

健医療などの領域を越えた重要な課題である。しかし発達障害の早期スクリーニングとして乳幼児健診が機能しているかとの課題が、提起されて久しい。確かに発達障害等と診断された子どもの後方視的な健診情報の検討では、問診や健診での発達項目の通過率は低い。しかし健診現場で実施されている積み木、指差しなどの所見や発達に関する問診項目など、単項目で高い的中率を示す項目はない。

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。愛知県の以前の集計では、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か月児健診で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。指摘だけすればよいわけではない。健診後のフォローや支援があってこそ指摘が活かされる。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「まだだいじょうぶ」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「様子を見ましょう」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。

横浜市総合リハビリテーションセンターでは、1990年代半ばには早期発見と早期支援のシステム・モデル“DISCOVERY”が完成した。1988年～1991年生まれのコホートに対して、1歳半健診による発達障害のスクリーニング特異度100%、自閉症のスクリーニング感度81%が実現し、自閉症に対する悉皆的な早期支援が可能となったという。同センターが担当する地域に在住する子どもの約7%が5歳までにセンターへの受診を申し込み、発達障害と診断され支援が開始されていることから、約10%存在する支援ニーズの7割が幼児期に支援開始されているという。

本田は、1歳半健診における高いスクリーニング精度を実現した保健師の技法を分析し、「抽出・絞り込み法」という方法論を提唱した。これは、発達障害の可能性のある子どもをいったんやや多めに把握する「抽出」と、そこから発達障害ではない子どもを除外する「絞り込み」の2段階からなり、前者では偽陰性例を最小に、後者では偽陽性例を最小にすることができるという。また、この方法論には、乳幼児健診を広く育児支援ニーズ把握の端緒に位置づける視点が必要といわれている。

現在、愛知県内においても、各市町において乳幼

児健診や各種の相談を契機とし、地域の療育機関や関係機関と連携した発達スクリーニングと支援のシステム整備が模索されている。ただ、乳幼児健診に従事する医師がこうしたシステムを十分に理解しているかどうかが現状の課題といえる。

医師の判定 要観察と要紹介の違い

乳幼児健診において医師の判定はきわめて重要である。愛知県では乳幼児健診における医師の判定の標準化を目指して母子健康診査マニュアルを改訂し、平成23年度から実際の健診で用いられている(図3)。運動発達と精神発達についてもその考え方を示した(表1、表2)。ポイントは、判定方法とその考え方の標準化を目指した点にある。

判定方法として、運動発達では「運動発達に関する過去の健診結果、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場面での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの姿勢、粗大運動、微細運動、反射等の所見や親の心配ごとなども考慮して総合的に判定する」、精神発達では「言語や認知、社会性の発達、アタッチメント形成などの精神発達について判定する。過去の健診結果、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場面での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの様子や親の心配ごとなども考慮して総合的に判定する」とした。医師の診察には、問診や他職種の観察結果を十分に組み入れることの重要性を明らかとした。また、「発達障害児等の早期発見と療育のため、地域の関係機関が連携した活動が行われている。保健機関や関係機関が提供する相談支援体制を踏まえて判定する。」ことを付記することで、市町で行われている支援体制への一層の理解を求めている。

