

高岡医療圏周産期地域連携 ネットワークの手引き



富山県母乳育児推進のシンボルマーク

高岡医療圏周産期地域連携ネットワーク会議

初版 令和2年(2020年)10月
(令和7年4月更新版)

目 次

1	「周産期地域連携ネットワークの手引き」の概要……………	2
	1) 目的	
	2) 体制図	
	3) 情報提供様式	
	4) 個人情報の取り扱いに関する考え方	
2	医療機関と市における情報共有の基準……………	5
3	情報提供様式……………	6
	妊産婦支援連絡票 【様式1】	
	妊娠期母子連絡票 【様式2】	
	訪問指導結果票 【様式3】	
	情報提供様式 【様式4】	
	未熟児等出生連絡票 【様式5】	
	乳児家庭訪問票 【様式6】	
4	関係機関連絡窓口一覧……………	12
5	妊娠期から子育て期にわたる母子への支援内容一覧表……………	13
	1) 医療機関	
	2) 市	
	3) 厚生センター（支所）	

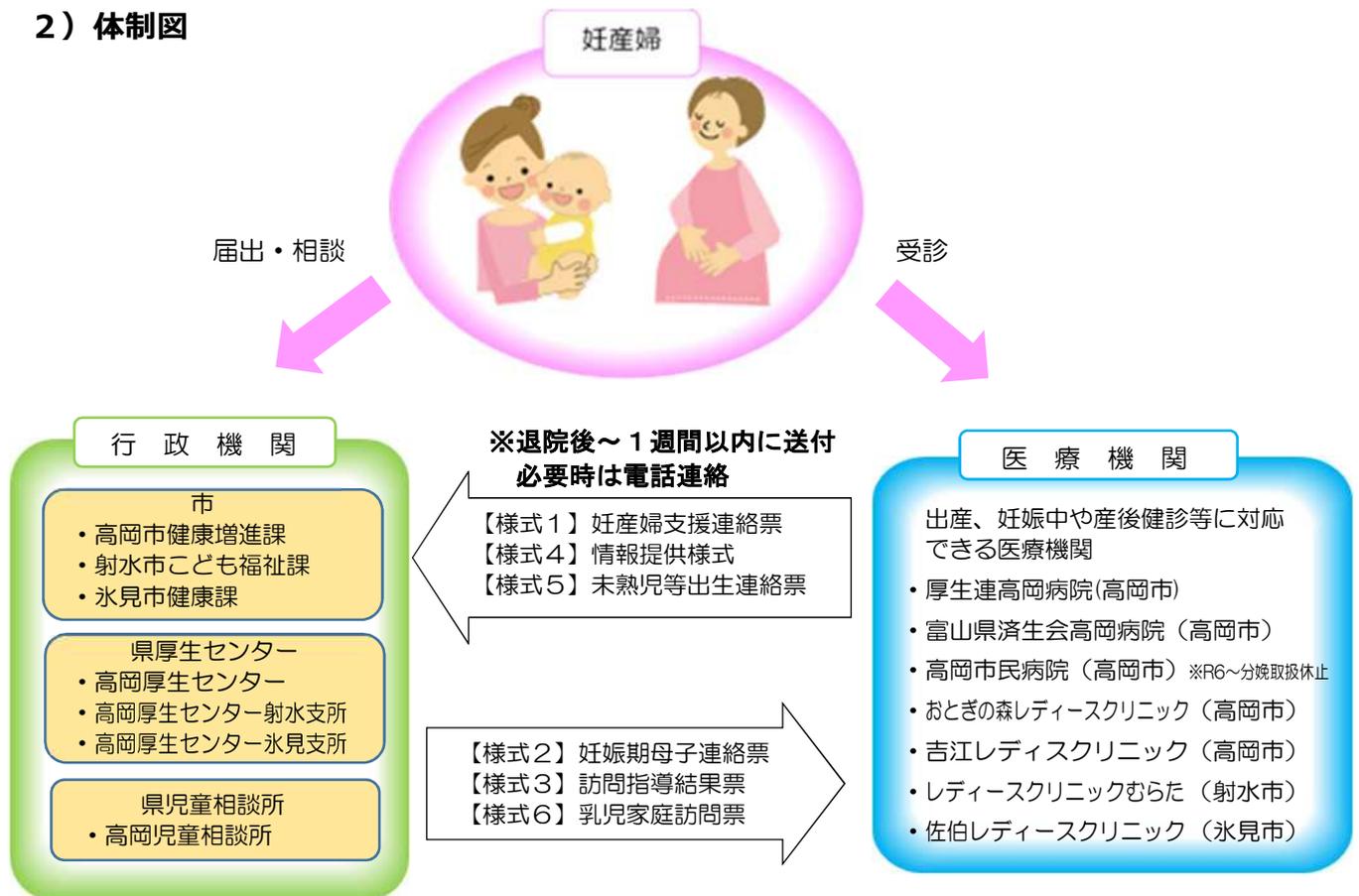
1 「周産期地域連携ネットワークの手引き」の概要

1) 目的

安全・安心な妊娠・出産・育児のためには、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援が重要です。

このたび、高岡医療圏における周産期医療機関と行政機関等の連携体制を強化し、周産期における切れ目のない支援に繋げることを目的とし、関係機関向けの「周産期地域連携ネットワークの手引き」を作成しました。

