

## 兵庫県医療機関情報システムに係る医療機能情報報告書

## 【助産所用】

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

(担当者名 : \_\_\_\_\_ )

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

連絡先 FAX 番号 \_\_\_\_\_

電子メールアドレス \_\_\_\_\_

医療法第6条の3第1項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

(該当項目の【 】に○を記載のこと。)

報告の種類※	報告内容	
【 】 初回報告	別添のとおり (記入票の全てに必要事項を記載)	
【 】 定期報告	【 】 前回の報告から、別添の部分を変更しました。 (別添目次に変更箇所を○印で記し、記入票に記載)	
【 】 変更報告	変更年月日	年 月 日
	変更内容	別添のとおり (別添目次に変更箇所を○印で記し、記入票に記載)

※初回報告・・・兵庫県医療機関情報システムに初めて報告する場合。

定期報告・・・年に1回の報告義務に係る報告を行なう場合。

(毎年1, 2月中旬に前年12月末現在の状態等を報告)

変更報告・・・医療機関名称、開設者名、管理者名、所在地、連絡先、診療科目、診療日、診療時間等基本情報が変わったときに報告を行なう場合。

## 医療機能情報定期報告書・変更報告書 目次【助産所用】

### 【記載上の留意事項】

- (1)前年度の報告内容から変更がある項目に○印を記入し、該当する設問に必要事項を記載してください。
- (2)※のある設問は、①法令改正により設問内容に変更があるもの、②現時点での正確な状況を回答する必要があるもの、③前年度の実績件数を回答する必要があるものですので、必ず目を通して下さい。

項目名	ページ	変更あり
<b>1※ 連絡担当者</b>	1	
<b>2※ 基本情報</b>	ページ	変更あり
(1)※ 助産所の名称	1	
(2)※ 助産所の開設者	1	
(3)※ 助産所の管理者	1	
(4)※ 助産所の所在地	2	
(5)※ 助産所の案内用の電話番号及びFAX番号	2	
(6)※ 外来区分	2	
(7)※ 就業日及び就業時間(外来受付時間)など	4	
(8)※ 休業日	5	
<b>3 助産所へのアクセス</b>	ページ	変更あり
(1) 助産所までの主な利用交通手段	6	
(2) 助産所の駐車場	6	
(3) 案内用ホームページアドレス	6	
(4) 案内用電子メールアドレス	6	
(5) 入院の可否と時間外(休日夜間)対応等	7	
(6) 面会の日及び時間帯	7	
(7) 助産所の業務形態	7	
<b>4 助産所内サービス・アメニティ</b>	ページ	変更あり
(1) 対応することができる外国語の種類	8	
(2) 障害者に対する配慮	9	
(3)※ 車椅子利用者に対する配慮	9	
(4)※ 受動喫煙を防止するための措置	9	
<b>5 費用負担等</b>	ページ	変更あり
(1)※ クレジットカードおよび電子決済による料金の支払いの可否	9	
<b>6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス</b>	ページ	変更あり
(1) 家族付き添い室の有無、妊産婦等に対する相談又は指導	9	
<b>7※ 医療の実績、結果に関する事項</b>	ページ	変更あり
(1)※ 助産所の人員配置	10	
(2)※ 分娩取扱数	10	
(3) 妊産婦等満足度の調査	10	
(4) (公財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	10	

## 医療機能情報の報告についてのお願い

- ・ 医療機能情報は、原則としてインターネットにより報告をお願いします。
- ・ インターネットによる報告は、インターネットに接続しているパソコンがあれば、原則として時間や場所を問わず随時報告を行うことができ、修正の報告も可能ですので、積極的なご活用をお願いします。

## 兵庫県医療機能情報報告書の記入方法及び留意点

### I 提出について

#### 【提出書類】

#### 1 初回報告

初回報告においては、「兵庫県医療機関情報システムに係る医療機能情報報告書表紙（以下「報告書表紙」という）」及び「記入票」について、すべてのページを記載し提出してください。

