

# 医療機関等向け回答マニュアル

(令和7年12月版)

## 注意点

※設問には「病院のみ対象」の設問、「病院、診療所のみ対象」の設問がありますが、ここでいう病院は問6「施設の種別」の問で、「病院」を選択した施設が対象となります。

※選択形式の設問は、選択肢の内容に独自の記載を追記することはできません。

※回答欄にコメント等で注記を付することはご遠慮ください。

## 1. 施設の概要

### 問4. 貴施設の電話番号をご記入ください。

利用者や住民からの連絡が可能な電話番号を記載してください。

※ 市外局番から、ハイフンなしで記載してください。

### 問5. 貴施設のホームページ等のURLをご記入ください。

掲載を希望される場合に記載してください。

#### (1) 貴施設のホームページのURL

貴施設の開設したホームページがあり、当ウェブサイトにも貴施設のホームページのURL掲載を希望される場合には貴施設のホームページのURLを記載してください。

#### (2) FacebookのURL

当ウェブサイトにも貴施設のFacebookのURL掲載を希望される場合には貴施設のFacebookのURLを記載してください。

#### (3) X (旧Twitter)のURL

当ウェブサイトにも貴施設のX (旧Twitter)のURL掲載を希望される場合には貴施設のX (旧Twitter)のURLを記載してください。

#### (4) InstagramのURL

当ウェブサイトにも貴施設のInstagramのURL掲載を希望される場合には貴施設のInstagramのURLを記載してください。

#### (5) LINEのURL

当ウェブサイトにも貴施設のLINEのURL等掲載を希望される場合には貴施設のLINEのURL等を記載してください。

## (6) その他のホームページ等の URL

当ウェブサイトにご施設の上記以外のホームページ等の URL 掲載を希望される場合には URL を記載してください。

## 問 6. 施設の種別についてご回答ください。

### (1) 施設の種別

各選択肢の説明（単一選択）

#### ① 病院

病院（20 人以上の患者が入院可能な施設）は、こちらを選択してください。

#### ② 有床診療所

診療所のうち、有床（19 人以下の患者が入院可能な施設）の場合はこちらを選択してください。

#### ③ 無床診療所

診療所のうち、無床の場合はこちらを選択してください。

#### ④ 有床助産所

助産所のうち、有床の場合はこちらを選択してください。

#### ⑤ 無床助産所

助産所のうち、無床の場合はこちらを選択してください。

### (2) 周産期母子医療センターの指定の有無（病院のみ対象の設問）

各選択肢の説明（単一選択）

#### ① 総合周産期母子医療センター

「周産期医療の体制整備に係る指針」（令和 5 年 3 月 31 日付医政発 0331 第 14 号の別紙。以下、「指針」という）により、相当規模の MFICU（母体・胎児集中治療室）を含む産科病棟及び NICU（新生児集中治療室）を含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、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、脳血管障害、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患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は選択してください。

#### ② 地域周産期母子医療センター

指針により、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は選択してください。

**問 7. 貴施設までのアクセスについてご記入ください。（有床施設のみ対象の設問）**

貴施設のアクセスについて、記載してください。

【自由記載】

（例）・●●駅から徒歩●分・●●バス停から徒歩●分（150文字程度）

**問 8. 貴施設の駐車場の有無をお選びください。（有床施設のみ対象の設問）**

貴施設の駐車場の有無を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

**問 9. 出産ナビへの貴施設の写真の掲載を希望されますか。**

写真の掲載可否をご選択ください。

【選択肢】はい（掲載する）・いいえ（掲載しない）（単一選択）

掲載可能な場合は、写真のご提供も併せてお願いいたします。

- ※ 画像データの上限は合計5MBかつ10枚以下です。
- ※ 上限を超える場合は解像度を下げるなどの調整をお願いいたします。
- ※ 「施設外観」、「施設内観（待合室・居室・診察室等）」、「食事・スタッフ写真等」など、施設の様子が分かる写真をご提供ください。
- ※ 施設関係者以外の人物及び建造物の映り込みのない写真をご提供ください
- ※ 画像へのテキスト追記はご遠慮ください。

**問 10. 外来受付日をお選びください。また、診察日の外来受付時間をご記入ください。**

診察日か休診日のいずれかを選択してください。診察日の場合は外来受付時間を記載してください。

【選択肢】診察日・休診日（単一選択）

【自由記載】診察日の場合の外来受付時間

（例）●時～●時、●時～●時

**問 11. 外来診療の予約についてご回答ください。**

**（1）予約の可否**

貴施設における、外来診療の予約の可否を選択してください。

【選択肢】可・不可（単一選択）

## (2) 外来診療の予約方法

外来診療の予約が可能な施設のみご回答ください。

各選択肢の説明（複数選択可）

### ① 来院して予約

施設へ来院の上、対面で予約を受け付けている場合に選択してください。

### ② 電話で予約

施設への電話で予約を受け付けている場合に選択してください。

### ③ インターネットで予約

施設のホームページ等で予約を受け付けている場合に選択してください。

### ④ 予約なしでも受診可能

予約はしなくとも外来受診が可能な場合に選択してください。

### ※ その他

①～④以外の予約方法で受け付けている場合にはこちらを選択し、方法をご記載ください。

## 問 12. お会計で利用できる支払い方法をお選びください。

### (1) 外来受診費用の支払い方法

外来受診費用の支払いについて、貴施設で利用可能な支払い方法をお選びください。

各選択肢の説明（複数選択可）

### ① 現金

現金で支払いが可能な場合に選択してください。

### ② クレジットカード

カードブランドや取扱数に関わらず、クレジットカードで支払いが可能な場合に選択してください。また、クレジットカードを利用できる最低額を設定している場合も、金額問わず取扱有無の観点で回答してください。

