

川崎市医療機関における宿泊ケア事業実施要綱

(目的)

第1条 医療行為が必要である又は虐待予防のために特に宿泊によるケアが必要である生後4か月未満の乳児とその母に対して、医療機関における宿泊ケア事業（以下「本事業」という。）を実施することにより、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を目的とする。

(支援を実施する者)

第2条 本事業の実施主体は、川崎市とする。なお、本事業の趣旨を理解し、適切な実施が期待できる医療機関に事業の実施を委託して行うものとする。本事業の委託を受ける者（以下「受託事業者」という。）は、次の各号の要件を全て満たすものとする。

- (1) 助産師、保健師又は看護師を24時間体制で1名以上配置し、宿泊により母体の体力の回復を促すとともに、母体ケア及び乳児ケアを実施し、今後の育児に資する指導及び相談を行う実施体制が確保できること。
- (2) 本事業を安全・快適に提供できる施設設備を備えていること。
- (3) 利用者に対する食事の提供ができること。
- (4) 入浴施設を有していること。
- (5) 第4条に定める事業内容を提供できること。
- (6) 各区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）（以下「地域みまもり支援センター」という。）及び川崎市こども未来局と連携・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、市内に住所を有する生後4か月未満の乳児とその母であって、第5条で定める医療機関における宿泊によるケア（以下「宿泊ケア」という。）を必要とし、かつ次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 内服薬管理、インスリン注射、導尿等の医療行為が必要であるが、原則自己管理ができる者で、入院加療の必要がなく、医師により医療機関における宿泊ケアの利用が可能であると判断される者。ただし、感染性の疾患に罹患している者は除く。
- (2) 虐待予防の観点から特に宿泊ケアの利用が必要と保健所長が認める者。
- (3) その他市長が特に必要と認める者。

(事業内容)

第4条 本事業は、地域みまもり支援センターの職員が作成する支援計画に基づき、妊娠から出産までの切れ目のない支援を行うサービスとして、宿泊により、母体の回復を促すとともに、母体ケア及び乳児ケアを実施し、今後の育児に資する指導及び相談を実施する。

- 2 宿泊は原則、利用開始日の午前10時から翌日の午後2時までの1泊2日以上の利用を基本とする。（利用開始初日を1日とし、以降午前0時を過ぎるごとに1日が積算

されるものとする。)

3 第1項における母体ケア及び乳児ケア、育児に資する指導等は、次の各号に掲げる内容とする。

- (1) 産婦の母体管理及び生活面の指導
- (2) 乳房手当、乳房トラブルケア
- (3) 授乳方法
- (4) 沐浴方法
- (5) 発育・発達の観察
- (6) 体重・排泄の観察
- (7) スキンケア
- (8) その他必要に応じた心理的ケア・保健指導・育児指導

4 本事業の実施にあたり、管理責任者を定め、別に定める「産後ケア事業の安全管理の手引き」の内容を遵守しなければならない。

5 母子の疾患が悪化し、本事業の継続が難しいと判断された場合は、受託事業者は本事業を中止し、必要時適切な医療を実施し、地域みまもり支援センター及び専門医療機関等、関係機関との連携・調整を行うものとする。

(交通費支援)

第5条 市は、利用者が居住する地域に受入可能である本事業の実施医療機関等がなく、遠方の医療機関等を利用せざるを得ない場合は、別に定める「川崎市医療機関における宿泊ケア事業交通費支援実施要領」により交通費支援を実施する。

(利用期間)

第6条 利用の初日及び最終日を含め通算7日以内とする。ただし多胎児の場合は、2人目以降の乳児1人につき、利用期間を通算7日以内で加えることができる。

(費用)

第7条 受託事業者が宿泊ケアの利用者に提供する事業の費用は、1日につき37,000円とする。

2 次の各号に掲げる項目に該当する場合は、前項に定める額に加算する。

- (1) 22時から翌朝5時までの間に、3名以上の職員を配置し、かつ、そのうち1名以上を本事業専属の職員とした場合は、1日につき8,150円を加算する。ただし、本加算の1か月の合計は、244,600円を上限とする。
- (2) 多胎児を受け入れた場合は、2人目以降の乳児1人につき1日30,000円を加算する。

(自己負担額)