#### 2 定期報告（前回報告から変更のない場合に限る）

定期報告において、前回報告から変更のない場合に限り、必要事項を記載した「報告書表紙」のみの提出で差し支えありません。

#### 3 定期報告（前回報告から変更のある場合）及び変更報告

定期報告において前回報告から変更がある場合と、変更報告を行う場合は、下記の書類を提出してください。なお、報告書の全ページを提出する必要はありません。

- ①必要事項を記載した「報告書表紙」
- ②変更箇所に○印を記した「目次」
- ③変更箇所を記した「記入票の該当ページ」

#### 【提出先】

○記載いただいた報告書は、以下の表①又は②の地域の区分に応じ、貴医療機関を所管する政令市保健所又は健康福祉事務所に提出してください。

提出していただいた報告書は、医療法第6条の3第1項の規定により、医療機関等において閲覧に供するものとされていますので、控えは必ず貴医療機関で保管してください。

#### ① 神戸市・姫路市・尼崎市・西宮市・明石市に所在する医療機関

地域	配布及び提出窓口	所在地	電話番号	
神戸市	東灘区	神戸市東灘保健センター管理係	神戸市東灘区住吉東町 5-2-1	078-841-4131(代)
	灘区	神戸市灘保健センター管理係	神戸市灘区桜口町 4-2-1	078-843-7001(代)
	中央区	神戸市中央保健センター管理係	神戸市中央区雲井通 5-1-1	078-232-4411(代)
	兵庫区	神戸市兵庫保健センター管理係	神戸市兵庫区荒田町 1-21-1	078-511-2111(代)
	北区	神戸市北保健センター管理係	神戸市北区鈴蘭台北町 1-9-1	078-593-1111(代)
		神戸市北神保健センター管理係	神戸市北区藤原台中町 1-2-1	078-981-8870(代)
	長田区	神戸市長田保健センター管理係	神戸市長田区北町 3-4-3	078-579-2311(代)
	須磨区	神戸市須磨保健センター管理係	神戸市須磨区大黒町 4-1-1	078-731-4341(代)
	垂水区	神戸市垂水保健センター管理係	神戸市垂水区日向 1-5-1	078-708-5151(代)
西区	神戸市西保健センター管理係	神戸市西区玉津町小山 180-3	078-929-0001(代)	
姫路市	姫路市保健所総務課	姫路市坂田町 3 番地	079-289-1631	
尼崎市	尼崎市保健所保健企画課医事薬事担当	尼崎市七松町 1-3-1-502	06-4869-3010	
西宮市	西宮市保健所保健総務課医事チーム	西宮市江上町 3-26	0798-26-3682	

明石市	あかし保健所保健総務課	明石市大久保町ゆりのき通 1-4-7	078-918-5414
-----	-------------	--------------------	--------------

② 神戸市・姫路市・尼崎市・西宮市・明石市以外の市町に所在する医療機関

地域	配布及び提出窓口	所在地	電話番号
芦屋市	芦屋健康福祉事務所 地域保健課	芦屋市公光町 1-23	0797-32-0707
宝塚市・三田市	宝塚健康福祉事務所 健康管理課	宝塚市小林 3-5-22	0797-62-7304
伊丹市・川西市・猪名川町	伊丹健康福祉事務所 健康管理課	伊丹市千僧 1-51	072-785-2371
加古川市・高砂市・稲美町・播磨町	加古川健康福祉事務所健康管理課	加古川市加古川町寺家町天神木 97-1	079-422-0002
加東市・多可町・西脇市・三木市・小野市・加西市	加東健康福祉事務所 健康管理課	加東市社字西柿 1075-2	0795-42-9365
神河町・福崎町・市川町	中播磨健康福祉事務所地域保健課	神崎郡福崎町西田原 235	0790-22-1234
たつの市・佐用町・宍粟市、太子町	龍野健康福祉事務所 健康管理課	たつの市龍野町富永字田井屋畑 1311-3	0791-63-5677
相生市・赤穂市・上郡町	赤穂健康福祉事務所 地域保健課	赤穂市加里屋 98-2	0791-43-2321
豊岡市・香美町・新温泉町	豊岡健康福祉事務所 健康管理課	豊岡市幸町 7-11	0796-26-3660
養父市・朝来市	朝来健康福祉事務所 地域保健課	朝来市和田山町東谷 213-96	079-672-6867
篠山市・丹波市	丹波健康福祉事務所 健康管理課	丹波市柏原町柏原 688	0795-73-3765
洲本市・淡路市・南あわじ市	洲本健康福祉事務所 健康管理課	洲本市塩屋 2-4-5	0799-26-2062

## II 記入方法

- 1 \*印が付されている事項は、兵庫県医療機関情報システムの取扱上、必須項目ですので必ずご回答ください。もし、回答がなければ、県のホームページ上で公表ができなくなります。
- 2 一枠に一文字ずつ漢字、カタカナ、数字等を記載してください。
- 3 該当する欄にチェックし、該当しない場合は空欄にしてください。
- 4 外字（JIS 第 1 水準漢字、JIS 第 2 水準漢字に該当しない文字）の入力はできません。報告事項に外字が含まれている場合は、インターネット上で閲覧が可能な代替文字に置き換えることがあります。）
- 5 報告書各ページ及び添付の地図の左上に、医療機関等の名称を必ず記入してください。  
※記載がないと情報が登録できない、又は未報告となる場合がありますので、提出時に必ず確認してください。

## III 基本情報

### 1 連絡担当者

本報告書の記入内容に関して、県からお問い合わせをさせていただき担当者の名前等を記載してください。

### 2 基本情報

#### (1) 病院（診療所・助産所）の名称

- ① 正式名称フリガナ（医療法届出正式名称）（\*）  
カタカナで病院・診療所・助産所の名称を記載してください。
- ② 正式名称（医療法届出正式名称）（\*）  
開設許可、開設届に記載されている名称を記載してください。
- ③ 英語表記（ローマ字表記）（\*）  
英語表記またはローマ字（ヘボン式）で記載してください。（表1参照）  
（表1 ヘボン式ローマ字表）

