

乳幼児健診の追跡的援助システムの研究

研究協力者：青木 継稔¹⁾

共同研究者：

諸岡 啓一²⁾，松田 博雄³⁾，青木 徹⁴⁾，横井 茂夫⁵⁾

沢 節子⁶⁾，吉村 伸子⁷⁾，鈴木 和子⁸⁾，諸岡 公子⁹⁾

井口 ちよ¹⁰⁾，神坂 陽¹¹⁾，原 まどか¹⁾

要約：乳幼児健診の追跡的援助システムについて、3年間の研究のまとめを行った。この3年間の研究において、乳幼児健診の1次スクリーニングの住民への浸透・定着率は大変に良いが、1次スクリーニング後の追跡的支援については満足すべきものではなかった。したがって、最終年度としての今年度は、乳幼児健診の1次スクリーニングから、追跡的支援のシステムについて、一貫した流れの中に行われるべきシステムとネットワークについて提言した。とくに、保健所を中心とした経過観察健診（発達健診を含む2次・3次スクリーニング機能）の充実と保健所における個々の事例に対するきめ細かな追跡支援のための事後措置検討委員会（仮称：保健所における処遇委員会）の設置、保健所における「遊びの教室」を中心としたグループ指導や仲間づくり、保健所や市町村が中心となって民間自主保育グループの育成と援助の重要性、さらに、中等症以上の専門療育機関において種々の療育訓練に通所、通園する児と家族を含めた保育や地域との仲間づくりのための民間自主保育グループの育成と援助、地域内の療育センター・医療機関と保健所・市町村とこれらの自主保育グループや保育園・幼稚園とのネットワーク作り、さらには、保健所のグループ・民間自主保育グループ・保育園・幼稚園等への巡回医療相談の必要性、教育委員会との連携等について具体的に提案した。これらの乳幼児健診の追跡的援助をきめ細かく実施するためには、それぞれの地域特性があると考えられ、それぞれの地域に適応した工夫を要するが、今回の研究成果が各地域にて活かされることを切望する。さらに、今回付録として1次スクリーニングから経過観察健診の個々の事例についての健診内容と項目を統一する必要性を痛感したために、各年齢階におけるハイリスタ要因についての健診内容と項目の票を作成するとともに、経過観察健診から精密検診のため判定基準の目安を作成した。

見出し語：乳幼児健診、追跡的支援システム経過観察健診、精密検診、事後措置検討委員会、グループ指導と仲間づくり、ネットワーク。

研究目的：乳幼児健診の小児健康管理の目標は、身体的健康から精神心理・社会的問題を含めた全人的健康へと進展しており、乳幼児健診に対する社会的ニーズや地域住民の満足度は、近年のわが国における急速な社会情勢の変化などにより大きく変化し多様化してきている。したがって、乳幼児健診のあり方自体も時代の要求に応じてゆかねばならない。

本研究は、乳幼児健診後の事後措置のあり方について3年間検討してきたものであり、初年度（平成元年度）は、(1)乳幼児健診の1次スクリーニングの判定とその処理の現状調査、(2)経過観察健診の意義とあり方、(3)精密検診のあり方、(4)フィードバック機能、(5)保健所における保健指導およびグループ指

導のあり方等について、平成二年度は、(6)異常と判断された児とその家族に対する援助を含めた取り扱い、(7)境界児・問題を有する児とその家族を含めた援助法、(8)異常児・境界児や問題を有する児の早期発見・早期療育のための地域の保健所、医療機関、療育施設、地域の小児科医会、保育園・幼稚園等の役割分担についての提言とネットワーク作り、(9)児童相談所や教育委員会等の連携等を検討してきた。最終年度（平成三年度）は、全乳幼児およびその家族を含めた包括的健康管理・全人的健康管理（トータルケア）に立脚した乳幼児健診の一次健診から事後措置の追跡的援助システムの確立をめざすものであり、総まとめを提言するものである。また、保健

1) 東邦大学医学部第2小児科学教室：
2nd Dept. of Pediatrics, Toho Univ. Sch. of Med.
2) 東邦大学医学部第1小児科学教室：
1st Dept. of Pediatrics, Toho Univ. Sch. of Med.
3) 杏林大学医学部小児科学教室：
Dept. of Pediatrics, Kyorin Univ. Sch. of Med.

4) 埼玉県小児保健センター
5) 東京都立母子保健院
6) 東京都目黒区目黒保健所
7) 東京都目黒区碑文谷保健所
8) 東京都大田区桃谷保健所
9) 東京都中野区中野保健所
10) 東京都渋谷区渋谷保健所
11) 秋田県本庄由利医師会

所における精密検診、とくに精検票発行の基準の作成を試みた。さらに、東京都、埼玉県等の乳幼児健診の追跡的援助システムの地域特性を活かした各個研究を行った。

研究方法： 表記の各研究協力者が集まり、10数回の会議を重ねて検討した。

1. 検討事項の主な項目

- (1) 乳幼児健診1次スクリーニングとそのよりよい事後措置
- (2) 経過観察健診・発達健診と保健所における2次および3次スクリーニング
- (3) 精密検診および紹介状発行、受診療結果の確認
- (4) 異常児、境界児や問題を有する児およびその家族に対する追跡支援をどうするか
 - ① 保健所における遊びの教室・グループ指導と仲間づくり
 - ② 民間自主保育グループの育成と援助
 - ③ 母子保健関連施設の業務・役割分担の明確化
 - ④ 母子保健関連施設の強化とネットワークづくり
 - ⑤ 個々の対象児およびその家族に対する問題解決とプログラミング
 - ⑥ 追跡支援システムのチェックと再評価など

2. 統一健診内容の検討

3. 各健診成績の集計： 東京都特別区の1部（大田、目黒、世田谷、渋谷、練馬の各区など）、埼玉県、秋田県の1部の地域を主な対象とし、各研究協力者のそれぞれの所属所轄あるいは関連する保健所・療育施設等の成績を持ちより、さらに、一部の地区にアンケート方式により協力をいただき集計に加えた。これらの健診成績等に基づき、乳幼児健診の追跡的援助システムに関する討議を実施した。

研究結果：

1. 乳幼児健診の1次スクリーニング

- (1) 健診の種類： 保健所における健診、市町

村における健診および委託個別健診等に分類される。これらの健診は、地域の特性を生かして運用されるが健診の時期（例えば、3～4カ月健診は、保健所にて行い、1½歳健診は委託個別健診など）とともに変化することもある。

(2) 健診の時期： 乳児健診は、新生児から12カ月まで、各月齢毎に健診を行うことが必要である。可能な限り公費負担としたいが、公費負担されない月齢の私費健診は、止むを得ないが、個別健診に依存しなければならぬであろう。幼児期は、1歳3カ月児、1歳6カ月児、1歳9カ月児、2歳児、2歳6カ月児、3歳児、4歳児、5歳児および6歳児就学前児の健診が必要である。

(3) 健診の内容と質および項目： 各月齢および各年月齢に適した健診内容とすることは当然であるが、必要最少限の項目は全国統一すべきであり、他に地域特性の項目を適宜作成する。当研究班においては、各年月齢における健診内容と項目を作成した。本票については、表1～7に示したので参照されたい。健診の質の向上のために、判定基準の作成、技術指導、教育研修や研究の設定など必要である。

(4) 受診前問診票の活用： 各年月齢におけるハイリスク要因の把握や発達段階のチェックのために、受診前問診票は大変に有用である。各年月齢における受診前問診票に関する研究は多く、成書¹⁾²⁾を参照する。

(5) 健診医： 原則として、小児科医2年間以上の経験を有し、かつ乳幼児健診研修プログラムを終了したものがよい。小児科医の得られない地域にあっては、上記の乳幼児健診研修プログラムを受講したものでよいであろう。

(6) 保健指導等： 育児指導、保健指導、生活習慣としつけの指導、栄養指導、発達刺激と遊ばせ方、安全と事故防止、親子関係、母子相互作用、仲間づくり、育児相談、父親のかゝり方など多岐にわたる。保健所や市町村においては、集団指導を効果的に行うことができるが、実際には養育者参加の小グループ制の指導が望まれる。個別指導を十分に行う必要もあり、とくに、委託個別健診における個別に行う保健指導等の重要性を認識させねばならない。近年の少産少子傾向や極端な核家族化、小児人口の減少とともに遊び相手

の減少などは社会性発達を阻害することなどを重点的に指導すべき内容となる。

(7) 1次スクリーニングの事後措置：1次スクリーニングの判定区分の統一が不可欠であり、「異常なし」、「境界もしくは何らかの問題（家族を含む）を有する児」、「異常あり」の3段階区分が望ましい。「異常あり」あるいは「境界」と判定されても、緊急でない限りは、保健所の2次あるいは3次健診としての経過観察健診に回すことを原則としたい。保健所内に、後述の事後措置検討委員会が設置されて、『事後措置の決定』とともに、該当児およびその家族に対する追跡支援のあり方について、個々のケースとしてプログラムを立案する（この点については後述する。）

(8) 未来所者の把握：電話、手紙、あるいは地区担当保健婦の訪問等などにより、可能な限り把握するとともに受診を促すようにする。

(9) 転入・転出者および帰国子女・外国人等：1年に数回以上、転入・転出者の把握に努める。また、帰国子女や外国人家庭等についても把握に努め、地域保健の利用、健康管理・指導に勧誘する。

2. 乳幼児健診の2次・3次スクリーニング機能：経過観察健診および発達健診

(1) 2次・3次スクリーニングの意義と種類：

乳幼児健診は、本来、個々の乳幼児の発育、発達の流れの中において従断的に促えて行く必要があるが、行政的に実施される乳幼児健診は、横断的手法によって判断され、事後措置される。したがって、1次スクリーニングにおいて、「異常あり」あるいは「境界」と判定された乳幼児やその家族にあってもさらなる経過を観察したりすることにより「正常」と判定されるケースも多い。また、「境界」と判定されても、数回の経過観察により、明らかな「異常」と判定されるケースもある。したがって、個々のケースの発達の流れを十分に把握して、判定するために、保健所の中に、『経過観察健診』を行うことは極めて重要である。現在、かなりの保健所に

おいて、この『経過観察健診』が定着した事業として実施されている。また、発達健診、2次スクリーニングあるいは3次スクリーニングという名称にて実施している保健所もあるが、実質的には同じ内容である。

したがって、1次スクリーニングにて「異常あり」および「境界」と判定されたケースは、すべて、この経過観察健診の方に回すことが原則となる。『経過観察健診』は、後述の『事後措置検討委員会（仮称）』とともに、保健所における母子保健業務の中核をなすべき事業となろう。とくに、1次スクリーニングの実施が、委託個別健診や市町村に移管される方向にある現在、大切かつ重要な業務になると考える。

(2) 経過観察健診の受診項目の統一：経過観察健診の受診内容は多岐にわたるために、受診項目を統一することは極めて難しい。しかし、各地域間の比較、資料作成、健診のフィードバックのためなどに是非必要である。個々のケースの個人ファイルとともに、各カテゴリー別・各年月齢別の受診項目統一のための表1～7を作成した。

(3) 経過観察健診に携わる医師：経験豊富かつ熱意のある小児科認定医もしくは小児神経科医が必要である。各保健所においては、努力して、これらの医師を得なければならない。経過観察健診医は、保健所における事後措置検討委員会の中心的役割を果し、関連の母子保健担当職種等との協力や指導に当る必要がある。

3. 保健所における事後措置検討委員会（仮称）の設置とその役割

(1) 事後措置検討委員会の設置：よりきめ細かな地域住民に対する母子保健サービスを実施するために不可欠なものとする。内容は、『精検票発行』の乱発抑制、「異常児」や「境界児」とその家族に対する精神的負担の軽減、個々のケースの事後支援のプログラム作成などのためにも重要である。

(2) メンバー（人的資源）：保健所長あるいは予防課長が統轄することになる。経過観察健診担当医、保健婦、心理相談員、栄養士、その他母子保健担当職種の方々が、主要メンバーとなろう。

(3) その役割：1次スクリーニングにて「異常」あるいは「境界（家族を含めた何らかの問題を有する場

合も含む』と判定されたケースについて、さらに経過観察健診を経て『事後措置検討委員会（ケースカンファランスでもよい）』にて、個々に検討する。① 精検票発行の有無、② 紹介状発行の有無、③ 個別指導の必要性、④ 受診療結果の確認とその返答による事後支援のあり方の検討、⑤ 保育、遊びなどの指導やグループ指導の必要性、⑥ 地域療育機関に対する療育訓練の必要性と紹介、⑦ 言語指導の必要性とその処遇、⑧ 保育園・幼稚園の受け入れなどについて討議する。したがって、この委員会は、保健所における処遇委員会であるが、個々のケースについて、きめ細かな追跡支援の方略を立案する。

4. 精密検診および紹介

(1) 精密検診票（精検票）および紹介状の発行：精検票は公費負担制度があり、年齢区分によっても公費負担されないため紹介状を発行する。精検率は、各保健所によりアンバランスが大きいため、その向上のためには、1次スクリーニングとしての乳幼児健診からの直接発行は、緊急時以内は認めない方向づけを行う。保健所における経過観察健診を通し、『事後措置検討委員会』の判断によって発行する。精検率を低下させて、乳幼児全年月齢を公費負担にすることが肝要であろう。

