

表 地方計画に盛り込むべきリプロダクティブヘルスの指標

安全に妊娠・出産できる

QOL・健康の指標

妊産婦死亡率	
周産期死亡率	
新生児死亡率	
満期産の割合	
流産の割合	
妊娠中の異常の有無	*
胎児仮死の割合（APGAR 6 点以下）	*
新生児期の異常の有無	*

行動・学習の指標

妊娠11週までの届け出率	
妊婦健診の受診率	*
妊娠中の飲酒率	*
妊娠中の喫煙率	*
父親や同居者の喫煙率	*

組織・資源・環境の指標

周産期医療ネットワークの整備率	
総合周産期医療センターの整備率	
地域周産期医療センターの整備率	
母体搬送率	
産科、小児科医療機関の連携している助産院の割合	
生後1週以内に小児科医の診察を受けている児の割合	

快適に妊娠・出産できる（自己決定できる）

QOL・健康の指標

快適な妊娠期を送った妊婦の割合	
妊娠・出産について満足している者の割合	
妊娠中の説明や指導に満足している妊婦の割合	
分娩時の処置等についての説明に満足している妊婦の割合	

行動・学習の指標

立ち会い分娩を希望して、実際に立ち会ってもらえた人の割合	
自分の出産プランが立てられた人の割合	
出産形態の自己選択ができた人の割合	

組織・資源・環境の指標

妊娠出産の医療機関を決めるための情報が十分だった人の割合	
母子同室制の割合家族滞在型の分娩施設の数	
産褥期のホームヘルプサービスがある自治体の割合	
自己決定に重きを置いた母親教室がある	
妊娠中の心のケアのためにカウンセリングできる医療機関の割合	
妊婦同士で情報交換できる仲間がいる	
妊娠中に職場での配慮があると思う人の割合	
・健診受診のために休みがとりやすい人の割合	
・調子が悪いときに休みがとりやすい人の割合	
・妊婦の前でたばこを吸う人がいる割合	
産前・産後の休暇が取れる人の割合	

不妊への支援

QOL・健康の指標

不妊治療に伴う多胎児の出生数

不妊治療に伴う周産期死亡数

行動・学習の指標

子ができないことで周囲からのプレッシャーを感じている人の割合

不妊についての悩みでカウンセリングを受ける人の数

組織・資源・環境の指標

不妊治療についての経済的な支援の有無

不妊治療について専門的な相談ができる窓口の有無

不妊についてのカウンセリングを行う施設数

在日外国人への支援

QOL・健康の指標

満足して妊娠出産できた外国人妊産婦の割合

行動・学習の指標

妊娠11週までに妊娠届けをした妊婦の割合

妊婦健診受診券の利用状況

組織・資源・環境の指標

外国語の母子健康手帳を交付している自治体数

理解できる言語で妊娠・出産に関する情報を提供している自治体数

*は平成12年9月の乳幼児身体発育調査および病院調査で把握できる指標

「小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備」に関する指標

はじめに ～ 指標の利用における注意事項

この項は小児期の疾病予防対策が中心となる。疾病予防対策とQOLとの関連では、疾病や障害などが子育て上に及ぼす困りごとが、QOLを低下させるものとなる。この項でのQOLの向上は疾病や障害によって生活の質に影響を及ぼされた部分の克服ということになり、そのためにヘルスプロモーションのアプローチを実践するということになる。

今回の指標群を利用する場合、最初に断っておく必要がある事項として、以下にあげるような評価指標を使って、自らの地域の状況を疫学的に調べて評価しておくことは、健康状況や母子保健活動の現状に対する科学的評価としては必要なことであるが、指標群から具体的な事業を引き出すことは必ずしも有効とはいえない。具体的な事業は、その地域での母子保健の状況がどのようにあれば好ましいかを描き、目的・目標を設定し、現実をその目標に近づけるために必要なこと（条件）をあげ、その条件から企画されるものである。従って、母子保健活動の目的・目標と条件を設定することが必要とされ、これが住民に共有可能なものであることが重要である。この過程にはいろいろな手法があり、その地域の事情に応じて採用、アレンジすればよい。たとえば目的設定型アプローチでも、課題解決型アプローチでも、住民と共有可能な母子保健活動の目的・目標と条件を設定することができるならば、何を採用してもかまわない。その地域固有な目的を、住民と共有可能なものとするのが、地方自治の中での母子保健活動が求めている理想である。

ここにあげている評価指標は、これらの目

的・目標を反映したもの、条件を反映したものからなっており、ある程度一般的なものをあげているが、これらの目的・目標および条件は地域地域によって固有のものであり、それぞれ独自なものが設定されることになるので、ここにあげた指標がすべて設定される必要はないし、また、ここにあげてない指標でも設定する必要がある場合もしばしばある。つまり、これらの指標群のうちどれを採用し、また、ここにはない指標を独自に設定するかなどは、その地域固有の問題なのである。ただし、これらの指標群を汎用化する有用性としては、ベンチマーキングがあげられる。他の市町村と比較して、数値の劣っていると考えられる項目について、数値の優れている市町村と自らの市町村との「背景（地域特性、社会資源、活動状況など）」を比較することは現状の活動状況の評価と対策立案には有用である。

別の観点から言えば、一般に事業評価と言えば、具体的な業務の執行状況をさすことが多いが、その執行の結果どのように変化したかを見る必要がある、ここであげてある指標はその変化の結果（広く成果、あるいは基盤整備の結果としてとらえられるもの）を見ているものである。行政や関係機関側から見て必要な評価だけではなく、住民の側から見た評価を意識しなければならない。この項ではどうしても疾病予防対策が中心となり、住民側の満足度を反映する指標（主観的健康感、顧客満足度等）はあげにくい、これらは今回扱っているこの項のさらに上位に総合的に設定されればよい。これらは、疾病や障害などが子育て上に及ぼす困りごとなどと一

緒に、一般にQOLの指標としてとらえることができる。

具体的な業務の執行状況を表す指標は、今回取りあげた指標の下位に位置し、事業を実施する各セクター（行政、関係機関、住民組織等）で各々設定される性格を持つ。たとえば「事故防止対策を実施している」の指標の下位には、たとえば市町村役場での事故防止のための健康教育の実施状況、母子愛育会などの住民組織での学習会や行事の実施状況、企業・消費者活動（たとえば安全なおもちゃとかチャイルドシートなど）、マスコミ活動の状況など、各セクターでの活動内容の評価が位置づけられるのである。

