

幼児健診の効率向上に関する研究

平 山 宗 宏 (東京大学)

I 都市における3才児健診の実態調査成績

研究協力者

阿部恒保, 井原二郎, 手嶋力男

(浦和市医師会)

清水 寛 (実践女子大学)

窪田英夫 (蒲田保健所)

岡 愛子 (東久留米保健所)

研究の目的

3才児健診はその実施開始以来10年をこえ、すでに定着するとともに実績をあげているが、一方ではその見直しをすべき時期にある。また今回1才6カ月児健診を開始するに当っては、

・乳児健診-1才6カ月児健診-3才児健診という一連の流れと連繋のもとで考えなおす必要がある。このため健診を担当している地区医師会、保健所の立場から3才児健診の実態を見なおし、今後の改善を期するために調査を実施した。

研究の方法

地区医師会、保健所等の担当者を通じ、実態調査と問題点の収集を行なった。

調査結果

I 健診体制について

健診の対象児童数と、担当者の職種、人数等の構成は地域によって大巾な差がある。これに伴って健診内容・質についても地域差の生じている現状である。その実例を状況の異なる3地域について表1に示す。

A保健所は東京都内特別区にあり、3才児健診のいわゆる東京都方式をよく実行してきており、保健所自体が通知から事後指導までのすべてを担当している。

B市は人口増大の著しい首都圏の都市で、対象人口が多く、また会場巡回方式の、いわば農村型

の健診を市医師会小児科医会の協力をえて行っているが、事務量の大きな部分を市が負担している。即ち、保健所主体でありながら市にかなりの部分を押しつけた型である。

C市は地方小都市で、保健所の全面実施の普通の型であり、市は部分的な協力である。対象人口が少ないため2名の特定の小児科医が健診を担当してきている。

以上のうちで、もっとも問題点をもつのはB市の型の場合であり、次のごとく要約される。

① 健診の主導をどこがとっているのか不明確である。

② 乳児健診からの一貫した流れの中での3才児健診の位置づけ、ねらいが、医師を含めた担当要員の間でも明確にされていない。

③ 多会場巡回型なので会場の確保、設営が困難である。現在の交通事情ならば、センター方式のほうが効率よく実施できる。

④ 人口に比して担当者が不足し、そのためもあって受診率が低く、非受診者はそのまま放置されてしまう。

⑤ 問診票、健診票等の作成に地元医師会が関わっておらず、不備との評価のまま使われている。

II 健診の流れについて

A保健所は2日制をとっており、表2のごとき流れである。ツ反・BCGは乳児健診(3日)時にすませてある。

B市は1日制で、通知は市の衛生課で出している。受付以下の流れは表3のごとくであるが、医師は診察が主で事後指導を必要とする小児のえらび出しはほとんどせず、これを事務職員が主に行っている。心理判定員はおらず、児相に熱心な担当者がいた時は健診日に会場へ出張して指導に当たっていたが、その後は一般的な指導で終わっている。

C市は、流れはB市に準ずるが、医師の指導性

がつよい。ふりわけも医師が行ない、保健指導にもたずさわる。

このほか離島・僻地の多いD県では、小児保健協会に依託し、週末を利用して医師、保健婦検査技師、栄養士等からなるチームを無医地区に派遣して健診を実施し、医療を必要とする事後措置には県立病院を紹介する方式を利用している。

Ⅲ 考察

前述したごとき健診体制の問題のほかに、健診の内容、指導方式等についての改善を要する諸点は次のごとくに要約されよう。

① 乳児→幼児にわたる健診がそれぞれ連繫をもって運営し、結果が活用できるよう主体性を明確にすべきである。

② 関連する諸機関の横の連繫をよくすること。衛生系と福祉・民政系との連繫は現場ではあまりよくないところが多い。

③ 医師会、とくに地元小児科医にしばって協力を得る体制がくめると統一もとれる。この場合事前・事後を通じて連絡をよくとり、医師の指導性をひき出すことによって関わりを深め、質の向上が期待できる。

④ 3才児健診での要注意者の発見に関しては、身体面の問題は健診の意義は少なく、その大部分が既に医療をうけている。

⑤ 母親の相談内容の多くが習癖、性格、養護等に関したものであるが、心理専門家をもつところは少なく、保健婦の指導能力も不十分である。要員の教育のできる指導施設、センターが必要である。

