

参考資料 1-2

出産費用の保険適用導入についての検討に関わる研究

診療所票・調査票 (2023 年度パイロット調査)

出産費用の保険適用導入についての検討に関わる研究 調査票

調査票への記入について：
 ★該当しない内容、回答にかなりの時間を要する内容、不明な内容については無回答としていただいで差し支えありません。
 ★上記の様に回答が困難な設問について、問い番号に赤で○をしていただき、回答欄に①～⑤まで該当する選択肢を記載してください。
 ①質問の意図がわかりにくい、
 ②言葉の定義がわかりにくい、
 ③1つ選択とあるが、複数選択したい、
 ④回答の算出が不可能、
 ⑤その他、その他の場合は、その理由を調査票の枠外に記載して頂ければ大変ありがたく存じます。

1. 分娩取扱施設の基本情報		令和5年12月1日時点										
		回答欄	留意点等									
1	施設名	漢字	開設許可証に記載されている名称をお書きください。									
2		ふりがな										
3	施設所在地	都道府県	貴施設の所在地をお書きください。									
4		市区町村										
5		上記以下										
6	回答担当者氏名	漢字	ご回答いただいている担当の方のお名前、所属部署、電話番号、メールアドレスをお書きください。調査票に関してご連絡を差し上げることがあります。									
7		ふりがな										
8	回答担当者所属部署											
9	回答担当者電話番号											
10	回答担当者メールアドレス											
11	施設種別（複数選択可）	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 15%;">病院</td> <td style="width: 80%;"> <ul style="list-style-type: none"> 1. 特定機能病院 2. 総合周産期母子医療センター 3. 地域周産期母子医療センター 4. 産科単科病院 5. こども病院 6. 上記以外 () </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>7. 有床診療所</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>8. 助産所</td> </tr> </table>		病院	<ul style="list-style-type: none"> 1. 特定機能病院 2. 総合周産期母子医療センター 3. 地域周産期母子医療センター 4. 産科単科病院 5. こども病院 6. 上記以外 () 			7. 有床診療所			8. 助産所	1. 特定機能病院とは、厚生労働大臣より特定機能病院として承認を得ている病院をいいます。 2. 総合周産期母子医療センターとは「周産期医療体制整備指針」（平成22年1月26日付医政発0126第1号の別添2）により、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症（脳血管障害、心疾患、敗血症、外傷等）を有する母体に対応することができる医療施設として、都道府県に指定されている病院をいいます。 3. 地域周産期母子医療センターとは、「周産期医療体制整備指針」（平成22年1月26日付医政発0126第1号の別添2）により、産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設として、都道府県に認定されている病院をいいます。 4. 産科を主とする病院の場合はこちらを選択してください。 5. 小児への医療を主とする病院の場合はこちらを選択してください。 6. 1～5まで以外の病院はこちらを選択の上、()内に具体的に記載してください。
	病院	<ul style="list-style-type: none"> 1. 特定機能病院 2. 総合周産期母子医療センター 3. 地域周産期母子医療センター 4. 産科単科病院 5. こども病院 6. 上記以外 () 										
		7. 有床診療所										
		8. 助産所										
12	設置主体（いずれか1つ選択）	<ul style="list-style-type: none"> 1. 国立（国、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構） 2. 公立（都道府県、市町村、地方独立行政法人） 3. 公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会） 4. 社会保険関係（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びの連合会、国民健康保険組合） 5. 医療法人（社会医療法人は含まない） 6. その他の法人（公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人） 7. 個人 	貴院の設置主体を選択してください。									
13	周産期医療情報システムへの参加の有無	1. 有 2. 無	貴施設の所在する都道府県の周産期医療情報システムに参画している場合は有を選択してください。									
14	分娩の取扱の実施状況	1. 実施している 2. 実施していない										

2. 診療所票		令和5年12月1日時点		
(1) 構造設備		回答欄	留意点等	
1	総病床数		妊産婦が同時に入院可能な最大病床数を記載してください。(分娩を伴わない入院(例:切迫早産、重症妊娠悪阻等)を含みます。)妊産婦が入院可能とは、助産師、看護師、産科医師等の配置がなされており、十分な産科診療を行う事ができることをいいます。	
2	入院料(一日分)		分娩を伴う入院の際の自費入院の場合の入院料を記載してください。(貴施設で設定されている入院料(1日分)をお書きください。複数ある場合は○円～○円とお書きください。	
3	室料差額を伴う個室・2床室等のそれぞれの病床数及び入院料と室料差額の合計額	a. 個室	個室(特別室など含)、2床室、3～4床室、その他(5床室以上)に自費入院する際の、入院料+室料差額を記載してください。※室料差額が入院料に包括されている場合で、各部屋毎に入院料が異なる場合には、入院料を記載してください。※妊産婦の家族等が入院できる場合でも、妊産婦1名が対象となる場合は個室に記載してください。	
4		L 最少額	円	
5		L 最大額	円	
6		b. 2床室	円	
7		L 最少額	円	
8		L 最大額	円	
9		c. 3～4床室	円	
10		L 最少額	円	
11		L 最大額	円	
12		d. その他	円	
13		L 最少額	円	
14		L 最大額	円	
15		分娩室数		貴施設で分娩室として使用している部屋数をお書きください。(LDR室・陣痛室は除きます。)
16		分娩台数		分娩を行う分娩台の数をお書きください。
17	LDR室数		LDR室数をお書きください。(分娩室・陣痛室は除きます)	
18	陣痛室数		病室以外で分娩第一期を過ごす部屋(分娩室・LDR室除く)数をお書きください。	
19	分娩室用超音波画像診断装置数		分娩室・LDR室・陣痛室のいずれかに専用の超音波診断装置を有している場合にはその台数を記載してください。※外来や入院病棟においてある超音波診断装置を併用している場合は無を選択してください。※壊れているなど、使用できない装置は計上しないでください。	
20	集中監視システム機器	1.有 2.無	分娩進行等の把握を目的とした集中監視システム機器を使用している場合は有を選択してください。	
21	分娩監視装置閲覧モニターを設置場所をすべて記載してください。		例) 医師当直室、ナースステーションなど	
22	分娩監視装置台数		分娩の際や分娩以外の目的で入院している妊婦に対して使用可能な分娩監視装置の台数を記載してください。※作動しない装置は数に計上しないでください。※外来や救急外来などで使用している装置は数に含めないでください。	
23	保育器(開放式)		分娩の際に使用している新生児ウォーマーの台数を記載してください。※壊れているなどの場合には数に計上しないでください。	
24	新生児室のベッド数		新生児に対して、十分安全に管理可能な新生児室の最大ベッド数を記載してください。	
25	新生児の管理方法(いずれか1つ選択)	1.母子同室が多い 2.母子同室と新生児室管理併用 3.新生児室管理が多い		

(2) 分娩取扱施設の医療体制			
① 医師数			
26	産婦人科医師数 (常勤換算)	a. 産婦人科医師数	人
27		b. (aのうち) 分娩を取り扱う医師数	人
28	小児科医師数 (常勤換算)	a. 小児科医師数	人
29		b. (aのうち) 新生児科医師数	人
30	麻酔科医師数 (常勤換算) (a,b,cで重複可能)	a. 無痛分娩を管理する医師数	人
31		b. 帝王切開を担当する医師数	人
32		c. 産科専従麻酔科医師数	人
当直医師数			
33	産科当直医師人数	平日夜間	人
34		祝日休日などの休診日の日中	人
35	小児科当直医師数	平日夜間	人
36		祝日休日などの休診日の日中	人
37	麻酔科当直医師数	平日夜間	人
38		祝日休日などの休診日の日中	人
② 配置されている職員数 (常勤換算) (令和5年12月1日時点)			
39	助産師		人
40	看護師		人
41	准看護師		人
42	看護補助者		人
43	薬剤師		人
44	管理栄養士・栄養士		人

