。

精検対象児のうち、令和2年度の眼科精密検査未受診率は22.5%であり、全国調査よりも低い割合であった。屈折検査で異常があった児の未受診率は7.0%、屈折検査以外で異常があった児の未受診率は15.5%であったことから、屈折検査での客観的な評価により受診に繋がっていることが推測される。

今後の課題

- ・精密検査対象児の眼科未受診率を減らすための取組を強化する
- ・家庭での視力検査の検査可能率を上げるための方法を検討する
- ・乳幼児健診と学校健診との連携強化を図る

3歳児健康診査における眼科検査の手引き～弱視の早期発見のために～ 目次	幼児・児童生徒の眼科健康診断の手引き 目次
3歳児健康診査における眼科検査の手引き～弱視の早期発見のために～	幼児・児童生徒の眼科健康診断の手引き
第1章 弱視の発見と早期発見の重要性	1 目的・趣旨
第2章 弱視の発見と早期発見の重要性	2 検査の体制
第3章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	3 検査の手引き
第4章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	4 検査の手引き
第5章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	5 検査の手引き
第6章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	6 検査の手引き
第7章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	7 検査の手引き
第8章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	8 検査の手引き
第9章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	9 検査の手引き
第10章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	10 検査の手引き
第11章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	11 検査の手引き
第12章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	12 検査の手引き
第13章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	13 検査の手引き
第14章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	14 検査の手引き
第15章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	15 検査の手引き
第16章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	16 検査の手引き
第17章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	17 検査の手引き
第18章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	18 検査の手引き
第19章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	19 検査の手引き
第20章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	20 検査の手引き
第21章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	21 検査の手引き
第22章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	22 検査の手引き
第23章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	23 検査の手引き
第24章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	24 検査の手引き
第25章 3歳児健康診査における眼科検査の手引き	25 検査の手引き

手引き目次



受賞者名
札幌市白石保健センター

取組タイトル
多職種コラボで若年ママを応援！

所在地 〒003-8612 北海道札幌市白石区南郷通一丁目南8-1 電話 011-862-1881
ウェブサイトURL <https://www.city.sapporo.jp/shiroishi/index.html>
取組課題 基盤課題A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」
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」
重点課題①「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」
重点課題②「妊娠期からの児童虐待防止対策」

取組の背景

札幌市では、令和元年度に2歳児の虐待死事件が発生したが、当該児の母親は若年(10代)で出産した事例であった。若年での妊娠・育児においては、妊娠期から保健師が家庭訪問し、産後も育児支援を継続しているが、置き去り等のネグレクトが疑われるような事例の発生が後を絶たず、原因として育児知識の不足が考えられた。

そこで、まず若年妊婦・若年ママの特徴を知るために調査を行ったところ、中学校卒業程度の学歴の者が40%程度いることがわかった。また、小学生の頃から不登校だった者もあり、読解力や語彙力が未熟であることや、活字を読むことになじみがない者が多いこと、わからないことがあったときに「調べる」「検索する」という行動をとる者も少ないことがわかった。

白石保健センターでは、今までも初妊婦全員に、妊娠期～1歳頃までの育児知識を載せたテキストを配布してきたが、若年ママには活用されていないことがわかったため、若年ママの興味を引き、わかりやすく育児知識を伝える方法について、保健師・管理栄養士・保育士で検討を行い、新たな資料を作成することとした。

取組のねらい・目標

本取組のねらいは、若年ママが育児知識を得て適切な養育行動をとれるようになることであり、虐待事例および虐待が疑われるような事例の発生を防止することを目標としている。

取組内容

若年ママが楽しく育児知識を得られるように、若年ママが興味を持ち、読んでみたいと思える資料を作成することにした。活字を読むことに慣れていないという特徴があることから、コンパクトでわかりやすい文言を用い、かわいらしいイラストを多用し、漢字にはすべて読み仮名をふった。また、スマートフォンを持っていても、料金滞納等により頻繁に使用不可になる事例もあったことから、あえてデジタル機器を用いない資料にすることとした。

保健師が若年ママを支援するなかで気づいた「育児のつまづきポイント」のうち、「離乳食」と「イヤイヤ期」に焦点を当て、両ポイントを乗り切ることを目的に、児の月齢で3期に分けて資料を作成し、保健師が訪問時に配布することとした。

① 第1期：新生児期～生後4か月頃に配布
保育士の発案で、冊子形式ではなく、情報を立てかけておいて、片手で引き出して読める形態にした。Q&A形式で基本的な乳児期の育児情報を知ることができるようにするとともに、管理栄養士が作成した、写真を多用した「かんたん離乳食」の資料についても、離乳食の進み具合に応じて配布することとした。



② 第2期：1歳頃に配布
散歩をしているときや他児と関わる時などの具体的な場面を通して、子供の精神発達の理解を深めることができるように、場面ごとの短い絵本を3冊作成した。
③ 第3期：1歳6か月頃に配布



Q&A形式とし、具体的なイヤイヤへの対応についてコンパクトに説明した。母子で一緒に遊べる「絵合わせカード」も添付することにした。



今後の課題

若年ママによる虐待防止を推進するためには、育児知識の習得支援だけでなく、育児負担を感じた際に気軽に預けられる場の創出(リフレッシュへの支援)など、包括的な育児支援が必要である。若年ママに寄り添ってニーズを把握しながら、ひとつずつ支援体制を整えていきたい。

第11回



健康寿命を
のばそう!
AWARD
優良賞

受賞者名

LUCKY industries

取組タイトル

障害児支援プロジェクト

所在地 〒503-2423 岐阜県揖斐郡池田町青柳83-8

電話 0585-45-3131

ウェブサイトURL <https://lucky-industries.jp/kaigo/>

取組課題 重点課題①「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」

取組の背景

「おんぶひもを特別に作ってほしい」ママからの1本の電話から様々な状況を知る事になりました。

抱っこひもは3歳まで使用できる物が一般的ですが、実際に障害をお持ちのお子さまを育てる中で3歳以上のお子さまを抱っこする機会は非常に多いことなどを知り、私達の福祉事業への取り組みが始まりました。

目的

育児を“もっと”楽しく、新しく

この言葉は全てのご家庭のためにあるものです。

この想いが実現できるように、特別支援者向けにカスタムオーダー抱っこひもを含む福祉製品に取り組んでいます。

対象者

障害がある3歳~成人

方法

お子さまが通われているリハビリ施設に行き、お子様と理学療法士・作業療法士と一緒に試着を行いお子さまにあった抱っこひもを作成します。

カスタムオーダーイメージ		仕様・料金																													
基本仕様 		抱っこひも基本仕様 本体(基本仕様サイズ)+肩付ヘッドサポート +肩付バック付(肩付タイプのみ) 総計約 ¥36,000(税込)																													
カスタム仕様 ①ヘッドサポートの調整 前後の長さをお子さまの身長に合わせ調整可能。 ②肩幅の調整 肩幅の広いお子さまに合わせ調整可能。 ③背広の調整 背広の広いお子さまに合わせ調整可能。 ④足置き(足置きセット) 足置きを付加することで、お子さまの足を安定させることができます。		本体(基本仕様サイズ) <table border="1"> <thead> <tr> <th>背番号</th> <th>年齢</th> <th>身長目安</th> <th>股から膝下長目安</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A5101</td> <td>3~5歳</td> <td>90~110cm</td> <td>39cm</td> </tr> <tr> <td>A5111</td> <td>4~6歳</td> <td>100~120cm</td> <td>43cm</td> </tr> <tr> <td>A5121</td> <td>5~8歳</td> <td>110~130cm</td> <td>47cm</td> </tr> <tr> <td>A5131</td> <td>7~10歳</td> <td>120~140cm</td> <td>51cm</td> </tr> <tr> <td>A5141</td> <td>9~12歳</td> <td>130~150cm</td> <td>55cm</td> </tr> <tr> <td>A5151</td> <td>成人</td> <td>150cm以上</td> <td>63cm以上</td> </tr> </tbody> </table>		背番号	年齢	身長目安	股から膝下長目安	A5101	3~5歳	90~110cm	39cm	A5111	4~6歳	100~120cm	43cm	A5121	5~8歳	110~130cm	47cm	A5131	7~10歳	120~140cm	51cm	A5141	9~12歳	130~150cm	55cm	A5151	成人	150cm以上	63cm以上
背番号	年齢	身長目安	股から膝下長目安																												
A5101	3~5歳	90~110cm	39cm																												
A5111	4~6歳	100~120cm	43cm																												
A5121	5~8歳	110~130cm	47cm																												
A5131	7~10歳	120~140cm	51cm																												
A5141	9~12歳	130~150cm	55cm																												
A5151	成人	150cm以上	63cm以上																												
生地(カラー) T: デニムブラック (ポリエステル65%/綿35%) T: デニムネイビー (ポリエステル65%/綿35%) M: メッシュブラック (ポリエステル100%) M: メッシュネイビー (ポリエステル100%)		生地(カラー) N: ナイロンリップブラック (ナイロン100%) N: ナイロンリップネイビー (ナイロン100%) M: メッシュチェックブラック (ポリエステル100%) M: メッシュチェックネイビー (ポリエステル100%)																													
カスタム価格 本体のサイズ変更 肩用につき 肩幅調整バック付ヘッドサポート(+肩付ヘッドサポート) 5,000(税込) 幅広版バック付肩用バックル(35cm) 3,000(税込) 足置き(2足セット) 3,000(税込) 収納袋(メッシュブラック) 1,000(税込)		カスタム価格 本体のサイズ変更 肩用につき 肩幅調整バック付ヘッドサポート(+肩付ヘッドサポート) 5,000(税込) 幅広版バック付肩用バックル(35cm) 3,000(税込) 足置き(2足セット) 3,000(税込) 収納袋(メッシュブラック) 1,000(税込)																													

また弊社ホームページよりレンタルも行っていますのでお気軽に試着する事もできます。

成果

カスタムオーダー抱っこひもの実績は約300件以上になります。

今後の展開

全国のお困りの方々に私達の取り組みを知っていただきたいです。

抱っこひもを通じてお子さまとの大切な時間を今よりももっと楽しい時間になるお手伝いが出来ればと思います。





受賞者名

Nっ子ネットワーク カンガルーの親子

取組タイトル

極低出生体重児・超低出生体重児家族会の
ピアサポート活動

所在地 〒818-0056 筑紫野市二日市北1丁目12-15-101号室 (mamma mano内)

ウェブサイトURL <http://n-kan-oyako.moo.jp/>

取組課題 基盤課題A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」
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」
重点課題①「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」

「Nっ子ネットワーク カンガルーの親子」は、低出生体重児の家族会です。(発足当時は、「Nっ子クラブ カンガルーの親子」という名称でスタート)。

代表・登山は、2006年11月、第2子を在胎週数23週1日452gで出産。NICU退院後、保健師の家庭訪問の際、家族会を作りたいと相談したことをきっかけに、福岡県筑紫保健福祉環境事務所の協力を得て、同じ時期にNICUに入院していた同保健所管轄内に住む母親3人で立ち上げました。会の名前の、「Nっ子」はNICUのN、「カンガルーの親子」は、やっと我が子を胸に抱くことができたカンガルーケアから名付けました。

2007年11月16日に第1回定例会を開催、9組の親子が集まりました。この日を会の発足日としています。以降、月1回の定例会(現、カンガルー広場)を軸に集まり、悩みや喜びを共有したり、学習会を行ったりしています。今年、会発足15周年を迎えます。2022年8月現在、125家族の登録があります。

主な対象は、特にハイリスクと言われる1500g未満で生まれた子どもたちとその家族。登録メンバーの約半数は1000g未満で生まれた超低出生体重児です。500g前後で誕生したお子さんも多数います。順調にキャッチアップしていくお子さん、脳性麻痺、医療的ケア児、発達障害など障害が残るお子さん、残念ながら亡くなるお子さん等様々です。



病院主催のNICU卒同窓会や自治体が開催する低出生体重児を対象とする教室と違い、居住区、病院、年齢の制限はありません。2500g未満で生まれる赤ちゃんは、約8.1%、1500g未満は0.6%、1000g未満だと0.3%とその割合はぐんと下がります。1000g未満の赤ちゃんは自治体によっては年間一人とか二人という出生数で、近くに同じように小さな赤ちゃんを産んだ人がいないということもあります。中には、お母さんが地域の保健師に不安を相談しても、「1000g未満の赤ちゃんを担当したことがなく、よく分からない」と言われた方もいるほどです。会発足時と比べると、格段にSNSが発展し、同じような体験を持つ人とながかることは簡単になりました。

それでも、「直接、先輩ママの話聞いてみたい」と、現在も問い合わせがあります。

会の集まりに初めて参加した方の多くは驚きます。こんなにも同じように小さく生れた赤ちゃんがいることに。そして、安心してお子さんの状態を話し出します。今まで親戚・友人に話しても理解してもらえなかった不安、そして、普通の出産であつたら気づかないような喜びも共感してくれる仲間がいるのです。



活動の基本は「傾聴」・ピアカウンセリングです。集まって話をする 것과平行して、安心と安全の確保のため傾聴講座も行い、学びと平行しながら活動を展開しています。

北九州、柳川での出張おしゃべりサロンに参加したお母さんたちが、地域でも集まりたいとグループが誕生。そこで、2017年、発足10周年を期に会の名前を「Nっ子ネットワーク カンガルーの親子」と変更しました。(北九州：Nっ子ネットワーク さんさんっ子、柳川：Nっ子ネットワーク わかば-絆-)

コロナ禍に入った2020年3月、一時、活動をストップしましたが、4月以降、ZOOMやLINEオープンチャットを活用しての活動が中心になりました。今まで距離的な問題で参加できなかった方やお子さんに医療的ケアなどがあり移動が大変だった方が参加できるようになったというメリットもあります。

今後は対面とオンラインの併用の集まり、そして対面での小さな集まりへと移行できたらと模索中です。

第11回



健康寿命を
のばそう!
AWARD
優良賞

受賞者名

なかい歯科クリニック

取組タイトル

マイナス一歳からの口腔育成と食の大切さを学ぶ食育カフェ
「Oyako食堂 ごはんの樹」

所在地 〒306-0434 茨城県猿島郡境町上小橋 電話 0280-87-8825

ウェブサイトURL <https://nakai-shika.jp/>

取組課題 基盤課題A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」
基盤課題B「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」
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」
重点課題①「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」



取組の背景

歯科において、平成の時代以降「予防」をキーワードに、う蝕予防、歯周病予防の概念が定着し、それぞれの地域や医療機関において「予防のプログラム」が確立されたことで、う蝕罹患率も右肩下がりに減少し、子ども達の口腔保健は保たれているかに思えます。しかし、私達歯科医療従事者は、臨床の現場で「うまく噛めない子ども達」「食が細く体重の増えない子ども達」「発音のうまくできない子ども達」にしばしば遭遇します。虫歯や歯周病予防に主眼をおいた口腔衛生だけでは、口腔の健康な成長発育を叶えることは不十分であることに気づかされたのです。

私達は、地域の子どもの健康に育ち、やがて大人になった時にQOLの高い生活を送ることができるよう、単に虫歯や歯周病の予防だけでなく、「よく噛める」「食べられる」「ちゃんと飲み込める」「正しい呼吸ができる」ようになるためのお手伝いをしたいと思いました。

目的

茨城県境町では、手厚い子育て支援事業計画のもと、子ども達が安心、安全にそして質の高い生活を送るための事業が数多く展開されています。その中で、町の保健センターの付帯施設として建てられた店舗において当院が母体となり、歯科医療従事者他、多職種が連携し、授乳期、離乳期、幼児期、学童期とそれぞれのステージにおける口腔育成を、診療室での臨床的アプローチと食育カフェでの食事指導や個々に合わせたプログラムとして実践し、町と医療者が一体となって、核家族化の中で子育てに悩むママ達と地域住民の懸け橋となり、みんなが集える「町の保健室」の役割も果たして行きたいと考えています。



対象者

妊娠期から授乳期、離乳期、幼児期学童期の子ども達とその家族、地域の中高齢者、高齢者、口腔育成を学びたい医療関係者など。



方法と特徴

ランチタイムに離乳食前期から中期、後期、幼児食、大人食とそれぞれのステージに合ったメニューを提供し、歯科食育指導士の資格を有する歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士が、妊娠授乳期の母親への指導、健康な口腔を育成するための離乳食の食べ方

の指導、食の悩み相談などを行っています。また、私達が推奨する、赤ちゃん主導の「手づかみ食べ」や歯科医師が考案した「お口が閉じるスプーン」での口唇閉鎖の促し、管理栄養士からのメニューの提案もしております。

また、食の大切さ、有難さを啓蒙するための取組として、「親子農業収穫体験」「かむかむ料理コンテスト」「親子歯育て教室」などを定期開催しております。これらは医療従事者だけでなく、地域のボランティア団体の皆様のお力もお借りし、まさに、「地域で地域の子どもの健康を育てる」ことを発信し、孤立する子育てママ達をとり残すことがない様、また、地域に健康意識の高い人達を増やし、口から始める健康教育を多世代で広げていきたいと思っています。

親子にとっては少しハードルの高い歯科診療室を飛び出して、気軽にお口の健康を学べる場として評価を頂いております。お店の前には、町が運営する全天候型公園があり、汗をかいて泥だらけになった子ども達がお腹を空かせて入ってきます。

「食べることは生きること」をまさに子ども達が生き生きと実践してくれる場所であることを嬉しく思っています。

地域貢献

「Oyako食堂ごはんの樹」が主催する、各種イベントや母子セミナーなどはすべて無料で行い、地域住民のデンタルIQの底上げと健康意識の向上に努めます。

成果と今後の展望、私たちの願い

「口は健康の入り口」「食べることは生きること」を地域住民、そして国民全体が深い認識を持って歯科での継続的管理を続ける事こそが、健康寿命延伸の大きなカギになると信じています。口腔の二大疾患である虫歯と歯周病の予防だけでなく、乳幼児期からの口腔育成プログラムが超早期予防として、口腔と全身の健康の礎となることを伝え続けていきたいです。

「偏食が改善された」「子どものいびきが治った」「集中して食卓に向かうようになった」「スムーズに卒乳できた」など、子ども達の嬉しい変化を報告してくれる保護者の方や、「ごはんの樹でできたママ友と交流を深めている」「家族全員で歯の健康に気を付けるようになった」など、気持ちにも変化が現れた様子をお話しくださる方もいらっしゃいます。

カメの歩みではありますが、地域の親子への啓蒙から、少しずつでも「口から始まる全身の健康」が国民全体に浸透し、これからも歯科分野が健康寿命の延伸に寄与できる事を願います。「食の大切さ」「食の楽しさ」を存分に子ども達に感じてもらい、日本の食卓が笑顔で満ち溢れることを願っています。

第11回



健康寿命を
のばそう!
AWARD
優良賞

受賞者名

NPO法人子育てパレット

取組タイトル

ママの孤立防止支援策

所在地 〒121-0816 東京都足立区梅島3-4-8 うめじまKSビル2F

電話 03-5888-6943

ウェブサイトURL <https://kosodatepalette.jimdo.com>

取組課題 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」

当団体の現場感をはじめ産後ママへのアンケートでも9割近いママが「孤独感・孤立感を感じている」もしくは「感じたことがある」と答えています。

結婚して、子どもが生まれて幸せの絶頂な時期のはずなのに人生最大とも言える孤独感・孤立感を感じる。

それは、子育てママ

が不安や迷いを口にした時「母親だから頑張りなさい」「母親なのに」と責め、黙って頑張ることを賞賛し「矯正」されているような事態がまだ日本の社会に根強く残るからです。

ママになった途端、ひとりの人間を育てる重責に押し潰されそうになりながらも1人で頑張り、心のままの気持ちを話すことを封印していくしかなくなってしまう現状。

地域社会がママに寄り添わなければ子育てはうまくいかず、健全な子どもが育つ明るい未来へと繋がりにくいのではないのでしょうか？

私たちは24時間365日の電話相談からはじめ、公式LINEでの相談、行き詰まったママの駆け込む場所の機能も兼ねた「マタ



ニティ&ベビーハウスOhana」という場所で多くのママたちの子育てや不安、迷いに寄り添ってきました。

「赤ちゃんを育てる自信がなくて、捨ててしまいたい」という方も何人もここに駆け込んできました。

行政や関係機関には話さないことを私たちに話してくれることで適切な対応ができることも多々ありました。このような行政と民間がタッグを組み、「ママになったら」先ずここを頼って、気持ちを素直に吐き出すこと。声に出してさえくれば行政や関係機関に繋ぐことができる、それが民間の私たちの柔軟さと自負しております。

私たちの団体は、いわばプラットフォームのような存在。妊娠期・乳幼児のママがメインの対象で、はじめての子育てやはじめての兄弟育てに不安や迷いを抱えた時に立ち寄り、そこから前を向くことができたら、保育園や幼稚園等の新たなステージへ進んでいきます。

「ママもきつい時に声をあげていいんだよ」、それを聞いた周りは優しく受け止め、手を差し伸べる社会へと変えることで、一度挫けた子育てにもう一度ママが向き合うことができれば児童虐待やネグレクトなどの数は減らせると信じてやみません。

「大丈夫、ひとりじゃないよ」を具現化する意味でママの孤立防止のシンボル・ドットリボンも活動の中で作りました。

オレンジリボンは子どもを守る視点、ドットリボンはママを守る視点、そこに暴力防止のパープルリボンを加えて輪で回していく社会を理想とし、確立に取り組んでいます。

啓蒙だけでなく相談・居場所のリアルな実のある活動の両面からママ・子育て支援に取り組んでいます。



厚生労働省子ども家庭局長賞 団体部門 優良賞

第11回



健康寿命を
のばそう!
AWARD
優良賞

受賞者名

一般社団法人あだち子ども支援ネット

取組タイトル

ほっとステーションプロジェクト

所在地 〒121-0062 東京都足立区南花畑3-9-19

電話 03-3884-5125

ウェブサイトURL <https://adachi-kyodo.genki365.net/G0000437/>
https://peraichi.com/landing_pages/view/kodomocienn2915

取組課題 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」

子ども達との日常の遊びから子ども達の育ちの背景に保護者が置かれている生きづらさや社会からの排除、家庭まるごとの環境がある。子ども達の声を聴こうとすればするほど母子関係、家庭、親子間の健全な生活環境が必須であることを考えさせられました。これからも民間と専門機関、行政等の互いのできることの連携と応援、業務の相互理解を重要とし、活動を続けていきたいと考えます。

画像は活動のほんの一部です。例年、自分たちの思いや行事の報告を、1000部の冊子にして無料配布させていただいています。自分たちで動かしてきた活動です。手の回らないことの方が多く、走り抜けてきた感があり、今後の為に団体組織を整え始めました。

足立区の職員研修にも携わること数回あり。まだまだ、これかと考えて気持ちを新たに応募に踏み切りました。

任意団体「がきんちょ」ファミリーでの地域の子育て支援活動から2018年あだち子ども支援ネットとして子育て支援、ヤングケアラー、母親支援、里親、中途養育者支援、専門職・多機関・大学関係者の仲間と共に一般社団法人化しました。法人化と共にコロナ禍となり、こども食堂・地域食堂を困窮・困難家庭への家族分の弁当・生活見守り支援に切り替え、年間50回以上130食平均の弁当と元気確認、相談体制、シェルター一時保護、行政・関係機関へのつなぎ等に奔走。

それだけの地域の活動を続けるための地域での関係機関を巻き込んだ「井戸端会議」や法人化してからは、足立区内外の関係機関、専門職のみなさんとの交流、調整、連携会議を休みなく継続。毎回30名を超える連絡調整会議に発展。

長い地域活動への援助は、東京ボランティア市民活動センターゆめ応援はじめオリックス宮内財団、第4回・5回子供の未来応援、足立区公益活動げんき応援事業助成、足立区子供の未来応援助成採択活動。

第2回 ヤングケアラー-Lab 開催報告

「関わりの中で見えてくるヤングケアラー」にできること

2022年7月28日 木曜日 19:00~21:00 @zoom

楽しい話しようとしているわけではない。
現実を知って、生き方を考えたいだけ。そして、そんな思いをもてる仲間を増やしていきたいだけ。
今後は、はじめて生き方を探っている生活がある話をした。
年寄りのできること。
みんな、ハッピーになりたいけど一色なことで苦しくしてつらくて、でも、日々からさきならないことの繰り返しを繰り返して。
どうしたらいい?
声に出したら、強ってくれるのはだれ!
……
だから、言えない。
こんな状況を改善するには、どうしたらいい?
を考える
「ヤングケアラー-Lab第2回」

次回はこちら>>>
2022年8月27日(土)
14:00~16:00
@zoom

開催前日にZoomURLを公表
事前参加申し込み、問い合わせ
メールdomannaketto@gmail.com

ヤングケアラー-Lab HPはこちら
<https://9f1.jp.peraichi.com/>

第1回のチラシはHPで
見ることもできます

コネクトリンク勉強会

2022年8月17日(水)開催
参加費無料(交通費別途)
講師: 弁護士 山本 浩一 先生

2022年8月17日(水)開催
参加費無料(交通費別途)
講師: 弁護士 山本 浩一 先生

2022年8月17日(水)開催
参加費無料(交通費別途)
講師: 弁護士 山本 浩一 先生

2022年8月17日(水)開催
参加費無料(交通費別途)
講師: 弁護士 山本 浩一 先生

2022年8月17日(水)開催
参加費無料(交通費別途)
講師: 弁護士 山本 浩一 先生

コネクトリンク勉強会 → コネクトリンク Labへ

子ども・障害・介護・貧困すべての家庭を含むあだちシステム

生きるプロジェクト

- あだちにあったフォーマルな社会資源とインフォーマルな社会資源の総動員
- 子どもと家庭を取り次ぐソーシャル・サポートネットワークと既存の社会資源の連携を促す。
- 支援する者となされる者が好循環し、ネットワークのつながりが強化・進化

ほっとステーションプロジェクト

- 【ハイリスクアプローチ】
【専断な支援・保護】
- 【ホスピタリティアプローチ】
【支援を要する必要がある子供や家庭】
- 【ユニバーサルアプローチ】
【集団全体に恩恵を考える取り組み】

コネクトリンク勉強会・相談会
公式ライン、電話相談

地域共生社会
あだち子ども支援ネット

すべての家庭が
切れ目なく受けられる

「だれも とりにほさない」
困りごとに手が届いたか?
ネットワークを利用した支援、見守り、
寄り添いができたか?>

すべての家庭を取り巻く
地域資源と社会資源の融合を!

ごちゃ混ぜまちづくり

- ①「食」
- ②「学び」
- ③「暮らし」
- ④「遊び」
- ⑤「文化」

・公式ライン・メール
・オンラインの活用
・対面での顔合わせ
・場づくりと企画の実行

第11回



健康寿命を
のばそう!
AWARD
優良賞

受賞者名

NPO法人ゆめ・まち・ねっと

取組タイトル

「冒険遊び場たごっこパーク」「子どものたまり場おもしろ荘」「みんなの家むすびめ」など

所在地 〒417-0071 静岡県富士市国久保1-7-15 電話 070-6552-3644

ウェブサイトURL <http://yumemachinet.web.fc2.com/>

取組課題 基盤課題B「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」
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」
重点課題①「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」
重点課題②「妊娠期からの児童虐待防止対策」

子どもたちが自由に遊べる環境を

2004年、子どもたちが自由に遊べる環境づくりを始めました。子どもに関する行政の取り組みで、不足しているのが、子どもの遊び場づくりだからです。公的な子ども施策は、教育と福祉が中心です。でも、子どもが豊かに育つために何よりも大切なものは、「外遊び」です。



遊びを奪われた子どもたちに遊び場を返そう。そんな思いで04年12月、「冒険遊び場たごっこパーク」を始めました。愛称の由来「田子の浦港」に近い公園と川で隔週末に開催。川遊び、木登り、泥遊び、たき火…そんな遊びに興じる子どもたちの姿があります。

大縄跳びをしていた小学生たちは、高校生が加わると、勢いよく縄を回しました。高校生の運動神経の良さに合わせたのです。自閉症の幼児が近付いてきたときには、縄をだらんと垂らしました。幼児は一度だけその縄をまたぐと、満足そうな様子でいつもの一人遊びを始めました。臨機応変な遊びの展開の中でこそ培われる社会性は、学校教育では決して得られないものです。

子育て応援の試みの挫折

05年から08年まで、「ガキンチョ団」という学童保育型の会費制活動を実施。学童保育の子ども本位ではない活動実態を知ったからです。子どもたちは指導員から「あれはするな」「これはダメだ」と「指導」されてばかり。安心・安全な



預かりが目的で、単に就業支援施設にしかならない現状。子育て支援は子どものためにあるべきだと、「ガキンチョ団」を開始。川でザリガニを捕ったり、浜で焼き芋をしたり、ハチャメチャな遊びの時間を提供。それでも、就労後に迎えに来る親はそんな遊びに関心がなく、「早く帰るよ」と引き揚げてしまいます。誰の何を支援しているのかと悩み、「ガキンチョ団」を閉じました。

遊び場づくりから居場所づくりへ

その後、11年3月に「子どものたまり場おもしろ荘」を開き

ました。空き店舗をリフォームし、放課後の子どもたちが自由に過ごせる居場所にしました。答えを丸写しして宿題を片付ける小学生、駄菓子を食



べながらマンガを読む中学生、スマートフォンを片手におしゃべりする高校生——。子どもたちが思い思いに過ごしています。

「たごっこパーク」と「おもしろ荘」には、共通の特徴があります。「子どもの生活圏での開催」「参加費無料」「親の申込み不要」「年齢制限なし」で、18歳以上でも、障がいがあっても、不登校でも参加できます。イベントはあえてやりません。いつ来て、いつ帰ってもよく、遊ぶのも自由、遊ばないのも自由。こうした場の提供が家庭や学校に居場所を見いだせない子どもとの出会いにつながりました。

人里離れた有料野外教育施設では、親の送迎、主催者への申込みが必要となります。子どもの生活圏での参加費無料の場なので、生活困窮家庭や不適切な養育家庭の子どもも遊びに来ています。

イベントがないので、学校や公共施設が求めがちなみんな一緒に美しいとされる場面を苦手とする子どもにも、居心地のいい場所になりました。「30分でこんな形に仕上げましょう」という大人の期待通りに課題をこなすことが困難な子どもも常連になりました。遊び方は自由なので、独創的な遊びを一人黙々とする子どもや、大人の許容範囲を超えてハチャメチャに遊ぶ子どもが集う場にもなりました。

支援ではなく、共に生きる

「特別な支援」や「社会的養育」が必要だといわれる子どもたちとの出会い——。これは、活動を始めたころには、強く意識していないことでした。でも、自由な外遊びの場や居心地のいい放課後の遊び場が子どもたちの居場所になり得たことで、生きづらさを抱えた子どもたちに次々と出会うことになりました。僕はそこに自分たちの使命があると感じ、そうした子どもたちと日々を重ねることに市民活動の意義を見いだしていきました。

活動の中で、不登校児支援、障がい児支援、貧困家庭支援といった看板は掲げていません。そこに特化するほどの専門性を持ち合わせていないことが大きな理由です。でも同時に、「支援」という言葉に「支援する側・される側」という一方通行な関係性を生むような揺らぎを覚えるからでもあります。そんな「〇〇支援」の看板を掲げていないからこそ、「支援機関」のネットワークという網目からこぼれ落ちる子どもたちと出会えたのかもしれない。

子母発1201第1号
令和4年12月1日

各

都	道	府	県
指	定	都	市
中	核	市	

 母子保健主管部（局）長 殿

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長
(公 印 省 略)

「不育症検査費用助成事業」の助成対象検査について（通知）

不育症検査費用助成事業については、「不育症対策に関するプロジェクトチームによる検討報告」（令和2年11月30日。別添1）を踏まえ、「母子保健医療対策総合支援事業の実施について」（平成17年8月23日付雇児発第0823001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）の別紙「母子保健医療対策総合支援事業実施要綱」（以下、「実施要綱」という。）の別添8「不育症検査費用助成事業」により、研究段階にある不育症検査のうち、保険適用を見据え先進医療として実施されるものを対象に、不育症検査に要する費用の一部を助成しています。

今般、令和4年11月30日厚生労働省告示第340号（別添2）において、「流死産検体を用いた遺伝子検査（次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体検査）」が先進医療として位置づけられ、令和4年12月1日から先進医療として検査を実施することが可能となることから、当該検査を不育症患者（今回が2回目以降の流死産となる者）に対して実施した場合について、同日より本事業の助成金の対象とすることとしたのでお知らせ致します。

※ 当該内容を踏まえた「母子保健衛生費の国庫補助について」（平成26年5月30日付厚生労働省発雇児0530第3号厚生労働事務次官通知）の別紙「母子保健衛生費国庫補助金交付要綱」及び実施要綱の改正については、追ってお知らせ致します。なお、改正内容の適用日としては令和4年12月1日とする予定としています。

不育症対策に関するプロジェクトチームによる検討報告

2020年11月30日

不育症は単一の診断名ではなく、複数の病態を含むカテゴリー^{※1}であり、「2回以上の流産・死産の既往」がある者に対して一般に用いられている用語である。流産は妊娠の約10～15%の頻度で生じ、2回目以上の流産の既往は4.2%、3回以上の流産既往は0.9%と報告^{※2}されており、日本では2回目以上の流産既往歴をもつ方が年間約3.1万人ずつ発生すると推定^{※2}されている。

不育症をきたす母体側の原因としては、凝固異常や子宮形態異常、甲状腺機能障害のほか、夫婦の染色体異常など複数の病態が包含されており、検査によりこれらが判明した後には各病態に応じた適切な治療を行うことが重要であるが、一連の検査を実施しても母体側に異常がみられない（これらを原因不明という）場合が約65%を占めている。いずれにしても流産・早産を繰り返す方々の肉体的・精神的負担は大きく、支援の充実が求められている。

こうした状況を踏まえ、本年11月に坂井学内閣官房副長官を座長とした関係省庁による「不育症対策に関するプロジェクトチーム」が設けられ、不育症支援団体や医療関係者からのヒアリング等を通じて、不育症の課題を整理し、今後の対応策について検討を行ったところである。

ヒアリング等を通じて、①不育症に対する検査について有効性・安全性等が確認されているものは既に保険適用されているが、不育症をきたす要因のうち原因不明が約65%であることから、保険適用されていない研究段階の検査も実施されていること、②こうした検査を保険適用されている検査等と合わせて実施する場合等もあり、その場合には全体が自費診療として実施されている実状があること、③不育症患者へのグリーンケアを含めたカウンセリング等やピア・サポートを受けられる場所や機会が少ないこと、④「不育症」について国民の認知度が低く、どのような検査、治療、カウンセリング等が受けられるか十分知られていないこと、⑤子どもを持つことを望む夫婦にとっては里親委託や特別養子縁組も選択肢になりうるが、これらの制度の認知度が低いこと、などの課題が明らかとなった。

これらの課題を踏まえ、プロジェクトチームとしては、以下のような対応が必要と考えた。今後、関係府省で連携しながら、自治体、関係学会、民間支援団体等の協力を得ながら早急に取り組を進めていく。

※1 平成23年度厚生労働科学研究費補助金「反復・習慣流産（いわゆる「不育症」）の相談対応マニュアル」

※2 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構委託事業「不育症の原因解明、予防治療に関する研究」研究班「AMED研究 不育症の原因解明、予防治療に関する研究を下にした不育症管理に関する提言2019」

1. 経済的支援

1) 不育症の検査に対する助成金の創設（令和3年春日途）

現在、研究段階にある不育症検査（例えば流産検体の染色体検査）のうち、先進医療として実施されるものを対象に、自治体が行う助成に対し一定の補助を行う、保険適用を目指した検査費用助成事業を創設する。

- ✓ 本制度を通じて、エビデンスを集積し、将来の保険適用を目指す。
- ✓ 既に保険適用されている検査の保険診療としての実施を促す観点から、当該検査を保険診療として実施することを助成の要件とする。

2) 不育症治療の保険適用

有効性・安全性等が確立された治療法について、順次保険適用を目指す。

2. 相談体制の拡充

● 不妊専門相談センター機能の拡充（令和3年中）

不妊専門相談センターと自治体（担当部局、児童相談所等）及び医療関係団体等で構成される協議会を設け、地域におけるニーズや活動状況等を共有するとともに相談者や研修の実績等を国が把握し利用を促進する施策を講じる。

また、不妊専門相談センターの事業として令和3年度より以下を追加する。

① カウンセリング※

：将来的な保険適用を目指し、流産等の複雑な心理状況にある方の相談等にあって必要な知識や心理カウンセリングスキルの標準化を目指し、令和3年中に標準マニュアルを策定する。その上でカウンセラー（「不妊・不育サポートアドバイザー」）の育成および体制の整備を図る。

※グリーンケアを含む

② 不妊症・不育症の経験者による相談支援※（ピア・サポート）

：ピア・サポーター育成のための研修および実施体制の整備を行う。

③ 里親委託や特別養子縁組等に関する制度周知

：児童相談所等の職員による、医療機関向けの説明会の実施等

3. 国民への周知・広報（令和2年度以降）

● 国民に対する啓発

① 不妊症・不育症等全国フォーラム開催を始め新聞広告、政府広報等の実施

② 普及啓発のシンボルマーク、シンボルカラーの作成等

③ 患者向けポスター等の作成、医療機関への送付

（保険適用項目、今般の助成制度、不妊専門相談センター、ピア・サポーター、里親・養子縁組周知等）

④ 広く企業・団体の参加を得て官民合同で開催する「子育て応援コンソーシアム」を活用した、不妊治療や不育症等への社会的な理解の促進

その他、医療機関に対する不育症検査・治療の保険適用等に関する周知・広報

不育症対策に関するプロジェクトチーム

子供を持つことを希望しながらも流産や死産を繰り返す不育症について、今後の対策の在り方などを検討するため、関係府省によるプロジェクトチームを設置。

(座長)	坂井	学	内閣官房副長官
(副座長)	藤井	健志	内閣官房副長官補
(メンバー)	大沢	博	内閣官房副長官補室内閣審議官
	大坪	寛子	厚生労働省子ども家庭局審議官
	横幕	章人	厚生労働省保険局審議官
	藤原	朋子	内閣府子ども・子育て本部審議官