(2) 受診療結果の確認：精検票や紹介状にて各医療機関や療育機関を受診した場合、その結果を把握することは大切である。個々のケースの医療・療育の必要性の有無、保健所と医療・療育機関との有機的な連携、個々のケースの保育を含めた支援、統計処理等のために必要である。

(3) 精検票および紹介状発行の意義：「異常」あるいは「境界」と判定され、地域の医療機関や療育機関の受診療結果は、家族を含めた追跡支援の大きな指標となる。これらの受診療結果において「正常あるいは異常なし」と返送されたケースにおいても、問題を有する児やその家族が存在し、引き続き継続して経過観察を行う必要がある場合も少なくない。これらの結果は、再び事後措置検討委員会において検討され、個々のケースのよりき

め細かな追跡支援のあり方についてプログラムされる必要があることは言うまでもない。

5. 境界児や問題を有する児およびその家族に対する追跡支援システムとネットワークについて（軽症児も含む）

(1) 保健所における遊びの教室・グループ指導および仲間づくり：わが国における近年の出生人口の極端な減少、少産少子化は、さまざまな問題を投げかけている。地域における子供人口の極端な減少、都会における母子生活密室化、友達の減少、遊び場が少ない、地方における過疎化の進行など子どもの精神的社会的発達に重要な乳幼児、とくに幼児前半期の子ども同志の交わりの欠如、育児不安の多い母親への対応の仕方など問題を抱える母親は急速に増加していると考えられる。さらに、ことばが遅い、身辺自立が遅い、母親べったりで離れない、子ども同志の仲に交われないなどといった主訴をもつケースも増加しており、これら境界児にどのように対応すべきか問題視されている。東京都目黒区の保健所において過去8年以上、これらの問題を抱える母親に対応して、遊びを主体とした「健康教室」を月1回開催し、実績を挙げてきた。この「健康教室」から発展し、地域の親子会やグループを育成し、さらに問題解決した母親には地域の児童館や幼児教室への育成へと発展した。この保健所における「遊び」を中心としたグループ指導は、この数年間の間にかかなり普及してきた。しかし、まだ、多くの保健所においては未実施のところが多く、全国的に普及することが望まれる。過疎地区においては保健所にて遊びを中心としたグループ指導は地理的な条件にて、保健所に行くには遠い等の理由にて不可能に近く、各地域でとくに、保健婦、愛育班員（ボランティア）、家庭児童相談員あるいは児童相談所や福祉事務所のワーカーが独自で実施しているところもある。それぞれの地域の実状に合わせた方略が必要であろう。

(2) 民間自主保育グループ：東京都目黒区や練馬区に代表される保健所の遊びの教室、グループ指導等に端を発して、保健所の保健婦等が中心となり育成されている。地域によっては、行政側から資金援助がなされているところもある。リーダーの育成、心理相談

員、体育の先生などの指導が必要であり、さらに、地域内の場所の確保も大切である。「境界児」や「問題を有する児」、「軽症発達遅滞児」やその家族が中心となり、色々な「遊び」を通じての個別あるいは集団訓練の場となり仲間づくり、友達づくりが可能となる。この卒業生は、地域の正常児集団の仲間に入ったり、保育園や幼稚園への入園によって終了するが、保育園の入園後も、問題があれば、保健所あるいは巡回相談との連絡を保持する必要がある。

民間自主保育グループは、中等症から重症の心身障害児を対象としたものもあり、さらに育成する必要がある。

(3) 保育園と幼稚園との連携：「境界児」や「問題を有する児」および「軽症発達遅滞児」等は、上記の保健所における遊びの教室やグループ指導、民間自主保育グループ等にて、保育・療育等を受けて、保健所における経過観察健診や事後措置検討委員会のプログラム等により、保育園、幼稚園に入園する。保育園や幼稚園に入園しても、保健所との連携は必要である。後述するが、入園後も問題を抱える場合は、保健所の経過観察健診に来所し、診察・個別指導・発達チェック・家族へのアドバイスや相談などを行うか、保育園や幼稚園への巡回医療相談・巡回指導事業を行う必要がある。これらの活動は、地区教育委員会へと繋げていく。

6. 中等症以上の異常児およびその家族に対する追跡支援システムとネットワークについて

(1) 中等症以上の異常児：精検や紹介の返信の結果、「要医療」あるいは「要療育」と判断された中等症以上の異常児、また、すでに、医療を受けていたり、療育されていたりすることもあるが、これらの「異常児」に対する追跡支援のあり方には地域差が大きい。肢体不自由児、精神発達遅滞児、自閉症児、行動異常や環境適応不全児、多動児、言語発達遅滞児、難聴児、視力障害児あるいは種々の疾患にて医療の必要な児等に対しては、包括的健康管理の立場から、障害児の持つて

いる能力を最大限に発揮させるための追跡支援をしてゆく必要がある。これらの乳幼児について、医療機関あるいは療育機関にても補うことのできない精神的援助あるいは乳幼児の発達促進のための援助を行うために保健所を中心として児童相談所、児童福祉事務所、あるいは教育委員会等が協力するためのシステムが必要である。

(2) 母子保健関連施設ネットワーク・システム：乳幼児健診から追跡援助するための地域における保健所、療育を行う施設、民間自主グループ、保育園、幼稚園、教育委員会、市町村や特別区の関連行政機関、地域の医師会、専門医療機関（大学病院や総合病院）、専門療育施設、児童相談所等の有機的なネットワーク・システム化のためにそれぞれを連絡する色々な委員会・連絡会あるいは協議会の設置が重要となる。さらに、それぞれの機関や施設の役割分担を明確にする必要がある。

a. 相互連絡のための方策（各種委員会等）① 保健所連絡協議会の設置：特別区や市町村において管轄内に2カ所以上の保健所を有する地区は多い。保健所の健診レベルの向上、地域住民のニーズ、健診成績の集計やフィードバック、地域小児科医会や医師会との連携を円滑化するとともに委託健診の精度の向上などを目的とする。年数回の開催でよいと考える。② 保健所における事後措置検討委員会（仮称）の設置：乳幼児健診における異常児・境界児および問題を有する児（家族に問題ある場合を含む）の早期発見、精検票や紹介状の発行、受診、受療結果の確認、早期療育が必要とされる中等症以上の障害児の処遇、軽症児あるいは問題を有する児の処遇、健診脱落例の把握などが主な仕事となる。経過観察や発達健診を通しての専門医、保健所の医師、保健婦心理士、栄養士、母子担当事務職員などづ構成され、毎月1回以上開催され、事例検討会あるいはケースカンファランスでもよいと考えられる。乳幼児健診の事後措置の追跡支援システムの最重要部門と考える、③ 処遇委員会の設置：地域における心身障害療育センター内に設置することが望ましいが、地域内に療育センターを持たず、障害児の療育を他地域や他の療育専門機関に委ねる場合は、保健所内か市町村の施設内に置くか、上記の保健所における事後措置検討委員会を保健所内だけでなく地域の関連母子保健施設の各種の者を委員に加えることでもよいであろう。障害児の障害の種類や程度、障

害の原因などにより早期療育の方法を構ずる。処遇委員会は毎月1回以上開催すべきであろう。構成メンバーは、療育センターの医師・母子保健関連職種、保健所の医師あるいは保健婦、地域小児科医会の医師、保育園・幼稚園の代表、地域の障害児自主保育グループの代表、関係行政係官など10～15名程度がよいであろう。処遇に際しては、両親や家族の精神的支援を十分に行い、強制をしないようにする。

④ 保健所と自主保育グループおよび幼稚園・保育園との連絡会の設置：保健所内あるいは市町村・特別区関係機関内に置くことよい。保健所における軽症児・境界児および問題を有する児に対する遊びを中心とした「親子教室や健康教室」、これの児に対する地域の自主保育グループ、さらには保育園における統合保育などの相互連絡のために必要であろう。さらに、健常児・正常児を対象とする地域の児童館等で実施されている「仲間づくり」のための自主グループとの連絡も必要である。年5～6回の開催が必要と考えられ、保健所あるいは役所主導のものとなる。

⑤ 心身障害療育センター運営あるいは連絡協議会の設置：療育センターの円滑運営を図ることを目的として設置する。センターを複数同地域内に有する場合は合同で行う。センター内の医師や職員のほかに、母子保健関連機関や施設の医師や職員、その他にて構成され、年1～2回の開催でよいと考える。

⑥ 教育委員会の就学指導・就学措置委員会への充実：心身障害療育センター、保育園や幼稚園、保健所からの代表、さらに小児科認定医あるいは小児神経を専門とする医師、児童精神科医等が加わる必要がある。

⑦ 巡回療育・巡回指導・巡回医療相談の充実：小児神経を専門とする医師あるいは児童精神科医、必要に応じ、PT・OT・臨床心理士などのチームを構成し、保健所、障害児を中心とする境界児や問題を有する児の自主グループ、保育園、幼稚園、学校（特殊学級や養護学校など）に対し、巡回療育、巡回指導あるいは巡回医療相談を効果的に実施する。

巡回療育・巡回指導・巡回医療相談は、障害児境界児あるいは問題を有する児やその家族を追跡

援助する一つの良策であり、また関連施設との有機的かつ円滑な連絡に欠くことのできない存在となる。

b. 業務・役割分担の明確化

b-1. 保健所：① 乳幼児健診、経過観察健診等において、障害児・境界児および問題を有する児（問題ある家族を含む）の早期発見を行う。② 健診脱落例・低出生体重児などハイリスク児が比較的多く含まれていることが予測されるため実態を把握し、可能な限り早期療育を促すようにする。③ 保健所の中に事後措置検討委員会（ケースカンファランスでも良い）を設置し、経過観察健診や発達健診を通し必要に応じ精検票や紹介状の発行を行い、障害を有する児の医学的診断を把握する。障害児と診断あるいは疑いありと判断され早期療育の必要性がある場合、家族に適切な助言・指導・援助を行い心身障害療育センターを中心とする療育施設に紹介するさらに、処遇委員会に適宜出席して事例の検討に参加する。④ 境界児や問題ある児、あるいは軽症児等について経過観察健診を行い、新たに出現する障害の早期発見に努める。⑤ 境界児や問題を有する児あるいは軽症児およびその家族に対し、遊びを通しての「親子教室あるいは健康教室」を定期的（月数回程度）に開催し、母子を含めた相互交通や発達促進あるいは母子相互作用の重要性等を図る。⑥ 軽症児・境界児および問題を有する児とその家族の自主保育グループ育成や積極的な支援を行い、緊密な連絡を計る。さらに、地域の正常児を中心とする「仲間づくり」の自主グループや保育園・幼稚園との連携を計る。⑦ 地域外の医療機関や専門療育機関・施設に通院・通園・通所する児とその家族を把握し、地域内の自主保育グループ、心身障害児療育センターの利用法（とくに保育機能）、さらに保育園や幼稚園への入園など円滑に行えるよう努力する。

b-2. 心身障害児（者）療育センター：① 地域の障害児およびその家族に対し、相談機能、簡単な診断機能、訓練機能、保育機能を兼ね備える。② 相談部門は、地域住民に開かれた窓口として迅速に対応できるようにする。とくに、障害児を持つ家族に対する精神的支援に十分配慮しなければならない。③ 診断部門は、小児神経を専門とする医師、児童精神科医、小児整形外科医、さらに必要に応じ小児耳鼻科医や小児眼科医（いずれも非常勤で可）を置く。療育を中心とする場所であり、病児

と異なるため確定診断するという諸検査を実施するのではなく、障害の種類や程度を判断し、障害児の訓練や発達促進のために必要な心理検査等を積極的に行う。障害児やその家族に対し、医療相談や助言、トータルケアの必要性の説明と助言、訓練に対する適切な指示、療育効果の定期的な判定などを行う。さらに、治療など医療を要する障害児とその家族に対し、適切な助言を行い、患児の通院する総合病院や専門病院・施設等との連携を図るように努力する。

④ 訓練部門： OT、PT あるいは言語訓練士などを配属（非常勤でも可）し、0歳児からを対象とし、中等症以上の障害児を中心に訓練を行う。障害児の発達に応じたプログラムを作成し、家族にも教育する。センター内に通園施設を有し、外来通所部門を併設し、保育園・幼稚園・学童児・他施設通所児あるいは民間自主保育児等の外来通所訓練を行う。