今回の指標群は、おおむね国レベルで優先課題としてとらえることができる小児期の事故、SIDS、急性疾患、感染症、発育発達、慢性疾患をとりあげ、A. 事故予防、B. SIDS 予防、C. 急性疾患に対する医療、D. 予防接種・健康診査、E. 慢性疾患に対する医療とし、さらに生活習慣病や歯科疾患予防のための基本的な生活習慣の醸成を図る点でF. 生活習慣の確立をあげた。また、健康状況の把握のため当然モニターしておくと思われた指標群をO. 基本的ヘルスアウトカム指標として別掲した。以下に各項目について解説を加える。

なお、国の健やか親子21指標と、研究班独自の指標をあげているが、国の指標では市町村段階では使用不可能なもの（例「初期、二次、三次の小児救急医療体制が整備されている都道府県の割合」）が含まれているので、その内容を含む別の指標として採用する必要があることを申し添える。

O. 基本的ヘルスアウトカム指標

人口動態や、疾病数、障害児や慢性疾患児数を直接あるいは間接的に示す指標である。

人口動態については、乳児死亡数など出現数が少ない指標が主となっているので、率での評価よりは実数の評価が重要であり、経年的に把握する必要がある。

人口動態以外の資料については、必ずしも地域の状況を直接には反映しない場合があるので注意が必要である。なお、健診の異常所見数は、健診受診率（実数に反映するという点の他、健診に受診しない児に、疾病や障害を持つ児が多い場合もある）、健診の精度（健診の敏感度や特異度からみて、きちんと発見されているか）などが影響する。手帳などでは、申請主義により、制度の利用数は実態と離れている場合がある。特殊教育対象者は就学、在学状況で把握容易であって、特殊教育の対象となる程度の障害があり、QOLに影響を表している児の数を確定的に示すため、就学前段階での障害乳幼児数の推測（ことに知的障害）に有用であるが、普通学級に在学している障害児数はわからないため、軽度（中等度以上でも普通学級に在籍する場合もある）の障害の実態は反映されにくい。

これらの指標は地域での問題を継続的にモニターしておくために重要なものである。ことに人口動態以外の指標は、その都度統計を集計するのではなく、システムティックにモニターできるシステムがあると、入手は容易である（例：香川縣市町母子保健事業評価システム等）。

なお、文中、「指導」「教育」などの学術用語を用いているが、これらは広く住民に対する援助の方法であり、インフォームドチョイス（情報提供と自己選択）が必要である。誤解を与える面があるので、一般用語として用いることは差し控えたい。

A. 事故予防

不慮の事故は小児期の死亡の中でも大き

な割合を占めており、また、障害予防の点でも重要な指標である。これらの中には日常生活上の注意で避けられるものが含まれており、家庭環境の中で事故を未然に防止することが可能なものをあげてある。また、事故予防には、交通事故、水難のように、個人の注意では限界のあるものも含まれる。系統的な対策が立てられるシステムがあるか、そのための基盤整備の指標としては、保健部門で対策が可能なものの他に、他の部署で中心的な取り組みをしており、連携を促す必要があるものが含まれていることに注意したい。

B. SIDS予防

SIDSは乳児死亡の大きなウエイトを占め、国レベルでは重要な課題であると考えられている。ただし、乳児死亡数自体が少ない現在、小さな自治体においては、必ずしも優先順位が高い対策となるとはいえない面もある。むしろ、種々な面で予防が可能な部分があるので、地域単位では、予防面についての啓発をすることが主となろう。

現在、SIDS予防として有用ではないかと考えられている要因は、うつぶせ寝を避ける、母乳栄養、妊婦および育児期間中の児のいる場所での喫煙であり、後2者はSIDSに特化したと言うより、むしろ一般的な保健指導事項でもある。

SIDS予防を母子保健計画にて政策課題として取りあげる際、SIDSによって児を失った家族への配慮が必要であり、また、啓発にあたってはリスク要因の回避や抑制因子の実行は確率を下げることに根拠があつて、必ずしも因果関係は明らかではないこと、原因不明であることがこの疾患の特徴であつて、多くの場合は不可避であつた可能性があることに留意する必要がある。また、SIDSに関する援助団体等との連携を視野におきたい。

C. 急性疾患に対する医療

小児の急性疾患は、重篤化することがしばしばあり、また、乳児や幼児期早期では自分から症状を訴えることができないため、疾病の発見や緊急度の判断には、親の観察力がかなり要求される。また、かかりつけ医をもっているかどうかであるとか、救急医療を提供している診療機関を容易に利用できるための知識が必要とされる。これらについては、親となる前に必要な知識を得ておくことも有効である。

小児医療は、発育発達と言う面や、子どもという生物学的な特殊性を持っているため、小児科を始め、小児を診ることに精通した医師（たとえば外科、整形外科、耳鼻咽喉科、眼科などの領域）の確保が必要である。少子化により、小児医療に理解のある医師が減少していることが指摘されている。小児救急については、広域で評価する指標であるが、自らの市町村住民が利用する場合どのような問題点があるかを検討しておくことが必要である。

D. 予防接種・健康診査

乳幼児の疾病予防では、感染症が大きな課題である。

予防接種については1歳6か月児健診のときに評価可能な小児期（ことに重症化しやすい乳児期）の結核、幼児期早期の麻疹および三種混合DPTをとりあげた。なお、これらの予防接種は、予防接種を受けさせる受けさせないという態度の他に、予防接種機会がかなり関係する。

基盤整備面としては、予防接種は、家庭の事情や子どもの発熱等で、集団接種では接種の機会を逃しやすい面があるので、利用しやすい環境として個別接種の普及や、センターの設置（これは広域で評価するが、市町村が

