

専門職のいない場合の母子保健指導事業の効率的実施に関する研究

秋田県の町村における乳幼児保健指導事業の実施ガイドラインの検討〔Ⅱ〕

神坂 陽* 大場 禮子** 斉藤 美枝子**
鈴木 令** 鈴木 啓** 佐藤 恵美**

要 約：母子保健事業の市町村への委譲は、秋田県などの過疎化、少子化の著しい少人口地域においては、各領域の専門職がその市町村に在職していないことが多く、住民へのサービスの低下が懸念される。このような市町村における効率的な保健指導サービスの実施に向けて、その具体策を人口構成別にモデルを作成し、実施のためのガイドラインについて検討した。

見出し語：少人口地域、効率的な保健指導サービス、人口構成別のモデル作成

I. 研究方法

平成4年より、秋田県（69市町村）の乳幼児保健事業に関する調査を、秋田県福祉保健部保健衛生課、本荘保健所、各市町村保健婦、及び秋田県医師会の協力を得て数回行った。その調査結果をもとに、秋田県における効率的乳幼児保健指導を進めるに当たって、地域特性のサービスを実施するために必要な具体的な人口構成別モデル、特に健診の質的充実に必要な具体的な職種と人員、また、人材確保が困難な場合

の具体的対策を人口構成別にモデルを作成し、実施におけるガイドラインについて検討した。

II. 結果と考察

秋田県のような少人口地域においては、各領域の専門職が、その市町村に在職していないことが多い。このような市町村における効率的乳幼児保健指導サービスの実施に必要な具体的な人口構成別モデルを次のように作成した。

1. 人口1万人以下の町（モデルA）

1) 健診の質的充実に必要な具体的な職種と人員

*秋田県小児保健会

**象潟町保健センター

〈乳児健診〉

受付→問診→計測→診察→

事務 保健婦 在宅看護婦 小児科医

2人 2人 1人 1人

保健指導

保健婦(2人)

栄養士1人 ()は兼務

〈幼児健診〉

受付→問診→尿検査→計測→

事務 保健婦 在宅保健婦 在宅保健婦

2人 3人 (1人) 1人・在宅
看護婦1人

健康教育→歯科診察→内科診察→

保健婦(1) 歯科医 小児科医

歯科衛生士1人 1人 1人

保健指導

保健婦3人・栄養士1人・心理職1人

福祉事務所1人(児童相談担当)

2) 人材確保が困難な場合の具体的対策

(1) 小児科医がいない場合

- ① 乳幼児健診は発達の確認の意味で重要であるため、専門の小児科医は不可欠であることから、地域医師会(乳幼児保健委員会)に小児科医の派遣を依頼する。
- ② 町村在住の小児科医以外の医師を健診医とする場合は、県、県医師会、地域医師会等の協力を得て、研修会を随時開催し、資質の向上をはかる。
- ③ 健診の当日には、カンファレンスを持ち対象とする乳幼児の情報を保健婦が確実に健診医に伝達する。

(2) 歯科医がいない場合

- ① 地域歯科医師会に歯科医の派遣を依頼する。

(3) 心理職のいない場合

- ① 町村内の病院、または、地域医師会に臨床心理士などの派遣を依頼する。
- ② 児童相談所に心理判定員の派遣を依頼する。
- ③ 健診後のカンファレンスを充分に行い、見落としがないようチェックを強化し、精神、運動発達、ことばの遅れの疑い等必要な子を二次スクリーニングへのせる。

(4) 保健婦が必要人員に足りない場合

- ① 保健婦の増員をはかるため行政へ要望してゆく。
- ② 在宅保健婦の活用(在宅保健婦をブロック毎に登録し、広域的に派遣し合う)。
- ③ 母子担当の保健婦が必ず健診スタッフに入り、事前に対象児のチェックを行い見落としがないように健診医とも充分打合せておく。

