

〈特集：母子保健のこれから〉

これからの母子保健における保健所の役割

藤内修二

はじめに

母子保健法の改正に伴い、保健所の役割は大きく転換を迫られている。保健所の設置基準の見直しに伴い、保健所の統廃合が進められ、その見返りとしての保健所の機能強化が叫ばれているが、具体的な機能強化が見えてこないのが現状である。特に母子保健においては、乳幼児健康診査が全て市町村に移管されるに伴い、県型の保健所においては、一体どんな役割を果たすのか、機能強化と呼べるに値する役割をいかに果たすのかが問われている。また、平成8年度中に、市町村においては母子保健計画を策定するよう通知され、その支援も保健所にとっては非常に重要なものになっている。

本稿ではこうした情勢を踏まえ、母子保健において保健所の果たす役割について、以下の3点にポイントを絞って論ずる。

1. 乳幼児健康診査の事後管理システムの構築
2. 地域における療育システムの構築
3. 市町村母子保健計画の策定への支援

1. 乳幼児健康診査の事後管理システムの構築(図1)

従来、精密検査が必要な児や療育が必要な児に対する事後管理は一貫して保健所が行ってきたが、今後はかなり様変わりしてくるものと思われる。乳児健診から3歳児健診に至るまで、市町村で実施されることに伴い、健診結果(一次情報)の発生源が保健所ではなく、市町村になるからである。もちろん、以前より1歳6か月健診においてはこうした状況であり、その方式を他の月例や年齢にも拡大すればいいことにはなる。しかし、果たして1歳6か月健診において、市町村と保健所の連携が充分にとれているであろうか。1

(大分県宇佐保健所)

歳6か月健診において、発達の遅れを指摘され、保健所での幼児精密検査(いわゆる「二次クリニック」)の対象となった児の精密検査結果(二次情報)の管理は充分できているであろうか。二次情報の管理を保健所が行っている場合、市町村の保健婦がそのケースへの訪問指導といった関わりを行っているであろうか。二次クリニックを受診しなかった場合の訪問や受診勧奨は市町村、保健所のいずれかが確実にやっているであろうか。グレーゾーンと呼ばれる精密検査は不要でもフォローが必要な児や「要観察」と判定された児がその後、どうなったかという二次情報は誰が責任を持って収集し、管理しているであろうか。また、これらの児が3歳児健診を受ける際にはその間の情報が整理されて活用されているであろうか。これらの役割分担が市町村と保健所できちんとできていることが不可欠である。

乳児健診から3歳児健診まで市町村で実施されるのに伴い、乳児期から3歳まで一貫したカルテを作成することが容易になった。以前より、こうしたカルテを使用していた町村も少なくないが、来年度からは全ての市町村で前回の健診結果やその後の経過を把握することが容易になると言える。こうした意味で、一次情報、二次情報とも基本的には市町村でまず把握されることになろう。現在、精密検査やフォローが必要な児についてのみ、保健所が一次情報の把握の段階から二次情報に至るまで管理しているという県も少なくない。確かにこの方法は確実に経過観察が必要な児をフォローできるというメリットがあるが、このスタイルを来年度以降も続けることが望ましいとは言えない。基本的には、市町村が一次情報、二次情報とも把握することが望ましいと考える次第である。では、保健所の役割は何であろうか? 管内の市町村において一次情報、二次情報の把握がきちんとできているか、言い換えれば、健診の事後管理システムが機能してい

