

平成30年9月6日

第88回 神戸市個人情報保護審議会

産婦健康診査の実施について

(こども家庭局)

神こここ第 2354 号

平成 30 年 9 月 4 日

神戸市個人情報保護審議会
会 長 西村 裕三 様

神戸市長 久 元 喜



諮 問

神戸市個人情報保護条例第 11 条第 1 項及び第 2 項の規定に基づき、下記の事項について、
貴会の意見を求めます。

記

産婦健康診査受診結果のこうべ健康いきいきサポートシステムへの入力について
(条例第 11 条「電子計算機処理の制限に関して」)

担当：こども家庭局こども企画育成部こども家庭支援課

産婦健康診査受診結果のこうべ健康いきいきサポートシステムへの入力について
(条例第11条「電子計算機処理の制限に関して」)

◎印は条例第11条第2項に該当するセンシティブ情報
下線部が新規入力部分

【電子計算機処理する個人情報】

1. 基本情報

氏名

性別

生年月日

住所(居住地)

続柄

異動事由

異動年月日

住記個人番号

世帯番号

受診番号

母子手帳番号

電話番号

メールアドレス

2. 産婦健康診査受診者情報

実施年月日

実施場所

分娩年月日

◎診査項目(問診・診察, 体重・血圧測定, 尿検査(蛋白・糖), エジンバラ産後うつ病質問票)

◎診査結果(異常なし, 継続フォロー。継続フォローの場合は当院フォロー, 他科・他院紹介, 居住区へ情報提供の該当項目)

◎産後うつ指標(エジンバラ産後うつ病質問票の結果)

産婦健康診査の実施について

1. 趣旨

平成 30 年 10 月より概ね産後 1 か月の産婦を対象に、産婦健康診査（以下「産婦健診」）を開始予定である（詳細は別紙参照）。

産婦健診の結果を、妊婦健康診査等の情報とともに、こうべ健康いきいきサポートシステムで妊娠から出産後にかけての情報を一元的に管理するとともに、健診結果に応じて産婦に対して必要な支援を行う。

2. 概要（具体的な流れは別図参照）

- (1) 妊婦より区役所こども家庭支援課または支所保健福祉課へ妊娠の届出を行う。
- (2) 区役所こども家庭支援課及び支所保健福祉課からの母子健康手帳交付時に、妊婦に対して産婦健診受診券を交付する。
- (3) 出産後、産婦は概ね 1 ヶ月程度の頃に実施する産婦健診を受診する。受診券を提出することにより、5,000 円／回を上限とする助成を受けることができる。
- (4) 産婦健診の結果が記載された受診券は請求書と共に、受診医療機関から本庁こども家庭支援課へ、1 か月分を取りまとめて送付される。本庁こども家庭支援課では、産婦健診受診結果をこうべ健康いきいきサポートシステムへ入力する。
- (5) 継続支援が必要と判断された産婦は、受診医療機関から居住区の区役所こども家庭支援課及び支所保健福祉課へ診療情報提供書により情報提供を行う。
- (6～8) 継続支援が必要と判断された産婦について、区役所こども家庭支援課、支所保健福祉課より訪問指導等を行う。訪問指導等の結果については、育児支援等連絡票により、区役所こども家庭支援課または支所保健福祉課から受診医療機関へ情報提供を行う。産後うつ病等が疑われ、精神科受診が必要と判断された者に対しては、受診勧奨等の支援を、受診医療機関と居住区の区役所こども家庭支援課または支所保健福祉課が連携して対応を行う。

3. こうべ健康いきいきサポートシステムについて

こうべ健康いきいきサポートシステムは、平成 27 年 4 月より庁内基幹業務系 NW で運用しており、成老人の健康診断や予防接種等の市民の健康情報をデータベース化し、個人ごとの受診・接種履歴管理を行い、未受診者への個別勧奨に活用するとともに、地域・年代別や時系列によりデータを分析して健康づくり施策の検討に活用している。

平成 28 年 11 月より、母子保健情報システムをこうべ健康いきいきサポートシステムへ統合し、妊娠期から就学までの母子保健法に基づく母子保健事業のデータ収集、管理もしている。

4. 効果

新たに実施する産婦健診の受診結果を収集し、こうべ健康いきいきサポートシステムに入力することにより、妊娠から出産にかけての妊産婦の状況をより詳細・正確に把握することができ、支援が必要な対象者に対して適切なサービスの提供を行うことができる。

