

## 母子保健指標の策定に関する研究

笹井康典\*1 吉田浩二\*2 中野 恵\*3 佐藤牧人\*4 小泉信雄\*5 細川えみ子\*6 渋谷いづみ\*7  
山崎紀美\*8 西牧謙吾\*9 峯川章子\*10 田上豊資\*11 藤内修二\*12 松下彰宏\*13 児玉加代\*14

要 約：母子保健の課題は大きく変化している。それらに適切に対応し、すべての母子の健康度を向上させるために、地域母子保健の目標を設定して、国、地方自治体、関係者が協力して具体化を図ることが重要となっている。そのためには、母子保健計画を策定し、事業を実施、評価するというシステムの整備が重要である。その評価指標として、①母子保健活動の成果の評価、39項目、②母子保健事業の実施状況の評価、26項目、③母子保健の基盤整備の評価、19項目を選択した。実際に保健所で収集したが、一部問診から収集する必要がある項目以外は収集でき、地域毎に比較、検討することが可能であった。

また、指標化の目的、指標から目標値の設定、評価指標としての乳児死亡率の利用の考え方等について検討した。

見出し語：母子保健、母子保健指標、評価、保健所、母子保健計画、地域保健医療計画

研究方法： 母子保健法の改正により、平成9年度から健康診査や保健指導、訪問指導などの身近な母子保健事業の実施主体が都道府県から市町村に委譲されることとなった。そして、都道府県保健所には、市町村への技術援助や指導、助言などの支援や専門的、広域的な母子保健事業の実施のみならず、情報の収集、分析による事業の評価など、調査研究、疫学情報機能の強

化が求められている。

母子保健対策の課題は大きく変化し、栄養や感染症対策から乳幼児健康診査、周産期医療対策、障害児への対策などが充実されてきたが、最近では、子育ての不安などの心の健康への対応や育児環境の整備、難病児への対応が求められている。

今回の法改正によって、都道府県が実施して

\*1大阪府四条畷保健所 \*2北海道深川保健所 \*3厚生省政策医療課、前秋田県大曲保健所 \*4仙台市泉保健所 \*5群馬県太田保健所 \*6杉並区南保健所 \*7愛知県保健予防課 \*8福井県小浜保健所  
\*9堺市宿院保健所 \*10大阪府立母子保健総合医療センター \*11高知県地域保健推進室  
\*12大分県中津保健所 \*13大阪府高齢者保健福祉室、前大阪府高槻保健所 \*14福岡県保健対策課

いた母子保健事業を市町村主体にすること、単にそれだけでは、これらの新しい母子保健ニーズに対応することは困難である。市町村による基礎的なサービスの充実と同時に、母子保健ニーズに適切に対応し、すべての母子の健康度を向上させるために、地域母子保健の目標を設定して、国、地方自治体、関係機関、団体が協力して、その具体化を図ることが重要となっている。

そのためには、関係者が協力して母子保健計画を策定し、事業を実施し、その成果を評価するというシステムの整備が重要である。これまで乳児死亡率を代表的な指標として母子保健の成果を評価してきたが、今後はそれらだけでなく、様々な視点、各事業実施レベルで評価する指標の設定が欠かせない。それらの新しい指標を検討し、それを各地域で経時的に測定し、事業を評価し、課題を発見し、さらに解決策を検討する糸口にする必要がある。

本研究班では、昨年の研究で表 1 に示す母子保健の目標を取りまとめた。本年度は、これらの目標に対応する指標を検討するため、全国の保健所長、都道府県の担当課長等からなる研究班を組織し、研究会を開催し、

- (1) 母子保健指標の目的は何か
- (2) 母子保健指標の活用
- (3) どのような母子保健指標が適当か
- (4) 母子保健指標の評価システム

について、討議し、取りまとめた。そして、資料 1、資料 2 に示した母子保健指標シートを作成して研究者の保健所で実際に収集してみた。

結 果：

#### (1) 母子保健指標の目的は何か

母子保健の評価は、①母子保健活動の成果の評価、②母子保健事業の実施状況の評価、③母子保健の基盤整備の評価に分けられる。

#### ①母子保健活動の成果の評価

母子保健活動の成果の評価は、その地域の乳児死亡率や感染症、例えば麻疹の罹患率、子どもの事故発生率など、死亡、病気や事故の発生などに成果を上げているどうか、を判断するものである。ただし、この評価については母子保健活動にそのものによるものなのかどうか、生活レベルや地域環境の安全性にも影響をうけるために、それらの他の要因を考慮する必要がある。

代表的な指標である乳児死亡率は、すでに出生1000人対4.3(全国)であり、人口が小さな市町村単位、また保健所単位でも率の偶然変動が大きく単年度の比較は困難である。むしろ1歳6か月健診や3歳児健診の間診で、①感染症の罹患率、②治療を要した事故の発生率、③治療を要した妊娠中毒症の発生率、④妊婦の喫煙率、を測定することが重要である。ただし、母子の死亡については、個別に検討して予防できる可能性の評価(例:死因や周産期センターに運ばれたかどうか等)を行う必要がある。

#### ②母子保健事業の実施状況の評価

母子保健事業は平成9年度から全国の市町村が主体で実施される。当然出生数やマンパワーなどの社会資源の整備については、大きな差がみられる。しかしながら、母子保健事業は、保健事業のなかでも最も基本的で、すべての母子

を対象とした重要なものであり、事業の実施状況に大きな地域格差がみられてはならない。そのため、市町村で行われる健康診査、保健指導などについて定量的な評価を行う必要がある。たとえば、同じ都道府県の市町村の受診率の情報を集めて比較し、健診の受診率に違いがあれば、健診の通知方法、健診日時・場所の設定などを検討して、受診しやすくする必要がある。このように指標は、市町村間を比較し、実施状況の違いについて、関係者が集まり、検討する材料として生かすことができる。

また、それだけに終わらず、全国的に市町村の出生数や人口規模に応じた母子保健事業の目標値を設定する必要がある。そして、市町村は年次的に母子保健計画を改善、推進し、事業の目標値を達成することが必要である。

### ③母子保健の基盤整備の評価

母子保健、医療に関する社会資源、特に医療機関の分布には地域差がある。妊産婦、小児の専門病院などは著しい。医療法による2次医療圏は「一体の区域として病院における入院に係わる医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位」として設定されている。また、周産期集中治療施設(NICU、PICU)は都道府県全体で整備を検討すべきものである。

したがって、保健センターなどの保健施設は市町村単位で整備の評価が当然なされるべきであるが、入院治療を行う専門医療機関や救急医療機関については、二次医療圏単位、都道府県単位での整備の評価が適当である。ただし医療圏の中心地への周辺からのアクセスの容易さ、

緊急時搬送システムの整備状況も評価すべきことである。

## (2) 母子保健指標の活用

### ①指標化の目的

指標化の目的は単に数値の比較による地域比較ではない。なぜそのような数値の違いがみられるのかを検討することが最も重要な目的である。また、指標化の目的は、市町村の出生数や人口規模に応じた母子保健事業の目標数値を明確にするための過程としてあり、どのような目標値が適当か、求められているのかを検討する基礎である。さらに指標を継年的に追跡することによって、事業が円滑にすすめられているかどうかや課題の変化を分析することができる。

このような検討の上で、市町村および保健所都道府県は年次的に母子保健計画を改善、推進して、事業の目標値を達成することが可能となる。

### ②指標の活用 一指標から目標値の設定一

指標の活用法としては、都道府県、市町村間を比較して母子保健の状況を考える相対評価(例えば健診受診率の比較)、指標自体の意味を検討する絶対評価(乳児死亡の有無そして、死亡例1例ごとに予防可能であったかどうかの評価、障害児保育サービスの有無)がある。両者の方法によって、地域の母子保健の水準の評価とその目標値の設定、母子保健活動が効率的に実施されているかの評価、事業実施目標値の設定、基盤整備の評価と整備目標の設定が客観的に行える。

### ③評価指標としての乳児死亡率の利用

乳児死亡率は極めて小さいので、市町村規模では死亡率自体の比較は困難である。次善の方法として、標準化乳児死亡比(SIMR)を用いることが望ましい。ただし死亡数が少ないと実用的でないので、単年度比較では人口100万人程度以上の都道府県比較が妥当である。人口20万人レベルの市では5年分平均の乳児死亡率での評価が可能と考えられる。

統計検定で有意の差を認めただけの場合、その原因追求が必要である。その際は、複数年での評価や先に述べた死亡例1例ごとに予防可能であったかどうかの評価等の方法が重要である。

### (3) 母子保健指標の策定

表2に示したように、昨年度研究で策定した母子保健の5つの目標、1. 妊娠・出産が安全にできる、2. 安心して子育てができる、3. 病気や事故を未然に防げる、4. 疾病や障害があっても適切な医療や療育が受けられる、5. 自己決定力を獲得し、思春期の課題を乗り越える、に対応して、母子保健活動の成果の評価39項目、母子保健事業の事業実施の評価26項目、母子保健の基盤整備の評価19項目を選択した。

そして、資料1、資料2に示したように、実際の収集に使用する母子保健指標シートを作成した。研究班員の保健所で実際に収集したが、新たに問診等で収集しなければならない情報以外は、ほぼ集めることができた。

そして今後、乳児健診や1歳6か月児健診、3歳児健診の問診で収集すべき項目として、①1歳6か月までの麻疹罹患、②3歳までの麻疹罹患、③1歳6か月までの百日咳罹患、④3歳

