

板橋区訪問型産後ケア事業実施要綱

(平成31年2月21日区長決定)

(目的)

第1条 この要綱は、産後において家族等の援助が受けられず支援を必要とする産婦及び乳児(以下「母子」という。)に対して、助産師が居宅を訪問し、心身のケア、育児の支援その他母子の健康の維持及び増進に必要な支援を行う訪問型産後ケア事業(以下「事業」という。)の実施について、必要な事項を定めることを目的とする。

(対象者)

第2条 事業の対象者は、区内に居住する産後1年以内の産婦及び乳児のうち、健康福祉センター所長(以下「センター所長」という。)が必要と認める者とする。

(事業内容)

第3条 事業において行うサービスは、次の各号に掲げる内容とする。

- (1) 産婦の身体的ケア、保健指導及び栄養指導
- (2) 産婦の心理的ケア(産後うつ病スクリーニング含む。)
- (3) 乳房管理及びケアと授乳方法等の相談及び指導
- (4) 育児の手技についての具体的な指導及び相談
- (5) 沐浴指導(原則、生後28日以内とする。)
- (6) 乳児の発育又は発達に関する相談及び指導
- (7) その他センター所長が必要と認める支援

(事業の委託)

第4条 事業は、公益社団法人東京都助産師会板橋地区分会に所属する者又は板橋区新生児訪問指導員のうち健康な70歳以下の者(以下「事業者」という。)に委託して実施する。

(利用申請)

第5条 事業を利用しようとする者は、居住地を管轄する健康福祉センターに、直接電話等により申請するものとする。

2 前項の申請が適切であると認められる場合、センター所長は、事業者に事業実施を依頼する。

(利用回数)

第6条 事業の利用回数は、乳児1人当たり5回を上限とする。

(利用者負担額)

第7条 事業を利用した者(以下「利用者」という。)は、乳児1人につき1回当たり600円を負担するものとし、事業者に対し直接支払う。

(訪問指導員証の交付及び携行)

第8条 保健所長は、事業者に訪問指導員証(別記第3号様式)を交付し、事業実施の際に携行させるものとする。

(実績等の報告及び委託料の請求)

第9条 事業者は、事業終了後、それぞれの利用者について、訪問型産後ケア事業指導票（別記第1号様式）及び訪問型産後ケア事業確認票（別記第2号様式）を作成し、翌月5日（同日が土曜日、日曜日又は国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に定める休日である場合は直後の開庁日）までにセンター所長に提出する。

2 事業者は、事業実施の際、訪問型産後ケア事業確認票に利用者の署名を受けておくこととする。

3 事業者は、保護者等に対し、事前に連絡したが訪問時に保護者等が不在等の理由で事業を実施できなかったときは、通知文（別記第5号様式）により当該保護者等に連絡する。また、センター所長に状況を報告するとともに、通知文の複写を作成し、翌月5日までにセンター所長に提出する。

4 区長は、事業者から前3項に規定する手続の後、委託料の請求を受けたときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、委託料を支払う。

(重大事案が発生した際の報告について)

第10条 事業者は、産後ケア事業に係る重大事案が発生した場合において、第1報にあつては原則として事案等発生当日（遅くとも事案等発生日の翌日）に、第2報にあつては原則1か月以内に「産後ケア事業事案等発生時報告様式」（別記第4号様式）により区に提出する。このほか、状況の変化や必要に応じて区に追加報告を行うものとする。

(報告及び調査)

第11条 区長は、事業の実施状況について、事業者に対し、必要に応じて報告を求め、又は実地調査できるものとする。

(個人情報保護)

第12条 事業者は、区長から提供された利用者の個人情報の保管及び利用に関して、次の事項を遵守しなければならない。

(1) 個人情報の漏えいの防止に十分配慮すること。

(2) 事業の目的以外で個人情報を利用しないこと。

(3) 個人情報を第三者に提供しないこと。

(事後措置)

第13条 センター所長は、事業の結果、疾病又は異常を発見したときは、直ちに産婦にその旨を伝えるとともに、専門医療機関での受診を指導する等適切な措置を行うものとする。

2 センター所長は、第9条第1項の規定により訪問型産後ケア事業指導票を受理したときは、母子健康管理票に必要事項を記録するものとする。

3 センター所長は、健康福祉センターに勤務する保健師と事業者相互の連絡を十分にとらせ、事後指導の強化徹底を図るものとする。

(委任)

