

愛知県では、平成 24 年度から全市町村で共通の問診項目を加えた妊娠届出書を導入している。市町村では、母子健康手帳交付時に妊娠届出書の問診項目への回答や面接時の相談内容等から特定妊婦や要支援家庭のリスクを評価し、必要なケースに対して妊娠期からの支援を試みている。しかし、これまで妊娠期からの継続的な支援については、きょうだいが要保護児童となっているようなケースを除いては、あまり経験がなく、標準的な支援方法や評価方法も確立していない。

そこで妊娠期からの支援の実態を把握し、支援の評価の在り方について、愛知県保健所や自治体の研究協力者とともに検討を試みた。

A. 研究目的

妊娠期からの支援に対する評価手法の確立を目指すこと。

B. 研究方法

【対象】

平成 25 年 8 月から 9 月に妊娠届を受理したケースのうち、研究協力者の 6 市において各市 50 件ずつ、計 300 件を対象とした。

【方法】

研究協力者との会議で作成した「妊娠期からの支援評価シート」（後述）に、各市の研究協力者がデータを入力し、研究代表者の施設において解析した。

（倫理面への配慮）

あいち小児保健医療総合センター倫理委員会の承認を得た。個人を特定する情報は、市町の研究協力者のみが取扱い、検討対象から除外した。

C. 研究結果

1. 評価項目の検討

平成 25 年 10 月から、愛知県保健所 1 か所と愛知県の 6 市の研究協力者とともに、妊娠期の支援の実態や評価に必要な事項を検討するため 8 回にわたって協議を重ねた。

協議では、研究協力者の自治体や保健所において実施されている妊娠期の支援について、その方法、支援者の属性、支援者と支援対象者（妊婦や要支援家庭）との関係性などをグループ討論により類型化した。また、特定妊婦に対する各自治体の他関係部署との協議の場や情報共有の仕組みなどについて研究協力者間で情報共有した。

その結果、評価に用いる項目を選定（表 1）し、「妊娠期からの支援評価シート」を作成した。自治体の協力者が個別ケースの情報を入力し、研究代表者の施設において解析の上、研究協力者間で協議した。

2. 妊娠届出書の回答結果（表 2）

対象ケースの妊娠届出書の質問項目を、平成 25 年度の愛知県全市町村の集計結果と比較すると、「⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ」、「④経済的に困っている」、「⑫妊娠届出週数が 20 週以降」、「⑬その他（面接時気になる等）」などの 8 項目において、県内市町村の平均値よりも高い頻度を認めた。

一方、「⑧精神疾患の既往あり」、「⑩夫婦関係で困っている」、「⑤困ったときに助けてくれる人がいない」などは、県内市町村の平均値より低い頻度であった。

これらの質問項目に重みづけをしたスクリーニング点数（表 3）は、0 点(49.0%)、1 点(19.7%)、2 点(14.3%)、最高点は 9 点 (0.3%) であり、3 点以上が 17.0%を占めた。県全体との比較では、0 点の割合が少ない結果であった。

表1. 妊娠期からの支援の評価に用いる項目

<p>【妊娠届出書の質問項目】：(あり・なし) を選択</p> <p>①未婚・再婚・死別 ②母親の年齢が24歳以下 ③パートナーが無職、一人親の場合は母親が無職 ④経済的に困っている ⑤困った時に助けてくれる人がいない ⑥妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ ⑦中絶2回以上 ⑧精神疾患(こころの病気)の既往あり ⑨妊娠がわかった時、うれしくない(予想外だったので戸惑った、困った、なんとも思わない、その他) ⑩夫婦関係で困っている ⑪ここ1年間に、うつ状態が2週間以上続いたことがある ⑫妊娠届を出した時の妊娠週数が20週以降 ⑬その他(面接時気になる、多胎、ステップファミリー等)</p> <p>【妊娠期の状況と支援】</p> <p>14. 妊娠期の支援方針：(1)支援の必要なし、2)助言・情報提供、3)産後早期に支援、4)保健機関支援、5)他機関連携支援)</p> <p>15. 妊娠中の連絡票等(手段は問わない)：(1)保健機関から医療機関、2)医療機関から保健機関、3)保健・医療の両方から連絡、4)本人からの連絡、5)なし)</p> <p>16. 変更後の支援方針：(1)支援の必要なし、2)助言・情報提供、3)産後早期に支援、4)保健機関支援、5)他機関連携支援)</p>	<p>17. 電話相談：(1)相談した、2)相談しなかった)</p> <p>18. 家庭訪問：(1)継続訪問した、2)1回で終了した、3)行ったが会えなかった、4)行かなかった)</p> <p>19. 面接(教室等含む)：(1)面接した、2)面接しなかった)</p> <p>20. 他機関連携：(1)連携した、2)連携しなかった)</p> <p>【出産後の状況と支援】</p> <p>21. 出生：(1)あり 2)なし)</p> <p>22. 在胎週数：() 週</p> <p>23. 体重：() g</p> <p>24. 出産後の連絡票等(手段は問わない)：(1)保健機関から医療機関、2)医療機関から保健機関、3)保健・医療の両方から連絡、4)本人からの連絡、5)なし)</p> <p>25. 電話相談(1)相談した、2)相談しなかった)</p> <p>26. 家庭訪問：(1)継続訪問した、2)1回で終了した、3)行ったが会えなかった、4)行かなかった)</p> <p>27. 面接(教室等含む)：(1)面接した、2)面接しなかった)</p> <p>28. 他機関連携：(1)連携した、2)連携しなかった)</p> <p>29. 3~4か月児健診：(1)受診、2)未受診(要フォロー)、3)未受診(フォローなし)、4)対象外)</p> <p>30.~33. 子育て支援の必要性の判定：30. 子の要因(発達)・31. 子の要因(その他)・32. 親・家庭の要因・33. 親子の関係性：(1)支援の必要なし、2)助言・情報提供で自ら行動できる、3)保健機関の継続支援が必要、4)機関連携による支援が必要)</p> <p>34. 3~4か月児健診の支援の必要性の内容：(自由記載)</p>
--	---

表2. 妊娠届出書の回答結果

	あり	なし	無記入
①未婚・再婚・死別	23 7.7%(県6.6%)	274 91.3%	3 1.0%
②母親の年齢が24歳以下	38 12.7%(県10.9%)	262 87.3%	0 0.0%
③パートナーが無職、一人親の場合は母親が無職	4 1.3%(県1.3%)	295 98.3%	1 0.3%
④経済的に困っている	39 13.0%(県9.0%)	261 87.0%	0 0.0%
⑤困ったときに助けてくれる人がいない	6 2.0%(県2.6%)	293 97.7%	1 0.3%
⑥妊娠中の喫煙・飲酒、妊娠前の喫煙	42 14%(県11.7%)	258 86.0%	0 0.0%
⑦中絶2回以上	5 1.7%(県1.4%)	295 98.3%	0 0.0%
⑧精神疾患の既往	3 1.0%(県2.8%)	297 99.0%	0 0.0%
⑨妊娠がわかった時、うれしくない	22 7.3%(県8.4%)	278 92.7%	0 0.0%
⑩夫婦関係で困っている	3 1.0%(県1.2%)	297 99.0%	0 0.0%
⑪2週間以上続いたうつ状態	20 6.7%(県6.3%)	280 93.3%	0 0.0%
⑫妊娠届出週数が20週以降	7 2.3%(県0.9%)	293 97.7%	0 0.0%
⑬その他	49 16.3%(県6.7%)	251 83.7%	0 0.0%