実施主体の定期接種として利用可能かなども注意する)の指標も入れた。

なお、結核は予防接種の評価、および感染有無の集団的評価のため、小学校での定期検診時のツ反陽転率も入れた。

乳幼児の疾病予防、および発育発達のチェックとしては、健診の利用があげられる。乳幼児期の健診には特定の疾病および要療育となる障害の発見を目標としたスクリーニングの性格と、発育発達の段階に応じた指導や援助、家庭環境等を含めた総合的アプローチを意図したヘルスチェックアップの両面を持っているため、単に病気があるかないかの診断・判定を受ける以上の意義を持っている。受診率の評価の際には、このようなことがみたまされた健診を企画していたかということも留意することが必要である。また、健診の精度が十分に保たれていないと、スクリーニングとしては十分に機能しないばかりではなく、異常への取り込み過ぎによる不必要な不安や、生活への影響が大きな重大な障害の見逃し(たとえば3歳児健診における中等度難聴、屈折異常等)を起こす場合があり、利用者にとっては健診を受けることによる利益より害の方が大きくなるため、健診の実施内容の評価をあえてここに含んだ。なお、健診精度の評価には精密健診制度の整備と実施評価が不可欠であり、本来、精密健診措置をすべきものを乳幼児医療制度で肩代わりさせてはならないが、精密健診を乳幼児医療制度で代用しているような場合では特別な工夫をしなければ結果を評価することができないので十分に注意が必要である。

E. 慢性疾患に対する医療

小児の慢性疾患は、必ずしも多くの人々が罹患するものではないが、罹患時および家族にとっては一生つきあってゆかなければな

らないような疾病も多く、また、人生を豊かなものにするには、個人の努力の限界を超え、地域での総合的アプローチが重要なものとなっている。従って、ここでは基盤整備(社会資源)面の指標を多くとりあげた。ことに慢性疾患児では人生の大部分が医療とのつきあいとなるため、できるだけ保育・教育や地域社会との接点が増えるような体制の整備、また養育者のレスパイトサービス(一時預かり等)の整備も必要である。

育成医療申請数など、申請主義に基づく実績数は、ヘルスアウトカムと行動との両方の側面を反映する。ここでは、制度利用という行動の側面としてあげている。また、自助グループが情報機能や支え合い、ピアカウンセリングなどで大きな役割を果たす面が多いためここであげている。

F. 生活習慣の確立

食習慣や、睡眠、運動などの生活習慣は、小児期からの生活習慣を確立させることが好ましいとされている。これらの問題は、「しつけ」との関連で、家庭内、保育所などの児童福祉領域、学校教育との相互の関連が深いことにも注意する。これらの詳細は、別の項で扱われる。なお、歯科保健領域の指標もここに取りあげた。

表 地方計画に盛り込むべき保健医療の領域の指標

事故予防

QOL・健康の指標

- 不慮の事故死亡数
- 誤飲事故発生数
- やけどで医療機関を受診したことがある割合
- けがや事故で医療機関を受診したことがある割合 *
- 異物を飲み込んだことがある割合 *

行動・学習の指標

- チャイルドシート装着率
- 事故防止を実施している家庭の数
 - ・たばこや灰皿を置かない
 - ・危ないもの（マッチなど）を置かない
 - ・熱湯に気をつける
 - ・階段に柵をする
 - ・口に入れると危険なもの（ピーナッツなど）を置かない
 - ・風呂の水を抜く
 - ・出かける時は親に言うように教える
 - ・交通ルールを教える

組織・資源・環境の指標

- 事故防止プログラムの有する市町村の割合
- 消防・警察・保健所・市町村との連絡会議の有無
- 柵があるため池の数
- 事故で医療機関を受診した症例の登録システムの有無

SIDS予防

QOL・健康の指標

- SIDS死亡数

行動・学習の指標

- 育児期間中の両親の喫煙率
- 母乳栄養の実施率
- 仰向け寝を実施している家庭の数
- SIDSについて知っている母親の割合 *

組織・資源・環境の指標

- SIDS外来の設置状況
- SIDSモニターユニットを設置している医療機関数

急性疾患に対する医療

QOL・健康の指標

- 乳児死亡率

行動・学習の指標

- 緊急時の医療機関を決めている親の割合
- 小児救急医療の使い方について学習している親の割合
- 心肺蘇生の方法を知っている親の割合

組織・資源・環境の指標

- 小児科医師数
- 安心してかかる医者がいる親の割合

子供が急病の時医療機関が見つからずに困ったことがある親の割合	*
かかりつけ医の有無	*
小児救急センターの有無	
救急医療情報センターの有無	
予防接種・健康診査	
QOL・健康の指標	
感染症罹患率（サーベランス）	
予防接種抗体保有率（乳児期，1歳6か月，3才）	
感染症の既往状況	*
ツベルクリン反応の陽転率（小1）	
行動・学習の指標	
1歳6か月までに三種混合を終了している者の割合	*
1歳6か月までにBCG接種を終了している者の割合	*
1歳6か月までに麻疹の予防接種を終了している者の割合	*
乳児健診の受診率	*
1歳6か月健診の受診率	*
3歳児健診の受診率	*
組織・資源・環境の指標	
個別接種の実施状況	
予防接種センターの整備状況	
乳幼児健康診査の精度管理の有無	
慢性疾患に対する医療	
行動・学習の指標	
育成医療の申請数	
小児特定疾患患者数	
身体障害者手帳所持者数	
組織・資源・環境の指標	
セカンドオピニオンを求められる医者がある者の割合	
乳幼児健康支援一時預かり事業実施市町村数	
慢性疾患長期宿泊施設のある医療機関数	
病棟保育士のいる医療機関数	
院内学級をもつ医療機関数	
患者家族を支援する団体の数	
生活習慣の確立	
行動・学習の指標	
毎日朝食をとる児の割合	*
適切な睡眠時間をとっている児の割合	*
歯磨きをしている2歳児の割合	*
フッ素塗布を受けている子供の割合	*
おやつの時間を決めている母親の割合	*
組織・資源・環境の指標	
フッ素塗布事業を実施している市町村数	

*は平成12年9月の乳幼児身体発育調査および病院調査で把握できる指標

「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」に関する指標

1) QOL・健康の指標（保健水準の指標）

子どもの心の安らかな発達のためには両親特に母親の心の状態が密接に関わっているという問題意識により、まず親の心の状態に注目し、親の育児不安やストレスが高まった場合の結果として虐待をとらえ、その最悪の結果として虐待による死亡を問題にしている。これが健康水準の指標の最重要項目として位置づけられており、その予備軍としての被虐待児数（児童相談所への報告数）を指標に用いている。