- ④ 健診票及びアンケートの内容を整備、充実させることで発達のチェックを強化し、見落としがないようにする。

(5) 栄養士がいない場合

- ① 在宅栄養士を活用する。
- ② どうしても栄養士を確保できない場合は保健婦が栄養指導を担当する。

(6) 歯科衛生士がいない場合

- ① 町村内の歯科診療所、または、地域歯科医師会に派遣を依頼する。
- ② 在宅歯科衛生士を活用する。
- ③ 歯科衛生士を確保できない場合は保健婦

が歯科保健指導を担当する。

(7) その他

- ① 対象児が少ない場合は乳幼児健診及び1才6カ月児、3才児などの幼児健診との合同方式としてもよい。
- ② 専門職が極端に少ない町村にあっては、県（保健所）や地域医師会（乳幼児保健委員会）などと相談のうえ、地域の基幹病院（中核病院）などに乳幼児健診のすべてを委託することも考慮する。

3) 健診日、健診時間

健診日は、第何々曜日と決めた方が仕事を持っている母親には都合がよい。

健診時間は、受付から始まり、問診、計測（尿検査含む）、診察、指導、健康教育等2時間以内で終わらせるように努め、遅くならないようにする。

2. 人口1万人の町（モデルB）

1) 健診の質的充実に必要な具体的職種と人員

<乳児健診>

受付→問診→計測→診察→

事務	保健婦	在宅看護婦	小児科医
2人	4人	2人	2人

保健指導

保健婦（4人）

栄養士 1人 （ ）は兼務

<幼児健診>

受付→問診→尿検査→計測→

事務	保健婦	在宅保健婦	在宅保健婦
2人	4～5人	1人	1人・在宅看護婦2人

健康教育→歯科診察→内科診察→

保健婦（1人）	歯科医	小児科医
---------	-----	------

歯科衛生士1人	1人	2人
---------	----	----

保健指導

保健婦（4～5人）・栄養士1人・心理職

1人・福祉事務所（児童相談担当）1人

2) 人材確保が困難な場合の具体的対策

モデルAに同じ

3) 健診日、健診時間

モデルAに同じ

3. 人口3万人の市（モデルC）

1) 健診の質的充実に必要な具体的職種と人員

<乳児健診>

受付→問診→計測→診察→

事務	保健婦	在宅看護婦	小児科医
2人	6人	3人	3人

保健指導

保健婦（6人）

栄養士 2人 （ ）は兼務

<幼児健診>

受付→問診→尿検査→計測→

事務	保健婦	在宅保健婦	在宅保健婦
2人	6～7人	1人	1人・在宅看護婦2人

健康教育→歯科診察→内科診察→

保健婦（1人）	歯科医	小児科医
---------	-----	------

歯科衛生士1人	1人	3人
---------	----	----

保健指導

保健婦（6～7人）・栄養士1人・心理職

1人・福祉事務所（児童相談担当）1人

2) 人材確保が困難な場合の具体的対策

(1) モデルCでは、乳幼児健診に必要なスタ

ッフの確保が比較的容易であり主に、病院施設の職員の協力を得て乳幼児保健チームをつくり、モデルA、Bの乳幼児健診を積極的に支援する体制をつくる。

(2) 心理職の確保は困難と予想され、従来通り福祉事務所の児童相談担当に依頼し協力を得る。

3) 健診日、健診時間

健診回数は、対象が多いため1～数回/月になる可能性がある。また、健診日を固定化することで、周知徹底をはかり、受診しやすいよう配慮する。健診時間は2時間以内で終わらせる。

4. その他諸問題に対する対応

1) 健診票及び乳幼児健診の手引き

秋田県では昭和36年以来、県内の大部分の市町村で用いられている乳幼児健診票を見直し、新しい健診票及び乳幼児健診の手引きを作成し、平成9年度から使用予定である。

2) 地域医師会による協力体制

秋田県の郡市医師会の中には乳幼児保健委員会を設け、市町村の母子保健計画の策定や乳幼児健診、発達支援活動への協力体制を整えているところが増えて来ている。

3) マンパワーの確保

秋田県の市町村では、乳幼児健診を保健所保健婦や保健所のその他の専門職の協力を得て実施しているところが多く、早急に市町村保健婦や専門職の増員を検討しなければならない。