*県の値は「平成25年度愛知県母子保健報告」¹⁾より平成25年8月1日から26年3月31日までの集計結果より求めた。

表3. スクリーニング得点の分布

点数	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点
人数	147	59	43	24	16	7	2	1	0	1
割合	49.0%	19.7%	14.3%	8.0%	5.3%	2.3%	0.7%	0.3%	0.0%	0.3%
県の割合	62.1%	14.0%	11.6%	6.1%	3.4%	0.6%	(6点以上)2.3%			

3. 妊娠期の支援と出産後の支援の集計結果

妊娠期の支援内容は、電話相談（つながった・かけたが繋がらない）が17件（5.7%）、家庭訪問（継続・1回・行ったが会えない）が9件（3.0%）、面接6件（2.0%）、他機関連携は3件（1.0%）であった（表4）。

妊娠期の保健機関と医療機関との連絡票の利用は、保健機関、医療機関の両方から連絡をしたものが1件（0.3%）であった。

出産後の支援は、こんにちは赤ちゃん訪問等

の1回で終了した家庭訪問が244件（89.7%）で、継続訪問は18件（6.6%）あった。電話相談36件（13.2%）、面接12件（4.4%）で、妊娠期よりも出産後の方が支援を実施した件数が多かった。他機関連携も出産後は16件（5.9%）であり産後の方が多かった（表5）。

出産後の連絡票の利用は、医療機関からの連絡票等が15件（5.5%）あり、本人からの連絡も10件（3.7%）あった。

表4. 妊娠期の支援の状況

妊娠中の連絡票等		妊娠期の支援の内容							
		電話相談		家庭訪問		面接		他機関連携	
1.保健機関から医療機関	0 0.0%	1.つながった	13 4.3%	1.継続訪問した	3 1.0%	1.面接した	6 2.0%	1.連携した	3 1.0%
2.医療機関から保健機関	0 0.0%	2.かけたが繋がらなかった	4 1.3%	2.1回で終了した	4 1.3%	2.面接しなかった	294 98.0%	2.連携しなかった	297 99.0%
3.保健・医療の両方から連絡	1 0.3%	3.しなかった	283 94.3%	3.行ったが会えなかった	2 0.7%				
4.本人から連絡	0 0.0%			4.行かなかった	291 97.0%				
5.なし	299 99.7%								

表5. 出産後の支援の状況

出産後の連絡票等		出産後の支援の内容							
		電話相談		家庭訪問		面接		他機関連携	
1.保健機関から医療機関	2 0.7%	1.相談した	36 13.2%	1.継続訪問した	18 6.6%	1.面接した	12 4.4%	1.連携した	16 5.9%
2.医療機関から保健機関	15 5.5%	2.相談しなかった	236 86.8%	2.1回で終了した	244 89.7%	2.面接しなかった	260 95.6%	2.連携しなかった	256 94.1%
3.保健・医療の両方から連絡	1 0.4%			3.行ったが会えなかった	0 0.0%				
4.本人から連絡	10 3.7%			4.行かなかった	10 3.7%				
5.なし	244 89.7%								

4. 妊娠期の支援の必要性の判定と3~4か月児健診結果の分析

妊娠期の支援の必要性の判定は、基本的に母子健康手帳交付時に行っているが、その後の対象者の状況の把握によって、必要性がなくなったり、逆に当初支援対象とされなかった場合でも、妊娠中に支援が必要と判定される場合があ

る（表6）。今回の分析では、妊娠届出時の支援方針または変更後の支援方針のいずれか一方で支援が必要と判断されたケースを支援対象ケースとした。また、支援方針の区分のうち2)助言・情報提供、3)産後早期に支援 4)保健機関支援、5)他機関連携支援と判定されたものを、「支援の必要性あり」として分析した（表6の

網掛け部分のケース)。

3～4 か月児健診の判定は、愛知県の母子保健マニュアルで定められている「子の要因(発達)」および「子の要因(その他)」を「子の要因」、「親・家庭の要因」と「親子の関係性」を「親や家庭等の要因」として分析した。

その結果、妊娠期に支援が必要と判断されたのは59件(19.7%)であった。

このうち3～4 か月児健診を受診したのは50件であった。3～4 か月児健診の「親や家庭等の要因」で「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは13件/50件(26.0%)、3～4 か月児健診の「子の要因」で「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは9件/50件(18.0%)であり、子の要因に比べて

親の要因で支援が必要なケースが多かった(表7)。

5. 妊娠届出書のスクリーニング点数と3～4 か月児健診結果の分析

妊娠届出書のスクリーニング点数を3点以上と3点未満に分けて3～4 か月児健診の結果との関連を分析した。

妊娠届出書のスクリーニング点数が3点以上であったのは51件で、うち41人が3～4 か月児健診を受診した。「親や家庭等の要因」で、「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは12件/41件(29.3%)であり、「子の要因」では5件/41件(12.2%)であった(表8)。

表6. 妊娠期の支援方針

妊娠期の支援方針		変更後の支援方針						計
		支援の必要なし	助言情報提供	産後早期に支援	保健機関支援	他機関連携支援	妊娠中に転出	
妊娠届出時の支援方針	支援の必要なし	226 75.3%		1 0.3%			15 5.0%	242 80.7%
	助言情報提供	3 1.0%	11 3.7%				1 0.3%	15 5.0%
	産後早期に支援			16 5.3%			1 0.3%	17 5.7%
	保健機関支援	6 2.0%		7 2.3%	7 2.3%		4 1.3%	24 8.0%
	他機関連携支援	1 0.3%				1 0.3%		2 0.7%
	計	236 78.7%	11 3.7%	24 8.0%	7 2.3%	1 0.3%	21 7.0%	300 100.0%

表7. 妊娠期の支援方針と3～4 か月児健診受診者の子育て支援の必要性の判定結果

		親や家庭等の要因			子の要因		
		支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計	支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計
妊娠期の支援方針	支援の必要なし	200 93.9%	13 6.1%	213 100.0%	188 88.3%	25 11.7%	213 100.0%
	支援必要	37 74.0%	13 26.0%	50 100.0%	41 82.0%	9 18.0%	50 100.0%
計		237	26	263	229	34	263

表8. 妊娠届出書のスクリーニング点数と3~4か月児健診受診者の子育て支援の必要性の判定結果

		親や家庭等の要因			子の要因		
		支援の必要性 なし・助言情 報提供	保健機関の継 続支援・ 機関連携によ る支援が必要	計	支援の必要性 なし・助言情 報提供	保健機関の継 続支援・ 機関連携によ る支援が必要	計
妊娠届出書 スクリーニン グ点数	3点未満	208	14	222	193	29	222
		93.7%	6.3%	100.0%	86.9%	13.1%	100.0%
	3点以上	29	12	41	36	5	41
		70.7%	29.3%	100.0%	87.8%	12.2%	100.0%
計		237	26	263	229	34	263

6. 支援の必要性の判定とスクリーニング点数の関連

妊娠届出書のスクリーニング点数が6点以上の5件のすべてが、妊娠中に支援が必要と判断されていた。5点では4件(57.1%)、4点では10件(62.5%)、3点では10件(41.7%)で支援が必要と判断されていた(表9)。

スクリーニング得点が2点でも11件(25.6%)、1点13件(22.0%)が支援の必要性ありと判定され、支援の必要性ありと判定された59件中、2点以下の件数は、31件(52.5%)

を占めた。

妊娠届出書のスクリーニング点数が3点以上の51件のうち、妊娠中に支援が必要と判断されたのは28件/51件(54.9%)であった。その中で3~4か月児健診を受診した22件について、「親や家庭等の要因」で「保健機関の継続支援」または「機関連携による支援」が必要と判定されたのは10件/22件(45.5%)、「子の要因」で4件/22件(18.2%)であった(表10)。