これらの結末を来す背景要因として親（特に母親）の育児不安感を「子育てに自信が持てない」、「自分が子どもを虐待しているのではないかと思う」「ゆったりとした気持ちで子どもと接することができるか」の項目で表現している。

この虐待と背景になる育児不安に関する指標は多くの地域で重要となる項目であろう。

追加すべき項目として（研究班検討項目）

育児不安が発生しそうな状況に関連する要因として、「子育て中の親同士の間関係の悩みがある親の割合」と「子育て方針の違いによる悩みのある親の割合」を挙げている。育児不安が解消できない状況では心身の健康状態が良好であると回答できないのではないかと、「心身ともに快調である母親の割合」を挙げている。また、育児不安があると育児に自信がなくなったり、子育てが楽しいと感じれなかったり、子育てが難しいものと感じれたり、子どもをかわいいと思えなかったりするのではないかと考え、「子育てに自信

をもっている母親の割合」、「子育てが楽しいと感じる母親の割合」、「子どもをかわいいと思う親の割合」、「子育てに困難を感じている母親の割合」を挙げている。さらに、母親の育児不安とその解消は、父親の育児に対する前向きな態度とも関連があるとして、「心身ともに快調である父親の割合」、「子育てが楽しいと感じる父親の割合」も挙げている。これらの一連の項目は、特別な調査を実施する必要があり、特に父親の情報は健康診断受診時に把握することは困難である。従って、住民に対する標本調査等の企画が必要となる。「極度に育児不安を持っている親の割合」については、標本調査等で本人が訴える情報というよりは健康診断や家庭訪問の場で専門家が把握すべき情報であろう。

虐待の予備軍から発生例に至る項目として、親自身の判断、専門家の判断、発生した虐待に関する関連機関からの情報が挙げられる。親からの訴え項目として、「子どもを虐待しているのではと思っている親の割合」、「子どもと十分スキンシップをしていると思う親の割合」を挙げ、専門家の判断として、検診、訪問の場面などで把握した予備軍になりそうなケースも挙げられよう。また発生した虐待の情報は、虐待の発生率や虐待を理由に施設に入所した割合・数が挙げられているが前者は問い合わせをしても把握困難であろう。

このように、育児不安に関する健康指標は多岐にわたるが、地域レベルでは比較的頻度が高く、回答しやすい「子育てが楽しいと感じる親の割合」、「子どもをかわいいと思う親

の割合」等が活動の評価に活用しやすい項目であろう。また、健康診断等ルーチンワークで把握できる指標も評価を日常活動に根付かせるには大変重要である。

2) 行動・学習の指標(住民自らの行動の指標)

行動の指標では育児不安を解消できているかどうかについて特に父親の育児参加に着目している。まずは、父親が育児不安に関して母親の相談相手となっているかを重視している。具体的な育児参加については、それぞれの地域の特性にあわせた適切な表現があってもよいのではないか。出産後1ヶ月の母乳育児の割合については母親の子どもへの愛着形成に関連する要因ではあるが、地域レベルで指標に挙げる場合はそうでない人が落伍者感を持ってしまう恐れがあるので注意が必要である。

追加すべき項目として(研究班検討項目)

知識を持つことにより不要な育児不安を持たずにおれるのではという観点で、「子育ての知識を持っている親の割合」を挙げている。これには、情報を得る場がある、得た情報を取捨選択できることが必要だとして、「育児サークルに参加する母親の割合」、「育児関連の教室や学級に参加する親の割合」、「子育て知識から自分のほしい情報を選択できる親の割合」を挙げている。

子育てに参加している具体的姿として「子どもとよく遊んでいる父親の割合」を挙げ、父親の育児参加や地域保健サービス、自主グループ等様々な支援策を受けることができ、育児不安が解消できた状態かどうかを評価する

項目として、「心理的な育児支援が受けられている母親の割合」、「手段のない育児支援が受けられている母親の割合」を提案している。

地域の人々が子育ての知識を持って、子育て中の親を理解できたり、地域の人が皆で地域の子どもの育てることに関与するようになれば親の育児不安も発生しにくいのではないかと考え、「子育ての知識を持っている地域社会の人々の割合」、「他人の子どもを誉めたり、しかったりしている地域の人々の割合」も提案している。

母子保健活動を通して家庭や地域が変わり、その成果として育児不安が解消したかどうかを評価するには、父親の育児参加と地域の人々の育児についての理解、母親が育児不安解消の支援やサービスを受けられているかについての項目は重要であろう。

3) 組織・資源・環境の指標(行政・関係機関等の取組の指標)

虐待の早期発見・早期介入の取り組みと虐待予備軍を減らしていくための育児不安軽減の取り組みの両面を発展させていく必要がある。

虐待の早期発見・早期介入においては、虐待のハイリスクグループを医療機関と連携して把握し追跡していくこと、児童相談所で適切な取り組みができるためのマンパワー整備、虐待に関連したグループへの支援を重視している。また、心に傷をもった子どものための治療施設も都道府県レベルに1つは作りたい。

育児不安解消の取り組みにおいては、乳幼児健康診査の充実を最も重視し、健康診査を利用して育児支援を行っているか、親からみた健康診査の満足度を指標としている。また、育児グループ支援も重要な取り組みとして位置づけている。

これら虐待と育児不安に関連する項目は重要なものが多く、かつ比較的全国どこでもあてはまる普遍的な要因であるといえる。

追加すべき項目として（研究班検討項目）

基盤整備については、育児不安解消のためのサービス、グループに関する項目群と、虐待の早期発見、早期介入、予防等に関連する仕組みづくりに分けられる。

前者については、「育児サークルの有無」、「子育て教室、学級の有無」、「子育て支援組織の有無」、「子育て支援の場として位置付けられた健診の有無」、「じいちゃん、ばあちゃん