2) 体制図



3) 情報提供様式

(1) 医療機関 → 行政機関(市等)

- 【様式1】妊産婦支援連絡票
- 【様式4】情報提供様式
- 【様式5】未熟児等出生連絡票

(2) 行政機関(市等) → 医療機関

- 【様式2】妊娠期母子連絡票
- 【様式3】訪問指導結果票
- 【様式6】乳児家庭訪問票

4) 個人情報の取り扱いに関する考え方 (「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」より)

《個人情報とは》

「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができるものを含む。）、又は個人識別符号が含まれるものをいう。「個人に関する情報」は、氏名、性別、生年月日、顔画像等個人を識別する情報に限られず、個人の身体、財産、職種、肩書等の属性に関して、事実、判断、評価を表す全ての情報であり、評価情報、公刊物等によって公にされている情報や、映像、音声による情報も含まれ、暗号化等によって秘匿化されているか否かを問わない。

(個人情報保護法第2条第1項)

《第三者提供の取扱い》

医療・介護関係事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならないとされており、次のような場合には、本人の同意を得る必要がある。

(例) 民間保険会社、職場、学校、マーケティング等を目的とする会社等からの照会

※以下の場合には、本人の同意なしに提供可能

①法令に基づく場合

(例) 児童虐待の防止等に関する法律に基づく児童虐待に係る通告等

②人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき

※なお、「本人の同意を得ることが困難であるとき」には、本人同意を求めても同意しない場合、本人に同意を求める手続を経るまでもなく本人の同意を得ることができない場合等が含まれるものである。

③公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であつて、本人の同意を得ることが困難であるとき

(例) 児童虐待事例についての関係機関との情報交換等

④国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であつて、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

(例) 統計法第2条第7項の規定に定める一般統計調査に協力する場合等

(個人情報保護法第23条)

《関係通知》

○平成 30 年 7 月 20 日子家発・子母発 0720 第 4 号

「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」以下、一部抜粋

(略)

(参考)

○児童福祉法（抄）

第 21 条の 10 の 5 病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、要支援児童等（* 1）と思われる者を把握したときは、当該者の情報をその現在地の市町村に提供しよう努めなければならない。 ② 刑法の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、前項の規定による情報の提供をすることを妨げるものと解釈してはならない。

（* 1）要保護児童、要支援児童及び特定妊婦の定義 【児童福祉法第 6 条の 3 第 5 項及び第 8 項】

- ・要保護児童：保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童
- ・要支援児童：保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童（要保護児童を除く。）
- ・特定妊婦：出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦

(略)

2 情報提供に当たっての共通の留意事項

個人情報保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号。以下「個人情報保護法」という。）第 16 条及び第 23 条においては、あらかじめ本人の同意を得ないで、①特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない、②個人データを第三者に提供してはならない、こととされているところであるが、今般の改正法により、児童福祉法第 21 条の 10 の 5 第 1 項に規定されたことから、関係機関が要支援児童等に関する知り得た情報を市町村に提供することは、個人情報保護法第 16 条第 3 項第 1 号及び第 23 条第 1 項第 1 号に規定する「法令に基づく場合」に該当し、例外的に、本人の同意を得ないで情報を提供しても個人情報保護法違反にならないことに留意されたい。また、地方公共団体の機関からの情報提供については、各地方公共団体の個人情報保護条例において、個人情報の目的外利用又は提供禁止の例外規定として、「法令に定めがあるとき」等が定められていることが一般的であり、児童福祉法第 21 条の 10 の 5 第 1 項に基づく情報提供は「法令に定めがあるとき」に該当するため、条例にこのような例外規定がある場合には条例違反とはならないと考えられる。ただし、対象となる者に対しては、原則として、情報提供の概要及び要支援児童等が居住する市町村による支援を受けることが、当該対象者の身体的・精神的負担を軽減し、養育の支援となりうることを説明することが必要である。なお、説明することが困難な場合においても、要支援児童等に必要な支援がつながるよう、要支援児童等が居住する市町村への情報提供に努めること。また、当該情報提供は、児童福祉法第 21 条の 10 の 5 第 1 項の規定に基づくものであるため、同規定の趣旨に沿って行われる限り、刑法の秘密漏示罪や守秘義務に関する法律の規定に抵触するものではないことに留意されたい。

2 医療機関と市における情報共有の基準（妊産婦・児）

- ・「特定妊婦」（★）※は情報共有する際の優先項目とする。
支援の必要性や心配なことがある場合には、連絡する。
- ・該当の項目数だけで判断するのではなく、多面的・多角的に情報収集を行い、総合的なアセスメントに基づいて情報提供の対象者とする。