判定基準は、「異常なし」：運動発達の遅れの疑いがないと判定されるもの、「既医療」：既往症、問

図3. 乳幼児健診の報告基準の改訂

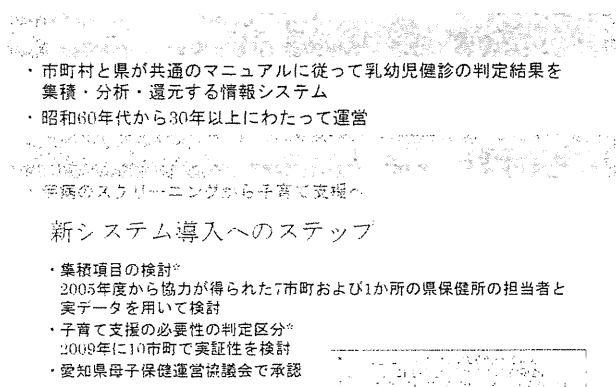


表1 運動発達の判定の考え方

対象健診：1歳6か月児健診・3歳児健診

| | |
|--------------|--|
| 判定区分 | 1：異常なし、2：既医療、3：要観察、4：要紹介 |
| 判定方法 | 運動発達に関する過去の健診結果、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場面での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの姿勢、粗大運動、微細運動、反射等の所見や親の心配ごとなども考慮して総合的に判定する ¹⁾ 。 |
| 判定基準 | 1：異常なし：運動発達の遅れの疑いがないと判定されるもの 2：既医療：既往症、問診から運動発達の遅れを伴う疾病を診断されているもの 3：要観察：運動発達の遅れを伴う疾病等が疑われ、保健機関での経過観察が必要と判定されるもの 4：要紹介：運動発達の遅れを伴う疾病等が疑われ、診断や治療・療育のために専門機関（医療機関や療育機関他）への紹介が必要と判定されるもの |
| 判定上の留意点 | 3：要観察の判定にあたっては、保健機関で経過を観察する手段や間隔（医師の診察や保健師の相談ほか）を具体的に示すこと。親子教室などの療育的役割を持つ事業への勧奨を要観察とするかどうかは、その事業の目的や内容により市町村で定める。医師・健診スタッフ間で方針を統一して判定する ²⁾ 。 |
| 早期発見の対象となる疾患 | ・脳性まひ、神経筋疾患、代謝異常症、精神発達遅滞ほか ・鑑別診断として、子ども虐待にも留意する。 |
| 専門機関への紹介ポイント | 4：要紹介と判定する場合は、適切な機関（医療機関や療育機関他）や紹介時期などを、地域の早期療育等の状況 ³⁾ を踏まえて保健師などのスタッフと検討し、具体的に示す。子どもの発達を促すための支援の必要性についても検討する ⁴⁾ 。 |

- 1) 発達障害児等の早期発見と療育のため、地域の関係機関が連携した活動が行われている。保健機関や関係機関が提供する相談支援体制を踏まえて判定する。
- 2) 子育て支援の必要性の判定では、子どもへの親のかかわり方や受療行動について、助言や情報提供のみで親が行動できるか、保健機関での継続支援が必要か、他機関と連携した支援が必要かなど支援の実現性について判定する。

表2 精神発達の判定の考え方

対象健診：1歳6か月児健診・3歳児健診

| | |
|---------------|--|
| 判定区分 | 1：異常なし、2：既医療、3：要観察、4：要紹介 |
| 判定方法 | 言語や認知、社会性の発達、アタッチメント形成などの精神発達について判定する。過去の健診結果、母子健康手帳や問診による発達歴、問診場面での親の訴えや保健師等による観察、そして診察場面での子どもの様子や親の心配ごとなども考慮して総合的に判定する ¹⁾ 。 |
| 判定基準 | 1：異常なし：精神発達の遅れの疑いがないと判定されるもの 2：既医療：既往症、問診から精神発達の遅れを伴う疾病を診断されているもの 3：要観察：精神発達の遅れを伴う疾病等が疑われ、保健機関での経過観察が必要と判定されるもの 4：要紹介：精神発達の遅れを伴う疾病等が疑われ、診断や治療・療育のために専門機関（医療機関や療育機関他）への紹介が必要と判定されるもの |
| 判定上の留意点 | 3：要観察の判定にあたっては、保健機関で経過を観察する手段や間隔（医師の診察や保健師の相談ほか）を具体的に示す。親子教室などの療育的役割を持つ事業への勧奨を要観察とするかどうかは、その事業の目的や内容により市町村で定める。医師・健診スタッフ間で方針を統一して判定する ²⁾ 。 |
| 早期発見の対象となる疾患等 | ・言語発達遅滞、広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）、注意欠陥・多動性障害、軽度精神発達遅滞など（社会性の発達など、まだ健常児でも到達していないところもあり、DSM-IVなどのマニュアル式の操作的診断基準では診断されない場合がある。） ・鑑別診断として、子ども虐待にも留意する。 |
| 専門機関への紹介ポイント | 4：要紹介と判定する場合は、適切な機関（医療機関や療育機関他）や紹介時期などを、地域の早期療育等の状況 ³⁾ を踏まえて保健師などのスタッフと検討し、具体的に示す。子どもの発達を促すための支援の必要性についても検討する ⁴⁾ 。 |