○検討スケジュール

11月11日(水) プロジェクトチーム立ち上げ、有識者ヒアリング①

- ・石井 慶子氏 (お空の天使パパ&ママの会代表、生殖心理カウンセラー)
- ・工藤 智子氏 (不育症そだってねっと代表)

11月12日(木) 有識者ヒアリング②

- ・杉 俊隆氏
(杉ウイメンズクリニック院長、東海大学客員教授・研究開発分担者)

11月19日(木) 有識者ヒアリング③

- ・齋藤 滋氏 (国立大学法人富山大学 学長)
- ・中塚 幹也氏 (岡山大学大学院保健学研究科 研究科長)
- ・小泉 智恵氏
(獨協医科大学埼玉医療センター リプロダクションセンター研究員)
- ・杉本 公平氏
(獨協医科大学埼玉医療センター リプロダクションセンター教授)

11月30日(月) とりまとめ

<p>改正後</p> <p>第二 先進医療ごとに定める施設基準に適合する病院又は診療所において実施する先進医療</p> <p>一〇二十八 (略)</p> <p>二十九 流死産検体を用いた遺伝子検査</p> <p>イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状</p> <p>自然流産(自然流産の既往歴を有するもの)又は死産</p> <p>ロ 施設基準</p> <p>(1) 主として実施する医師に係る基準</p> <p>① 専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。</p> <p>② 産婦人科専門医であること。</p> <p>③ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として三例以上の症例を実施していること。</p>	<p>改正前</p> <p>第二 先進医療ごとに定める施設基準に適合する病院又は診療所において実施する先進医療</p> <p>一〇二十八 (略)</p> <p>(新設)</p>
--	--

○厚生労働省告示第三百四十号
 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第一条第一号の規定に基づき、厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準(平成二十年厚生労働省告示第二百二十九号)の一部を次の表のように改正し、令和四年十二月一日から適用する。

令和四年十一月三十日
 厚生労働大臣 加藤 勝信
 (傍線部分は改正部分)

<p>(2) 保険医療機関に係る基準</p> <p>① 産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。</p> <p>② 実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。</p> <p>③ 看護師が配置されていること。</p> <p>④ 緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。</p> <p>⑤ 医療機器保守管理体制が整備されていること。</p> <p>⑥ 倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。</p> <p>⑦ 遺伝カウンセリングの実施体制を有していること又は遺伝カウンセリングの実施体制を有している他の保険医療機関との連携体制を整備していること。</p> <p>第三 先進医療を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する先進医療</p> <p>一〇六十六 (略)</p> <p>六十七 自家濃縮骨髓液局所注入療法 特発性大腿骨頭壊死症(非圧潰病期に限る。)</p>	<p>第三 先進医療を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する先進医療</p> <p>一〇六十六 (略)</p> <p>(新設)</p>
---	---

事務連絡
令和4年12月1日

各

都道府県
指定都市

 母子保健主管部（局）御中

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング）の精度管理機関について

母子保健行政の推進については、かねてより格段の御配意を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、NPO法人タンデムマス・スクリーニング普及協会が実施しておりました先天性代謝異常等検査の精度管理の受託事業については、本年度末に終了し、来年度から、一般社団法人日本マススクリーニング学会が、当該事業を実施することになりましたので、お知らせします。

当該検査の精度管理については、新生児マススクリーニングにおける異常の発見漏れや過剰診断を防止するために必須であり、その意義と重要性は今後も変わりません。ついては、別紙の留意事項を踏まえながら、引き続き、精度管理の質の維持・向上に努めていただきますようお願いいたします。

連絡先

一般社団法人 日本マススクリーニング学会 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-8-10-605

TEL：03-3354-2070 FAX：03-3354-2017

E-mail：info@jsms.gr.jp

先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング）の精度管理における留意事項について

1 精度管理の趣旨について

先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング）の精度管理（以下単に「精度管理」という。）は、同検査において、異常の発見漏れ又は過剰診断による重大な結果の発生を防ぐことを目的としており、検査精度の保証や検査用試薬等の品質管理、適切な指導等を通じて、新生児マススクリーニングの検査機関（以下「検査機関」という。）における適切なスクリーニング体制の構築を図るものであること。

2 精度管理の実施内容等

（1）実施内容

精度管理においては、次に掲げる事項が必要と考えられること。なお、その実施は、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）が適切と認める精度管理機関（以下「管理機関」という。）への委託等により行うことができること。

- ア 検査試薬等を用いた精度試験に係る業務
- イ 検査結果の実施機関等への連絡、必要な技術指導等
- ウ 事業に関する相談支援等業務
- エ 新生児マススクリーニングに関する情報提供、その他の関連事業

（2）実施方法

- ア 管理機関は、検査機関に対し、精度試験に必要な相当数の外部精度管理検体を定期的に送付すること。
- イ 検査機関は、送付された外部精度管理検体を速やかに検査し、その結果を管理機関に回答すること。
- ウ 管理機関は、上記回答についてチェックし、その結果を委託元の都道府県等に報告するとともに、必要に応じて、検査機関の検査担当者に技術指導を行うこと。
- エ 管理機関は、新生児マススクリーニングに必要な、採血用ろ紙、検査用試薬、標準ろ紙血液等の品質管理を行い、委託元の都道府県等及び検査機関に対し、必要な情報を提供すること。
- オ 都道府県等は、精度試験の結果、当該検査機関に対し、検査技術等に関する指導を行う必要があると認める場合は、速やかに当該検査機関の検査技師に研修を行うことなどにより、検査精度の維持・向上に努めること。

令和4年12月1日

各

都道府県
指定都市

 母子保健主管部（局）御中

一般社団法人日本マススクリーニング学会
理事長 大浦 敏博

先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング）の精度管理機関について

都道府県及び指定都市における新生児マススクリーニングの精度管理の取扱いについては、「先天性代謝異常等検査の実施について」（平成30年3月30日付け子母発0330第2号厚生労働省子ども家庭局母子保健課長通知）により示されていますが、今般、「先天性代謝異常等検査（新生児マススクリーニング）の精度管理機関について」（令和4年12月1日付け厚生労働省子ども家庭局母子保健課事務連絡）のとおり、精度管理業務の受託事業を、令和5年4月から当会が実施することになりました。

については、事業開始にあたり、各都道府県・指定都市と当会との間で委託契約を締結させていただきたいと存じますので、契約書の締結方について、別紙「契約書の締結について」を御確認いただき、所要の手続をよろしくお願いします。また、令和5年度の委託料については、別途、御連絡させていただきます。

なお、当該事業の実施施設の所在地は次のとおりです。

一般社団法人日本マススクリーニング学会（理事長 大浦敏博）
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-8-10-605
TEL：03-3354-2070 FAX：03-3354-2017
E-mail：info@jsms.gr.jp

（添付書類）

1. 一般社団法人日本マススクリーニング学会 概要
2. 新生児マススクリーニングの精度管理実施要綱

令和4年12月1日

新生児マススクリーニング精度管理事業について

一般社団法人日本マススクリーニング学会

1. 経緯等

新生児マススクリーニングについては、平成23年度から新たな検査方法であるタンデムマス法が随時普及し、平成26年度からは全国の都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）において導入されている。

新生児マススクリーニング検査において精度管理が重要であることは、従来から認識されているが、タンデムマス法については、その検査の特性から、従前の検査方法以上に、精度管理を行うことが重要である。

2. 検査等の精度管理に係る主な業務

- (1) 検査試薬等を用いた精度試験に係る業務
- (2) 検査結果の実施機関等への連絡、必要な技術指導等
- (3) 事業に関する相談支援等業務

自治体、検査実施機関、医療機関等からの新生児マススクリーニングに関する質問等について、対応を行う。

- (4) 新生児マススクリーニングに関する情報提供、その他の関連事業

3. 費用負担について

令和5年度の委託契約では、上記2.の業務に要する費用について、各都道府県等に、令和4年度と同額の費用負担をお願いしたい。

(見本)

令和4年 月 日

見 積 書

〇〇県知事 殿

一般社団法人日本マススクリーニング学会
理事長 大 浦 敏 博

下記のとおりお見積いたします。

合計金額 円 也

品 名	金 額 (円)
令和5年度先天性代謝異常症等スクリーニングの精度管理業務に要する費用	〇〇〇,〇〇〇

以 上

(別紙)

契約書の締結について

契約書の締結手続きにつきましては、次によりお願い申し上げます。

1. 12月末までに令和5年度見積書を郵送させていただきます。委託料は本年8月にNPO法人タンデムマス・スクリーニング普及協会から送付の見積書に記載してある委託料と同額です。
2. 1月末までに令和5年度精度管理実施要綱・手順書について、メールでご連絡させていただきます。
3. 各都道府県・指定都市のそれぞれの令和4年度同様の書式で、当学会との令和5年度契約書2部を作成していただき、「NBS精度管理支援事務局」宛にご送付ください。
郵送の前に、メールでご契約書案のご連絡をいただけますと幸いです。
E-mail: support-nbs@jsms.gr.jp (NBS精度管理支援事務局)
4. 当学会の押印後、2部を各都道府県・指定都市にご返送いたしますので、知事・市長等の押印後、うち1部をNBS精度管理支援事務局にご返送ください。

【契約先名称】

〒151-0051

東京都渋谷区千駄ヶ谷五丁目8番10号外苑マンション605

一般社団法人日本マススクリーニング学会

代表理事 大浦 敏博

【事務連絡先・送付先】

NBS 精度管理支援事務局

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1 島根大学医学部小児科内

TEL: 080-6340-8496

E-mail: support-nbs@jsms.gr.jp

一般社団法人日本マススクリーニング学会の概要

1. 名称

一般社団法人日本マススクリーニング学会
学会ホームページ <https://www.jsms.gr.jp/>

2. 住所

東京都渋谷区千駄ヶ谷 5-8-10-605

3. 設立年月日

1973年4月：代謝異常スクリーニング研究会として発足。
1990年4月：日本マス・スクリーニング学会と改称。
2015年4月：日本マススクリーニング学会と改称。
2021年9月：一般社団法人日本マススクリーニング学会設立。

4. 理事長

大浦敏博 仙台市立病院臨床検査科
元仙台市立病院副院長 兼 小児科部長
元東北大学医学部臨床教授
元日本先天代謝異常学会理事

5. 目的

本学会は、小児の障害発生の予防を目的として行われる新生児マススクリーニングの検査法、診断・治療技術の開発・向上、これらに関わる研究者・技術者・担当者の育成、情報交流、患者の長期追跡・評価、社会啓発を通じて、母子保健・福祉の発展に資することを目的とする。

6. 事業内容

本会は、前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- (1) 学術集会の開催
- (2) 会誌の発行
- (3) マススクリーニング技術の研修会その他の開催
- (4) マススクリーニングの社会啓発、普及のために必要な活動
- (5) 内外の関係学術団体などと連携する活動
- (6) その他本会の目的を達成するために必要な事業

(添付2)

先天性代謝異常等の新生児マススクリーニングの精度管理実施要綱

一般社団法人日本マススクリーニング学会

1. 目的

先天性代謝異常症、先天性甲状腺機能低下症及び先天性副腎過形成症等のスクリーニング（以下「新生児マススクリーニング」という。）においては、対象疾患の患児の発見漏れ、過剰診断等を防ぐため、検査の正確度の維持向上が極めて重要である。このため、スクリーニング検査を行う機関（以下「検査機関」という。）における検査精度の保証、判定基準の標準化等を適正に維持する体制は不可欠である。また、特にタンデムマス・スクリーニング（以下「TMS」という。）においては、対象疾患が希少疾患であるため、診療方針等について専門家の助言が有効となる場合も想定される。当該分野における専門性を有する研究者、専門医、検査技師等との連携体制は、診療上の不安の解消や、地域格差の是正のためにも重要である。このため、当会は新生児マススクリーニングを実施する各自治体から委託を受け、検査機関の検査精度管理及び診療等に関する支援を目的として、外部精度管理、内部精度管理支援、相談支援・情報提供等の業務を行う。

2. 実施内容

(1) 検査精度に関する事項

- ①外部精度管理では、外部精度管理検体を用いて定期的にスクリーニング検査の精度試験・技能試験を行い、検査機関での偽陰性、偽陽性の発生防止に努める。
- ②内部精度管理支援は、全国の検査機関の新生児検体測定値分布並びに偽陽性及び真陽性例の検査データの収集・解析、並びにカットオフ値設定の適正性の検証などにより、各検査機関の検査精度の維持向上を目指すことを目的とする。

(2) 検査機関等との改善協議

精度試験・技能試験の結果及び内部精度管理支援の実施状況に応じて、何らかの問題が認められる場合は当該検査機関と協議を行い、適切な措置をとる。

(3) 相談支援業務

TMSに関し、自治体、検査機関、小児科医師、検査用血液等を採取する産科医師等からの相談に対応する。

(4) 新生児マススクリーニングに関する情報提供、その他の関連事業

最新情報や統計情報等の提供、その他スクリーニング体制の維持向上に必要と考えられる事業を行う。

3. 精度管理の実施手順

精度管理の実施のための具体的な事項については、別途定める実施手順書に準じて行う。

4. 精度管理に係る結果の報告等

(1) 各自治体への報告等

該当する四半期に事業報告を行うとともに、年1回、契約期間満了後速やかに、都道府県知事・政令指定都市長宛てに年間総合報告書を送付する。

(2) 検査機関への結果の通知等

適宜、検査機関の長に送付する。

5. 実施体制等

(1) 外部精度管理業務（精度試験・技能試験及び改善協議）は、当学会と国立研究開発法人国立成育医療研究センター研究所マススクリーニング研究室（以下「MS研」という。）が連携して行う。

(2) 内部精度管理支援業務（新生児検体測定値分布調査・マススクリーニング実施状況調査及び改善協議）は、当学会とMS研が連携して行う。

(3) 前2項の業務については、当学会の推薦する委員から成るNBS精度管理委員会を置き、精度管理の評価、質向上等の事項について検討する。

(4) 相談支援業務、情報提供その他の関連事業は、当学会内に専用窓口を設置して行う。

(5) 本事業の遂行に当たっては、必要に応じて、こども家庭庁の先天性代謝異常等検査担当課室、関連学会の専門家等による助言・指導を受ける。

(6) 本事業をNPO法人タンデムマス・スクリーニング普及協会から当学会に円滑に移行させるため、当学会から指名した同協会の若干名により、NBS精度管理支援事務局を設置し、精度管理実施支援を行う。

以上

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

事務連絡
令和4年12月19日

各
都道府県
市町村
特別区
母子保健主管部（局） 御中

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

HTLV-1 母子感染予防対策マニュアルの改訂等について

平素より、HTLV-1 母子感染対策に格別の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、令和4年度厚生労働科学研究費補助金・健やか次世代育成総合研究事業「HTLV-1母子保健対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究（研究代表者：内丸薫）により、「HTLV-1母子感染予防対策マニュアル」（平成29年4月14日付事務連絡「HTLV-1母子感染予防対策マニュアルの送付について」により送付）が5年ぶりに改訂され、「HTLV-1母子感染予防対策マニュアル第2版」（以下「改訂マニュアル」という。）が公表されましたので、お知らせします。

改訂マニュアルにおいては、エビデンスの確実性は高くないものの、国内のコホート研究等において、90日未満の短期母乳栄養と完全人工栄養との間には、母子感染率の点で明らかな差は認められなかったこと等の記載が追加され、短期母乳栄養を希望する場合には、90日までに完全人工栄養に移行できるよう支援が必要等とされています。

なお、短期母乳栄養を希望しても、90日未満で完全人工栄養に移行できず、長期母乳栄養になる母子も存在しており、この場合、母子感染率が有意に高くなるとされており、母子感染予防の観点から、最も確実で、最もエビデンスが確立された栄養方法として完全人工栄養を引き続き推奨することとしています。

また、今般、各都道府県におけるHTLV-1母子感染対策事業の実施状況について、取りまとめを行いましたので、別紙のとおり送付します。

各都道府県におかれては、母親が自らの意思で栄養方法を選択できるよう、それぞれのメリット・デメリットを十分に説明し、対話に基づく共有意思決定

支援が行われるよう、改訂マニュアルを貴管下関係機関等に周知いただくとともに、他の都道府県の取組も参照頂き、医療機関を含む地域の関係機関と連携の上、HTLV-1 母子感染予防対策の推進に努めていただくようお願いします。

(参考)

改訂マニュアル

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/dl/01.pdf>

HTLV-1母子感染対策事業の実施状況について（令和4年度における47都道府県の状況）

都道府県	1-1. HTLV-1母子感染対策協議会を設置していますか。	1-2. 既存の協議体で対応している場合、その協議体名	2. HTLV-1の母子感染に対する相談窓口は決まっていますか。	3. 相談窓口の相談内容を把握していますか。	4. HTLV-1母子感染対策に関して相談窓口の従事者に研修を行ったことがありますか。	5. HTLV-1母子感染対策に関して医療従事者に研修を行ったことがありますか。	6. HTLV-1母子感染対策に関して情報提供や普及啓発を行っていますか。	7-1. 妊婦のHTLV-1のスクリーニング検査等の結果を県が把握していますか。	7-2. 7-1.で把握している場合、どのような調査で把握していますか。	8. HTLV-1キャリアの妊婦を相談支援する県内の体制は決まっていますか。	9. HTLV-1キャリアの妊婦からの出生児が、感染防止指導等のため必要に応じ受診する医療機関は決まっていますか。	10. HTLV-1キャリアの妊産婦からの出生児の感染の有無を県が把握していますか。	11. HTLV-1キャリアの妊産婦、出生児が、HTLV-1関連疾患の発症の有無のためフォロー等のための体制は決まっていますか。	12. HTLV-1母子感染対策に関する手引き・マニュアルを作成していますか。	13. HTLV-1母子感染対策に際し、その他行っている取り組みはありますか。
北海道	○		○	○	○	○	○	○	3年に1度、市町村及び妊婦健康診査実施医療機関へ調査を実施。						
青森県	○	青森県周産期医療協議会医療保健連携小委員会	○	○	○	○	○	○	厚生労働省の母子保健事業実施状況調査に併せて、調査項目を県独自に追加し、市町村に照会している。						
岩手県	○	岩手県HTLV-1感染対策協議会	○	○		○	○			○	○		○		
宮城県			○			○	○								
秋田県	○	秋田県健康づくり審議会母子保健分科会	○			○		○	市町村への調査にて把握。						
山形県	○		○	○	○	○	○	○	県内の妊婦健康診査実施医療機関に対し、HTLV-1抗体検査の実施についてアンケート調査を実施。	○	○		○		
福島県	○	福島県HTLV-1母子感染対策協議会	○												
茨城県	○		○			○	○	○	市町村からの実績報告により把握。	○	○	○	○	○	
栃木県	○	必要に応じて、既存の協議会（母子保健運営協議会）の議題として協議。	○					○						○	
群馬県	○	周産期医療対策協議会	○	○	○	○	○	○	県が取りまとめる母子保健事業報告内で集計。						
埼玉県			○					○	市町村への調査にて把握。						
千葉県			○	○				○					○	○	
東京都			○			○		○							
神奈川県	○	神奈川県母子保健対策検討委員会に併設	○	○	○	○	○								
新潟県	○		○			○	○			○	○		○		

都道府県	1-1. HTLV-1母子感染対策協議会を設置していますか。	1-2. 既存の協議体で対応している場合、その協議体名	2. HTLV-1の母子感染に対する相談窓口は決まっていますか。	3. 相談窓口の相談内容を把握していますか。	4. HTLV-1母子感染対策に関して相談窓口の従事者に研修を行ったことがありますか。	5. HTLV-1母子感染対策に関して医療従事者に研修を行ったことがありますか。	6. HTLV-1母子感染対策に関して情報提供や普及啓発を行っていますか。	7-1. 妊婦のHTLV-1のスクリーニング検査等の結果を県が把握していますか。	7-2. 7-1.で把握している場合、どのような調査で把握していますか。	8. HTLV-1キャリアの妊婦を相談支援する県内の体制は決まっていますか。	9. HTLV-1キャリアの妊婦からの出生児が、感染防止措置等のために必要に応じ受診する医療機関は決まっていますか。	10. HTLV-1キャリアの妊産婦からの出生児の感染の有無を県が把握していますか。	11. HTLV-1キャリアの妊産婦、出生児が、HTLV-1関連疾患の発症の有無のフォロー等のための体制は決まっていますか。	12. HTLV-1母子感染対策に関する手引き・マニュアルを作成していますか。	13. HTLV-1母子感染対策に際し、その他行っている取り組みはありますか。
島根県			○		○	○									
岡山県	○		○		○	○	○			○	○				
広島県							○								
山口県	○		○		○	○	○	○	毎年度、市町に対して県が単独調査を実施。	○	○	○	○	○	
徳島県	○	徳島県周産期医療協議会	○	○	○	○	○			○	○		○		
香川県	○		○		○	○	○			○	○		○	○	
愛媛県	○	愛媛県周産期医療協議会	○	○	○	○	○	○	市町の母子保健に関する調査にて把握。	○	○		○	○	
高知県	○		○	○	○	○	○	○	県内の分娩取扱医療機関及び妊婦健診実施医療機関に対して、県産婦人科医会との連名で、HTLV-1抗体検査実施状況調査を定期的実施。	○			○		
福岡県	○	福岡県HTLV-1母子感染対策協議会	○	○	○	○	○	○	年1回福岡県内の妊婦健康診査実施医療機関に調査。						
佐賀県	○	母子感染防止対策連絡協議会	○	○	○	○				○	○		○		
長崎県	○	長崎県ATLウイルス母子感染防止研究協力事業連絡協議会	○		○	○	○	○	実施機関に実績照会后、協議会にて報告。	○	○		○	○	
熊本県	○	熊本県HTLV-1母子感染対策協議会	○		○	○	○	○	産科医療機関へのアンケート調査にて把握。	○	○		○	○	
大分県			○				○							○	
宮崎県	○	宮崎県HTLV-1母子感染対策協議会	○		○	○	○	○	委託先の県医師会が実施している県内産科・婦人科医療機関調査にて把握。	○	○			○	
鹿児島県	○	鹿児島県HTLV-1対策協議会	○	○	○	○	○	○	毎年実施する「産科医療機関へのアンケート調査結果」において状況を把握。	○		○		○	県単事業として、母親がキャリアである乳児の粉ミルク代の助成を実施。
沖縄県	○		○		○	○	○	○	医療機関への実施状況調査にて把握。	○	○		○		
合計	37	-	45	18	36	33	39	26	-	26	23	6	22	21	-

厚生労働科学研究班による
HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル
(第2版)

厚生労働科学研究費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）
HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究
研究代表者 内丸薫（東京大学大学院新領域創成科学研究科）
2022年11月

略語一覧

ATL	adult T-cell leukemia-lymphoma (成人 T 細胞白血病・リンパ腫)
CD	cluster of differentiation
CLEIA 法	chemiluminescent enzyme immunoassay (化学発光酵素免疫測定法)
CLIA 法	chemiluminescent immunoassay (化学発光免疫測定法)
DNA	deoxyribonucleic acid (デオキシリボ核酸)
ECLIA 法	electro chemiluminescence immunoassay (電気化学発光免疫測定法)
EPDS	Edinburgh postnatal depression scale (エジンバラ産後うつ病質問票)
HAM	HTLV-1 associated myelopathy (HTLV-1 関連脊髄症)
HIV	human immunodeficiency virus (ヒト免疫不全ウイルス)
HTLV-1	human T-cell leukemia virus type 1 (ヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型)
HU	HTLV-1 uveitis (HTLV-1 ぶどう膜炎)
LIA 法	line blotting assay (ラインプロット法)
PA 法	particle agglutination (粒子凝集反応)
PCR	polymerase chain reaction (ポリメラーゼ連鎖反応)
RNA	ribonucleic acid (リボ核酸)
SDM	shared decision making (共有意思決定)
STI	sexually transmitted infection (性感染症)
TSP	tropical spastic paraparesis (熱帯性痙性麻痺)
WB 法	western blot (ウエスタンプロット法)
WHO	World Health Organization (世界保健機関)

HTLV-1 母子感染対策予防対策マニュアル改訂にあたって

ヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型(human T-cell leukemia virus type 1; HTLV-1)は成人 T 細胞白血病・リンパ腫 (adult T-cell Leukemia-lymphoma; ATL)、HTLV-1 関連脊髄症 (HTLV-1 associated myelopathy; HAM)、HTLV-1 ぶどう膜炎 (HTLV-1 uveitis: HU) などの難治性の腫瘍性、炎症性疾患を長期の潜伏期を経て一部の感染者に発症する。日本における HTLV-1 感染者の分布は九州、南西諸島方面に偏っていたこともあり、かつては地域ごとに対策が取られていたが、HTLV-1 感染者の移住、特に大都市圏への移住に伴いその国内分布に変化が生じていることもあり、全国的な対策を取る必要性が認識され、2010 年 11 月の厚生労働省母子保健課長通達を経て、2011 年から本格的に HTLV-1 総合対策が開始され、HTLV-1 の感染ルートの一つであり、ATL の発症母地である母子感染予防のため、妊婦の抗 HTLV-1 抗体検査が全例公費負担で実施されるようになった。妊婦に対する抗体検査の進め方、診断、陽性時の栄養指導について、これまで医師向け手引き[1]および保健指導マニュアル[2]が作成されており、さらに 2017 年に厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関する研究:HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」(代表 板橋家頭夫) により「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル」[3]が作成されている。

本改訂版マニュアルは、同マニュアルをもとにその後の研究の進展と HTLV-1 キャリア妊婦/授乳婦に対する栄養指導の実態、栄養方法の選択、支援体制の現状などについての本研究班における研究成果をもとに、感染予防対策とともに HTLV-1 キャリアマザーの健やかな育児支援の促進のために HTLV-1 母子感染予防に関わる医師・保健指導者向けに改定されたものである。臨床の現場で活用されるとともに、さらなる改善のために忌憚のないご批評を頂ければ幸いである。

令和 4 年 11 月

厚生労働科学研究費補助金 (健やか次世代育成総合研究事業)

HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究 (令和 2~4 年度)

研究代表者 東京大学大学院新領域創成科学研究科 内丸 薫

参考文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業「HTLV-1 の母子感染予防に関する研究」(研究代表者: 齋藤滋): HTLV-1 母子感染予防対策医師向け手引き, 2011
- 2) 厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業「ヒト T 細胞白血病ウイルス-1 型(HTLV-1)母子感染予防のための保健指導の標準化に関する研究」(研究代表者: 森内浩幸): HTLV-1 母子感染予防対策保健指導マニュアル, 2011
- 3) 厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関する研究: HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」(研究代表者: 板橋家頭夫): HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル, 2017
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/dl/06.pdf>

第 2 版 序文

本研究班の前身である厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関する研究:HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」(代表 板橋家頭夫)により作成された「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル」(2017 年)では、母子感染予防を目的とした栄養方法として「原則として完全人工栄養を勧める」と明記された[1]。一方、それまで完全人工栄養と並んで選択肢とされていた短期母乳栄養や凍結解凍母乳栄養については、科学的エビデンスが乏しいことを理由に、「母親が母乳を与えることを強く希望する場合」に限り選択肢として考慮することとされた。

このような背景から、前研究班(板橋班)では各栄養方法の母子感染予防効果についてのエビデンス集積を目的とし、わが国で初となるキャリア妊婦から出生した児の前方視的コホート研究[2]、およびこれまでの国内外の疫学データを統合したメタアナリシスが実施された[3]。本改訂版マニュアルでは、これらの研究から得られた科学的エビデンスをもとに、母親が自身の意思に基づいて栄養方法を選択できるように支援するとともに、選択した栄養方法に関わらず全ての母親と児に対してきめ細やかな支援とフォローアップ体制を行き届かせることを意図して全面的な改訂が加えられた。マニュアルの内容については、執筆者全体で協議を行い、総意のもと作成された。また日本産婦人科学会、日本産婦人科医会、日本小児科学会、日本 HTLV-1 学会に対して意見公募を行い、提出された意見に対して研究班において修正の必要を討議し、対応を決定した。

本マニュアルが広く活用され、HTLV-1 母子感染対策だけでなくキャリアと診断された母親に対する妊娠・出産・育児期の適切な支援の一助となることを期待したい。最後に、本マニュアルの発刊にあたり、ご尽力いただいた関係各位に心より謝意を表したい。

令和 4 年 11 月

厚生労働科学研究費補助金(健やか次世代育成総合研究事業)

HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究(令和 2~4 年度)

研究分担者 昭和大学医学部小児科学講座 宮沢 篤生

参考文献

- 1) 厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関する研究:HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」(研究代表者:板橋家頭夫):HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル, 2017
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/dl/06.pdf>
- 2) Itabashi K, Miyazawa T, Nerome Y, et al: Issues of infant feeding for postnatal prevention of human T-cell leukemia/lymphoma virus type-1 mother-to-child transmission. *Pediatr Int* 63: 284-289, 2021
- 3) Miyazawa T, Hasebe Y, Murase M, et al: The Effect of early postnatal nutrition on human T cell leukemia virus type 1 mother-to-child transmission: a systematic review and meta-analysis. *Viruses* 13: 819, 2021

第 1 版 序文

2020 年 11 月の厚生労働省母子保健課長通知を経て、妊婦に対するヒト T 細胞白血病ウイルス I 型(human T cell leukemia virus type 1; HTLV-1)抗体スクリーニング検査が実施されるようになった。この背景には以下の点が挙げられる。①わが国の推定キャリア数が 1990 年代の調査で約 120 万人であったが、2006～07 年の調査でも約 108 万人とあまり減少が認められていない、②大都市圏にキャリアが拡散している、③高齢化に伴い成人 T 細胞白血病(adult T cell leukemia; ATL)が増加している[1]、④ATL や HTLV-1 関連脊髄症(HTLV-1 associated myelopathy; HAM)の予後向上が十分でない、⑤ATL の発症には母子感染が関与しており、現時点では母子感染予防が最も効果的である[2]、⑥産婦人科診療ガイドラインにおいても抗体検査の推奨度が A（実施することが強く推奨される）とされた[3]、⑦母子感染予防に有効なワクチンが開発されておらず、経母乳感染を防ぐことが唯一有効な予防法である。

妊婦に対する HTLV-1 抗体スクリーニング検査の実施にあたっては、すでに医師向け手引き[3]および保健指導マニュアル[2]が作成されている。本マニュアルはこれらを参考にしているが、その後開始された本研究班(「HTLV-1 母子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」)により得られた知見を加え、さらにスクリーニング検査の導入によって新たに明らかになった問題点を整理し、HTLV-1 母子感染予防に関わる医師・保健指導者向けに改訂されたものである。

平成 29 年 3 月

厚生労働行政推進調査研究事業費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「HTLV-1 母子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」（平成 28 年度）

研究代表者 昭和大学医学部小児科学講座 板橋家頭夫

参考文献

- 1) 厚生労働科学研究補助金・新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」（研究代表者：山口一成）平成 21 年度総括・分担研究報告書
- 2) 厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業「ヒト T 細胞白血病ウイルス-1 型(HTLV-1)母子感染予防のための保健指導の標準化に関する研究」（研究代表者：森内浩幸）：HTLV-1 母子感染予防対策保健指導マニュアル, 2011
- 3) 厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」（研究代表者：板橋家頭夫）：HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル, 2017

執筆者一覧

監修

厚生労働科学研究補助金（健やか次世代育成総合研究事業）

「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」

編集

宮沢 篤生・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・昭和大医学部小児科学講座

執筆者（五十音順）

板橋 家頭夫 [第1章、第4章、第5章]・・・・・・・・・・愛正会記念茨城福祉医療センター

井村 真澄 [第4章]・・・・・・・・・・日本赤十字大学大学院国際保健助産学専攻

内丸 薫 [第2章、第3章、第5章]・・・・・・・・・・東京大学大学院新領域創成科学研究科

大隈 和 [第2章、第3章]・・・・・・・・・・関西医科大学医学部微生物学講座

小出 馨子 [第3章]・・・・・・・・・・昭和大医学部産婦人科学講座

高 起良 [第2章]・・・・・・・・・・大阪鉄道病院血液内科

齋藤 滋 [第1章]・・・・・・・・・・富山大学

関沢 明彦 [第2章、第3章、第4章]・・・・・・・・・・昭和大医学部産婦人科学講座

柘植 薫 [第3章、第4章、第5章]・・・・・・・・・・香川大学医学部附属病院腫瘍内科/がんセンター

時田 章史 [第5章]・・・・・・・・・・公益財団法人日本小児科医会

根路銘 安仁 [第4章]・・・・・・・・・・鹿児島大学医学部保健学科成育看護学講座

三浦 清徳 [第4章]・・・・・・・・・・長崎大学医学部産婦人科学講座

宮沢 篤生 [第1章、第4章]・・・・・・・・・・昭和大医学部小児科学講座

森内 浩幸 [第4章]・・・・・・・・・・長崎大学医学部小児科学講座

山野 嘉久 [第2章]・・・・・・・・・・聖マリアンナ医科大学脳神経内科/難病治療研究センター

渡邊 俊樹 [第1章・第2章]・・・・・・・・・・聖マリアンナ医科大学大学院医療情報実用化マネジメント学寄附研究部門

執筆協力者（五十音順）

小杉 純子 [第4章]・・・・・・・・・・伊集院産婦人科

下敷領 須美子 [第4章]・・・・・・・・・・(前)神戸女子大学看護学部

武市 洋美 [第4章]・・・・・・・・・・三茶助産院桶谷式母乳育児相談室

目次

第 1 章 わが国における母子感染対策の歩み	8
I. HTLV-1 総合対策導入までの経緯および導入後の現状	
II. HTLV-1 母子感染対策協議会の役割	
第 2 章 HTLV-1 の基礎知識	14
I. WHO 感染症対策における HTLV-1 感染の位置づけ	
II. ウイルスの特徴	
III. 感染経路	
IV. 疫学	
V. HTLV-1 妊婦スクリーニングの現状	
VI. HTLV-1 関連疾患と感染者の健康予後	
第 3 章 妊婦に対する HTLV-1 スクリーニング検査	30
I. スクリーニング検査と確認検査	
II. 検査における留意点	
III. 検査結果の告知と個人情報の保護	
IV. 内科における確認検査陽性者への対応	
V. 自身がキャリアと診断された妊婦に対する心理的サポート	
第 4 章 出生後の母子感染予防のための栄養方法の選択	40
I. 出生した児への栄養方法による母子感染率（厚生労働科学研究班による調査の概要）	
II. 栄養方法の選択	
III. 各栄養方法の特徴	
IV. 各栄養方法別の支援体制	
V. 心理的サポートやカウンセリングについて	
第 5 章 出生後のフォローアップ	58
I. キャリア妊婦から出生した児のフォローアップの意義	
II. 出生後～小児期・小児期以降のフォローアップ	
III. 児の抗体検査についての意思決定支援	

巻末資料 **63**

- 資料1. 小児科医あての診療情報提供書
- 資料2. HTLV-1 関連疾患患者、HTLV-1 キャリア及び家族を対象とした心理学的なカウンセリング
- 資料3. 傾聴・共感・葛藤への支援
- 資料4. 共有意思決定支援
- 資料5. Q&A
- 資料6. 搾乳方法
- 資料7. 鹿児島県における短期母乳栄養選択者への支援の具体例
- 資料8. 乳汁産生抑制のためのケア
- 資料9. 凍結解凍母乳栄養

第 1 章 わが国における母子感染対策の歩み

■要旨■

- ヒト T 細胞白血病・リンパ腫(ATL)の発見および原因ウイルスであるヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型 (HTLV-1)の発見などの多くの業績は日本人研究者の功績によるところが多い。
- 2011 年から全妊婦を対象とした HTLV-1 抗体スクリーニング検査が公費で行われるようになった。
- 厚生労働科学研究板橋班により、90 日未満の短期母乳栄養は完全人工栄養と比較して母子感染率に差がないことが示された。
- 2017 年に作成された「HTLV-1 母子感染対策マニュアル」では出生後の母乳を介した母子感染予防として完全人工栄養が推奨されていたが、今回のマニュアル改訂では、母子に対する支援体制を構築した上で、90 日未満の短期母乳栄養を含めて母親自身の意思により選択することを原則とした。
- HTLV-1 母子感染対策協議会は産婦人科医、小児科医、助産師、看護師、保健師、HTLV-1 関連疾患に対応可能な血液・脳神経内科医に加えて、地域の保健行政関係者などから構成されることが望ましい。
- HTLV-1 母子感染対策協議会の業務としては、①スクリーニング体制の整備ならびに実施状況の把握、②キャリアと診断された妊婦に対する相談・カウンセリング体制の整備、③キャリアから出生した児のフォローアップ体制の整備、母子感染率の把握、④妊婦に対する母子感染予防に関する普及・啓発、⑤医療従事者および母子保健担当者に対する普及・啓発、などが期待される。

I. HTLV-1 総合対策導入までの経緯および導入後の現状

わが国において、京都大学の高月清らにより 1977 年に極めて予後不良で、核に深い切れ込みを持つ腫瘍細胞を有し、九州出身者に多い成人 T 細胞白血病・リンパ腫 (adult T cell leukemia-lymphoma; ATL) が報告された[1]。1980 年には高知医科大学の三好勇夫らにより ATL 発症患者由来のリンパ球と臍帯血リンパ球を試験管内で共培養し、臍帯血由来の T 細胞株を樹立した[2]。ヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型 (human T-cell leukemia virus type-1; HTLV-1) はヒトで初めて報告されたレトロウイルスであり、1980 年に米国での Gallo が菌状息肉腫例からウイルスを同定し[3]、1981 年に京都大学 日沼頼夫が、ATL と関連するウイルスとして報告した[4]。ちなみに菌状息肉腫と診断された患者ののちに実は ATL であったと確認されている。日沼らの業績は高月の ATL の発見、三好による HTLV-1 感染細胞株の樹立に支えられた研究成果であった (図 1-1)。1983 年にはがん研究所の吉田光昭により HTLV-1 の全ゲノム構造が解明された[5]。このように、HTLV-1 が ATL と関連することを示した多くの業績は日本人の貢献によるところが多い。

その後、1984 年に奈良県立医科大学の一条元彦らのグループにより、母乳中、精液中に HTLV-1 感染細胞が存在する事が報告され[6]、1985 年には長崎大学の日野茂男らがマーモセットを用いて、母乳を介した感染の成立を証明した[7]。1991 年には厚生省心身障害研究重松班研究で、HTLV-1 母子感染対策につき提言された[8]。この研究班で HTLV-1 キャリアは全国で 120 万人存在し、九州・沖縄に多い事が報告された。さらに

