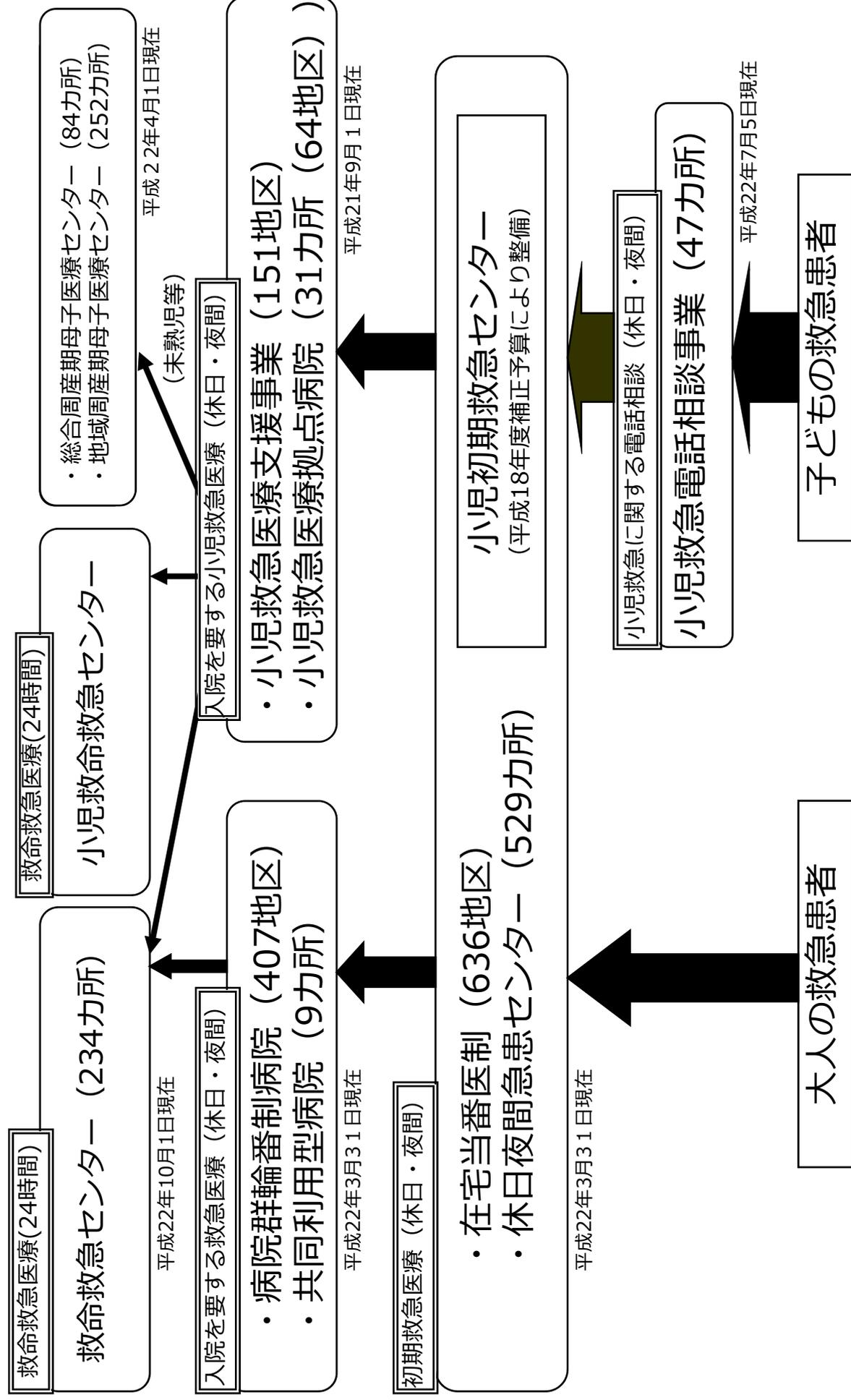


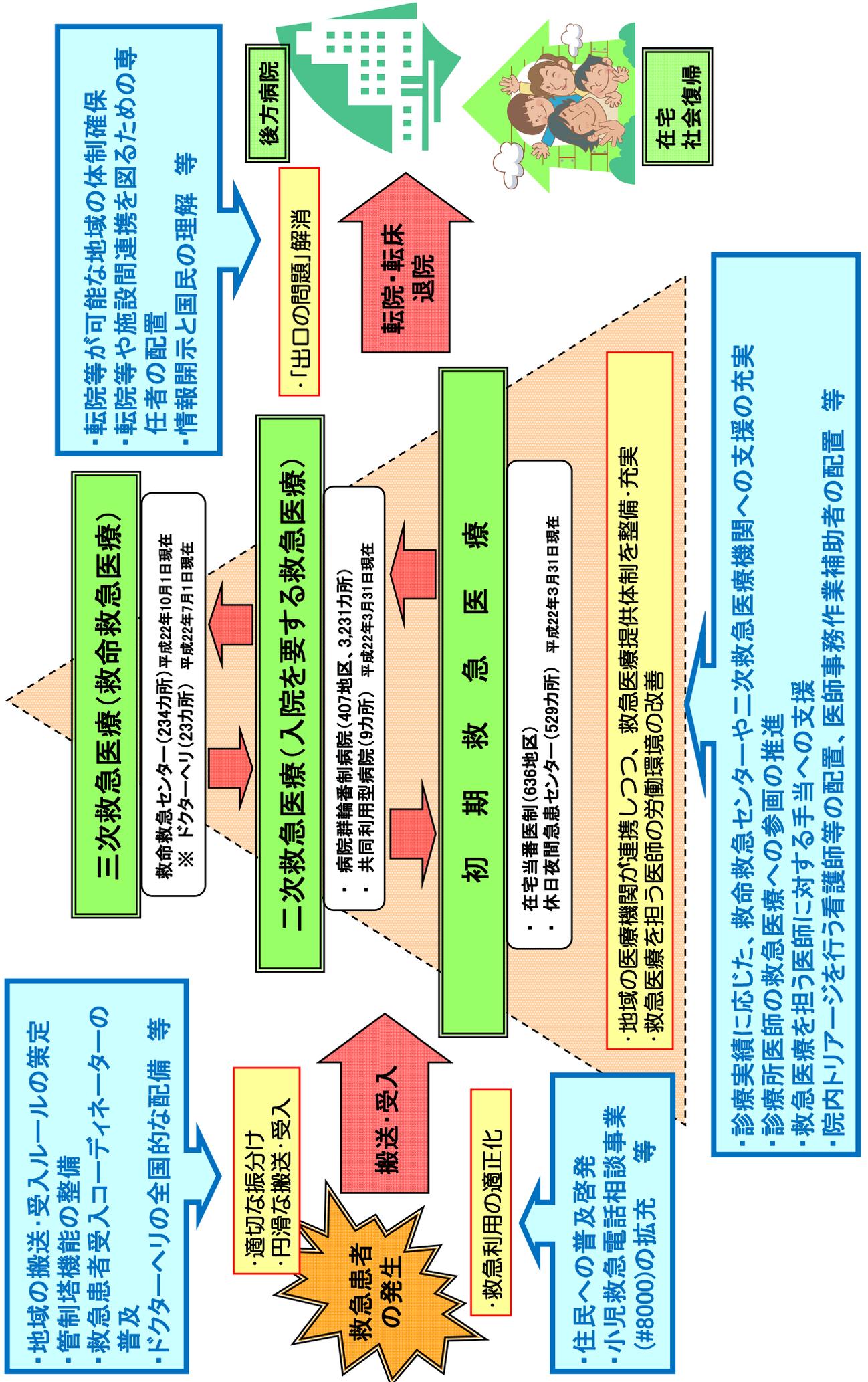
關係資料

1. 救急医療体制の現状

救急医療体系図



救急医療の充実



救急医療体制の整備状況の推移

(各年3月31日時点)

	18年	19年	20年	21年	22年
三次救急 (救命救急)	189	201	208	214	221
救命救急センター (施設数)					
二次救急 (入院を要する救急)	3,214	3,153	3,175	3,201	3,231
入院を要する救急医療 施設 (施設数)					
初期救急	508	511	516	521	529
休日夜間急患センター (施設数)					
在宅当番医制 (実施地区数)	666	654	641	643	636
(地区数)	(411)	(408)	(405)	(401)	(407)

(厚生労働省医政局調べ)

救急医療体制の整備等に関する予算の概要

(平成22年度予算額) (平成23年度予算案)
 [15,234百万円 → 13,748百万円]

救急医療対策は、昭和52年度から、初期、二次、三次救急医療施設及び救急医療情報センターの計画的かつ体系的整備を推進してきたところであり、平成23年度においても、引き続き、小児救急を含むこれらの救急医療体制の確保を図る。

(1) 体系的な救急医療体制の拡充整備	12,328百万円	→	10,739百万円
① 小児救急電話相談	237百万円	→	238百万円
ア. 小児救急電話相談事業	237百万円	→	237百万円
イ. 小児救急電話相談対応者研修(新規)	0百万円	→	1百万円
② 初期救急医療体制	32百万円	→	27百万円
ア. 小児初期救急センター運営事業	13百万円	→	12百万円
イ. 小児救急地域医師研修事業	19百万円	→	15百万円
③ 第二次救急医療体制	2,552百万円	→	2,049百万円
ア. 管制塔機能を担う医療機関に対する支援事業	259百万円	→	106百万円
イ. 共同利用型病院	85百万円	→	85百万円
ウ. 小児救急医療支援事業	859百万円	→	848百万円
エ. 小児救急医療拠点病院	654百万円	→	642百万円
オ. 救急医療専門領域医師研修事業	15百万円	→	8百万円
カ. 消防法一部改正に伴う受入困難事案患者受入医療機関支援事業	451百万円	→	361百万円
キ. 診療所医師の診療協力支援事業	229百万円	→	0百万円
④ 第三次救急医療体制	5,970百万円	→	5,460百万円
ア. 救命救急センター運営事業	5,583百万円	→	4,925百万円
イ. 救急医療トレーニングセンター運営事業	78百万円	→	78百万円
ウ. 小児救命救急センター運営事業	296百万円	→	444百万円
エ. 小児集中治療室医療従事者研修	13百万円	→	13百万円
⑤ 救急勤務医支援事業	2,063百万円	→	1,464百万円
⑥ 救急医療支援センター運営事業	109百万円	→	109百万円
⑦ 救急患者受入コーディネーター事業	59百万円	→	59百万円
⑧ 救急患者退院コーディネーター事業	61百万円	→	61百万円
⑨ 救急患者受入実態調査事業	17百万円	→	17百万円
⑩ ヘリコプター等添乗医師等確保経費	2百万円	→	2百万円
⑪ 救急医療情報センター等	1,035百万円	→	1,075百万円
ア. 救急医療情報センター	935百万円	→	935百万円
イ. 救急・周産期医療情報システム機能強化経費(新規)	0百万円	→	140百万円
ウ. 救急・周産期ネットワーク構築実証事業	100百万円	→	0百万円
⑫ 救急医療業務実地修練等	191百万円	→	178百万円
(2) ドクターヘリ導入促進事業	2,754百万円	→	2,928百万円
早期治療の開始と迅速な搬送による救命率等の向上を図るため、救命救急センターにドクターヘリ(医師が同乗する救急専用ヘリコプター)を委託により配備する。			
(3) 災害医療調査ヘリコプター運営事業	10百万円	→	10百万円
災害発生時の被災地の医療調査を行うためのヘリコプターのチャーターに要する経費を措置する。			
(4) 災害拠点病院活動費	10百万円	→	10百万円
災害派遣医療チーム(DMAT)が国主催の総合防災訓練に参加するために要する経費を補助する。			
(5) 広域災害・救急医療情報システム	36百万円	→	36百万円
災害時における全国ネットの災害医療に係る総合的な情報収集及び提供を行う。			
(6) DMAT事務局経費	14百万円	→	21百万円
DMAT事務局を国立病院機構災害医療センターに置き、その運営に必要な経費を補助する。			
(7) DMAT訓練補助事業	5百万円	→	5百万円
地方ブロック毎にDMAT訓練の主催県を決め、主催県が実施する災害訓練に対して補助する。			
(8) APEC関連経費	77百万円	→	0百万円
APEC首脳会談における救急医療体制の確保を図るために必要な経費			

(注) 計数は、それぞれ四捨五入によっているため、端数において合計とは合致しないものがある。

2. 周産期医療体制の現状

周産期医療体制

リスクの高い妊産婦や新生児などに高度の医療が適切に提供されるよう、周産期医療の中核となる「総合周産期母子医療センター」やそれを支える「地域周産期母子医療センター」の整備、地域の医療施設と高次の医療施設の連携体制の確保など、周産期医療ネットワークの整備を推進している。

- NICUの病床数（平成14年 2,122床 → 平成17年 2,341床 → 平成20年 2,310床）
- 平成26年度までに、出生1万人当たりNICU25～30床を目標に整備を進める（現状：平成20年度21.2床）（「子ども・子育てビジョン」平成22年1月29日閣議決定）
- 都道府県別では、32都道府県が出生1万人当たり25床に満たない状況。また、41都道府県が出生1万人当たり30床に満たない状況

周産期関係医療機関

周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センター

- 機能：①母体及び新生児に対するきわめて高度な医療を提供
②産科合併症以外の合併症を有する母体への対応
③ドクターカーを保有し、要請のあった地域の医療施設へ派遣
④地域のNICU等の空床状況等の把握

地域周産期母子医療センター

機能：周産期に係る比較的高度な医療を提供



地域療育支援施設

機能：長期入院児が在宅に移行するためのトレーニング等

一時的な受入れ

在宅移行促進

在宅

総合周産期母子医療センターの整備状況について

平成22年4月1日現在

都道府県	施設名
北海道	総合病院釧路赤十字病院
	市立札幌病院
	函館中央病院
	JA北海道厚生連帯広厚生病院
青森県	青森県立中央病院
岩手県	岩手医科大学附属病院
宮城県	仙台赤十字病院
秋田県	秋田赤十字病院
山形県	山形県立中央病院
福島県	福島県立医科大学附属病院
茨城県	総合病院土浦協同病院
	筑波大学附属病院
	水戸済生会総合病院・茨城県立こども病院
栃木県	自治医科大学附属病院
	獨協医科大学病院
群馬県	群馬県立小児医療センター
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター
千葉県	亀田総合病院
	東京女子医科大学附属八千代医療センター
東京都	東京都立墨東病院
	母子愛育会附属愛育病院
	東京女子医科大学病院
	東邦大学医療センター大森病院
	帝京大学医学部附属病院
	杏林大学医学部付属病院
	日本赤十字社医療センター
	日本大学医学部附属板橋病院
	昭和大学病院
	東京都立大塚病院
	東京都立多摩総合医療センター・小児総合医療センター
神奈川県	神奈川県立こども医療センター
	北里大学病院
	東海大学医学部付属病院
	横浜国立大学附属市民総合医療センター
	聖マリアンナ医科大学病院
新潟県	長岡赤十字病院
	新潟市民病院
	新潟大学医歯学総合病院
富山県	富山県立中央病院
石川県	石川県立中央病院いしかわ総合母子医療センター
福井県	福井県立病院
山梨県	山梨県立中央病院
長野県	長野県立こども病院

都道府県	施設名
岐阜県	岐阜県総合医療センター
静岡県	聖隷浜松病院
	順天堂大学医学部附属静岡病院
	静岡県立こども病院
愛知県	名古屋第一赤十字病院
	名古屋第二赤十字病院
三重県	国立病院機構三重中央医療センター
滋賀県	大津赤十字病院
京都府	京都第一赤十字病院
大阪府	大阪府立母子保健総合医療センター
	高槻病院
	愛染橋病院
	関西医科大学附属枚方病院 大阪大学医学部附属病院
兵庫県	兵庫県立こども病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
島根県	島根県立中央病院
岡山県	倉敷中央病院
	国立病院機構岡山医療センター
広島県	県立広島病院
	広島市立広島市民病院
山口県	山口県立総合医療センター
徳島県	徳島大学病院
香川県	国立病院機構香川小児病院
	香川大学医学部附属病院
愛媛県	愛媛県立中央病院
高知県	高知県・高知市企業団立高知医療センター
福岡県	福岡大学病院
	久留米大学病院
	聖マリア病院
	北九州市立医療センター 九州大学病院
長崎県	国立病院機構長崎医療センター
熊本県	熊本市立熊本市民病院
大分県	大分県立病院
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
鹿児島県	鹿児島市立病院
沖縄県	沖縄県立中部病院
	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
合計	46都道府県 84か所

3. 地域医療サービス提供マップ作成支援研究(研究要旨)

研究要旨

地域医療サービス提供マップ作成支援研究

【研究要旨】

I 目的

平成20年4月より、各都道府県には「新たな医療計画」の作成が義務付けられている。このなかで、病床規制といった医療資源の適正化が主目的に掲げられていた従来の地域医療計画を見直し、住民の医療ニーズに合わせた地域における体系的な医療提供体制を整備するために、医療関係施設間の機能分化や機能連携の確保を目的とすることが予定されている。さらに、「新たな医療計画」において、関連項目に関する数値目標を創設することが要求されている。

これをうけて、本研究事業では、「患者調査」にDPC (Diagnosis Procedure Combination) コードをリンクしたデータベースを活用した上で、対象地域における主要医療施設の受療患者数と地域内におけるシェアを網羅的に集計し、医療施設の機能分化の実態を可視化する作業を行った。得られた分析結果をもって、今後、医療計画を適切に作成していくための基礎資料とすることを目的とする。

II 方法

東京医科歯科大学大学院伏見清秀准教授より、「患者調査」の退院票個票にDPCコードをリンクさせて構築した『DPC地域患者データベース』から集計表をご提供いただき、それを用いて分析を行った。『DPC地域患者データベース』では、すべてのデータにDPCコードが付されている。DPCは、臨床的に馴染み深い疾病分類であり、これを用いて、4疾病の分類や、MDC (Major Diagnostic Category) といったほぼ診療科目と一致した分類にケースを分けることができる。

ご提供いただいた集計表は、青森県、埼玉県、静岡県、鳥取県における下記表の3つの内容のものであり、それぞれ図表を作成した。下記表内のすべての集計について、図表を地図上に貼り付けて、地理的な視点も加えて可視化を試みた。

● 集計表 ●	● 集計表から読み取れる内容 ●
① 4疾病ごとの患者の受療行動について (試験的に正常分娩の妊婦と小児患者の受療行動も集計した)	各二次医療圏に住む患者が、どの二次医療圏にある医療施設で受療しているのかについて、4疾病ごとに可視化する。
② 4疾病ごとにみた 県の主要医療施設について	4疾病ごとに、各県でどの医療施設が最も多くの患者を診ているのか可視化する。
③ 各二次医療圏の主要医療施設で 提供されているサービス内容について	各二次医療圏の主要医療施設をあげ、そこでどのようなサービスが提供されているか、MDCを用い可視化し、医療施設の機能分化の程度をみる。

III 結果

医療施設の機能分化を可視化する作業により得られた結果の概要は以下の通りである。

(1) 患者の受療行動

① 「手術を必要とするか否かにより、患者の受療行動が異なる」

全体的に、手術を必要とする場合は、都市部の医療圏にある医療施設に患者が受療する様子がうかがえた。一方、手術を必要としない場合は二次医療圏を越えた患者の移動は減り、自宅に近い医療施設で受療する傾向がうかがえた。また、この傾向は在院期間が長くなるほど強くなることも見受けられた。

② 「隣接する県の医療資源が豊富な場合、患者の流出傾向がある」

隣接する県で医療資源が多くある場合、県境を越えた患者の移動が多く見られた。

③ 県ごとの特徴

二次医療圏内に受療範囲がほぼ限定されている県 (e.g.鳥取県)もあれば、非都市部から都市部への患者の流出の著しい県(e.g.埼玉県)もある。

(2) 疾病ごとの県の主要医療施設

① 「疾病の緊急性および専門性により、医療機能の集約度合いが異なる」

脳卒中のように緊急な治療（診療）を必要とする疾病では、近隣の医療施設での対応が必要となるため、いくつかの医療施設に少数名ずつ患者が受療している状況がうかがえた。一方、がんのように治療を待つことのできる疾病においては、数箇所の医療施設に患者が集中する傾向が見られた。

