

表4 合計特殊出生率の高い市(平成10-14年)

順位	都道府県	市町村名	合併無し	昭和58- 62年	昭和63- 平成4年	平成5-9 年	平成10- 14年	離島
21	沖縄	平良市	.	2.51	2.43	2.33	2.21	1
30	鹿児島	西之表市	1	2.01	2.24	2.07	2.12	1
31	沖縄	石垣市	1	2.72	2.49	2.34	2.12	1
53	長崎	平戸市	.	2.52	2.46	2.20	2.05	0
71	長崎	松浦市	.	2.26	2.18	2.07	2.01	0
96	青森	三沢市	1	2.10	2.09	2.00	1.98	0
111	沖縄	浦添市	1	2.38	2.16	2.06	1.96	0
112	沖縄	名護市	1	2.54	2.32	1.97	1.96	0
118	沖縄	沖縄市	1	2.23	2.06	1.93	1.95	0
132	沖縄	糸満市	1	2.43	2.19	2.05	1.94	0
148	宮崎	串間市	1	2.21	2.11	2.06	1.92	0
150	沖縄	豊見城市	1	2.48	2.24	2.00	1.92	0
156	佐賀	伊万里市	1	2.13	1.93	1.95	1.91	0
171	熊本	人吉市	1	2.04	1.88	1.98	1.90	0
184	沖縄	具志川市	.	2.30	1.99	1.93	1.89	0
211	福島	喜多方市	.	2.05	1.97	1.91	1.87	0
215	広島	三次市	.	2.12	2.15	1.93	1.87	0
219	沖縄	石川市	.	2.35	2.09	1.95	1.87	0
228	京都	福知山市	.	2.13	1.93	1.86	1.86	0
248	京都	舞鶴市	1	2.04	1.90	1.81	1.84	0
250	愛媛	大洲市	.	2.05	1.98	1.87	1.84	0
261	佐賀	武雄市	.	2.04	1.91	1.94	1.83	0
264	沖縄	宜野湾市	1	2.12	2.00	1.95	1.83	0
282	長崎	福江市	.	2.10	1.96	1.77	1.82	1
287	鹿児島	川内市	.	2.15	2.09	1.92	1.82	0
300	岡山	新見市	.	1.98	1.91	1.85	1.81	0
302	佐賀	鹿島市	1	2.05	1.87	1.87	1.81	0
309	石川	珠洲市	1	2.18	2.00	1.86	1.81	0
312	石川	輪島市	.	2.15	2.01	1.90	1.81	0
329	宮崎	延岡市	.	1.88	1.78	1.81	1.80	0
330	山形	新庄市	1	1.91	1.82	1.74	1.80	0
338	鹿児島	国分市	.	2.05	1.96	1.90	1.80	0
345	新潟	両津市	.	2.14	2.11	2.02	1.80	0
355	佐賀	唐津市	.	1.88	1.73	1.73	1.79	0
363	鹿児島	出水市	.	1.95	1.85	1.93	1.79	0
364	熊本	本渡市	.	2.02	1.89	1.85	1.79	1
365	新潟	十日町市	.	1.95	1.94	1.90	1.79	0
367	滋賀	栗東市	1	2.09	1.91	1.86	1.79	0
373	宮崎	小林市	.	2.06	1.98	1.99	1.79	0
384	大阪	高石市	1	1.88	1.55	1.59	1.78	0
390	山形	長井市	1	1.95	1.77	1.85	1.78	0
392	秋田	鹿角市	1	2.03	1.77	1.86	1.78	0
397	島根	大田市	.	2.15	2.13	1.84	1.78	0
400	鹿児島	名瀬市	.	2.23	1.97	1.99	1.78	1

表5-1 平成10-14年の市町村合計特殊出生率を従属変数とした重回帰分析の結果

	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	B の 95% 信頼区間	
	B	標準誤差	ベータ			下限	上限
(定数)	1.500	0.005		312.021	0.000	1.491	1.510
沖縄／九州・沖縄以外	0.347	0.030	0.224	11.619	0.000	0.289	0.406
九州／九州・沖縄以外	0.140	0.011	0.233	12.195	0.000	0.117	0.162
離島／離島以外	0.251	0.022	0.228	11.614	0.000	0.209	0.294
人口(2000年)千人増える	0.000	0.000	-0.192	-10.323	0.000	0.000	0.000
従属変数: 平成10-14年	n=2195		モデルR2乗=0.245				

表5-2 平成10-14年の市町村合計特殊出生率を従属変数とした重回帰分析の結果

	非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	B の 95% 信頼区間	
	B	標準誤差	ベータ			下限	上限
(定数)	1.449	0.007		198.940	0.000	1.435	1.463
沖縄／九州・沖縄以外	0.340	0.030	0.235	11.399	0.000	0.282	0.399
九州／九州・沖縄以外	0.155	0.012	0.272	13.279	0.000	0.132	0.178
離島／離島以外	0.246	0.022	0.234	11.138	0.000	0.203	0.290
人口千対保健師数1増加	0.115	0.017	0.138	6.867	0.000	0.082	0.148
従属変数: 平成10-14年	n=1923		モデルR2乗=0.244				

人口と人口 1000 人当り保健師数は負の相関があるため、人口を目的変数にした場合と（表5-1）、人口千対保健師数を目的変数にした場合（表5-2）と2つのモデルを試した。

表6-1 合計特殊出生率(従属変数)と関連する市町村母子保健計画書についての要因

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率	Bの95%信頼区間	
	B	標準誤差	ベータ			下限	上限
(定数)	1.421	0.016		86.180	0.0000	1.389	1.453
離島有1無0	0.249	0.022	0.237	11.482	0.0000	0.207	0.292
九州	0.148	0.012	0.258	12.757	0.0000	0.125	0.170
沖縄	0.354	0.029	0.245	12.105	0.0000	0.297	0.412
人口2000年千人	0.000	0.000	-0.114	-5.658	0.0000	0.000	0.000
人口千対保健師数	0.075	0.017	0.090	4.397	0.0000	0.042	0.109
現状問題点	0.053	0.012	0.091	4.559	0.0000	0.030	0.076
厚生省分析視点有無	-0.033	0.009	-0.072	-3.554	0.0004	-0.051	-0.015
製本有無	0.024	0.009	0.054	2.762	0.0058	0.007	0.041
事業量数値目標有無	-0.038	0.011	-0.083	-3.628	0.0003	-0.059	-0.018
事業計画有無	0.049	0.014	0.081	3.495	0.0005	0.021	0.076
従属変数: 平成10-14年	n=1922		調整済R ² =0.279				

