

乳幼児健康診査事業 実践ガイド

平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び
「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究

国立研究開発法人 国立成育医療研究センター

（平成 30 年 3 月）

序文

「身体診察マニュアル」および「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」は、平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業 課題 23「乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究」の事業費により作成した。その主旨は、以下の通りである。

1 調査研究事業の目的

乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）における問診内容や健康診査時の手技が標準化されていないため、診察する医師や関わる看護職等のスタッフの技量により結果が異なるといった課題に対し、乳幼児健康診査の標準化につなげるため、現場で実践可能なマニュアル等を作成する。

2 調査研究事業の内容

「標準的な乳幼児健診に関する調査検討委員会」を組織し、日本小児医療保健協議会（四者協）健康診査委員会や関係学会・団体等と密接に連携して事業を実施した（担当責任者：国立成育医療研究センター 小枝達也）。

なお、本研究事業では下記の調査を実施した。

- 乳幼児健診における医師の診察項目、精度管理、医師研修に関する実態調査
- 乳幼児健診における標準的な問診項目への回答者の状況と背景因子に関する調査
- 乳幼児健診における現場担当者の保健指導スキルに関する調査

3 冊子の内容

「身体診察マニュアル」は、乳幼児健診事業で診察に従事する医師を主な対象として、厚生労働省が示している標準的な診察項目に基づいて、具体的な実施方法を記述した。

「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」は、市町村が実施する乳幼児健診事業の企画、運営から評価の実践方法、及び多職種が連携する保健指導（乳幼児健診結果を踏まえた事後指導を含む。）について、保健師をはじめとするすべての乳幼児健診事業の従事者、および市町村を支援する都道府県の関係者を対象として記述した。

すべての自治体において、両冊子が相補的に利用され、乳幼児健診事業の標準化や「健やか親子 21（第2次）」の展開が進むことを期待する。

2018 年 3 月

事業担当者：国立成育医療研究センター	こころの診療部	小枝 達也
あいち小児保健医療総合センター	保健センター	山崎 嘉久
国立成育医療研究センター	こころの診療部	田中 恭子

「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」の目的と活用

1 目的

「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」（以下、「本書」とする。）の目的は、乳幼児健康診査（以下、「乳幼児健診」とする。）における問診項目や健康診査時の手技が標準化されていないため、診察する医師や関わる看護職等のスタッフの技量により結果が異なる課題に対し、乳幼児健診事業の標準化につなげるため、現場で実践可能な業務指針等を提供することである。

2 対象と活用

本書は、乳幼児健診事業に携わる保健師をはじめとする多職種の従事者を対象としている。自治体事業の視点から、標準的な保健指導につなげるための問診項目や多職種間で共有すべき情報の活用、事業評価の方法等を示している。

乳幼児健診事業の企画・運営や評価にあたる市町村の担当者や、市町村事業への助言指導にあたる都道府県の担当者に対しては、乳幼児健診従事者への研修、業務手順書の見直し、都道府県版の乳幼児健診マニュアルの作成や見直し等への活用が期待される。

付属 DVD には、乳幼児健診事業の従事者を対象とした新規または現任者研修等に活用する目的で作成した「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」の内容に関する研修教材等を収載している。併せて発刊する「身体診察マニュアル」は主に医師を対象としているが、乳幼児健診事業に従事するすべての職種が、双方の内容を共有すべきである。

3 本書の作成

本書は、標準的な乳幼児健診事業に関する厚生労働科学研究班等の先行研究¹の担当者（巻末参照）が、執筆にあたった。

「身体診察マニュアル」とともに、平成 29 年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「乳幼児健康診査のための「保健指導マニュアル（仮称）」及び「身体診察マニュアル（仮称）」作成に関する調査研究」により「標準的な乳幼児健診に関する調査検討委員会」を組織し、関係学会・団体等と密接に連携して事業を実施した。

本書は、日本小児科学会、日本小児保健協会、日本小児科医会および日本小児期外科系関連学会協議会で構成される日本小児医療保健協議会の健康診査委員会での検討を経て作成した。

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

平成 27～28 年度国立研究開発法人日本医療研究開発機構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

乳幼児健康診査事業 実践ガイド 目次

第1章 総論

第1節	母子保健事業における乳幼児健診事業の位置付け	95
第2節	事業計画に基づいた企画と評価の必要性	103
第3節	「健やか親子21（第2次）」の基本的理解と乳幼児健診の活用	112

第2章 標準的な保健指導の基礎

第1節	保健指導に必要な基本的な考え方	118
第2節	「健やか親子21（第2次）」の間診項目ならびに推奨間診項目の活用方法	125
第3節	多職種が連携して実施する保健指導のポイント	136

第3章 乳幼児健診における情報共有と情報活用

第1節	妊娠期からの支援と支援対象者の情報の活用	164
第2節	多職種間での情報共有（健診後のカンファレンス）のあり方	167
第3節	委託医療機関との情報共有	172

第4章 乳幼児健診の評価の実践

第1節	疾病スクリーニングの精度管理	175
第2節	支援対象者のフォローアップと評価	181

第5章 多職種間で共通に理解すべき情報

第1節	「健やか親子21（第2次）」の重点課題① 「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」	187
第2節	「健やか親子21（第2次）」の重点課題② 「妊娠期からの児童虐待防止対策」	194
第3節	社会性の発達状況の把握と支援のポイント	198
第4節	歯科保健分野の保健指導のポイント	207
第5節	栄養分野の保健指導のポイント	215

【参考文献】	225
--------	-----

【付属 DVD】

付属 DVD の活用方法について	232
✓ 現場従事者等を対象とする研修教材（Power Point）	
✓ 「乳幼児健康診査事業 実践ガイド」ならびに「身体診察マニュアル」の PDF データ	

【参考資料 DVD】

- ✓ 「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」等に関する講義（動画）

第1章 総論

第1節 母子保健事業における乳幼児健診事業の位置づけ

1 乳幼児健診事業の根拠と実施状況

わが国の乳幼児健診事業は、母子保健法に基づいて実施されている。第12条には「市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。」と定められ、「満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児」（1歳6か月児健診）および「満三歳を超え満四歳に達しない幼児」（3歳児健診）を対象とする健診は、法定健診とも言われる。これ以外の対象者については、第13条に「前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。」と定められている。

母子保健関連施策の中で、乳幼児健診事業は、妊娠の届出・母子健康手帳の交付、妊婦健診や産婦健診、乳児家庭全戸訪問事業などに引き続いて実施されるものである（図1-1）。長い歴史と高い住民の理解の下に、現在でも高い受診率が得られている。

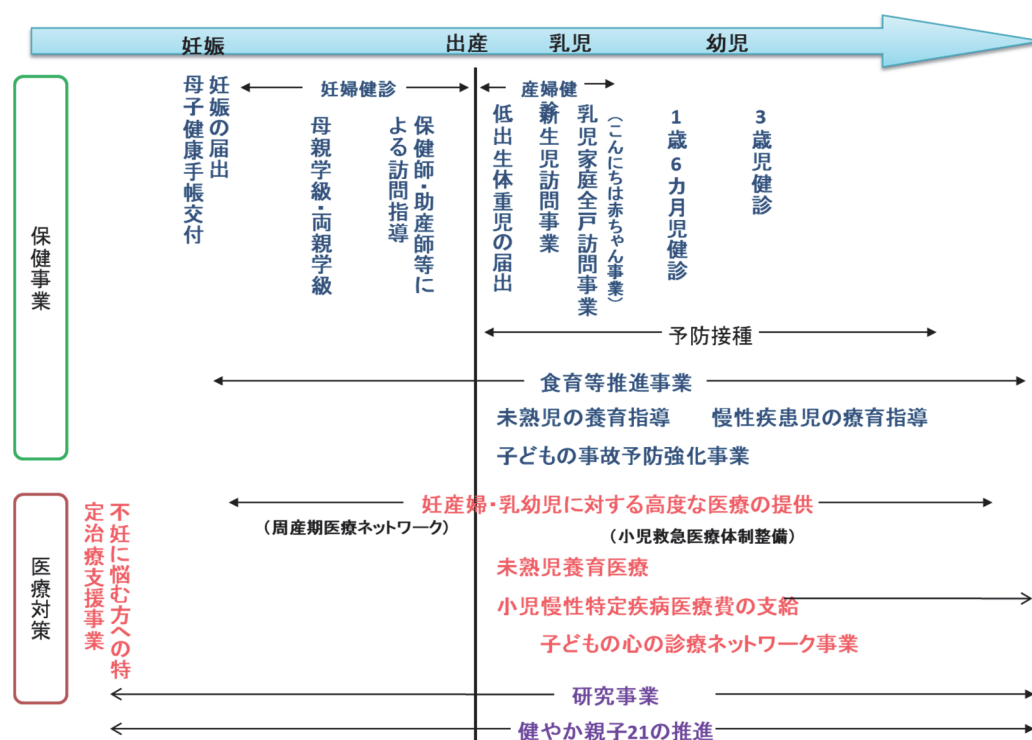


図1-1 母子保健関連施策の体系（厚生労働省子ども家庭局母子保健課）

法定健診以外にも市町村では、様々な健診が実施されている（表1-1）。このうち3～4か月児健診はほとんどの市町村で実施され、9～10か月児健診がこれに次いで多い。2歳児歯科健診や6～7か月児健診、5歳児健診など、市町村によりさまざまな対象時期で実施されているが、実施する市町村数は多くない。なお、小児科の診療所などで、かかりつけ医として独自に実施している健診の実施状況は把握されていない。

乳幼児健診には、市町村の保健センター等で行う集団健診と、医療機関に委託して行う個別健診がある。法定健診のほとんどは集団健診で実施されているが、乳児期の健診では個別健診の割合が比較的高くなっている。対象時期や集団健診か個別健診かの実施方法は、市町村により様々な状況にある。

表 1-1 乳幼児健診の実施状況（平成 27 年度（1741 市町村））

健診	一般健康診査				歯科健康診査			
	実施あり	公費負担あり	集団健診	個別健診	実施あり	公費負担あり	集団健診	個別健診
2 週間児健診	16	13	2	14	0	0	0	0
1 か月児健診	456	432	9	447	0	0	0	0
2 か月児健診	119	116	48	71	6	6	6	0
3～4 か月児健診	1,702	1,658	1,371	331	50	50	47	3
5 か月児健診	193	188	134	59	23	22	23	0
6～7 か月児健診	766	751	481	285	53	52	52	1
8 か月児健診	225	222	3	135	29	27	29	0
9～10 か月児健診	1,261	1,233	664	593	108	103	103	5
11 か月児健診	239	234	124	115	36	34	36	0
1 歳児健診	331	314	288	43	180	173	166	14
1 歳 6 か月児健診	1,741	1,741	1,676	52	1,741	1,741	1,664	51
2 歳児健診	441	421	434	7	874	849	800	74
3 歳児健診	1,741	1,741	1,708	23	1,741	1,741	1,678	44
4 歳児健診	42	39	40	2	74	72	67	7
5 歳児健診	209	205	201	8	117	113	105	12
6 歳児健診	16	16	15	1	39	38	36	3

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課調査（一部改編）

2 乳幼児健診事業の歩み

わが国の乳幼児健診事業は、国民皆保険が成立する以前から医療保険制度とは独立して、主に自治体の施策として発展してきた（Power Point 1 章 1 節 4（PP 1-1-4））。

1937 年（昭和 12 年）に保健所法が制定され、保健所における乳幼児保健指導が開始された。1939 年に愛育会と中央社会事業協会が提唱した「乳幼児一斉健康診断」が、わが国の乳幼児健診の始まりとされる¹⁾。1942 年の妊産婦手帳の開始に伴い、最低 3 回（妊婦届、妊娠 5～6 か月頃、妊娠 9 か月頃）の診察（妊婦健診）が奨励され、翌年の「妊産婦保健指導指針」において、産後の 2 回（産後 2 か月と 6 か月）の診察が追加された²⁾。第二次世界大戦後の 1947 年に児童福祉法が公布され、1948 年には（都道府県）保健所で乳幼児健診が開始された。同時に厚生省告示第 26 号で母子手

帳が定められ、1965 年（昭和 40 年）の母子保健法の公布で母子健康手帳と改称された。その後、保健所での 3 歳児健診（1961 年）、委託医療機関での個別健診（1969 年）、市町村の 1 歳 6 か月児健診（1977 年）が開始され、3 歳児健診への視聴覚検査（1990 年）が追加された。

1997 年（平成 9 年）に母子保健法が改正され、乳幼児健診事業の実施主体が市町村となった。1998 年、厚生省児童家庭局長通知「乳幼児に対する健康診査の実施について」（児発第 285 号）が発出され、乳幼児健康診査実施要綱が示された。2015 年からの「健やか親子 21（第 2 次）」では、乳幼児健診事業の評価指標が定められるとともに、評価指標の一部を乳幼児健診の必須問診項目に設定し、母子保健課調査として毎年度把握されることとなった。これを受け局長通知が改正され、「事業の評価を定期的に行う体制を整え、効果的な事業の運営を図る。」ことが明記された（第 3 次改正 雇児発 0911 第 1 号 2015 年）。

3 健康課題の重層性と多職種連携

乳幼児健診で取り扱う健康課題は、戦前・戦後の発育や栄養の改善から（三次予防）、股関節脱臼など疾病の早期発見と治療、脳性まひや視覚・聴覚異常の発見と療育（二次予防）、肥満やう蝕[†]の予防、社会性の発達、親子の関係性や親のメンタルヘルス、子ども虐待の未然防止など（一次予防）、時代とともに大きく変遷してきた。課題の多くは現在にも通ずるもので、乳幼児健診で取り扱う健康課題は重層化していることが特徴である。そして、現在では、健康課題のスクリーニングの視点だけでなく、支援（サポート）の視点が必要となっている（図 1-2）。

これに呼応して乳幼児健診に従事する職種も、医師・歯科医師、保健師、看護師、助産師、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、心理職、保育士などの多くの職種がかかわりをもつようになった。多職種の従事者がワンストップのサービスを提供する集団健診は、乳幼児健診に特有のスタイルである。

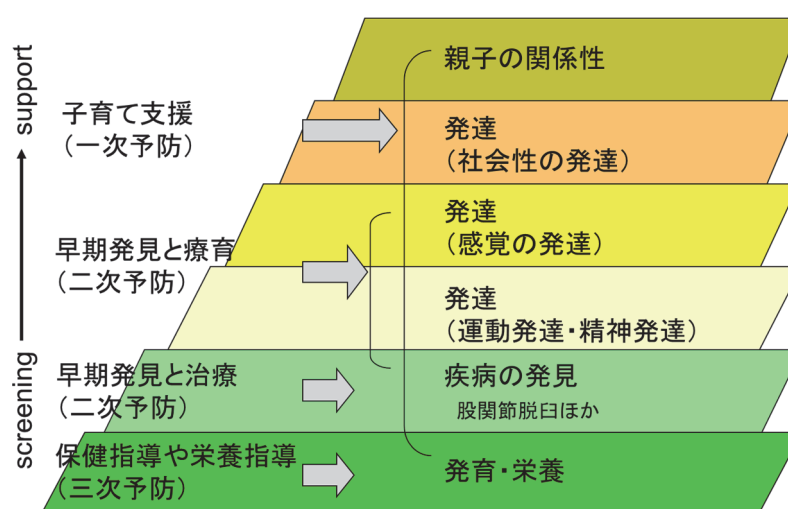


図 1-2 乳幼児健診の主要課題の重層性

[†] 「う蝕」は、「むし歯」の同義語である。歯科医療の用語として広く使用されていることから、本マニュアルでは「う蝕」で統一している。

4 新たな課題の出現等による母子保健関係業務の複雑化

「健やか親子21」の最終評価報告書では、母子保健事業の推進のための課題として、新たな課題の出現等による母子保健関係業務の複雑化が指摘された（PP 1-3-2）。母子保健を取り巻くその他の分野の概念が、複雑かつ密接に関わり、その境が分かりにくくなったこと、関連施策や計画等が増えてきたことが課題として挙げられた（図1-3）。

乳幼児健診に関係する法律としては、地域保健法（1947年）、児童福祉法（1948年）、母子保健法（1965年）が挙げられる。近年になり、児童虐待の防止等に関する法律（2000年）、次世代育成支援対策推進法（2003年）、少子化社会対策基本法、発達障害者支援法（2004年）、食育基本法（2005年）、子どもの貧困対策の推進に関する法律（2013年）など、幅広い分野の法律や関連通知等に、乳幼児健診事業の役割や活用に関する記述が認められるようになった。乳幼児健診事業は、母子保健事業のみならず、様々な施策のいわば根幹をなす事業と位置づけられるものとなっている。

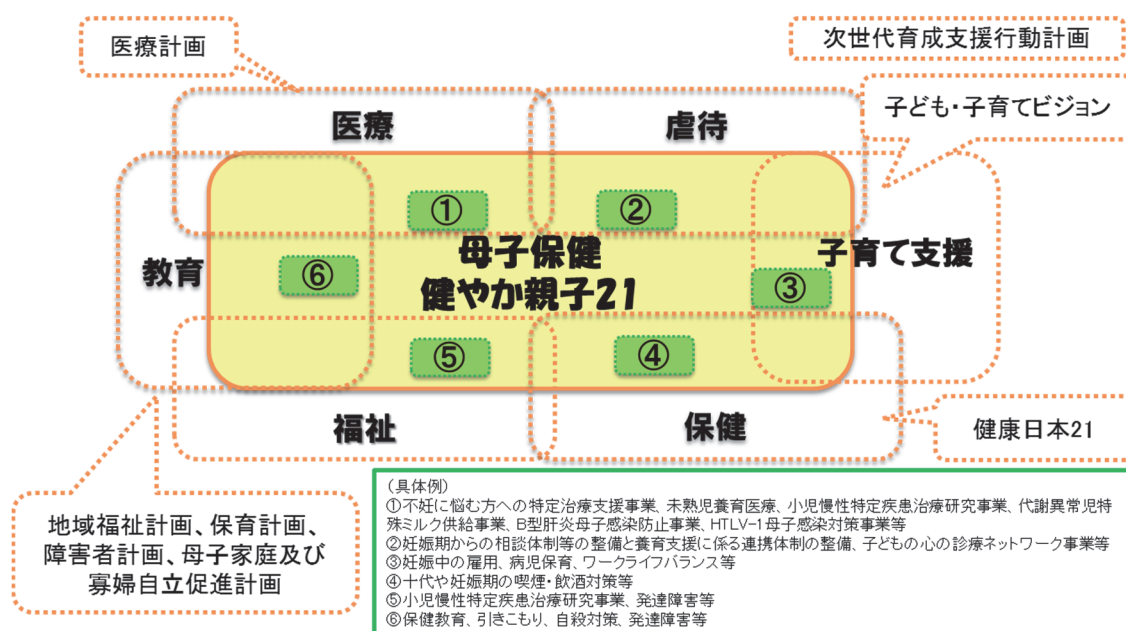


図 1-3 母子保健事業と関連する事業のイメージ図

子育てに何らかの困難や要因がある場合の支援策には、様々な状況がある。保健師等との良好な信頼関係を結び、助言や情報提供があれば、近隣のサポートを受けるなど自ら対処可能な親がいる。一方、困難を打開するためには、保健機関による個別支援（電話や家庭訪問、面接など一定の方針を立てて仕掛ける継続的な相談）や、事後教室などの支援事業（市町村ごとの年度計画による事業）が必要な親に対しては、「暖かなおせっかい」で関係を結ぶ必要がある。さらに、保健機関の個別支援と共に、福祉部門や医療機関など他機関と連携した支援が必要な場合もある。支援の必要性を認めない場合も含めて、すべての親子が母子保健事業の対象である。乳幼児健診事業においては、健診受診者の支援の必要性を把握するとともに、未受診者を必要な支援につなげることで、すべての親子に必要な支援を届けることができる（PP 1-1-7）。

5 乳幼児健診データの活用による母子保健事業等の評価

乳幼児健診は全国の市町村で高い受診率が得られていることから、そこで得られる個別の健康状況データを地域の状況把握に活用することができる。つまり、問診場面で把握される状況から、個別の相談や支援につなげると共に、その時期までの市町村における母子保健事業等をリアルタイムで評価する数値として活用することが可能である（PP 1-1-8）。

母子保健事業等の評価として、例えば、市町村は、食生活や生活習慣、歯科保健に関する問診データ等の経年変化を集計することで、乳幼児健診の保健指導を評価することができる。国の集計では、地域の健康度の経年変化等を用いた歯科や栄養、生活習慣などに関する評価が、795 市町村（45.7%）で実施されている（平成 27 年度）。都道府県や保健所単位で、その地域で特に重要な健康課題について共通の問診項目を定めることで、都道府県の健康状況を把握し、都道府県の母子保健計画等の評価に活用するとともに、管内市町村の比較により市町村への技術的助言に活用できる。愛知県では、2011 年度から県共通の問診項目を定めて、活用している³⁾。「健やか親子 21（第 2 次）」では、評価指標のうち「健康水準の指標」や「健康行動の指標」を把握する設問を、3～4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診と 3 歳児健診の全国共通の問診項目として、毎年度、母子保健課調査として実施されている（PP 1-1-9）。

全国共通の問診項目の活用の考え方は以下の通りである（図 1-4）。3～4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診と 3 歳児健診すべてで対象となっている問診項目は、「ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合（重点課題①-1）」「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合（①-2）」「積極的に育児をしている父親の割合（基盤課題 C-5）」など、子どもの成長が、回答結果と関連する指標である。これらの項目を用いた実際の問診場面では、子どもの状況変化に苦慮する様々な姿が把握される。

「この地域で子育てをしたいと思う親の割合（C-1）」の項目などとともに、それぞれの回答割合を集計し、他市町村や都道府県・国の平均値と比較することで、対象年齢によって異なる母子保健事業や子育て支援の施策の効果を直接、間接的に評価できる。なお、「子どもを虐待していると思われる親の割合（②-2）」に関連した問診項目は、質問文にある通り、この数か月間に家庭内で起きた子育て上のトラブルに関するものであり、集計値は、親の虐待の頻度を示すものではない。

3～4 か月児健診に特有の問診項目では、妊娠や出産後の保健指導などに関連する事業の状況が把握されるとともに、個別の問診場面では妊娠中から出産後の状況を振り返り、今後の支援につなげることができる。なお、「乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）を知っている親の割合（重点課題②-5）」の指標に関する問診項目は、乳児の激しい揺さぶりが脳障害を引き起こすことを啓発する意味も込められている。

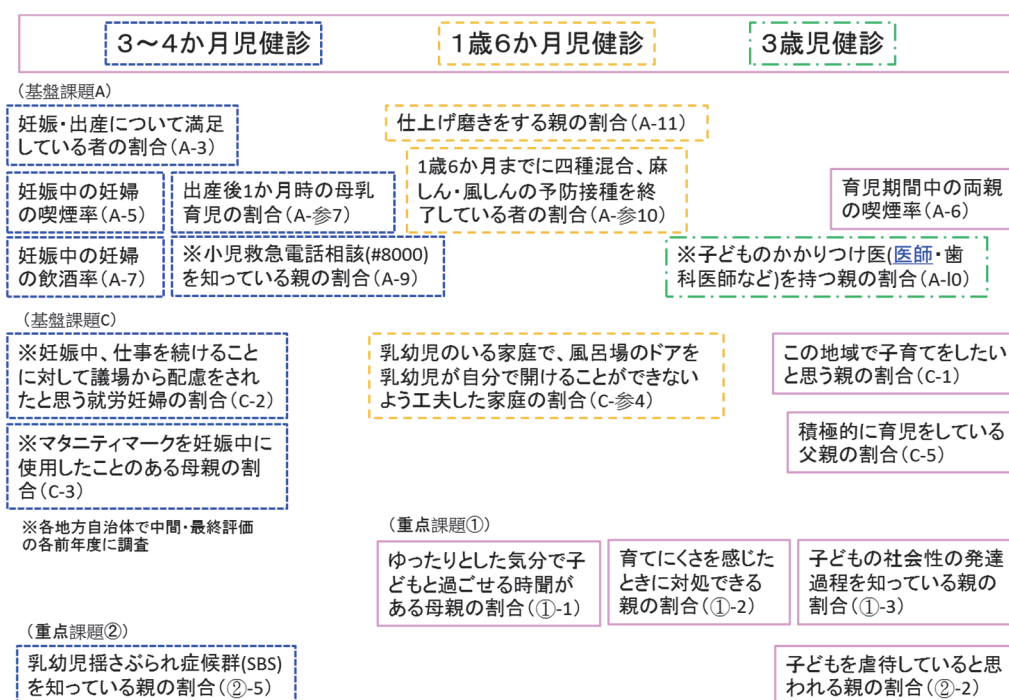


図 1-4 問診等で状況を把握する指標とその時期

1歳6か月児健診に特有の項目では、「仕上げ磨きをする親の割合 (A-11)」に関する問診項目が設定されている。う蝕の予防とともに親から子どもへのかかわりを促す項目である。また、予防接種や子どもの事故に関する項目は、予防接種事業、子どもの事故予防強化事業の評価につなげるとともに、問診項目以外の予防接種の勧奨や家庭内での事故予防策に活用することができる。

6 乳幼児健診事業の今後のあり方

1) 子育て世代包括支援センターとの関連

現在、全国展開を目指している子育て世代包括支援センター (PP 1-1-11) には、妊娠初期から子育て期にわたり、妊娠の届出等の機会に得た情報を基に、妊娠・出産・子育てに関する相談に応じ、必要に応じて個別に支援プランを策定し、保健・医療・福祉・教育等の地域の関係機関による切れ目のない支援を行うことが求められる⁴⁾。今日、ほとんどの市町村において、妊娠の届出時にアンケートを実施する等の方法で、妊婦の身体的・精神的・社会的状況が把握されている状況である。乳児家庭全戸訪問 (こんにちは赤ちゃん) 事業もほとんどの市町村で実施され、支援対象者は健診受診以前に把握されていることも少なくない。乳幼児健診は、支援対象者との関係性を結びなおし、継続的な関係を構築する場でもある。

ほとんどの市町村で実施されている3～4か月児健診と、法定健診である1歳6か月児、3歳児健診を、未受診者も含めたすべての親子の状況を確認する機会と位置付けて、定期的に支援やフォローアップの状況を見直すことで、子育て世代包括支援センター事業の評価につなげることができる (第4章第2節)。

2) 他の健診事業等との連携の考え方

乳幼児健診は、妊婦健診や学校健診とともに、すべて長い歴史と高い受診率が得ら

れ、住民にしっかりと根付いた制度である。妊婦、乳幼児、児童・生徒と対象は移り変わるが、一貫して健康の保障（健康の保持・増進）を目的としている。乳幼児健診と学校健診では、身長、体重などの身体測定値、問診や診察により子どもの健康状況の把握が行われている。妊婦健診だけでなく、近年、産婦健診も開始されて、妊婦のメンタルヘルスや社会的要因の把握の役割も果たすようになってきている。乳幼児健診との連携で、親と子の社会的な健康も保障する役割が求められている。また、乳幼児健診で取り扱う発達の保障は、就学時健診や学校健診との連携により、就学の保障や基礎的学力を保障するための教育の提供にもつながっている。

妊婦健診・産婦健診、乳幼児健診と学校健診は、住民のライフサイクルの中で、健やかな次世代を継承することを目指す、いわば「基本領域」と考えることができる（図1-5）。一方、妊婦健診・産婦健診、乳幼児健診、学校健診には、その年齢や対象ごとに、早期に発見し、治療につなげるための検査項目がある。例えば、妊婦健診では妊娠高血圧症、感染症スクリーニングが行われる。新生児期には先天代謝異常スクリーニングや聴覚スクリーニングが実施され、乳幼児健診では、乳児股関節検診、視覚検査、聴覚検査が行われている。学校健診でも心電図検診、学校検尿などが実施されている。職域・地域保健領域では、特定健診・特定保健指導、各種のがん検診や、労働者がメンタルヘルス不調になることを未然に防止するメンタルチェックなど、個別の健康課題に対する健診事業が中核となっている。その目的には、医療費削減という共通点がある。乳幼児健診や学校健診の年齢や対象ごとの検査項目とともに、いわば「個別疾患領域」の健診事業と整理することができるのではないだろうか。

さらに、わが国では国民皆保険制度が整い、現在ではすべての市町村において、子ども医療費助成制度等の医療費を援助する制度が利用できる。これらの医療制度は、「何かおかしい」と気づいた親が医療機関を受診するモチベーションを高め、事実上、疾病を早期に発見する役割も担っている。また小児科の診療所を中心に、一般診療の中でのいわゆる「子育て相談」に対する関心も高い⁵⁾。すべての親子に必要な支援を届けるためには、乳幼児健診の充実とともに、妊婦健診・産婦健診、学校健診等の健診事業や、医療保険制度による医療サービスが、複合的な基盤として活用されるための情報の共有と利活用が求められる。

2013年6月に閣議決定された成長戦略「日本再興戦略」を契機として、現在、すべての健康保険組合において、データヘルス計画が実施されている。これを背景とし、未来投資会議構造改革徹底推進会合「健康・医療・介護」会合（厚生労働省、総務省、文部科学省）では、乳幼児期・学童期の健康情報の連携についての検討が始まっている⁶⁾。今後、これらの検討結果も踏まえた、乳幼児健診事業のあり方についての議論が期待される。

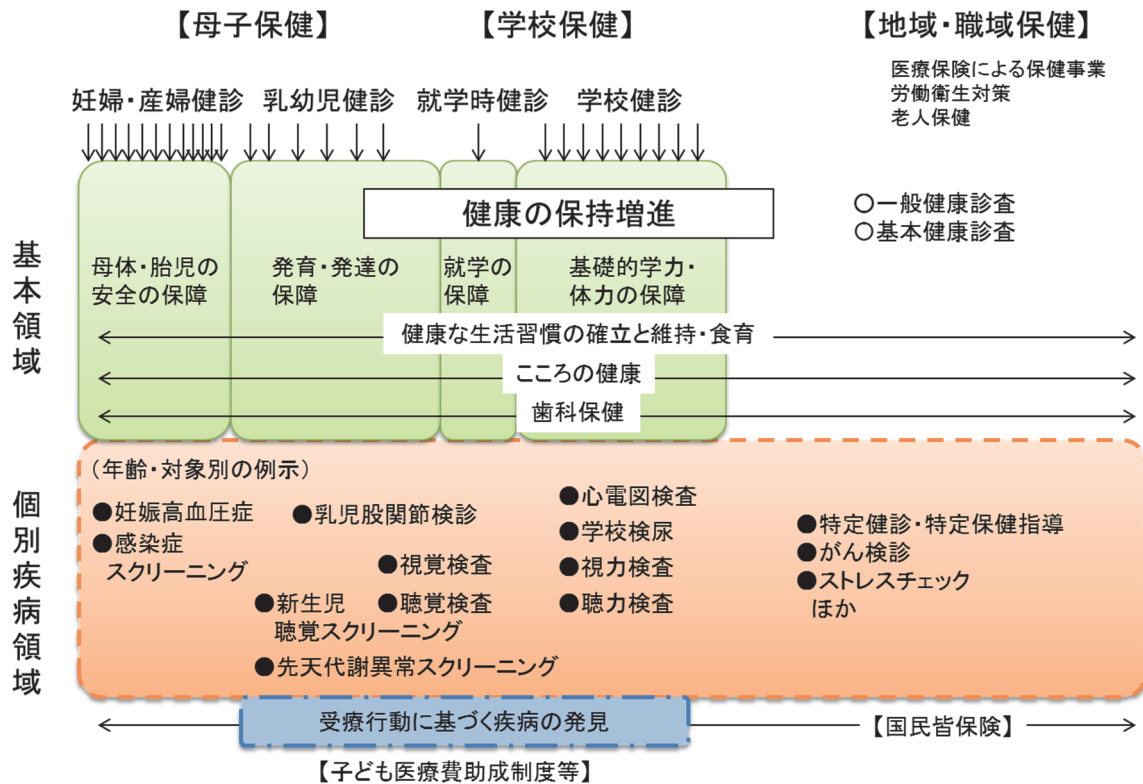


図 1-5 乳幼児健診事業と他健診事業等との連携の考え方

第 1 章 第 2 節 事業計画に基づいた企画と評価の必要性

1 母子保健事業の推進のための課題

「健やか親子 21」最終評価報告書では、母子保健事業の推進のための課題が明確となった⁷⁾。母子保健に関する計画策定として、1997 年から母子保健計画（市町村）の策定と見直しが行われたものの、その後、次世代育成支援対策推進法に基づく次世代育成行動計画（都道府県・市町村・事業主）への包括化や健康増進計画（都道府県・市町村）などとの関係から、どの計画に位置付けられるか、取組や実施体制等にも自治体ごとに異なる状況となっていることが示された。また、乳幼児健診事業の内容や手技が標準化されていないこと、問診内容等が市町村ごとに異なること、情報の利活用が不十分な状況も指摘された（表 1-2）。

