

標準的な乳幼児健康診査モデル 作成に向けた提言

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

はじめに

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多くの自治体において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、平成24～26年度までの先行研究*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。

これを踏まえ、研究班†では、平成27年度に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関する全国調査を実施し、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。

本書は、これを踏まえて、標準的な乳幼児健診モデルの作成に向けた提言を示すものである。

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を行う予定である。

なお、提言に至る考察や根拠は、冊子「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～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～」に記述した。

【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、具体的な提言を示し、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

【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。

*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

†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

- ・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 多職種の特長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・食育の評価
- ・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明らかではない。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は、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(基盤課題 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(基盤課題 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、標準的な保健指導や事後指導の手法、ならびにその評価手法等について具体的に提言するものである。本書の提言に対して、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、標準的な乳幼児健診実践モデルの作成につなが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。

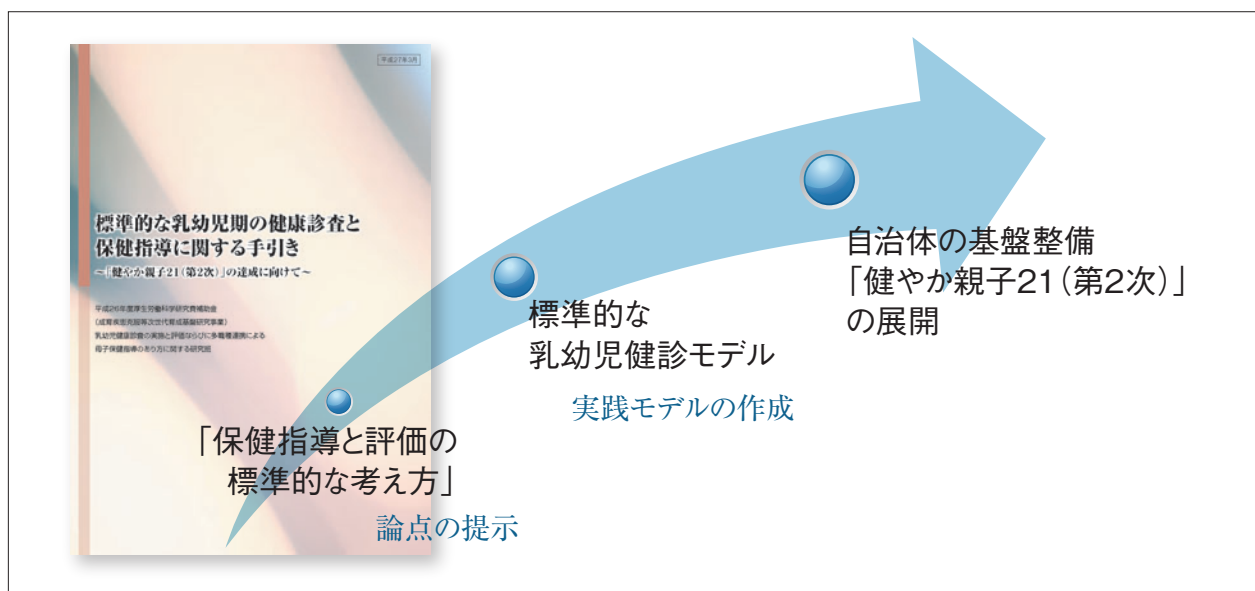


図. 研究の全体像と目指すもの

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

- ・ 乳幼児健診の事前情報として、妊娠期から支援対象者を把握し評価することは有用である。
- ・ 母子健康手帳交付時に妊婦をアセスメントする個別面談においては、アセスメント基準を共有するなど、アセスメントの質向上と標準化が必要である。
- ・ 妊娠期間中に全妊婦をアセスメントするためには医療機関との連携が求められる。
- ・ 妊娠期からの支援対象者のフォローアップと評価には、乳幼児健診の場を利用する方法がある。

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る、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

- ・乳幼児健診において、問診は、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・潜在的な健康課題の明確化に不可欠なものであり、健康課題の明確化の過程が支援となっている。
- ・問診から支援ニーズを明確化するには、相応のスキルが必要であり、健診従事者への研修体制の充実が求められる。
- ・標準的な乳幼児健診モデルの構築にあたっては、地域の特性や自治体の状況に応じた工夫を考慮する必要がある。

