

## 令和7年度奈良県母子保健運営協議会 議事概要

開催日時 令和8年2月12日(木) 14:00～16:20

開催場所 ホテルリガール春日野 飛鳥の間

出席者 奈良県母子保健運営協議会委員(委員14名中13名)

赤崎正佳委員、池元泰委員、内田優美子委員、大木笑子委員、木村文則委員、里中千恵委員、高田恵美子委員、高田慶応委員、高橋幸博委員、野上恵嗣委員、森田冴子委員、中屋幸恵委員、西川恵津子委員(五十音順) (欠席者:上野昌江委員)

### 概要

(1) 会長の選出

(2) 報告

①部会報告

・周産期部会

・小児部会

②第8次奈良県保健医療計画(母子保健対策)の進捗状況

③令和7年度母子保健事業実施状況・令和8年度母子保健事業の新規事業案

(3) 議事

①未受診妊婦・無介助分娩希望妊婦への支援

②乳幼児健康診査の精度管理・5歳児健診の推進

③医療的ケアの必要な小児慢性特定疾病児の平時からの災害対策

### 議事内容

(1) 会長の選出

奈良県母子保健運営協議会規則第4条の規定により、委員の推薦により木村委員が選出された。以降、木村会長が議事を進行。

(2) 報告

部会報告(周産期部会・小児部会)、第8次奈良県保健医療計画(母子保健対策)の進捗状況、令和7年度母子保健事業実施状況・令和8年度母子保健事業の新規事業案について、事務局より資料1～5について説明。

(高橋委員)

県内の出生数はかつて9千人近くあったが、現在は6千人程度となっている。しかし、周産期の課題が増加している。奈良県の具体的な状況について十分に把握できていないものの、妊産婦の自殺について懸念している。特に、出産後1年間におけるリスクが高いとされている点について、出産後のケアがどのように行われているのか、また、奈良県における妊産婦死亡の統計がどのようになっているのかを確認したい。

近年、環境的に疲れている方が増えていると感じる。また、出産後に子どもが障害を抱えて生まれた場合に、家庭が立ち行かなくなる事例もみられる。さらに、外国籍の方が国内で就労しながら出産し、子どもが言語面でつまづき困難を抱えるケースもある。これらは妊娠期から既に問題が生じていた可能性も考えられるが、厚生労働省等の資料を見ているが、記載されていない。

妊産婦の自殺については、他の先生方も非常に気にされている。奈良県ではそのような事例がある

のか把握していないが、重要なテーマであると考えている。奈良県における妊産婦の自殺状況や統計等について、現状を教えていただきたい。

(事務局)

妊産婦死亡については参考資料2ページに掲載しており、直近ではゼロが続いている状況。

(木村会長)

海外の統計では妊産婦死亡に自殺も含まれるが、日本では含まれないため低く見える面がある。実際には、育児中の自殺は把握が難しく、警察からの情報がないと分からないこともある。自身の他県での経験で、数年間妊産婦の合併症による死亡がなかったという年に、警察から育児中の自殺が複数あると知らされたことがあった。自殺者の中に育児中の方がいれば警察と情報共有するなど、まず実態を把握する仕組みが必要。

また、産後うつスコアリングは重要ですが、継続的に連絡が取れる体制づくりが必要。ハイリスク妊婦は健診だけでなく、関係機関が継続して関わる必要がある。

(赤崎委員)

全ての医療機関および行政において、こうした事案に気を付けている。軽症例だけでなく重症例もある。ソーシャルハイリスクの妊産婦については、前歴が不明のまま突然受診するケースが日常的に発生している。

これまでの経験を踏まえ、最悪の場合を想定して母子の生命を確保するための体制づくりを行っている。いわゆる飛び込み出産に至ることも想定し、必要に応じて個人情報を提供し、産科を扱う医療機関に情報を周知徹底することで、いつどの医療機関に来院しても対応できる体制を整えている。