あ A	い I	う U	え E	お O	きや KYA	きゅ KYU	きよ KYO
か KA	き KI	く KU	け KE	こ KO	しゃ SHA	しゅ SHU	しょ SHO
さ SA	し SHI	す SU	せ SE	そ SO	ちゃ CHA	ちゅ CHU	ちょ CHO
た TA	ち CHI	つ TSU	て TE	と TO	にゃ NYA	にゅ NYU	にょ NYO
な NA	に NI	ぬ NU	ね NE	の NO	ひゃ HYA	ひゅ HYU	ひょ HYO
は HA	ひ HI	ふ FU	へ HE	ほ HO	みゃ MYA	みゅ MYU	みょ MYO
ま MA	み MI	む MU	め ME	も MO	りゃ RYA	りゅ RYU	りょ RYO
や YA	い I	ゆ YU	え E	よ YO	ぎゃ GYA	ぎゅ GYU	ぎょ GYO
ら RA	り RI	る RU	れ RE	ろ RO	じゃ JA	じゅ JU	じょ JO
わ WA	ゐ I	う U	ゑ E	を O	びゃ BYA	びゅ BYU	びょ BYO
ん N	※下記1)のとおり、Mに置き換える場合があります。				ぴゃ PYA	ぴゅ PYU	ぴょ PYO
が GA	ぎ GI	ぐ GU	げ GE	ご GO	色つきセルの文字及び下記の長音・撥音・促音は、特に誤りやすいので、注意してください。		
ざ ZA	じ JI	ず ZU	ぜ ZE	ぞ ZO			
だ DA	ぢ JI	づ ZU	で DE	ど DO			
ば BA	び BI	ぶ BU	べ BE	ぼ BO			
ぱ PA	ぴ PI	ぷ PU	ぺ PE	ぽ PO			

#### 【注意点】

- ① 単語の1文字目は大文字で表記し、2文字目以降は小文字で表記する。
- ② 撥音“ん”はNと記入するが、B、M、Pの直前の“ん”はMに置き換える。  
[例]  
難波（なんば） → Namba  
本間（ほんま） → Homma  
寛平（かんぺい） → Kampei
- ③ 促音 子音を重ねて記入する。  
[例]  
服部（はっとり） → Hattori  
吉川（きっかわ） → Kikkawa  
ただし、ち（CHI）、ちゃ（CHA）、ちゅ（CHU）、ちょ（CHO）音に限り、その前にTを加える。  
ほっち → Hotchi          はっちょう → Hatcho
- ④ 長音 長音は原則として記入せず、「うう」はUUではなくU、「おう」「おお」はOU OOではなくOと記入。（ただし、姓又は名の末尾の「おお」はOOと記入。）  
[例]  
「おお」: おおの → Ono（例外：末尾の「おお」=せのお → Senoo）  
「おう」: こうの → Kono      ようこ → Yoko      こうら（甲良） → Kora  
（例外：「う」を明確に発音する場合= こうら（小浦） → Koura）  
「うう」: うりゅう → Uryu      ゆうこ → Yuko

## (2) 開設者（\*）

開設届、開設許可と同じ表記で、開設者の氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者の氏名）とフリガナ（カタカナ）を記載してください。姓と名の間は一枠空けてください。

## (3) 管理者（\*）

開設許可、開設届又は変更届と同じ表記で、管理者の氏名とフリガナ（カタカナ）を記載してください。姓と名の間は一枠空けてください。

#### (4) 所在地（\*）

開設許可、開設届と同じ表記（兵庫県は記載不要）で記載し、郵便番号、フリガナ（カタカナ）、英語表記を付記してください。

##### 【英語での住所表記方法】

- ① 「兵庫県」は記載不要です。市、郡名から記載してください。
- ② 英語の表記順は、住所の狭い範囲から広い範囲へ順に表します。  
（番地・町名・区・市といった順になります。）
- ③ 単語の1文字目は大文字で表記し、2文字目以降は小文字で表記します。
- ④ 単語の間は「,」でつないでください。「,」の後は一枠空けて記載してください。  
（例）神戸市中央区下山手通5丁目10-1  
→ 5-10-1, Shimoyamatedori, Chuo-ku, Kobe-City
- ⑤ ビル名、マンション名等は省略しても構いません。  
（例）1丁目2-3 ○○ビル1階 → 1-2-3-1F
- ⑥ City（市）、Ku（区）、Gun（郡）、Town（町）の前には「-」を入れてください。  
（例）神戸市須磨区（Suma-Ku, Kobe-City）、加古郡稲美町（Inami-Town, Kako-Gun）

##### 【記入例】

神戸市兵庫区荒田町1丁目21-1	1-21-1, Aratacho, Hyogo-Ku, Kobe-City
明石市中崎1丁目5-1	1-5-1, Nakasaki, Akashi-City

#### 病院・診療所・助産所の位置（地図情報）

既存の地図に医療機関の位置を明記したものを添付してください。

なお、地図の添付のないものは、県の方で検索情報の入力できませんので、地図検索で医療機関は表示されなくなります。（その他の検索では表示されます。）

また、地図情報は、地図上にわかりやすく、正確に記入していただかないと地図検索時に正確な位置が表示されない恐れがありますのでご注意ください。

#### (5) 病院（診療所・助産所）の案内用の電話番号及びFAX番号

##### ① 住民案内用電話番号（\*）

通常診療（助産所の場合は業務。以下同じ。）日及び診療時間中に、連絡が可能な電話番号を記載してください。

##### ② 夜間・休日住民案内用電話番号

診療時間外の対応や24時間対応を行っている場合、あるいは夜間・休日診療の地域輪番・当番制に参加している場合は、その連絡先の電話番号等を記載してください。

##### ③ 住民案内用FAX番号

通常診療日及び診療時間中に、連絡が可能なファクシミリ番号を記載してください。

#### (6) 外来区分（助産所には項目はありません。）（\*）

##### ①から④のいずれかの該当欄に○を記入してください。

（複数選択はできません。）

##### ① 一般

②から④に該当しない場合は、一般の該当欄に○を記入してください。

##### ② 企業内診療所等

工場内の診療所、会社内等の医務室で特定の企業又は団体の職員若しくは職員家族のみを対象とする診療所について、該当欄に○を記入してください。

その他、一般の外来診療を行わないが、法令上診療所の許可を得ているものについても、該当欄に○を記入してください。(例：市町保健センター、保健所等)