4) 県乳幼児心身障害ネットワークシステム事業との連携

5) 保健所による市町村スタッフの教育と情報交換

発達上問題を持つ乳幼児の支援活動はどのように実施するか、具体的なモデル地区を設定しそのガイドラインを次のように作成した。

発達上のチェックが必要な乳幼児に対して乳幼児健診の場合は、県療育センターや近くの基幹病院の発達外来を紹介し、早期受診をはかる。幼児健診の場合は、市町村の主催する発達相談で再チェックし、それぞれの必要に合わせて、県中央相談所や県療育センター、また、基幹病院の発達外来を紹介し、早期受診をはかる。

1. 支援事業の中の発達相談

◎ モデルB(人口1万人)では

1) 人員の具体的職種と人数

- ① 小児科医 1名
- ② 心理職 1名
- ③ ことばの教室教諭 1名
- ④ 母子保健担当の保健婦 2名
- ⑤ 福祉関係者

児童福祉司及び家庭相談員 1～2名

2) 人材確保が困難な場合の具体的対策

- ① 医師については、町村に小児科がない場合は地域医師会(乳幼児保健委員会)に小児科医の派遣を依頼する。運動発達の遅れについては、整形外科医が必要な場合もある。
- ② 心理職については、町内病院か地域医師会に臨床心理士などの派遣を依頼し、スタッフを確保する。または、児童相談所の心理士を依頼する。

- ③ ことばの教室教諭については、広域的に近隣の2～3町が活用してゆく。
- ④ 母子保健担当の保健婦については、比較的可能であるが、母子保健を専門に扱っている保健婦が望ましい。
- ⑤ 福祉関係者については、広域的に活用してゆく。

3) 回数

実施回数として年7～8回位が適当である。

◎ モデルA（人口1万人未満）では

1) 人員の具体的職種と人数

モデルBと同様のスタッフが必要だが、④を除き①～③、⑤のスタッフをそろえ町単独で実施することは困難である。

2) 人材確保が困難な場合の具体的対策

モデルBと同様に、これらスタッフは広域的に活用してゆく。

3) 回数

年5～6回実施することが望ましい。また、保健所で実施している巡回相談（年2～3回）を積極的に利用する。

◎ モデルC（人口3万人）では

1) 人員の具体的職種と人数

- ① 小児科医 1名
- ② 心理職 2名
- ③ ことばの教室教諭 2名
- ④ 保健婦 4名
- ⑤ 福祉関係者

児童福祉司及び家庭相談員2～3名

2) 人材確保が困難な場合の具体的対策

①～⑤のスタッフについては、対応は充分と思われる。モデルCは、近隣市町村の中核

となるべきで病院、施設の職員の協力を得て上記①～③、⑤のスタッフをそろえた乳幼児保健チームをつくり、モデルA、モデルBの町の保健事業を積極的に支援していかねばならない。または、広域的な療育施設（小児療育センターなど）を設置するよう努める。

3) 回数

実施回数として、年12～20回が望ましい。これら発達相談の後にスタッフでのケース検討会を行い、処遇を検討し発達支援事業への勧め、集団相談の勧め、家庭訪問での家庭相談を実施する。

また、就学に際しては保護者と十分に話し合い、就学指導委員会に情報を提供し、教育機関との連携をはかる。発達相談の構成メンバーが、各市町村の就学指導委員会のメンバーに入ることが望ましい。

発達相談の対象者には、単なる言葉だけが遅れているケースが多く、発達相談の他に言語相談も設ける必要があると思われる。

2. 支援事業の中の発達訓練

相談終了後、その子に合った発達支援事業は不可欠である。そのためには、保育園での状況、医療機関での相談等をしっかりと把握し、ケースにとって一番適切な支援を行うべきである。

