

地域支援システムにおける乳幼児健診と フォローアップ体制

腰川 一恵

(早稲田速記医療福祉専門学校)

要 旨：地域保健法の施行による地域保健施策の変化によって、乳幼児健康診査の実施主体が都道府県から市町村におろされ、1歳6ヶ月健診とあわせて3歳児健診が市町村の事業として位置づけられた。そこで、乳幼児健診およびフォローアップをされる児の検討はどのように行われているのか、また多くの要フォロー児の経過観察が行われる親子教室をとりあげ、その現状と課題について検討を行った。その結果、地域保健法施行後、地域における障害児や要フォロー児に対する新たな対応が試みられ、経過観察をするための親子教室が多くの自治体で実施されてきていることが明らかになった。しかし、フォロー児の増加により、必要な数にみあう経過観察をする場を設定できない地域があることや母子保健と福祉との連携やその整備が求められていることが示された。また、健診後のフォローアップ体制がとられていない地域があり、これらの地域におけるフォローアップ体制の構築への支援の必要性が考えられた。さらに要フォロー児をどのようにして経過観察し、療育の場へつなげる児を適切に判断するか、親子教室に参加しない児に対してどのように対応していくかについては、今後さらなる検討が必要であると考えられた。

Key Words：乳幼児健康診査、要フォロー児、親子教室

．はじめに

平成6年の地域保健法の施行による地域保健施策の変化によって、乳幼児健康診査(以後乳幼児健診とする)の実施主体が都道府県から市町村におろされ、1歳6ヶ月健診とあわせて3歳児健診が市町村の事業として位置づけられることになった。これによって健診が一貫性を持って実施できるようになり、両健診を連動させて、実施・評価することができるようになってきた。その結果、治療の必要な病気の発見はもちろんのこと、身体的な障害のリスクの高い子ども、重度ないし中度の精神発達遅滞の可能性のある子どもは、健診でほぼ確実に把握され、療育につながるようになってきている(中川, 1998)。

このような障害のある子どものほかに、乳幼児健診の事後指導として継続支援を必要とする児や健診では問題がみられなくても健診の後に発達の遅れが認められていく児がいることが報告されている。

小泉・薄田・田先・青山・今成・遠山・高波

(1987)は、1歳6ヶ月健診において経過観察となった児のなかで「境界型」と判断された児について、その約4割が3歳児健診時に精神発達障害へ移行していることを報告している。平野・岡村・赤坂・田丸(1999)は、1歳6ヶ月健診の発達指標と3歳児健診の結果との関連性について検討し、3歳児健診時に要追跡観察となった児は、1歳半健診でも要追跡観察であった児と3歳にかけて発達の遅れが顕在化してくる児の群に分けられることを示した。

また、乳幼児期の生育環境は、核家族化、家族の少人数化、情報環境の変化、女性の社会進出などにより、大きく変容してきている。このような背景から、母親に育児不安をもたらしたり(中澤・太田・植松・長谷川・巷野・盛, 1996)、育児不安や育児をめぐる様々な問題と密接な関係があるといわれる乳幼児虐待の増加(本間, 2000)、児にも「友達と遊べない」「母親から離れられない」「ルールを守れない」といった精神的、情緒的な問題を生ずることが多々認められるようになった(青木・鈴木, 1994)。

健診の移管に伴って、市町村において新たに

このような乳幼児健診後のフォローアップを必要とする児を受け入れる体制についても求められてきており、家庭訪問、親子教室、個別や集団での療育相談が行われている（近藤・白石・張・藤野・松原，2001a）。

そこで、本稿では、地域支援システムのなかで、乳幼児健診およびフォローアップをされる児（以後、要フォロー児）の検討はどのように行われているのか、乳幼児健康診断診査後のフォローアップ体制として、多くの要フォロー児の経過観察が行われる親子教室をとりあげ、どのようにフォローアップがおこなわれているのか、その現状と課題について検討を行うこととする。

・ 健診の受診と要フォロー児の検討

地域保健法施行以降の乳幼児健診について以下の報告がなされている。近藤ら(2001a)は、125自治体に対し、人口規模別に6群に分け、乳幼児健診の実施形態を検討している。3-6ヶ月児対象の健診、1歳6ヶ月健診、3歳児健診がほとんどの自治体で行われており、健診の受診率も近藤・白石・張・藤野・松原(1991)における調査よりもいずれの健診においても受診率が向上していることを報告している。