母乳を介した母子感染対策として完全人工栄養が推奨されるが、新しい差別の材料とならないように、キャリア率の高い地域でのみの対策で十分であり、全国一律の検査や対策は必要ないと提言した。

しかし 2009 年厚生労働科学研究山口班報告で、HTLV-1 キャリアが全国に拡散している事が明らかとなったため[9]、2010 年に厚生労働科学特別研究報告で、妊婦に対する全国的な HTLV-1 抗体検査が必要であり、スクリーニング検査で陽性であった場合、必ずウエスタンブロット (western blot; WB) 法による確認検査を施行し、確認検査陽性例に対し、完全人工栄養、凍結解凍母乳栄養、生後 90 日までの短期母乳栄養を提案し、メリット、デメリットを説明の上、妊婦に栄養方法を選択してもらうという提言がなされた[10]。同報告を受け 2011 年からは妊娠時に公費で HTLV-1 抗体検査が行われるようになり、日本産科婦人科学会の診療ガイドライン産科編に、妊婦検査項目として HTLV-1 抗体検査の推奨レベル A (強く推奨する) が記載された。同時に厚生労働科学研究森内班で保健指導マニュアルが作成された[11]。短期母乳栄養、凍結解凍母乳栄養の症例数が不十分であったため (完全人工栄養は十分な症例数があり、その有効性は証明済)、2011~2019 年度厚生労働科学研究板橋班において、これらの栄養方法の母子感染防止効果が前方視的に検討された。

2012 年には全国で HTLV-1 母子感染対策協議会が設置され、研修事業、啓発活動、相談窓口が設置されるようになった。また、2017 年には WB 法判定保留例に対して、HTLV-1 PCR 検査が実施できるようになった。さらに、確認検査として従来の WB 法より判定保留が少ないラインブロット (line blotting assay; LIA) 法が追加された。2017 年には、短期母乳栄養を選択した群の一部 (8-18%) が長期母乳栄養となっている事が明らかとなったため、推奨栄養方法が原則として完全人工栄養に変更となった[12]。

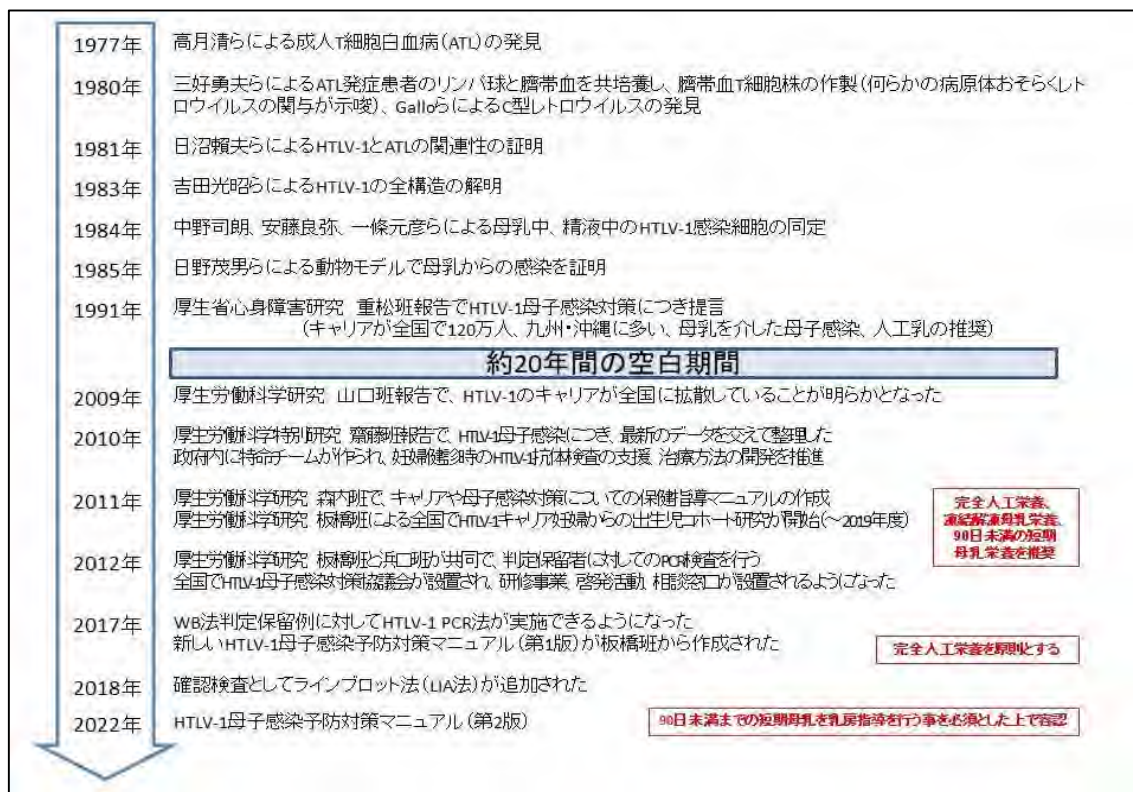


図 1-1. ATL、HTLV-1 の発見から HTLV-1 母子感染予防を目的とした対策が全国で行われるようになるまでの経過

その後、板橋班の研究結果が判明し、生後 90 日までの短期母乳栄養を選択した症例において、長期母乳栄養になってしまった症例も含めての母子感染率が 2.3% (4/172、95%信頼区間：0.0-4.6%) であり、完全人工栄養での感染率 6.4% (7/110、95%信頼区間：1.9-10.9%) と差がない事が判明したので[13]、今回の HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル（第 2 版）の改訂となった。栄養方法として従来の完全人工栄養に加えて 90 日未満の短期母乳栄養も選択肢に含めるが、長期母乳栄養となる事を防ぐため、乳房ケアと支援を行う事を必須条件とした。凍結解凍母乳栄養を選択した母子感染率は 5.3% (1/19) と低値であったが、少数例の結果であったためエビデンスが不十分とし、選択肢には含めなかった。

本項では、HTLV-1 の発見から、今回の HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル（第 2 版）までの経緯を解説した。詳細については、各項目の解説を参考にされたい。

(齋藤 滋、渡邊俊樹)

II. HTLV-1 母子感染対策協議会の役割

2010 年 12 月に内閣府により策定された「HTLV-1 総合対策」を受けて、厚生労働省は各都道府県や政令指定都市に対して、HTLV-1 母子感染対策協議会を設置し、各地域の実情に応じた母子感染対策の検討および体制整備を求めている[14]。HTLV-1 母子感染対策協議会は産婦人科医、小児科医、助産師、看護師、保健師、HTLV-1 関連疾患に対応可能な血液・脳神経内科医に加えて、地域の保健行政関係者などから構成されることが望ましい。HTLV-1 母子感染対策協議会に求められる役割を以下に挙げる。

1. スクリーニング体制の整備ならびに実施状況の把握

HTLV-1 母子対策協議会はスクリーニングとしての抗体検査が円滑に実施可能な体制を整備するとともに、抗体検査の受診率および抗体検査の陽性率を把握しておくことが望ましい。また抗体検査陽性者に対する確認検査が確実に実施されていることを確認し、各地域におけるキャリア妊婦数の実態についても把握しておくことが求められる。

2. キャリアと診断された妊婦に対する相談・カウンセリング体制の整備

HTLV-1 キャリアと診断された妊婦に対しては、母子感染予防のための栄養方法を説明し、母親自身の意思決定を支援する必要がある。特にキャリア数自体が少ない非流行地域においては、妊婦に対する栄養方法の説明に不馴れであることも多いため、確認検査陽性および判定保留妊婦への対応が可能な医療機関あるいは相談窓口を決めておくことが望ましい。また、キャリアと診断された母親は、児への感染リスクに対する不安に加えて、母親自身の将来的な HTLV-1 関連疾患発症に対する不安を抱くことになる。母親自身が HTLV-1 関連疾患について相談ができる医療機関についても HTLV-1 母子感染対策協議会の中で決定しておく必要がある。

3. キャリアから出生した児のフォローアップ体制の整備、母子感染率の把握

キャリアから出生した児のフォローアップについては、一般的には通常の乳幼児健診のスケジュール通りで問題ないことが多いが、母乳を制限することによる不安や母子感染に対する不安が強い場合には適宜個別対応が必要となる。また母子感染評価のための児に対する抗体検査は必須ではないが、検査を行うことによるメリット、デメリット、検査が可能な医療機関について適切なタイミングで情報提供できる体制が必要である。児のフォローをどの医療機関が責任をもって行うのか、分娩医療機関、かかりつけ医、地域の中核病院、保健所などと連携し、決定しておく必要がある。

4. 妊婦に対する母子感染予防に関する普及・啓発

わが国では全妊婦に対する抗体検査が公費助成となっているものの、妊婦自身が抗体検査を受ける理由を十分に理解していない可能性がある。妊娠中の検査で突然キャリアと診断され強い不安を抱く可能性があることから、妊婦に対する HTLV-1 や母子感染に関する知識の普及や啓発を積極的に推進する必要がある。

5. 医療従事者および母子保健担当者に対する普及・啓発

特に非流行地域においては母子感染について対応を迫られる機会自体が少ないことから、医療従事者や母子保健担当者からの HTLV-1 母子感染に対する関心や理解が得られにくく、十分な対応が困難であることが予測される。本マニュアルの周知、活用に加えて、各自治体の実情に合わせた独自のマニュアルの作成や関係者を対象とした研修会の開催により、母子感染に関わる関係者の資質向上および知識のアップデートを図り、母子に対する支援体制を向上させることが望ましい。

厚生労働科学研究班（板橋班）が実施したアンケート調査[15]によると、2017年11月時点で全国47都道府県のうちHTLV-1母子感染対策協議会が設置されているのは38都道府県であり、HTLV-1総合対策の策定から7年が経過しているにも関わらず、協議会の設置が進んでいない地域が存在していた。また既に協議会が設置されている地域のうち6県では対象となるキャリアが少ないこともあり実質的な活動が行われていなかった。

全妊婦に対するスクリーニング検査の導入によってキャリア妊婦が発見されたとしても、HTLV-1母子感染対策協議会が十分な機能を果たさなければ母子に対する適切な支援は行き届かず、有効な母子感染対策事業とはなり得ない。また現行の母子感染対策の有効性や問題点を明らかにするうえで、医療機関から市町村の保健行政担当部署、さらにはHTLV-1母子感染対策協議会へと情報を集約するネットワークを確立することが必要である。HTLV-1抗体スクリーニング検査から出生児のフォローアップまでの概要およびキャリア（あるいは確認検査判定保留者）に対する主な支援者、さらにHTLV-1母子感染対策協議会として収集が望ましい情報について図1-2に示す。

（宮沢篤生、板橋家頭夫）

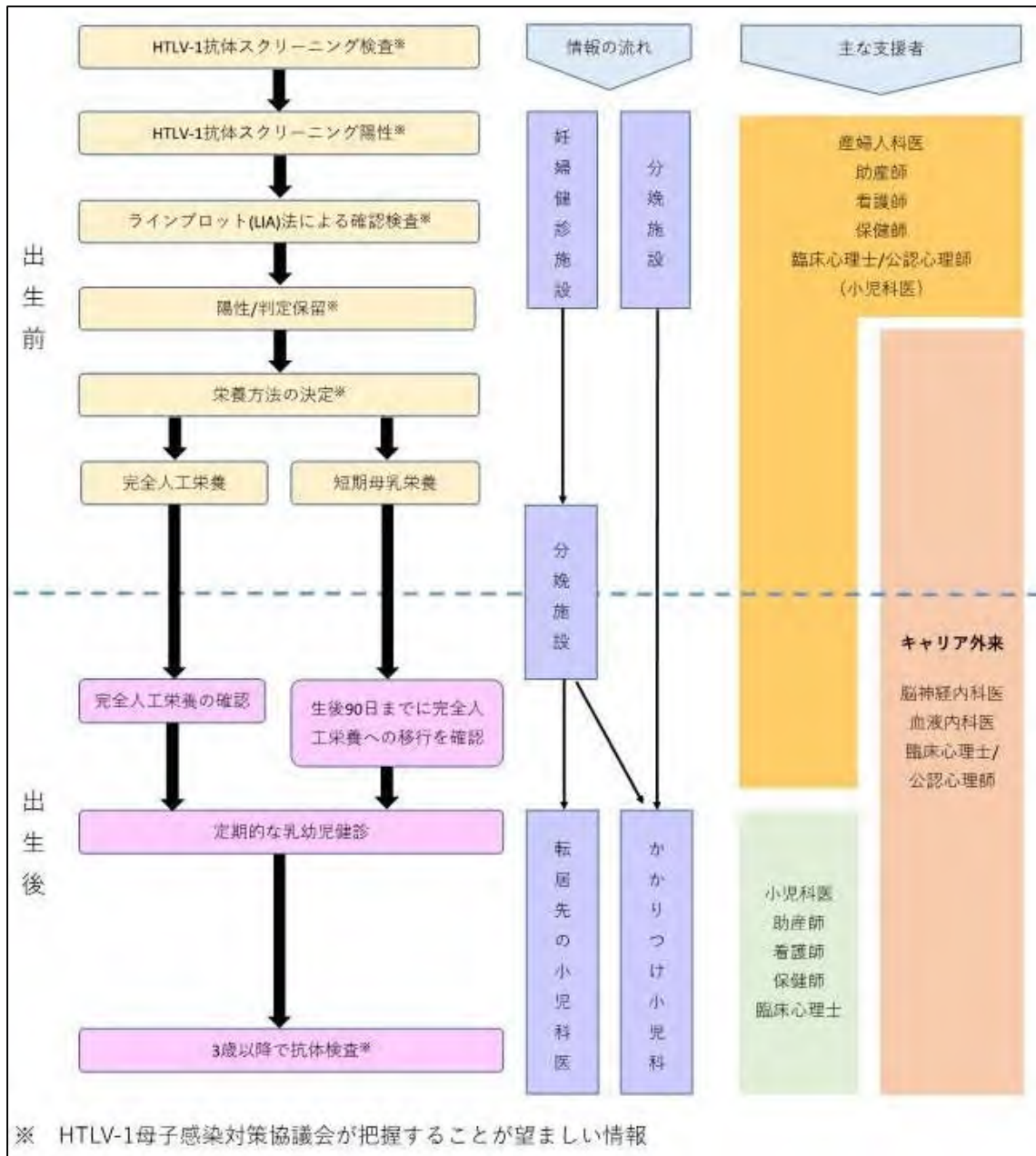


図 1-2. HTLV-1 母子感染対策の骨子と支援者、および HTLV-1 母子感染対策協議会が収集すべき情報

参考文献

- 1) Uchiyama T, Yodoi J, Sagawa K, et al: Adult T-cell leukemia: clinical and hematologic features of 16 cases. Blood 50: 481-492, 1977
- 2) Miyoshi I, Kubonishi I, Sumida M, et al: A novel T-cell line derived from adult T-cell leukemia. Gan. 71:155-156, 1980
- 3) Poiesz BJ, Ruscetti FW, Gazdar AF, et al: Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. Proc Natl Acad Sci USA 77: 7415-7419, 1980

- 4) Hinuma Y, Nagata K, Hanaoka M, et al: Adult T-cell leukemia: antigen in an ATL cell line and detection of antibodies to the antigen in human sera. Proc Natl Acad Sci USA 78: 6476-6480, 1981
- 5) Seiki M, Hattori S, Hirayama Y, et al: Human adult T-cell leukemia virus: complete nucleotide sequence of the provirus genome integrated in leukemia cell DNA. Proc Natl Acad Sci U S A 80: 3618-22, 1983
- 6) Nakano S, Ando Y, Ichijo M, et al: Search for possible routes of vertical and horizontal transmission of adult T-cell leukemia virus. Gan 75: 1044-1045, 1984
- 7) Hino S, Yamaguchi K, Katamine S, et al: Mother-to-child transmission of human T-cell leukemia virus type-I. Jpn J Cancer Res 76: 474-480, 1985
- 8) 厚生省心身障害研究「成人 T 細胞白血病 (ATL) の母子感染防止に関する研究班」(主任研究者: 重松逸造) 平成 2 年度研究報告書, 1991
- 9) 厚生労働科学研究費補助金新興・再興感染症研究事業「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」(研究代表者: 山口一成, 2009
- 10) 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「HTLV-1 の母子感染予防に関する研究班」(研究代表者: 齋藤 滋, 2010
- 11) 厚生労働科学特別研究事業「HTLV-1 母子感染予防対策保健指導マニュアル」(研究代表者: 森内浩幸, 2011
- 12) 厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル」(研究代表者: 板橋家頭夫, 2017
- 13) Itabashi K, Miyazawa T, Nerome Y, et al: Issues of infant feeding for postnatal prevention of human T-cell leukemia/lymphoma virus type-1 mother-to-child transmission. Pediatr Int 63: 284-289, 2021
- 14) HTLV-1 特命チーム: HTLV-1 総合対策 (https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/dl/htlv-1_a.pdf)
- 15) 厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関するエビデンス創出のための研究」(研究代表者: 板橋家頭夫) 平成 29 年度総括・分担研究報告書, 2018

第 2 章 HTLV-1 の基礎知識

■要旨■

- WHO は感染症対策において優先順位が高いものとして HTLV-1 を取り上げている。
- HTLV-1 は CD4 陽性 T 細胞に感染する。末梢血中の感染ウイルス量は、通常末梢血単核球中の感染細胞の%で表現される。
- HTLV-1 の感染ルートは、おもに母乳を介する母子感染、性行為感染、および、輸血であるが、現在は輸血による感染はなくなった。一方、臓器移植を介した感染による HTLV-1 関連脊髄症(HAM)発症が問題になっている。
- わが国における HTLV-1 感染者数は献血における抗 HTLV-1 抗体陽性率から推定されており、80 万人から 100 万人程度と推定されている。
- HTLV-1 キャリアの年齢分布は次第に高齢者層にシフトし、ピークは 70 歳代である。国内分布は九州・沖縄から全国、とくに首都圏へ分布が変わってきており、全国的な対策が必要である。
- 2020 年の日本産婦人科医会の調査では妊婦の抗体陽性率は 0.11%であった。九州地区では低下傾向にあるが、その他の地域では低下傾向ははっきりしなかった。
- 複数回妊娠している抗体陽性妊婦のうち、前回妊娠時抗体陰性であった妊婦が 10.7%存在していることから、前回妊娠時の検査が陰性であっても妊娠ごとに抗体検査を行う。
- HTLV-1 関連疾患に成人 T 細胞白血病リンパ腫(ATL)、HTLV-1 関連脊髄症(HAM)、HTLV-1 関連ぶどう膜炎(HU)があり、キャリア妊婦を診療するうえでは、これら疾患の概要を知り、不安を理解するように努めることが重要である。

I. WHO 感染症対策における HTLV-1 の位置づけ

数年前から世界保健機関(World Health Organization; WHO)がヒト T 細胞白血病ウイルス 1 型(HTLV-1)を感染症対策の対象に加えて活動を開始している。ここでは、筆者が WHO の会議にアドバイザーとして参加してきたことから、どの様な背景で WHO が HTLV-1 感染に取り組むことになったのか、どの様な取り組みが行われてきたのかについて、また、取り組みの現状について説明する。

1. WHO による HTLV-1 感染症対策取り組み開始の背景

世界全体で感染者の多い地域は、サハラ砂漠以南のアフリカ、イラン北東部、中南米諸国、カリブ海諸島および西南日本が知られている。欧米では、この様な感染地域からの移住者が抗体陽性者の中心であり、ニューヨーク、フロリダ、パリ、ロンドンなどに、ある程度の感染者が集中している。

2000 年代になって、オーストラリアの原住民の間で HTLV-1 感染が広く認められることが明らかになった。その後の解析から、このウイルスは HTLV-1 の Type c と分類されるもので、世界的に認められる Type a とは異なる由来のものであることが明らかになった。感染の割合は集落により異なり、成人の 40%から 70%と

高率であることが明らかになっている。感染者には慢性呼吸器疾患(気管支炎、気管支拡張症、肺気腫など)が高率に認められる。これらの新たな発見に伴い、米国やオーストラリア政府が WHO へ取り組みを働きかけた。

2. WHO の HTLV-1 感染予防対策策定への流れ

WHO は 2018 年に基調文書の公募 (Request for Proposal; RFP)を行い、オーストラリアのチームが基調文書を作成し、2019 年 11 月に WHO が、「HTLV-1 に関する WHO のグローバル協議会—公衆衛生へのインパクトと意義および将来の活動」という国際会議を東京で開催し、我が国からも、筆者をはじめとして数名の専門家が参加した。会議では基調報告に基づき 3 日間の議論が行われた。

これらの議論を踏まえて、WHO の感染症対策として優先順位の高いリストの中に、ウイルス感染症として HTLV-1 を追加した。これに引き続き、2020 年 10 月には、WHO の感染症対策 3 領域 (HIV、肝炎、および性感染症) の会議が開催された (「HIV、ウイルス肝炎および性感染症パートナーに関する WHO の戦略的・技術的諮問会議」)。これに引き続き、2021 年 3 月には、「WHO HTLV-1 テクニカルレポート」が発行され[1]、それに併せて周知と広報を目的にオンライン会議が開催され、筆者も HTLV-1 関連疾患の病因と病態に関して講演した。

さらに、2021 年 9 月には、WHO の執行役員会へ提案する、2022-2030 年の期間に向けた「ヒト免疫不全ウイルス(human immunodeficiency virus; HIV)、ウイルス肝炎および性感染症パートナーに関する戦略」の再検討が行われ、2022 年 5 月に開催の「世界保健総会」へ提案し、採択された。

3. WHO における HTLV-1 感染予防対策の位置づけ

WHO の感染症対策は、現在、Global Health Sector Strategies on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections として推進されている (図 2-1)。HTLV-1 感染予防に関しては、先述の「HIV、ウイルス肝炎および性感染症パートナーに関する WHO の戦略的・技術的諮問会議」が取りまとめたガイダンスの「性感染症」の中に含まれる形でまとめられている。これまでの議論では、世界的には啓発活動の不足による認知度の低さ、診断技術の普及が不足している事などが課題として挙げられた。

4. わが国の「HTLV-1 総合対策」と「WHO STAC-HIVHEP & STI」ガイダンスとの関係

既述の通り、WHO は HTLV-1 感染を、性感染症対策の枠組みで取り組む計画を立案している。これは、広汎な疫学情報のレビューに基づくものであり、公衆衛生対策の立案としては確かに根拠があると言える。一方、我が国における HTLV-1 総合対策の感染予防対策としての「母子感染予防の推進」とは明らかに姿勢が異なる。この様な、国内と国際的な取り組みにおける感染予防対策の標的・重点の違いに関しては、厚生労働省と WHO の間での密接な情報交換と十分な議論による相互理解が必要と考えられる。

一方、我が国で年間 4000 件以上の水平感染が起こっていることが示されており、何らかの対策が必要と考えられるが、水平感染リスクと予防対策の広報を行うことが、社会的に深刻な問題を生じかねないとの懸念が

ある。この点に関しては、早急に、差別・偏見の正確な実態把握に基づいた水平感染予防対策の立案に取り組む必要があると考えられる。

(渡邊俊樹)

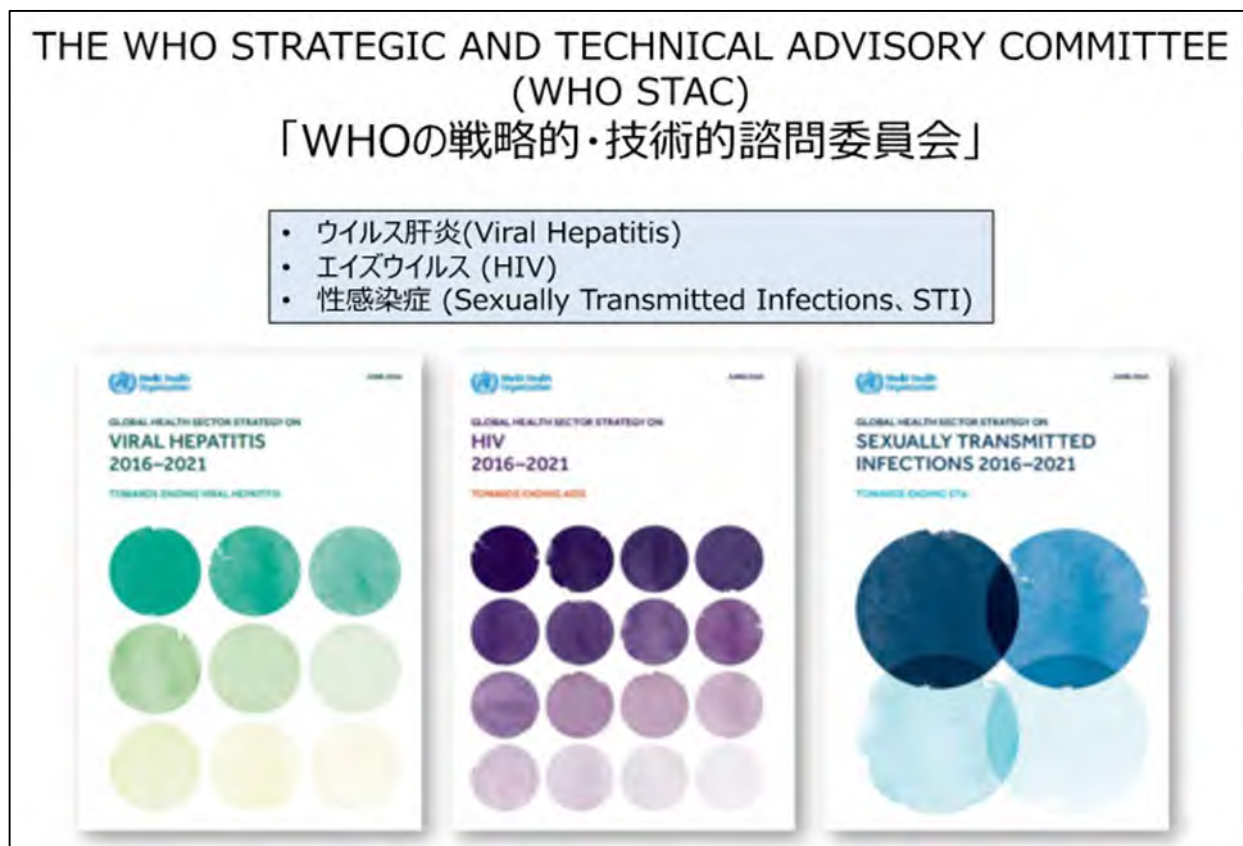


図 2-1. THE WHO STRATEGIC AND TECHNICAL ADVISORY COMMITTEE (WHO STAC)

II. ウイルスの特徴

HTLV-1 は、RNA ウイルス-レトロウイルス科-オンコウイルス亜科に分類されるレトロウイルスである。感染細胞は CD4 陽性 T 細胞で、感染後、RNA であるウイルス遺伝子が感染細胞内に侵入し、ウイルスの逆転写酵素の働きで DNA に変換され感染細胞の DNA に組み込まれる。感染細胞の DNA には基本的にランダムな位置に組み込まれ、感染細胞ごとに組み込まれる位置は異なっている。感染細胞の DNA の中に組み込まれた状態のウイルス遺伝子のことをプロウイルスという(図 2-2[2])。プロウイルスは原則として感染細胞 1 個に対して 1 つであるため、感染細胞数そのまま血中のウイルス量を反映するこ

となる。したがって血中ウイルス量はリンパ球数中の感染細胞の比率として表現される（プロウイルス量）。通常単核球（リンパ球と単球）100個あたりの感染細胞数（%）で表現されるが、1,000個あたり、10,000個あたりで表現されることもあるので、単位に気を付ける必要がある。

感染細胞中のウイルス遺伝子（プロウイルス）が読み取られ、ウイルスの遺伝子RNAやウイルスを構成するたんぱく質が合成され、それが新しいウイルス粒子を構成する。感染初期には新たなウイルス粒子が合成されるが（図2-3[2]）、ウイルスたんぱく質の作用により短期間でウイルス遺伝子の読み取りはシャットオフされる。感染細胞から感染性をもつウイルス粒子が産生されることはほぼなく、血中に感染性を持つウイルス粒子そのものが存在することはない。ウイルス感染は感染細胞と非感染細胞の接触によりウイルス粒子が受け渡されておこる（図2-4）。

（内丸 薫）

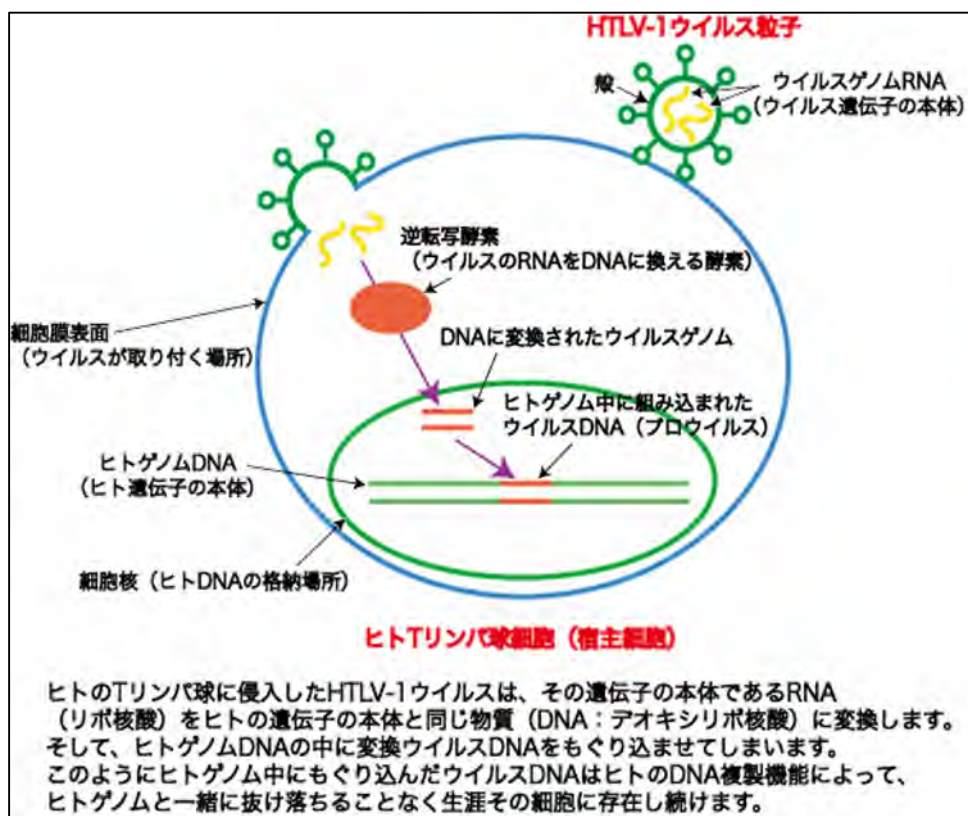


図2-2. HTLV-1の感染（文献2より）

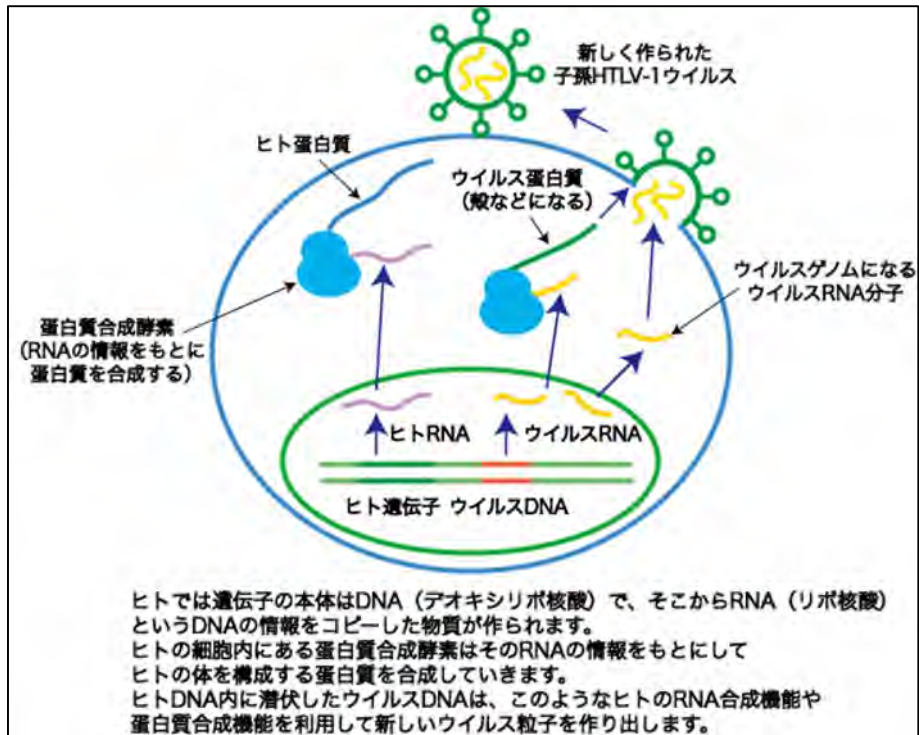


図 2-3. HTLV-1 の増殖 (文献 2 より)

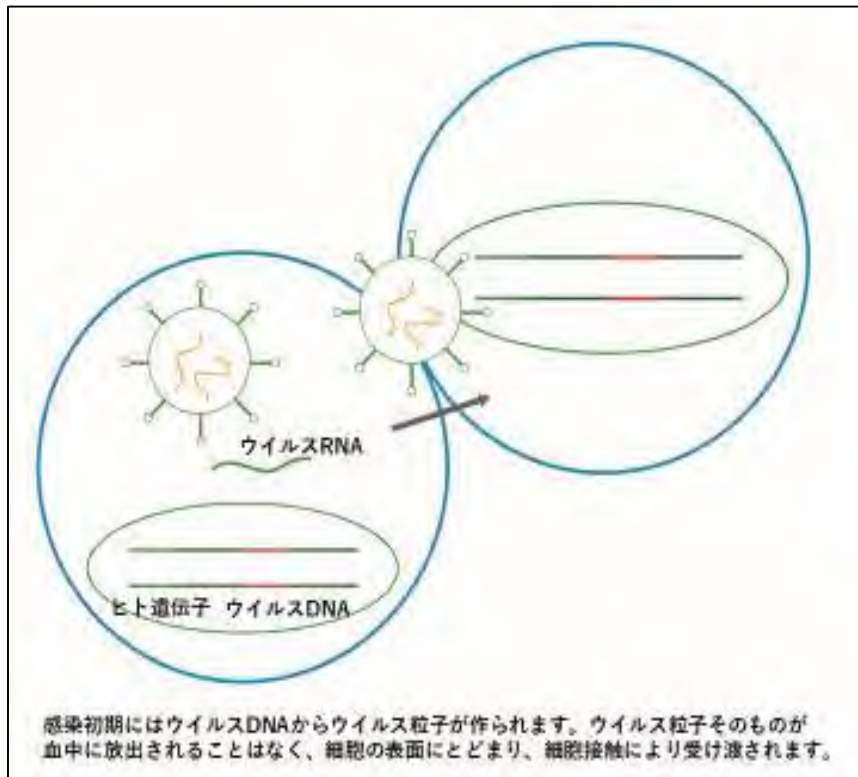


図 2-4. 感染細胞と非感染細胞の接触

Ⅲ. 感染経路

HTLV-1 は CD4 陽性 T リンパ球に感染するレトロウイルスである。一般にレトロウイルスの感染力は弱い。HTLV-1 は感染リンパ球を介した細胞同士の接触により感染が伝播されるが、そのためには、大量の生きた感染細胞が体内へ移入される必要がある。このような特徴から HTLV-1 の主要な感染経路は、1) 母乳を介する母子感染、2) 性行為感染、および、3) 輸血や臓器移植を介した感染ルートに限られる。最近、母乳以外の母子感染ルートとして経胎盤感染の可能性が示唆された[3]。なお、輸血感染に関しては、献血時の抗体スクリーニング検査導入以降、阻止されている。授乳・性交渉を除いて日常生活での感染の機会はない。医療従事者の針刺し事故で感染する可能性があり注意を要する。

1. 母乳を介する母子感染について

母子感染は、HTLV-1 に感染した T リンパ球を含む母乳を介した感染ルートが主体であり、母乳を制限しなかった場合の母子感染率は 15-20%とされている[4, 5]。完全人工栄養の母子感染率は 3-6%程度であり、この場合の感染は出生前に起きたものと考えられる。

《母乳以外の母子感染ルート（経胎盤感染）について》

完全人工栄養児であっても一部の児（3-6%）が感染していることから、母乳以外の母子感染ルートの存在が示唆されてきたが、その詳細はこれまで不明であった。しかし、最近、国立感染症研究所血液・安全研究部と長崎大学医学部産婦人科との共同研究グループより母子感染の一部に経胎盤感染があることが示唆された[3]。すなわち、組織中の HTLV-1 ウイルス核酸を高感度かつ高精度に検出する新たな手法を用いてキャリア妊婦の胎盤組織を詳細に解析した結果、血液胎盤関門と呼ばれる胎盤絨毛組織を構成する細胞のひとつである栄養膜細胞が HTLV-1 の標的細胞と同定され、HTLV-1 に感染した栄養膜細胞から胎児の T リンパ球にウイルスが伝播される可能性が示唆された。

2. 性行為感染について

性行為では、精液中に侵入した HTLV-1 感染リンパ球により、主に男性から女性に感染すると考えられていた。この性行為による水平感染の実態は十分解明されている訳ではないが、継続的な献血者における抗 HTLV-1 抗体陽転化症例を解析した結果、年間で 4,190 人の新規感染者の発生が報告されている[6]。さらにこの報告では、「男性から女性への感染」が年間で 100,000 人あたり 6.88 であるのに対して、「女性から男性への感染」は 2.29 と試算されており、「男性から女性への感染」対「女性から男性への感染」の比率が 3 : 1 程度であると推定された。従って、女性から男性への感染も少なくないことが示唆されている。性行為感染についてはコンドームの使用により防げると考えられる。

