

出産費用に関する調査票

施設名	
ご回答者	部署
	役職・氏名
電話番号	
メールアドレス	

※ご回答内容の確認及び、ヒアリング調査のご依頼・日程調整のため、上記ご回答者様にご連絡させていただきます。ご理解・ご協力のほどお願いいたします。
 ※黄色網掛け部分に回答を記載してください。

1 出産費用について

(1) 標準的な出産費用	回答	備考（特筆すべき事項があれば記載してください）	回答記載上の留意点
①初産婦の標準的な入院日数	泊 日		初産婦において、「入院日」同日の日中に産した場合は、標準的な入院日数を記載してください。
②標準的な入院日数における「標準的な出産費用」の総額 ※下記1(1)③「a」～「o」の合計金額	円 ※「税込み」で記載してください		標準的な入院日数で入院した場合、下記前提条件に当てはまる、すべての妊産婦が共通して負担する項目・金額を記載してください。 【「標準的な出産費用」の前提条件】 ・「①初産婦」、「②正常分娩」、「③平日・日中に入院し、同日の日中に産」、「④令和5年4月1日時点」 ・独自サービスや個室代などの加算費用を除いた出産費用。
③上記、「標準的な出産費用の総額」の内訳			
※上記1(1)②「標準的な出産費用」の内訳を記載してください。 ※本調査は出産費用の実態把握を目的としているため、可能な範囲で「a入院料」「c分娩料」に費用を包括することなく、処置・行為・材料などの費用を「b食料」等の項目に具体的に記載してください。 ※下記「a入院料」以降の項目を実施しているが、費用が他の項目に含まれる場合は、「回答」に「0円」と記載し、「備考」に当該項目が含まれる項目名を記載してください。 （例：「g分娩セット」が「c分娩料」に含まれる場合、「g分娩セット」の回答に0円、備考に「c分娩料を含む」と記載） ※下記「a入院料」以降の項目を実施していない・対応していない場合は、「備考」に「対応していない」旨記載してください。 ※「回答記載上の留意点」にある「1度の入院あたりの…」は、「①初産婦」、「②正常分娩」、「③平日・日中に入院し、同日の日中に産」、「④令和5年4月1日時点」を前提とした入院を指します。			
項目	回答 ※「税込み」で記載してください	備考（特筆すべき事項があれば記載してください）	回答記載上の留意点
妊産婦にかかる費用	a 入院料	円	1度の入院あたりの平均的な合計金額を記載してください。
	b 食料（通常食）	円/1日 円/1度の入院	1日あたりの金額及び1度の入院あたりの平均的な合計金額を記載してください。
	c 分娩料（平日・日中の出産）	円	1度の入院あたりの平均的な合計金額を記載してください。 時間帯で分娩料が異なる場合、「平日・日中」の分娩料の金額を記載してください。
	d 分娩監視料	円	1度の入院あたりの平均的な合計金額を記載してください。
	e 母体管理料	円	1度の入院あたりの平均的な合計金額を記載してください。
	f 褥婦管理料	円	1度の入院あたりの平均的な合計金額を記載してください。 分娩料等に含まれる場合は、その旨備考に記載してください。
	g 分娩セット（材料・リネン等）	円	分娩着や分娩時の医療材料等の合計金額を記載してください。 ※入院セット（例：パジャマ・タオル）やお産セット（例：産褥シューズ等）の費用は本項目に含めず、「1(2)①その他の加算費用（独自サービス含む）」の「I入院セット」「mお産セット」に記載してください。
	h 処置・手当料	円	1度の入院あたりの平均的な合計金額を記載してください。 会陰（膣壁）裂創縫合術（分娩時）は、第2度裂傷程度で記載してください。
	i 薬剤管理・薬剤・検査料	円	1度の入院あたりの妊産婦に係る薬剤・検査等に要する平均的な合計金額を記載してください。
新生児に係る費用	j 新生児管理保育料	円	1度の入院あたりの新生児に係る管理・検査・薬剤・処置・保育等に要する平均的な合計金額を記載し、内訳を備考に記載してください。 ※聴覚検査（AABR・OAE）の費用は「1(2)①その他の加算費用（独自サービス含む）」の「c聴覚検査（AABR）料」「d聴覚検査（OAE）料」に記載してください。 ※新生児スクリーニング検査にかかる費用は「1(2)①その他の加算費用（独自サービス含む）」の「e新生児スクリーニング検査（先天性代謝異常症等検査）料」「f新生児スクリーニング検査（その他）料」に記載してください。 ※薬剤のうち、ケイツーシロップ、エコリシン眼軟膏は、下記「kケイツーシロップまたは類似品費用」「lエコリシン眼軟膏または類似品費用」にそれぞれ記載してください。
	k ケイツーシロップまたは類似品費用	円	新生児に使用するケイツーシロップ又は類似品の合計金額を記載してください。（退院後使用分も費用に含む場合は、その旨備考に記載してください）
	l エコリシン眼軟膏または類似品費用	円	新生児に使用するエコリシン眼軟膏または類似品の合計金額を記載してください。
その他	m 産科医療補償制度	円	制度未加入の場合は備考にその旨記載してください。
	n 文書料	円	1度の入院あたりの出生証明書等の文書料の合計金額を記載してください。 費用に含まれる文書の具体的な名称を備考に記載してください。
	o その他	円	その他に、全ての妊産婦が共通して負担する費用があれば記載してください。 項目が複数ある場合は、必要に応じて行を追加してください。 なお、その他の内容で1(2)①その他の加算費用（独自サービス含む）「a」～「u」の項目にあるサービスは、1(2)①の該当項目に記載してください。

