

69.8%」と歯科保健の情報把握は高い割合を示した。「管内の母子歯科保健の分析評価は42.4%、歯科保健情報のデータベース化は25.9%」と報告されている。

都道府県母子保健主管課の調査では「乳幼児健診の健診結果内容についてのデータ集計、評価、還元の実施は46.8%、妊婦健診のデータ集計、評価、還元の実施は17.0%、母子保健の課題に関する調査研究は17.0%」と報告されている。乳幼児健診でも半数以上、妊婦健診では8割以上がデータを把握していない結果であった。

一方、都道府県母子保健主管課の「市町村の歯科健診状況の把握が95.7%、子どものフッ化物塗布状況の把握とフッ化物洗口普及啓発状況の確認は70.2%、妊婦の歯周病予防事業の実施状況の確認は61.7%、保健師や歯科技術職員対象の研修会の開催は59.6%、母子歯科保健の分析評価は44.7%」で実施していたと報告され、比較的高い把握結果であった。この背景に歯科保健に関しては国が統一した内容で歯科健診の結果等の報告を求めているためと推測された。

なお市型保健所の調査では「乳幼児健診の評価は56.5%であるのに対して、妊婦健診については31.8%であった」「地域診断に基づく事業評価は28.2%で、母子保健に関する調査研究は28.2%」と報告されている。

こうした結果からも、県や県型保健所による健診データの分析や活用は限定的であること、健診事業の評価もさらに少ない実態が把握されている。ただ乳児歯科健診の情報はきわめて高い割合で保健所や都道府県が把握している結果となっていることから、情報把握はその意義や役割意識が明確となれば実行可能な課題と考えられた。さらにまた、健診事業の評価は市型の保健所においても半数にとどまってい

たことから、市町村の健診事業評価の充実には、都道府県や保健所の支援が必要であると考えられた。

【健診の場の活用】

聞き取り調査で認めたように県型保健所調査では「新任期保健師が乳幼児健診など母子保健などを体系的に学ぶ研修が77.3%」と報告されている。都道府県主管課調査でも「新任期保健師が乳幼児健診など母子保健を体系的に学ぶ研修が78.7%」であった。一方、研修として児童福祉担当課など母子保健分野のジョブローテーションや教育研修の実施は、県型保健所調査では38.3%、市型保健所では41.2%、都道府県母子保健主管課では48.9%が実施していると回答した。

E. 結論

乳幼児健診に対する都道府県の役割について検討するため、9都道府県の母子保健主管課（医師・保健師）や県保健所（医師・保健師）を対象とした聞き取り調査を行った。その結果都道府県や保健所は、健診の実施体制への支援、個別ケースに対する支援などを実施していることが把握でき、他の研究班の全国調査の報告からも妥当性を裏付けることができた。一方、健診事業の評価、健診データの分析や活用は限定的であった。事後措置や健診後支援体制の充実には、都道府県（保健所）の支援が不可欠と多くが感じていた。

また、都道府県の母子保健主管部局および保健所の医師や保健師は、市区町村への権限移譲後も、都道府県の保健行政の中で母子保健活動の意義が失われたわけではなく、それぞれが法律等に基づいて役割を果たすことで、都道府県と市区町村が重層的な関係で母子保健活動を展開する必要性を強く認識していた。

【参考文献】

- 1) 犬塚君雄：愛知県モデル事業：厚生省健康政策局計画課監修、編集者代表北川定謙. 地域保健法による新しい地域保健事業の進め方－保健所と市町村の役割－ p.297-303 発行：財団法人日本公衆衛生協会、1997年3月
- 2) 仲宗根正他：沖縄県における乳幼児健診データの利活用に関する研究. 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 21～23 年度総合研究報告書,2012：pp. 55-58
- 3) 平成 24 年度地域保健総合推進事業「地域保健の視点で担う今後の保健所母子保健活動の推進に関する研究」報告書 分担事業者：愛知県豊川保健所 澁谷いづみ、発行：一般財団法人日本公衆衛生協会、東京都、平成 25 年 3 月

【謝辞】

本研究の実施にご協力をいただいた北海道、栃木県、東京都、静岡県、愛知県、京都府、岡山県、島根県、高知県の母子保健主管課の皆様、保健所の皆様に深謝申し上げます。

県ならびに県型保健所と管内市町村が運用する

乳幼児健診の情報管理システムの成果と課題に関する研究

研究代表者	山崎 嘉久（あいち小児保健医療総合センター）
研究協力者	浅井 洋代（あいち小児保健医療総合センター）
研究協力者	新美 志帆（あいち小児保健医療総合センター）
研究協力者	幾田 純代（愛知県健康福祉部児童家庭課）
研究協力者	出口さとみ（愛知県健康福祉部児童家庭課）
研究協力者	坪井 信二（愛知県健康福祉部健康対策課）
研究協力者	小椋 智子（愛知県健康福祉部健康対策課）

乳幼児健診の情報管理について、県ならびに県型保健所と管内市町村が共通のマニュアルに基づいて健診の個別データの集積と分析を行っている愛知県の先進的な取り組み事例の成果と課題について検討した。

その結果、医師や歯科医師の判定の精度に市町間で大きな違いのある項目があること、子どもや家族を取り巻く環境に大きな健康格差が認められることを数値化することができた。また、子育て支援の必要性の判定の項目を用いて、子育て支援や発達支援が必要な子どもや親・家庭の状況と市町村におけるその支援方針の実態を数値化することが可能となった。

県や県保健所から提供されるこうしたデータは、医師や歯科医師の判定の精度を高めるための市町村の事業展開や子どもと家族を取り巻く健康課題を是正するための市町村の事業企画に活用できる可能性を示すことができた。また支援の評価にあたっては、他機関との情報共有が不可欠であり、乳幼児健診の評価を検討する際には、未受診例も含めた健診のフォローアップ体制の中で、福祉や教育など他分野との情報共有を具現化する対応が強く望まれる。