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）。

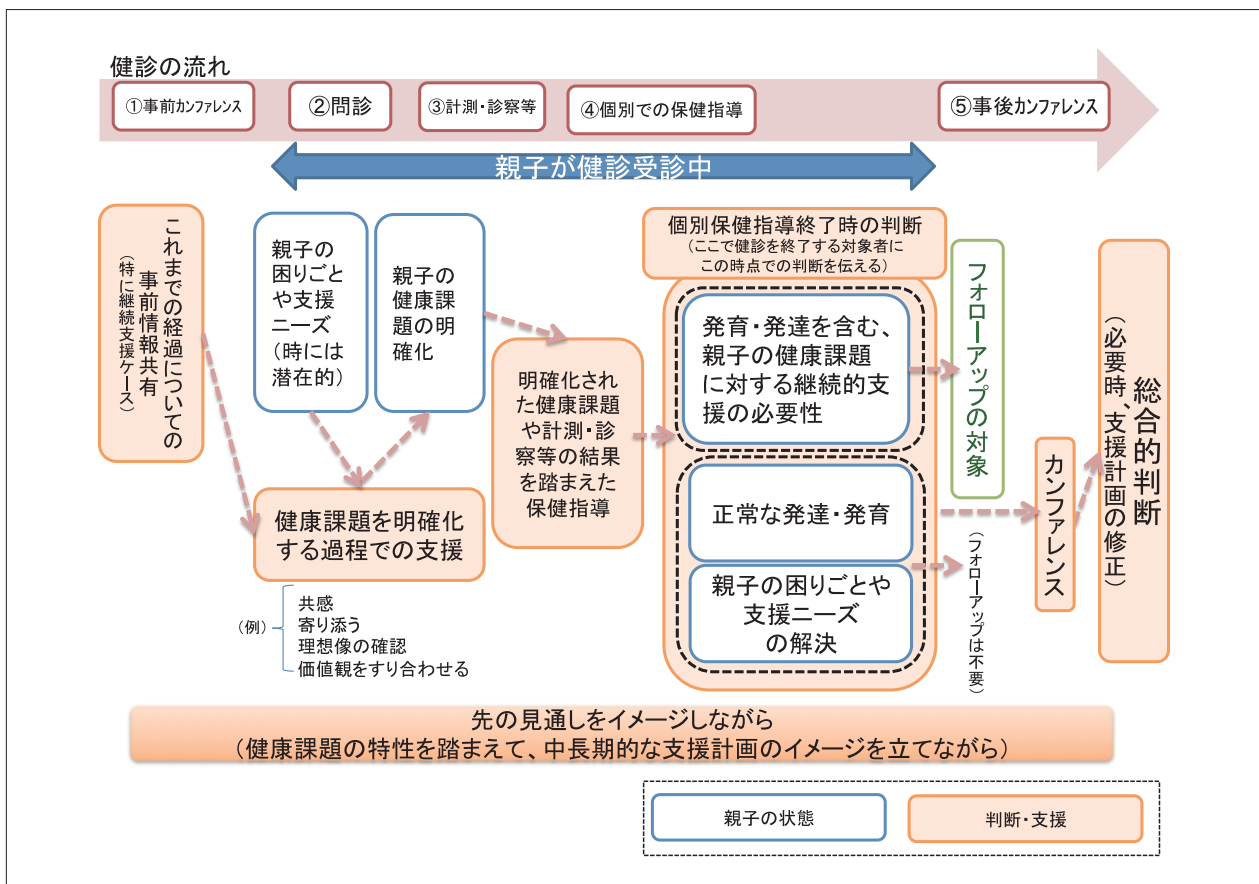


図2.1.1 乳幼児健診時の保健指導プロセスの一例

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の健診従事者も含めた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、全国調査（市区町村）の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。

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が、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。
- ・自治体の母子保健計画の評価として、標準的な問診項目を活用することができる。
- ・標準的な問診項目の活用にあたっては、医療機関委託健診での活用方法、必須問診項目の導入形態など検討すべき課題がある。

研究班が作成した「手引き」では、乳幼児健診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21（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。

1. 母子保健計画に標準的な問診項目の内容を盛り込む

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。平成28年2月実施）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少ない（7.6%）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の充実