(例) Visa、Mastercard、JCB、AmericanExpress、DinersClub 等

### ③ バーコード決済・QRコード決済

決済会社の種類や取扱数に関わらず、バーコード決済・QRコード決済で支払いが可能な場合に選択してください。また、バーコード決済・QRコード決済を利用できる最低額を設定している場合も、金額問わず取扱有無の観点で回答してください。

(例) PayPay、楽天ペイ、d払い、au PAY、メルペイ 等

#### ④ 電子マネー

決済会社の種類や取扱数に関わらず、電子マネーで支払いが可能な場合に選択してください。また、電子マネーを利用できる最低額を設定している場合も、金額問わず取扱有無の観点で回答してください。

(例) iD、QUICPay、交通系 IC (Kitaca、Suica、PASMO、TOICA、ICOCA、SUGOCA) 等

#### ※ その他

①～④以外の支払い方法が利用可能な場合にはこちらを選択し、種別をご記載ください。

### (2) 入院費用の支払い方法 (有床施設のみ対象の設問)

入院費用の支払いについて、利用可能な支払い方法をお選びください。

各選択肢の説明については、問 12 (1) に同じ。(複数選択可)

### 問 13. 居室に関わることについて、お答えください。(有床施設のみ対象の設問)

#### (1) 個室の有無

- ・ 集中治療室 (ICU、MFICU など) を除く一般病床において他の患者が入ることのない、定員一名の病床を有する場合は「あり」を選択してください。
- ・ 助産所の場合は、妊産婦一人に対して個室がある場合には「あり」を選択してください。
- ・ 妊産婦の家族等が泊まるなどの場合でも他の患者・妊産婦が入らない場合は「あり」を選択してください。

【選択肢】あり・なし (単一選択)

#### (2) 差額支払いの必要な居室の有無

- ・ 居室利用の際に、別途費用 (差額) が生じる居室がある場合は「あり」を選択してください。
- ・ 差額が生じない居室のみの場合は「なし」を選択してください。
- ・ 通常、差額が生じない居室であっても、利用内容 (長期滞在等) によって差額が生じる可能性がある場合には「場合による」を選択してください。

ここでいう「差額費用支払いの必要な居室」は、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」における「特別の療養環境の提供」により定められた基準に関わらず、貴施設の有する全病床のうち、差額が生じる居室についてお答えください。

【選択肢】あり・なし・場合による (単一選択)

### (3) 差額費用の必要な居室の種別と差額費用

差額が生じる居室を有する場合について、差額の生じる居室の種別の差額費用（単価）を1泊あたりでご記載ください。

費用は算用数字かつ整数でお答えください。

【選択肢】 4人部屋・3人部屋・2人部屋・個室・その他

### 問 14. NICU 病床数をご記入ください。(病院のみ対象の設問)

新生児特定集中治療室管理料1. 2、総合周産期特定集中治療室管理料2 新生児集中治療室管理料を算定している病床数を記載してください。0床の場合は0と記載してください。

### 問 15. 産科病床数をご記入ください。(病院・診療所のみ対象の設問)

妊産婦が同時に入院可能な最大病床数を記載ください。(分娩を伴わない入院(例: 切迫早産、重症妊娠悪阻等)も含まれます。)

ここでいう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。

### 問 16. 入所可能ベッド数をご記入ください。(助産所のみ対象の設問)

妊産婦が同時に入所可能なベッド数を記載ください。

### 問 17. 産科専用の病棟など、産科区域の特定の有無をお選びください。(病院のみ対象の設問)

各選択肢の説明

#### ① 産科専用の病棟がある

妊産婦のみが入院する病棟を有する場合は選択してください。

#### ② 産科専用のスペースが確保されていて専任スタッフがいる混合病棟

病棟内には婦人科疾患患者や、他診療科の患者が入院しているもしくは入院する可能性がある混合病棟ではあるが、区域管理(ゾーニング)やユニット化により産科区域の特定が行われている場合は選択してください。

※ 婦人科疾患患者、他診療科の患者が区域内にいる、スタッフが専任ではない場合は、③の選択肢を選んでください。

- ・ 区域管理(ゾーニング)とは: 廊下を含むひと固まりの領域を産科だけのための区域とし、その区域を産科専用の「ユニット」として使用することをいう。
- ・ ユニット化とは: ひとつづきになっている病棟の一部を産科専用の「ユニット」として使用することをいう。

### ③ 産科区域の特定なし

上記の①・②の選択肢以外の場合はこちらを選択してください。

## 問 18. 専門職数についてご記入ください。

### (1) 産科医師数 (人) (病院・診療所のみ対象の設問)

医師法に基づく医師免許を有し、分娩を取り扱う者を示します。

常勤医師数 (※1) のみ記載してください。非常勤医師は計上しないでください。

- ※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) 小児科医師数 (人) (病院・診療所のみ対象の設問)

医師法に基づく医師免許を有し、主として小児医療に従事し新生児の診察に関わる者を含めて、新生児医療に従事している者の合計人数を記載してください。

人数は常勤医師数+常勤換算された非常勤医師数を記載してください。(※2)

### (3) 助産師数 (人)

保健師助産師看護師法に基づく助産師免許を有し、産科関連病棟に勤務し、主として助産業務を行う者を示します。(例えば、助産師の免許を有しているが、主として助産業務を担当していない場合には、助産師数には計上しないでください。)