A. 研究目的

乳幼児健診の情報管理について、県ならびに県型保健所と管内市町村が共通のマニュアルに基づいて健診の個別データの集積と分析を行っている愛知県の先進的な取り組み事例の成果と課題について検討すること。

B. 研究方法

【対象】

平成23年度に愛知県保健所管内の市町村の

乳幼児健診（3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診）で集積され、県保健所に提供された個別データを対象とした。

【方法】

愛知県の母子健康診査マニュアル（マニュアル）で愛知県保健所と管内市町村で実施されている情報管理システムに基づいて県保健所に集積された個別データのCSVファイルを、県保健所より提供を受けた。ファイルはリムーバブルディスク等の媒体を用いて提供を受けた。

集積したデータに対して、医師や歯科医師の判定の精度管理、住民の間診結果を利用した健康指標の地域格差、そして支援の必要性の判定の項目を用いた支援の評価について検討した。また乳幼児健診の個別データを県と保健所、市町村が共有する過程におけるそれぞれの役割について検討した。

(倫理面への配慮)

研究実施機関であるあいち小児保健医療総合センターの倫理委員会の承認を得た。

提供された個別データは研究代表者・研究協力者のみが取り扱うこととし、研究期間中はセキュリティに十分配慮した電子媒体に保管した。研究終了後、すべての個別データは廃棄した。

C. 研究結果

平成23年度の愛知県保健所管内の30市15町2村の乳幼児健康診査（3～4か月児、1歳6か月児、3歳児）から得られた91,444件のデータを分析した。

1. 精度管理

愛知県のマニュアルでは、医師や歯科医師が判定する項目について標準的な判定の考え方を示し「所見あり」「所見なし」の結果を個別データで集積している。平成23年度の分析から、医師や歯科医師の判定の頻度が市町間で大きく異なる項目が認められた。

1) 医師の判定頻度

【顎定】（3～4か月児健診）

顎定は月齢とともに頻度が増加する。個別データから求めた健診時の日齢と医師が「所見あ

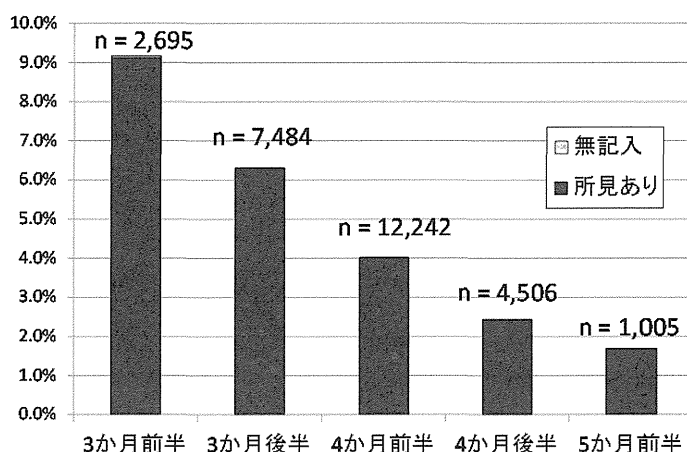


図1 月齢区分別の顎定「所見あり」の頻度

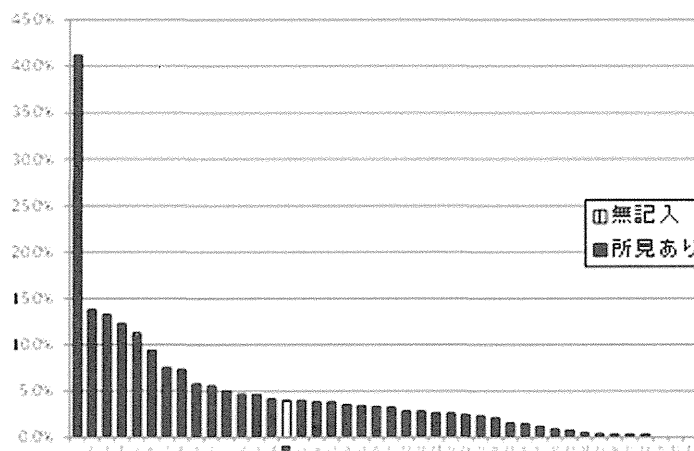


図2 顎定「所見あり」の頻度の市町間比較（4か月前半）

り（まだ頤が座っていない）」と判定した頻度は、県全体の集計では、3か月前半（90日齢～104日齢）から15日齢ごとの月齢区分で漸減しており期待値と一致する傾向を示した（図1）。

一方、同じ月齢区分別に43市町間（愛知県保健所管内で年間出生数100人以上の市町）で比較すると極端に「所見あり」の頻度の高い市町や県平均の半分に満たない市町が存在していた（図2）。別の年齢区分で比較しても市町と判定頻度には同様の傾向を認めていたが、この違いは子どもの発達状況の違いと考えるより判定のばらつきと考えるのが妥当であろう。平均値が適正な判定頻度とはいえないもの

の、平均値からおおきく外れた頻度を示した市町では医師の判定に対する対応が必要といえる。

【股関節開排制限】(3~4 か月児健診)

3~4 か月児健診で股関節開排制限に「所見あり」と判定した頻度は、全体では男児 15,501 件中 215 件 (1.4%)、女児 14,593 件中 282 件 (1.9%) と女児に高く、疫学的事実に即した結果であった。

ところがこれを 43 市町で比較すると、大きな判定頻度の差異が認められた。近年小児整形外科専門医からは、健診で見落とされ幼児期や学童期になってから発見される例もあることから、乳幼児健診の精度管理や超音波検査など健診方法の充実を求める声も強い。判定頻度の少ない市町については特に対応が急務と言えよう。

