

保健、福祉、医療と教育の連携

研究協力者・協力研究者；千葉 良¹⁾、高野 陽²⁾、松本 寿通³⁾、桑原 正彦⁴⁾、池田 宏⁵⁾、
加藤 忠明⁶⁾、斉藤 進⁶⁾、山中 龍宏⁷⁾、倉橋 俊至⁸⁾、天野 暉⁹⁾、
大木 師磋生¹⁰⁾、内田 章¹¹⁾、尾島 俊之¹²⁾、鈴木 洋子¹³⁾、
佐藤 美千¹⁴⁾、星 美佐子¹⁵⁾、南部 春生¹⁶⁾、平山 宗宏⁶⁾

要約；

保健、福祉、医療と教育の連携がこれから推進されることになった。

班員が現場で経験した、または実践していることから、どのように連携をすすめていくか、またその問題点などについて検討しまとめた。

内容は、1．乳幼児健康支援デイサービス事業（病児保育）の推進について、2．保育所の定期健診を利用した乳幼児健診について、3．保育所だけでは対応できない問題について、4．保健所管内を越えた医療機関との連携について、5．障害児の生涯にわたる保健と教育の連携について、である。

見出し語；病児保育、定期健診、療育、就労

¹⁾ 仙台赤十字病院、²⁾ 国立公衆衛生院、³⁾ 福岡市医師会、⁴⁾ 広島県医師会、⁵⁾ 川崎市医師会、
⁶⁾ 日本総合愛育研究所、⁷⁾ こどもの城、⁸⁾ 足立区足立保健所、⁹⁾ 港区医師会、¹⁰⁾ 柏地区医師会、
¹¹⁾ 君津中央病院、¹²⁾ 自治医科大学公衆衛生学、¹³⁾ 会津坂下保健所、¹⁴⁾ 福島県田島町役場、
¹⁵⁾ 福島県伊南村役場、¹⁶⁾ 聖母会天使病院

研究目的；

母子保健法の改正により、保健、福祉、医療と教育の連携が推進されることになった。昨年度は連携の理念について述べたが、本年度は医療からみた福祉との連携、保健からみた福祉との連携、福祉からみた保健との連携および保健からみた教育との連携について、現場で班員が実践していることや経験していることから、どのように連携をすすめるか、またはその問題点について検討する。

研究方法；

保健と医療に携わっている本研究班の各地の研究協力者が各地の現状を調査し、その意見を取りまとめた。

結果；

1．乳幼児健康支援デイサービス事業（病児保育）について

池田の報告（病児保育について）は、都市型の病児保育の一つに行政と医師会が協力して行うセンター方式があり、実践する際の注意すべき点について述べている。しかし、全国どこでもこのような型の病児保育は可能ではなく、特に小規模の町村ではこのような型の病児保育は難しく、佐藤等の報告（小規模町村における母子保健事業の現状）や千葉等の報告（保育所からみた保健や医療との連携）では、保育所内に病児保育室を作り病児保育を行う方向を模索している。また病時保育施設を従来の保育施設に併設するか、小児科診療所や一般病院の空床を活用するのも一つの案である。

行政と医師会が協力して病児保育施設をセンター方式で設立しても、一つの大・中規模市町村に何カ所も設立することは不可能であり、交通の便の良いところといっても現実にはなかなか利用しにくい地区に住んでいる親もあり、センター方式を補う型の保育所併設の病児保育施設、少なくとも病児保育室が必要であろう。勿論、小規模町村では病児保育施設の設立は経済的に負担が多すぎるので併設病児施設か病児保育室の設立の方が現実的であろう。

有床の小児科診療所は全国的にみれば極端に少なく、一般病院小児科病室の空床活用の方が可能であるが、感染症が流行している時期は小児科病室も満床であり且つ病児保育の需要が多いという矛盾があり難しい点がある。また、医療機関の空床を活用するといってもその費用を医療（保険制度）で賄うか、福祉で賄うかの難問も抱えている。

いずれにしろ、現在の社会では親の要望もあり病児保育は必要であるから、行政と医師会が協力したセンター方式、医療機関の空床活用型及び保育所への病児保育室併設型など行政や地元医師会の協力を得て各地の実状に適した病児保育をすすめていかなければならない。

2．保育所の定期健診を利用した乳幼児健診について

大木等の報告（乳幼児健診における保育所との連携）は、保育所園児の3歳児健診受診率は、一般の3歳児健診受診率より約10%下回っていたことから、保育所の内科定期健診を利用して3歳児健診を試み、問題点や今後の課題について述べている。

乳幼児健診を保育所で実施することは親にとっても便利であるが問題点も多く、今後一つずつ解決していくことを望む。保育所での乳幼児健診の一つの方向を示すユニークな研究である。

更に、加藤の報告（福祉と保健の連携案）は、保育所を利用した一般の乳幼児健診を提案している。園児でない子ども達も保育所で乳幼児健診を行うようにすれば、保育所になじみのない一般の親子も気軽に保育所を利用できるようになり、保育所を利用した各種の子育て支援事業（非定型一時保育、緊急一時的保育、育児リフレッシュ支援事業、育児講演や育児相談など）も気軽に利用できるようになるだろうと提案している。

3. 保育所だけでは対応できない問題について

千葉等の報告（保育所からみた保健や医療との連携）は、小規模町村の2カ所の保育所で聞き取り調査を行い、保育時間の延長により親子間の愛着形成に問題が生じないように配慮しなければならない、また、保育所だけでは対応できない問題があり保健との連携の必要性を主張した。

4. 保健所管内を越えた医療機関との連携について

千葉の報告（保健所管内を越えた保健と医療の連携）は、障害児の療育では、特に未熟児で障害を残した子どもでは保健所管内を越えた医療機関との連携も必要であり、県や政令市が保健、福祉、医療と教育の連携を主導することも一つの方法であることを提議した。

5. 障害児の生涯にわたる保健と教育の連携

について

佐藤等の報告（小規模町村における母子保健事業の現状）は、心身障害児や境界児では乳幼児健診後フォローアップしていくが保育所や幼稚園に入園すると途切れることが多くなり、就学時に関係者は苦勞する。卒業後就労するのは地元が多いのでまた町村でフォローアップする。これらの子どもを生涯にわたりみていける体制作りの提案があった。

公的健診とは

国立公衆衛生院次長 高野 陽

乳幼児期の保健活動において、健康診査や保健指導の占める位置は大きい。現在、乳幼児を対象にした健診は市町村等が実施する公的なものと医療機関が独自に実施するものがある。この公的なものには、経費は公的負担で実施されるものが含まれる。今後、市町村が基本的母子保健サービスの実施主体となることを考えると、公的健診のもつ意義は非常に重要である。

公的健診の目的には、地域内に住む個々の乳幼児の発育発達状態を含む健康状態・育児に基盤をおく生活実態を把握し、保護者に対して適切な指導を行ない、乳幼児の健康の保持増進を図り、順調な発育発達を保证するための育児支援を目指す事業であることはいうまでもない。と同時に、それぞれの地域の乳幼児に関する各種の健康指標の収集という意義も有している。健診によって得られた個人の結果は集計されて、その市町村や地域の地域診断の資料を提供していることになる。この結果を如何に分析し評価し活用するかは、その地域の乳幼児やその保護者、地域住民の保健医療福祉、時には教育の方向性を決定する重要な意味も持つ。この視点から見ても、公的健診の重要性は否定できず、集団方式を採用するにしても、個別方式で医療機関委託形式において実施するにしても、効率的で無駄のない適切な健診方法が採用でき、その結果の収集と分析・評価・活用さらに管理が十

分に行えることが基本的な条件となる。

平成9年度よりの母子保健サービスの具体的な実施項目からみて、乳児期（いずれの月齢を対象にするべきかは後の検討事項としても）、1歳6か月児健診、3歳児健診および公費負担による医療機関委託の乳児健診（一般には2回）は不可欠な事業である。これらの事業において、上記の目的を適切に果たせるようにすべきことは各市町村にとっては必須のことであり、それ故、健診に関与する人材には十分なる配慮が必要となる。言うまでもなく、ここでいう人材とは量質の両面を指す。この人材については、医療機関で実施される「私的健診」に比して多少有利な条件を持っていなければならぬのである。この点の検討を、個々の市町村自体で行えうるとは、必ずしも断定できない。そこで、その市町村を所轄する保健所および都道府県の機能に委ねなければならぬことになる。

上記事項の検討にあたって、

（1）効率的な健診実施時期（適正な対象の選定）

（2）健診に携わる人材の職種とチーム編成

（3）人材の質的向上

（4）健診結果の効率的活用

の4点に視点を当ててみたい。

（1）効率的な健診の実施時期（適正な対象の選定）

上記の目的に応じた健診を実施するにあたって、対象の選定は重要な課題である。特に乳幼児という年齢を考慮に入れたとき、健診の対象となるべき年月齢の選定は重要な意味をもつ。それは、小児の特性である発育発達状態が適切

に把握でき、それに応じた育児や生活の確立、発生しやすい疾病や事故の予防、さらに乳幼児の各時期に発生してくる育児不安の解消に向けての対応を目的にして、無駄な健診を省き、健診実施の時期を選定することが必要である。さらに、実施される健診が保護者と家族に負担になってはならず、同時に市町村の各種の負担を重くしてはならぬ。この点を十分に考慮し選定すべきである。そのためには、過去の健診の実態、各種の情報によって把握できた個々の地域内の乳幼児の健康状態、生活や育児実態、保護者や家族の生活実態や育児上の問題を基礎的な情報として確保しておくことが必要である。

集団健診という形態を採ることは困難であるが、1か月児を対象月齢として選定することは、小児保健上の意義が大きく、先天異常を始め新生児期に発見されなかった疾病異常や問題の発見、今後の育児方針の決定、特に育児不安解消にとっては、非常に重要な月齢であり、出来るだけ小児科医の健診及び指導を受けることが望ましい。

それ以降の年月齢としては、精神運動発達の観点から3～4か月を当てる必要がある。勿論、月齢が大きくなれば発達の遅れの評価は容易となり、「無駄な」健診や親の余計な心配を軽減することができる。

次の対象としては、発育発達、それに基づく生活や育児上の問題に適切に対応するために、6～7か月と9～10か月を乳児期の健診の時期とすることが望ましい。

また、幼児期においても上記の観点を導入することは必要である。例えば、1歳6か月児健

診においても、対象年齢を1歳6か月に近くするか、少し離すかについても、上記の発達の視点を重視することもできる。しかし、離乳の完了状況、換言すれば、幼児食への移行状況、幼児期の生活習慣への対応状況、う歯予防等を考慮に入れたときには、余り遅い時期は不適切であろう。その意味では、1歳8か月前後を中心とした時期が良いものと考えられる。

(2) 人材の職種とチーム編成

公的健診の実施にあたっては、各種の健診の目的において必要とされる職種が参画できることが望ましい。これまでの研究結果によって小児科医・心理関係者の参画を求めることが不可能である地域が多いことが指摘されている。また、歯科衛生士も比較的求めることが問題となる職種であることが報告されている。

このように、人材の確保に問題が多い地域を所轄する保健所では、市町村支援の目的から、早い時期から保健所単位で乳幼児期の健診を専門的に担当する医師（小児科を専攻した人材が望ましい）を確保し、小児科医の不足を補えるように配慮する。この医師は、健診に携わる以外に、地域の予防接種・健康教育などの公衆衛生活動に参加できるようにし、その地域の「小児保健専門医」としての役割を期待し、地位と報酬を保証する。今後、地域内における医師の過剰時代にも、先駆的に医師の就労の効果を高めることも可能となろう。

また、歯科衛生士等のスタッフについても、保健所管内ごとに人材バンクを設置し、在宅の人材を含め人材の登録作業を実施し、その中から人材を活用する。このようにして健診チーム

を編成し、必要としている市町村に派遣する。

（３）人材の質的向上

人材の質は、その地域の乳幼児の健康上重要な問題を秘めている。健診を担当する職種全体に対して、定期的に研修を実施する必要があることはいうまでもない。特にいわゆる「雇い上げ」の職種には、参加を義務づけることが望ましい。人材の確保に困難を来すような地域においては、「産休要員」的人材を所轄保健所管内で確保しておき、研修に参加中の正規職員の補充的役割を果たせるようにする。この補充的役割をなす人材については、予め各保健所に登録させておくとともに、正規職員と同等以上の知識と技術が要求されることから、適宜十分な研修を実施することが必要である。

小児科医の確保の困難な地域においては、他科を専門とする医師に対しても小児科学の知識と診察技術・発達診断・育児実態の把握・各種保健指導内容の習得のための再教育と適宜の研修を各都道府県単位または各医師会単位で実施し、効果を高める必要がある。その際、日本小児科学会・日本小児科医会及び日本小児保健協会が現在実施しているセミナー等とは別個の研修事業を実施し、各々の協力によってより充実したものにする。また、国段階で実施されている教育研修にも参加できるように、各都道府県が十分に配慮することが必要である。特に、保健医療福祉の総合的施策に関しての認識の向上には、国立保健医療福祉政策研究所（仮称）の研修センター（仮称）の実施する予定の研修にも参画させることも望ましい。

