

## 市町村における母子保健サービスの実施に関する研究

高野 陽

要 約：市町村において基本的母子保健サービスの効果的実施にあたって、マンパワーの確保等の人的条件の充実を図るとともに、実施回数の検討が行われる必要がある。即ち、サービスの向上については、マンパワーの適正配置の検討の前に、実施回数の設定されることも必要である。その見地から、各母子保健サービス毎の実施回数を、個々の保健サービスの基本的意義を崩すことなく地域の条件に応じて算定した。

見出し語：市町村、母子保健サービス、実施回数

### 研究目的

各地で実施される基本的母子保健サービスの効果は、それぞれの保健サービス実施時に確保できるマンパワーに影響されることはいうまでもない。昨年度の本研究班では、移譲における最も大きい問題点は専門職の確保が困難な地域が決して少なくないということを経験した。さらに、昨年他の調査結果において、保健婦は移譲後も現行の実施状態と大きく変わらないことを希望していた。しかし、この希望の是非については検討されておらず、単に実施回数の維持がサービスの維持とは断定できない。実施されている保健サービスのなかには、現行は保健所事業に属しているものもあり、これがその管内の市町村に移譲された場合に、現行通りに実施する必要がないこともあろう。その意味から、個々の母子保健サービス別に、移譲後の実施計画を作成するに有効な実施回数の算定を試みた。

### 研究方法

実施回数算定の対象とした母子保健サービスは、基本的母子保健サービスとされる健康診査と保健指導（訪問指導を含む）で、乳児健康診査、1歳6カ月児健康診査、3歳児健康診査、妊婦健康診査、新生児訪問指導、妊産婦訪問指導、母親（父親を参加させることもできる）学級、育児学級等とした。これらのサービスについて、地域の対象人口別に望ましい実施回数の算出を

試みた。なお、個々の保健サービスの種類によって受益対象が異なるので、個々に対象人口を設定することが妥当であると考えた。また、市町村によっては、対象人口にかなりの差異があると思われるが、我が国の出生率をはじめとして、人口動態統計等各種の衛生関係統計を基準として対象人口を算出することとした。

### 結果及び考察

#### 1. 人口動態統計による対象数算出の基準設定。

1993年の人口動態統計によると、出生率は人口千対 9.6である。出生率が、この値に比して低値を呈する都道府県は、岡山県(9.5)以下東京都(8.5)までの19都道府県に及ぶ。しかし、実際の保健サービスの実施は市町村であり、その人口規模の格差は大きい。所謂政令市・中核都市であっても、母子保健サービスは他の市町村と同様に実施されるが、これらの市では、現状のままでも実施でき、大きな変化はない。それよりも人口規模の小さい市町村においては、出生率は全てが全国値より小さいとは限らない。大都市周辺の市や町では一般に出生率は大きいことが多い。また、沖縄県の離島を除く市町村でも出生率が高い。しかし、所謂過疎地といわれる町村では若年人口が少なく、それが出生率を下げている。このように多様性をもつ人口規模のもとでの基準設定には一定性に乏しく、今回の基

準設定においては全国値を基準値とすることが大きな誤りを導くことが少ないと結論づけた。

## 2. 妊婦健康診査

現在、出産の99.9%が医療機関で行われ、妊娠中の妊婦の健康診査の受診も多くの場合、出産予定の医療機関が多い。また、里帰り分娩を希望するものであっても多くのものが「里帰り」までの期間を自宅に近い医療機関において健康診査を受ける。妊娠中の2回の医療機関委託の健康診査もその医療機関で受診されるものと考えられる。

流早死産の事例もあることから、出生数を基準とすることは不適切と考え、母子健康手帳交付数を参考にした。また、出生数が低値を示すT県内において、同県のほぼ平均的出生数を呈するK町を例にして算出した。母子健康手帳の交付数は全国で約126万件、また、K町では母子健康手帳交付は約350件である。