5. 実施計画

～平成 30 年 9 月 システム開発

平成 30 年 10 月 テスト

平成 30 年 11 月～ 運用開始

6. 処理件数

産婦健康診査：約 18,000 件（年間）

7. 個人情報の保護

「神戸市個人情報保護条例」、「電子計算機処理に係るデータ保護管理規程」、「神戸市情報セキュリティポリシー」に基づき、こうべ健康いきいきサポートシステムで承認された取扱いに準じて、以下の通り厳格に対処する。

(1) システム上の保護

(ア) こうべ健康いきいきサポートシステムに係る端末機の操作にあたっては、静脈認証と ID、パスワードによる個人認証を行い、端末機の操作を関係職員に限定するだけでなく、業務ごとに操作できる職員を限定する。

(イ) 個人情報に係るデータについては、端末機には保存せず、庁内の施錠されたラック内に設置するこうべ健康いきいきサポートシステム専用サーバに保存する。

(ウ) 端末機とこうべ健康いきいきサポートシステムのサーバは、LGWAN（総合行政ネットワーク）を除き外部のネットワークとは繋がっていない庁内基幹業務系 NW により接続し、本システム用端末機以外の端末機からのアクセスを遮断する。これにより、外部等からの不正アクセス行為を受けることを防止するとともに、コンピュータウイルスからの感染を防止する。

(エ) サーバと端末機間の通信は暗号化する。

(オ) サーバ、端末機のウイルス対策ソフトウェアのウイルス定義更新は、庁内基幹業務系 NW を通じて自動配信を受ける。

(2) 運用上の保護

(ア) サーバは常時施錠したラック内に保管し、当該鍵の使用は関係職員のみ限定するとともに鍵の貸し出し状況を記録する。

(イ) サーバとは別の場所に保管するバックアップ用の媒体（磁気テープ）についても、

施錠された庫内に厳重に保管する。

- (ウ) 端末機を利用する際のパスワードは定期的に変更するとともに、端末機の操作状況をサーバに記録する。
- (エ) 保存年限を経過したデータは速やかに消去し、データ記録媒体はデータシュレッダーなど記録の内容を復元できない状態にして破棄する。
- (オ) 保存年限を経過した帳票は、シュレッダーや焼却処分など確実かつ速やかに廃棄する。
- (カ) 個人情報の適正な取扱を確保するために、関係職員に対して必要な研修及び指導を行うとともに、個人情報の適正管理について点検を行う。データ入力等外部委託を行なう際には、委託契約書の中でデータの機密保持に関する事項等「電子計算機処理に係るデータ保護管理規程」に定める項目や「神戸市情報セキュリティポリシー」を遵守することを明記するとともに、委託先からデータの保護その他の管理に関する報告書の提出を義務づける。

産婦健康診査助成事業について（補足説明資料）

1. 根拠法令

母子保健法 第13条

2. 目的

産後うつ予防や新生児・乳児への虐待予防等を図るため、産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（以下「産婦健診」という。）に係る費用を助成することにより、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備する。