表 1-2 最終評価の検討において指摘された今後の課題

母子保健事業の推進のための課題

1. 母子保健に関する計画策定や取組・実施体制等に地方公共団体間の格差があること
2. 新たな課題の出現等による「母子保健」関係業務の複雑化
3. 母子保健事業の推進のための情報の利活用の状況について
 - 健康診査の内容や手技が標準化されていないこと
 - 情報の利活用が不十分なこと
 - ✓ 問診内容等情報の地方公共団体間の比較が困難なこと
 - ✓ 情報の分析・活用ができていない地方公共団体があること
 - ✓ 関連機関の間での情報共有が不十分なこと

わが国の母子保健の状況を振り返ると、20 世紀中盤には、乳児死亡率などの基本的な保健指標が顕著に改善しているが、これは母子保健事業の成果と言えるだろう。その成因として、中村⁸⁾は、当時の一般的な女性の教育レベルの高さや住民組織の存在、保健師等の訪問活動や現任者教育システムとともに **discretion in front-line service**（現場裁量権）の存在を指摘している。つまり、保健師等の現場従事者が、地域や住民のニーズに合わせて現場レベルで工夫できたことが、成果の一因ということである。母子健康手帳においても、省令様式以外のいわゆる任意様式については、市町村により独自に工夫されている。乳幼児健診の実施状況が異なるのは、保健指導などの個別性の高い業務と直結するため、現場のニーズを反映する工夫によるといえる。これまでの母子保健事業の成果は、個別の対象者や現場のニーズに対峙した保健師等の熱意と努力で達成されてきた。しかし、この強みは、現場従事者の個々のスキルに依存するという短所と表裏一体である。また、母子保健事業の複雑化や地域の健康格差を踏まえた事業展開が、乳幼児健診事業においても求められている。

2 事業計画と評価

「乳幼児に対する健康診査の実施について」の局長通知の改正（2015 年）では、「事業の評価を定期的に行う体制を整え、効果的な事業の運営を図る」ことが明記された

(第3次改正雇児発 0911 第1号)。事業計画に基づいた評価は、行政サービスの標準化のためだけでなく、現場ニーズに呼応した人材育成や事業実施体制の改善に必要な予算獲得のためにも不可欠といえる。

1) 乳幼児健診事業の企画

乳幼児健診事業は、日常の現場業務としてしっかりと根付いた事業であるが、その企画にあたっては時代の変化に伴う事業の意義に照らし合わせるべきである。標準的な乳幼児健診事業と保健指導について検討を重ねてきた研究班⁹⁾では、親子の健康を保障するための乳幼児健診の今日的な意義として、次の4点を示した。

①健康状況の把握：受診者個々の健康状況の把握に加え、問診情報の集計などにより地域の健康

状況を把握すること。

②支援者との出会い：親子が支援者と出会う場であるとともに、支援者との継続的な関係を

構築・再確認し、すべての親子に必要な支援につなげること。

③多職種の視点：多職種が有する知識や技量を共有し、従事する職種が限られていても、

すべての従事者が多職種の視点で保健指導を行うこと。

④共通の基盤：すべての都道府県と市町村が、地域の状況に合わせて工夫をするとともに、

一貫した行政サービスを提供するための共通の基盤を整えること。

これらの意義を事業展開するために必要なのが、事業計画に基づいた実施と評価である (Power Point 1章2節4 (PP 1-2-4))。

2) 実施体制の構築

乳幼児健診事業では、毎年度の事業計画に基づいて、対象者の把握 (事前の情報把握を含む)、健診の実施 (問診・観察・診察と判定、保健指導とカンファレンス)、健診後のフォローアップ (精密検査結果の把握、支援状況の把握等)、未受診者対応、支援の実施 (相談・訪問などの個別支援や事後教室等の支援事業等)を行う (図 1-6)。これらの実施結果を市町村で集計し、また県・保健所や国への報告・還元情報を用いて、評価を行う実施体制を構築する必要がある。

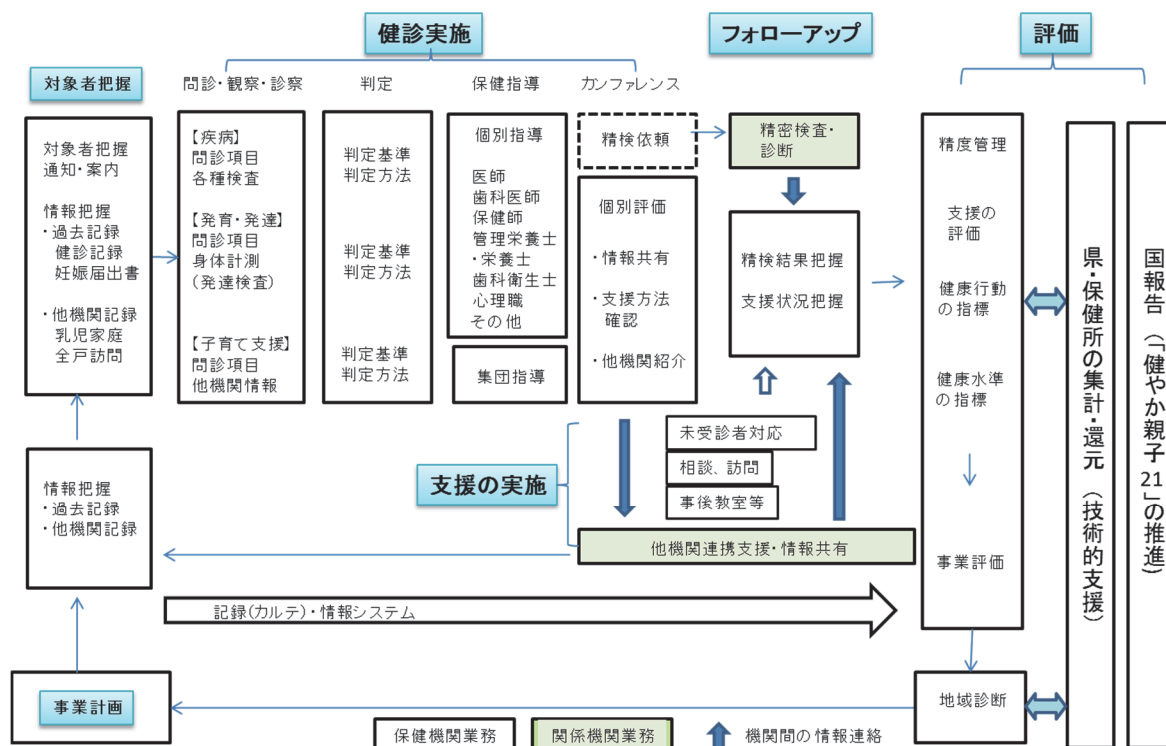


図 1-6 標準的な乳幼児健診の実施体制と評価

医療機関に委託する個別健診には、相応の利点が認められるが¹⁰⁾、図 1-6 に示した集団健診の実施体制から見て、委託可能な業務は「健診実施」の一部など限定的である。疾病のスクリーニングだけではなく、支援対象者の把握と支援が求められる乳幼児健診事業において、事業実施主体である市町村は、委託医療機関との円滑な情報共有など、間隙を埋めるための業務を盛り込む必要がある。

3) 個別ケースへの対応の振り返りから事業評価へ

研究班が実施した支援対象者への評価に関する調査では、事前の情報を健診前に健診従事者間で共有して問診にあたることや、健診後のカンファレンスにおいて、健診場面で把握した情報を共有して対応方針を決定し、ケースを担当する保健師に業務をつなげるなど個別ケースへの対応は、多くの市町村で実施されていることが把握された¹¹⁾。また、訪問記録やフォローアップ台帳などを回覧することや部内の話し合いの場を持つなどしてフォローアップ状況を共有し、支援方針を見直すなどの振り返りも少なからず実施されている。これらの個別ケースの評価は、現場対応に不可欠である(第 4 章第 2 節)。

一方、乳幼児健診事業においても、事業計画(plan)、事業実施(do)、事業評価(check)とこれらの情報に基づいた計画の見直し(action)の PDCA サイクルを用いた評価と運営が求められる。しかし、研究班の調査では、乳幼児健診受診者数や保健指導の件数など業務実績は集計されていても、PDCA サイクルを用いた評価を実施している事例はほとんど把握できなかった(PP 1-2-6)。これまでの研究等で提示された評価方法は現場業務には複雑で、外部委託の画一的な集計は現場業務に生かす結果につながりにくい。このため研究班では、乳幼児健診事業を評価するために現場業務で実現可能な考え方を示した(PP 1-2-7)。

3 これまでの評価の状況

2001年に始まった国民運動計画である「健やか親子21」は、母子保健事業の目標を構造化し、数値評価する画期的なものであった。しかし、この分野では初めての取り組みであったことなどから、2回の中間評価や最終評価においては、状況を把握する設問や調査方法が変更された指標も認められた。例えば、「乳幼児の健康診査に満足している者の割合（課題4-11）」では、計画策定時には、幼児健康度調査の設問「お子さんがこれまでに受けた健診に満足していますか」に対する択一式で「1. 満足している」の回答割合で求められた。第1回中間評価以降は、1歳6か月児と3歳児健診受診者への設問「健診を受けた感想はいかがですか」に対する複数選択式で「1. 信頼ができて安心できた」の回答割合とされた。最終評価時には、満足している割合の選択肢が変更されたことなどから総合評価では「評価できない」となった（PP1-2-7）。集団健診の現場では、受診者の利便性やいわゆる顧客満足度が受診率の向上につながるなどの考え方がある。一方で、多様なニーズに応じた支援や、そのための支援者との継続的な関係性の構築という手間と時間を要する業務が重要であることも、健診従事者に認識されている。したがって、乳幼児健診の立ち位置の複雑さが評価を困難にしていたと考えられる。

「育児支援に重点をおいた乳幼児健康診査を行っている自治体の割合（課題4-12）」が、「健やか親子21」の評価指標に設定されたことで、子育て支援の視点が乳幼児健診の目的として明確化された意義は画期的であった。しかし、評価に用いられた調査データは、自治体に対して「育児支援に重点を置いた乳幼児健康診査の実施」の項目に、「1. 取り組んでいる 2. 取り組んでいない」の択一式で回答する方法で集計された。その結果、計画策定時には6割程度の市町村が該当する状況であったが、第1回中間評価以降は、ほとんどの市町村が「取り組んでいる」と回答したため、調査データからは一気に全国に広まって「改善した（目標に達していないが改善した）」との総合評価であった（PP1-2-9）。この結果について、子育て支援に重点を置いた乳幼児健診の必要性を唱える論評や専門家の意見が認められたものの、その回答内容や基準は市町村の担当者に任されていた（PP1-2-10）。また、各市町村では、限られた状況の中でそれぞれに工夫していたが、何をどこまで実施すれば取り組んでいると回答できるのかは示されていない。市町村にとって評価結果を活用することは、困難であったと考えられる。

乳児健診未受診児など生後4か月までに全乳児の状況把握に取り組んでいる市町村の割合（課題4-13）においても、同様に「1. 取り組んでいる 2. 取り組んでいない」の二者択一で評価しているため、評価結果を市町村事業に生かす方向性は示されていない。最終評価報告書には、調査・分析上の課題として、「全数把握を目標とするあまり個々の対応が浅くなる懸念もあり、量的な評価だけでなく、量と質のバランスもまた重要である。家族の持つそれぞれのニーズに応じた適切な支援が行われているかどうかの分析も必要である。」と記されている。

4 「健やか親子21（第2次）」で示された乳幼児健診事業の評価指標

評価結果を一般化するためには、評価指標の妥当性や関係者の共通理解が必要である。「健やか親子21（第2次）」で示された評価指標は、エビデンスに基づいた検討がされており、標準的な評価指標としての意義がある。また、「健やか親子21」の最

終評価での経験を踏まえ、環境整備の指標に対しては、指標を満たすための条件が示されている。これらの条件は、市町村や都道府県・保健所の取り組みの方向性を示すものである。市町村は、乳幼児健診で得られたデータ、および国や都道府県（保健所）から還元される情報などを用いて、乳幼児健診事業や母子保健事業全体の事業評価につなげることができる。都道府県は、市町村の事業計画、実施、評価に必要な助言や情報提供を行うことが求められる。

以下に、乳幼児健診事業を評価する指標とその活用のポイントを示す。また、研究班が作成した「手引き」¹⁰⁾ の P. 100～144 には、乳幼児健診に関連したその他の指標、母子保健事業の評価につなげるための問診項目の活用のポイントが示されている。

1) 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（基盤課題 A-16）

乳幼児健康診査事業を、PDCA サイクルに沿った評価手法を用いて実施することを目指す指標である。すでに母子保健課調査で把握されている状況とともに、市町村での活用法について示す。

①母子保健計画に基づいた評価

事業評価の基本は、計画づくりである。指標や目標値は、例えば、受診率、未受診者の把握率（現認率）など地域の状況に応じて定める。目標値は、単に数値を羅列するのではなく、その必要性やこれを達成するために必要なインプット（予算や人材等）について十分に検討し、達成過程を明らかにすべきである。可能な限り都道府県単位で共通の指標を持つことが望ましく、達成度に応じて定期的に見直すべきである。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、母子保健計画は 1,442 市町村（82.8%）で策定されているが、乳幼児健診に関する指標や目標値を定めているのは 1,047 市町村（60.1%）である。母子保健計画の未策定市町村は、健診受診率など既存の指標や目標値を定める計画策定を行い、計画策定がされている場合でも評価結果を活用する体制の構築が求められる。

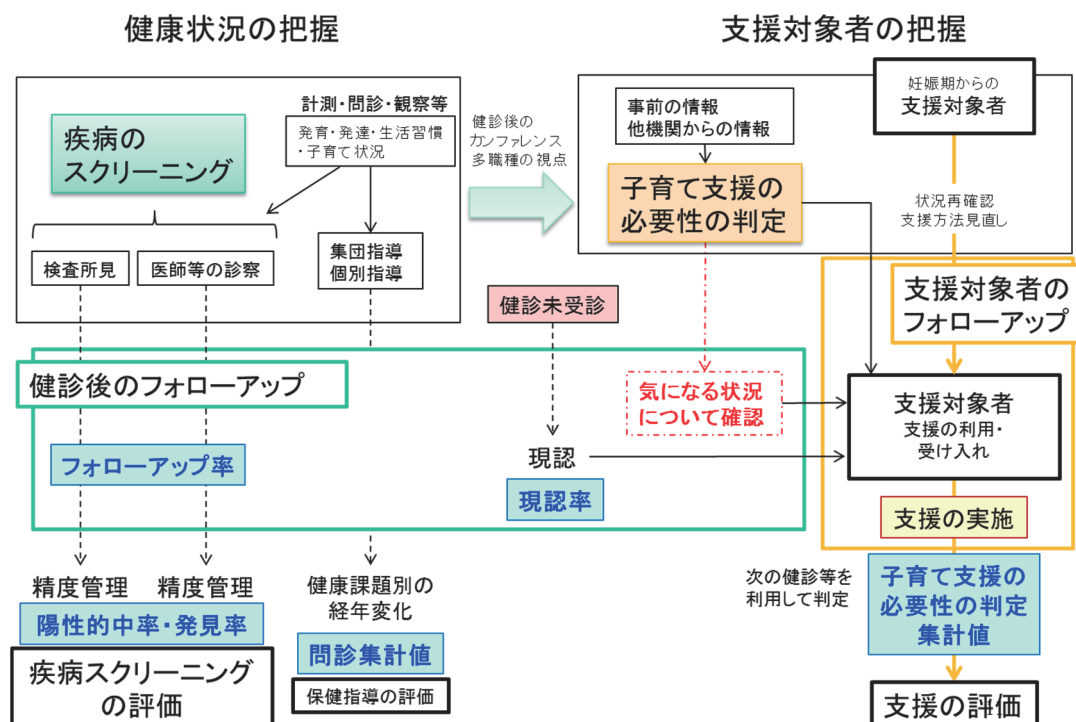


図 1-7 乳幼児健診事業における評価指標

②疾病スクリーニングの精度管理

今日の乳幼児健診事業には、従来行われてきた子どもの健康状況の把握に加えて、親子への子育て支援の必要性の検討が求められている。事業評価につなげるためには、疾病スクリーニングと支援対象者のフォローアップと評価を区別して捉える必要がある（PP 1-2-10）。

疾病スクリーニングの精度管理は、対象となる疾病を特定し、健診後のフォローアップ業務として医療機関の精密検査結果を把握し、精度管理を行う。評価には、判定の標準化のために判定のばらつきの状況を確認し、数値指標（フォローアップ率、発見率と陽性的中率の算出）を用いた精度管理を行う（図 1-7）。具体的な方法は、第 4 章第 1 節に示した。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、精度管理の実施が 362 市町村（20.8%）と少なく、「研究班調査」^{12, 13)}では数値指標を用いた精度管理の実施率は 1 割に満たない。都道府県との連携で、対象とする疾病を特定し、市町村ごとの数値指標の結果に基づいて、判定基準やフォローアップ方法、精密検査医療機関との連携を展開する必要がある。

③支援対象者のフォローアップと評価

支援の必要性の検討は、健診後のカンファレンスで多職種の視点を入れて、子育て支援の必要性の判定など標準的な区分を用いて判定する。健診未受診者は、健診後のフォローアップ業務として現認し、必要な支援につなげる。また、支援対象者は、妊娠期から把握されていることも少なくない。支援対象者のフォローアップ業務として、個別支援の受け入れや支援の利用状況を他機関との情報共有も含めて把握する（図 1-7）。3～4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診を、すべての親子の状況を確認

し、支援事業を評価する機会とすることができる（第4章第2節）。

母子保健課調査（平成27年度）では、1,309市町村（75.2%）の実施状況となっているが、研究班調査では、ほとんどが個別ケースの評価にとどまっている。事業評価が実施できる体制の構築が必要である。

④健診医に対するフィードバック

疾病スクリーニングの精度管理には、見逃しケースを把握する体制を構築するとともに、精度管理結果を健診医にフィードバックする機会を設ける必要がある。保健所や都道府県が地域医師会などと連携し、協議の場や研修会を実施することが求められる（第4章第1節）。

母子保健課調査（平成27年度）では、661市町村（35.1%）と少ない実施状況にある。保健所や都道府県に連携を求め、実施体制を構築する必要がある。

⑤保健指導の効果の評価

歯科保健分野では、う蝕の有病率の集計値の経年変化を用いて、保健指導の効果を評価する方法が、すでに一般化している。保護者の喫煙などの生活習慣や食生活に関する問診項目の集計値を経年的に分析することで、保健指導の効果を評価することができる。

母子保健課調査（平成27年度）では、795市町村（45.7%）が実施している。「健やか親子21（第2次）」の共通問診を活用して、妊娠中の喫煙や飲酒、育児期間中の父母の喫煙、親の仕上げ磨き、事故予防策は、都道府県との連携で保健所管内市町村とのデータを比較するなどの分析が可能である。愛知県では、県内共通の問診項目として、朝食、就寝時間、テレビ等の視聴時間などの生活習慣の状況を集計している。都道府県や保健所との連携で、評価項目を検討することが市町村事業の評価に有用である。

2) 市町村の乳幼児健康診査事業の評価体制構築への支援をしている県型保健所の割合（基盤課題 A-16）

「健やか親子21（第2次）」では、地域格差の解消に向けて市町村の母子保健事業を標準化するため、都道府県の役割が指標に盛り込まれている。母子保健課調査の設問・選択肢に示された条件は、乳幼児健診事業の評価体制に構築のために必要な都道府県・保健所の役割である。

①母子保健計画に基づいた評価

母子保健事業が複雑化している中でも、乳幼児健診事業はその根幹をなすものである。乳幼児健診に関する都道府県計画の目標値や指標は、市町村事業の標準化や健康格差の解消に向けた施策の展開に不可欠である。

母子保健課調査（平成27年度）では、都道府県の母子保健計画において、乳幼児健診に関する項目を定めて評価していたのは27都道府県（57.5%）であった。

②評価項目を定めた健診情報の収集による分析

評価項目として、「健やか親子21（第2次）」の指標が活用できる。市町村間の比

較だけでなく、全国集計値との比較により都道府県事業の評価としても活用できる。都道府県や保健所単位で、地域の状況に応じ独自に評価項目を定めることは、市町村の状況把握するためにより適している。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、94 保健所（25.5%）の実施状況であった。

③健診結果の評価に関する管内会議の開催

収集された健診情報の分析や評価には、関係者間で情報を共有し、現場の意見を踏まえた議論が必要である。市町村の実態を共有し、市町村事業に生かすことができる。保健所の保健師が管内市町村の乳幼児健診を巡回することは、状況把握としても、現任者研修の場としても有用である。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、101 保健所（27.5%）の実施状況であった。

④市町村向けの研修の実施

医師・歯科医師を含め乳幼児健診事業の従事者の多くが、非常勤職員であることから、健診従事者への研修機会の提供には市町村の高いニーズがある。乳幼児健診事業の意義や目指している方向性を共有し、精度管理や支援結果などの評価方法の理解を促すための研修は、業務の標準化と質の向上に不可欠である。なお、中期的な研修計画の項目の一つとして、乳幼児健診事業の評価方法が含まれることが指標に示された条件である。

母子保健課調査（平成 27 年度）では、16 都道府県（34.0%）、55 保健所（15.0%）の実施状況であった。

3) 乳幼児健診の受診率（基盤課題 A-8 重点課題②-3 再掲）

受診率は、乳幼児健診への住民参画の状況を示す指標として、また、市町村や都道府県の母子保健計画の評価指標として用いることが可能である。「健やか親子 21（第 2 次）」では、すべての親子に必要な支援を届ける視点から、未受診率を指標としている。

受診率に影響を与える因子は、地方自治体側の周知方法や開催日時や場所などの実施体制の要因と、住民側の意識や生活状況などの要因が複合的に関与していると考えられる。平成 27 年度の未受診率は、3～5 か月児 4.4%、1 歳 6 か月児 4.3%、3 歳児 6.7%で、いずれの健診でも直近 10 年間は着実に減少しているが、都道府県間や同一都道府県内の市町村比較では違いを認めている。受診率に影響を与える要因は、地域によって異なると考えられ、受診率向上のための計画策定には、まずは地域ごとの要因の分析が必要である。

受診率は、年度内に受診した実人数をその対象者で除したものであるが、次項の未受診者の全数把握を標準化するためにも、乳幼児健診の未受診者を定義づける必要がある。具体的には、「未受診」を、「受診促し対応期間[†]中の健診を受診していない」「受診促し対応期間を設けない児が、受診対象日の健診を受診していない」と定義し、受診促し対応期間を 3～4 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診ごとに決め、乳幼児健康診査未受診児対応業務フローを作成することが求められる¹⁴⁾。

[†] 受診促し対応期間とは、健診を受診しなくても未受診としない期間であり、その間は受診日の変更及び再通知を行うなど受診の機会を設ける。

4) 乳幼児健康診査の未受診者の全数を把握する体制がある市区町村の割合（基盤課題 C-6）

乳幼児健診の未受診者の中から子ども虐待による死亡などの重大事例が報告されていることから、未受診者の把握は重要である。把握の期限を定め、直接児を確認する必要がある。また、市町村の母子保健担当部署のみでは対応に限界があることから、他部署や他機関等と連携して未受診者を把握することが重要である。

母子保健調査で把握する設問・選択肢に、全数を把握する体制の条件として、①把握する期限、②把握方法、③現認率の算出、④期限内に把握できない場合の対応が設定されていることで、市町村が実施すべき方向性が示されている。未受診者に対しても、現認したうえで支援の必要性について検討し、支援につなげることが必要である（第4章第2節）。

母子保健課調査（平成27年度）では、1,682市町村（96.6%）が全数把握体制ありと回答したが、①把握期限 1,297市町村（74.5%）、②把握方法 1,443市町村（82.9%）、③現認率の算出 548市町村（31.5%）、④期限内に把握できない場合の対応 1,319市町村（75.8%）であった。体制がない市町村だけではなく、体制があると回答した市町村においても、不足する業務を補足する必要がある。

5) 市町村の乳幼児健康診査の未受診者把握への取組に対する支援をしている県型保健所の割合（基盤課題 C-6）

母子保健課調査で把握する設問・選択肢に、未受診者把握への取組に対する支援の条件として、①市町村との情報共有、②未受診者対応の評価、③市町村向けの研修の実施が設定されている。都道府県では市町村支援を保健所以外の福祉事務所等が行っているところがあり、母数を母子保健担当部署が支援している県型保健所の数としている。なお、研修については、中期的な研修計画の項目の一つとして、未受診者対応に関する内容が含まれることが指標の条件である。

母子保健課調査（平成27年度）では、支援しているとの回答は93保健所（25.3%）で、うち92保健所が母子保健担当部署で実施していた。支援していると回答した保健所のうち、①～③のすべてを実施しているのは40保健所（10.9%）であった。未受診者への個別対応においては、児童相談所などとの連携の必要な場合があるが、すべての親子を対象とする乳幼児健診事業の評価や研修への支援は、都道府県や保健所の母子保健担当部署が役割を果たす必要がある。

第1章 第3節 「健やか親子21（第2次）」の基本的理解と乳幼児健診の活用

1 健やか親子21

「健やか親子21」は21世紀初頭の母子保健における、2001年から2014年までの国民運動計画である。健やか親子21は4つの主要課題、すなわち、20世紀中に達成できなかった課題として「思春期の保健対策の強化と健康教育の推進」、少子化対策として「妊娠出産に関する安全性と快適性の確保、不妊への支援」、世界トップの水準の小児保健医療を維持するための課題として「小児保健医療水準を維持向上させるための環境整備」、そして、21世紀に入り問題が顕著化すると思われる虐待対策である「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」が設定された。厚生労働省は2013年に「健やか親子21最終評価等に関する検討会」を立ち上げ、健やか親子21の最終評価¹⁵⁾を行い、それを踏まえて健やか親子21（第2次）を2014年5月に提示した¹⁶⁾。

2 健やか親子21の最終評価

最終評価では、指標の80%以上で改善が認められた。69の指標・74の項目のうち、20項目(27.0%)が目標を達成し、目標に達成していないが改善したものが40項目(54.1%)であった。悪くなっている項目は2項目(2.7%)であり、10代の自殺の割合と低出生体重児の割合である。一方で、大きく改善したものに、未成年の喫煙率がある。ベースラインのデータ(1996年)では、高校3年生の男子で1か月以内に喫煙をした者が約36%であったが、2010年の厚生労働省の研究班調査では8.6%に減少した。また、飲酒に関しても同様に大きく改善しており、種々の取り組みの成果と言える。同様に妊婦の喫煙率、飲酒率も改善した。

新たに注目されたことは地域間の健康格差の存在である。例えば3歳のう蝕の有病率は都道府県格差が約2.5倍あり、10歳(小学校5年生)の男子の肥満の割合は都道府県の間に2倍以上の開きが認められた。また、市町村における健診後のフォローアップ実施や健やか親子21の指標の取り組みなどで、母子保健サービスの地域間格差も存在していた。

3 最終評価から見てきた課題

最終評価によって見えてきた母子保健の課題を表1-3にまとめた。思春期の保健対策、児童虐待(子ども虐待)対策に加えて、育てにくさを感じる親への支援、発達障害の理解、DOHaD(Developmental Origin of Health and Disease)の概念、ソーシャル・キャピタルの醸成などの課題が新たに加わった。

一方、母子保健事業の推進のための課題として、①母子保健に関する計画策定や取り組み・実施体制等に地方公共団体間の格差、②新たな課題の出現等による「母子保健」関係業務の複雑化、③母子保健事業の推進のための情報の利活用の状況が挙げられた。情報の利活用については、乳幼児健診の内容や手技が標準化されていないことによる、診察する医師や関わる保健師等のスタッフの技量により大きく結果が異なる状況が発生していること、情報の利活用が不十分であり、情報収集しても集計、分析を十分に行っておらず、事業評価、地域格差などの把握のための情報の共有ができていないことが指摘された(表1-4)。

表 1-3 最終評価からみえた母子保健の課題

(1) 思春期保健対策の充実

- ✓ 10代の自殺が増加しており、子どもの心の健康は喫緊の課題である。
- ✓ 子どもの肥満の出現率は横ばいであるが、思春期の不健康なやせは増加している。適正体重の啓発や対策が必要である。
- ✓ 女子の朝食欠食割合の増加、飲酒割合が男子を上回るなど、女子に対する更なる保健対策が必要である。
- ✓ 性感染症が増加しており、要因分析が必要である。

(2) 周産期、小児救急、小児在宅医療の充実

- ✓ 周産期医療ネットワークは整った。今後は機能の充実強化や連携が課題である。
- ✓ 産婦人科医、助産師の地域偏在が課題である。
- ✓ 低出生体重児数が減少していない。胎児期、新生児期の環境影響が将来の健康に関わるという DOHaD (Developmental Origin of Health and Disease) の概念も踏まえた対策が必要となる。

(3) 母子保健事業間の有機的な連携体系

- ✓ 関連機関が乳幼児健診、予防接種等の情報を共有して、有効な子育て支援に結びつける必要がある。
- ✓ 母子保健サービスの地域間格差を解消していくための施策が必要である。
- ✓ 妊娠・出産・産後における地域での切れ目のない支援のために、医療機関や保健センターでの母子保健サービスの有機的な連携体制の強化が求められる。

(4) 安心した育児と子どもの健やかな成長を支える地域の支援体制作り

- ✓ 健康の社会的決定要因が注目される中、地域で子どもの健康を支えるという母子保健領域におけるソーシャル・キャピタルの醸成が課題である。
- ✓ 育児不安につながる、育児に取り組む保護者の孤立への対策が必要である。
- ✓ 子育て情報や相談について、情報通信技術 (ICT) 等を活用する親に応じた支援体制の整備が求められる。

(5) 「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援

- ✓ 「育てにくさ」の要因は、子どもの心身の状態、親の子育て経験の不足、周囲の支援の不足など多面的な要素を含むため、その要因を見極めた支援が必要である。
- ✓ 発達障害などで育てにくさを感じる親に寄り添う支援と、発達障害に対する社会の理解が必要である。

(6) 児童虐待防止対策の更なる充実

児童相談所における虐待件数は増加の一途をたどっており、児童虐待防止対策を更に充実する必要がある。そのために、
①発生予防、②早期発見・早期対応、③子どもの保護・支援、保護者の支援
について取り組む必要がある。

4 健やか親子21 (第2次)

健やか親子21の最終評価を踏まえた「健やか親子21 (第2次)」の10年後にめざす姿は「すべての子どもが健やかに育つ社会」である¹⁷⁾。「すべての子どもが健やかに育つ社会」は2つの方向性がある。一つは日本全国どこで生まれても一定の質の母子保健サービスを受けられ、生命が守

られるという地域間の健康格差の解消という視点であり、もう一つは、疾病や障害、親の経済状態等、個人の家庭環境の違いを超えて、多様性を認識して母子保健サービスを展開するという視点である。また、子どもの健やかな発育のためには、子どもへの支援に限らず、親がその役割を発揮できるよう親への支援をはじめ、地域や学校、企業といった親子を取り巻く温かな環境の形成や、ソーシャル・キャピタルの醸成が求められる。そして、母子保健活動は命を守る「子育て健康支援」であるという思いが込められている（図1-8）。

表 1-4 母子保健事業の推進のための課題

- | |
|---|
| <p>(1) 母子保健に関する計画策定や取り組み・実施体制等にある地方公共団体間の格差</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 母子保健計画は母子保健課長通知に基づき市町村で作成されていたが、次世代育成支援対策推進法の行動計画の一部として位置付けてよいことになり、その作成状況に地域差がある。 ✓ 母子保健事業の実施主体が都道府県から市町村へ移行して、市町村間の体制等の格差が生じている。 |
| <p>(2) 新たな課題の出現等による「母子保健」関係業務の複雑化</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 発達障害者支援法の成立、生殖補助医療技術の進歩、各種制度に基づく関連計画の策定により、「母子保健」が担ってきた役割やその範囲が拡大し、複雑になってきた。 |
| <p>(3) 母子保健事業の推進のための情報の利活用の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 健康診査の内容や手技が標準化されておらず、乳幼児健診に従事する医師や保健師等の技量により、結果が大きく異なる状況が発生している。 ✓ 情報の利活用が不十分であり、情報収集しても集計、十分に分析をしていないなど、事業評価、地域格差などの把握のためにも情報の共有ができていない。 |