45	保育士			保育士資格を有し、当該病棟に勤務し、主として保育業務を担当する者。(例えば、保育士の免許を有しているが、主として事務を担当している場合には保育士数には計上しない。) 人数は常勤保育士数+常勤換算された保育士数で記載してください	人	
46	医師事務作業補助者			医師事務作業補助者であり、当該病棟に勤務し、主として医師事務作業の補助業務を担当する者。 人数は常勤数+常勤換算された非常勤者数で記載してください	人	
47	公認心理師/臨床心理士			公認心理師もしくは臨床心理士であり、当該病棟に勤務し、主として当該業務を担当する者。 人数は常勤数+常勤換算された非常勤者数で記載してください	人	
48	その他の職員				人	
③ 配置されている職員の業務状況						
49	病棟に配置されている助産師における、病棟業務以外の業務従事状況(各業務の勤務の比重*)	a	新生児室の管理		%	
50		b	分娩介助		%	
51		c	産科外来		%	
52		d	助産師外来		%	
53		e	産後ケア事業		%	
54	病棟に配置されている看護師における、病棟業務以外の業務従事状況(各業務の勤務の比重*)	a	新生児室の管理		%	
55		b	分娩介助		%	
56		c	産科外来		%	
57		d	産後ケア事業		%	
*病棟に配置されている全助産師/全看護師の月延勤務時間数のうち、各項目の業務の勤務時間数の占める割合 例) 160時間/月勤務している助産師が4人配置されており、うち2人の助産師がそれぞれ40時間/月助産師外来で勤務した場合、(40時間×2人)/(160時間×4人)*100=12.5%						
④ オンコールの人数						
58	夜勤帯及び休日に、分娩において緊急事態が生じた際に、駆けつけることができるように待機している人数(院内待機)	産科医師			人	
59		小児科医師			人	
60		新生児科医師			人	
61		麻酔科医師			人	
62		助産師			人	
63		看護師			人	
64		夜勤帯及び休日に、分娩において緊急事態が生じた際に、駆けつけることができるように待機している人数(院外待機)	産科医師			人
65			小児科医師			人
66			新生児科医師			人
67	麻酔科医師			人		
68	助産師			人		
69	看護師			人		
<p>※1 常勤とは、貴施設で定められた勤務時間をすべて勤務する者をいいます。ただし、貴施設で定めた1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤となります。</p> <p>※2 非常勤とは、貴施設で雇用関係にあつて※1の常勤でない職員をいいます。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで(小数点第二位を四捨五入)をご記入ください。</p> <p>例: 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日(各日3時間)勤務の看護師が1人と、週3日(各日5時間)勤務の看護師が2人いる場合(所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません)</p> <p>非常勤看護師数 = (2日×3時間×1人) + (3日×5時間×2人) / 40時間 = 0.9人</p> <p>なお、非常勤職員が月単位で管理をされている場合には、1か月の所定労働時間を用いて、1か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。</p> <p>その他注意事項: 専門職数の項目について 有給・無給を問わず令和5年12月1日時点で貴施設に雇用されている者を計上します。12月1日の欠勤者であっても、雇用されている場合は計上します。なお、12月1日の採用者は計上しますが、退職者は計上しません。また、施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者を含めます。業務請負の労働者、ボランティアは対象外とします。</p> <p>【医師が定期的に他院で診察をしている場合の報告】 正職員の医師が定期的に他院で診察をしている場合、他院での診察時間を除いて常勤換算した人数を非常勤職員に計上してください。</p> <p>【当直医を外部に委託している場合の報告】 当該施設と雇用関係(施設が直接雇い入れた者、派遣労働者、出向者、一般の従事者と同様の勤務状況にある家族従事者)がある場合には非常勤職員として計上してください。</p> <p>【長期にわたって勤務していない職員、産前・産後休暇や育児休暇中の職員の扱い】 12月1日現在、当該医療施設に勤務していない者で、長期にわたって勤務していない者(3か月を超える者、予定者を含む)については、計上しません。 ただし、労働基準法(昭和22年法律第49号)で定める産前・産後休業(産前6週間・産後8週間)並びに育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(平成3年法律第76号)で定める育児休業及び介護休業を取得している者については、計上します。休業中の者に代替者がいる場合は、代替者のみを計上します(休業中の者は含めません)。</p> <p>【短時間勤務の常勤職員の扱い】 勤務時間でご判断いただき、1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、非常勤職員として計上してください。</p>						

⑤ 新生児室の管理				
70	新生児室の平均的な人員配置（日勤帯）（常勤換算）	a. 助産師	人	日勤帯における、新生児室の助産師数を記載してください。常勤・非常勤は問いません。
71		b. 看護師	人	日勤帯における、新生児室の看護師数を記載してください。常勤・非常勤は問いません。
72		c. その他の職員	人	日勤帯における、新生児室の助産師・看護師以外の職員の人数を記載してください。常勤・非常勤は問いません。
73	新生児室の平均的な人員配置（夜勤帯）（常勤換算）	a. 助産師	人	夜勤帯における、新生児室の助産師数を記載してください。常勤・非常勤は問いません。
74		b. 看護師	人	夜勤帯における、新生児室の看護師数を記載してください。常勤・非常勤は問いません。
75		c. その他の職員	人	夜勤帯における、新生児室の助産師・看護師以外の職員の人数を記載してください。常勤・非常勤は問いません。
2. 分娩取扱施設の実績（令和5年11月1日～30日の1ヶ月）				
76	全分娩件数（人工妊娠中絶は除く）		件	令和5年11月1日～11月30日の期間の人工妊娠中絶を除く分娩件数を記載してください。 ※死産は含みます。※多胎は1件としてください。
77	全分娩件数のうち、経陰分娩件数（22週から37週未満）	a. 鉗子分娩	件	全分娩件数のうちの鉗子分娩を実施した数を記載してください。
78		b. 吸引分娩	件	全分娩件数のうちの吸引分娩を実施した数を記載してください。
79		c. 上記以外	件	鉗子分娩、吸引分娩以外の経陰分娩を記載してください。
80	全分娩件数のうち、経陰分娩件数（37週以降）	a. 鉗子分娩	件	全分娩件数のうちの鉗子分娩を実施した数を記載してください。
81		b. 吸引分娩	件	全分娩件数のうちの吸引分娩を実施した数を記載してください。
82		c. 上記以外	件	鉗子分娩、吸引分娩以外の経陰分娩を記載してください。
83	全分娩件数のうち、帝王切開術数（22週から37週未満）	a. 予定帝王切開術数	件	予定帝王切開術数を記載してください。
84		b. 緊急帝王切開術数	件	緊急帝王切開術数を記載してください。
85	全分娩件数のうち、帝王切開術数（37週以降）	a. 予定帝王切開術数	件	予定帝王切開術数を記載してください。
86		b. 緊急帝王切開術数	件	緊急帝王切開術数を記載してください。
87	全分娩件数のうち、無痛分娩件数	a. 硬膜外麻酔	件	硬膜外麻酔を行い、無痛分娩を実施した件数を記載してください。
88		b. 脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔	件	脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔を行い、無痛分娩を実施した件数を記載してください。
89		c. その他の麻酔	件	硬膜外麻酔、脊髄くも膜下麻酔をおこなわず、無痛分娩を実施した場合にはその件数を記載してください。
90	77-89に当てはまらない分娩		件	77-89に当てはまらない分娩がある場合には、その件数を記載してください。
91	院内助産の有無	1.有 2.無		
92	全分娩件数のうち院内助産の分娩件数			
93	全分娩件数のうち、多胎の分娩件数		件	全分娩件数のうち、多胎の分娩件数を載せてください。
94	人工妊娠中絶数（12週未満、12週から21週6日）	a. 12週未満	件	12週未満の人工妊娠中絶の件数を記載してください。
95		b. 12週から21週6日	件	妊娠12週から21週6日までの人工妊娠中絶の件数を記載してください。
96	死産の分娩数（12週0日～）		件	12週以降の死産件数を記載してください。
97	流産手術数（不全流産、稽留流産）（～11週6日）		件	12週未満の流産手術の件数（人工妊娠中絶の件数は除く）を記載してください。
98	妊産婦のべ入院患者数（出産目的以外の患者）		件	11月末在院患者数（11月30日24時に入院している患者）と退院患者数を合計した人数。
99	計画分娩（陣痛誘発）件数	a. 妊婦・家族等の希望によるもの	件	当月未在院患者数+退院患者数 妊婦の希望により医学的適応がない状況での陣痛誘発の件数を記載してください。
100		b. 医学的適応	件	前期破水等の医学的適応での陣痛誘発の件数を記載してください。
101	出産目的の患者の平均在院日数（分娩後から退院まで）（分娩形態別）	a. 経陰分娩（初産婦）	日	11月の「在院患者延数」÷（「新入院患者数」+「退院患者数」÷2）
102		b. 経陰分娩（経産婦）	日	
103		c. 帝王切開分娩	日	
104	1日平均入院患者数（新生児は含まない）		人	11月の入院患者延べ数÷30で計算してください。

