

日本一の健康長寿県構想

県民が健やかで心豊かに、支え合いながら生き生きと暮らすために



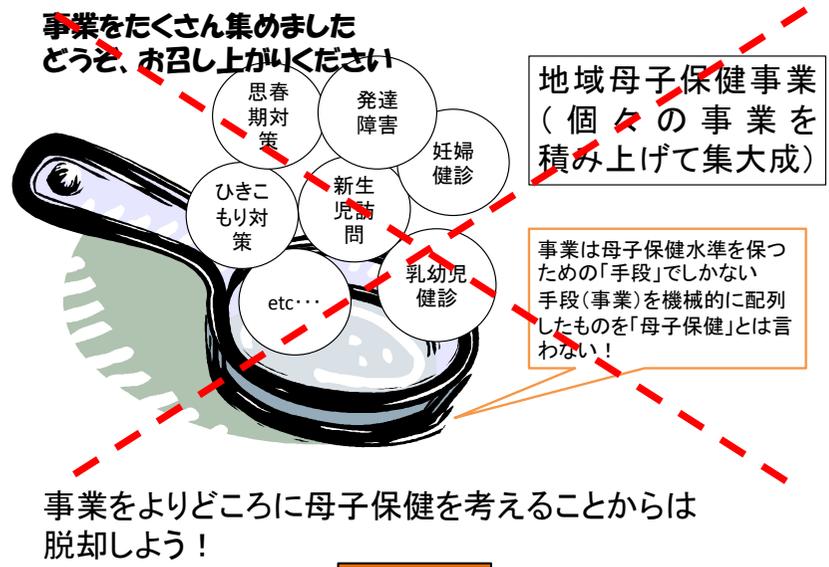
高知県母子保健ワーキンググループ

母子保健事業の 体系化と評価に関する検討報告 ダイジェスト版（平成22年度）

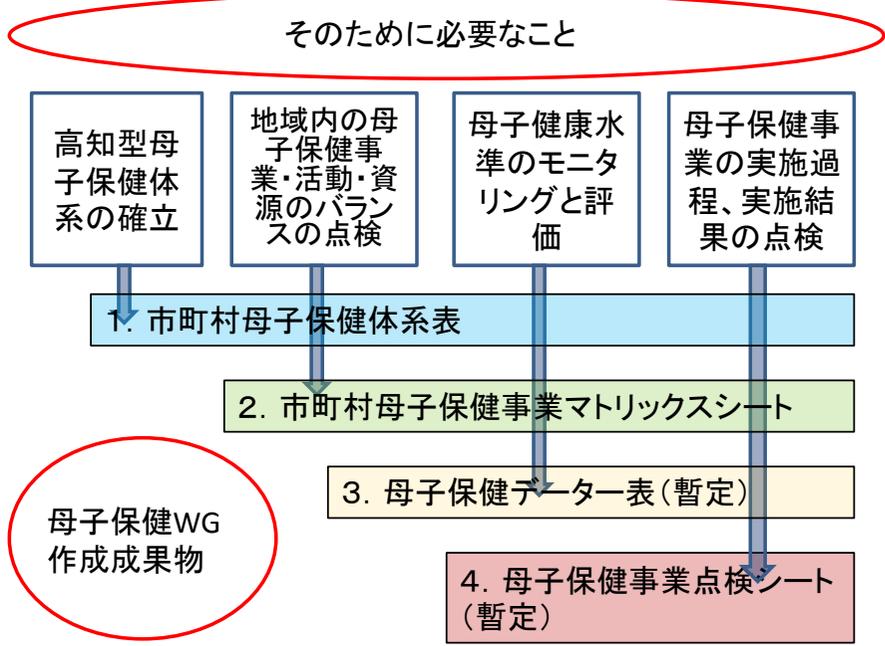
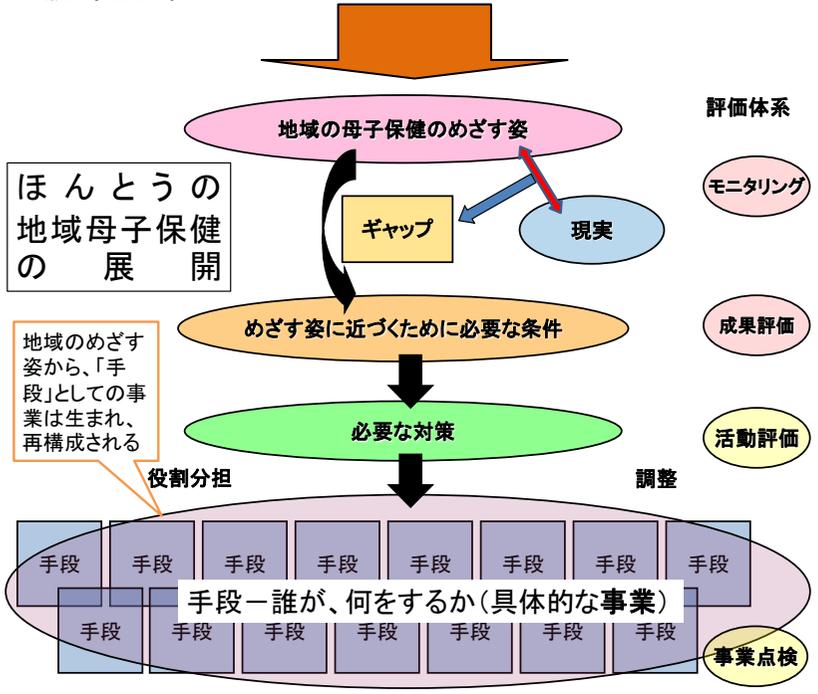


