

分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究 調査票（A票）

ID

パスワード

調査を行った月

9月 ・ 10月 （いずれかに○）

9月に分娩を取り扱った場合は9月について、そうでない場合は10月について調査を実施してください。
10月に調査を実施する場合、調査票内の9月を10月に読み替える等のご対応をお願いいたします。
(例：①令和6年9月1日～令和6年9月30日の1か月 → 令和6年10月1日～令和6年10月31日の1か月
②令和5年9月1日～令和6年8月31日の1年 → 令和5年10月1日～令和6年9月30日の1年

1. 分娩取扱施設の基本情報

令和6年9月1日時点

		回答欄	留意点等
1	施設名	ふりがな	
2		漢字	
3	施設所在地	郵便番号	貴施設の所在地を記載してください。
4		都道府県	
5		市区町村	
6		上記以下	
7	回答担当者氏名	ふりがな	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。
8		漢字	
9	回答担当者職員（例：管理者、事務等）		
10	回答担当者電話番号		
11	回答担当者メールアドレス		
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	
13	周産期救急情報システムの活用の有無（いずれか1つ選択）	1.直接活用 2.直接活用していないがコーディネーターを通して活用 3.嘱託医等を通して活用 4.活用は無い	貴施設の所在する都道府県の「周産期救急情報システム（周産期医療情報センターが運営する病床の空床状況や重症例や産科合併症以外の合併症による母体救急患者の受入れ可能状況等の情報収集、情報提供を行うシステム）」について、助産所の活用状況を選択してください。 空床状況等の情報に助産所が直接アクセスして活用している場合は1を選択してください。 情報システムに直接アクセスしていないが搬送コーディネーター等の調整者を通して活用している場合は2を選択してください。 嘱託医や嘱託医療機関を通して活用している場合は3を選択してください。 周産期救急情報システムは活用していない場合は4を選択してください。
14	分娩の取扱の実施状況	1.有 2.無	
15	有床、無床の別	1.有床 2.無床	

2. 助産所票

(1) 構造設備 (令和6年9月1日時点)

			回答欄	留意点等
1	入所定員			人 部屋 部屋 部屋 部屋
2	入所室	入所定員 1 名の入所室		
3		入所定員 2 名の入所室		
4		入所定員 3 名の入所室		
5		入所定員 4 名以上の入所室		
6	分娩室		1.有 2.無	
7	L 入所室と分娩室を分けている（入所室（居室）が9㎡以上あり）		1.はい 2.いいえ	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.はい 2.いいえ	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、固定式の沐浴槽ではなくて移動式の沐浴槽を使用している場合も、沐浴室がある場合は「有」を選択。		1.有 2.無	
11	給食設備（専用のキッチン等）		1.有 2.無	
12	超音波装置			無い場合は、0と回答してください。
13	胎児超音波ドップラー			無い場合は、0と回答してください。
14	分娩監視装置台数			無い場合は、0と回答してください。
15	閉鎖式保育器（クベース）			無い場合は、0と回答してください。
16	開放式保育器（インファントウォーマー）			無い場合は、0と回答してください。

(2) 助産所の体制

① 配置されている職員数 (令和6年9月1日時点)

17	常勤勤務の過あたりの勤務時間数			時間	貴施設で決められている、常勤職員の最低勤務時間数を記載ください。
18	助産師	常勤		人	助産師であり、主として助産師の業務を行っている常勤職員
19		非常勤（常勤換算）		人	助産師であり、主として助産師の業務を行っている非常勤職員の常勤換算
20	看護師	常勤		人	看護師であり、主として看護師の業務を行っている常勤職員
21		非常勤（常勤換算）		人	看護師であり、主として看護師の業務を行っている非常勤職員の常勤換算
22	准看護師	常勤		人	准看護師であり、主として准看護師の業務を行っている常勤職員
23		非常勤（常勤換算）		人	准看護師であり、主として准看護師の業務を行っている非常勤職員の常勤換算
24	看護補助者	常勤		人	看護補助者であり、主として看護補助の業務を行っている常勤職員
25		非常勤（常勤換算）		人	看護補助者であり、主として看護補助の業務を行っている非常勤職員の常勤換算
26	管理栄養士	常勤		人	管理栄養士であり、主として管理栄養士の業務を担当する常勤職員
27		非常勤（常勤換算）		人	管理栄養士であり、主として管理栄養士の業務を担当する非常勤職員の常勤換算
28	栄養士	常勤		人	栄養士であり、主として栄養士の業務を担当する常勤職員
29		非常勤（常勤換算）		人	栄養士であり、主として栄養士の業務を担当する非常勤職員の常勤換算
30	その他の職員	常勤		人	
31		非常勤（常勤換算）		人	

32	院内感染防止対策のマニュアル等の作成	1.有2.無
33	BCP（業務継続計画）の作成	1.有2.無
34	医療安全管理のための指針の整備	1.有2.無
35	医療事故やインシデント等の報告体制の整備	1.有2.無
36	医療安全管理に関する研修受講（管理者）	1.有2.無
37	医療安全管理に関する研修受講（管理者以外）	1.有2.無
38	「助産師のコア・コンピテンシー」に関する研修受講 ※ 4 つの助産実践能力に関連する研修を受講している場合は「有」を選択してください。	1.有2.無
39	栄養管理手順（標準的な栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、退院時を含む定期的な評価等）の作成	1.有2.無
40	厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえた、適切な意思決定支援に関する指針の整備	1.有2.無
41	身体的拘束を最小化するための取組	1.有2.無