⑤ 保育部門： 保育は療育に欠くことができない。保母や臨床心理士等を十分に配属し、障害児の個々の特性を把握し、きめ細かな保育が大切である。

⑥ センター内に処遇委員会を置く。処遇委員会については前述の通りであり、障害児の情報交換についても有用な場となろう。

⑦ センターの運営協議会の設置： センターの運営を円滑に行うためのものであり、さらに改善、充実を図るためのものであり前述した。

⑧ センターの人的資源： 上記の医師の他、心理員（臨床心理士や心理判定員など）、OT、PT、言語訓練士、保母、看護婦、事務職員等で構成される。

⑨ 巡回指導・巡回医療相談： 保健所、民間自主保育グループ、保育園、幼稚園あるいは学校における障害児の母児を対象に定期的に行う必要がある。

⑩ 地域の障害児の資料整理・収集管理としての機能： 各機関へ資料の提供やフィードバックを図る。

⑪ PR活動： 地域住民に対して障害児やその家族の療育の認識・理解を深めるため、障害児やその家族へのセンター機能や利用法などのPR活動を行う。

b-3. 専門病院および専門療育機関： 地域の障害児は、地域内外の専門病院に通院したり、専

門療育機関・施設に通園・通所している場合が少なくない。障害児の包括的健康管理・トータルケアの観点から、専門病院および専門療育機関の医師等は、患児・障害児の住区における保健所、保育園・幼稚園、地域の療育する施設、あるいは学校等と有機的な連携を図る必要がある。障害児の原因、治療あるいは療育内容について要請に応じ連絡を行う。さらに、障害児とその家族に対し、障害児に対する治療や療育のほか、障害児のもつ能力を最大限に引き出すための発達刺激や地域の子どもの交流など全人的ケアの必要性を説き、地域の母子保健関連施設を紹介する必要がある。専門病院や専門療育施設が地域内にある場合は、積極的に追跡支援のための各種委員会のメンバーとして加わることが望ましい。

b-4. 保育園・幼稚園： ① 保育園は、地域住民のニーズに合わせて早期に低年齢化を実施するよう努力し、可能な限り0歳児まで取り扱うことが望ましい。② 保育園・幼稚園は、障害児・境界児および問題ある児の統合保育を一層推進する。③ 正常児と判断されても年齢が長ずるに従い、精神発達遅滞、多動児、注意力障害児、学習障害児、環境適応不全児などさまざまな問題を呈する児が発見される場合があり、速やかに保健所あるいは地域の心身障害療育センターに連絡をとり早期に適切な措置を講ずる必要がある。④ 地域の障害児・境界児および問題を有する児およびその家族を支援するためのシステムに積極的に参加し各種委員会のメンバーとなる。⑤ 巡回指導、巡回医療相談を定期的に行う。

b-5. 地医小児科医会・医師会および歯科医師会： 地域の小児科医、小児歯科医あるいは母子保健関連の医師は、地域の母子保健活動を理解し積極的に参加し、他の職種との連携を図る。地域の障害児・境界児あるいは問題を有する児およびその家族に対する追跡的援助を理解し、そのためのネットワーク作りやシステム化を支援する。必要に応じ、各種委員会に参加する。とくに、保健所との連携は欠くことができない。

b-6. 児童相談所： 児童相談所は、東京都において特別区すべてに置かれていないため問題点が多い。したがって、障害児・境界児および問題を有する児の追跡援助システムに加わるのが少ない。児童相談所が、このシステムに加わるのが少ない。児童相談所が、このシステムに加わるためには、① 小児神経を専門とする小

児科医あるいは経験豊富な小児科医を非常勤でよいから定期的に配属すべきである。②管轄地区内の保健所、心身障害療育センター、自主保育グループ、保育園・幼稚園、教育委員会等と積極的な連携を図る。とくに、今回提言した障害児・境界児あるいは問題を有する児の追跡援助システムの各委員会への積極的に参加することが大切である。

市町村における児童相談所は、地域によって障害児・境界児あるいは問題を有する児に対し、地域の保健所等との連携のもと積極的に参加し、遊びの教室やグループ指導あるいは療育に関与している所も少なくない。地域のシステム化やネットワーク作りには欠かすことのできない存在と考える。したがって、地域のシステム化やネットワーク作りを検討する際、参加要請を積極的に行い、人的資源や場の提供あるいは巡回指導や巡回相談等にも加わって欲しい。

b-7. 教育委員会： ①多くの地域において幼稚園を統括しているのは教育委員会であり、幼稚園の統合保育を推進する。②幼稚園の障害児・境界児および問題がある児は、定期的な巡回指導・巡回医療相談を行う。巡回班は、地域の心身障害療育センターからの派遣が望ましい。③就学指導・就学措置委員会には、心身障害児・境界児あるいは問題を有する児について過去の療育や疾患の種類や程度、障害の種類や程度などの資料の提供を行い、児の就学さらには学校教育に適切に反映させるため各方面からの参加が望まれる。委員会構成メンバー等は前述した。④学校保健法で規定された校医の他に、養護学校の特殊性に応じたそれぞれの専門の医師（小児神経科医など）を非常勤に配属し、障害児やその家族に対する医療相談等を実施し、教育活動にも反映させる。⑤特殊学級には、巡回医療相談を行う小児神経科医を確保し、児童やその家族の医療相談等を定期的実施し、さらに教育の場に活かせる助言指導を行う。

考察及び結論：

1. 乳幼児健診の1次スクリーニング

よりよく、きめ細かな母子保健サービスとしての乳幼児健診は、事後措置としての追跡支援のあり方を一層充実させる必要がある。そのためには、1次スクリーニング（1次健診）としての乳幼児健診を見直し、さらに発展させねばならない。本研究班において、1次健診としての乳幼児健診について、とくに①健診の時期をより詳細に行うために、公費負担による健診回数の増加の必要性、②保健指導内容の各年年齢に適合したものの充実、とくに乳幼児の精神心理学的発達面での強調プログラムの必要性、③1次スクリーニングの事後措置のあり方（現状は、健診に携わった医師個人の判断に委ねられている）、などの改善が必要であることを強調した。

2. 乳幼児健診の2次・3次スクリーニング機能としての経過観察健診（含、発達健診）について

経過観察健診： ①経過観察健診の意義： 一次健診の事後措置として、「問題あり」、「境界」と判定され経過観察を行うケースは各保健所10～25%に及ぶ（平成元年度報告）。乳幼児の発育・発達に大きな個人差があり、従断的な1回1時期の健診にて「正常」と判断できないケースが多く、次の行政健診までかなりの期間があり、このまま放置することが心配であるといったケースも多いと考える。さらに、1次健診としての乳幼児健診が委託方式による個別健診に移行することが予測され、また市町村移管構想などがあり、経過観察健診は、今や保健所における母子保健事業の中核となりつつある②経過観察健診に携わる医師： 経験ある小児科医や、小児神経を専門とする医師が多くの保健所に確保されている。

しかし、これらの医師を確保できていない保健所においては積極的に確保するよう努力すべきであろう。③経過観察の受診内容： 受診内容を比較検討あるいはフィードバックのための資料作成のための項目統一の必要性を昨年度の本研究班において指摘した。今年度は、項目の統一を図る目的にて、乳幼児健診のハイリスク事由項目を定めた。

3. 保健所における事後措置検討委員会（仮称）の必要性

本研究班において、乳幼児健診後の児や家族を含めたよりきめ細かな母子保健サービスを実施するために、保

健所内に事後措置検討委員会の設置の必要性を述べてきた。とくに、個々のケース(事例)に対しての追跡支援のプログラム作成は、重要であり、この委員会メンバーやその役割を示した。

4. 精密検診および紹介状の発行

精密検診票(精検票)は、現在、地域によって差があるが、全乳幼児を通して公費負担となっていない。公費負担されない年月齢児に対しては紹介状が発行される。精検票の発行は、各地域の保健所により大きな差があった(平成元年度報告)。精検票発行の精度を上昇させるためには、1次スクリーニングからの精検票発行を緊急時以外に行わず、上記の事後措置検討委員会・ケースカンファランス、あるいは2次・3次スクリーニング機能とした経過観察健診を行うとよい。精検票の精度を上昇させることにより、経済効率の上昇があり、全乳幼児を通じての公費負担が実施できると推定した。精検票の発行や紹介状の受診結果の確認は、個々のケースの家族を含めた、さらに細かな追跡支援プログラミングに繋がる。また、精検結果が「正常」と返信されても、色々と問題を抱えるケースが多いことを認識すべきであり、もう1回経過観察を行ない、保健所内における事後措置検討委員会あるいはケースカンファランスにて検討すべきであると考ええる。

5. 境界児や問題を有する児およびその家族に対する追跡支援システムとネットワークについて(軽症児も含む)

研究結果のところでも述べた通りであり、本研究班において、①保健所における遊びの教室・グループ指導および仲間づくり、②民間自主保育グループの育成と援助、③保育園における受け入れの低年齢化と統合保育の重要性を指摘した。また、保健所を中心としたそれぞれの有機的な連携や相互乗り入れ、巡回指導等の重要性についても述べた。

6. 中等症以上の異常児およびその家族に対する

追跡支援システムとネットワークについて

(1) 関連施設の役割分担: 保健所、心身障害療育センター、民間自主保育グループ、保育園・幼稚園等の関連施設の役割はそれぞれの考え方でほとんど行われているが、保健所内にて多くのケースを抱えている場合や療育をかなり重いケースまで行っていることも少なくない。保健所が境界児からかなり重症児まで抱える場合の多くは地域内に満足できる療育を行える施設がない場合が多い。さらに、障害児あるいは問題ある児を健診にて発見したとしても地域の施設がありながら、必ずしも円滑に受け入れられているかという疑問と、それぞれの有機的な連絡がとれているか等も問題点が多い。したがって、それぞれの施設等の役割分担を明確化しなければならないと考え、上記の結果を提言した。

(2) 関連施設ネットワーク作りの方略: それぞれの関連施設を結ぶ各種委員会を作ることが大切であることは言うまでもないが、実際にはなかなか実行されていないのが現状であろう。私ども研究班において、児と家族を中心に考えて処遇委員会、運営委員会、巡回相談等をシステム化することの重要性の認識の下に、上記結果について提言しなければならないと考えた。

文 献

- 1) 青木継稔、原 まどか: 境界児・異常児の事後措置の現状および改善点、小児科、31(9): 1017-1030, 1990.
- 2) 中山健太郎: 乳幼児健診とスクリーニング。医学書院、1980.
- 3) 前川喜作、青木継稔: 今日の乳幼児健診マニュアル・中外医学社、1990.
- 4) 前川喜平: 乳児健診における境界児の診かたと扱いかた。診断と治療社、1989.