第8条 宿泊ケアを利用する者は、当該サービスに要する費用の一部を負担しなければならない。

2 宿泊ケアの利用者が負担する自己負担額は、別表に定めるとおりとし、利用者は、

自己負担額を利用した受託事業者に直接支払うものとする。

- 3 前項の自己負担額は、生活保護世帯及び当該年度（４月から６月に利用する場合は前年度）の市民税が非課税の世帯（以下「市民税非課税世帯」という。）を除き、初回から５回目までの利用については、前項に定める額（第９条第１項に該当する場合はその額）から２，５００円を減じた額とする。なお、利用回数については、実際に利用した場合に限り、１日につき１回として減額を適用する。

（自己負担額の減免）

第９条 保健所長は第３条第２号に定める対象者のうち、前条に基づき算出された自己負担額の支払いが困難と認められるときは、自己負担額を１日につき３，０００円に減免することができる。

- 2 前項に規定する自己負担額の減免を希望する者は第１０条の利用申請と合わせて「特例による医療機関における宿泊ケア事業自己負担額減免申込書」（第１号様式）により、保健所長に申し込むものとする。
- 3 保健所長は、前項による申込みの審査に必要な場合、減免の理由、家庭の状況等を明らかにするための客観的な判断資料として、その母子の属する世帯構成員について、次の各号に掲げる書類のうち必要な書類を添付させるものとする。
 - （１）給与証明書等収入を証明するもの
 - （２）罹災証明書等罹災を証明するもの
 - （３）診断書等健康状態を証明するもの
 - （４）その他申請理由を証明するもの
- 4 保健所長は減免が必要と認めたときは、「特例による医療機関における宿泊ケア事業自己負担額減免協議書」（第２号様式）により、こども未来局長に事前に協議するものとする。
- 5 こども未来局長は、保健所長から自己負担額の減免の協議を受けた時は、速やかに、これを審査し、その審査結果を「特例による医療機関における宿泊ケア事業自己負担額減免協議結果」（第３号様式）により保健所長へ回答するものとする。
- 6 保健所長は、前項の回答結果に基づき、減免の可否を第１１条の承諾通知と合わせて通知するものとする。

（利用の申請）

第１０条 宿泊ケアを利用しようとする者（以下「申請者」という。）は川崎市医療機関における宿泊ケア事業利用申請書兼依頼書（第４号様式。以下「申請書」という。）を保健所長に提出しなければならない。なお、生活保護世帯及び市民税非課税世帯については、それを証する書類を提出するものとする。

（承認及び通知）

第１１条 保健所長は、申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、利用の可否の決定を行い、承認したときは、川崎市医療機関における宿泊ケア事業利用承認通知書（第５号様式）により、不承認としたときは、川崎市医療機関における宿

泊ケア事業利用不承認通知書（第 6 号様式）により、申請者に通知するものとする。

（変更の申請等）

第 12 条 宿泊ケアの利用を承認された申請者（以下「利用者」という。）は、申請した事項に変更が生じたときは、速やかに地域みまもり支援センター及び受託事業者（以下「区役所等」という。）に連絡しなければならない。

2 前項の変更のうち、利用日を変更又は利用を中止する場合は、利用者は、当該利用日の前日の正午までに区役所等に連絡をしなければならない。

3 利用者が、前項に定める期限を過ぎて区役所等に連絡した場合、又は連絡することなく利用を中止した場合は、利用日の変更の場合を除き、第 6 条の利用期間として計上するものとし、受託事業者はキャンセル料として別表に定める額と同額を直接利用者から徴収することができるものとする。また、その場合の算定基礎となる日数は、第 7 条に定める費用の算定及び第 14 条に定める委託料の算定においては、宿泊ケアの利用があった日数として計上するものとする。ただし、次の各号の要件のいずれかに該当する場合はこの限りではない。

（1）出産した施設を退院する日から産後ケアを利用する予定としていたものが、退院日の変更により利用日を変更する場合

（2）地震、水害、その他の災害など、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又は利用できなかった場合

4 前項第 1 号に規定される場合は、受託事業者は宿泊ケアにかかる費用から自己負担額を差し引いた額を市長に請求することができる。

（費用の請求）

第 13 条 受託事業者は事業を実施した月分の川崎市医療機関における宿泊ケア事業実施報告書（第 7 号様式。以下「実施報告書」という。）を作成して、速やかに市長に提出するものとする。

