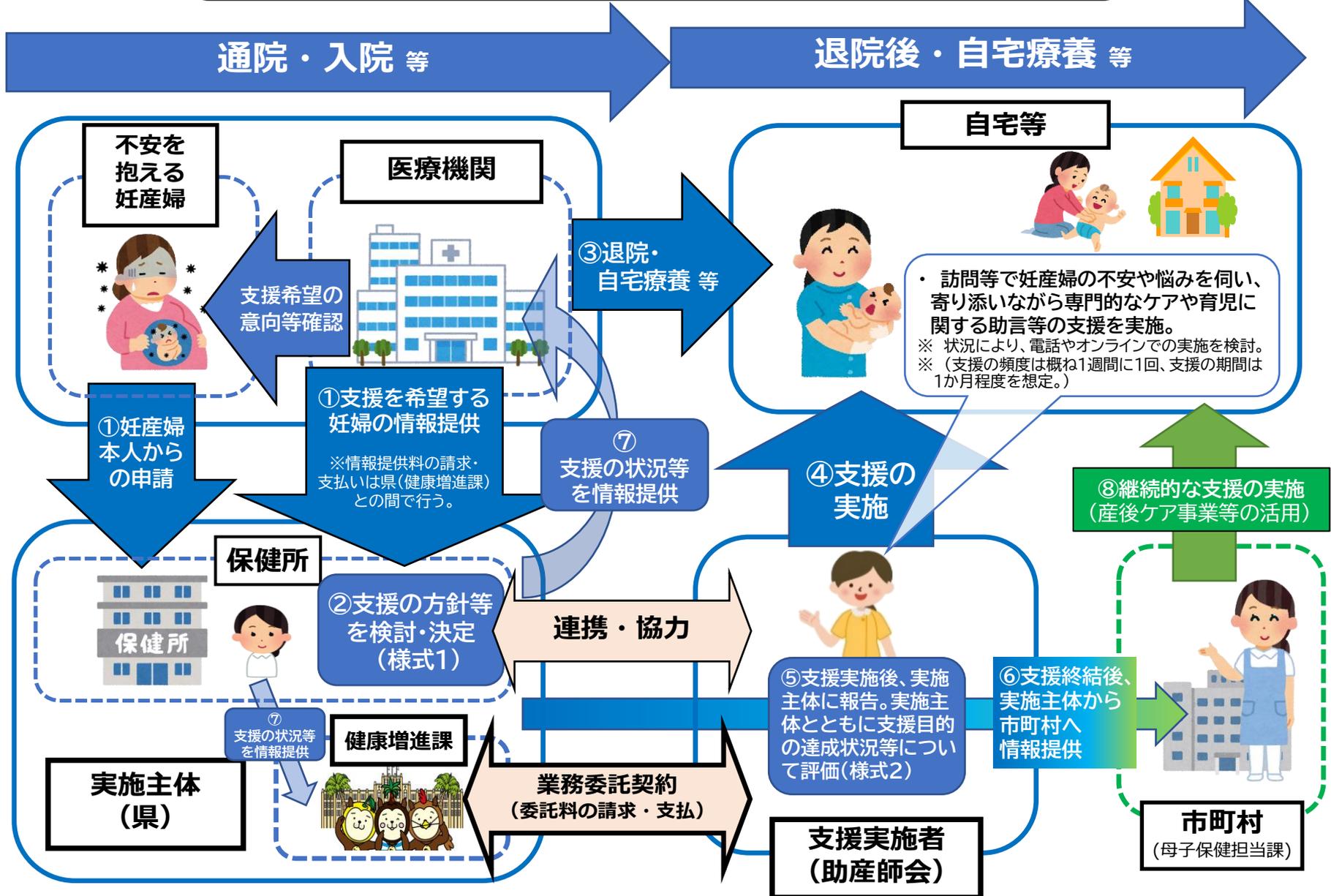


「不安を抱える妊産婦への寄り添い型支援」実施フロー (医療機関ver.)

