

乳幼児期健康診査における 保健指導と評価の標準的な考え方

全国調査データと
標準的な乳幼児健康診査モデル
作成のための論点整理

平成 27 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED)
【成育疾患克服等総合研究事業】
乳幼児期の健康診査を通じた
新たな保健指導手法等の開発のための研究班

(平成 28 年 3 月)

目 次

諸言	1
第Ⅰ章 親子のニーズを支援につなげる保健指導	
論点 1. 事前の情報把握としてのハイリスク妊婦の把握と評価	5
論点 2. 乳幼児健診における問診の意義	14
2. 1 保健指導における問診の意義	14
2. 2 標準的な問診項目の意義とその活用	19
論点 3. 対応に配慮を要する親子の受診時の取り決め	28
第Ⅱ章 多職種 of 専門分野の強みを生かす保健指導	
論点 4. う蝕に対する事業評価の活用・う蝕以外の歯科保健活動	31
論点 5. 他機関と連携した栄養指導等の評価	36
論点 6. 発達障害等に関する地域と連携したフォローアップ評価	40
第Ⅲ章 医療機関委託健診における保健指導と行政機関との情報共有	
論点 7. 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携	50
第Ⅳ章 「健やか親子 21（第2次）」の重点課題における乳幼児健診の保健指導	
論点 8. 「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援	55
8. 1 社会性の発達過程に関する保健指導	55
8. 2 育てにくさを感じる親への保健指導の評価	59
論点 9. 妊娠期からの児童虐待防止対策	64
9. 1 健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決め	64
9. 2 乳幼児揺さぶられ症候群に対する啓発	67
第Ⅴ章 乳幼児健診事業の評価のポイント	
論点 10. 疾病スクリーニングの判定結果の精度管理	68
論点 11. 支援対象者のフォローアップの妥当性の評価	73
論点 12. 3歳児健診の実施対象時期に関する検討	83
第Ⅵ章 標準的な乳幼児健診と保健指導を実践するための研修システム	
論点 13. 健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保	89
資料 1 乳幼児期の健康診査を通じた保健指導に関する調査の概要	92
資料 2 同上（市区町村調査）に対する自治体規模別の分析	101
資料 3 乳幼児期の健康診査を通じた保健指導に関する調査 質問紙	106
資料 4 乳幼児健診の標準的な問診項目の活用状況に関する全国調査 質問紙	118

緒言

乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）は、わが国の母子保健事業の根幹をなし、とりわけ保健指導とその評価は自治体の規模に関わらず重要と認識されているものの、その実施には多くの課題がある。

研究開発代表者らは、先行研究¹において「標準的な乳幼児期の健康診査と保健指導の手引～「健やか親子21（第2次）」の達成に向けて」（以下、「手引き」とする。）を公表した。「手引き」では、乳幼児健診に求められる意義を、①対象者個別と地域の健康状況を把握、②支援者との出会いの場、③多職種が連携した標準的な保健指導による支援、および④一貫した行政サービスを提供するための標準化、とした。特に乳幼児健診の標準的な保健指導については、①親子の顕在的および潜在的健康課題を明確化し、その健康課題の解決に向けて親子が主体的に取り組むことができるように支援すること、②全国どこの市町村でも、健診従事者が多職種間で情報を共有し、連携して保健指導を実施することで、すべての親子に必要な支援が行き届くことを保障するもの、と定義した。

これを踏まえ、研究班²では、標準的な保健指導を実践するための手法やその評価方法について検討し、標準的な乳幼児健診モデルの作成につなげるための論点を整理した。「乳幼児健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方 ～」（以下、「本書」とする。）では、研究班が実施した調査結果データ、ならびに標準的な乳幼児健診のモデルを作成するための論点整理とこれに基づいた提言の根拠を示すものである。

今後、研究班は、これらの提言に対する乳幼児健診の関係者等からの意見集約、および関係者等との議論の機会を設け、標準的な乳幼児健診のモデル作成に向けてさらに検討する予定である。

【目的】

乳幼児健診における標準的な乳幼児健診モデル作成のため、研究班が実施した全国調査データを示すとともに、その論点整理とこれに基づいた提言を示すこと。

今後の全国の乳幼児健診関係者等からの意見集約および関係者等との議論のたたき台とする。

【主な対象】

- ・ 都道府県ならびに市区町村の母子保健主管課等の関係者
- ・ 乳幼児健診事業に関わるすべての従事者（職種や雇用形態を問わず、すべての関係者）
- ・ 乳幼児健診関連の学会や諸団体等の関係者

¹ 平成 24～26 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

² 平成 27 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）【成育疾患克服等総合研究事業】乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究

【乳幼児健診モデル作成に向けた論点】

第Ⅰ章 親子のニーズを支援につなげる保健指導

研究班は「親子の顕在的および潜在的な健康課題を明確化し、その健康課題の解決に向けて親子が主体的に取り組むことができるように支援すること」が、乳幼児健診における標準的な保健指導と定義した。乳幼児健診における保健指導には、妊娠期からの継続的な対応が求められる。また「健やか親子21（第2次）」で標準的な問診項目が示されたことを踏まえ、この章では問診の意義や具体的な保健指導の方向性を示すとともに、対応に配慮を要する親子を支援につなげるためのシステム等について検討する。

- ・ 論点1. 事前の情報把握としてのハイリスク妊婦の把握と評価
- ・ 論点2. 乳幼児健診における問診の意義
 - 2. 1 保健指導における問診の意義
 - 2. 2 標準的な問診項目の意義とその活用
- ・ 論点3. 対応に配慮を要する親子の受診時の取り決め

第Ⅱ章 多職種の専門分野の強みを生かす保健指導

標準的な保健指導では「全国どこの地域でも、健診従事者が多職種間で情報を共有し、連携して保健指導を実施することで、全ての親子に必要な支援が行き届くことを保障する」ことも重要なポイントとしている。この章では、歯科、栄養、臨床心理学の専門分野の立場から、その強みを生かす保健指導について、全国どこの地域においても標準的に取り組むべき保健指導やその評価の方向性について検討する。

- ・ 論点4. う蝕に対する事業評価の活用・う蝕以外の歯科保健活動
- ・ 論点5. 他機関と連携した栄養指導等の評価
- ・ 論点6. 発達障害等に関する地域と連携したフォローアップ評価

第Ⅲ章 医療機関委託健診における保健指導と行政機関との情報共有

委託医療機関における保健指導、とりわけ子育て支援に関する情報を行政機関と共有して支援につなげる方向性について検討する。

- ・ 論点7. 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携

第Ⅳ章 「健やか親子21（第2次）」の重点課題における乳幼児健診の保健指導

「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援と妊娠期からの継続的な児童虐待防止は「健やか親子21（第2次）」の重点課題として提示された概念である。本章では、これらの課題に対して、乳幼児健診の保健指導ではいかに取り組むべきかについて検討する。

- ・ 論点8. 「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援
 - 8. 1 社会性の発達過程に関する保健指導
 - 8. 2 育てにくさを感じる親への保健指導の評価

- ・論点 9. 妊娠期からの児童虐待防止対策
 - 9. 1 健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決め
 - 9. 2 乳幼児揺さぶられ症候群に対する啓発

第V章 乳幼児健診事業の評価のポイント

「健やか親子21（第2次）」の指標（基盤課題 A-16）において乳幼児健診の評価の基準が示された。しかし、その具体的な手法は未だ議論が必要である。特に疾病のスクリーニングに対する精度管理や支援対象者のフォローアップの妥当性の評価について、現場の大きな課題となっている。事業評価のために実践すべき方向性を示すとともに、疾病スクリーニングの効率性の視点から3歳児健診の実施時期について検討する。

- ・論点 10. 疾病のスクリーニングに対する精度管理
- ・論点 11. 支援対象者のフォローアップの妥当性の評価
- ・論点 12. 3歳児健診の実施時期に関する検討

第VI章 標準的な乳幼児健診と保健指導を実践するための研修システム

I章からV章で取り上げた課題の解決には、乳幼児健診従事者への実践的な研修が必要である。全国調査等に基づいて、その方向性を検討する。

- ・論点 13. 健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保

【研究の全体像】

「健やか親子21（第2次）」では、乳幼児健診の評価（基盤課題A-16）、乳幼児健診の未受診率（A-8、重点課題②-3）、未受診者把握（基盤課題C-6）など乳幼児健診そのものを評価する指標や、妊娠届出時や妊娠中の保健指導（A-12、A-13）、発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援（重点課題①-5）など乳幼児健診の保健指導に関係する指標が多く設定されている。「手引き」では、これら乳幼児健診の指標に関する基本コンセプトを提示した。

本書は、これらの基本コンセプトに基づいて、新しい保健指導や事後指導の手法、ならびにその評価手法を明らかにするための論点を提示するものである。本書の論点に対して、全国の都道府県ならびに市区町村の母子保健主管課等の関係者や、現場で乳幼児健診事業に関わるすべての従事者、さらに乳幼児健診関連の学会や諸団体等の関係者と議論を重ねることにより、乳幼児健診の実践モデルの作成につなげることを目指している（図）。

本研究で作成する乳幼児健診モデルにより、全国の都道府県・市区町村において「すべての子どもが健やかに育つ社会」の基盤が整備され、「健やか親子21（第2次）」の展開に寄与することを期待する。

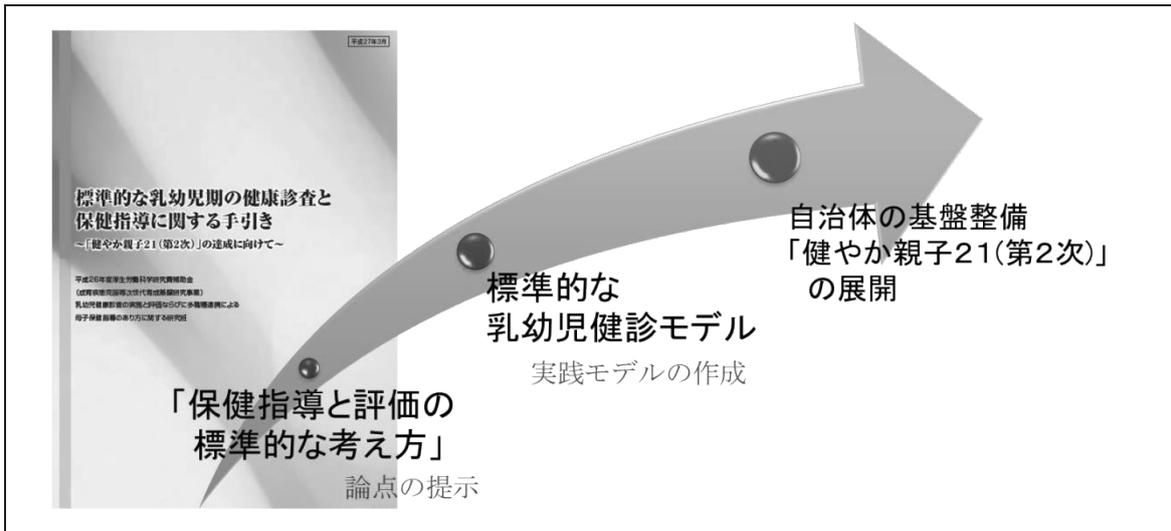


図. 研究の全体像と目指すもの

第 I 章 親子のニーズを支援につなげる保健指導

論点 1. 事前の情報把握としてのハイリスク妊婦の把握と評価

【市区町村における現状と課題】

1. 全体調査の結果

「乳幼児期の健康診査を通じた保健指導に関する調査」（以下、全国調査とする。）において、市区町村に対して、「ハイリスク妊婦の把握をするだけではなく、妊娠期間中の全妊婦のアセスメントを行っていますか」の設問に、「1.母子健康手帳を交付した時に行っている」、「2. 母子健康手帳交付後の妊娠期間に行っている」、「3.いずれの時期にも行っていない」、「4.その他」の選択肢で回答を求めた。

表 1.1 ハイリスク妊婦の把握（1,169 件 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.母子健康手帳交付時に把握	866	78.5%	41	62.1%	907	77.6%
2.交付後の妊娠全期間に把握	270	24.5%	20	30.3%	290	24.8%
3.いずれの時期にも行っていない	125	11.3%	11	16.7%	136	11.6%
4.その他	90	8.2%	10	15.2%	100	8.6%

「1. 母子健康手帳交付時に把握」907 件（市町村 866 件 78.5%、中核市・政令市・特別区 41 件 62.1%）、「2. 母子健康手帳交付後の妊娠期間に行っている」290 件（市町村 270 件 24.5%、中核市・政令市・特別区 20 件 30.3%）であった（表 1.1）。回答のあった市区町村のうち 77.6%では、母子健康手帳交付時に妊婦のアセスメントを行い、ハイリスク妊婦の抽出を行っていた。しかし、その後の妊娠期間中にアセスメントを行っているところは 24.8%と少なく、母子健康手帳交付後の妊娠期間中に妊婦をアセスメントするには課題があると考えられた。

一方で、「1. 母子健康手帳交付時に把握」および「2. 母子健康手帳交付後の妊娠期間に行っている」の両方を実施しているとの回答は 223 件あった。そこで具体的な実施状況とその評価方法（妊娠中に把握した情報を、いつ、誰が、どのように評価し、乳幼児健診へと継続しているのか）、他機関として医療機関や福祉機関との連携と課題について、電子メールによる二次調査を実施した。電子メールで調査票が送信できた 206 市区町村のうち回答があったのは 113 市区町村（回収率 54.9%）であった。

二次調査の結果、明らかになった現状と課題について以下の 2～5 で述べる。

2. 母子健康手帳交付時のアセスメントとその後の継続支援について

母子健康手帳の交付時に妊婦のアセスメントを行って、それ以降の継続支援に関する計画を立てている職種は、保健師 95.6%、助産師 3.5%であり、ほとんど保健師によって行われていた。

母子健康手帳交付時のアセスメントにより継続的支援が必要な妊婦を抽出した後のフォローアップについて、複数回答で回答を求めたところ、最も多かったフォローアップ方法は、「妊娠中に家庭訪問を行う」と「新生児訪問を行う」であった（表 1.2）。次いで、「産婦訪問を早期に行う」、「乳幼児健診受診時に面談し経過をみる」となっており、「妊婦健診に通う医療機関に連絡し、医療機関と連携して経過をみる」も多かった。妊娠中から出産後にかけてのタイムリーな訪問や、乳幼児健診への継続的な支援、医療機関との連携を図っているという実態が明らかになった。

表 1.2 母子健康手帳交付時のアセスメントにより継続的支援が必要な妊婦を抽出した場合、そのあとどのようなフォローを行っているか（n=113 複数回答）

	回答数	比率
①妊婦健診に通う医療機関に連絡し、医療機関と連携して経過をみる	94	83.2%
②妊娠中に家庭訪問を行う	109	96.5%
③特定妊婦と判断した場合、要保護児童対策地域協議会にあげる	67	59.3%
④妊娠中に産後の支援について、関係機関によるケース会議を行う	77	68.1%
⑤出産後、出産した医療機関に連絡し、情報を提供してもらう	82	72.6%
⑥新生児訪問を行う	109	96.5%
⑦産婦訪問を早期に行う	104	92.0%
⑧乳児家庭全戸訪問の訪問員に情報を提供する	45	39.8%
⑨上記⑥⑦⑧以外の家庭訪問を行う	40	35.4%
⑩子育て支援事業に早期につなげる	77	68.1%
⑪乳幼児健診受診時に面談し経過をみる	104	92.0%
⑫その他	27	23.9%

次に、妊婦を継続的に支援していく場合、支援の終了はいつごろを目安にしているか、また、その判断は誰が行うかについて、記述で回答を求めたところ、訪問や乳幼児健診等の様子から保健師が総合的に判断するという回答が多かった。支援終了の時期については、産後の母子の状況を見て判断する、乳幼児健診のタイミングで関係者間のカンファレンスを経て判断するといった回答がある一方で、目安の時期や基準等は設けていないといった回答も多かった。

大阪府作成の「妊婦用リスクアセスメントシート」に基づき、課内でアセスメント会議

(定例)をおこない、総合的に判断、最終決定はチームリーダーの保健師がおこなうといった、具体的なフローと基準のもとで行っている事例もあった。

また、特定妊婦の支援は、出産後に要保護・要支援児童として要保護児童対策地域協議会において協議、判断するといった回答もあった。

3. 母子健康手帳交付後の妊娠期間の全妊婦のアセスメントと継続支援について

母子健康手帳交付後の妊娠期間の全妊婦のアセスメントとそれ以降の継続支援について、計画を立てている職種は、保健師(95.6%)、助産師3.5%であり、母子健康手帳交付時と同様の結果であった。

「母子健康手帳交付後に継続的支援が必要な妊婦を抽出するきっかけは、どのような場合か」を複数回答で回答を求め、その中でも最も多い機会についてもたずねたところ、「出産後、出産した医療機関からの情報提供(要養育支援者情報提供を含む)」が最も多かった。次いで、「新生児訪問」、「妊婦健診に通う医療機関からの情報提供(要養育支援者情報提供を含む)」、「本人からの連絡・相談」、「乳児家庭全戸訪問」であった。医療機関や訪問事業と連携して情報を得ており、また、本人からの連絡・相談も継続的支援のきっかけとなっていた。

表 1.3 母子健康手帳交付後に継続的支援が必要な妊婦を抽出するきっかけは、どのような場合か。(該当するものすべてに○、最も多いものは◎で回答) (n=113 複数回答)

	該当○	最多◎	計
①妊婦健診に通う医療機関からの情報提供(要養育支援者情報提供を含む)	84 74.3%	13 11.5%	97 85.8%
②妊婦訪問	41 36.3%	5 4.4%	46 40.7%
③出産後、出産した医療機関からの情報提供(要養育支援者情報提供を含む)	70 61.9%	36 31.9%	106 93.8%
④新生児訪問	80 70.8%	19 16.8%	99 87.6%
⑤乳児家庭全戸訪問	75 66.4%	13 11.5%	88 77.9%
⑥福祉関係部署からの情報提供	74 65.5%	0 0.0%	74 65.5%
⑦本人からの連絡・相談	85 75.2%	5 4.4%	90 79.6%
⑧家族からの連絡・相談	72 63.7%	0 0.0%	72 63.7%
⑨その他	17 15.0%	7 6.2%	24 21.2%

表 1.4 医療機関からの情報提供と医療機関への報告（自由記述）

医療機関から 得ている情報	身体的・精神的な リスク	妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの既往、精神疾患既往、EPDS 高得点、産後うつ、アルコール・薬物依存等
	児のリスク	児の疾患、低出生体重児、未熟児、障害、多胎
	社会的ハイリスク	若年・高齢の初妊婦、外国人妊婦、妊婦健診未受診、支援者不在、通院費未払い、未婚、望まない妊娠、DV、経済的な問題
	医療機関が 気になった点	育児不安、育児技術、愛着の不安、母親の成育歴、低い理解度、生活能力不足、妊産婦の言動など具体的エピソード
	入院中の経過・ 産婦の状況	産婦の状況（入院期間、病歴、退院時処方、妊娠中の異常、特記事項） 児の状況（出生時の状況、疾患、保育器収容や治療などの状況、退院指導の内容） 入院中の育児手技の獲得状況、夫婦の関係性など
	地域への依頼	市町村で行ってほしい支援内容
医療機関への 報告	報告時期	<ul style="list-style-type: none"> ・妊婦訪問後、文書で報告 ・妊婦の場合、遅くとも出産1ヶ月前までに報告 ・新生児訪問や乳児家庭全戸訪問後、4か月児健康診査の終了後（1週間～10日、遅くとも1ヶ月健診までには報告） ・適宜報告 ・緊急を要する場合は訪問や面談直後、電話で報告 ・明確な基準はない
地域の連携シ ステム		<ul style="list-style-type: none"> ・松江圏域で、情報提供の様式が決まっている ・北海道養育者支援保健・医療連携システム実施要綱及び留萌保健所養育者支援保健・医療連携システム事業実施要領に基づき、規定書式にて連絡を実施している ・医療機関、市町村、保健所で周産期ケア会議開催、地域連絡会設置による定例会議がある ・管内共通の養育支援連絡書様式で連絡 ・妊婦健診や1か月児健診受診票に、妊産婦への市町村からの保健指導が必要か、支援が必要な場合は医師の所見やどんな指導・確認が必要かなどの記載欄がある

表 1.5 福祉関係部署からの情報提供と福祉関係部署への報告（自由記述）

福祉関係部署からの情報提供	経済困窮	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給や助産制度の利用申請、生活困窮に係る情報
	DV・虐待	<ul style="list-style-type: none"> DV相談に係る情報、保育所入所に係る情報、子育て支援サービス利用に係る情報など。いずれも虐待疑い等で情報共有している同胞や家族の情報含む。 保育園からの虐待疑いのある乳幼児の情報、虐待の通告があった場合
	障害、その他	<ul style="list-style-type: none"> 障害の有無、家族のサポートや社会資源の利用状況、地域との関係
	その他	<ul style="list-style-type: none"> 要保護児童の対象者として把握された場合、会議への参加依頼があるため、会議の関係機関からの情報が得られる 福祉関係部署が妊娠届出事務を担っているため、届出時のアンケートに基づき把握
福祉関係部署への報告	報告時期 ・対応方法	<ul style="list-style-type: none"> 情報が入りしだい随時、報告 即日報告 要保護児童対策地域協議会、ケース会議、連絡会議など会議の場で報告 福祉部署の職員と一緒に面談や訪問などの対応をすることが多い 介入後、早期（1週間程度以内）に報告

実際に医療機関から情報提供がある場合、「どのような情報が得られており、医療機関へのフィードバックをどのように行っているのか」を自由記述で質問した（表 1.4）。

医療機関からは、ハイリスク妊産婦の情報だけでなく、医療機関で気になった妊産婦の状況や家族背景、児の養育に影響を及ぼす可能性のある情報等が市区町村へ連絡されていた。医療機関から情報提供を受けた市区町村は、情報提供の時期や緊急性を判断した上で、妊婦の訪問や面談を行い、対応後に適宜、医療機関に報告を行っていた。報告の時期は対応後1週間から10日とする回答が散見され、また、「妊婦であれば出産前までに」、「出産後であれば1か月健診までに」とするなど、妊婦や母子が次に医療機関を受診する前までに報告するとの回答が認められた。また、広域で情報提供の様式が決まっていたり、保健・医療連携システムの中で情報交換がスムーズに行われていたり、医療機関と市区町村の連絡会議が定期的に実施されている地域もあった。

次に、「福祉関係部署からの情報提供がある場合、どのような情報が得られており、福祉

関係部署へのフィードバックをどのように行っているのか」を自由記述でたずねた(表 1.5)。

福祉関係部署からは、経済的な困窮者の情報や虐待・DVに関する情報、障害などに関する情報等について連絡を受けていた。また、特定妊婦として要保護児童の対象者として把握された場合は、保健部門の担当者が会議に参加するため、会議の場での情報交換を行っていた。福祉関係部署から情報提供を受けた場合の対応としては、一緒に訪問や面談を行っていることも多く、連携した対応が行われているケースが多く認められた。

4. 全妊婦のアセスメントについての課題

「市区町村で全妊婦をアセスメントするための課題」について、自由記述で回答を求めたところ、①保健師の業務過多によるマンパワー不足、②支援の必要な妊婦を漏れなく拾い上げるためのアセスメント基準の必要性、③医療機関との協力・連携の充実が挙げられていた。

妊婦の抱える背景が複雑化しているため、多様な支援方法、臨機応変な対応が求められている。すべての妊婦に対して丁寧にアセスメントを行う必要性を感じている一方で、保健師の業務量が多く対応しきれないジレンマも抱えている現状が浮かび上がった。

また、保健師のいない窓口で妊娠届出を受け付けている市区町村もあり、その場合、アンケートで気になることが記載されていても、本人への連絡は後日となるため、連絡して確認することが難しい状況もあり、タイムリーな対応への課題についても認められた。

アセスメントにおいては、的確かつ効率的にアセスメントができるような様式の検討の必要性や、アセスメントのための情報収集や面接時のアセスメント能力のばらつきがある、アセスメントが個人的主観で大きく左右される等の理由から、アセスメント指標や継続支援対象者の基準が必要であるという意見が挙げられていた。さらに、アセスメントを複数の目でチェックする必要性や、継続支援を行った結果、その支援が妥当であったかの検討も必要という意見もあった。

関係機関との連携については、継続支援のためには速やかな情報共有の必要性や役割分担の必要性に関する回答が認められた。

5. 乳児健診受診前のアセスメントと乳児健診にどのようにつないでいるか

妊娠期からフォローアップしている個別ケースが乳児健診(3~4か月児健診)を受診する前に、これまでのフォローアップについてアセスメント(評価)する機会を設けているかについての設問に対して、設けているは91件(80.5%)、設けていないは22件(19.5%)であった(表 1.6)。

アセスメント(評価)する機会を設けていると答えた市区町村に対し、乳児健診で保健指導従事者(医療機関委託の場合は医療機関)にどのようにつなげて共有しているかについて、自由記述で回答を求めたところ、事前のカンファレンスで担当者間や医師と情報共有しているといった回答が多かった。また、部署内の定期的なカンファレンスで情報共有

していたり、健診後のカンファレンスでケースの状況や今後の支援方針について検討したりするなど、継続的な支援につなげていた。

情報を共有する方法としては、カンファレンスの他に、個人の乳幼児健康カードへ支援状況等をすべて記載して健診従事者が健診時に必ず内容を読むようにしているなど、記録を通じた情報共有が行われているところがあった。

表 1.6 乳児健診受診前にアセスメント(評価)する機会を設けているか(n=113 複数回答)

	回答数	比率		回答数	比率
はい	91	80.5%	①フォローアップ担当者で	67	59.3%
			②ケース会議等で	32	28.3%
			③その他	20	17.7%
いいえ	22	19.5%			

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査(保健所)において、ハイリスク妊婦の把握と妊娠期間中の全妊婦のアセスメントについて何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち131件(60.4%)であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は60件(27.6%)、市町村の実施状況を把握しているとの回答は107件(49.3%)、把握した状況を評価しているのは21件(9.7%)であった。全国調査(保健所)の質問項目の中で、市町村の実施状況を把握している頻度が最も高い結果であった。

具体的な支援方法としては、母子保健委員会や担当者会議での助言、県内妊娠届出書アンケートの統一、妊娠届出書活用手引きの配布、医療機関との連携会議の開催、母子保健事例検討会、県の妊娠期からの母子保健活動マニュアル策定、研修会の実施などが挙げられた。

全国調査(都道府県)において、ハイリスク妊婦の把握と妊娠期間中の全妊婦のアセスメントが母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれている都道府県は、回答39件のうち25件(64.1%)で、全国調査(都道府県)の質問項目の中で最も高い実施頻度であった。また、ハイリスク妊婦に対する妊娠期における個別支援の妥当性の評価については、39件のうち11件(28.2%)であった。

自由記載では、県下統一の妊娠届出時アンケートの活用評価を行う予定としている県や、保健所においてハイリスク妊産婦の支援会議を開催する、保健所毎に保健所・管内市町村・産科医療機関連携会議を開催する、市区町村の要保護児童対策地域協議会への産科医療関係者の出席や実務担当者会議の充実強化を図るというように、保健所単位で評価の機会を設けることなどによって市区町村の支援を強化している場合もあった。

【現状に対する考察】

益邑¹⁾らの調査によると、妊娠届出時に、原則として届出者全員に届出当日に個別面談を実施している市区町村は 72.7%あり、面談担当者の 92.4%が保健師である。すなわち、妊娠届出時には保健師が妊婦と個人面談を行ってアセスメントする機会は整ってきているといえる。実際、全国調査に回答のあった市区町村のうち 88.5%では、母子健康手帳交付時に妊婦のアセスメントを行い、ハイリスク妊婦の抽出を行っていた。しかし、その後の妊娠期間中にアセスメントを行っているところは 28.3%であり、母子健康手帳交付後の妊娠期間中に妊婦をアセスメントしていくことへの課題があると考えられた。

また、実際に継続的に全妊婦の把握を行っている市区町村においても、全妊婦一人一人に対して丁寧にアセスメントを行う必要性は感じているものの、保健師一人当たりの業務量が多く、対応しきれない状態にジレンマを感じていたり、アセスメント実施者間の情報収集、面接時のアセスメント能力のばらつきが課題と考えていた。的確かつ効率的にアセスメントができるツールの検討が求められていた。

母子健康手帳交付後、継続支援が必要な妊婦については、医療機関や福祉機関より情報を得て、面接や訪問を実施し、支援後はおおむね 1 週間から 10 日を目途に情報提供機関へ状況を報告していた。中には、定期的に会議の機会を持ち、会議での情報提供や報告がシステム化されている地域もあった。医療機関との連携をより充実させていくために、妊婦および褥婦連絡票等を用いて、タイムリーに支援できるよう情報共有や役割分担していくことが今後の課題と考えられる。また、福祉関係部署との連携においては、福祉担当者との同行訪問や部署が近いことによる即日の報告なども行われており、より緊密な連携が図られている市区町村もあった。要保護児童対策地域協議会、ケース会議、連絡会議を通じたネットワークの強化が求められるが、ケースの増加に伴うマンパワーの増加も課題と考えられる。

妊娠期から継続支援を行っているケースを乳児健診につないでいく場合、支援結果を評価していると回答した市区町村は 80.5% (91/113) で、評価方法はフォローアップ担当者のみで行っているとの回答が多かった。評価結果の共有の機会は、健診の事前カンファレンス等で健診担当者や医師と共有するとの回答や、事後カンファレンスでケースの状況や今後の支援方針について検討するとの回答が認められた。共有方法としては、カンファレンスでの報告のほか、乳幼児健康カードなどの記録を利用するなどの回答が認められた。調査結果から、妊娠期からの継続支援の評価を乳幼児健診へつなぐための情報共有について、市区町村は試行錯誤の状況にあるといえ、今後、そのあり方を検討し、支援の質を標準化していく必要があると考えられた。

また、全国調査の都道府県、保健所の結果から、ハイリスク妊婦の把握と妊娠期間中の全妊婦のアセスメントについて、管内市町村が実施できるように支援している都道府県や保健所の数は現状では多いとは言えなかった。今後、妊婦のアセスメント基準の標準化を図ったり、医療機関・福祉関係部署との連携を図るためには、都道府県や保健所の果たす

役割は大きいと考えられた。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 母子健康手帳交付時の妊婦のアセスメント

市区町村が継続的な支援を必要とする妊婦をアセスメントする機会として、妊娠の届出および母子健康手帳の交付は好機となっている。妊娠届出時に、原則として届出者全員に届出当日に個別面談を実施している市区町村が多く、面接担当者のほとんどが保健師との調査結果がある。これらの妊娠届出時に保健師が妊婦と個人面談を行ってアセスメントする機会が整備されている市区町村においては、この個別面談時のアセスメントの質を高め、標準化することが必要である。全国調査（市区町村）の二次調査の結果からも、支援に必要な妊婦を漏れなく拾い上げるためのアセスメント基準の必要性が課題として挙げられており、アセスメント基準を作成する必要がある。また、妊娠届出時に個別面談を実施できない自治体においては、アセスメント・ツールの利用や医療機関との連携などのさらなる工夫が求められる。

2. 妊娠期間中の全妊婦のアセスメントのための医療機関との連携

母子健康手帳交付時にアセスメントする機会が持てなかった妊婦や、妊娠期間中の転入者、医療機関で把握されたハイリスク妊婦の情報など、母子健康手帳交付後もさまざまな機会を通じて、妊婦のアセスメントを行う必要があり、その際は母子健康手帳交付時同様に、妊婦のアセスメント基準に沿って対応していく必要がある。よりタイムリーに支援を行うためにも、医療機関での情報把握と情報提供の協力を得る必要がある、医療機関との連絡票や対応方法などについても、今後整備していく必要がある。

現在、厚生労働科学研究「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究（研究代表者 光田信明）」において、これらの論点に対する検討が行われている。その成果にも期待したい。

3. 妊娠期からの支援対象者のフォローアップと評価

妊娠期間中に、アセスメント基準に基づくハイリスク妊婦の抽出とその後の支援を行った場合、妊娠期の支援を評価し、乳幼児健診につなげていくことが重要である。支援対象者のフォローアップと評価については、妊娠期だけではなく、3歳児健診までの継続的なフォローアップと評価の流れの中に位置づけ、対応していく必要がある（論点1-1参照）。

【論点1 参考文献】

1) 益邑千草、齋藤幸子、安藤朗子他：母子保健活動における継続的支援と母子保健情報の活用に関する研究(1)－妊娠届出時の情報把握に関する研究－.日本子ども家庭総合研究所紀要. 2012 ; 49 : 1-14.