22年度の母子保健ワーキングの活動内容

- ・国の「健やか親子21」を参考に、母子保健事業の体系整理を行い、母子保健事業の「基本」を検討しました。
- ・代表的な母子保健水準や事業について、モニタリング・評価することで母子保健の全体像を把握し、地域の母子保健全体のバランスを知ることがを目的に、必要な情報を定期的にモニタリングするためのデータ収集・事業点検システム開発の検討を行いました。



- ◆地域の母子保健体系を描き、そこから事業を展開する、既存の事業を組みなおす
(地域のめざす姿を実現するためには何が必要かを考える。長期的視野やエビデンスに基づいた科学的な母子保健行政も意図する)
- ◆地域の母子保健の水準を確認する
(地域のめざす姿に足りないものを点検。健康状態のモニターと事業の点検評価。担当者の保健指導や公衆衛生のスキルアップや力量形成)
- ◆自助、共助(地域)、公助(保健医療福祉の専門機関、市町村行政、県行政)で役割分担する
(住民を中心に据えて考え、誰が誰に何をいつまでにするのかを考える。行政が自前でできることだけを中心に事業を考えない。専門機関活動、住民活動の高揚)
- ◆自治体は、住民への公的責任を果たせるような事業展開や環境整備を行う



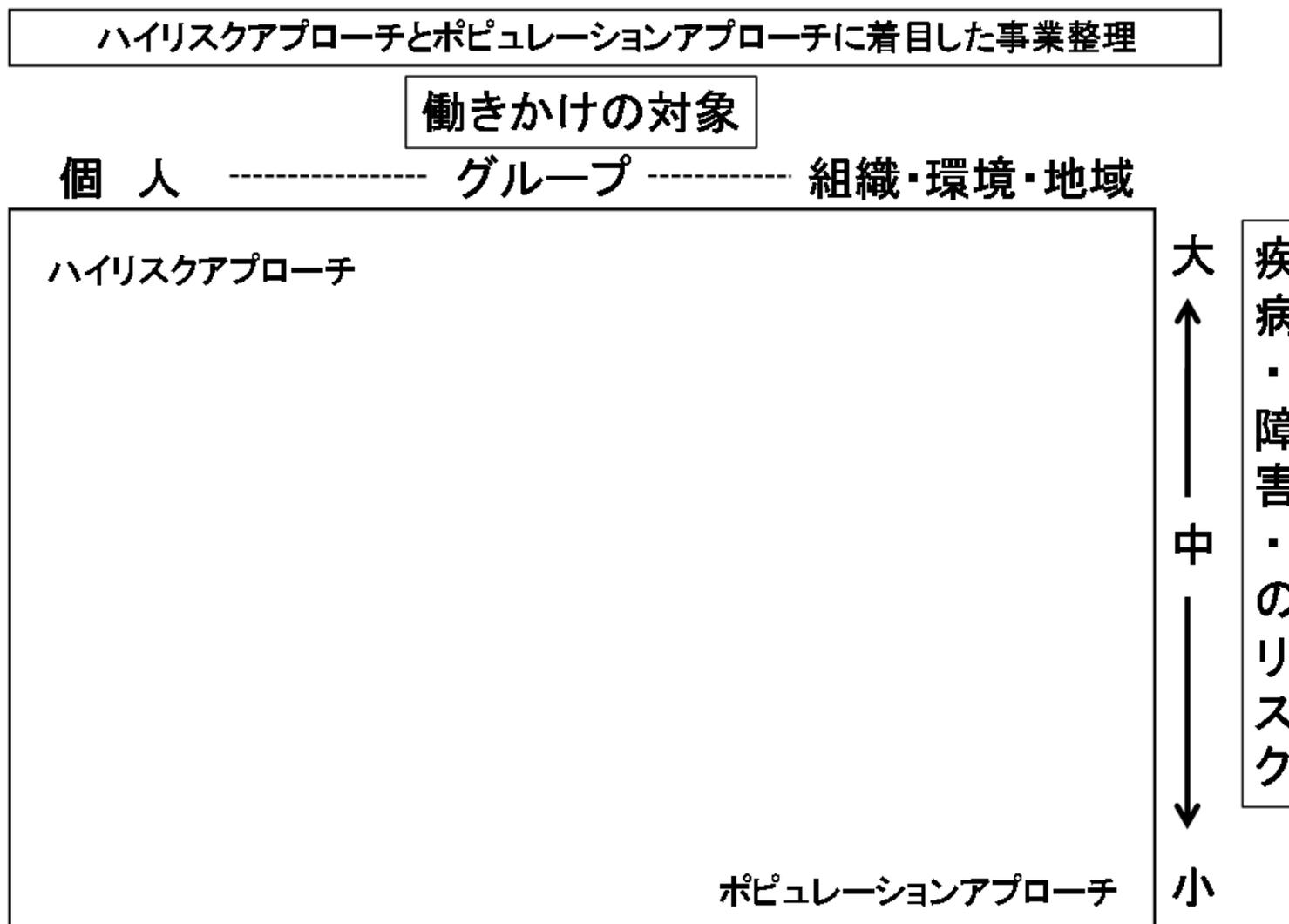
1. 市町村母子保健体系表

時期	アプローチの対象	母子管理の方向 (個別管理、集団の把握について)	事業の方向、必要な事業、事業対象、事業企画実施上の留意点			
			健康診査、予防接種など 診療を伴う事業	相談的事業(含む家庭訪問) ※主として行政が実施している(委託を含む)診療を 伴わない直接サービス事業	関係機関・専門機関との連携	住民組織、民間団体等の 協働・育成
妊娠期 ～産後	ポピュ レーシ ョンア プローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■妊婦が早期に妊婦管理を開始し、定期的に妊婦健診を受ける。 ■妊婦が妊娠・分娩の知識を身につけ、よい生活習慣を保つことができる。 ■妊婦が異常妊娠の知識を持ち、兆候があったら早期に対処できる。 ・妊娠リスクコアを活用する。 ・タバコ・酒をやめる。 ・生活習慣を整える。 ・妊婦アンケートの活用 ・労働の軽減or配慮(職場等)(産後) ■産後の母親が子育てに孤立化しないようにする。 ■産後の母親が自ら子育てや自己の産後の体調管理について即応的に相談できる体制にする。 ・産後ケアは育児サポート、乳房ケア、産婦の身体・精神的ケアの3者を系統的にフォローする。 ・エジンバラ産後うつ評価尺度の活用 	<ul style="list-style-type: none"> ■妊娠届け 早期提出を勧奨する。 ■妊婦健康診査 14回実施し、10回以上受診。受診票の使用枚数の確認。未受診の把握を行う。 ■妊婦健診台帳を作成する 個別管理、縦覧管理ができるようにする。出生後は母子管理に活用できる。 ■医学的管理の充実 ・管理状況をモニタリングあるいはレトロスペクティブ(出生後にチェック)に把握し、課題があれば方策を考える。 ・予防接種(インフルエンザ)ー任意接種 を紹介する。 ■1か月健診の確認 レトロスペクティブ(出生後にチェック)に把握し、課題があれば方策を考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ■妊婦アンケートの実施 要支援(医学面、心理社会的側面)が必要なスクリーニングの実施を行う(妊婦アンケートの事業は22年度事業。23年度以降は届時に配布し郵送回収等が効果的か)。 ■妊娠届一母子健康手帳の交付 ・早期の妊娠届けの勧奨を行う。 ・受付は妊婦の心理社会的側面をアセスメントし必要な保健指導ができる専門職を配置。 ・情報提供一飲酒、タバコ、歯周病の予防 ■妊婦教室(両親学級) ・教室を受けられる環境整備を行い、受けられない妊婦に対しては代替策を検討する。 ■妊婦リスクスコアの啓発 ・心配ごとのある妊婦には相談に乗る。 ■産後ケア ・一般的な産後相談対応を提供できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■産科医師との連携 ・リスクスコアの相談、妊婦教室の講師、必要に応じ妊婦支援の連絡会や地域との連絡協議会に参加するなどの機会を検討する。 ■歯科医師、歯科衛生士と連携 ・妊婦教室の講師を依頼する。 ■助産師 ・妊婦教室の講師、妊婦、産婦相談対応を依頼する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■児童委員、母子保健推進員との協働と育成 ・普段接する近隣の妊産婦へのサポートを依頼する。 ■子育て支援センターと協働と育成 ■育児サークルとの連携と育成 ■育児支援ボランティア(子育て)の育成 ・先輩妊産婦としての活動、第二子以降の妊婦へのサポート、産婦へのサポートなど。 ■企業及び地域への啓発 ・健診に受診しやすい、妊婦が働きやすい環境への理解を促す、マタニティマークの普及を行う。
	ハイリス クアプ ローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■妊婦が異常を感じたら、早期に受診できる。 ・仕事を休める環境整備 ・異常症状への知識と家族の協力 ■飛び込み産事例、未受診事例、健診中断妊婦に対して把握し家庭訪問等を行う体制づくりをする。 ■医療機関とハイリスク妊婦に関する情報共有ができるしくみづくりをつくり、妊婦支援ができる。 ■ハイリスク妊婦、特定妊婦(要保護児童)に対して妊娠期から支援を行い子育て支援に継続する。 ・ハイリスク妊婦を確実に把握する。 ・妊婦が異常を感じて早期に受診できる。 ・医療機関からハイリスク妊婦の情報がタイムリーに入る。 ■特別なケアが必要な妊産婦をきちんと管理する。 ■不妊に悩むカップルを支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■健診で異常のあったケースを医療機関から市町村に確実に早く連絡をしてもらう。 ・簡易な連絡票の利用促進を行う。 ・医療機関とのコミュニケーションをとる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ハイリスク妊産婦への保健指導 ・ハイリスク妊婦事例：届出の遅れや妊婦アンケートで把握したケース、医療機関から連絡のあったケース、上の子の産後ケース、生保、メンタルに問題のあるケース等 ■相談事業 ・異常を感じた妊産婦の相談と受診勧奨体制を確保する。 ■家庭訪問従事者の養成事業 ・産後の家庭訪問に従事するものは、一定の水準をもった者が実施できるようスキルアップを図る(研修等)。 ■産後ケア ・身体的、精神的ケアを必要とするケースにケアを提供できる。 ■不妊に悩むカップルへの支援 ・適切な機関を紹介できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ハイリスク妊産婦の個別ケース支援会議又は医療機関との連携 ・要保護児童地域対策協議会を活用する。 ・情報提供書を活用し、必要な地域連携をとる。 ■要保護児童地域対策協議会 ・役割分担を行い必要な協働体制をとる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■児童委員との協働 ・ハイリスク妊婦のサポート(事例により協力を求める) ・身体的ハイリスク妊婦には至っていないが、支援が必要な妊婦ケースへの訪問など(早期介入)。