(2) 標準的な出産費用に含まれない別途費用

①その他の加算費用（独自サービスを含む）				
※「1(1)標準的な出産費用」に含まれない、その他の加算費用（独自サービス）の実施状況について記載してください。 ※その他の加算費用（独自サービス）がある・実施しているが、費用が他の項目に含まれる場合は、「回答」に「0円」と記載し、「備考」に当該項目が含まれる項目名を記載してください。 ※その他の加算費用（独自サービス）がない・実施していない場合は、「備考」に「対応していない」旨記載してください。 ※「Bサービスの選択可否」は、下記いずれかを記載してください。 ・入院計画（クリニカルパス）等に組み込み、患者共通・必須サービスとして実施している場合「必須サービス」と記載 ・患者が当該サービスを受ける・受けないを自由に選択できるサービスとして実施している場合「任意サービス」と記載				
項目	A 回答 ※「税込み」で記載してください	B サービスの 選択可否	備考	回答記載上の留意点
a 無痛分娩料	円			
b 和痛分娩料	円			
c 聴覚検査（AABR）料	円			「横浜市新生児聴覚検査事業」の検査費用補助額差し引き前の検査費用を記載してください。

d	聴覚検査 (OAE) 料		円			「横浜市新生児聴覚検査事業」の検査費用補助額差し引き前の検査費用を記載してください。
e	新生児スクリーニング検査 (先天性代謝異常症等検査) 料		円			「先天性代謝異常症等検査」にかかる費用のうち、採血料及び郵送料等の自己負担分の費用のみを記載してください。(公費負担分の費用は除いてください)
f	新生児スクリーニング検査 (その他) 料		円			「先天性代謝異常症等検査」以外の、重症複合免疫不全症 (SCID)・脊髄筋萎縮症 (SMA) 等を含む、オプションスクリーニング検査の費用を記載してください。当該費用に含まれる検査名・検査内容を備考に記載してください。
g	呼吸心拍監視料		円			
h	LDR室利用料 (1日)		円			1日あたりのLDR室利用料を記載してください
i	母乳指導、乳房管理、乳房ケア		円			具体的なサービス内容を備考に記載してください。
j	理学療法士指導		円			具体的なサービス内容を備考に記載してください。
k	マッサージ、エステ、アロマ		円			具体的なサービス内容を備考に記載してください。 同種のサービスが複数ある場合は行を追加して回答してください。
l	入院セット (パジャマ・タオル等)		円			「入院セット」：入院時に使用するパジャマやタオル等 「お産セット」：産後に使用する衛生用品 (産褥ショーツ・ナプキン、おしり拭き等)
m	お産セット (産褥ショーツ・ナプキン等)		円			※入院セット・お産セットが一緒になっている場合は、いずれか一方に記載し、セットの旨を備考に記載してください
n	新生児用関連物品 (臍帯箱、臍帯セット)		円			具体的な物品名を記載してください。 「m お産セット」などに含まれる場合は、その旨備考に記載してください。
o	赤ちゃんマッサージ・インファントマッサージ教室		円			具体的なサービス内容を備考に記載してください。
p	新生児用肌着・ベビー服		円			具体的な物品名を備考に記載してください。
q	立ち合い出産費用		円			
r	家族付き添い入院料 (1日)		円			個室料金とは別に費用を設定している場合は記載してください
s	お祝い膳等		円			出産をお祝いする食事を別メニューで提供しているものがあれば記載してください。
t	出産祝いサービス (記念コイン・写真たて等)		円			具体的なサービス内容を備考に記載してください。
u	撮影・メディア料		円			具体的なサービス内容を備考に記載してください。
v	その他					その他実施している独自サービスがあれば、記載してください。 項目が複数ある場合は、必要に応じて行を追加してください。
	(具体的に：)		円			
	(具体的に：)		円			