までの百日咳罹患、⑤1歳6か月までの医療を要した家庭内事故の既往、⑥3歳までの医療を要した家庭内事故の既往、⑦1歳6か月児の事故予防の実施率、⑧3歳児の事故予防の実施率⑨妊娠中の喫煙、⑩子育ての自主グループへの参加、⑪子育ての自主グループ数、⑫1歳6か月、3歳までの予防接種率（BCG、ポリオ、麻疹、3種混合）が必要である。

### (4) 母子保健指標の評価システム

母子保健指標の設定の前提として、指標を、誰が、どのような目的で、どのような方法で収集し、活用するのかという点を明確にする必要がある。母子保健活動の企画、実施、評価は、国、都道府県、保健所、市町村の4つのレベルで行われている。一方、平成元年の医療法改正により、各都道府県で医療圏が設定され、その圏域ごとに地域保健医療計画が策定された。これらの計画には、予防接種に代表される疾病予防事業、母子の健康教育や健康相談などの疾病予防および疾病の早期発見、相談に加えて、ハイリスク妊娠や未熟児出生などに対応する周産期医療システムの整備や難病児の在宅高度医療やケアの体制整備などについても記載されている。そして、地域保健医療協議会でその推進方策が議論されている。

また、平成6年の地域保健法では、住民に身近な母子保健事業は実施主体を都道府県から市町村へ移管するとともに、保健所は母子保健等の地域保健の事項について、企画、調整、指導及びこれらに必要な事項を行う（第6条）とされ、さらに、第7条、第8条で「所管区域に係る地域保健に関する情報を収集し、整理し、及

び活用すること」、「所管区域に係る地域保健に関する調査及び研究を行うこと」、「所管区域の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助をおこなうことができる」と明記されている。このことから、保健所は、市町村および保健所がそれぞれ実施している母子保健活動を評価することや、市町村への必要な援助を期待されている。

その後平成 7年に策定された母子保健事業マニュアルでは、保健所は、市町村及び保健所母子保健計画の策定に必要な情報収集、母子保健事業の科学的評価、先駆的・専門的・広域的事業の実施および研究について、詳細に明記されている。

これまでに述べてきた地域母子保健体制の変化から、図 1に示したように、市町村と都道府県間に位置し、医療圏のレベルに位置している保健所が、市町村及び保健所圏域、医療圏の母子保健医療に関する情報の収集、整理、活用そして調査・研究の推進を行う中核とすることが適当であると考えられる。

統計上、死亡率に大きな差があっても、市町村の小さな単位まで観察すると、やはり地域の実情がわからないと原因に迫ることはできない。そして、乳児死亡数は年 0人あるいは非常に小さな数になる。保健所単位からさらに市町村単位での乳児死亡率の違いを調べる方法としては個別の死亡例の調査を行う必要がある。どのようにして組織的にそれらを検討できるかが重要である。

これまで、都道府県別、保健所別、市町村別の統計が作成され公表されてきたが、詳細な検討をどこが中心に、どのような組織で行うのか、その点が明確でなかった。今後は保健所がその中心として統計を収集し、整理し、検討の材料を駆使して、2次医療圏の地域保健医療協議会などの関係者の英知を集めて母子保健の阻害要因とその対策について検討することが重要である。

#### (5) 母子保健情報の活用における保健所と市町村の連携の重要性

平成 9年度より母子保健事業のほとんどが市町村に委譲されるが、全国的に統一された情報を把握する事が困難になる可能性がある。情報には個人情報と統計情報があるが、前者については条例等で、市町村自治体自身も許可無くしてそれらを自由に統計処理することが困難なことがある。

個人情報については、その個別の情報の正しい管理をした上で、その市町村の子供の発育状況、病気の発生、予防対策の実施など評価し、健康水準を評価するために、市町村と保健所が協力して調査分析することが重要である。それらの評価事業を市町村と保健所が十分協力し、共同事業として実施する必要がある。

今回選定した指標以外の新しい指標の開発が必要である。吉田論文は、母親の心、不安についての指標を検討したものであるが、このように健診や子供の健康相談などの場を活用して、新しい母子保健指標の開発を行うことが重要であり、市町村と保健所との十分な連携および保健所の調査研究機能の強化が必要である。

表1 母子保健活動がめざすもの

すべての子供が健やかに成長することのできる地域社会

妊娠から出産までが安全にできる

- ①妊娠早期から医学的管理と保健指導が受けられ、ハイリスク妊婦も安心して出産できる
- ②妊娠中の女性に対して、職場において産休をはじめとする種々の配慮がなされる
- ③必要なケースについては遺伝相談が受けられる
- ④児や母体に障害が予想されるケースでは、周産期センターなどへの母胎搬送により、万全の体制で出産することができる
- ⑤新生児期の異常に対して、産科施設、小児科施設、周産期医療センター等の連携により、効率的で有効なケアが受けられる

安心して子育てができる

- ①両親が出産・育児に必要な情報を得られる
- ②必要に応じて、保健婦などの専門職による指導を受けることができる
- ③出産や育児についていつでも相談できる人がいる
- ④乳幼児を持つ父母が育児休暇を含め、職場で便宜を図ってもらえる
- ⑤延長保育や病児保育が可能な保育所が近くにあり、良質の保育サービスを受けられる
- ⑥外国人であっても日本人と同様の母子保健サービスを利用できる
- ⑦外国に居住する日本人に対して、安心して子育てができるための情報が提供される

疾病と事故を未然に防げる

- ①予防接種を適切に受けられる
- ②フッ素により歯牙が強化される
- ③乳幼児期の家庭内における事故防止に関する知識を両親が持ち、実践できる
- ④子供が安心して遊べる公園や歩道、水辺などの環境が整備されている
- ⑤健康なライフスタイルを確立できる

疾病や障害があっても、適切な医療や療育を受けられる

- ①医療機関との連携により新生児期に問題のあった児が適切にフォローされる
- ②精度の高い乳幼児健康診査が身近で受けられ、適切な指導が行われる
- ③学校における腎臓病検診、心臓病検診が高い精度で行われる
- ④地域で質の高い医療・保健・福祉サービスが提供され、それらを適切に利用できる
- ⑤小児難病の児に対する医療が確保され、在宅ケアへの支援が得られる
- ⑥疾病や障害が疑われる児が適切な医療機関で精密検査を受けられる
- ⑦療育が必要な児が身近で訓練や指導を受けられる
- ⑧「親の会」やそれを支える地域の活動により、障害児を持つ家庭が支援される

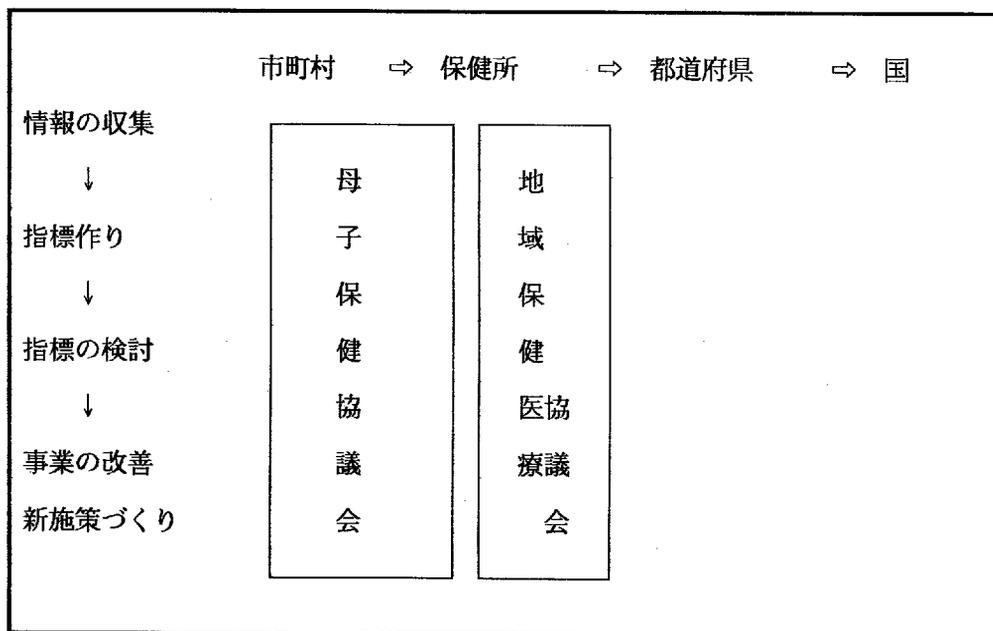
自己決定能力を獲得することにより、思春期の課題を乗り越える

- ①乳児期からの一貫した教育により年齢に応じて必要な性の知識を獲得できる
- ②学校教育において思春期の心身の変化について学べる
- ③家庭や学校、地域において、生命の尊厳、他人への思いやり、男女の平等等について学べる
- ④友人との葛藤が破壊的行為につながらないように、周囲の大人が配慮できる
- ⑤思春期の子ども達の持つ悩みを周囲の大人が理解し、その克服を支援できる

