参考資料　1-3

出産費用の保険適用導入についての検討に関わる研究

助産所票・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て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記載してください。
2		ふりがな		
3	施設所在地	都道府県		貴施設の所在地を記載してください。
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、メールアドレスを記載してください。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）	病院	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 （　　）	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。
		7.有床診療所		
		8.助産所		
12	設置主体（いずれか１つ選択）	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．助産所票

（１） 構造設備

			回答欄		留意点等
1	入所定員			人	
2	入所室	入所定員１名の入所室		部屋	
3		入所定員２名の入所室		部屋	
4		入所定員３名の入所室		部屋	
5		入所定員４名以上の入所室		部屋	
6	分娩室		1.有　2.無		
7	Ｌ入所室と分娩室を分けていない（入所室（居室）が９㎡以上あり）		1.有　2.無		no.6で分娩室「無」の場合に回答してください。
8	Ｌ出張助産のみ取り扱っている		1.有　2.無		no.6で分娩室「無」の場合に回答してください。
9	新生児室		1.有　2.無		
10	新生児沐浴室　※新生児室とは別に沐浴室がある場合は「有」を、新生児室の中に沐浴槽がある場合は「無」を選択		1.有　2.無		
11	給食設備		1.有　2.無		
12	超音波装置		1.有　2.無		
13	胎児超音波ドップラー		1.有　2.無		
14	分娩監視装置台数			台	
15	保育器（開放式）			台	

（２） 助産所の体制

① 配置されている職員数（常勤換算）（令和５年12月１日時点）

16	助産師			人
17	看護師			人
18	准看護師			人
19	看護補助者			人
20	管理栄養士・栄養士			人
21	その他の職員			人

※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。
※２ 非常勤とは、貴施設と雇用関係にあって※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。
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）
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
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。

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、雇用されていれば計上します。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。

【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（休業中の者は含めない）。

【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。

② 通常の勤務体制

産婦・褥婦の入所者には、産後ケア事業の入所者は含みません。

22	産婦・褥婦の入所者が**いない**場合の平均的な人員配置（日勤帯）（常勤換算）	a. 助産師		人
23		b. 看護師		人
24		c. その他の職員		人
25	産婦・褥婦の入所者が**いない**場合の平均的な人員配置（夜勤帯）（常勤換算）	a. 助産師		人
26		b. 看護師		人
27		c. その他の職員		人
28	産婦・褥婦の入所者が**１名**の場合の平均的な人員配置（日勤帯）（常勤換算）※分娩日を除く	a. 助産師		人
29		b. 看護師		人
30		c. その他の職員		人
31	産婦・褥婦の入所者が**１名**の場合の平均的な人員配置（夜勤帯）（常勤換算）※分娩日を除く	a. 助産師		人
32		b. 看護師		人
33		c. その他の職員		人
34	産婦・褥婦の入所者が**２名以上**の場合の平均的な人員配置（日勤帯）（常勤換算）※分娩日を除く	a. ２名以上入所することはない		
35		b. 助産師		人
36		c. 看護師		人
37		d. その他の職員		人

38	産婦・褥婦の入所者が**2名以上**の場合の平均的な人員配置 （夜勤帯）（常勤換算） ※分娩日を除く	a. ２名以上入所することはない			
39		b. 助産師		人	
40		c. 看護師		人	
41		d. その他の職員		人	

③ 出産時の体制

42	出産時の体制	1.自院の助産師で複数人体制を確保している	
		2.自院の助産師と他助産所の助産師による複数人体制を確保している	
		3.自院の助産師と他医療機関の助産師による複数人体制を確保している	
		4.その他 (　　)	
43	上記設問42において、2又は3の場合の他施設の助産師への支払い方法	1.産婦１名毎に委託契約している	
		2.時給	
		3.日給	
		4.月給	
		5.その他 (　　)	

④ オンコールの人数

44	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）	助産師		人	
45		看護師		人	
46	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）	助産師		人	
47		看護師		人	

⑤ 連携医療機関との連携体制

48	嘱託医・嘱託医療機関等の連携医療機関との出産予定妊婦に関する定期的な情報共有	1.有　　2.無	
49	嘱託医・嘱託医療機関等の連携医療機関が開催する事例検討会・勉強会・研修会等への参加	1.有　　2.無	