【3 歳児健診の検査項目】

3 歳児健診の検尿の判定に 43 市町間で大きな差異が認められ、特に尿蛋白や尿潜血の(±)の判定が、最大 15%から 1%と大きな違いを認めた。

視覚や聴覚検査では結果無記入がほとんどない市町と 10%以上に多く認める市町に分かれていた。つまり、健診時に評価できていない市町のあることが把握された。

2) 歯科医師の判定

むし歯の本数やう蝕罹患型の判定については、国による都道府県比較、県による市町村比較が集計値を用いて長年実施されてきている。愛知県は乳幼児健診の結果において高い評価を得ているが、その愛知県内でも地域による差異は明らかとなっている。つまりむし歯の本数やう蝕罹患型の判定は、

判定の標準化ができていることから地域の健康状況を把握すると解釈されている項目である。

今回、これまであまり市町村比較されてこなかった歯列咬合異常、軟組織異常などの口腔所見、歯垢付着についても比較したところ、歯垢付着の判定頻度に大きな差異が認められた。現場では判定にばらつきがあるとの印象がもたれており、これを数値化した結果となった。

2. 健康指標の検討

マニュアルでは、健やか親子21などの指標や生活習慣に関する問診項目を統一している。その集積によって市町間の健康指標の状況を検討することが可能である。

【ゆったりした気分で子どもと過ごす時間がある母親の割合】

子どもの年齢の上昇にもなつてこの割合は低下した(図3)。健やか親子21の中間報告と同じ状況だが、愛知県集計値は国の集計値より10%ほど良好な結果であった。健やか親子の集計は全国規模で、現状では毎年度集計することはできない。愛知県ではマニュアル集計によって、全国値との比較や経年変化のモニターリ

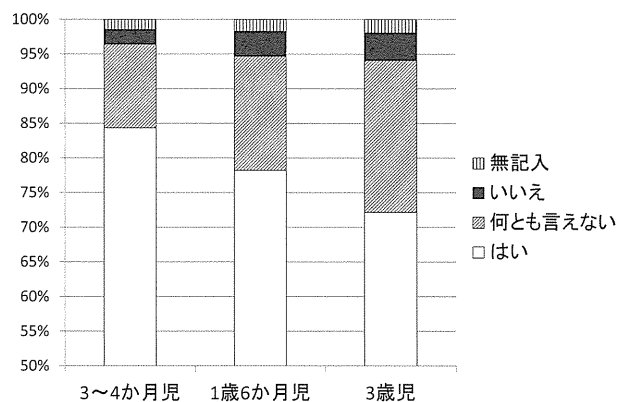


図3 ゆったりした気分で子どもと過ごす時間がある母親の割合(健診対象年齢別)

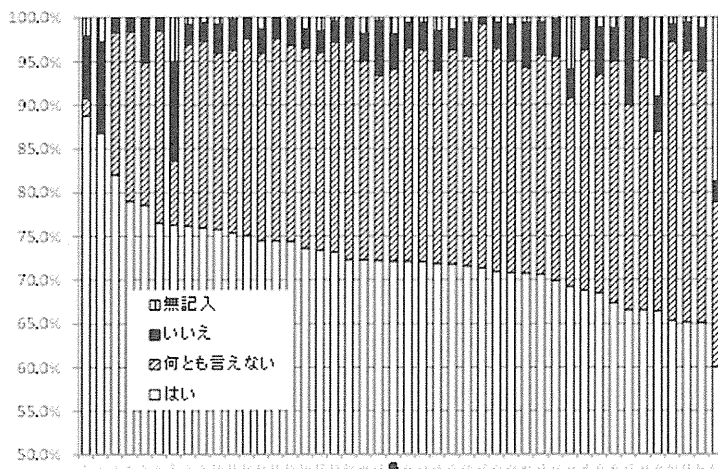


図4 ゆったりした気分で子どもと過ごす時間がある母親の割合
(43市町比較)

ングが今後可能である。

また、これを43市町間で比較すると同じ県内でも大きな違いが認められた(図4)。この項目は健やか親子21においては、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」の保健水準の指標である。また自治体の子育て支援策のアウトカムを把握する指標ともいえる。

【同居家族の喫煙率】

同居家族の喫煙率の43市町の比較でも違いが認められ、平均から10%以上多い市町も認められた。同様に子育ての相談相手でも地域の状況には違いを認めた。こうしたデータは喫煙対策や子育て支援事業の必要性の根拠とすることが可能である。

さらに子どもの就寝時間、テレビ・ビデオの視聴時間、家庭内の事故予防策についても同じように違いが認められた。保健所が主催する管内市町村の母子保健担当者の会議では、管内データの比較から生活習慣の改善を目指した事業や家庭内での事故予防対策事業に積極的に取り組んでいる市町のデータが良好であるなど、事業評価の根拠として健診データを利用する妥当性が検証され始めている。

3. 支援の評価

マニュアルでは、「子育て支援の必要性の判定」を用いて支援状況の実態を把握している。今回、個別データの集計値について検討した。

1) 子育て支援の必要性の判定とは

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踏まえて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「他機関連携による支援が必要」と判定する¹⁾。

2) 集計結果から見えること

平成23年度の個別データの集計結果から、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。

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、他機関連携支援が0.8%から2.2%に増加した(図5-1)。子の要因(発達)の判定とは、子どもが持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

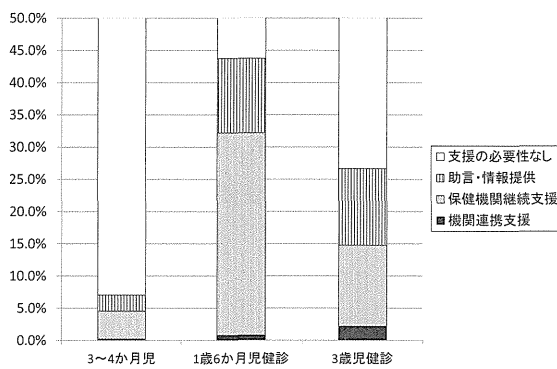
の行動をどのように支援するのかとの視点に立っている。子どもの行動や様子が医学的なスクリーニング基準を満たすかどうかを問わないとの考え方に基づいており、集計値は健診現場の状況をよく反映していることが推測された。