宮崎県
健康増進課作成
令和4年4月



妊産婦寄り添い支援事業（不安を抱える妊産婦への寄り添い型支援）

実施責任の判断基準

【基本的な考え方】

- ・ 妊産婦の入院時点においては、退院後に妊産婦が支援を希望する「生活予定地」によって実施責任を判断。
- ・ 妊産婦の退院後においては、妊産婦の在住地(現に住んでいる場所)によって実施責任を判断。
- ・ 支援の途中で在住地が変わる場合は、前在住地及び現在住地をそれぞれ管轄する実施主体間で協議し、判断。

【想定されるケース別の実施責任】

	住所地 (住民票のある場所)	生活予定地・在住地 (=妊産婦が支援を希望する場所)	事業の実施責任
ケース1	宮崎市	県内（宮崎市以外）	県
ケース2	県内（宮崎市以外）	県内（宮崎市以外）	県
ケース3	県外	県内（宮崎市以外）	(個別協議)
ケース4	宮崎市	宮崎市	宮崎市
ケース5	県内（宮崎市以外）	宮崎市	宮崎市
ケース6	県外	宮崎市	(個別協議)

※ 生活予定地が「県外」の場合、当該生活予定地を管轄する自治体へ情報提供し、寄り添い型支援の実施について依頼。

妊産婦の方へ

ご自身やお子さんの健康面のことなどでご不安を感じていらっしゃるかと思います。

このようなご不安を軽減、解消するため、お住まいの住所地を管轄する保健所等において「寄り添い型支援」（助産師等による訪問を中心とした健康相談、保健指導、育児支援等）が行われています。

※詳しくは添付のチラシをご覧ください。

この支援は、妊産婦さんご本人が希望する場合に提供されます。支援を希望される場合には、妊産婦さんご本人の療養状況等について、当医療機関から支援を希望する住所地を管轄する保健所に情報提供いたします。

つきましては、支援を希望される方は、以下の意向確認・同意書の提出をお願いします。

意向確認・同意書

(医療機関名) _____

(主治医名) _____ 様

私は、主治医から、妊産婦が希望する場合に、「寄り添い型支援」が提供されることについて説明を受けました。

私は「寄り添い型支援」を受けることを希望しますので、支援を希望する住所地を管轄する保健所に、私自身の療養等の状況を情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

ご住所 ※支援を希望される住所地をご記載ください。

お名前

電話番号

療養状況等情報提供書 (医療機関記入)

令和 年 年 日

(情報提供先)

殿

(医療機関の所在地及び名称)

〔所在地〕

〔名称〕

電話番号

施設長

(印)

担当医

以下の妊産婦より、寄り添い型支援の希望がありましたので情報提供いたします。

妊産婦氏名	フリガナ	昭和・平成 年 月 日 () 歳
住民票のある住所		電話番号
支援希望する住所	(自宅・実家・その他 様方)	支援希望する電話番号
入退院日	入院日：令和 年 月 日	退院(予定)日：令和 年 月 日
病状、既往歴治療状況等		

1 妊婦の場合には記入してください。

妊娠中の経過	※母子健康手帳の該当箇所(写し)の添付で記載省略可 直近の診察月日(月 日) 妊娠週数： 週 日 特記事項：
--------	--

2 産婦の場合には記入してください。

乳児氏名	フリガナ	男・女	令和 年 月 日生
出産の状況	※母子健康手帳の該当箇所(写し)の添付で記載省略可 出産場所 当院・他院() 在胎週数(週 日) ()子中()子 単胎・多胎 身長(cm) 体重(g) 出産時の特記事項 妊娠中の異常： 無・有() 妊婦健診の受診： 無・有(回) 分娩方法： 経膈分娩・帝王切開 母子分離： 無・有 退院時の状況 体重：(g) 栄養法：母乳・混合・人工乳 その他：()		