令和5年9月1日～令和6年8月31日の1年の実績

令和5年9月1日～令和6年8月31日の1年の実績
管理者以外がない場合は回答しなくてかまいません。

助産所内の助産師が該当する研修を、令和5年9月1日～令和6年8月31日の1年に受講していれば有と回答してください。

③ 通常の勤務体制

42	産婦・褥婦の入所者が <u>いない</u> 場合の平均的な人員配置（日勤帯）（常勤換算）	a. 助産師		人
43		b. 看護師		
44		c. その他の職員		
45	産婦・褥婦の入所者が <u>いない</u> 場合の平均的な人員配置（夜勤帯）（常勤換算）	a. 助産師		人
46		b. 看護師		
47		c. その他の職員		
48	産婦・褥婦の入所者が <u>1名</u> 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
49		b. 看護師		
50		c. その他の職員		
51	産婦・褥婦の入所者が <u>1名</u> 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
52		b. 看護師		
53		c. その他の職員		
54	産婦・褥婦の入所者が <u>2名以上</u> 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	1.はい 2.いいえ	人
55		b. 助産師		
56		c. 看護師		
57		d. その他の職員		
58	産婦・褥婦の入所者が <u>2名以上</u> 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	1.はい 2.いいえ	人
59		b. 助産師		
60		c. 看護師		
61		d. その他の職員		

産婦・褥婦の入所者には、産後ケア事業等の入所者は含みません。

④ 分娩時の体制（助産師のみ）

回答欄

留意点等

62	分娩時の体制	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.助産師が一人で対応している 5.その他()
63	上記設問62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()

⑤ オンコールの人数

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、駆けつけことができるように待機している人数（助産所内待機）	助産師		人	※整数値で回答してください。
65		看護師		人	
66	夜勤帯及び休日に、分娩において緊急事態が生じた際に、駆けつけことができるように待機している人数（助産所外待機）	助産師		人	
67		看護師		人	

⑥ 嘱託医療機関等との連携体制

68	嘱託医数		人	連携医療機関は、嘱託医や嘱託医療機関として契約はしていないものの連携している医療機関のことで、診療科は問いません。
69	嘱託医療機関数		施設	
70	連携医療機関数		施設	
71	嘱託医・嘱託医療機関、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（オンライン可）	1.有 2.無		
72	嘱託医・嘱託医療機関等、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5年9月1日～令和6年8月31日の1年）

① 分娩取扱等の実績

73	全分娩件数		件	当該月の入所産婦延べ数÷当該月の日数で計算してください。
74	分娩件数（初産婦／経産婦別）	a. 初産婦	件	
75		b. 経産婦	件	
76	分娩件数（分娩場所別）	a. 自助産所内での分娩	件	
77		b. オープンシステムによる病院、診療所、他助産所での分娩	件	
78		c. 自宅等への出張分娩	件	
79		d. その他	件	
80	母体搬送件数（分娩期）	a. 分娩第 1 期中の搬送	件	
81		b. 分娩第 2 期中の搬送	件	
82		c. 分娩第 3 期中の搬送	件	
83		d. 分娩第 4 期中の搬送	件	
84	搬送件数（産褥期）		件	
85	新生児搬送件数		件	
86	9 月 1 か月間の 1 日平均入所者数（新生児は含まない）		人	
87	9 月 1 日時点における新生児数（入院中の児に限る）		人	

② 他助産所等における分娩のサポート実績

88	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) その他のサービス（分娩と産褥入院にかかるもの）			回答欄	留意点等	
89	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	円	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。
90		入院料等の他の料金に含まれている	1.はい 2.いいえ		
91		（前問で 2 を選択した場合）設定価格			
92		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。
93		入院料等の他の料金に含まれている	1.はい 2.いいえ		
94		（前問で 2 を選択した場合）設定価格			
95		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。
96		入院料等の他の料金に含まれている	1.はい 2.いいえ		
97		（前問で 2 を選択した場合）設定価格			
98		エステ（※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。
99		入院料等の他の料金に含まれている	1.はい 2.いいえ		
100	（前問で 2 を選択した場合）設定価格				
101	その他（自由記載）		円		
102	胎盤の処理			円	
(5) その他のサービス（母子保健事業）			回答欄	留意点等	
103	先天性代謝異常等検査	a.実施	1.有 2.無	円	自施設で実施せず他施設に紹介している場合は「無」を選択してください。
104		b.設定価格			
105	新生児聴覚検査	a.実施	1.有 2.無	円	レンタル機器による自施設での実施を含みます。実施せず他施設に紹介している場合は「無」を選択してください。
106		b.設定価格			
107		c.自治体の補助の有無	1.有 2.無		
108		d.（cで有の場合）自治体の補助額			
109	ビタミンK2内服	a.実施	1.有 2.無	円	自施設で実施せず他施設に紹介している場合は「無」を選択してください。 入院中の費用に加えて、退院時に持ち帰り用に処方する場合は、その分の費用も含めてください。
110		b.設定価格			
111	新生児1か月健診	a.実施	1.有 2.無	円	自施設で実施せず他施設に紹介している場合は「無」を選択してください。
112		b.設定価格			
113		c.自治体の補助の有無	1.有 2.無		
114		d.（cで有の場合）自治体の補助額			
115	産後ケア事業（短期入所型（ショートステイ型））	a.実施	1.有 2.無	円	費用については、市町村からの委託を受けて実施する産後ケア事業のうち利用が一番多い市町村について（市町村からの委託を受けていない場合は平均的な費用について）、1泊2日利用した場合の費用（利用者の自己負担と自治体からの補助の合計）を記載してください。 ・令和 6 年 9 月 1 日から令和6年 9 月30日の数値をご記入ください。 ・市町村からの委託を受けて実施している分と、それ以外で実施している分を合わせて計上してください。・1ヶ月間の延べ利用者数については、例えば3泊4日利用した場合は4人として計上してください。
116		b.費用（1泊2日）			
117		c.1ヶ月間の延べ利用者数			
118	産後ケア事業（通所型（デイサービス型））	a.実施	1.有 2.無	円	費用については、市町村からの委託を受けて実施する産後ケア事業のうち利用が一番多い市町村について（市町村からの委託を受けていない場合は平均的な費用について）記載してください。 ・令和 6 年 9 月 1 日から令和6年 9 月30日の数値をご記入ください。 ・市町村からの委託を受けて実施している分と市町村からの委託を受けて実施している分と、それ以外で実施している分を合わせて計上してください。 費用については、市町村からの委託を受けて実施する産後ケア事業のうち利用が一番多い市町村について（市町村からの委託を受けていない場合は平均的な費用について）記載してください。・1 日利用とは別に、半日利用の費用を設定する場合に記載ください。 ・令和 6 年 9 月 1 日から令和6年 9 月30日の数値をご記入ください。 ・市町村からの委託を受けて実施している分と市町村からの委託を受けて実施している分と、それ以外で実施している分を合わせて計上してください。
119		b.費用（1日利用）			
120		c.1か月間の延べ利用者数（1日利用）			
121		d.費用（半日利用）			
122		e.1か月間の延べ利用者数（半日利用）			
123	産後ケア事業（居宅訪問型（アウトリーチ型））	a.実施	1.有 2.無	円	費用については、市町村からの委託を受けて実施する産後ケア事業のうち利用が一番多い市町村について（市町村からの委託を受けていない場合は平均的な費用について）記載してください。 ・令和 6 年 9 月 1 日から令和6年 9 月30日の数値をご記入ください。 ・市町村からの委託を受けて実施している分と市町村からの委託を受けて実施している分と、それ以外で実施している分を合わせて計上してください。
124		b.費用（1回）			
125		c.1か月間の延べ利用者数			

