

岩手県ハイリスク妊産婦アクセス支援事業実施要領

制 定 令和2年3月24日付け医政第1460号

(目的)

第1 自宅等から総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター(以下「周産期母子医療センター」という。)まで徒歩での移動が困難な距離にあつて、妊娠の継続や出産の状況によって母子両者又はいずれかが重大な予後が予想される妊娠を抱える妊婦及びその出産による妊産婦(以下「ハイリスク妊産婦」という。)の通院等に係る交通費等の負担軽減を図ることにより、地域において安心して妊娠及び出産ができる周産期医療提供体制を整備することを目的とする。

(実施主体)

第2 この事業の実施主体は、市町村とする。

(補助金の交付)

第3 県は、市町村が第4に定める事業を行う場合に、当該市町村に対し、別に定めるところにより補助金を交付するものとする。

(事業内容及び実施方法)

第4 市町村は、ハイリスク妊産婦が妊婦健診、診療又は分娩のために周産期母子医療センターへ通院若しくは入院又は近隣の宿泊施設に待機宿泊する際に要する経費を助成する。

2 この要領において「助成対象者」とは、次のいずれかに該当する者であつて、事業実施市町村に住民票がある者とする。

ただし、事業実施市町村に住民票があるものの、一時的に県外の実家等に居住し、妊婦健診、診療又は分娩のために県外の周産期母子医療センターへ通院若しくは入院又は近隣の宿泊施設に待機宿泊する場合は、助成対象者としなないこととする。

(1) 医科診療報酬点数表におけるハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算が算定され、周産期母子医療センターに通院又は入院している妊産婦。

(2) ハイリスク妊娠管理加算又はハイリスク分娩管理加算に相当する疾患を有する等のために、周産期母子医療センターに通院している妊産婦。

3 この要領において「対象経費」とは、前項第1号又は第2号に該当する者が妊婦健診又は診療のために周産期母子医療センターに通院若しくは入院又は近隣の宿泊施設に待機宿泊するために負担した交通費及び宿泊費とする。なお、交通費の算定の方法は、別表のとおりとする。

4 この要領において「助成対象期間」は、次のとおりとする。

第2項第1号又は第2号に該当する者については、周産期母子医療センターでの妊婦健診又は診療を目的として通院又は待機宿泊を開始した日(以下「妊産婦通院等開始日」という。)から、周産期母子医療センターでの妊婦健診又は診療を目的とした通院又は待機宿泊が終了した日(以下「妊産婦通院等終了日」という。)までとする。

5 助成金の申請は、助成対象者が、住民票のある市町村に対し行う。

助成対象期間初日と助成対象満了日が同一年度である場合は、当該対象期間における経費について、必要書類を揃えて同年度末までに申請する。また、助成対象期間満了日が助成対象期間初日に属する年度の翌年度となる場合は、助成対象期間初日から同一年度の3月31日までの経費について必要書類を揃えて同年度末までに申請するとともに、助成対象期間が満了した際は、その年の4月1日から助成対象期間満了日までの経費について必要書類を揃えて助成対象期間満了日の属する年度末までに申請する。

6 市町村が事業を行うに当たっては、「ハイリスク妊産婦アクセス支援助成金申請書（様式第1号）」を用いるものとする。

ただし、市町村が別に申請書を定める場合はこの限りではない。

（周産期母子医療センターの範囲及び役割）

第5 ハイリスク妊産婦が妊婦健診、診療又は分娩のために通院若しくは入院する周産期母子医療センターは、原則として県内の周産期母子医療センターとするが、県境に居住するハイリスク妊産婦であって、身体的な状況や移動距離等の理由により、市町村が県外の周産期母子医療センターに通院することが適当と認めた場合は、当該周産期母子医療センターへの通院等を助成対象とすることができる。

2 周産期母子医療センターは、第4に規定する市町村の事業の実施に協力するものとし、助成対象者から、第4第6項に掲げる書面について記載の求めがあった場合には、当該助成対象者の健診等の実態に即して、書面の所定欄に記入する。

（その他）

第6 この要領に定めるほか、本事業の推進に当たって必要な事項は、市町村と県が協議のうえ別に定める。

別表（第4関係）

移動手段	交通費の積算方法
公共交通機関	<p>助成対象者が自宅又は宿泊施設（以下「自宅等」という。）から周産期母子医療センターへ移動するに当たって、通常利用すると判断できる経路を利用した際の料金で市町村が適当と認めるもの。（往復利用可）。</p> <p>（バス又は鉄道の利用に当たり、通常利用される停留所間又は駅間の一般的な料金で市町村が適当と認めるもの。）</p>
タクシー	<p>助成対象者が自宅等から周産期母子医療センターへ移動した際の乗車運賃で市町村が適当と認めるもの。（往復利用可）。</p>
自家用車	<p>助成対象者が自宅等から周産期母子医療センターまで移動するに当たって、通常利用すると判断できる経路を利用した際の経費で市町村が適当と認めるもの。（往復利用可）</p> <p>なお、自家用車の運転は、本人、家族等の別を問わない。</p>

- ※1 タクシー利用時の領収書には、発着地を記載すること。
- ※2 急病時は、自宅等以外の地点から乗車し、その際に算定された額を申請することができる。
- ※3 市町村の実施要領で通院回数に応じて定額の交通費を助成している場合には、その額を助成対象経費とすることができる。
 ただし、その場合であっても、ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書（様式第1号）の必要事項を記載し、市町村に提出すること。

ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金申請書

		收受日 (市町村記載欄)	令和	年	月	日
住所	〒					
氏名(ふりがな)	()		電話番号			

【①交通費】

利用日	経路	交通手段	交通費	有料道路通行料
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円
年 月 日	～ <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車(片道____km)	円	円

【②宿泊費】

利用期間	泊数	宿泊先	金額
年 月 日～年 月 日	泊		円
年 月 日～年 月 日	泊		円
年 月 日～年 月 日	泊		円
年 月 日～年 月 日	泊		円
年 月 日～年 月 日	泊		円

【助成金申請額(①交通費+②宿泊費)】

区分	交通費計	有料道路通行料計	宿泊費計	合計	市町村助成決定額 (市町村記載欄)
通院開始日～3/31までの計	円	円	円	円	円
4/1～治療終了日までの計	円	円	円	円	円
合計	円	円	円	円	円

【申請上の注意】

- 申請書提出の際に、母子健康手帳の写し(診察日、出産日が記載されている部分)を持参すること。
- 診療明細書又は領収書(母子健康手帳に記載されている日以外でハイリスク妊娠・分娩に係る疾患の受診をした場合、他科でハイリスクに係る疾患で受診した場合)を持参すること。
- 交通費に係る領収書(タクシーを利用した場合)及び宿泊に係る領収書を提出すること。
※タクシーの領収書にはボールペン等で発着地を記載すること。

【記載上の注意】

- バス及び鉄道を利用した場合は、自宅又は宿泊先から周産期母子医療センターまで通常利用される停留所間又は駅間の料金を記載すること。
なお、往復で利用した場合は、往復料金を記載すること。(急病時は自宅又は宿泊施設以外でも可)
- 自家用車を利用した場合は、「自宅又は宿泊先等から周産期母子医療センターまでの通常利用され得る経路の距離」に応じて、市町村が適当と認めた額を記載すること。
その際、経路に加え距離(km)も記載すること。(急病時は自宅又は宿泊施設以外でも可)

※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載すること。

ハイリスク妊産婦該当事項（周産期母子医療センター記載欄）

周産期母子医療センターの名称	①	
記入日	①（通院等開始後提出時） 令和 年 月 日	②（通院等終了後提出時） 令和 年 月 日
記入者所属・氏名	①	②

該当事項	①（該当する番号すべてに○をつけてください。） 1. ハイリスク妊娠管理加算 2. ハイリスク分娩管理加算 3. ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者	
通院等期間	①（通院等開始日） 令和 年 月 日	②（通院等終了日） 令和 年 月 日
出産日	※申請者記入欄 令和 年 月 日	
出産予定日	※申請者記入欄 令和 年 月 日	

①疾患名（該当事項3に該当する場合、当てはまるものにチェックを入れてください）

ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者
<input type="checkbox"/> 妊娠 22 週から 32 週未満の早産（早産するまで） <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群重症の患者 <input type="checkbox"/> 前置胎盤（妊娠 28 週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。） <input type="checkbox"/> 妊娠 30 週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。 (ア) 前期破水を合併したもの (イ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの (ウ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が 20mm 未満のもの (エ) 切迫早産の診断で他の医療機関より紹介または搬送されたもの (オ) 早産指数(tocolysis index)が 3 点以上のもの <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 <input type="checkbox"/> 子宮内胎児発育遅延 <input type="checkbox"/> 胎児に何らかの疾患が認められた者 <input type="checkbox"/> 心疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 糖尿病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 腎疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 膠原病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 白血病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 血友病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> HIV陽性 <input type="checkbox"/> Rh不適合 <input type="checkbox"/> 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者 <input type="checkbox"/> 精神疾患（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。） <input type="checkbox"/> 40 歳以上の初産婦 <input type="checkbox"/> 分娩前の BMI が 35 以上の初産婦 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 双胎間輸血症候群 <input type="checkbox"/> 早産歴（妊娠 22 週～妊娠 36 週までの出産歴）がある者

(申請者自署欄)

上記内容について、行政機関に提出することを同意します。

氏名

【助成申請書の取扱いについて】

(申請者)

- 1 申請者は、この様式を周産期母子医療センターに提出する前に、表面の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入しておくこと。
- 2 申請者は、上記の出産日・出産予定日・助成対象者自署欄を記入すること。
- 3 申請者は、通院等の期間中にこの様式を周産期母子医療センターに提出して通院等開始日等の必要事項を記入してもらうこと。また、通院等終了後は再度周産期母子医療センターに提出し、通院等期間終了日等を記入してもらうこと。その後、市町村に提出すること。
- 4 申請者は、通院等の期間が 4 月 1 日以降となる場合は、この様式に通院等開始日から 3 月末までの内容を記入した上で、3 月 31 日までに市町村に提示し、A面に記載されている添付書類を提出すること。この様式は返却されるので、翌年度の申請は通院等が終了したら上記 3 のとおり再度周産期母子医療センターに必要事項を記入してもらい、添付書類とあわせて市町村に提出すること。

(周産期母子医療センター)

- 1 周産期母子医療センターは、申請者から初めてこの様式を受け取った時は、B面の①と表示のある部分を記入すること。
- 2 周産期母子医療センターは、申請者から再度この様式を受け取った時は、B面の②と表示のある部分を記入すること。