

阿賀野市告示第29号

阿賀野市産後ケア事業実施要綱を次のように定める。

令和8年3月2日

阿賀野市長 加藤博幸

阿賀野市産後ケア事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、産後の育児支援を必要とする母子を対象として、心身のケアや育児のサポートを行い、安心して子育てができる体制の整備を目的とした阿賀野市産後ケア事業（以下「事業」という。）を実施するために必要な事項を定める。

(実施区分)

第2条 事業の実施区分は、次に掲げるものとする。

- (1) 短期入所（ショートステイ）型ケア（以下「宿泊ケア」という。） 事業を利用する母子（以下「利用者」という。）を宿泊させ、母親の心身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、今後の育児についての指導等を実施する。
- (2) 通所（デイサービス）型ケア（以下「日帰りケア」という。） 利用者を日帰りで利用させ、母親の心身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、今後の育児についての指導等を実施する。
- (3) 居宅訪問（アウトリーチ）型ケア（以下「訪問ケア」という。） 利用者の自宅に助産師等が訪問し、母親の心身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、今後の育児についての指導等を実施する。

(実施内容)

第3条 事業で提供する内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 産後の母体管理及び生活面の指導、栄養指導
- (2) 乳房手当、乳房トラブルに関する相談
- (3) 授乳方法
- (4) 沐浴方法
- (5) 発育・発達に関すること
- (6) 体重・排泄の観察栄養指導
- (7) スキンケアに関する相談
- (8) 母の不安等に関する相談

(9) 在宅等での子育てに関する相談及び指導

(10) その他必要とする保健指導

(事業主体等)

第4条 事業の実施主体は、阿賀野市とする。ただし、別表に掲げる要件を満たす者（以下「事業者」という。）に事業を委託して行う。

2 事業を受託しようとする者は、阿賀野市産後ケア事業受託申請書（第1号様式。以下「受託申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の申請を受理したときは、速やかに審査を行った上で委託可否を決定し、阿賀野市産後ケア事業受託（承認・却下）通知書（第2号様式）により、事業者へ通知するものとする。

4 事業者は、第2項により申請した内容に変更がある場合、受託申請書を市長に提出しなければならない。

5 事業者は、事業の一部又は全部の実施を辞める場合、阿賀野市産後ケア事業受託辞退届（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

(事業対象者)

第5条 事業の対象者は、阿賀野市に住所を有する者であり、産後の育児支援を必要とする産婦及び生後6か月未満（訪問ケアについては生後1歳未満）の児で、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、母子ともに医療行為が必要でない者に限る。

(1) 産後に心身の不調又は育児不安等がある者

(2) 産後の経過に応じた休養や栄養の管理等の日常生活面について保健指導を必要とする者

(3) その他、特に支援が必要と認められる者

2 前項の規定にかかわらず、児の出生体重が2,500グラム未満の場合は修正月齢を適用することができる。

(利用期間)

第6条 1回の分娩における事業の利用日数及び利用回数の上限は、次に掲げるものとする。

(1) 宿泊ケアは、通算して7日とし、日数の算定は次のとおりとする。

ア 1泊2日を最小単位とし、実施の初日及び最終日をそれぞれ1日と数える。

イ 複数の施設を連続して利用する場合は、重複する日（前に利用した施設における最終日で、その後に利用した施設の初日）を1日と数える。

(2) 日帰りケアは、通算して7日とする。

(3) 訪問ケアは、通算して7回とする。

(利用時間)

第7条 事業の利用時間は、次に掲げるものとする。

(1) 宿泊ケアは、初日の入所時間を10時、最終日の退所時間を10時とし、産婦には3食の食事提供を原則とする。ただし、入所時間及び退所時間は利用対象者の希望を踏まえて事業者が変更できるものとする。

(2) 日帰りケアは、利用者の希望する6時間とし、産婦には1食の食事提供を原則とする。

(3) 訪問ケアは、利用者の希望する、連続する90分とすることを原則とする。

(利用の申請及び決定)