しかしながら、突然来院して急に分娩に至るケースもあり、対応には課題がある。行政からの報告にもあったとおり、医療機関を介さず自宅で出産する事例も存在し、決して少なくない。こうした場合、当事者が一般的な常識で行動しないことも多く、通常の支援の枠を超えて母子を守る必要がある。経験上、対応判断が遅れたり甘くなったりすることで問題が大きくなる可能性があるため、対象となる妊産婦を早期に把握し、確実に連絡が取れる体制を構築することが重要である。しかし、当事者から連絡自体を拒否されることもあり、家出人捜索に近い対応が必要となるケースもある。対象者が全国に移動してしまうこともあり、支援が途切れやすい状況が生じている。

このような状況から、一例一例の積み重ねを踏まえつつ、結果が悪化する可能性を前提に、それを未然に回避する姿勢で体制を整える必要があると考える。行政や関係機関が共通の認識を持ち、母子の安全を最優先とした体制づくりに取り組むことが求められる。

これらの対応には大きな精神的負担が伴い、多くの人員を動かさざるを得ない場面もあるが、必要以上の体制であっても構わないと考える。母子の安全を確保するという目的のため、引き続き適切な対応をお願いしたい。

(木村会長)

自殺については、先生からのご指摘のとおり、さまざまな要因が複雑に関係し、非常に深刻な問題である。例えば、子どもが障害を抱えて生まれたことにショックを受け、精神的負担が大きくなるケースもあると考えられる。

対応としては、スクリーニングを含め、支援体制を強化していく必要がある。分娩直後にはエジンバラ産後うつ病自己評価票による評価を行い、4週間健診だけでなく、2週間後にも健診を実施するなど、早期の状態把握に努めている。また、ソーシャルハイリスクの妊産婦については、保健所と連

携し、継続的に支援を受けられる仕組みを設けている。

しかしながら、こうした取り組みによってもなお防ぎきれていない事例があるため、より踏み込んだ介入システムの構築が必要であるとする。具体的な対応策については重要かつ大きな課題であり、今後、周産期部会等の場でも検討を進め、提案していくことが望ましい。

本日は高橋先生からも貴重なご提案をいただいたところであり、これを真摯に受けとめ、継続して検討していきたい。

(赤崎委員)

まず、資料1裏面に記載された「妊娠届出時のアセスメント」について。令和5年の中和保健所管内の市町村データを確認したところ、県作成の様式を用いる自治体と、それを改変した様式を用いる自治体があり、アセスメント方法が市町村によってばらついていて、リスクアセスメントの書式および判断基準について、県として統一していただきたい。また、要支援妊婦の判断については、責任者を明確に定める必要がある。

次に、メンタルヘルスについて。妊娠中に精神科受診が必要となるケースについては、平成24年より、県内すべての該当妊婦を奈良医大産婦人科経由で、同院精神科で対応するフローチャートを整備している。しかし、いわゆるグレーゾーンの妊婦、すなわち精神科受診が必要と判断されるものの緊急性が明確でない事例については、現状、体制が十分に整備されていない。いわゆるグレーゾーンの患者については、まず奈良医大精神科を受診し、①診断をつける、②必要に応じて地域の精神科クリニックを紹介する、という2つの対応ルートを確立する必要があると考えている。この体制整備を急ぎ、県内全域で周知徹底したい。準備が整い次第、報告する。

次に、医療的ケア児への対応について。奈良県では2021年に重症心身障害者センターが設置され、5年が経過している。しかし、地区医師会に医療的ケアの改善方法について聞いたところ、担当医師や行政の熱意によって支えられている面が大きく、継続性に課題がある。平時の体制が整っていないにもかかわらず、災害時に特定疾患の医療的ケアを行うことは現実的でない。地域医療構想調整会議でも議論しているとおり、地域包括ケアは高齢者だけを対象とするものではなく、全年齢層を対象とした支援体制であるべきである。現在、2次、3次医療機関を退院した医療的ケア児が地域で主治医を持ち、看護師等が対応しているが、これは高齢者向けの仕組みを子どもも含む全年齢層に拡張すべき課題である。

地域包括ケアに関わる医師からも有用な考え方であるとの意見があった。医療的ケア児支援について、奈良県として明確な全体体制を構築し、必要な予算措置のもと、医療機関・学校・療育機関などが連携し、コーディネーターの役割を行政として明確化する必要がある。基本的な枠組みを整備し、県として体制づくりを推進していただきたい。