（６）助産所における助産師の従事時間等

※従事時間数は概算での記載でかまいません。複数の業務に従事している場合は主として従事した業務に時間を計上してください。

※各項目に関する直接のケア以外の対応（記録や電話相談等）に要する時間は、各項目の従事時間に計上してください。

※市町村からの委託を受けて実施する場合とは、助産所が委託を受けて事業を行っている場合についての時間を計上してください。

以下の項目については、原則として記載のとおり、1ヶ月間での集計を御願いしたいと思いますが、1ヶ月間での集計が困難である場合は、「9月1日～30日の1ヶ月の」とあるところを「調査票到着日以降の初回の月曜日から日曜日の1週間」と読み替えてご回答ください。その場合、右の欄にチェックを御願いしま

☐月曜日から日曜日の1週間で回答

回答欄

1	全助産師の総労働時間数	9月1日～30日の1か月の総労働時間数	aからkを足しあげた数値に一致	時間	留意点等 9月1日～30日の1か月あたりの、全助産師の総労働時間のトータルのべ時間を記載してください。例えば、助産師3名で1日7時間で5日間ずつ従事した場合は、3×7×5＝105時間 また、この欄の数字は、aからkを足した数値となります。記載の際は必ず一致することを計算してご確認お願いいたします。		
2	分娩期のケア	全助産師の分娩期のケアに従事した時間数	a			時間	9月1日～30日の1か月あたりの、全助産師の分娩期のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
3	産褥入院中（新生児含む）のケア（授乳、育児等の保健指導を含む）	全助産師の産褥入院中（新生児含む）のケアに従事した時間数	b			時間	9月1日～30日の1か月あたりの、全助産師の産褥入院中（新生児期含む）のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
4	妊娠期のケア（妊婦健診審査や保健指導を含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。		
5		9月1日～30日の1か月の実施件数					
6		全助産師の妊娠期のケアに従事した時間数	c			時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の妊娠期のケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
7	産婦健康診査（産後1か月までの褥婦と新生児）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。		
8		9月1日～30日の1か月の実施件数					
9		全助産師の産婦健診に従事した時間数	d			時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の産婦健康診査に従事したのべ時間を積算して記載してください。
10	妊婦やパートナーを対象とした妊娠期の集団指導（母親学級・両親学級、エクササイズ等）（※市町村からの委託や補助を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。		
11		9月1日～30日の1か月の実施件数					
12		全助産師の妊娠期の集団指導に従事した時間数	e			時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の妊娠期の集団指導に従事したのべ時間を積算して記載してください。
13	妊婦への訪問指導（※市町村からの委託や補助を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月あたりの実施のべ件数を記載してください。		
14		9月1日～30日の1か月の実施件数					
15		全助産師の妊婦への訪問指導に従事した時間数	f			時間	9月1日～30日の1か月あたりの全助産師の妊婦への訪問指導に従事したのべ時間を積算して記載してください。
16	乳児家庭全戸訪問事業（※市町村からの委託や補助を受けて実施するもの）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月の実施のべ件数を記載してください。		
17		9月1日～30日の1か月の実施件数					
18		全助産師の乳児家庭全戸訪問事業に従事した時間数	g			時間	9月1日～30日の1か月の全助産師の乳児家庭全戸訪問事業に従事したのべ時間を積算して記載してください。
19	褥婦、新生児への訪問指導（※市町村からの委託や補助を受けて実施する場合も含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月の実施のべ件数を記載してください。		
20		9月1日～30日の1か月の実施件数					
21		全助産師の褥婦、新生児への訪問指導に従事した時間数	h			時間	9月1日～30日の1か月の全助産師の褥婦、新生児への訪問指導に従事したのべ時間を積算して記載してください。
22	産前・産後サポート事業（※市町村からの委託や補助を受けて実施するもの）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月の実施のべ件数を記載してください。		
23		9月1日～30日の1か月の実施件数					
24		全助産師の産前・産後サポート事業に従事した時間数	i			時間	9月1日～30日の1か月の全助産師の産前・産後サポート事業に従事したのべ時間を積算して記載してください。
25	産後ケア（※市町村からの委託や補助を受けて実施する産後ケア事業と、自費での産後ケアの双方を含む）	実施有無	1.有 2.無	件	9月1日～30日の1か月の実施のべ人数（ショートステイ泊2日は2件と計上する）を記載してください。		
26		9月1日～30日の1か月の実施件数					
27		全助産師の産後ケアに従事した時間数	j			時間	9月1日～30日の1か月の全助産師の産後ケアに従事したのべ時間を積算して記載してください。
28	その他	実施有無	1.有 2.無	時間	その他の業務内容について自由に記載してください。 例）事務作業、母乳外来、学生指導 等		
29		その他の業務の内容（自由記載）					
30		全助産師のその他の業務に従事した時間数	k			時間	9月1日～30日の1か月の全助産師のその他の業務に従事したのべ時間を積算して記載してください。
31	訪問看護ステーションの併設	併設有無	1.有 2.無				