（1）妊産婦

チェック	妊産婦の状況	区分	チェック	妊産婦の状況	区分
<input type="checkbox"/> ★	妊婦の心身の不調	精神疾患等	<input type="checkbox"/>	暴力（DV）を受けている	環境
<input type="checkbox"/>	精神疾患等既往		<input type="checkbox"/>	里帰り後の環境が気になり	
<input type="checkbox"/>	知的に支援が必要		<input type="checkbox"/>	妊娠前後の転居	
<input type="checkbox"/>	抑うつ状態		<input type="checkbox"/>	社会的孤立	
<input type="checkbox"/>	アルコール・薬物依存等既往		<input type="checkbox"/>	夫（パートナー）が非協力的	
<input type="checkbox"/>	自殺企図、自傷行為の既往		<input type="checkbox"/>	夫婦の不和・対立がある	
<input type="checkbox"/> ★	若年（10代）妊娠	社会・経済	<input type="checkbox"/> ★	予期しない妊娠（妊娠葛藤）	妊娠・出産要因
<input type="checkbox"/>	一人親・未婚・連れ子がある再婚		<input type="checkbox"/> ★	分娩時が初診（妊婦健診未受診等）	
<input type="checkbox"/>	夫（パートナー）が10代		<input type="checkbox"/> ★	母子手帳未発行・妊娠後期の妊娠届出	
<input type="checkbox"/>	パートナーが非血縁父		<input type="checkbox"/>	初診が妊娠16週以降	
<input type="checkbox"/>	異父同胞		<input type="checkbox"/>	健診が途絶える（妊産婦健診の受診中断）	
<input type="checkbox"/>	夫婦間トラブル		<input type="checkbox"/> ★	多胎妊娠	
<input type="checkbox"/> ★	経済的不安定（生活保護受給者含む）		<input type="checkbox"/>	胎児の性・外観に固執	
<input type="checkbox"/>	健康保険未加入、医療費未払い		<input type="checkbox"/>	妊娠・中絶を繰り返す	
<input type="checkbox"/>	住所が不確定、転居を繰り返している		<input type="checkbox"/>	高齢初産婦	
<input type="checkbox"/>	多子		<input type="checkbox"/>	不妊治療後の妊娠	
<input type="checkbox"/>	外国籍	<input type="checkbox"/>	母体搬送	その他	
<input type="checkbox"/>	虐待歴・被虐待歴あり	<input type="checkbox"/>	緊急帝王切開、母子分離		
<input type="checkbox"/>	子どもが可愛くない等言動あり	<input type="checkbox"/>	産後うつ（EPDS高値も含む）		
<input type="checkbox"/>	子どもの世話を拒否（子どもを抱かない等）	<input type="checkbox"/>	母体基礎疾患、身体障害		
<input type="checkbox"/>	妊産婦の衣服等が不衛生な状態	<input type="checkbox"/>	育児スキルの危惧		
<input type="checkbox"/>	家族や身近な支援者がいない	<input type="checkbox"/>	上の子に養育上問題があった		
<input type="checkbox"/>	実家又は義父母との関係が悪い	<input type="checkbox"/>	産後、出産が原因の身体的不調が継続		
		<input type="checkbox"/>	長期入院による子どもとの分離		
		<input type="checkbox"/>	医療を必要とする状況でないのに頻繁に受診させる		

（2）児

チェック	児の状況	チェック	児の状況
<input type="checkbox"/>	疾病、障害がある	<input type="checkbox"/>	難治性のおむつかぶれがある
<input type="checkbox"/>	先天性疾患	<input type="checkbox"/>	多胎
<input type="checkbox"/>	出生後間もない長期入院による母子分離	<input type="checkbox"/>	低出生体重児
<input type="checkbox"/>	保護者が安全確保を怠ったことによる事故	<input type="checkbox"/>	体重増加不良

※特定妊婦：出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦
（児童福祉法第6条の3号第5号）

※参考：平成23年7月27日雇児母発0727第3号「妊娠・出産・育児期に養育支援を特に必要とする家庭に係る保健・医療・福祉の連携体制の整備について 別表 情報提供対象となりうる例」

妊産婦支援連絡票

(産科医療機関 → 市町村)

記載年月日 年 月 日

市町村母子保健主管課 御中

今後の支援をお願いいたしたく連絡します。

1. 妊産婦の基本情報 (市町村から問合せの際に使用します。FAXで連絡する場合は、氏名・住所等の個人情報記載せず送付ください。)

妊産婦氏名: _____ 患者ID: _____

生年月日: _____ 年 月 日 出産(予定)日: _____ 年 月 日

住所: _____ (連絡先: _____ : 自宅・実家・妊産婦本人)

里帰り先住所: _____ 様方 (連絡先: _____ : 自宅・実家・妊産婦本人)

■以下の時点の情報について連絡します。

[妊娠中 ・ 退院時 ・ 2週間健診時 ・ 1か月健診時 ・ その他 ()]

