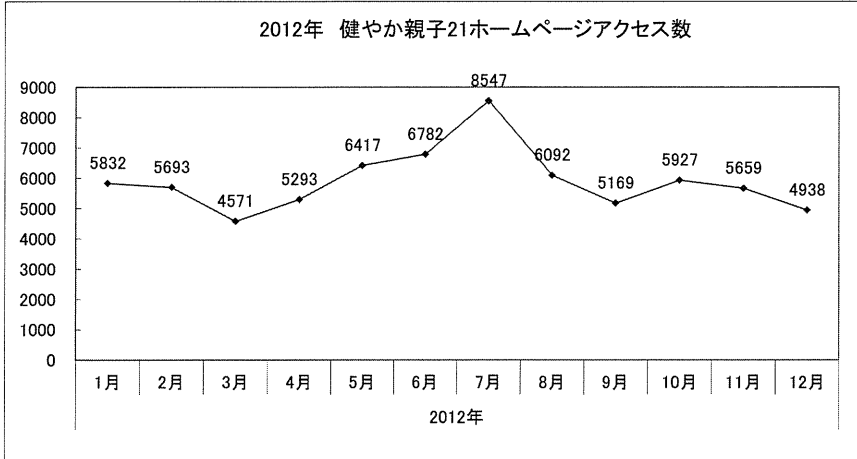


図1



健やか親子21ホームページアクセス数の経年変化

	健やか親子21 ホームページ	母子保健・医療情報 データベース
2005年	78660	35649
2006年	93128	43096
2007年	71342	28653
2008年	68288	26676
2009年	74114	36668
2010年	81573	34846
2011年	97849	28312
2012年	70920	23322
平均	79484	32153

図2

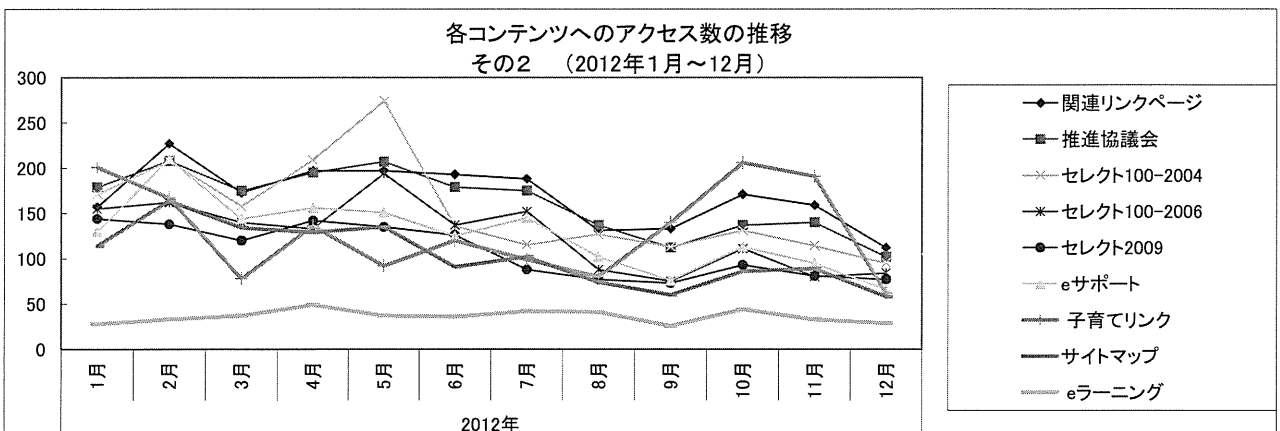
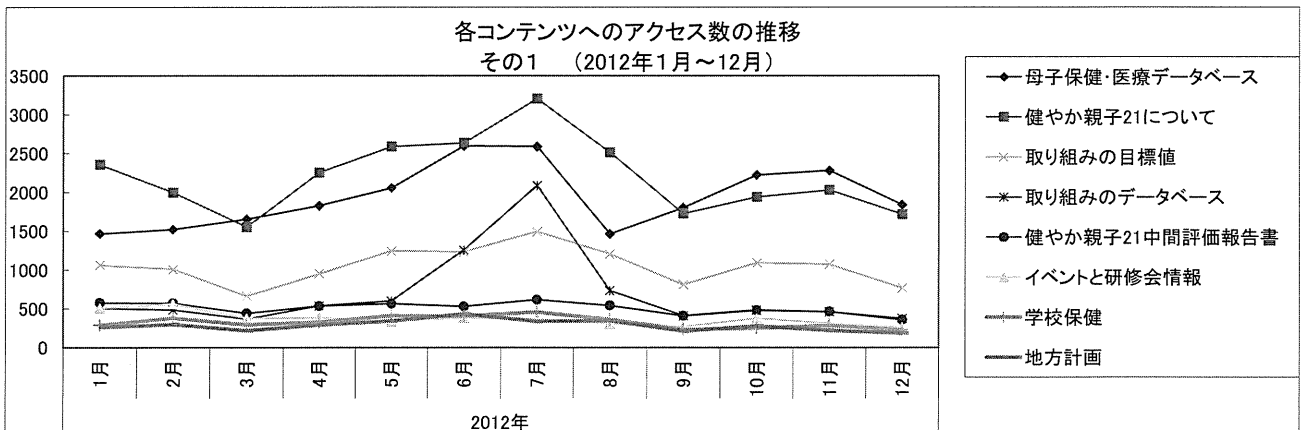


図3

2. 取り組みのデータベースの運営状況

都道府県別母子保健に関する取り組み事業掲載数は、47都道府県別に見て、ばらつきはあるが、全ての県からの登録を得た。

毎年、厚生労働省から各都道府県に「登録に関する依頼」通知を発信し、以下の画面から、各自治体の担当者が登録をしている。

登録事業として、「子どもの心の安らかな発達促進と育児不安の軽減」が、毎年最も多い（表1）。過去の事業も掲載しており、各自治体が、新事業を検討する際の参考事業となるように、予算も掲載している。また、実際に関わる保健師（専門職）の人数の掲載しており、参照できる。これらの検索に関しては、絞込み検索が可能で、得たい情報が簡単に操作できる。

また、登録に関しては、各自治体にパスワードが設定されており、セキュリティにも配慮している。

表1

課題別登録数

課題別	登録件数
思春期の保健対策の強化と健康教育の推進	709
妊娠・出産に関する安全性と快適性の確保と不妊への支援	731
小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備	471
子どもの心の安らかな発達促進と育児不安の軽減	2361
健康日本21に含まれる母子保健に関するテーマ (栄養・食生活の改善・身体活動・運動の推進・歯の健康の推進)	1124
	5396

3. 母子保健・医療情報データベース

1) 運営状況

母子保健・医療情報データベースは、WEB公開された2001年4月以降、現在まで12年間にわたって運営されてきた。2013年1月末現在でのデータ数は表1および表2に示した。

データベースのデータ数の推移を図1に示した。公開時に2337件であったデータは、12年間のあゆみの中で毎年平均219件が追加され、現在では4962件となった。

表1 情報源別データベース登録数

2013年1月末現在

	掲載数	割合
子ども家庭総合研究	1892	(38.1%)
学術研究雑誌	1316	(26.5%)
民間研究所報告書	656	(13.2%)
愛育研究所所蔵文献	475	(9.6%)
統計調査	368	(7.4%)
その他	255	(5.1%)
計	4962	

表2 データ数の推移

	データ追加数	データ総数
公開時		2337
2001年度	403	2740
2002年度	219	2959
2003年度	272	3231
2004年度	294	3525
2005年度	160	3685
2006年度	189	3874
2007年度	217	4091
2008年度	195	4286
2009年度	238	4524
2010年度	96	4620
2011年度	142	4762
2012年度	200	4962
合計	2625	

