

神戸市訪問型産後ケア事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、産後の母子に対し、母親の身体的回復と心理的な安定を促進するとともに、母親自身がセルフケア能力を育み、母子の愛着形成を促し、母子とその家族が健やかな育児ができるよう支援し、児童虐待の未然防止を図ることを目的として実施する神戸市訪問型産後ケア事業（以下、「本事業」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、神戸市とする。ただし、前条の目的を達成するために本事業について、適切な事業運営が確保できると認められる神戸市内の事業者に委託することができる。本事業の委託を受ける事業者（以下、「事業者」という。）は、次の各号の要件を満たすものとする。

- (1) 第4条に規定する事業内容を提供できること。
- (2) 第9条で神戸市が利用承認した申請者に対して、助産師の派遣ができること。
- (3) 神戸市内に所在し本事業に従事する助産師の人材確保が可能な事業者であること。または医療法（昭和23年法律第205号）に定める神戸市内に所在する病院、診療所であること。
- (4) 区保健福祉部、北神区役所及び北須磨支所保健福祉課（以下、「区保健福祉部等」という。）および神戸市こども家庭局と連携・調整を行うことができること。

(対象者)

第3条 本事業の利用対象者は、神戸市内に住所を有する産後1年未満の母親と新生児及び乳児であつて、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 産後ケアを必要とする者
- (2) その他、市長が必要と認める者

2 次の各号のいずれかに該当する者は利用できないものとする。

- (1) 母子及び同居者のいずれかが感染性疾患（麻しん、風しん、インフルエンザ等）に罹患またはその恐れがある者
- (2) 母親に入院加療の必要がある者
- (3) 母親または新生児及び乳児に対し医療行為の必要がある者
- (4) 偽り、その他不正な手段により派遣を受けようとする者
- (5) その他、本事業の利用が適当でないと認められる者

(事業内容)

第4条 本事業は、前条に定める対象者に対し、母子の自宅等に助産師を派遣し、母体の体力の回復及び母体のケア並びに乳児のケアを実施するとともに、今後の育児に資する指導を実施する。

2 母体のケア及び乳児のケア、今後の育児に資する指導等は、次に掲げる内容とする。

- (1) 母親の身体的ケア及び保健指導、栄養指導
- (2) 母親の心理的ケア
- (3) 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む）
- (4) 児の発育・発達等のチェック
- (5) 育児の手技についての具体的な指導及び相談
- (6) その他必要な保健指導および情報提供

(利用回数)

第5条 利用回数は、5回以内とする。

(利用期間)

第6条 利用期間は、産後1年未満とする。

(事業を行う実施時間・実施日・休業日)

第7条 実施時間・実施日・休業日については各号に定めるものとする。

- (1) 実施日は祝日を除く、月曜日から金曜日とする。
- (2) 実施時間は、原則として午前9時から午後5時の間に行うものとする。
- (3) 12月29日から1月3日は除く。

(利用の申請)

第8条 本事業を利用しようとする者（以下、「申請者」という。）は、以下のいずれかの方法で利用申請を行わなければならない。

- (1) e-KOBE に掲載する本事業の申請フォームより必要事項を記入し、申請を行わなければならない。
 - (2) e-KOBE に掲載する本事業の申請フォームより申請できない場合は、神戸市訪問型産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書（様式第1号）を住所地の区保健福祉部等に提出しなければならない。
- 2 生活保護法に規定する被保護世帯及び当該年度（4月及び5月に利用する場合は前年度）の市民税が非課税世帯に申請者が属する場合は、それを証する書類を提出しなければならない。

(利用承認及び通知)

第9条 神戸市は、前条の規定に基づく申請があったときは、利用の適否を審査し、利用の承認又は不承認を決定するとともに、その旨を神戸市訪問型産後ケア事業利用承認通知書（様式第2-1号）または、神戸市訪問型産後ケア事業利用不承認通知書（様式第3号）により速やかに申請者に通知するものとする。また、同通知の控えを作成し、神戸市こども家庭局で保管する。

- 2 申請内容で疑義がある場合は、神戸市は申請者に対し調査を行うことができる。
- 3 産科医療機関等が、出産退院後の在宅生活において育児不安や養育上の支援が特に必要と認めた時は、診療情報提供書又はこれにかわる書面等の提出を求め、審査資料とすることができる。
- 4 神戸市は、第1項に基づき利用を承認した場合、神戸市訪問型産後ケア事業利用承認通知書（様式第2号-1）に第8条に定める申請内容を添えて、速やかに事業者へ依頼するものとする。
- 5 神戸市こども家庭局は申請者の住所地の区保健福祉部等に申請者に関する情報の提供を行う。

