

## 小牧市産後ケア事業 受託事業者募集要項

### 1 趣旨

小牧市では、産後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保することを目的とし、「産後ケア事業（ショートステイ、デイケアまたはアウトリーチ）」を実施します。本事業の実施にあたり、本市の定める要件に該当する事業者を募集します。

### 2 募集の概要

(1)事業の名称 小牧市産後ケア事業

(2)募集期間 随時

(3)契約方法 小牧市と実施事業者で委託契約を締結します。

(4)契約期間

この事業の契約期間は、契約締結日から当該年度の末日とします。ただし、当該年度終了時点における本事業の実施状況、次年度の予算の状況等を踏まえて次年度以降の契約更新について協議します。

### 3 事業の内容

(1)対象者

市内に住所を有する者のうち、ショートステイ及びデイケアを利用するものは産後4月未満の母親及びその生後4月未満の乳児と、アウトリーチを利用するものは産後1年未満の母親及びその生後1年未満の乳児とし、母親にあつては下記のいずれにも、乳児にあつては第3号に該当するものとしします。

- ① 体調不良である者又は育児不安がある者
- ② 家族等から育児に係る十分な援助が受けられない者
- ③ 感染性疾患（麻疹、風疹、インフルエンザ等）に罹患していない者
- ④ 心身の不調があり、医療的介入の必要がある者（医師が事業において対応が可能であると判断した者を除く。）でない者。

ただし、規定にかかわらず、市長が特に必要があると認める場合は対象者とする事ができるものとしします。

(2) 事業内容

次に掲げるサービスの両方又はいずれかを実施するものとします。

① ショートステイ

対象者を宿泊させ、休養の機会を提供するとともに、下記の区分に基づく心身のケア、育児サポート等のきめ細かい支援を実施します。

② デイケア

利用者に日帰りで施設を利用させ、休養の機会を提供するとともに、下記の区分に基づく心身のケア、育児サポート等のきめ細かい支援を実施します。

③ アウトリーチ

対象者の自宅等に訪問し、休養の機会を提供するとともに、心身のケア、育児サポート等のきめ細かい支援を実施します。

区分	サービス内容	
ショートステイ	午前10時に入所し、翌日以後の午後4時に退所することを原則とし、利用者の希望を踏まえて事業者が決定するものとする。 サービス内容は右欄に掲げるものを提供する。	①母親の身体的ケア並びに母子の保健指導及び栄養指導 ②母親の心理的ケア ③適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む）
デイケア	午前10時に入所し、同日午後4時に退所することを原則とし、利用者の希望を踏まえて事業者が決定するものとする。 サービス内容は右欄に掲げるものを提供する。	④育児に必要な手技についての具体的な指導及び相談 ⑤生活の相談及び支援
アウトリーチ	午前9時から午後5時までの間で概ね3時間程度自宅等に訪問し、利用者の希望を踏まえて事業者が決定するものとする。 サービス内容は右欄に掲げるものを提供する。	⑥その他必要な相談、保健指導及び情報提供

(3) サービスの利用日数

ショートステイ、デイケア及びアウトリーチの利用日数を合算して7日を上限とします。ただし、市長が必要と認めた場合には、その期間を延長することができます。

ショートステイの1日は、午前0時から午後12時までとします。

デイケアの1日は、午前10時から午後4時までとします。

アウトリーチの1日は、午前9時から午後5時までのうち3時間程度とします。

(4) 委託料

小牧市は、表1に定める利用料から表2に定める自己負担額を控除した額に利用日数を乗じて得た額を、委託料として受託事業者に支払います。

当該利用に係る乳児が多胎児の場合は、前述の額に2人目以降の多胎児1人につき表2の定める加算額に利用日数を乗じて得た額を加算して事業者に直接支払います。

【表1 利用料】

サービス	利用料等	利用料	2人目以降の多胎児 1人当たりの加算額
ショートステイ（1日当たり）		30,000円	3,000円
デイケア（1日当たり）		20,000円	3,000円
アウトリーチ（1日当たり）		10,000円	3,000円

【表2 自己負担額】

階層区分	サービス	ショートステイ （1日当たり）	デイケア （1日当たり）	アウトリーチ （1日当たり）
I	母親及び配偶者が共に生活保護受給者及び市県民税非課税者の自己負担額	0円	0円	0円
II	母親及び配偶者のどちらか又は両方が市県民税課税者の自己負担額	3,000円	2,000円	1,000円

## 備考

- 1 階層区分は、申請時の前年の所得（1月から5月までの申請については、前々年の所得）により決定し、所得の範囲及び計算方法は児童手当法施行令（昭和46年政令第281号）第2条及び第3条の規定によるものとする。
- 2 市県民税非課税者とは、申請時の年度（4月から5月までの間に申請を行う場合については、前年度）の市県民税が非課税の場合とする。

