

令和7年度 地域医療基盤総合推進調査事業
「『美容医療の適切な実施に係る公的報告制度』の検討に向けた美容医療の実態調査」

(参考資料) 調査項目一覧

本調査は、美容医療に関する網羅的な情報を収集し、今後の報告制度・公表制度の検討に資する基礎データを得ることを目的としております。
ご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、調査の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。

【※重要：ご回答前にご一読ください】本調査の対象施術・回答方法・お問い合わせ先について
○本調査では、**美容を目的とした施術のみを対象**としております。また、治療目的の保険診療施術（疾病による乳房再建術、眼瞼下垂症による眼瞼形成、虫歯や歯周病、視力回復を目的とした施術等）は対象外といたします。
○事前に本一覧をご確認の上、調査内容に対する回答をご準備いただき、**電子調査票よりご回答**くださいますようお願いします。
○ご不明な点がございましたら、下記「『美容医療の適切な実施に係る公的報告制度』の検討に向けた美容医療の実態調査」事務局までお問い合わせください。

【調査へのお問合せ先】 jp_cons_biyouryou_chousa_office@pwc.com

大分類	# 設問	回答	回答形式	必須/任意
1.医療施設の基礎情報 以下の各項目について、回答をご記入ください。選択肢については、当てはまる選択肢を選択ください。	1 施設ID ※施設ID記載箇所 ・ 郵送で依頼状を受け取った施設：封筒（住所記載欄の下部）をご確認ください。 ・ メールで依頼文を受け取った施設：メール本文をご確認ください。	-	自由記載	必須
	2 問い合わせ先（電話番号）	-	自由記載	必須
	3 問い合わせ先（メールアドレス）	-	自由記載	必須
	4 施設の所在地	（全都道府県からの選択）	選択肢	必須
	5 施設の種類	病院（20床以上）、診療所（無床診療所：0床）、診療所（有床診療所：1-19床）	選択肢	必須
	6 施設開設主体	個人、都道府県、市区町村、地方独立行政法人、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、健康保険組合及びその連合会、国民健康保険組合、共済組合及びその連合会、公益法人、医療法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、一般社団法人、その他の法人	選択肢	必須
	7 施設開設年度 ※年度の数値のみを半角数字でご記載ください。例：2024年度開設→2024	-	自由記載	必須
	8 標榜診療科 ※複数選択可	内科、小児科、皮膚科、美容皮膚科、精神科、外科、美容外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、形成外科、リハビリテーション科、歯科、矯正歯科、歯科口腔外科、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
	9 美容医療／施術を実施している診療科 ※複数選択可	内科、小児科、皮膚科、美容皮膚科、精神科、外科、美容外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、形成外科、リハビリテーション科、歯科、矯正歯科、歯科口腔外科、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
	10 保険適用となる医療の実施有無	実施している、実施していない	選択肢	必須
2.診療提供体制 （2.1 職員数） 以下の各項目について、アンケート調査回答月時点でのご回答をお願いします。 ※施設に所属する職員のうち、美容医療に関わっている職員数を「数字のみ」でご記載ください。該当職種の雇用がない場合は、「0」とご記載ください。※雇用形態にかかわらず、医療施設が定める1週間の勤務時間（所定労働時間）のすべてを勤務している場合は「常勤」、勤務していない場合は「非常勤」としてください。	