3. 開始時期

平成30年10月1日以降に医療機関で実施する産婦健診

4. 対象及び回数

対象：おおむね産後1か月の産婦。

その他、医師等が必要と判断した場合は産後2週間の産婦も対象とする。

回数：産後1か月時の1回を基本とする（上限2回）

5. 産婦健診費用

診査費用のうち1回あたり上限5,000円まで助成を行う。

6. 産婦健診項目

問診・診察、体重・血圧測定、尿検査（蛋白・糖）、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

7. 産婦健診実施場所

（1）神戸市医師会加入医療機関のうち、産婦健診実施可能な医療機関

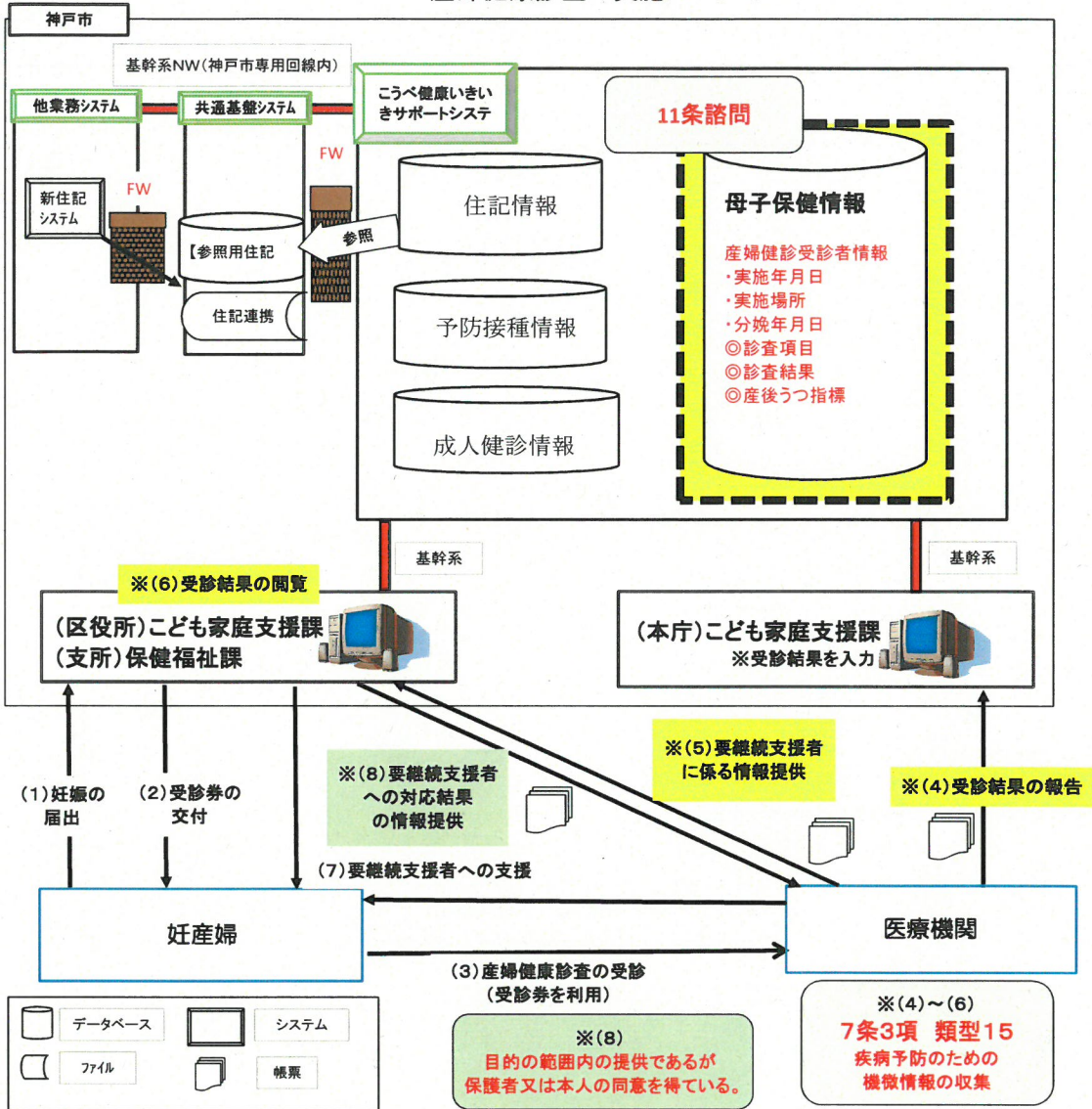
（2）（1）以外の医療機関等は神戸市と産婦健診に関して契約を締結したところ

8. 産婦健診実施後の支援

産婦健診実施後、継続支援が必要な産婦に対して、医療機関から区役所こども家庭支援課または支所保健福祉課へ情報提供を行う。

情報提供を受けた区役所こども家庭支援課または支所保健福祉課は、家庭訪問等を行い、産婦の状況に応じた育児相談や授乳指導等の支援や、産後ケア事業、産後ホームヘルプサービス事業など必要なサービスに繋げる。産後うつ病等が疑われ、精神科受診が必要な産婦に対しては、医療機関と連携し受診支援を行う。

産婦健康診査の実施について



切 り 離 し 無 効

神戸市産婦健康診査（産婦健診）受診券兼請求依頼書

上限 5,000 円まで助成を受けられます

産後 1 か月頃
(使用時期：産後 8 週未満まで)

【本人記入欄】

| |
|-----------------------|
| 氏 名 |
| 生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 住 所 神戸市 区 |
| 電話番号 () - |
| 分娩年月日 年 月 日 |