の教育の場の有無」等を挙げている。特に、近年増加傾向にある様々なマイノリティグループに対する育児支援システムや事業の有無については、外国人、障害者（親または子）、多胎児、高齢の親、転入者、親が若い、親が一人等が挙げられているが、これは地域特性にあわせて必要性が異なるであろう。

育児不安発生防止の社会環境づくりとしては「親、社会、メディアが様々な家族の形態を認めている」を挙げている。

後者のシステムづくり、人づくり（専門家づくり）については、「健診未受診者に対するアプローチの有無」、「虐待関連関係者会議の有無」、「虐待の事例検討の有無」、「虐待に関する研修の有無」等が挙げられている。

これら育児不安と虐待関連の基盤整備はいずれも重要である。

表 地方計画に盛り込むべき育児支援の領域の指標

QOL・健康の指標

心身ともに良好な状態にある母親の割合	*
心身ともに良好な状態にある父親の割合（母親の評価）	*
子育てに自信を持っている母親の割合	*
子どもを虐待しているのではと思っている親の割合	*
子育てが楽しいと感じる母親の割合	
子育てが楽しいと感じる父親の割合	
子どもをかわいいと思う親の割合	
ゆっくりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合	*
子育てに困難を感じている母親の割合	*
極度に育児不安を持っている親の割合	
虐待の発生率	
施設入所率（虐待関係）	
子どもと十分スキンシップしていると思う親の割合	
子育て中の親同士の人間関係の悩みのある親の割合	
子育て方針の違いによる悩みのある親の割合	

行動・学習の指標

子育ての知識を持っている親の割合	
子育ての知識を持っている地域社会の人々の割合	
子育て知識から自分のほしい情報を選択できる親の割合	
育児サークルに参加する母親の割合	*

育児関連の教室や学級に参加する親の割合	
心理的な育児支援が受けられている母親の割合	
夫が相談相手，精神的な支えになっている母親の割合	＊
子どもとよく遊んでいる父親の割合	＊
手段的な育児支援が受けられている母親の割合	
他人の子どもを誉めたり，しかったりしている地域の人の割合	

組織・資源・環境の指標

- 育児サークルの有無
- 虐待防止連絡会議の有無
- 虐待の事例検討の有無
- 子育て教室，学級の場の有無
- 母子保健関係者への虐待についての研修の有無
- 子育て支援組織の有無
- 周産期医療施設の退院児へのフォロー体制が確立している二次医療圏の割合
- 乳児期に訪問指導を受けた児の割合
- プレネイタル・ビジット実施市町村数
- 育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合
- 健診未受診者に対するアプローチの有無
- 親，社会，メディアが様々な家族の形態を認めている
- じいちゃん，ばあちゃん教育の場の存在
- マイノリティ親子への支援システムの有無
 - ひとり親の場合
 - 外国人親子
 - 障害児
 - 親が障害者
 - 多胎児
 - 親がともに若い
 - 親が高齢
 - 転入者
 - 貧困層など

＊は平成12年9月の乳幼児身体発育調査および病院調査で把握できる指標

分担研究報告書

「健やか親子21」を踏まえた市町村母子保健計画の見直しプロセスに関する研究

藤内修二（大分県佐伯保健所）	岩室紳也（神奈川県厚木保健所）
尾崎米厚（鳥取大学衛生学）	福永一郎（香川医大衛生・公衆衛生学）
糸数 公（沖縄県コザ保健所）	犬塚君雄（愛知県新城保健所）
尾島俊之（自治医大公衆衛生学）	笹井康典（大阪府医療対策課）
澁谷いづみ（愛知県知多保健所）	田上豊資（高知県健康福祉部）
日隈桂子（玖珠町保健福祉課）	櫃本真事（愛媛県健康増進課）
福島富士子（国立公衆衛生院公衆衛生看護学部）	

要旨：平成8年度の母子保健計画策定プロセスとその後の訪問調査による策定効果の分析から、「健やか親子21」を踏まえた目標設定型の計画策定のポイントを分析し、市町村母子保健計画の見直しのプロセスとして、次のような手順を提案した。

①既存の母子保健計画や「健やか親子21」に盛り込まれた指標を、栄養・食生活、運動、心の健康（育児不安や虐待防止を含む）、喫煙、飲酒、歯科保健、保健医療（予防接種、健康診査を含む）、事故防止（SIDSを含む）、リプロダクティブヘルスの9領域に分け、更に、QOL・健康の指標、行動・学習の指標、組織・資源・環境の指標の3カテゴリに分類する。②こうして作成した指標の一覧を策定委員会や作業部会に提示し、不足する指標を作業部会等で抽出した上で、現状を把握するための実態調査を行う。③各指標についての現状を踏まえ、将来の目標値を設定するとともに、その達成のために必要な取り組みについて検討し、行動計画を作成する。こうした一連の作業を容易にするためのワークシートを開発した。

はじめに

平成9年度の母子保健法の改正に伴い、全国の市町村で母子保健計画が策定されて、5年が経過した。その見直しを前に、平成12年11月に「健やか親子21」が発表された¹⁾。本稿では、「健やか親子21」を踏まえて、市町村の母子保健計画をどう見直すかについて述べたい。

「健やか親子21の特徴」

「健やか親子21」は、母子保健医療の分野で20世紀に積み残した課題や20世紀末になって台頭してきた新たな課題を整理し、その課題の解決の方向性を示すとともに、「国民運動」として展開されるべく、国民、地方自治体、国、関係団体の果たす役割を明記したものである。9回にわたる「健やか親子21検討会」において抽出された課題は、

4 領域（①思春期保健対策の強化と健康教育の推進，②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援，③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備，④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減）に整理され，健康日本21と同様に目標値が設定された。

これらの検討にあたっては，新たな公衆衛生戦略であるヘルスプロモーションの理念をふまえ²⁾，望ましい生活習慣や保健行動の実践を容易にするための環境の整備

(supportive environment)についても検討され，各領域の目標値に盛り込まれた。このため，目標値の設定は，母子保健事業の究極の目標である親子の Quality of Life（以下，QOL）の向上や健康指標の改善といった「保健水準の指標」とそれを達成するための住民の行動や知識・態度の目標である「住民自らの行動の指標」，さらに，これらを達成するための組織づくりや社会資源の充実，環境の整備といった「行政・関係機関等の取組の指標」という三層構造になっている。