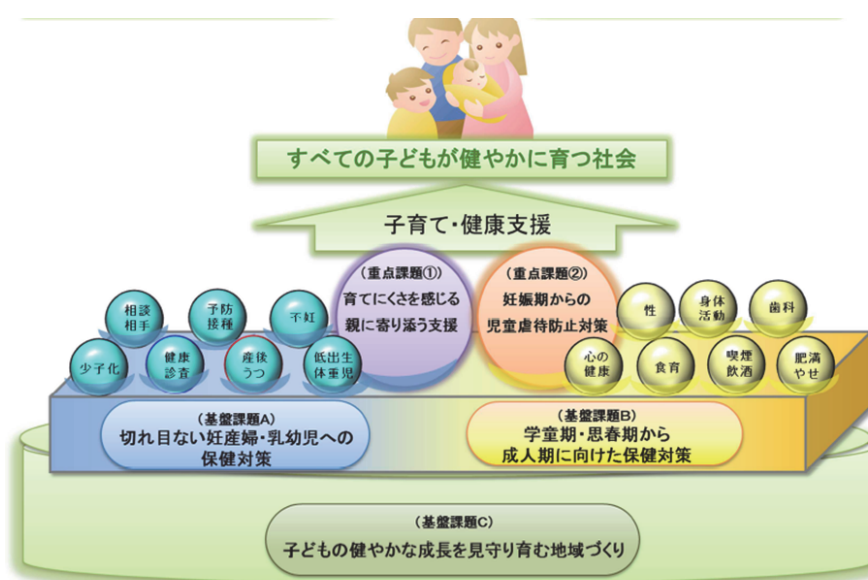


図 1-8 健やか親子21（第2次）

健やか親子21（第2次）では3つの基盤課題と2つの重点課題を設定し、52の指標、すなわち、健康水準の指標（16）、健康行動の指標（18）、環境整備の指標（18）について目標値を定めた。

加えて、指標には目標値は定めないが注視していく 28 の参考指標を示した。

基盤課題 A は「切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策」で、妊産婦死亡率の低下や低出生体重児の割合の低下を健康水準の指標としている。基盤課題 B が「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」で、健康水準の指標として、十代の自殺率、未成年の人工妊娠中絶率の低下を指標としている。基盤課題 C は「子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」で、ソーシャル・キャピタルの醸成により、この地域で子育てをしたいと思う親の割合を増加させるといったことがその指標になっている。

重点課題は数多くある母子保健の課題の中から喫緊の課題となっている 2 つを設定した。重点課題①は「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」で、発達障害を念頭におき、子ども達が育つ環境整備を推進するとした。重点課題②は「妊娠期からの児童虐待防止対策」であり、さらなる虐待防止対策に取り組むこととした。

5 乳幼児健診の位置づけ

健やか親子 21 の推進において、乳幼児健診は命を守る子育て健康支援という中心的な役割を果たす。それは、①医学的健康支援、②育児環境支援、③児童虐待（子ども虐待）予防の 3 点に集約できる。そして、いずれも個別支援と公衆衛生が両輪となる。表 1-5 に 3 つの視点とその方略および関連する健やか親子 21（第 2 次）の関連指標をまとめた。

乳幼児健診は、命を守る支援の本丸であることは言うまでもなく、全国どこでも標準化された健診が実施され、すべての子どもの健康課題を支援することによって健やか親子 21（第 2 次）で目指す姿の実現のための重要な基盤である。これには、妊娠期からの母親の心身の健康状態を踏まえた親子の健康支援が必要となる。また、乳幼児健診事業の PDCA サイクルを回してよりよい健診の実施に努めるように、健診事業の評価体制を有することやそれを支援する県型保健所の役割が健やか親子 21（第 2 次）の指標に組み込まれている（第 1 章第 2 節）。

育児環境の視点は、妊娠期からの親子を取り巻く環境を、経済面、家庭や周囲の支援等の面からアセスメントして支援のあり方を検討することである。少子化に伴う「子育て過疎」により保護者は孤立に陥りやすくなっており、保護者が孤独感を感じないですむ支援が必要となる。また、公衆衛生面から地域の子育てソーシャル・キャピタルを醸成するための基礎資料および事業評価として、乳幼児健診での育児環境のアセスメントは有効である。

児童虐待予防における乳幼児健診の役割は、健診での異常の発見のみならず、受診率を 100%にして地域のすべての親子と繋がることである。未受診者対策は特に重要であり、医療機関や児童相談所等との連携、さらに、転居の際のフォローアップのための市町村間連携の構築が必要となる。

乳幼児健診のデータの利活用は上記の視点における現状の把握、事業計画の資料、事業評価に欠かせないものである。また、ある地域の状況と他の地域との比較によって課題を抽出するためには問診項目が共通である必要があり、子どもの経年的変化の分析や要因分析には個別データを活用する必要がある（第 2 章第 2 節）。母子保健版データヘルスともいえるデータ利活用の整備は母子保健推進のための課題に挙げられている（表 1-4、第 1 章第 1 節）。

表 1-5 健やか親子 21 における乳幼児健診の位置づけ

視点	方略	健やか親子 21（第 2 次）関連指標 [†]
----	----	----------------------------------

①医学的健康支援	・標準化された乳幼児健診、保健指導の実施 ・切れ目のない支援	・乳幼児健康診査の受診率 ・全出生数中の低出生体重児の割合 ・仕上げ磨きをしている親の割合[†] ・う蝕のない3歳児の割合 ・1歳6か月までに四種混合、麻しん、風しんの予防接種を終了している者の割合[‡] ・子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合[‡] ・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 ・市町村の乳幼児健康診査事業の評価体制構築への支援をしている県型保健所の割合
②育児環境支援	・親子を取り巻く育児環境のアセスメントと支援 ・切れ目のない支援	・妊娠・出産について満足している者の割合[‡] ・妊娠中の妊婦、育児期間中の両親の喫煙率[‡] ・妊娠中の妊婦の飲酒率[‡] ・この地域で子育てをしたいと思う親の割合[‡] ・積極的に育児をしている父親の割合[‡] ・乳幼児のいる家庭でのお風呂のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合[‡] ・ハイリスク児に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制がある市区町村の割合 ・市町村のハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしている県型保健所の割合
③児童虐待防止	・見守りのシステム ・切れ目のない支援	・乳幼児健康診査の受診率 ・乳幼児健康診査の未受診者の全数の状況を把握する体制がある市区町村の割合 ・児童虐待による死亡数 ・ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合[‡] ・育てにくさを感じた時に対処できる親の割合[‡] ・子どもを虐待していると思われる親の割合[‡] ・乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）を知っている親の割合[‡]

[†]乳幼児健診に関連する指標のみを示す。

[‡]乳幼児健診での「共通問診項目」となっている項目。

健やか親子21（第2次）における子育て支援の理念は、すべての子どもが健やかに育つ社会ために、①切れ目のない支援、②多様性に応じた子どもと親への支援、③孤立をさせない支援の3点と考えられる。

団塊の世代は 270 万人が出生したが、20 万人が 1 歳の誕生日を迎えられなかった。一方、現在は 100 万人弱の出生ではあるが、1 歳の誕生日を迎えられない乳児は 1,900 人余りである。これは、健康弱者の子どもや社会的弱者の子どもと一緒に生活できるようになったことを意味しており、子どもの多様性が増すとともに親も様々な点で多様化したことを意味する。しかし、疾病・障害の有無や社会経済的状況の格差、価値観の多様性に応じたきめ細かい対応は十分とは言えない。これらの課題に応えられるように、現代の乳幼児健診は PDCA サイクルを回しながらより良い健診を実施することが必要であり、これが、健やか親子 21（第 2 次）推進の乳幼児健診の役割である。

第2章 標準的な保健指導の基礎

第1節 保健指導に必要な基本的な考え方

1 乳幼児健診における保健指導の目的（Power Point 2章1節3（PP 2-1-3））

乳幼児健診は、子どもの発育・発達の節目に行う。子育ての不安が最も高い時期は、子どもが生後1～2か月の時期であるが、子育ての悩みはその内容を変えて存在し続ける。従って、発育・発達の節目にその時々のおさな不安をタイムリーに解消していくために、乳幼児健診を活かすことが保健指導として重要である。

乳幼児健診における保健指導の目的は、親子の顕在的および潜在的健康課題を明確化し、そ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である。

2 乳幼児健診における標準的な保健指導（PP 2-1-4）

市町村が行う乳幼児健診は、全国どこでも一定水準のサービスを受けられることが必要である。「健やか親子21（第2次）」では、10年後に目指す姿として、①日本全国どこで生まれても、一定の質の母子保健サービスが受けられ、かつ生命が守られるというように、地域間での健康格差を解消し、②疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識した母子保健サービスを展開することにより、すべての子どもが健やかに育つ社会を目指している（第1章第3節）。

本節では、全国どこでも、どの健診従事者が実施しても、全ての親子に必要な支援が行き届くために最小限必要な保健指導を「乳幼児健診における標準的な保健指導」と定義し、全ての健診実施主体および健診従事者が共通認識しておくことが必要な保健指導の基本的なポイントについて概説する。

3 乳幼児健診における保健指導の特徴

1) 対象者の特徴（PP 2-1-5, 6）

（1）現代の親子を取り巻く健康課題

例えば、母親の精神的健康については、「産後うつ」に関する課題がある。「健やか親子21」最終評価では、産後1か月でエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS）が9点以上の褥婦の割合は9.0%と1割弱が該当しており、産後うつを経験する母親は少なくない。また、育児不安をもつ母親は昔も今も変わらず認められるが、育児不安に対する支援不足は子ども虐待につながる可能性もある。児童相談所での虐待相談対応件数は年々増加しており、保護者への精神的支援、養育環境に対する支援等の充実がますます必要となっている。

子どもが生まれながらにして持つ、「育っていく力」を十分発揮するためには、保護者が子どもの「育っていく力」を信頼して見守ることが重要である。しかし、核家族化、地域における人間関係の希薄化などにより、妊産婦や子どもに接する機会がないまま妊娠や出産を経験し、「親」になる者が増えている。そのため、子どもの発達・発育過程に関する保護者自身の知識や経験不足と、子どもの心身の状態や発達・発育の偏り、疾病によるものが相まって「育てにくさ」を感じる原因になることがある。これらを踏まえて、親子自身をもつ気質の特徴やその背景を個別に捉えたうえで、問題の所在を見極め、支援にあたる必要がある。

さらに、現代の情報過多社会では、多くの健康関連情報から正しい情報を探索して選択していくことは難しいことであり、保護者の中には過度な不安を抱く者がいることも考えられる。そのため、

画一的な指導の実施などの支援者の対応によっては否定的な印象のみを与え、健康課題等がより潜在化する可能性もある。今までの経過等をふまえて保護者の話をよく聞き、支援者として情報提供を行うとともに、保護者が好ましい自己決定ができるよう支援を行う必要がある。

(2) 対象者の多様性 (PP 2-1-7)

健診の対象は、その地域に住む対象年齢の子どもと保護者という共通項はあるが、家族の状況や家庭の形態は多様化している。かつては少数派だった共働き世帯が増加し、外国人世帯も増加している。また、祖父母や親族、里親や乳児院等の施設職員などのように、主な養育者が母親以外である場合や、ひとり親家庭等、様々な家庭の背景を持つ子どもが対象であることを十分に認識する必要がある。さらに、地域にはアレルギー疾患等の様々な健康課題を持つ子どもが生活している。対象者の多様性を踏まえた個別性の高い支援につなげることが重要である。

2) 子どもは一人ひとり異なる資質や特性をもっている (PP 2-1-8)

子どもは一人ひとり異なる資質や特性を有しており、その成長には個人差がある一方、子どもの発達過程やその順序性には、共通する特徴がある。発育・発達段階に応じた好ましい生活や活動を十分に経験することで、子どもの継続性のある望ましい発育・発達が期待される。子どもは周囲との相互作用を通じて発育・発達することから、これらの発達段階に応じて、保護者が抱える育児に関する心配事も変化し、周囲に求められる育児環境のポイントも異なる。乳幼児健診では、これらの発育・発達のプロセスを見通した予防的・継続的な支援を行うことが重要である。また、予防的・継続的支援においては、これまでの子どもの発育・発達の経過や、保護者および家庭の背景などを踏まえた支援の視点も必要である。

4 乳幼児健診における保健指導実施のプロセスと留意点 (PP 2-1-9)

乳幼児健診における保健指導の際には、親子の生活全体について多角的視点からアセスメントし、総合的に支援やフォローアップを判断することが求められる。そのためには、生活全般において「親子の困りごとやニーズ（潜在的なものも含む）」をアセスメントし、継続的支援の必要性を見極める技術が重要である。次頁に、集団健診のプロセスに沿って、どのような保健指導が行われているかを図示する（図 2-1）。

1) 事前カンファレンス (PP 2-1-10)

乳幼児健診は親子のライフサイクルを通じた母子保健活動の一つであり、健診までの経過を踏まえた継続性のある保健指導が重要である。そのため、特に継続支援ケースでは、健診の前に健診従事者間で、これ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が有用である。また、健診では問診や個別の保健指導を行う場面だけでなく、待ち合いなどの様々な場所での親子の様子から得られる情報が有用なことも多く、全ての健診従事者が情報を共有することで、支援に必要な情報等を把握することにつながる。

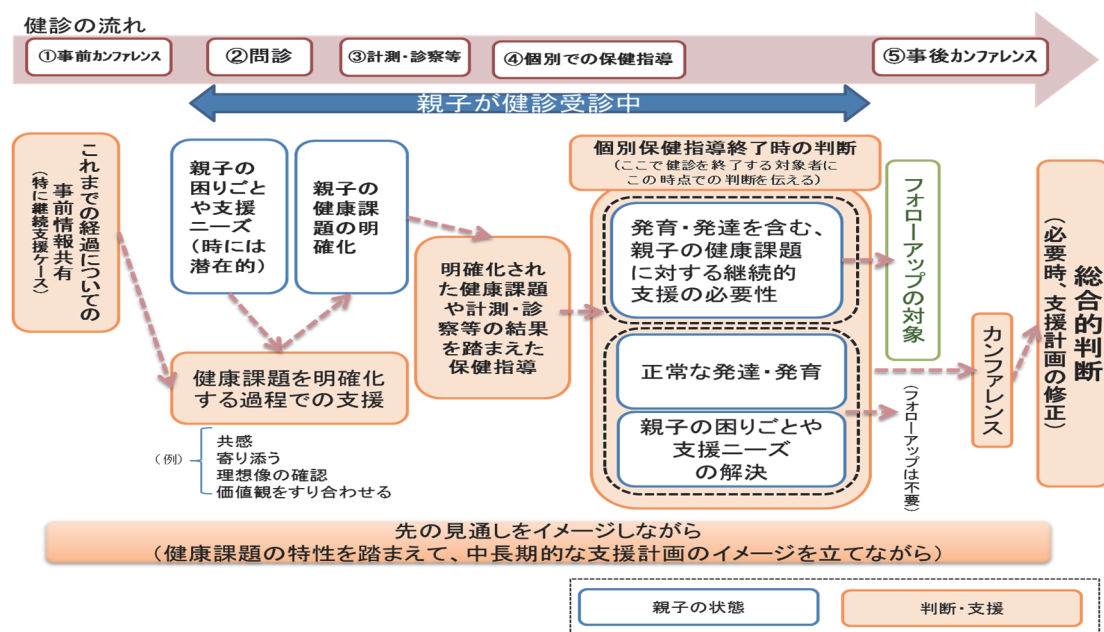


図 2-1 乳幼児健診時の保健指導プロセスの一例（「手引き」¹⁰ P. 59）

2) 問診（PP 2-1-11, 12）

問診では、「親子の健康課題の明確化」を行う。「親子の困りごとや支援ニーズ」は、明らかに表出されることもあれば、健康課題に気づいていない潜在的な場合もある。よりの確な保健指導を行うためには、問診で（できるだけ直接対面して）十分に状況を把握し、健康課題を明確化することが必要である。このプロセスそのものが、保護者の気持ちに寄り添う支援の始まりでもある。このためには、健診が最初の出会いの場として信頼を得られる対応が必要である。また発育・発達状況に加えて、生活習慣や親子関係、家族の健康状態、保護者の生活状況などを含めて多角的にアセスメントすることが重要である。

3) 計測・診察（PP 2-1-13）

計測や診察は、子どもの全身の観察ができる機会であり、他の場面では見ることができない子どもの反応やそれに対する保護者の対処も把握できる。また、保健師が問診を行うことが多いが、計測・診察場面に従事する医師・歯科医師や看護師等の別の職種が対応することで新たな情報を引き出せることもある。多職種が関わる利点を活かし、得られた情報をカンファレンス等で共有することが重要である。

4) 個別の保健指導とフォローアップについての判断（PP 2-1-14）

健診を進めるなかで、発育・発達、授乳・離乳、栄養・食習慣、歯・口腔機能、生活習慣および生活環境全般等について、「明確化された健康課題や計測・診察等の結果をふまえた保健指導」を進める。特に、一般的には最後に行われることが多い保健師による個別の保健指導では、健診結果の説明や結果に伴い必要な指導が求められる。また、現在明らかな問題だけでなく、対応が遅れることで疾病や養育上の問題が起こる可能性が考えられるリスクについて、「先の見通しをイメージしながら」予防する保健指導を行うことが必要である。「個別保健指導終了時の判断」では、発育・発達を含む、親子の健康課題に対する継続的支援の必要性について判断する。

フォローアップとは、その後の経過を追い結果の確認を行うことである。継続的支援が必要であ

るか、今回の支援でまずは解決しそうか（フォローアップ不要）を判断し、フォローアップが必要な場合には、その内容を保護者に伝えて共有し、今後の支援につなげる必要がある。対象となる保護者との関係性が切れないことが重要である。

これらのためには、保健指導に必要な知識だけでなく、活用できる地域の資源等の情報を熟知したうえで保健指導にあたることが重要である。さらに、保護者の認識や心情に配慮して、場合によっては結論を急がず、まずは次につながる関係性づくりが重要となる。このためには、保健指導を次の段階に進めることを少し待てる猶予があるのかどうかなど、『先の見通しをもった判断』が必要である。先の見通しをもった判断とは、その親子がもつ健康課題の特性を踏まえて、中長期的な支援計画のイメージをもって判断することを意味する。例えば、発達障害の可能性が疑われても、保護者はすぐに受容できず拒否的な態度をとることがある。そのような場合、中長期的に考えると、無理に療育等をすすめて関係が途切れて必要な支援が届かなくなるよりは、少し待って信頼関係の構築を優先することが有益であると判断する場合もある。一方で、保護者に精神的課題があり十分な養育ができない場合などは、保護者が拒否的な態度を示しても待つことが子どもの生命に関わることも考えられ、そのような場合には早急に支援を行う判断が必要である。いずれにしても保健師等の地区活動における個別支援を基盤として、保護者との関係構築を優先し、個別性の高い支援を行っていくことが重要である。

5) 事後カンファレンスおよび総合判定（PP 2-1-17, 18）

医師・歯科医師の診察結果や保健指導の結果、保健師、助産師、看護師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士などの健診従事者の情報を持ち寄り、カンファレンスを行う。ここでは、個別の保健指導で行ったフォローアップに関する判断の妥当性を検討し、必要時には修正して「総合的判断」を行う。その結果、「発育・発達を含む、親子の健康課題に対する継続的な支援が必要」と判断した場合は、「フォローアップの対象」として保健師等による経過観察や支援、さらに必要に応じた医療や療育機関、保育所等[†]の他機関との連携による継続的支援とその結果の確認を行う。この際には、健診従事者全体で支援の方向性を一致させておくことが必要である。

なお、個別の保健指導での判断の妥当性に関するカンファレンスは、親子に対する支援の質の向上だけでなく、新任期の健診従事者が自身の判断の妥当性を検証したり、熟練者の判断を具体的に学べるため、新任期の OJT（on-the-Job Training）教育の場としても有用である。

5 個別指導と集団指導によるアプローチ（PP 2-1-19）

特に、集団健診を行う際には、個別指導と集団指導によるアプローチを組み合わせることが効果的である（図 2-2）。

様々な健康関連情報がある現代において、乳幼児健診は全ての親子に正しい健康情報を専門職から伝えられる機会である。乳幼児健診には、「標準的な発育・発達と親子の健康な生活習慣の目安」を伝える役割があり、これは乳幼児健診における保健指導の主なポイントでもある（次項）。その際には、月齢や年齢の目安だけでなく、少し先の見通しや目安を伝えることも保健指導の重要である。以上の標準的な内容は、原則的には全ての親子に伝える内容であるため、集団指導が効率的である。また、集団指導では他の親子との交流の中から保護者が気づく利点もある。さらに、保育士や子育て支援センター職員等による、子育て支援の視点からの情報提供なども実施できる機会となる。留意点としては、子どもは個人差が大きいことを補足説明し、保護者の過剰な不安を助長しないこと

[†] このマニュアルでは、保育所等とする記載には保育所・幼稚園・認定こども園を含む。

が求められる。

個別指導では、特に個別性を重視した指導を行う。子どもの月齢や年齢における「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」と合わせて、「親と子どもの現状」をアセスメントし「期待される状況」とのギャップを確認して、対象となる親子の健康課題や支援ニーズだけでなく、親子が持つ強み、すなわち健康課題の解決に活かせるような、親子が既に持っている力や資源を確認し、個別性を重視して保護者に具体的なアドバイスを行う。

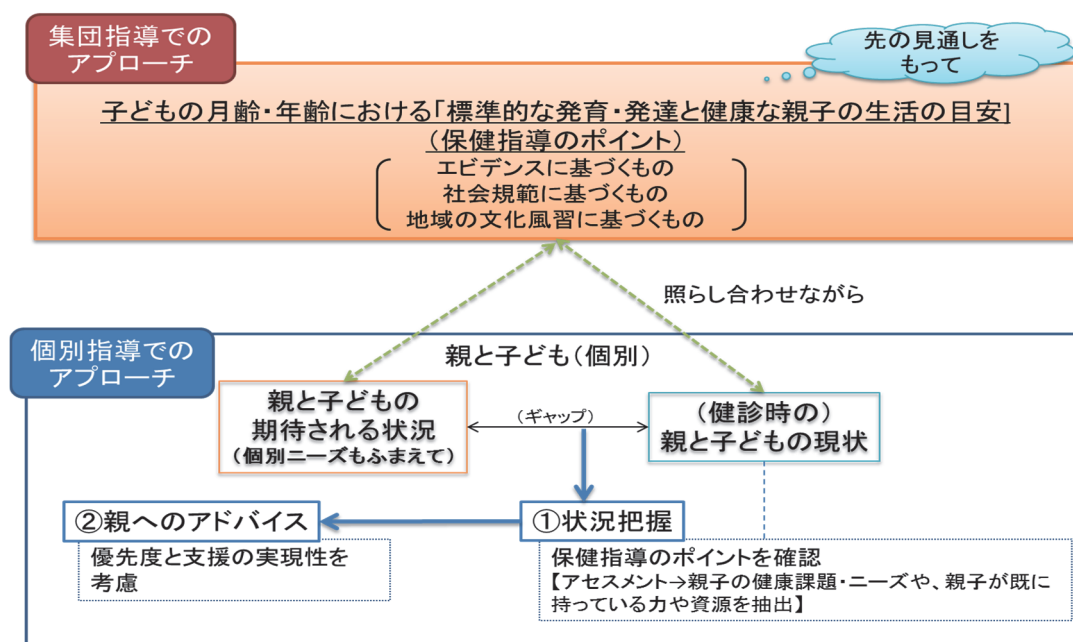


図 2-2 乳幼児健診における個別指導と集団指導によるアプローチ（「手引き」¹⁰⁾ P. 62)

6 対象時期別保健指導のポイント（PP 2-1-20）

保健指導を行う健診従事者は、保護者がわが子の成長を自ら確認できる力を持つことができる支援を目指し、月齢・年齢に応じた「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」について理解しておくべきである。母子健康手帳の「保護者の記録」の項目は、すべての健診従事者が踏まえておくべき標準的な発育・発達の目安である。また、保健指導では、健診受診時のポイントだけでなく、次の健診やフォローアップの時期を見通した「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」を伝えることも支援のひとつである。また、対象となる親子の健康課題や支援ニーズ・強みを確認し、個別性を重視して保護者へ具体的なアドバイスを行う。

第 2 章第 3 節および「手引き」P. 64~65 では、対象時期別に着目すべき確認事項を示しているので参照されたい¹⁰⁾。

7 乳幼児健診を軸とした継続的支援（PP 2-1-21, 22）

乳幼児健診における保健指導は、連動性のある母子保健事業における一事業である。このため、対象者に対する妊娠期からの継続的かつ一貫した支援の一つとなることが必要であり、他の保健事業とも効果的に連動することで充実した支援を行うことが大切である。

1) 親子への継続的支援 ー妊娠期からの一貫した情報把握と支援体制ー

それぞれの親子に対して、妊娠の経過や出産時の状況、これまでの子どもの発育・発達経過等について縦断的に把握し、保健指導にあたることを基本とすべきである。そのためには、健診の場でこれまでの経過を縦断的に確認できる必要がある。多くの市町村では「母子カード」などを活用しているが、最近では電子カルテの導入も散見される。各市町村の実情に合わせた方法を選択するのがよいが、一貫した支援が実現できる工夫が必要である。特に、個別健診を利用している場合は、母子保健担当者が縦断的な把握を行い、委託医療機関との連携により一貫した支援につなげることが大切である。図 2-3 では、医療機関が主に関わる部分をピンク色、地域保健機関が関わる部分を緑色で示した。この割合が変わっていく時期が出産から産後 1 か月のあたりとなるが、その時期は里帰り出産をした地域から戻る時期であるとともに、最も育児不安が高い時期でもあるため、支援がより必要となる。従って、支援者側の連携が不可欠となる。

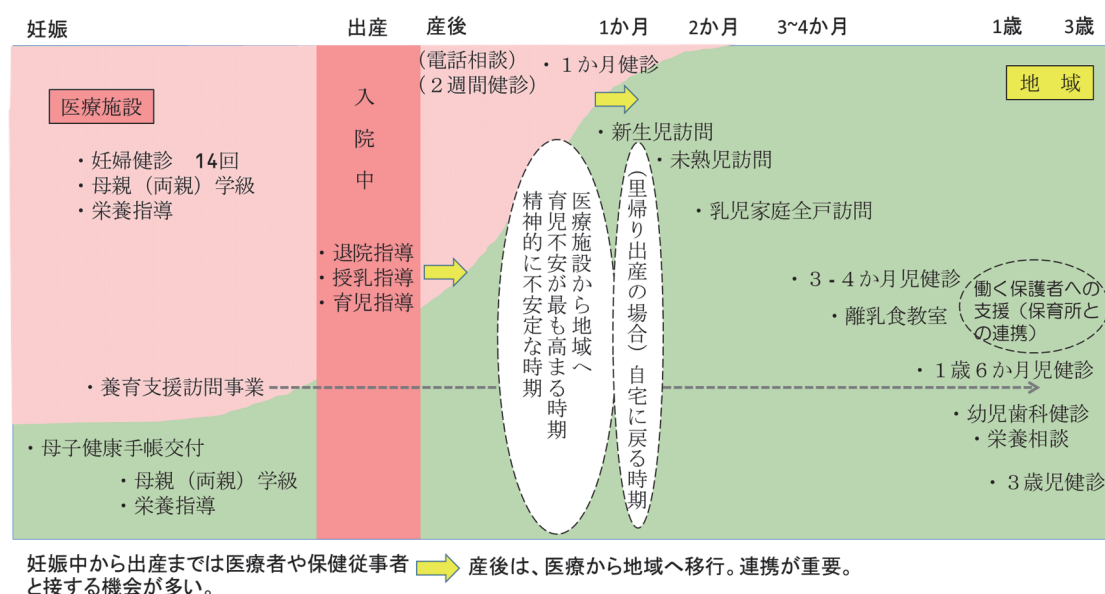


図 2-3 多職種連携による母子保健指導における妊娠期からの継続的支援（「手引き」¹⁰⁾ P. 68)

2) フォローアップが必要な場合の継続的支援

乳幼児健診における総合的判断の結果、その後の経過を把握し、必要な支援を行うとともにその結果の確認を行う必要がある場合（すなわち、フォローアップが必要な場合）は、経過観察健診や二次健診等の活用のほか、その内容に応じた他機関との連携や支援の継続が必要である。

フォローアップにあたっては、まず保健師等のフォローアップ担当者が、親子の状況をアセスメントした上で、その親子に必要な個別支援を行うことが継続的支援の基盤となる。個別支援の中で、必要に応じて親子教室などの集団的支援を効果的に組み合わせ、定期的にフォローアップ結果を評価し、支援計画を修正しながら継続的な支援を実施する。

また、発達障害は、1回のスクリーニングのみで専門機関へ紹介することが困難なことがある。一定期間のアセスメントと保護者への心理的支援を行いながら、診断につなげることや福祉等による支援の要否を判断していく必要がある。したがって、スクリーニング後のフォローアップ体制をシステムとして構築するべきであり、フォローアップ体制は母子保健・医療・福祉の連携のもとで行う必要がある。発達障害が強く疑われ、医療や福祉による支援が必要と判断される場合は、子どもの状況に合わせて医療機関、児童発達支援センター、児童発達支援事業所などの機関へ紹介していく。子どもに発達障害の特性があるものの、医療や福祉につなぐべき状況か判断がつかない場合

や、医療や福祉につなげることにに対する保護者の動機づけが未形成の場合には、母子保健のフォローアップ機能を主軸とする。

3) 母子保健事業に関わる関係機関の連携

予防接種や各種教室などの母子保健事業では、多くの親子と直接会い、様々な情報を得る機会が多い。必要に応じて関係機関と情報共有と連携をすることで、さらに質の高いサービスの提供につながる。

「健やか親子21（第2次）」検討会報告書では、「情報の共有・還元の仕組みを含めた母子保健事業間の有機的な連携体制の強化が課題」とされている。親子に関わる機関は民間も含めて多種多様であるため、地域の実情に合わせて普段からの関係づくりと連携体制の強化が重要である。

4) 地域の資源へのつなぎ

少子化の進展、核家族化、地域のつながりの希薄化等により、親子の孤立が課題となって久しく、各地域で様々な努力がなされているが、例えば、虐待死やその予備群の事例は後を絶たない。個人、家族で解決できる範疇を超えた課題があり、地域全体で子育てを支える仕組みづくりが重要である。この視点から乳幼児健診の役割として期待されることは、既に孤立している親子だけでなく孤立予備群を把握し、活用可能な地域の資源につないで孤立を予防することである。また、保健師等の健診従事者は、多くの地域の資源を日頃から把握しておく必要があり、そのためには地域において関係者との関係づくりをしておくことが重要である。行政ができる子育て支援には限りがあるため、地域住民・関係機関との協働が不可欠である。

8 スキルアップ（PP 2-1-23～25）

乳幼児健診に限らず、対人関係スキルを含めた日常の保健活動に必要なスキルと共通するものが多く、日々の活動の中で丁寧に対象者と向き合い、対話し、支援につなげるスキルの向上が重要である。また、目指す目的や健診の意義を、健診従事者間で共有することも大事である。同時に、乳幼児健診には長い歴史があるがゆえにルーティン化された内容があり、健診従事者が果たす役割を再認識し、モチベーションの向上につなげることが時には有効である。所属する市町村の母子保健計画や「健やか親子21（第2次）」で母子保健の目指す理念を改めて確認し、その中での乳幼児健診の位置づけと意義を振り返る機会を研修等で設けることも有用と考えられる。また、知識や情報の習得も不可欠であるが、これだけで保健指導スキルを向上させることは難しく、経験を積むことが最も大切である。日々の活動の中で、先輩を規範としながらスキルを向上させるとともに、自身の保健指導について振り返る機会として、落ち着いた状況で取り組める研修やロールプレイなどで体験的に学習することも有用と考えられる。日々の活動の中では、先述のように、事後カンファレンスをスキルアップの機会とすることもできる。業務で忙しい日々の中で、改めて研修に行くことも難しいこともあるかと思われるが、このように日々の活動の中にスキルアップの機会をみつけていくことも保健指導の質の向上につながると考えられる。