表9. 支援の必要性の判定とスクリーニング点数の関連

点数	0点		1点		2点		3点		4点	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
支援必要	7	4.8%	13	22.0%	11	25.6%	10	41.7%	10	62.5%
支援の必要なし	140	95.2%	46	78.0%	32	74.4%	14	58.3%	6	37.5%
合計	147	100.0%	59	100.0%	43	100.0%	24	100.0%	16	100.0%

点数	5点		6点		7点		9点		合計
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	
支援必要	4	57.1%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	59
支援の必要なし	3	42.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	241
合計	7	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	300

表10. スクリーニング点数3点以上のケースのうち、妊娠中に支援が必要と判定されたケースの3～4か月児健診時の子育て支援の必要性の判定結果

妊娠届出書スクリーニング点数3点以上のケース		親や家庭等の要因			子の要因		
		支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計	支援の必要性なし・助言情報提供	保健機関の継続支援・機関連携による支援が必要	計
妊娠期の支援方針	支援の必要なし	17	2	19	18	1	19
		89.5%	10.5%	100.0%	94.7%	5.3%	100.0%
	支援必要	12	10	22	18	4	22
		54.5%	45.5%	100.0%	81.8%	18.2%	100.0%
計		29	12	41	36	5	41

5. 転出ケースについて

妊娠中や出産後の転出状況が明らかな5市250件のデータのうち、転出者は28件であった。

妊娠期の支援方針で妊娠期の支援が必要と判断された55件のうち、妊娠から3～4か月児健診までに転出したのは9件(16.4%)であった。一方、支援不要と判定された195件中、妊娠から3～4か月児健診までに転出したのは19件(9.7%)であった(表11)。妊娠中に支援が必要と判断されたケースの中で、転出した割合が高かった。

これをスクリーニング点数で再集計すると、妊娠届出書スクリーニング点数が3点以上の

45件中では、10件(22.2%)、3点未満の205件中では、18件(8.8%)が妊娠から3～4か月児健診までに転出していた(表12)。3点以上のケースで転出する割合は、妊娠中に支援が必要と判断されたケースの転出の割合(16.4%)より多かった。

妊娠から3～4か月児健診までに転出した28件の妊娠届出書質問項目は、「①未婚・再婚・死別」への回答が9件(32.1%)と多く、次いで「②母親の年齢が24歳以下」と「④経済的に困っている」がともに8件(28.6%)であった。「⑦中絶2回以上」と「⑬その他」を除く多くの項目で、転出以外のケースと比べて割合が高かった(表13)。

表11. 妊娠期の支援方針別の転出ケースの状況

妊娠期の支援方針	3～4か月児健診					対象外(流産等)	計
	受診	未受診(要フォロー)	対象外(転出)				
			妊娠中に転出	産後に転出	転出計(再掲)		
支援の必要なし	167	1	15	4	19	8	195
	85.6%	0.5%	7.7%	2.1%	9.7%	4.1%	100.0%
支援必要	46		6	3	9		55
	83.6%		10.9%	5.5%	16.4%		100.0%
計	213	1	21	7	28	8	250
	85.2%	0.4%	8.4%	2.8%	11.2%	3.2%	100.0%

表 1 2. 妊娠届出書スクリーニング点数と転出ケースの状況

スクリーニング点数	3~4か月健診					対象外(流産等)	計
	受診	未受診 (要フォロー)	対象外(転出)				
			妊娠中に転出	産後に転出	転出計 (再掲)		
3点未満	178	1	13	5	18	8	205
	86.8%	0.5%	6.3%	2.4%	8.8%		
3点以上	35		8	2	10		45
	77.8%		17.8%	4.4%	22.2%		
計	213	1	21	7	28	8	250
	85.2%	0.4%	8.4%	2.8%	11.2%		

表 1 3. 妊娠届出書の質問項目別の転出ケースの状況

項目	①未婚・再婚・死別		②母親の年齢が24歳以下		③パートナーが無職、一人親の場合は母親が無職		④経済的に困っている		⑤困ったときに助けてくれる人がいない		⑥妊娠中の喫煙・飲酒、妊娠前の喫煙		⑦中絶2回以上	
	転出ケース(n=28)	9	32.1%	8	28.6%	2	7.1%	8	28.6%	1	3.6%	6	21.4%	0
上記以外(n=222)	13	5.9%	22	9.9%	2	0.9%	24	10.8%	5	2.3%	28	12.6%	4	1.8%

項目	⑧精神疾患の既往		⑨妊娠がわかった時、うれしくない		⑩夫婦関係で困っている		⑪2週間以上続いたうつ状態		⑫妊娠届出週数が20週以降		⑬その他	
	転出ケース(n=28)	1	3.6%	5	17.9%	1	3.6%	2	7.1%	3	10.7%	1
上記以外(n=222)	1	0.5%	16	7.2%	2	0.9%	14	6.3%	4	1.8%	44	19.8%

D. 考察

1) 妊娠期の支援状況とその把握について

妊娠期の支援方法として、電話連絡や家庭訪問、面接、他機関連携が項目として挙げられたが、実際の支援ケースの頻度は電話連絡 4.3%、面接 2.0%、継続訪問 1.0%、他機関連携 1.0%とさほど多いものではなかった。これまで妊娠期からの支援の状況が把握されていないため、数値の多寡を論ずることはできないが、妊娠届出書を用いたリスク評価によって、自治体においても支援の必要性が認識され始めていると考えることができる。ただ、研究協力者の自治体の中には特定妊婦は児童福祉担当部局が担当し、母子保健担当部局の業務とされていない場合もある。産後の支援の継続性からは、部局間での情報共有が重要と考えられた。

各自治体において、妊娠中からの支援の必要性の判定は、スクリーニング点数とは異なり、

面談時の様子などが加味されていることが窺われた。ただ、支援が必要と判定したケースのうち、スクリーニング点数が3点以上であった例は、出産後も親や家庭への支援が必要となるケースが約半数であったことから、このグループには妊娠中からの支援を優先的に取り組むべきであると考えられた。

2) 妊娠期から出産後早期の転出ケース

妊娠届出時のスクリーニング点数が高いケースや、妊娠期に支援が必要と判断したケースの中に、妊娠期から3~4か月児健診までの間に他市町村へ転出するケースがあった。転居ケースを分析した5市の平成26年の住民全体の転出者の割合(市町村別の「転出者数」を「人口総数」で除したもの、出典：社会・人口統計体系の市区町村データ²⁾)は、平均3.6%であることから、その比率は相当に高い状況であ

った。転出ケースの中には、妊娠届出時点で入籍予定であったケースや、パートナーとの同居のために転居したケース等があった。研究協力者との会議では、支援が必要なケースには、転出先の市町村へ継続支援の依頼をした場合もあると報告された。

現在、愛知県では 92.6%が満 11 週以内に母子健康手帳の交付を受けている。転出ケースの特徴に該当するケースには、保健相談に加え、転出の可能性についても交付時に尋ねるなどして、県外への転出者予定者には妊婦健診受診票が転居先の自治体でも新たに交付が受けられることを伝えることに留意すべきである。しかしながら、現実には妊娠届出時には把握できないことも少なくないと考えられ、必要に応じて転出入者について自治体間で情報共有できるシステムが必要である。