※企業立の病院については、一般の外来診療を行っていることから、①の該当欄に○を記入してください。

③ 特別養護老人ホーム等

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム等内の医務室で、医療法上、診療所の許可を受けている場合、該当欄に○を記入してください。

※介護施設等に併設されている診療所で一般の外来診療を行っている場合は、

①の該当欄に○を記入してください。

※また、児童福祉法に基づく施設である病院等、特定の患者を対象とするものについては、①の該当欄に○を記入してください。

④ 休診等

休止届を提出している場合、廃止、休止届の提出はできていないが、外来・入院ともに診療を行っていない場合に該当欄に○を記入してください。

※入院のみとしている病院については、これには含まれませんので、①の該当欄に○を記入してください。

※②～④で記載された場合、地図、地域、診療科目、診療日、診療時間等検索を行っても検索結果には表示されません。

(7) 診療科目、診療日及び診療時間（外来受付時間）など

(③及び④のみ、必須項目です)

① 基本となる診療（助産所は業務）時間・外来受付時間

基本となる診療時間・基本となる外来受付時間を時間帯ごとに24時間表記で記入してください。基本となる診療時間・外来受付時間ともに必ず記入してください。

(例) 時間帯1 9時00分～12時00分

時間帯2 13時00分～17時00分

時間帯3 18時00分～20時00分

② 外来特記事項

外来特記事項は、診療日・診療時間・受付時間・予約等について特に記載すべき事項を記入してください。

※外来特記事項欄に記載する例

・毎週、同じ曜日に診療を行っていない科目がある場合（隔週診療など）

・特定の週だけ、診療時間又は受付時間が異なる場合

・ただし、病院、診療所、歯科診療所において専門外来を行っている場合は、6(5)「専門外来の有無及び内容」に必要事項を記載願います。

③ 診療科目（\*）（助産所には項目がありません。）

開設届又は変更届で届出している標榜科目を記載してください。

④ 基本診療科コード（\*）（助産所には項目がありません。）

③で記入した診療科目について、2(7)「診療科目、診療日及び診療時間（外来受付時間）など」の「基本診療科コード」の中から最も適した基本診療科コードの番号を記入してください。

⑤ 科目属性コード（助産所には項目がありません。）

③で記入した診療科目について、2(7)「診療科目、診療日及び診療時間（外来受付時間）」などの「科目属性コード」の中から最も適した科目属性コードの番号を

記入してください。

なお、科目属性コードは任意記載項目ですが、記入しておくこと、詳細な検索にかかりやすくなります。

⑥ 初診時・再診時の予約

診療科目ごとに初診時・再診時の予約診療を行っている場合は、それぞれの欄に○を記入してください。

⑦ 曜日ごとの診療時間・外来受付時間記載欄

①で記載した基本となる診療時間に診療を行っている場合は、○を記入してください。

基本となる診療時間以外の場合は、具体的な診療時間を記入してください。

※報告書の記載例を参照。

(例) 土曜日のみ9時～13時の場合 →土曜日の欄に9:00～13:00と記入  
外来受付時間についても、診療時間と同様の手順で記入してください。

いわゆる診療科を「休診」している場合は、空欄としてください。

(8) 休診(休業)日

① 決まった週に休診(助産所の場合は休業。以下同じ。)している場合は、月の内の休診日に○を記入してください。

例 第2週と第4週の金曜日と土・日曜日 休診の場合

表の第2の金と第4の金の欄、全ての土・日曜日の欄に○を記入

② 祝日に休診する場合

祝日はかならず休診としている場合は、○を記入してください。

③ その他の休診日

年末年始、お盆等、通常の休診日以外の休診日等(年末年始、お盆等)を記入してください。

(9) 病床種別及び届出・許可病床数

医療法上の許可を受けている病床種別と許可病床数を記入してください。

また、療養病床については、医療保険適用、又は介護保険適用の別を記入してください。

内訳の記入にあたっては、介護保険適用の病床数を記入し、残りは医療保険適用としてください。

※許可病床数を記入していただく欄になりますので、いわゆる「休床」されている病床についても、医療法の病床数変更許可を受けていない場合は、許可病床として記入してください。

療養病床で休床している病床がある場合、内訳は休床分も含めて記入してください。

#### IV 「3. 医療機関へのアクセス」以降の各項目について

「3. 医療機関へのアクセス」以降の各項目には、必須項目はありません。貴医療機関において、該当のある項目のみ回答してください。

なお、回答にあたっての留意事項は、下記のとおりです。

- ・該当の有無、選択肢の中から回答する設問については、該当箇所○印を記入してください。
- ・面会時間など、時間を回答する設問は、24時間表記で回答してください。