モデルA及びモデルBにおいて専門職がいる場合、発達支援事業（訓練の場）として次のように考えられる。

- 1) 対象：発達上の問題を持つ乳幼児及びグレーゾーンを含む
- 2) 回数：月1回（半日の日程で終了後はケー

ス検討会を行う)

3) スタッフ

心理職(心理判定員、臨床心理士) 1名

機能訓練士(理学療法士) 1名

ことばの教室教諭 1名

特殊学級教諭 1名

福祉事務所職員(児童福祉司、家庭相談員)

1~2名

保健婦(町) 2名

保母 1名

4) ① 集団相談

② グループ相談

③ 個別相談

④ 保護者学習会

事業を進めるに当たっては、対象児の個々の発達相談の内容に基づき、医師等の指導に従い対象児の個々の目的、方針を明らかにしておく。

スタッフは、対象児をそれぞれ担当し行動等をよく観察する。

① 集団相談

設定遊び、親子遊び、自由遊び、親同士の交流の場にもなるように工夫する。

② グループ相談

子の発達レベル別、障害別(精神的、運動的なもの)をつくり、設定遊びにより指導する。

③ 個別相談

個人面接の時間をつくり、評価し指導する。

④ 保護者学習会

発達についての学習、相談、レクリエーション、入学準備等。

事業終了後、スタッフによるミーティングを実施し、内容の評価、対象児の発達、行動について評価を行う。また、次回に向けての内容、目的を設定する。

事業のみの相談にとどまらず、評価の結果を参考にして、積極的に家庭訪問や保育園訪問を行い、生活状況、子の本来の姿、親の本音をより良く理解することができる。将来、就学時に向けての就学指導委員会に個々の資料を提出できるように意見をまとめておく。

発達支援事業の効果的実施のためには

1) マンパワーの確保、特に保健婦の増員、心理職やことばの専門職などの要員を行政(市町)にそろえる。

2) 市町村スタッフの教育と情報交換が必要であり、そのためには教育用コンピューターシステムの構築が望まれる。

3) 地域医師会による市町村の母子保健計画の策定や乳幼児健診、発達支援活動への協力体制の確立が必要である。

4) 施設や医療機関、保育園との連携を強化する。

5) 親の会の組織育成をし、ボランティア組織との連携をはかる。

6) 発達支援事業の連絡調整会議を設け、スタッフの共通理解を深める。(年2回位)

7) 障害児保育を進める。保育所を中心とし集団生活の中で、相談事業の結果を踏まえて指導する。

◎ モデルCについては

1) 対象者を地区別、年齢別、または、病態別(機能訓練の必要な子、ことば訓練の必要な

子)に分けて、モデルA、Bと同様のことを行う。また、人数が多いので、予約制とすることが望ましい。

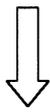
専門職のいない町村の発達上の問題を持つ子の訓練は、どのように実施すればよいかについては、モデルCでは、各スタッフが地域的にそろっているので、医師会等を窓口としてスタッフの派遣でカバーする。また、モデルA、Bも同様に実施できるように援助する。

文献

1. 厚生省心身障害研究「市町村における母子保健事業の効率的実施に関する研究」平成6年度研究報告書
2. 厚生省心身障害研究「市町村における母子保健事業の効率的実施に関する研究」平成7年度研究報告書
3. 中山健太郎：乳幼児の健康診査とスクリーニング、医学書院、1980



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



要 約:母子保健事業の市町村への委譲は、秋田県などの過疎化、少子化の著しい少人口地域においては、各領域の専門職がその市町村に在職していないことが多く、住民へのサービスの低下が懸念される。このような市町村における効率的な保健指導サービスの実施に向けて、その具体策を人口構成別にモデルを作成し、実施のためのガイドラインについて検討した。