

## 虐待予防等への対処（ネットワークの実際）

- a) 国の施策「地域主権改革一括法案等の修正」において、母子保健法でも低体重児の届出、未熟児の訪問指導、養育医療等が、平成25年度より保健所から市町村に権限移譲されます。各都道府県および各市町村においては、権限移譲されるにあたり連携し準備されていることと思えます。

今般の市町村への移譲の伴い市町村では、「見守りが必要な妊婦・母子」の対応を医療機関との連携により、妊娠届（母子手帳発行）より妊娠中、入院出産また乳幼児期において対応することが可能になり、身体面のみならず虐待等を予防することができると考えます。

「見守りが必要な妊婦・母子」への早期発見・対応には、市町村と医療機関は下記連携が必要であると考えます。

1. 市町村では保健師・看護師等の母子手帳発行時の妊娠・出産等へのアンケート・聞き取りの実施
2. 聞き取りによりリスク要因を発見時は、速やかに市町村は受診医療機関へ情報提供
3. 市町村の情報提供により担当医師は外来診療時には配慮し、医療機関においても妊娠分娩歴等の患者背景調査を実施し、その結果を市町村情報提供
4. 入院出産時また外来管理期間中において市町村、医用機関、また患者、患者家族等が一同に話し合いを設け情報を共有し、面議の場をもち退院後についても市町村等において支援できる体制づくりをする
5. 市町村、医療機関での調査様式は、「見守りが必要な妊婦・母子」の早期発見のため統一様式で実施

また、未受診妊婦（全く100%）、母子手帳未発行の対応は、各都道府県管轄において電話・メール等で誰もが24時間相談できる相談窓口の開設し、相談窓口での情報を関係機関へ提供、また妊婦健診の重要性、健診の啓発広報を実施し、都道府県、市町村と医療機関が連携し妊娠・出産・乳幼児について悩んでいる方に対応していくべきと考えます。

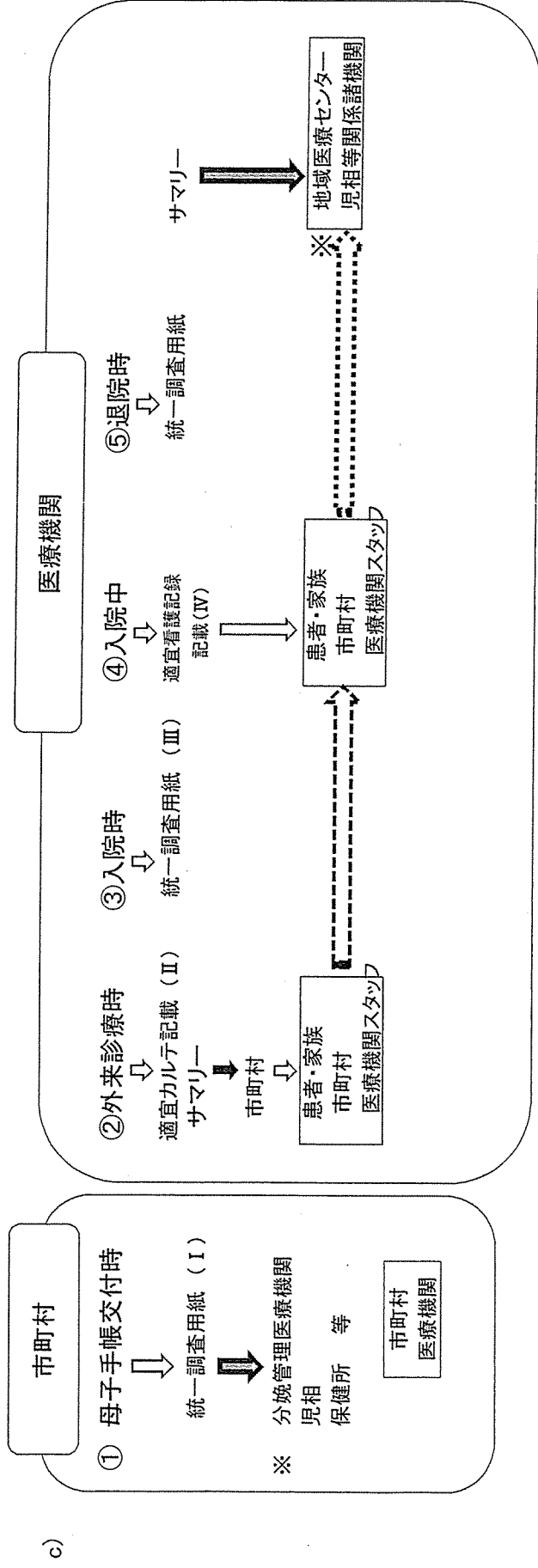
## b) 対象

- ① 母子手帳交付を受けた妊婦
- ② 未受診妊婦（母子手帳交付を受けている妊婦）
  - Ⓐ 初妊
  - Ⓑ 経妊経産・・・過去に問題がなかった妊婦
  - Ⓒ 経妊経産・・・過去に問題があった妊婦
- ③ 未受診妊婦（受診が全くない妊婦）