(助産師の派遣)

第10条 事業者は、前条4項により依頼があった場合、利用承認を受けた者（以下、「利用者」という。）に連絡し、神戸市訪問型産後ケア事業調査票兼利用依頼書（様式第4号）に基づき調査を行い、利用にかかる説明等を行う。

- 2 事業者は利用者の調査状況を踏まえ、助産師の派遣調整を行う。
- 3 助産師は初回訪問時に利用確認票（様式第2号-2）を利用者に渡し、2回目以降の利用にかかる説明等を行う。

(自己負担額)

第11条 利用者は、当該事業に要する費用の一部を負担しなければならない。負担する費用は、別表1に定める額を利用に応じて各月ごとに市長の請求により支払うものとする。

- 2 前日午後5時までに連絡せずに変更または中止した場合において、当該利用者は別表2に定める額を市長の請求により支払うものとする。

(変更の連絡等)

第 12 条 利用者は、申請した事項に変更が生じた場合は、速やかに、事業者に連絡しなければならない。

2 前項の変更のうち、日程を変更又は中止する場合は、利用者は当該利用日の前日の午後 5 時まで、事業者が指定する方法で、連絡しなければならない。

3 前項の期日までに事業者の利用変更又は中止の連絡がない場合は中止として取り扱い、利用者は別表 2 に定める額を、事業者の請求に基づき支払わなければならない。

4 事業者の都合により第 2 項の期日を過ぎて利用変更又は中止をした場合は、利用者は別表 2 に定める額を支払わない。

(実施結果の報告)

第 13 条 事業者は、神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書①(様式第 5 号-1) および神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書②(様式第 5 号-2) を作成し、神戸市へ報告するものとする。

2 多胎児の利用の場合、2 人目以降は神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書②(様式第 5 号-2) の多胎児用を作成し、神戸市へ報告するものとする。

3 事業者は、訪問後、継続的に支援が必要な利用者について、区保健福祉部等と情報交換を行う等、連携するものとする。

(費用の負担)

第 14 条 本事業に要する 1 件あたりの費用は、別表 3 に定める額を委託料として支払う。

2 多胎児の利用の場合、2 人目以降児 1 人あたり、別表 3 に定める額を、委託料として支払う。

(委託料の請求)

第 15 条 事業者は、神戸市訪問型産後ケア事業の委託料の請求について、神戸市訪問型産後ケア事業月別利用報告書(様式第 6 号)、神戸市訪問型産後ケア事業委託料請求書(様式第 7 号)、を作成し、神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書①(様式第 5 号-1) および②(様式第 5 号-2) を添えて、当月分を翌月 10 日までに市長に請求するものとする。

2 第 10 条に規定する利用者との派遣調整事務にかかる費用は、別途締結する委託契約に基づき定める。

(委託料の支払)

第 16 条 市長は、前条の規定に基づき費用の請求を受けたときは、その請求内容を審査し、支払要件を満たしているものについて、別途締結する委託契約に基づき支払を行うものとする。

(研修の実施)

第 17 条 事業者は、本事業に従事する職員に対し、必要な研修を実施または受講させ、資質向上に努めるものとする。

(身分証明書の携行及び履行確認)

第 18 条 事業者から派遣された助産師は、ケアを行う際に、常に受託事業者が発行する身分証明書を携行し利用者宅の訪問時に必ず提示することとする。

2 事業者から派遣された助産師は、ケアを行ったときは、その都度、神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書①(様式第 5 号-1) により、利用者からケア履行の確認を受けるものとする。

(帳票類の整備等)

第 19 条 事業者は事業の適正な実施を確保するため、ケアに関する記録、その他必要と認める帳票類を整備しなければならない。

2 市長は、事業者に対し、帳票類等の提出又はケア内容の確認等について、必要な調査を実施することができる。

(帳票類の保管及び廃棄)

第 20 条 事業者は帳票類を 5 年間保存しなければならない。保存に際しては、所定の保管場所に収納し、滅失、毀損、盗難等の防止に十分留意するものとする。

2 保存年限の過ぎた帳票類を廃棄する場合は、裁断または溶解処理を確実に実施するものとする。

3 前項の処理を行った場合は、その旨を書面で市長に報告しなければならない。

(事業内容の改善)

第 21 条 市長は、本事業の適正な実施を図り、良質なケアが提供されるよう、事業者の業務内容を調査し、改善について必要な措置を講ずるものとする。

(個人情報の保護)

