

母子保健対策の体系

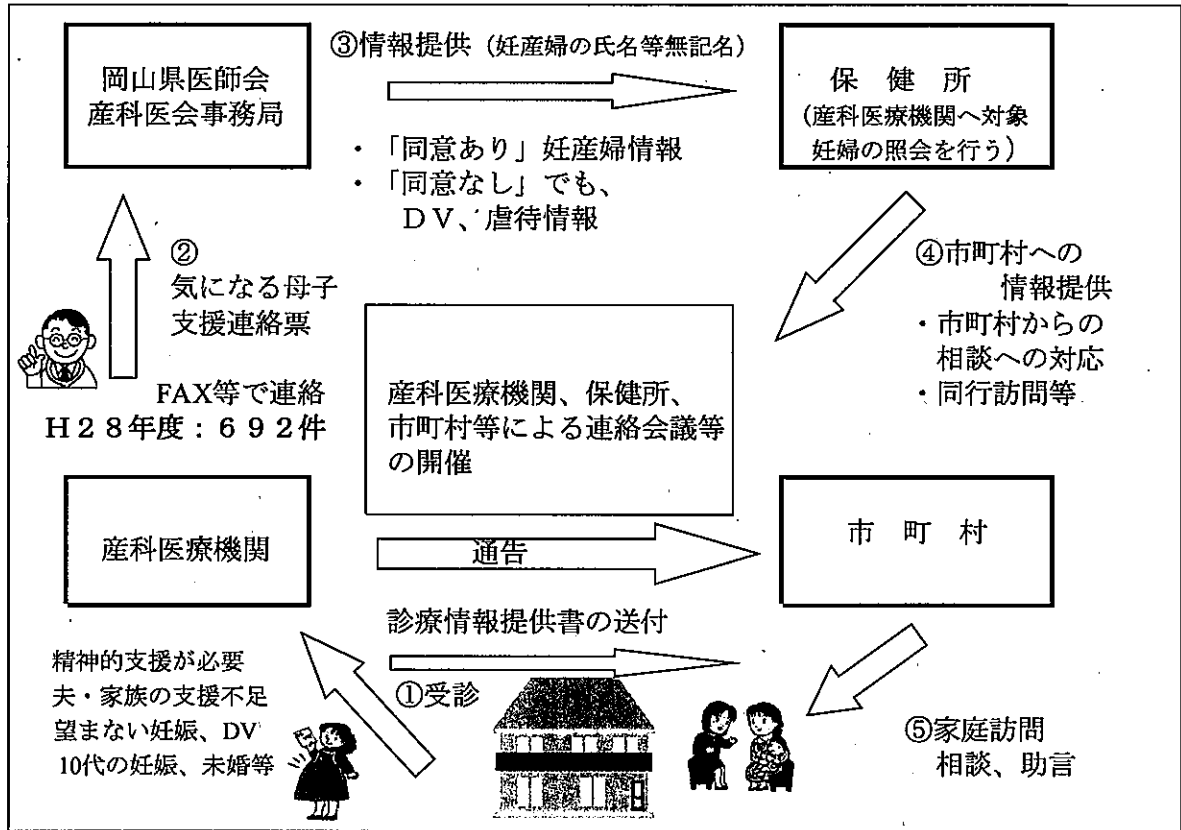
対策事業	時期		思 春 期	結 婚	妊 娠	出 産	0 歳	1 歳	3 歳	就 学
	母子保健									
◎相談・健診業務					○おかやま妊娠・出産サポートセンター による相談事業 (女性健康支援センター事業)					
◎小児期の健診事後指導の充実					●子育て世代包括支援センター ●妊婦健康診査 ○岡山県HTLV-1母子感染対策協議会 ●妊産婦訪問指導 ●母親・両親教室 ●○妊婦歯科健診・保健指導	●乳幼児健康診査 ●新生児訪問指導 ●未熟児訪問指導 ●乳幼児訪問 ●生後4か月までの全戸訪問事業 ○先天性代謝異常等検査 (H24～タンデムマス法の追加導入によるマススクリーニング) ○先天性代謝異常精密検査機関等連絡会議 ●新生児聴覚検査 ○新生児聴覚検査事業推進協議会 ○子どもの健やか発達支援事業 (発達支援相談事業、すこやか親子支援教室、地域支援連絡会議)		●1歳6か月児健康診査 (精密検査)	●3歳児健康診査 (精密検査)	
◎育児不安の解消及び虐待予防対策					●母子健康手帳の交付 ●育児等健康支援事業 ●○児童虐待予防事業 (ハリス妊産婦等の医療機関からの情報提供による支援システム、ハリス家庭訪問指導、地域支援連絡会議等)	愛育委員等訪問活動 ●養育支援訪問事業 ●親子クラブ、幼児クラブの育成				○発達障害児支援強化事業
◎育児への経済的支援							●未熟児養育医療、育成医療の給付 ○●小児医療費公費負担制度 ○療育医療の給付、小児慢性特定疾患研究事業 (医薬安全課)			
◎思春期保健の充実			○地域ではぐくむ思春期の心とからだの健康支援事業 ●児童ふれあい交流促進事業 ○未来のパパ&ママを育てる出前講座							
◎不妊治療対策					○不妊専門相談センター事業 ○●不妊治療対策事業					
◎母子保健施策の充実 ◎関係職員の資質向上 ◎組織育成					○岡山いきいき子どもプランの推進 ○母子保健評価事業 ○新母子健康包括支援センター強化事業 ○子どもの心の診療ネットワーク事業 ○母子・歯科保健関係職員研修 ○●愛育委員の育成・支援					