② 「県の人口規模により集約の程度が異なる」

各病院のシェアで医療機能の集約度を測った場合、人口規模の小さい県のほうが集約化が達成されやすい傾向があることがわかった。これは、病院の規模には限界があり、人口規模が大きい場合、複数の病院で患者を診ざるを得なくなるためと考えられる。

(3) 各二次医療圏の主要医療施設で提供されているサービス内容

① 「都市部と非都市部により、各医療施設が提供するサービス内容が異なる」

都市部では、複数の診療科を有する大規模な病院がいくつも所在しているため、多くの病院で多種多様なサービスが提供され、いくつかの医療圏を除くと、医療施設の機能分化が鮮明なケースは少ない。一方、非都市部の医療圏では、特殊性や専門性の高い医療につ

いてはあまり対応されていない様子うかがえた。

② 「都市部と非都市部により、医療施設間の機能分化の様相が異なる」

医療施設間の機能分化は、各医療圏によって様相が異なるが、非都市部では、医師の総数が少ないため、必要な診療科の専門医がいればそこで受療するといった形で、都市部に比べて必然的に機能分化がなされている。ただし、非都市部でも、近接したいくつかの医療施設で、同一診療科のサービスをそれぞれ少数名ずつの患者に提供しているケースが見られ、集約化の余地があることがうかがえた。

(4) 医療施設の連携の把握

患者調査で把握できる情報の範囲で、各県における医療施設の連携状況について把握することを試みた。現在の抽出調査を悉皆調査に拡大し、十分なサンプルを確保さえできれば、傷病ごとに入院前の場所、退院後の行き先を集計することで、各県における連携状況のある程度把握できることが分かった。

IV 考察

分析の結果を疾病特性と地域特性の2つの切り口からまとめる。

(1) 疾病特性

疾病特性としては、緊急性と専門性の2つの観点から、それぞれの疾病に対応した医療提供体制について、いくつか特徴を挙げることができる。これにより緊急性を要する疾病に関してはより近くの医療施設で、専門性を要する疾病に関しては機能が集約化された医療施設で、というような対応をイメージすることができる。

(2) 地域特性

地域特性としては、都市部と非都市部における医療提供体制の違いについて、特徴を挙げることができる。都市部では、複数の診療科を有す大規模な病院がいくつも所在しているため、多くの病院で多種多様なサービスが提供され、いくつかの医療圏を除くと、医療施設の機能分化が鮮明なケースは少ない。非都市部では医療資源も少なく、ある程度必然的に医療施設の機能分化が進みやすい状況にあることが読み取れる。

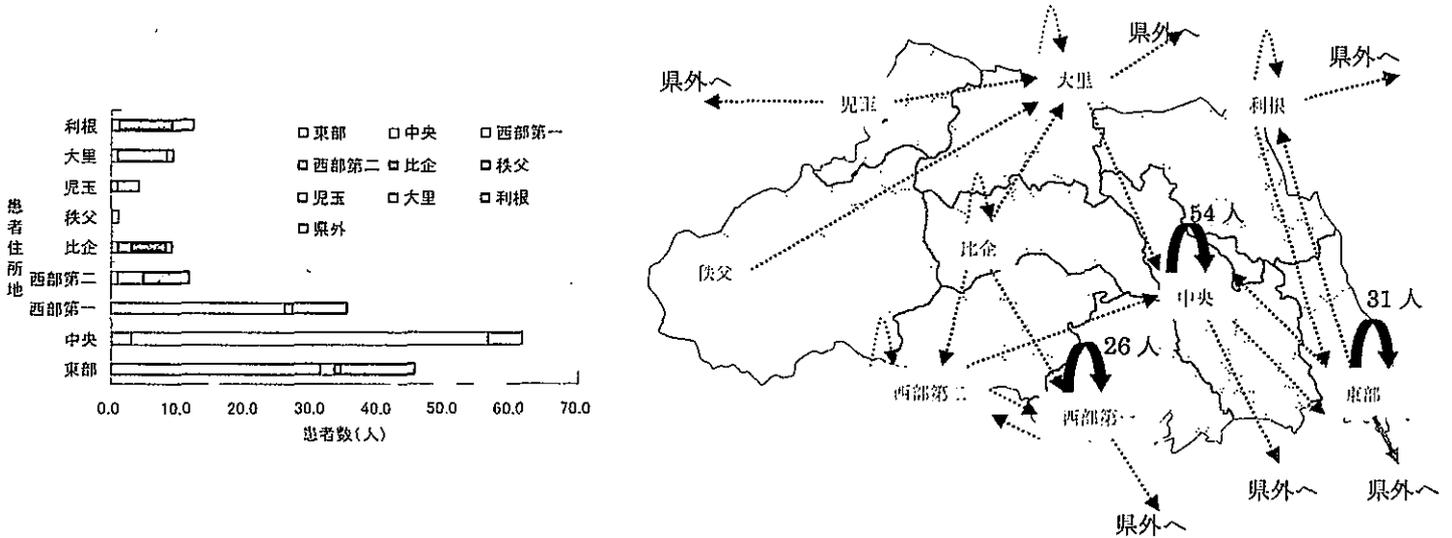
わが国には、既に多くの数の医療施設や病床が設置されており、医療施設の機能分化や連携体制を目指した医療計画を新たに作成することは、白地に絵を描くこととは大きく異なる。疾病ごとの特性を捉え、地域における各医療施設がどのような強みを持っているのか、データにより現状を把握することが、有効な医療計画を作成するために重要であるだろう。

<集計結果サンプル1>

患者の受療行動

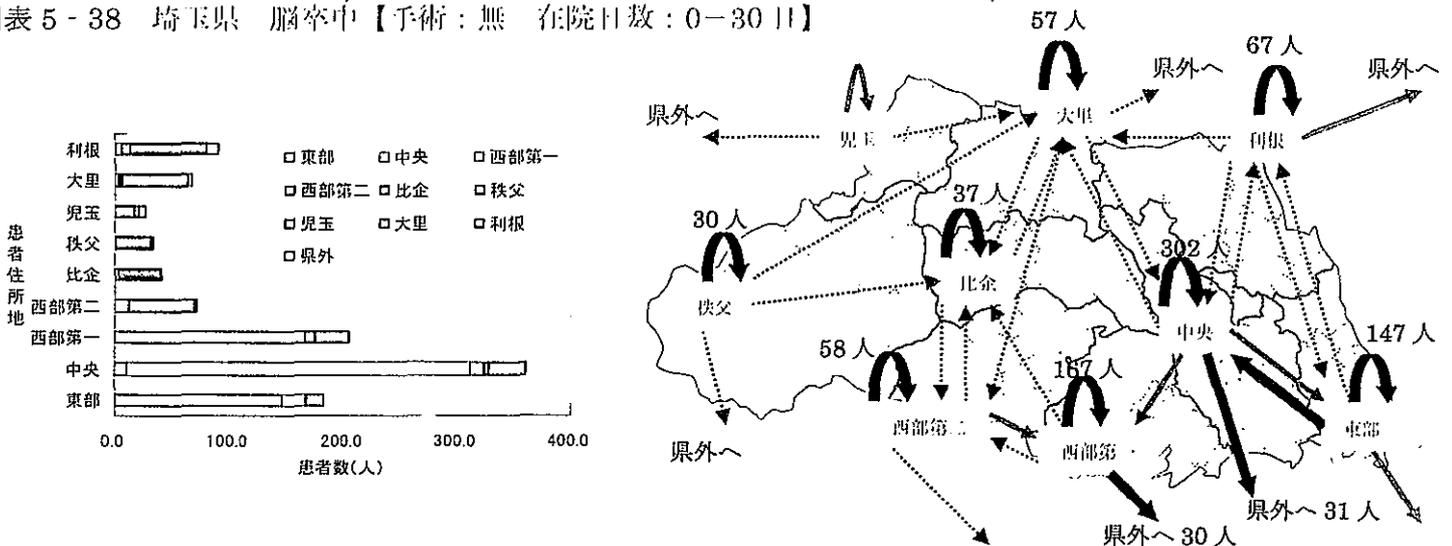
10人未満：赤点線、10-20人未満：緑線、20人以上：紺太線

図表5-37 埼玉県 脳卒中【手術：有 在院日数：ALL】



児玉医療圏は県外へ、秩父医療圏は大里医療圏へ相当の割合で移動が見られる。西部第二医療圏は西部第一医療圏へ移動が見られる。大里医療圏、西部第一医療圏、中央医療圏は圏域内の完結度は高い。

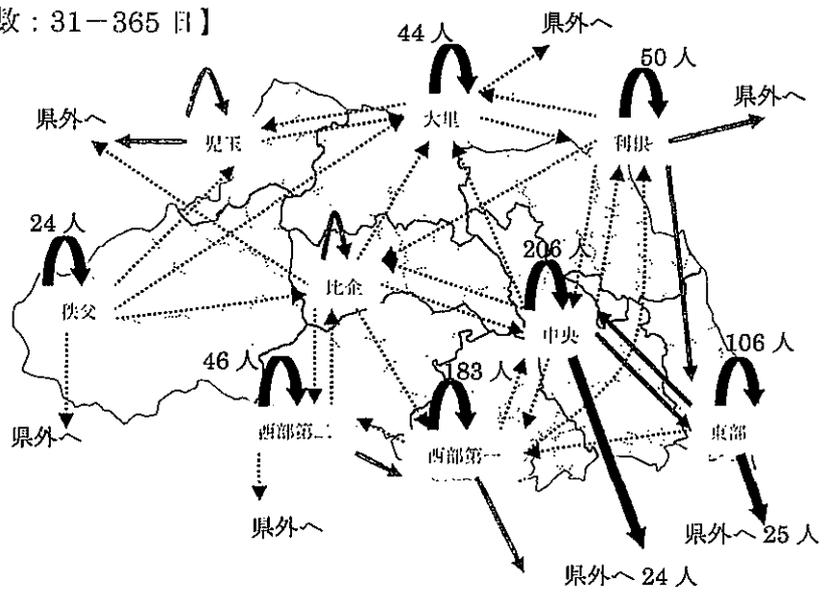
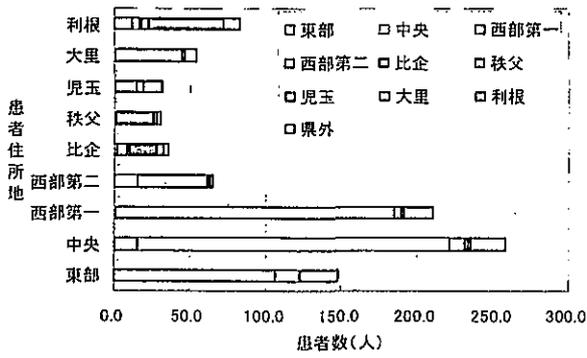
図表5-38 埼玉県 脳卒中【手術：無 在院日数：0-30日】



利根医療圏、大里医療圏、秩父医療圏、比企医療圏、西部第二医療圏、西部第一医療圏、中央医療圏、東部医療圏は圏域内の完結度は高い。

10人未満：赤点線、10-20人未満：緑線、20人以上：紺太線

図表 5 - 39 埼玉県 脳卒中【手術：無 在院日数：31-365日】



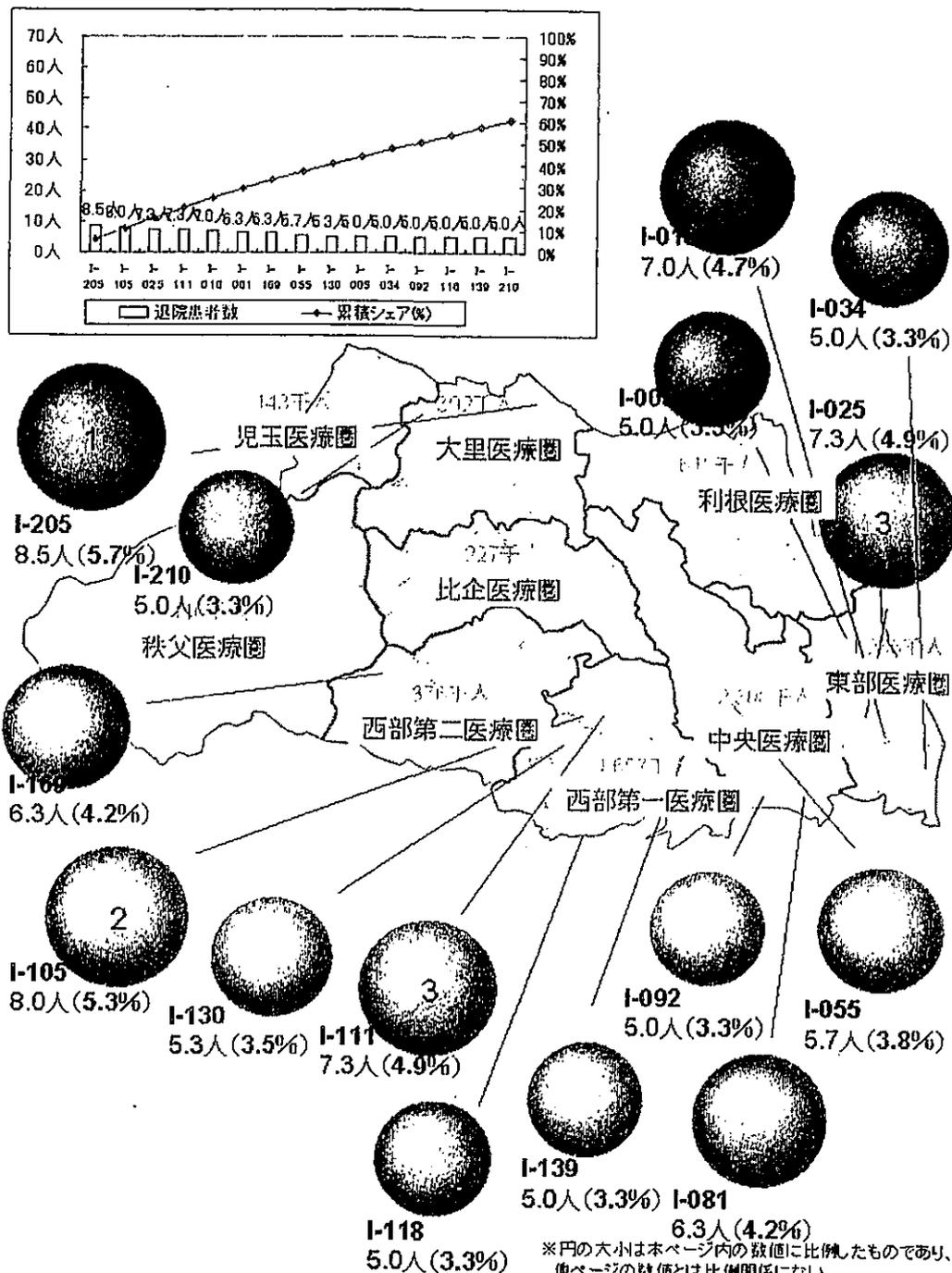
大里医療圏、秩父医療圏、西部第二医療圏、西部第一医療圏、中央医療圏、東部医療圏は圏域内の完結度は高い。

<集計結果サンプル2>
 疾病別にみた県内の主要医療施設

図表 6-13：疾病別にみた県内の主要医療施設

埼玉県

脳卒中【手術有/在院日数 ALL】



シェアが最も高い大里医療圏の I-205 病院でも 5.7%であり、県内でシェア 10.0%以上の病院はない。その他、シェア 5.0%以上の病院は、I-105 病院 (5.3%) である。これら上位 2 病院のシェアは 11.0%となっており、集約化が進んでいない。

<集計結果サンプル3>

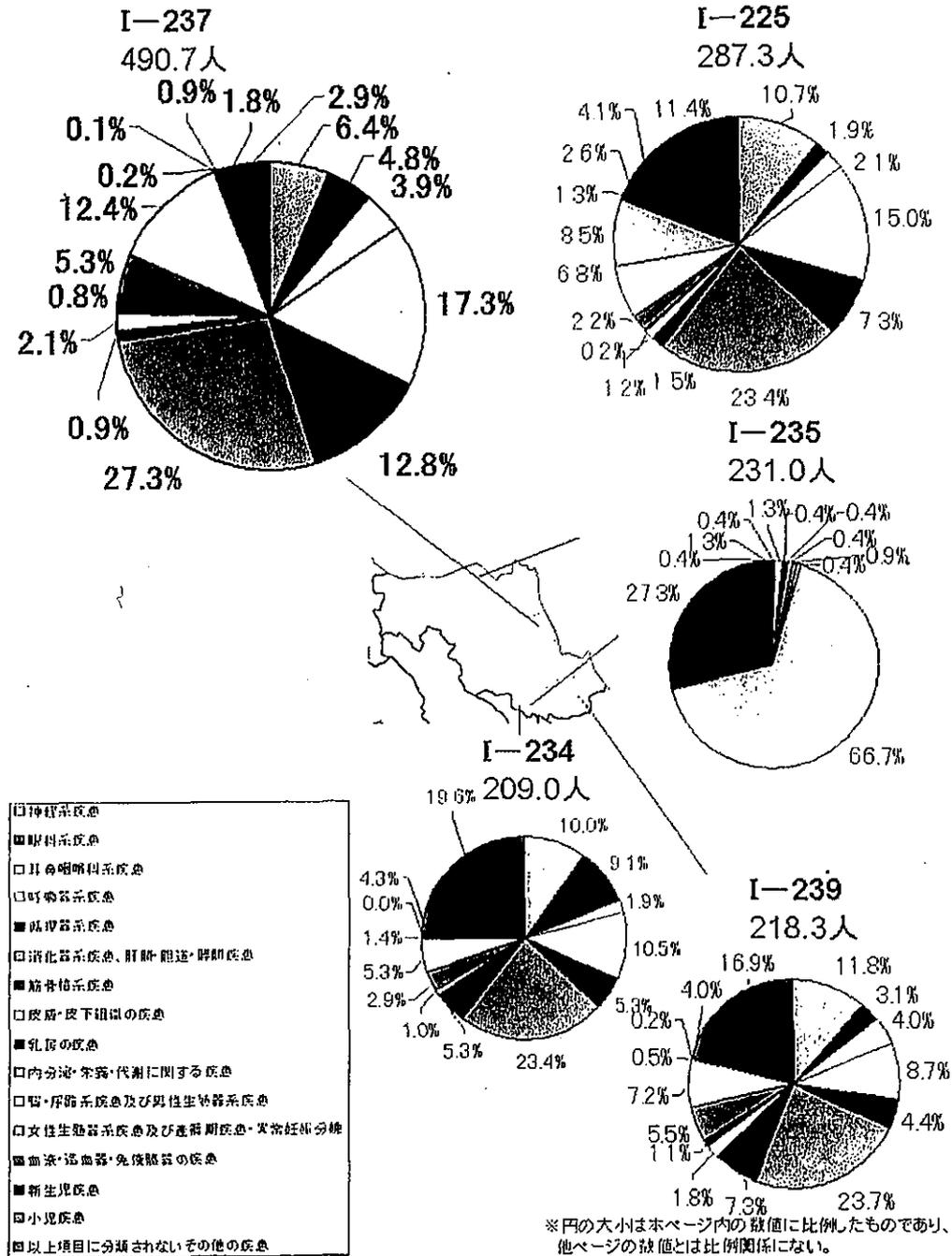
二次医療圏内の医療施設の機能分化の状況

図表 7-29 : 二次医療圏内の医療施設の機能分化の状況

埼玉県

利根医療圏

【手術有&無/在院日数 ALL】



I-237 病院の患者数が突出して多い。I-237 病院は循環器系疾患、呼吸器系疾患、内分泌・栄養・代謝に関する疾患、I-235 病院は産褥期疾患・異常妊娠分娩、新生児疾患に特徴がある。I-225 病院、I-239 病院、I-234 病院は似通った疾患構成になっていて、機能分化は進んでいないと考えられる。

4. 地域医療連携体制の構築と評価に関する研究(研究要旨)

地域医療連携体制の構築と評価に関する研究
分担事業者 恵上 博文 (山口県宇部環境保健所長)

○ 事業協力者： 構築評価グループ (池田和功 (大阪府堺市北保健センター所長)、恵上博文(山口県宇部環境保健所長)、豊田誠 (高知県高知市保健所地域保健課長)、仲宗根正 (沖縄県中央保健所所長)、日高良雄 (宮崎県延岡保健所所長))、事例追跡グループ (恵上博文(山口県宇部環境保健所長)、小谷尚克 (福島県南会津保健所所長)、徳本史郎 (大阪府寝屋川保健所地域保健課長)、山田敬子 (山形県村山保健所医務主幹)、山中朋子 (青森県弘前保健所所長))、助言者： (岡紳爾 (山口県健康福祉部地域医療推進室次長)、武田康久 (厚生労働医政局省医師確保等地域医療対策室長))

