

対象者数		d. 状況不明	e. 転居	f.その他
a. 精検票	41	1	1	1
b. 紹介状	60	9	1	10
c. その他文書	0			
d.文書発行なし	9	5		2
計	110	15	2	13
	100.0%	13.6%	1.8%	11.8%

表 3. 検尿（3歳児健診）で下記の所見を認めたケースの状況把握

表 3-1 尿蛋白(2+~)・(1+)または尿潜血(2+~)・(1+)のケース

尿蛋白	(2+~)	(2+~)	1+	(±)	(-)	(-)	計
尿潜血	(1+)	(-)	(-)	2+~	2+~	1+	
例数	1	2	8	1	2	6	19

対象者数		a.診断名 把握	b.医療機 関経過観 察	c.異常な し	d.状況不 明	e.転居	f.その他
a.精検票	6	0	0	0	4	0	2
b.紹介状	13	0	5	4	0	1	3
c.その他文書	0						
d.文書発行なし	0						
計	19	0	5	4	4	1	5
	100.0%	0.0%	26.3%	21.1%	21.1%	5.3%	26.3%

表 3-2 尿蛋白(±)のケース（全例潜血は陰性）

対象者数		a.診断名 把握	b.医療機 関経過観 察	c.異常な し	d.状況不 明	e.転居	f.その他
a.精検票	2	0	2	0	0	0	0
b.紹介状	0						
c.その他文書	0						
d.文書発行なし	89	0	0	8	8	8	65
計	91	0	2	8	8	8	65
	100.0%	0.0%	2.2%	8.8%	8.8%	8.8%	71.4%

表 4-1. 親・家庭の要因のクロス集計表（3～4 か月児健診フォローアップ群）

親家庭の要因 (3～4 か月児健診)	親家庭の要因（1歳6か月児健診）				合計
	支援の必要性なし	助言・情報提供	保健機関 継続支援	関係機関 連携支援	
支援の必要性なし	2,170	201	62	3	2,436
助言・情報提供	64	15	11	0	90
保健機関継続支援	48	14	21	3	86
合計	2,282	230	94	6	2,612

表 4-2. 親・家庭の要因のクロス集計表（1歳6か月児健診フォローアップ群）

親家庭の要因 (1歳6か月児健診)	親家庭の要因（3歳児健診）				合計
	支援の必要性なし	助言・情報提供	保健機関 継続支援	関係機関 連携支援	
支援の必要性なし	1,368	107	18	5	1,498
助言・情報提供	125	27	11	3	166
保健機関継続支援	34	20	16	7	77
関係機関連携支援	2	0	0	0	2
合計	1,529	154	45	15	1,743

表 5. 子育て支援の判定のクロス集計表

過去の健診時の判定	現在の健診時の判定			
	支援の必要性なし	助言・情報提供	保健機関 継続支援	関係機関 連携支援
支援の必要性なし	A	B	B	B
助言・情報提供	C	D	B	B
保健機関継続支援	C	C	D	B
関係機関連携支援	C	C	C	D

表 6. 支援状況と過去の判定の振り返り

表 6-1 状況悪化ケース（3～4 か月児健診フォローアップ群）

対象者数	a. 支援が十分でなかった	支援とは別に状況が変化した			e. 過去の判定が適切でなかった	f. 判定不能
		b. 親・家庭の状況が変わった	c. 子どもの状況が変わった	d. 親子の関係性が変わった		
65	1	44	41	7	5	3
100.0%	1.5%	67.7%	63.1%	10.8%	7.7%	4.6%

表 6-2 状況改善ケース（3～4 か月児健診フォローアップ群）

対象者数	a. 支援が十分だった	支援とは別に状況が変化した			e. 過去の判定が適切でなかった	f. 判定不能
		b. 親・家庭の状況が変わった	c. 子どもの状況が変わった	d. 親子の関係性が変わった		
48	6	32	15	1	4	3
100.0%	12.5%	66.7%	31.3%	2.1%	8.3%	6.3%

表 6-3. 状況悪化ケース（1歳6か月児健診フォローアップ群）

対象者数	a. 支援が十分でなかった	支援とは別に状況が変化した			e. 過去の判定が適切でなかった	f. 判定不能
		b. 親・家庭の状況が変わった	c. 子どもの状況が変わった	d. 親子の関係性が変わった		
23	1	18	6	2	2	0
100.0%	4.3%	78.3%	26.1%	8.7%	8.7%	0.0%

表 6-4 状況改善ケース（1歳6か月児健診フォローアップ群）

対象者数	a. 支援が十分だった	支援とは別に状況が変化した			e. 過去の判定が適切でなかった	f. 判定不能
		b. 親・家庭の状況が変わった	c. 子どもの状況が変わった	d. 親子の関係性が変わった		
36	10	23	10	4	2	0
100.0%	27.8%	63.9%	27.8%	11.1%	5.6%	0.0%

表 7. 子育て支援の判定のクロス集計を用いた支援の評価表

過去の健診時の判定	現在の健診時の判定			
	支援の必要性なし	助言・情報提供	保健機関継続支援	関係機関連携支援
支援の必要性なし	A	B	B	B
助言・情報提供	C	D	B	B
保健機関継続支援	C	C	D	B
関係機関連携支援	C	C	C	D

【指標の定義】

状況の改善度 = $\Sigma(C) \div (A + \Sigma(B) + \Sigma(C) + \Sigma(D)) \times 100 (\%)$

状況の悪化度 = $(\Sigma(B) + \Sigma(D)) \div (A + \Sigma(B) + \Sigma(C) + \Sigma(D)) \times 100 (\%)$

課題別健康度 = $A \div (A + \Sigma(B) + \Sigma(C) + \Sigma(D)) \times 100 (\%)$

表 8-1. 親・家庭の要因に対する支援の評価表 (3~4 か月健診フォローアップ群)

親家庭の要因 (3~4 か月児健診)	親家庭の要因 (1歳6か月児健診)				合計
	支援の必要性なし	助言・情報提供	保健機関継続支援	関係機関連携支援	
支援の必要性なし	2,170	201	57	3	2,431
助言・情報提供	64	15	11	0	90
保健機関継続支援	44	14	21	3	82
合計	2,280	230	89	6	2,603