表 2 母 子 保 健 指 標

成 果 の 評 価	事 業 実 施 の 評 価	基 盤 整 備 の 評 価
<u>I 妊娠・出産が安全にできる</u> 1 周産児死亡率 2 出生体重2500 g以下出生率 3 在胎週数36週未満出生児の割合 4 妊娠週数12週以前妊娠届出割合 5 妊娠週数28週以後妊娠届出割合 6 自然死産率 7 妊婦の喫煙率	1 妊娠週数12週以前妊娠届出割合 2 妊産婦訪問指導率 3 妊娠中毒症訪問指導率 4 妊娠中毒症 1人当たり訪問指導数	1 周産期救急搬送システムの有無 2 PICUの設置施設数、病床数 3 NICUの設置施設数、病床数 4 病院小児科標榜数 5 病院産婦人科、産科標榜数 6 診療所小児科標榜数 7 診療所主たる診療科、小児科、産科・産婦人科標榜数
<u>II 安心して子育てができる</u> 1 合計特殊出生率 2 母の年齢15～19歳の出生率 3 母の年齢20～24歳の出生率 4 母の年齢25～29歳の出生率 5 母の年齢30～34歳の出生率 6 母の年齢35～39歳の出生率 7 母の年齢40～44歳の出生率 8 乳児死亡率 9 新生児死亡率 10 早期新生児死亡率 11 子育て自主グループへの参加者数	1 新生児訪問指導率 2 未熟児訪問指導率 3 未熟児平均訪問回数 4 乳児保健指導率 5 1～2歳児保健指導率 6 1～2歳児健康管理上要注意児率 7 3歳児保健指導率 8 3歳児、健康管理上要注意児の率 9 3歳児身体面要注意児の率 10 3歳児精神面要注意児の率	1 保育所数、人口対施設数 2 保育所入所児数、人口対率
<u>III 病気と事故を未然に防げる</u> 1 1歳 6か月児の麻疹罹患率 2 3歳児の麻疹罹患率 3 1歳 6か月児の百日咳罹患率 4 3歳児の百日咳罹患率 5 1歳 6か月児のdf歯数 6 3歳児のdf歯数 7 1歳 6か月児の事故の既往 8 3歳児の事故の既往 9 0～14歳不慮の事故による死亡率 10 0～14歳交通事故による死亡率 11 0～14歳溺死による死亡率	1 1歳 6か月児の麻疹予防接種率 2 3歳児の麻疹予防接種率 3 1歳 6か月児の3種混合ワクチン接種率 4 3歳児の3種混合ワクチン接種率 5 1歳 6か月児のポリオ接種率 6 1歳 6か月児の事故予防の実施率 7 3歳児の事故予防の実施率 8 小児肥満予防教室参加者数	1 保健所と学校との連携事業の有無
<u>IV 疾病や障害があっても適切な医療・療育が受けられる</u> 1 保健所が援助している障害児数 2 市町村が援助している障害児数 3 小児特定疾患患者で保健所が援助している患者の割合	1 障害児 1人当たり訪問指導数 (保健所把握、市町村把握) 2 療育施設への通園児の割合	1 療育センターの有無
<u>V 自己決定力を獲得し、思春期の課題を乗り越えられる</u> 1 10歳代の出生率 2 10歳代の死産率 3 10歳代不慮の事故による死亡率 4 10歳代交通事故による死亡率 5 10歳代自殺による死亡率 6 10歳代の人工妊娠中絶率 7 20歳代の人工妊娠中絶率	1 思春期教室への参加者 2 思春期相談への相談者数	1 カウンセラー配置の高校の割合 2 同上：中学校の割合 3 教育委員会のカウンセリングの有無 4 思春期相談システムの有無 5 飲酒・喫煙・薬物乱用の教育カリキュラムのある高校の割合 6 同上：中学校の割合 7 エイズ教育実施の中学校の割合 8 エイズ教育実施の高校の割合

図 1 母子保健指標の評価システム



## 資料 1

### 母子保健指標シートの作成について

#### I 全体の構成

1. 9ページで構成されている。
2. 5つの目標で構成されている。

A. 妊娠・出産が安全にできる	1 ページ
B. 安心して子育てができる	2 ～ 4ページ
C. 病気や事故を未然に防げる	5 ～ 6ページ
D. 疾病や障害があっても適切な医療や療育が受けられる	7 ページ
E. 自己決定力を獲得し、思春期の課題を乗り越える	8 ～9 ページ

3. 3つの視点で評価するよう構成されている。

- |                  |
|------------------|
| ① 母子保健事業の成果      |
| ② 母子保健事業の事業実施の評価 |
| ③ 母子保健事業の基盤整備    |

#### II データの年次

1. データの年次は、平成 6年の 1年間 とする。
2. 人口は、平成 6年10月時点とする。  
得られない場合は、昭和60年国勢調査人口および平成 2年国勢調査人口とする。
3. 国勢調査人口は、昭和60年、平成 2年の両方を記載する。  
上記以外の年次のデータの場合は、データの年次を記載する。

#### III その他

データが得られない場合は、「データなし」と記載する。

#### IV データの収集

##### 【1 ページ】

##### A. 妊娠・出産が安全にできる

##### ①母子保健事業の成果

	データの所在・収集
1 妊娠届出数	保健所運営報告、市町村で入手可能
2 妊娠週数12週以前妊娠届出数、割合 (%)	保健所運営報告、市町村で入手可能
3 妊娠週数28週以後妊娠届出数、割合 (%)	保健所運営報告、市町村で入手可能
4 出生数	人口動態統計
5 出生体重2500 g以下出生数、割合 (%)	人口動態統計
6 在胎週数36週未満出生児数、割合 (%)	人口動態統計
7 周産期死亡率 (出生1000対)	人口動態統計
8 自然死産数率 (出産1000対)	人口動態統計

##### ②母子保健事業の実施の評価

	データの所在・収集
1 妊娠週数12週以前妊娠届出数、割合 (%)	保健所運営報告、市町村で入手可能
2 妊産婦訪問指導指導実人数 率: 実人数/ 妊娠届出数 (%)	保健所運営報告、市町村で入手可能
3 妊娠中毒症訪問実人数 率: 妊娠中毒実人数/ 妊娠届出数 (%)	保健所運営報告、市町村で入手可能
4 妊娠中毒症訪問指導延べ数 1 人当たり回数 回	保健所運営報告、市町村で入手可能

### ③母子保健事業の基盤整備

1 周産期救急搬送システムの有無	保健所医事関係統計
2 PICUの設置施設数	保健所医事関係統計
3 PICUの病床数	保健所医事関係統計
4 NICUの設置施設数	保健所医事関係統計
5 NICUの病床数	保健所医事関係統計
6 病院小児科標榜数	保健所医事関係統計
7 病院産婦人科、産科標榜数	保健所医事関係統計
8 診療所小児科標榜数	保健所医事関係統計
9 診療所主たる診療科が小児科の標榜数	保健所医事関係統計
10 診療所主たる診療科産婦人科、産科の標榜数	保健所医事関係統計

### 【2 ～ 4ページ】

#### B. 安心して子育てができる

#### ①母子保健事業の成果

	データの所在
1 合計特殊出生率	人口動態統計
2 15～19歳女人口（昭和60年、平成 2年）	国勢調査
3 20～24歳女人口（昭和60年、平成 2年）	国勢調査
4 25～29歳女人口（昭和60年、平成 2年）	国勢調査
5 30～34歳女人口（昭和60年、平成 2年）	国勢調査
6 35～39歳女人口（昭和60年、平成 2年）	国勢調査
7 40～44歳女人口（昭和60年、平成 2年）	国勢調査

8 母の年齢15～19歳の出生数、率（本年15～19歳女人口1000対）	人口動態統計、人口市町村入手可
9 母の年齢20～24歳の出生数、率（本年20～24歳女人口1000対）	人口動態統計、人口市町村入手可
10 母の年齢25～29歳の出生数、率（本年25～29歳女人口1000対）	人口動態統計、人口市町村入手可
11 母の年齢30～34歳の出生数、率（本年30～34歳女人口1000対）	人口動態統計、人口市町村入手可
12 母の年齢35～39歳の出生数、率（本年35～39歳女人口1000対）	人口動態統計、人口市町村入手可
13 母の年齢40～44歳の出生数、率（本年40～44歳女人口1000対）	人口動態統計、人口市町村入手可
14 乳児死亡数、率（出生1000対）	人口動態統計
15 新生児死亡数、率（出生1000対）	人口動態統計
16 早期新生児死亡数、率（出生1000対）	人口動態統計
17 1～2歳児健康管理上要注意児数、率：要注意児数/健診児数	保健所運営報告、市町村で入手可
18 3歳児健康管理上要注意児数、率：要注意児数/健診児数	保健所運営報告、市町村で入手可
19 3歳児身体面要注意児数、率：要注意児数/健診児数	保健所運営報告、市町村で入手可
20 3歳児精神面要注意児数、率：要注意児数/健診児数	保健所運営報告、市町村で入手可

## ②母子保健事業の実施の評価

	データの所在・収集
1 新生児訪問指導訪問実人数、率：訪問実人数/出生数	保健所運営報告、市町村で入手可能
2 未熟児訪問指導実人数 率：未熟児訪問実人数/低出生体重児数	保健所運営報告、市町村で入手可能
3 未熟児延べ訪問数 1人当たり訪問数：延べ訪問数/訪問実人数	保健所運営報告、市町村で入手可能
4 乳児保健指導実人数、率：実人数/出生数	保健所運営報告、市町村で入手可能
5 1～2歳児保健指導(1歳6か月児保健指導実人数) 率：1歳6か月児保健指導実人数/1歳児数	保健所運営報告、市町村で入手可能
6 3歳児保健指導実人数 率：3歳児保健指導実人数/3歳児数	保健所運営報告、市町村で入手可能