人数は常勤助産師数+常勤換算された非常勤助産師数を記載してください。(※2)

常勤換算を行う際には、助産業務に従事した時間を対象とするのではなく、主として助産業務を行う者の貴施設における勤務時間を対象としてください。

### (4) (3) のうちアドバンス助産師数 (人)

アドバンス助産師とは、日本助産評価機構によって助産実践能力が CLoCMiP (助産実践能力習熟段階) レベルⅢに達していると評価・認証された助産師をいいます。

上記『助産師数 (人)』の助産師のうち、アドバンス助産師の人数を常勤アドバンス助産師数+常勤換算された非常勤アドバンス助産師数で記載してください。(※2)

### (5) 看護師数・准看護師数 (人)

看護師数は保健師助産師看護師法に基づく看護師免許を有し、産科関連病棟に勤務し、あるいは、産科関連外来に専属で勤務しており、主として当該業を担当する者を示します。(例えば、看護師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看護師数には計上しない。)

准看護師数は都道府県知事からの免許を受けており、産科関連病棟に勤務し、あるいは、産科関連外来に専属で勤務しており、主として当該業を担当する者を示します。(例えば、准看護師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准看護師数には計上しない。)

人数は常勤看護師数・准看護師数＋常勤換算された非常勤看護師数・准看護師数で記載してください。(※2)

※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 =  $\{(2日 \times 3時間 \times 1人) + (3日 \times 5時間 \times 2人)\} / 40時間 = 0.9人$

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・無給を問わず現在貴施設に雇用されている者を計上します。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。

**【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。

**【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。

**【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】**

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. 分娩について（分娩取扱施設のみ対象の設問）

### 問 19. 分娩の取扱状況について、当てはまるものをお選びください。

各選択肢の説明（複数選択可）

#### ① 自施設での分娩取扱あり

貴施設の有する施設内で分娩を取り扱っている場合に選択してください。

#### ② オープンシステムを利用し他施設へ赴いての分娩取扱あり

貴施設の医師・助産師等が、オープンシステムの連携病院（周産期母子医療センター等）へ赴き分娩を取り扱っている場合に選択してください。

※ 妊婦健康診査は自施設でおこない、分娩は連携病院に出向いて取り扱う診療所・助産所の場合等を想定しています。

#### ③ 自宅分娩（出張分娩）での分娩取扱あり

貴施設の医師・助産師が、妊産婦の自宅等へ赴き分娩を取り扱っている場合に選択してください。

#### ④ 分娩取扱なし

分娩を取扱っていない場合に選択してください。

・自宅分娩（出張分娩）の定義：助産師や医師が立ち会って、妊産婦が自宅で分娩することをいう。

・オープンシステムの定義：妊婦健康診査は診療所・助産所等でおこない、分娩は診療所・助産所等の医師や助産師が連携病院に出向いて行うことをいう。

### 問 20. 令和6年度の分娩取扱件数をお選びください。

#### （1）令和6年度の経膈分娩取扱件数

令和6年4月1日～令和7年3月31日の1年間の経膈分娩を行った件数（死産を含む）が含まれる選択肢を選択して下さい。なお、双生児の場合2件としてください。

【選択肢】①0件、②1～20件、③21～40件、④41～60件、⑤61～80件、⑥81～100件、⑦101～150件、⑧151～200件、⑨201～300件、⑩301～400件、⑪401～500件、⑫501～600件、⑬601～700件、⑭701～800件、⑮801～900件、⑯901～1000件、⑰1001～1500件、⑱1501～2000件、⑲2001～2500件、⑳2501～3000件、㉑3001件～（単一選択）

#### （2）令和6年度の帝王切開術取扱件数（病院・診療所のみ対象の設問）

令和6年4月1日～令和7年3月31日の1年間の帝王切開術を行った件数（死産を含む）が含まれる選択肢を選択して下さい。なお、双生児の場合1件としてください。

い。

【選択肢】①0件、②1～20件、③21～40件、④41～60件、⑤61～80件、⑥81～100件、⑦101～150件、⑧151～200件、⑨201～300件、⑩301～400件、⑪401～500件、⑫501～600件、⑬601～700件、⑭701～800件、⑮801～900件、⑯901～1000件、⑰1001～1500件、⑱1501～2000件、⑲2001～2500件、⑳2501～3000件、㉑3001件～（単一選択）

**問 21. 分娩の予約方法をお選びください。**

各選択肢の説明（複数選択可）

① 来院して予約

施設へ来院の上、対面で予約を受け付けている場合に選択してください。

② 電話で予約

施設への電話で予約を受け付けている場合に選択してください。

③ インターネットで予約

施設のホームページ等で予約を受け付けている場合に選択してください。

※ その他

①～③以外の予約方法で受け付けている場合にはこちらを選択し、方法をご記載ください。

**問 22. 出産育児一時金について、貴施設で出産した方が利用できる支払い制度をお選びください。**

各選択肢の説明（複数選択可）

① 直接支払制度

出産育児一時金の支払制度のうち、直接支払制度を取り扱っている場合に選択してください。

② 受取代理制度

出産育児一時金の支払制度のうち、受取代理制度を導入している（厚生労働省へ受取代理制度導入届を提出、受理されている）場合に選択してください。

**問 23. 貴施設の嘱託医・嘱託医療機関をご記入ください。（助産所のみ対象の設問）**

嘱託医・嘱託医療機関について、助産所の開設届に添付している契約書・合意書に基づきご記載ください。

法人名を含む正式名称でご記載ください。

問 24. 立ち会い出産についてお答えください。

(1) 立ち会い出産（経膣分娩の場合）の実施有無をお選びください。

経膣分娩について、妊婦が希望した場合に、分娩に家族等の立ち会いを実施する場合は「あり」を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