表6-2 合計特殊出生率(従属変数)と関連する市町村母子保健計画策定プロセスと策定後の母子保健活動の変化についての要因

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率	Bの95%信頼区間	
	B	標準誤差	ベータ			下限	上限
(定数)	1.437	0.022		65.794	0.0000	1.394	1.480
人口2000年千人	0.000	0.000	-0.116	-2.709	0.0070	0.000	0.000
九州	0.130	0.022	0.244	5.905	0.0000	0.087	0.174
沖縄	0.343	0.064	0.219	5.383	0.0000	0.217	0.468
人口千対保健師数	0.184	0.040	0.192	4.569	0.0000	0.105	0.263
離島有1無0	0.173	0.050	0.140	3.429	0.0007	0.074	0.272
策定養護教諭	0.050	0.017	0.117	2.906	0.0038	0.016	0.084
保健所の協力不足	0.069	0.027	0.105	2.608	0.0094	0.017	0.122
保健所個人情報	-0.073	0.028	-0.103	-2.594	0.0098	-0.128	-0.018
マンパワーの不足	0.050	0.017	0.120	2.993	0.0029	0.017	0.083
予算の不足	-0.047	0.019	-0.101	-2.451	0.0146	-0.085	-0.009
開催場所の増加	-0.042	0.019	-0.087	-2.188	0.0292	-0.080	-0.004
作業婦人会等	0.074	0.034	0.087	2.185	0.0294	0.007	0.140
関係機関との協議不足	-0.042	0.021	-0.079	-2.003	0.0457	-0.083	-0.001
従属変数: 平成10-14年	n=458		調整済R ² =0.298				

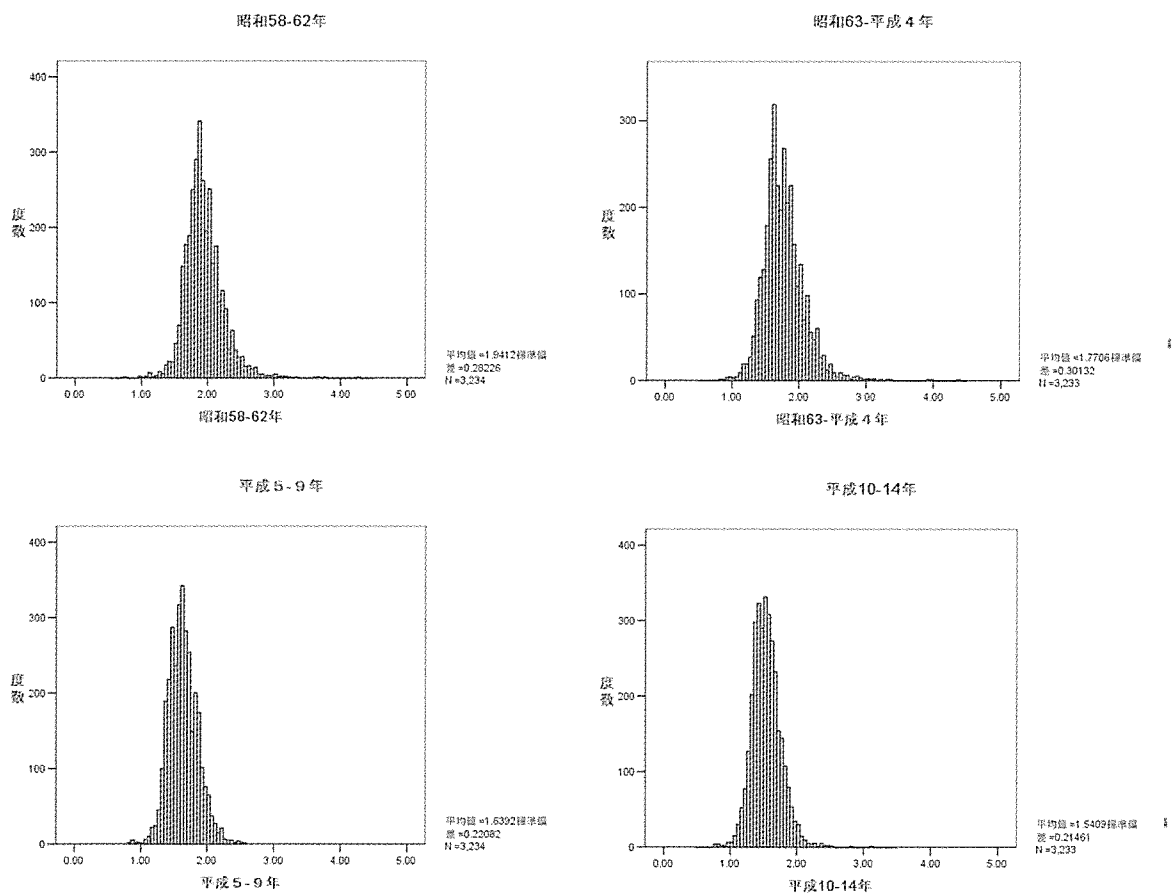
表6-3 合計特殊出生率(従属変数)と関連する健やか親子21関連事業取り組みや保健所の支援についての

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率	Bの95%信頼区間	
	B	標準誤差	ベータ			下限	上限
(定数)	1.549	0.033		47.396	0.0000	1.484	1.613
離島有1無0	0.288	0.032	0.238	8.921	0.0000	0.225	0.352
九州	0.139	0.015	0.250	9.317	0.0000	0.110	0.169
沖縄	0.359	0.041	0.230	8.661	0.0000	0.278	0.440
人口2000年千人	0.000	0.000	-0.137	-4.862	0.0000	0.000	0.000
人口千対保健師数	0.079	0.024	0.095	3.349	0.0008	0.033	0.126
教育委員会	-0.036	0.011	-0.092	-3.361	0.0008	-0.056	-0.015
関係組織にPR	0.048	0.013	0.099	3.720	0.0002	0.023	0.074
健診見直し	-0.047	0.013	-0.098	-3.690	0.0002	-0.071	-0.022
地方計画との関係	-0.025	0.007	-0.102	-3.516	0.0005	-0.039	-0.011
性感染症	0.055	0.016	0.102	3.469	0.0005	0.024	0.085
エンゼルとの関係	0.019	0.007	0.076	2.668	0.0078	0.005	0.034
学校の健診	0.032	0.013	0.069	2.555	0.0108	0.008	0.057
マンパワー提供	0.037	0.017	0.057	2.164	0.0307	0.003	0.070
薬物乱用防止	-0.048	0.021	-0.065	-2.244	0.0251	-0.090	-0.006
情報の加工	0.023	0.011	0.055	2.079	0.0379	0.001	0.045
従属変数: 平成10-14年	n=1042		調整済R ² =0.306				

表7 出生率の高い市町村のホームページに公開されている少子化対策の実態(離島でない、合併をしていない)