市町村母子保健計画と「健やか親子21」

市町村母子保健計画（以下，母子保健計画）と「健やか親子21」には次に述べるような相違点があり，母子保健計画の見直しにあたってはこれらの違いを認識することが重要である。

1) 領域の設定

平成8年度の母子保健計画策定指針に示された4つの基本的な視点は，①安全な妊娠と出産の確保，②安心のできる子育て環境，③健康的な環境の確保，④個人の健康状態に応じた施策の推進であった³⁾。これらの課題と健やか親子21の4領域は大部分が重なるものですが，表1に示したように生活習慣病の予防の部分と思春期保健の部分は重ならない。

平成8年度の母子保健計画策定指針は，平成6年度の心身障害研究「市町村における母子保健事業の効率的実施に関する研究」⁴⁾で提案された5つの課題から，思春期保健の領域を除いた4領域を設定したものであり，「健やか親子21」で思春期保健の領域が追加されたことは当然の成り行きと言えよう。

表1 母子保健計画と「健やか親子21」の領域設定の違い

母子保健の「めざす姿」 ⁴⁾ (平成6年度心身障害研究)	平成8年度母子保健計画 策定指針の基本的視点	「健やか親子21」の課題
妊娠から出産までが安全にできる	安全な妊娠と出産の確保	妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援
安心して子育てができる	安心できる子育て環境	子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減
生活習慣病を予防できる	健康的な環境の確保	
事故を未然に防げる		
疾病や障害があっても，適切な医療や療育を受けられる	個人の健康状態に応じた施策の推進	小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備
自己決定能力を獲得することにより思春期の課題を乗り越えられる		思春期保健対策の強化と健康教育の推進

一方、「健やか親子21」で課題から外された形になった生活習慣病の予防については、「健康日本21」で扱っているという理由で今回の検討の対象から外された経緯がある。「健康日本21」と「健やか親子21」の谷間で議論されなかった課題については後述するが、母子保健計画では、小児期からの生活習慣病対策を盛り込むべきと考える次第である。

2) 国レベルと地方レベル

今回4つの領域で設定された計61項目の指標の中には、そのまま母子保健計画の指標にはできない項目も少なくない。乳幼児突然死症候群（SIDS）や10代の自殺のように小規模な自治体では、数年に1件あるかないかという事例の発生率を指標にするのは現実的でないからである。また、周産期医療ネットワークが整備された都道府県数なども市町村の守備範囲外と言えよう。このように、国の計画だからこそ盛り込める指標や、国の計画だからこそ盛り込まねばならない指標が「健やか親子21」には設定されている。

母子保健計画では、是非、これらの指標を多く設定すべきと考える。

市町村母子保健計画と「健康日本21」の地方計画

平成13年度に「健康日本21」の地方計画を策定する自治体は、母子保健計画の見直しと合わせて2つの保健計画を策定することになる。これらの2つの計画を別々に作るのはあまり賢明なことではない。自治体の保健計画が老人保健福祉計画、母子保健計画、栄養改善計画、健康○○21と複数あり、更には、エンゼルプラン、障害者プランと福祉

一方、「健やか親子21」は国レベルで設定するにはスタンダードな指標がない、あるいは、そのための情報収集が国レベルでは困難という理由で盛り込まれなかった項目もある。例えば、思春期保健の領域における「学校が楽しいと回答する中学生の割合」などはQOLの指標として「保健水準の指標」に加えるべきと考える、上記のような理由で、

「健やか親子21」の指標としては見送られた。このように市町村レベルで情報収集が可能な指標についても、母子保健計画に盛り込むべきと考える。

「健やか親子21」で設定された指標は、「健やかでない親子」の指標を設定した形になっているという指摘もあるが、上述したような国レベルの目標設定の特性や制約がその一因と考える次第である。「健康日本21」では、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの両方の重要性について記載されているが⁵⁾、「健やか親子21」では、ポピュレーションアプローチを評価する指標が手薄になったことも、こうした指摘を招いているのかも知れない。

領域まで含めると5つも6つもあるというはいかがなものであろうか。毎年、計画の策定をしていて、いつその推進をするのであろうか。こうした意味で、母子保健計画と「健康日本21」の地方計画をそれぞれに策定するよりは、一体のものとして策定することが望ましいと考える。また、後述するようにエンゼルプランとも一体のものをめざすことも視野に入れるべきであろう。

このような保健計画の一体化は、効率化や整合性を保つだけでなく、複数の保健計画の「谷間」で重要な課題が漏れてしまうことを防ぐことにもつながる。表2に示すマトリッ

クスは領域とライフステージという2つの軸で課題を整理したものである。こうした考え方で、各領域ごとに乳幼児期、学童・思春期、青壮年期、高齢期の課題とその評価指

標（目標値）を設定することで、包括的な保健計画の策定が容易になると考える次第である。

表2. 地方計画に盛り込むライフステージと領域

	乳幼児期	学童・思春期	青壮年期	高齢期
栄養・食生活				
運動				
休養・心の健康	育児不安や虐待対策を含む			
喫煙				
飲酒				
歯科保健				
保健・医療	健康診査や予防接種を含む	慢性疾患児への支援を含む	糖尿病・循環器疾患・がん	
事故	SIDS対策を含む			転倒防止を含む
リプロダクティブヘルス		HIVやSTD対策を含む		

注1 網掛けは母子保健計画部分に相当する

注2 喫煙、飲酒、保健・医療（糖尿病・循環器疾患・がん）については青壮年期と高齢期を一緒に議論することが可能。

例えば、乳幼児期の「食」の問題は、栄養・食生活の領域に位置づけられるが、「健康日本21」では乳幼児期の食生活は視野に入っていないので、母子保健計画の中で議論されることが必要である。また、離乳がうまく進まないことが育児不安の原因になっていたり、幼児期から学童・思春期にかけての食事を通しての家族の絆が希薄なために思春期の問題を引き起こしたりすることも指摘されている。母子保健計画では、「食」を栄養という観点から生活習慣病予防として位置