（３）分娩取扱等の実績 （令和４年12月１日～令和５年11月30日の１年）

① 分娩取扱等の実績

50	全分娩件数			件	
51	分娩件数（初産婦／経産婦別）	a. 初産婦		件	
52		b. 経産婦		件	
53	分娩件数（出産場所別）	a. 自助産所内での分娩		件	
54		b. オープンシステムによる医療機関等での分娩		件	
55		c.自宅等への出張助産		件	
56		d.その他		件	
57	母体搬送件数	a.分娩第１期中の搬送		件	
58		b.分娩第２期中の搬送		件	
59		c.分娩第３期中の搬送		件	
60		d.分娩第４期中の搬送		件	
61	新生児搬送件数			件	
62	11月１か月間の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。
63	12月１日時点における新生児数（入院中の児に限る）			人	
64	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。

② 他助産所等における分娩のサポート実績

65	他助産所等の入所者の分娩のサポート件数			件	他助産所だけでなく、病院や診療所における分娩のサポートも含みます。サポート時間に関わらず、１分娩１件として計上してください。

（４）助産所において分娩以外に実施している業務等

66	妊婦健診	実施有無	1.有　　2.無		
67		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
68	産婦健診	実施有無	1.有　　2.無		
69		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。

70	母親学級・両親学級（※市町村からの委託を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有　2.無		
71		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
72	妊婦への訪問指導（※市町村からの委託を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有　2.無		
73		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
74	乳児家庭全戸訪問事業（※市町村からの委託を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有　2.無		
75		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
76	産婦、新生児、未熟児への訪問指導（※市町村からの委託を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有　2.無		
77		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
78	産前・産後サポート事業（※市町村からの委託を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有　2.無		
79		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
80	産後ケア事業（※市町村からの委託を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有　2.無		
81		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
82	その他	実施有無	1.有　2.無		
83		助産所業務全体に占める当該業務の割合		割	１か月あたりの助産所業務全体に占める、当該業務のおおよその割合を記載してください。
84	訪問看護ステーションの併設	併設有無	1.有　2.無		
	（５）その他				
85	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）
86	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。
87		設定価格		円	
88		写真撮影	1.有　2.無　3.妊産婦が選択		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。
89		設定価格		円	
90		足形	1.有　2.無　3.妊産婦が選択		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。
91		設定価格		円	
92		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		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。
93		設定価格		円	
94		その他（自由記載）			
95	胎盤の処理			円	

3-1. 患者票（正常分娩）　（助産所回答用）

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ています。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、分娩途中で搬送した患者の取り扱いがある場合には分娩途中で搬送した患者１部となります。

第一候補：令和６年2月1日（木）１番に出産された方
第二候補：令和６年2月2日（金）１番に出産された方
第三候補：令和６年2月5日（月）１番に出産された方
第四候補：令和６年2月6日（火）１番に出産された方
第五候補：令和６年2月7日（水）１番に出産された方
第六候補：令和６年２月8日（木）１番に出産された方
第七候補：令和６年２月9日（金）１番に出産された方
第八候補：令和６年２月12日（月）１番に出産された方
第九候補：令和６年２月13日（火）１番に出産された方

※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。

（１）妊婦の概要

			回答欄		留意点等
1	年齢			歳	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			cm	妊婦の身長を記載してください。
3	非妊時体重			kg	妊婦の妊娠前の体重を記載してください。
4	分娩前体重			kg	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		初産もしくは経産を選択してください。
7	在所日数（入院日及び退院日を含める）			日	助産所に入院してから退院までの日数を記載してください。 ※入所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。

（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.その他 (　　)		分娩を含む入院の場合に、入院となった経緯を記載してください。
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、分娩室から入所室（居室）へ移動するまでの時間を記載してください。なお、分娩室と入所室（居室）が同一の場合は、第３期終了から助産師が分娩時ケアを終了するまでの時間、出張助産の場合は、第３期終了から助産師が分娩時ケアから離れ帰宅するまでの時間を記載してください。

（３）分娩･入院中の処置等（臨時応急の処置を含む）

a.分娩時

14	血管確保		1.有　2.無		包括指示に基づき血管確保を行った際には、有を選択してください。
15	輸液投与		1.有　2.無		包括指示に基づき輸液投与を行った際には、有を選択してください。
16	子宮収縮薬投与		1.有　2.無		包括指示に基づき子宮収縮薬投与を行った際には、有を選択してください。
17	抗菌薬投与		1.有　2.無		包括指示に基づき抗菌薬投与を行った際は、有を選択してください。
18	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。
19	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