③母子保健事業の基盤整備

1 保育所数、率 (人口1000対)	保健所の個別集計、市町村で入手可能
2 保育所入所児童数、率(0～4歳人口1000対)	保健所の個別集計、市町村で入手可能

【5～6ページ】

C. 病気や自己を未然に防げる
-----------------

①母子保健事業の成果

	データの所在・収集
1 1歳6か月児の麻疹罹患数、率：罹患数/1歳6か月児数	保健所の個別集計、市町村で入手可能
2 3歳児の麻疹罹患数、率：罹患数/3歳児数	保健所の個別集計、市町村で入手可能
3 1歳6か月児の百日咳罹患数、率：罹患数/1歳6か月児数	保健所の個別集計、市町村で入手可能
4 3歳児の百日咳罹患数、率：罹患数/3歳児数	保健所の個別集計、市町村で入手可能
5 3歳児健診時のdf歯数(1人当たり平均)	厚生省報告、市町村で入手可能
6 1歳6か月児の家庭内事故の既往(要医療について)	保健所の個別集計、市町村で入手可能
7 3歳児の家庭内事故の既往(要医療について)	保健所の個別集計、市町村で入手可能
8 0～14歳人口、(昭和60年、平成2年国勢調査、本年)	国勢調査
9 0～14歳の不慮の事故の死亡数 率：死亡数/本年0～14歳人口	人口動態統計
10 0～14歳の交通事故の死亡数率 率：死亡数/本年0～14歳人口	人口動態統計
11 0～14歳の溺死による死亡数 率：死亡数/本年0～14歳人口	人口動態統計

②母子保健事業の実施の評価

	データの所在・収集
1 1歳 6か児の麻疹予防接種数 率: 予防接種数/ 1歳 6か月児数	保健所の個別集計、市町村で入手可
2 3歳児の麻疹予防接種数 率: 予防接種数/3歳児数	保健所の個別集計、市町村で入手可
3 1歳 6か月児の 3種混合ワクチン接種数(1回以上接種者数) 率: 予防接種数/ 1歳 6か月児数	保健所の個別集計、市町村で入手可
4 3歳児の3 種混合ワクチン接種数(1回以上接種者数) 率: 予防接種数/3歳児数	保健所の個別集計、市町村で入手可
5 1歳 6か月児の事故予防の実施率 (%)	保健所の個別集計、市町村で入手可
6 3歳児の事故予防の実施率 (%)	保健所の個別集計、市町村で入手可
7 小児肥満予防教室参加者数	保健所運営報告 、市町村で入手可
8 麻疹の予防接種数、率: 保健所運営報告接種数 / 出生数	保健所運営報告 、市町村で入手可
9 3種混合ワクチン接種数 率: 保健所運営報告接種数 (第 1期第 1回) / 出生数	保健所運営報告 、市町村で入手可

③母子保健事業の基盤整備

1 保健所と学校との連携事業の有無	有る・ 無し
具体的内容	

【 7ページ】

D. 疾病や障害があっても適切な医療や療育が受けられる

①母子保健事業の成果

	データの所在・収集
1 0～4歳児人口（昭和60年、平成2年、本年）	国勢調査、市町村で入手可能
2 保健所が把握して援助している障害児数 （本年0～4歳児人口当たりの割合）	保健所の個別集計
3 市町村が把握して援助している障害児数 （本年0～4歳児人口当たりの割合）	保健所の個別集計、市町村で入手可能
4 小児特定疾患患者数 保健所が援助している患者の割合（%）	保健所の個別集計

②母子保健事業の実施の評価

	データの所在・収集
1 障害児1人当たりの訪問回数 （保健所が把握している障害児）	保健所の個別集計、市町村で入手可能
2 障害児1人当たり訪問回数 （市町村が把握している障害児）	保健所の個別集計、市町村で入手可能
3 療育施設通園している障害児数 障害児全体に対する割合	保健所の個別集計、市町村で入手可能

③母子保健事業の基盤整備

1 療育センター・通園施設の有無

有る・無し

【 8～ 9ページ】

E. 自己決定力を獲得し、思春期の課題を乗り越えられる

①母子保健事業の成果

	データの所在
1 15～19歳女人口（昭和60年、平成 2年、本年）	国勢調査
2 10歳代の出生数、出生率（本年15～19歳女人口1000対）	人口動態統計
3 10歳代の死産数、死産率（本年15～19歳女人口1000対）	人口動態統計
4 10～19歳人口総数（昭和60年、平成 2年、本年）	国勢調査
5 10～19歳人口 男（昭和60年、平成 2年、本年）	国勢調査
6 10～19歳人口 女（昭和60年、平成 2年、本年）	国勢調査
7 10歳代の不慮の事故による死亡数 死亡率（本年 15 ～19歳人口10万対）	人口動態統計
8 10歳代の交通事故による死亡数 死亡率（本年 15 ～19歳人口10万対）	人口動態統計
9 10歳代の自殺による死亡数 死亡率（本年 15 ～19歳人口10万対）	人口動態統計
10 10 歳代の人工妊娠中絶数 中絶率（本年 15 ～19歳女人口10万対）	優性保護統計
11 20 歳代の人工妊娠中絶数 中絶率（本年 20 ～29歳女人口10万対）	優性保護統計

②母子保健事業の実施の評価

	データの所在
1 思春期教室への参加者数	保健所の個別集計
2 思春期相談への相談者数	保健所の個別集計

③母子保健事業の基盤整備

	データの所在・収集
1 高校の数	保健所の個別集計、市町村で入手可能
2 カウンセラーが配置されている高校数、割合	保健所の個別集計、市町村で入手可能
3 中学の数	保健所の個別集計、市町村で入手可能
4 カウンセラーが配置されている中学校数、割合	保健所の個別集計、市町村で入手可能
5 教育委員会のカウンセリングシステムの有無	保健所の個別集計、市町村で入手可能
6 思春期相談システムの有無	保健所の個別集計、市町村で入手可能
7 飲酒・喫煙・薬物乱用に対する教育カリキュラムのある 中学校数、割合 (%)	保健所の個別集計、市町村で入手可能
8 エイズ教育を実施している中学校数、割合	保健所の個別集計、市町村で入手可能
9 エイズ教育を実施している高校数、割合	保健所の個別集計、市町村で入手可能

## 追加指標

### A 妊娠・出産が安全にできる

#### ①母子保健事業の成果

- ・妊娠中の喫煙者率 保健所の個別集計（乳児健診時の母への問診を活用）  
市町村で入手可能

### B 安心して子育てができる

#### ①母子保健事業の成果

- ・子育ての自主グループへの参加者数
- ・子育ての自主グループ数 保健所の個別集計（乳児健診時の母への問診を活用）  
市町村で入手可能
- ・予防接種率 保健所の個別集計（乳児健診時の母への問診を活用）  
BCG、ポリオ、麻疹、3種混合 市町村で入手可能

## 健診時の問診で情報を把握すべき事項

乳幼児健診の問診で把握する以下の情報については、健診カルテの問診項目に盛り込む必要がある。

- 1 1歳 6か月児の麻疹罹患数、率：罹患数/1歳 6か月児数
- 2 3歳児の麻疹罹患数、率：罹患数/3歳児数
- 3 1歳 6か月児の百日咳罹患数、率：罹患数/1歳 6か月児数
- 4 3歳児の百日咳罹患数、率：罹患数/3歳児数
- 5 1歳 6か月児の家庭内事故の既往（要医療について）
- 6 3歳児の家庭内事故の既往（要医療について）
- 7 1歳 6か月児の事故予防の実施率（%）
- 8 3歳児の事故予防の実施率（%）
- 9 妊娠中の喫煙者率
- 10 子育ての自主グループへの参加者数
- 11 子育ての自主グループ数
- 12 予防接種率（BCG、ポリオ、麻疹、3種混合）

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備	
	数	割合率	数	割合率		数
妊娠・出産 が安全にで きる	1 妊娠届出数		1 妊娠週数12週以前 妊娠届出数、割合 (%)		1 周産期救急搬送システム	有 無
	2 妊娠週数12週以前 妊娠届出数、割合 (%)	(%)	2 妊産婦訪問指導 指導実人数 率: 実人数 / 妊娠届出数	(%)	2 PICUの設置施設数	
	3 妊娠週数28週以後 妊娠届出数、割合 (%)	(%)	3 妊娠中毒症訪問指導 妊娠中毒症訪問実人数 率: 妊娠中毒実人数 / 妊娠届出数	(%)	3 PICUの病床数	
	4 出生数				4 NICUの設置施設数	
	5 出生体重2500g以下 出生数、割合 (%)	(%)		(%)	5 NICUの病床数	
	6 在胎週数36週未満 出生児数、割合 (%)	(%)	4 妊娠中毒症訪問指導延 べ数 及び 1人当たりの回数	1人当 りの回数	6 病院小児科標榜数	
	7 周産期死亡率 率 (出生1000対)	(%)			7 病院産婦人科、産科標榜数	
	8 自然死産数 率 (出産1000対)	(%)			8 診療所小児科標榜数	
				9 診療所主たる診療科が 小児科標榜数		
				10 診療所主たる診療科が 産婦人科、産科 標榜数		

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備		
		数・率		数	割 合 率	数	割 合 率
安心して子育てができる	1 合計特殊出生率		1 新生児訪問指導 訪問実人数 率: 訪問実人数/ 出生数		(%)	1 保育所数 率: (0~4歳人口 1000対)	
	2 15~19歳女人口 (国勢調査)	人	2 未熟児訪問指導 未熟児訪問実人数 率: 未熟児訪問実人数/ 低出生体重児数		(%)	2 保育所入所児童数 率: (0~4歳人口 1000対)	
	3 20~24歳女人口 (国勢調査)	人	3 未熟児延べ訪問数 1人当たり訪問数 延べ訪問数/ 訪問実人数				
	4 25~29歳女人口 (国勢調査)	人	4 乳児保健指導 保健指導実人数 率: 実人数/ 出生数		(%)		
	5 30~34歳女人口 (国勢調査)	人					
	6 35~39歳女人口 (国勢調査)	人					
	7 40~44歳女人口 (国勢調査)	人					