105	うち、産科患者数			人		
106	うち、婦人科患者数			人		
107	うち、小児科患者数			人		
108	うち、その他の患者数			人		
109	12月1日時点における新生児数（入院中の児に限る）			人		
110	うち、12月1日に新生児室で預かった新生児数（延べ人数）			人	1日のうちで1回でも入室したことがあれば在室としてください。	
3. その他						
111	出産に係る入院時に妊産婦に一律に提供している物品等（新生児用おむつ、産褥ナプキン等）（自由記載）				分娩を伴う入院の際に追加料金なく提供している（入院料等に含まれている）物品等を記載してください。 例：新生児用おむつ、産褥ナプキン等）	
112	付帯サービスの種類や有無、価格	お祝い膳	1.有 2.無 3.妊産婦が選択		お祝い膳が標準で提供される場合は有を選択してください。妊婦が要否を選択できる場合には「妊婦が選択」を選択してください。	
113		設定価格		円		
114		写真撮影	1.有 2.無 3.妊産婦が選択		円	写真撮影が標準で提供される場合は有を選択してください。妊婦が要否を選択できる場合には「妊婦が選択」を選択してください。
115		設定価格		円		
116		足形	1.有 2.無 3.妊産婦が選択		円	足形が標準で提供される場合は有を選択してください。妊婦が要否を選択できる場合には「妊婦が選択」を選択してください。
117		設定価格		円		
118		エステ、マッサージ（※乳房マッサージは除く）	1.有 2.無 3.妊産婦が選択		円	エステが標準で提供される場合は有を選択してください。妊婦が要否を選択できる場合には「妊婦が選択」を選択してください。
119	設定価格		円			
120	その他					
121	胎盤の処理			円		

3-1. 患者票 (正常分娩)		(病院・診療所回答用)	
<p>妊婦の選択の方法：以下の指定された日程で入院された妊婦について記載をお願いします。第一候補の日程に正常分娩がない場合は第二候補、第三候補・・・の日程で記載をお願いします。患者票は前向き調査をお願いします。第一候補に分娩があったが、調査票の到着の遅れ等の関係で第一候補の日程での分娩について記載ができなかったなどの場合（メモなどがなく、詳細を振り返るのが難しい等）には、第二候補・・・としてください。患者票の記載は正常分娩1部、異常分娩1部、無痛分娩の取扱がある場合には無痛分娩1部となります。無痛分娩の取扱がない場合には記載いただかなくて結構です</p>			
<p>第一候補：令和6年2月1日（木）1番に出生された方 第二候補：令和6年2月2日（金）1番に出生された方 第三候補：令和6年2月5日（月）1番に出生された方 第四候補：令和6年2月6日（火）1番に出生された方 第五候補：令和6年2月7日（水）1番に出生された方 第六候補：令和6年2月8日（木）1番に出生された方 第七候補：令和6年2月9日（金）1番に出生された方 第八候補：令和6年2月12日（月）1番に出生された方 第九候補：令和6年2月13日（火）1番に出生された方</p>			
<p>※正常分娩の患者票は入院期間を通して保険診療での医療行為のない出産について記入してください。</p>			
(1) 妊婦の概要			
		回答欄	留意点等
1 年齢			対象となる妊婦の出生日における年齢を記載してください。
2 身長			妊婦の身長を記載してください。
3 非妊時体重			妊婦の妊娠前の体重を記載してください。
4 分娩前体重			妊婦の分娩前の体重を記載してください。入院後計測を行わなかった場合は、直近の妊婦健診での体重を記載してください。
5 出産時の妊娠週数		週 日	出産の時の妊娠週数を記載してください。
6 出産経験(いずれか1つ選択)		1.初産 2.経産	
7 在院日数 (入院日及び退院日を含める)			入院してから退院までの日数を記載してください。 ※入院日及び退院日も含めてください。 ※例えば前駆陣痛などで一旦退院した場合は、再度入院した日からの日数を記載してください。 ※保険診療、自費診療は関係なく、入院した日数をお書きください。
(2) 分娩の概要			
8 入院の経緯 (陣痛発来、前期破水など) (いずれか1つ選択)		1.陣痛発来 2.前期破水 3.計画分娩 4.無痛分娩目的 5.その他 ()	分娩を含む入院の場合に、入院となった経緯をお書きください。
9 分娩時間	第1期	時間 分	分娩第1期の時間を記載してください。
10	第2期	時間 分	分娩第2期の時間を記載してください。
11	第3期	時間 分	分娩第3期の時間を記載してください。
12 入院から分娩第3期終了までの時間		時間 分	入院から分娩第3期終了までの時間を記載してください。
13 第3期終了から帰宅までの時間		時間 分	第3期終了から、入院する病室へ移動するまでの時間を記載してください。
(3) 医療行為			
a.分娩時			
14 子宮頸管拡張		1.有 2.無	子宮頸管拡張を行った場合は有を選択してください。
15 L使用薬剤等 (ラミナリア、ミニトロ、プロウベス等)			複数使用している場合はその名称と使用した個数を記載してください。
16 L係った日数			子宮頸管拡張のみ行った日数を記載して下さい。
17 感染予防の抗生剤内服		1.有 2.無	分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗生剤の内服を行った場合は有を選択してください。(母体のGBS感染に対する抗生剤投与は含めません。)
18 感染予防の抗生剤点滴		1.有 2.無	分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗生剤の点滴を行った場合は有を選択してください。(母体のGBS感染に対する抗生剤投与は含めません。)
19 血管確保		1.有 2.無	血管確保を行った際には、有を選択してください。
20 陣痛促進・誘発		1.有 2.無	陣痛促進・陣痛誘発を行った際には有を選択してください。
21 L使用薬剤			上記の際に使用した薬剤を記載してください。(商品名)
22 会陰切開		1.有 2.無	会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。
23 会陰縫合		1.有 2.無	会陰縫合を行った際には有を選択してください。