第 22 条 本事業を実施するにあたっては、個人情報の漏洩を防止するとともに、実施担当者には守秘義務を課すなど、関係法令を遵守することに加え、別に定める「情報セキュリティ遵守特記事項」及び個人情報の保護に関する法律に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記事項やガイドライン等を遵守するものとする。

(その他)

第 23 条 この要綱に定めるもののほか、産後ケア事業の実施に必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は令和 3 年 12 月 1 日より施行する。

この要綱は令和 4 年 4 月 1 日より施行する。

この要綱は令和 5 年 4 月 1 日より施行する。

この要綱は令和 6 年 4 月 1 日より施行する。

(別表1) 利用者の1件あたりの自己負担額

利用者の属する世帯区分	利用料
生活保護世帯・市民税非課税世帯	0円
上記以外の世帯	1,000円

(別表2) キャンセル料

利用者の都合により利用変更・中止された場合の利用者負担額	
利用日の前日の17時までに事業者に連絡があった場合	0円
利用日の前日の17時までに連絡がなく、利用変更・中止した場合	800円

(別表3)

サービス種別	1件あたりの費用
訪問型産後ケア事業の1件あたりの総額	10,000円
多胎児2人目以降の1人あたりの追加費用	2,000円
別表2に定める派遣前日の17時までに利用者より連絡がなく派遣が変更・中止された場合	800円
別表2に定めるもののうち派遣当日に自宅へ訪問して利用者の不在がわかった場合	2,000円

神戸市訪問型産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書 (区役所・支所窓口申請用)

神戸市長あて

次のとおり神戸市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (母親)	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	神戸市 区 (マンション等名:) 電話番号 - -				
	出産医療機関名					
	出産日	令和 年 月 日				
	児の氏名		在胎週数	週 日	出生体重	g
	児の氏名		在胎週数	週 日	出生体重	g
	児の氏名		在胎週数	週 日	出生体重	g
世帯構成	同居されている方の続柄と年齢(子の場合は性別)を記入してください <input type="checkbox"/> 夫(歳) <input type="checkbox"/> 母 ^{※児の祖母} (歳) <input type="checkbox"/> 父 ^{※児の祖父} (歳) <input type="checkbox"/> 子(歳 男・女) <input type="checkbox"/> 子(歳 男・女) <input type="checkbox"/> 子(歳 男・女) <input type="checkbox"/> その他(続柄・関係: 、 歳 男・女) <同居されているご家族の健康状態等で配慮する必要がある場合は下記にご記入ください>					
希望日	第1希望:	令和 年 月 日 ()	AM (9~12時)・PM (13時~16時)	※申請日の5営業日以降の希望日程を記載してください。 ※利用可能日 月~金の9時~17時(祝日及び12/29~1/3は除く)		
	第2希望:	令和 年 月 日 ()	AM (9~12時)・PM (13時~16時)			
	第3希望:	令和 年 月 日 ()	AM (9~12時)・PM (13時~16時)			
事業者						
相談内容	相談したい内容 ①からだのことでの相談 ②母乳のことや授乳方法の相談 ③沐浴や抱っこの方法等、育児の仕方 ④赤ちゃんのお世話の方法・赤ちゃんの成長についての相談 ⑤離乳食の相談 ⑥その他相談したいこと					
	現在の授乳状況					
	離乳食回数					
	その他相談したいこと					
世帯の区分	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ②市県民税非課税世帯(世帯全員分の市県民税非課税証明書を提出してください)					
同意欄	下記の内容について同意します。 ①本申請に関する内容及び必要時新生児訪問指導等の神戸市における実施状況を、神戸市訪問型産後ケア事業実施事業者へ提供すること ②本事業で知り得た利用者の健康状態等について事業者から神戸市に情報提供すること ③本申請にあたり、神戸市が申請者および世帯員の住民登録について確認すること <div style="text-align: right;">署名(利用希望者自署)</div>					
	※e-KOBE申請については、電子申請時の同意チェックをもって上記に同意したものとみなす。					
	(該当する場合のみ)生活保護適用(世帯全員)の有無について照会することに同意します。 また、本申請にあたり、生活保護の照会について、世帯全員から同意を得ています。 <div style="text-align: right;">署名(利用希望者自署)</div>					

※区役所・支所窓口記載欄: 世帯区分 (非課税 生活保護) 確認済(確認日:)

〒

様
(申請番号)

神戸市長
(公印省略)

神戸市訪問型産後ケア事業利用承認通知書

申請のありました神戸市訪問型産後ケア事業の利用について、次のとおり承認します。

1. 利用者 氏名 _____ 電話 (_____) _____
〒 _____
住所 _____
※多胎児での利用 (双胎 品胎)