づけるだけでなく、育児不安や思春期保健と連動させながら検討することも重要である。

市町村母子保健計画とエンゼルプラン

平成11年12月17日に6省庁合意のもとで、新エンゼルプランが発表された⁶⁾。

母子保健は「4. 母子保健医療体制の整備」として組み込まれており、形の上では、母子保健計画はエンゼルプランに包含されていると言えよう。エンゼルプランの示す8つの柱は、母子保健計画策定指針や「健やか親子21」が提示する4つの柱とは、少し性格を

異にしている。エンゼルプランに示された8つの柱が、「安心して子供を産み育てられる地域社会の実現」のための方策（手段）であるのに対して、母子保健計画策定指針や「健やか親子21」が示した4つの柱は「安心して子供を産み育てられる地域社会」の具体的な姿を提示しているのである。

こうした性格の違いから、エンゼルプランの8つの柱と母子保健計画の4つの柱は並列されるものではなく、むしろ、上位・下位の関係として位置づけられるものとする。すなわち、エンゼルプランの「1. 保育サービス等子育て支援サービスの充実」や「2. 仕事と子育ての両立のための雇用環境の整備」、「8. 住まいづくりやまちづくりによる子育ての支援」の3つの柱は、健やか親子21の「④子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」を実現するための方策として位置づけることができる。また、エンゼルプランの「5. 地域で子どもを育てる教育環境の整備」や「6. 子どもたちがのびのび育つ教育環境の実現」といった教育環境への取り組みは、「健やか親子21」の「①思春期保健対策の強化と健康教育の推進」とリンクするものである。

このような理由から、母子保健計画の策定において、めざす姿を達成するための取り組みを児童福祉や健全育成まで広げることで、エンゼルプランへと発展させることが可能である。現実には、母子保健計画を策定に際して、検討の枠組みを広げていった結果、エンゼルプランが策定された自治体も少なくない（大分県内では筆者の知る限りでも6自治体）。母子保健計画とエンゼルプランを別々の計画と位置づけるのではなく、「健康日本21」地方計画と同様、一体のものとして策

定することを試みるのが重要と考える次第である。

市町村母子保健計画の見直しの実際

「健やか親子21」は4領域に「保健水準の目標」と「住民自らの行動の目標」を設定することで、達成すべき姿、いわば、ビジョンを示し、「行政・関係機関等の取り組みの目標」を設定することで、具体的な行動計画を示している。その地方計画にあたる母子保健計画にも、同様にビジョンと行動計画の両方が盛り込まれることが必要である。行動計画を伴わないビジョンだけの保健計画では「絵に描いた餅」になってしまうし、ビジョンを伴わない行動計画（事業計画）だけの保健計画では、こなすだけの事業になってしまい、その評価さえできないからである。

平成8年度の母子保健計画策定では、ビジョンを明確にした上で、行動計画まで策定できたのは、「地域づくり型保健活動」やPCM手法を用いて策定した一部の自治体のみであった⁷⁾。これら一部の自治体を除けば、ビジョンと行動計画がどうリンクするのかイメージが湧かないというのが本音かも知れない。表3は母子保健計画の一部（思春期保健対策の一節）を示したものである。QOLや健康の指標、生活習慣や保健行動の指標、目標達成のための条件指標を記載した部分がビジョン部分ということになり、目標達成のための条件に対応して、現状の取り組みと今後必要な取り組みを記載した部分が行動計画部分ということになる。

以下に、母子保健計画の見直しにおけるビジョンづくりと行動計画づくりのポイントを紹介する。

1) ビジョンづくりのポイント

「健やか親子21」の「保健水準の指標」と「住民自らの行動の指標」を、そのままビジョンとし、それに対応する行動計画部分を記載することで、母子保健計画が一応できあがることになるが、前述した通り、領域設定の違いや国レベルと地方レベルの指標設定の違いなどがあり、そのままでは母子保健計画として十分なものとは言えない。ビジョン部分も「健やか親子21」を踏まえて、市町村で考えることが必要なのである。

しかし、このビジョン部分をそれぞれの市町村で白紙から考える必要は必ずしもない。せっかくビジョンの大枠が示されたのだから、これを踏まえて、都道府県や保健所管内のレベルでビジョンを作成し、市町村はそのビジョンをもとに、行動計画部分を策定するというのが現実的な方法であろう。平成8年度の母子保健計画策定では、ビジョン部分から行動計画まで策定した市町村の多くが、ビジョン部分の策定に時間の大半を割き、行動計画部分の策定では息切れしてしまった感が否めないからである。もちろん、前回、こうした手法で計画策定を経験し、ビジョン部分の策定がスムーズにできる自治体にあつては、ビジョン部分から行動計画部分までを息切れすることなくできるであろうが、そうでない大部分の自治体にとっては、保健所がビジョン部分の策定に一役買うことが望ましい。

ビジョンを描く際には、「健やか親子21」の三層構造の指標を利用することになり、これらの指標づくりに適用した **PRECEDE-PROCEED model**⁸⁾（以下、モデル）を参考にすることで、より系統的なビジョンを描くことができる。このモデルに

おいては、めざすQOLは何か、改善すべき健康指標は何か、そのために望ましい生活習慣や保健行動は何か、そしてそれらを実現するための条件（環境因子、準備因子、強化因子、実現因子）について、指標を設定したものが、ビジョンということになる。

「保健水準の指標」はQOLと健康指標に相当し、「住民自らの行動の指標」は生活習慣と保健行動、準備因子、実現因子の一部（実践のために必要な技術）に相当する。「行政・関係機関等の取組の指標」として、「健やか親子21」では、具体的な事業や施策の量的な目標が設定されているが、本来、こうした取り組みが、どんな条件（因子）を満たそうとしているのかを明らかにすることが必要である。例えば、「学校保健委員会を開催している学校の割合」という指標は、学校保健委員会の開催を通して、どんな条件を満たそうとしているのかを明らかにし、それをビジョンとして盛り込まなければ、形式的な学校保健委員会の開催が増えるだけかも知れない。この例では、学校で系統的なエイズ、喫煙、飲酒教育等が受けられるという実現因子を満たすためのものであることを確認し、これをビジョンとして盛り込むことになる。

ビジョン部分に盛り込むQOLや健康の指標、行動と学習の指標、更にこれらを実現するための条件の指標（組織・資源・環境の指標）については、厚生科学研究「地域における健やか親子21の推進に関する研究」