子の要因（その他）は、子どもが基礎疾患を持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5-2）。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5-3）。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が特徴と言えよう。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持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5-4）。

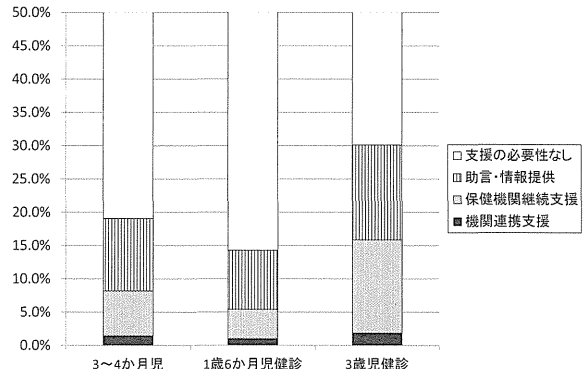
3) 支援の必要性の判定の市町間の違い

子の要因（発達）の判定の頻度を43市町間で比較すると、何らかの支援が必要と判定した割合、助言・情報提供や保健機関継続支援、他機関連携支援の支援方法の頻度ともに、市町間で違いが認められた（図6）。

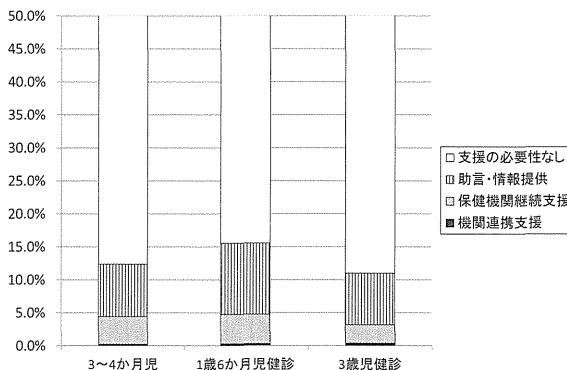
支援の必要性の判定の考え方では、保健機関継続支援の場合に利用する支援策とその対象、他機関連携支援の際の連携先とその対象を具体的に決めて判定することになっている。今回、頻度に違いがあったことを受け、それぞれの市町村において支援に用いている方法（電話相談や来所相談、家庭訪問の利用頻度）や支援事業、乳幼児健診後に紹介できる他機関とその事業などを調査した。その結果、それぞれの保健機関が利用している方法や事業、連携機関には量



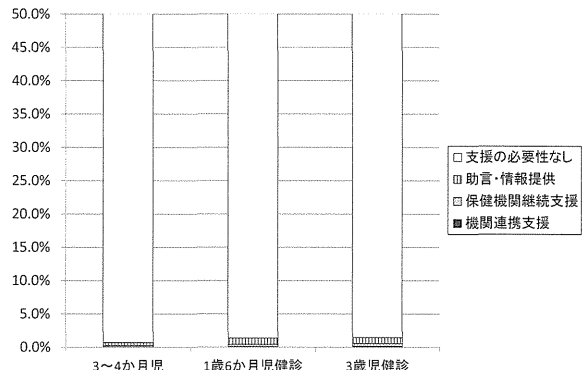
5-1 子の要因（発達）



5-2 子の要因（その他）



5-3 親・家庭の要因



5-4 親子の関係性

図5 子育て支援の必要性の判定 要因別の集計結果

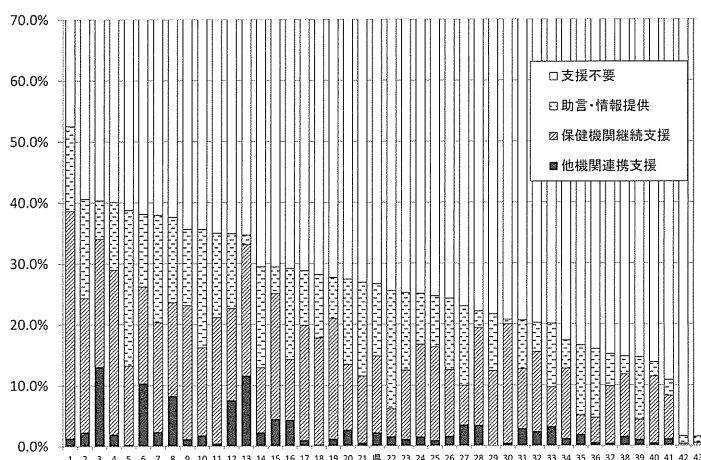


図6 子の要因（発達）の43市町間比較 3歳児健診

的にも質的にも大きな違いが認められた。したがって、その頻度の総和や支援方法の頻度の違いは、各市町が実施している（または実施しようとしている）支援策の実態を反映している可能性が高いことが推測された。

親・家庭の要因で支援が必要との判定の43市町間で比較では、「助言・情報提供」の判定が極端に多い市町が認められる結果となった。改訂前のマニュアルにおいては要因の有無にのみ注目して集計していたため、例えば偏食や甘いおやつなどの問診でひとつでも望ましくない回答があった場合に計上対象となっていた。新しい区分ではその要因のために子育ての支援が必要かどうか注目して判定するため、要因があっても支援の必要性がない場合には支援の対象ではない。この考え方の違いを理解していないことが極端に「助言・情報提供」の判定が多い原因であったことが、保健所の管内母子保健担当者会議で判明した。このため、保健所と市町村に向けて、子育て支援の必要性の判定の考え方について再度整理する連絡を、先に述べた調査時に行った。

4. 県および保健所の役割

愛知県では、母子保健の課題について検討す

る「愛知県母子保健運営協議会（年1回）」の下に専門委員会として「母子健康診査等専門委員会」を設置して年数回程度、乳幼児健診のデータの報告と課題の検討を行っている。また、各保健所では管内市町村の母子保健担当者を対象とした会議や研修会を開催して、乳幼児健診データの分析や情報交換を行ってきた。県および保健所は検討結果などを「母子保健ニュース」にまとめ報告している。今年度は、