○ 要 旨： 地域医療連携体制構築に向けた保健所の企画・調整機能の強化に資するため、全国保健所の取組状況及び先進事例とともに、これまでの現地調査 27 事例 (追跡事例) に関するアンケート調査を実施し、この中の 16 事例 (8 先進事例及び 8 追跡事例) を現地調査した結果について、医療制度改革への対応、医療連携体制の評価、維持期以降の保健所の関与等の視点から検討し、保健所による医療連携体制の構築・評価、維持期以降の関与等のポイントを一定明らかにできた。

A. 目的

地域医療連携体制 (「連携体制」) 構築における保健所の役割及び調整については、昨年度の「地域医療連携体制の構築に関する研究」で一定明らかにされたものの、今後の課題として、連携体制構築の評価、維持期以降の関与等が残された。また、本年度は、医療制度改革の一環である 3 計画 1 構想等 (「制度改革」) の施行年度に当たり、これに対応した保健所の取組も各方面から注目されている。

このため、連携体制構築に向けた保健所の企画及び調整機能の強化に資するべく、全国保健所の取組状況及び先進事例とともに、これまでの現地調査 27 事例 (追跡事例) に関するアンケート調査を実施し、この中の 16 事例 (8 先進事例及び 8 追跡事例) を現地調査した結果について、制度改革への対応、連携体制の評価、維持期以降の関与等の視点から検討し、保健所による連携体制の構築・評価、維持期以降の関与等のポイントを明らかにする。

B. 方法

1 構築評価グループ

- (1) 4 疾病地域医療連携アンケート調査
保健所の取組状況及び現地調査候補事例を把握するため、平成 20 年 7 月に全国 517 保健

所 (県型 389、市型 105 及び区型 23) にアンケート調査を実施 (回答数 479 か所、回答率 92.6% (県型 93.8%、市型 87.6%及び区型 95.7%))。この結果、地域連携パスの試用品・運用中 63 事例 (57 保健所) 及び地域連携パス以外の試用品・運用中 31 事例 (28 保健所)、計 94 事例 (79 保健所) の現地調査候補事例を把握した。地域連携パス以外の取組内容では、脳卒中の大半は地域リハビリテーションシステムに関連する取組、がんの大半は、在宅緩和ケアシステムに関する取組である。

(2) 4 疾病地域医療連携先進事例現地調査

制度改革への対応、連携体制の評価、維持期以降の関与を把握するため、上記候補から電話調査等で 8 事例 (内訳：がん 1、脳卒中 3 及び糖尿病 4) を現地調査事例に選定した。現地調査の項目は、①連携体制の目的、②保健所の役割、③現状調査、④体制づくり、⑤連携の仕組、⑥市町村等との連携、⑦制度改革への対応、⑧連携体制の評価等である。

2 事例追跡グループ

- (1) 地域医療連携先進事例追跡アンケート調査
追跡事例の取組状況及び現地調査候補事例を把握するため、平成 20 年 8 月に平成 18 年度及

び平成 19 年度の現地調査 27 事例にアンケート調査を実施（回答事例 25、回答率 92.6%）。

(2) 地域医療連携先進事例追跡現地調査

制度改革への対応、連携体制の評価及び維持期以降の関与を把握するため、電話調査等で 8 事例（内訳：がん 1、脳卒中 1、脳卒中・大腿骨頸部骨折 1、急性心筋梗塞 1、糖尿病 1、災害医療 1、小児救急医療 1 及び精神医療 1）を現地調査事例に選定した。現地調査の項目は、構築評価グループのものに加えて、保健所が継続的に関与する又は関与を始めることに関する①経緯、②要因、③意義、④役割、⑤課題、⑥期待等である。

C. 結果及び考察

1 医療制度改革への対応

まず、4 疾病の地域連携パスに関する全国保健所の取組状況をみると、試用中・運用中の保健所は 57 か所で回答保健所の 11.9%、協議中は 168 か所で 35.1%、合計 231 か所で 48.2%である。

次に、57 か所の試用中・運用中の 63 事例を開始年度別にみると、医療制度改革関連法が成立した平成 18 年度以降が 59 事例で 93.7%、更に疾病別にみると、脳卒中が 47 事例で 74.6%を占めているなど、平成 19 年 7 月厚生労働省指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について（脳卒中の医療体制は優先的な取組が必要等）」に対し、保健所が一定対応している状況にある。

そして、現地調査事例においても、当初は地域保健又は地域医療の課題として着手する中、制度改革を契機にして、医療計画又は健康増進計画に位置づけられ、当該計画の反映、取組の促進及び体制の整備が図られるなど、上記通知の「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」等に対しても、保健所が一定対応している状況にある。

これを疾病別にみると、脳卒中（多摩立川保健所・岡山保健所の各事例）では、脳卒中発作の程度に応じ、適切な医療機関に早期に搬送できるよう、メディカルコントロール協議会と連携しながら、ワイドトリアージ及びストロークバイパスの

ための救急救命士及び主治医の研修など、病院前救護まで連携範囲を拡大している。また、糖尿病（五所川原保健所・米子保健所・筑紫保健所・北部保健所の各事例）では、特定健診による要医療者等に対し、日本糖尿病学会の診療ガイドラインに基づき、標準的な診療を実施する診療協力医の登録制度創設及び地域連携パスをはじめとする保健・医療連携に取り組んでいる。

2 医療連携体制の評価

まず、糖尿病等において、連携体制の構築が奏効するまでには、少なくとも数年を要することから、その間の取組の進捗管理が必要になる。現地調査事例でも、連携体制の拡大・縮小に関する参加医師数、参加機関数及び参加職員数、連携体制の利用患者数等のアウトプット（進捗管理）指標が設定・活用されていることから、「医療体制構築指針」に例示するストラクチャー指標、プロセス指標及びアウトカム指標に加えて、アウトプット指標を設定する重要性を認識できた（板橋区保健所・岡山保健所・須崎保健所・米子保健所・北部保健所・砺波厚生センターの各事例）。

次に、連携体制を客観的に評価するためには、患者登録制度を整備して、その医療費等アウトカムのデータを収集・分析し、未利用者と比較検討することが望ましい。一定の評価の水準を一定期間確保するためには、データの収集・入力・分析を行う人員・予算の確保等評価体制の整備が必要となるものの、現地調査事例によっては、厳しい行財政改革の中、利用者の増加に伴って、近い将来、評価体制の維持が困難になることも懸念された（新川厚生センター・松江保健所の各事例）。

そして、評価データを収集するためには、連携体制の構築メリットを継続的に提示することなどにより、データ提供機関のモチベーションの維持を図ることが必要になるものの、現地調査事例によっては、データ提供機関の書類作成業務が増大する中、取組の長期化に人事異動等も相俟って、データ収集体制の維持が困難になることも懸念された（砺波厚生センターの事例）。

以上から、①連携体制の拡大・縮小に関するア

アウトプット指標を設定するとともに、②評価水準及び構築メリットと所要の人員及び予算との間に適切なバランスを維持することの重要性に加え、③連携体制の評価に必要な圏域単位の各種指標を効果的・効率的に把握できる体制整備の在り方を課題として認識できた。

3 維持期以降の関与

現地調査追跡事例における保健所の関与状況は、①保健所主体の連携体制を医師会・医療機関主体に移行しているもの(八女保健所の事例)、②保健所主体の連携体制を継続・拡充しているもの(大船渡保健所・砺波厚生センター・松江保健所・新川厚生センターの各事例)、③医師会・医療機関主体の連携体制に保健所が関与を開始しているもの(新川厚生センター・福山地域保健所・岐阜市保健所の各事例)に分類することができた。

その関与の内容をみると、協議会の事務局又は委員としての関与が最も多かったが、構築した連携体制の運用を中心とした検討は、医師会・病院に運用主体が移行して、保健所は、地域住民及びスタッフに対する普及・啓発のほか、人材育成のための研修の企画、より広域的な調整など、関与の内容が変化している。

その関与のポイントをみると、①では、連携体制運営の自立に向けて、協議会の一委員として運営に参加し、必要に応じ、支援できる間合いで関与することである。②では、保健所内で担当者の人事異動があっても、連携体制が縮小しないよう、関係者との平素からの保健所の役割に関する共有、関係者との顔の見える人間関係の構築、構築成果の継続的な関係者への提示等関係者のモチベーションを維持できるよう関与することである。③では、医師会・医療機関主体の連携体制に公共性を付与するとともに、保健所の公平・公正な調整、地域住民への普及・啓発等によって、連携体制の運用圏域の拡大、医療連携体制への参加機関の増加、連携体制の利用患者の増加等構築主体からの要請の趣旨を実現できるよう関与することである。こうした維持期以降の関与のポイントについては、チェック票を作成することができた。

4 市型保健所の役割

17 指定都市(58 保健所)及び 39 中核市(39 保健所)は、都道府県の県庁所在地等の主要都市から構成され、全人口の 35.5%(平成 17 年 10 月)及び全病院数の 32.1%(平成 18 年 10 月)を所管しているが、地域連携パス等の試用中・運用中の市型保健所は、県型保健所 70 か所(119.2%)に比べると、4 か所(4.3%)と大幅に低くなっている。これは、連携体制構築が、医療法で都道府県の役割として法定されていることによるとと思われるものの、平成 19 年 7 月厚生労働省総務課長通知「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」では、県型保健所とともに市型保健所にも、その役割に関する留意事項を定めている。

何よりも、既述の性格・規模・機能の人口・病院を所管する市型保健所が、一定の役割及び関与を果たさなければ、県型保健所のみでは、当該市での連携体制構築は容易ではないことから、先進事例に関する現地調査によって、その役割及び関与について、具体的に検討することが、今後の重要課題であると認識した。

D. 結論及び今後の計画

医療制度改革に伴う 3 計画 1 構想等の施行年度等に当たり、制度改革への対応、連携体制の評価、維持期以降の関与等の視点から現地調査事例等を検討した結果、保健所による連携体制の構築・評価への関与、維持期以降の関与等のポイント等を一定明らかにすることができた。

今後は、本年度、課題とされた①連携体制構築の進捗管理の進め方、②市型保健所の具体的な役割・関与、③県型保健所と市型保健所との連携等について、先進事例調査及び追跡事例調査を継続しながら、医療連携体制構築に関する保健所の企画・調整のポイントを更に検討していきたい。

E. 発表

論文発表及び学会発表はともにない。

4 疾病地域医療連携アンケート調査の概要

1 目的

保健所の取組状況及び現地調査候補事例の把握

2 時期

平成20年7月

3 対象

全国517保健所（県型389、市型105及び区型23）

4 方法

郵送法によるアンケート調査

5 回答数・率

479保健所（92.6%：県93.8%、市87.6%及び区95.7%）

6 主な項目

- 連携パスの取組：①対象疾病、②進行段階
- 連携パス以外の取組：①取組年度、②対象疾病、③連携部位、④連携内容、⑤進行段階、⑥医療機関の参加、⑦保健所の取組

7 主な結果

- 地域連携パスの取組
 - ・ 約3割の保健所が取組んでいる。
 - ・ 平成18年度以降の事例が63事例中59事例(93.7%)。
 - ・ 59事例のうち脳卒中が43例(72.9%)。
- 地域連携パス以外の取組
 - ・ 約2割の保健所が取組んでいる。
 - ・ がんの事例の大半は、在宅緩和ケアシステムの関連。
 - ・ 脳卒中の事例は、地域リハビリテーションシステム、脳卒中情報システム及び救急搬送システムの関連。
 - ・ 糖尿病の事例は、特定健診・特定保健指導に関連するもの。
- 設置主体別の保健所の取組
県型保健所の19.2%に比べ、市型保健所は4.3%と低い。

8 総括

- 地域連携パス運用等地域医療連携体制構築に一定関与している。
- 市型保健所の役割や関与に関する検討は重要課題である。

4 疾病地域医療連携先進事例現地調査の概要

1 目的

医療制度改革への対応、連携体制の評価・維持期以降の関与の把握

2 時期

平成20年10月～12月

3 対象

先進事例を有する8保健所（県型6、市型1及び区型1）

4 主な項目

- ①連携体制の目的、②保健所の役割、③現状調査、④体制づくり、⑤仕組、⑥市町村等との連携、⑦制度改革への対応、⑧体制の評価

5 主な結果

- 医療制度改革への対応1（多摩立川保健所・岡山保健所）
 - ・ 脳卒中事例では、救急救命士への研修、MC協議会との連携、ワイドトリアージ・ストロークバイパスのための主治医研修など、病院前救護まで連携範囲を拡大している。

- 医療制度改革への対応2（五所川原保健所・米子保健所・筑紫保健所・沖縄県北部保健所）
 - ・ 糖尿病では、特定健診の要医療者等に、診療ガイドラインに即し、標準的な診療を実施する診療協力医の登録制度創設及び地域連携パスをはじめとする保健・医療連携に取り組んでいる。
- 連携体制の評価（板橋区保健所・多摩立川保健所・岡山保健所・須崎保健所・米子保健所・北部保健所）
 - ・ 連携体制の拡大・縮小に関する参加医師数、参加機関数及び参加職員数、連携体制の利用患者数等のアウトプット（進捗管理）指標が、設定・活用されている。

6 総括

- 平成19年7月厚生労働省指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について（脳卒中の医療体制は優先的な取組が必要等）」に対し、保健所が、一定対応している。
- 連携体制の拡大・縮小に関するアウトプット指標を設定するとともに、重要性を認識できた。

構築評価グループによる先進事例現地調査事例

- 1 乳がん地域連携支援パス作成事業（東京都板橋区保健所）
- 2 脳卒中医療連携推進事業（東京都多摩立川保健所）
- 3 脳卒中地域医療連携システム構築・急性期医療充実強化事業（岡山県岡山保健所）
- 4 高幡チャートによる地域リハビリテーション（脳卒中）医療連携推進（高知県須崎保健所）
- 5 糖尿病保健医療連携支援システム構築事業（青森県五所川原保健所）
- 6 糖尿病予防対策協力医登録事業（鳥取県米子保健所）
- 7 特定健診から始まる糖尿病医療連携体制構築（福岡県筑紫保健所）
- 8 糖尿病地域医療連携パス事業（沖縄県北部保健所）

地域医療連携先進事例追跡アンケート調査

1 目的

維持期以降の関与状況及び現地調査候補事例の把握

2 時期

平成20年8月

3 対象

平成18年度・平成19年度の現地調査27事例(豊中保健所を除く。)

4 方法

郵送法によるアンケート調査

5 主な項目

- ①目的の達成状況、②医療計画上の位置づけ、③保健所関与の状況
- ④事業の状況・実績、⑤制度改革による見直し、⑥事業展開の課題、
- ⑦他の事業・地域への波及

6 回答数・集計対象

25事例(92.6%)のうち、集計対象は保健所の未関与を除く23事例。

7 主な結果

- 保健所の関与は、25回答事例のうち23事例、その内訳は継続が20事例及び開始が3事例、主な内容は、協議会の事務局、移設後は一委員として関与、普及・啓発、研修会及び症例検討会。
- 事業の実施状況は、未関与2事例を除く22回答事例のうち、継続が8事例及び終了が14事例、以下の回答事例は未関与2事例を除く。
- 医療計画への記載は、21回答事例のうち15事例、更に評価指標までのものは、そのうち7事例。
- 目標の達成は、21回答事例のうち20事例。
- 連携体制の拡大は、16回答事例のうち14事例。
- 制度改革対応による見直しの必要は、18回答事例のうち7事例。

8 総括

- 保健所の関与は、ほとんどの事例で継続又は開始しており、維持期以降になると、その内容は、普及・啓発、研修会等が中心になるなど、連携体制構築の進行段階に応じ、変化している。
- 制度改革による見直しは、約4割の事例で必要になっている。

平成18年度先進事例現地調査16事例

が ん	在宅緩和ケア推進	宮城県仙南保健所
脳卒中	地域連携バスの作成・普及	青森県青森保健所
		島根県出雲保健所
救急医療	救急体制の機能強化	宮崎県高鍋保健所
災害医療	保健医療リスク管理システムの構築	岩手県大船渡保健所
	大規模災害医療救護体制の構築	長野県飯田保健所
周産期医療	産科医療体制の再構築	長野県飯田保健所
小児医療	初期救急医療体制のための医師確保	愛知県岡崎市保健所
	初期救急センターの整備	大阪府豊中保健所
	救急医療体制の整備	福岡県八女保健所
精神医療	精神科地域連携バスの運用	富山県砺波厚生センター
	長期入院患者の退院促進	島根県出雲保健所
医療安全	医療相談対応能力の強化	茨城県つくば保健所
医師確保	医師不足に対する対応	宮城県仙南保健所
病床調整	二次医療圏域内の病床調整	兵庫県龍野保健所
		広島県福山地域保健所

平成19年度先進事例現地調査12事例

が ん	在宅緩和ケアの地域連携バスの運用	福島県県北保健福祉事務所
	在宅緩和ケアの地域連携バスの運用	中川医院(富山県下新川郡)
	在宅緩和ケアの医療連携体制の整備	広島県福山地域保健所
脳 卒 中	地域連携バスの構築	富山県新川厚生センター
	地域リハビリテーションの推進	大阪府豊中保健所
	地域連携バスの運用	大田記念病院(広島県福山市)
心筋梗塞	急性期患者搬送連携システムの運営	東京都多摩立川保健所
	急性期救急搬送システムの運営	東京都CCU・東京都
	統一地域連携バスの運用	岐阜県岐阜市医師会
糖 尿 病	統一地域連携バスの運用	山形県酒田市医師会
	循環型地域連携バス(わかしおネット)	千葉県立東金病院
	患者管理システム・患者家族会	島根県松江保健所

注：網掛は、保健所の関与事例。

地域医療連携先進事例追跡現地調査の概要

1 目的

制度改革への対応、連携体制の評価及び維持期以降の関与の把握

2 時期

平成20年11月～12月

3 対象

追跡事例を有する8保健所（県型7及び市型1）

4 主な項目

構築評価グループの項目に加え、関与している①経緯、②意義、③関与できている要因、④関与上の課題、⑤保健所への期待等。

5 主な結果

○ 連携体制の評価

- ・ 厳しい行財政改革の中、利用者の増加に伴って、近い将来、患者登録制度による客観的な評価体制の維持が困難になることも懸念されている（新川厚生センター・松江保健所）。

○ 連携体制の評価

- ・ 連携体制の構築メリットを継続的に提示することなどにより、データ提供機関のモチベーションの維持を図っているものの、データ提供機関の書類作成業務が増大する中、取組の長期化に人事異動等も相俟って、データ収集体制の維持が困難になることも懸念されている（砺波厚生センター）。

○ 維持期以降の保健所の関与

連携体制の構築期は、当該体制の企画・調整、維持期以降には、連携体制の自立に向けて、相談・助言、連携体制の評価、保健師による調整、情報の収集・整理が、期待されている（八女保健所 新川厚生センター）。

○ 市町村との協働

連携体制の創設期は、市町村保健師の相談相手、構築期・維持期には、関係機関の調整者、更に発展期には、5か年行動計画の策定を提案する俯瞰者として協働している（松江保健所）。

- 医療機関主体の連携体制への関与の開始
 - ・ 保健所は、医療監視機関として警戒されていたため、暫く付かず離れずの間合いで関与し、医師会の取組に発展した時機で声掛けし、医師会との協働体制を整備した(新川厚生センター)。
 - ・ 保健所の関与の目的は、医療連携体制の整備を旨であるが、相手方は、参加機関の拡大である(福山地域保健所)。

6 総括

- 連携体制の拡大・縮小に関するアウトプット指標を設定するとともに、評価水準や構築メリットと所要の人員・予算との間に適切なバランスを確保・維持することの重要性を認識できた。
- 保健所に期待される役割は、関係機関によって、また、進行段階によって異なってくることから、保健所には、こうした多様な期待に柔軟に対応することが必要である。

事例追跡グループによる現地調査 8 事例

分類1 保健所主体の医療連携体制を医師会主体に移行しているもの

- ① 小児救急医療連携体制運営への支援(福岡県八女保健所)