- 1) 集団場面や遊びを通じての子どもの様子の観察などを用いることもできる。集団健診ではほとんど用いられないが、PARS (PDD-Autism Society Japan Rating Scale)、M-CHAT (The Modified CHAT) などのスクリーニング尺度がある。
- 2) 発達障害児等の早期発見と療育のため、地域の関係機関が連携した活動が行われている。保健機関や関係機関が提供する相談支援体制を踏まえて判定する。
- 3) 子育て支援の必要性の判定では、子どもへの親のかかわり方や受療行動について、助言や情報提供のみで親が行動できるか、保健機関での継続支援が必要か、他機関と連携した支援が必要かなど支援の実現性について判定する。

診から運動発達の遅れを伴う疾病を診断されているもの、「要観察」：運動発達・精神発達の遅れを伴う疾病等が疑われ、保健機関での経過観察が必要と判定されるもの、「要紹介」：運動発達・精神発達の遅れを伴う疾病等が疑われ、診断や治療・療育のために専門機関（医療機関や療育機関他）への紹介が必要と判定されるものとした。

特に、「要観察」の判定には、保健機関で経過を観察する手段や間隔（医師の診察や保健師の相談ほか）を具体的に示し、医師・健診スタッフ間で方針を統一して判定すること。「要紹介」の判定には、適切な機関（医療機関や療育機関他）や紹介時期などを、地域の早期療育等の状況を踏まえて保健師などのスタッフと検討し具体的に示すことを明記した。さらに、次に述べる子どもの発達を促すための支援の必要性についても検討することを強調している。

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、支援が必要な要因を、1. 子の要因（発達）、2. 子の要因（その他）、3. 親・家庭の要因、4. 親子関係に分け、それぞれ支援の実現性を考慮して、1. 支援の必要性なし、2. 助言・情報提供で自ら行動できる（助言・情報提供）、3. 保健機関の継続支援が必要（保健機関継続支援）、4. 機関連携による支援が必要（機関連携支援）に判定するものである。中でも子の要因（発達）の判定は、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、例えば、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（助言・情報提供）、親が行動するには保健機関での継続的な相談や訪問、教室参加の必要（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親や子どもへの支援が必要（機関連携支援）と判定する。この際、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は問わないこととしている。

医師による判定と多職種による子育て支援の必要性の判定の双方が組み合わせられることで、子どもの発達を支援する乳幼児健診が実現されることを期待したい。

発達障害の発症に関する最近の知見

近年、がんなどの生活習慣病の発症にエピジェネティクス（Epigenetics）の関与が注目されている。

エピジェネティクスとは、全く同じ遺伝子を持っていても、さまざまな要因で遺伝子の働きが違ってくることで、発達障害に関する研究でも短期間の養育環境で脳のエピジェネティクスが変わり得ることをラットで示した報告¹⁾などいくつかの報告が散見されている。Beaudet AL²⁾は、遺伝学的異常とエピジェネティックな異常の両者がかかわっているとする自閉症モデルを提唱している。画像診断等でその実証を試みた報告³⁾も少なくない。

わが国においても、驚見は自閉症スペクトラム（ASD）の根本的原因について、特定の疾患と無関係な“特発性”と、特定の疾患と関連する“続発性”に大別し、特発性 ASD は多数の遺伝子と環境要因によって発症する多因子疾患と推測されると概説⁴⁾している。また杉江らは、父母の年齢、新生児期異常（強度黄疸等）と ASD 発症に関連を認めたことから、新生児期におけるそれほど致命的ではない非特異的ストレスが、脆弱な遺伝子に作用することで、エピジェネティックな変化をもたらし、ASD 発症リスクを増大させる可能性を示唆している⁵⁾。自閉症発症に対する分子マーカーとその発現に関する総説も著されている⁶⁾。さらに、自閉症スペクトラム障害の有病率が上昇傾向であることの原因を探求するコホート調査「浜松母と子の出生コホート」⁷⁾や環境化学物質曝露の次世代影響に関する調査⁸⁾、そしてエコチル調査などの生活習慣などの社会要因を含めた調査や解析が始まっている。

こうした研究の結果は、発達障害の発症に生後の子育て環境や親子・社会とのかかわりが大きな影響を持つとの現場の実感に符合すると感じられる。

小児保健からみた発達支援

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伝って上手にできると、子どもの達成感は親の喜びにつながり、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⁹⁾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（後追いつる、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のかかわりが必要となる。そもそも障害とは、何らかの日常生活上の困り

事である。気になる行動をしていても少なくとも1歳6か月児の子どもは困っていない。親（特に母親）は少し困っているかもしれない。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」¹⁰と考えて³⁾、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。