2. 利用日数及び期間
(1) 利用回数上限：5回
(2) 利用期間：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで (産後1年未満)

3. 調整事業者
事業者： _____ 電話： _____
メールアドレス： _____

4. 利用料
1回あたり _____ 円
・利用料は1か月分をまとめて神戸市よりご請求いたします。ご自宅に納付書が届きますので、指定期日内にお支払いください (コンビニエンスストアでのお支払いはできません)。

5. 日程の変更または中止
日程の変更または中止は、利用3日前の17時までに調整事業者へ連絡をしてください。利用前日の17時までに連絡がなく変更・中止した場合はキャンセルとして取り扱います。
なお、キャンセルに伴う利用者負担額は次のとおりです。キャンセル料は利用料とまとめて神戸市よりご請求いたします。

利用者の都合により利用変更・中止された場合の利用者負担額	
利用日の前日の17時までに事業者へ連絡があった場合	0円
利用日の前日の17時までに連絡がなく、利用変更・中止した場合	800円

※ご利用者様及び同居されているご家族の方が発熱や咳等の感染症を疑う症状がある場合は利用することはできないため、必ず調整事業者へご連絡ください。(この場合のキャンセル料は自己負担となります。)

6. 利用にあたっての注意点
・日程の変更及び2回目以降の利用申請は「3. 調整事業者」に記載する連絡先へご連絡ください。
・ご連絡の際には、本通知左上に記載されている「申請番号」をお伝えください。

7. この通知の問い合わせ先

神戸市こども家庭局家庭支援課母子保健担当
電話 (078) 322-6513 /mail kobe_sangocare@office.city.kobe.lg.jp
〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1

神戸市訪問型産後ケア事業 利用確認票

(申請番号：)

利用者 _____ 様

1. 訪問型産後ケア事業利用確認欄

回数	利用年月日	実施助産師署名
1	令和 年 月 日 ()	
2	令和 年 月 日 ()	
3	令和 年 月 日 ()	
4	令和 年 月 日 ()	
5	令和 年 月 日 ()	

2. 利用期限： 産後1年未満

3. 2回目以降の申請先

事業所名：

申請メールアドレス：

電話番号：

<2回目以降の申請時はメールアドレスに下記の内容を記入してください>

- ・ 件名「神戸市訪問型産後ケア事業申請 (〇回目)」と記入
 - ・ メール本文に以下の内容を記入
 - ① 申請番号 ② 申請者氏名 ③ お住いの区 ④ 前回利用時からの住所変更の有無
 - ⑤ 住所変更有の方は変更後の住所 ⑥ 訪問先 ⑦ 自宅以外の方は訪問先住所 (神戸市内に限る)
 - ⑧ 連絡先のお電話番号 ⑨ 連絡用メールアドレス ⑩ 今回の利用回数 ⑪ 今回の利用目的
 - ⑫ 希望助産師の有無 ⑬ 利用希望日時 ※申込日の5営業日以降でのご希望を第3希望までご記入ください (例：1月10日午前 or 午後 or 全日) 受付後、お電話で日時の調整を致します。
- 訪問日時：月～金 (土日祝及び12/29～1/3を除く)。9時～16時 (16時から訪問の場合は60分となります)
- ★5営業日より前の訪問を希望する場合は、お電話でお問合せください。

(様式第3号)

神 第 号
令和 年 月 日

(申請番号)

様

神戸市長
(公印省略)

神戸市訪問型産後ケア事業利用不承認通知書

申請のありました訪問型産後ケア事業利用について、次の理由により不承認とします。

1. 申請者 氏名 _____
〒 _____
住所 _____ 電話 _____

2. 不承認の理由

(教示)

この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に神戸市長に対して審査請求をすることができます（なお、処分を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この処分に対する取消しの訴えは、処分があったことを知った日（審査請求をした場合は、当該審査請求に対する神戸市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に神戸市（訴訟において神戸市を代表する者は、神戸市長）を被告として提起することができます（なお、処分又は裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、処分又は裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