時期	アプローチの対象	母子管理の方向 (個別管理、集団的把握について)	事業の方向、必要な事業、事業対象、事業企画実施上の留意点			
			健康診査、予防接種など 診療を伴う事業	相談的事業(含む家庭訪問) ※主として行政が実施している(委託を含む)診療を 伴わない直接サービス事業	関係機関・専門機関との連携	住民組織、民間団体等の 協働・育成
乳幼児期	ポピュレーションアプローチ	<p>■保護者が、乳幼児の1歳までの成長発達の節目である月数(1か月・4か月・7か月・10か月)の意義を理解し健診を受ける。</p> <p>■保護者は、法的幼児健診である1歳6か月健診・3歳児健診を受け成長発達及び基本的な生活習慣ができていくか確認して行く。</p> <p>■保護者が乳幼児期によくある疾患についての知識を身につけ、事故予防や急病対応を習得できるようにする。また、障害に対する理解を促す。</p> <p>■保護者に予防接種で防げる疾患を理解し(任意、定期)月齢にあった予防接種を受けていく。</p> <p>■母親の子育て不安に寄り添い、具体的な相談や指導を行う機関や育児サークルが保護者が身近に利用できるよう情報提供や整備を行う。</p> <p>・きちんと乳幼児健診を受ける。(受診率向上)</p> <p>・キーエッジでの確実なチェック(新生児、4M、7M、10M)</p> <p>・母が育児学級・愛育相談を受ける。</p> <p>・予防接種を受けさせる。</p> <p>・妊婦アンケートの活用</p> <p>・基本的な生活習慣の形成(早寝・早起き・食事)</p> <p>・歯の衛生(歯磨き・フッ素)</p> <p>・養育者がだれかかつながっている。</p>	<p>■乳幼児健診</p> <p>・受診率の向上を図る。</p> <p>当面全国平均を目指す</p> <p>・精度・実施水準を点検・確保する。</p> <p>・未受診者対策を的確に行う。</p> <p>■予防接種</p> <p>・定期接種は接種の指導。任意接種は接種の情報提供を行う。</p> <p>■歯科検診</p> <p>・受診勧奨を行い、また、口腔衛生の状況を確認する。</p> <p>・フッ素洗口を普及させる。</p>	<p>■新生児訪問事業</p> <p>・専門職による訪問を実施する。</p> <p>■こんには赤ちゃん事業</p> <p>・3か月までに実施率100%を目指す</p> <p>■各種相談事業</p> <p>・育児学級、離乳食講習、母乳相談、愛育相談など</p> <p>■歯科に関する保健指導・情報提供</p> <p>・歯科保健指導(フッ素洗口やフッ素塗布の情報)を健診や相談でタイムリーな時期に介入する(4歳まで)</p> <p>■小児医療に関する啓発</p> <p>・保護者が事故予防や急病対応を習得できるようにする。</p>	<p>■医師会、歯科医師会、保育関係者、教育委員会(幼稚園)、子育て支援関係者</p> <p>・各ステージに必要な連携を構築する。 (個別事例の対応だけでなく、包括的な連携構築を視野に入れておく)</p>	<p>■児童委員、母子保健推進員との協働と育成</p> <p>・近隣の乳幼児のいる家庭への支援や、母子保健事業への協力をお願いする。できれば自主的な活動を促す。</p> <p>■子育て支援センターと協働と育成</p> <p>■育児サークルとの連携と育成</p> <p>■育児支援ボランティア(子育て)の育成</p> <p>・先輩親としてのサポート、親同士のピアサポート、育児支援、知識の普及など。</p>
	ハイリスクアプローチ	<p>■ここでいうハイリスクの対象には病児、障害児、未熟児、療育環境不良児が含まれる。</p> <p>■疾病や障害(あるいはその可能性がある)児を発見すべき時期にきちんと発見する。</p> <p>■未受診児の保護者に対してフォローを行い、健診の継続を図る支援を行う。</p> <p>■要精密、要医療が必要な子どもに対して保護者が適切な対応ができる。</p> <p>■子育てに問題を抱える保護者が孤立しないように関係機関が連携し支援できる体制整備をする。</p> <p>■発達障害を含む障害児、病児に、母子保健担当者が接する初期段階から、長期予後まで見越した的確な支援ができるためのコンダクター(支援の管理・調整)を市町村が責任を持つ。</p> <p>・未受診者の追跡(訪問等面接)</p> <p>・医療機関からハイリスク乳幼児の情報がタイムリーに入る。</p> <p>・養育者を孤立させない。</p> <p>・健診の精度が適正に保たれる。</p> <p>・健診要フォロー児が確実にフォローされる。</p> <p>・特別なケアが必要な乳幼児をきちんと管理する。</p> <p>・未受診者の追跡(訪問等面接)</p> <p>・身体・知的、肢体不自由児、発達障害児等障害、慢性疾患をもつ子どもの就学移行支援体制ができる。</p>	<p>■健診で気になる子どもを適切な時期にフォローする。</p> <p>・フォロー基準を明確にし、漏れがないようにする。</p> <p>・適切な時期に適切な方法でフォローする。</p> <p>・単一のフォローの方法を忌避、逡巡する保護者もいるので、次善のフォローの方法を用意する。</p> <p>■乳幼児健診時の要精密、要医療児の確実な受診</p> <p>・受診勧奨を行う。</p> <p>・定期的に要受診者の受診確認を行う(要医療の場合は、内容によって受診確認が必要な場合とそうでない場合がある)。</p> <p>・受診結果は必要な情報を入手する。</p> <p>・受診を忌避、逡巡する保護者のためのフォローの仕方を決めておく。</p>	<p>■要フォロー児の受け皿整備</p> <p>■障害や病気が発見されたときの初期の保護者支援</p> <p>■健診で気になる子どもを適切な時期にフォローする。</p> <p>・要精密対象者の受診状況を追跡し、未受診者には受診勧奨を行う。</p> <p>(その他詳しくは左欄と同じ)</p> <p>・グレーゾーンの子どもの育児教室を確保する。</p> <p>・障害児の療育教室を実施する。</p> <p>・健診未受診者の訪問を行う(未受診者中に障害児や被虐待児が潜在)。</p> <p>・障害や病気発見初期の保護者の不安やメンタル的な不安定を受けとめられる体制をとる。</p> <p>・科学的エビデンスに基づいたフォロー体制になるように企画する。</p> <p>■養育環境不良等の児へのタイムリーな対応(訪問等)</p> <p>・地域を面とらえて、タイムリーな初期対応ができるようにする。</p>	<p>■医師会、歯科医師会、保育関係者、教育委員会(幼稚園)、子育て支援関係者</p> <p>■児童サービス</p> <p>■療育福祉センター</p> <p>■障害児教育関係者</p> <p>・各ステージに必要な連携を構築する。</p> <p>・個別事例の対応だけでなく、包括的な連携構築を視野に入れておく。</p> <p>・コンダクターは、住民に対する公的責任において、基礎自治体である市町村で行う。</p> <p>・専門家には科学的エビデンスの提供をいただく。</p> <p>・発達障害を含む障害、慢性疾患では、長期予後を見越して初期対応から就学までの継続支援体制のコンダクターをとる(就学に向かっている個別支援計画)</p> <p>■要保護児童地域対策協議会</p> <p>・役割分担を行い必要な協働体制をとる。</p>	<p>■児童委員、母子保健推進員との協働と育成</p> <p>■子育て支援センターと協働し、ハイリスク児を支援</p> <p>■セルフヘルプグループ、ボランティアの連携と育成</p> <p>・各々のハイリスク児に応じた支援をお願いする。</p> <p>・親の会などのセルフヘルプグループの存在を知り協力を依頼する。また、地域の実情にあった組織を育成する。</p>