（主任研究者：藤内修二）の報告書⁹⁾に指標例を紹介しているので、参考にされたい。研究班では平成8、9年度に母子保健計画を策定した市町村のうち、こうした指標を策定した212自治体の母子保健計画書から指標を抽出し、「健やか親子21」の枠組みに沿

って分類を行った。その一部は「健やか親子21」の指標にも採用されたが、採用されなかった指標の中にも、地方レベルの指標として設定すべき指標が多く含まれていると考える。保健所と市町村が共同で母子保健計画を策定するのに、報告書を役立てていただければ幸いである。

2) 数値目標の設定について

「健康日本21」の数値目標の設定を巡って、いくつかの議論がわき起こった。一つは、数値目標で国民に生活習慣や保健行動を強いるのはいかなるものかという議論であった。この議論は、数値目標の性格が明確でなかったことに起因している。QOLや健康指標といった「保健水準の指標」は、母子保健事業等によって達成すべき究極の目標値である。これらを実現するために設定された組織づくりや社会資源（保健サービスや健康教育の提供を含む）の充実、環境の整備などの「行政・関係機関等の取組の指標」はノルマ的な性格を有するものである。こうした取り組みの結果、住民の生活習慣や保健行動がどう変化したかを見るのが「住民自らの行動の指標」だが、これは事業の成果を評価するモニタリングの指標と言える。このモニタリングの指標とノルマ的な指標を混同してしまうと、こうした議論が出てくるのである。目標値の設定においては、こうした目標値の性格を明記することが必要と考える。

もう一つの議論は目標値の根拠が希薄であるという議論であった。特に、「住民自らの行動の指標」の目標値設定において、予防接種の接種率のようにある一定の水準を超えると、効果が期待できるというエビデンスに基づいて設定できる項目は限られている。

未成年者の喫煙や飲酒のように理想値として「0」を設定することになる項目もあるが、これらの項目を除けば、現状値に対して10年後の目標値を決定する作業は、国の目標値を参照したり、他地域との比較で決定することになり、「えいやっ」と決めるのとあまり違いはない。こうした行動の指標については、「モニター」することを明記するだけでも良いのかも知れない。一方、「行政・関係機関等の取組の指標」については、予算獲得の根拠にもなる数値なので、可能な限り積極的な目標値を設定すべきであろう。

3) 行動計画づくりのポイント

行動計画づくりにおいては、策定されたビジョンを実現するために、既存の事業がどう機能しているかをチェックすることが重要である。表3に示した記載例のように、既存の各事業がビジョンのどの項目に対応するのかを整理することが必要である。この際、母子保健担当課の事業だけでなく、児童福祉担当課、教育委員会など、他課の事業についても記載することがポイントである。

このように、既存の事業の査定を行った上で、今後、必要な取り組みや事業について検討する。作業部会等でより具体的な提案をしてもらうことになるが、母子保健担当課の取り組みだけでなく、他部局の取り組みや作業部会のメンバーの出身母体である組織や関係機関の取り組みについても協議することが重要である。

4) 評価計画の策定

保健計画が「絵に描いた餅」に終わらないためには、評価計画を同時に立てることが重要である。事業の成果はそれぞれの事業が改

善させようとしている指標が改善されたか（目標値がクリアされたか）によって評価されるが、こうしたアウトカムの評価だけでなく、実際に事業の経過がどうなっているかを評価することも重要である。この経過評価のためのチェックポイントを計画に明記しておけば、進行管理を確実にすることができる。母子保健計画推進協議会などの推進組織で、経過評価の結果を共有することにより、それぞれの組織の取り組みに「テコ入れ」ができるからである。

5) 計画策定における住民の参画

保健計画の策定に住民の参画が必要なことは解説するまでもないが、重要なことは、どのような形で参画を得るかである。事務局が作成したたたき台に意見を求めるだけの策定委員会では、住民代表が入っていても住民参加とは言えない。ビジョン、すなわち、めざす姿を一緒に考えるところから始めるべきである。しかし、今回のように、国がビジョンの大枠を示しているのに、「どんな子どもが育ったら良いと思いますか」や「どんな子育てができれば良いと思いますか」と白紙からビジョンを考えるのもいかなものであろう。むしろ、表2に示したようなライフステージと領域ごとに、参加者が日頃感じている問題点を挙げてもらうのが効率的と考える次第である。国の挙げた項目を説明した上で、「当地域には他にどんな課題があると思いますか？」といった問いかけを行うのも良い方法であろう。この際、「〇〇が悪い」といった発言に対して、「では、どうなったら良いのでしょうか？」と問いかけて、解決の方向、すなわち、めざす姿を確認するとともに

にそのめざす姿を実現するための条件についても引き出すことが重要である。

こうして抽出された項目を追加して、実態調査を行うことになるが、調査票づくりも住民代表を含む作業部会等で進めることが望ましい。調査票の配布や回収に母子保健推進員等の住民組織を活用することも少なくないと思うが、重要なのは、実態調査の解釈を住民と一緒に進めることである。実態調査の結果を一緒に読みとることにより、ビジョンを確認し、ビジョンと現状とのギャップ（すなわち、課題）について共通認識を持つことができるようになるからである。

住民の参画はこうしたビジョンづくりだけでなく、行動計画づくりにおいても重要である。行動計画ではそれぞれの目標を達成するために必要な取り組みを住民と一緒に考えることになるが、「行政に〇〇して欲しい」「〇〇〇を作って欲しい」といった行政への要望を出すだけでなく、自分たちの組織がどんな取り組みをしているかを検証すると同時に、ビジョンを実現するために、どんな取り組みが自分たちに可能かを検討してもらうことが重要である。策定委員会や作業部会のメンバーは各住民組織や団体の代表であることが普通だが、委員会での検討内容を彼らの出身母体に復命をしてもらい、それを受けて、組織で議論したことを次の委員会で発言してもらうようにするのが、真の住民参加を得るために必要なプロセスである。

最後に

保健計画の策定とその推進に向けてのノウハウを確立している自治体はまだまだ少ないのが現状であろう。計画策定に多くを期待していない人も多い。しかし、「健やか親