

## 熊本市産婦健康診査事業実施要綱

制定 令和4年3月25日熊本市長決裁

改正 令和5年3月31日子ども政策課長決裁

### (目的)

第1条 この要綱は、産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図るため、出産後間もない時期の産婦に対して実施する産婦健康診査（以下「産婦健診」という。）にかか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を整備することを目的とし、母子保健法（昭和40年法律第141号。以下「法」という。）第13条に規定する健康診査の実施について必要な事項を定めるものとする。

### (対象者)

第2条 対象者は、産婦健診受診日に本市に居住している産後8週未満の産婦であって、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき、本市の住民基本台帳に記録されているものとする。

### (産婦健診の実施)

第3条 本市が実施する産婦健診の内容は、次の各号のうち公的医療保険が適用されないものとする。

- (1) 問診（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴等）
- (2) 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）
- (3) 体重・血圧測定
- (4) 尿検査（蛋白・糖）
- (5) エジンバラ産後うつ病質問票

2 前項に規定する産婦健診を助成できる回数は、1回の出産につき1回を限度とする。

3 前2項に規定する産婦健診の実施時期は、原則として産後2週間前後、または、産後1か月前後とする。

### (受診票の交付)

第4条 保健子ども課長は、対象者が法第15条の規定に基づく妊娠の届出をし、親子（母子）健康手帳を交付する際に、併せて産婦健康診査受診票（様式第1号）を交付するものとする。

### (受診方法)

第5条 産婦健診は、子ども支援課長が産婦健診業務を委託した医療機関等（以下「委託医療機関等」という。）に対し、対象者が母子健康手帳及び前条に規定する産婦健康診査受診票を提出することにより行うものとする。ただし、里帰り出産等により委託医療機関等以外で産婦健診（次条において「里帰り健診等」という。）を受診しようとする場合は、この限りでない。

### (償還払い)

第6条 子ども支援課長は、前条ただし書に規定する里帰り健診等を受診した対象者に対し、産婦健診に要した費用（以下「産婦健診費用」という。）の全部又は一部を、対象者の申請に基づき支給することができる。

2 前項の産婦健診費用の申請及び支給方法等については、市長が別に定める。

### (事後指導)

第7条 保健子ども課長は、健康診査の結果、支援の必要な対象者に対し、委託医療機関等と連携の上、家庭訪問、その他必要な保健指導を実施するものとする。

### (対象者に係る委託医療機関等との連携)

第8条 保健子ども課長及び委託医療機関等は、産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図るため、必要に応じて連携を行うものとする。

2 委託医療機関等は、受診した対象者が次の各号のいずれかに該当する場合は、速やかに産婦健康診査情報提供書（様式第2号）を用いて対象者の住所地の保健子ども課長に報告するものとする。

- (1) エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）9点以上の場合
- (2) エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の質問項目10の点数が1点以上の場合
- (3) その他、委託医療機関等の判断により、身体面、精神面等による継続した支援が必要であると判断した場合

3 前項の規定により、委託医療機関等から情報提供があった場合、保健子ども課長は速やかに受診者である対象者に連絡を取り、保健師等が訪問し適切な支援を行うものとする。

### (補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

様式第1号 (第4条関係)

熊本市

産婦健康診査受診票

		健康管理番号										
産婦氏名			生年月日	年 月 日								
住所	熊本市		校区	TEL								
上記産婦について次の健康診査を依頼します。 医療機関長 様 <p style="text-align: center;">熊本市長</p>												
健診日			年 月 日 (産後 日)									
血圧			/ mmHg									
尿検査	蛋白：		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +							
	糖：		<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> +							
体重	<input type="checkbox"/> 計測実施											
子宮復古	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否											
乳房の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否											
悪露	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否											
こころの健康チェック	EPDS合計 ( ) 点 ※質問10 ( ) 点											
	未実施の場合【理由： <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )】											
判定	<input type="checkbox"/> 経過順調 <input type="checkbox"/> 熊本市へ連絡 <input type="checkbox"/> 当院フォロー <input type="checkbox"/> 他科・他院紹介 ( )											
上記のとおり検査を実施しました。 医療機関名称 所在地 氏名 <p style="text-align: right;">熊本市長 様</p>												

- (注) 1. 産婦健康診査を受けるときは、この票を必ず医療機関に提出してください。里帰り出産等により県外で受診される場合は、保険適用外のものに限り別途熊本市に助成申請できます。詳しくは熊本市HPをご確認ください。  
 2. この票は、1回の出産につき1回限りで本人以外は使用できません。  
 3. この票は、市外に転出された方は使用できません。

以下については、熊本県外の医療機関で産婦健診を受診された場合、県外の医療機関が記入してください。

上記検査に要した額は \_\_\_\_\_ 円です。

産婦健康診査情報提供書

年 月 日

熊本市長 様

医療機関・助産所名 \_\_\_\_\_  
 担当部署名 \_\_\_\_\_  
 医師名※ \_\_\_\_\_ (担当者: \_\_\_\_\_)  
 (※助産所の場合は助産師名)  
 電話番号 \_\_\_\_\_

下記の方について、継続支援が必要と判断しましたので、情報提供いたします。

ふりがな 産婦(母)の氏名		年 月 日生 ( )歳
ふりがな 子どもの氏名	(男・女)	年 月 日生 生後( )日
住所	熊本市 区	
連絡先	(携帯) — —	(自宅) — —
里帰り先住所	里帰りの有無(有・無) ※有の場合は里帰り先住所・電話番号を記載 様方 電話番号 — —	

産婦健診受診日	年 月 日 産後( )日目
産婦健康診査の結果 ・ 情報提供理由 (該当するものすべてに☑その他には具体的に記入)	1. <input type="checkbox"/> EPDS質問票の結果、合計点数が9点以上
	2. <input type="checkbox"/> EPDS質問票の質問項目10の結果が1点以上
	3. <input type="checkbox"/> その他 産婦健康診査受診時の状況(身体及び精神症状等) ※気になる症状や言動等があった場合は記載して下さい。  ( )
※上記1. 2. に該当する場合、質問票の結果のコピーを添付してください	
熊本市への引き継ぎ事項 (継続支援を要する状況)	※熊本市への情報提供について、産婦 または 親族 ( )の了解 (有・無)
産婦健康診査情報提供結果報告書の送付希望	有 ・ 無 (「有」の場合、熊本市から後日報告書を送付します)