※ 感染症流行時や災害時等、例外的に立ち会いができない時期がある場合についても「あり」を選択してください。

(2) 立ち会い可能者数の上限についてお答えください。

1. 立ち会い者数の上限の有無

一人の妊産婦に対し、一度に立ち会いのできる人数について、上限の有無を選択してください。

【選択肢】上限あり・上限なし（単一選択）

2. 立ち会い可能者数の上限人数

一人の妊産婦に対し、一度に立ち会いのできる人数をご記載ください。  
人数は算用数字かつ整数でお答えください。

(3) 立ち会い可能な範囲（間柄）の制限の有無をお選びください。

立ち会いのできる範囲（間柄）について、制限の有無をお選びください。

【選択肢】制限あり・制限なし（単一選択）

(4) 立ち会い可能な範囲（間柄）をお選びください。

立ち会いのできる範囲（間柄）に制限がある場合について、立ち会いが可能な範囲（間柄）を選択してください。立ち会いできる範囲（間柄）について、補足（子の立ち会いに関する条件等）がある場合は、自由記載欄にご記載ください。

【選択肢】夫（パートナー）・子・親（実父母、義父母）・本人の兄弟・夫（パートナー）の兄弟・友人/知人・その他（）（複数選択可）

※ 「子」は本人もしくは配偶者の戸籍上の子を指します。

※ 立ち会い可能な範囲（間柄）について、補足等がある場合は、「上記選択に関する補足等」へご記載ください。

問 25. 里帰り出産についてお答えください。

(1) 里帰り出産の受け入れ実施有無をお選びください。

いわゆる「里帰り出産（実家や故郷に戻り出産すること）」希望の妊婦について、分娩施設として、受け入れを実施している場合は「あり」を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

**（2）貴施設で分娩希望の場合、妊娠何週までに分娩予約が必要かご記入ください。**

いわゆる「里帰り出産（実家や故郷に戻り出産すること）」希望の妊婦について、妊娠何週までに分娩予約をする必要があるかについて、週数をご記載ください。

週数は算用数字かつ整数でお答えください。

※ 掲載時には、「詳細な期限や条件等は施設にご確認ください」と注釈を入れさせていただきます。

**（3）貴施設で分娩希望の場合、妊娠何週までに貴施設の受診が必要かご記入ください。**

いわゆる「里帰り出産（実家や故郷に戻り出産すること）」希望の妊婦について、妊娠何週までに里帰りをして、貴施設で受診を開始する必要があるかについて、週数をご記載ください。特に期限を設けていない場合には、推奨している受診開始週数をご記載ください。

週数は算用数字かつ整数でお答えください。

※ 掲載時には、「詳細な期限や条件等は施設にご確認ください」と注釈を入れさせていただきます。

**問 26. 入院中の面会についてお答えください。（有床施設のみ対象の設問）**

妊産婦が入院する病棟（病床）における面会規則についてお答えください。

**（1）入院中の面会可否をお選びください。**

入院中の面会について、時間帯や人数等の制限付きで面会可能な場合は、「面会可能（制限あり）」を選択してください。

【選択肢】面会可能（制限なし）・面会可能（制限あり）・面会不可能（単一選択）

**（2）面会者数の上限についてお答えください。**

**1. 上限の有無**

一人の妊産婦に対し、一度に面会できる人数について、上限を設定している場合には「上限あり」を選択してください。

【選択肢】上限あり・上限なし（単一選択）

**2. 面会者数の上限**

一度に面会できる人数に制限がある場合について、一人の妊産婦に対し、一度に面会できる人数をご記載ください。

人数は算用数字かつ整数でお答えください。

**(3) 面会可能な範囲（間柄）の制限の有無をお選びください。**

面会できる範囲（間柄）について、制限の有無をお選びください。

【選択肢】 制限あり・制限なし（単一選択）

**(4) 面会可能な範囲（間柄）をお選びください。**

面会できる範囲（間柄）に制限がある場合について、面会が可能な範囲（間柄）を選択してください。面会できる範囲（間柄）について、補足（子の面会に関する条件等）がある場合は、自由記載欄にご記載ください。

【選択肢】 夫（パートナー）・子・親（実父母、義父母）・本人の兄弟・夫（パートナー）の兄弟・友人/知人・その他（）（複数選択可）

※ 「子」は本人もしくは配偶者の戸籍上の子を指します。

※ 面会可能な範囲（間柄）について、補足等がある場合は、「上記選択に関する補足等」へご記載ください。

**問 27. 新生児聴覚検査についてお答えください。**

**(1) 新生児聴覚検査の自施設での実施の有無をお選びください。**

新生児聴覚検査の自施設での実施有無を選択してください。

【選択肢】 あり・なし（単一選択）

**(2) 新生児聴覚検査の自施設での実施が無い場合の新生児聴覚検査可能施設の情報提供の有無をお選びください。**

(1) の問いへの回答で「なし」を選択された施設のみご回答ください。

新生児聴覚検査が可能な他施設で受検してもらうための情報提供の実施有無を選択してください。

【選択肢】 あり・なし（単一選択）

**問 28. 小児科医師による新生児の診察の実施状況をお選びください。（病院・診療所のみ対象の設問）**

各選択肢の説明（複数選択可）

**① 産婦（母親）の入院中に小児科医師による新生児の診察あり**

母親の入院中に小児科医師による新生児の診察が行われる場合にこちらを選択してください。（小児科医師の勤務形態は問いません。）

② 産婦（母親）の退院後に連携施設で小児科医師による新生児の診察あり

貴施設を退院後から1ヶ月健診（産婦健康診査）までの間（もしくは自宅分娩後の外出許可後）に連携施設において小児科医師による新生児の診察がある場合にはこちらを選択してください。（1ヶ月健診は含みません。）