□その他 □愛育研究所所蔵文献 □学術研究雑誌 □民間研究所報告書 □統計調査 □子ども家庭総合研究

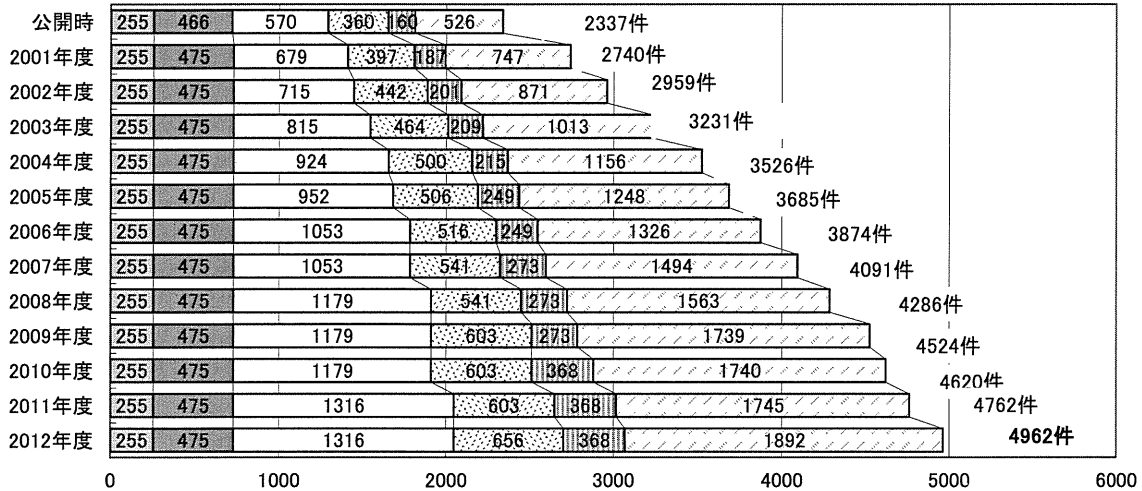


図1 母子保健・医療情報データベースのデータ数の推移

2) 利用状況

データベースの利用状況を把握する一つの指標として、アクセス数を用いた。ここでのアクセス数とは、ページビュー数のことであり、利用者の1回のリクエストによってブラウザ上に表示される1画面が1ページとカウントされる。アクセス数は、公開から約1か月後の2001年5月14日から把握が可能となり、以来、日・月別に集計され、Web上で管理者が閲覧できるようになっている。尚、運営は、常にパスワード管理されている管理用画面のみを利用するため、このアクセス数に管理者の作業用のアクセス数は含まれない。表3にデータベースへのアクセス数を示した。2012年(1-12月)には、トップ画面には2万3千件、検索画面には2万件のアクセスがあった。約12年間で、トップ画面には約34万件、検索画面には約49万件のアクセスがあった。図2に一日あたりの平均アクセス数の推移を年度毎に示した。2012年の1日平均アクセス数は、トップ画面では68件、検索画面では59件となっており、若干の低下傾向がうかがわれた。

表3 データベースへのアクセス数

	トップ画面	検索画面
2001年度	15,278	31,877
2002年度	23,958	49,090
2003年度	23,577	41,513
2004年度	30,179	47,938
2005年度	38,379	58,562
2006年度	40,475	59,214
2007年度	26,593	34,150
2008年度	27,703	33,953
2009年度	40,707	52,805
2010年度	31,385	38,673
2011年度	26,114	25,048
2012年(4-12月)	18,678	16,179
合計	343,026	489,002

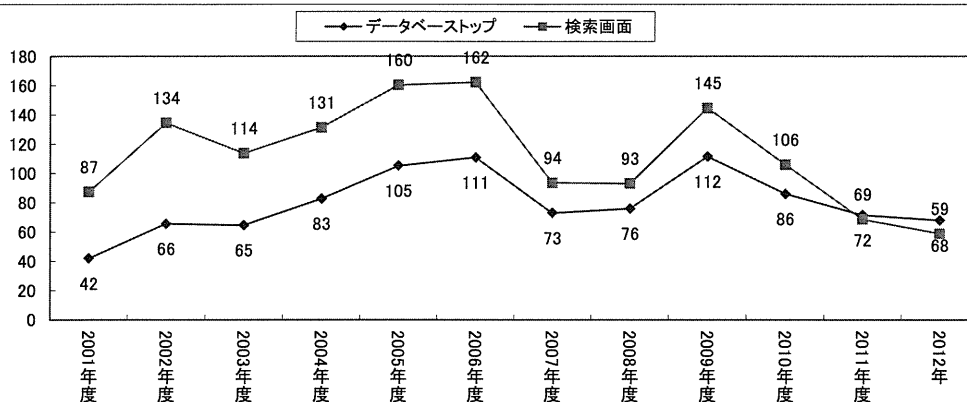


図2 年度別にみた1日あたりの母子保健・医療情報データベースへのアクセス数

D. まとめ

2012年度の健やか親子21公式ホームページの展開について報告した。

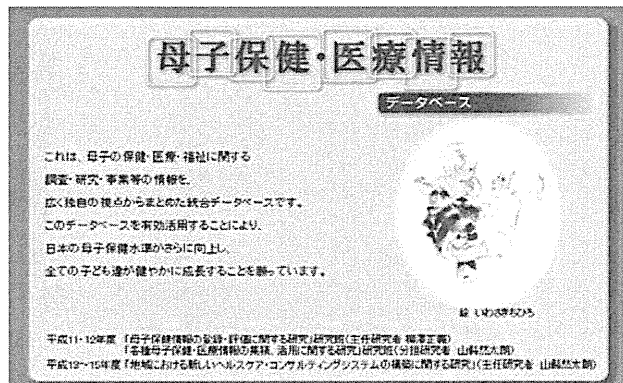
ホームページへのアクセス数は確実に増加し、その後凹凸はあるが、本ホームページを周知してもらう目的は達成できたと考えられる。また、母子保健・医療情報データベースは、安定した利活用がされており、今後も有用な情報ツールであると考えられる。母子保健・医療情報データベースのアクセス数は着実に上昇しており、今後の更新も定期的に行なっていく予定である。

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

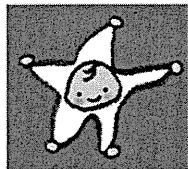
F. 知的財産権の出願・登録状況

なし



「健やか親子21」公式ホームページ

—母子保健の2014年までの国民運動計画—



健やか親子 21

作成: 2001年 5月18日
更新: 2013年 3月31日
010800298



■ ■ ■ メインメニュー ■ ■ ■	
※「健やか親子21」について	※イベントと研修会情報
※取り組みのデータベース	※母子保健・医療情報データベース
※取り組みの目標値	※地方計画
※推進協議会	※E-サポート
※学校保健	※リンク
◎ サイトマップ ◎ このサイトについて	

■ ■ ■ トピックス ■ ■ ■

- ◎ 保育所待機児童数(平成24年10月)
- ◎ 平成23年度 認可外保育施設の現況取りまとめ
- ◎ 平成23年 地域児童福祉事業等調査の結果市町村の保育などの取組状況(平成23年10月実施)
- ◎ 現在の薬物乱用の状況(厚生労働省)
- ◎ 「学生によるオンラインリボン運動」が実施されました
～若年者に向けた児童虐待予防のための広報・啓発の試行的取組～
- ◎ 妊婦健康診査の公費負担の状況にかかる調査結果について
- ◎ 「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」結果について

▶厚生労働省発表資料「健やか親子21」第2回中間評価報告書について(平成22年3月31日)

☰一括してダウンロード	
I はじめに	
1 健やか親子21の策定について	☰ダウンロード (462KB)
2 健やか親子21の経過(平成17年以降)	
3 最近の少子化対策・健康増進対策の動向(平成17年以降)	
II 第2回中間評価の方法について	
1 指標の評価方法について	☰ダウンロード (510KB)
2 新たな指標と新たな目標値の設定について	
3 「健やか親子21」関係者の取組について	
III 第2回中間評価の結果について	
1 指標の評価	☰ダウンロード (722KB)
2 各指標の分析	
3 「健やか親子21」関係者の目標達成に向けた取組状況の評価	
IV 今後の取組について	
1 指標等の見直しについて	☰ダウンロード (660KB)
2 今後5年間の重点取組について	
3 今後の推進方策について	

健やか親子21 年間アクセス数 ベスト10 (2012年)

1位	楽しく食べる子どもに 食を通じた子どもの健全育成のあり方に関する検討会報告書(H16)	485863
2位	子どもの心の健康問題ハンドブック 小児心身症対策の推進に関する研究班(H14)	278896
3位	妊産婦のための食生活指針「健やか親子21」推進検討会報告書	174378
4位	授乳・離乳の支援ガイド(H19)	131864
5位	「健やか親子21」中間評価報告書(H18)	77133
6位	2006年版パンフレット「健やか親子な国」	49910
7位	健やか親子21について	26506
8位	お母さんと子どものコミュニケーションのために(H16)	18385
9位	まめなかな和良21プラン	15810
10位	取り組みの目標値	12597