3) 評価手法について

今回の検討において妊娠期からの支援の評価は、3~4 か月児健診時の状況で判定することとし、次のような評価ポイントを考えた。

① 振り分けの適切さの評価

母子健康手帳交付時のスクリーニングでの見落としを少なくすることが必要であるが、「子の要因」や出産後に家庭状況が変化した場合などは、出産後に新しく支援対象者となるケースは一定数存在する。今回の検討でも、妊娠期に支援不要と判断されたケースの中に、出産後に医療機関からの連絡票やこんにちは赤ちゃん訪問等で母子の状況を把握して初めて支援の対象となるケースがあった。これらのケースの要因が、「子の要因」のみに起因するものであるのかについて検討する必要がある。特に妊娠期の判定のうち「産後早期に支援」と判定したケースについては、妊娠中に支援した場合に状況が改善する見込みはなかったのかどう

かについて検討する必要があると考えられる。

② 支援の適切さの評価

支援の適切さについては、a.支援担当者が支援のゴールを達成できたか、b.支援方法が適切であったか（例えば、家庭訪問回数や内容と、状況の改善状況について検討するなど）などの視点で評価することが可能である。

③ フォローアップの適切さの評価

妊娠期から出産後の状況把握について、a.支援対象者の状況が的確に把握されていたかどうか、b.支援対象としながら、支援が届かなかったケースについて、何らかの手段がなかったのかどうかなどについて検討する必要がある。

今回の検討では、基礎データの収集までを実施したが、これらの視点を取り入れた評価について今後検討を重ねたい。

E. 結論

妊娠期からの支援の実態を把握するとともに評価手法について検討した。平成 25 年 8 月から 9 月に妊娠届を受理したケースのうち、研究協力者の 6 市において各連続 50 件ずつ、計 300 件について分析したところ、妊娠期に支援が必要と判断されたケースは 59 件（19.7%）であった。妊娠期の支援として電話相談、家庭訪問、面接、他機関連携が実施されていた。

妊娠期から 3~4 か月児健診までの転出ケースは、支援の必要あり・必要なし別には、16.4%・9.7%、スクリーニング点数が 3 点以上・3 点未満で、22.2%・8.8%であった。転出ケースに対して、自治体間で情報共有できるシステムの必要性が示唆された。

今後、支援の評価の考え方を整理し、現場の活動に活かしていきたい。

【参考文献】

- 1) 愛知県健康福祉部児童家庭課：平成25年度愛知県母子保健報告
- 2) 総務省統計局：統計でみる市区町村の姿2014,
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001053740&cycode=0>

1) 乳幼児健診に関係した指標のポイント

「健やか親子21（第2次）」では目標値を定めた評価指標として、行政機関や関係団体の取り組みを評価する「環境整備の指標」、住民の行動や意識の変化を評価する「健康行動の指標」、そしてアウトカムを評価する「健康水準の指標」を定めている。また、目標値は定めのないものの、状況変化を注視すべき指標として「参考とする指標」がある。

「健やか親子21」の最終評価では、地方自治体の取組について、評価が十分行えないものもあった。このため、「健やか親子21（第2次）」では、市町村や都道府県の「環境整備の指標」について、その内容を具体的に示すため、設問が細分化されている。本書では、標準的な乳幼児健診と保健指導の実施に向けて、乳幼児健診に関連した指標のポイントを示した。

2) 必須問診項目となった指標の利活用のポイント

「健やか親子21（第2次）」では、乳幼児健診の必須問診項目に設定し、毎年度の母子保健課調査で状況を把握する指標を定めている。必須問診項目は、個別の健康状況の把握と保健指導に利用するとともに、その集計値から地域の状況把握に活用できる項目でもある。本書では、その利活用のポイントについて整理した。

表 10.1 母子保健課調査として、新たに把握する指標

データ収集方法	指標番号	指標項目名
乳幼児健診での 必須問診項目と して設定（15 指 標）	基盤課題 A-3	妊娠・出産について満足している者の割合
	基盤課題 A-5	妊娠中の妊婦の喫煙率
	基盤課題 A-6	育児期間中の両親の喫煙率
	基盤課題 A-7	妊娠中の妊婦の飲酒率
	基盤課題 A-11	仕上げ磨きをする親の割合
	基盤課題 A-参 7	出産後 1 か月時の母乳育児の割合
	基盤課題 A-参 10	1 歳 6 か月までに四種混合、麻しん・風しんの予防接種を終了している者の割合
	基盤課題 C-1	この地域で子育てをしたいと思う親の割合
	基盤課題 C-5	積極的に育児をしている父親の割合
	基盤課題 C-参 4	乳幼児のいる家庭で、風呂場のドアを乳幼児が自分で開けることができないよう工夫した家庭の割合
	重点課題①-1	ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合
	重点課題①-2	育てにくさを感じたときに対処できる親の割合
	重点課題①-3	子どもの社会性の発達過程を知っている親の割合
	重点課題②-2	子どもを虐待していると思われる親の割合
重点課題②-5	乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)を知っている親の割合	
各地方自治体で 中間・最終評価 の各前年度には 調査（4 指標）	基盤課題 A-9	小児救急電話相談(#8000)を知っている親の割合
	基盤課題 A-10	子どものかかりつけ医(医師・歯科医師など)を持つ親の割合
	基盤課題 C-2	妊娠中、仕事を続けることに対して議場から配慮をされたと思う就労妊婦の割合
	基盤課題 C-3	マタニティマークを妊娠中に使用したことのある母親の割合

「健やか親子21（第2次）」について「検討会報告書」の送付、及びこれを踏まえた取組の推進について（平成26年5月13日雇児発0513第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）ならびに「母子保健計画について」（平成26年6月17日雇児発0617第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）に対する平成26年11月12日厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課事務連絡「健やか親子21（第2次）」の指標及び目標の決定並びに今後の調査方法についてより一部掲載。

基盤課題A：切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策

【基盤課題A-3】妊娠・出産について満足している者の割合

指標の種類	健康水準の指標
調査方法	乳幼児健康診査（3～4か月児）必須問診項目 母子保健課調査で毎年度全国データを集積する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問 産後、退院してからの1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。 ○ 選択肢 はい：○、いいえ：×、どちらとも言えない：△ ○ 算出方法 全回答者数に対する、「はい：○」の回答者の割合を算出

指標のポイント・利活用のポイント

妊娠・出産についての満足度については、最終評価において、全体的な満足・不満足を評価していただくだけでは具体的な行動や支援に結びつきにくいいため、より具体的な目標値に落とし込んで対策をとる必要性が指摘された。最終評価の調査で、満足度の低い具体的な項目は、「出産体験の振り返り」「産後1か月の助産師・保健師からの指導・ケア」「妊娠中の受動喫煙」の3項目があり、このうち特に産後の支援については、切れ目ない保健対策の観点からも重要であると指摘された。このため、「産後1か月の助産師・保健師からの指導・ケアを十分に受けることができたか」について、その割合の増加を目指すことが、指標とされた。

○ 個別の健康状況把握と保健指導

産後1か月の間は、特に育児不安の高まる時期であるため、この時期に助産師や保健師等からタイムリーに指導やケアを受けられることは、地域で安心して子育てしていくために重要である。十分にケアを受けられなかった、あるいはどちらとも言えないと回答している母親に対しては、これまでの育児状況を確認しねぎらうとともに、必要なケアや指導を行い、安心して子育てできるよう支援する必要がある。

○ 地域の状況把握とその活用

出産施設退院後、乳児健診を受診するまでの期間、特に育児不安の高まる産後1か月の間は、現在行われている新生児訪問や今後支援体制の整備が期待される産後ケア事業などを中心に、より支援の重点化が望まれている。集計結果は産後1か月の母子保健事業の評価として活用し、産後ケア事業の企画や、出産施設と連携した母子への支援の充実に活用できる。

【基盤課題A-5】妊娠中の妊婦の喫煙率

指標の種類	健康行動の指標
調査方法	乳幼児健康診査（3～4か月児）必須問診項目 母子保健課調査で毎年度全国データを集積する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問 妊娠中、あなた（お母さん）は喫煙をしていましたか。 ○ 選択肢 1. なし 2. あり（1日 本） ○ 算出方法 妊娠中に喫煙があると回答した者の人数/全回答者×100

指標のポイント・利活用のポイント

妊娠判明時の喫煙率は約16%で、約6人に1人は喫煙している。この16%は、その後、妊娠に気づいて禁煙した者（11%）と、妊娠中も喫煙していた者（5%）に分かれる。また、妊娠中に禁煙した女性の産後の再喫煙率は約40%である。再喫煙率は、産後3～4か月が約22%、産後18か月が約43%、産後36か月が約51%となっている*1。

(*1 Yasuda T, et al.: Postpartum smoking relapse among women who quit during pregnancy: cross-sectional study in Japan. J Obstet Gynaecol Res. 2013 Nov;39(11):1505-12.)