③ 産婦（母親）の入院中に小児科以外の産婦人科等の医師による診察、もしくは助産師による新生児への保健指導あり

貴施設での分娩後の入院中（もしくは自宅分娩後の自宅にでの療養中）に産婦人科や内科など小児科以外の医師による新生児の診察がある場合、また助産師による保健指導がある場合にこちらを選択してください。

**問 29. 風疹抗体価が低い産婦に対する風疹含有ワクチンの接種（出産後の接種）の実施有無をお選びください。（病院・診療所のみ対象の設問）**

妊婦健診（妊婦健康診査）等での風疹ウイルス抗体検査において、抗体価が低値で追加接種が必要と判断された産婦（出産後の方）への風疹含有ワクチンの接種を産後の入院中に行っている場合は「あり」を、妊婦の希望はあるが、入院中には対応していない場合は「なし」を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

**問 30. 助産師外来実施有無をお選びください。（病院・診療所のみ対象の設問）**

助産師が医師と連携して、外来診療時に妊婦健診・保健指導を実施している場合は「あり」を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

- 助産師外来の定義：緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が産科医師と役割分担をし、妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うことをいう。ただし、産科医師が健康診査を行い、保健指導・母乳外来等のみを助産師が行う場合はこれに含まない。

**問 31. 院内助産の実施有無をお選びください。（病院・診療所のみ対象の設問）**

助産師が医師と連携して妊娠から産後までのケアをおこなっている場合は「あり」を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

- 院内助産の定義：緊急時の対応が可能な医療機関において、助産師が妊産婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1か月頃まで、正常・異常の判断を行い、助産ケアを提供する体制。

**問 32. 母子同室の実施状況をお選びください（医学的に産婦（母親）や新生児の管理が必要**

な場合を除く)。(有床施設のみ対象の設問)

各選択肢の説明 (単一選択)

① 母子同室

原則として母子同室としている場合にはこちらを選択してください。

② 母子別室

原則として母子別室(産婦(母親)は自室、新生児は新生児室等)としている場合にこちらを選択してください。

③ 場合による

原則として「母子同室」/「母子別室」を決めておらず、妊産婦の希望等に応じて対応を変えている場合にこちらを選択してください

問 33. 授乳支援についてお答えください。

(1) 入院中の授乳育児の支援の実施有無をお選びください。

産婦(母親)の希望がある場合、分娩を伴う入院中に、母乳育児もしくは人工乳(ミルク)による育児などの授乳育児の支援ある場合には「あり」を選択してください。

【選択肢】あり・なし(単一選択)

(2) 授乳支援を行う外来(退院後)の実施有無をお選びください。

授乳支援を行う外来とは産婦の乳房トラブルや授乳に関する支援、授乳指導等を行う外来を指します。自治体からの費用の補助の有無は問いません。

各選択肢の説明 (単一選択)

① 授乳支援を行う外来を実施している

貴施設で出産をした産婦以外に対しても授乳支援を行う外来を行っている場合はこちらを選択して下さい。

② 自施設で出産した産婦(母親)のみを対象とした授乳支援を行う外来を実施している

貴施設で出産をした産婦に対してのみ授乳支援を行う外来を行っている場合にこちらを選択してください。

③ 授乳支援を行う外来を実施していない

授乳支援を行う外来を行っていない場合はこちらを選択してください。

問 34. 産婦健診(産婦健康診査)についてお答えください。

(1) 2週間健診(産婦健康診査)実施有無をお選びください。

2週間健診（産婦健康診査）の実施有無を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

(2) 1か月健診（産婦健康診査）の実施有無をお選びください。

1か月健診（産婦健康診査）の実施有無を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

問 35. 費用等の公表方法についてお答えください。

(1) 分娩に要する費用（正常分娩の際にかかるおおよその費用）の公表方法をお選びください。

正常分娩の際にかかるおおよその費用の公表方法について、以下の選択肢から当てはまるものを選んで回答してください。

【選択肢】 ホームページに記載・施設内に掲示・SNS に記載・パンフレットに記載（複数選択可）

(2) 分娩に要する費用に関する施設のホームページ等の URL をご記入ください。

1. 貴施設のホームページの URL

貴施設の開設したホームページがあり、貴施設の「分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

2. Facebook の URL

貴施設の Facebook に、貴施設の「分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

3. X（旧 Twitter）の URL

貴施設の X（旧 Twitter）に、貴施設の「分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

4. Instagram の URL

貴施設の Instagram に、貴施設の「分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

5. LINE の URL

貴施設の LINE に、貴施設の「分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

6. その他のホームページ等の URL

貴施設の上記以外のホームページ等に、貴施設の「分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

### 3. 無痛分娩について（病院・診療所のみ対象の設問）

#### 問 36. 無痛分娩についてお答えください。

##### （1）無痛分娩の実施有無をお選びください。

各選択肢の説明（単一選択）

##### ① 希望による無痛分娩可能

無痛分娩（麻酔によって陣痛の痛みを和らげ、分娩する方法）について、実施することが可能な場合はこちらを選択してください。例えば経産婦のみ可能、特定の曜日のみ可能など条件付きの場合もこちらを選択してください。