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
山崎嘉久	乳幼児健診の意義 発達支援と育て支援そして虐待予防へ.	小児看護	36(3)	300-307	2013
山崎嘉久	子育て支援、虐待予防としての健診の役割.	小児内科	45(3)	510-514	2013

IV. 研究成果の刊行物・別刷

知っておきたい知識

乳幼児健診の意義

発達支援と子育て支援そして虐待予防へ

山崎 嘉久 Yamazaki Yoshihisa

おいち小児保健医療総合センター 保健センター長

KEY WORD

- 乳幼児健診
- 子育て支援
- 発達支援
- 虐待予防

要旨

乳幼児健診は、これまでの疾病の発見に加えて発達支援や子育て支援、虐待予防として重要な意義をもっている。子育て支援に重点をおいた健診では、マイナス部分だけでなく家族の強みやこうありたいとの気持ちにも気づき、支える対応が求められている。発達支援においても子育て支援においても、乳幼児健診がふるい分けられるだけの場ではなく、支援者に出会い、つながる場になるとの認識が、地域住民と関係者に共通に根付くことを期待したい。

はじめに

乳幼児健康診査(乳幼児健診)は、母子健康手帳や家庭訪問などとともに、世界でも高い評価を得ているわが国の母子保健活動の根幹を支えてきた重要な事業である。戦後の母と子の栄養改善を目指した時代から、脳性まひ児に代表される疾病の早期発見と療育を中心とした時代、そして子どもの社会性の発達や親子の関係性へのアプローチ、子育て支援に重点をおく現代へと、乳幼児健診の主要課題は変遷してきた。現在でもなお、発育や栄養の問題、疾病の発見は重要な課題であり、乳幼児健診の課題は過去から現在へと積み重なっている(図1)。ま

た、こうした健康課題の重層化にともない健診を担う職種も、医師・歯科医師、保健師、看護師、栄養士、歯科衛生士から臨床心理士、理学・作業療法士や保育士、子育てボランティアなどへと広がってきている(図2)。

乳幼児健診の意義として、今も医師や歯科医師の疾病のスクリーニングは重要であり、その精度や標準化に解決すべき課題はあるが、本稿では、比較的新しい健康課題である発達支援と子育て支援、そして虐待予防における乳幼児健診の意義について検討する。

図1 乳幼児健診の主要課題の変遷とその重層性

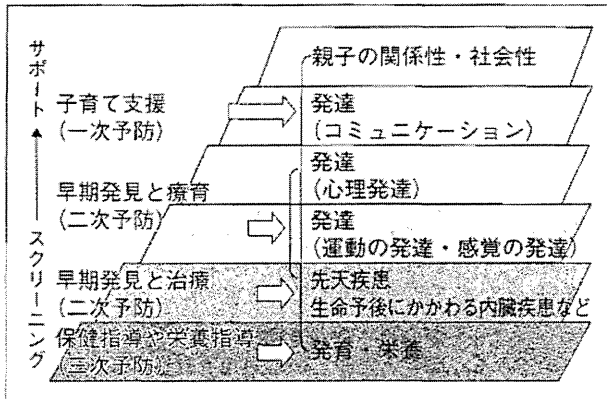
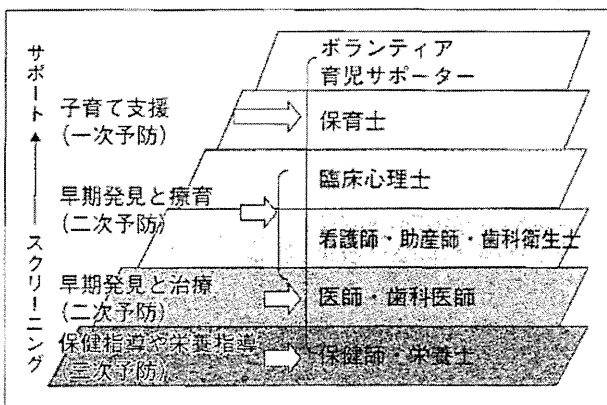


図2 乳幼児健診の主要課題の変遷と従事者の拡大



子育て支援に重点をおいた乳幼児健診

子育て支援に重点をおいた乳幼児健診は、健やか親子21(21世紀初頭における母子保健の国民運動計画)¹⁾でも数値目標の一つであり、実際の健診現場でも広く取り組まれている。その意味するところは、少なくとも9割以上の親子が利用する健診の場を、子どもの疾病のスクリーニングの場としてだけでなく、家庭の状況を把握する機会ととらえ、必要な支援につなげることである。要支援家庭に早期からの支援を届けることが虐待予防の一步となる。

具体的には、問診で「子育てについて相談できる人は

いますか」や「お母さんはゆったりした気分で子どもと過ごせる時間がありますか」など親の気持ちを尋ねることや、保育士やボランティアなどが入って、小さな集団での遊びの場面での様子を見たり、子どもの年齢に応じてブックスタート^{註1)}やタッチケアなどの活動を組み入れたりなど、多様な形がある。

支援の必要性の判定

1. 支援の必要性を判定する

疾病のスクリーニングを主な目的としたこれまでの判定区分や考え方では、子育て支援という新しい健康課題の評価にはふさわしくない。このため愛知県では、県内市町村と協力して子育て支援の必要性を判定する区分²⁾を開発した。

健診現場では、子どもの問題の有無や、保護者の困難や不安、子どもへのかかわりの不適切さなどへの気づきから、支援の必要性の検討が始まる。実際には保護者の状況から、支援方法や実現性を加味して支援策を立てることが多い。こうした現場の実状をふまえて判定区分はできている。すなわち、なんらかの要因を認めるときに、保健機関からの助言や情報提供があれば自ら行動できると判断する場合に「助言・情報提供で自ら行動できる」と判定、保健機関からの支援があれば改善が望める場合に「保健機関の継続支援が必要」、支援のためには保健機関以外の他機関との連携が必要ならば「機関連携による支援が必要」と判定する(表1)。

2. 集計結果からみえること

愛知県では、県内の市町村と共同で乳幼児健診のデータを県保健所を介して集積し、分析・還元する情報管理システムを、乳幼児健診が市町村に移譲された後も継続してきた。妊婦健診と乳幼児健診の保健指導も含めて「母子健康診査マニュアル」にまとめ、県と市町村で共有し

註1 ブックスタート：親子の愛着形成や家庭教育の充実などを目的として、絵本の読み聞かせや図書の紹介などを行う活動。図書館や児童館など他部署の職員、ボランティアなどとの連携で実施されることが多い。

表1 子育て支援の必要性の判定区分とその考え方

項目名	評価の視点	判定区分	判定の考え方
子の要因 (発達)	子どもの精神運動発達を促すための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> 支援の必要性なし 助言・情報提供で自ら行動できる 保健機関の継続支援が必要 機関連携による支援が必要 	子どもの精神運動発達を促すため、親のかかり方や受療行動などへの支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定する。
子の要因 (その他)	発育・栄養・疾病・その他の子どもの要因に対する支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> 支援の必要性なし 助言・情報提供で自ら行動できる 保健機関の継続支援が必要 機関連携による支援が必要 	子どもの発育や栄養、疾病など子育てに困難や不安を引き起こす要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定する。
親・家庭の要因	親、家庭の要因を改善するための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> 支援の必要性なし 助言・情報提供で自ら行動できる 保健機関の継続支援が必要 機関連携による支援が必要 	親のもつ能力や疾病、経済的問題や家庭環境など子育ての不適切さを生ずる要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定する。
親子の関係性	親子関係の形成を促すための支援の必要性	<ul style="list-style-type: none"> 支援の必要性なし 助言・情報提供で自ら行動できる 保健機関の継続支援が必要 機関連携による支援が必要 	愛着形成や親子関係において子育てに困難や不安を生じさせる要因への、親子への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察により判定する。

〔愛知県健康福祉部・編：母子健康診査マニュアル(2011年)、<http://www.achmc.pref.aichi.jp/Hoken/manual.html> p.189より引用、一部改変〕

表2 子育て支援の必要性の判定結果

	3～4カ月児健診		1歳6カ月児健診		3歳児健診	
	人数	比率	人数	比率	人数	比率
支援の必要性なし	19,760	65.7%	12,413	41.4%	15,185	48.4%
助言・情報提供	5,822	19.3%	6,555	21.8%	7,623	24.3%
保健機関継続支援	3,973	13.2%	10,453	34.8%	7,255	23.2%
機関連携支援	532	1.8%	565	1.9%	1,249	4.0%
未入力	9	0.0%	20	0.1%	30	0.1%
計	30,096	100.0%	30,006	100.0%	31,342	100.0%