時期	アプローチの対象	母子管理の方向 (個別管理、集団的把握について)	事業の方向、必要な事業、事業対象、事業企画実施上の留意点			
			健康診査、予防接種など 診療を伴う事業	相談的事業(含む家庭訪問) ※主として行政が実施している(委託を含む)診療を 伴わない直接サービス事業	関係機関・専門機関との連携	住民組織、民間団体等の 協働・育成
学童期 ～思春 期	ホビュ レーシ ョンア プ ローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■基本的な生活習慣が確立(早寝・早起き・食事)できるようにする。 ■予防接種の意義を理解し定期、任意の予防接種を受ける。 ■学校において系統的な性教育が実施され、子どもたちが心身の発達を理解した思春期の性行動がとれるように支援する。 ■思春期の性行動による疾患を理解し予防、早期対処行動ができるように支援する ■思春期のメンタルヘルスについて本人や保護者に相談機関を周知し活用できるようにする ・歯の衛生(歯磨き・フッ素洗口) ・望まない妊娠の防止、性行動上の心配事 	<ul style="list-style-type: none"> ■定期予防接種 <ul style="list-style-type: none"> ・100%の受診をめざす。 ・受診状況を台帳等での確に把握する。 ■任意接種 <ul style="list-style-type: none"> ・情報提供を行う。 ■学校健診(内科・歯科) <ul style="list-style-type: none"> ・学童期以降の健康状態を統計的に把握する。 ■学校歯科検診 <ul style="list-style-type: none"> ・学童期以降の状態を統計的に把握する。 ・フッ素洗口を普及させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ■アリンクに出前講座の依頼 <ul style="list-style-type: none"> ・性教育・ピアカウンセリング ■市町村保健師等による性教育 ■学校での性教育 <ul style="list-style-type: none"> 性教育・エイズ教育・薬物乱用防止に関する教育 ■食育の推進 ■小児生活習慣病予防 <ul style="list-style-type: none"> ※多くの事業は右欄の連携によって行われる。市町村が行う場合もあれば、他の主体が行う場合もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■保健師と看護部会との連携による基本的な生活習慣の確立の取り組み ■性教育出前教室実施機関(看護協会、助産師会) ■学校(スクールカウンセラー・養護教諭・教諭) ■精神保健センター ■医療機関(産科医・泌尿器科) ■警察 ■教育委員会 ■福祉事務所 	<ul style="list-style-type: none"> ■思春期ピアカウンセラーの養成 ■禁煙サポーター ■PTA食生活改善推進協議会、食育ボランティア団体等との連携
	ハイリス クア プ ローチ	<ul style="list-style-type: none"> ■身体・知的、肢体不自由児、発達障害児等障害をもつ子どものステージ移行支援体制ができる。 ■養育に支援が必要な子どもに要保護児童協議会や地域支援者と連携し支援する。 ■不登校、引きこもりの子どもたちに関係機関と連携して支援する。 ■性感染症や望まない妊娠、メンタル面等思春期の子どもたちが性に関する相談機関が身近に利用でき支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> ■産婦人科医師 <ul style="list-style-type: none"> ・未成年妊娠について、医療機関からの市町村への情報提供書を活用し、タイムリーな支援を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ■療育相談事業の利用 ■スクールカウンセラーの活用 <ul style="list-style-type: none"> 必要時思春期外来(精神科)につなぐ ■要保護児童地域対策協議会 <ul style="list-style-type: none"> ・ケース会議、進行管理を行う。 ■養育支援のための家庭訪問(保健・福祉・教育) ■市町村保健師等による性教育 ■障害児の長期休暇事業の利用 	<ul style="list-style-type: none"> ■看護保児童地域対策協議会 ■性教育出前教室実施機関(看護協会、助産師会) ■学校(スクールカウンセラー・養護教諭・教諭) ■精神保健センター ■医療機関(産科医・泌尿器科) ■警察 ■教育委員会 ■児童相談所 ■若者サポートステーション ■福祉事務所 ・必要な連携をとる 	<ul style="list-style-type: none"> ■民生委員・児童委員との協働と育成 (乳幼児期を参照) ■PTA手をつなぐ育成会、その他セルフヘルプグループ、ボランティア団体等との連携 (乳幼児期を参照)
基盤整備の事項	人材育成、環境整備、母子保健計画など、全体にかかわるもの <ul style="list-style-type: none"> ・自治体には住民に対する、一義的な公的責任があることを認識する(母子保健事業「利用者」に対する「サービス」ではないことに注意)。 ・人口動態や基本的な統計を(事業実績、報告物、健診結果など)モニタリングしておく。 ・地域のめざす母子保健のビジョンを描き、その中で課題を見出し、誰が何を誰に対していつ行うかを決めるというプロセスを大切にす。 (すべてが市町村行政で行えるわけではないので、役割分担協議や調整が重要である) ・事業については、その目的を確認しながら事業のPDCAを行う。 ・上記は、母子保健計画(次世代育成支援行動計画の一部、ただし単独あるいは健康増進計画の一部として作成する場合もある)で政策レベル、行動レベルで作成される必要がある。 ・一定求められる母子保健のスキルを持った人材育成が必要である。スキルには、疫学・公衆衛生、臨床的技術、行政能力が求められる。 地域の見方、ニーズの把握やエビデンスの判断には疫学・公衆衛生能力が必要であり、政策、事業の企画には行政能力が必要である。 健診を精度良く実施するには、精度管理をする疫学能力と、児の観察や検査を実施でき判断できる臨床能力の両方が要求される。 ・キーエッジでオール医療機関委託の場合は、相談事業を活用して観察する等の制度的工夫をする。 ・直接的サービスのみならず、環境整備面に気を配り、トータルに自分の地域ではどのような母子保健水準にあり、どのような母子保健が提供できているかを意識する。 					