問診活用状況調査から、「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。）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、必須問診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市区町村は23.8%である。一方、別紙を追加するかたちで対応した市区町村は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&ビルドを行っていか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

- ・ 対応に配慮を要する親子の受診にあたっては、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が必要である。
- ・ 保健所・都道府県は、市区町村の状況を把握し評価につなげるための地域全体への支援が求められる。

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的支援が開始され、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。

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する」という方法をとっ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自治体もあると考えられる。

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

- ・う蝕予防事業の評価については、一定の実績があるが、その成果を次年度計画の策定に活用するなど、なお一層の充実が求められる。
- ・歯科健診の機会を利用して保護者の子育て不安への対応が可能となるように、保健指導や支援の体制を整備する必要がある。

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て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5：他機関と連携した栄養指導・食育の評価

- ・ 栄養指導の評価のため他機関と連携するポイントは、
 - ① 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。
 - ② 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。
 - ③ 既存の事業等を活用して連携する場を設定することである。
- ・ 地域の状況に応じた評価を実践するために、保健所や都道府県が広域的な立場で支援することが必要である。

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。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、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

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市区町村の状況の差を明らかにする役割があることから、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

- ・発達障害等の把握には、標準的なツールを用いたスクリーニングとともに保育所・幼稚園と連携して支援ニーズを把握する必要がある。
- ・健診後のフォローアップと支援には、地域の関係機関や専門家との多職種連携が有効である。
- ・都道府県や保健所には、研修や啓発などとともに、その状況把握と評価への支援が求められる。

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（Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revisedの日本語版）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*。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の様子だけでなく、普段の様子がつかみやすい」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（Parent-interview ASD Rating Scale - Text Revision; 親面接式自閉症スペクトラム症評価尺度）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。

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PARS-TR、ADOS-2（Autism Diagnostic Observation Schedule Second Edition; 自閉症診断観察検査第2版）などの検査や、適応行動を調べるVineland-2 適応行動尺度などの検査が利用可能である。

*<http://www.ncnp.go.jp/nimh/jidou/aboutus/aboutus.html#03>

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。

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。根拠に基づいた支援方法としては、TEACCH(Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) や応用行動分析などを用いた「子どもへの支援」、ペアレント・トレーニングなどの「親への支援」がある。ASDを中心とした発達障害の子どもと親への支援の具体例を冊子「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」に示した。

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（保健師、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*。

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）。5歳児健診を行っている自治体では、学校での支援につなげるためその結果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。

