

県民健康調査「妊産婦に関する調査」結果報告会並びに支援研修会開催報告

県民健康調査「妊産婦に関する調査」は、妊産婦の方々のこころや身体健康状況を把握し、不安の軽減や適切なケアを提供するとともに、現状や意見・要望等を的確に把握し、今後の福島県内の産科・周産期医療の充実へつなげていくことを目的として実施している。妊産婦の健康管理や安心して福島で生活することへ繋げていくためには、関係機関と連携することが必要であることから、調査についての結果報告会を開催した。

また、相談面接に求められるコミュニケーションについて学び、適切な面談を行うための面接技術の向上を図った。

1. 対象：市町村及び県保健師、その他助産師等母子保健に関わる者

2. 開催日時・場所

県北会場	平成 27 年 7 月 7 日 (火) 14:00～16:00	福島テルサ (福島市)
県中・県南会場	平成 27 年 5 月 15 日 (金) 10:00～12:00	福島県農業総合センター(郡山市)
会津会場	平成 27 年 6 月 23 日 (火) 10:00～12:00	福島県ハイテクプラザ (会津若松市)
相双会場	平成 27 年 6 月 30 日 (火) 15:00～17:00	南相馬市原町区福祉会館
いわき会場	平成 27 年 5 月 22 日 (金) 10:00～12:00	いわき市労働福祉会館

3. 内容

(1) 報告

平成 25 年度妊産婦に関する調査 調査結果報告

平成 25 年度妊産婦に関する調査 支援結果報告

(2) 情報提供

支援における放射線問題の位置づけ

(3) 講義・演習

気づきを活かす相談面接～相談面接に求められるコミュニケーション～

(4) 質疑応答

4. 参加状況

(1) 参加者数

人数

会場	市町村	関連施設	県	計
県北会場	9	6	4	19
県中・県南会場	9	2	0	11
会津会場	5	5	1	11
相双会場	5	3	2	10
いわき会場	5	4	0	9
計	33	20	7	60

※参加市町村 19、医療機関 11

5. 主な意見 (アンケート結果より)

- ・県民健康調査の結果から得られたことが今後の保健活動に役立つと思った。
- ・福島の現状について電話相談の参考に出来る。
- ・電話支援の内容や回答のモデルなどは相談をうけることもあり参考になった。傾聴については改めて自分の日頃の接し方を見直す機会となった。
- ・面接技術について自分の振り返りにもなり良かった。実践していきたい。
- ・傾聴について、実際に話し手を経験して気づける部分があった。今後に生かしたい。
- ・演習の時間がとても有意義だった。もう少し長い時間行っていただければよいと思った。
- ・放射線 (評価) について学ぶことができてよかった。
- ・放射線に関する悩みは深刻にとらえている人もまだまだ多い状況があるので、線量測定をどう活かしていくかはとても考えさせられる内容だった。今後もそういう内容を取り入れてほしい。
- ・県の HP 等で見られるようにしてほしい。

県民健康調査

「妊産婦に関する調査」についてのお知らせ



ふくしまから
はじめよう。

※福島県立医科大学では、妊娠の最終結果やご出産の情報を入手することができないため、本調査票等が届きましたことをご不快な思いをされた方には心よりお詫び申し上げます。福島県の妊産婦の皆さんの現状把握のため、どうぞ本調査にご協力ください。

福島県
福島県立医科大学

福島県の妊産婦のみなさん、体調はいかがでしょう

福島県立医科大学では、福島県の委託を受け、県民健康調査の一環として「妊産婦に関する調査」を実施しています。妊産婦の皆さまのこころや身体の状態を把握し、不安の軽減や必要なケアを提供するとともに、今後の福島県内の産婦人科医療の充実へつなげていくことを目的としています。

調査対象となられる方

- ① 平成 26 年 8 月 1 日から平成 27 年 7 月 31 日までに福島県内の市町村から母子健康手帳を交付された方
- ② 上記①の期間内に福島県外の市区町村から母子健康手帳を交付された方の中で、いわゆる里帰り出産された方