分類2 保健所主体の医療連携体制を継続・拡充しているもの

- ② 脳卒中・大腿骨頸部骨折地域医療連携パスの運用(富山県新川厚生センター)
- ③ 安来能義地域の糖尿病地域医療連携体制構築(島根県松江保健所)
- ④ 保健医療リスクマネジメントシステム構築(岩手県大船渡保健所)
- ⑤ 精神科地域医療連携パスの運用(富山県砺波厚生センター)

分類3 医師会・医療機関主体の医療連携体制に保健所が関与を開始しているもの

- ⑥ 在宅終末期医療地域連携パスの運用拡大(富山県新川厚生センター)
- ⑦ 脳卒中地域連携パスの運用拡大(広島県福山地域保健所)
- ⑧ 急性心筋梗塞地域連携パスの運用拡大(岐阜県岐阜市保健所)

5. へき地保健医療対策の現状

これまでの対策

- 山村、離島等のへき地における医療の確保については、昭和31年度から9次にわたる「へき地保健医療計画」を策定し、二次医療圏単位で各種施策を講じてきた。
- これに伴い無医地区数は以前に比べ大きく減少。

【無医地区の変遷】

調査年	無医地区数	人口
昭和41年	2,920	119万人
昭和48年	2,088	77万人
昭和59年	1,276	32万人
平成6年	997	24万人
平成11年	914	20万人
平成16年	787	16万人
平成21年	705	14万人

※無医地区：医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、通常の交通機関を利用して医療機関まで片道1時間超を要する地域など。

現在のとりくみ

- 医療資源の都市部偏在等により二次医療圏単独では医療過疎地域の医療需要に対応しきれないため、より広域的に都道府県単位でのへき地対策を講じているところ（平成18年度からは、第10次「へき地保健医療計画」を実施ししており、平成23年度から第11次「へき地保健医療計画」を開始予定）。

[主要事項]

(1) へき地医療支援機構

概要：都道府県単位で設置し、へき地診療所等からの代診医の派遣要請等、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行う。

箇所数：39か所（平成21年3月31日現在）

(2) へき地医療拠点病院

概要：都道府県単位での指導・調整の下に「へき地診療所」への医師派遣、「へき地診療所」の無い無医地区等を対象とした巡回診療等を行う。

箇所数：263病院（平成21年7月31日現在）

補助先：都道府県の指定した病院
（運営費（医師派遣、巡回診療実施のための人件費等）、施設・設備整備）

実績：医師派遣 122病院
巡回診療 97病院

(3) へき地診療所

概要：無医地区において診療所を整備し、地域住民の医療確保を図る。

箇所数：1,063か所〔国保診療所含む〕(平成20年3月31日現在)

補助先：都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連、北社協他
(運営費(診療実施のための人件費等)、施設・設備整備)

(4) へき地保健指導所

概要：無医地区等にへき地保健指導所を整備し、保健医療の機会に恵まれない住民に対する保健指導を行う。

箇所数：43か所(平成20年3月31日現在)

補助先：都道府県、市町村

(5) へき地巡回診療車(船・へり)

概要：無医地区等の医療の確保を図るため巡回診療を実施する。

※離島巡回診療へりは平成19年度より実施(1機：鹿児島県)

(6) へき地患者輸送車(艇)

概要：患者輸送車を整備し、へき地の患者を最寄医療機関まで輸送する。

医療提供体制施設整備交付金の概要

I 予算額

平成23年度予算案
4,928百万円

II 要旨

新たな医療計画制度の実効性を確保し、医療提供体制と地域保健及び健康増進体制との連携強化を図る観点から、都道府県の作成した「医療計画に基づく事業計画」により、都道府県が自主性・裁量性を発揮できる助成制度の仕組みとして、救急医療施設、周産期医療施設等の施設整備を支援するもの。

III 「計画に基づく施策の実施（施設）」に対して助成を行う

医 療 計 画

都道府県は「医療計画に基づく事業計画」を策定

「医療提供体制施設整備交付金」を各都道府県に交付

IV 交付対象

補助対象施設: 公的団体(○印除く)、民間事業者(※印除く)

交付金対象事業区分		
休日夜間急患センター	小児医療施設	地震防災対策医療施設耐震整備
病院群輪番制病院	周産期医療施設	医療機器管理室○
共同利用型病院	院内感染対策施設○	内視鏡訓練施設○
(地域)救命救急センター	看護師勤務環境改善○	医療施設耐震整備 ○
小児救急医療拠点病院	看護師宿舎○	アスベスト除去等整備
がん診療施設	医療施設近代化施設	小児初期救急センター施設
医学的リハビリテーション施設※	特殊病室施設	肝移植施設
不足病床地区病院※	基幹災害医療センター	院内助産所・助産師外来施設
特定地域病院※	地域災害医療センター	病院内保育所
共同利用施設(開放型病棟等)○	治験施設○	地球温暖化対策
看護師等養成所○	歯科衛生士養成所○	救急ヘリポート
腎移植施設	病児・病後児保育施設	看護師等養成所修業年限延長施設
小児集中治療室	地域療育支援施設	看護教員養成講習会

医療提供体制推進事業費補助金の概要

I 予算額

平成23年度予算案
25,939百万円

II 要旨

新たな医療計画制度の実効性を確保し、医療提供体制と地域保健及び健康増進体制との連携強化を図る観点から、都道府県の作成した「医療計画に基づく事業計画」により、都道府県が自主性・裁量性を発揮できる助成制度の仕組みとして、救急医療等の経常的な経費の補助を行うもの。

III 補助制度の概念

医療計画

都道府県は「医療計画に基づく事業計画」を策定

「医療提供体制推進事業費補助金」を各都道府県に交付

IV 医療提供体制推進事業費補助金の事業構成

補助対象事業：都道府県(☆印除く)、市町村(★印除く)、公的団体(○印除く)、民間事業者(※印除く)

(目) 医療提供体制推進事業費補助金

25,939,205 千円

1 救急医療等対策(運営費)

小児救急電話相談事業★○※、小児救急医療支援事業、小児救急医療拠点病院運営事業、救命救急センター運営事業☆★、ドクターヘリ導入促進事業、救急医療情報センター運営事業★○※、受入困難事案患者受入医療機関支援事業、周産期母子医療センター運営事業、新生児医療担当医確保支援事業、地域療育支援施設運営事業、日中一時支援事業 等

2 看護職員確保対策等(運営費)

病院内保育所運営事業☆★○、新人看護職員研修事業、短時間正規雇用等看護職員の多様な勤務形態導入支援事業、外国人看護師候補者就労研修支援事業、看護職員資質向上推進事業、在宅歯科医療連携室整備事業★○※ 等

3 地域医療確保等対策(運営費)

医療連携体制推進事業★○※、女性医師等就労支援事業、産科医等確保支援事業、医師派遣等推進事業 等

4 医療提供体制設備整備費

V 医療提供体制設備整備費の事業区分補助対象

▶統合補助金の事業については、前項の「IV 医療提供体制推進事業費補助金の事業構成」で説明したところであるが、「4 医療提供体制設備整備費」はさらに細分化された事業区分(いわゆるメニュー事業)が補助対象となる。

補助対象事業区分		
休日夜間急患センター☆☆	人工腎臓不足地域☆☆	環境調整室○※
病院群輪番制病院☆☆	小児医療施設☆☆	NBC災害・テロ対策設備
共同利用型病院☆☆	周産期医療施設☆☆	内視鏡訓練施設設備☆☆
救命救急センター☆☆	看護師等養成所初度設備☆☆	小児初期救急センター設備☆☆
高度救命救急センター☆☆	看護師等養成所教育環境改善☆☆	院内助産所・助産師外来設備☆☆
小児救急医療拠点病院☆☆	理学療法士等養成所初度設備☆☆	医療機関アクセス支援車○※
小児救急遠隔医療設備☆☆	院内感染対策設備☆☆	在宅訪問歯科診療設備
がん診療施設☆☆	基幹災害医療センター☆☆	地域療育支援施設設備☆
医学的リハビリテーション施設☆☆※	地域災害医療センター☆☆	小児集中治療室☆☆
共同利用施設(高額医療機器)☆☆	H L A 検査センター☆☆	歯科衛生士養成所初度設備☆☆

VI 補助率等

▶ 補助率 1/2 1/3 定額(10/10)

▶ 交付先 都道府県(☆印除く)、市町村(★印除く)、公的団体(○印除く)、民間事業者(※印除く)

医療施設等 設備 整備費補助金の概要

I 予算額

平成23年度予算案

830,504千円

II 要旨

へき地・離島の住民に対する医療の確保など、国が特に責任を果たしていく必要があることから、離島を含むへき地に所在する医療施設等に対する補助制度は従前のおり存続させるもの。

III 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》（事業実施主体）	補助率
へき地医療拠点病院（公立・公的・民間）	1/2
へき地診療所（公立・公的・民間）	1/2、3/4
へき地患者輸送車（艇）（公立）	1/2
へき地巡回診療車（船）（公立・公的・民間）	1/2
離島歯科巡回診療用設備（都道府県）	1/2
過疎地域等特定診療所（公立）	1/2
へき地保健指導所（公立）	1/3、1/2
へき地・離島診療支援システム（公立・公的・民間）	1/2
沖縄医療施設（公立・公的）	3/4
奄美群島医療施設（都道府県）	1/2
地域医療充実のための遠隔医療設備（公立・公的・民間）	1/2
臨床研修病院支援システム（公的・民間）	1/2
離島等患者宿泊施設設備（公立・公的・民間）	1/3
産科医療機関設備（公立・公的・民間）	1/2
死亡時画像診断システム設備（公立・公的・民間）	1/2

医療施設等 施設 整備費補助金の概要

I 予算額

平成23年度予算案
451,386千円

II 要旨

へき地・離島の住民に対する医療の確保など、国が特に責任を果たしていく必要があることから、離島を含むへき地に所在する医療施設等に対する補助制度は従前のおり存続させるもの。

III 補助対象

補助対象事業《メニュー区分》（事業実施主体）	補助率
へき地医療拠点病院（公立・公的・民間）	1/2
へき地診療所（公立・公的・民間）	1/2
過疎地域等特定診療所（公立）	1/2
へき地保健指導所（公立）	1/3、1/2
研修医のための研修施設（民間）	1/2
臨床研修病院（民間）	1/2
医師臨床研修病院研修医環境整備（民間）	1/3
産科医療機関（公立・公的・民間）	1/3
離島等患者宿泊施設（公立・公的・民間）	1/3
死亡時画像診断システム施設（公立・公的・民間）	1/2

医療施設運営費等補助金の概要

I 予算額

平成23年度予算案
2,866百万円

II 要旨

離島、山村等の医療に恵まれない地域住民の医療の確保、地域医療支援センターによる医師確保対策、地域住民の救急医療の確保、医療施設の耐震診断の実施による安全性の向上等に必要な経費の補助を行うもの。

III 事業構成

※は公立分が補助対象とならない事業

(項)医療提供体制確保対策費
(目)医療施設運営費等補助金

2,866,354千円

1 へき地保健医療対策事業

へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所、へき地巡回診療車（船）、離島巡回診療ヘリ、へき地保健指導所等の運営事業

2 救急医療対策事業

救急医療支援センター運営事業、救急医療トレーニングセンター運営事業、

3 ※医療施設耐震化促進事業

4 地域医療確保支援事業

産科医療機関確保事業
地域医療支援センター（仮称）運営事業

5 災害医療対策事業

災害医療調査ヘリコプター運営事業、災害医療チーム（DMAT）事務局経費、災害医療チーム（DMAT）訓練補助金、災害拠点病院等活動費

6 医療の質の評価・公表等推進事業

7 外国人受入医療機関認証制度開発のための支援事業

IV 補助率等

- 補助率 3/4 2/3 1/2 1/3 定額
- 交付先 都道府県、市町村、公的団体、民間事業者

7. 都道府県別医療法人数

平成22年3月31日現在

都道府県名	医療法人 (総数)				出資額 限度法 人 (百億)	基金拠 出型法 人 (百億)	特定医療法人 (再掲)				特別医療法人 (再掲)				社会医療法人 (再掲)				厚生労働大臣所管法人 (再掲)				一人医師医療法人 (再掲)				備考
	総数	財団	社	団			総数	財団	社	団	総数	財団	社	団	総数	財団	社	団	総数	財団	社	団	総数	医科	歯科		
																										総数	
1北 海 道	2,376	5	2,371	166	28	24	33	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	1,847	1,346	501			
2青 森 県	338	4	334	14	3	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	279	225	54			
3岩 手 県	322	3	319	29	2	23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	256	210	46			
4宮 城 県	725	9	716	673	3	39	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	577	505	72			
5秋 田 県	431	4	429	300	9	8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	239	184	55			
6山 形 県	431	2	429	415	6	11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	381	318	63			
7福 島 県	774	3	771	728	43	3	1	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	682	593	89			
8茨 城 県	805	2	803	751	52	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	576	479	97			
9栃 木 県	711	3	708	676	32	1	2	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	513	451	62			
10群 馬 県	793	3	790	686	44	12	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	614	522	92			
11埼 玉 県	2,105	17	2,088	1,951	137	9	1	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	1,762	1,346	416			
12千 葉 県	1,605	10	1,595	1,497	98	3	82	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	1,342	1,003	339			
13東 京 県	4,799	100	4,699	4,162	537	18	200	16	6	10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2,988	2,988	1,185				
14神 奈 川 県	2,672	38	2,634	2,414	220	4	188	19	4	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2,270	1,694	576				
15新 潟 県	888	8	880	832	48	6	4	7	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	801	657	144				
16富 山 県	253	6	247	239	8	2	6	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	183	137	46				
17石 川 県	409	5	404	393	11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	346	269	77				
18福 井 県	290	4	286	275	11	3	6	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	230	185	45				
19山 梨 県	209	3	206	193	13	3	2	5	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	164	142	22				
20山 西 県	696	8	688	658	30	3	21	6	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	590	484	106				
21岐 阜 県	645	6	645	606	39	2	19	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	515	434	81				
22静 岡 県	1,223	2	1,221	1,176	45	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1,094	966	128				
23愛 知 県	1,767	9	1,758	1,681	77	11	60	18	2	16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,394	1,174	220				
24三 重 県	606	1	605	575	30	7	18	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	503	430	73				
25滋 賀 県	387	3	386	370	17	3	13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	340	299	41				
26京 都 府	848	24	824	786	38	3	28	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	682	574	108				
27大 阪 府	3,443	34	3,409	3,248	161	133	16	3	13	3	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	3,149	2,561	588				
28兵 庫 県	1,832	20	1,812	1,724	88	1	66	23	3	20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,617	1,353	264				
29兵 庫 県	411	9	402	370	32	2	29	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	321	286	35				
30和 歌 山 県	386	3	386	382	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	310	269	41				
31鳥 取 県	323	6	317	304	13	7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	257	201	56				
32鳥 取 県	338	2	336	320	16	1	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	276	224	52				
33岡 山 県	905	1	904	861	43	2	1	18	1	17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	754	629	125				
34広 島 県	1,303	1	1,302	1,249	53	8	33	8	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,117	967	150				
35山 口 県	693	3	690	673	17	6	10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	573	513	60				
36徳 島 県	568	1	568	543	25	2	21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	490	389	101				
37香 川 県	477	6	471	442	29	2	16	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	399	332	67				
38香 川 県	866	5	861	813	48	40	6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	734	589	145				
39高 知 県	376	1	375	360	15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	321	286	35				
40徳 島 県	2,427	9	2,418	2,297	121	9	93	20	1	19	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1,935	1,662	273				
41佐 賀 県	369	1	368	346	22	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	281	231	50				
42長 崎 県	780	7	773	743	30	3	20	8	1	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	627	524	103				
43熊 本 県	975	4	971	933	38	10	19	14	4	14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	761	634	127				
44大 分 県	603	6	597	573	24	7	13	8	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	428	371	57				
45宮 崎 県	539	3	536	507	29	3	14	9	1	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	429	363	66				
46鹿 児 島 県	986	2	984	936	58	12	26	9	1	8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	813	663	160				
47沖 縄 県	449	2	449	426	23	13	6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	363	299	64				
計	45,989	393	45,596	42,902	2,694	234	1,656	382	51	331	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	38,231	30,862	7,369				

*一人医師医療法人(再掲)
欄には、昭和61年9月以前に
設立された医療法人で、調査
時点において、医師等しくは
歯科医師が常時3人未満の診
療所も含まれている。

8.社会医療法人の認定状況について

平成23年1月1日現在

都道府県	法人名	主たる事務所の所在地	理事長氏名	認定年月日	施設の名称
					業務の区分
北海道	社会医療法人社団 カレスサツポロ	北海道札幌市中央区北1条東1-2-3	西村 昭男	平成20年7月10日	北光記念病院 救急医療
	社会医療法人 函館渡辺病院	北海道函館市湯川町1-31-1	川口 崇	平成20年11月1日	函館渡辺病院 精神科救急医療
	社会医療法人 北斗	北海道帯広市稲田町基線7番地5	橋本 郁郎	平成21年3月1日	北斗病院 救急医療
	社会医療法人 孝仁会	北海道釧路市愛国191番212	齋藤 孝次	平成21年3月1日	孝仁会記念病院 救急医療
	社会医療法人 禎心会	北海道札幌市東区北44条東8丁目1番6号	徳田 禎久	平成22年3月1日	禎心会病院 救急医療 新札幌恵愛会病院 へき地医療
	社会医療法人 友愛会	北海道登別市鷺別町2丁目32番地1	遠藤 秀雄	平成22年3月1日	友愛会恵愛病院 精神科救急医療
	社会医療法人 母恋	北海道室蘭市新富町1-5-13	勝木 良雄	平成22年3月1日	日鋼記念病院 救急医療 災害医療 小児救急医療 天使病院 周産期医療
	社会医療法人 恵和会	北海道札幌市豊平区西岡4条4丁目1番52号	西澤 寛俊	平成22年9月1日	西岡病院 へき地医療
	社会医療法人 恵佑会	北海道札幌市白石区本通14丁目北1番1号	細川 正夫	平成22年9月1日	恵佑会札幌病院 へき地医療
	社会医療法人社団 即仁会	北海道北広島市栄町1丁目5番地2	鈴木 勝美	平成22年9月1日	北広島病院 へき地医療
青森県	社会医療法人 博進会	青森県三戸郡南部町大字沖田面字千刈36番地2	小笠原 博	平成20年12月1日	南部病院 救急医療
秋田県	社会医療法人 明和会	秋田県秋田市南通みその町3番33号	佐々木 一男	平成21年2月1日	中通総合病院 救急医療
	社会医療法人 興生会	秋田県横手市根岸町8番21号	杉田 多喜男	平成21年4月1日	横手興生病院 精神科救急医療
山形県	社会医療法人 公德会	山形県南陽市桐塚948番地の1	佐藤 忠宏	平成22年1月1日	佐藤病院 精神科救急医療
福島県	社会医療法人 福島厚生会	福島県福島市北沢又字成出16番地の2	星野 俊一	平成20年11月1日	福島第一病院 救急医療
	社会医療法人 一陽会	福島県福島市八島町15番27号	寺山 賢次	平成21年10月1日	一陽会病院 精神科救急医療
栃木県	社会医療法人 博愛会	栃木県那須塩原市大黒町2番5号	菅間 博	平成21年1月1日	菅間記念病院 救急医療
	社会医療法人 恵生会	栃木県さくら市氏家2650番地	佐藤 郁夫	平成21年4月1日	黒須病院 救急医療
群馬県	社会医療法人 輝城会	群馬県沼田市栄町8	西松 輝高	平成21年7月1日	沼田脳神経外科循環器科病院 救急医療
埼玉県	社会医療法人社団 新都市医療研究会〔関越〕会	埼玉県鶴ヶ島市大字脚折145-1	塙 正男	平成22年4月1日	関越病院 救急医療
千葉県	社会医療法人 菊田会	千葉県習志野市津田沼5-5-25	三橋 稔	平成22年4月1日	習志野第一病院 救急医療
	社会医療法人 木下会	千葉県松戸市金ヶ作107番地の1	徳田 虎雄	平成22年4月1日	千葉西総合病院 救急医療
	社会医療法人社団 千葉県勤労者医療協会	千葉県千葉市花見川区幕張町4丁目524番地の2	石川 広己	平成22年8月26日	船橋二和病院 救急医療 小児救急医療
	社会医療法人社団 同仁会	千葉県木更津市岩根二丁目3番1号	中村 和成	平成22年8月26日	木更津病院 精神科救急医療
	社会医療法人社団 さつき会	千葉県袖ヶ浦市長浦駅前5丁目21番地	矢田 洋三	平成22年8月26日	袖ヶ浦さつき台病院 精神科救急医療
東京都	社会医療法人財団 大和会	東京都東大和市南街1-13-12	古瀬 信	平成21年4月1日	東大和病院 救急医療
	社会医療法人社団 健生会	東京都立川市錦町一丁目16番15号	小泉 博史	平成21年9月1日	立川相互病院 救急医療
	社会医療法人財団 河北医療財団	東京都杉並区阿佐谷北一丁目7番3号	河北 博文	平成22年10月1日	河北総合病院 救急医療 小児救急医療
神奈川県	社会医療法人社団 三思会	神奈川県厚木市船子232番地	中 佳一	平成21年4月1日	東名厚木病院 救急医療
	社会医療法人財団 互恵会	神奈川県鎌倉市大船6-2-24	上野 文昭	平成22年4月1日	大船中央病院 救急医療
新潟県	社会医療法人 嵐陽会	新潟県三条市本町五丁目2番30号	山本 賢	平成21年4月1日	三之町病院 救急医療
	社会医療法人 桑名恵風会	新潟県新潟市東区河渡甲140番地	小山 眞	平成21年4月1日	桑名病院 救急医療
石川県	社会医療法人財団 董仙会	石川県七尾市富岡町94番地	神野 正博	平成20年11月1日	恵寿総合病院 救急医療