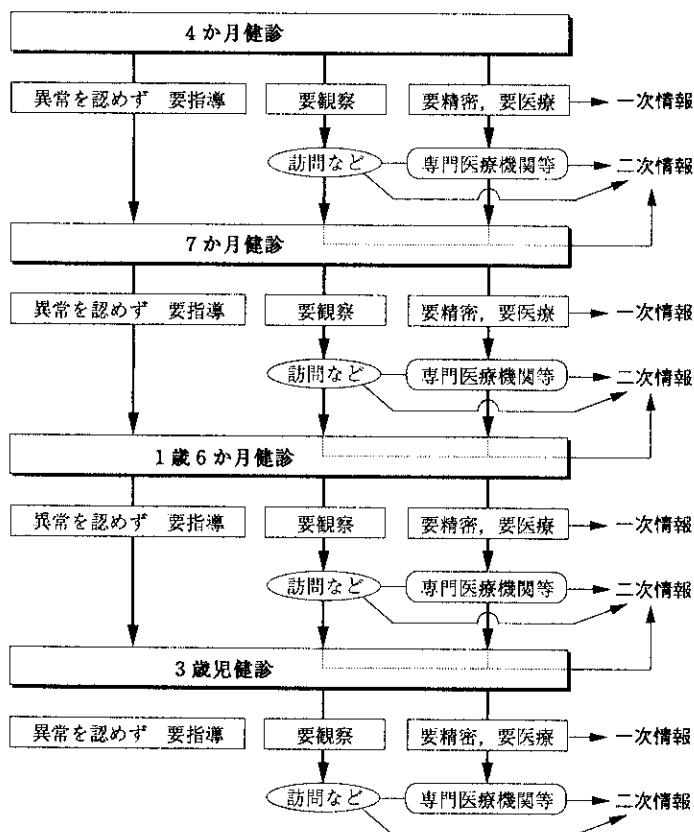


図1 健診情報の流れの実際

るかのチェック機能が最低限、保健所には求められよう。加えて、先天異常や発達の遅れがあるケース、家族への支援が必要なケースや療育が必要なケースへの保健所からの直接的、専門的なサービスも求められよう。つまり、一次情報、二次情報に基づいて、市町村保健婦と共同で児やその家族への支援を行うという健診事後管理システムの一部を担いながら、全体のシステムがきちんと機能しているかのチェックを行うのが保健所の役割と考える次第である。

これらのチェック機能は単に、きちんと二次情報が把握されているかを確認するのみならず、それを集計して、市町村や専門機関へのフィードバックすることが重要である。1歳6か月健診の際に発達の遅れを指摘された児の何%が経過をきちんとフォローされており、その内の何%が発達の遅れの問題を残しているのか、あるいは、正常な発達へとキャッチアップしたの

かを返すことである。これにより、健診そのものの精度を向上させ、健診から事後のフォローアップに至るまでのシステム全体の質の向上を図ることができよう。これらのシステムは愛知県のシステムに学ぶところが大きく、平成9年度からの保健所の果たす役割としてその範となろう。

愛知県のシステムの場合、一次情報として、各健康診査において、「著変なし」〇〇人、心疾患での「要観察」〇〇人、言語の遅れでの「要観察」〇〇人といった数値が市町村から保健所へ年に4回報告される。二次情報は健診から6か月後に、疾患別に追跡対象児が「異常あり」〇〇人、「異常なし」〇〇人、「保留」〇〇人、「その他（不明・転出）」〇〇人といった数値が市町村から保健所へ年に4回報告される。これらの情報を県でとりまとめて、三次情報として、保健所、市町村に還元するシステムになっている。

このシステムでは保健所には加工された情報のみ提供され、個人情報提供されないことになるが、実際はフォローに必要な児を保健所の保健婦と市町村の保健婦と一緒に訪問するといった形で、必要に応じて個人情報を保健所と市町村で共有している。こうした意味で、愛知県のシステムは優れたものと言えるが、保健所が生データを扱わず、市町村が加工した情報のみで地域の母子保健の状況をモニターできるのかという不安が残る。もっとも、保健所が3歳児健診を行っている現行の制度においても、健診の生データを加工して、地域の母子保健の状況をモニターしている保健所は少なく、過度な要求と言えなくもないが、必要に応じて保健所が乳幼児健康診査の生データを収集・分析できる体制を整えておくことも望ましいと考える次第である。

2. 地域における療育システムの構築

大学病院などの三次医療を担う医療機関の集中する都市部においては、療育が必要な児に対する正確な診断や継続的な療育の確保はそれほど困難なことではないかも知れないが、多くの地方都市や郡部の町村においては療育の確保は至難の業である。平成3年11月に厚生省が実施した身体障害児実態調査によれば、48500人の肢体不自由児が存在するとされ、平成2年9月の精神薄弱児(者)福祉対策基礎調査によれば、重度肢体不自由と重度の精神薄弱を合わせ持つ重症心身障害児(者)は、12800人程度が在宅で生活していると推計されている。こうした需要に対して、肢体不自由児の通園施設は全国に77箇所しかなく、定員の合計は3240人でしかない(平成5年10月調査)。このように、療育のための施設は各県に一つ程度という実態なのである²⁾。