3. 産婦個票（正常分娩）

1事例目

産婦の選択方法：
調査月において、月末までに入所した全産婦について前向き調査をお願いいたします。
出張による自宅等での分娩介助や、他病院等でのオープンシステムによる分娩介助も回答に含んでください。
分娩途中で搬送となった産婦も1例として受け持ち終了までの情報で判明している部分のみ記載をお願いいたします。4事例以上入所した場合は、個票とタイムスタディをコピーして記載ください。

			回答欄			留意点等
(1) 産婦の概要						
1	年齢				歳	対象となる産婦の分娩日における年齢を記載してください。
2	産婦の住所	都道府県				里帰りした先の住所ではなく、産婦の居住場所の住所を記載してください。 注：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市の場合は、その先の区まで記載してください。
3		市区町村				
4	身長				cm	産婦の身長を記載してください。
5	非妊時体重				kg	産婦の妊娠前の体重を記載してください。
6	妊娠中の体重増加量				kg	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元に記載してください。
7	分娩時の妊娠週数			週 日		出産の時の妊娠週数を記載してください。
8	分娩経験(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。
9	分娩開始前入院時間数				時間	前期破水などで分娩開始前に助産所に入院した場合の時間数を記載してください。 ※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時間数を記載してください。

(2) 搬送の有無						
10	搬送	搬送の有無	1.有 2.無			
11		搬送となった時期	1.分娩期（母体搬送） 2.産褥入院中 3.新生児（入院中）			
12		（搬送した場合）理由				
13		（搬送した場合）搬送先	1.嘱託医 2.嘱託医療機関 3.連携医療機関 4.その他の医療機関			
14		（搬送した場合）搬送までのサマリー				

(3) 分娩の概要						
15	分娩場所		1.助産所 2.産婦自宅（実家等を含む） 3.他助産所（オープンシステム） 4.病院（オープンシステム） 5.診療所（オープンシステム）			有床助産所での分娩介助は1、出張による自宅での分娩介助は2、オープンシステムでの分娩介助は場所によって3～5を選択してください。
16	入院（出張の場合は訪問）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。
17	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。	
18		第2期	時間 分		分娩第2期の時間を記載してください。	
19		第3期	時間 分		分娩第3期の時間を記載してください。	
20	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。	
21	第3期終了から帰宅までの時間		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。	
22	分娩第1期～4期までの出血量					ml
23	会陰裂傷		1.有 2.無			会陰裂傷があった場合は有を選択して下さい。
24	分娩時の特記事項（例：回旋異常、微弱陣痛等）		(自由記載)			分娩時の特記事項について自由に記載してください。

(4) 分娩・入院中の処置等 (臨時応急の処置を含む)			回答欄	留意点等	
a.分娩時					
25	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。	
26	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。	
27	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。	
28	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。	
29	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。	
30	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.産褥入院					
31	退院前の評価	日程	産後()日目	退院前の子宮・腔・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	
32		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。	
33		経腔超音波・経腹超音波	1.有 2.無	退院前の評価のために経腔超音波・経腹超音波を行う場合は有を選択してください。	
34	産褥入院日数			産褥入院の日数を記載してください（分娩日は含めない。例えば分娩後5日目で退院した場合は、5日）	
(5) 入院中の助産ケア					
35	母子同室の有無	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。	
36	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		入院期間中に母子同室がある場合は有を選択してください。	
37		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。	
38		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		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〕）	
39		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)			
40	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		個別指導及び集団指導を含みます。	
41		1入院あたりの合計回数			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〕）
42		1回あたりの時間			
43	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。	
44		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)			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		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)			
46	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。	
47		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)			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〕）
48		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)			
49	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〕）	
50	退院指導にかかる時間（延べ時間）				
51	上記36～50以外に行っている指導の内容（自由記載）				
(6) 付帯サービス					
52	付帯サービスの種類と実施の有無	お祝い膳	1.有 2.無		
53		写真撮影	1.有 2.無		
54		足形	1.有 2.無		
55		エステ（※乳房マッサージは除く）	1.有 2.無		
56		その他（自由記載）			