第14条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、保健所長が別に定める。

付 則

1 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

2 産後の育児支援事業実施要綱（平成11年4月1日区長決裁）は、平成31年3月31日限り、その効力を失う。

付 則

1 この要綱の一部改正は、令和3年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際、改正前の板橋区訪問型産後ケア事業実施要綱に基づき作成された様式用の用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

付 則

- 1 この要綱の一部改正は、令和5年4月1日から施行する
付 則
- 1 この要綱の一部改正は、令和6年4月1日から施行する

訪問年月日	年 月 日 (回目) 午前・午後 時 分 ~ 時 分	
利用者氏名	生年月日 年 月 日 (歳)	
住所	板橋区	
乳児の氏名	第 () 子	出生時体重 在胎 () 週 () g
生年月日	年 月 日生 (か月 日)	
サービス利用の理由・困っていることなど <input type="checkbox"/> 母乳不足が心配 <input type="checkbox"/> 授乳方法が不安 <input type="checkbox"/> 乳房トラブル (痛み・しこり・他) <input type="checkbox"/> 沐浴の仕方について不安 <input type="checkbox"/> その他 ()		
母の健康状態	睡眠 眠れている・睡眠不足でつらい 食事 1日 () 回 【心理・精神面】 <input type="checkbox"/> EPDS () 点、/Q1,2,10あり / 3点項目あり <input type="checkbox"/> 育児不安、母の体調不良等に関する傾聴及び助言 内容 : <input type="checkbox"/> その他	乳児の健康状態 母乳 () 回/日 ミルク () ml × () 回 排便 () 日に () 回 その他
	乳児の状況 母乳力 良・不良 体重 () g 1日体重増加量 () g/日	
乳房の状況  R L		発赤 硬結 うっ滞 発熱 白斑 乳頭亀裂・損傷 他 母乳分泌 良 不良 過多 授乳の問題 なし あり
指導事項 <input type="checkbox"/> 乳房マッサージ <input type="checkbox"/> 母乳の与え方・ミルクの足し方指導 <input type="checkbox"/> 排乳処置 <input type="checkbox"/> 一般的な育児指導 () <input type="checkbox"/> ポジショニング指導 <input type="checkbox"/> 養育に関する相談 () <input type="checkbox"/> ラッチオン指導 <input type="checkbox"/> 沐浴に関する指導 () <input type="checkbox"/> 医療機関紹介 (医療処置・投薬が必要など) <input type="checkbox"/> その他 ()		
特記事項 担当訪問指導員名 ()		
地区担当保健師による対応 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (内容 : <input type="checkbox"/> 電話で申し送り済 (月 日 保健師へ <input type="checkbox"/> センター来所で申し送り済 (月 日 保健師へ)		

*注1:地区担当保健師による個別対応が必要な対象者については、速やかに管轄健康福祉センターに電話等で連絡すること。

第2号様式

訪問型産後ケア事業確認票		
		年 月
		_____健康福祉センター依頼分
保 護 者 氏 名		乳児氏名
訪問日	支援内容	回数
日	<input type="checkbox"/> 身体的ケア、保健指導及び栄養指導 <input type="checkbox"/> 心理的ケア <input type="checkbox"/> 乳房管理及びケアと授乳方法等の相談及び指導 <input type="checkbox"/> 育児の手技についての指導及び相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 児の発育又は発達に関する相談及び指導	回目
<p>上記の通り訪問型産後ケア事業を実施しました。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">訪問指導員氏名</p>		

第3号様式

表面

訪問指導員証		No.
氏名		
生年月日	年 月 日	
右の者は下記により訪問型産後ケア 事業に従事する訪問指導員であるこ とを証する。		
記		
1. 従事地域	板橋区保健所管内	
1. 従事期間	年 月 日から	
	年 月 日まで	
	年 月 日	
板橋区保健所長		

裏面

(注 意)
1. この証は訪問指導を行う際は必ず保護者に提示してください。
2. この証は他人に貸与してはなりません。
3. 亡失、き損の場合は保健所長に届け出て再交付を受けてください。ただし、亡失の場合、再交付後発見されたときは、ただちに保健所長に返還し、き損して再交付を受け取る場合はき損した証を添付してください。
4. 期間満了の際は、ただちに保健所長に返還してください。