	市町村	人口	施設	特徴的施策
ベスト50から				
宮崎県	五ヶ瀬町	5,054	町立病院(産科、小児科はなし)、保育所	おばあちゃん、おじいちゃん学級:子育て事情、子供の健康に関する情報提供
福島県	西会津町		国保診療所、保育所、僻地保育	
福島県	下郷町	7,579	保育所	
熊本県	錦町	11,995	保育所、子育て支援センター	赤ちゃん訪問、子育てサークル、子宝祝い
市で出生率が高い(離島、沖縄でない、合併が無い)				
青森県	三沢市	43,515	市立病院(産婦人科、小児科)、児童センター、児童館、保育所、ファミリーサポートセンター(預か	
宮崎県	串間市	22,924	保育所	
佐賀県	伊万里市	59,129	市民病院(小児科、産婦人科なし)、保育所	子供見守り隊(2006)、留守家庭児童クラブ、障害児発達支援センター、児童センター
熊本県	人吉市	37,758	子育て支援センター、病後児保育施設	すこやかカレンダー、すこやか子育てマップ(医療施設)、健やか子育てプラン推進会議、子育てのお手伝い(陽だまりの会、ふれあいサービス、いずれも託児)、子育て支援スペース(スーパー)
京都府	舞鶴市	91,637	市民病院(小児科、産婦人科、小児専門外来)、子育て支援センター	離乳食教室、育児準備教室、あそびの教室、むし歯予防教室、幼児食教室、ファミリーサポートセンター、子育て支援協会(地域子育て支援協議会+関係機関)
山形県	新庄市	41,285	保育所、子育て支援センター、児童センター	子育て支援情報
滋賀県	栗東市	61,701	保育所、児童館	子育て体験教室、子供成長支援教室(不登校)、児童デイサービス、ことばの教室
4期目がそれまでに比べ高い				
静岡県	長泉町	39,179	こども育成課、保育所、地域子育て支援センター、静岡県がんセンター	子育てヘルパー派遣事業、放課後児童会、託児サービスボランティアグループ、不妊治療費助成
北海道	置戸町	3,680	赤十字病院(療養型)	子育てサークル
熊本県	嘉島町	8,680	保育所	放課後児童育成クラブ、子育て広場
大阪府	高石市	61,920	市立母子健康センター(助産所)、市立診療センター(小児科、婦人科)、HPに保健所の紹介、	赤ちゃん広場、離乳食講習会、母子健康センター(赤ちゃん交流会、両親教室)
秋田県	小坂町	6,845		すこやか子育て支援事業(保育料等助成)制
熊本県	多良木町	1,272	保育所、知的障害児入所施設	

図1 市町村別合計特殊出生率の分布



「健やか親子 21」推進の効果に関する研究 ～地域における母子保健活動の評価に関する研修会～

藤内修二（大分県福祉保健部健康対策課）
岩室紳也（地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター）
尾崎米厚（鳥取大学医学部社会医学講座環境予防医学分野）
櫃本真聿（愛媛大学病院医療福祉支援センター）
福永一郎（保健計画総合研究所）
澁谷いづみ（愛知県半田保健所） 犬塚君雄（愛知県中央児童・障害者相談センター）
糸数 公（沖縄県北部福祉保健所） 尾島俊之（浜松医科大学健康社会医学）
笹井康典（大阪府健康福祉部） 田上豊資（高知県中央東福祉保健所）
端谷 毅（日本赤十字豊田看護大学） 日隈桂子（玖珠町保健福祉課）
土屋厚子（静岡県保健福祉部疾病対策室） 福田展之（岡山県保健福祉部健康対策課）
福島富士子（国立保健医療科学院公衆衛生看護部）

要 旨

【目的】母子保健担当者が、「健やか親子 21」の中間評価結果について理解するとともに、地域における母子保健活動の評価の実際を理解し、評価結果に基づいて、活動の見直しができることを目的に研修会を企画・実施した。

【方法】上記の目的を達成するために、グループワークにより参加者が保健活動の評価に対して感じている問題意識を表出し、参加者間で共有するとともに、論点を整理したうえで、まとめの講義を行なうというプログラムを作成し、全国3ヶ所で研修会を開催した。

【結果】3ヶ所で合計245名の参加を得た。

母子保健活動の評価を困難にしている要因として、グループワークにより、評価指標（特に、質的な評価指標）が明確になっていないこと、評価指標の検討やその収集方法、結果の解釈等において、スーパーバイザーがいないこと、次世代育成支援行動計画の主管課が母子保健担当課と異なるために、自治体としての計画の評価がしづらいこと等が抽出された。評価指標の考え方や構造については、講義によりその理解を支援した。

評価の目的については、普段考える機会がなかったが、グループワークにより、自分の考えをまとめ、他の参加者と議論することにより、多くの参加者がその目的について確認できたという感想が多くの参加者から得られた。

参加者が実際に行っている母子保健活動評価のための工夫については、グループワークにより、アンケートの活用と工夫、電算システムの活用、ケース検討会等での議論による個別支援の質的評価の試み、専門職の目による観察、関係機関との協働による評価、住民組織との協働による評価、母親自身の評価への参画などが紹介され、参加者と共有できた。

A. 目的

母子保健担当者が、「健やか親子 21」の中間評価結果について理解するとともに、地域における母子保健活動の評価の実際を理解し、評価結果に基づいて、活動の見直しができることを目的に研修会を企画・実施した。

B. 方法

研修会は、市町村および保健所の保健師および母子保健担当者を対象として、上記の目的を達成できるように、研修プログラムを班会議で検討を重ねた結果、グループワーク（以下、GW）により、参加者が保健活動の評価に対して

名古屋市（平成 19 年 1 月 23 日）96 名
宇都宮市（平成 19 年 1 月 31 日）95 名
いずれも、開催県内の保健所や市町村からの参加者と県外からの参加が半々であった。

感じている問題意識を表出し、参加者間で共有するとともに、論点を整理したうえで、まとめの講義を行なうこととした（プログラムは表 1 を参照）。

C. 結果

研修会の開催について、協力の得られた都道府県の中から、地理的なバランスを考慮して、栃木県宇都宮市、愛知県名古屋市、大分県大分市で開催した。

1) 参加者数

大分市（平成 19 年 1 月 15 日）54 名

職種別の内訳では、保健師が大部分で、その他の職種としては、事務職がついで多かった。

2) GWで抽出された評価を阻害する要因

研修会のグループワーク GWで抽出された

表 1. 地域における母子保健活動の評価に関する研修会プログラム

10:00~10:30	グループワーク 1 「保健活動の評価のここがネック！」
10:30~10:50	グループワーク 1 の発表と論点の整理
10:50~11:20	グループワーク 2 「保健活動の評価は何のため？」
11:20~11:40	グループワーク 2 の発表
11:40~12:10	レクチャー 1 「評価の目的と評価結果の活用」
13:10~13:40	グループワーク 3 「評価のための情報をどうやって集めるか？」
13:40~14:00	グループワーク 3 の発表
14:00~14:45	レクチャー 2 「地域における母子保健活動の評価の実際」
15:00~15:40	レクチャー 3 「健やか親子 21 の中間評価結果と推進における課題」
15:40~16:00	質疑応答