なお、熟練保健師へのインタビュー調査結果から得た「保健指導のコツ」についてまとめたものをPower Point（2-1 資料1）に掲載している。また、Power Point（2-1 資料2）には、非常勤保健師を対象とした研修の現状および研修ニーズに関する全国調査の結果を記載している。スキルアップのヒントや研修企画の参考になれば幸いである。

スキルアップ研修の事例（大阪府高槻市）

高槻市では複雑多様化する対象者の背景や健康課題に対応し、対象者が『来てよかった』と思える健診を目指して、「寄り添う支援」をキーワードとした研修を平成 29 年度に実施した。本研修は高槻市子ども保健課と当事業の保健指導編担当者ととのタイアップにより実施した。概要は以下のとおりである。

- 研修テーマ：乳幼児健診の意義～寄り添う支援に向けて～
- 主な対象者：乳幼児健診に従事する保健師（非常勤従事者を含む）
- 研修のねらい：
 - ① 「健やか親子 2 1（第 2 次）」からみた健診の位置づけを確認し、前向きに健診に従事できるような動機づけの機会となる
 - ② 乳幼児健診における保健指導の基本と意義を確認できる
 - ③ 寄り添う支援の重要性を確認できる
- 方法：
 - 1 コース（全 2 回）の研修
 - 1 回目：講義（上記のねらいに関連した内容）
 - 2 回目：演習（個別保健指導の場面を想定したロールプレイ）
 - ※ロールプレイは以下の 2 パターンを実施
 - 始めに、意図的に「寄り添っていない保健師」の設定で実施。
 - その振り返りを行ったうえで、次に「寄り添った保健師」の設定で実施。
 - ロールプレイでは、「母親役」も体験する。
- 参加者の主な感想
 - 講義では、「健やか親子 2 1（第 2 次）」の理念などを改めて振り返ることで、広い視野をもって健診について考えることができた」「健診の基本を見直すことで、一つ一つの場面で丁寧にみていく必要性を改めて確認できた」「生まれたときから支援はスタートしている」「多職種に関わる意義を再確認できた」などの感想が聞かれた。
 - 演習では、「ロールプレイといえども、母親の気持ちが実感できた」「寄り添っていない保健師の設定は、保健師役も母親役もつらく、寄り添った支援の重要性をより体感できた」などの意見が得られた。
- ファシリテーターの視点からみた研修の効果
 - 母子保健の目指すところである「健やか親子 2 1（第 2 次）」については、多忙な日常業務中でなかなか落ち着いて振り返る機会がないことが多い。しかし、講義が改めて振り返る機会となり、日々の健診事業での関わりが、最終的には親子の健やかな生活につながることで、その意義などを考察できる機会となったと思われる。また、演習では、母親役の気持ちも改めて実感したり、寄り添う支援について考えることができる機会となった。さらに、今回のロールプレイで用いた保健指導技術についてグループワークによって議論することで、普段用いている技術を可視化することができた。それらを共有することで今後の支援能力向上に向けて、各自がもつ保健指導技術の「引き出し」を増やすことにもつながったのではないかと。また非常勤従事者も含めて同じ研修を行うことで、全体の対応・水準の質が保たれた標準的な保健指導体制構築にもつながると考えられる。

第 2 章 第 2 節 「健やか親子 2 1（第 2 次）」の間診項目ならびに

推奨問診項目の活用方法

1. 「健やか親子21（第2次）」の問診項目ならびに推奨問診項目の活用方法

「健やか親子21（第2次）」の理念は、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を（10年後に）実現することである。その実現のために2つの目的が設定されている。1つ目は、「日本全国どこで生まれても、一定の質の母子保健サービスが受けられ生命が守られるという地域間での健康格差の解消」であり、2つ目は、「疾病や障害、経済状態等の個人や家庭環境の違い、多様性を認識した母子保健サービスの展開」である。すなわち「健やか親子21（第2次）」の理念達成の鍵は、「健康格差の解消」と「多様性への対応」といえる。この2つの鍵は、新たな学術的潮流である「健康の社会的決定要因」の考え方の流れの中にあり、従来の個別対応・個別指導といったアプローチに加え、社会的な状況把握や集団の背景分析をもとにした個別・集団アプローチを提起している。

これらの新しい考え方の実践に求められるのは、『比較』による評価である。ある市町村の母子保健の現状は、隣接する市町村と比較してどのような状況にあるのか。ある市町村の中の地域間に格差はあるのか。全国の同じような人口規模の市町村と比較してどのような特徴が見出されるのか。ひとつの市町村をみても、以前と比較してどのような傾向にあるのか。これらの問いに答えるには、測る『ものさし』を同じものにする必要がある。その『ものさし』の一つが、乳幼児健診における「共通問診」である。本稿では、この「共通問診」に関する最新の状況を概説する。

1) 「共通問診」とは

「健やか親子21（第2次）」に関連する「共通問診」は、3つの種類に分類される。

- ① 必須問診項目（15項目）
- ② 中間評価前把握項目（5項目）
- ③ 推奨問診項目（13～15項目）

このうち、①必須問診項目と②中間評価前把握項目は、「健やか親子21（第2次）」の指標となっている。

2) 必須問診項目とは

「健やか親子21（第2次）」の指標となっている必須問診項目は15項目ある。狭義の「共通問診」はこの15項目を指す場合が多い。表2-1に「健やか親子21（第2次）」の指標番号と指標課題名（問診項目）を示す。

これら必須問診項目の導入状況であるが、厚生労働省母子保健課調べ（平成27年度、1,733市町村が回答（以下、「母子保健課調べ」と略す））の結果をみると、全項目実施市町村が1,073（61.9%）、一部項目の実施市町村が239（22.3%）、実施無しが421（24.3%）となっていた。さらに、実施予定の状況を見ると、平成28年度から実施を予定している市町村が546、平成29年度（以降）が64、実施予定無しが32となっており、平成29年度には98%程度の市町村で必須問診項目が導入される見込みとなっている。このように必須問診項目の導入が進んでいる状況下にあるため、「健やか親子21（第2次）」の理念達成に必須となっている「健康格差」と「多様性」の分析が格段に進む素地ができたといえるだろう。ここで確認しておきたいのは、問診項目の設問の文言と、選択肢の文言（番号）を一文字も変えずに設定することである。この前提がないと比較が困難となる。

なお、便宜上、本節では、必須問診項目で得られる指標15項目に①～⑮の連番を振った。それぞれの項目の考え方については後述する。

表 2-1 必須問診項目一覧

問診項目の主たる内容	健やか親子21（第2次） 指標番号
① 妊娠・出産について満足している者の割合	基盤課題 A-3
② 妊娠中の妊婦の喫煙率	基盤課題 A-5
③ 育児期間中の両親の喫煙率	基盤課題 A-6
④ 妊娠中の妊婦の飲酒率	基盤課題 A-7
⑤ 仕上げ磨きをする親の割合	基盤課題 A-11
⑥ 出産後1か月時の母乳育児の割合	基盤課題 A-参7
⑦ 1歳6か月までに四種混合、麻しん・風しんの予防接種を終了している者の割合	基盤課題 A-参10
⑧ この地域で子育てをしたいと思う親の割合	基盤課題 C-1
⑨ 積極的に育児をしている父親の割合	基盤課題 C-5
⑩ 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合	基盤課題 C-参4
⑪ ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合	重点課題 ①-1
⑫ 育てにくさを感じたときに対処できる親の割合	重点課題 ①-2
⑬ 子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合	重点課題 ①-3
⑭ 子どもを虐待していると思われる親の割合 ※「しつけのし過ぎがあった」「感情的に叫んだ」「乳幼児だけを家に残して外出した」「長期間食事を与えなかった」「感情的な言葉で怒鳴った」「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」のいずれか1つでも回答した割合であることに留意。	重点課題 ②-2
⑮ 乳幼児揺さぶられ症候群（SBS†）を知っている親の割合	重点課題 ②-5

3) 中間評価前把握項目とは

「健やか親子21（第2次）」の中間評価と最終評価の前年度に各市町村において把握することになっている項目が、この中間評価前把握項目である。「健やか親子21（第2次）」の指標としては次頁の表 2-2 に示すように4指標であるが、項目としては5項目となっている。これは、かかりつけ医の有無について、医師と歯科医師を分けて把握する（基盤課題 A-10 を参照のこと）ためである。

表 2-2 中間評価前把握項目一覧

† Shaken Baby Syndrome

指標番号	指標
基盤課題 A-9	小児救急電話相談（#8000）を知っている親の割合
基盤課題 A-10	子どものかかりつけ医（医師）を持つ親の割合 子どものかかりつけ医（歯科医師）を持つ親の割合
基盤課題 C-2	妊娠中、仕事を続けることに対して職場から配慮されたと思う就労妊婦の割合
基盤課題 C-3	マタニティマークを妊娠中に使用したことがある母親の割合

4) 推奨問診項目とは

母子保健の歴史は長い。乳幼児健診に用いられる問診項目は、各市町村でそれぞれ『進化』を遂げてきている。各市町村では、問診項目の見直しが適宜行われているが、ほとんどの市町村で問診項目数は増加の一途をたどっており、すでに飽和状態にある。

そこで、これまでの 40 年近くの間診項目を分析し、実際に市町村で用いられた実績がある問診項目を絞り込んで提示したのが、推奨問診項目である。長い歴史を持つ、発達関連の項目も吟味し、前述の必須問診項目と推奨問診項目をあわせた問診項目数を 25 項目になるように開発されている。25 項目という数は、『飽和』の手前にある数であり、多すぎて健診に影響を与えるというレベルではない。これらの推奨問診項目も全国的に導入が進んでおり、「健康格差」と「多様性」の把握ができる素地ができつつある。推奨問診項目については、研究班が既にまとめた「手引き」¹⁰⁾の P. 145～150 を参照されたい。

2. 各必須問診項目の保健指導のポイント

約 70 万人のデータをもとにした平成 28 年度の母子保健課調べを引用しながら、必須問診項目 15 項目についてそれぞれ保健指導のポイントを確認していきたい。

① 妊娠・出産について満足している者の割合

設問（基盤課題 A-3）：3～4 か月	選択肢
産後、退院してからの 1 か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。	1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」を選択した者の割合は 81.1%であった。「2. いいえ」が 5.6%、「3. どちらとも言えない」が 13.3%であることから、満足しているとは言えないものが 2 割（約 5 人に 1 人）に上ることが明らかになっている。

隣接の市町村と格差がみられる場合、あるいは、市町村内において地区により格差がある場合には、出産施設からの退院指導や 1 か月健診の対応に要因がある可能性もある。出産施設の専門職と連携を図りながら、新生児訪問や産後ケア事業をより良いものにしていく必要がある。

また、すでに子育て世代包括支援センターが整備されている場合には、「2. いいえ」「3. どちらとも言えない」と回答した者について、妊娠中からの支援がどのように行われていたのかを一度振り返り、適切な支援を構築する必要がある。産前産後の直接的なケア・支援の状況に加えて、妊娠前後の環境・家庭要因も影響するからである。これらの関連要因や背景については、子育て世代包

括支援センターの機能をより良いものとする PDCA サイクルを不断に回していきたい。母子保健事業における PDCA サイクルの重要性については、第1章第2節を参照されたい。

② 妊娠中の妊婦の喫煙率

設問（基盤課題 A-5）：3～4 か月	選択肢
妊娠中、あなた（お母さん）は喫煙をしていましたか。	1. なし 2. あり（1 日 本）

母子保健課調べの結果をみると、「1. なし」を選択した者の割合は 97.1%であり、「2. あり」は 2.9%であった。

妊娠前に喫煙していた者の多くは、自身の妊娠をきっかけとして“一旦”禁煙をする。しかし、一部の者はそのまま喫煙を継続するが、その割合が全体の 2.9%と決して少なくないことがわかった。妊娠中にも喫煙を継続する、依存度の高い状況は、虐待予防の観点からのリスクと見なされている。この問診項目に「2. あり」と答えた者については、③育児中の喫煙状況の項目（基盤課題 A-6）はもとより、④不適切な子育てに関する項目（重点課題②-2）の回答状況についてもあわせて把握する必要がある。これらの項目にも気になる回答が示されていれば、多職種連携によるカンファレンス等で対応を検討していきたい。

③ 育児期間中の両親の喫煙率

設問（基盤課題 A-6）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
1) 現在、あなた（お母さん）は喫煙をしていますか。	1. なし
2) 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか。	2. あり（1 日 本）

母子保健課調べの結果をみると、「2. あり」を選択した母親は、3～4 か月時点で 4.0%、1 歳 6 か月時点で 7.2%、3 歳時点で 8.7%と、子どもの年齢が上がるとともに増加していることがわかった。このように該当率が増加する主な要因は、“一旦”禁煙をした母親の『再喫煙』と考えられる。

妊娠（出産）は、自身の禁煙の動機付けとなっているが、それは妊婦（母親）が、妊娠出産を禁煙するに値する『価値あるもの』『大切なもの』と認識しているからである。しかし、再喫煙は、その後の育児の過程において、育児ストレスや周囲の支援状況の乏しさ等により、その『価値あるもの』としての認識が薄れていく、あるいは『価値あるもの』として認識する余裕が失われていくということを意味するものであり、包括的な支援が求められている。

一方、父親の喫煙は 3～4 か月時点で 37.8%、1 歳 6 か月時点で 38.6%、3 歳時点で 38.9%と、子どもの年齢に応じた変動はみられない。母親の状況と比較すると、父親には『再喫煙』は見られないが、これは妊娠から出産後も含めて、禁煙した父親が少数であることに起因すると推察される。

このことは、②妊娠中の妊婦の喫煙率に大きく影響している。妊娠中あるいは産後の禁煙継続には、父親の禁煙が一つの支えとなるが、その父親の禁煙があまり望めないという現状が示された。さらに、乳幼児のいる家庭の 40%程度に喫煙者がいることが、改めて明らかになった。家族内に喫煙者がいる場合は、たとえベランダ等で喫煙していたとしても、子ども（家族）への受動喫煙があることをしっかりと説明していくことが望まれる。

妊婦の喫煙経験や喫煙・禁煙状況については、妊娠届出時の問診等で把握されたとしても、妊婦本人への禁煙指導や禁煙継続支援だけでは大きな効果は見込めず、父親を含めた家族（同居の親族も）を対象とした禁煙支援が早期から必要となるだろう。

隣接市町村との比較、あるいは市町村内の地区比較で格差がみられる場合は、地域の特性にアプ

ローチする必要がある。思春期以降の喫煙が影響していることも考えられるので、市町村の教育委員会と調整し、学校における『喫煙防止教育』に際して、市町村のデータや比較データを用いた授業を展開することも考慮したい。

④ 妊娠中の妊婦の飲酒率

設問（基盤課題 A-7）：3～4 か月	選択肢
妊娠中、あなた（お母さん）は飲酒をしていましたか	1. なし 2. あり

母子保健課調べの結果をみると、「2. あり」を選択した者の割合は 1.3%であった。妊娠中の飲酒はほぼ避けられている状況にある。引き続き、飲酒の健康への影響をわかりやすく説明するなど、個別の保健指導と啓発活動を展開していく必要がある。

⑤ 仕上げ磨きをする親の割合

設問（基盤課題 A-11）：1 歳 6 か月	選択肢
保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか	1. 仕上げ磨きをしている (子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) 2. 子どもが自分で磨かず、保護者だけで磨いている 3. 子どもだけで磨いている 4. 子どもも保護者も磨いていない

母子保健課調べの結果をみると、「1. 仕上げ磨きをしている」を選択した者の割合は 72.7%、「2. 保護者だけで磨いている」が 21.4%であった。一方、「3. 子どもだけで磨いている」は 4.1%、「4. 子どもも保護者も磨いていない」の 1.8%と合わせて 5.9%の保護者は、子どもの口腔保健に関わっていないことが明らかになった。

保護者による仕上げ磨きは、う蝕[†]予防などの口腔の健康維持に加えて、生活習慣の確立、スキップの向上等の複合的な意味合いを持つ行動となる。子どもが先に磨き、その後、保護者が仕上げ磨きをするという 2 段階の行動に重要な意義があることを、住民に啓発することを基本にする。また、保護者の関与がみられない場合には、多忙な中でも時間を割く価値があること、そこから新たな健康課題の早期発見に結びつくことなど、保護者の生活状況に合わせた仕上げ磨き『習慣』の確立を促したい。

「3. 子どもだけで磨いている」もしくは「4. 子どもも保護者も磨いていない」を選択した者の中で、他の項目（例えば、⑭不適切な子育てに関する項目）にも気になる回答がみられた場合には、同胞に関する情報も（あれば）合わせて収集し、背景要因を把握した上で、多職種カンファレンスで親子への対応・支援を進めていく。

⑥ 出産後 1 か月時の母乳育児の割合

設問（基盤課題 A-参 7）：3～4 か月	選択肢
生後 1 か月時の栄養法はどうか	1. 母乳 2. 人工乳

[†] 「う蝕」は、「むし歯」の同義語である。歯科医療の用語として広く使用されていることから、本マニュアルでは「う蝕」で統一している。

3. 混合

母子保健課調べの結果をみると、「1. 母乳」は47.6%、「2. 人工乳」が7.0%、「3. 混合」が45.4%となっていた。この割合は地域によって異なる可能性がある。母乳育児指導に熱心な産科施設の存在や、経済的に厳しい状況にある地域などによって割合は異なってくる。その地域に合わせた産科施設との連携や、母乳育児支援が求められる。

個別の指導では、指導する側が柔軟な考え方をもち、本人の希望を踏まえて、本人の状況に合わせた栄養法の指導・支援をおこなう。その際には『授乳・離乳の支援ガイド』を参考にされたい¹⁸⁾。また、本項目は母乳育児を選択しない者への支援のきっかけにもなる問診項目となっている。

⑦ 1歳6か月までに四種混合、麻しん・風しんの予防接種を終了している者の割合

設問（基盤課題 A-参 10）：1歳6か月	選択肢
四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）の予防接種を済ませましたか	1. はい 2. いいえ
麻しん・風しんの予防接種を済ませましたか	1. はい 2. いいえ

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」を選択した者の割合は、四種混合が96.2%、麻しん・風しんは90.8%であった。一方で、未接種の割合をみると、四種混合で3.8%であるのに対し、麻しん・風しんでは9.2%と比較的高くなっていた。

未接種には、明示的・意図的に接種をしない場合と、接種の機会を逃している場合がある。まずは、なぜ接種を済ませていないのかを丁寧に聞き取りたい。子どもの上に同胞がいれば、その同胞の接種状況も合わせて把握しておきたい。その上で、接種の機会を逃している場合には、接種を受ける具体的な行動を支援することになる。医療機関・保健センター等の日時・場所の情報と、そこに至るまでの交通機関の利用について一緒に考えること等、支援的な対応をしたい。

また、未接種の場合、他の項目においても気になる回答があった時には、子どもの健康に対する関心が乏しい可能性があるため、要支援者として多職種カンファレンス等で支援・指導について共有することが求められる。子育て世代包括支援センターが整備されている場合には、乳幼児健診の未受診と同様に、継続的に状況を把握するためにも重要な項目である。

⑧ この地域で子育てをしたいと思う親の割合

設問（基盤課題 C-1）：3～4か月、1歳6か月、3歳	選択肢
この地域で、今後も子育てをしていきたいですか	1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらかといえばそう思わない 4. そう思わない

母子保健課調べの結果をみると、「1. そう思う」と回答した者は、3～4か月で67.1%、1歳6か月で67.7%、3歳で68.5%と、横断的な数値ではあるが、児の成長につれて肯定的な意見が若干増加する傾向がみられた。

この問診項目は、市町村の母子保健サービスの質だけではなく、他の側面、たとえば医療機関の状況、交通機関や道路状況、学校や遊び場、保育所や幼稚園等の子育てインフラなど、市町村あるいは隣接市町村まで含めた多岐に渡る要因が反映されるといえる。もちろん、自治体行政の枠を越

えた環境問題や気候変動なども影響することだろう。その意味で、この問診項目にどれほどの住民が肯定意見を持っているのかは、健やか親子21（第2次）に留まらない、市町村の将来を示唆するデータとなるだろう。地区別の格差があるかどうかについても、あわせて検討しておきたい。なお、結果は母子保健担当課だけではなく、自治体内の他部局にも結果を共有して検討する機会をぜひ設けられたい。それが健康部局の壁を越える『唱導』につながる取組、すなわちヘルスプロモーションの核となる取組といえる。

また、個別にどの選択肢を選んだのかは、そこから家庭背景・地域背景の把握に切り込む良いきっかけとなる。「なぜ、『3. どちらかといえばそう思わない』を選んだのですか、」どの問いが思わぬ支援の糸口となるので、他の項目の回答と併せて確認しながら、当該地域の子育てに肯定感を持ってない背景を把握したい。特に孤立した子育てについては、必ず把握し対応したい課題である。

⑨ 積極的に育児をしている父親の割合

設問（基盤課題 C-5）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
お子さんのお父さんは、育児をしていますか	1. よくやっている
	2. 時々やっている
	3. ほとんどしない
	4. 何ともいえない

母子保健課調べの結果をみると、「1. よくやっている」と回答した者は、3～4 か月で 62.5%、1 歳 6 か月で 60.2%、3 歳で 56.3%と、横断的な調査ではあるが、児の成長につれて肯定的な意見が減少する傾向がみられていた。この減少傾向は、⑩ ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合と同様の傾向である。

以前の父親の『育児参加』の時代から、現在は父親の『積極的育児』の時代に移行してきた。積極的に育児をしていると母親から『評価されている（みなされている）』父親は、約 3 分の 2 が該当するということになる。この結果は、一方で、育児をあまりしていない父親に対する不満も大きくなる時代であることを意味している。

この項目の回答は、短期的・長期的な夫婦関係や家族関係に左右される。核家族世帯においては、夫の育児観や勤務形態を把握し、その上で良好な家族関係の中で育児が営まれるようなアドバイスが求められる。三世代家族（特に夫の親との同居）においては、夫とその親の関係性について把握し、家族関係の『やり過ごし方』についてアドバイスなどを行いたい。

無回答の場合には、「父親」あるいは「夫」などの単語にからむ複雑な背景が潜む可能性や、役所への届け出とは異なる家族関係が存在することもある。経済的困窮や DV の可能性なども念頭に置き、支援につなげていく。

⑩ 乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合

設問（基盤課題 C-参 4）：1 歳 6 か月	選択肢
-------------------------	-----

浴室のドアには、子どもが一人で開けることができないよう 1. はい
 な工夫がしてありますか 2. いいえ
 3. 該当しない

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」と回答した者が 45.1%、「2. いいえ」が 54.9%であった。

家庭内の事故防止策として、多くの市町村でチェックリストを活用した啓発が行われている。この問診は、それらの中で代表的な 1 項目を用いて設定されており、この項目だけで家庭内の事故防止対策が把握できるものではない。特に「2. いいえ」の回答については、チェックリストの他項目と合わせて活用していきたい。

浴室に関しては、高齢者向けの浴室・浴槽デザイン（入りやすいドアや浴槽縁の低さ）の流通もあり、家族の理解を得ておくことがまずは必要になる。その前提条件は、残し湯をしない、ということである。わが国では、防災時の対応という意図もあろうが、依然として多くの家庭で残し湯がされていることを考えると、「2. いいえ」の回答者には残し湯をしないことをしっかりと指導しておきたい。近年では、幼児がお風呂浴室で溺れる場合、静かに浴槽に沈んでいくこと（本能的溺水反応）も指摘されており¹⁹⁾、浴室内の状況が把握しやすい場合でも、リスクが多大であることを保護者と共有しておきたい。

「1. はい」の回答を増やすためには、家庭にあった工夫を写真入りの例で説明し、手軽にできる工夫等を始められるように支援する。

⑪ ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合

設問（重点課題 ①-1）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
お母さんはゆったりとした気分でお子さんと過ごせる時間	1. はい
がありますか	2. いいえ
	3. 何ともいえない

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」と回答した者は、3～4 か月で 87.6%、1 歳 6 か月で 78.0%、3 歳で 71.3%と、横断的な数値ではあるが、子どもの成長につれて肯定的な意見が減少する傾向がみられた。歩行が可能になり活動範囲が格段に大きくなったことや、子どもの下に同胞が生まれたこと、職場に復帰したことなど、この減少傾向の背景には複合的な因子が考えられる。

この問診項目は、健やか親子 2 1 の第 1 次計画から導入されている指標に関連する項目である。母親の子育てに関する余裕はもとより、生活の精神的な余裕、家族や周囲からの支援の状況、そして母子保健サービスの提供状況等、多くの因子がこの回答に関連している。

「2. いいえ」を回答した者には、共感の姿勢を保ちつつ、どのような因子が否定的な回答の背景にあるのかを丁寧に把握し、支援につなげていきたい。

これまでに、この問診項目は、他の項目（必須問診項目以外も含む）と関連していることが分かっている。「母親が喫煙・飲酒していない」「子育て状況や健診状況に満足している」「相談相手がいる」「育児に自信が持てている」「虐待はしていないと思っている」の割合が高い方が、「ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある」割合が高い傾向が見られた。また、「父親が子どもとよく遊んでいる」「母親が育児休業中や働いていない」「地域のお祭りなどに参加している割合が高い」ことも、この指標の割合が高いことと関連することが示唆されている。

このような特性のある問診項目であるので、個別指導にも集団指導・事業改善にも用いることのできる包括的項目の一つといえる。

⑫ 育てにくさを感じたときに対処できる親の割合

設問（重点課題 ①-2）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
①あなたは、お子さんに対して育てにくさを感じていますか	1. いつも感じる 2. 時々感じる 3. 感じない
②（設問①で「1. いつも感じる」「2. 時々感じる」と回答した人に対して） 育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか	1. はい 2. いいえ

母子保健課調べの結果をみると、設問①について「1. いつも感じる」または「2. 時々感じる」を選択した者は、3～4 か月で 13.3%、1 歳 6 か月で 25.3%、3 歳で 34.8%と、横断的な数値ではあるが、児の成長につれて育てにくさを感じる者が増加していく傾向がみられた。さらに、それらの回答をした者を母数にした設問②では、「1. はい（解決する方法を知っている）」と回答したものは、3～4 か月で 84.1%、1 歳 6 か月で 79.1%、3 歳で 82.9%となっていた。

育てにくさを感じる要因は様々である。子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、さらには環境の要因など、これらが複合的に関係している。因子が複合的な場合、個別指導においても、指導は複合的であることが求められる（第 5 章第 1 節）。そのためには、多職種カンファレンスなどによる様々な見方をもとにした支援をできるだけ早期に多角的・複合的に展開していくことが求められる。

また、3 歳児健診において、この設問に気になる回答が見られた場合、その後、就学までどのように支援していくのか見通しをもって対応できることが望ましい。そのためには既存の取組みのあり方を見直す（例えば、就学時健診に母子保健側からも参画する等）ことが必要となることもあるだろう。就学前には、設問②の回答（「1. はい」）が 100%となるような仕組みを作り上げていきたい。

⑬ 子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合

設問（重点課題 ①-3）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	選択肢
(3～4 か月) 生後半年から 1 歳頃までの多くの子どもは、「親の後追いを する」ことを知っていますか	1. はい 2. いいえ
(1 歳 6 か月) 1 歳半から 2 歳頃までの多くの子どもは、「何かに興味を 持った時に、指さしで伝えようとする」ことを知っていますか	1. はい 2. いいえ
(3 歳) 3 歳から 4 歳頃までの多くの子どもは、「他の子どもから 誘われれば遊びに加わろうとする」ことを知っていますか	1. はい 2. いいえ

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい（知っている）」と回答した者は、3～4 か月で 90.1%、1 歳 6 か月で 94.2%、3 歳で 82.3%となっていた。

この問診の特徴は、現在、その項目ができているかどうかではなく、これから数か月のうちに子どもの姿が変わるとの「見通し」を与え、保護者が子どもの社会性の発達に注目し、成長を楽しむ視点からその知識を問うものとなっている。また、社会性の発達について、誰もが関心を持ち、その後の集団生活の場などにおいて、子どもの多様性をお互いに受け止める素地を作り出す意味がある。

⑭ 子どもを虐待していると思われる親の割合

※「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」「長期間食事を与えなかった」「感情的な言葉で怒鳴った」「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」のいずれか1つでも回答した割合であることに留意。

設問（重点課題 ②-2）：3～4 か月、1 歳 6 か月、3 歳	母子保健課調べ		
	3～4 か月	1 歳 6 か月	3 歳
この数ヶ月の間に、ご家庭で以下のことがありましたか。			
あてはまるものすべてに○を付けて下さい			
1. しつけのし過ぎがあった	0.8%	2.2%	5.1%
2. 感情的に叩いた	1.3%	6.0%	10.8%
3. 乳幼児だけを家に残して外出した	2.1%	1.1%	1.5%
4. 長時間食事を与えなかった	0.1%	0.1%	0.1%
5. 感情的な言葉で怒鳴った	5.7%	17.9%	36.9%
6. 子どもの口をふさいだ（3 歳は選択肢無し）	0.4%	0.6%	-
7. 子どもを激しく揺さぶった（3 歳は選択肢無し）	0.2%	0.2%	-
8. いずれも該当しない	90.3%	77.4%	57.7%

母子保健課調べの結果を上表の右欄に示した。選択肢 1～7（3 歳児は 1～5）のいずれか 1 つでも該当した者は、3～4 か月で 9.7%、1 歳 6 か月で 22.6%、3 歳で 42.3%となっており、子どもの年齢が上がるとともに該当率が大きく上昇していた。特に、「2. 感情的に叩いた」は、3～4 か月では 1.3%であったが、3 歳ではその約 8 倍（10.8%）に上昇している。この問診は、「子どもを虐待していると思われる親の割合」の指標に関連した問診としており、健診の現場では、叩かない子育て等、適切な育児を支援するためのきっかけとなる項目として、虐待予防に向けた入口の設問として大いに活用されたい。これらに該当する保護者には様々な状況があり、回答者の潜在的なニーズを把握するためには、丁寧な対応が必要である。また、「子どもの口をふさいだ」「子どもを激しく揺さぶった」など、明らかな SOS のサインと捉え、しっかりと気持ちを傾聴する必要がある。この指標に関連し、叩かない育児の啓発については、厚生労働科学研究（妊産褥婦健康診査の評価および自治体との連携の在り方に関する研究）の成果物である「子どもを健やかに育てるために～愛の鞭ゼロ作戦～」を活用されたい²⁰⁾。

⑮ 乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）を知っている親の割合

設問（重点課題 ②-5）：3～4 か月	選択肢
赤ちゃんが、どうしても泣き止まない時などに、赤ちゃんの	1. はい
頭を前後にガクガクするほど激しく揺さぶることによって、	2. いいえ
脳障害が起きることを知っていますか	

母子保健課調べの結果をみると、「1. はい」が 97.6%となっており、啓発が進んでいるものと考えられる。乳幼児揺さぶられ症候群が発生する背景には、泣きやませようとしても泣き止まない乳児に特有の泣き行動（パープル・クライング）がある。泣きをコントロールできないことに対する保護者の焦りやイラつきが激しい揺さぶりにつながることを、当事者が認識する必要がある。また、どうしても泣き止まない場合には、子どもを安全な場所に寝かせて、その場を離れて自分がリラックスする対処法を伝えたい。厚生労働省ウェブサイトには、啓発動画『赤ちゃんが泣き止まない～泣きへの対処と理解のために～』が公開されているので、保護者にお勧めしていただきたい²¹⁾。

第2章 第3節 多職種が連携して実施する保健指導のポイント

1 本節について (Power Point 2章3節3～6 (PP 2-3-3～6))

本節では、乳幼児健診で保健指導をする際に、確認すべき事項とそのポイントを簡略的に概観できるように、研究班が既にまとめた「手引き」¹⁰⁾を再構成・加筆して、健診時期別にまとめた。

乳幼児健診で保健指導を行う健診従事者は、保護者がわが子の成長を自ら確認できる力をもてる支援を目指しつつ、子どもの月齢・年齢に応じた「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」について共通に理解しておくべきである。母子健康手帳の「保護者の記録」の項目は、すべての健診従事者が踏まえておくべきその時期の親子の標準的な発育・発達の目安である。次項ではそのような目安と照らし、着目すべき確認事項とそのポイントを健診時期別に栄養・歯科・保健・看護等の多職種の視点から整理した^{10, 18, 22-46)}。

