

第1回産婦健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会

日 時：令和7年3月24日（月曜日）午後6時30分から午後8時まで
場 所：都庁第一本庁舎25階117会議室
※対面及びオンラインによる開催

会議次第

- 1 開会
- 2 委員紹介
- 3 産婦健康診査に係る都内共通受診方式導入に向けた検討の進め方
- 4 都内医療機関及び助産所における産婦健康診査の実施状況
- 5 都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性
- 6 閉会

(配布資料)

- 資料1 産婦健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会設置要領
資料2 産婦健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会委員名簿
資料3-1 産婦健康診査事業について
資料3-2 産婦健康診査に係る都内共通受診方式導入に向けた検討の進め方
資料3-3 東京都における妊婦健康診査の実施体制と都内共通ルール
資料4-1 産婦健康診査及び1か月児健康診査に係る実施状況調査（概要）
資料4-2 葛飾区の事例
資料4-3 八王子市の事例
資料5 都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性

(参考資料)

- 参考資料1 とうきょうママパパ応援事業実施要綱及び交付要綱（産婦健康診査部分抜粋）
参考資料2 母子保健医療対策総合支援事業実施要綱及び交付要綱（産婦健康診査部分抜粋）
参考資料3 産後ケア事業・産婦健康診査事業の体制整備のための事例集（産婦健康診査部分抜粋）

産婦健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会設置要領

令和7年1月20日付6福祉子家第2478号

第1 目的

都内で産婦健康診査を受ける全ての産婦が、都内区市町村の区域を越えて健康診査を受けられる体制の整備に向けて、各機関の役割や課題等について検討するため、産婦健康診査に係る都内共通受診方式の導入に向けた検討会（以下「検討会」という。）を設置する。

第2 設置期間

令和7年2月1日から令和8年3月31日までとする。

第3 検討事項

検討会の検討事項は、以下のとおりとする。

- 1 産婦健康診査の実施に係る現状と課題
- 2 各機関の役割及び連携体制
- 3 その他検討会が必要と定める事項

第4 構成

検討会は、福祉局長が委嘱又は任命する委員をもって構成する。

また、委員の構成は、次のとおりとする。

- (1) 関係団体の代表 5名以内
- (2) 関係行政機関の職員 5名以内

第5 任期

委員の任期は、委嘱又は任命の日から2年とする。ただし、再任を妨げない。

なお、委員が欠けた場合における後任の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

第6 運営事項

検討会の運営に関する事項は検討会で協議の上、決定する。

第7 開催

検討会は、必要な都度福祉局長が招集し、開催する。

第8 事務

検討会の事務は、福祉局子供・子育て支援部家庭支援課において行う。

第9 関係者からの意見聴取等

検討会は、必要があると認めるときは、委員以外の者から意見を聴取できるほか、検討会への出席を求めることができる。

第10 検討会の公開

検討会及び検討会の議事録・会議資料は公開する。

第11 その他

その他必要な事項は検討会で協議の上、決定する。

産婦健康診査に係る都内共通受診方式の
導入に向けた検討会委員一覧 委員名簿

(区分ごと五十音順、敬称略)

区分	氏名	職名
委員	関係団体	エビサワ サチエ 海老澤 佐知江 一般社団法人東京精神神経科診療所協会事務局長
		オチアイ カズヒコ 落合 和彦 公益社団法人東京都医師会理事
		ヒヨウドウ ヒロノブ 兵藤 博信 一般社団法人東京産婦人科医会理事
	関係行政機関	オイカワ ケンイチ 及川 憲一 八王子市健康医療部大横保健福祉センター館長
		スザキ ヨウジ 須崎 洋司 奥多摩町福祉保健課長
		タカヤマ キミコ 高山 公子 葛飾区健康部青戸保健センター所長

【事務局】

氏名	職名
セガワ ヒロユキ 瀬川 裕之	東京都福祉局子供・子育て施策推進担当部長
タニヤマ ノリコ 谷山 優子	東京都福祉局子供・子育て支援部調整担当課長
ヤマザキ タカヒロ 山崎 貴博	東京都福祉局子供・子育て支援部家庭支援課課長代理（多機関連携担当）
ハヤシ ユカ 林 友香	東京都福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子保健担当

産婦健康診査事業について

資料3-1

事業の目的

- 産後2週間、産後1ヶ月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（母体の身体的機能の回復や授乳状況及び精神状態の把握等）の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体制を整備することを目的とする。

事業の概要

◆ 対象者

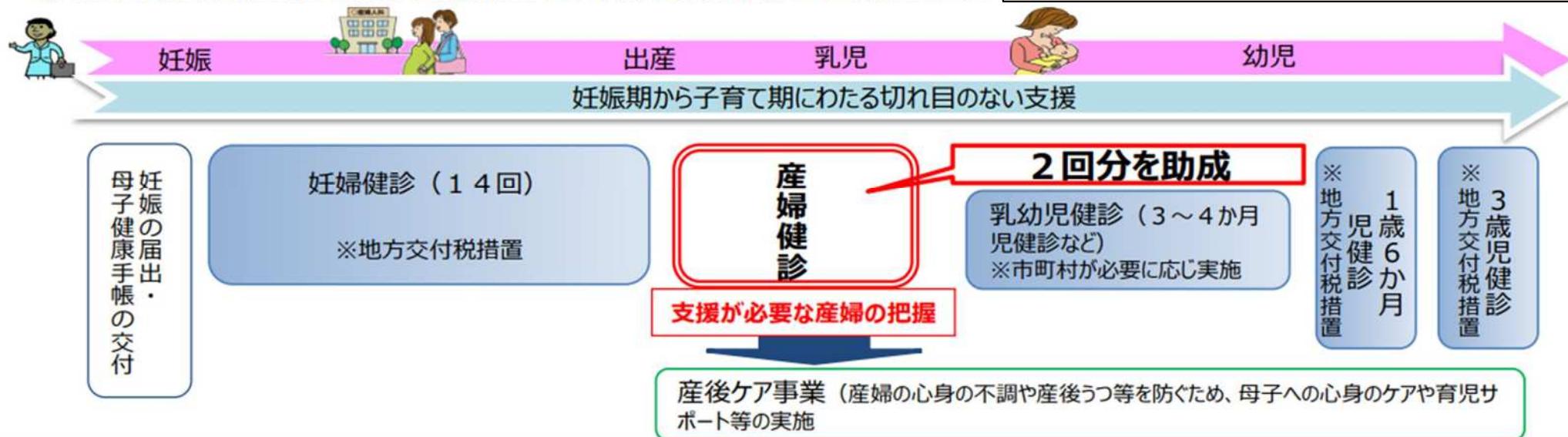
産後2週間、産後1ヶ月など出産後まもない時期の産婦

◆ 内容

地域における全ての産婦を対象に、産婦健康診査2回分に係る費用について助成を行う。

◆ 都内では居住自治体以外での出産が約半数

産婦や新生児が自治体の区域を越えて健診を受診できるよう、広域的な都内共通受診方式の導入が効果的



産婦健康診査事業（国）

- ◆ 実施主体 : 市町村
- ◆ 補助単価 : 1件あたり5,000円
- ◆ 補助率 : 国1/2 区市町村1/2
- ◆ 全国で1,296自治体が実施(R5年度)

都
継ぎ足し
補助

産婦健康診査事業（都）

■ 補助単価・補助率

- ① 産後ケア事業実施自治体(国庫補助対象) 2,500円×2回(上限)・補助率1/2
- ② 産後ケア事業未実施自治体(国庫補助対象外) 5,000円×2回(上限)・補助率1/2

■ 令和6年度実績

6自治体(葛飾区、八王子市、奥多摩町、大島町、三宅村、八丈町)

産婦健康診査に係る都内共通受診方式導入に向けた検討の進め方

産婦健康診査に係る都内共通受診方式の公費負担制度導入に向けては、妊婦健康診査の方式を参考に検討を進めていく

検討スケジュール

回数	時期(予定)	議事(予定)
第1回	3月	<ul style="list-style-type: none"> ・都内共通受診方式導入に向けた検討の進め方 ・都内における産婦健康診査の実施状況 ・都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性
第2回	6月	<ul style="list-style-type: none"> ・都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性 (健康診査の内容、公費負担額、受診券様式、事務の流れ等)
第3回	9月	<ul style="list-style-type: none"> ・都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性 (健康診査の内容、公費負担額、受診券様式、事務の流れ等) ・事務の手引き（案）及び標準要綱（案）の検討
	11月～12月	五者協議（公費負担額、標準要綱案等）
第4回	2月	<ul style="list-style-type: none"> ・事務の手引き及び標準要綱（最終案）について ・医療機関向け及び都民向け周知について

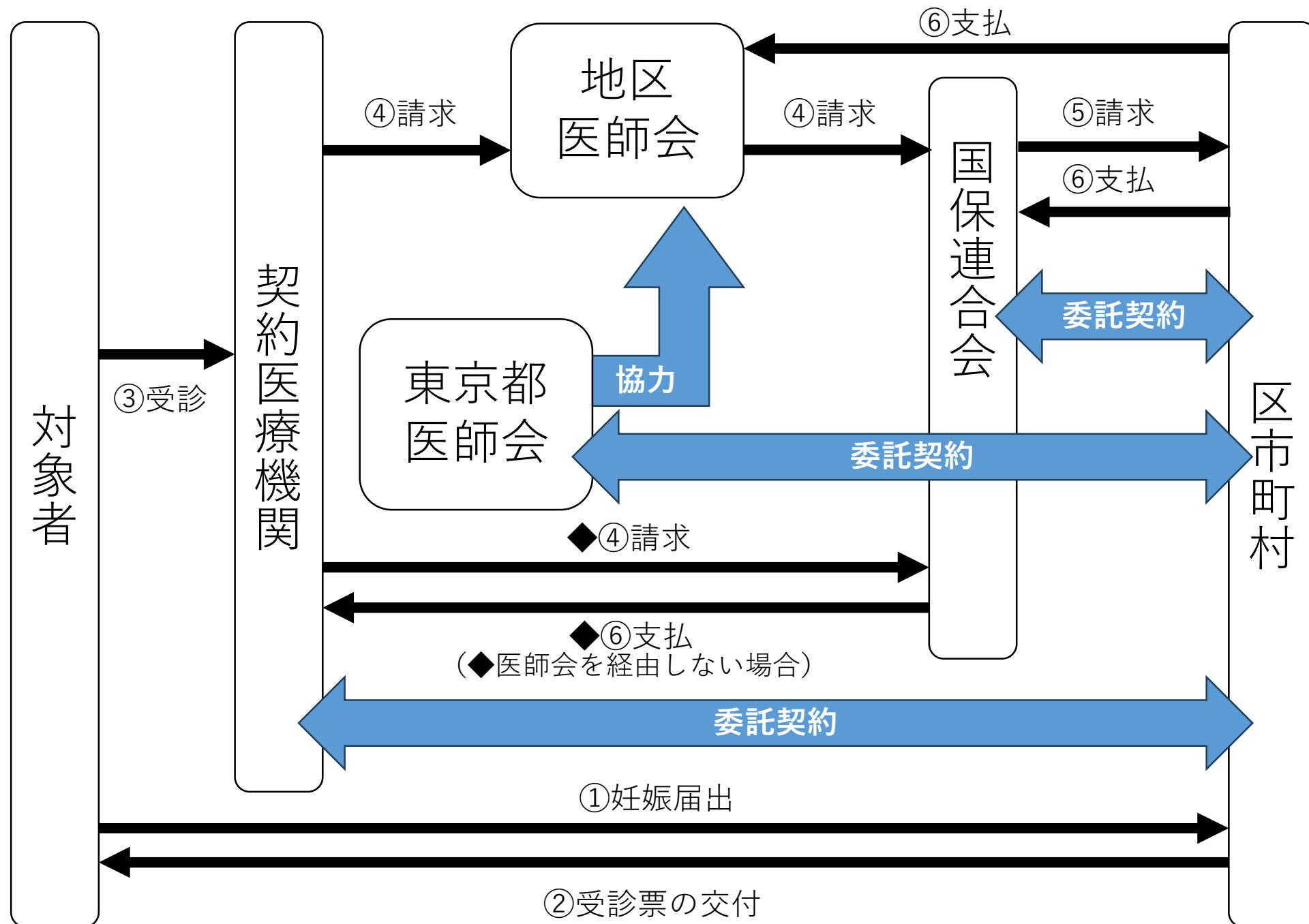


検討結果を踏まえて、令和8年度中の都内共通受診方式の公費負担制度の導入を目指す

※1か月児健康診査についても、同様に検討を進め、令和8年度中の都内共通受診方式の公費負担制度の導入を目指す

東京都における妊婦健康診査の実施体制と都内共通ルール

資料3-3



産婦健康診査及び1ヶ月児健康診査に係る実施状況調査（概要）

資料4－1

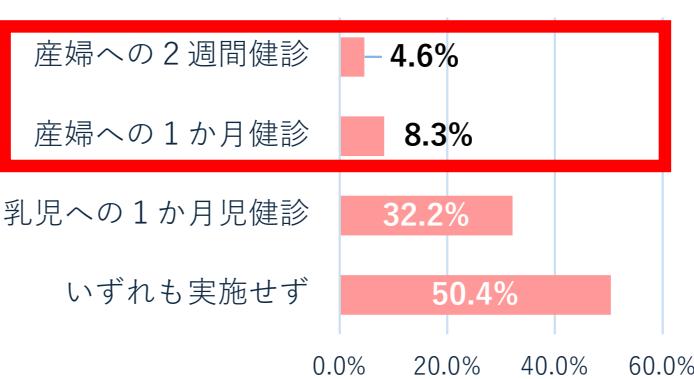
【実施方法】	郵送調査（グーグルフォーム・メール・FAXで回答）	
【調査対象】	都内で産婦人科、小児科を標榜している医療機関及び助産所（産婦人科・助産所と小児科で別に調査）	
【調査期間】	10月2日（水）～11月11日（月）	
【対象施設数】	<産婦人科・助産所> 921施設	<小児科> 2,380施設
【回答施設数】	<産婦人科・助産所> 224施設	<小児科> 564施設
【回答率】	<産婦人科・助産所> 24.3%	<小児科> 23.7%