平成23年度から大幅に改定された集計項目の情報をを用いた還元であったことから、各保健所とも担当者によるグループワークを取り入れての検討や、事前に項目間の細かな統計処理を試みた還元などさまざまな工夫が認められた。保健所で集計するのは個別データであり、そのためには市町村の入力作業が必要である。県と県型保健所および管内市町村がそれぞれに協力しあうという合意が乳幼児健診の個別データを利活用するうえで重要な促進要因と考えられた。

D. 考察

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。今回の検討では、この情報管理システムから得られた個別データを分析することで県と保健所・市町村が運営

する取り組みの成果と課題を検討した。

1. 精度管理

今回の検討で、医師や歯科医師の個々の判定結果が市町によって大きく異なっている項目のあることが明確となった。乳幼児健診が子育て支援により重きを置くようになったとはいえ、医師や歯科医師の疾病のスクリーニングの役割はなお大きく、住民の期待も高い。これまでも健診現場では、子どもの診察に手馴れていない医師や判定の考え方が違う場合の課題は繰り返し検討されてきているものの、どの部分が問題であるのか客観的な指標がなかった。今回、こうした医師や歯科医師の判定を直接比較するデータは、判定の標準化に向けての評価基準を示すものとなる。こうしたデータを活用して判定の精度を標準化するための医師会や市町村の取り組みに期待したい。

ただ、精度管理にはスクリーニング対象者の鋭敏度と特異度を算定する必要がある。しかし現実にこれを求めるには精密検査結果が医療機関から還元される必要がある。特に異常なしと判定されたケースの情報の共有が必要であるがこの点はすぐに解決できるものではない。他機関と情報を共有するシステムの構築が望まれる。

2. 健康課題の格差

乳幼児健診では、子どもの発達発育や家族の健康状況を問診票や診察・検査などにより個々に把握している。こうした情報は、健診現場において個別のスクリーニングや支援のために利用されているが、データ化することで地域の健康状況の把握に活用することが可能である。これまで、保健分野では乳幼児健診で得られる個別データと地域診断のための調査は、別のものとして扱われているが、地域のニーズが個々

の家族のニーズの集合体であるならば、乳幼児健診での個別の情報を集積することで、特別な調査を行うことなく地域の情報を得ることができる。

今回の集計では、健やか親子21の第4課題の健康指標である「ゆったりとした気分で子どもと過ごす時間のある母親」の割合や子育ての相談相手がいる割合、また同居家族の喫煙率に市町間の違いが認められた。この違いはまさに子育て環境における地域の健康格差そのものである。

健康格差の縮小は、健康日本21（第2次）計画ではすでに主要なテーマのひとつとして取り上げられ、健やか親子21の次期計画（素案）づくりの過程でも、格差は弱者である子どもにより強く表れる可能性があることが議論されている。きわめて高い受診率が得られている乳幼児健診がこうした格差のモニターリング・サイトとして有用な情報を提供することを示す結果となった。

3. 支援の評価

子育て支援に重点をおいた乳幼児健診の実施は、健やか親子21において自治体の指標である。しかしその評価は事業の実施量や実施の方法など提供者側のデータのみで把握されている。今回、マニュアルに基づいたデータ集積から、愛知県内の保健機関において、子育て支援や発達支援が必要な子どもや親・家庭の状況と市町村におけるその支援方針の実態を数値化することが可能となった。助言・情報提供の判定根拠など、一部に共有すべき課題はあったものの、この新しい指標が子育て支援に重点をおいた乳幼児健診の住民のneedsと支援者のseedsの評価に有用であることを示すことができた。

子育て支援や発達支援は、母子保健の重要な

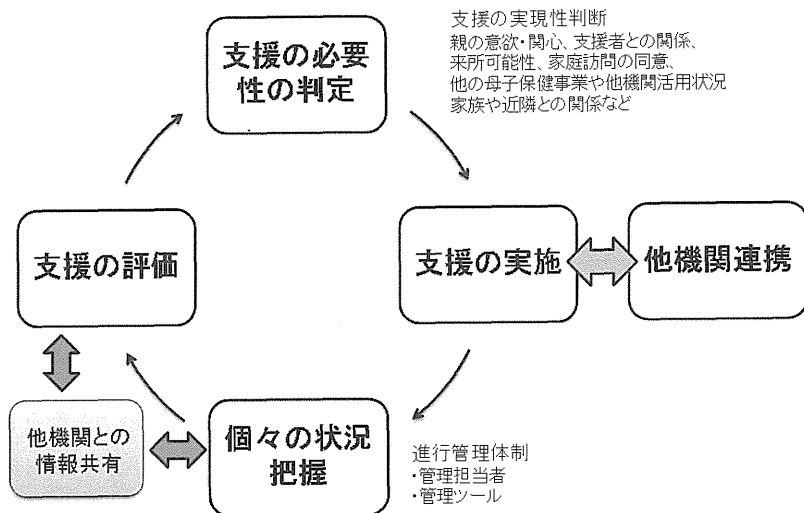


図7 支援の必要性の判定を評価する（概念図）

課題である。支援の必要な子どもと家族を把握し支援を始める機会は、母子健康手帳の交付から始まる母子保健活動のすべての場面にある。乳幼児健診は、そのスタート場面のひとつであり、今回の評価はスタート時の横断的な状況を把握しているにすぎない。

支援の必要性の判定を評価するには、健診後の支援状況や子どもと家族の状況変化を含めたフォローアップデータが必要である（図7）。

まず、支援の必要性の判定では、その実現性を加味した判定を求めている。判定の際には、子どもや親の状況の重症度だけではなく、親の意欲・関心、支援者との関係、来所可能性、家庭訪問の同意、他の母子保健事業や他機関活用状況、家族や近隣との関係など多くの状況を加味して判断されていると考えられる。