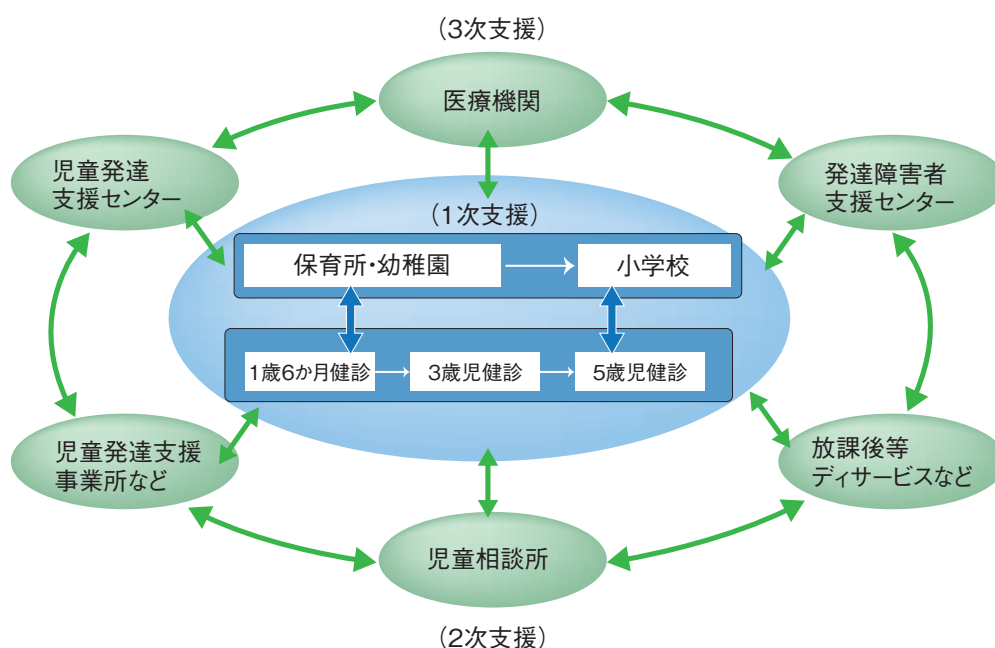


図6.1 発達障害児等への地域のフォローアップと支援モデル

*<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

- ・ 情報連携に際しては、市区町村が求めている情報の具体的な内容を委託医療機関に対して示す必要がある。
- ・ このため、情報連携する内容を標準化することは有用である。
- ・ 委託医療機関に向けた研修の機会を提供する必要がある。

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。情報連携をする内容について市区町村から委託医療機関に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。

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

- ・ 社会性の発達過程に対する保健指導は、乳幼児健診の対象者全員を対象とし、より早期の乳児期から指導することが望ましい。
- ・ 健診場面では、「育てにくさ」を感じている親がためらわずに発信できるように、「育てにくさ」を感じてもいいという「空気」を作ることが必要である。
- ・ 潜在ニーズを見落とさないためには、どのような支援が必要かという視点から「育てにくさ」の要因を分析し、支援につなげることが求められる。

8. 1 社会性の発達過程に関する保健指導

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でない子どもだけでなく、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か月児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・養育者やきょうだいと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定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定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。

8. 2 育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価

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.）。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。

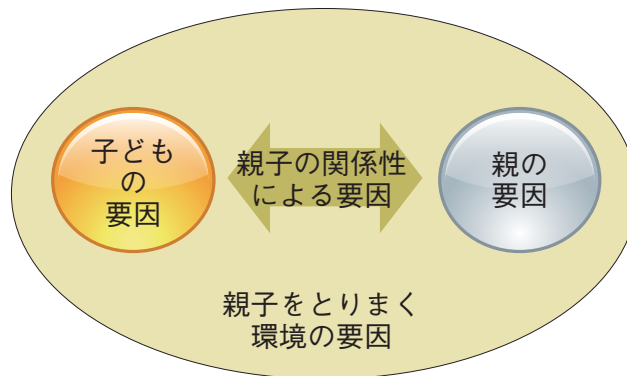


図8.2.1 「育てにくさ」の要因*

*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」を感じていると言いだせる空気をつくり、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、他の専門職の視点も踏まえ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。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、多職種の視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 (遅れ、偏り、障害など)					
	知的発達 (遅れ、偏り、障害など)					
	社会性発達 (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9. 妊娠期からの児童虐待防止対策

- ・ 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である。
- ・ 乳幼児揺さぶられ症候群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。

9. 1 健診で虐待の疑いを把握した際の対応の取り決め

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は、ネグレクトで子どもの状況に気づかない・関心がないのか、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である。

9. 2 乳幼児揺さぶられ症候群に対する啓発

乳幼児揺さぶられ症候群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

- ・ 疾病スクリーニングの判定結果の精度管理には、判定の標準化、陽性的中率の算出、見逃しケースの把握体制の構築とともに、精度管理結果を健診医にフィードバックすることが求められる。
- ・ 保健所や都道府県は、精度管理に積極的に関与すべきである。

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11に示した（論点11参照）。

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21（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11：支援対象者のフォローアップの妥当性の評価

- ・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である。
- ・評価のために「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。
- ・後者において、乳幼児健診は対象者把握の場であるとともに、継続的な支援対象ケースの状況確認と支援方法の見直しの機会として活用することができる。
- ・支援対象者のフォローアップの妥当性の評価には、標準的な様式を用いることが望ましい。

1. 「フォローアップ」を定義する

フォローアップを、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定義する。フォローアップ率を、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11.1緑色枠内）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11.1橙色枠内）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、健診は新規の対象者の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。