論点2：乳幼児健診における問診の意義

2. 1 保健指導における問診の意義

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「集団方式の乳幼児健診で問診を行っていますか」との設問に対し、「1.行っている」「2.行っていない」「3.集団方式の健診は行っていない」「4.その他（内容の自由記述）」の選択肢で回答を求めた。

この設問での問診は「対面式の問診」を想定しており、具体的には、親子の健康課題を明確化するために問診票への記載内容等をもとにアセスメントして、必要に応じてさらに詳しく対象者から情報を得るなどして課題を整理するとともにその課題について対象者と共有することであり、調査では補足説明を加えた。

表 2.1.1 集団方式の健診での問診の実施（n=1,169）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.問診を行っている	1,070	97.0%	61	92.4%	1,131	96.7%
2.問診を行っていない	18	1.6%	1	1.5%	19	1.6%
3.集団方式の健診は行っていない	9	0.8%	1	1.5%	10	0.9%
4.その他	6	0.5%	3	4.5%	9	0.8%
計	1,103	100%	66	100%	1,169	100%

回答の得られた1,169市区町村のうち、集団方式の乳幼児健診で問診を行っているとの回答は1,131件であり、ほとんどにおいて対面式の問診が乳幼児健診に取り入れられていた。

一方、19市区町村（1.6%）が問診を行っていないと回答した。市区町村規模別の分析では、母数が少ないことを考慮する必要があるが、自治体の規模による特徴は特にはみられなかった（表. 資料 2.2、p102）。

集団方式の健診で問診を行っていない市区町村に二次調査を実施し、その理由や対面式問診に代わる工夫、メリット・デメリットについて自由記載にて回答を得た。

協力の得られた自治体は6自治体であった。主な内容を表 2.1.2 に示す。

表 2.1.2 問診をしない背景、問診に代わる工夫、メリット・デメリット

<p>対面式の間診をしていない理由（経緯や地域特性など含めて）</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 市民サービス向上のために待ち時間を軽減し、効率的な健診実施に努めているため、全対象者に対面式の間診は実施していない。 ・ 健診の時間短縮で母子の負担を減らすため。 ・ 保護者に事前に児の成長発達の様子を見てもらうため。 ・ 以前は診察の前に対面式間診をして、必要な児のみ最後に育児相談をしていたが、「残された」等の印象を与えることがあった。又、乳幼児健診の目的が児の発育・発達の確認に加え、母親の育児支援（育児不安や虐待予防）の目的が大きくなったため、全員に育児相談をするようになったため。
<p>対面式問診に代わる工夫</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 健診前に保健師が保護者の記入した質問票（問診票）や過去の経過を確認し、ハイリスク者の把握に努めている。質問票からの把握以外にも健診の中で各従事者が気になった対象者については、従事者間で情報共有し、保健師の個別指導の中で対象者から詳しく情報を収集するとともに、保健指導や継続支援につなげるように努めている。 ・ 事前に健診案内とともに質問票を郵送し、自宅で記入して来所してもらっている。医師の診察前に必要な情報は保健師が質問票から転記している。ハイリスク児については、結果票の特記事項欄に詳細を記入している。 ・ 診察前に問診票をスタッフが確認し、気になる部分については赤でラインを引いて、情報を落とさないようにしている。 ・ 健診終了前に保健師が実施している「個別指導」では、母子健康手帳の返却とあわせて健診結果の説明や保健指導を行っているため、必ず保健師が全員と面接する機会となっている。 ・ 問診項目に関して個別相談の際に確認している。
<p>対面式問診をしないメリット・デメリット</p>
<p>◎メリット</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 効率的に健診が実施できる（時間の短縮） ・ 健診時間の短縮ができ、母子の負担を軽減できる。 ・ 事前に問診項目を家庭で実践してもらおうことで、母が児の月・年齢における発達に気づくことができる。 ・ 健診で児がぐずったりして正確な問診ができないことを防ぐ。 ・ 最後の育児相談で全員面接し、質問票の内容を確認しながら、診察結果の説明・母の育児状況の確認をすることで、「残された」「ひっかかった」というマイナスイメージを与えなくてよい。ゆっくり相談できるので、育児についての不安などの訴えにも対応でき、虐待ハイリスク者の早期発見の場として有効である。

◎デメリット

- ・ 質問票や過去の経過、健診中の様子に気になる点がない対象者の場合、潜在的な問題に気づかない可能性がある。
- ・ 母親の主観が強い場合、実際の児の様子を反映しないことがある。
- ・ 最後に育児相談において、人によっては相談が長くなり、健診全体の時間が長くなる傾向にある。

【現状に対する考察】

今回の全国調査（市区町村）に回答した自治体では、集団方式における乳幼児健診においてはほぼ全数に近い自治体で対面式の間診を行っていた。一方、対面式の間診を行っていない自治体もあったが、その背景としては大きく2つの要因が推測された。1つ目は健診の時間短縮が求められていること、2つ目は健診の最後に行う個別の保健指導にて対面式間診の要素を補完するとの考え方である。受診者数の多さも理由として挙げられていたが、受診者数が少ない自治体もあり、一概には受診者数の多さが要因とはいえないと考えられた。

当研究班では、乳幼児健診における保健指導の目的を、親子の顕在的および潜在的な健康課題を明確化し、その健康課題の解決に向けて親子が主体的に取り組むことができるよう支援することとした（「手引き」p.57）。その一連の保健指導の中で、対面式の間診の役割としては「親子の健康課題の明確化」と位置付けている。対面式の間診を行わない場合の工夫として、事前に保護者が記入して持参する「問診票」からの情報収集を丁寧に行うことで健康課題を抽出していることが挙げられていた。このことにより時間短縮がはかれるメリットがある一方で、デメリットとして「質問票や過去の経過、健診中の様子に気になる点がない対象者の場合、潜在的な問題に気づかない可能性」が挙げられており、保護者が気づいていない、または、訴えがない潜在的な健康課題の把握に工夫が必要である。

さらに委託健診の場合は対面式の間診を集団健診同様に実施することが難しいことも課題であり工夫が必要である。二次調査で把握した各自治体の保健活動における工夫として、「（健診だけでなく）他機関・多職種との協力・連携体制の確保」や「顔が見える密着した保健活動の展開」、「健診以外に住民と出会う場の確保」などが挙げられている。このような日常的な保健活動の充実が委託健診の場合は特に重要であるとともに、集団健診事業およびその後のフォローアップの質向上にとっても必要不可欠であると考えられる。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 標準的な乳幼児健診における問診の機能の確認と健診従事者間での共通認識

「手引き」では、集団方式の健診における標準的な保健指導のプロセスを以下の図のように示している（「手引き」p.59）。

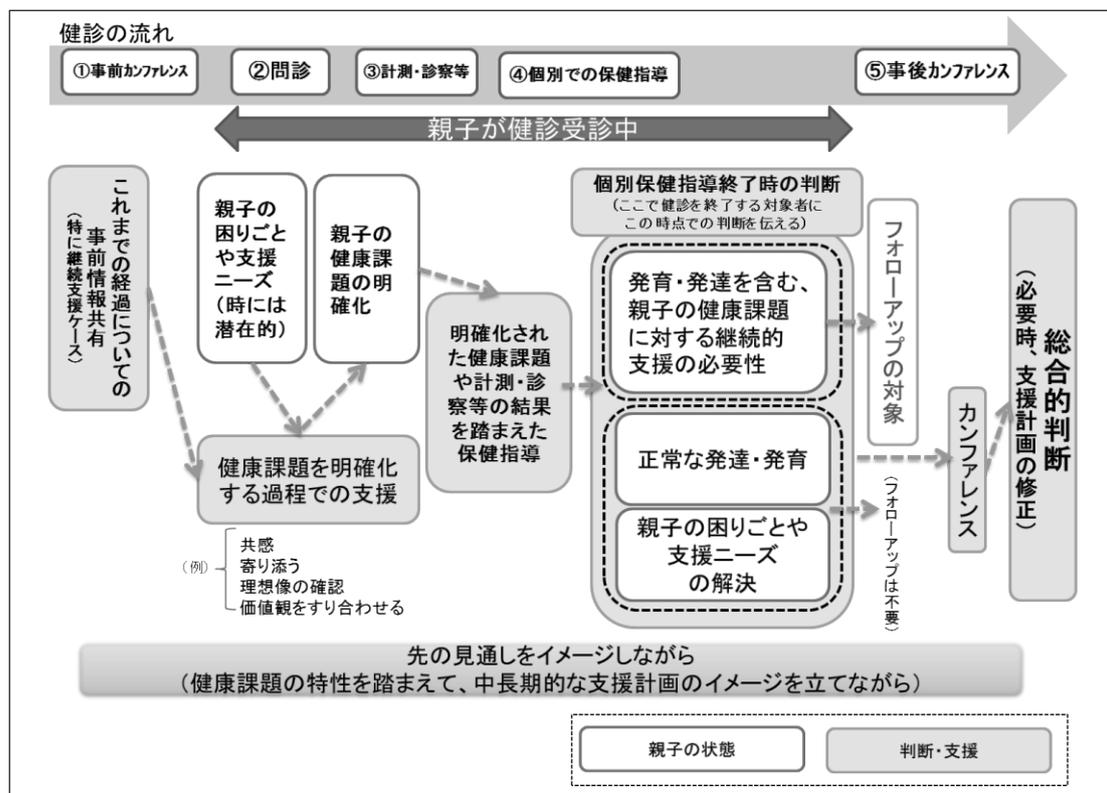


図 2.1.1 乳幼児健診時の保健指導プロセスの一例

このプロセスにおいて、問診は以下の機能を果たしている。この基本的な機能を健診従事者間で共通認識することも重要である。

1) 親子の困りごとや支援ニーズの把握による親子の顕在的・潜在的健康課題の明確化

健康状態や親子の困りごと等の把握については、事前に保護者が記入してくることが多い問診票を活用できる。ただし、その情報をアセスメントしその結果を統合して、その親子がもつ健康課題を明確化するプロセスが必要となる。健康課題が顕在的で親子自身も実感して訴えている場合は問診票への回答から多くが把握できるとも考えられるが、問題は健康課題が潜在的で親子も気づいていない場合である。このような潜在的健康課題の把握は予防的健康支援の専門家としての健診従事者の重要な役割である。このような課題把握には十分な聞き取り等が必要となるため、対面式の問診が望ましい。

2) 健診で確認すべき事項の整理～時系列的にみた問診の位置づけ～

基本的には問診は来所時点での健康課題を把握した上で、健診で特に確認すべき事項、支援すべき事項を整理するという機能がある。よって問診は健診の最初に行うことが望ましい。

3) 健康課題を明確化する過程での支援

問診で健康課題を明確化する過程において、受診者の悩み等に共感し、寄り添いなが

ら、受診者が目指したい姿の確認という支援が行われている。健康課題の明確化を丁寧に行うことで必然的にこのような支援も伴ってくるため、そういった点からも対面式問診の方が望ましい。ただし、時間的制約があるため、また、その後の計測・診察の円滑な実施や、最後に実施することが多い健診結果を受けた保健指導の機会を効果的に活かすためにも、問診が基本的に果たすべき機能である「健診開始時点での健康課題の明確化」がある程度達成できた時点で、次の段階への移行につなげることが必要である。その際には受診者の心理的状況に十分留意し、健診の最後に満足感を得られるような配慮も必要である。

2. 健診従事者の研修体制の確立

全国調査（市区町村）の二次調査においても「新任期の研修体制の充実」が課題として意見が寄せられていた。特に問診は多種多様な保健指導技術を駆使して行われている。例えば熟練の保健師では、児のにおいにも着目するなど五感をつかいながら親子の状況を把握している。またもちろん健康課題の明確化だけではなく、まずは関係性を築くことを重視した問診を行っている。このような熟練の技は新任期からすぐに身につけているものではないため、この力量を育成できる研修方法の検討と非常勤健診従事者も含めて研修を受けられる体制の確立が重要である。

3. 地域特性・自治体の事情に応じた工夫

上記に標準的な乳幼児健診モデルにおける問診の機能について記述したが、受診者が多い、または非常に少ないなどの地域特性や委託健診で行っているなど自治体の事情は様々である。そのような状況下においても、全国どこでも一定水準の乳幼児健診によるサービスを受けられるようにするための標準化に向けて、二次調査での回答に見られたようなその自治体の状況に応じた工夫が必要である。

よって、具体的なマニュアルレベルの実践方法については、各自治体の状況に応じた方策の検討が必要である。重要なことは、どのような方法であっても、先に挙げた標準的な乳幼児健診モデルにおける問診の機能が果たされていることを確認すること、そして、その機能が不足している場合の補完方法を保障することである。そのためには各自治体が自身の地域特性を把握した上で健診従事者間で話し合い、その自治体に適した方法を構築していくプロセス自体も重要であると考えられる。この結果、全国どこで受診しても一定水準の支援を享受できる「標準的な保健指導」につながると考えられる。

論点 2：乳幼児健診における問診の意義

2. 2 標準的な問診項目の意義とその活用

【標準的な問診項目の意義】

研究班が作成した「手引き」では、乳幼児健康診査における標準的な問診項目を提示した。ここで「標準的な問診項目」とは、「必須問診項目」と「推奨問診項目」に分けられる。とくに必須問診項目は「健やか親子 2 1（第 2 次）」の指標に関連づけられた重要な問診項目となっている。

問診項目の標準化は集団の状況や格差を把握するために欠かせない方法であるのは確かだが、ともするとこれらの問診項目が都道府県や国の集計に用いられることが主目的だと捉えられる可能性がある。この点に留意し、研究班ではとくに個別指導に向けた有用な問診項目を開発するというポリシーを一貫して維持してきた。問診項目は市区町村の乳幼児健診の場で用いられるものであり、そこでの基本は個別指導、すなわち親子に還元できることが第一義であるということを改めて確認しておきたい。

【標準的な問診項目活用の現状】

乳幼児健診の標準的な問診項目の活用状況に関する全国調査（以下、「問診活用状況調査」とする。）を行った。調査時期は 2016 年 2 月である。調査票は、市区町村 1,680、指定都市 20、中核市 41 の合計 1,741 自治体に郵送し FAX で返送を受けた。結果、916 の自治体より回答を得た（回答割合：52.6%）。

1. 現在の乳幼児健診実施体制について

現在の乳幼児健診実施体制として「集団健診」「医療機関委託健診」のどちらかであるかについて、「3～4 か月健診」「1 歳 6 か月健診」「3 歳児健診」のそれぞれの現状を質問した。「3～4 か月健診」では、「医療機関委託健診」の割合が 19.9%（727/909）であったのに対し、「1 歳 6 か月健診」では 2.1%（19/912）、「3 歳児健診」では 0.8%（7/913）であった（図 2.1.1）。

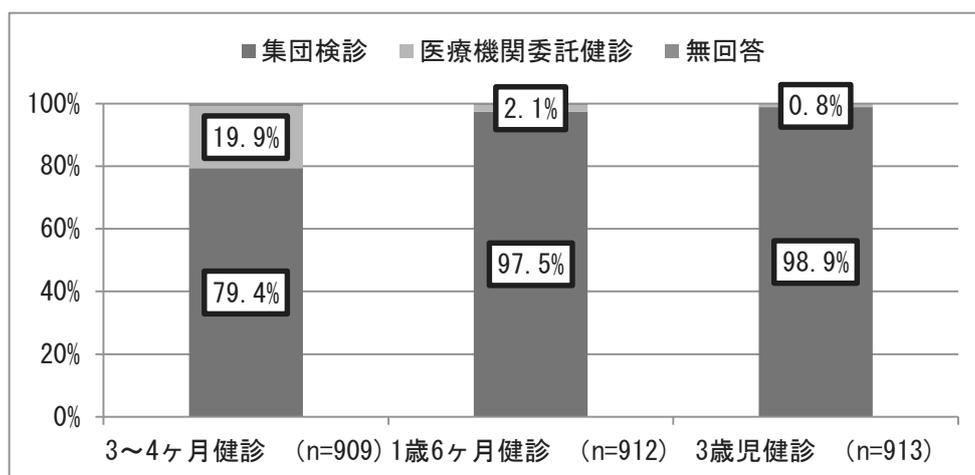


図 2.2.1 現在の乳幼児健診実施体制について

2. 母子保健計画の状況について

現在の母子保健計画の策定状況について、次の3つの選択肢、「1. 他の計画とは独立した母子保健計画を立てて推進している」、「2. 母子保健計画に該当する内容の一部を他の計画に入れ込んでいる」、「3. 母子保健計画に該当する内容はどの計画にも入れ込んでいない」、を用いて回答を求めた。その結果、「独立した母子保健計画を立てて推進している」と回答した自治体は7.6%であった。また、「母子保健計画に該当する内容はどの計画にも入れ込んでいない」と回答した自治体は6.1%であった（図 2.2.2）。

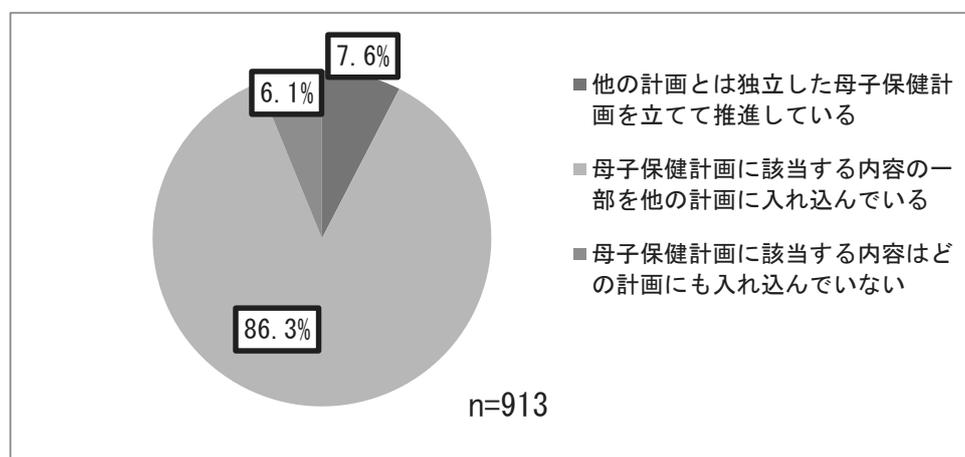


図 2.2.2 母子保健計画の状況

3. 必須問診項目の活用状況について

母子保健課調査として状況を把握する乳幼児健診での必須問診項目（15指標）の活用状況について、「1. 15指標のすべてを貴自治体での既存の乳幼児健診項目と入れ替えて取り入れている」、「2. 15指標のすべてを別紙対応にて取り入れている」、「3. 15指標の一部を取り

入れている」、「4. 15 指標については、その 1 問も取り入れてはいない」、を用いて回答を求めた。その結果、最も多く見られた回答は、「2. すべてを別紙対応にて取り入れている」47.2% (426/902) であった。「4. 1 問も取り入れてはいない」、と回答した自治体は 13.9% (125/902) であった。「3. 一部を取り入れている」と回答した場合 (n=136) には、追加質問として、その項目数を尋ねたところ、平均 7.4 項目 (標準偏差 4.5) であった。なおこの追加質問に対する欠損ケースは 4 件であった (図 2.2.3)。

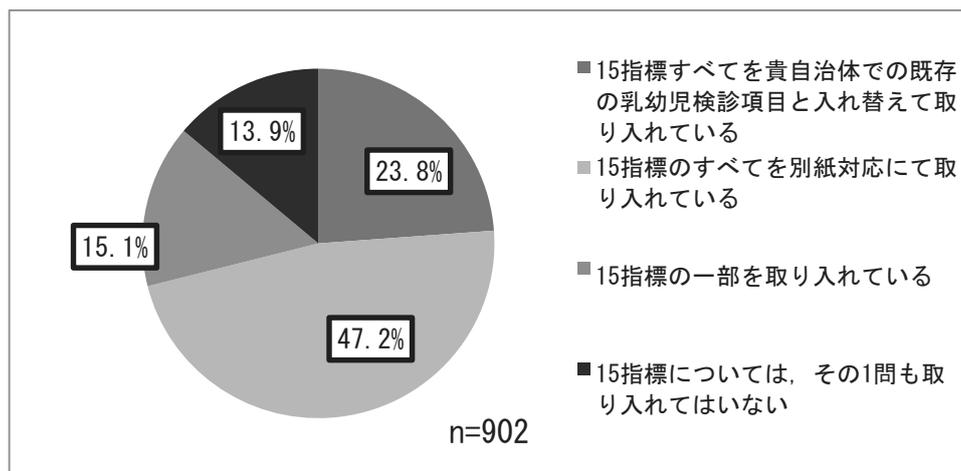


図 2.2.3 必須問診項目の現在の活用状況 (平成 28 年 2 月)

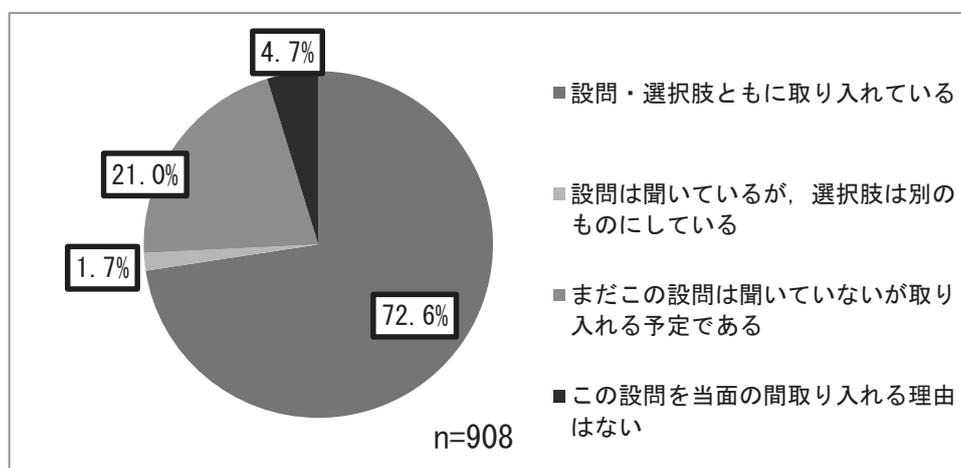


図 2.2.4 「子どもを虐待していると思われる親の割合」の活用状況

4. 「子どもを虐待していると思われる親の割合」の指標に関する問診項目の活用状況

「健やか親子 2 1 (第 2 次)」の重点課題②の指標の一つである「子どもを虐待していると思われる親の割合」を把握する問診項目の活用状況について、次の 4 つの選択肢、「1. 設問・選択肢ともに取り入れている」、「2. 設問は聞いているが選択肢は別のものになっている」、「3. まだこの設問は聞いていないが取り入れる予定である」、「4. この設問を当面の間取り

入れる予定はない」、を用いて回答を求め、また各選択肢について補問を設け、具体的な活用状況等を調査した。

その結果、最も多く見られた回答は、「1. 設問・選択肢ともに取り入れている」72.6% (659/908) であった (図 2.2.4)。この選択肢の補問として「選択肢をどのように活用しているか教えてください」として、その活用内容を自由記述式で尋ねた。その結果の一部を表 2.2.1 に示した。選択肢の「2. 設問は聞いているが選択肢は別のものになっている」と回答した割合は 1.7% (15/908) であった。この選択肢の補問として「どのような選択肢を設定していますか」と自由記述方式で尋ねた。その結果の一部を表 2.2.2 に示した。

表 2.2.1 選択肢をどのように活用しているか (自由記述) の一部抜粋

- ・ 問診時に母のおかれている状況の把握と今後の支援のため
- ・ 保健相談時に相談対応のきっかけとして活用。
- ・ 必要に応じて支援の参考にしている。
- ・ 乳幼児健診の問診の際に確認している。
- ・ 早期発見、早期支援のため活用。
- ・ 選択肢の内容・状況を確認し、必要に応じ、要経過観察、家庭訪問等区分し対応している。
- ・ 選択肢に多数記入している保護者には、要保護対策協議会と情報確認。
- ・ 心理相談へつなげる、健診後のカンファレンスでフォローの必要性を検討する。
- ・ 行為の把握から、母親の気持ち、家族全体をとらえ支援につなげている。
- ・ 健診の年齢別の回答率や変化を経年的にみていき、今後予防活動に活用する予定。
- ・ 健診の育児相談時に使用。
- ・ 気になる行為があれば、状況を詳しく聞く等している。
- ・ 該当者については個別対応が必要かどうか判断し、必要な者については支援する。
- ・ 育児ストレスが高い方は相談 (心理士) を勧める。養育環境が心配な方は福祉と連携しフォローしている。
- ・ その行動を取った背景について確認し、特に養護面で支援が必要ではないかアセスメントするのに活用している。
- ・ 4 か月健診で該当項目にチェックのついた子については、医療機関から報告をもらい把握している。

選択肢の「3. この設問を当面の間取り入れる予定はない」と回答した割合は 4.7% (43/908) であった。この選択肢の補問として「差支えなければその理由を教えてください」と自由記述方式で尋ねた。その結果の一部を表 2.2.3 に示した。

表 2.2.2 どのような選択肢を設定しているか（自由記述）の一部抜粋

<p>お父さん、お母さんは子どもを虐待しているのではと思うことはありますか。 （はい、何ともいえない、いいえ）</p>
<p>イライラする事はよくありますか。 お子さんをとめどなく叱ったり叩いてしまうことがありますか。 育児に自信がなくなったりする事がよくありますか。 育児が嫌になり、投げだしたくなる事がよくありますか。</p>
<p>3～4か月児、1歳6か月児、3歳児の全てにおいて、選択肢を統一。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感情にまかせてたたく。 2. 食事を長時間与えないなどの制限や放置。 3. しつけのし過ぎ。 4. 感情的な言葉 5. その他
<ol style="list-style-type: none"> ① 自分一人で育児をしているような気持ちになる。 ② 社会から取り残されていると感じる。 ③ 子育てを投げ出したくなることもある。 ④ 子どもをかわいく思えないこともある。 ⑤ 子供に手を挙げることもある
<ol style="list-style-type: none"> 1. たたくなど 2. 食事を長時間与えないなどの制限・放置 3. しつけのし過ぎ 4. 感情的な言葉 5. その他

表 2.2.3 当該項目を取り入れていない理由（自由記述）の一部抜粋

- ・母親との良好な信頼関係のもとに支援する立場にある保健師が、健診の場で「虐待」と直接的な表現を用いることにより、母親からの信頼を失い、関わりをもてなくなる可能性があるため。また区が要支援等の支援において協力を得ている医師（子ども虐待防止センター評議員）の助言を受け今回の問診項目の追加については慎重になるべきだと判断したため。
- ・設問の内容が乳幼児健診の趣旨にそぐわないため。
- ・設問に対する選択肢の内容が直接的すぎる等、問題点があるため。
- ・設問として、直接聞くことが良いのか、内容を検討しています。
- ・親子の支援の入り口問診としてふさわしくなく信頼関係を損なうことを危惧したため。虐待をしている親にとって、この設問の侵襲性が高く、未受診等、支援の拒否につながりかねないため。
- ・①健診場面での信頼関係形成を阻害する恐れがある。②健診時間内で問診に取り入れる余裕がない。
- ・問診票作成、システム入力変更に多額の費用がかかるため平成 29 年度開始予定として準備中なので、取り入れる予定はありません。
- ・健診質問票（OCR用紙）の改正と電算システムの改修のめどが立っていないため。
- ・県下統一の問診票を使用しているため。
- ・②-2については、文字として見ると強い印象があるため、口答での問診で確認した方がよいと判断したため。②-5については、問診というよりも認知度を図る内容のため、問診として取り入れたことがある。
- ・虐待につながるリスク項目をすでに問診に設定し、対応している。すこやか親子 21 の設問は、問診で扱うには、時間や環境の設定上難しい。
- ・3～4か月健診時に子育てアンケートを用いて虐待に関する項目を確認している。
- ・乳幼児健診の際の親子の様子や地域からの情報で把握できるため。
- ・日々の保健活動と保育士との情報交換から把握する。
- ・小規模な村なので、状況は把握できていると思えるので。
- ・この問診を集団検診の場でいねいにききとり保健指導まで対応することの限界、他の設問肢の中で総合的にききとる方が母にとっても表現しやすいため。
- ・この設問に対し正直に○を付ける人は、いないと思われるため。
- ・いろいろな団体がこの項目について申し入れをしているので国の動きを見て検討する予定である。
- ・1年間状況を見て導入を検討。

推奨問診項目の活用状況について

「手引き」に示した推奨問診項目の活用状況について、「1. 推奨項目のすべてを取り入れている」、「2. 推奨項目の一部の項目を取り入れている」、「3. 推奨項目については、1問も取り入れていない」を用いて回答を求めた、

その結果、最も多くみられた回答は、「2. 推奨項目の一部の項目を取り入れている」48.8% (441/903) であった。この選択肢の補問として、「3～4 か月児健診」「1歳6 か月児健診」「3歳児健診」のそれぞれの問診における活用している項目数を尋ねた。その結果、それぞれの平均は、4.3項目 (標準偏差 2.8)、5.6項目 (標準偏差 4.0)、4.9項目 (標準偏差 3.3) であった (図 2.2.5)。

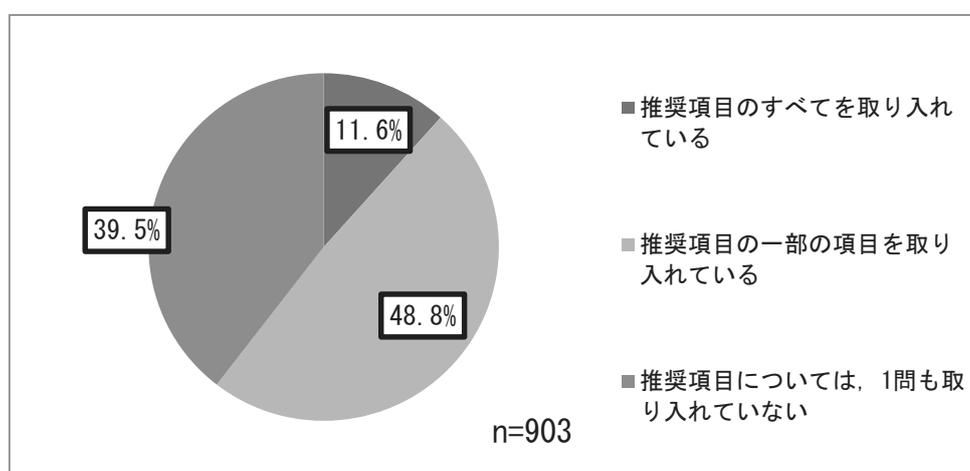


図 2.2.5 推奨問診項目の活用状況

【現状に対する考察】

「手引き」に示した標準的な問診項目について、必須問診 15 項目は部分活用を含めると 86.1%の自治体で活用されていた。一方、調査時点の平成 27 年度における完全活用の割合は 71.0%であった。また、今回の調査では必須問診項目の完全活用の鍵となる「子どもを虐待していると思われる親の割合」の指標に関する問診項目 (以下、「虐待」項目とする。) を取り上げてその活用状況について質問したが、72.6%の自治体が選択肢まで含めてこの設問を活用している状況が明らかになった。平成 28 年度以降の導入予定 21.0%と合わせると 93.6%となり、ほぼ全国的に活用が広がるのが期待できた。このことから考えると、必須問診項目の完全活用 71.0%という現在の状況は、平成 28 年度以降には 90%を超えることが期待できる。ただし、今回の問診活用状況調査における回答率は 52.6%に留まっており、すべての市区町村の状況把握という点では限界がある。「健やか親子 21 (第 2 次)」の指標となっているこれら必須問診項目については、今後さらに活用状況を把握し、完全活用の割合をさらに高めるために、各都道府県の協力を得て自治体に理解を得ていく必要がある。そのためには、本稿冒頭で記したこれらの問診項目の目的が親子に対する個別の還元・

個別指導にもあることを広く周知することが求められる。

推奨問診項目は部分活用を含めると 60.4%の自治体で活用されており、完全活用は 11.6%であった。推奨問診項目については、必須問診項目とあわせて、どの健診時点においても設問数が 25 問に収まるよう最小限の設問に設定されている。健診における問診項目数が既存のものを合わせて何問程度になっているのか、それにかかる時間等の負担についてはどのような状況にあるのかを把握する必要があると考えられた。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 母子保健計画に標準的な問診項目の内容を盛り込む

問診活用状況調査（平成 28 年 2 月）から、「母子保健計画に該当する内容の一部を他の計画に入れ込んでいる」自治体が 86.3%と多数を占めていた一方、独立した母子保健計画を立てている市区町村が 7.6%と少ない状況が明らかになった。そこで、必須問診項目や推奨問診項目の内容を母子保健計画にどのように生かしていくのかを議論・共有・提示する必要がある。とくに「健やか親子 21（第 2 次）」の指標となる必須問診項目については、全国との比較、都道府県内での比較、近隣自治体との比較、さらには自治体内における格差の検討が容易になり、客観的数値が住民向けに提示可能となるため、母子保健計画に導入する指標の内容としては最適な項目であることを共有すべきであろう。

2. 医療機関委託健診における問診の活用とフォローアップ体制

問診活用状況調査から、「虐待」項目については、ほぼ全国的に活用が広がることが期待できた。ただし、「医療機関委託健診」の割合が比較的高率となっている「3～4 か月健診」では、この「虐待」項目が健診現場である医療機関においてどのように活用されているのか把握する必要がある。また、その後のフォローアップ等について委託医療機関と市区町村の連携については、研究班の調査からも十分とは言えないことが示されている（論点 7 参照）。委託医療機関との連携までに要する時間、市区町村の保健師の関与、フォローアップ体制のあり方について検討する必要がある。