（４）健診結果の効率的活用

健診結果が個々の乳幼児とその保護者にとって有効であるだけでなく、地域の保健医療福祉の向上にとっても有効な資料として古くから活用されることが期待されている。そのためには、個人のプライバシーの保持の万全を尽くした上で、各関連部門での活用可能な体制の確立が望まれる。特に、保健と福祉領域、学校保健領域との密接な情報交換は地域の母子保健の向上に不可欠である。そのためには、健診担当の各職種における個々の専門性に基づいた認識の変化、各職種間における共通の認識の共有、住民の意識改革に向けての対策の確立が必要である。ここで活用される情報が、如何に地域の母子保健にとって有効なものであるかの証明に努めることが必要である。

ホストと端末機の関係はどうあるべきか

自治医科大学 公衆衛生学 尾島俊之

【目的及び方法】

担当職員に恵まれない地区では、小児科以外の医師が乳幼児健康診査を担当することが多い。また、表１のように、個別健診においては、保健婦がいない状況で、小児科以外の医師が保健指導を行う必要がある。これらの状況での母子保健事業の充実のためには、医師が担当する診察場面を中心としたコンピュータ利用が有効であると考えられる。ここでは、そのシステムを「診察支援システム」と呼ぶことにする。

この研究においては、診察支援システムのありべき姿を明らかにすることを目的として、ホストと端末機の関係、すなわち、診察支援システムと市町村における母子保健システム全体との関係、また情報利用側と情報提供側との関係を軸に検討を行った。

【コンピュータの利点と欠点】

母子保健事業においてコンピュータ利用をする場合に、その目的は表2に示す通りであると考えられる。診察支援システムの機能を決定する際には、これらのことに寄与するかどうかを検討することが重要である。また、システムを開発する際には、それが良く利用されることを最も重視すべきである。そのためには、書籍や紙の用紙、また電話などの従来の方法と比較して、コンピュータを利用した方が便利であるとの実感が得られるようにしなければならない。コンピュータ利用の場合、データベースを利用する場合には書籍と競合し、コンピュータを介して小児科医の判断を仰ぐ場合などには電話と競合する。それぞれについて、コンピュータを利用した場合の利点と欠点を表3に示す。

【診察支援システムの背景】

支援すべき診察の構成要素について分析すると、表4に示す通りである。最初の「行動」に関しては、診察全体の流れや、母親へ何を質問すべきかについて、コンピュータが支援することができる。神経反射の誘発に関しては、別途研修などにより医師が行う他はない。認識に関しては後述する。そして、認識した結果に基づ

き、どのような判定とするか、保健指導を行うか、事後措置を行うかを判断するが、その点でのコンピュータ支援も有効である。最後に、判断結果に基づき保健指導を行う。集団健診の場合には、詳細な保健指導は保健婦が行うことが多いため医師の担うべき役割は比較的小さい。しかし、個別健診においては医師による保健指導が非常に重要であり、コンピュータ利用で、よりわかりやすく、また同じ効果のために医師の携わる時間を短縮することが可能である。

これらの診察の構成要素の中で、小児科以外の医師が最も苦手とする点が「認識」であると考えられる。認識事項を表5にまとめた。これらの中で重要度が大きいものが、視診と聴診である。

次に、コンピュータ操作をする人として考えられるものを表6にまとめた。診察支援システムにおいて、最も問題となることは、診察医がコンピュータにどの程度の入力ができるかという点である。利用する診察医のタイプとして、コンピュータ利用に慣れている医師と、コンピュータ利用をあまりしたことがない医師の2種類が考えられる。コンピュータに慣れている医師の場合には、キーボードによる文字入力も可能であり、かなり高度な利用が考えられる。一方、コンピュータを利用したことのない医師の場合には、なるべく入力負担の少ない形を考慮すべきである。すなわち、タッチパネルによる選択式の入力や、保健婦や看護婦などが入力する形が考えられる。しかし、集団健診の場合、保健婦の負担も極力少なくする必要もある。その他、親（住民）自身で操作してもらう方法も

表 1. 乳幼児健康診査時の保健指導担当者

- ・ 集団健診 - 主に保健婦
- ・ 個別健診 - 医師

表 2. 母子保健コンピュータ利用の目的

- サービス向上
 - ・ 健診精度の向上
(見逃し、過剰診断の減少)
 - ・ 保健指導をわかりやすく
(・ 母親心理のケア)
- 省力化
 - ・ 少ない人員で
 - ・ 短時間で
 - ・ 低コストで

表 3. コンピュータの利点と欠点

- 書籍との比較
 - 【利点】
 - ・ 膨大な情報をコンパクトに保存
 - ・ 最新の情報に更新可能
 - ・ 全文の検索が可能
 - ・ 動画や音声も扱い可能
 - ・ 計算や判断が可能
 - ・ 高度なことのように見える
 - 【欠点】
 - ・ 入力が必要
 - ・ 起動や表示の時間がかかる
 - ・ 目次で探すよりも時間がかかる
 - ・ 斜め読みに時間がかかる
 - ・ 機器を置くスペースが必要
 - ・ 経費がかかる
 - ・ 非人間的のように見える
- 電話との比較
 - 【利点】
 - ・ 画像も送れる
 - ・ 手の空いた時間に回答可能
 - ・ 応答の記録が保存可能
 - ・ 人間関係の遠慮が少なく済む
 - 【欠点】
 - ・ 操作が煩雑
 - ・ 経費がかかる
 - ・ 人間関係の機微が伝わりにくい

表 4. 診察の構成要素

- (1) 行動 (質問、神経反射誘発)
- (2) 認識 (視診、聴診、触診)
- (3) 判定
- (4) 行動 (説明、保健指導、記録、受容)

表 5. 診察に必要な認識事項

- ・ 問診
- ・ 視診：顔貌、皮膚、行動、神経反射
- ・ 聴診：心音、呼吸音、言葉
- ・ 触診：腹部等

表 6. コンピュータ操作をする人

- ・ 医師
- ・ 保健婦、看護婦
- ・ 親 (住民)

表 7. 診察支援システムの機能

- 診察支援
 - ・ 発育グラフ
 - ・ 診察マニュアル・判定支援
 - ・ 認識支援
 - 静止画：皮膚、顔貌
 - 動画：神経反射、行動
 - 音声：言葉、心音、呼吸音
 - 判断基準提示
 - 即時小児科医判断
 - 後日小児科医判断
- 保健指導支援
 - ・ 紙芝居方式 (医師が説明)
 - ・ ビデオ方式 (コンピュータが説明)
- 集団分析支援
 - ・ 結果の入力、集計

図1. コンピュータのネットワーク

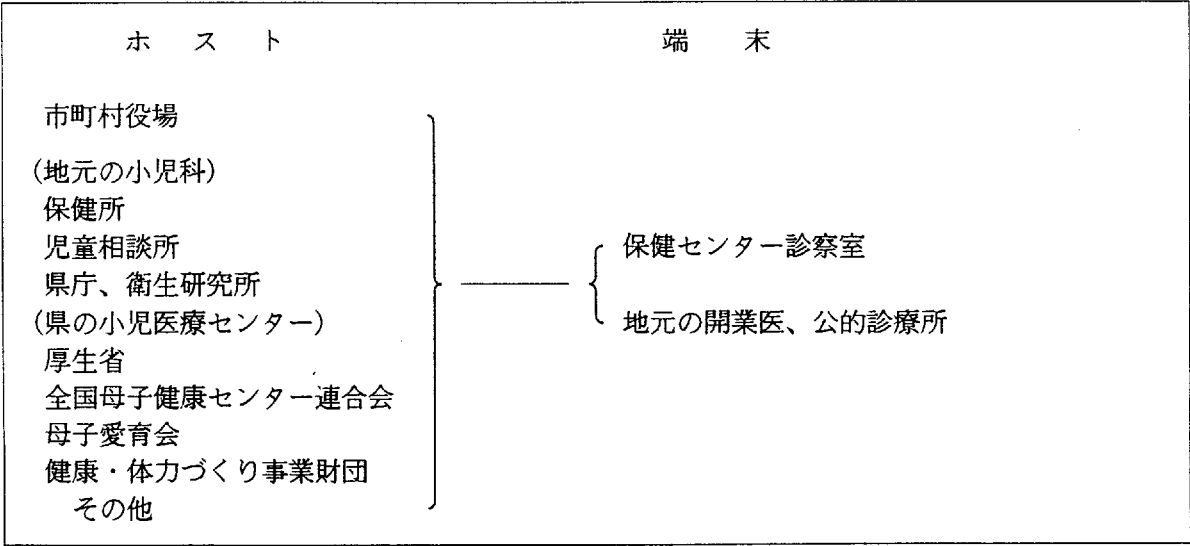


表8. ホストと端末で交換される情報

○端末 → ホスト
・ 認識支援データ （静止画、動画、音声）
・ 判定支援プロトコール
・ 集団分析支援用データ（診察結果）
○ホスト → 端末
・ 診察マニュアル
・ 認識支援の判断基準情報
・ 認識支援の小児科医判断結果
・ 発育グラフ用の身体計測値
・ 保健指導用情報（紙芝居、ビデオ）

表9. 情報交換方法

○オンライン
公衆電話回線
パソコン通信
インターネット（プロバイダ経由）
専用線
LAN(Local Area Network)
WAN(Wide Area Network)
インターネット（Ethernet 接続）
○オフライン
郵送、持参
フロッピーディスク
光磁気ディスク
CD-ROM
紙の記録
FAX

ある。

【診察支援システムの機能】

以上の背景から、診察支援システムの機能をまとめると表7の通りである。

診察支援システムにおいて、現時点で最も有用と考えられるものは、発育グラフ機能であろう。身長・体重・頭囲などの発育データを身体計測担当者がホストコンピュータに入力することによって、診察や保健指導の場面で、発育グラフを表示することができ、発育異常の見落としなどを防止することができる。

診察マニュアル機能により、診察手順などについてコンピュータを参照すると、漏れの無い診察を行うことができる。判定支援機能としては、診察により何らかの異常の疑いを発見した場合に、それをどのように判定・事後管理し、またどのような保健指導を行えば良いかを医師にアドバイスしてくれるものである。これらの機能については、書籍としての診察マニュアルとの、使いやすさの比較が重要である。一般的には、一画面に表示可能な文字数などから考えて、一度に見ることのできる情報量は書籍の方が上回ると考えられる。また、一般的なキーワードからの検索においても、コンピュータでの検索と書籍での目次や索引による検索では同程度の時間であると考えられる。コンピュータ利用では、キーワードなどを入力する必要があるという大きな欠点がある。反面、コンピュータの利点としては、目次や索引に無いような非定型的なキーワードでも、マニュアルの全文を検索することができる。ただし、その場合には多

数のページが該当してしまい、読む上で時間がかかることもありうる。

認識をコンピュータが支援する際には、診察医が自分で判断することを支援する方法と、遠隔地の小児科医に判断してもらうことにより診察医を支援する方法がある。例えば、かさかさして荒れた皮膚の子供を診察した場合に、正常範囲内であるのか軽度のアトピー性皮膚炎であるのかの識別が困難であることが多い。第1の方法では、正常範囲内から明らかに疾病段階であるものまで、数段階の例をコンピュータ上に表示し、今、診察している児の皮膚がどれに最も近いかを見ることにより、よりの確な認識を行うことができる。第2の方法では、診察医が判断に迷った際に、その皮膚を静止画としてデジタルカメラで撮影し、コンピュータを経由して、県の小児医療センターや地元の小児科医に画像を送り、その小児科医の判断にゆだねるのである。同様のことが、ビデオカメラによる動画や、マイクロフォンによる音声として、情報をコンピュータに取り込むことができる。また、小児科医の判断に関しては、即時見ってもらう方法と、後で見ってもらう方法がある。即時見ってもらう方法では、すぐに結果をもらうことができるので、その場で保健指導を行うことができ、受診者にとってのメリットは大きい。反面、小児科医は待機していなくてはならないため、後で見ってもらう方法の方が現実的であると考えられる。その際には、老人保健事業の血液検査のように、受診者に対しては、後日、結果を返して保健指導を行う必要がある。ともあれ、コンピュータを経由して小児科医の判断を仰ぐこの

方法は、従来のように、軽度の異常を要精密検査として専門医療機関に紹介するか、異常なしとするかに強制的に振り分ける方法よりも、見落としや過剰診断を減少させることができる。

保健指導支援としては2種類が考えられる。紙芝居方式は、コンピュータ画面を医師と親が一緒に見ながら、医師が保健指導を行うものである。単なる口頭での保健指導に比較して、静止画や必要により動画・音声も参考にしながらの保健指導となるために、わかりやすい保健指導が期待できる。反面、従来よりも丁寧な保健指導となり、また必要な画面を表示するために何らかの入力をして、さらに画面が表示されるのを少し待つことになるため、口頭での保健指導よりも所要時間がかなり長く必要となる。

ビデオ方式は、診察時に医師が必要な保健指導項目をコンピュータに指示すると、診察後にコンピュータがその児に必要な保健指導項目を自動的に編集して、親に見せるものである。医師の診察時間を大幅に短縮できるメリットがある。反面、親がさらに質問したい点があった場合などは、コンピュータの説明後、再び医師に直接質問する必要がある、親にとっては煩わしい。

集団分析支援としては、健診の結果を入力しておくことにより、ホストコンピュータにて自動的に集計する機能である。ただし、担当者に恵まれない地域では一般的に受診数が少ないので、手集計でも簡単に可能である。そのため、あくまで副次的効果と考え、これ自体を目的とは考えない方が適切であろう。