## 対処方法

- ① フローチャートに準ずる
- ② ②③ 電話訪問  
保健センターの係員の訪問
- ③ フリーコールの設置  
電話相談  
妊娠相談窓口・カード配布・啓発

➡ 金融窓口  
コンビニエンスストア・レジ  
通信各機ショップ  
交通機関 等



- ① 交付の際には必ず助産師・保健師・看護師が実施する統一用紙の作成  
問題点あれば主治医・医療機関に連絡 (I) について市町村と医療機関の情報共有と連携
- ② 外来診療時、問題点があれば市町村に連絡 (II) について市町村と医療機関の情報共有と連携  
(I) についても管理中  
ケースにより (I) (II) について外来で妊婦・家族・市町村・医療機関スタッフの合同面談実施

③ 入院時  
アナムネの統一用紙の作成 (III)

④ 入院中 (IV)

⑤ 退院時  
サマリー統一用紙作成

⑥ サマリー  
(I) (II) (III) (IV) についての情報

- d)
- 市町村と医療機関は常に連携している。  
外来中、入院中に3者 (患者・家族・市町村・医療機関) が合同に面談する機会を設ける。  
個人情報保護は当然遵守されている。(個人情報漏出の危険性もあり前面に出すと事案は進まない)

# 妊娠届出書

母子手帳番号

多胎 外国語版( )語

出生届出予定 市・ 市外

下記すべてを記入し、健康増進課に提出して、母子健康手帳・妊婦健康診査補助券等の交付を受けてください。

フリガナ 妊婦氏名		世帯主氏名		パートナー氏名	
生年月日	昭和・平成	年	月	日(満 歳)	職業
住所	市	町	アパート名等 号室		
電話番号	-			携帯電話	-
婚姻形態	既婚( 年 月入籍)・今後入籍予定( 年 月頃)・入籍未定・その他( )				
市外転出予定	なし・あり( 年 月頃、 都道府県 )				
診断を受けた医療機関名	名称				所在地
今後健診を継続する医療機関	名称				所在地
妊娠週数	週(第 月)	分娩予定日		平成	年 月 日
妊娠回数	今回を含めて( )回目	出産	これまでに( )回	流産:自然( )回、人工( )回	
不妊治療の有無	なし・あり( 年 月)				
今までの妊娠・出産の状況	妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)・糖尿病・子宮外妊娠・未熟児出産( g) 早産( 週 日)・死産(状況 )・仮死状態 その他( )				
上の子の状況	1人目:出生体重	g、妊娠・出産の経過	正常・その他( )		
	現在 歳、	健康・その他( )			
	2人目:出生体重	g、妊娠・出産の経過	正常・その他( )		
	現在 歳、	健康・その他( )			
	3人目:出生体重	g、妊娠・出産の経過	正常・その他( )		
	現在 歳、	健康・その他( )			
次の病気にかかったことがありますか。	高血圧・腎疾患・糖尿病・肝炎・心臓病・甲状腺の病気・その他( )				
現在、妊娠以外で通院したり、薬を飲んで いますか。	はい(病名・症状 )・いいえ				
性病に関する健診を1年以内に受けましたか。	はい・いいえ				
結核に関する検査を1年以内に受けましたか。	はい・いいえ				
現在、ほぼ毎日アルコールを飲みますか。	はい(1日 を ml)・いいえ	喫煙	はい(1日 本)・いいえ		
身近な人の中で喫煙者はいますか。	いいえ・はい(同居の家族・職場関係・その他: )				
視覚障がい	あり・なし	聴覚障がい	あり・なし		
産後、しばらく里帰りされる予定ですか。	はい( 都道府県)・いいえ				
今後、安心して妊娠中を過ごしたり、出産・育児を迎えるために電話で状況をお伺いすることがありますが、同意していただけますか?	はい・いいえ				
市では、生後3ヶ月ごろまでの乳児の家庭に、悩みや不安がないか確認し必要なサービスを 紹介するために、こんにちは赤ちゃん訪問員(母子保健推進員など)や助産師などが訪問します。 同意していただけますか。	はい・いいえ				
上記のとおり届出します。 市長殿	平成 年 月 日 届出者氏名 (続柄 )				