この受診券を使用した場合、助成金の請求及び受領の権限を下記医療機関に委任します。
また、この健診等の結果を、神戸市へ送付されることに同意します。

【医療機関記入欄】

| |
|--|
| 診査年月日 年 月 日 (産後 週) |
| 診査項目 (実施した項目にチェックしてください。) |
| <input type="checkbox"/> 問診・診察 <input type="checkbox"/> 体重・血圧測定 <input type="checkbox"/> 尿検査 (蛋白・糖) <input type="checkbox"/> こころの健康チェック アンケート (点) (再掲 ^⑩ 点) |
| こころの健康チェック アンケートが未実施の 場合は、原則支払いがで きませんのでご注意く ださい。 |
| 結果 (実施した項目にチェックしてください。) |
| <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 継続フォロー (下記項目をチェックしてください。) |
| <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介 (医療機関名：) <input type="checkbox"/> 居住区へ情報提供 |
| 医療機関 〒 - 所在地 名 称 |

*産婦健診 1 回ごとに 1 枚のみ使用できます。

*診査費用のうち 5,000 円まで助成します。助成額を超過した場合は、自己負担となります。
費用が助成額より少ない場合、おつりは支払えません。

*神戸市から転出された場合は使用できません。

[バーコードシールの貼付欄]

貼付なきものは無効

発 行
神 戸 市

<産後 1 か月券>

こころの健康チェック アンケート

〈岡野ら（1996）による日本語版〉

産後の気分についておたずねします。
産後の体調を確認する大切な質問です。必ず 10 項目全部に答えて下さい。
今日だけでなく、過去 7 日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけて下さい。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。
 () いつもと同様にできた。
 () あまりできなかった。
 () 明らかにできなかった。
 () 全くできなかった。
2. 物事を楽しみにして待った。
 () いつもと同様にできた。
 () あまりできなかった。
 () 明らかにできなかった。
 () ほとんどできなかった。
3. 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。
 () はい、たいていそうだった。
 () はい、時々そうだった。
 () いいえ、あまり度々ではなかった。
 () いいえ、全くなかった。
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。
 () いいえ、そうではなかった。
 () ほとんどそうではなかった。
 () はい、時々あった。
 () はい、しょっちゅうあった。
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。
 () はい、しょっちゅうあった。
 () はい、時々あった。
 () いいえ、めったになかった。
 () いいえ、全くなかった。
6. することがたくさんあって大変だった。
 () はい、たいてい対処できなかった。
 () はい、いつものようにはうまく対処できなかった。
 () いいえ、たいていうまく対処した。
 () いいえ、普段通りに対処した。
7. 不幸せな気分なので、眠りにくかった。
 () はい、ほとんどいつもそうだった。
 () はい、時々そうだった。
 () いいえ、あまり度々ではなかった。
 () いいえ、全くなかった。
8. 悲しくなったり、惨めになったりした。
 () はい、たいていそうだった。
 () はい、かなりしばしばそうだった。
 () いいえ、あまり度々ではなかった。
 () いいえ、全くそうではなかった。
9. 不幸せな気分だったので、泣いていた。
 () はい、たいていそうだった。
 () はい、かなりしばしばそうだった。
 () ほんの時々あった。
 () いいえ、全くそうではなかった。
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
 () はい、かなりしばしばそうだった。
 () 時々そうだった。
 () めったになかった。
 () 全くなかった。

| | | | |
|-----|--|-----|-------|
| お名前 | | 記入日 | 年 月 日 |
|-----|--|-----|-------|

○産婦健診受診の前日もしくは当日に、ご記載ください

(別紙様式12の3)

平成 年 月 日

情報提供先市町村長 様

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

(連絡窓口担当者:)

医師名 印

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| (ふりがな) 患者の氏名 | 昭和・平成 年 月 日生 男・女 () 歳 職業() | |
| 傷病名 | (疑いを含む) その他の傷病名 | |
| 病状 既往症 治療状況等 | | |
| 児の氏名 | 男・女 平成 年 月 日 生まれ | |
| 住所 | 電話番号 (自宅・実家・その他) | |
| 退院先の 住所 | 様方 電話番号 (自宅・実家・その他) | |
| 入退院日 | 入院日: 平成 年 月 日 | 退院(予定)日: 平成 年 月 日 |
| 今回の 出産時の 状況 | 出産場所: 当院・他院 () 在胎: () 週 単胎・多胎 () 子中 () 子 体重: () g 身長: () cm 出産時の特記事項: 無・有 () 妊娠中の異常の有無: 無・有 () 妊婦健診の受診有無: 無・有 (回:) | 家族構成 育児への支援者: 無・有 () |
| ※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください | | |
| 児の状況 | 発育・発達 | ・発育不良・発達のおくれ・その他 () |
| | 日常的世話の状況 | ・健診、予防接種未受診・不潔・その他 () |
| 養育環境 | 家族関係 | ・面会が極端に少ない・その他 () |
| | 他の児の状況 | ・疾患 () ・障害 () |
| | こどもの分離歴 | ・出産後の長期入院・施設入所等・その他 () |
| 養育者の状況 | 健康状態等 | ・出産後の状況(マタニティブルー、産後うつ等) ・EPDS 点(年 月 日時点)・その他 () |
| 情報提供の 目的とその 理由 | | |