支援の達成度	4.7%
支援の未達成	10.6%
課題別健康度	83.4%

表 8-2. 親・家庭の要因に対する支援の評価表（1歳6か月健診フォローアップ群）

親家庭の要因 (1歳6か月児健診)	親家庭の要因（3歳児健診）				合計
	支援の必要性なし	助言・情報提供	保健機関 継続支援	関係機関 連携支援	
支援の必要性なし	1,368	107	18	5	1,498
助言・情報提供	125	27	11	3	166
保健機関継続支援	34	20	16	7	77
関係機関連携支援	2	0	0	0	2
合計	1,529	154	45	15	1,743

支援の達成度	10.3%
支援の未達成	8.6%
課題別健康度	78.7%

表 9. 支援の評価の市町比較

市町	3～4か月児健診フォローアップ群				1歳6か月児健診フォローアップ群			
	対象者数*	状況の改善度	状況の悪化度	課題別健康度	対象者数*	状況の改善度	状況の悪化度	課題別健康度
A	718	4.6%	10.3%	83.8%	545	12.8%	11.6%	71.9%
B	941	2.2%	6.5%	90.6%	512	4.1%	2.1%	93.2%
C	491	10.6%	21.2%	64.4%	347	12.7%	17.0%	66.3%
D	252	2.8%	6.0%	91.3%	185	11.9%	5.9%	79.5%
E	192	4.7%	9.9%	84.4%	140	14.3%	2.9%	82.1%
6市町全体	2,603	4.7%	10.6%	83.4%	1,739	10.3%	8.6%	78.7%

*対象者数：出生数10名未満のF町を割愛したため、A～Eの計と6市町全体の数とは異なる。

妊娠期からの支援の評価等に関する検討

研究協力者	森 智子	（あいち小児保健医療総合センター）
	塩之谷 真弓	（愛知県新城保健所）
	三浦 訓子	（豊川市保健センター）
	岡本 桂子	（蒲郡市保健センター）
	廣田 直子	（田原市 健康課）
	飛安 美幸	（田原市 健康課）
	柴田 弥生	（刈谷市保健センター）
	野沢 智子	（知多市子育て総合支援センター）
	濱地 恵美	（知多市健康推進課）
	河野 明美	（津島市保健センター）
	佐藤 衣理	（津島市保健センター）
	佐々木 溪円	（あいち小児保健医療総合センター）
研究代表者	山崎 嘉久	（あいち小児保健医療総合センター）

愛知県内の市町村では県内共通の妊娠届出書の質問項目等からリスクを評価し、支援の必要なケースに対して妊娠期から支援を実施しているが、その評価方法は確立していない。今回、妊娠期からの支援の実態を把握するとともに評価手法について検討した。

研究協力者らと評価シートを開発し、平成25年8月から9月に妊娠届を受理したケースのうち、研究協力者の6市において各連続50件ずつ、計300件について分析した。

妊娠期に各市の基準で支援が必要と判断されたケースは59件（19.7%）であった。妊娠期の支援として電話相談、家庭訪問、面接、他機関連携が実施されていた。このうち50件が3～4か月児健康診査（以下、健診とする。）を受診し、保健機関または機関連携による支援が必要と判定されたケースは、「親や家庭等の要因」で13件（26.0%）、「子の要因」で9件（18.0%）であった。

一方、妊娠届出書のスクリーニング点数が3点以上の51件のうち、28件（54.9%）が妊娠期に支援が必要と判断されていた。28件のうち3～4か月児健診を受診した22件について、保健機関または機関連携による支援が必要と判定されたケースは、「親・家庭等の要因」10件（45.5%）、「子の要因」で4件（18.2%）であった。支援が必要と判断したケースの中でも、スクリーニング点数が3点以上のケースについては、優先的に妊娠中からの支援を取り組むべきと考えられた。

また、妊娠期から3～4か月児健診までの転出ケースは、支援の必要あり・必要なし別には、16.4%・9.7%、スクリーニング点数が3点以上・3点未満で、22.2%・8.8%であった。転出ケースに対して、自治体間で情報共有できるシステムの必要性が示唆された。

愛知県では、平成 24 年度から全市町村で共通の問診項目を加えた妊娠届出書を導入している。市町村では、母子健康手帳交付時に妊娠届出書の問診項目への回答や面接時の相談内容等から特定妊婦や要支援家庭のリスクを評価し、必要なケースに対して妊娠期からの支援を試みている。しかし、これまで妊娠期からの継続的な支援については、きょうだいが必要保護児童となっているようなケースを除いては、あまり経験がなく、標準的な支援方法や評価方法も確立していない。

そこで妊娠期からの支援の実態を把握し、支援の評価の在り方について、愛知県保健所や自治体の研究協力者とともに検討を試みた。

A. 研究目的

妊娠期からの支援に対する評価手法の確立を目指すこと。

B. 研究方法

【対象】

平成 25 年 8 月から 9 月に妊娠届を受理したケースのうち、研究協力者の 6 市において各市 50 件ずつ、計 300 件を対象とした。

【方法】

研究協力者との会議で作成した「妊娠期からの支援評価シート」（後述）に、各市の研究協力者がデータを入力し、研究代表者の施設において解析した。

（倫理面への配慮）

あいち小児保健医療総合センター倫理委員会の承認を得た。個人を特定する情報は、市町の研究協力者のみが取扱い、検討対象から除外した。

C. 研究結果

1. 評価項目の検討

平成 25 年 10 月から、愛知県保健所 1 か所と愛知県の 6 市の研究協力者とともに、妊娠期の支援の実態や評価に必要な事項を検討するため 8 回にわたって協議を重ねた。

協議では、研究協力者の自治体や保健所において実施されている妊娠期の支援について、その方法、支援者の属性、支援者と支援対象者（妊婦や要支援家庭）との関係性などをグループ討論により類型化した。また、特定妊婦に対する各自治体の他関係部署との協議の場や情報共有の仕組みなどについて研究協力者間で情報共有した。

その結果、評価に用いる項目を選定（表 1）し、「妊娠期からの支援評価シート」を作成した。自治体の協力者が個別ケースの情報を入力し、研究代表者の施設において解析の上、研究協力者間で協議した。

2. 妊娠届出書の回答結果（表 2）

対象ケースの妊娠届出書の質問項目を、平成 25 年度の愛知県全市町村の集計結果と比較すると、「⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ」、「④経済的に困っている」、「⑫妊娠届出週数が 20 週以降」、「⑬その他（面接時気になる等）」などの 8 項目において、県内市町村の平均値よりも高い頻度を認めた。