※裏面のアンケートにご協力ください。

氏名	様				分娩予定日 平成 年 月 日		(妊娠 週 日)																				
	S・H 年 月 日生 歳				結婚 歳 職業		経妊( ) 経産( )																				
住所・連絡先	自宅				アレルギー:薬物・食物 喘息:(有・無)																						
	夫( ) 実家 (様方)				身長 cm 体重増加 kg		体重(妊娠前) kg(入院時) kg																				
	Tel 携帯Tel Tel				嗜好 タバコ 無・有(本/日) 飲酒 無・有(/日)																						
既往歴					家族構成及び背景・健康状態 ( 歳)																						
入院迄の経過																											
特記																											
妊娠分娩歴	出産年月	妊娠週数	性別	児の体重	栄養方法	その他																					
	年 月	週	男・女	g	母乳・混合・ミルク	健・否	経腔・C/S:当院・他院																				
	年 月	週	男・女	g	母乳・混合・ミルク	健・否	経腔・C/S:当院・他院																				
	年 月	週	男・女	g	母乳・混合・ミルク	健・否	経腔・C/S:当院・他院																				
今回の妊娠歴	異常の無・有( )				検査結果	子宮癌検診 /																					
	服薬の無・有( )					血型 型 RH( ) 風疹 HIX 不規則抗体( ) HIV ( ) HTLV-1 ( ) HCV ( ) トキソプラスマ ( ) HBs ( ) クラミジア ( ) Wa-R ( ) GBS ( )																					
	助産師外来:1回目 W / ( ) 2回目 W / ( ) 母親学級 受講状況 1回目・2回目・3回目・なし プレマザークラス 他 講習( ) ※ 夫立ち会い希望:(有・無)					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hb g/dl</th> <th>HT %</th> <th>血小板</th> <th>BS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>/ . w</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ . w</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>/ . w</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Hb g/dl	HT %	血小板	BS	/ . w					/ . w					/ . w		
	Hb g/dl	HT %	血小板	BS																							
/ . w																											
/ . w																											
/ . w																											
さい帯血	同意 (有・無)				一般状態	KT °C	P /分																				
入院理由						Bp ~ mmHg																					
入院時状態	内診所見				破水の無・有 羊水混濁の 無・有	腹囲 cm																					
	子宮口 cm eff % 先進部下降度					子宮底 cm	尿 Pro( ) Glu( )	浮腫の無・有( )																			

記録者

# 退院時 サマリー

	母	児
ふりがな 氏名	職業:( )	男 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)	平成 年 月 日生(第 子)
① 現住所	Tel ( ) 携帯Tel	構成家族 協力者( )  <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/>
② 実家	Tel ( )	
③ その他	Tel ( )	
住居状況	一戸建て・アパート・マンション 日当たり:良・不良	
分娩状況	分娩方法:自然・クリステル・誘発( )・帝王切開(予定・緊急) 仮死(有・無)	
	在胎週数: 週 日 Ap . . . 点 (単・多)	
	体重	g
	身長	cm
	頭囲	cm
退院時の状況	退院日	平成 年 月 日(産褥 日目) 平成 年 月 日(生後 日目)
	体重	Kg 体重 g(1日 g増加・減少・横ばい)
	Bp	/ mmHg 便回数 回/日 開排便制限(有・無)
	尿蛋白 ( + ・ - )	哺乳力 (良・不良) 大泉門 (正常・異常)
	尿糖 ( + ・ - )	四肢運動 (良・不良) 筋緊張 (良・不良)
	子宮底 指	黄疸 (有・無) 腹部異常 (有・無)
	悪露 (正・否)	湿疹 (有・無) その他
	創部 (有・無)	栄養 □母乳のみ( 回/日) ほしがる時に与える 時間を決めて与える □混合栄養(母乳 回+ミルク ml× 回) □人工栄養(ミルク ml× 回)
	その他	
問題点		

記入者サイン /

予定

実施

電話訪問 (①・②・③)	平成 年 月 日 曜日	平成 年 月 日(生後 日目) 時 分~ 分間
	(2回目) 平成 年 月 日 曜日	平成 年 月 日 時 分~ 分間
	(3回目) 平成 年 月 日 曜日	平成 年 月 日 時 分~ 分間

↓ (要・不要)

新生児訪問 (①・②・③)	平成 年 月 日 曜日 時頃	平成 年 月 日 曜日
一ヶ月健診日	平成 年 月 日(曜日)	