保健師の支援技術の特徴として、保護者の療育力をつける、子どもを集団生活の場につなげる、保育士や専門機関と連携して子どもの集団生活を継続させることによって子どもの社会性を促していることがあると指摘されている²⁾。

現在、それぞれの市町村では、発達障害児等の早期発見と療育のための、地域の保健や福祉機関が連携した活動が行われている。乳幼児健診は、その入り口のひとつとして重要なポイントである。保健機関での継続的な相談や経過観察、または地域の療育施設等への紹介など、乳幼児健診の事後サービスの利用について、健診に携わる医師はその内容をよく理解し、保健師ほかの健診スタッフと十分な情報交換をする必要がある。子どもの発達を支援する立場から、医師として事後サービスの利用を促すことは、親の受容や受療行動にとっては、このうえないチャンスとなる。

子育て支援に視点を置いた乳幼児健診には、健診スタッフと協働した健診医としての重要な役割がある。

参考文献

- 1 山崎嘉久：乳幼児健診における新しい評価の視点～子育て支援と発達支援。愛知県小児科医会会報 2011：93：4-9
- 2 山崎嘉久他：乳幼児健診の実施対象年齢に関する全国調査。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年度総括・分担報告書 2010：82-90
- 3 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 2009：41：334-338
- 4 秋山千枝子：乳幼児健診の新たな視点。健診後の対策。日本小児科医会会報 40：113-115、2010年
- 5 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年
- 6 Honda H et al：Early intervention system for preschool children with autism in the community:

- the DISCOVERY approach in Yokohama, Japan. Autism 2002：6：239-257.
- 7 Honda H et al：Cumulative incidence of childhood autism: a total population study of better accuracy and precision. Dev Med Child Neurol. 2005：47：10-18
- 8 Honda H et al：Extraction and Refinement Strategy for detection of autism in 18-month-olds: a guarantee of higher sensitivity and specificity in the process of mass screening. J Child Psychol Psychiatry 2009：50：972-981
- 9 本田秀夫：乳幼児健診を利用した発達障害の早期発見 -10%の支援ニーズに対応するための戦略-日本公衆衛生学会総会抄録集(第70回) 2011:63
- 10 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>
- 11 Weaver IC et al：Epigenetic programming by maternal behavior. Nat Neurosci. 2004：7:847-854
- 12 Beaudet AL.：Autism: highly heritable but not inherited. Nat Med. 2007：13：534-536.
- 13 Mitchell SR et al：Neuroanatomic alterations and social and communication deficits in monozygotic twins discordant for autism disorder. Am J Psychiatry. 2009：166：917-925
- 14 鷲見 聡：自閉症スペクトラムの原因について 多因子疾患説を中心に 小児科臨床 2007：481-488
- 15 杉江陽子他：自閉症スペクトラム障害の社会性障害の病態と治療的展開 自閉症スペクトラム障害における周生期および新生児期関連要因。精神神経学雑誌2009：111：1397-1403
- 16 東田陽博：自閉症分子マーカー探索 自閉症の遺伝子・分子生物・実験動物学的研究。医学のあゆみ 2009：231(10)：1072-1078
- 17 土屋賢治：自閉症の疫学研究の動向と出生コホート研究。日本神経精神薬理学雑誌 2011：31：29-34
- 18 岸玲子：出生コホート研究の現状と今後の課題 日本で前向き研究を実施してきた経験から。保健医療科学 2010：59：366-371
- 19 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 2008：67：573-582
- 20 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年
- 21 中山かおり他：発達障害児とその家族に対する保健師の支援技術の明確化—就学前の子どもの社会性を身につけるための支援—小児保健研究 2007：66(4)：516 - 523

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

あいこ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、乳幼児健診がふり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