乳幼児健診の保健指導では、対象となる親子の健康課題や支援ニーズ・強みを確認し、個別性を重視して保護者へ具体的なアドバイスを行うことが大切である。さらに、健診受診時の状況だけでなく、次の健診やフォローアップの時期を見通した「標準的な発育・発達と親子の健康な生活の目安」を伝えることも支援のひとつである。

しかし、短時間となる乳幼児健診での保健指導で全てを解決できないこともある。まずは対象者の困りごとなどに耳を傾け、対象者と一緒に問題を整理し、その他の客観的情報（対象者からの訴えがないものも含む）とともに総合的に判断し、さらに詳細な保健指導が必要な場合は、次の支援につなげることが重要である。

2 健診の時期別にみた保健指導のポイント

本項では、各健診時期の特徴を概説した後、保健指導の際に着目すべき事項とそのポイントを表として示した。この表は、「手引き」¹⁰⁾の表 6.1 をもとに、さらに詳細な保健指導のポイントを加筆したものである。健診時期別に記載しているが、今後の見通しやどのように変化していくかなどを確認したい場合は、「手引き」や本稿の最後に掲載している表を活用して全体像を確認頂きたい。

1) 1 か月児健診 (PP 2-3-7～10)

生後1か月頃の子どもは、原始反射がまだ認められる時期であり、大きな音には四肢を動かして反応する。また、良好な対光反射がみられる。体重増加は1日 20～50g であり、生理的体重減少の最小値以降の1日あたりの増加分を計算する。仰臥位では、四肢を良く動かす。特にこの時期は、①体重増加不良、哺乳力の弱さ、②筋緊張低下、③皮膚色不良、④嘔吐、下痢、⑤臍炎・臍肉芽腫、臍ヘルニアに注意する。

栄養指導においては、この時期は栄養面だけではなく、母体の回復やアタッチメント（愛着）の形成、子どもの免疫力、乳幼児突然死症候群（Sudden infant death syndrome; SIDS）の予防などの面からも、母乳育児をサポートする。体重増加不良や保護者の不安、乳房トラブル等がある場合は可能な限り、母乳育児に関する専門職（助産師、保健師、看護師、管理栄養士・栄養士など）と一緒に授乳の実際の様子やリズムを確認し、相談対応するようにつなぐ。

1 か月児健診でみられる保護者の心配事は、多い順に「顔や体のブツブツ」「ゲップが出づらい」「鼻づまり」「よく吐く」「おしりかぶれ」「授乳量がわからない」と報告されている。生後2週間から1か月頃は、育児不安が最も強く現れる時期でもあり、保護者からの質問には丁寧に答えるのと

もに、保護者の表情や養育態度も観察して問題がありそうな場合は必ず継続フォローとして、関係機関と連携してサポートしていく。保護者と児を取り巻く家族の存在も大きい時期であるため、併せて支援する。1か月児健診は、産科退院後初めての外出であることが多いため、保護者へのねぎらいの声掛けは重要であり、体重増加が良く一般状態が良好であれば、育児がうまくいっていることを強調してエンパワーする。

表 2-3 1 か月児健診における保健指導のポイント

発達の日安（母子健康手帳（省令様式）における「保護者の記録」項目より転載）		
・裸にすると手足をよく動かしますか ・お乳をよく飲みますか ・大きな音にビックリと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか ・おへそはかわいていますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか		
項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	・授乳方法・回数・1回量等	授乳は子どもの欲するままに与える。母親は落ち着いた気分で行う。あくまでも目安であり、個人差はあるが、授乳回数は1日 7、8 回～それ以上、1 回の授乳時間は 10～15 分程度、1 回の哺乳量は生後 1～2 か月で 120～150ml 程度である。 成長曲線で発育、母乳・ミルクの回数・量、時間を確認する。 育児用ミルクを使用する場合は、授乳を通じて親子関係づくりが進むよう、母親の心の状態等に配慮した支援を行う。 母乳不足のために混合栄養を行う場合は、母乳分泌を維持するために、授乳回数をできるだけ増やすとともに搾乳を積極的に行う。
	・哺乳後の排気方法（溢乳と吐乳の違い等を含む）	溢乳を防ぐためには縦抱きで授乳したり、授乳後に乳児をまっすぐに抱いたりして、背中をさすり嚥下した空気を吐き出させる。 授乳後は逆流した乳汁が気道につまらないように、上半身が高くなるような姿勢で寝かせたり、顔を横に向けて寝かせたりする。
	・母乳栄養の場合： 母乳不足・乳房トラブル等の有無 ・人工栄養の場合： 調乳方法、器具の消毒管理等	母乳不足：母乳不足感か、本当に母乳不足かを確認する。母乳不足の場合、母親に低栄養、ストレス、疲労、睡眠不足など、母乳不足の原因がないかを確認する。

（次頁に続く）

		乳児に乳首だけでなく乳輪まで深くふくませることで、乳腺を圧迫して乳汁の分泌が容易になる。 哺乳瓶を嫌がる：種類、メーカーをかえる。母親以外の人が試す等。 母親の食事の栄養バランスを確認し食事の重要性を伝える（母乳への影響、子どものアレルギー発症を心配して、母親が食物除去をしても、アレルギー疾患発症リスクに変化がないこと、過剰な食物除去を行うと、母子共に健康障害を引き起こす可能性があること、適切な量と食べ方、授乳中のダイエットは不要等）。
	・母乳、育児用ミルク以外に与えている飲料	生後1か月頃は、母乳や育児用ミルクのみでも水分補給は可能である。
	・睡眠と授乳のサイクル	未確立の時期。1～2か月で落ち着くことが多いという見通しを伝える。
	・昼夜の生活リズム	夜泣きの状況を含む
睡眠・生活リズム	・電子メディア・情報通信機器（テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等）の視聴時間	2歳までの子どもにはテレビやDVD等をみせないようにする。 授乳中のテレビやDVD等の視聴をしないようにする。 電子メディア・情報通信機器（テレビ・DVD・ビデオ・タブレット端末・スマートフォン等）が子どもに与える影響を説明する（電子メディア・情報通信機器への接触時間が親子とのふれあい等他の重要な時間を奪ってしまうこと（displacement theory）や、内容によっては視聴内容が悪影響を及ぼすこと（content theory）、今後の言語発達の遅れや生活リズムの乱れなどにつながる可能性があること、電子メディア・情報通信機器によるブルーライトが視力や睡眠に影響する可能性があること等を説明する。）
遊び・対人関係	・保護者からのかかわり	あやす、声をかける、抱く
	・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等）	子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等で気になるところはないか。
保護者の健康、親子関係	・乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無	子どもの体重増加と授乳状況の確認。母乳分泌不足、乳腺炎、しこり（乳がん疑い）等の有無。痔や尿漏れ等の有無。
	・マタニティブルーや産後うつ病	表情や言動から疲労感、不安な状態が

		ないか。マタニティブルーの場合は一過性だが、症状が続く場合は産後うつを疑い相談できるよう連絡先を伝える。不眠や食欲低下の有無。産後うつを早期に把握し適切な支援へとつなげるために EPDS [†] を実施(9点以上は保健センターへ連絡)。
	・ 受胎調節や家族計画	避妊に関するパートナーの協力状況。必要に応じて IUD [‡] の使用も考慮。
	・ 基本的信頼感の確立	子どもへの養育態度で気になるところはないか。
	・ 母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や意欲の減退などが続いているか(産後うつ疑い)。
	・ 育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・ 家族の状況(経済状況、就労状況等含む)	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
	・ 支援者の有無	里帰りから自宅へ戻る時期であることが多いため、支援の減少への対応ができていないか。
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・ 地域とのつながり	まだ外に出にくい時期であり、特に母親は産後の心身ともに不安定であるため、社会的孤立等によるストレスを感じないように、身近な支援者の確保ができていないか、市町村保健センター等の社会資源を知っているかなどについて確認する。
	・ 社会資源活用状況	市町村保健センターや産後ケア、新生児訪問、乳幼児全戸訪問事業などの社会資源の活用について情報提供する。
排泄	・ 排泄回数・色・性状・量等	母乳栄養児と人工栄養児の便の特徴、新生児の排泄の特徴について説明する。その際、母子健康手帳の便カラーカードの活用についても説明する。
	・ 皮膚の汚れやかぶれの有無等、保清スキンケアの方法等	沐浴から大人と一緒にのお風呂に移行する時期であり、入浴に関する不安がないか確認する。新陳代謝が活発で顔や頭皮の皮脂の分泌が盛んな時期のため、石鹸で洗う(特に大泉門や首回りなど)。顔もよく泡立てた石鹸で洗う。その後保湿剤などでスキンケアをすると良い。
清潔・入浴	・ おむつ交換の手技	退院後、何か困っていることがないか確認する。必要時清潔を保持するための手技ができていないか振り返る。
	・ 衣服の調節	生後2か月以内は大人より1枚多くするのが目安であるが、汗ばんでいないか確認して調整する。
歯・口腔機能	・ 歯みがきの準備状況(アタッチメント	先天性歯やリガ・フェーデ病による潰

[†] Edinburgh Postnatal Depression Scale (エジンバラ産後うつ自己評価票)

[‡] Intrauterine device (子宮内避妊具)

環境整備	形成の一環として)	瘍がある場合は、歯科受診を勧める。 上皮真珠は、特に心配する必要はない。 ヘルペス性歯肉炎で症状が重い場合は、小児科や歯科の受診を勧める。 歯の萌出前は、口腔内の清掃は必要ない。口腔内カンジタ症の場合は、口腔内及び口に入れそうなものを清潔に保つようにする。
	・室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等はないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
	・外気浴の状況	生後1か月から行う。戸外の空気にふれることを外気浴という。新鮮な空気を吸うことは呼吸器系を刺激し、気温の変化に順応するために効果的である。ただし、天候に応じて無理のない範囲で行う。
	・過度な冷暖房使用がないか	季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風が当たらないようにする。
事故防止	・授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備をする。
	・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	SIDS 予防、転落防止（ベッド柵は必ず上げる）、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）、低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、車に児を残さない、乳幼児揺さぶられ症候群、家庭外での事故防止等
	・室内の環境整備	児のまわりに細かい小物などを置かないようにする。児の寝ているところに壁や棚からものが落ちてこないようにする。
保護者など周りの人の喫煙状況	・家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	受動喫煙の害が及ばないよう注意する。受動喫煙の児への害について説明する。

留意点

- ・妊娠期からの継続的な支援の視点が重要であり、産科との連携も必要
- ・育児不安が特に高い時期である
- ・先天性疾患の早期発見につながる時期であるため、保護者が児に対して気になっている症状などについて注意深く聞く

次の健診に向けて

予防接種や今後の健診スケジュール等の見通しや、育児の相談窓口、子育て支援センター等の地域で活用できる子育て支援に関する社会資源の情報提供を行う。

2) 3～4 か月児健診（PP 2-3-11～13）

3～4 か月児健診は、親子が初めて地域の保健機関に出向く機会であることも多いため、地域の安心できる育児の相談支援機関となるよう、信頼される関係を築くことが重要である。授乳・睡眠・排泄は、保健指導・支援のきっかけとなる。栄養指導に関しては現在の授乳状況等だけでなく、離乳開始に向けた準備の時期であることを念頭におく。乳房トラブルについては新生児期から健診時までの状況を確認し、適切な授乳方法を継続できるよう支援する。また、母親の精神的な健康状態の把握として、産後うつ病の可能性についても継続して確認しておく。さらに、子どものあやし方からアタッチメントの形成状況など親子関係について把握し、基本的信頼感の確立について確認する。また、事故、SIDS、乳幼児揺さぶられ症候群（Shaken Baby Syndrome; SBS）などの予防に関する指導は欠かせない。また今後、発育・発達が著しく児の動きが活発になってくるため、先を見通した事故予防対策についても保護者に伝えることが重要である。

保護者の身体的・精神的負担感や問題解決能力、育児の相談者や協力者の存在、子どもの受容等は、保護者の育児に関する生活の質やソーシャル・サポートおよびネットワークを把握する項目として、どの時期においても大切なポイントである。

表 2-4 3～4 か月児健診における保健指導のポイント

発達の目安（母子健康手帳（省令様式）における「保護者の記録」項目より転載）

- ・首がすわったのはいつですか
- ・あやすとよく笑いますか
- ・目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか
- ・見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか
- ・外気浴をしていますか
- ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか
- ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか

項目	確認事項	保健指導のポイント
	・授乳方法・回数・1回量等	眠る時間が長くなり、授乳回数が6～7回くらいになる。授乳は子どもの欲するままに与え、母親は落ち着いた気分で行う。 成長曲線で発育、母乳・ミルクの回数・量、時間を確認する。
授乳・離乳、食事・食習慣	・水分摂取のタイミングや内容	離乳の開始前は、母乳・育児用ミルク以外の飲み物は不要であるが、大量に汗をかいた場合などの水分補給は、白湯や麦茶でよく、果汁は与えなくてよい。 甘い飲み物は、糖分が多く食欲に影響しやすく、習慣化しやすい。イオン飲料は、医師の指示があった場合のみとする。発熱や嘔吐後のイオン飲料の習慣化に注意する。

睡眠・生活リズム	・ 離乳の開始に向けた準備	離乳食に対する不安がある者には、不安を取り除くように話を聞く。 授乳のリズムを作ることから、生活リズムを整え、離乳開始に備える。 離乳は、健康状態の良好なときに開始する。 調理の不安を取り除くため、簡単にできる料理（調理法）を具体的に提案する。 離乳食の開始時期と完了までのプロセス、食品の組み合わせ、固さ、大きさ、禁止食品、調理法（調味）などを説明する。
	・ 離乳の進め方、アレルギーの有無	適切な形態・量（咀嚼、月齢にあった固さ）の食事をフードモデルやパンフレットで示す。 特定の食べ物ばかり食べたがる、嫌いなものは口にしない等の状況は、その食べ物が嫌いというより、食べなれていないことにより起こりがち（新奇性恐怖による）である。食べ物の好き嫌いはこの時期には固定しない。 生活（授乳）リズムを整える。 離乳の開始にあたり、ベビーフードの利点と留意点を説明する。 食物アレルギーは、個人によりアレルゲンが異なる。除去食の必要性の有無や制限範囲は医師の診断のもとに決定する。アレルギー対応レシピ、代替食品を紹介する。
	・ 睡眠・昼夜の生活リズム	睡眠・覚醒のリズムがかなり完成し、昼はよく起きていることが多く、夜はしっかり眠るようになる。ただし夜泣きする場合もあるので児の睡眠の状況を確認するとともに、保護者の睡眠状況・疲労等にも気を配る。昼と夜の区別がつくようになるので、昼は外気浴をして遊び、夜は静かな環境を作る。生活リズムを作っていくために沐浴や散歩などを決まった時間帯にする（夜泣き対策となることもある）。
	・ 電子メディア・情報通信機器（テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等）の視聴時間	2 歳までの子どもにはテレビや DVD 等をみせないようにする。 授乳中のテレビや DVD 等の視聴をしないようにする。 電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する（1 か月児健診を参照）
遊び・対人関係	・ 保護者からのかかわり	あやす、声をかける、抱く
保護者の健康、親子関係	・ 親子関係	子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等で気になるところはないか。

ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無	子どもの体重増加と授乳状況の確認。母乳分泌不足、乳腺炎、しこり（乳がん疑い）等の有無。痔や尿漏れ等の有無。
	・産後うつ病	表情や言動から疲労感、不安な状態が続いていないか。体調不良や意欲の減退はないか。不眠や食欲低下の有無。必要時 EPDS の実施を考慮（9 点以上は保健センターへ連絡）。
	・基本的信頼感の確立	子どもへの養育態度で気になるところはないか。
	・母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や意欲の減退などが続いているか（産後うつ疑い）。
	・育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・家族の状況	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
	・支援者の有無	支援者の有無を確認し、支援が不十分であり、養育上の困難点等が確認される場合は、担当保健師等に引き継ぐなど継続的支援を行う。
	・地域とのつながり	定額している児も増え、外に出やすくなるため、周りに子育て仲間等がない場合は、親子が集える場の情報提供などを行う。
	・社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
	・排泄回数・色・性状・量等	便秘に関する質問が多い時期でもある。2～3 日便が出なくても腹部膨満がなくミルク・母乳の飲みもよく、機嫌もよければ様子をみてかまわない。苦しそうであれば、腹部マッサージや綿棒等での刺激方法について伝え、それでも改善しない場合はかかりつけ医への相談をすすめる。
排泄		
清潔・入浴	・皮膚の汚れやかぶれの有無、保清スキンケアの方法等	新生児期にひきつづき、新陳代謝が活発であるため、スキンケアが重要である。湿疹がみられることも多いが、清潔にしていれば軽いものは軽快する。ただし、治りにくかったり悪化するようであればかかりつけ医への相談をすすめる。
	・おむつ交換の手技	新生児期に引き続き、清潔な方法で行っているか確認し、困りごとがないか確認する。
	・衣服の調節	大人と同じ枚数であるが、汗ばんでいる場合は 1 枚少なくする。手足の動きが活発になるため、吸湿性のよい肌着と動きやすい衣服を選ぶ。

歯・口腔機能	乳歯が生える前 ・歯みがきの準備状況（アタッチメント形成の一環として）	乳歯の手入れ方法は、保護者の心配ごととなりやすいが、歯の萌出前は口腔内の清掃は必要ない。 「寝かせみがき」の練習として、保護者の膝の上に寝かせ、清潔な指で口の周りや口唇を触れることに慣れさせる。
	・室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
環境整備	・外気浴の状況	戸外の空気にふれることを外気浴という。新鮮な空気を吸うことは呼吸器系を刺激し、気温の変化に順応するために効果的である。ただし、天候に応じて無理のない範囲で行う。
	・過度な冷暖房使用がないか	季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風があたらないようにする。
事故防止	・授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備を行う。
	・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	SIDS 予防、転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）、低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等
	・室内の環境整備	今後、児の動きが活発化してくるため、誤飲防止のため小さなものや危険なものは少なくとも1m以上の高さに移動させる。また、まだ寝返りをしていない児もいつするかわからないため、引き続きベビーベッド柵の確認等高所からの転落防止に努める。
保護者など周りの人の喫煙状況	・家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	受動喫煙の害が及ばないよう注意する。受動喫煙の児への害について説明する。

留意点

・健診によって、地域の保健機関との接点を初めて持つケースも多いため、出会いの場として信頼関係の構築が重要

次の健診に向けて

予防接種や今後の健診スケジュール等の見通しや、育児の相談窓口、子育て支援センター等の地域で活用できる子育て支援に関する社会資源の情報提供を行う。次の健診は委託医療機関での個別健診である自治体も多いため、何か気になることがあれば、保健センターにも相談してもらえるよう伝える。

3) 9～10 か月児健診 (PP 2-3-14～16)

9～10 か月児は、好奇心が旺盛で様々なものに興味を示すようになり、盛んに模倣遊びも始まってくる。子どもによっては、はいはいや伝い歩きが始まるため、丸々とした「赤ちゃんらしい」感じの体型から引き締まった体型に少しずつ変化が見られる。「ダメ」というような簡単な大人の言うことを理解したり、音に意味のない言葉（喃語）を盛んに発するようになる。表情も豊かになる時期であるが、人見知りの強い時期でもあり、診察に支障をきたすこともある。粗大運動の発達では、座位の安定性が高まり、座位のままで長時間遊ぶようになったり、つかまり立ちもできるようになる。屈筋優位から抗重力筋である伸筋が優位になり、立位に適するようになってくるため、早い子は「よちよち歩き」を始めている子もいる。10 か月児では、半数以上でつたい歩きができ、一人で歩くことができる子どももみられる。一方で、座位のみで、つかまり立ちやはいはいをしていない子もいる。中には座ったまま移動し独歩が遅れる「シャフリングベビー」という児もいる。微細運動や精神発達等に問題がない場合は特に心配はいらないことが多いが、診察等での確認が重要である。微細運動では、手先も器用になり、拇指、示指、中指を使う橈側握りが上達し、小さい物をつかんだり、片手で持ったものを逆の手に持ち変えも可能になる。

食生活では、離乳の完了にむけ、1日の食事・生活リズムを整える。

このように、子ども一人ひとりの発達のバリエーションが大きい時期であり、保護者が発達の遅れなどに気が付きにくい時期でもある。一方で、子育て中の保護者も、自分の子どもの発達の状況が、遅れているのか、正常の範囲内なのか不安を抱きやすい時期でもあるため、そのような心情に配慮した言葉かけが重要である。その場合は、先の見通しをもった助言や、発達の遅れや疾病などのリスクばかりの説明ではなく、子どもの発育・発達の支援や安心のために経過を確認するなどの声かけが必要である。

表 2-5 9～10 か月児健診における保健指導のポイント

発達の目安（母子健康手帳（省令様式）における「保護者の記録」項目より転載）

- ・はいはいをしたのはいつですか
- ・つかまり立ちをしたのはいつですか
- ・指で、小さい物をつまみますか
- ・機嫌よくひとり遊びができますか
- ・離乳は順調にすすんでいますか
- ・そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか
- ・後追いをしますか
- ・歯の生え方、形、色、歯肉などについて、気になることがありますか
- ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか
- ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか

項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	・食生活のリズム	1日3回食を進める、お腹がすくリズムをつくるために生活リズムを整える。
	・適量、食品の種類と組み合わせ	適切な形態、量（咀嚼、月齢にあった固さ（歯茎でつぶせる固さ程度）の食事）。フードモデルやパンフレットで適量を示す。
(次頁に続く)		

	穀類、野菜・果物、たんぱく質性食品を組み合わせた食事とし、色々な食品を楽しむ。 生後9か月以降は鉄が不足しやすいので、赤みの魚や肉、レバーを取り入れ、調理用に牛乳・乳製品のかわりに育児用ミルクを使用する等工夫する。フォローアップミルクは、母乳または育児用ミルクの代替品ではない。必要に応じて（離乳食が順調に進まず、鉄の不足のリスクが高い場合など）使用する。
・調理形態、調理方法	味覚の発達、身体への影響を伝える。簡単にできる料理（調理法）を提案する。 離乳食の開始時期と完了までのプロセス、食品の組み合わせ、固さ、大きさ、禁止食品、調理法（調味）などを説明する。
・家族と一緒の食事を楽しむ	1日1回は、家族で食べられるように、協力しあう。夕食時間の設定を遅くせず、帰宅時間の遅い家族とのふれあいは、他の方法を提案する。
・手づかみ食べ	手づかみ食べにより、自分で食べる意欲や、目・手・口の協調動作（運動）を育てる。 手づかみ食べのできる食事、汚れてもよい環境、食べる意欲を尊重する。
・離乳の進め方、アレルギーの有無、離乳の完了に向けた準備	食事の様子（歯茎でつぶして、飲み込めているか等）を見る。 特定の食べ物ばかり食べたがる、嫌いなものは口にしない等の状況は、その食べ物が嫌いというより、食べなれていないことにより起こりがち（新奇性恐怖による）である。食べ物の好き嫌いはこの時期に固定しない。 生活（授乳）リズムを整える、口腔機能にあった調理形態にする、焦らず、無理強いをしない。 1日の食事のリズム、食べられる食品の増やし方、適量を説明する。 の母乳または育児用ミルクの回数を減らしていき食事を中心にする。 離乳の完了は、形のある食物をかみつぶすことができるようになり、エネルギーや栄養素の大部分が母乳または育児用ミルク以外の食物からとれるようになる12か月から18か月頃である。 十分な活動で空腹をつくり、質の良い睡眠を得る、それらが食欲へとつながる環境づくりを行う。

(次頁に続く)	
睡眠・生活リズム	ベビーフードの利点と留意点を説明する。 食物アレルギーへの不安から、自己判断で食物除去を行うことのないよう注意し、必ず医師の指示を受ける。アレルギー疾患の予防や治療を目的として医師の指示を受けずにアレルゲン除去を行うことは、子どもの発育・発達を損なう恐れがある。 甘い飲み物は、糖分が多く食欲に影響しやすく、習慣化しやすい。イオン飲料は、医師の指示があった場合のみとする。発熱や嘔吐後のイオン飲料の習慣化に注意する。
	・就寝時間 日中の平均睡眠時間は、11～13 時間で 夜まとまって寝る時間が長くなる。 昼間はお散歩や室内でたっぷり遊び、運動させて、午後 8 時頃までには寝るように生活環境を整える。
	・午睡の状況 昼食後に 1～2 時間程度にし、夕方になると、睡眠に影響がでないようにする。
	・電子メディア・情報通信機器（テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等）の視聴時間 2 歳までの子どもにはテレビや DVD 等をみせないようにする。 電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する（1 か月児健診を参照）
	・保護者と子のかかわり 「親と視線が合う」「大人のすることを真似する」「親の後追いをする」など
遊び・対人関係	・遊び相手を欲しがるときは原則として相手になる 「いないいないばあ」や「おつむてんてん」の他、模倣遊びなどでやり取りを楽しむ。
	・親子関係 子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者の存在を十分に認識しているか等
	・基本的信頼感の確立 「後追い」は保護者と保護者以外の人を認識し始めたことを示す行動である。無視したりせずに、気長につきあう。
保護者の健康、親子関係	・母親の食欲・睡眠等状況、体調 うつ状態の有無や子どもの夜泣きによる睡眠不足、ストレス等をよく聞く
	・育児不安、育児困難感の有無 動きがでてくるので、目が離せなくなったり、後追いや夜泣きなど困難を感じることもあるので、不安な点をよく聞く
	・家族の状況 経済状況、就労状況等含む
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・支援者の有無 家族などの身近な支援者等、
	・地域とのつながり 保健師や保育士等地域の支援者や遊び場等の利用状況等

排泄	・社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
	・排泄回数・色・性状・量等	便の回数は減り、固形便に変化し始める。離乳食の回数増加や主食の移行に伴い少し便秘気味になることもあるので、水分補給やマッサージなどを行う。
清潔・入浴	・皮膚の汚れやかぶれの有無等・保清スキンケアの方法	新陳代謝が活発であるため、スキンケアが重要である。湿疹がみられることも多いが、清潔にしていれば軽いものは軽快する。ただし、治りにくかったり、悪化するようであればかかりつけ医への相談をすすめる。 急に入浴を嫌がり出すこともあるが、成長過程で遭遇する機会が多い。
		新生児期に引き続き、清潔な方法で行っているか確認し、困りごとがないか確認する。
歯・口腔機能	・衣服の調節	一般に大人よりも、一枚少ないくらい
	・乳前歯が生えてくる	生後 8～9 か月頃から乳前歯が生えてくるが、歯の生え方、形、色などは個人差がある。 かかりつけ歯科医での定期健診やフッ化物歯面塗布を勧める。
	・寝かせみがきをしているか	保護者の膝の上に寝かせてみがく習慣を付ける。 汚れを落とすことを目的とするのではなく、無理せず楽しい習慣とすることが大事である。
	・（歯が生えたら）歯ブラシを使った仕上げみがきをしているか	歯ブラシの毛先の感触や刺激に慣れさせ、短時間で終わらせるようにする。
	・水分摂取は甘くない飲み物にしているか	水分摂取に甘い飲み物は用いない。
	・室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
環境整備	・外気浴の状況	動ける範囲が広がり周囲のものに興味を示し始める時期。天気の良い時には散歩をしたり公園に連れて行くことをすすめる。
	・過度な冷暖房使用がないか	暖房利用時は湿度調整に注意を（加湿器や濡れタオル等の利用）
事故防止	・授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備
	・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	何でも口に入れるため、誤飲やおつかまり立ちやハイハイによる転落等が多いため注意が必要である。SIDS 予防、転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）低温火傷の防止、チャイル

		ドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等についても注意する。
	・室内の環境整備	子どもの手が届かないところに物をおく習慣をつける。
保護者など周りの人の喫煙状況	・家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	受動喫煙の害が及ばないように注意する。受動喫煙の児への害について説明する。

留意点

- ・発達個人差・バリエーションが大きい時期であり、戸惑う保護者も多い

次の健診に向けて

予防接種の今後のスケジュールを確認する。次の健診は1歳6か月児健診であることが多くこれまでより間隔が長くなるため、何か困ったときの相談先として保健センターなどの社会資源について説明する。

4) 1歳6か月児健診（PP 2-3-17, 18）

1歳6か月児健診では、乳児期から幼児期へ移行し、自我の芽生え、一人歩きや意味のある単語を話すなど発育・発達の節目であるとともに、育児ポイントや育児不安も大きく変化する時期である。人とのやりとりを通して、コミュニケーション力が育まれ、言葉の理解や発言が広がることから、子どもの発達や、食事や生活リズムなどの生活習慣、親子関係など丁寧な聞き取りと観察、必要に応じた経過観察も重要である。

生活リズム、遊びの時間と内容、精神発達や身体発達の確認とこれに見合う遊びの実施状況を把握し、個別に合わせて具体的な方法の指導をし、継続支援につなげる。

食生活に関しては、食生活のリズム、食品の種類と組み合わせ、調理形態、家族と楽しく食べる食生活習慣や子どもの食行動などについて確認する。

歯・口腔機能では、乳前歯が8本生えそろい、乳臼歯が生えてくる時期である。う蝕予防のため、フッ化物配合歯磨剤を用いた仕上げみがき習慣の確立やフッ化物歯面塗布および甘味摂取の状況などを確認する。

表 2-6 1歳6か月児健診における保健指導のポイント

発達の目安（母子健康手帳（省令様式）における「保護者の記録」項目より転載）

- ・ひとり歩きをしたのはいつですか
- ・ママ、ブーブーなど意味のあることばをいくつか話しますか
- ・自分でコップを持って水を飲みますか
- ・哺乳ビンを使っていますか
- ・食事や間食（おやつ）の時間はだいたい決まっていますか
- ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか
- ・極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になったりしませんか
- ・うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか
- ・どんな遊びが好きですか
- ・歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか
- ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか
- ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか

項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	・ 幼児食への移行 ・ 離乳の完了	1日の食事リズム、食べられる食品の増やし方、適量の助言を行う。現物やパンフレット、フードモデルで適量を提示。食事量は個人差もあるので、バランスに気をつけるよう指導する。 食事の様子（しっかり噛んで、飲み込めているかなど）を見ながら、離乳食を完了していくことを伝える。 牛乳・乳製品の必要量を説明する。 食事時間が空腹で迎えられるように生活リズムを整えていく。
	・ 食事・生活のリズム	朝、起きられるような生活リズムの確立。食事のリズムが生活リズムの確立に利用できるように支援する。子どもの時間に合わせた生活リズムをつくる。 日中の活動量、睡眠も含めて見直す。 食事は1日3回となり、その他に、必要に応じて1日1～2回の間食が目安である。食事リズムを整え、空腹感をもたせる。
	・ 間食の時間、内容、量は適切か	間食は、食事の一部である。1日3回の食事で、補えないエネルギーや栄養素を補う内容とし、時間を決める。現物やフードモデルで適量を提示。 空腹で食事時間が迎えられるような生活リズムをつくる。
	・ 食品の種類と組合せ	食品の種類を増やし、主食・主菜・副菜を基本に、色々な食品を楽しませる。
	・ 調理形態	子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどへの配慮をする。 咀嚼機能の獲得のため、一緒に噛む見本を示して、噛むことの大切さを伝える。 乳歯の生えそろう3歳頃までは、食べづらさや窒息や誤嚥の原因になる食品（弾力のあるもの、繊維のある肉・