乳幼児健康診査やその後の精密検査により、療育が必要と判断されたにも関わらず、車で1時間以上かかる療育施設への通所が困難なために療育が中断されてしまうケースは後を絶たない。もっと身近な施設で療育を可能にすべく、療育施設からの巡回により、年間数回程度の療育指導を行っている保健所もあるが、決して充分と言えるものではない。また、軽度から中等度の障害児の場合、集団生活により同世代の児と接することは有益と考えられるが、障害児保育が受け入れ

られている保育施設も多くないのが現状である。

こうした状況において、保健所の果たすべき役割は、地域における療育システムの構築であろう。この療育システムの構築のためには、大きく分けて3つの柱となる事業が必要である。

(1) 保健所療育事業

これは療育施設の協力を得て、専門医、理学療法士、作業療法士、言語療法士を保健所に派遣してもらい、定期的に保健所で療育そのものを実施するものである。昨年12月に発表された「障害者プラン」においても、障害児の療育を地域で支える事業を、概ね人口30万人当たり2カ所ずつ実施することが盛り込まれており、保健所における療育事業はまさにこれに該当すると思われる。こうした事業は、療育施設までの時間的、心理的距離を縮めるだけでなく、地域の障害児を持つ親の交流の場となり、親の会などの結成へと発展も期待される。

(2) 地域療育システム推進会議

これは地域において療育や障害児保育に関わる専門職や関係機関、当事者団体の参加を得て、地域における障害児の療育や保育をめぐる問題の解決を図ろうというものである。事例検討を中心に関係者に地域のかかえる問題を共有してもらい、必要に応じて、講演会等の開催により学習を行うと良い。特に、保育園や幼稚園の保母らに障害児保育についての学習の機会を提供することは重要である。

この会議においては、単に地域において療育の場を整備するだけでなく、障害児やその家族の地域における「住みにくさ」や「生活しづらさ」を軽減するための地域全体の取り組みへと発展していくことが望まれる。

(3) グレーゾーン対策

発達が境界領域であったり、多動傾向があったり、養育に問題のあるケース(いわゆる「グレーゾーン」)に対して、親子での遊びを通じて、その発達を促したり、養育上の問題への気づきを促す教室が現在、保健所や市町村において展開されている。しかし、対象となっているグレーゾーンのごく一部の参加しか得られていないという課題を抱えている保健所も少なくない。グレーゾーンの児とその親のみ集めるというやり方に対して、親が「レッテルを張られる」という印象

を持つことが、その一因のようである。それを防ぐため、親子ふれあい教室などのネーミングで、健常児を持つ親にも参加を呼びかけ、全ての親と子を対象とした遊び方教室といった設定にすることも良い方法である。もちろん、グレーゾーンの親子へは個別に参加を促す働きかけをすることは言うまでもないが、健診会場において、全ての子供と親が参加できる教室であるという認識を持ってもらうことが重要である。こうした健常児と一緒にの教室開催は、我が子の発達や行動に問題を感じていない親が、健常児との遊びの中で、違いに気づくのを促すという効果も持っている。更に、重要なことは健常な児を持つ親も一緒に学んでもらうことで、仲間の輪を広げることができ、地域全体でこうした親子を支援する体制の必要性について理解を促すというメリットを有している。

これら3つの柱となる事業は、それぞれを有機的にリンクさせることにより、その効果を高めることも可能である。すなわち、3つの事業のうち2つ～3つを同じ日に開催することで、推進会議のメンバーに療育の実際を学んでもらうこともできるし、グレーゾーンの児を持つ親と現在、療育に取り組んでいる児の親との交流の機会を提供することも可能になるからである。これらの3つを有機的に組み合わせてできるのが保健所の最大の強みと考える次第である。

3. 市町村母子保健計画の策定への支援

平成9年4月の地域保健法や改正母子保健法の施行を前に、平成8年度には各市町村で母子保健計画の策定が義務づけられている。この原稿が活字になる頃には、保健所は市町村の母子保健計画策定の支援に追われていることも知れない。既に厚生省児童家庭局母子保健課長通知で「市町村における母子保健計画策定指針」が示され、その指針に基づいて策定作業が進められているであろう。本稿では策定指針を踏まえた上で「母子保健事業実施計画」ではなく、市町村版エンゼルプランと整合性をもった母子保健計画を策定するためのポイントについて述べたい。