実際の支援は、保健機関のみで行う活動や事業だけでなく、福祉や保育・教育といった他機関での支援が重要である。そして、支援後の状況把握には、まず個々の状況を把握するため健診後のフォローアップ状況を進行管理する管理担当者や管理台帳やデータベースなどの管理ツールが必要である。そして支援の対象とならなかったケースも含めた他機関との情報共

有が必要となる。健診未受診例は、健診から始まるこのシステムでは把握できないため、その対策を含めた情報管理システムが必要である。

支援の評価には地域の関係機関との個別データをリンクさせた情報共有がきわめて重要であるものの、現実には自治体における個人情報保護の誤った運用や対象の年齢に

応じた保健、保育、教育の縦割り行政の実状から、情報の共有にはほど遠い状況にある。

愛知県においても、県と保健所、市町村の保健機関の間では、個別データを用いた乳幼児健診データの共有は実現したものの、保育や児童福祉部門や教育機関との共有には至っていない。今後、乳幼児健診の評価に関する手引きの作成にあたっては、福祉や教育など他分野との情報共有を具現化する対応が強く望まれる。

E. 結論

乳幼児健診の情報管理について、県ならびに県型保健所と管内市町村が共通のマニュアルに基づいて健診の個別データの集積と分析を行っている愛知県の先進的な取り組み事例の成果と課題について検討した。その結果、医師や歯科医師の判定の精度に市町間で大きな違いがあること、子どもや家族を取り巻く環境に大きな健康格差が認められることを数値化することができた。また、子育て支援の必要性の判定の項目を用いて、子育て支援や発達支援が必要な子どもや親・家庭の状況と市町村におけるその支援方針の実態を数値化することが可能となった。

【参考文献】

1) 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>

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・山崎嘉久：乳幼児健診における新しい評価の視点. 日本小児科医会会報 2012：43：155-159
- ・山崎嘉久：乳幼児健診における子育て支援と発達支援 ～医師の役割について. 愛知県小児科医会会報 2012：95(5)：18-22
- ・山崎嘉久：支援が必要な子どもと家族への対応～ふだんのかかわりから始める地域からの支援. 小児保健わかやま 2012：9：16-19
- ・山崎嘉久：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. 小児看護 2013：36(3)：300-307
- ・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 2013：45(3)：

2. 学会発表

- ・山崎嘉久：乳幼児健診の個別データを活用する情報システムの実用化. 第71回日本公衆衛生学会総会 シンポジウム：親子保健の次なる展開・出生コホート研究の意義と現状・2012年10月、山口市

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

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
佐藤拓代	地域における保健活動と児童虐待防止	全国社会福祉協議会	改訂新保育士養成講座	全国社会福祉協議会	東京	2012	21-28

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	乳幼児健診における新しい評価の視点	日本小児科医学会会報	43巻	155-159	2012
山崎嘉久	乳幼児健診における子育て支援と発達支援～医師の役割について	愛知県小児科医学会会報	95巻5号	18-22	2012
山崎嘉久	支援が必要な子どもと家族への対応～ふだんのかかわりから始める地域からの支援	小児保健わかやま	9巻	16-19	2012
山崎嘉久	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	小児看護	36巻3号	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巻3号	510-514	2013

IV. 研究成果の刊行物・別刷

論壇

乳幼児健診における新しい評価の視点



あいち小児保健医療総合センター 山崎 嘉久

抄 録

疾病のスクリーニングから子育て支援へと乳幼児健診の健康課題が大きく変わる中、愛知県内の市町村では平成23年度より「子育て支援の必要性」の判定を取り入れている。判定では何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親自らが行動できる場合には「助言・情報提供」、保健機関での継続的な相談や訪問、教室参加の必要な場合には「保健機関継続支援」、さらに療育機関や医療機関など他機関と連携した支援が必要ならば「機関連携支援」と判定する。また支援が必要な要因について、1. 子の要因（発達）、2. 子の要因（その他）、3. 親・家庭の要因、4. 親子の関係性のいずれかに分類する。子どもの発達の判定では、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ち、医学的な基準を満たすかどうかは問わない。新しい評価の視点が広まることで、地域の関係機関間での情報共有や多職種が連携した支援が進むことを期待したい。

キーワード：乳幼児健康診査、発達支援、子育て支援

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活動などとともに世界でトップレベルのわが国の母子保健活動とその成果の根幹を担ってきた事業である。乳幼児健診で注目される健康課題は、戦後の発育や栄養が課題であった時代、脳性まひの早期発見と療育に成果を上げた時代、そして社会性の発達や親子の関係性が課題となる現代へと、時代とともに変遷してきた。21世紀初頭の国民運動である「健やか親子21」では、子育て支援に重点を置いた乳幼児健診が重要なポイントとなっている¹⁾。

疾病のスクリーニングから子育て支援へと健診で取り扱われる健康課題が大きく変わる中、疾病のスクリーニングを主な目的として用いられてき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はできない。愛知県は、県内市町村や関係機関と協力して子育て支援の必要性を判定する新しい区分²⁾を開発し、平成23年度から実際の健診で用いている。本稿では、乳幼児健診における「子育て支援

の必要性」という新しい評価の視点について論ずる。

子育て支援の必要性の判定

子育て支援の必要性の判定では、それぞれ支援の実現性を考慮して、4つの区分に判定する（図1）。子育て支援の必要な要因を認めない場合には「支援の必要性なし」となるが、何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親が子どもとのかかわり方を変えることや適切な資源の利用ができる場合には「助言・情報提供」と判定、保健機関での継続的な相談や訪問、教室参加の必要な場合には「保健機関継続支援」、さらに療育機関や医療機関など他機関と連携した支援が必要ならば「機関連携支援」と

1) 親・家庭・子どもの要因 ↓ 有	支援の 必要性なし
2) 親が自ら支援を利用 ↓ 不能	助言・情報提供 で、自ら行動
3) 保健機関のみで支援 ↓ 不能	保健機関の 継続的支援
4) 地域関係機関と連携した継続的支援	