### (5) 利用料

利用者は、表2に定める自己負担額に利用日数を乗じて得た額を、利用料として事業者に対して直接支払います。

利用者の世帯の生活保護の受給状況又は所得課税状況により、利用料の減額を受けようとするときは、生活保護を受給していることを証明する書類又は前年（申請日が1月から5月までの場合は、前々年）の所得課税証明書を提出することにより利用料を減額します。ただし、市長が閲覧又は照会によりその内容を確認することができる場合は、省略することができます。

### (6) キャンセル料

利用者は、利用する日程を変更し、又は中止する場合は、利用日の前日の午後5時までに、事業者連絡するものとします。

利用者が期日を過ぎて事業者連絡した場合は、中止として取り扱い、市は、ショートステイにあつては1,000円を、デイケア及びアウトリーチにあつては500円をキャンセル料として事業者を支払います。

## 4 受託事業者の要件

次の要件をいずれも満たす事業所とします。

### (1) 実施場所

ア 医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院、同条第2項若しくは同法第5条に規定する診療所又は同法第2条第1項若しくは同法第5条に規定する助産所であること。

イ ショートステイ又はデイケアを利用する母親及びその乳児（以下「施設利用者」という。）にショートステイ又はデイケアによるサ

ービスを提供するための個室（利用者1組当たり6.3平方メートル以上）、入浴施設及び沐浴指導施設を有すること。

(2) 従事者

本事業の実施時間内において、母体ケア、乳児ケア、育児指導、相談等を行う助産師、保健師又は看護師を1名以上配置することとします。この場合において、事業の当該助産師、保健師又は看護師は、事業の専任であることを要しません。

(3) その他

ア 栄養を考慮した食事（ショートステイにあつては1泊2日で昼食2回、夕食1回及び朝食1回並びに以後1泊ごとに夕食、朝食及び昼食の各1回とし、デイケアにあつては昼食1回とすること。）を提供できること。

イ 「3(2) 事業内容」に規定するサービスが提供できる者。

ウ 必要に応じて支援を受けられる医師（産科、小児科等）と連携できる体制の整備（助産所である場合は、病変突発時等緊急時に利用者を受け入れる協力医療機関と、産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書（第5号様式）を取り交わすこと。

エ 「小牧市産後ケア事業実施要綱」、本事業に係る契約書（仕様書含む）、関係法令等を遵守できる者。

オ 本市との適切な連絡体制が確保できる者。

## 5 事業者登録・契約

申請受付後、小牧市が申請書類の内容について書面による審査を行い、事業者登録の承認または却下について結果を通知します。その後、小牧市の登録事業者として承認された事業者は小牧市と委託契約を締結し、本事業を開始していただきます。

## 6 申請書類

- (1) 小牧市産後ケア事業委託事業者申請書（第1号様式）
- (2) 事業者概要（第2号様式）
- (3) 産後ケア事業類似業務実績（第3号様式）
- (4) 産後ケア事業実施体制（第4号様式）

- (5) 産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書  
(第5号様式)
- (6) 産後ケア事業実施施設の図面(※個室の面積を記載)(ショートステイ及びデイケアを実施する施設のみ)
- (7) 団体の事業内容が分かるパンフレット等
- (8) 定款(開設者が法人の場合)

## 7 申請先

〒485-0041 小牧市小牧3丁目555番地  
子育て世代包括支援センター 産後ケア事業担当あて

## 8 問合せ先

子育て世代包括支援センター 産後ケア事業担当  
電話(0568)71-8611

第1号様式

## 小牧市産後ケア事業委託事業者申請書

年 月 日

小 牧 市 長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

小牧市産後ケア事業委託事業者として応募したいので、別紙の書類を添付して申請します。

受託希望実施内容	<input type="checkbox"/> ショートステイ（宿泊型） <input type="checkbox"/> デイケア（日帰り型） <input type="checkbox"/> アウトリーチ（訪問型）
----------	--

添付書類

- ①事業者概要（様式2）
- ②産後ケア事業類似業務実績（第3号様式）
- ③産後ケア事業実施体制（第4号様式）
- ④産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書（助産所等のみ）（第5号様式）
- ⑤産後ケア事業実施施設の図面（※個室の面積を記載）（ショートステイ及びデイケアを実施する施設のみ）
- ⑥団体の事業内容が分かるパンフレット等
- ⑦定款（開設者が法人の場合）