2. チェック項目 (疑いを含む)

区分	妊産婦の状況 (該当項目にチェック)		
精神疾患等	<input type="checkbox"/> 精神疾患等既往 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 知的に支援が必要 <input type="checkbox"/> アルコール・薬物依存等既往	
社会・経済	<input type="checkbox"/> 若年妊娠 <input type="checkbox"/> 経済的不安定	<input type="checkbox"/> 一人親・未婚等 <input type="checkbox"/> 多子	<input type="checkbox"/> 外国籍
虐待	<input type="checkbox"/> 虐待歴・被虐待歴	<input type="checkbox"/> 子どもが可愛くない等言動あり	
環境	<input type="checkbox"/> 家族や身近な支援者がいない	<input type="checkbox"/> 実家又は義父母との関係が悪い	<input type="checkbox"/> 暴力(DV)を受けている
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 初診が妊娠16週以降	<input type="checkbox"/> 妊娠届出未・母子手帳未	<input type="checkbox"/> 健診が途絶える
	<input type="checkbox"/> 望んでいない妊娠	<input type="checkbox"/> 胎児の性・外観に固執	<input type="checkbox"/> 妊娠・中絶を繰り返す
	<input type="checkbox"/> 分娩時が初診	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 高齢初産婦
	<input type="checkbox"/> 不妊治療後の妊娠	<input type="checkbox"/> 母体搬送	<input type="checkbox"/> 緊急帝王切開、母子分離
その他	<input type="checkbox"/> 関係機関からの連絡拒否 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ゴッパウ産後うつ病質問票(EPDS)9点以上又は10項目目が1点以上	

3. 上記2でチェックがついた項目の具体的内容、その他、連絡事項

EPDS () 点 次回受診予定日 (月 日)

4. 児の状況 (産婦の場合)

児氏名 (男・女) 第 () 子 在胎週数 (週 日) 出生体重 (g)

5. 本人の同意 市町村へ連絡することについて、本人が [同意している ・ 同意していない]

6. 報告者 医療機関名 _____ (連絡先: _____)

職名・氏名 _____

妊娠期母子連絡票

(市町村 → 産科医療機関)

記載年月日 年 月 日

医療機関 御中

今後の支援をお願いいたしたく連絡します。

1. 妊婦の基本情報（市町村からの問い合わせの際使用します）

妊婦氏名: _____

生年月日: _____ 年 月 日 出産予定日 _____ 年 月 日

住所: _____ (連絡先 _____ : 自宅・実家・妊婦本人)

里帰り先住所: _____ 様方 (連絡先 _____ : 自宅・実家・妊婦本人)

2. チェック項目（疑いを含む）

区分	妊産婦の状況（該当項目にチェック）		
精神疾患等	<input type="checkbox"/> 精神疾患等既往	<input type="checkbox"/> 知的に支援が必要	
	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> アルコール・薬物依存等既往	
社会・経済	<input type="checkbox"/> 若年妊娠	<input type="checkbox"/> 一人親・未婚等	
	<input type="checkbox"/> 経済的不安定	<input type="checkbox"/> 多子	<input type="checkbox"/> 外国籍
虐待	<input type="checkbox"/> 虐待歴・被虐待歴	<input type="checkbox"/> 子どもが可愛くない等言動あり	
環境	<input type="checkbox"/> 家族や身近な支援者がいない	<input type="checkbox"/> 実家又は義父母との関係が悪い	
	<input type="checkbox"/> 過去に養育の問題あり	<input type="checkbox"/> 暴力（DV）を受けている	
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 初診が妊娠 16 週以降	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の未交付	<input type="checkbox"/> 妊娠届出の遅延（20 週以降）
	<input type="checkbox"/> 望んでいない妊娠	<input type="checkbox"/> 胎児の性・外観に固執	<input type="checkbox"/> 妊娠・中絶を繰り返す
	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠		
その他	<input type="checkbox"/>		

3. 上記項目の具体的内容

4. 今後の市町村の支援予定内容

5. 依頼事項（該当項目にチェック）

<input type="checkbox"/>	出産後の連絡
<input type="checkbox"/>	妊産婦健診未受診時の連絡

<input type="checkbox"/>	入院中の面接
<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ）

6. 本人の同意 医療機関へ連絡することについて、本人が [同意している ・ 同意していない]

7. 報告者 市町村名・所属 _____ (連絡先: _____)

職名・氏名 _____

訪問指導結果票

(妊産婦等訪問の結果返送用)

年 月 日

院長 殿

長

訪問指導結果票

貴医療機関患者の訪問指導結果について次のとおり連絡いたします。

氏 名		住 所	電話	—
生 年 月 日	年 月 日	訪問先 住 所	電話	—
世 帯 主		職 業		
訪問年月日	年 月 日	面接者		
一般状態、病状等				
援助内容及び問題点				
医療機関への連絡事項				
記録者：				