妊婦健康診査は、妊娠前期及び後期の2回受診を原則とし、その受診件数は、各市町村の積極的指導を前提とし、母子健康手帳交付数の約8割とした。

## 3. 乳児健康診査（医療機関委託による個別健康診査）

現行は乳児期に2回受診することを基準としており、移譲後にもこの回数を維持することが必要であるものと考ええる。対象月齢の設定に当たっては、その市町村が実施する他の乳児期の健康診査（集団方式）の対象月齢との関連を十分に配慮しておくというまでもない。この場合、地域の医療機関の実態が設定における重要な条件の一つであるが、乳児の特性からみて、キーマン月齢の重要性も認識しておくことも必要である。また、育児支援の意義も考慮し、特に受診月齢を設定せず、出生後から満1歳に至るまでのいつでも受診できるように設定しておく方法も否定すべきことではない。当該市町村の全出生児を対象にすべきであることはいうまでもないが、全国調査の結果では受診件数は出生数の約90%に相当する。一人の乳児が2回受診するという基準に従うならば、約半数しか受

診していないことになる。その見地から、2回受診を標準受診回数とすると、出生数の多い地域は出生数の8割、出生数の少ない地域では全例を対象とすることが望ましい。

## 4. 乳児健康診査（集団方式による）

1歳未満の健康状態は、その後の小児期と成人期及び老人期の健康やそれに基づく生活に大きな影響を及ぼす。それ故、この時期における健康診査は重要な意義が、乳児自身にもそしてその親にも存在することを認識したうえで対象月齢を設定すべきである。小児医学、小児保健学的視点から見て、3～4カ月は必須の対象月齢とすべきであることは、多くの研究報告や成書に認められ、少なくともこの月齢は削除できない。その他の月齢については、できるだけ多く設定されることが望ましいが、乳児の特性や親の育児上の困難な事項の発生によって健康障害や育児不安が予防できるように配慮して対象月齢を設定すべきであろう。いずれの方法においても、対象の乳児の75～90%以上の受診を目標とすることが望ましい。

3～4カ月児を対象とした健康診査の実施回数の設置にあたっては、年間出生数が200人未満の地域においては2カ月おき月1回年6回程度の実施（この場合3及び4カ月児を対象）、年間200人以上400人未満の場合は最低月1回年12回は実施する。また、年間出生数が400人以上の場合には月2回以上開催する。この場合、医師は1人が担当することを想定している。1人の医師の担当対象乳児数は1単位（午前または午後の実施時間内）35～45人とした。また同様に、栄養指導を含む保健指導を個別で実施すると想定した場合も30人以下が望ましい。

## 5. 1歳6カ月児健康診査（集団方式）

市町村の母子保健サービスの代表的存在であり、保健所の支援があったとしても、市町村において実施できる体制になっている。この対象の特性からみて、身体・疾病・異常のみならず、精神運動機能発達・視聴覚・歯牙と口腔と多領域の専門的チェックの重要性は

大きく、発達に伴う生活様相の確認等も必要であるので、この健康診査に要する人材とその労力や時間は乳児期のそれとは非常に異なる。1回の受診児数は医師1人に対して1単位20～25人程度が理想であるが、運用上45人まで可能であろう。対象児は1歳6カ月から2歳までに拡張されて、現行よりも実施に余裕ができた。

出生児数が年間200人に満たないときには3カ月おき年4回程度の開催、200人以上300人未満の対象数の場合には2カ月おきの年6回を、年間出生数300人以上の場合には毎月開催する。なお、この場合、医師は1人が担当するものとして算出している。

#### 6. 3歳児健康診査（集団方式）

この年齢の幼児の特性からみて、身体の疾病異常に比して心の問題や生活に反映した問題・歯牙や口腔・視聴覚などをより重要なチェックポイントとなろう。分業で実施するにしても、1人の医師の担当対象数は少なくとも1歳6カ月児健康診査の担当数よりも多いことは避けたいものとした。

この健康診査における実施回数は、1歳6カ月児健診に準ずることとした。

#### 7. 非常に出生数の少ない地域の乳幼児期の健康診査

年間の出生数が100人に満たないような地域における乳幼児期の各種の健康診査の実施にあたっては、対象の年月齢を特定せずに複数の健康診査サービスを同時に開催することが効率的である。また、同じ保健所管内の複数の町村の連携によって実施すること、各職種によって編成されたチームによる実施も計画してもよかろう。特に、小児科医を含む専門職の確保が、この方法の採用によって可能となる。沖縄県の離島等対象数の少ない地域において、この方法を今後も採用することが報告されている。この場合、年間の実施回数決定については、個々の地域の対象人口による方が効率的である。