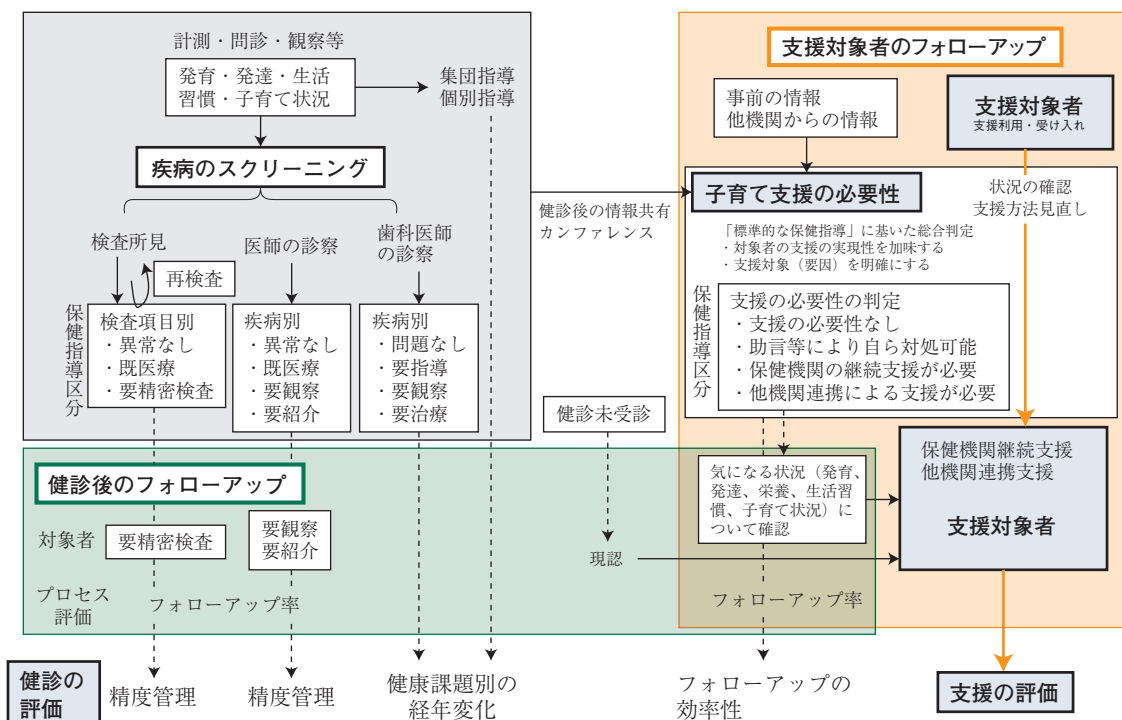


図11.1 疾病のフォローアップと支援対象者のフォローアップの関係

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11.1）

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11.1 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					陽性的 中率 (%)	(再掲) 結果把 握者対 する割 合 (%)	要紹介者状況		
	要紹介	要紹介	異常あり	異常なし	結果把握 集計数			要紹介 者率比 率(1)	所見あり	要紹介 者率比 率(2)
所見名・スクリーニング 対象疾病	対象者数 (A1+A2)	結果把握 集計数(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11.2）

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を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区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11.2 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
	初回検尿 (-)	初回検尿 (±~)	再検尿 (-)	再検尿 (±~)		
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
1 蛋白尿						
2						
3						
計						

スクリーニング項目	フォローアップ結果		
	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 (A)	結果把握者数 (B)	集計数 (F)
1 蛋白尿			B / A
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。愛知県では、県単位で共通問診項目を定めて状況を把握している。

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、乳幼児健診は、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11.2）。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。