図1. 乳幼児健診の追跡的援助のためのシステムおよびネットワーク

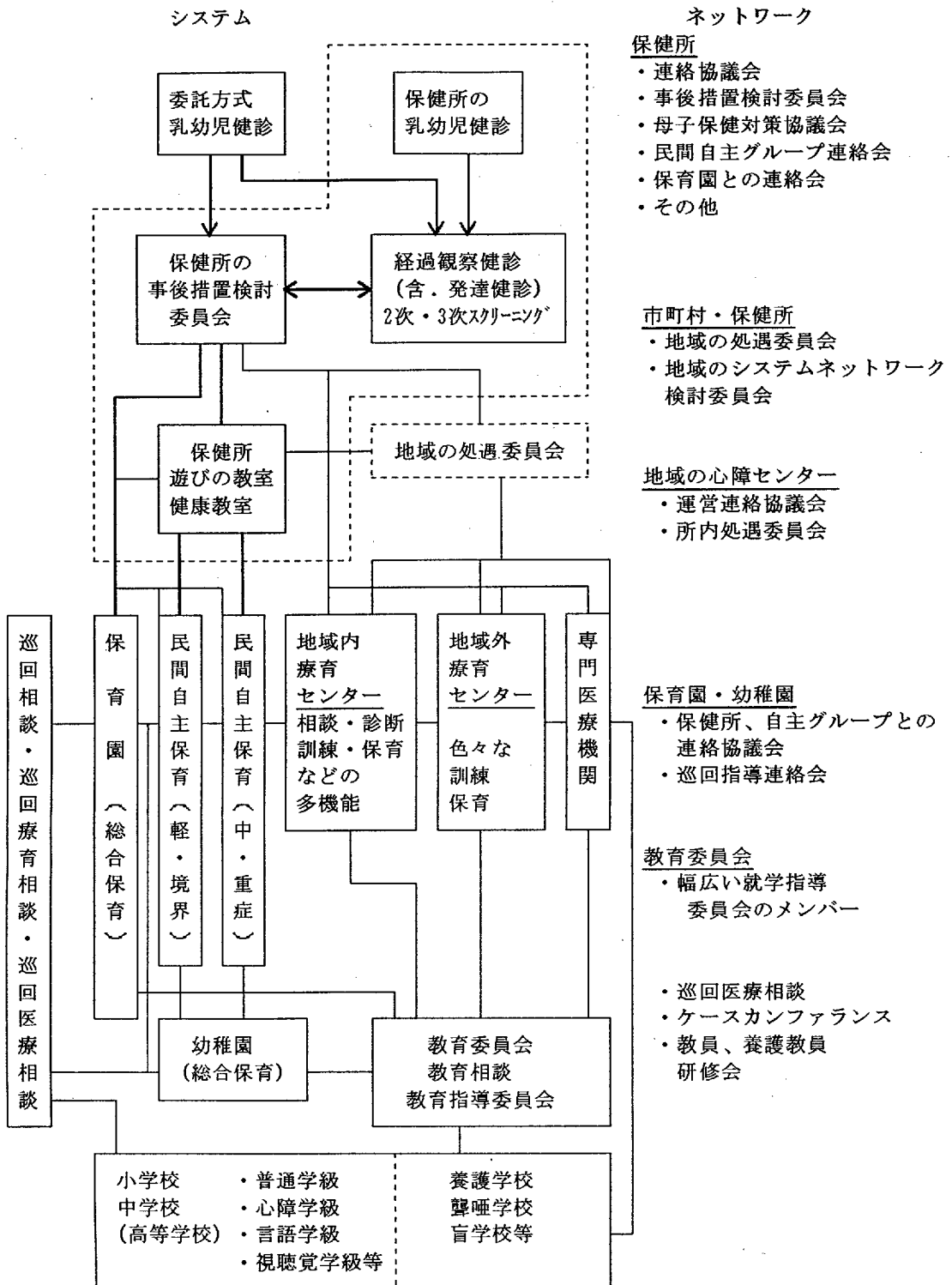


表 1 1 カ月児の重点項目

<p>I 社会環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非衛生、貧困 2. 環境汚染 <p>II 家庭環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経済的不安定・貧困 2. 家庭不和 3. 家族に重い疾患 4. 母親の重い疾患 5. 養護不良、非嫡出子 6. 悪い育児環境（住宅等） <p>III 生物学的要因</p> <p>A 出生前要因</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 染色体異常を有する児 病名（ ） 2. 奇形症候群等の先天異常を有する児 病名（ ） 3. 大奇形を有する児 病名（ ） 4. 小奇形を数個以上有する児 5. 先天代謝異常マス・スクリーニング陽性児 病名（ ） 6. 遺伝性疾患のある家系に生まれた児 遺伝性疾患名（ ） 7. 糖尿病・甲状腺疾患の母体から生まれた児 病名（ ） 8. TORCH症候群といわれた児 9. 梅毒血清反応陽性母体から生まれた児 10. HBe 抗原陽性母体から生まれた児 11. その他のハイリスク事由 （ ） <p>B 周生（産）期要因</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 低出生体重児：SFD, AFD, LFD. 在胎週数（ ） 出生時体重（ ） 2. 巨大児：在胎週数（ ） 出生時体重（ ） 3. 新生児仮死のあった児：APGAR: 1分6点以下のもの 	<ol style="list-style-type: none"> 4. fetal distress のあった児 5. ハイリスク妊娠、分娩より出生した児 6. 胎盤機能不全症候群のあった児 7. 多胎児：双胎、その他（ ） 8. その他ハイリスク事由 （ ） <p>C 出生後の要因・新生児期要因</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新生児期に強い黄疸があった児 光線療法、交換輸血など 2. 保育器に入ったことがある児 3. 中枢神経障害があるといわれた児 4. 新生児期：退院まで長かった児 新生児期入院日数（ ）日 5. 新生児けいれんのあった児 原因（ ） 6. 呼吸障害のあった児 病名（ ） 7. チアノーゼのあった児 病名（ ） 8. 新生児期に何らかの病気があった児 病名（ ） <p>D 出生後の要因：新生児期以降</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 黄疸の遷延する児 2. チアノーゼのあった児 3. 頭囲異常（頭囲大、小頭、狭頭） 4. 心雑音を有する児 5. 哺乳力低下、哺乳障害のある乳児 6. 発育障害のある乳児（体重増加不良など） 7. floppy infant 8. 原始反射、姿勢あるいは運動に異常のある児 9. 白色腫孔、角膜混濁を有する児 10. 母乳栄養児のビタミンK欠乏性出血のある児 11. 腹部膨満のある児 12. 皮膚異常を有する児：病名（ ） 13. 家族歴にアレルギー素因を有する児 14. 貧血・易感染傾向等を有する児 15. その他ハイリスク事由（ ） 16. 一般診察における軽微な所見 異常所見名（ ）
--	--

（ ）内は、ハイリスク事由（病名、所見など）記入すること。

表 2 4 カ月児の重点項目

<p>I 社会環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非衛生、貧困 (スラム街) 2. 環境汚染 <p>II 家庭環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経済的不安定、貧困 2. 家庭不和 3. 母子家庭 ・ 父子家庭 4. 養育者の変更 5. 家族に重い疾患 6. 母親に重い疾患 7. 養護不良・非嫡出子 8. 育児不安・無知・迷信 9. 育児態度が悪い 10. 母子相互作用稀薄 11. 育児環境が悪い <p>III 生物学的要因</p> <p>A 出生前、周生(産)期要因</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 低出生体重児 2. 先天異常を有する児 3. 梅毒血清反応陽性の母体から生まれた児 4. HBe抗原陽性の母体から生まれた児 5. その他 () <p>B 新生児期要因</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新生児仮死： APGAR 1分6点以下 2. 多胎児 3. 新生児黄疸の強かった児 光線療法、交換輸血 4. 新生児けいれんのあった児 5. 保育器に入っていた児 6. 退院まで長い期間かかった児 7. 新生児期に何らかの病気があった児 病名 () 	<p>8. その他 ()</p> <p>C 出生後の要因、その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経学的に異常をもつ児 首が坐らない、身体が硬い、 そっくり返る、グニャグニャしている、 指を握ったまま、引き起こし反射の異常、姿勢の異常、その他 () 2. 精神行動面の異常 あやして笑わない、追視しない、 無関心、大人しすぎるなど、 その他 () 3. 身体発育に異常 大頭、小頭、肥満、やせ、低身長、 その他 () 4. 栄養、食習慣に問題 ミルク嫌い、飲まない、遊びのみなど その他 () 5. けいれんの既往がある 6. 貧血・出血傾向がある 7. 易感染傾向、アレルギー素因がある 8. 小奇形を数個以上有する児 9. 体質・罹病傾向 10. 皮膚異常、アトピー、白斑、 その他 () 11. 耳鼻科的異常： 難聴うたがい 12. 眼科的異常： 追視しない、斜視、 白色腫孔など 13. 整形外科的異常： LCCなど その他 () 14. 一般診察における軽微は異常所見を有する児：異常所見名 ()
---	--

表 3 7 か月児の重点項目

<p>I 社会環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非衛生、貧困 (スラム街) 2. 環境汚染 <p>II 家庭環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経済的不安定、貧困 2. 家庭不和 3. 母子家庭、父子家庭 4. 養育者の変更 5. 非嫡出子 6. 家族・母親等の重い疾患 7. 養護不良 8. 育児不安、無知、迷信 9. 育児態度が悪い 10. 育児環境が悪い 11. 母子相互作用稀薄 12. 遊び、発達刺激に乏しい 13. 家族関係(祖父母、同胞)に問題あり <p>III 生物学的要因</p> <p>A 出生前、周生(産)期要因</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 低出生体重児 2. 先天異常を有する児 3. その他() <p>B 新生児期要因</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 新生児仮死: APGAR 1分: 6点以下 2. 多胎児 3. 新生児けいれんのあった児 4. 保育器に入っていた児 5. 黄疸が強かった児 6. 入院期間の長かった児 7. 新生児期に何らかの病気があった児 病名() 8. その他() 	<p>C 出生後の要因・その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経学的に異常をもつ児 お坐りしない、足をつっぱらない、 腹パイで胸腹を挙げない、 両手を合せない、物をつかまない、 その他() 2. 精神行動面に異常をもつ児 あやして笑わない、無関心、 物に興味を示さない、大人しい その他() 3. 身体発育に異常 大頭、小頭、肥満、やせ、低身長 その他() 4. 栄養、食習慣に問題 離乳が進まない、便秘、 下痢しやすい その他() 5. 神経芽細胞スクリーニング陽性児 6. けいれんの既往がある 7. 貧血、出血傾向がある 8. 易感染傾向・アレルギー素因がある 9. 体質、罹病傾向() 10. 皮膚に異常を有する児 アトピー性皮膚炎 その他() 11. 耳鼻科的異常を有する 難聴うたがい、 その他() 12. 眼科学的異常を有する児 視力障害、斜視、白色腫孔など その他() 13. 整形外科的異常を有する児 内反足 O脚, X脚 など その他() 14. 一般的診療における軽微な異常を含 めた所見() 15. 今まで罹患した重い病気 病名()
--	---

表 4 12カ月児の重点項目

<p>I 社会環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非衛生、貧困 (スラム街) 2. 環境汚染 3. 近所に公園や遊び場：少ない、ない 4. 地域に友達・保育園整備：少ない、ない 	<ol style="list-style-type: none"> 2. 精神発達に異常を有する児 呼んでも振り向かない、無関心など その他 () 3. 行動発達上に問題を有する児 大人しい、泣かない、攻撃的、自傷、 多動、落ち着かない その他 ()
<p>II 家庭環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経済的不安定、貧困 2. 家庭不和 3. 母子家庭・父子家庭・非嫡出子 4. 養育者の変更 5. 家族・母親等に重い疾病 6. 養護不良 7. 育児不安、無知、迷信 8. 育児環境が悪い 9. 育児態度が悪い 10. 母子相互作用稀薄 11. 遊び、発達刺激に乏しい 12. 安全配慮に乏しい 13. 家族関係に問題あり 	<ol style="list-style-type: none"> 4. 身体発育に異常を有する児 低身長、高身長、肥満、やせ、 頭が大きい、頭が小さい その他 () 5. 栄養・食習慣に問題 離乳完了、間食の与え方、偏食 その他 () 6. けいれんの既往がある 7. 貧血、出血傾向がある 8. 易感染傾向、アレルギー素因がある 9. 体質・罹病傾向 () 10. 予防接種歴に異常 () 11. 皮膚に異常を有する児 アトピー性皮膚炎 その他 ()
<p>III 生物学的要因</p> <p>A 出生前、周生(産)期、新生児期</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 低出生体重児 2. 先天異常を有する児 3. 多胎児 4. 新生児期に何らかの病気があった児 病名 () 5. その他特記すべき事項：ハイリスク事由 () <p>B 出生後の要因・その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経学的に異常をもつ児 つたい歩きしない、ひとり立ちしない、 物をつまめない など その他 () 	<ol style="list-style-type: none"> 12. 耳鼻科的異常を有する児 難聴うたがひ、その他 () 13. 眼科的異常を有する児 視力障害、斜視、白色腫孔など その他 () 14. 整形外科的異常を有する児 X脚、O脚 その他 () 15. 歯科学的問題を有する児 う歯、歯列不正、 その他 () 16. 一般的診察における軽微な異常を含めた 所見 () 17. 今まで罹患した重い病気 病名 ()

表 5 1歳6カ月児の重点項目

<p>I 社会環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非衛生、貧困 (スラム街) 2. 環境汚染 3. 近所に公園や遊び場: 少ない, ない 4. 地域に友達、保育園の整備: 少ない, ない 5. 地域の福祉・教育施設、療育施設に乏しい 6. 地域に総合病院: ない 	<ol style="list-style-type: none"> 3. 言語発達上に問題を有する児 単語が出ない、言うことを理解しないなど その他() 4. 社会性発達上に問題を有する児 他の子に興味を示さない、相手になっても 喜ばない、あと追いをしない など その他()
<p>II 家庭環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経済的不安定・貧困 2. 家庭不和 3. 母子家庭・父子家庭・非嫡出子 4. 養育者の変更 5. 家族・母親等に重い病気 6. 養護不良 7. 育児不安・無知・迷信 8. 育児環境が悪い 9. 育児態度が悪い 10. 母子相互作用稀薄 11. 遊び、発達刺激が少ない 12. 安全配慮に乏しい 13. 家族関係に問題あり 14. 清潔、しつけに問題あり 15. 友達との交流が少ない 	<ol style="list-style-type: none"> 5. 行動発達上に問題を有する児 多動、落ち着きがない、自分本位、 異常に大人しいなど その他() 6. 生活習慣上に問題を有する児 コップの水を飲めない、さじやフォークを 使いたがらない、その他() 7. 身体発育に異常を有する児 低身長、高身長、やせ、肥満、 大頭、小頭など その他() 8. 体質、罹病傾向 けいれんの既往、貧血、出血傾向、 易感染傾向、アレルギー素因 その他() 9. 予防接種歴に異常() 10. 皮膚に異常所見を有する児 アトピー性皮膚炎 など その他()
<p>III 生物学的要因</p> <p>A 出生前・周生(産)期、新生児期</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 低出生体重児 2. 先天異常を有する児 3. 多胎児 4. 新生児期に何らかの病気があった児 病名() 5. その他特記すべき事項: ハイリスク 事由() <p>B 出生後の要因、その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経学的に異常をもつ児 歩かない、つま先歩き、歩き方が、 おかしい、物をつまめないなど、 その他() 2. 精神発達に異常を有する児 物マネしない、他の子に関心がない、 絵本に興味をもたない、無関心など、 その他() 	<ol style="list-style-type: none"> 11. 耳鼻科的異常を有する児 難聴、うたがいないなど その他() 12. 眼科的異常を有する児 視力障害、斜視、白色瞳孔など その他() 13. 整形外科的異常を有する児 X脚、O脚、内反足 など その他() 14. 歯科学的問題を有する児 う歯、歯列不整 など その他() 15. 一般的診察における軽微な異常を含めた 所見() 16. 今まで罹患した重い病気 病名()