*本連絡票を貴医療機関へ送ることについては、() の了解を得ております。

平成 30 年 7 月 20 日子家発・子母発 0720 第 4 号

「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保健・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」別添 2 情報提供様式（対象者が母親の場合） ※診療報酬算定様式（同意を得た場合）

（別紙様式 1 2 の 3）

年 月 日

情報提供市町村

市町村長殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師名

印

患者の氏名	年 月 日生	
	男・女	() 歳
	職業 ()	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
児の氏名	男・女	年 月 日生まれ
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日 : 年 月 日	退院(予定)日 : 年 月 日
今回の 出産時の 状況	出産場所 : 当院・他院 ()	家族構成 育児への支援者:無・有 ()
	在胎 : () 週 単胎・多胎 () 子中 () 子	
	体重 : () g 身長 : () cm	
	出産時の特記事項 : 無・有 ()	
	妊婦健診の受診有無 : 無・有 (回 :)	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良 ・発達のおくれ ・その他 ()
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診 ・不潔 ・その他 ()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない ・その他 ()
	他の児の状況	・疾患 () ・障害 ()
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他 ()
情報提供の目的とその理由		

- *備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
 3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

(市町村名)

令和 年 月 日

長殿

未 熟 児 等 出 生 連 絡 票

医療機関名

(医療機関→市町村)

主治医

今後の保健指導をお願いいたしたく連絡いたします。

連絡先 所属： 担当：
(TEL)

	支援区分 <input type="checkbox"/> をつけてください さい	低出生体重等未熟児 先天性代謝異常等フォロー児 新生児聴覚検査フォロー児 要支援家庭 その他 ()
ふりがな氏名	男 (第 子) 女 * 多胎の場合 (子中子)	入院期間 月 日 ~ 月 日
生年月日	令和 年 月 日 生	保護者 父 生年月日 母 生年月日
住 所 地	(連絡先) 母携帯 TEL	訪問先住所 (母の居住地) (世帯主 方) TEL
今回の妊娠・分娩経過	妊娠・分娩の異常 無・有 ()	
出生時の状況	出生場所 当院 ・ 他 () 出産予定日 (年 月 日) 在胎週数 週 日 体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm アプガースコア (1分後 点 5分後 点) 特記事項 ()	
入院中の経過	①保育器収容 無・有 期間： 日 ②呼吸障害 無・有 → 酸素使用 無・有 期間 人工換気療法 無・有 期間 ③黄疸療法 無・有 → 光線療法 無・有 期間 交換輸血 無・有 回 ④けいれん 無・有 → 生後 日~ 日 ⑤眼底所見 無・有 → 網膜症治療 無・有 ⑥低血糖治療 無・有 特記事項 (その他の合併症等)	診断名 ()
退院時の状況	・体重 g 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm ・栄養 母乳：直母 回/日、搾母 ml/回 × 回 人工： ml × 回 授乳の留意点 (普通で良い・注意を要する ()) ・在宅での継続医療： 在宅酸素療法・人工呼吸器・経管栄養・その他 () ・退院時処方 () ・次回受診予定 () ・フォローアップする医療機関 (当院 ・ かかりつけ医【 】) ・社会資源・制度の利用 無・有 (訪問看護 ・ その他 ()) ・退院時の母の健康状態 実施日 月 日 EPDS (点) (問10 点) 赤ちゃん気持ち質問票 (点) () ・その他 ()	
主な退院指導 (緊急時の対応)		
行ってほしい保健指導や支援内容	<input type="checkbox"/> 児の体重・哺乳状況の観察と助言指導 <input type="checkbox"/> 成長・発達面の観察と助言指導 <input type="checkbox"/> 母の精神面のサポート・育児相談 <input type="checkbox"/> その他	
特記事項・その他		

*本連絡票を市町村へ送ることについて、また、訪問等において、住所地あるいは里帰り先の県厚生センター・保健所・市町村が連絡しながら支援することについて、(父・母・その他【 】)の了解を得ています。

乳児家庭訪問票の送付について

(未熟児等出生連絡票に対する訪問結果の、医療機関等への送付様式)

年 月 日

殿

長

乳児家庭訪問票の送付について

このことについては、次のとおりです。

児氏名	男・女(第 子)	生年月日	年 月 日
住 所	世帯主() 電話 -	訪問先住所	世帯主() 電話 -
<p>家庭訪問状況 (訪問年月日 年 月 日) 月 齢 日</p> <p>面接者:</p> <p>1 測定値: 体重 g 胸囲 cm 頭囲 cm 一日体重増加量 g</p> <p>2 児の状態: 哺乳状態 母乳 回/日 人工(ml× 回) 哺乳力(普・弱) 吐乳(有・無)</p> <p>一般状態</p> <p>発達状態</p> <p>3 母親の育児態度</p> <p>4 家庭状況及び環境</p> <p>5 問題点及び指導内容</p> <p>6 今後の方針及び貴医療機関への連絡事項</p>			
担当保健師			