3. 輸血感染および臓器移植後感染について

1) 輸血感染

わが国では 1986 年に献血時の抗体スクリーニング検査が導入された結果、現在では輸血感染は撲滅された（それ以前での輸血では感染リスクが残る）。

2) 臓器移植後感染

国内の腎移植における HTLV-1 感染症の危険性に関する全国疫学調査の結果、HTLV-1 陽性ドナーから生体腎移植を受けた HTLV-1 陰性患者（レシピエント）10 例のうち、4 例（40%）に HAM の発症が認められ、移植から HAM 発症までの期間は 3.8 年（中央値）であることが報告された[7]。これは、一般の HTLV-1 感染者の HAM 生涯発症率 0.3% と比べて極めて高い頻度であり、さらに、調査可能であった 8 例中 7 例（87%）に移植後の抗 HTLV-1 抗体が陽転化していたことが判明した。なお、この調査では ATL を発症したレシピエントは認められなかった。このように HTLV-1 陽性ドナーから生体腎移植を受けた HTLV-1 陰性レシピエントは、高い頻度で HTLV-1 に感染し、移植後早期に HAM を発症する危険性が極めて高いことが示唆された。

（高 起良）

IV. 疫学

HTLV-1 は難治性疾患である ATL の他に、HAM、HU 等を引き起こす病原体であるが、本邦では比較的感染率が高いため、総合的な対策が必要となる。この対策策定には、本邦の HTLV-1 キャリアの実態を疫学調査により把握し、本感染が国民の健康に与えている影響を評価する必要がある。HTLV-1 に関する疫学調査は、1980 年代に本邦でのキャリア数の把握のための全国調査が行われ、当時の献血者での抗体陽性者をもとに約 120 万人と推定されたが、2000 年代に入ってから行われていなかった。そこで本邦のキャリアの実態を把握するとともに、キャリアに対する総合対策を提言・実行することを目的に、平成 20（2008）年度から厚生労働科学研究費補助金「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」班（研究代表者：山口一成）によりキャリアの全国実態調査が行われた[8, 9]。

具体的には、日本赤十字社の協力を得て 2006～2007 年のキャリア数の全国調査が行われた。日本赤十字社血液センターでは、献血血液のスクリーニングとして HTLV-1 抗体を測定している。このスクリーニング検査による抗体陽性者は、各地域における 16 歳以上 65 歳未満の健康人における HTLV-1 抗体陽性率を代表するものと考えられた。但し、献血の際には希望者に対して抗体陽性の場合その旨通知し、陽性者は献血者から除外されるため、複数回献血者における抗体陽性率は低くなっていることが予想された。そのため本調査では、全ての献血者ではなく通知によるバイアスのかからない初回献血者のみを対象とした。

その結果、全国の抗体陽性率は平均 0.32%（男性 0.30%、女性 0.34%）であった。年齢別陽性率は、30 歳代までは非常に低いが、40 歳代からは上昇し、また性別陽性率は、40 歳代まではほとんど差はないが、50 歳代から女性の陽性率が高くなった（図 2-5）。なお、加齢による抗体陽性率の上昇は、HTLV-1 の場合現在の感染状況を示すものではなく、過去の感染をそのまま引きずったコホート効果によるものである。地域別・年

年齢別陽性率は、九州・沖縄地方での陽性率の高さが群を抜いて際立っており（60歳代で最高6%）、次いで近畿地方（1.6%未満）であるが、その他の地方はさらに低くほとんど差は認められなかった（図2-6）。

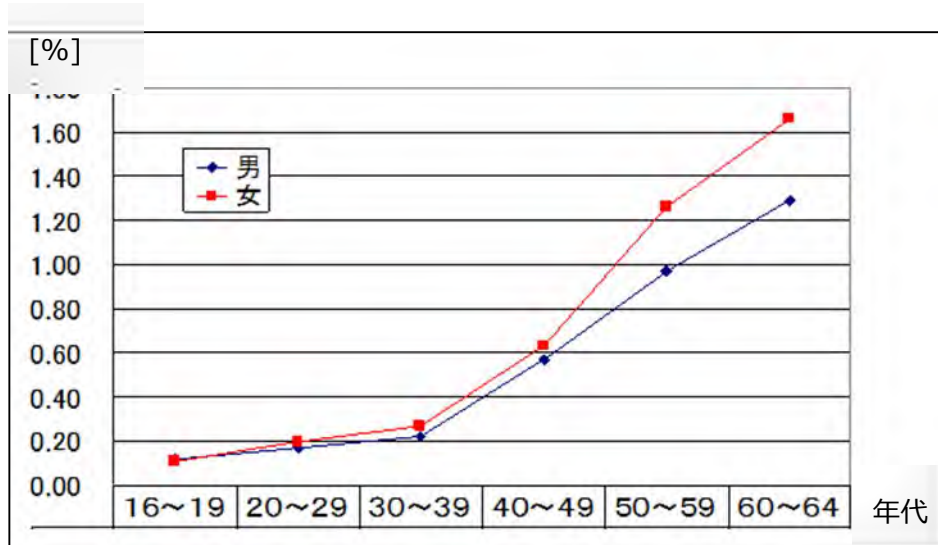


図 2-5. 性別・年代別抗体陽性率 (文献 8 より)

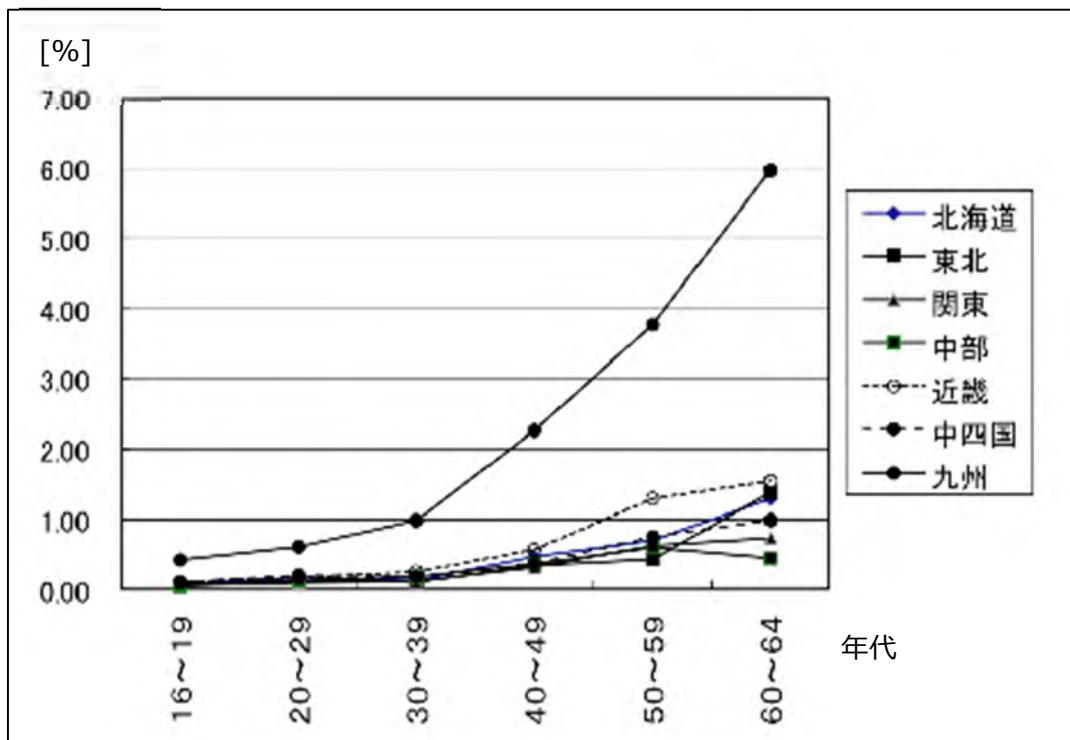


図 2-6. 地域別・年代別抗体陽性率 (文献 8 より)

平成 2 (1990) 年度に厚生省 ATL の母子感染防止に関する研究班が組織され、「HTLV-1 キャリアの実態把握に関する研究 (地域ブロック別抗体陽性率の分布)」において、献血者の HTLV-1 抗体陽性率から 1988 年の全国のキャリアの実態が調査された。当時は初回献血者データを抽出するシステムがなかったため、全国で連続 1 ヶ月間の献血者データを収集することでその間の複数回献血データの混入を防ぐ等により陽性率が算出された。これらのデータでは献血年齢以外の年齢での抗体陽性率は推定されていなかったため、2007 年の調査と同様に献血年齢以外の年齢域を推定することによって、1988 年のキャリア分布が再構成され、2007 年調査の分布と重ねて比較された (図 2-7)。その結果、キャリア数は約 120 万から約 108 万へ 10%減少しており、減少は見られるものの引き続き多くの感染者が存在することが分かった。また、約 20 年を経てキャリア分布はほぼそのままより高年齢域へ 20 年シフトしており、ピークは 50 歳代から 70 歳代へ移行していた。さらに、各地域別のキャリア数の推移を見たところ、九州地方では 61 万から 49 万人へ 20%減少し、2 番目に多かった近畿地方も 10%減少に転じたが、関東地方では 13 万から 19 万人へと 46%増加し、全国で 2 番目にキャリアの多い地域となった (図 2-8)。このように、キャリアは九州地方から全国、特に首都圏へと人口の移動により拡散していると考えられ、全国的な対策が必要であることが示唆された。

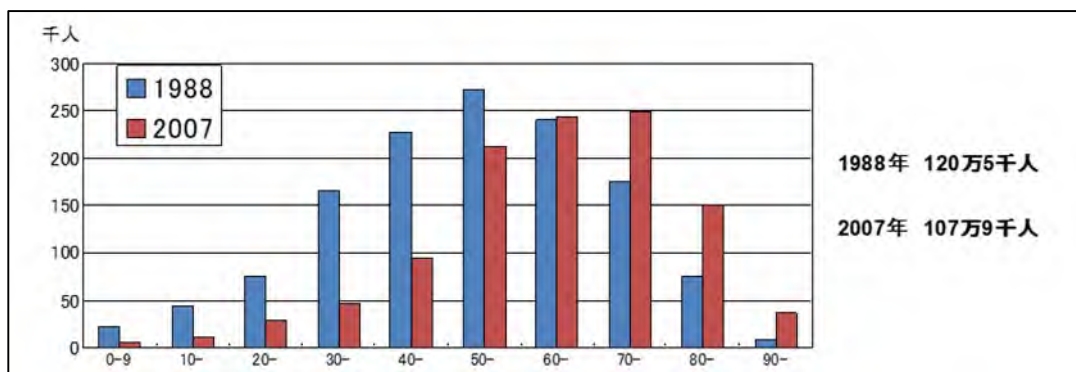


図 2-7. 年齢階級別キャリア数の推移 (文献 8 より)

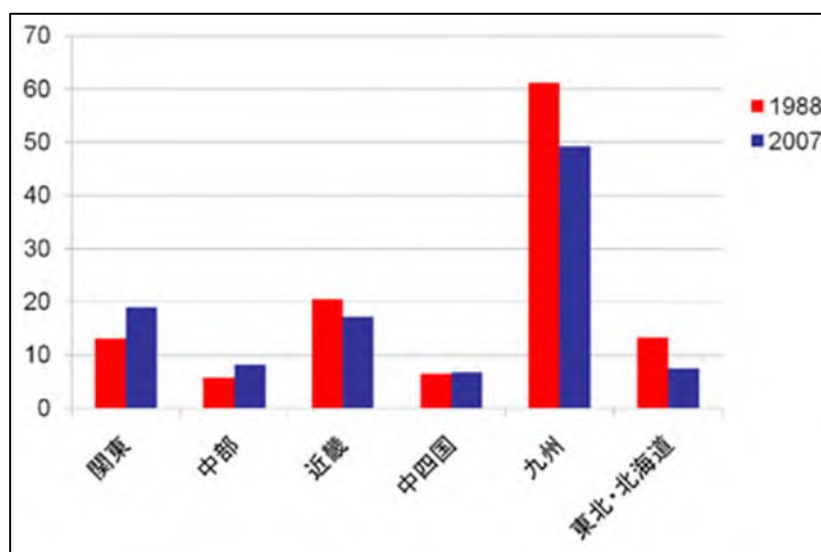


図 2-8. 地域別キャリア数の推移 (文献 8 より)

同時に、将来のキャリアの年齢分布も予測された（図 2-9）。各年代の陽性率をそのまま保持して加齢すると仮定し、公表されている将来の人口構成にその陽性率を適用して、5 年ごとに 20 年後までのキャリアの分布とキャリア数が算出された。10 年後には 83 万人、20 年後には 56 万人になり、キャリア数のピークはどの時期もほぼ 70 歳代で、キャリアの高齢化がますます進むと予想された。

2007 年の調査で示された日本国内のキャリア数約 108 万人は、おそらく最少に見積もった人数と考えられた。HTLV-1 は、ATL や HAM、HU 以外にも多くの疾患との関連がこれまで報告されており、キャリアにおける何らかの疾患の有病率は高いものと想像される。献血は基本的に本人が健康であると思っで行うものであるため、献血会場をキャリアが訪れる頻度は、医療機関を訪れる場合よりも低いことが考えられる。そのため、献血者を対象とした調査では、過小評価されている可能性がある(healthy donor effect)。また、このキャリア数は確実に減少傾向にはあるものの、約 20 年前の 1988 年と比べて 10%しか減っていなかった。これは、国民の平均寿命の伸びにより 20 年前の予想より多くのキャリアが残り、キャリアの年齢分布の山が低くならず高年齢方向にシフトしたためと考えられる。

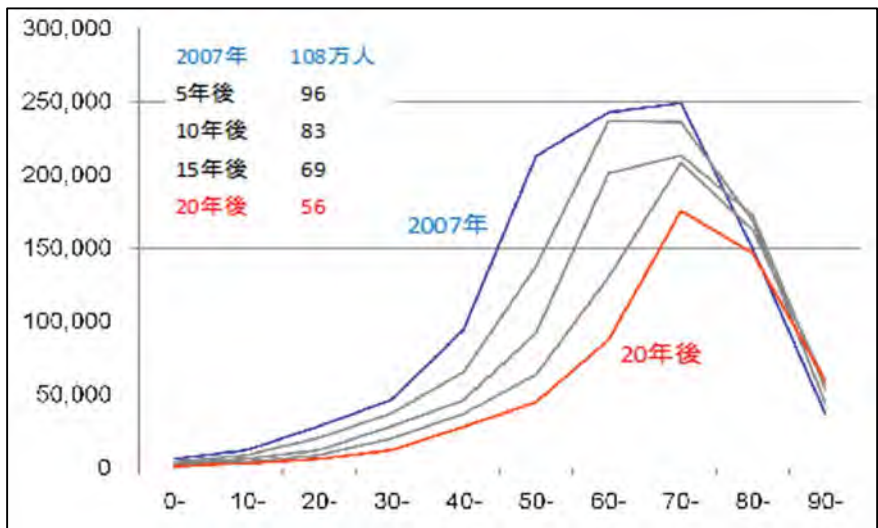


図 2-9. 将来のキャリアの年齢分布の予測（文献 8 より）

さらに近年では、医療研究開発推進事業費(AMED)補助金「HTLV-1 疫学研究及び検査法の標準化に関する研究」班（研究代表者：浜口功）により、2014～2015 年にかけてキャリア数に関する調査研究が行われ、全国のキャリア数は 72 万人～82 万人と推定された[10]。しかし、本調査は 2007 年の調査と同様の手法によるものではあったが、日本赤十字社の献血スクリーニング時の HTLV-1 抗体確認検査が蛍光抗体法からウエスタンブロット法に変更され判定保留例が多かったため、この推定値は参考値とされた。

その後、当該確認検査がウエスタンブロット法からラインブロット法に変更され、この影響を解析しデータ取得の適性（判定保留の改善）が確認されたため、引き続き AMED 補助金「HTLV-1 の総合的な感染対策に資

する研究」班（研究代表者：浜口功）により、2007年の調査と同様の手法で2019～2020年にかけてキャリアの全国実態調査が行われている[11]。

（大隈 和）

V. HTLV-1の妊婦スクリーニングの現状

日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会の共同作成の「産婦人科診療ガイドライン産科編2020」には妊婦にHTLV-1抗体検査の実施が強く推奨されている（推奨度A）。検査の実施時期については早期産となった場合を考慮して妊娠初期に行うことが望ましいとされているが、一部の自治体で公費助成時期に制約がある。そのため、遅くとも30週頃までに行うことと記載されている。推奨度Aは強い推奨度を意味しており、加えて検査費用に公費補助があることから、現状では産婦人科診療の中でほぼ全ての妊婦に検査が実施されているものと推察される。

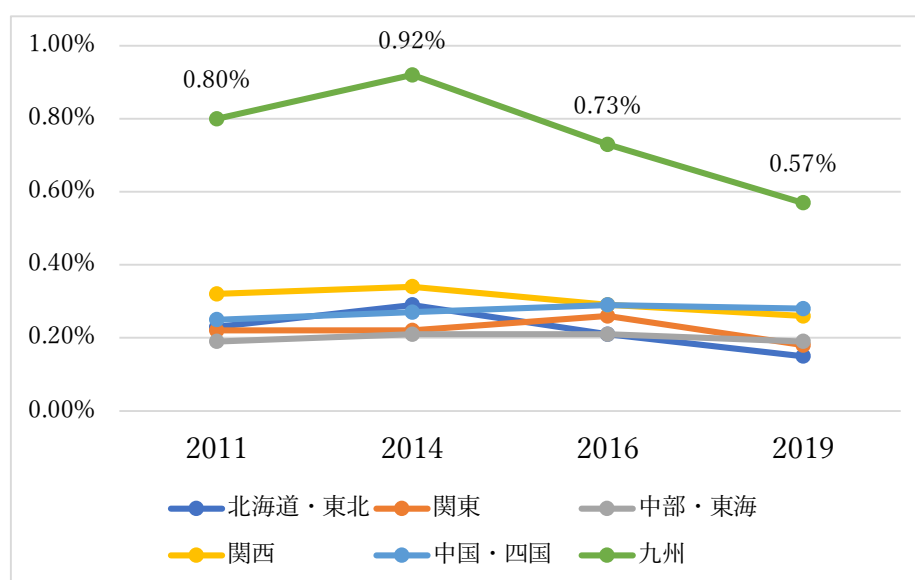
HTLV-1抗体のスクリーニング検査はゼラチン粒子凝集（PA）法、化学発光酵素免疫測定（CLEIA）法、化学発光免疫測定（CLIA）法、電気化学発光免疫測定（ECLIA）法が利用されており、陽性の場合にラインプロット（LIA）法による確認検査を行い、その結果が陽性の場合にはHTLV-1キャリアと診断する。LIA法が判定保留の場合には、HTLV-1核酸検出（PCR法）が行われ、PCR法陽性の場合にはHTLV-1キャリアと診断することとされている（推奨度A）。そのため、臨床現場ではスクリーニング検査陽性例や判定保留例においては、確認検査などもガイドライン通りに実施される必要がある。（第3章参照）

2020年8-9月に日本産婦人科医会（以下、医会）では、2019年度における妊婦のHTLV-1キャリアのスクリーニング検査の状況およびHTLV-1キャリアのケアについての実態を把握する目的で、全国2,214の産婦人科医療機関を対象にアンケート調査を行った[12]。

この調査で、1,468施設から回答を得た（回答率66.3%）。この回答施設でのスクリーニング検査総数は568,626件であり、そのうち陽性数は1,466件（0.26%）であった（表2-1）。陽性率を地域別に比較すると、九州で0.57%と最も高く、四国・中国0.28%、関西0.26%、関東0.19%、北海道・東北0.15%と西高東低の傾向が確認された。同医会が2016年に行った同様の調査でも、九州0.73%と最も陽性率が高く、四国・中国0.29%、関西0.29%、関東0.26%、北海道・東北0.21%であり、西高東低の陽性率の傾向に変わりなかった。しかし、今回の調査では検査実施数の記載はあるものの陽性数が無記載の報告も多くあり、無記載は0とカウントしていることもあって実際の陽性率よりも低く評価された可能性もある。スクリーニング陽性でLIA法による確認検査が1,274例で実施され、581例（45.6%）で陽性、89例（7.0%）で判定保留の結果であった。さらに、PCR検査が104例で行われ、陽性が25例（24.0%）、判定保留が8例（7.7%）であった。この結果として、確認検査であるLIA法またはPCR法でHTLV-1キャリアと診断された妊婦は1年間で606人であった。スクリーニング検査総数は568,626件であることから国内のHTLV-1キャリア妊婦は0.11%いることになる。

表 2-1. HTLV-1 スクリーニング検査・確認検査の実施状況（2020 年 8-9 月 日本産婦人科医会調査）

	スクリーニング検査		確認検査(LIA 法)			PCR 検査		
	実施数	陽性(%)	実施数	陽性 (%)	判定保留(%)	実施数	陽性 (%)	判定保留(%)
北海道・東北	50,513	74 (0.15)	74	34 (45.9)	4 (5.4)	5	0 (0)	1 (20.0)
関東	201,649	372 (0.18)	344	120 (34.9)	40 (11.6)	42	8 (19.0)	0 (0)
中部・東海	104,984	198 (0.19)	191	56 (29.3)	12 (6.3)	18	4 (22.2)	2 (11.1)
関西	80,717	212 (0.26)	186	77 (41.4)	11 (5.9)	10	4 (40.0)	2 (20.0)
中国・四国	48,063	134 (0.28)	119	55 (46.2)	8 (6.7)	10	3 (30.0)	1 (10.0)
九州	82,800	476 (0.57)	360	239 (66.4)	14 (3.9)	19	6 (31.6)	2 (10.5)
全国 (合計)	568,626	1,466 (0.26)	1,274	581 (45.6)	89 (7.0)	104	25 (24.0)	8 (7.7)



次に同医会が過去に HTLV-1 に関連したアンケート調査を過去に 4 回実施しており、そこでの妊婦の HTLV-1 スクリーニング検査の陽性率の推移を図 2-10 に示す。陽性率は九州で他地域に比較して高く、そのほかの地域でも西高東低の傾向にあった。九州では 2014 年の調査以降、陽性率は低下傾向にあったものの、その他の地域での減少傾向は明らかではなかった。

今回の調査で、HTLV-1 キャリアと診断された妊婦の中で、前回妊娠時に陰性であった経産婦がいたかについても調査した。その結果、HTLV-1 キャリアと判定された 606 人中 65 人(10.7%)は前回妊娠時に HTLV-1 抗体陰性であり、水平感染が推定される[13]。このことから、妊婦に対する HTLV-1 スクリーニングは妊娠ごとの実施が必要と考えられた。

(関沢 明彦)

VI. HTLV-1 関連疾患と感染者の健康予後

HTLV-1 感染者の約 95%は特に関連疾患を発症することなく一生を過ごすため、基本的に生命予後は良好と考えられている。一方、約 5%に HTLV-1 感染が原因となって発症する疾患を引き起こす。これらの疾患には、HTLV-1 感染細胞のがん化により発症する ATL (成人 T 細胞白血病・リンパ腫) や、HTLV-1 感染細胞に起因する脊髄の慢性炎症性疾患である HAM (HTLV-1 関連脊髄症)、目の炎症性疾患である HU (HTLV-1 関連ぶどう膜炎) が知られている。キャリア妊婦を診療するうえでは、これら疾患の概要を知り、不安を理解するように努めることが重要である。

1. 成人 T 細胞白血病リンパ腫 (ATL: Adult T-cell leukemia-lymphoma)

HTLV-1 に感染した成熟 T 細胞由来の白血病・リンパ腫であり、おもに母子感染で HTLV-1 に感染したキャリアから発症すると考えられているが、水平感染や臓器移植による感染者から発症した報告もある[14, 15]。男女比は 1.2 : 1 とやや男性に多く、40 歳以前の発症はまれで、発症年齢の中央値は 67 歳である[16]。HTLV-1 キャリアが ATL を発症する割合は、成人では年間 1000 人に 1 人、生涯において 5%程度と考えられている[15]。

ATL がなぜ感染してから発症するまでに長い年月を必要とするのか原因はまだ完全には解明されていないが、キャリアの長期追跡研究にて末梢血中の HTLV-1 プロウイルス量 (感染細胞数) が多いと、また特に感染細胞がモノクローナルに増えていると発症リスクが高いことが示されている[16, 17]。これまで、なぜ感染者の一部でのみ感染細胞がクローナルに増えるかについて原因は不明であったが、最近、感染細胞がクローナルに増殖し、さらにその細胞のがん化するためには、がん化に關与する特定の宿主遺伝子の変異が複数の遺伝子にわたって発生し蓄積することが必要と判明しており[18, 19]、そのため ATL の発症には時間がかかると考えられている。

臨床病型は、急速に進行する急性型、リンパ腫型と、比較的慢性の経過を示す慢性型、くすぶり型の 4 つに分類される。臨床症候は、リンパ節腫脹、肝脾腫、皮膚浸潤が多く、消化管、肺、腎、中枢神経、骨などへ浸潤による症候を認めることもある。しばしば合併する高カルシウム血症や細胞性免疫低下による日和見感染症が、さらに症候を多彩にする。また無症状の時期に、検診などでの末梢血液像異常により発見される場合もある。

治療は、化学療法の反応性は不良であることが多く、他の白血病と比べて予後不良であった[20]。しかしながら最近、抗体療法や分子標的治療薬の登場により、治療成績の向上が期待される。また同種造血幹細胞移植の適応範囲が広がってきており、同種造血幹細胞移植による治療成績の改善が認められる[21]。

2. HTLV-1 関連脊髄症 (HAM: HTLV-1-associated myelopathy)

主に脊髄で HTLV-1 感染細胞に起因する慢性炎症が発生し、脊髄性神経障害を来す疾患である。HAM は母子感染、性交渉等による水平感染、臓器移植や輸血による感染、いずれの感染経路でも発症し、感染から発症

までの期間は短い場合もある。男女比は1：2～3と女性に多く、発症年齢の中央値は40歳代後半であるが、10歳代から60歳以上と幅広い。HTLV-1キャリアがHAMを発症する割合は、生涯において0.25%程度と考えられている[22]。

なぜHTLV-1が炎症性疾患であるHAMと感染細胞の腫瘍であるATLといった異なる疾患を起こすのか、その原因ははまだ解明されていない。興味深いことに、HAMではHTLV-1が様々な宿主遺伝子にランダムに組み込まれた感染細胞がポリクローナルな状態で存在し、ウイルス抗原の発現が維持され宿主免疫を刺激しているが、ATLではHTLV-1が同じ場所に組み込まれた感染細胞がモノクローナルに増殖し、ウイルス抗原の発現が乏しく免疫監視機構から逃れていることが多い[23, 24]。なぜこのように両疾患で感染細胞の特徴が大きく異なっているかは不明な点が多いが、ウイルス因子、宿主因子、環境因子が複合的に関与すると考えられている。

HAMの主な症候は両下肢の痙性不全麻痺で、下肢のツツパリ感や歩行時の足のもつれ、頻尿や便秘などの膀胱直腸障害が初発症状となることが多い。病勢の進行は、約8割の患者は緩徐に進行するが、急速に進行する場合や極めてゆっくり進行する場合など多彩である。進行すると歩行に杖や車椅子が必要となり、重症例では寝たきりとなる場合がある。

治療は、病気の進行速度に応じて、強度の異なるステロイド治療が主に行われるが、治療が遅れると有効性が減じる[25]。また治療により進行速度は緩やかになるが、治療を継続しても緩徐に進行し日常生活が著しく制限されるようになる場合が多いため、国の指定難病となっている。

3. HTLV-1 関連ぶどう膜炎 (HU: HTLV-1-associated Uveitis)

眼のぶどう膜において、HTLV-1感染細胞に起因する炎症が発生する疾患である。HUは母乳を介した母子感染、性交渉等による水平感染、いずれの感染経路でも発症するが、水平感染では重症化する可能性がある[26]。男女比は1：2～3と女性に多く、発症年齢の中央値は50歳代であるが、10歳代から60歳以上と幅広い。HTLV-1キャリアがHUを発症する割合は、HAMよりもやや多いと考えられている。

主な症状は霧視（かすんでみえる）、飛蚊症（目の前に虫やゴミが飛んでいるようにみえる）、視力の低下、眼の充血、眼痛、羞明感などで、これら症状が両眼、あるいは片眼に急に発生する。バセドウ病の発症後にHUを発症している患者が全体の約20%と多く重症化するリスクがあるため[27]、HTLV-1キャリアがバセドウ病を発症した際は、HUの発症に注意する必要がある。

治療は、ステロイドの点眼あるいは内服で行う。眼内炎症の強い場合は、トリアムシノロンアセトニドの後部テノン嚢下注射やステロイドパルス療法を選択する場合もある。一般的にHUはステロイドに比較的良好に反応し、視力予後は比較的良好であるが、再発は30～40%にみられ、続発緑内障など不可逆的な視力低下をきたす合併症を生じることがあり、定期的な経過観察を要する。

(山野嘉久)

参考文献

- 1) World Health Organization. Human T-lymphotropic Virus Type 1: Technical Report; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240020221>)
- 2) 厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業「ヒト T 細胞白血病ウイルス-1 型(HTLV-1)母子感染予防のための保健指導の標準化に関する研究」(研究代表者: 森内浩幸): HTLV-1 母子感染予防対策保健指導マニュアル, 2011
- 3) Tezuka K, et al: HTLV-1 targets human placental trophoblasts in seropositive pregnant women. J Clin Invest 130: 6171-6186, 2020
- 4) Takahashi K, et al: Inhibitory effect of maternal antibody on mother-to-child transmission of human T-lymphotropic virus type 1. The mother-to-child transmission study group. Int J Cancer 49: 673-677, 1991
- 5) Hino S: Establishment of the milk-borne transmission as a key factor for the peculiar endemicity of human T-lymphotropic virus type 1: the ATL Prevention Program Nagasaki. Prot Jpn Acad Ser B Phys Biol Sci 87: 152-156, 2011
- 6) Satake M, et al: Incidence of human T-lymphotropic virus 1 infection in adolescent and adult blood donors in Japan: a nationwide retrospective cohort analysis. Lancet Infect Dis 16: 1246-1254, 2016
- 7) Yamauchi J et al: Risk of human T-cell leukemia virus type 1 infection in kidney transplantation. N Engl J Med 380: 296-298, 2019
- 8) 厚生労働科学研究費補助金・新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「本邦における HTLV-1 感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」班(代表 山口一成)平成 20 年度~22 年度総合研究報告書
- 9) Satake M, Yamaguchi K, Tadokoro K: Current prevalence of HTLV-1 in Japan as determined by screening of blood donors. J Med Virol 84: 327-335, 2012
- 10) 平成 28 年度医療研究開発推進事業費補助金 新興・再興感染症に関する革新的医薬品等開発推進研究事業「HTLV-1 疫学研究及び検査法の標準化に関する研究」班(代表 浜口功) 成果報告書
- 11) 令和 2 年度医療研究開発推進事業費補助金 新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業「HTLV-1 の総合的な感染対策に資する研究」班(代表 浜口功) 成果報告書
- 12) 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(健やか次世代育成総合研究事業)「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」(研究代表者: 内丸薫) 令和 2 年度総括・分担研究報告書
- 13) Suzuki S, Hoshi SI, Sekizawa A, Sagara Y, Kinoshita K, Kitamura T: Recent prevalence of human T-cell leukemia virus type 1 carrier associated with horizontal transmission in pregnant Japanese women. Jpn J Infect Dis 74: 576-578, 2021
- 14) Kawano N, Shimoda K, Ishikawa F, et al: Adult T-cell leukemia development from a human T-cell leukemia virus type I carrier after a living-donor liver transplantation. Transplantation 82: 840-843, 2006
- 15) Sibon D, Cassar O, Duga I et al. Adult T-cell leukemia/lymphoma in a Caucasian patient after sexual transmission of human T-cell lymphotropic virus type 1. Open Forum Infect Dis 2: ofv032, 2015
- 16) Iwanaga M: Epidemiology of HTLV-1 infection and ATL in Japan: an update. Front Microbiol 11: 1124, 2020

- 17) Firouzi S, Farmanbar A, Nakai K, et al: Clonality of HTLV-1-infected T cells as a risk indicator for development and progression of adult T-cell leukemia. *Blood Adv* 1: 1195-1205, 2017
- 18) Kataoka K, Nagata Y, Kitanaka A, et al: Integrated molecular analysis of adult T cell leukemia/lymphoma. *Nat Genet* 47: 1304-15, 2015
- 19) Yamagishi M, Kubokawa M, Kuze Y, et al: Chronological genome and single-cell transcriptome integration characterizes the evolutionary process of adult T cell leukemia-lymphoma. *Nat Commun* 12: 4821, 2021
- 20) Nosaka K, Iwanaga M, Imaizumi Y, et al: Epidemiological and clinical features of adult T-cell leukemia-lymphoma in Japan, 2010-2011: a nationwide survey. *Cancer Sci* 108: 2478-2486, 2017
- 21) Ito A, Nakano N, Tanaka T, et al: Improved survival of patients with aggressive ATL by increased use of allo-HCT: a prospective observational study. *Blood Adv* 5: 4156-4166, 2021
- 22) Bangham CR, Araujo A, Yamano Y, et al: HTLV-1-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis. *Nat Rev Dis Primers* 1: 15012, 2015
- 23) Yamano Y, Araya N, Sato T, et al: Abnormally high levels of virus-infected IFN- γ +CCR4+CD4+CD25+ T Cells in a retrovirus-associated neuroinflammatory disorder. *PLoS One* 4: e6517, 2009
- 24) Nagasaka M, Yamagishi M, Yagishita N, et al: Mortality and risk of progression to adult T cell leukemia/lymphoma in HTLV-1-associated myelopathy/tropical spastic paraparesis. *Proc Natl Acad Sci USA* 117: 11685-11691, 2020
- 25) 「HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) 診療ガイドライン 2019」作成委員会編: HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) 診療ガイドライン 2019, 南江堂, 東京, 2019
- 26) Kamoi K, Horiguchi N, Kurozumi-Karube H, et al: Horizontal transmission of HTLV-1 causing uveitis. *Lancet Infect Dis* 21: 578, 2021
- 27) Kamoi K, Uchimarui K, Tojo A, et al: HTLV-1 uveitis and Graves' disease presenting with sudden onset of blurred vision. *Lancet* 399: 60, 2022

第3章 妊婦に対する HTLV-1 スクリーニング検査

■要旨■

- スクリーニング検査は、妊娠初期～妊娠 30 週までに実施する。
- スクリーニング検査が陰性の場合、妊婦は非感染者と判定される。
- スクリーニング検査が陽性であっても、その結果のみでキャリアと判定してはならない。必ずラインプロット(LIA)法による確認検査を行う(2017 年 11 月保険適応)。
- LIA 法で判定保留となった場合は、核酸検出(PCR)法を行う (2018 年 4 月保険収載)。
- スクリーニング検査は、前回妊娠時に陰性でも、その後水平感染などで陽性化する可能性があるため、改めて必要である。

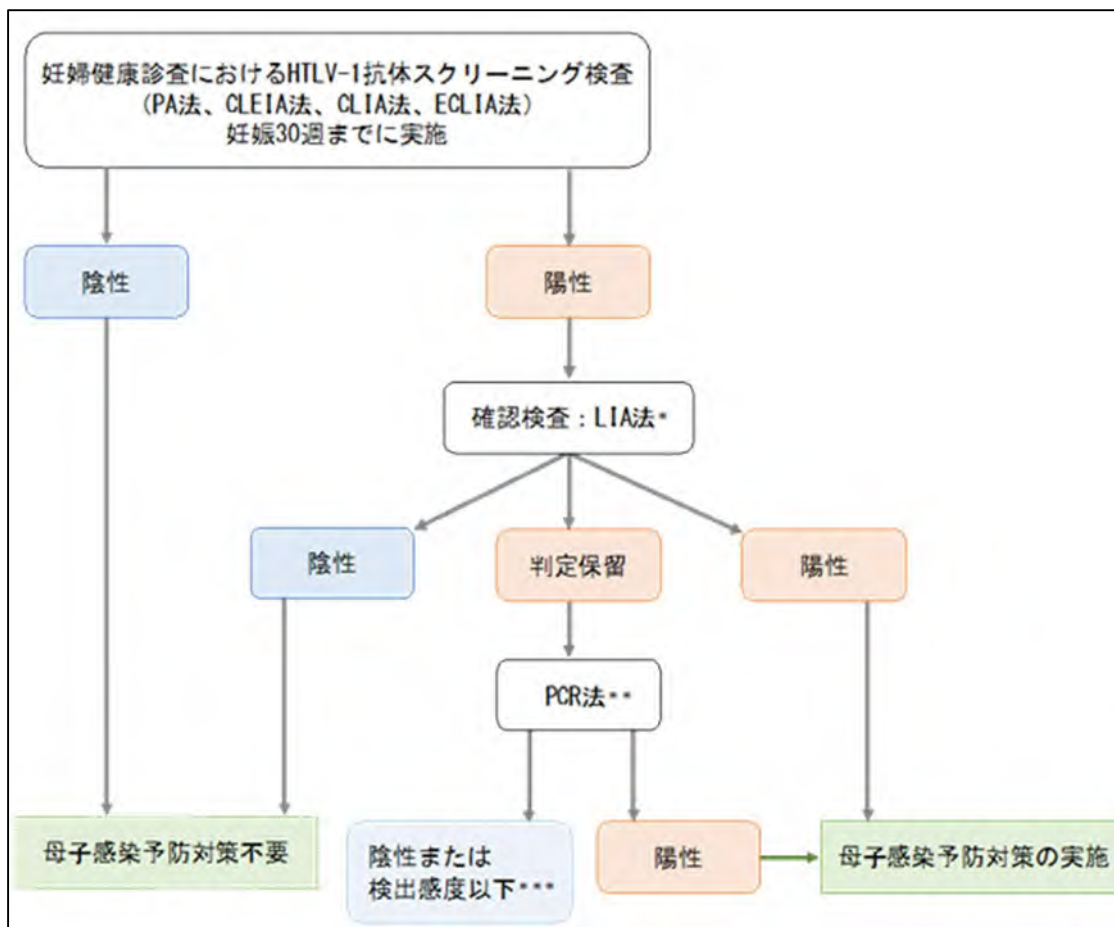
I. スクリーニング検査と確認検査

妊婦健診において HTLV-1 感染の有無を診断するためのフローチャートを図 3-1 に示す。妊婦の HTLV-1 抗体スクリーニング検査は、妊娠初期～30 週までに実施する。抗体スクリーニング検査には、粒子凝集(PA)法や化学発光酵素免疫測定(CLEIA)法、化学発光免疫測定(CLIA)法あるいは電気化学発光免疫測定(ECLIA)法がある。いずれのスクリーニング検査法にも偽陽性の可能性があることから、スクリーニング検査が陽性であることのみで、キャリアであると判定してはならない。陽性の場合には必ずラインプロット(LIA)法による確認検査を行う[1]。LIA 法は、HTLV-1 及び HTLV-2 の遺伝子組換え抗原もしくは合成ペプチド抗原を固相化した膜を用いて、抗原と反応する特異抗体を、酵素反応により発色させて検出する方法である。スクリーニング検査が陰性の場合には、妊婦は感染していないと判断される。LIA 法判定保留の場合、PCR 法により陽性を確認することが可能である(2018 年 4 月に保険収載) [1, 2]。