b.入院中				
24	退院診察	日程	産後()日目	退院診察を行った日になお書きください。例：産後4日目
25		内診	1.有 2.無	退院診察で内診を行う場合は有を選択してください。
26		経膈超音波	1.有 2.無	退院診察で経膈超音波を行う場合は有を選択してください。
27		採血検査の項目		分娩後の採血検査で行う項目を記載してください。
28		尿検査	1.有 2.無	尿検査を行っている場合には有を選択してください。
29		ワクチン接種（いずれか1つ選択）	1.MRワクチン 2.インフルエンザワクチン 3.コロナワクチン	
(4) 入院中の助産ケア				複数の助産ケアの項目を一体的に提供した場合は、主たる助産ケアの項目に計上してください。
30	母児同室の有無		1.有 2.無	入院期間中に母児同室がある場合は有を選択してください。
31	授乳指導の回数とかかる時間	平均的な1日あたりの回数		個別指導及び集団指導を含みます。
32		1入院あたりの合計回数		
33		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		
34		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		
35	個別の乳房・乳頭のケア（乳房マッサージ等）	平均的な1日あたりの回数		産後授乳指導の時間の1回あたりの平均時間を記載ください。 集団指導の場合は、1人あたりの指導時間に換算して計上ください。 (例：【集団指導の時間】÷【集団指導の対象人数】)
36		1入院あたりの合計回数		
37		1回あたりの時間		
38	沐浴指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		個別指導及び集団指導を含みます。
39		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		
40		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		
41	調乳指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		個別指導及び集団指導を含みます。
42		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		
43		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		
44	育児技術に係る指導にかかる時間（延べ時間）			抱っこ、おむつ・衣類交換、児の健康状態の見方等の育児技術に関する指導を行った合計時間を記載ください。個別指導及び集団指導を含みます。集団指導の場合は、1人あたりの指導時間に換算して計上ください。 (例：【集団指導の時間】×【集団指導の対象人数】)
45	退院指導にかかる時間			記載例) 15分→15分
46	上記以外に行っている指導の内容（自由記載）			
(5) 付帯サービス				
47	付帯サービスの種類や有無、価格	お祝い膳	1.有 2.無	
48		写真撮影	1.有 2.無	
49		足形	1.有 2.無	
50		エステ、マッサージ (※乳房マッサージは除く)	1.有 2.無	
51		その他（自由記載）		

(6) 新生児関連			
a. 新生児の概要			
52	出生時の体重		g
53	在院日数（出生及び退院日を含める）		日
b. 新生児へ提供した医療等			
54	新生児の診察	小児科医による診察日数（入院中に限る）	日
55		産科医による診察日数（入院中に限る）	日
56	検査等	採血の検査対象かどうか	1.対象 2.対象外
57		黄疸検査	1.有 2.無
58		出生直後血糖測定対象かどうか	1.対象 2.対象外
59		SpO2モニター装着	1.有 2.無
60		先天性代謝異常検査	1.有 2.無
61		新生児聴覚検査	1.有 2.無
62		その他新生児へ提供した検査等 （自由記載）	
63	治療等	保育器収容（酸素投与のため）	1.有 2.無
64		保育器収容（保温のため）	1.有 2.無
65		光線療法	1.有 2.無
66		ワクチン接種	1.有 2.無
67		その他新生児へ提供した治療等 （自由記載）	
68	新生児への処置・ケア（臍処置、沐浴）	臍処置	1.有 2.無
69		皮膚ケア（軟膏塗布含む）	1.有 2.無
70		K2内服	1.有 2.無
71		沐浴の回数（入院中に限る）	回
72		その他新生児へ提供した処置・ケア （自由記載）	
(7) 費用			
出産育児一時金の直接支払制度の専用請求書への記載内容を記載してください。			
73	入院料		円
74	室料差額		円
75	分娩料		円
76	新生児管理保育料		円
77	処置・手当料		円
78	産科医療保障制度		円
79	その他		円
80	妊婦合計負担額		円
81	備考		円

3-2. 患者票 (異常分娩)		(病院・診療所回答用)	
<p>妊婦の選択の方法：以下の指定された日程で入院された妊婦について記載をお願いします。第一候補の日程に正常分娩がない場合は第二候補、第三候補・・・の日程で記載をお願いします。患者票は前向き調査をお願いします。第一候補に分娩があったが、調査票の到着の遅れ等の関係で第一候補の日程での分娩について記載できなかったなどの場合（メモなどがなく、詳細を振り返るのが難しい等）には、第二候補・・・としてください。患者票の記載は正常分娩1部、異常分娩1部、無痛分娩の取扱がある場合には無痛分娩1部となります。無痛分娩の取扱がない場合には記載いただかなくて結構です</p>			
<p>第一候補：令和6年2月1日（木）1番に出生された方 第二候補：令和6年2月2日（金）1番に出生された方 第三候補：令和6年2月5日（月）1番に出生された方 第四候補：令和6年2月6日（火）1番に出生された方 第五候補：令和6年2月7日（水）1番に出生された方 第六候補：令和6年2月8日（木）1番に出生された方 第七候補：令和6年2月9日（金）1番に出生された方 第八候補：令和6年2月12日（月）1番に出生された方 第九候補：令和6年2月13日（火）1番に出生された方</p>			
<p>※異常分娩とは分娩を含む入院期間中にならなかの保険診療を行った分娩をいいます。</p>			
(1) 妊婦の概要		回答欄	留意点等
1 年齢			対象となる妊婦の出産日における年齢を記載してください。
2 身長			妊婦の身長を記載してください。
3 非妊時体重			妊婦の妊娠前の体重を記載してください。
4 分娩前体重			妊婦の分娩前の体重を記載してください。入院後計測を行わなかった場合は、直近の妊婦健診での体重を記載してください。
5 出産時の妊娠週数		週 日	出産の時の妊娠週数を記載してください。
6 出産経験(いずれか1つ選択)		1.初産 2.経産	
7 在院日数(入院日及び退院日を含める)			入院してから退院までの日数を記載してください。 ※入院日及び退院日も含めてください。 ※例えば前駆陣痛などで一旦退院した場合は、再度入院した日からの日数を記載してください。 ※保険診療、自費診療は関係なく、入院した日数をお書きください。
(2) 分娩の概要			
8 入院の経緯(陣痛発来、前期破水など)		1.陣痛発来 2.前期破水 3.予定帝王切開 4.計画分娩 5.無痛分娩目的 6.胎児機能不全の管理 7.羊水過少の管理 8.その他()	分娩を含む入院の場合に、入院となった経緯をお書きください。
9 分娩時間	第1期	時間 分	分娩第1期の時間を記載してください。
10	第2期	時間 分	分娩第2期の時間を記載してください。
11	第3期	時間 分	分娩第3期の時間を記載してください。
12 入院から分娩第3期終了までの時間		時間 分	入院から分娩第3期終了までの時間を記載してください。
13 第3期終了から産室までの時間		時間 分	第3期終了から、入院する病室へ移動するまでの時間を記載してください。
14 分娩方法(いずれか1つ選択)		1.緊急帝王切開術 2.予定帝王切開術 3.鉗子分娩 4.吸引分娩 5.3・4以外の経産分娩	
15			
16			
17			
18			
19 1-4の場合の医学的適応(自由記載)			
(3) 医療行為			
a.分娩時			
20 子宮頸管拡張		1.有 2.無	子宮頸管拡張を行った場合は有を選択してください。
21 L使用薬剤等(ラミナリア、ミニトロ、プロウベス等)			複数使用している場合はその名称と使用した個数を記載してください。
22 L係った日数			子宮頸管拡張のみ行った日数を記載して下さい。
23 感染予防の抗生剤内服		1.有 2.無	分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗生剤の内服を行った場合は有を選択してください。(母体のGBS感染に対する抗生剤投与は含めません。)
24 感染予防の抗生剤点滴		1.有 2.無	分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗生剤の点滴を行った場合は有を選択してください。(母体のGBS感染に対する抗生剤投与は含めません。)
25 血管確保		1.有 2.無	血管確保を行った際には、有を選択してください。
26 陣痛促進・誘発		1.有 2.無	陣痛促進・陣痛誘発を行った際には有を選択してください。
27 L使用薬剤			上記の際に使用した薬剤を記載してください。
28 会陰切開		1.有 2.無	会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。
29 会陰縫合		1.有 2.無	会陰縫合を行った際には有を選択してください。
30 その他保険診療で行った医療行為			

