

旭川市妊産婦等グリーフケア事業実施要綱

（目的）

第1条 旭川市妊産婦等グリーフケア事業（以下「事業」という。）は、流産、死産等で子どもを亡くした妊産婦等を対象に、心身のケアを実施することにより、身体的、精神的な負担を軽減することを目的とする。

（実施主体）

第2条 事業の実施主体は、旭川市とする。ただし、事業は次の各号に掲げる要件を全て満たす者のうち別表第1に定める基準に従って事業を行うことのできる者に委託することができる。

- (1) 令和7年度旭川市産後ケア事業実施業務（訪問型）を受託し、適正に事業を履行している者
- (2) 流産・死産等で子どもを亡くした方に対し、身体的・精神的な支援を適切に行うことができる者

（利用対象者等）

第3条 事業の利用対象者は、旭川市に住所を有し、流産（胎児心拍確認前等の場合は除く。）若しくは死産（人工妊娠中絶を含む。）で子どもを亡くした産婦又は生後1年未満の子を亡くした母親であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 地域の保健、医療、福祉、教育機関等の情報から、市長が身体的又は精神的な支援が必要であると認める者
- (2) その他特に支援が必要であると市長が認めた者

2 前項の規定に関わらず、次の各号のいずれかに該当するときは、事業の利用ができないものとする。

- (1) 利用対象者及びその家族等訪問先に居住する者のいずれかが感染性疾患（麻しん、風しん、インフルエンザ等）に罹患しているとき（感染性疾患の疑いがある者を含む。）
- (2) 利用希望者に入院加療の必要があるとき
- (3) 利用希望者に心身の不調や疾患があり、医療的介入の必要があるとき。ただし、医師において当該事業での対応が可能であると判断されたときはこの限りでない。
- (4) その他事業の利用に支障があると市長が認めるとき

（利用可能期間）

第4条 利用対象者が事業を利用することが可能な期間は、次に各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める期間とする。

- (1) 流産又は死産で子どもを亡くした産婦（人工妊娠中絶を含む。） 流産等の処置日から1年未満の間
- (2) 生後1年未満の子を亡くした母親 子の出生日から1年未満の間

（事業内容）

第5条 事業内容は、利用対象者の自宅等において、1回当たり2時間を目安とし、次の各号に定める内容により、心身のケア等を実施するものとする。

- (1) 母体の体力回復への支援
- (2) 母体管理、精神的ケア及び生活面の相談及び指導
- (3) 乳房ケア及び適切な乳房管理のための指導
- (4) その他必要とする相談及び指導

（利用回数）

第6条 事業を利用することができる回数は、次に各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める回数とする。

(1) 第4条第1号に該当する者 7回以内

(2) 第4条第2号に該当する者 7回以内。ただし、亡くした子を対象とする旭川市産後ケア事業を利用している場合においては、その利用回数を差し引いた回数を上限とする。

2 前項の規定に関わらず、市長が利用対象者の状況等により引き続き事業の利用が必要であると認めたときは、必要最小限の範囲で利用日数を延長することができる。

(利用の申請)

第7条 事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、市長に旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用申請書（様式第1号）を提出しなければならない。

(利用の決定)

第8条 市長は、前条の規定による利用申請書を受理したときは、公簿等で利用対象となるか確認するとともに、必要に応じ、旭川市妊産婦等グリーフケア事業情報提供依頼書（様式第2号）により、医療機関に対し申請者に関する情報（事業を実施するに当たり必要な情報に限る。）を市長に提供するように依頼するものとする。

2 医療機関は市長からの依頼に基づき申請者の情報を市長に提供できるものとする。

3 市長は、事業の利用を認めることを決定したときは、旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用承認通知書（様式第3号）により申請者に通知するものとする。

4 市長は、前項の規定により、事業の利用を認めないことを決定したときは、旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用不承認通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

(利用方法等)

第9条 利用の決定を受けた申請者（以下「利用者」という。）は、利用を希望する受託事業者（以下「事業者」という。）に利用の申込みを行うものとする。

2 利用者が前項の申込みを行うときは、市から通知のあった旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用承認通知書（様式第3号）を事業者に提示するものとする。