【ホストと端末の情報交換】

近年のコンピュータの小型化と、パソコンの高機能化の流れにより、すべてのパソコンは「ホスト」にも「端末」にもなりうる状況が生じている。しかし、ここでは仮に、図1に示すように、診察場面で使われているコンピュータを「端末」、ネットワークを組んでいるそれ以外のコンピュータを「ホスト」と呼ぶことにする。

ホストと端末で交換される情報を表8に示す。端末からは主として診察結果などが送られる。逆にホストからは、主として診察マニュアルや保健指導などの膨大な量の専門的情報が送られる。

表9にそれらの情報交換の方法を示す。インターネットやパソコン通信を介してオンラインで提供する方法や、CD-ROMや光磁気ディスクなどの形でオフラインで提供する方法が考えられる。必ずしもオンラインでの情報交換が優れているわけではなく、オフラインでの情報交換も積極的に活用すべきである。現時点での通信回線の速度を考慮すると、膨大な量の情報に関しては、CD-ROMなどでの提供が実用的であると考えられる。ただし、その後の追加・修正分については、パソコン通信で電送しておくことも効果的であろう。

診察マニュアルや保健指導内容をコンピュータで提供する場合に最も困難である点は、誰が作成して入力するかという点である。市町村単位や都道府県単位での開発はかなり困難であり、また非効率的であると考えられる。そこで、情報提供者としては、全国的組織の中央で一括し

てマニュアル作成などを行うことが必要であろう。書籍よりも、コンピュータでのマニュアルの方が優れていると感じられるようになるためには、従来の一冊の書籍と同等の情報量ではなく、書籍数十冊分以上の情報量が含まれ、また逐次、最新の内容に更新される必要がある。そのため、診察マニュアルなどの開発に当たっては、新しい月刊誌を創刊するのに匹敵するような人員配置が必要であると考えられる。

【心理的問題】

従来の診察室に慣れている者にとっては、診察机にパソコンがあることについてどうしても違和感があり、パソコン設置がためらわれる心理もある。ただし、書籍を見ながら診察を行うよりも、パソコンを参考にしながら診察を行う方が、患者や住民から見て、先端的な医療を行っているように見え、信頼感を損ねずに済む利点もあると考えられる。

小児科医の判断を仰ぐ場合に、システムさえできあがれば、電話よりも遠慮なく利用しやすいと考えられる。これからは、全面信頼型の人間関係よりも、部分的接触型の人間関係が拡大せざるをえないと考えられる。一方で、相談し相談される医師どうしが、直接会って飲むような機会も重要であろう。

【安全対策と倫理】

診察マニュアルなどの情報や個人情報が増えたり、盗まれたりしないようにするための安全対策も重要である。システムや記録媒体に部外者が触れることがないように、夜間の施錠

をしっかりと行うことが重要である。また、公衆電話回線を経由したり、特にインターネットを経由する場合には情報を盗み見られるおそれがあるため、暗号化して電送するなどのことが必要になると考えられる。

個人情報に関しては倫理面での配慮も重要である。診察情報が本人の知らない間に小児科医に送られてしまうことには問題があるかもしれない。しかし、自信のない症例について、症例検討会に持ち込んだり、大学に問い合わせるなどのことは従来からも行われており、またそれは本人のためにもなることである。「必要があれば小児科医の判断も仰ぐ」旨を公表して、それに同意した者が健康診査を受診するようにすることが好ましいと考えられる。そのことがむしろ健康診査の信頼を高める効果もあると考えられる。

【費用負担】

診察医が、ホスト側からの診察マニュアルを利用したり、ホスト側の小児科医の判断を仰いだりする場合の費用負担をどうするかという問題がある。小児科の知識技能の優れた医師ではそれらの機能を利用する必要性は少なく、逆にあまり自信のない医師では必要性が大きくなると考えられる。また、市町村は診察医に健康診査委託料を支払っているため、診察医がそれらの費用負担をすべきであるとの考え方もあると思われる。しかし、この診察支援システムは、健康診査や保健指導の質的充実が大きな目的となっており、それは診察医の道義的責任だけではなく、市町村の責任であると考えられる。そ

のため、基本的には市町村が費用負担すべきであると考えられる。しかし、担当者に恵まれない地区では市町村財政も厳しいところが多く、また中央機関での診察マニュアル作成費用も膨大である。これらに対する国の手厚い補助が必須となるであろう。

健診でのコンピュータ利用の可能性

日本総合愛育研究所 母子保健研究部

斉藤 進、加藤忠明

対人保健サービスを市町村が主体的に行うようになれば、それぞれの地域特性に応じて様々な工夫が可能となる。そこで、健診担当職員に恵まれず人材不足があっても、少しでもコンピュータに関心のある医師や保健婦が1人でもいれば、コンピュータを利用して健診の実施を容易にさせる方策を模索した。

1. 健診業務のサポート（健診記録の電子化とサポートソフト）

健診記録に関してコンピュータを利用することは、健診やコンピュータに関心のある専門家がいて始めて可能なことである。したがって、出生数の少ない地域においては、現状では不可能な地域がほとんどであろう。しかし、最近は様々なゲームソフトが開発され、CD-ROMなど音と画像で楽しめるようになっているので、少しでも使い慣れて楽しめることができれば、

今後は利用可能な専門家が少しずつ増えると予測される。健診結果の電子化は、後日改めて入力するのでは効率化、省力化は図れない。健診の進行と同時に現場で入力される必要がある。その場合、健診時に基本となる各年月齢の問診項目や診察手順を入力しておき、健診時に必要な部分を随時画面に引き出して問診したり、診察するのも一つの方法である。

小児科以外の医師など健診に不慣れな医師が健診しても、質を下げないで健診を行うためには、診察が見落としなくできなければならない。そのためには診察手順は容易に消去できないような健診サポートソフトを作成するとよい。問診項目に関しては、母子手帳の「保護者の記録」欄の内容は最低限必要であるが、地域特性に応じていろいろな工夫が可能になるよう、多少、追加、または削除できるソフトが望まれる。このソフトにマルチメディア化、ハイパーテキスト化（有機的にリンクした形で相互参照が簡単にできる機能）した詳細な健診技術マニュアルや文献情報データベース、自己トレーニング用ソフト（対象・レベル別健診シミュレーション）などを作成追加すると便利であろう。

健診記録の電子化は、プライバシー保護の問題、地域特性の差などはあるが、将来的には健診記録を現場で入力し、全国的にコンピュータ管理できるとよい。その場合、少数の項目のみの管理にしないと、実際に活用されない恐れがある。理由は、データ入力の負担（人的、費用的な面）が高くなり、データの欠損や入力されない、入力出来ない項目の増加が懸念され、また健診記録の全国的な標準化が難しいので、集

計不可能になりやすい。

大学病院と地域医療機関をネットワーク化したスーパー・ホスピタル構想が動きだしている。健診についても専門機関や二次医療機関とコンピュータ・ネットワーク化し、小児科専門医が健診に不慣れな医師をバックアップするシステムの構築が必要であろう。また、ネットワークを利用して判定委員会を開く方法もある。

2. 電子メディアによる情報提供（育児書、母子健康手帳副読本、心配事相談 Q&A 等の電子化）

親の心配事など、保護者からの相談内容をコンピュータ検索できれば便利である。夜泣き、おむつかぶれ対策などをコンピュータ画面上で調べたり、音楽や音声なども併用して保護者に説明できると、健診担当者だけでなく、親子も楽しめる。ただし、この場合は病気を診断するのではなく、何か心配事がある場合に、またはある程度診断がついている場合に、コンピュータを利用して心配事を解消させるものである。

医学書や育児書などを健診担当者が自分で調べたり、電話やファックスを利用して他の専門家に問い合わせてもよいが、コンピュータ検索は、各種の言い回しや方言なども含めて索引しやすいようにすることが可能である。最近の CD-ROM は検索しやすいし、音と画面を利用すれば親たちもわかりやすい。駅の観光案内などに利用されているシステムを拡充して整えれば可能であろう。最近の本は、ワープロ入力されているものもあるので、その著作権を買い取れば、育児書の内容をコンピュータ入力するこ

とは必ずしも難しいものではない。

各々の市町村で上記のソフトを作成することは、予算上も、また人材的にも不可能であるので、厚生省など国が 1 つ作成して希望の市町村に配布するとよい。

これらのソフトやサポートソフトの開発にあたっては、ユーザーインターフェイスを工夫する必要がある。キーボード、マウス、バーコードリーダーのほか、タッチパネルなども取り入れたい。マルチメディア、インターネット技術の急速な発展で、より使用し易いソフトが開発されつつある。ソフトも CD-ROM 版が主流でインストールも楽になった。しかし、CD-ROM をセットしただけで使え来るものは少ない。インストールせずに、セットして電源オンで簡単にスタートする方式も検討する必要がある。内容やソフトによっては、ハード面の費用が安く、操作がやさしいファミコン版などの開発も検討するとよい。

3. コンピュータ診断

各種の症状や所見からのコンピュータ診断は、人工知能を用いた医療診断用のエキスパートシステムを利用すれば可能ではある。医師が病気の診断を行う際の思考過程は、問診や診察のなかから何か具体的な疾患が疑われる場合に、その特定の疾患の経過や症状に合致しているかどうかの確認である。合致していない場合は、別の疾患を想定しながら、また同じことを繰り返す過程である。したがって、コンピュータの単純な作業過程とはかなり異なるので、コンピュータ診断用のソフトを作成する時の費用は膨大

になるであろう。

コンピュータ診断用ソフトは一旦作り上げれば、利用価値は非常に高いものとなる。ただし、それを利用して誤診した場合の責任の所在などは、あらかじめ十分考慮しておかなければならない。

乳幼児健診のデータ処理に関する検討

データ処理用コンピュータソフトの試作

こどもの城小児保健部 山中 龍宏

君津中央病院新生児科 内田 章

研究目的

担当職員に恵まれない地区での乳児健診、保健指導を充実させるには、誰でもが使えるようなシステムの構築が必要となる。近年コンピュータ技術が発展し、それを用いて健診のシステムを考えてみることにした。今回、小規模な地域で、大型コンピュータや専門の技術者がなくても、パーソナルコンピュータで利用することができ、専門知識がなくても利用しやすい健診データ処理用システムの開発を試みた。

コンピュータソフトの基本的な考え方

1) 小規模な地域での利用を想定する。

人口10万人とすると、現在の出生数は約1000人である。これと同程度以下の規模の地域での利用を想定した。

2) 入力項目は最小限にしぼる。

健診システムが異なる地域でも利用できるように、入力項目はどの地域にも共通しているような基本的な項目にしぼる。これに独自の入力項目を追加できれば望ましい。

3) フロッピーディスクで利用できる。

パソコンさえあればすぐ利用できるようなシステムにする。コンピュータソフト本体はハードディスクに収納するとしても、情報はフロッピーディスクに蓄積できる。

4) カード型のデータ入力ができる。

健診票に記入するのと似た感覚で利用でき、専門の技術者でなくとも入力しやすい。

5) キー選択だけで処理が進められる。

コンピュータの知識があまりなくても、画面をみてワンタッチで処理ができる。

6) 個人データの経時的処理ができる。

データ処理システムの試作

カード型データベースソフトの「The CARD 3+」を利用して健診情報処理用システムを試作した。「The CARD3+」は次のような点で目的に適していると考えた。

1) カード型の入力ができ、入力画面を自由にデザインすることができる。

2) 複数のフロッピーディスクを連結させて、情報容量を拡大することができる。

3) コードによる入力ができ、入力作業の省力化やデータの処理に有用である。

4) 処理手順を設定しておけば、メニューの項目を選ぶだけで自動的に希望の処理を進めることができる。

5) 平均、標準偏差、日数計算などの健診のデ

ータ処理に必要な関数が備わっている。

6) データを他の表計算ソフトに転送でき、データベースとしての発展性がある。

結果

1) 入力する項目は、既存の健診票を参考にして最小限にしぼった。内訳は以下の通り。

(1) 個人登録	12 項目
(2) 既往情報	18 項目
(3) 4 か月児健診	20 項目
(4) 10 か月児健診	18 項目
(5) 1 歳 6 か月児健診	22 項目
(6) 3 歳児健診	20 項目

合計すると一人当たり 110 項目となった。このデータを 2 枚のフロッピーディスクに分けて収納するようにした。

2) 一個人のデータについては、ID 番号によって、個人登録～既往情報～4 か月児健診～10 か月児健診～1 歳 6 か月児健診～3 歳児健診が連結するようにした。

3) 入力の省力化、検索集計の便宜を図るため、次の工夫をした。

(1) 年齢は生後日数で表し、生年月日と健診受診日とから自動的に計算するようにした。

(2) 1 日平均体重増加、カウプ指数が自動的に計算されるようにした。

(3) 住所と診察所見はコード入力とした。コードは自由に入力して設定できるようにした。今回は診察所見コードとしては比較的一般的なものにしぼり、それ以外の所見は「他の～異常」で済ませることにした。

(4) 入力、集計、検索などの処理項目をメニ

ュー選択画面で選べるようにした。

4) 既存のデータとして、人口約 11 万人、出生数約 1100 人の地域の、同じ 1 年間に生まれた児の 3 歳児健診までのデータを健診票をもとにして実際に入力し、集計を試みた。次のような集計を各々数分程度で行うことができた。