b.入院中				
31	退院診察	日程	産後()日目	退院診察を行った日になちをお書きください。例：産後4日目
32		内診	1.有 2.無	退院診察で内診を行う場合は有を選択してください。
33		経膈超音波	1.有 2.無	退院診察で経膈超音波を行う場合は有を選択してください。
34		採血検査の項目		
35		尿検査	1.有 2.無	尿検査を行っている場合には有を選択してください。
36		ワクチン接種	1.MRワクチン 2.インフルエンザワクチン 3.コロナワクチン	
(4) 入院中の助産ケア				
37	母児同室の有無		1.有 2.無	複数の助産ケアの項目を一体的に提供した場合は、主たる助産ケアの項目に計上してください。 入院期間中に母児同室がある場合は有を選択してください。
38	授乳指導の回数とかかる時間	平均的な1日あたりの回数		個別指導及び集団指導を含みます。
39		1入院あたりの合計回数		回
40		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		分
41		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分
42	個別の乳房・乳頭のケア（乳房マッサージ等）	平均的な1日あたりの回数		回
43		1入院あたりの合計回数		回
44		1回あたりの時間		分
45	沐浴指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		回
46		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		分
47		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分
48	調乳指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		回
49		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		分
50		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分
51	育児技術に係る指導にかかる時間（延べ時間）			抱っこ、おむつ・衣類交換、児の健康状態の見方等の育児技術に関する指導を行った合計時間を記載ください。個別指導及び集団指導を含みます。集団指導の場合は、1人あたりの指導時間に換算して計上ください。 (例：【集団指導の時間】÷【集団指導の対象人数】)
52	退院指導にかかる時間			記載例) 15分→15
53	上記以外に行っている指導の内容（自由記載）			
(5) 付帯サービス				
54	付帯サービスの種類や有無、価格	お祝い膳	1.有 2.無	
55		写真撮影	1.有 2.無	
56		足形	1.有 2.無	
57		エステ、マッサージ（乳房マッサージは除く）	1.有 2.無	
58		その他（自由記載）		

(6) 新生児関連				
a. 新生児の概要				
59	新生児数			人
60	出生時の体重			g
61	在院日数（出生及び退院日を含める）			日
b. 新生児へ提供した医療等（双子、品胎の場合は新生児数毎の記載）				
62	新生児の診察	小児科医による診察日数（入院中に限る）		日
63		産科医による診察日数（入院中に限る）		日
64	検査等	採血の検査対象かどうか	1.対象 2.対象外	
65		黄疸検査	1.有 2.無	
66		出生直後血糖測定対象かどうか	1.対象 2.対象外	
67		SpO2モニター装着	1.有 2.無	
68		先天性代謝異常検査	1.有 2.無	
69		新生児聴覚検査	1.有 2.無	
70		その他新生児へ提供した検査等（自由記載）		
71	治療等	保育器収容（酸素投与のため）	1.有 2.無	
72		保育器収容（保温のため）	1.有 2.無	
73		光線療法	1.有 2.無	
74		ワクチン接種	1.有 2.無	
75		その他新生児へ提供した治療等（自由記載）		
76	新生児への処置・ケア（臍処置、沐浴）	臍処置	1.有 2.無	
77		皮膚ケア（軟膏塗布含む）	1.有 2.無	
78		K2内服	1.有 2.無	
79		沐浴の回数（入院中に限る）		回
80		その他新生児へ提供した処置・ケア（自由記載）		
(7) 費用				
出産育児一時金の直接支払制度の専用請求書への記載内容を記載してください。				
81	入院料			円
82	室料差額			円
83	分娩介助料			円
84	新生児管理保育料			円
85	処置・手当料			円
86	産科医療保障制度			円
87	その他			円
88	妊婦合計負担額			円
89	一部負担金			円
90	備考			円

3-3. 患者票（無痛分娩）		（病院・診療所回答用）	
<p>妊婦の選択の方法：以下の指定された日程で入院された妊婦について記載をお願いします。第一候補の日程に正常分娩がない場合は第二候補、第三候補・・・の日程で記載をお願いします。患者票は前向き調査をお願いします。第一候補に分娩があったが、調査票の到着の遅れ等の関係で第一候補の日程での分娩について記載ができなかったなどの場合（メモなどがなく、詳細を振り返るのが難しい等）には、第二候補・・・としてください。患者票の記載は正常分娩1部、異常分娩1部、無痛分娩の取扱がある場合には無痛分娩1部となります。無痛分娩の取扱がない場合には記載いただかなくて結構です</p>			
<p>第一候補：令和6年2月1日（木）1番に出生された方 第二候補：令和6年2月2日（金）1番に出生された方 第三候補：令和6年2月5日（月）1番に出生された方 第四候補：令和6年2月6日（火）1番に出生された方 第五候補：令和6年2月7日（水）1番に出生された方 第六候補：令和6年2月8日（木）1番に出生された方 第七候補：令和6年2月9日（金）1番に出生された方 第八候補：令和6年2月12日（月）1番に出生された方 第九候補：令和6年2月13日（火）1番に出生された方</p>			
※異常分娩・正常分娩のいずれかで無痛分娩を行った症例を記載してください。			
（1）妊婦の概要			
		回答欄	留意点等
1 年齢			対象となる妊婦の出生日における年齢を記載してください。
2 身長			妊婦の身長を記載してください。 cm
3 非妊時体重			妊婦の妊娠前の体重を記載してください。 kg
4 分娩前体重			妊婦の分娩前の体重を記載してください。入院後計測を行わなかった場合は、直近の妊婦健診での体重を記載してください。 kg
5 出産時の妊娠週数		週 日	出産の時の妊娠週数を記載してください。
6 出産経験(いずれか1つ選択)		1.初産 2.経産	
7 在院日数（入院日及び退院日を含める）			入院してから退院までの日数を記載してください。 ※入院日及び退院日も含めてください。 ※例えば前駆陣痛などで一旦退院した場合は、再度入院した日からの日数を記載してください。 ※保険診療、自費診療は関係なく、入院した日数をお書きください。 日
（2）分娩の概要			
8 入院の経緯（無痛分娩のための計画分娩、陣痛発来、前期破水など）		1.陣痛発来 2.前期破水 3.予定帝王切開 4.計画分娩 5.無痛分娩目的 6.胎児機能不全の管理 7.羊水過少の管理 8.その他（ ）	分娩を含む入院の場合に、入院となった経緯を選択してください。
9 分娩時間	第1期	時間 分	分娩第1期の時間を記載してください。
10	第2期	時間 分	分娩第2期の時間を記載してください。
11	第3期	時間 分	分娩第3期の時間を記載してください。
12 入院から分娩第3期終了までの時間		時間 分	入院から分娩第3期終了までの時間を記載してください。
13 第3期終了から帰室までの時間		時間 分	第3期終了から、入院する病室へ移動するまでの時間を記載してください。
（3）医療行為			
a.分娩時			
14 子宮頸管拡張		1.有 2.無	子宮頸管拡張を行った場合は有を選択してください。
15 L使用薬剤等（ラミナリア、ミニメトロ、プロウベス等）			複数使用している場合はその名称と使用した個数を記載してください。
16 L係った日数			子宮頸管拡張のみ行った日数を記載して下さい。 日
17 感染予防の抗生剤内服		1.有 2.無	分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗生剤の内服を行った場合は有を選択してください。（母体のGBS感染に対する抗生剤投与は含めません。）
18 感染予防の抗生剤点滴		1.有 2.無	分娩の際に子宮内感染の予防目的で抗生剤の点滴を行った場合は有を選択してください。（母体のGBS感染に対する抗生剤投与は含めません。）
19 血管確保		1.有 2.無	血管確保を行った際には、有を選択してください。
20 陣痛促進・誘発		1.有 2.無	陣痛促進・陣痛誘発を行った際には有を選択してください。
21 L使用薬剤			上記の際に使用した薬剤を記載してください。
22 会陰切開		1.有 2.無	会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。
23 会陰縫合		1.有 2.無	会陰縫合を行った際には有を選択してください。

