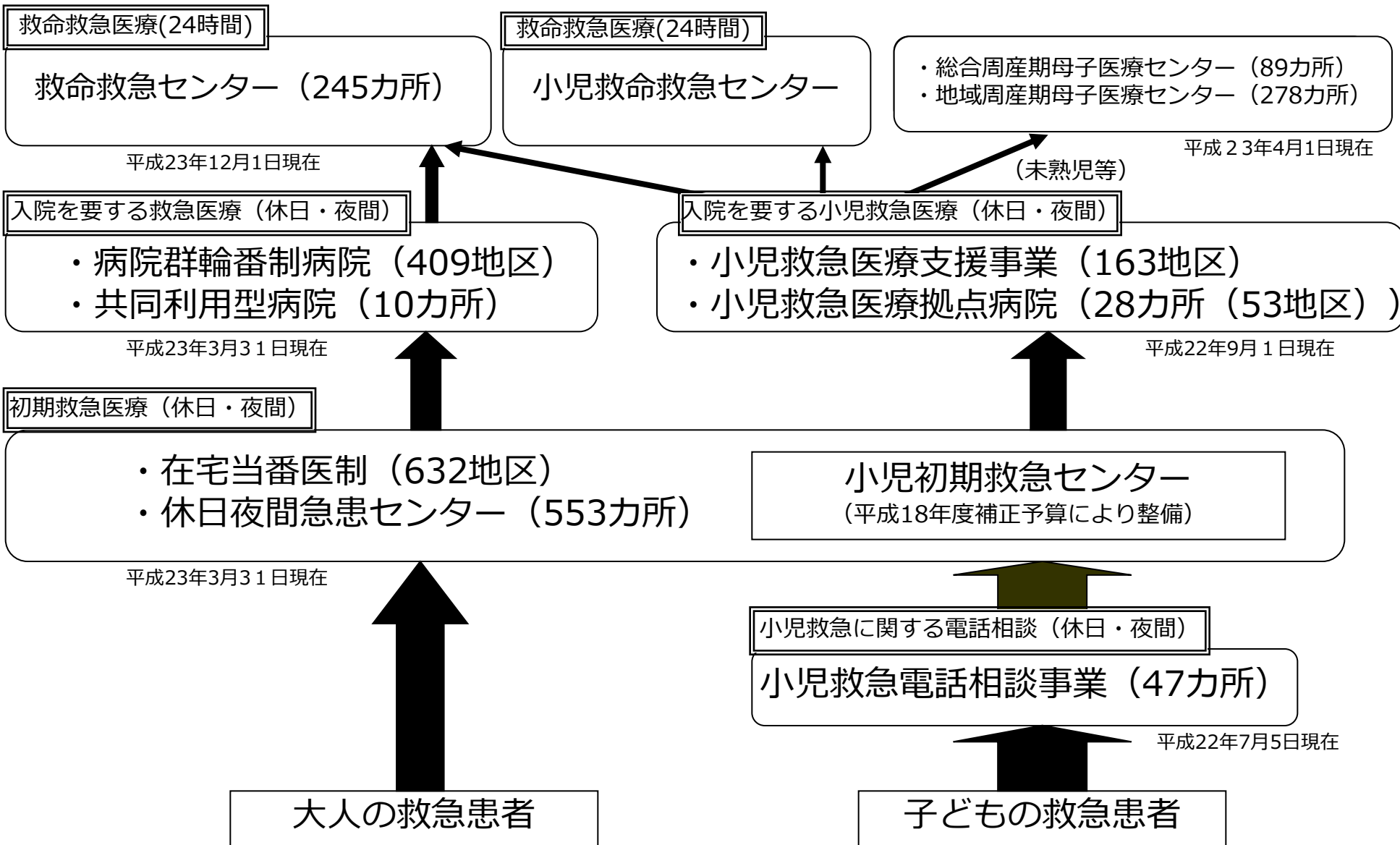
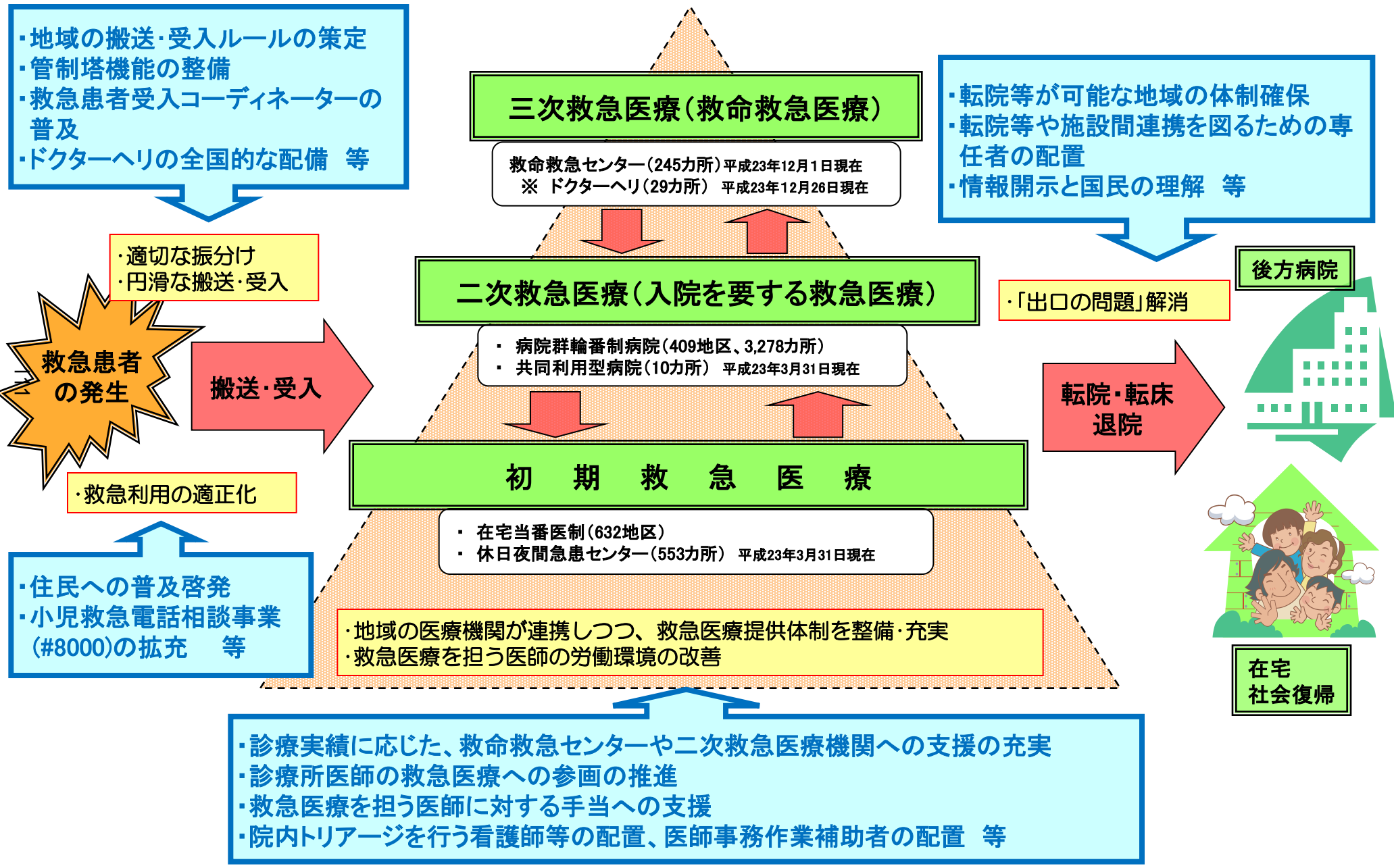


關係資料

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

- 三次救急医療機関については、着実に増加している。
- 二次救急医療機関については、ほぼ同一水準で推移しており、救急利用の増加に対応していない。

(各年3月31日時点)

		18年	19年	20年	21年	22年	23年
三次救急 (救命救急)	救命救急センター (施設数)	189	201	208	214	221	235
	入院を要する救急医療施設 (施設数)	3,214	3,153	3,175	3,201	3,231	3,278
二次救急 (入院を要 する救急)	(地区数)	(411)	(408)	(405)	(401)	(407)	(409)
	休日夜間急患センター (施設数)	508	511	516	521	529	553
初期救急	在宅当番医制 (実施地区数)	666	654	641	643	636	632

(厚生労働省医政局調べ)

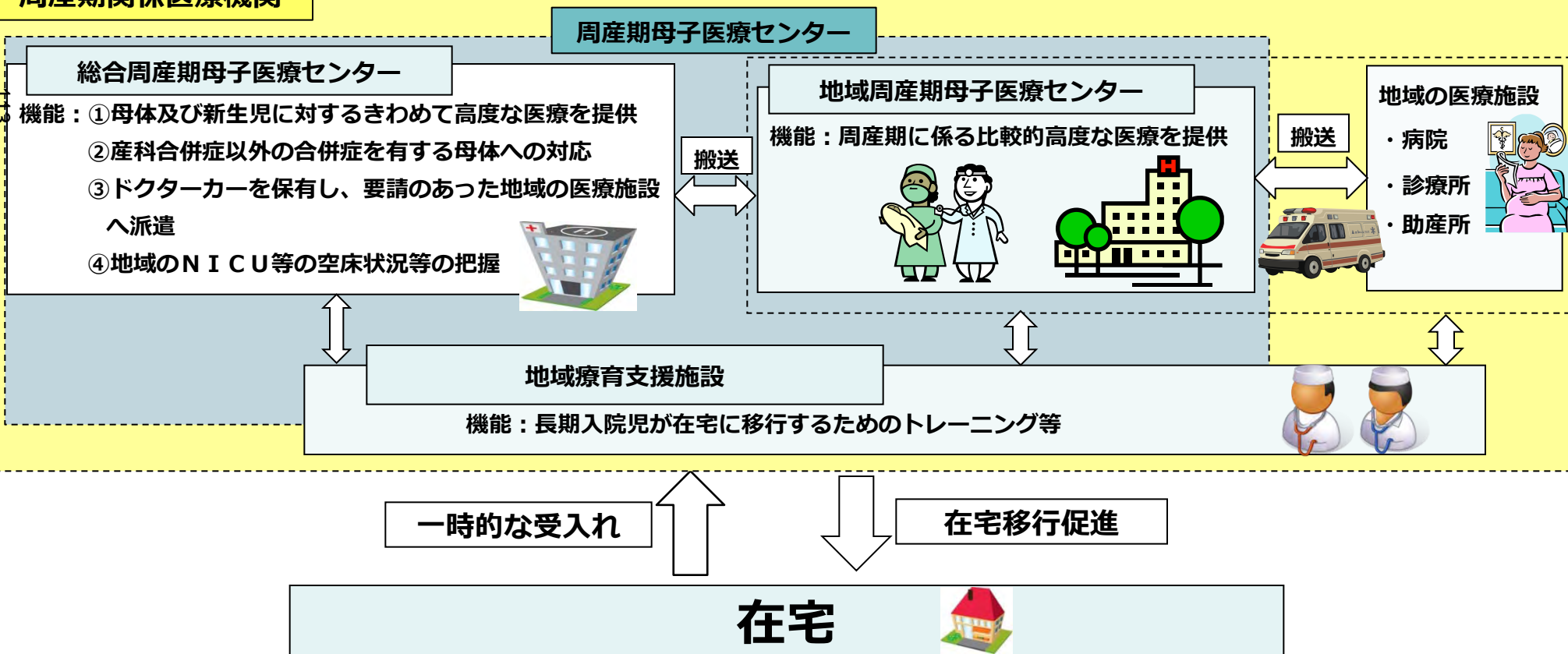
2. 周産期医療体制の現状

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



総合周産期母子医療センターの整備状況について

平成23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
	東京大学医学部附属病院
	神奈川県
北里大学病院	
東海大学医学部付属病院	
横浜市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
岐阜県	岐阜県総合医療センター

都道府県	施設名
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
	愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院
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
大阪府立総合医療センター	
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
佐賀県	国立病院機構佐賀病院
長崎県	国立病院機構長崎医療センター
熊本県	熊本市立熊本市市民病院
	熊本大学医学部附属病院
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	47都道府県 89か所

3. 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10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23年度から、第11次「へき地保健医療計画」を実施）。

[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22年4月1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：268病院（平成22年4月1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 119病院
巡回診療 92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, 007か所〔国保診療所含む〕(平成21年4月1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。

補助先：都道府県、市町村

(5) へき地巡回診療車(船・ヘリ)

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。

※離島巡回診療ヘリは平成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24年度予算案
3,871百万円

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	共同利用施設（開放型病棟等）○	治験施設○
病院群輪番制病院	医療施設近代化施設	病児・病後児保育施設
共同利用型病院	不足病床地区病院※	特定地域病院※
救急ヘリポート	基幹災害医療センター	地震防災対策医療施設耐震整備
（地域）救命救急センター	地域災害医療センター	医療施設耐震整備 ○
小児救急医療拠点病院	院内助産所・助産師外来施設	アスベスト除去等整備
小児初期救急センター施設	がん診療施設	看護師勤務環境改善○
小児集中治療室	医学的リハビリテーション施設※	看護師宿舎○
小児医療施設	腎移植施設	病院内保育所
周産期医療施設	特殊病室施設	院内感染対策施設○
地域療育支援施設	肝移植施設	医療機器管理室○

医療提供体制推進事業費補助金の概要

I 予算額

平成24年度予算案
25,000百万円

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	25,000,000 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、看護職員の就労環境改善事業、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24年度予算案
749,433千円

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
□歯科口腔保健推進のための医療機器等設備（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24年度予算案
406,247千円

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24年度予算案
2,947百万円

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

2,947,144千円

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 外国人患者受入に資する医療機関認証制度推進事業

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

現状の課題

現在の地域医療再生計画は、二次医療圏を基本単位としていることから、都道府県単位（三次医療圏）の広域医療圏における医療提供体制の考え方が、十分に計画されているとはいえない状況である。

事業概要

◎都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援

- 対象地域 都道府県単位（三次医療圏） ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
- 計画期間 平成25年度までの4年間
- 予算総額 2,100億円（15億円×52地域、加算額 1,320億円）（上限120億円）
- 計画の評価・助言は、厚生労働省に設置する有識者による会議で実施

都道府県に対する交付金の交付

- 被災3県以外・・・平成23年6月16日の期限までに、地域医療再生計画を提出。
有識者会議による評価を踏まえて、平成23年12月12日交付決定済み。
- 被災3県・・・・・・地域医療再生計画の提出期限は、平成23年11月16日。
交付金の額については、それぞれ上限である120億円を確保。
そのうち、基礎額部分の15億円については、宮城県に対して8月18日、岩手県及び福島県に対して10月6日に交付決定済み。
また、残りの105億円のうち、50億円程度までは、簡便な事業内容を交付申請書に記載することにより、交付申請を可能とした。（宮城県からは、10億円の申請があり、12月12日交付決定済み。）

地域医療支援センター運営経費

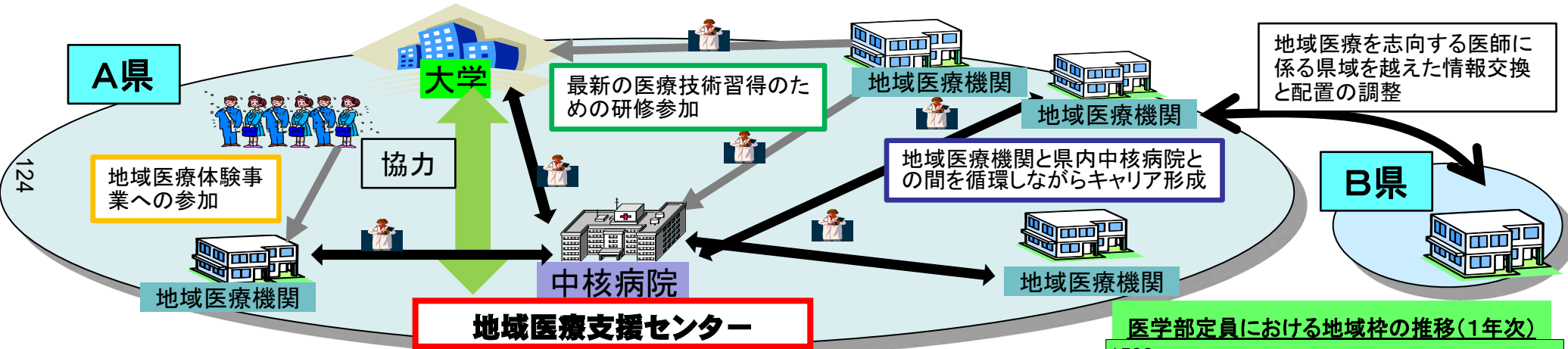
平成24年度予算(案) 7.3億円 (平成23年度予算 5.5億円)
(20箇所) (15箇所)

地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組む**コントロールタワー**の確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師など活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- **専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。**
 - ・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名
 - ・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

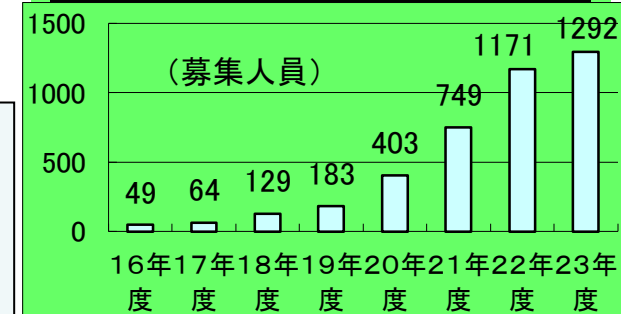
➤ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

医学部定員における地域枠の推移(1年次)



➤ 平成24年度は、地域医療支援センターの取り組みが、より多くの都道府県で実施されるよう、5箇所増の20箇所運営に対する支援を行っていくこととしている。平成24年度に設置される20箇所の地域医療支援センターでの運営状況や成果等を広く周知していくことで、平成25年度以降のより広域的な展開に向けた取り組みを進めていく。

※今後、東日本大震災の被災地への医師確保の点からの支援や、地域における医師数の状況などを勘案し、新規設置の5箇所を選定する予定。

6. 都道府県別医療法人数

平成23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 （再掲）	基金拠 出型法人 （再掲）	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			設 立 認 可 件 数			
			総数	持分有	持分無														総数	持分有	持分無	総数	医科	歯科	
1 北海道	2,409	5	2,404	2,172	232	27	34	28		28	3		3	14		14	6		6	5	1	1,881	1,374	507	*一人医師医療法人設立認可 件数の推移 昭和61年12月末 179件 昭和62年 3月末 320件 昭和62年12月末 723件 昭和63年 3月末 815件 昭和63年12月末 1,557件 平成元年 3月末 2,417件 平成元年12月末 6,620件 平成 2年 3月末 7,218件 平成 2年12月末 9,451件 平成 3年 3月末 9,881件 平成 3年12月末 11,296件 平成 4年 3月末 11,597件 平成 4年12月末 13,205件 平成 5年 3月末 13,822件 平成 5年12月末 15,665件 平成 6年 3月末 15,935件 平成 6年12月末 17,322件 平成 7年 3月末 17,828件 平成 7年12月末 19,008件 平成 8年 3月末 19,545件 平成 8年12月末 20,812件 平成 9年 3月末 21,324件 平成10年 3月末 23,112件 平成11年 3月末 24,770件 平成12年 3月末 26,045件 平成13年 3月末 27,504件 平成14年 3月末 28,967件 平成15年 3月末 30,331件 平成16年 3月末 31,664件 平成17年 3月末 33,057件 平成18年 3月末 34,602件 平成19年 3月末 36,973件 平成20年 3月末 37,533件 平成21年 3月末 37,878件 平成22年 3月末 38,231件 平成23年 3月末 39,102件
2 青森	336	4	332	317	15	4	13	1		1	1		1	1		1	2		2	2		276	222	54	
3 岩手	331	3	328	289	39	3	31	5	1	4							5		5	5		265	217	48	
4 宮城	737	9	728	666	62	3	58	4		4	1		1				7	1	6	6		578	506	72	
5 秋田	316	4	312	299	13	8	7	3		3				2		2	2		2	1	1	242	186	56	
6 山形	439	2	437	412	25	6	22	2		2				1		1	2		2	2		389	322	67	
7 福島	786	3	783	724	59	3	45	7	1	6				2	1	1	11		11	11		685	597	88	
8 茨城	815	2	813	747	66	2	38	6	1	5	1		1				22		22	20	2	587	488	99	
9 栃木	720	3	717	673	44	1	34	6		6	1		1	2		2	15		15	15		522	457	65	
10 群馬	749	3	746	679	67	17	58	6		6	1		1	1		1	4		4	4		635	538	97	
11 埼玉	2,160	17	2,143	1,930	213	8	197	13	1	12	1		1	1		1	73		73	69	4	1,809	1,385	424	
12 千葉	1,643	11	1,632	1,494	138	9	115	8		8	1		1	5		5	60	2	58	55	3	1,380	1,033	347	
13 東京	4,918	97	4,821	4,108	713	18	306	17	7	10	2		2	3	2	1	253	9	244	232	12	4,286	3,065	1,221	
14 神奈川	2,770	39	2,731	2,402	329	4	295	19	5	14	1		1	4	2	2	72	4	68	64	4	2,352	1,753	599	
15 新潟	915	6	909	843	66	24	43	7	2	5	1		1	2		2	7		7	7		859	712	147	
16 富山	261	6	255	239	16	2	14	4	2	2							3		3	3		190	142	48	
17 石川	421	5	416	395	21	4	15	4	1	3				1	1		8		8	6	2	358	278	80	
18 福井	292	4	288	273	15		5	6	2	4	2		2									232	187	45	
19 山梨	212	3	209	193	16	3	5	5	1	4							5		5	2	3	167	143	24	
20 長野	698	8	690	655	35	3	25	6	4	2				3	2	1	7		7	6	1	593	488	105	
21 岐阜	661		661	604	57	4	32	10		10	2		2	2		2	3		3	3		528	441	87	
22 静岡	1,243	2	1,241	1,172	69	4	65	3		3							21		21	19	2	1,114	984	130	
23 愛知	1,817	9	1,808	1,670	138	11	120	16	2	14				4	2	2	29		29	28	1	1,446	1,210	236	
24 三重	622	1	621	571	50	7	38	6		6	1		1	1		1	14		14	14		518	442	76	
25 滋賀	396		396	368	28	2	22	3		3				1		1	6		6	6		347	305	42	
26 京都	853	24	829	778	51	3	41	6		6				4	1	3	14		14	13	1	686	576	110	
27 大阪	3,514	34	3,480	3,228	252		217	18	2	16	3		3	17	2	15	67	1	66	64	2	3,220	2,613	607	
28 兵庫	1,872	20	1,852	1,703	149	1	126	24	3	21	2		2	1		1	25	1	24	24		1,659	1,381	278	
29 奈良	424	9	415	369	46		43	3	1	2				1		1	10	2	8	7	1	334	298	36	
30 和歌山	391		391	379	12	4	2	2		2				1		1	4		4	4		312	270	42	
31 鳥取	329	6	323	304	19		9	2	2	2	1	1		2	1	1	4		4	4		262	205	57	
32 島根	340	2	338	316	22	1	13	3		3				3	1	2	3		3	2	1	278	226	52	
33 岡山	917	1	916	853	63	2	38	18	1	17	2		2	5		5	3		3	3		763	636	127	
34 広島	1,334	1	1,333	1,240	93	8	70	7	1	6	1		1	5		5	4		4	4		1,138	984	154	
35 山口	703	3	700	665	35	6	27	4		4	1		1	2		2	7		7	7		581	521	60	
36 徳島	571		571	540	31	2	27	3		3							9		9	9		492	391	101	
37 香川	493	6	487	437	50	2	29	3	1	2				1	1		4		4	3	1	401	333	68	
38 愛媛	881	5	876	810	66		57	6	3	3	1		1	4	1	3	2		2	2		745	600	145	
39 高知	381	1	380	356	24	2	5	4		4				1		1	3		3	3		225	177	48	
40 福岡	2,482	9	2,473	2,286	187	9	159	19	1	18	3		3	8	1	7	31	1	30	29	1	1,991	1,710	281	
41 佐賀	395	1	394	345	49		24	11	1	10				1		1	10	1	9	9		294	244	50	
42 長崎	790	7	783	738	45	4	34	8	1	7	4	1		1		1	5	2	3	3		638	534	104	
43 熊本	977	4	973	922	51	9	30	14		14	4		4	1		1	9		9	8	1	772	645	127	
44 大分	618	6	612	572	40	7	27	10	3	7	2		2	4	1	3	1		1	1		436	378	58	
45 宮崎	545	3	542	498	44	3	26	10	1	9				1		1	5		5	5		438	367	71	
46 鹿児島	1,015	2	1,013	928	85	12	41	10	1	9	2		2	4		4	4	1	3	3		830	669	161	
47 沖縄	454		454	424	30	13	10	3		3				3		3	4		4	2	2	368	304	64	
計	46,946	390	46,556	42,586	3,970	265	2,692	383		52	331	45	2	43	120	19	101	865	25	840	794	46	39,102	31,537	7,565

*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、医師若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。

7. 社会医療法人の認定状況

平成23年10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
	社会医療法人 秀眸会	北海道札幌市北区 北16条西4丁目2番17号	樋口 眞琴	平成23年3月1日	大塚眼科病院 へき地医療
	社会医療法人 鳩仁会	北海道札幌市中央区南9条 西10丁目1番50号	荒木 英司	平成23年3月1日	札幌中央病院 救急医療
					あつた中央クリニック へき地医療
	社会医療法人 明生会	北海道網走市 桂町4丁目1番7号	橋本 政明	平成23年3月1日	網走脳神経外科・リハビリテーション病院 救急医療
	社会医療法人 製鉄記念室蘭病院	北海道室蘭市 知利別町1丁目45番地	足永 武	平成23年3月1日	製鉄記念室蘭病院 救急医療
	社会医療法人 北海道循環器病院	北海道札幌市中央区 南27条西13丁目1番30号	大堀 克己	平成23年9月1日	北海道循環器病院 へき地医療
	社会医療法人 北楡会	北海道札幌市白石区 東札幌6条6丁目5番1号	米川 元樹	平成23年9月1日	札幌北楡病院 へき地医療
社会医療法人 康和会	北海道札幌市豊平区 月寒東2条18丁目7番26号	加藤 康夫	平成23年9月1日	札幌しらかば台病院 へき地医療	
社会医療法人 蘭友会	北海道札幌市清田区 美しが丘1条6丁目1番5号	下段 光裕	平成23年9月1日	札幌里塚病院 へき地医療	
社会医療法人 高橋病院	北海道函館市 元町32番18号	高橋 肇	平成23年9月1日	高橋病院 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	山形県南陽市柵塚 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
	社会医療法人 二本松会	山形県山形市桜町 2番75号	二本松 博子	平成23年4月1日	山形さくら町病院 精神科救急医療

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
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
	社会医療法人 秀公会	福島県福島市大森字柳下16番地の1	辺 龍秀	平成23年4月1日	あづま脳神経外科病院 へき地医療
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 へき地医療
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
	社会医療法人 壮幸会	埼玉県行田市持田376番地	川嶋 賢司	平成23年5月1日	行田総合病院 救急医療 小児救急医療
	社会医療法人 さいたま市民医療センター	埼玉県さいたま市西区大字島根299-1	阪 信	平成23年10月1日	さいたま市民医療センター 救急医療 小児救急医療
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
	社会医療法人社団 健脳会	千葉県千葉市稲毛区長沼原408番地	涌井 健治	平成23年4月1日	千葉脳神経外科病院 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
	社会医療法人財団 仁医会	東京都大田区大森北1丁目34番6号	田原 亮一	平成23年4月1日	牧田総合病院 救急医療
	社会医療法人社団 正志会	東京都町田市鶴間1008番地の1	猪口 正孝	平成23年10月1日	南町田病院 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 互惠会	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 真	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
	社会医療法人財団 松原愛育会	石川県金沢市石引4丁目3番5号	松原 三郎	平成23年4月1日	松原病院 精神科救急医療
山梨県	社会医療法人 加納岩	山梨県山梨市上神内川1309	中澤 良英	平成23年10月1日	加納岩総合病院 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
	社会医療法人 緑峰会	岐阜県海津市南濃町 津屋1508番地	関谷 道晴	平成23年4月1日	養南病院 精神科救急医療
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 真	平成22年4月1日	成田記念病院 救急医療
	社会医療法人 名古屋記念財団	愛知県名古屋市天白区 平針305番地	太田 圭洋	平成23年4月1日	名古屋記念病院 救急医療 小児救急
	社会医療法人 宏潤会	愛知県名古屋市南区 白水町9番地	吉川 公章	平成23年4月1日	大同病院 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 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 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 車四丁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

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 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 萱島生野病院 浪速生野病院 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
	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	暁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
	社会医療法人 製鉄記念広畑病院	兵庫県姫路市広畑区夢前町3丁目1番地	齋藤 寛	平成23年4月1日	製鉄記念広畑病院 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
	社会医療法人 仁寿会	島根県邑智郡川本町大字川本383番地	加藤 節司	平成23年8月1日	加藤病院 へき地医療
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 水人会	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
	社会医療法人 鴻仁会	岡山県岡山市北区奉還町2-18-19	金重 哲三	平成23年4月1日	岡山中央病院 救急医療
	社会医療法人 十全会	岡山県岡山市北区丸の内2-1-10	榊原 宣	平成23年8月1日	心臓病センター榊原病院 へき地医療
広島県	社会医療法人 社団 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

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
広島県	社会医療法人 里仁会	広島県三原市円一町 2丁目5番1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
	社会医療法人社団 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
	社会医療法人財団 エム・アイ・ユー	香川県丸亀市津森町 219番地	麻田 ヒデミ	平成23年4月1日	麻田総合病院 へき地医療
愛媛県	社会医療法人社団 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
	社会医療法人社団 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	福岡県京都郡苅田町大字 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
	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 二里町八谷搦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
	社会医療法人 春回会	長崎県長崎市宝町 6番8号	井上 満治	平成23年4月1日	井上病院 救急医療
	社会医療法人財団 健友会	長崎県長崎市下町11号	宮崎 幸哉	平成23年4月1日	健友会上戸町病院 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
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
	社会医療法人 黎明会	熊本県宇城市 松橋町松橋1455番地1	清水 寛	平成23年5月1日	宇賀岳病院 救急医療
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	米森 公治	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 寛容	平成22年4月1日	田上病院 へき地医療
	社会医療法人 博愛会	鹿児島県鹿児島市 松原町3番31号	相良 吉昭	平成23年4月1日	相良病院 へき地医療
	社会医療法人 鹿児島愛心会	鹿児島県鹿屋市 新川町6081番地1	徳田 哲	平成23年4月1日	大隅鹿屋病院 救急医療
	社会医療法人 愛仁会	鹿児島県鹿児島市 伊敷2丁目1番2号	長柄 光子	平成23年10月1日	植村病院 救急医療
	社会医療法人 白光会	鹿児島県鹿児島市 薬師1丁目12番22号	原田 隆二	平成23年10月1日	白石病院 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
	社会医療法人 友愛会	沖縄県豊見城市 字上田25番地	比嘉 國郎	平成23年10月1日	豊見城中央病院 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
	社会医療法人財団 白十字会	長崎県佐世保市 大和町15番地	富永 雅也	平成23年4月1日	佐世保中央病院 救急医療 白十字病院 救急医療
	社会医療法人 青洲会	長崎県平戸市 田平町山内免612番地の4	河野 輝昭	平成23年10月1日	青洲会病院 へき地医療 福岡青洲会病院 救急医療
合計	152 法人				



医政指発0617第1号

平成23年6月17日

各 { 都道府県
政令市
特別区 } 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局指導課長

医療機関等における院内感染対策について

院内感染対策については、「医療施設における院内感染の防止について」（平成17年2月1日医政指発第0201004号厚生労働省医政局指導課長通知。以下「第0201004号課長通知」という。）、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成19年3月30日医政発第0330010号厚生労働省医政局長通知）、「薬剤耐性菌による院内感染対策の徹底及び発生後の対応について」（平成19年10月30日医政総発第1030001号・医政指発第1030002号）等を参考に貴管下医療施設に対する指導方お願いしているところである。