①の方は、福島県各市町村の母子健康手帳の交付資料に基づいて調査票を送付しています。また、②の方へは、県内産科医療機関を通じ、本調査へのご協力をお願いしています。



- ◇ ご回答は任意ですが、多くの皆さまのご協力により充実したケアへ繋がりますので、どうぞよろしくお願いいたします。
- ◇ 調査へのご意見を含め、皆さまの生の声をお聞かせ下さい。
- ◇ 妊娠、出産、育児などについて、専任の助産師、保健師等による電話相談もしています。専門的な内容のご相談には、医師が対応いたします。
- ◇ ご回答内容に基づいて、助産師、保健師等から連絡させていただく場合がございます。
- ◇ 以前の調査でご協力いただきました皆さま有難うございます。

<個人情報の取り扱いについて> 本調査票に記載された個人情報は、健康管理のため、県において使用するほか、お住まいの市町村には求めに応じて情報提供させていただきます。また、調査結果は、集計、分析された形で公表することとし、個人が特定される形で公表することはありません。

ご出産された方は、1か月児健診を受けた後で、ご回答下さい。

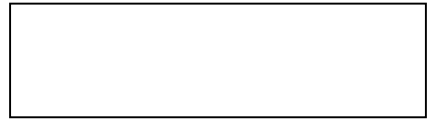
基本調査問診票の提出はお済みでしょうか？

平成 23 年 3 月 11 日から 7 月 1 日までの間に福島県に居住していた皆さまへ

「基本調査」は、各個人が受けた外部被ばく線量を把握し、皆さまの健康を生涯にわたって見守るための基礎資料となる大切なものですので、是非記入の上ご返送下さい。なお、問診票の再交付を希望される場合や問い合わせは下記センターへご連絡下さい。

「妊産婦に関する調査」専用お問い合わせ先
福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター
電話 024-549-5180 (平日 9:00~17:00)
メール ninpu@fmu.ac.jp





県民健康調査 妊産婦に関する調査 調査票（案）

本調査票は、福島県各市町村の母子健康手帳（以下、母子手帳）の交付資料に基づいて発送しています。ご本人が記入できない場合には、家族の方や同居されている方がご記入ください。また、ご返送は、お子様の1か月児健診の結果までご記入いただいた後をお願い致します。

ご回答いただいた内容等により、専任の助産師等からお電話をさせていただくことがございます。また、電話やメールを通してのご相談等も受け付けていますので、ぜひ、ご利用ください。

以下にご記入後、次のページからの質問にご回答ください。

ふりがな	生年月日
氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
TEL	携帯番号

住所に変更があった方や、医療機関にて調査票を配布された方は住所のご記入をお願いします。調査結果の報告等にて使用させていただきます。

ふりがな

住所 〒 —

これからの全ての質問は平成 26 年 8 月 1 日～平成 27 年 7 月 31 日に母子手帳を交付された方にお尋ねしています。必要事項をご記入いただき、あてはまる□に✓をつけてください。

ご記入日： 平成 年 月 日	回答者： 1 <input type="checkbox"/> 本人 2 <input type="checkbox"/> 代理（続柄）
-------------------	---

問1. 母子手帳の交付年月日、交付市区町村名をご記入ください。

平成 年 月 日 母子手帳交付：_____ 市・区
町・村

問2. あなたはふだんご自分で健康だと思いますか？(✓はひとつ)

1 <input type="checkbox"/> 非常に健康だと思う	2 <input type="checkbox"/> まあ健康な方だと思う
3 <input type="checkbox"/> あまり健康ではない	4 <input type="checkbox"/> 健康ではない

問3. 今回の妊娠・分娩全般に関して十分にケアが受けられたと思いますか？(✓はひとつ)

1 <input type="checkbox"/> とてもそう思う	2 <input type="checkbox"/> そう思う	
3 <input type="checkbox"/> どちらともいえない	4 <input type="checkbox"/> そう思わない	5 <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