表 6 3 歳児の重点項目

<p>I 社会環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 非衛生、貧困 (スラム街) 2. 環境汚染 3. 近所に公園や遊び場: 少ない, ない 4. 地域に友達: 少ない, いない 5. 地域に保育園、幼稚園の整備に乏しい 6. 地域の福祉・教育施設・母子保健に乏しい 7. 地域の療育施設: 乏しい, ない 8. 地域の総合病院: ない 	<ol style="list-style-type: none"> 4. 社会性発達上に問題を有する児 子離れできない、親離れできない、 友達と遊べない、環境適応不全など その他 () 5. 行動発達上に問題を有する児 多動、注意力障害、自傷行為、 自閉傾向、学習障害など その他 ()
<p>II 家庭環境</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 経済的不安定・貧困 2. 家庭不和 3. 母子家庭、父子家庭、非嫡出子 4. 養育者の変更 5. 家族、母親等の重い病気 6. 養護不良 7. 育児不安、無知、迷信 8. 育児環境が悪い 9. 環境変化、引っ越し、海外生活 10. 母子相互作用稀薄 11. 安全配慮に乏しい 12. 遊び、発達刺激 (たんれん) が少ない 13. 清潔・しつけに問題あり 14. 家族関係に問題あり 15. 友達との交流が少ない 	<ol style="list-style-type: none"> 6. 精神心理面に問題を有する児 チック、指しゃぶり、夜驚症、 オナニー、遺尿、異食、性器いじり その他 () 7. 生活習慣上の問題を有する児 排便・排尿に関する問題、不潔、 左きき、着衣、着脱など その他 () 8. 身体発育に問題を有する児 低身長、高身長、やせ、肥満 大頭、小頭、四肢のバランスが悪いなど その他 () 9. 栄養、食習慣に問題を有する児 偏食、過食、むら食い、ひとり食べ、 かまない、少食、間食が多いなど その他 ()
<p>III 生物学的要因</p> <p>A 出生前・周生 (産) 期・新生児期</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 低出生体重児 2. 先天異常を有する児 3. 多胎児 4. 新生児期に何らかの病気があった児 病名 () 5. その他特記すべきハイリスク事由 () <p>B 出生後の要因・その他</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経学的に問題を有する児 歩き方がおかしい、soft neurological signs の異常など その他 () 2. 精神発達に異常を有する児 精神遅滞、自閉傾向児、 その他 () 3. 言語発達上に問題を有する児 ことばの遅れ、特発性言語遅滞、 構音障害、どもり、反響言語 など その他 () 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 体質、罹病傾向 けいれんの既往、貧血、出血傾向、 易感染傾向、アレルギー素因 虚弱体質など、その他 () 11. 予防接種歴に異常 () 12. 皮膚に異常所見を有する児 アトピー性皮膚炎など その他 () 13. 耳鼻科的異常を有する児 難聴うたがい、その他 () 14. 眼科的異常を有する児 視力障害、斜視、白色腫孔など その他 () 15. 整形外科学的異常を有する児 X脚、O脚、扁平足など その他 () 16. 歯科学的に問題を有する児 う歯、歯列不正、反対咬合など その他 () 17. 一般的診察における軽微な異常を含めた 所見 () 18. 今まで罹患した重い病気 病名 ()

表 7 5 歳児の重点項目

I 社会環境

1. 非衛生、貧困 (スラム街)
2. 環境汚染
3. 近所に公園、遊び場: 少ない、ない
4. 地域に友達: 少ない、いない
5. 地域に保育園、幼稚園の整備に乏しい
6. 地域の福祉、教育施設、母子保健に乏しい
7. 地域の療育施設: 乏しい、ない
8. 地域の総合病院: ない

II 家庭環境

1. 経済的不安定、貧困
2. 家庭不和
3. 母子家庭、父子家庭、非嫡出子
4. 養育者の変更
5. 家族・母親等の重い病気
6. 養護不良
7. 育児環境が悪い (住宅など)
8. 環境変化、引っ越し、海外生活
9. 安全配慮に乏しい
10. 遊び、発達刺激 (たんれん) が少ない
11. しつけ方に問題あり
12. 家族関係に問題あり
13. 友達との交流が少ない

III 生物学的要因

A 出生前、周生 (産) 期、新生児期

1. 低出生体重児
2. 先天異常を有する児
3. 多胎児
4. 新生児期に何らかの病気があった児
病名 ()
5. その他特記すべきハイリスク事由
()

B 出生後の要因・その他

1. 神経学的に問題を有する児
歩き方がおかしい、走り方がおかしい、
動作が鈍い、手先が不器用 など
soft neurological sign の異常
その他 ()
2. 精神発達に問題を有する児
精神遅滞、自閉傾向児
その他 ()
3. 言語発達上に問題を有する児
ことばの遅れ、特発性言語遅滞、
構音障害、どもり、反響言語など
その他 ()
4. 社会性発達上に問題を有する児
友達と遊べない、環境適応不全など
その他 ()

5. 行動が発達上に問題を有する児
多動、注意力障害、自傷行為、
自閉傾向、学習障害、攻撃的
その他 ()
6. 精神心理面に問題を有する児
チック、指しゃぶり、夜驚症、
オナニー、夜尿、遺尿、遺糞、
異食、性器いじりなど
その他 ()
7. 生活習慣上に問題を有する児
排便、排尿に関する問題、左きき、
着衣、着脱、その他
その他 ()
8. 身体発育に問題を有する児
低身長、高身長、やせ、肥満、
大頭、小頭、四肢のバランスが悪い、
その他 ()
9. 栄養、食習慣に問題を有する児
偏食、過食、むら食い、ひとり食い、
かまない、少食、間食が多い、
その他 ()
10. 体質、罹病傾向
けいれんの既往、貧血、出血傾向、
易感染傾向、アレルギー素因
虚弱体質、
その他 ()
11. 予防接種歴に異常 ()
12. 尿検査に異常
所見 ()
13. 皮膚に異常所見を有する児
アトピー性皮膚炎など
その他 ()
14. 耳鼻科的異常を有する児
難聴うたがい
その他 ()
15. 眼科的異常を有する児
視力障害、斜視、白色腫孔など
その他 ()
16. 歯科学的に問題を有する児
う歯、歯列不正、反対咬合など
その他 ()
17. 一般的診察における軽微な異常を含めた
所見 ()
18. 今まで罹患した重い病気
病名 ()

【付録】

保健所における精密検診（精検）票の発行に関する検討 — 精度向上のため —

青木継稔、諸岡啓一、松田博雄、

青木 徹、鈴木和子、沢 節子、

吉村伸子、原 まどか

研究目的： 保健所における精検票の発行は、公費負担制度がある。年齢区分によっては公費負担されないため紹介状が発行される。市町村によっても公費負担の年齢区分が異なっている。各保健所から発行される精検票は、全乳幼児に適用を拡大することが望ましい。

一方、各保健所における精検票発行の頻度（精検率）は、アンバランスがあり、大きな差異があった（平成元年度報告）。本研究班は、①精検票の精度を向上するため、②各保健所の精検率を低下させて、精検票発行を全乳幼児の公費負担制とするなどを目的に検討した。

研究方法： 研究協力者関連の保健所の実績の成績、とくに経過観察健診の実態および精検票の発行状況および精検受療結果の確認等の成績を持ちより、一部他保健所の資料を収集して、数次の会議を開催し検討した。

研究成果：

1. 各保健所の乳幼児健診受診率、経過観察、健診率および精検率

(1) 乳幼児健診受診率： 3～4カ月健診の受診率は高く、92%以上のところが多かった。1歳6カ月健診は、委託個別健診において、80～85%であり、集団健診（保健所）において、89.0～93.0%であった。3歳児健診は、84～90%であった。

(2) 経過観察健診率： 4.8～21.0%の範囲にあり、各保健所にバラツキが大きかった。委託個別健診からの経過観察健診へ回る率が低かった。平均10.3%であった。

(3) 精検率： 各保健所における精検率にやはりバラツキが大きく、0.6～6.5%の範囲内にあり、

平均1.9%であった。

2. 精検票による受療結果の確認： 精検票発行や紹介状にて各医療機関や専門療育機関を受診した場合の受療結果の確認（返信が多い）は、各保健所において98%以上と良好な結果であった。ただし、折角、精検票や紹介状を発行しても、受診率が70～80%と低かった。その原因として、①母親を中心とする家族の「受容」の問題、②家族の問題意識が乏しい、③説明不足などが推定された。

3. 精検率精度向上のための方略

ここでいう精検率精度とは、精検票を発行して、各医療機関や療育機関を受診させても「正常あるいは異常なし」という返信を極力少なくし、『どうしても、受療の必要のあるものを選び出すためのスクリーニングとしての乳幼児健診』の精度をさすこととする。精検率向上のための方略を検討した結果は、つぎの通りである。

(1) 1次スクリーニングにて、「異常」あるいは「境界」と判定されても、すぐに精検票を発行せず、保健所内の経過観察健診あるいは事後措置検討委員会の方に回す（2次あるいは3次スクリーニング）。ただし、緊急性の高いと判断された場合は、保健所長あるいは予防課長の許可の下に精検票を発行することができる。

(2) 精検票および紹介状の発行は、原則として、保健所内の経過観察健診、事後措置検討委員会にて決定し、保健所長あるいは予防課長の許可の下に行う。委託個別健診においても同様に扱う。

(3) 経過観察健診におけるチェックすべき項目と内容を統一し、判定基準を作成する。

考察及び結論： 乳幼児健診の追跡的支援の大切なものの一つに、精検票による公費負担制度がある。乳幼児健診において、「異常」と判定された児やその家族にとって、「異常」の原因、程度、治療の要否や具体的治療法の有無、予後等について、専門医療機関や療育機関を受診し、診断や今

後の方向を示して貰うことが大切である。保健所における、経過観察健診および事後措置検討委員会は、この精検票あるいは紹介状の受診療結果を参考にして、その児や家族を含めた保育、療育のあり方等具体的な追跡的支援のプログラム設定やその実施方法を計画・指導する必要がある。「要医療」あるいは「要療育」と診断され、それぞれの専門医療機関や専門療育機関にすべてを委ねるのではなく、地域の一員として、その児および家族の発育・発達を含めたトータルケアの理念に立脚した追跡支援を行わねばならない。

したがって、精検票による公費負担事業は、乳幼児健診の事後措置、追跡的援助のための重要なものである。しかし、この事業の濫用は限りある予算を圧迫してはならず、その精度を向上させねばならない。本研究班において、種々の健診成績を基に検討した結果、上記の結論に達した。すなわち、精検票の発行およびその受診療結果の確認

は、保健所において、経過観察健診、事後措置検討委員会が責任をもって行い、「異常児」あるいは「境界児、何らかの問題を有する児」およびその家族を含めた追跡的支援を行ってゆくことである。精検票の精度を向上させるためには、経過観察健診に携わる医師が経験豊富な小児科認定医もしくは小児神経科医を得ることが重要であり、さらに、表1～7のような経過観察健診におけるチェックすべき項目と内容を各地域において統一し、判定基準を設ける必要がある。これらのチェックすべき項目と内容については、各年月齢区分により作成されるものであり、それぞれの項目と内容に従って判定基準が作成されねばならない。判定基準については、膨大な紙面が必要なために、チェックすべき項目と内容についてのみ、代表的な年月齢区分のものを表に示しこ。

精検票の精度の向上により、全乳幼児に拡大した公費負担制度となることを願って止まない。

埼玉県S地区における乳幼児健診の事後措置および追跡支援システム

埼玉県立小児医療センター付属
大原小児保健センター

青木 徹
聖路加看護大学
原田 香

【はじめに】平成元年度、2年度の2年間の研究では、乳幼児1次健診からどのようなケースが2次健診である発達健診に紹介され、どのように対応されているのか、どのように保健医療資源が活用されているか、何が不足しているかについて調査を行った。調査で明らかになった事は、2次健診後に継続して発達の経過を迫ったり、訓練を行う施設や場が少ないことであった。実際にその場がある所でも一その機能の充実をしていかなければならない点であった。また健診後のフォローを行っている機関はそれぞれ特色を持っており、そこで働いている保健医療福祉職もまた同様であることがわかった。

そこで今年度は、障害児、境界児など経過観察が必要と思われる児への健診後の関わり方を、施設や場やスタッフの特色に関連させながら検討した。そして今後どのように役割をはたして行くのか、また今後現在あるシステムを活用しながら、境界児、障害児をフォローしていくためには、どの部分の強化や連携が必要であるか検討した。

【対象および方法】対象地区は、埼玉県の東南部で東京都に隣接する草加市とした。調査対象は草加市の乳幼児ケアに携わっている保健医療福祉職とした。対象機関は埼玉県草加保健所、草加市保健センター、草加市福祉事務所、草加市立あおば学園（精薄児通園施設）、埼玉県越谷児童相談所である。方法は、施設の訪問とそこで働いている保健医療福祉職に対するインタビュー及び管内保健医療福祉社会議でのケースカンファレンスを行った。

【結果】

1) 乳幼児1次健診をめぐるシステム

乳幼児健診後に「問題がある」もしくは「経

過観察が必要である」とされた児や、ハイリスク児に基づく大学卒業資格、複合福祉主事として2年以上従事の資格をもっていた。

児童相談所の取り扱い問題も様々であり、児童をよりよく育成するための相談（しつけや適性）、ハンディキャップをもつ児の相談（手帳の交付や精神遅滞、自閉症など）、反社会行動治療のための相談（窃盗や暴行）、児童の家庭環境に問題がある場合の相談（親の死亡や離婚、疾病などの養護の問題）の4つが主である。しかしながら、児相の管内が広くスタッフも限られていることなどから、市町の乳幼児健診に対する援助も十分には行えない状況である。市町によって乳幼児健診の実施水準もばらばらであり、児相の心理判定員や児童福祉司の援助もかなり大変な状況にあるといえる。

児相も含めて、管内のお互いの他職種について知らないことも多く、現場では場を一にしていることも多いが、お互いの専門性の発揮が不十分であるように感じられる。

2) 草加市立あおば学園

入園児は定員に対してかなり少ない。スタッフは保母（児童指導員）3名と園長、および事務職である。定員30名に対して現在14名であり、年齢と障害、疾患の程度によってクラスを3つに区分している。