3 妊婦、産婦いずれの場合も記入してください。

支援が必要な状況	妊産婦の状況	<input type="checkbox"/> 高齢や若年 <input type="checkbox"/> 家族構成・生育歴・親族との関係性 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染における療養や妊娠経過・分娩状況・心身の不調等 <input type="checkbox"/> うつの傾向や性格的傾向 <input type="checkbox"/> 児への思いや態度・養育能力や問題対処能力 <input type="checkbox"/> 相談できる人がいない
	乳児の状況 (※産婦のみ)	<input type="checkbox"/> 出生状況(未熟児または低出生体重児など) <input type="checkbox"/> 健康状態(発育・発達状態の遅れ) <input type="checkbox"/> 養育者との関係性(分離歴・接触度など)
	生活環境	<input type="checkbox"/> 夫婦関係 <input type="checkbox"/> 経済状況・経済基盤・労働状況 <input type="checkbox"/> 居住環境 <input type="checkbox"/> 地域社会との関係性
医師等の意見		

※ 必要により産後スクリーニングを実施した場合には、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)等の資料を添付してください。

支払請求書

令和 年 月 日

宮崎市長 清山 知憲 殿

請求者	住所	
	医療機関名	
	代表者氏名	印

請求額

金						円
---	--	--	--	--	--	---

ただし、令和 年 月分不安を抱える妊産婦への寄り添い型支援事業に係る
情報提供料として

(内訳)

療養状況等情報提供書の提出先	単価 (円)	提出件数 (件)	金額 (円)
宮崎市親子保健課	@2,750		

上記のとおり請求します。

口座振替申出	金融機関名	銀行・金庫 農協・()	本店・営業部 支店・出張所
	預金の種類	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	(フリガナ) 口座名義		

※預金通帳の写し（口座番号・口座名義（カナ）・支店名などの確認ができるもの）を添付して下さい。



不安を抱える妊産婦の方へ 専門職によるケアや相談支援を行っています



妊産婦の方は、出産や育児を控え、新型コロナウイルス感染症の流行に不安を感じていると思います。皆さまの不安を少しでも軽減できるよう、助産師などが支援を行います。

助産師などにより、訪問による専門的なケアや電話による相談支援を行います。

対象となる方は… (以下の全てに当てはまる方)

- ・宮崎県内に住所地（里帰り出産のために県内の実家等に在住している場合の在住地を含む）のある方
- ・健康面や出産後の育児などに不安を感じ、支援を希望する方

無事に出産や育児ができるかな…
助産師に相談したいなあ。

支援する内容は…

- ・助産師や保健師などの専門職が支援を行います。
- ・訪問や電話などで、妊産婦の方のさまざまな不安や悩みに寄り添いながら専門的なケアや育児に関する助言や支援を行います。
- ・費用は無料です。

お申し込み先は…

- ・医療機関にご相談、または、お住まいを管轄する下記保健所等までご連絡ください。



帝王切開で出産したけど、母子分離となった期間があり授乳の仕方が不安…

母親教室や育児教室に参加できず、出産や育児について不安…

里帰りができず、身近に相談する人がいなくて不安…

心配なことがあれば
ご相談ください！



■宮崎県

中央保健所 (東諸県郡)	0985-28-2111	高鍋保健所 (西都市、児湯郡)	0983-22-1330
日南保健所 (日南市、串間市)	0987-23-3141	日向保健所 (日向市、東臼杵郡)	0982-52-5101
都城保健所 (都城市、東諸県郡)	0986-23-4504	延岡保健所 (延岡市)	0982-33-5373
小林保健所 (小林市、えびの市、西諸県郡)	0984-23-3118	高千穂保健所 (西臼杵郡)	0982-72-2168

■宮崎市

宮崎市親子保健課 (宮崎市)	0985-73-8200
-------------------	--------------