2 受託事業者は、本事業の委託料の請求について、実施報告書、川崎市医療機関における宿泊ケア事業委託料請求書（第 8 号様式）及び川崎市医療機関における宿泊ケア事業実績報告書（第 9 号様式）を作成し、当月分を翌月 10 日までに市長に請求するものとする。

（委託料の支払い）

第 14 条 市長は、受託事業者から、本事業の委託料の請求を受けた場合は、その請求内容を審査し、適当と認めたときは、委託契約に基づき支払いを行うものとする。

2 前項に規定する委託料に関しては、第 7 条の規定により決定した費用の額から第 8 条第 2 項及び第 9 条第 1 項の規定により決定した利用者が支払うべき自己負担額を減じて得た額とする。

（相談記録の管理）

第 15 条 こども未来局、区役所等は支援に係る記録を適切に管理しなくてはならない。

(報告及び調査)

第16条 市長は、受託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、記録その他必要書類の調査をさせることができる。

(秘密の保持)

第17条 本事業の関係者は、秘密保持に最大の配慮を払うとともに、本事業により知り得た秘密を本事業の目的以外に利用してはならない。

(委任)

第18条 本要綱に規定するもののほか、事業の実施に関して必要な事項はこども未来局長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和5年10月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 旧要綱の規定により調製した帳票で、現に残存するものについては、当分の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(別表)(第8条、12条関係)

世帯種別	自己負担額
一般世帯	1日につき 7,500円
市民税非課税世帯	1日につき 2,500円
生活保護世帯	無 料

第1号様式

川崎市保健所長

住所 _____
申請者 _____
氏名 _____

特例による医療機関における宿泊ケア事業自己負担額減免申込書

次の母子の川崎市医療機関における宿泊ケア事業自己負担額について、川崎市医療機関における宿泊ケア事業実施要綱第9条の規定に基づき、次のとおり自己負担額の減免を申し込みます。

利用乳児氏名		生年月日		
		年 月 日		
利用母氏名		利用医療機関名		
母子の世帯状況	氏名	続柄	年齢	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
減免申込事由発生年月日		年 月 日		
減免申込事由の状況				
今後の見通し				

第2号様式

第 号
年 月 日

(宛先) こども未来局長

川崎市保健所長

特例による医療機関における宿泊ケア事業自己負担額減免協議書

年 月 日申込にかかる次の母子の医療機関における宿泊ケア事業自己負担額減免について、必要書類を添えて協議します。

- 1 減 免 申 込 者
住 所

- 2 利用者名、生年月日

- 3 利用医療機関名
利用年月日

- #### 4 減免申込理由

- ## 5 川崎市保健所長の意見、減免の認定及び減免の期間

□要対協又は児童家庭相談ケース等特に支援が必要な家庭である又は産婦健康診査の結果継続支援が必要と判断され、医療機関を受診したケースである。

☐ 宿泊ケア事業の利用の必要性があるが、通常の自己負担額では利用ができない理由がある。

その理由

減免の期間

- ## 6 添付書類

第3号様式

第 号
年 月 日

川崎市保健所長

こども未来局長

特例による医療機関における宿泊ケア事業自己負担額減免協議結果（回答）

年 月 日 第 号により協議のあったこのことについて次の
とおり回答します。

1 減 免 申 込 者
住 所

2 利用者名、生年月日

3 利用医療機関名
利 用 年 月 日

4 減 免 審 査 結 果

5 減免後自己負担額
減 免 の 期 間

6 添 付 書 類

第4号様式（表面）

川崎市医療機関における宿泊ケア事業利用申請書兼依頼書

年 月 日

川崎市保健所長

申請者	名前		電話	
	住所			
	緊急連絡先		住所	
			電話	

利用可能期間		年 月 日 ～ 年 月 日（退院日～産後4か月になる日の前日まで） ※早産児については、出産予定日から換算して4か月になる日の前日まで					
利用者	母親の氏名			生年月日	年 月 日 (歳)		
	子の氏名		性別 男・女	出生順位 第 子	妊娠期間 週 日	出生体重 g	出生年月日（月齢） 年 月 日 (か月 日)
	子の氏名		性別 男・女	出生順位 第 子	妊娠期間 週 日	出生体重 g	出生年月日（月齢） 年 月 日 (か月 日)
	子の氏名		性別 男・女	出生順位 第 子	妊娠期間 週 日	出生体重 g	出生年月日（月齢） 年 月 日 (か月 日)
世帯構成 (利用者 は除く)	氏名	続柄	生年月日		職業	家族構成（区記入欄）	
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
世帯の区分 ()に○を記入してください。		() ①生活保護世帯・市民税非課税世帯（※証明書を添付してください。） () ②市民税課税世帯					
利用に あたって		利用希望日					
	利用日	年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)					
		年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)					
		年 月 日 ～ 年 月 日 (泊 日)					
サービス内容	1 産後の心身のケア、助言 2 乳房ケア、授乳ができるためのケア、助言 3 沐浴等の育児手技の相談、助言 4 自宅での子育てができるよう相談、助言 5 その他 ()						