3. 市区町村における標準的な問診項目の活用の必要性

必須問診項目の活用については、「手引き」において「個別の健康状況の把握と保健指導」および「地域の状況把握とその活用」の視点から設問ごとに提示した。特に、「虐待」項目の活用については、問診活用状況調査から全国の実例を把握することができた。具体的には、「問診時に母のおかれている状況の把握と今後の支援のため」「保健相談時に相談対応のきっかけとして活用」「その行動を取った背景について確認し、特に養護面で支援が必要ではないかアセスメントする」など、主に個別の健康状況の把握と保健指導に活用されていることが把握できた。一方、「虐待」項目を当面の間取り入れる予定はないとの回答が 4.7%に認められ、その理由の自由記載からは、「設問に対する選択肢が直接的すぎる」ため、「母親から

の信頼を失う」のではないかと懸念などが把握された。こうした懸念は、現在、この問診項目を個別状況の把握や支援に活用している自治体からの回答とは、対照的な意見である。その背景には、地域の住民の乳幼児健診に対する意識や健診従事者との関係性など、地域によるさまざまな状況の違いが考えられる。保健指導における問診項目の重要性は異論のないところであろうが、この議論は、単なる問診項目の適否にとどまらず保健指導の具体的な実施手法にも通ずる可能性がある。これを機に、全国規模での市区町村や都道府県の現場担当者間での情報共有や意見交換が、標準的な保健指導モデルの検討のために有用となるであろう。

標準的な問診項目をより一層活用するためには、その内容を母子保健計画の指標として導入することや医療機関委託健診での活用をはじめとして、下記の事項に留意する必要がある。

1) 必須問診項目の導入形態

今回の問診活用状況調査から、必須項目を導入した市区町村が、どのような形態でそれを取り入れたのかは、いくつかのパターンに分かれている。既存項目と入れ替えた自治体は 23.8%である一方、別紙を追加するかたちで対応した自治体は 47.2%に上っていた。別紙対応は、その分、総問診項目数が増えていると考えられ、これからはどのように問診項目のスクラップ&ビルドを行っていけばよいかの提案が必要になるだろう。

そこで議論になるのは、既存項目がすでに電算化システムにて運用されている場合である。電算化システムに組み込まれている項目を大幅変更するには、予算的な裏付けやそれに伴う説明根拠が必要になる。また、今後、「健やか親子21（第2次）」における中間評価によっては指標見直しが生じる可能性があり、近々さらなる変更が必要になるのではないかと懸念も市区町村にはあるだろう。

この点に関しては、既存項目をそのまま入れ替えたという実績を持つ 23.8%の市区町村がどのようなプロセスにてその入替を（迅速に）行うことができたのかの検証とそのプロセスの共有化が必要になってくるだろう。

2) 各設問の活用方法

必須問診項目については、それぞれの活用の視点を「手引き」に示したが、それらの記述を越えた現場の知恵ともいべき活用・指導のあり方について、実践方法・データを集積し、共有可能にしていく必要がある。

また、推奨問診項目については、設問ごとの活用視点が「手引き」にて詳述されているわけではないので、今後それらについても記載していく必要がある。とくに推奨項目については発達関連項目が多く、これらの新たな意義やその通過率の推移を含めて説明する必要があると考えられた。

標準的な問診項目のさらなる活用に向けて、すでに保健指導や母子保健計画に活用している自治体の取り組み状況を全国的に共有し、人口規模、健診形態、連携・対応までの時間や連携する社会資源等によって取り組みを検索・分類できるシステムの開発も検討すべきである。

論点3. 対応に配慮を要する親子の受診時の取り決め

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「対応に配慮を要する親子（保健師や関係機関が支援中など）が乳幼児健診を受診する際の取り決めがありますか」との設問に対し、複数回答で回答を求めた（表3.1）。

表3.1 対応に配慮を要する親子が受診する際の取り決め（n=1,172 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.事前カンファレンス等で共有	801	72.4%	51	77.3%	852	72.7%
2.カルテに表示して共有	716	64.7%	52	78.8%	768	65.5%
3.担当保健師と接点を設ける	664	60.0%	47	71.2%	711	60.7%
4.事後カンファレンスで検討	1,025	92.7%	63	95.5%	1,088	92.8%
5.担当保健師・関係機関に フィードバック	839	75.9%	62	93.9%	901	76.9%
6.取り決めはない	22	2.0%	0	0.0%	22	1.9%
7.その他	28	2.5%	3	4.5%	31	2.6%

二次調査で、「妊娠期からフォローアップしている個別ケースが乳児（3～4か月健診）を受診する際に、これまでのフォローについてアセスメント（評価）する機会を設けていますか」との間に、回答のあった113件のうち91件（80.5%）が「はい」と答えていた。

その内容は、「フォローアップ担当者で」67件（59.3%）、「ケース会議等で」32件（28.3%）であった（表1.6）。自由記載で「アセスメント結果と必要な配慮について、乳児健診での保健指導従事者（医療機関委託の場合は医療機関）にどのようにつなげて共有していますか」とたずねたところ、「事前カンファレンス」、「何らかの形での情報共有」、「日ごろから訪問時等の情報を共有」などが多かった。医療機関委託健診では、「事前に連絡を入れる」、「同伴受診」などの記入があったが、中には「何もしていない」との回答もみられた。

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、対応に配慮を要する親子が受診する際の取り決めについて何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち63件（29.0%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は19件（8.8%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は52件（24.0%）、把握した状況を評価しているのは8件（3.7%）であった。

全国調査（都道府県）において、対応に配慮を要する親子が受診する際の取り決めに関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち13件（33.3%）であった。

【現状に対する考察】

1. 市区町村における実施状況

「1.事前カンファレンス等で共有」しているとの回答は72.7%であり（表3.1）、自治体規模別の分析では、対象者数の多い自治体の実施率が低い傾向であった（表.資料2.2、p.102）。自治体規模が大きいほど、非常勤を含む健診従事者の人数が多くなるため、事前カンファレンスで情報共有することがより必要とされるのではないかと推測されたが、今回の調査ではこの推測を支持する結果は得られなかった。一方、「2.カルテに表示して共有」については65.5%の市区町村が該当し、自治体規模が小さい方が低値になっていた。今回の調査結果からは、情報共有の方法として、自治体規模が大きい方が「カルテ表示」、自治体規模が小さい方が「事前カンファレンス」という形態をとっている可能性が示唆された。

また、「3.担当保健師と接点を設ける」との回答は60.7%であり、自治体規模が大きい方が実施されていた。規模が小さい自治体では事例の詳細を担当者間で共有しているためあえて担当との接点を設けていない、あるいは、自治体規模が大きいほど継続的にフォローアップしているケース数が多く、ケースあたりの面接や家庭訪問の機会が少なくなっている可能性があり、乳幼児健診を「対象者に直接会える機会」としてより活用しているのではないかと考えられた。

「4.事後カンファレンスで検討」は92.8%と多くの回答が得られ、自治体規模別の違いは小さく、ほとんどの自治体で実施されていた。

「5.担当保健師や関係機関へのフィードバック」との回答は76.9%であり、規模の小さな自治体が低値である傾向がみられた。

二次調査では妊娠期等からフォローアップしているケースの乳児健診受診時に、何らかの形でアセスメントを行っている自治体が約8割であった。その結果は事前カンファレンスで共有されていたが、医療機関委託の場合は情報共有のさらなる工夫が必要と考えられた。

「手引き」の第6章 保健指導・支援において、「1.事前カンファレンス等で共有」「4.事後カンファレンスで検討」「5.担当保健師や関係機関へのフィードバック」は標準的な保健指導として特に重要としているものである。「4.事後カンファレンスで検討」は高い実施状況にあったが、「1.事前カンファレンス等で共有」と「5.担当保健師や関係機関へのフィードバック」については実施率が約7割にとどまっており、標準化に向けて、さらにその背景を明らかにし、対応策を検討していく必要がある。

2. 都道府県・保健所における実施状況

全国調査（保健所）から、作成時や作成状況の評価については保健所がほとんど関わっていない現状が推察された。また、全国調査（都道府県）では母子保健計画（またはそれに相当する計画）や市区町村への技術的助言指導計画に含んでいると回答した都道府県が約3割であった。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 事前カンファレンスでの共有、事後カンファレンスでの方針の検討とフィードバック

乳幼児健診は妊娠期からの継続した母子保健指導の一時点であり、妊娠の経過や出産時の状況、これまでの子どもの発育・発達の経過等について縦断的に把握した上で、乳幼児健診での保健指導にあたることが基本である。

乳幼児健診を受診する以前に既に個別の支援が開始され、特に対応に配慮を要する親子が受診する際には、まずはその情報を健診従事者で共有する必要がある。その方法としては、事前カンファレンスで健診までの経過や今回の健診で重点的に確認すべきことなどの情報共有を行うことが望ましい。特に非常勤従事者を含む健診従事者の人数が多い自治体ではより必要性が高い。また、特に健診後もフォローアップが必要なケースがほとんどと考えられるため、事後カンファレンスで健診結果とそれを踏まえたフォローアップ方針の確認をすることが必要である。さらに、担当保健師がその健診に従事していない場合や、より困難なケースに関しては関係機関との連携が必要となる場合があるため、健診結果についてフィードバックし、支援者が今後のフォローアップの方向性を一致させておくことが重要である。なお、「カルテに表示して共有」している自治体もあるが、カルテの形態や健診中の動線など自治体の状況によっては難しい場合もあると考えられ、標準化は難しいと考えられる。また、日頃から密な接点をもてる自治体では、担当保健師との接点を必ずしも健診で設けなくてもよいと考えられる。

医療機関委託健診の場合でも支援情報の共有は行われるべきであり、日ごろからの連携強化と工夫を凝らした情報提供が必要である。

2. 保健所・都道府県の役割 ～状況把握と評価・地域全体の取り組みへの支援～

複数の市町村を管轄しその状況を把握しやすい保健所の特性を活かし、保健所にはまずは各市町村の状況把握をする役割があると考えられる。また、評価に関しては個々の自治体で行うよりも近隣自治体の状況もふまえることでよりその特徴が浮かび上がるため、保健所の果たす役割は大きい。管内市町村が取り決めを作成する際にも、保健所がその地域の特性や近隣市町村の状況を把握し、管内の会議などを利用して支援することが有効と考えられる。都道府県にあたっては、各保健所が把握した市町村の状況およびその評価をとりまとめて地域全体の課題を確認し、母子保健のめざすべき方向性を示す各種計画に盛り込むことで地域全体の取り組みへ発展させることにより、標準化に貢献できると考えられる。

第 II 章 多職種の専門分野の強みを生かす保健指導

論点 4 う蝕に対する事業評価の活用・う蝕以外の保健活動

歯と口腔の健康づくりが全身の健康状態の維持・改善に寄与することが明らかとなり、超高齢化社会を迎えた現在、生涯にわたり歯と口腔の健康を保持していくためには、小児期からの歯科疾患の発症予防が重要となっている。う蝕の予防は重要な歯科保健課題であるが、近年、う蝕は減少傾向にあり口腔衛生に関する課題は着実な成果を上げている。しかし、健診にてう蝕の早期治療を勧めても歯科医療機関を受診しない保護者もしばしば見られるため、要治療のう蝕歯数が減少せず、全体としてのう蝕有病者数の減少に繋がらない可能性がある。一方で、少子化に伴い、一人一人の子どもに対する保護者の関心は高まり、今後国民の健康並びに生活の質を高めるために口腔機能の維持・向上はますます重要になるものと考えられる。今回の調査では、乳幼児歯科健診および相談事業において、う蝕の保健指導の評価を次年度等の事業計画に活用されているか、また、う蝕以外で重点を置いている項目について調査した。

1. 乳幼児歯科健診および相談事業におけるう蝕の保健指導の評価の次年度等の事業計画への活用

全国調査（市区町村）の結果、1,169 件の回答があり、その中の 42.2%に当たる 491 の市区町村が乳幼児歯科健診および相談事業におけるう蝕の保健指導の成果を評価し次年度等の事業計画に活用していると回答した（表 4.1）。その活用内容を自由記載から集計すると、乳幼児歯科健診および相談事業の従事者内で指導内容に反映させているとの回答が最も多く、26%が該当した。自治体規模別の分析では、規模の大きな自治体の活用率が最も高く、自治体規模と活用率に関連が認められた（表.資料 2.3、p.103）。

表 4.1 乳幼児歯科健診および相談事業におけるう蝕の保健指導の成果を評価し次年度等の事業計画に活用している市区町村（n=1,163）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.活用できている	453	41.3%	38	58.5%	491	42.2%
2.活用できていない	583	53.1%	21	32.3%	604	51.9%
3.その他	62	5.6%	6	9.2%	68	5.8%
計	1,098	100.0%	65	100.0%	1,163	100.0%

全国調査（保健所）において、う蝕に対する事業評価の活用について何らかの取り組み

が認められたのは、217件の有効回答のうち124件（57.1%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は46件（21.2%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は98件（45.2%）、把握した状況を評価しているのは33件（15.2%）であった。この歯科保健に関する質問が、全国調査（保健所）のすべての質問項目の中で、状況を把握し評価している頻度が最も高い項目であった。

全国調査（都道府県）において、「う蝕に対する事業評価の活用が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれている」との回答は、39件のうち17件（44.7%）であった。

都道府県ごとの市町村と県型保健所の集計値には関連性は認められず、県および政令市・特別区で集計されたう蝕罹患率等（歯科健康診査実施状況）と今回の調査結果との関連も認められなかった。

2. 乳幼児歯科健診および相談事業においてう蝕以外で重点を置いている項目

全国調査（市区町村）の結果、う蝕以外で重点を置いている項目の中では「仕上げ磨きの有無」が369件（32.5%）と最多であり、次に「口腔衛生状態」で257件（22.6%）が続いた。自治体の規模による違いはなかった。「フッ化物の応用」は149件の回答があった（表4.2）。近年う蝕が減少しているとはいえ、さらなる予防に重点をおく市区町村が多いことが推察された。しかしながら、今回の調査結果から、これらう蝕以外の事項に重点をおいているとの回答の頻度は、調査担当者の予測をかなり下回る頻度であった。

表 4.2 乳幼児歯科健診および相談事業においてう蝕以外で重点を置いている項目について
(n=1,135 複数回答)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
歯の萌出順序	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
歯並び	8	0.7%	0	0.0%	8	0.7%
歯の数や形態	4	0.4%	0	0.0%	4	0.4%
軟組織の異常	8	0.7%	0	0.0%	8	0.7%
口腔衛生状態	242	22.6%	15	23.1%	257	22.6%
仕上げ磨きの有無	357	33.4%	12	18.5%	369	32.5%
フッ化物の応用	132	12.3%	17	26.2%	149	13.1%
離乳や卒乳	41	3.8%	0	0.0%	41	3.6%
摂食・咀嚼機能	39	3.6%	3	4.6%	42	3.7%
習癖（口呼吸・指しゃぶり）	13	1.2%	1	1.5%	14	1.2%
虐待やネグレクト	57	5.3%	2	3.1%	59	5.2%
その他	134	12.5%	14	21.5%	148	13.0%
う蝕以外の重点内容はない	48	4.5%	1	1.5%	49	4.3%

全国調査（保健所）において、う蝕以外に重点を置いた取り組みについて何らかの実施が認められたのは、217件の有効回答のうち112件（51.6%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は44件（20.3%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は82件（37.8%）、把握した状況を評価しているのは25件（11.5%）であった。全国調査（保健所）の質問項目の中で、把握している状況を評価している頻度がう蝕に対する事業評価について高い結果であった。

全国調査（都道府県）において、う蝕以外に重点を置いた取り組みが母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち25件（64.1%）で、都道府県の質問項目中最も実施率が高い項目のひとつであった。

【現状に対する考察】

わが国の小児のう蝕有病者率は1990年代からようやく減少が認められるようになり、現在もその傾向は続いているが、国際水準との比較では依然として高い状況にある。平成27年度から始まった「健やか親子21（第2次）」では、「むし歯のない3歳児の割合を90%にする」「子どものかかりつけ歯科医師を持つ割合を3歳児で50%にする」「歯肉に炎症のある十代の割合を20%にする」を歯科に関する目標として掲げている。う蝕有病者率は、都道府県レベルや市区町村レベルではすでに目標を達成している自治体もあり、う蝕ゼロという目標も現実離れしたものではない。我が国全体のう蝕減少の要因については、フッ化物利用（歯磨剤・塗布・洗口）があげられ、特に学齢期のフッ化物配合歯磨剤使用者率は、現在90%に達している。この普及が我が国におけるう蝕減少に寄与した大きな要因と考えられる。また、フッ化物配合歯磨剤の効果はブラッシング回数が多いほど高いと言われているが、乳幼児う蝕に対する保護者等による仕上げ磨きは、これに対する全国統計は無いものの、歯科疾患実態調査において乳幼児に対する歯磨きの回数の増加傾向が確認されていることから、全国的に普及してきたことが推察され、う蝕減少に寄与した可能性が考えられる。

今回行ったう蝕に対する事業評価の活用に関する調査では、市区町村による意識の差が大きく、都道府県単位での介入が必要かと思われた。活用の方法としては、市区町村単位で集計された乳幼児歯科健診および相談事業で得られたデータを、都道府県が市区町村および県型保健所にフィードバックを行い、市区町村がさらに地域の歯科医師会など歯科健診事業の受託団体に情報を提供することにより、より現状に即した事業評価の活用につながると考えられる。

う蝕以外の保健活動に関する調査では、これまで歯科健診を行う際は、乳幼児において最も頻度の高い疾患であるう蝕を中心に診査・指導・目標の設定が行われてきた経緯もあり、予防に重点をおく市区町村が多いことが示された。乳幼児歯科健診の際には、乳児に生え始め幼児期に生えそろう乳歯に関する相談や、乳幼児期を通して発達する食べる機能に関する心配をもつ保護者に遭遇することが多い。出生時の反射から始まる哺乳行動から、

離乳期を経て獲得される摂食行動、そして摂食機能の発達とともに獲得されてくる言葉と、それを使ったコミュニケーションなど、口を使った行動は子どもの身体発育や精神発達に密接に関連するため、歯が生える前からの口の健康への支援がこれからの口腔保健に求められる。これからは、う蝕や歯周病などの疾患を中心にした対応から、子どもの口腔機能発育も視野に入れた支援を行っていく必要があり、その上で様々な関係職種の人々からの情報提供や協力が不可欠である。集団健診の場では時間の制約もあり、十分な支援の余裕がないことが推測されるが、限られた時間であるからこそ多職種が連携した育児支援としての乳幼児歯科健診というものを深く理解し対応していくべきと考える。また、「健やか親子21（第2次）」の指標にも示されているように、早期から子育てに寄り添うかかりつけ歯科医師を持つことが重要と考えられる。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. う蝕予防事業の評価と次年度計画の策定への活用

う蝕は生涯にわたった非常に重要な歯科保健課題である。う蝕有病状況はかつてに比べると大きく改善したとはいえ、他の疾患に比べると有病者率は非常に高く、さらなる改善を図る必要性は高い。乳幼児歯科健診および相談事業で得られたデータをもとに、う蝕に対する事業評価を行い、それを次年度の事業計画に活用することは、地域における特性を加味したう蝕予防に寄与すると考えられる。

2. 歯科健診の機会を利用した子育て不安への対応

近年の保護者の子どもの口腔への関心事は、授乳・離乳、口腔機能・摂食・言語、習癖など、う蝕以外にも多岐にわたっている。その相談に対応するためには、口腔機能の発達状況について『口』を通じた生活行動から評価し、生活支援型の健診を行うことが求められている。当研究班の以前の調査から、母子保健法に基づく1歳6か月児および3歳児健診以外にも、乳児（0～11か月）で64%、1歳児（1歳6か月以前）で40%、2歳児（2歳0か月～11か月）で71%と、高い実施率で歯科健診が行われ、その受診率は比較的高い。したがって、乳幼児歯科健診および相談事業を、育てにくさを訴える保護者および“気になる”子どものフォローの場としてのきっかけ作りに活用する機会とすることができる。

乳児歯科健診および相談事業の実施にあたっては、哺乳や離乳、1歳児の場合は仕上げ磨きを嫌がるなどの訴えに、育てにくさのサインを見てとり、子育てに寄りそう支援策を講じることが肝要である。乳前歯萌出期になると口腔内の前方部が広くなり、口腔内での舌の運動範囲が広がる。また、口唇もしっかり閉じられるようになる。口腔の発達状況のチェックポイントとしては、2歳児の場合は口唇を閉じて嚥下できるかどうか、3歳児の場合は前歯でかみ切り奥歯ですりつぶすといった咀嚼がうまくできているか、道具を使った食べ物の取り込みや、一口量の調節がうまくできているかが、口腔機能のみならず全身の発達の指標となりうる。ただし、口腔機能の発達は個人差も多く、画一的な保健指導を行

った場合には育児不安につながることも多い。個々の子どもの特性や発達全体のバランスに配慮し、不安を起こさせない注意も必要である。

保健指導にあたっては、子どもの診察や発達の評価の結果を、保護者が自らの育児の評価と受け止めたり、指摘された生活上の問題点を必要以上に重く受け止めることのないような配慮が必要である。育児不安を軽減・解消すべき健診の場が保護者の不安を増長したり、自信喪失を招くようにならないように、健診従事者は保護者の状況に十分配慮した傾聴・共感の姿勢が必要である。

また、健診に関わる全ての従事者が、乳幼児期からの歯と口の健康が生涯を通じた全身の健康に繋がることを共有するとともに、広く地域住民に啓発していく必要がある。

【論点4 参考文献】

1) 安藤雄一、川崎浩二、内藤 徹、他： う蝕のない社会の実現に向けて．口腔衛生学会誌 2013；63(5)：399-411.

2) 厚生労働科学研究費補助金 健やか次世代育成総合研究事業 研究班：「健やか親子21（第2次）」指標および目標の一覧．2015年．

http://sukoyaka21.jp/pdf/shihyou_ichiran.pdf（2016年1月20日アクセス確認）

3) 一般社団法人 日本小児歯科学会：一般社団法人 日本小児歯科学会からの提言 これからの小児歯科保健のあり方について 2015年12月14日．

<http://www.jspd.or.jp/contents/main/proposal/index06.html>（2016年1月20日アクセス確認）

4) 日本小児歯科学会編：親と子の健やかな育ちに寄り添う乳幼児の口と歯の健診ガイド 第2版．医歯薬出版、2012年．

5) 千葉県山武保健所 乳幼児の接触機能発達支援会議：乳幼児の接触・嚥下マニュアル Q&A．2003年

論点5：他機関と連携した栄養指導の評価

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「乳幼児期の子どもや保護者を対象とした、集団で実施される栄養指導や食育の取組を他機関（保育所、幼稚園、関係団体、企業など）と連携して行い、その評価をしているか」について質問し、1,163件の回答を得た。このうち集団で実施される栄養指導や食育の取組みを「1.他機関と連携しており評価もしている」のは380件（33.0%）、「2.連携しているが評価していない」のは395件（34.3%）、「3.他機関と連携していない」のは340件（29.6%）であった（表5.1）。

これらの該当率に、自治体規模による違いは見られなかった（表. 資料2.4、p.104）。

表5.1 市区町村における他機関と連携した集団の栄養指導・食育の評価の実施状況
(n=1,150)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.他機関と連携し評価している	362	33.4%	18	27.7%	380	33.0%
2.連携しているが評価していない	377	34.7%	18	27.7%	395	34.3%
3.連携していない	314	28.9%	26	40.0%	340	29.6%
4.その他	32	2.9%	3	4.6%	35	3.0%
計	1,085	100.0%	65	100.0%	1,150	100.0%

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、他機関と連携した栄養指導等の評価について何らかの取組みが認められたのは217件の有効回答のうち97件（44.9%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は47件（21.8%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は78件（36.1%）、把握した状況を評価しているのは9件（4.2%）であった（表5.2）。

表 5.2 市町村と他機関との連携により集団で実施される
 栄養指導・食育の取組みに関する都道府県型保健所による支援や評価の状況（複数回答）

項目	回答数	市町村への支援を 実施していると 回答した保健所を 母数とした割合 (%) (n=97)	回答保健所全数を 母数とした割合 (%) (n=217)
1.市町村が実施できるように支援している	47	48.1	21.8
2.市町村の実施状況を把握している	78	80.4	36.1
3.把握した状況进行评估している	9	9.3	4.2

全国調査（都道府県）において、他機関と連携した栄養指導等の評価に関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39 件のうち 17 件（43.6%）であった。

【現状に対する考察】

乳幼児と保護者を対象に、集団での栄養指導や食育の取組みを他機関と連携している市区町村は全体の約 6 割であることが明らかになった。その一方で、他機関と連携して栄養指導・食育を実施しているが、評価までを行っている市区町村はその約半数（全体の約 3 割）であった。この結果から、連携した事業を実施するだけでなく、その事業を評価し、さらにより良い事業となるよう改善するための支援が必要であることが示される。

一方で、取組みに関する支援や評価を実施している保健所の約 8 割は管内市町村の実施状況を把握していると回答したが、何らかの支援をしている保健所は 5 割弱、評価している保健所は 1 割未満と少ないことが明らかになった。市町村が他組織と連携した栄養指導・食育を実施する上で、保健所が関わることで他組織と連携がとりやすくなるケースも多いと考えられる。都道府県型保健所の市町村支援を促進するためにも、都道府県の母子保健計画の中に他機関と連携した栄養指導・食育の評価について位置づけることが重要である。

今回の調査では、管内市町村が他組織と連携して実施している栄養指導・食育を評価しているかを保健所が把握しているかについては明らかにできていない。保健所が評価するだけでなく、管内市町村が評価できるよう、その評価方法を共有する機会を設ける等、実施した栄養指導・食育をどのように評価するかの情報共有の場の提供も重要であろう。

以上より、乳幼児期の子どもや保護者を対象に、他組織と連携した集団での栄養指導・食育は多くの市区町村で実施されているが、その実施状況を把握している保健所は少なく、また実施された栄養指導・食育の評価を行っている市区町村は多くないのが現状である。その背景には、連携による栄養指導や食育の効果を評価する方法および適切な指標の検討が未だ不十分であることが考えられ、今後の検討課題である。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 他機関と連携した集団の栄養指導・食育の評価のポイント

栄養指導・食育の評価を実施するため、保育所、幼稚園、関係団体、企業などと連携するポイントは3つある。

1つ目に他機関に対して栄養指導・食育に関する課題と、課題に対する達成目標及び指標を明確に提示し、共有することである。また栄養指導・食育の対象者の行動変容を促すためには、地域関係者とともに課題を明らかにし、達成目標を決定することが有効ともされている¹⁾。課題や達成目標を共有することが、目標達成に向けた連携方法や達成状況のモニタリング方法の検討、評価へとつながっていく。

2つ目は、評価方法（評価の視点、評価基準など）を栄養指導・食育に係わる関係者が共有することである。乳幼児は発育の個人差も大きく、発達過程であるため、すぐに栄養指導や食育の効果を判断することは難しいこともある。従って、乳幼児の食生活に関する課題を把握し評価する際に、発達過程を見ながら、長期的な視点をもって評価することも重要である。他機関と情報共有・連携し、一時点だけでなく、長期的に栄養指導・食育を実施し、評価していけるような地域内の体制作りも重要である。また評価項目によって、特定の専門職が評価する項目もあれば複数の専門職が評価に係わる項目もある。複数の専門職が評価に関わる場合は、特に事前に評価基準を共有しておく必要がある。

3つ目は、これらの一連の過程を実践するための場をどう設定するかである。すでに多くの市区町村業務を実施している中で、他機関と栄養指導・食育に関する課題共有、評価を行う場を新たに設定することは（その課題に対する緊急性の高さにもよるが）、現実的には難しい。母子保健における栄養指導・食育で扱う課題も多く²⁾、乳児期であれば授乳から離乳食の与え方、幼児期であれば偏食等幼児の発達過程で生じる食べ方、菓子や嗜好飲料の与え方等養育者の食事提供に対する態度等様々な課題がある中で、優先課題を検討することも困難となる場合があり、また実施者や評価者によっても扱う課題の内容が変わってくる。他機関との連携がない市区町村においては、すでに他機関と連携し、取り組まれている課題（低出生体重児や発達障害、妊産婦の喫煙等）に対する事業があれば、既存の事業の中で、栄養指導・食育に関わる課題を提案し、評価項目に加えることも方法の一つである。すでに、他機関と連携した事業を実施しているが、評価をしていない場合においては、既存の事業の範囲で、まずは対象者の実態把握を行い、課題の共有、評価指標の決定、評価を行う一連の流れを事業の中に組み込むことが必要である。

2. 地域性を考慮した栄養指導・食育への応用・展開について

集団で実施される栄養指導や食育の取組みは、各市区町村の実態に応じて進めることが重要であり、また市区町村内にある他機関とのつながりが地域によって様々であるため、実施方法や評価方法を標準化することが難しい。そのため各市区町村の栄養指導担当者が、実態に応じた栄養指導・食育を他機関と連携して実施・評価することが望まれる。また地

域性を捉え、栄養指導・食育における優先課題を検討するためには、他市区町村等、他地域との比較及び議論する場が望まれる。このような場の設定において、保健所には、地域の健康・栄養状態や食生活に関する管内市町村の状況の差を明らかにする役割がある³⁾ことから、保健所の担う役割は大きいと考える。

しかし、ゼロから新しい事業を実施・評価することは現実的には難しい。そのため、いくつかの市区町村及び保健所で実施されたグッドプラクティス（成功例）を提示し、各市区町村の乳幼児や保護者の健康・食生活上の課題、実施側のマンパワーや連携できる他組織とのネットワークの形成状況等に応じて、応用・展開していくことが必要であり、その支援体制を整える必要がある。

【論点5 参考文献】

- 1) 足立己幸他監訳：これからの栄養教育論－研究・理論・実践の環－. 第一出版 2015: 211-212
- 2) 石川みどり他：栄養学から見た妊婦・乳幼児健診における母子保健指導のモデル開発に関する研究、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（研究代表者 山崎嘉久）平成 26 年度総括・分担報告書. 2015：48-53
- 3) 地域における行政栄養士による健康づくり及び栄養・食生活の改善の基本指針について、厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長通知（平成 25 年 3 月 29 日健発 0329 第 4 号）

論点6 発達障害等に関する地域と連携したフォローアップ評価

発達障害の中でも、対人コミュニケーションの障害とこだわりを中核症状とする自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder; 以下「ASD」とする。）は、早期支援により症状の改善が認められるという報告¹⁾に基づき早期発見、早期支援が世界的な潮流となっている。現在、ASDは、共同注意などの非言語性対人行動の発達の非定型性に着目することで、1歳6か月から2歳での発見が可能となっている。乳幼児健診という地域全体の乳幼児の発達を把握できるシステムをもち、また、その受診率が非常に高い日本において、1歳6か月児健診は、対人コミュニケーションの発達にニーズがある子ども（ASDの可能性が高い）を発見するための最初の機会と位置づけられる。そこからフォローアップを開始し、必要に応じて地域の支援機関や医療機関につなぐことが重要である。また、1歳6か月児健診で見逃した子どもについては、3歳児健診時での把握や保育所・幼稚園などの地域での把握とフォローアップが望まれる。

【市区町村における現状と課題】

1. 全国調査（市区町村）の結果

全国調査（市区町村）では、「乳幼児健診後のフォローアップのうち、発達障害や知的障害を疑いフォローアップした結果を3歳児健診以降に地域として評価していますか」との設問に対し、「1. 小学校前まで評価している」「2. 小学校入学後に評価している」「3. 評価していない」「4. その他」の選択肢で回答を求めた。

表 6.1 発達障害等の地域と連携したフォローアップによる評価（n=1,166 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.小学校入学前までに評価	402	36.5%	8	12.5%	410	35.2%
2.小学校入学後に評価	18	1.6%	0	0.0%	18	1.5%
3.評価していない	538	48.8%	46	71.9%	584	50.1%
4.その他	144	13.1%	10	15.6%	154	13.2%

1,166件の回答を得た。3歳児健診後のフォローアップに関して410件（35.2%）が小学校前までフォローアップを行うと回答していた。一方、小学校入学後にフォローアップをしているとの回答は18件（1.5%）のみで非常に低い頻度であった。また、中核市・政令市・特別区に関しては、小学校入学前までフォローアップの実施している自治体数は、回答数66件のうち8件（12.5%）のみであった。小学校入学後までフォローアップしていると回答したところはない。

自治体の規模から、小学校入学前までの評価の実施率をみると、3歳児健診の受診者数が最多の第Ⅴ層では、7.3%にとどまっている。第Ⅳ層26.6%、第Ⅲ層41.8%、第Ⅱ層42.4%と自治体規模が小さくなるのに伴って増加したが、最小の第Ⅰ層では21.7%であった（表、資料2.4、p.104）。

地域でのフォローアップの方法の自由記述については、使用しているアセスメント・ツールを具体的に挙げてあったり、保健センター内でのフォローについて述べられているもの、5歳児健診や就学指導委員会との連携、保育所・幼稚園への巡回などまちまちであるため、二次調査を実施し、地域と連携したフォローアップの方法の詳細について検討した。