第4号様式

産後ケア事業 事案等発生時報告様式															第 報		
<input type="checkbox"/> 死亡事案 <input type="checkbox"/> 重症・重傷(治療を30日以上を要する)事案 報告年月日 年 月 日																	
<input type="checkbox"/> その他()										<small>・*は実施がある場合に記入してください。 ・水色のセルはプルダウンより選択してください。</small>							
施設情報	施設名					施設設置者 <small>(社名・法人名・自治体名等)</small>											
	施設所在地					代表責任者											
	産後ケア事業管理者					利用者の総定員(産婦)					名						
	実施事業形態 <small>(該当するものすべてに✓)</small> <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問(アウトリーチ)型																
	*直近の指導監査					年 月 日					緊急対応マニュアル等の有無						
	利用者居住市町村名					他受託市町村名											
利用者情報	母の年齢		歳		こどもの月齢		か月 日		こどもの性別			多胎児の場合は✓					
	利用開始月日		月 日		利用予定期間		泊 日		利用形態								
事案発生時の状況等	事案発生日時					年 月 日					時 分		受傷、発症または死亡した者 <small>(その他の場合)</small>				
	事案発生の経緯 <small>※別途任意様式での作成も可</small>					<small>(利用開始時からの健康状態、母子同室の有無を含む事案発生時の状況、事案発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。第1報においては可能な範囲で記入し、第2報以降で追加等すること)</small>											
	事案発生時の職員体制					産後ケア事業従事職員数					名		うち助産師・看護師・保健師			名	
	事案発生時該当者以外の利用者の人数					産婦		名、 児		名、		その他 ()			名		
	施設で講じた再発防止策 <small>※別途任意様式での作成も可</small>																
	病状・死因等 <small>(既往歴)</small>	【診断名】										(負傷の場合)受傷部位					
【病状】 <small>(症状の程度)</small>																	
【既往症】										事案の転帰							
特記事項																	
市町村の対応等※	事案把握日時					年 月 日					時		緊急対応マニュアル等の有無				
	当該施設の事業継続状況										(休止の場合)期間						
	講じた再発防止策																
都道府県の対応等	都道府県としての対応																
<small>※市町村の対応経過については、別途として任意様式で作成し、本報告と併せて提出をお願いします。</small>																	
<ul style="list-style-type: none"> 報告は事業者から利用者居住市町村→施設所在都道府県を経由して国に報告してください。施設所在市町村と委託元市町村が異なる場合は、当該市町村間で協議・連携しながら対応してください。 第1報は赤枠内について報告してください。第1報は原則事案発生当日(遅くとも事案発生翌日)、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。 発生時の状況等については、施設で記載できない部分については、市町村が適宜記載を補ってください。 記載欄は適宜広げて記載してください。 直近の指導監査の状況報告を添付してください。 発生時の状況図(写真等を含む。)を添付してください。なお、ベビーベッド等の器具により事案が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。 報告内容については、国の研究事業等で分析を行い、個人が特定されない形で公表される可能性があります。 															市町村担当者		
															所属・役職		
															連絡先(電話)		
															(E-mail)		

_____様

本日、健康福祉センターからの依頼で訪問型産後ケアのため参りましたが、下記の状況により、実施できませんでしたので、連絡票をご自宅の郵便受けに投函させていただきました（または、直接お渡ししました）。

- 訪問時ご不在
- 訪問時ご都合が悪くなってしまった（体調不良等含む）
- その他（ _____ ）

日を改めて、訪問させていただくことが可能ですので、訪問をご希望の場合は、下記□内にチェックのある健康福祉センターまたは、訪問指導員の携帯電話へご連絡をお願いいたします。

ご連絡お待ちしております。

年 月 日

訪問指導員氏名： _____

携帯電話番号 _____（ _____ ）

- 板橋健康福祉センター 0 3 （ 3 5 7 9 ） 2 3 3 3
- 上板橋健康福祉センター 0 3 （ 3 9 3 7 ） 1 0 4 1
- 赤塚健康福祉センター 0 3 （ 3 9 7 9 ） 0 5 1 1
- 志村健康福祉センター 0 3 （ 3 9 6 9 ） 3 8 3 6
- 高島平健康福祉センター 0 3 （ 3 9 3 8 ） 8 6 2 1