(7) 新生児関連

a.新生児の概要

57	出生時の体重	
58	在院日数（出生日を0日として、退院日を記載）	

回答欄

留意点等

出生時の体重を記載してください。

9日

b.新生児へ提供した処置・ケア等

59	新生児の観察	助産師による観察日数 （入院中に限る）	
60	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
61		ミルタ黄疸計測定	1.有 2.無
62		出生直後血糖測定	1.対象 2.対象外
63		SpO2モニター装着 （出生直後等）	1.有 2.無
64		アプニアセンサー装着	1.有 2.無
65		先天性代謝異常等検査	1.有 2.無
66		新生児聴覚検査	1.有 2.無
67		保温（保育器収容を含む）	1.有 2.無
68		臍処置	1.有 2.無
69		皮膚ケア	1.有 2.無
70		ビタミンK2内服	1.有 2.無
71		沐浴・ドライケア（清拭）の回数（入院中に限る）	
72	その他新生児へ提供した 処置・ケア（自由記載）		

日

回

(8) 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。

73	入院料	
74	室料差額	
75	分娩料	
76	新生児管理保育料	
77	検査・薬剤料	
78	処置・手当料	
79	産科医療補償制度の掛金	
80	その他	
81	妊婦合計負担額	
82	備考	

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

3. 產婦個票（正常分娩）

2事例目

産婦の選択方法：

調査月において、月末までに入所した全産婦について前向き調査をお願いいたします。

出張による自宅等での分娩介助や、他病院等でのオープンシステムによる分娩介助も回答に含んでください。

分娩途中で搬送となった産婦も1例として受け持ち終了までの情報で判明している部分のみ記載をお願いいたします。4事例以上入所した場合は、個票とタイムスタディをコピーして記載ください。

(1)産婦の概要			回答欄	留意点等
1	年齢			歳 対象となる産婦の分娩日における年齢を記載してください。
2	産婦の住所	都道府県		
3		市区町村		
4	身長			cm 産婦の身長を記載してください。
5	非妊時体重			kg 産婦の妊娠前の体重を記載してください。
6	妊娠中の体重増加量			kg 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元に記載してください。
7	分娩時の妊娠週数		週 日	出産の時の妊娠週数を記載してください。
8	分娩経験(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。
9	分娩開始前入院時間数			前期破水などで分娩開始前に助産所に入院した場合の時間数を記載してください。 ※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時間数を記載してください。

(2) 搬送の有無

10	搬送	搬送の有無	1.有 2.無	複数回答可。 搬送となった理由を記載してください。 搬送先の医療機関を教えてください。 母体搬送した場合、搬送までの経過を簡潔に記載してください。
11		搬送となった時期	1.分娩期（母体搬送） 2.産褥入院中 3.新生児（入院中）	
12		（搬送した場合）理由		
13		（搬送した場合）搬送先	1.嘱託医 2.嘱託医療機関 3.連携医療機関 4.その他の医療機関	
14		（搬送した場合）搬送までのサマリー		

(3) 分娩の概要

15	分娩場所		1.助産所 2.産婦自宅（実家等を含む） 3.他助産所（オープンシステム） 4.病院（オープンシステム） 5.診療所（オープンシステム）		有床助産所での分娩介助は1、出張による自宅での分娩介助は2、オープンシステムでの分娩介助は場所によって3～5を選択してください。
16	入院（出張の場合は訪問）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。
17	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。
18		第2期		時間 分	分娩第2期の時間を記載してください。
19		第3期		時間 分	分娩第3期の時間を記載してください。
20	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。
21	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。
22	分娩第1期～4期までの出血量				ml
23	会陰裂傷		1.有 2.無		
24	分娩時の特記事項（例：回旋異常、微弱陣痛等）		（自由記載）		分娩時の特記事項について自由に記載してください。

(４)分娩・入院中の処置等（臨時応急の処置を含む）

a.分娩時

25	血管確保		1.有	2.無
26	輸液投与		1.有	2.無
27	子宮収縮薬投与		1.有	2.無
28	抗菌薬投与		1.有	2.無
29	会陰切開		1.有	2.無
30	会陰縫合		1.有	2.無

b.産褥入院

31	退院前の評価	日程	産後()日目
32		内診	1.有 2.無
33		経膣超音波・経腹超音波	1.有 2.無
34	産褥入院日数		

(５)入院中の助産ケア

35	母子同室の有無		1.有	2.無
36	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		
37		1 入院あたりの合計回数		
38		1 回あたりの平均的な時間 （個別指導の場合）		
39		1 回あたりの平均的な時間 （集団指導の場合）		
40	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		
41		1 入院あたりの合計回数		
42		1 回あたりの時間		
43	沐浴指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数		
44		1 回あたりの平均的な時間 （個別指導の場合）		
45		1 回あたりの平均的な時間 （集団指導の場合）		
46	調乳指導の回数とかかる時間	1 入院あたりの合計回数		
47		1 回あたりの平均的な時間 （個別指導の場合）		
48		1 回あたりの平均的な時間 （集団指導の場合）		
49	育児技術に係る指導にかかる時間（延べ時間）			
50	退院指導にかかる時間 （延べ時間）			
51	上記36～50以外に行っている指導の内容（自由記載）			

(６)付帯サービス

52	付帯サービスの種類と実施の有無	お祝い膳	1.有	2.無
53		写真撮影	1.有	2.無
54		足形	1.有	2.無
55		エステ（※乳房マッサージは除く）	1.有	2.無
56		その他（自由記載）		