●：市町村が実施主体である事業
○：県（中核市が事業主体の事業も含む）が実施主体である事業

妊娠中からの切れ目のない支援システムについて

(1) 「ハイリスク妊産婦連絡票」と「気になる母子支援連絡票」の流れ

〈平成23年10月から開始〉



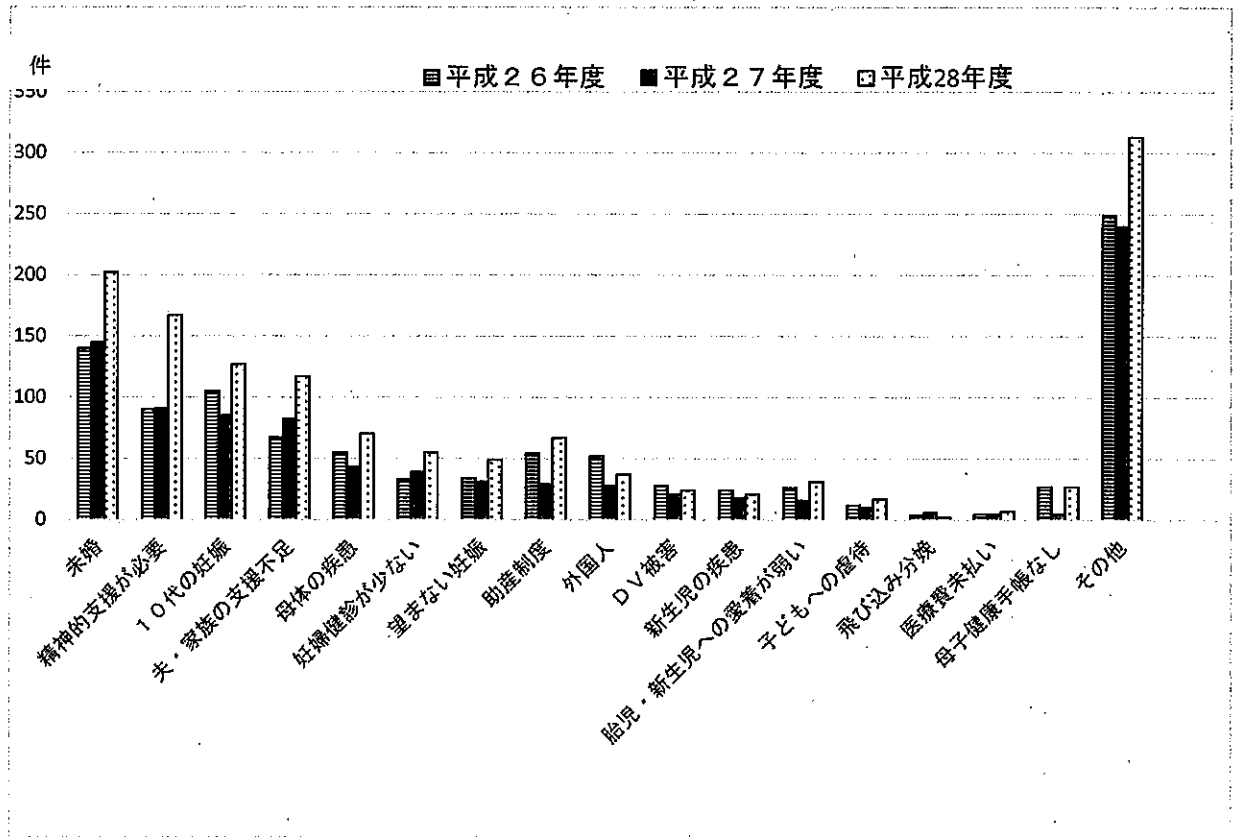
(2) 妊娠中からの気になる母子支援連絡票リスクの種類別届出数

・リスクの種類 (平成28年度) (延べ)