都道府県	法人名	主たる事務所の所在地	理事長氏名	認定年月日	施設の名称 業務の区分
長野県	社会医療法人財団 慈泉会	長野県松本市 本庄2-5-1	相澤 孝夫	平成20年12月1日	相澤病院 救急医療
	社会医療法人 恵仁会	長野県佐久市 中込三丁目15番地6	黒澤 一也	平成21年11月1日	菅平高原クリニック へき地医療
	社会医療法人 城西医療財団	長野県松本市 城西1丁目5番16号	関 健	平成21年11月1日	城西病院 精神科救急医療
岐阜県	社会医療法人 厚生会	岐阜県美濃加茂市 古井町下古井590	山田 實紘	平成20年10月1日	木沢記念病院 救急医療
	社会医療法人 蘇西厚生会	岐阜県羽島郡笠松町 田代185番地の1	松波 英寿	平成20年10月1日	松波総合病院 救急医療
愛知県	社会医療法人財団 せせらぎ会	愛知県北設楽郡東栄町 大字三輪字上栗5番地	夏目 忠	平成21年4月1日	東栄町国民健康保険東栄病院 へき地医療
	社会医療法人 杏嶺会	愛知県一宮市奥町 字下口西89番地1	上林 弘和	平成21年4月1日	一宮西病院 救急医療
	社会医療法人財団 新和会	愛知県安城市 住吉町2丁目2番7号	松本 隆利	平成21年4月1日	八千代病院 救急医療
	社会医療法人 明陽会	愛知県豊橋市白河町78	成田 眞康	平成22年4月1日	成田記念病院 救急医療
三重県	社会医療法人 居仁会	三重県四日市市日永 5039番地	藤田 康平	平成22年3月5日	総合心療センターひなが 精神科救急医療
滋賀県	社会医療法人 誠光会	滋賀県草津市矢橋町1660	水野 光邦	平成20年9月1日	草津総合病院 救急医療 小児救急医療 災害医療
京都府	社会医療法人 岡本病院(財団)	京都府京都市伏見区 京町9丁目50番地	岡本 豊洋	平成21年4月1日	第二岡本総合病院 救急医療
	社会医療法人 西陣健康会	京都府京都市上京区 堀川通今出川上ル 北舟橋町865番地	近藤 泰正	平成21年4月1日	堀川病院 救急医療
	社会医療法人 和交会	京都府京都市右京区 太秦帷子ノ辻町 30番地	加茂 久樹	平成21年4月1日	太秦病院 救急医療
	社会医療法人 弘仁会	京都府京都市伏見区 桃山町泰長老115番地	大嶋 嘉正	平成22年4月1日	大島病院 救急医療
大阪府	社会医療法人 愛仁会	大阪府大阪市西淀川区 佃二丁目2番45号	筒泉 正春	平成21年1月1日	千船病院 救急医療 小児救急医療 高槻病院 救急医療 小児救急医療 周産期医療
	社会医療法人 協和会	大阪府大阪市北区 天神橋七丁目5番26号	加納 繁照	平成21年1月1日	加納総合病院 救急医療 北大阪病院 救急医療
	社会医療法人 真美会	大阪府大阪市旭区 新森四丁目13番17号	木野 稔	平成21年1月1日	中野こども病院 小児救急医療
	社会医療法人 生長会	大阪府和泉市肥子町 一丁目10番17号	田口 義丈	平成21年1月1日	府中病院 救急医療 ベルランド総合病院 救急医療 小児救急医療
	社会医療法人 栄公会	大阪府泉佐野市中町 三丁目4番5号	中村 薫	平成21年1月1日	佐野記念病院 救急医療
	社会医療法人 きっこう会	大阪府大阪市西区境川 一丁目2番31号	小川 嘉誉	平成21年1月1日	総合病院多根病院 救急医療
	社会医療法人 ペガサス	大阪府堺市西区浜寺船尾町 東四丁目244番地	馬場 武彦	平成21年1月1日	馬場記念病院 救急医療
	社会医療法人 若弘会	大阪府大阪市浪速区日本橋 四丁目7番17号	川合 弘毅	平成21年7月1日	若草第一病院 救急医療
	社会医療法人 大道会	大阪府大阪市城東区東中浜 一丁目5番1号	大道 道大	平成22年1月1日	森之宮病院 救急医療
	社会医療法人 景岳会	大阪府大阪市住之江区東加 賀屋一丁目18番18号	飛田 忠之	平成22年1月1日	総合病院南大阪病院 救急医療
	社会医療法人 弘道会	大阪府守口市佐太中町六丁 目17番33号	生野 弘道	平成22年1月1日	守口生野記念病院 救急医療
	社会医療法人 盛和会	大阪府大阪市鶴見区 鶴見4丁目1番30号	本田 盛久	平成22年7月1日	本田病院 救急医療
	社会医療法人 山弘会	大阪府寝屋川市 秦町15番3号	小林 卓	平成22年7月1日	上山病院 救急医療
	社会医療法人 阪南医療福祉センター	大阪府松原市 南新町3丁目3番28号	三浦 洋	平成22年7月1日	阪南中央病院 周産期医療 小児救急医療
	社会医療法人 同仁会	大阪府堺市堺区 老松町2丁目58番1号	池田 信明	平成23年1月1日	耳原総合病院 救急医療
	社会医療法人 医真会	大阪府八尾市 沼1丁目41番地	森 功	平成23年1月1日	八尾総合病院 救急医療

都道府県	法人名	主たる事務所の所在地	理事長氏名	認定年月日	施設の名称 業務の区分
大阪府	社会医療法人 信愛会	大阪府交野市私部2丁目11番38号	吉川 幸弘	平成23年1月1日	阪生会脳神経外科病院 救急医療
兵庫県	社会医療法人 渡邊高記念会	兵庫県西宮市室川町10番22号	佐々木 恭子	平成22年4月1日	西宮渡辺病院 救急医療
奈良県	社会医療法人 高清会	奈良県天理市蔵之庄町461番地の2	高井 重郎	平成22年4月1日	高井病院 救急医療
和歌山県	社会医療法人 黎明会	和歌山県御坊市湯川町財部728番地の4	北出 俊一	平成21年7月27日	北出病院 救急医療
鳥取県	社会医療法人 明和会 医療福祉センター	鳥取県鳥取市東町3丁目307番地	渡辺 憲	平成20年10月1日	渡辺病院 精神科救急医療
	社会医療法人 仁厚会	鳥取県倉吉市山根43番地	藤井 省三	平成20年10月1日	医療福祉センター倉吉病院 精神科救急医療
島根県	社会医療法人 石州会	島根県鹿足郡吉賀町六日市368番地4	重富 亮	平成21年1月1日	六日市病院 救急医療
	社会医療法人 清和会	島根県浜田市港町293-2	西川 正	平成21年1月1日	西川病院 精神科救急医療
	社会医療法人 昌林会	島根県安来市安来町899番地1	杉原 建	平成20年11月26日	安来第一病院 精神科救急医療
岡山県	社会医療法人 哲西会	岡山県新見市哲西町矢田3604	佐藤 勝	平成21年3月2日	哲西町診療所 へき地医療
	社会医療法人 緑社会	岡山県真庭市西原63	金田 道弘	平成21年12月1日	金田病院 救急医療
	社会医療法人 光生病院	岡山県岡山市北区厚生町3丁目8番35	佐能 量雄	平成22年4月1日	光生病院 救急医療
	社会医療法人 水会和	岡山県倉敷市水島青葉町4-5	秋岡 達郎	平成22年10月1日	水島中央病院 救急医療
	社会医療法人 全仁会	岡山県倉敷市老松町4-3-38	高尾 武男	平成22年12月1日	倉敷平成病院 救急医療
広島県	社会医療法人 陽正会	広島県福山市新市町大字新市37番地	寺岡 暉	平成21年3月1日	寺岡記念病院 救急医療
	社会医療法人 祥和会	広島県福山市沖野上町三丁目6番28号	大田 泰正	平成21年4月1日	脳神経センター大田記念病院 救急医療
	社会医療法人 里仁会	広島県三原市皆実三丁目3番28号	藤原 恒弘	平成21年9月1日	興生総合病院 救急医療 災害医療
	社会医療法人 定和会	広島県福山市赤坂町大字赤坂1313番地	神原 浩	平成21年10月1日	神原病院 救急医療
	社会医療法人 沼南会	広島県福山市沼隈町大字常石1083番地	檜谷 鞠子	平成22年4月1日	沼隈病院 救急医療
山口県	社会医療法人 同仁会	山口県下松市生野屋南1-10-1	竹重 元寛	平成21年11月1日	周南記念病院 救急医療
	社会医療法人 尾中病院	山口県宇部市常盤町2-4-5	尾中 宇蘭	平成22年4月1日	尾中病院 救急医療
香川県	社会医療法人 財団 大樹会	香川県坂出市室町三丁目5番28号	松浦 一平	平成20年10月1日	総合病院回生病院 救急医療 災害医療
愛媛県	社会医療法人 更生会	愛媛県西条市大町739番地	村上 凡平	平成20年12月1日	村上記念病院 救急医療
	社会医療法人 同心会	愛媛県西条市朔日市804番地	和久井 康明	平成21年12月1日	西条中央病院 小児救急医療
	社会医療法人 真泉会	愛媛県今治市宮下町1丁目1番地21号	曾我部 仁史	平成21年12月1日	第一病院 救急医療
	社会医療法人 生きる会	愛媛県今治市北宝来町二丁目4番地9	小堀 迪夫	平成22年1月1日	瀬戸内海病院 救急医療
高知県	社会医療法人 近森会	高知県大川筋1丁目1番16号	近森 正幸	平成22年1月1日	近森病院 救急医療 災害医療
福岡県	社会医療法人 大成会	福岡県福岡市早良区西新1丁目1番35号	大塚 量	平成20年11月1日	福岡記念病院 救急医療
	社会医療法人 至誠会	福岡県福岡市博多区千代2丁目13番19号	木村 豊	平成21年1月1日	木村病院 救急医療
	社会医療法人 雪の聖母会	福岡県久留米市津福本町422番地	井手 義雄	平成21年4月1日	聖マリア病院 救急医療 災害医療 小児救急医療 周産期医療
	社会医療法人 陽明会	福岡県京都市都府田町大字新津1598番地	川内 彰	平成21年12月1日	小波瀬病院 救急医療
	社会医療法人 栄光会	福岡県糟屋郡志免町別府西3丁目8番15号	下稲葉 康之	平成21年12月1日	栄光病院 救急医療
	社会医療法人 財団 池友会	福岡県北九州市門司区大里新町2番5号	伊藤 翼	平成22年4月1日	新小文字病院 新行橋病院 福岡新水巻病院 救急医療 福岡和白病院 救急医療 災害医療

都道府県	法人名	主たる事務所の所在地	理事長氏名	認定年月日	施設の名称 業務の区分
福岡県	社会医療法人 共愛会	福岡県北九州市戸畑区 沢見二丁目5番1号	下河辺 智久	平成22年4月1日	戸畑共立病院 救急医療
	社会医療法人 喜悦会	福岡県福岡市南区 向新町二丁目17番17号	井上 史子	平成22年4月1日	那珂川病院 救急医療
佐賀県	社会医療法人 謙仁会	佐賀県伊万里市 二里町八谷瀬13番地5	山元 章生	平成21年1月1日	山元記念病院 救急医療
長崎県	社会医療法人 長崎記念病院	長崎県長崎市深堀町 1丁目11番54	福井 洋	平成21年4月1日	長崎記念病院 救急医療 小児救急医療
熊本県	社会医療法人社団 熊本丸田会	熊本県熊本市 九品寺一丁目15番7号	丸田 秀一	平成22年9月1日	熊本リハビリテーション病院 へき地医療
大分県	社会医療法人財団 天心堂	大分県大分市大字中戸次 字二本木5956番地	松本 文六	平成20年10月8日	天心堂へつぎ病院 救急医療
	社会医療法人 敬和会	大分県大分市西鶴崎 3丁目7番11号	岡 敬二	平成21年4月1日	大分岡病院 救急医療
	社会医療法人 関愛会	大分県大分市 佐賀関750-88	長松 宜哉	平成21年11月1日	佐賀関病院 へき地医療
	社会医療法人 三愛会	大分県大分市市1213	半澤 一邦	平成21年11月1日	大分三愛メディカルセンター 救急医療 災害医療
宮崎県	社会医療法人 泉和会	宮崎県日向市鶴町 2丁目9番20号	千代反田 晋	平成21年1月5日	千代田病院 救急医療
鹿児島県	社会医療法人 聖医会	鹿児島県枕崎市 緑町220番地	牧角 寛郎	平成21年4月1日	サザン・リージョン病院 救急医療
	社会医療法人 緑泉会	鹿児島県鹿児島市 草牟田2丁目29番50号	米盛 學	平成21年4月1日	整形外科米盛病院 救急医療
	社会医療法人 慈生会	鹿児島県枕崎市 白沢北町191番地	鮫島 秀弥	平成21年9月1日	ウエルフェア九州病院 精神科救急医療
	社会医療法人 義順顕彰会	鹿児島県西之表市 西之表7463番地	田上 容正	平成22年4月1日	田上病院 へき地医療
沖縄県	社会医療法人 かりゆし会	沖縄県中頭郡中城村 字伊集208番地	安里 哲好	平成21年3月1日	ハートライフ病院 救急医療
	社会医療法人 敬愛会	沖縄県沖縄市知花 6丁目25番5号	大山 朝弘	平成21年3月1日	中頭病院 救急医療 小児救急医療
	社会医療法人 仁愛会	沖縄県浦添市 伊祖4丁目16番1号	宮城 敏夫	平成21年10月1日	浦添総合病院 救急医療
大臣所管	社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス	神奈川県海老名市 河原口1320	杉原 弘晃	平成21年4月1日	海老名総合病院 救急医療 東埼玉総合病院 救急医療
	社会医療法人財団 石心会	神奈川県川崎市幸区 都町39番地1	石井 暎禧	平成21年11月1日	川崎幸病院 救急医療 狭山病院 救急医療
合計	116 法人				

9. 院内感染対策中央会議提言（案）

1 はじめに

わが国における院内感染は、患者の高齢化による易感染者の増加や、多剤耐性菌の拡がりにより、各医療機関における対応が難しくなっている現状があり、医療法施行規則に則り、個々の医療機関における日常的な実効ある感染制御の取り組みとともに、地域の医療機関等でネットワークを構築し、院内感染発生時にも各医療機関が適切に対応できるよう相互に支援する体制の構築が重要である。

今般の提言において、通常時と院内感染発生時における院内感染対策を、各医療機関内、医療機関間の連携、行政の関わりという観点からそれぞれとりまとめたので参考とされたい。

2 通常時の対応

(1) 医療機関内における対応

1) 医療機関における院内感染対策の組織体制について

医療機関内の業務従事者のいずれもが起因微生物を媒介する可能性を持つことから、全ての業務従事者が感染対策に対する正しい知識等を有し、その対策を徹底することが重要である。現実には、医療機関内の院内感染対策は、入院する患者の特性から、それぞれの病棟ごとに医療従事者の意識が異なる傾向があるが、基本となる標準的予防策が確実に行われる必要がある。そのためには、医療機関内の各部署から院内感染に係る情報が院内感染対策委員会^(※)に報告され、院内感染対策委員会から状況に応じた対応策が現場に迅速に還元されなければならない。

(※下線のある用語については末尾にその説明を付している。以下同じ)

また、各医療機関の管理者は、感染制御チームが円滑に活動できるよう、感染制御チームの院内での役割と位置づけを明確化し、医療機関内の業務従事者からの理解と協力が得られる環境を整える必要がある。

2) 感染制御チームについて

病床規模の大きい医療機関（目安として病床が300床以上）における感染制御チームによる定期的なラウンドは、可能な限り1週間に1度以上の頻度で感染制御に携わる医師、看護師、検査技師、薬剤師のうち少なくとも2名以上の参加の上で行うことが望ましい。その際には、検査室の病棟別のデータ等を活用して感染症患者の発生状況等を

点検するとともに、各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、各病棟のリンクナースの活用等により臨床現場への適切な支援を行っていくことが必要である。

リンクナースや病棟の責任者、診療科責任者は、それぞれ業務従事者に対し、感染制御チームから提供された情報を確実に伝達するとともに、標準的予防策の励行等基本的な事項の徹底も含め、必要に応じた対策を遵守させることが必要である。

中小規模の医療機関（目安として病床が300床未満）におけるラウンドでは、マンパワーが少ない傾向がみられるため、看護師が1人でラウンドすることが多く、医師等に意見することに苦慮するケースも存在する。些細な問題についても管理者や地域のネットワークに参加する医療機関の専門家等に相談し、支援を受けることができる体制を確立することが必要である。

また感染制御チームは、ラウンドにおいて各病棟における抗生剤の使用状況を確認し、必要に応じて指導を行うことが必要である。

（2）医療機関間の連携について

医療機関における院内感染対策は、各医療機関それぞれの判断と責任において実施されるべきものであるが、緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを地域において構築し、日常的な相互の協力関係を築くことが必要である。その際、地域のネットワークの拠点の医療機関として、大学病院や国立病院機構傘下の医療機関、公立病院等地域における中核医療機関、あるいは学会指定医療機関等が中心的な役割を担う必要がある。

（3）行政の関わり

1）地方自治体の役割

各医療機関が地域での院内感染の発生動向を把握し、適切な院内感染対策を講じることができるよう、各地方自治体は厚生労働省が実施する院内感染対策サーベイランス（JANIS）事業において収集した薬剤耐性菌の検出状況や特定の薬剤耐性菌等による感染症患者の発生動向に関する地域別の情報を把握・分析し、積極的に各医療機関へ情報提供することが必要である。そのためにも、地方衛生研究所等における院内感染の起因微生物の検査体制を充実強化させる必要がある。

また、関係医療機関との調整により、地域における院内感染対策の

ためのネットワーク作りを支援することが必要である。具体的には、院内感染発生時に備え、ICD (Infection Control Doctor) や ICN(Infection Control Nurse)などの専門家のリストアップを行うことや医療機関相互の日常の協力関係が構築できるよう関係者への呼びかけを行うなどが考えられる。

2) 国の役割

各医療機関が自ら院内感染対策の充実を図れるよう、院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業の情報発信機能を強化する必要がある。具体的には、JANIS参加医療機関から得られたデータを、各自治体や一般の医療機関が有効に活用できるようわかりやすく情報提供するとともに、参加医療機関にとっても日常的な院内感染対策において活用しやすい形式での情報の還元が望まれる。

例えば、各自治体に対しては、所管地域の医療機関における薬剤耐性菌の検出状況や感染症患者の発生動向を把握・分析し、医療機関に情報提供しやすい形式で、情報を自治体に提供することが必要である。

一般医療機関に対しては、JANISからの季報等の公表データから薬剤耐性菌の発生動向が把握できるよう、できるだけ迅速に、参加医療機関から収集したデータを集計・解析し、公開する必要がある。