<例 1> 男児の体重

出生児	3,113 ± 410 g (n=650)
4 か月	7,035 ± 756 g (n=582)
10 か月	9,251 ± 900 g (n=581)
1 歳半	10.8 ± 1.0 kg (n=590)
3 歳	13.9 ± 1.5 kg (n=578)

<例 2> 4 か月児のカウプ指数の分布

～ 10 未満	0
10 以上～ 12 "	2
12 " ～ 14 "	6
14 " ～ 16 "	167
16 " ～ 18 "	586
18 " ～ 20 "	332
20 " ～ 22 "	33
22 " ～ 24 "	5
24 " ～	0

<例 3> 4 か月児の顎定

正常	1066	異常	59
----	------	----	----

<例 4> 10 か月児のパラシュート反応

正常	1069	異常	45
----	------	----	----

<例 5> 言葉の遅れ

1 歳半で (+) のもの	58
うち 3 歳になっても (+)	17
3 歳になったら (-)	41
3 歳で (+) のもの	52
うち 1 歳半のときも (+)	17

考察

今回のように最小限にしぼった項目数なら、約 1000 人分までのデータをフロッピーディスクで処理することは可能であると思われた。ただし、今回既存のデータとして利用した地域では、転出転入があるために実際には約 1300 人分のデータを処理する必要があった。このためにフロッピーディスクの容量をオーバーしたので、実際のデータ処理にはハードディスクを利用した。

例示したように比較的単純な集計計算をするだけでも、従来の健診票では膨大な時間がかかり実行されることは少なかった。最小限にしぼられた項目であっても集計計算が短時間で行えることにより地域の全体像が容易に明らかにされ、地域の保健指導の充実のために役立つと思う。

個人指導を行う場合、ある条件の該当者を漏れなく検索する場合にコンピュータによる処理は威力を発揮する。しかし、限られた項目数で個人の継続的な変化の細部をつかむのは困難であり、従来の健診票の方が適している。

健診票をそっくりコンピュータ健診票に変えるのではなく、健診票の特定の項目はコンピュータによるデータ処理のしやすい形（デジタル型データ）に作っておく。コンピュータに入力しにくい細部の情報（アナログ型データ）は健診票に記入しておく。適宜両者を使い分けるのがよいと考える。

新しい乳幼児健診システム構築のために
とくに健診に関心がうすい医師を対象に

福岡市医師会 松本 寿通

市町村に母子保健事業が移譲される際、乳幼児健診と保健指導の内容と質の低下をきたさないように、というより、むしろこの機会に多様化するニーズに的確に対応したきめ細かい健診システムを構築するという積極的な方策が求められるべきである。つまり異常の早期発見、対応などのための健診、保健指導など疾病指向型より、更に子どもの心の健全な発達、子育て支援などの中心的役割を担う健康指向型の健診システムを作り上げるよきチャンスと考えたい。しかし老人保健の充実が多忙な地域自治体が、現在行われている健診の質を落とさず、さらに健康指向型の健診を進めてゆくためには、人的にも財政面からも、余程のテコ入れをしないと解決すべき課題が多すぎる感がある。関係者の十分な配慮を心から望みたい。

健診が市町村に移譲された場合、小児科医が確保できない地区がでるのは、全国的にみて少ないと考えられる。このような地区における健診で、その質を維持、更に向上させるために考えられるストラテジーについて述べる。

1. まず郡市医師会は行政と密接な連携をとりながら健診体制の変化に対応できるような新しい健診の受け皿となる乳幼児健診委員会的な組織を整備することに早急に着手する必要がある。この際、健診システムの企画より実施方法、

事後措置にいたるまで、小児科医を中心とした地域医師会がリーダーシップを発揮することが求められる。このことによって健診医は行政によって敷かれたレールにのって他動的、惰性的に行うのではなく、健診医は地域の小児保健に対する責任を自覚して、今までより以上に積極的な意欲を持って行うことができるであろう。

2. 健診に関心が深くない医師でも、質を落とさずに行うために、具体的にまず行うことは健診票の整備である。

健診票について、集団、個別健診、あるいは公費、私費負担などその方式は問わず、一定の健診票が必要である。これによって健診の見落としが防がれ、質がある程度、均一化されて健診レベルの向上が計られるからである。とくに先に述べたような子どもの心の問題、育児不安に対する支援、あるいは境界児などのチェックのためには、それに対応できるようなチェックリストをつくり、陽性所見があれば医師、あるいは保健婦などによるダブルチェックを行って見誤りを防ぐことなどによって、健診に関心のうすい医師にも新しい健診にある程度対応することが可能である。付図は現在、福岡市での公的健診に使用されている健診票のなかのアンケート表であるが、これらの要求がある程度満たされている。

3. 精度が高く、質の良い正しい健診が行われているか、健診を行う場合の最も重要なポイントであるが、健診が未熟、発達診断学的方法に不慣れ、健診に熱意が感じられない場合など、質の高い健診は望めない。質の向上のためには健診医に対する十分な研修が必須である。新し

い健診の手法を身につけて正常児、とくに幼弱乳児を正しく診察できる技術、児の発育、栄養などの診断、指導はもとより、境界児、発達の遅れ、難聴、弱視などとともに、心の問題を含めた異常の早期発見、育児不安への対応など新しい知識を常に吸収し、それを自由に駆使して適切な育児指導を行うことが必要で、特に個別健診ではこの点、強く要求される。そのためには地域医師会は行政、教育機関などと連携をとりながら研修システムを整備する必要がある。そして研修会を少なくとも年に1回行い、研修を終えた医師に限って健診登録医として、今後の公的健診に参加することができるような研修システムが望まれる。

4. 健診に関心がうすいと思われる医師によって健診が行われた場合、少しでも疑われる所見があれば、必ず二次健診を受診させて判定委員会で討議する必要がある。このような事後措置システムを完備することが絶対条件である。二次健診は市町村保健センターで行い、更に診断確定後の保健指導、事後措置など三次健診は保健所、或いは指定医療機関、児童相談所などの専門施設が望まれる。この際、二次、三次機関における必要なデータは一次の健診医にフィードバックされる必要がある。

5. 乳児期における健診月齢について、まず1か月児健診は育児支援のためにも必要で、公的健診の一つとして実現されることを希望する。しかし1か月児健診は技術的に専門性が必要であり、従って健診に関心がうすい内科医などによって行われるべきではない。

その後の月齢については、例えば東京都にお

けるように3か月、6か月、9か月と決めることには疑問がある。それぞれその後に1か月間の幅をおくべきである。健診はあくまでスクリーニングすることであり、発達のチェックは通常、粗大運動では90%の通過率が指標とされている。運動発達の重要なチェックポイントである頸座は4か月が適当であり、また独座は7か月が適切である。また診断的価値が高い「顔に布をかけるテスト」、また「パラシュート反応」など90%の通過率からいえばそれぞれ7か月、10か月が適当である。4か月、7か月、10か月など健診のKey monthに行えば、健診に不慣れな医師でも比較的正しく健診できる可能性が高い。従って健診に適切な月齢は3～4か月、6～7か月、9～10か月とし、できれ

ばそれぞれ後半の月齢に行うことが望ましい旨、マニュアルに記載していただくことを希望する。

6. 健診現場におけるパソコン利用について、メリットは必要な事項が直ちに表示される利点はあるが、一般に、とくに熟年の医師にとって、パソコンにはまだ不慣れな場合が多いのは事実である。とくに健診に関心がうすい医師は、一般に地方における比較的年配の内科医が多く、とくに個別健診の場合、はたしてパソコンを購入することがどの程度可能か疑わしい。パソコン利用を前提とした健診の研修について問題点が少なくないと思われるので、通常の研修方式（マニュアル、ビデオなどによる）も同時に考えておく必要があると思われる。

図1. 4か月児健診

- | | | | |
|--|-----|-----------|-----|
| 1) お乳をよくのみますか | はい | いいえ | |
| 2) 抱いているとき、首は坐っていますか | はい | いいえ | |
| 3) ガラガラなどのおもちゃを少しの間、握っていますか | はい | いいえ | |
| 4) 動くものを目でおいますか | はい | いいえ | |
| 5) 目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか | いいえ | はい | |
| 6) 見えない方から声をかけるとそちらを向きますか | はい | いいえ | |
| 7) あやすと声を出して笑いますか | はい | いいえ | |
| 8) 抱いた時、つっぱって抱きにくいですか | いいえ | はい | |
| 9) 視線があいますか | はい | いいえ | |
| 10) 外気浴や日光浴をしていますか | はい | いいえ | |
| 11) 子どもの発育や病気のことがとても気になりますか | いいえ | どちらともいえない | はい |
| 12) お母さんは、ゆったりしたとした気分で子どもと過ごせる時間がありますか | はい | どちらともいえない | いいえ |
| 13) お母さんが抱っこやことばかけを充分していると思いますか | はい | どちらともいえない | いいえ |

- [illegible]

- | | |
|---|------------------|
| 1) ひとりで上手に歩きますか | はい いいえ |
| 2) うしろから名前を呼ぶとふりむきますか | はい いいえ |
| 3) 極端にまぶしがったり、目つきや目の動きがおかしいと思ったことがありますか | いいえ はい |
| 4) ひきつけをおこしたことがありますか | いいえ はい (熱 ℃ 回) |
| 5) パパ、ママ、ブーブーなどの意味あることばをいくつか話しますか | はい いいえ |
| (例えば |) |
| 6) (「～を持ってきて」などの) 簡単な言いつけにしたがいますか | はい いいえ |
| 7) 自分でさじを持ちすくって食べようとしますか | はい いいえ |
| 8) どんな遊びが好きですか | |
| (遊びの例 |) |
| 9) 食物アレルギーといわれたことがありますか | いいえ はい |
| (例えば |) |
| 10) 食事について心配なことがありますか | いいえ はい |
| 11) おやつの時間を決めていましたか | はい いいえ |
| 12) 哺乳瓶の使用をやめましたか | はい いいえ |
| 13) 保護者が子どもの歯を磨いていますか | はい いいえ |
| 14) 子どもの発育や病気のことがとても気になりますか | いいえ どちらともいえない はい |
| 15) 育児は楽しいですか | はい どちらともいえない いいえ |
| 16) 育児に心配がありますか | はい どちらともいえない いいえ |
| 17) 育児は疲れますか | いいえ どちらともいえない はい |

- 18) 家族はお子さんとよく遊んでいますか はい いいえ その他
- 19) 次のことがらで、特に気になることがありますか（気になることに○をつけてください）
 視線があわない、すこしもじっとしていない、甘えてこない、寝つきがわるい、
 夜泣きがひどい、おとなしすぎる
- 20) 今までに事故をおこしたことがありますか はい いいえ
 （けが、やけど、誤飲（タバコ、薬、ボタン）、その他（ ））
- 21) 現在、喫煙していますか はい いいえ 父 本／日、母 本／日、同居者 本／日
- 22) その他、心配なことがありますか

乳幼児健診マニュアルの有効的な活用 その1.小児科医以外の医師、保健スタッフへの啓蒙

聖母会天使病院小児科 南部 春生

はじめに

マニュアルとは本来、一つ一つの項目について最小必要限度の方法要領をわかりやすく示して、实际的に役立つように作られるべきものである。しかしその作り方には「帯に短し、たすきに長し」といったものも多く、乳幼児健診マニュアルもまたその域をまぬがれないものが多々あり、利用するものにとっては十分とも不十分とも印象を与えることが屢々である。

1.北海道保健環境部では平成4年4月、たまたま母子手帳の改訂に当たって“乳幼児健診マニュアル”北海道版を作成した。表はその目次であるが、大きく1)健康診査と2)育児相談に分けられ、なるべく今日的視点で、即ち、医療保健スタッフの考え方を一般的に示す形の

ものではなく、よく子どもの成長発達のこと、育児をする母親の立場、これを支える父親や周囲の支援者のことを考慮して文章構成されており、特に「母子相互作用に関する理論とその実践」を中心に作成されたものになっている。

2.このマニュアル作成にはおよそ2年間を要し、母子保健に携わるあらゆる領域のスタッフが作成に関与したが、この北海道版では耳鼻科、眼科領域の専門家としての筆は入っていない。平成4年は乳幼児の身体発育値が10年ぶりに改訂された年でもあり、母子手帳の内容も、親と子に優しい関わり方を基本において作られており、新しい時代の考え方に少しでも近づく努力がむしろ医療保健スタッフに求められたことになる。母子手帳を手にして親が、旧態然とした保健医療スタッフの対応にあきたらない時代を迎えたことを認識しなければならず、むしろ新しい研修の時代を迎えたことと理解しなければならない。