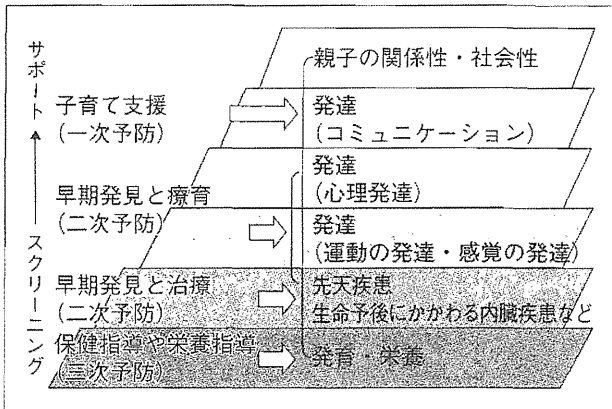
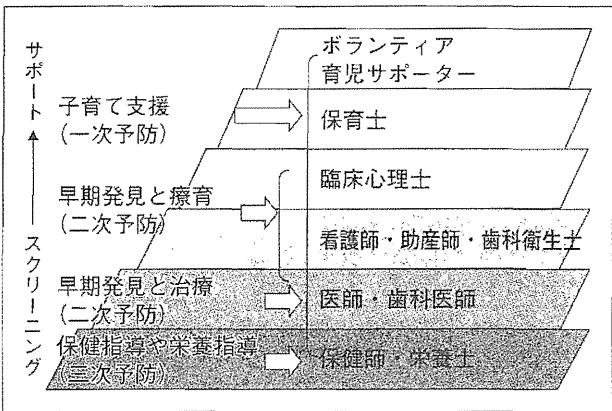


図2 乳幼児健診の主要課題の変遷と従事者の拡大



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たとときに、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)

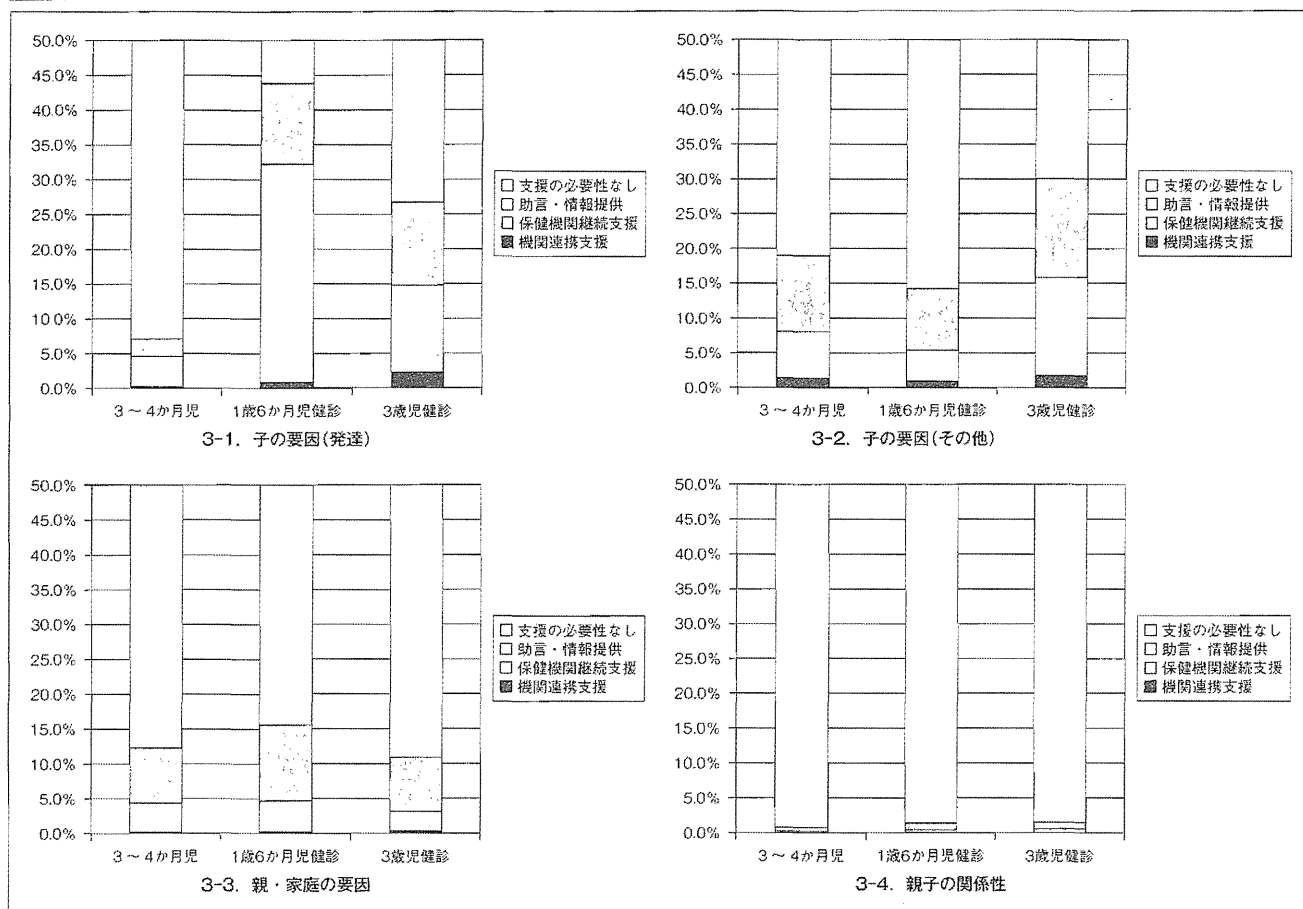
ている。2011(平成23)年度から子育て支援の必要性の判定や、医師や歯科医師の判定、一部の問診項目などを統一して個別データを保健所に集積するシステムに大きく変更した。