入園児の大半が児相の判定を受けて入園し、精神遅滞（7名）とダウン症候群（5名）という判定であった。ことばの遅れを主訴として入園している児が多く母親も訓練を希望しているにもかかわらず、この施設には非常勤も含めて、言語訓練士や心理職がいない。また嘱託医は精神科医であり、この医師が毎日の健診を行っている。小児科医に診てもらう機会は、身体面、発達面ともにならないのが現状である。

発達については、保母が日記の形で記している。保母の研修も十分になく、今後は保母の研修や言語面の指導についての検討などの充実が必要である。

3) 1歳6カ月児継続相談（表1）

1次の健保の結果、経過観察の必要な児が対象である。相談予定人数に対して実際の相談来所人数は少なく、1回の来所数は4名から12名である。毎月1回実施している。ことばの遅れの相談が主である。必要に応じて保健所の乳幼児発達相談へ紹介し

ている。親子で来所して、幼児は集団遊びのなかで、ことばや行動の発達への援助がなされ、行動観察も行なわれる。母親に対しては、言葉かけ、家庭での過ごし方などの助言、指導を行う。約半数が心配なくなるが、継続されて3歳児2次相談につながっていく児もいる。

現在のスタッフは市立保育所の保母、福祉事務所ケースワーカー、保健婦、心理判定員（非常勤）である。

4) 3歳児2次相談（表2）

3歳児健診で認められた発達の遅れのある児を持つ母親に対して、子供との接し方の指導を行い、母子関係を発達させ、児の発達を促す。午前中に親子で来所して、児の遊びをみて行動観察し、母親には言葉かけ、遊ばせ方、家庭での接し方などの助言、指導を行う。午後は分後の処遇につきカンファレンスを行っている。

1回の参加児数は8-15名であり、年間の参加数は124名であった。スタッフは福祉事務所ケースワーカー、児相児童福祉司、心理判定員、家庭児童相談員、あおば学園保母、保健婦である。

58名中25名が、次年度へ継続となった。Catch upしたものの9名、幼稚園、保育園へ7名、通園施設へ3名などであった。

5) 乳幼児発達相談（表3）

乳児健診、1歳6カ月児健診、3歳児健診家庭訪問、低出生体重児クリニックなどで把握された児で、直ちに医療機関、訓練機関へ紹介する必要はないが、経過観察が必要な児に対して、保健所において毎月1回実施している。

スタッフは小児科専門医、保健婦である。1回の受診児数は10名前前後である。訴えの主なものは発達遅滞、言葉の遅れ、体重増加不良、行動異常、頭囲の異常などである。

平成元年受診児の初回処遇のうちわけは、異常なし20.5%、経過観察71.8%、医療機関紹介7.7%であった。発達遅滞のある児、境界児に対して、指導を行いながら経過をみている。診断、精査が必要な児は医療機関へ紹介している。

訓練の必要な児については、言語訓練は小児保健センターへ紹介している。運動面の訓練は、

市内、県内に訓練機関が少ないため、人数が多くなく、まれではあるが、隣接の東京都の都立北療育医療センター、城北分園へ主に紹介している。

6) 児童課、家庭児童相談室

家庭児童相談室は、福祉事務所に所属しており、市町村によって持っている資格が様々である。現在は、以前児童福祉司のような仕事に就いていた人や学校の校長先生をしていた人などである。しかし全県の状況については十分に把握されていない。

家児相の業務は主として、福祉事務所内で解決される相談指導を行うことになっているが、市町村によって様々である。埼玉県では平成3年4月から家庭児童相談員は3歳児2次相談に参加することが決められた。家児相の研修は、県の児童福祉課が年に2回実施している。昨年は「3歳児健診特別指導の一環。グループ指導の実践について」というテーマであった。

【乳幼児健診の実際の流れについて】

システムの中でどのくらいのケースが、どのように流れているかについての人数は（図2）のとおりである。この管内では、今年度より乳児健診が両親の希望で、医療機関実施、あるいは集団健診が選択できるようになった。

【関係機関やスタッフの連携】

現在、草加市の母子保健にかかわる専門職ならびに民間協力者にはどのような人たちがいるかについて（表4）にしめた。

【当地区における今後の事後指導システムについて】

当地区においては発達障害児、境界児に対する施設、スタッフともに不足している。今後の充実が急務である。しかし実現までにはまだかなりの年月を要するであろう。

スタッフについてみると医師・保健婦は一応充足されている。心理判定員は児童相談所および非常勤（草加市）で事後指導に参加している。しかし、PT、STは全く参加していない。今後の参加もなかなかむずかしい状況にあるといえる。

施設については、市保健センター、保健所、あおば学園がある。これら保育所には少数の発達遅滞児

(表1のつづき)

が入っているが、障害児保育の制度はない。また市内には埼玉県社会福祉事業団のリハビリテーション施設そうか光生園があり、乳幼児については、聴覚障害児の聴能訓練のみ行っている。市外で利用出来る訓練施設は、言語発達遅滞児に対する、県立大宮小児保健センター、隣接する都内の都立北療育医療センター城北分園、社会福祉法人立うめだ、あけぼの学園がある。ただし城北分園には医療としての訓練に通うことは出来るが、制度的な通園は不可能である。また小児保健センターは、スタッフが不足していること、また遠距離であり、当地区から通うには多少困難さが伴う。

また平成4年度からは、保健所の乳幼児発達相談に、ことばの訓練を目的に「ことばの教室」を作る予定である。

今後の発達障害児、境界児に対する事後措置システムは次のようになる。

- (1)各専門職が連絡会議に集まりケース検討を中心に行い、連携を密にする。
- (2)各スタッフ、施設を機能的に統合し、児の発達状況に応じて、市内で一定のシステムにのれるようにする。
- (3)一次の乳幼児健診で発達上問題のあった児については、保健所の乳幼児発達相談を受診させ、処遇を検討する。
- (4)発達遅滞の軽度の児、境界児については、保健所ことばの教室、1歳6カ月児継続相談、3歳児2次相談で指導を行う。
- (5)言語発達遅滞児で中等度以上のものは、大宮小児保健センターで訓練を行う。
- (6)精神遅滞児については、あおば学園へ通園し訓練する。
- (7)運動発達障害児は、城北分園、あけぼの学園へ紹介し、訓練する。

(表1) 1歳6カ月児

② 元年度実施状況 - ①* 月別相談数

月別 区別	平成元 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平成2 1月	2月	3月	計
相談予定人員	26	27	28	27	26	24	27	26	26	23	23	27	310
相談来所人員	9	8	6	8	12	10	11	11	8	4	4	8	99
内 新 規 分	5	3	0	3	3	3	5	3	1	2	1	6	35

① 年度別実施状況

年 度	対象者数	通 知 数	延実施者数
昭和 60	61	205	111
61	100	224	89
62	68	243	118
63	86	260	103
平成元	94	310	99

注) 来所については1人が1回にとどまらない。

②-2* 対象者の内訳

内 容	件 数
言葉の遅れの疑い	83
全体的な発達の遅れ	2
行動が気になる(多動など)	6
母親の育児態度が問題	3
合 計	94

(表2)

3歳児二次相談

① 年度別実施状況

年 度	対象者数	通 知 数	延実施者数
昭和 60	52	169	104
61	57	192	122
62	66	171	96
63	53	192	113
平成元	58	205	124

(表2) 3歳児二次相談

① 年度別実施状況

年 度	対象者数	通知数	延実施者数
昭和60年度	52	169	104
61	57	192	122
62	66	171	96
63	53	192	113
平成元	58	205	124

② 元年度実施状況

☆ 相談結果

	前年度 から継続	平成元年度 新規分	平成元年度 結果
平成2年度へ継続	6	19	25
心配がなくなる	4	5	9
保健婦、*家児相につなぐ	4	3	7
幼稚園へ	3	0	3
公立保育園へ	3	1	4
民間保育園へ	0	0	0
あおば学園へ	1	2	3
他機関へ(児童相談所)	0	0	0
転 出	2	2	4
相談に来所しない	0	3	3
合 計	23	35	58

☆ 通所回数

	継 続	新規分	平成元年度 結果
回数			
電話相談のみ 通所は0回	7	9	16
1 回	7	8	15
2 回	2	6	8
3 回	0	4	4
4 回	2	3	5
5 回	2	2	4
6 回	1	1	2
7 回	2	2	4
合 計	23	35	58

* 家児相：家庭児童相談員

☆ 月別相談数

	4月	5月	6月	7月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合 計
相談予定人員	16	19	18	15	17	20	16	18	23	22	21	205
相談来所員	14	11	8	9	10	15	8	12	9	13	15	124
(内新規分)	4	6	3	3	3	6	4	4	8	1	2	44

(表3) 草刈保健所乳幼児発達相談

初回時にどのように対応したか

年度	1回で終了		継続		医療機関を紹介	
	人数	率	人数	率	人数	率
61年	7	22.6%	14	45.2%	10	32.3%
62年	13	36.1	11	30.6	12	33.3
63年	6	14.6	24	58.5	11	26.8
1年	8	20.5	28	71.8	3	7.7

来所児の主訴はどのようなものであったか

() 内は延べ人数

	主訴	61年度	62年度	63年度	1年度	合計
精神面	発達チェック	14 (24)	19 (36)	23 (48)	19 (38)	56 (108)
	ことばの遅れ	11 (17)	4 (10)	10 (18)	11 (16)	25 (45)
	行動異常	1 (1)	3 (4)	1 (1)	1 (1)	5 (6)
	小計	26 (42)	26 (50)	34 (67)	29 (55)	86 (159)
身体面	アレルギー			1 (1)		1 (1)
	体重増加不良	3 (3)	2 (3)	6 (8)	7 (9)	11 (14)
	大泉門・頭囲	1 (2)	3 (3)	1 (1)		5 (6)
	難聴の疑い	1 (2)		1 (1)	1 (1)	2 (3)
	股関節脱臼		1 (1)			1 (1)
	てんかん			1 (6)	1 (2)	1 (6)
	熱性けいれん		1 (1)			1 (1)
	ダウン症候群	2 (2)	1 (1)	2 (3)	1 (3)	5 (6)
	視力		1 (1)			1 (1)
	追視		1 (1)			1 (1)
小計	7 (9)	10 (11)	12 (20)	10 (15)	29 (40)	
総合計		33 (51)	36 (61)	48 (87)	39 (70)	115 (199)
* 実数		31	36	41	39	108

*主訴を2つ以上含むものあり

(表4) 母子保健に関わるスタッフ

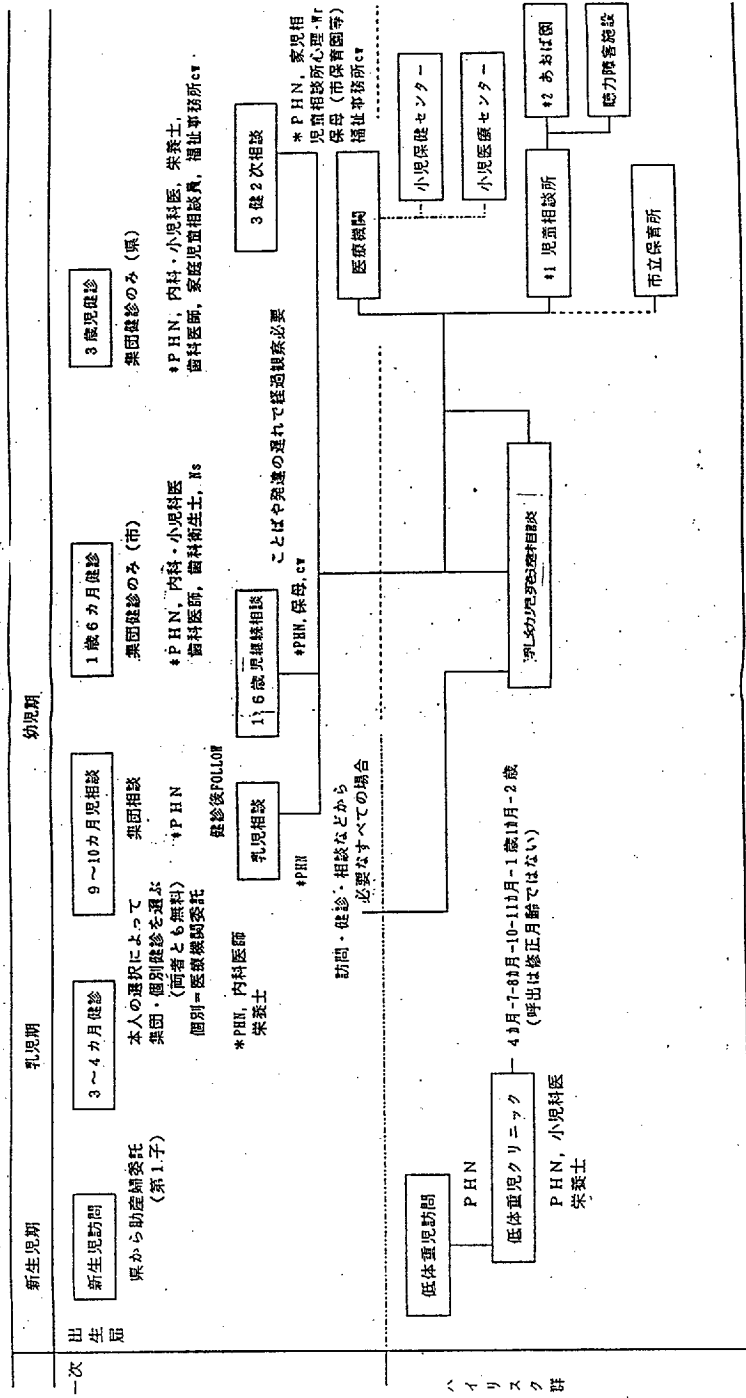
1991. 9. 現在

職 種	所属機関	業務内容
医師・歯科医師	保健所, 医療機関	健診における診察
保健婦	保健所, 草加市	健診, 保健指導, 事後, 訪問
助産婦	保健所委託	健診, 事後補助業務
看護婦	草加市委託	〃
栄養士	保健所, 草加市	健診における栄養指導
心理判定員	越谷児童相談所	幼児健診, 心理指導, 相談 児童福祉法に基づく相談, 入所措置, 手帳交付など
児童福祉司		
家庭児童相談員	草加市児童課	幼児健診事後相談
社会福祉主事	草加市福祉事務所	生活保護, 施設入所, 福祉
保母、幼稚園教諭	草加市保育所, あおば園	健康管理・生活指導
OT・PT・ST	草加市にはないが、県立小児保健センターや都立北療育園	
民政委員・児童委員	草加市民	—————