① 実施している健診

<産婦人科・助産所>

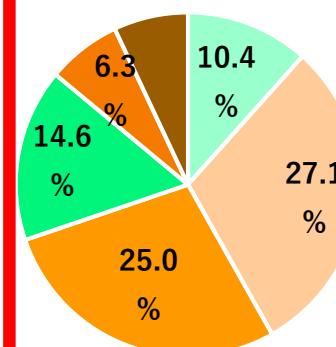


<小児科>

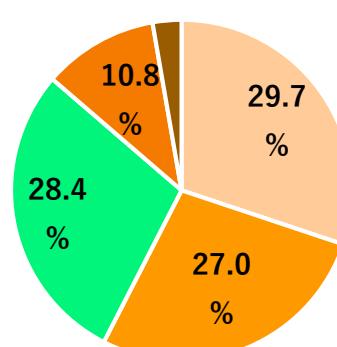


② 受診費用

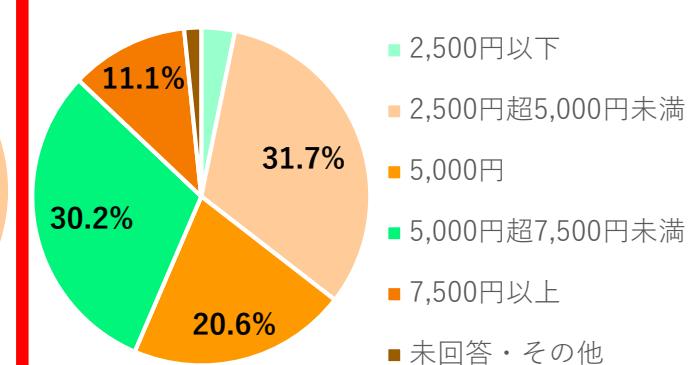
ア 産婦2週間健診



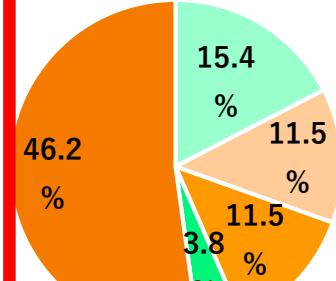
イ 産婦1ヶ月健診



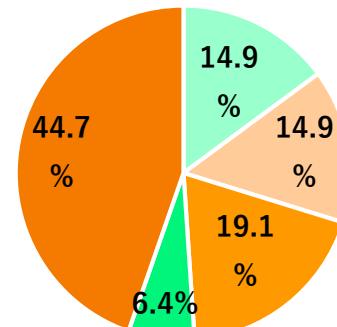
ウ 乳児1ヶ月児健診



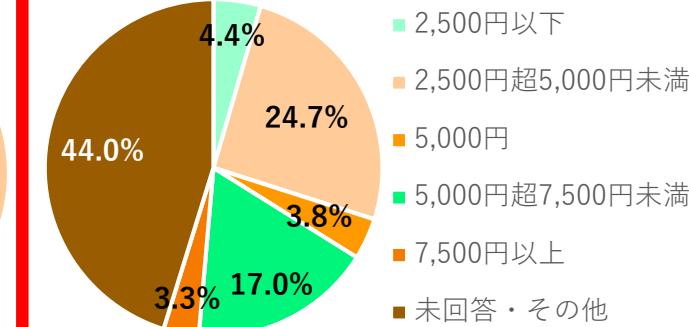
ア 産婦2週間健診



イ 産婦1ヶ月健診



ウ 乳児1ヶ月児健診



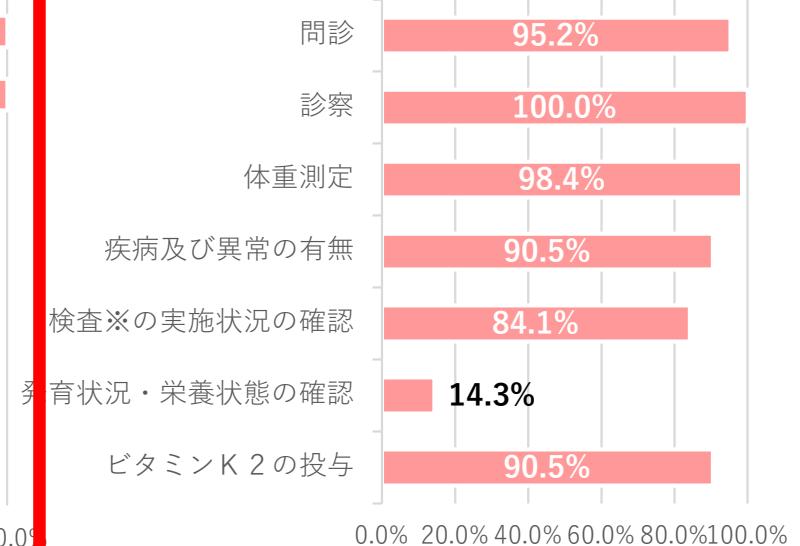
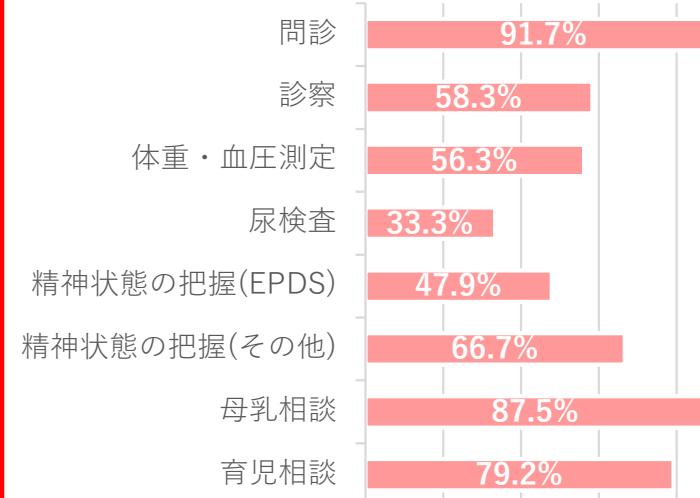
③ 健診の実施内容

<産婦人科・助産所>

ア 産婦2週間健診

イ 産婦1か月健診

ウ 乳児1か月児健診

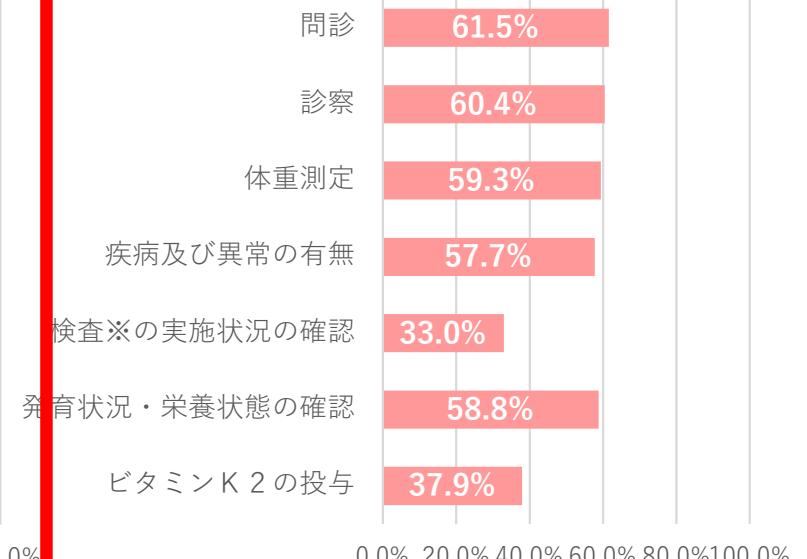
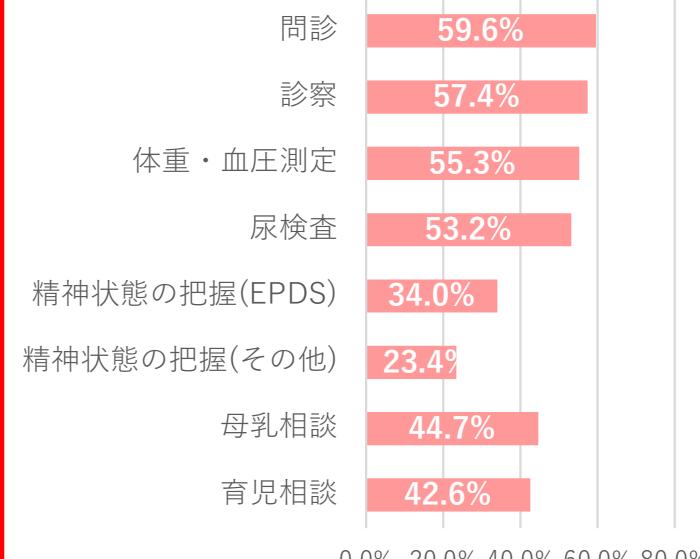


<小児科>

ア 産婦2週間健診

イ 産婦1か月健診

ウ 乳児1か月児健診

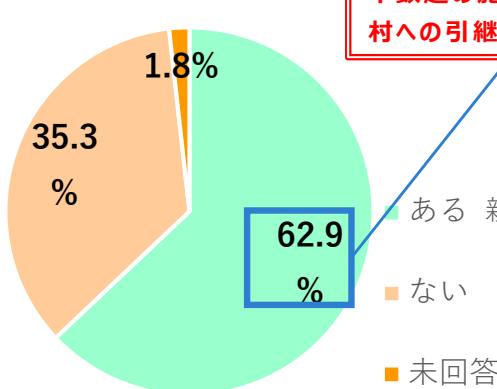


※検査：新生児聴覚検査、先天性代謝異常等検査

④ 支援が必要な方の区市町村への引継ぎ

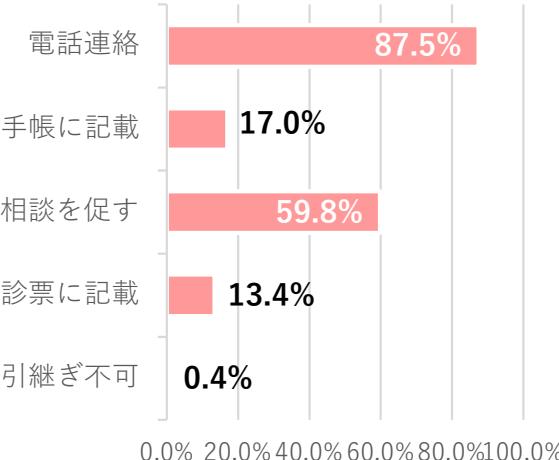
<産婦人科・助産所>

ア 引継ぎ実績



産婦人科・助産所では、半数超の施設が区市町村への引継ぎ実績あり

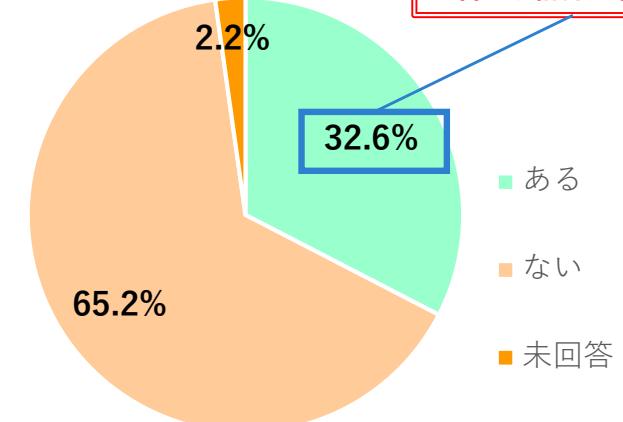
イ 引継ぎ方法



⑤ 精神科医療機関への紹介

<産婦人科・助産所>

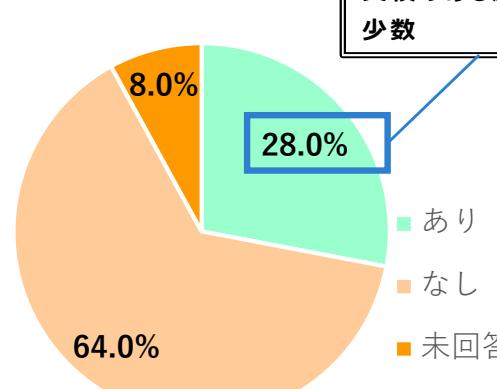
ア 紹介実績



約1/3の施設が精神科への紹介実績あり

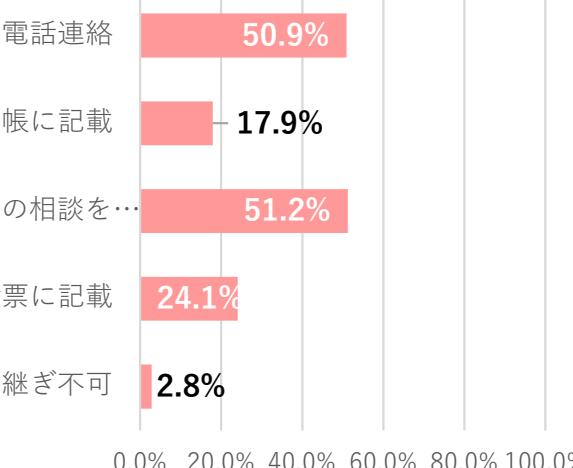
<小児科>

ア 引継ぎ実績

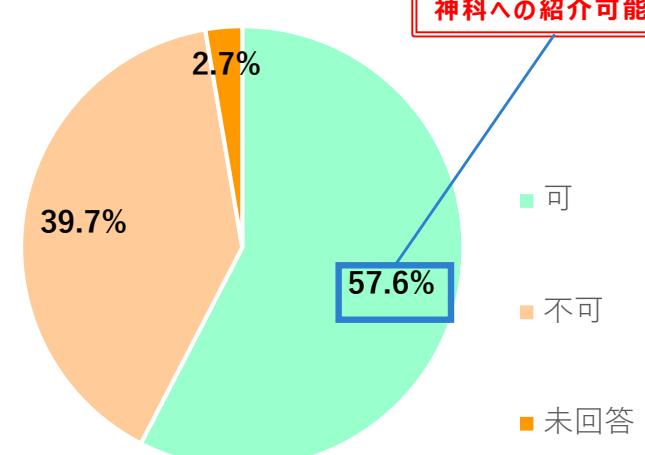


小児科では、引継ぎ実績のある施設は少数

イ 引継ぎ方法



イ 紹介可否



半数超の施設が精神科への紹介可能

第12号様式（第10条関係）

葛飾区産婦健康診査受診票

下記の産婦の産婦健康診査を依頼します。

委託医療機関様

葛飾区長



●太枠の中は産婦さんご自身でご記入ください。

産婦健康診査の結果が葛飾区へ送付されることに同意します。				
利用者氏名				
住 所	葛飾区			
生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日
出 産 日	令和	年	月	日（初産・経産）

産婦健康診査内容（有効期限：産後1か月未満）

受診年月日	令和	年	月	日（産後	日目）				
体 重	kg								
血 壓	/ mmHg								
尿 蛋 白	-	±	+	±	++				
尿 糖	-	±	+	±	++				
子 宮 復 古	良・否（ ）								
悪 露	正・否（ ）								
乳 房 の 状 態	分泌	過多	・	普通	・	不良			
授 乳 状 況	母乳					・	混合	・	ミルク

お母さんの メンタルヘルス アンケート	総 計 (点) 問10 (点)
産後ケア アンケート	赤ちゃんを叩きたくなることがある はい いいえ
診 察 所 見	
総 合 判 定	1. 健康 2. 経過観察 (身体・メンタルヘルス) (当てはまるものに○をつけてください)
経過観察の場合 今後の方針	1. 当院管理 2. その他 ()
区への 引継ぎ事項	