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みえる。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」であるという考え方(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

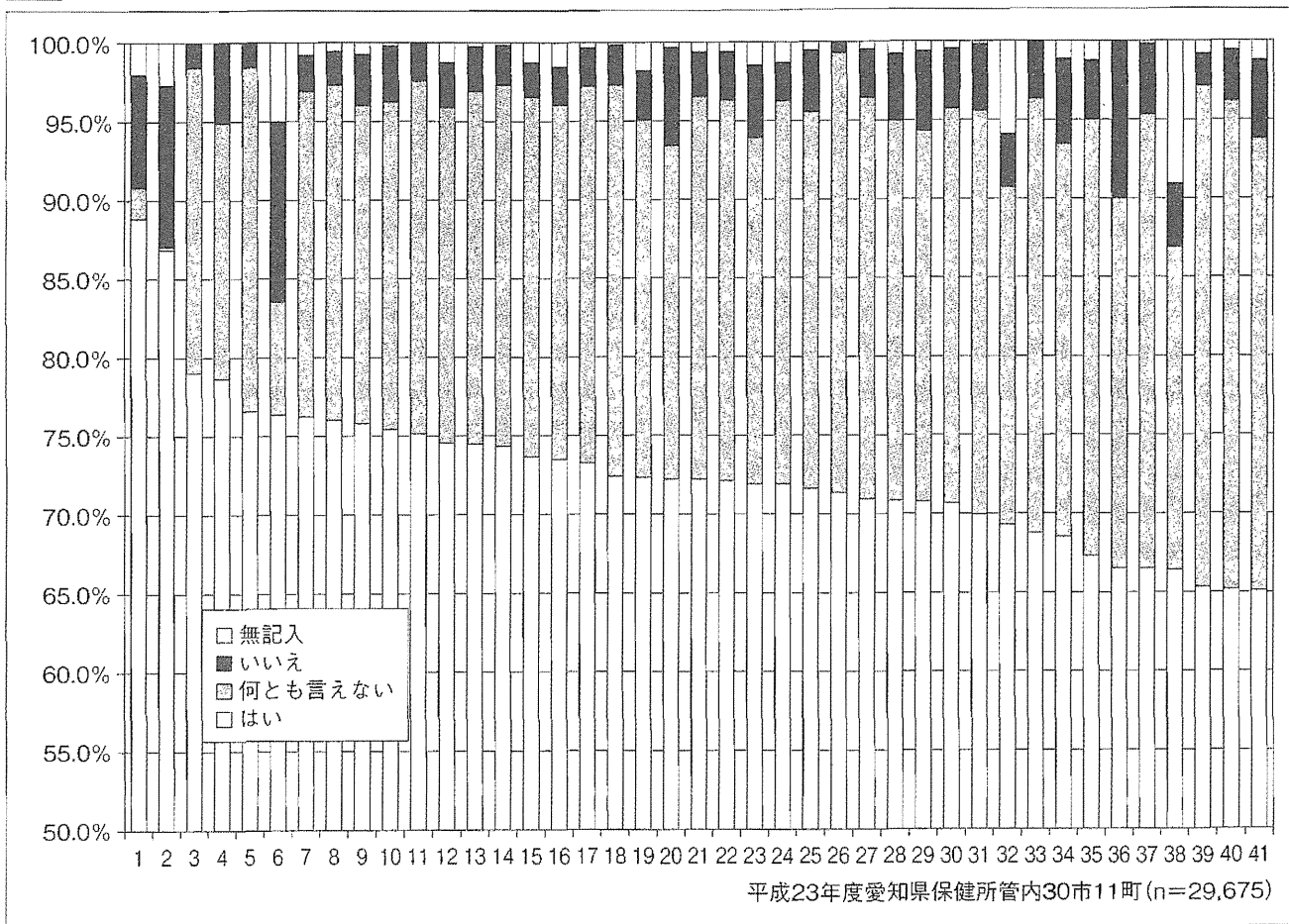
ほとんどの健診現場では、診察に先立って保健師などによる問診が行われている。問診内容は個別指導に活用されるだけでなく、情報を集積することで地域の子育ての実態把握にもつながる。2011年度の愛知県の集計結果から、ゆったりとした気分で子どもと過ごせる母親の割合は、3～4カ月児健診では84.4%、1歳6カ月児健診78.2%、3歳児健診72.2%と子どもの年齢とともに減少し、その頻度は市町間で大きく異なっていた(図4)。この割合は、健やか親子21の第4課題(子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減)において、被虐待児の報告数などとともに保健水準の指標に位置づけられている¹⁾。つまり市町村によって、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、発育や発達の状況、子どもの健康状態、母親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・療育へと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の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。