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産した児のことについて記入すること。

様式1 (国様式12の2・12の3に対応)

育児支援等連絡票 (訪問結果について)

医療機関名: _____ 機関名 _____
 氏名 _____ 様 _____ 神戸市 _____ 区・支所 _____

連絡表をいただきました下記の者について報告いたします。

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------|------------|----|--------|----|--|---|--|--|
| 児の氏名 | 平成 年 月 日生 第 () 子 男 ・ 女 単胎・多胎 () 子中 () 子 | | | | | | | | | |
| 父母の状況 | 父: () 歳 職業 () | 母: () 歳 職業 () | | | | | | | | |
| 住 所 | 神戸市 _____ 区 | 電話番号: () _____ | (自宅・実家・携帯) | | | | | | | |
| 訪問先の住所 □同上 | 神戸市 _____ 区 | 電話番号: () _____ | (自宅・実家・携帯) | | | | | | | |
| 退院後の経過及び訪問時の状況 | | | | | | | | | | |
| 訪問実施日 平成 年 月 日 月齢 カ月 日 (修正 カ月 日) | | | | | | | | | | |
| <児の状況> | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>体重</td><td>g</td></tr> <tr><td>身長</td><td>cm</td></tr> <tr><td>頭囲</td><td>cm</td></tr> <tr><td>胸囲</td><td>cm</td></tr> </table> | 体重 | g | 身長 | cm | 頭囲 | cm | 胸囲 | cm | ・ 1日体重増加量 () g/日 ・ 栄養状況: 母乳 () 回/日 人工 () ml × () 回 ・ 便回数 () 回/日 | ・ 発達状況 注 視: 有 ・ 無 音 反 応: 有 ・ 無 四 肢 運 動: 活 発 ・ 不 良 運 動 の 左 右 差: 有 ・ 無 |
| 体重 | g | | | | | | | | | |
| 身長 | cm | | | | | | | | | |
| 頭囲 | cm | | | | | | | | | |
| 胸囲 | cm | | | | | | | | | |
| <母の状況> | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>E P D S</td><td>点</td></tr> <tr><td>再掲: 質問10</td><td>点</td></tr> <tr><td>ボンディング</td><td>点</td></tr> </table> | E P D S | 点 | 再掲: 質問10 | 点 | ボンディング | 点 | ・ 疾 患: 無 ・ 有 () ・ 障 害: 無 ・ 有 () ・ 抑うつ気分: 無 ・ 有 () ・ 意欲の低下: 無 ・ 有 () ・ 不 安 感: 無 ・ 有 () ・ 精 神 症 状: 無 ・ 有 () ・ 日常生活の支障: 無 ・ 有 () | ・ こどもへの思い・態度 □拒否的 □無関心 □過干渉 □権威的 □その他 () | | |
| E P D S | 点 | | | | | | | | | |
| 再掲: 質問10 | 点 | | | | | | | | | |
| ボンディング | 点 | | | | | | | | | |
| <家族状況・養育環境> | | | | | | | | | | |
| ・ 育児の相談者: 無 ・ 有 (誰:) ・ 養育者との分離歴: 無 ・ 有 (□長期入院 □施設入所) ・ 同胞の健康状況: 疾患・障害等: () | | | | | | | | | | |
| <その他訪問時の状況及び指導状況> | | | | | | | | | | |
| 次の項目について指導しました。 □授乳指導 □乳房ケア □育児指導 | | (その他指導内容) | | | | | | | | |
| <依頼事項についての返答> | | | | | | | | | | |
| <問題点及び今後の援助計画> | | | | | | | | | | |
| 下記内容で援助を行う予定です。 □訪問 □面接 □電話 □4か月児健診時確認 □サービス導入【産後ヘルプ 産後ケア 他 ()】 | | | | | | | | | | |
| <病院への依頼事項> | | | | | | | | | | |

※本連絡表を医療機関等に送ることについては、保護者(父・母・)あるいはご本人の了解を得ております。

記入日 平成 年 月 日 記録者: 所属部署: こども保健係
 保健師氏名: _____ 印
 (訪問指導員氏名): _____
 電 話: _____