

滑川母子保健推進員協議会設立

(昭和60年4月1日)

母子保健推進員(2年委嘱期間で再選可)

15名

(1)有資格者等

- ・助産師(2)
- ・看護師(3)
- ・教師(1)
- ・歯科衛生士(1)
- ・保育士(1)
- ・介護福祉士(1)
- ・主婦(6)

(2)年代構成

30代(1) 50代(4) 60代(10)

母子保健推進員の身分証明証(携帯用)

第 号

証

住 所 滑川市〇〇 〇-〇

氏 名 〇〇 〇〇 (年 月 日生)

上記の者は、滑川市が母子保健推進員を
委嘱したものであることを証する。

平成 19年 4月 1日

滑川市長 中屋 一博 印

委嘱期間 平成 19年 4月 1日から
平成 21年 3月 31日まで

事業開始の母子保健推進員研修

(心構え)

指導というより健康センターと住民のパイプ役

- 1回目 (事業前)

平成19年4月

目的 手順 観察項目 記入・報告方法
実践面での説明 守秘義務 など

- 2回目 (半年経過時点)

訪問しての疑問点等情報交換等

研修

観察のポイント

赤ちゃん

- ①皮膚・頭皮の汚れ・おむつかぶれがある。
(寝具、衣類の汚れ、季節に応じた衣服でない)
- ②体重増加不良がある。
- ③不自然なあざ、外傷がある

おかあさん

- ①育児が楽しめない。ストレスが高い。
- ②赤ちゃん（子ども）が泣くと困る、落ち着かない、イライラする。
- ③関わりが少ない（授乳しない、抱かない、視線をあわせない等）
- ④子どもについて否定的な表現をする。（かわいくない、期待はずれ、こんなはずじゃなかった）
- ⑤子どもの要求を無視する。泣いた時にその意味を理解しようとししない。
- ⑥ささいな事を繰り返し質問する。訴えが多い。
- ⑦子どもの発達段階を理解していない。
- ⑧母子手帳への記入が少ない。
- ⑨極端な自己流育児・体罰の肯定。子どもの扱いが乱暴
- ⑩つじつまが合わない。健診の場などと違う言動
- ⑪精神疾患があり、入退院を繰り返している。精神的に不安定。
- ⑫非虐待歴がある。
- ⑬子どもに合わせたがらない。訪問拒否

その他

- ①家庭内環境が十分でない。（整理がされていない。危険なところがある）
- ②子どもの衣類等の準備がされていない。
- ③家族関係があまりよくない。
- ④援助者・相談者が近くにいない。
- ⑤地域・近隣からの孤立・転勤族
- ⑥経済困窮

訪問時 質問表

担当者が
感じた事を
記入

健康センター 提出		訪問日 平成 年 月 日 (か月 日)	
住所	滑川市	赤ちゃんの 誕生日	H 年 月 日
氏名	母 赤ちゃん	電話番号 世帯主	核家族・ 複合家族
※ 特別難しい質問は必要ありません。訪問して観察したり、思ったとおりの印象に○をつけ、その他、気づいた事を記入して下さい。			
訪問状況	赤ちゃんの様子	<ul style="list-style-type: none"> よく笑う赤ちゃん 訪問中ずっと泣いていた 泣き方に元気がない 湿疹が多い 衣服が汚れている感じ その他 	
	お母さんの様子	<ul style="list-style-type: none"> 元気そう 疲れている様子 寝不足気味 表情が固い、暗い、無表情 赤ちゃんによく話しかけている 食欲がない 神経質な印象を受けた <ul style="list-style-type: none"> 家族（夫、両親等）の協力が少ない様子 家族みんなで協力して育児をしている様子 ほとんど話をしてくれない ほとんど赤ちゃんを見ようとしない その他 	
	相談課題や悩んでいること	<ul style="list-style-type: none"> 母乳だけで足りているか心配 夜何回も起きて困る オムツかぶれや顔・からだの湿疹が治らない 予防接種について知りたい その他 	
	今後	経過 (必要・不必要) <ul style="list-style-type: none"> 湿疹がひどいのでみてあげてほしい お母さんの無表情が気になる その他 4 か月健診でみてほしいこと	
訪問未実施	訪問未実施理由 連絡がつかない・転居・訪問拒否 (理由) その他 ()		
健康センター欄	経過	・不要 ・必要…訪問 (月頃) 電話 (月頃) その他 () 担当チェック <input type="checkbox"/>	

訪問時 質問表

ママが 記入

赤ちゃんのご誕生おめでとうございます。

少しずつ育児にもなれ、おかあさんとお子さんのペースが出来てきた頃ではないでしょうか。滑川市では保健師、保育士または母子保健推進員が、皆さんが元気で楽しく子育てできるようお手伝いしたいと思っています。皆さんが今思っていることなど気軽にお聞かせください。

おかあさん

赤ちゃん

- 1 おかあさんと赤ちゃんは1か月健診を受けられましたか
おかあさん：受けた 受けない 赤ちゃん：受けた 受けない
1か月健診で気になることはありませんか
おかあさん：はい いいえ 赤ちゃん：はい いいえ
() ()
- 2 産後健診以外で病院に行きましたか(赤ちゃん、おかあさん)
いいえ はい ()
- 3 おかあさんの体の調子はどうですか
よい ふつう よくない ()
- 4 おかあさんは寝不足ですか
はい いいえ
起床：午前 : 就寝：午後 :
- 5 おかあさんは食欲がありますか
ある ない
- 6 赤ちゃんの栄養はどのようにしておられますか
母乳のみ 混合 ミルクのみ
- 7 赤ちゃんとお過ごしていたのしいですか
はい どちらともいえない 楽しくない ()
- 8 仕事はどうしておられますか
育休中・妊娠を機に退職・主婦・1年以内に就職予定・その他 ()
- 9 退院後どのように過ごされましたか
里帰りしていた() 月) 母・義母が手伝いにきてくれた ()
その他 ()
- 10 夫や家族は育児に協力的ですか
いいえ はい(どなた) ()
- 11 子育てについて心配なこと・相談したいこと・困難なことがありますか