2. 二次調査の結果

フォローアップによる評価をしていると回答した市区町村およびこの質問で1.や2.の回答で「していない」と回答しながらも、その自由記述に実施についての記載があった合計417の市区町村に対して二次調査を行った。二次調査は、メールで調査依頼を行い、メールアドレスがない、あるいはメールアドレスの不備により届かなかつた61件を除き、356市区町村に回答を求めた。インターネット環境によりアクセスできない場合もあり、回答数は127件（35.7%）にとどまったが、健診でのフォローアップを決める際の方法や、フォローアップ時の地域での多職種連携の状況を把握することができた。

結果の要点は以下の通りである。

- 1) フォローアップ対象になる子どもの割合：フォローアップの対象となる子どもの割合を、集計をしているとの回答は1歳6か月児健診で77件であり、その平均は $19.6\pm 17.7\%$ である。3歳児健診では79件、平均 $17.8\pm 13.3\%$ である。
- 2) 乳幼児健診で発達障害等の可能性を把握する方法：「1歳6か月および3歳児健診で発達障害の発見のために、全員の子どもの対象にどのような方法をとっていますか」の質問への回答は、最も多いものが問診（95.2%）であり、次が子どもの行動観察（89.0%）である。標準化された発達障害のスクリーニング・ツールを用いている割合は、1歳6か月健診でM-CHAT（(Modified Checklist for Autism in Toddlers、 Revisedの日本語版）の全問および部分的に用いているとの回答は17.3%にとどまっている。また、3歳児健診でこうした信頼性と妥当性の示されたアセスメント・ツールを用いている割合は、更に少なく3.2%に過ぎない。
- 3) 保健センター内でのフォローアップの実態：「健診後の保健センターなどでのフォローの中で、なんらかのアセスメントをしていますか」の質問への回答は、保健師による問診（57.5%）が最も多く、次が心理士による問診（40.9%）である。標準化されたアセスメント・ツールとしては、新版K式発達検査（29.9%）、遠城寺式乳幼児分析的発達検査（27.6%）、田中ビネー知能検査（18.1%）など、発達水準や知的水準を評価するものがほとんどで、発達障害の症状を評価するアセスメント・ツールはほとんど含まれていない。
- 4) 健診やフォローアップの結果の活用：「健診やフォローの結果を、どのように活用して

いますか」の質問への回答は、保育所・幼稚園に伝える（96.1%）、保護者へのフィードバック（90.6%）が多く、ほとんどの自治体が活用している。その他、小学校に伝える（32.3%）、就学児健診時（57.5%）、5歳児健診（20.5%）や医療機関に伝える（31.5%）などがあげられ、地域連携の中で活用されている。

5) 関係機関との連携方法：「以下の関係機関と協力してどのように評価していますか？」の質問で、保育所・幼稚園、小学校、療育機関、医療機関などとの連携方法について尋ねた。

・保育所・幼稚園：日常生活の聞き取り（90.6%）・行動観察（88.2%）が多く、ほとんどのフォローアップの中で実施されている。

・療育センター：センターでの様子の聞き取り（47.2%）・検査結果の聞き取り（46.5%）である。

・小学校：連携をしていないとの回答も多いが、学校での様子の聞き取り（46.5%）、行動観察（23.6%）である。

・5歳児健診：実施していないとの回答も多いが、行動観察（21.3%）、健診での様子の聞き取り（16.5%）である。

・就学児健診：検査結果の聞き取り（37.1%）、健診での様子の聞き取り（35.4%）である。

・医療機関：検査結果の聞き取り（35.4%）・診察での様子の聞き取り（22.0%）である。

・「健診でフォローとならなかったお子さんと、地域で把握される発達障害のお子さんはどこで把握されることが多いですか？」の質問に対しては、保育所・幼稚園（76.4%）が最も多く、次が小学校（16.5%）となっており、医療機関（0.8%）は少ない。

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、発達障害等の地域と連携したフォローアップ評価について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち45件（20.8%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は28件（12.9%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は44件（20.3%）、把握した状況を評価しているのは5件（2.3%）であった。都道府県別の集計では、実施頻度の差がきわめて大きい結果であった。

全国調査（都道府県）において、対応に配慮を要する親子が受診する際の取り決めに関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち9件（23.1%）であった。

【現状に対する考察】

1. 市区町村におけるフォローアップと健診の状況

発達障害や知的障害等の地域での多職種連携によるフォローアップについて、約40%が「実施している」と回答している。回答項目では「実施していない」としながらも、自由

記述の内容からフォローアップを実施していると判断される自治体もあるので、実際の割合は40%より多いと考えられる。自治体規模でみると、健診対象者が1,000名を越す大規模な自治体では実施の割合が低い。他の自治体規模では極端に低い値を示すものはない。規模によるフォローアップの差は、一般の市町村と中核市・政令市・特別区との差からも読み取れるが、大都市に比べ、比較的規模が小さい自治体のほうがフォローアップはすすんでいるようである。政令市や中核市の中には、医療型と福祉型を合わせもった総合的な児童発達支援センターを設置し、診療、療育、地域連携をしている場合もあるので、地域でのフォローアップでの評価はしていないと回答したことも考えられる。しかし、大都市の場合、健診を受けた子どもの一人ひとりを丁寧に見守っていくには、自治体の担当者の人員や現行のシステムでは難しい可能性も高い。また、小学校まで、フォローアップを続けている自治体も非常に少ない。この原因は小学校になると、発達に偏りのある子どもたちは、特別支援教育の枠組みで把握され支援を受けることになるので、乳幼児健診後のフォローという形がとりにくくなるのかもしれない。その一方で、小学校以降のフォローアップができていない自治体も少数ではあるが存在するので、こうした自治体の小学校との連携システムを調べ、他の自治体にも取り入れられないか考えていく必要がある。

次に、二次調査の結果について考察する。

健診後にフォローアップになる子どもの割合は、自治体によって大きな差がある。これは標準化されたスクリーニング・ツールを使用していないために生じていると考えられる。適切にフォローすべき子どもを見つけるためには、適切なスクリーニングの導入が望まれる。

1歳6か月児および3歳児健診における発達障害の発見方法についての回答からも、信頼性と妥当性の示されたスクリーニングが用いられていないことがわかる。地域での多職種連携による継続的保健指導を行う前の段階で、発達障害の可能性のある子どもをスクリーニングすることが重要となる。今回の二次調査の対象は、地域での多職種連携による継続的保健指導を行っている先進的な自治体といえる。しかし、こうした先進的な自治体でさえ、スクリーニングの効果についてエビデンスが示されていない。M-CHATなどを使用しているところは、20%に満たない。最も多いのは、問診、行動観察によるスクリーニングである。問診や行動観察の問題点は、行う人の経験や知識などに依存するため、実施者が異なると同じ基準でスクリーニングをしていくことが難しくなってしまうことである。また、1歳6か月児健診では、知的障害のない場合や言語に遅れがない場合、発達障害の特徴を見逃されやすいという問題もある。3歳児健診でも同様の問題が生じる。したがって、効果のエビデンスが示された客観的なスクリーニングを導入することが望まれる。

健診後の保健センターでのフォローアップに使用されるアセスメント・ツールについては、発達水準や知的水準を確認するものがほとんどで、発達障害に関するアセスメントはほとんど含まれていない。前述のように、発達障害の中でもASDは、早期支援の有効性が示されているので、早期に発見することが非常に重要であり、また、子どもの対人コミュ

ニケーションやこだわりの特徴をつかみ、保育所や幼稚園に伝えることも重要である。保健センターでのアセスメントにも、ASDに特化した検査であるADOS-2（Autism Diagnostic Observation Schedule-Second Edition；自閉症診断観察検査第2版）やPARS-TR（Parent-interview ASD Rating Scale-Text Revision；親面接式自閉スペクトラム症評価尺度）などの使用が望まれる。

健診やフォローアップの結果は、保育所・幼稚園に伝えられたり、保護者へのフィードバックに用いられており、地域連携の中でのフォローアップに活用されていた。

関係機関との連携方法は、結果に示したように地域の多機関の中で、フォローアップが行われていることがわかる。また、保育所・幼稚園や小学校では行動観察の項目が含まれていることから、自治体が巡回相談などを実施していることがうかがわれる。また、自治体が連携の要となっていることも示唆される。

健診で把握されなかった発達障害児は、保育所・幼稚園で把握されており、幼児期のうちに多くの発達障害の子どもが発見されているのではないかと考えられる。医療機関での把握は少なかった。自治体は、地域の中で多機関連携により、健診の中で把握できなかった発達障害の子どもたちを把握することが期待される。

2. 都道府県・保健所における現状

都道府県として、乳幼児健診や保健指導に関する事業や取り組みをしているところは回答のあった39都道府県のうち23.1%にとどまっている。県内全体の子どもの発達にかかわる専門職（保健師・保育士・ソーシャルワーカー・教師など）のスキルアップや子育てをする親の啓発などは、都道府県としても取り組むべきものと考えられ、積極的な取り組みが期待される。

保健所への調査では、回答のあった217保健所のうち、自治体に保健所として支援や評価等をしているところは20.8%にとどまっており、都道府県と同様もう少し積極的な取り組みが期待される。保健所の都道府県への支援実施は、都道府県によって大きな差がある。どの都道府県でも同じ水準の支援が実施されることが望ましい。

ASDの早期発見・早期支援は喫緊の課題と考えられる。母子保健計画などで乳幼児健診後の発達障害についてのフォローアップを取り上げ、その啓発や県内のフォローアップ体制の状況把握をしていくこと、また、早期発見後の地域での評価や支援における専門家のスキルアップも都道府県としても取り組むべき課題と考えられる。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言とその根拠】

発達障害等の対応を開始する時期は、発達障害の発見と支援という観点から考えると、遅くとも1歳6か月児健診からのフォローアップ対象児の把握が必要である。日本のような乳幼児健診のシステムをもたないアメリカでは、小児科医に発達障害の発見について啓発を行い、M-CHATの使用を推奨している。最近では、視線の動きからASDの早期兆候

がわかるという研究²⁾が発表され、アイトラッカーによる早期発見の実用化が急ピッチに進みつつある。日本においても Gaze Finder (アイトラッカーと同様の視線検出器) を用いて 1 歳 6 か月から 2 歳で ASD の発見を試みる研究³⁾も行われている。日本には、1 歳 6 か月児健診という素晴らしいシステムがあるので、ぜひ、これを活用し、M-CHAT などのスクリーニング・ツールを導入すると同時に、世界の先進的な試みにも注目し、将来的には Gaze Finder などを用いた早期発見を行っていければと考える。

ここでは、健診での早期発見と、健診で早期発見された子どもたちについて、地域で多職種連携によりフォローアップしていくためのモデルを考えていく。

1. 乳幼児健診を契機としたフォローアップと支援

1) 標準的なツールを用いたスクリーニング

発達障害等の対応を開始する時期は、発達障害の発見と支援という観点から考えると、遅くとも 1 歳 6 か月児健診までにフォローアップ対象児を把握する必要がある。全国調査(市区町村)の二次調査の結果から、先進的といえる地域でさえ、スクリーニングの効果にエビデンスのあるツールを用いているところは 20%にとどまっている。例えば、自閉症スペクトラム障害 (Autism spectrum disorder: ASD) のスクリーニングとして、M-CHAT は欧米でも取り入れられスクリーニングの有効性を示されたアセスメント・ツールである。スクリーニング・ツールの条件としては、確実に、また簡易に発達障害の可能性のある子どもを把握できることが必要である。また、健診の場合は、地域の幼児全体を対象とするものなので、すべての人にわかりやすく、短時間でできることが大切である。自治体の経済的負担を考えると廉価であることも重要である。M-CHAT は無料で国立精神神経・医療研究センター 精神保健研究所 児童思春期精神保健研究部のホームページからダウンロードして使用できる⁴⁾。実際に M-CHAT を導入している自治体の担当者からは、「知識や経験に左右されずに、共通の視点・基準で把握できる」「保健師の観察技術の向上や訪問活動にも活かされる」「短時間の健診時の行動だけでなく、普段の様子が見えやすい」などポジティブな意見が得られている。

一方、1 歳 6 か月児健診だけでは、発達支援が必要な子どものすべてを把握しきれないのも事実である。3 歳児健診でも、適切なスクリーニングをしていく必要がある。3 歳児健診で用いられるスクリーニング・ツールで現在使われているのは PARS-TR であるが、4 歳からは SCQ (Social Communication Questionnaire; 対人コミュニケーション質問紙) なども使用できる。しかし、これらのツールはいずれも有料であり、健診用の無料版などの開発が期待される。また、無料のツールであれば、SCQ の旧版である ASQ (Autism Screening Questionnaire) の利用も考えられるかもしれない。

2) ニーズのある子どもの把握

今回の調査結果から、保育所・幼稚園で発達支援が必要な子どもが把握されており、自治体は地域との協働のなかでニーズのある子どもを把握していくことが期待される。

地域の専門機関につなぐ前に、保健センターなどで経過観察する自治体も多いが、評価に用いるツールとしては一般的な発達検査や知能検査の実施がほとんどである。これらは知的障害など ASD 以外のフォローアップ対象児の評価には適切であるが、子どものコミュニケーションの取り方や、こだわりの特徴、また、それが生活に及ぼす影響や親の困り感などの把握には向いていない。ASD の特性を調べるための検査（PARS-TR、ADOS-2 など）や適応行動を調べる検査（Vineland-2 適応行動尺度など）が利用可能である。

3) 健診後のフォローアップと多機関連携（多職種連携）

健診で把握された時点では当然診断確定には至らないが、フォローアップにおいても診断にこだわる必要はなく、なんらかの心配のある・ニーズのある子ども（グレーゾーンの子ども）全体を見守っていくことが必要である。そのためには、地域で見守ることが重要であり、自治体を連携の中心としながら、実際の日常生活水準の支援は子どもたちが通う保育所・幼稚園で行うのが望ましいと考えられる。保育所・幼稚園と保健センターの連携方法では、巡回相談が多いと考えられる。今回調査の自由記載の中には、フォローアップの方法として「保育所・幼稚園での行動観察」などがあげられていることから、訪問が一般的に実施されていることがうかがわれる。評価のためには、地域の関係機関と連携してすべての対象者の状況を把握する必要がある。

巡回相談は自治体のスタッフが行うことがほとんどだが、福島県白河市では、それまでの巡回相談を改善し、平成 27 年度から自治体スタッフ（主に保健師）以外に、県内の大学や NPO などと連携し、臨床心理士・児童精神科医・ソーシャルワーカーなどがチームになって、フォローアップの必要な子どものいる園への巡回相談を行っている。チーム自体が多職種となっており、子どもたちをいろいろな専門家の視点からみていくことができるのも大きなメリットとなっている。また、健診後に保健センターでのフォローアップを経て、この巡回相談へとつなげているが、自治体が主体となることで継続的な支援も可能となっている。このシステムは、経済的な負担も少なく、他の自治体でも取り組みやすいシステムと考える。

また、研究班の「手引き」において、本田が述べるように、フォローアップ対象児のすべてを医療機関につなぐ必要はなく、支援を 3 段階にわけ、保健師と保育士・教師を中心とする一般生活支援を第 1 段階、療育施設・発達障害者支援センターなどの専門性の高い施設でのアセスメントや支援を第 2 段階、そして医療機関での治療を第 3 段階とし、フォローアップしていくことが妥当である⁵⁾。

4) 診断前支援

発達障害等への支援にあたっては、フォローアップだけではなく、地域で支援のメニューが用意されていることも必要である。厚生労働省も推奨しているように、診断がついてから支援をするのではなく、診断がつく前からの支援が重要である。地域にある支援メニューを知り、フォローアップしている子どもたちをその支援へとつなぐのも自治体の役割といえる。また、フォローアップの一環として支援を行っている自治体もある。以下に、発

達障害に関する支援について簡単に述べる。

子どもへの支援：ASD に対する心理療法としては、ABA (Applied Behavioral Analysis : 応用行動分析) や TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication handicapped Children)、早期療育では ESDM (Early Start Denver Model) などがある。ABA は、Antecedents (先行条件) と Behavior (行動) と Consequence (結果事象) の関係の中で行動を変容しようとする方法で、ASD 児者に直接働きかけることで適応行動を促進する。TEACCH は環境の構造化、つまり時間的・空間的構造化を行うことで ASD 児者の精神的安定と適応行動を促進する。この2つの療養は包括的療養と位置づけられている。一方 ESDM は、発達の視点と ABA を統合したアプローチで特に幼児期に特化した心理療法である。また、近年、アメリカでは JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Engagement, and Regulation) といわれる支援法が開発され一般の幼稚園で実施されているが、日本への導入も期待される。現状として、こうした世界水準の支援を実施する施設は多くはないが、より質の良い療育を選んでいく必要がある。

親への支援：発達障害において子どもへの直接支援以上に親支援は重要である。発達障害では、日々の対応が重要であり、子どもへの対応方法を親に心理教育していくことが肝要となる。発達障害の親支援として有名なものにペアレント・トレーニングがある。ペアレント・トレーニングとは、応用行動分析の技法のひとつであるが、実施機関が少ないことで受けられる親は限られている。平成 25 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「家族支援体制整備事業の検証と家族支援の今後の方向性について」で、ペアレント・トレーニングを改訂して地域で実施できる親向けのペアレント・プログラムが開発⁶⁾されている。ペアレント・トレーニングが子どもの不適応行動に保護者が働きかける方法を身につけることを主な目標としているのに対して、ペアレント・プログラムはより基礎的な内容に特化し、子どもへの働きかけ以前の子どもの行動を客観的に捉えることや、保護者の認知をより肯定的なものに変えていくことに重点をおいている。こうした親支援が日本全国、専門家の少ない地域でも普及していくことが望まれる。実際に、福井県小浜市では、平成 25 年度にモデル事業（厚生労働省障害者総合福祉推進事業）として保健師が中心となってペアレント・プログラムの研修を受け、平成 26 年度には保健師のみで地域の療育教室に通う保護者を対象に実施した。愛知県大府市では市の児童課が主体となって平成 22 年度から保育士が、石川県小松市では平成 26 年度から発達支援センターの職員が実施している。平成 27 年度からは静岡県が療育施設職員を対象として、柏市が特別支援担当教員を対象として、自治体として研修に取り組み始めている。福島県では、平成 25 年度から現在まで、県保健福祉部こども未来局（現在）が主体となって福島大学子どものメンタルヘルス支援事業推進室と提携し県内数カ所で実施している。ペアレント・プログラムは、地域のお職種の専門家がペアレント・プログラムの活動に陪席することで、親相談技術のスキルアップも狙っており、その効果も期待される。

2. 都道府県・県型保健所の役割

1) 専門職のスキルアップ

地域における多職種連携によるフォローアップを実施するためには、多職種の専門職（保育士、幼稚園教諭、ソーシャルワーカー、言語聴覚士、児童指導員など）のスキルアップが必要である。ASDなどの発達障害の支援やアセスメントの方法は、日々進歩している。また、地域の専門職も新人が入ってきたり異動があったりするので、スキルを一定に保つためとスキルアップのための研修は必須である。市町村の乳幼児健診の内容や関わる職員について把握しているだけでなく、同じ都道府県内の特別区や中核市、政令市などの職員のスキルアップへの提案などもしていくことが望まれる。

2) 保護者への啓発に対する支援

子どもの発達や発達障害の特徴、子どもへの対応方法など、市区町村が保護者への啓発を行うためのツールの作成などを支援することも都道府県の役割と考えられる。健診時期に合わせた子どもの発達に関するパンフレットを作成したり、ホームページに案内やリンクを張ったりするなどの方法がある。例えば、長野県諏訪保健所は、国立精神神経・医療研究センター 精神保健研究所 児童思春期精神保健研究部と連携して、親向けのリーフレットを作成している⁷⁾。

3. 多職種が連携したフォローアップと支援

発達障害等へのフォローアップと支援は、1歳6か月児健診での適切なスクリーニングを用いたフォローアップ対象児の把握、3歳児健診や地域の保育所・幼稚園の巡回相談などを通じたニーズのある子どもの把握とともに、地域の関係機関が連携したフォローアップと支援が望まれる（図 6.1）。学校での支援につなげるため5歳児健診を活用することもできる。自治体は連携の要である。発達障害者支援センターなどを単独では設置できない市町村の場合、保健センターが中心となって保育所・幼稚園の巡回相談でフォローアップすることが、実践の場では無理がないと考えられる。地域の専門家と連携し、関係機関から情報収集し集約することで多機関・多職種によるフォローアップと支援が可能となる（1次支援）。

1次支援では対応を難しい子どもについては、地域の療育施設などの専門機関での2次支援を利用し、診断が必要な場合には医療機関につないでいく。薬物療法などの必要な子どもについては医療機関（3次支援）の利用が考えられる。規模の大きな自治体・政令市などでは、総合型の発達障害者支援センターの設立と保育所・幼稚園や学校との連携が望まれる。保健所は、保護者の啓発や専門家のスキルアップのための研修などとともに、管内市町村の状況を把握し評価するなど市町村への支援が求められる。都道府県は、母子保健計画などにこの論点を取り上げ、県内のフォローアップ体制の指針を示すとともに、実施状況を把握・評価することが重要である。

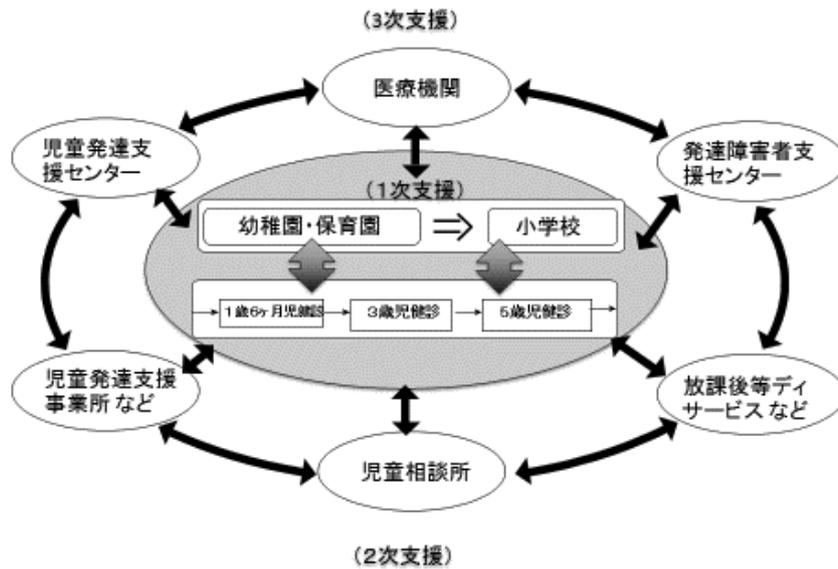


図 6.1 発達障害児等への地域のフォローアップと支援モデル

【論点 6 参考文献】

- 1) Dawson M, Germsbacher MA: Effectiveness of intensive autism programmes. Lancet 2010; 375: 722-723; author reply 723. doi:10.1016/S0140-6736(10)60299-1
- 2) Klin A, Lin DJ, Gorrindo P, et al.: Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. Nature 2009; 459: 257-261. doi:10.1038/nature07868
- 3) 土屋賢治、服巻智子、和久田学、他：GazuFinder (Ka-o-TV)を用いた自閉スペクトラム症の早期診断指標の開発～1歳6カ月乳幼児健診における活用に向けて～. 脳 2015 ; 21 : 45-55.
- 4) 国立精神神経・医療研究センター精神保健研究所児童思春期精神保健研究部
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/aboutus.html#03>
- 5) 本田秀夫. 幼児期の発達障害に対する地域支援システム. 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～. 平成26年度厚生労働省科学研究「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」2014 ; 48-49.
- 6) 辻井正次：厚生労働省 平成25年度 障害者総合福祉推進事業「家族支援体制整備事業の検証と家族支援の今後の方向性について」報告書 2014年
- 7) 国立精神神経・医療研究センター精神保健研究所児童思春期精神保健研究部
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/research/research.html#04>

第Ⅲ章 医療機関委託健診における保健指導と行政機関との情報共有

論点 7. 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「医療機関委託健診を実施している場合に、保護者の子育て支援に関する情報を、委託医療機関から市区町村に伝えて連携する仕組みがありますか」の設問に、「1. 連携する仕組みがある」「2. 仕組みはないが、状況により対応する」「3. 連携をしていない」「4. 医療機関委託健診をまったく実施していない」「5. その他」の選択肢で回答を求めた。

表 7.1 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携（n=1,084）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1. 連携する仕組みがある	202	19.8%	33	51.6%	235	21.7%
2. 状況により対応する	311	30.5%	24	37.5%	335	30.9%
3. 連携していない	51	5.0%	0	0.0%	51	4.7%
4. 委託健診を全く実施していない	429	42.1%	5	7.8%	434	40.0%
5. その他	27	2.6%	2	3.1%	29	2.7%
計	1,020	100.0%	64	100.0%	1,084	100.0%

1,084 件の回答が得られた（表 7.1）。「1. 連携する仕組みがある」と答えたのは 235 件（21.7%）で、「2. 仕組みはないが、状況により対応する」は 335 件（30.9%）であった。選択肢の自由記載欄の記述から情報連携の仕組みについて分析すると、もっとも多い手段は健診票・問診票・連絡票などの健診結果を文書で市区町村に返信される仕組みと電話連絡であり、文書での情報連携に時間を要するため、電話やメール・ファックスも併用されていた。また、定期的に医療機関と市区町村の協議会・連絡会を開いているところや、委託であるが保健師も一緒に健診に入っているところがあり、文書以外での情報連携もあった。特徴的な内容を表 7.2 に列記した。ただし、仕組みはあるが記載なしという回答や、連携していないとの回答も 51 件あった。

自治体規模別の集計では、人口規模が最多の第Ⅴ層では 6 割程度が連携する仕組みがあると回答したが、規模が小さくなるにしたがって連携しているとの回答頻度は減少した（表、資料 2.5、p.105）。

表 7.2 情報連携の仕組みの具体例

市区町村	情報連携の仕組み例
津市	「母の問診票」を用いて医療機関が市町に指示
高知県土佐市	乳児健康診断結果に応じて医療機関が市へ報告
東京都足立区	健診結果等で保健師が必要時フォロー
大阪府藤井寺市	乳児一般・後期健診の受診票から支援の必要な方には市からフォロー
高知県高知市	乳児一般健康診査の結果に保健師による訪問指導の必要の有無の欄がある
愛媛県愛南市	保健師の訪問（要・不要）というチェック項目がある
福井県高浜市	問診票に継続支援の必要性を記入する項目がある
愛知県豊田市	「母子連絡票」にて把握
福岡県久留米市	「連携シート」を作成し情報共有
香川県善通寺市	支援担当として市保健師が委託医療機関での健診に参加
福島県鮫川村	担当保健師も健診に加わっているため把握
長野県天竜村	問診は村の保健師が行いカンファレンスしている

なお、全国調査（市区町村）では、調査概要に「対象とする乳幼児健診は、基本的に3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診とする。」と記述し、これらの健診については、委託健診の実施状況を把握した。その結果、3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診のいずれかを医療機関委託（歯科健診の委託を含む）している市区町村数は、288件であった。これらについて委託医療機関との子育て支援に関する情報連携の状況を表7.3に再掲する。

表 7.3 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携（再掲 n=288）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.連携する仕組みがある	96	38.1%	20	55.6%	116	40.3%
2.状況により対応する	127	50.4%	14	38.9%	141	49.0%
3.連携していない	11	4.4%	0	0.0%	11	3.8%
4.委託健診を全く実施していない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
5.その他	13	5.2%	2	5.6%	15	5.2%
計	247	98.0%	36	100.0%	283	98.3%

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、委託医療機関との子育て支援に関する情報連携について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち18件（8.3%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は5件（2.3%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は13件（6.1%）、把握した状況を評価しているのは8件（3.7%）であった。

全国調査（都道府県）において、委託医療機関との子育て支援に関する情報連携に関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち5件（12.8%）で、全国調査（都道府県）の項目のうち最も低い頻度であった。

【現状に対する考察】

母子保健事業の一つである乳幼児健診は、問診内容や手技が標準化されていないために、診察する医師や関わるスタッフの技量により結果が大きく異なることが報告されている。¹⁾ また、東京都医師会の協力で実施した1歳6か月健診委託医療機関調査では、健診に従事している職種は医師と看護師、受付事務がほとんどで、それ以外の職種の関わっている医療機関は1～3%にすぎなかった。そのため、保健師などの多職種が参加している集団健診と同様に子育て支援が行われるためには、委託医療機関と市区町村との情報連携が重要になると思われる。そこで、今回の全国調査では個別健診で行っている委託医療機関の「子育て支援に関する情報連携」の実態を明らかにした。

3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診のいずれかを医療機関委託している市区町村の集計では、情報連携の仕組みがあるとの回答は40.3%、仕組みはないが状況で対応しているとの回答は49.0%であり、また管内市町村の状況を把握・支援している保健所は10%以下であり、低い状況であった。

また、情報連携の手段のほとんどは健診票など文書によるもので、情報内容は「要支援」、「訪問の必要性」「フォローアップの要否」など伝え方は異なっており、このことは、委託医療機関によって情報内容に温度差が生じる可能性もある。市区町村と委託医療機関が電話などでの情報交換や協議会や連絡会の開催はその情報を補う役割もあるであろう。

東京都医師会で行われた1歳6か月健診委託医療機関調査によると、事後指導において市区町村に連絡したことがある医師は44%に対し、連携したことはない医師は49%であった。小児科医の35%、小児科以外は70%が連携をした経験がなかった（図7.1、図7.2）。また、医師の自由記載から、連絡している内容は発達の問題や保護者の養育の問題であり、その内容によって保健センター・子ども家庭支援センター・児童相談所・病院などの連携先が選択され連携先は市区町村とは限らず、電話や保護者に紹介、問診票・紹介状等を用いるなど情報連携の手段も様々であった。

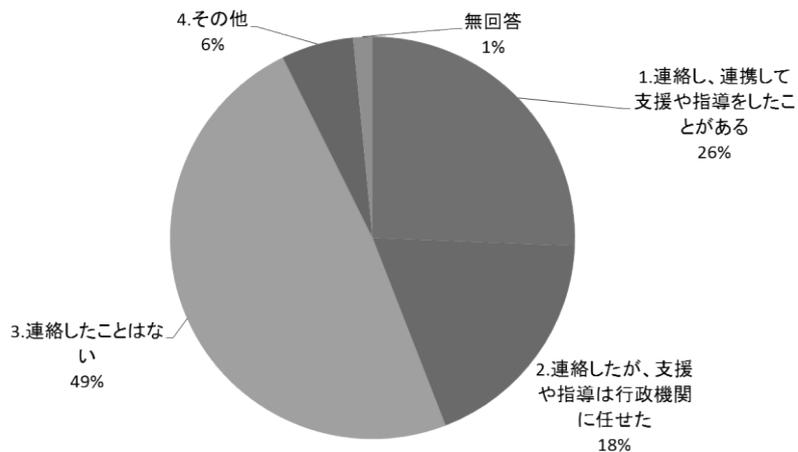


図 7.1 健診時や事後指導の時、保護者の子育て支援の必要性に気づいた時の連携状況（医療機関調査）

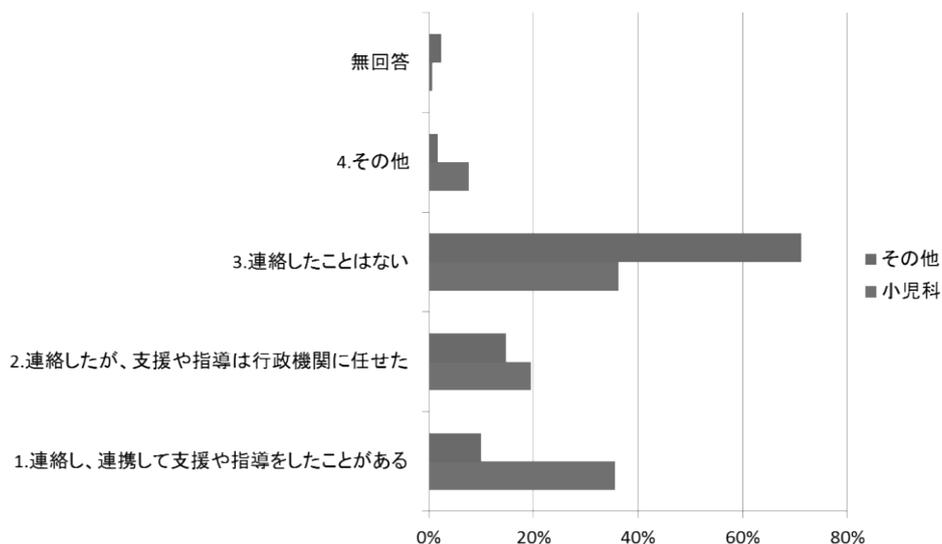


図 7.2 健診時や事後指導の時、保護者の子育て支援の必要性に気づいた時の連携状況（主たる診療科別集計）

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

委託医療機関における子育て支援に関する市区町村との情報連携の実施は約半数であり、情報連携の重要性を広く周知をすることが必要である。そのためには保健所や都道府県も評価し支援する取組が求められる。