- 一部の設問で、常勤換算後の人数の回答を求めているものがあります。常勤換算については、別紙「常勤換算の計算方法について」を参照の上、回答してください。

**(問い合わせ先)**

兵庫県保健医療部医務課 医療指導班

TEL 078-341-7711 (内線 2728) FAX 078-362-4267

〒650-8567 神戸市中央区下山手通5丁目10-1

# 別紙

## 常勤換算の計算方法について

「医療機関の人員配置」などの設問において常勤換算後の人員を回答する設問があり、非常勤の従業者数を医療法上の算定式により常勤換算する必要があります。

計算方法は下記のとおりです。

- ① 下記の計算例は、医療機関において定めた常勤の勤務時間を40時間と定めた場合のものです。40時間と異なる場合は、二重下線部を貴医療機関の定めた常勤の勤務時間に置き換えてください。ただし、常勤の勤務時間が32時間未満の場合は、32時間に置き換えてください。
- ② 常勤の勤務時間と診療時間とは、必ずしも一致しません。勤務時間には、通常の診療時間外に行う通常業務に従事する時間を含みます。
- ③ 宿直に係る常勤換算は、分母（二重下線部の数値）を貴医療機関で定めた常勤の勤務時間に2を乗じてください。
- ④ 医療機能情報の報告では、計算結果で小数点第2位以下の数値が求められた場合、小数点第2位を四捨五入の上、小数点第1位までの数値で回答してください。
- ⑤ 1人の従事者が貴院の定めた常勤の勤務時間を超えて勤務している場合、勤務時間数に関係なく、その従事者は常勤換算後の1名として計算してください。

【計算例1】 非常勤医師2人(週30時間が1人、週20時間が1人、2名とも宿直なし)の場合

$$(30 + 20) \div \underline{40} = 1.25 \quad (\text{小数点第2位を四捨五入}) \rightarrow \boxed{\text{報告数値は1.3}}$$

【計算例2】: 非常勤医師7人(宿直なし週32時間・21時間が各1人、宿直のみ週16時間が2人・24時間が3人)の場合

$$(32 + 21) \div \underline{40} = 1.325 \text{人(宿直なし)} \quad (16 \times 2 + 24 \times 3) \div (\underline{40} \times 2) = 1.3 \text{(宿直のみ)}$$

$$\text{(宿直なし)} + \text{(宿直あり)} = 1.325 + 1.3 = 2.625 \quad (\text{小数点第2位を四捨五入}) \rightarrow \boxed{\text{報告数値は2.6}}$$

# 兵庫県医療機能報告書(助産所)・設問の留意事項

## 【2 基本情報 (7)診療科目、診療日及び診療時間(外来受付時間)など】

項目	留意事項
(6)就業日及び就業時間(外来受付時間)など	・助産所において業務を行っている曜日及び休業日等を記載
(7)休業日	・助産所において業務を行っている時間を記載

## 【3 助産所へのアクセス】

項目	留意事項
(1)助産所までの主な利用交通手段	助産所の最寄りの公共交通機関の駅等の名称、当該最寄りの駅等から助産所までの主な交通手段、所要時間等を記載。
(2)助産所の駐車場	・敷地内及び隣接地(概ね徒歩5分圏内)に駐車場を保有しているかどうか。 ・駐車場について、駐車可能な普通乗用車等の台数を記載。
(3)案内用ホームページアドレス	患者や住民が閲覧可能なホームページを有している場合にURLを記載。
(4)案内用電子メールアドレス	患者や住民が連絡、相談等を行うことができる電子メールアドレスを有している場合にはそのアドレスを記載。
(5)入院の可否と時間外(休日夜間対応)	
01 就業時間外における対応が可能	就業時間以外における対応が可能かどうか。
02 入院が可能	入所者の受け入れ体制が整っている医療機関。

## 【4 助産所内サービス・アメニティ】

項目	留意事項
(2)障害者に対する配慮	
02 施設内の情報の表示 (聴覚障害者の利便性に資する措置がとられていること)	視覚的に施設内の案内等が表示されることにより、聴覚障害者の利便性に資する措置がとられていること。
03 音声による情報の伝達 (視覚障害者の利便性に資する措置がとられていること)	音声により施設内の案内等が行われることにより、視覚障害者の利便性に資する措置がとられていること。
05 点字による表示 (点字により診療の内容等が表示されていること)	点字により診療の内容等が表示されることにより、視覚障害者の利便性に資する措置がとられていること。
(3)車椅子利用者に対するサービス内容	
01 施設内のバリアフリー化の実施 (車イスで通行可能な通路や廊下幅の確保、段差の解消、警告床材、手すり、点字の案内板の設置等)	高齢者や障害者の利用にも配慮した設計がされていること。具体的には、車椅子で通行可能な通路や廊下の幅その他十分なスペースの確保、段差の解消、警告床材・手すり・点字の案内板の設置等がなされていること。
02 車椅子等利用者用駐車施設の有無	
03 多機能トイレの設置	
(4)受動喫煙防止対策	
02 健康増進法第28条第13号に規定する特定屋外喫煙場所の設置	特定屋外喫煙場所 第一種施設の屋外の場所の一部の場所のうち、当該第一種施設の管理権原者によって区画され、厚生労働省令で定めるところにより、喫煙をすることができる場所である旨を記載した標識の掲示その他の厚生労働省令で定める受動喫煙を防止するために必要な措置がとられていること。