第8条 事業の利用を希望する者（以下「申請者」という。）は、利用開始日の10日前までに、阿賀野市産後ケア事業利用申請書（第4号様式）を市長に提出しなければならない。ただし、緊急を要する場合は、利用開始日の10日前を超過しても差し支えないものとする。

2 市長は、前項の申請を受理したときは、速やかに審査を行った上で利用可否を決定し、阿賀野市産後ケア事業利用（承認・却下）通知書（第5号様式）により、申請者に通知するものとする。

(利用の取消)

第9条 市長は、申請者が次の各号のいずれかに該当する場合は、利用決定を取り消すことができる。

(1) この告示に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な手段で利用決定を受けたとき。

(3) 事業者に非行があったとき。

(4) その他市長が利用を不相当と認めたとき。

2 市長は、前項の規定により利用決定を取り消した場合、阿賀野市産後ケア事業利用取消通知書（第6号様式）により、申請者に通知するものとする。

(利用料)

第10条 利用料は、事業者が別途定めることとする。

(委託料)

第11条 市長は、産婦1人につき、次に掲げる額を委託料として事業者を支払うものとする。

(1) 宿泊ケア 5日目までは1日当たり22,500円、6日目及び7日

目は1日当たり20,000円

(2) 日帰りケア 1日当たり15,000円

(3) 訪問ケア 1回当たり12,600円

2 市長は、利用に係る乳児が多胎児の場合、前項に規定する委託料の額に、事業者の定める利用料を加算して支払うものとする。ただし、次に掲げる額を上限とする。

(1) 宿泊ケア 1日当たり5,000円

(2) 日帰りケア 1日当たり3,000円

(3) 訪問ケア 1回当たり5,000円

(自己負担額)

第12条 利用者は、宿泊ケア又は日帰りケアを利用する場合、事業に要する費用の一部を負担しなければならない。この場合において、負担する費用は、利用料から委託料を差し引いた額とする。

2 訪問ケアを利用する場合、自己負担額は生じない。

(キャンセル料)

第13条 市長は、利用者から事業者へキャンセルの連絡が利用日(宿泊ケアについては実施の初日)の前日17時までになかった場合、1日分又は1回分の委託料の50パーセントを事業者を支払うものとする。ただし、利用日の前日17時以降に、次に掲げる事由が生じたことによりキャンセルした場合に限る。

(1) 利用者の37.5度以上の発熱又は体調不良

(2) 同居家族の37.5度以上の発熱

(3) その他市長がやむを得ない事情と認めるもの

2 事業者は、事前の同意に基づき、利用者よりキャンセル料を徴収することができる。ただし、地震、水害、その他の災害等、利用者の責に帰すべきものではない事由により連絡できなかった場合については、この限りではない。

(委託料の請求及び支払)

第14条 事業者は、事業の利用があったときは、請求書に阿賀野市産後ケア事業利用実績報告書を添えて市長へ委託料を請求するものとする。

2 市長は、前項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30日以内に事業者を支払う。

3 請求の対象は、利用者が第8条により申請した日以降に利用した事業に限る。

4 事業者は、事業終了後も継続的に支援が必要な利用者について、任意の情

報提供書にて市長へ報告するものとする。

(個人情報保護)

第15条 事業者及び実施担当者は、プライバシーの尊重に万全を期するものとし、業務上知りえた個人情報を漏らしてはならない。その職に従事しなくなった後においても同様とする。

(報告及び調査)

第16条 市長は、事業者による事業の実施状況について、必要に応じて報告を求め、現場の現地調査を行い、記録その他必要書類の調査をさせることができる。

(その他)

第17条 この告示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

この告示は、令和8年3月2日から施行する。

別表

(1) 宿泊ケア要件

項目	項目の基準
業務 実施 体制	管理者を1名配置できる。
	助産師・保健師・看護師のいずれかを1名以上配置できる。
	看護師を24時間常駐することができる。
	出産後4か月までの母子を受け入れる際、助産師の配置ができる。
	緊急時も施設が無人とならずに体制を確保できる。
	事故や災害等の緊急事態発生に備え、具体的な対応計画を定めている。
運営 基準	利用人数は20名を上限としている。
	食事を3食提供できる。
	食品衛生に十分配慮している。
	利用期間中は身体回復に配慮し、帰宅後の生活の参考になるような食事提供ができる。
設備 基準	ベッド又は寝具を備えた居室がある。
	居室が相部屋の場合、月齢の組み合わせ等考慮し、パーティション等により母子ごとに占有区画を設けることができる。
	カウンセリング室がある。
	乳児の保育を行う部屋がある。