病院内での感染症アウトブレイクへの対応については、通常時からの感染予防、早期発見の体制整備並びにアウトブレイクが生じた場合の早期対応が重要となる。今般、第10回院内感染対策中央会議において、各医療機関等において対策を講ずるべき事項について、提言が取りまとめられたことを踏まえ、医療機関等における院内感染対策の留意事項を別記のとおり取りまとめた。この中では、感染制御の組織化として、感染制御チームの設置に関する事項を追加するとともに、多剤耐性菌によるアウトブレイク等施設内では対応が困難な事例へ備え、医療機関間の連携について記載している。またアウトブレイクを疑う基準並びに保健所

への報告の目安を示している。貴職におかれては、改正の内容について御了知の上、貴管下医療施設に対する周知及び院内感染対策の徹底について指導方よろしく願います。

また、地方自治体等の管下医療機関等による院内感染対策支援ネットワークのあり方等に関しては、「院内感染対策中央会議提言について」（平成23年2月8日厚生労働省医政局指導課事務連絡）を参考にされたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項に規定する技術的助言である事を申し添える。

おって、第0201004号課長通知は廃止する。

また、第0201004号課長通知における留意事項を取りまとめる際に参考とした平成15年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）による「国、自治体を含めた院内感染対策全体の制度設計に関する緊急特別研究」（主任研究者：小林寛伊・N T T東日本関東病院名誉院長）の分担研究報告書「医療施設における院内感染（病院感染）の防止について」（別添）について、引き続き活用されたい。

(別 記)

医療機関等における院内感染対策に関する留意事項

院内感染とは、①医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症、②医療従事者等が医療機関内において感染した感染症のことであり、昨今、関連学会においては、病院感染 (hospital-acquired infection) や医療関連感染 (healthcare-associated infection) という表現も広く使用されている。

院内感染は、人から人へ直接、又は医療機器、環境等を媒介して発生する。特に、免疫力の低下した患者、未熟児、高齢者等の易感染患者は、通常の病原微生物のみならず、感染力の弱い微生物によっても、院内感染を起こす可能性がある。

このため、院内感染対策は、個々の医療従事者ごとに対策を行うのではなく、医療機関全体として対策に取り組むことが必要である。

また、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も求められる。

(感染制御の組織化)

- 病院長等の医療機関の管理者が積極的に感染制御に関わるとともに、診療部門、看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、事務部門等の各部門を代表する職員により構成される「院内感染対策委員会」を設け、院内感染に関する技術的事項等を検討するとともに、全ての職員に対する組織的な対応方針の指示や教育等を行うこと。
- 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る体制を整備すること。
- 院内全体で活用できる総合的な院内感染対策マニュアルを整備し、また、必要に応じて、部門ごとにそれぞれ特有の対策を盛り込んだマニュアルを整備すること。これらのマニュアルは、最新の科学的根拠や院内体制の実態に基づき適時見直しを行うこと。
- 検体からの薬剤耐性菌の検出情報等、院内感染対策に重要な情報が、臨床検査部門から診療部門へ迅速に伝達されるよう、院内部門間の感染症情報の共有体制を確立すること。
- 感染制御チーム(後述)を設置する場合には、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位置づけ

と役割を明確化し、医療機関内のすべての関係者の理解と協力が得られる環境を整えること。

(感染制御チーム)

- 病床規模の大きい医療機関（目安として病床が 300 床以上）においては、医師、看護師、検査技師、薬剤師から成る感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンド（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を行うことをいう。）を行うこと。病棟ラウンドは、可能な限り 1 週間に 1 度以上の頻度で感染制御チームのうち少なくとも 2 名以上の参加の上で行うことが望ましいこと。
- 病棟ラウンドに当たっては、検査室からの報告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、各病棟における感染制御担当者の活用等により臨床現場への適切な支援を行うこと。
- 感染制御チームは、医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導を行うこと。
- 複数の職種によるチームでの病棟ラウンドが困難な中小規模の医療機関（目安として病床が 300 床未満）については、必要に応じて地域の専門家等に相談できる体制を整備すること。

(標準予防策と感染経路別予防策)

- 感染防止の基本として、例えば手袋・ガウン・マスク等の個人用防護具を、感染性物質に接する可能性に応じて適切に配備し、医療従事者にその使用法を正しく周知したうえで、標準予防策（全ての患者に対して感染予防策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等が含まれる。）を実施するとともに、必要に応じ、院内部門や、対象患者及び対象病原微生物等の特性に対応した感染経路別予防策（空気予防策、飛沫予防策、接触予防策）を実施すること。また、易感染患者を防御する環境整備に努めること。
- 近年の知見によると、集中治療室などの清潔領域への入室に際して、履物交換と個人用防護具着用を一律に常時実施することによる感染防止効果が認められないことから、院内感染防止を目的としては、必ずしも実施する必要

はないこと。

(手指衛生)

- 手洗い及び手指消毒のための設備・備品等を整備するとともに、患者処置の前後には必ず手指衛生を行うこと。
- 速乾性擦式消毒薬（アルコール製剤等）による手指衛生を実施していても、アルコールに抵抗性のある微生物も存在するため、必要に応じて水道水と石けんによる手洗いを実施すること。
- 手術時手洗いの方法としては、持続殺菌効果のある速乾性擦式消毒薬（アルコール製剤等）による消毒又は手術時手洗い用の外用消毒薬（クロルヘキシジン・スクラブ製剤、ポビドンヨード・スクラブ製剤等）と水道水による手洗いを基本とし、水道水を使用した手術時手洗いにおいても、最後にアルコール製剤等による擦式消毒を併用することが望ましいこと。

(職業感染防止)

- 注射針を使用する際、針刺しによる医療従事者等への感染を防止するため、使用済みの注射針に再びキャップするいわゆる「リキャップ」を原則として禁止し、注射針専用の廃棄容器等を適切に配置するとともに、診療の状況等必要に応じて、針刺しの防止に配慮した安全器材の活用を検討するなど、医療従事者等を対象とした適切な感染予防対策を講じること。

(環境整備と環境微生物調査)

- 空調設備、給湯設備等、院内感染対策に有用な設備の適切な整備や、院内の清掃などを行い、院内の環境管理を適切に行うこと。
- 環境整備の基本は清掃であるが、その際一律に広範囲の環境消毒を行わないこと。血液もしくは体液による汚染がある場合は、汚染局所の清拭除去及び消毒を基本とすること。
- ドアノブ、ベッド柵など、医療従事者や患者が頻繁に接触する箇所については、定期的に清拭し、必要に応じてアルコール消毒等を行うこと。
- 多剤耐性菌感染患者が使用した病室等において消毒薬による環境消毒が必要となる場合は、生体に対する毒性等がないように配慮すること。消毒薬の噴霧、散布、薫（くん）蒸や紫外線照射などは効果が不確実であるだ

けでなく、作業員への危険性もあることから、これらの方法については、単に病室等は無菌状態とすることを目的として漫然と実施しないこと。

- 近年の知見によると、粘着マット及び薬液浸漬マットについては、感染防止効果が認められないことから、原則として、院内感染防止の目的としては、これらを使用しないこと。
- 近年の知見によると、定期的な環境微生物検査は必ずしも施設の清潔度の指標とは関連しないことから、一律に実施するのではなく、例えば、院内感染経路を疫学的に把握する際に行う等、必要な場合に限定して実施すること。

(医療機器の洗浄、消毒、滅菌)

- 医療機器を安全に管理し、適切な洗浄、消毒又は滅菌を行うとともに、消毒薬や滅菌用ガスが生体に有害な影響を与えないよう十分に配慮すること。
- 使用済みの医療機器は、消毒、滅菌に先立ち、洗浄を十分行うことが必要であるが、その方法としては、現場での一次洗浄は極力行わずに、可能な限り中央部門で一括して十分な洗浄を行うこと。

(手術と感染防止)

- 手術室は、空調設備により周辺の各室に対して陽圧を維持し、清浄な空気を供給するとともに、清掃が容易にできる構造とすること。
- 手術室内を無菌状態とすることを目的とした、消毒薬を使用した広範囲の床消毒については、日常的に行う必要はないこと。

(新生児集中治療部門での対応)

- 保育器の日常的な消毒は必ずしも必要ではないが、消毒薬を使用した場合には、その残留毒性に十分注意を払うこと。患児を収容中は、決して保育器内の消毒を行わないこと。
- 新生児集中治療管理室においては、特に未熟児などの易感染状態の患児を取り扱うことが多いことから、カテーテル等の器材を介した院内感染防止に留意し、気道吸引や創傷処置においても適切な無菌操作に努めること。

(感染性廃棄物の処理)

- 感染性廃棄物の処理については、『廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル』（平成21年5月11日環廃産発第090511001号環境省大臣官房廃棄物・リサイクル対策部長通知による）に掲げられた基準を遵守し、適切な方法で取り扱うこと。

(医療機関間の連携について)

- 緊急時に地域の医療機関同士が連携し、各医療機関のアウトブレイクに対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。
- 地域のネットワークの拠点医療機関として、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ことが望ましいこと。

(地方自治体の役割)

- 地方自治体はそれぞれの地域の実状に合わせて、地域における院内感染対策のためのネットワークを整備し、積極的に支援すること。
- 地方衛生研究所等において適切に院内感染起因微生物を検査できるよう、体制を充実強化すること。

(アウトブレイク時の対応)

- 同一医療機関内又は同一病棟内で同一菌種（ここでは、原因微生物が多剤耐性菌によるものを想定。以下同じ。）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又は感染制御チームによる会議を開催し、1週間以内を目安にアウトブレイクに対する院内感染対策を策定かつ実施すること。
- アウトブレイクを疑う基準としては、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の発病症例（以下の4菌種は保菌者を含む：バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性緑膿菌（MDRP）、バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）、多剤耐性アシネトバクター・

バウマニ (*Acinetobacter baumannii*) が計 3 例以上特定された場合、あるいは、同一機関内で同一菌株と思われる感染症の発病症例（抗菌薬感受性パターンが類似した症例等）（上記の 4 菌種は保菌者を含む）が計 3 例以上特定された場合を基本とすること。

- アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例（上記の 4 菌種は保菌者を含む）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。
- 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症の発病症例（上記の 4 菌種は保菌者を含む）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確認された場合においては、管轄する保健所に速やかに報告すること。また、このような場合に至らない時点においても、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こと。
- 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に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、定期的に確認し、必要に応じて指導及び助言を行うこと。その際、医療機関等の専門家の判断も参考にすることが望ましいこと。
- 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に連携をとること。

医療機関等における院内感染対策について(改正の要点)

【新たに追加した事項】

(感染制御チーム)

- ・病床規模の大きい医療機関(目安として病床が300床以上)においては、医師、看護師、検査技師、薬剤師から成る感染制御チームを設置し、定期的に病棟ラウンドを行うこと。
- ・感染症患者の発生状況等を点検、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、臨床現場への適切な支援を行うこと。
- ・医療機関内の抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導を行うこと。

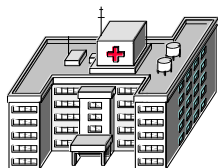
(医療機関間の連携について)

- ・緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携し、各医療機関のアウトブレイクに対して支援がなされるよう、医療機関相互のネットワークを構築し、日常的な相互の協力関係を築くこと。

(アウトブレイク時の対応)

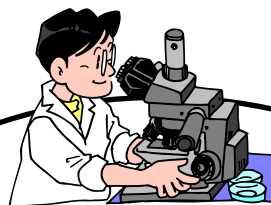
- ・**医療機関内の対応**: アウトブレイクが疑われると判断した場合、院内感染対策委員会又は感染制御チームによる会議を開催し、1週間以内を目安にアウトブレイクに対する院内感染対策を策定かつ実施すること
- ・**支援依頼**: アウトブレイクに対する感染対策を実施した後、新たな感染症の発病症例を認めた場合、速やかに通常時から協力関係にある地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に感染拡大の防止に向けた支援を依頼すること。
- ・**報告**: 同一医療機関内で同一菌種による感染症の発病症例が多数にのぼる場合(目安として10名以上となった場合)または当該院内感染事案との因果関係が否定できない死亡者が確認された場合においては、管轄する保健所に速やかに報告すること。

病床規模の大きい医療機関における院内感染対策の体制(概要)



病床規模の大きい医療機関
(目安として300床以上)

院内感染対策委員会



検査技師

感染制御チーム



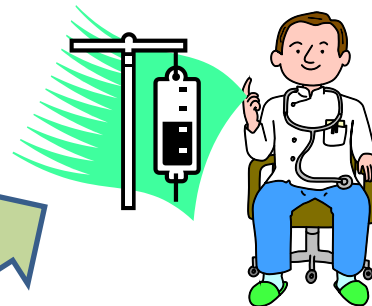
看護師



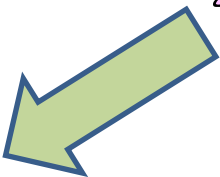
薬剤師



医師



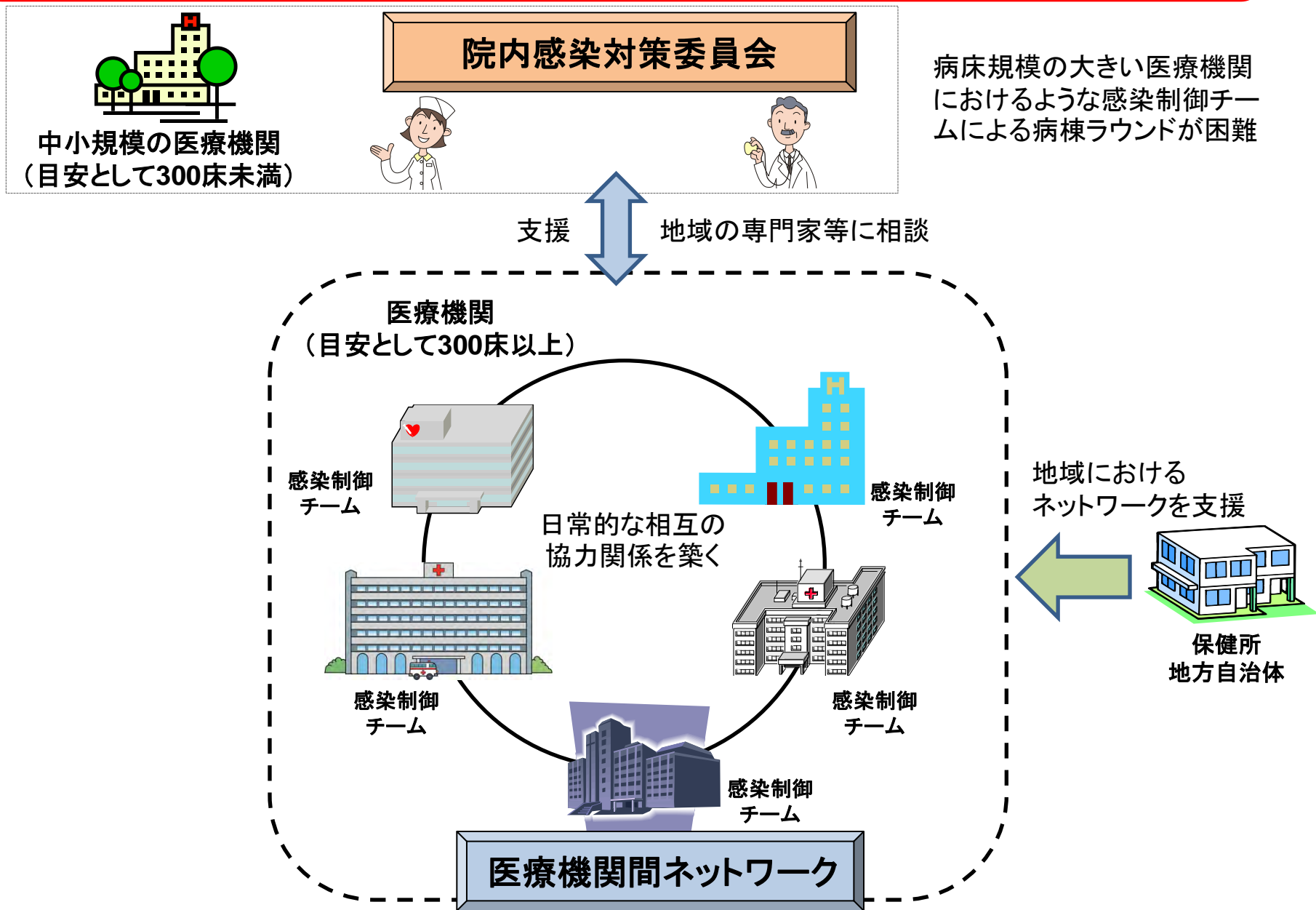
・抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導を行う



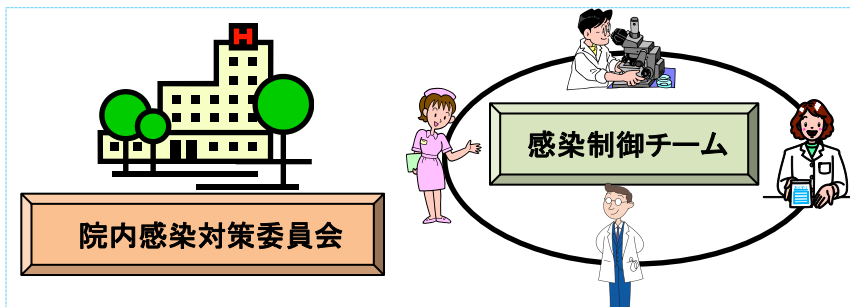
・感染症患者の発生状況等の点検
・各種の予防策の実施状況やその効果等を定期的に評価し、臨床現場への適切な支援を行う

感染制御チームによる定期的な病棟ラウンド
・可能な限り1週間に1度以上の頻度
・感染制御チームのうち少なくとも2名以上の参加が望ましい

中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携(概要)



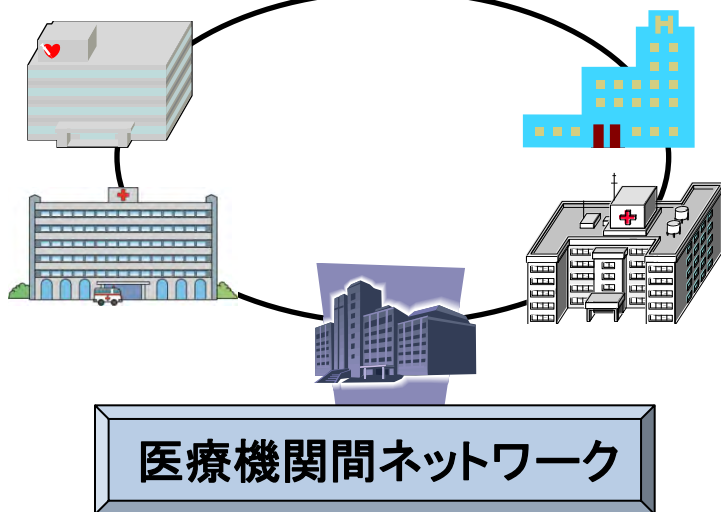
アウトブレイク時の対応 (多剤耐性菌を想定)



院内感染によるアウトブレイクが疑われる場合
(多剤耐性菌一例目の発見から4週間以内に計3例以上の
感染症例の発病症例等)

医療機関内の対応: 院内感染対策委員会、感染制御チーム

支援 ↔ 地域の専門家に相談



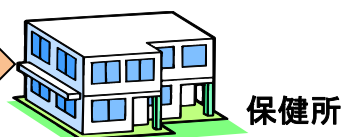
新たな感染症の発病症例を認める

地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に
感染拡大防止に向けた支援を依頼

143

報告

指導・助言



同一医療機関内で同一菌種による感染症の
発病症例が多数にのぼる場合 (目安として10名以上)

保健所に報告

9. 医師臨床研修等について

(1) 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22年度 採用実績②	増減 ②-①	平成23年度 採用実績③	増減 ③-②	増減 ③-①
北海道	288	260	△ 28	258	△ 2	△ 30
青森県	56	65	9	71	6	15
岩手県	38	69	31	68	△ 1	30
宮城県	88	113	25	103	△ 10	15
秋田県	61	60	△ 1	51	△ 9	△ 10
山形県	56	77	21	62	△ 15	6
福島県	79	72	△ 7	69	△ 3	△ 10
茨城県	85	98	13	112	14	27
栃木県	119	107	△ 12	120	13	1
群馬県	119	72	△ 47	87	15	△ 32
埼玉県	118	204	86	244	40	126
千葉県	268	269	1	286	17	18
東京都	1,707	1,305	△ 402	1,363	58	△ 344
神奈川県	404	562	158	551	△ 11	147
新潟県	89	86	△ 3	89	3	0
富山県	59	56	△ 3	49	△ 7	△ 10
石川県	95	99	4	95	△ 4	0
福井県	48	69	21	56	△ 13	8
山梨県	54	44	△ 10	38	△ 6	△ 16
長野県	104	116	12	109	△ 7	5
岐阜県	116	107	△ 9	98	△ 9	△ 18
静岡県	109	160	51	155	△ 5	46
愛知県	436	493	57	488	△ 5	52
三重県	77	82	5	91	9	14
滋賀県	83	67	△ 16	76	9	△ 7
京都府	411	246	△ 165	270	24	△ 141
大阪府	689	578	△ 111	585	7	△ 104
兵庫県	310	305	△ 5	339	34	29
奈良県	101	78	△ 23	74	△ 4	△ 27
和歌山県	68	68	0	75	7	7
鳥取県	51	23	△ 28	42	19	△ 9
島根県	30	29	△ 1	47	18	17
岡山県	146	138	△ 8	164	26	18
広島県	181	140	△ 41	144	4	△ 37
山口県	93	77	△ 16	83	6	△ 10
徳島県	68	51	△ 17	45	△ 6	△ 23
香川県	50	60	10	49	△ 11	△ 1
愛媛県	65	52	△ 13	71	19	6
高知県	47	41	△ 6	38	△ 3	△ 9
福岡県	546	401	△ 145	386	△ 15	△ 160
佐賀県	58	49	△ 9	34	△ 15	△ 24
長崎県	105	79	△ 26	76	△ 3	△ 29
熊本県	115	91	△ 24	90	△ 1	△ 25
大分県	54	57	3	55	△ 2	1
宮崎県	50	35	△ 15	29	△ 6	△ 21
鹿児島県	91	74	△ 17	64	△ 10	△ 27
沖縄県	81	122	41	123	1	42
計	8,166	7,506	△ 660	7,672	166	△ 494

※ 採用実績は厚生労働省医政局医事課調べ

(2) 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。

- 平成24年度予算案 132億円（平成23年度 142億円）
- 補助対象事業

(1) 教育指導経費 131億円（平成23年度 141億円）

- ・ 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
- ・ 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（新規）
- ・ 医師不足地域の中小病院等への指導医派遣（新規） 等

(2) 地域協議会経費 1億円（平成23年度 1億円）

- ・ 臨床研修に関する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。）

（参考：予算額の推移）

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度 （予算案）
予算額	161億円	161億円	162億円	142億円	132億円
教育指導経費	161億円	161億円	162億円	141億円	131億円
地域協議会経費				1億円	1億円

【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

(3) 臨床研修制度の評価に関するワーキンググループについて

1. 趣旨

次回の医師臨床研修制度の見直しに向けて、臨床研修の実施状況や地域医療への影響などに関する実態を把握し、論点を整理する。

2. 主な検討項目

① 臨床研修制度の運用状況に関する事項

(研修医の基本的な診療能力、受入病院の指導・管理体制、研修プログラム等)

② 臨床研修制度の導入による影響に関する事項

(研修医のキャリア形成、地域医療に与えた影響等)

③ 臨床研修制度の全体的な評価に関する事項

等

3. スケジュール

平成 24 年中を目途に検討結果を取りまとめ、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会に報告する。(別紙)

これまでの検討内容及び今後のスケジュール

第1回 平成23年7月4日

- 臨床研修制度のこれまでの経緯と現状について
- 臨床研修制度に関する最近の調査結果について
 - 1) 「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究(研究代表者:桐野高明)」
(平成22年度厚生労働科学特別研究事業)報告書
 - 2) 臨床研修修了者に対するアンケート調査結果(平成21年、22年)
- 今後の議論のすすめ方について

第2回 平成23年9月12日

- 研修プログラムの履修状況について
- 臨床研修制度の導入が研修医のキャリア形成に及ぼした影響について
 - 1) 研修医の基本的な診療能力
 - 2) 研修医の進路や研修の場

第3回 平成23年11月21日

- 臨床研修病院の指導・管理体制について
 - 1) 臨床研修医の評価方法等
 - 2) 臨床研修病院における研修医の処遇
 - 3) 臨床研修の修了状況

第4回 平成24年1月23日予定

- 臨床研修制度の導入が地域医療に与えた影響について
 - 1) 研修医の地域別・診療科別等分布
 - 2) 募集定員

第5回 平成24年3月頃

- 第4回までの論点整理
- 医学教育の実施状況について
 - 1) 卒前教育
 - 2) 生涯教育

第6回～ 平成24年内

- 関係者からのヒアリングを中心に意見交換
- 平成24年内を目途に論点のとりまとめ

(4) 専門医の在り方に関する検討会について

1 趣旨

医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として、専門医に関して幅広く検討を行うため、有識者の検討会を開催する。

2 主な検討項目

- 求められる専門医像について
- 医師の質の一層の向上について
- 地域医療の安定的確保について
- その他

3 スケジュール

平成 24 年度内を目途に最終報告書の取りまとめを行う。(別紙)

これまでの検討内容及び今後のスケジュール

第1回 平成23年10月13日

- 検討会開催の趣旨
- 専門医を取り巻く現状について
- 今後の議論のすすめ方について

第2回 平成23年11月4日

- 専門医の在り方について
- 関係者・団体からのヒアリング
 - (1) 日本専門医制評価・認定機構
 - (2) 日本内科学会
 - (3) 日本外科学会

第3回 平成23年12月1日

- 専門医の在り方について
- 関係者・団体からのヒアリング
 - (1) 医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究(平成20年度厚生労働科学特別研究事業)
 - (2) 日本産科婦人科学会
 - (3) 日本救急医学会

第4回 平成24年1月11日

- 専門医の在り方について
- 関係者・団体からのヒアリング
 - (1) 日本プライマリ・ケア連合学会
 - (2) 日本医師会
 - (3) 検討会委員

※ 以降、毎月1回程度開催予定。

平成24年夏頃

- 中間取りまとめ

平成24年度内目途

- 最終報告書の取りまとめ

10. 医療従事者数等

資 格 名	従 事 者 数	1 学 年 定 員
医 師	295,049	8,923
歯 科 医 師	101,576	2,459
保 健 師	54,289	17,204
助 産 師	32,480	9,851
看 護 師	994,639	59,517
准 看 護 師	389,013	11,690
歯 科 衛 生 士	103,180	7,340
歯 科 技 工 士	35,337	1,480
診 療 放 射 線 技 師	69,334	2,516
理 学 療 法 士	83,000	13,454
作 業 療 法 士	53,070	7,260
臨 床 検 査 技 師	171,980	1,674
衛 生 検 査 技 師	137,727	—
視 能 訓 練 士	9,346	1,333
臨 床 工 学 技 士	27,630	2,475
義 肢 装 具 士	3,706	283
救 急 救 命 士	39,703	2,689
言 語 聴 覚 士	17,293	2,711
あん摩マッサージ指圧師	104,633	2,804
は り 師	92,421	7,540
き ゅ う 師	90,664	7,540
柔 道 整 復 師	50,428	8,607

(注) 1. 従事者数

- (1) 医師、歯科医師は平成22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22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22年末の従事者数（「衛生行政業務報告」）
※）東日本大震災の影響により、宮城県が含まれていない。
- (4) その他は平成22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23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23年の1学年定員である。
- (3) その他は平成23年の1学年定員である。

1 1. 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、個人情報の保護に関する法律（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らるとともに、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。

12. 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するとともに、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するとともに、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。

**チーム医療推進のための基本的な考え方と
実践的事例集**

平成23年6月

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ

(チーム医療推進会議)

はじめに.....1

1. チーム医療を推進するための基本的な考え方.....1

2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療.....3

3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療（医療・介護の連携）.....5

4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）.....6

5. 医科・歯科の連携.....7

6. 特定の診療領域等におけるチーム医療.....8

7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減.....11

終わりに.....13

チーム医療の評価方法について.....14

実践的事例集

診療記録管理による診療情報共有の取組.....17

栄養サポートチームの取組例.....19

質の高い薬物療法提供等のための薬剤師病棟配置の取組例.....20

周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例.....23

入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理.....25

急性期リハビリテーションチームの取組例.....27

救命救急センターでの円滑な治療提供等のための社会福祉士配置の取組.....28

心血管外科における早期離床チームの取組.....30

医療機器管理・選定に関するチーム医療の取組.....31

抗菌薬適正使用推進チーム.....32

救急患者お断り解消チーム.....34

心臓カテーテルチーム.....35

回復期リハビリテーションチームの取組例.....36

医療療養病床におけるチーム医療.....38

在宅緩和ケア専門チームによる医療の取組.....39

退院支援調整チーム.....40

入院から在宅までの切れ目ない薬物療法提供.....42

入院から在宅までの切れ目ない栄養管理.....43

地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チームの取組例.....44

総合的な在宅医療提供のための社会福祉士活用.....46

歯科連携のない回復期病院と地域歯科医師会との連携.....48

口腔ケアチームの取組例.....50

医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）.....51

医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）.....52

褥瘡対策チーム.....53

急性期リハビリテーションチーム.....55

せん妄対策チームの取組例.....57

子どもの入院支援チームの取組例.....58

外来化学療法におけるチーム医療の取組例.....59

暴力被害者支援チーム.....61

生殖補助医療支援チーム.....62

他機関との連携による虐待予防・支援チーム.....63

臨床倫理コンサルテーションチーム.....64

認知症医療におけるチーム医療.....65

自殺未遂者ケアにおける精神科チーム医療.....66

総合病院における精神科コンサルテーション・リエゾンチーム.....67

緩和ケアチームの取組.....69

周産期におけるチーム医療の取組例.....71

周産期における虐待予防チーム.....72

入退院時等の患者・家族支援のための社会福祉士病棟配置の取組.....73

病棟・外来等のクラーク配置.....75

煩雑な医療事務等をサポートする医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用.....76

はじめに

近年、医療の質や安全性の向上及び高度化・複雑化に伴う業務の増大に対応するため、多種多様な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・補完しあい、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」が様々な医療現場で実践されている。

このため、厚生労働省では平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、平成22年3月に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。さらに、報告書の内容を踏まえて「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」（平成22年4月30日付け医政発第0430第1号厚生労働省医政局長通知）を発出し、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整理した。

このような流れを踏まえ、報告書において提言のあったチーム医療を推進するための具体的方策の実現に向けて平成22年5月に「チーム医療推進会議」を立ち上げ、同年10月にその下にチーム医療推進方策検討ワーキンググループを立ち上げ、以来8回にわたり検討を重ねてきた。

今般、チーム医療を推進するための方策について取りまとめを行ったので、医療関係者がチーム医療を推進していく上で参考とすることを期待したい。

1. チーム医療を推進するための基本的な考え方

我が国の医療は非常に厳しい状況に直面しており、医学の進歩、高齢化の進行等に加え患者の社会的・心理的な観点及び生活への十分な配慮も求められており、医師や看護師等の許容量を超えた医療が求められる中、チーム医療の推進は必須である。

チーム医療を推進する目的は、専門職種の積極的な活用、多職種間協働を図ること等により医療の質を高めるとともに、効率的な医療サービスを提供することにある。医療の質的な改善を図るためには、コミュニケーション、情報の共有化、チームマネジメントの3つの視点が重要であり、効率的な医療サービスを提供するためには、情報の共有、業務の標準化が必要である。

チームアプローチの質を向上するためには、互いに他の職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要である。そのためには、カンファレンスを充実させることが必要であり、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを認識することが重要である。

チームアプローチを実践するためには、様々な業務について特定の職種に限定するのではなく、関係する複数の職種が共有する業務も多く存在することを認識し、患者の状態や医療提供体制などに応じて臨機応変に対応することが重要である。

医療スタッフ間における情報の共有のための手段としては、定型化した書式による情報の共有化や電子カルテを活用した情報の一元管理などが有効であり、そのための診療情報管理体制の整備等は重要である。

例) 診療記録管理による診療情報共有の取組（昭和大学病院）(P17参照)

病院長や各部門の責任者を含む多職種によりチームを構成し、診療記録の記載を体系的にチェックすることにより、必要な情報の記載漏れを防ぎ、診療情報記録の質の向上及び情報共有の推進を