3.作成されたマニュアルは北海道の各保健所、保健婦に送付され、また北海道小児科医会会員、保育園嘱託医、助産婦らに配布された。

北海道版「乳幼児健康診査マニュアル」

目 次

I 乳幼児の健康診査

1 身体計測とその評価

(1) 計測の手技

ア 計測の一般的注意

イ 体重

ウ 身長

エ 胸囲

オ 頭囲

(2) 発育値の評価

ア 基本的な考え方

イ 体重

ウ 身長

エ 胸囲

オ 頭囲

2 健康診査

(1) 乳幼児の精神運動発達の総合評価

ア 行動発達基準による評価

イ 全体的総合的評価の必要性

ウ 情緒の発達と知的発達の関係

(2) 月・年齢別チェックポイント

(3) 心身発達、疾病に関係する症状のとらえ方

ア 乳幼児健診での問題

イ リスク児健診での問題

ウ 生活環境と疾病、問題行動

(4) 保健指導のすすめ方

ア 生活指導を中心に

イ 2次健診へのアプローチ

(ア) 疾病（スクリーニング・テスト）

(イ) 心身発達障害

(ウ) 経過観察のしかた

II 育児相談（指導）

1 母子相互作用

(1) 産科的視点

ア 妊娠、分娩初期産褥期における母親の
胎児に対する愛着の形成

イ 妊娠、分娩時における胎児の母親から
の影響

(2) 小児科的視点

ア 子どもの生理感覚機能

触覚、視覚、聴覚、嗅覚、味覚、温覚、病覚

イ 母親のかかえる問題の理解

ウ 子どもの精神運動発達と感情発達

エ 新生児・乳児の意識水準（生活リズム）

オ 自律神経刺激症状（ストレス）

(3) 心理学的視点

ア 母親の行動・態度

イ 子どもの行動特徴

ウ 母子双方の要因を考えること

2 乳幼児の遊びの特徴と働きかけ

(1) 遊びの発達の傾向

ア 物を使用する遊びの発達の变化

イ 対人遊びの発達の变化

ウ ひとり遊び

エ 仲間遊び

(2) 遊びに影響を与える要因

ア 遊具

イ 遊び場

ウ 遊び仲間

エ おとなの関わり

(3) 乳幼児とテレビ

(4) 遊びの実際

3 乳幼児の事故・中毒

(1) 事故

(2) 中毒

4 乳幼児期の栄養

(1) 乳幼児健診における栄養指導の意義

(2) 乳幼児健診における健康づくりの考え方

(3) 乳幼児栄養の特徴

(4) 母乳栄養

(5) 母体の健康

(6) 混合、人工栄養

(7) 離乳

(8) 幼児の栄養と間食の考え方

5 母子感染

(1) 先天性風疹症候群

(2) 単純ヘルペスウイルス

(3) サイトメガロウイルス

(4) B型肝炎ウイルス (HBV)

(5) 成人T細胞白血病ウイルス (ATL)

(6) ヒト免疫不全ウイルス後天性

免疫不全症候群 (AIDS)

(7) パルボウイルス

(8) 水痘帯状疱疹ウイルス (VZV)

(9) エンテロウイルス

(10) B群溶連菌 (GBS)

(11) リステリア

(12) クラミジア

(13) 先天性トキソプラズマ症

(14) 梅毒

6 乳幼児の疾病 (感染症・その他)

(1) 感染症

ア ウイルス性気道感染症

(7) かぜ症候群 (普通感冒)

(イ) 咽頭結膜熱 (プール熱)

(ロ) クループ

(エ) 細気管支炎

イ 細菌性気道感染症

(7) 百日ぜき

(イ) 結核

ウ 発疹性感染症

- (ア) 麻疹 (イ) 風疹
- (ウ) 突発性発疹症 (エ) 水痘
- (オ) 手足口病
- (カ) 伝染性紅斑（りんご病）
- (キ) ヘルパンギーナ
- (ク) 溶連菌感染症（猩紅熱を含む）
- (ケ) ブドウ球菌性熱傷様皮膚症候群
- (コ) 川崎病

エ その他の感染症

- (ア) 流行性耳下腺炎
- (イ) 急性乳幼児下痢症

オ 学校伝染病の登園・登校停止期間

(2) その他の疾患

ア 肥厚性幽門狭窄症

イ 腸重積症

ウ アセトン血性嘔吐症（周期性嘔吐症）

エ 熱性痙攣

オ 泣き入りひきつけ（憤怒痙攣）

7 予防接種

- (1) 予防接種の区分け
- (2) 現行の予防接種
- (3) ワクチンの種類
- (4) 予防接種の間隔のあけ方
- (5) 予防接種の禁忌と注意
- (6) 予防接種の副反応
- (7) 予防接種前後の注意
- (8) 予防接種の実際
- (9) 予防接種の実施期間および方法
- (10) ワクチンのスケジュール
- (11) ワクチンの取り扱い
- (12) 予防接種による健康被害の補償、救済
- (13) 予防接種の接種間隔があいたときの対策

8 乳幼児健診で見られるアレルギー性疾患

- (1) 乳幼児期のアレルギー性疾患の特徴
- (2) 即時型アレルギー反応の症状
- (3) アレルギーの診断（アレルゲン）
- (4) 乳幼児期のアレルギー性疾患

9 乳幼児の歯科保健

- (1) 歯科保健指導・相談のねらい
- (2) 歯科保健指導・相談の視点
- (3) 歯科保健のひとつの目標

また一部医学生、大学病院の小児科医、看護学生、カウンセリングに携わる方達にも配布され、子どもの理解と育児支援のあり方を新しい感覚で身につけるべく努力が重ねられている。その意味では新しい意味でこのマニュアルに対しては多くの関心と理解が深まったと、保健所関係者（医師、保健婦、栄養士）から好意的にうけとめてもらえた。しかし、現行の乳幼児健診の流れに大きな変革が目に見えて表れることは少なく、それでも一方的指導、精密検診への振り分けといった従来型の方法から、よく親の気持ち、子どもの成長に促した対応、相談が次第に浸透してきていることが巷間伝わってくる評価であり、二方向的な相談相手に保健医療スタッフがなっていかなければならないことを提示したマニュアルとしての効果が次第に発揮されている。

おわりに

平成9年度より実施の地域保健法の円滑的推進は一人一人の子どもの状態、その親の育児能力を十分に把握しつつ、保健とか療育にへだたりのない関わりが強く求められている。また、全人的関わりこそ保健相談であることを踏まえ、北海道が用意し使用している乳幼児健診マニュアルは高い評価を得ている。但し、新しい時代の母子保健サービスをさらに考慮したマニュアルへと改編されるべき点もあり、全国規模でも以上の点を十分に熟慮した乳幼児健診マニュアルの作成がまたれるのである。

乳幼児健診マニュアルの有効的な活用 その2. マニュアル作りから経験した他 科医への要望

聖母会天使病院小児科 南部 春生

はじめに

平成9年に実施される地域保健法は、乳幼児保健業務の殆んど、とりわけ基本的母子保健事業とされるものが、すべて市町村においてすめられることになる。しかしこれまでも1歳6か月児健診は市町村において行われており、地域によっては専ら市町村が主導型で乳幼児健診がすすめられてきており、その業務に当たっては小児科医、その他の医師の姿勢のあり方によって十分に満足すべき母子保健サービスがすすめられてきたことは評価に値するものである。ここでは法改正により新たに乳幼児保健のすべてが市町村に移譲され、それに伴い委託乳幼児健診がすすめられることに鑑み、ますます小児科医以外の医師との協力、研修が求められることになる。ここでは「その1」で示したマニュアルの内容を通して、次の諸点について他科医へ要望する。

1. 乳幼児の健康診査

身体計測値は厚生省が10年に1回改訂するものであるが、この度のものはパーセンタイル曲線の範囲が3%～97%で掲示されており、個々の計測値を評価するに当たっては、1) この枠の範囲で成長していれば、「大きい、小さい」「弱い、強い」といった評価をしないこと、

子どもの成長発達と楽しい生活

項目	成長発達	運動（遊び）→	栄養（食事）→	睡眠→	排泄
胎児 ～4カ月	脊髄神経 （魚類）	母に抱かれる うつ伏せ遊び	血液・羊水 母乳・水分	母と添い寝 横・仰臥位	羊水（尿） 泣いたたらオムツ
4カ月 ～10カ月	脳橋 （両生類）	手をつなぐ 寝返り・腹這い	離乳食 栄養学的卒乳	うつ伏せ寝 母と父の間	汚れたオムツ のりサイクル
10カ月 ～18カ月	中脳 （爬虫類）	いたずらをする 四つ這い・歩行	離乳完了期 楽しく30分	初体験と不安 夜泣きは夢	サイン：大便の 失敗を教える
18カ月 ～36カ月	大脳（旧）皮質 （霊長類・猿）	※ 歩き・走る 2・3語文	大人食へ移行 心理学的卒乳	徒らで疲れ 母に甘える	サイン：排尿の 失敗を言葉で
3歳 ～6歳	大脳（新）皮質 （霊長類・ヒト）	自己主張 外遊び・親≧友	欲求に合わす 無理強い禁止	父とも寝れる 集団は不安と不眠	夜尿症：30% 赤ちゃんを許す
6歳 ～10歳	前思春期 （しゅう恥心）	遊び>勉強 親≦友・教師	欲求不満と 無茶喰い	母に甘えて まだ寝たがる	緊張・不安 便秘・頻尿など
10歳 ～20歳	思春期 （親子分離）	大人の真似 自分で勉強、親<友	やせ願望は 心の悩み	一人で寝る 他人と寝れる	夜尿症3% 修学旅行の不安

※ 3歳までの親子遊び：午前中は外で、午後はブラブラ、夜はフットンの上で

2) この枠から大きく上・下に飛び出す時は精密検診へ、3) 粗大運動、例えばハイハイ、つかまり立ち等の範囲については、平均的通過率を示しているにすぎず、これをもって「早い、遅い」の評価はしない、4) 男女差はあるし、5) 人種差もあることを周知徹底する。

2. 精神運動発達の総合評価

個々の発達にとらわれず、総合的に評価することが重要である。例えば月年齢別に評価する指標の一つとして、日本版デンバー式発達テストが採用されているが、1) 個人—社会、2) 微細運動、3) 言語、4) 粗大運動のどれをみても個人差がきわめて高いことに着目し、いたずらに「早い、遅い」はタブーであり、しかもその何気ない言葉が親の心を傷つけ、それが子育て不安を招く。あくまでもチェックポイントを上手に駆使しながら、もし成長発達に不安、危惧のある時は継続的観察を行いながら、発達の変化を確認し、さらには精密検診への依頼と連携を忘れないことである。

3. 心身発達、疾病に関係する症状のとりえ方

すでに妊娠期、産褥期に多くの母親が育児不安を中心にした不安・不満・自信のなさを示している。出産後は乳幼児健診を通して、また日常の小児診療に際して、子どもの生活、精神面の不安、自分の育児不安を尋ねてくる母親が急増している。このようなことは従来ともすれば「放っておいたら」「そんなこと心配しなくてもいいよ」といった簡単な言葉かけだけで安心する母親がいたのに、ということになるが、どのように些細と思われることを問われても、そ

の母親にとってはきわめて重大な問題とうけとめて対応することが大切である。

4. 育児相談のあり方

詳細は述べないが、「母子相互作用に関する学際的研究、1980～1985年：厚生省」の中から、1) 産科学的、2) 小児科学的、3) 心理学的視点がマニュアルに示されている。

少なくとも、母と子は、とりわけ子どもの神経発達の理論を通して実に巧妙に相互作用して時間を過しており、これなくして親子関係の基本は成立しない。しかし、この母親を支える優しい夫の早期介入、周囲の人達の支えの心、その方法論がますます要求されることに強い認識をもって関わるべきである。それは目先の症状や問題にのみこだわる対応ではなく、子どもとの生活、楽しい生活リズムが日々展開されているかどうかをよく聞きただし、改めて今日よりは少し楽しく明日を迎える、楽しい遊び、食事、睡眠、排泄の方法を月年齢別にやさしく解説し、実践してもらうことが大切である（表）。

おわりに

以上4点について、特に留意すべきことを述べたが、他科の医師としてはそれぞれの専門性に沿った内容のもとに、これまでに述べたことを併せ考えていくことになる。北海道版マニュアルでは栄養、歯科、小児疾患の特殊性、母子感染など、他の成書に委ねることも網羅的に示されているが、いずれにしてもそれぞれの裁量によって健診はすすめられる。しかし基本的には子どもと親の幸せと健康に寄与することであり、その意味で医師の気持ちは一つである。

過疎地域における乳幼児健診 —北海道石狩郡浜益村、中川郡音成子布村 における実践—

聖母会天使病院小児科 南部 春生

はじめに

人口 2000 人の浜益村（寒漁村）と 1200 人の音成子布村（農村）における乳幼児健診を委託され 20 数年経ているので、その実践効果について述べる。ちなみにこの二村の出生数は 10 年前の半数となり浜益村では年平均 15 人、音成子布村のそれは 10 人前後である。この両村には常駐する医師が一人ずつおり、住民の医療に携わっているが、乳幼児健診には参加していない。従っていずれの村にも委託医師（小児科医）が訪れて乳健を実施しているが、その出勤回数は年に 4－5 回であり、そのほかは必要に応じて村役場の保健婦により定期的な訪問指導がなされている。保健婦の数は前者が 3 人、後者が 1 人で、他にボランティアによる手助けをもらいながら健診はすすめられる。

1. 乳健の流れは受付・保健婦による聞き取り・デモンストラート、医師による健診、栄養士による栄養指導へとすすむが、特別の Key month は決めず、当日はすべての対象者に受診連絡が出されており、あらゆる月齢に対応することが、このような過疎地域における乳健の実態である。しかし、およその Key month は 1－2 か月、3－4 か月、5－8 か月、9－12 か月、15－24 か月（1 歳 6 か月）、24－36