20	退院前の評価	日程	産後(　　)日目		退院前の子宮･腟･会陰の回復などの評価を行った日にちを記載してください。 例：産後４日目
21		内診	1.有　2.無		退院前の評価のために内診を行う場合は有を選択してください。
22		経膣超音波･経腹超音波	1.有　2.無		退院前の評価のために経膣超音波･経腹超音波を行う場合は有を選択してください。

（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。

23	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。
24	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。
25		１入院あたりの合計回数		回	
26		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］）
27		１回あたりの平均的な時間(集団指導の場合)		分	
28	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	
29		１入院あたりの合計回数		回	
30		１回あたりの時間		分	

31	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。
32		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］）
33		１回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分	
34	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。
35		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］）
36		１回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分	
37	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］）
38	退院指導にかかる時間 （延べ時間）			分	
39	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

40	付帯サービスの種類や有無	お祝い膳	1.有　　2.無	
41		写真撮影	1.有　　2.無	
42		足形	1.有　　2.無	
43		エステ、マッサージ（※乳房マッサージは除く）	1.有　　2.無	
44		その他（自由記載）		

（６）新生児関連

a.新生児の概要

45	出生時の体重		g	出生時の体重を記載してください。
46	在院日数（出生及び退院日を含める）		日	

b.新生児へ提供した処置・ケア等

47	新生児の観察	助産師による観察日数 （入院中に限る）		日
48	新生児への処置・ケア	採血（足底からの採血を含む）	1.対象　　2.対象外	
49		ミノルタ黄疸計測定	1.有　　2.無	
50		出生直後血糖測定	1.対象　　2.対象外	
51		SpO2モニター装着	1.有　　2.無	
52		先天性代謝異常検査	1.有　　2.無	
53		新生児聴覚検査	1.有　　2.無	
54		保温（保育器収容を含む）	1.有　　2.無	
55		臍処置	1.有　　2.無	
56		皮膚ケア（保湿剤塗布含む）	1.有　　2.無	
57		K2内服	1.有　　2.無	
58		沐浴・ドライケア（清拭）の回数 （入院中に限る）		回
59		その他新生児へ提供した処置・ケア（自由記載）		