産婦健康診査を実施しましたので、結果を報告します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

産婦健康診査アンケート（医療機関控）

お母様の氏名		お母様の生年月日	昭和・平成 年 月 日
受診医療機関名		記入日(受診前日)	令和 年 月 日 (産後 日目)
住 所	葛飾区	電 話 番 号	
お子様の氏名		お子様の生年月日	令和 年 月 日

【お母さんのメンタルヘルスアンケート】

産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。
過去7日にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。	6. することがたくさんあって大変だった。
()いつもと同様にできた。	()はい、たいてい対処できなかった。
()あまりできなかった。	()はい、いつものようにうまく対処できなかった。
()明らかにできなかった。	()いいえ、たいていうまく対処した。
()全くできなかった。	()いいえ、普段通りに対処した。
2. 物事を楽しみにして待った。	7. 不幸せな気分なので、眠りにくかった。
()いつもと同様にできた。	()はい、ほとんどいつもそうだった。
()あまりできなかった。	()はい、時々そうだった。
()明らかにできなかった。	()いいえ、あまり度々ではなかった。
()ほとんどできなかった。	()いいえ、全くなかった。
3. 物事がうまくいかない時、自分を必要に責めた。	8. 悲しくなったり、みじめになったりした。
()はい、たいていそうだった。	()はい、たいていそうだった。
()はい、時々そうだった。	()はい、かなりしばしばそうだった。
()いいえ、あまり度々ではなかった。	()いいえ、あまり度々ではなかった。
()いいえ、全くなかった。	()いいえ、全くそうではなかった。
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。	9. 不幸せな気分だったので、泣いていた。
()いいえ、そうではなかった。	()はい、たいていそうだった。
()ほとんどそうではなかった。	()はい、かなりしばしばそうだった。
()はい、時々あった。	()ほんの時々あった。
()はい、しょっちゅうあった。	()いいえ、全くそうではなかった。
5. はっきりした理由もないのに恐怖におそわれた。	10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。
()はい、しょっちゅうあった。	()はい、かなりしばしばそうだった。
()はい、時々あった。	()時々そうだった。
()いいえ、めったになかった。	()めったになかった。
()いいえ、全くなかった。	()全くなかった。

【産後ケアアンケート】

ア. 今回妊娠中に、おなかの赤ちゃんやあなたの体について、またはお産のときに何か問題があるといわれていますか？

はい　　いいえ

イ. 困った時に相談する人についておたずねします。

①夫に何でも打ち明けることができますか？

はい　　いいえ　　夫がいない

②お母さんに何でも打ち明けることができますか？

はい　　いいえ　　実母がいない

③夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？

はい　　いいえ

ウ. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？

はい　　いいえ

エ. 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？

はい　　いいえ

オ. 育児に負担を感じたり、イライラすることがありますか？

はい　　いいえ

カ. その他心配なこと、育児について相談したいことがありますか？

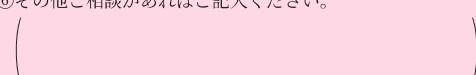
○をつけてください。

①特になし　　②パートナーとの関係

③赤ちゃんのこと　④授乳について（母乳・ミルク）

⑤お母さんご自身の心や体の不調について

⑥その他ご相談があればご記入ください。



ここから下は何も記入しないでください。

令和7年度 産婦健康診査事業実施医療機関

(2025.04.01現在)

No.	医療機関名	代表者名	郵便番号	住所	電話番号	FAX	事業開始	備考
1	綾瀬産後ケア	院長 布施 政庭	124-0001	葛飾区小菅4-8-10	03-3838-6588	03-3838-8152	令和3年10月1日	
2	医療法人社団元和会 木下産婦人科医院	院長 木下 和哉	124-0004	葛飾区東堀切1-15-10	03-3602-7201	03-3602-7202	令和3年10月1日	
3	東京かつしか赤十字母子医療センター	院長 三石 知左子	125-0051	葛飾区新宿3-7-1	03-5876-3511	03-5876-3519	令和3年10月1日	
4	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター	院長 飯田 誠	125-8506	葛飾区青戸6-41-2	03-3838-9927	03-3601-9600	令和3年10月1日	
5	医療法人社団聖マリア会 東京フェリシアレディースクリニック	院長 小林 肇	124-0012	葛飾区立石8-9-6	03-3691-9931	03-3691-9936	令和元年10月1日	
6	医療法人社団 遠武産婦人科	院長 遠武 孝祐	124-0012	葛飾区立石6-34-11	03-3691-0858	03-5670-3076	令和6年9月1日	
7	医療法人社団慶風会 増田産婦人科	院長 佐久間 雄一	125-0041	葛飾区東金町1-13-5	03-3607-1519	03-3607-2333	令和元年10月1日	
8	社会医療法人社団正志会 荒木記念東京リバーサイド病院	理事長 猪口 正孝	116-0003	荒川区南千住8-4-4	03-5850-0308	03-5850-0312	令和6年7月1日	
9	医療法人社団 長門クリニック	理事長・院長 渡邊 秀樹	120-0002	足立区中川2-5-8	03-3605-3131	03-3606-9708	令和6年7月1日	
10	医療法人社団理弘会 岩倉病院	院長 岩倉 孝雄	133-0056	江戸川区南小岩7-28-4	03-3659-3220	03-3659-3217	令和6年7月1日	
11	医療法人社団向日葵会 まつしま病院	理事長 益原 千加	132-0031	江戸川区松島1-41-29	03-3653-5541	03-3653-5547	令和6年7月1日	

「親子健康手帳（母子健康手帳）」「ゆりかご面接」「産後ケア申込み」



スマホでまとめて予約できます



葛飾区に転入された妊婦さんは
保健センターにご予約下さい

1 青戸保健センター
青戸 4-15-14



2 にこわ新小岩
・新小岩保健センター
・子ども未来プラザ西小岩
西新小岩 4-33-2



3 水元保健センター
東水元 1-7-3



4 金町保健センター
金町 4-18-19



5 小菅児童館
小菅 2-19-1



6 白鳥児童館
西亀有 1-18-6



7 南新宿児童館
新宿 1-23-4



8 新水元児童館
東水元 3-5-7



葛飾区ホームページ
産後ケア

葛飾区ホームページ
ゆりかご面接

問い合わせ先

受付時間：月曜日から金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時

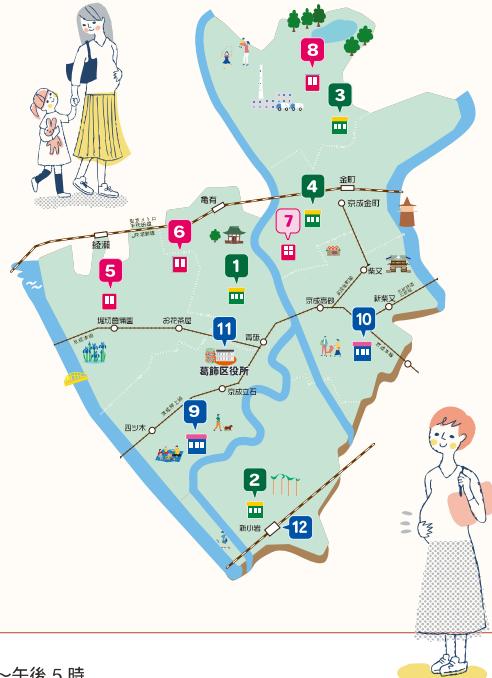
● 青戸保健センター 03-3602-1284

● 新小岩保健センター 03-3696-3781

● 金町保健センター 03-3607-4141

● 水元保健センター 03-3627-1911

- 9 子ども未来プラザ 東四つ木**
東四つ木 2-15-11
- 10 子ども未来プラザ鎌倉**
鎌倉 1-7-3
- 11 子育て政策課（子育て支援窓口）**
立石 5-13-1 区役所 4 階 401
- 12 えきにこわ ★平日夜間のみ**
新小岩 1-45-1
(JR 新小岩南口ビル 6 階)



この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。



令和 7 年 4 月発行

葛飾区にお住まいの妊婦さんへ

病院で妊娠の診断を受けたら 親子健康手帳の交付予約 (母子健康手帳) をお願いします



4 ページの 2 次元コードからご予約ください

ご予約いただくと、①～③が同時に手手続きできます

※すでに親子健康手帳（母子健康手帳）をお持ちの方は②③のお手続きができます。

① 親子健康手帳 (母子健康手帳) の交付



② ゆりかご面接



安心して新しい家族を迎くため、出産や子育てに関する
様々なご相談ができます。

妊娠子育て応援券 1 万円分
妊娠支援給付金（1 回目）
5 万円分の申請

③ 産後ケアの申込み



ゆりかご面接の際、産後に利用できる利用回数確認票、産婦健
康検査受診票、をお渡ししますので大切に保管してください。

★面接時間はおよそ 1 時間です。パートナーの方も一緒にご来所いただけます。

★ご予約なく来所された場合は、親子健康手帳（母子健康手帳）の交付のみとなることがあります。

★産後ケア申込みのみの方は保健センターで受け付けています。（予約不要）

身分証明書と親子健康手帳（母子健康手帳）をご持参ください。

産後ケア・産婦健康診査のご案内

こんなお悩みに、ぜひ産後ケアをご利用ください！

産後ケアとは、出産の疲れがまだ残っているお母さんの心身のケアやサポートを行う事業です。



- 睡眠不足で困っている、ゆっくり眠りたい。zzz...
- 初めての育児、分からぬことだらけ。
- 授乳や母乳のこと相談したい。
- 食事をつくる時間がない、ゆっくり食べたい。



利用できる方

葛飾区に住民票のある産後1年未満の方

※サービスにより利用期間は異なります。事業一覧をご覧ください
※流産・死産等を経験された方もご利用いただけます

利用の流れ

1 申込み

利用回数確認票
産婦健康診査受診票
をお渡します。

2 利用予約 (出産後、利用日を決める)

希望するケアを行う実施施設に
ご予約ください。
※宿泊ケアは出産前に予約方法
等をご確認ください。

3 実施施設にて利用

利用の際には必ず、
「利用回数確認票」
「親子健康手帳（母子健康手帳）」
「産婦健康診査受診票」
をご持参ください。

これらを忘れた場合は
全額自己負担となります。

4 アンケートに回答

施設から提示された二次元コードを読み取り、
スマートフォン等から電子で回答してください。

産婦健康診査

産後の心身の健康状態を確認し、授乳や育児のサポート
を行うことを目的としています。



利用方法

契約医療機関で実施

対象

産後2か月未満の方

利用上限

2回
● 産後2週間健康診査（産後2週間～1か月未満）
● 産後1か月健康診査（産後1か月～2か月未満）

内容

● 問診 ● 診察 ● 体重・血圧測定 ● 尿検査
● 産婦健康診査アンケート

利用料

1回あたり 5500円を区が負担
(5500円を差し引いた金額が自己負担)

産後ケア事業の一覧

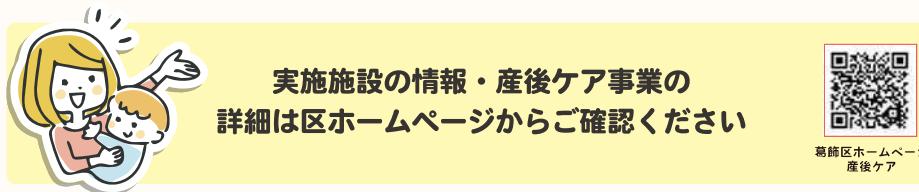


宿泊型	通所型	訪問型	
特徴	実施施設に宿泊し実施	実施施設に日帰りで実施	実施施設の外来で実施
利用時間	1日	5～6時間 または8時間	1～2時間
対象	産後4か月未満の お母さんとお子さん <small>※実施施設により対象期間が異なります。</small>	産後1年未満の お母さんとお子さん	
利用回数	宿泊型7回（7日間） 1泊2日～6泊7日 (分割利用可)	通所型と訪問型あわせて7回	

ケア内容	● 育児相談	● 授乳相談	● お子さんのケア	● お母さんのケア
	● 食事あり			● 食事なし

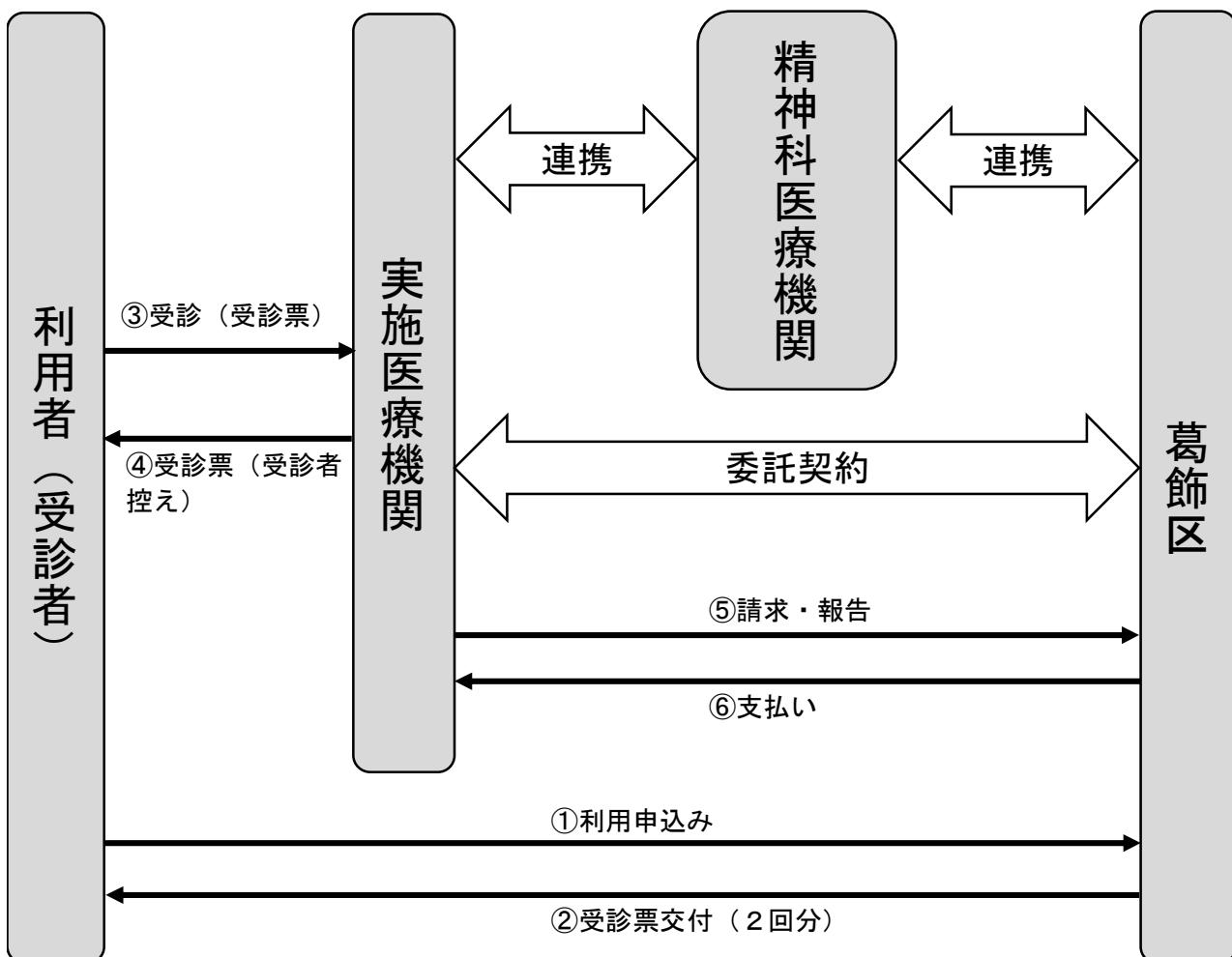
利用料	基本利用料 無料	宿泊型 差額ベッド代について1万円/日を補助します。
		<small>※オプションや補助を上回る場合、別途費用が必要となる場合があります。</small>