留意点等

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。

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。

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。

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。

会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。

会陰縫合を行った際には有を選択してください。

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

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。

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。

産褥入院の日数を記載してください（分娩日は含めない。例えば分娩後5日目で退院した場合は、5日）

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。

入院期間中に母子同室がある場合は有を選択してください。

個別指導及び集団指導を含みます。

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〕）

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〕）

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〕）

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〕）

回答欄

留意点等

(7) 新生児関連

a. 新生児の概要

57	出生時の体重	
58	在院日数（出生日を0日として、退院日を記載）	

出生時の体重を記載してください。

b.新生児へ提供した処置・ケア等

59	新生児の観察	助産師による観察日数 (入院中に限る)		
60	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
61		ミルタ黄疸計測定	1.有	2.無
62		出生直後血糖測定	1.対象	2.対象外
63		SpO2モニター装着 (出生直後等)	1.有	2.無
64		アプニアセンサー装着	1.有	2.無
65		先天性代謝異常等検査	1.有	2.無
66		新生児聴覚検査	1.有	2.無
67		保温（保育器収容を含む）	1.有	2.無
68		臍処置	1.有	2.無
69		皮膚ケア	1.有	2.無
70		ビタミンK2内服	1.有	2.無
71		沐浴・ドライケア（清拭）の回数（入院中に限る）		
72	その他新生児へ提供した 処置・ケア（自由記載）			

(8) 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。

73	入院料	
74	室料差額	
75	分娩料	
76	新生児管理保育料	
77	検査・薬剤料	
78	処置・手当料	
79	産科医療補償制度の掛金	
80	その他	
81	妊婦合計負担額	
82	備考	

3. 產婦個票（正常分娩）

3事例目

産婦の選択方法：
調査月において、月末までに入所した全産婦について前向き調査をお願いいたします。
出張による自宅等での分娩助産や、他病院等でのオープンシステムによる分娩助産も回答に含んでください。
分娩途中で搬送となった産婦も 1 例として受け持ち終了までの情報で判明している部分のみ記載をお願いいたします。4事例以上入所した場合は、個票とタイムスタディをコピーして記載ください。

(1)産婦の概要			回答欄	留意点等	
1	年齢			歳	対象となる産婦の分娩日における年齢を記載してください。
2	産婦の住所	都道府県			里帰りした先の住所ではなく、産婦の居住場所の住所を記載してください。 注：札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、相模原市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、熊本市の場合は、その先の区まで記載してください。
3		市区町村			
4	身長			cm	産婦の身長を記載してください。
5	非妊時体重			kg	産婦の妊娠前の体重を記載してください。
6	妊娠中の体重増加量			kg	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元に記載してください。
7	分娩時の妊娠週数			週 日	出産の時の妊娠週数を記載してください。
8	分娩経験(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。
9	分娩開始前入院時間数			時間	前期破水などで分娩開始前に助産所に入院した場合の時間数を記載してください。 ※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時間数を記載してください。

(2) 搬送の有無

10	搬送	搬送の有無	1.有 2.無	複数回答可。 搬送となった理由を記載してください。 搬送先の医療機関を教えてください。 母体搬送した場合、搬送までの経過を簡潔に記載してください。
11		搬送となった時期	1.分娩期（母体搬送） 2.産褥入院中 3.新生児（入院中）	
12		（搬送した場合）理由		
13		（搬送した場合）搬送先	1.嘱託医 2.嘱託医療機関 3.連携医療機関 4.その他の医療機関	
14		（搬送した場合）搬送までのサマリー		

(3) 分娩の概要

15	分娩場所		1.助産所 2.産婦自宅（実家等を含む） 3.他助産所（オープンシステム） 4.病院（オープンシステム） 5.診療所（オープンシステム）		有床助産所での分娩介助は1、出張による自宅での分娩介助は2、オープンシステムでの分娩介助は場所によって3～5を選択してください。
16	入院（出張の場合は訪問）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。
17	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。
18		第2期		時間 分	分娩第2期の時間を記載してください。
19		第3期		時間 分	分娩第3期の時間を記載してください。
20	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。
21	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。
22	分娩第1期～4期までの出血量			ml	
23	会陰裂傷		1.有 2.無		会陰裂傷があった場合は有を選択して下さい。
24	分娩時の特記事項（例：回旋異常、微弱陣痛等）		（自由記載）		分娩時の特記事項について自由に記載してください。

(4) 分娩・入院中の処置等（臨時応急の処置を含む）

a.分娩時

25	血管確保	1.有	2.無
26	輸液投与	1.有	2.無
27	子宮収縮薬投与	1.有	2.無
28	抗菌薬投与	1.有	2.無
29	会陰切開	1.有	2.無
30	会陰縫合	1.有	2.無

b.產褥入院

31	退院前の評価	日程	産後()日目
32		内診	1.有 2.無
33		経膈超音波・経腹超音波	1.有 2.無
34	産褥入院日数		

日

留意点等

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。
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。
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。
包括指示に基づき抗菌薬投与を行った際には、有を選択してください。
会陰切開を行った場合は有を選択して下さい。
会陰縫合を行った際には有を選択してください。

（５）入院中の助産ケア

35	母子同室の有無		1.有	2.無
36	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		
37		1入院あたりの合計回数		
38		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		
39		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		
40	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		
41		1入院あたりの合計回数		
42		1回あたりの時間		
43	沐浴指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		
44		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		
45		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		
46	調乳指導の回数とかかる時間	1入院あたりの合計回数		
47		1回あたりの平均的な時間 (個別指導の場合)		
48		1回あたりの平均的な時間 (集団指導の場合)		
49	育児技術に係る指導にかかる時間（延べ時間）			
50	退院指導にかかる時間（延べ時間）			
51	上記36～50以外に行っている指導の内容（自由記載）			

1

□

11

1

1

F

II

刀

四

分

分

□

1

1

1

分

分

1

(6) 付帯サービス

52	付帯サービスの種類と実施の有無	お祝い膳	1.有	2.無
53		写真撮影	1.有	2.無
54		足形	1.有	2.無
55		エステ（※乳房マッサージは除く）	1.有	2.無
56		その他（自由記載）		