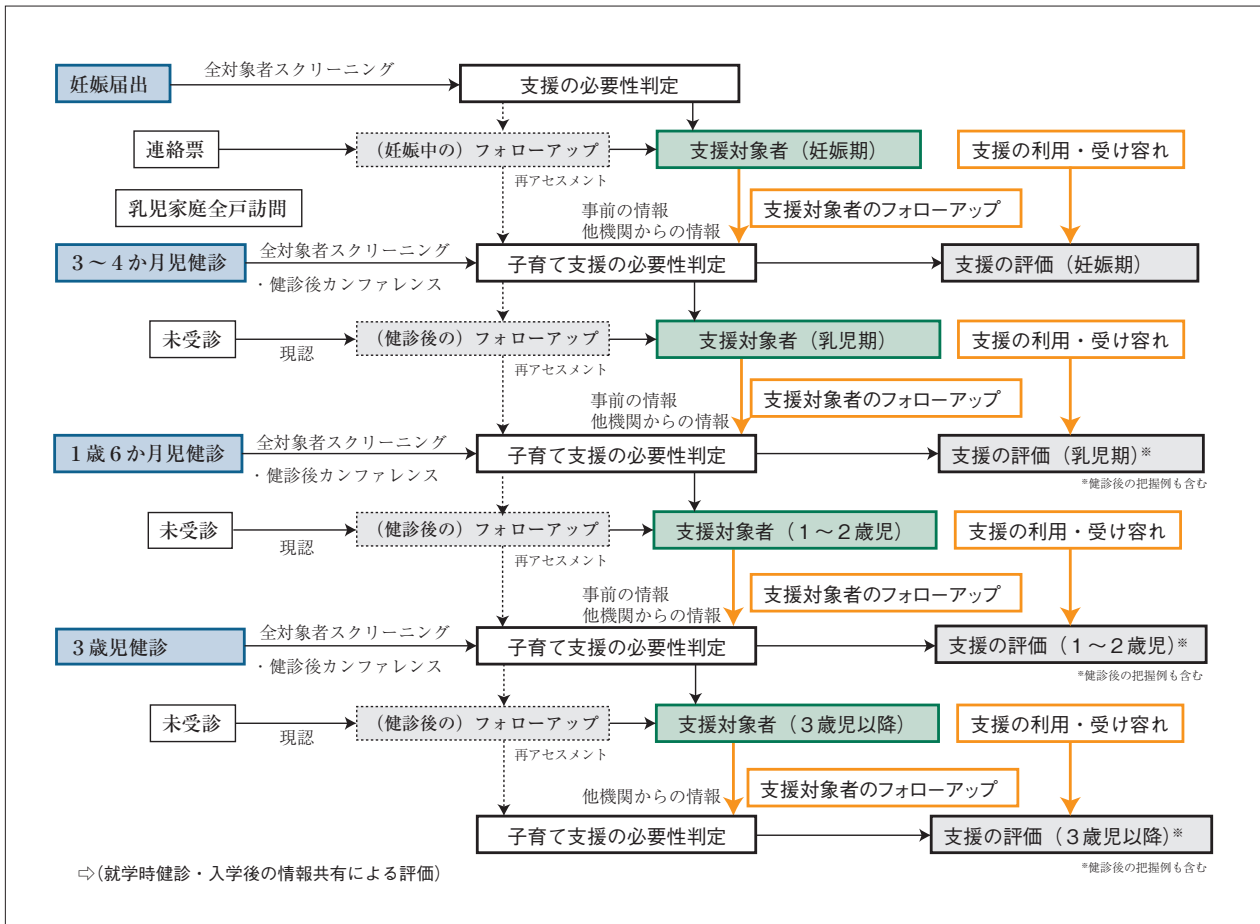


図11.2 支援対象者のフォローアップと評価

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「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11.3のように分類して集計する方法が考えられる。

表11.3 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重要な視点である。

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11.1）。

ただ、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11.4には、1歳6か月児健診受診対象者の集計例を示す。

表11.4 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○年○月○日～平成○年○月○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○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						
(健診後の)フォロー アップ対象者(B1)	対象者数 (子ども実数)	再掲(複数計上あり)				再掲
		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	健診未受診(Bm)
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					再掲(未受診者のフォローアップ)	
	対象者数 (子ども実数)	再掲(複数計上あり)				現認状況	
		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(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。「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11.5）。

支援対象者が抱える要因を1～2年程度の短期間で解決でき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、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っ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11.5 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○年度)	(平成○年度)3歳児健診頃の結果*				
	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
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12. 3歳児健診の実施対象時期に関する検討

- ・ 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ている。
- ・ 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

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について、3歳0か月頃を始期とするか3歳6か月前後とするかは、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。

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

- ・ 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。
- ・ 常勤・非常勤従事者への研修予算を確保すべきである。
- ・ 非常勤従事者には、業務調整や打ち合わせ、説明会などへの参加を義務付ける必要がある。
- ・ 地区の医師会や歯科医師会の研修会に対して、市区町村は積極的に連携すべきである。

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、全国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ている。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、説明会などへの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。

地区の医師会や歯科医師会の研修会に対して、市区町村は積極的に連携すべきである。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。

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
社会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健康推進課	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

標準的な乳幼児期健康診査モデル作成に向けた提言

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