

大阪市産婦健康診査実施要綱

（目的）

第1条 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か月などの出産後間もない時期の産婦に対する産婦健康診査を公費負担することにより、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。

（実施主体）

第2条 本事業の実施主体は、大阪市（以下「本市」という。）とする。ただし、産婦健康診査については、原則として本市と委託契約を締結する産科又は産婦人科を標榜する医療機関及び助産所（以下「実施機関」という。）において実施し、本市と委託契約を締結していない実施機関に対しては、産婦健康診査を実施した後、産婦に対して償還払いを行う。

（対象者）

第3条 本市に居住する産後8週以内の産婦とする。

（実施時期等）

第4条 産婦健康診査の実施時期は、産後2週間前後と産後1か月前後の2回とする。

2 実施内容は、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）、診察（悪露、乳房の状態、子宮復古状況、表情・言動等）、体重・血圧測定、尿検査（蛋白・糖）、及びエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）とする。

3 公費負担上限額は、1回の産婦健康診査につき5,000円とする。

（受診票の交付）

第5条 市長は、妊娠届を受理したとき及び他市町村から転入した妊婦若しくは産後8週以内の産婦に係る母子健康手帳居住地・氏名変更届を受理したときは、産婦健康診査の受診票（第1号様式、第2号様式）を交付する。

2 受診票の有効期限は、出産後8週以内とする。

3 受診票の再交付は原則認めない。ただし、盗難等に遭うなどした場合は、産婦が警察に届出を行い、受理された受理番号を区保健福祉センターにおいて確認することにより、受診票を再交付する。また、受診票を遺失し、産婦が警察に届出をした場合についても同様の取扱いとする。

なお、受診票は、使用したものを実施機関に確認し、使用済みの受診票を切り離し再交付する。実施機関で使用した番号がわからない場合は、転入の場合と同じ取扱いとする。

(実施方法)

第6条 受診票の交付を受けた産婦は、受診票に必要事項を記入し、第2条に定める実施機関に提出して産婦健康診査を受けるものとする。

2 実施機関は、受診票の提出を受けた場合は、第4条第2項に規定する産婦健康診査を実施するものとする。

(報告と支援)

第7条 本市と委託契約を締結している実施機関は、産婦健康診査を実施したときは、受診票を添えて受診結果を本市に報告しなければならない。

2 本市と委託契約を締結していない実施機関は、産婦健康診査を実施したときは、受診票を産婦に返却するものとし、産婦において、受診票を添えて受診結果を大阪市長あて直接報告するとともに、産婦健康診査に要した受診料を請求するものとする。

3 第1項及び第2項の規定に関わらず、受診した産婦が次の各号のいずれかに該当する場合は、実施機関は、産婦健康診査実施後、速やかに受診票の写しを添えて受診結果を本市に報告しなければならない。

(1) エジンバラ産後うつ病質問票(E P D S)の結果が9点以上の場合

(2) エジンバラ産後うつ病質問票(E P D S)の質問項目10が1点以上の場合

(3) 児童福祉法第6条の3第5項で定める特定妊婦など、妊娠中から保健福祉センターと共同で支援していた場合

(4) 実施機関の判断により、身体面、精神面等による継続支援が必要であると判断した場合

4 前項の報告があった場合、本市はその結果に応じ、産後ケアや訪問指導等による適切な支援を行う。

里帰り出産の場合は、里帰り先の地方公共団体等とも連携し、これを行う。

附 則

(施行期日)

本要綱は、平成29年10月1日から施行する。ただし、平成29年10月1日以降に出産した産婦に適用する。

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

この要綱は、令和6年10月1日から施行する。

*この受診票は、切り離し無効です。必ず手帳表紙の産婦氏名・住所と同じであることの確認を受けてご使用ください。
*この受診票は、大阪市が契約する委託医療機関・助産所で使用できます。
*この受診票で、1回産婦健康診査を受診できます。検査内容は、問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、こころの健康チェックです。
（上記以外の検査、治療、投薬等については公費負担対象外です。）
*実施時期は、産後2週間前後と1か月前後です。使用できるのは出産後8週以内です。この時期を超えると使用できません。
*大阪市内に居住の方のみ、この受診票が使用できます。大阪市外に転出された場合は使用できません。

委託実施機関長様

次の産婦の健康診査を依頼します。

（※二重線の中は産婦ご本人が記入してください。）

（※この健康診査の結果は大阪市内に通知されます。居住地の保健福祉センターから必要に応じて訪問等をさせていただくことがあります。）

受診者記入欄	フリガナ 産婦氏名	生年月日		年		月	日	（歳）
	住所	大阪市 区						
	電話	分娩日		年		月	日	（妊娠 週）
	※あてはまる項目に○を付けるか記入してください。 ・授乳方法は何ですか。（母乳・混合栄養・人工栄養） ・育児を手伝ってくれる人はいますか。（いない・夫・実母・夫の母・その他（ ）） ・からだの調子はいかがですか。（眠れない・食欲がない・疲れやすい・その他（ ）・よい） ・これまでに病気にかったことがありますか。（高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・精神疾患（ ）・その他（ ）・なし） ・薬による治療を受けていましたか。もしくは受けていますか。（はい（薬の名前）・いいえ） ・子育てで困っていることはありますか。（赤ちゃんのこと・夫のこと・自分自身のこと・経済的なこと・その他（ ）・なし）							
	※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られ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、物事のおかしい面もわかった。 （ ） 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 （ ） 全くできなかった		5 はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。 （ ） はい、しょっちゅうあった （ ） 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		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			
	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 （ ） 全くできなかった		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、いつものようにはうまく対処しなかった （ ） いいえ、たいていうまく対処した （ ） いいえ、普段通りに対処した		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			
	3 物事がうまくいかなかった時、自分を不必要に責めた。 （ ） はい、たいていそうであった （ ） はい、時々そうであった （ ） いいえ、あまりたびたびはない （ ） いいえ、そうではなかった		7 不幸せな気分なので、眠りにくかった。 （ ） はい、ほとんどいつもそうだった （ ） はい、時々そうであった （ ） いいえ、あまり度々ではなかった （ ） いいえ、全くなかった					
	4 はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配した。 （ ） 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 （ ） はい、しょっちゅうあった		8 悲しくなったり、惨めになった。 （ ） 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 （ ） 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					
	産後の体調や育児等、相談したいことがあればご記入ください。							