(7) 新生児関連

a.新生児の概要

57	出生時の体重	
58	在院日数（出生日を0日として、退院日を記載）	

留意点等

出生時の体重を記載してください。

9日

b.新生児へ提供した処置・ケア等

59	新生児の観察	助産師による観察日数 （入院中に限る）	
60	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
61		ミルタ黄疸計測定	1.有 2.無
62		出生直後血糖測定	1.対象 2.対象外
63		SpO2モニター装着 （出生直後等）	1.有 2.無
64		アプニアセンサー装着	1.有 2.無
65		先天性代謝異常等検査	1.有 2.無
66		新生児聴覚検査	1.有 2.無
67		保温（保育器収容を含む）	1.有 2.無
68		臍処置	1.有 2.無
69		皮膚ケア	1.有 2.無
70		ビタミンK2内服	1.有 2.無
71		沐浴・ドライケア（清拭）の回数（入院中に限る）	
72	その他新生児へ提供した 処置・ケア（自由記載）		

日

回

(8) 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。

73	入院料	
74	室料差額	
75	分娩料	
76	新生児管理保育料	
77	検査・薬剤料	
78	処置・手当料	
79	産科医療補償制度の掛金	
80	その他	
81	妊婦合計負担額	
82	備考	

円

円

円

円

円

円

円

円

円

円

タイムスタディ
(記載例)

記載方法：★分娩が複数日にわたる場合はお手数ですが、p17～p18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、該当する時間に●を記載してください。②「経過」には、分娩の進行や異常所見の出現等、産婦の経過において契機となる状態が出現した場合に記載をお願いいたします。

③「助産師」「看護師」の項目（アルファベット）は、各アルファベット1つにつき1名の割り当てをお願いいたします。その助産師、看護師が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。

④「産婦のそば以外での分娩監視装置監視者」に関しては、産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。

⑤分娩監視装置使用時間は産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。⑥「実施したケア等の内容」の欄は、各時間の実施したケアについて該当するものをチェックしてください。該当するケア以外のものを実施した場合は、その内容を「その他」欄にご記入をお願いいたします。

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院				●																						
児娩出																	●									
分娩終了（分娩第3期終了）																	●									
帰室																			●							
経過																トイレ 後早発 一過性 徐脈あり		怒責感＋								
助産師	A							↔		↔																
	B				↔	↔	↔																			
	C								↔			↔	↔	↔	↔	↔	↔									
	D																↔	↔	↔	↔						
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																↔	↔								
	B																									
産婦のそば以外での分娩監視装置監視者					↔	↔	助 A	↔		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔								
分娩監視装置使用时间					↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ドップラー聴取	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	バイタルサイン測定	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☒	☒	☒	☒	☐	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	破水・出血の観察／パット交換	☐	☐	☒	☐	☐	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☐	☒	☒	☒	☐	☒	☒	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	その他 ⁶⁾																		輪状マッ サージ							

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。

1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック

4）湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩） **1事例目** **1日目**

[illegible]

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。

1) オキシトシン等の滴下管理を含む 2) 温罨法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3) ホットパック等を使用した温罨法を行った場合にチェック

4) 湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5) 分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6) アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分婉） **1事例目** **2日目**

[illegible]

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。

1) オキシトシン等の滴下管理を含む 2) 温罨法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3) ホットパック等を使用した温罨法を行った場合にチェック

4) 湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5) 分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6) アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩） **2事例目 1日目**

[illegible]

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。

1) オキシトシン等の滴下管理を含む 2) 温罨法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3) ホットパック等を使用した温罨法を行った場合にチェック

4) 湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5) 分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6) アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩） **2事例目 2日目**

[illegible]

※実施したケア内容について、該当する箇所にチェックをいれてください。

1) オキシトシン等の滴下管理を含む 2) 温罨法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3) ホットパック等を使用した温罨法を行った場合にチェック

4) 湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5) 分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6) アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩） 3事例目 1日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
経過																										
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
看護師	G																									
	A																									
B																										
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																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	ドップラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	破水・出血の観察／パット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
その他 ⁶⁾																										

※実施したケア内容について、該当する箇所をチェックをいれてください。

1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック

4）湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

タイムスタディ（分娩） 3事例目 2日目

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6
入院																										
児娩出																										
分娩終了（分娩第3期終了）																										
帰室																										
経過																										
助産師	A																									
	B																									
	C																									
	D																									
	E																									
	F																									
	G																									
看護師	A																									
	B																									
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																										
実施したケア等の内容	内診	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	ドップラー聴取	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	点滴管理 ¹⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	バイタルサイン測定	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	産痛緩和 ²⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	温電法 ³⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	足浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	シャワー浴	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	入浴 ⁴⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	トイレ歩行	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	食事介助	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	体位交換・歩行のサポート ⁵⁾	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	清拭・更衣	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	破水・出血の観察／パット交換	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
	その他 ⁶⁾																									

※実施したケア内容について、該当する箇所をチェックをいれてください。

1）オキシトシン等の滴下管理を含む 2）温電法、足浴、シャワー浴、入浴といったここに掲載されているケア以外の方法（マッサージ等）での産痛緩和を実施した場合にチェック 3）ホットパック等を使用した温電法を行った場合にチェック

4）湯舟にお湯をためて入浴した場合にチェック 5）分娩の進行を促進する等を目的として、産婦の体位を調整する、歩行に付き添うなどした場合にチェック 6）アロマや酸素投与などのその他の処置やケアを自由記載で記載してください