2. 市町村母子保健事業マトリックスシート



「ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な融合に向けて」
地域医療振興協会編. 2008年. 8p. より改変

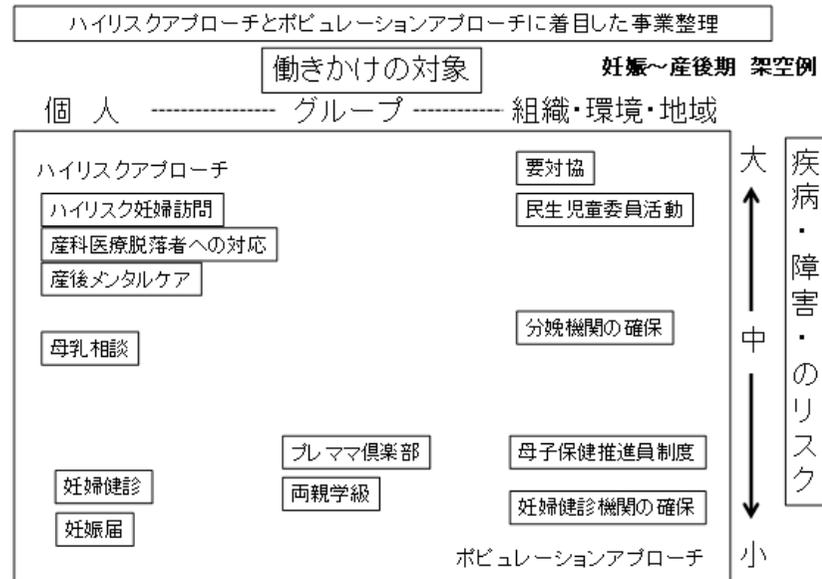
使い方

働きかけの対象とリスクについて たとえば1歳6か月児健診は、対象は18か月～2歳未満の全幼児ですので、ポピュレーションアプローチであり、かつ個人が対象となります。グループでは、一般的な子育てサークルはリスクが小ですが、シングルマザーのサークルだと特定の目的に特化しているためリスク度は上がるととらえます。組織では、母子保健推進員は一般的に広く母子を対象、児童委員の活動はおおむねリスクの高い母子を対象にしています。

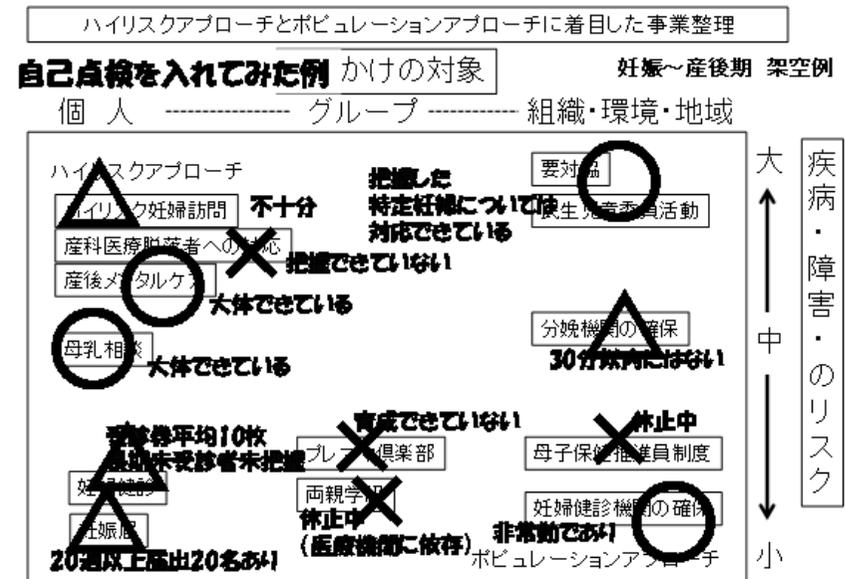
事業によっては対象が複数にわたる場合があります。その場合は事業名に注釈を加えて記入するか、事業の主目的に従って記入するなど、実質的にどのような対象、リスクの大小に対応した事業化が分かればよろしいです。あまり難しく考えずに記入しましょう。

解釈 空白の多いエリアは、そのステージの母子保健全体から見て、抜けている部分です。それは、必要がある事業がおこなわれていない場合もあれば、事業があるのが望ましいが実質的に事業が行えない場合、そして、そもそもあまり必要性がない場合があります。しかし、その判断は、地域を面でもとらえて探査したり、統計的検討を行うなりして、**ニーズを計測**する必要があります。需要（ダイヤモンド）や、要求・要望（ウォンツ）で判断してはいけません。

さらに進んだ検討 この事業をあてはめていくシートについて、その事業自体が円滑に実施されていなければ、そこは事業がおこなわれていないのと同様です。**入れ込んだ事業の点検をしてみると、「弱み」**がはっきりしてきます。**以下の×は実質的に空白と同じ**であり、**△は事業はやっているが弱い**ところということになります。そのステージの**母子保健事業の供給状態が一目瞭然**となります。



「ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な融合に向けて」
地域医療振興協会編、2008年、8p. より改変



「ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの効果的な融合に向けて」
地域医療振興協会編、2008年、8p. より改変

3. 母子保健データ表（暫定）

「健やか親子21」の4つの課題を踏まえ、香川県で行われている「母子保健事業評価システム」を参考に、母子健康水準と母子保健事業結果の数量的評価を行う指標を作成しました。「1. 市町村母子保健体系表」に示した状態の評価がある程度できるようになっています。現在は暫定のもので、今後、必要十分なものに改変していく作業を予定しています。

なお、指標には解説をつけ、統計的な意味、意義が分かるように努めました。

採用された指標群

（課題 は「健やか親子21」に対応しています）

課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊の支援

人口動態：妊産婦死亡、周産期死亡、死産統計 妊娠届

妊婦健康診査：受診票使用実績、HBs 検査、超音波検査、健診結果

訪問指導 妊婦健康教育

ハイリスク妊婦：医療機関からの情報提供、ハイリスク妊娠件数（項目別） ハイリスクにつながる生活習慣：喫煙、飲酒

分娩に関する統計：分娩場所、分娩様式 産後ケア

課題3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

人口動態（新生児含）：乳幼児死亡、出生体重及び新生児死亡、死亡原因

3か月時までの児の把握状況 乳幼児の訪問指導：新生児、未熟児、乳児、幼児

保健指導・健康相談 健康教育

集団健康診査：対象者数、受診者数、受診結果－乳児（各ステージ）、1歳6か月児、3歳児、その他

歯科健診：1歳6か月児、3歳児 予防接種

疾病・事故の既往状況：1歳6か月児、3歳児時点

課題4 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減

育児について：育児支援（健診カルテから問診項目） 乳汁栄養法 要保護児童数

（新生児訪問、こんにちは赤ちゃん事業については課題3）

課題1（思春期） については、市町村事業が少ないことから来年度の検討となった。

3歳児健診の例を示します。

健康診査

健康診査	対象者数	3歳児一般実受診者数	受診割合(%)	異常なし	異常なしの割合(%)	既医療数	既医療割合(%)	要観察人数	要観察人数割合(%)	要医療数	要医療数の割合(%)	要医療数(再)		要精密数	要精密数の割合(%)	要精密数(再掲)			発達障害フォロー数	発達障害フォロー数割合(%)
												精神面	身体面			聴覚	視覚	検尿		
市町村																				
高知県																				
全国																				

具体的には、たとえば下記のような形で**福祉保健所から市町村へ還元し、情報共有を行う**ことを意図しています。

***高知県健康づくりシステムに順ずる。**

出生時体重別

	出生数	500g未満		500～999g		1000g～1499g		1500g～1999g		2000g～2499g		2500g～2999g	
		実人数	実人数	割合(%)	実人数	割合(%)	実人数	割合(%)	実人数	割合(%)	実人数	割合(%)	実人数
A市	474	1	0.2	1	0.2	4	0.8	9	1.9	35	7.4	184	38.8
高知県	5788	3	0.1	21	0.4	31	0.5	87	1.5	513	8.9	2319	40.1
全国	1091156	287	0.03	3006	0.3	4989	0.5	13395	1.2	82802	7.6	419139	38.4

県健康づくりシステム(2008年)の入力データで全国値に間違いがあり、「母子保健の主なる統計より」全国データを記載する。

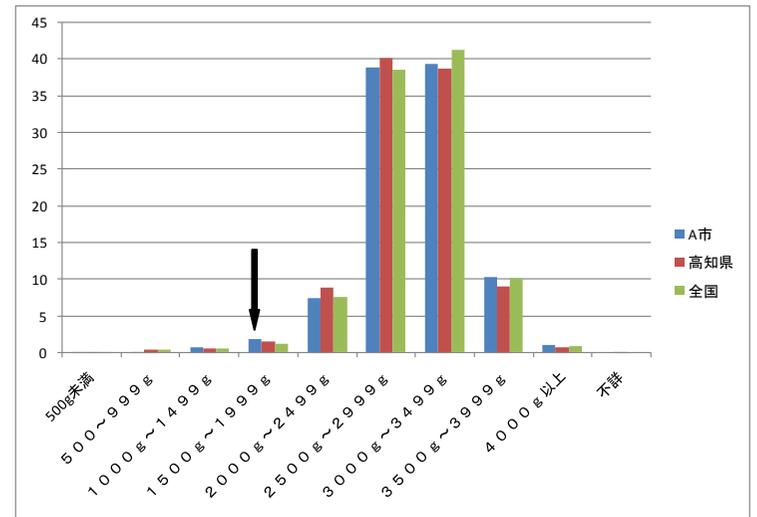
3000g～		3500g～		4000g以上		不詳	
実人数	割合(%)	実人数	割合(%)	実人数	割合(%)	実人数	割合(%)
186	39.2	49	10.3	15	1.1	0	0
2238	38.7	521	9	52	0.8	3	0.1
449027	41.2	108714	10	9573	0.8	224	

コメント

2,000g未満で計算すると、A市では15/474(3.2%) 高知県142/5788(2.5%) 全国21677/1091156(2.0%)で、全体的に見て低体重児の割合が高い傾向にあります。低体重の児については正産なのか早産なのかなどの、さらに評価が必要かと思われます。出生時体重が、超出生体重児と言われる1000g未満は、在胎週数が27週未満での出生の可能性があります。この時期の胎児は身体的だけでなく神経学的な未熟性が高く、出生後の発育に大きな課題となる可能性があります。また極出生体重児である1500g未満や在胎週数36週未満の可能性が高い2500g未満も高知県、全国的に比して高い状況(倍近くの率)です。これらの現状に対して、産科医療機関と市町村で現状を共有し、連携した予防施策を検討していくことが必要と思います。