一方、「⑧精神疾患の既往あり」、「⑩夫婦関係で困っている」、「⑤困ったときに助けてくれる人がいない」などは、県内市町村の平均値より低い頻度であった。

これらの質問項目に重みづけをしたスクリーニング点数（表 3）は、0 点(49.0%)、1 点(19.7%)、2 点(14.3%)、最高点は 9 点 (0.3%) であり、3 点以上が 17.0%を占めた。県全体との比較では、0 点の割合が少ない結果であった。

表1. 妊娠期からの支援の評価に用いる項目

<p>【妊娠届出書の質問項目】：(あり・なし) を選択</p> <p>①未婚・再婚・死別</p> <p>②母親の年齢が24歳以下</p> <p>③パートナーが無職、一人親の場合は母親が無職</p> <p>④経済的に困っている</p> <p>⑤困った時に助けてくれる人がいない</p> <p>⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ</p> <p>⑦中絶2回以上</p> <p>⑧精神疾患(こころの病気)の既往あり</p> <p>⑨妊娠がわかった時、うれしくない(予想外だったので戸惑った、困った、なんとも思わない、その他)</p> <p>⑩夫婦関係で困っている</p> <p>⑪ここ1年間に、うつ状態が2週間以上続いたことがある</p> <p>⑫妊娠届を出した時の妊娠週数が20週以降</p> <p>⑬その他(面接時気になる、多胎、ステップファミリー等)</p> <p>【妊娠期の状況と支援】</p> <p>14. 妊娠期の支援方針：(1)支援の必要なし、2)助言・情報提供、3)産後早期に支援、4)保健機関支援、5)他機関連携支援)</p> <p>15. 妊娠中の連絡票等(手段は問わない)：(1)保健機関から医療機関、2)医療機関から保健機関、3)保健・医療の両方から連絡、4)本人からの連絡、5)なし)</p> <p>16. 変更後の支援方針：(1)支援の必要なし、2)助言・情報提供、3)産後早期に支援、4)保健機関支援、5)他機関連携支援)</p>	<p>17. 電話相談：(1)相談した、2)相談しなかった)</p> <p>18. 家庭訪問：(1)継続訪問した、2)1回で終了した、3)行ったが会えなかった、4)行かなかった)</p> <p>19. 面接(教室等含む)：(1)面接した、2)面接しなかった)</p> <p>20. 他機関連携：(1)連携した、2)連携しなかった)</p> <p>【出産後の状況と支援】</p> <p>21. 出生：(1)あり 2)なし)</p> <p>22. 在胎週数：()週</p> <p>23. 体重：()g</p> <p>24. 出産後の連絡票等(手段は問わない)：(1)保健機関から医療機関、2)医療機関から保健機関、3)保健・医療の両方から連絡、4)本人からの連絡、5)なし)</p> <p>25. 電話相談(1)相談した、2)相談しなかった)</p> <p>26. 家庭訪問：(1)継続訪問した、2)1回で終了した、3)行ったが会えなかった、4)行かなかった)</p> <p>27. 面接(教室等含む)：(1)面接した、2)面接しなかった)</p> <p>28. 他機関連携：(1)連携した、2)連携しなかった)</p> <p>29. 3~4か月児健診：(1)受診、2)未受診(要フォロー)、3)未受診(フォローなし)、4)対象外)</p> <p>30.~33. 子育て支援の必要性の判定：30. 子の要因(発達)・31. 子の要因(その他)・32. 親・家庭の要因・33. 親子の関係性：(1)支援の必要なし、2)助言・情報提供で自ら行動できる、3)保健機関の継続支援が必要、4)機関連携による支援が必要)</p> <p>34. 3~4か月児健診の支援の必要性の内容：(自由記載)</p>
--	---

表2. 妊娠届出書の回答結果

	あり	なし	無記入
①未婚・再婚・死別	23 7.7%(県6.6%)	274 91.3%	3 1.0%
②母親の年齢が24歳以下	38 12.7%(県10.9%)	262 87.3%	0 0.0%
③パートナーが無職、一人親の場合は母親が無職	4 1.3%(県1.3%)	295 98.3%	1 0.3%
④経済的に困っている	39 13.0%(県9.0%)	261 87.0%	0 0.0%
⑤困ったときに助けてくれる人がいない	6 2.0%(県2.6%)	293 97.7%	1 0.3%
⑥妊娠中の喫煙・飲酒、妊娠前の喫煙	42 14%(県11.7%)	258 86.0%	0 0.0%
⑦中絶2回以上	5 1.7%(県1.4%)	295 98.3%	0 0.0%
⑧精神疾患の既往	3 1.0%(県2.8%)	297 99.0%	0 0.0%
⑨妊娠がわかった時、うれしくない	22 7.3%(県8.4%)	278 92.7%	0 0.0%
⑩夫婦関係で困っている	3 1.0%(県1.2%)	297 99.0%	0 0.0%
⑪2週間以上続いたうつ状態	20 6.7%(県6.3%)	280 93.3%	0 0.0%
⑫妊娠届出週数が20週以降	7 2.3%(県0.9%)	293 97.7%	0 0.0%
⑬その他	49 16.3%(県6.7%)	251 83.7%	0 0.0%

*県の値は「平成25年度愛知県母子保健報告」より平成25年8月1日から26年3月31日までの集計結果より求めた。

表3. スクリーニング得点の分布

点数	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点
人数	147	59	43	24	16	7	2	1	0	1
割合	49.0%	19.7%	14.3%	8.0%	5.3%	2.3%	0.7%	0.3%	0.0%	0.3%
県の割合	62.1%	14.0%	11.6%	6.1%	3.4%	0.6%	(6点以上)2.3%			

3. 妊娠期の支援と出産後の支援の集計結果

妊娠期の支援内容は、電話相談（つながった・かけたがつかない）が17件（5.7%）、家庭訪問（継続・1回・行ったが会えない）が9件（3.0%）、面接6件（2.0%）、他機関連携は3件（1.0%）であった（表4）。

妊娠期の保健機関と医療機関との連絡票の利用は、保健機関、医療機関の両方から連絡をしたものが1件（0.3%）であった。

出産後の支援は、こんにちは赤ちゃん訪問等

の1回で終了した家庭訪問が244件（89.7%）で、継続訪問は18件（6.6%）あった。電話相談36件（13.2%）、面接12件（4.4%）で、妊娠期よりも出産後の方が支援を実施した件数が多かった。他機関連携も出産後は16件（5.9%）であり産後の方が多かった（表5）。