か月（3 歳）、これに加えて保育所における 4－6 歳児健診が実施される。健診票は何回も改変を重ねながら現在では別表のごときもので、すでに 5 年以上使用に及んでいる、また健診の内容はトータルなとらえ方が主で、生活のこと、生活リズムのこと、きょうだい関係のこと、また実際の遊び方、食生活を楽しく過ごすように努め、それぞれの生活の中で少しでも子ども中心の楽しい生活ができるよう、母親の心のうちを斟酌して健診は終了する。受診件数は 1 回の出勤で 15－25 人に対して 2－3 時間を要してすすめるので 1 人平均 6－8 分が医師との接触時間となり、全行程を終了するのに 1 人 30－60 分を要している。

2. 過疎地域の乳健メリット

1) 乳健終了後約 1 時間をかけて受診対象者に対してそれぞれ検討を行い、「何故こう考えるか」「何故こうすべきか」などを保健婦・栄養士ともども話し合い、時には所轄保健所の保健婦をこれに加え、研修の場とすることが常である。

2) 就学に到るまでの 6 年間に一人平均 5 回以上、多いものでは 10 回にも健診回数はおよび、follow up がきわめて適切に行われる。

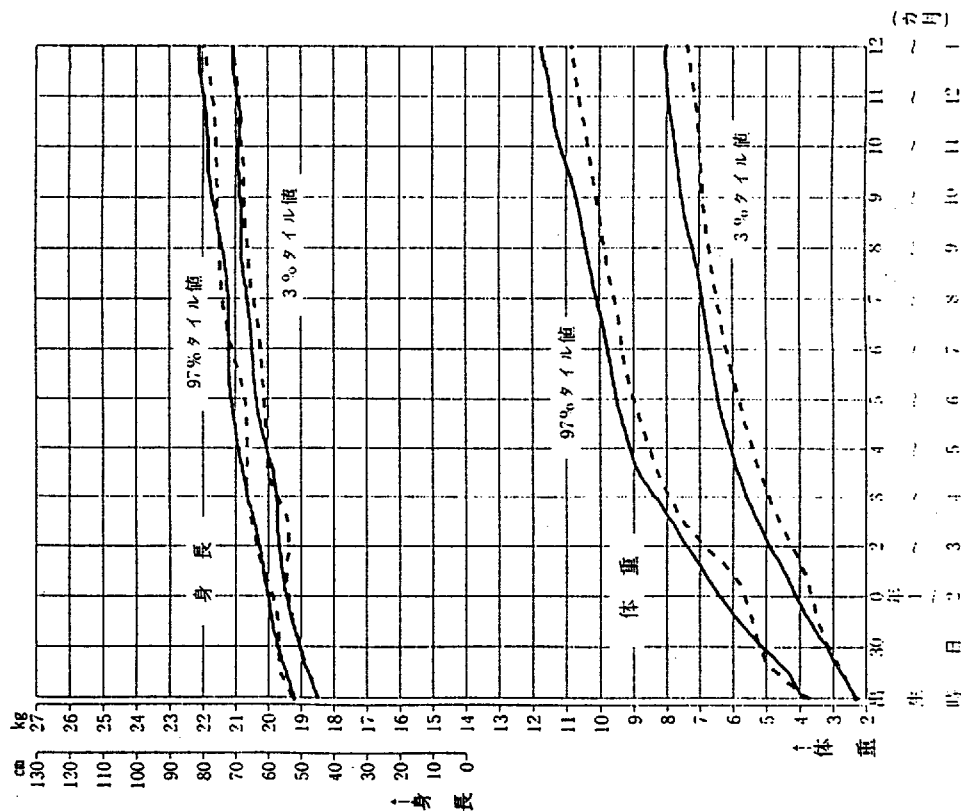
3) 二次精密健診を要する児については、精密検診結果をもとに、非常にきめ細やかな観察と指導が保健婦によってすすめられ、その詳細が委託医師に正確に伝達され、きわめて当然と思える母子保健サービスが徹底できることであり、大都市型の乳健では考えられない数々の利点がある。

4) さらに小学校入学に際して適切な助言

住所		氏名		(単・双) (週)		新生児訪問記録				乳幼児頭囲发育パーセントイル曲線					
出生月日		出生届出		出生月日		訪問月日		体 重		g (1日増加量)		目 録			
体 重		g		身長		cm		胸 囲		cm		生後			
胸 囲		cm		頭 囲		cm		母乳		時間おき		分			
出生場所		病院・医院		() 自宅・その他		宋		母乳		1日 回 (規・不規)		cm			
出生立会者		医師 () 助産婦 () その他		頭位		骨盤位		混合		母乳 回 (分)		cc			
分娩時の状況		鉗子 帝切 微弱陣痛 多胎 奇型 早期剥離 早期破水 前置胎盤 羊水過多 出血量 (多 中 少) 経過時間 () 分娩死 1・2・3度 アプガー指数 点 黄だん 軽・中・重 (生後 日目 最高 mg/%) ガスリー検査 未 済		体 重		g		養		水分補給		cc			
退院時の状況		退院時 日目		体 重		g		養		水分補給		cc			
家族計画		夫 考えている いない 初潮年令 満 順 不順 妻 考えている いない 最近の月経 月経周期 夫婦で相談 する しない (最大 日・最小 日) 希望児数 名 (男・女) 今までおこなったことがある (時期) (ない) (Cd.Zr.Ogino.BBT.IUD.Pill.その他) 今後希望する方法 (Cd.Zr.Ogino.BBT.IUD.Pill.その他)		1 カ 月 検 診		目 録 (. .)		病院・医院		生後		体 重		g	
産 婦 の 状 況		産後 (産後 日)		発熱 (有 無) °C		無		異常なし		異常あり		異常なし		異常あり	
悪露 多 中 少 赤 褐 黄 白 悪臭 ()		腹痛 有・無		血圧 mmHg		kg		神経芽細胞腫検査		年 月 日 経過		年 月 日 経過		年 月 日 経過	

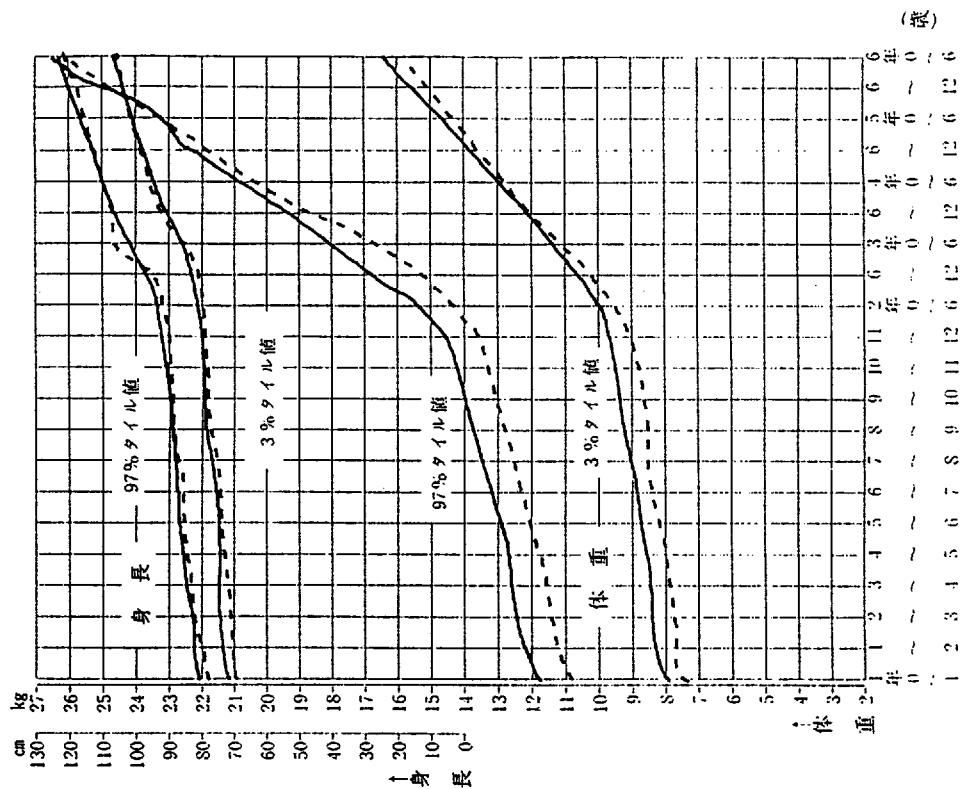
住所 氏名 男・女

乳児身体発育曲線



年 月 日生 第 子 男子=実線 女子=点線

幼児身体発育曲線



運動大祖

子
振

健康年月日				健康年月日				健康年月日				健康年月日				健康年月日				健康年月日			
月令		カ月		日		月令		カ月		日		月令		カ月		日		月令		カ月		日	
	体重	kg	kaup指数	デンバー結果 異常、疑問、不能、正常	主訴	発達面の特記事項	便色() 回数()回/日 硬・ふつう・軟 歯指導	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	所要時間 授乳間隔 数 分 回/日	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	検査所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名	診察所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名											
	身長	cm																					
	頭囲	cm																					
	胸囲	cm																					
	体重	kg	kaup指数	デンバー結果 異常、疑問、不能、正常	主訴	発達面の特記事項	便色() 回数()回/日 硬・ふつう・軟 歯指導	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	所要時間 授乳間隔 数 分 回/日	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	検査所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名	診察所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名											
	身長	cm																					
	頭囲	cm																					
	胸囲	cm																					
	体重	kg	kaup指数	デンバー結果 異常、疑問、不能、正常	主訴	発達面の特記事項	便色() 回数()回/日 硬・ふつう・軟 歯指導	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	所要時間 授乳間隔 数 分 回/日	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	検査所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名	診察所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名											
	身長	cm																					
	頭囲	cm																					
	胸囲	cm																					
	体重	kg	kaup指数	デンバー結果 異常、疑問、不能、正常	主訴	発達面の特記事項	便色() 回数()回/日 硬・ふつう・軟 歯指導	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	所要時間 授乳間隔 数 分 回/日	母乳 ミルク 牛乳 離乳食 主食 副食 指導	検査所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名	診察所見 [] 1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医師 担当医師名											
	身長	cm																					
	頭囲	cm																					
	胸囲	cm																					

*必ずチェックすること!!

環境温度…A. 18〜22度
B. 23〜25度 C. 25度以上

目を覚ましたら付き合う
(+ + - -)
泣いたら付き合う
(+ + - -)
うつぶせ遊び…A. 0回
B. 1〜2回 C. 3〜4回
D. 5〜6回 E. その他
音に反応する…(M)
首へ顔を向ける…(M)
45度頭を上げる…(M)
45度頭を上げる…(M)
排便期限 無・有

1 1月
2 2月
3 3月
4 4月
5 5月
6 6月
7 7月
8 8月
9 9月
10 10月
11 11月
12 12月

うつぶせ遊び 1. 好き
2. きらい
見た物をつかむ…(M)
顔の布をとる…(M)
支えて座る…(M)
人見知り…(M)
寝返りする…(M)
支えなくとも座る…(M)
物真似をする…(M)
遊んであげる…(+・-)
支えて立つ…(M)
目的の物をつかむ…(M)
物を打ち合わせる…(M)
つかまり立ち…(M)
つたい歩き…(M)
独りで立つ…(M)
2・3の発語…(M)
いたずら遊び…(M)
ハイハイ大好き…(M)
2・3歩く…(M)
さんどんあるく…(M)
怒る(母)…(M)

住所		氏名				男・女				年 月 日 生				第 子			
		1才6カ月児検診				年 月 日 (オ カ月)				3才児検診				年 月 日 (オ カ月)			
		担当医師名				担当医師名				担当医師名				担当医師名			
計測	身長	cm	体重	kg	頭囲	cm	胸囲	cm	身長	cm	体重	kg	頭囲	cm	胸囲	cm	kaup指数
検尿	蛋白	- ± +	糖	- ± +	ウロビリノーゲン	- ± +	PH		蛋白	- ± +	糖	- ± +	ウロビリノーゲン	- ± +	PH		
既往歴	経過した伝染病 1. なし 2. 麻疹 () 3. 風疹 () 4. 水痘 () 5. 流行性耳下腺炎 () 6. 百日咳 () 7. その他 経過した中等度以上の疾病 1. なし 2. 肺炎・気管支炎 3. 重い下痢・腸炎 4. 外科手術 5. その他の急性疾患 6. 慢性疾患 罹患傾向 1. なし 2. ひきつめたことがある 3. 下痢し易い 4. よく熱を出す 5. かぜをひき易い 6. 湿疹 7. その他 (回数 回)																
予防接種	ツツ反	1回目 ×	B	1回目	ポ	1回目	2回目	3回目	三種混合		期		期		期		その他
知能・言語発達	1. おもちゃ(車・人形など)で遊ぶ (+) 2. 人のまねをする (+) 3. 絵本に興味を示す (+) 4. ママ・パパなど意味のある片言をいう (+) 5. 名前を呼ぶとふりむく (+) 6. 絵本を見て、知っているものを指さす (+)																
運動発達	1. よく歩く (+) 始歩年令 (年 ヶ月頃) 2. 手を引いて階段を上がる (+) 3. 鉛筆を持ってなぐりがきをする (+)																
社会性	1. 相手になると喜ぶ (+) 2. 他の子どもにも関心をもつ (+)																
姓名をいう 性の区別(男・女) 身体各部の指示(眼・鼻・口・耳・手・足) 絵カードのものの名(3才前半7~10) 二語文を話す 発音 1. 特に問題はない 2. 吃りがちである、あるいはやや不明瞭である。 3. 極端に不明瞭で日常の会話のほとんどが家庭にわからなくらい、あるいはこれがない。 両足とび 1. できる 2. 家ではできる 3. できない 片足立ち 1. できる 2. 家ではできる 3. できない 積み木(3才前半8~3才後半9) 1. できる 2. 家ではできる 3. できない 感覚 視覚上の問題 左 1. なし 2. 疑 3. あり 4. 再検査 聴覚 聴覚上の問題 1. なし 2. 疑 3. あり あそび 1. とくに問題はない 2. 近くの友だちとも遊びたがらない 3. だれにもなつかず家から出ない 分離不安 1. とくに問題はない 2. なれないところでは家族にべりつく 3. なれたところでも家族にべりついている 夜泣き 1. とくに問題はない 2. とときある 3. ひんぱんにある 落着き 1. とくに問題はない 2. はかの子どもよりかなり目立つ 3. 目覚めてすぐはらばらすることが多い 奇妙な言動 1. とくに問題はない 2. 親の理解できない言動がある 3. 自閉症をうたがうような言動がある その他 ()																	