問4. 1) ここ最近 1 ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

2) ここ最近 1 ヶ月間、どうしても物事に対して興味がわからない、あるいは、心から楽しめない感じがよくありましたか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

問5. 現在避難生活をしていますか？(✓はひとつ)

1 <input type="checkbox"/> 現在避難中で仮設住宅で生活している
2 <input type="checkbox"/> 現在避難中で仮設住宅以外の場所で生活している
3 <input type="checkbox"/> 避難生活をしてきた時期があるが現在は自宅で生活している
4 <input type="checkbox"/> 避難していたことはない

「1」または「2」と答えた方のみにお尋ねいたします。

避難生活のため、もともと同居していた家族と離れて生活していますか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	---------

「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。家族とコミュニケーションがとれていますか？

1 <input type="checkbox"/> はい	2 <input type="checkbox"/> いいえ	3 <input type="checkbox"/> どちらともいえない	(✓はひとつ)
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---------

問6. ふだん、どなたと同居していますか？(里帰り中の方は、ふだんの状況で選んでください)

当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

<input type="checkbox"/> 1 一人暮らし(同居している人はいない)	<input type="checkbox"/> 3 子ども(今回出産された子どもを含む)
<input type="checkbox"/> 2 夫またはパートナー	<input type="checkbox"/> 5 その他(具体的に:)
<input type="checkbox"/> 4 義理または実父母	

問7. 喫煙についてお尋ねします。あなたご自身の喫煙についてお答えください。

1) 今回の妊娠届を出すまでに、あなたはタバコを吸っていましたか？(✓はひとつ)

<input type="checkbox"/> 1 吸ったことはない	<input type="checkbox"/> 2 今回の妊娠に気づく前に止めた
<input type="checkbox"/> 3 今回の妊娠に気づいて止めた	<input type="checkbox"/> 4 吸っていた

2) 今回の妊娠期間中、あなたはタバコを吸っていましたか？

<input type="checkbox"/> 1 吸っていなかった	<input type="checkbox"/> 2 吸っていた	(✓はひとつ)
-------------------------------------	----------------------------------	---------

3) 現在、あなたはタバコを吸っていますか？

<input type="checkbox"/> 1 吸っていない	<input type="checkbox"/> 2 吸っている	(✓はひとつ)
-----------------------------------	----------------------------------	---------

問8. 今回の調査対象となる(平成26年8月1日から平成27年7月31日の期間に母子手帳の交付を受けた)妊娠についてお答えください。

以下の表の妊娠様式、妊娠の結果について、必要事項をご記入いただき当てはまる□に✓をご記入ください。

妊娠様式	<input type="checkbox"/> 1 自然妊娠 <input type="checkbox"/> 2 排卵誘発 <input type="checkbox"/> 3 人工授精 <input type="checkbox"/> 4 体外受精				
妊娠の結果 (今回の対象のみ) (✓はひとつ)	分娩予定日：平成 年 月 日				
	結果	妊娠終了時の年月日		妊娠期間(妊娠週数)	
	<input type="checkbox"/> 1 出産	平成	年	月 日	
	<input type="checkbox"/> 2 流産	平成	年	月 日	()週
	<input type="checkbox"/> 3 中絶	平成	年	月 日	()週
<input type="checkbox"/> 4 死産	平成	年	月 日	()週	

この期間内に母子手帳を複数回交付された方は、別途、調査票をお送りさせていただきますので、妊産婦専用ダイヤル(024-549-5180 平日 9:00~17:00)へご連絡ください。

(参考1) 妊娠 1 か月 : 妊娠 0 週 ~ 妊娠 3 週 妊娠 2 か月 : 妊娠 4 週 ~ 妊娠 7 週
 妊娠 3 か月 : 妊娠 8 週 ~ 妊娠 11 週 妊娠 4 か月 : 妊娠 12 週 ~ 妊娠 15 週
 妊娠 5 か月 : 妊娠 16 週 ~ 妊娠 19 週 妊娠 6 か月 : 妊娠 20 週 ~ 妊娠 23 週
 妊娠 7 か月 : 妊娠 24 週 ~ 妊娠 27 週 妊娠 8 か月 : 妊娠 28 週 ~ 妊娠 31 週
 妊娠 9 か月 : 妊娠 32 週 ~ 妊娠 35 週 妊娠 10 か月 : 妊娠 36 週 ~ 妊娠 39 週
 妊娠 11 か月 : 妊娠 40 週 ~ 妊娠 43 週