行っている。

電子カルテによる情報共有にあたっては、職種毎の記載内容をどのように共有するか、各職種にどこまでの内容についての記載権限を与えるか、他の医療機関等との共有方法など、関係者間でルールを決めておく必要がある。

チーム医療を推進するためには、患者に対して最高の医療を提供するために患者の生活面や心理面のサポートを含めて各職種がどのように協力するかという視点を持つことが重要である。また、患者も自らの治療等の選択について医療従事者に全てを任せるのではなく、医療従事者からの十分な説明を踏まえて選択等に参加することが必要である。

より良い医療を実践するためには、医師、歯科医師に全面的に依存するのではなく、医療チームがお互いに協働し、信頼しあひながら医療を進める必要があり、医師、歯科医師はチームリーダーとしてチームワークを保つことが必要である。

チーム医療を展開する中で、医師、歯科医師が個別具体的な指示のみならず、個々の医療従事者の能力等を勘案して「包括的指示」も積極的かつ柔軟に活用することが重要な手段であるが、指示の要件等をあまり定型化しすぎると医療現場の負担増になる可能性があることに注意が必要である。

チームの質を向上させるためには卒前・卒後の教育が重要であり、専門職種としての知識や技術に関する縦の教育と、チームの一員として他の職種を理解することやチームリーダー・マネージャーとしての能力を含めた横の教育が必要である。特に多職種が参加するカンファレンスにおいて、他の職種を尊重するファシリテーション能力を発揮できるように卒後も継続的に教育することも重要である。

例1) チーム医療の教育(昭和大学)

医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部の枠を超えて共に学び、患者に真心をこめて医療を行うことを理念として、低学年から学部連携型 PBL (Problem Based Learning) チュートリアルにおいて模擬カルテを使用してそれぞれの専門の観点からチーム医療に関する学習の基盤作りを行い、高学年においては医療現場でのチーム医療の実践的学習を行うなど、チーム医療を参加型で学習する体系的カリキュラムを構築している。

例2) 院内研修によるチーム医療の教育(初台リハビリテーション病院)

院内に教育研修を担当する専任の多職種から成る教育研修局を設置し、他の職種に関する理解や連携の方法、コミュニケーション能力の獲得などのチームアプローチの教育を実施している。また、各職種がそれぞれの専門性を向上させるための研修や、研究成果発表の機会を設けるなど教育も実施している。

チーム医療の基本的な考え方は、様々な医療現場で共通するものであるが、具体的な取組内容については急性期、回復期、維持期、在宅期においてそれぞれ異なるものであり、各ステージにおけるチーム医療を推進するための具体的な方策を考えると、各々のチーム医療が連鎖するような仕組みの構築が必要である。

現在医療現場において取り組まれているチーム医療については、職種間の情報共有の方法と各職種の配置方法によって分類することができ、それぞれの医療現場の特性に応じた取組が行われている。

表 情報共有方法と職種の配置方法によるチーム医療の分類

	(1) 必要に応じて専門性の高い各職種がチームを形成	(2) 必要な職種を病棟に配置
(A) 多職種がカンファレンス等においてすりあわせを行って情報を共有する	例) 急性期医療の中核部分など	例) 回復期リハビリテーション病棟など
(B) 電子カルテやクリニカルパス等を通じて情報を共有する	例) 在宅医療など	例) 急性期医療の周辺部分など

チーム医療の取組を進めるにあたり、医療機関によって、医療関係職種等のマンパワーや周辺の人口構成など、置かれている状況が異なるため、それぞれ求められている医療のニーズに添ったチーム医療を展開する必要がある。

2. 急性期・救急医療の場面におけるチーム医療

急性期・救急医療におけるチーム医療については、病院内におけるチームにとどまらず、地域において共に救急医療を担う医療機関や回復期・慢性期の治療を担う医療機関、在宅医療を担う医療機関、地域の診療所や患者搬送を担う救急隊等の関係者を含めたチームを構築することが必要である。

急性期病院におけるチーム医療については、手術や集中治療などの治療の根幹部分において高い能力を持った専門職種が課題に応じてチームを編成し、カンファレンス等ですりあわせて情報共有するタイプのチーム医療(表のA-1に該当する所謂「専門部隊型チーム医療」)が主に行われている。このタイプのチーム医療は、リスクの高い患者に対して質の高い医療の提供が可能であることから、手術室やICUなどの場面におけるチーム医療に適している。

また、高齢者や合併症患者の増加に伴い、病棟において栄養サポートやリハビリテーション等を実施する必要性が高い患者が増えており、専門職種を病棟に配置して多くの患者に直接サポートを行うタイプのチーム医療(表のB-2に該当する所謂「病棟配置型チーム医療」)により、必要な患者全てに対して、必要な時に十分な質の高い医療サービスを提供することが期待されている。

特に高齢者に対しては、廃用症候群や低栄養状態などの様々な合併症に対応するため、リハビリテーションや栄養管理などの対策が重要であり、高齢者の多い病棟においては急性期の段階から病棟配置型チームと専門部隊型チームが協働し補完しあうことが重要である。

3. 回復期・慢性期医療の場面におけるチーム医療(医療・介護の連携)

回復期のチーム医療においては、褥瘡対策や栄養管理、感染対策といった課題に対応することが求められており、そのためには病棟への様々な専門職の手厚い配置が求められている。回復期リハビリテーション病棟においては、診療報酬における配置基準よりも多くのリハビリテーションスタッフ(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)配置基準には規定されていない管理栄養士、社会福祉士等を配置している施設も多い。

リハビリテーションにおいては、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として、リハビリテーションチームによって全人的アプローチが行われており、リハビリテーションスタッフだけではなく様々な職種とカンファレンスを軸にした情報共有と連携を行っており、特に関係職種間の情報共有 チームとしての共通目標 家族の参加 専門職種が互いに尊重し合うことが重要である。

回復期の医療においては、どこまで障害が改善するか、どのような障害を抱えて生活を再建するか、短期間で検討・解決する必要があるため、患者・家族が正確に状況を把握することが難しい。このため、家庭訪問や在宅サービス利用時の相談に同席するなど、経済状態、家族・家庭環境を十分に把握して患者・家族からの相談に対応することにより円滑な家庭復帰につながることを期待される。

例1) 回復期リハ専門病院におけるチーム医療(長崎リハビリテーション病院)(P36参照)

専門職間の縦割りを解消するため、医師を含めた医療職は全て臨床部の所属としたほか、ナーステーションをスタッフステーション、ナースコールをスタッフコールと変更するなどの工夫を行っている。

患者の多くが高齢者であり、基礎疾患や合併症を有していることから、専門職が患者の日常生活を基本とした関わりが重要であると考え、48床の病棟に対して医師、看護師、リハビリテーションスタッフのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などを含めたスタッフ76人という手厚い配置を行っている。病棟専従チームが看護を基盤として互いに他の職種を尊重し、専門職種間で日常的に情報交換・検討を行うとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かってチームアプローチを行っている。

例2) 回復期リハ病棟における転倒対策(船橋市立リハビリテーション病院)

回復期リハ病棟において、医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、介護福祉士などのスタッフが運動機能、高次脳機能、排泄機能、服薬状況等の転倒リスクを把握し、専門職種がそれぞれの専門性を活かしたアプローチで患者の能力を引き出して転倒予防に取り組んでいる。

例3) 医療療養病床におけるチーム医療(霞ヶ関南病院)(P38参照)

医療療養病床においては、自宅退院が困難な事例の比較的長期の入院に対応しており、患者・家族が入院後の治療環境に納得する事が重要である。このため、入院前から社会福祉士による入院相談を行うと共に、入院後の相談支援、自宅訪問や在宅サービス利用の支援を行うことにより、地域移行の支援を行っている。

例1) 急性期における栄養サポートチーム(近森病院)(P19参照)

管理栄養士を病棟に配属し、患者の身体所見等の確認を直接行ったり、業務の標準化や電子カルテによる書式の標準化を通じた情報共有を図ったりすると共に、24時間(夜間は呼び出し)365日(休・祝日出勤)の対応ができる体制整備や院内 PHS の活用により、どこでも連絡をとれる状態にし、必要な時に必要な症例全てに対して専門職種が対応を行うことを可能にしている。

例2-1) 病棟における医薬品の安全管理(東住吉森本病院)(P20参照)

2病棟に3名の薬剤師を配置することにより病棟への常駐体制を実現し、患者の状況や検査結果等をリアルタイムで把握しつつ、薬歴管理を行うことにより、積極的な処方提案や持参薬を継続使用する際のリスク軽減などを行うとともに、他の医療スタッフへの助言及び相談へ対応している。

例2-2) 手術室における薬剤師の取組(広島大学附属病院)(P23参照)

医師、看護師等とともに安全な手術のためのチームを構成し、手術中に使用される医薬品管理を手術室に常駐された薬剤師が担当している。具体的には、麻薬・毒薬をはじめとする手術部の全ての医薬品管理や手術時の使用薬剤のセット、注射剤混合調製、麻薬記録監査、各職種への医薬品情報提供等の業務を実施している。

例3) 入院患者の状態に応じたきめやかな栄養管理(P25参照)

医師、看護師等と協働し、入院時に栄養アセスメントを実施し、中等度栄養障害と判断された患者に対して、管理栄養士が術前に栄養介入を実施することにより術後の在院日数が有意に低下するとともにQOLの向上につながっている。手術患者に限らず種々の疾患において、多職種で患者の症状や検査値について情報を共有し、病棟で管理栄養士が食事内容及び形態、経管栄養(静脈栄養)投与プランの医師への提案等を実施することにより、医療の質の向上につながっている。

例4) 急性期脳血管障害患者のリハビリテーションにおけるチーム医療(相澤病院)(P27参照)

急性期の脳卒中患者を受け入れる「脳卒中ケアユニット」において、理学療法士3名、作業療法士1名、言語聴覚士1名の手厚い配置を行い、入室している患者に早期から多職種が有機的に協働して早期の経口摂取に向けたリハビリテーションを提供している。電子カルテの活用やカンファレンスによって医師や看護師等と患者の全身状態や心理状態などについて情報共有を行いながら、刻々と変化する状態に臨機応変に対応したリハビリテーションを実施している。

例5) 救命救急センターにおける社会福祉士の取組(北里大学病院)(P28参照)

重症かつ社会背景が複雑な入院患者・家族に対応するため、社会福祉士・管理栄養士・薬剤師を病棟配置している。管理栄養士や薬剤師がそれぞれの専門性を活かして病棟で迅速に対応することにより医療の質や安全の向上に寄与している。また、社会福祉士が病棟配置されていることにより患者・家族への直接援助回数が増加し、様々な不安の軽減、生活につながる支援、援助困難事例の退院援助が行われ、平均在院日数も短縮されている。

4. 在宅医療の場面におけるチーム医療（医療・介護・福祉の連携）

在宅医療において、質の高い医療を効率よく提供するためには、チームの統合性、チームのスピード性、チームの効率性の3つの要素が必要である。

在宅医療における医師と看護師の連携については、患者対応のスピードが求められるとともに実施する医療行為には様々なものがあることから、在宅医療を担う医療機関と訪問看護を担う機関が提供する医療に関する哲学や実際のやり方を共有することが重要である。

入院から在宅への移行支援については、在宅チームが主導して在宅への移行準備、試験外泊等を実施する仕組みを構築することが必要である。

在宅医療では訪問診療、訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問看護、訪問リハビリテーション及び訪問介護のチームアプローチが必要であり、医療だけでなく自宅へのベッド導入など介護との連携が重要である。

また、使用される医療機器の種類が増加しており、高度な機器も在宅医療で使用されていることから、臨床工学技士等が患者や家族等に対する適正使用方法の教育や運転状況の確認、保守点検などを行うことが必要である。

在宅医療において、患者・家族の不安を取り除くために24時間対応は非常に重要であり、確実な連絡体制を確保する必要がある。

例1）在宅医療におけるチーム医療（クリニック川越）（P39参照）

医師と看護師の一体化したチームで提供する医療の哲学・実施方法を共有するとともに、電子カルテを活用してリアルタイムに情報共有を行っている。医療機関と訪問看護機関の緊密な連携を前提に、医師の指示を工夫するとともに、看護師の臨床能力評価に応じて実施可能な医療行為を決めることにより看護師の裁量権を拡大している。在宅緩和ケアにおいては、薬剤師が行われるケースが増加しており、麻薬等の薬剤の配送や服薬指導、中心静脈栄養の調剤等の役割を担っている。

例2）在宅支援調整チーム（独立行政法人神奈川県子ども医療センター）（P40参照）

病院等で医療を受けた患者・家族に、退院後も切れ目なく在宅医療生活に必要な医療の提供と支援を提供することは、今後の在宅医療の更なる短縮に向けて重要となる。医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、保健師などの職種からなる在宅支援調整チームが入院時から、退院に向けての視野を持ち、チーム目標を共有し、連携強化をはかることにより、退院後の環境調整が可能であり、早期に在宅生活に復帰することに寄与している。

例3）地域緩和ケアを支える病院薬剤師と保険薬局等との連携（国立がんセンター東病院）

薬局薬剤師が退院時カンファレンスへ参加したり、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護を行う看護師及びケアマネジャー間で、患者の症状変化やケアプランなどについての情報を共有することにより、地域緩和ケアなどの在宅医療の質を向上するための取組を行っている。その際に薬剤師は、他の職種からの薬剤に関する相談を積極的に受け付けることに加え、患者（特に高齢者）の嚥下能力や理解力などから適切な剤形を選択すること（速崩壊性製剤、ゼリー製剤等の選択、とろみの添加等）、多職種連携により得られた食事、排泄、運動等に関する情報から患者の体調を定期的にチェックし、薬剤の効果や副作用を評価することなどの役割を担っている。

わせることにより、高齢患者において特に重要な合併症の予防が期待される。

歯科医師等の歯科医療関係職種をチーム医療の一員とし、口腔の衛生管理の徹底を図ること、誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、その後の医療を円滑に行うことに貢献するとともに、摂食・嚥下障害、低栄養状態、口臭等に対する専門的な医療対応を行うことが可能となり、入院患者のQOL向上や早期回復に寄与することができる。

歯科・歯科連携を行うことで、入院患者のQOL向上や早期回復等に寄与するだけでなく、退院後も在宅、施設等の生活する場における地域連携パスに繋ぎ、口腔の医療面からの地域医療に貢献することが可能となる。

病院に配置されている歯科医療関係職種は、病院内の連携を推進するだけに限らず、地域歯科医師会等の地域における歯科医療関係職種との連携の窓口となり、病院内・外における歯科・歯科連携をより推進させることができるという一面もある。

特に、病院における歯科・歯科連携は、歯科を標榜していない病院が多いことから、地域歯科医師会等との病診連携も含めた歯科・歯科連携のチーム医療を推進していく必要がある。しかし、現行の法体系下において、歯科衛生士の業務は診療の補助ではなく歯科診療の補助に限定されているため、歯科医療関係職種が配置されていない病院に歯科医師を、あるいは、歯科医師及び歯科衛生士の両者をともに配置することが必要となっているが、更なる歯科・歯科連携を推進していくためには、現場のニーズに対応できるための総合的な施策の整備が望まれる。

また、歯科医療関係職種が配置されている病院においても、歯科・歯科連携によるチーム医療が十分に実施されていない場合が認められるため、口腔ケアのみならずNSTや摂食嚥下チーム、感染制御チームなど歯科医療関係職種の関与が望まれるチームへの参加など更なる歯科・歯科連携を強化・推進していくことが必要である。

病院における口腔ケア、NST、摂食・嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療において、医科と歯科連携がお互いの専門性を尊重し、それぞれの専門性を最大限に活かした連携を行うことで、患者中心の質の高い医療を提供することが可能となる。

例1）歯科歯科連携におけるチーム医療（長崎リハビリテーション病院）（P48参照）

歯科診療オープンシステムを活用して訪問歯科医師と院内歯科衛生士が、口腔機能向上を目的とした義歯調整等の歯科医療、摂食や咀嚼等の機能評価の実施、また、カンファレンスへ参加する等の医科・歯科連携を行っている。

例2）歯科歯科連携におけるチーム医療（昭和大学病院）（P50参照）

チーム医療の実践、チーム医療教育、地域医療連携を3本柱とした口腔ケアセンターを設置している。歯科のある病院においては、歯科を通してチーム医療に参加し、歯科のない病院においては、病棟へチームが直接に参加して医科・歯科連携を行っている。

6. 特定の診療領域等におけるチーム医療

特定の診療領域や課題に応じて、様々な職種による治療チームを施設内外で構成してチーム医療を実施することにより、各職種がそれぞれの専門性を発揮した業務に取り組みることが可能になり、医療の質と効率性の向上といった効果が期待される。

例3-2）病院薬剤師と薬局薬剤師の連携

（東立下田東病院、下呂谷歌病院、下呂市医師会・歯科医師会・薬剤師会）（P42参照）
医師・歯科医師と協働しながら、病院・薬局の双方の薬剤師の連携を円滑に導入し退院後の薬剤師業務を切れ目なく適性かつ安全に実施しており、禁忌薬や相互作用、重複が避けられるなど効果的な薬物療法の提供が図られている。

例4）入院から在宅までの切れ目のない栄養管理（P43参照）

在宅医療において、管理栄養士、看護師、薬剤師、ケアマネジャー等の関係職種が協働し、病状や栄養状態を安定させ疾病の重症化を防ぎ再入院等の防止のために、入院・退院時から在宅まで切れ目のない栄養管理や食事・生活支援を行う。その際に管理栄養士は、患者・家族やヘルパー等の他の職種より食事に関する相談を積極的に受け、栄養食事管理の必要性を説明し、食材の選択や補給方法等の具体的支援（薬剤と食品の相互作用、インスリンの投与等による食事摂取のタイミング等）を行い、栄養補給法、経腸栄養製品・食材・調理済み食品・宅配食の適正な活用等の調整を担っている。

例5）地域関係機関と連携した在宅栄養生活支援チーム（神奈川県保健福祉事務所）

（P44参照）

開業医・往診医・病院との情報交換・連携強化を行い、保健師・訪問看護ステーション、ケアマネジャーや介護保険施設等の地域福祉関係者等が環境調整や関係者理解を支援する方策を検討することで、地域関係機関の役割機能を発揮し、必要な在宅栄養生活の支援の提供が可能となり、患者が在宅での療養生活を継続できる効果がある。

例6）在宅療養支援診療所における社会福祉士の活用（在宅総合ケアセンター元浅草）

（P46参照）

在宅療養支援診療所において、診療情報提供書における患者情報の共有だけでなく、社会福祉士が患者・家族や地域のあらゆる関係者からの情報収集を行い、患者の病状および患者・家族の希望に合った適切なケア・リハビリテーションの提供につなげている。

5. 医科・歯科の連携

近年における高齢化の進展、介護保険の導入、在宅医療の普及等により、リハビリテーションを専門とする医師や訪問歯科診療を行う歯科医師等から口腔ケアが重要であること、また、高齢者等の誤嚥性肺炎や低栄養の原因の一つは口腔機能の低下であり、これらを予防していくためには、口腔機能の維持・向上が重要であるという医科と歯科で共通の考え方が普及してきている。

医科・歯科の連携において重要なポイントとなる口腔ケアについては、歯科医療関係職種が実施する専門的な処置からセルフケアに至るまで様々な内容が含まれるが、患者の状態に応じて必要な口腔に対する衛生処置等を実施することが重要である。

現在、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院の一部において、NST、口腔ケア、摂食嚥下、感染制御、糖尿病、緩和ケア等のチーム医療が実施されていることが明らかである。他方で、歯科を標榜して歯科医療関係職種を配置している病院は少なく、歯科医療関係職種は歯科診療所に多く配置されていることから、歯科医療関係職種をえたチーム医療を推進していくためには、病院内の連携に限らず、地域における病診連携、病診連携を含めた病院内・外における医科と歯科の連携を推進していくことが必要である。

口腔衛生処置は歯科的口腔管理の基本であり、誤嚥性肺炎等の予防に寄与し、医療・介護の現場で歯科医師・歯科衛生士をチームの一員として、医科と歯科の専門的な視点を合

例）特定の診療領域等におけるチーム医療

・褥瘡対策チーム（脳血管研究所美原記念病院）（P53参照）

看護師が褥瘡発生リスクを随時評価し、医師・薬剤師・看護師がベッドサイドにて薬剤選択及び治療方針の決定を行い、ハイリスク患者に対して積極的な体位変換を実施する取組により、ハイリスク患者が多い中で褥瘡発生率を低く抑え、治癒率も良好な水準となっている。

・せん妄対策チーム（千葉大学医学部附属病院 長浜赤十字病院）（P57参照）

せん妄は全患者の10～30%に起こるといわれおり、発生すると必要な治療やケアの実施が困難となるだけでなく、患者の安全や安楽が脅かされ重篤な状態であるといえる。せん妄患者やせん妄リスク患者に対して、主治医、精神科医、看護師、薬剤師、作業療法士等がスクリーニングや危険因子の除去等の予防的アプローチと早期介入、継続的な評価を実施することにより、せん妄の発生率の低下や重症化予防を行うことができ、有害事象の発生防止や入院期間の短縮に効果がある。

・子どもの入院支援チーム（昭和大学病院等）（P58参照）

小児医療においては、療養生活の中で子どもの発達課題を考慮することが重要となる。医師、看護師、作業療法士、管理栄養士等や子どもを支えるその他職種の協働により、子どもが納得し安心した治療を受けることが可能となっている。保育士や院内学級教諭は、療養中で年齢・病状に応じた遊びと教育を提供し、チャイルドライフスペシャリストは病気や治療への年齢や発達に応じた理解を促すのに活躍し、音楽療法士は感情表出による心理的支援を行っている。各職種が治療方針等を共有・連携することで、子どもが処置や検査、手術等に対して心の準備ができ治療に臨める等により円滑な治療提供、患者の安全、家族の安心につながっている。

・周術期（集中治療）におけるチーム医療（長崎大学病院）（P23参照）

集中治療の対象となる患者は、多種多様な重症疾患を抱え、様々な臓器機能が低下している。年々治療法が進歩していく中で、患者の状態に応じた時間単位のきめ細かな投与薬剤・投与量の設定などが必要となっている。そこで、医師のリーダーシップの下、看護師、薬剤師、臨床工学技士等がスムーズに連携し、チーム専従型多職種チームを構築することで、ICUや副作用の短縮や副作用の未然回避などの効果が得られている。

・外来化学療法におけるチーム医療（岐阜大学医学部附属病院）（P59参照）

抗がん剤治療を病院にて受ける患者では副作用の早期発見は難しく、また、副作用発現時の迅速な対応ができないことが問題である。このため、来院時に患者に対して起こりうる副作用内容、対処法を確実に伝えるとともに、継続治療を行っている患者に対しては副作用対策を実施する必要がある。そこで、外来がん化学療法室にて薬剤師が医師、看護師と連携をとりながら患者への治療内容の説明とともに副作用に関して指導を行い、がん治療における安全性を確保している。

・医療安全に関するチーム医療（山形大学医学部附属病院）

医療の高度化・複雑化のため、注意喚起しても事故発生には限界がある。そこで、多職種によるチームを組織し、医療事故やインシデントに関する情報の収集、事故の起こりにくいシステムの検討、医療現場へのフィードバック、組織欠陥是正のためのリスクマネジメントを実施している。

・**暴力被害者支援チーム（まつしま病院）（P61 参照）**

被害者の意思を尊重した多様な支援を必要な時に迅速に提供できるように配慮することが重要である。被害者の保護を含む身体的・精神的・社会的な支援を医師、助産師、臨床心理士等の医療関係職種と、警察、女性センター、児童相談所等の公的機関の職員が連携して行うことにより、地域で継続して支援することができ、長期的な身体的・精神的健康を改善し、安全な生活を送ることが可能となる。

・**他機関との連携による虐待予防・支援チーム**

（神奈川県立こども医療センター、兵庫県立こども病院、筑波メディカルセンター病院）（P62 参照）

小児や高齢者などの虐待に対応するために、医療機関の職員のみならず、児童相談所や自治体の関係職員を含めたチームを構成し、早期発見、保護、支援、再発予防をシームレスに行う体制を整えている。医療機関においては、医師や看護師、MSW 等が本人や保護者等から情報収集を行って判断・方針を共有し、その後、再発防止に向けて地域の関係者を交えた会議等で連絡・調整を行い、地域を主体としたサポート体制を確立する。

・**臨床倫理コンサルテーションチーム（筑波メディカルセンター病院、長浜赤十字病院）**

（P64 参照）

生死にかかわる治療方針の決定においては、延命治療や遺体治療の可否など倫理的に困難な問題を持つことが多く、担当医のみならず治療に直接関わらない医師等を含む多職種での検討が必要となる。主治医から依頼を受けた後、速やかに倫理的コンサルテーションを実施し、倫理的な視点から問題点を整理することにより、治療方針の決定に苦慮する医師等の負担を軽減するとともに、患者・家族の意向や QOL を考慮した最善の医療を提供することができる。

リハビリテーションは、急性期、回復期、生活期のどの時期においても隔たりなく行われ、従来から、患者を中心に医師や看護師、リハビリテーションスタッフや義肢装具士など職種間を越えたメンバーでチームが構成されている。そのため、それぞれの病期によってその目的も変化の中で、患者を中心とした多様なメンバーで構成するチーム医療には、リハビリテーションの理解が必須である。

例）リハビリチーム（脳血管研究所美原記念病院）（P55 参照）

医師及びリハビリテーションスタッフがリハビリテーションの適応の確認を行い、リハビリスタッフと看護師が連携して、超早期からのリハビリテーションを実施するとともに、日常生活援助にリハビリ的看護ケアを導入するなどの取組により ADL の改善度合いが向上している。

精神科領域においては、疾病と障害を併せ持ち、相関関係が大きい障害特性から社会的健康へのダメージを来すことがある。したがって、疾病の治療のみならず生活者として対象者支援を行うことが必要であるため、医療機関や地域において医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、理学療法士等の多職種協働によるチーム医療の提供が重要である。また、身体面と精神面の両方に問題のある患者に対しては、身体的治療だけでなく、精神的な治療も並行して行うことが必要であり、身体的ケアスタッフと精神科的ケアスタッフが協働して患者の治療を行える体制整備が必要である。

また、精神科領域における課題である長期入院患者の地域移行、地域定着の促進を実現するためには、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等によるチームによる取組の

ンシメント報告件数が減少する効果が現れている。

また、病棟配置により、患者の状況や検査結果等を随時把握することが可能となり、積極的な処方提案や持参薬の適正管理、次の処方のためのフィードバック、フィジカルアセスメントの実施による薬効・副作用モニタリング、副作用を抑えるための薬学的管理、他の職種への助言・相談、薬物療法のプロトコル管理などの薬剤の適正使用に関する業務を薬剤師が担うことにより、薬剤に関連する有害事象の発生や重篤化の防止など、医療安全の質が向上する。

例2）管理栄養士の病棟配置による栄養管理

病棟配置により、患者の日々の栄養食事摂取状況・身体状況・病状から栄養状態の変化等を随時把握することが可能となり、医師、看護師、薬剤師等との連携により、的確かつ迅速に治療食（経腸栄養を含む）内容の決定・変更や食事の開始・中止の決定等に関する医師への提言、栄養管理計画書の作成を管理栄養士が担うことにより多職種の業務の効率化と治療効果の向上を図ることができる。また、介入後のモニタリングの実施により、栄養不良・栄養過剰リスクの回避のための即時調整、摂食・嚥下機能に応じた食事形態（ゼリー状、プリン状、ヨーグルト状、ペースト状等）の調整による誤嚥防止等、さらに患者、家族への治療食の必要性の説明・指導、他の職種への助言・相談等に関する業務を管理栄養士が担うことにより、治療効果や患者の QOL を向上させることもできる。

例3）社会福祉士の病棟配置による患者・家族支援の取組（近森病院）（P73 参照）

在院日数の短い急性期病院において、脳外科や整形外科病棟などに社会福祉士を配置し、入院当初から経済的・心理社会的問題に対し即時に介入し早期にソーシャルワーク援助を提供することにより社会的制度の活用や地域支援機関との連携が必要な患者に対し、早期に家族関係などの調整を図り適切な生活環境を整え、納得いく退院にすることができている。

全日本病院協会が実施した看護師の業務に関する調査によると、依然として看護師が機器点検や物品管理、検体搬送等の業務を実施しており、臨床工学技士や事務職員などの他の職種との業務分担等による業務の見直しが必要である。

医療機関における事務部門は、院内や地域の関係者が参加する委員会等のコーディネイトなどの役割や、病棟や手術部門などにおける管理業務や他部門との連携業務など様々な役割が期待されている。

例）病棟・外来等のクラーク配置（昭和大学病院）（P75 参照）

病棟や外来、手術室などの中央部門にクラークを配置し、増加している事務的業務を担うことにより医師や看護師等が診療業務に専念できる環境を整えている。また、患者・家族にクラークが速やかに対応することや、当該部署に関係する各職種が連携するために必要なサポートを行うことなどにより、医療関係職種間や患者・家族を含めたつなぎ役としての役割を果たしている。

専門職種が本来その職種がやるべき業務に専念するために、事務職員等が実施することができる業務については、例えば医師事務作業補助者を活用することにより、医師をはじめとする専門職の負担軽減や、書類作成や外来の待ち時間の短縮などの患者サービス向上につながる。

例）医師事務作業補助者導入による医師の勤務環境改善（済生会栗橋病院）（P76 参照）

勤務医の煩雑な事務作業をサポートして負担軽減を図るために医師事務作業補助者を 17 名導入している。医師事務作業補助者が外来診療補助や文書作成補助、オーダーの入力等を実施することにより、診断書の完成日数の短縮や患者とのコミュニケーションが円滑になるなど医療の質が向上するとともに、医師の生産性の向上や時間外勤務の減少などの効果がみられている。医師事務作業補助者の育成については、外部の講習と院内における OJT により実施している。

推進やそのための医療環境の整備、地域社会の資源活用も含めた連携が必要である。

例1）認知症医療におけるチーム医療（浅香山病院）（P65 参照）

外来においては、事前に精神保健福祉士が受診に関する相談や介護・福祉サービスの調整等を行い、臨床心理士が心理検査を施行するなど診察時に必要な情報を整理することにより、医師の診察時間を有効に活用している。

入院においては、退院後の生活を視野に入れた入院面接を精神保健福祉士が行い、日常生活機能回復訓練・回想法等の活動や定期的なケースカンファレンスを看護師・作業療法士・臨床心理士・精神保健福祉士等多職種で行い、課題の整理や問題解決に向けてチームで取り組んでいる。また、退院前には家族・地域の介護関係者等を含めたケア会議を実施し情報を共有化し、スムーズに退院後の生活へと移行が可能となっている。

例2）自殺未遂者ケアにおけるチーム医療（横浜市立大学附属市民総合医療センター）

（P66 参照）

救命センターに搬送される全ての自殺企図者に身体的治療を行うことはもとより、救命センターに常勤している精神科医と救急医、看護師、精神保健福祉士の多職種チームが心理的危機介入と正確な精神医学的評価、心理社会的評価を行い、これに基づいて心理教育を含む精神科治療、ソーシャルワークを行い、地域ケアの導入を行っている。

周産期医療においては、妊婦のリスクと選択する医療機関とのミスマッチを防ぐことが重要であり、対応する対象者のリスクに応じて施設間や施設内でチームを構成する必要がある。産科病院や産科診療所の院内助産所・助産師外来においては、助産師が正常産を担うことにより産科医師の負担軽減をはかりつつ、緊急時の迅速な連携を行っている。さらに、助産師が妊娠初期から分娩管理、産後の母乳支援や新生児ケアまで継続して行うことにより妊産婦の意向を尊重したケアが可能となり、妊産婦や家族の満足度の向上につながっている。

例1）助産所のような診療所と高次医療チームの連携（聖路加産科クリニック）（P71 参照）

必要時には迅速に転院・搬送ができる高次医療機関の門前に診療所を開設し、助産所のように時間をかけて心身の準備を整え、必要最低限の医薬品の使用による分娩を実施している。助産師チームが家族構成等も視野に入れたエビデンスに基づいたケアを継続的に提供することにより、妊産婦・家族の満足度が向上している。

例2）周産期における虐待予防チーム（東海大学八王子病院）（P72 参照）

近年、社会的・経済的問題を抱える妊婦が増加しており、社会福祉士が医師や助産師と連携して望まない妊娠や若い妊婦など出産・育児に不安を抱える妊婦への早期介入から出産後の関係機関との連携調整を行い、家族の精神的不安の軽減や虐待予防につなげている。