出産後の連絡票の利用は、医療機関からの連絡票等が15件（5.5%）あり、本人からの連絡も10件（3.7%）あった。

表4. 妊娠期の支援の状況

妊娠中の連絡票等		妊娠期の支援の内容							
		電話相談		家庭訪問		面接		他機関連携	
1.保健機関から医療機関	0 0.0%	1.つながった	13 4.3%	1.継続訪問した	3 1.0%	1.面接した	6 2.0%	1.連携した	3 1.0%
2.医療機関から保健機関	0 0.0%	2.かけたがつかない	4 1.3%	2.1回で終了した	4 1.3%	2.面接しなかった	294 98.0%	2.連携しなかった	297 99.0%
3.保健・医療の両方から連絡	1 0.3%	3.しなかった	283 94.3%	3.行ったが会えなかった	2 0.7%				
4.本人から連絡	0 0.0%			4.行かなかった	291 97.0%				
5.なし	299 99.7%								

表5. 出産後の支援の状況

出産後の連絡票等		出産後の支援の内容							
		電話相談		家庭訪問		面接		他機関連携	
1.保健機関から医療機関	2 0.7%	1.相談した	36 13.2%	1.継続訪問した	18 6.6%	1.面接した	12 4.4%	1.連携した	16 5.9%
2.医療機関から保健機関	15 5.5%	2.相談しなかった	236 86.8%	2.1回で終了した	244 89.7%	2.面接しなかった	260 95.6%	2.連携しなかった	256 94.1%
3.保健・医療の両方から連絡	1 0.4%			3.行ったが会えなかった	0 0.0%				
4.本人から連絡	10 3.7%			4.行かなかった	10 3.7%				
5.なし	244 89.7%								

4. 妊娠期の支援の必要性の判定と3～4か月児健診結果の分析

妊娠期の支援の必要性の判定は、基本的に母子健康手帳交付時に行っているが、その後の対象者の状況の把握によって、必要性がなくなったり、逆に当初支援対象とされなかった場合でも、妊娠中に支援が必要と判定される場合があ

る（表6）。今回の分析では、妊娠届出時の支援方針または変更後の支援方針のいずれか一方で支援が必要と判断されたケースを支援対象ケースとした。また、支援方針の区分のうち2)助言・情報提供、3)産後早期に支援4)保健機関支援、5)他機関連携支援と判定されたものを、「支援の必要性あり」として分析した（表6の

網掛け部分のケース)。

3～4 か月児健診の判定は、愛知県の母子保健マニュアルで定められている「子の要因 (発達)」および「子の要因 (その他)」を「子の要因」、「親・家庭の要因」と「親子の関係性」を「親や家庭等の要因」として分析した。

その結果、妊娠中に支援が必要と判断されたのは59件 (19.7%) であった。

このうち 3～4 か月児健診を受診したのは50件であった。3～4 か月児健診の「親や家庭等の要因」で「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは13件/50件 (26.0%)、3～4 か月児健診の「子の要因」で「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは9件/50件 (18.0%) であり、子の要因に比べて

親の要因で支援が必要なケースが多かった (表7)。

5. 妊娠届出書のスクリーニング点数と 3～4 か月児健診結果の分析

妊娠届出書のスクリーニング点数を 3 点以上と 3 点未満に分けて 3～4 か月児健診の結果との関連を分析した。

妊娠届出書のスクリーニング点数が 3 点以上であったのは51件で、うち41人が3～4 か月児健診を受診した。「親や家庭等の要因」で、「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは12件/41件 (29.3%) であり、「子の要因」では5件/41件 (12.2%) であった (表8)。

表6. 妊娠期の支援方針

妊娠期の支援方針		変更後の支援方針						計
		支援の必要なし	助言情報提供	産後早期に支援	保健機関支援	他機関連携支援	妊娠中に転出	
妊娠届出時の支援方針	支援の必要なし	226 75.3%		1 0.3%			15 5.0%	242 80.7%
	助言情報提供	3 1.0%	11 3.7%				1 0.3%	15 5.0%
	産後早期に支援			16 5.3%			1 0.3%	17 5.7%
	保健機関支援	6 2.0%		7 2.3%	7 2.3%		4 1.3%	24 8.0%
	他機関連携支援	1 0.3%				1 0.3%		2 0.7%
	計	236 78.7%	11 3.7%	24 8.0%	7 2.3%	1 0.3%	21 7.0%	300 100.0%

表7. 妊娠期の支援方針と 3～4 か月児健診受診者の子育て支援の必要性の判定結果

		親や家庭等の要因			子の要因		
		支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計	支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計
妊娠期の支援方針	支援の必要なし	200 93.9%	13 6.1%	213 100.0%	188 88.3%	25 11.7%	213 100.0%
	支援必要	37 74.0%	13 26.0%	50 100.0%	41 82.0%	9 18.0%	50 100.0%
計		237	26	263	229	34	263

表 8. 妊娠届出書のスクリーニング点数と 3~4 か月児健診受診者の子育て支援の必要性の判定結果

		親や家庭等の要因			子の要因		
		支援の必要性 なし・助言情 報提供	保健機関の継 続支援・ 機関連携によ る支援が必要	計	支援の必要性 なし・助言情 報提供	保健機関の継 続支援・ 機関連携によ る支援が必要	計
妊娠届出書 スクリーニン グ点数	3点未満	208	14	222	193	29	222
		93.7%	6.3%	100.0%	86.9%	13.1%	100.0%
	3点以上	29	12	41	36	5	41
		70.7%	29.3%	100.0%	87.8%	12.2%	100.0%
計		237	26	263	229	34	263

6. 支援の必要性の判定とスクリーニング点数の関連

妊娠届出書のスクリーニング点数が 6 点以上の 5 件のすべてが、妊娠期に支援が必要と判断されていた。5 点では 4 件 (57.1%)、4 点では 10 件 (62.5%)、3 点では 10 件 (41.7%) で支援が必要と判断されていた (表 9)。

スクリーニング得点が 2 点でも 11 件 (25.6%)、1 点 13 件 (22.0%) が支援の必要性ありと判定され、支援の必要性ありと判定された 59 件中、2 点以下の件数は、31 件 (52.5%)