国民全体の喫煙率は減少傾向にある*2ものの、子どもがいる家庭の喫煙率は約50%であり、また妊婦とパート

ナーは一般集団よりも喫煙率が高い*3ことが知られている。こうした状況を踏まえ、妊婦の喫煙率がこれ以上増加したり、地域差が広がらないかをモニターするために経年的に把握することとした。問診結果を個別の保健指導につなげるだけでなく、集計結果から妊婦の喫煙率への対策の優先度が高い地域においては、地域を対象とした健康教育プロ部ラムの根拠としての利活用が期待される。

(*2健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料 平成24年7月 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会, p.124 http://www.nosmoke55.jp/action/1208eirin_kenkounippon21_02tobacco.pdf)

(*3平成25年度厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究 研究代表者：山縣然太郎～親と子の健康度調査(乳幼児健康診査における調査)等より～

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000029841.pdf>)

○ 個別の健康状況把握と保健指導

妊娠中に喫煙を続けるといういわゆる依存については、虐待予防の観点からもリスクとみなされている*。経済的な困窮や家庭の不安定さなどのストレスフルな状況がないか確認する必要がある。

(*愛知県母子健康診査マニュアル(第9版)平成23年度)

また家族・世帯における喫煙状況も確認しておく。子どもの健康への配慮がなされている環境に近づけることを目標に、本人を含めた禁煙支援を行うことが求められる。

妊娠中に禁煙した者については、再喫煙率が出産後次第に増加し出産後36か月では半数を超えることを念頭において毎回の健診で喫煙状況や理由を確認する。下に子どもができた場合の育児ストレス等の再喫煙の背景に対する支援を行うように心がけるべきである。

○ 地域の状況把握とその活用

喫煙率は社会経済階層と関連が見られる。喫煙率と健康意識にも関連があるとされている*。喫煙率の高い地域は、健康意識が低い地域とも言え、子ども時代から喫煙に対する許容度が低い可能性がある。また、それらの地域は経済的に困窮している地域である可能性もあり、同時に支援策が個別に届きにくい地域とも言える。よって、地域対象の健康教育プログラムを、当該地域に密着した形で展開することが求められる。特に妊婦の喫煙率が高い地域においては、妊娠中の喫煙防止に向けた啓発プログラムも考慮すべきである。

(*Curry SJ., et al.: Assessment of community-level influences on individuals' attitudes about cigarette smoking, alcohol use, and consumption of dietary fat. Am J Prev Med. 9(2): 78-84, 1993.)

【基盤課題 A-6】 育児期間中の両親の喫煙率

指標の種類	健康行動の指標
調査方法	乳幼児健康診査(3~4か月児、1歳6か月児、3歳児) 必須問診項目 母子保健課調査で毎年度全国データを集積する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問 1) 現在、あなた(お母さん)は喫煙をしていますか。 2) 現在、お子さんのお父さんは喫煙をしていますか ○ 選択肢 1. なし 2. あり(1日 本) ○ 算出方法 育児期間中の母親の喫煙率=母親が喫煙ありと回答した者の人数/全回答者数×100、育児期間中の父親の喫煙率=父親が喫煙ありと回答した者の人数/全回答者×100

指標のポイント・利活用のポイント

男性の喫煙率は30%台である(平成25年度国民健康・栄養調査では32.2%)のに対して、育児期間中の父親の喫煙率は40%を超えることがわかっている*。母親の喫煙だけではなく、家族・世帯の喫煙状況を把握する必要がある。家庭内の喫煙は、子どもの受動喫煙に加えて、将来の子どもの喫煙行動にも影響を与えることから、指標として示された。

(*「健やか親子21」最終評価報告書, 115頁)

○ 個別の健康状況把握と保健指導

設問に対する回答として、父母の両方が喫煙している場合と、どちらかが喫煙している場合がある。特に父母の両方が喫煙する家庭に育つ子どもは、タバコの害から逃れられようのない生活をしていることになる。禁煙支

援を含め、子どもにできるだけ影響の少ない環境に導くことが求められる。どちらかが喫煙している場合（その多くは父親）、家庭内分煙をしたとしても、三次喫煙（煙が無くなった後にも部屋の壁などに残留する有害物質を吸入すること）や子どもの将来の喫煙行動に影響するなど、子どもの健康への悪影響は免れないことなども考慮すべきである。

○ 地域の状況把握とその活用

地域格差が、地域格差が浮かび上がる。前項（A-5）で示したように、喫煙は健康意識や社会経済階層と関連があることから、その格差は、健康意識の格差に関連し、さらには経済格差にも関連する可能性がある。喫煙を社会が容認してきた地域では、家庭内での喫煙について、育児中の家庭だけではなく、地域全体に啓発活動と禁煙支援を行っていく必要がある。地域の中に非喫煙者を増やしていくことが、禁煙に取り組む父親及び母親を増やすことになる。

【基盤課題 A-7】妊娠中の妊婦の飲酒率

指標の種類	健康行動の指標
調査方法	乳幼児健康診査（3～4 か月児）必須問診項目 母子保健課調査で毎年度全国データを集積する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問 妊娠中、あなた（お母さん）は飲酒をしていましたか。 ○ 選択肢 1. なし 2. あり ○ 算出方法；「あり」と回答した者の人数/全回答者数×100

指標のポイント・利活用のポイント

妊娠中の飲酒による健康への影響については、啓発が進み、飲酒率も低下を続けてきている。一方、妊娠が判明した時に飲酒していた人のうち、約半数は妊娠中も飲酒を続けていることは大きな問題と言える*。このため指標に取り上げ、必須問診項目として状況を把握することとなった。

(*「健やか親子21」最終評価報告書、116頁)

○ 個別の健康状況把握と保健指導

「2. あり」と回答した者に対しては、現在の飲酒状況について把握し、「毎日の飲酒」等の依存症的傾向を捉え、専門機関と連携した対応をとる。また、夫やパートナーの家庭内飲酒状況も把握し、それに関連する“困っていること”を把握することが必要である。

○ 地域の状況把握とその活用

飲酒は文化でもある。飲酒文化は、地域によっては、未成年の飲酒や、飲酒運転等にも関連している。他の都道府県の同程度の人口や産業構造の地方自治体と比較するなど、地域に根付いている飲酒文化（地域の専門家であってもその文化の中にながら気づかないこともある）を相対的に明らかにしたい。その上で、妊娠中に飲酒をしないことの重要性を地域に合ったかたちで啓発していくことが必要である。飲酒に対する社会の認容度が高い地域であるならば、住民全般にも啓発を試みる必要がある。