7. 医療スタッフの業務の効率化・業務負担の軽減

急性期の医療において、現在は個別の課題に応じて必要な専門職を集めた「専門部隊型のチーム医療」が行われているが、夜間や休日も含めて十分なマンパワーを確保して必要な専門職を病棟に配置する「病棟配属型チーム医療」と協働・補完し合いながら実施されることが望ましい。

例1）薬剤師の病棟配置による薬剤管理（P20 参照）

薬剤管理において、薬剤師を病棟に配置し、医師と協働した薬物療法の検討、注射薬の調製、医師・看護師と協働した点滴投与時の注意事項の確認等を実施することにより、薬剤に関するイ

終わりに

本検討会では、医療現場で活躍する委員によりこれまでに取り組みされてきたチーム医療に加えて、先進的なチーム医療を推進するための具体的方策について実践事例の提示を含めて検討を重ね、本報告書を取りまとめたところである。

これは現時点で考えられるチーム医療の一例を示したものであり、チーム医療の構成メンバーや役割を定型化するものではなく、個々の医療機関の置かれている状況に応じた取組や地域における人材確保が必要である。

今後、医学や医療技術の進歩や教育環境の変化に伴い、医療関係職種に求められる能力や専門性が変化していることを念頭に置き、業務独占範囲の見直しを含めて検討する必要がある。

また、医療現場でチーム医療を実践するためには、医療関係職種を十分に配置できるだけの医療機関等の経営的な基盤や人材確保が必要であり、各医療機関においてはその状況に応じた取組を行うとともに、診療報酬等における評価や地域における人材養成の支援を行うことも重要である。

さらに、本報告書の提言内容を医療現場で具体的に検証し、その成果を評価し、チーム医療の更なる推進方策につながることを期待したい。

(別添)

チーム医療の評価方法について

1. 基本的考え方

今後、チーム医療を推進する上で、チーム医療を導入した場合の効果の評価・検証する必要があります。チーム医療の効果については、昨年度取りまとめられた検討会報告書「チーム医療の推進について」において、医療・生活の質の向上、医療従事者の負担軽減、医療安全の向上があげられている。チーム医療の最終的な評価に当たっては、特に、医療を受ける患者の満足度が重要な要素であるが、客観的・定量的に評価することは難しい。また、個別具体的なチーム医療の取組に対する評価については、実施する取組の内容によって評価すべき内容が異なること、及び評価の対象となるチーム医療以外の要素も評価項目に影響し得ることから、一律に評価項目を設定することは困難である。

チーム医療の評価方法について、評価の視点と評価方法の考え方を示し、個別のチーム医療の具体的な評価項目については、各取組の内容に応じて設定することが適当である。各医療機関においては、個々の状況に応じて取り組む内容の選択及び評価項目の設定を行う際の参考として活用していただくため、その一例を示す。

2. 評価の視点

チーム医療の評価に当たっては、例えば以下の4つの視点を考慮することが考えられる。

医療の質

例) 治療効果、合併症減少、医療安全向上 等

患者の視点

例) 早期社会復帰、治療への理解、患者満足度 等

医療スタッフの視点

例) 労働生産性の向上、負担軽減効果、スタッフの満足度 等

経済的視点

例) 労働生産性向上、費用対効果(増収・コスト削減効果) 等

3. 評価方法

チーム医療の評価に当たっては、客観的・定量的なアウトカム評価が望ましいが、アウトカムについては評価困難な内容も多いことから、プロセス評価やストラクチャー評価も併用することが必要である。

アウトカム評価

例) 平均在院日数短縮、合併症減少、コスト減少 等

プロセス評価

例) 推奨される治療の実践割合 等

ストラクチャー評価

例) 専門職種の配置、電子カルテ等の導入の有無 等

4. 具体的な評価項目の例

NSTの場合

医療の質	アウトカム評価	早期治療率(在院日数又は術後在院日数) 感染症の発生率 褥瘡発生率 血液学的検査値
	プロセス評価	経腸栄養実施率 口腔衛生処置実施率 食事提供回数
	ストラクチャー評価	専門職種の配置 電子カルテ等の導入の有無 カンファレンスの実施
患者の視点	アウトカム評価	早期治療率(在院日数の減少) 使用薬剤数及び用量 合併症の発生率
	プロセス評価	専門スタッフによる回診回数 食事摂取回数 治療内容の理解
	ストラクチャー評価	1床当たりの医療従事者数
従事者の視点	アウトカム評価	1人あたりの担当患者数 各専門職種の専門性向上
	プロセス評価	各職種からの相談回数 カンファレンス、勉強会への参加回数
	ストラクチャー評価	専門職の365日24時間対応体制の有無 カンファレンス、勉強会の実施 治療方針の共有
経済的視点	アウトカム評価	病院収益 人員配置の変化
	プロセス評価	輸液使用金額 抗生剤使用金額 食事提供金額
	ストラクチャー評価	DPC導入 後発品使用 医師・看護師以外のスタッフの導入

診療記録管理による診療情報共有の取組

チームの名称	院内監査システム(院内巡視)
チームを形成する目的	「院内巡視」と称する独自の病棟総合監査体制。診療を構成する多職種の責任者とともに診療情報管理士が巡視チームの一員となり、病棟において、診療記録の記載を体系的に監査(チェック)することで、医療スタッフ間の情報共有を推進する。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報共有の推進 ・ 診療情報の記録の質的向上 ・ 効率的な医療の提供と業務の標準化
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	毎週金曜日の9:00~10:30の約1.5時間で、1回2~3病棟を対象に全病棟を巡回する。 【入院診療記録のチェック項目】 <ul style="list-style-type: none"> ● 入院診療計画書は適切に作成されているか ● 臨床研修医の指導は適切に行われているか ● 薬剤管理指導依頼書、指導記録が適切に行われているか ● 輸血、手術、処置等の同意書は適切に行われているか ● 初期記録の適切な記載があり、記載者のサインはあるか 【医療安全のチェック項目】 <ul style="list-style-type: none"> ● 医療安全管理対策ポケットマニュアルを携帯しているか ● 在庫管理が適切に行われ整理されているか ● 救急カートが適切に管理されているか 【感染管理のチェック項目】 <ul style="list-style-type: none"> ● 感染防止対策の「回覧」の閲覧状況が100%かどうか ● 感染性廃棄物の分別が適切にされているか ● 消毒薬の開封日が記載され、使用期限の管理が適切か
チーム運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ チーム構成メンバーは診療情報管理士のほか、病院長、副院長、事務長、事務次長、看護部長、薬剤部長、医療安全管理室専任看護師、感染管理室感染認定看護師、医事課長、薬剤師、医事課入院担当者、施設部長により構成。 ・ 診療情報管理士の育成は、日本病院会、日本診療情報管理学会、日本診療情報管理士会により確保。 【具体的な手順】 診療記録の監査は、標準的な診療記録の質を定めた当院規定の「入院診療記録 記載基準」を遵守し、適切な記録となっているかを確認する。また、記載義務のある項目では、基準が満たされた記載となっているかを確認する。特に入院時の初期記録の項目は、記載漏れが多いため、念入りに細かなチェックが行われる。一通りのチェックが終了すると、監査結果を当該病棟の責任医師および病棟看護師長の立会いのもと、監査を実施した病棟で病院長へ行う。基準が遵守されていない点や不備・不足は、その場で責任医師、病棟看護師長に指導が



行われる。最終報告書は、診療情報管理士がまとめて巡回メンバーに連絡を行う。この報告書は、病院運営委員会および病院連絡会に提出され全職員に周知される。

具体的に取り組んでいる医療機関等
昭和大病院

栄養サポートチームの取組例

チーム（取組）の名称 栄養サポートチーム
チームを形成（病棟配置）する目的 栄養障害の状態にある患者またはそのハイリスク患者すべてに対して、必要な時に必要な対応を専門職種が行うことができる。これにより、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症を予防し、早期退院に結びつけることができる。
チームによって得られる効果 ・ 肺炎等の合併症が減少し、在院日数が短縮するなど医療の質の向上 ・ マンパワーを充実しても労働生産性の向上により、相対的に人的コストが削減 ・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：担当医は1日30～40人の栄養計画を承認し、栄養サポートを実施。チームリーダーとして週5日、14回のカンファレンス（1回2時間）に参加。 看護師 ：担当看護師が週1回、全入院患者の栄養スクリーニングを実施、栄養看護師はそれらを取りまとめ、リスク患者のリスタートを行う。医師に承認された栄養計画に基づいて、栄養サポートを行う。全カンファレンスに参加。 管理栄養士 ：全病棟に配属され、直接患者から情報を得て、毎日30～40人の患者の栄養評価と栄養計画を作成し、栄養サポートを実施。全カンファレンスに参加。 薬剤師 ：重症病棟を中心に病棟配属され、薬剤師から見た栄養サポートを実施。全カンファレンスに参加。 リハビリテーションスタッフ ：全病棟に配属され、リハビリを行うことにより、廃用を予防し、骨格筋を作ることで栄養状態の改善を図る。その他、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。全カンファレンスに参加。 臨床検査技師 ：検査データから見た病態の把握や助言、全病棟のアルブミンマップの作成などを通じて、栄養サポートを実施。重症病棟のカンファレンスに週2回（1回2時間）参加。 歯科医師 ：口腔機能に問題のある患者の口腔内の疾患及び口腔機能診断を実施 歯科衛生士 ：口腔内清掃状態のチェック。義歯、かみ合わせの状態評価、口腔ケアチームへの橋渡し。
チームの運営に関する事項 ・ 担当看護師が入院時および入院後週1回、全患者のスクリーニングを実施。 ・ リスク患者に対し、栄養評価と栄養計画は病棟に配属された管理栄養士が毎日実施。 ・ 栄養サポートは、栄養計画に基づき病棟の担当医師と看護師、管理栄養士等が対応。 ・ ICU、CCUは週2回、HCUや一般病棟は週1回のカンファレンスや回診を実施。 ・ 管理栄養士は、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）の栄養サポートに対応。
具体的に取り組んでいる医療機関等 近森病院、昭和大病棟が丘病院、昭和大病棟が丘リハビリテーション病院

質の高い薬物療法提供等のための薬剤師病棟配置の取組例

チームの名称 薬剤師病棟常駐（2病棟当たり3名体制）
チームを形成する目的 薬剤師病棟常駐により、薬剤管理指導の対象・対象外にかかわらず全ての入院患者の薬歴管理を実現。薬剤師が患者情報（入退院、持参薬、術後経過、治療経過、薬の効果・副作用発生状況など）をリアルタイムで把握し、その情報を医師・看護師と共有しながら、安全で質の高い薬物治療を実現。薬剤師不在日をなくし、一定の質を保つ。 さらに、持参薬を含む全ての医薬品の使用・管理を薬剤師が日々チェックすることで、薬剤師事故を未然に防ぎ、病棟内における医薬品の安全管理を徹底。
チームによって得られる効果 ・ 病棟内に潜在する薬剤管理上の問題を表出し、建設的助言・改善に向けた提案 ・ 患者への薬剤投与前の最終チェックを薬剤師が行うことにより薬剤師事故を未然に防止。 ・ 入院時、患者との初回面談により持参薬をリアルタイムで把握し、医師・看護師に情報提供することで、持参薬を継続する際のリスクを軽減。 ・ 医師・看護師その他の医療スタッフの薬剤に関する意識が波及的に向上。 ・ 薬剤師と医師・看護師とのより良いコミュニケーションを図る。 ・ 日常的に医師・看護師からの相談に応じる体制を確立。 ・ 若手医師や新人看護師に対して、専門的立場から医薬品に関する教育や助言ができる。 ・ 薬剤師が患者の状況を常に把握することで、医師に対してより積極的な処方提案。 ・ 常に病棟にいて、突発的な状況にも即時対応。 ・ 医師・看護師をはじめとする医療スタッフや患者、患者家族から信頼と安心。 ・ 患者の服薬コンプライアンス、薬剤管理上の注意事項など、退院時に必要な情報を医師・看護師だけでなく、患者家族、転院先の医療施設、保険薬局、社会福祉士等に情報提供し、退院後の適正な薬剤管理を推進。
関係する職種とチームにおける役割・業務内容 医師 ：入院時の処方指示は、自らの治療計画の中で実施する以外にも、病棟薬剤師による持参薬鑑別、副作用歴・アレルギー歴等の聴取記述を元に最終決定する。処方計画においては、必要に応じ薬剤師と協議。 治療効果、副作用発生状況など、医師自ら行う患者への直接的な聴取以外にも、診療録に記載された薬剤管理指導記録や看護記録を参考に把握。効果不十分または副作用発現などによる処方変更を行う場合も、病棟薬剤師の意見を参考にし、患者の服薬コンプライアンス状況は病棟薬剤師や看護師からの情報により判断し、患者への説明の他、必要に応じ剤型の変更や他薬への変更なども考慮し、適切に対応。 退院時処方については、看護師、薬剤師からの情報を元に必要な処方。退院後の服薬管理については、薬剤師と協議し、患者・患者家族等への説明は薬剤師に一任。

薬剤師、看護師からの上申、問合せ、相談等については随時適切に対応。 看護師 ：入院時、看護上必要なアナムネを聴取し、持参薬がある場合、薬剤師に伝達。薬剤師による薬品鑑別の後、持参薬の服薬状況、残数等を把握し、それらの情報を医師に伝達、医師の指示を仰ぐ。 患者情報は、看護師自ら患者・患者家族から聴取するだけでなく、薬剤師による初回面談の情報も参考に。アレルギー歴、副作用歴、服薬コンプライアンスについては薬剤師の情報を元に把握し、必要に応じアセスメント、観察、その他の看護ケアに活用。 薬剤師により調剤された薬および継続使用持参薬については、薬剤師による再確認の後、与薬準備。自己管理可能な患者への配薬は、原則として薬剤師が実施。薬剤師不在時は看護師が代わりに実施。自己管理不可の患者への日常的な与薬は看護師が実施。 医師の指示変更があった場合は、薬剤師と連携してその対応を実施する。患者からの薬の回収作業は原則として看護師が行う。 診療録に記載された薬剤管理指導に目を通し、効果・副作用の有無、服薬コンプライアンス等の情報を収集、個々の患者の薬剤管理について薬剤師と連携して実施。必要に応じ、医師への上申、問合せ、相談。 退院時は、薬剤師と連携して対応する。緊急の退院時も薬剤師と密に連絡。 薬剤師により1メニューごとにセットされた注射薬は、薬剤師の処方確認の後、看護師が混注し実施。抗がん剤、IVHは薬剤師が調製し、看護師が内容確認し患者に実施。 薬剤師 ：入院患者全員を対象に、入院時初回面談を実施し、持参薬の有無を確認。薬剤師が把握した持参薬服用情報は、口頭のみでなく、カルテ記載、持参薬リストの記載により医師・看護師に伝達。持参薬以外にも、患者の薬剤アレルギー歴・副作用歴、禁忌薬剤の有無について確認し、医師・看護師に伝達。 処方時には、投与方法等を医師に提案するなど、投与设计にも積極的に参画。調剤済み薬について、医師の指示との照合・確認。与薬作業は看護師が実施。薬剤管理指導の記録は診療録に記載し、医師・看護師を含む多職種で共有。 投与後、効果・副作用の有無、服薬状況等の情報収集。必要に応じ医師等へ情報提供。1日1回、全入院患者の診療録確認。指示の中止、変更時にも、返品その他の確認。 退院時には退院時服薬指導を実施。薬剤情報提供書を配布。退院後の投薬管理について、患者のみならず、患者家族、転院先の医療機関等への情報提供。場合により社会福祉士、事務職員など関連職種とも連携。 注射薬についても内服薬・外用薬と同様の管理。抗がん剤、IVHのみ薬剤師がミキシング作業。他の注射薬は1回量毎にセットを行い、ミキシングは看護師が実施。 原則として、病棟における与薬業務や注射のミキシング等の直接的な作業を行うために薬剤師を常駐配置するのではなく、多職種による安全な投薬プロセスを確立するための専門的助言、管理、チェックなどを日常的に実施。 その他の医療スタッフ ：薬に関連する事項があれば、病棟に常駐する薬剤師に相談する。

チーム運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 1 病棟に主担当 1 名と副担当 1 名を配置。副担当は 2 病棟を兼務。 ・ 原則として、休日を除く日勤帯（9 時～17 時）は薬剤師が病棟に常駐。 ・ 薬剤管理指導記録は診療録に一元化し、診察記事内に時系列記載。 ・ 患者情報は、医師・看護師・薬剤師・その他医療スタッフ間で常に共有。
具体的に取り組んでいる医療機関
東住吉森本病院

周術期（集中治療）におけるチーム医療の取組例

チームの名称
集中治療チーム
チームを形成する目的
集中治療の対象となる患者は、多種多様な重症疾患を抱え、心機能、腎機能、肝機能、呼吸機能など様々な臓器機能が低下している。年々治療法が進歩していく中で、作用が急激な注射剤の多種併用、患者の状態に応じた時間単位のきめ細かな投与薬剤・投与量の設定、様々な医療機器の使用など、各職種の医療スタッフがチームを組み、その専門性をもって治療の質、安全性の向上を図ることは非常に重要である。 このようなチーム病棟専従型他の職種チームが構築されてはじめて質が高く安全な集中治療が可能。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 安全かつ効果的な治療による、ICU 在室日数、病院在院日数の短縮 ・ 医療費の削減、物的コスト削減 ・ 副作用、合併症、原疾患の悪化などの早期対応、未然回避
関係する職種とチームにおける役割・業務内容
<p>医師：入院時、主疾患の治療・管理方針を決定し、合併疾患に関しては他診療科へコンサルト及び治療協力を依頼すると同時に、専従型多職種医療スタッフに対しても方針に基づいた指示を与え、チームが効率的に機能するようリーダーシップを発揮する。また、時間単位の病態変化に合わせて、治療・管理方針及びこれに基づく治療法見直しを家族への説明・同意をもとに行いながら、他診療科の医師や常駐（又は院内 PHS での呼び出し）する多職種の医療スタッフとの相談、指示出しを行い、緊急性に応じたチームでの医療を統括する。</p> <p>看護師：医師の指示のもと、急激な病態変化や時間単位の指示変更に対応しながら、集中治療が効率よく行われるうえでの患者管理上の問題点（原疾患や安静を余儀なくされることでリスクが高まる合併症に対する問題点）を抽出し、看護計画を立案する。この問題点に関する計画の立案から実施の過程において、各専門の専従型多職種医療スタッフ（薬剤師、理学療法士など）と綿密なコミュニケーションをもとに役割の分担および協働を行う。</p> <p>薬剤師：薬物療法の占める割合が大きく、作用が急激な注射剤の投与が行われるため、常駐型の業務として、排泄機能など患者の状態と薬剤の特徴、方針、ガイドライン等を参照し、医師の時間単位での処方変更をサポート（提案・相談・処方鑑査）する。また、予想される副作用の未然回避、早期発見のための方策を提案し、医師・看護師と協働で継続的にモニタリングする。多種注射剤が併用されるため、限りあるルート数のなかで、安全で効果的な投与かつ静脈炎回避が可能となるルート設定を行う。医薬品管理に関しては、緊急時に必要な薬剤の期限確認、医師や看護師と協働し不要なコストや取り間違えのリスクを意識した最小限の薬剤の選定及び在庫数設定、簡潔な薬剤管理システムの構築を行う。</p> <p>臨床工学技士：人工呼吸器や PCPS、CHDF、シリジポンプなど生命危機に瀕した患者にとって安全な機器使用は非常に重要であり、常時使用できるためのメンテナ</p>

<p>ンス、前準備など機器管理全般や安全手順作成、使用者教育などを行う。</p> <p>理学療法士：集中治療管理による運動性の低下に伴う廃用症候群の防止や早期離床を目指す障害の集中的改善を図る。</p> <p>言語聴覚士：集中治療管理に付随する嚥下困難に対し、摂食・嚥下評価訓練を行う。</p> <p>歯科医師：術前から退院までの患者の口腔衛生処置の指示を歯科衛生士、看護師に行う。医師と協働し、摂食・嚥下機能評価や各検査を行い、カンファレンスを開催する。</p> <p>歯科衛生士：歯科医師の指示の下、入院食の変更や調整を行う。</p>
チーム運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者入室時、毎朝のカンファレンスによる情報や方針の共有化 ・ 電子カルテによる情報の共有化 ・ 各チームスタッフの病棟専従・常駐化（不在時は院内 PHS の対応など）
具体的に取り組んでいる医療機関
長崎大学病院、昭和大学横浜市北部病院

入院患者の状態に応じたきめ細やかな栄養管理

チーム（取組）の名称
栄養サポートチーム（周術期栄養管理～外来から入院・退院における栄養サポート）
チームを形成（病棟配置）する目的
消化管がんの手術予定患者について、術前に主観的包括的栄養評価（SGA）を実施し「中等度栄養障害」以上と評価された患者（術前ハイリスク患者）について、外来はもとより入院中においても NST による栄養介入を実施することで、術後在院日数の短縮および転帰の改善を目指す。
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 術後在院日数短縮 ・ 術後合併症発生率減少 ・ 術後の転帰の改善
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<p>医師：術前ハイリスク患者に対する術前・術後の栄養介入の指示。術前・術後患者に対する NST ミーティング・回診の実施（1 回/週）及び栄養状態の把握。</p> <p>看護師：外来看護師は消化管がんの手術予定患者に対し SGA を実施し、術前ハイリスク患者を抽出。 病棟看護師は術前ハイリスク患者の状態を把握し、問題点に対し NST ミーティング及び回診において報告する。</p> <p>管理栄養士：外来において、術前ハイリスク患者に対して免疫補助栄養剤の飲用指導を実施する。 病棟に配属された管理栄養士が術前ハイリスク患者入院時に外来時の栄養摂取状況を把握、また直接患者から栄養管理上必要な情報を収集する。 その情報をもとに食事内容及び形態、経管栄養（静脈栄養）投与プランの提案を医師に行う。 一方、医師の指示のもとにオーダーシステム上での変更を行うことで看護師、医師の業務軽減を図っている。これらの内容について電子カルテ上の栄養管理計画書に記載し情報の共有化を図る。また NST ミーティング及び回診に参加し患者の状態に応じた食事提供に寄与する。また、患者の術後の食事に対する不安解消及び退院後の QOL の向上を目的に栄養食事指導を実施する。（入院中 2 回）以上の行為をスムーズに実施すべく病棟回診、病棟カンファレンスへ参加する。 該当患者が他施設へ転院する場合、退院時栄養サマリーを発行し、入院中の提供食事内容、栄養管理状況について情報提供、情報の共有化を図る。</p> <p>薬剤師：病棟配属された薬剤師が薬物療法における提案や疑義照会時に、医師の同意・指示に基づいて処方・注射・検査をオーダーするなど医師オーダーサポート業務を実施し医師の支援・業務軽減を図る。</p> <p>リハビリテーションスタッフ：病棟担当のリハビリテーションスタッフが、リハビリテーションを行うことにより、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。また NST カンファレンス・回診に参加し情報提供を行う。</p> <p>臨床検査技師：栄養管理に関わる検査データの提供および NST への参加による検査技</p>

師の立場からのアドバイスを行う。
チームの運営に関する事項 外来：手術日が決定した時点で、入院時に行われているSGAと同様の評価を外来看護師が施行。「中等度栄養障害」以上の症例に対して、NSTによる栄養介入を実施。入院：入院時に外来にて紹介の免疫補助栄養剤の服用状況を把握するとともに、NST回診にて、患者状況を把握し報告書への記載、電子カルテ上へ掲載することで情報の共有を図る。
具体的に取り組んでいる医療機関等 株式会社日立製作所日立総合病院

急性期リハビリテーションチームの取組例

チーム（取組）の名称 急性期リハビリテーションチーム (相澤病院ケアユニットチーム、理学療法部門)
チームを形成（病棟配置）する目的 脳卒中ケアユニット（以下SCU）の配置人員は、専従理学療法士または作業療法士1名となっているが、基準通りの1名の配置では到底十分なリハビリテーションを提供することは不可能である。当院では365日体制でSCUにおける急性期リハとチーム医療を実践するために、理学療法士3名、作業療法士1名、言語聴覚士1名を配置している。この配置により、SCU入室期間約5日間に患者1名につき1日あたり平均6単位のリハビリテーションを提供することができている。
チームによって得られる効果 急性期におけるチームの目標は、「全身状態を安定化させながら、脳卒中の治療と並行して、臥床に伴う廃用症候群等の合併症を予防し、急性期から望ましい機能回復を図りながらその後の日常生活活動の獲得と社会復帰につなげていくこと」である。例えば摂食嚥下機能においては、多職種が病棟チームに配置されていることにより、より早期に摂食嚥下機能に関わる情報の統合が可能になり、早期の経口摂取への介入、日々刻々と変化する状態への臨機応変な対応を実現し、患者の最大限の回復を促すことを可能にしている。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 例として、摂食嚥下機能の改善に対するアプローチを示す。 医師 ：全身状況の医学的管理、急変への対応、摂食状況の把握を行い、必要に応じ、嚥下造影検査を実施する。 言語聴覚士 ：医師の指示に基づき、摂食嚥下機能の評価を行い、望ましい食事形態、摂食時の姿勢、摂食方法などについて他の職種へ情報を伝達する。 看護師 ：24時間体制で患者の全身状況を管理し、実際の食事摂取状態を観察する。言語聴覚士からの情報をもとに、食事摂取援助を行う。 理学療法士 ：運動機能全体の評価とアプローチを行う。体幹機能の評価から、摂食時の姿勢を提案し、実施する。 作業療法士 ：体幹、上肢機能の評価から、適切な食物摂取方法を提案する。
チームの運営に関する事項 ① リハビリテーションをほぼ全て病棟で実施し、療養と生活空間を共有する ② 電子カルテを導入し、情報を一元化し共有する ③ 病棟内での多職種間の日常的コミュニケーションを重視する ④ リハカンファレンス、退院カンファレンス、転倒転落カンファレンス、排泄ケアカンファレンスなどを重視する ⑤ 職種横断的な検討会、プロジェクトチーム会を作り、運営の刷新を定期的に行う
具体的にに取り組んでいる医療機関等 相澤病院（長野県松本市）

救命救急センターでの円滑な治療提供等のための社会福祉士配置の取組

チーム（取組）の名称 社会福祉士を専従配置した救命救急センター
チームを形成（病棟配置）する目的 ・ 第3次救急医療で患者を受け入れるベッドの確保をする ・ 患者が円滑に治療を受けられるようにするための経済的、社会的問題の解決 ・ 患者の回復の促進 ・ 患者の救命後の治療継続先の適切で、円滑な転院先の選定、連携、調整
チームによって得られる効果 ・ 医療費（未納防止）、家族の協力の促進等、治療を受けやすい環境が作れる。 ・ 在院日数が短縮し、入院患者を多く受けることで、救急の機能を促進できる。 ・ 準備のない入院に対する患者・家族の精神的不安を軽減し、取組を促す。 ・ 医師・看護師の業務軽減（困難事例の家族支援、困難事例の退院先探し、医療費等の相談を請け負うことによる）
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：診断・治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント ベッドコントロール 紹介元及び紹介先病院との連携 看護師 ：看護・ケア等 多くの職種とのコーディネーション 薬剤師 ：専従配置により、薬剤使用に関する適切なアドバイス 使われている薬剤が多い救命救急センターで、適正な使用量や併用の適否等に関する緊急の判断 管理栄養士 ：専従配置により、状態変化が大きい救急患者の適切な栄養評価、栄養計画を立てる 社会福祉士 ：毎日5時間程度救命救急センターに常駐し、3～4人の患者・家族と面接し10～15人の患者の連絡調整 他の職種との連携による、準備のない入院に対する患者・家族が持つ不安、心配に対する精神的なサポート 身元不明患者の身元確認、必要な手続きの代行 外国人の言語の問題、保険証の問題に対応 家族がいない、または家族と疎遠な患者のキーパーソン探しとそのかわりが維持できるよう支援 病気、病状、今後の状態像に関する理解の助け 医療費や生活費の困窮、心配に対して制度を利用して問題解決を図る 入院による社会的役割（仕事、介護、子育てなど）の遂行不能に関し、さまざまな社会資源の活用により社会的支援 救急治療後の他院への転院についての理解を促し、今後の生活に関するイメージづくりを支援

特に経済的に困窮している患者、寝たきりで医療依存度が高い療養を必要とする患者、の退院援助（主に転院援助）を検索 虐待・DVなどの際の他の職種、機関との連携 さまざまな地域関係機関（2次救急病院、リハビリ病院、療養病床、福祉事務所、警察、児童相談所、区役所国民健康保険課、その他）との連携、調整
チームの運営に関する事項 ・ 毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション ・ 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士による脳外科疾患に関する週1回の方針決定カンファレンスの参加 ・ 週1回のセンター全体の回診への社会福祉士の参加 ・ 地域の関係機関との連携強化
具体的にに取り組んでいる医療機関等 北里大学病院

心臓血管外科における早期離床チームの取組

チーム（取組）の名称	エキスパートナースによる早期離床チーム
チームを形成（病棟配置）する目的	心臓血管外科手術後に早期離床・早期食事開始を図ることは無気肺や廃用萎縮あるいは静脈血栓等の合併症を予防し、早期退院に結びつけることができる。また、エキスパートナースは集中治療病棟に配置された理学療法士、管理栄養士、臨床工学技士、薬剤師、他のナースや医師などを含むメンバーの中核として、心臓血管外科専門医が手術をしている間も包括的指示によりチームをリードする。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> 肺炎等の術後合併症を減少させ、早期退院が可能となる。 各専門職が自分の役割を認識しかつ相互補完することにより提供する医療サービスの「穴」を未然に防ぐことができる。 医師の負担を減らし、医師本来の業務に専念させられる。 数多くの医師数が必要なく、若手医師が密度の濃いトレーニングを受けられる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>エキスパートナース：術前訪問、術後家族との面談を含む患者サイドとの最初の窓口となる。術後管理はクリニカルパスおよび、医師の指示に基づきルーチン業務をこなし、術後管理を行う。また、他の看護師、職種との調整の中心となる。</p> <p>看護師：エキスパートナースの指導の下、同様な業務を行い、自己の経験研鑽を積む。</p> <p>理学療法士：術前から介入し、患者さんとのコミュニケーションを確立する。術翌日からリハビリを開始し退院までプログラムを継続する（通常約7日間）。</p> <p>薬剤師：投与薬剤の確認、オーダ入力、配合禁忌、用量、投与方法の適切性を確認する。</p> <p>管理栄養士：食事のみでなく、経腸栄養、中心静脈栄養を含む総合的栄養管理を行う。</p> <p>社会福祉士：周術期から退院のプランを立て、早期退院あるいは転院を図る。</p> <p>臨床工学技士：生体モニター、人工呼吸器、IABPなどの維持管理を行う。</p> <p>循環器内科医：内科的観点からアドバイスをし、治療に協力する。</p> <p>外科医：「心臓大動脈手術クリニカルパス」に基づき、包括的指示を出す。外れる点についてはエキスパートナースを含んだ打ち合わせにて調整する。</p>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 毎朝 8 時 30 分からのカンファレンスに参加し、現状報告治療方針決定。 エキスパートナース資格は、単なる知識よりも現場経験および実力を重視したレベルアップのトップを超えた看護師に与える。また、名譽とともに手当を与える。 エキスパートナースは包括的指示および医師監視のもと、中心静脈カテーテル、IABP カテーテル、ドレーンや経鼻胃管チューブなどの抜去を行う。また、クリニカルパスの範囲内で、利尿剤の投与、持続投与薬剤注入速度の増減を行う。 患者家族、医師を含む他の職種とのコミュニケーション能力は重要である。
具体的に取り組んでいる医療機関等	社会医療法人 近森会 近森病院 ハートセンター