従来の確認検査法であったウエスタンブロット(WB)法では判定保留例が 10～20%を占める点が課題で、特に妊婦における判定保留の問題は乳汁栄養法の選択にかかわってくるため、正確な感染の有無の判定が望まれてきた。そこで、AMED 補助金「HTLV-1 の疫学研究及び総合対策に資する研究」班(研究代表者：浜口功)において確認検査の代替法が検討され、LIA 法の有用性が示された。それを踏まえ、LIA 法を WB 法に代わる唯一の確認検査とし、さらに PCR 法を加えた新しい推奨検査手順が「HTLV-1 感染の診断指針 (第 2 版)」として公表された[1]。WB 法は 2019 年 3 月にキットは終売となった。

最近の HTLV-1 の妊婦スクリーニングの現状については第 2 章を参照されたい。

(大隈 和)



*保険適用（2017年） **保険適用（2018年）

***現時点ではPCR法で陰性または検出感度以下の場合に母子感染が成立しないというエビデンスは確立していない

図3-1. 妊婦健診におけるHTLV-1抗体検査の流れ

II. 検査における留意点

一次検査の結果が陽性であった場合に、「一次検査の結果は陽性であるが、これから確認検査を行うこと、確認検査の結果が出るまで感染は明らかでないこと」を被検者に確実に理解してもらう必要がある。説明を担当する医療者においては、被検者に「一次検査が陽性であることがHTLV-1に感染していることを意味する」との誤解や不安を与える説明とならないよう配慮する必要がある。

また、PCR法の結果が陰性または検出感度以下（4コピー/10⁵細胞未満）であった場合は、母乳感染の可能性は極めて低いと推定される（注釈）。しかしながら、現時点でのエビデンスは確立していない。

スクリーニング検査は、前回妊娠時に陰性でも、その後水平感染などで陽性化する可能性があるため、改めて必要である。

注釈：妊婦末梢血単核球に 16 コピー/10⁵ 細胞未満の感染細胞が存在する母親が授乳した場合、母子感染する可能性は約 3%と報告されている[3, 4]。そのため、本検査の検出感度以下（4 コピー/10⁵ 細胞未満）の場合はさらにウイルス量が少ないことから、母子感染する可能性は 3%より低くなると推定される。

（大隈 和）

Ⅲ. 検査結果の告知、個人情報の保護

スクリーニング検査・確定検査ともに検査結果を最初に告知する際の説明内容や態度は、その後の妊婦の気持ち、結果の受け入れ、状況や疾患の理解度に大きな影響を及ぼすことがある。曖昧な説明は誤解を招いたり、不安を助長させたりするので避けるべきであり、正確な知識のもと時間をかけて対応する。妊娠中であること、意図しないタイミングでスクリーニングによりキャリアであることを知るインパクト、母子感染のリスク、哺乳方法の選択、今後の自身のことなど、告知された妊婦では情緒が不安定になる要素が複数あるので、一方的に情報を提供するのではなく、妊婦の気持ちに寄り添いながらゆっくり説明する。

自施設での説明が難しい場合は速やかに専門施設への紹介を検討する。受診までに時間を要するなど、専門医との連携不良は不安を助長させるため自施設で対応しない場合は事前に近隣の専門施設に関する情報を把握しておく。

説明の流れの一例を示す（この流れである必要はない）。

- ① ウイルスの特徴、感染経路、HTLV-1 関連疾患の症状・発症率
- ② なぜ妊婦健診におけるスクリーニング項目に含まれているのか
- ③ 現状では出生後の母子感染予防しかできない
- ④ 母子感染予防の意義・選択肢（児の栄養方法）とそれぞれの利点・欠点・母子感染率
- ⑤ 育児・共同生活のなかで一般的な行為において、実施しても感染リスクのないものを具体的に提示
- ⑥ 妊婦本人のフォローアップ先や相談先（近隣の内科専門外来など）、キャリねっとなどの情報提供
- ⑦ 出生した児のフォローアップについて（原則として通常の乳幼児健診のスケジュールでよい、母子感染の有無の評価は 3 歳以後に検査する、など）

母子感染予防の説明だけでなく、妊婦本人への配慮も重要である。一方的な情報提供にならないように心掛けて、妊婦の気持ちを傾聴する。児の栄養方法は分娩までに決定されていればよいので考える時間は十分であることを伝え、妊婦の気持ちに寄り添い、妊婦自身による児の栄養方法の選択を支援する。児の栄養方法の決定後も助産師、臨床心理士/公認心理師などと協働で精神的ケアに努める。ケア終了時には改めて、妊婦本人のフォローアップ先や相談先（近隣の内科専門外来など）、キャリねっとなどの情報を提供し、不安や相談したいことがある時に活用するよう勧める。

児の栄養方法を検討する必要があるとはいえ、検査結果は妊婦個人に関することなので検査結果の告知はまずは妊婦のみに実施するのが望ましい。自身の検査結果をパートナーなどに伝えるか（伝えないのか）は最終

的には妊婦自身が決定することである。よって、医師（医療従事者）からのパートナー・家族への検査結果の説明は妊婦本人が希望した場合にのみ行う。前述の内容とともに、自身がキャリアであるという情報をパートナーと共有していると、児の栄養方法の決定、選択した栄養方法の遂行、出生児の抗体検査受検の決定、キャリアである自身のフォローなど、さまざまな面で今後パートナーからのサポートを得やすいという利点があることも伝え、誰と情報共有するかについては妊婦自身が決定することを支援する。妊婦がキャリアであることを知っている家族の有無およびその詳細を診療録に記載し、関わる医療従事者に周知する。

専門外来受診の適切なタイミング（＝その人が「受診したい」と思うタイミング）は人により異なる。よって、受診の希望があればスムーズに受診できるようサポートし、希望のない場合は、①専門外来はいつでも受診できること、②必要があれば受診できるようサポートすること、を伝える。

母親がキャリアであることと児の栄養方法に関する情報は、児を管理する小児科医にとっては重要であり、担当医に正確に伝える必要がある。出生から時間が経過するにつれ、分娩施設とは異なる施設で乳幼児健診を受ける児は増加し、母子感染の有無が評価可能となる 3 歳時健診ではこの傾向は顕著であることを念頭に置き、確実な情報共有に努める。産婦人科医ができることとして、「小児科医宛ての診療情報提供書を作成する」、「母親に小児科医への伝達の重要性を説明し申告するよう指導する」などの方法があげられるが、前者は診療情報提供書の紛失や転院など、後者は記憶の薄れにより 3 歳時健診を担当する医師まで情報が伝達されない可能性がある。この点を補填する方法として母子健康手帳を上手に活用することが推奨される。ただし、母子健康手帳は妊婦、医療従事者以外の人の目に触れる可能性があるため、活用する際は個人情報保護に配慮する必要がある。「検査結果のコピーを取り外しのしやすい形式（ホッチキス止めなど）で添付する」、「キャリアであることを記載した付箋を貼っておく」、といったように母親が使用用途によって母子健康手帳の保持する情報を適宜取捨選択できるような形で母子手帳に情報を残しておくなどの工夫も可能である。自身がキャリアであるという情報をパートナー・家族と共有していない場合はさらなる配慮が必要である。母子健康手帳は育児に携わる人の目に触れる機会が多いことを説明したうえで、母子健康手帳に情報を付加するか否かは妊婦本人と相談して決定する。小児科医へ伝達する情報の内容については小児科医宛て診療情報提供書のモデル（巻末資料 1）を参考にされたい。

産婦人科—小児科—内科（キャリア外来）の紹介システムが存在する、あるいは市町村保健センター・保健所・都道府県の HTLV-1 協議会との連携体制が整っている地域においては、これらのシステムを活用する（参考：富山県 <https://www.pref.toyama.jp/120501/kurashi/kenkou/iryuu/kj00018840.html>）。時間の経過に伴い、担当する科が産婦人科から小児科・内科へと移行するため、キャリア妊婦および出生した児を継続的にサポートするうえで、横断的に関与している保健所など自治体の保健部門がサポートの主体となることは理にかなっているが、個人情報の保護（自治体への情報提供の際、同意取得は必須。同意を得られなければシステムは活用されない。）、転居による居住自治体の変更（自治体により温度差がある）など、自治体主体のサポートの実現においても課題があることに留意すべきである。

（小出馨子、関沢明彦）

IV. 内科における確認検査陽性者への対応

妊婦健診で抗 HTLV-1 抗体が陽性と診断された妊婦は、母子感染予防のための栄養方法に関する判断が必要になるとともに、自身が HTLV-1 キャリアであることが判明したことを意味する。母親が安心して子育てに臨めるように、自分自身がどうなるのかという不安にも適切に対応していくことが重要である。HTLV-1 キャリア登録サイト「キャリねっと」(<https://htlv1carrier.org/>) 登録者を対象とした実態調査では、妊婦健診でキャリアと判明した妊婦のうち約 90%が、栄養方法のことのみではなく、自分自身がキャリアと判明したことについての相談を希望しており(図 3-2)、HTLV-1 キャリアについての説明、相談対応のニーズは高い。HTLV-1 キャリア専門外来における相談事項としては、「全般的な説明の希望」「関連疾患(ATL、HAM など)について」「現状の評価の希望」「夫婦間感染について」「生活上の留意点」などがあげられる。HTLV-1 キャリアと判明した妊婦からの相談のうち基本的なことは「HTLV-1 キャリア相談支援(カウンセリング)に役立つ Q&A 集」(http://www.htlv1joho.org/pdf/leafret_HTLV-1_QA.pdf からダウンロード可能。また原本の請求は下記参照)などをもとに産科施設で対応することも可能であり、またキャリア妊婦に「よくわかる詳しくわかる HTLV-1」(<http://www.htlv1joho.org/img/general/illustration/carrierl.pdf> からダウンロード可能。原本の請求は下記参照)などを配布することも可能である。また、日本産婦人科医会でもキャリアと判明した妊婦に配布するためのリーフレット「HTLV-1 母子感染を防ぐために」を発行しているので、それらを配布するのにも有用と考えられる。

しかし、より詳細な疑問への対応など、産科臨床の現場での対応が困難なことも想定され、そのような場合は、相談対応が可能な施設への紹介が望まれる。実際、上記のキャリねっとの調査では妊婦健診で判明して相談を希望した母親のうち約半数が実際に他施設に相談に行っており、相談先としては大半が血液内科であった(図 3-3)。実際には血液内科においても ATL が希少がんであることもあり、必ずしも専門的な立場から相談にのれる施設ばかりではない。日本 HTLV-1 学会では登録医療機関制度を設け、HTLV-1 に関連した相談対応が可能な施設を認定して公開している(表 3-1)ので、それらの施設に紹介することも可能である。登録医療機関数が十分ではないこともあり、一般の内科医に紹介されることもあるかと思われるが、専門的な相談については前記の「HTLV-1 キャリア相談支援(カウンセリング)に役立つ Q&A 集」などを参考に対応するか、登録医療機関では医療機関からの相談にも対応しているので、登録医療機関に相談することも可能である。また、地域の保健所などを介してこれらの施設に相談する体制の構築が望まれる。

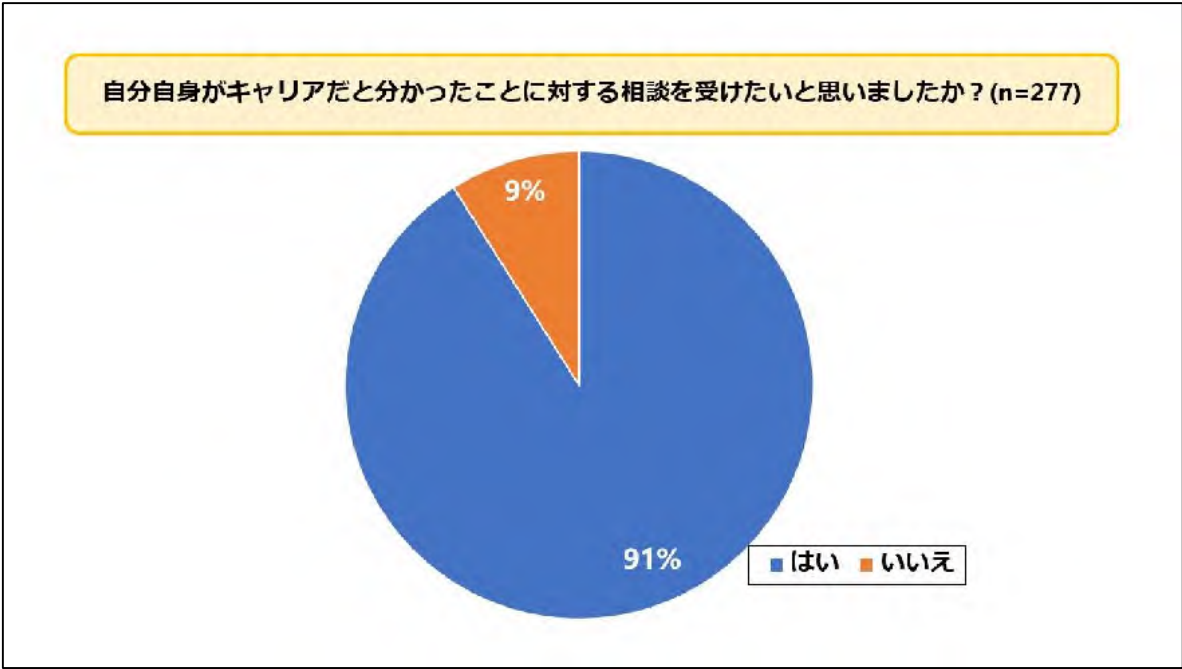


図 3-2. 自身について相談を希望するキャリア妊婦の割合

HTLV-1 キャリア登録サイト「キャリねっと」登録者調査 <http://htlvcarrier.org/> (令和 4 年 1 月 1 日アクセス)

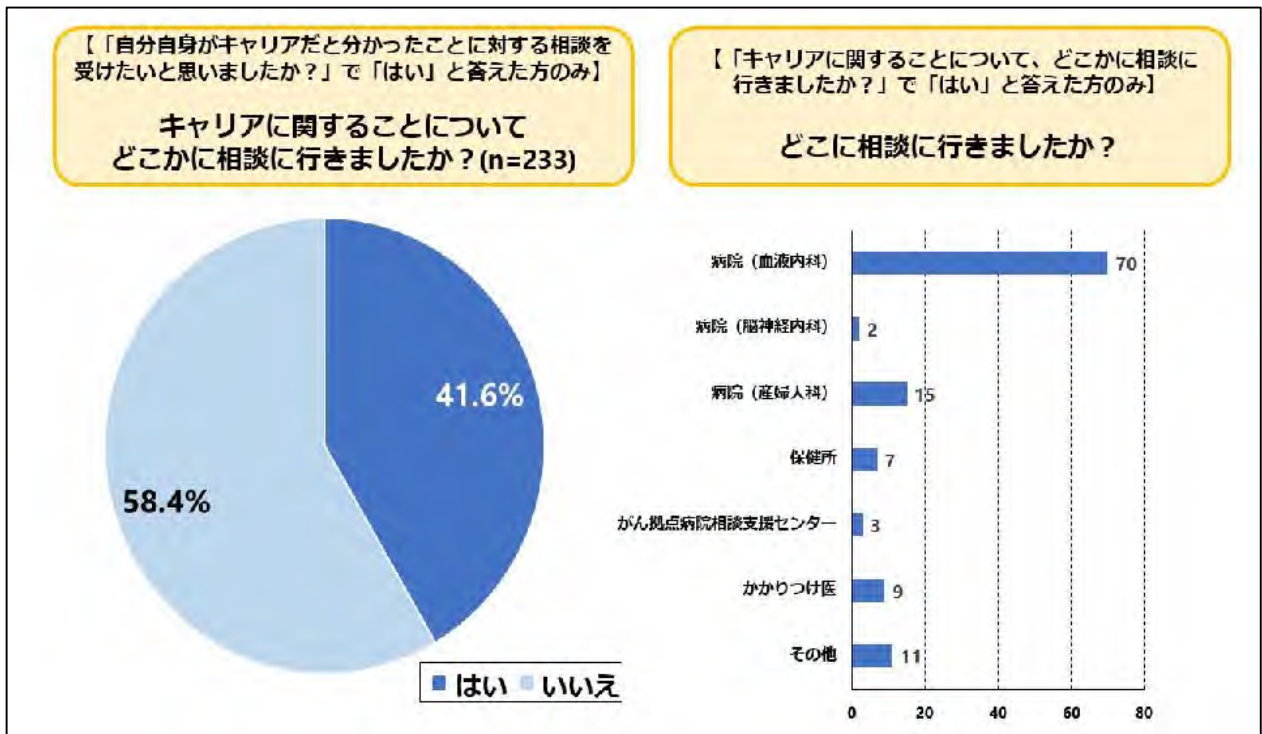


図 3-3. 自身がキャリアであることについて相談を受けた妊婦の割合および相談先

HTLV-1 キャリア登録サイト「キャリねっと」登録者調査 <http://htlvcarrier.org/> (令和 4 年 1 月 1 日アクセス)

表 3-1. 日本 HTLV-1 学会登録医療機関一覧（2021 年 5 月時点）

東京大学医科学研究所附属病院血液腫瘍内科（東京都）
聖マリアンナ医科大学病院脳神経内科（神奈川県）
JR 大阪鉄道病院血液内科（大阪府）
佐賀大学医学部附属病院血液内科（佐賀県）
公益財団法人慈愛会今村総合病院臨床研究センター（鹿児島県）
鹿児島大学病院血液・膠原病内科（鹿児島県）
宮崎大学医学部附属病院膠原病感染症内科（宮崎県）
大分大学医学部附属病院血液内科（大分県）
熊本大学病院血液内科（熊本県）
琉球大学医学部附属病院第二内科（沖縄県）
国立病院機構九州がんセンター血液内科（福岡県）
京都大学医学部附属病院血液内科（京都府）
長崎大学病院血液内科（長崎県）
岩手医科大学（岩手県）
山形大学病院（山形県）
佐世保市総合医療センター血液内科（長崎県）

※下記のウェブサイトで HTLV-1 キャリア対応に有用な情報が得られる。

HTLV-1 情報サービス <http://www.htlv1joho.org/index.html>

キャリねっと <https://htlv1carrier.org/>

厚生労働省 HP HTLV-1

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou29/>

上記の冊子については <http://www.htlv1joho.org/haifu/haifu.html> から発送依頼可能。

（内丸 薫）

V. 自身がキャリアと診断された妊婦に対する心理的サポート

～妊婦の驚きや戸惑いに共感し、生まれてくる子どもの健康を共に願い、産後の環境調整を含んだ意思決定支援～

妊婦健診で自身が HTLV-1 キャリアと突然知った妊婦は、将来自分が白血病や難病を発症する可能性を知ると同時に、次世代に感染させないための母乳育児制限について決断を迫られる。HTLV-1 キャリアで経産婦 22 名を対象に行った調査[5]によると、次のような意見が寄せられた。

- 妊娠中に白血病という名前だけで死んでしまうかもという気持ちの時期もあった。詳しく説明を聞くと落ち着くことはできたが、本当にブルーになる。
- HTLV-1 のことを自分でもあまり理解できていないので、周りにどう説明したらよいか分からない。
- 一般の妊婦向けの情報では母乳育児が圧倒的に推奨されている状況だと感じるので、キャリアとわかった母親はすごく悩むことだと思う、などである

キャリアとわかった母親は、発症に関する漠然とした不安や母乳を与えられないかもしれない無念さ、母乳育児を望む母親が多い中で自分だけが断乳を迫られているように感じる苦痛を周囲へ説明できないような孤独感をもつ。また、HTLV-1 を専門とする外来を受診した HTLV-1 キャリアの女性から、「育児で忙しくしている間は HTLV-1 のことは気にならなかったが、子どもが結婚を迎える年になったり、自分の体調が悪くなると HTLV-1 が原因ではないかと心配になったり、そのときに相談できる場所がよくわからなかった」という訴えが聞かれる。

HTLV-1 キャリアの悩みは、その人の年齢特有の課題と関係していることが多く、人生のステージごとの悩みとして図 3-4 に挙げた[6]。多くの HTLV-1 キャリアは妊娠のたびに悩んだり、産後はあいまいな不安として抱えているが、何かのきっかけで不安が強くなったり、恐怖を抱えて過ごしている可能性があり、HTLV-1 キャリアは生涯を通したサポートが必要である。

NICU で活動を続けている臨床心理士[7]によれば、「妊娠中の母親に予期せぬことが起こった時、ここでは『なぜ、こんなことになったの?』と理由を求めて過去に向かったり、『いったい、これからどうなるの?』と将来への押しつぶされそうな不安にも駆られるが、それを誰かに語り、受け止められるとき、ようやく現在の目の前の子どもと向き合うことが可能になる例が多い」と述べている。心理的サポートで重要なことは、HTLV-1 に関する説明や授乳方法の決定だけでなく、妊婦の驚きや戸惑いに共感し、生まれてくる子どもの健康を共に願い、産後の環境調整を含んだ意思決定支援である。キャリアとわかった妊婦に関わる際、妊娠期という特性を考慮しながら、不安に感じている内容や、今後出産を迎え、出産後の生活の中でキャリアという事実を受け入れながら過ごすためになにが必要か具体化していく作業がカウンセリングを行う上で大切であり、その要点について図 3-5 に示し、詳細については巻末資料 2 (HTLV-1 関連疾患患者、HTLV-1 キャリア及び家族を対象とした心理的なカウンセリング) を参照されたい。また、母親の出産年齢が高齢化していることから、本

人や家族の発症に関して懸念をもつ HTLV-1 キャリアの存在も考えられ、適宜日本 HTLV-1 学会登録医療機関等へ紹介することが望ましい（本章 IV参照）。

（柘植 薫）

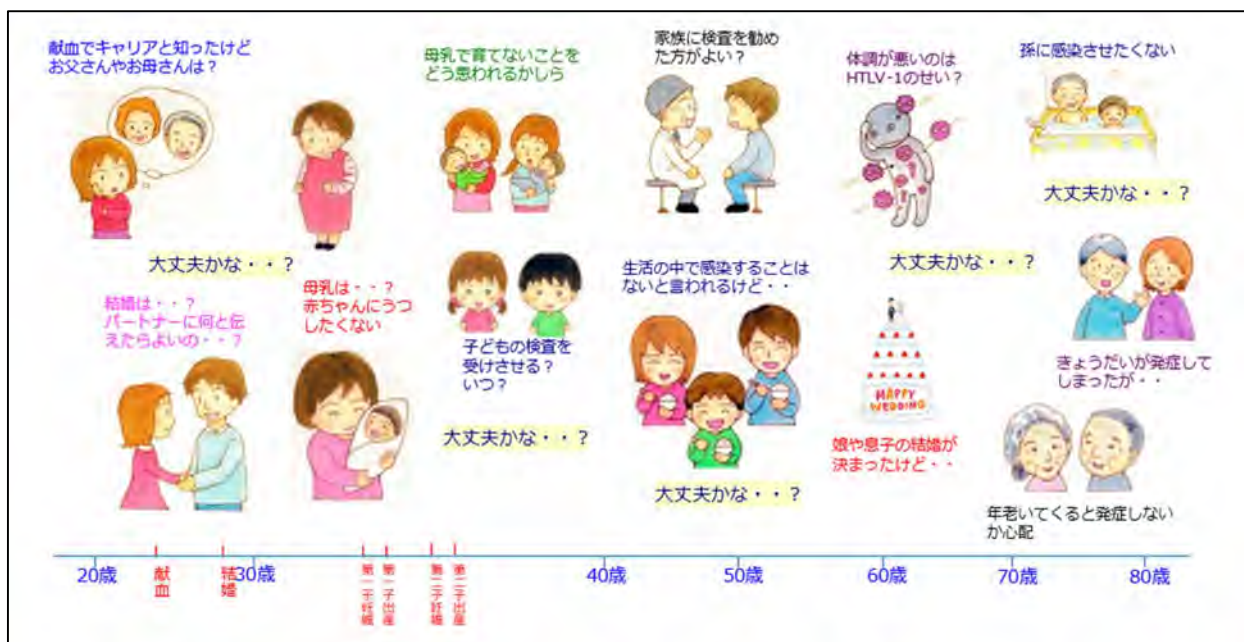


図 3-4. HTLV-1 キャリアの人生のステージ毎における相談内容（柘植，2020[6]より引用改変）

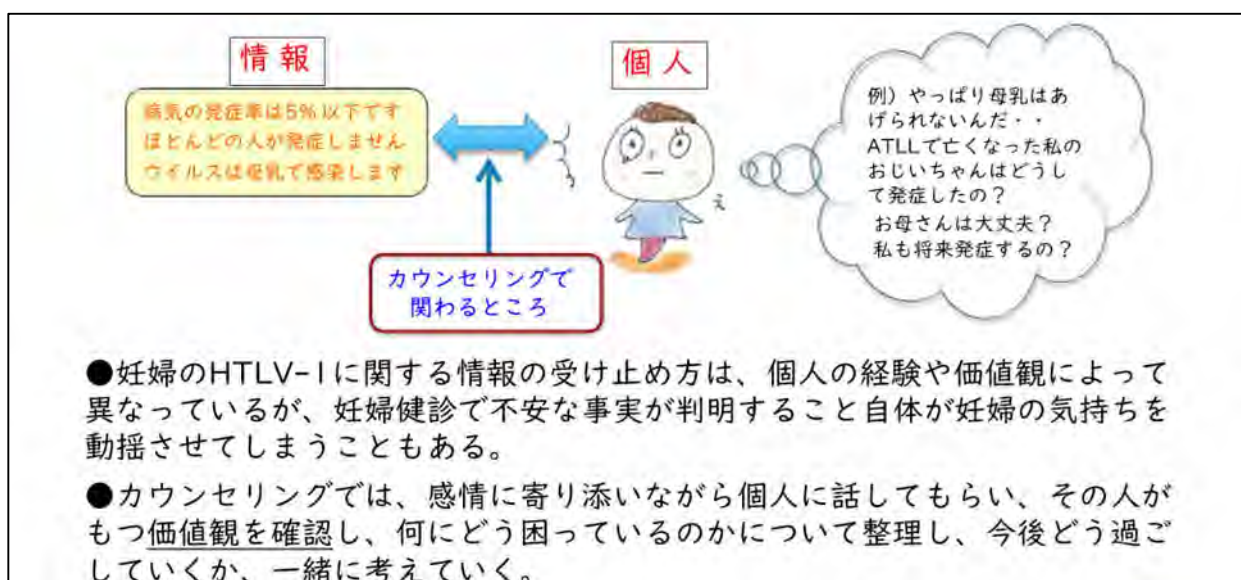


図 3-5. 妊婦健診で HTLV-1 キャリアと判明した妊婦のカウンセリングの要点

参考文献

- 1) HTLV-1 感染の診断指針第 2 版 (2019 年 11 月) . 令和元年度日本医療研究開発機構委託研究開発費 (AMED 補助金) 新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業「HTLV-1 の疫学研究及び総合対策に資する研究」班 (代表 浜口功)
- 2) Kuramitsu M, Sekizuka T, Yamochi T, et al: Proviral Features of Human T Cell Leukemia Virus Type 1 in Carriers with Indeterminate Western Blot Analysis Results. J Clin Microbiol 55: 2838-2849, 2017
- 3) Li HC, Biggar RJ, Miley WJ, et al: Provirus load in breast milk and risk of mother-to-child transmission of human T lymphotropic virus type I. J Infect Dis 190: 1275-1278, 2004
- 4) Biggar RJ, Ng J, Kim N, et al: Human leukocyte antigen concordance and the transmission risk via breast-feeding of human T cell lymphotropic virus type I. J Infect Dis 193: 277-282, 2006
- 5) 柘植薫, 末岡榮三朗: 妊娠から子育て期にある HTLV-1 キャリアの母乳制限に伴う母親の気持ちや相談の在り方に関する一考察. 助産雑誌 74: 930-935, 2020
- 6) 柘植薫. キャリアマザーに対する臨床心理学的アプローチ-HTLV-1 がキャリアマザーに及ぼす心理的影響について. 周産期医学 50: 1730-1733, 2020
- 7) 橋本洋子: 周産期の心理臨床. 臨床心理学 6: 732-738, 2006

第4章 出生後の母子感染予防のための栄養方法の選択

■本章の要旨■

- 栄養方法の選択に際しては、母子感染予防の観点に加えて、妊娠・出産・育児の観点からも各栄養方法のメリットとデメリットを十分に説明し、母親が自らの意志で選択できるように共有意思決定支援を行う。
- 完全人工栄養が最も確実な方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨される。
 - ランダム化比較試験による長期母乳栄養との比較は行われていないが、疫学研究や動物実験により効果が実証されている。
 - 母乳に含まれる感染細胞が遮断されるため、理論的にも確実性が高い。
 - 日本以外の流行地域においても広く受け入れられている。
 - 完全人工栄養を実施しても、母乳以外の経路でおよそ3~6%に母子感染が起こり得る。
- 短期母乳栄養を希望する場合は、90日未満までに完全人工栄養に移行できるようにする。
 - ランダム化比較試験による長期母乳栄養、完全人工栄養との比較は行われていないが、疫学研究により授乳期間が長期化するほど母子感染率が上昇することが示唆されている。
 - 厚生労働科学研究班によるコホート研究では短期母乳栄養（90日未満）と完全人工栄養では母子感染率に統計学的な差は見られなかった。
 - 3か月以下（90日未満含む）の短期母乳栄養と完全人工栄養を比較したメタアナリシスでは母子感染率に統計学的な差は見られなかったが、解析に採用された研究はすべて観察研究であり、エビデンスレベルは低い。
 - 6か月以下の母乳栄養と完全人工栄養を比較した観察研究のメタアナリシスでは、6か月以下の母乳栄養は完全人工栄養と比較して母子感染リスクが2.9倍高いことが示されているが、同様に解析に採用された研究はすべて観察研究であり、エビデンスレベルは低い。
 - 生後90日までに母乳栄養を終了し完全人工栄養に移行することはさまざまな困難を伴うことが想定されるため、助産師外来や授乳支援外来等で適切な乳房ケアを含む支援を行うことが必須である。
- 壊死性腸炎や敗血症のリスクが高い生後早期の早産児に対しては母親が搾乳した新鮮な母乳、凍結解凍母乳栄養あるいは低温殺菌されたドナーミルクを利用することを考慮する。
- 選択した栄養法を進めるプロセスにおいても、母親らと保健医療者は、エビデンスに基づく支援とナラティブに基づく当事者中心の対話的コミュニケーションを丁寧に重ねていくことが求められる。
- 妊娠期間、出産/出生直後から入院中の期間、退院後から授乳終了までの期間、継続的なフォローを分娩した施設で行うことが望ましい。里帰り分娩などで自施設でのフォローが難しい場合には、他施設へ情報提供し確実に継続的なフォローにつなげる。
- 支援を行う保健医療者はどの栄養方法を選択したとしても共通した困難さと特徴的な困難さがあるため、各困難さを理解し適切な対応を行う。

- 支援を行う保健医療者は、支援後も小児科施設や居住地の自治体での継続的なフォローにつながるよう連携することが望まれる。

I. 出生した児への栄養方法による母子感染率（厚生労働科学研究班による調査の概要）

これまでの疫学研究および動物研究により、HTLV-1 母子感染の主要な経路は経母乳感染であることが示されている。したがって、感染細胞が含まれる母乳を遮断する完全人工栄養は、理論的に最も確実な予防方法であり、諸外国においても広く受け入れられている。母乳栄養と完全人工栄養の母子感染率を比較したランダム化比較試験は存在しないが、HTLV-1 流行地域である長崎県の ATL ウイルス母子感染防止研究協力事業(APP)による追跡調査では、長期母乳栄養を行った場合の母子感染率 20.5%(71/346 名)に対して、完全人工栄養では 2.4%(23/962 名)に低下したことが示されている[1]。

一方で母乳および母乳育児には母児に対して様々なメリット（表 4-1）があり[2-4]、わが国では母乳育児が積極的に推奨されている。平成 27 年の厚生労働省による調査では実に 9 割以上の母親が妊娠中に「母乳で育てたい」と考えていることが示されている。またキャリア女性を対象としたアンケート調査においても、母子感染予防のための栄養方法の実施が困難であった理由として「母乳を与えられない罪悪感」という意見が最も多かった[5]。

表 4-1. 母乳および母乳育児の利点

乳児にとっての利点	母親にとっての利点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 乳児に最適な栄養成分 ・ 代謝負荷が少ない ・ 免疫機能を向上させる ・ 顔全体の筋肉やあごを発達させる ・ いつも新鮮で適温である ・ 消化管の発達を促す（母乳中の上皮成長因子の作用） ・ 以下の疾患の発症リスクが低下する 中耳炎、急性下痢症、下気道感染症、乳幼児突然死症候群(SIDS)、小児白血病、糖尿病、肥満、喘息、アトピー性皮膚炎 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 子宮収縮ホルモン（オキシトシン）を分泌させる ・ 母性ホルモン（プロラクチン）を分泌させる ・ 母体の体調を整える ・ 妊娠前への体重への回復を促す ・ 排卵を抑制する ・ 精神的な安定をもたらす ・ 衛生的、経済的で手間もかからない ・ 以下の疾患の発症リスクが低下する 2 型糖尿病、乳がん、卵巣がん、子宮内膜がん、高血圧

これまでの疫学研究により授乳期間が長期化するほど経母乳感染のリスクが上昇することが示唆されており、わが国では母乳を与える期間を 90 日未満に制限する方法（短期母乳栄養）や凍結処理により感染リンパ球を不活化する方法（凍結解凍母乳栄養）が完全人工栄養以外の選択肢として提示されてきた。しかしながら、短期母乳栄養による母子感染予防効果を検討したランダム化比較試験は行われておらず、観察研究においても

検討された症例数が少なく科学的エビデンスが不十分であったこと、さらには短期母乳栄養を選択したものの、短期間での母乳栄養の中止ができず結果的に長期母乳になるケースの存在が指摘されていたことなどから、2017年に改訂された「HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル」では、HTLV-1 キャリア妊婦に対しては「原則として完全人工栄養を勧める」ことが明記された[6]。短期母乳栄養や凍結解凍母乳についてはキャリア妊婦に積極的に推奨するのではなく、感染リスクを説明しても母乳を与えることを強く望む場合のみに限定の選択肢とされた。

このような背景から、2011～2019年度厚生労働科学研究班（研究代表者：板橋家頭夫）ではHTLV-1 キャリア妊婦およびキャリアから出生した児を対象とした前方視的多施設コホート研究を実施した[7,8]。さらに、コホート研究の結果とこれまでに報告された疫学研究の結果を統合したメタアナリシスを行い、各栄養方法での母子感染予防効果について検討された[5,7,9]。以下に調査結果の概要を示す。

1. HTLV-1 キャリア妊婦からの出生児を対象としたコホート研究[7,8]

2012～2015年に全国92の研究協力施設で登録されたHTLV-1抗体陽性妊婦は980名であり、このうち735名（WB陽性712名、WB判定保留・PCR陽性23名）がHTLV-1キャリアと診断された。母子感染予防のための栄養方法は、医療者から各栄養方法の特徴について十分に説明を受けたのち、キャリア妊婦自身の意思で決定した。出生した児については3歳時点でHTLV-1抗体検査を行い母子感染の有無を評価した。

キャリア妊婦735名が選択した栄養方法の内訳は、90日未満の短期母乳栄養52.8%、完全人工栄養38.5%、凍結解凍母乳5.0%、長期母乳栄養3.7%であった。登録されたキャリア妊婦のおよそ4割（301名）を占める鹿児島県に限定すると、短期母乳栄養が74.4%、完全人工栄養が23.3%であったが、鹿児島県以外の地域（434名）では短期母乳栄養が37.8%、完全人工栄養が49.1%であり、完全人工栄養を選択した妊婦の方が多かった。

キャリア妊婦から出生した児735名のうち313名において3歳時のHTLV-1抗体検査が実施された。栄養方法別の母子感染率は短期母乳栄養2.3%（95%信頼区間:0.0-4.6%）、完全人工栄養6.4%（95%信頼区間:1.9-10.9%）であり[注釈参照]、両者に統計学的な差は認められなかった（表4-2）。短期母乳栄養を選択した母親172名の実際の母乳栄養実施率は産後1か月時点で84.3%（140/166）であったが、3か月時点で33.5%（56/167）、6か月時点で7.8%（13/167）が母乳栄養を継続しており、結果的に3か月を超える長期母乳となっている母児が認められた（図4-1）。この調査では6か月時点で母乳栄養を継続していた13名の中で母子感染（3歳時点での抗体陽性）が成立した児はいなかった。なお症例数は少ないが、長期母乳栄養および凍結解凍母乳栄養の母子感染率はそれぞれ16.7%、5.3%であった（表4-2）。

表 4-2. 栄養方法別母子感染率(Itabashi ら, 2021 より引用一部改変)[8]

栄養方法	3歳抗体検査 実施(人)	3歳抗体検査 陽性(人)	陽性率(%)	95%信頼区間
完全人工栄養	110	7	6.4	1.9 - 10.9%
短期母乳栄養(90日未満)	172	4	2.3	0.0 - 4.6%
凍結解凍母乳栄養	19	1	5.3	-4.8 - 15.3%
長期母乳栄養(90日以上)	12	2	16.7	-4.4 - 37.8%

intention-to-treat 解析による栄養方法別の母子感染率を示す。完全人工栄養を基準とした短期母乳栄養(90日未満)の母子感染リスク比は0.365(95%信頼区間 0.116-1.145)であり、統計学的な差は認められなかった。