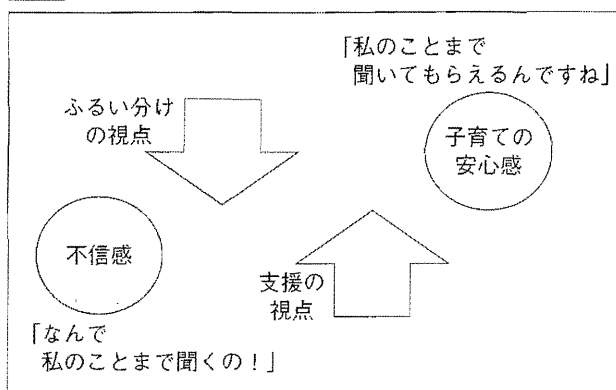
未受診者の特徴として、4カ月児健診では出生後早期から医療とつながりがある場合、1歳6カ月健診や3歳児健診では保護者側の要因や保育園・幼稚園に通園中などの理由が多くを占めたとの報告¹⁴⁾があることから、未受診者のすべてが虐待事例ではない。しかし、健診を受診することで、子どもの健康を守る権利を保障する視点からも、未受診を減らすための積極的な対策と住民の幅広い合意が望まれる。

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さ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¹⁾。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「私のことまで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、乳幼児健診がふり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界；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/2r9852000002fxos.html
- 10) 加藤恵子, 小林純子, 幾田純代：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, 鈴原原昌, 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が特徴といえよう。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）。