11 医師数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	12 医師数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	13 歯科医師数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	14 歯科医師数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	15 看護師数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	16 看護師数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	17 薬剤師数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	18 薬剤師数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	19 歯科衛生士数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	20 歯科衛生士数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	21 ホワイトニングコーディネーター数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。 ※一般社団法人日本歯科審美学会が認定する歯科衛生士を対象とした民間資格を指します。	-	自由記載	必須
	22 ホワイトニングコーディネーター数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。 ※一般社団法人日本歯科審美学会が認定する歯科衛生士を対象とした民間資格を指します。	-	自由記載	必須
	23 美容カウンセラー数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。 ※美容医療提供施設で、来院者の悩みや希望をヒアリングし、施術プランや契約内容を説明・提案する職種を指します。	-	自由記載	必須
	24 美容カウンセラー数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。 ※美容医療提供施設で、来院者の悩みや希望をヒアリングし、施術プランや契約内容を説明・提案する職種を指します	-	自由記載	必須

令和7年度 地域医療基盤総合推進調査事業
「『美容医療の適切な実施に係る公的報告制度』の検討に向けた美容医療の実態調査」

大分類	#	設問	回答	回答形式	必須/任意
	25	医療事務数（常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
	26	医療事務数（非常勤） ※該当職種の実人数を半角数字でご記載ください。 ※複数の業務を兼任している場合は、主に従事している職種でご記入ください。	-	自由記載	必須
2. 診療提供体制 (2.2 職員の保有資格、経験年数) 以下の各項目について、アンケート調査回答月時点でのご回答をお願いします。※美容医療に関連した職員の保有資格、経験年数をご記載ください。	27	医師（常勤）が保有している以下の専門資格 ※複数選択可 ※貴施設で雇用している医師（常勤）のうち、1人でも保有していれば選択してください。	いずれの専門も保持していない、分らない、美容外科専門医（JSAPS／JSAS）、形成外科専門医（日本形成外科学会）、皮膚科専門医（日本皮膚科学会）、日本レーザー専門医（日本レーザー医学会）、日本抗加齢専門医（日本抗加齢医学会）、美容皮膚科・レーザー指導専門医（日本皮膚科学会）、麻酔科専門医（日本麻酔科学会）、美容レーザー適正認定医（日本美容医療協会）、JAPSA認定医（日本美容医療学会）、適正認定医(マル適）（日本美容医療協会）、麻酔科認定医（日本麻酔科学会）	選択肢（複数選択可）	必須
	28	医師（非常勤）が保有している以下の専門資格 ※複数選択可 ※貴施設で雇用している医師（非常勤）のうち、1人でも保有していれば選択してください。	医師（非常勤）はいない、いずれの専門も保持していない、分らない、美容外科専門医（JSAPS／JSAS）、形成外科専門医（日本形成外科学会）、皮膚科専門医（日本皮膚科学会）、日本レーザー専門医（日本レーザー医学会）、日本抗加齢専門医（日本抗加齢医学会）、美容皮膚科・レーザー指導専門医（日本皮膚科学会）、麻酔科専門医（日本麻酔科学会）、美容レーザー適正認定医（日本美容医療協会）、JAPSA認定医（日本美容医療学会）、適正認定医(マル適）（日本美容医療協会）、麻酔科認定医（日本麻酔科学会）	選択肢（複数選択可）	必須