[注釈] 95%信頼区間とは、母集団の値が95%の割合で含まれる区間であり、対象数が多いほど範囲が狭く、対象数が少ないほど範囲が広くなる。これまで完全人工栄養による母子感染率は3%程度と報告されていたが、今回のコホート研究における母子感染率の95%信頼区間内(1.9-10.9%)に含まれていることから、誤差の範囲内であると解釈される。

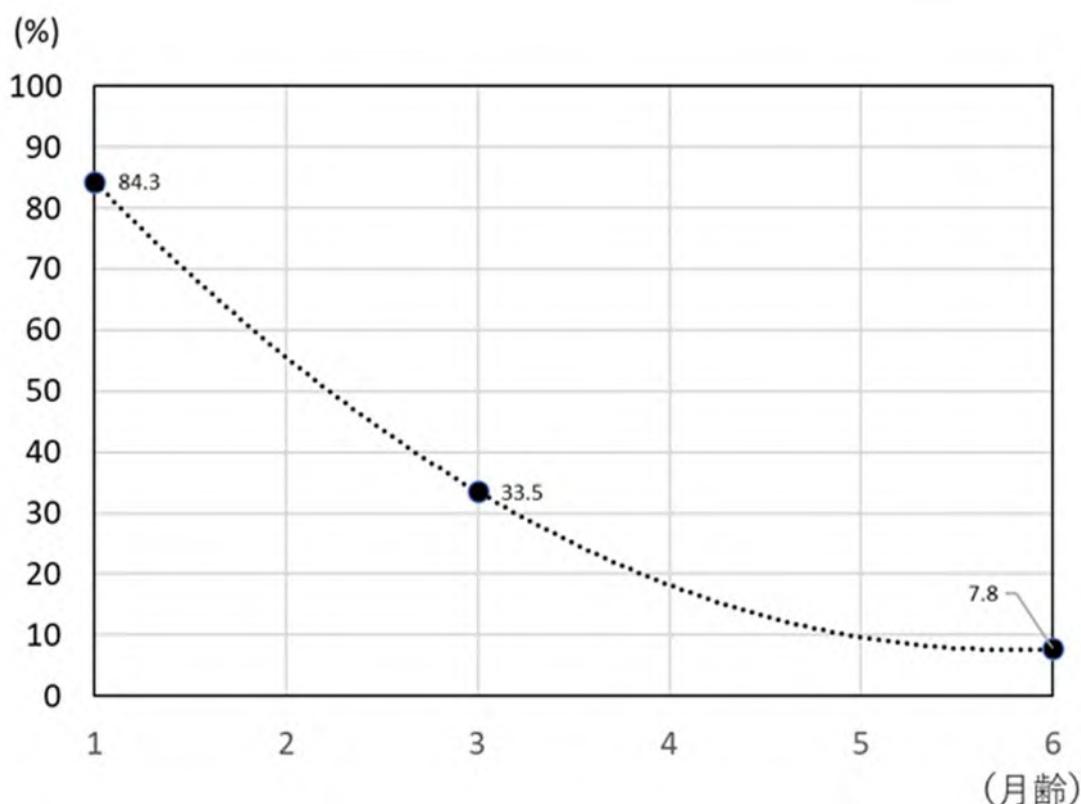


図 4-1. 短期母乳選択後の母乳栄養実施率の推移 (Itabashi ら, 2021) [8]

点線：生後1か月、3か月、6か月時点での母乳栄養率をもとに作成した二次多項近似曲線を示す。
近似式から4か月時点、5か月時点の母乳栄養率は18.2%および9.6%と推定される。

2. コホート研究ならびに国内外の論文・報告書のメタアナリシス[5,7,9]

短期母乳栄養と完全人工栄養の母子感染率を比較した研究について文献データベースを用いて検索したところ、ランダム化比較試験は存在せず、すべて観察研究であった。「短期母乳栄養」を選択した場合、母乳栄養の期間（初乳のみ、1か月まで、2か月まで、など）や母乳の割合（完全母乳、混合栄養）は様々であると考えられるが、これらを加味して検討された研究はなかった。出生した児の抗体検査は、本マニュアルでは3歳の誕生日以降に実施することを推奨しているが、3歳以降で検査を実施している研究は少なく、1歳以降で抗体検査を実施している研究を解析対象とした。

3か月以下（3か月未満、90日未満を含む）の短期母乳栄養と完全人工栄養による母子感染率を比較した後方視的研究 5 編(1989~2017年)と厚生労働科学研究班によるコホート研究の結果を統合したメタアナリシスでは、3か月以下の短期母乳栄養による母子感染のリスク比(対完全人工栄養)は0.72 (95%信頼区間:0.30-1.77)であった(表 4-3)。一方で、6か月以下の母乳栄養と完全人工栄養を比較した後方視的研究 5 編(1992~2013年)を統合したメタアナリシスでは、6か月以下の母乳栄養による母子感染のリスク比(対完全人工栄養)は2.91 (95%信頼区間:1.69-5.03)であった(表 4-4)。これらの結果から、3か月以下の短期母乳栄養と完全人工栄養では母子感染率に明らかな差がないことが示されたが、6か月以下の母乳栄養は完全人工栄養と比較して母子感染リスクが約3倍高いことが示された。このような背景から、3か月以下の短期母乳栄養は母子感染予防効果が期待される一方、エビデンスレベルは完全人工栄養には及ばない。

凍結解凍母乳に関して、コホート研究と1990年代の前方視的研究 2 編を統合したメタアナリシスでは、完全人工栄養に対する母子感染のリスク比は1.14 (95%信頼区間:0.20-6.50)であり母子感染率に差があるとは言えなかった。ただし、文献数、症例数も少ないこと、また各研究での凍結解凍母乳栄養の実施期間が短く、短期母乳栄養による効果との判別が難しいことから、現状では凍結解凍母乳そのものに母子感染予防効果があるとは言いきれず、今後の研究がまたれるところである(表 4-5)。

(宮沢篤生、板橋家頭夫、関沢明彦、三浦清徳)

表 4-3. 短期母乳栄養（3か月以下）と完全人工栄養の比較（Miyazawa ら、2021） [9]

Study or Subgroup	STBF (≤3 months)		ExFF		Weight	Risk Ratio		Year
	Events	Total	Events	Total		M-H, Random, 95% CI	M-H, Random, 95% CI	
Uemura 1989	0	3	0	8		Not estimable		1989
Ureta-Vidal 1999	1	12	0	23	7.2%	5.54 [0.24, 126.51]		1999
Takezaki 2009	2	126	16	331	23.9%	0.33 [0.08, 1.41]		2009
Masuzaki 2013	1	36	8	218	14.7%	0.76 [0.10, 5.87]		2013
Moriuchi 2017	3	35	4	91	24.2%	1.95 [0.46, 8.27]		2017
Itabashi 2020	4	172	7	110	29.9%	0.37 [0.11, 1.22]		2020
Total (95% CI)		384		781	100.0%	0.72 [0.30, 1.77]		
Total events		11	35					
Heterogeneity: Tau ² = 0.31; Chi ² = 5.79, df = 4 (P = 0.22); I ² = 31%								
Test for overall effect: Z = 0.71 (P = 0.48)								

表 4-4. 母乳栄養（6 か月以下）と完全人工栄養の比較（Miyazawa ら、2021） [9]

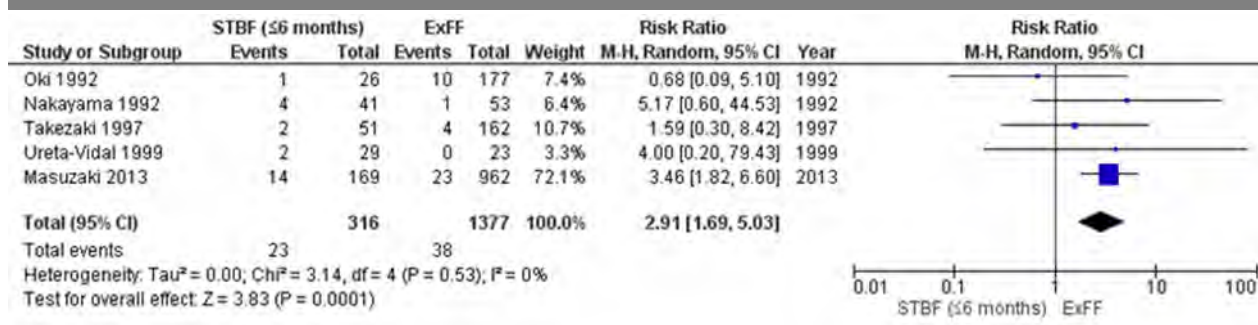
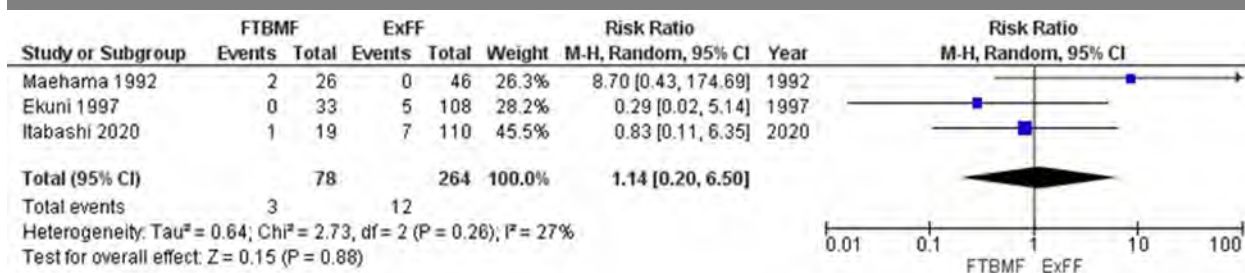


表 4-5. 凍結解凍母乳栄養と完全人工栄養の比較（Miyazawa ら、2021） [9]



II. 栄養方法の選択

栄養方法の選択においては、完全人工栄養が母乳を介した垂直感染を予防するためには最も確実な方法であると考えられるが、コホート研究やメタアナリシスの結果、エビデンスの確実性は高くないものの、90 日未満の短期母乳栄養は完全人工栄養と比較して母子感染リスクが高いとは言えないことが示されている。一律に完全人工栄養を勧めるのではなく、母子感染予防の観点に加えて妊娠・出産・育児の観点からも各栄養方法のメリットとデメリット（表 4-6） [10]について十分に説明し、母親が自らの意志で選択できるように共有意思決定支援を行うとともに、母親の選択を最大限に尊重する姿勢が求められる。栄養方法の選択はあらかじめ分娩時期までに決定し、診療録に記載しておくことが望ましい。

いずれの栄養方法を選択した母児に対しても、医療機関、各自治体（保健所、HTLV-1 母子感染予防対策協議会など）、関連する学会および職能団体が連携し、適切な支援体制の構築が必要である。なお確認検査(LIA 法)判定保留の妊婦については、PCR 法を実施していない場合、あるいは PCR 法陽性の場合には、確認検査陽性のキャリア妊婦と同様に対応する。PCR 法陰性（感度以下）の場合には母乳による母子感染リスクは低いと考えられるが、現時点でのエビデンスは存在しない。以下に各栄養方法の特徴（表 4-6）を示す。

なお、2017 年のマニュアル改訂（完全人工栄養を推奨）後に実施された、日本産婦人科医会による調査（2020 年）によると、HTLV-1 キャリアと診断された母親の 71.9%が完全人工栄養を、18.4%が短期母乳栄養を選択していた（図 4-2）。

（宮沢篤生、板橋家頭夫、関沢明彦、三浦清徳）

表 4-6. 各栄養方法の特徴 (Itabashi ら、2021 より引用一部改変) [10]

栄養方法	母子感染予防効果	コメント
完全人工栄養	<ul style="list-style-type: none"> 母乳を介した母子感染を予防するためには最も確実な方法 	<ul style="list-style-type: none"> 母子感染の 95%以上を予防できる 母乳の利点を得ることができない 産後うつやボンディング障害のリスクが上昇する可能性がある
短期母乳栄養 (90 日未満)	<ul style="list-style-type: none"> 完全人工栄養と比較して明らかな差がない 	<ul style="list-style-type: none"> 母乳による利点のある程度は得ることができる 母乳栄養期間が長期化する可能性がある 完全人工栄養への移行に向けた準備と支援が必須 産後うつやボンディング障害の予防効果は不明
6 か月以下の母乳栄養	<ul style="list-style-type: none"> 完全人工栄養と比較して約 3 倍母子感染のリスクが高い 	<ul style="list-style-type: none"> 母子感染予防対策としては推奨されない
凍結解凍母乳栄養	<ul style="list-style-type: none"> 蓄積された症例数が少なくエビデンスとしては不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 時間と手間がかかる NICU に入院するハイリスク新生児に対して考慮する 産後うつやボンディング障害の予防効果は不明
混合栄養	<ul style="list-style-type: none"> 不明 	<ul style="list-style-type: none"> 理論的には腸管粘膜の障害により母子感染リスクが上昇する可能性が懸念される
ドナーミルク	<ul style="list-style-type: none"> データは存在しないが、完全人工栄養と同等の効果が期待される 	<ul style="list-style-type: none"> ドナーは HTLV-1 のスクリーニング陰性が確認されている 産後うつやボンディング障害の予防効果は不明

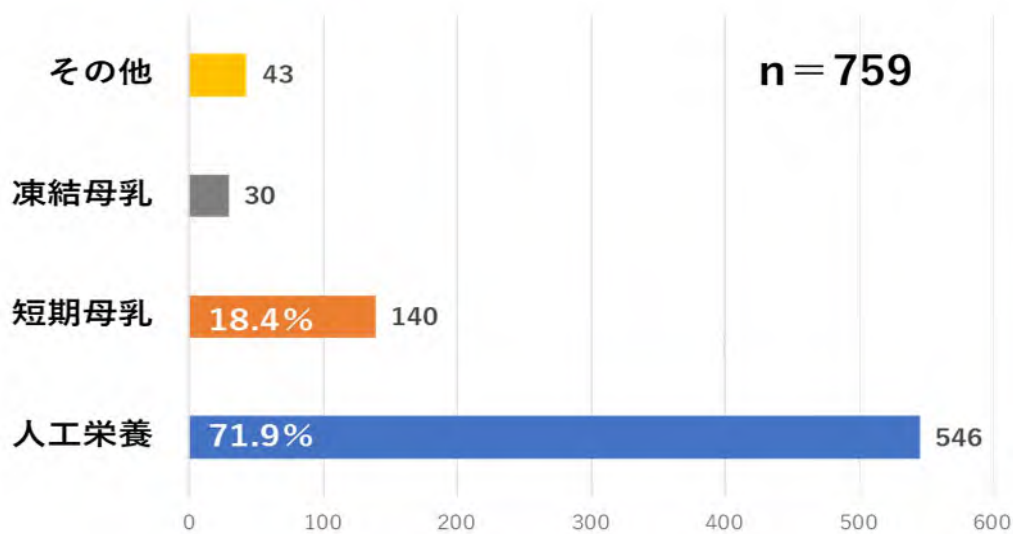


図 4-2. HTLV-1 キャリアと診断された母親が選択した栄養方法 (2020 年 8-9 月 日本産婦人科医会調査)

Ⅲ. 栄養方法の特徴

1. 完全人工栄養

母乳を介した母子感染予防として、理論的に最も確実な方法で、日本以外の感染流行地域においても広く受け入れられている方法であり、最もエビデンスが確立した方法として推奨される。完全人工栄養であっても 3~6%で母子感染が成立することが報告されており、母乳以外の経路（子宮内感染、産道感染など）によるものと推測されている。母子感染を 100%予防できるわけではないことを十分に説明する必要がある。

完全人工栄養では、母乳育児によるメリットが得られない。育児用ミルクを購入する費用がかかること、心理的ストレス（授乳による充実感が得られにくい、周囲から母乳を与えない理由を聞かれたり責められたりする）、産後早期のボンディング（母子の絆の形成）への影響が問題となることもある。

児への感染予防のために完全人工栄養を選択することは母親にとって重大な決断であり、医療者には母親が完全人工栄養を選択した母親の決断を労い、母親の気持ちに寄り添った支援が求められる。授乳の際には「赤ちゃんをしっかり抱く」、「赤ちゃんの目をみる」、「優しく声をかける」など、母子のスキンシップや愛着形成の促進を重視した支援が重要である[11]。

2. 短期母乳栄養（90 日未満）

短期母乳栄養による母子感染予防の機序は不明であるが、理論的には子宮内で母体から経胎盤的に児に移行し、生後しばらくは児の体内に残存している HTLV-1 に対する中和抗体によって感染が抑制されること、長期母乳栄養に比べて感染細胞への曝露が短期間であることなどに由来すると推定されている[12]。母乳栄養の利点がある程度付与することが可能であり、短期間ではあるが直接授乳を行うことも可能である。

しかしながら、厚生労働科学研究班（板橋班）によるコホート研究の結果で示されているように、生後 90 日までに母乳栄養を終了して完全人工栄養に移行することは必ずしも容易ではなく、母乳栄養が 90 日を超えて長期化した場合、その期間が 6 か月以下であっても母子感染リスクを約 3 倍上昇させる可能性がある。短期母乳栄養を選択した母親に対してはきめ細やかな指導と支援が必要であることから、分娩施設においては以下の条件を満たした体制の整備が必須である。

- 母乳を与える期間が長期化すると児への感染リスクが上昇することを十分に説明し理解を得る。
- 助産師外来等において、適切な乳房ケアと支援を提供するとともに、完全人工栄養に移行するまでの具体的なスケジュール（いつから、どのように母乳の量を減らしていくのか）を提示する。
- 生後 90 日時点で完全人工栄養への移行が完了しているかを必ず確認する。
- 里帰り分娩などで自施設でのフォローが困難な場合には、母児のフォローが可能な適切な医療機関等へ紹介する。

また短期母乳栄養を選択した場合であっても、生後 90 日以降は完全人工栄養が推奨されることから、出生直後から完全人工栄養を選択した場合と同様の支援が必要となる。

[注釈] なお短期母乳栄養の定義として、これまでの報告では「3(4)か月以下」、「3(4)か月以内」、「3(4)か月未満」などが散見されるが、3 か月 0 日～4 か月 0 日未満が含まれるのか曖昧であることから、本マニュアルでは混乱を避けるために「90 日未満」とした。

3. 長期母乳栄養（90 日以上）

母子感染リスク（母子感染率 15～20%）について十分な説明をおこなった上で長期母乳栄養を選択された場合は、妊婦の意思を尊重するとともに、完全人工栄養や短期母乳栄養を選択した場合と同様に児のフォローアップおよび 3 歳時の抗体検査の必要性について説明し、理解を得る。

4. 凍結解凍母乳栄養

母乳を凍結処理することにより感染リンパ球が破壊されることで感染性が失活し、児への感染を予防すると考えられている[13]。具体的には-20℃以下の家庭用冷凍庫で 24 時間以上冷凍後、解凍してから与える方法が検討されているが、搾乳、凍結、解凍といったプロセスが必要であり、手間がかかるといった課題がある。近年普及している“食品の細胞を壊さず(凍らせず)おいしく食べられる”等と銘打った cell alive system(CAS)の冷凍庫では感染細胞が破壊されにくい可能性がある。いずれにしても、現時点では科学的エビデンスは確立しておらず、次に述べる早産児などの特殊な状況以外での使用を推奨する根拠は得られていない。

5. 早産児への対応

母体から胎児への中和抗体の移行は妊娠後期（妊娠 28 週以降）に増加することから、それより以前に出生した早産児では短期母乳であっても児への感染リスクが高い可能性が推測される。一方、早産児に対する人工

乳栄養（低出生体重児用ミルクを含む）は壊死性腸炎や敗血症など、児の生命や神経学的予後に直結する合併症の罹患リスクを上昇させることが懸念される。科学的エビデンスは十分とは言えないが、特にリスクの高い生後早期の早産・極低出生体重児に対してはリスクとベネフィットの観点から、母親が搾乳した新鮮な母乳や凍結解凍母乳栄養も選択肢となりうる。

日本小児科学会による「早産・極低出生体重児の経腸栄養に関する提言」では、早産児に母親自身の母乳が不足する場合や得られない場合には認可された母乳バンクで低温殺菌されたドナーミルクの使用が推奨されている[14]。わが国では2017年に一般社団法人日本母乳バンク協会が設立され、ドナーミルクの提供体制が整いつつある[15]。ドナーはHIV、HTLV-1などの感染症スクリーニングが行われ、さらに低温殺菌処理によりウイルス、細菌等の微生物は死滅しており、母乳バンクから提供されるドナーミルクによる感染の報告は存在しない。ドナーミルクの提供が可能な施設においては、HTLV-1キャリアから出生した超早産児に対しても利用が考慮される。

（宮沢篤生、板橋家頭夫、関沢明彦、三浦清徳）

IV. 各栄養方法別の支援体制

1. 栄養方法に関する基本的考え方

栄養方法の選択においては、医学的必要性や保健医療者の考えにのみ基づいて一律に決定する従来型医学モデルではなく、わが子を養育し生活していく潜在力を持つ当事者として母親（およびパートナー）の意思決定を支える心理社会生活モデルがより尊重される。

近年、対話に基づくシェアード・ディシジョン・メイキング（shared decision making : SDM）（共有意思決定/協働的意思決定）によるアプローチが推奨されている。SDMとは、患者と保健医療者が、エビデンスと個人の好みを踏まえて、検査・治療・管理・支援パッケージを選択するために協働するプロセスである[16]。SDMにおいては、母親らと支援者は情報・目標・責任を共有する。初めから方法や道筋や着地点が明確に定まっているわけではなく、両者が協働するプロセスの中で、情報が共有され、目指す目標、方法、分け持つ責任範囲が調整され共有されていく。これらは、強いエビデンスが少ない場合や、当事者の持つ多様性を踏まえて支援する場合には特に重要となる[5]。栄養方法の選択や選択した方法を進めるプロセスにおいて、母親らと保健医療者がSDMを行うには、エビデンスに基づく支援とナラティブに基づく当事者中心の対話的コミュニケーションを丁寧に重ねていくことが求められる。

「Ⅱ. 栄養方法の選択」にて述べたように、具体的栄養方法の選択においては以下を考慮する。すなわち、完全人工栄養が論理的に最も母子感染リスクが低いことに加え、短期母乳栄養では人工栄養への移行の難しさはあるが完全人工栄養と90日未満の短期母乳栄養では母子感染率に有意差がないという最新知見も踏まえること、さらに、これら母子感染予防の観点に加えて妊娠・出産・育児の観点からも各栄養方法のメリットとデメリット（表4-6）を十分に説明したうえで、母親が自らの意志で選択できるように支援するとともに、母親の選択を最大限に尊重する姿勢が求められる。

2. 共通する困難さ

どの栄養方法を選択後も共通して認められる困難さと、完全人工栄養と短期母乳栄養とでそれぞれに特徴的な困難さがあるため[17]、各困難さへの対処法の例をあげる。

1) 自分自身の健康問題についてのキャリアの母親の不安感

キャリアの母親は出産後しばらくしたところで、自分自身の HTLV-1 感染による健康問題が気になってくる場合がある。その場合にはキャリア外来へつなげることもできる。(第 3 章 IV 参照)

2) 自分が選択した栄養方法が正しかったかどうかについての不安感

母子感染予防研究で十分な説明や栄養法選択の意思決定支援を受けた母親では、分娩後 1 か月、および 3 か月のエジンバラ産後うつ病評価尺度 (EPDS) は差を認めず、また EPDS が 9 点以上を示す割合も一般的な妊婦に比べて高くなかったこと[18]から、十分な説明や支援が重要であると考えられる。

しかし、栄養方法を決定し実際に実行していても、母親は自分の選択が正しかったのかと揺れ動いている。子のために考えて選択した栄養方法は正しい選択であったと支持的な対応を行い、選択した栄養方法を完遂できる支援を行う。

産後 1 年以内は特に心理的に不安定であるため、2 か月以降の予防接種や健診などでの小児科受診時や保健師を中心に対応していくが、対応できない場合には、地域におけるカウンセリング体制 (例 乳幼児健診における心理相談等) へ繋ぐ必要がある。

3. 栄養方法に関する各期間別具体的支援

いずれの栄養方法を選択する場合でも、妊娠期間、出産/出生直後から入院中の期間、退院後から授乳終了までの期間、乳汁分泌がほぼ終了するまでの期間を通して、継続的なフォローと支援を行う。全期間を通して、分娩施設で助産師等の看護職に継続的に支援されることが望ましい。また、支援を行う産科施設は、困難を感じた際に保健師からも支援が受けられるように本人の同意を得て居住地の自治体へ情報提供を行い、自治体もその情報提供に基づき対応予測を想定して具体的な相談体制を整備することが望ましい。

1) 妊娠期の支援 妊娠期ガイダンスと支援：

妊婦がわが子の栄養方法について十分な情報に基づいて決定できるよう、以下のことに留意して支援する。

- i) 栄養方法の選択に関する基本的な情報提供：母乳と人工乳に関するベネフィットとリスク、各種授乳方法の特徴に関する正確で事実に基づいた情報を提供する (本章 I、II、III 参照)。医療者からのさまざま不一致な情報が提供された場合、情報の受け手の混乱や不安、不信任は増大する。従来からの慣習や保健医療者の個人的見解、母乳代替品を販売・流通する企業からの不適切なマーケティング (宣伝や試供品の提供など) の影響を受けていないことを確認して母親・家族に伝える。

- ii) 各種栄養方法に関する具体的な情報提供：完全人工栄養、短期母乳栄養の栄養方法を実施する際の具体的な方法、ベネフィットとリスク、留意点等の概要についてイメージできるよう情報提供する（表 4-6）。
- iii) 理解を促す支援：それぞれの妊婦が置かれている個々の状況に即して、その妊婦が理解できるようにわかりやすい言葉を用いて説明する。質問しやすい雰囲気を作り、疑問や不明な点について忍耐強く丁寧に説明する。本人が確かに理解したことを確認する。家族に説明する場合、家族も含めてお互いに共通理解しているか確認する。家族がそれぞれの思いを表出し、お互いに理解を深められる機会を設けることも望ましい（巻末資料 3：傾聴・共感・葛藤への支援）。
- iv) 意思決定への支援：妊婦は、栄養方法を選択することについて、迷い、悩み、揺れ動き、一度決めた後も繰り返し揺らぎながら妊娠期を過ごす。栄養方法を決めていく過程に伴走する支援者は、妊婦と共有意思決定支援を行う（巻末資料 4：共有意思決定支援）。妊娠期に妊婦が明確に意思決定できそうであれば、産後の具体的な段取りについて妊婦と相談しながら暫定的な計画を立てておく。特に、出産が近づいた時期に、出生直後の母子接触や早期授乳の有無について相談し意思確認しておく。
- v) 自信を持つことへの支援：妊婦が、いずれの方法を選択しても、自分が選択する栄養方法でわが子を育てることができると思えるよう支援する。妊婦は、さまざまな葛藤状況の中でわが子の栄養方法の選択を迫られており、自分が決めたことは本当にこれでよかったのか自分の決定に不安を感じることも多い。また、自身の身体や健康に対する不確かさや不安、恐怖を抱え、わが子に対する母親としての罪責感、自尊感情などの自己に対する否定的感情が増大し、自分の決定に対する自己効力感はますます低下することもある。支援者はこれらを踏まえて、母親の当事者としての語りを十分に傾聴し共感して、母親が葛藤に対処し、自己を保ち、自尊感情や自己効力感を高めることができるよう支援する（巻末資料 3：傾聴・共感・葛藤への支援）。

2) 出産後（産褥期）の支援

出産後は、母親の疲労をねぎらい、頑張りを褒め、初めてわが子と対面しわが子を抱いた母親をはじめ家族の気持ちをきめ細やかに受け止める。いずれの栄養方法を選択する場合でも、出生直後の早期母子接触を行うことが推奨される。一方、早期母子接触に続いて早期授乳を行うか否かは、授乳方法の選択により異なる早期母子接触中、児の自発的な哺乳前行動（pre-feeding behavior）に伴う早期授乳を実施[19]するか否かについては、事前に話し合いをして決定しておく。早期授乳を行いその後人工栄養に切り替えた場合でも、短期母乳栄養に含める。

妊娠期にいったん栄養方法を決定したとしても、産後に必ず、再度、今の母親の気持ちを受け止めながら、選択する栄養方法について確認する。また、いずれの方法においても、母親・家族とともに話し合い授乳/授乳

終了計画や大まかな段取りを共有しておく。授乳終了に向かう経過中に起こるさまざまなことに柔軟対応することも共有し、母乳相談外来等で定期的に授乳状況を確認し合う継続支援の機会も計画に入れておく。

i) 各栄養方法別の支援体制

a. 完全人工栄養の場合

出産/出生直後の早期母子接触を行う。その後、児の哺乳前行動による乳房への吸着が行われる前に、母子接触を一旦終了する。早期母子接触後以降、分娩室で過ごす産後 2 時間とそれに続く産褥室にて母子同室を実施する際にも、乳房は含ませず人工乳を適量補足する。

分娩室において、乳汁分泌抑制のための薬剤使用を開始する。分娩後 48 時間以内に、薬剤によって母乳分泌を抑制することができるが、乳房緊満などトラブルが生じることがある（巻末資料 5：Q&A）。

産褥期間中、乳房への刺激を最小限にするため、原則として積極的に乳房を動かしたり搾乳したりしないようにする。産後 2 日目の夜から 3～4 日目（乳汁生成第 2 期/ラクトジェネシスⅡ：産後約 36 時間から 96 時間）にかけて乳房が張って重くなり、わずかに熱感を生じる（生理的な乳房の充満 breast fullness）。さらに乳房が緊満して違和感や痛みを伴う場合（病的乳房緊満 pathological breast engorgement）には、母親または助産師が手を用いて、症状が緩和される程度少量の乳汁を排出する（巻末資料 6:搾乳方法）。母親が心地よいと感じる程度の冷湿布を行う（市販の発熱時用冷却ジェルシートを使用）。病的な乳房緊満からうっ滞性/感染性乳腺炎に移行することもあるため、張りの強さや発赤などの症状と自覚的痛みの有無に留意して、経過観察し対処する[20]。

キャリアの母親の中には、授乳できないことで精神的苦痛を感じるケースがある一方で、母乳栄養を強く希望しないケースもある。また、保健医療者を含め、母親の周りの人が「授乳できなくてかわいそう」や「産後は母乳を止めているから楽だろう」等の自己の感情や価値判断を一方向的に押し付ける可能性があるが、個人の価値観で相手を解釈しないよう注意が必要である。母乳育児ができないことで自信をなくす母親に対しては、母親の気持ちを傾聴し共感しつつ、直接母乳を与えなくても、赤ちゃんと目と目を合せて気持ちを通じ合わせるアイコンタクトや情緒豊かな言葉かけ、抱っこやタッチケアなど親子の十分な体のふれあいをとおして、母と子の信頼関係が育まれることを母親が理解し納得できるよう支援を続けることも必要である。

b. 短期母乳栄養の場合

出生後 90 日未満で母乳を中止し人工栄養への移行の完了を行う。（巻末資料 5：Q&A）その際に乳房トラブルなどの困難が生じることがあるため、助産師を中心とした具体的な乳房ケアや技術支援、心理支援を行う。分娩施設等で 1 か月健診以降も人工栄養への移行まで継続して支援するか、責任をもって居住する地域の産科施設もしくは開業助産師等、支援できる施設へ引き継ぐ。居住先の体制が分からない場合には、日本助産師会等に支援可能な助産師を確認して依頼するか、自治体保健師に引き継ぐ。連絡のあった自治体保健師による赤ちゃん訪問等で対応が難しい場合には、助産師の訪問支援を活用する。これまで鹿児島で行わ

れていた支援法を参考資料（巻末資料 7：鹿児島県における短期母乳栄養選択者への支援の具体例）として示す。

短期完全母乳栄養の場合、出生直後の早期母子接触に続く早期授乳が開始される。その後も児の母乳を欲しがるサインに応じた授乳を行い、出生後 90 日未満で母乳を中止し人工栄養への移行完了を行う。短期混合栄養の場合には、さまざまなバリエーションがある。初乳のみ授乳後に人工栄養に切り替える、産後早期から母乳と人工乳を併用する、産後 1～2 か月母乳のみ与え、その後人工乳を併用する等のパターンがある。たとえば、産後 2 か月ごろから徐々に母乳を計画的に終了する方法も提案されている[3]。いずれの場合でも、90 日に至るまでに母乳を終了し、その後は乳汁産生が抑制されるよう搾乳回数や搾乳量を漸減できるよう支援する（巻末資料 8：乳汁産生抑制のためのケア）。

90 日未満という限定された期間に母親が満足して十分に母乳育児を行えるよう、産科施設においては母乳育児成功のための 10 のステップ (UNICEF/WHO, 2018) ([URL:10steps_2018_1989_Final \(jalc-net.jp\)](http://www.jalc-net.jp/10steps_2018_1989_Final)) を参照した支援を行うことが望ましい。

90 日以降は、人工乳栄養となる。乳房ケアの原則は、乳房や乳頭乳輪部への刺激を最小限にしながら適宜適量乳汁を排出させて過度な乳汁うっ滞を防ぐこと、および、乳房内に許容範囲内の乳汁をあえて残して「乳汁産生抑制因子 feedback inhibitor of lactation: FIL」の機能を活用した乳汁産生抑制を促すケアを実施することである（巻末資料 8：乳汁産生抑制のためのケア）。

また、児にとっては突然の直接授乳から哺乳びんへの変化を受け入れられず、大泣きして人工乳首を拒否する場合もある。これを予防するためには、90 日間のいずれかの折々に、搾乳した母乳を哺乳びんで与える機会を作ることも助けになる。このさい、児が「母親=乳房/直接授乳」と認識して、母親が哺乳びんで授乳することを拒否することがある。このような場合、父親や他の家族等、母親以外の者が哺乳びんで母乳または人工乳を授乳すると拒否しないこともある。母親のみが孤軍奮闘しないよう、母親を支える周囲のサポート体制づくりも重要である。

母乳を終了する際に、子どもが喜んで飲んでいるのをやめさせることに憐憫の情や罪悪感をいだく母親もいる。また、身体的事情を知らない親族等から「欲しがるならあげたら」等での発言で傷つくことがある。授乳を終了する過程においては、家族や助産師、保健師等の保健医療者からの手厚い支援が重要である。

実際に短期母乳栄養法を実施したケースの中には、仕事復帰に合わせてスムーズに終了できた、子どもが母乳を欲しがって泣いたら夫があやしてくれたという報告もあれば、子どもが欲しがって母乳をやめることができなかったというケースもある。折れそうな心を支えながら、出産前には想定できなかった状況を踏まえ、改めて母乳を終了するのか、継続するのか等について、葛藤する気持ちを傾聴し、共感して、十分に話し合い共有意思決定支援を行う必要が出てくる。短期母乳栄養法の実践には母親への継続的な精神面と身体面のサポートが不可欠である。

c. 凍結解凍母乳栄養の場合

凍結解凍母乳栄養とは、原則として全ての授乳に凍結解凍母乳を用いることを指す。用手または搾乳器を用いて母親の乳房から母乳を搾乳し、搾母乳を速やかに凍結保存し、必要な時に解凍して哺乳びん等にて児に授乳する。-20℃以下の家庭用冷蔵庫で24時間以上冷凍後、解凍し、37℃程度に温めてから授乳する（巻末資料9：凍結解凍母乳栄養）。母乳を凍結処理することにより感染リンパ球が破壊されることで感染性が失活し、児への感染を予防すると考えられている（Ⅲ．栄養方法の特徴 4．凍結解凍母乳栄養の項参照）。感染リスクに関するエビデンスも確立していないため積極的には勧められていない。搾乳、凍結、解凍を繰り返し継続的に行うため、労力と時間がかかり、母親の心身への負担が増す場合も多い。母親がこの方法を選択した場合は、母親が一連のプロセスを修得できるよう、具体的にわかりやすく伝え、授乳中の母親の心身の状態を継続的に支援する。

（注）ここで定義した「凍結解凍母乳栄養」とは別に、一時的に直接授乳が行えない場合の代替法として、搾乳した母乳を凍結、解凍、加温して用いることがある。HTLV-1キャリアマザーにおける短期母乳栄養（または通常の母乳/混合栄養）においても行われことがある。

d. 長期母乳栄養（90日以上）：今回推奨していない栄養法を選択した場合

妊娠期に各種授乳方法に関する説明を行った後、妊婦が十分考え抜いた末に「長期母乳栄養」を選択することもある。また、妊娠期には短期母乳栄養等を選択していても、母親が産後に授乳体験を重ねる中で「長期母乳栄養」を積極的に選択し直したり、短期母乳栄養終了の90日目に至っても母乳を止められずに長期化したりする場合もある。母乳を続けることに罪責感を持ち続け、継続か終了かの二者択一の葛藤状況に陥ることもある。このような場合には、母親の揺れ動く気持ちを受け止めつつ、葛藤状況を整理して、いずれの方法を選択するにせよ、再度意思決定をし直すための丁寧な支援が必要になる。

3) 母乳終了後の支援

初乳のみ授乳して母乳栄養を終了する場合には、母乳分泌が本格的に開始される前の乳汁生成第1期（ラクトジェネシスI）の期間に母乳が終結されることになる。約2週間程度でプロラクチン値は非妊時に戻り比較的容易に乳汁分泌は停止するため、この期間は乳房の観察とケアを継続する。また、短期母乳栄養を行い90日未滿に最後の授乳を終了してから、乳汁分泌が著しく低減するまで約40日間は「乳房退縮期 involution」と位置付けられる。この時期も乳房や乳頭乳輪部への刺激を最小限にしなが、乳汁産生を抑制するケアを実施する（巻末資料8：乳汁産生抑制のためのケア）。乳汁分泌を低下させる過程では、乳腺炎を発症させないよう母親自身が乳房の状態を確認して判断、セルフケアできるように支援する。同時に、支援者も注意深くモニターし、必要時排乳等のケアを行う。最終的には、初乳様の乳汁がわずかに排出される状態になる。支援者は、乳汁分泌が徐々に低下するプロセスにおいて、母親が妊娠期の告知から現在に至る授乳経験を振り返り、潜在的な葛藤や否定的感情に対処し、自身の経験を受け入れ納得して前に進めるよう支援する。