【基盤課題 A-8】（重点課題②-3再掲）乳幼児健康診査の受診率

指標の種類	健康行動の指標
調査方法	地域保健・健康増進事業報告（平成19年度までは地域保健・老人保健事業報告）地域保健編 1 母子保健 (3) 乳幼児の健康診査の実施状況
設問・選択肢と算出方法	○ 算出方法 100%から受診率(%)を引いた値で、未受診率を求める。 ※ 他の指標では、3～4 か月児健診と表記しているが、本指標に限っては同事業報告の集計に合わせて、3～5 か月児とする。

指標のポイント・利活用のポイント

母子保健計画の評価指標として用いることが可能である。

受診率に影響を与える因子は、地方自治体側の周知方法や開催日時や場所などの実施体制の要因と、住民側の意識や生活状況などの要因が複合的に関与していると考えられる。直近となる平成 24 年度の未受診率は、3～5 か月児 4.5%、1 歳 6 か月児 5.2%、3 歳児 7.2%で、いずれの健診でも最近の 10 年間は着実に減少しているが、都道府県間や同一都道府県の市町村比較では、違いを認めている。受診率に影響を与える要因は、地域によっても異なっていると考えられ、この向上のための計画策定には、まずは地域ごとの要因の分析が必要である。

受診率は、年度内に受診した実人数をその対象者で除したものであるが、例えば転出入による対象者の変化をどのように計上するのかなど、市町村ごとに算出方法が異なる場合もあり留意が必要である。

【基盤課題 A-9】小児救急電話相談（#8000）を知っている親の割合

指標の種類	健康行動の指標
調査方法	母子保健課調査 対象者（3～4 か月児） 各地方自治体が、中間評価の前年度（平成 30 年度）と最終評価の前年度（平成 34 年度）には調査等を行い、母子保健課に報告（平成 31 年度と平成 35 年度）する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問と選択肢 小児救急電話相談（#8000）を知っていますか。 →（1.はい、2.いいえ） ○ 算出方法 「1.はい」と回答した人の人数/全回答者数×100

指標のポイント・利活用のポイント

小児救急電話相談（#8000）事業は、休日・夜間の急な子どものケガや病気に対する家族の判断を支援するため、緊急度の判定とともに、ホームケアや医療機関案内等の情報提供を行うものである。電話相談体制の整備により、地域の小児救急医療体制の補強と医療機関の機能分化を推進し、都道府県内における患者の症状に応じた適切な医療提供体制を構築することが期待されている。

現在 47 都道府県の全てで実施されており、電話番号は全国共通であるが、相談時間帯や曜日は都道府県により異なっている。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/10/tp1010-3.html>

開始当初は地域の医師会等に事業委託されることが多かったが、近年は民間機関に委託する都道府県も増加しており、実施体制や相談員の研修体制にも違いが認められている。

ベースライン調査では 61.2%であった。これを都道府県別に比較すると、五分位別の加重平均は第一分位グループ（9 都道府県）が 81.1%であったのに対し、第五分位グループ（9 都道府県）では 47.1%と、都道府県により認知度が大きく異なっていた。ベースライン調査の他の設問の都道府県間比較との関連について明らかな傾向は認められなかったが、今後、周知方法や実施体制、相談への対応や利用者の満足度等が、親の認知度に影響を与えていないかなどを注視する必要がある。

【基盤課題 A-10】子どものかかりつけ医（医師・歯科医師など）を持つ親の割合

指標の種類	健康行動の指標
調査方法	母子保健課調査 対象者（3～4 か月児：医師のみ、3 歳児：医師と歯科医師の両方） 各地方自治体が、中間評価の前年度（平成 30 年度）と最終評価の前年度（平成 34 年度）には調査等を行い、母子保健課に報告（平成 31 年度と平成 35 年度）する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問と選択肢 ・医師（3～4 か月児、3 歳児） お子さんのかかりつけの医師はいますか。 →（1.はい、2.いいえ、3.何ともいえない） ・歯科医師（3 歳児） お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。 →（1.はい、2.いいえ、3.何ともいえない） ○ 算出方法 それぞれ「1. はい」と回答した人の人数/全回答者数×100

指標のポイント・利活用のポイント

かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とされている（日本医師会）。その役割は、プライマリーケアの提供、乳幼児健康診査や予防接種などの保健活動に加え、今後は、小児の在宅診療や地域包括ケアの担い手としての期待もある。

必ずしも緊急性がない患者の救急医療への受診が増加し、緊急性の高い重症の患者の治療に支障をきたすケースが発生しており、そのことが病院勤務医の負担が過重となる原因のひとつにもなっていると指摘のあるところである。かかりつけ医を持ち、気になることがあったらまずはかかりつけ医に相談することが重要であり、本設問によりその状況が把握できる。

3～4 か月児と 3 歳児を対象として医師の調査を行うのは、早期からの継続した相談の相手の役割をかかりつけ医に期待する点が考慮されている。また 3 歳児を対象として歯科医師の調査を行うのは、幼児のむし歯や口腔環境の乱れが目立つ時期であることなどを考慮している。ベースライン調査では、かかりつけ医師を持つ 3～4 か月児の親の割合は 71.8%、3 歳児の親では 85.6%、かかりつけ歯科医師を持つ 3 歳児の親の割合は 40.9%であった。

ベースライン調査の他の設問項目との関連を都道府県別に検討すると、かかりつけの医師については、「虐待をしていない」「この地域で今後も子育てをしていきたい」と思っている割合が高いほど、かかりつけ医がいることと関連が見られた。また、「現在、母親が働いている」場合や、「子どもが急病の時に診察してもらえる医療機関を知っている」「心配蘇生法を知っている」割合が高いことも、かかりつけ医がいる割合が高いことと関連が見られた。また、全人口および 0-14 歳人口のいずれでも、人口が少ない方がかかりつけ医がいる割合が高い関係が示唆された。

かかりつけ歯科医師については、「歯科医師数」が多い地域ほど、かかりつけ歯科医がいる傾向がみられた。

なお、「かかりつけ医」機能をどのレベルの医療機関が担うのかは、地域の状況により異なる。また専門医制度の変革の中でかかりつけ医の位置づけが変わる可能性がある。

【基盤課題 A-11】仕上げ磨きをする親の割合

指標の種類	健康行動の指標
調査方法	乳幼児健康診査（1歳6か月児）必須問診項目 母子保健課調査で毎年度全国データを集積する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問 保護者が、毎日、仕上げ磨きをしていますか。 ○ 選択肢 1. 仕上げ磨きをしている（子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている） 2. 子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている 3. 子どもだけで磨いている 4. 子どもも保護者も磨いていない ○ 算出方法；「1.仕上げ磨きをしている」と回答した人の人数/全回答者×100

指標のポイント・利活用のポイント

仕上げ磨きとは、子どもが歯磨きをした後に、保護者が磨き残しの状態を確認し、補うことによって、むし歯などを予防しようとするものである。口の中への保護者の関心が高まったり、子どもとスキンシップの時間となることなど、副次的な効果も期待できる。仕上げ磨きの指導目的の優先順位は、歯面清掃効果でなく健康意識・価値観の育成とすべきとの見解*もある。

(*土田俊哉：小児歯科臨床、13(2)、65-71(2008))

○ 個別の健康状況把握と保健指導

歯科保健的な意味合いと、親子へのかかわりにより生活習慣の獲得の意味合いを持つことから、歯科保健従事者と情報を共有して、個別指導につなげることができる。共通の問診項目で個別データを集積しているモデル

地域での検討では、睡眠や排泄、食生活などの生活習慣の乱れはそれぞれ関連すると報告されている。例えば、望ましい生活習慣を獲得するために親子のかかわりを促す支援の切り口として、この設問を利用することができる。

○ 地域の状況把握とその活用

むし歯のり患状況や仕上げ磨きの他地域との比較を集計し、歯科保健の集団指導や事業企画につなげることができる。「健やか親子21（第2次）」のベースライン調査では、仕上げ磨きをしている親の割合は69.6%（1歳6か月児）、82.2%（3歳児）であった。