(木村会長)

貴重な意見をいただいた。精神疾患を有する妊婦への対応は多領域にまたがる大きな課題であり、奈良県としても適切な支援システムを構築していきたい。引き続き、来年度以降も重要な審議課題として継続して検討する。

また、高橋委員から指摘のあった外国籍妊婦の分娩に関する問題は、周産期医療上の大きな課題である。市町村でも様々な取り組みが行われているが、県としても全県的な対応を検討する必要がある。現時点で明確な結論は示せないが、継続して検討したい。

(高橋委員)

精神疾患を有する妊婦について、精神科医は周産期医療に対応できると考えている場合もあるが、

一方で双極症等の患者が増加しており、妊娠期の精神疾患には専門的な対応がますます必要となっている。症例ごとに適切な医療機関での対応が必要であり、そのための体制整備が求められる。

(木村会長)

奈良医大においては、精神疾患を有する妊婦が全体の15%程度存在する印象を持っている。妊娠期に新たに発症するリスクがあり、発症した場合、迅速に対応し関係者が安心して支援できる体制の整備が重要である。

(赤崎委員)

資料4「母子保健事業の主な事業内容」に、令和7年度に開始された特定妊婦等支援事業が記載されていないことについて確認したい。

(事務局)

特定妊婦等支援事業は、予期せぬ妊娠に関する相談があった方のうち、若年者の妊娠など特定妊婦に該当すると判断される場合に、必要に応じて医療機関への同行受診を行う事業である。本年度から開始している。今年度の相談件数は2件であり、同行受診を行ったケースもあったが、件数が非常に少ないため、主な事業としては資料に掲載していない。ただし、県としては必要に応じて対応している。

(赤崎委員)

問題が生じないように、適切な運用をお願いしたい。次に、プレコンセプションケアについて。母子保健においてコンセプションケアというのは理解できる。プレコンセプションケアは、妊娠してからの対応ではなく、事態の悪化を防ぐために事前に知識を身につけることが目的である。必要な知識を若年層に適切に伝えていくことが重要である。現在の研修は、現場に指導する側の者が概念的内容を習得する段階にあると理解している。しかし、実際の対象者は未成年であり、学校現場が極めて重要になる。会議の事前にも申し上げたとおり、教育委員会から委員を選出いただくことを要望していたが、本日すでに行政からご出席いただいている。今後、学校現場においてプレコンセプションケアの知識や教材を確実に届けられるよう、ぜひ取り組んでいただきたい。

(3) 議事

(事務局)

議題①「未受診妊婦・無介助分娩希望妊婦への支援」について、事務局より資料6により説明。

(木村会長)

未受診妊婦については、全国的に増加しており、大きな問題となっている。社会的につながりを持ちにくい方が増えていることや、SNS等の影響も一因と考えられる。奈良県内においても同様の傾向がみられる。

一方で、無介助分娩の事例も報告されている。中には、奈良県に意図的に転居してくるケースもある。他府県の自然豊かな地域で医療的な介助を受けずに出産をしたいという一定数の方がおられて、同様の理由で奈良を選ぶ方もおられるとの情報がある。紀伊山系に代表されるような自然環境や神秘性を求めており、奈良県が選択されているというような状況がある。こうした背景には、日本全体の社会状況と、上記のような個別事情の双方が関係していると考えられる。

ご意見・質問等があればお願いしたい。

(高橋委員)

最も気になった点は、資料に示されたように社会的孤立や複雑な家庭事情に該当するケースであり、19件中8件にのぼっていたことである。妊娠に気づかない例については、以前は比較的高い年齢層に見られたが、これは本人の健康意識の問題も関係している。

しかし、今回の社会的孤立などの問題は、出産後も重大な影響を及ぼす。適切な支援につながらなければ、育児困難や虐待につながる可能性があり、支援先が見つからない状況に陥る。こうした背景には何があるのか、また、例えば救急や産婦人科などで相談を受けられる仕組みがあれば、相談したくてもできない人への支援につながるのではないかと考える。