※前年度産後ケア事業受託事業者は、⑤⑥⑦について変更がなければ提出省略可

担当者氏名及び連絡先	担当部署 担当者氏名 電話番号 E-mail
------------	---------------------------------

第2号様式

事業者概要

記入年月日 年 月 日

事業者名				
事業者 所在地	(〒 - )			
代表者名				
設立年月日	年 月 日			
連絡先	電話 番号		F A X 番号	
産科・産婦人科を 標榜している病院 または診療所の場合	雇用する医師 名 (うち非常勤 名) うち ( ・産婦人科医 名 (うち非常勤 名) ) ( ・小児科医 名 (うち非常勤 名) )			
施設での分娩の 取り扱いの有無 ※「有」の場合は昨年 度の取り扱い件数を記 載してください。 ※「無」の場合で過去 の取り扱い実績等があ ればそれについて記載 してください。	有 ( ) 件 無 過去の取り扱い実績等 ( )			

※代表者名：法人が開設している場合は、法人の代表者名を記載すること。

※分娩の取り扱い実績について、取り扱い件数等が確認できるものを添付すること。



第3号様式

産後ケア事業類似業務実績

記入年月日 年 月 日

事業名	
事業の実施時期	
事業の実施場所	
事業概要	
年間利用者数 (参加者数など)	実人数 人、延人数 人

※事業に係る実績報告書を作成している場合は添付すること。

第4号様式

産後ケア事業実施体制

記入年月日 年 月 日

施設名称					
開設所在地					
施設管理者					
事業責任者					
利用料の 支払い方法 (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現金のみ</li> <li>・クレジットカード利用可能</li> </ul>				
職員の 配置 計画	資格	従事職員数			
	助産師	人数	名	勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ( )
	保健師	人数	名	勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ( )
	看護師	人数	名	勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ( )
	心理士	人数		勤務体制	3交代制 ・ 2交代制 日勤のみ その他 ( )
	合計人数			名	
その他					

○ショートステイ・デイケア実施施設

最大利用 可能人数	ショートステイ ( ) 人 デイケア ( ) 人		
事業実施施設概要	階建 階		
設 備 (現在整備されて いるものに○)	授乳コーナー ・ ベビーベッド ・ シャワー室 ・ 沐浴指導設備 ・ 非常口 ・ 玄関以外の避難経路		
実施室数及び面積	ショートステイのみに使用する入所室数 ( ) 室	入所室 1 ( ) m <sup>2</sup>	入所室 5 ( ) m <sup>2</sup>
		入所室 2 ( ) m <sup>2</sup>	入所室 6 ( ) m <sup>2</sup>
		入所室 3 ( ) m <sup>2</sup>	入所室 7 ( ) m <sup>2</sup>
		入所室 4 ( ) m <sup>2</sup>	入所室 8 ( ) m <sup>2</sup>
	デイケアのみに使用する居室数 ( ) 室	居室 1 ( ) m <sup>2</sup>	居室 5 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 2 ( ) m <sup>2</sup>	居室 6 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 3 ( ) m <sup>2</sup>	居室 7 ( ) m <sup>2</sup>
		居室 4 ( ) m <sup>2</sup>	居室 8 ( ) m <sup>2</sup>
	ショートステイ及びデイケアに兼用する入所室兼居室 ( ) 室	入所室兼居室 1 ( ) m <sup>2</sup>	
		入所室兼居室 2 ( ) m <sup>2</sup>	
		入所室兼居室 3 ( ) m <sup>2</sup>	
		入所室兼居室 4 ( ) m <sup>2</sup>	
		入所室兼居室 5 ( ) m <sup>2</sup>	
		入所室兼居室 6 ( ) m <sup>2</sup>	
		入所室兼居室 7 ( ) m <sup>2</sup>	
入所室兼居室 8 ( ) m <sup>2</sup>			
食事の提供方法 (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設内にて調理を実施</li> <li>・ 施設内の飲食店等から食事を調達し提供</li> <li>・ 施設外の飲食店等から食事を調達し提供</li> </ul>		
(施設内外の飲食店等から食事を調達する場合) 飲食店等の店舗の名称及び所在地	店舗の名称 _____ 所在地 _____		
調理(調達)から食事までの時間	時間		

※事業実施予定施設の建物平面図を添付すること。

○アウトリーチ実施施設

訪問可能な地域	<input type="checkbox"/> 小牧市内 全域 <input type="checkbox"/> 小牧市内 一部地域 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------	--

第5号様式

産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書

1 事業者

事業者名	
所在地	
代表者氏名	

2 協力医療機関

医療機関名	
所在地	
代表者氏名	

3 協力確認欄

上記1の事業者が、小牧市産後ケア事業を開始後は、利用者の病変突発時等の緊急時の対応に協力いたします。

年 月 日

協力医療機関

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_