モデル地域の集計では、むし歯の予防は、「1.仕上げ磨きをしている」と「2. 保護者だけで磨いている」は同程度に良好であるが、子どもの発達との関連では、「1.仕上げ磨きをしている」は、「2. 保護者だけで磨いている」場合より、発達の問題が少ないとの結果が得られている。このような地域のエビデンスを、多職種間で共有し事業計画などを検討することができる。

【基盤課題 A-1 2】（重点課題②-6再掲） 妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している市区町村の割合

指標の種類	環境整備の指標
調査方法	母子保健課調査（市町村用）（毎年度調査）
設問・選択肢と算出方法	○ 市町村用 設問と選択肢 妊娠届出時にアンケートを実施する等して、妊婦の身体的・精神的・社会的状況について把握している（※）。→（はい：1 いいえ：0） （※）「把握している」とは、アンケートを実施しているだけでなく、その情報に基づいて全員または必要な妊婦等に保健師等が個別支援する体制があること。 ○ 算出方法 「はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100

指標のポイント・利活用のポイント

妊娠届出時の母子健康手帳の交付業務は、市町村が妊婦の状況を早期に把握する重要な機会である。把握した情報のアセスメントにより、特定妊婦や妊娠期からの要支援家庭への支援につなげることが、切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策としても、妊娠期からの児童虐待防止対策としても必要である。

ベースライン調査では、妊娠届出時にアンケートを実施している割合は92.8%で、看護職等専門職が母子健康手帳の交付を行っている割合も93.2%と高い割合であった。このため単に状況を把握するだけでなく、個別支援につなげる体制の有無が指標の必要条件とされている。

大規模な地方自治体においては、対象者全員への看護職等専門職の母子健康手帳の交付が困難な場合が多い状況がある。行政手続きの利便性と支援につなげる保健活動とのバランスに配慮した体制作りが求められる。

【基盤課題 A-1 3】 妊娠中の保健指導（母親学級や両親学級を含む）において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会を設けている市区町村の割合

指標の種類	環境整備の指標
調査方法	母子保健課調査（市町村用）（毎年度調査）
設問・選択肢と算出方法	○ 市町村用 設問と選択肢 妊娠中の保健指導（母親学級や両親学級を含む）において、産後のメンタルヘルスについて、妊婦とその家族に伝える機会（※）を設けている。 →（1. 妊婦のみに実施 2. 家族にも伝えている 3. 設けていない） ※「伝える機会」とは、集団・個別指導を指し、パンフレット等の配布のみは含まない。 ○ 算出方法：「2. 家族にも伝えている」と回答した市区町村数/全市区町村数×100

指標のポイント・利活用のポイント

周産期のメンタルヘルスについては、予防が重要である。妊婦自身やその家族が、妊娠中から、産後のメンタルヘルスについて正しい知識と対処方法を知り、予防行動や早期発見・早期対応をとることが望ましい。そのため、保健医療従事者は、母親学級や両親学級等妊娠中の保健指導のプログラムに、産後のメンタルヘルスに

関する内容を組み入れ、情報提供をしていく必要がある。

妊婦自身やその家族が産後のメンタルヘルスについて正しく理解し、自分のこととして考えられるようになるためには、パンフレット等を配布するだけでなく、保健指導を通じて考える機会を作ることが重要である。個別および集団指導のプログラムとして組み込み、実施することが望ましい。

【基盤課題 A-14】産後1か月で EPDS 9 点以上を示した人へのフォロー体制がある市区町村の割合

指標の種類	環境整備の指標
調査方法	母子保健課調査（市町村用）（毎年度調査）
設問・選択肢と算出方法	<p>○市町村用 設問と選択肢</p> <p>① 精神状態等を把握するため、産後1か月までの褥婦に EPDS を実施している。（当てはまるものを1つだけ選択）</p> <p>→（a. 全ての褥婦を原則対象として実施 b. 一部の褥婦を対象として実施 c. EPDS 以外の連絡票や他の調査方法等の方法を実施して把握 d. 何も実施していない）</p> <p>② 設問①で a.あるいは b.と回答した場合、産後1か月で EPDS 9 点以上を示した人へのフォロー体制がある。（当てはまる全てのものを選択）</p> <p>→（1.母子保健担当部署内で対象者の情報を共有し、今後の対応を検討している 2.2週間以内に電話にて状況を確認している 3.1か月以内に家庭訪問をしている 4.精神科医療機関を含めた地域関係機関と連絡会やカンファレンスを定期的実施している 5.体制はない）</p> <p>※ 設問①で c.と回答した場合も、今後の参考として調査をする。 何らかの基準以上を示した人へのフォロー体制がある。 →選択肢は設問②に同じ。</p> <p>○ 算出方法 設問①で a.又は b.と回答し、かつ設問②で 5.を選択した市区町村を除く市区町村数/全有効回答市区町村数×100</p>

指標のポイント・利活用のポイント

周産期のメンタルヘルスは、母子保健の重要な健康課題であり、EPDS*を活用しスクリーニングを行う市区町村が増加していることから、一定程度取組が進んできていると考えられる。スクリーニングを行うにあたっては、ハイリスク者への対応を整備しておくことが重要であり、継続的なフォローアップ体制が望まれる。特に、早期に対応することにより発症予防、早期回復につながることから、産後早期にフォローを実施するための体制整備が重要である。また、母親自身のメンタルヘルスのみならず、父親のメンタルヘルス等同居家族の状況が、母親自身や育児環境へも影響することから、併せて支援していくことも必要である。

本指標では、産後1か月までに EPDS を実施し、そのフォロー体制を整備している市町村の割合を増加させていくことを目指す。すでに、産後8週あるいはそれ以降でも EPDS を実施し、フォロー体制を整備している地方自治体もあるが、より産後早期の支援体制の確立を目指す。

*EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale））

妊産婦のうつ病のスクリーニングとして、国内外で広く使用されている自己記入式質問票。日本では9点以上の妊婦を高得点群として、再評価、継続支援の対象としている。

【基盤課題 A-15】

- ・ハイリスク児に対し保健師等が退院後早期に訪問する体制がある市区町村の割合
- ・市町村のハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしている県型保健所の割合

指標の種類	環境整備の指標
調査方法	母子保健課調査（市町村用・都道府県用）（毎年度調査）
設問・選択肢と算出方法	<p>※ ハイリスク児には、退院後も何らかの医療的な処置を必要とする等の医学的ハイリスク児や、保護者に虐待リスクや経済的困窮がある場合などの社会的ハイリスク児等も含む。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 市町村用 設問と選択肢 <ul style="list-style-type: none"> ① 退院までに、保健師等が保護者との面談等の必要が考えられる者の基準を定めている。→（1. はい 2. いいえ） ② 退院後1か月以内に、訪問している。→（1. はい 2. いいえ） ○ 算出方法：算出方法：①と②のいずれにも、両方「1. はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100 ○ 都道府県用 設問と選択肢 <ul style="list-style-type: none"> ① ハイリスク児とその家族への支援のために、医療機関と管内市町村との間で、情報共有する場を設けている。→（1. はい 2. いいえ） ② 市町村の訪問状況（実施時期や件数等）を把握し評価している。→（1. はい 2. いいえ） ③ 市町村向けの研修において、ハイリスク児の支援に関する内容が含まれている。→（1. はい 2. いいえ） ○ 算出方法：①～③の全てに、「1. はい」と回答した県型保健所数/全県型保健所数×100