JANIS参加医療機関に対しては、特定の薬剤耐性菌の各病棟での分布状況等、視覚的にも認知できるデータ解析ツールを提供するなど、より院内感染対策の充実に結びつきやすい形式で情報提供する必要がある。

院内感染の発生の防止や感染拡大への対応のための費用や感染制御医療従事者の養成のコストが、各医療機関に負担になっているとの指摘があることから、必要な検査の実施や、一定の院内感染対策のための体制を確保する方策について検討すべきである。

また、新型の薬剤耐性菌などの出現や拡大などを想定し、それらに対応可能な研究体制の充実や、解析体制の強化への支援も行う必要がある。

3 院内感染発生時の対応

多剤耐性菌による院内感染事例を想定している。他の起因微生物に対しては、それぞれ微生物の性質に鑑み、必要に応じて以下の基準を参考に対策を立てることが適当である。

(1) 医療機関内での対応

同一医療機関内又は同一病棟内で同一菌種による感染症の集積が見られ、疫学的にアウトブレイクが疑われると判断した場合、当該医療機関

は院内感染対策委員会を開催し、1週間以内を目安に院内感染対策を策定かつ実施することが必要である。アウトブレイクと仮定する目安としては一例目の発見から4週間以内に、同一病棟において新規に同一菌種による感染症例3例以上が特定された場合、あるいは、同一施設内で同一菌株と思われる感染症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）3例以上が特定された場合などが考えられる。

その後、新たな感染者または保菌者（以下「感染者等」という）を認めた場合、院内感染対策に不備がある可能性があると判断し、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼することが必要である。

（2）医療機関間の連携と支援

院内感染が発生した医療機関から依頼を受けた地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家は、当該医療機関が策定した院内感染対策の内容や実施方法について助言し支援を行うことが求められる。

地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援のみでの解決が難しいと判断される場合は、地方衛生研究所や国立感染症研究所等への相談等必要である。

（3）行政の関わり

医療機関内での院内感染対策を講じた後、同一医療機関内で同一菌種による感染者等が多数にのぼる場合（目安として10名以上となった場合）または当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が発生した場合においては、管轄する保健所にすみやかに報告する必要がある。（このような場合に至らない時点であっても、医療機関の判断の下、必要に応じて保健所に連絡・相談することが望ましい）。

院内感染発生の報告を受けた保健所は、当該院内感染発生事案に対する医療機関の対応が、事案発生当初の計画どおり実施され効果を上げているか、また地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家による支援が順調に進められているか、一定期間内、定期的に確認し、必要に応じてJANISのデータを活用して指導及び助言を行うことが重要である。保健所による指導及び助言は、必要に応じて地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家の判断も参考にすることが求められる。また、院内感染の起因となる微生物の発生動向に関し、当該医療機関内のみならず地域的な広がりについても把握する必要がある。

なお保健所は、医療機関からの報告を受けた後、都道府県や政令市等と緊密な連携をとり、必要に応じて対応していくことが重要である。

ただし、保健所への報告を法律上で義務付けることについては、個々

の事案が報告すべき事項に該当するかどうかは必ずしも厳密に判断できるものではなく、また、法律上義務付けることで各医療機関が萎縮してしまうおそれもあることから、報告を求める方法としては、通知による運用を念頭に検討すべきである。

4 その他

現在の医療において、院内感染の発生そのものを全て無くすことは不可能であり、救急患者の受け入れ等を積極的に行う医療機関ほど発生の確率が高くなると考えられる。的確な院内感染対策を実施している医療機関においても、院内感染は一定頻度起こり得るものであるため、そのような際にも医療機関の院内感染対策について冷静に判断することが重要であり、社会的非難を恐れてかえって院内感染の発生が報告されず対応が後手に回ってしまうことのないよう、国民的な理解を進めることが求められる。

用語の説明

院内感染対策委員会（感染対策委員会） Infection Control Committee (ICC)

医療機関が管理者（院長や理事長）直属に設置する院内感染対策のための委員会のことを指し、医療機関内の様々な職種の代表者を委員として、定期的且つ問題があった場合に開催するもの

感染制御チーム Infection Control Team (ICT)

院内で発生する感染症（医療関連感染症 healthcare-associated infections）を管理する、つまり、感染制御 infection prevention and control（感染症の予防と制圧）を任務とする、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等により構成されたチームのことを指す

インフェクション・コントロール・ドクター Infection Control Doctor (ICD)

感染制御を任務とする医師のことを指し、感染制御チームの一員として院内感染拡大防止や発生予防を主な任務としている

インフェクション・コントロール・ナース Infection Control Nurse (ICN)

感染制御を任務とする専門的な研修を受けた看護師のことを指し、感染制御チームの一員として院内感染拡大防止や発生予防を主な任務としている

ラウンド Ward liaison

感染制御チームによって医療機関内全体をくまなく、あるいは、必要な部署/部位を巡回し、必要に応じてそれぞれの部署に対して指導など行う。

リンクナース Link nurse(s)

各部署に配置され、感染制御チームと臨床現場とのパイプ役としての任務を行い各部署で模範的に感染対策を推進する看護師をさす。

標準的予防策 Standard precautions

(cf:① www.reproline.ihu.edu/english/4morehr/4ip/IP_manual/02_StandardPrecaution.pdf

② <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>)

医療従事者が業務にあたり、全ての患者に対して感染予防のために行う予防策のことを指し、手洗い、手袋やマスクの着用といった基本的な内容が含まれている。

院内感染対策サーベイランス(JANIS)事業

薬剤耐性菌による感染症の発生状況を調査するために、調査に参加している医療機関から定期的に薬剤耐性菌の発生状況を収集し分析した上で、参加医療機関、一般に対し情報を提供している。

10. 医師臨床研修について

(1) 研修医マッチングの結果について

医師臨床研修マッチング協議会が実施した平成22年度研修医マッチングの結果の概要は以下のとおりです。

①概要

○マッチングの募集定員	10,692人	(前回 10,500人)
○希望順位登録者数	8,331人	(前回 8,200人)
○内定者数(マッチ者数)	7,998人	(前回 7,875人)
○内定率(マッチ率)	96.0%	(前回 96.0%)

※1 研修医マッチングとは、臨床研修を受けようとする者(医学生等)と臨床研修を行う病院(大学病院・臨床研修病院)の研修プログラムを、お互いの希望を踏まえて、一定の規則(アルゴリズム)に従って、コンピュータにより組み合わせを決定するシステムです。

※2 今回のマッチングは、平成23年度から臨床研修を開始する研修希望者を対象としています。

※3 内定者とは、今回のマッチングにより研修先の病院が内定した医学生等です。

②地域別の状況

○都市部の6都府県(東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県)以外の内定者の割合は、前回より増加して52.4%となり、平成16年度の新制度導入後、過去最大になりました。

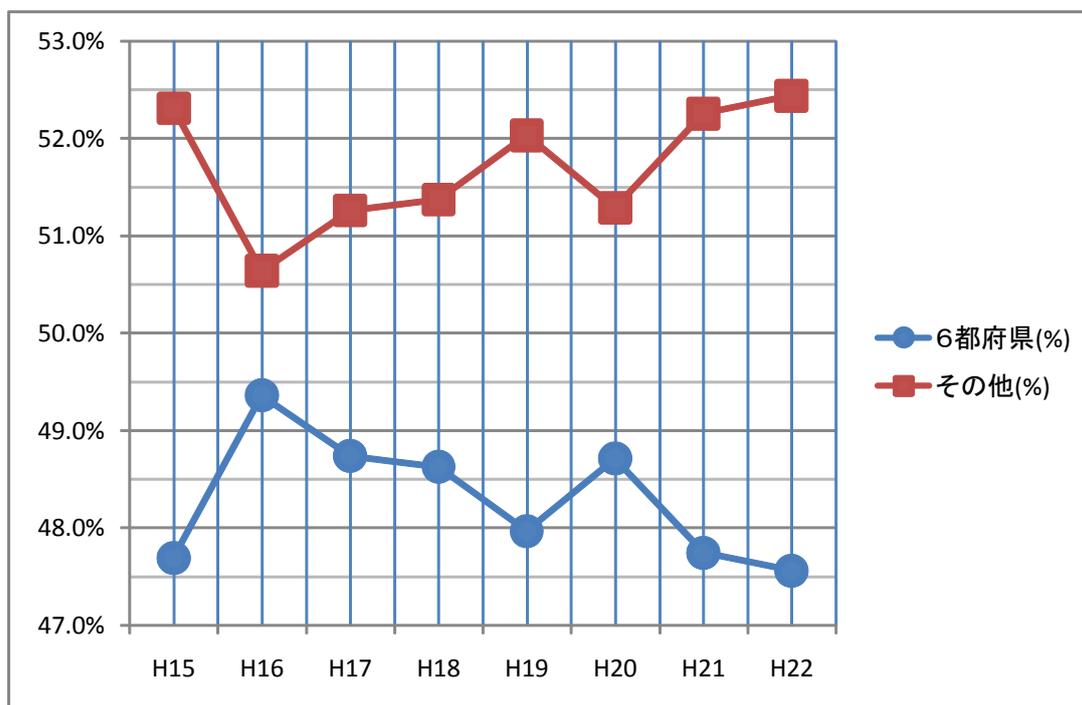
○6都府県以外の41道県のうち、23県(56%)で前回より内定者数が増加し、16道県(39%)で減少しました。(2県は前年同数です。)

※ 20年度マッチング 51.3% → 21年度マッチング 52.3% → 22年度マッチング 52.4%

臨床研修病院等のマッチング結果(6都府県・その他)の推移

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'
	(H16研修)	(H17研修)	(H18研修)	(H19研修)	(H20研修)	(H21研修)	(H22研修)	(H23研修)
6都府県(%)	47.7%	49.4%	48.7%	48.6%	48.0%	48.7%	47.7%	47.6%
その他(%)	52.3%	50.6%	51.3%	51.4%	52.0%	51.3%	52.3%	52.4%
6都府県(人)	3,699	3,949	3,948	3,936	3,852	3,828	3,760	3,804
その他(人)	4,057	4,051	4,152	4,158	4,178	4,030	4,115	4,194
合計(人)	7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875	7,998

臨床研修病院等のマッチング結果（6都府県・その他）の推移（グラフ）



※内定者数が増加した主な県

	20年度マッチング	21年度マッチング	22年度マッチング
群馬県	84人	77人	92人 (+ 15人)
埼玉県	183人	183人	223人 (+ 40人)
鳥取県	29人	25人	44人 (+ 19人)
島根県	47人	31人	45人 (+ 14人)
岡山県	155人	152人	187人 (+ 35人)
愛媛県	65人	57人	79人 (+ 22人)

※6都府県の状況

	20年度マッチング	21年度マッチング	22年度マッチング	(再掲) うち小児科・産科 プログラム内定者数
東京都	1,385人	1,351人	1,409人 (+ 58人)	60人
神奈川県	601人	596人	579人 (▲17人)	11人
愛知県	510人	515人	489人 (▲26人)	17人
京都府	268人	251人	265人 (+ 14人)	14人
大阪府	604人	601人	624人 (+ 23人)	14人
福岡県	460人	446人	438人 (▲8人)	6人

※ 6都府県において内定者数が前回より増加しているのは、募集定員20人以上の臨床研修病院・大学病院で必置となっている将来小児科医又は産科医になることを希望とする研修医を対象とした研修プログラムの募集定員（各プログラム2名。各病院で合計4名）を、都道府県の募集定員の上限の枠外とした影響によるものと考えられます。

③大学病院と臨床研修病院別の状況

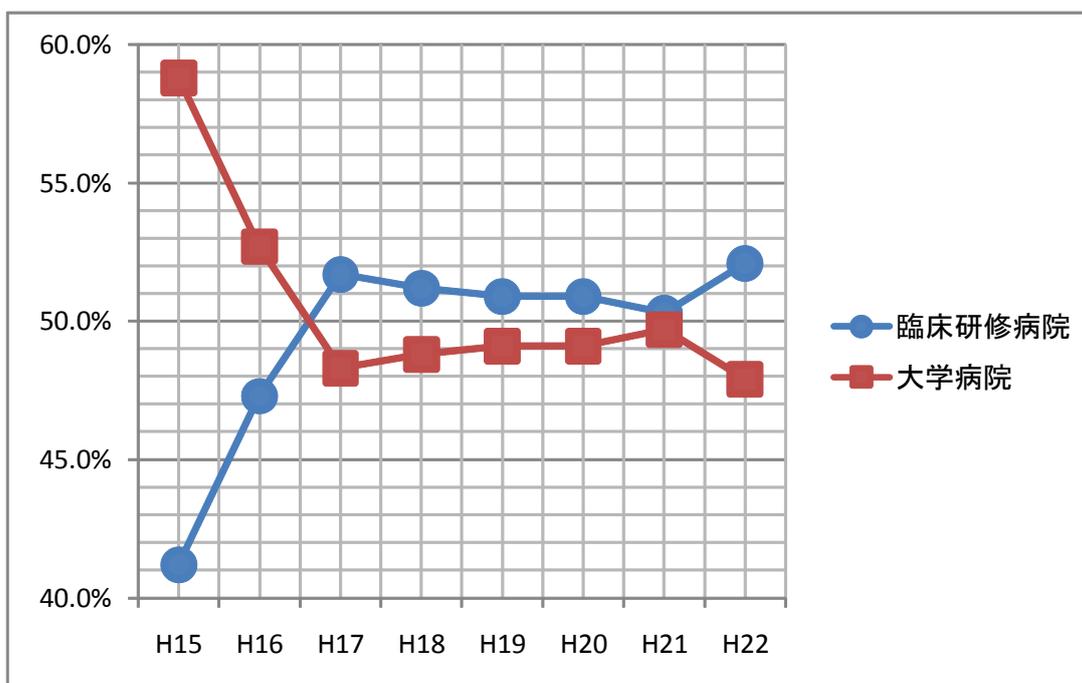
- 大学病院の内定者の割合は47.9%となり、前回よりも減少しました。
- 大学病院114病院のうち、61病院（54%）で前回より内定者数が増加し、45病院（39%）で減少しました。（8病院は前年同数です。）

※		20年度マッチング	→	21年度マッチング	→	22年度マッチング
	大学病院	49.1%		49.7%		47.9%
	臨床研修病院	50.9%		50.3%		52.1%

臨床研修病院等のマッチング結果（臨床研修病院・大学病院別）の推移

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'
	(H16'研修)	(H17'研修)	(H18'研修)	(H19'研修)	(H20'研修)	(H21'研修)	(H22'研修)	(H23'研修)
臨床研修病院(%)	41.2%	47.3%	51.7%	51.2%	50.9%	50.9%	50.3%	52.1%
大学病院(%)	58.8%	52.7%	48.3%	48.8%	49.1%	49.1%	49.7%	47.9%
臨床研修病院(人)	3,193	3,784	4,184	4,148	4,087	3,999	3,959	4,170
大学病院(人)	4,563	4,216	3,916	3,946	3,943	3,859	3,916	3,828
合計(人)	7,756	8,000	8,100	8,094	8,030	7,858	7,875	7,998

臨床研修病院等のマッチング結果（臨床研修病院・大学病院別）の推移（グラフ）



④都道府県別研修医マッチ者数等
(参加病院の所在地による全国分布)

都道府県	平成15年度 採用実績①	平成21年度 マッチ者数②	平成22年度 マッチ者数③	増減③－②	増減③－①
北海道	288	276	257	△ 19	△ 31
青森県	56	62	69	7	13
岩手県	38	74	70	△ 4	32
宮城県	88	109	110	1	22
秋田県	61	65	51	△ 14	△ 10
山形県	56	82	66	△ 16	10
福島県	79	72	78	6	△ 1
茨城県	85	104	114	10	29
栃木県	119	117	115	△ 2	△ 4
群馬県	119	77	92	15	△ 27
埼玉県	118	183	223	40	105
千葉県	268	289	292	3	24
東京都	1,707	1,351	1,409	58	△ 298
神奈川県	404	596	579	△ 17	175
新潟県	89	92	88	△ 4	△ 1
富山県	59	61	46	△ 15	△ 13
石川県	95	112	106	△ 6	11
福井県	48	73	57	△ 16	9
山梨県	54	49	36	△ 13	△ 18
長野県	104	125	112	△ 13	8
岐阜県	116	102	108	6	△ 8
静岡県	109	158	158	0	49
愛知県	436	515	489	△ 26	53
三重県	77	86	93	7	16
滋賀県	83	67	75	8	△ 8
京都府	411	251	265	14	△ 146
大阪府	689	601	624	23	△ 65
兵庫県	310	323	343	20	33
奈良県	101	80	76	△ 4	△ 25
和歌山県	68	75	84	9	16
鳥取県	51	25	44	19	△ 7
島根県	30	31	45	14	15
岡山県	146	152	187	35	41
広島県	181	151	153	2	△ 28
山口県	93	82	85	3	△ 8
徳島県	68	55	55	0	△ 13
香川県	50	60	52	△ 8	2
愛媛県	65	57	79	22	14
高知県	47	46	50	4	3
福岡県	546	446	438	△ 8	△ 108
佐賀県	58	49	38	△ 11	△ 20
長崎県	105	85	89	4	△ 16
熊本県	115	96	98	2	△ 17
大分県	54	62	65	3	11
宮崎県	50	38	30	△ 8	△ 20
鹿児島県	91	83	73	△ 10	△ 18
沖縄県	81	130	132	2	51
	8,166	7,875	7,998	123	△ 168

2. 臨床研修医在籍状況の推移（臨床研修病院・大学病院別）

区分	平成15年度		平成16年度			平成17年度		
	研修医数	比率	マッチ結果	比率	研修医数	比率	マッチ結果	比率
臨床研修病院	2,243	27.5	3,193	41.2	3,262	44.2	3,784	47.3
大学病院	5,923	72.5	4,563	58.8	4,110	55.8	4,216	52.7
計	8,166	100.0	7,756	100.0	7,372	100.0	8,000	100.0

平成18年度			平成19年度		
マッチ結果	比率	研修医数	マッチ結果	比率	研修医数
4,184	51.7	4,266	4,148	51.2	4,137
3,916	48.3	3,451	3,946	48.8	3,423
8,100	100.0	7,717	8,094	100.0	7,560

平成20年度			平成21年度		
マッチ結果	比率	研修医数	マッチ結果	比率	研修医数
4,087	50.9	4,144	3,999	50.9	4,069
3,943	49.1	3,591	3,859	49.1	3,575
8,030	100.0	7,735	7,858	100.0	7,644

平成22年度		
マッチ結果	比率	研修医数
3,959	50.3	3,961
3,916	49.7	3,545
7,875	100.0	7,506

※ 研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べ

※※ マッチ結果については、マッチング未参加者（自治医科大学、防衛医科大学卒業生等）を含まない

3. 臨床研修医在籍状況の推移(都道府県別)

都道府県	平成15年度 採用実績 ①	平成21年度 採用実績 ②	増 減 ②-①	平成22年度 採用実績 ③	増 減 ③-②	増 減 ③-①
北海道	288	290	2	260	△ 30	△ 28
青森県	56	62	6	65	3	9
岩手県	38	74	36	69	△ 5	31
宮城県	88	113	25	113	0	25
秋田県	61	75	14	60	△ 15	△ 1
山形県	56	62	6	77	15	21
福島県	79	70	△ 9	72	2	△ 7
茨城県	85	110	25	98	△ 12	13
栃木県	119	110	△ 9	107	△ 3	△ 12
群馬県	119	82	△ 37	72	△ 10	△ 47
埼玉県	118	204	86	204	0	86
千葉県	268	270	2	269	△ 1	1
東京都	1,707	1,358	△ 349	1,305	△ 53	△ 402
神奈川県	404	586	182	562	△ 24	158
新潟県	89	100	11	86	△ 14	△ 3
富山県	59	38	△ 21	56	18	△ 3
石川県	95	75	△ 20	99	24	4
福井県	48	45	△ 3	69	24	21
山梨県	54	46	△ 8	44	△ 2	△ 10
長野県	104	109	5	116	7	12
岐阜県	116	88	△ 28	107	19	△ 9
静岡県	109	163	54	160	△ 3	51
愛知県	436	493	57	493	0	57
三重県	77	83	6	82	△ 1	5
滋賀県	83	80	△ 3	67	△ 13	△ 16
京都府	411	263	△ 148	246	△ 17	△ 165
大阪府	689	578	△ 111	578	0	△ 111
兵庫県	310	289	△ 21	305	16	△ 5
奈良県	101	70	△ 31	78	8	△ 23
和歌山県	68	72	4	68	△ 4	0
鳥取県	51	29	△ 22	23	△ 6	△ 28
島根県	30	49	19	29	△ 20	△ 1
岡山県	146	153	7	138	△ 15	△ 8
広島県	181	141	△ 40	140	△ 1	△ 41
山口県	93	62	△ 31	77	15	△ 16
徳島県	68	54	△ 14	51	△ 3	△ 17
香川県	50	58	8	60	2	10
愛媛県	65	62	△ 3	52	△ 10	△ 13
高知県	47	35	△ 12	41	6	△ 6
福岡県	546	437	△ 109	401	△ 36	△ 145
佐賀県	58	47	△ 11	49	2	△ 9
長崎県	105	70	△ 35	79	9	△ 26
熊本県	115	99	△ 16	91	△ 8	△ 24
大分県	54	53	△ 1	57	4	3
宮崎県	50	44	△ 6	35	△ 9	△ 15
鹿児島県	91	54	△ 37	74	20	△ 17
沖縄県	81	139	58	122	△ 17	41
計	8,166	7,644	△ 522	7,506	△ 138	△ 660