	29	医師数：美容医療／施術に関わった経験年数が0-3年 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む医師の実人数を選択ください。	0人、1-4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	30	医師数：美容医療／施術に関わった経験年数が4-10年 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む医師の実人数を選択ください。	0人、1-4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	31	医師数：美容医療／施術に関わった経験年数が11年以上 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む医師の実人数を選択ください。	0人、1-4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	32	初期臨床研修後、専門研修プログラムを選択せず、美容医療に従事した医師数 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む医師の実人数を選択ください。	0人、1人、2人、3人、4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	33	初期臨床研修後、専門研修プログラムを開始したが修了せず、美容医療に従事した医師数 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む医師の実人数を選択ください。	0人、1人、2人、3人、4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	34	歯科医師雇用の有無	雇用あり、雇用なし（→#41へ分岐）	選択肢	必須
	35	歯科医師（常勤）が保有している美容医療／施術に関連した専門資格 ※複数選択可 ※貴施設で雇用している歯科医師（常勤）のうち、1人でも保有していれば選択してください。	歯科医師（常勤）はいない、日本歯科審美学会認定医（日本歯科審美学会）、分らない、いずれの専門も保持していない、その他	選択肢 「その他」のみ自由記載	必須
	36	歯科医師（非常勤）が保有している美容医療／施術に関連した専門資格 ※複数選択可 ※貴施設で雇用している歯科医師（非常勤）のうち、1人でも保有していれば選択してください。	歯科医師（非常勤）はいない、日本歯科審美学会認定医（日本歯科審美学会）、分らない、いずれの専門も保持していない、その他	選択肢 「その他」のみ自由記載	必須
	37	歯科医師数：美容医療／施術に関わった経験年数が0-3年 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む歯科医師の実人数を選択ください。	0人、1-4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	38	歯科医師数：美容医療／施術に関わった経験年数が4-10年 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む歯科医師の実人数を選択ください。	0人、1-4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	39	歯科医師数：美容医療／施術に関わった経験年数が11年以上 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む歯科医師の実人数を選択ください。	0人、1-4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	40	臨床研修を修了後、保険診療科での研修を経ずに、美容医療に直接従事した歯科医師数 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む歯科医師の実人数を選択ください。	0人、1人、2人、3人、4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
	41	看護師免許取得後、他の領域を経験せずに美容医療に直接従事した看護師数 ※貴施設で雇用している常勤・非常勤を含む看護師の実人数を選択ください。	0人、1人、2人、3人、4人、5-9人、10人以上	選択肢	必須