また、委託医療機関から市区町村への情報提供される手段は、文書だけではなく電話などの併用、さらには市区町村の保健師との協働や協議会も活用する多様な方法があること、

情報連携をする内容について具体的に示しておくことが必要である。そこで、情報連携のための手段、連携する具体的な内容を全国的に統一することは乳幼児健診の標準化につながるであろう。また、小児科以外の委託医療機関も乳幼児健診を行っていることを念頭に、幅広く周知し研修する機会が必要である。

【論点7 参考文献】

- 1) 「健やか親子21」の次期計画について検討会報告書. 「健やか親子21」の最終評価等に関する検討会. 2014年4月 p48

第IV章 「健やか親子21（第2次）」の重点課題における乳幼児健診の保健指導

論点8 「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援

8.1 社会性の発達過程に関する保健指導

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「子どもの少し先の社会性の発達過程について、乳幼児期からその見通しを親に指導する機会を確保していますか」の設問に対して、「1.している」、「2.していない」、「3.その他」の選択肢で回答を求めた。回答があった1,161市区町村のうち、社会性の発達過程に関する指導を実施していたのは721件で、実施率は62.1%であった（表8.1.1）。自治体規模の比較においては有意な差は認めなかった（表.資料2.4、p.104）。

表 8.1.1 社会性の発達過程に関する保健指導の機会の確保（n=1,161）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.している	682	62.2%	39	60.0%	721	62.1%
2.していない	317	28.9%	21	32.3%	338	29.1%
3.その他	97	8.9%	5	7.7%	102	8.8%
計	1,096	100.0%	65	100.0%	1,161	100.0%

二次調査として、「1.している」と回答し自由記載欄に記載のあった605件のうち、社会性の発達に関連した記載のあった463件についてキーワードを抽出し、指導の機会と方法を分析した（表8.1.2、表8.1.3）。乳幼児健診の際に指導の機会をもつ場合がもっとも多く（343件）、3～4か月時を含む複数回にわたって実施されることが多かった（262件）。健診以外の指導機会としては、親子教室や離乳食教室などの集団教育の場や、相談事業や訪問事業など子育て事業の機会が活用されていた。指導方法は、説明指導と記載されたものがもっとも多く260件であった。具体的な指導方法としては、個別指導、集団指導、講演・講話などであった。また、説明時に何らかの資料を用いる場合は184件あった。発達過程を説明する資料としては、母子健康手帳、自治体独自で作製したパンフレット・リーフレット等、市販されている小冊子、日本版デンバー発達スクリーニング検査などの発達検査などが用いられていた。資料送付のみと回答があったのは22件で、健診の場でパンフレットやリーフレットなどの資料を配布したり、健診案内に資料を同封したりすることで社会性の発達に関する情報提供をおこなっていた。

表 8.1.2 社会性の発達過程に関する指導の機会

指導の機会	件数
乳幼児健診（1回以上）	262
乳幼児健診（1回のみ）	81
相談事業	102
教室*	81
訪問事業	36
その他**	4

* 教室：親子教室、子育て教室、離乳食教室、虫歯予防教室など

** その他：出生時、健診のお知らせに資料同封

表 8.1.3. 社会性の発達過程に関する指導方法

指導方法	件数
説明指導	260
集団指導	77
個別指導	63
保健指導	17
講演・講話	13
伝達	7
問診	4

日本版デンバー発達スクリーニング検査は、乳幼児期に発達の遅滞や歪みのあるものをスクリーニングする目的で考案された検査であり、6歳までの典型発達が一覧できるため、説明の仕方によっては発達の遅れに対して親・養育者が過剰な不安をもつことも懸念された。そこで、同検査を用いると記載していた7自治体に対して、具体的な指導方法と配慮点について電話による聴き取り調査を実施した。その結果、7自治体とも乳幼児健診の機会に説明をおこなっており、6自治体では全ての乳幼児健診対象者に対して個別指導を実施し、1自治体では全対象者への集団指導の後にハイリスク者への個別指導を実施していた。個別指導の流れは共通しており、具体的には次の通りであった：①対象者の現状がどの発達段階であるかについて親とともに確認、②現状から望まれる次の発達段階の共有、③次の段階に進んでいくための遊びやかかわり方の指導。指導に際しては、少し先の発達過程に重点をおき、発達経過の個人差や正常バリエーションの存在などを説明した上で対象者の発達状況を伝えるように配慮されていた。また、先天性の異常や障害がある子どもについては、家族の希望を確認したうえで、グループ学習への参加なしに最初から別室で個別指導

をするなどの個別に配慮がなされていた。

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、社会性の発達過程に関する親への指導について何らかの取り組みが認められたのは 217 件の有効回答のうち 51 件（23.5%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は 21 件（9.7%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は 36 件（16.6%）、把握した状況を評価しているのは 4 件（1.8%）であった。

全国調査（都道府県）において、社会性の発達過程に関する親への指導に関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39 件のうち 9 件（23.1%）であった。

【現状に対する考察】

今回の調査結果では、社会性の発達過程に関する指導は全国市区町村の 7 割程度でなされており、その約半数は、乳幼児健診の機会を活用していることがわかった。また、資料配布のみで対応している自治体もみられた。説明の機会が確保できていない場合についてはヒアリング調査を通して、指導にかける時間不足や人的資源の乏しさなどの制約があることがわかった。説明の時期としては 3～4 か月児健診を最初の説明機会としている自治体が多く、乳児期早期からの子どもの発達に親が関心をもてるよう配慮されていると考えられた。

発達には身体発達、情緒的発達、知的発達など様々な軸がある。その中で、社会性の発達は、対人関係を形成して集団の中で協調的な行動をとり、将来自立した社会生活を営んでいく上で必要な能力である。社会性の発達に係る知識を得ることは、親・養育者がこれから数か月のうちに子どもの行動様態が変わっていくことに対する見通しと、かかわりを楽しむ視点を与える¹⁾。また、社会性の発達の遅れが自閉スペクトラム症など一部の発達障害の特性と関連していることから、発達障害の早期発見に寄与するという目的も兼ねる。親・養育者にとって子どもの発達状況が気になる段階での気づきを促し、気づきを適切な支援につなげていくことが重要である。そのためには、乳幼児健診対象者全例に対して正しい知識を伝える必要がある。

「健やか親子 21（第 2 次）」重点課題①-3 として、「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合」があげられ、指標に設定されている²⁾。市区町村で全例を対象とした早期乳幼児期からの指導実施を促していくうえで、都道府県の計画整備や、県型保健所における積極的な支援・評価を進めていく必要がある。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 乳幼児健診の対象者全員を対象とする

親や養育者に少し先の社会性の発達過程について指導することは、はじめて子育てをする親・養育者にとって、現在の状態に振り回されることなく、見通しをもったゆとりある子育てをする上で役に立つことは言うまでもない。加えて、全ての親・養育者にとって、日常生活における気付きを促すうえで有用である。子どもの社会性の発達特性は、歩く・話すなどマイルストーンで示される機能的な発達指標とは違い、日々の子育ての中で親子がふれあう場面において観察されるものである。親・養育者が知識を得ることで、日常の観察の視点が深まると考えられる。それはまた支援者にとって、親や養育者の子に対するかかわりの程度や観察力を知り、親子関係を推察する情報源となる。以上から、発達の遅れが明らかな子どもだけではなく、乳幼児健診の対象者全員に対して、社会性の発達過程に関する指導を実施することが望ましいと言える。

2. より早期の乳児期から指導をおこなう

親の気付きに対して保健指導をおこなうことは、①子どもの発達特性に対する理解を深め、②子どもの発達段階に応じた適切なかかわり方を指導し、③親子への支援の機会を逃さず子育て支援や発達支援に結びつける目的がある。子どもの社会性の基礎は0歳代からの親子関係を通して築かれるため、①～③の目的を果たすうえで3～4か月健診など早期乳児期から指導を開始することが望まれる。

3. 遅れに対する親・養育者の受容を見極め、早期に適切な支援へつなぐ

発達の遅れに対して親は不安を抱きやすい。また、親・養育者や兄弟が典型とは異なる発達経過をたどっている場合もある。発達過程を説明する場合、特に発達検査のように典型発達との差異が明確に示されるような場合は、子どもの発達過程は多様で個人差があることを先に説明することが重要である。その上で、対象となる子どもの発達状況と典型的な発達過程との違いに気づかせ、今日からできるかかわり方の工夫を指導し、親・養育者の受け入れ状態を確認しながら適切な支援につなげることが肝要である。

【論点8. 1 参考文献】

- 1) 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～. 平成26年度厚生労働科学研究「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携における母子保健指導のあり方に関する研究」、2014.
- 2) 「健やか親子21（第2次）」について検討会報告書. 「健やか親子21（第2次）」の最終評価等に関する検討会. 2014.

8. 2 育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価をしていますか」の設問に対し、「1.評価をしている」、「2.評価をしていない」、「3.その他」の選択肢で回答を求めた。回答があった 1,165 件のうち、育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価を実施していたとの回答は 307 件で、実施率は 26.4%であった。自治体規模の比較においては有意な差は認めなかった（表.資料 2.5、p.105）。

表 8.2.2 育てにくさを感じる親への保健指導の評価（n=1,165）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.評価をしている	289	26.3%	18	27.7%	307	26.4%
2.評価をしていない	715	65.0%	41	63.1%	756	64.9%
3.その他	96	8.7%	6	9.2%	102	8.8%
計	1,100	100.0%	65	100.0%	1,165	100.0%

二次調査として、「1.評価をしている」と回答した 307 件のうち、自由記載欄に記載のあった市区町村 254 件（83%）について記載内容を分析した。「評価」の解釈に偏りがみられ、保健指導の対象者選定のための評価の場、あるいは「育てにくさを感じる親」の具体的な把握方法について回答されたものが多かった。保健指導の対象者を決める場としては、会議（ケースカンファレンス、スタッフミーティング、他施設との連携会議など）が 145 件、健診後のフォローアップが 30 件、臨床心理士や ST など専門職による判定の適否検討が 11 件であった。把握方法としては、問診（31 件）、アンケート（29 件）、アセスメント・ツール（7 件；フェイススケール、親の自信度、M-CHAT、発達障害チェックシート、新版 K 式発達検査）、新生児訪問時と乳幼児健診時での EPDS の得点差（2 件）であった。

「育てにくさを感じる親」と判断する条件を設けているという回答が 1 件あり、電話による聞き取りをおこなった。問診項目に「育てにくさを感じている」および「虐待をしていると思う」という設問を加え、①「育てにくさを感じている」の設問に対して「いつも」あるいは「ときどき」と回答し、かつ、相談先を知らないと回答した親、②「虐待をしていると思う」という設問の下位選択肢（3～4 か月児および 1 歳 6 か月児は 7 項目：しつけのし過ぎがあった、感情的に叩いた、乳幼児だけを家に残して外出した、長時間食事を与えなかった、感情的な言葉でどなった、子どもの口をふさいだ、子どもを激しく揺さぶった、3 歳児は 5 項目：前述の前から 5 項目¹⁾）を一つでも選択した親全例を対象とするというものであった。

また、「健やか親子21（第2次）」において定義された「育てにくさ」の説明にある背景（子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因）²⁾に準じて要因を分析し、支援をおこなっているという回答が2件あった。これらに対しても、電話によって内容の聴き取り調査をおこなった。高崎市では、問診と診察による通常の判定に加えて、乳幼児健診後に対象者全員の問診内容や所見など約400項目をデータベースに入力して要因分類していた。カンファレンスは健診後に実施され、その後にデータ入力と分析がおこなわれる。要支援者は事後指導教室につなぎ、事後教室の親子の様子を踏まえて「育てにくさ」の主要因を明らかにし、訪問や電話など個別のフォローアップや子育て支援・発達支援など専門的支援につなげるとのことであった。また、美唄市では、乳幼児健診後のカンファレンスにおいて、乳幼児健診の場で得た情報に加えて、母子手帳交付時に記録した家族構成や家族の就労状況など家族の背景や訪問指導で得た家庭状況記録などの情報、保育所・幼稚園や子育て支援センターなど関係機関からの情報を集めてリスク事項を整理し、「育てにくさ」としての要因分類して個別の課題を明確化し、支援の要否を決定するとのことであった。

評価をしていると記載され、要因分析に関する記載がなかった市区町村に対して、無作為に抽出した7自治体を対象に、要因分析の有無について電話による聴き取りをおこなった。対象とした全て自治体で要因分析をしておらず、要因分析をしない理由としては、「要因がたくさんあるので分類できない」、「一番の問題点に対してアプローチするので分類の必要がない」「要因分析をしなくても、保健師の経験で気になる親子は抽出できる」などの意見が得られた。

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、育てにくさを感じる親への保健指導の評価について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち96件（44.2%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は57件（26.3%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は49件（22.6%）、把握した状況を評価しているのは8件（3.7%）であった。

全国調査（都道府県）において、社会性の発達過程に関する親への指導に関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち15件（38.5%）であった。

【現状に対する考察】

乳幼児健診の評価については、研究班が作成した「手引き」で基本的な考え方を示しており¹⁾、本書では支援対象者のフォローアップのステップに沿った分類として、①判定の標準化・共有、②支援対象者および健診のフォローアップ対象者の個々の状況把握、③個別ケースの支援評価、④事業評価、を示した（論点11参照）。今回の調査結果において、「育

てにくさ」を感じる親への保健指導の評価をおこなっていると回答したのは、全国市区町村の約3割であり、上記①～③のいずれかがおこなわれていた。その中には、構造化・標準化された方法による判断基準を設けている自治体があった。一方で、④の「事業評価」に該当する評価をおこなっていると回答したものはなかった。また、要因を分析して評価をおこなっていると記載のあった市区町村は2件のみであった。要因分析をおこなっていない背景として、時間や労力の負担になっている場合や熟練保健師の存在により必要性を感じていない場合があった。

県型保健所の役割として、管内市区町村の事業評価、事業計画の立案等への支援・協力がある²⁾。上述した通り、調査結果から市区町村において事業評価は十分に行われていない状況と考えられた。市区町村における事業の適性を高めるために、県型保健所が間接支援を積極的におこない、事業評価を進めていくことが求められる。「健やか親子21（第2次）」重点課題①-2として、「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合」があげられている。都道府県の計画整備や、県型保健所による市区町村の事業評価支援に対する専門的・技術的助言などの支援も進めていく必要がある。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 「育てにくさ」を感じてもいい ～発信しやすい「空気」をつくる

「育てにくさ」とは、子育てに関わる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的な要素を含む（図 8.2.1.）²⁾。近年の乳幼児健診は疾病スクリーニングだけではなく子育て支援にも重点が置かれるようになっており、乳幼児健診にかかわる保健師に対して、家族が抱える育児不安・育児困難感への早期介入や予防的支援への期待が高まっているところである。

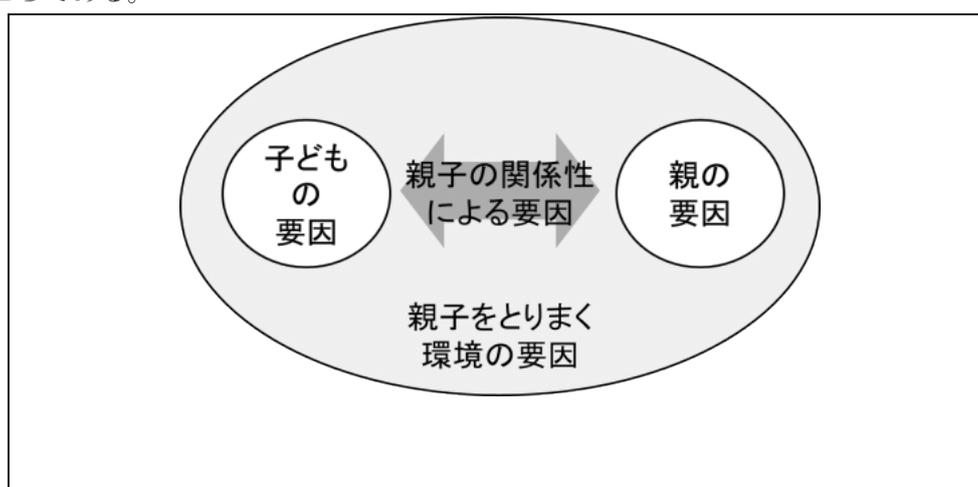


図 8.2.1 「育てにくさ」の要因*

*育てにくさに寄り添う母子保健のあり方検討ワーキンググループ報告：岡明（東京大学）、小枝達也（鳥取大学）、秋山千枝子（あきやま子どもクリニック）、安梅勅江（筑波大学）、水主川純（聖マリアンナ医科大学）より引用

「育てにくさ」につながる育児上の困り感は、多様な因子による総合的な親・養育者の感覚である。子育てにかかわれば、多少なりとも育てにくいと感じる場面は生じうる。「育てにくさ」は、日常のちょっとした対応法を知ることによって解消するような困難感である場合もあれば、虐待につながるような過剰な負担感や疲労感をともなう場合もある。いずれにせよ、親・養育者から困っていることを発信してもらうことが必要だが、健診の場では「育てにくさを感じている」と発言することに抵抗を感じることは少なくないだろう。

乳幼児健診においては、親・養育者が「育てにくさ」を感じていると伝言させる空気をつくり、困難感の程度やリスクを見極めながら、育てにくさを共有してともに解決していくための保健指導が求められる。

2. 潜在ニーズを見落とさないために「育てにくさ」の要因を分析する

それでもなお、「育てにくさ」を感じていても助言・援助を求めるサインを発信できない親・養育者は潜在する。潜在する親・養育者の支援ニーズに気づくには、保健師個々の技能が求められる。熟練した保健師は、親の主訴を整理し、しぐさから何を思考しているか読み取り、他の専門職の目もかりてより多角的に対象を捉え、援助の必要性を見極め支援に結び付けていると言われている³⁾。しかし、人材資源は限られており、全ての市区町村に熟練レベルの保健師が常在し、乳幼児健診にかかわっているわけではない。誰がおこなっても見落とすことなく潜在したニーズに気づくためには、手間はかかるが、「育てにくさ」の背景にある多面的な要素を抽出・整理し、多職種の見点と併せて分析したうえで、適切な支援につないでいくことが望まれる。

3. どのような支援が必要か？という視点で要因分析を行う

分析方法の例を表 8.2.1 に示した。要因を分析するにあたっては、どのような支援が必要かという観点から課題を整理することに注力することがポイントとなる。問題点をまんべんなくあげたリストを作成するのではないことに留意していただきたい。

「育てにくさ」の背景を要因にわけるとは、要因を一つにしぼることが目的ではない。「育てにくさ」という親・養育者の感覚的な主訴をそれぞれの要因別に分類し、その相互関連性を質的に検討することで、「育てにくさ」の原因を探り、より効率的かつ適切な支援に結び付けていくことが目的である。要因の組み合わせによっては支援方法も変わりうる。また、子どもの年齢や発育・発達状況、親子関係や家庭環境など、時間の経過や関係性の変化などにより主要因は変わりうる。乳幼児健診の場で問診や診察所見など得られた情報、過去の情報、関係機関から得られた情報を整理し、「育てにくさ」の所在と関連性を分析したうえで支援策を講じ、機会があるごとに再評価することが望まれる。

表 8.2.1 「育てにくさ」の背景の要因分析と対応の検討例

要因	支援を要する事項	健診での確認	支援、治療状況		今後の対応	
		問題の有無	支援状況	医療機関受診の有無	支援の要否	支援資源
本人	発育状況 (疾病、食事の問題、生活リズムなど)					
	運動発達への支援 (遅れ、偏り、障害など)					
	知的発達への支援 (遅れ、偏り、障害など)					
	社会性発達への支援 (遅れ、偏り、障害など)					
	:					
親・養育者	親・養育者になることを受容状況 (望まない妊娠、若年、特定妊婦など)					
	親・養育者の育児過負担 (疾患、障害、虚弱など)					
	子どもとの関わり方 (子育て経験の不足、特異な育児感など)					
	情報不足への支援 (一般的な育児情報、公共サービス・自助団体 など資源情報など)					
親子関係	愛着形成					
	子どもへの無関心					
	子どもへの過干渉					
	:					
環境	経済的不安、困窮					
	子どもと関わる時間がとれない (就労状況、ひとり親、兄弟の育児、介護など)					
	相談相手がいない (同年代の知り合いがいない、地域の繋がりが 弱い、かかりつけ医がいないなど)					
:						

【論点 8. 2 参考文献】

- 1) 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～. 平成26年度厚生労働科学研究「乳幼児健康診査の実施と評価ならびに多職種連携における母子保健指導のあり方に関する研究」2014年
- 2) 「健やか親子21（第2次）」について検討会報告書. 「健やか親子21（第2次）」の最終評価等に関する検討会. 2014年
- 3) 都築千景. 援助の必要性を見極める乳幼児健診で熟練保健師が用いた看護技術. 日本看護科学会誌 2004 ; 24 : 3-12.

論点 9. 妊娠期からの児童虐待防止対策

9. 1 健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決め

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「乳幼児健診の面談や問診票で、新たに虐待の疑いを把握したときのマニュアルや取り決め等が自治体にありますか」との設問に対し、「ある」と回答したのは 610 自治体 (52.0%) であった。マニュアルや取り決め等の内容を表 9.1.1 に示す。

取り決めやマニュアルの有無についても、またそれぞれの内容についても、すべての項目で、規模の大きな自治体の頻度が有意に高い状況であった（表.資料 2.2、p.102）。

表 9.1.1 乳幼児健診の面談やその問診票で、新たに虐待の疑いを把握したときのマニュアルや取り決め等（n=610 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.親子の様子のアセスメント	410	73.6%	42	79.2%	452	74.1%
2.上司に報告等の組織的対応	438	78.6%	46	86.8%	484	79.3%
3.健診スタッフが認識する仕組み	477	85.6%	45	84.9%	522	85.6%
4.親子の心情に寄り添う関わり	311	55.8%	30	56.6%	341	55.9%
5.担当保健師につなぐ等の橋渡し	476	85.5%	49	92.5%	525	86.1%
6.その他	93	16.7%	7	13.2%	100	16.4%

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決めについて何らかの取り組みが認められたのは 217 件の有効回答のうち 64 件 (29.6%) であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は 19 件 (8.8%)、市町村の実施状況を把握しているとの回答は 50 件 (23.3%)、把握した状況を評価しているのは 6 件 (2.8%) であった。

全国調査（都道府県）において、健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決めに関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39 件のうち 10 件 (25.6%) であった。

【現状に対する考察】

1. 市区町村における実施状況

表 9.1.1 から実施頻度の高い順にみると、「5.担当保健師につなぐ等、次の支援への橋渡し（86.1%）」、「3.心配な親子であることを健診スタッフが認識する仕組み（85.6%）」、「2.上司に報告等の組織的対応（79.3%）」、「1.親子の様子のアセスメント（74.1%）」であり、これらは自治体規模が大きい方の実施率が有意に多かった（表.資料 2.2、p.102）。自治体規模が大きいところでは担当保健師数が多く、個別支援へのつなぎをていねいに行う必要があるためと考えられた。

これに対し「4.親の心情に寄り添う等の保健師の関わり方」は 55.9%と他の項目に比べて少なかった。他の選択肢に示した内容は、ツール等を用いてフロー図として表すことが比較的容易であるのに対し、親の心情に寄り添う関わり方は、対象者の状況や対象者と支援者との関係性などより具体的な支援方法の提示が必要であり、取り決めやマニュアルとして表しているところが少ないと考えられた。

「6.その他」には 100 件（16.4%）の回答があった。自由記載を分析すると、その内容は児童福祉機関への連絡、自治体の児童虐待マニュアルに沿っての対応などが多く認められた。児童虐待を疑う場合に通告することは専門職種の責務ではあるが、ていねいなアセスメントや親の心情に寄り添った支援の必要性を検討する前に、一足飛びに介入につなげる取り決めとなっている可能性が考えられた。子どもの状況等から通告が必要な場合もあるが、確定ができない場合は健診の場でいかに支援を行うか、あるいはいかに支援につなげるかという視点が求められよう。

一方、規模の小さな自治体では、取り決めやマニュアルは明らかに少ない状況にあった。その背景には、常勤職員と住民との距離感の近さから支援対象者を書面なしに把握できている状況などが想像できるが、乳幼児健診では医師や看護師などの非常勤職員が業務の担当者である場合も少なくない。健診従事者間で一定の対応を行う工夫が必要である。

児童虐待予防のためには、乳幼児健診を一通過点とし、継続的関わりによる対応が求められる。すなわち、健診担当者がハイリスク者等の情報を事前に共有し、地区担当保健師等が対応するなど健診の場から確実に支援につなげることが必要である。全国調査から事前に取り決めているのは半数程度であり、標準化に向けてさらにその背景を明らかにし、対応策を検討していく必要がある。

2. 保健所・都道府県における実施状況

全国調査（保健所）では、管内市町村の取り決め作成時の支援 8.8%、市町村の作成状況の把握 23.3%、市町村の作成状況の評価 2.3%であり、作成時や作成状況の評価についてはほとんど関わっていない現状が推察された。また、全国調査（都道府県）では母子保健計画（またはそれに相当する計画）や市区町村への技術的助言指導計画に含んでいるとの回答は 1/4にとどまった。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

児童虐待の状況にありながらも乳幼児健診を受診する親には、ネグレクトで子どもの状況に気づかない・関心がない場合や、身体的虐待で誰が見ても傷があるのに受診する場合は支援者に誰か気づいて欲しいという SOS である場合がある。明白な虐待の場合は児童福祉機関に通告が必要であるが、保健機関は親と対立するのではなく、あくまでよく受診してくれたというスタンスで望みたい。疑いの場合は、親の認識の有無にかかわらず育児の困難がベースにあり、子どもの健康問題のフォローアップよりは親の支援を行うという理由で支援へのつなぎを必ず行うことが重要である。このため、乳幼児健診での虐待の気づきや予防的な支援に関する手引きや研修が必要と考えられた。

9. 2 乳幼児揺さぶられ症候群に対する啓発

【市区町村における現状と課題】

全国市区町村調査では、「乳幼児揺さぶられ症候群に関する啓発を行っていますか」との設問に対し、「1.啓発を行っている」と回答したのは786件（67.4%）、「2.啓発を行っていない」は321件（27.5%）、「3.その他」59件（5.1%）であった（表9.2.1）。自治体規模別の分析では、規模の大きな自治体でより多く啓発が実施されていた（表.資料2.2、p.102）。

なお、自由記載を分析すると啓発として行っている内容は、パンフレット配布からDVDの視聴、子どもの泣き声を聞かせるなど、内容がさまざま、「その他」の記載で「行っている」の記載と同様の内容が認められた。今回の調査では啓発の定義を定めずに様々な実践例を得ることを目的としており、統計学的意義は少ないと考えられた。

表 9.2.1 乳幼児揺さぶられ症候群に関する啓発（n=1,166）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.啓発を行っている	739	67.2%	47	71.2%	786	67.4%
2.啓発を行っていない	311	28.3%	10	15.2%	321	27.5%
3.その他	50	4.5%	9	13.6%	59	5.1%
計	1,100	100.0%	66	100.0%	1,166	100.0%

【現状に対する考察】

全体では7割程度の自治体が乳幼児揺さぶられ症候群に対する啓発を行っていた。多くの健康課題がある中で、この課題に対する市区町村の認識が高いことが示唆された。一方、自由記載からは、住民の行動変容を促すまで至らないような内容である場合も、少なくないと考えられた。健康課題の啓発については、その有効性の評価が常に議論の対象となるため、具体的に有効性を把握する調査方法が必要であると考えられた。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

乳幼児揺さぶられ症候群に対しては、発生機序に関する知識と、泣き止まないことに対する対応の啓発が重要である。乳幼児健診だけではなく、親子に接する場面で、どのような対象者にどのような啓発を行うのか、具体的に示す必要がある。

第V章 乳幼児健診事業の評価のポイント

論点10 疾病スクリーニングの判定結果の精度管理

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「乳幼児健診で、疾病のスクリーニングに対する判定制度の評価のために、次の方法で精度管理をしていますか」との設問に対し、「1.陽性的中率の算出」、「2.見逃し例を把握（陰性的中率の算出）」、「3.判定のばらつき」、「4.感度・特異度の算出」、「5.精度管理を実施していない」、「6.その他」の選択肢で回答を求めた。

回答数は1,159件で、「5.精度管理を実施していない」が1,003件（86.5%）と大多数を占め、精度管理は多くの市区町村で実施されていない現状が明らかとなった（表10.1）。

具体的な精度管理の方法としては、「1.陽性的中率の算出」52件（4.5%）、「2.見逃し例を把握（陰性的中率の算出）」10件（0.9%）、「3.判定のばらつき」44件（3.8%）、「4.感度・特異度の算出」11件（0.9%）、「6.その他」68件（5.9%）であった。自治体規模別の集計では、「1.陽性的中率の算出」と「3.判定のばらつき」の項目で、大規模自治体が比較的多く実施している状況であった（表.資料2.4、p.104）。

表 10.1 疾病スクリーニングの判定結果の精度管理（n=1,159 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.陽性的中率の算出	45	4.1%	7	10.6%	52	4.5%
2.見逃し例を把握（陰性的中率）	7	0.6%	3	4.5%	10	0.9%
3.判定のばらつき	37	3.4%	7	10.6%	44	3.8%
4.感度・特異度の算出	11	1.0%	0	0.0%	11	0.9%
5.精度管理を実施していない	954	87.3%	49	74.2%	1,003	86.5%
6.その他	60	5.5%	8	12.1%	68	5.9%

陽性的中率または陰性的中率による精度管理を実施している場合に、対象となる項目が記載されていたのは「検尿」が13件、視力検査8件、聴覚検査6件などであった(表10.2)。

表 10.2 精度管理の実施項目

実施項目	回答市区町村数	
	陽性的中率	陰性的中率
検尿	13	2
視力検査	8	0
聴覚検査	6	0
精密検査	4	0
医師の判定	2	0
医師・歯科医師の判定	1	1
発達	0	1

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査(保健所)において、疾病スクリーニングの判定結果の精度管理について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち69件(31.8%)であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は24件(11.1%)、市町村の実施状況を把握しているとの回答は28件(13.0%)、把握した状況を評価しているのは13件(6.0%)であった。

全国調査(都道府県)において、疾病スクリーニングの判定結果の精度管理に関する内容が母子保健計画などや管内市町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち6件(15.4%)であった。

【現状に対する考察】

今回の調査から、精度管理を実施している市区町村は少なく、保健所の取り組みもわずかであり、都道府県からの指導も具体策にまでいたっていないことが明らかとなった。

研究班が作成した「手引き」でも記したように、地域診断および事業評価においてはPDCAサイクルに基づいた管理が必要であり、精度管理はCheckに相当する重要な要素である。また「手引き」に示した乳児股関節検診や検尿検査、および視覚・聴覚検査の標準化に向けても、判定結果を評価する精度管理の適切な実施が求められている。

市区町村においては、まず疾病スクリーニングに対する判定の標準化が求められる。その上で、母子保健情報システム等のデータベースを用いた集計データから陽性的中率を算出することや、見逃しケース(偽陰性)を医療機関からの情報提供などで把握することで評価が可能である。

全国調査（保健所）の自由記載によれば、保健所が管内市町村の状況を把握し、評価する方法としては、母子保健事業報告、母子保健情報システム、母子保健集計、担当者会議などを用いているとの回答であった。管内市町村への支援としては、母子保健推進協議会、母子保健連絡会、研修会等の場を活用することのほかに、健診マニュアルや母子保健情報システムを通じた情報還元などの回答が得られた。愛知県においては、判定のばらつきを評価するため、医師や歯科医師の判定結果、検査結果の報告項目が標準化されている。管内市町村のデータを保健所が集計し、管内の関係者会議で報告するとともに、県全体で評価する情報管理システムが運用されている¹⁾。

「健やか親子21」の最終評価²⁾で示されているように、都道府県や保健所は、乳幼児健診の評価のためにデータを分析し、地域の特性が分かるよう管内の市町村に提示することが重要な課題である。どのような内容を提示すべきかについて、具体的な項目等も示されている。すでに、歯科保健領域では、う蝕の状況など幼児歯科健診で把握する全国共通の判定項目に対して、都道府県間や市区町村間の比較が検討され、その減少に活用されてきた。このように、市区町村のみが精度管理を行なうのではなく、保健所や都道府県と共同して実施していくことが必要である。保健所に対しては、管内市町村が精度管理を実施するための支援・評価、都道府県に対しては、市区町村および保健所の情報の分析・評価と、母子保健計画等の策定についての助言・指導が求められる。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

1. 判定の標準化

医師や歯科医師が判定する項目の判定方法や基準、検査項目の検査方法や判定基準の標準化が、精度管理の前提条件である。市区町村は手順書などを作成し、健診に従事する医師や歯科医師に対して、判定方法や基準、問診項目の意味などについて具体的に示し、その判定が一定の水準を保つように努めなければならない。検査を担当する従事者に対しても、検査方法や判定基準、問診の活用方法などを繰り返し周知し、担当者間で異なる対応とならないように指導しなければならない。