また、近藤ら(2001a)は、地域保健法の施行による地域保健施策の変化によって各自治体の乳幼児健診に変化があったかどうか、変化があった場合、何が変わったのかについても調査を行っている。その結果、大都市では変化が少なく、人口30万未満の市で健診の実施方法、実施主体に大きく変化があったとしている。その内容としては、「実施する健診の種類が増えた」「新たに乳児教室などを実施した」「健診の回数を増やし、1回あたりの対象児数を減らした」「新たに保健センターを建設した」であった。このことから、地域保健法が施行されたことによって、市町村において新たに実施される乳幼児健診への対策がとられていることが伺える。しかし、一方で30万以上の都市において、医療機関委託健診になっている自治体があることについて、健診の受診率の低下の可能性があるのでないかという危惧や医療機関委託健診を行うことによって、障害をもっている児や要フォロー児の発見と療育につなげる機能が十分果たされているかどうかについて検証の必要性があることを述べている。

要フォロー児のスクリーニングに関して、1

歳6ヶ月健診の問診票や発達検査の指標に関する検討がなされてきている。単に発語の遅れのみではなく、1歳6ヶ月健診における発達指標とその後の発達との関連から、言語領域の問われて答える指差し(応答の指差し)の有無が、3歳での言語発達にかかわっていることが示され(田中，1986；伊藤，1991；田丸，1996)他者からの指示理解、身体部位の指示理解の困難さがある(本郷・八木，1997；小島・腰川・高橋・菅野・村田・秋山・山崎・山田・布袋・山崎・田中・高田・藤田・田村，2002)ことが報告されている。さらに、言語領域と共に運動領域での遅れとの関連(高田・竹下，1983；平野ら，1989；本郷ら，1997；長野県精神保健センター，1996)微細運動の遅れとの関連(平野ら，1989；長野県精神保健センター，1996)社会性、対人関係との関連(平野ら，1989；長野県精神保健センター，1996)生活領域との関連(小島ら，2002)や奇妙な発声や困った行動がある(本郷ら，1997)などがあげられている。これらの領域での困難さは、単独で観察されるのではなく、各領域全般的に未通過な項目が認められていることも報告されている(平野ら，1998；本郷ら，1997；小島ら，2002)。

では、要フォロー児は、健診受診者のうちのどのくらい把握されているのであろうか。近藤ら(2001a)は、1歳6ヶ月健診後のフォロー率(発達の遅れや障害の疑いでフォローしている児の比率)を平均13.5%と報告した。人口群別の平均フォロー率に大きな差はないが、自治体によっては0%から46.7%まで顕著な差が観察されている。フォロー率が高い自治体は、発達の遅れや障害の疑いだけでなく、発育や育児・生活上のフォローを必要とするケースも含んだ数字であると考えられている。また、要フォロー児が健診のどの時期に把握されたかについて、阿部・水口(1996)は、石狩支庁における障害児とグレーゾーンの子ども(障害児と判断されていないが、正常とも判断できない障害を疑われる子ども)を発見した乳幼児健診の種類を検討している。その結果、1歳6ヶ月健診が49.8%、乳児健診が18.4%、3歳児健診が17.1%、その他が7.3%となっていた。これからも1歳6ヶ月時における要フォロー児の把握が、大きな役割を担っており、1歳6ヶ月健診後における要フォロー児の経過観察の場を設けることが必要であると言えよう。

・地域支援システムにおけるフォローアップ体制

健診で要フォロー児と判断された場合、地域支援システムが完備していなければ、児に対してフォローアップができないだけでなく、要フォロー児となったことで親の不安を高めてしまうことが考えられる。そこで、どのようにこれらの児をフォローアップしていくかを考えていくことが必要となる。

1歳6ヶ月健診後のフォローアップ方法としては、家庭訪問、個別相談、親子教室であり（近藤ら, 2001a）中でも多くの要フォロー児の経過観察が行われる親子教室が設置されている自治体は、約6割から7割前後である（近藤ら, 2001a; 鈴木・青木・久保田・鈴木, 1996; 山根・山本・加藤・金野, 2001）ことが報告され、多くの自治体で、地域支援システムのなかのフォローアップ体制がとられてきていることを示していると言えよう。

具体的なフォローアップの方法として、長野県精神保健福祉センター(1996)が、健診の判定方法と地域支援システムについて詳細に報告を行っている。長野県精神保健福祉センターでは、「乳幼児発達健診マニュアル及び療育モデル事業」を通じて、一次健診の現場において確実にスクリーニングできる精神発達検査項目を精選し、その精神発達検査における境界児、要フォロー児をどのように療育システムにつなげるかについて検討している。