3. 美容医療の実施状況 (3.1 実施施術・治療、有害事象等) 以下の各項目について、美容医療に関する施術・治療、有害事象等について、回答をご記入ください。選択肢については、当てはまる選択肢を選択ください。	42	美容医療に関して、外科的手技の実施状況詳細 ※複数選択可 ※保険適用外で実施している施術に関して、該当するものをすべて選択ください。	外科的手技は実施していない、重瞼術（埋没法、切開法）、眼瞼形成（上眼瞼形成）、目頭切開（内眼角形成）、スレッドリフト、眼瞼形成（下眼瞼形成、脱脂術、その他）、脂肪注入（顔面）、脂肪注入（臀部）、脂肪吸引、腋臭症・多汗症治療、豊胸術（インプラント）、豊胸術（脂肪注入）、豊胸術（ヒアルロン酸等の注入剤）、乳房挙上、乳房縮小、フェイシリフト、顔面骨切り（上顎、下顎、オトガイ）、鼻形成（インプラント、（軟）骨移植）、鼻形成（オープンライン/プラスチック 鼻尖形成、鼻柱延長含む）、鼻形成（鼻翼縮小術）、包茎手術、植毛手術、女性外陰部形成、歯科インプラント、顎骨の切断を伴う歯科矯正、歯肉整形、他院修正、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	43	美容医療に関して、非外科的手技の実施状況詳細 ※複数選択可 ※保険適用外で実施している施術に関して、該当するものをすべて選択ください。	非外科的手技は実施していない、ボツリヌス毒素（注射部位：眉間、目じり、全額、咬筋肥大、その他の部位（目拡大、ふくらはぎなど））、脱毛（レーザーまたはパルス光）、イボ・シミ治療（シミのレーザー治療：Ｑスイッチレーザーとピコレーザー）、イボ・シミ治療（シミの外用治療）、イボ・シミ治療（イボ（皮膚の小腫瘍）のレーザー治療）、光治療（IPL）、非外科的スキントイトニング、マイクロダーマブレーション、HIFU（高密度焦点式超音波）、ケミカルピール、その他の皮膚若返り治療（水光注射など）、ヒアルロン酸（乳房以外）、非手術的脂肪除去瘦身、セルライト治療PRPによる再生治療、細胞による再生医療、AGA・薄毛治療、医療アートメイク、腋臭症・多汗症治療（ミラドライ等）、歯のホワイトニング、美容のみを目的とする修復や同目的の補綴、マウスピース矯正、マルチブラケット装置による歯科矯正、ガムピーリング、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	44	美容医療に関して、内服薬他・内科的療法の実施状況詳細 ※複数選択可 ※保険適用外で実施している治療に関して、該当するものをすべて選択ください。	内服薬他・内科的療法は実施していない、内服（サプリメント含）、外用、注射・点滴、ドクターズコスメ、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	45	美容医療に関して、過去10年以内（平成26年度～令和6年度/2014～2024年度）で、死亡に至った事例の有無 ※保険適用外で実施している施術・治療についてご回答ください。 ※平成27年度以降に開院された施設は、開院後～令和6年度までの期間についてご回答ください。	2025年度に開院したためデータなし（→#60へ分岐）、死亡事例あり、死亡事例なし（→#50へ分岐）	選択肢	必須

令和7年度 地域医療基盤総合推進調査事業
「『美容医療の適切な実施に係る公的報告制度』の検討に向けた美容医療の実態調査」

大分類	#	設問	回答	回答形式	必須/任意
	46	美容医療に関して、過去10年以内（平成26年度～令和6年度/2014～2024年度）に発生した死亡に至った事例の件数 ※保険適用外で実施している施術・治療についてご回答ください。 ※平成27年度以降に開院された施設は、開院後～令和6年度までの期間についてご回答ください。	1件、2件、3件、4件、5-9件、10件以上、分からない	選択肢	必須
	47	上記の死亡事例に起因すると疑われる施術名をすべてご記載ください。 ※不明の場合は、「不明」とご記載ください。	-	自由記載	必須
	48	上記の死亡事例のうち、「医療事故調査制度」に報告した件数をご記載ください。 ※件数の数値のみを半角数字でご記載ください。例：2件→2	-	自由記載	必須
	49	上記の「医療事故調査制度」に報告した死亡事例について、起因すると疑われる施術名をすべてご記載ください。 ※不明の場合は、「不明」とご記載ください。	-	自由記載	任意
	50	美容医療に関して、過去5年以内（令和2年度～6年度/2020～2024年度）に発生したすべての後遺症を選択してください ※複数選択可 ※令和3年度以降に開院された施設は、開院後～令和6年度の期間についてご回答ください。 ※「後遺症」とは、患者の健康に影響する有害事象で、施術後6カ月以上経過しているが、将来に向かって自然回復の見込めないものを指します。	後遺症事例なし、軽度の脱毛、ケロイド・肥厚性瘢痕、重度の瘢痕（皮膚の傷）、色素沈着、色調の異常（紅班など）、軽度の変形、左右差、その他の軽度な後遺障害（写真では分かりくい程度のもの）、軽度の知覚障害、軽度の瘢痕（治療で改善できない程度の目立たない皮膚の傷）、白斑（脱色素斑）、腫瘍・腫瘍形成（異物肉芽腫）、重度の変形、左右差（陥凹、偏位による変形など写真上でも明らかなもの）、顔面神経麻痺、開口障害、身体障害者障害等級の1級から7級に該当するもの（失明を除く）、PTSDなど精神疾患（明らかに美容治療との因果関係を認めるもの）、重度の知覚障害、開瞼・閉瞼障害（兔眼など）、失明、運動機能障害、可動域制限、重度の脱毛、咬合不全、複視、眼球運動障害、その他の臓器の機能不全、上記以外の重度の後遺障害、上記に当てはまるものはない、分からない	選択肢（複数選択可）	必須