b.入院中					
24	退院診察	日程	産後()日目	退院診察を行った日にお書きください。例：産後4日目	
25		内診	1.有 2.無	退院診察で内診を行う場合は有を選択してください。	
26		経膈超音波	1.有 2.無	退院診察で経膈超音波を行う場合は有を選択してください。	
27		採血検査の項目			
28		尿検査	1.有 2.無	尿検査を行っている場合には有を選択してください。	
29		ワクチン接種	1.MRワクチン 2.インフルエンザワクチン 3.コロナワクチン		
(4) 入院中の助産ケア					
30	母児同室の有無		1.有 2.無	複数の助産ケアの項目を一体的に提供した場合は、主たる助産ケアの項目に計上してください。 入院期間中に母児同室がある場合は有を選択してください。	
31	授乳指導の回数とかかる時間	平均的な1日あたりの回数		回	個別指導及び集団指導を含みます。
32		1入院あたりの合計回数		回	
33		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		分	産後授乳指導の時間の1回あたりの平均時間を記載ください。集団指導の場合は、1人あたりの指導時間に換算して計上ください。 (例：【集団指導の時間】÷【集団指導の対象人数】)
34		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分	
35	個別の乳房・乳頭のケア（乳房マッサージ等）	平均的な1日あたりの回数		回	
36		1入院あたりの合計回数		回	
37		1回あたりの時間		分	
38	沐浴指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		回	個別指導及び集団指導を含みます。
39		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		分	集団指導の場合は、1人あたりの指導時間に換算して計上ください。 (例：【集団指導の時間】÷【集団指導の対象人数】)
40		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分	
41	調乳指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		回	個別指導及び集団指導を含みます。
42		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		分	集団指導の場合は、1人あたりの指導時間に換算して計上ください。 (例：【集団指導の時間】÷【集団指導の対象人数】)
43		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分	
44	育児技術に係る指導にかかる時間（延べ時間）			分	抱っこ、おむつ・衣類交換、児の健康状態の見方等の育児技術に関する指導を行った合計時間を記載ください。個別指導及び集団指導を含みます。集団指導の場合は、1人あたりの指導時間に換算して計上ください。 (例：【集団指導の時間】÷【集団指導の対象人数】)
45	退院指導にかかる時間			分	記載例) 15分→15
46	上記以外に行っている指導の内容（自由記載）				
(5) 付帯サービス					
47	付帯サービスの種類や有無、価格	お祝い膳	1.有 2.無		
48		写真撮影	1.有 2.無		
49		足形	1.有 2.無		
50		エステ、マッサージ（乳房マッサージは除く）	1.有 2.無		
51		その他（自由記載）			

(6) 新生児関連				
a. 新生児の概要				
52	出生時の体重		g	出生時の体重を記載してください。
53	在院日数（出生及び退院日を含める）		日	出生日から退院日までの日数を記載してください。
b. 新生児へ提供した医療等				
54	新生児の診察	小児科医による診察日数（入院中に限る）		小児科医師により診察が行われた日数をお書きください。
55		産科医による診察日数（入院中に限る）		産科医が新生児を診察した場合には、その日数を記載ください。
56	検査等	採血の検査対象かどうか	1.対象 2.対象外	
57		黄疸検査	1.有 2.無	
58		出生直後血糖測定対象かどうか	1.対象 2.対象外	
59		SpO2モニター装着	1.有 2.無	
60		先天性代謝異常検査	1.有 2.無	
61		新生児聴覚検査	1.有 2.無	
62		その他新生児へ提供した検査等 （自由記載）		
63	治療等	保育器収容（酸素投与のため）	1.有 2.無	
64		保育器収容（保温のため）	1.有 2.無	
65		光線療法	1.有 2.無	
66		ワクチン接種	1.有 2.無	
67		その他新生児へ提供した治療等 （自由記載）		
68	新生児への処置・ケア（臍処置、沐浴）	臍処置	1.有 2.無	
69		皮膚ケア（軟膏塗布含む）	1.有 2.無	
70		K2内服	1.有 2.無	
71		沐浴の回数（入院中に限る）		回
72		その他新生児へ提供した処置・ケア （自由記載）		
(7) 無痛分娩関連				
73	無痛分娩の方法（複数選択可）			1.硬膜外麻酔 2.脊髄くも膜下硬膜外併用麻 3.その他 ()
74	無痛分娩を行う医師の資格（複数選択可）			1.産婦人科専門医 2.麻酔科専門医 3.麻酔科標榜医 4.その他 ()
(8) 費用				
出産育児一時金の直接支払制度の専用請求書への記載内容を記載してください。				
75	入院料			円
76	室料差額			円
77	分娩料			円
78	新生児管理保育料			円
79	処置・手当料			円
80	産科医療保障制度			円
81	その他			円
82	妊婦合計負担額			円
83	備考			円
当該患者に要した無痛分娩費用を記載ください。				
84	無痛分娩の費用			円
85	L事前の説明等の費用			円
無痛分娩費用のうち、事前の説明等に費用を要する場合は記載してください。				

4 - 1. 外来概要 (令和5年12月1日時点)										
(1) 構造設備		回答欄		留意点等						
1	産科外来の外来診察室数			室 台 台 台	産科外来として実際に使用している診察室数を記載ください。(婦人科外来と兼用している場合を含む)					
2	超音波装置数				超音波断層法が可能である経腹用・経膈用どちらも含め、妊産婦に対して使用している台数を記載ください。他の外来と兼用している場合は、数に入れて記載してください。					
3	分娩監視装置台数									
4	内診台数				妊産婦に対して使用している台数を記載ください。婦人科外来等の他の外来と兼用している場合も、数に入れてください。					
(2) 外来体制										
a. 人員配置 (常勤職員数 + 常勤換算された非常勤職員数)										
※病棟と独立して外来に人員配置している場合についてのみご回答ください。病棟に配置されている職員が外来業務を兼務している場合は、病棟票で回答いただいているため、ここでは対象外とします。										
5	助産師			人						
6	看護師			人						
7	准看護師			人						
8	看護補助者			人						
9	薬剤師			人						
10	管理栄養士			人						
11	保育士			人						
12	医師事務作業補助者			人						
13	医師事務作業補助者以外の外来担当事務			人						
14	心理職 (公認心理師等)			人						
15	その他の職員			人						
<p>※1 常勤とは、貴施設で定められた勤務時間をすべて勤務する者をいいます。ただし、貴施設で定めた1週間の勤務時間が32時間未満の場合は、32時間以上勤務している者を常勤として計上し、その他は非常勤としてください。</p> <p>※2 非常勤とは、貴施設と雇用関係にあつて※1の常勤でない職員としてください。貴院の1週間の所定労働時間を基本として、下記のように常勤換算して小数点第一位まで(小数点第二位を四捨五入)をご記入ください。</p> <p>例1: 1週間の通常の勤務時間が40時間の病院で、週2日(各日3時間)勤務の看護師が1人と、週3日(各日5時間)勤務の看護師が2人いる場合(所定の勤務時間数を超えて行われた時間外勤務は含みません)</p> <p>非常勤看護師数 = { (2日×3時間×1人) + (3日×5時間×2人) } / 40時間 = 0.9人</p> <p>なお、非常勤職員が月単位で管理されている場合には、1か月の所定労働時間を用いて、1か月の勤務時間について常勤換算して計上してください。</p> <p>例2: 1週間の勤務を28時間としている場合、常勤勤務の看護師が1名、週2日(各日4時間)勤務の看護師が2名いる場合、看護師数 = { (2日×4時間×1人) + (2日×4時間×2) } / 32時間 = 1.4人</p>										
b. 設置外来										
16	外来方式	1. 妊婦健診のみを行う外来枠がある 2. 婦人科疾患等の患者と同じ枠で妊婦健診を行っている 3. その他		外来枠として主として妊婦健診を行うことが明示されている場合や外来患者の概ね9割以上が妊婦健診の場合は、「1」としてください。その他を選択した場合に()内に具体的に記載						
17		()								
18	助産師外来の設置	1.有 2.無								