②追加入院時の1日あたりの費用		回答 ※「税込み」で記載してください			備考 (特筆すべき事項があれば記載してください)	回答記載上の留意点
			円			産褥期の回復の遅れや不安、新生児黄疸等により、やむを得ず退院を延期する場合の1日あたりの入院費用を記載してください。
③時間外分娩の加算費用	a 夜間		円			時間外分娩の加算があれば記載してください。
	b 深夜		円			
	c 休日		円			
④有料個室 (有料病室) の設置状況		回答 (はい・いいえ いずれかを記載してください)			備考 (特筆すべき事項があれば記載してください)	回答記載上の留意点
全室有料個室 (有料病室) ですか。						全室有料個室 (有料病室) の場合は「はい」を選択してください。 全室有料個室 (有料病室) ではない場合は「いいえ」を選択してください。
⑤有料個室 (有料病室) のタイプと加算状況						
※入院料とは別に料金 (室料差額) を設定している病室について記載してください						
	a 個室等の種類 (多床室・2床室・1床室のいずれかを記載してください)	b 1日あたりの料金 (室料差額) ※「税込み」で記載してください	c 病床数		備考 (特筆すべき事項があれば記載してください)	回答記載上の留意点
タイプ ①		円				有料個室 (有料病室) のタイプ別 (異なる料金設定別) に、個室等の種類・料金・病床数を記載してください。 タイプが6つ以上ある場合は、行を追加して記載してください。 備考には「付き添い入院可能」など、当該個室の特徴を記載してください。
タイプ ②		円				
タイプ ③		円				
タイプ ④		円				
タイプ ⑤		円				
タイプ ⑥		円				
(3) その他加算費用などを含めた分娩費用全体の概算		回答 ※「税込み」で記載してください			備考 (特筆すべき事項があれば記載してください)	回答記載上の留意点
			円			過去6か月 (令和4年10月1日～令和5年3月31日) の実際に「①初産婦」、「②正常分娩」の妊産婦が負担している平均的な出産費用を記載してください。 当該費用は、「標準的な入院日数における「標準的な出産費用」の総額」に加えて「その他加算費用」等を含めた実際の負担金額を記載してください。
(4) その他		回答			備考 (特筆すべき事項があれば記載してください)	回答記載上の留意点
a	経産婦の標準的な入院日数	泊	日			「経産婦」、「正常分娩」、「平日・日中に入院し、同日の日中に産産」、「令和5年4月1日時点」の平均的な入院日数を記載してください。
b	貴院の平均出産年齢		歳			過去6か月 (令和4年10月1日～令和5年3月31日) の「妊産婦 (初産婦・経産婦いずれも含む)」の平均年齢を記載してください。

2 出産費用の値上げについて

(1) 過去1年以内の値上げについて		回答 (あり・なし いずれかを記載してください)			回答記載上の留意点
①値上げした項目はありますか。					1(1)③「標準的な出産費用の総額」の内訳「a」～「o」及び、(2) 標準的な出産費用に含まれない別途費用①～⑤の項目において、値上げした項目があれば「あり」を選択してください。
②具体的に値上げした項目					
具体的な項目名	a・b 値上げ金額 ※「税込み」で記載してください	c 値上げ時期	d 値上げ理由	回答記載上の留意点	
	a 値上げ前： b 値上げ後：			「2(1)①値上げした項目はありますか」において「あり」を選択した場合、値上げした項目とその金額・時期・理由を記載してください。 値上げした項目が3つ以上ある場合は、行を追加して記載してください。	
	円 円				
	a 値上げ前： b 値上げ後：				
	円 円				

3 その他

貴院の産科領域における、近年の経営状況についてお感じになっていることがあれば記載してください。	
---	--

アンケートは以上です。
ご協力ありがとうございました。