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備	
	数	割合 率	数	割合 率	数	割合 率
安心して子育てができる	8 母の年齢15～19歳の 出生数、率 (人口1000対		5 1～2 歳児保健指導 1 歳 6か月児保健指導実 人数			
	9 母の年齢20～24歳の 出生数、率 (人口1000対		率: 1 歳 6か月児保健 指導実人数 / 1 歳児数	(%)		
	10母の年齢25～29歳の 出生数、率 (人口1000対		6 3 歳児保健指導 3歳児保健指導実人数			
	11母の年齢30～34歳の 出生数、率 (人口1000対		率: 3 歳児保健指導実人 数 / 3 歳児数	(%)		
	12母の年齢35～39歳の 出生数、率 (人口1000対					
	13母の年齢40～44歳の 出生数、率 (人口1000対					
	14乳児死亡数 率 (出生1000対)					

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価			基 盤 整 備		
	数	割 合 率	数	割 合 率	数	割 合 率		
安心して子育てができる	15新生児死亡数 率 (出生1000対)							
	16早期新生児死亡数 率 (出生1000対)							
	17 1～2 歳児 健康管理上要注意児数 率: 要注意児数/ 健診児数		(%)					
	18 3 歳児 健康管理上要注意児数 率: 要注意児数/ 健診児数		(%)					
	19 3歳児身体面 要注意児数 率: 要注意児数/ 健診児数		(%)					
	20 3歳児精神面 要注意児数 率: 要注意児数/ 健診児数		(%)					

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備	
	数	割 合 率	数	割 合 率	数	割 合 率
病 気 や 事 故 を 未 然 に 防 げ る	1 1歳 6か月児の麻疹 罹患数 率：罹患数/1歳 6か月 児数	(%)	1 1歳 6か月児の麻疹 予防接種数 率：予防接種数/ 1歳 6 か月児数	(%)	1 保健所と学校との 連携事業の有無 有る・無し	
	2 3歳児の麻疹罹患数 率：罹患数/3歳児数	(%)	2 3歳児の麻疹 予防接種数 率：予防接種数/3歳児数	(%)	具体的内容	
	3 1歳 6か月児の百日咳 罹患数 率：罹患数/1歳 6か月 児数	(%)	3 1歳 6か月児の3種 混合ワクチン接種数 (1回以上接種者数) 率：予防接種数/ 1歳 6 か月児数	(%)		
	4 3歳児の百日咳罹患数 率：罹患数/3歳児数	(%)	4 3歳児の3種混合ワク チン接種数 (1回以上接種者数) 率：予防接種数/3歳児数	(%)		
	5 3歳児健診時のdf 歯数(1人当たり平均)					

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備	
	数	割 合 率	数	割 合 率	数	割 合 率
病気や事故を未然に防げる	6 1歳6か月児の事故の既往 要問診	(%)	5 1歳6か月児の事故予防の実施率 (%)			
	7 3歳児の事故の既往 要問診	(%)	6 3歳児の事故予防の実施率 (%)			
	8 0～14歳人口 (平成2年国勢調査)		7 小児肥満予防教室参加者数			
	9 0～14歳の不慮の事故による死亡数 率: 死亡数/0～14歳人口		8 麻疹の予防接種数 率: 保健所運営報告接種数 / 出生数 (%)			
	10 0～14歳の交通事故による死亡数 率: 死亡数/0～14歳人口		9 3種混合ワクチン接種数 率: 保健所運営報告接種数 (第1期第1回) / 出生数 (%)			
	11 0～14歳の溺死による死亡数 率: 死亡数/0～14歳人口					

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備	
	数	割 合 率	数	割 合 率	数	割 合 率
疾病や障害があっても適切な医療や療育が受けられる	1 0～4歳児人口		1 障害児1人当たり訪問回数(保健所把握児)		1 療育センターの有無	有り・無し
	2 保健所が把握して援助している障害児数(0～4歳児人口当たりの割合)	(%)	2 障害児1人当たり訪問回数(市町村把握児)			
	3 市町村が把握して援助している障害児数(0～4歳児人口当たりの割合)	(%)	3 療育施設に通園している障害児数			
	4 小児特定疾患患者数及び保健所が援助している患者の割合	(%)	障害児全体に対する割合(%)			(%)

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備	
	数	割 合 率	数	割 合 率	数	割 合 率
自己決定力を獲得し、思春期の課題を乗り越える	1 15～19歳女人口		1 思春期教室への参加者数		1 高校の数	
	2 10歳代の出生数 出生率（人口1000対）		2 思春期相談への相談者数		2 カウンセラーが配置されている高校数 割合（%）	（%）
	3 10歳代の死産数 死産率（人口1000対）				3 中学の数	
	4 10～19歳人口 総数				4 カウンセラーが配置されている中学校数 割合（%）	（%）
	5 10～19歳人口 男				5 教育委員会のカウンセリングシステムの有無	有り・無し
	6 10～19歳人口 女				6 思春期相談システムの有無	有り・無し
	7 10歳代の不慮の事故による死亡数 死亡率（人口10万対）					

目 標	成 果		事 業 実 施 の 評 価		基 盤 整 備	
	数	割合率	数	割合率	数	割合率
自己決定力を獲得し、思春期の課題を乗り越える	8 10歳代の交通事故による死亡数 死亡率(人口10万対)				7 飲酒・喫煙・薬物乱用に対する教育 カリキュラムのある 中学校数、割合 (%)	(%)
	9 10歳代の自殺による死亡数 死亡率(人口10万対)				8 エイズ教育を実施している中学校数 割合 (%)	(%)
	10 10 歳代の人工妊娠 中絶数 中絶率(人口10万対)				9 エイズ教育を実施している高校数、 割合 (%)	(%)

## 参考資料

Healthy Communities 2000  
Model Standards

< 小児 >

Focus	Objective	Indicator
<i>Health Status Objectives</i> (健康状態指標)		
子どもの死亡	1. 死亡率を人口10万対(28)以下(1~14歳) (1987年; 小児人口10万対33)	小児死亡率
交通事故による死亡	2. 死亡率を人口10万対(5.5)以下(14歳以下) (1987年; 小児人口10万対6.2)	交通事故による死亡率
火事による死亡	3. 死亡率を人口10万対(3.3)以下(4歳以下) (1987年; 小児人口10万対4.4)	火事による死亡率
溺死	4. 死亡率を人口10万対(2.3)以下(4歳以下) (1987年; 4歳以下小児人口10万対4.2)	溺死の死亡率
殺人	5. 死亡率を人口10万対(3.1)以下(3歳以下) (1987年; 3歳以下小児人口10万対3.9)	殺人による死亡率
子どもの後遺症を 残す自動車事故	6. 15才以下の発生頻度を( )以下にする	15才以下の発生頻度
外傷	7. 乳幼児の家庭内での火傷、中毒、墜落事故 による医療を要する数を( )以下にする	a. 外来受診 b. 救急受診 c. 入院 d. 中毒センターへの 電話/死亡 での加療を要する外傷
致命的でない中毒	8. 救急医療受診者10万人あたり520人以下 (4歳以下)にする (1986年; 10万人あたり650人)	致命的でない中毒で 救急を受診する比率
予防可能な感染症	9. 麻疹、百日咳、ポリオ、ジフテリア、破傷風、 ムンプス等予防接種により予防可能な疾患の 発生率を抑制したり、撲滅を維持する	a. 疾病発生率 b. 二次感染
低所得家庭のこども の発達の遅れ	10. 割合を10%以下に抑える(5歳以下) (1988年; 16%、人種によるが)	発達の遅れがみられ る頻度
	ターゲットになっている人種	
	低身長 <small>の発生頻度</small>	1988の基礎値      2000の目標
	a. 低所得の黒人層(1歳未満)	15%      10%
	b. 低所得のイスパニア系(1歳未満)	13%      10%

c. 低所得のイスパニア系 (1歳)	16%	10%
d. 低所得のアジア系 (1歳)	14%	10%
e. " (2~4歳)	16%	10%

\*低身長は年齢標準身長の5%未満のものを指す。

精神障害	11. 10%以下に発生頻度を抑える (1989年; 18歳未満の発生頻度は推定18%)	精神障害の発生頻度															
精神発達遅延	12. 学童期のこどもの重度 (IQ50以下) のMRの発生頻度をこども1,000人あたり2人以下にする (1985-88年; 10歳のこども1,000人あたり2.7)	重度精神発達遅延の発生頻度															
PKUとクレチンの適切な診断と治療	13. PKUとクレチンの時機を失した診断と治療のために遅延した5歳以下のこどもの数を ( ) に抑える	PKUやクレチンのために遅滞したケース															
被虐待児	14. 被虐待児の発生頻度を18歳以下のこども1,000人あたり25.2人以下にする (1986年; 1,000人あたり25.2)	被虐待児の比率															
	<table> <thead> <tr> <th>種類別 (1,000対)</th> <th>1986年</th> <th>2000年目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. 身体的虐待</td> <td>5.7</td> <td>5.7未満</td> </tr> <tr> <td>b. 性的虐待</td> <td>2.5</td> <td>2.5未満</td> </tr> <tr> <td>c. 精神的虐待</td> <td>3.4</td> <td>3.4未満</td> </tr> <tr> <td>d. ネグレクト</td> <td>15.9</td> <td>15.9未満</td> </tr> </tbody> </table>	種類別 (1,000対)	1986年	2000年目標	a. 身体的虐待	5.7	5.7未満	b. 性的虐待	2.5	2.5未満	c. 精神的虐待	3.4	3.4未満	d. ネグレクト	15.9	15.9未満	
種類別 (1,000対)	1986年	2000年目標															
a. 身体的虐待	5.7	5.7未満															
b. 性的虐待	2.5	2.5未満															
c. 精神的虐待	3.4	3.4未満															
d. ネグレクト	15.9	15.9未満															
小児医療センターでの下痢	15. IEPかIHPを用いている小児医療センターでの感染性下痢の頻度を25%以下にする IEP: Individualized Education Program IHP: Individualized Health Plan	感染性下痢の発生頻度															
喘息死	16. 喘息による入院に置き換えて14歳以下のこども10万人あたり225人 (1987年; 10万人あたり284人)	喘息による入院比率															
血中鉛濃度	17. 6カ月~5歳のこどもの血中濃度が15 $\mu$ g/dl、または25 $\mu$ g/dl以上の人数を50万人以下、0にする (1984年; 推定で15 $\mu$ g/dl以上は300万人、25 $\mu$ g/dl以上は23.4万人)	カットオフ値を超えている人数															
	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>1984年</th> <th>2000年目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. 市内に住む低所得の黒人 (年間収入 6,000\$ 以下)</td> <td>23.4/3.7万人</td> <td>7.5/0万人</td> </tr> <tr> <td>b. その他</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>		1984年	2000年目標	a. 市内に住む低所得の黒人 (年間収入 6,000\$ 以下)	23.4/3.7万人	7.5/0万人	b. その他	-	-							
	1984年	2000年目標															
a. 市内に住む低所得の黒人 (年間収入 6,000\$ 以下)	23.4/3.7万人	7.5/0万人															
b. その他	-	-															