		野菜、ピーナッツや大豆など) には配慮が必要である。 窒息事故や誤嚥予防のために、食べる時に遊ばせない、泣かせない、仰向けに寝た状態や歩きながら食べさせない、食べ物を口に入れたまま会話させない、食事中に驚かさない、早食いさせないなどの注意が必要である。
	・家族と楽しく食べる	食事の楽しさは、食欲や健康状態、食事内容、食事の手伝いへの意欲とも関連し、食生活全体の良好な状態を示す。 1日1回は、家族で食べられるように、協力しあうとよい。
	・丸のみ、噛まない	噛むことを体験させるように。手づかみ食べにより、自分で食べる意欲や目・手・口の協調動作(運動)を育てる。手づかみ食べしやすい調理のアドバイスをする。 丸のみ、噛まない悩みに対しては、前歯でかじり取る体験を手づかみ食べなどで十分にさせることで、咀嚼を促していく。 授乳、生活リズムの確認。食べる環境を整える。 小食、偏食、むら食い、だらだら食べなどの原因が生活リズムの乱れにないかを確認する。
	・自分から進んで食べる	食べやすい形態、調理法にしてみる、食に興味を持たせること、よく遊び、リズムをもって食事時間が迎えられるようにする。
	・生活リズムの獲得状況	午後8～9時頃までには就寝、午前6～7時に起床等。夜泣きなど夜間覚醒がみられることもある。昼間の適度な運動や添い寝等でのスキップも有効である。
睡眠・生活リズム	・午睡の状況	少なくとも1回
	・電子メディア・情報通信機器(テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等)の視聴時間	2歳までの子どもにはテレビやDVD等をみせないようにする。 電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する(1か月児健診を参照)
遊び・対人関係	・保護者と子のかかわり	「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」、「いつもと違うことがあると、親の顔を見て確認する」など
保護者の健康、親子関係	・親子関係	子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキップ、保護者の存在を十分に認識しているか等
	・基本的信頼感の確立	子どもへの養育態度で気になるころはないか。子どもからのメッセージもうまく受け止め、甘えを十分受け止

		めることも大切である。
	・ 母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や食欲の減退などが続いているか。
	・ 育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・ 家族の状況	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・ 支援者の有無	支援者の有無を確認し、支援が不十分であり、養育上の困難点等が確認される場合は、担当保健師等に引き継ぐなど継続的支援を行う。
	・ 地域とのつながり	周りに子育て仲間等がない場合は、親子が集える場の情報提供などを行う。
	・ 社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
	・ トイレットトレーニングの状況	トイレットトレーニング開始の条件について説明する。無理強いしない。
排泄		
清潔・入浴	・ 皮膚の状態	皮膚の清潔を保ち、刺激をさけ、保湿等で皮膚を保護する。アトピー性皮膚炎等がないか確認する。
	・ 衣服の調節	大人より 1 枚少ない程度であるが、季節や気候に合わせて調節する。
	・ 乳臼歯が生えてくる	乳臼歯が生えてくる時期であるが、個人差がある。 癒合歯や反対咬合等の症状もこの時期は特に心配はない。 かかりつけ歯科医での定期健診を勧める。
歯・口腔機能	・ 子ども自身での歯みがき習慣	子ども自身が「まねっこ」で歯みがきの習慣を付ける時期である。 汚れをとることだけではなく、子ども自身でみがく真似をし、就寝前の保護者による仕上げみがきの習慣付けが大事になる。 歯ブラシによる事故には十分留意する。
	・ 就寝前の仕上げみがき	乳臼歯が生えてきたら、就寝前は保護者による仕上げみがきの習慣をつける。 仕上げみがきを嫌がる時期ではあるが、無理をせず、音楽をかけたり、歌を歌いながらなど、楽しい雰囲気で行う。 仕上げみがきは、あまり押さえつけたり、長い時間行うのではなく、終了後はよく褒めるようにする。
	・ 哺乳ビンの使用状況	使用している場合は、2 歳までにはやめるようにする。 就寝前の使用や甘いものを入れての使用はやめるようにする。
	・ フッ化物配合歯磨剤の量	歯が生えたらフッ化物配合歯磨剤を使用する。

環境整備		切った爪程度で、保護者の仕上げみがき時に使用する。 残余物があれば軽くふき取る。
	・ 歯磨剤の使用状況	保護者の仕上げみがき時に使用しているかどうかを確認する。
	・ 定期的なフッ化物歯面塗布の有無	かかりつけ歯科医での定期健診とフッ化物歯面塗布を勧める。
	・ 室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等はないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
	・ 外気浴の状況	動ける範囲が広がり周囲のものに興味を示し始める時期。天気の良い時には散歩をしたり公園に連れて行くことをすすめる。
事故防止	・ 過度な冷暖房使用がないか	季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風があたらないようにする。
	・ 授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備
	・ 乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	一人歩きを始め、行動範囲が広くなり、何にでも興味を示す時期であり、店頭転落、火傷、溺水、交通事故、たばこ等の誤飲などの事故が多くなる。まだ危険を理解できないため環境整備が必要。 転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）・低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等に注意する。
保護者など周りの人の喫煙状況	・ 室内の環境整備	たばこ、アルコールなどを手の届くところに置かない。お風呂場に入れないようにする（残り湯は捨てる）。引き出しなど危険なものが入っているものにはロックをする。
	・ 家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	受動喫煙の害が及ばないよう注意する。受動喫煙の児への害について説明する。

留意点

- ・ 乳児期から幼児期へ移行し、子の発達にあわせて育児ポイントも大きく変化する時期

次の健診に向けて

次は3歳児健診となるが、2歳代で歯科健診等が入る自治体もある。自治体の健診実施状況に応じて、次の健診について説明する。

5) 3歳児健診（PP 2-3-19~21）

食習慣、歯磨き習慣、睡眠時間、排泄の自立、遊び等、健康的な基礎習慣が確立する時期である。また、友達遊びができるようになり、家庭外へ関心が向き社会性が発達する時期でもある。健診ではその様な発達段階をふまえ、今後も子どもの社会性の発達が促される方向にあるか留意し、保護者が子どもを手助けする関わりが実施できているかを確認する。3歳児健診は、就学時までの最後の健診となる自治体が多い。そのため、集団生活の開始に向けた視点からも、社会性を中心とした発達の確認および健康的な生活習慣の確立の確認が重要である。

食生活に関しては、食生活のリズム、調理形態、子どもの食行動、スプーンや箸の使用状況などとともに、様々な人との共食を楽しむ食生活習慣が身についてきているかなどを確認する。

歯・口腔機能では、乳歯 20 本が生えそろう時期であり、う蝕を持つ子どもが増える時期でもある。歯科健診では、う蝕の有無だけではなく歯列不正に影響する口腔習癖の確認も重要である。

表 2-7 3歳児健診における保健指導のポイント

発達の目安（母子健康手帳（省令様式）における「保護者の記録」項目より転載）

- ・手を使わずにひとりで階段をのぼれますか
- ・クレヨンなどで丸（円）を書きますか
- ・衣服の着脱をひとりでできますか
- ・自分の名前が言えますか
- ・歯みがきや手洗いをしていますか
- ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか
- ・いつも指しゃぶりをしていませんか
- ・よくかんで食べる習慣はありますか
- ・斜視はありませんか
- ・物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしませんか
- ・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりませんか
- ・かみ合わせや歯並びで気になることがありますか
- ・歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか
- ・ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか
- ・遊び友だちがいますか
- ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか
- ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか

項目	確認事項	保健指導のポイント
授乳・離乳、食事・食習慣	・食事のリズム	食事のリズムを生活リズムの確立に利用できるように支援する。子どもの時間に合わせた生活リズム（日中の活動量、睡眠も含めて）をつくるとよい。外遊びの習慣等をつけ、空腹状態で、食事時間を迎える。食事の時間を決め、30分程度で終了にするなど食事環境を整えることで食事のリズムを確立する。

・ 様々な人との共食を楽しむ	仲間と一緒に食事を楽しみ情報交換ができるようになる。 共食を楽しみながら、思いやりの気持ちを育む。仲間と食事のペースを合わせたり、自分だけが沢山食べたりしないよう、相手を思いやる気持ちが芽生えるような声かけをする。 1日1回は、家族等で食べられるように協力しあうとよい。しかし夕食時間設定は遅くせず、帰宅時間の遅い家族とのふれあいは他の方法を考える。
・ 食具（箸の使い方等）	自分で食べたがる意欲を大切に、手づかみから食具の使い方を覚える。自分にあった一口量を確認し咀嚼への動きにつなげる。 保護者が見本となる。 食事以外の遊びの中でも、指先を使った動きを取り入れ、食具の使い方を獲得していく。
・ 咀嚼機能と食事の調理形態	誤嚥、窒息の事故に気をつける。食べ物を大きいまま飲み込む、食べながら走る、遊ぶなどの時に起こりやすい。食事中に驚かさない、食べ物を口に入れたまま会話させない、早食いをさせない。 口腔機能の発達と食形態が合うように、食材の形や調理形態（子どもの口腔の大きさに合った大きさや、咀嚼を促す大きさや固さ等）を助言する。噛む練習として、周囲の大人が噛む姿を示したり、音を楽しませる。 噛む力をつける食材やメニューを紹介する。一口の量を確認し、嚥下してから、次の一口を入れる。 食事の様子（しっかり噛んで、飲み込めているかなど）を見る。 咀嚼機能は、発達遅滞や歯科との関連もあるため、多職種と連携し統一した方向性を検討し、個別相談に対応する。
・ 食事の調理形態	子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどの配慮をする。

睡眠・生活リズム

遊び・対人関係

・ 食事の適量、小食、偏食	1日の食事リズム、食べられる食品を増やし適量を理解する。空腹で食事を迎えるようにする。 好き嫌い・偏食は無理強いせず、しかし調理方法を変えたりして、食卓には出す。周囲の大人がおいしそうに食べるとよい。 むら食い・食事を食べない時には、リズムを確認する。1週間程度の状況を確認し、環境等で左右されることもあること伝える。 間食の与え方は、1日1～2回とする。子どもが欲しかるままに与えようと舂や肥満、偏食の原因になりやすいので時間と量を決めて与える。 食事リズムを作り、空腹で食事時間を迎えるよう工夫する。
・ 生活リズム、食事のリズムの獲得状況	食事リズムが生活リズムの確立に利用できるように支援する。生活習慣病予防について。子どもの時間に合わせた生活リズムを。日中の活動量、睡眠も含めて見直す。
・ 生活リズム、食事のリズムの獲得状況	午後8～9時頃までには就寝、午前6～7時に起床、規則正しい食事時間等の生活リズムが確立しているか確認する。
・ 電子メディア・情報通信機器（テレビ、DVD・ビデオ、タブレット端末等）の視聴時間	長時間の視聴は言葉の発達に影響することもある。全ての電子メディア・情報通信機器への総接触時間を2時間未満にする。食事中のテレビやDVD等の視聴をしないようにする。子ども部屋にはビデオやパソコンを置かないことを推奨する。保護者と子どもで電子メディア・情報通信機器を上手に利用するルールをつくる。電子メディア・情報通信機器が子どもに与える影響を説明する（1か月児健診を参照） 昨今の電子メディア・情報通信機器においては教育的使用も増えてきている。電子メディア・情報通信機器の問題点と有益性を考慮しつつ、子どもの生活の中での位置づけを常に考えることが重要である。
・ 他の子ともとのかかわり	「同年齢の子ともと接する場面で、他の子どもに話しかけようとする」、「他の子どもから誘われれば遊びに加わろうとする」など

保護者の健康、親子関係	・ 親子関係	子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者を安全基地として家庭外の世界へ関心が向けられているか等
	・ 自我の発達、社会性の発達	3歳以降に現れる第1反抗期は自主性の発達の上で重要である。過保護、過干渉に気を付け、子どものやる気の芽を伸ばし、自我の発達、社会性の発達を促す。
	・ 母親の食欲・睡眠等状況、体調	いつもと違う食事や睡眠状況ではないか、体調不良や意欲の減退などが続いているか。
	・ 育児不安、育児困難感の有無	支援者や相談者の有無。相談場所の情報提供。
	・ 家族の状況	経済状況、就労状況等で困ったことはないか。
ソーシャル・サポートおよびネットワークの状況	・ 支援者の有無	支援者の有無を確認し、支援が不十分であり、養育上の困難点等が確認される場合は、担当保健師等に引き継ぐなど継続的支援を行う。
	・ 地域とのつながり	特にまだ幼稚園等の所属がない場合は社会的孤立に注意する。周りに子育て仲間等がいない場合は、親子が集える場の情報提供などを行う。
	・ 社会資源活用状況	親子が集える場等の地域における子育て支援サービスの活用状況を確認し、必要時情報提供する。
排泄	・ トイレトレーニングの完了状況	過敏にならず、失敗は怒らず、うまくいったらほめる。まだ夜間の排尿抑制は難しい場合も多い。
清潔・入浴	・ 皮膚の汚れやかぶれの有無等・保清スキンケアの方法	皮膚の清潔を保ち、刺激をさけ、保湿等で皮膚を保護する。アトピー性皮膚炎等がないか確認する。
	・ 衣服の調節	大人より1枚少ない程度であるが、季節や気候に合わせて調節する。
歯・口腔機能	・ 乳歯列が完成する	乳歯列が完成するが、本数や時期、かみ合わせや歯並びには個人差がある。かかりつけ歯科医での定期健診を勧める。

	・ 歯列不正に影響がある口腔習癖の有無	指しゃぶりは、3歳頃までは生理的な行動として捉え、指を使った遊びや外遊びを増やすなど、否定せず褒めながら様子を見る。 指にタコができるほどの過度な指しゃぶりは、かかりつけ歯科医に相談することを勧める。
	・ 食後の歯みがき習慣	家族みんなが食べたら歯をみがくよう習慣付けを行う。
	・ うがいの練習をしているか	口唇を閉じてのブクブクうがいは、口腔機能の発達と深い関連がある。ブクブクできなくても、口唇を閉じて水をため、吐き出すことから練習をする。 4歳以降に始められるフッ化物洗口のためにも、練習を開始する。
	・ 就寝前の仕上げみがき	就寝前の仕上げみがきを継続する。
	・ フッ化物配合歯磨剤の使用状況	5mm 以下（エンドウ豆の大きさ）で使用し、うがいは1回程度とする。
	・ 定期的なフッ化物歯面塗布の有無	かかりつけ歯科医での定期健診とフッ化物歯面塗布を勧める。
	・ 室内環境の清潔保持状況	極端な消毒等は必要ないが、室内環境を清潔に保ち、必要物品の整理などを行う。
	・ 外気浴の状況	天気の良い時には散歩をしたり公園に連れて行くことをすすめる。
環境整備	・ 過度な冷暖房使用がないか	季節にもよるが、外気温との差は5℃以内程度に温度を管理し、湿度も50～60%程度を目安とする。エアコンや扇風機は直接、児に風があたらないようにする。
	・ 授乳や食事の環境整備	安心と安らぎの中での授乳や食事のための環境整備
事故防止	・ 乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況	屋外での事故が増えてくる。特に交通事故予防は重要である。まだ大人より視野が狭く近づく車が目に入るのが遅かったりするなどするため、大人がいつでも対応できるようにする。
保護者など周りの人の喫煙状況	・ 家族の喫煙状況、母の再喫煙がないか	受動喫煙の害が及ばないよう注意する。受動喫煙の児への害について説明する。
留意点		
・ 以降就学までの最後の健診であることが多く、集団生活開始に向けた社会性の発達確認と生活習慣の確立が重要		
次の健診に向けて		

5 歳児健診を実施する自治体もあるが、多くは就学まで健診がないため、現在の困りごとへの対応をするとともに、今後の発育・発達の見通しを示しながら、健診がなくても心配なことがあれば市町村保健センター等に相談するなど社会資源の活用について伝える。

表 2-8 主な健診時期における保健指導の際の確認事項

項目	新生児期 1か月	乳児期前期 3～4か月
発達の目安 (母子健康手帳(省令様式) における「保護者の記録」項 目より転載)	- 裸にすると手足をよく動かしますか - お乳をよく飲みますか - 大きな音にビックッと手足を伸ばしたり、泣き出すことがありますか - おへそはかゆいっていますか - 子育てについて気軽に相談できる人はいますか - 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか	- 首がすわったのはいつですか - あやすとよく笑いますか - 目つきや目の動きがおかしいのではないかと気になりますか - 見えない方向から声をかけてみると、そちらの方を見ようとしますか - 外気浴をしていますか - 子育てについて気軽に相談できる人はいますか - 子育てについて不安や困難を感じることはありませんか
授乳・離乳、食事・食習慣	- 授乳方法・回数・1回量等 - 哺乳後の排気方法(溢乳と吐乳の違い等含む) (母乳栄養の場合)母乳不足・乳房トラブル等の有無 (人工栄養の場合)調乳方法、器具の消毒管理等	- 授乳方法・回数・1回量等 - 離乳の開始に向けた準備 - 水分摂取のタイミングや内容
睡眠・生活リズム		
遊び・対人関係	保護者からのかかわり(あやす、声をかける、抱く)	
保護者の健康、親子関係	- 親子関係(児の要求に対する保護者の応答性・関わり等) - 乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無 - マタニティブルーや産後うつ病 - 受胎調節や家族計画	- 親子関係(子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり等) - 乳房トラブル、便秘や尿漏れの有無 - 産後うつ病
ソーシャル・サポートおよび ネットワークの状況		
排泄	排泄回数・色・性状・量等(母乳栄養児と人工栄養児の便の特徴、 新生児の排泄の特徴含む)	排泄回数・色・性状・量等
清潔・入浴 菌・口腔機能		
環境整備		
事故防止		
保護者など周りの人の喫煙状 況		
予防接種		
留意点	- 妊娠期からの継続的な支援の視点が重要であり、産科との連携も必要 - 育児不安が特に高い時期である - 先天性疾患の早期発見につながる時期であるため、保護者が子どもに 対して気にかっている症状などについて注意深く聞く	健康によって、地域の保健機関との接点を初めて持つケースも多いため 出会いの場として信頼関係の構築が重要

乳児期後期 9～10 か月	幼児期前期 1歳6か月	幼児期後期 3歳
・はいはいをしたのはいつですか ・つかまり立ちをしたのはいつですか ・指で、小さい物をつまみますか ・機嫌よくひとり遊びができますか ・離乳は順調にすすんでいますか ・そっと近づいて、ささやき声で呼びかけると振り向きますか ・後追いをしますか ・歯の生え方、形、色、歯肉などについて気になることがありますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか	・ひとり歩きをしたのはいつですか ・ママ、プーピーなど意味のある言葉をいくつか話しますか ・自分でコップを持って水を飲みますか ・哺乳ビンを使っていますか ・食事や間食（おやつ）の時間はだいたい決まっていますか ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか ・極端にまぶしがったり、目の動きがおかしいのではないかと気になったりしませんか ・うしろから名前を呼んだとき、振り向きますか ・どんな遊びが好きですか ・歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか	・手を使わずにひとりで階段をのぼれますか ・クレヨンなどで丸（円）を書きますか ・衣服の着脱をひとりですることができますか ・自分の名前が言えますか ・歯みがきや手洗いをしていますか ・歯の仕上げみがきをしてあげていますか ・いつも指しゃぶりをしていませんか ・よくかんで食べる習慣がありますか ・斜視はありませんか ・物を見るとき目を細めたり、極端に近づけて見たりしませんか ・耳の聞こえが悪いのではないかと気になりませんか ・かみ合わせや歯並びで気になることがありますか ・歯にフッ化物（フッ素）の塗布やフッ素入り歯磨きの使用をしていますか ・ままごと、ヒーローごっこなど、ごっこ遊びができますか ・遊び友だちがいますか ・子育てについて気軽に相談できる人はいいますか ・子育てについて不安や困難を感じることはありませんか
・食生活のリズム（1日3回食を進めているか、お腹がすくリズムをもっているか） ・食品の種類と組み合わせ（色々な食品を楽しんでいるか） ・調理形態、調理方法は合っているか ・家族一緒にの食事を楽しんでいるか ・手づかみ食べの練習をしているか	幼児食への移行、離乳の完了 ・食生活のリズム（食事は1日3回となり、その他に1日1～2回の間食が目安） ・間食の時間、内容、量は適切か ・食品の種類と組み合わせ（食品の種類を増やし、色々な食品を楽しんでいるか） ・調理形態（子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどの配慮等） ・家族と楽しく食べる食生活習慣が身についているか ・子どもの食行動（小食、偏食、むら食い、だらだら食べなど） ・自分から進んで食べるか	・食生活のリズム（間食のとり方含む） ・様々な人との共食を楽しむ食生活習慣 ・食事に必要な基本的態度 ・スプーンや箸を使って食べているか ・よく噛んで食べているか ・調理形態（子どもの咀嚼や嚥下機能の発達に応じた食品の種類や量、大きさ、固さなどの配慮等） ・子どもの食行動（小食、偏食、むら食い、だらだら食べなど）
離乳の進め方、アレルギーの有無		
・就寝時間（午後8時頃までに） ・午睡の状況（1～2時間程度）	・生活リズムの獲得状況（午後8～9時頃までには就寝 午前6～7時に起床等） ・午睡の状況（少なくとも1回）	・生活リズム、食事のリズムの獲得状況
・保護者と子のかかわり（「親と視線が合う」「大人のすることを真似する」「親の後追いをする」など） ・遊び相手を欲しがるときは原則として相手になる ・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者の存在を十分に認識しているか等）	・親と子のかかわり（「何かに興味を持った時に、指さして伝えようとする」「いつもと違うことがあると、親の顔を見て確認する」など） ・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者の存在を十分に認識しているか等）	・他の子どもとのかかわり（「同年齢の子どもと接する場面、他の子どもに話しかけようとする」「他の子どもから誘われはた遊びに加わろうとする」など） ・親子関係（子どもの要求に対する保護者の応答性・関わり、スキンシップ、保護者を安全基地として家庭外の世界へ関心を向けられているか等） ・自我の発達、社会性の発達
・排泄回数・色・性状・量等	・トイレトレーニングの状況	・トイレトレーニングの完了状況
乳前歯が生えてくる ・寝かせみがきをしているか ・（歯が生えたら）歯ブラシを使った仕上げみがきをしているか ・フッ化物配合歯磨剤の量（切った爪程度） ・水分摂取は甘くない飲み物にしているか	乳臼歯が生えてくる ・子ども自身での歯みがき習慣（まねっこ） ・就寝前の仕上げみがき（奥歯が生えてきたら） ・哺乳ビンの使用状況（いつまでも使わない） ・歯磨剤の使用状況（仕上げみがき時に使用しているか） ・定期的なフッ化物歯面塗布の有無	乳歯列が完成する ・歯列不正に影響がある口腔習癖の有無 ・食後の歯みがき習慣 ・うがいの練習をしているか ・就寝前の仕上げみがき ・フッ化物配合歯磨剤の使用状況（5mm以下で使用、うがいまたは1回程度）
・乳幼児の事故の特徴の理解と防止策の状況（SIDS 予防、転落防止、誤飲防止、火傷（風呂・人工乳等）・低温火傷の防止、チャイルドシートの使用、乳幼児揺さぶられ症候群、交通事故、指詰め防止、遊具での事故防止、家庭外での事故防止等） ・室内の環境整備		
・発達の個人差・バリエーションが大きい時期であり、戸惑う保護者も多い	・乳児期から幼児期へ移行し、子どもの発達にあわせて育児ポイントも大きく変化する時期	・以降就学までの最後の健診であることが多く、集団生活開始に向けた社会性の発達確認と生活習慣の確立

が重要

第3章 乳幼児健診における情報共有と情報活用

第1節 妊娠期からの支援と支援対象者の情報の活用

1 妊娠期からの支援の必要性和課題

妊娠期から妊婦の健康問題や社会的リスクを把握し、必要な支援をスタートすることは、母子保健にとって重要である。妊娠届出時の保健師等による妊婦面談は、これらの問題を把握し支援を開始するのに、最も適した機会となる。妊娠期に何らかの問題が把握され、支援対象者と判断した場合、早めに支援計画を立て、支援が必要と考えられる時期に合わせて介入することができる。特に、医療機関との連携が必要な場合や、産後早期に訪問等の支援が必要な場合に、タイムリーに支援を行うことができる。

女性の出産年齢の高齢化とともに、身近な支援者となる実父母や義父母も高齢化しているため、里帰りしたいができないというケースも増えている。その場合、出産後すぐから産婦本人とパートナーだけで育児が始まるが、出産による身体的疲労からの回復もままならないうちに、十分な睡眠時間も確保できずに慣れない育児を始めることは負担が大きく、心身がともに窮迫されることで、産後うつや子ども虐待のリスクも高まると考えられる。妊娠期から産後の状況を予測して、妊婦が自ら支援体制を考慮し、産後の準備ができれば良いのだが、妊娠中はその時点の自分の身体的変化や、出産そのものが気がかりで、産後のことまでイメージできない人も多い。そのため、出産後になって支援の必要性を感じても、どこに支援の糸口があるかも分からないまま、必死に目の前の育児をこなすしかない状況が生まれる。このような現状をふまえると、妊娠期に家族の支援状況を把握し、産後の支援の必要性を共に考えることは、生活する地域において必要不可欠な支援である。高齢妊婦は、産科合併症のリスクが高まり、それに起因する帝王切開の可能性も増える。また、経膈分娩であっても出産時の体力消耗による分娩時間の遷延、産後の疲労回復の遅れ、母乳分泌の遅れなど、様々なリスクが考えられる。本人のリスクだけでなく、子どものリスクも考えれば、医療機関と連携した支援を行う必要があり、保健機関が早めに情報を得ておくことが必要である。

高齢妊婦が増える一方で、若年妊婦の支援も重要な課題である。10代では8割が婚姻前の妊娠であり、それらは予期せぬ妊娠とも考えられるため、望まない妊娠になってしまう可能性も高い。妊娠に気付くのが遅れたり、相談相手がないまま、あるいは相談できた時にはすでに妊娠中絶が不可能な時期だったりした場合、出産に至らざるをえない。10代の出産での課題は、妊婦が精神的に未熟であることが多いため、育児の支援者の必要性が極めて高いという点である。また、パートナーとの人間関係の構築や、地域社会との関係構築なども難しく、孤立しがちである。自分自身も成長期にある中で、自分の子どもを育てていくという状況は、周囲の支援なしには成立しない。学生であれば学業継続についての問題があり、家庭を築く場合は経済的な自立がなければ経済基盤の問題にも直面する。若年妊娠は子ども虐待のハイリスク要因でもあり、妊娠出産の時点だけでなく、学校教育、福祉、保健、医療など多機関多職種による支援が必要である。また、精神疾患の既往を含むメンタルヘルス、シングルマザー、外国人、経済的困窮、障害など、社会的ハイリスクと考えられる妊婦に対しても、妊娠早期に妊婦とその家族の状況を把握し、継続的な支援につなぐことが重要である。

平成28年6月の母子保健法の改正により、母子保健が子ども虐待の予防及び早期発見に資するものとされ、子育て世代包括支援センター（法律上の名称は母子健康包括支援センター、平成29年4月1日施行）設置が市町村の努力義務となり、平成32年度末までに全国展開が目指されている。

子育て世代包括支援センターでは、母子保健サービスと子育て支援サービスを一体的に提供できるよう、きめ細かな相談支援等を行うことが求められており、従来行われていた妊娠届出時から始まる各種母子保健事業に加え、利用者の立場に立った関係機関の連携による支援が求められている。平成 29 年 8 月には、子育て世代包括支援センターのガイドラインが公表され、主な業務として、①妊産婦及び乳幼児等の実情を把握すること、②妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと、③支援プランを策定すること、④保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこととされた⁴⁾。子育て世代包括支援センターでは、リスクや障害の有無に関わらず、全ての妊産婦・乳幼児等を対象として、情報を継続的かつ一元的に収集し、関係機関と連携して支援することが求められており、妊娠届出から全ての妊産婦を把握し、子育て期まで情報を継続して活用していくことが具体化されなければならない。子育て世代包括支援センターは、新たにセンターを立ち上げてゼロから事業をスタートさせることなく、これまで母子保健事業として行ってきた業務を見直し、子育て世代包括支援センターとして整備し直すことで、さらにきめ細かな妊産婦、乳幼児の把握、支援につながると考えられる。

2 妊娠期からの支援を行う具体的な方法

1) 妊娠届出時の妊婦のアセスメント

妊娠届出時に、必要書類のみの届出だけではなくアンケート等も用いて支援対象者を把握している市町村は多く、保健師等は、提出された書類やアンケート等に基づき、面談を行ってアセスメントをしていると考えられる。益呂らの調査によると、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町村は 72.7%あり、面談担当者の 92.4%が保健師であると報告されている⁴⁾。研究班調査においても、母子健康手帳交付時（妊娠届出時）に全妊婦のアセスメントを行っている市町村は 907 か所（77.6%）で、アセスメントを行い継続支援に関する計画立案を行う職種は保健師であるところが多く 95.6%という結果であった^{12,13)}。妊娠届出時に保健師が全ての妊婦と個別面談を行ってアセスメントする機会は整いつつあると考えられる。

しかし、妊娠の届出を市民課や支所等で受け付け、保健師等による面談がその場で行えない場合は、後日集約した書類から支援対象者を把握し、あらためて連絡することとなる。その場合、電話がつながりにくかったり、相談ニーズが引き出しにくかったりするため、効果的な支援に結び付けにくい場合も多くなる。妊娠届出時に保健師等が面談する体制を整え、その場でアセスメントすることで、ニーズも抽出しやすく、その後の継続的な支援につなげていくことがスムーズになる。市民の利便性の観点から、必ずしも保健師等の面談等ができない市町村もあるが、妊娠届出は、妊婦自らが行政に出向く数少ない貴重な機会であることを認識し、この機会に妊娠期から育児期までの切れ目ない支援をスタートさせ、併せて支援対象者のスクリーニングを行えるよう工夫する必要がある。今後は、子育て世代包括支援センターが展開され、同センターは全ての妊産婦・乳幼児を対象とすることから、妊娠届出時の全数面談への整備はさらに進むと考えられる。

面談後の継続的な支援につなげるためには、この個別面談時のアセスメントの質を高める必要がある。まず、実際に面談を行う場所は、プライバシーに配慮した環境を確保することが望ましい。その後の継続した相談につないだり、困った時の相談場所として足を運んでもらいやすくしたりするためにも、保健師と妊婦が「顔の見える関係」であることは重要であり、この機会に、信頼関係を構築できるような面談を行うことが大切である。

次に、妊婦のアセスメントの基準だが、現状では、面談を実施した保健師等の力量や判断に委ねられている。誰が行ってもアセスメントが変わらず、その後の支援につなげられるよう、アセスメ

ントの基準を標準化する必要がある。一方で、面談者の「何となく違和感がある」等の直感の重要性も指摘されており、経験や資質の向上もスクリーニングには大きな要素となっている。

アセスメントツールの例として、愛知県では妊娠届出書の標準様式を示しており、今回の妊娠が分かった時の気持ち、現在の困りごととして身体面、経済面、夫婦関係等、また、うつの症状の有無などについても記入できる様式となっている⁴⁸⁾。また、奈良県では乳児期早期の虐待予防に向けて、妊娠届出時の面談で保健師が行う具体的な指導内容、妊娠届出のアンケートで得られた情報を元に面談で確認する内容、説明する内容、配慮すべき点、リスクアセスメント項目等をマニュアルで示し標準化している⁴⁹⁾。まずは、各市町村で現在使用しているアンケートなどを活用し、スクリーニングした妊婦および乳児の状況を乳幼児健診につなげていくこと、その上でフィードバックし内容や方法を改善していくことが望まれる。また、今後は、一定の質の担保ができる標準的なツールについて検討していく必要があると考えている。

2) 母子健康手帳交付後の妊娠期間中の全妊婦のアセスメント

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と同様に、妊婦のアセスメント基準に沿って対応する必要がある。現状では、妊婦健診に通う医療機関や出産施設からの情報提供や、新生児訪問、乳児家庭全戸訪問、本人や家族からの連絡、福祉関係部署からの情報提供などが把握のきっかけになっていることが多い。

妊娠中や子育て期間中の転出入は少なくなく、特に妊婦の把握が難しい場合があり、出産間近の転入は把握までの期間が短いため、情報収集や対応に苦慮することが多い。市民課等の事務担当者が保健センターに誘導するなど関係者間の連携を構築した市町村や、転入時にも妊娠届出を提出することで把握機会を設ける工夫をしているところもある。

3) 全妊婦のアセスメントのための医療機関との連携

ハイリスク妊産婦は妊婦健診を実施している医療機関でも把握されることが多く、医療機関と市町村の連携と情報共有は妊産婦の支援の重要な課題である。研究班調査でも、母子健康手帳交付後に支援が必要な妊産婦を把握するきっかけとして最も多いのが、出産した医療機関からの情報提供であった。また、市町村が妊娠中および出産後に医療機関から得ている情報は、①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、エジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS）高得点、産後うつ、アルコール・薬物依存等）、②子どものリスク（子どもの疾患、低出生体重児、早産児、障害、多胎等）、③社会的ハイリスク（若年・高齢の初産婦、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、経済的な問題等）、④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、妊産婦の言動などの具体的エピソード）、⑤入院中の経過・産婦の状況（産婦の入院期間・病歴・退院時処方・妊娠中の異常・特記事項、子どもの出生時の状況・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、パートナーとの関係性等）が挙げられており、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、子どもの養育に影響を及ぼす可能性のある情報が連絡されており、アセスメントの重要な情報源となっている^{12,13)}。情報共有の方法としては、情報提供用紙や連絡票等や連絡会議などで連携する方法が認められた。状況によっては、妊婦健診に同行受診して情