*本連絡票を(貴医療機関・貴市町村)に送ることについては、ご両親(父・母)の了解を得てお
 ります

4 関係機関連絡窓口一覧

(R7.4時点)

	病院	郵便番号	住 所	電話番号・FAX	部署
1	厚生連高岡病院	933-8555	高岡市永楽町5-10	0766-21-3930 FAX 24-9509	NICU 産婦人科病棟
2	富山県済生会高岡病院	933-8525	高岡市二塚387-1	0766-21-0570 FAX 23-9025	産婦人科外来・病棟
3	高岡市民病院	933-8550	高岡市宝町4-1	0766-23-0204 FAX 26-2882	産婦人科外来 母子支援室
4	おとぎの森レディースクリニック	933-0826	高岡市佐野1316-1	0766-20-7711 FAX 20-3557	産婦人科外来・病棟
5	吉江レディースクリニック	933-0014	高岡市野村1213-1	0766-26-1103 FAX 23-7678	産婦人科外来・病棟
6	レディースクリニックむらた	939-0332	射水市橋下条1483-1	0766-57-4141 FAX 57-4145	産婦人科外来・病棟
7	佐伯レディースクリニック	935-0024	氷見市窪660	0766-91-8855 FAX 91-7525	産婦人科外来・病棟

	市町村	郵便番号	住 所	電話番号・FAX	部署
1	高岡市健康増進課	933-0045	高岡市本丸町7-25	0766-20-1344 FAX 20-1347	母子保健係
2	射水市子ども福祉課	939-0241	射水市中村38 (保健センター内)	0766-52-7080 FAX 52-7073	こどもすこやか係
3	氷見市健康課	935-0011	氷見市中央町12-21	0766-74-8062 FAX 74-8257	母子保健担当

	県児童相談所	郵便番号	住 所	電話番号・FAX	部署
1	高岡児童相談所	933-0806	高岡市赤祖父172-1	0766-21-2124 FAX 22-1392	

	厚生センター	郵便番号	住 所	電話番号・FAX	部署
1	高岡厚生センター	933-8523	高岡市赤祖父211	0766-26-8415	地域保健班
				FAX 26-8464	
2	高岡厚生センター射水支所	939-0351	射水市戸破1875-1	0766-26-8482	企画調整班
				FAX 26-8464	※母子保健体制に関すること
3	高岡厚生センター氷見支所	935-0021	氷見市幸町34-9	0766-56-2666	地域健康課
				FAX 56-5494	
3	高岡厚生センター氷見支所	935-0021	氷見市幸町34-9	0766-74-1780	地域健康課
				FAX 74-0374	

5 妊娠期から子育て期にわたる母子への支援内容一覧表（R7年度）

1) 医療機関

病院名	厚生連高岡病院	富山県済生会高岡病院	高岡市民病院
妊娠時	教室等	・ファミリークラス (妊娠後期)	
	助産師相談	・助産師外来 (26、30、37週)	
出産後	教室等	・退院2～3日後の 電話訪問(24h対応)	・産後母子外来(母乳外来) 月～金 9:00～16:00 (土、日、祝除く)
	助産師相談	・超音波エコー ・妊婦支援	・産後ケア ・ショートステイ ・デイケア ・訪問ケア
妊娠時	教室等	・2週間健診	・産後母子外来(母乳外来) 月～金 9:00～16:00 (土、日、祝除く)
	助産師相談	・退院2～3日後の 電話訪問(24h対応)	・産後ケア ・ショートステイ ・デイケア ・訪問ケア
出産後	教室等	・退院2～3日後の 電話訪問(24h対応)	・産後母子外来(母乳外来) 月～金 9:00～16:00 (土、日、祝除く)
	助産師相談	・超音波エコー ・妊婦支援	・産後ケア ・ショートステイ ・デイケア ・訪問ケア

病院名	おとぎの森 レディースクリニック	吉江レディースクリニック	レディースクリニック むらた	佐伯レディース クリニック
妊娠時	教室等	・母親教室(中期、後期)	・妊婦教室	・プレママ教室 [お産、産後、安産、 お口と栄養のお話]
	助産師相談	・助産師指導	・助産師外来	・産後ケア
出産後	教室等	・退院1～2週後のフォロー	・2週間健診	・2週間健診
	助産師相談	・超音波エコー ・妊婦支援	・産後ケア	・産後ケア
妊娠時	教室等	・ハビママ母親教室 (中期)	・母親教室(中期、後期)	・妊婦教室
	助産師相談	・プレママ母親教室 (後期)	・マタニティピクス	・安産教室
出産後	教室等	・2週間健診	・ソフロロジー教室	・マタニティピクス
	助産師相談	・超音波エコー ・妊婦支援	・マタニティピクス	・マタニティピクス
妊娠時	教室等	・1か月健診	・マタニティピクス	・マタニティピクス
	助産師相談	・超音波エコー ・妊婦支援	・マタニティピクス	・マタニティピクス
出産後	教室等	・1か月健診	・マタニティピクス	・マタニティピクス
	助産師相談	・超音波エコー ・妊婦支援	・マタニティピクス	・マタニティピクス