2. 陽性的中率の算出

研究班が作成した「手引き」で示したように、多種多様な健康課題を取り扱う乳幼児健診においては、精度管理に通常用いられる感度・特異度ではなく、陽性的中率と陰性的中率を用いることが実用的である。また、多種多様なスクリーニング項目から、優先度の高い項目から順に精度管理を進めていくことが、現実の課題解決には有効である。地域の状況により優先項目は異なるが、現在、厚生労働省においては、乳児股関節検診や視覚・聴覚検診、検尿などについて研究班を立てて課題解決に取り組んでいる。全国調査（市区町村）でも、精度管理を実施している項目として検尿、視覚検査、聴覚検査が把握されており、都道府県単位で評価する項目の候補である。

陽性的中率の算出においては、スクリーニングで「要観察」「要紹介」等に判定した対象者の精密検査結果等が十分に把握される必要がある。このため健診後のフォローアップ対象者のフォローアップ率とともに、陽性的中率を評価する必要がある。具体的な手法については論点 1 1 に示した（論点 1 1 参照）。

3. 見逃しケースの把握体制の構築（陰性的中率）

乳幼児健診のスクリーニング項目においては、陰性的中率を算出することが実際上困難な場合がほとんどで、見逃しケース（後から疾病が把握されたと報告されたケース）を把握することで、改善につなげることも現実的な対応である。見逃しケースを把握する仕組みを医療機関等と連携し、構築しておく必要がある。

4. 健診医へのフィードバック

「健やか親子 2 1（第 2 次）」の基盤課題 A-16「乳幼児健康診査事業を評価する体制がある市区町村の割合」に対する母子保健課調査の市区町村用の設問には、「健診医に対して精検結果等の集計値をフィードバックしているとともに、個別ケースの状況をそのケースを担当した健診医にフィードバックしている。（1.はい、2.いいえ）」が設けられている。陽性的中率等のデータは、現場の従事者・担当者に適切にフィードバックされ、改善につながってはじめて精度管理の目的が達成される。関係学会等からも、精度管理データや支援対象者のフォローアップ状況を、行政機関から健診医に積極的にフィードバックすべきであるとの意見が研究班に寄せられている。

5. 保健所・都道府県の役割

保健所においては、乳幼児健診の精度管理の重要性に関する研修会などを実施し、管内市町村を積極的に支援することが求められる。判定の標準化、陽性的中率の市町村間比較などに関する市町村の状況を評価し、情報を還元することが、乳幼児健診の標準化につながる。また健診医へのフィードバックにおいても、地区医師会との協議の場を設けるなどの支援が可能である。都道府県においては、市区町村および保健所の情報を分析・評価し、母子保健計画等の策定について助言・指導することで、乳幼児健診の精度管理の向上につなげることができる。

【論点 1 0 参考文献】

- 1) 愛知県健康福祉部、愛知県母子健康診査等専門委員会、愛知県小児保健協会編：愛知県母子健康診査マニュアル 第 9 版, 2011 年
http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/screening_manual.html
- 2) 平成 26 年度厚生労働科学研究「「健やか親子 2 1」の最終評価・課題分析及び次期国民

健康運動の推進に関する研究」班（研究代表者 山縣然太朗）編：平成 26 年度総括・分担
研究報告書, 2015 年

論点 1 1 : 支援対象者のフォローアップの妥当性の評価

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「健診後のフォローアップの妥当性*（*健診後の状況を把握し、判定の適否や、保健指導や支援の有効性などを検討すること）について、定期的に評価する機会を設けていますか」との設問に対し、「1.設けている」「2.設けていない」「3.その他」の選択肢で回答を求めた。

回答数は1,168件で、「1.設けている」313件（26.8%）、「2.設けていない」732件（62.7%）、「3.その他」123件（10.5%）であった（表 11.1）。

自治体規模別の集計では、5群間で規模が小さい方から二番目の第Ⅱ層 33.5%、三番目の第Ⅲ層 28.1%、最も大きい第Ⅴ層 26.8%が多い結果であった（表.資料 2.4、p.104）。

表 11.1 支援対象者のフォローアップの妥当性を評価する機会（n=1,168）

	市町村		中核市・政令市・ 特別区		計	
	該当 数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.機会を設けている	298	27.0%	15	23.1%	313	26.8%
2.機会を設けていない	693	62.8%	39	60.0%	732	62.7%
3.その他	112	10.2%	11	16.9%	123	10.5%
計	1,103	100.0%	65	100.0%	1,168	100.0%

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、支援対象者のフォローアップの妥当性の評価について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち64件（29.5%）であった。このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は29件（13.4%）、市町村の実施状況を把握しているとの回答は49件（22.6%）、把握した状況を評価しているのは16件（7.4%）であった。

全国調査（都道府県）において、支援対象者のフォローアップの妥当性の評価に関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39件のうち9件（23.1%）であった。

【現状に対する考察】

健診後のフォローアップは、その規模に関わらず多くの自治体において大きな課題である。調査結果からフォローアップに対する評価を実施している市区町村は多いとは言えず、保健所からの支援も少ない。そこで、市区町村がフォローアップの妥当性の評価と捉えて

定時：6件)、評価方法(会議開催：19件など)、会議参加者・評価者(多職種で：4件、他機関と：5件)、評価項目・内容(一定の評価項目と基準を用いて：3)、結果の活用(判定方法の見直し：3件、担当者にフィードバック：1件)であった。

表 11.2 自由記載から抽出したキーワードの集計結果

ステップ	実施内容	自由記載から抽出したキーワード									
①判定の標準化・共有	方法	1.健診後カンファレンス	95	2.責任者が対象者選定	2	9.方針が一定でない	4				
	内容	1.判定の適否、支援方針・フォローアップ方針検討	30	2.判定基準等の検討	1						
		会議参加者・評価者	1.多職種で	9	2.他機関と	5					
②個別ケースの状況把握	状況確認時期	1.定例	28	2.一定の時期を決めてケースごとに	11	3.ケースの状況に応じた時期に	83	4.事後教室等参加時	13		
	状況確認方法	1.他事業実施時(次回健診時含む)に確認	28	2.その他支援実施(電話等)時	26	3.家庭訪問	3	4.保育園・幼稚園訪問	7	5.アンケート	1
③個別ケースの支援評価	把握対象者	1.発達支援対象者	5	2.教室等参加者	4						
	情報共有方法	1.定例ケース検討会議	41	2.部署内で検討	33	3.随時ケース会議	18	4.上司等に報告	3	5.台帳作成	1
		6.記録回覧	2	7.教室前カンファレンス	3	8.教室後カンファレンス	4				
		会議参加者・評価者	1.多職種で	3	2.他機関と	24					
④事業評価	評価時期	1.一定の時期に	34	2.事業計画策定時	6						
	評価方法	1.会議開催	19	9.その他	21						
	会議参加者・評価者	1.多職種で	4	2.他機関と	5						
	評価項目・内容	1.一定の評価項目と基準を用いて	3								
	結果の活用	1.判定方法の見直し	3	2.担当者にフィードバック	1						
その他	1.内容不明確	21	4.対象外	3	3.今後検討	10					

フォローアップの評価にあたっては、「①判定の標準化・共有」や、「②個別ケースの状況把握」、「③個別ケースの支援評価」などのすべてのステップが不可欠ではあるが、その手法は市区町村の状況に応じたそれぞれの工夫により実施可能なものである。一方、「④事業評価」については標準的な手法を確立し、市区町村と都道府県で一般化する必要がある。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

乳幼児健診後のフォローアップと評価の考え方

1. 「フォローアップ」を定義する

フォローアップとは、対象者の状況変化について、期間・時期を定めて確認する業務とする。フォローアップ率とは、対象者を一定期間フォローアップした後に、対象者の状況を確認した割合とする。スクリーニング対象者に占めるフォローアップの対象者数の割合とは区別して用いる。

2. 「健診後のフォローアップ」と「支援対象者のフォローアップ」を分けて取り扱う

「健診後のフォローアップ」(図 11.2 点線枠内)は、健診で把握した健康課題や状況に対して、事後に確認することである。確認の時期や方法は健康課題や状況により異なる。疾

病のスクリーニングでは、医療機関からの結果把握によりフォローアップは終了する。

一方、「支援対象者のフォローアップ」(図 11.2 一点破線枠内)は、妊娠期から育児期のすべてのタイミングで対象者が把握される。支援対象者は健診以前から把握されている場合もあり、フォローアップ期間は経年的に続くことが少なくない。支援対象者のフォローアップから見ると、健診は新規把握の場であるとともに、すでに支援対象となっているケースの状況確認と支援方法の見直しの機会となる。

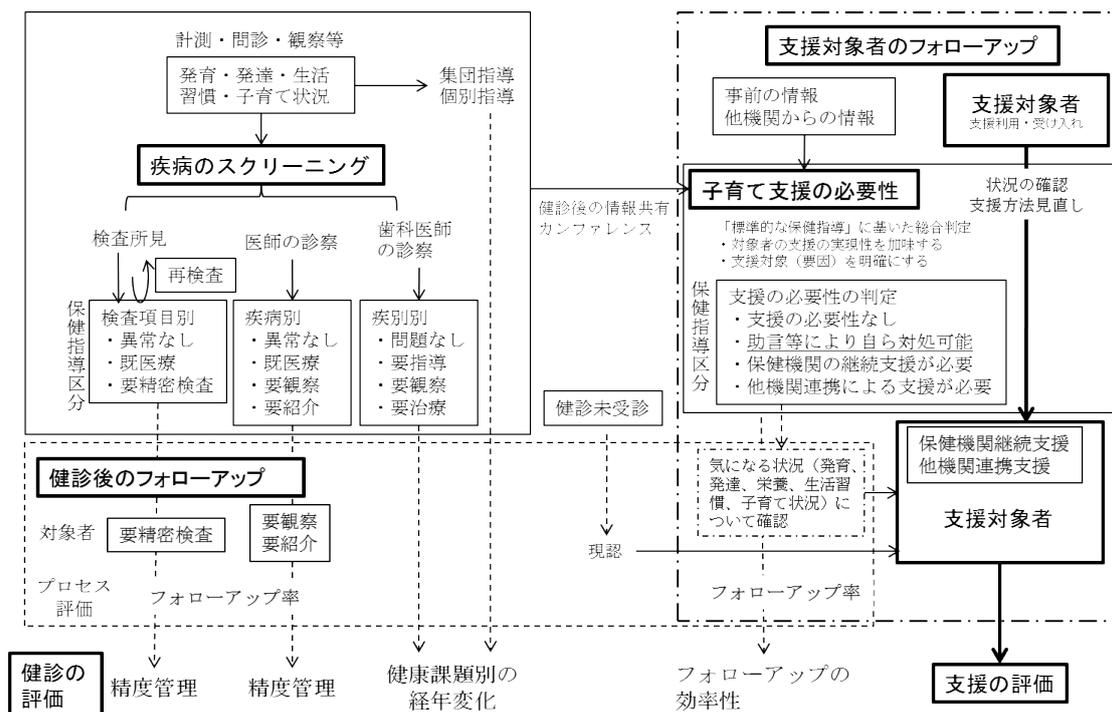


図 11.2 疾病のフォローアップと支援対象者のフォローアップの関係

3. 疾病のスクリーニングに対するフォローアップと評価

疾病のスクリーニングに対する保健指導区分は、医師の診察、歯科医師の診察、検査所見に応じて異なる区分を利用することが評価のために必要である(「手引き」p.20 参照)。

1) 「医師の診察」に対するフォローアップ率と精度管理を用いた評価 (表 11.3)

例えば、3~4 か月児健診の「股関節開排制限」の判定などが該当する。

医師の診察では、疾病別(または医師の判定項目別)に「異常なし・既医療・要観察・要紹介」の保健指導区分を用い、「要観察・要紹介」を「健診後のフォローアップ」の対象者とする。フォローアップ状況を評価するためのフォローアップ率として、次の3種の指標を算出することができる。

- ・ 有所見者の状況把握: 「所見あり」の判定者のうち結果が把握された割合
- ・ 要紹介者の状況把握: 「要紹介」の判定者のうち結果が把握された割合
- ・ 要観察者の状況把握: 「要観察」の判定者のうち結果が把握された割合

また、精度管理は陽性的中率を用いて算出する。

- ・陽性的中率：「要紹介」の判定者に対する「異常あり」の割合
- ・(再掲)「要紹介」の判定者中、結果が把握されたものに対する「異常あり」の割合。

陰性的中率は、實際上集計困難である。便宜的に、見逃しケース（後から疾病が把握されたと報告されたケース）を共有することや、要紹介者比率（%）＝要紹介者数÷健診受診数の集計を参考とする。

表 11.3 医師の診察所見に対するフォローアップ率と精度管理の整理票（例）

健診後の 状況把握	医師の判定	フォローアップ方針			フォローアップ結果			フォローアップ率			
	所見あり	既医療	要観察	要紹介	要観察	要紹介 (観察後)	要紹介	状況不明	有所見者の状況把握 (%)	要紹介者の状況把握 (%)	要観察者の状況把握 (%)
所見名・スクリーニング対象疾病	対象者数 (Y)	対象者数 (E)	対象者数 (C)	対象者数 (A1)	結果把握者数 (D)	対象者数 (A2)	結果把握者数 (B)	集計数 (F)	(B + D + E) / Y	B / (A1 + A2)	D / C
1 股関節開排制限											
2											
3											

精度管理	要紹介					(再掲)結果把握者に対する割合 (%)	要紹介者状況			
	要紹介	要紹介	異常あり	異常なし	陽性的中率 (%)		要紹介者率比率 (1)	所見あり	要紹介者率比率 (2)	受診数
所見名・スクリーニング対象疾病	対象者数 (A1+A2)	結果把握数 (B)	集計数 (H)	集計数 (G)	H / (A1 + A2)	H / B	(A1+A2) / Y	対象者数 (Y)	(A1+A2) / Z	対象者数 (Z)
1 股関節脱臼										
2										
3										

2) 「検査所見」に対するフォローアップ率と精度管理を用いた評価（表 11.4）

例えば、3歳児健診の「視覚検査」、「聴覚検査」、「検尿」の判定などが該当する。

検査所見では、検査項目別に「異常なし・既医療・要精密検査」の保健指導区分を用い、「要精密検査」を「健診後のフォローアップ」の対象者とする。フォローアップ状況の評価するためのフォローアップ率として、次の指標を算出することができる。

- ・要精密検査者の状況把握：「要精密検査」の判定者のうち結果が把握された割合

「要精密検査」の判定頻度や再検査が実施されない、結果が把握されない頻度が市町村によって大きく異なる地域では、検査完了率（%）＝判定結果数÷健診受診数を併記する必要がある。

精度管理として、陽性的中率を算出する。

- ・陽性的中率：「要精密検査」の判定者に対する「異常あり」の割合
- ・(再掲)「要精密検査」の判定者中、結果が把握されたものに対する「異常あり」の割合。

陰性的中率は、實際上集計困難である。便宜的に、見逃しケース（後から疾病が把握されたと報告されたケース）を共有することや、精密検査率（%）＝要精密検査者数÷健診受診数の集計を参考とする。

表 11.4 検査所見に対するフォローアップ率と精度管理の整理票（例）

検査完了状況	初回検尿		再検尿		受診数	検査完了率	フォローアップ結果			
	初回検尿 (-)	初回検尿 (±~)	再検尿 (-)	再検尿 (±~)			フォローアップ率	要精密検査	状況不明	要精密検査者の状況把握
スクリーニング項目	対象者数 (W)	対象者数 (X)	結果把握者数 (Y)	結果把握者数 (A)	対象者数 (Z)	(W+Y+A)/Z	対象者数 (A)	結果把握者数 (B)	集計数 (F)	B / A
1 蛋白尿										
2										
3										
計										

【精度管理】蛋白尿					
精度管理	要精密検査	異常あり	異常なし	陽性的中率 (%)	(再掲) 結果把握者に対する割合 (%)
スクリーニング項目	対象者数 (A)	結果把握数 (B)	集計数 (H)	集計数 (G)	H / A H / B
1 先天性腎尿路奇形					
2					
3					
計					

精密検査状況	精密検査率 (1)	初回検尿 (±~)	精密検査率 (2)	受診数
スクリーニング項目	A / X	対象者数 (X)	A / Z	対象者数 (Z)
1 先天性腎尿路奇形				
2				
3				
計				

3) 歯科医師の判定や歯科保健指導に対する評価

幼児歯科健診における歯科医師のう蝕に対する判定や保健指導に対する評価は、判定の経年変化や1歳6か月児健診と3歳児健診の個別データのクロス集計など、手法が確立されており、全国のう蝕率の減少に有効であることが示されている。

4) 発育・発達・生活習慣・子育て状況の集団指導や個別指導に対する評価

集団指導や個別指導で対応している発育・発達・生活習慣・子育て状況のうち、「健やか親子21（第2次）」で把握する問診や愛知県の共通問診の項目については、毎年度の問診結果の集計値を経年的に分析することや個別データの縦断分析を用いることで、保健指導の効果を評価することが可能である。

4. 支援対象者のフォローアップと評価

支援対象者のフォローアップにおいて、健診は、支援対象者のスクリーニングだけではなく、それまでに支援してきた対象者の状況確認の場として活用することができる。支援対象者は、妊娠期から3歳児健診以降まで継続的なフォローアップの視点が必要であるが、評価にあたっては、段階を踏んだ集計が实际的であり、妊娠期→3~4か月児→1歳6か月児→3歳児→個別フォローアップの集計時と、短期の集計を積み重ねる方法を提示する（図11.3）。つまり、妊娠届出、3~4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診が全住民を把握可能な事業であることを活用し、例えば妊娠届出で把握したグループに対しては、3~4か月児健診時の結果で評価するというステップを繰り返す方法である。

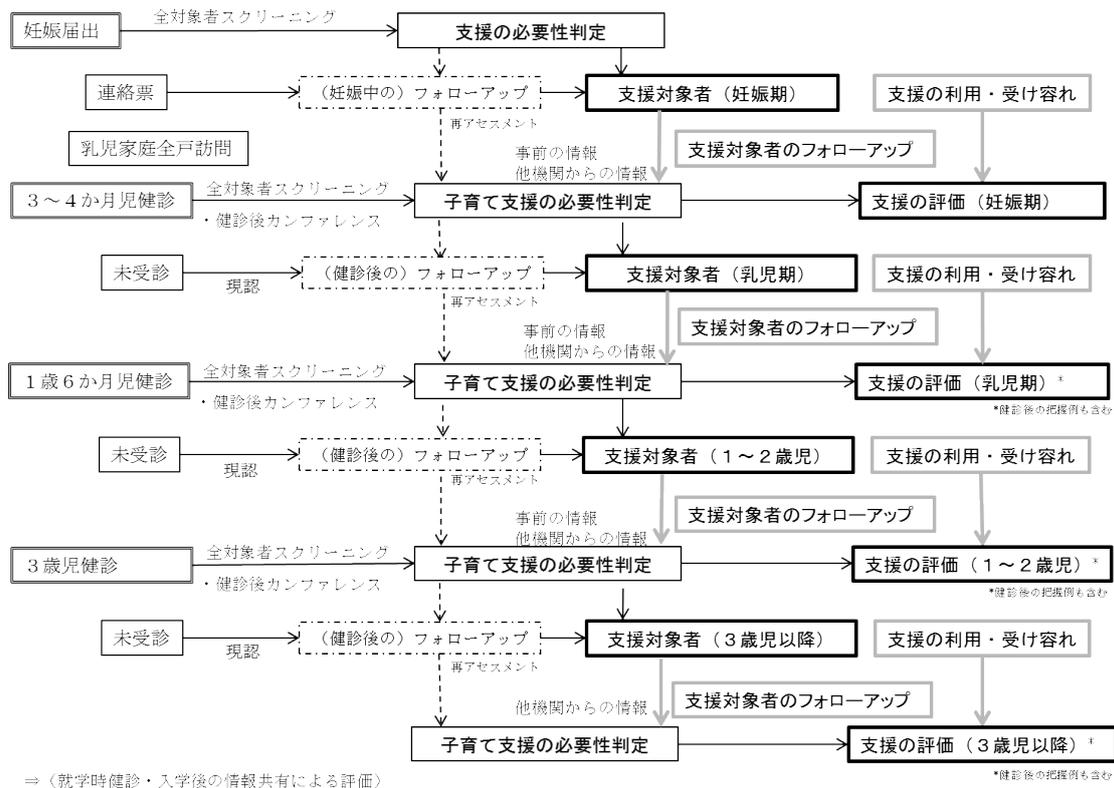


図 11.3 支援対象者のフォローアップと評価

1) 支援対象者の選定

年度中に妊娠届出書を出したグループを対象として、妊娠届出時のスクリーニングにおいて、支援の必要性について検討する。ただちに支援対象者として支援を始めるケースもあるが、一定の期間後に電話や家庭訪問等に状況を確認し、つまり（妊娠期間中の）フォローアップによって支援対象者となる場合もある。妊娠期間中に医療機関等から連絡票が来れば、再アセスメントによって支援対象者を決定する。

3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診時の支援対象者の選定には、「子育て支援の必要性」の判定を用いる。健診後のカンファレンスのアセスメントにおいて、何らかの要因に対して、「保健機関継続支援」や「他機関連携支援」と判定し、何らかの支援を始めるケース（支援対象者）の他に、問診や個別指導・集団指導の場面で、発育、発達、栄養、生活習慣、子育て状況など「気になる状況」に対するフォローアップ（再アセスメント）で支援対象者と判定される場合もある。

乳幼児健診の未受診者は、支援対象者の選定に重要な位置を占める。健診後にその状況を「現認」し、支援の必要性を検討する。親や関係者からの相談等により、健診後に支援対象者と把握される場合がある。これら健診後に支援対象者と判定される場合は、健診後の支援対象者（乳児期・1～2歳児・3歳児以降）のいずれかに振り分けて管理する。

2) 支援対象者のフォローアップ

支援対象者には、状況を確認しつつ必要な支援を実施する。支援を拒否する場合や、支援の利用に同意が得られない場合には、「全ての親子に必要な支援が行き届くことを保障する」との標準的な保健指導の考え方に基づいて、丁寧なフォローアップと相手の状況に合わせた支援への促しが必要である。

支援の効果を評価する場合には、「支援を利用した・受け入れた」ケースを対象として、その状況変化を把握する方法を提案する。「支援を利用した・受け入れた」との定義については、例えば、支援に対する反応を表 11.5 のように分類して集計する方法が考えられる。

表 11.5 支援の利用・受入れ状況の集計区分

手段	支援の利用・受入れ状況
電話相談	1.つながった、2.かけたがつながらなかった、3.しなかった
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
面接（教室等含む）	1.面接した、2.面接しなかった
他機関支援	1.支援を利用・受け容れた、2.利用・受け容れなし
その他の支援	1.支援を利用・受け容れた、2.利用・受け容れなし

3) 健診後のフォローアップに対する効率性の評価

妊娠届出や健診での支援対象者のスクリーニングでは、ただちに支援が必要ではなくとも、気になる状況をフォローアップする必要がある。

乳幼児健診における標準的な保健指導では、「親子の顕在的および潜在的な健康課題を明確化」することが求められている。潜在的なニーズを持つ支援対象者を把握するには、健診で多職種間の情報共有と少し先を見通した支援の視点が必要となる。ただちに支援が必要な対象者の潜在的なニーズを把握するスキルが必要だが、予防的な視点であらかじめ気になる状況に着目することは母子保健活動のたいせつな視点である。

予防的に支援ニーズを把握することは、より幅広くフォローアップ対象者を捉えることにつながる。実際の健診場面で、例えば1歳6か月児健診でのことばや社会性の発達はその後大きな変化が望める。例えば2歳児（歯科）健診などの機会を利用して確認することもフォローアップ業務である。また、子育て上の栄養や生活習慣の気になる状況に着目し、次の健診などで確認することもある。気になる状況を確認する中で支援の必要性が把握される。これら支援対象者以外のフォローアップは、「健診のフォローアップ」業務と整理することができる（図 11.2）。しかし、どこまでの状況をフォローアップするかは現実の大きな問題である。健診後のフォローアップ対象者数とその結果を集計することにより、効率性を評価する。

3) 支援対象者の評価

まずプロセス評価として、フォローアップ状況を集計する。表 11.6 には、1歳6か月児健診受診対象者の集計例を示す。

表 11.6 支援対象者のフォローアップ状況の集計例（1～2歳児）
対象：生年月日が平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日である者
（転居等途中からの支援対象者は生年月日をもとに集計）※翌年度末時点で集計

(平成〇年度) 1歳6か月児健診 対象者	健診受診時の判定					
	対象者数 (子ども実数)	再掲(複数計上あり)				
		子の要因 (発達)	子の要因 (その他)	親・家庭の 要因	親子の 関係性	
支援対象者(A1)*						*支援対象者(A1): 保健機関継続支援 他機関連携支援
健診対象者中の比率						
	対象者数 (子ども実数)	再掲(複数計上あり)				再掲 健診未受診(Bm)
(健診後の)フォロー アップ対象者(B1)		子の要因 (発達)	子の要因 (その他)	親・家庭の 要因	親子の 関係性	
健診対象者中の比率						

(健診後の)フォロー アップ対象者	フォローアップ結果						
	対象者数 (子ども実数)	再掲(複数計上あり)				再掲(未受診者のフォローアップ)	
		子の要因 (発達)	子の要因 (その他)	親・家庭の 要因	親子の 関係性	現認状況	
支援対象者(A2)						支援対象者(Am)	
(B1)に対する比率						(Bm)に対する比率	
継続フォローアップ対象 者(B2)						継続フォローアップ 対象者(Cm)	
支援不要(D)						支援不要(Dm)	
状況不明(E)						状況不明(Em)	

$$(B1) = (A2) + (B2) + (D) + (E)$$

$$\text{現認率} = ((Am) + (Cm) + (Dm)) \div (Bm)$$

フォローアップ対象者を（支援対象者とは別に）集計することで、例えばこの時期には発達支援のためのフォローアップ対象者の多さを示すことができる。また、フォローアップ結果（再アセスメント）によって支援対象者となる割合からフォローアップ判定の効率性を求めることができる。なお、「必要な人すべてに支援を届ける」との考えから、健診未受診者は、すべてフォローアップ対象者とし現認によって把握した状況を集計する。

支援の評価としては、支援対象者（妊娠期）は、3～4 か月児健診時に、支援対象者（乳児期）は、1歳6か月児健診時に、支援対象者（1～2歳児）は、3歳児健診時に、そして支援対象者（3歳児以降）は、個別フォローアップの集計時に子育て支援の必要性の判定を用いて評価する（表 11.7）。

支援対象者が抱える要因を1～2年程度の短期間で解決することは容易ではない。子育て支援の必要性の判定では、子育てを困難にする要因を持ちながらも「助言や情報提供により自ら対処できる（助言等で自ら対処）」との判定区分がある。支援の利用や受け入れによって、支援対象者が「保健機関からの支援が必要な状況」から、「自ら対処できる状況」に変化する場合には支援の効果があつたと評価することが可能である。

支援の効果は、支援を「利用した人・受け容れた人」に対して行うことが分かりやすい。「支援を利用・受け容れた」群と、そうでない群との比較で、評価をより明確化できる可能性がある。

表 11.7 支援の評価の集計例（1～2 歳児） ※翌々年度末時点で報告

(平成○年度)1歳6か月児健診フォローアップ結果					
	対象者数 (子ども実数)	再掲(複数計上あり)			
		子の要因 (発達)	子の要因 (その他)	親・家庭の 要因	親子の 関係性
1歳6か月児健診支援 対象者(A1)+(A2)					
支援の利用・ 受け容れあり (A1)+(A2)中の比率					
(平成30年度)3歳児健診頃の結果*					
(平成○年度)	対象者数 (子ども実数)	再掲(複数計上あり)			
		子の要因 (発達)	子の要因 (その他)	親・家庭の 要因	親子の 関係性
支援不要(L)					
(A1)+(A2)中の比率					
助言等で自ら対処(M)					
(A1)+(A2)中の比率					
保健機関継続支援(N)					
(A1)+(A2)中の比率					
他機関連携支援(O)					
(A1)+(A2)中の比率					
状況不明(P)*					
(A1)+(A2)中の比率					
転居					
計					
(A1)+(A2)中の比率	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

*3歳児健診未受診者のうち、個別支援でフォローアップされている場合には、その判定を記入する。

論点 1 2. 3 歳児健診の実施対象時期に関する検討

母子保健法において、3 歳児健診対象時期は、「満三歳を超え満四歳に達しない幼児」と定められており、市区町村は健診の目的や事業効率等を考慮して実施対象年齢を設定している。2010 年に実施された調査¹⁾では、3 歳児健診の実施対象年齢は、大きく 3 歳 0 か月頃を始期とする場合と 3 歳 6 か月前後を始期とする場合とに分かれることが示されている。本節では、全国調査（市区町村）で得られた最新の状況について集計するとともに、文献的な考察を踏まえ、標準的な乳幼児健診モデルにおける 3 歳児健診の実施対象時期について検討した。

【市区町村における現状と課題】

3 歳児健診の対象年齢（始期、終期）と 2014 年度の対象者数を回答した 1,095 件（全国市区町村の 62.9%に相当）について集計した。実施対象年齢の始期は正規分布を示さず（Shapiro-Wilk test、 $P=0.057$ ）、二峰性の分布を呈した（図 12.1）。そこで、Jenks の最適化法²⁾により始期を 2 階級に分類した結果、3 歳児群（ ≤ 3 歳 2 か月）と 3 歳 6 か月児群（ ≥ 3 歳 3 か月）に分割された。3 歳児群と 3 歳 6 か月児群の終期はそれぞれ二峰性の分布を示したため、Jenks の最適化法を用いて 2 階級に終期を分割した（3 歳児群：短期間 ≤ 3 歳 6 か月、長期間 ≥ 3 歳 7 か月；3 歳 6 か月児群：短期間 ≤ 3 歳 8 か月、長期間 ≥ 3 歳 9 か月）。

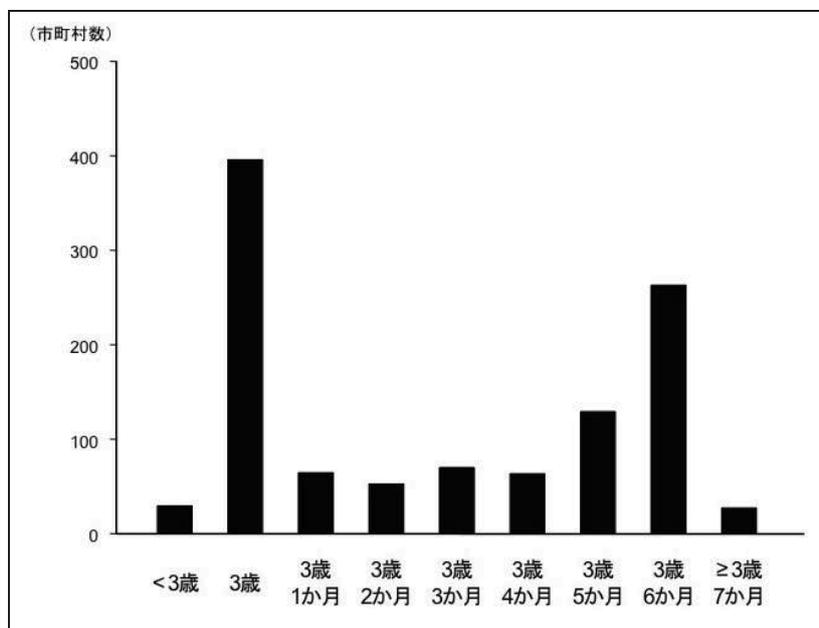


図 12.1 実施対象年齢の始期の分布

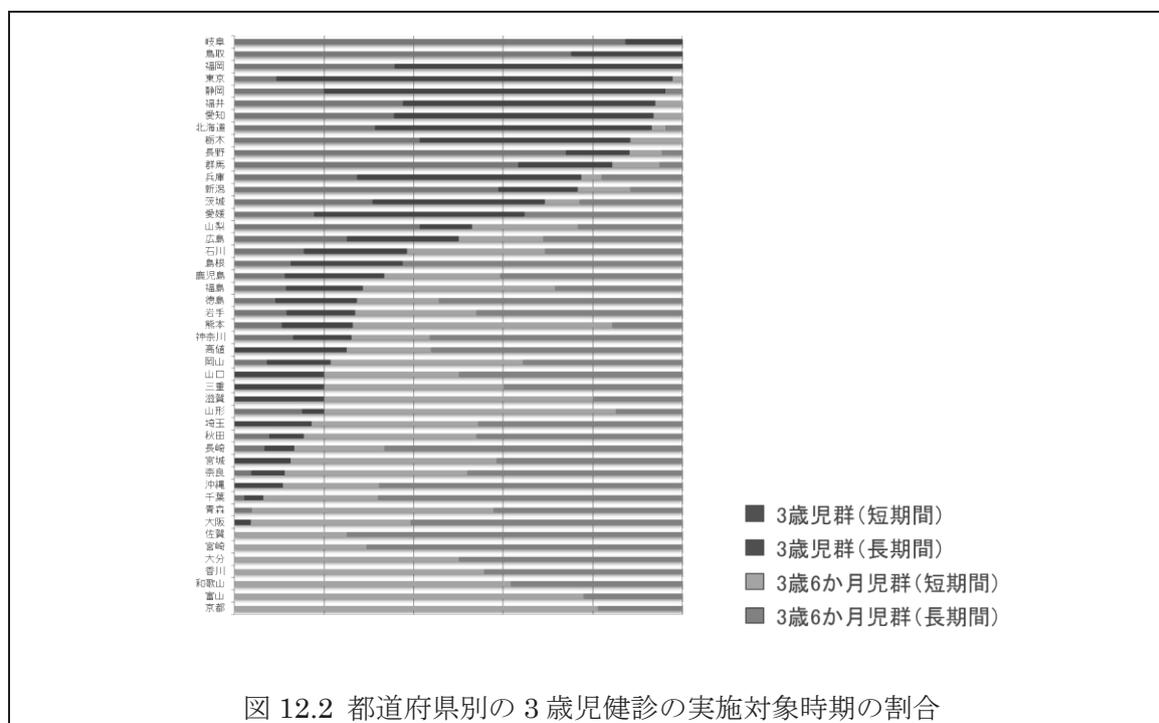
その結果、解析対象とした市区町村では、3 歳児健診の実施対象時期は、3 歳児群 542 件（短期間：230 件、長期間：312 件）、3 歳 6 か月児群 553 件（短期間：248 件、長期間：