##### ② 医学的適応のみ対応可能

医学的適応のみ無痛分娩対応の場合は、こちらを選択してください。

##### ③ 対応していない

無痛分娩を実施していない場合にはこちらを選択ください。

##### （2）無痛分娩の麻酔の方法をお選びください。

各選択肢の説明（複数選択可）

##### ① 硬膜外麻酔

硬膜外麻酔を行い無痛分娩を行っている場合はこちらを選択してください。

##### ② 脊椎くも膜下硬膜外併用麻酔

脊椎くも膜下麻酔、硬膜外麻酔を併用し無痛分娩を行っている場合はこちらを選択してください。

##### ③ その他

①、②以外の麻酔方法を行う場合にはこちらを選択してください。

##### （3）無痛分娩麻酔管理者の資格をお選びください。

無痛分娩麻酔管理者とは無痛分娩とそれに関連する業務の管理・運営責任者の資格を選択してください。

【選択肢】麻酔科専門医・麻酔科標榜医・産婦人科専門医（複数選択可）

##### （4）JALA（無痛分娩関係学会・団体連絡協議会）サイトへの掲載の有無をお選びください。

##### 1. 掲載の有無

JALA（無痛分娩関係学会・団体連絡協議会）への施設掲載の有無を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

## 2. JALA のホームページの URL

貴施設が JALA に掲載されており、本ウェブサイトへリンク先を掲載希望の場合は、その URL をご記載ください。

### (5) 無痛分娩の麻酔の実施体制（対応可能時間）をお選びください。

各選択肢の説明（単一選択）

#### ① 24 時間対応をしている

原則として 24 時間対応している場合にはこちらを選択してください

#### ② 24 時間は対応していない

原則として 24 時間は対応していない場合にはこちらを選択してください。

### (6) 無痛分娩の麻酔の実施体制（無痛分娩を行う際の陣痛誘発の有無）をお選びください。

各選択肢の説明（単一選択）

#### ① 計画分娩としている

計画分娩としている場合にはこちらを選択してください。

#### ② 自然陣痛がきてからの無痛分娩としている

自然陣痛が来てからの麻酔導入を行っている場合にはこちらを選択してください。

#### ③ 計画分娩と自然陣痛がきてからの無痛分娩どちらもおこなっている。

計画分娩と自然陣痛がきてからの無痛分娩どちらもおこなっている場合にはこちらを選択してください。

### (7) 無痛分娩の費用（単価）をご記入ください。価格を複数設定している場合には、それぞれ名目と金額（単価）をご記入ください。

無痛分娩の費用について、施設内で定めている金額（単価）をご記載ください。価格を複数設定している場合（初産婦と経産婦で費用を分けている場合等）には、それぞれ名目と金額をご記載ください。また、無痛分娩に付帯して発生する別料金（無痛分娩希望の方向け学級の受講料、材料費（別徴収の場合）、陣痛促進剤や器械分娩により生じる自己負担額等）は含めずにご回答ください。

費用は算用数字かつ整数でお答えください。

（例）

#### ●ケース 1

1. 名目：初産婦無痛分娩

2. 価格：〇〇（円）

●ケース 2

1. 名目：経産婦無痛分娩

2. 価格：〇〇（円）

●ケース 3

1. 夜間・休日無痛分娩

2. 価格：〇〇（円）

（8）令和 6 年度の無痛経膈分娩件数をお選びください。

令和 6 年 4 月 1 日～令和 7 年 3 月 31 日の 1 年間の無痛経膈分娩を行った件数が含まれる選択肢を選択してください。なお、硬膜外麻酔による無痛分娩、および脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔による無痛分娩の合計件数（無痛分娩導入後に帝王切開となった症例は数に含めない）をご回答ください。

【選択肢】① 0 件、② 1～20 件、③ 21～40 件、④ 41～60 件、⑤ 61～80 件、⑥ 81～100 件、⑦ 101～150 件、⑧ 151～200 件、⑨ 201～300 件、⑩ 301～400 件、⑪ 401～500 件、⑫ 501～600 件、⑬ 601～700 件、⑭ 701～800 件、⑮ 801～900 件、⑯ 901～1000 件、⑰ 1001～1500 件、⑱ 1501～2000 件、⑲ 2001～2500 件、⑳ 2501～3000 件、㉑ 3001 件～（単一選択）

問 37. 無痛分娩費用の公表方法についてお答えください。

（1）無痛分娩に要する費用の公表方法をお選びください。

無痛分娩にかかる費用の公表方法について、以下の選択肢から当てはまるものを選んで回答してください。

【選択肢】ホームページに記載・施設内に掲示・SNS に記載・パンフレットに記載・無痛分娩の取扱なし（複数選択可）

（2）無痛分娩に要する費用に関する施設のホームページ等の URL をご記入ください。（掲載を希望するもののみ）

無痛分娩に要する費用について公表している場合、公表方法に関する URL をご記載ください。

1. 貴施設のホームページの URL

貴施設の開設したホームページがあり、貴施設の「無痛分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

2. Facebook の URL

貴施設の Facebook に、貴施設の「無痛分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

### 3. X (旧 Twitter) の URL

貴施設の X (旧 Twitter) に、貴施設の「無痛分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