※利用にあたっての希望は、母子の状況や施設の空き状況などにより希望に添えないこともあります。御了承ください。

同意書	
私は、当申請に関し次の事項に同意します。	
1 この事業を利用するために、私の情報をサービスを提供する施設等に必要な範囲で提供すること。	
2 サービス提供する施設から居住区の地域みまもり支援センターに利用状況を報告すること。	
3 利用時に利用者負担額を施設に現金で支払うこと。	
4 世帯の区分を確認するため、川崎市が利用者及びその世帯の所得情報について確認をおこなうこと。	
本人（母親） 氏名	
代理人（続柄 ） 氏名	

第4号様式（裏面）

現在の状況についてお伺いします。		センター使用欄
1 母の体調について		
(1) 分娩施設名 () □市内 □市外 □その他(自宅等) (2) 分娩による入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (3) 体調不良はありますか □はい □いいえ (4) 治療中の疾患はありますか □はい □いいえ 病名 (頃から) : 医療機関名 : 主治医名 : 病名 (頃から) : 医療機関名 : 主治医名 : (5) 主治医に、宿泊ケアの利用の確認をしていますか □はい (科) □いいえ (6) 入院治療が必要な状況とされていますか □はい □いいえ (7) 薬は内服していますか □はい □いいえ 薬剤名 : 頻度 : (8) 感染症疾患に罹患していますか □はい □いいえ (9) ケアや食事等なにか配慮が必要なことがあればお書きください(アレルギー等)	□出産後の身体的な不調や回復の遅れがあり、休養が必要である。 □出産後の健康管理について、保健指導が必要である。 ※宿泊ケアの利用が可能であることを主治医に確認できていない場合には対象外。主治医とは母親の産後の状況を把握し、宿泊ケアの利用の可否を総合的に判断できる医師とする。 ※感染性の疾患や母親に入院加療の必要がある者は対象外	
2 母のこころの調子について		
(1) こころの不調はありますか(出産前とは異なる不安定な状況) □はい □いいえ はいの場合、どのような状況ですか (2) 赤ちゃんのいる生活で困難(うまくいかない)と感じていることはどのようなことですか	□出産後の心理的な不調がある □育児に関しての不安がある □産婦健診結果 E P D S 点 ボンディング 点 □産婦健診後の医療受診あり	
3 赤ちゃんの体調について		
(1) 治療中の疾患はありますか(風邪等の一時的な者も含む) □はい □いいえ 病名 (頃から) : 医療機関名 : 主治医名 : (2) 薬を内服していますか □はい □いいえ 薬剤名 : 頻度 :	※母子のいずれかが感染症疾患(インフルエンザ等)に罹患している場合は対象外	
4 家族の状況について		
(1) 家事・育児のサポートをしてもらえる人はいますか。 □はい(どなたですか: 、居住地) □いいえ 具体的な育児状況 : (2) 分娩施設等から利用を勧められましたか □はい □いいえ 勧められた理由 :	□家族等からの十分な育児、家事等の支援が受けられない □その他支援が必要である状況がある ()	

宿泊ケアを利用した支援プラン（必要時、地域みまもり支援センター職員と面接をして一緒に作成します。）

第 号
年 月 日

様

川崎市保健所長

川崎市医療機関における宿泊ケア事業利用承認通知書

年 月 日に申請のありました医療機関における宿泊ケア事業の利用について、次のとおり承認したので通知します。

利 用 期 間 及 び 日 数	☐ 年 月 日から 年 月 日 (日間) ☐ 宿泊ケア利用日数 (今回の利用で該当の日数に○をつける) 1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目 残り 日利用可能
利 用 医 療 機 関	名 称 電話番号
世 帯 区 分 等	☐ 一般世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ 特例での減免
利 用 料 金	1日あたり 円 (合計 円) ※初回から5回目までの利用分は利用料金から2,500円を減じた額を施設にお支払いください。(市民税非課税世帯及び生活保護世帯を除く)