報を共有することも重要である。

現在、他の研究班において、医療機関と市町村が共通のアセスメントツールを活用して連携する方法を検証する研究が始まっている。光田班で現在問診票の項目として検討されている内容は、①基本情報（学歴など）、②妊娠既往、③生活習慣、④現在の妊婦の状態、⑤産後の生活準備、⑥妊娠のうけとめ、⑦支援者、⑧家族や相談者、⑨妊婦の自己評価、⑩パートナーの健康状況、⑪上の子の世話、⑫分娩、⑬経済状況、⑭転居である。また、問診時の観察項目として、妊娠中の服装・身なり、母子健康手帳の親の記入欄の記録状況、妊婦健診の受診状況が挙げられている⁵⁰⁾。今後、妥当性、有効性の検証を経て、標準的な問診票が示されるものと考えられる。また、連携時期や情報共有方法については、さらに山縣班でモデル地域による検証が行われる予定である⁵¹⁾。これらの結果もふまえて、医療機関と市町村の効果的な連携方法について検討が必要である。

また、妊産婦のメンタルヘルスは母子保健の重要な課題の一つとなっている。EPDSを用いてスクリーニングし、支援につなげる市町村も多くなり、精神的に不安定な妊産婦に対しては、精神科との連携も必要になっている。総合病院であれば、産科と精神科、あるいは小児科との連携は比較的スムーズと考えられるが、それぞれが別の医療機関である場合、市町村がその連携に関与することはハードルが高い可能性がある。都道府県と都道府県医師会等の連携なども視野に入れながら、妊産婦にとって必要な支援体制を考える必要がある。

4) 特定妊婦の把握と支援

特定妊婦の把握は、医療機関や福祉機関との連携にも関わる母子保健の重要課題である。特定妊婦を把握した際、その後の支援計画の作成が重要だが、特定妊婦とされる妊産婦の背景や状況は個別性が大きく、ケースごとに支援の時期や対応頻度、継続性は異なるため、定型的なプランを示すことは難しい。妊産婦やその家族がどのように子育てをしていくことが望ましいか、それぞれの家族の目標を関係者間で検討、共有する必要がある。また、効果的な支援のためには望まない妊娠など、複雑な背景がある妊婦の支援技術も必要となる。すでに、要保護児童対策地域協議会との情報共有が進んでいる市町村もあるが、今後、支援の必要な妊婦を把握した場合に、速やかに関係機関と連携し、継続した支援ができるよう、今後も検討していくべきである。

5) 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よるハイリスク妊婦の把握と支援を行った場合、妊娠期の支援を評価し、乳幼児健診につなげることが重要である。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、その後に続く乳幼児健診へ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。

支援対象者のフォローアップ方法では、母子健康カードの工夫や、妊婦の情報を子どものカルテに継続して表記する工夫などを実践している市町村もあるが、多くのところでは様々な課題があり、継続した支援は容易ではない。また、妊娠期には、妊婦本人が必要性を認識していないため支援を拒否するケースもあるが、しばらく状況確認のみを行う時期がある場合もある（第4章第2節）。

ハイリスク妊産婦の支援の終了は、それぞれのケースで背景や状況が異なるため、標準的な基準を設けることは困難である。また、対象となっている妊産婦がその後、第2子、第3子を妊娠した場合もハイリスクとなるケースも考えられる。しかし、その際の要因はその都度検討し、それぞれの対象に応じて適切に判断する必要がある。

第2節 多職種間での情報共有（健診後のカンファレンス）のあり方

1 健診後のカンファレンスの意義と機能

乳幼児健診の実施前後で行う多職種間の情報共有は、親子の抱えている問題に気づき、有効な支援を行うために重要である。情報共有は様々な場面で行われるが、本節では、健診後のカンファレンスに特化して記述する。

カンファレンスには、次のような意義と機能が求められている。

1) 健診で発見された疾病等の共有の場

成人の健診ではその時点での血液検査のデータ等で判断し、正常値より外れている場合は精密検査や治療が必要となる。乳幼児健診でも心雑音のように、その場で医師や歯科医師が判断して、精密検査や治療のための医療機関受診の指示や指導が行われることがある。この場合はカンファレンスでの検討は必要ないが、健診に従事した専門職はそのことを共有する必要がある。すなわち、カンファレンスは健診で判断されたことを共有する場としての役割がある。

2) 一職種や一個人では判断が難しいことの共有・検討の場

小児では、上記のように健診時点で異常や疾病の有無を判断できることは比較的少なく、多職種により発育や発達の経過を診る必要がある。以下に例を示す。

✓ 体重増加が過大

母乳育児の乳児では、哺乳量の制限を行わず経過をみるだけでよい。しかし、夜泣きや日中に泣き止まないことへの対処として、頻回の授乳を行っていることがあり、そのような状態を健診の専門職が把握していないか、情報を共有し支援について検討する。また、幼児では外遊びはどうか、おやつや夕食の時間など生活習慣の情報を共有し検討する。

✓ 体重増加不良

成長曲線を作成して共有し、感染症等のエピソードによる低下なのか、乳児期後半で離乳食への移行状況や活動量の増加による低下なのか等を検討する。離乳食や幼児食の移行がうまく進んでいない、おやつが多い、食生活のリズムが定まっていない等の場合は、管理栄養士・栄養士、保健師が具体的に家庭での状況を把握して指導する等の方針を立てる。

✓ 発達の遅れやアンバランスが疑われる

子どもの発達でどこに問題があるのか、発達検査等が必要である。カンファレンスで心理職による発達検査の導入（市町村により健診当日に検査を行っている場合は、カンファレンスの結果を待つまでは必要ない）、家庭訪問での親子の生活の把握、あるいは集団の場に導入して子どもの遊びと保護者の関わりを見ることも検討する。

✓ 漠然とした問題意識

疾病があるわけではなく、発育・発達の問題もないが、このままの生活が続くと子どもに問題が生じるのではないかと、という問題意識が実は重要である。多くの子どもに接する専門職だからこそ、この問題意識を持つことができ、職種の垣根を取り払って率直に意見交換を行う。医療では、医師が診断の責任を持つので、その他の専門職は意見を述べることを遠慮する場合があ

る。しかし、乳幼児健診は医療とは異なり、疾病だけでなく、診断がつく前の子どもの発育や発達、子育てなど幅広く総合的に親子を診て、健やかな育ちを目指すものである。ゆえに、専門職がヒエラルキーを作らず、誰でもが親子に対して感じたことや「こうしたら良いのではないか」という意見を活発に発言することが重要である。

3) 地域の問題への気づきの場

各専門職は、それぞれが「活動の場」を持っていることが多く、健診で得られた子どもの疾病等の情報は地域に還元することができる。例えば、ある地域のう蝕の罹患率が高いと気づけば、歯科保健や医療の場でより積極的にう蝕予防の啓発を行うことや、管理栄養士・栄養士、保健師も地域活動の場で予防活動に反映することできる。健診で得られた気づきは、年度単位のデータを集計・分析することでより明確となるので、専門職に報告する研修等も必要である（第1章、第4章）。

2 健診後のカンファレンスの現状

研究班調査^{12,13)}で得られた、設問「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」に対して、健診後のカンファレンスで検討していると回答した市町村について、健診対象時期と医療機関に委託して行う個別健診の有無で表に示す（表3-1）。各健診時期で高い実施率が示されたが、この回答に反映されたカンファレンスとは、既に把握されている親子に関するものである。健診後のカンファレンスは、ほとんどの市町村において実施されている。個別健診における健診後のカンファレンスにおいて対応に配慮を要する親子に関する情報の共有が十分される等、丁寧に実施することが望まれる。

3 カンファレンスの実施

1) 集団健診

集団健診の特長は、医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、歯科衛生士、管理栄養士・栄養士、心理職等の多職種が協働していることである。また、受付を行う事務職、ボランティア等も関与し、健診会場への入場から退場まで親子を様々な視点で見守っている。これらの従事者が健診後に集まり、健診で得られた情報等を共有し、支援方針を決定することが望ましい。しかし、非常勤雇用の医師等がカンファレンスに参加できない場合は、気になる親子に対応した都度、あるいはその日の診察終了時にまとめて意見を出してもらう。

受診者数が少ない場合は、全員を検討していくことも可能であるが、多い場合は効率的かつ効果的な検討のために、健診従事者が一人ずつ気になる親子を記録に取り検討することが考えられる。後者の場合、「健診従事者の氏名・職種」を記入した用紙に、一覧表で「受診者氏名」「発育」「発達」「疾病」「生活習慣」「親子関係」「その他」などの問題と思われる内容と、そのことに対する「保護者の問題意識」を簡潔に書き込むこと方法等が挙げられる。

表 3-1 対象時期別の事後カンファレンスの実施状況

対象時期	個別健診なし			個別健診あり		
	3～4 か月児 (n=729)	1 歳 6 か月児 (n=956)	3 歳児 (n=904)	3～4 か月児 (n=255)	1 歳 6 か月児 (n=47)	3 歳児 (n=24)
実施市町村	684 (93.8)	889 (93.0)	842 (93.1)	230 (90.2)	42 (91.5)	20 (83.3)

値はカンファレンスを実施している市町村数 (%) を示す。

カンファレンスの記録は共有しやすいよう、簡潔でポイントを押さえたものとする。例えば、状況を確認する内容として疾病精査、発育・発達などの項目に分け、方法（受診勧奨、保健指導、栄養指導など）や手段（地域サービス提供、機関連携支援（連携する機関に同行支援する場合もある）、家庭訪問、面接、集団指導）などと具体的に示す。カンファレンスに地区担当者等が参加していない場合は、担当者のチェック欄を設けることで、確実に結果を共有できるようにするのも一つの案である。これらの状況を組織として把握しておく必要があり、健診以外の機会も含め、状況確認の結果や検討スケジュールを検討する場を定期的に設けておくことが重要である。

(1) カンファレンスの内容・進め方

司会・進行役、記録者を置く。カンファレンスに出席できない従事者がいる場合は、出席者があらかじめ「気になる親子」の情報について申し送りを受け、その内容を簡潔に報告する。多職種のカンファレンスでは、職種等によるヒエラルキーを取り払い同等に発言できることが重要であり、進行役は職種に偏らず発言してもらうように配慮する。

✓ 受診者が少ない場合

受診台帳に従い、一人ずつ発育・発達、疾病、生活習慣、親子関係の問題等がないか情報を共有し、状況を確認する内容や方法・手段と担当する職種と担当者、今後のスケジュールを検討する。

✓ 受診者が多い場合

各市町村で工夫して検討しているが、例えば、前述した記録等による場合はカンファレンスの前に集め、複数の従事者から問題点が上がっている受診者から検討することが考えられる。記録の内容について、それぞれが簡潔に発言し、問題の共有を行い、状況を確認する内容や方法・手段と担当する職種と担当者、今後のスケジュールを検討する。

(2) カンファレンスの評価

支援対象者の選定やフォローアップが適切にされて、必要な支援が行われる必要がある。乳幼児健診受診者から疾病特定のための機関紹介、発育や発達あるいは親子問題がグレーゾーンにある場合に保健師や関係機関による支援がどの程度行われたか等について、カンファレンスで従事者の親子を見る視点の質的向上を図ることができる。これは、カンファレンスの評価の一つでもある。また、年度を通して後から健診で把握されるべき問題が多かった、あるいは、わずかな支援で問題が消失する割合が高く状況を確認することにした対象者数が過大ではなかったか等、カンファレンスを評価することで健診そのものの評価に寄与することができよう（第4章）。

2) 個別健診（委託健診）後のカンファレンス

個別健診では、事前に、委託医療機関に参加者の情報提供を行うことが重要である。しかし、受診者が自由に医療機関を選択する場合、受診する可能性のある健診先すべてに情報を提供することは実質的に困難と考えられる。受診者に時間をかけて接することができる予約制の方法等について、委託医療機関と健診の運営の仕方を検討することも重要である。

緊急度が高い情報は、健診後に市町村へ提供されていると考えられる。しかし、緊急度が高くはないが、長期的支援では必要な情報は、委託医療機関で把握されても市町村へ提供されていないことがある。そのため、委託医療機関と市町村で、顔の見える定期的な情報交換の場を設けることが望ましい。その際、これまで委託医療機関から情報を提供された事例の現時点での状況を市町村から提供し、予防接種など健診以外の機会に医療機関を受診する際に、見守り機関としての役割も果たしていただけるよう働きかける。

第3章 第3節 委託医療機関との情報共有

乳幼児健診を標準的なものにするためには、全国どこの市町村でも、健診従事者が多職種間で情報共有し、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ことである。そこで、本節では、研究班調査^{12,13)}と委託による個別健診を行っている医療機関の実態調査の結果をもとに、委託医療機関との情報共有のあり方について概説する（Power Point 3章3節1(PP 3-3-1)）。

1 委託医療機関との子育て支援に関する情報連携の調査

1) 目的

研究班調査^{12,13)}の項目のうち、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分析した。本節では、保健所と都道府県から得られた結果も併せて(PP 3-3-2)、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考える。

2) 市区町村の状況

1084 市町村の回答が得られ、「連携する仕組みがある」と答えたのは 235 件（21.7%）で、「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。「連携していない」という回答も 51 件認められた（PP 3-3-3）。「連携する仕組みがある」と回答した中で、情報連携について分析したところ、「問診票・健診票」や「連絡票」等を用いて市町村が把握するものがあつた（表 3-3、PP 3-3-4～6）。

表 3-2 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の調査

乳幼児健診全国調査

「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。」（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
連携する仕組みがある	202	19.8%	33	51.6%	235	21.7%
状況により対応する	311	30.5%	24	37.5%	335	30.9%
連携していない	51	5.0%	0	0.0%	51	4.7%
委託健診を全くしていない	429	42.1%	5	7.8%	434	40.0%
その他	27	2.6%	2	3.1%	29	2.7%

全国市区町村1,741か所都道府県保健所366か所、47都道府県の母子保健主管部(局)等を対象に、平成27年8月に実施。
回答数(率):市区町村1,172件(回答率67.3%)都道府県保健所218件(59.6%)、都道府県39件(83.0%)

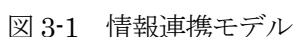
3) 保健所の状況

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、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いう回答は 5 件（2.3%）、市町村の連携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（PP 3-3-7）。

三重県津市	医療機関が「母の問診票」を用いて市町に指示
高知県土佐市	乳児健診の受診結果に応じて、医療機関が2か月後くらいに市へ報告
東京都足立区	保健師が健診結果で必要時フォロー
大阪府藤井寺市	市が健診後の受診票で支援の必要なケースについてフォロー
高知県高知市	健診結果通知書に保健師による訪問指導の必要の有無を記入する欄がある
愛媛県愛南市	保健師の訪問（要・不要）を記入する項目がある
福井県高浜町	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」で把握
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	市保健師が支援担当として委託医療機関の健診に参加
福井県鮫川村	担当保健師も健診に参加して把握
長野県天龍村	村の保健師が問診を行い、カンファレンスをしている

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5件（12.8%）と低い頻度であった（PP 3-3-8）。

主な情報連携の仕組みは、問診票等を用いた把握、連絡票の利用などであり、一部には、支援担当として自治体保健師が委託医療機関の健診に参加するなどの工夫があった。情報連携の課題として、問診票が届くまでの連絡の遅滞、委託医療機関による情報内容の温度差、個人情報保護の観点から連絡の同意に関することが考えられた。情報連携の仕組みについて、都道府県等とも連携した標準的モデルが必要である（PP3-3-9）。そこで、そのモデル事業を紹介する（図3-1、PP3-3-10）。



2 委託による個別健診を行っている医療機関の実態調査⁵²⁾

1) 目的

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。そこで、東京都における1歳6か月児健診を個別健診で行っている委託医療機関の実態を調査した。

2) 対象と方法

東京都の62区市町村のうち、委託による1歳6か月児個別健診を実施している25区市町村の健診医1535件に質問紙を郵送し、無記名で回答を得た。調査時期は2015年11月18日～12月31日であり、519件(33.8%)の回答があり、有効回答数は438件であった。そこで、小児科284件と小児科以外154件を比較検討した(PP 3-3-11)。

3) 健診内容の比較

小児科と小児科以外の健診内容を比較した結果、健診内容にはばらつきがあり、80%以上が確認している項目は小児科では14項目で小児科以外は11項目であった(PP 3-3-12)。

4) 連携支援経験の比較

子育て支援の必要性が気づかれたときに、行政機関との連携をしたことがない医師は、小児科では35%、小児科以外では70%が該当した(PP 3-3-14)。

5) 委託による個別健診を実施している医療機関の実態についてのまとめ

委託による個別健診の健診内容は小児科と小児科以外でばらつきがあり、事後指導に行政機関との連携したことがない小児科は35%、小児科以外は70%と高い該当率が示された。課題として、委託医療機関による健診内容のばらつきと、行政機関との連携に温度差があげられ、健診の標準化のためには、まず健診内容を統一し、保健指導や事後指導を行うことが重要である(PP 3-3-15)。

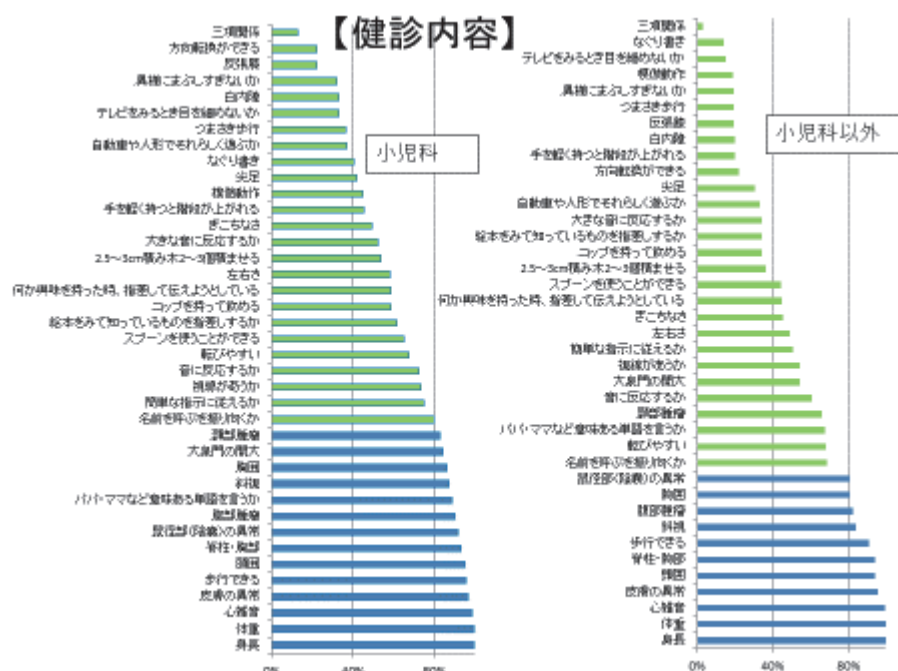


図 3-2 東京都調査における小児科と小児科以外の健診内容の比較

1歳6カ月健診時や事後指導の時に、保護者の子育て支援の必要性に気づかれたときの連携支援について

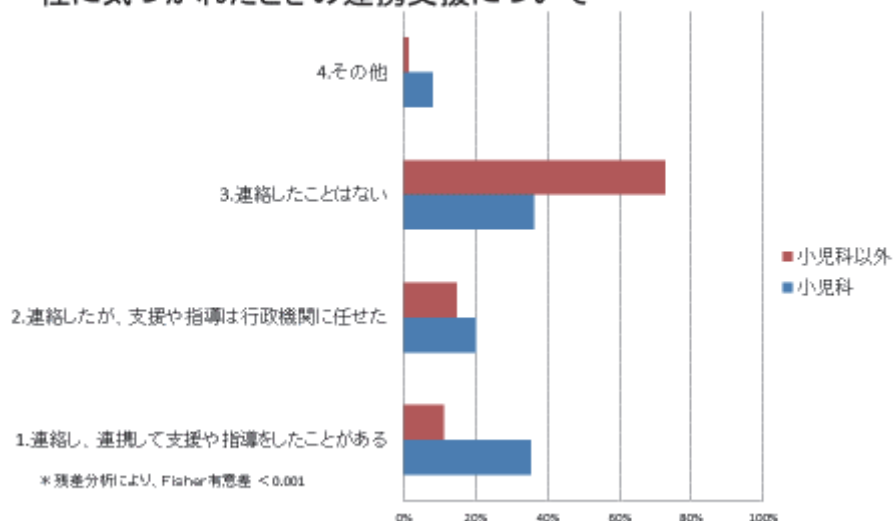


図 3-3 東京都調査における小児科と小児科以外との連携支援の比較

3 委託医療機関との情報共有への提言 (PP 3-3-16)

- ✓ 委託による個別健診で疾病と保健の両方を評価する健診内容に統一する必要がある。
- ✓ 疾病と保健の健診結果を情報共有し、行政機関と連携するシステムを構築する必要がある。
- ✓ 健診は小児科と小児科以外の医師が行っていることを考慮して、健診マニュアルの活用及び研修会により、医療と保健の連携を深める必要がある。

第4章 乳幼児健診の評価の実践

第1節 疾病スクリーニングの精度管理

疾病スクリーニングの精度管理は、乳幼児健診事業でスクリーニングすべき疾病のうち、地域の状況や重要度などから優先すべき疾病を特定し、個別の疾病について、健診後のフォローアップを通じて状況を把握し、標準的な数値指標を用いて評価するものである。研究班調査^{12,13)}では、疾病スクリーニングの精度管理を実施していないとの回答が86.5%と多数を占め、乳幼児健診現場にとっての大きな課題となっている (Power Point (PP) 4章1節3,4)。精度管理には様々な手法や手順が存在するが、本稿では、乳幼児健診の現場担当者が保健所や都道府県と連携し、対応可能な精度管理の方法について示す (表4-1)。

表 4-1 乳幼児健診事業における疾病スクリーニングの精度管理

1. 判定の標準化
2. 評価に用いる数値指標
フォローアップ率、発見率と陽性的中率の算出
3. 見逃しケースの把握体制の構築
4. 精度管理結果の健診医へのフィードバック
5. 保健所や都道府県の精度管理への積極的な関与

1 判定の標準化

乳幼児健診における疾病のスクリーニングでは、その判定が一定の水準を保つ必要がある。そのため、実施主体である市町村は、把握すべき標準的な診察項目に対する診察や検査方法の手順書などを作成し、健診に従事する医師や歯科医師、検査を担当する従事者に対して、判定方法や基準、問診項目の意味などを具体的に示す必要がある。また、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する機会を定期的に設ける必要がある。

判定のばらつきには、従事者ごとの違いだけではなく、市町村間の判定頻度の違いが存在する。全国で統一された判定区分を用いたう蝕[†]の判定では、歯科医師の判定の違いが課題であったが、近年では、「健やか親子21」の最終評価報告書で示されているように、判定頻度の違いが健康格差の指標として活用されるなど、標準化に向かっている¹⁵⁾。

一方、医師の判定については、市町村間の判定頻度の違いが大きな課題であり、3歳児健診の聴覚検査や視覚検査、検尿についても判定頻度には大きな違いがある。疾病スクリーニングの精度管理のために、直ちに取り組むべき課題となっている。

2 評価に用いる数値指標

精度管理に用いる数値指標としては、フォローアップ率、発見率、陽性的中率を用いる。

1) フォローアップ率

フォローアップ率は、フォローアップ対象者を一定期間フォローアップした後に、その状況を確認した者（結果把握者）の割合と定義する（式（a））。

$$\text{フォローアップ率（\%）} = \text{結果把握者数} \div \text{フォローアップ対象者数} \text{ ----- (a)}$$

疾病のスクリーニングの精度管理において、フォローアップ対象者とは、医師の診察や検査によるスクリーニングで精密検査のために医療機関に紹介する対象となったもの（「要紹介」と判定されたもの）、または、「要観察」と判定され、保健機関で経過観察されたものである。「要紹介」と判定されたものは、医療機関での診断結果を把握した場合に、結果把握者数に計上する。「要観察」と判定されたものは、保健機関での再判定で「異常なし」となるか、または、再判定で「要紹介」とされた後に、医療機関での診断結果を把握した場合に、結果把握者数に計上する。

フォローアップ率の目標値は、100%である。フォローアップ率が低い場合には、精度管理データの信頼性が低くなる。

モデル地域での状況からは、例えば3歳児健診の視覚検査や検尿など、健康課題によってはフォローアップ率の低い市町村が認められる。その原因は、「要紹介」と判定されても親に検査の重要性が理解されずに医療機関を受診しない場合や、市町村が紹介状や精密検査依頼状を発行せず、親に口頭で受診を勧めたのみで、医療機関からの受診結果が把握できない場合もある。また、地域に専門的な医療機関がなく、診断できないことや回答しない場合もある。フォローアップ率の低い市町

[†] 「う蝕」は、「むし歯」の同義語である。歯科医療の用語として広く使用されていることから、本マニュアルでは「う蝕」で統一している。

村では、疾病ごとに原因を分析し、医療機関の体制については保健所や都道府県と連携して体制を整える。こうした取り組みにより、転居などを除いて 100%を目指す必要がある。

なお、スクリーニング対象者数に占めるフォローアップ対象者数の割合を、漠然と「フォロー数」あるいは「フォロー率」と呼ぶ場合もあるが、ここで用いるフォローアップ率とは意味が異なるので注意が必要である。

2) 発見率

発見率は、乳幼児健診の受診者のうち医療機関での診断によって、「異常あり」と判定された者（異常あり者）の割合と定義する（式 (b)）。

$$\text{発見率 (\%)} = \text{異常あり者数} \div \text{受診者数} \quad \text{----- (b)}$$

疾病スクリーニングの対象となる疾病は、おおよその罹患率が疫学的に把握されており、かつ感染症のように季節性や地域性のある疾患は、通常対象ではない。乳幼児健診の受診率が 9 割以上と高いことから、発見率はその地域の罹患率とほぼ同程度と推定できる。罹患率を参考として、疾患ごとに標準的な発見率の目標値を定めることができるため、市町村の数値評価が可能となる。ただし、罹患率が千人あたり数人未満の疾患については、小規模町村では単年度での評価は妥当ではなく、複数年の集計や保健所単位での集計などの配慮が必要である。

評価にあたっては、以下に例示するような、医療機関も含めた事前の取り決めが必要である。

- 親からの情報のみでは不正確になるので、医療機関からの情報を把握する。
- 医療機関の診断結果を正確に把握するため、スクリーニング対象の疾病ごとに「異常あり」の定義を明確にした報告書式を定める。医療機関からの診断病名を単純に把握するだけでは、保険病名や不必要な経過観察を区別することができない。
- 乳幼児健診以前に発見され、すでに医療機関で治療や管理中であるものを発見率に含めるかどうかを疾病ごとに決定する。例えば、3 歳児健診の聴覚検査においては、新生児聴覚スクリーニングの影響を考慮する必要がある。

3) 陽性的中率

スクリーニング検査の精度（accuracy）は、感度・特異度で測定されることが一般的である。スクリーニング結果と精密検査結果の関係を示す表において、感度は①÷（①＋③）、特異度は②÷（②＋④）だが、ともに、スクリーニング結果が陰性であった対象者のフォローアップ・データ（③および④）が必要となる（表 4-2）。しかし、乳幼児健診では、所見がなかった対象者は精密検査を受診しないため、フォローアップ・データを把握することは現実的ではない。日常業務として、感度・特異度の算定は困難といえる。

表 4-2 スクリーニング結果と精密検査結果の関係

スクリーニング結果	精密検査結果	
	異常あり	異常なし
陽性	①	②
陰性	③	④

$$\text{陽性的中率} = \frac{\text{①}}{\text{①} + \text{②}}$$

陽性的中率（陽性反応的中率）は、スクリーニング検査が陽性であった対象者（①+②）のうち、精密検査で異常があったもの（①）の割合である。陽性的中率は、感度と比較して有病率の影響を受ける難点があるが、乳幼児健診でスクリーニング対象となる疾患の罹患頻度には、大きな地域差は認められないと推測されることから、精度管理の指標として用いることができる。

乳幼児健診の陽性的中率は、医師の診察や検査において、精密検査対象として医療機関に紹介するため「要紹介」と判定した者（要紹介者）のうち、医療機関での診断によって「異常あり」と判定された者（異常あり者）の割合と定義する（式（c））。医師の診察や検査で、「要観察」と判定した者については、その後のフォローアップ期間に「要紹介」と判定した者も集計に含める。

$$\text{陽性的中率（\%）} = \text{異常あり者数} \div \text{要紹介者数} \quad \text{----- (c)}$$

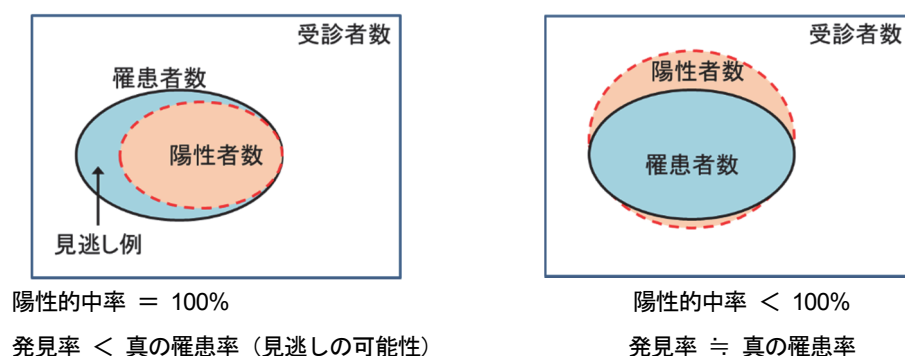


図 4-1 陽性的中率の留意事項

陽性的中率は、精密検査を必要とした「要紹介者」のうち、疾病が発見された割合を示しているため、スクリーニング手法の効率性を示す指標としての活用が期待される。

乳幼児健診で実施されているスクリーニング手法は、疾病ごとに異なっている。妥当な発見率を得るために必要な値を、スクリーニング手法ごとに、標準的な目標値とする。疾病によっては、スクリーニング手法が複数存在する場合もあり、手法の効率性を検証することが可能となる。

精度の評価では、陽性的中率が高いほど正しく判定していることになるが、陽性的中率が100%であった場合には、精密検査対象者が真の罹患患者より少なく、見逃し例の存在に留意する必要がある。図4-1の左図は、精密検査対象者のすべてが疾病を有しているため陽性的中率が100%となっているが、精密検査対象者の選別を厳しくし過ぎたため、見逃し例が認められる。この場合、発見率は、罹患率より低い値を示す。右図は、陽性者数の中からすべての罹患患者が発見されている。陽性的中率が100%より小さくなっている。すなわち、陽性的中率が100%など極端に高い場合には、見逃しリスクに留意する必要がある。

乳幼児健診は、複数の疾病に対するスクリーニングをワンストップで実施していることが特徴である。精度管理は、多種多様な疾患の中から、優先度の高い課題から順に精度管理を進めるなど対象疾患を特定することが現実的といえる。地域の健康課題や、他研究班等との情報共有から、研究班では、乳児股関節検診や視覚検診、聴覚検診などが、現時点において日本全国で精度管理を実施すべき対象疾患と考えている。まずは、これらの疾病のスクリーニングに対する精度管理から取り組むべきである（PP 4-1-12~13）。

3 見逃しケースの把握体制の構築

今回示した数値指標には、特異度や陰性的中率等は含めていないため、いわゆる見逃しケースが評価できない。地域の医療機関等と連携し、見逃しケースを把握する仕組みを構築することが必要である。

4 精度管理結果の健診医へのフィードバック

医師の判定のばらつき、発見率や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、業務の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。

モデル地域での検討では、医師の判定頻度の情報が健診医に伝達されたことで、その後の改善につながったとの報告も認められている⁵³⁾。

5 保健所や都道府県の精度管理への積極的な関与

数値指標の評価には、市町村間のデータを比較することが有効な手段であるため、県型保健所や都道府県に大きな役割がある。

まず、精度管理すべき対象疾病を地域の状況に応じて取り決め、都道府県や保健所管内で共通に評価する体制を作る必要がある。具体的な取り組みとして、県型保健所には、精度管理に関する研修会を実施する、判定の標準化、陽性的中率の市町村間比較など市町村の状況を評価し還元することが求められる。また、見逃し例などについて健診担当医師等にフィードバックする際には、地区医師会との協議の場を設けることが期待される。