(愛知県保健所管内30市15町2村, n=91,444)

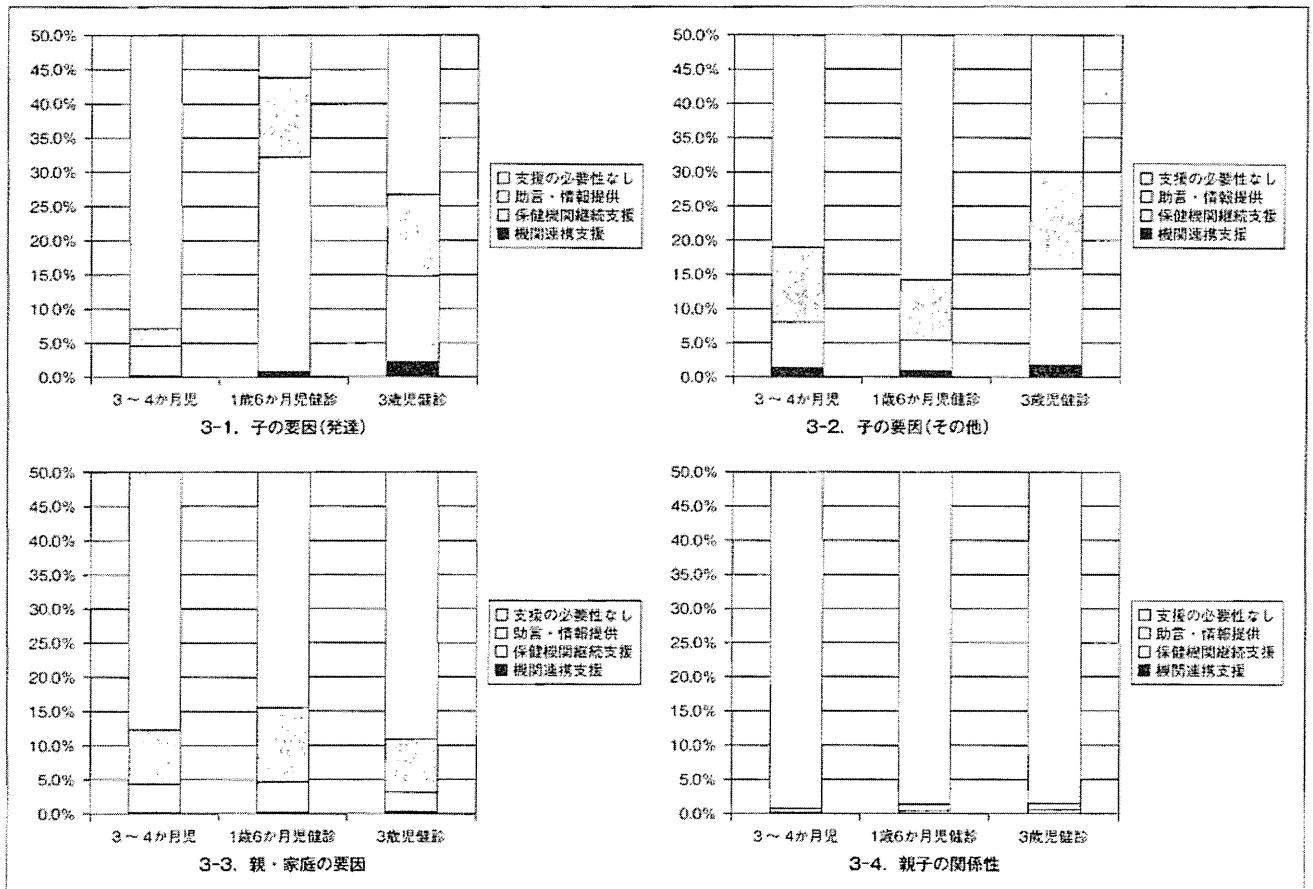
ている。2011(平成23)年度から子育て支援の必要性の判定や、医師や歯科医師の判定、一部の問診項目などを統一して個別データを保健所に集積するシステムに大きく変更した。

2011年度の集計結果(暫定値)から、なんらかの要因により支援が必要と判定されたのは、3～4カ月児健診では34.3%、1歳6カ月児健診58.5%、3歳児健診51.5%であった(表2)。

要因別にみると、子の要因(発達)では、保健機関継続

支援が1歳6カ月児健診で31.4%と多くを占めたが、3歳児健診では半分程度に減少し、機関連携支援が0.8%から2.2%に増加した(図3-1)。子の要因(発達)の判定とは、子どもがもつ特徴やこれに起因する子育ての困難さに対して、子どもの発達を促すために親の行動をどのように支援するのかとの視点に立っている。子どもの行動や様子が医学的なスクリーニング基準を満たすかどうかを問わないとの考え方に基づいており、集計値は健診現場の状況をよく反映していることが推測された。

図3 子育て支援の必要性の判定 要因別の集計結果



子の要因(その他)は、子どもが基礎疾患をもつなど発育や栄養に問題がある場合、そのために子育てに支援が必要な場合である。3歳児健診においてより高い結果を認めた(図3-2)。親・家庭の要因では、どの健診時期でも10%程度の必要性が判定された(図3-3)。今回は単年度の集計であるが、子どもの年齢に影響されていない点の特徴といえよう。親子の関係性は、愛着形成に始まる親子相互のかかわりのもち方に課題がある場合であるが、どの時期でも数%程度と低い頻度であった(図3-4)。

発達支援における意義

1. 発達スクリーニングの課題

乳幼児健診における発達障害の発見は、発達障害者支援法にも明記された重要なポイントである。しかし、発達障害のスクリーニングとして、乳幼児健診は機能しているのだろうかとの議論³⁾がある。

就学後に乳幼児健診で指摘されなかったことが問題とされることがあるが、「問題の指摘」については、そもそも誰にとっての問題かと考えてみる必要がある。言葉が多少遅れている、視線が合わない、カードを指さすことができないなどの状況があっても、1歳6カ月の子どもはまったく困らない。親(特に母親)は、扱いにくいと少

し困っている人もいますが、個人差も大きいからとか、まだ小さいからなど問題を先送りする理由はたくさん見つけることができる。

乳幼児健診では、親に問診票の記入を求めたり、保健師などが観察したりして、受診者全員の発達状況をチェックしている。しかしこの年齢では、医学的な基準では診断できない場合もあり、判定は受容につながっていない。健診の際には、指摘だけすればよいわけではない。健診後の経過観察や支援があってこそ指摘が生きてくる⁴⁾。親の心配をむやみに煽らないようにとの配慮から、「まだ大丈夫」ということで支援のチャンスが失われることになる。きちんとしたフォロー体制なしに「様子をみましょう」とだけ伝えることは、主訴のない乳幼児健診現場では「問題ありません」と受け止められる危険性につながる⁵⁾。

2. 発達支援の保健モデル

定型発達を示す子どもの場合には、運動発達は一見子どもが一人で身につけるように見える。しかし、歩く・走るなどの粗大運動にしる、握る・つまむなどの微細運動にしる。例えば、歩きかけたところに親が手伝って上手にできると、親の喜びは子どもの達成感につながり、子どもの笑顔は親のかかわりを強化する。乳児の運動発達における母親の歩行発達援助行動を分析した研究⁶⁾でも、この子どもと親のポジティブな関連性が報告されている。精神発達の領域である認知・言語(習う、会話するなど)、情緒・愛着(後追いする、まねをするなど)、社会性(遊ぶ、協力する、決まりを守るなど)は、どれも子どもが一人で達成できるものではなく、必ず相手となる親や周囲の大人などが必要となる。定型発達の子でも、遅れのある子どもでも、子どもの発達は促されることで前に進む。少し遅れのある場合でも、「正常の裾野」と考えて⁷⁾、親と子を支援することができる。そのような支援を始めるのに、病名や障害名は必ずしも必要ない。「病気・障害だから診断や治療が必要」という考え方(従来モデル)から、「子どもの行動や親の子育てが気になるから支援が必要」(保健モデル)へのパラダイムシフトが求められている。