1歳6ヶ月健診をとりあげると、全項目通過した児は、異常なしとされ、月齢に応じた保健指導がおこなわれる。境界児は、重要項目（愛着行動、一人歩き）以外の2項目以下の不通過であった児であり、次回の健診で不通過項目の変化を確認する。これらの児のうち、情緒不安、親の強い育児不安、親が育児に無関心、環境因性の問題のある場合は、家庭訪問や電話で子どもの様子を聞く、必要があれば育児指導、自由遊び型の「遊びの教室」へ誘うこととなっている。

要フォロー児は、3項目以上の不通過もしくは重要項目（愛着行動、一人歩き）のうち1項目でも不通過であった児である。この場合は、

自由遊び型の「遊びの教室」に参加し、集団の中で子どもの様子を観察する児と療育型の「遊びの教室」に参加し、小集団療育、個別療育を受ける児、療育相談等、二次健診の受診する児といったように、児にあわせた地域支

援システムの資源を利用することになっている。さらに、脳性麻痺、整形外科、眼科・耳鼻科等の疾患が疑われる児も要フォロー児となり、直ちに医療機関に紹介されている。

親子教室も様々な形態がとられている。田中・中村(2003)は、自由遊び型の遊びの教室のなかに健常児と一緒に要フォロー児が参加し、その中で要フォロー児の経過観察や母子への支援をおこなっている。長野県精神保健福祉センター(1996)の療育型の遊びの教室では、呼名拳手、手遊び、リズム体操、リトミック（音楽にあわせて体を動かす）、サーキット（平均台、トンネル、ギザギザに歩くなど）、楽器遊びが集団で行われている。それとともに、個別での時間がとられており、子どもの発達水準にあった言語や認知の課題が行っていることを報告している。しかし、乳幼児健診から親子教室へつながった場合、親子教室でどのように子どもの発達や親の養育態度の評価をし、療育の必要な児について、親子教室から療育機関へつなげる判断はどのように行うのかについては、各自治体のなかで判断をゆだねられていることが現状である。また、フォローアップが必要であると判断された児のなかで、参加しない児や途中で休んでしまうケースがある。このようなケースの場合、療育の必要のある児であっても療育機関や個別での相談につながらないことが報告されている（山田・山崎・布袋・藤田・秋山・村田, 2000）。親子教室をどのように行い、どのように児を評価するのか、また教室につながらないケースについてはどのように経過観察を行っていくかについては、詳細な報告がなされておらず、今後、さらなる検討が必要であろう。

以上のようなフォローアップ体制は自治体の人口規模や地域によって異なっており、フォローアップ体制を含んだ地域支援システムと大きくかかわっていることが報告されている。

大規模都市では、乳幼児健診、保育園・幼稚園、育児サークル、総合療育センター、医療機関、児童相談所、障害福祉センターなどを連携させた地域支援システムづくりが進められている（本田, 1999; 坂口・畠中, 2001 など）。地域支援システムのなかに親子教室が位置づけられ、親子教室から療育の場への紹介や関係機関とのネットワークの基礎が整うなど、連携がすすみ療育を必要とする児や要フォロー児の把握がすすんでいることが伺えよう。しかし、人口規模の多いことから必要な数に見合う親

子教室の充実が困難であり、「ようすをみましょう」か「児童福祉センターに紹介」にならざるを得なくなってしまう、家族が時間をかけて子どもの問題や障害を受容していくための援助の機会が少なくなっている（近藤・白石・張・藤野・松原，2001b）ことも報告されている。このような地域療育システムを整え、必要な子どもの数に見合う受け皿を充実していくためには、乳幼児健診を担う保健行政と福祉行政の連携が必須である。そのためには、発達相談や健診後の親子教室のような乳幼児健診の充実という方向と通園施設の充実という2つの方向が考えられ（近藤ら，2001a）これらの連携をどのようにおこなうのか、どちらがどのような役割を果たすのかという検討を早急にすすめる必要がある。

小規模の市町村では、人口、出生率の低下により自治体内だけで療育機関の設置が困難であることから親子教室での対応を行っている自治体が多い。鈴木ら（1996）は、政令指定都市を除いた5万以上の都市では、その半数が市町村もしくは市町村と保健所の協力で実施されていたが、5万以下の市町村では保健所に依頼しているところが多いことを報告している。また、そのほとんどが月1から2回の開室であり、経過観察が十分行われているかどうか、また、療育へつなぐ判断をどこがどのように行い、誰がコーディネートするのかという問題や親子教室からの出口としての専門的施設をどうするのかという検討が必要となっている（近藤ら，2001a）。しかし、その反面、通園施設を中核として広域圏における地域支援システムを形成し、その中でフォローアップ体制を確立しているという報告（大石・木下，2001；大迫，2001）や町単位で親子教室の中で、スクリーニング・システムを構築しているという報告（小島ら，2002）がなされており、人口が少ない地域でのフォローアップ体制を探る際の良いモデルになるであろう。