保健活動の評価を阻害する要因は以下のよう
なものであった。

- ・実績以外の評価については、評価するためのシステムがないために、個人的な作業になってしまい、忙しいと、つい後回しになる。
- ・数的な評価指標については、ある程度の母数を必要とする指標が多く（分母の問題）、乳児死亡率や周産期死亡率などは人口規模の大きな自治体でしか使えない。
- ・虐待などの判定基準が不確定なため（分子の問題）、評価が困難である。
- ・虐待の事例への関わりの成果等、質的な評価指標が明確ではない。
- ・評価指標や事業の目標が課内で共有されていない。たとえば、どうなったら、「フォロー終了」と判断するのか、スタッフや関係者間の話し合いが不足している。
- ・計画の見直しでは「健やか親子 21」の評価指標を活用できるが、その指標にもその根拠が不明なものもある
- ・評価結果の解釈が明確ではない。例えば、虐待の相談件数は、頑張れば頑張るほど、増える傾向にあり、相談件数が減れば、良いというものではない。
- ・評価方法がわからず、指導してくれるスーパーバイザーが身近にいない。
- ・計画を立てる段階で、評価の視点を入れておけばいいということはわかるが、計画策定の段階でこうした指導をしてくれるスーパーバイザーがいない。
- ・次世代育成支援行動計画の主管課と母子保健

担当課が別であり、次世代行動計画の中では
母子保健活動の評価が難しい

3) GWで抽出された保健活動評価の目的

研修会のGWで抽出された、参加者の考える
保健活動の評価の目的は以下のよう
なものであった。

- ・対象にとっての母子保健活動の効果を確認する（納税者に対する説明責任）。
 - ・その事業の意義や価値を確認することにより、その事業を実施・継続するための予算獲得の裏づけとする
 - ・保健活動の実施方法の妥当性の確認することにより、より効果的な活動へと、事業の見直しにつながる。あるいは、事業のスクラップを検討することにもつながる。
 - ・周囲に母子保健活動の意義を理解してもらう。特に、母子保健活動と一緒に取り組む住民や関係機関・団体への「説明責任」を果たすことになる。
 - ・スタッフ（特に、他の職種や事務職）にも、活動の意義や効果を確認してもらうことが、事業の実施や予算獲得に向けての共通認識を持つことにつながる。
 - ・保健師等の資質の向上や仕事を続ける上でのモチベーションにつながる。そのためには、元気が出るプラス思考の評価が必要。
- ### 4) GWで抽出された母子保健活動評価の工夫 アンケートの活用と工夫
- ・母子保健計画の見直しの際や妊娠届けの際に統一したアンケートを行っている
 - ・乳幼児健診で、母親の心の健康状態を点数化

して、4ヶ月から10ヶ月までの変化を見ている。

- ・健診直後に行っているアンケートとその前の健診後のものと比較することにより、健診の効果について確認している。
- ・保健所にとって、医療費の公費負担申請は、直接、住民に接する貴重な機会になっているので、その際に窓口で行うアンケートを評価に活用することが有効。
- ・乳児の全戸訪問で得られた情報を活用する。

電算システムの活用

- ・妊娠届けから、育児相談の内容までを電算化しており、個別の相談の記録（日時、内容）も閲覧できるようにしている。
- ・市町村合併に伴って、保健情報システムの見直しを行った。

質的な評価の試み

- ・一般の相談に対して、どのような対応をしたのか、相談記録を集計して分析するようにしている。
- ・個々のケースへの支援の評価をケース検討会（課長や事務職員も参加）で、一緒に評価し、「組織としての評価」になるようにしている。
- ・ケース検討を通して、関わりの評価を容易にするためには、訪問記録の見直しも重要。
- ・当事者や関係者にヒアリングをして、どんな事業が必要かも尋ね、課題をまとめているが、それが相互の理解にもつながっている。
- ・住民からの声（苦情）も大切にしている。

専門職の目による観察

- ・丁寧な観察に基づく保健師の直感や感覚も評

価には重要。

関係機関との連携による評価

- ・妊娠中の母親の喫煙状況を産科医療機関と連携して把握している。
- ・乳幼児健診を委託している小児科医療機関との連携により健診で得られた情報のフィードバックをしている。
- ・教育委員会との連携で、就学判定委員会の結果と3歳児健診の結果を突合して、発達のチェックの精度を評価している。

住民組織との連携による評価

- ・妊娠中や出産後に家庭訪問をしている母子保健推進員からの情報を活用している。
- ・訪問指導員が新生児訪問の際に、EPDSを使っている

母親自身による評価

- ・乳幼児健診後に健診に対する満足度や子育てに対する気持ちの変化を調査している。調査票は2枚複写になっており、1枚は母親自身が保存し、自分の成長に気づけるようにしている。母親自身が評価に加わる意義が大きい。（研修会のGWの記録および講義で用いたパワーポイント資料については、下記のURLにアップしているので、活用されたい。）

<http://homepage1.nifty.com/PRECEDE-PROCEED/>

5) 研修会の評価

研修後、研修会参加者に研修評価票に記入してもらったが、研修に対する評価は概ね良好であった。以下に、研修評価票の記載内容の一部を紹介する。

満足した点

- ・グループワークにより参加者と評価の難しさを共感でき（多数）、評価に取り組もうという勇気が出た。
- ・グループワークにより参加者の評価の工夫について情報を得られた（多数）。
- ・事務職も加わったグループワークで、議論が深まった。
- ・グループ内の議論だけでは内容が偏りがちだったが、他のグループの発表を聞いての学びも多かった。
- ・グループワークの後に、論点を整理して、講義という構成が良かった。
- ・グループワークへのアドバイスが良かった。
- ・評価のための情報が身近にあることがわかり、評価に対するハードルが低くなった（数名）
- ・今まで集めた情報も評価の材料だと気づいた
- ・評価がなぜ必要か、評価の目的をじっくりと考え、議論することができた。
- ・今まで、むやみやたらとデータを集めていたことに気づいた。
- ・評価の考え方が整理できて、頭のなかがすっきりした。
- ・わかりやすい資料が手元に残った。

満足できなかった点

- ・具体的な事例で、評価の具体的な方法（具体的な評価指標や評価尺度の例など）を学べると良かった（多数）
- ・具体的に「健やか親子 21」中間評価の結果をどう活かすのかを学びたかった（数名）。
- ・個別支援の終了の基準について具体的に聞き