医療機器管理・選定に関するチーム医療の取組

チームの名称	1. 医療機器管理チーム 2. 医療機器選定チーム
チームを形成する目的	<ol style="list-style-type: none"> 医師・薬剤師・看護師・臨床工学技士・臨床検査技師・診療放射線技師等医療職種および事務職でチームを構成し、医療機器の保守管理体制を根付かせ、効率よく安全に稼働させる。 適切な機器の選定と更新・新規導入を事業計画に沿って効果的に判断する。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> 稼働トラブルの減少による患者満足度（待ち時間・故障による予約変更等の減少）と医療の質（精度）が向上 適切で計画的な機器購入による安定した経営効果 機器の機種統一による置き在庫が減少し、消耗品コストの削減 在宅使用医療機器の適切使用と稼働状況確認および保守管理による家庭内安全使用
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<ol style="list-style-type: none"> 医療機器管理チーム <ul style="list-style-type: none"> 各職種で使用する医療機器の稼働状況把握と管理責任者への不具合報告 「病棟における医療機器管理」：医師、看護師、臨床工学技士 「手術室における医療機器管理」：医師、看護師、臨床工学技士、臨床検査技師、診療放射線技師 「ICU・救命救急センターにおける医療機器管理」：モービルCCU 同乗：搭載医療機器保守点検、医師、看護師、臨床工学技士による患者対応 救急処療処置室：医師・看護師・臨床工学技士・診療放射線技師・臨床検査技師 「外来診療における医療機器管理」：医師・看護師・薬剤師・臨床工学技士・診療放射線技師・臨床検査技師・事務職員 医療機器選定チーム <ul style="list-style-type: none"> 全科の稼働医療機器状況を把握し更新・新規導入を検討
チームの運営に関する事項	<ol style="list-style-type: none"> 医療機器管理チーム <ul style="list-style-type: none"> 医療機器安全管理責任者が管理チームの責任者となり、構成メンバーより上がってくる情報を一元管理する。 不具合発生機器に対して院外対応の窓口となる。 頻回に不具合を発生する機器については医療機器選定チームへ報告する。 医療機器選定チーム <ul style="list-style-type: none"> 医療機器管理チームより報告を受け院内事業計画に遵守した更新・新規導入を、経済効果、消耗品を考慮し検討する。

抗菌薬適正使用推進チーム

チーム（取組）の名称	抗菌薬適正使用推進チーム (Antimicrobial Management Team : AMT)																												
チームを形成（病棟配置）する目的	抗 MRSA 薬使用症例および血液培養陽性症例を対象に病棟ラウンドを実施し、抗菌薬の選択、投与量、投与期間、血中薬剤モニタリング (TDM) などの相談指導を行っている。加えて感染対策や薬剤耐性菌監視等の院内感染対策活動も行っている。これにより感染症の診断と治療および院内感染制御に貢献できる。																												
チームによって得られる効果	1. 抗菌薬適正使用の推進による感染症治療への貢献と、抗菌薬購入経費の削減 (図 1)																												
	<p>図 1 2003 年からの抗菌薬適正使用推進チーム活動と 2005 年からの感染症検査 365 日体制により、抗菌薬の購入費用は 2004 年の 3.7 億円から 2005 年には 3 億円と約 7000 万円の削減ができた。その後も感染症検査の迅速な報告と抗菌薬適正使用推進チーム活動が連携し、2009 年には購入費が 2.7 億円と 2004 年比で約 1 億円の削減ができた。</p>																												
	2. 薬剤耐性菌制御による MRSA 感染症死亡率の減少 (図 2)																												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>死亡数/重症患者数</th> <th>2004年</th> <th>2005年</th> <th>有意差</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MRSA</td> <td>10/30</td> <td>3/31</td> <td><0.05</td> </tr> <tr> <td>MSSA</td> <td>0/7</td> <td>1/13</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td>MRCNS</td> <td>1/39</td> <td>1/44</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td><i>P.aeruginosa</i></td> <td>3/14</td> <td>2/3</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td><i>E.coli</i></td> <td>3/23</td> <td>3/13</td> <td>ns</td> </tr> <tr> <td><i>Candida</i> spp.</td> <td>3/5</td> <td>0/4</td> <td>ns</td> </tr> </tbody> </table> <p>図 2 2005 年から感染症検査を 365 日検査体制にした。従来の土日を挟んだ報告の遅延が解消でき、迅速な結果報告ができるようになった。その結果、MRSA 菌血症</p>	死亡数/重症患者数	2004年	2005年	有意差	MRSA	10/30	3/31	<0.05	MSSA	0/7	1/13	ns	MRCNS	1/39	1/44	ns	<i>P.aeruginosa</i>	3/14	2/3	ns	<i>E.coli</i>	3/23	3/13	ns	<i>Candida</i> spp.	3/5	0/4	ns
死亡数/重症患者数	2004年	2005年	有意差																										
MRSA	10/30	3/31	<0.05																										
MSSA	0/7	1/13	ns																										
MRCNS	1/39	1/44	ns																										
<i>P.aeruginosa</i>	3/14	2/3	ns																										
<i>E.coli</i>	3/23	3/13	ns																										
<i>Candida</i> spp.	3/5	0/4	ns																										

患者の死亡率が有意に減少した。
3. 院内感染の予防、発生時の制御 (図 3)



図 3 抗菌薬適正使用推進チーム活動および感染症検査の 365 日体制により、MRSA 検出の迅速な報告、迅速な感染対策、患者ごとの抗菌薬投与適正化ができるようになった。MRSA の分離頻度は年々減少している。

関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師：Infection Control Doctor 3 名が担当。院内感染対策全般についての指導的な役割で実施的な責任者。ラウンド資料をベースに感染症治療（抗菌薬の選択や投与方法など）のサポートや電子カルテ上にコメントを記載する。</p> <p>看護師：感染管理認定看護師 (ICN) が専任で担当。院内感染の監視（サーベイランス業務）、対象患者ごとの病態把握、院内感染の予防と教育などが主な業務である。</p> <p>薬剤師：薬剤師 2 名が担当。抗菌薬使用状況データ、生化学検査や血液検査データを病院データベースから抜き取り、ICN と臨床検査部からのデータと合わせて患者ごとのラウンド資料を作成する。TDM 測定を行い、投与量、投与期間の設定に関与する。</p> <p>臨床検査技師：感染症検査技師 6 名が担当。平日の時差出勤と土・日・祝日の検査業務により感染症検査の年中無休体制を構築し、毎日の検体受付と報告ができるようにした。院内ラウンド前には直近までのデータを感染症検査システムから抜き取り、ラウンドデータとする。院内感染に関連する菌が検出された場合は主治医への報告と同時に AMT へも連絡し、情報を共有する。</p>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 週 2 回のデータに基づくラウンド 抗菌薬適正使用の監視 院内感染状況や院内疫学情報の把握 対象を限定したサーベイランス 現場への効果的な介入（教育、設備、備品）
具体的にに取り組んでいる医療機関等	京都府立医科大学附属病院

救急患者お断り解消チーム

チーム（取組）の名称 救急患者お断り解消チーム
チームを形成（病棟配置）する目的 当院に救急搬送、若しくは直来院する際の電話連絡の段階で診察拒否する症例を可能な限り減少させ、地域医療に貢献し、患者と管轄消防署の信頼を得ると共に、病院収益の向上を図る。
チームによって得られる効果 従来まで各医師の裁量と感覚に依存していた診察受け入れ基準並びに断り基準を、当院の医師の専門性と医療機器を含む病院環境を鑑みチームとして検討し作成。これにより受け入れも断りも理由が標準化され断り率が減少し、管轄消防署の信頼向上が期待出来る。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：チームから挙がった救急対応時の問題点を診療部へ持ち帰り検討。並びに新規受け入れ基準を診療部全体に周知徹底する。 看護師 ：急患室担当看護師が毎日急患対応状況をファイルに記録。問題となった受け入れ拒否理由を明確に文書化する。 臨床検査技師 ：急患室で必要とされる検査項目に対する要望を把握し、また新たに保険収載された救急時診断に関する検査項目の紹介を行う。さらにTAT短縮目的で他科との連携コーディネイトを提案する。 診療放射線技師 ：検査対象が患者であるため、検査室までの搬送介助並びに長時間を要するスキャン検査の場合の他科とのコーディネイトを提案する。 事務職員 ：診療報酬上、問題となる『取り漏れ』『包括項目』に対する分析を行う他、救急外来に於ける収益を明確にする。
チームの運営に関する事項 ・ 担当看護師が週1回、急患受け入れ状況を院長へ提示。 ・ 定期的に急患室で夜間救急担当医・看護師・臨床検査技師・診療放射線技師を交えたカンファレンスを実施し、問題症例を解析。 ・ 管轄消防署との連携を図るため、半年に1回程度所轄の消防署をチームで訪問し、活動の効果が上がっているか、また新たな問題が浮上していないか情報収集も兼ねて行う。
具体的に取り組んでいる医療機関等 東京都済生会向島病院

心臓カテーテルチーム

チーム（取組）の名称 心臓カテーテルチーム
チームを形成する目的 心臓カテーテルチームでは、それぞれの専門職種が検査・治療予定の患者に対して、当日の朝カンファレンスで必要な情報を提供している。その目的は、医師が安全に安心して治療を行うためである。これにより、患者のQOL向上、疾患の治癒促進および合併症を予防し、早期退院に結びつけることができる。
チームによって得られる効果 ・ 冠穿孔・動脈解離等の合併症が減少し、在院日数を短縮でき医療の質の向上が期待できる。 ・ 患者の放射線皮膚障害を抑制することと、スタッフの医療被曝低減が期待できる。 ・ 事前に治療戦略を理解し合うことで、検査・治療が円滑に遂行され、患者のQOLの向上が期待される。 ・ 各専門職種より事前に情報が提供されるため、検査・治療に用いる機器や消耗品が予測されコスト削減が期待できる。 ・ 各専門職種より事前に情報が提供されるため、検査・治療におけるリスク回避が大きく期待できる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：心臓カテーテル治療をする部位や使用するデバイス等をコメディカルに説明し、検査・治療に対する注意事項などを提供する。 放射線技師 ：1)各症例において、心臓カテーテル検査の過去画像や冠動脈CTを用いて医師の治療戦略に沿った治療角度を提供する。その際、患者の放射線皮膚障害を防止するため、心臓カテーテル検査・治療の過去歴をもとに使用禁忌撮影角度を医師に提供している。2)看護師およびコメディカルスタッフに対して、医療被曝を考慮したX線透視・撮影中における患者へのアプローチ方向を朝カンファレンスで事前に指導している。 看護師 ：患者がカテーテル検査を受けるまでの経過・既往などを提供する。過去に心臓カテーテル歴がある場合は、検査中の経過状況（造影剤副作用報告など）より必要な情報を提供する。 臨床工学技士 ：心電図や圧データより、患者の病態情報を提供する。
チームの運営に関する事項 ・ 心臓カテーテル室の朝カンファレンスは、検査当日の朝に全患者の情報を提供し合う。 ・ 心臓カテーテル検査は、日中および夜間問わず365日対応している。 ・ 1カ月に1回主に運用面について心臓カテーテル室スタッフミーティングを開催し、検査・治療の質の向上を目指している。 ・ 1カ月に1回勉強会を開催し、スタッフの教育を行っている。
具体的に取り組んでいる医療機関等 昭和大学病院、昭和大学藤が丘病院、昭和大学横浜市北部病院

回復期リハビリテーションチームの取組例

チーム（取組）の名称 回復期リハ専門病院におけるチーム
チームを形成（病棟配置）する目的 特に脳卒中患者や肺炎による廃用症候群患者などは多くが高齢者のために、多種多様なリスク（慢性疾患や再発、合併症）を抱えている。その様な状況下で、障害の改善、家庭復帰を支援することとなる。そのためには医師・看護師のみならずその他の多くの専門職が患者の日常生活を基本とした関わりが重要であり、病棟専従多職種がチームを構築してはじめて、質の高いサービスを効率よく提供、安心した地域生活に繋げていくことが可能となる。
チームによって得られる効果 セラピストのみならず介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、歯科衛生士などが病棟専従となることで専門職間の垣根が無く、日常的に情報交換・検討が盛んになるとともに、専門的視点に立って評価・プログラム作成を行い、カンファレンスで統一した目標に向かって関わる事が可能となる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 病棟専従医師 ：入院時多職種と共に全身状態および障害の評価、予後予測を行うと共に多職種に指示を与えチームが有効に機能するようにリーダーシップを発揮。患者・家族が障害を乗り越え地域生活に立ち向かえるようにチームリーダーとして支援する。更に総合診療的視点に立って、慢性疾患および再発・合併症の予防と治療を行う。また急性期および維持期との連携を図っていく。(カンファレンス、家族説明、合併症治療に時間を要す) 看護師 ：医師の指示の下、リスク管理を行う。ADL介助・自立援助を基本とした関わりの中で、セラピストが個別患者に指導した内容を積極的に取り入れると共に日常生活における問題点を抽出し、セラピストに提示する。家族支援。 介護福祉士 ：日常生活支援と共に家族の介護指導を行う。 管理栄養士 ：栄養アセスメント、評価、改善プログラム作成、実施、再評価。本人および家族に対する栄養指導・食形態調理指導 薬剤師 ：入院時使用薬剤の情報収集の下、医師・看護などに情報提供、本人・家族指導 理学療法士・作業療法士 ：障害の集中的改善を図り、基本動作の確立と共に日常生活動作の改善が図れるよう看護とともに介入する。 言語聴覚士 ：言語障害の改善と共に摂食嚥下訓練を行う 社会福祉士 ：家族とスタッフ間、患者と家族間、地域生活などとのつなぎとしての役割を行いながら在宅生活基盤づくりを実施。 歯科衛生士 ：歯科医師との連携の窓口機能を果たすと共に、口腔衛生状態の評価、口腔衛生処置のプログラム作成（重度障害患者に対する口腔衛生処置の技術助言・援助）、歯ブラシなどの患者・家族指導を行う。 登録歯科医師（歯科診療所） ：口腔機能向上のために義歯調整、歯科的治療を行うと共に食事場面の機能評価を実施。カンファレンスに出席

チームの運営に関する事項 チーム運営に関しては以下の項目が前提であり、教育が必要 ・ 電子カルテによる情報の共有化 ・ カンファレンスの重視 ・ チームマネジメント能力 それぞれの職種・技術力向上に向けた教育体制が前提となる
具体的に取り組んでいる医療機関等 長崎リハビリテーション病院、初台リハビリテーション病院、湯布院厚生年金病院、その他

医療療養病床におけるチーム医療

チーム（取組）の名称 社会福祉士専従配置の医療療養病床
チームを形成（病棟配置）する目的 ・ 「老人にも明日がある」の理念の下、医療依存度の高い患者の医療療養病床で、多職種チームアプローチによるリハビリ/ケアを提供する ・ 医療依存度の高い患者の尊厳と自己決定の保持
チームによって得られる効果 ・ 医療依存度の高い患者への質の高いケア・リハビリを提供 ・ 患者の尊厳の保持 ・ 治療の選択肢の提供（長期入院・在宅支援・介護保険施設等の利用の援助） ・ 家族支援（家族の希望を治療に反映する・方針に反映する） ・ 急性期・回復期からのシームレスな受け入れ、地域の居宅介護支援事業所や他介護保険施設、障害者施設等との連携
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：診断・治療。 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。 看護師 ：看護・ケア。 リハビリテーションスタッフ ：リハビリテーションの実施 社会福祉士 ：1病棟42床で専従社会福祉士を1名配置する中で、毎日病棟に7時間常駐し、10人程度の患者・家族と面接し、5、6人の患者の連絡調整を行っている。ケアカンファレンスを週に1回10名の患者に対し実施。多職種合同で行う病状説明会を患者・家族に対し週に2回程度実施。自宅訪問を週に1、2回実施。介護保険の更新や身体障害者手帳の取得に必要な手続きの代行も行っている。 ・ 入院相談の窓口：入院に当たっての経済的、社会的問題の問題解決支援 ・ 入院中の家族の支援・家族の要望の聞き取りとチームへの発信 ・ 病状説明会の調整と同席により、患者/家族が治療に参画できるよう支援 ・ 自宅退院を検討できる事例について、地域関係機関と連携し自宅訪問を計画 ・ 退院時は保健・医療・福祉に関する地域関係機関との連携調整 ・ 患者・家族の状況に応じて、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、障害者病棟などへの転院の援助と、シームレスなケアの移行を支援する
チームの運営に関する事項 ・ 毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション ・ 定期的な医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、介護福祉士、社会福祉士によるカンファレンスの開催 ・ 地域の医療機関との連携強化
具体的に取り組んでいる医療機関等 霞ヶ関南病院

在宅緩和ケア専門チームによる医療の取組

チーム（取組）の名称 在宅緩和ケア専門チーム
チーム（連携強化）を形成する目的 緩和ケアを専門とする診療所と訪問看護ステーションが一体化したチームを形成し、高品質のケアを在宅末期がん患者と家族に提供する。
チームによって得られる効果 ・ 高品質の全人的（トータル）ケアを提供できる ・ 高レベルの医療を提供できる ・ 独居などの困難事例に対処することができる ・ 時間的ロスを少なくすることができる ・ 病院のバックアップを減らすことができる
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：緩和医療・ケアの理念、実際のやり方を文書で示し、チームに徹底する。 病院医師などとの連携窓口 チームの司令塔 看護師 ：24時間ケアのファーストコール対応 その他の医療職（薬剤師、理学療法士、作業療法士など）との連携窓口 福祉サービスとの連携窓口
チームの運営に関する事項 ・ チームの理念、目的、ケアプログラムを徹底する。 ・ 24時間ケアを医師と看護師で担う。 ・ 医師と看護師は、チームカンファレンスを行なう。 ・ 情報のリアルタイムの共有を行う。
具体的に取り組んでいる医療機関等 ホームケアクリニック札幌（北海道）・岡部医院（宮城）・穂波の郷クリニック（宮城） ふくしま在宅緩和ケアクリニック（福島）・在宅ホスピスとちの木（栃木） さくさへ坂通り診療所（千葉）・クリニック川越（東京） 千里ペインクリニック（大阪）・ひばりメディカルクリニック（奈良） 徳島住診クリニック（徳島）・ベテル三番町クリニック（愛媛） にのさかクリニック（福岡）* * 各々の医療機関には、一体化した形で活動する訪問看護ステーションが存在している

退院支援調整チーム

チーム（取組）の名称 退院支援調整チーム
チームを形成する目的 病院等で医療を受けた患者・家族が、退院後も切れ目なく必要な医療と、ライフステージに合った在宅療養生活支援を安心して受けられる退院システムを構築する。
チームによって得られる効果 ・ 入院患者は退院後の生活支援を積極的に受ける事で早期に在宅生活に復帰できる。 ・ 患者・家族を取りまく地域関係機関・各職種との連携強化が図れることで、患者は療養生活の質を維持向上できる。 ・ 病院内部のそれぞれが、チーム医療・連携協働意識をもつことで、病院と地域との連携がスムーズに進み、患者への継続した医療の提供が可能となる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 退院後の生活を考慮した在宅医療、在宅療養支援について具体的計画の検討 医師 ：患者・家族への病状に関する説明 退院に向けた今後についての具体的方針 退院後の医療施設との連携体制の確認（緊急時の対処方針、病病・病診連携等） 看護師 ：在宅ケアに向けた技術指導 退院後、通院時外来との連携方法の検討 薬剤師 ：薬の説明、地域薬局との連携 退院支援部門（MSW/看護師/保健師等） ： 在宅医・訪問看護ステーション等必要な医療機関の確保 患者をとりまく関係機関との調整、地域福祉制度・患者会等の情報提供 在宅で使用する衛生材料や薬品、医療機器など、院内だけでは解決できない課題は、病棟看護師とも相談し、在宅ケア継続環境調整を行う。 自宅での状況を想定した準備(24時間ケアプラン)やサポート体制を検討する。 医事課 ：医療費の説明 その他診療に関係した必要な専門職 ：在宅生活に役立つ技術習得、情報提供
チームの運営に関する事項 ○ 病院方針の徹底（病院長、運営会議、診療会議） 在宅で生活する患者・家族支援の基本的考え方・価値観の共通認識を職員で共有した上で、各職種の機能と役割を發揮した院内のチーム医療・連携協働意識を持つことで、病院と地域との連携システムを病院方針として構築をする。 ○ 退院計画の検討 ： 退院に向けて、現在の病状や治療方針、家族情報・地域資源等を共有する。 ① 長期入院患者の要因に関する検討 ② 医療機器装着で退院する予定の患者の診療方針の共有と対策を検討するため、地域関係者を含めた退院前カンファレンスを実施 ③ 社会的問題を抱え在宅療養生活上支障が予測される患者の退院方針・計画を検討

し、関係職種の機能を發揮した役割分担を行う。

具体的に取り組んでいる医療機関等
独立行政法人神奈川県子ども医療センター

入院から在宅までの切れ目ない薬物療法提供

チームの名称	薬薬連携推進チーム
チームを形成する目的	病院・薬局の双方の薬剤師の連携を円滑にして入院後の薬剤師業務を切れ目なく適性かつ安全に実施する。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 禁忌、相互作用、重複が避けられる。 ・ 適正かつ安全な薬物療法の提供が可能（充実した服薬指導）。 ・ 薬物療法がより効率的に効果的になる。
関係する職種とチームにおける役割・業務内容	<p>医師・歯科医師：お薬手帳、施設間情報提供書を利用する。処方時に病名、処方理由、臨床検査値など必要に応じて情報提供に努める。疑義照会には積極的に応じる。</p> <p>病院薬剤師：入院中の情報が退院後、薬局薬剤師の業務に役立てられるように情報提供。</p> <p>薬局薬剤師：入院時に薬歴による情報を病院薬剤師の薬剤師業務に役立てられるように情報提供。</p>
チーム運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・薬局双方の薬剤師及び医師・歯科医師が互いの情報提供の必要性・有益性を理解することが重要であり、あらゆる機会を通して情報交換。 ・ チーム医療の目的が、質の高い納得の得られる医療の提供であることを確認。 ・ 情報提供の媒体は、お薬手帳や施設間情報提供書を中心として電話なども可。 ・ 定期的な薬薬連携推進委員会の実施。（病院薬剤師、薬局薬剤師、医師会、歯科医師会の10名で構成） ・ 毎月の医師会と薬剤師会の学術講演会、症例報告会への積極的参加。
具体的に取り組んでいる医療機関	県立下呂温泉病院、下呂谷敷病院、下呂市医師会、下呂市歯科医師会と下呂市薬剤師会に属する施設

入院から在宅までの切れ目ない栄養管理

チーム（取組）の名称	在宅栄養サポートチーム
チームを形成（地域の中核病院管理栄養士による在宅介入）する目的	入院中に行った的確な栄養管理の方法を在宅生活に応用するために、本人・家族に対し、在宅訪問栄養指導を行う。また、在宅での療養を支援する職種（ケアマネジャー、看護師、ホームヘルパーなど）に対し、在宅訪問栄養指導を行うの内容の共有を図る。これにより、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進および感染症等の合併症の予防、再入院予防に結びつくことができる。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎等の合併症が減少し、原疾患の悪化防止や再入院の減少など医療の質の向上。 ・ 輸液、抗生剤等の使用量が減少し、物的コストが削減。 ・ 家族や在宅チームの栄養問題に関する不安軽減。 ・ 経口摂取維持による患者満足度の向上。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医師：医師はチームリーダーとして治療方針を決定。ケアマネジャーと協議して訪問看護師、訪問介護士、訪問管理栄養士、訪問薬剤師、訪問リハビリスタッフ等に指示を行う。病院に在籍している管理栄養士に治療方針を伝え、在宅の情報を聞き取る。</p> <p>看護師：訪問看護師が毎回、患者の栄養スクリーニングを実施、訪問看護師はそれらを取りまとめ、医師に報告する。医師に承認された栄養計画に基づいて、栄養サポートを行う。地域担当者会議に参加。</p> <p>管理栄養士：在宅に訪問し、栄養状態の評価を行い、栄養計画を作成し、他の職種や本人・家族の栄養・食事問題（食材や栄養剤購入、食事形態の調整、誤嚥予防、口腔ケア、食品の保管、調理方法など）の相談に応じる。地域担当者会議に参加して、医師の治療方針を在宅スタッフに説明する。在宅スタッフの意向を聞き在宅での患者の状態と共に医師に伝える。</p> <p>リハビリテーションスタッフ：訪問リハビリテーションを行うことにより、廃用を予防し、骨格筋を作ることで栄養状態の改善を図る。その他、摂食嚥下障害などに対するサポートを行う。地域担当者会議に参加。</p> <p>ホームヘルパー：食材の購入のサポート、食材の保管や食事作りを支援。地域担当者会議に出席。</p>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師が訪問時に、患者の栄養状態や摂食状況のスクリーニングを実施。 ・ リスク患者を医師に報告し、医師からの依頼で在宅訪問栄養指導を管理栄養士が行う。管理栄養士は栄養評価と栄養計画の作成、具体的な栄養サポートを行う。 ・ 栄養サポートは栄養計画に基づいて訪問看護師、ホームヘルパー、家族などが対応。 ・ 管理栄養士は栄養ケアプランを作成し、医師とケアマネジャーに栄養ケアプランと指導内容の報告を行う。
具体的に取り組んでいる医療機関等	緑風荘病院

地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チームの取組例

チーム（取組）の名称	地域関係機関と連携した在宅療養生活支援チーム
チームを形成する目的	患者が在宅療養生活を継続するために、地域関係機関の役割機能を発揮し、ライフステージにおいて必要な在宅療養生活支援システムを構築する。
チームによって得られる効果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師やその他関係職種による医療機関の支援を受けることで、一度退院した患者がその後も必要な医療の提供と在宅での療養生活を続けることができる。 ・ 在宅医・病院との情報交換・連携強化を図り、保健・医療・福祉機関との連携と相談体制の確保をすることで、在宅での療養生活の支援強化につながる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容	<p>医療機関を含んだ地域関連機関が主体となる在宅療養生活支援チームの構築</p> <p>（病院）医師：入院中の病状や病気の経過および治療方針を地域関連機関へ情報提供を行い、医療の継続性と連携を促進する。各方面、医療機関等に対する連携とリーダーシップを発揮する。</p> <p>在宅医：退院患者の在宅医療の中心者として、訪問看護ステーション看護師と連携し継続した治療を実施する。患者家族の自己管理、予防意識の高揚と実践を支援する。質の高い医療の提供と地域医療者におけるリーダーシップ機能をもつ。</p> <p>（地域）保健師：医療機関から退院患者の連絡を受けた場合、必要時には退院前カンファレンスに参加し、環境整備、かかりつけ医の確保、関係機関との連絡調整、家族調整等を行い、患者の退院受け入れ準備を行う。在宅療養生活上の課題や問題が生じた場合には、情報の共有、支援方針の合意、問題・課題解決を図るためのケースカンファレンスを開催する。在宅療養に必要な地域の情報を提供する。</p> <p>訪問看護ステーション看護師：在宅ケア技術援助を通して、退院後の在宅療養生活で新たに加わったケア上の問題や患者・家族のニーズ・問題の早期発見と早期対応策の調整に努める。患者が快適な療養生活を維持するため、主治医・関係機関との連携を図る。</p> <p>地域福祉関係者：ケアマネジャー、介護保険施設、福祉施設職員、福祉行政職等は、患者家族の療養生活に必要な関係者で情報提供、情報共有、役割分担・機能分担を図る。</p>
チームの運営に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅生活における医療上の問題を把握し、地域関係機関との調整を図る。医療上の連携が必要な場合は、病病連携、病診連携の再構築に努める。 ○ 在宅療養だけによる医療ケアが必要な場合、診療報酬の棲み分けを検討する。（例えば、呼吸補助療法、栄養補助療法等の栄養チューブ、濃厚栄養剤、カニューレ、人工鼻などの診療材料等の提供、在宅医療指導管理料加算、訪問看護指示書等） ○ 入院中に計画された退院計画に沿って、患者にあった地域での支援チームを準備す

る。 ○ 病状や状態に対して、地域での対応困難等の問題が生じた場合、患者を取り巻く環境調整や関係者の理解を支援する方策を検討する。（患者を取り巻く地域関係者向けの研修会等の開催により理解を得る）
具体的にに取り組んでいる医療機関等
神奈川県地域保健福祉事務所

総合的な在宅医療提供のための社会福祉士活用

チーム（取組）の名称 社会福祉士専任配置の在宅支援診療所
チームを形成（病棟配置）する目的 ・ 地域における総合的なケアを提供するために、外来診療・往診・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所・訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、入院施設を持ち、サービスを総合的に提供する。 ・ 地域の生活を支援する
チームによって得られる効果 ・ 地域で生活するために、患者の病状および患者・家族の希望に合った適切なケア・リハビリテーションの提供 ・ 患者の尊厳の保持 ・ 治療の選択肢の提供 ・ 急性期・回復期とのシームレスな受け入れ、地域の居宅介護支援事業所や他介護保険施設との連携
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：診断・治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント。 看護師 ：看護・ケア。 リハビリテーションスタッフ ：リハビリテーションの実施 介護福祉士 ：通所リハビリテーション・病棟でのケア 社会福祉士 ：急性期病院・回復期リハビリテーション病棟・療養病棟・ケアマネジャー・診療所医師・患者家族から直接など、あらゆる地域の関係者からのサービス利用の相談・受付を担当する。 1ヶ月月の新規の相談（2名体制） 51件（訪問診療8件、外来13件、訪問リハビリ7件、通所リハ20件、入院2件、その他1件）継続相談167件（訪問診療 26件、外来42件、訪問リハ23件、通所リハ36件、入院37件、その他3件） 新規の相談については、約1時間の相談受理面接と資料作成、関係部署との協議、初回訪問の同行、初回診察の同席、初回カンファレンスへの参加を行う。 訪問リハビリテーション利用患者について、初回訪問に同行し、主に家族の相談に乗り、その後は担当リハビリテーションスタッフまたはケアマネジャーからの依頼によって必要時に相談を受ける体制をとる。サービス担当者会議に必要に応じて参加する。 外来利用患者について、依頼表を作成し、制度活用、家族の相談、経済的問題、ケアマネジャーをはじめとする院外の関係者との連絡調整、壮年期の患者の就労支援、に対応。サービス担当者会議に必要に応じて参加。 往診患者については、必要がある際、特にがん末期患者や難病患者、特に家族の相談が必要な場合の往診に同行。ケアマネジャーをはじめとする関係者との連絡調整窓口となる。サービス担当者会議に必要に応じて参加。

がん末期患者や難病患者には、患者と家族が望む治療が受けられるよう、患者・家族の相談に乗る。必要によっては、主治医と相談しながら、望む治療を受けられる医療機関との橋渡しを援助。 入院病棟は、治療目的患者とレスパイト目的の患者がいるため、入院のベッドの調整を行い、治療目的の患者の入院を最優先しながら、レスパイト目的の患者も適切にサービスが受けられるように、患者・家族、ケアマネジャーをはじめとする地域関係者、主治医、病棟スタッフと密な調整を行う。サービス担当者会議に必要に応じて参加。 レスパイト目的患者の生活状況、活用しているサービス、レスパイトの必要性、配慮が必要な点などを把握し、自宅でのケアが入院中にも継続でき、レスパイトによってなんらかの負担が生じないように病棟スタッフとの調整を行う。レスパイトが在宅生活の支えとなるように配慮。 ケアセンター内で利用するサービスを移行する場合、患者・家族の不安を軽減し、シームレスに移行ができるよう、院内スタッフ・ケアマネジャーをはじめとする地域関係者、患者・家族の相談・援助。 地域にケアセンターのサービスが定着し、有機的に活用してもらうために、同地域の病院のソーシャルワーカー、ケアマネジャー、区役所、地域包括支援センター、その他関係機関とのネットワーク作りを行う。
チームの運営に関する事項 ・ 毎日の担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション ・ 各事業単位での毎日または週1回の医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、介護福祉士、社会福祉士によるカンファレンスの開催 ・ 地域の医療機関との連携強化
具体的に取り組んでいる医療機関等 在宅総合ケアセンター元浅草 在宅リハビリテーションセンター成城

歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携

チーム（取組）の名称 歯科標榜のない回復期病院と地域歯科医師会との連携
チームを形成する目的 歯科標榜のない回復期病院において、歯科医師・歯科衛生士がチームへ参画する方策としてオープンシステムを導入し、地域歯科医師会と病院との協議のもと、入院期から病院スタッフと連携し口腔リハビリテーションを含む歯科治療が退院後まで切れ目なくスムーズに提供できる環境を作り、地域全体での医療連携チームを構築し、医科と歯科の視点から患者に質の高い医療を提供する。
チームによって得られる効果 ・ 咬合支持の回復により、栄養摂取レベルの向上が期待できる ・ 包括的な医療連携チームにより口腔を含む切れ目ない回復支援に貢献できる。 ・ 関係職種の資質向上を図ることが可能であり、医科・歯科連携を構築する一助となる。 ・ 入院患者の歯科医療ニーズに的確に応えることができる。 ・ 退院後に地域での歯科的管理が継続できる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 リハ医師（病棟） ：患者の身体状況や摂食・嚥下障害の評価に基づき、院内スタッフへの指示を行う。必要に応じ、患者・家族の了解の下、登録歯科医へ口腔機能訓練ならびに歯科処置に関する患者の負荷能力等について、情報提供・紹介を行う。 登録歯科医師（歯科診療所） ：病院スタッフと協働し、歯科処置を含め口腔内の精査や口腔衛生処置・口腔リハビリテーションを実施する。また情報提供ならびに助言を歯科衛生士、言語聴覚士、看護師等に行う。必要に応じて、食事に立ち会い摂食・嚥下機能に関わる評価を行い、病院スタッフに情報提供する。また病院でのカンファレンスへも参加する。 看護師（病棟） ：患者の身体状況などについての情報提供ならびに看護業務を通して問題となっている口腔の問題等の情報提供を行う。日常の口腔衛生処置、摂食・嚥下機能療法に従事する。 歯科衛生士（歯科診療所） ：登録歯科医に随行する歯科衛生士は、歯科医師の口腔診断評価を受けて、口の機能訓練ならびに口腔衛生処置を行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔保健指導を実践する。また、歯科医師の指示のもとに専門的口腔衛生処置（歯石除去等）を行う。 歯科衛生士（病棟） ：病院勤務の歯科衛生士は、入院患者の口腔衛生処置に関するアセスメントを行い、登録歯科医に報告するとともに、他の病院スタッフや本人家族に対して口腔衛生処置に関する助言を行う。また、地域の登録歯科医と連携する窓口の役割を担う。 理学療法士（病棟） ：体幹の保持機能、呼吸訓練など、リハの進捗状況などの情報提供を行い、摂食機能訓練、および口腔機能向上など口のリハビリテーションの実施に際して情報提供を行う。 作業療法士（病棟） ：口腔リハなどに際して、車椅子やアームスリング等患者の自立支援に役立つ機器の提案等を行う。

言語聴覚士（病棟） ：登録歯科医の口腔機能評価などの情報提供を受け、摂食・嚥下機能向上における連携強化により患者の回復支援を効果的に行う。 介護福祉士（病棟） ：日常生活を支援するとともに家族に対する指導を行う。 薬剤師（病棟） ：使用薬剤等に関する評価および情報提供を行う。 社会福祉士（病棟） ：家族とスタッフ、患者と家族、地域生活へのつなぎとしての役割を行う。
チームの運営に関する事項 登録歯科医および院内スタッフで構成した医科・歯科連携の運営協議会で作成した連携表を通して歯科情報の提供を行い病院スタッフとの連携をスムーズに行う。また、退院時カンファレンス等への参加や、カンファレンスに際して病院へ歯科情報を提供し、患者の在宅支援を行う。定期的に運営協議会を開催し、適宜問題状況の改善を図る。また年1回登録歯科医師の会を開催し研修等を行う。
具体的にに取り組んでいる医療機関等 長崎リハビリテーション病院 類似したシステム構築病院として熊本機能病院、霞ヶ関南病院がある。

口腔ケアチームの取組例

チーム（取組）の名称 口腔ケアチーム
チームを形成する目的 ①口腔衛生処置が必要な患者に多職種とチーム医療（呼吸サポート、栄養サポート、摂食嚥下、褥瘡管理、褥創対策、口腔衛生処置など）を実践する、②学生及び臨床研修医の研修・実習に資する、③退院後の地域連携パスにつなぎ地域医療に貢献する、の3つを目的とする。
チームによって得られる効果 ・ 口腔衛生処置の徹底と口腔機能療法を行うことで誤嚥性肺炎や窒息事故等の発生を防止し、経口摂取を早めて患者の回復と医療の円滑化に有効である。 ・ 学部連携の病棟実習や臨床研修医のチーム医療の教育に有効である。 ・ 入院中の口腔衛生処置を退院後の在宅療養における地域連携パスで地域連携チームや地域の診療所に繋ぐことで継続した一貫性のあるケアがシームレスで提供できる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：各チームの担当医師はチームリーダーとして診断に基づいて包括的指示を行う。 歯科医師 ：医師と協働して口腔内の精査や口腔衛生処置の指示を歯科衛生士、看護師に行う。また、必要に応じて、別途ラウンドを歯科衛生士と行う。 看護師（各チームの認定看護師） ：チームの中心となりラウンドのコーディネートをを行い、各病棟看護師に伝達し、チームの円滑な運営をおこなう。 歯科衛生士 ：歯科医師の指示のもとに、専門的口腔衛生処置を行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔衛生処置の指導を行う。必要に応じて、歯科医師の指示のもと、除石処置などの医療的口腔衛生処置を行う。 理学療法士 ：チームの病棟ラウンドに参加し、医師とともに呼吸状態の確認や体位の調整を行う。 臨床工学技士 ：人工呼吸器装着患者の病棟ラウンドに参加し、医師・歯科医師とともに人工呼吸器装着の調整や、装着状態をチェックする。 管理栄養士 ：患者の栄養状態や摂食・嚥下機能状態に応じた食形態などについて評価し、食事計画の立案、医師の指示による経腸栄養剤の選択などを行う。 薬剤師 ：医師の指示による静脈栄養剤の選択。薬剤の副作用のチェックなどを行う。 臨床検査技師 ：栄養評価項目の選択やA1b30以下の患者のリスタアップなどを行う。
チームの運営に関する事項 ・ 必ず医師がチームに入るようにして全病棟をラウンドする。 ・ 病棟をラウンドして主治医と担当看護師に経過を報告する。 ・ 特に歯科医療的な問題がある患者に対しては、歯科の口腔ケアチームに依頼する。 ・ 各チームのカンファレンスにはチームの全職種が参加する。 ・ チェックリストを作成し、ラウンドしたら必ず、チーム個々のサインを行う。
具体的に取り組んでいる医療機関等 昭和大学附属病院

医科・歯科連携の取組例（病院内における医科・歯科連携）

チーム（取組）の名称 摂食・嚥下チーム
チームを形成（病棟配置）する目的 摂食・嚥下障害のある患者に対して、必要に応じて専門職種へ連携して、対応する事ができる。これにより、患者の入院生活の向上、原疾患の治療の促進および誤嚥性肺炎等の合併症を予防して、栄養状態の改善や早期退院に結びつくとすることができる。
チームによって得られる効果 ・ 誤嚥性肺炎等の嚥下障害による合併症の減少 ・ 各病棟と連携が密となり、患者の早期発見に有効 ・ 専門職がラウンドすることにより、専門的視点を各病棟に伝達 ・ 輸液、抗生剤等の利用が減少し、患者の在院日数が減少
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師（リハ医） ：担当医は週に1回30～40人の全病棟からの摂食嚥下障害の依頼を各病棟から受取り、チームリーダーとして週4回、リハ診断と嚥下造影検査に参加。また、週1回のカンファレンスを開催する。 歯科医師 ：医師と協働し、摂食・嚥下の評価や口腔衛生処置の指示を歯科衛生士、看護師に行う。カンファレンスに参加する。また、必要に応じて、特に口腔内の汚れが著しい場合、別途ラウンドを歯科衛生士と行う。 看護師 ：担当看護師が、依頼患者をラウンドして、各病棟看護師に伝達。医師または歯科医師に指示された、訓練法を伝達する。 歯科衛生士 ：歯科医師の指示のもとに、口腔衛生処置を行い、患者・家族・病棟スタッフに口腔保健指導を実践する。必要があれば、歯科医師の指示のもと、除石処置や専門的口腔衛生処置を行う。カンファレンスに参加する。 管理栄養士 ：週1回の病棟ラウンドに参加し、医師・歯科医師の指示のもと、入院食の変更や調整を行う。カンファレンスに参加する。
チームの運営に関する事項 ・ VF検査を行っている患者に対しては、チームでカンファレンスを行う。 ・ 週に1度、チーム全体で病棟をラウンドして経過を評価する。 ・ 特に口腔内の汚れが著しい患者に対しては、歯科の口腔ケアチームに依頼する。 ・ 管理栄養士は、24時間（夜間は呼び出し）365日（休・祝日出勤）で栄養サポートを行っている。
具体的にに取り組んでいる医療機関等 昭和大学病院

医科・歯科連携の取組例（在宅における医科・歯科連携）

チーム（取組）の名称 摂食・嚥下医療チーム
チームを形成する目的 摂食・嚥下障害を有する患者またはそのリスクのある在宅療養患者に対して、関連職種が連携協働することにより医療や介護の情報を共有し、摂食・嚥下障害者への適切な食支援と摂食・嚥下リハビリテーションの充実を図り、患者の生活の質の向上、介護する家族の負担軽減、栄養改善、誤嚥性肺炎予防に結びつけることを目的とする。
チームによって得られる効果 ・ 専門職による摂食・嚥下機能評価による医療の質の向上 ・ 専門的な視点からの管理による患者の生活の質の向上および介護者の負担軽減 ・ 療養中患者の栄養改善・誤嚥性肺炎等の予防
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師（主治医） ：在宅療養支援診療所を中心とした主治医による患者の全身管理、療養指導。 医師（耳鼻科医） ：嚥下内視鏡を実際に操作し、摂食・嚥下機能の診断・評価を歯科医師とともに実施する。 歯科医師（歯科診療所） ：耳鼻科医とともに診断・評価を行い、食形態の決定、間接訓練のプログラムを作成する。 訪問看護師 ：VE検査時に同席し、療養指導、訓練を行う。 歯科衛生士 ：居宅療養管理指導とともに間接訓練、口腔衛生処置を実施する。 薬剤師 ：嚥下機能に応じた薬剤形状の変更、服薬指導を行う。在宅状況に応じた薬剤の配達を行う。 管理栄養士 ：摂食嚥下機能に応じた食形態の提供を家族に指導する。 理学療法士 ：間接訓練とともに全身の拘縮予防、廃用予防のための訪問リハを行う。 口腔保健センター ：ケアマネジャーと連携して患者、主治医、耳鼻科医、歯科医師等の日程調整、機材の準備、患者情報の管理を行う。 ケアマネジャー ：患者、家族、福祉関係者、医療関係者との調整を行う。
チームの運営に関する事項 ・ 口腔保健センターが窓口となり、コーディネートをする。 ・ 診断・評価は医師と歯科医師とで行い、訓練内容等について協議する。 ・ 定期的な再評価を行う。 ・ 家族、介護職にも積極的に訓練を行ってもらい、訓練の回数を増やす。
具体的にに取り組んでいる医療機関等 口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」（豊島区歯科医師会） 東京都大田区歯科医師会・会員診療所においてもモデル的取組事例あり

褥瘡対策チーム

チーム（取組）の名称 NST委員会 褥瘡対策チーム
チームを形成（病棟配置）する目的 褥瘡のリスクファクターおよび患者状態を各専門職の視点から多面的に評価することにより、患者個々の特性に応じた効果的な対策、治療を実践する。
チームによって得られる効果 褥瘡発生・重症化予防、早期治癒、およびこれらによる原疾患に対する治療効果の向上。 【チーム稼働前後における急性期病棟アウトカム】 BCランク率 61.0%→70.5%、発生率 2.1%→0.8%、有病率 6.9%→2.2%、 治癒率 33.4%→52.1%、病棟平均在院日数 11.9日→10.9日 （それぞれ16年、22年実績比較）
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：治療およびチームリーダーとしての意思決定 【治療管理】チームカンファレンスに基づく治療方針の決定とチームによる活動の総合的管理。 看護師 ：継続的評価と患者に対する褥瘡対策の定着 【予防・評価】入院時スクリーニングによる患者評価とマニュアルに基づいた対策の実施。栄養、薬剤等各項目にわたる継続的モニタリング。 【チームの調整】患者状態に応じ関係職種の随時招集、対応依頼。各専門職により実施されている対策を患者の病棟生活として定着させることの全面的サポート。 【患者指導】退院時の患者および家族への在宅療養指導。 管理栄養士 ：適正栄養量の確保による発症・重症化予防 【栄養評価】患者の栄養状態の継続的モニタリング。必要栄養量と実際提供量の評価。患者状態および褥瘡ステージに応じた栄養量および栄養素の提供。 薬剤師 ：治療手段である薬剤の総合的管理 【薬効評価】病態や基質の特性に合った薬剤の選択。褥瘡の状態と薬剤の適切性の継続的評価。 【薬剤管理】薬剤の保存方法および使用法の適切性の確認。退院時の患者および家族への薬剤指導。 リハビリテーション ：患者への内的・外的アプローチによる発症・重症化予防と治療補助 【循環確保】リハビリテーション効果としての末梢循環の維持・向上による発症予防、治癒促進（理学療法士）。 【環境整備】寝具や車椅子等病棟生活における環境の調整（作業療法士）。 【栄養摂取】栄養や薬剤の摂取機能の評価および機能維持・向上（言語聴覚士）。

<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記職種による褥瘡回診の実施（週 1 回）。 ・ チーム責任者を中心としたメンバーによる臨床指標（発生率、治癒率等）に基づく評価の実施およびその結果に基づく PDCA サイクルによる業務改善の実施（毎月）。 ・ 上部組織である NST 委員会（医師、看護師、管理栄養士、調理師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務）の定例会議（毎月開催）にて結果を報告。チームメンバーを含む NST 委員による結果の評価と対策の検討。
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等</p> <p>脳血管研究所美原記念病院</p>

急性期リハビリテーションチーム

<p>チーム（取組）の名称</p> <p>急性期リハビリテーションチーム</p>
<p>チームを形成（病棟配置）する目的</p> <p>超急性期より各専門職の視点から多面的に患者状態を評価し、各職種が協力して早期離床を推進することで、早期の機能回復、二次合併症・廃用症候群の予防を実現する。さらに、急性期治療後の速やかな自宅復帰や、必要な患者に対する回復期リハビリへの移行を促進する。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <p>二次的合併症・廃用症候群の予防、経口摂取開始までの期間の短縮、経口摂取率向上等による早期の機能回復の実現。治療結果を併いながらの在院日数短縮。</p> <p>【脳血管障害者に対する治療成績】</p> <p>入院からリハビリ開始までの日数 1.4 日、1 日平均リハビリ実施単位数 5.2 単位、入院から坐位開始までの日数 1.2 日、入院から立位開始までの日数 2.6 日、入院時 FIM78.6 点、退棟時 FIM89.9 点、入院から経口摂取開始までの期間 3.2 日、在棟中経口摂取開始率 94.7%、在棟日数 14.2 日（それぞれ急性期病棟における平成 22 年実績）</p>
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</p> <p>医師：治療およびチームリーダーとしての意志決定</p> <p>【治療管理】治療および患者状態に応じた総合的リスク管理。</p> <p>看護師：患者の ADL に応じた最適なケアの実践および訓練時のリスク管理のサポート</p> <p>【評価・予防】超急性期リハビリにおけるモニタリング等のリスク管理。作業療法士のセルフケア評価に基づく患者個別の ADL 能力の発揮を前提としたケアの実践。嚥下スクリーニングの全例実施と言語聴覚士との共同作業による口腔リハビリテーションおよび早期経口摂取の実践。</p> <p>【チームの調整】患者状態の継続的評価による各職種への情報提供、対応依頼。</p> <p>理学療法士：急性期からの訓練実施による早期の機能回復および二次的合併症・廃用症候群の予防</p> <p>【評価・訓練・指導】看護師と共同でリスク管理を行いながら安静度に応じた積極的な訓練の実施。医師、看護師への患者の身体機能に関する情報提供による治療・ケアの評価。</p> <p>作業療法士：高次脳機能障害の評価による治療・ケア上のリスク管理</p> <p>【評価・訓練・指導】高次脳機能（半側空間無視などの注意障害や失行・失認）の評価による急性期治療上のリスク管理。セルフケアへの介入による ADL の評価と看護師への情報提供。</p> <p>言語聴覚士：早期経口摂取訓練に伴う嚥下機能の向上による合併症予防および治療効果の促進</p> <p>【評価・訓練・指導】看護師と共同で口腔リハビリテーションおよび早期経口摂取の実践による補液の早期終了の推進。それによる生活範囲の拡大に伴う ADL 向上。</p>

<p>社会福祉士：患者情報の収集と退院後の療養環境整備</p> <p>【情報収集】入院時における患者情報の収集と必要に応じた各種公的補償制度の利用サポートによる、患者およびスタッフの治療環境の整備。【退院支援】入院早期から治療計画に合わせた退院調整（介護保険施設等とのサービス調整など）。</p>
<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者データベースの運用による患者別アウトカム評価（入院時および退院/退棟時に実施） ・ チームの全職種による、全患者へのリハビリ回診の実施（週 1 回） ・ チームの全職種による、定期的カンファレンス（月 1 回）および日常カンファレンスの随時開催。 ・ 急性期病棟 45 床に対しリハビリテーションスタッフ 14 名（3.2：1）配置による、早期対応および高密度実施量の維持。
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等</p> <p>脳血管研究所美原記念病院</p>

せん妄対策チームの取組例

<p>チームの名称</p> <p>せん妄対策チーム</p>
<p>チームを形成する目的</p> <p>せん妄患者やせん妄リスク患者に対する適切な予防や初期介入により、QOL の向上や入院期間の短縮、不要な薬剤使用の回避を図る。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ せん妄の発症率が低下する ・ せん妄持続期間の短縮や重症化を予防できる ・ せん妄の原因となる苦痛の除去や適切な治療が継続できる
<p>関係する職種とチームにおける役割・業務内容</p> <p>主治医：発症予防に、必要最低限の点滴ルートやドレーンの選択をする。家族への説明やせん妄発症時の対応・対策について合意を得る。鎮痛剤・睡眠剤の処方や精神科医と相談して向精神薬を検討する。</p> <p>精神科医：医師や看護師と情報交換し、せん妄の診断や向精神薬を処方。</p> <p>看護師：事前スクリーニング等による予防的介入と早期発見、発症時のレベルや症状の観察、チームでの情報共有、症状コントロールの薬剤効果、日常生活の評価、環境調整。</p> <p>薬剤師：処方内容や薬効の評価、病態に応じた処方の提案。</p> <p>作業療法士：日中の日常生活動作における安全確保と生活リズムの構築。</p> <p>看護補助者：看護師の指示業務の実施や患者の見守り、情報の提供。</p>
<p>チーム運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医・看護師が中心となり入院時にせん妄スクリーニングを実施 ・ チームによるせん妄対策計画の立案・実施・評価 ・ チームカンファレンスの開催で情報共有
<p>具体的に取り組んでいる医療機関</p> <p>千葉大学医学部附属病院 長浜赤十字病院</p>

子どもの入院支援チームの取組例

チームの名称 子どもの入院支援チーム
チームを形成する目的 入院中の子どもの教育を受ける権利を保障し、病気を抱えながらも規則正しい生活を送り、子どもの成長に合わせて学びや楽しむ場を提供することで、QOLの向上を図る。
チームによって得られる効果 <ul style="list-style-type: none"> 安定した環境で療養生活を送ることができる 年齢・病状に応じた遊びと教育を受けることで、成長発達課題の達成につながる 年齢や理解度に応じた説明を受け、治療に参加できる 両親やきょうだいなども支援を受けられる 退院後の療養生活が継続できる
関係する職種とチームにおける役割・業務内容 医師 ：診断・治療過程で、院内学級への通級または訪問の許可をする。 看護師 ：子どもを中心としたチームがスムーズに連携できるようにコーディネート。 リハビリテーションスタッフ ：子どもの発達課題や生活を考慮しながら、遊びを中心とした作業活動や運動能力を向上させる。 管理栄養士 ：食事摂取困難児には、摂取方法や時間帯の検討等、個別対応を行う。 医療保育士 ：遊び・学習・レクリエーション・食事等に関わりながら、子どもの様子や両親の面会時の様子等を把握し情報提供する。 院内学級教諭 ：学び、楽しむ時間と場を提供しQOLの向上を図る。 臨床心理士 ：子どもの発達を評価し、効果的な支援方法を提案する。 社会福祉士 ：入院生活や退院後の生活や経済的な相談に応じ、社会資源を円滑に導入する。 音楽療法士 ：音楽療法によって、子どもの感情表現や苦痛の発散を支援する。 チャイルドライフスペシャリスト ：検査・手術プリバレーション、検査、処置中の心理的支援、感情の支援遊び、きょうだい支援 など。 ピアサポーター ：病気を克服した子どもを育てた経験者としての精神的支援。
チームの運営に関する事項 <ul style="list-style-type: none"> 看護師は子どもの成長・発達、病状をアセスメントし、医師と相談しながら、効果的なチーム員の支援体制をコーディネートする。 家族・教諭を含めたミーティングを持ち、患者情報の共有や、評価を行う。 チーム員はそれぞれの活動状況を理解し、スキルアップしたチーム作りにつなげる。
具体的に取り組んでいる医療機関等 昭和大学病院、独立行政法人 国立成育医療研究センター病院、聖路加国際病院、神奈川県立こども医療センター

外来化学療法におけるチーム医療の取組例

チームの名称 外来がん化学療法チーム
チームを形成する目的 抗がん剤治療を入院にて受ける患者では副作用の早期発見は難しく、また、副作用発現時の迅速な対応ができないことが問題である。このため、来院時に患者に対して起こりうる副作用内容、対処法を確実に伝えるとともに、継続治療を行っている患者に対しては副作用モニタリング、副作用対策を実施する必要がある。医師不足の状況で、外来がん化学療法室にて薬剤師が医師、看護師と連携をとりながら患者への治療内容の説明とともに副作用に関して指導を行うことは、がん治療における安全性を確保する上で必須。
チームによって得られる効果 <ul style="list-style-type: none"> 登録レジメンに基づく用法・用量、適用基準の確認を行うことにより、がん化学療法における有効性と安全性が確保 薬剤師が患者状態の把握・副作用モニタリングを行い、支持療法の処方提案により、医師の負担が軽減され、診療効率が向上し、より多くの患者の受け入れが可能 副作用の軽減により、患者 QOL の向上のみならず、副作用発現による抗がん剤の減量、中止が少なくなり、dose-intensity が維持されることにより治療効果が向上
関係する職種とチームにおける役割・業務内容 医師 ：病状・病期・病理所見などの説明、抗がん剤の選択、治療効果の判定、有害事象の確認と対策 薬剤師 ：患者への治療説明（新規導入患者への治療説明、副作用把握のための指導、継続治療中患者への治療説明、患者からの電話による問い合わせへの対応）、抗がん剤レジメンの管理・レジメンに基づく処方鑑査（適用する化学療法レジメンの妥当性の評価と至適用量の設計、禁忌症・相互作用の確認）、副作用と有効性のモニタリング（患者との面談、臨床検査結果の評価、患者の状態把握）、電子カルテへの患者指導内容の記録、副作用等による減量の必要性の確認および副作用対策のための処方提案、抗がん剤の無菌的混合調製、患者との面談において副作用の発現等で問題があった場合の医師・看護師へ情報提供、医薬品情報や治療や支持療法のガイドラインについての情報提供 看護師 ：投与中のモニタリングとして、バイタルサイン（体温・呼吸・脈拍・血圧）の確認、点滴ルート・穿刺部の確認（血液の逆流の有無・自然滴下の状態）、状況に応じた温安法等を実施。 副作用に対する症状マネジメントとして、臨床検査結果の評価、患者面談において問診等により聴取、医師等から情報収集、患者からの電話による問合せ対応等により患者情報を収集し、副作用の早期発見と早期の対策等を実施。副作用対策についてはチーム内で協議し、対策手順を作成しチームメンバーで共有。 心身及び家族サポートとして、患者が治療に向けて心の準備をするのを援助する他、副作用に対処するために必要な態勢が得られるよう援助、心理的苦痛に対する共感的な態度での傾聴、化学療法により生じた社会的問題の把握・アドバイ

ス等を実施。 歯科医師 ：口腔衛生処置などの口腔合併症のケア 管理栄養士 ：化学療法患者は、嘔気・嘔吐、食欲不振、口内炎、下痢等の副作用のある患者に対して、患者個々の状態や食生活に応じた食事指導・支援を行うことにより、摂取栄養量の確保、栄養状態・体重の維持・改善、ひいては、QOLの維持・向上、さらには、治療の完遂（治療中断の回避）につながる。 ソーシャルワーカー ：医療費のしくみ、活用できる制度の紹介・相談窓口
チーム運営に関する事項 <ul style="list-style-type: none"> 週に1度のカンファレンス 受診時に医師・薬剤師・看護師が必ず患者の状態の観察を実施、問題があるときにはその都度、協議を行い、治療法を決定 歯科医師、管理栄養士、ソーシャルワーカー等への介入依頼体制の確立
具体的に取り組んでいる医療機関 岐阜大学医学部附属病院

暴力被害者支援チーム

チーム（取組）の名称 暴力被害者支援チーム
チームを形成（病棟配置）する目的 暴力被害者支援にあたり、被害者の意思を尊重して意思決定できるように、多様な支援リソースを提示でき、選択できるように専門家チームを用意し、活用できるようにする。
チームによって得られる効果 <ul style="list-style-type: none"> 暴力被害者の意思を尊重した支援が、必要な時に迅速に得られる。 医療機関のみならず地域で継続してフォローすることが可能である。 長期的な身体的・精神的健康を改善でき、安全な生活が可能になる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：被害の医学的診断、検査、犯罪立証の証拠採取、EPRとの連携 助産師 ：女性を尊重したケアの実施、証拠採取、性感染症・妊娠予防、証明書、DVスクリーニングの実施、リスクグループの発見 看護師 ：被害の早期発見、治療時の支援、専門家への連絡（例えば、NPO法人「女性の安全と健康のための支援教育センター」にて性暴力被害にあった人の医療ケアを行う性暴力被害者支援看護職の養成を行っている） 臨床心理士 ：カウンセリング、長期的なフォローアップ、PTSDへの支援 社会福祉士 ：経済的支援、退院調整、福祉との連携 警察 ：医療機関への連携、必要な証拠採取、被害届け 女性センター ：地域での女性の生き方相談でのカウンセリング 児童相談所 ：子どもを暴力から保護する シェルター ：女性と子ども一時避難 東京フェミニストセラピセンター ：長期的な支援、グループカウンセリング 支援教育センター ：専門職への継続教育、コンサルテーション、ネットワーク（参考：NPO法人 女性の安全と健康のための支援教育センター） 弁護士 ：加害者を選定する支援、裁判支援
チームの運営に関する事項 被害者の発見は、どこからでも始まる。暴力被害者支援マニュアルの活用。医療現場での二次加害の予防。被害者の意思を尊重して、次の支援を求めらるかどうかが決める。正確な記録の保管、情報開示の制限、被害者を加害者から守るという視点。院内の情報共有、被害者を守るシステム、個人情報の徹底した保護（全職員）定期的な地域での連携・運営会議
具体的に取り組んでいる医療機関等 まつしま病院

生殖補助医療支援チーム

チーム（取組）の名称 生殖補助医療支援チーム
チームを形成（病棟配置）する目的 身体的、精神的、経済的負担が大きい生殖補助医療を受ける、患者や家族の意思を尊重しつつ、治療の選択や継続の意思決定を支援する。
チームによって得られる効果 ・ 患者自身が納得する治療を選択できる。 ・ 不妊治療薬を使う患者が食事や服薬などを自己管理しながら、仕事や性生活など含めた日常生活を支援なくすこせる。 ・ 長期間の精神的苦痛へ各専門職が対応できる。 ・ 費用負担に関する不安への対応ができ、治療に安心して臨める。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：診断、治療法の提示、治療、遺伝相談 助産師 ：家族計画と受胎調節の指導、不妊治療後の妊産婦の個別的なケア 看護師（不妊症看護認定看護師、母性看護専門看護師） ：検査や治療の情報を提供、精神的支援 胚培養士 ：精子・卵子管理、顕微授精、受精卵培養 臨床心理士 ：不妊治療継続のためのカウンセリング等精神的支援 遺伝カウンセラー ：遺伝相談、出生前診断、その後の対応等 医療事務 ：補助金や費用負担等に関する説明
チームの運営に関する事項 ・ 毎日のショートカンファレンス、定期的な事例検討会を開催し、情報を共有する。 ・ コミュニケーションを円滑にし、長期的な視点で支援する体制を整える。 ・ 必要時、医療機関から自治体の不妊関連事業（不妊治療相談センター事業：不妊に関する医学的・専門的な相談、不妊による心の悩み相談）を紹介する。
具体的に取り組んでいる医療機関等 蔵本ウイメンズクリニック、木場公園クリニック

他機関との連携による虐待予防・支援チーム

チーム（取組）の名称 他機関との連携による虐待予防・支援チーム
チームを形成（病棟配置）する目的 ケアを受ける子どもや高齢者が、養育者や介護者からうける虐待は心と身体に深い傷を残すとともに、生命の危機的状況をきたすこともある。このような、虐待を早期発見し、迅速に介入することにより、虐待を受ける側を保護するとともに、虐待を行う側にも再発予防となるケアを提供する。
チームによって得られる効果 ・ 虐待を早期発見し、早期に初期介入、保護・支援につながる。 ・ 地域連携により早期発見、支援が可能。 ・ 虐待の再発予防、自立支援につながる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師 ：医学的診断、検査、治療。虐待の疑いと決定した場合、保護者・家族に告知し、児童相談所・警察に通報 看護師 ：全身状態の管理、精神的サポート 臨床心理士 ：虐待を受ける側と虐待を行う側へのカウンセリング 社会福祉士 ：虐待再発予防のための福祉サービスの調整 歯科医師 ：口腔内の衛生状況の評価、う歯（虫歯）の状態と診断 医療機関の保健師 ：初期対応後の入通院時状況把握をするなど長期的なフォローアップ、地域保健師との連携と家庭訪問による生活状況の把握 必要時、地域ネットワーク会議等への出席 児童相談所 医師 ：子どもとその家庭に対する医学的判定 児童相談所 臨床心理士・ソーシャルワーカー ：初期調査、安全確認、立ち入り調査などの後に、援助方針を検討する会議を開催し、在宅指導、または一時保護、施設入所措置や家庭裁判所への申し立てなど法的権限による対応を行う。子どもとその家庭に対する教育的・心理学的判定。 地方自治体および関係機関 ：市町村のケースワーカー、保育士・幼稚園教諭、学校教諭。
チームの運営に関する事項 救急・周産期のみならず全科の医師および看護師、MSW 等が小児虐待・高齢者虐待の所見が疑われる場合、速やかに本人・保護者、家族に面接し、必要な情報を収集する。虐待の疑いと決定した場合、保護者、家族等に告知し、児童相談所に通報する。 また、院内虐待対策委員会等がある場合には会議を開催し、院内の判断・方針を共有する。その後、必要に応じて関係者（市町村のケースワーカー・保健師、保育士・幼稚園教諭、学校教諭等）を交えて、再発防止に向けた地域ネットワーク会議等で、養育・介護・福祉サービスを調整、虐待再発予防に向け、地域を主体としたサポート体制を確立する。
具体的に取り組んでいる医療機関等 独立法人神奈川県立こども医療センター 兵庫県立こども病院 財団法人筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院

臨床倫理コンサルテーションチーム

チーム（取組）の名称 臨床倫理コンサルテーションチーム
チームを形成する目的 生死に係る治療方針の選択においては、倫理的な問題をもつ事例が多い。臨床倫理コンサルテーションチームは、倫理的問題を持つ治療の選択に苦慮する医療者の相談をうけ、患者の意思や身体的状態に応じた治療方針の決定を支援する。
チームによって得られる効果 ・ 直面する倫理的問題に対応できる体制が確保されることで、医療者が倫理的問題を持つ治療方針の決定に対応できる。 ・ 医療者が医療現場の倫理的問題を調整するプロセスの中で、多角的な情報を収集することができ、その結果をもとに治療方針の決定ができる。 ・ 倫理的問題を含む治療方針について医療者が少人数で抱え込むことなく、倫理的ジレンマと向き合いながら、幅広い視点で決定できる。例えば、終末期の本人の意思確認を踏まえた看とりや、延命治療・遺伝子治療の可否など、患者の利益・不利益を考慮した倫理的な視点から治療方針を決定することができる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 主治医（相談者） ：患者の利益が不確かな場合や意思確認が困難な場合の治療方法の選択・決定において、倫理コンサルテーションチームを活用し、多角的な視点での情報収集をおこなうとともにチームの分析結果も参考にする。 医師（倫理コンサルテーションチーム） ：患者の医学的情報より、治療適用の適切性や予後を判断する。 看護師（倫理コンサルテーションチーム 専門看護師） ：患者・家族や関係する医療者より、患者の生命予後や意思・価値観、QOL についての情報を収集し、倫理的ジレンマの内容を整理する。 社会福祉士（倫理コンサルテーションチーム） ：治療の選択結果がもたらす患者・家族の生活への影響や、福祉サービスの利用の可能性について情報を整理する。 事務員 ：倫理コンサルテーションの依頼の受付窓口となり、チームメンバーと相談者のスケジュールを調整する。
チームの運営に関する事項 ・ チームメンバーは、依頼を受けた後、速やかに多角的な情報収集を行い、倫理カンファレンスを開催する。そこで倫理的な問題を持つ治療方針について相談者の話を聴きながら検討するとともに、その結果を相談者にフィードバックする。 ・ チームメンバーは、相談者がコンサルテーションを通じて、自らの判断で倫理的問題を持つ治療方針の決定ができるように関わり、その決定を尊重する。 ・ 倫理コンサルテーションチームは倫理委員会の下部組織であり、チームメンバーは倫理委員会に所属するとともに、臨床倫理に関する研修を受講している。
具体的に取り組んでいる医療機関等 財団法人 筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院 長浜赤十字病院