### 4. Instagram の URL

貴施設の Instagram に、貴施設の「無痛分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

### 5. LINE の URL

貴施設の LINE に、貴施設の「無痛分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

### 6. その他のホームページ等の URL

貴施設の上記以外のホームページ等に、貴施設の「無痛分娩に要する費用」情報が掲載されている場合には、当該ページの URL を記入してください。

## 4. 妊婦健康診査について

### 問 38. 妊婦健康診査の実施有無をお選びください。

自治体との委託契約に関わらず、妊婦健康診査を行っている場合には、「あり」を選択してください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

### 問 39. 妊婦健康診査の取扱について、当てはまるものをお選びください。

各選択肢の説明（複数選択可）

#### ① 自施設で分娩予定の方の妊婦健康診査対応可能（自宅分娩予定・オープンシステム利用予定含む）

自施設（貴施設の有する施設内）で分娩予定の方、自宅分娩（貴院の医師・助産師が、妊産婦の自宅等へ赴き分娩を行う）予定の方、オープンシステム利用（貴院の医師・助産師等が、オープンシステムの連携病院へ赴き分娩を行う）予定の方について、妊婦健康診査を対応している場合に、こちらをお選びください。

#### ② 他施設で分娩予定の方の妊婦健康診査対応可能

セミオープンシステム利用（妊婦健康診査は自施設で行い、分娩は連携病院で、連携病院の医師や助産師が行う）予定の方や、里帰り出産（実家や故郷に戻り出産すること）予定の方について、妊婦健康診査を対応している場合に、こちらをお選びください。

#### ※ その他

①～②以外の特記事項がある場合は、こちらを選択の上、内容をご記載ください。

・セミオープンシステムの定義：妊婦健康診査は診療所・助産所等でおこない、分娩は連携病院で行うが、妊婦健康診査を行った診療所・助産所等の医師や助産師は原則として分娩に立ち会わず、入院中の主治医権は連携病院が有するものである。

**問 40. 妊婦健康診査を妊娠何週まで実施しているかご記入ください。**

妊婦健康診査の取扱「あり」かつ分娩の取扱「なし」の施設向けの設問です。

他施設で分娩予定の方等の妊婦健康診査について、特に異常がない場合、妊娠何週まで妊婦健診を行っているか、数値でご記載ください。

※問 38 において妊婦健康診査の取扱「あり」を選択し、かつ問 39 において「1. 自施設で分娩予定の方の妊婦健康診査対応可能（自宅分娩予定・オープンシステム利用予定含む）」以外を選択された施設向けの設問です。

**問 41. 妊婦が、母子手帳を交付された後、出産までに 14 回妊婦健康診査を受診した場合について、各回の妊婦健康診査の検査項目を選択し、回毎の金額をご記入ください。**

妊婦が母子手帳を交付された後、出産までに 14 回妊婦健康診査を受診した場合について、特に異常等がないケースで各回に実施する検査項目を選択してください。また、回毎にかかる費用についてもご記載ください。

なお、各回については以下の週数を想定してご記載ください。

- 1 回目：母子手帳交付後初回
- 2 回目：妊娠 12 週頃
- 3 回目：妊娠 16 週頃
- 4 回目：妊娠 20 週頃
- 5 回目：妊娠 24 週頃
- 6 回目：妊娠 26 週頃
- 7 回目：妊娠 28 週頃
- 8 回目：妊娠 30 週頃
- 9 回目：妊娠 32 週頃
- 10 回目：妊娠 34 週頃
- 11 回目：妊娠 36 週頃
- 12 回目：妊娠 37 週頃
- 13 回目：妊娠 38 週頃
- 14 回目：妊娠 39 週頃

各選択肢の説明

・ 実施している項目のうち「望ましい基準内の項目」

「望ましい基準」とは、「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」（平成 27 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 226 号）において定められている検査項目を指します。このうち、貴施設で実施している検査項目を選択してください。

また、「望ましい基準内の項目」のうち、「各回の妊婦健診で行う内容」（下記【選択肢】内下線部分）については、どの施設でも各回の妊婦健診で行われているものとして、選択肢から除いています。

なお、助産所については、嘱託医・嘱託医療機関で受診予定の週数についても、嘱託医・嘱託医療機関で実施している検査項目（嘱託契約のもと、妊娠中に検査を行うことを約束している検査項目）を御回答ください。なお、嘱託医・嘱託医療機関が複数ある助産所については、最も嘱託する回数が多い医療機関についてお答えください。

※ 助産所の場合は、必ず「嘱託医・嘱託医療機関で受診する項目についても記載しています」と注釈を入れさせていただきます。

【選択肢】（複数選択可）

問診、身長（初回のみ）・体重・子宮底長・腹囲・血圧測定、尿検査（尿糖・尿蛋白）、浮腫、保健指導：各回の妊婦健診で行う内容

ABO 血液型検査・Rh 血液型検査・不規則抗体検査・B 型肝炎抗原検査・C 型肝炎抗体検査・HIV 抗体検査・梅毒血清反応検査・風疹ウイルス抗体検査・子宮頸がん検診（細胞診）：妊娠初期に 1 回