(1) 作成体制について

策定指針では、母子保健担当部局、児童福祉担当部局、教育委員会、保健所という作成体制が示されており、予算的な裏付けがないため、非常にこじまると

したものになっている。しかし、可能なら、作業部会と策定委員会の2本建てにすることが望ましく、作業部会には上記のメンバーに加えて、市町村の企画課、総務課、商工労政担当課、保育園、幼稚園のスタッフ、養護教諭、児童相談所、福祉事務所、地域の専門家(小児科医や産科医、歯科医)、当事者(子育てグループやPTA)、地区組織(母子保健推進員や愛育班)が参画することが望ましい。策定委員会には、首長、議長、教育長、各団体代表(自治会、民生委員、主任児童員、商工会、婦人会、愛育班、母子保健推進員、青年団、PTA、校長会、医師会、歯科医師会)、保健所長、福祉事務所長、児童相談所長が名前を連ねることになる。

(2) 母子保健計画の策定上の基本的視点について

策定指針では、①安全な妊娠と出産の確保、②安心のできる子育て環境、③健康的な環境の確保、④個人の健康状態に応じた施策の推進という4つの基本的視点をあげているが、思春期保健についての視点が漏れている。いじめや異性との関わりといった思春期の課題を乗り越えるのをどう支援していくのかについての視点も盛り込むことが必要であろう。

(3) 母子保健計画の内容について

1) 母子保健をめぐる現状

策定指針では、妊産婦死亡、新生児死亡、乳児死亡などの既存の衛生統計しか挙げられていないが、これらの指標で5つの基本的な視点についての現状は到底見えてこないであろう。今回の母子保健計画の策定において、この現状把握をどこまできちんとやるかが、意味のある計画策定ができるかどうかの分岐点といえよう。上記の基本的な視点から見た現状をいかに把握するかが重要なポイントである。

表1に紹介する指標は平成7年度の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班」が、従来の衛生統計を補う母子保健指標として、提案したもの³⁾に筆者が手を加えたものである⁴⁾。これらの指標はブレイクスルー思考⁵⁾により図2に示すようなあるべき姿⁶⁾を描き、それが現実にはどうかを評価する指標として考案したものである。一部の指標は既存の衛生統計では得られにくく、その情報収集には関係機関(教育委員会、警察署、労働基準監督署など)の協力が不可欠である。

また、育児不安や事故の既往の有無などは、乳幼児

表1 新しい母子保健の指標

① 安全な妊娠と出産の確保	周産期死亡率, 死産率(自然, 人工), 妊産婦死亡率* 妊娠届け出が在胎週数12週未満の者の割合 妊婦の不安度(測定尺度の開発が必要) 産休の取得状況(産前, 産後どの程度とれているか, 有給か否か)* 在胎週数別37週以上で出生した者の割合 低出生体重児の割合 周産期医療センターに収容される児のうち院内出生の割合*
② 安心のできる子育て環境	合計特殊出生率 新生児期, 各健康診査時の母親の育児不安度* 育児中の母親が相談できる人の有無* 育児休暇の取得状況(産後どの程度とれているか, 手当の有無)* 父親の育児参加の状況(おむつ交換, 入浴, 悩みの相談, 育児休暇の取得)* 父親の育児休暇制度の有無
③ 健康的な環境の確保	1歳6か月健診, 3歳児健診における三種混合の実施状況* 1歳6か月健診, 3歳児健診における麻疹の予防接種の実施状況* 不慮の事故による死亡率(0~4, 5~9歳)* 1歳6か月健診に事故対策の実践状況* 3歳児健診における事故の既往の有無* 3歳児健診における平均う歯数(d f 歯数) 小学6年生, 中学3年生におけるDMF歯数 小学生, 中学生における健康的な生活習慣の実践状況
④ 個人の健康状態に応じた施策の推進	小児科医師数(主たる標榜科目が小児科の数)と小児科のベッド数* 夜間に対応してくれる小児科医師数* 療育センター, 障害児のための作業所や授産施設の利用状況* 療育が必要な児のうち, 療育を継続できている者の割合
⑤ 自己決定能力を獲得し, 思春期の課題を乗り越える	いじめや不登校児の数 市町村の教育委員会におけるカウンセリングシステムの有無 思春期保健相談の関連機関の協議会などの稼働状況* 薬物乱用対策などの教育カリキュラムを有する中学校, 高校の割合 10代の出産率と死産率(分母は15~19歳の女子人口)* 10代の不慮の事故死数, 自殺数*