キャンセル	予約日の前営業日11時までに 予約先へ連絡してください。	予約日の前営業日15時までに 予約先へ連絡してください。
		<small>これ以降のキャンセルや連絡なく利用がなかつた場合は、利用したものとみなし、利用回数確認票を予約先へ提出していただきます。</small>



葛飾区ホームページ
産後ケア

産婦健康診査の流れ



【説明】

- ① 産婦健康診査を利用しようとする者は、妊娠届出時に「産後ケア事業利用申込書」により申し込む。
- ② 区は、「産後ケア事業利用回数確認票」及び「産婦健康診査受診票」を交付する。
- ③ 利用者は、実施医療機関に受診票を提出し受診する。
- ④ 実施医療機関は、利用者へ受診票（受診者控え）を渡す。
- ⑤ 実施医療機関は、当月分の請求書に受診票（報告用）を添えて区に提出する。
- ⑥ 区は、実施医療機関に産婦健康診査業務委託料を支払う。

※ 令和6年度までは、産後ケア事業の一部として実施している。（令和7年度からは、産後ケア事業から切り離して産婦健康診査事業単独で実施する予定）

※ 償還払いは実施していない。

産婦健康診査 医療機関からの連絡聞き取り票

★本人の情報提供への同意（有・無） ★緊急性の有無（有・無）

連絡日・連絡者名	年 月 日 (保健センター)		
医療機関・担当者			
母 氏名	生年月日 年 月 日 (才)		
児 氏名	生年月日 年 月 日 出生体重 g (在胎週数 週 日)		
住所	葛飾区		
電話番号			
緊急連絡先	氏名 (続柄)	電話番号	
里帰りの有無	あり ・ なし	里帰り先住所	
家族構成			
メンタルヘルスアンケート	産後 日目 総計 () 点 問 10 () 点 〈その他の項目〉		
産後ケアアンケート	問 1) 赤ちゃんを叩きたくなる はい / いいえ 〈その他の項目〉		
産婦健康診査結果	・ 診察所見 () ・ 健康 / 経過観察 ・ 今後の方針 1. 当院管理 (次回来院予約 有・無) 2. その他 ()		
区への引継ぎ事項			
自由記載欄			

産婦健康診査用

産婦健康診査受診票

1 対象となる方…受診時に八王子市民の方

2 受診方法…(1)同封の「産婦健康診査受診票」と「産婦健康診査アンケート」のそれぞれ 1 回分を
1 組としてご利用ください。

(2)受診票の太枠内をご記入のうえ、委託医療機関の窓口に提出してください。

(3)受診時は母子健康手帳と健康保険証をお持ちください。

(4)【受診の目安】 1 回目 産後 2 週間頃 ○○色
2 回目 産後 1 か月頃 ○○色

3 受診の時期…医療機関の指示に従ってください。

本受診票による受診期限は産後 2 か月未満です。

4 受診票について…3 枚複写(2 回分)

※すべて複写になっています。必要枚数を切り離してからご記入ください。

※受診票とアンケート両方をお持ちでない場合は、受診出来ませんのでご注意ください。

※この受診票は八王子市の委託医療機関のみで利用できます。

※この受診票を使用せず、自己負担で受診された場合や八王子市の委託医療機関以外で
受診された場合は、市からの払い戻しはありません。

産婦健康診査受診票 1回目

医療機関控

下記の産婦の産婦健康診査を依頼します。

八王子市長

公印

委託医療機関様

(有効期限 : 産後 2か月未満)

産婦の方へ

※この検査の結果等は八王子市に送付されます。

※この検査項目で公費負担を超えた場合は自己負担額が発生しますので
ご了承ください。

●太枠の中は産婦さん自身でご記入ください。

フリガナ 氏名			電話 番号		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
住所	八王子市				
出産日	令和 年 月 日				
出産医療機関名					

ここから下は診察した医師が記入してください。

受診年月日	令和 年 月 日 (産後 日)	
所見	子宮復古 良・否 悪露 正・否	
	乳房の状態	
血圧	/ mmHg 尿蛋白 - + #	
尿糖	- + # 体重 Kg	
メンタルヘルス アンケート	点 育児支援 アンケート	ア) はい・いいえ イ) はい・いいえ ウ) はい・いいえ
総合判定	問題なし・あり	
今後の方針	1 当院で継続 2 他機関紹介 3 市に連絡 4 他機関管理中	
市への連絡事項		
産婦健康診査 1回目 の結果は上記のとおりです。 所在地 令和 年 月 日 医療機関名 医師名		

産婦健康診査受診票 1回目

母子手帳貼付用

産婦の方へ

※この検査の結果等は八王子市に送付されます。

※この検査項目で公費負担を超えた場合は自己負担額が発生しますので
ご了承ください。

●太枠の中は産婦さん自身でご記入ください。

氏名			電話番号		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
住所	八王子市				
出産日	令和 年 月 日				
出産医療機関名					

ここから下は診察した医師が記入してください。

受診年月日	令和 年 月 日 (産後 日)			
所見	子宮復古	良・否	悪露	正・否
	乳房の状態			
血圧	/ mmHg	尿蛋白	- + #	
尿糖	- + #	体重		Kg

産婦健康診査 1回目 の結果は上記のとおりです。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

産婦健康診査受診票 1回目

八王子市控

委託医療機関様

この受診票(八王子市控)は所定の方法によりご提出ください。

●太枠の中は産婦さん自身でご記入ください。

フリガナ 氏名			電話 番号		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
住所	八王子市				
出産日	令和 年 月 日				
出産医療機関名					

ここから下は診察した医師が記入してください。

受診年月日	令和 年 月 日 (産後 日)	
所見	子宮復古 良・否 悪露 正・否	
	乳房の状態	
血圧	/ mmHg 尿蛋白 - + #	
尿糖	- + # 体重 Kg	
メンタルヘルス アンケート	点 育児支援 アンケート	ア) はい・いいえ イ) はい・いいえ ウ) はい・いいえ
総合判定	問題なし・あり	
今後の方針	1 当院で継続 2 他機関紹介 3 市に連絡 4 他機関管理中	
市への連絡事項		
産婦健康診査 1回目 の結果は上記のとおりです。 令和 年 月 日		
所在地		
医療機関名		
医師名		

産婦健康診査受診票 2回目

医療機関控

下記の産婦の産婦健康診査を依頼します。

八王子市長
委託医療機関様
(有効期限 : 産後 2か月未満)

公印

産婦の方へ

※この検査の結果等は八王子市に送付されます。

※この検査項目で公費負担を超えた場合は自己負担額が発生しますので
ご了承ください。

●太枠の中は産婦さん自身でご記入ください。

フリガナ 氏名			電話 番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳	
住所	八王子市			
出産日	令和 年 月 日			
出産医療機関名				

ここから下は診察した医師が記入してください。

受診年月日	令和 年 月 日 (産後 日)	
所見	子宮復古 良・否 悪露 正・否	
	乳房の状態	
血圧	/ mmHg 尿蛋白 - + #	
尿糖	- + # 体重 Kg	
メンタルヘルス アンケート	点 育児支援 アンケート	ア) はい・いいえ イ) はい・いいえ ウ) はい・いいえ
総合判定	問題なし・あり	
今後の方針	1 当院で継続 2 他機関紹介 3 市に連絡 4 他機関管理中	
市への連絡事項		
産婦健康診査 2回目 の結果は上記のとおりです。 令和 年 月 日		
所在地 医療機関名 医師名		

産婦健康診査受診票 2回目

母子手帳貼付用

産婦の方へ

※この検査の結果等は八王子市に送付されます。

※この検査項目で公費負担を超えた場合は自己負担額が発生しますので
ご了承ください。

●太枠の中は産婦さん自身でご記入ください。

フリガナ 氏名			電話 番号		
生年月日	昭和・平成	年	月	日	年齢 歳
住所	八王子市				
出産日	令和 年 月 日				
出産医療機関名					

ここから下は診察した医師が記入してください。

受診年月日	令和 年 月 日 (産後 日)			
所見	子宮復古	良・否	悪露	正・否
	乳房の状態			
血圧	/ mmHg	尿蛋白	- + #	
尿糖	- + #	体重		Kg

産婦健康診査 2回目 の結果は上記のとおりです。

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

産婦健康診査受診票 2回目

八王子市控

委託医療機関様

この受診票(八王子市控)は所定の方法によりご提出ください。

●太枠の中は産婦さん自身でご記入ください。

氏名 フリガナ			電話番号		
生年月日 昭和・平成 年 月 日	年齢	歳			
住所	八王子市				
出産日	令和 年 月 日				
出産医療機関名					

ここから下は診察した医師が記入してください。

受診年月日	令和 年 月 日 (産後 日)	
所見	子宮復古 良・否 悪露 正・否	
	乳房の状態	
血圧	/ mmHg 尿蛋白 - + #	
尿糖	- + # 体重 Kg	
メンタルヘルス アンケート	点 育児支援 アンケート	ア) はい・いいえ イ) はい・いいえ ウ) はい・いいえ
総合判定	問題なし・あり	
今後の方針	1 当院で継続 2 他機関紹介 3 市に連絡 4 他機関管理中	
市への連絡事項		
産婦健康診査 2回目 の結果は上記のとおりです。 令和 年 月 日		
所在地		
医療機関名		
医師名		

産婦健康診査アンケート

このアンケートは産婦健康診査を受診する際に必要です。

当日「産婦健康診査受診票」と「産婦健康診査アンケート」それぞれ1回分を
1組として、太枠内をご記入のうえ、委託医療機関窓口へ提出してください。

当日は母子健康手帳と健康保険証をご持参ください。

アンケートは受診までに、全ての項目をご記入ください。

産婦健康診査アンケートについて……2枚複写(2回分)

1回目 ○○色

2回目 ○○色

※全て複写になっていますので、必要枚数を切り離してからご記入ください。

産婦健康診査アンケート 医療機関控

1回目

期限 産後2か月未満

●事前にご記入のうえ、産婦健康診査受診票をお持ちください。

○産婦健康診査の結果は八王子市に送付されます。		受診日：令和 年 月 日					
フリガナ 氏名	-----	産婦生年月日	昭和・平成	年 月 日（歳）	出産年月日	令和 年 月 日	
住所	八王子市			出産週数	週 日		

【産婦さんのメンタルヘルスアンケート】

＊この質問票は複写式です。強く書いてください。

産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。10項目全てにお答えください。

1 笑うこともできたし、物事のおもしろい面もわかった。 <input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった。 <input type="checkbox"/> 全くできなかった。	4 はつきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。 <input type="checkbox"/> いいえ、そうではなかった。 <input type="checkbox"/> ほとんどそうではなかった。 <input type="checkbox"/> はい、時々あった。 <input type="checkbox"/> しょっちゅうあった。	7 不幸せなので、眠りにくかった。 <input type="checkbox"/> はい、ほとんどいつもそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。
2 物事を楽しみにして待った。 <input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった。 <input type="checkbox"/> ほとんどできなかった。	5 はつきりした理由もないのに恐怖に襲われた。 <input type="checkbox"/> はい、しょっちゅうあった。 <input type="checkbox"/> はい、時々あった。 <input type="checkbox"/> いいえ、めったになかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。	8 悲しくなったり、惨めになったりした。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうであった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くそうではなかった。
3 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。	6 することがたくさんあって大変だった。 <input type="checkbox"/> はい、たいてい対処できなかった。 <input type="checkbox"/> はい、いつものようにうまく対処できなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、たいていうまく対処した。 <input type="checkbox"/> いいえ、普段どおりに対処した。	9 不幸せなので、泣けてきた。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった。 <input type="checkbox"/> ほんの時々あった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くそうではなかった。
10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。（　）はい、かなりしばしばそうだった。（　）時々そうだった。（　）めったになかった。（　）全くなかった。		

【育児支援アンケート】あなたの気持ちは育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

ア.今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またお産の時に医師から何か問題があると言われていますか？　はい　いいえ

イ.生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？　はい　いいえ

ウ.赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？　はい　いいえ

産婦健康診査アンケート 八王子市控

1回目

期限 産後2か月未満

●事前にご記入のうえ、産婦健康診査受診票をお持ちください。

○産婦健康診査の結果は八王子市に送付されます。		受診日：令和 年 月 日					
フリガナ 氏名	_____	産婦生年月日	昭和・平成	年 月 日（歳）	出産年月日	令和 年 月 日	
住所	八王子市			出産週数	週 日		

【産婦さんのメンタルヘルスアンケート】

*この質問票は複写式です。強く書いてください。

産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。10項目全てにお答えください。

1 笑うこともできたし、物事のおもしろい面もわかつた。 ()いつもと同様にできた。 ()あまりできなかった。 ()明らかにできなかった。 ()全くできなかつた。	4 はつきりした理由もないのに不安になつたり、心配したりした。 ()いいえ、そうではなかつた。 ()ほとんどそうではなかつた。 ()はい、時々あつた。 ()よつちゅうあつた。	7 不幸せなので、眠りにくかつた。 ()はい、ほとんどいつもそうだった。 ()はい、時々そうだった。 ()いいえ、あまり度々ではなかつた。 ()いいえ、全くなかった。
2 物事を楽しみにして待つた。 ()いつもと同様にできた。 ()あまりできなかった。 ()明らかにできなかった。 ()ほとんどできなかつた。	5 はつきりした理由もないのに恐怖に襲われた。 ()はい、よつちゅうあつた。 ()はい、時々あつた。 ()いいえ、めつたになかつた。 ()いいえ、全くなかった。	8 悲しくなつたり、慘めになつたりした。 ()はい、たいていそうだった。 ()はい、かなりしばしばそうであった。 ()いいえ、あまり度々ではなかつた。 ()いいえ、全くそうではなかつた。
3 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。 ()はい、たいていそうだった。 ()はい、時々そうだった。 ()いいえ、あまり度々ではなかつた。 ()いいえ、全くなかった。	6 することがたくさんあって大変だった。 ()はい、たいてい対処できなかつた。 ()はい、いつものようにうまく対処できなかつた。 ()いいえ、たいていうまく対処した。 ()いいえ、普段どおりに対処した。	9 不幸せなので、泣けてきた。 ()はい、たいていそうだった。 ()はい、かなりしばしばそうだった。 ()ほんの時々あつた。 ()いいえ、全くそうではなかつた。
10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。()はい、かなりしばしばそうだった。 ()時々そうだった。 ()めつたになかつた。 ()全くなかつた。		