生活習慣	身体や下着が清潔か (清潔・否) 上衣を脱ごうとする (+) 排泄のしつけ 1. 始めている 2. 始めていない 事故 (けが、やけど、誤食など 医療を要する程度のもの) 1. ある 2. な い	着脱衣 1. 前開きのシャツは自分で脱ぐ 2. ぬげるがいつも親をあてにする 3. ひとりでもぬげない 排泄 (日中) 1. たいてい教えるか自分でする 2. とときもおもらしをする 3. 教えないし自分でできない " (夜間) 1. 夜中尿をさますか朝までしない 2. 1・2回おこしてやると失敗しない 3. 毎晩夜尿、又は3回以上おこす
食	1. 水をコップで飲む (+) 2. さじやフオークで飲物を口に運ぶ (+) 食事行動 (食欲、偏食など) 1. よく食べる 2. 普通 3. 少ない 4. むら食い 5. ひどい偏食 6. その他 食事内容 1. 適当 2. 難あり (間食の与え方など)	食 事 1. ひとりで何かと食事ができる 2. 食べられるがいつも親をあてにする 3. ひとりで食べられない 食 欲 1. とくに問題はない 2. 非常にないか 極端に大食 偏食・異食 1. とくに問題はない 2. 偏食がひどく特殊なものしか食べない 3. 紙・ゴム・土など異物をよく食べる
育上の問題 児点	育上内容 1. 普通 2. かまわない 3. かまわれない 4. その他 行動上の問題 1. とくにない 2. かんが強くよくぐずる 3. 異常におとなしい 4. 周囲の人に無関心 5. その他	<習 癖> 指しゃぶり、爪かみ 1. ときたまあるか全くない 2. いつもしゃぶったりかんでいる 3. 爪が変形したりゆびがふやけるほどしている 性器いじり 1. 全くない 2. ととききみられる 3. よくみられる・又はかくれてやろうとする チック 1. ない 2. 顔しかめ・眼ばたき・肩すくめなどのくせがある 3. しきりに繰り返している その他 ()
医 師 所 見	受診態度 1. 協力的 2. 非協力的 3. おどおどする 4. あばれる 5. 愛情に乏しい 6. 神経質 栄養の状態 1. 血色 a. よい b. 普通 c. わるい 2. 骨組み a. しっかりしている b. 普通 c. 弱々しい 頭 部 眼 耳 鼻・咽頭 胸 部 1. 胸郭 2. 打診所見 3. 心雑音 a. なし b. あり 腹 部 脊 柱 口角潰瘍 1. なし 2. あり 皮膚の発疹 1. なし 2. あり そけいヘルニア 1. なし 2. あり 四 肢	3才児歯科検診 EDCBA ABCDE EDCBA ABCDE う 歯 本 処 置 歯 本 フッ素塗布 回 歯みがき 回 不正咬合 有・無 口腔疾患 有・無 軟組織の異常 有・無 その他 う蝕罹患型 A・B・C O ₁ ・O ₂ ・A・B・C 軟組織の異常 有・無 ・よく飲む飲物 ・オヤツの与え方
指導区分	判 定 1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精検 4. 要治療 事 後 医 療 機 関 1. 児童相談所 2. 児童相談所 3. 家庭訪問 4. その他	判 定 1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精検 4. 要治療 事 後 医 療 機 関 1. 児童相談所 2. 児童相談所 3. 家庭訪問 4. その他

保育児童健康診断票

保育所

児 童 名		男・女	保護者名	
生年月日	・	第 子	住 所	郡 村大字

診断年月日			
年 齢	歳 カ月	歳 カ月	歳 カ月
体 温	℃	℃	℃
身 長	cm	cm	cm
体 重	kg	kg	kg
カウブ指数			
胸 囲	cm	cm	cm
頭 囲	cm	cm	cm
血 圧	mmHg	mmHg	mmHg
検 尿	潜血()蛋白()糖()	潜血()蛋白()糖()	潜血()蛋白()糖()
便	回/ 日：硬・普通・軟	回/ 日：硬・普通・軟	回/ 日：硬・普通・軟
既 往 症			
主 訴			
栄 養			
間 食	回/日：主に～	回/日：主に～	回/日：主に～
歯 磨 き	回/日：朝食前・朝食後 昼食後・夕食後・寝る前	回/日：朝食前・朝食後 昼食後・夕食後・寝る前	回/日：朝食前・朝食後 昼食後・夕食後・寝る前
指 導			
デンプー結果	異常・疑問・不能・正常	異常・疑問・不能・正常	異常・疑問・不能・正常
診 察	1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医療 担当医師名	1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医療 担当医師名	1. 正 常 2. 要観察 3. 要精検 4. 要医療 担当医師名

予防接種 状 況	BCG 未 済	ポリオ 未 済	I 期 未・済 II 期 未・済	麻疹 未 済	MMR 未 済	その他
-------------	------------	------------	---------------------	-----------	------------	-----

も含め、継続的健診によりの確な情報、生活理解などを診断書に添えることが出来、乳幼児保健と学校保健の橋渡しを円滑にすすめることが可能となる。

5) 年に1回以上は必ず育児講座が可能である。

おわりに

以上きわめて小規模な委託乳幼児健診であっても、現行きわめて満足すべき効果が上がることから、全国各地の過疎地域においても地域の医師、もしくはグループ医師によるキャラバン隊などによる委託乳幼児健診は、その姿勢によっては常に可能なことであり、適切な乳幼児健診マニュアル、健診票を用意することで、現在よりは質の高いサービスが十分に施せるものと確信する。

病児保育について

一子どもの福祉、保健、医療の連携一

川崎市医師会 池田 宏

病児保育は、病後児保育、更に乳幼児健康支援デイサービス事業と呼び名が変わり、対象児も、許可された保育園児から無認可の保育園児、更に幼稚園児にまで拡大されようとしている。こうなると、0歳児から就学前までの、集団生活を営むすべての児童が対象となる。

病気に罹患し、入院加療の必要はないが、保護者による看護ができない場合、その子は、他

児に対する感染や園児自身の安静加療から、一般の園児と一緒にの集団生活は無理で、医師、看護婦および保母による看護と保育が同時に可能な施設での対応が必要となってくる。乳幼児デイサービス事業を考える場合、看護と保育の必要な子が、その数日間をいつもの環境とは異なった場所で過ごすわけで、保母や看護婦のその辺りに十分配慮した対応が大切となる。

更にそのような施設ができたとして、そこへ入園するには、かかりつけ医（家庭医）の指示書（連絡票）による方法が、最良の方法と考えられる。また、嘱託医が近くにいて、直ちに連絡、対応可能なこと、更に対象児の年齢を考えると不慮の事態発生に備え、二次応需病院ときちんと契約することが必要である。なお、厚生省の実施要項に則ってのスタッフの確保は勿論のことであるが、これには事務処理、サービス事業の内容についての情報伝達などに対する人員の配置が考えられていないし、給食についての配慮も足りない感じがする。

さて、本事業を行うに当たって、行政が独自で特定の医療機関併設型を考え、実行に移した場合、周囲の医療機関を含め医師会内部での混乱を起こす点を考慮に入れておく必要がある。従って、乳幼児デイサービス事業を行うに当たっては、事前に行政と地区医師会との間で十分に討議し、市民の利用しやすい交通の便の良い地を選んで、センター方式を行うことが最良と思われる。

センター方式をとった場合、園児の「かかりつけ医」は必ずしも小児科とは限らず、内科小児科、また疾患によっては外科、整形外科、眼

科、耳鼻科あるいは皮膚科等、地域に開業する医師、病院勤務医の殆どが該当するわけで、地域の医師会員にこの事業の趣旨、内容を十分に理解せしめる対策が必要となる。センタースタッフもまた、「かかりつけ医」の指示書に記入された内容、即ち園児の状況、疾患、服薬名、注意事項等を熟知し、適切に対応する必要がある。この際、「かかりつけ医」とセンター囑託医との間に意思の疎通が求められるし、「かかりつけ医」の意見がまず尊重されるべきものと考えられる。

本事業を考えると、小児科医がまず積極的に参加することが大切なことと思われるが、何でも小児科医がという考え方は、その地域の多くの医師の参加を求める方法としては、最良の方法とは思えない。「地域の子ども達の福祉、保健、医療には、その地域のすべての医師が協力して責任をもってあたる位の覚悟は必要である」との共通理解が最も重要である。

なお、川崎市医師会内に於いても、平成4年厚生省がパイロット事業として病児保育を発足させて以来、慎重に討議を進めてきた。平成7年10月、医師会として乳幼児健康支援サービス事業に対処することを決定、予算化され、行政から医師会へ事業委託をして、運営を保育園委部会で行うこととなった。現在、民設民営、センター方式による平成8年2月1日の開設に備え、着々と準備が進められている。

小規模町村における母子保健事業の現状

福島県南会津郡田島町役場保健衛生課

佐藤 美千、渡部 仁、渡部 和子

はじめに

田島町は平成5年の人口は、14,245人で、年間出生数は139人であった。平成7年4月から県立南会津病院に小児科が新設された。乳幼児健診は、3か月児健診、1歳6か月児健診、2歳児歯科健診および3歳児健診を保健所と協力して集団直営方式で実施している。委託個別方式の健診は現在のところ考えていない。

1. 乳幼児健診へのコンピューター使用について

小規模町村の母子保健担当職員がコンピューターを使用して仕事をしていないので答えにくいところであるが、小規模町村でコンピューターを導入して、どのくらい仕事の合理化、効率化がはかれるか疑問である。

もし委託個別方式を採用してパソコンを乳幼児健診に使用すると仮定して、その問題点を述べる。

1) 予算措置ができるか

乳幼児健診を委託方式にしてパソコンを使用するとすれば、町村が医療機関にパソコンを設置しなければならずその費用が大変である。

2) パソコンを使いこなせるか

機械アレルギー時代の保健婦や医師がパソコンを使いこなすことは難しいと思われる。

3) 使いやすいソフトの開発

パソコンを使用した健診や保健指導が可能となれば、当初は戸惑いや不慣れなために、かえって時間がかかると思われるが、軌道に乗れば担当職員に恵まれない地域でも一定の質を保った健診と保健指導が可能と考えられる。そのためにはパソコンに慣れない間は分かりやすく使いやすいソフトの開発が必要である。

2. 保健、福祉、医療と教育との連携の問題点について

障害児やグレーゾーンと呼ばれる一寸気になる児について、町村で健診や指導をしている間はフォローするが、保育所や幼稚園にはいると自然に遠のいてしまうのが現状である。子育て支援事業をしている町村では、その場で指導やチェックをしているようだが、それほど実施している町村は多くない。

福祉で実施している相談会等からも情報の提供を受けているが、積極的に参加しているのはそれらの児の一部である。

就学時期が近づいた頃に保健婦など関係者は保育所、幼稚園、医療機関、福祉関係へと情報収集に或いは再確認にまわり、心身障害児就学指導審議会に臨んでいる。また、それらの子ども達は就業時期になると遠くに就職せず地区に残ることが多いので、町村でまたフォローすることになる。

障害児、或いは一寸気になる児を生涯にわたりその地区で見ている体制が必要と思われる。そのための方策を次に述べる。

1) 保健、福祉、医療と教育で連絡協議会を作る

老人医療では患者連絡票などで関係機関との

連絡を図っているが、母子保健でもその必要がある。

現在、田島町では、町、教育委員会、町教育研究保健安全部会（学校の養護教諭や一般教員を中心とした部会）、県立高校養護教諭、家庭科教諭等がチームを組み思春期事業を実施している。このような既存のチームをうまく活用し、更に医療（専門医療機関の医師等）の参加もあれば、一貫して子どもを見続けていけると思う。

2) 保育所、幼稚園の定期健診時に母子手帳を活用する。

経過観察の必要な児の情報を各施設に送り定期健診に利用する。健診結果は母子手帳に記載しておく、または健診結果の提供を受ける。

3) 保育所や幼稚園に地区区分があるが、その区分を取り払って、一つの施設にそれらの児のための学級を開設する。田島町ではそのような児の学級はないが、一つの保育所で多動児のために保母以外の保育補助者がついている。