## 【6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス (1)家族付き添い室の有無、妊産婦等に対する相談又は指導】

項目	留意事項
(1)提供サービス	
01 家族付き添い室の設置	出産等に際して、家族等が待機できる部屋があるかどうか。
03 母乳育児相談 (その他の育児相談も含む)	その他の育児相談も含む。
07 訪問相談または訪問指導 (思春期の保健対策と健康教育を含む)	思春期の保健対策と健康教育を含む。

08 不妊専門相談センター

「母子保健医療対策等総合支援事業の実施について」(平成17年8月23日付雇児発第0823001号)により、不妊に関する相談事業、不妊治療に関する情報提供などを行う施設として、都道府県知事、指定都市の市長又は中核市の市長が適当として指定した施設。

# 兵庫県医療機能報告書(助産所)・設問の留意事項

【7 医療の実績、結果に関する事項 (1)助産所の人員配置 (2)分娩取扱数 (3)妊産婦等満足度調査】

項 目	留 意 事 項
(1)助産所の人員配置	<p>常勤者の数と非常勤者について「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」別紙「常勤医師等の取扱いについて」に基づき常勤換算した数とを足しあわせた数について記載する。なお、担当させている業務内容が2以上にわたる場合は、その主たる業務によって計上し、看護師及び助産師の免許を併せて有する者については、現に主として行っている業務内容により、そのいずれか一方に計上する。常勤換算の基本的な考え方は、以下のとおりである。</p> <p>(例) 貴助産所の定めた業務時間が週40時間である場合            計算例: 従事者2人(週40時間が1人、週20時間が1人)の場合  <math>40/40 = 1.0</math>人(常勤) <math>20/40 = 0.5</math>人(非常勤) <math>1.0 + 0.5 = 1.5</math>人(総数)</p>
(2)分娩取扱数	報告する年度の前年度の分娩件数
(3)妊産婦等満足度調査	
01 妊産婦等満足度の調査の実施の有無	妊産婦等に対し、助産所の満足度についてのアンケート等を実施しているかどうか。ただし、調査結果そのものについては記載しないこと。
02 妊産婦等満足度の調査結果の提供の有無	妊産婦等に行う助産所に対する満足度についてのアンケート等の結果を、患者等の求めに応じて提供するかどうか。
(4) (財)日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	(財)日本医療機能評価機構を運営組織とする産科医療補償制度に加入しているかどうか。

# 記 入 票

助産所名: \_\_\_\_\_

**【1 連絡担当者】**

本報告書の記入内容に関して、お問い合わせをさせていただき担当者を記入してください。\*印の項目は必ず記入してください。

記入日				年			月			日									
*記入者フリガナ																			
* 記入者																			
役職名																			
所属																			
* 連絡先電話番号																			内線
連絡先 F A X 番号																			
電子メールアドレス ※携帯電話のアドレスは記入しないようお願いします																			

**【2 基本情報】**

**(1) 助産所の名称**

※貴院の正式名称を記入してください。\*印の項目は必ず記入してください。

* 正式名称フリガナ (医療法届出正式名称)																			
* 正式名称 (医療法届出正式名称)																			
* 英語表記 (ローマ字表記)																			

(ローマ字表記記入例)

・〇〇助産所 → MaruMaru Josanjo

**(2) 助産所の開設者**

\*印の項目は必ず記入してください。

* 開設者名(フリガナ)																			
* 開設者名																			

**(3) 助産所の管理者**

\*印の項目は必ず記入してください。

* 管理者名(フリガナ)																			
* 管理者名																			

助産所名: \_\_\_\_\_

**(4) 助産所の所在地** \*印の項目は必ず記入してください。

* 郵便番号	-	*必ず7桁で記入してください。																		
* 所在地 (フリガナ)																				
* 所在地																				
* 英語表記	*ビル名、号室等まで正確に記入してください。																			

(英語表記記入例)

・〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇ビル5階 → 1-2-3 marumaru Bldg.5F, marumaru-town, marumaru-city

※データベース管理の都合上、所在地の「字(あざ)」表記は省略して登録いたします。

※ビル名は省略しても可(1-2-3〇〇ビル5F→1-2-3-5F)

**診療所の位置 (地図情報)**

既存の地図に医療機関の位置を明記したものを添付してください。

なお、地図情報は、地図上にわかりやすく、正確に記入していただかないと地図検索時に正確な位置が表示されない恐れがありますのでご注意ください。

地図の添付のないものは、「近くの医療機関を探す」のメニューにより貴医療機関を検索できません。

(「地域から医療機関を探す」「キーワードで探す」では、検索が可能です。)

**(5) 助産所の案内用の電話番号及びFAX番号** \*印の項目は必ず記入してください。

住民へ案内する助産所の電話番号・FAX番号を記入してください。(代表電話番号、受付電話番号等)

1. \* 住民案内用電話番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 夜間・休日住民案内用電話番号 ※夜間・休日の住民案内用電話番号がある場合は、以下に番号を記入してください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. 住民案内用FAX番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**(6) \* 外来区分**

貴院に該当するものをいずれか一つを必ず選択してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 一般		03 特別養護老人ホーム等	
02 企業内診療所等		04 休診等	