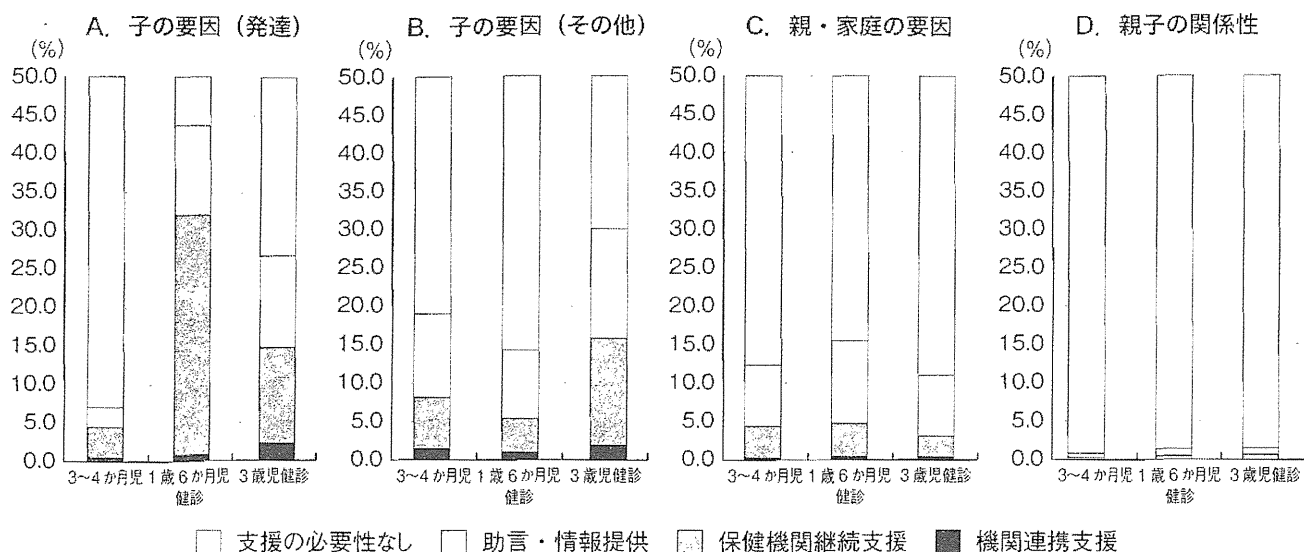


図1 子育て支援の必要性の判定 要因別の集計結果

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うことになる。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ー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の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

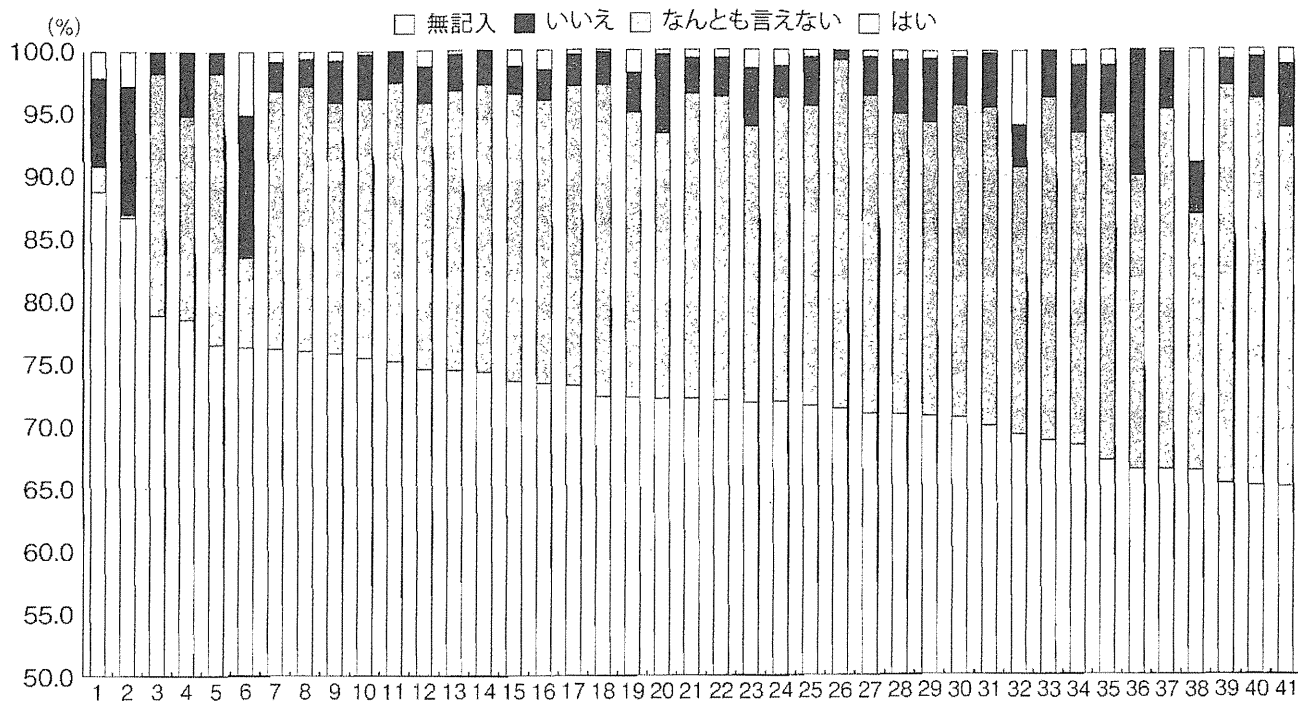


図 2 ゆったりとした気分で子どもと過ごせる母親の割合の市町比較 (3 歳児健診)

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と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

平成24年度厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに
多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」
平成24年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成25（2013）年3月

編集・発行 山崎 嘉久（あいち小児保健医療総合センター 保健センター）
「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに
多職種連携による母子保健指導のあり方に関する研究」班

研究代表者 山崎 嘉久
〒474-8710 愛知県大府市森岡町尾坂田
あいち小児保健医療総合センター 保健センター保健室
TEL：0562-43-0500 FAX：0562-43-0504
E-mail：hoken_center@mx.achmc.pref.aichi.jp