単位：件

①望まない妊娠	②妊婦健診が少ない	③飛び込み分娩	④DV被害	⑤夫・家族の支援不足	⑥胎児・新生児への愛着が弱い	⑦医療費の未払い	⑧子どもへの虐待	⑨母体の疾患	⑩新生児の疾患	⑪精神的支援が必要	⑫10代の妊娠	⑬未婚	⑭外国人	⑮助産制度	⑯母子手帳なし	⑰その他
49	55	2	24	117	31	7	17	70	21	167	127	202	37	67	27	313

・リスクの種類（平成26～28年度）（延べ）



妊娠中からの気になる母子支援 連絡票 _____年_____月分報告

その1, 2, 3

ご施設名 _____

お名前 _____

岡山県の母子保健の向上、虐待予防のため、産科スタッフが気づいたハイリスク母子の全数調査を行っております。ご協力をお願いします。

緊急時は、いつでも1例でもお送りください。毎月10日までに前月分（それ以前もあれば一緒に）をお送りください。前月に1例もなかった場合は、「なし」として、お送りください。

★緊急性(あり・なし)←緊急時には「あり」に○をおつけ下さい。緊急連絡時は、いつまでに連絡を希望するかについてもお書きください。()

	気づいた時期		リスクの種類 (いくつでも○を)	ご本人の情報提供への同意 (支援の希望)
	時期	妊娠週数 分娩後日数		
例	妊娠 分娩後	37 週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない(約 4 回) ③飛び込み分娩 ④DV被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神科的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし(28週までなし) ⑰その他()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { ○○市 x x 町 } スタッフへの連絡法 { Δ~Δ時に ○○師長まで (直通電話番号等) 過去に連絡(有・無) { 2014 年 1 月 }
1	妊娠 分娩後	週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない(約 _____回) ③飛び込み分娩 ④DV被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神科的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし(_____週までなし) ⑰その他()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { } スタッフへの連絡法 { } 過去に連絡(有・無) { 年 月 }
2	妊娠 分娩後	週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない(約 _____回) ③飛び込み分娩 ④DV被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神科的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし(_____週までなし) ⑰その他()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { } スタッフへの連絡法 { } 過去に連絡(有・無) { 年 月 }
3	妊娠 分娩後	週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない(約 _____回) ③飛び込み分娩 ④DV被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神科的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし(_____週までなし) ⑰その他()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { } スタッフへの連絡法 { } 過去に連絡(有・無) { 年 月 }

追加分は、同じ用紙をご使用ください。パンフレットをご希望の場合はご連絡ください、お送りいたします。

連絡欄

FAX・メール

「妊娠中からの気になる母子支援」連絡票

年 月 日

_____ 御中
 _____ 様
 Tel: _____

岡山県産婦人科医会より
 送付担当 _____
 Tel: 086-250-2382
 Fax: 086-250-2383
 E-mail: obsgyn@camel.plala.or.jp

ご本人から保健所・市町村への情報提供について同意を得ておりますので、連絡させていただきます。よろしくお願いたします。

産婦人科施設名 _____
 担当者名 _____
 連絡希望の時間帯 _____
 連絡先 TEL: _____

	気づいた時期		リスクの種類 (いくつでも○を)	ご本人の情報提供への同意 (支援の希望)
	時期	妊娠週数 分娩後日数		
例	妊娠 分娩後	37 週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない (約 4 回) ③飛び込み分娩 ④DV被害 ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待 ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし (28 週までなし) ⑰その他 ()	ご本人の同意 あり なし 居住地の町名まで [○○市 x x 町] スタッフへの連絡法 △～△時に [○○師長まで (直通電話番号等) 過去に連絡 (有・無) 2014 年 1 月]
1	妊娠 分娩後	週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない (約 _____ 回) ③飛び込み分娩 ④DV被害 ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待 ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし (_____ 週までなし) ⑰その他 ()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで [_____] スタッフへの連絡法 [_____] 過去に連絡 (有・無) [_____ 年 _____ 月]

連絡事項 (_____)