件数としては多くないものの、発生した際の影響は非常に大きい。今後、より詳細な分析のうえで支援のアプローチを検討していただきたい。

また、他府県の都市部から奈良県へ移り住む方が一定数いることも実感している。私の施設に来られる方でも、奈良県のほうが生活しやすいとして転居している例がある。家庭事情に課題を抱えた方が、奈良県に来てようやく落ち着いてコミュニケーションが取れるようになったというケースもある。奈良県は、住みよい県として認識される面もあるのか、生活しやすい環境があるということだと思う。

その一方で、そうした方々を受け入れる立場としては、必要な支援体制を整えておくことが重要であると考えている。

(高田慶応委員)

資料に挙げられている妊婦の方は、出産後の育児支援において要保護児童対策地域協議会（以下、要対協）の対象となるケースとほぼ重なると思う。無介助分娩を希望される方は、その後、自然志向から予防接種の拒否や医療拒否につながりやすく、医療ネグレクトのリスクが高い。経済的なことも含め、未受診妊婦や特定妊婦は支援の必要性が高い層であり、そのまま要対協の対象へ移行する確率が高いと考えられる。

実際に要対協で適切に全例が把握されているかが気になっている。参考資料4の「支援が必要な妊婦の支援状況」を見ると、特定妊婦の新生児訪問実施割合が10%台にとどまっている。本来、新生児訪問は100%を目標とすべきものであり、ハイリスクにもかかわらず低い数値となっている点について、統計の意味を確認したい。

要対協として対象者を確実に把握できているのか、その状況を数値として示していただきたい。その上で、該当する場合には出生直後から要対協に連携して支援を開始し、地域の小児科にも速やかに情報提供していただきたい。

地域の小児科医院には、1か月健診で来院したり、湿疹などの軽症で受診したり、あるいは2か月の予防接種で来院したりするため、支援対象児の多くが接点を持つ。しかし、小児科側は背景事情を知らない場合がある。母子健康手帳で健診を受けた数が少なければ気づけることもあるが、そうでない場合は支援が必要であることを把握できない。

奈良市では、要対協に挙げた子どもの情報を地域の小児科にすべて開示し、小児科医も委員として支援に関わる仕組みを整えている。これにより切れ目のない支援が実現している。県内でも同様に、生まれた段階で支援が途切れてしまう現状を踏まえ、次の段階である小児科への確実な連携を進める必要があると考える。

(木村会長)

未受診妊婦への対応について。奈良県産婦人科医会には、電話連絡や市町村からの相談を含め、未受診妊婦に関する情報が寄せられる。産婦人科医会の理事は大規模病院から選出されており、情報が

入れば理事間で共有し、当該妊婦が妊婦健診につながるよう取り組んでいる。

しかし、当事者が相談を寄せない場合や、居住地が把握できない場合も多く、追跡が困難であることが大きな課題である。支援につながるきっかけが得られれば、継続的にフォローアップする姿勢で対応しているが、自治体との連携が十分に機能しないケースもある。

分娩後は市町村に引き継ぎ、訪問支援を依頼しているが、訪問を拒否するなど接点が確保できない事例が少なくない。各機関が支援を試みても、当事者が関わりを断つ行動をとるため、継続支援が進まない状況がある。市町村からも、「何度訪問しても面会できない」等の報告もあり、現状は極めて厳しい。

(事務局)

参考資料 5 ページに関する質問について。未受診妊婦が要対協の対象となっているかについては、現段階では十分に把握できておらず、今後の把握事項としたい。

また、妊娠中訪問や出産後の新生児訪問の実施率が低い点については、県としても課題と認識している。市町村からは、アプローチを行っても接点を持たない事例が多いとの声が寄せられている。訪問回数が多ければよいというのではなく、保健センターでの面談対応など、訪問以外の方法で関わっているケースもある。資料では訪問実施数のみが数値化されているため割合が低く見えるが、電話連絡が確保されている場合も含まれる。ただし、電話のみでは十分ではないことは認識している。今後は、市町村への聞き取り内容をより詳細化し、実態がわかる形で把握を進めたい。

(木村会長)