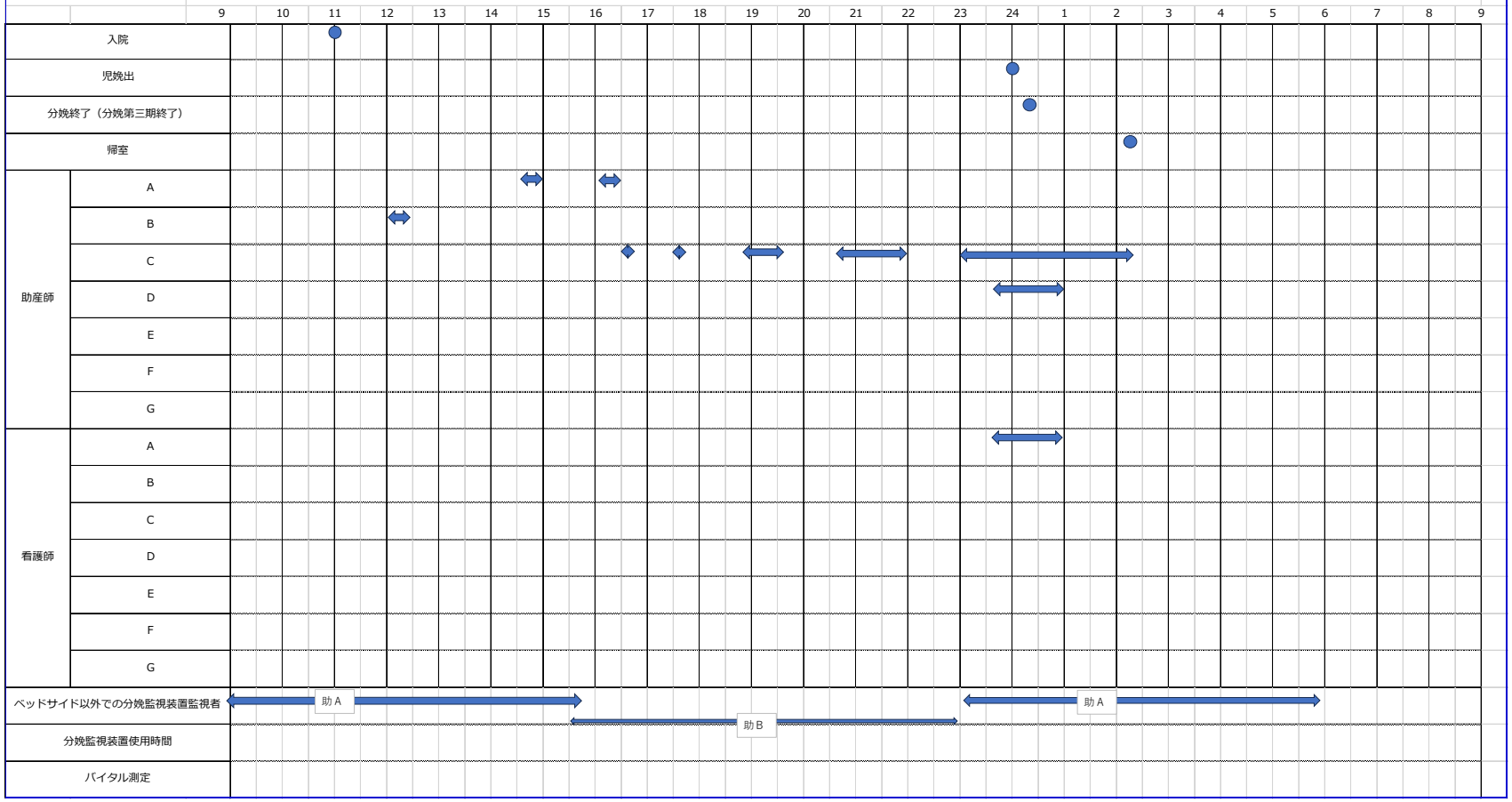
（７）費用

以下の項目の費用内訳を記載してください。出産育児一時金の直接支払制度を利用した場合は、専用請求書への記載内容を記載してください。

60	入院料		円
61	室料差額		円
62	分娩料		円
63	新生児管理保育料		円
64	処置・手当料		円
65	産科医療補償制度		円
66	その他		円
67	妊婦合計負担額		円
68	備考		円

タイムスタディ（記載例）

記載方法：
分娩が数日にわたる場合はお手数ですが、本紙を印刷いただき、記載いただけますと幸いです。
①入院、児娩出、分娩終了、帰室（分娩室やLDRから産婦が入院している部屋に入る時刻）については、入院をした時間に●を記載してください。
②助産師、看護師の項目は妊産婦に対面で接していた（看護・助産ケア等していた）時間に⇔を記載ください。
③ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者の項目に関しては、施設内で妊婦には接していないが、分娩監視装置のモニターを監視している時間を⇔で表し、監視している者を⇔の上に記載ください。複数人いる場合は複数記載してください。
④分娩監視装置使用時間は妊婦に対して分娩監視装置を使用している時間を⇔で記載ください。
⑤バイタルの測定について、血圧や脈拍等のバイタルサインを確認した時間に★を記載ください。分娩周囲で高血圧がある場合など、数分おきに計測している場合などは、その期間にその旨わかるように記載いただくようお願いします。



3-1.タイムスタディ（正常分娩）　　(助産所回答用）

		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第三期終了）																										
帰室																										
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
バイタル測定																										

3-2. 患者票（分娩途中で搬送した患者）　（助産所回答用）

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ています。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、分娩途中で搬送した患者の取り扱いがある場合には分娩途中で搬送した患者１部となります。

第一候補：令和６年2月1日（木）１番に出産された方
第二候補：令和６年2月2日（金）１番に出産された方
第三候補：令和６年2月5日（月）１番に出産された方
第四候補：令和６年2月6日（火）１番に出産された方
第五候補：令和６年2月7日（水）１番に出産された方
第六候補：令和６年２月8日（木）１番に出産された方
第七候補：令和６年２月9日（金）１番に出産された方
第八候補：令和６年２月12日（月）１番に出産された方
第九候補：令和６年２月13日（火）１番に出産された方