3 事業者は、第1項の申込みがあった場合には、利用者に対し、あらかじめその利用に係る説明、第11条に規定する利用の取り止めの説明、第13条及び第14条に規定する自己負担額等の説明及び必要な調整等を行うものとする。

(情報提供)

第10条 市長は、第8条第3項の規定により、事業の利用を認めることを決定したときは、必要に応じ、旭川市妊産婦等グリーフケア事業情報提供書（様式第5号）により、事業者に対して、利用者に関する情報（事業者が事業を実施するに当たり必要な情報に限る。）を提供するものとする。

(利用の取り止め)

第11条 利用者は、事業の利用を取り止めるときは、利用開始日の前日の午前10時までに、その旨を事業者に申し出なければならない。

2 利用者の都合により事業の利用を取り止めた場合において、利用者が前項の申し出を怠ったときは、事業者は利用があったものとして取り扱うものとし、利用者から第13条及び第14条に定める額を徴収できるものとする。

(費用)

第12条 事業の費用は、1回につき10,450円(消費税及び地方消費税は非課税)とする。

(自己負担額等)

第13条 利用者は、自己負担額として1回の利用につき1,000円(消費税及び地方消費税は非課税)を事業者を支払うものとする。

2 利用者は、前項の自己負担額のほか、第5条に規定する事業内容に直接関係のない実費相当分の費用について、事業者を支払うものとする。

(自己負担額の減額)

第14条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、前条第1項に規定する自己負担額を0円とすることができる。

- (1) 利用者が属する世帯の世帯員全員が市町村民税非課税である世帯(以下「市町村民税非課税世帯」という。)
- (2) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯(以下「生活保護世帯」という。)

(自己負担額の減額申請)

第15条 前条の減額を受けようとする利用者(以下「減額申請者」という。)は、事前に旭川市妊産婦等グリーンケア事業減額申請書(様式第6号)に別表第2に定める書類を添付して、市長に提出しなければならない。

(減額認定通知書の交付)

第16条 市長は、前条の規定による減額申請書を受理したときは、その内容を審査し、減額の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により減額を認めることを決定したときは旭川市妊産婦等グリーンケア事業減額認定通知書(様式第8号。以下「減額認定通知書」という。)により、減額を認めないことを決定したときは旭川市妊産婦等グリーンケア事業減額不認定通知書(様式第9号)により減額申請者に通知するものとする。

(減額認定通知書の有効期間)

第17条 減額認定通知書の有効期間の始期は、減額申請があった日とし、終期は1月から7月までの間において認定を受けた者は、有効期間の始期の属する年の7月31日までとし、8月から12月までの間において認定を受けた者は、翌年の7月31日までとする。

(減額認定通知書の提示)

第18条 第16条第2項の規定により減額認定通知書の交付を受けた利用者は、事業を利用する際に、事業者へ減額認定通知書を提示しなければならない。

(実施結果の報告)

第19条 事業者は、利用者へのサービスを提供した月の翌月10日(その日が休日に当たるときは、その翌日。3月分にあつては、3月31日)までに、旭川市妊産婦等グリーンケア事業実施報告書(様式第10号)及び旭川市妊産婦等グリーンケア事業実績報告書(様式第11号)を市長に提出するものとする。

(委託料)

第20条 委託料は、第12条の規定による費用の額から第13条第1項の規定による自己負担額を控除した額に、利用日数を乗じて得た額とする。

(身分証明書)

第21条 事業者の職員が当該事業に従事する場合は、事業に従事する職員であることを証明する身分証明書(様式第12号)を携帯し、関係人の請求があったときは、これを提示しなければならないものとする。

(重大事案発生時の対応)

第22条 事業者は、利用者へのサービス提供中に死亡事故及び治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等の重大事案が発生した場合は、旭川市妊産婦等グリーフケア事業重大事案発生報告書(様式第13号)により速やかに市に報告を行うものとする。

2 市長は、事業者から前項の報告を受けた場合は、速やかに北海道を経由し、国に報告を行うものとする。

(補則)

第23条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年9月1日から施行する。

別表第 1（第 2 条関係）

事業の人員及び運営に関する基準

【人員】

- 1 事業を管理する者（業務処理責任者）を定めること
- 2 助産師、保健師又は看護師のいずれかを常に 1 名以上配置すること
- 3 事業に従事する助産師、保健師又は看護師は、周産期のグリーフケアに関する知識及び技術を有すること
- 4 事業に関する研修を受講し、事業の趣旨・内容を理解した実施に必要な者を置くこと

