

## 半田市産後ケア事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、出産後の母子への心身のケア、子育てのサポート等の産後ケア事業（以下「事業」という。）を行うことにより、安心して子育てができる支援体制の整備を図ることを目的とする。

### (対象者)

第2条 事業の対象者は、産後ケアを必要とし、市内に住所を有する産後1年未満の母親とその乳児（以下「対象者」という）とする。ただし、第5条第3号の事業については、産後（早産児や低出生体重児等の場合は、退院日の翌日から起算して）4か月未満とする。

### (事業の実施)

第3条 事業の実施主体は、半田市とする。

2 市長は、第1条の目的を達成するために適切な事業運営が確保できると認められる産科医療機関又は助産所に事業を委託することができる。

### (事業の内容)

第4条 事業のサービス内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 母体の体調管理・心理的ケア及び生活面の指導
- (2) 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む）
- (3) 乳児の発達・発育チェック、体重・排泄チェックなどの管理
- (4) 育児の手技についての具体的な指導及び相談
- (5) その他必要とする保健指導

### (事業の利用種別)

第5条 事業の利用種別は、次に掲げるものとする。

- (1) 宿泊型 対象者を産科医療機関又は助産所に宿泊させ、前条各号の事業のサービスを実施する。
- (2) 日帰り型 対象者に日帰りで産科医療機関又は助産所を利用させ、前条各号の事業のサービスを実施する。
- (3) 訪問型 対象者の居宅に助産師が訪問して、前条各号の事業のサービスを実施する。

(利用日数)

第6条 事業を利用することができる日数は、対象者1人1回の出産につき、宿泊型、日帰り型及び訪問型それぞれの利用種別の利用日数を合計して7日以内とし、訪問型を利用できる回数は1回までとする。ただし、市長が引き続き事業の利用が必要と認めるときは、この限りでない。

(利用の申請)

第7条 宿泊型及び日帰り型を利用しようとする者（以下「利用者」という。）は、半田市産後ケア事業利用申請書（様式第1）を市長に提出しなければならない。

2 訪問型を利用しようとする者（以下「訪問型利用者」という。）は、半田市子育て相談課母子保健担当に電話又はメール等で訪問希望を伝えなくてはならない。

(利用の決定)

第8条 市長は、前条に規定する申請書又は訪問希望を受け付けたときは、その内容を審査し、利用の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の決定を行ったときは、利用者に速やかに半田市産後ケア事業利用決定通知書（様式第2）により利用の可否について通知又は訪問型利用者に速やかに電話若しくはメール等で利用の可否について通知するものとする。

(利用者等の負担)

第9条 利用者は、事業利用後に市長が別に定める利用減免額を差し引いた利用料及び支援に必要な食事、ミルク、おむつ等に係る費用を支払うものとする。

2 訪問型利用者は、支援に必要なタオル、ミルク、おむつ等については自ら準備するものとする。

(実績報告及び請求)

第10条 宿泊型及び日帰り型の事業者は事業終了後、半田市産後ケア事業請求書（様式第3）及び半田市産後ケア事業実績報告書（様式第4）を市長に提出するものとする。

2 訪問型の従事者は、訪問終了後、訪問型産後ケア事業指導票（様式第5）を速やかに市へ提出するもの。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月27日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年9月17日から施行し、令和7年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1（第7条関係）

半田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

半田市長 様

半田市産後ケア事業要綱第7条の規定により、下記のとおり半田市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者	（ふりがな） 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	住所	（〒 - ） 半田市 電話（携帯）：			
	出産施設名		出産日	年 月 日 <input type="checkbox"/> （予定日の場合は☑）	
	（ふりがな） 児の氏名		在胎週数	週 日 出生時 体重 9	
世帯構成	氏名		続柄	生年月日	職業など
			申請者		
利用希望区分	利用型	利用予定（目安）等		利用日数	利用施設
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 退院後利用（産後 週頃） <input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 <input type="checkbox"/> その他（ ）		泊 日	
<input type="checkbox"/> 日帰り型	<input type="checkbox"/> 産後 週頃 <input type="checkbox"/> 年 月 日頃		日		
申請理由 （複数回答可）		（1）産後の身体的機能の回復の不安 （2）育児に対する不安 （3）その他（ ）			
世帯の区分		<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ②住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ③その他			
同意欄		・世帯構成について、半田市が調査することに同意します。 ・世帯構成員の住民税課税状況（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む）について、半田市が調査することに同意します。 ・本申請書の内容、利用者の健康状態並びに利用時の状況及び結果について、利用施設と子育て相談課が情報共有することに同意します。			
		署名			