血糖検査：妊娠初期に 1 回及び妊娠 24 週から妊娠 35 週までの間に 1 回

血算検査：妊娠初期に 1 回、妊娠 24 週から妊娠 35 週までの間に 1 回及び妊娠 36 週から出産までの間に 1 回

HTLV-1 抗体検査・性器クラミジア検査：妊娠初期から妊娠 30 週までの間に 1 回

超音波検査：妊娠初期から妊娠 23 週までの間に 2 回、妊娠 24 週から妊娠 35 週までの間に 1 回及び妊娠 36 週から出産までの間に 1 回

B 群溶血性レンサ球菌（GBS）検査：妊娠 33 週から妊娠 37 週までの間に 1 回

・ 実施している項目のうち「望ましい基準外だが貴施設では必須の項目」

「望ましい基準内の項目」を除き、貴施設で妊娠中に受診必須と定めている検査項目を選択してください。選択肢に記載のある検査項目は選択していただき、選択肢に記載のない検査項目については、「※その他」内にご記載ください。「望ましい基準内の項目」についても「望ましい基準」の期間・回数を超えて実施する場合はこちらにご記載ください。

なお、「その他の指導」については、各回の妊婦健診で行われている「望ましい基準」内で実施する保健指導以外に、妊婦への指導として特別に算定して実施しているものがある場合に選択してください。

助産所については、嘱託医・嘱託医療機関で受診予定の週数についても、嘱託医・嘱託医療機関で実施している検査項目（嘱託契約のもと、妊娠中に検査を行うことを約束している検査項目）を御回答ください。なお、嘱託医・嘱託医療機関が複数ある助産所については、最も嘱託する回数の多い医療機関についてお答えください。

※ 助産所の場合は、必ず「嘱託医・嘱託医療機関で受診する項目についても記載しています」と注釈を入れさせていただきます。

【選択肢】超音波検査（5回目以降）、胎児超音波検査、3D/4D超音波検査、NST（ノンストレステスト）・生化学検査（腎機能、肝機能等）・凝固検査・糖負荷試験（50g GCT）・甲状腺機能検査・トキソプラズマ抗体検査・サイトメガロウイルス抗体検査・その他の指導・その他（）（複数選択可）

#### ・ 金額（円）

妊婦が分娩までに妊婦健康診査を14回受診した場合について、回毎の支払い金額をご記載ください。支払い額は、「望ましい基準内の項目」および「望ましい基準外だが貴施設では必須の項目」について、初診料や再診料（妊婦健診料等）も含めた各項目の検査費用の総額またはセット料金を記載するものとし、自治体による妊婦健康診査費用助成制度による助成を受けずに、すべて自費で支払った場合の金額をお答えください。また、助産所の場合に、嘱託医・嘱託医療機関で実施する健康診査も含めて計算してください。

※ 助産所の場合は、必ず「嘱託医・嘱託医療機関で受診する項目についても記載しています」と注釈を入れさせていただきます。

#### 問 42. 問 41 で回答した項目を除き、貴施設においてオプションで行っている検査項目について、検査項目と費用（単価）をご記入ください。

問 41 で御回答いただいた「望ましい基準内の項目」および「望ましい基準外だが貴施設では必須の項目」と重複しないように、希望した妊婦が受診可能な検査項目をお答えください。「望ましい基準外だが貴施設では必須の項目」内にある項目について、必須ではなく、希望した妊婦が選択して受診することが可能な場合には、こちらでお答えください。各項目について、検査項目とそれぞれの費用（単価）をご記載ください。なお、出生前遺伝学的検査を除いてご回答ください。

（例）

##### ●ケース 1

1. 検査項目：3D／4D超音波検査
2. 費用：〇〇（円）

#### 問 43. 妊娠判定や心拍確認のための検査についてお答えください。（病院・診療所のみ対象の設問）

本設問は、一般的に母子手帳交付前に実施される、妊娠判定や心拍確認のために行わ

れる検査について、その種類や一般的な費用感について妊婦に周知することを目的としております。

調査対象は全国分娩、妊婦健診を取り扱う施設であり、妊婦健診を取り扱わない婦人科や不妊治療施設・その他の施設は含まれておりません。

出産なびに掲載する際には、

・個別の医療機関名に紐づく検査費用について掲載する予定はなく、

・全体の傾向として「平均的な価格帯」など、妊婦の価格予見可能性を高めるための参考情報として共通する目安を整理・掲載する予定です。

### (1) 妊娠判定や心拍確認のための検査について、取扱有無をお選びください。

妊娠判定のための検査を行い、妊娠の判定および妊娠に関する証明書の発行が可能な場合に、「あり」を選択してください。それ以外は「なし」をお選びください。

【選択肢】あり・なし（単一選択）

### (2) 妊娠判定や心拍確認のための検査について、当てはまるものを初回及び2回目以降についてそれぞれお選びください。（保険適用となる検査を除く）

妊娠判定のための検査として、貴施設で実施している検査項目を、初回及び2回目以降それぞれについて選択してください。なお、保険適用となるような、異所性妊娠等、異常な経過を疑う場合に行う検査を除き、一般的な検査項目に限ってお答えください。

【選択肢】尿検査（尿中 hCG）を実施・経膈超音波検査を実施・その他（ ）（複数選択可）

### (3) 上記(2)で回答いただいた検査について、貴施設で必要としている検査一式をおこなった場合の検査費用に初診料や再診料も含めた総額を、初回及び2回目以降それぞれについてご記載ください。

妊娠判定のための検査として、貴施設が必須としている検査項目をすべて実施した場合の費用（総額）を、初回及び2回目以降それぞれについてご記載ください。なお、保険適用となるような、異所性妊娠等、異常な経過を疑う場合に行う検査を除き、一般的な検査項目に限ってお答えください。

費用は算用数字かつ整数でお答えください。