	51	上記で選択された美容医療に関連した後遺症のうち、貴施設において、発生頻度の高い後遺症を一つご選択ください。 ※発症頻度の高い後遺症については、後続の設問で合計3つお伺いします。本設問はそのうちの1問目です（1/3）。	後遺症事例なし、軽度の脱毛、ケロイド・肥厚性瘢痕、重度の瘢痕（皮膚の傷）、色素沈着、色調の異常（紅班など）、軽度の変形、左右差、その他の軽度な後遺障害（写真では分かりくい程度のもの）、軽度の知覚障害、軽度の瘢痕（治療で改善できない程度の目立たない皮膚の傷）、白斑（脱色素斑）、腫瘍・腫瘍形成（異物肉芽腫）、重度の変形、左右差（陥凹、偏位による変形など写真上でも明らかなもの）、顔面神経麻痺、開口障害、身体障害者障害等級の1級から7級に該当するもの（失明を除く）、PTSDなど精神疾患（明らかに美容治療との因果関係を認めるもの）、重度の知覚障害、開瞼・閉瞼障害（兔眼など）、失明、運動機能障害、可動域制限、重度の脱毛、咬合不全、複視、眼球運動障害、その他の臓器の機能不全、上記以外の重度の後遺障害、上記に当てはまるものはない、分からない	選択肢（複数選択可）	任意
	52	上記で選択された後遺症に起因すると疑われる主な施術名をご記載ください。	-	自由記載	任意
	53	上記で選択された美容医療に関連した後遺症のうち、貴施設において、発生頻度の高い後遺症を一つご選択ください。 ※発症頻度の高い後遺症については、前・後続の設問で合計3つお伺いします。本設問はそのうちの2問目です（2/3）。	後遺症事例なし、軽度の脱毛、ケロイド・肥厚性瘢痕、重度の瘢痕（皮膚の傷）、色素沈着、色調の異常（紅班など）、軽度の変形、左右差、その他の軽度な後遺障害（写真では分かりくい程度のもの）、軽度の知覚障害、軽度の瘢痕（治療で改善できない程度の目立たない皮膚の傷）、白斑（脱色素斑）、腫瘍・腫瘍形成（異物肉芽腫）、重度の変形、左右差（陥凹、偏位による変形など写真上でも明らかなもの）、顔面神経麻痺、開口障害、身体障害者障害等級の1級から7級に該当するもの（失明を除く）、PTSDなど精神疾患（明らかに美容治療との因果関係を認めるもの）、重度の知覚障害、開瞼・閉瞼障害（兔眼など）、失明、運動機能障害、可動域制限、重度の脱毛、咬合不全、複視、眼球運動障害、その他の臓器の機能不全、上記以外の重度の後遺障害、上記に当てはまるものはない、分からない	選択肢（複数選択可）	任意
	54	上記で選択された後遺症に起因すると疑われる主な施術名をご記載ください。	-	自由記載	任意
	55	上記で選択された美容医療に関連した後遺症のうち、貴施設において、発生頻度の高い後遺症を一つご選択ください。 ※発症頻度の高い後遺症については、合計3つお伺いします。本設問はそのうちの3問目です（3/3）。	後遺症事例なし、軽度の脱毛、ケロイド・肥厚性瘢痕、重度の瘢痕（皮膚の傷）、色素沈着、色調の異常（紅班など）、軽度の変形、左右差、その他の軽度な後遺障害（写真では分かりくい程度のもの）、軽度の知覚障害、軽度の瘢痕（治療で改善できない程度の目立たない皮膚の傷）、白斑（脱色素斑）、腫瘍・腫瘍形成（異物肉芽腫）、重度の変形、左右差（陥凹、偏位による変形など写真上でも明らかなもの）、顔面神経麻痺、開口障害、身体障害者障害等級の1級から7級に該当するもの（失明を除く）、PTSDなど精神疾患（明らかに美容治療との因果関係を認めるもの）、重度の知覚障害、開瞼・閉瞼障害（兔眼など）、失明、運動機能障害、可動域制限、重度の脱毛、咬合不全、複視、眼球運動障害、その他の臓器の機能不全、上記以外の重度の後遺障害、上記に当てはまるものはない、分からない	選択肢（複数選択可）	任意
	56	上記で選択された後遺症に起因すると疑われる主な施術名をご記載ください。	-	自由記載	任意
	57	美容医療に関して発症した有害事象（副作用・合併症等）のうち、処置・他院紹介等の追加対応が必要であった件数（令和6年度/2024年度） ※後遺症・死亡には至らないものの、有害事象により予期せず追加の処置や手術が必要になった事例数を選択ください。	0件、1件、2-5件、6-9件、10件以上、分からない	選択肢	必須