認知症医療におけるチーム医療

チーム（取組）の名称 認知症支援チーム
チームを形成する目的 認知症疾患の早期発見・早期治療、介護サービス等社会資源の利用、本人・家族支援を行うことにより、質の高い地域生活の継続を目指す
チームによって得られる効果 医療が患者の「生活」につながっている
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師（精神科） ：診断と治療および治療目標の設定 看護師 ：入院中の症状観察、退院に向けた病棟生活の支援、退院時の情報提供・助言 作業療法士 ：入院中の日常生活機能回復訓練、グループ活動の運営 臨床心理士 ：診断補助、入院中の回想法、グループ活動の運営 診療放射線技師 ：診断補助 精神保健福祉士 ：早期発見・早期治療に向けた専門医療相談、介護サービスの導入に向けた支援、介護関係者との連携、本人・家族への支援、グループ活動の運営 ※ 精神科医療においては、急性期、回復期、慢性期いずれのステージにおいても、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）は様々な情報を把握し、生活上の課題を整理して他スタッフに提供し、診断・治療・ケアなどをより有効にする役割を担う。
チームの運営に関する事項 ・ 入院時に本人・家族より患者の生活歴等を聴取し、趣味・嗜好等を看護・介護に取り入れ、精神症状の安定を図る ・ 認知症専門医による指導・バックアップ体制、院内外における研修の企画・参加、認知症看護認定看護師の配置・教育、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）の病棟配置 ・ 専門医療相談票、入院時面接票、ソーシャルワーカー報告書、カンファレンス報告書、日常生活回復訓練個人記録、回想法等すべてカルテ添付、定期的にケースカンファレンス開催 ・ 病前の生活情報を元に質の高い地域生活を目指しチームで治療計画を立案・情報の共有化：かかりつけ医と専門医療機関との専用診療情報提供書式の作成・活用。地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの情報提供連絡票の活用。ケースカンファレンスに介護関係者等が参加。 ・ 家族のサポートやケア：入院時に家族の思いや希望を聴取し、家族の介護負担・経済的負担等を軽減できるような社会資源を活用。家族教室の開催。若年性認知症家族交流会の開催。
具体的に取り組んでいる医療機関等 浅香山病院

自殺未遂者ケアにおける精神科チーム医療

チーム（取組）の名称 高度救命救急センターにおける自殺未遂者ケアチーム
チームを形成する目的 搬送される全ての自殺未遂者に対して、自殺未遂者ケアチームによる精神医学的治療、ソーシャルワークを導入することで、自殺の再発を防止する。
チームによって得られる効果 自殺未遂は最大の自殺予測危険因子の一つであり、自殺未遂者への心理的危機介入と正確な精神医学的評価および心理社会的評価に基づく支援を提供することで、在院期間の短縮、退院後の自殺再発率の低下が期待できる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 救命救急医 ：身体的治療を行う。 精神科医（高度救命救急センターに常勤：チーム・リーダー） ：心理的危機介入、精神医学的評価に基づく心理教育、精神療法、薬物療法等の精神科治療提供、情報収集、家族ケアを行う。 看護師 ：心理的危機介入、身体的・心理的ケア、家族ケアを行う。 精神保健福祉士 ：早期に介入し、心理社会的アセスメントを行い、情報提供、地域社会資源利用のためのコーディネートを行う。 臨床心理技術者 ：心理的危機介入、心理教育、心理検査を行う。
チームの運営に関する事項 自殺未遂者ケアチームにより、以下の複合的ケースマネジメントを実施。 ・ 身体的治療（救命救急治療等） ・ 心理的危機介入 ・ 情報収集に基づく経過・病歴・病態の把握 ・ 自殺予防のための心理教育 ・ 家族への心理教育 ・ 自殺予防に資する情報提供 ・ 精神医学的治療 ・ 社会資源の利用のためのコーディネート ・ 地域における精神科受療の促進や、身体科受療との調整 ・ 受療中断者への受療促進 ・ 継続的なフォローアップ ※多職種によるカンファレンスの実施
具体的に取り組んでいる医療機関等 横浜市立大学附属市民総合医療センター ほかに岩手医科大学附属病院、関西医科大学附属滝井病院など

総合病院における精神科コンサルテーション・リエゾンチーム

チーム（取組）の名称 コンサルテーション・リエゾンチーム（総合病院精神科）
チームを形成する目的 ・ 多職種の利点を生かし、多面的で全人的なサポートを目指す ・ 特に現場で困っていると思われる身体科病棟看護師への援助を強化する ・ 最終的に、入院中の患者さんやその家族の中で、精神科的治療やケア、心理的支援を必要とする方に適切な援助を提供する事を目指す
チームによって得られる効果 ・ コンサルテーション・リエゾンにおける介入の質が安定し向上する ・ 他科スタッフの精神症状への理解が深まる ・ 精神科スタッフのモチベーション向上につながる ・ 外部の医療機関等との関係を密にする事で地域精神科医療システムの活性化に繋がる。 [従来の医師単独の対診と異なる点として] * 早期介入、早期退院支援、連携が可能になる。 ・ 精神保健福祉士が配置されることで、救急、身体合併症入院、退院支援など、外部機関との連携が円滑になること。 ・ チームとして日常的に関わることで、ニーズ(患者、救急現場等)に合わせて迅速に活動し、早期発見、早期対応が可能になること（認知症、せん妄、うつ病等） * チームで行うことで多面的な評価が可能になり、共有できる。 ・ 生活状況、精神、心理状態、治療内容の検討、退院後の支援方法等が行えること。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 医師（精神科） ：精神医学的診断と治療法の検討及び具体的介入 看護師 ：看護的立場からの症例検討。身体科病棟看護師への看護的立場からの支援の実施。 臨床心理士 ：心理士の立場での症例検討と具体的介入。受け持ち病棟を決め定期的に訪問を行い問題点の早期発見に勤めチームに持ち帰る。 精神保健福祉士 ：入院患者の社会的ニーズを早期に発見着目し、適切な社会資源の利用につなげる。病院外の種々の医療・福祉施設における状況や医療的ニーズに目を配り地域の精神科医療システムが適切に機能するよう心がける。
チームの運営に関する事項 ・ 医師、看護師、臨床心理士の三者を中核メンバーとし、精神保健福祉士やその他の職種を周辺メンバーとする多職種チーム ・ 多職種であることを生かし、薬物療法、心理・精神療法、看護・ケア、社会的支援など、多面的で全人的なサポートを目標としている。 ・ 主に他科入院中患者の担当医師からの照会に対応している。 ・ 精神科医が照会を受け、病棟に出向き診察する。 ・ 別に他科入院中の患者の担当医師から直接臨床心理士に照会する経路もある ・ チームに照会された患者のリストが随時更新され、精神科医・看護師・臨床心理士・

精神保健福祉士の間で共有される。 ・ チームの院内メールアドレスを公表し、メールでの相談に対応。（医師だけでなく看護師やその他コメディカルからの相談経路として活用） ・ 毎週火曜日にカンファレンスを開催。医師・看護師・臨床心理士・精神保健福祉士がチームに照会されたケースについて検討する。その他に週一回木曜日に医師間でのリエゾンカンファレンスもあり介入の妥当性を検討する。
具体的に取り組んでいる医療機関等 亀田総合病院心療内科・精神科

緩和ケアチームの取組

チーム（取組）の名称 緩和ケアチーム
チームを形成（病棟配置）する目的 がんなどの生命を脅かす疾患を抱えた患者またはその家族に対して、疾病によるトータルペインの軽減を行う。緩和ケアチームの活動は、主治医の治療と併行して行われ、様々な苦痛が取り除かれることで治療をうける患者が自分らしい生き方を選択するための一助となるようにする。各職種の専門分野を結集し、その患者に対してより良い効果が得られるように、主治医や病棟の看護師をはじめとする病棟チームをサポートする。
チームによって得られる効果 ・ 患者の様々な苦痛（痛み、倦怠感、息苦しさ、落ち込み、不安、不眠、在宅医療の問題、医療費の問題など）を取り除くことにより、心身の安定がはかられ、治療やケアに安心して臨めるようになる。 ・ 不穏になったり不安になったりする患者に対し、専門チームのサポートが入ることで、患者の対応に疲弊しがちな主治医や看護師の業務・負担軽減となる。 ・ 専門的な医療チームが関わることで、患者ケアがきめ細かくなり、患者と家族の満足度向上に繋がる。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容 ・ 主治医、当該病棟スタッフを中心に、コンサルテーションを行う立場として存在する。 ・ 病棟ラウンド（週1回、約1時間）時のカンファレンスは、当該病棟スタッフと共に、緩和ケアチームが患者の治療方針について話し合う場となっている。その他に、デスカンファレンス（適宜実施、実施時間は約1時間）を行い、亡くなられた患者へのケアの振り返りを当該病棟にて行う。 ・ 院内緩和ケアマニュアルの作成、職員向け研修会の企画など、緩和ケアに対する院内の啓発活動を行っている。月に1回約1時間、緩和ケアチーム会議を実施し、懸案事項の整理や、報告、連絡などを行う。 ・ その他、チームラウンド時でなくとも、随時、チームスタッフがそれぞれの専門性から相談に応じている。 医師 ：外科医、内科医、麻酔科医、精神科医がチームに所属し、それぞれの専門の立場から当該患者の緩和ケアについてアドバイスを行い、カルテに記載する。時には自ら併診担当医となり、患者の治療、緩和ケアに取り組む。必要に応じて、緩和ケアカンファレンスで他の職種への関与を提案することもある。 看護師 ：看護師は、当該病棟から得られた情報をまとめ、カンファレンスの中心となり、病棟チームと緩和ケアチームのつなぎ手となり、看護師の関わりについてのアドバイスを行う。 薬剤師 ：患者の病状に合わせ、服薬しやすさ、飲み心地なども視野に入れた薬剤調整を行う。オピオイドローテーションについての提案、投薬内容・容量・服薬のタイミング、副作用などに対してもアドバイスを行う。（個別の服薬指導は週5日、1回10～20分程度行っている） 管理栄養士 ：食事を美味しく楽しくバランス良く召し上がっていただくための、工夫、アド

<p>バイスを行う。(個別の栄養指導は週に1~2回、1回15分~30分程度行っている。)</p> <p>臨床心理士：患者の心理面からのアセスメントに基づいて病棟スタッフに臨床心理学の視点から助言を行う。場合によっては担当医からの依頼により、患者や家族に直接お会いし、心理アセスメントや心理臨床面接を含めて、心理的支援の一端を担う。(個別の心理的支援開始となった場合は週に5日、1回10分~30分程度の面接を行っている。病状によって面接回数や時間を調整している)</p> <p>社会福祉士：他機関との連携や、社会的・経済的な問題がある場合、在宅ケア、介護サービスなど必要に応じて資源の紹介やサポートを行い、退院調整を行う。(定期的な状態把握の上ソーシャルワークを行うため、週に2~3回、1回10分~20分程度面接を行っている)</p> <p>事務員：がんや緩和ケアに関する診療報酬点数の保険請求を適性に行うためのマネジメントを行う。</p>
<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 週に1回、全病棟をラウンドし、症例ごとに当該病棟スタッフを交えてカンファレンスを行い、経過報告、問題点を明らかにし、今後の治療方針について話し合う。ディスカッション内容はカルテに記載する。 情報伝達に関し、院内メールを活用している。 月に1回、カンファレンスとは別に連絡調整会議を実施している。 病棟スタッフ間では、随時情報交換を行い、早期の問題解決を図る。
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等</p> <p>埼玉社会保険病院</p>

周産期におけるチーム医療の取組例

<p>チーム(取組)の名称</p> <p>助産所または診療所と高次医療機関</p>
<p>チーム(連携強化)を形成する目的</p> <p>地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、助産所または産科診療所で助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことによって、妊婦の多様なニーズに応え、家族の健康づくりに貢献する。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <p>妊産婦</p> <ul style="list-style-type: none"> 妊婦のニーズに合った対応が可能 正常経過であれば、顔なじみの助産師・医師からの診療・ケアが可能 異常に移行した場合、迅速に対応可能 <p>医師(高次医療施設)</p> <ul style="list-style-type: none"> ハイリスク患者の治療に専念できる <p>助産師</p> <ul style="list-style-type: none"> 専門性を高めることができ、責任感とやり甲斐、喜びを感じる等職能を活かせる。
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</p> <p>助産所の助産師：正常経過の妊婦健診・分娩助産・産後健診・母乳支援・新生児健康診査・家庭訪問、積極的な日常生活上の養生による異常の予防</p> <p>嘱託医・嘱託医療機関：正常経過におけるポイント健診、異常発生時の診断と治療</p> <p>診療所の助産師：正常経過の妊婦健診・分娩助産・産後健診・母乳支援・新生児健康診査・家庭訪問、積極的な日常生活上の養生による異常の予防</p> <p>高次医療機関：異常発生時の転院・搬送の受入</p> <p>(参考) 助産所業務ガイドライン (2009年改訂版 社団法人 日本助産師会)</p>
<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師と助産師は、電子カルテや合同カンファレンスにより情報共有を行う。 助産師は、正常経過であることを妊娠・分娩・産褥・新生児期を通じて助産診断する。異常を早期に発見し、速やかに嘱託医療機関へ転院・搬送の依頼を行う。 助産所および診療所は、あらかじめ高次医療機関との間で、転院・搬送に関する取り決めを行い、連絡・報告等の情報交換を円滑にする。
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等</p> <p>毛利助産所・山本助産所・宮下助産所・豊倉助産所 聖路加産科クリニック</p>

周産期における虐待予防チーム

<p>チーム(取組)の名称</p> <p>周産期医療における児童虐待予防</p>
<p>チームを形成(病棟配置)する目的</p> <p>周産期における医療チームに社会福祉士が協働することで、妊娠の継続・安全なお産、妊婦や胎児の状況に合わせた対応機関の選定、育児環境の整備、児童虐待の予防、関係機関の連携・協働体制の強化に貢献できる。</p>
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> 妊娠継続についての意思決定、健康的な妊娠継続の維持、 妊娠、出産にまつわる経済的問題、家族関係の問題の解決 家族の協力の促進、経済的基盤、生活環境等、出産・育児をしていく環境の整備、 準備のない出産・育児に対する患者・家族の精神的不安を軽減し、取組を促す。 地域の中核病院・高度周産期医療センター、産婦人科医院、助産所、保健センター、保健所、子ども家庭支援センター、児童相談所などの保健・医療・福祉の地域における関係機関の協働体制の形成、連携基盤の整備・社会的成熟を促進する。 母親や家族の精神的不安の軽減、社会的サポートの促進により虐待を予防できる。
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</p> <p>医師：診断・治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセント 高次周産期医療センターへの搬送</p> <p>看護師・助産師：看護・ケア及び母親・家族への教育指導 多職種とのコーディネーション</p> <p>社会福祉士：特別に支援が必要な事例が月に平均2事例、48時間の援助 心理社会的・経済的アセスメントとその情報提供 妊娠、出産にまつわる経済的問題、家族関係の問題の解決 家族の協力の促進等、出産・育児をしていく環境の整備 準備のない出産・育児に対する患者・家族の精神的不安軽減、取組促進 地域関係機関との情報共有・協働の促進、カンファレンスの開催 関係機関の連携会議の企画・運営 医療機関内の連携体制・会議の企画・運営(CAPS など)</p>
<p>チームの運営に関する事項</p> <ul style="list-style-type: none"> 担当医、担当看護師、担当社会福祉士間のコミュニケーション 医師、看護師、助産師、臨床心理士、社会福祉士による運営会議の開催 地域の保健・医療・福祉機関との連携会議の企画・運営 電子カルテ、記録シートを活用し、情報共有と記録を保存 連携マニュアルの策定と活用
<p>具体的に取り組んでいる医療機関等</p> <p>東海大学八王子病院 北里大学病院</p>

入退院時等の患者・家族支援のための社会福祉士病棟配置の取組

<p>チーム(取組)の名称</p> <p>社会福祉士配属による患者・家族参加型の急性期病棟チーム (特に、脳外科・心臓血管外科・整形外科に効果的)</p>
<p>チームを形成(病棟配置)する目的</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院・治療・退院の流れの中で、派生する患者とその家族の経済的・心理社会的問題に対し即時に介入し早期にソーシャルワーク援助を提供することができる。 退院調整において、早期の介入を図るとともに他の専門職とのスムーズな連携・協働のもと患者・家族が納得いく退院に至ることができる
<p>チームによって得られる効果</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療費や家庭の問題が早期に解決することにより、患者が安心して治療に専念できる 入院日数が短縮でき、救急入院患者をスムーズに受け入れることができる。 高齢世帯や独居高齢者、認知症を伴っている患者、がんターミナル期の患者など社会的制度の活用や地域支援機関との連携が必要な患者に対し、早期に家族関係などの調整を図り適切な生活環境を整えることができる。
<p>関係する職種とチームにおける役割・仕事内容</p> <p>医師：診断、治療 患者・家族に対して治療方針に関するインフォームドコンセントの実施。 病棟カンファレンス・科別カンファレンスのチームリーダー 退院に伴う社会的問題を把握した時点で社会福祉士に介入・調整を依頼</p> <p>看護師：看護・ケア等 入院時スクリーニングシートによる入院時点で社会福祉士へ介入・調整を依頼 多職種間のコーディネーション。 入院中に把握した家族状況</p> <p>リハビリテーションスタッフ：全病棟に複数名が配置され、早期のベッドサイドリハを行う。 生活環境や心理的問題などを患者・家族から把握した時点で社会福祉士に情報を提供</p> <p>管理栄養士：全病棟に配置され、治療や食欲に対する栄養面での取組を行っている</p> <p>社会福祉士：全病棟に担当者を配置し、一日10~15人の患者の連絡調整を行う。 医療費に関して、無保険者や公費制度などを入院早期に把握し対応していることで未収を防ぎ、患者・家族が安心して治療できている。全病棟のカンファレンスに参加し、情報を提供するとともに他の職種からの情報を収集。 随時、病棟チーム内で相互に状況を把握し、共有する中で意見交換を行い、必要に応じその場でミニカンファレンスを開催。 家族の面会時に面接を実施することがあり、あらかじめ日程調整せずに早期にインテーク面接や情報収集をしている。 退院支援計画書を作成し本人または家族の同意サインをもらい入院早期に提供。 不定期な主治医による病状説明に同意を得て同席し、患者・家族の状況理解を</p>

援助するとともに、患者・家族参加のもと退院の方向性を決定する。 退院調整に関する他院・他施設・地域の保健医療・福祉サービス機関への医学的・身体的情報を病棟チームとの連携によって随時適切な情報を提供。
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当看護師が入院時に全患者のスクリーニングを実施。 ・ 社会的リスク患者を社会福祉士に連絡する。 ・ 毎日、担当看護師、病棟配置の他の職種と随時担当社会福祉士間のコミュニケーションを図っている。 ・ 医師、看護師、リハビリテーションスタッフ、薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・社会福祉士による週1回の方針決定カンファレンスの開催 ・ 週1回の病棟カンファレンスに参加。科（脳外科・心臓血管外科・整形外科）によっては回診へ社会福祉士が参加しその場で情報提供や意見交換を行う ・ 週1回の病棟別病床会議に参加し、看護部長・病棟師長・退院調整看護師・担当社会福祉士とて退院調整について介入の依頼受理・調整状況の報告・意見交換を行っている ・ 地域の医療機関との連携強化
具体的に取り組んでいる医療機関等
近森病院

病棟・外来等のクラーク配置

チーム（取組）の名称
チーム医療を支える病棟、外来、手術室や内視鏡室等の中央部門へのクラークの配置
チームを形成（病棟配置）する目的
<p>平均在院日数の短縮化、患者・家族に対する説明と同意の対象の拡大などにより、医療施設における事務的業務が煩雑になっている中、病棟や外来、中央部門にクラークを配置することで、医師や看護師等の診療チームが診療に専念できる環境を整える。</p> <p>また、クラークは病棟等に入出りする医師、看護師、その他の医療関係職種のつなぎ役となり、連携をスムーズに進めるサポート的役割を担う。</p>
チームによって得られる効果
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師や看護師等の診療チームが診療に専念できる環境が整備される。 ・ 事務作業を専門的に実施するため、質の高い業務を効率的に行うことができる。 ・ 病棟運営や外来運営が効率化される。 ・ 病棟等で患者、家族に何らかの対応が必要な時に、クラークが速やかに対応することで、患者サービスの質が向上する。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<p>クラーク（病棟、外来、手術室や内視鏡室等の中央部門に配置）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 外来・内視鏡等に27人のクラークを8.5時間配置し、1日約1600人の外来患者への窓口対応（患者・来訪者の対応）、電話対応（入院・退院患者の問い合わせ）を行う。また、案内業務により、治療・検査を受ける場所の説明、案内等を行い、患者が必要な検査・治療を受ける手続き、移動などが円滑にできるようにし診療チームに引き継ぐ。 ・ 病棟・手術室に各1人のクラークを8.5時間配置することにより、1日約16人の入院退院患者（1病棟50床あたり）や年間約6,000件以上の手術、入院治療に関する以下のような事務的手続き等を行い、職種間の連携のために必要な事務手続きを行う。 例）入院時オリエンテーションや患者ネームバンド作成 入院・転入に関する手続き（電子カルテ上での確認を含む） 外出・外泊に関する手続き、カルテや検査伝票、検体ラベルの発行、他科への依頼時のカルテ取り寄せ、同意書や診断書等の書類の整理、入院費用請求書の確認、患者に説明・配布、入院患者の各種証明書・文書の受領・保管
チームの運営に関する事項
<ul style="list-style-type: none"> ・ クラークは部署責任者と業務スケジュール等の情報共有を行うとともに、業務範囲を明確にし、安全性の担保に努める。 ・ クラークは各病棟等での配置数が限られているため、病棟・外来間での定期的な情報共有や業務の標準化を図り、クラークの不在時には、各部署間で相互補填を行う等の対応策を検討する。
具体的に取り組んでいる医療機関等
昭和大学病院

煩雑な医療事務等をサポートする医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用

チーム（取組）の名称
チーム医療の一員としての医師事務作業補助者（医療クラーク）の活用
チームを形成する目的
煩雑な事務作業が勤務医の疲労を増幅し、地域における勤務医の立ち去りの要因の一つと考えられている状況を打開するため、医師事務作業補助者（医療クラーク）を導入し、その効果を検証した
チームによって得られる効果
<ol style="list-style-type: none"> 1. 勤務医の煩雑な事務作業をサポートしその負担を軽減することで、時間外労働や休日労働を削減し、勤務医の疲労感を取り除く効果がある。 2. 診断書など書類作成時間が短縮され、患者サービスにもつながる。 3. 医師本来の診療業務に専念でき、医師の生産性や医療の質の向上につながる可能性。
関係する職種とチームにおける役割・仕事内容
<ol style="list-style-type: none"> 1. 主として関係する職種は医師であるが、従来看護師になっていた医師の事務的サポートも、医療クラークの業務にとってかわったため、間接的ではあるが看護師の業務負担にもつながり、看護師本来の患者ケアに対応できる効果も期待できる 2. 配置：外来診療補助（内科、小児科、泌尿器科、外科、放射線科等）、文書補助、医局、手術室、麻酔科 3. 仕事内容： <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院・退院書類作成：入院・退院治療計画 ・ 検査、入院説明：大腸内視鏡検査説明、心臓カテーテル・パス、ペースメーカー・パス、TBLB入院予約、SAS外来準備 ・ 逆紹介などの紹介状の作成：紹介・逆紹介状作成・説明 ・ オダーリク代行入力 ・ 手術関係準備（外科系）：手術カンファ準備、手術台帳入力、合併症台帳入力、手術日調整、手術申込、承諾書、麻酔科診察（術前） ・ 文書作成補助：各種保険入院証明書、介護保険意見書、傷病手当金、生活保護等の記入、カルテサマリ作成補助 ・ 放射線科（読影室）：レポート作成補助 ・ 学会資料準備、がん登録作業など
チームの運営に関する事項
<p>人材育成・教育体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 座学講習の32時間については、日本病院会主催の“医師事務補助者コース”を受講。 ② 院内における教育は、OJTによる教育を中心にその他作成したプログラムを併用し、可能な範囲において実施している。 <p>医師と他の職種あるいは医師と患者・家族をつなぐ、重要なパイプ役としても活躍</p>
具体的に取り組んでいる医療機関等
埼玉県済生会栗橋病院

チーム医療推進方策検討ワーキンググループ委員名簿

【委員】

市川 幾恵	昭和大学統括看護部長
遠藤 康弘	埼玉済生会栗橋病院 院長
小川 克巳	沖縄リハビリテーション福祉学院 副院長
小沼 利光	東京都済生会向島病院 医療技術部長
川越 厚	クリニック川越 院長
川島 由起子	聖マリアンナ医科大学病院栄養部長
栗原 正紀	長崎リハビリテーション病院 理事長
鈴木 紀之	筑波メディカルセンター病院 法人事務局長・副院長
高本 真一	三井記念病院 院長
田口 良子	前 神奈川県三崎保健福祉事務所 保健福祉課長
玉城 嘉和	医療法人社団ビーエムエー理事長
近森 正幸	近森病院 院長
土屋 文人	国際医療福祉大学附属病院 薬剤統括部長
徳田 禎久	社会医療法人禎心会 理事長
中村 春基	兵庫県立総合リハビリテーションセンター リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部長
原口 信次	東海大学医学部付属病院 診療技術部長
堀内 成子	聖路加産科クリニック 副所長
松阪 淳	国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院 臨床工学科
三上 裕司	総合病院東香里病院 理事長
向井 美恵	昭和大学口腔ケアセンター長
森田 秋子	初台リハビリテーション病院 教育研修部長
○山口 徹	虎の門病院 院長

【オブザーバー】

岡本 征仁	札幌市消防局警防部救急課長
柏木 一恵	財団法人浅香山病院 社会復帰部長
須貝 和則	東埼玉総合病院 医事課長
津川 律子	日本大学文理学部心理学科教授
取出 涼子	初台リハビリテーション病院 教育研修局 SW部門チーフ
畠山 仁美	須坂市社会福祉協議会 事務局長
○ 座長	

14. 平成24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106回 医師国家試験	23.7.1(金)	23.11.14(月)～23.12.2(金)	24.2.11(土) 24.2.12(日) 24.2.13(月)	—	24.3.19(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105回 歯科医師国家試験	23.7.1(金)	23.11.14(月)～23.12.2(金)	24.2.4(土) 24.2.5(日)	—	24.3.19(金)	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98回 保健師国家試験	23.8.1(月)	23.11.25(金)～23.12.16(金)	24.2.17(金)	—	24.3.26(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95回 助産師国家試験	23.8.1(月)	23.11.25(金)～23.12.16(金)	24.2.16(木)	—	24.3.26(金)	”
第101回 看護師国家試験	23.8.1(月)	23.11.25(金)～23.12.16(金)	24.2.19(日)	—	24.3.26(金)	”
第64回 診療放射線技師試験	23.9.1(木)	23.12.19(月)～24.1.10(火)	24.2.23(木)	—	24.3.30(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58回 臨床検査技師国家試験	23.9.1(木)	23.12.19(月)～24.1.10(火)	24.2.22(水)	—	24.3.30(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47回 理学療法士国家試験	23.9.1(木)	23.12.19(月)～24.1.10(火)	24.2.26(日)	24.2.27(月)	24.3.30(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47回 作業療法士国家試験	23.9.1(木)	23.12.19(月)～24.1.10(火)	24.2.26(日)	24.2.27(月)	24.3.30(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42回 視能訓練師国家試験	23.9.1(木)	23.12.19(月)～24.1.10(火)	24.2.23(木)	—	24.3.30(木)	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はもとより、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掃を期されたい。

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る等の方法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。

- 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)

歯科口腔保健の推進に関する法律の概要

- 口腔の健康は、国民が健康で質の高い生活を営む上で基礎的かつ重要な役割
- 国民の日常生活における歯科疾患の予防に向けた取組が口腔の健康の保持に極めて有効



国民保健の向上に寄与するため、歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持(以下「歯科口腔保健」)の推進に関する施策を総合的に推進

基本理念

- ① 国民が、生涯にわたって日常生活において歯科疾患の予防に向けた取組を行うとともに、歯科疾患を早期に発見し、早期に治療を受けることを促進
- ② 乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期における口腔とその機能の状態及び歯科疾患の特性に応じて、適切かつ効果的に歯科口腔保健を推進
- ③ 保健、医療、社会福祉、労働衛生、教育その他の関連施策の有機的な連携を図りつつ、その関係者の協力を得て、総合的に歯科口腔保健を推進

責務

- ①国及び地方公共団体、②歯科医師、歯科衛生士等、③国民の健康の保持増進のために必要な事業を行う者、④国民について、責務を規定

歯科口腔保健の推進に関する施策

- ① 歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発等
- ② 定期的に歯科検診を受けること等の勧奨等
- ③ 障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策等
- ④ 歯科疾患の予防のための措置等
- ⑤ 口腔の健康に関する調査及び研究の推進等



実施体制

基本的事項の策定等

国：施策の総合的な実施のための方針、目標、計画その他の基本的事項を策定・公表
都道府県：基本的事項の策定の努力義務

口腔保健支援センター

都道府県、保健所設置市及び特別区が設置〔任意設置〕
※センターは、歯科医療等業務に従事する者等に対する情報の提供、研修の実施等の支援を実施

※国及び地方公共団体は、必要な財政上の措置等を講ずるよう努める。

厚生労働省：関係部局との横断的な連携が必要なため「歯科口腔保健推進室」を設置

歯科口腔保健法の推進に関する専門委員会の設置について

1. 設置の趣旨

歯科口腔保健の推進に関する法律（以下、「歯科口腔保健法」という。）が平成23年8月2日成立し、同月10日に公布、施行された。

歯科口腔保健法第12条第1項において、「厚生労働大臣は、第7条から前条までの規定により講ぜられる施策につき、それらの総合的な実施のための方針、目標、計画その他の基本的事項（以下、「基本的事項」という。）を定めるものとする。」とされていることから、「基本的事項」を早急に策定する必要がある。

歯科口腔保健を取り巻く現状や課題などを踏まえ、基本的事項策定に必要な作業を行うため、地域保健健康増進栄養部会に「歯科口腔保健法の基本的事項策定専門委員会」を設置する。

2. 検討事項

歯科口腔保健法の基本的事項に盛り込むべき目的や理念のほか、歯科口腔保健法第7条から第11条に関する方針、目標、計画などに関する検討に向けた作業を行う。

- ・ 歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発等について（第7条）
- ・ 定期的に歯科検診を受けることへの等の勧奨等について（第8条）
- ・ 障害者等が定期的に歯科検診を受けること等のための施策等について（第9条）
- ・ 歯科疾患の予防のための措置等について（第10条）
- ・ 口腔の健康に関する調査及び研究の推進等について（第11条）