子育て支援における意義

1. 家庭の状況把握と地域格差

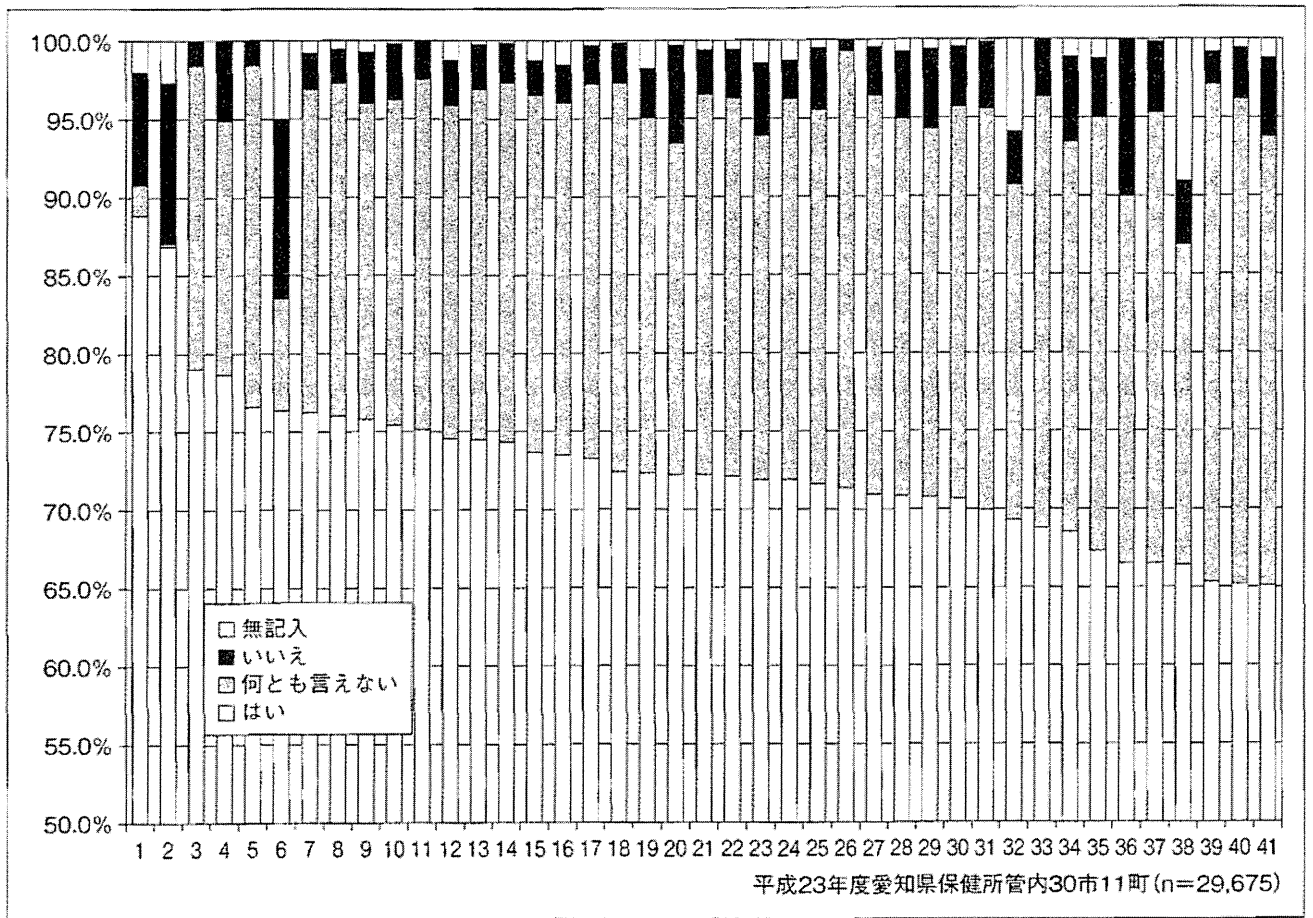
ほとんどの健診現場では、診察に先立って保健師などによる問診が行われている。問診内容は個別指導に活用されるだけでなく、情報を集積することで地域の子育ての実態把握にもつながる。2011年度の愛知県の集計結果から、ゆったりとした気分で子どもと過ごせる母親の割合は、3～4カ月児健診では84.4%、1歳6カ月児健診78.2%、3歳児健診72.2%と子どもの年齢とともに減少し、その頻度は市町間で大きく異なっていた(図4)。この割合は、健やか親子21の第4課題(子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減)において、被虐待児の報告数などとともに保健水準の指標に位置づけられている¹⁾。つまり市町村によって、子育て不安の状況が大きく違っていることになる。現在、子育て支援策は多くが市町村事業で運営されているが、指標に市町村格差が認められることは大きな問題である。乳幼児健診で得られる情報は、自治体事業のモニタリングに活用することもできる。

2. 多職種が連携した支援

支援の必要性の判定を用いて子育て支援を困難にする要因を特定することで、支援の対象者がより明確になることや、疾病を中心とする従来の判定区分よりも幅広い対象者の評価が可能であることが明らかとなっている。例えば、体重増加不良という健康課題を支援の必要性の視点で判定すると、子どもが飲まない、飲んでいるけど育たない、子どもの病気が原因で体重が増加しないのであれば子の要因となる。一方、親の知識不足などで飲ませる量が不適切、親の精神障害などが原因で適切なかわりができないのであれば、親・家庭の要因に判定するといったように支援の対象が明確になる。つまり、支援の必要性を判定することは、要因を特定するだけでなく、支援の手段・介入方法をも検討することにつながっている。

現在、乳幼児健診には多くの職種がかかわっている。疾病のスクリーニングに重きをおいた疾病志向の乳幼児

図4 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる母親の割合の市町比較(3歳児健診)



健診では、医師・歯科医師の的確な判定が重視されたが、子育て支援に視点をおいた健康志向の乳幼児健診では、健診にかかわるすべての職種が連携し、健診後のフォローに協働してあたる必要がある⁸⁾。例えば、保健機関と保育園・幼稚園の間では情報共有の必要性は高いものの、実際には困難なことも多い。病気や障害の情報を伝えるという意図ではなく、子育て支援の必要性の区分を用いて、発育や発達状況、子どもの健康状態、母親の健康状態や家庭状況、親子のかかわり方の視点から情報が共有されることは、支援者だけでなく被支援者である親の了解や納得も得られやすい。今後、こうした区分が広まることで地域の関係機関での情報共有が進み、障害の早期発見・受容・療育への流れがより円滑になる

ことを期待したい。

虐待予防における意義

1. 要支援家庭の早期の把握

子ども虐待による死亡事例等の検証(第8次報告)では、心中以外の虐待死事例で死亡した子どもの年齢は、0歳が23人(45.1%)と最も多く、なかでも日齢0日が9人、月齢0カ月が3人と報告⁹⁾されている。こうした結果から、妊娠中や出産前後などのより早期からの介入に注目が集まっている。乳幼児健診以前では次のような把握場面がある。

1) 妊娠届出時(母子健康手帳交付時)

妊娠届出時に、保健師などがアンケートなどを用いて親や家庭の状況を把握し、妊婦訪問や電話相談などに つなげている。アンケート項目や支援方法は、市区町村で異なるが、標準化したチェック表を用いた調査では、妊娠届出時に把握した家庭は、生後4カ月健診時での要支援家庭(親や家庭の要因)に一致しており、早期の把握が可能であった¹⁰⁾。愛知県では、早期の把握を念頭においた質問項目を加えた統一書式の妊娠届出書が利用されている。また、全自治体が医療機関で発行する仕組みであることから、医療機関と保健機関との情報共有のツールとしても期待されている。

2) 産科医療機関での把握

エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)^{註2)}などを用いて母親の困難に気づいたり、若年・高齢出産、貧困やひとり親などの状況から、退院後の子育てに困難が予測される場合に、医療機関が把握した情報を連絡票や情報提供書などを用いて、保健機関などに紹介する取り組みが多く地域で行われている。

3) こんにちは赤ちゃん事業(乳児家庭全戸訪問事業)

早期からの全数把握を目的とした事業で、ほとんどの市区町村で取り入れられている。把握後の介入方法である養育支援訪問事業の状況は地域により異なり、母子保健事業や医療機関との連携には課題がある。

上記以外に1カ月児健診や助産師外来など、ほとんどの市区町村で実施されている3～4カ月児健診以前にも多くの把握機会がある。また、きょうだいの問題からすでに要保護児童対策地域協議会での検討ケースとして把握されている場合もある。早期に把握されたケースにとって、乳幼児健診は敷居の低いフォローアップの場でもある。子育ての困難さは子どもの成長や家庭の状況で