	58	上述処置・他院紹介等の追加対応が必要であった有害事象（副作用・合併症等）に起因すると疑われる主な施術名をご記載ください。	-	自由記載	必須
4. 美容医療の実施方法 （4.1 相談窓口、相談内容） 以下の各項目について、当てはまる選択肢を選択ください。	59	相談窓口設置の有無 ※美容医療に限定せず、施設の状況をご回答ください。	設置あり、設置なし（→#65へ分岐）	選択肢	必須
	60	相談窓口の種類 ※複数選択可 ※美容医療に限定せず、施設の状況をご回答ください。	代表電話番号（受付兼用）、専用相談窓口（電話）、専用相談窓口（メール）、Webフォーム/チャット窓口、施設内相談担当者（対面）、個人電話番号、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	61	相談窓口の情報明示先 ※複数選択可 ※美容医療に限定せず、施設の状況をご回答ください。	公式Webサイト、施設内掲示、施設パンフレット、診療契約書・同意書、診療明細書・領収書、SNS公式アカウント、スタッフによる口頭説明、明示していない	選択肢（複数選択可）	必須
	62	相談窓口の主な対応者の職種 ※複数選択可 ※美容医療に限定せず、施設の状況をご回答ください。	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、美容カウンセラー、医療事務、歯科衛生士、ホワイトニングコーディネーター、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	63	美容医療の施術後に受けた主な相談内容 ※複数選択可 （例） [契約関連]：解約、返金、説明不足、契約書・書面、クーリングオフなど [料金関連]：高価格・料金、クレジットカード、解約料、補償など [施術関連]：合併症、副作用、後遺症、その他症状・経過の不安、ケア・日常生活に関する質問、施術不良、トラブル・緊急時対応、メンテナンス・再来希望など [広告関連]：広告やSNS等の内容	相談を受けたことがない、契約関連、料金関連、施術関連、広告関連、クレーム、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
	64	美容医療の施術に関連した相談内容のうち、主な詳細内容 ※複数選択可	施術に関連した相談なし、有害事象（副作用・合併症等）、後遺症、その他症状・経過の不安、ケア・日常生活に関する質問、施術不良、トラブル・緊急時対応、メンテナンス・再来希望、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須

令和7年度 地域医療基盤総合推進調査事業
「『美容医療の適切な実施に係る公的報告制度』の検討に向けた美容医療の実態調査」

大分類	#	設問	回答	回答形式	必須/任意
4. 美容医療の実施方法 (4.2 説明と同意、実施等) 以下の各項目について、当てはまる選択肢を選択ください。	65	美容医療に関する契約前：施術決定に係る診察方法 ※複数選択可	対面、オンライン、メールやチャット、診察なし	選択肢（複数選択可）	必須
	66	美容医療の施術前：初診から施術までが即日であるケース	あり、なし	選択肢	必須
	67	美容医療の施術前：施術内容の説明者 ※複数選択可	説明なし、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、美容カウンセラー、医療事務、歯科衛生士、ホワイトニングコーディネーター、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
	68	美容医療の施術前：施術内容の説明に含まれる項目 ※複数選択可	説明なし、施術内容、期待される効果、想定されるリスク、使用予定機器、使用予定薬剤、アフターケア体制、施設外での有害事象発症時等緊急時の対応、他医療機関との連携体制（自施設で対応可能な範囲等）、緊急連絡先、料金体系、クーリングオフ、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	69	美容医療の施術前：同意取得者 ※複数選択可	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、美容カウンセラー、医療事務、歯科衛生士、ホワイトニングコーディネーター、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	70	美容医療の施術前：契約の解約制限の有無（違約金、返金不可など）	あり、なし	選択肢	必須