【育児支援アンケート】あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

- ア.今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またお産の時に医師から何か問題があると言われていますか？ はい いいえ
 イ.生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？ はい いいえ
 ウ.赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？ はい いいえ

産婦健康診査アンケート 医療機関控

2回目

期限 産後2か月未満

●事前にご記入のうえ、産婦健康診査受診票をお持ちください。

○産婦健康診査の結果は八王子市に送付されます。		受診日： 令和 年 月 日					
フリガナ 氏名	-----	産婦生年月日	昭和・平成	年 月 日 (歳)	出産年月日	令和 年 月 日	
住所	八王子市			出産週数	週 日		

【産婦さんのメンタルヘルスアンケート】

*この質問票は複写式です。強く書いてください。

産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にななが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。10項目全てにお答えください。

1 笑うこともできたし、物事のおもしろい面もわかった。 <input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった。 <input type="checkbox"/> 全くできなかった。	4 はつきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。 <input type="checkbox"/> いいえ、そうではなかった。 <input type="checkbox"/> ほとんどそうではなかった。 <input type="checkbox"/> はい、時々あった。 <input type="checkbox"/> しょっちゅうあった。	7 不幸せなので、眠りにくかった。 <input type="checkbox"/> はい、ほとんどいつもそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。
2 物事を楽しみにして待った。 <input type="checkbox"/> いつもと同様にできた。 <input type="checkbox"/> あまりできなかった。 <input type="checkbox"/> 明らかにできなかった。 <input type="checkbox"/> ほとんどできなかった。	5 はつきりした理由もないのに恐怖に襲われた。 <input type="checkbox"/> はい、しょっちゅうあった。 <input type="checkbox"/> はい、時々あった。 <input type="checkbox"/> いいえ、めったになかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。	8 悲しくなったり、惨めになったりした。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうであった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くそうではなかった。
3 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、時々そうだった。 <input type="checkbox"/> いいえ、あまり度々ではなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くなかった。	6 することがたくさんあって大変だった。 <input type="checkbox"/> はい、たいてい対処できなかった。 <input type="checkbox"/> はい、いつものようにうまく対処できなかった。 <input type="checkbox"/> いいえ、たいていうまく対処した。 <input type="checkbox"/> いいえ、普段どおりに対処した。	9 不幸せなので、泣けてきた。 <input type="checkbox"/> はい、たいていそうだった。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった。 <input type="checkbox"/> ほんの時々あった。 <input type="checkbox"/> いいえ、全くそうではなかった。
10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。 <input type="checkbox"/> はい、かなりしばしばそうだった。 <input type="checkbox"/> 時々そうだった。 <input type="checkbox"/> めったになかった。 <input type="checkbox"/> 全くなかった。		

【育児支援アンケート】あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

ア.今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またお産の時に医師から何か問題があると言われていますか？はい いいえイ.生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？はい いいえウ.赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？はい いいえ

産婦健康診査アンケート 八王子市控

2回目

期限 産後2か月未満

●事前にご記入のうえ、産婦健康診査受診票をお持ちください。

○産婦健康診査の結果は八王子市に送付されます。		受診日：令和 年 月 日					
フリガナ 氏名	_____	産婦生年月日	昭和・平成	年 月 日（歳）	出産年月日	令和 年 月 日	
住所	八王子市			出産週数	週 日		

【産婦さんのメンタルヘルスアンケート】

*この質問票は複写式です。強く書いてください。

産後の気分についておたずねします。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。10項目全てにお答えください。

1 笑うこともできたし、物事のおもしろい面もわかつた。 ()いつもと同様にできた。 ()あまりできなかった。 ()明らかにできなかった。 ()全くできなかった。	4 はつきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。 ()いいえ、そうではなかった。 ()ほとんどそうではなかった。 ()はい、時々あった。 ()よっちゅうあった。	7 不幸せなので、眠りにくかった。 ()はい、ほとんどいつもそうだった。 ()はい、時々そうだった。 ()いいえ、あまり度々ではなかった。 ()いいえ、全くなかった。
2 物事を楽しみにして待った。 ()いつもと同様にできた。 ()あまりできなかった。 ()明らかにできなかった。 ()ほとんどできなかった。	5 はつきりした理由もないのに恐怖に襲われた。 ()はい、よっちゅうあった。 ()はい、時々あった。 ()いいえ、めったになかった。 ()いいえ、全くなかった。	8 悲しくなったり、惨めになったりした。 ()はい、たいていそうだった。 ()はい、かなりしばしばそうであった。 ()いいえ、あまり度々ではなかった。 ()いいえ、全くそうではなかった。
3 物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。 ()はい、たいていそうだった。 ()はい、時々そうだった。 ()いいえ、あまり度々ではなかった。 ()いいえ、全くなかった。	6 することがたくさんあって大変だった。 ()はい、たいてい対処できなかった。 ()はい、いつものようにうまく対処できなかった。 ()いいえ、たいていうまく対処した。 ()いいえ、普段どおりに対処した。	9 不幸せなので、泣けてきた。 ()はい、たいていそうだった。 ()はい、かなりしばしばそうだった。 ()ほんの時々あった。 ()いいえ、全くそうではなかった。
10 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。()はい、かなりしばしばそうだった。 ()時々そうだった。 ()めったになかった。 ()全くなかった。		

【育児支援アンケート】あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答えください。あなたにあてはまるお答えのほうに、○をして下さい。

ア.今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またお産の時に医師から何か問題があると言われていますか？ はい いいえ

イ.生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？ はい いいえ

ウ.赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？ はい いいえ

お母さんの産後の健康のための

産婦健康診査費用助成

について



八王子市では市内の委託医療機関で産婦健康診査(産科の診察とメンタルヘルスアンケート)を受けた方に対し、費用を助成します。健診の結果、支援が必要な方には保健福祉センターの保健師等が早期に相談支援を行います。

1. 対象

- 産婦健康診査受診日に八王子市に住民票があり出産日から起算して2か月までの産婦
(死産及び流産された方も産婦健康診査費用助成の対象です。)
- 健診結果等が八王子市に送付されることに同意した方

2. 実施医療機関

- 市内の委託医療機関(ホームページ参照 )
※妊婦健康診査と異なり、委託医療機関以外で受診された場合は、市からの費用助成はありません。

3. 助成内容

- 「産婦健康診査受診票」に記載されている検査項目や「産婦健康診査アンケート」のメンタルヘルスアンケート等の費用を助成します。
※市で定める助成額を超えた場合は自己負担額が発生します。

4. 利用方法(市内の委託医療機関で健診を受診する場合のみ)

- ① 市内の委託医療機関に予約する。(受診の目安:1回目…産後2週間頃 2回目…産後1か月頃)
※受診の時期は医療機関の指示に従ってください。
- ② 受診票(3枚つづり)とアンケート(2枚つづり)を切り取り、事前に必要事項を記載する。
- ③ 受診の際は受診票、アンケート、母子健康手帳、健康保険証を持参する。
※受診票とアンケート両方をお持ちでない場合は、費用助成による受診はできませんので、ご注意ください。

問い合わせ・相談先 (月～金曜日:祝日・年末年始を除く 8:30～17:15)

※東浅川保健福祉センターは第2月曜日は休館です。

大横保健福祉センター 大横町 11-35 電話 625-9200 FAX 627-5887
東浅川保健福祉センター 東浅川 551-1 電話 667-1331 FAX 667-7829
南大沢保健福祉センター 南大沢 2-27 1階 電話 679-2205 FAX 679-2214

あなたのお住まいを担当する保健福祉センターは 

八王子市産婦健康診査費用助成事業

委託医療機関一覧

下記の委託医療機関で妊婦健康診査の受診歴がない方や出産をしていない方はご利用できない場合があります。なお、産婦健康診査を受診の際は、必ず予約をおとりください。

表の見方:○…産婦健康診査受診可能 ※…利用条件あり				利用対象者			
	病院名	住所	電話番号	当院で出産した方	他院で出産した方	当院で妊婦健診を受けていた方	利用条件
1	いわさレディースクリニック	高倉町46-2	042-649-3461	○	○※	—	※他院で出産した方:出産病院発行の紹介状が必要。
2	柴田産婦人科医院	横川町515	042-625-0303	○	○※	—	※他院で出産した方:出産病院発行の紹介状が必要。
3	新クリニック	台町2-16-8	042-621-6203	○	—	—	
4	東海大学医学部付属八王子病院	石川町1838	042-639-1111	○	○※	—	※他院で出産した方:出産病院発行の紹介状が必要。
5	東京医科大学八王子医療センター 産婦人科	館町1163	042-665-5611	○	○※	—	※他院で出産した方:分娩施設主治医から医療連携室に連絡をおこない、紹介状を持参すること。
6	西島産婦人科医院	千人町1-8-5	042-661-6642	—	—	○※	※当院で妊婦健診を受け、出産病院で産後1か月までの健診を受けた方のみ。出産病院発行の紹介状が必要。
7	林産婦人科	打越608-8	042-636-8719	—	—	○※	※当院で妊婦健診を受けた方のみ受診可能。
8	みなみ野グリーン ゲイブルズ クリニック	大船町1001	042-663-1101	○	○※	—	※他院で出産した方:出産病院発行の紹介状が必要。
9	みなみ野レディースクリニック	西片倉3-1	042-632-8044	—	—	○※	※当院で妊婦健診を受け、出産した病院で産後1か月までの健診を受けた方のみ。出産病院発行の紹介状はなくても可。

※医療機関は五十音順

※令和6年12月作成

問い合わせ・相談先 (月～金曜日:祝日・年末年始を除く 8:30～17:15)
※東浅川保健福祉センターは第2月曜日は休館です。

大横保健福祉センター 大横町11-35 電話 625-9200 FAX 627-5887
東浅川保健福祉センター 東浅川551-1 電話 667-1331 FAX 667-7829
南大沢保健福祉センター 南大沢2-271階 電話 679-2205 FAX 679-2214

あなたのお住まいを担当する保健福祉センターは



医療機関から産婦の居住地の担当センターへTELまたはFAXしてください。

- | | | |
|--------------------------------------|----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 大横保健福祉センター | TEL : 625-9200 | FAX : 627-5887 |
| <input type="checkbox"/> 東浅川保健福祉センター | TEL : 667-1331 | FAX : 667-7829 |
| <input type="checkbox"/> 南大沢保健福祉センター | TEL : 679-2205 | FAX : 679-2214 |

八王子市産婦健康診査 受診連絡票

産婦の概要

※下記の黒枠欄は未記入でFAX後、電話でお知らせください。

住 所	八王子市		
産婦氏名 (フリガナ)	見本		電話番号 ※日中連絡可能な番号
産婦生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)		

医療機関記載欄

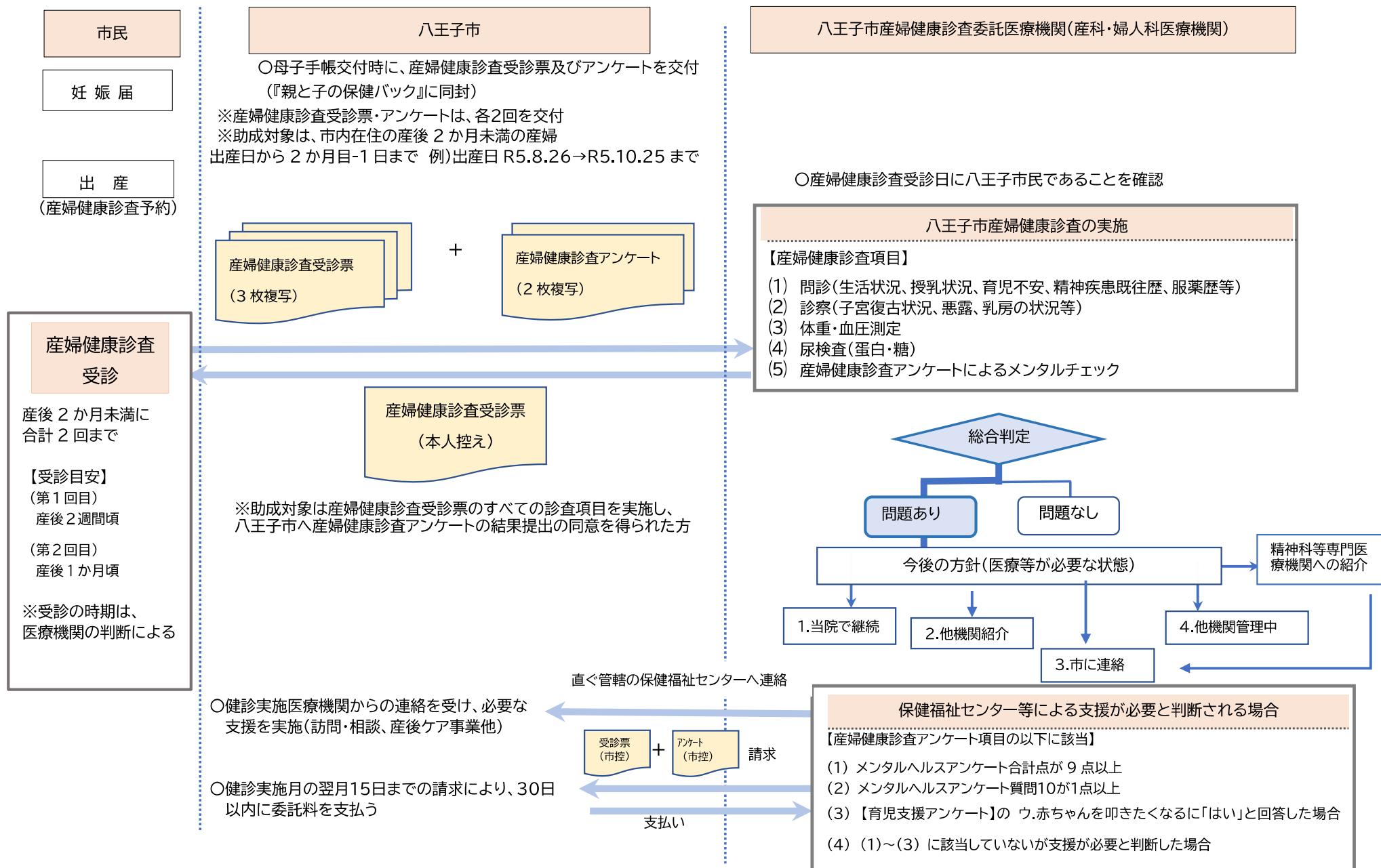
※FAXするときは、ここから以下の記入をお願いします。

出産日	年 月 日	在胎週数等	週 日 ・ 第 子
受診日	年 月 日	受診回数	1回目 · 2回目
健診結果 ※(1)～(3)は全員の記載をお願いします。	【産婦健康診査アンケート項目の以下に該当】→市へ連絡をお願いします		(1) 【メンタルヘルスアンケート】 合計点 点
	(1) 【メンタルヘルスアンケート】 合計点が9点以上		(2) 【メンタルヘルスアンケート】 質問10の点数 点
	(2) 【メンタルヘルスアンケート】 質問10が1点以上		(3) 【育児支援アンケート】 ウ.赤ちゃんを叩きたくなる回答 はい いいえ
	(3) 【育児支援アンケート】 ウ.赤ちゃんを叩きたくなるに「はい」と回答した場合		(4) 判断理由 :
	(4) (1)～(3)に該当していないが支援が必要と判断した場合 ※右記の判断理由を記載してください。		
産婦への説明内容	(1) 受診連絡票(本紙)を市に送付することに対する説明		済 · 未
	(2) 精神科等専門病院受診の必要性の説明		済 · 未 · 不要
	(3) 精神科等専門病院を紹介された場合		医療機関名: 紹介状: 有 · 無
市への伝達事項			
産婦健康診査の結果を上記のとおり、担当保健福祉センターへ連絡します。 年 月 日			
所在地			
医療機関名			
医師名			