※ 採用実績は厚生労働省医政局医事課調べ

4. 医師臨床研修費補助金について

必修化された臨床研修において、研修医が適切な指導体制の下で研修を実施するための経費として、研修病院の開設者に直接補助している。(公・私立の大学病院、臨床研修病院等を対象)

- 平成23年度予算案 142億円 (22年度162億円)
- 内 容

(1) 教育指導経費【特別枠除く】 131億円 (22年度162億円)

- ・ 指導医の確保
- ・ プログラム責任者(副院長クラス)の配置
- ・ 研修管理委員会の設置
- ・ 医師不足地域及び産婦人科・小児科宿日直研修 等

(2) 臨床研修指導医確保事業 10億円(新規)

【特別枠予算「地域医療確保推進事業」の一部】

- ・ 大学病院や都市部の中核病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携する研修プログラムの作成
- ・ 医師不足地域の中小病院等への指導医派遣

(3) 臨床研修に関する地域協議会 1億円(新規)

- ・ 協議会運営に係る謝金、旅費、会議費等

(募集定員の調整、研修プログラムの共同開発に係るものに限る。)

(参考)

	平成18年度 予算額	平成19年度 予算額	平成20年度 予算額	平成21年度 予算額	平成22年度 予算額	平成23年度 予算案
合 計	170億円	162億円	161億円	161億円	162億円	142億円
教育指導経費(特別枠除く)	142億円	156億円	161億円	161億円	162億円	131億円
臨床研修指導医確保事業	—	—	—	—	—	10億円
臨床研修地域協議会	—	—	—	—	—	1億円
導入円滑化特別加算	28億円	6億円	—	—	—	—

【補助先】 公私立大学附属病院、厚生労働大臣の指定した公私立病院等

【補助率】 定額

臨床研修指導医確保事業

平成23年度予算(案) 10億円

現状と課題

○ 医師不足地域の病院には研修医が集まりにくく、医師不足地域の指導医・研修医の確保が課題。

具体的な対策

○ 都市部の病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携した臨床研修の実施を促進。

事業イメージ

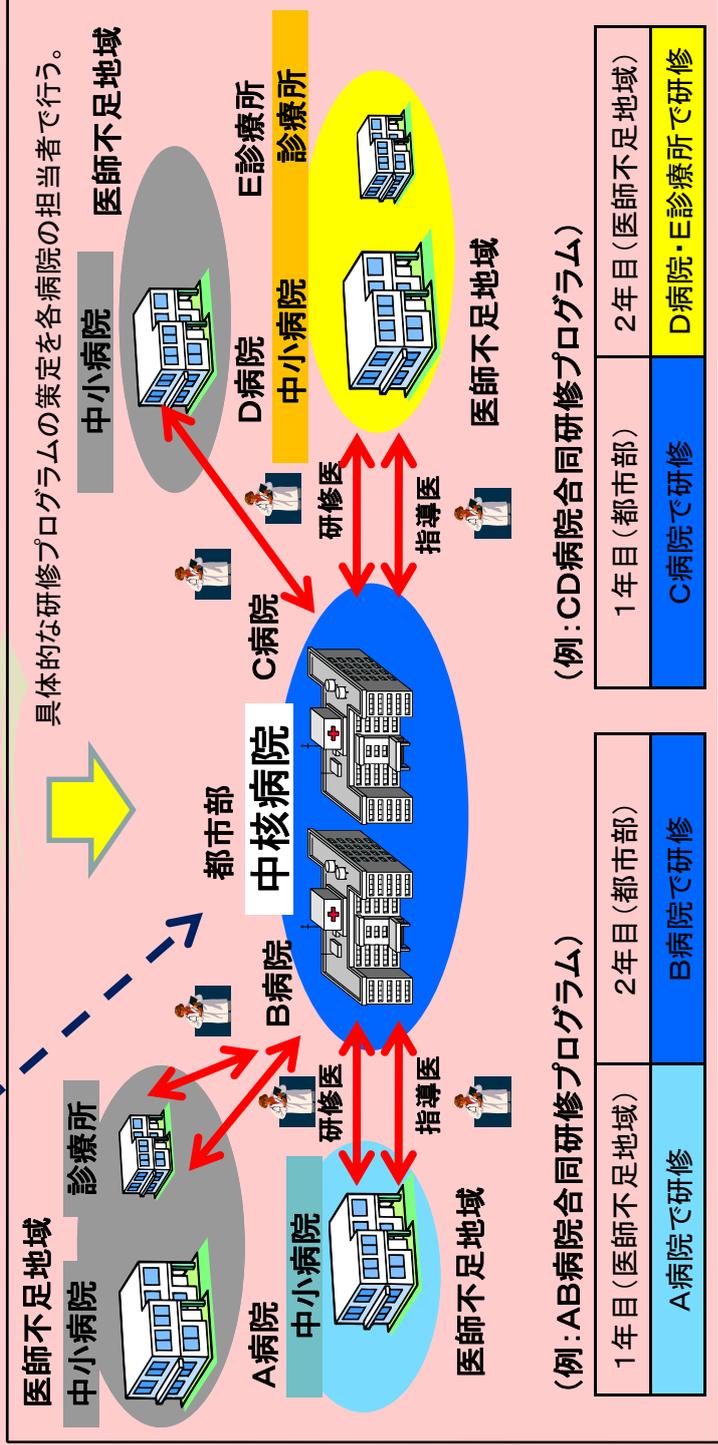
厚生労働省

協議会経費補助

医師不足地域での研修計画作成、共同指導に係る経費を補助

臨床研修地域協議会

・病院や行政等の代表で構成
・病院群の形成や各病院の募集定員の調整



効果

・ 医師不足地域へ指導医を派遣

医師不足地域の指導医確保

・ 医師不足地域の研修医が一定期間勤務

指導医・研修医の地域偏在の是正

1.1. 医療従事者数等

資 格 名	従 事 者 数	1 学 年 定 員
医 師	2 8 6, 6 9 9	8, 8 4 6
歯 科 医 師	9 9, 4 2 6	2, 6 1 1
保 健 師	5 3, 2 1 2	1 5, 6 4 2
助 産 師	3 1, 3 1 2	9, 7 3 4
看 護 師	9 5 4, 8 1 8	5 8, 6 2 2
准 看 護 師	3 9 4, 4 3 0	1 2, 3 2 3
歯 科 衛 生 士	9 6, 4 2 2	8, 6 5 5
歯 科 技 工 士	3 5, 3 3 7	2, 1 2 3
診 療 放 射 線 技 師	6 7, 3 6 1	2, 2 9 6
理 学 療 法 士	7 3, 8 8 8	1 3, 3 0 8
作 業 療 法 士	4 7, 7 5 7	7, 1 8 0
臨 床 検 査 技 師	1 6 9, 2 2 7	1, 5 9 4
衛 生 検 査 技 師	1 3 5, 8 6 2	—
視 能 訓 練 士	8, 7 5 9	1, 1 8 3
臨 床 工 学 技 士	2 6, 0 7 8	2, 3 1 5
義 肢 装 具 士	3, 5 6 6	2 5 3
救 急 救 命 士	3 7, 5 9 6	2, 6 7 5
言 語 聴 覚 士	1 5, 6 7 5	2, 6 0 6
あん摩マッサージ指圧師	1 0 1, 9 1 3	2, 8 1 0
は り 師	8 6, 2 0 8	6, 7 3 4
き ゅ う 師	8 4, 6 2 9	6, 7 3 4
柔 道 整 復 師	4 3, 9 4 6	8, 7 8 7

(注) 1. 従事者数

- (1) 医師、歯科医師は平成20年末の届出数（「医師・歯科医師・薬剤師調査」）
- (2) 保健師、助産師、看護師及び准看護師は平成21年末現在の従事者数（「医療施設（静態・動態）調査・病院報告」及び「衛生行政業務報告」による推計）
- (3) 歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師は平成20年末の従事者数（「衛生行政業務報告」）
- (4) その他は平成21年末の免許取得者数である。

2. 1学年定員

- (1) 医師、歯科医師は平成22年の募集人員である。
- (2) 保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科衛生士、歯科技工士は平成21年の1学年定員である。
- (3) その他は平成22年の1学年定員である。

12. 医師及び医療関係職と事務職員等との間等での

役割分担の推進について（通知）

医政発第1228001号

平成19年12月28日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について

近年、医師の業務については、病院に勤務する若年・中堅層の医師を中心に極めて厳しい勤務環境に置かれているが、その要因の一つとして、医師でなくても対応可能な業務までも医師が行っている現状があるとの指摘がなされているところである。また、看護師等の医療関係職については、その専門性を発揮できていないとの指摘もなされている。

良質な医療を継続的に提供していくためには、各医療機関に勤務する医師、看護師等の医療関係職、事務職員等が互いに過重な負担がかからないよう、医師法（昭和23年法律第201号）等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲の中で、各医療機関の実情に応じて、関係職種間で適切に役割分担を図り、業務を行っていくことが重要である。

このため、今般、医師等でなくても対応可能な業務等について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願したい。

なお、今後も、各医療機関からの要望や実態を踏まえ、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での役割分担の具体例について、適宜検討を行う予定であることを申し添える。

記

1. 基本的考え方

各医療機関においては、良質な医療を継続的に提供するという基本的考え方の下、医師、看護師等の医療関係職の医療の専門職種が専門性を必要とする業務に専念することにより、効率的な業務運営がなされるよう、適切な人員配置の在り方や、医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の間での適切な役割分担がなされるべきである。

以下では、関係職種間の役割分担の一例を示しているが、実際に各医療機関において適切な役割分担の検討を進めるに当たっては、まずは当該医療機関における実情（医師、看護師等の医療関係職、事務職員等の役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間における責任の所在を明確化した上で、安全・安心な医療を提供するために必要な医師の事前の指示、直接指示のあり方を含め具体的な連携・協力方法を決定し、関係職種間での役割分担を進めることにより、良質な医療の提供はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

2. 役割分担の具体例

（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担

1) 書類作成等

書類作成等に係る事務については、例えば、診断書や診療録のように医師の診察等を経た上で作成される書類は、基本的に医師が記載することが想定されている。しかしながら、①から③に示すとおり、一定の条件の下で、医師に代わって事務職員が記載等を代行することも可能である。

ただし、医師や看護師等の医療関係職については、法律において、守秘義務が規定されていることを踏まえ、書類作成における記載等を代行する事務職員については、雇用契約において同趣旨の規定を設けるなど個人情報の取り扱いについては十分留意するとともに、医療の質の低下を招かないためにも、関係する業務について一定の知識を有した者が行うことが望ましい。

他方、各医療機関内で行われる各種会議等の用に供するための資料の作成など、必ずしも医師や看護師等の医療関係職の判断を必要としない書類作成等に係る事務についても、医師や看護師等の医療関係職が行っていることが医療現場における効率的な運用を妨げているという指摘がなされている。これらの事務について、事務職員の積極的な活用を図り、医師や看護師等の医療関係職を本来の業務に集中させることで医師や看護師等の医療関係職の負担の軽減が可能となる。

① 診断書、診療録及び処方せんの作成

診断書、診療録及び処方せんは、診察した医師が作成する書類であり、作成責任は医師が負うこととされているが、医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

② 主治医意見書の作成

介護保険法（平成9年法律第123号）第27条第3項及び第32条第3項に基づき、市町村等は要介護認定及び要支援認定の申請があった場合には、申請者に係る主治の医師に対して主治医意見書の作成を求めることとしている。

医師が最終的に確認し署名することを条件に、事務職員が医師の補助者として主治医意見書の記載を代行することも可能である。また、電磁的記録により作成する場合は、電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第1項に規定する電子署名をもって当該署名に代えることができるが、作成者の識別や認証が確実にできるよう、その運用においては「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守されたい。

③ 診察や検査の予約

近年、診察や検査の予約等の管理に、いわゆるオーダーリングシステムの導入を進めている医療機関が多く見られるが、その入力に係る作業は、医師の正確な判断・指示に基づいているものであれば、医師との協力・連携の下、事務職員が医師の補助者としてオーダーリングシステムへの入力を代行することも可能である。

2) ベッドメイキング

保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第5条に規定する療養上の世話の範疇に属さない退院後の患者の空きのベッド及び離床可能な患者のベッドに係るベッドメイキングについては、「ベッドメイキングの業務委託について（回答）」（平成12年11月7日付け医政看発第37号・医政経発第77号。以下「業務委託通知」という。）において示しているとおり、看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）以外が行うことができるものであり、業者等に業務委託することも可能である。

ただし、入院患者の状態は常に変化しているため、業務委託でベッドメイキングを行う場合は、業務委託通知において示しているとおり、病院の管理体制の中で、看護師等が関与して委託するベッドの選定を行うなど、病棟管理上遺漏のないよう十分留意されたい。

3) 院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送

滅菌器材、衛生材料、書類、検体の運搬・補充については、専門性を要する業務に携わるべき医師や看護師等の医療関係職が調達に動くことは、医療の質や量の低下を招き、特に夜間については、病棟等の管理が手薄になるため、その運搬・補充については、看護補助者等の活用や院内の物品運搬のシステムを整備することで、看護師等の医療関係職の業務負担の軽減に資することが可能となる。その際には、院内で手順書等を作成し、業務が円滑に行えるよう徹底する等留意が必要である。

また、患者の検査室等への移送についても同様、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合も指摘されているが、患者の状態を踏まえ総合的に判断した上で事

務職員や看護補助者を活用することは可能である。

4) その他

診療報酬請求書の作成、書類や伝票類の整理、医療上の判断が必要でない電話対応、各種検査の予約等に係る事務や検査結果の伝票、画像診断フィルム等の整理、検査室等への患者の案内、入院時の案内（オリエンテーション）、入院患者に対する食事の配膳、受付や診療録の準備等についても、医師や看護師等の医療関係職が行っている場合があるという指摘がなされている。事務職員や看護補助者の積極的な活用を図り、専門性の高い業務に医師や看護師等の医療関係職を集中させることが、医師や看護師等の医療関係職の負担を軽減する観点からも望ましいと考えられる。

また、個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）の遵守等、事務職員の適切な個人情報の取り扱いについて十分留意されたい。

(2) 医師と助産師との役割分担

保健師助産師看護師法において、助産師は助産及びじょく婦及び新生児の保健指導を担っているものである。医師との緊密な連携・協力関係の下で、正常の経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理について助産師を積極的に活用することで、産科医療機関における医師の業務負担を軽減させることが可能となる。こうした産科医療機関における医師の業務負担の軽減は、医師が医師でなければ対応できない事案により専念できることにより、医師の専門性がより発揮されることを可能とするとともに、地域のより高次の救急医療を担う医療機関における産科医師の負担の軽減にも資することとなる。

特に医療機関においては、安全・安心な分娩の確保と効率的な病院内運用を図るため、妊産婦健診や相談及び院内における正常分娩の取扱い等について、病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入も含め、個々の医療機関の事情に応じ、助産師がその専門性を発揮しやすい環境を整えることは、こうした業務分担の導入に際し有効なものである。

医師と助産師の間で連携する際には、十分な情報の共有と相互理解を構築するとともに、業務に際しては母子の安全の確保に細心の注意を払う必要があることは当然の前提である。

(3) 医師と看護師等の医療関係職との役割分担

医師と看護師等の医療関係職との間の役割分担についても、以下のような役割分担を進めることで、医師が医師でなければ対応できない業務により集中することが可能となる。また、医師の事前指示やクリティカルパスの活用は、医師の負担を軽減することが可能となる。

その際には、医療安全の確保の観点から、個々の医療機関等毎の状況に応じ、個別の看護師等の医療関係職の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことはもとより、

適宜医療機関内外での研修等の機会を通じ、看護師等が能力の研鑽に励むことが望ましい。

1) 薬剤の投与量の調節

患者に起こりうる病態の変化に応じた医師の事前の指示に基づき、患者の病態の変化に応じた適切な看護を行うことが可能な場合がある。例えば、在宅等で看護にあたる看護職員が行う、処方された薬剤の定期的、常態的な投与及び管理について、患者の病態を観察した上で、事前の指示に基づきその範囲内で投与量を調整することは、医師の指示の下で行う看護に含まれるものである。

2) 静脈注射

医師又は歯科医師の指示の下に行う看護職員が行う静脈注射及び、留置針によるルート確保については、診療の補助の範疇に属するものとして取り扱うことが可能であることを踏まえ、看護職員の積極的な活用を図り、医師を専門性の高い業務に集中させ、患者中心の効率的な運用に努められたい。

なお、薬剤の血管注入による身体への影響は大きいことから、「看護師等による静脈注射の実施について」(平成14年9月30日医政発第0930002号)において示しているとおり、医師又は歯科医師の指示に基づいて、看護職員が静脈注射を安全にできるよう、各医療機関においては、看護職員を対象とした研修を実施するとともに、静脈注射の実施等に関して、施設内基準や看護手順の作成・見直しを行い、また、個々の看護職員の能力を踏まえた適切な業務分担を行うことが重要である。

3) 救急医療等における診療の優先順位の決定

夜間・休日救急において、医師の過重労働が指摘されている現状を鑑み、より効率的な運用が行われ、患者への迅速な対応を確保するため、休日や夜間に診療を求めて救急に来院した場合、事前に、院内において具体的な対応方針を整備していれば、専門的な知識および技術をもつ看護職員が、診療の優先順位の判断を行うことで、より適切な医療の提供や、医師の負担を軽減した効率的な診療を行うことが可能となる。

4) 入院中の療養生活に関する対応

入院中の患者について、例えば病棟内歩行可能等の活動に関する安静度、食事の変更、入浴や清拭といった清潔保持方法等の療養生活全般について、現在行われている治療との関係に配慮し、看護職員が医師の治療方針や患者の状態を踏まえて積極的に対応することで、効率的な病棟運営や患者サービスの質の向上、医師の負担の軽減に資することが可能となる。

5) 患者・家族への説明

医師の治療方針の決定や病状の説明等の前後に、看護師等の医療関係職が、患者との診察前の事前の面談による情報収集や補足的な説明を行うとともに、患者、家族等の要望を傾聴し、医師と患者、家族等が十分な意思疎通をとれるよう調整を行うことで、医師、看護師等の医療関係職と患者、家族等との信頼関係を深めることが可能となるとともに、医師の負担の軽減が可能となる。

また、高血圧性疾患、糖尿病、脳血管疾患、うつ病（気分障害）のような慢性疾患患者においては、看護職員による療養生活の説明が必要な場合が想定される。このような場合に、医師の治療方針に基づき看護職員が療養生活の説明を行うことは可能であり、これにより医師の負担を軽減し、効率的な外来運営が行えるとともに、患者のニーズに合わせた療養生活の援助に寄与できるものとする。

6) 採血、検査についての説明

採血、検査説明については、保健師助産師看護師法及び臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）に基づき、医師等の指示の下に看護職員及び臨床検査技師が行うことができるとされているが、医師や看護職員のみで行っている実態があると指摘されている。

医師と看護職員及び臨床検査技師との適切な業務分担を導入することで、医師等の負担を軽減することが可能となる。

7) 薬剤の管理

病棟等における薬剤の在庫管理、ミキシングあるいは与薬等の準備を含む薬剤管理について、医師や看護職員が行っている場合もあると指摘されているが、ミキシングを行った点滴薬剤等のセッティング等を含め、薬剤師の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