【運営】

- 5 第 5 条に規定する事業内容を提供できること
- 6 市との適切な連携体制が確保できること
- 7 緊急時の対応等を含め、医療機関との連携体制を確保すること

別表第 2（第 1 5 条関係）

自己負担額の減額を受ける場合に必要な書類

区 分	書 類
市町村民税非課税世帯	市町村民税課税証明書又は同意書（様式第 7 号）
生活保護世帯	生活保護決定証明書又は生活保護手帳の写し

備考

- 1 認定を受けようとする者及び当該者と同一の世帯に属する者に係る書類を提出すること。
- 2 市町村民税課税証明書は、申請日の属する年度（申請日が 4 月から 7 月までの間にある場合にあっては、前年度）のものを提出すること。
- 3 市長が認めるときは、この表に定める書類の提出を省略することがある。

年 月 日

（宛先）旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用申請書

次のとおり、旭川市妊産婦等グリーフケア事業の利用を申請します。

（ふりがな） 利用者氏名		生年月日	年 月 日
連絡先	（住所）〒		
	（TEL）		
受診医療機関			
利用理由	☐ 流産 ☐ 死産 ☐ その他（ ）		
利用希望事業者			
申請理由 （該当するもの 全てに印を付けて ください。）	☐ 身体的なケアを受けるため ☐ 精神的なケアを受けるため ☐ その他（ ）		
利用可能日数	7 日以内		

個人情報の提供等に関する同意書

本事業の利用承認及び利用のために必要な情報を、旭川市おやこ応援課（以下「旭川市」という。）が、公簿等で確認をすること、医療機関から必要な範囲で個人情報の提供を受けること、受託事業者に対し必要な個人情報を提供すること及び受託事業者が旭川市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

申請者氏名（自署）

自己負担額		妊産婦等グリーフケア事業
	一般世帯	1, 0 0 0 円
	市町村民税非課税世帯 生活保護世帯	0 円
利用できる日数		通算して 7 日以内

※利用時は「妊産婦等グリーフケア事業利用承認通知」を利用事業者に提出してください。また、その他の持ち物、利用時間等の詳細につきましては、利用事業者にご確認ください。

※自己負担額及び食費等につきましては、利用事業者にご直接お支払ください。

※日程の変更（中止）を希望する場合、利用開始日の前日 1 0 時までにご利用事業者にご連絡をお願いします。

前日 1 0 時までにご連絡がない場合はキャンセル料がかかります。

※市町村民税非課税世帯、生活保護世帯でご利用の方は事前に、申請書及び市町村民税課税証明書、生活保護手帳(写)など、書類の提出が必要です。

様式第 2 号（第 8 条関係）

第 号
年 月 日

様

旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業情報提供依頼書

下記の者について、貴医療機関での診療情報等の提供を依頼します。

- 1 情報提供依頼根拠
- 2 情報提供依頼目的
- 3 情報提供依頼対象者情報

- ・ 氏名
- ・ 生年月日 年 月 日
- ・ 住所
- ・ その他

- 4 情報提供依頼内容

- ・ 妊娠中の経過
- ・ 流産、死産等の日時
- ・ 流産等時点の妊娠週数
- ・ 流産、死産等の原因
- ・ 対象者の身体的・精神的な状況（処置後のメンタルケアの内容及び反応等）
- ・ 対象者の社会的な状況（支援者の有無等）
- ・ 特記事項

第 年 月 日 号 日

様

旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用承認通知書

利用について、次のとおり認定したので通知します。

申請者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所			
利用事業者			
有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
自己負担額	訪問型 1 回 1, 0 0 0 円	利用回数上限	7 回
備 考			

(利用回数) ※事業者記載欄

	利用日	利用事業者	担当者
1	年 月 日		
2	年 月 日		
3	年 月 日		
4	年 月 日		
5	年 月 日		
6	年 月 日		
7	年 月 日		

※事業を利用する際は、必ず利用事業者はこの通知書を提示してください。

様式第 4 号（第 8 条関係）

第 号
年 日 日

様

旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業利用不承認通知書

旭川市妊産婦等グリーフケア事業の利用について、次のとおり承認しないこととしたので通知します。

(不承認の理由)