指標のポイント・利活用のポイント

高度または長期の入院治療を要したハイリスク児に対する支援が、早期に行われることを目指す指標である。

市町村は早期に家庭訪問ができる体制を構築し、実態の把握を行い、必要な支援が十分に行われるようハイリスク児の支援に取り組むことが重要である。市町村用の設問の①については、たとえば出生体重が 1,500g 未満児では退院前に保護者に面接するなど、市町村が独自に基準を設定してもよいが、保健所管内で基準にばらつきが大きいときには、保健所が一定の方針を示すことも必要である。①と②のいずれも行われている場合に退院後早期に訪問する体制があるとして評価する。

都道府県用の設問①については、すでに一部の保健所で実施されているが、広域に調整できる保健所機能として全保健所が実施することが望ましい。①～③がすべて行われている場合に、市町村のハイリスク児の早期訪問体制構築等に対する支援をしているとして評価する。

【基盤課題 A-16】

- ・乳幼児健康診査事業を評価する体制がある市区町村の割合
- ・市町村の乳幼児健康診査事業の評価体制構築への支援をしている県型保健所の割合

指標の種類	環境整備の指標
調査方法	母子保健課調査（市町村用・都道府県用）（毎年度調査）
設問・選択肢と算出方法	<p>○ 市町村用 設問と選択肢</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 母子保健計画（※）において、乳幼児健康診査に関する目標値や指標を定めた評価をしている。→（1. はい 2. いいえ） ② 疾病のスクリーニング項目に対する精度管理を実施している。→（1. はい 2. いいえ） ③ 支援の必要な対象者のフォローアップ状況について、他機関と情報共有して評価している。→（1. はい 2. いいえ） ④ 健診医に対して精検結果等の集計値をフィードバックしているとともに、個別ケースの状況をそのケースを担当した健診医にフィードバックしている。→（1. はい 2. いいえ） ⑤（歯科や栄養、生活習慣など）地域の健康度の経年変化等を用いて、乳幼児健診の保健指導の効果を評価している。→（1. はい 2. いいえ） <p>○ 算出方法：①～③のすべてに「1. はい」と回答した市区町村数/全市区町村数×100</p> <p>○ 都道府県用 設問と選択肢</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 都道府県の母子保健計画（※）に乳幼児健康診査に関する目標を定めて評価をしている。→（1. はい 2. いいえ） ② 評価項目を決めて、健診情報を収集し比較検討などの分析をしている。→（1. はい 2. いいえ） ③ 健診結果の評価に関する管内会議を開催している。→（1. はい 2. いいえ） ④ 市町村向けの研修において、乳幼児健康診査事業の評価方法に関する内容が含まれている。→（1. はい 2. いいえ） <p>○ 算出方法：①と②のいずれにも「1. はい」と回答した県型保健所の数/全県型保健所数×100</p> <p>（※）母子保健計画には、次世代育成支援対策推進法に基づく行動計画や、健康増進計画等と一体的に策定している場合も含める。</p>

指標のポイント・利活用のポイント

乳幼児健康診査事業を、PDCAサイクルに沿った評価手法を用いて実施することを目指す指標である。市町村、都道府県とも、①の設問にある母子保健計画に基づいた評価をすることが最も重要である。目標値や指標は、地域の状況に応じて、可能な限り都道府県単位で共通の指標を持つことが望ましく、達成度に応じて毎年度見直されるべきである。

市町村用の②、③の設問は、研究班調査（平成 25 年度）において、現在の乳幼児健康診査事業の課題として抽出した項目であり、質の向上のため必要不可欠なものである。④と⑤の設問は、一部の地方自治体において実施されているものであるが、すべての市町村での実施が望ましい。

都道府県用の②の設問は、都道府県が①の評価を行う際に必須と考えられる手法である。評価項目は、「健やか親子 21（第 2 次）」の指標に限らず、地域の状況に応じて都道府県単位で独自に決めて実施することが望ましい。③は、市町村の実態把握と評価の共有化のため実施することで市町村事業に生かすことができる。④については、中期的な研修計画の一つの項目として、その内容が含まれることを求めている。

【基盤課題 A-参 7】 出産後 1 か月時の母乳育児の割合

指標の種類	参考とする指標
調査方法	乳幼児健康診査（3～4 か月児）必須問診項目 母子保健課調査で毎年度全国データを集積する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問 生後 1 か月時の栄養法はどうか。 ○ 選択肢 1. 母乳、2. 人工乳、3. 混合 ○ 算出方法；「1.母乳」と回答した者の人数/全回答者数×100

指標のポイント・利活用のポイント

母乳育児の割合は国際比較の上でも有益な母子保健評価の指標である。出産後 1 か月の母乳育児の割合は、健やか親子 2 1 のベースライン調査時（平成 12 年）44.8%から最終評価時（平成 22 年）には 51.6%まで増加し、目標の 60%に近づいた。しかし、地域間格差も指摘されており、都道府県別の 5 分位分析で第 1 分位（59.6%）と第 5 分位（39.0%）の差は 1.5 倍であったと報告されている*。

(*厚生労働省「健やか親子 2 1」の最終評価等に関する検討会：「健やか親子 2 1（第 2 次）」について検討会報告書,42, 2014）

○ 個別の健康状況把握と保健指導

母乳育児支援は、母子間の愛着形成を促進する支援であり、単に母乳育児の割合を増加させるのみではなく、母乳で育てられない状況を持つ家庭への支援でもある。この問診により、どのような栄養方法であっても支援を行うきっかけとなり、安心して子育てができるような配慮につなげることができる。

○ 地域の状況把握とその活用

出産施設での母乳育児に関する支援があると、その割合が高率であることなどを踏まえ、出産施設での支援と退院後母子が生活する地域での支援が、母乳に関するトラブルを解消し母乳育児を継続するためには必要である。平成 19 年 3 月に策定された「授乳・離乳の支援ガイド」を活用した保健指導も広がってきているが、母乳育児の割合を増加させることは、単に栄養としての母乳栄養の割合を増加させるだけではなく、母親と赤ちゃんを一体として支援し、安心して子育てする環境を整えることにもつながっている。支援者として大きな役割を果たす保健医療従事者が「授乳・離乳の支援ガイド」を十分活用し、母乳育児を希望する母子への支援体制の充実が必要である。

集計結果は、出産施設における母乳育児支援および出産施設退院後、新生児訪問等と地域における母乳育児支援のアウトカムとしての活用が期待される。

【基盤課題 A-参 10】 1 歳 6 か月までに四種混合・麻しん・風しんの予防接種を終了している者の割合

指標の種類	参考とする指標
調査方法	乳幼児健康診査（1 歳 6 か月児）必須問診項目 母子保健課調査で毎年度全国データを集積する。
設問・選択肢と算出方法	○ 設問と選択肢 [四種混合] 四種混合（ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ）の予防接種（第 1 期初回 3 回）を済ませましたか。 → (1. はい 2. いいえ) [麻しん・風しん] 麻しん・風しんの予防接種を済ませましたか。 → (1. はい 2. いいえ) ○ 算出方法 「1. はい」と回答した者の数/無回答者を除外した回答者数×100

指標のポイント・利活用のポイント

麻しん・風しんの予防接種は、現在、1 歳児と小学校入学前 1 年間の幼児が定期接種の対象年齢であるが、ワクチン接種前の 1 歳児は殆ど免疫を持っていないことから、1 歳の誕生日以降速やかな接種が必要である。四種混合第 1 期初回の対象年齢は、生後 3 か月からであり、標準的なスケジュールでは生後 12 か月まで（通常は生後半年頃まで）に 1 期初回の 3 回の接種が終了する。

予防接種歴は母子健康手帳でも把握できるが、問診に盛り込まれることで、より確実な接種につなげることが