日々変化する。健診までに起きた新しい問題を把握することも大きな意義がある。

2. 乳幼児健診の未受診者

乳幼児健診の高い受診率を背景として、要支援家庭の把握などの虐待予防につなげる動き¹¹⁾がかねてからあり、わけても虐待死亡例に未受診の傾向が強い¹²⁾ことから、より積極的な未受診者対策が試みられている。中村らの全国調査(2005(平成17)年)¹³⁾では、乳児健診の平均受診率は93.5%であり、未受診者の把握率は80.7%、平均でも地域の全乳児の98.7%の動向が把握されていた。把握の方法は、未受診児に電話をして未受診の理由・発達・育児上の問題について確認(78.8%)、電話や手紙などで確認がとれなかった場合には最終手段として訪問(52.1%)、保育園と連携をとり入園児のなかの未受診児を把握(51.1%)、電話で連絡がとれなかった場合は手紙などのほかの手段を用いて確認(41.3%)などであった。

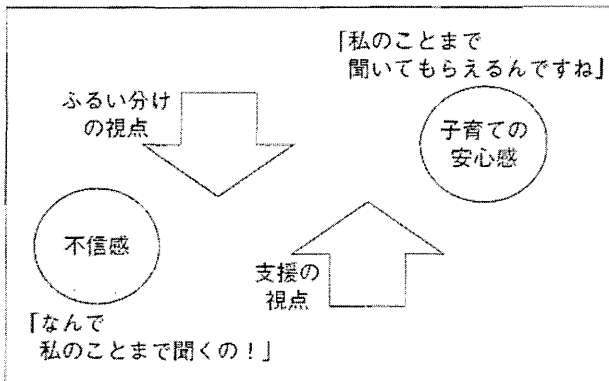
未受診者の特徴として、4カ月児健診では出生後早期から医療とつながりがある場合、1歳6カ月健診や3歳児健診では保護者側の要因や保育園・幼稚園に通園中などの理由が多くを占めたとの報告¹⁴⁾があることから、未受診者のすべてが虐待事例ではない。しかし、健診を受診することで、子どもの健康を守る権利を保障する視点からも、未受診を減らすための積極的な対策と住民の幅広い合意が望まれる。

ふるい分けの場から出会いの場へ

子どもの疾病でも子育ての状況でも、これまで対象者の問題点や困難だけが把握すべきことと考えられてきた。子育て支援に重点をおいた健診では、マイナス部分だけでなく家族の強みやこうありたいとの気持ちにも気づき、支える対応が求められている。健やか親子21の行政・関係団体などの取り組みの指標には、乳幼児健診に満足している人の割合も含まれている¹⁵⁾。疾病のスクリーニングでは、能率的で精度の高いふるい分けが求められるが、同じ目線での対応は、余計なことにまで踏み

註2 エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS) : Edinburgh Postnatal Depression Scale の日本語訳版。産後うつ病の早期発見や治療につなげる支援体制のなかで、産科医療機関や母子保健従事者が行う家庭訪問の場面などでスクリーニング尺度として利用が広がっている。

図5 子育て支援に重点をおいた乳幼児健診の視点



込んでほしくないとの不信感につながる。親が「私のことも聞いてもらえるんですね」と感ずるか、「なんで私のことまで聞くの？」と憤るか、関係者と親子とのかかわり方が重要である(図5)。

妊婦は、まず妊娠・出産の安全を担う産婦人科医や助産師と出会う。母子健康手帳の交付場面は、これからの相談先となる保健師と出会う場でもある。現在14回行われている妊婦健診は、医師や助産師に繰り返し出会う場である。病院や保健センターの両親学級は、ママ友との最初の出会いであるとともに、父親となることをパートナーが気づく最初の場面かもしれない。出産・産褥の入院は、身体的な安全とともに心理面での安心感を提供する場でもあり、心の不調の相談につながる場でもある。出産とは女性にとって「コペルニクス的」転換の瞬間¹⁵⁾という。出産で新しい命に出会うとき、それまでの人生に困難があったとしても、もう一回これからやり直してみようと変わることもできる。

「こんにちは赤ちゃん訪問」を母子保健推進員、愛育班員、児童委員や民生委員などが担っている地域では、地域住民との出会いの場とすることもできる。乳幼児健診は、そうした数多くの出会いの場の総仕上げとして、地域や関係機関の支援者につながるチャンスととらえるこ

とができる。発達支援においても、子育て支援においても、乳幼児健診がふるい分けられるだけの場ではなく、支援者に出会い、つながる場になるとの認識が、地域住民と関係者に共通に根付くことを期待したい。

【文 献】

- 1) 健やか親子21公式ホームページ
http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/
- 2) 愛知県健康福祉部・編：母子健康診査マニュアル(2011年)。
http://www.achmc.pref.aichi.jp/Hoken/manual.html
- 3) 山口志麻, 高田哲：通常学級に所属する特別な支援を要する子どもの実態と乳幼児健診結果の後方視的検討。脳と発達 41：334-338, 2009.
- 4) 秋山千枝子：乳幼児健診の新たな視点；健診後の対策。日本小児科医学会会報 40：113-115, 2010.
- 5) 平岩幹男：乳幼児健診ハンドブック：発達障害のスクリーニングと5歳児健診を含めて。診断と治療社、東京、2006, pp 26-27.
- 6) 白神敬介：乳児の運動発達における母親の歩行発達援助行動。小児保健研究 67：573-582, 2008.
- 7) 前川喜平, 落合幸勝・編：乳幼児健診における境界児；どう診てどう対応するか。診断と治療社、東京、2010, pp 2-7.
- 8) 前川喜平：子育て支援に視点を置いた乳幼児健診。愛知県健康福祉部編、母子健康診査マニュアル, 2011, pp 245-246.
- 9) 厚生労働省：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告)の概要
http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2f9852000002f0x0s.html
- 10) 加藤恵子, 小林純子, 機田純代：妊娠期からハイリスク家庭を把握するための15質問項目へ検討；オレゴン州の虐待予防プログラムのふるいわけ項目を参考に。山縣然太郎(主任研究者)：健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究。厚生労働省科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究)平成23年度総括・分担報告書, 2012, pp 38-44.
- 11) 松井一郎, 谷村雅子：虐待予防の地域中核機関として保健所は機能しうるか。小児保健研究 59：445-450, 2000.
- 12) 太田由加里：子どもを虐待死から守るために；妊婦健診・乳幼児健診未受診者から見えること。ドメス出版、東京、2011, pp 21-23.
- 13) 中村敬, 高野陽, 鈴之原昌, 他：乳幼児健診システムに関する全国実態調査。高野陽(主任研究者)：新しい時代に即応した乳幼児健診のあり方に関する研究。厚生労働省科学研究補助金(子ども家庭総合研究事業)平成17年度総括・分担研究報告書, 2006, pp 4-64.
- 14) 松野郷有実子, 水井真知子, 相田一郎, 他：乳幼児健康診査における未受診者の検討。小児保健研究 64：527-533, 2005.
- 15) 堀内勲：母子同室と母乳育児の推進；虐待・育児不安に対する周産期からの継続育児支援のモデルとして。服部祥子(主任研究者)：児童虐待発生要因の解明と児童虐待への地域における予防的支援方法の開発に関する研究。厚生労働省科学研究補助金(子ども家庭総合研究事業)平成15年度研究協力者報告書, 2004, pp 692-698.