受理者記入欄 ※保健福祉センター記入欄

連絡受付日時	年 月 日	担当 保健福祉センター	大 · 東 · 南
受付	大 · 東 · 南	申し送り	未 · 済 対応者()

八王子市産婦健康診査費用助成事業フロー図



令和5年10月スタート

お母さんの産後の健康のために

八王子市

産婦健康診査費用助成 がはじまります

当院は契約医療機関です

利用対象 八王子市に住民票のある産後2か月未満の方

利用回数 1回の出産につき2回以内

【受診の目安】

<1回目>産後2週間頃
<2回目>産後1か月頃



※受診の時期は医療機関の指示に従ってください
ただし、受診期限は2か月未満です。

費用 既定の検査項目は公費負担の対象です。
その他の検査項目や産科診察には自己負担額が発生します。
※市内契約医療機関のみの実施となります。
※産婦健康診査受診票を使用せず、契約医療機関外で受診された場合は
市からの払い戻しはありません。

利用方法 事前に予約のうえ、産婦健康診査受診票・産婦健康診査
アンケート・母子手帳をご持参ください。
※アンケートは事前にご記入のうえ、ご持参ください。

お問い合わせ・相談先

大横保健福祉センター	大横町 11-35	電話 625-9200	FAX 627-5887
東浅川保健福祉センター	東浅川 551-5	電話 667-1331	FAX 667-7829
南大沢保健福祉センター	南大沢 2-27 1階	電話 679-2205	FAX 679-2214



あなたのお住まいを担当する保健福祉センターは

都内共通受診方式導入に当たっての課題と方向性

課題	方向性
健診の実施場所	<p>妊婦健康診査と同様に以下を対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公益社団法人東京都医師会に加入する医療機関 ・東京都医師会に加盟しておらず、原則として標ぼうする診療科目に産婦人科を掲げる医療機関 ・公益社団法人東京都助産師会に所属している都内で分娩を取り扱う助産所
健康診査の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・国が要綱で示す健康診査の内容を基準に、先行実施している自治体の事例も参考に検討（資料4-2、4-3、参考資料2）※2回（2週間・1か月頃）とも同内容で実施
公費負担額（受診費用）・回数	<ul style="list-style-type: none"> ・国の補助単価（1回あたり5,000円・2回まで）を基準とする（資料3-1参照）
区市町村、産婦健康診査実施医療機関等、精神科医療機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・先行実施している自治体の事例を参考に検討（資料4-2、4-3）
その他の事務の流れ	<ul style="list-style-type: none"> ・妊婦健康診査と同様とする（資料3-3参照）



今後、課題と方向性について、詳細を検討していく

とうきょうママパパ応援事業実施要綱（産婦健康診査事業抜粋）

2-6 産婦健康診査事業

(1) 目的

産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図るため、産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対し、母体の身体的機能の回復、授乳状況、精神状態の把握等を行う健康診査（以下「産婦健康診査」という。）に係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体制を整備する。

(2) 事業内容

本事業の実施に当たっては、次のアからウまでの要件を満たすこと。

- ア 産婦健康診査において、母体の身体的機能の回復、授乳状況及び精神状態の把握等を行うこと。
- イ 産婦健康診査の結果が産婦健康診査を実施する病院、診療所及び助産所（以下「実施機関」という。）から区市町村へ速やかに報告されるよう体制を整備すること。
- ウ 産婦健康診査の結果、支援が必要と認められる産婦に対して、本要綱2-3に規定する産後ケア事業又は訪問指導等の区市町村の実情に応じた支援策を実施すること。

(3) 対象者

出産後間もない時期の産婦

(4) 対象となる産婦健康診査

ア 内容

- (ア) 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）
- (イ) 診察（子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）
- (ウ) 体重・血圧測定
- (エ) 尿検査（蛋白・糖）
- (オ) 産婦の精神状況に応じて、ツールを用いた客観的なアセスメントを行うこと。

イ 回数

対象者1人につき2回以内とする。

(5) 産婦健康診査の実施等

- ア 本事業の実施に当たり、区市町村は実施機関として適当と認められるものに委託すること。
- イ 産婦健康診査の結果が速やかに区市町村に報告されるよう、区市町村は実施機関との連携体制の整備を図ること。
- ウ 産婦健康診査の結果を踏まえ、支援が必要と認められる場合には、速やかに対象者に本要綱2-3に規定する産後ケア事業又は訪問指導等の区市町村の実情に応じた支援策を実施すること。

(6) 費用の請求

実施機関が、本事業における産婦健康診査を行った場合のこれに要した費用の請求は、産婦健康診査1回当たり5千円を上限として、区市町村長に行うものとすること。

(7) 留意事項

- ア 本事業の対象者が居住地以外の実施機関において産婦健康診査を受診する場合等、産婦健康診査を実施機関へ委託して行うことが困難な場合については、(2)のアからウまでの要件を満たす場合に限り、産婦健康診査に係る費用を対象者へ直接助成することを認める。
- イ 対象者が母子同伴で産婦健康診査を受診する場合には、適宜、子の発育状況や栄養状態等について把握することが望ましい。
- ウ 本事業の対象となる者には、死産及び流産した者を含むこと。
- エ 産婦の心身の状態に応じ、産後ケア事業、精神科等と連携できるような連携体制を整備することが望ましい。

とうきょうママパパ応援事業補助金交付要綱（産婦健康診査抜粹）

別表

1 区分	2 基準額	3 対象経費	4 補助率
2 任意事業 産婦健康診査事業 *注6	(1) 産後ケア事業を実施しない場合 5,000 円 × 実施回数 (対象者 1 人につき 2 回を限度とする。) (2) 産後ケア事業を実施する場合 2,500 円 × 実施回数 (対象者 1 人につき 2 回を限度とする。)		1 / 2

*注6 「とうきょうママパパ応援事業実施要綱」に基づく産婦健康診査事業として実施した場合に補助する。

産婦健康診査事業

1 事業目的

産後うつの予防や新生児への虐待予防等を図るため、産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（母体の身体的機能の回復、授乳状況及び精神状態の把握等）（以下「産婦健康診査」という。）に係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体制を整備する。

2 実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。）とする。

なお、本事業の実施に当たっては、（1）～（3）の要件を満たすこと。

- (1) 産婦健康診査において、母体の身体的機能の回復、授乳状況及び精神状態の把握等を行うこと。
- (2) 産婦健康診査の結果が産婦健康診査を実施する病院、診療所及び助産所（以下「実施機関」という。）から市町村へすみやかに報告されるよう体制を整備すること。
- (3) 産婦健康診査の結果、支援が必要と認められる産婦に対して、別添4「産後ケア事業」による支援を行うこと。

3 対象者

出産後間もない時期の産婦とする。

4 対象となる産婦健康診査

(1) 内容

- ① 健康状態・育児環境の把握（生活環境、授乳状況、育児不安、精神疾患の既往歴、服薬歴、子宮復古状況、悪露、乳房の状態等）
- ② 体重・血圧測定
- ③ 尿検査（蛋白・糖）
- ④ 産婦の精神状況に応じて、ツールを用いた客観的なアセスメントを行うこと

(2) 回数

対象者1人につき2回以内とする。

5 産婦健康診査の実施等

- (1) 本事業の実施に当たり、市町村は実施機関として適當と認められるものに委託するものとすること。
- (2) 産婦健康診査の結果が速やかに市町村に報告されるよう、市町村は実施機関との連携体制の整備を図ること。
- (3) 産婦健康診査の結果を踏まえ、別添4「産後ケア事業」による支援が必要と認められる場合には、すみやかに対象者に当該事業を実施すること。
また、必要に応じて訪問指導等を実施すること。

6 費用の請求

実施機関が、本事業における産婦健康診査を行った場合のこれに要した費用の請求は、産婦健康診査1回当たり5千円を上限として、市町村長に行うものとすること。

7 留意事項

- (1) 本事業の対象者が居住地以外の実施機関において産婦健康診査を受診する場合等、産婦健康診査を実施機関へ委託して行うことが困難な場合については、2（1）～（3）を満たす場合に限り、産婦健康診査にかかる費用を対象者へ直接助成することを認める。
- (2) 対象者が母子同伴で産婦健康診査を受診する場合には、適宜、子の発育状況や栄養状態等について把握することが望ましい。
- (3) 本事業の対象となる者には、死産及び流産した者を含むこと。
- (4) 産婦の心身の状態に応じ、産後ケア事業、精神科等と連携できるような連携体制を整備することが望ましい。

	<p>1 市町村当たり 3,240,000 円 • 産後ケア事業の実施場所の修繕 1 市町村当たり 7,560,000 円</p> <p>4 こども家庭センター(旧子育て世代包括支援センター機能部分)開設準備事業 1 市町村当たり 3,700,500 円</p> <p>○都道府県事業 • 妊娠・出産包括支援推進事業 1 都道府県当たり 1,381,400 円</p> <p>• 産後ケア事業を、市町村の共同で実施することを推進する場合の加算 1 都道府県あたり 338,000 円</p>		
産婦健康診査事業	5,000 円 × 実施回数 (対象者 1 人につき 2 回を限度とする。)	産婦健康診査事業に必要な委託料、負担金、補助及び交付金、扶助費	2 分の 1
新生児聴覚検査体制整備事業	<p>1 新生児聴覚検査体制整備事業 1 都道府県当たり 2,373,400 円</p> <p>2 新生児聴覚検査管理等事業 1 都道府県当たり 10,000,000 円</p> <p>3 聴覚検査機器購入支援事業 3,600,000 円 × 医療機関数</p>	新生児聴覚検査体制整備事業に必要な報酬、報償費、旅費、需用費（消耗品費、食糧費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、広告料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、負担金、補助及び交付金	2 分の 1
予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業	1 都道府県当たり 12,647,020 円	予防のための子どもの死亡検証体制整備モデル事業に必要な報酬、給料及び職員手当等（ただし会計年度任用職員へ支給されるものに限る）、報償費、共済費、旅費、需用費（消耗品費、食糧費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、保管料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費	10 分の 10

【一部改正】母子保健衛生費の国庫補助について 改正後全文(こども家庭庁)
[\(https://www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/tsuuchi/2024/\)](https://www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/tsuuchi/2024/) を一部抜粋して作成

産婦健康診査事業・産後ケア事業の 体制整備のための事例集

令和5年3月

第2章 産婦健康診査事業

(1) 体制整備

1) 事業設計・事業実施フローの整備

産婦健康診査事業は、産婦の健康状態を確認するのみならず、支援が必要となる産婦を把握し、適切な対応へとつなげる入り口ともなる事業である。したがって、事業実施においては、産婦健康診査事業と他の事業の関連性や位置づけを整理し、対応が必要な産婦についての情報をどのように関係機関と連携するかといった情報連携フローの設計が重要となる。

三重県

県単位のマニュアル・フローの策定

背景

三重県は、地理が南北に長く医療機関の偏在もあるなかで、県全体で標準化したサービスを提供する必要が強く認識されていたことから、県医師会と共同で事業を展開してきた歴史がある。こうした地道な環境醸成が功を奏して、県下統一の産婦健康診査のマニュアルの制定に結び付いた。

工夫

県医師会、県産婦人科医会、県小児科医会、県精神科病院会、県助産師会、市町、県が一体となって、「産婦健康診査事業実施マニュアル」を策定している。その中で、産婦健康診査事業の流れについても定めており、支援が必要となる場合の対応についてまとめ、県下の自治体・医療機関の共通の認識を作っている。

三重県では、県医師会と集合契約を締結しており、県全体でマニュアルに記載した取組を推進できる体制が整っている。また、問診票や受診券、報告様式も統一様式を作成しており、県内の自治体・医療機関間での連携をスムーズに行える仕組みとなっている。