4) 乳幼児健康支援デイサービス事業（病児保育）について

今後町立保育所の中で、病児保育を考えていかななくてはならない時期に来ている。そうすれば医療機関との連携についても考えねばならない。

保育所（福祉）から見た保健・医療との連携

仙台赤十字病院小児科

千葉 良、

仙台市周辺のD町の二つの保育所で、保育所内の職員だけでは対応しにくい問題の聞き取り調査をした。

A保育所は以前からある保育所で、昔からの町民の利用が多い。B保育所は仙台市のベッタタウンとして新しく開発された住宅地に3年前に開所した保育所で、母親の殆どが仙台市内に勤務している。

1. A保育所とB保育所の比較

親が夕方迎えにくる時間が、以前からあるA保育所に比べて、B保育所では遅く、午後6時を過ぎても定員60名中20～30名くらいの子が残ることがよくある。A保育所は定員90名中数名しか6時過ぎには残らない。また、A保育所と比べて、B保育所の子どもは、朝に親から離れる際に長泣きする子どもが多く、情緒的に不安定な子どもが多い印象を受ける。延長保育をする場合、親子間の愛着の形成などに問題が生じないように配慮しなければならない。

2. 保健との連携の必要性

1) 1～2歳児の問題

(1) 好き嫌いに対して、どのように対処したらよいか。無理強いはいしたくないが、この年齢で摂取すべき栄養が十分にとれないのではないかと心配である。

(2) 朝食抜きや就寝時間が遅いことはどのようにして改善したらよいか。保母がその家庭の生活に入り込むには限界がある。

2) 3～5歳児の問題

(1) ひとり遊びばかりして、他の子どもと関わりを持とうとしない子供にどう対応するか。

(2) 他人のものをとるのは悪いことだと知っていながらも、他人の物をとってしまった場合にどう対応するか。

(3) 自分の思っていることを言葉で表現できない子どもにはどう対応するか。

(4) 子どものしつけを保育所に求めている親にはどう対応したらよいか。

1～2歳児の問題は、乳児健診や1歳6か月児健診での栄養指導や生活指導が大切なことを示唆しており、保健とチームを組んで取り組まなければ改善しないであろう。

3～5歳児の問題は、1歳6か月児健診や3歳児健診の場で、その芽が見られるだろうから心理相談員と一緒に取り組まねばならない問題である。

2. 医療との連携の必要性

かぜなど病気の場合、症状がどの程度から保育を引き受けてよいのか判断に困る。

この問題は病（後）児保育所を開設すれば問題は解決するが、小規模の町村では経済的に開設するのが難しい。そこで、保育所内に一部屋、他の子どもには伝染させる時期は過ぎたが病気が完全に治癒してない回復期にある子どもを保育する部屋を用意し、なるべく看護婦を配置する。園医またはかかりつけ医から他の子どもには伝染はさせないが完全に治癒してないことを証明してもらい、病（後）児用部屋に収容する。もし、症状がひどくなったり、容態が急変した

場合、園医またはかかりつけ医の診察を迅速に受けられる体制を整えることが必要である。小規模町村での病（後）児保育の一つのやり方ではなかろうか。

保育所内の問題を探っても、保育所だけでは対応しにくい問題もあるので、福祉、保健と医療で、各市町村単位で随時連絡を取り合って問題に取り組むのがよいと考えられる。それには、福祉、保健及び医療関係者で構成された連携に関する委員会を設置する。その委員会が福祉、保健と医療間の連携が円滑に行われるよう活動することを望む。

乳幼児健診における保育所との連携（第2報）

柏地区医師会 大木 師磋生、高橋 秀峰、
棚橋 雄平
柏保健所 安藤 由記男
柏市児童課 伊瀬 道子

乳幼児健診の保育所との連携ならびに活用について、第1報で記載したところであるが、今回はK市の保育所で、日頃の定期健診の他に3歳児、1歳児健診の検査実施方法に沿って視覚、聴覚検査、発達問診、栄養指導等を行ない、検討したので報告する。

K市は人口33万人首都圏ベッドタウンであり、公立保育所が20施設、私立保育所1施設、

その他に多くの無認可施設がある。幼稚園は私立の施設が多く、私立は21園、公立が1施設である。幼稚園の健診内容は残念ながら、各園で様々で一律ではなく、園の経営的理由もあり、今回の実施対象から除外した。

1. 3歳児健診受診率

K市の平成6年度3歳児健診対象者数は3030名であり、その受診率は79.1%であった。その中で、公立保育所3歳措置児は20園の406名であった。その全員に、3歳児健診受診状況を調査したところ、340名（83.7%）から回答があった。

340名中の3歳児健診受診児は236名（69.4%）であった。これは明らかに、一般3歳児健診受診より、約10%下廻っていた。アンケート調査未回答者の66名（16.3%）を考慮すれば、受診率は更に低下しているものと考えられる。

2. 内科定期健診

嘱託医が小児科医である保育園で、問診の内容チェック、聴覚検査（ささやき声）を内科健診と同時に実施した。健診に要した時間は、100名内外の措置児で、現在までの健診に要した時間の約2倍強の5時間を必要とした。事後についての園長、看護婦、担当保母等との指導、検討時間を加えれば、更に時間を要するものと考えた。この状況から、嘱託医の1日出動では無理と思われ、事前に研修を受けた看護婦、保母の十分な問診の把握、聴覚検査のチェックが必要であると考えた。

3. 視覚検査

K市保育園の視覚検査は、看護婦が各種のランドル環を使用して、既に3歳児定期健診については実施しており、その結果は2次診断でも正しいと判断された。。

4. 聴覚検査

園児の聴覚については、日頃の保育の中で、保母が殆ど把握しているが、今回はじめて、内科健診と同時に「ささやき声」の検査を実施した。内科健診と同時では、被検者後方に、他園児が控えていたこともあり、聞こえていてもふざけて、検査不能者が、1園の健診であったが3歳児33名中8名（24.4%）と高率にみられた。

5. 問診

出産状況、既往歴、予防接種、食事、授乳、生活状況の多くは、保育所で把握していたが、母親の心配等心理状況までは知ることは出来なかった。

6. 結語

乳幼児健診は養育者の同伴が望ましいことであるが、保育所措置児の養育者は両親ともに、労働に従事していることが多い。母親が労働従事者であっても、子どもの養育期間中（特に0歳児）は、育児休暇等を行政、雇用者側で考慮すべきと考えるが、本邦の現状では困難である。私どもの3歳児健診受診状況でも知れるとおり、保育所措置児の受診率は、一般受診率より低下

がみられる。本来は個別健診が望ましいが、小児科医不在地区や、養育者の労働等社会状況から、保育所健診の活用を考慮すべきと思う。しかし、嘱託医の健診時間が長くなれば、嘱託医の地域医療活動に障害があり、その他にも保育スケジュールの影響、健診室の確保、栄養士、歯科医師、歯科衛生士の出勤等と検討課題が山積している。

視覚検査については、眼科医、視能訓練士の配置は人件費、時間的面で難点がある。従って現有スタッフ（保母、看護婦）での視覚検査に関する確認と視覚検査の目的、視力表、照明、検査室の条件、検査方法に関する研修を実施することが必要である。

聴覚検査についても、「ささやき声」は高音域の成分が主であることから、静かな健診室の確保が必要であると考えた。私どもが実施した状況からも、同室に他園児がいれば検査成績が下がることが確認された。また、ふざける、黙り込む子、人見知りをする園児等と「ささやき声」検査ができない場合があり、常に園児に接している保母が、日常保育の中で実施することを考慮すべきとも思う。これも視覚検査と同様に保母、看護婦の研修が必要と考える。

2次健診については嘱託医の判定で、専門医が行っている2次健診会場、または専門医療機関に訪れる指導も必要かとも考えるが、2次健診受診率を低下させないためには、保母、看護婦の同伴が望ましいと考えるがこれも多くの難点があり、今後の課題と考える。

福祉と保健の連携案（保育施設での一般健診）

日本総合愛育研究所母子保健研究部

加藤忠明

福祉と保健の連携に関しては、全国22,000箇所以上ある保育所が利用できればよいと考えられる。全国ほとんどの市町村にある保育所ないし保育施設は、地域に密着しながら乳幼児の遊びや保育、育児のノウハウを蓄積してきている。

従来から、保育所は子ども祭りやクリスマスの時など地域の子ども達を集めていろいろな行事を行っているところが多かった。そして最近では、週2～3日くらい短時間、幼児を預かる非定型一時的保育、母親が急病や出産などで入院した場合の緊急一時的保育、親がボランティア活動やスポーツ教室、コンサートなどに出かける時も幼児を預かる育児リフレッシュ支援事業、また、育児講座、育児相談や電話相談、そして、子育ての先輩から体験を聞いたり、親の育児体験学習を行うなど、各種の子育て支援事業を行う保育施設が出現してきた。育児環境に問題があったり、障害をもつ子どもを預かる保育所もある。従来の措置児のみを預かる保育所ではなく、地域の子ども達に解放され、利用できるものが少しずつではあるが増えている。

従来は措置児を保育するだけで他に余裕がなかった保育現場であるが、現在は、子ども数が

減少して統廃合の危機感がみられる。したがって、可能であれば、保育に欠ける乳幼児を預かるだけでなく、一般の乳幼児の役にしたいと考えるようになってきた。しかし、前述のような子育て支援事業を計画しても保育所になじみの少ない一般の親子は、必ずしも気軽に保育所を利用するとは限らない。

そこで保育所という場を利用して乳幼児健診を行うと、親子にも保育所にも利点が多いであろう。平日は措置児がいるので難しいが、週休二日制の両親が増えている現在、土曜日なら比較的スペース的にも、人的にも余裕がある保育施設が増えている。ただし保健に関しての情報を保育所の職員はあまり十分得ていないので、保育所は健診の場のみの提供を原則とし、実際の運営は市町村や保健所が主体とならねばならないであろう。措置児を管理している市町村自体が、今後、健診業務も行うことになれば、保育所で健診を行うことは、以前よりやりやすくなるであろう。ことに出生数の少ない地域では、保健と福祉は連携しやすいと考えられる。

健診時などに保育所に行く経験をした親は、保育所の様子のある程度知ることができ、その後、自分の育児に役立たせる面がでてくる可能性がある。また、各種の子育て支援事業を行っている保育施設を比較的気軽に利用するようになるであろう。

保育所で保育を実践するにあたり、保健や医療に関する情報は必要であるが、現状では最新の情報を得にくい。保育所の園医、看護婦、保母たちと健診時の医師、保健婦たちとの交流が少しでもできれば、保育所を中心にして、その

地域の母子の健康レベル向上に寄与すると考えられる。

保健所管内（二次医療圏）を越えた保健 と医療の連携

仙台赤十字病院小児科 千葉 良

地域保健法の制定、母子保健法の改正により、平成9年度から母子保健サービスは市町村に移譲され、保健所は未熟児訪問、心身障害児や疾病により長期にわたり療養を必要とする児童の療育についての指導等、専門的、技術的なことを実施することになる。

未熟児についてみれば、NICUの整備や治療法の向上などにより、死亡率の低下など成績は飛躍的に向上しているものの残念ながら心身に障害を残す子どもを皆無には出来ない。

このように障害を持つ子どもは、医療機関に入院または施設に入園をしなければならない例、医療機関にしばしば入退院を繰り返す例、医療機関または施設に外来通院をしている例に分けられる。いずれの例でも、地元の医療機関のみならず保健所管外（二次医療圏を越えた）医療機関で加療を受けることも多く、今までは保健からの働きかけはみられないか、みられても極めて不十分であり、医療サービスと保健サービスの一貫したフォローアップのシステムがないのが現状である。

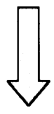
保健所管外の医療機関との連携であるので、

県や政令市が主導して、連絡や調整をすることも一つの方法であろう。

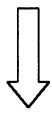
宮城県では平成9年度実施に向けてのパイロット事業として、障害児育児支援地域ネットワーク調査研究事業を発足させた。

事業内容は、障害児専門医療機関から紹介を受けて訪問を行い、それに基づいて子どもの療育支援について検討する。療育支援関係者による検討会を開催し、具体的な育児支援を行う。事例をまとめて、1.ネットワーク上の問題点、1) 専門医療機関と保健所との連携、2) 専門医療機関と地元の医療機関との連携、3) 保健所と市町村との連携、4) 児童相談所との連携など、を整理する。2. 個別の育児に関する不安と問題を整理する。

保健と医療の連携には、保健所の管内を越えた、または二次医療圏を越えた医療との連携の必要があり、県や政令市が主導して連絡や調整をとらねばならない問題があることを提議したい。



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;

保健、福祉、医療と教育の連携がこれから推進されることになった。

班員が現場で経験した、または実践していることから、どのように連携をすすめていくか、またその問題点などについて検討しまとめた。

内容は、 1.乳幼児健康支援デイサービス事業(病児保育)の推進について、 2.保育所の定期健診を利用した乳幼児健診について、 3.保育所だけでは対応できない問題について、 4.保健所管内を越えた医療機関との連携について、 5.障害児の生涯にわたる保健と教育の連携について、である。