以上のような方法で健診後のフォローアップ体制がとられている地域がある反面、地域によっては発達支援、相談機能、医療・療育機関との連携、保育・教育機関などの追跡支援が実施されていない、あるいは実施困難な地域があることも報告されている（鈴木ら，1996）。また、近藤ら（2001a）は、健診における要フォロー児のフォロー率が低い9自治体のうち、6自治体に親子教室が実施されていないことを報告し、親子教室のような要フォロー児の受け

皿のあるなしが、健診でのフォロー率とかかわっているのではないかと述べている。自治体としても、乳幼児健診システムの整備に伴い、要フォロー児や親子教室への参加を希望する母子が増えてきており、対象児数、開催日程、対応する職員の確保の問題等によって親子教室の継続が困難な状況であることを示している（伊藤・工藤・坪井・飯浜，1995）。

・フォローアップ体制における今後の課題

以上のように、地域保健法の施行による地域保健施策の変化によって、乳幼児健診における要フォロー児のスクリーニングが検討され、多くの自治体で親子教室が実施されてきている現状が示された。これらの現状とともに、地域支援システムにおけるフォローアップ体制の中にあげられた今後の課題として以下のことがあげられよう。

フォローアップ体制の問題

大規模都市では、乳幼児健診後の親子教室から療育の場への紹介や関係機関とのネットワークの基礎が整うなど、連携がすすみ療育を必要とする児や要フォロー児の把握がすすんでいる。しかし、これら自治体の中には、要フォロー児の増加により、必要な数にみあう経過観察をする場を設定できなくなっているところも認められる。また、発達相談や健診後の親子教室のような乳幼児健診の充実という方向と通園施設の充実という2つの方向が考えられ、これらの連携をどのようにおこなうのか、どちらがどのような役割を果たすのかという検討を早急にすすめる必要がある。

小規模の市町村では、人口、出生率の低下により自治体内だけで療育機関の設置が困難であることから親子教室での対応を行っている自治体はかなりあるが、そのほとんどが月1から2回の開室であり、経過観察が十分行われているかどうか、また、療育へつなぐ判断をどこがどのように行い、誰がコーディネートするのかという問題や親子教室からの出口としての専門的施設をどうするのかという検討が必要となっている。また、地域によっては発達支援、相談機能、医療・療育機関との連携、保育・教育機関などの追跡支援が実施されていない、あるいは実施困難な地域があり、これらの地域におけるフォローアップ体制の構築への支援が必要であろう。

フォローアップの基準の問題

乳幼児健診における要フォロー児の判断の基準が検討されてきており（長野県精神保健センター，1996；坂口ら，2001 など）各自自治体がおこなっている親子教室での経過観察に要フォロー児がつながるようになってきている。しかし、要フォロー児をどのようにして経過観察し、療育の場へつなげる児を適切に判断するかについての検討は十分行われておらず、今後、親子教室の実践を通じた検討が必要である。

親子教室に参加しないケースの問題

親子教室が開催されていても、要フォロー児とされた親子が参加しない、教室を途中から休んでしまうケースがある。このようなケースの場合、療育の必要のある児であっても療育機関や個別での相談につながらないことが報告されている。こうしたケースをどのように教室につなげていくか、どのように経過観察を続けていくかについての更なる検討が必要であろう。

まとめ

地域支援システムのなかで、乳幼児健診が市町村に移管され、実施する健診の種類が増える、新たに乳児教室などを実施する、健診の回数を増やし、1回あたりの対象児数を減らすなど、地域での障害児や要フォロー児への新たな対応が試みられてきている。自治体によって、フォロー率には差があるが、フォロー率の高い自治体は親子教室などのフォローアップシステムの受け皿があることが示された。しかし、フォロー児の増加により、必要な数にみあう経過観察をする場を設定できない、健診後の親子教室のような母子保健と通園施設といった福祉との連携やどのような役割をどこが担うかについての整備が求められている。また、健診後のフォローアップ体制がとられていない地域があり、これらの地域における地域支援システムの構築への支援の必要性が考えられた。

健診後のフォローアップ体制は、児の発達状況や親の養育態度を継続的に観察し、児の課題や問題点を捉える手段として有効であり、また、このような場でのかわりながら人間なつながりも生まれ、その後の療育の場へスムーズに移行することが報告されている（山田ら，2000）。今後、要フォロー児をどのように経過観察していったらいいのか、いつ療育が必要であるかを判断するのかといった更なる検討が行われることが必要であろう。