を占めた。

妊娠届出書のスクリーニング点数が 3 点以上の 51 件のうち、妊娠期に支援が必要と判断されたのは 28 件/51 件 (54.9%) であった。その中で 3~4 か月児健診を受診した 22 件について、「親や家庭等の要因」で「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは 10 件/22 件 (45.5%)、「子の要因」で 4 件/22 件 (18.2%) であった (表 10)。

表 9. 支援の必要性の判定とスクリーニング点数の関連

点数	0点		1点		2点		3点		4点	
	支援必要	7	4.8%	13	22.0%	11	25.6%	10	41.7%	10
支援の必要なし	140	95.2%	46	78.0%	32	74.4%	14	58.3%	6	37.5%
合計	147	100.0%	59	100.0%	43	100.0%	24	100.0%	16	100.0%

点数	5点		6点		7点		9点		合計
	支援必要	4	57.1%	2	100.0%	1	100.0%	1	
支援の必要なし	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	241
合計	7	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	300

表10. スクリーニング点数3点以上のケースのうち、妊娠中に支援が必要と判定されたケースの3～4か月児健診時の子育て支援の必要性の判定結果

妊娠届出書スクリーニング点数3点以上のケース		親や家庭等の要因			子の要因		
		支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計	支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計
妊娠期の支援方針	支援の必要性なし	17	2	19	18	1	19
		89.5%	10.5%	100.0%	94.7%	5.3%	100.0%
支援必要		12	10	22	18	4	22
		54.5%	45.5%	100.0%	81.8%	18.2%	100.0%
計		29	12	41	36	5	41

5. 転出ケースについて

妊娠中や出産後の転出状況が明らかな5市250件のデータのうち、転出者は28件であった。

妊娠期の支援方針で妊娠期の支援が必要と判断された55件のうち、妊娠期から3～4か月児健診までに転出したのは9件(16.4%)であった。一方、支援不要と判定された195件中、妊娠期から3～4か月児健診までに転出したのは19件(9.7%)であった(表11)。妊娠中に支援が必要と判断されたケースの中で、転出した割合が高かった。

これをスクリーニング点数で再集計すると、妊娠届出書スクリーニング点数が3点以上の

45件中では、10件(22.2%)、3点未満の205件中では、18件(8.8%)が妊娠期から3～4か月児健診までに転出していた(表12)。3点以上のケースで転出する割合は、妊娠中に支援が必要と判断されたケースの転出の割合(16.4%)より多かった。

妊娠期から3～4か月児健診までに転出した28件の妊娠届出書質問項目は、「①未婚・再婚・死別」への回答が9件(32.1%)と多く、次いで「②母親の年齢が24歳以下」と「④経済的に困っている」がともに8件(28.6%)であった。「⑦中絶2回以上」と「⑬その他」を除く多くの項目で、転出以外のケースと比べて割合が高かった(表13)。

表11. 妊娠期の支援方針別の転出ケースの状況

妊娠期の支援方針	3～4か月健診					対象外(流産等)	計
	受診	未受診(要フォロー)	対象外(転出)				
			妊娠中に転出	産後に転出	転出計(再掲)		
支援の必要性なし	167	1	15	4	19	8	195
	85.6%	0.5%	7.7%	2.1%	9.7%	4.1%	100.0%
支援必要	46		6	3	9		55
	83.6%		10.9%	5.5%	16.4%		100.0%
計	213	1	21	7	28	8	250
	85.2%	0.4%	8.4%	2.8%	11.2%	3.2%	100.0%

表 1 2. 妊娠届出書スクリーニング点数と転出ケースの状況

スクリーニング点数	3～4か月健診					対象外(流産等)	計
	受診	未受診 (要フォロー)	対象外(転出)				
			妊娠中に転出	産後に転出	転出計 (再掲)		
3点未満	178	1	13	5	18	8	205
	86.8%	0.5%	6.3%	2.4%	8.8%	3.9%	100.0%
3点以上	35		8	2	10		45
	77.8%		17.8%	4.4%	22.2%		100.0%
計	213	1	21	7	28	8	250
	85.2%	0.4%	8.4%	2.8%	11.2%	3.2%	100.0%

表 1 3. 妊娠届出書の質問項目別の転出ケースの状況

項目	①未婚・再婚・死別		②母親の年齢が24歳以下		③パートナーが無職、一人親の場合は母親が無職		④経済的に困っている		⑤困ったときに助けてくれる人がいない		⑥妊娠中の喫煙・飲酒、妊娠前の喫煙		⑦中絶2回以上	
	転出ケース(n=28)	9	32.1%	8	28.6%	2	7.1%	8	28.6%	1	3.6%	6	21.4%	0
上記以外(n=222)	13	5.9%	22	9.9%	2	0.9%	24	10.8%	5	2.3%	28	12.6%	4	1.8%
項目	⑧精神疾患の既往		⑨妊娠がわかった時、うれしくない		⑩夫婦関係で困っている		⑪2週間以上続いたうつ状態		⑫妊娠届出週数が20週以降		⑬その他			
	転出ケース(n=28)	1	3.6%	5	17.9%	1	3.6%	2	7.1%	3	10.7%	1	3.6%	
上記以外(n=222)	1	0.5%	16	7.2%	2	0.9%	14	6.3%	4	1.8%	44	19.8%		

D. 考察

1) 妊娠期の支援状況とその把握について

妊娠期の支援方法として、電話連絡や家庭訪問、面接、他機関連携が項目として挙げられたが、実際の支援ケースの頻度は電話連絡 4.3%、面接 2.0%、継続訪問 1.0%、他機関連携 1.0% とさほど多いものではなかった。これまで妊娠期からの支援の状況が把握されていないため、数値の多寡を論ずることはできないが、妊娠届出書を用いたリスク評価によって、自治体においても支援の必要性が認識され始めていると考えることができる。ただ、研究協力者の自治体の中には特定妊婦は児童福祉担当部局が担当し、母子保健担当部局の業務とされていない場合もある。産後の支援の継続性からは、部局間での情報共有が重要と考えられた。

各自治体において、妊娠中からの支援の必要性の判定は、スクリーニング点数とは異なり、

面談時の様子などが加味されていることが窺われた。ただ、支援が必要と判定したケースのうち、スクリーニング点数が3点以上であった例は、出産後も親や家庭への支援が必要となるケースが約半数であったことから、このグループには妊娠中からの支援を優先的に取り組むべきであると考えられた。