19	通常の妊産婦健診を行う外来以外④、妊産婦に係る専門的な外来の設置の有無	a. 胎児超音波外来	1.有	2.無	通常の妊産婦健診とは別の外来枠として明示されている外来を選択もしくは記載ください（通常の妊産婦健診と一体的に行っているものは除く）。選択肢と名称が異なっても趣旨が同じであれば、選択肢から選んでください。開催頻度は問いません。
		b. ハイリスク外来（多胎、合併症等）	1.有	2.無	
		c. 出生前検査に関する外来	1.有	2.無	
		d. 周産期麻酔外来	1.有	2.無	
		e. 母乳外来	1.有	2.無	
20		d. その他	1.有	2.無	
		l. その他の場合に自由記載			
(3) 外来の状況					
21	一日当たりの平均妊産婦健診数 (令和5年11月1日～30日の1ヶ月平均)				産婦（産褥婦）に対する健診を除きます。妊産婦健診のため、疾病等により保険診療として行ったものは除いてください。
22	前問のうちハイリスクの妊婦の平均妊産婦健診数 (令和5年11月1日～30日の1ヶ月平均)				ハイリスクは、合併症妊婦や産科合併症等がある場合を指します。精神疾患疾患合併（疑いも含む）も入ります。
23	一日当たりの平均産婦健診数 (令和5年11月1日～30日の1ヶ月平均)				産婦（産褥婦）に対する健診数を記載ください。産婦健診のため、疾病等により保険診療として行ったものは除いてください。
24	妊産婦健診担当医師数（一日平均）				常勤・非常勤を問いません。実人数を記載ください。
25	妊産婦健診担当助産師数（一日平均）				常勤・非常勤を問いません。実人数を記載ください。助産師外来として勤務、医師の補助等として勤務されている場合どちらも含みます。
26	妊産婦健診担当看護師数 (准看護師を含む、助産師数を除く)（一日平均）				常勤・非常勤を問いません。実人数を記載ください。
<p>※21から23の平均数は、11月1日～30日の総数を、外来実施日数で割った数を、小数点第一位（小数点第二位を四捨五入）で求めてください。</p> <p>なお、半日の外来の日は0.5として数えてください。</p> <p>水曜が休診、土曜が午後休診、日曜・祝日が休診の場合、分母は、$1 \times 16日 + 0.5 \times 4日 = 18日$（11月3日、11月23日を祝日としております。）</p> <p>※24から26の平均数は、9月～12月の間で、貴院の1週間の外来を代表とする1週間（祝日がない、臨時的に休診した日等がない1週間）を選択ください。分母は、半日の外来日を0.5、休診日は0として数えてください。分子は、半日の担当であれば0.5として数えてください。</p>					
4-2. 補助					
(1) 妊産婦健診			回答欄		留意点等
1	費施設で契約している自治体における、妊産婦健診の費用補助形式 ※複数の自治体と内容の異なる委託契約を結んでいる場合、所在自治体との委託契約の内容を回答してください。	1. 受診券方式 2. 補助券方式 3. 受診券方式と補助券方式の併用 4. その他 ()			1. 受診券方式とは、毎回の検査項目が示されている券を、妊婦が医療機関に持参して健診を受ける方式を指します。健診項目実施分の金額の全部または一部が補助されます。 2. 補助券方式とは、補助額が記載された券を、妊婦が医療機関に持参して健診を受けるもので、毎回の検査項目は医療機関の判断による方式を指します。 その他を選択した場合、()内に具体的に記載
2	自治体による妊産婦健診の補助の回数を上回る回数、妊産婦健診を受けた妊婦の割合（小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご記入ください。）				11月で分曉された方のうち、妊産婦健診の補助回数(上限14回など)を上回る回数を受けた妊婦の割合
3	上記妊婦において、補助の回数を上回った平均回数				
<p>※小数点第一位まで（小数点第二位を四捨五入）をご記入ください。例 補助の回数を上回る回数、妊産婦健診を受診した妊婦が6人おり、そのうち、3人が1回、2人が2回、1人が3回の場合は、$\{ (3人 \times 1回) + (2人 \times 2回) + (1人 \times 3回) \} / 6 = 1.7$</p>					

4-3. 各健診等における内容・費用

4-3. 各健診等における内容・費用									
(1) 妊娠中									
a. 妊婦健診									
	妊婦健診費用① (必須として行われている項目の費用)	自治体の補助額② ※所在自治体との委託契約の内容を基に回答してください	妊婦への請求額 (①-②)	検査項目 (必須) ※例えば末梢血一般検査など、複数回検査される場合は、すべてお書きください。選択1より全てお選びください。	受診券方式の場合		選択肢にない検査項目 (必須) ※選択1にない検査を記載してください。	検査項目 (任意) ※選択3より全てお選びください。	選択肢にない検査項目 (任意) ※選択3にない検査を記載してください。
					※選択2よりいずれか1つお選びください。	※左記にて「2」を選択した場合に対象外の検査項目を記載してください。			
1回目	円	円	円						
2回目	円	円	円						
3回目	円	円	円						
4回目	円	円	円						
5回目	円	円	円						
6回目	円	円	円						
7回目	円	円	円						
8回目	円	円	円						
9回目	円	円	円						
10回目	円	円	円						
11回目	円	円	円						
12回目	円	円	円						
13回目	円	円	円						
14回目	円	円	円						
留意点									
・必須として行われる項目については、貴施設において、すべての妊婦に対して標準的に実施している項目を選んでください。									
・任意として行われる項目については、本人の希望に基づいて実施している項目を選んでください。									
※選択1 (必須)									
【厚生労働省「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」に示されている項目】									
1.超音波検査(助成回数分) 2.血液型等の検査(ABO血液型、Rh血液型及び不規則抗体に係るもの) 3.B型肝炎抗原検査									
4.C型肝炎抗体検査 5.HIV抗体検査 6.梅毒血清反応検査 7.風疹ウイルス抗体検査 8.血糖検査 9.血算検査									
10.HTLV-1抗体検査 11.子宮頸がん検診 12.性器クラミジア検査 13.B群溶血性レンサ球菌検査									
【その他】									
14.超音波検査(助成回数を超える分) 15.トキソプラズマ検査 16.サイトメガロウイルス検査 17.麻疹ウイルス抗体検査									
18.NST									
※選択2 (受診券方式の場合のみ選択・記載)									
1. 必須として行われている検査項目の全てが補助対象となっている。									
2. 必須として行われている検査項目の一部が補助対象外となっている。 2を選択した場合、対象外の検査項目を具体的に記載。									
※選択3 (任意)									
1.超音波検査、2.血糖検査 3.血算検査、4.トキソプラズマ検査 5.サイトメガロウイルス検査 6.麻疹ウイルス抗体検査									
7.NST									

b. 妊婦健診以外の妊婦を対象とした診察・ケア（保険診療を除く）											
項目	費用	1か月間の 外来人数									
	円	人									
	円	人									
	円	人									
留意点											
※1 2023年11月の1か月間の人数 ※2 胎児超音波外来、ハイリスク外来（多胎、合併症等）、出生前検査に関する外来、周産期麻酔外来など、通常の妊婦健診を行わず外来以外の、妊産婦に係る専門的な外来の標準的な費用を記載してください。 ※3 妊婦健診と同時に行っている場合には、妊婦健診分の費用を除く。 ※4 妊婦の選択等により、費用が大きく差がある（概ね5,000円以上）場合は、選択数が多い2つを①、②として記載ください。 例 出生前検査に関する外来①、出生前検査に関する外来②											
例)											
NIPTなどの出生前検査、4D超音波など											
(2) 産後											
a. 産婦健診※行っていない場合は、空欄としてください。											
	産婦健診費用①	自治体の 補助・助成の有 無	有の場合自治体の 補助額② ※所在自治体との 委託契約の内容を 基に回答ください	産婦への請求 (①-②)	検査項目 ※選択より全て お選びくださ い。	選択肢にない検査項目※選択にない検査を記載してください。					
分娩後2週間頃	円	1.有 2.無	円	円							
分娩後4週間頃	円	1.有 2.無	円	円							
その他 (分娩後() 週間頃)	円	1.有 2.無	円	円							
※選択											
1.血圧 2.体重 3.尿検査 4.内診 5.超音波検査 6.採血 7.メンタルヘルスの評価											
b. 産婦健診以外の産婦を対象とした診察・ケア（保険診療・産後ケアを除く）											
項目	費用	1ヶ月間の 外来人数									
	円	人									
	円	人									
	円	人									