図1 判定のためのステップ・アプローチ

Yoshihisa Yamazaki (あいち小児保健医療総合センター)
〒474-8710 愛知県大府市森岡町坂田1-2

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等で判定する。
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等で判定する。
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	親の持つ能力や疾病、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等で判定する。
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 子の要因（発達） 判定の考え方

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等で判定する。

・保健機関による継続支援（1歳6カ月児健診）の一例
第1子、3～4カ月健診では異常なし。保健師の問診場面では、絵カードの指さし、積み木ができず、言葉による指示にも反応しない。遊びには乗ってくるが、言葉によるやり取りができなかった。受付や集団の場面で、母が子どもの行動に振り回されている印象があるとの意見が出た。
保健センターで開催している「事後教室」を勧め、子どもの発達の確認とともに、母親のかかわり方に支援していく方針とした。

判定する。

また支援が必要な要因について、1. 子の要因（発達）、2. 子の要因（その他）、3. 親・家庭の要因、4. 親子の関係性のいずれかに分類する（表1）。

子の要因（発達）の判定とは、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等で判定することである（表2）。この際に、子どもが持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ち、医学的に見て子どもの行動や様子が病気としてのスクリーニング基準を満たすかどうかは問わないことに特徴がある。

実用に先立って10市町で試行した結果では、2,331件（3～4カ月児健診748件、1歳6カ月児健診845件、3歳児健診738件）の対象者のうち、1歳6カ月児健診で276件（32.7%）と何らかの支援の必要のある子ど

もが3割以上存在することが示された。3歳児健診では140件（19.0%）と減少したが、他機関連携支援は増加していた（図2）；また、言語発達や精神発達など疾病のスクリーニングでは異常なしと判定した群の中に、支援の必要性を認める場合が少なからず存在した。実際に判定に携わった現場からは、「精神発達に問題があると判定してよいか迷うような気質、例えばかんしゃくが強いとか人見知りが強い傾向はあるが、精神発達のゆがみや遅れとは言い切れないような場合に困ることが多い。この区分を用いると、病名がつかどうかの医療とは別の視点に立つことができ、発達障害の初期症状であってもなくても、支援やフォローの必要性があれば、子の要因（発達）に区分し支援を始めることができる。」との意見があった。

乳幼児健診における発達スクリーニング

乳幼児健診における発達障害の早期発見は、発達障

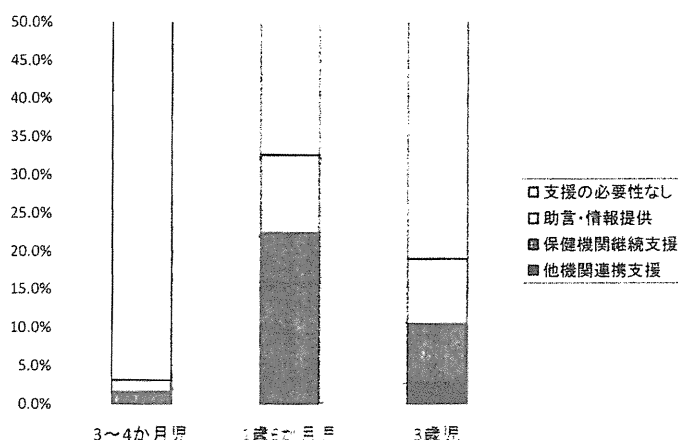


図2 子の要因・発達・判定結果 (10市町計 n=2,331)

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、現実には「実際の健診場面において、特に発達障害を伴わない場合については発見しにくい傾向があり、結果として早期療育を受けることができない場合もある。」などの指摘もある³⁾。発達障害の早期フォローアップとして、乳幼児健診は機能しているのだろうかとの議論⁴⁾がある。

乳幼児健診で指摘されなかったことが問題となることもあるが、「問題の指摘」については、そもそも母にとっての問題かと考えてみる必要がある。ことばが多少遅れている、視線が合わない、カードを持たずすることができないなどの状況があっても、2歳7ヶ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るが、ほとんど大きな理由はなく、まだ小さいからなど問題を先送りにする理由はたくさんみつかるといえる。

乳幼児健診では、親に問診票の記入を求めたり、保健師などが面接したりなど、受診者全員の発達状況をチェックしている。愛知県の集計では、言語発達や精神発達などの項目に対して、「要指導」や「要観察」などに判定される頻度は1歳6カ月児健診で25%程度、3歳児健診でも15%程度と報告されてきている。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。指摘だけではよいわけではない。健診後のフォローや支援があつてこそ指摘が生きてくる⁵⁾。親の心配をむやみに煽らないようにとの配慮から、健診で「まだ大丈夫ですよ」と伝えることで支援のチャンスを失うこともある。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⁶⁾。

発達支援の保健モデル

正常発達を示す子どもの場合に、運動発達は一見子どもがひとりで身につけるもののように見える。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、例えば歩きかけた頃に親が手を添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⁷⁾でも、この子どもと親のポジティブな関係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、真似をするなど）、社会性（遊ぶ、協力する、決まりを守るなど）は、どれも子どもがひとりで達成できるものではなく、必ず相手となる親や周囲のおとななどが必要となる。正常発達の子どもでも、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⁸⁾、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の考え方（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。

多職種が連携した支援

支援の必要性の判定は、上述した1. 子の要因（発達）以外に、2. 子の要因（その他）、3. 親・家庭の要因、4. 親子の関係性に分類する。子育てを困難にする要因は多種多様であるが、愛知県の判定区分では子育ての要素である子どもと親（および家庭などを含めた環境）、そして両者の関係性に着目して分類す

る(表3, 4, 5)。このように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、飲んでいけど育たない、子どもの疾患が原因で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す量が不適切、親の疾患、精神障害等が原因で適切な育児ができなのであれば「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という意味である。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くる。