小児の齲歯

18. 齲歯のある子どもを  
6~8才で35%以下に、  
15才で60%以下に抑える  
(1986~87年; 6~8才 63%  
" 15才 78%)

齲歯をもっている比率

	1986~87年	2000年
a. 高卒以下の学歴の親の子ども (6~8歳)	70%	45%
b. インディアン/アラスカ人の子ども (6~8歳)	92% (52%)	45%
c. 黒人の子ども (6~8歳)	61%	40%
d. インディアン/アラスカ人の子ども (15歳)	93%	70%

19. 6~8才で未治療の齲歯をもっている  
子どもを 20%以下に抑える  
(1986年; 6~8才 27%)

未治療の齲歯の保有率

	1986~87年	2000年
a. 高卒以下の学歴の親の子ども (6~8歳)	43%	30%
b. インディアン/アラスカ人の子ども (6~8歳)	64%	35%
c. 黒人の子ども (6~8歳)	38%	25%
d. イスパニア人の子ども (6~8歳)	36%	25%

ウイルス性肝炎

20. アジア太平洋諸国出身者のB型肝炎罹患数を  
1,800人以下に抑える  
(1987年; 推定8,900人)

該当集団でのウイルス  
性肝炎罹患数

中耳炎

21. 4歳以下の急性中耳炎の罹患児を減らす、  
学校欠席日数を子ども100人あたり105日以下  
に抑える  
(1987年; 子ども100人あたり105日)

健康調査結果による  
中耳炎の発生率

肺炎類縁疾患

22. 4歳以下の肺炎類縁疾患の罹病日数を  
24日以下に抑える

肺炎類縁疾患での行動  
制限日数

	1987年	2000年
4歳以下の子ども (子ども100人対)	27日	24日

Risk Reduction Objectives (危険改善指標)

発達障害や評価に対する  
スクリーニング、考察と  
照会

23. 視・聴覚、口腔機能障害のスクリーニング  
や他の発達評価を健診の一部としてルー  
チンにおこなうプライマリ・ケアを提供す  
る割合を80%にする  
(1992年のデータを参照)

ルーチンにスクリーニ  
ングや照会する割合

スクリーニング、予防接種 とカウンセリングサービス	24. 2歳以下の基本の予防接種率を90%以上に する (1989年；推定70~80%)	予防接種実施率
	基礎的な予防接種を資格のある医療機関や 幼稚園にて中学校までの間少なくとも95% でおこなう (1987~88年；資格のある医療機関 94% 小学校入学時 97% 中卒後は1992年のデータを参照)	
	制度化されていない肺炎球菌性肺炎やインフル エンザの予防接種を予防接種問題検討委員会で 定義しているようなリスクの高いグループに対 して少なくとも60%はおこなう (1985年；肺炎球菌のワクチン 推定10% インフルエンザワクチン 20%)	
	B型肝炎ワクチンをHBs抗原(+)の母も含 めたハイリスクの人に対して少なくとも90%以 上におこなう (1992年のデータを参照)	
	その他	
	25. 生後24ヶ月までの適切な時期に予防接種、 健診、相談を90%以上が受ける (1991年のデータを参照)	スクリーニング、予防 摂取と相談をおこなっ ている割合
	26. 2~12才の子どもが適切な時期に予防接種、 健診、相談を80%以上が受ける (1991年のデータを参照)	"
シーラント予防	27. シーラント予防を50%以上の子どもが 受ける (1986~87年； 8才 11% 14才 14%)	シーラントをうけてい る割合
血中鉛濃度	28. 血中鉛濃度の上昇スクリーニングをおこな う割合を増加させる	スクリーニングの割合 血中鉛濃度が上昇して いる割合

質の高い幼児教育の利用	29. 恵まれない境遇の子どもや障害のある子どもが就学準備期間に質が高く、各自に応じた幼児教育を利用できる、それによって学業成績、問題行動や心身の健康に関して予後が改善されるだろう (1986~87年; 8才 11% 14才 8%)	幼児教育を利用している割合	
鉄欠乏	30. 1~4才の子と妊娠可能な女性の鉄欠乏の割合を3%以下にする (1986~80年; 1~2才 9% 3~4才 4% 20~44才 5%)	鉄欠乏性貧血か/と、貧血の割合	
	*鉄欠乏の頻度	1976~80年	2000年
	a. 1~2歳の低収入家族の子ども	21%	10%
	b. 3~4歳の "	10%	5%
	*貧血の頻度 (Hb 11mg/dl以下またはHct 35%以下)	1983~85年	2000年
	a. 1~5歳のアラスカ人の子ども	22~28%	10%
乗車保護システム	31. 安全ベルト、エア・バッグや子供用の安全いすの利用を4才以下の子どもが自動車を利用する際に95%以上が利用する		保護システムを利用している割合
たばこの知識普及	32. 20才までの常習喫煙者を15%以下にする (1988年; 84%)		常習喫煙者の割合
		1987年	2000年
	a. 低経済社会層の若者 (学歴が高卒以下の者)	40%	18%
家庭での受動喫煙	33. 6才までの家庭での受動喫煙を20%以下にする (1986年; 38%以上)		家庭でのたばこの曝露の割合
適度の運動	34. 6歳以上の子どもの30%以上が毎日30分以上の適度な運動をする (1985年 18歳以上 1日30分以上 週に5回以上 22% 週に7回以上 12%)		日常的に身体活動をおこなっている割合

心肺系の運動	35. 1回20分以上の運動を週3回以上、年齢に応じて以下のようにする 18才以上 20%以上 6~17才 75%以上 (1985年; 18才以上 12% 1984年; 10~17才 66%)	活発な身体活動をおこなっている割合
余暇での運動	36. 6才以上で余暇での運動が無い者を15%以下に減らす (1985年; 18才以上 24%)	余暇に身体活動をおこなっていない割合
筋力、持久力、柔軟性	37. 6才以上の子どもが運動によって筋力等の維持や増強をおこなう割合を40%以上にする (1991年のデータを参照)	特別な身体活動をおこなっている割合
ラドンテスト	38. 40%の家庭においてラドン濃度を測定 (1989年; 実施率5%以下)	a. ラドンテストをおこなっている割合 b.
	a. 子どものいる家庭	基礎値 — 2000年 50%

*Service and Protection Objectives* (サービスと保護指標)

ヘルスケアの 利便性、近接性	39. 歯科も含めた統一されたhealth careを地域で受けることができ、必要な経済的支援も含めて女性や子どもに指導できる	プログラムの存在
	40. 適切な時期に18ヶ月までの乳幼児が健診等を90%以上が受けれる (1992年のデータ参照)	プライマリ・ケアサービスを受けている割合
こどもの認知と行動 の機能評価	41. 子どもの様々な発達の評価とそれにともなって適切なケアを75%以上が受けれる (1992年のデータを参照)	このサービスを供給している割合
地域での予防活動の ための経済的障壁の除去	42. 少なくともUS Task Forceが勧奨しているスクリーニング・相談・予防接種を受けるための経済的障壁が実質的になくなるようにサービスの改善をする (1992年のデータを参照)	特殊なサービスの障壁がない割合

スクリーニング、診断と治療	43. 就学までに適切に子どもの疾病や障害を把握し、必要な治療や訓練をおこなう	a. スクリーニングの割合 b. 診断や治療をおこなっている陽性者の割合
	44. 学童児の年齢に応じた疾病の診断・治療等をおこなう	子どもの適切なスクリーニング、診断と治療をおこなっている割合
慢性疾患をもつあるいはリスクのある子どもへのサービス	45. Public Law101～239に従って、これらの子どもに対応できる地域システムを構築する（1991年データ参照）	特殊なヘルスケアのニードに応じるシステムの存在
中毒センターとの連携	46. 情報提供が24時間無料に対応でき、場合によっては適切な指示ができるようなサービスセンターを地域につくる	a. システムの存在 b. 無料で中毒センターと連絡がとれる数 c. 電話の目的に応じた電話の数
入学時の口腔健診サービス	47. 90%以上の就学児童が健診を受け、その後のフォローも適切に受けれる（1986年；過去1年間に5才児のいる家庭に歯科医が訪問した割合は66%）	サービスを受けるシステム
子どもの医療の利便性	48. どの地域でも適切に子どもの医療を受けれる	a. 十分な子どもの医療機関数 b. 子どもの医療費の平均
包括的な子どもの医療	49. 医療を要する就学前までの子どもが他機関との連携も含めて包括的に医療を受けれる	新生児と子どもの登録
職場での子どもの医療への連携	50. 女性を雇用している者は、彼女らの子どもが医療を要するときには受けさせる	小児の医療の利用割合
学校保健教育プログラムの利便性	51. 地域の小中学校で健康教育プログラムを実施する	学校での保健プログラムの存在
日常の学校での体育への参加	52. 50%以上の小中学生が体育の授業に参加する（1984～86年；36%）	日々の学校の体育の授業の参加割合
身体活動に費やす授業	53. 50%以上が授業で身体活動に費やす（1983年；27%）	授業で身体的活動に費やしている割合