2) 妊娠期から出産後早期の転出ケース

妊娠届出時のスクリーニング点数が高いケースや、妊娠期に支援が必要と判断したケースの中に、妊娠期から3～4か月児健診までの間に他市町村へ転出するケースがあった。転居ケースを分析した5市の平成26年の住民全体の転出者の割合(市町村別の「転出者数」を「人口総数」で除したもの、出典：社会・人口統計体系の市区町村データ²⁾)は、平均3.6%であることから、その比率は相当に高い状況であ

った。転出ケースの中には、妊娠届出時点で入籍予定であったケースや、パートナーとの同居のために転居したケース等があった。研究協力者との会議では、支援が必要なケースには、転出先の市町村へ継続支援の依頼をした場合もあると報告された。

現在、愛知県では92.6%が満11週以内に母子健康手帳の交付を受けている。転出ケースの特徴に該当するケースには、保健相談に加え、転出の可能性についても交付時に尋ねるなどして、県外への転出者予定者には妊婦健診受診票が転居先の自治体でも新たに交付が受けられることを伝えることに留意すべきである。しかしながら、現実には妊娠届出時には把握できないことも少なくないと考えられ、必要に応じて転出入者について自治体間で情報共有できるシステムが必要である。

3) 評価手法について

今回の検討において妊娠期からの支援の評価は、3~4か月児健診時の状況で判定することとし、次のような評価ポイントを考えた。

① 振り分けの適切さの評価

母子健康手帳交付時のスクリーニングでの見落としを少なくすることが必要であるが、「子の要因」や出産後に家庭状況が変化した場合などは、出産後に新しく支援対象者となるケースは一定数存在する。今回の検討でも、妊娠期に支援不要と判断されたケースの中に、出産後に医療機関からの連絡票やこんにちは赤ちゃん訪問等で母子の状況を把握して初めて支援の対象となるケースがあった。これらのケースの要因が、「子の要因」のみに起因するものであるのかについて検討する必要がある。特に妊娠期の判定のうち「産後早期に支援」と判定したケースについては、妊娠中に支援した場合に状況が改善する見込みはなかったのかどう

かについて検討する必要があると考えられる。

② 支援の適切さの評価

支援の適切さについては、a.支援担当者が支援のゴールを達成できたか、b.支援方法が適切であったか（例えば、家庭訪問回数や内容と、状況の改善状況について検討するなど）などの視点で評価することが可能である。

③ フォローアップの適切さの評価

妊娠期から出産後の状況把握について、a.支援対象者の状況が的確に把握されていたかどうか、b.支援対象としながら、支援が届かなかったケースについて、何らかの手段がなかったのかどうかなどについて検討する必要がある。

今回の検討では、基礎データの収集までを実施したが、これらの視点を取り入れた評価について今後検討を重ねたい。

E. 結論

妊娠期からの支援の実態を把握するとともに評価手法について検討した。平成25年8月から9月に妊娠届を受理したケースのうち、研究協力者の6市において各連続50件ずつ、計300件について分析したところ、妊娠期に支援が必要と判断されたケースは59件（19.7%）であった。妊娠期の支援として電話相談、家庭訪問、面接、他機関連携が実施されていた。

妊娠期から3~4か月児健診までの転出ケースは、支援の必要あり・必要なし別には、16.4%・9.7%、スクリーニング点数が3点以上・3点未満で、22.2%・8.8%であった。転出ケースに対して、自治体間で情報共有できるシステムの必要性が示唆された。

今後、支援の評価の考え方を整理し、現場の活動に活かしていきたい。

【参考文献】

- 1) 愛知県健康福祉部児童家庭課：平成25年度愛知県母子保健報告
- 2) 総務省統計局：統計でみる市区町村の姿2014,
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001053740&cycode=0>

「標準的な乳幼児の健康診査と保健指導に関する手引き

～「健やか親子21（第2次）」の達成に向けて～」の作成過程

研究協力者 佐々木 溪円（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）
研究代表者 山崎 嘉久（あいち小児保健医療総合センター）

【目的】「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き～「健やか親子21（第2次）」の達成に向けて～」（以下、「手引き」）の作成にあたり、乳幼児健診や保健指導に関する地方行政機関の課題と要望を調査した。

【方法】「手引き」に先立ち、「乳幼児期の健康診査と保健指導に関する標準的な考え方」（以下、「考え方」）を公表し、「手引き」の作成に対する意見を自記式質問紙で調査した。対象は、全国の47都道府県、20政令指定都市、1,722市町村（41中核市を含む）、490保健所である。

【結果】3県、45市町村および29保健所・保健センターが、205件の意見を示した。43件は「手引き」の活用を期待するものであり、その内容は「手引き」の作成目的と一致していた。最も多い意見は、「手引き」により統一的な対応や地域比較が可能となることへの期待であった（14件、32.6%）。162件は「手引き」の内容に対する要望や、現場が直面している課題を示していた。主な要望は、問診項目、未受診者の対応方針、及び地域の健康状況の把握と評価の具体的な提示や、保健指導・支援に関する内容の充実であった。地域における主な課題は、乳幼児健診におけるカンファレンスの運営や個人情報取り扱いを含む虐待予防対策など、人的資源を含めた標準化した体制の整備であった。

【結論】モデル地域での具体的な実践活動や関連学会等との情報共有だけでなく、今回の調査で得られた要望と課題を参考にすることで、地域の要望を反映した「手引き」を作成した。各地域の乳幼児健診従事者が既存の情報と相補的に「手引き」を活用して、「健やか親子21（第2次）」の達成に資することを期待する。

A. 研究目的

乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）や保健指導は、各地域における母子保健活動の礎を担っているが、標準的な乳幼児健診の事業実施や保健指導のあり方は示されていない。また、「健やか親子21（第2次）」には乳幼児健診に関連する指標も含まれており¹⁾、各指標の達成を念頭において乳幼児健診を実施すること

が、母子保健計画の展開に必要である。そこで、当研究班は、乳幼児健診の実施における市町村と都道府県の役割を示すこと、「健やか親子21（第2次）」の指標の考え方を示すことを目的とした、「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導に関する手引き～「健やか親子21（第2次）」の達成に向けて～」（以下、「手引き」）を作成する研究事業を実施してきた。これに先

立ち、当研究班は「手引き」の基本となる考え方を整理し、「乳幼児期の健康診査と保健指導に関する標準的な考え方」（以下、「考え方」）をまとめて公表した²⁾。さらに当研究班は、この「考え方」の公表に併せて、乳幼児健診や保健指導に関する地方行政機関の課題と要望を調査した。本研究報告は、この調査結果を反映させた、実効性の高い「手引き」を作成した過程を示すものである。