#### 8. 母親学級（父親も対象）

医療施設においても実施されており、市町村が実施することの意義を明確にすることが望ましい。特に、配偶者も

参加できるような方法の採用が期待される。経産婦でも出席を希望するものの、過去の妊娠出産において異常のあったもの、これまでも育児不安が強いもの等、対象の把握に努め、積極的な学級運営を行う。学級は1コース4回を基準とする。

年間母子健康手帳交付数が200件未満の地域では年間2コース以上の開催を、200件～400件未満では4コース以上、400件～600件の場合には6コース以上、それ以上の場合、特に、1000件程度では年12コース開催する。この場合対象はいずれの回から4回の参加が可能ないようにプログラムを設定する。

#### 9. 育児学級

育児不安の解消、子どもの発達促進、などの実践を通じて育児法を改善して育児支援することを目的に実施する。乳児から幼児までを対象とし、明らかに疾病異常が認められないものを基本的対象とし、保育等の担当者を人材に加えて多角的に支援する。この場合、できる限り、対象の年齢、対象のもつ問題点が極端に異ならぬことが重要であり、本事業の目的についての意識統一を図り、1歳未満、1～2歳児代、3歳以上に区分した方が実施上の問題が少ないことが報告されている。

この運営は、1コース月1回以上4カ月以上の開催を設定し、問題の改善の認められないものは、より専門的な対応の必要性の有無を経過観察健診等の事業によって確認する。

#### 10. 乳幼児保健相談事業

従来より市町村事業として実施されていたものであり、地域内の全乳幼児に対して、その有している育児上または健康上の問題解決を目的として保健婦や栄養士の機能を発揮する。

年間の実施回数は、乳児期、1歳6カ月児及び3歳児健康診断審査の実施との関連において回数を設定することも必要であり、また他の事業（例えば、育児教室等）との同時開設も考慮できる。出生数にかかわらず最低月1回は実施するが、乳幼児数の多い地域では月2回以上の実施も必要であり、地域

特性に応じて適切な回数を設置する。

#### 1 1. 訪問指導について

対象の生活の現場において、保健指導の場への参加が困難な事例・生活実態を十分に把握することによってより効果的な保健指導が期待されるもの・指導内容や措置内容についての家庭における実践状況の確認など対象の生活実態に応じた指導を行うことに適している。

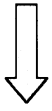
##### (1) 新生児訪問指導

出産後の新生児及び母体の健康状態の把握とそれに関する保健指導、生活上の問題や育児不安解消を図ることを目的に実施する。訪問指導の担当者は、開業助産婦に委託して行う外、地域の実状に応じて担当者を決める。

市町村の出生数に応じて、訪問対象や訪問件数が決定されるべきであることはいうまでもないが、特に、第1子・種々のハイリスクの状態にあった母児・第2子以降の場合でも育児不安の強い母・前回の妊娠分娩時に異常のあった母児を重点的に訪問する。年間出生数が100件未満の地域では、全出生例に対して少なくとも1回の訪問を期待したい。その他の市町村においては、少なくとも第1子・ハイリスク母児に対して訪問し、実施件数は年間出生数の6割程度とみなす。

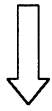
##### (2) 妊産婦訪問指導

初妊・妊婦出産に伴う疾病異常のあるもの・何らかの疾病異常を有した妊産婦・過去にハイリスク妊娠や出産を経験したもの・過去に異常児や未熟児の出産経験のあるもの・生活指導上の問題のあるもの等を対象とする。医療機関等との十分な連携のもとに訪問指導を実施する。実施件数は母子健康手帳交付数の約4割とする。



## 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:市町村において基本的母子保健サービスの効果的实施にあたって、マンパワーの確保等の人的条件の充実を図るとともに、実施回数の検討が行われる必要がある。即ち、サービスの向上については、マンパワーの適正配置の検討の前に、実施回数の設定されることも必要である。その見地から、各母子保健サービス毎の実施回数を、個々の保健サービスの基本的意義を崩すことなく地域の条件に応じて算定した。