支援を行う助産師は、適宜栄養法の実施状況など本人の同意を得て居住地の自治体へ情報提供し連携をとることが望ましい。

(根路銘安仁、森内浩幸、井村真澄、柘植 薫)

V. 心理的サポートやカウンセリングについて

自らが HTLV-1 キャリアであり、わが子の授乳方法の選択を迫られる母親の悩みは深い。HTLV-1 キャリアを対象に行った調査[21]によれば「ミルクで育てても、子どもに感染していないか心配になることがある」、「仕方がないとわかっているにもかかわらず、3か月で母乳を断つことができなかった」との意見があり、鹿児島県の調査においても、「児の感染への不安」、「周囲の十分な理解が得られない」、「児の栄養方法限定による母の罪悪感・葛藤」等の相談があることも報告されている[22]。前章でも述べたように HTLV-1 キャリアである母親は、多様な価値観や選択肢がある中で様々な思いや葛藤を抱えて過ごしていることが多い。完全人工栄養、短期母乳栄養、長期母乳栄養等いずれの栄養方法を選択した場合でも、母親に個別的に寄り添い、きめ細やかに支援することが奨められる。

支援者は、疑問や不安に対応し、傾聴と共感を通して母親の感情や思いを丁寧に受けとめる。支援者は、自分が知りたいことを一方的に問診したり、自分が伝えたいことを一方的に情報提供したりしない。支援者は、母親との最初の出会いの時から、母親に注意を向け、聴く姿勢を示し、母親の語りを聴き、母親が伝えたいと思っていることに注意深く耳を傾ける。支援者が傾聴、共感すべきポイントは、母親が過去に経験したことや現在経験していること、それに伴う母親自身の行動、そして感情である。支援者は、母親の語りに深く耳を傾け、自身が理解したことを言語的・非言語的に母親に伝えていく。傾聴と共感を繰り返し、母親が語りたいことを語れる関係性の土台を作り、その信頼関係の中で、母親から疑問や不安を含む様々な思いが語られることが望ましい[23]。

とりわけ、母親の葛藤に対しては十分に支援することが重要である。カウンセリング的態度を重視した葛藤への支援等については資料（巻末資料 3: 傾聴・共感・葛藤への支援）を参照されたい。その中で HTLV-1 キャリアの悲嘆が長引く場合や、カウンセリング担当者がキャリアに対して何度説明してもわかってもらえないといった感覚を持つ場合は、心理専門職のカウンセリングを紹介したり、担当者が心理職へ直接意見を聴いたりすることも推奨される。

(柘植 薫、井村真澄)

参考文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金・新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「25年間継続した妊婦の HTLV-1 抗体検査から得られた母子感染予防効果の検証および高精度スクリーニングシステム開発」（研究代表者：増崎英明）平成 25 年度総括・分担研究報告書
- 2) 授乳・離乳の支援ガイド(2019年改定版)実践の手引き、公益財団法人母子衛生研究会、東京、2020

- 3) Stooddy EE, Spahn JM, Casavale KO: The pregnancy and birth to 24 months project: a series of systematic reviews on diet and health. *Am J Clin Nutr* 109 (Suppl_7): 685S-697S, 2019
- 4) Feltner C, Weber RP, Stuebe A, et al: Breastfeeding programs and policies, breastfeeding uptake, and maternal health outcomes in developed countries. *Comparative Effectiveness Review*, No.210. . (Prepared by the RTI International–University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00011-I.) AHRQ Publication No. 18-EHC014-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018
- 5) 厚生労働科学研究費補助金・成育疾患克服等次世代育成研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）「HTLV-1 母子感染対策および支援体制の課題の検討と対策に関する研究」（研究代表者：内丸薫）令和 2 年度総括・分担研究報告書
- 6) 厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性妊婦からの出生児のコホート研究」（研究代表者：板橋家頭夫）：HTLV-1 母子感染予防対策マニュアル, 2017
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken16/dl/06.pdf>
- 7) 厚生労働行政推進調査事業費補助金・成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「HTLV-1 母子感染予防に関するエビデンス創出のための研究」（研究代表者：板橋家頭夫）令和元年度総括・分担研究報告書
- 8) Itabashi K, Miyazawa T, Nerome Y, et al: Issues of infant feeding for postnatal prevention of human T-cell leukemia/lymphoma virus type-1 mother-to-child transmission. *Pediatr Int* 63: 284-289, 2021
- 9) Miyazawa T, Hasebe Y, Murase M, et al: The Effect of early postnatal nutrition on human T cell leukemia virus type 1 mother-to-child transmission: a systematic review and meta-analysis. *Viruses* 13: 819, 2021
- 10) Itabashi K, Miyazawa T: Mother-to-child transmission of human T-cell leukemia virus type 1: mechanisms and nutritional strategies for prevention. *Cancers* 13: 4100, 2021
- 11) 厚生労働省：授乳・離乳の支援ガイド（2019 年改定版） https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04250.html
- 12) Takahashi K, Takezaki T, Oki T, et al: Inhibitory effect of maternal antibody on mother-to-child transmission of human T-lymphotropic virus type 1. *Int J Cancer* 49: 673-677, 1991
- 13) 厚生労働科学研究費補助金・厚生労働科学特別研究事業「ヒト T 細胞白血病ウイルス-1 型 (HTLV-1) 母子感染予防のための保健指導の標準化に関する研究」（研究代表者：森内浩幸）：HTLV-1 母子感染予防対策保健指導マニュアル, 2011
- 14) 水野克己、清水俊明、位田忍、ほか：早産・極低出生体重児の経腸栄養に関する提言. *日本小児科学会雑誌* 123: 1108-1111, 2019
- 15) 一般社団法人日本母乳バンク協会ホームページ <https://jhmba.or.jp/>
- 16) NICE/NHS England: Shared decision making. Summary guide. SDM. MiniGuide v.3.3, 2019
<https://www.england.nhs.uk/publication/shared-decision-makingsummary-guide/> [アクセス 2022.1.5]
- 17) Nerome Y, Owaki T, Amitani M, Kawano Y, Takezaki T: HTLV-1 Carrier Mothers Need Continual Support to Accomplish Their Selected Nutrition Method for Mother-to-child Transmission Prevention in Kagoshima . *Med J Kagoshima Univ* 67: 51-57, 2015
- 18) 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「HTLV-1 母子感染予防に関する研究：HTLV-1 抗体陽性母体からの出生児のコホート研究」（研究代表者：板橋家頭夫）平成 27 年度総括・分担研究報告書
- 19) WHO/UNICEF: Baby-Friendly Hospital Initiative, Revised, updated and expanded for integrated care, 2009

https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/ [アクセス 2022.1.5] BFHI (2009) セクション3および4 の一部の邦訳. UNICEF/WHO (2009) / BFHI2009 翻訳編集委員会訳 (2009). UNICEF/WHO 赤ちゃんとお母さんにやさしい母乳育児支援ガイド: ベーシック・コース. 「母乳育児成功のための10カ条」の実践. 医学書院.

- 20) 日本助産師会・日本助産学会: 乳腺炎ケアガイドライン 2020.日本助産師会出版, 2020
- 21) 柘植薫、末岡榮三朗: 妊娠から子育て期にある HTLV-1 キャリアの母乳制限に伴う母親の気持ちや相談の在り方に関する一考察. 助産雑誌 74: 930-935, 2020.
- 22) 谷口光代、根路銘安仁、北村愛、下敷領須美子: HTLV-1 キャリア妊婦からの相談内容-鹿児島県の保健師および助産師への調査結果から-.国際ナショナル Nursing Research15: 73-82, 2016
- 23) 井村真澄: 母親に寄り添う授乳支援.助産雑誌 73:922-927, 2019

第5章 出生後のフォローアップ

■要旨■

- キャリア妊婦から出生した児のフォローアップの主な目的は以下の点である。
 - ・ 児の健康状態や成長・発達
 - ・ 短期母乳栄養の状況
 - ・ 母親や家族の不安への対応
- 児のフォローアップについては以下を考慮する。
 - ・ HTLV-1 キャリアの母から出生した児のフォローアップは、小児かかりつけ医療機関における乳幼児健診が中心となるので、キャリアである母親および出生した児の情報は、分娩施設からの診療情報提供書などで伝達されることが望ましい。
 - ・ 児の抗体検査の必要性、陽性であった場合の対応については、現時点は意見の分かれるところで、ひとりひとりの母親および家族の価値観に判断をゆだねることになる。
 - ・ 児に抗体検査をうけさせるかどうかの意思決定の支援も必要になることがある。
 - ・ 成人期以降は必ずしもフォローアップの必要はないと考えられている。

I. キャリア妊婦から出生した児のフォローアップの意義

1. キャリア妊婦から出生した児の成長・発達

ATLはおもにHTLV-1母子感染（大部分は経母乳感染である）に起因すると考えられている。HTLV-1関連脊髄症(HAM)/熱帯性痙性麻痺(TSP)は、成人期の性交渉や輸血によるHTLV-1感染のみならず、最近では母子感染による例も報告されている[1,2]。ATLの平均発症年齢が66.0歳[3]、HAM/TSPが40歳[4]であることからわかるように、両者の多くが成人期以後の発症である。だが南米を中心に小児期発症例が報告されている。異常神経所見（クローヌスや下肢過反射）は、HTLV-1に感染したペルーの小児に多くみられ、下肢の持続的な反射亢進は、小児におけるHTLV-1関連神経病変の初期徴候である可能性が示唆されている[2]。その他、脂漏性皮膚炎や湿疹の一部がHTLV1に関連する小児皮膚疾患であることが報告されている[5]。最近のレビューでは、HAM/TSP27例とATL31例を合わせた早期発症のHTLV-1関連疾患の報告がまとめられている[6]。診断時の年齢は、HAM/TSPが3～18歳、ATLが2～18歳である。また、HAM/TSP症例の約半数がHTLV-1関連感染性皮膚炎を併発していた。感染児の年齢によって症状の発現率がどのように異なるかは不明であるが、脂漏性皮膚炎や湿疹などの皮膚の異常や神経症状は早いものでは2～3歳で出現していた。

HTLV-1感染小児における皮膚病変とHAM/TSPの関連は日本ではほとんど報告がないことから、中南米に特有の可能性もある。Yoshidaらは、日本におけるHAM/TSP患者の10%において15歳以前に発病したと報告している[7]。これらの患者では低身長と軽度の知的障害という共通の特徴があった。またそのうち3人は仮性副甲状腺機能低下症であった。しかし、彼らの報告以降、HAM/TSPやATLの発症やそれらに関連する幼少期の明らかな徴候は報告されていない。小児期発症のHTLV-1関連疾患に関する報告が南米に多く、わが

国で少ないことの理由は明らかでないが、人種差なのか、ウイルスの相違なのか、あるいは環境面の相違のかなどは今後国際的な共同研究により明らかにしていくことが必要である。

現状においては、3歳前に何らかの徴候が出現することは南米の報告も含めて極めてまれでエビデンスも十分でないことから、少なくとも母子感染が明らかになるまではキャリア妊婦から出生した児のフォローアップは通常の健診のスケジュールで行ってよいと考えられる。

2. 短期母乳栄養の状況

HTLV-1 母子感染対策マニュアル導入前に計画された厚生労働科学研究班によるコホート研究によれば、3歳時点で抗体検査が実施されたキャリアの母親のうち55%が短期母乳栄養を選択（鹿児島県72.3%、その他の都道府県37.5%）していた。また、短期母乳栄養が選択されていても生後6か月時点で約8%が母乳を与えられていた[8]。メタ解析によれば、分娩後90日までの短期母乳栄養であれば完全人工乳の母子感染リスクとの有意差はないが、90日を超えると2.9倍となる[9]。以上の結果から、短期母乳栄養が選択されている場合に、生後90日までに母乳栄養を終了できる状況であるかどうかを評価し、必要に応じて助産師等に、乳汁産生抑制のためのケア（資料8参照）を依頼することが望ましい。

3. 母親や家族の不安への対応

妊産婦が対象ではないが、ブラジルのサンパウロで実施された13名のHTLV-1感染者へのインタビューによると、HTLV-1感染は社会や医療従事者にほとんど知られておらず有症状者も少ないため、invisible disease（見えざる病）であるかのようで、十分な対応がされていないことが示されている[10]。日本でも依然としてこれに近い状況であると思われる。

HTLV-1の有症状患者と無症状患者の両方が、非感染患者よりも不安と抑うつを経験していることが報告されている[11]。だが、HTLV-1感染の診断が母親の感情（不安やうつ）、出産経験や母子結合、母親と家族の関係に与える影響については十分に検討されていない[12,13]。

母子感染予防の主体が長期の母乳栄養を避けることにあるため、これが母親や家族の不安やうつにどのように影響するのかについてもエビデンスレベルの高い研究はない。HTLV-1キャリアの母親を対象とした検討ではないが、授乳期間と産後うつとの関連性に関する系統的レビューでは、ほぼすべての研究で母乳育児期間が短いとことが産後うつと関連していることが示されている[14]。このことから、キャリアの母親は自身の将来のリスクや他者への感染の懸念に加えて、人工栄養や短期母乳栄養により母乳栄養期間が制限されることから、不安やうつのリスクが高まる可能性があると推測される。フォローアップ担当者は母親や家族の不安を傾聴し、適切な対応が望まれる。そのためには、臨床心理士や助産師、保健行政、血液内科・脳神経内科などのリソースを地域ごとに設定しておくことが必要となる。

(板橋家頭夫)

II. 出生後～小児期・小児期以降のフォローアップ

HTLV-1 感染に関連した疾患は早くても青年期になってから発症することが多く、乳幼児期から小児期にかけて医療的なリスクは少ない。したがって、HTLV-1 キャリアである母親から出生した児のフォローアップは、小児かかりつけ医療機関における乳幼児健診が中心となる。キャリアである母親および出生した児の情報は、分娩施設からの診療情報提供書などで伝達されることが望ましいが、かかりつけ医療機関にもおいても、初診時に新生児聴覚スクリーニングや新生児マススクリーニング（先天代謝異常症等検査）の結果とあわせて、母親の妊娠中の HTLV-1 スクリーニング検査の結果についても確認すべきである。かかりつけ医療機関においては、乳幼児健診とともに一般的な予防接種についても通常のスケジュールで実施する。感冒など一般的な急性疾患についても通常の対応で問題はなく、薬剤の使用についても特別な配慮は必要としない。日常生活において、他者に感染することはないため、家庭でのきょうだい間の接触や幼稚園・保育園・学校などへの通園・通学に制限はなく、仮に後に述べる児の抗体検査が陽性であった場合でも通園・通学先への報告義務は生じないことを説明する。

児の抗体検査の必要性については意見が分かれるところではあるが、栄養法による感染率はあくまで統計的な数値であり、例えどのような栄養法を選択したとしても、乳幼児期に HTLV-1 感染により健康上の問題を生じることが極めてまれであるため、母子感染の有無は児の抗体検査を実施しない限り判明しない。抗体検査の時期は、母体からの移行抗体が消失し、児への感染による抗体が確実に出現する 3 歳以降に実施することが望ましい。陽性である場合には LIA 法による確認検査を行う。

児の抗体検査の結果が陽性であった場合の対応については現時点では意見の分かれるところと思われる。本人が HTLV-1 キャリアであることを知っておくことのメリットとして、将来知らずに献血などを行って抗体検査陽性の通知を不意打ちに受け取って、必要以上に思い悩まないように適切な説明を行う（必要に応じて内科などで説明を受けることを考慮する⇒第 3 章 IV 参照）などの対応が可能であること、同様に女兒の場合、将来に妊婦健診を受ける機会があった時に、突然 HTLV-1 キャリアであるという事実に向き合う事態になることを避けるように説明しておくことが可能になることなどがあげられる。HTLV-1 関連疾患では HAM については小児期の発症も報告されていることから、懸念される症状が見られた場合に早期に専門医療機関に相談できることもメリットとしてあげられる。一方でデメリットとしては、思春期に向けてパートナーへの性感染の不安・懸念を抱いて悩んでしまうことがあげられる。またデメリットではないが、HTLV-1 キャリアであることが判明しても医療として介入できることは現段階では母子感染予防以外には存在しない。いずれにしても、児の抗体検査を行うかどうかは、医療者の考え方を強要するべきではなく、これらのメリット、デメリットを丁寧に説明し、ひとりひとりの母親および家族の価値観に判断をゆだねることになろう。児の検査結果が陽性だった場合に、児に告知するタイミングについても家族の意向を尊重すべきであるが、HTLV-1 感染のことを十分に理解が可能な年齢に達していることが望ましく、もし本人に伝えるのであれば、献血が可能になる 16 歳ごろを目安に考えるのが適当と考えられる。その場合、本人が納得できる説明を受けさせるために血液内科などの専門医療機関を受診させることも考慮される。

成人期以降については必ずしも経過観察の必要はないと考えられており、ATL、HAM、HUなどの症状について説明した上で、気になる症状があれば医療機関を受診するよう指導する。その時自身が HTLV-1 キャリアであること伝えることで診断の遅れを防ぐことができることも説明しておくことも必要である。

(時田章史、内丸薫)

Ⅲ. 児の抗体検査についての意思決定支援

HTLV-1 キャリアの児が3歳を迎える頃、幼児健診や小児科受診の際、母親から児の抗体検査について相談を受ける場面が想定される。抗体検査によって、児の陰性が判明すると母親は大きな安心感や達成感を得られ、妊婦健診以降抱え続けた不安を解消できる可能性がある。一方で、陽性と判明した場合、母親は心理的なダメージを受け、家族関係に不安感を与える恐れがある。現時点で検査のメリットは大きくないが、HTLV-1 キャリアである母親にとって、子どもが感染しているかどうかは、実際に検査を受けるか受けないかに関わらず懸念事項である。HTLV-1 キャリア登録サイト「キャリねっと」(<https://htlv1carrier.org/>)登録者を対象とした実態調査によれば、抗体検査を受けていない理由として「どこで検査を受けられるかわからなかったから」と回答した人は全体の半数を占め、3割以上の人「もし陽性と判明したら怖いから」と回答していた。本邦で妊婦に対する検査が開始されて10年以上が経過しており、HTLV-1 キャリアには、子どもの検査を実施するかしないかに関わらず、相談対応可能な医療機関やカウンセリングの情報提供が求められる。これまでに相談機関を訪れた母親の中には、幼児を連れた受診を負担と考え、小学生になるまで待つ検査を受けさせたケースや、自分で意思決定ができる10代後半で検査を希望したケースもある。相談した時点で検査を見送ったとしても、時間とともに変化する母親の気持ちへの配慮が重要である。

カウンセリング担当者は、前述のように医療者の考え方を強要することなく、検査のメリット、デメリットについて説明を行い、母親の検査に対する期待や不安を受け止めながら、共有意思決定を行う。その際、「母親が検査を強く望んでいるか」、「近親者における HTLV-1 キャリアや関連疾患患者の有無」、「家族関係やサポート体制、専門的な医療機関の近接性」など考慮し、それぞれの母親がもつ検査に対する考えを整理し、子どもが陽性と判明した場合の具体的な対応など、今後の見通しを立てる。相談の中で、母親が過去の栄養方法を悔やんだ際、安易な意見(例「断乳(短期母乳)にすれば良かったのに」)は控える。育児の悩みが多く、ストレスが重なっている母親には、地域の子育て相談事業に配置されている臨床心理士・公認心理師を活用する方法もある。

(柘植 薫)

参考文献

- 1) Murphy EL. Sexual Transmission of Human T-Lymphotropic Virus Type I (HTLV-I). *Ann Intern Med.* 1989 Oct 1;111(7):555.
- 2) Kendall EA, Gonzalez E, Espinoza I, Tipismana M, Verdonck K, Clark D, et al. Early neurologic abnormalities associated with human T-cell lymphotropic virus type 1 infection in a cohort of Peruvian children. *J Pediatr.* 2009 Nov;155(5):700–6.
- 3) Iwanaga M, Watanabe T, Yamaguchi K. Adult T-cell leukemia: a review of epidemiological evidence. *Front Microbiol.* 2012;3:322.
- 4) Nakagawa M, Izumo S, Ijichi S, Kubota H, Arimura K, Kawabata M, et al. HTLV-I-associated myelopathy: analysis of 213 patients based on clinical features and laboratory findings. *J Neurovirol.* 1995 Mar;1(1):50–61.
- 5) Maloney EM, Wiktor SZ, Palmer P, Cranston B, Pate EJ, Cohn S, et al. A Cohort Study of Health Effects of Human T-Cell Lymphotropic Virus Type I Infection in Jamaican Children. *Pediatrics.* 2003 Aug 1;112(2):e136–42.
- 6) Oliveira PD, Kachimarek AC, Bittencourt AL. Early Onset of HTLV-1 Associated Myelopathy/Tropical Spastic Paraparesis (HAM/TSP) and Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (ATL): Systematic Search and Review. *J Trop Pediatr.* 2018 Apr;64(2):151–61.
- 7) Yoshida Y, Sakamoto Y, Yoshimine A, Maruyama Y, Ikegami N, Inose M, et al. Three cases of juvenile onset HTLV-I-associated myelopathy with pseudohypoparathyroidism. *J Neurol Sci.* 1993;118(2):145–9.
- 8) Itabashi K, Miyazawa T, Nerome Y, Sekizawa A, Moriuchi H, Saito S, et al. Issues of infant feeding for postnatal prevention of human T-cell leukemia/lymphoma virus type-1 mother-to-child transmission. *Pediatr Int Off J Jpn Pediatr Soc.* 2021 Mar;63(3):284–9.
- 9) Miyazawa T, Hasebe Y, Murase M, Sakurai M, Itabashi K, Yonemoto N. The Effect of Early Postnatal Nutrition on Human T Cell Leukemia Virus Type 1 Mother-to-Child Transmission: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Viruses.* 2021 May;13(5):819.
- 10) Zihlmann KF, de Alvarenga AT, Casseb J. Living invisible: HTLV-1-infected persons and the lack of care in public health. *PLoS Negl Trop Dis.* 2012;6(6):e1705.
- 11) Rocha-Filho PAS, Goncalves LR. Depression and anxiety disorders among patients with human T-cell lymphotropic virus type-1: a cross-sectional study with a comparison group. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2018 Jun;51(3):357–60.
- 12) Rosadas C, Taylor GP. Mother-to-Child HTLV-1 Transmission: Unmet Research Needs. *Front Microbiol.* 2019;10:999.
- 13) Itabashi K, Miyazawa T, Sekizawa A, Tokita A, Saito S, Moriuchi H, et al. A Nationwide Antenatal Human T-Cell Leukemia Virus Type-1 Antibody Screening in Japan. *Front Microbiol.* 2020;11:595.
- 14) Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 2015 Jan;171:142–54.

資料 1. 小児科医あての診療情報提供書

(紹介先医療機関の所在地及び名称)

殿

年 月 日
(紹介元医療機関の所在地及び名称)

診療科：
医師氏名： 印

氏名：
住所： 性別： 男 ・ 女
電話番号：
生年月日： 年 月 日 (歳 か月)

傷病名： HTLV-1 キャリア母親から出生した児 (HTLV-1 感染疑い)
紹介目的： 児のフォローアップ (定期健診・3歳以降の抗体検査の相談等)

1 母の情報
氏名： _____ 年齢 (歳)
 合併症・既往症の有無 : 無・有 ()
 妊娠中の異常の有無: 無・有 ()
 分娩後の異常の有無: 無・有 ()
 これまでの分娩歴 (本児の分は3以降に記載)

分娩年月日	性別	児の HTLV-1 検査	栄養方法
年 月 日	男・女	陽性・陰性・未実施	人工栄養・短期母乳・その他 ()
年 月 日	男・女	陽性・陰性・未実施	人工栄養・短期母乳・その他 ()
年 月 日	男・女	陽性・陰性・未実施	人工栄養・短期母乳・その他 ()

 スクリーニング検査 実施妊娠週数 (週 日)
陽性結果: 定性・定量 (倍 (PA))
 確認検査 (LIA 法) 実施: あり・なし
「あり」→実施妊娠週数 (週 日) 検査結果 (陽性・判定保留・陰性)
「なし」→未実施の理由 (前回確認検査陽性 (詳細:) ・その他 ())
 PCR 法結果 (確認検査判定保留者のみ記載) (陽性・陰性)

2 母への説明状況
 キャリア妊婦であることを知っている家族
夫 (パートナー) ・実母・実父・母方祖父/祖母・父方祖父/祖母・その他 () ・なし
 分娩時に選択した栄養方法
人工栄養・短期母乳 (90 日未満) ・その他 ()

3 当該児の情報
 在胎週数 (週 日) 出生時体重 (g) 出生時身長 (cm)
 アプガースコア (1分 点, 5分 点)
 新生児期の特記すべき事項 無・有 ()

4 出生時から転院時までの栄養方法
完全人工栄養・出生時から 日間母乳栄養、それ以降は人工栄養・完全母乳栄養・その他 ()

5 転院時の栄養方法
人工栄養・完全母乳栄養・混合栄養・その他 ()

備考 (短期母乳選択時授乳支援先等) :

資料 2. HTLV-1 関連疾患患者、HTLV-1 キャリア及び家族を対象とした心理学的なカウンセリング

ここでは HTLV-1 キャリア支援における心理学的なカウンセリングの特徴や実際について述べる。

1. 心理学的なカウンセリングの特徴

カウンセリングによって、クライアントが自己洞察を深め、心理的な成長をとげるためには、クライアントとカウンセラーの関係性が重要とされ、そこには基本的条件が存在する¹⁾。とくに、カウンセラー側（心理的サポートをする側）に必要な条件として①「無条件の積極的関心」②「共感的理解」③「自己一致」がある²⁾。カウンセラーは、クライアントに安心して話してもらうように心がけ、クライアントとの信頼関係の構築を重要視する。カウンセリングはクライアントにとって、相手に大切にされる体験となることから、クライアントは自分の内面にある違和感や問題について恐れることなく洞察できるようになる。また、安心感をもって新たな気持ちで問題に取り組み、新しい価値観を生み出せる可能性が期待される。こういった方法は心理学的な専門活動であるが、HTLV-1 によって自己の価値観や人生設計が揺らいでいる人への心理的な援助となる。

心理的サポートをする側に重要な3条件

- ①無条件の積極的関心
客観的にみればたとえ矛盾する感情や一致しない価値観の下であったとしても、それらをすべてクライアント自身のありようとして無条件で認めること
- ②共感的理解
クライアント自身が感じているように感じようとし、また、そのことをクライアントに伝えようと努めていること
- ③自己一致
クライアントに対して、サポートをする側の態度は裏表なく、その言葉や行動は実感を伴ったものであること

「HTLV-1 関連疾患患者に対する心理的サポート」第1版: 172-173, 2013.11/17印刷

2. HTLV-1 キャリアや患者を対象とした心理学的なカウンセリング

実際に行われていた HTLV-1 キャリア、患者、及びその家族を対象とした専門外来における心理学的なカウンセリングは、外来受診者に対する HTLV-1 に関する情報を提供し、カウンセラーが受診者と共に HTLV-1 によって生じる個人的な問題を整理し、受診者の問題を受け止める力（精神面・健康面・社会的サポートなど）や持ち前の心理的な強さを確認して、受診者が今後取り組むべき課題とどう付き合うか考えることであった。一般的に心理学的なカウンセリングは、複数回面談を行い、時間をかけて自己洞察や行動変容を促すことが多い。ここで紹介する心理学的なカウンセリングは必要に応じて電話相談や出張相談を行うが、専門外来受診に合わせて2回1セットで行う。

3. カウンセリングの実際

1回目：カウンセラーは診察に同席し、その後別室で受診者と面談を行う。面談の前にリスニングシートを受診者に記載してもらい、カウンセリングを開始する。カウンセラーは、受診者の気持ちに配慮し、記載されたシートの内容を受診者と共に確認し、内容について気になった点を話し合う。この作業を通して受診者が抱えている問題を明らかにするだけでなく、受診者の普段の協力者の存在や心理的な問題に対処できる長所も確認し、帰宅後家族と話し合ってもらったことや次回の専門外来受診時の質問について、カウンセラーと一緒に整理する。

2回目：前回の受診後、受診者の問題の受け止め方がどう変化したかについて確認し、今後の対処について話し合う。

HTLV-1 専門外来 診察後カウンセリング前 リスニングシート

記入日 年 月 日 お名前

1. 先生のお話は分かりましたか？ 1, 分かった 2, だいたい 3, 分からない
2. 先生に聞きたいことや話したいことは話せましたか？^{(*)1} 1, 話せた 2, だいたい 3, 話せなかった
3. 自分自身のことや周りの人間関係のことも含め、もう少し話したいことや心配事はないですか？^{(*)2}
(病気、子どものこと、夫婦や家族、家事、育児、仕事、生活に関わることなんでも)
1, ない 2, ある → 内容
4. 身近な相談相手はいますか？^{(*)3} 1, いる → 誰？ () 2, いない
5. 次のような症状について、最近、ない・ある をお答えください

無気力・楽しく感じない	1, ない	2, ある → いつから？
気分の浮き沈みが大きい	1, ない	2, ある → いつから？
イライラ・落ち着かない	1, ない	2, ある
何かが頭から離れず不安	1, ない	2, ある
自分をいつも以上に責める	1, ない	2, ある
自分を傷つけたくなる	1, ない	2, ある
睡眠は十分とれている	1, いいえ	2, はい
食欲がない	1, ない	2, ある
たいてい満足している	1, はい	2, いいえ

6. 出身地をおしえてください (都道府県 市郡町村)

ここまで書いてきて気づいたことがあればお書きください。

カウンセリングでは

- ・話したくないことは話さないままで、結構です。
- ・どう伝えたらよいかわからないようなお気持ちがあっても、ふだんなんとなく気になっていることや、心配なお気持ちをカウンセラーに話していただく中で、ご自分の気持ちに気づいていくこともあります。
- ・医師に伝えにくいこと、診察や検査の中でよくわからなかったこともお話してください。診察後の感想をお話いただくことで、気になっていることの整理や、次回の診察で伝えたいこと、家に帰ってやっておきたいこと、家族と話し合いたいことなど確認をカウンセラーと一緒にいきます。ぜひカウンセリングをご利用ください。
- ・どんなことでも秘密は厳守します。

^{(*)1} 外来受診者 140 名中 48 人 (38%) がもう少し話を聞いてほしいと答えた。

^{(*)2} もともと心配性なのか、家族歴があるからか、育児への不安の有無など。

^{(*)3} 普段の対処法を振り返り、家族や友人、医療機関などとのつながりや、内容に応じた相談相手の確認など、今後必要となる可能性をもつ相談先について話し合った。

外来受診者を対象とした調査³⁾によれば、専門外来と産科の連携や産科でのカウンセリング体制を望む声があった。他科および他施設間連携は今後の課題である。

本稿で示したカウンセリングは、HTLV-1 キャリアや HTLV-1 関連疾患の患者と関わった実績がある心理専門職者によって発案されたものである。患者を知るカウンセラーに話して良かったという受診者の感想や、カウンセリング後に行った調査でも、8割の人が再受診を希望した。

心理学的視点からみたカウンセリングは、受診者の HTLV-1 キャリアという問題は根本的に解決しないが、HTLV-1 キャリアとして自分らしい生き方を共に模索する関わりが重要である。

参考文献

- 1) H.カーシェンバウム他編：セラピーによるパーソナリティ変化の必要にして十分な条件. ロジャーズ選集（上）（伊東博、村山正治監訳）265-285 誠信書房 2001.
- 2) 下山晴彦監修：面白いほどよくわかる！臨床心理学 第1版：172-173. 西東社 2012
- 3) 柘植薫、末岡榮三朗：妊娠から子育て期にある HTLV-1 キャリアの母乳制限に伴う母親の気持ちや相談の在り方に関する一考察. 助産雑誌 74(12): 930-935, 2020.

資料 3. 傾聴・共感・葛藤への支援

支援者は、傾聴と共感を通して、母親をより深く理解し、母親が自身の問題状況を明確化し、解決するために、母親が自身の能力を使えるように支援する。

- 傾聴とは、母親の世界に触れる技能である。母親を理解するために、母親の言おうとしていることを言語的にも非言語的にも注意深く耳を傾けることであり、母親が「話したいが話せないでいること」に聴き入る作業である。
- 共感とは、支援者が母親の世界を理解していることを伝える技能である。母親の心の世界に入って理解し、その理解したことを母親に伝える能力であり、母親が自分のことを「分かってもらえた」と感じられることが重要である。

□ 傾聴と共感のポイント

傾聴するポイントは、母親の語りの中にある経験・行動（思考）・感情である。ひとは、経験したことをもとに行動し（思考）、その結果として感情が生じる。母親の語りの中から、経験・行動（思考）・感情の流れを読み取り、経験や行動（思考）と深くかかわっている感情に深く耳を傾ける。

支援者が理解したこと、とりわけ、重要な感情に焦点を当てて、それらを母親に伝える。母親は、自身の感情が的確に表現され、共感された時、心理的な安定を得ることができる。

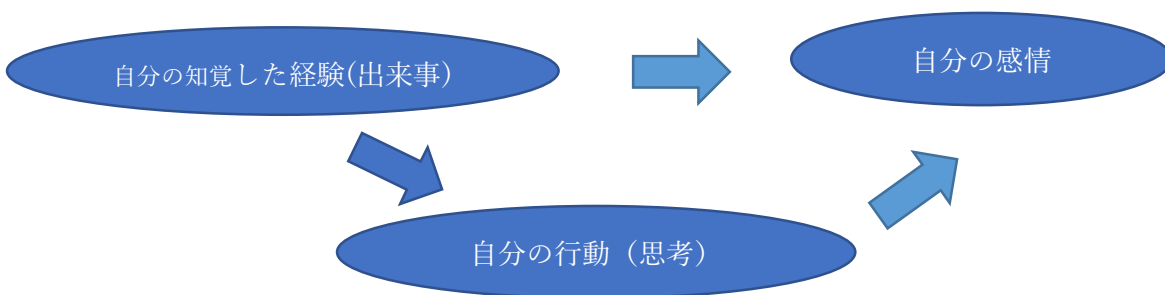


図. 経験→行動（思考）→感情の流れ図（北村.2013. p.65 一部改変）

□ 基本的共感の例

〇〇さんは、A1（経験）をなさり、A2（行動、思考）なので、（その結果）、A3（感情）と【今】感じている/思っている/お気持ちなのですね。

□ その感情は現在進行形？

母親が、過去の経験を語った場合、母親が表現した感情は、現在にまで引き続けている【今の感情】であることも多い。そのため、感情を現在形で表現することも考慮する。

□ 葛藤への共感

葛藤とは、複数の状況や感情が発生することである。母親や家族に相反したり不一致な状況、考え、感情が交錯することがある。葛藤が強くと持続すると、心理的に不安定になり母親の苦悩は増大する。相反するいずれの感情にも、その感情が生じることになった先行する経験と行動（思考）があることに着目する。基本的共感を組み合わせて、葛藤への共感を丁寧に行うことにより、母親の自己洞察が深まり、解決への道筋を見出す支援の一助となる。

表. 葛藤への共感技法の基本的構造の例

第1の共感	〇〇さんは、A1（経験）をなさり、そしてA2（行動/思考）をとり/考え、そしてA3（感情）と感じられたのですね。
第2の共感	〇〇さんは、B1（経験）をなさり、そしてB2（行動/思考）をとり/考え、そしてB3（感情）と感じられたのですね。
葛藤の共感	〇〇さんは、A1（経験）をなさり、そしてA2（行動/思考）をとり/考え、そしてA3（感情）と感じられたのですね。 いっぽう、〇〇さんは、B1（経験）をなさり、そしてB2（行動/思考）をとり/考え、そしてB3（感情）と感じられたのですね。 そして、この両者の折り合いがつかないからXと感じておられるのですね。

(北村.2013. p.88 一部改変)

参考文献

- ・ イーガン G. 鳴澤實・飯田栄訳：カウンセリングテキスト-熟練カウンセラーをめざす.創元社.91-156. 1998
- ・ 北村俊則：周産期メンタルヘルススタッフのための心理介入教本.北村メンタルヘルス研究所.57-90. 2013

資料 4. 共有意思決定支援

□ 共有意思決定アプローチの重要性

母親ができる限り納得して主体的に授乳方法を選択することができるよう、母親と支援者がお互いに力を分かち持ち、心を開いて尊重し合う協働的パートナーシップと、対話に基づくシェアード・ディシジョン・メイキング（共有意思決定/協働的意思決定）（shared decision making : 以下、SDM）によるアプローチが重要となる。

□ SDM とは？

SDM とは、「患者と医療専門職が、エビデンスと患者個人の好みを踏まえて、検査・治療・管理・支援パッケージを選択するために協働するプロセスである。」（NICE/NHS.2016）

□ SDM では何を共有するの？

SDM では、母親と支援者は**情報・目標・責任を共有**する。初めからどのような方法や道筋で、どこに着地できるのか明確に定まっているわけではなく、両者が協働するプロセスの中で、情報が共有され、目指す目標、方法、分け持つ責任範囲が調整され共有されていく（表 2）。これらは、強いエビデンスが少ない場合や、母子や家族の持つ多様性を踏まえて支援する場合には特に重要となる。

□ 母親と保健医療者が SDM を進めるためには、傾聴・共感に基づくコミュニケーションと、協働的パートナーシップに基づく対話が必要不可欠となる。

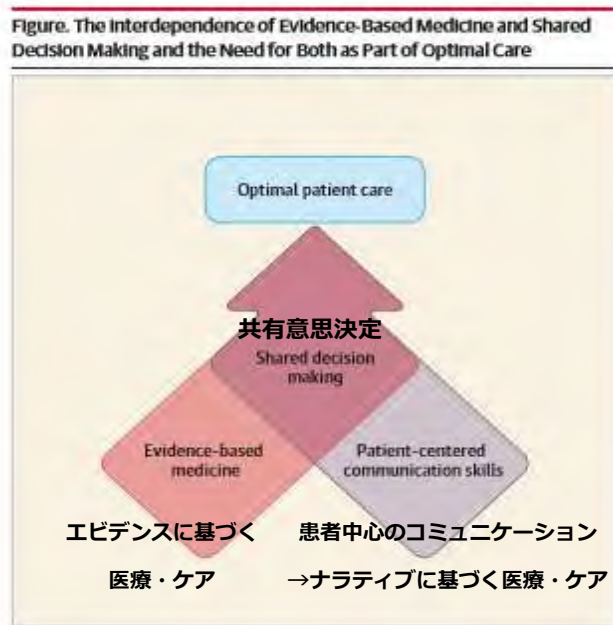


図. EBM・NBM と共有意思決定の相互関係性(Hoffmann, TC, et al. 2014. P13 一部改変)