実施機関記入欄（あてはまる項目の□にレ印を入れ、必要事項を記入してください。）記入もれのないようお願いいたします。

診査結果	受診年月日 （西暦）		年		月		日（産後		日）
	母体の状態（体重、血圧、子宮復古状況、悪露等）		順調		要経過観察	医療機関コード	- -		
	授乳状況（乳房の状態等）		順調		要経過観察	実施機関名 医師または助産師氏名			
	尿検査結果（蛋白・糖）		異常なし		要経過観察		※医療機関コードの記載については、本手帳8ページをご確認ください。		
	こころの健康チェック		点		質問項目10が1点以上				
保健福祉センターへの連絡事項	その他受診時の状況から、継続支援が必要と判断した内容 { }								
	□ 保健福祉センターでの支援が必要		□ 大阪市産婦健康診査結果通知書（写し）の送付済		□ 要養育支援者情報提供票の送付あり				
費用（※）		円（公費負担の上限は5,000円です）							

※請求金額が5,000円未満の場合はご記入ください。

キリトリ線 ※切り離して単票での提出は無効

*この受診票は、切り離し無効です。必ず手帳表紙の産婦氏名・住所と同じであることの確認を受けてご使用ください。
*この受診票は、大阪市が契約する委託医療機関・助産所で使用できます。
*この受診票で、1回産婦健康診査を受診できます。検査内容は、問診、診察、体重・血圧測定、尿検査、こころの健康チェックです。
（上記以外の検査、治療、投薬等については公費負担対象外です。）
*実施時期は、産後2週間前後と1か月前後です。使用できるのは出産後8週以内です。この時期を超えると使用できません。
*大阪市内に居住の方のみ、この受診票が使用できます。大阪市内に転出された場合は使用できません。

委託実施機関長様

次の産婦の健康診査を依頼します。

（※二重線の中は産婦ご本人が記入してください。）

（※この健康診査の結果は大阪市内に通知されます。居住地の保健福祉センターから必要に応じて訪問等をさせていただくことがあります。）

大阪市長

バーコードシール貼付欄

*

*

（この枠内に貼り付けてください）

受診者記入欄

※あてはまる項目に○を付けるか記入してください。
・授乳方法は何ですか。（母乳・混合栄養・人工栄養）
・育児を手伝ってくれる人はいますか。（いない・夫・実母・夫の母・その他（ ））
・からだの調子はいかがですか。（眠れない・食欲がない・疲れやすい・その他（ ）・よい）
・これまでに病気にかったことがありますか。（高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・精神疾患（ ）・その他（ ）・なし）
・薬による治療を受けていましたか。もしくは受けていますか。（はい（薬の名前）・いいえ）
・子育てで困っていることはありますか。（赤ちゃんのこと・夫のこと・自分自身のこと・経済的なこと・その他（ ）・なし）

※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られ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、物事のおかしい面もわかった。
（ ） 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
（ ） 全くできなかった
- 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
（ ） 全くできなかった
- 3 物事がうまくいかなかった時、自分を不必要に責めた。
（ ） はい、たいていそうであった
（ ） はい、時々そうであった
（ ） いいえ、あまりたびたびではない
（ ） いいえ、そうではなかった
- 4 はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配した。
（ ） 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
（ ） はい、しょっちゅうあった
- 5 はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。
（ ） はい、しょっちゅうあった
（ ） 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
- 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、いつものようにはうまく対処しなかった
（ ） いいえ、たいていうまく対処した
（ ） いいえ、普段通りに対処した
- 7 不幸せな気分なので、眠りにくかった。
（ ） はい、ほとんどいつもそうだった
（ ） はい、時々そうであった
（ ） いいえ、あまり度々ではなかった
（ ） いいえ、全くなかった
- 8 悲しくなったり、惨めになった。
（ ） 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
（ ） 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
- 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

「この版権は Royal College of Psychiatrists に帰属して、無断転載を禁じる」 「再英訳 岡野慎治1966」

産後の体調や育児等、相談したいことがあればご記入ください。

実施機関記入欄（あてはまる項目の□にレ印を入れ、必要事項を記入してください。）記入もれのないようお願いいたします。

診査結果	受診年月日 (西暦)		年		月		日 (産後		日)
	母体の状態 (体重、血圧、子宮復古状況、悪露等)		順調		要経過観察	医療機関コード			
	授乳状況 (乳房の状態等)		順調		要経過観察	実施機関名 医師または助産師氏名			
	尿検査結果 (蛋白・糖)		異常なし		要経過観察				
	こころの健康チェック		点		質問項目10が1点以上	※医療機関コードの記載については、本手帳8ページをご確認ください。			
保健福祉センターへの連絡事項	その他受診時の状況から、継続支援が必要と判断した内容								
費用 (※)	円 (公費負担の上限は5,000円です)								

※請求金額が5,000円未満の場合はご記入ください。

キリトリ線 ※切り離して単票での提出は無効

※文字・印は外枠線にかからないようにしてください。