＜乳幼児健診実施上のポイント＞

子育て支援, 虐待予防としての健診の役割

山崎嘉久*

I. 子育て支援に重点をおいた乳幼児健診

子どもの疾病のスクリーニングから家族の子育て支援へと、乳幼児健診で取り扱われる健康課題は大きな広がりを見せている。子育て支援に重点をおいた乳幼児健診は、「健やか親子21」(21世紀初頭における母子保健の国民運動計画)¹⁾でも重要なポイントとされ、実際の健診現場でも広く取り組まれている。その意味するところは、少なくとも90%以上の親子が利用する健診の場を、子どもの疾病のスクリーニングの場としてだけでなく、家庭の状況を把握する機会のひとつとして捉え、必要な支援につなげることである。要支援家庭に早期からの支援の届くことが虐待予防の一步となる。

具体的には、問診で「子育てについて相談できる人はいますか」や「お母さんはゆったりした気分で子どもと過ごせる時間がありますか」など親の気持ちを尋ねることや、保育士やボランティアなどが入って、小さな集団での遊びの場面での様子を見たり、子どもの年齢に応じてブックスタートやタッチケアなどの活動を組み入れたりなど、多様な形がある。

II. 乳幼児健診における支援の必要性

1. 子育て支援の必要性を判定する

疾病のスクリーニングを主な目的としたこれまでの判定区分や考え方では、子育て支援という新しい健康課題の評価には相応しくない。このため愛知県では、県内市町村と協力して子育て支援の必要性を判定する区分²⁾を開発した。

健診現場では、子どもの問題の有無や、保護者の困難や不安、子どもへのかかわりの不適切さなどへの気づきから、子育て支援の必要性の検討が始まる。実際には、保護者の状況や支援方法、その実現性を加味して支援策を立てることが多い。こうした現場の実状をふまえて子育て支援の必要性の判定区分はできている。すなわち、何らかの要因を認めたときに、保健機関からの助言や情報提供があれば自ら行動できると判断する場合に「助言・情報提供で自ら行動できる」と判定、保健機関からの支援があれば改善が望める場合に「保健機関の継続支援が必要」、支援のためには保健機関以外の他機関との連携が必要ならば「機関連携による支援が必要」と判定する(表1)。

2. 判定結果からみえること

愛知県では、県内の市町村と共同で乳幼児健診のデータを、県保健所を介して集積し、分析、還元する情報管理システムを乳幼児健診が市町村に移譲された後も継続してきた。妊婦健診と乳幼児健診の保健指導も含めて「母子健康診査マニュアル」にまとめ、県と市町村で共有している。平成23(2011)年度から子育て支援の必要性の判定や医師や歯科医師の判定、一部の問診項目などを統

YAMAZAKI Yoshihisa

* あいち小児保健医療総合センター保健センター

〔〒474-8710 大府市森岡町尾坂田1-2〕

TEL 0562-43-0500 FAX 0562-43-0504

E-mail : yoshihisa_yamazaki@mx.achmc.pref.aichi.jp

表 1 子育て支援の必要性の判定区分とその考え方

項目名	評価の視点	判定区分	判定の考え方
子の要因 (発達)	子どもの精神運動 発達を促すための 支援の必要性	・支援の必要性なし ・助言・情報提供で自ら行動できる ・保健機関の継続支援が必要 ・機関連携による支援が必要	子どもの精神運動発達を促すため親のかかわり方や受療行動等への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定する。
子の要因 (その他)	発育・栄養・疾病・その他の子どもの要因に対する支援の必要性	・支援の必要性なし ・助言・情報提供で自ら行動できる ・保健機関の継続支援が必要 ・機関連携による支援が必要	子どもの発育や栄養、疾病など子育てに困難や不安を引き起こす要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定する。
親・家庭の要因	親、家庭の要因を改善するための支援の必要性	・支援の必要性なし ・助言・情報提供で自ら行動できる ・保健機関の継続支援が必要 ・機関連携による支援が必要	親のもつ能力や疾病、経済的問題や家庭環境など子育ての不適切さを生ずる要因への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察などで判定する。
親子の関係性	親子関係の形成を促すための支援の必要性	・支援の必要性なし ・助言・情報提供で自ら行動できる ・保健機関の継続支援が必要 ・機関連携による支援が必要	愛着形成や親子関係において子育てに困難や不安を生じさせる要因への親子への支援の必要性について、保健師ほかの多職種による総合的な観察により判定する。

表 2 子育て支援の必要性の判定結果

	3~4 か月児健診		1歳6 か月児健診		3歳児健診	
	人数	比率	人数	比率	人数	比率
支援の必要性なし	19,760	65.7%	12,413	41.4%	15,185	48.4%
助言・情報提供	5,822	19.3%	6,555	21.8%	7,623	24.3%
保健機関継続支援	3,973	13.2%	10,453	34.8%	7,255	23.2%
機関連携支援	532	1.8%	565	1.9%	1,249	4.0%
未入力	9	0.0%	20	0.1%	30	0.1%
計	30,096	100.0%	30,006	100.0%	31,342	100.0%

愛知県保健所管内 30 市 15 町 2 村 n=91,444

一して個別データを保健所に集積するシステムに大きく変更した。

平成 23 年度の集計結果（速報値）から、何らかの要因により支援を必要と判定されたのは、3~4 か月児健診では 34.3%、1歳6 か月児健診 58.5%、3歳児健診 51.5%であった（表 2）。

要因別にみると、子の要因（発達）では、保健機関継続支援が1歳6 か月児健診で 31.4%と多くを占めたが、3歳児健診では半分程度に減少し、機関連携支援が 0.8% から 2.2% に増加した（図 1 A）。子の要因（発達）の判定とは、子どもがもつ特徴やこれに起因する子育ての困難さに対して、子どもの発達を促すために保護者の行動をどのように支援するのかとの視点に立っている。子どもの行動や様子が医学的なスクリーニング基

準を満たすかどうかを問わないとの考え方に基づいており、集計値は健診現場の状況をよく反映していることが推測された。

子の要因（その他）は、子どもが基礎疾患をもつなど発育や栄養に問題がある場合、そのために子育てに支援が必要な場合である。3歳児健診においてより高い結果を認めた（図 1 B）。親・家庭の要因では、どの健診時期でも 10% 程度の必要性が判定された（図 1 C）。今回は単年度の集計ではあるが、子どもの年齢に影響されていない点特徴といえよう。親子の関係性は、愛着形成に始まる親子相互のかかわりのもち方に課題がある場合であるが、どの時期でも数%程度と低い頻度であった（図 1 D）。

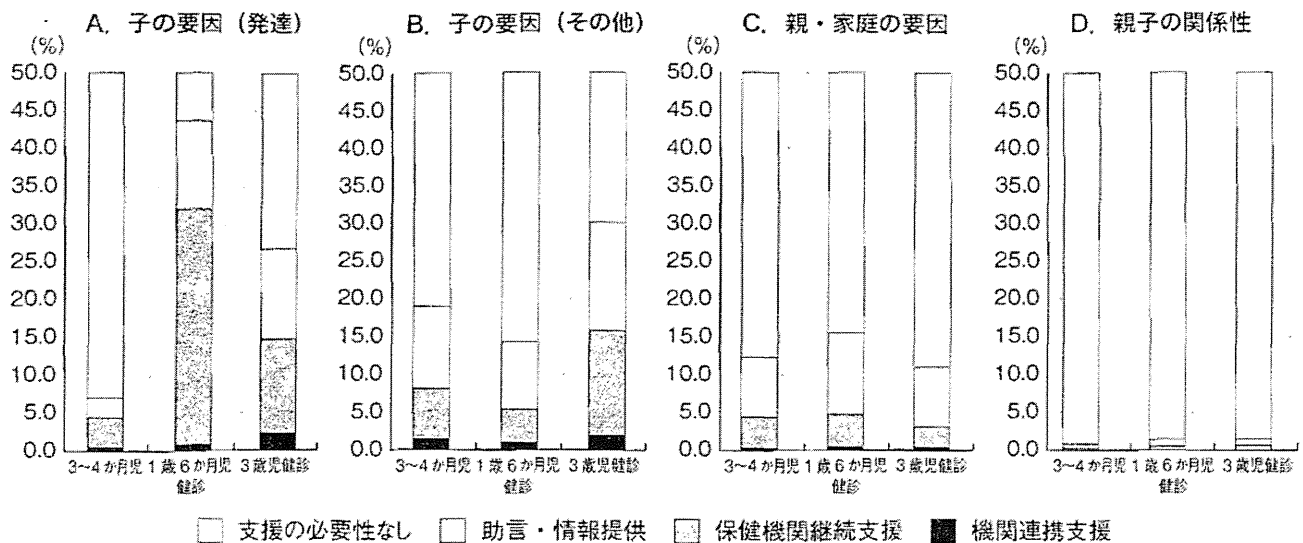


図1 子育て支援の必要性の判定 要因別の集計結果

3. 健診時の家庭の状況把握

ほとんどの健診現場では、診察に先立って保健師らによる問診が行われている。問診内容は個別指導に活用されるばかりでなく、その情報を集積することで地域の子育ての実態把握にもつながる。平成23年度の結果から、ゆったりとした気分で子どもと過ごせる母親の割合は、3~4か月児健診では84.4%、1歳6か月児健診78.2%、3歳児健診72.2%と子どもの年齢とともに減少し、その頻度は市町間で大きく異なっていた(図2)。この割合は、「健やか親子21」の第4課題(子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減)において、被虐待児の報告数などとともに保健水準の指標に位置づけられている。つまり市町村によって、子育て不安の状況が大きく違っていることになる。現在、子育て支援策は多くが市町村事業で運営さ、指標に市町村格差が認められることは大きな問題である。このように、乳幼児健診で得られる情報は、自治体事業のモニタリングに活用することもできる。