8) 医療機器の管理

生命に影響を与える機器や精密で複雑な操作を伴う機器のメンテナンスを含む医療機器の管理については、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）に基づき、医師の指示の下、臨床工学技士が行うことができるとされているところであるが、医師や看護職員のみで行っている実態も指摘されている。臨床工学技士の積極的な活用を図り、医師や看護職員の業務を見直すことで、医療安全の確保及び医師等の負担の軽減が可能となる。

13. 医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について(通知)

医政発0430第1号
平成22年4月30日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

近年、質が高く、安心して安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化や複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われているところである。こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組として、多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」に注目が集まっており、現に、様々な医療現場で「チーム医療」の実践が広まりつつある。

このため、厚生労働省では、「チーム医療」を推進する観点から、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日付け医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知。以下「局長通知」という。）を発出し、各医療機関の実情に応じた適切な役割分担を推進するよう周知するとともに、平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」（座長：永井良三東京大学大学院医学研究科教授）を開催し、日本の実情に即した医療スタッフの協働・連携の在り方等について検討を重ね、平成22年3月19日に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。

今般、当該報告書の内容を踏まえ、関係法令に照らし、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務の内容について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、厚生労働省としては、医療技術の進展や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力や専門性の程度、患者・家族・医療関係者のニーズ等も変化することを念頭に置き、今後も、医療現場の動向の把握に努めるとともに、各医療スタッフが実施することができる業務の内容等について、適時検討を行う予定であることを申し添える。

記

1. 基本的な考え方

各医療スタッフの専門性を十分に活用して、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。

実際に各医療機関においてチーム医療の検討を進めるに当たっては、局長通知において示したとおり、まずは当該医療機関における実情（医療スタッフの役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間においての責任の所在を明確化した上で、安心・安全な医療を提供するために必要な具体的な連携・協力方法を決定し、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を進めることとし、質の高い医療の実現はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

なお、医療機関のみならず、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においても、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種間の連携に関する教育・啓発の推進等の取組が積極的に進められることが望まれる。

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

（1）薬剤師

近年、医療技術の進展とともに薬物療法が高度化しているため、医療の質の向上及び医療安全の確保の観点から、チーム医療において薬剤の専門家である薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが非常に有益である。

また、後発医薬品の種類が増加するなど、薬剤に関する幅広い知識が必要とされているにもかかわらず、病棟や在宅医療の場面において薬剤師が十分に活用されておらず、注射剤の調製（ミキシング）や副作用のチェック等の薬剤の管理業務について、医師や看護師が行っている場面も少なくない。

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者（在宅の患者を含む。）に対し、薬学的管理（患者の副作用の状況の把握、服薬指導等）を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効

性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。

- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方を提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

(2) リハビリテーション関係職種

近年、患者の高齢化が進む中、患者の運動機能を維持し、QOLの向上等を推進する観点から、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーションや在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高くなるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 理学療法士が体位排痰法を実施する際、作業療法士が食事訓練を実施する際、言語聴覚士が嚥下訓練等を実施する際など、喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、それぞれの訓練等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを踏まえ、理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)第2条第1項の「理学療法」、同条第2項の「作業療法」及び言語聴覚士法(平成9年法律第132号)第2条の「言語訓練その他の訓練」に含まれるものと解し、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 理学療法士等による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、理学療法士等が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、理学療法士等の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進め

ることが望まれる。

2) 作業療法の範囲

理学療法士及び作業療法士法第2条第2項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
- ・ 家事、外出等のIADL訓練
- ・ 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・ 福祉用具の使用等に関する訓練
- ・ 退院後の住環境への適応訓練
- ・ 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

(3) 管理栄養士

近年、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びQOLの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

- ① 一般食（常食）について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。
- ② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること（食事内容等の変更を提案することを含む。）。
- ③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導（クリティカルパスによる明示等）を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。
- ④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類を選択や変更等を提案すること。

(4) 臨床工学技士

近年、医療技術の進展による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

1) 喀痰等の吸引

- ① 人工呼吸器を装着した患者については、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを踏まえ、臨床工学技士法（昭和 62 年法律第 60 号）第 2 条第 2 項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 臨床工学技士による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

2) 動脈留置カテーテルからの採血

- ① 人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う場合、血液中のガス濃度のモニターを行うため、動脈の留置カテーテルから採血を行う必要がある。この動脈留置カテーテルからの採血（以下「カテーテル採血」という。）については、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要な行為であることを踏まえ、臨床工学技士法第 2 条第 2 項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。
- ② 臨床工学技士によるカテーテル採血の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

(5) 診療放射線技師

近年、医療技術の進展により、悪性腫瘍の放射線治療や画像検査等が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査等に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において診療放射線技師が実施することができることから、診療放射線技師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 画像診断における読影の補助を行うこと。
- ② 放射線検査等に関する説明・相談を行うこと。

(6) その他

(1) から (5) までの医療スタッフ以外の職種（歯科医師、看護職員、歯科衛生士、臨床検査技師、介護職員等）についても、各種業務量の増加や在宅医療の推進等を背景として、各業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっていることから、各職種を積極的に活用することが望まれる。

また、医療スタッフ間の連携・補完を推進する観点から、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）や、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の活用を推進する診療情報管理士等について、医療スタッフの一員として積極的に活用することが望まれる。

さらに、医師等の負担軽減を図る観点から、局長通知において示した事務職員の積極的な活用に関する具体例を参考として、書類作成（診断書や主治医意見書等の作成）等の医療関係事務を処理する事務職員（医療クラーク）、看護業務等を補助する看護補助者、検体や書類・伝票等の運搬業務を行う事務職員（ポーターやメッセンジャー等）等、様々な事務職員についても、医療スタッフの一員として効果的に活用することが望まれる。

14. 平成23年医政局所管国家試験実施計画

	官報公告	願書受付期間	筆記試験	実地試験	合格発表	試験地
第105回 医師国家試験	22.7.1(木)	22.11.15(月)～22.12.3(金)	23.2.12(土) 23.2.13(日) 23.2.14(月)	—	23.3.18(金)	北海道、宮城県、東京都、新潟県、愛知県、石川県、大阪府、広島県、香川県、福岡県、熊本県、沖縄県
第104回 歯科医師国家試験	22.7.1(木)	22.11.15(月)～22.12.3(金)	23.2.5(土) 23.2.6(日)	—	22.3.22(火)	北海道、宮城県、東京都、新潟県、愛知県、大阪府、広島県、福岡県
第97回 保健師国家試験	22.8.2(月)	22.11.26(金)～22.12.17(金)	23.2.18(金)	—	23.3.25(金)	北海道、青森県、宮城県、東京都、愛知県、石川県、大阪府、広島県、香川県、福岡県、沖縄県
第94回 助産師国家試験	22.8.2(月)	22.11.26(金)～22.12.17(金)	23.2.17(木)	—	23.3.25(金)	〃
第100回 看護師国家試験	22.8.2(月)	22.11.26(金)～22.12.17(金)	23.2.20(日)	—	23.3.25(金)	〃
第63回 診療放射線技師試験	22.9.1(水)	22.12.20(月)～23.1.11(火)	23.2.24(木)	—	23.3.31(木)	北海道、宮城県、東京都、愛知県、大阪府、広島県、香川県、福岡県 (科目免除者)東京
第57回 臨床検査技師国家試験	22.9.1(水)	22.12.20(月)～23.1.11(火)	23.2.23(水)	—	23.3.31(木)	北海道、宮城県、東京都、愛知県、大阪府、広島県、香川県、福岡県、沖縄県
第46回 理学療法士国家試験	22.9.1(水)	22.12.20(月)～23.1.11(火)	23.2.27(日)	23.2.28(月)	23.3.31(木)	(筆記)北海道、宮城県、東京都、愛知県、大阪府、香川県、福岡県、沖縄県 (実地)東京都
第46回 作業療法士国家試験	22.9.1(水)	22.12.20(月)～23.1.11(火)	23.2.27(日)	23.2.28(月)	23.3.31(木)	北海道、宮城県、東京都、愛知県、大阪府、香川県、福岡県、沖縄県 (実地)東京都
第41回 視能訓練師国家試験	22.9.1(水)	22.12.20(月)～23.1.11(火)	23.2.24(木)	—	22.3.29(火)	東京都、大阪府

15. 医師等の資格確認について（関係通知等）

1. 無資格者による医業及び歯科医業の防止について

（昭和47年1月19日付医発第76号）

各都道府県知事あて厚生省医務局長通達）
最近、無資格者が医業又は歯科医業を行なつていたために摘発される事例が発生しているが、無資格者による医業又は歯科医業は、国民の生命、身体に対する脅威となることにより、国民の医療に対する信頼を失墜させる原因ともなるものである。
無資格者が医業又は歯科医業を行なうことが医師法第一七条又は歯科医師法第一七条に違反することとなるのはもとより、無資格者に医業若しくは歯科医業を行なわせたり、病院若しくは診療所の開設者若しくは管理者についても、その態様によつては、刑事責任を問われ、さらに免許の取消等の行政処分の対象となることとなる。
貴職におかれましては、都道府県医師会、都道府県歯科医師会その他関係方面の協力を得て、左記の事項を徹底することにより無資格者による医業又は歯科医業の一扫を期されたい。

記

第1 免許資格の調査

1 管下の病院又は診療所を対象とし、診療に従事する医師又は歯科医師の免許資格に関する調査をすみやかに実施すること。実施に際しては、医師又は歯科医師の免許証等有資格者であることが確認できる書類の呈示を求め等により正確な事実把握に努めること。

2 調査の結果、無資格者による医業又は歯科医業が行なわれていることが明らかになった事例については、刑事訴訟法第二三九条の規定により告発すること。

第2 病院又は診療所の開設時等における免許資格の確認

1 医師又は歯科医師が病院又は診療所を開設する場合には、医療法第七条の規定による病院の開設許可申請書又は同法第八条の規定による診療所の開設届の受理に際して、有資格者であることの確認を徹底すること。

2 病院又は診療所の開設者又は管理者が、医師又は歯科医師を雇用する際に免許資格を確認するよう十分の指導をすること。

第3 医師届及び歯科医師届の励行

医師法第六条又は歯科医師法第六条の規定に基づく医師、歯科医師の届出を未だ行なっていない者に対しては、届出を励行するよう督促すること。

なお、これらの届出と医籍・歯科医籍との照合を行なうこととする予定である。

2. 免許証の不正使用防止について

（昭和53年3月20日付医発第289号）

各都道府県知事あて厚生省医務局長依頼）
今般、医師免許証が医師でない第三者により不正に使用されるといふ事件が報道されたが、かかる事件等を防止する観点から貴職におかれても、左記の事項に留意し、関係団体等と連絡を密にして、その周知徹底を図られたい。

なお、保健所等関係機関は、亡失に伴う免許証の再交付申請があった場合には、亡失事実の確認、申請者が同一人である旨の確認及び免許資格の確認を関係書類の提示を求めて行われたい。

記

- 1 免許を取得した者及びその家族は、亡失事故を起さないよう免許証の保留には十分な注意を払うこと。
また、盗難等により免許証が第三者に渡る可能性がある場合は、すみやかに保健所等関係機関に通報すること。この場合貴職においては、関係機関にされた通報を至急当職あて連絡されたい。
- 2 各医療施設等は、免許取得者を採用するにあたっては、戸籍謄(抄)本等の提示、履歴書の確認等の方法により採用希望者が免許取得者であることを、十分に確認すること。

3. 医師等の資格確認について

(昭和60年10月9日付健政発第676号

各都道府県知事あて厚生省健康政策局長通知)

最近、外国人医師を採用した某地において、その際の免許資格に関する調査が十分に行われなかつたため、左記の無効医師免許証所持者による無資格医業が行われ、保険請求まで行われていた事例が判明したので、今後かかる事例が再発することのないよう左記事項に十分御留意のうえ、貴職におかれても、関係部局、貴管下保健所、病院、診療所等関係機関に対し、周知徹底願いたい。

記

- 1 無効医師免許について
 - (1) 元興亜医学館及び東洋医学院を卒業した別添無効医師免許証名簿の者に医師免許証が交付されているが、これについては、既に昭和30年8月25日発医第80号医務局長通知及び昭和51年1月23日医事第6号医務局医事課長通知をもつて通知してあるとおり、終戦直後の特殊な社会情勢下においてやむを得ず、法定の資格を有しない者であるにもかかわらず、当時の台湾(中華民国)又は朝鮮において資格取得のために使用する目的をもつて、日本国において医業を行うことはできないという条件の下に(但し、その旨は免許証には記されていない)、医籍に登録せずして交付されたものである。
従つて、これらの者は我が国においては医師免許を有してはいないこと。
なお、本件免許証は昭和35年11月1日の最高裁判決により無効であることの判断が既に示されている。
 - (2) 貴管内において、上記(1)に該当する者で医業に従事している者があるときは、当該者に対し免許証の呈示を求め、その免許が無効であることを告知する等適宜の措置をとり、その旨当職あて報告されたいこと。
- 2 医師等免許資格の確認について
無資格医業等の防止については、昭和47年1月19日医発第76号医務局長通知をもつて通知しているところであるが、今後とも次により徹底の上、その一掃を図られたい。
 - (1) 医師及び歯科医師として、就業する目的で採用する場合には、事前に免許証及び卒業証書の原本の提出を必ず求め、資格を有していることの確認を十分行うよう指導されたいこと。
 - (2) 免許証を亡失している場合には、速やかに免許証の再交付申請を行わせるよう指導されたいこと。
 - (3) 免許証を保持していない採用者等については、免許証の交付(国家試験合格等による免許申請後、まだ免許証が交付されていない者については、登録済証明書の交付)を確認した後に医業に従事するよう指導されたいこと。
 - (4) 免許資格等に疑義のある場合には、当局医事課と十分な連絡をとること。

3 その他(略)

歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯科医師臨床研修に関する省令及び関係通知の一部改正について

平成22年6月
医政局歯科保健課

(1) 新たな臨床研修施設の活用について（省令・通知の改正による）

- 臨床研修を行う分野に関して豊富な症例を持ち、効果的な指導ができる指導歯科医が在籍する医療機関、在宅歯科医療、障害者歯科等を計画的に実践できる医療機関等を臨床研修施設として積極的に活用するため、臨床研修施設の類型として新たに「連携型臨床研修施設」を設ける。
- 連携型臨床研修施設は、他の施設と共同して臨床研修を行うものとし、指定の要件として、
 - ・ 臨床研修の基本理念にのっとり研修プログラムを有していること
 - ・ 臨床研修を行うために必要な人員を有していること（具体的には、常に勤務する歯科医師が1人以上であり、指導歯科医を常勤で置くこと等。）
 - ・ 医療に関する安全管理のための体制を確保していること。など、歯科診療所の実態にも配慮しつつ、臨床研修施設の質が担保される基準を設定する。
- 連携型臨床研修施設における研修は、原則として1施設1年あたり合計5日以上30日以内とする。
- その他、連携型臨床研修施設に係る指定の申請手続等について定める。

(2) 臨床研修施設間の連携の推進（いわゆるグループ化の導入） (通知の改正による)

- 研修内容の一層の充実を図るため、従来から行われている臨床研修施設群方式を継続することは可能とした上で、臨床研修施設間の連携の強化を図った研修実施方法（グループ化）を取り入れることができること。
- 臨床研修施設群方式の研修において、管理型臨床研修施設の管理のもとに、協力型臨床研修施設と連携型臨床研修施設で構成されるグループにより、各施設の特徴を活かした研修を実施できる。

- グループ化による研修期間中は、曜日、週又は月を単位としてグループを構成する複数の研修施設をローテートするなど、研修スケジュールの弾力的な運用ができる。
- グループとなる臨床研修施設の所在は、研修歯科医の負担にならないよう地域性に配慮する。

(3) 臨床研修施設の指定要件の見直し

- 歯科衛生士又は看護師の要件に関しては、原則として常に勤務する歯科医師と概ね同数、又は当該年度に募集する研修歯科医と同数確保されていることとする。ただし、歯科衛生士は常勤換算で1人以上置くこと。
- 入院症例の要件に関しては、現在の歯科医療ニーズの多様化に対応できる歯科医師を養成する観点から、例えば、慢性疾患を持つハイリスク患者への全身管理若しくは麻酔に係る研修又は在宅歯科医療等を実施できる歯科診療所・病院歯科を一層活用する。

(4) 申請様式の簡素化（通知の改正による）

- 臨床研修に係る事務作業が過大となっている状況にかんがみ、臨床研修施設の指定・年次報告等の申請を簡素化するとともに、申請様式の記載内容を整理した。

(5) 研修管理委員会の機能の充実（通知の改正による）

- 研修の進捗状況の把握及び研修実施中の問題に迅速に対応できるよう研修管理委員会の運用指針を定める。
- 施設側にやむを得ない事情が生じ、研修が困難となった場合に、研修歯科医ができるだけ早く研修を再開できるよう、臨時の研修管理委員会を運営指針に基づいて開催可能とする。
- 研修歯科医の指導にあたる歯科医師、歯科衛生士等に対して研修管理委員会が中心となって継続的な研修、指導等を行うよう努める。

(6) 適用時期等について

- 平成23年度から研修を受ける研修歯科医に対する臨床研修から適用する。
- 臨床研修省令の施行後5年以内に臨床研修省令規定について検討を行い、必要な措置を講ずる。

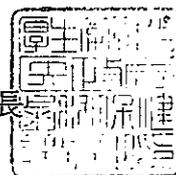
以上



平成 22 年 3 月 31 日
医政歯発 0331 第 1 号

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局歯科保健課長



補てつ物等の作成を国外に委託する場合の使用材料の指示等について

歯科医療の用に供する補てつ物等については、患者を治療する歯科医師が歯科医学的知見に基づき適切に判断し、当該歯科医師の責任の下、安全性に十分配慮した上で作成されるものですが、通常、患者を直接診療している病院又は診療所内において歯科医師又は歯科技工士が作成するか、病院又は診療所の歯科医師から委託を受けた歯科技工所において、歯科医師から交付された歯科技工指示書に基づき歯科技工士が作成しているところです。

また、国外で作成された補てつ物等の取扱いについては、「国外で作成された補てつ物等の取り扱いについて」（平成 17 年 9 月 18 日付け医政歯発第 0908001 号医政局歯科保健課長通知。以下「課長通知」という。）において、国外で作成された補てつ物等を歯科医師が輸入し、患者に供する場合は、使用材料の安全性に関する情報等について、患者に対して十分情報提供を行うよう指導したところです。

今般、補てつ物等のさらなる安全性の確保等の観点から、補てつ物等の作成を国外に委託する場合の使用材料の指示等について、別添のような取扱いとしますので、よろしく御了知願います。

(別添)

補てつ物等の作成の委託については、患者を治療する歯科医師の責任の下、安全性に十分配慮した上で実施されるべきものであることから、歯科医師は、補てつ物等の作成を国外に委託する場合、課長通知のとおり取り扱うとともに以下の事項を遵守されたい。

- ① 補てつ物等を作成する場所（名称及び所在地）を明示して指示を行うとともに、当該指示の内容の要点を診療録等に記録すること。
- ② 使用する歯科材料を明示して指示を行うとともに、当該指示の内容の要点を診療録等に記録すること。

なお、指示に際しては、歯科材料の組成・性状や安全性等に関する情報を添付文書等により事前に把握し、^(注1) I S O規格や^(注2) 「歯科鑄造用ニッケルクロム合金（冠用）の製造（輸入）の承認申請について」（昭和60年3月30日付け薬審第294号薬務局審査課長通知）等で定める基準を満たした歯科材料を選定した上で、当該歯科材料が特定されるよう、製品名（製造販売業者名を含む）等を明示して指示を行うこととする。

（注1） I S O規格においては、個々の歯科材料の成分分量等に関する基準が規定されている。

（注2） 「歯科鑄造用ニッケルクロム合金（冠用）の製造（輸入）の承認申請について」においては、「ベリリウムを検出してはならない」等の基準が規定されている。

- ③ 補てつ物等を患者に供する前に、当該補てつ物等を作成した者から使用された歯科材料を証明する書類等を取得し、①及び②の指示の内容等に基づき作成されたかどうか確認を行うとともに、当該書類等を診療録に添付する等、適切に保管すること。