たかった。

- ・質的な評価について、もっと議論したかった。
- ・グループワークの時間がもう少し欲しかった。

研修により獲得できたこと

- ・評価の5W1H
- ・評価の目的が、説明責任、事業の改善、エンパワメントであること
- ・評価を通して新しい気づきや発見があること
- ・評価方法やデザインがわかった
- ・数的評価と質的評価の意義
- ・評価のための情報収集の方法
- ・住民自身による評価の大切
- ・日々の活動で得られる情報を言語化、映像化すること
- ・住民の「生の声」の大切さ
- ・プロセス評価の大切さ
- ・評価とエンパワメントの関係
- ・評価指標の構造
- ・評価指標の妥当性
- ・地域診断の原則
- ・計画策定段階からの評価の視点の重要性
- ・「エイヤツ」による目標値の設定
- ・組織として、評価に取り組むことの必要性
- ・他の自治体における母子保健活動の評価について

- ・健やか親子 21 中間評価結果とその活用法

今後、具体的に取り組みたいこと

- ・母子保健活動の評価について、数的なアウトカム指標と質的な評価指標の検討をしたい。
- ・管内の市町村の母子保健事業の評価に今回の研修会の学びを活かしたい。

- ・今まで評価できていなかった質的な評価
- ・活動成果の「言語化」
- ・今年度の事業の実績報告の記載を工夫したい。
- ・事務職員にも、事業に参加してもらい、評価について一緒に考えてもらいたい。
- ・「言語化」する際に事務職の力を借りたい。
- ・次世代育成行動計画に埋もれている「健やか親子 21」を見直したい。
- ・住民の視点に立った情報収集
- ・住民と達成感を共有できるような評価の工夫
- ・N = 1 研究のデザインを取り入れた評価
- ・個々の事業の評価だけでなく、母子保健活動全体の成果の評価
- ・健やか親子 21 の中間評価結果（例：新生児期の全数訪問が母親の育児不安の軽減につながっていた）などを母子保健事業の根拠にしたい。

D. 考 察

母子保健活動の評価を困難にしている要因として、グループワークにより、評価指標（特に、質的な評価指標）が明確になっていないこと、評価指標の検討やその収集方法、結果の解釈等において、スーパーバイザーがないこと、次世代育成支援行動計画の主管課が母子保健担当課と異なるために、自治体としての計画の評価がしづらいこと等が抽出された。評価指標の考え方や構造については、講義によりその理解を支援した。

評価の目的については、普段考える機会がなかったが、グループワークにより、自分の

考えをまとめ、他の参加者と議論することにより、多くの参加者がその目的について確認できた。

参加者が実際に行っている母子保健活動評価のための工夫については、グループワークにより、アンケートの活用と工夫、電算システムの活用、ケース検討会等での議論による個別支援の質的評価の試み、専門職の目による観察、関係機関との協働による評価、住民組織との協働による評価、母親自身の評価への参画などが紹介され、参加者と共有できた。

研修評価票でも、これらの研修効果を裏付ける結果が得られた。その一方で、実際の事業について、具体的な評価のプロセス（評価指標の検討、情報収集の方法）について、学びたいという要請も多かった。1日の研修という限られた時間内で、そこまでの研修は困難であるが、今後、県や保健所単位で、実際の事例を教材にして、参加者で評価指標を考えるといった研修と考えられた。

E. 謝 辞

今回の研修について、研修会場の確保や関係者への周知、参加者名簿の作成、当日の研修の運営等に、栃木県児童家庭課、愛知県児童家庭課、大分県健康対策課の職員の方々に多大なるご協力をいただいたことを、ここに深謝します。

市町村における母子保健データの収集・利活用状況

田中 太一郎（山梨大学大学院 医学工学総合研究部 社会医学講座）

岡村 智教（滋賀医科大学 社会医学講座（福祉保健医学））

山縣 然太朗（山梨大学大学院 医学工学総合研究部 社会医学講座）

平成 17 年度に実施された「健やか親子 21」の中間評価では、「母子保健情報の収集と利活用のためのシステムの構築」が今後の課題としてあげられている。今回、市区町村における IT 化整備状況や母子保健データの電子化状況・利活用状況などについて明らかにするために、「市区町村における母子保健データの収集・利活用状況に関する調査」を全市町村・特別区を対象に実施した。1,581 の市町村から回答が得られ、回収率は 85.8%であった。この数年で電子メールやウェブ閲覧などの IT 環境は劇的に改善しており、日常業務にもコンピュータが必要不可欠となっている状況が明らかになった。しかし、乳幼児健診で収集されたデータについては集計・分析や利活用が行いやすいようにきちんと入力されているとはいえ、分析も十分に行われていなかった。乳幼児健診で収集されたデータを利活用するために「集計法や活用法を示したマニュアル」や「自動解析ソフト」が必要とする回答が全体の約 6 割あり、本研究班で現在開発中のこれらのツールを今後、広く普及していくことが重要であると考えられた。また、母子保健データの集計・分析に関して、市町村から県や保健所への期待も大きく、今後は保健所や県、大学などの意識も調査する必要があると思われる。

A. はじめに

平成 17 年度に「健やか親子 21」の中間評価が実施され、中間評価報告書が取りまとめられた。その中で「母子保健情報の収集と利活用のためのシステムの構築」が今後の課題としてあげられている。母子保健施策に必要な科学的根拠を得て、適切な事業の企画・実行・評価を行うためには、母子保健情報の収集・分析・活用の体制を整えたモニタリングのシステムを構築することが必要である。しかし、各市町村における母子保健情報の収集・分析・活用状況の現状については十分に把握されていない。

そこで今回、

1. 市町村における IT 化整備状況および利活用状況

2. 市町村における母子保健データの電算化状況
3. 母子保健データの利活用状況
4. モデル問診項目・検診項目が提示された場合の導入予定
5. 「健やか親子 21」中間評価結果に対する市町村の対応状況

の現状を明らかにすることを目的として研究を行った。

B. 対象と方法

本研究では全市町村・特別区を対象に調査票を用いて調査を実施した。

平成 18 年 8 月に「市区町村における母子保健データの収集・利活用状況に関する調査票」

(資料 1) を 1,843 の市町村・特別区の母子保健担当部署宛に送付した。送付後 1 ヶ月経過時点で未返送の自治体には調査票を再度送付し、現在までに調査票を回収できた 1,581 の自治体について分析を行った。調査票は大きく分けて、「市区町村における IT 化整備状況および利用状況に関して」「コンピュータ導入状況、母子保健に関するデータの電子化状況について」「母子保健データの利活用状況について」「乳幼児健診時の問診票・健診項目について」「健やか親子 21 中間評価結果について」の 5 つの内容から構成されている。なお、「市区町村における IT 化整備状況および利用状況」に関しては、平成 13 年度に実施した調査と同一の設問とすることで、結果を比較できるようにした。