B. 研究方法

平成 26 年 8 月 1 日に、各都道府県及び市町村の母子保健主管部（局）と各保健所の母子保健担当課に対して、「考え方」と自記式の質問紙を送付した。送付先は、全国の 47 都道府県、20 政令指定都市、1,722 市町村（41 中核市を含む）、490 保健所である。調査目的が乳幼児健診や保健指導の現場に反映できる実効性の高い「手引き」の作成であることを質問紙に明記し、e-mail あるいは FAX を用いて平成 26 年 9 月 5 日までの回答を依頼した。質問紙の内容は、当研究班の医師、保健師が分類・集計し、内容の検討を行った。

（倫理面への配慮）

この調査は、地方自治体から得られた、「考え方」に対する意見を分析したものである。調査用紙は記名式であるが、回答者の氏名や所属を匿名化して分析に供することで、倫理面に配慮した。

C. 研究結果

3 県、45 市町村および 29 保健所・保健センターが、延べ 211 件の意見を示した。本調査では、明らかに調査趣旨と異なる 6 件の意見を除き、205 件を検討対象とした。43 件は「実務の参考としたい」等、乳幼児健診の質の向上

や直面する課題の改善に対する「手引き」の活用を期待する意見であった。一方で、162 件は「手引き」作成に対する要望や、現場が直面している課題を示す内容であった。

1) 「手引き」の活用に期待する意見

複数の自治体あるいは保健所が回答した意見を表 1 に示した。最も多くみられた意見は、これまでに標準的な乳幼児健診のあり方が示されてなかったため、「手引き」を活用して統一的な対応や地域比較が可能となる期待であった。個々の意見では、「妊娠期から乳幼児期まで、切れ目がない支援の考え方が参考となる（1 保健所）」、「これまで、判定の精度管理を行っていなかった。可能なものから精度管理を始め、把握された問題を検討したい（1 市）」、「といった実務内容の向上に関する意見があった。また、「新規採用した職員の指導に活用したい（1 市）」、「公衆衛生学の視点から公益に言及した点が参考となる（1 市）」といった意見も認められた。

2) 「手引き」作成に対する要望や課題

総括した意見では、「作成目的が分かりにくい（3 市町）」という内容がみられた。また、「手引き」完成時に、都道府県単位で研修会の開催を希望する意見が 2 市から寄せられた。

各論に対して複数の自治体あるいは保健所が回答した内容を、「考え方」の章構成に合わせて表 2 に示した。乳幼児健診の事業計画（第 2 章）について、10 市村が標準化した体制の整備を課題として提示した。事前の健康状況の把握（第 3 章）では、「保健師以外が母子手帳を交付することがあり、どの程度の内容を妊娠届出書のアンケートに含めると良いか（1 市）」という意見がみられた。

健康診査の実施（第 4 章）では、問診項目、

各診察項目の評価基準、子育て支援の必要性を判断するための参考資料を求める意見がみられた。一方で、乳幼児健診結果の管理やカンファレンスの運営について、各自治体や保健所が直面している課題が寄せられた。乳幼児健診の未受診者に対する育児状況の把握（第5章）では、具体的な対応方針の例示を求める意見や、他機関と連携する際の個人情報取り扱いが課題として示された。また、転出入者への対応について言及を求める意見が、1保健所から寄せられた。保健指導・支援（第6章）については、乳幼児健診のフォロー期の保健指導や口腔機能に関する記載を求める意見があり、虐待予防の体制を充実することが課題として挙げられた。

健康診査事業の管理と評価（第7章）では、「考え方」で示した体制づくりの課題として、人員不足を指摘する意見がみられた。また、個々の意見では、「フォローアップ対象者等の具体的な例示（1保健所）」を求める内容や、「育児支援の精度管理は困難（1市）」、「状況の改善度等の算出結果の評価方法が分からない（1保健所）」といった意見がみられた。

地域の健康状況の把握と評価（第8章）には具体的な事例の紹介を求める意見や、「乳幼児健診の評価項目や問診票が統一されないと地域比較は困難であるが、その統一化の実現性がわからない（1市）」という意見がみられた。一方で、「データベース化により経費や人員の負担が自治体に生じるため、負担を軽減する方法がなければ実現は困難（1市）」とする課題が寄せられた。

D. 考察

当研究班では、乳幼児健診の事業実施や保健指導に対する地方行政機関の要望や課題を調査し、「手引き」の作成に反映させた。以下に、

その要点を述べる。

1) 「手引き」の作成目的

当研究班が作成した「手引き」は、乳幼児健診事業の計画立案、精度管理、標準的な保健指導の手法や事業評価の考え方を示すものである。今回の調査でみられた「手引き」に期待する内容は、この「手引き」の作成目的と一致していた。一方で、「手引き」の作成目的が不明瞭とする意見や、発育・発達の評価や診察基準の提示を求める複数の意見が認められた。しかし、「手引き」は乳幼児健診の事業としてのあり方を示すものであり、診察等の評価基準を示すものではない。また、乳幼児健診は、法令や通知、各自治体のマニュアル、学会等が刊行した書籍などに基づいて運営されてきた。そこで、「手引き」の緒言では、「手引き」と法令や既存の書籍等との関係を図示し、乳幼児健診に従事するすべての関係者が「手引き」の作成目的を理解して活用できるように努めた。

2) 乳幼児健診の意義と事業計画

「手引き」の「第1章 乳幼児健診の意義」では、乳幼児健診の意義と機能について示し、「第2章 乳幼児健診の事業計画」では意義に基づいた事業計画をまとめた。

一部の市町村は、乳幼児健診を医療機関に委託して実施している。今回の調査でも、集団健診と医療機関委託（個別）健診の比較を求める意見がみられた。そこで、「手引き」の第2章では、生駒市で集団健診と個別健診を比較した結果を紹介し³⁾、「第4章 健康診査の実施」では両者の課題と留意点について言及した。

3) 事前の健康状況の把握

妊娠期から切れ目がなく親子を支援するためには、家庭の状況や出生後の児の状況を把握

して、乳幼児健診を実施する必要がある。しかし、市町村では、保健師以外の者が母子手帳を交付する機会があり、健康状況を事前に把握する際の課題となっている。これに対して、「手引き」では、母子手帳の交付において参考となる資料を「第3章 事前の健康状況の把握」に示した⁴⁾。