01 一般

02~04に該当しない場合に選択

02 企業内診療所等

工場内の診療所、会社内の医務室で特定の企業又は団体の職員又は職員家族のみを対象とする病院、診療所である場合に選択  
市町保健センター、保健所など、外来診療は行わないが、医療法上診療所の許可を受けている場合も選択

03 特別養護老人ホーム

特別養護老人ホーム、養護老人ホーム等の医務室で、医療法上の診療所の許可を受けている場合に選択

04 休診等

休止届を提出している場合、又は廃止届・休止届の提出は行っていないが診療は行っていない場合に選択



[記載方法]

就業日及び就業時間(外来受付時間)などの記入について

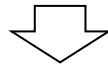
※ 基本となる就業時間、外来受付時間を記入してください。(24時間表記)

※ 予約が可能の場合は、「初診時の予約」または「再診時の予約」欄に○を記入してください。

※ 基本となる時間帯と同じ場合は「時間帯1, 2, 3」欄に○を記入してください。また、基本となる時間帯と異なる場合は時間を記入してください。(24時間表記)

就業時間 記入例)

<p>■就業時間 9時～12時、13時～17時、18時～20時</p> <p>※但し、水曜は 9時～12時、13時～17時 まで 土曜は 9時～13時 まで 日・祝は休み</p>	<p>■外来受付時間 8時30分～11時30分、12時30分～16時30分、17時30分～19時30分</p> <p>※但し、水曜は 8時30分～11時30分、12時30分～16時30分 まで 土曜は 8時30分～12時30分 まで 日・祝は休み</p>
---	---



基本となる就業時間	時間帯1	9	時	0	0	分	～	1	2	時	0	0	分	
	時間帯2	1	3	時	0	0	分	～	1	7	時	0	0	分
	時間帯3	1	8	時	0	0	分	～	2	0	時	0	0	分

基本となる 外来受付時間	時間帯1	8	時	3	0	分	～	1	1	時	3	0	分	
	時間帯2	1	2	時	3	0	分	～	1	6	時	3	0	分
	時間帯3	1	7	時	3	0	分	～	1	9	時	3	0	分

※外来特記事項は、就業日、就業時間、受付時間、予約等について特に記載すべきことを記入してください。

外来特記事項	毎月第3水曜のみ就業時間が9:00～11:00となり、受付時間が8:30～10:00となります。
--------	--

予約	区分	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝
初診時の予約	就業時間	時間帯1	○	○	○	○	○	9:00～13:00		
		時間帯2	○	○	○	○	○			
		時間帯3	○	○		○	○			
再診時の予約	外来受付時間	時間帯1	○	○	○	○	○	8:30～12:30		
		時間帯2	○	○	○	○	○			
		時間帯3	○	○		○	○			

助産所名: \_\_\_\_\_

(7) 就業日及び就業時間(外来受付時間)など

基本となる就業時間	時間帯1		時		分	～		時		分
	時間帯2		時		分	～		時		分
	時間帯3		時		分	～		時		分

基本となる 外来受付時間	時間帯1		時		分	～		時		分
	時間帯2		時		分	～		時		分
	時間帯3		時		分	～		時		分

※外来特記事項は、就業日、就業時間、受付時間、予約等について特に記載すべきことを記入してください。

外来特記事項	
--------	--

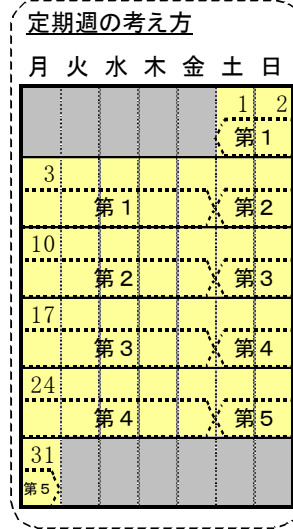
予約	区分	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝
初診時の予約	就業時間	時間帯1								
		時間帯2								
		時間帯3								
再診時の予約	外来受付時間	時間帯1								
		時間帯2								
		時間帯3								

助産所名: \_\_\_\_\_

**(8) 休業日**

該当する週、曜日に「○」を記入してください。

決まった週に休業 (定期週)		月	火	水	木	金	土	日
	第1							
	第2							
	第3							
	第4							
	第5							



祝日に休業する場合、「○」を記入してください。

祝日に休業	
-------	--

年末年始、お盆等、休業日として設定されている日を記入してください。

その他の休業日			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日
			月		日			月		日			月		日



助産所名: \_\_\_\_\_

**(5) 入院の可否と時間外（休日夜間）対応等**

以下の項目で該当するものがあれば、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 就業時間外における対応が可能		03 予約診療の有無	
02 入院が可能			

**(6) 面会の日及び時間帯**

面会時間の指定の有無について、該当する項目に「○」を記入してください。

時間指定あり・・・       時間指定なし・・・       面会なし・・・

※「時間指定あり」の場合、曜日と面会時間について記入してください。

※面会時間の時間帯は24時間表示で記入してください。

1. 全ての曜日で同じ・・・

時間帯 1		時		分～		時		分まで
時間帯 2		時		分～		時		分まで
時間帯 3		時		分～		時		分まで

2. 曜日毎に異なる・・・

以下、該当する曜日に「○」を記入の上、面会時間を24時間表記で記入してください。

	曜日								面会時間								
	月	火	水	木	金	土	日	祝									
01									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで
02									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで
03									時間帯 1		時		分～		時		分まで
									時間帯 2		時		分～		時		分まで
									時間帯 3		時		分～		時		分まで