- ※ 利用の際は母子健康手帳をご持参ください。
- ※ 利用料金は利用する医療機関へ直接お支払いください。
- ※ 日程の変更（中止）は、利用日の前日の昼の１２時までに利用する医療機関と地域みまもり支援センター（電話番号）へ連絡してください。期日を過ぎての利用日の変更（中止）、または連絡をすることなく利用を中止した場合は、キャンセルとして取り扱い、キャンセルに伴う利用者負担が発生する場合がありますのでご注意ください。
- ※ 症状の悪化等で医師等により宿泊ケアの継続が難しいと判断された場合は、中止になる場合があります。

利用変更・中止した場合の利用者負担額	
利用日の前日の昼12時までに連絡した場合	0 円
利用日の前日の昼12時以降に連絡した場合又は無連絡（注） の場合	利用料金の全額

（注）利用開始日を過ぎて連絡した場合は、上記の金額に、連絡をした時点までの日数を乗じた金額をお支払いいただく場合があります。

第 6 号様式

第 号
年 月 日

様

川崎市保健所長

川崎市医療機関における宿泊ケア事業利用不承認通知書

年 月 日に申請のありました宿泊ケア事業の利用について、次の
とおり不承認としたので通知します。

(不承認の理由)

宛先) 川崎市長

利 用 者 氏 名		生 年 月 日	年	月	日
住 所	川 崎 市 区				
子 の 氏 名		生 年 月 日	年	月	日
利 用 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）				
保健指導の内容 （該当するものにチェック）	☐ 産婦の母体管理 ☐ 生活面の指導 ☐ 乳房管理 ☐ 沐浴指導 ☐ 授乳等の育児指導 ☐ その他必要な保健指導（ ）				
世 帯 の 区 分 （利用承認通知書に記載）	☐ 一般世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				
特 例 で の 減 免 （利用承認通知書に記載）	☐ あり ☐ なし				
５回までの利用	☐ あり（ 回分） ☐ なし				
自 己 負 担 額 （利用承認通知書に記載）	¥ （ 円 × 日）				
母 の 状 況					
母の治療中の疾患					
児 の 状 況					
助 産 師 実 施 結 果 ・ 所 見					
継続支援の必要	なし・あり	その理由			
引 継 事 項	☐ 地域みまもり支援センター（ 月 日：担当 ） ☐ 医療機関紹介 ☐ 宿泊ケア再利用 ☐ その他、連絡など 【その他連絡詳細】				

上記利用者に対し、宿泊ケア事業を実施しましたので、結果を報告します。

年 月 日

所在地

名 称

担 当 者 名

宛先)川崎市長

川崎市医療機関における宿泊ケア事業委託料請求書

請求者（契約書と同様に願います。）
住所
名称
（法人名）
代表者名
印

次のとおり、 年 月分の川崎市医療機関における宿泊ケア事業実施委託料を請求します。

請求額 ￥

内訳

世帯区分1（一般世帯）	@ 29,500	×	日（利用日数）＝	円
世帯区分2（市民税非課税世帯）	@ 34,500	×	日（利用日数）＝	円
世帯区分3（生活保護世帯）	@ 37,000	×	日（利用日数）＝	円
特例での減免	@ 34,000	×	日（利用日数）＝	円

【該当がある場合記載】

5回までの減免	@ 2,500	×	回（利用回数）＝	円
多胎児	@ 30,000	×	日（利用日数）＝	円
キャンセル（分娩医師の判断によるもの）	@	×		
夜間職員2名以上の配置加算	@ 8,150		日（利用日数）＝	円

合計 円

口座情報（本市に御登録されているものと同様に省略せずに御記載ください）

お振込先

口座

名称

宛先)川崎市長

川崎市医療機関における宿泊ケア事業実績報告書(年 月分)

医療機関名 _____

No.	利用者氏名	生年月日	子の氏名	生年月日	居住区	世帯 区分	利用医療機関名	利用料 単価	自己負担 単価	利用 日	利用 日数	利用 総額	5回まで の 利用回数 (回分)	自己 負担額	請求額	多胎	備 考
1										～							
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	
36																	
37																	
38																	
39																	
40																	
41																	
42																	
43																	
44																	
45																	
46																	
47																	
48																	
49																	
50																	