4) 必須問診項目と推奨問診項目

「健やか親子21（第2次）」では、地域の健康格差が課題として挙げられたが、乳幼児健診にも対象者「個」の健康評価だけでなく、「個」と「地域」との関連性をふまえた評価が求められている⁵⁾。そこで、当研究班では、研究分担者の松浦を中心に市町村で使用されてきた問診項目を分析し、全国で共有できる標準的な問診項目の考え方を「第4章 健康診査の実施」に示し、具体的には、必須問診項目を「参考資料1」に、推奨問診項目を「参考資料2」に示した。これらの問診項目を利用することで、対象者の健康評価と地域の健康評価、さらに地方自治体間の健康格差や国全体の評価にまで還元することができる。

また、問診の項目数は、効率性なども考慮すると、20項目前後の構成が望ましいと考えた。一部の市町村の問診項目には、児を実際に診て評価すべき項目や、学術的に有意な情報が得られない項目が含まれているため、それらを例示した。健康課題の優先度は各地域で異なるが、必須問診項目と推奨問診項目はすべての健康課題を把握するものではない。ゆえに、推奨問診項目を参照して各地域の状況に応じた問診項目を工夫し、必須問診項目に加えて使用していただきたい。

5) 発育と発達評価、疾病のスクリーニング

今回の調査では、発育・発達の評価や疾病の

スクリーニングについて、基準の提示を求める複数の意見が認められた。前述のように、「手引き」は乳幼児健診の事業としてのあり方を示すものであり、診察等における評価基準は、関連学会や各研究班の報告を参考とすべきである。そこで、「手引き」の「第4章 健康診査の実施」では、評価基準の参考となる代表的な既報を例示して、事業としてのあり方と各項目の評価の関連性を示すように努めた。また、最新の知見を紹介する目的で、乳児股関節脱臼や先天性腎尿路奇形に関する情報を各研究班の協力により紹介した。

今回の調査では、発達障害の早期発見方法の統一や5歳児健診に関する記載を求める意見も認められた。しかし、発達障害の早期発見あるいは早期支援の適切なプロセスについては、現在も定まった見解がなく、各地域の資源の格差も大きいと、統一した対応は困難である。そこで、「手引き」では、自治体の規模に応じた、発達障害に対する地域支援システムづくりに関する最新の知見を紹介した。5歳児健診については、導入する地域が増えているものの、各地域の資源や体制の格差を鑑みると、今回の「手引き」では標準的なあり方を示すに至らなかった。

次に、乳幼児健診は、児の発育・発達の確認、疾病のスクリーニングから子育て支援等、多様な内容を含んでおり、すべての項目を同じ判定区分で考えることは困難である。この多様性を考慮して、「手引き」では、乳幼児健診の評価を明確にするための判定区分の考え方を整理し、根拠やモデル地区の取り組みを含めて例示した。

一方で、乳幼児健診の従事者には、設定した判定区分に基づいて適切に判断できる能力が求められる。「健やか親子21（第2次）」でも、「母子保健分野に携わる関係者の専門性の向

上に取り組んでいる地方公共団体の割合」が環境整備の指標となっている（基盤課題 C-8）。乳幼児健診は、取り扱う内容が幅広く、常勤以外の職員が関与する機会が多いことから、従事者に対する研修の必要性が高い。そこで、「手引き」では、「第9章 従事者研修」に研修体制のあり方を示すとともに、日本小児連絡協議会の研修内容を紹介した。

6) 未受診者への対応の標準化

当研究班の分担研究者である佐藤らの調査では、未受診者の確認を電話などでは行いが、現認をしていない自治体が認められた。しかし、児童虐待による死亡事例の乳幼児健診受診率は低く⁵⁾、未受診者には子育て支援を要する者が含まれている。一方で、保健機関が単独で対応することが困難な事例もあり、要保護児童対策地域協議会や児童相談所との連携が求められる。未受診への対応は、迅速性や他機関との連携を要する課題であり、実効性の高い詳細なマニュアル等の策定が必要である。「手引き」では、転出入者への対応を含めた対応の例示を求める意見も反映させ、「第5章 全数把握の必要性」に自治体の事例や既報を紹介した^{6,7)}。また、「第6章 標準的な保健指導の考え方」では、児童虐待予防も見据えた、妊娠期からの継続的な保健指導・支援の必要性について述べた。

なお、今回の調査では、医療機関等との連携のためには、個人情報保護法を考慮した国等の支援が必要という意見が認められた。しかし、児童虐待の予防等のために必要かつ相当な範囲で情報共有をすることは法令違反ではなく、その根拠となる通知を第3章で明示した⁸⁾。

7) 標準的な保健指導の考え方

今回の調査では、健診フォロー時期の保健指

導、口腔機能、小児栄養などの記述を深める要望が多く認められた。そこで、「手引き」では得られた意見も反映させ、記載内容の充実を図り、『全国どこでも、どの健診従事者が実施しても、全ての親子に必要な支援が行き届くことを保障できる最小限必要な保健指導』に資するように努めた。また、特に支援体制の強化が必要な事項である、「妊娠期からの継続的支援のしくみづくりの強化」、「子ども虐待予防の視点からの保健指導・支援」、「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」についても言及した。

8) 健康診査事業の評価と地域診断

「考え方」では、乳幼児健診を事業として評価する必要性を示したが、今回の調査では具体的な事例を求める意見がみられた。これらの意見も反映し、「手引き」の「第7章 健康診査事業の管理と評価」では、全国市町村調査やモデル地域での検討を踏まえた、精度管理の具体的な方法を述べた。「第8章 地域の健康状況の把握と評価（健診情報の利活用）」では、事業評価や地域診断のための健康情報の利活用について、具体的な事例を引用して述べた。第7章と第8章で述べた事業評価は、乳幼児健康診査や保健指導の実効性を高めるため、地域内の母子保健サービス格差の是正に寄与すると期待される。この結果、「健やか親子21（第2次）」の主要課題の一つである¹⁾、地域間の健康格差の改善につながると考えられる。

以上のように、乳幼児健診や保健指導に関する地方行政機関の課題と要望を分析して、「手引き」の作成に反映させた過程を示した。今回の調査では、「手引き」の内容を実施するためには、人的資源を含めた体制整備が必要とする意見が少なからず認められた。「手引き」はこれまでの乳幼児健診の事業運営を踏襲してい