305 件) とほぼ同数の実施状況であった(表 12.1)。自治体規模別の分析では、小規模の第 I 層と第 II 層では、3 歳児群の構成率が 3 歳 6 か月児群と比較して高値であった。なお、3 歳児群における都道府県別の構成を集計すると、第 I 層では北海道と長野県が各々 27.7% (4 市町村) を占めており、第 II 層では北海道が 56.9% (74 市町村) に該当していた。終期については、始期に関わらず、対象者数が多い第 IV 層と第 V 層では長期間群の構成率が高値を示した。解析対象のうち 24 件は、医療機関委託健診を実施していたが、3 歳児群 (11 件) と 3 歳 6 か月児群 (13 件) の構成は、集団健診における構成との間に統計学的に有意な差を示さなかった。

表 12.1 3 歳児健診の実施対象時期の分布 (単位: 市区町村数)

	短期間	長期間	
3 歳児群	終期 ≤ 3 歳 6 か月	終期 ≥ 3 歳 7 か月	計
始期 ≤ 3 歳 2 か月	230	312	542
3 歳 6 か月児群	終期 ≤ 3 歳 8 か月	終期 ≥ 3 歳 9 か月	計
始期 ≥ 3 歳 3 か月	248	305	553

都道府県別に、3 歳児群 (短期間・長期間)、3 歳 6 か月児群 (短期間・長期間) の占める割合を比較した (図 12.2)。3 歳児群あるいは 3 歳 6 か月児群が各都道府県の 75% 以上を占める場合が多く、両者が半数ずつ混在する県は少なかった。



3歳児健診の受診率(2014年度)は、3歳児群(中央値[四分位範囲](%) : 96.5[94.1-98.2])と比較して、3歳6か月児群(94.8 [92.2-97.3])と統計学的に低値であった($P < 0.001$)。受診率の最大値と最小値の比は、3歳児群が1.63 (109.3%/66.9%)、3歳6か月児群は1.38 (103.2%/74.8%)であった。対象年齢の終期で受診率を比較すると、始期の違いに関わらず、短期間群と比較して長期間群の値が低値であった。また、対象人員数を共変量とした共分散分析でも、短期間群と比較して、長期間群の受診率は低値であった(平均値±標準誤差(%): 3歳児群 96.0 ± 0.3 vs. 95.1 ± 0.2 ($P=0.029$); 3歳6か月児群 94.9 ± 0.3 vs. 93.8 ± 0.2 ($P=0.005$))。

【現状に対する考察】

3歳児健診の実施対象年齢は、3歳0か月頃を始期とする市区町村と3歳6か月前後を始期とする市区町村とに分かれ、その割合は同程度であった。また、3歳児健診の実施対象年齢には、都道府県単位で異なることが示唆された。

前回の調査¹⁾において、市区町村が3歳児健診の実施時期を決定する理由について集計したところ、3歳0か月頃を始期とする場合は、3歳という節目から早期に疾病の発見を目指すとの理由が多く認められた。一方、3歳6か月前後を始期とする場合には、発達の評価や視力検査、聴力検査の精度の向上という子どもの発達状況を考慮した理由が多く認められた。また、母子保健事業が都道府県から移譲された時点から県や地域で統一しているとの理由が、両者とも比較的多く認められていたことは、都道府県単位で実施対象時期が異なっているあることを説明するものと考えられた。

受診率については、今回の調査でも3歳6か月児群が統計学的には低値であったが、3歳児群との差はわずかであり、ほとんどの市区町村が高い水準にあった。3歳6か月児群の受診率が低下する主な要因は、児の成長に伴って幼稚園等の利用が増加することと考えられる。松野郷らの報告³⁾では、3歳児健診を受診しなかった保護者の主な理由は、保護者の勤務状況と保育所・幼稚園等への通園であった。近年は、育児中に仕事を再開する女性が増加しており、保護者が保育所等を利用することは生活様式の一つである。従って、現代の健診体制としては、保育所・幼稚園等との連携により、児の発達や育児の支援を要する事例を把握する体制が始期に関わらず不可欠である。

3歳児健診の実施項目として、視覚・聴覚検査や検尿検査が取り入れられて久しいが、判定頻度や精度管理が不十分であるとの指摘が多く認められている^{4) 5) 6)}。

神田らは、ランドルト環を用いた視力検査は絵視標の使用と比較して特異度が高いこと⁷⁾、ランドルト環を用いた検査可能率は、3歳0か月児で73.3%であるのに対し、3歳6か月児では95.0%に達すること⁸⁾を報告している。一方、藤山らが視能訓練士を対象として行った調査では、斜視の治療を考えると3歳6か月児は健診対象時期として遅いとの意見も認められたが、外観から把握できる疾患はより早期に発見されることが考えられることから、3歳6か月を健診対象とする支障はないとしている⁹⁾。以上のように、3歳0か月頃を対象と

した視覚検査は再検査の必要性が高く、実施に要する人的資源や児が再検査を受けない可能性を考慮すると、その事業運営には課題が大きい。

聴覚検査については、新生児聴覚スクリーニングが普及しつつあるが、pass とされた児に軽度難聴例が含まれる場合や遅発性の聴覚障害が生じることもある。しかし、聴覚機能の発達月齢を考慮すると 3 歳より早期の検査が望ましく、新生児聴覚スクリーニングを併用した早期発見、早期療育体制が必要といわれている^{10)・11)}。聴覚障害は言語発達に影響を与えるが、自閉スペクトラム症などの脳の高次機能に伴う言語発達の遅れについても 3 歳より早期の介入が望ましい¹²⁾。一方、乳幼児健診で遭遇する機会が多い言語発達の遅れの一つである表出性言語障害（DSM-5 における言語症）の多くは、3 歳頃から発語が急速にキャッチアップすることが知られている¹³⁾。したがって、3 歳児健診の対象時期を 3 歳 6 か月頃にするすることで、再評価対象となる表在性言語障害（言語症）を示す児が減少することが期待できる。しかし、表出性言語障害（言語症）は、多様な臨床像を含むため、言語発達遅滞の原因となる他疾患を除外する必要がある¹³⁾。1 歳 6 か月児健診で把握した無発語あるいは自発語が 4 語以下の児をフォローした報告¹⁴⁾では、無発語例の約半数、自発語が少ない例の約 20～30%に発語以外の発達の問題が 3 歳児健診までに顕在化することを示している。将来、児の発語がキャッチアップするか初期段階で予測することは困難なことがあり、1 歳 6 か月健診で発語が乏しい場合は、先の見通しを考えた保護者に対する適切な支援を始めることが望ましい。

3 歳から 4 歳にかけての幼児の発達は、生活や行動面でもめざましく、3 歳 6 か月児では排尿の自立により尿検体を採取しやすい児が増えることも、健診の実施や精度管理に関連した大きなポイントである。

発達障害等に関しても、発達障害等の対応を開始する時期は、発達障害の発見と支援という観点から考えると、遅くとも 1 歳 6 か月児健診からのフォローアップが適切であり、3 歳児健診は、地域の保育所・幼稚園の巡回相談などとともに、さらにニーズのある児を把握しつつ、それらの子どもをフォローアップしていく時期と位置づけられる（論点 6 参照）。

一方、支援対象者のフォローアップの視点から見ると、健診以前に状況を把握できなかった場合や必要な支援に結びつかなかった場合に、3 歳 6 か月以降では支援の開始が遅れるデメリットがある。しかし、標準的な乳幼児健診が目指すものは、妊娠期からの切れ目のない支援であり、乳幼児健診は支援状況の確認、支援対象者との関係性を強める場と位置づけることが望ましい。妊娠期から乳児期、幼児期へと連続した支援体制を構築する中で、3 歳児健診の実施対象時期を論ずる必要がある。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

3 歳児健診の実施対象時期は、現状では、3 歳 0 か月頃を始期とする市区町村と 3 歳 6 か月前後とする市区町村とに分かれ、その割合は同程度で、都道府県単位で状況が異なっている。それぞれ受診率、発達支援、視覚・聴覚検査や検尿検査の精度管理、支援対象者の

フォローアップにおいてメリットとデメリットが認められるが、妊娠期から乳児期、幼児期へと連続した支援体制を構築する中で、3歳児健診の実施対象時期を論ずる必要がある。

3歳児健診の実施項目として、視覚・聴覚検査や検尿検査が取り入れられて久しいが、研究班の先行研究でも、判定頻度のばらつきや精度管理が不十分な状況にある。現在、厚生労働科学研究において標準的な検診システムについて検討されているが、その適応にあたっては、健診時に的確に検査が実施されることが前提である。

3歳児健診の実施対象時期を、3歳0か月頃を始期とするか3歳6か月前後とするかについては、市区町村がそれぞれのメリット・デメリットに配慮し、デメリットへの対応とともに決定すべきである。しかし、発達評価や視覚・聴覚検査、検尿検査の判定の精度管理の向上と再検査を減らすことによる効率性などのメリットに配慮し、3歳児健診以前からの継続的な支援や他機関との情報連携などの拡充とともに、3歳6か月前後を始期とすることが望ましいと考えられる。

【論点12 参考文献】

- 1) 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 年 p82-90.
- 2) Jenks GF, Caspall FC : Error on choroplethic maps: Definition, measurement, reduction. *Annals of the Association of American Geographers* 1971 ; 61 : 217-244.
- 3) 橋本禎子：三歳児健診の地域格差. *日本弱視斜視学会雑誌* 2007 ; 34 : 1-5
- 4) 増田佐和子 他：三歳児健診を過ぎて診断された難聴児の検討. *小児耳鼻咽喉科* 2008 ; 29 : 99-104
- 5) 柳原 剛：検査・検尿 見直しが求められている 3 歳児検尿 成果と課題、今後の方向性. *小児科診療* 2014 ; 77 : 723-728
- 7) 神田孝子 他：ランドルト環および絵指標による 3 歳児の視力検査. *日本公衆衛生雑誌* 1993 ; 40 : 893-900.
- 8) 神田孝子 他：保育園における 3、4 歳児の視力検査. *眼科臨床医報* 1993 ; 87 : 288-295.
- 9) 藤山由紀子 他：三歳児健康診査における視覚検査の実態. *日本視能訓練士協会誌* 2002 ; 31 : 231-238.
- 10) Joint Committee on Infant Hearing : Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics* 2007 ; 120 : 898-921.
- 11) 杉内智子：聴覚に関わる社会医学的諸問題「障害者総合支援法に該当しない難聴児を取り巻く諸問題と取り組み」. *Audiology Japan* 2013 ; 56 : 725-734.
- 12) Filipek PA : Practice parameter: Screening and diagnosis of autism: Report of the

quality standards subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000 ; 55 : 468-479.

13) 小泉毅 : コミュニケーション障害 表出性言語障害. *精神科治療学* 2001 ; 16 : 180-184.

14) 平岩幹男 : 言語発達の遅れ. *小児科診療* 2007 ; 70 : 433-438.

第VI章 標準的な乳幼児健診と保健指導を実践するための研修システム

論点13：健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保

【市区町村における現状と課題】

全国調査（市区町村）では、「乳幼児健診従事者を対象とした、実践的な研修機会を確保していますか。」との設問に対し、「1.常勤従事者を対象として確保している」、「2.医師・歯科医師を除く非常勤従事者を対象として確保している」、「3.非常勤医師・歯科医師を対象として確保している」、「4.いずれの対象者にも確保していない」、「5.その他」の選択肢で回答を求めた。

回答数は1,168件で、「1.常勤従事者に確保」454件（38.9%）、「2.非常勤従事者（医師・歯科医師以外）に確保」178件（15.2%）、「3.（非常勤）医師・歯科医師に確保」14件（1.2%）、「4.いずれにも確保していない」465件（39.8%）、「5.その他」227件（19.4%）であった（表12.1）。

表 13.1 健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保（n=1,168 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.常勤者を対象に確保	417	37.8%	37	56.1%	454	38.9%
2.医師・歯科医師以外の非常勤者を対象	155	14.1%	23	34.8%	178	15.2%
3.常勤の医師・歯科医師を対象	7	0.6%	7	10.6%	14	1.2%
4.いずれにも確保していない	452	41.0%	13	19.7%	465	39.8%
5.その他	207	18.8%	20	30.3%	227	19.4%

自治体規模別の集計では、明らかに規模の大きな自治体では研修機会が多く認められる一方で、規模の小さな自治体では研修機会が少ない結果であった（表.資料2.5、p.105）。常勤従事者と比較して、非常勤従事者（医師・歯科医師以外）に対する研修の機会の自治体格差はより顕著であった。また、医師・歯科医師に対する研修の機会を確保しているとの回答は14自治体ときわめて少なく、そのほとんどが大規模な自治体であった。

【都道府県・保健所における現状と課題】

全国調査（保健所）において、健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保について何らかの取り組みが認められたのは217件の有効回答のうち105件（48.6%）であった。

このうち管内市町村が実施できるように支援しているとの回答は 96 件 (44.7%)、市町村の実施状況を把握しているとの回答は 20 件 (9.3%)、把握した状況を評価しているのは 6 件 (2.8%) であった。全国調査 (保健所) のすべての設問項目の中で、実践的な研修機会の確保について半数弱の保健所が管内の市町村を支援している状況がみられた。自由記載では、そのほとんどが「保健所や県が市町村の従事者向けの研修会を主催している」と回答していた。また市町村が常勤従事者に確保している研修機会の自由記載でも、県や保健所主催の研修会が比較的多く記述されていた。一方で、市町村の状況を確認している、状況を評価している保健所の割合は、10%以下であった。

全国調査 (都道府県) において、健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保に関する内容が母子保健計画などや市区町村への技術的助言指導計画に含まれているとの回答は、39 件のうち 18 件 (46.2%) であり、全国調査 (都道府県) の設問項目の中では、比較的高い頻度を示した。

【現状に対する考察】

市区町村が健診従事者に対して確保している研修機会は、規模の大きい自治体で比較的多く確保されていた。自由記載の記述を分析すると、常勤従事者に対する研修の機会としては、都道府県や保健所主催の研修会、または外部団体などが主催する研修会を挙げている場合が多く、旅費や参加費等の予算確保が研修機会の多寡を左右している状況を推測することができた。しかし、最も多い常勤従事者向けの研修においても、機会を確保しているのは半数に満たない頻度であり大きな課題があると考えられた。

一方、非常勤従事者に対する研修機会の自由記載では、非常勤従事者向けの研修会を市区町村が実施している場合が、外部の研修会への非常勤職員の派遣よりも目立っていた。また自由記載では、講師等を招いた研修会を中心に回答されていたが、中には「身体計測方法の研修」、「問診手技・発達の気になる子への保健指導に関するグループワークや事例検討等の実施」、「指導内容にバラツキが生じないようマニュアルを作成し、配布・共有している」、「年度末に業務説明会を実施。マニュアル等を用いて変更点などの説明をおこなっている」などの記述も認められた。さらに、今回の調査では、各市区町村が「研修の機会」と判断した回答を求めたため、非常勤従事者する業務調整や打ち合わせのための会議、説明会などは、「研修の機会」と捉えられていない可能性がある。しかし、これらの機会は、医師・歯科医師以外の非常勤従事者の役割がきわめて大きくなっている現在において、乳幼児健診の判定や保健指導の標準化には必要不可欠のものであり、健診事業としてしっかりと位置付けるべきであろう。

本調査からは、医師・歯科医師に対する研修の機会は、ほとんど確保されていない結果であった。しかし、実際には地区の医師会や歯科医師会などの関係団体が主催する研修会、日本小児科学会を始め学術団体が主催する研修会など、医師・歯科医師の研修機会は調査結果ほどには少なくないと考えられる。意識の高い医師・歯科医師は、積極的にこうした

機会を活用している。標準化のための現状の課題は、健診に従事する医師・歯科医師のすべてに対して、健診実施主体の市区町村が研修参加を勧奨や義務付けすることの困難さにあると考えられる。

【標準的な乳幼児健診モデルに向けての提言】

乳幼児健診事業は、成熟しきった事業ではなく、母子保健を取り巻く健康課題の変遷に伴って常に新たな課題に対応してきたことから、現在も見直しと変革が必要な事業である。これを担当する健診従事者への研修は、乳幼児健診事業の企画、実施、評価のすべての過程において不可欠なものであり、そのための予算計上が必要である。「健やか親子21（第2次）」では、共通問診項目の導入や乳幼児健診の評価など、従来とはまったく違った視点での取り組みが求められている。常勤従事者に対しても、これを機に研修機会を拡充する必然性がある。

また、調査でも把握されたように、都道府県や保健所の協力はきわめて重要である。今後も都道府県や保健所が主催する研修会の継続・拡充が必要である。

非常勤従事者は、乳幼児健診事業の実施において、実務上の役割がますます重要となってきた。疾病のスクリーニングから支援の必要性の判定まで、きわめて幅広い健康課題に対応するためには、単に保健師・看護師・助産師、(管理)栄養士、歯科衛生士、臨床心理士等の資格を有するのみでは十分ではない。業務の標準化のための業務調整や打ち合わせ、説明会などに参加を義務付ける必要がある。乳幼児健診事業の実務を、(人件費の効率化から)非常勤従事者中心に運営するのであれば、相応の非常勤従事者への研修予算の措置がなければならない。

市区町村は研修の実施に関して、当該地区の医師会や歯科医師会と積極的に連携をすべきである。医師・歯科医師は、乳幼児健診事業に対する個々のモチベーションがきわめて多彩な職種である。乳幼児健診事業に高い意識を持った医師・歯科医師は、乳幼児健診事業の質の向上の先鞭となっている事例が数多く認められる。そのような人材の意見を活用するためには、医師・歯科医師の判定結果と精密健診結果のデータを十分に把握し、健診に従事する医師・歯科医師にフィードバックすることが、市区町村およびこれを支援する都道府県に求められる解決策である。

乳幼児期の健康診査を通じた保健指導に関する調査の概要

【目的】

乳幼児健診に関連した保健指導とその評価等について、市区町村における実施状況、ならびに都道府県保健所や都道府県の支援等の状況を把握する。

【調査対象】

一次調査：全国市区町村 1,741 か所ならびに都道府県保健所 366 か所、及び 47 都道府県の母子保健主管課。

二次調査：一次調査により把握した先進的な取り組み等を実施している市区町村。

なお、対象とする乳幼児健診は、基本的に3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診とする。

【調査方法】

一次調査：質問紙を用い郵送により回収。

二次調査：電子ファイルを用い、メールにより送受信する。

【調査時期】

一次調査：平成27年8月

二次調査：平成27年12月～平成28年2月

【倫理的配慮】

研究代表者の所属機関（あいち小児保健医療総合センター）の倫理委員会の承認で実施した（承認番号201517）。

【回答状況】

市区町村向けの調査（以下、「全国調査（市区町村）」とする）では、1,172件（回答率67.3%）、都道府県保健所向けの調査（以下、「全国調査（保健所）」とする）218件（59.6%）、都道府県向け調査（以下、「全国調査（都道府県）」とする）39件（83.0%）の回答を得た。

全国調査（市区町村）単純集計結果（1）

問2 ハイリスク妊婦の把握（n=1,169 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・ 特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.母子健康手帳交付時に把握	866	78.5%	41	62.1%	907	77.6%
2.交付後の妊娠全期間に把握	270	24.5%	20	30.3%	290	24.8%
3.いずれの時期にも行っていない	125	11.3%	11	16.7%	136	11.6%
4.その他	90	8.2%	10	15.2%	100	8.6%

問3 ハイリスク妊婦支援の評価（n=1,165）

	市町村		中核市・政令市・ 特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.評価している	237	21.6%	23	34.8%	260	22.3%
2.評価していない	733	66.7%	32	48.5%	765	65.7%
3.その他	129	11.7%	11	16.7%	140	12.0%
計	1,099	100.0%	66	100.0%	1,165	100.0%

問4 対応に配慮を要する親子の受診時の取り決め（n=1,172 複数回答）

	市町村		中核市・政令市・ 特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.事前カンファレンス等で共有	801	72.4%	51	77.3%	852	72.7%
2.カルテに表示して共有	716	64.7%	52	78.8%	768	65.5%
3.担当保健師と接点を設ける	664	60.0%	47	71.2%	711	60.7%
4.事後カンファレンスで検討	1,025	92.7%	63	95.5%	1,088	92.8%
5.担当保健師・関係機関にフィードバック	839	75.9%	62	93.9%	901	76.9%
6.取り決めはない	22	2.0%	0	0.0%	22	1.9%
7.その他	28	2.5%	3	4.5%	31	2.6%

問5 集団方式の健診での問診の実施 (n=1,169)

	市町村		中核市・政令市・ 特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.問診を行っている	1,070	97.0%	61	92.4%	1,131	96.7%
2.問診を行っていない	18	1.6%	1	1.5%	19	1.6%
3.集団方式の健診は行っていない	9	0.8%	1	1.5%	10	0.9%
4.その他	6	0.5%	3	4.5%	9	0.8%
計	1,103	100%	66	100%	1,169	100%

問6 健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決め (n=1,169)

	市町村		中核市・政令市・ 特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.取り決めがある	557	50.5%	53	81.5%	610	52.2%
2.取り決めはない	500	45.3%	10	15.4%	510	43.6%
3.その他	47	4.3%	2	3.1%	49	4.2%
計	1,104	100.0%	65	100.0%	1,169	100.0%

問7 市区町村のマニュアルや取り決めの内容 (n= 610 複数回答)

	市町村		中核市・政令市・ 特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.親子の様子のアセスメント	410	73.6%	42	79.2%	452	74.1%
2.上司に報告等の組織的対応	438	78.6%	46	86.8%	484	79.3%
3.健診スタッフが認識する仕組み	477	85.6%	45	84.9%	522	85.6%
4.親子の心情に寄り添う関わり	311	55.8%	30	56.6%	341	55.9%
5.担当保健師につなぐ等の橋渡し	476	85.5%	49	92.5%	525	86.1%
6.その他	93	16.7%	7	13.2%	100	16.4%

問8 う蝕に対する事業評価の活用 (n=1,163)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.活用できている	453	41.3%	38	58.5%	491	42.2%
2.活用できていない	583	53.1%	21	32.3%	604	51.9%
3.その他	62	5.6%	6	9.2%	68	5.8%
計	1,098	100.0%	65	100.0%	1,163	100.0%

問9 歯科保健活動のう蝕以外の取り組み (n=1,135 複数回答)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
歯の萌出順序	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
歯並び	8	0.7%	0	0.0%	8	0.7%
歯の数や形態	4	0.4%	0	0.0%	4	0.4%
軟組織の異常	8	0.7%	0	0.0%	8	0.7%
口腔衛生状態	242	22.6%	15	23.1%	257	22.6%
仕上げ磨きの有無	357	33.4%	12	18.5%	369	32.5%
フッ化物の応用	132	12.3%	17	26.2%	149	13.1%
離乳や卒乳	41	3.8%	0	0.0%	41	3.6%
摂食・咀嚼機能	39	3.6%	3	4.6%	42	3.7%
習癖(口呼吸・指しゃぶり)	13	1.2%	1	1.5%	14	1.2%
虐待やネグレクト	57	5.3%	2	3.1%	59	5.2%
その他	134	12.5%	14	21.5%	148	13.0%
う蝕以外の重点内容はない	48	4.5%	1	1.5%	49	4.3%

問10 他機関と連携した栄養指導等の評価 (n=1,163)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.他機関と連携し評価している	362	33.4%	18	27.7%	380	33.0%
2.連携しているが評価していない	377	34.7%	18	27.7%	395	34.3%
3.連携していない	314	28.9%	26	40.0%	340	29.6%
4.その他	32	2.9%	3	4.6%	35	3.0%
計	1,085	100.0%	65	100.0%	1,150	100.0%

問 11 社会性の発達過程に関する親への指導 (n=1,161)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.指導をしている	682	62.2%	39	60.0%	721	62.1%
2.指導をしていない	317	28.9%	21	32.3%	338	29.1%
3.その他	97	8.9%	5	7.7%	102	8.8%
計	1,096	100.0%	65	100.0%	1,161	100.0%

問 12 育てにくさを感じる親への保健指導の評価 (n=1,165)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.評価をしている	289	26.3%	18	27.7%	307	26.4%
2.評価をしていない	715	65.0%	41	63.1%	756	64.9%
3.その他	96	8.7%	6	9.2%	102	8.8%
計	1,100	100.0%	65	100.0%	1,165	100.0%

問 13 乳幼児揺さぶられ症候群に対する啓発 (n=1,166)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.啓発を行っている	739	67.2%	47	71.2%	786	67.4%
2.啓発を行っていない	311	28.3%	10	15.2%	321	27.5%
3.その他	50	4.5%	9	13.6%	59	5.1%
計	1,100	100.0%	66	100.0%	1,166	100.0%

問 14 疾病スクリーニングの判定結果の精度管理 (n=1,159 複数回答)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.陽性的中率の算出	45	4.1%	7	10.6%	52	4.5%
2.見逃し例を把握 (陰性的中率)	7	0.6%	3	4.5%	10	0.9%
3.判定のばらつき	37	3.4%	7	10.6%	44	3.8%
4.感度・特異度の算出	11	1.0%	0	0.0%	11	0.9%
5.精度管理を実施していない	954	87.3%	49	74.2%	1,003	86.5%
6.その他	60	5.5%	8	12.1%	68	5.9%

問 15 支援対象者のフォローアップの妥当性を評価する機会 (n=1,168)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.機会を設けている	298	27.0%	15	23.1%	313	26.8%
2.機会を設けていない	693	62.8%	39	60.0%	732	62.7%
3.その他	112	10.2%	11	16.9%	123	10.5%
計	1,103	100.0%	65	100.0%	1,168	100.0%

問 16 発達障害等の地域と連携したフォローアップ評価 (n=1,166 複数回答)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.小学校入学前までに評価	402	36.5%	8	12.5%	410	35.2%
2.小学校入学後に評価	18	1.6%	0	0.0%	18	1.5%
3.評価していない	538	48.8%	46	71.9%	584	50.1%
4.その他	144	13.1%	10	15.6%	154	13.2%

問 17 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携 (n=1,084)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.連携する仕組みがある	202	19.8%	33	51.6%	235	21.7%
2.状況により対応する	311	30.5%	24	37.5%	335	30.9%
3.連携していない	51	5.0%	0	0.0%	51	4.7%
4.委託健診を全く実施していない	429	42.1%	5	7.8%	434	40.0%
5.その他	27	2.6%	2	3.1%	29	2.7%
計	1,020	100.0%	64	100.0%	1,084	100.0%

問 18 健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保 (n=1,161)

	市町村		中核市・政令市・特別区		計	
	該当数	比率	該当数	比率	該当数	比率
1.指導をしている	682	62.2%	39	60.0%	721	62.1%
2.指導をしていない	317	28.9%	21	32.3%	338	29.1%
3.その他	97	8.9%	5	7.7%	102	8.8%
計	1,096	100.0%	65	100.0%	1,161	100.0%

全国調査（保健所）・全国調査（都道府県）単純集計結果（1）

		保健所による		都道府県の	
		市町村の支援・評価		母子保健計画等に掲載	
ハイリスク妊婦の把握	1～3のいずれかを実施	131	(60.4)	25	(64.1)
	1. 市町村の実施を支援	60	(27.6)		
	2. 市町村の実施状況を把握	107	(49.3)		
	3. 把握した状況の評価	21	(9.7)		
ハイリスク妊婦の個別支援の評価	1～3のいずれかを実施	106	(48.8)	11	(28.2)
	1. 市町村の実施を支援	49	(22.6)		
	2. 市町村の実施状況を把握	83	(38.2)		
	3. 把握した状況の評価	22	(10.1)		
対応に配慮を要する親子の受診時の取り決め	1～3のいずれかを実施	63	(29.0)	13	(33.3)
	1. 市町村の取り決め作成を支援	19	(8.8)		
	2. 市町村の作成状況を把握	52	(24.0)		
	3. 把握した状況の評価	8	(3.7)		
健診で期待の疑いを把握した際の対応の取り決め	1～3のいずれかを実施	64	(29.6)	10	(25.6)
	1. 市町村の取り決め作成を支援	19	(8.8)		
	2. 市町村の作成状況を把握	50	(23.3)		
	3. 把握した状況の評価	6	(2.8)		
う蝕に対する事業評価の活用	1～3のいずれかを実施	124	(57.1)	17	(44.7)
	1. 市町村の実施を支援	46	(21.2)		
	2. 市町村の実施状況を把握	98	(45.2)		
	3. 把握した状況の評価	33	(15.2)		
歯科保健活動のう蝕以外の取り組み	1～3のいずれかを実施	112	(51.6)	25	(64.1)
	1. 市町村の実施を支援	44	(20.3)		
	2. 市町村の実施状況を把握	82	(37.8)		
	3. 把握した状況の評価	25	(11.5)		
他機関と連携した栄養指導等の評価	1～3のいずれかを実施	97	(44.9)	17	(43.6)
	1. 市町村の実施を支援	47	(21.8)		
	2. 市町村の実施状況を把握	78	(36.1)		
	3. 把握した状況の評価	9	(4.2)		

値は該当数（回答数に対する％）を示す。

全国調査（保健所）・全国調査（都道府県）単純集計結果（2）

		保健所による 市町村の支援・評価	都道府県の 母子保健計画等に掲載
社会性の発達過程に関する親への指導	1～3 のいずれかを実施	51 (23.5)	9 (23.1)
	1. 市町村の実施を支援	21 (9.7)	
	2. 市町村の実施状況を把握	36 (16.6)	
	3. 把握した状況の評価	4 (1.8)	
育てにくさを感じる親への保健指導の評価	1～3 のいずれかを実施	96 (44.2)	15 (38.5)
	1. 市町村の実施を支援	57 (26.3)	
	2. 市町村の実施状況を把握	49 (22.6)	
	3. 把握した状況の評価	8 (3.7)	
発達障害等の地域と連携したフォローアップ評価	1～3 のいずれかを実施	45 (20.8)	9 (23.1)
	1. 市町村の実施を支援	28 (12.9)	
	2. 市町村の実施状況を把握	44 (20.3)	
	3. 把握した状況の評価	5 (2.3)	
疾病スクリーニングの判定結果の精度管理	1～3 のいずれかを実施	69 (31.8)	6 (15.4)
	1. 市町村の精度管理実施を支援	24 (11.1)	
	2. 市町村の実施状況を把握	28 (13.0)	
	3. 把握した状況の評価	13 (6.0)	
支援対象者のフォローアップの妥当性評価	1～3 のいずれかを実施	64 (29.5)	9 (23.1)
	1. 市町村の実施を支援	29 (13.4)	
	2. 市町村の実施状況を把握	49 (22.6)	
	3. 把握した状況の評価	16 (7.4)	
委託医療機関との子育て支援に関する情報連携	1～3 のいずれかを実施	18 (8.3)	5 (12.8)
	1. 市町村の情報連携を支援	5 (2.3)	
	2. 市町村の連携状況を把握	13 (6.1)	
	3. 把握した状況の評価	4 (1.9)	
健診従事者を対象とした実践的な研修機会の確保	1～3 のいずれかを実施	105 (48.6)	18 (46.2)
	1. 市町村の機会確保を支援	96 (44.7)	
	2. 市町村の実施状況を把握	20 (9.3)	
	3. 把握した状況の評価	6 (2.8)	

値は該当数（回答数に対する％）を示す。

乳幼児期の健康診査を通じた保健指導に関する調査（市区町村）に対する自治体規模別の分析

1. 調査方法

全国の市町村と特別区（以下、市町村）1,741 か所と 366 保健所および 47 都道府県に対して、2015 年 8 月に自記式質問紙を郵送した。回答は、1,172 市町村（回答率 67.3%）、218 保健所（59.6%）と 39 都道府県（83.0%）から回答を得た。なお、1 保健所は「保健所は乳幼児健診を実施しないため、すべての質問に回答できない」と回答しており、この保健所を除いた有効回答は 217 保健所（59.3%）とした。

平成 26 年度の 3 歳児健診（医科）の対象実人員数を回答した 1,158 市町村について、対象実人員数を対数（常用対数）に変換した。対数変換後の人員数の正規分布を確認し（Shapiro-Wilk test、 $P = 0.057$ ）、五分位による等量法で 5 つの階層に分類した。各階層の市町村数と実人員数の範囲は、別表に示した。各階層における一次調査項目の該当率を算出し、Mann-Whitney's U test を用いて評価した。