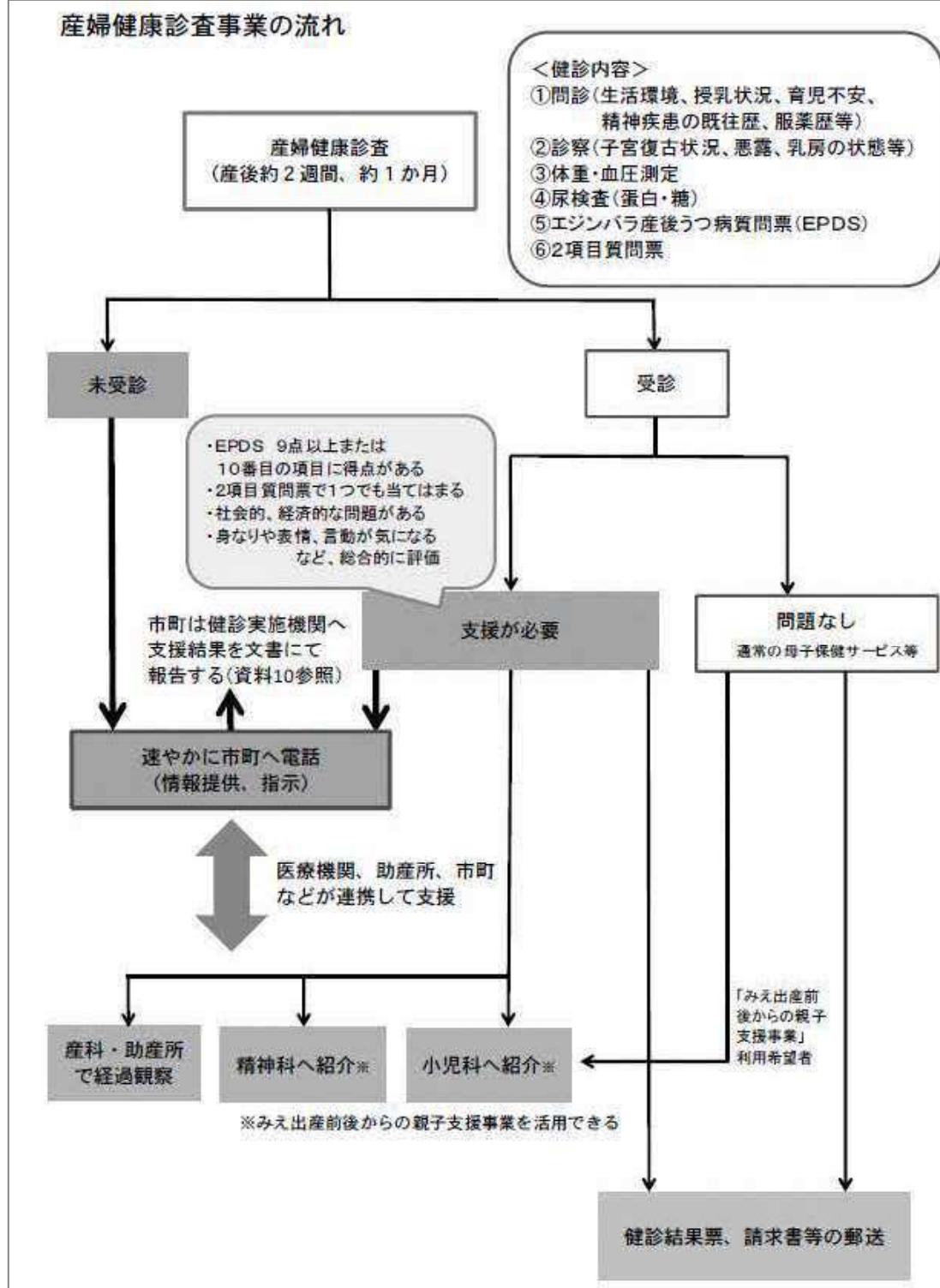


参考 マニュアル掲載ページ

三重県医師会 産婦健康診査事業について

<https://www.mie.med.or.jp/hp/doctor/boshi/index2.html>

産婦健康診査事業の流れ



2) 実施事業者の確保

産婦健康診査事業を実施する上で、大きな課題となるのが実施事業者の確保である。産婦健康診査事業を実施しようと検討しても、市内に産科医療機関等がないケースや、医療機関の人的リソースが限られているが故に、産婦健康診査事業にまで対応できないケースもある。

そうした状況を打破するため、広島県の一部医療機関では、2週間健診を助産師が実施するケースや、提携先の助産院に再委託したりなどの工夫を行っているケースもある。

産婦健康診査事業が実施できない施設で出産した場合でも、別の施設での受診を促すなどの工夫をすることで、より多くの産婦の状態を確認することが可能になる。

3) 委託事業者との契約

委託事業者との契約手続きは、市町村側の事務負担となるだけでなく、受託する医療機関側にとっても大きな負担となるものである。特に、複数の市町村と契約を結んでいるような医療機関は、市町村によって契約の条件などが異なり、確認や手続きの手間がかかるようなケースも多い。

こうした中で、一部の都道府県では、県が主導して、県単位での集合契約を締結し、契約書式や手続きをまとめることで、市町村・医療機関双方の負担を減らすことに成功している。

広島県

県が主導して集合契約を締結し、事務負担を軽減

背景

県下の自治体から聞き取りを行い、産婦健康診査を実施しない理由として、下記の声が挙がっていた。

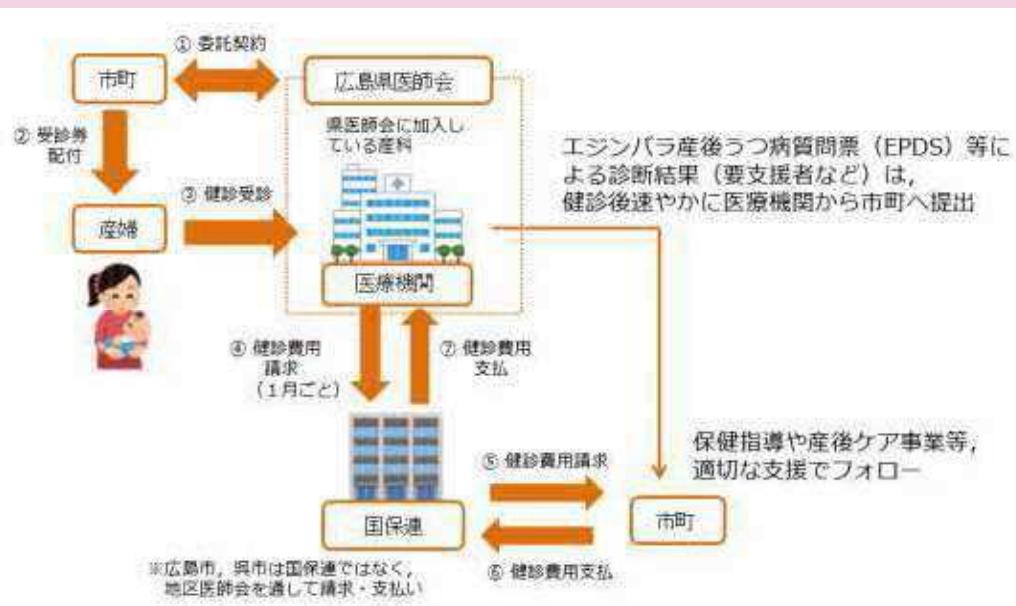
- 市町内に委託できる産科医療機関や助産院がない
- 利用者は様々な医療機関等を利用されるが、各市町において個別の医療機関等との調整や契約手続きが煩雑でかなりの労力が必要
- 市町村ごとに問診票や情報提供様式が異なるために医療機関等に負担がかかっている

工夫

県主導で県医師会や県産婦人科医会、県助産師会と連携・調整を行い、県内全ての産科医療機関等で「産婦健康診査」が受けられる体制を確立した。

県内市町が広島県医師会と集合契約を結び、健診費用は広島県国民健康保険団体連合会を通じて各医療機関等に支払う仕組みを導入することにより、県全域で心身のケアが必要な産婦をスクリーニングできるようになった。

また、次ページに示す通り、県として情報提供の様式を定め、医療機関と市町が情報連携し、支援が必要な産婦の情報を市町が把握できるようにしている。また、支援を行った際はその経過や結果を市町から医療機関に報告する様式も作成し、相互に情報共有が進む形を目指している。



(2) 事業実施

1) 情報連携

産婦健康診査事業は、産後うつの予防等を図るため、産後早期に支援が必要な産婦を把握し、適切なケアにつなげることが目的の事業である。そのため、市町村・医療機関間での早期かつ適切な情報連携が不可欠である。

適切な情報連携を行う上では、まず事業実施フローの中で、情報連携の方法やタイミングといった「情報連携フローの策定」を行うことともに、情報提供の内容や様式を定めた「情報連携フォーマット」を作成することで、均質化された情報連携が可能となりうる。

① 情報連携フローの策定

フロー策定時には、情報連携を求める場合の基準等とその後の対応方針を明文化しておくことで、支援が必要な産婦を確実に把握することにもつながる。

<支援が必要な産婦の例(大分県・三重県の事例などから抜粋)>

EPDS9点以上

EPDS項目10が1点以上

赤ちゃんへの気持ち質問票の項目3または5が1点以上

社会的・経済的な問題がある

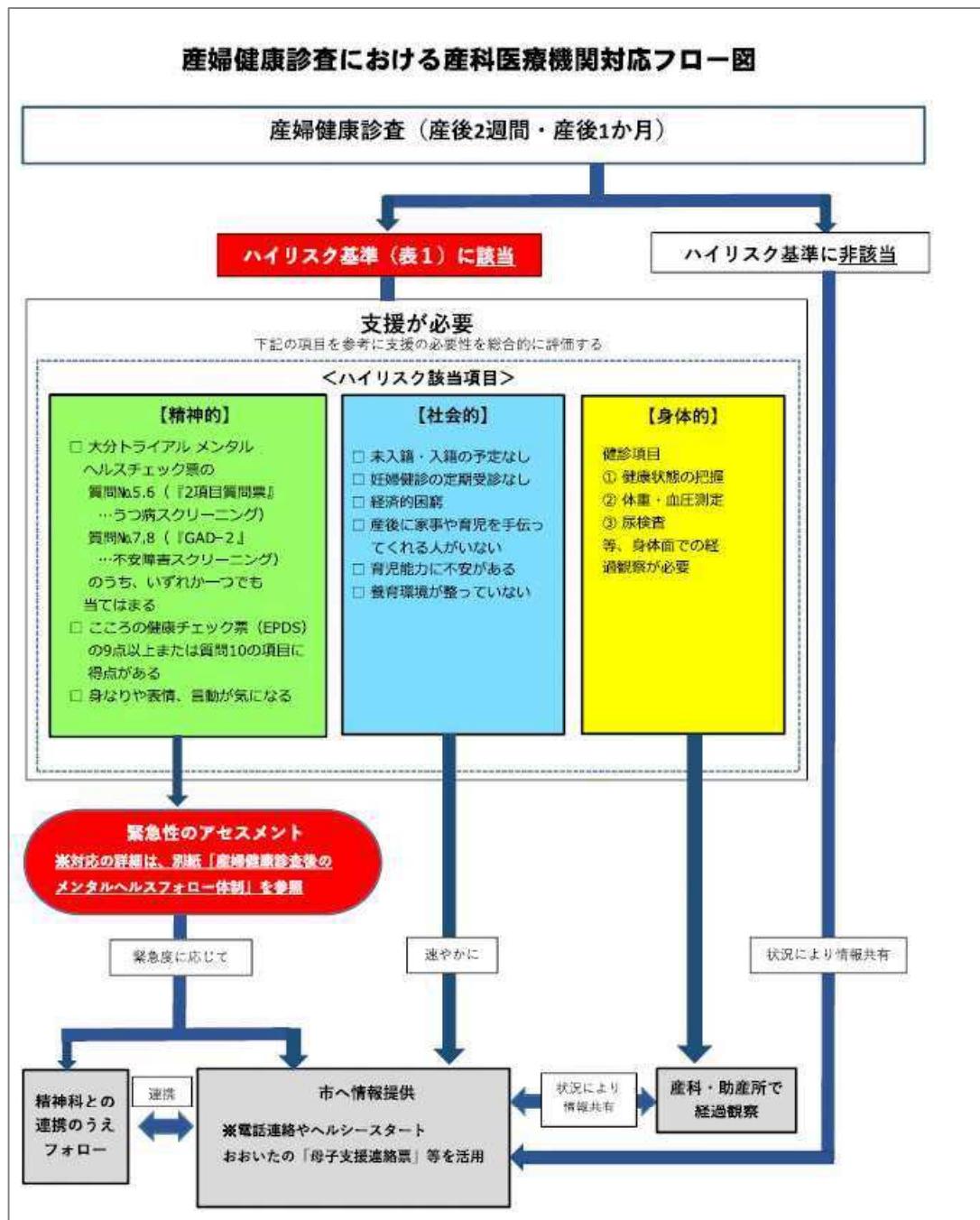
健康診断で身体的な経過観察が必要だと判断された

身なりや表情、言動が気になる

その他医師の判断により継続支援が必要であると思われる など

事業全体の流れの中に情報連携フローも掲載している事例については、(1)体制整備の 1) 事業設計・事業実施フローの整備(p8)の中に記載されているため、そちらも参照されたい。ここでは、医療機関との連携に特化してフローを作成している事例を紹介する。

産婦健康診査事業 情報連携フロー
例1 大分県 産婦健康診査における産科医療機関対応フロー図



大分県 産婦健康診査事業にかかるハイリスク基準(前ページ記載の表1)

産婦健康診査事業にかかるハイリスク基準

※ハイリスク基準は、ヘルシースタートおおいたガイドラインより一部抜粋

身体的	正常産褥経過を逸脱した何らかの自他覚所見を呈する
	<p>【産後2週間】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大分トライアル メンタルヘルスチェック票の質問 №5・6(『2項目質問票』(うつ病のスクリーニング))、質問№7・8(『GAD-2』(不安障害のスクリーニング))のうち、いずれか一つでも該当する場合 ○質問№5(過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがある) ○質問№6(過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがある) ○質問№7(過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることがある) ○質問№8(過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することが止められない、または心配をコントロールできないようなことがある)
精神的	<p>【産後1か月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・こちらの健康チェック票(EPDS)が9点以上または質問10の項目に得点がある場合 ○質問10(自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた) <p>【産後2週間・1か月共通】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・愛着形成に不安がある場合 ・身なりや表情・言動が気になる
社会的	<ul style="list-style-type: none"> ・未入籍・入籍の予定なし、 ・妊娠検診の定期受診なし ・経済的困窮 ・産後に家事や育児を手伝ってくれる人がいない ・育児能力に不安がある ・養育環境が整っていない

大分県 大分トライアル(メンタルヘルスチェック票)

※前ページ「ハイリスク基準(表1)」内 産後2週間で利用

大分トライアル (メンタルヘルスチェック票)

あなたの、最近の調子についてお答えください。

① 現在、こころの調子はいかがですか？

よい ■ ふつう
よくない ()