様式第2（第8条関係）

半田市産後ケア事業利用決定（却下）通知書

年 月 日

様

半田市長

産後ケア事業の利用について、下記のとおり決定・却下したので通知します

事業の利用	可 ・ 否
-------	-------

【可の場合】

利用者氏名	母	
	子	
利用の種別	利用期間	
(1) 宿泊型	泊 日	年 月 日から 年 月 日
(2) 日帰り型	日	年 月 日から 年 月 日
利用施設		
利用料減免額	一日あたり（上限）	円

【否の場合】

理由	
----	--

【問い合わせ先】  
半田市子育て相談課母子保健担当  
(0569) 84-0645

半田市産後ケア事業委託料請求書

年 月 日

半田市長 様

住 所  
事業所  
代表者

年 月分を下記のとおり請求します。

請 求 金 額 \_\_\_\_\_ 円

内訳

(1) 宿泊型

氏 名	実施日	利用日数	請求額
	月 日 ~ 月 日	泊 日	円
	月 日 ~ 月 日	泊 日	円
小 計			円

(2) 日帰り型

氏 名	実施日	利用日数	請求額
	月 日 ~ 月 日	日	円
	月 日 ~ 月 日	日	円
小 計			円

振込先

金融機関名	銀行 ( 支店)
種別・口座番号	【 普通・当座 】 口座番号
フリガナ	
口座名義人	

# 産後ケア事業相談指導票 (初 日)

児氏名		母氏名	
実施日	年 月 日 ( )	【 日帰り型 / 宿泊型 】	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>児の状況</b> </div> 体重 <span style="margin-left: 100px;">g</span> ( <span style="margin-left: 100px;">g/日</span> ) 身長 <span style="margin-left: 100px;">cm</span>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>母の状況</b> </div> エジンバラ点数 <span style="margin-left: 100px;">点数</span> <span style="margin-left: 100px;">点</span> ※質問10) 1点以上該当 (あり・なし)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>栄養</b> </div> 母乳・混合・人工 母乳 <span style="margin-left: 100px;">回/日</span> ミルク <span style="margin-left: 100px;">回/日</span> その他・食品名 <span style="margin-left: 100px;">回/日</span>		悪露 ( 少 普 多 ) 生理 ( 無 普 有 ) 乳房緊満 ( 強 普 少 ) 母乳分泌 ( 多 普 少 ) イライラする ( - 士 + ) 涙が出てしまう ( - 士 + ) 肩こり ( - 士 + ) 頭痛 ( - 士 + ) 下腹部痛 ( - 士 + ) 腰痛 ( - 士 + ) 貧血 ( - 士 + ) 不眠 ( - 士 + ) その他	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>排泄</b> </div> 尿 <span style="margin-left: 100px;">回/日</span> 便 <span style="margin-left: 100px;">回/日</span> 性状 良・不良 ( ) オムツ (布 ・ 紙) オムツかぶれ ( - 士 + )		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>保育環境</b> </div> 保育者 昼 ( ) 夜 ( ) 夫の手伝いや声かけ ( - 士 + ) 協力者 ( + - ) 相談者 ( + - )	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>その他</b> </div> 哺乳力 ( + 士 - ) あやすと笑う ( + 士 - ) クーイング ( + 士 - ) 音の方を向く ( + 士 - ) 固視・追視 ( + 士 - ) は握 ( + 士 - ) チアノーゼ ( - 士 + ) 四肢運動 ( + 士 - ) 機嫌 ( + 士 - ) 湿疹 ( - 士 + ) その他			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>指導内容</b> </div>			
(サイン )			

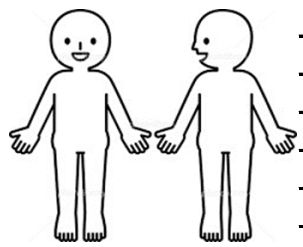
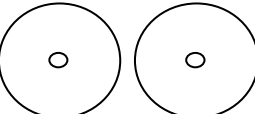
産後ケア事業相談指導票 (2日目以降)