4. 外来概要

令和6年9月1日時点

(1) 妊婦健診

回答欄

留意点等

1	助産所における妊婦の平均的な妊婦健診の受診回数		回	令和6年9月に分娩された妊婦（多胎は除いてください。また、セミオープンシステムや里帰りなどで途中から貴施設で妊婦健診を受診された方は除いてください。）について、妊婦健診として受診した平均的な回数を小数点1桁までお答えください。 例：分娩された4人について、それぞれ妊婦健診の回数が8回、9回、10回、11回だった場合、（8+9+10+11）/4=9.5回
2	助産所における妊婦の平均的な妊婦健診の費用の合計額		円	令和6年9月に分娩された妊婦（多胎は除いてください。また、セミオープンシステムや里帰りなどで途中から貴施設で妊婦健診を受診された方は除いてください。）について、妊婦健診の費用（自治体で補助される費用も含みます）の一人当たり平均額をお答えください（小数点以下は四捨五入してください）。 例：分娩された4人について、それぞれ妊婦健診の費用が6万円、7万円、8万円、9万円だった場合、（6+7+8+9）/4=7.5万円
3	2のうち、自治体の補助を除いた、平均的な妊婦の窓口負担の合計額		円	2のうち、自治体の補助を除いた、窓口での妊婦への請求額の平均額をお答えください（小数点以下は四捨五入してください）。
4	2のうち、妊婦健診の望ましい基準に含まれない健診項目の費用の合計額		円	2のうち、妊婦健診の望ましい基準に含まれる項目を除いた健診項目（追加の超音波検査やNSTなど）の費用の一人当たり平均額をお答えください（小数点以下は四捨五入してください）。

※妊婦健診の望ましい基準

【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（4回） 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

(2) 妊婦健診において所在地自治体の補助に含まれない検査で、基礎疾患のない一般的な妊婦に対して実施している項目（保険診療を除く）

	項目	費用	回数
5		円	回
6		円	回
7		円	回
8		円	回
9		円	回

例）超音波検査（助成回数を超える分）、NSTなど

(3) 産婦健診 ※行っていない場合は、空欄としてください。

※所在自治体との委託契約の内容を基に回答ください

		産婦健診費用①	自治体の補助・助成の有無	(1.有の場合)自治体の補助額※②	産婦への請求(①-②)
10	分娩後2週間頃	円	1.有 2.無	円	円
11	分娩後4週間頃	円	1.有 2.無	円	円
12	その他（分娩後()週間頃）	円	1.有 2.無	円	円

(4) 産婦健診以外の産婦を対象とした診察・ケア（産後ケア※を除く）

※ここでの産後ケアは自治体委託と自費の産後ケア両方を指します。

	項目	費用	1ヶ月間の外来人数
13		円	人
14		円	人
15		円	人

調査へのご協力ありがとうございました。現在、「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」において、妊娠・出産・産後に関する様々な支援等の更なる強化の方向性について議論が行われています。この議論に関して、ご意見があれば以下に記載をお願いします。

(自由記述欄)

分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究 調査票（B票）
収益等（助産所）

ID

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5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6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4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5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6年3月31日現在、該当する番号を○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 貴助産所の開設者が保有する施設の状況

（令和6年3月31日現在、該当する番号を○付けてください。）

- 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

④ 消費税の経理方式

（令和6年3月31日現在、該当する番号を○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。

○個人立助産所は、令和4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5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。

① 収益

（助産所全体）

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6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										
4 収益合計										

② 費用

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6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										
1-1.（うち）通勤手当										
1-2.（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										
5-1.（うち）給食委託費										
5-2.（うち）人材委託費										
6 減価償却費										
6-1.（うち）建物減価償却費										
6-2.（うち）医療機器減価償却費										
7 その他の費用										
7-1.（うち）土地賃借料										
7-2.（うち）設備機器賃借料										
7-2-1.（うち）医療機器賃借料										
7-3.（うち）水道光熱費										
7-4.（うち）控除対象外消費税等負担額（※1）										
8 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。

③ 損益差額

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 損益差額（収益合計－費用合計）										

④ 税金（法人税・住民税）

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 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。

⑤ 税引後の総損益差額

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 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4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5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
1 管理者（個人立の開設者本人を除く）														
2 助産師														
3 看護職員（助産師除く）														
4 看護補助職員														
5 事務職員（上記の職種に従事している者を除く）														
6 その他の職員														
7 役員（上記の職種に従事している者を除く）														
8 合 計														

② 令和6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6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
1 管理者（個人立の開設者本人を除く）														
2 助産師														
3 看護職員（助産師除く）														
4 看護補助職員														
5 事務職員（上記の職種に従事している者を除く）														
6 その他の職員														
7 役員（上記の職種に従事している者を除く）														
8 合 計														

分婉手当がある場合は、1分婉あたりの分婉手当の金額を記入ください。

円

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4年12月31日及び令和5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。

※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

①資 産 の 部

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 流動資産										
2 固定資産										
3 繰延資産										
4 資 産 合 計										

②負 債 の 部

科 目	金額（令和5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
5 流動負債										
6 固定負債										
6-1（うち）長期借入金										
7 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4年1月1日から令和4年12月31日まで及び令和5年1月1日から令和5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せう。
- 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5年3月末までの事業年（度））					金額（令和6年3月末までの事業年（度））				
	億	百万	千	円		億	百万	千	円	
1 設備投資額（土地を含む）										
1-1.（うち）建物（建物附属設備を含み、土地を除く）										
1-2.（うち）医療機器										
1-2-1.（うち）リース分										
1-3.（うち）医療情報システム用機器										
1-3-1.（うち）リース分										
2 設備投資額のうち消費税課税対象の投資額										