⑥ 事後指導、検査・医療の専門機関の紹介のできるようなシステムを確立したい。とりあえず地域内関係機関のリストをつくり、紹介のできるような体制が必要である。

⑦ 各保健所、各地区での指導状況等の横の情報システムがほしい。

⑧ 要員数が不足、予算面でも不十分。

Ⅱ 山梨県下数地区、とくに無医地区における乳幼児健診の設定状況および医師参加の実態 研究協力者

岡田安美（山梨県医師会小児保健部会）

山梨県下にはなお無医地区あるいは小児科医のいない地区があり、乳幼児健診に当っては、県医師会小児保健部会の医師が出張して協力を行っている。その状況を報告して同様の条件の地域における健診計画の参考に供したい。

地域別に比較考察の便宜上 1) 山間僻地部、2) 農村部、3) 甲府市街部に分け個々に現状を報告する。

1) 山間僻地部、例④上九一色村

（人口2,054，出生18（昭和51年度），無医村。村内2～3の地区へ内科、歯科の出張診療が週1回ないし月3回程度に行われている。）

乳幼児健診 年間8回、（内移動保健所の形式により行われるもの3回）

対象者 毎回約30名，来診者3～11名，（51年度資料による）

スタッフ 医師1，保健所保健婦2，地域婦人会員2～3，（保健婦の1名は甲府保健所より出向の形で村に常勤している。）

会場 村内4～5カ所の公共施設が回り持ちで当てられる。

受診の低率は、例えば標高がK地区530m，F地区920m以上というような地理的条件もあり、会場設定がきわめて遠隔になる場合があるなどの事情が原因として大きい。

参加医師としての実況。

昭和49年度より年間3回参加，来年度は村当局の要請により6回参加を予定している。

甲府市街地に開業している筆者の場合、午後1時半に保健所、又は役場の車で出発する。上記F部落に会場がある場合などは約1時間半を要する。同村の健診日は午後休診とするため健診日の予約は1～2カ月前に行われることが多い。

これらの僻地においても特記すべき地域特殊性は認められない。地域に密着した保健婦活動は注目すべきで環境条件、時には遺伝的条件も保健婦に把握されているなかで健診を行うことには意義

がふかくまた追跡指導も可能である。

例② 甲府市千代田地区

(人口1,034, 出生9, (昭和51年度), 無医地区。甲府市街地よりバス1日4往復, 所要30分)

甲府市においては3カ月児, 1才児健診を年間各12回行っているが, 上記地区, 及び市の辺縁部の数地区においては, 地域近辺在住の特定医師と保健婦が出向いて健診を行っている。

乳幼児健診 年間3回

対象者20, 受診者18, 同時に3才児健診2, (昭和52年8月時の資料。)

スタッフ 医師1, 市保健婦2, 婦人会員3

会場 市役所出張所

当地区は甲府市に編入されているためもあって僻地意識が少いため健康の再確認に来所するというようなゆとりが感じられる。地域特殊性は全く認められない。

2) 農村部, 例①^{たまげ}玉穂村

(人口3,510, 出生約30, 開業医1)

乳児健診 年間約10回(内8回は保健所嘱託医により, 2回は特別乳児健診として問題を持つ児を含めて派遣, 小児科医により行われる)

スタッフ 小児科医1, 保健婦3, (村1, 保健所2), 栄養士1(保健所), 受付事務1, 婦人会3~5, 特別乳児健診時には整形医1が加わる。

会場 町公民館

2才児健診 昭和49年より年1回, 51年よりは年2回行われている。

対象者約30, 受診率70~80%

スタッフ 上記に歯科医1加わり整形医は入らない。

例②^{やつしろ}八代町

(人口7,000強, 出生100弱, 個人病院1(医師3), 開業医1)

乳児健診 年間12回, 対象30名前後

2才児健診 年間2回

1才半健診 今年度2回, 第1回(昭和52年12月2日時), 対象者19, 来所者17

スタッフはいずれも小児科医1, 保健婦3(町

1, 保健所2), 受付事務1, 婦人会2~3

同様な規模での1才半児健診を他町村で2・3回経験しているが精神発達, しつけ等の面での環境への着目, 歯科に関する指導の適正等が要求されねばならないと感じている。当地は典型的な果樹園地帯であるが地域特異的事項は認められていない。

例③^{いちかわだいもん}市川大門町

(人口14,000弱, 出生約200, 町立病院(内, 外, 小, 婦, 脳外科), 開業医5~6)

乳児健診 年間12回, 隔月に特別乳児健診として保健所嘱託医と特定の小児科医が依頼されて参加している。他の回は地域医師会が依頼され, 派遣医師は交替で参加している

スタッフ 医師参加情况等おおよそ上記の例と同様である。

3) 市街部, 例 甲府市

(人口約19万7,000, 出生約3,000, 昭和51年)

3カ月児健診 年間12回

51年度対象3,002, 参加1,416, 率47.5%
会場は市立病院, 同院医師の参加による。

スタッフ 小児科医2, 整形医1, 市職員5, 助産婦1, 参加児67, (昭和52年8月の例)