#印は乳幼児健康診査の際に収集が可能な情報

*印は都道府県単位, 二次医療圏単位での母子保健の指標

健康診査の機会に母親から情報を集めることが必要であろう。学童の生活習慣などについては、学校保健との連携による実態調査も必要であろう。育児不安の評価尺度については、同研究班の報告書²⁾を参考にされたい。これらの実態調査を行う場合の調査方法の検討や調査結果の集計・分析に保健所が重要な役割を果たすことは言うまでもない。

2) サービスの提供の現状等

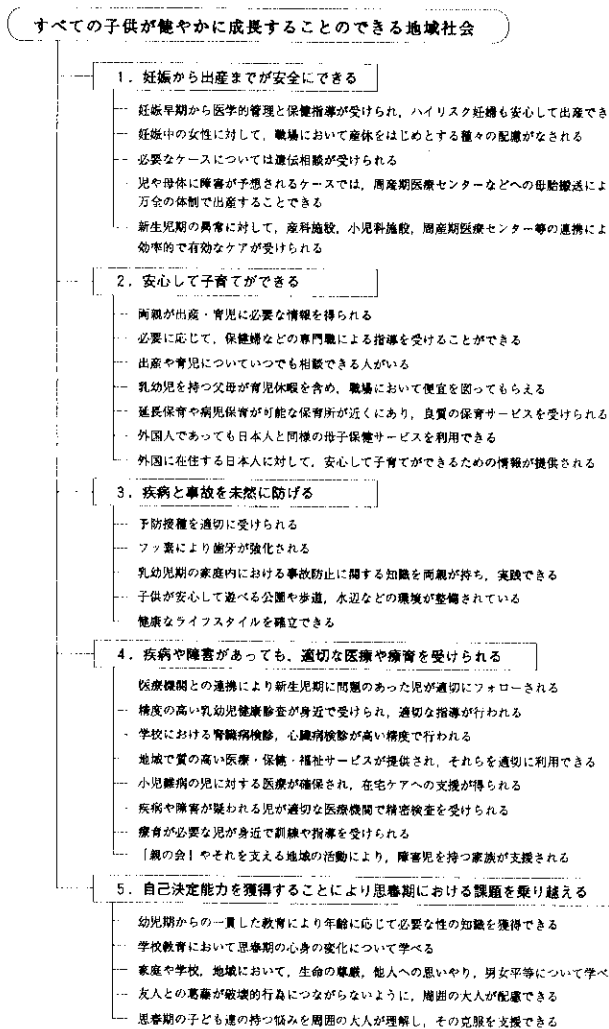
策定指針では「サービス提供の現状を把握し、評価した上、現状の概要と問題点を盛り込む」となっているが、現状の乳幼児健康診査の受診率や乳児相談などの開催回数、相談や訪問件数を示すだけで充分であろうか?

既存のサービスの実績を羅列するだけでなく、本来、必要なサービスであるにもかかわらず、現在提供されていないサービスについても言及することが必要である。また、各サービス提供機関間の連携の状況についても触れ、連携が不足していれば、その要因についても触れるべきであろう。

3) サービスの目標について

ア 総合的な目標

策定指針では「計画策定上の基本的な視点に基づき、すべての子供が健やかに成長することのできる地域社会の形成に向けた保健、医療、福祉、その他関連施策に関する総合的な目標を盛り込む」とされているが、基本的視点に掲げた5つを「推進する」とか「○○の

図2 母子保健について地域の「あるべき姿」とその達成条件⁹⁾

確保に努める」といった記載でいいのだろうか？

総合的な目標とは言え、抽象的な表現ではなく、研究班が提案する指標のような具体的な数値目標を掲げることが必要であろう。数値目標を掲げることには達成できないときの行政責任を心配する人もいようだろうが、数値そのものは必ずしも公表する必要はなく、その評価の指標を明確にしておくだけでも事足りるであろう。