5-1. 収益等（診療所）

1. 基本データ

1 直近の2事業年（度）（個人立以外の診療所のみ記入してください。）

令和4年3月末までに終了した事業年（度）	令和	年	月	～	令和	年	月
令和5年3月末までに終了した事業年（度）	令和	年	月	～	令和	年	月

※個人立の場合は、令和3年1月1日から令和3年12月31日まで及び令和4年1月1日から令和4年12月31日までの期間が「直近の2事業年（度）」となるため、記入の必要はありません。

2 貴院の活動状況（令和5年3月31日現在、該当する番号に○を付けてください。）

- 1. 直近の2事業年（度）の間及び現在、活動している
- 2. その他（直近の2事業年（度）の途中に開設、現在は休止、廃止等）

※回答が「2」の場合は、ここでこれ以降の調査は終了となります。このまま本調査票をご返送ください。

3 貴院の開設者が保有する施設の状況（令和5年3月31日現在、該当する番号に○を付けてください。）

- 1. 調査対象診療所のみ保有している
- 2. 調査対象診療所以外の施設（病院、診療所、介護保険施設等）も保有している

4 主たる診療科目（令和5年3月31日現在、該当する番号に○を付けてください。）

01 内科	02 呼吸器内科	03 循環器内科
04 消化器内科(胃腸内科)	05 腎臓内科	06 人工透析内科（人工透析外科）
07 神経内科	08 糖尿病内科(代謝内科)	09 血液内科
10 皮膚科	11 アレルギー科	12 リウマチ科
13 感染症内科	14 小児科	15 精神科
16 心療内科	17 外科	18 呼吸器外科
19 循環器外科(心臓・血管外科)	20 乳腺外科	21 気管食道外科
22 消化器外科(胃腸外科)	23 泌尿器科	24 肛門外科
25 脳神経外科	26 整形外科	27 形成外科
28 美容外科	29 眼科	30 耳鼻咽喉科
31 小児外科	32 産婦人科	33 産科
34 婦人科	35 リハビリテーション科	36 放射線科
37 麻酔科	38 病理診断科	39 臨床検査科
40 救急科		

5 病床の状況（許可病床数を記入してください。無床の場合は0を記入してください。）

令和4年3月末までに終了した事業年（度）の末日時点		床
令和5年3月末までに終了した事業年（度）の末日時点		床

6 消費税の経理方式（該当する番号に○を付けてください。）

- 1. 税込
- 2. 税抜

※次頁以降で記入していただく金額等は、ここで選択した経理方式に従って記入してください。

2. 損益

- 直近の2事業年（度）それぞれの収益及び費用の額を記入してください。
- 個人立診療所は、令和3年1月1日から令和3年12月31日まで及び令和4年1月1日から令和4年12月31日までの期間が直近の2事業年（度）となります。
- 法人全体で包括して経理を行っているような場合でも、調査対象となった診療所分のみを推計して記入してください。
- 数字を記入する欄が0の場合は「0」を必ず記入してください。

1 医療収益

科 目	金額（令和4年3月までの事業年（度））				金額（令和5年3月までの事業年（度））			
	億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 入院診療収益	(1) 保険診療収益（患者負担含む）							
	(2) 公費等診療収益							
	(3) その他の診療収益							
2 外来診療収益	(1) 保険診療収益（患者負担含む）							
	(2) 公費等診療収益							
	(3) その他の診療収益							
3 その他の医療収益								
（うち）新型コロナウイルス感染症関連の補助金（従業員向けの給与金を除く）								
医療収益合計								

2 介護収益

診療所としての介護保険事業を実施の有無(該当する番号に○を付けてください。)

- 1. 実施している
- 2. 実施していない

※診療所として介護保険事業を実施している場合（「1」を選択）、収益を下記の表に記入してください。

科 目	金額（令和4年3月までの事業年（度））				金額（令和5年3月までの事業年（度））			
	億	百万	千	円	億	百万	千	円
介護収益合計								

3 医療・介護費用

科 目	金額（令和4年3月までの事業年（度））				金額（令和5年3月までの事業年（度））			
	億	百万	千	円	億	百万	千	円
1 給与費								
（うち）通勤手当								
（うち）法定福利費								
2 医薬品費								
3 診療材料費・医療消耗品備品費								
（うち）特定保険医療材料費（※1）								
4 給食用材料費								
5 委託費								
（うち）給食委託費								
（うち）人材委託費								
（うち）紹介手数料								
6 減価償却費								
（うち）建物減価償却費								
（うち）医療機器減価償却費								
7 その他の医療・介護費用								
（うち）土地賃借料								
（うち）設備機器賃借料								
（うち）医療機器賃借料								
（うち）水道光熱費								
（うち）消費税課税対象費用（※1）（設備機器賃借料及び水道光熱費を除く）								
（うち）控除対象外消費税等負担額（※2）								
医療・介護費用合計								

※1 特定保険医療材料費、消費税課税対象費用を区分して経理していない等、記入が困難な場合は、「-」を記入してください。

※2 経理方式が税抜の場合のみ記入してください。

4 損益差額										
科 目	金額（令和4年3月未までの事業年（度））					金額（令和5年3月未までの事業年（度））				
	億	百万	千	円	億	百万	千	円		
損益差額（医業収益合計+介護収益合計-医業・介護費用合計）										
5 税金（法人税・住民税）										
科 目	金額（令和4年3月未までの事業年（度））					金額（令和5年3月未までの事業年（度））				
	億	百万	千	円	億	百万	千	円		
税金（法人税・住民税）合計										
※個人立診療所については記入の必要はありません。										
6 税引後の総損益差額										
科 目	金額（令和4年3月未までの事業年（度））					金額（令和5年3月未までの事業年（度））				
	億	百万	千	円	億	百万	千	円		
税引後の総損益差額（損益差額-税金）										
※個人立診療所については記入の必要はありません。										

3. 給与

- 直近の2事業年（度）における、調査対象となった診療所で直接業務に従事する常勤職員に対して支払った給与の状況について、職種別に記入してください。
個人立診療所は、令和3年1月1日から令和3年12月31日まで及び令和4年1月1日から令和4年12月31日までの期間が直近の2事業年（度）となります。
- 各事業年（度）の「延べ人員（人月）」欄に記入する人月数は、各事業年（度）における月別給与支給人員の年（度）間合計です。例えば、2人の職員が在籍し、そのうちの1人が1年間（12ヶ月）従事しており、もう1人が半年間（6ヶ月）だけ従事していた場合には、「延べ従事人月」は18人月となります。
- 数字を記入する欄が0の場合は「0」を必ず記入してください。

1 令和4年3月末までの事業年（度）の常勤職員給料・賞与

常勤職員（令和4年3月末までの事業年（度））

職 種	延べ人員（人月）					給 料					賞 与									
	人	月	千	百	万	千	百	万	千	百	万	千	百	万	千	百	万			
院 長（個人立の開設者本人を除く）																				
医 師																				
歯科医師																				
薬剤師																				
助産師																				
看護職員（助産師除く）																				
看護補助職員																				
医療技術員																				
事務職員（上記の職種に従事している者を除く）																				
その他の職員																				
役員（上記の職種に従事している者を除く）																				
合 計																				

2 令和5年3月末までの事業年（度）の常勤職員給料・賞与

常勤職員（令和5年3月末までの事業年（度））

職 種	延べ人員（人月）					給 料					賞 与									
	人	月	千	百	万	千	百	万	千	百	万	千	百	万	千	百	万			
院 長（個人立の開設者本人を除く）																				
医 師																				
歯科医師																				
薬剤師																				
助産師																				
看護職員（助産師除く）																				
看護補助職員																				
医療技術員																				
事務職員（上記の職種に従事している者を除く）																				
その他の職員																				
役員（上記の職種に従事している者を除く）																				
合 計																				