(別表)

階層	市町村数	範囲（単位：人）	
第Ⅰ層	23	<8	
第Ⅱ層	206	8 ≤	<54
第Ⅲ層	503	54 ≤	<391
第Ⅳ層	369	391 ≤	<2916
第Ⅴ層	57	2916 ≤	

各階層に含まれる都道府県の構成率のうち 10%以上を占めるものは、第Ⅰ層の北海道 17.4%（4 市町村）、長野 17.4%（4 市町村）、奈良 13.0%（3 市町村）、第Ⅱ層の北海道 39.3%（81 市町村）、第Ⅴ層の東京 14.0%（8 市町村）、大阪 10.5%（6 市町村）が該当している。その他の各階層における都道府県の構成率は、いずれも 10%未満である。

表.資料 2.1 母子健康手帳交付数に対する継続的にフォローアップするハイリスク妊婦の割合

		0%	0% <, ≤5%	5% <, ≤25%	25% <	中央値 [IQR]
		(n=152)	(n=386)	(n=421)	(n=96)	
I	(n=21)	16 (76.2)	-	3 (14.3)	2 (9.5)	0 [0, 0]
II	(n=188)	76 (40.4)	28 (14.9)	69 (36.7)	15 (8.0)	3.92 [0, 12.5]
III	(n=460)	50 (10.9)	214 (46.5)	159 (34.6)	37 (8.0)	3.86 [1.55, 9.34]
IV	(n=337)	10 (3.0)	125 (37.0)	163 (48.4)	39 (11.6)	7.57 [2.38, 15.4]
V	(n=49)	-	19 (38.8)	27 (55.1)	3 (6.1)	7.57 [3.32, 14.6]

値は市町村数（各層における%）を示す。

表. 資料 2.2 ハイリスク妊婦の支援、対応に配慮を要する親子の対応、虐待の疑いを把握した際の対応、乳幼児揺さぶられ症候群の啓発

	ハイリスク妊婦の把握				対応に配慮を要する親子の受診時の取り決め				集団健診で 問診を 行っていない*
	ハイリスク妊婦		ハイリスク妊婦		ハイリスク妊婦		ハイリスク妊婦		
	母子健康手帳 交付時に把握	交付後の妊娠 全期間に把握	事前カンファ レンス等で共有	カルテに表示 して共有	担当保健師と 接点を設ける	事後カンファ レンスで検討	担当保健師・関係 機関にフィードバック		
I	17 (73.9)	11 (47.8)	13 (56.5)	3 (13.0)	5 (21.7)	13 (56.5)	6 (26.1)	2 (8.70)	
II	167 (81.5)	46 (22.4)	164 (79.6)	70 (34.0)	73 (35.6)	193 (94.1)	125 (60.7)	2 (0.98)	
III	405 (80.7)	107 (21.3)	374 (74.4)	321 (63.9)	297 (59.0)	477 (94.8)	386 (76.9)	7 (1.39)	
IV	268 (73.2)	98 (26.6)	247 (66.9)	322 (87.3)	289 (78.3)	343 (93.0)	325 (88.1)	6 (1.63)	
V	38 (66.7)	21 (36.8)	44 (77.2)	46 (80.7)	41 (71.9)	52 (91.2)	52 (91.2)	1 (1.79)	
total	895 (77.6)	283 (24.5)	842 (72.7)	762 (65.9)	705 (60.9)	1078 (93.2)	894 (77.3)	18 (1.56)	
P	0.002	0.129	<0.001	<0.001	<0.001	0.420	<0.001	0.772	

	健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決め						
	取り決め・ マニュアルがある		親子の様子の アセスメント		上司に報告等の 組織的対応		
	親の報告等の 健診スタッフが 認識する仕組み	親子の心情に 寄り添う関わり	健診スタッフが 認識する仕組み	親子の心情に 寄り添う関わり	担当保健師に つなぐ等の橋渡し	乳幼児揺さぶられ 症候群に対する啓発	
I	4 (17.4)	4 (18.2)	3 (13.6)	4 (18.2)	2 (9.09)	0 (0)	13 (56.5)
II	68 (33.0)	55 (27.9)	56 (28.4)	64 (32.5)	41 (20.8)	57 (28.9)	129 (62.6)
III	238 (47.4)	187 (37.6)	190 (38.2)	217 (43.7)	136 (27.4)	197 (39.7)	308 (61.5)
IV	248 (67.4)	165 (45.2)	193 (52.9)	194 (53.2)	134 (36.7)	225 (61.6)	280 (76.5)
V	48 (85.7)	40 (70.2)	40 (70.2)	41 (71.9)	26 (45.6)	43 (75.4)	48 (84.2)
total	606 (52.5)	451 (39.6)	482 (42.4)	520 (45.7)	339 (29.8)	522 (45.9)	778 (67.5)
P	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

値は市町村数 (%) を示し、PはMann-Whitney 検定による値を示す。*「集団健診で問診を行っていない」の母数は、全ての健診を委託している1市を除いた。

表. 資料 2.3 歯科保健

事業評価の活用 う蝕に対する	歯科保健活動のう蝕以外の取り組み							
	歯の萌出順序	歯並び	歯の数や形態	軟組織の異常	口腔衛生状態	仕上げ磨きの有無	フッ化物の応用	
I	3 (13.0)	0 (0)	0 (0)	1 (4.55)	5 (22.7)	5 (22.7)	2 (9.09)	
II	74 (36.1)	1 (0.51)	2 (1.01)	0 (0)	38 (19.2)	74 (37.8)	30 (15.3)	
III	218 (43.6)	1 (0.20)	1 (0.20)	6 (1.22)	102 (20.7)	168 (34.2)	68 (13.8)	
IV	160 (43.6)	6 (1.68)	0 (0)	1 (0.28)	98 (27.4)	105 (29.3)	32 (8.94)	
V	33 (58.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13 (23.6)	11 (20.0)	16 (29.1)	
total	488 (42.4)	8 (0.71)	3 (0.27)	8 (0.71)	256 (22.8)	363 (32.4)	148 (13.2)	
<i>P</i>	0.003	-	0.095	0.063	0.350	0.023	0.015	0.571

離乳や卒乳	歯科保健活動のう蝕以外の取り組み			
	摂食・咀嚼機能	習癖 (口呼吸・指しゃぶり)	虐待やネグレクト	その他
I	0 (0)	2 (9.09)	1 (4.55)	2 (9.09)
II	5 (2.54)	5 (2.53)	7 (3.54)	21 (10.7)
III	16 (3.26)	5 (1.02)	26 (5.28)	64 (13.0)
IV	20 (5.59)	1 (0.28)	23 (6.42)	53 (14.8)
V	1 (1.82)	1 (1.82)	2 (3.64)	8 (14.5)
total	42 (3.74)	14 (1.24)	59 (5.24)	148 (13.2)
<i>P</i>	0.380	0.085	0.277	0.141

値は市町村数 (%) を示し、*P*はMann-Whitney 検定による値を示す。

表. 資料 2.4 栄養指導の連携、発達障害等の評価、疾病スクリーニングとフォローアップの評価

	他機関と連携した栄養指導等の評価		社会性の発達過程に関する親への指導		育てにくさを感ずる親への保健指導の評価		発達障害等の地域と連携したフォローアップ評価	
	連携しているが評価していない		連携していない		連携しているが評価していない		小学校入学前までに評価後に評価	
	連携しており評価している	連携しているが評価していない	連携しているが評価していない	連携していない	連携しているが評価していない	連携しているが評価していない	小学校入学前までに評価	小学校入学後に評価
I	3 (13.0)	9 (39.1)	11 (47.8)	12 (52.2)	5 (21.7)	5 (21.7)	5 (21.7)	1 (4.35)
II	71 (34.5)	72 (35.0)	52 (25.2)	116 (56.6)	47 (22.9)	47 (22.9)	87 (42.4)	4 (1.95)
III	163 (32.7)	179 (35.9)	140 (28.1)	316 (63.3)	142 (28.3)	142 (28.3)	209 (41.8)	9 (1.80)
IV	121 (33.0)	113 (30.8)	115 (31.3)	232 (63.2)	99 (26.9)	99 (26.9)	98 (26.6)	2 (0.54)
V	17 (30.9)	15 (27.3)	20 (36.4)	32 (57.1)	12 (21.4)	12 (21.4)	4 (7.27)	0 (0)
total	375 (32.6)	388 (33.8)	338 (29.4)	708 (61.6)	305 (26.4)	305 (26.4)	403 (35.0)	16 (1.39)
<i>P</i>	0.889	0.090	0.173	0.274	0.671	0.671	<0.001	0.038

	疾病スクリーニングの判定結果の精度管理				支援対象者のフォローアップの妥当性評価	
	陽的中率の算出	見逃し例を把握 (陰性的中率)	判定のばらつき	感度・特異度の算出	フォローアップの妥当性評価	
I	1 (4.35)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (21.7)	5 (21.7)
II	4 (1.96)	0 (0)	1 (0.49)	1 (0.49)	69 (33.5)	69 (33.5)
III	18 (3.64)	6 (1.21)	14 (2.83)	4 (0.81)	141 (28.1)	141 (28.1)
IV	23 (6.28)	2 (0.55)	23 (6.28)	4 (1.09)	81 (22.0)	81 (22.0)
V	6 (10.5)	2 (3.51)	6 (10.5)	2 (3.51)	15 (26.8)	15 (26.8)
total	52 (4.54)	10 (0.87)	44 (3.84)	11 (0.96)	311 (26.9)	311 (26.9)
<i>P</i>	0.002	0.233	<0.001	0.123	0.009	

値は市町村数 (%) を示し、*P*はMann-Whitney 検定による値を示す。

表. 資料 2.5 委託医療機関との連携、健診従事者の研修

連携する 仕組みがある	状況により 対応する		委託医療機関との子育て支援に関する情報連携		健診従事者を対象とした実証的な研修機会の確保			
	連携している	連携していない	常勤者を対象	医師・歯科医師以外の 非常勤者を対象	非常勤の医師・ 歯科医師を対象	いずれの対象にも 確保していない		
I	1 (4.55)	9 (40.9)	2 (9.09)	7 (30.4)	0 (0)	0 (0)	13 (56.5)	
II	24 (12.4)	45 (23.2)	5 (2.58)	73 (35.4)	9 (4.41)	0 (0)	102 (50.0)	
III	91 (19.2)	146 (30.9)	19 (4.01)	170 (34.1)	47 (9.42)	1 (0.20)	234 (47.0)	
IV	82 (23.2)	111 (31.4)	25 (7.06)	170 (46.1)	101 (27.5)	6 (1.64)	92 (25.2)	
V	33 (58.9)	18 (32.1)	0 (0)	30 (52.6)	20 (35.1)	7 (12.3)	14 (24.6)	
total	231 (21.0)	329 (29.9)	51 (46.4)	450 (39.0)	177 (15.4)	14 (1.22)	455 (39.7)	
<i>P</i>	<0.001	0.179	0.171	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

値は市町村数 (%) を示し、*P*はMann-Whitney 検定による値を示す。

乳幼児期の健康診査 (以下、「健診」とする) や保健指導に関連した事業や取り組みのうち
 ご回答される市区町村 (以下、「自治体」とする) の現在の状況に該当する選択肢を選んでください。

ご回答される市区町村名をご記入ください

市区
 町村

問 1

母子健康手帳交付時に要支援と判断し、継続的にフォローアップするハイリスク妊婦の件数について
 平成 26 年度の値を 下記の 1、2 の空欄にそれぞれ 記入してください。

1. 母子手帳交付数 [] 件 / 年
2. 継続的にフォローする件数 [] 例 / 年

問 2

ハイリスク妊婦の把握をするだけでなく、妊娠期間中の全妊婦のアセスメントを行っていますか。
 該当する項目の数字を○で囲んでください (複数選択可)。

1. 母子健康手帳を交付した時に行っている
2. 母子健康手帳を交付後の妊娠期間に行っている
3. いずれの時期にも行っていない
4. その他

ご記入ください:

問 3

ハイリスク妊婦に対する妊娠期における個別支援について、自治体が定期的に評価をしていますか。
 該当する項目の数字を ひとつだけ、○で囲んでください。

1. 評価している 内容と評価時期をご記入ください:
2. 評価していない
3. その他

問 4

対応に配慮を要する親子 (保健師や関係機関が支援中など) が乳幼児健診に受診する際の
 取り決めがありますか。該当する項目の数字を○で囲んでください (複数選択可)。

1. 乳幼児健診前の打ち合わせ (事前カンファレンス) 等でスタッフが共有
2. 該当者であることをカルテ等に表示しスタッフが共有
3. 保健師が担当している場合は、乳幼児健診時に担当保健師との接点を設ける
4. 乳幼児健診後のカンファレンスで検討
5. 担当保健師や関係機関への乳幼児健診の情報のフィードバック
6. 配慮を要する親子の受診に関する取り決めはない
7. その他

裏面に進んでください

問5

集団方式の乳幼児健診で問診*を行っていますか。該当する項目を ひとつだけ、○で囲んでください。

*この設問では、親子の健康課題を明確化するために問診票への記載内容等をもとにアセスメントして、必要に応じてさらに詳しく対象者から情報を得るなどして課題を整理するとともにその課題について対象者と共有するといった「対面式」の問診を想定しています。

1. 行っている
2. 行っていない
3. 集団方式の健診は行っていない
4. その他

ご記入ください：

問6

乳幼児健診の面談やその問診票で、新たに虐待の疑いを把握したときのマニュアルや取り決め等が自治体にありますか。該当する項目を ひとつだけ、○で囲んでください。

1. ある ☞ 問7に進んでください
2. ない ☞ 問8に進んでください
3. その他

ご記入のうえ、問8に進んでください

問7

自治体のマニュアルや取り決め等の内容について、該当する項目の数字を○で囲んでください（複数選択可）。

1. 親子の様子等のアセスメント
2. 上司に報告等の組織的対応
3. 心配な親子であることを健診スタッフが認識する仕組み
4. 親の心情に寄り添う等の保健師の関わり方
5. 担当保健師につなぐ等、次の支援への橋渡し
6. その他

ご記入ください：

問8

乳幼児歯科健診および相談事業において、う蝕の保健指導の成果を評価し、その結果を次年度等の事業計画に活用できていますか。該当する項目を ひとつだけ、○で囲んでください。

1. 活用できている ☞
2. 活用できていない
3. その他

内容をご記入ください：

ご記入ください：

問9

乳幼児歯科健診および相談事業を実施する際に、う蝕以外で最も重点をおいている内容を以下の の中の項目から ひとつだけ 選び、○で囲んでください。

歯の萌出順序、歯並び、歯の数や形態、軟組織の異常（上唇小帯・舌小帯）、口腔衛生状態、仕上げ磨きの有無、フッ化物の応用、離乳や卒乳、摂食・咀嚼機能、習癖（口呼吸・指しゃぶり）虐待やネグレクト、その他 []、う蝕以外の重点内容はない

問 10

乳幼児期の子どもや保護者を対象とした、集団で実施される栄養指導や食育の取組を他機関（保育所、幼稚園、関係団体、企業など）と連携して行い、その評価をしていますか。該当する項目をひとつだけ、選んでください。

1. 他機関と連携しており評価もしている
2. 他機関と連携しているが評価していない
3. 他機関と連携していない
4. その他

ご記入ください：

問 11

子どもの少し先の社会性の発達過程* について、乳児期からその見通しを親に指導する機会を確保していますか。該当する項目をひとつだけ、選んでください。

* 例えば、3～4 か月児健診で、6 か月児から1 歳児頃に到達する発達過程を説明指導すること。
(参照：「健やか親子21（第2次）」重点課題①～3)

1. している
2. していない
3. その他

内容をご記入ください：

ご記入ください：

問 12

育てにくさを感じる親* に対する保健指導の評価をしていますか。該当する項目をひとつだけ、選んでください。

* 子育てに関わる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的な要素を含む。育てにくさの概念は広く、一部には発達障害等が原因となっている場合がある（参照：「健やか親子21（第2次）」重点課題①）。

1. している
2. していない
3. その他

評価方法をご記入ください：

ご記入ください：

問 13

乳幼児揺さぶられ症候群に関する啓発を行っていますか。該当する項目をひとつだけ、選んでください。

1. 行っている
2. 行っていない
3. その他

内容をご記入ください：

ご記入ください：

問 14

乳幼児健診において、疾病のスクリーニングに対する判定精度の評価のために、次の方法で精度管理をしていますか。実施している方法を選び、実施項目を記載してください（複数選択可）。

* 精度管理が可能な項目の例：医師・歯科医師の判定、検尿、視力検査聴覚検査 など

1. 陽性的中率を算出 [実施項目：]
2. 見逃し例を把握（陰性的中率の算出） [実施項目：]
3. 判定のばらつき [実施項目：]
4. 感度・特異度の算出 [実施項目：]
5. 精度管理を実施していない
6. その他 []

裏面に進んでください

問 15

乳幼児健診後のフォローアップの妥当性*について、定期的に評価する機会を設けていますか。
 該当する項目を ひとつだけ、○で囲んでください。

* 健診後の状況を把握し、判定の適否や、保健指導や支援の有効性などを検討すること。

- 1. 設けている ☞ [内容をご記入ください：]
- 2. 設けていない
- 3. その他 [ご記入ください：]

問 16

乳幼児健診後のフォローアップのうち、発達障害や知的障害を疑いフォローアップした結果を
 3歳児健診以降に地域として評価*していますか。該当する項目を ひとつだけ、○で囲んでください。

* この設問では、療育機関、保育所、幼稚園や学校等と連携した評価を想定しています。

- 1. 小学校入学前までに評価している
 - 2. 小学校入学後に評価している
 - 3. 評価していない
 - 4. その他 [ご記入ください：]
- } → [評価方法をご記入ください：]

問 17

医療機関委託健診を実施している場合に、保護者の子育て支援の必要性に関する情報を、委託医療機関から
 市町村に伝えて連携する仕組みがありますか。該当する項目を ひとつだけ、○で囲んでください。

- 1. 連携する仕組みがある ☞ [内容をご記入ください：]
- 2. 仕組みはないが、状況により対応する
- 3. 連携をしていない
- 4. 医療機関委託健診を全く実施していない
- 5. その他 [ご記入ください：]

問 18

乳幼児健診従事者を対象とした、実践的な研修機会を確保していますか。
 該当する項目の数字を○で囲んでください (複数選択可)。

- 1. 常勤従事者を対象として確保している ☞ [内容：]
- 2. 医師・歯科医師を除く非常勤従事者を ☞ [内容：]
 対象として確保している
- 3. 非常勤医師・歯科医師を対象として確保している ☞ [内容：]
- 4. いずれの対象者にも確保していない
- 5. その他 [ご記入ください：]

質問は以上になります。ご協力をいただき、ありがとうございました。

乳幼児期の健康診査（以下、「健診」とする）や保健指導について、管内の市町村が実施している事業評価やマニュアルの作成などの取り組みについて、保健所として支援や評価等を行っていますか。各設問について該当する選択肢の数字を○で囲み、空欄に内容を記入してください（複数選択可）。

ご回答される保健所名をご記入ください： _____ 保健所

問1

ハイリスク妊婦*の把握と、妊娠期間中の全妊婦のアセスメント。

* 問1と問2では、妊娠期間中に要支援と判断し、継続的にフォローアップする妊婦を想定しています。

1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法： _____]
2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法： _____]
3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法： _____]
4. 選択肢1～3を実施していない
5. その他 [ご記入ください： _____]

問2

ハイリスク妊婦*に対する妊娠期における個別支援の評価

1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法： _____]
2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法： _____]
3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法： _____]
4. 選択肢1～3を実施していない
5. その他 [_____]

問3

対応に配慮を要する親子（保健師や関係機関が支援中など）が乳幼児健診に受診する際の取り決め*

* この設問では以下のような取り決めに想定しています。

- 乳幼児健診前の打ち合わせ（事前カンファレンス）等でスタッフが共有
- 該当者であることをカルテ等に表示しスタッフが共有
- 保健師が担当している場合は、乳幼児健診時に担当保健師との接点を設ける
- 乳幼児健診後のカンファレンスで検討
- 担当保健師や関係機関への乳幼児健診の情報のフィードバック・・・など

1. 市町村が取り決めに作成できるように支援している ☞ [支援方法： _____]
2. 市町村の作成状況を把握している ☞ [把握方法： _____]
3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法： _____]
4. 選択肢1～3を実施していない
5. その他 [_____]

裏面に進んでください ☞

問 4

乳幼児健診の面談やその問診票で、新たに虐待の疑いを把握したときのマニュアルや取り決め等*

* この設問では、以下のような取り決めを想定しています。

- 親子の様子等のアセスメント
- 上司に報告等の組織的対応
- 心配な親子であることを健診スタッフが認識する仕組み
- 親の心情に寄り添う等の保健師の関わり方
- 担当保健師につなぐ等、次の支援への橋渡し・・・など

1. 市町村がマニュアルや取り決め等を作成できるように支援している

☞ [支援方法 :

]

2. 市町村の作成状況を把握している ☞ [把握方法 :

]

3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法 :

]

4. 選択肢 1～3 を実施していない

5. その他 [

]

問 5

う蝕に対する乳幼児歯科健診および相談事業の評価を、次年度等の事業計画に活用すること

1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法 :

]

2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法 :

]

3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法 :

]

4. 選択肢 1～3 を実施していない

5. その他 [

]

問 6

乳幼児歯科健診および相談事業のうち、う蝕以外* に重点を置いた取り組み

* この設問では例えば、以下のような取組みを想定しています。

- 歯の萌出順序、歯並び、歯の数・形態、軟組織の異常（上唇小帯・舌小帯）、口腔衛生状態
- 仕上げ磨きの有無、フッ化物の応用、離乳や卒乳、摂食・咀嚼機能
- 習癖（口呼吸・指しゃぶり）、虐待・ネグレクトなど

1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法 :

]

2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法 :

]

3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法 :

]

4. 選択肢 1～3 を実施していない

5. その他 [

]

問 7

乳幼児期の子どもや保護者を対象とした、市町村と他機関（保育所、幼稚園、関係団体、企業など）との連携により集団で実施される、栄養指導や食育の取組みに関する評価。

- 1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法：]
- 2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法：]
- 3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法：]
- 4. 選択肢 1～3 を実施していない
- 5. その他 []

問 8

子どもの少し先の社会性の発達過程について、乳児期からその見通しを親に指導する機会*の確保

*例えば、3～4 か月児健診で、6 か月児から1 歳児頃に到達する発達過程を説明指導することを示します（参照：「健やか親子2 1（第2次）」重点課題①－3）。

- 1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法：]
- 2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法：]
- 3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法：]
- 4. 選択肢 1～3 を実施していない
- 5. その他 []

問 9

育てにくさを感じる親*に対する保健指導に関する評価

*子育てに関わる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的な要素を含む。育てにくさの概念は広く、一部には発達障害等が原因となっている場合がある（参照：「健やか親子2 1（第2次）」重点課題①）。

- 1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法：]
- 2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法：]
- 3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法：]
- 4. 選択肢 1～3 を実施していない
- 5. その他 []

問 10

乳幼児健診の判定精度の評価のための精度管理*

*精度管理とは、陽性的中率や陰性的中率、判定のばらつき、感度・特異度を算定することなどを示します。

- 1. 市町村が精度管理を実施できるように支援している ☞ [支援方法：]
- 2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法：]
- 3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法：]
- 4. 選択肢 1～3 を実施していない
- 5. その他 []

裏面に進んでください ☞

問 11

乳幼児健診後のフォローアップの妥当性に関する評価*

* フォローアップ対象者の健診後の状況を把握し、判定の適否や、保健指導や支援の有効性を検討すること。

1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法:]
2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法:]
3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法:]
4. 選択肢 1～3 を実施していない
5. その他 []

問 12

乳幼児健診後のフォローアップのうち、発達障害や知的障害を疑いフォローアップした結果を3歳児健診以降に地域として行う評価*

* この設問では、療育機関、保育所、幼稚園や学校等と連携した評価を想定しています。

1. 市町村が実施できるように支援している ☞ [支援方法:]
2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法:]
3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法:]
4. 選択肢 1～3 を実施していない
5. その他 []

問 13

医療機関委託健診を実施している場合に、保護者の子育て支援の必要性に関する情報を個別健診委託医療機関から、市町村に伝えて連携する仕組み

1. 市町村が仕組みを作成できるように支援している ☞ [支援方法:]
2. 市町村の作成状況を把握している ☞ [把握方法:]
3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法:]
4. 選択肢 1～3 を実施していない
5. 医療機関委託健診を全く実施していない
6. その他 []

問 14

乳幼児健診従事者を対象とした、実践的な研修機会の確保

* この設問では、市区町村や保健所が実施する、常勤・非常勤（医師・歯科医師を含む）に対する実践的な研修を想定しています。

1. 市町村が機会を確保できるように支援している ☞ [支援方法:]
2. 市町村の実施状況を把握している ☞ [把握方法:]
3. 把握した状況を評価している ☞ [評価方法:]
4. 選択肢 1～3 を実施していない
5. その他 []

質問は以上になります。ご協力をいただき、ありがとうございました。

ご回答される都道府県名を記入してください

* 都、道、府、県

* ○で囲んでください。

調査項目 I

ご回答される都道府県において過去3年間に実施した、乳幼児期の健康診査（以下、「健診」とする）や保健指導に関する事業や取り組み（研修、会議やマニュアル作成など）はありますか。その名称と概要を空欄にご記入ください。

* 記入欄が不足する場合は、別紙などにご記入のうえ返信封筒に同封してください。

名称	概要

調査項目 II

ご回答される都道府県において、乳幼児健診や保健指導に関連した以下の内容が母子保健計画など*や市区町村への技術的助言指導計画に含まれていますか。

* 「母子保健計画など」には、次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画や、健康増進計画等と一体的に策定している場合や、歯科保健計画や食育推進計画のように個別に策定している場合も含めてご回答ください。

問 1

ハイリスク妊婦*の把握と、妊娠期間中の全妊婦のアセスメント

* 問1と問2では、妊娠期間中に要支援と判断し、継続的にフォローアップする妊婦を想定しています。

1. 含まれている ☞ 策定内容：
2. 含まれていない

裏面に進んでください ☞

問 2 ハイリスク妊婦* に対する妊娠期における個別支援の妥当性の評価

1. 含まれている ⇨ 策定内容：)

2. 含まれていない)

問 3 対応に配慮を要する親子（保健師や関係機関が支援中など）が乳幼児健診に受診する際の
 取り決め等の策定*

* この設問では以下のような取り決めを想定しています。

- 乳幼児健診前の打ち合わせ（事前カンファレンス）等でスタッフが共有
- 該当者であることをカルテ等に表示しスタッフが共有
- 保健師が担当している場合は、乳幼児健診時に担当保健師との接点を設ける
- 乳幼児健診後のカンファレンスで検討
- 担当保健師や関係機関への乳幼児健診の情報のフィードバック・・・など

1. 含まれている ⇨ 策定内容：)

2. 含まれていない)

問 4 乳幼児健診の面談やその問診票で、新たに虐待の疑いを把握したときのマニュアルや
 取り決め等* の策定

* この設問では、以下のような取り決めを想定しています。

- 親子の様子等のアセスメント
- 上司に報告等の組織的対応
- 心配な親子であることを健診スタッフが認識する仕組み
- 親の心情に寄り添う等の保健師の関わり方
- 担当保健師につなぐ等、次の支援への橋渡し・・・など

1. 含まれている ⇨ 策定内容：)

2. 含まれていない)

問 5 う蝕に対する乳幼児歯科健診および相談事業の評価を、次年度等の事業計画に活用すること

1. 含まれている ⇨ 策定内容：)

2. 含まれていない)

問 6

乳幼児歯科健診および相談事業のうち、う蝕以外*に重点を置いた取り組み

*この設問では例えば、以下のような取り組みを想定しています。
 歯の萌出順序、歯並び、歯の数・形態、軟組織の異常（上唇小帯・舌小帯）、口腔衛生状態
 仕上げ磨きの有無、フッ化物の応用、離乳や卒乳、摂食・咀嚼機能
 習癖（口呼吸・指しゃぶり）、虐待・ネグレクトなど

- | | | | |
|------------|---|-------|--|
| 1. 含まれている | ☞ | 策定内容： | |
| 2. 含まれていない | | | |

問 7

乳幼児期の子どもや保護者を対象とした、市町村と他機関（保育所、幼稚園、関係団体、企業など）との連携により集団で実施される、栄養指導や食育の取り組みに関する評価

- | | | | |
|------------|---|-------|--|
| 1. 含まれている | ☞ | 策定内容： | |
| 2. 含まれていない | | | |

問 8

子どもの少し先の社会性の発達過程について、乳児期からその見通しを親に指導する機会*の確保

*例えば、3～4か月児健診で、6か月児から1歳児頃に到達する発達過程を説明指導することを意味します。
 （参照：「健やか親子21（第2次）」重点課題①～③）。

- | | | | |
|------------|---|-------|--|
| 1. 含まれている | ☞ | 策定内容： | |
| 2. 含まれていない | | | |

問 9

育てにくさを感じる親*に対する保健指導に関する評価

*子育てに関わる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的な要素を含む。育てにくさの概念は広く、一部には発達障害等が原因となっている場合がある（参照：「健やか親子21（第2次）」重点課題①）。

- | | | | |
|------------|---|-------|--|
| 1. 含まれている | ☞ | 策定内容： | |
| 2. 含まれていない | | | |

問 10

乳幼児健診の判定精度の評価のための精度管理*

*精度管理とは、陽性的中率や陰性的中率、判定のばらつき、感度・特異度を算定することなどを意味します。

- | | | | |
|------------|---|-------|--|
| 1. 含まれている | ☞ | 策定内容： | |
| 2. 含まれていない | | | |

裏面に進んでください ☞

問 11

乳幼児健診後のフォローアップの妥当性に関する評価*

* フォローアップ対象者の健診後の状況を把握し、判定の適否や、保健指導や支援の有効性を検討すること。

1. 含まれている



策定内容：

2. 含まれていない

問 12

乳幼児健診後のフォローアップのうち、発達障害や知的障害を疑いフォローアップした結果を3歳児健診以降に地域として行う評価*

* この設問では、療育機関、保育所、幼稚園や学校等と連携した評価を想定しています。

1. 含まれている



策定内容：

2. 含まれていない

問 13

医療機関委託健診を実施している場合に、保護者の子育て支援の必要性に関する情報を個別健診委託医療機関から、市町村に伝えて連携する仕組み

1. 含まれている



策定内容：

2. 含まれていない

問 14

乳幼児健診従事者を対象とした、実践的な研修機会*の確保

* この設問では、市区町村や保健所が実施する、常勤・非常勤（医師・歯科医師を含む）に対する実践的な研修を想定しています。

1. 含まれている



策定内容：

2. 含まれていない

質問は以上になります。ご協力をいただき、ありがとうございました。

執筆者一覧

平成 27 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (AMED) 【成育疾患克服等総合研究事業】

乳幼児期の健康診査を通じた新たな保健指導手法等の開発のための研究班

研究代表者

あいち小児保健医療総合センター保健センター 保健センター長 山崎 嘉久

研究分担者

国立大学法人山梨大学大学院総合研究部社会医学講座	教授	山縣 然太郎
地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立母子保健総合医療センター	母子保健情報センター長	佐藤 拓代
医療法人社団千実会	理事長	秋山 千枝子
医療法人大道会森之宮病院神経リハビリテーション研究部	研究員	小倉 加恵子
国立大学法人山梨大学大学院総合研究部社会医学講座	助教	溝呂木 園子
学校法人総持学園鶴見大学歯学部小児歯科学講座	教授	朝田 芳信
学校法人総持学園鶴見大学歯学部小児歯科学講座	助教	船山 ひろみ
公立大学法人福岡県立大学看護学部ヘルスプロモーション看護学系	教授	松浦 賢長
大阪医科大学看護学部公衆衛生看護学領域	准教授	草野 恵美子
国立保健医療科学院生涯健康研究部	上席主任研究官	石川 みどり
国立大学法人福島大学 子どものメンタルヘルス支援事業推進室	特任教授	黒田 美保
学校法人文京学園文京学院大学 保健医療技術学部看護学科	准教授	市川 香織

研究協力者

千葉県市原市保健センター	主査、歯科衛生士	高澤 みどり
東京都西多摩保健所	歯科保健担当課長	田村 光平
千葉県印旛健康福祉センター地域保健福祉課	専門員、管理栄養士	高橋 希
女子栄養大学食生態学研究室	助教	衛藤 久美
聖徳大学児童学部児童学科	講師	祓川 摩有
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	助教	樺山 舞
杏林大学保健学部看護学科 地域看護学	准教授	佐藤 睦子
福岡教育大学	准教授	樋口 善之
あいち小児保健医療総合センター保健センター保健室	医師、管理栄養士	佐々木 溪円
あいち小児保健医療総合センター保健センター保健室	技師	新美 志帆

乳幼児期健康診査における保健指導と評価の標準的な考え方

発行日 平成 28 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)
〒474-8710 愛知県大府市森岡町七丁目 426 番地
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