(参考2) 出産：妊娠 22 週以降での生児の娩出 流産：妊娠 22 週未満の妊娠の終了
 中絶：妊娠 22 週未満の人工的な妊娠の終了 死産：妊娠 22 週以降での子宮内で亡くなった胎児の娩出とします。

問9. 分娩(出産・死産を含む)した赤ちゃんは一人(単胎)ですか?二人(ふたご)ですか?

一人(単胎) 二人(ふたご) (✓はひとつ)

問10. 今までの妊娠歴についてお尋ねいたします。

※問8でご回答いただいた「今回の調査対象となる妊娠」は除いてお答えください。

1) 今まで流産の経験はございますか?

はい いいえ (✓はひとつ)

2) 今まで中絶の経験はございますか?

はい いいえ (✓はひとつ)

3) 今まで死産の経験はございますか?

はい いいえ (✓はひとつ)

4) 今まで出産の経験はございますか?

はい いいえ (✓はひとつ)

5) 今までふたごの出産の経験はございますか?(流産・死産を含む)

はい いいえ (✓はひとつ)

問11. あなたには、今回の妊娠前にかかったことのある病気がありましたか?

はい いいえ (✓はひとつ)

↓
「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。

以下に挙げる病名のうち、当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

1 高血圧 2 糖尿病 3 高脂血症 4 がん
 5 脳の疾患(脳卒中、てんかんなど) 6 神経・筋疾患(重症筋無力症など)
 7 精神疾患(うつ病、統合失調症など) 8 甲状腺疾患
 9 心臓病(心筋梗塞・狭心症、不整脈、先天性心疾患など)
 10 呼吸器の疾患(肺炎、喘息(ぜんそく)など) 11 肝臓の病気(慢性肝炎など)
 12 腸の病気 13 膠原病(SLE(全身性エリテマトーデス)など)
 14 他のアレルギー性疾患(アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎など)
 15 感染症(結核など) 16 血液の疾患(特発性血小板減少症など)
 17 その他(具体的に: _____)

問12. 今回の妊娠中にあなたに告げられた病気・状態がありましたか?

はい いいえ (✓はひとつ)

↓
「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。

具体的な病気・状態について当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

1 妊娠高血圧症候群 2 妊娠糖尿病 3 前置胎盤 4 切迫流産
 5 切迫早産 6 自然流産 7 早産 8 不眠、不安などの精神的問題
 9 肺炎・インフルエンザ・破傷風などの感染症 10 羊水過多
 11 羊水過少 12 血栓症(エコノミークラス症候群)・肺塞栓症
 13 脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血など)
 14 外傷 15 その他(具体的に: _____)

問13、問14は、分娩された方にお尋ねいたします。

妊娠 12 週以降（妊娠4か月以降）妊娠 22 週未満の流産・中絶された方、および妊娠 22 週以降の死産・出産を経験された方もお答えください。その他の方は、5 ページの問 17 にお進みください。