	入浴施設及び沐浴施設がある。
	換気・採光・照明・防湿及び防水・排水設備を有する。

(2) 日帰りケア要件

項目	項目の基準
業務 実施 体制	管理者を1名配置できる。
	助産師・保健師・看護師のいずれかを1名以上配置できる。
	出産後4か月までの母子を受け入れる際、助産師の配置ができる。
	緊急時も施設が無人とならずに体制を確保できる。
	事故や災害等の緊急事態発生に備え、具体的な対応計画を定めている。
運営 基準	食事を1食提供できる。
	食品衛生に十分配慮している。
	利用期間中は身体回復に配慮し、帰宅後の生活の参考になるような食事提供ができる。
設備 基準	ベッド又は寝具を備えた居室がある。
	カウンセリング室がある。
	乳児の保育を行う部屋がある。
	沐浴施設がある。

(3) 訪問ケア要件

項目	項目の基準
業 務 実 施 体 制	管理者を1名配置できる。
	助産師を配置できる。
	実施担当者の職種は看護職である。
実 施 方 法	利用者の自宅に赴いて、支援を行う手段がある。
	訪問時、安全面・衛生面に十分配慮できる体制がある。

阿賀野市産後ケア事業受託申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

阿賀野市産後ケア事業実施要綱第4条第2項及び第4項に基づき、事業の受託を申請します。

<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更（変更内容 _____）						
申請者	事業者名			代表者氏名		
	所在地	〒 _____				
	施設名称			電話番号		
	所在地	〒 _____				
	連絡先	電話番号 _____		(担当者氏名 _____)		
	連絡先	メールアドレス _____				

※□欄は該当箇所すべてに✓を入れてください。

実施区分	<input type="checkbox"/> 宿泊ケア (受入可能月齢 0 か月～ _____ か月未満) ※6 か月未満	
	<input type="checkbox"/> 日帰りケア (受入可能月齢 0 か月～ _____ か月未満) ※6 か月未満	
	<input type="checkbox"/> 訪問ケア (受入可能月齢 0 か月～ _____ か月未満) ※1 歳未満	
実施内容	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理及び生活面の指導、栄養指導	
	<input type="checkbox"/> 乳房手当、乳房トラブルに関する相談	
	<input type="checkbox"/> 授乳方法 <input type="checkbox"/> 沐浴方法 <input type="checkbox"/> 発育・発達に関すること	
	<input type="checkbox"/> 体重・排泄の観察栄養指導 <input type="checkbox"/> スキンケアに関する相談	
	<input type="checkbox"/> 母の不安等に関する相談	
	<input type="checkbox"/> 在宅等での子育てに関する相談及び指導	
	<input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導	
実施体制	管理者氏名 _____ (職種 _____) ベッド数 _____ 床 _____	
	実施人数 保健師 _____ 人 助産師 _____ 人 看護師 _____ 人 その他 _____ 人 (職種 _____)	
利用料	宿泊ケア 1泊2日 _____ 円 多胎児の受入 <input type="checkbox"/> 可 (加算 _____ 円) <input type="checkbox"/> 不可 きょうだい児の受入 <input type="checkbox"/> 可 (加算 _____ 円) <input type="checkbox"/> 不可	
	日帰りケア 1日あたり _____ 円 多胎児の受入 <input type="checkbox"/> 可 (加算 _____ 円) <input type="checkbox"/> 不可 きょうだい児の受入 <input type="checkbox"/> 可 (加算 _____ 円) <input type="checkbox"/> 不可	
	訪問ケア 1回あたり _____ 円 多胎児の受入 <input type="checkbox"/> 可 (加算 _____ 円) <input type="checkbox"/> 不可 きょうだい児の受入 <input type="checkbox"/> 可 (加算 _____ 円) <input type="checkbox"/> 不可	
	特記事項	