児氏名			母氏名			
(実施日)	児の状況		母の状況			
/	体重	g (日増 g/日)	悪露	( 少 普 多 )		
	身長	cm	乳房緊満	( 強 普 少 )		
	栄養		母乳分泌	( 多 普 少 )		
	母乳・混合・人工		イライラする	( - 土 + )		
デイ型	母乳	回/日	涙が出てしまう	( - 土 + )		
・	ミルク	CC× 回/日	肩こり	( - 土 + )		
	その他		頭痛	( - 土 + )		
宿泊型	排泄		下腹部痛	( - 土 + )		
	尿	回/日	腰痛	( - 土 + )		
	便	回/日	不眠	( - 土 + )		
	性状	良・不良 ( )	その他	( - 土 + )		
指導内容						
サイン ( )						
(実施日)	児の状況		母の状況			
/	体重	g (日増 g/日)	悪露	( 少 普 多 )		
	身長	cm	乳房緊満	( 強 普 少 )		
	栄養		母乳分泌	( 多 普 少 )		
	母乳・混合・人工		イライラする	( - 土 + )		
デイ型	母乳	回/日	涙が出てしまう	( - 土 + )		
・	ミルク	CC× 回/日	肩こり	( - 土 + )		
	その他		頭痛	( - 土 + )		
宿泊型	排泄		下腹部痛	( - 土 + )		
	尿	回/日	腰痛	( - 土 + )		
	便	回/日	不眠	( - 土 + )		
	性状	良・不良 ( )	その他	( - 土 + )		
指導内容						
サイン ( )						



様式第5 (第10条関係)  
訪問型産後ケア事業指導票

訪問日  
年 月 日 ( 月 日)

児名				面接者：本児・母・父・兄弟・その他
<b>妊娠・分娩・出生時</b> 妊娠時 妊娠経過 正常・その他 ( ) 感染症 無・有 ( ) 分娩時 出産状況 正常(頭位・骨盤位) 帝王切開(骨盤位・反復) その他( ) 出産場所 知多半島総合医療センター 藤田病院・ふたばCL・広渡LC その他( ) 出生時 体重 g ( 週 日) / アプガー 点 (5分後 点) 入院時 保育器 有・無 酸素 有・無 黄疸 無・普通・強 (光線療法 日) 先天性代謝異常 正常・その他				<b>母の状況</b> 訪問時 悪露 ( 無 少 普 多 ) 生理 ( 無 有 ) イライラする ( - 土 + ) 涙が出る ( - 土 + ) 母の体調 ( 良好・やや不良・不良 ) →理由 ( ) 不眠 ( - 土 + ) その他 ( )
<b>児の状況</b> 出生時・退院時・2W/1M健診より 退院時 / 体重 g ( g/日) 2W健診 / 体重 g ( g/日) 1M健診 / 体重 g ( g/日) 訪問時 / 体重 g ( g/日)				<b>保育環境</b> 保育者 昼 ( ) 夜 ( ) 父の手伝いや声かけ ( + 土 - ) 父の働き方 ( ) 協力者 ( + - ) ↳ 父方祖父母・母方祖父母 その他 ( ) 相談者 ( + - ) 実家 父方 市内 ( 町 ) 市外 ( ) 母方 市内 ( 町 ) 市外 ( ) その他 [ ] ジェノグラム
<b>栄養</b> 母乳・混合・人工 母乳 回/日 (母測 分 / g) ミルク CC× 回/日				<b>【身体の状態】</b>  ----- ----- ----- ----- -----
<b>排泄</b> 尿 回/日 便 回/日 : 性状 良・不良 ( ) オムツ (布 ・ 紙)				<b>【乳房の状態】</b>  ----- ----- ----- ----- -----
<b>その他</b> 哺乳力 ( + 土 - ) 固視・追視 ( + 土 - ) チアノーゼ ( - 土 + ) 湿疹 ( - 土 + ) 睡眠について ( )				(左) (右)
<b>児の様子(気になる)</b> 無・有 ( )				
<b>受診状況</b> 無・有 ( )				
<b>予防接種</b> 予定：無・有 (医療機関 )				

主訴

指導内容

【記入内容】①アセスメント②伝えたこと③反応

助産師所見

- ・ 支援不要
- ・ 要継続支援（ ）について

(サイン )

市方針

- ・ 支援不要
- ・ \_\_\_\_\_ について電話確認（ 頃）
- ・ \_\_\_\_\_ について3か月児健診で確認
- ・ その他（ ）

(確認 )