出産されていない方には、大変申し訳ございませんが、わかる範囲でご記入ください。

問13. 妊娠何週何日で分娩しましたか？

妊娠（ ）週（ ）日

（はひとつ）

自然分娩（分娩誘発剤使用を含む） 吸引・鉗子分娩 帝王切開で分娩

<ふたごの際には二人目に関して下記をご記入ください。>

（はひとつ）

自然分娩（分娩誘発剤使用を含む） 吸引・鉗子分娩 帝王切開で分娩

問14. 分娩時のお子様についてご記入ください。（母子手帳等ご参照ください）

		ふたごの際の第 2 子記入欄	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
体重： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長： <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重： <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長： <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
胸囲： <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲： <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	胸囲： <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	頭囲： <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm
新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ <input checked="" type="checkbox"/> はひとつ） ↓ 「あり」の場合、蘇生を（ <input checked="" type="checkbox"/> はひとつ） <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない	新生児仮死 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ <input checked="" type="checkbox"/> はひとつ） ↓ 「あり」の場合、蘇生を（ <input checked="" type="checkbox"/> はひとつ） <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> しなかった <input type="checkbox"/> わからない		
先天奇形・先天異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ <input checked="" type="checkbox"/> はひとつ） ↓ 「あり」の場合、詳細をご記入ください。 （ <input checked="" type="checkbox"/> はいくつでも） <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 二分脊椎（背中に穴が開いている病気） <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 消化管（食道・十二指腸・空腸・回腸）閉鎖 <input type="checkbox"/> 鎖肛 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 <input type="checkbox"/> その他 （ <input type="text"/> ）	先天奇形・先天異常 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし（ <input checked="" type="checkbox"/> はひとつ） ↓ 「あり」の場合、詳細をご記入ください。 （ <input checked="" type="checkbox"/> はいくつでも） <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 心臓奇形 <input type="checkbox"/> 腎臓・尿路奇形 <input type="checkbox"/> 二分脊椎（背中に穴が開いている病気） <input type="checkbox"/> 小頭症 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 口唇・口蓋裂 <input type="checkbox"/> 消化管（食道・十二指腸・空腸・回腸）閉鎖 <input type="checkbox"/> 鎖肛 <input type="checkbox"/> 多指・合指症 <input type="checkbox"/> その他 （ <input type="text"/> ）		

問15、問16は出産された方にお尋ねいたします。出産されていない方は、問17にお進みください。

問15. 育児に自信がもてないことがありますか？

はい
 いいえ
 何ともいえない (✓はひとつ)

問16. 1か月児健診(お子様の生後1か月の発育)に関してご記入ください。(母子手帳等ご参照ください)

		ふたごの際の第2子記入欄	
(平成 年 月 日実施) 生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 に1か月健診を受診		(平成 年 月 日実施) 生後 <input type="text"/> か月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 に1か月健診を受診	
体重: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm	体重: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g	身長: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> cm

問17. 次回の妊娠・出産をお考えですか？

はい → 「はい」と答えた方のみにお尋ねいたします。
 いいえ

次回の妊娠・出産に関する事で、あったらよいと思っているサービスなどは次のうちどれですか？当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

(✓はひとつ)

- 産休・育児休暇などの充実
 保育所・延長保育・病児保育などの拡充
 育児や小児医療に関する情報やサービス
 放射線と健康リスクに関する情報
 その他 ()

「いいえ」と答えた方のみにお尋ねいたします。

その理由は次のどれに当てはまりますか？当てはまるすべての□に✓をご記入ください。(✓はいくつでも)

- 希望していない 収入が不安定なため
 家事・育児の協力者がいないため 保育所など子どもの預け先がないため
 今いる子どもに手がかかるため 避難生活をしているため
 家族と離れて生活しているため 年齢や健康上の理由のため
 放射線の影響が心配なため
 その他 ()

本調査についてのご意見、ご要望、またはご自身の体調や育児の心配ごとなどございましたら、以下の自由記載欄にご記入ください。

これで質問はすべて終わりです。

本調査票は、お子様の1か月児健診の結果までご記入いただいた後に、返信用封筒に入れてご提出ください。

電話やメールを通しての妊娠や子育てについてのご相談等も受け付けています。

ぜひ、ご利用ください。ご協力ありがとうございました。

【お問い合わせ先】

福島県立医科大学 放射線医学 県民健康管理センター
〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地

妊産婦専用ダイヤル

電話 : 024-549-5180

(平日 9:00~17:00)

メール : ninpu@fmu.ac.jp



県民健康調査



Future From Fukushima.

福島県・福島県立医科大学