文献

- 1)阿部哲美・水口克幸(1996)：北海道における障害児の早期療育システム．障害者問題研究, 24(3), 214-228.
- 2)青木継捻・鈴木五男(1994)：乳幼児健診後の追跡・支援システム - フォローアップシステム - . 小児内科 26, 69-74.
- 3)平野道子・岡村令子・赤坂悦子・田丸尚美(1999)：言語発達遅滞を把握するための1歳6ヶ月児健診における指標の検討．小児保健研究, 58(4), 472-478.
- 4)本田秀夫(1999)：横浜市の早期発見・早期療育システム - 政令指定都市の特性を利した設計と運用 - . 乳幼児医学・心理学研究 8(1), 29-35.
- 5)本郷一夫・八木成和(1997)：鳴門市の1歳6ヶ月健診の改善に関する研究 - 全健診児に対する「簡易発達検査」導入結果を中心に - . 発達障害研究, 19(1), 72-80.
- 6)本間博彰(2000)：早期介入で児童虐待を予防する．保健婦雑誌 56(11), 936-940.
- 7)伊藤則博・工藤美加・坪井龍彦・飯浜浩幸(1995)：地域早期療育システムの整備に関する研究() - 旭川市の乳幼児健康診査と心身障害児の母子支援活動を中心に - . 北海道教育大学紀要 45(2), 149-160.
- 8)小泉毅・薄田祥子・田先由紀子・青山雅子・今成京子・遠山和美・高波厚子(1987)：言語遅滞児の1歳6ヶ月児健康診査における早期発見・早期ケアの試み() - 1歳半健診から3歳健診までの3年間の疫学的追跡研究 - 小児の精神と神経. 27(3), 103-117.
- 9)小島道生・腰川一恵・高橋好郎・菅野敦・村田啓子・秋山幸子・山崎恵美・山田博子・布袋由美子・山崎美枝子・田中雅子・高田幸子・藤田道子・田村麻里子(2002)：1歳6ヶ月健診におけるスクリーニング・システムに関する研究．特殊教育研究施設研究報告書(1), 95-102.
- 10)近藤直子・白石恵理子・張貞京・藤野友紀・松原巨子(2001a)：自治体における障害乳幼児施策の実態．障害者問題研究, 29(2), 96-123.
- 11)近藤直子・白石恵理子・張貞京・藤野友紀・松原巨子(2001b)：京都府・京都市の早期発見・対応の現状と課題．障害者問題研究, 29(2), 156-164.

- 12)近藤直子・佐々木美智子・白石恵理子・松原巨子(1991):自治体における障害乳幼児施策の実態. 障害者問題研究, 67, 22-39.
- 13)長野県精神保健福祉センター(1996):乳幼児精神発達健診システムに関する報告書.
- 14)中川信子(1998):健診とことばの相談 - 1歳6ヶ月健診と3歳児健診を中心に -. ぶどう社.
- 15)中澤恵子・太田百合子・植松紀子・長谷川正美・巷野悟郎・盛奈津子(1996):育児支援についての一考察 - こどもの城「赤ちゃんサロン」をモデルとして -. 小児保健研究, 55(4), 584-590.
- 16)岡中栄子・中村慶子(2003):野村町における幼児期の子どもを持つ母親への支援. 小児保健研究, 62(1), 88-95.
- 17)大石明利・木下孝司(2001):地域療育システムの形成と通園施設の役割 - 広域圏における発達保障システムづくり -. 障害者問題研究, 29(2), 124-132.
- 18)大迫より子(2001):発達保障運動がすすめた鹿児島を通園事業. 障害者問題研究, 29(2), 145-150.
- 19)鈴木五男・青木継捻・久保田純子・鈴木真弓(1996):市町村人口構成別にみた発達支援の現状と問題点. 小児保健研究, 55(4), 576-583.
- 20)高田知英子・竹下研三(1983):1歳6ヶ月児健診で有意語の遅れた児の検討 - 3歳時点での評価 -. 鳥取医学雑誌, 11(2), 161-166.
- 21)田丸尚美(1996):障害児の早期発見と心理指導の課題. 鳥取大学教育学部附属教育実践研究指導センター研究年報第5号, 25-29.
- 22)山田博子・山崎恵美・布袋由美子・藤田道子・秋山幸子・村田啓子(2000):1歳6ヶ月児健診からのフォロー事業. 第23回全国地域保健婦学術研究会講演集, 404-405. 23)山根律子・山本哲也・加藤哲文・金野久留美(2001):市町村における早期療育体制整備に関する調査報告 - 障害の発見から相談・コーディネート機能への現状と課題 -. 発達障害研究 23(2), 147-153.