自治体の規模により状況が異なる可能性があるため、分析は必要に応じて人口規模別（「～7,999 人」「8,000～19,999 人」「20,000～99,999 人」「100,000 人～」）に実施した。統計解析には SPSS ver.15.0 for Windows を用いた。

C. 結果

自治体の人口規模別回収率を<表 1>に示す。全体の回収率は 85.8% (1,581/1,843 自治体) であった。また、都道府県別の回収率<表 2>は 66.7～100% であった。

以下、主な設問について結果を示す。

1. 市町村における IT 化整備状況および利用状況

各市町村母子保健担当部署の電子メールアドレス保有状況、WWW 閲覧可能環境整備状況、市町村ホームページ開設状況を<表 3>～<表 5>に示す。電子メールおよび WWW については 9 割前後の自治体で環境が整備されており、利用されていた。母子保健情報が含まれた市町村ホームページの開

設状況は人口 8,000 人未満の市町村では 50%前後であったが、人口規模が大きくなるほど割合が高くなる傾向が認められた。

2. コンピュータ導入状況、母子保健に関するデータの電子化状況について

母子保健担当者が利用できるコンピュータの整備状況を<表 6>に示す。概ね 1 人に 1 台の割合でインターネットに接続されているコンピュータが整備されている自治体は全体の 67.6% であった。

個人情報が含まれているファイルについては約 5 割の自治体で「インターネットに接続されていない PC」で扱っていたが、「インターネットに接続されている PC」または「両方」とした自治体も約 4 割あった。（<表 7>）

妊娠届出時の情報や乳幼児健診における各受診者の測定値、問診票のデータなどを電子化している自治体は全体の 60.6% で、人口規模の大きい自治体ほど電子化している自治体の割合が高かった。（<表 8>）

乳幼児健診のデータ等の電子化に際してデータベースソフトとして「情報システム業者が開発したパッケージ」を用いている自治体は全体の 78.4% であった。（<表 9>）

データベースを導入している自治体が健診データおよび問診票データをデータベースに入力する際、どの項目について入力しているかを<表 10>に示す。健診データについては「ほぼ全項目を入力している」と「項目を選択して入力」の自治体がほぼ同じ割合（約 45%前後）であったが、問診票データに関しては、「ほぼ全項目を入力」が 18.5%、「項目を選択して入力」が 52.3% であった。

健診データを入力している自治体について、データベースへの入力時期および入力方法を<表 11>に示す。入力時期については

「健診終了後、後日」が 92.3%と最も多かった。また、入力者については「市町村の母子保健担当者（非常勤を含む）」が 82.3%で最も多かった。

また、問診票データを入力している自治体のデータベースへの入力時期および入力方法を<表 12>に示す。健診データの場合とほぼ同様の傾向で、入力時期は「健診後、後日」が 94.6%で最も多く、入力方法についても「市町村の母子保健担当者（非常勤を含む）」が 79.6%で最も多かった。

母子保健データベースと成人保健のデータベースの連動については、「連動していない」が 68.5%であった。<表 13>

データベースのエクスポート機能の有無および集計機能の有無について<表 14>、<表 15>に示す。使用しているデータベースにエクスポート機能がある自治体は 69.5%であった。また、データベースの集計機能を利用している自治体は 81.0%であった。

母子保健データをコンピュータに入力していない自治体における、今後のデータベース導入予定状況を<表 16>に示す。「導入したいが今のところ予定なし」が 55.5%、「導入したいと思わない」が 29.1%であった。

3. 母子保健データの利活用状況について

乳幼児健診における主な測定・問診項目に関して、各自治体での調査の実施状況を<表 17>に示す。「身長・体重測定」や「診察結果の医師による判定」はほぼすべての市町村で実施されていたが、「家庭における事故予防対策に関して」や「育児期間中の母の喫煙状況」について調査している市町村は全体の 3~4 割であった。また、各項目の「コンピュータデータベースへの入力状況」および「データの集計・分析状況」を<表 18>に

示す。「医師の判定結果」については調査実施市町村の 86.9%で集計・分析が行われていたが、他の各項目については集計・分析を行っていない市町村が 28.0~41.8%であった。「集計・分析結果の利活用状況」を<表 19>に示す。「内部資料として辞表の規格や評価に利用」は各項目とも調査実施市町村の約 5 割前後で行われていた。

同一都道府県の他の市区町村における母子保健統計情報について都道府県から情報提供されている市町村における、母子保健統計情報の利活用状況を<表 20>に示す。都道府県から提供された母子保健統計情報を地域の母子保健活動に利活用している市町村の割合を人口規模別にみると、31.9~50.4%で、人口規模の小さい市町村ほど利活用している割合が低かった。

市町村の母子保健データをどこで集計・分析するのがよいかについて、<表 21>に示す。「市区町村で行う」が 67.6%で最も高く、「保健所で」が 65.1%、「都道府県で」が 55.1%であった。

同一個人の異なる時期の乳幼児健診データを連結して集計・分析しているかについての状況を<表 22>に示す。同一個人のデータを連結して縦断的に集計・分析している市町村は全体の 29.4%であった。

4. 乳幼児健診時の問診・健診項目について

乳幼児健診時の問診票・健診項目について、「今後エビデンスにもとづいた健診項目、問診項目や調査票のひな形（モデル）が提示されれば取り入れるか」についての調査結果を<表 23>に示す。取り入れると回答した市町村は、健診項目については全体の 66.9%、問診票については全体の 66.7%であった。

乳幼児健診で得られたデータを利活用するために必要と思われるものについての調

査結果を<表 24>に示す。健診項目・問診票の両方において、「集計法・活用法を示したマニュアル」および「自動解析ソフト」が約 6 割前後であった。

5. 「健やか親子 21」中間評価結果について

平成 17 年度に実施された「健やか親子 21」の中間評価結果についての認識状況を<表 25>に示す。人口 10 万人以上の市町村では「結果を知っている」が 87.6%であったが、人口 8 千人未満の市町村では「結果を知っている」が 48.3%、「中間評価が行われたことは知っているが結果は知らない」が 46.7%であった。

中間評価結果に対応して母子保健事業の見直しを実施したかについて<表 26>に示す。見直した市町村が全体の 5.8%、「見直す予定」が 36.5%であった。

D. 考察

今回、全市町村・特別区を対象に「市町村における母子保健データの収集・利活用状況」に関する調査を実施し、市区町村における IT 化整備状況や母子保健データの電子化状況・利活用状況などについて明らかにした。