② これまでにカウンセラーや心療内科や精神科等に相談したことがありますか。

はい (施設名:) ない

③ 現在、カウンセラーや心療内科や精神科等に相談をしていますか。

はい (施設名:) ない

*常用しているお薬がありますか。

ない ある：睡眠薬 安定剤 わからない薬 その他

お薬の名前がおわかりであれば、ご記入ください。

④ 悩んだり心配があるときに、相談する人がいますか？

はい ■ いいえ

⑤ 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まされたことがありますか？

はい ■ いいえ

⑥ 過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？

はい ■ いいえ

⑦ 過去1か月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感また神経過敏を感じがありましたか？

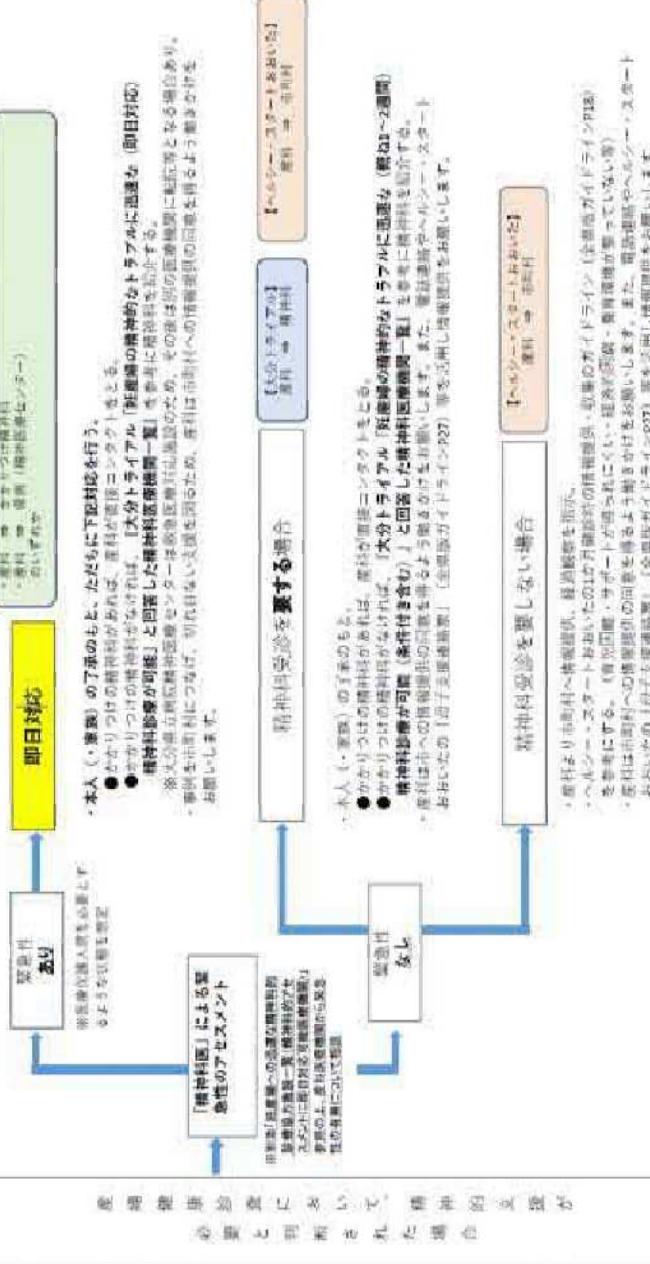
はい ■ いいえ

⑧ 過去1か月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことがありましたか？

はい ■ いいえ

大分県 産婦健康診査後のメンタルヘルスフォローモード

産婦健康診査後のメンタルヘルスフォローモード



参考文献：立花良久、「母親のメンタルヘルスサポートハンドブック 気づいて、つないで、支える多職種連携版」（医歯薬出版）

②情報連携フォーマット

情報連携を充実させるうえでは、統一的なフォーマットを用いて、情報の抜け漏れを防ぎ、確実な情報連携を行うことも有用である。自治体によっては受診券の裏面に結果票を印刷するなどし、費用請求時にその内容を自治体に報告するといった取組も行われている。

また、都道府県単位で情報連携のフォーマットを定めている自治体もある。これは、地域間での情報連携の質の格差を是正するだけでなく、複数の市町村から委託を受けている医療機関の事務的な負担を軽減することにもつながると言えよう。

次ページ以降にいくつかの自治体の様式例を示す。各自治体の様式を検討される際に参考にしていただきたい。

産婦健康診査事業 情報連携フォーマット
様式例1 広島県 産婦健康診査結果情報提供書(医療機関→市町)

<p>(様式第7号: 医療機関→市町) ※各市町の様式がない場合</p> <p>産婦健康診査結果 情報提供書(案)</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>○○市・町 ○○課 様</p> <p style="text-align: center;"> <u>医療機関・助産所名</u> <u>記入者名</u> <u>【医師・助産師・看護師・他 ()】</u> <u>電話番号</u> </p> <p>産婦健康診査において、支援が必要と判断しましたので、今後の支援をお願いします。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">産婦氏名</td> <td style="width: 85%;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>子の氏名</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: 0;"> <p>FAXで送付する際は、 記入しないでください。 後ほど、担当者から貴院へ 連絡します。</p> </div>		産婦氏名	年 月 日	生年月日		子の氏名	年 月 日	生年月日		住 所		電話番号	
産婦氏名	年 月 日												
生年月日													
子の氏名	年 月 日												
生年月日													
住 所													
電話番号													
<p>産婦健康診査の結果</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">受診日</th> <th style="width: 85%;">令和 年 月 日 (産後 日目)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">産婦健康 診査結果</td> <td> <p>【エジンバラ産後うつ質問票】</p> <p><input type="checkbox"/> 合計点 () 点</p> <p><input type="checkbox"/> 質問項目 10 が 1 点以上</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の判断により継続支援が必要()</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>【診察結果】</p> <p>※該当する番号に○を記載してください。()にその内容を記載してください。</p> <p>1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要経過観察 () <input type="checkbox"/> 3 要医療 () <input type="checkbox"/> 4 治療中 () <input type="checkbox"/></p> <p>※産婦健康診査問診票の写しを添付してください。</p> </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">市町による支援</td> <td> <p><input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 特記事項()</p> </td> </tr> <tr> <td> <p><input type="checkbox"/> 本情報提供することについては、本人の同意を得ています。</p> <p><input type="checkbox"/> 本情報提供することについて、本人の同意を得ていませんが、情報提供(児童福祉法第21条の10の5)として連絡します。</p> </td> </tr> <tr> <td>連絡事項</td> <td> <p>結果報告書の送付希望 有 • 無</p> </td> </tr> </tbody> </table>		受診日	令和 年 月 日 (産後 日目)	産婦健康 診査結果	<p>【エジンバラ産後うつ質問票】</p> <p><input type="checkbox"/> 合計点 () 点</p> <p><input type="checkbox"/> 質問項目 10 が 1 点以上</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の判断により継続支援が必要()</p>	<p>【診察結果】</p> <p>※該当する番号に○を記載してください。()にその内容を記載してください。</p> <p>1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要経過観察 () <input type="checkbox"/> 3 要医療 () <input type="checkbox"/> 4 治療中 () <input type="checkbox"/></p> <p>※産婦健康診査問診票の写しを添付してください。</p>	市町による支援	<p><input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 特記事項()</p>	<p><input type="checkbox"/> 本情報提供することについては、本人の同意を得ています。</p> <p><input type="checkbox"/> 本情報提供することについて、本人の同意を得ていませんが、情報提供(児童福祉法第21条の10の5)として連絡します。</p>	連絡事項	<p>結果報告書の送付希望 有 • 無</p>		
受診日	令和 年 月 日 (産後 日目)												
産婦健康 診査結果	<p>【エジンバラ産後うつ質問票】</p> <p><input type="checkbox"/> 合計点 () 点</p> <p><input type="checkbox"/> 質問項目 10 が 1 点以上</p> <p><input type="checkbox"/> 医師の判断により継続支援が必要()</p>												
	<p>【診察結果】</p> <p>※該当する番号に○を記載してください。()にその内容を記載してください。</p> <p>1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要経過観察 () <input type="checkbox"/> 3 要医療 () <input type="checkbox"/> 4 治療中 () <input type="checkbox"/></p> <p>※産婦健康診査問診票の写しを添付してください。</p>												
市町による支援	<p><input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 特記事項()</p>												
	<p><input type="checkbox"/> 本情報提供することについては、本人の同意を得ています。</p> <p><input type="checkbox"/> 本情報提供することについて、本人の同意を得ていませんが、情報提供(児童福祉法第21条の10の5)として連絡します。</p>												
連絡事項	<p>結果報告書の送付希望 有 • 無</p>												

産婦健康診査事業 情報連携フォーマット

様式例2 広島県 支援経過・結果報告書(市町→医療機関)

医療機関から情報提供を依頼するだけでなく、情報提供してくれた医療機関に対しては、その後の支援の状況についてもフィードバックできるような書式を制定している。

(様式第8号) ※各市町の様式がない場合			
産婦健康診査 支援経過・結果報告書(案)			
令和 年 月 日			
_____様			
<u>〇〇市・町</u> <u>担当者名</u> <u>電話番号</u>			
現在までに、次のとおり支援させていただきましたので、ご報告いたします。			
ふりがな 産婦氏名		生年月日	
住 所			
対応方法	<input type="checkbox"/> 家庭訪問 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 面接・電話 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()		
支援時の 状況	【母の様子】 食欲(有・無) 睡眠(良好・不良) 疲労感(有・無) 乳房トラブル(有・無) 育児手技(良好・不良) その他()	【育児環境】 育児協力者・相談相手(無・有) 経済状況(安定・不安定) その他()	【特記事項:相談支援内容等】
今後の方針	<input type="checkbox"/> 繼続支援 次回予定等() <input type="checkbox"/> 産後ケア事業等、産後の支援サービスの提供() <input type="checkbox"/> 相談等、関係機関の紹介() <input type="checkbox"/> 支援を終了() <input type="checkbox"/> その他()		
本報告書を送付することについての本人の同意		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

産婦健康診査事業 情報連携フォーマット
様式例3 三重県 産婦健康診査結果票(医療機関→市町)

【資料4】 産婦健康診査結果票 (A4版 裏面:EPDS)

産婦健康診査結果票 (産後2週間用・1か月用)

* 太線内すべての項目をボールペン等で記入してください。

フリガナ	産婦	S H	年月日
産婦氏名	生年月日		
住所	住民票登録地		
産婦連絡先	TEL・携帯	世帯主氏名	
産婦生活歴	喫煙 なし・あり	本/日	飲酒 なし・あり (時々・毎日)

以下は医療機関等が記入します。

出産日	年月日	産後日数	日 (1回目:産後約2週間) (2回目:産後約1か月)
健 康 診 査 の 結 果	1. 異常なし	*実施した項目をチェックし、結果を記入してください。	
	2. 要指導	<input type="checkbox"/> 問診 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 尿検査 (蛋白・糖) <input type="checkbox"/> EPDS <input type="checkbox"/> 2項目質問票 <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 問診:支援者がいるか (はい・いいえ) 休養がとれているか (はい・いいえ) 授乳状況 (母乳・混合・人工乳) 精神疾患の既往歴 (なし・あり) (うつ病・パニック障害・統合失調症・ その他)	
		<input type="checkbox"/> 診察:子宮復古 (良・否) 悪露 (正・否) 乳房の状態 ()	
		<input type="checkbox"/> 体重測定 (kg) <input type="checkbox"/> 血圧測定 (~ mm Hg) <input type="checkbox"/> 尿検査 蛋白 (-・+・++) 糖 (-・+・++) <input type="checkbox"/> EPDS (点) <input type="checkbox"/> 2項目質問票 (該当あり・該当なし)	
産婦への 指示	1.なし 2.あり (1.栄養 2.生活 3.疾病予防 4.その他)		
市への 指示	1.なし 2.あり (1.電話 2.来所 3.訪問 4.その他)		
実施年月日	年月日		

上記のとおり、健康診査結果を報告します。

年月日

委託医療機関等名称

担当医師・助産師名

出所)産婦健康診査事業実施マニュアル 第3版(令和4年3月)
<https://www.mie.med.or.jp/hp/doctor/boshi/index2.html>

産婦健康診査事業 情報連携フォーマット
様式例4 三重県 支援結果連絡票(市町→医療機関)

【資料10】		支 援 結 果 連 絡 票		(市町→産婦健康診査事業実施機関)
送付先医療機関		平成 年 月 日		
様		市町名 担当課名 担当者名 電話番号		
情報提供いただきました下記の産婦・児についてご報告いたします。				
子どもの氏名 性別・生年月日	フリガナ (男・女) H 年 月 日生・第()子 単胎・多胎()子中()子			
住所 (自宅・実家)				電話(自宅) 携帯(父・母)
父母の氏名 生年月日 職業	父:フリガナ S・H 年 月 日生(歳) 職業()既往歴()	母:フリガナ S・H 年 月 日生(歳) 職業()既往歴()	家族構成 □—○	
対応方法 対応時の状況	訪問・面接・電話・その他() 實施日:平成 年 月 日 月齢 ケ月 日(修正月齢 ケ月 日)・産後 過			
児の様子	体重 g 退院後1日増加量 g/日 身長 cm 頭囲 cm 胸囲 cm 栄養状況 母乳()回・ミルク(ml × ()回、離乳食 回食 排便 回/ 日 発育 良・不良() 発達 良・不良() その他			
産婦及び 養育状況	心身の状態 良・不良(血圧・浮腫・マタニティブルー・EPDS()点・赤ちゃんへの気持ち()点) その他() 育児不安 なし・有() 養育態度 問題なし・有() 相談者の有無 有(夫・実母・兄弟姉妹・友人・その他())・なし 支援者の有無 有(夫・実母・兄弟姉妹・友人・その他())・なし その他			
相談内容	なし・有			
支援内容				
今後の支援	終了 次回支援予定(月、電話・面接・訪問・その他()) 支援方針()			
医療機関への 連絡事項				
情報提供承諾	あり・なし			

出所)産婦健康診査事業実施マニュアル 第3版(令和4年3月)
<https://www.mie.med.or.jp/hp/doctor/boshi/index2.html>

2) 評価・分析

事業をただやりっぱなしにするのではなく、どれだけ事業が実施され、どういった効果があるのか、どういった課題があるのかを分析・評価することで、よりよい事業推進につなげることができる。目的に合わせた評価指標を設定し、状態を確認することも必要となる。

広島県

県が主導して定量的な事業の分析・評価を実施

背景

コロナ禍で妊娠婦の不安が高まったことをきっかけに、母子保健領域において、産婦健診でスクリーニングをし、産後ケアにつなげる仕組みがないと、支援が必要な方を把握し適切なケアに繋げることが困難であることを問題意識としていた。そこで、広島県では、県が主導して医師会・助産師会・産婦人科医との調整に加え、助産師会にコーディネーターを配置することで県との契約を促進した。

県として事業実施体制の整備に参画するだけでなく、県下の状況を把握し、事業全体を評価している。

工夫

広島県では、市町村の利用実績を把握するのみならず、要支援に該当する方の人数や、支援を必要とする方について全ての医療機関から速やかな情報提供があつたかなどを把握している。

それらの分析によって、実際にEPDS高得点者が産後2週間健診時と比べると、1か月健診時には減少しており、産婦健康診査事業によりメンタルケアの必要な産婦を早期に把握し、産後ケア事業などの早期支援につなげることができているといった効果が分かってきている。

さらには、全国的に産後うつが増加傾向にあるという調査研究なども出ているが、市町からも産婦健康診査の結果ある程度低い水準に抑えられているとの声が挙がっているとのことであった。全体的にEPDSの点数も下がってきており、目に見えた効果が上がってきていている。

広島県では県下の実施状況やその成果を調査して取りまとめており、その結果を市町会議などでフィードバックしている。

また、一方で、速やかな情報提供の徹底については課題となっているなど、改善点も把握し、次年度以降の施策検討に役立てできている。

- ✓ 産後2週・4週の2回のスクリーニングにより、メンタルケアの必要な産婦を早期に把握し、産後ケア事業などの早期支援につなげることができている。

区分	R3年度 産婦健診受診者数		
	受診者数	要支援産婦	要支援産婦の割合
1回目 (産後2週)	16,721人	1,761人	10.5%
2回目 (産後4週)	13,484人	728人	5.4%