	71	美容医療の施術中：術者 ※複数選択可	医師、歯科医師、看護師、薬剤師、美容カウンセラー、医療事務、歯科衛生士、ホワイトニングコーディネーター、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	72	美容医療の施術後：施術結果の説明者 ※複数選択可	説明なし、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、美容カウンセラー、医療事務、歯科衛生士、ホワイトニングコーディネーター、その他	選択肢（複数選択可）	必須
4. 美容医療の実施方法 (4.3 薬剤処方) 以下の各項目について、当てはまる選択肢を選択ください。	73	美容医療の施術後：施術結果の説明に含まれる項目 ※複数選択可	説明なし、経過観察の方法、リスクや有害事象（副作用・合併症）、アフターケアの方法、再診の案内、施設外での有害事象発症時等緊急時の対応、他医療機関との連携体制（自施設で対応可能な範囲等）、緊急連絡先、その他	選択肢（複数選択可）	必須
	74	美容医療に関する薬剤処方の有無	薬剤処方あり、薬剤処方なし（→#78へ分岐）	選択肢	必須
	75	美容医療に関する薬剤処方時の診察方法 ※複数選択可	診察なし、対面診療（院外処方）、対面診療（院内処方）、オンライン診療（電子処方箋）、オンライン診療（院内処方）、オンライン診療（院外処方）、メールやチャットのみ	選択肢（複数選択可）	必須
	76	美容医療に関する薬剤処方が院内処方の場合、処方の実施者（代行人力は含まない） ※複数選択可	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、美容カウンセラー、医療事務、歯科衛生士、ホワイトニングコーディネーター、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
5. 安全管理体制・質の担保に係る取組 以下の各項目について、当てはまる選択肢を選択ください。 ※美容医療に限定せず、施設としての取組をご記載ください。	77	美容医療に関する薬剤処方が院内処方の場合、服薬指導の実施者 ※複数選択可	説明/服薬指導なし、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、美容カウンセラー、医療事務、歯科衛生士、ホワイトニングコーディネーター、その他	選択肢	必須
	78	職員受講必須の施設内外の研修内容 ※複数選択可	受講必須の研修はない、施設理念、業務概要、職種ごとの業務が可能な範囲、医療安全、感染対策・衛生管理、個人情報保護・コンプライアンス、ビジネスマナー、苦情・相談窓口対応、麻酔・鎮静管理、合併症・副作用対応、アフターケア（緊急時対応含む）、製品・薬剤知識、専門知識（皮膚科学・美容皮膚科基礎・解剖学、美容外科等）、施術技術、記録方法、医療広告・SNS活用、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
	79	他の医療機関との連携実績（内容） ※複数選択可	連携なし、非有害事象時の顧客紹介（注射・内服薬処方等）、有害事象発症時の顧客紹介（合併症・副作用等）、施術内容の監修・指導、患者への施術前の医学的カウンセリング（オンライン含む）、連携施設医師との相談体制の構築（オンライン含む）、形式的な提携（名義貸し）、新たな施術導入時の勉強会や指導、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
	80	公式ウェブサイト（SNS含む）に掲載されている情報の、医療広告ガイドラインへの準拠状況	公式ウェブサイト（SNS含む）はない、医療広告ガイドラインを知らない、準拠している、一部準拠している、準拠していない	選択肢	必須
6. 報告システム 以下の各項目について、当てはまる選択肢を選択ください。 ※美容医療に限定せず、施設としての取組をご記載ください。	81	記録管理している項目 ※複数選択可	記録なし、主訴（希望内容）、契約内容、施術の提案内容、施術の説明内容、施術内容、投薬・処方の説明内容、投薬・処方内容、有害事象（副作用・合併症等）発症時の病名、有害事象（副作用・合併症等）発症時の主要症状、有害事象（副作用・合併症等）の治療方法（処置・説明・再診の有無・処方など）、相談内容（トラブル・苦情含）、その他	選択肢（複数選択可） 「その他」のみ自由記載	必須
	82	インシデントレポート報告システムの導入、運用状況	主に電磁的なインシデントレポートシステムを導入、運用している 主に紙運用でインシデントレポートシステムを導入、運用している インシデントレポートシステムを導入していない	選択肢	必須