市区町村における IT 化整備状況及び利用状況に関する調査は、平成 13 年度の状況と比較可能なように、平成 13 年度に実施した同内容の調査と同一の設問・選択肢を用いて調査を行った。その結果、「母子保健担当部署の電子メールアドレス保有状況・利用状況」「WWW 閲覧可能環境整備状況・利用状況」「市区町村ホームページの開設状況及びホームページにおける母子保健情報の提供状況」はいずれも平成 13 年度と比較して平成 18 年度は大幅に改善されていた。この 5 年間で IT 環境は劇的に整備され、電子メールによる連絡や WWW を利

用しての情報の取得が日常的に行われるようになったことが明らかになった。また、市町村ホームページを通じて住民に母子保健情報を提供するということも多くの市町村で行われていることが明らかになったが、人口規模の小さい市町村では市町村ホームページはあっても母子保健情報が含まれていないという市町村も 46.7%あり、市町村規模による違いが認められた。

業務へのコンピュータ導入状況や母子保健に関するデータの電子化状況については、3 分の 2 の市町村で概ね 1 人に 1 台のコンピュータが割り当てられており、ここでもコンピュータが日常業務に必要不可欠なものになっていることが明らかとなった。個人情報が含まれているファイルは外部への情報流出を防止するために「インターネットに接続されていないコンピュータ」で管理・利用することが望ましいが、約 4 割の自治体ではインターネットに接続されているコンピュータで個人情報が含まれるファイルを扱っていた。今後、さらなる環境の整備や情報管理に関する意識向上が必要であると考えられた。

妊娠届出時の情報や乳幼児健診における各受診者の測定値・問診票のデータなどを電子化して管理している自治体は全体の 60.6%であったが、人口 20,000 人未満の市町村では 56.5%の市町村が紙媒体のみで管理しており、市町村の規模による差が認められた。紙媒体のみでデータを管理している主な理由として、人口規模の小さな市町村では、「年間出生数が少ないため紙媒体で十分管理可能」というものが自由記載欄に多く認められた。データを電子化して管理するためには、データベースを準備したりデータを入力したりという手間がかかるが、他の市町村と状況を比較したりするためには電子化されたデータが必要不可欠である。今後、

小規模の市町村における母子保健データの電子化率をどのようにすれば上昇することが出来るかについて検討していくことが必要である。

データベースへの入力項目については、健診データを入力している市町村はデータベースを導入している市町村の 91.3%であったが、問診票のデータを入力している市町村は 70.8%であった。今後、問診票のデータについても入力をすすめていく必要があるが、そのためには、データをコンピュータに入力し電子化することによってどのように市町村の母子保健活動に利活用することが出来るかについて市町村の母子保健担当者に明らかにしていく必要がある。

母子保健と成人保健のデータベースが連動していると、母子保健の対象者が同一市町村内に引き続き居住していた場合、成人になっても母子保健に関するデータが利用でき、経年的な変化を追うことが出来るが、現時点では「連動していない」がデータベース導入市町村の 68.5%を占めていた。ほとんどの市町村でデータベース導入からの年数が短いため、現在はそのような機能の必要性は低いと思われるが、今後、機能の追加についての検討が行われていく必要があると思われる。

今回の調査では、母子保健データをコンピュータに入力していない市町村が全体の 39.4%であったが、今後の導入予定については「導入の予定あり」は全体で 15.4%であった。しかし、人口 2 万人未満の市町村では「導入したいと思わない」が 35.1%を占めていた。その理由を自由記載欄でみると、前述の通り、年間出生数が少なくコンピュータで管理する必要がないと母子保健担当者が感じていることが主な理由としてあげられていた。データを電子化することのメリットなどについて、今後、市町

村の母子保健担当者に普及していく必要がある。

乳幼児健診での調査実施項目については、「家庭における事故予防対策」や「育児期間中の母の喫煙率」といった「健やか親子 21」の目標値に関連した内容についての調査実施率が 30%台と低かった。現在、本研究班では乳幼児健診時の問診項目や健診項目について、エビデンスに基づいたモデル（ひな形）を示すための研究を実施している。今後このようなモデル（ひな形）が提示されれば取り入れるとした市町村が全体の 2/3 を占めており、「健やか親子 21」の目標値に関連した問診項目などをこのようなモデル（ひな形）を通じて普及していくことが重要であると考えられた。

乳幼児健診での調査項目についての集計・分析状況については、「医師の判定結果については調査実施市町村のほとんどで集計・分析をおこなっていたが、「身長・体重」や問診項目については 4 割前後の市町村で集計・分析を実施していなかった。市町村における母子保健活動に調査データを役立てるためには、データの集計・分析も重要となるが、現状では調査のみになっていたり、個人指導に利用するのみになっている市町村も多いことが明らかになった。乳幼児健診で得られたデータを利活用するために必要なものとしては、今回の調査では、「集計法・活用法を示したマニュアル」および「自動解析ソフト（項目に応じて利活用しやすい解析結果を提示してくれるソフト）」という回答が約 6 割前後と多かった。現在、本研究班では母子保健データの利活用マニュアルや自動解析ソフトの作成・開発を進めており、今後、これらを普及させていくことが重要である。

最後に、「健やか親子 21」の中間評価の結果については、2/3 の市町村が「中間評価結果を知っている」と回答したが、市町村の人口規

模によって差が認められ、人口 8,000 人未満の市町村では「中間評価が行われたことは知っているが、結果は知らない」が 5 割弱であった。この一つの原因として、規模が小さい市町村では、母子保健の担当者が成人保健や介護保険などと兼務している場合が多く、知識を十分に入手する余裕がないことが考えられる。また、中間評価に対応して母子保健事業を「見直した」または「見直す予定」は 42.3%にとどまっており、2010 年に向けて「健やか親子 21」の目標値を少しでも達成していくためには、中間評価結果について広く啓発していく必要があると思われる。

E. 結論

市区町村における IT 化整備状況や母子保健データの電子化状況・利活用状況などについて明らかにするために、全市区町村・特別区を対象に調査を実施した。この数年で電子メールやウェブ閲覧などの IT 環境は劇的に改善しており、日常業務にもコンピュータが必要不可欠となっている状況が明らかになった。しかし、乳幼児健診で収集されたデータについては集計・分析や利活用が行いやすいようにきちんと入力されているとは言えず、分析もできていない。乳幼児健診で収集されたデータを利活用するために「集計法や活用法を示したマニュアル」や「自動解析ソフト」が必要とする回答が全体の約 6 割あり、本研究班で現在開発中のこれらのツールを今後、広く普及していくことが重要であると考えられた。また、母子保健データの集計・分析に関して、市町村から県や保健所への期待も大きく、今後は保健所や県、大学などの意識も調査する必要があると思われる。