2) 市

市		高岡市	射水市	氷見市
妊娠届	窓口	保健センター	保健センター	健康課
	保健師等面談	有（アンケート実施）	有（アンケート実施）	有（アンケート実施）
両親学級	名称	プレママ・プレパパ教室	もうすぐパパママ教室	パパママ体験教室
	対象	妊娠5か月以降の妊婦及びその配偶者と家族	妊婦と夫	妊婦と夫または家族
	回数時期	年3回（6・9・11月）	年11回 土または日曜午前	年4回（6・9・12・3月） 土または日曜午後
	予約	要予約	要予約	要予約
出生届	窓口	市民課 支所（伏木、戸出、中田、福岡） ※マイナンバーカードを所有しており本籍地が高岡市の父か母は、マイナポータルを利用したオンライン提出も可能。	市民課	市民課
	保健師等面談	無	無	無
産後ケア事業	対象	産婦の体調不良や育児に不安がある等、産後ケアが必要な方で下記にあてはまる者 【ショートステイ・デイケア】 市内に住む産後4か月未満の産婦及び乳児 【訪問ケア】 市内に住む産後1年以内の産婦及び乳児 ※入院治療が必要な方は除く ※未熟児等で入院期間が長い乳児等、市長が必要と認める場合は、支援の対象期間を延長することができる。	射水市に住所を有し、心身のケア、育児のサポート等その他の産後ケアを必要とする母子 【ショートステイ・デイケア】 産後4か月未満の母親及び生後4か月未満の乳児 【訪問ケア】 産後1年未満の母親及び生後1年未満の乳児	市内に住所を有する者及び市内へ里帰りにて出産した者又はその配偶者で、宿泊型・日帰り型は生後4か月未満、訪問型は生後1年未満の乳児を持つ産後ケアを必要とする者 ※医療行為や入院治療が必要な方は除く
	支援方法	宿泊・日帰り型：産科医療機関や助産院を利用し個別のケアを受けられる 訪問型：助産師が自宅を訪問し個別のケアを受けられる	宿泊型・日帰り型：産科医療機関や助産院を利用し個別のケアを受けられる 訪問型：助産師が自宅を訪問し個別のケアを受けられる	宿泊型：産科医療機関を利用し個別のケアを受けられる 日帰り型：産科医療機関、助産院を利用し個別のケアを受けられる 訪問型：助産師が自宅を訪問し個別のケアを受けられる
	支援内容	・産婦の健康管理や生活の仕方についてのアドバイス ・授乳についてのケアやアドバイス ・育児手技についての指導及び相談（沐浴、発育・発達チェック、体重・排泄チェック、スキンケアに関する助言等） ・子育て情報の提供など	・産婦の健康管理や生活の仕方についてのアドバイス ・授乳についてのケアやアドバイス ・育児手技についての指導及び相談（沐浴、発育・発達チェック、体重・排泄チェック、スキンケアに関する助言等） ・子育て情報の提供など	・産婦の健康管理や生活の仕方についてのアドバイス ・授乳についてのケアやアドバイス ・育児手技についての指導及び相談（沐浴、発育・発達チェック、体重・排泄チェック、スキンケアに関する助言等） ・子育て情報の提供など
	自己負担額	宿泊型：1泊6,000円 （以降1泊追加毎に3,000円） 双子以上の場合には2人目以降1人につき1泊2,000円を加算 （以降1泊追加毎に1,000円） 日帰り型：1日3,000円 双子以上の場合には2人目以降1人につき1日1,000円を加算 訪問ケア：1日1,000円 ※申請により産後ケアクーポン券（2,500円×5枚）を発行。1日1枚利用可能で、自己負担額から減額される。	宿泊型：1泊6,000円 双子以上の場合には2人目以降1人につき1泊2,000円を加算 日帰り型：1日3,000円 双子以上の場合には2人目以降1人につき1日1,000円を加算 訪問ケア：1日1,000円	宿泊型：1泊2日3,000円 日帰り型：1日 1,500円 訪問ケア：1日 1,000円 市外から里帰り世帯（氷見市に住所を有さない者） 宿泊型：1泊2日30,000円 日帰り型：15,000円 訪問型：10,000円 宿泊型・日帰り型は、双子以上の場合には2人目以降1人につき500円/日（市外から里帰りの方は5,000円/日）を加算