（１）妊婦の概要

		回答欄		留意点等
1	年齢		歳	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		cm	妊婦の身長を記載してください。
3	非妊時体重		kg	妊婦の妊娠前の体重を記載してください。
4	分娩前体重		kg	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		初産もしくは経産を選択してください。
7	在所日数（入院日及び搬送・退院日を含める）		日	助産所に入院してから退院までの日数を記載してください。 ※入所日及び搬送・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。

（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.その他 (　　)		分娩を含む入院の場合に、入院となった経緯を記載してください。
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	入院から搬送までの時間		時間　分		入院から搬送までの時間を記載してください。
13	搬送を判断したタイミング		1.第１期 2.第２期 3.第３期以降		
14	搬送理由（自由記載）				
15	搬送時の助産師の同行の有無		1.有　2.無		

（３）分娩・入院中の処置等（臨時応急の処置を含む）

a.分娩時

16	血管確保		1.有　2.無		包括指示に基づき血管確保を行った際には、有を選択してください。
17	輸液投与		1.有　2.無		包括指示に基づき輸液投与を行った際には、有を選択してください。
18	子宮収縮薬投与		1.有　2.無		包括指示に基づき子宮収縮薬投与を行った際には、有を選択してください。
19	抗菌薬投与		1.有　2.無		包括指示に基づき抗菌薬投与を行った際は、有を選択してください。
20	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。
21	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

22	退院前の評価（母体搬送したが、助産所に戻った場合のみ記載）	日程	産後(　　)日目		退院前の子宮・膣・会陰の回復などの評価を行った日にちを記載してください。 例：産後４日目
23		内診	1.有　2.無		退院前の評価のために内診を行う場合は有を選択してください。
24		経膣超音波・経腹超音波	1.有　2.無		退院前の評価のために経膣超音波・経腹超音波を行う場合は有を選択してください。

（４）入院中の助産ケア（母体搬送したが、助産所に戻った場合のみ記載）

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。

25	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。
26	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。
27		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。
28		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］）
29		１回あたりの平均的な時間(集団指導の場合)		分	
30	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	
31		１入院あたりの合計回数		回	
32		１回あたりの時間		分	

33	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。
34		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］）
35		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分	
36	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。
37		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］）
38		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		分	
39	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］）
40	退院指導にかかる時間 （延べ時間）			分	
41	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（母体搬送したが、助産所に戻った場合のみ記載）

42	付帯サービスの種類や有無	お祝い膳	1.有　2.無	
43		写真撮影	1.有　2.無	
44		足形	1.有　2.無	
45		エステ、マッサージ（※乳房マッサージは除く）	1.有　2.無	
46		その他（自由記載）		

（6）新生児関連

a.新生児の概要

47	出生時の体重		g	出生時の体重を記載してください。
48	在院日数（出生及び退院日を含める）		日	助産所に入院していた日数を記載してください。

b.新生児へ提供した処置・ケア等（母体搬送したが、助産所に戻った場合のみ記載）

49	新生児の観察	助産師による観察日数 （入院中に限る）		日
50	新生児への処置・ケア	採血（足底からの採血を含む）	1.対象　2.対象外	
51		ミノルタ黄疸計測定	1.有　2.無	
52		出生直後血糖測定	1.対象　2.対象外	
53		SpO2モニター装着	1.有　2.無	
54		先天性代謝異常検査	1.有　2.無	
55		新生児聴覚検査	1.有　2.無	
56		保温（保育器収容を含む）	1.有　2.無	
57		臍処置	1.有　2.無	
58		皮膚ケア（保湿剤塗布含む）	1.有　2.無	
59		K2内服	1.有　2.無	
60		沐浴・ドライケア（清拭）の回数 （入院中に限る）		回
61		その他新生児へ提供した処置・ケア（自由記載）		

（7）費用

以下の項目の費用内訳を記載してください。出産育児一時金の直接支払制度を利用した場合は、専用請求書への記載内容を記載してください。

62	入院料		円
63	室料差額		円
64	分娩料		円
65	新生児管理保育料		円
66	処置・手当料		円
67	産科医療補償制度		円
68	その他		円
69	妊婦合計負担額		円
70	備考		円

3-2. タイムスタディ（搬送）　(助産所回答用)