現在、乳幼児健診には、医師・歯科医師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士、栄養士、臨床心理士、保育士などの多くの職種や時には育児ボランティアなどが関わっている。疾病のスクリーニングに重きを置いた疾病志向の乳幼児健診では、医師・歯科医師の的確な判定のみが重視されたが、子育て支援に視点を置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³⁾。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、

表3 子の要因(その他) 判定の考え方

<p>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等で判定する。</p> <p>・機関連携による支援(3歳児健診)の一例</p> <p>先天性心疾患で治療が続き、3~4カ月児健診及び1歳6カ月児健診は未受診。現在、在宅酸素療法中で酸素は1¹⁾分使用。恥ずかしがり屋の所はあるが、ことばなどの精神発達面は問題ない。看護師のいる保育園に4月から入園した。本人は保育園で、酸素カニューラを外したが、医師からは1日に2~3時間は酸素を中断してもよいと言われているが、園としては病状がわからないので、行動を制限している。</p> <p>本児のできることを増やし、地域で楽しく生活できるよう、病院・保育園と連携し支援する必要があると判断した。</p>
--

表4 親、家庭の要因 判定の考え方

<p>親の持つ能力や疾病、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等で判定する。</p> <p>・機関連携による支援(3~4カ月児健診)の一例</p> <p>母親がうつ病のため、ほとんど育児ができず、昼間、授乳とおむつ替えがやっとの状況。現在、家事やその他の夜の育児は実家の親が中心で行っている。子どもの発達・発育は良好、本日の健診では特に問題なし。実家は遠く、長期に支援を求めることは困難。</p> <p>今後、父親も交え、主治医とも連絡をとり、ヘルパーや保育園等の活用も含めて、母親の育児を支援する体制を検討する必要があると判断した。</p>
--

表5 親子の関係性 判定の考え方

<p>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。</p> <p>・機関連携による支援(3~4カ月児健診)の一例</p> <p>母親17歳で第1子を出産、育てることができず施設入所。第2子の妊娠中に、5歳になった第1子を引き取った。今も、第1子の世話に手を焼いている様子。第2子には、発育・発達の問題はないが、子どものあやし方、世話のしかたなどの相談のため、月1回家庭相談員が訪問予定。</p> <p>第1子の通う保育園、児童課や児童相談センターとも連携し、生活面での具体的な支援を行うこととした。</p>
--

発育や発達の状態、子どもの健康状態、母の健康状態や家庭の状況、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となることを期待したい。

文 献

- 1) <http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka>
- 2) 母子健康診査マニュアル：愛知県健康福祉部編 平成23年3月
http://www.achmc.pref.aichi.jp/Hoken_manual.html
- 3) 発達障害者支援体制整備事業報告書：愛知県発達障害者支援体制整備推進協議会 平成20年3月
- 4) 山口志麻他：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
- 5) 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
- 6) 平岩幹男：乳幼児ハンドブック その実際から事後フォローまで。診断と治療社 2006
- 7) 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
- 8) 前川喜平他編：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 2010
- 9) 前川喜平：子育て支援に視点を置いた乳幼児健診。母子健康診査マニュアル：愛知県健康福祉部編 平成23年3月
http://www.achmc.pref.aichi.jp/Hoken_manual.html

第256回例会講演

1. 乳幼児健診における子育て支援と発達支援 ～医師の役割について

あいち小児保健医療総合センター
保健センター長
山崎 嘉久
(平成23年11月27日)



はじめに

発達障害の早期スクリーニングと対応は、乳幼児健康診査（乳幼児健診）の重要な課題である。疾病のスクリーニングから子育て支援へと健診で取り扱われる健康課題が大きく変わる中、これまで疾病のスクリーニングを主な目的として用いられてきた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相応しいとはいえない。このため愛知県は、県内市町村や関係機関と協力して子育て支援

の必要性を判定する新しい区分を開発し、平成23年度から県内市町村の乳幼児健診で活用されている¹⁾。

子育て支援を必要とする要因は子どもの発達や疾病、親や家庭の状況や親子の関係性などさまざまであるが、本稿では、特に乳幼児健診における発達支援と医師の役割について論述する。

わが国の乳幼児健診

乳幼児健診は、母子健康手帳や家庭訪問活動などととも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担ってきた重要な事業である。戦後の母子ともに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、子育て支援に視点を置いた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、図2）。

母子保健法に基づいて乳幼児健診の実施主体は市町村である。3～4か月児健診、1歳6か月児健診（および歯科健診）、3歳児健診（および歯科健診）が、どこの市町村でもほぼ共通して実施されている。その多くは集団検診として実施され、9割以上の高い受診率を認めている。一方、1か月児健診、6か月児健診、10か月児などは、個別健診として各医療機関で実施されているが、その回数や対象年齢は市町村で異なる。近年、特別支援教育への円滑な導入を目指してのいわゆる“5歳児健診”が注目されているが、実施自治体80件/1,075件（2010年全国調査）²⁾とけっして多くない。

乳幼児健診での発達スクリーニング

現在、子どもの発達障害は保育、教育、福祉や保

図1. 乳幼児健診の主要課題の変遷とその重層性

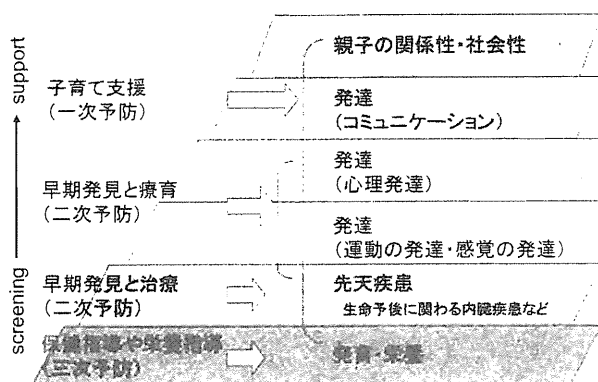


図2. 乳幼児健診の主要課題の変遷と従事者の拡大