非常に大きな問題であり、課題に対し思いをもって検討を進めていく必要がある。

(赤崎委員)

飛び込み出産以外に、ソーシャルハイリスク妊婦のうち外国人に関する課題が議題に挙がっていない。外国人妊婦に関しては、県医師会から「診療費を支払わないまま出国するケースが多い」との報告があり、大きな問題となっている。

妊娠・出産に関しては、行政手続により国保加入など費用面の仕組みがあるが、文化的背景や常識の違い、通訳機器の限界などにより、円滑な対応が難しい状況がある。外国人妊婦への対応についても、県として対策を検討いただきたい。

(木村会長)

県として、引き続き当該課題への取組を検討していくという理解でよいでしょうか。本日の議論のみで明確な結論が得られるものではなく、委員一同で検討を重ねても直ちに回答が出る性質のものではない。

(事務局)

議題②「乳幼児健康診査の精度管理・5歳児健診の推進」について、資料6により説明。

(木村会長)

質問ございませんでしょうか。

(野上委員)

本件は国の施策であり、県が主体となって市町村に働きかけていく必要がある。小児科医としても、本事業はきわめて重要な取り組みであり、強い意欲をもって推進すべきである。

現在、各都道府県・市町村に制度が降りてきているが、現場ではできない理由が挙げられる状況が多い。本来、やれば実施できる事業であり、物理的に可能であるにもかかわらず、市町村から「できません」という声が多い。小児科医以外の医師でも実施可能である点を踏まえ、県から各市町村に対し、このタイプで貴市町村は実施可能である、と明確に示す必要がある。

県内 8 市町村で取り組みがなされている。奈良県は他県に比べ導入が遅く、会議では各県の取組状況が数値として公表されている。

拡大新生児マス・スクリーニングの実証事業の開始時は「奈良県は早い」といわれたが、5 歳児健診についてはそうは言われたい。県医師会も広報に協力の意向を示されており、今後は市町村がいかに実施するかどうかが鍵となる。

5 歳児健診だけで児を評価することには限界もあり、1 歳 6 か月健診・3 歳児健診の健診結果と連続して判断することが重要である。未受診児や要対協の案件も含め、相互に連動している。1 歳 6 か月・3 歳児健診を確実に実施することで、5 歳児健診の判定が適切に実施できる。

県が掲げる自殺予防や学校適応の観点からも重要である。小学校入学後、授業に座ってられるか、体育などの集団行動に参加できるかなどの適応状況は、幼児期の健診がしっかり行われているかに直結する。診断がついたとしても、学校生活に反映されるまで時間がかかる現実もあるため、早期支援が欠かせない。

奈良県の出生数は約 6,000 人と限られており、一人ひとりの子どもが健全に成長し、社会の担い手となることが重要である。1 歳 6 か月・3 歳児健診の未受診率が約 10%存在することは重大であり、将来に影響する可能性がある。5 歳児健診を通じて改めてその重要性を感じており、引き続き県の取り組みをお願いしたい。

(木村会長)

5 歳児健診を実施している市町村のシステムを、未導入の市町村にモデルとして示すことで理解が深まると考える。国事業として実施されてきた経緯も踏まえ、成功事例の提示により、県として推進を図っていただきたい。

(池元委員)

歯科の立場から申し上げる。5 歳児健診に歯科医師が参加している自治体は、8 市町村中 2 町村にとどまっている。一方、1 歳児健診および 3 歳児健診には歯科医師が必ず参画する仕組みであるため、5 歳児健診に歯科が関与しない場合、小学校 1 年生まで 3~4 年間の空白期間が生じる。

現在、乳幼児健診マニュアルを作成中と伺っているが、そこに歯科関連項目がどの程度含まれているのか。情報共有として伝えたい点として、口呼吸、通称「おくちぼかん」の増加が深刻な問題となっている。

2021 年の調査では、3~12 歳の 30%が「おくちぼかん」であり、2023 年には 40%と増加傾向である。これは自然に改善するものではなく、歯科医師・歯科衛生士による指導が必要であり、指導がなければ改善しない。