3. この通知の問い合わせ先

神戸市こども家庭局家庭支援課母子保健担当

電話 (078) 322-6513 /mail kobe_sangocare@office.city.kobe.lg.jp

〒650-8570 神戸市中央区加納町 6-5-1

神戸市訪問型産後ケア事業調査票兼利用依頼書

利用者氏名	(申請番号：)
調査状況	希望内容 <input type="checkbox"/> 1. 身体的なケア <input type="checkbox"/> 2. 生活面での指導 (栄養も含む) <input type="checkbox"/> 3. 心理的なケア <input type="checkbox"/> 4. 乳房のケア <input type="checkbox"/> 5. 授乳のケア <input type="checkbox"/> 6. 発育・発達の確認と相談 <input type="checkbox"/> 7. 育児に関する相談 <input type="checkbox"/> 8. その他 <確認内容> ・乳房マッサージの希望 : あり ・ なし →「あり」の場合は、乳腺炎等医療が必要な状況の場合は対応ができないことを説明 ・離乳食の指導希望 : あり ・ なし
	母親の状況
	妊娠経過：異常なし・あり () 分娩経過：異常なし・あり () 産褥経過：異常なし・あり () 気持ちの状況 (抑うつ気分や興味・喜びの消失の有無)： あり ・ なし 生活状況：食事 睡眠： 良 ・ 不良 その他 (困っていることなど)：
	こどもの状況
	出生時またはその後の異常： なし・あり () 授乳回数： 回/日 (栄養法： 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳) <離乳食を開始している場合のみ>※概ね5か月以降の児の場合確認 離乳食： 回/食 アレルギー (なし ・ あり) その他の状況：
	家族の状況
	支援者の有無：あり (母との関係：) ・ なし 相談者の有無：あり (母との関係：) ・ なし
	配慮すべきこと
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <ありの場合はその内容>

(様式第5号-1)

神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書①

神戸市長 あて

下記利用者に対し、訪問型産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

利用者 住所	※神戸市〇〇区△△町まで記入で可 神戸市 区		
利用者 氏名	(申請番号：)	生年 月日	S・H 年 月 日生 (歳)
子の 氏名		出産日	令和 年 月 日
利用日		利用者確認欄	
1	令和 年 月 日 ()		
2	令和 年 月 日 ()		
3	令和 年 月 日 ()		
4	令和 年 月 日 ()		
5	令和 年 月 日 ()		

事業所名 _____
担当者 _____
連絡先 (電話) _____

神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書②

神戸市長 あて

利用者氏名	(申請番号) ※ 訪問回数： 回目		
	母の氏名：	児の氏名：	性別：
訪問日時	令和 年 月 日 : ~ :	訪問時月齢	か月 日目
母の主訴			
訪問時 状況	<母の状況>		
	○乳房状態： 良 ・その他 ()		
	○悪露 (産後2か月頃まで)：()		
	○心理面： 問題なし ・ その他 ()		
	<特記事項>		
	<児の状況>		
	訪問時体重	g	1日体重増加 g/日
	○栄養面	・離乳食： 回/日	
	・授乳：母乳 ml× 回	ミルク ml× 回	
	○排泄 ・便回数：	回/日 (性状：)	・排尿回数： 回/日
○活気：			
○皮膚の状態：			
<特記事項>			
<その他 (家族状況等) >			
実施内容	その他詳細		
結果・ 所見			
申送 事項			

事業者名： _____

訪問者氏名： _____

令和 年 月 日

神戸市訪問型産後ケア事業実施結果報告書③ (多胎児の場合のみ記載)

神戸市長 あて

利用者氏名	(申請番号)	多胎児区分：		
	母の氏名：			
訪問日時	令和 年 月 日	: ~ :	訪問時月齢	か月 日目
訪問時 状況	<児の状況> 2人目			
	訪問時体重	g	1日体重増加	g/日
	○栄養面	・離乳食： 回/日		
	・授乳：母乳	ml× 回	ミルク	ml× 回
	○排泄	・便回数： 回/日 (性状：)	・排尿回数：	回/日
	○活気：			
	○皮膚の状態：			
	<特記事項>			
	<児の状況> 3人目以降			

神戸市訪問型産後ケア事業委託料請求書

神戸市長あて

所在地				
事業所名			電話 ()	—
代表者名				
振込先	銀行・信用金庫		支店	
	口座種別	1.普通	2.当座	口座番号
	口座名			
請求書記入者			連絡先	

訪問型産後ケア事業 令和 年 月分の利用料について、下記のとおり請求します。

1. 訪問型実施回数 @10,000 円× 日 (利用回数) = 円

2. キャンセル料

(1) 前日 17 時以降のキャンセル連絡があった場合

@ 800 円× 日 (利用回数) = 円

(2) 当日訪問して利用者の不在がわかった場合

@2,000 円× 日 (利用回数) = 円

請求額合計 ¥ 円

※以下、神戸市記入欄

請求関係書類受理日： 令和 年 月 日 受理方法： 郵送 ・ 持参
その他 ()