		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第三期終了）																										
帰室																										
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
ベッドサイド以外での分娩監視装置監視者																										
分娩監視装置使用時間																										
バイタル測定																										
母体搬送決定・母体搬送実施																										

４．補助

	（１）妊婦健診	回答欄		留意点等
1	貴施設で契約している自治体における、妊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	自治体による妊婦健診の補助の回数を上回る回数、妊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月で分娩された方のうち、妊婦健診の補助回数(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		人	

※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×１回）＋（2人×２回）＋（1人×3回）｝／６＝1.7

５－１収益等（助産所）

1. 基本データ

1　直近の２事業年（度）　（個人立以外の助産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　貴助産所の活動状況　（令和５年３月３１日現在、該当する番号をプルダウンよりお選びください。）

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　貴助産所の開設者が保有する施設の状況　（令和５年３月３１日現在、該当する番号をプルダウンよりお選びください。）

1　調査対象助産所のみ保有している
2　調査対象助産所以外の施設（病院、診療所等）も保有している

5　消費税の経理方式　（該当する番号をプルダウンよりお選びください。）

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。
○個人立助産所は、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、調査対象となった助産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。

Ⅰ　収益

（助産所全体）

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（度））
	億 百万 千 円	億 百万 千 円
1　出産の収益		
2　妊婦健診等の健診の収益		
3　その他の収益		
収益合計		

Ⅱ　費用

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（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・医療消耗器具備品費		
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		
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）控除対象外消費税等負担額　（※１）		
費用合計		

※１　経理方式が税抜の場合のみ記入してください。

Ⅲ　損益差額

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（度））
	億 百万 千 円	億 百万 千 円
損益差額（収益合計－費用合計）		

Ⅳ　税金（法人税・住民税）

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（度））
	億 百万 千 円	億 百万 千 円
税金（法人税・住民税）合計		

※個人立助産所については記入の必要はありません。

Ⅴ　税引後の総損益差額

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（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）		

※個人立助産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、調査対象となった助産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。
個人立助産所は、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	億　百万　千　円	億　百万　千　円
管理者（個人立の開設者本人を除く）			
助産師			
看護職員（助産師除く）			
看護補助職員			
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	億　百万　千　円	億　百万　千　円
管理者（個人立の開設者本人を除く）			
助産師			
看護職員（助産師除く）			
看護補助職員			
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			

4. 資産・負債

○ 直近の２事業年（度）の末日における資産及び負債の額を記入してください。
個人立助産所は、令和３年１２月３１日及び令和４年１２月３１日が直近の２事業年（度）の末日となります。

○ 法人全体で包括して貸借対照表が作成されているような場合には、面積、従事者数の割合など、調査対象となった助産所分の実態を最も適切に反映していると思われる係数で按分し、調査対象となった助産所分の金額を記入してください。

○ 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。

個人立助産所における青色申告「貸借対照表（資産負債調）」の税務署への提出状況。（該当する番号をプルダウンよりお選びください。）
※提出していない場合、資産・負債の記入の必要はありません。

1.提出している
2.提出していない

資　産　の　部

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（度））
	億　百万　千　円	億　百万　千　円
Ⅰ　流動資産		
Ⅱ　固定資産		
Ⅲ　繰延資産		
資　産　合　計		

負　債　の　部

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（度））
	億　百万　千　円	億　百万　千　円
Ⅳ　流動負債		
Ⅴ　固定負債		
（うち）長期借入金		
負　債　合　計		

5. 設備投資額

○ 直近の２事業年（度）中に新規に取得した資産にかかる取得価額を記入してください。
個人立助産所は、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。

○ 上記の金額のうち、直近の２事業年（度）中に新規にリース契約を締結した場合には、当該設備の取得価額（リース期間中のリース料総額）を「（うち）リース分」の欄に記入してください。ただし、固定資産に計上されているものに限ります。

○ 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。

科　　目	金額（令和４年3月末までの事業年（度））	金額（令和５年3月末までの事業年（度））
	億　百万　千　円	億　百万　千　円
設備投資額（土地を含む）		
（うち）建物（建物附属設備を含み、土地を除く）		
（うち）医療機器		
（うち）リース分		
（うち）医療情報システム用機器		
（うち）リース分		
設備投資額のうち消費税課税対象の投資額		