1才児健診 年間12回

51年度対象3,045, 参加1,416, 率46.5%
甲府市医師会に依頼, 小, 内科系医師が交替で参加する。

スタッフ 医2, 歯科医1, 歯科衛生士2, 市職員10, 参加児67, (昭和52年8月)

(甲府市においては1才半児健診は来年度より実施される)

乳幼児健診のため臨時に出向する町村は県下になお数カ所以上になるが, 年間2~3回以上定期的に参加する数町村の健診設定概況を報告した。

市街地を除く上記町村においては異常児発見率の地域的, 又は年次的変動は認められない。むしろ湿疹など皮膚疾患の季節的, 又は月令別ばらつきが目立つ。このような軽症の所見や軽度斜頸, 機能性心雑音などについての健診票への記載は明らかな異常所見と混同されるおそれもあって, 検

診者による所見の扱いの個人差を考えると問題が多い。無医地区又は特定の小地区における健診においてはとくに、小児科の継続的な参加が要望される。

対象児の僻地特異性は未だ認められないが、地域により健診への期待度の相違は大きいように思われる。しかしそれは参加率の大小では測れない事情があることは前記上九一色村の例に見られる。

健診に際しての地域婦人会員の奉仕参加には無形の利点が多い。医師のいる会場に入って来る母子のある種の緊張感はやむを得ない、それは山村ほど強いかも知れないが、会場に土地の見知りの婦人がいて世話が受けられることは作業の進行を円滑にし児の泣声を少なくする。しかし又身体計測の

ユーモラスな不手際も稀に見られ、計測値にしんしゃくを要する場合も考えられる。

山梨県医師会では昭和50年より小児保健部会を設け、乳幼児健診の医師要請にも出来る限り対応するよう努めているが、小児科医は少数であり、多忙な日常の診療を持っているために町村の期待する日時に応じられない場合は多い。主催側が長期の日程の組める場合、又は医師の都合が優先出来る、言わば小規模な計画の場合は、前記各町村のように医師の対応は容易となる。

地域に於ける乳幼児健診のより合理的なあり方のため小児保健部会も検討を続けているが、主催当局も地域諸環境の格差とは全く別途に、より良い健診体勢の確立がある程度可能であることを認識するべきかと思われる。

表1 3地区における3才児健診対象数および担当要員(歯科関係を除く)

地区	対象児童数	受診率	健診会場	一会場当受診児童数	担当(医師1人当児童数)	保健婦・看護婦			心理判定員	栄養士	事務員		
						HC	市	備上			HC	市	愛育班
A HC	3,000	80%	H C	100	3(約30) 特定の医師	6	0	3	3	1	3	0	0
B 市	7,000	65%	移動17カ所	270	6(約50) 医師会+HC,市の医師	6	4	6	0	1	2	4	2
C 市	800	90%	H C	60	2(約30) 医師会の特定の医師	6	2	3	0	1	3	0	0

A, Cでは検尿実施, 検査技師あり

表2 東京都の標準的な3才児健診の流れ

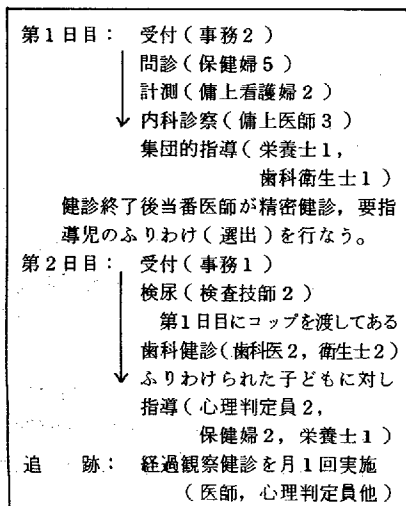
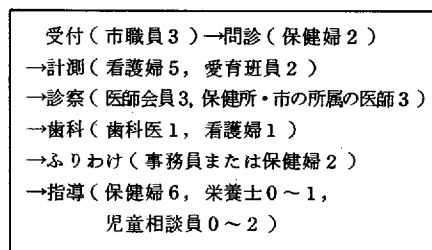


表3 B市における3才児健診の流れ



↓
検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります
↓

研究の目的

3才児健診はその実施開始以来10年をこえ、すでに定着するとともに実績をあげているが、一方ではその見直しをすべき時期にある。また今回1才6カ月児健診を開始するに当っては、

乳児健診 - 1才6カ月児健診 - 3才児健診という一連の流れと連繋のもとで考えなおす必要がある。このため健診を担当している地区医師会、保健所の立場から3才児健診の実態を見なおし、今後の改善を期するために調査を実施した。