母子連絡票 (医療機関 → 市町村母子保健センター)

ふりがな 児 氏 名	平成 年 月 日生 (第 子) 単胎・多胎 ( 子中 子)		
父母の 氏 名	( 父 ) ( 才 )	家族構成	
	( 母 ) ( 才 )		
住所	★退院後の連絡先 ( )		
社会的 背 景			
母体 既往歴			
妊娠 経過	<input type="checkbox"/> 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 不妊治療 ( ) <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> PIH <input type="checkbox"/> その他		
分娩 状況	・ 在胎週数                      週                      日 ・ 分娩様式                      [ 経膈分娩                                      出生時体重                      g 帝王切開 (予定・緊急)                      ・ アプガースコア                      点 ・ 特記事項		
新生児 経過	入院中		退院時( 月 日)
	・ 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・ 哺乳力 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ・ 活 気 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ・ 月 日 B値                      mg/dl ・ Ht % ・ 光線療法 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (                      クール) ・ その他		・ 体重 ・ 哺乳状況                      ml ×                      回 ( 母乳・混合・人工 ) ・ 臍の状況 <input type="checkbox"/> 臍脱 済 <input type="checkbox"/> 臍脱 未 ・ その他
母の 経過	入院中		退院時( 月 日)
	<input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 沐浴実施 <input type="checkbox"/> 育児・退院指導 <input type="checkbox"/> 調乳指導 <input type="checkbox"/> その他		・ 体重                      kg ・ 血圧                      /                      mg/dl ・ 子宮収縮 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ・ 乳房の状態 ・ 乳汁分泌 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 増加傾向 <input type="checkbox"/> 不良 ・ その他

上記のとおり連絡いたします。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

保護者 記入欄	本連絡票を市町村母子保健センターに送付することに同意します。  氏名 _____
------------	--

# ＜ 出生連絡票兼新生児訪問依頼票 ＞

※ 出生届を出される時に一緒に窓口に提出してください。 市外で出生届を出される時は郵送してください。

ご出産おめでとうございます。授乳の仕方のごこと・赤ちゃんの体重のごことなど気がかりなことはありませんが、市では、当市民のお子さま全員を対象に、お子さまが生まれたときの様子をお知らせいただいています。いただいた情報は、お子さまが今後利用される訪問・健診・教室に活用させていただきます。お手数ですが、下記をご記入いただきご提出ください。

※体重が2500g未満のお子さんが生まれたときには、市町村に届ける必要があります。  
(母子保健法 第18条)



記入内容は母子手帳を参考にしてください。  
ご協力よろしくお願ひします。  
※なお、訪問前に担当課より連絡させていただきます。

＜お問い合わせ＞

＜切り取り線＞

(提出日： 年 月 日)

(ふりがな) お子さまの氏名			
お子さまの 生年月日・性別	平成	年	月 日 (男・女) (第 子)
父の氏名	( 歳)		
母の氏名	( 歳)		
住所	市	電話：	
住所以外の連絡先 (ある方のみ)	( 様方)	電話：	

↑ 母子手帳から転記 ↓

妊娠期間・出産場所	週	(出産場所の名称： <県内・県外>)		
分娩状況	普通分娩 ・ 帝王切開 ・ 吸引及び鉗子分娩 ・ その他 ( )			
出生時の状況	体重 ( g )	身長 ( . cm )	胸囲 ( . cm )	頭囲 ( . cm )
出産時のお子さんの様子	異常なし ・ 特別な所見及び処置あり (※)		仮死 ・ チアノーゼ ・ 保育器 ・ 酸素	
	※所見及び処置ありの場合は右も記入 ⇒⇒⇒		強い黄疸・その他 ( )	

授乳状況	母乳のみ (1回 分 × 回)      ミルクのみ (1回 ml × 回)
	混合(母乳1回 分 + ミルク1回 ml) × 回
手伝ってくれる人	いる (主に： ) いない【有料の家事援助の情報は？ ( 必要 ・ 不要 )】
心配なこと 気になること 質問など	
訪問の希望時期	※ 市では、親子ともに健やかに過ごすお手伝いをするために、出産された全てのお宅を訪問します。希望される訪問時期を教えてください。
※日程調整に2週間程度かかる場合があります。	<input type="checkbox"/> 生後2ヶ月未満の訪問希望 (計測、授乳に対するアドバイス) ( 自宅 ・ 里帰り先 ) <input type="checkbox"/> 生後2ヶ月以降の訪問希望 (子育てに関する情報紹介など) ※自宅のみの訪問となります。