Ⅲ. 虐待予防と乳幼児健診

1. 要支援家庭の早期の把握

子ども虐待による死亡事例などの検証(第8次報告³⁾)では、心中以外の虐待死事例で死亡した子どもの年齢は、0歳が23人(45.1%)と最も多

く、なかでも日齢0日が9人、月齢0か月が3人と報告されている。こうした結果から妊娠中や出産前後などのより早期からの介入に注目が集まっている。乳幼児健診以前では次のような把握場面がある。

1) 妊娠届出時(母子健康手帳交付時)

妊娠届出時に、保健師などがアンケートなどを用いて親や家庭の状況を把握し、妊婦訪問や電話相談などにつなげている。アンケート項目や支援方法は市区町村で異なるが、標準化したチェック表を用いた調査では、妊娠届出時に把握した家庭は、生後4か月健診時での要支援家庭(親や家庭の要因)に一致しており、早期の把握が可能であった⁴⁾。愛知県では、早期の把握を念頭においた質問項目を加えた、統一した書式の妊娠届出書が利用されている。

2) 産科医療機関での把握

エジンバラ産後うつ病調査票(EPDS)などを用いて、入院中に医療機関が把握したケースを、保健機関などに紹介する取り組みが多く地域で行われている。

3) こんにちは赤ちゃん事業(乳児家庭全戸訪問事業)

早期からの全数把握を目的とした事業で、ほとんどの市区町村で取り入れられている。把握後の介入方法である養育支援訪問事業の状況は地域により異なり、母子保健事業や医療機関との連携に

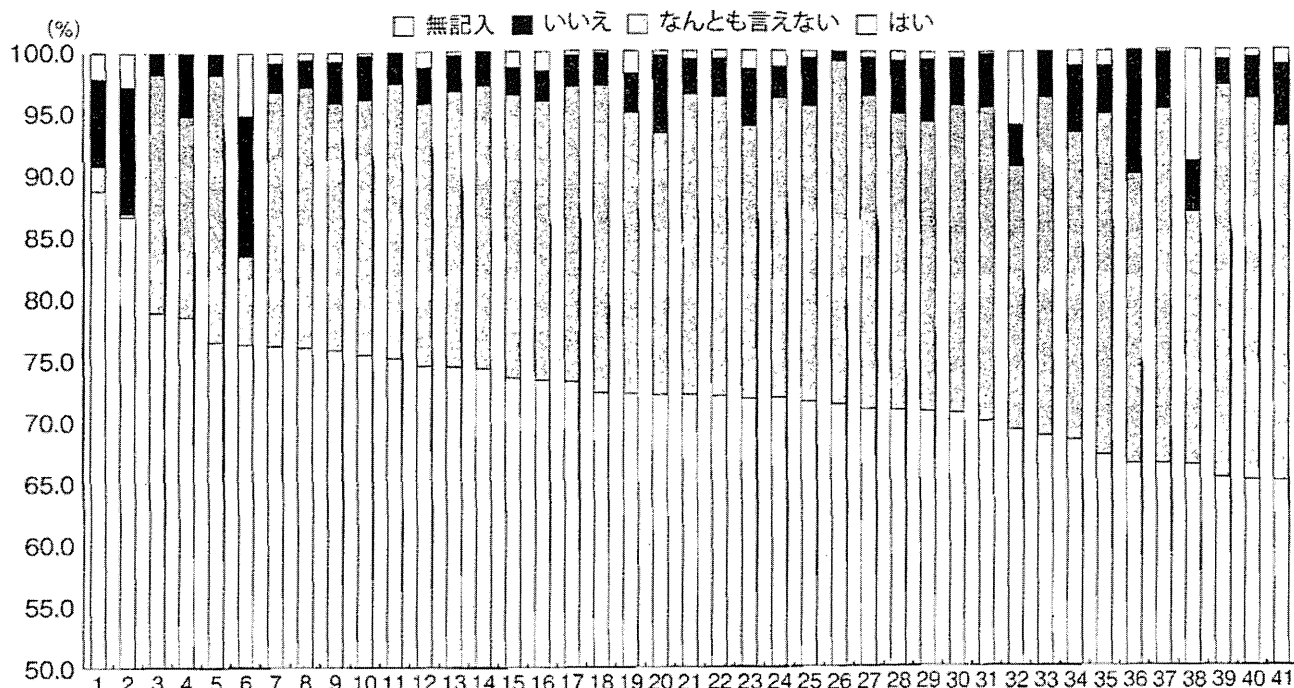


図 2 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる母親の割合の市町比較 (3歳児健診)
平成 23 年度愛知県保健所管内 30 市 11 町 (n=29,675)

は課題がある。

2. 乳幼児健診の未受診者

乳幼児健診の高い受診率を背景として、要支援家庭の把握などの虐待予防につなげたいとの動き⁵⁾はかねてから認められ、わけても虐待死亡例に未受診の傾向が強い⁶⁾ことから、より積極的な未受診者対策が進んでいる。中村ら⁷⁾の全国調査(2005年)では、乳児健診の平均受診率は93.5%であり、未受診者の把握率は80.7%。平均でも地域の全乳児の98.7%の動向が把握されていた。把握の方法は、未受診児に電話をして未受診の理由・発達・育児上の問題について確認(78.8%)、電話や手紙などで確認がとれなかった場合には最終手段として訪問(52.1%)、保育園と連携をとり入園児の中の未受診児を把握(51.1%)などであった。

未受診者の特徴として、4か月児健診では出生後早期から医療とつながりがある場合、1歳6か月健診や3歳児健診では保護者側の要因や保育園・幼稚園に通園中などの理由が多くを占めたとの報告⁸⁾もあり、未受診者のすべてが虐待事例ではないものの、子どもの健康を守る権利を保障す

る視点からも積極的な対策と住民のコミットメントが望まれる。

3. 小児科医としての子育て支援

個別健診はもちろん集団健診の場であっても、小児科医からのことばかけはとても重要である。的確な診察によるスクリーニングが医師の一義的な役割ではあるが、短い診察時間中にも、ふとした親の態度や表情、親子のかかわり方の不自然さに気づくことは可能である。保健師などの相談を勧めることで、迷っている親の気持ちを後押しすることができる。ことば遅れや社会性の発達などまだ評価が困難な時期に、親の不安を煽らないように配慮をしたつもりでの安易な「だいじょうぶですよ」は、支援のスタートを遅らせる場合もある。悪いところがあるからふり分けられたのではなく、困りごとがあるから支援を受けようとの気持ちになったと、親が感ずることがたいせつである。

健診後に多職種によるカンファレンスで情報を共有している場合も増えている。小児科医もこれに参加し、いろいろな立場の意見に耳を傾けることで、支援の輪の広がりが期待できる。

Key Points

- ① 乳幼児健診は、疾病のスクリーニングとともに子育て支援の役割を担っている。
- ② 子育て支援の必要性の判定区分は、その必要性の評価に有用である。
- ③ 乳幼児健診のデータは、個別指導だけでなく地域の状況把握に役立てることができる。
- ④ 小児科医は、乳幼児健診においても重要な支援者となることができる。

文献

- 1) 「健やか親子21」公式ホームページ <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/>
- 2) 愛知県健康福祉部編：母子健康診査マニュアル（改訂第9版） <http://www.achmc.pref.aichi.jp/Hoken/>

manual.html

- 3) 厚生労働省：7 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第8次報告） http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/index_8.html
- 4) 加藤恵子，他：山縣然太郎（主任研究者）：健やか親子21を推進するための母子保健情報の利活用に関する研究. 平成23年度総括・分担報告書. pp38-44, 2012
- 5) 松井一郎，他：虐待予防の地域中核機関として保健所は機能しうるか. 小児保健研究 **59**：445-450, 2000
- 6) 太田由加里：胎児期と乳児期における子どもの把握：子どもを虐待死から守るために妊婦健診・乳幼児健診受診者から見えること. ドメス出版, 東京, pp21-23, 2011
- 7) 中村 敬，他：高野 陽（主任研究者）：新しい時代に即応した乳幼児健診のあり方に関する研究. 平成17年度総括・分担研究報告書. pp4-64, 2006
- 8) 松野郷有実子，他：乳幼児健康診査における未受診者の検討. 小児保健研究 **64**：527-533, 2005