都道府県には、市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・指導などを行うことが期待される（第1章第2節）。

疾病スクリーニングの精度管理と3歳児健診

乳幼児健診で用いられるスクリーニング手法が複数存在する代表例としては、視覚検査がある。3歳児健診で行われる視覚検査では、絵視標と比較して、ランドルト環の特異度が高い⁵⁴⁾。しかし、3歳0か月児によるランドルト環の検査可能率は低く、3歳6か月児で95.0%に達する⁵⁵⁾。現在、3歳児健診の対象年齢は、3歳0か月頃を始期とする市町村と3歳6か月前後を始期とする市町村に二分でき、わが国全体でみると両者の割合はほぼ同率で構成されている⁵⁶⁾。

3歳児健診の始期を3歳6か月前後にすることで、視覚検査などの精度管理が行いやすいメリットがあるが、受診以前に必要な支援に結びつかなかった場合に、支援の開始が遅れることや、歯科健診の間隔が長くなるデメリットがある。これを回避するためには、3歳児健診の対象年齢に関わらないことであるが、1歳6か月児健診までの子育て支援面も含めた状況把握と確実なフォローアップ体制の確立が不可欠である。また、約70%の市町村では、1歳6か月児歯科健診と3歳児歯科健診の間に2歳児歯科健診を実施しており、歯科保健に限らない多職種が連携した子育て支援の機会として活用できる（5章4節）。さらに、懸念される疾病スクリーニングの精度管理に直結する課題として、3歳6か月前後を始期とした場合の受診率低下が挙げられる⁵⁷⁾。しかし、研究班調査では、各市町村の努力によって、3歳0か月頃を始期とする場合との受診率の差はわずかとなっている⁵⁸⁾。受診率が低下する主な要因は、児の成長に伴う保育所等の利用者の増加と考えられる⁵⁸⁾。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。した

がって、現代の健診体制としては、保育所等との連携により、児の発達や育児の支援を要する事例を把握する体制が、3歳児健診の始期に関わらず不可欠である。

第4章 第2節 支援対象者のフォローアップと評価

乳幼児健診事業には、これまで中心であった子どもの健康状況の把握に加えて、親子や家族も含めた支援対象者の把握が求められており、評価にあたっては、それぞれの健康課題に応じた評価が必要となる。支援対象者のフォローアップと評価とは、乳幼児健診事業で把握される支援対象者について、どのように把握し、支援の必要性をアセスメントするとともに、健診後のフォローアップや支援対象者のフォローアップを通じて状況を把握し、評価するものである。

1 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

母子保健領域において「フォローアップ」という用語は、いろいろな使い方がされている。このため、フォローアップの考え方を整理する必要がある。乳幼児健診事業の標準的な評価のため、フォローアップ業務を「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。

乳幼児健診事業においては、フォローアップ業務を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に分けて定義する必要がある⁵⁹⁾。健診後のフォローアップとは、健診で把握された状況について事後に確認することである。一方、支援対象者のフォローアップとは、妊娠期から子育て期まで支援対象者の状況を継続的に確認することである。

健診後のフォローアップでは、確認の時期や方法は健康課題や状況により異なる。例えば、疾病スクリーニングに対する健診後のフォローアップの終結は、医療機関からの結果を把握した時点である。未受診者に対する健診後のフォローアップは、現認のうえで支援の必要性について判定した時点である。一方、支援対象者のフォローアップにおいて、支援対象者は、乳幼児健診に限らず妊娠期から育児期のすべてのタイミングで把握される。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。

フォローアップ対象者を、疾病スクリーニングに対するフォローアップ、発達支援や子育て支援などの支援対象者のフォローアップに分け、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の考え方を示す（表4-3）。

表4-3 フォローアップ対象者による整理

	健診後のフォローアップ	支援対象者のフォローアップ	
疾病のスクリーニング	✓ 要観察結果を確認 ✓ 受診結果を確認	—	
支援対象者の把握 (発達支援・子育て支援)	気になる状況*の変化を確認	支援や介入後の 状況変化を確認	受け入れや利用が ない場合の勧奨

*子どもの発育・発達・栄養、子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況、および親子の関係性

疾病スクリーニングのフォローアップは、要観察結果や再検査結果を確認すること、医療機関に紹介した後の受診結果（精密検査結果）を確認することであり、どちらも健診後のフォローアップ業務に位置付けて行う。疾病スクリーニングのフォローアップには、支援対象者は含まれない。支援対象者のフォローアップについては、まず発達支援の場合、健診後直ちに事後教室の参加や療育機関の受診などの支援につなげる場合だけではなく、少し時間をかけて子ども自身の発達の伸びや変化を待った上で、発達支援の対象者とするかどうか判断する場合がある。子育て支援全般の支援

対象者の判定においても同様で、子どもの発育・発達・栄養や子育て状況・生活習慣、親や家庭の状況および親子の関係性に気になる状況はあるものの、直ちに支援対象者とはせずに、一定期間、状況変化を確認することがある。この期間に、具体的な支援を実施していないが、気になる状況の変化を確認することは、乳幼児健診の保健指導に求められる重要な視点である。潜在的なニーズも含め、先の見通しをイメージしながら行う保健指導の特徴と言える。発達支援として事後教室等の支援や介入を行った対象者には支援対象者のフォローアップとして状況変化を確認する。また、支援の対象でありながらも教室等に参加しないなど支援の受け入れがなかった場合も、支援対象者のフォローアップとして相談等で状況確認を行うとともに、機会を捉えて支援を勧奨する。子育て支援全般の支援対象者に対しても、同様に支援事業や介入を行った場合も、支援の受け入れがない場合にも、支援対象者のフォローアップとして状況変化を確認する。

2 支援対象者のフォローアップと評価の手順

支援対象者のフォローアップと評価の具体的な手順を示す。

1) 支援対象者の選定

健診後のカンファレンス等において、多職種が参加して支援対象者を選定する。選定には、子育て支援の必要性の判定（Power Point 4 章 2 節 14～16 (PP 4-2-14～16)）など健診従事者間で共通の判定区分を用いることが、支援の評価には必要である。乳幼児健診時の判定では、ただちに何らかの支援を始めるケース（支援対象者）以外に、健診場面の様子だけでは、潜在的なニーズが十分に把握できない場合や少し先に問題が起きる可能性が感じられるなど、気になる状況にあるケースに気付くこともある。気になる状況にあるケースは、健診後のフォローアップ対象者とし、期限を決めて再アセスメントし、支援の必要性について判定する。

2) 未受診者からの支援対象者の把握

健診未受診者は、支援対象者の選定において重要な対象である。なぜなら、子ども虐待の死亡事例の検証等においては、乳幼児健診の未受診が、子ども虐待による死亡のリスクとして繰り返し挙げられているためである⁶⁰⁾。健診後のフォローアップとして、その状況を「現認」する。現認とは、大阪府における乳幼児健康診査未受診児対応ガイドラインに基づいて、「保健師若しくは関係機関や関係者が目視により児を確認すること」と定義する¹⁴⁾。保護者への電話による聞き取りや、親戚や近隣住民からの情報提供は現認には含めない。現認で把握した状況から支援の必要性を検討することが、支援につなげるためには必要である。また、支援対象者の把握は、乳幼児健診の機会以外にも、保護者や関係者からの相談等により、支援対象者として把握される場合がある。

3) 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。実際の支援場面では、支援の実現性を左右する様々な要因がある。保護者の意欲・関心、支援者との関係や来所の可能性、家庭訪問の同意が得られるか、家庭訪問は受け入れ難くても、Mother and Child Group (MCG)などの母子保健事業や子育て支援センターなどの他機関の事業なら参加できないか、さらには家族や近隣との関係など、様々な状況の違いによって、支援方法やタ

イメージを工夫する。

4) 支援の効果を評価する

発達支援や子育て支援の効果を評価する一般化された方法はない。ここでは一つの考え方として、「支援を利用した・受け入れた」ケースの状況変化から支援の効果を評価する方法を提言する。

効果を評価するためには、まず支援の利用や受け入れ状況を集計する区分を定義する必要がある。支援対象者への実際の支援手段を、支援者の立場から、電話相談、家庭訪問、保健機関に来所した際の個別の面接などの個別支援や、保健機関事業および他機関事業などの支援事業に分けた集計区分を例示する（表 4-4）。

表 4-4 支援の利用・受け入れ状況の集計区分

手段	支援の利用・受け入れ状況
電話相談	1. 相談した、2. 相談できなかった、3. つながらなかった、4. 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（教室等を含む）	1. 面接した、2. 面接しなかった
保健機関事業	1. 利用した、2. 利用しなかった
他機関事業	1. 利用した、2. 利用しなかった

例えば、電話相談では、「1. 相談した、2. 相談できなかった、3. つながらなかった、4. しなかった」に区分し、電話による相談を継続する意味での「1. 相談した」を支援の利用・受け入れありと定義する。家庭訪問では、「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」に区分し、「1. 継続訪問した」を支援の利用・受け入れありとし、「2. 1回で終了した」の場合は、状況確認の結果、その後の支援は必要ないと判断していることが多いことから、支援の利用・受け入れなしとする。面接は、相談のために来所する場合以外に、保健センターでの教室等に参加した際に、個別に面接する場合も含める。支援事業については、利用の有無で集計する。

また、支援の利用・受け入れを評価するために、支援業務を体系づける必要がある（表 4-5）。特に個別支援は、状況確認のためのフォローアップと表裏一体であるが、状況確認の電話や家庭訪問と個別支援の業務を、評価のためにあえて区別して集計に用いる。このため、個別支援を、「電話や家庭訪問、来所面接などの日常業務による一定の方針のもとに仕掛ける相談」と定義する。相談を仕掛けるためには、潜在的なニーズも含め、先の見通しをイメージすることが必要である。仕掛ける時期は、長期的な視点で、対象者の状況から頃合いを図り、場合によってはしばらく状況確認のみを行って『寝かせる』時期があってもよい。このような業務を、個別支援業務と定義する。支援対象者から連絡を受ける場合には、求められての相談に応ずることになる。仕掛ける相談を繰り返したことで対象者から受ける連絡は、状況変化を把握するためにもきわめて重要な機会であるとともに対象者との関係性の構築や維持に重要な機会でもある。フォローアップ業務としての価値が高いものの、相談が次の支援策の提示につながることもあることから、支援の利用・受け入れありの状況に集計する。

表 4-5 支援業務の体系化

個別支援	電話や家庭訪問、来所面接など日常業務において、一定の方針のもとに <u>仕掛ける</u> 相談
支援事業	✓ 保健機関事業 - 個別支援との併用が基本。 - 事業計画に基づいた評価が必須。 - 評価結果・地域のニーズ把握により優先度判定。 ✓ 他機関事業 - 個別支援との併用（他機関連携支援）/自ら利用。 - 利用結果の確認・情報共有で有用度を評価する。

次に支援事業は、対象者や方法などを明確にした事業計画に基づいて、(通常は予算化して) 行う事業と定義する。支援対象者については、基本的に個別支援と併用する。個別の相談や家庭訪問の同意が得られない場合に、小集団の事業などなら参加できれば、これを契機に個別支援につなげることを目指す。保健機関事業は、保健機関自らが、事業計画に基づいて評価する必要がある。その際には事業利用者の状況変化による評価を行う。PDCA サイクルを用いて、評価結果や事業対象者の数の変化などの地域のニーズを把握することで、新規事業の企画、事業継続や廃止を検討する。一方、支援業務の中での他機関事業とは、支援に利用できる保健機関以外の地域の資源（公的機関や民間等）のうち、保健機関が事業や実施内容を把握し、直接・間接に個別の状況確認情報の共有が可能な機関の事業とする。

支援対象者の選定とその後のフォローアップ、そして支援の評価について1歳6か月児健診を例に具体的に示す(図4-2)。1歳6か月児健診の健診後のカンファレンス等で、「子育て支援の必要性の判定」を用いて支援対象者を選定する(PP 4-2-14~16)。気になる状況の場合は、一定期間フォローアップしたのちに再判定する。健診未受診の場合には、現認によって支援の必要性を判定する。これらは、ともに健診後のフォローアップ業務に位置付ける。

支援対象者に対しては、個別支援として継続的な相談・訪問を行い、必要な場合は支援事業につなげる。支援事業の利用者や相談・訪問を受け入れる場合には、支援の折に、支援対象者のフォローアップ業務としてその状況変化を確認する。支援事業や相談・訪問を利用しない、または受け入れない場合にも、支援対象者のフォローアップ業務として状況変化を確認する。次の健診時期である3歳児健診時には、支援を利用・受け入れた人も、利用や受け入れがなかった対象者も合わせて状況を確認し、支援を評価する。例えば、子の要因(発達)の支援対象者は、健診時の社会性の発達に関する問診や観察等で選定する。直ちに支援対象でなくとも気になる状況があり、例えば、2歳児歯科健診の受診時に再確認する場合は、健診後のフォローアップ例に位置付ける。事後教室参加や療育機関利用、継続相談を受け入れる場合は、支援の利用・受け入れ例に位置付ける。3歳児健診で発達状況を確認し、支援の効果を評価することができる。

支援対象者とフォローアップ対象者を区別して集計することで、フォローアップに必要な業務量や、支援事業の対象人数や事業に必要な地域の資源量などを定量化することができる。同様に、親・家庭の要因の支援対象者は、問診や観察、健診受診時までの他機関の情報で選定する。

健診未受診者は、現認による状況把握により支援対象者を把握する。直ちに支援対象でなくとも気になる状況がある場合には、「1か月後に電話で状況を確認」するなど健診後のフォローアップ業務として確認する。この際に確認する期間をあらかじめ決めておくことがポイントとなる。

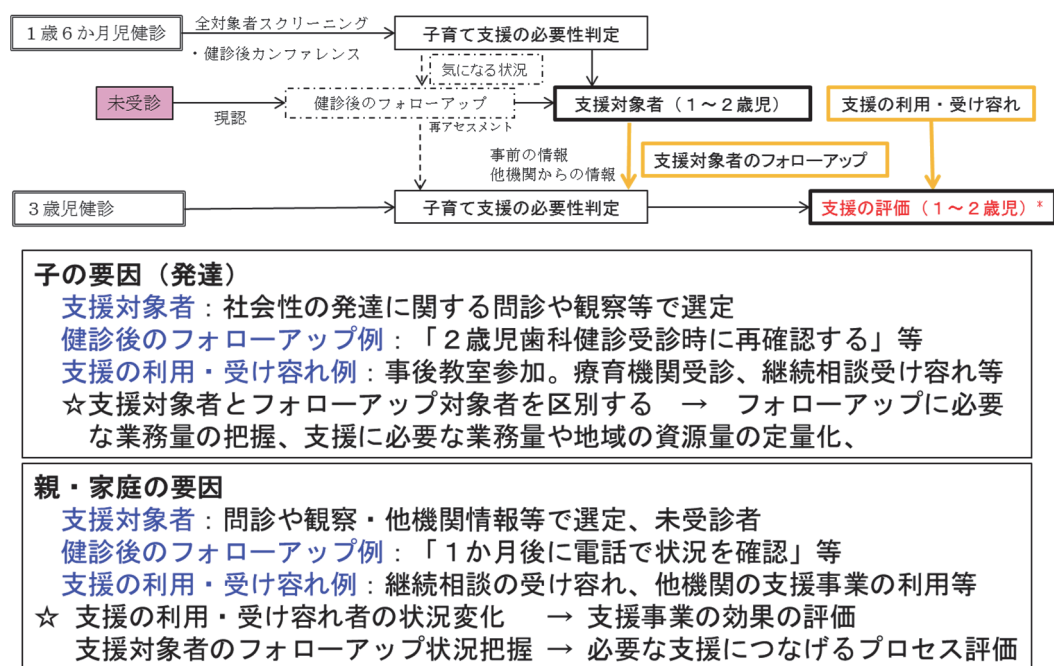


図 4-2 支援対象者の選定と支援の評価例

個別支援や支援事業の利用・受け入れ例は、その後の状況変化を3歳児健診で確認し、支援の効果を評価することができる。支援対象者であっても、支援を利用しない・受け入れない場合にも、支援対象者のフォローアップ業務として期間を決めて状況を確認する。支援の受け入れや利用状況（受け入れや利用の割合などの量的な状況や、質的な状況）を把握することで、必要な支援につなげるためのプロセス評価が可能になる。

5) 気になる状況にあるケースのフォローアップに対する評価

気になる状況にあるケースのフォローアップは、健診後のフォローアップ業務に位置づけて行う。気になる状況をフォローアップ対象者とすることは、乳幼児健診の保健指導のうえで重要なことであるが、実務上は、どこまでの状況をフォローアップ対象とするかが、業務量を左右する大きな問題となる。また、健診従事者間で判定を標準化するためにも、フォローアップ状況を振り返る必要がある。

気になる状況の確認のためにフォローアップ対象とした人数に対する、再判定で支援対象となった人数の割合を「効率性」と定義し、業務量を示す数値指標とする。「効率性」を用いて他市町村との比較ができる。乳幼児健診時の子育て支援の必要性の判定は、受診者の要因だけでなく、支援者側との関係性や支援体制等にも左右される。市町村それぞれにおいて、気になる状況でフォローアップ対象とする場合の判定方法や基準を振り返ることで、従事者間の判定の標準化につなげる。

6) 支援対象者の評価

支援対象者への支援やフォローアップは、時には子が成長して親になった後にも、世代を越えて継続される場合がある。支援の必要性は、いったん改善された後にも子どもの成長や家庭状況に伴って変化する。また、さまざまな業務に追われている現場において、評価のためだけの業務を追加することはできれば避けたいものである。このため、支援対象者の評価を乳幼児健診のタイミングで縦断的に行う手法が実用的といえる。子育て支援の必要性の判定などの評価指標を用い、支援の

The flowchart illustrates the process for determining the need for support across different age groups. It starts with '妊娠届出' (Pregnancy Registration) leading to '全対象者スクリーニング' (Screening for all subjects), which then leads to '支援の必要性判定' (Assessment of need for support). This assessment is based on '気になる状況' (Situations of concern) and '再アセスメント' (Re-assessment). The process then leads to '支援対象者（妊娠期）' (Support target (Pregnancy)), which leads to '支援の利用・受け入れ' (Support utilization/acceptance). This is followed by '支援対象者のフォローアップ' (Follow-up of support target), leading to '支援の評価（妊娠期）' (Support evaluation (Pregnancy)).

The process then moves to the next age group, '3～4か月児健診' (3-4 month infant check-up). This involves '全対象者スクリーニング・健診後カンファレンス' (Screening for all subjects and post-checkup conference), leading to '子育て支援の必要性判定' (Assessment of need for support for child-rearing). This assessment is based on '気になる状況' (Situations of concern) and '再アセスメント' (Re-assessment). The process then leads to '支援対象者（乳児期）' (Support target (Infancy)), which leads to '支援の利用・受け入れ' (Support utilization/acceptance). This is followed by '支援対象者のフォローアップ' (Follow-up of support target), leading to '支援の評価（乳児期）*' (Support evaluation (Infancy) *). The asterisk indicates that the evaluation also includes the handling of the post-checkup conference.

The process then moves to the next age group, '1歳6か月児健診' (1 year 6 months infant check-up). This involves '全対象者スクリーニング・健診後カンファレンス' (Screening for all subjects and post-checkup conference), leading to '子育て支援の必要性判定' (Assessment of need for support for child-rearing). This assessment is based on '気になる状況' (Situations of concern) and '再アセスメント' (Re-assessment). The process then leads to '支援対象者（1～2歳児）' (Support target (1-2 years old)), which leads to '支援の利用・受け入れ' (Support utilization/acceptance). This is followed by '支援対象者のフォローアップ' (Follow-up of support target), leading to '支援の評価（1～2歳児）*' (Support evaluation (1-2 years old) *). The asterisk indicates that the evaluation also includes the handling of the post-checkup conference.

The process then moves to the next age group, '3歳児健診' (3-year-old child check-up). This involves '全対象者スクリーニング・健診後カンファレンス' (Screening for all subjects and post-checkup conference), leading to '子育て支援の必要性判定' (Assessment of need for support for child-rearing). This assessment is based on '気になる状況' (Situations of concern) and '再アセスメント' (Re-assessment). The process then leads to '支援対象者（3歳児以降）' (Support target (3 years old and older)), which leads to '支援の利用・受け入れ' (Support utilization/acceptance). This is followed by '支援対象者のフォローアップ' (Follow-up of support target), leading to '支援の評価（3歳児以降）*' (Support evaluation (3 years old and older) *). The asterisk indicates that the evaluation also includes the handling of the post-checkup conference.

The process then moves to the next age group, '3歳児以降' (3 years old and older). This involves '全対象者スクリーニング・健診後カンファレンス' (Screening for all subjects and post-checkup conference), leading to '子育て支援の必要性判定' (Assessment of need for support for child-rearing). This assessment is based on '気になる状況' (Situations of concern) and '再アセスメント' (Re-assessment). The process then leads to '支援対象者（3歳児以降）' (Support target (3 years old and older)), which leads to '支援の利用・受け入れ' (Support utilization/acceptance). This is followed by '支援対象者のフォローアップ' (Follow-up of support target), leading to '支援の評価（3歳児以降）*' (Support evaluation (3 years old and older) *). The asterisk indicates that the evaluation also includes the handling of the post-checkup conference.

The process then moves to the next age group, '3歳児以降' (3 years old and older). This involves '全対象者スクリーニング・健診後カンファレンス' (Screening for all subjects and post-checkup conference), leading to '子育て支援の必要性判定' (Assessment of need for support for child-rearing). This assessment is based on '気になる状況' (Situations of concern) and '再アセスメント' (Re-assessment). The process then leads to '支援対象者（3歳児以降）' (Support target (3 years old and older)), which leads to '支援の利用・受け入れ' (Support utilization/acceptance). This is followed by '支援対象者のフォローアップ' (Follow-up of support target), leading to '支援の評価（3歳児以降）*' (Support evaluation (3 years old and older) *). The asterisk indicates that the evaluation also includes the handling of the post-checkup conference.

⇒（就学時健診・入学後の情報共有による評価）

*健診後の把握例も含む

妊娠期から把握された支援対象者（妊娠期）は、3～4 か月児健診時に評価し、3～4 か月児健診以降の支援対象者（乳児期）は、1 歳 6 か月児健診時に、その後の支援対象者（1～2 歳児）は、3 歳児健診時に評価する。これらの健診の受診率は高く、未受診児についても現認のうえで支援の必要性の判定を行えば、判定の妥当性の評価も可能となる。これらの健診は、全国のほとんどの市町村で実施されているため、都道府県での集計や評価にも活用できる。3 歳児健診やその後に支援対象者と判定される支援対象者（3 歳児以降）については、個別フォローアップの状況を年度ごとに集計する。評価は、「子育て支援の必要性の判定」など一定の区分を用い、支援の必要性の変化を分析する。

第5章 多職種間で共通に理解すべき情報

第1節 「健やか親子21（第2次）」の重点課題①

「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」

子育ての過程において、保護者が何らかの育児不安を感じることはめずらしくない。しかし、近年、育児に取り組む家庭が孤立し、保護者が感じる育児の不安や困難さが解消されず、それらを抱え込むことが危惧される。また、子育てが親の負担になったり、生活そのものを大きく乱したりする場合は、子育てに拒否的になることも想定される。子育てに取り組む保護者が育児に余裕と自信をもち、その役割を発揮できる社会を構築するために、「健やか親子21（第2次）」において「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」が重点課題の一つとして取り上げられた。

「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（Power Point 5章1節3, 4（PP 5-1-3, 4）¹⁵⁾。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、乳幼児健診に従事する保健師等に対して、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。「育てにくさ」の概念は広く、一部には発達障害などが原因になっている場合がある。2004年に制定された発達障害者支援法では、乳幼児健診を行うにあたり発達障害の早期発見に十分留意する必要性が明記されている⁶⁾。乳幼児健診事業を通じた的確な評価と適切な保健指導、さらには福祉サービス等への橋渡しといった役割が重要視されている。

「健やか親子21（第2次）」で新しく追加された指標のうち、「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合（健康行動の水準）」、「育てにくさを感じた時に対処できる親の割合（健康水準の指標）」が、乳幼児健診での必須問診項目として設定された。本節では、それぞれの項目に関して、研究班調査^{12, 13)}により明らかになった課題と保健指導に関する提言を以下にまとめる。

1 社会性の発達過程に関する保健指導

1) 背景データ

(1) 「健やか親子21（第2次）」ベースライン調査

「子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合」は、3～4か月児と1歳6か月児では知っている者の割合が8～9割である一方で、3歳児は約7割に減っていることが示されている（PP 5-1-8）。

(2) 市町村における現状と課題

研究班調査では、設問「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」に対して、「1. している」「2. していない」「3. その他」の択一式で回答を求めた。回答があった1,161市町村のうち、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（62.1%）であった（PP 5-1-9）。自治体規模の間には有意な差は認めなかった。

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（PP 5-1-10, 11）。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）、その中でも3～4

か月児健診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、説明指導が最も多く 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・講話などがあった。説明時に何らかの資料を用いる場合は 184 件あり、その資料として、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。資料送付のみの場合は 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。

社会性の発達過程の保健指導の際、日本版デンバー発達スクリーニング検査を使っているとの回答が複数あった。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、保健指導用に開発されたツールではない。6 歳までの発達過程が一覧できるため、説明の仕方によっては子どもの状態に対して保護者が過剰な不安をもつことが懸念される。そこで、同検査を用いると記載していた 7 自治体について、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、全ての自治体が乳幼児健診で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（PP 5-1-12）。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。これらの結果から、発達検査を用いた保健指導に際しては、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することや、少し先の発達過程に重点をおいて今できることを具体的に伝えることが重要であると考えられた。

（3）都道府県・保健所における現状と課題

研究班調査では、保健所と都道府県の現状把握も行った^{12,13)}。保健所では、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。また、都道府県では、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 件の有効回答のうち 9 件（23.1%）であった。

（4）現状に対する考察

ベースライン調査からは、社会性の発達が複雑になっていく 3 歳児時点で、保護者の約 3 割が少し先の社会性の発達過程が分からずに子育てをしていることが分かった。また、研究班調査からは、社会性の発達過程に関する指導は約 7 割の市町村で実施されており、その約半数は、乳幼児健診の機会を活用していることが分かった。その中には、資料配布のみで対応している自治体もあった。説明の機会が確保できていない自治体についてはヒアリング調査を通して、指導にかか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分かった。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むために必要な能力である。社会性の発達に関する知識を得ることは、保護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¹⁰⁾。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。保護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、乳幼児健診の全ての対象者に対して正しい知識を伝える必要がある。市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市町村に対する積極的な支援・評価を進めていく必要がある。

2) 保健指導

(1) 乳幼児健診の対象者全員を対象とする (PP 5-1-13)

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、初めて子育てをする保護者にとって、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。さらに、全ての保護者にとって、日常生活における気づ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・話すなどの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。保護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は、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。

(2) 早期乳児期から指導をおこなう (PP 5-1-14)

親の気づきに対する保健指導には、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) 発達の遅れに対する保護者の受容を見極め、早期に適切な支援へつなぐ (PP 5-1-15)

発達の遅れに対して親は不安を抱きやすい。また、保護者や兄弟が典型例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、子どもの発達過程には多様性、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、保護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。

2 育てにくさを感じる親に対する保健指導の評価

1) 背景データ

(1) 「健やか親子21（第2次）」ベースライン調査

「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合」について、「あなたは、お子さんに対して、育てにくさを感じていますか。」という設問に対して、「いつも感じる」と「時々感じる」の合計は、3～4 か月児で約 15%、1 歳 6 か月児では約 27%、3 歳児では約 35%であった（PP 5-1-18）。これらの回答者に対して、「育てにくさを感じた時に、相談先を知っているなど、何らかの解決する方法を知っていますか。」という設問をしているが、3～4 か月児、1 歳 6 か月児、3 歳児のどの月齢においても約 15%の保護者が解決方法を知らないと回答していた（PP 5-1-20）。

(2) 市町村における現状と課題

研究班調査では、設問「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」に対し、「1. 評価をしている」「2. 評価をしていない」「3. その他」の択一式で回答を求めた。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ものは 307 件（26.4%）であった。なお、自治体規模の比較においては有意な差は認めなかった（PP 5-1-21）。

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町村 254 件（83%）について記載内容を分析した。「評価」の解釈にバラつきがみられ、保健指導の対象者選定のための評価の場合、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、臨床心理士や言語聴覚士など専門職による判定の適否検討が 11 件であった（PP 5-1-23）。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、乳幼児期自閉症チェックリスト修正版（Modified Checklist for Autism in Toddlers; 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エジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS）の得点差（2 件）であった（PP 5-1-24）。

「育てにくさを感じる親」と判断する基準を設けているという回答が 1 件あり、回答した自治体に対して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）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）」で定義された「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、親子をとりまく環境の要因）に準じて要因を分析し、支援を行っているという回答が 2 件あった。これら対しても、回答した自治体（高崎市、美唄市）に対して電話によって内容の聞き取り調査を行った。高崎市では、問診と診察による通常の判定に加えて、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。健診後にカンファレンスを実施し、その後にデータ入力と分析が行われる。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ていた。また、美唄市では、健診後のカンファレンスにおいて、健診の場で得た情報に加えて、母子健康手帳交付

時に記録した家族構成や家族の就労状況など家族背景や訪問指導で得た家庭状況記録などの情報、保育所等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」としての要因分類をすることで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。

さらに、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。対象とした全ての自治体は要因分析を行っておらず、その理由は「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、保健師の経験があるので、気になる親子は抽出できる」などの意見が得られた。

(3) 都道府県・保健所における現状と課題

研究班調査で得られた保健所の現状としては、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^{12,13)}。このうち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。また、都道府県では、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。

(4) 現状に対する考察

ベースライン調査からは、子どもの成長とともに「育てにくさ」を感じる保護者の割合が増えて、3歳児では保護者の約3人に1人は育てにくさを感じていることが分かった。さらに、「育てにくさ」を感じる3~4か月児、1歳6か月児、3歳児の保護者の約15%が解決方法を知らないということも明らかになった。「育てにくさ」を感じることはどのような保護者にも起こりうるが、それを解決しながら前向きに子育てに取り組めるかどうかが問題である。したがって、「育てにくさ」を感じた全ての保護者を確実に何らかの解決方法につなげるための保健指導が必要不可欠と言える。

乳幼児健診の評価については、「手引き」¹⁰⁾で基本的な考え方が示されている。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は、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事業評価が挙げられる^{12,13)}。研究班調査では、約3割の市町村が「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おり、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く、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町村は2件のみであった。要因分析をおこなっていない理由として、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、管内市町村の事業評価、事業計画の立案等への支援・協力がある¹⁵⁾。上述した通り、調査結果から市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)」の重点課題として、「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。

2) 保健指導

(1) 「育てにくさ」を感じてもいい 一発信しやすい空気をつくる (PP 5-1-25)

「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保護者の感覚である。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、保護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、保護者が「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 (PP 5-1-26)

「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保護者は潜在する。保護者の潜在する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⁶²⁾。しかし、人材資源は限られており、全ての市町村に熟練した保健師が常在し、乳幼児健診に従事し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する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 (PP 5-1-27)

分析方法の例を次頁の表 5-1 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 (PP 5-1-28)。問題点をあげつらったリストを作成するのではなく、問題解決につながる項目を作り分類することに留意していただきたい。例えば、「ひとり親」を要因の一つと考えたとき、経済的な問題があるのか、親子で過ごす時間が少なく親子関係に問題があるのか、親が疲労しているという親の身体的・精神的問題になっているのかなど、状況によって提供できる支援は異なってくる。

「育てにくさ」の背景を要因にわけるとは、要因を一つにしばることが目的ではない。「育てにくさ」という保護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」の本質に近づき、より効率的かつ効果的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。さらに、育てにくさの背景にある多面的な要素に対して、多職種の視点で多角的に分析することで潜在するニーズを明らかにすることが重要である。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 5-1 「育てにくさ」の背景の要因分析と対応の検討のための整理表

要因	支援を要する事項	健診での確認 問題の有無	支援、治療状況		今後の対応	
			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)					
	相談相手がない (同年代の知り合いがない、地域の繋がりが 弱い、かかりつけ医がないなど)					
	：					