**(7) 助産所の業務形態**

以下の項目に該当する場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

項目名	該当	項目名	該当
01 助産所内における業務の実施		02 出張による業務の実施	

助産所名: \_\_\_\_\_

**【4 助産所内サービス・アメニティ】**  
**(1) 対応することができる外国語の種類**

常時対応することのできる外国語がある場合、対応レベルに「○」を記入してください。

レベル1	言葉に不自由することなく診療が可能
レベル2	日常会話程度の会話力ではあるが診療が可能
レベル3	会話の自信はないが図示や単語の羅列で診療が可能

言語名		対応レベル		
01	英語	レベル1	レベル2	レベル3
02	広東語	レベル1	レベル2	レベル3
03	北京語	レベル1	レベル2	レベル3
04	台湾語	レベル1	レベル2	レベル3
05	ハングル	レベル1	レベル2	レベル3
06	タイ語	レベル1	レベル2	レベル3
07	フィリピン語（タガログ語）	レベル1	レベル2	レベル3
08	インドネシア語	レベル1	レベル2	レベル3
09	トルコ語	レベル1	レベル2	レベル3
10	フランス語	レベル1	レベル2	レベル3
11	ポルトガル語	レベル1	レベル2	レベル3
12	ドイツ語	レベル1	レベル2	レベル3
13	ロシア語	レベル1	レベル2	レベル3
14	イタリア語	レベル1	レベル2	レベル3
15	スペイン語	レベル1	レベル2	レベル3
16	ベトナム語	レベル1	レベル2	レベル3

上記のほか常時対応できる外国語がある場合、外国語の種類を記入してください。

言語名		対応レベル		
		レベル1	レベル2	レベル3
		レベル1	レベル2	レベル3
		レベル1	レベル2	レベル3
		レベル1	レベル2	レベル3
		レベル1	レベル2	レベル3

助産所名: \_\_\_\_\_

**(2) 障害者に対する配慮**

項目名	該当	項目名	該当
01 手話による対応		04 施設内点字ブロックの設置	
02 施設内の情報の表示（聴覚障害者の利便性に資する措置がとられていること）		05 点字による表示（点字により診療の内容等が表示されていること）	
03 音声による情報の伝達（視覚障害者の利便性に資する措置がとられていること）			

**(3) 車椅子利用者に対する配慮**

項目名	該当	項目名	該当
01 施設内のバリアフリー化の実施（車イスで通行可能な通路や廊下幅の確保、段差の解消、警告床材、手すり、点字の案内板の設置等）		03 多機能トイレの設置	
02 車椅子等利用者用駐車施設の有無			

**(4) 受動喫煙を防止するための措置**

項目名	該当	項目名	該当
01 施設内における全面禁煙の実施		02 健康増進法第28条第13号に規定する特定屋外喫煙場所の設置	

**【5 費用負担等】**

**(1) クレジットカードおよび電子決済による料金の支払いの可否**

項目名	該当
01 クレジットカードおよび電子決済による料金の支払いが可能	

使用可能なカード・電子決済の種類																				

**【6 診療内容、提供保健・医療・介護サービス】**

以下の項目に該当する場合、「該当」欄に「○」を記入してください。

**(1) 家族付き添い室の有無、妊産婦等に対する相談又は指導**

項目名	該当	項目名	該当
01 家族付き添い室の有無		05 家族計画指導（受胎調節実地指導を含む）	
02 周産期相談		06 女性の健康相談	
03 母乳育児相談（その他の育児相談も含む）		07 訪問相談または訪問指導（思春期の保健対策と健康教育を含む）	
04 栄養相談		08 不妊専門相談センター	

助産所名: \_\_\_\_\_

**【7 医療の実績、結果に関する事項】**

**(1) 助産所の人員配置**

定期報告時（毎年1月）の前年3月31日現在の従事者数を常勤・非常勤ごとに記入してください。  
 ※従事者数欄のうち、常勤の従事者数は整数値で記入してください。「1.0」など小数点付きの数値を記入すると、入力できません。  
 ※非常勤の従事者は、対象となる従事者の総数ではなく、常勤換算後の総数を小数点第1位まで計上してください。常勤換算の計算方法は、下記の「常勤換算の計算方法」を参照してください。  
 ※担当している業務又は保持している資格が複数である者は、その主たる業務内容により1つの職種に計上してください。（例：看護師と助産師の資格を保持している者など）

職 種	定期報告時（毎年1月）の前年3月31日現在の従事者数（人）		
	総数	常勤	非常勤
	01	02	03
看護師及び准看護師	01		
助産師	02		

**(2) 分娩取扱数**

分娩を実施していれば「実施」欄に「○」を記入し、定期報告時（毎年1月）の前年度（4月1日～3月31日）における分娩取扱数を記入してください。

項目名	実施	前年度件数
01 分娩取扱数		件

**(3) 妊産婦等満足度の調査**

実施しているものについて、該当する項目があれば「実施」欄に○を記入してください。

項目名	実施	項目名	実施
01 妊産婦等満足度の調査の実施の有無		02 妊産婦等満足度の調査結果の提供の有無	

**(4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無**

項目名	実施
01 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償の有無	

御協力ありがとうございました。