実施区分において、要件を満たしていることを確認のうえ✓を入れてください。

宿泊	日帰り	訪問	要件
			管理者を1名配置できる。
			助産師・保健師・看護師のいずれかを1名以上配置できる。
			助産師を配置できる。
			看護師を24時間常駐することができる。
			出産後4か月までの母子を受け入れる際、助産師の配置ができる。
			実施担当者の職種は看護職である。
			緊急時も施設が無人とならずに体制を確保できる。
			事故や災害等の緊急事態発生に備え、具体的な対応計画を定めている。
			利用人数は20名を上限としている。
			食事を3食提供できる。
			食事を1食提供できる。
			食品衛生に十分配慮している。
			利用期間中は身体回復に配慮し、帰宅後の生活の参考になるような食事提供ができる。
			ベッド又は寝具を備えた居室がある。
			居室が相部屋の場合、月齢の組み合わせ等考慮し、パーティション等により母子ごとに占有区画を設けることができる。
			カウンセリング室がある。
			乳児の保育を行う部屋がある。
			入浴施設がある。
			沐浴施設がある。
			換気・採光・照明・防湿及び防水・排水設備を有する。
			利用者の自宅に赴いて、支援を行う手段がある。
			訪問時、安全面・衛生面に十分配慮できる体制がある。

(添付書類)

- ①宿泊ケア・日帰りケアを実施する事業者は、居室・カウンセリング室・保育室・入浴設備がわかる平面図を添付してください。変更申請の場合は、変更内容にかかわるものであれば添付してください。
- ②医療法に定める病院・診療所・助産所以外の場合、有資格者の免許証等の写しを添付してください（管理者の原本照合を行ったもの）。

第2号様式（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

阿賀野市長 印

阿賀野市産後ケア事業受託（承認・却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった阿賀野市産後ケア事業の受託について、阿賀野市産後ケア事業実施要綱第4条第3項に基づき、次のとおり承認（却下）しましたので通知します。

1 受託を承認します。

事業者名	
住 所	
承認日	年 月 日
承認区分	ケア
備 考	委託料については、委託契約書に記載します。

2 受託を却下します。

理由

第3号様式（第4条関係）

阿賀野市産後ケア事業受託辞退届

年 月 日

阿賀野市長 様

阿賀野市産後ケア事業実施要綱第4条第5項に基づき、次のとおり受託を
辞退しますので届け出ます。

※□欄は該当箇所すべてに✓を入れてください。

届 出 者	事業者名		代表者氏名	
	所在地	〒		
	施設名称		電話番号	
	所在地	〒		
	連絡先	電話番号 (担当者氏名) メールアドレス		
届 出 内 容	辞 退 日	年 月 日		
	辞退区分	<input type="checkbox"/> 宿泊ケア <input type="checkbox"/> 日帰りケア <input type="checkbox"/> 訪問ケア		

阿賀野市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

阿賀野市産後ケア事業の利用について、以下のとおり申請します。
 なお、申請につき住民基本台帳等の公簿の閲覧や必要な情報を関係機関へ提供することに同意します。

申請者 (利用者)	フリガナ 氏 名		電話番号	
	住 所	〒		
	生 年 月 日	年	月	日 (年齢 歳)
	出産(予定)日	年	月	日
	退院(予定)日	年	月	日
	出産施設名称			
	乳児の出生体重	()	()	()