健診に関わるスタッフの専門性および今後の課題

(図1)

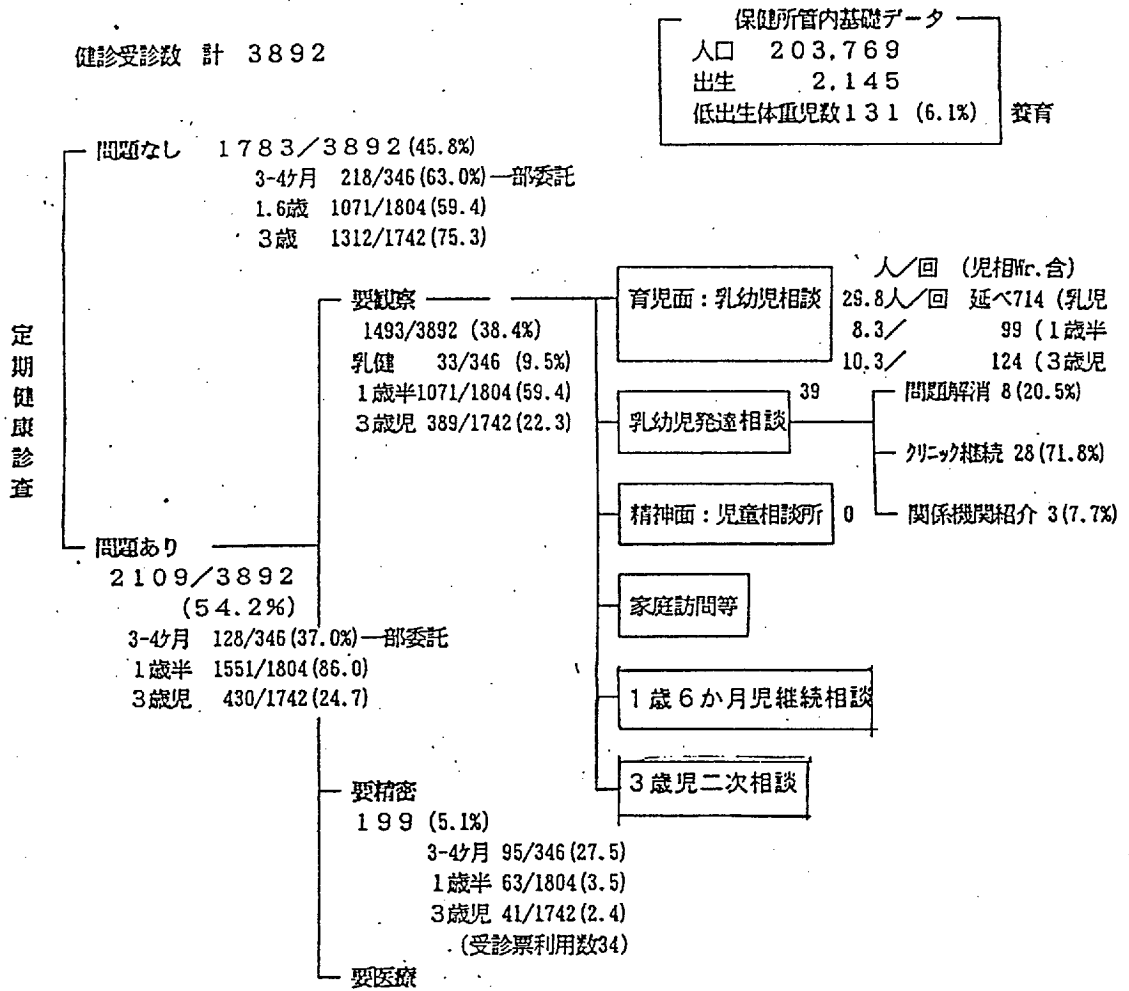
1991.9.草加市施行



ハイリスク群

【図2】

乳幼児定期健康診査における事後指導の状況 (平成元年度)



乳幼児定期健康診査受診率

	対象者数	受診者数	受診率
計	6430	3892	60.5%
3-4ヶ月児	2127	346	16.3
1歳半児	2105	1804	85.7
3歳児	2198	1742	79.3

乳幼児1次健診の結果 (平成元年度分)

	受診児	異常なし	健康管理上 注意すべき者	
			要観察	要精密
計	3892	1783	917	199
3-4ヶ月児	346	218	33	95
1歳半児	1804	253	495	63
3歳児	1742	1312	389	41

大都市（東京都大田区）における心身障害児早期
発見・療育システムの研究

東邦大学第一小児科
諸 岡 啓 一
有 本 潔

はじめに

大都市における乳幼児の発達障害に対する心身障害児の早期発見・療育などの援助システムについて検討する。初めに東京都大田区の現状を検討して、今後望まれるシステムについて考察を加えたい。

I 東京都大田区における早期発見、経過観察、療育の現状

1) 保健所における健康審査（健診）

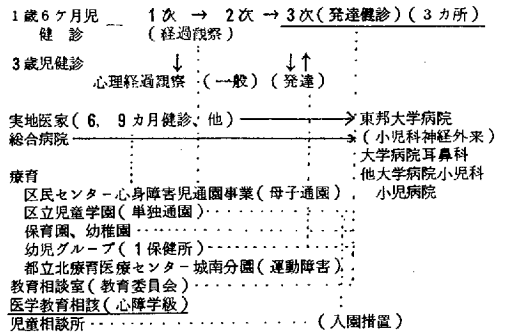
大田区の4保健所において、各1次健診（大学若手小児科医、一部実地医家＝時に小児科専門医以外）で異常所見のある児は2次健診（大学中堅小児神経専門医ではない）に送られる。発達異常のある児は、多くの1次健診から直接3次（発達健診＝小児神経専門医）に送られる。2次健診までは4保健所全てで行なわれているが、3次健診は3保健所で行なわれている（図1）。

精査について、発達障害のみの児（大頭やけいれんを合併していない児）に関しては1次健診からすぐ医療機関を紹介されることはほとんどない。一部は2次健診の後に、多くは3次健診で著者の診察を受けた後に必要があれば、東邦大学小児科で精査を行なっている。しかし、原則として母親の意向を尊重しているため、一部は他の大学小児科や小児病院を受診するケースも見られる。

図1. 東京都大田区における早期発見・療育の流れ

保健所（4カ所）

乳児健診



実線： 診断の流れを示す
 破線： 療育・相談事業の流れを示す
 下線は 著者が関与している箇所を示す

2) 経過観察（保健所）

1歳6カ月児健診や3歳児健診で言葉の遅れや行動異常がある児のうち、比較的程度の著しい児は、2次健診（小児科医）から3次（発達健診）に送られることが多く、重度ではない児は心理担当者の経過観察で見られていることが多い。この間の振り分けは健診医の意見が尊重されるが、3次健診の人数の制限もあり、必ずしもこの通りになっている訳ではない。運動発達障害の場合、軽度であれば2次健診で経過を見て、発達の改善がなければ3次健診へ。比較的重度であれば直接3次健診へ送られる。普通療育機関（都立北療育医療センター城南分園）へ直接送られることはない。

3) 経過観察（心理）

保健所の各健診（1, 2, 3次）に対して心理職が配置されている。保健所により事情は異なるが、2, 3次の心理職は発達心理の専門家が担当している。

心理の経過観察との関係については、各保健所で月に3回の心理経過観察のうち1回は3次（発達健診）と同じ日に設定されており、診断と療育機関等について母親への指導に関して、医師（著者）や保健婦とディスカッションが行なわれている。しかし、1歳6カ月児健診以後も（時に3歳以後も）心理外来のみで経過を観察されているが、医学的な精査を受けていないケースもある。心理外来のみで経過を観察されている症例について、医療（小児科）との関

わりは次の通りである。

- ① 2歳台に母親の判断で大学小児科や小児病院を受診する。
- ② 3歳児健診の際に3次健診（発達健診）に回される。
- ③ 3歳過ぎに心理経過観察から3次（発達健診）に来る。
- ④ 心理経過観察から紹介された教育相談室から大学小児科に精査依頼で送られてくる。
- ⑤ 児童相談所に紹介される、さらに大学小児科に精査依頼として紹介されることもある。
- ⑥ そのままで医療（精査）を受けない。

等いくつかの場合がある。⑥については、大田区では就学後に心障学級で医学教育相談とて年に1回小児科医が学校に向いて父見や先生の相談を受けているが、その際に稀に医療（精査）を受けていないケースが見出される。

4) 療育

療育に関わっている機関は、精神・言語発達遅滞の場合、児童学園、2区民センター、教育相談室、保育園・幼稚園であり、運動発達障害では都立北療育総合リハビリテーションセンター城南分園である。以下主として精神・言語発達遅滞について述べる。

療育に直接に関わっている機関は、前述の通り、児童学園、区民センター、教育相談室、保育園・幼稚園である。1保健所では境界児を対象に、心理職、保健婦が月に1回幼児グループ指導（遊びを中心とした親子教室）を行なっている。

しかし、前述の通り、小児神経専門医が心理職や保健婦と連携をもって保健所や大学病院小児科でも経過観察を行なっており、定期的に発達テストを行ない、児の実態にあった療育を受けるように母親に療育機関選択などの指導を行っており、いわゆるコーディネート機能を発揮している。

II. 療育機関の利用状況

以上のような療育体制において、療育機関がどのように利用されているかについて検討を加えたので述べるこ

ととする。

対象

言葉の遅れのために東京都太田区内の保健所や東邦大学小児科を受診し十分な経過観察を受けた乳幼児50名（男児35名、女児15名）について検討した。平均追跡開始年齢、最終年齢はそれぞれ、2歳3.7カ月、4歳9.2カ月、平均追跡期間は2年5.5カ月、平均追跡回数は6.2回であった。

第1表 診察機関別の療育状況

		診察開始時と最終診察時の比較						
		保育園 (うち既 入園)	幼稚園	Y区 民セ	O区 民セ	幼児 グ	児童 学園	なし
東邦 大学	22	15 (4)	4	0	0	1	0	2
O保 健所	17	5 (3) ↓ 8	3 ↓ 7	5 ↓ 0	0 ↓ 1	5 ↓ 1	0 ↓ 1	0
K保 健所	6	3 (1)	1	1 ↓ 0	0	0	0 ↓ 1	1
Y保 健所	5	3 (1)	1 ↓ 2	1 ↓ 0	0	0	0	0
合計	50	26 (9) ↓ 29	9 ↓ 14	7 ↓ 0	0 ↓ 1	6 ↓ 2	0 ↓ 2	3

各欄の上段： 診察開始時の人数

下段： 最終診察時の人数

診察機関別の療育状況を示す（第1表）、大学では保育園が多く、幼稚園と合すると殆どを占める。O保健所では観察開始時（上段）では各施設がほぼ均等となっていたが、Y区民センター、幼児グループから保育園や幼稚園に入るケースが多く、経過観察最終時（下段）にはやはり保育園と幼稚園が多くを占めた。転園の時期は3歳後半から4歳であった。K保健所、Y保健所では、例数が少ないが、O保健所と同様の傾向が見られた。

最終診断時の療育状況

第2表 最終診断と療育状況

診察開始時と最終診察時の比較

	保育園 (うち 既入園)	幼稚園	Y区 民セ	O区 民セ	幼児 グ	児童 学園	なし
正常 16	6 (1) ↓ 7	5 ↓ 8	1 ↓ 0		3 ↓ 0		1 ↓ 1
発達性言 語障害 15	7 (3) ↓ 8	3 ↓ 5	2 ↓ 0		2 ↓ 1		2 ↓ 2
境界 5	3 (1) ↓ 3	1 ↓ 2	1 ↓ 0				
精神 遅滞 14	10 (4) ↓ 11		3 ↓ 0	0 ↓ 1	1 ↓ 0	0 ↓ 2	
合計 50	初め26 (9) ↓ のち29	9 ↓ 14	7 ↓ 0	0 ↓ 1	6 ↓ 2	0 ↓ 2	3 ↓ 3