市		高岡市	射水市	氷見市
産後ヘルパー事業	対象	高岡市に住民票があり、概ね出生後1年以内の子の親又は、妊娠届出済みの妊婦で重度のつわりや切迫早産等で家事支援を必要とする方	【窓口】こども福祉課 ①射水市に住民票があり、妊娠届出済みの妊婦で、つわり等体調不良により家事支援を必要とする方 ②射水市に住民票があり、生後6か月未満の赤ちゃんがいる親（多胎の場合は出生後1年未満）	市内に住所を有し下記のいずれかにあてはまる者 1. 生後6か月以内の児の親 2. 重度のつわりや切迫早産等で家事支援が必要な妊娠届出済みの妊婦
	支援内容	在宅時の家事援助・育児援助	在宅時の家事援助・育児援助	在宅時の家事援助、育児援助
	自己負担額	1回（2時間以内） 1,500円 1回（1時間以内） 750円	1回：2時間以内 1,500円 1時間以内 750円 （10回まで） ※多胎の場合は、15回まで	1回（2時間以内）につき1,500円 （10回まで）
家庭訪問（対象・従事者等）	妊婦	対象：訪問が必要な妊婦 従事者：保健師、助産師	対象：訪問が必要な妊婦 従事者：保健師、栄養士等 対象：初妊婦 従事者：母子保健推進員	対象：ハイリスク妊婦、妊産婦連絡票により把握した場合等 従事者：保健師、助産師
	新生児	対象：出生連絡票を提出した希望者、妊娠中から継続支援をしている者 従事者：保健師、助産師	対象：出生連絡票を提出した希望者 従事者：保健師、助産師	対象：出生連絡票を提出した希望者 従事者：保健師、助産師
	乳児全戸訪問	対象：生後3か月までの乳児のいる家庭 従事者：保健師、助産師	対象：3～4か月児健康診査対象者で母子保健推進員の訪問を了解した者 従事者：保健師、母子保健推進員	対象：4か月未満児 従事者：保健師、助産師、母子保健推進員
	乳幼児訪問	対象：乳幼児健診未受診児、健診後経過観察が必要な児 従事者：保健師、助産師	対象：健診や各種事業後事後フォローが必要な児 従事者：保健師、助産師、栄養士	対象：乳幼児健診未受診児、健診や各種事業後事後フォローが必要な児 従事者：保健師、助産師
		対象：7か月児 従事者：母子保健推進員	対象：6～7か月児 従事者：母子保健推進員	対象：1歳児 従事者：母子保健推進員
産婦相談事業	名称	育児相談（総合健康相談）	①保健センターにて随時 ②育児相談 ③産後サポート事業「いみずっ子Babyの会」 ④ママベビ助産師相談	①マタニティ&子育てなんでも相談 ②育児相談
	対象	妊産婦と乳幼児とその家族	①妊産婦と乳幼児とその家族 ②妊産婦と乳幼児とその家族 ③概ね産後0～3か月までの母親と児 ④妊産婦と乳幼児とその家族	妊産婦と乳幼児とその家族
	時期回数	月～金曜 保健センター 8:30～17:15	①月～金曜 8時30分～17時15分 ②年12回 ③年12回 ④週2回	①月1回13～15時 ②平日8時30分～17時15分
	予約	不要	①要予約 ②要予約 ③要予約 ④要予約	①不要 ②家庭訪問については要予約
育児教室	名称	はじめての離乳食教室	①もぐもぐ教室（離乳食教室） ②トウインクルクラブ（多胎ピアサポート）	①6か月のつどい ②ブレマママ&ママサロン ③離乳食講座
	対象	生後5～6か月児	①生後4～6か月児 ②多胎児妊婦、多胎児親子（家族）	①生後7～9か月児 ②妊娠期～生後1年までの母と児 ③生後5か月～18か月
	時期回数	月1回	①月1回 ②年4回	①年4回 ②年6回 ③年7～14回
	予約	要予約	①要予約 ②要予約	①要予約 ②要予約 ③要予約

3) 厚生センター（支所）

高岡厚生センター（射水支所・氷見支所）					
名称		対象	内容	時期・回数	予約
健康相談	こころとからだの相談	気分が優れない、眠れないなど、こころやからだに悩みのある方	①保健師による来所相談・電話相談 ②精神科医師等による相談	①随時 ②月2回程度 ※支所は月1回	①不要 ②要予約
出産切れ目ない妊娠・推進事業	女性の健康相談 ※高岡厚生センター（本所）にて実施	妊娠期および産後・育児中の女性	臨床心理士による相談	不定期	要予約
遺伝相談	遺伝相談	遺伝に関する悩みのある方	保健師や遺伝相談カウンセラーによる相談	随時	不要
ネット療養児ケア事業	ダウン症児親子のつどい「おひさまの会」 ※高岡厚生センター、砺波厚生センターにて合同開催	呉西地区のダウン症児及びその保護者 (主に未就学児対象)	療育に関する講義および家族同士の交流の場としての座談会	未定	要予約

高岡医療圏周産期地域連携ネットワーク会議

初版 令和2年（2020年）10月

編集 高岡厚生センター（本所、射水支所、氷見支所）

協力機関 高岡市、射水市、氷見市
高岡医療圏周産期医療機関

厚生連高岡病院
富山県済生会高岡病院
高岡市民病院
おとぎの森レディースクリニック
佐伯レディースクリニック
レディースクリニックむらた
吉江レディースクリニック