非暴力的に物事を解決する	54. 学校健康教育の一貫として非暴力的に物事を解決することを小中学校の50%以上で教える	非暴力的に物事を解決することを教わった割合
学校での家庭生活や性教育のプログラム	55. 10～18才の85%以上で性について討論し、学校等から知識を得る (1986年；13～18才 66%)	プログラムや親より得られた情報を提供している割合
	56. 学校で家庭生活や性教育についておこなう	政策をもった校区の割合
	57. 健康教育カリキュラムK-12の中の家庭生活の教育の項を利用する	学童に対する学校内外での家庭生活教育プログラムの利便性
家族での健康や家庭生活について話し合い	58. 10才以上の75%以上に栄養、身体活動、性行動、タバコ、アルコールや安全について少なくとも1回は家族で話し合う (1991年のデータを参照)	先月の家族での討論の割合
可変的な健康への評価	59. 学業成績不振や懲罰問題、落第や無断欠席をしている子ども達に、心理行動評価や家族カウンセリングをおこなう (1993年のデータを参照)	評価や相談を受ける子どもの割合
児童虐待の報告	60. 地域での支援システムづくり	a. システムの存在 b. 地域での予想値と実際値との比較 c. 看護、福祉や病歴の比較
小児死亡の事例検討システム	61. 原因不明の死亡事例を再検討するシステムを地域で実行する (1991年のデータを参照)	完成した再検討の記録
被虐待児の評価とフォローアップ	62. 少なくとも30州以上の地域で被虐待児の50%以上が身体面と精神面の評価を受ける (1991年のデータを参照)	フォローアップをうけている割合
非常時の家族の避難場所と休息	63. 非常時の家族の避難場所と休息のサービスを必要時に全ての知っている子どもが受けられる	a. サービスの存在 b. 照会と定着までの平均時間

非常時の避難場所の利便性	64. 身体的暴行を受けて避難してきた女性や子どもが、満員のために受け入れられないことを10%以下にする (1987年; 40%)	非常時避難場所を断る割合
親へのサポートサービス	65. 例えば匿名性の親の会や他の斬新なアプローチのようなサポートサービスは、利用しやすいし評価される結果となるであろう	プログラムの利便性と利用
親準備性	66. 全ての親、将来親になる人や里親に対する養育技術をサポートの利用ができる	学校、診療所や他の施設でのプログラムの利便性と利用
ピストルのデザイン	67. 子どもによって発砲される可能性を最小限に抑える新しいピストルのデザインする法律を50の州で制定する (1989年; 実施0州)	法律の存在
子どもの事故を減らすための家や建物の規定	68. 子どもの事故に由来する生存率や死亡率を改善するための家や建物に関する規定を制定する	a. 規定の存在 b. 規制実施の範囲

*Related Objectives from Other Priority Areas*

身体活動とフィットネス

- 1. 7 体重減少させる運動

栄養

- 2. 3 体重超過
- 2.17 栄養学校と子どもを養育するための食事のサービス
- 2.19 学校での栄養教育
- 2.21 栄養面での考察、相談と医師へのフィードバック

たばこ

- 3.10 喫煙予防教育と禁煙の学校
- 3.12 室内の空気清浄の法律
- 3.13



運動での怪我	9. 運動による怪我を ( ) 以下に抑える	運動による怪我の割合	
レイプ (未遂も含めて)	10. 12～34歳までの女性が未遂も含めてレイプされる率を人口10万対225以下に抑える (1986年；人口10万対250)	未遂も含めたレイプの発生率	
体重過多の頻度	11. 20歳以上の体重過多の頻度を20%以下に抑える 12～19歳の頻度を15%以下に抑える (1976～80年；20～74歳で26% 12～19歳で15%)	体重過多の割合	
	* 体重過多の基準は		
	BMI	男性	女性
	20歳以上	27.8以上	27.3以上
	18～19歳	25.8以上	25.7以上
	15～17歳	24.3以上	24.8以上
	12～14歳	23.0以上	23.4以上
思春期の妊娠	12. 17歳以下の少女の妊娠の割合を青年人口千対50以下に抑える (1985年；15～17歳の少女千対71.1妊娠数)	妊娠率 年齢、人種、婚姻状態別 総出生数と人工中絶数	
	* ターゲット		
		1985年	2000年
	a. 15～19歳の黒人女性	186	120
	b. 15～19歳のイスパニア系の女性	158	105
精神障害	13. 小児と思春期の精神障害の割合を10%以下に抑える (1989年；18歳以下の割合は推定12%)	「臨床不適応」の普及率	
	* 推定は25のアメリカでの「臨床不適応」の疫学的調査による。範囲は6.9～30%。		
淋病の発生率	14. 淋病の発生率を人口10万対750以下に抑える (1989年；人口10万対1,123)	危険行動、場所、時間 による発生率	
小児の齲歯	15. 乳歯または永久歯の齲歯が1本でもある割合を 6～8歳では35%以下に15歳では60%以下に抑える (1986～87年；6～8歳 53% 15歳 78%)	齲歯をもつ割合	
	* ターゲット		
		1983～84年	2000年
	a. インディアン/アラスカ人 (15歳)	93%	70%

16. 未治療の齲歯をもつ割合を6～8歳では20%以下に  
15歳では15%以下に抑える  
( 1986年；6～8歳 27%  
1986～87年； 15歳 23%)

未治療の齲歯をもつ  
割合

\*ターゲット

	1986～87年	2000年
a. 高卒以下の学歴の親をもつこども (15歳)	41%	25%
b. インディアン、アラスカ人のこども (15歳)	84%	40%
c. 黒人のこども (15歳)	38%	20%
d. イスパニア人のこども (15歳)	31～47%	25%

Risk Reduction Objectives (危険改善指標)

軽度～中等度の  
定期的な身体活動

17. 1日に少なくとも30分以上の軽度～中等度の運動を  
ほとんど毎日6歳以上の子どもがする割合を30%  
以上にする  
(1985年；18歳以上、  
週5回以上少なくとも1回30分以上運動する 22%  
週7回以上 " 12%)

定期的に運動をする人の  
割合

心肺系の鍛錬の  
ための運動

18. 1回少なくとも20分以上、週3回以上の心肺系の鍛錬の  
ための運動を  
6～17歳 75%以上  
18歳以上 20%以上  
おこなう  
(1985年；18歳以上 12%  
10～17歳 66%)

\*ターゲット

	1985年	2000年
a. 年間収入2万\$以下の18歳以上の人	7%	12%

Caを多く含んだ  
食品の摂取

19. 日常の食生活で、  
12～24歳 50%以上  
妊娠、授乳中の女性 50%以上  
25歳以上 50%以上  
の人がCaを多く含んだ食品を摂取する  
(1985～86年；  
男性 女性  
19～24歳 14% 7%  
妊娠、授乳中 24%  
25～50歳 23% 25%)

日常の食生活でCaを多く  
摂取している割合

喫煙教育	20. 20歳までに常用喫煙する者を15%以下に抑える (1987年; 20~24歳の常用喫煙者 30%)	喫煙教育をする割合
	*ターゲット	
	1987年	2000年
	a. 低社会経済層	40% 18%
青年男子の 無煙煙草使用	21. 12~24歳の男子の無煙煙草の使用を4%以下に 抑える (1987年; 12~17歳 6.6% 18~24歳 8.9%)	
	*ターゲット	
	1986~87年	2000年
	a. インディアン/アラスカ人の若者	18~64% 10%
初回喫煙年齢	22. 12~17歳の青年の喫煙、アルコール、麻薬の初回 開始年齢を平均1年遅くする (1988年; 喫煙 11.6歳 アルコール 13.1歳 マリファナ 13.4歳)	初回喫煙平均年齢
最近のアルコール 等の使用	23. 過去数カ月にアルコール、マリファナ、コカインを 使用している者の割合を以下のようにする	過去数カ月の使用して いる割合
	1988年	2000年
	アルコール/12~17歳	25.2% 12.6%
	アルコール/18~20歳	57.9% 29.0%
	マリファナ/12~17歳	6.4% 3.2%
	マリファナ/18~20歳	15.5% 7.8%
	コカイン /12~17歳	1.1% 0.6%
	コカイン /18~25歳	4.5% 2.3%
最近の大量のアル コール摂取	24. 高校生や大学生が頻回に大量のアルコールを 摂取する割合を、 高校生で28%以下に、 大学生で32%以下に抑える (1989年; 高校生 33 % 大学生 41.7%)	過去2週間に大量にアル コールを摂取した頻度
生徒によるアルコ ール等の乱用での 社会的非難	25. 大量にアルコールを摂取、時にマリファナを 使用とコカインの経験に関連した社会的非難を うける高校生の割合を以下のようにする	乱用による社会的非難を うけた割合
	1989年	2000年
	大量のアルコール摂取	56.4% 70%
	時々のマリファナ使用	71.1% 85%
	1、2度のコカイン使用	89.9% 95%