口呼吸では舌が低位に位置し、口を閉じる力や舌圧が適切に育たない。舌が口蓋につくことで歯列・口蓋の発育が促され、結果として鼻腔も広がり呼吸がしやすくなる。4 歳頃から口蓋の成長が急速に進み、12 歳頃までに約 90%が発達する。したがって、5 歳児は発育にとって極めて重要なゴールデンエイジであり、口呼吸の早期発見と介入が不可欠である。

5 歳児健診に項目が入っているのであればいいと思うのだが、現時点の状況を共有するため報告した。

(木村会長)

極めて重要な課題である。主導的に作る方向で検討を進めていただきたい。

(高橋委員)

健診というと、集団で会場に集まる方式が前提となっているが、働く保護者にとって5歳児健診のために休暇を取得して来場するのは困難である。地域で生活している子どもを、日頃診療している医療機関で個別に診てもらう方法も検討すべきである。市町村が集団健診の予算を確保できないのであれば、別の問題であるが、方式そのものを見直さない限り改善しない。

多くの子どもには地域のかかりつけ歯科がすでに存在しており、5歳児健診をその枠組みで実施できる体制が望ましい。現状では、実施方法に明確な決まりがなく、制度設計そのもの見直しが必要である。市町村、医師会双方にとって実施しやすい方式に改善することで普及が進むと考える。

(池元委員)

コロナ禍の時には、1歳6か月および3歳児健診を個別健診で実施していた。その際、保護者からは「かかりつけ医で受けられるため負担が少なく、非常に楽であった」との声が多く寄せられていた。とりわけ奈良市の西部に居住する保護者にとっては、集団健診の会場が東部に位置しており、小さな子どもを連れて30分以上電車で移動することは大きな負担となっていた。

以上の状況を踏まえると、高橋先生が指摘されたとおり、制度の在り方そのものを見直していく必要があると考える。

(木村会長)

医療資源を有効に活用し、特に働く保護者に配慮した、利用しやすい健診の仕組みについて検討し、必要に応じて関係者へ依頼する形が望ましいと考える。

それでは、続けてご意見を伺いたい。

(高田慶応委員)

5歳児健診について、現在は各市町村で多様なモデルが実施されており、集団健診のみが方法ではない。生駒市では園医による園での健診をモデル事業として実施しており、今年度は8園、来年度は20園程度に拡大予定である。保護者負担を軽減し、受診率向上につながっている。川崎市などでは既に個別健診方式を導入しており、市町村ごとに取り組み方を選択できる状況にある。

また、歯科健診については、国の制度設計上、まず発達領域が優先され、歯科・眼科は今後の拡大段階にある。5歳児健診が円滑に実施されなければ後続の分野にも影響するため、まずは発達分野の確実な実施が重要である。

歯科領域については、小児科側にも認識が不足している面があり、園での歯科検診の実施もあるため、歯科医師の関与がさらに得られるとありがたい。小学校の健診でも、統計に出てくるのは、う歯、歯垢付着、歯列不正等になってくるので、健診項目として含まれるように働きかけていただくと小児科の方でもありがたい。

(池元委員)

学校児童健診に、おくちぼかん（口呼吸）を健診項目として取り入れるよう努めている。一方で、歯科医師の中でも認知度が十分でない状況がある。2018年に、口腔機能不全症が保険病名として認められ、保険診療で対応可能となったが、まだ7年程度で普及の途上である。今後も研修会等を通じて周知を進める。

(木村会長)

多様なご提案をいただいた。医療資源や国の支援、成功事例を参考にしつつ、奈良県内各市町村で適切な健診体制を検討していただきたい。

それでは、次の議題に移る。

(事務局)

議題③「医療的ケアの必要な小児慢性特定疾病児の平時からの災害対策」について、資料6により説明。

(高田慶応委員)

最初の報告にあった、小児慢性特定疾病の届出件数の減少について。届出をしていないが医療的ケアを必要とする子ども、また小児慢性特定疾病の対象ではないが様々な支援を必要とする子どもが一定数存在する。こうした子どもが支援から漏れることのないよう、難病・小児慢性特定疾病の子どもを幅広くリスト化し、リスト作成のみで終わらず実際の支援につなげる必要がある。