第
年
月
日

様

旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業情報提供書

旭川市妊産婦等グリーフケア事業の利用（予定）の者につきまして、次のとおり情報を提供します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
連絡先	(住所) 〒 (電話番号)		
情報提供内容	【妊娠中の経過】 【流産、死産等の日時】 【流産等時点の妊娠週数】 【流産、死産等の原因】 【対象者の身体的・精神的な状況（処置後のメンタルケアの内容及び反応等）】 【対象者の社会的な状況（支援者の有無等）】 【特記事項】		
情報提供元			

(宛先) 旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業減額申請書

次のとおり、旭川市妊産婦等グリーフケア事業の自己負担額に係る減額を申請します。

(フリガナ) 申請者氏名		生年月日			
申請者住所	〒				
連絡先電話番号					
世帯構成	氏 名	性別	続柄	生年月日	
		男・女		・ ・	
		男・女		・ ・	
		男・女		・ ・	
		男・女		・ ・	
		男・女		・ ・	
		男・女		・ ・	
		男・女		・ ・	
		男・女		・ ・	
自己負担額減額 申請理由	☐ 市町村民税非課税世帯 （ ☐ 市町村民税課税証明書 ☐ 同意書 ） ☐ 生活保護世帯 （ ☐ 生活保護決定証明書 ☐ 生活保護手帳 ）				

※ おやこ応援課記入欄

受理日：

承諾の可否 (承諾・不承諾)	※理由 ☐ 提出書類に相違ないことが認められる ☐ 提出書類に相違が認められる ☐ その他 ()
-----------------------	---

年 月 日

同意書

（宛先）旭川市長

私は、旭川市妊産婦等グリーフケア事業の利用のため、旭川市が市民税課税台帳により、私の _____ 年度の課税状況の確認を行うことについて同意します。

同意者（生計中心者・保護者・同一の世帯に属する者）

住 所 _____

（ふりがな）

氏 名 _____（続柄：_____）

生年月日 _____年 _____月 _____日

（ふりがな）

氏 名 _____（続柄：_____）

生年月日 _____年 _____月 _____日

（ふりがな）

氏 名 _____（続柄：_____）

生年月日 _____年 _____月 _____日

（ふりがな）

氏 名 _____（続柄：_____）

生年月日 _____年 _____月 _____日

年 日 日

様

旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業減額認定通知書

旭川市妊産婦等グリーフケア事業の自己負担額の減額について、次のとおり認定したので通知します。

申請者氏名		生年月日	年 月 日
申請者住所			
有効期間	年 月 日 から 年 月 日まで		
利用金額	0 円 ※ 自己負担額のみ。実費負担分は別途		
備考			

※妊産婦等グリーフケア事業を利用するときは、必ず利用事業者にこの認定通知書を提示してください。

※減額の認定の要件に該当しなくなったときは、速やかに下記担当に御連絡をお願いします。

第 号
年 月 日

様

旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業減額不認定通知書

旭川市妊産婦等グリーフケア事業の自己負担額の減額について、次のとおり認定しないこととしたので通知します。

（認定しない理由）

【担当】

旭川市おやこ応援課子育てサービス係

電話 0166-26-2395

(宛先) 旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業実施報告書

次のとおり、旭川市妊産婦等グリーフケア事業を実施しましたので、報告します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所	〒		
電話番号			
開始時のケア目標			
実施内容	☐ 母体管理 ☐ 生活面の指導 ☐ 乳房管理 ☐ 精神面への支援 ☐ その他必要な保健指導 ()		
世帯区分	☐ 一般世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯・生活保護世帯		
自己負担額	1 回 円 × 回 = 円 計 円		
利用中の状況	別紙添付 ☐ 有 ☐ 無		
実施結果所見			
引継事項等			

所在地

事業者名

担当者氏名

次の内容で利用しました。（太枠は利用者が記入）

利用者氏名 (自署)	記入日 年 月 日	生年月日	年 月 日
利用日時	年 月 日	開始時間	終了時間
		:	:

利用者氏名 (自署)	記入日 年 月 日	生年月日	年 月 日
利用日時	年 月 日	開始時間	終了時間
		:	:

利用者氏名 (自署)	記入日 年 月 日	生年月日	年 月 日
利用日時	年 月 日	開始時間	終了時間
		:	:

利用者氏名 (自署)	記入日 年 月 日	生年月日	年 月 日
利用日時	年 月 日	開始時間	終了時間
		:	:

利用者氏名 (自署)	記入日 年 月 日	生年月日	年 月 日
利用日時	年 月 日	開始時間	終了時間
		:	:

利用者氏名 (自署)	記入日 年 月 日	生年月日	年 月 日
利用日時	年 月 日	開始時間	終了時間
		:	:

旭川市妊産婦等グリーフケア事業実績報告書（ 年 月分）

事業者名 _____

No.	利用者氏名	世帯 区分	利用日	利用日数	利用総額 (単価×日数)	自己負担額	市への 請求額
1		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
2		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
3		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
4		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
5		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
6		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
7		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
8		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
9		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			
10		一般 ・ 非課税 ・ 生活保護		日			

様式第 1 2 号（第 2 1 条関係）

（表）

写真貼付欄	第	号
	身 分 証 明 書	
	所 属	
	氏 名	
上記の者は、旭川市妊産婦等グリーフケア事業実施要綱第 5 条に規定する業務を行う職員であることを証する。		
年 月 日交付		
旭川市長		印

（裏）

1 この証明書は、旭川市妊産婦等グリーフケア事業実施要綱 5 条に規定する業務に従事する際は、必ず携帯しなければならない。 2 この証明書は、関係人の請求があったときは、これを提示しなければならない。 3 この証明書は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。
--

様式第13号(第22条関係)

旭川市妊産婦等グリーンケア事業 重大事案発生報告書 第 報

☐ 死亡事案 ☐ 重症・重傷(治療を30日以上を要する)事案
☐ その他()

報告年月日 年 月 日
・* は実施がある場合に記入してください。
・水色のセルはプルダウンより選択してください。

施設情報	施設名		施設設置者 (社名・法人名・自治体名等)			
	施設所在地		代表責任者			
	妊産婦等グリーンケア事業管理者		利用者の総定員(産婦)		名	
	実施事業形態 (該当するものすべてに✓)		☐ 宿泊型(国:ショートステイ) ☐ 日帰り型(国:デイサービス) ☐ 訪問型(国:アウトリーチ)			
	* 直近の指導監査		年 月 日		緊急対応マニュアル等の有無	
	利用者居住市町村名		他受託市町村名			
利用者情報	母の年齢	歳	こどもの月齢	か月 日	こどもの性別	多胎児の場合は✓
	利用開始月日	月 日	利用予定期間	泊 日	利用形態	
事案発生時の状況等	事案発生日時		年 月 日		時 分	受傷、発症または死亡した者
	事案発生の経緯 ※別途任意様式での作成も可		(利用開始時からの健康状態、母子同室の有無を含む事案発生時の状況、事案発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。第1報においては可能な範囲で記入し、第2報以降で追加等すること)			
	事案発生時の職員体制		妊産婦等グリーンケア従事職員数		名	うち助産師・看護師・保健師
	事案発生時該当者以外の利用者の人数		産婦		名、	児
	施設で講じた再発防止策 ※別途任意様式での作成も可		名、			
	病状・死因等 (既往歴)	【診断名】			(負傷の場合)受傷部位	
		【病状】 (症状の程度)				
		【既往症】			事案の転帰	
特記事項						
市町村の対応等※	事案把握日時		年 月 日		時	緊急対応マニュアル等の有無
	当該施設の事業継続状況				(休止の場合)期間	
	講じた再発防止策					
都道府県の対応等	都道府県としての対応					

・ 報告は事業者から利用者居住市町村→施設所在都道府県を経由して国に報告
・ 施設所在市町村と委託元市町村が異なる場合は、当該市町村間で協議・連携しながら対応
・ 第1報は赤枠内について報告してください。第1報は原則事案発生当日(遅くとも事案発生翌日)、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。
・ 直近の指導監査の状況報告を添付してください。
・ 発生時の状況図(写真等を含む。)を添付してください。なお、ベビーベッド等の器具により事案が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
・ 報告内容については、国の研究事業等で分析を行い、個人が特定されない形で公表される可能性があります。

市町村担当者

所属・役職

連絡先
(電話)

(E-mail)