乱用によっての傷害 のリスク	26. 大量のアルコール摂取、マリファナの常用や コカインの経験によって身体的精神的傷害に 関連する高校生の割合を以下のようにする	乱用に関連した傷害を うけた割合												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1989年</th> <th>2000年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>大量のアルコール摂取</td> <td>44 %</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>マリファナの常用</td> <td>77.5%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>1、2度のコカインの使用</td> <td>54.9%</td> <td>80%</td> </tr> </tbody> </table>		1989年	2000年	大量のアルコール摂取	44 %	70%	マリファナの常用	77.5%	90%	1、2度のコカインの使用	54.9%	80%	
	1989年	2000年												
大量のアルコール摂取	44 %	70%												
マリファナの常用	77.5%	90%												
1、2度のコカインの使用	54.9%	80%												
蛋白同化ステロイド	27. 蛋白同化ステロイドを使用している高校生 男子の割合を3%以下にする (1989年; 4.7%)	蛋白同化ステロイドを 使用したことがある割合												
思春期の性行動	28. 15歳までに性交を経験する割合を15%以下に、 17歳までに " 40%以下に 抑える (1988年; 15歳までに 男子 33%、女子 27% 17歳までに 男子 66%、女子 50%)													
	29. 過去3ヶ月に性行動を慎む17歳以下の子ども の割合を40%以上にする (1988年; 15~17歳の少女 26%)													
避妊具の使用	30. 妊娠やSTDの両者の予防に有効な避妊具を 19歳以下の未婚の者が性交において使用 する割合を90%以上にする (1988年; 15~19歳の少女について 最近性交した者 63~78% 経口避妊薬やコンドームを使用 2%)	避妊具を使用している 割合												
思春期の身体的 闘争	31. 14歳での身体的闘争をする頻度を20%以下に 抑える (1991年のデータを参照)	身体的闘争の発生率												
思春期の武器の 所持	32. 14~17歳の武器の所持率を20%以下に抑える (1991年のデータを参照)	思春期の武器の所持率												
高校卒業	33. 高卒の割合を少なくとも90以上にすることに よって、多くの問題行動や心身健康の低さの リスクを抑える (1989年; 20~21歳で正規に高校を卒業した 割合は79%)	高校を卒業する割合												
コンドームの 使用	34a. 15~19歳の未婚の女性の性交において パートナーがコンドームを使用する割合を 少なくとも60%にする (1988年; 26%)	性交でコンドームを使用 する割合 女性のパートナーがコン ドームを使用する割合 コンドームの配布/販売												

b.15～19歳の未婚の男性が性交の際に  
コンドームを使用する割合を75%以上にする  
(1988年；57%)

スクリーニング、  
予防接種や相談サービス

35. US Preventive Task Forceが推奨するように  
最短の適切な間隔でスクリーニングや予防接種を  
全て受けることができ、適切な年齢で少なくとも  
1回はカウンセリング・サービスを50%以上で  
受けれるようにする  
(1991年のデータを参照)

推奨されている予防サ  
ービスを受ける割合

シーラントの塗布

36. 永久臼歯の噛み合わせ面にシーラントを塗布する  
子どもの割合を50%以上にする  
(1986～87年； 8歳 11%  
14歳 8%)

#### Services and Protection Objectives (サービスと保護指標)

学校健康教育の  
有効性

37. 地域の小中学校で健康教育をおこなう

学校での教育プログラムの存在

日々の学校での  
体育の授業への  
参加

38. 小中学校の全学年で体育の授業に参加する割合を  
少なくとも50%以上にする  
(1984～86年；36%)

体育の授業に参加して  
いる割合

身体活動に授業  
時間を費やす

39. 生徒が身体活動に時間を、生涯を通じて身体活動  
に時間を費やす一貫として、体育の授業時間を50%  
以上にする  
(1983年；推定27%)

身体的活動に授業時間を  
費やす割合

非暴力的に問題を  
解決する方法

40. 健康教育の一貫として、小中学生が非暴力的に問  
題を解決できる能力を50%以上で身につける  
(1991年のデータを参照)

非暴力的に問題を解決  
する方法を教えている  
割合

家族内で健康や  
家庭生活について  
話し合う

41. 前の月に少なくとも1度は、家族で栄養、身体活動、  
性行動、喫煙、アルコールや他の薬物もしくは安全  
について少なくとも75%以上が話し合う。  
(1991年のデータを参照)

過去に家族で健康問題に  
ついて話し合った割合

学校での家庭生  
活や性教育のプ  
ログラム

42. 10～18歳の子どもが親と人間の性について周辺の  
ことも含めて話し合ったり、周りの友達、学校、  
や宗教課程のような親が是認するような他の情報  
を得たりすることを85%以上がする  
(1986年；13～18歳の子どもの66%が親と性行動  
について話し合った)

授業や親から情報を得たり、  
話し合う割合

事態予測 とカウンセリング	43. 年齢に応じた予想しうることに對して世話やカウンセリングをするカウンセラーの割合を60%以上にする	カウンセリングをおこなっている割合
健康増進	44. Healthy People 2000優先項目の中で少なくとも3項目を別々または一緒に呼びかける地域の健康増進のプログラムとして確立すること。 各州人口の少なくとも40%が到達できること。	健康増進を提示できる地域の数
子どもの怪我を 少なくするための 住宅や建物の 法律	45. 外傷による子どもの生存率や死亡率を改善できるような住宅や建物の法律の施行によって地域を守る	a. 法律の存在 b. 法施行の存在
緊急家族職業紹介 と失業時のケア	46. 必要時に緊急家族職業紹介や失業時のケアサービスを受けることができる	a. サービスの存在 b. 照会から職業紹介までの平均所要期間
親に対するサポ ートサービス	47. 匿名性の親の会や他の刷新方法のようなサポートサービスを利用しやすくし、結果を評価できるようにする	プログラムの利便性や 利用
親準備性	48. 全ての親、将来親になる人や里親が年齢に応じた養育方法について習得できるプログラムをおこなう	学校、診療所や他の施設にての男女両方のプログラムの利便性と利用
児童虐待の報告	49. 虐待を受けた全ての年齢の子どもの報告とフォローアップをおこなえるシステムを地域にて作る	a. システムの存在 b. 地域での予測統計と系統的統計報告の比較 c. 看護、福祉や病院記録の比較

他の優先分野での関連項目

<身体活動と身体健康>

- 1. 5 定着した生活様式
- 1. 6 筋力、持久力と柔軟性
- 1. 7 体重減少のための運動

<栄養>

- 2.17 学校と小児施設での栄養価のある食物の提供
- 2.19 学校での栄養教育
- 2.21 臨床医による栄養の評価、カウンセリングと指導

<喫煙>

- 3.10 喫煙予防教育と禁煙の学校
- 3.12 室内禁煙の法律
- 3.13 若者への煙草の販売と流通
- 3.14 喫煙を減らすための州政策
- 3.15 若者へのたばこ産業の広告と奨励
- 3.16 臨床医によるカウンセリングやフォローアップの中断

<アルコール等>

- 4. 8 アルコールの消費高
- 4.13 学校でのアルコールや薬物の教育
- 4.16 未成年者のアルコールに接する機会を減らす政策
- 4.17 若者のアルコール奨励の制限
- 4.18 耐性アルコール濃度

<精神保健と精神障害>

- 6.13 臨床医が患者の精神機能について再検討する

<暴力や虐待行動>

- 7. 4 小児虐待
- 7.12 救急外来でのプロトコール
- 7.16 学校での争いを解決するための教育

<教育的な地域に根ざしたプログラム>

- 8. 4 学校保健教育の質
- 8.10 地域での健康増進のプログラム

<故意でない外傷>

- 9.11 頭部や脊髄の2次性の障害
- 9.12 自動車事故予防のシステム
- 9.13 バイクや自転車乗用時のヘルメット着用
- 9.18 学校での事故予防のための教育
- 9.19 余暇での保護具
- 9.21 臨床医による事故予防のカウンセリング
- 9.22 救急医療サービスやシステム

<癌>

16.9 日光曝露を抑える行動

<糖尿病や慢性疾患>

17.6 聴力障害

17.7 視力障害

17.15 小児の発達の臨床医による評価

17.20 慢性疾患や障害のあるあるいはその可能性のある子どもに対するサービスシステム

<HIV感染症>

18.10 学校でのHIVの教育

18.11 大学での "

18.13 HIVや他のSTDでの医療サービス

<STD>

19.12 学校でのSTDの教育

<予防接種と感染症>

20.14 臨床医による予防接種についてのカウンセリング

20.15 予防接種の経済的障壁

<臨床の予防サービス>

21.3 プライマリ・ケアへの近接性

21.4 サービスを受けるための経済的障壁

21.6 臨床医による推奨されたサービスの規定

<サーベイランスとデータ・システム>

22.4 健康データのギャップ



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:母子保健の課題は大きく変化している。それらに適切に対応し、すべての母子の健康度を向上させるために、地域母子保健の目標を設定して、国、地方自治体、関係者が協力して具体化を図ることが重要となっている。そのためには、母子保健計画を策定し、事業を実施、評価するというシステムの整備が重要である。その評価指標として、(1)母子保健活動の成果の評価、39項目、(2)母子保健事業の実施状況の評価、26項目、(3)母子保健の基盤整備の評価、19項目を選択した。実際に保健所で収集したが、一部問診から収集する必要がある項目以外は収集でき、地域毎に比較、検討することが可能であった。また、指標化の目的、指標から目標値の設定、評価指標としての乳児死亡率の利用の考え方等について検討した。