特に、発達障害など制度対象外になりやすい子どもは、特別なケアニーズがあり、避難所など通常の対応では難しい場合も多い。市町村がどの部署で情報を持っているか（例：教育委員会による支援級・支援学校の情報等）を把握し、包括的な情報収集と計画づくりを進めてほしい。また、地域の小児科も活用いただきたい。

(事務局)

県が把握しているのは小児慢性特定疾病・難病で手続きされた方である。市町村との協議の場にこれらのリストを持参すると、市町村側では障害福祉やその他の部署で把握している対象者（例：医療機器使用児）がおり、「この子どもたちも支援が必要である」と議論が広がる傾向にある。

市町村内で把握されているものの、メモ・リスト化にとどまっている場合もあるが、協議を通じて具体的な検討が進む体制が形成されつつある。今後も、他に対象者はいないか、という視点で上げていきたい。

(高田慶応委員)

制度申請のメリットは金銭面だけでなく、支援から漏れにくくなることが重要である。乳幼児医療の仕組みと同様、制度の本質的な利点を明確に伝え、制度が機能するよう県からの指導をお願いしたい。

(高橋委員)

病院での停電を経験し、照明の確保が極めて重要であることを痛感した。自家発電は作動したが足元照明のみで、医療ケアを行うには強力な照明器具が必要であった。懐中電灯では対応できず、災害用照明の重要性を強く認識した。

また、受け入れ可能数を超える場合もあるので自助が必要である。市町村と協定を結んでも、担当者が実際に対象者の顔を見ていない事例があり、顔の見える関係づくりと体制の再構築が必要である。災害時に必要な食料や照明等の備蓄も重要である。

(木村会長)

受け入れ側施設の機能確保・装備の充実を進めていく必要がある。

(野上委員)

電気自動車などの電気配給場所による電源確保の協定は、保護者が強く望んでいたことであり評価される事業である。平時からの連携体制が極めて重要であり、安否確認の方法、個人情報の扱い、名簿更新などを県・市町村・基幹病院が連携して進めるべきである。災害時は子どもが後回しになりがちであるため、日頃からの連携強化が不可欠である。医療災害時の体制づくりを進めており、県・市町村・基幹病院の日常的な連携を求める。

(木村会長)

委員から貴重な意見をいただいた。全体として他に意見があるか確認する。

(高田慶応委員)

母子保健運営協議会の小児部会は、小児慢性特定疾病対策協議会と一体で運営されており、議題が小児慢性特定疾病中心となりがちである。母子保健としては小児慢性特定疾病以外の子どもも対象とすべきであり、小児部会のあり方の見直しを検討してほしい。

(赤崎委員)

産後ケアについて、医療関係者が関与していない施設で事故が発生しており、奈良県でも警察介入事案がある。産後ケアは市町村事業で実施方法が多様なため混乱している。県による集合契約の推進およびコンプライアンス向上を要望する。

また、参考資料の 6～9 ページの健診未受診児および精密検査未受診児のフォロー体制について確認したい。

(事務局)

健診未受診児の現認確認は原則対面で実施し、電話確認は数字に含めていない。住所をおいたまま海外滞在中の等、国の集計方法上 100%にならないケースもある。電話対応のみの市町村には、対面確認への改善を依頼している。市町村ごとの状況を個別に把握し、対応策を支援している。

産後ケアは市町村ごとに委託先も運用も異なるため、県としてチェックリスト等を含む制度管理の標準化に取り組む必要がある。現在、市町村と協議を進めている。

(西川委員)

葛城市では未受診児についての対応マニュアルを整備しており、健診未受診や精密検査未受診が把握できない場合は要対協へ報告する運用を行っている。何らかの形で必ず把握する仕組みがある。

(木村会長)

妊娠期からのネグレクト対応など大きな課題について、本日の議論を踏まえ整理し、システムとして構築していく必要がある。活発な議論に感謝する。本議題は以上とする。

(事務局)

委員からの多くの意見や提案は次年度以降の母子保健施策に反映していく。母子保健の一層の推進に向け、引き続き協力をお願いしたい。