イ 母子保健施策にかかる重点事項

策定指針では、基本的視点の内、特に重点的に推進

すべき分野を定めて、具体的な施策を記載することになっている。いわゆる任意的記載事項と言うことになる。この部分は市町村毎の特色を出せる部分であり、新規の事業や施策について、可能な限り具体的に記載することがポイントである。次の各事業の標準の設定では、既存の事業についてその事業量を、指針に示された事業量の標準値に沿って決定することになるため、この部分に中身を盛り込まなければ、単なる「母子保健事業実施計画」に成り下がってしまいかねないことを銘記すべきである。保健指導（母親学級、育児

学級, 婚前学級, 新婚学級, 乳児相談)や訪問指導(妊産婦訪問指導, 新生児訪問指導), 健康診査の実施回数を決めるだけでは, 子育て支援や障害児を持つ親への支援などは到底できないであろう。

一旦, 計画に盛り込んだ事業は, 予算や必要なマンパワーの確保に向けて, 強力な後ろ盾を得ることになり, 保健婦にとっては, 将来の事業展開において強力な味方となる。この部分は母子保健計画の最も重要な部分といって過言ではないのである。

ウ 各事業の標準の設定

策定指針では市町村における母子保健事業に係る実施回数などの標準値が示されている。しかし, 新生児訪問件数の標準値が年間出生数の1/2といった数値の根拠はどこにあるのであろう。これらの数値は目標と言うよりも, 現状を鑑み, 最低限これだけはすべきであろうという数値としか思えない。策定指針でも触れているように, 現状が標準値を超えているから少なくとも良いというものではないし, 標準値を超えているから十分なサービスが提供できていると思ったら, 大きな間違いであろう。重要なのはサービスの量だけでなく, 「質」である。質を上げるには, 個々の母子保健事業の目的や意義をきちんと把握した上で, 事業を再検討することが不可欠である。サービス提供の現状のところでも触れたように, 既存の事業で質の高いサービスを提供するためには, 各関係機関間の連携を見直すことも必要である。そのためには, 関係者間でこの事業により何をめざしているのかをディスカッションし, 共有することが重要であろう。

終わりに

地域保健法に明記された保健所機能の一つである「企画・調整」機能が市町村の母子保健計画策定への支援においていかに発揮されることを期待したい。

また, 計画策定において必要な実態調査は「調査・研究」機能が必要とされる部分である。また, 乳幼児健康診査の一次情報, 二次情報が保健所に収集されるシステムの構築は, これからの保健所に求められる「情報収集」機能に他ならない。すなわち, 今回の市町村の母子保健計画策定への支援において, 保健所がどんな役割を果たすかは, 保健所の新しい機能がどの程度有効に機能するかの試金石と言って過言ではなからう。本稿が, 質の高い母子保健サービスの提供を可能にする市町村の計画策定を促すとともに, 保健所の新たな機能の発揮に少して役に立てば, 望外の幸せである。

参考文献

- 1) 渋谷いずみ: 保健所の今後の母子保健活動のあり方に関する研究—母子健康診査マニュアルについて—平成6年度心身障害研究「市町村における母子保健の効率的実施に関する研究」95-108, 1995年
- 2) 厚生統計協会: 国民衛生の動向 1995年, 173, 1995年
- 3) 笹井康典: 保健所の今後の母子保健活動のあり方に関する研究。平成7年度心身障害研究「市町村における母子保健の効率的実施に関する研究」(印刷中)
- 4) 藤内修二: 市町村母子保健計画の考え方と進め方。公衆衛生 60(1): 18-24, 1996年
- 5) 日比野省三, 梶原拓: プレイクスルー。講談社, 1993年
- 6) 吉田浩二, 藤内修二: 保健所の今後の母子保健活動のあり方に関する研究—これからの母子保健活動がめざすもの—平成6年度心身障害研究「市町村における母子保健の効率的実施に関する研究」30-40, 1995年
- 7) 吉田浩二, 他: 保健所の今後の母子保健活動のあり方に関する研究—育児不安の評価方法に関する研究—平成7年度心身障害研究「市町村における母子保健の効率的実施に関する研究」(印刷中)