各欄の上段： 診察開始時の人数
下段： 最終診察時の人数

最終診断名毎の療育状況を示す(第2表)。第1表と同様に各欄の上段が経過観察開始時、下段が最終時の人数を示す。療育(通園)機関をみると、保育園は当初26名からのち29名に増加していた。幼稚園は当初9名からのち14名に増加。区民センターは当初7名からのち1名に減少していた。幼児グループは当初6名からのち2名に減少、児童学園(精神遅滞通園施設)は当初0名からのち2名に増加していた。何れにも通園していない児は3名あった。

言語が正常化したものはほとんどが保育園か幼稚園にほぼ同数ずつ通園していた。最終観察時にやはり発達性言語障害の状態であったものは保育園が多く、次で幼稚園であった。精神遅滞(14名)では、精神遅滞の通園施設(児童学園)に通うものは2名のみで、保育園には11名(79%)が通園していた。これらより、遅れが著しいほど保育園の比率が大であることと、精神遅滞でもかなり多くの児が保育園に通っていることが判明した。保育園は種々の程度の発達遅滞児を受け入れており、療育の

場として重要な役割を果たしていることが窺われた。

経過観察開始時の状態は、発達性言語障害29名、精神発達境界11名、精神遅滞10名であった。最終観察時では、言語正常化16名、発達性言語障害15名、精神発達境界5名、精神遅滞14名であった。追跡期間中、精神・言語発達が不変のものは21名(42%)と少なく、多くの児で精神発達の変容が見られた。追跡開始時に発達性言語障害(DSD)の児29名中、最終観察時に、言語発達が正常化したものは13名、やはり発達性言語障害の状態のものは13名であった。精神発達境界例になったものは3名みられた。

このように、とくに3歳から4歳にかけて、精神・言語発達が変化することがあるので、精神・言語発達遅滞の児は十分に経過を追跡すべきであり、その時の発達段階ないし障害に適した療育指導を行なう必要がある。

言語が正常化したものほとんどが保育園か幼稚園にほぼ同数(7人、8人)通園していた。最終観察時に発達性言語障害であったものは多くが保育園(8人)、次で幼稚園(5人)であった。精神遅滞(14名)では、多く(11名)が保育園で、幼稚園はなく、児童学園は2名であった。遅れが著しいほど幼稚園に比べて保育園の比率が大であった。保育園は種々の程度の発達遅滞児を受け入れており重要であった。

大田区は人口が約77万人の行政区で、4保健所、1大学病院、3療育施設(2区民センター、1児童学園)、都立心身障害児通園施設、80の保育園などがある。行政として特定の健診・療育体制をとってきた訳ではないが、このようなフォローアップ体制がすでに数年前から行なわれており、地域の実態に詳しい保健婦の情報に基づきこれらの社会資源を活用してきた結果であると考えられる。

大田区の通園施設には、8つの区民センター(の中の心身障害児通園施設部門)、精神遅滞児通園施設(児童学園)がある。前者は、比較的軽度の精神・言語発達児の療育にあっている。療育回数は週1-3日である。新しいケースは定員の関係で年度後半には入り難くなるのが難点である。後者は、児童福祉法に基く施設で、週

6日、通園バスが運行されている。これらの場所がそれぞれ離れていることは、種々の系統の交通機関がある大田区において、通いやすい施設を選べることになり、便利である。幼稚園に通っており、後にはさらに増えていた、区民センターや幼児グループは初めは通りが、のちには減少しており、これらの一部は児童学園に、多くは保育園に転園していた。区民センターや幼児グループから保育園や幼稚園に入るケースが多かった。

転園先は前記と同様の傾向で、転園先と精神・言語発達 の程度、状態を見ると、ほぼ妥当なものと考えられた。転園は発達の変容という実態に即した対応であると考えられた。転園の時期は3歳後半から4歳が多かった。これは、前記の精神言語発達の変容の時期とかなり一致しており、児の発達に適した選択であったと考えられる。

宮城県 の障害児の統合保育について調査した畑山らによると、保育所の42%、幼稚園の28%が障害児を受け入れており、公立保育所での受け入れは8年前に比較して約2倍に増加していた。園に対して行なったアンケートでは統合保育が好ましい評価を得てきていると述べている。また、障害児が在園している場合、保育者の加配置が行なわれていた。

大田区においても少なくとも区立の保育園は障害児をよく受け入れており、これまでは医師の診断書などで比較的容易に保育者の加配置が行なわれてきたが、最近では比較的難しくなっている。今後とも統合保育の充実が望まれる。

地域における早期療育システムに必要な要件には、処遇の継続性、コーディネート機能の向上、療育内容の向上などが挙げられている。大田区におけるこれらの奉項についてみると、継続性に関しては、今回は全体として良好で、その結果、発達の変容がよく把握できた。保健所での経過観察活動が充実しており、大学病院観察例でも保健所との連携を重視したためといえよう。

連携機能、とくにコーディネート機能を高めるには地域療育センター(大田区においては平成4年度に開設予定)を設置するのが望ましいとされている。その際、発達相談室のコーディネーターがコーディネート機能を

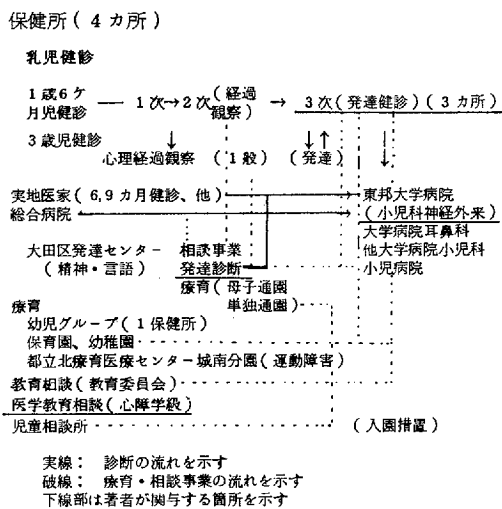
果たす。療育センターや発達相談室は設けられていない場合は、各機関に参与している医師がコーディネーター役を果たすといわれている。大田区においては、著者がこの役を果たしていると考えられる。療育内容については、ほぼ満足すべき状態にあるが、今後とも保育園、幼稚園での統合保育の拡大や心身障害児療育施設の充実が望まれる。

III 大都市における早期発見・療育のためのネットワークのモデル

東京都大田区では、平成4年度から大田区発達センターが発足する。これは、2箇所の区民センター心身障害児通園事業(比較的軽度の精神・言語発達児の母子通園で、週に1-2-3回程度)と精神薄弱児通園施設(大田児童学園=児童福祉法による法内施設)を統合して、さらに発達診断、相談事業をも追加した精神・言語発達遅滞児の総合発達センターである。

このような機構上の変更に基づいて、今後東京都大田区、すなわち大都市における早期発見・療育を行なっていくのに望まれるネットワークを検討した(図2)。

図2. 東京都大田区における早期発見・療育のためのネットワーク(案)



望ましいネットワーク体制について

① 心身障害（精神・言語発達、運動障害）の早期発見は、乳児期（4カ月）、1歳6カ月児健診、3歳児健診など縦断的な健診体制を有する、地域の保健所（区内4カ所）が中心となる。

② 精神・言語発達の療育と相談事業は発達センターが中核となる。これまで3つの地域に設置されていた施設が1カ所に統合されたが、大田区というかなり広い地域においては、地域で療育を受けるという点では不便となったケースもあろう。通園バスはこれまでの1系統から2系統に拡大された。

職員は原則として従来の当該施設の職員の異動により構成される。療育部門の障害児の定数は、これまでの3施設の合計数と同じである。ただし、単独通園部門（主として精神遅滞、午前10時～午後2時、週6日）の定数は増えて、母子通園（主として境界児、発達性言語障害、午前中1.5時間、週1～2～3日）の人数は減少している。

母子通園部門は時間・回数が少ないため、療育効果が必ずしも十分ではなく、単独通園の希望が増えている。しかし、2歳台の単独通園は、母子分離など心理的な問題のみならず体力、排尿、排便などの点でもやや問題があるように思われる。母子通園部門の回数の増加が望まれる。

診断部門には、小児科医（小児神経専門医＝著者）、精神科医、整形外科医がそれぞれ非常勤で参加する。相談事業は、現在の児童学園の心理職（常勤職、1名）が主として担当するが、多くのケースを処理することは難しい。保健所に比較して心理職（非常勤）の数も少なく、保健婦、栄養士はいないため、現在の保健所で行なっているような経過観察は行なえない。

運動発達障害の療育は従来通り都立北療育医療センター城南分園が中心となる。

③ 保健所は乳児期からの縦断的な健診体制があり、保健婦、栄養士、心理職（1回の健診に3名程度）等のマンパワーを有しており、今後も経過観察の中心とな

なると考えられる。

④ 保育園、幼稚園は今後も比較的軽度の精神遅滞例や発達性言語障害の療育（統合保育）の場として重要な役割を果たす。保育園における加配置が最近行なわれにくくなっているが、むしろさらに拡充が望まれる。現在1保健所で行なわれている幼児グループは軽度の障害児（境界児）を対象としている。月に1回と回数は少ないが、地域での接触の少ない大都会では、母親に対する遊び方の指導などの点で有用と考えられる。さらに、地区の児童館などでも行なっていくことが望まれる。

⑤ 教育医学相談は、小学校、中学校の心障学級に医師（小児科医）が年に1回訪問して、疾患（てんかんなど）、身辺自立、行動、栄養（肥満、少食、偏食など）について母親や担任の相談を受けるものである。母親の安心感、障害児に対する学校側の理解を助ける上で非常に有効な事業である。全国的に行なわれるよう期待したい。

⑥ 児童相談所は東京においては診断、相談の面で大きな役割を果たしていない。認定事業（愛の手帳の発行など）、単独通園（児童福祉法内施設）、重症心身障害児施設入所などの措置事業が主であると思われる。専門医の得られにくい地方においては診断についても中核となっていると思われる。しかし、小児科医の参加がない場合には、言語遅滞のケースは、これまでの実例から、環境性（母親の養育上の問題）とされることがあるのではないかと危惧される。

厚生省通達では、1歳6カ月児健診で精神面（言語遅滞も含まれる）の問題点については児童相談所に送るとされているようであるが、小児科医は参加しておらず、医療機関程には種々の診断機器が設置されていないため、診断上に問題があると考えられる。

種々ご協力いただきました大田区内の保健所等の関連機関の職員各位にお礼申し上げます。

文献

- 1) 諸岡啓一、有本 潔、他：精神発達の評価における遠城寺式乳幼児分析的発達検査法の妥当性

第90回日本小児科学会 1987.

2) 諸岡啓一 :

言葉の遅れとそのチェックポイント

東京小児科医会報 1989, 8: 34 - 39.

3) 諸岡啓一、有本 潔 : 言語発達遅滞児における精

神・言語発達の変容と療育機関について

小児の精神と神経 1991, 31, 201 - 208.

4) Stevenson J :

Predictive value of speech and language
screening.

Devel Med Child Neurol 1984, 26: 528 - 538.

5) 畑山みさ子、古田俊文男、足立智昭、他 : 障害

児の統合保育に関する調査研究(2)-宮城県の幼稚園

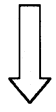
および保育所における現状の検討-

発達障害研究 1990 12:146 - 154.

6) 加藤義男 : 発達障害児の早期療育システムに関

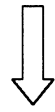
する臨床的研究-A市の実践を通して-

発達障害研究 1990 : 12: 129-137.



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:乳幼児健診の追跡的援助システムについて、3年間の研究のまとめを行った。この3年間の研究において、乳幼児健診の1次スクリーニングの住民への浸透・定着率は大変に良いが、1次スクリーニング後の追跡的支援については満足すべきものではなかった。したがって、最終年度としての今年度は、乳幼児健診の1次スクリーニングから、追跡的支援のシステムについて、一貫した流れの中に行われるべきシステムとネットワークについて提言した。とくに、保健所を中心とした経過観察健診(発達健診を含む2次・3次スクリーニング機能)の充実と保健所における個々の事例に対するきめ細かな追跡支援のための事後措置検討委員会(仮称:保健所における処遇委員会)の設置、保健所における「遊びの教室を中心としたグループ指導や仲間づくり、保健所や市町村が中心となって民間自主保育グループの育成と援助の重要性、さらに、中等症以上の専門療育機関において種々の療育訓練に通所、通園する児と家族を含めた保育や地域との仲間づくりのための民間自主保育グループの育成と援助、地域内の療育センター・医療機関と保健所・市町村とこれらの自主保育グループや保育園・幼稚園とのネットワーク作り、さらには、保健所のグループ・民間自主保育グループ・保育園・幼稚園等への巡回医療相談の必要性、教育委員会との連携等について具体的に提案した。これらの乳幼児健診の追跡的援助をきめ細かく実施するためには、それぞれの地域特性があると考えられ、それぞれの地域に適応した工夫を要するが、今回の研究成果が各地域にて活かされることを切望する。さらに、今回付録として1次スクリーニングから経過観察健診の個々の事例についての健診内容と項目を統一する必要性を痛感したために、各年月齢におけるハイリスク要因についての健診内容と項目の票を作成するとともに、経過観察健診から精密検診のため判定基準の目安を作成した。