【解説】

○2500g以下の出生児数が高い場合は、早産出生の可能性が高いため、妊娠週数との関連した分析が必要である



4. 母子保健事業点検シート（暫定）

このシートは、代表的な母子保健事業について、その企画、運営、管理、評価等について、自主点検を行うものです。

シートに記入して、問題がある項目は、改善が必要と思われるので検討課題としてとらえることができます。一方、よくできているところは、達成感を感じていただくとともに、ますます頑張っ改善していくための資料になります。

各々の項目は性質、対象、段階の各々の項目で各々分類されています。

性質は、情報収集、企画、実施、連絡調整、管理・点検 の5つに分けています。対象は、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチの2つに分けています。段階は、水準維持、積極的管理の2つに分けています。

現在の成果物は暫定的なものであり、完成時には、これらをデータ処理し「母子保健事業マトリックス」に対応した分野別評価として

- ・ライフステージ（妊娠期～産後、乳幼児期、学童期～思春期）
- ・事業領域（健康診査、予防接種など診療を伴う事業、相談的事业（含む家庭訪問）、
- ・関係機関・専門機関との連携、住民組織、民間団体等の協働・育成）
- ・性質の「強いところ、弱いところ」
- ・対象からみた事業の傾向、偏り

を一覧できるようにして、段階別の評価（一般的水準が保たれているか、積極的な取り組みを行っている部分は何かなど）を見ることができるようになります。

これらのデータ処理により、母子保健事業のバランス、強みと弱み、改善点と伸ばす点など、事業全体を点検し今後の方向性を考える資料ができます。

課題2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊の支援 (市町村版)

2-1 妊娠管理(30)

この時期の母子保健事業のねらい

「妊娠期」

- ・妊婦が、早期に妊娠管理を開始し、定期的に妊婦健診を受ける。
- ・妊婦が、妊娠・分娩の知識を身につけ、よい生活習慣を保つことができる。
- ・妊婦が異常妊娠の知識を持ち、徴候があったら早期に対処できる。
(早期に対応するには知識以外に、医療環境づくりや、家庭環境へのケアも必要である)
- ・自治体が、若年妊娠、ハイリスク妊娠、出生後の虐待リスクなど、特別な問題を抱える妊婦を把握し、ケア・管理できる。
- ・自治体が、異常妊娠や双胎妊娠、心の問題など不安を抱える妊婦へのケアを実施できる。
- ・上記の結果、早産・未熟児が減少し、周産期死亡ができるだけなくなる。

「ピットフォール(陥りやすい落とし穴)」

- ・「妊婦は医療機関にかかっているはずだから、そちらで管理されているはずだ」
- ・「妊婦は母親学級をちゃんと受けている」
- ・「経産婦は初産婦より安心だ」
- ・「妊娠中に異常な徴候があったらすぐ受診する」
- ・「うちは小さな町で、全数把握しているから大丈夫」
- ・・・望まれない妊娠は、転出入するケースがある！

2-1-1 妊娠届の受付

- 201 1) 受付をする職員
原則、窓口で専門職が確認し、必要な情報収集と指導等を行っている
管 ポ 水 Yes 2 No 1 を入力

- 202 2) 代理人が届けた場合
後日妊婦に電話、訪問等で必要な情報収集と指導等を行っている
管 ポ 水 Yes 1 No 0 を入力
※これまで事例がなかった場合は、事態が生じたらここに書いてある方針で
対処するか否かで回答

- 203 3) 専門職員が不在の場合
訪問、会議等で窓口で専門職が不在の時は後日連絡する等代替処置を講じている
管 ポ 水 Yes 1 No 0 を入力
※これまで事例がなかった場合は、事態が生じたらここに書いてある方針で
対処するか否かで回答

平成22年度 高知県母子保健ワーキングの成果物

1. 市町村母子保健体系表

高知県における市町村で母子保健事業を企画・実施・評価をする際の標準的な指針となることを目的として作成したものです。行政が自ら実施するもののみを示しているものではないので、地域において関係機関、住民組織団体等との必要な役割分担の確保に留意が必要です。

2. 市町村母子保健事業マトリックスシート

市町村段階で行われている母子保健事業を、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの観点から整理・俯瞰できる表です。事業単位ではなく、母子保健全体から事業の性格を検討することができます。また、事業のバランスを一目で見ることができます。

3. 母子保健データ表（暫定）

母子保健の状態と、主要な事業の業務実績について、数量的なモニタリングと点検を行うシートです。統計的に実数、諸率やニーズ量・供給量を把握し、経年変化を見たり、高知県、全国値との対比を行えます（既存報告によるものについては福祉保健所で記入し、それ以外については市町村においてルーチンに数値を把握することを前提としています）。

4. 母子保健事業点検シート（暫定）

市町村段階で、主に衛生部署において実施されている事業について、企画、実施内容等を点検するためのシートです。

高知県母子保健ワーキンググループ（平成22年度）

安芸福祉保健所 三木幸美 中央東福祉保健所 林田享子・森本幸子 中央西福祉保健所 広瀬美恵子・西山優史
須崎福祉保健所 山本富貴・野村裕章・福永一郎 幡多福祉保健所 安倍美和・安田 啓
健康対策課 松岡寿子・藤村 隆

ダイジェスト版責任編集 福永一郎（平成23年3月）
ichirou_fukunaga@ken3.pref.kochi.lg.jp

行政の母子保健担当技術職に求められる資質

住民を主役にできる「脚本能力」

個々の現実を見定める「ミクロな目」

集団・地域全体を眺める「マクロな目」

地域の状況や、手段の正否を判断(評価)できる「科学の目」

手段を組み合わせ、使いこなせる「スキル」

必要な環境をつくり、連絡調整できる「手腕とセンス」