□ 意思決定を支援するためのガイド

複雑な状況のなかで2つ以上の選択肢があり、いずれか一つを選んだり、決定できない葛藤状況にあるときに意思決定支援が必要となる。

意思決定のためのツールの一つに「オタワ個人意思決定支援ガイド」がある。①決めるべきことを明らかにする、②決めるべきことを検討する、③決めるにあたって必要なことを確認する、④意思決定に必要なこと（知識、価値観、サポート、自信の程度等）や試してもよいことを明らかにする、という5つの基本的ステップを、母親と支援者が共に進むことを通して意思決定支援を行う。

注：オタワ個人意思決定支援ガイドは、おもに知識や価値観を確認するツールであり、感情面での葛藤支援については、資料3：傾聴・共感・葛藤への支援を参照のこと。

オタワ意思決定ガイド（個人用）

健康、あるいは社会的な意思決定をする方々のために

1 決めるべきことを明らかにしましょう

決めなければならないことは何ですか？

なぜ決めなければならないのですか？

いつまでに決める必要がありますか？

今どんな段階ですか？

<input type="checkbox"/> まだ考えていない	<input type="checkbox"/> もう少しで決められる
<input type="checkbox"/> 今考えている	<input type="checkbox"/> もう決めている

2 決めるべきことを検討しましょう

知識

選択肢を挙げ、それぞれの長所、短所を記入してください

価値観

それぞれの長所や短所はあなたにとってどれくらい重要ですか？
星（★）の数で評価してください

自信の程度

★の数が多い長所が含まれている選択肢を選ぶようにしましょう/星の数が多い短所が含まれている選択肢は避けるようにしましょう

	長所・メリット 【その選択肢を選ぶ理由】	重要度: 0★（全く重要でない） ～5★（大変重要）	短所・デメリット 【その選択肢を避ける理由】	重要度: 0★（全く重要でない） ～5★（大変重要）
選択肢 1				
選択肢 2				
選択肢 3				

現時点では、どの選択肢がよいと思いますか？

選択肢 1	選択肢 2	選択肢 3	決められない
-------	-------	-------	--------

3 サポート

決めるにあたって、あなた以外にも誰が関わっていますか？

その人たちはどの選択肢がよいと思っていますか？

その人たちはあなたに対してプレッシャーを与えていますか？

はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
----	-----	----	-----	----	-----

その人たちはどのようにあなたをサポートできますか？

あなたはどのような決め方をしたいと思いますか？

<input type="checkbox"/>	_____の意見を聞いてから自分で決めたい
<input type="checkbox"/>	_____と一緒に決めたい
<input type="checkbox"/>	_____に決めてもらいたい

（一部抜粋）

参考文献

- ・ 中山健夫 (2017). 患者と医療者の協働意思決定と診療ガイドライン. Mind フォーラム 2017. PPT 資料. [アクセス 2022.2.2]
- ・ Hoffmann, TC., Montori, VM., Del Mar, C.:The connection between evidence-based medicine and shared decision making. JAMA, 312(13), 1295-6. 2014
- ・ NICE/NHS England2016: Shared decision making: consensus statement.2016.
<https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/SDM-consensusstatement.pdf> [アクセス 2022. 2.2]
- ・ NICE/NHS England (2019). Shared decision making. Summary guide. SDM. MiniGiude v.3.3
<https://www.england.nhs.uk/publication/shared-decision-akingsummary-guide/> [アクセス 2022. 2.2]
- ・ 有森直子 : オタワ意思決定ガイド (個人用) .オタワ個人意思決定ガイド - こころとからだの意思決定 (niigata-u.ac.jp) https://www.clg.niigata-.ac.jp/~arimori/kaken/?page_id=99 [アクセス 2022. 2.2]

資料 5. Q&A 集

Q&A-1 産科施設からの行政、小児医療機関への連携はどうすればよいですか？

産科施設から、他施設の小児科医にフォローアップを依頼する場合には、資料 1 に示したような内容を記載した紹介状を送付し、フォローアップが途切れないようにすることが望ましい。可能であれば、出生前に小児科医を紹介し、産科医と小児科医の円滑な連携を確保することができれば、家族も安心して受診できるかもしれない。

Q&A-2 出生後に乳汁分泌を抑制するにはどうしたらよいですか？

分娩後 48 時間以内に、ドパミン作動薬の「カベルゴリン（カバサール錠[®]等）」1mg を 1 回内服のみ、「テルグリド（テルグリド錠[®]等）」0.5mg を朝・夕 2 回（1 日あたり 1mg）14 日間、もしくは、「プロモクリプチン（パーロデル錠[®]等）」2.5mg を朝・夕 2 回（1 日あたり 5.0mg）を 14 日間内服させる。「カベルゴリン（カバサール錠[®]等）」は心臓弁に異常がある症例、妊娠高血圧症候群症例には用いない。

Q&A-3 短期母乳を選択した母親に継続して支援するにはどういう例がありますか？

流行地である鹿児島県では、出産した産科施設等で出産後退院までに十分説明し断乳の予定をお伝えして、1 か月健診以降も 2 か月時など電話での確認を行って、約 2 ～ 3 割の方が支援で助産師外来に繋いでいる例がある。また、研究報告であるが訪問助産師による支援を行っている例もあり、どちらも 9 割以上の母親が短期母乳を達成できている。

一部、授乳後、長期母乳を希望される方もいるため、意思を尊重し共同意思決定を行うことが望ましい。

資料 6. 搾乳の方法

□ 搾乳の目的

完全人工栄養、短期母乳栄養、凍結解凍母乳栄養、長期母乳栄養のいずれの方法を選択する場合も、母親が自分で搾乳を行えるよう支援する。

搾乳により、乳汁分泌を促進/抑制したり、乳汁うっ滞を取り除いて乳腺炎等の乳房トラブルを予防/改善できる。母親が疲労している等、必要時、助産師が搾乳を行える支援体制を作っておく。

□ 搾乳修得機会と内容

1. 助産師等保健医療者は、妊娠期、産後入院中、退院後の検診や授乳相談外来等、さまざまな機会を活用して、母親が搾乳を確実に修得できるよう支援する。
2. 母親が、乳房の解剖、射乳反射のメカニズム、乳房の触診方法、搾乳手技などを理解できるよう、模型、図、パンフレット、動画等を用いて分かりやすく伝える。
3. 助産師は乳房模型を用いてハンズオフで搾乳方法を紹介し、母親が行っている手技を確認する。助産師が母親の乳房で搾乳を行う/見せる場合には、母親の了解を得て乳房に触れる。
4. 母親が自身の乳房の分泌状態や乳汁うっ滞等を把握、判断して、適切に搾乳を行えるよう支援し、実際行えていること確認する。

□ 搾乳方法の種類

搾乳方法には、手による搾乳方法と搾乳器（電動・手動）を使用する方法がある。

ここでは、手による搾乳を紹介する。（搾乳器の使用方法については成書参照。）

□ 準備

手指は洗浄する。母親がリラックスできる環境を提供する。

搾母乳を受ける容器（カップ、哺乳びん等）、搾母乳保存容器（哺乳びん、冷凍パック等）

□ 具体的搾乳手技

1. 手による搾乳方法-その1（乳汁を十分に取り出す方法）

- 1) 母乳が出やすくなるよう、乳房を温めたり優しくマッサージしてもよい。
- 2) 母指と示指を用いて乳頭にそっと触れてわずかに指を動かす。乳頭が弛緩していることを確認し、射乳反射が起こる頃合を確認する。
- 3) 乳頭から 2~3 cm離れた乳輪部付近に母指と示指をそっと置く。
- 4) 乳輪を外側に軽く開くように胸壁に向かって押し、乳頭直下で両指の腹を合わせる。

- 5) 射乳が開始されるまでは強く加圧せず、射乳が開始されたらある程度の圧をかけて新生児の栄養的吸啜リズム（1秒間に1回程度）のように搾乳する。
- 6) 片側で乳汁の出が少なくなったら、反対側の乳房に移動して搾乳する。

□ 搾乳時の留意点

母親に以下のことを伝える。

母親がリラックスできる環境を作る。

射乳反射を活用して搾乳する。児の吸啜リズム：非栄養的吸啜 non-nutritive sucking(1秒間に2回程度の素早く微細な吸啜)により射乳反射を誘発し、射乳反射が起こり射乳してきたら栄養的吸啜 nutritive sucking(1秒間に1回程度の大きくゆっくりした吸啜)に似せて指を動かすと効率的に搾乳できる。

無理やり強い力で乳房を圧して母乳を絞り出そうとしない、乳房皮膚表面を擦らない(搾乳による擦過傷を防ぐ)、くれぐれも自分が痛みを感じない範囲で搾乳する。

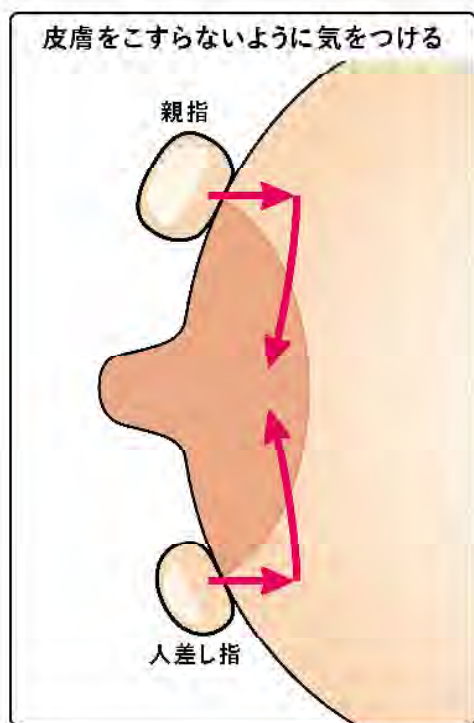


図 1. 搾乳時の指の動かし方

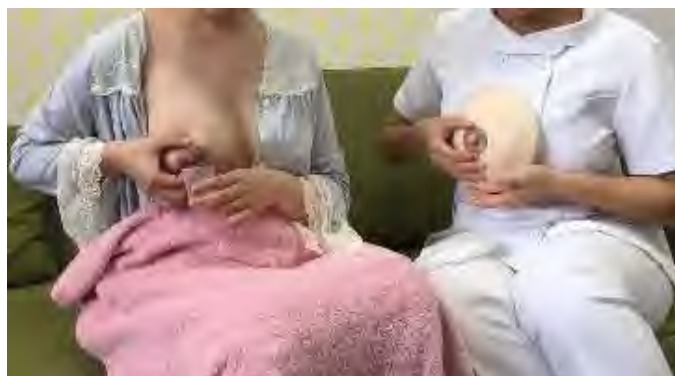


図 2. 模型を用いたハンズオフによる搾乳手技紹介



図 3. 母親による搾乳

2. 手による搾乳方法-その2 (乳頭への刺激を最小限にして搾乳する方法)

リバース・プレッシャー・ソフトニング reverse pressure softening(以下、RPS 法)は、乳房の強い緊満や乳頭乳輪部の浮腫、直接授乳が困難な場合、乳頭や乳輪部の浮腫を軽減する方法である。ここでは、RPS 法のうち、フラワーホールド法 (以下、FH) を紹介する。FH を活用して、乳頭にできるだけ刺激を与えずに乳汁を排出することができる。乳頭刺激による乳汁産生促進を最小限に抑えつつ、乳汁の過度なうっ滞を解消して乳腺炎等のトラブルを避けると同時に、乳房が許容する範囲の乳汁を乳房内に残すことにより乳房局所の「乳汁産生抑制因子」による乳汁産生抑制を行う。乳房に備わっている乳汁産生抑制機能を活用して徐々に母乳分泌を減少させることが可能となる。



(出典) Cotterman, KJ. : Reverse Pressure Softening.
Simpler RPS instruction sheet.
Drawn by Kyle Cotterman

図 4. フラワーホールド

参考文献

- ・ 井村真澄 : 3 産褥の看護にかかわる技術.荒木奈緒他編.ナーシング・グラフィカ.母性看護学③.母性看護技術所収.152-154、165-171.メディカ出版.2022.
- ・ 武市洋美・井村真澄 : CHAPTER11 搾乳の支援.平澤美恵子・村上睦子編.新訂版写真でわかる母性看護技術アドバンス所収.141-144.2020.
- ・ Cotterman, K. J.: Reverse pressure softening:a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. J Hum Lact.20(2).227-237.2004.
- ・ Cotterman, K. J.: Reverse pressure softening
<http://www.breastfeedingmadesimple.com/wp-content/uploads/2016/02/SimplerRPSsheet2.pdf>

資料 7. 鹿児島県における短期母乳栄養選択者への支援の具体例

流行地である鹿児島県では、短期母乳栄養選択を 1997 年から選択肢として挙げていた。板橋班の研究参加者で鹿児島県内の短期母乳栄養選択者 174 名のうち、回答の得られた 156 名中 146 名が 3 か月までに人工栄養への完全な移行完了ができていた。今回のマニュアルで、十分な支援のもとで短期母乳栄養が選択肢としてあげられたことから具体的な例が参考になると考えられ、鹿児島県で色々な支援が行われている具体例を紹介する。訪問助産師による支援は新生児訪問指導事業や乳児家庭全戸訪問事業を利用することで可能かもしれない。

1 出生した産科施設での支援

ある産科施設では HTLV-1 検査でキャリアと診断された妊婦に対して、診断時から継続的な支援を行い、人工栄養への完全な移行完了をお伝えして家族の協力を得られる期間を予定してもらっている。1 か月健診以降も 2 か月時など電話での確認を行って困難を感じている母親には、助産師外来に繋ぎ支援を行っている。2013 年以降、短期母乳栄養選択は 23 名のうち 2 か月時に支援が必要であったものは 6 名いた。助産師外来の支援で全員人工栄養への完全な移行完了をできている。

2 訪問助産師による支援

研究報告であるが、妊娠中に産科施設から紹介後、人工栄養への完全な移行完了まで訪問助産師による継続支援を行っている例もある。17 名中 16 名が完了できていた。1 名は妊娠中から長期母乳の希望もあり、共同意思決定支援により人工栄養への完全な移行を行わず、母親の意思決定を尊重した。

資料 8. 乳汁産生抑制のためのケア

□ 栄養方法別 母乳分泌抑制方法

完全人工栄養、短期母乳栄養、凍結解凍母乳栄養、長期母乳栄養（図1）がある。

このうち母乳分泌を抑制する必要がある栄養方法は、完全人工栄養、短期母乳栄養である。

短期母乳栄養には、初乳のみ授乳する、途中で混合栄養にする、90日間すべて母乳栄養を行う等さまざまな方法が含まれる。母乳分泌程度により、乳汁産生抑制方法が多少異なる。

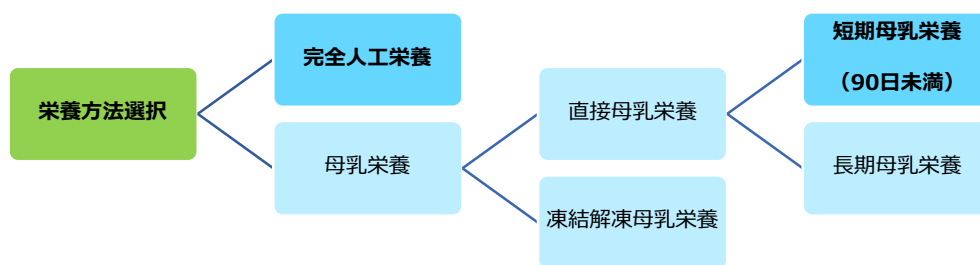


図 1. 栄養方法の分類

以下に、栄養方法・乳汁生成期別に主な乳汁産生抑制方法を示す。

表 1. 栄養方法別乳汁産生抑制方法

栄養方法		乳汁生成期	薬物	刺激回避	FH	搾乳	冷湿布	備考
完全人工栄養		I 期	○	○	○	×	○	
短期母乳栄養	初乳のみ	I 期	○	○	○	×	○	
	混合栄養	II～III期	△	△	△	△	△	計画的に人工乳に置換
	90日母乳	III期	△	—	△	△	—	
母乳終了 91 日目～		IV期	△	○	○	○	○	計画的に搾乳

FH:フラワーホールド ○:主に適用 △状況により適用 —:該当せず

□ 具体的乳汁産生抑制方法

1. 薬物による方法

「薬物療法として、カベルゴリン（カバサル®）1mg 1 回、テルグリド（テルロン®）0.5mg 2 錠 分 2、14 日間、プロモクリプチン（パーロデル®）2.5mg、2 錠 分 2、14 日間投与などがある。これらの薬剤は、心臓弁に異常のある女性、妊娠高血圧症候群、産褥期高血圧の患者などに対しては使用禁忌である。なお、非薬物療法として氷罨法の併用も勧められる。」（産婦人科診療ガイドライン－産科編 2020、CQ419 授乳に関する注意点は？ p.269）

いずれの時期でも、薬物を利用して分泌抑制することができるが、使用に際しては禁忌や副作用に留意する。

完全人工栄養では児による吸啜を一切行わない。初乳のみ授乳する短期母乳栄養の場合も、その後吸啜や搾乳を行わず、乳房や乳頭への刺激を避ける。これにより約 2 週間で血中プロラクチン値が非妊時まで低下し自然に分泌が抑制される。乳房の緊満兆候がある場合は、フラワーホールドによる消極的排乳、および、乳房全体を冷湿布する。

2. 乳汁産生抑制因子の働きを活用する方法

短期母乳栄養を選択し、乳汁生成Ⅱ～Ⅲ期のいずれかの時期に母乳を終了する場合は、乳汁産生抑制因子（FIL）を利用し、授乳・搾乳回数を徐々に減らしながら、乳汁産生を抑制していく。

支援者は母親と（可能なら家族も共に）、産後 90 日まですべて母乳栄養を行うのか、または、混合栄養をいつ頃からどのように開始するか具体的に相談しておく。可能であれば、授乳開始から母乳栄養終了後までの計画を、母親と家族と一緒に立てることも提案する。

1) 短期母乳栄養（90 日未満すべて母乳栄養）の場合

母親は、母乳栄養を終了した 90 日目から徐々に、搾乳回数と搾乳量を減らして乳汁分泌抑制を行っていく。搾乳回数と量は、終了日までの授乳回数と量によって異なる。母乳栄養終了翌日は、それまでの授乳回数や量に準じた搾乳が必要になることもある。過度な乳汁うっ滞がある場合には乳腺炎予防のためにある程度（母親がうっ滞部位に痛みを感じなくなる程度の量）を搾乳する。著しい乳汁うっ滞がない場合には、乳頭刺激を避けたフラワーホールドによる軽微な搾乳を行う。乳汁分泌が多い場合には、薬物療法を併用することもある。

【例 1】 短期母乳栄養（母乳のみ）の場合の乳汁産生抑制（図 1）

90 日未満母乳だけ授乳し、90 日目から乳房に疼痛を感じるほどの乳汁うっ滞を避けるためにある程度の量を搾乳し、かつ、乳房を空にするほどは搾乳を行わず、徐々に搾乳量を減らしながら乳汁分泌抑を行う例である。

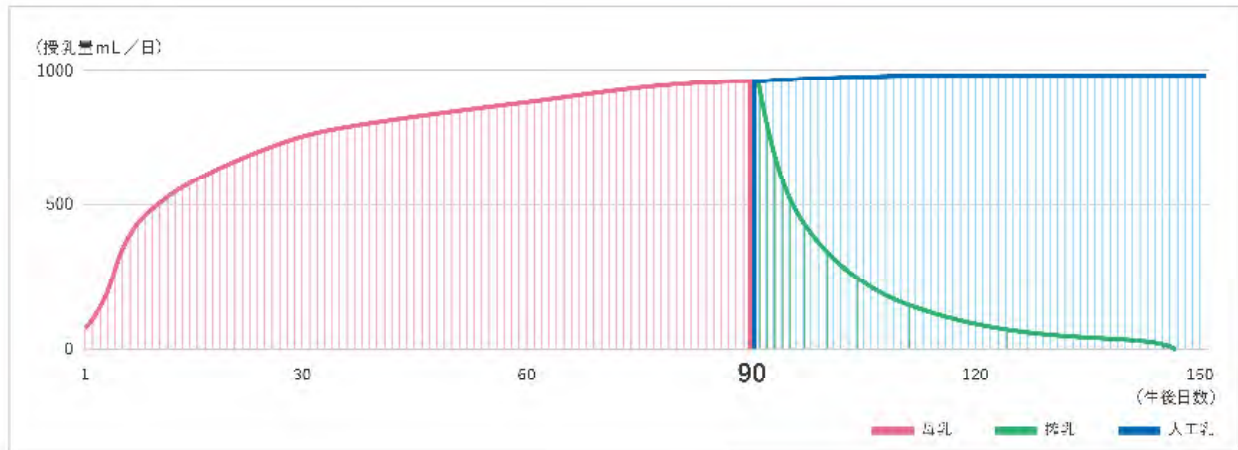


図 1. 短期母乳栄養（母乳のみ）の場合の乳汁産生抑制例

- ① 哺乳びん授乳の開始：生後 60 日くらいから（児が哺乳びんに慣れるため）、1 日 1 回から数回哺乳びん授乳を行ってもよい。90 日まで母乳を飲ませるため、哺乳びんには人工乳ではなく搾母乳を入れて授乳する。
- ② 母乳栄養の終了：母乳を終了した翌日は、それまでの授乳回数分搾乳し、それ以後は母親が痛みを感じない程度の乳房の張りを残しながら、搾乳量と搾乳回数を減らしていく。1 回の搾乳量は、児が飲んでいた量と同じかそれ以下とし、「すっきりするまで」あるいは「空になるまで」搾乳しないようにする。
- ③ 搾乳量と回数は、母親が感じる乳房の張りに応じて調整していく。乳腺が退縮し、乳房が妊娠前の大きさになり、完全に分泌停止する期間は、母乳分泌量や授乳期間により異なる。通常約 40 日から 3 か月またはそれ以上かかる場合もある。いったん分泌停止したかに見えても、児とのかかわりの中で、急に乳汁が産生されることもある。痛みを感じる場合には、搾乳を行ってもよい。いずれ乳汁分泌は低下、停止する。

2) 短期母乳栄養（途中から混合栄養）の場合

産後 90 日のあいだのいずれかの時期、入院中や退院後、1 か月頃、2 か月頃から、母乳栄養の一部を人工栄養に置き換え、90 日未滿に母乳栄養を終了する。1 日の授乳スケジュールの中で、直接授乳（含む搾母乳）を行い、人工乳をどのようなタイミングでどれくらいの量を補足するか、母親の希望を踏まえて母親とよく相談する。

【例 2】 短期母乳栄養（途中から混合栄養）の場合の乳汁産生抑制（図 2）

約 1 か月まで母乳栄養のみで行い、その後混合栄養に切り替えて人工乳の量を徐々に増やして 90 日まで混合栄養を行い、その後人工栄養に切り替える例である。

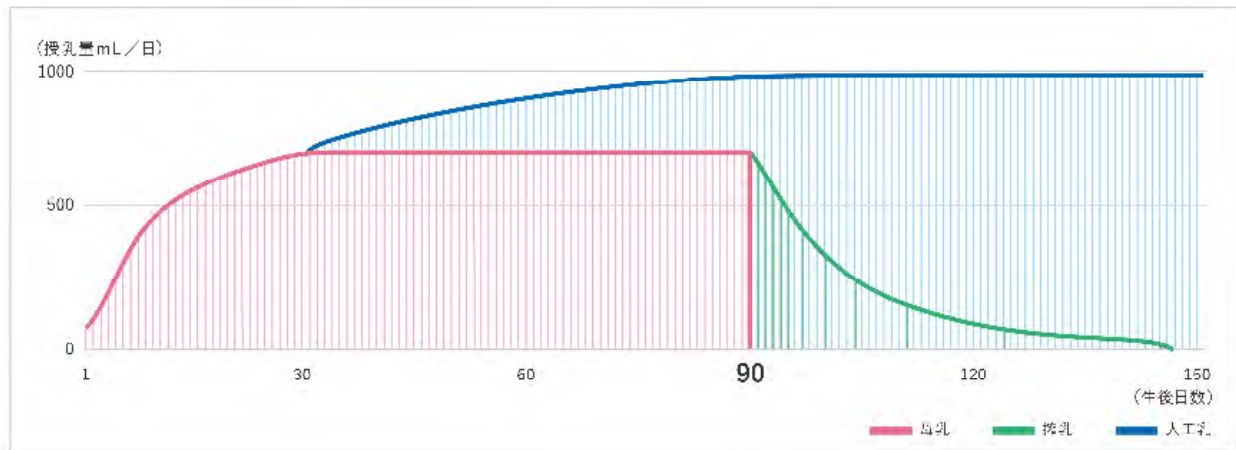


図 2. 短期母乳栄養（途中から混合栄養）の場合の乳汁産生抑制例

- ① 哺乳びん授乳との混乱を避けるために、母乳栄養が確立するまでは直接乳房からの授乳を行い、その後人工乳を増やしていく。
- ② 90 日目は、それまで児が飲んできた母乳の回数（時間）に乳房の強い張りがやわらぐ程度搾乳を行うか、あるいは乳房の張りが強い時のみ搾乳を行う。
- ③ 乳汁のうっ滞状況に応じて搾乳回数と搾乳量を減らしていく。

□ 乳汁産生抑制するための授乳パターン（図 3）

一定時間内片側授乳：1 回の授乳につき、児が満足して離すまで片方の乳房のみから飲ませる。次に母乳を欲しがった時、一定時間内であれば同じ乳房から授乳して、反対側の乳房を刺激せず、かつ、乳房内に乳汁が溜まっている時間を長引かせる。これにより、乳汁産生が抑制される。

例えば、3 時間のあいだに授乳するときには、必ず同じ側の乳房から授乳する。ただし、授乳していない側の乳房のうっ滞が著しくて乳房の張りや痛みが強い場合には、乳腺炎予防のため痛みの強い側からの授乳を行うことも必要となる。

時	右	左
6	↓	
7	☺	
8	↓	
9		↓
10		☺
11		↓
12	↓	
13	☺	
14	↓	
15		↓
16		☺
17		↓
18	↓	
19	☺	
20	↓	
21		↓
22		☺
23		↓
0	↓	
1	☺	
2	↓	
3		↓
4		☺
5		↓

授乳…☺

図 3. 一定時間内片側授乳

□ 哺乳びん（人工乳首）を嫌がる赤ちゃんへの対処

母親の乳房から人工乳首へスムーズに移行できる場合と困難な場合がある。ほとんどの児は空腹になると哺乳びんから飲む。哺乳びんから飲ませようと無理強いせずに、タイミングを見計らうとよい。

特に母親が哺乳びんで授乳しようとするすると拒否されることが多いので、家族など母親以外の方が授乳する。哺乳びんの受け入れを促す方法として、授乳時の抱き方を工夫する、児が機嫌のよい時、あるいは眠い時に試す、人工乳首の形や硬さ穴の大きさを変えて試してみる等を行う。

□ 乳腺炎の予防と対処

乳汁分泌抑制のためには、乳房中に乳汁を溜めた状態（乳汁うっ滞）を作る必要がある。一方、乳汁うっ滞は乳腺炎発症の原因となるため注意が必要である。母親自身が、乳房の状態を観察し、乳腺炎症状（発熱、乳房の一部に発赤・熱感・硬結・疼痛）が出現したときに対処できるよう支援する。支援リソース（地域の産後ケア施設、出産施設の母乳外来、開業助産院等）に関する情報も提供しておく。

参考文献

日本産婦人科学会・日本産婦人科医会：産婦人科診療ガイドライン－産科編 2020

日本助産師会：乳腺炎ケアガイドライン 2020

資料 9. 凍結解凍母乳栄養の方法

1. 母乳パックの作り方と保存方法

以下の搾乳の準備と方法を参考に搾乳してください。

- ① 搾乳した母乳は母乳パックまたは哺乳びんに入れます。
 - 1回の搾乳で1パックの母乳パックを作ります。
 - 母乳パックは出産した病院の売店などで販売しています。(詳細は助産師などスタッフにお尋ねください。)
- ② 母乳パックの内側には触れないようにしましょう。
 - 購入された母乳パックに書かれている説明書を参考に、手をよく洗うなど清潔に取り扱いましょう。
- ③ 母乳パックの表面(シール)に搾乳した年月日と搾乳開始時刻を油性マジックで記入しましょう。
- ④ 24時間以上冷凍してからお使いください。“おいしさをそのまま凍らせる技術”と銘打った cell alive system (CAS)の冷凍庫の使用は避けた方が良いという指摘がありますが、どのようなタイプの冷凍庫が効果的であるのかについての十分なデータはありません。
- ⑤ 冷凍庫に入れる時はジップロックやビニール袋に入れ、他の食品に触れないようにしましょう。1つ1つをラップなどで包む必要はありません。
- ⑥ 一度溶けてしまった母乳は再冷凍できません。解凍した母乳は冷蔵庫で保存し、24時間以内に使用しましょう。
- ⑦ 凍結母乳の保存期間は3か月です。温度が変化しやすいドアポケットや自動霜取り装置の側には置かないようにしましょう。
- ⑧ 哺乳びんを使用するときは、哺乳びんを消毒して、清潔に扱ってください。
※搾乳の仕方は助産師などから説明を受けましょう。
※搾乳器を使用する方法もあります。自分にあった搾乳器を使用しましょう。

2. 凍結母乳の解凍・加温方法

- ① 凍結した母乳の解凍は、室温で放置し自然に解凍させるか、流水で解凍してください。微温湯(30~40℃)での解凍は20分以内で終わるようにします(微温湯につけておくのは20分以内)。
- ② 一度温めたら4時間以内に使い切ってください。
- ③ 解凍された母乳を一回分の授乳量に分け、哺乳びんにいれます。残りは冷蔵庫に入れておき、24時間以内に使い切ります。
- ④ 授乳前に室温(27℃くらい)まで母乳を温めます。電子レンジで加温することは避けてください。

事務連絡
令和4年12月28日

各 都道府県 出産・子育て応援交付金担当課（室）御中
市区町村

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室
厚生労働省子ども家庭局母子保健課

出産・子育て応援交付金事業に係る関係団体への協力依頼について(情報提供)

子ども家庭関連施策の推進につきましては、平素よりご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、出産・子育て応援交付金事業における妊娠の事実確認及び市区町村と医療機関等との情報連携の促進について、別添1、2のとおり、関係団体へ事務連絡を發出しておりますので、ご了解いただきますようお願い申し上げます。

なお、関係機関との情報共有等については、「伴走型相談支援及び出産・子育て応援給付金の一体的実施事業の実施について」（令和4年12月26日付け子発1226第1号厚生労働省子ども家庭局長通知）別添3の事務費（システム構築等導入経費）を活用した市区町村によるシステム開発や、都道府県が管内市区町村間の情報連携等を広域的に支援するための母子保健対策強化事業及び妊娠・出産包括支援推進事業などの活用もご検討ください。

（照会先）

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室

TEL：03-5253-1111（内線4838、4829）

E-mail：syoushi_kikaku@mhlw.go.jp

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

TEL：03-5253-1111（内線4975、4980）

E-mail：boshihoken-1@mhlw.go.jp

事務連絡
令和4年12月27日公益社団法人 日本医師会
公益社団法人 日本産婦人科医会
公益社団法人 日本産科婦人科学会

御中

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室
厚生労働省子ども家庭局母子保健課

出産・子育て応援交付金事業への協力について(依頼)

子ども家庭関連施策の推進につきましては、平素より御尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般、妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型相談支援を充実し、経済的支援を一体として実施する「出産・子育て応援交付金」事業を令和4年度補正予算（第2号）において創設したところです。

本事業では、妊娠届出時（5万円相当）、出生届出後（5万円相当）の2回に分けて、面談を受けた妊婦・子育て世帯に合計10万円相当の経済的支援を実施することとしていますが、このうち妊娠届出時の経済的支援については、市町村の子育て世代包括支援センター等に届出を行い、本事業に位置付けられる面談を受けた上で、申請書を提出した妊婦に対し、5万円相当の出産応援ギフトを支給することとしております。その際の取扱いに関して、下記のとおり御協力いただきたく、お願い申し上げます。

記

1. 妊娠の事実確認について

出産応援ギフトについては、妊婦が産科医療機関を受診し、医師による妊娠の確認を受けることを支給条件とし、その条件を満たした後、本事業に位置づけられる妊娠届出時の面談を実施した場合に支給する取扱いとすることとしています。

上記の支給条件を満たすことの確認に当たっては、妊婦に対し、医師による妊娠の証明書等の提出を一律に求めることまではせず、妊婦本人の申告によることとしたいと考えております。この際、虚偽申告を最大限防止するため、市町村の子育て世代包括支援センター等においては、妊娠届出時の面談の中で、妊婦に対し、産科医療機関を受診して妊娠の確認を受けていることが出産応援ギフトの支給要件であること、必要に応じて市町村から産科医療機関に状況を確認することについて説明し、出産応援ギフト申請書等の同意欄に署名の上、申請してもらった取扱いとすることとしています。なお、この取扱いとすることに当たり、低所得の妊婦が経済的な理由で産科医療機関を受診できないといった状況が生じないよう、令和5年度予算案において、低所得の妊婦の初回産科受診料に関する助成を盛り込んでいるところです。

その上で、本事業を上記の取扱いにより円滑かつ適切に実施する観点から、市町村に対し、妊娠届出後、妊婦健康診査の受診が確認できない者を把握した場合などの対応の例として、産科医療機関に当該者の妊娠事実の確認を行うことなどの手法を示しているところです。

つきましては、産科医療機関におかれては、市町村から、妊娠の事実確認についての依頼がありましたら、情報提供に御協力いただきたく、会員、関係者等への周知につきまして貴会の御配慮をお願い申し上げます。なお、血清又は尿中に β -hCG が検出されるものの妊娠が確認されない生化学的妊娠及び異所性妊娠については、本事業の対象外となります。

なお、妊娠届出自体については、これまでと同様、産科医療機関を受診する前の段階であっても、市町村で受理し、当該届出をもって、母子健康手帳や妊婦健康診査受診券の手交も可能とすることとしています。

2. 市町村と医療機関等との情報連携の促進について

今般の出産応援ギフト申請書等においては、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合に、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することについても申請者から同意を得ることとしています。妊産婦等への支援に当たっては、市町村と医療機関等が適切に連携しながら実施していくことが重要であることから、この同意に基づき、市町村、医療機関等が把握したアンケートや調査票の結果等の情報について、必要に応じて相互に共有することにより一層の情報連携を促進していただきたく、この点についても、会員、関係者等への周知につきまして貴会のご配慮をお願い申し上げます。

(参考) 出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト・子育て応援ギフト申請書様式（いずれも、市町村が定める申請書の参考例）

(照会先)

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室

TEL : 03-5253-1111 (内線 4838、4829)

E-mail : syoushi_kikaku@mhlw.go.jp

厚生労働省子ども家庭局母子保健課

TEL : 03-5253-1111 (内線 4975、4980)

事務連絡
令和4年12月27日公益社団法人 日本小児科学会
公益社団法人 日本小児科医会
公益社団法人 日本看護協会
公益社団法人 日本助産師会

御中

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室
厚生労働省子ども家庭局母子保健課

出産・子育て応援交付金事業への協力について(依頼)

子ども家庭関連施策の推進につきましては、平素より御尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般、妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型相談支援を充実し、経済的支援を一体として実施する「出産・子育て応援交付金」事業を令和4年度補正予算（第2号）において創設したところです。

本事業では、妊娠届出時（5万円相当）、出生届出後（5万円相当）の2回に分けて、面談を受けた妊婦・子育て世帯に合計10万円相当の経済的支援を実施することとしています。この経済的支援については、本事業に位置付けられる面談を受けた上で、申請書を提出した妊産婦等に対し、各5万円相当の出産応援ギフト・子育て応援ギフトを支給することとしております。

今般の出産応援ギフト申請書等においては、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合に、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することについても申請者から同意を得ることとしています。妊婦・子育て世帯への支援に当たっては、市町村と医療機関等が適切に連携しながら実施していくことが重要であることから、この同意に基づき、市町村、医療機関等が把握したアンケートや調査票の結果等の情報について、必要に応じて相互に共有することにより一層の情報連携を促進していただきたく、会員、関係者等への周知につきまして貴会のご配慮をお願い申し上げます。

(参考) 出産応援ギフト申請書様式・子育て応援ギフト申請書様式（いずれも、市町村が定める申請書の参考例）

(照会先)
厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室
TEL : 03-5253-1111 (内線 4838、4829)
E-mail : syoushi_kikaku@mhlw.go.jp

厚生労働省子ども家庭局母子保健課
TEL : 03-5253-1111 (内線 4975、4980)

〇〇ギフト申請書

(出産・子育て応援交付金による出産応援ギフト)

市区町村
受付印

〇〇市区町村長

お名前

現住所

連絡先

()

妊娠届出日

年

月

日

妊娠届出日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

出産応援ギフトの支給 (妊婦1人につき5万円相当) を

希望します。



他の自治体で、出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトの支給を受けていません。

※ 出産応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません。

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報 (妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等) について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署名

署名日

年

月

日

〇〇ギフト申請書
(出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフト)



〇〇市区町村長

お名前 _____

現住所 _____

連絡先 () _____

お子様の名前 _____

お子様の誕生日 年 月 日

誕生日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

子育て応援ギフト (お子様1人につき5万円相当) の支給を

希望します。



他の自治体で、出産・子育て応援交付金による子育て応援ギフトの支給を受けていません。

※ 子育て応援ギフトの支給状況などについて、他の自治体に確認することがあります。

希望しません。

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（産婦健康診査受診状況、産後ケア事業利用状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署名

署名日 年 月 日