<表 1> 人口規模別の回収率

	人口規模				全体
	～7,999 人	8,000～ 19,999 人	20,000～ 99,999 人	100,000 人～	
対象市町村数	396	424	743	280	1843
回収数	321	353	647	260	1581
回収率	81.0%	83.3%	87.0%	92.9%	85.8%

<表 2> 都道府県別の回収率

都道府県	全市区 町村数	回収済 市区町 村数	回収率 (%)	都道府県	全市区 町村数	回収済 市区町 村数	回収率 (%)
1 北海道	180	162	90.0	25 滋賀県	26	26	100.0
2 青森県	40	38	95.0	26 京都府	28	24	85.7
3 岩手県	35	34	97.1	27 大阪府	43	39	90.7
4 宮城県	36	30	83.3	28 兵庫県	41	33	80.5
5 秋田県	25	19	76.0	29 奈良県	39	31	79.5
6 山形県	35	33	94.3	30 和歌山県	30	25	83.3
7 福島県	61	50	82.0	31 鳥取県	19	16	84.2
8 茨城県	44	36	81.8	32 島根県	21	16	76.2
9 栃木県	33	30	90.9	33 岡山県	29	22	75.9
10 群馬県	39	35	89.7	34 広島県	23	21	91.3
11 埼玉県	71	61	85.9	35 山口県	22	22	100.0
12 千葉県	56	54	96.4	36 徳島県	24	18	75.0
13 東京都	62	49	79.0	37 香川県	17	16	94.1
14 神奈川県	35	30	85.7	38 愛媛県	20	16	80.0
15 新潟県	35	32	91.4	39 高知県	35	24	68.6
16 富山県	15	14	93.3	40 福岡県	69	60	87.0
17 石川県	19	17	89.5	41 佐賀県	23	20	87.0
18 福井県	17	15	88.2	42 長崎県	23	21	91.3
19 山梨県	29	26	89.7	43 熊本県	48	32	66.7
20 長野県	81	63	77.8	44 大分県	18	15	83.3
21 岐阜県	42	39	92.9	45 宮崎県	31	26	83.9
22 静岡県	42	39	92.9	46 鹿児島県	49	39	79.6
23 愛知県	63	59	93.7	47 沖縄県	41	37	90.2
24 三重県	29	20	69.0	合計	1843	1584	85.9

市町村における IT 化整備状況および利用状況

<表 3> 母子保健担当部署の電子メールアドレス保有状況

	人口規模				全体	(H13 年度)
	～7,999 人	8,000～ 19,999 人	20,000～ 99,999 人	100,000 人 ～		
回答数	319	350	642	260	1571	2140
アドレスがあり、 利用している	274 (85.9%)	308 (88.0%)	585 (91.1%)	246 (94.6%)	1413 (89.9%)	457 (21.4%)
アドレスがあるが 利用していない	16 (5.0%)	8 (2.3%)	18 (2.8%)	3 (1.2%)	45 (2.9%)	348 (16.3%)
アドレスを 持っていない	29 (9.1%)	34 (9.7%)	39 (6.1%)	11 (4.2%)	113 (7.2%)	1335 (62.4%)

<表 4> WWW(World Wide Web)を閲覧できる環境がありますか？

	人口規模				全体	(H13 年度)
	～7,999 人	8,000～ 19,999 人	20,000～ 99,999 人	100,000 人 ～		
回答数	316	348	644	260	1568	2129
環境はあり、 利用している	279 (88.3%)	318 (91.4%)	615 (95.5%)	255 (98.1%)	1467 (93.6%)	821 (38.6%)
環境はあるが、 利用していない	26 (8.2%)	21 (6.0%)	18 (2.8%)	3 (1.2%)	68 (4.3%)	678 (31.8%)
環境はない	11 (3.5%)	9 (2.6%)	11 (1.7%)	2 (0.8%)	33 (2.1%)	630 (29.6%)

<表 5> 市町村・特別区のホームページ保有状況

	人口規模				全体	(H13 年)
	～7,999 人	8,000～ 19,999 人	20,000～ 99,999 人	100,000 人 ～		
回答数	319	351	646	259	1575	2142
市町村HPはあり、 母子保健情報も含まれる	167 (52.4%)	281 (80.1%)	613 (94.9%)	259 (100.0%)	1320 (83.8%)	809 (37.8%)
市町村HPはあるが、 母子保健情報はない	149 (46.7%)	70 (19.9%)	33 (5.1%)	0 (0.0%)	252 (16.0%)	968 (45.2%)
市町村HPはない	3 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.2%)	365 (17.0%)

コンピュータ導入状況、母子保健に関するデータの電子化状況について

<表 6> インターネットに接続されているコンピュータの保有状況

	人口規模				全体
	～7,999 人	8,000～ 19,999 人	20,000～ 99,999 人	100,000 人～	
回答数	313	345	637	256	1551
概ね 1 人に 1 台	225 (71.9%)	255 (73.9%)	429 (67.3%)	140 (54.7%)	1049 (67.6%)
概ね 2 人に 1 台	19 (6.1%)	11 (3.2%)	51 (8.0%)	30 (11.7%)	111 (7.2%)
概ね 3～5 人に 1 台	24 (7.7%)	25 (7.2%)	43 (6.8%)	27 (10.5%)	119 (7.7%)
6 人以上に 1 台	33 (10.5%)	41 (11.9%)	104 (16.3%)	56 (21.9%)	234 (15.1%)
なし	12 (3.8%)	13 (3.8%)	10 (1.6%)	3 (1.2%)	38 (2.5%)

<表 7> 個人情報が含まれるファイルを扱っているコンピュータ

	人口規模				全体
	～7,999 人	8,000～ 19,999 人	20,000～ 99,999 人	100,000 人～	
回答数	316	348	644	256	1564
インターネットに 接続されている PC	126 (39.9%)	103 (29.6%)	162 (25.2%)	69 (27.0%)	460 (29.4%)
インターネットに 接続されていない PC	146 (46.2%)	177 (50.9%)	375 (58.2%)	130 (50.8%)	828 (52.9%)
両方	29 (9.2%)	57 (16.4%)	95 (14.8%)	50 (19.5%)	231 (14.8%)
業務に PC を用いず	15 (4.7%)	11 (3.2%)	12 (1.9%)	7 (2.7%)	45 (2.9%)

<表 8> 妊娠届出時の情報や乳幼児健診における各受診者の測定値・診察結果・問診票データの
コンピュータへの入力状況

	人口規模				全体
	～7,999 人	8,000～ 19,999 人	20,000～ 99,999 人	100,000 人～	
回答数	320	352	644	258	1574
いずれも入力せず、 紙媒体のみで管理	215 (67.2%)	165 (46.9%)	168 (26.1%)	72 (27.9%)	620 (39.4%)
入力している	105 (32.8%)	187 (53.1%)	476 (73.9%)	186 (72.1%)	954 (60.6%)