※□欄は該当箇所すべてに✓を入れてください。

□ 宿泊 ※上限7日間	宿泊ケアの最少日数は、1泊2日（2日間）です。 2泊3日を1回の場合3日間、1泊2日を2回の場合4日間となります。 _____年_____月_____日～_____年_____月_____日（_____日間） _____年_____月_____日～_____年_____月_____日の間で_____日間 施設名称_____
	□ 日帰り ※上限7日間 _____年_____月_____日～_____年_____月_____日の間で_____日間 施設名称_____
□ 訪問 ※上限7回	_____年_____月_____日～_____年_____月_____日の間で_____日間
希望する ケア内容	<input type="checkbox"/> 産後の母の体調管理・生活面・栄養に関する相談 <input type="checkbox"/> 乳房手当、乳房トラブルに関する相談 <input type="checkbox"/> 授乳方法 <input type="checkbox"/> 沐浴方法 <input type="checkbox"/> 乳児の発育・発達に関する相談 <input type="checkbox"/> 乳児の体重・排泄・栄養に関する相談 <input type="checkbox"/> 乳児のスキンケアに関する相談 <input type="checkbox"/> 母の不安等に関する相談 <input type="checkbox"/> 在宅等での子育てに関する相談 <input type="checkbox"/> その他()

裏面に続きます

現在の状況についてお伺いします。太枠内を記入してください。

<p>利用者 (妊産婦) の体調 について</p>	<p>①現在、体調不良はありますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 具体的に 〕</p> <p>②治療中の疾患はありますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 疾患名 〕</p> <p>③治療中の疾患がある場合、主治医に産後ケア事業 の利用が可能であることを確認していますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>④今後の体調について心配はありますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 具体的に 〕</p>	<p>〈阿賀野市記入欄〉</p> <p><input type="checkbox"/>出産後の身体的な回復の遅れ があり、休養が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/> 出産後の健康管理について 保健指導が必要である。</p> <p>※産後ケアの利用を主治医に確 認できていない場合は対象外。</p> <p>※母親に入院加療や医療的介入 が必要な場合は対象外。ただし、 医師により産後ケアの利用が可 と判断されているものは除く。</p>
<p>育児 について</p>	<p>①現在、育児に関して困っていることはありますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 具体的に 〕</p> <p>②今後の育児に関して心配はありますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 具体的に 〕</p>	<p><input type="checkbox"/>育児に関しての困りや不安が ある。</p>
<p>乳児 の体調 について</p>	<p>※出産後の申請者のみ回答ください。</p> <p>①治療中の疾患はありますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 疾患名 〕</p> <p>②治療中の疾患がある場合、主治医に産後ケア事業 の利用が可能であることを確認していますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p>※乳児に入院加療や医療的介入 が必要な場合は対象外。ただし、 医師により産後ケアの利用が可 と判断されているものは除く。</p>
<p>家族 の状況 等につ いて</p>	<p>①家事・育児のサポートをしてくれる人はいますか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 具体的に 〕</p> <p>②出産施設等から利用を勧められましたか。 ⇒<input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ 〔 勧められた理由 〕</p>	<p><input type="checkbox"/>家族からの十分な育児、家事 等の支援が受けられない。</p> <p><input type="checkbox"/>身体的・心理的不調、育児不 安以外に、社会的支援の必要が ある。</p>
<p>医療機関及び地区担当保健師等の意見</p>		
<p style="text-align: right;">確認日 年 月 日 確認者氏名</p>		

第 号
年 月 日

様

阿賀野市長 印

阿賀野市産後ケア事業利用（承認・却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった阿賀野市産後ケア事業の利用について、阿賀野市産後ケア事業実施要綱第8条第2項に基づき、次のとおり承認（却下）しましたので通知します。

1 利用を承認します。

宿 泊	承認期間	(日間)
	施設名称	
日 帰 り	承認期間	(日間)
	施設名称	
訪 問	承認期間	(日間)

※宿泊ケアの最少日数は、1泊2日（2日間）です。2泊3日を1回の場合3日間、1泊2日を2回の場合4日間となります。

※予約の変更（中止）は、利用予定日の前日17時までに施設又は助産師へ必ずご連絡ください。これを過ぎての予約の変更（中止）は、キャンセル料が生じる場合があります。

2 利用を却下します。

理由

第 6 号様式（第 9 条関係）

第 号
年 月 日

様

阿賀野市長 印

阿賀野市産後ケア事業利用取消通知書

年 月 日付けで申請のあった阿賀野市産後ケア事業の
利用について、次により取り消されましたので通知します。

理由