3. 構成

公衆衛生学や歯科保健に関する研究者、行政関係者等から構成する。

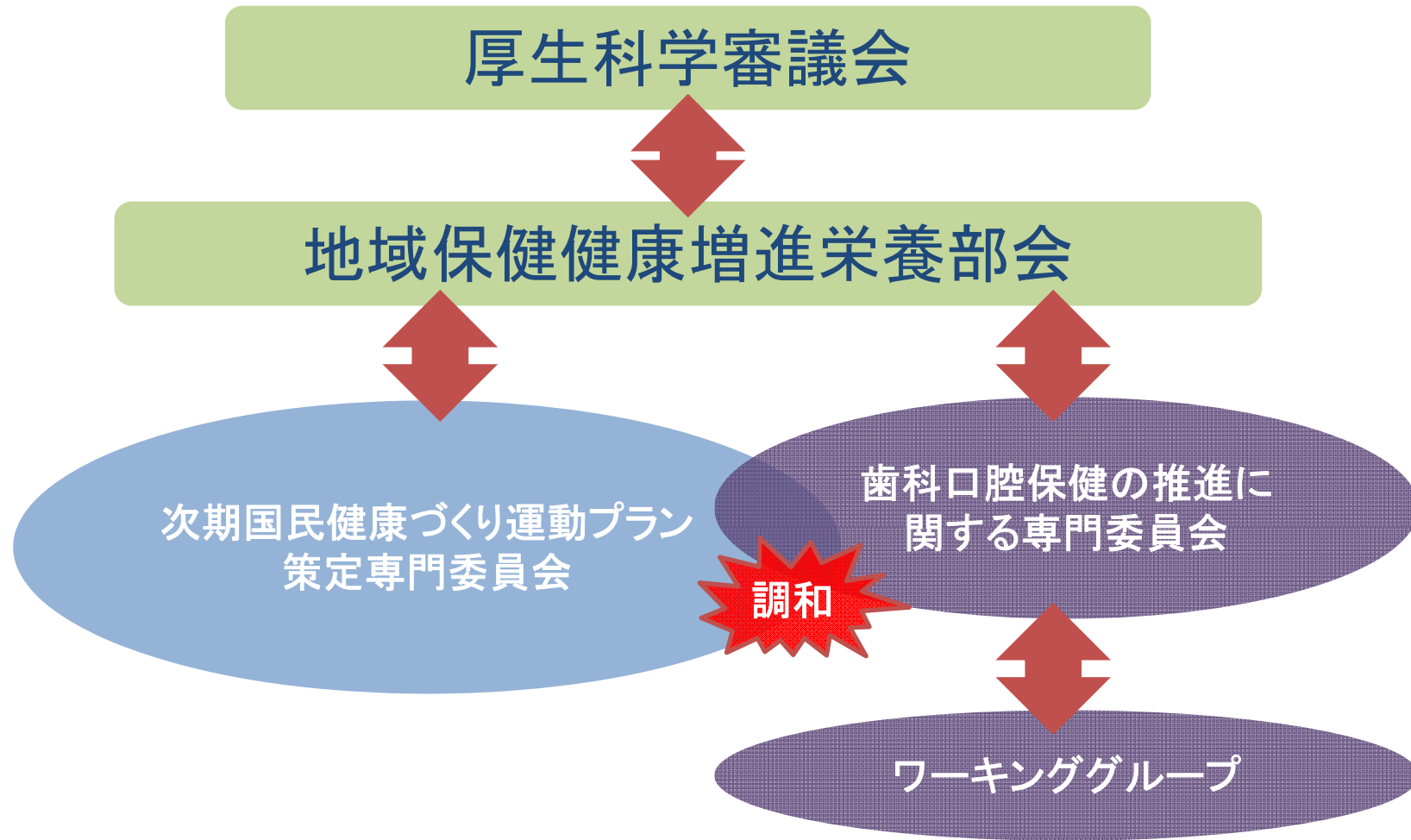
（委員及び委員長は、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会運営細則第2条及び第3条に基づき、地域保健健康増進栄養部会長が指名する。）

4. その他

（1）専門委員会の議事は公開とする。

（2）専門委員会の庶務は、医政局歯科保健課歯科口腔保健推進室において総括し、及び処理する。

歯科口腔保健の推進に関する専門委員会の進め方(イメージ)



「歯科口腔保健の推進に関する専門委員会」において
4月下旬～5月下旬に基本的事項を策定予定



歯科口腔保健の推進に関する専門委員会の進め方

地域保健健康増進栄養部会	歯科口腔保健の推進に関する専門委員会
第30回地域保健健康増進部会 10月14日(金)10:00～12:00	
	○第1回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 12月8日(木)13:30～15:30、進め方、論点整理
第31回地域保健健康増進部会 12月21日(水)10:00～12:00	
	・第1回ワーキンググループ 12月27日(火)15:30～17:30、基本的方向性
	・第2回ワーキンググループ 1月16日(月)10:00～12:00、骨子
第32回地域保健健康増進部会 1月23日(月)14:00～16:00	
	・第3回ワーキンググループ 1月30日(月)13:00～15:00、プラン
第33回地域保健健康増進部会 2月28日(火)15:00～17:00	
	○第2回歯科口腔保健の推進に関する専門委員会 3月19日(月)17:00～19:00、プラン最終
第34回地域保健健康増進部会 4月下旬～5月下旬頃	

平成23年6月28日
医政発0628第4号

各 都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

歯科医療における補てつ物等のトレーサビリティに関する指針について

国外で作成する歯科医療の用に供する補てつ物等については、これまで「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8日付け医政歯発第0908001号医政局歯科保健課長通知)及び「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」(平成22年3月31日付け医政歯発0331第1号医政局歯科保健課長通知)により、その品質の確保に努めるよう周知してきた。

しかしながら、歯科医療技術の進展、補てつ物の作成委託に係る形態及び物流システムの多様化に伴い国外で作成された補てつ物等の安全性について関心が高まってきたことを踏まえ、より安心して安全な歯科医療を確立するため別添のとおり「歯科医療における補てつ物等のトレーサビリティに関する指針」を策定したので、今後はこの指針の内容を御了知の上、貴管内及び管下の市町村(特別区を含む)、関係機関、関係団体等に周知するとともに、歯科医療従事者等に対して周知の徹底及び遵守の要請を図られたい。

歯科医療における補てつ物等のトレーサビリティに関する指針

平成23年6月

第1. 経緯

歯科医療の用に供する補てつ物等は、患者を治療する歯科医師が歯科医学的知見に基づき個々の症例に即して適切に判断し、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ある。近年、歯科医療技術の進展やインターネットの普及等に伴い、補てつ物等の委託過程及び作成過程並びに歯科材料の流過程が多様化していること、または補てつ物等に含まれる成分に対する関心の高まりが見られること等から、法令等に基づく制度の運用のみならず様々な対応が必要とされている。

このため、厚生労働省では、「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8日付け歯科保健課長通知。以下「平成17年通知」という。）において、国外で作成された補てつ物等を患者に提供する際の情報提供等の留意事項を周知するとともに、「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」（平成22年3月31日付け歯科保健課長通知。以下「平成22年通知」という。）を発出し、補てつ物等の作成を国外に委託する場合の遵守事項として、

- ・ 作成場所を明示して指示を行うとともに、当該指示の要点を診療録等に記録すること
- ・ 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

等を示し、現行制度の下、補てつ物等の安全性の確保に努めている。

今般、補てつ物等に関する専門家と意見交換を進め、また、トレーサビリティ*の仕組みを先駆的に確立してきた食品・農業分野の専門家等の意見も参考にし、現時点で実行可能な方策として「歯科医療における補てつ物等のトレーサビリティに関する指針」（以下「指針」という。）を取りまとめた。今後、本指針に基づき、治療にあたる歯科医療機関や歯科医師、委託先等を主体として、その委託過程及び作成過程並びに含有成分等に関する必要な情報を遡及し、又は追跡できる体制を構築していくことが必要である。

【参考：トレーサビリティ*の定義等】

トレーサビリティとは、計測機器の精度や物品の生産・流通履歴を示す用語であり、平成15年3月に農林水産省が作成した「食品トレーサビリティ導入の手引き」（以下「手引き」という。）により一般的に用いられるようになった。

食品のトレーサビリティについては、手引きにおいて「生産、加工および流通の特定の一つまたは複数の段階を通じて、食品の移動を把握できること」と定義されている。

第2. トレーサビリティの趣旨

国内の歯科技工所に補てつ物等の作成を委託する場合は、歯科技工士法に基づく歯科技工指示書により歯科医師が委託先や歯科材料等を指定することから、トレーサビリティは確保されていると考えられる。

一方、国外に補てつ物等の作成を委託する場合は、補てつ物等の委託過程及び作成過程並びに歯科材料の流過程等が複雑になることから、トレーサビリティの確保が困難なケースが想定される。

そこで、より安心で安全な歯科医療を確立するために、歯科医療機関、歯科医師、委託先、患者等の全ての関係者が、補てつ物等の委託過程及び作成過程並びに含有成分等に関する必要な情報を共有出来る仕組みを構築する必要がある。

第3. トレーサビリティの確保のための具体的方策

トレーサビリティを確保するためには、主として以下の時期のそれぞれにおいて、関係者が適切に補てつ物等に関する情報を管理する必要がある。

1. 歯科技工所等に補てつ物等の作成を委託する時

国内の歯科技工所に補てつ物等の作成を委託する場合、歯科技工士法に基づき、委託先、使用材料等その他定められた情報を含む歯科技工指示書によらなければならない。また、近年、補てつ物等の委託形態の多様化や歯科技工所の運営形態の変化が大きい、これまでどおり歯科医師と歯科技工士との間で密接な連携を確保することが必要であり、その指示内容が適正に運用される必要がある。

同様の観点から、国外に補てつ物等の作成を委託する場合にあつては、以下の2点に留意が必要である。

- (1) 国内で流通する歯科材料については、薬事法に基づいて認証されており、品質や安全性等が確保されているが、国外で流通する歯科材料については、各国において品質等に関する基準が異なっているだけでなく、国内法がおよばない。このため、歯科医師は、平成22年通知において示した以下の事項を遵守する必要がある。
 - ア. 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。
 - イ. 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、ISO規格や「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。
- (2) 歯科医師は以下に掲げる記載事項等を整理した帳票等を用いることにより、歯科医療機関及び委託先と連携を図り、指示した歯科材料で作成されたことの確認のみならず、補てつ物等の作成過程等、必要な情報を一元的にかつ容易に把握・管理できる仕組みを構築すべきである。このため、日本におけるトレーサビリティの取組の趣旨を伝えるとともに、当該委託先が上記の帳票等を適切に記入することができるよう、納品される補てつ物等の歯科材料に表示されている製品、製造販売業者の名称、認証番号及びロット番号等を記録しておくよう依頼する必要がある。なお当該帳票等の例として、「補てつ物管理票」（資料）を作成したので、参考とされたい。
 - ア. 委託する際に歯科医師が記載する情報
 - ・ 発行の年月日
 - ・ 歯科医療機関に係る情報（住所、名称等）
 - ・ 歯科医師名
 - ・ 補てつ物等の名称
 - ・ 歯科材料（製品、製造販売業者、使用材料の名称等）
 - ・ 設計及び作成の方法
 - ・ 委託先に係る情報（住所、名称等）
 - イ. 委託先等が記載する情報
 - ・ 歯科技工作業を実施した施設に係る情報（住所、名称、作業責任者名等）
 - ・ 歯科技工作業に係る情報（受取日、作業日及び作業内容、最終確認日、発送日等）
 - ・ 歯科補てつ物等に含まれる歯科材料に係る情報（組成、認証番号、ロット番号／製造番号等）
 - ウ. 補てつ物等の引渡しの際に歯科医師が記載する情報
 - ・ 引渡しを受けた日
 - ・ 引渡しを受けた歯科医師名

2. 歯科医療機関に補てつ物等を引き渡す時

国内の歯科技工所は、歯科技工を行う場合にあつては、「歯科技工所の構造設備基準及び歯科技工所における歯科補てつ物等の作成等及び品質管理指針について」（平成17年3月18日付け医政局長通知）において、歯科技工録の作成が義務づけられている。このため、国内の歯科技工所は、補てつ物等を歯科医療機関に引き渡す際、こうした帳票等を用いて補てつ物等に関する必要な情報を当該歯科医療機関

に提供している。

同様の観点から、国外に補てつ物等の作成を委託する場合にあっては、歯科医療機関に補てつ物等が引き渡される際に、委託先から「補てつ物管理票」及び使用された歯科材料に関する帳票等を取得し、指示内容等に基づき作成されたかどうか確認を行う必要がある。

3. 患者に補てつ物等を装着した後

補てつ物等に係るトレーサビリティシステムの構築に当たっては、患者のニーズを十分に踏まえたシステムとすることが重要であり、歯科医師は、患者からの求めに応じて適切に情報提供が行えるよう、補てつ物等について取得した情報を適宜管理しておくことが必要である。

特に、国外に補てつ物等の作成を委託する場合には、平成17年通知を遵守する必要がある、患者に対する情報提供の1つの手段として、補てつ物等の委託に関する情報を院内の受付等に掲示すること等も考えられる。

なお、補てつ物等に関する情報を記録した帳票等は、歯科医師法23条、「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律等の施行等について」(平成17年3月31日付け医政発第0331009号・薬食発0331020号・保発第0331005号厚生労働省医政局長・医薬食品局長・保険局長連名通知)、「診療録等の保存を行う場所について」(平成14年3月29日付け医政発0329003号、保発0329001号)等に基づき、適切に取り扱われることが必要である。

第4. 補てつ物等の品質の確保

補てつ物等はオーダーメイドであり、個々の患者の状態に応じて作成されるため、品質に関する客観的な評価方法は今後の検討課題であるが、関係者においては、例えば、以下に示すような情報を活用し、主体的に品質確保の取組を進める必要がある。

- ・ 品質管理に関する国際標準化機構が定めた規格 (ISO9001)
- ・ 「補綴歯科治療過程における感染対策指針」(2007 日本補綴歯科学会)
- ・ 「歯科技工所の設備・環境と品質管理・品質保証のあり方」(歯科技工 Vol.32.No4.2004.4)

第5. 今後の課題について

補てつ物等に係るトレーサビリティシステムについては、指針に基づき、関係者が主体的に取り組むことが重要である。

なお、指針の内容については、歯科医療を取り巻く環境の変化や指針の運用実績等を踏まえ、今後、必要に応じて見直しを行うこととする。

<参考：米国・中国における取組>

・ 米国において

米国食品医薬品局 (U.S. Food and Drug Administration: FDA) が監督省庁となり、連邦食品医薬品化粧品法 (Federal Food, Drug, and Cosmetic Act) における医薬品製造管理基準 (Quality System Regulation / Medical Device Good Manufacturing Practices : QS/GMP) により管理している。

・ 中国において

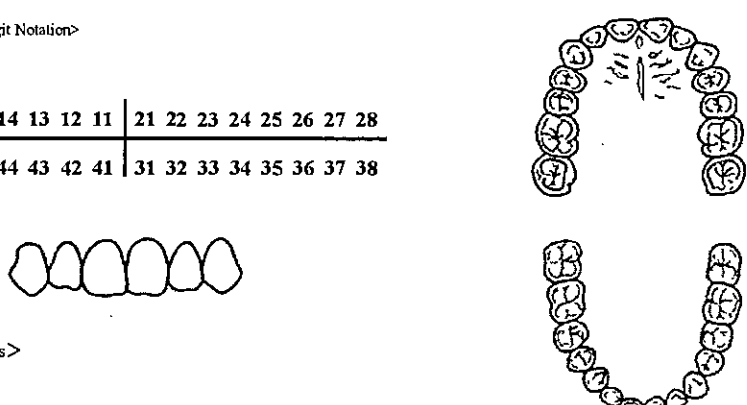
中国衛生部国家食品薬品監督管理局によって、歯科技工所を開設するには医療器械生産企業許可証の取得が義務付けられるとともに、補てつ物等を作成するには医療器械商品登録証の取得が義務付けられており、補てつ物等の安全性の確保に努めている。

<参考文献>

- 1 「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 8 日付け医政歯発第 0908001 号厚生労働省医政局歯科保健課長通知)
- 2 「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」(平成 22 年 3 月 31 日付け医政歯発 0331 第 1 号厚生労働省医政局歯科保健課長通知)
- 3 「食品のトレーサビリティシステム導入の手引き」(農林水産省食品トレーサビリティシステム導入の手引き改訂委員会)
- 4 「歯科技工所の構造設備基準及び歯科技工所における歯科補てつ物等の作成等及び品質管理指針について」(平成 17 年 3 月 18 日付け医政発 0318003 号厚生労働省医政局長通知)
- 5 「歯科補綴物の多国間流通に関する調査研究 (平成 20・21 年度厚生労働科学研究費補助金)」
- 6 「産業廃棄物管理票マニフェスト」(日本産業廃棄物処理振興センター)
- 7 National Association of Dental Laboratory: The document is for submission for the October 1st 2007 meeting of the Interagency Working Group on Import Safety. Retrieved September 10, 2007
- 8 National Association of Dental Laboratory: Food and Drug Administration and Federal Government Officials Explore Oversight of the Dental Laboratory Industry、 NADL Responds with Best Practice Guidelines and Recommendations. Retrieved October 2007.

補てつ物管理票
 <Dental prosthesis label for the traceability>

<資料>

	発行(委託)日 【date of order】	患者名/カルテ番号等 【name of patient/case-record No.】																																	
	歯科医療機関名 【name of clinic】	歯科医師名 【name of dentist】	印 signature																																
	歯科医療機関住所 【address of clinic】	〒<zip>	電話番号 【phone num.】																																
	補てつ物名 【type of prosthesis】																																		
	製品名 【name of product】	製造販売業者名 【name of manufacture / distributor】	使用材料名 【names of materials】																																
	1																																		
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
1	設計及び作成方法 【Instruction for design and fabrication】 <by FDI Two-Digit Notation> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">18</td><td style="padding: 2px;">17</td><td style="padding: 2px;">16</td><td style="padding: 2px;">15</td><td style="padding: 2px;">14</td><td style="padding: 2px;">13</td><td style="padding: 2px;">12</td><td style="padding: 2px;">11</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">21</td><td style="padding: 2px;">22</td><td style="padding: 2px;">23</td><td style="padding: 2px;">24</td><td style="padding: 2px;">25</td><td style="padding: 2px;">26</td><td style="padding: 2px;">27</td><td style="padding: 2px;">28</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">48</td><td style="padding: 2px;">47</td><td style="padding: 2px;">46</td><td style="padding: 2px;">45</td><td style="padding: 2px;">44</td><td style="padding: 2px;">43</td><td style="padding: 2px;">42</td><td style="padding: 2px;">41</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">31</td><td style="padding: 2px;">32</td><td style="padding: 2px;">33</td><td style="padding: 2px;">34</td><td style="padding: 2px;">35</td><td style="padding: 2px;">36</td><td style="padding: 2px;">37</td><td style="padding: 2px;">38</td> </tr> </table>  <備考:remarks>			18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																				
	委託先名 【name of commission】	担当者名 【name of personnel contact】																																	
	委託先住所 【address of commission】	〒<zip>	電話番号 【phone num.】																																
	歯科技工所等名 【name of laboratory】	作業責任者名 【name of supervisor】	印 signature																																
	歯科技工所等住所 【address of laboratory】	〒<zip>	電話番号 【phone num.】																																
	受取日 【date received】	最終確認日 【date finally evaluated】	発送日 【shipping date】																																
	作業日 【date of working】	作業内容 【working】																																	
2	使用材料の組成 【composition of materials】		認証番号等 【approval num.】																																
	1		ロット番号/製造番号等 【lot num. / serial num.】																																
	2																																		
	3																																		
	4																																		
	5																																		
	特記事項 【special remarks】																																		
1	納品日 【date returned】	歯科医師名 【name of dentist】	印 signature																																
	特記事項 【special remarks】																																		

*1 1は歯科医療機関が、2は歯科技工所等が記入すること。なお、書ききれない場合は複写して2枚目以降に添付すること。
 Dentists have to fill all the necessary items in the section 1 (clinic part). The workers in the first laboratory, in the section 2 (laboratory part).
 In case that additional label is needed, fill necessary items in the copy of this label.

*2 歯科医療機関記入欄については、歯科技工指示書等の写しを裏面に添付しても差し支えない。

*3 歯科技工所等記入欄については、歯科技工録の写し等を裏面に添付しても差し支えない。
 Instead of section 2, laboratory record of dental prosthesis is available.
 In that case, please attach the copy to the back of this label.

*4 使用材料(使用材料の組成等)に関する書類は裏面に添付すること。
 Please attach any documentation regarding the materials (composition of materials) to the back side of this label.

医政発0926第1号

平成23年9月26日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

歯科医療の用に供する補てつ物等の安全性の確保について

歯科技工の業務については歯科技工士法（昭和30年法律第168号）等により適正に運用されるように規律し、もって歯科保健医療の普及及び向上を図っているところであるが、近年、歯科医療技術の進展、物流システムの発展に伴う補てつ物の作成過程の多様化・複雑化により、歯科医療の用に供する補てつ物等（以下「補てつ物等」という。）の安全性について関心が高まってきている。

こうした中、補てつ物等の作成等について不適切な取扱いが見られることから、下記のとおり示すこととしたので、貴管内及び管下の市町村（特別区を含む）、関係機関、関係団体等に周知するとともに、貴管下の歯科医療従事者等に対して周知の徹底及び遵守の要請を図られたい。

記

歯科技工士法第18条及び歯科技工士法施行規則（昭和30年厚生省令第23号）第12条により、補てつ物等の作成等は歯科医師の指示書に基づき行われなければならないこととされており、これは通常、委託という契約形態によって行われているところである。

この際、治療にあたる歯科医師から補てつ物等の作成又は加工することを指示された者が、当該歯科医師の指示していない第三者へ補てつ物等の作成又は加工を依頼することは、いわゆる補てつ物等の作成等の再委託にあたり、これは当該歯科医師の指示書に基づかない歯科技工が行われることとなるため認められないこと。

医政歯発1111第1号
平成23年11月11日

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

歯科技工所の開設届出に関する証明書等について

歯科技工所の開設にあたっての届出については、歯科技工士法（昭和30年法律第168号）第21条第1項の規定により、歯科技工所を開設した者は、開設後十日以内に、開設の場所、管理者の氏名その他厚生労働省令で定める事項を歯科技工所の所在地の都道府県知事（その所在地が保健所を設置する市又は特別区の区域にある場合にあつては、市長又は区長。）に届けなければならないとされている。

歯科技工所が歯科医師等から開設届出の確認を求められた場合の証明する手段として、開設届出に関する証明書を発行する、開設届出の際に原本を受理して副本を交付する等、各都道府県等において対応いただいているところである。

今般、厚生労働省として、別紙のとおり「歯科技工所の開設届出に関する証明書」の様式を作成したので、開設届出に関する証明書等の様式を定めていない場合は本様式を参考にして、開設届出に関する証明書を発行する等、適切に対応するよう努めていただきたい。

(別 紙)

歯科技工所の開設届出に関する証明書

歯科技工士法第21条第1項の規定により、下記の歯科技工所の開設を届けたことを証します。

- 1 歯科技工所の名称
- 2 開設者の氏名又は名称
- 3 開設の場所

発行年月日

年 月 日

保健所名

印

医政歯発 1028 第 1 号
平成 23 年 10 月 28 日

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

歯科技工士法第 26 条に係る運用について

歯科技工士法（昭和 30 年法律第 168 号）第 26 条に規定されている「広告」の解釈について、各保健所により対応が異なり、現場で混乱が生じているところである。

今般、標記に係る円滑な運用に資するため、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的な助言として、同法における広告とならない具体例を以下に示すので、留意されたい。

記

1. あらかじめ同意の得られている者に対して送付されるダイレクトメール、ファクシミリ、Eメール、チラシ、パンフレット
2. 歯科技工所に関するホームページ等
3. 専門誌等で発表される学術論文、学会における研究発表
4. 歯科技工所の職員募集に関するもの

ただし、上記 2 に該当するものであっても、バナー広告、検索サイト上で検索した際にスポンサーとして表示されるもの等、また、上記の 3, 4 に該当するものであっても、あらかじめ同意の得られていない医療機関関係者に対して送付される場合は、広告に該当するおそれがある。

平成24年度看護職員関係予算案の概要

1. 看護職員の資質向上対策

(1) チーム医療の総合的な推進

- ① 看護業務の安全性等検証事業 162百万円

新規 多様な職種が互いに連携・補完する「チーム医療」を推進し、患者の状況に的確に対応した医療の提供が必要であるため、専門的な臨床実践能力を有する看護師が医師の包括的指示を受け、看護業務を実施できる仕組みの構築に向け、業務の安全性や効果の検証を行う。

ア) 在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業（在宅医療分野）

日本再生重点化措置要望額 70百万円

イ) チーム医療推進のための看護業務の安全性等検証事業（在宅医療分野以外） 92百万円

- ② 看護職員専門分野研修事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
高度な技術を有する認定看護師の養成研修等に対する支援を行う。
- ③ 協働推進研修事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
医師と看護師等との協働と連携を促進するための看護師等の研修等に対する支援を行う。

(2) 看護職員の資質向上推進事業

- ① 新人看護職員研修事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
新人看護職員研修ガイドラインによる研修体制の充実を図るため、新人看護職員研修に係る経費や、教育担当者に対する研修などの研修体制の充実に必要な研修に係る経費への支援を行う。
- ② 専門分野（がん・糖尿病）における質の高い看護師の育成 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
がん及び糖尿病の患者の看護ケアを充実するため研修を行う。
- ③ 看護教員等の養成支援 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
看護教員の質の向上と確保を図るため、看護教員養成講習会、実習指導者講習会及び看護教員の経験に応じた継続研修に対する支援を行う。

(3) 訪問看護の推進（訪問看護推進事業）

※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数

訪問看護を推進するため、地域において訪問看護推進協議会の設置、訪問看護ステーション間の研修に対する支援、在宅医療や訪問看護の普及に対する支援を行う。

2. 看護職員の離職の防止・復職の支援対策

(1) 看護職員等の勤務環境の改善に向けた支援

- ① 病院内保育所運営事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
子供を持つ看護職員や女性医師などの離職防止及び復職支援のため、病院内保育所（民間）の運営（24時間保育、病児等保育等を含む）に対する支援を行う。
- ② 医療現場での勤務環境の改善に向けた取組の推進 52百万円
新規 都道府県労働局に専門のコンサルタントを配置し、看護師等の労務管理等の改善についての相談支援を実施するとともに、先進的な取組や好事例等の収集やその普及・啓発を推進する。
- ③ 看護職員の就労環境改善事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
拡充 「雇用の質」向上のため、多様な勤務形態の導入など就労環境改善のための取組に対する支援に加え、看護業務の効率化や職場風土改善等についての病棟師長等への研修事業に対する支援を行う。

(2) 看護職員確保対策の総合的推進

- ① 看護職員確保対策特別事業（団体分） 66百万円
- ② 看護職員確保対策特別事業（都道府県分） ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
看護職員の離職防止対策をはじめとした総合的な看護職員確保対策に関する取組に対する支援を行う。
- ③ 院内助産所・助産師外来助産師等研修事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
院内助産所・助産師外来の医療機関管理者及び助産師への研修に対する支援を行う。

(3) 潜在看護職員の復職支援等

- ① 中央ナースセンター事業 114百万円
求人・求職情報の提供などの潜在看護職員の再就業の促進を図るナースバンク事業等に対する支援を行う。
- ② 潜在看護職員等復職研修事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数
潜在看護職員の復職を促進するための臨床実務研修等に対する支援を行う。

3. 養给力（看護学生の育成）の確保対策

(1) 看護師等養成所運営事業 4,509百万円

看護師等養成所（民間立）の運営に対する支援を行う。

※看護師養成所修業年限延長促進事業、助産師養成所開校促進事業、看護師養成所2年課程（通信制）導入促進事業含む

(2) 看護教員等の養成支援（再掲） ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数

(3) 看護教員養成支援事業（通信制教育）改善経費 67百万円

新規 看護学生の養成を担う看護教員の質と量の双方の充実に向け、未受講教員の解消を図るため、通信教育（eラーニング）を活用するための基盤整備を行う。

4. その他

(1) 設備整備事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数

- ① 看護師等養成所初度設備整備・教育環境改善設備整備事業（公的立及び民間立分）
- ② 院内助産所・助産師外来設備整備事業（公的立及び民間立分）

(2) 施設整備事業（施設環境等改善） 医療提供体制施設整備交付金39億円の内数

- ① 病院内保育所施設整備事業、院内助産所・助産師外来施設整備事業（公的立及び民間立分）
- ② 看護師勤務環境改善施設整備事業、看護師宿舍施設整備事業（民間立分）

(3) 施設整備事業（看護師等養成所等） ◎ 地域自主戦略交付金6,754億円の内数

- ① 看護師等養成所施設整備・修業年限延長整備事業（民間立分）
- ② 看護教員養成講習会施設整備事業（公的立及び民間立分）

(4) 経済連携協定に伴う外国人看護師受入関連事業

- ① 外国人看護師受入支援事業・外国人看護師候補者学習支援事業 153百万円
- ② 外国人看護師候補者就労研修支援事業 ※ 医療提供体制推進事業費補助金250億円の内数

※ 医療提供体制推進事業費補助金：250億円

都道府県が行う看護職員等確保対策、救急医療対策、地域医療確保対策、設備整備関係事業をメニュー化事業間で融通可能（都道府県が自主性・裁量性を発揮し重点化可能）

◎ 地域自主戦略交付金【内閣府所管】：6,754億円の内数

地域の自主裁量を拡大するため、平成23年度に各府省所管の地方向け補助金等の一部を内閣府予算として計上する「地域自主戦略交付金」を創設。（地域自主戦略大綱 平成22年6月閣議決定）

看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書(概要)

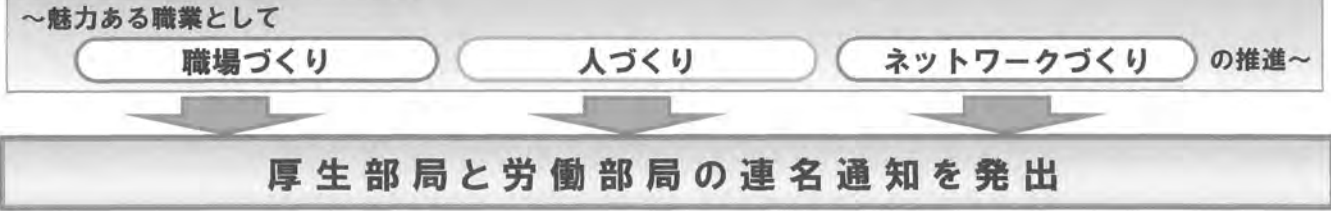
PTの設置・検討の経過

- 新成長戦略(22年6月18日閣議決定)
「医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として位置付け」「質の高い医療・介護サービスを安定的に提供できる体制を整備」
- 看護師等は、夜勤を含む交代制などにより、厳しい勤務環境に置かれている者も多い → 「雇用の質」の向上が喫緊の課題
- 大臣指示(22年11月30日)を受け、PTを設置
→ 医政局・労働基準局・職業安定局・保険局の局長及び関係課長がメンバー
・PT開催 第1回：平成22年12月21日、第2回：平成23年5月17日
・病院、専門家、関係団体等に対して、勤務環境の現状・課題等についてヒアリングを実施

基本的な考え方

- 看護業務が「就業先として選ばれ、健康で生きがいを持って能力を発揮し続けられる職業」となることが求められ、それなくして、持続可能な医療提供体制や医療安全は望めない。
- 厚生部局と労働部局が共通認識を持ちながら、総合的に看護師等の勤務環境の改善等に向けて可能なものから取り組む。
- 厚生労働行政としては、関係団体との密接な連携の下、医療界の主体的取組の幅広い展開や効果的な促進等の取組を実施。(23年度の取組：別添)
- 共同の取組は、本年度から速やかに開始し、フォローアップを行いながら、24年度以降も継続実施する。

具体的な取組



～魅力ある職業として「職場づくり、人づくり、ネットワークづくりの推進」～ (別添)

	職場づくり	人づくり	ネットワークづくり
現状・課題	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師長等の経験に依存した労働時間等管理 ・看護師に委ねられる事務量の増加 ・育児等との両立の困難さ → 離職の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・質と量の両面における人材確保 ・継続的なキャリア形成支援の必要性 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域レベルにおける医療行政、労働行政及び関係者の新たなネットワークづくりの必要性
23年度の取組	<p>【医療機関の取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 労働時間管理者の明確化 ◆ 申し送りの改善 ◆ 雇用制度、保育施設、職場風土の改善 <p>【行政の取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 労働時間設定改善コンサルタントによる支援・研修の実施 ◆ 業務改善取組事例や多様な働き方の導入に関する好事例の情報提供・管理者研修への支援 ◆ 保育施設への財政的支援 	<p>【医療機関の取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 新人看護師への研修内容等の充実 ◆ 求職者への効果的な情報提供 <p>【行政の取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 新人看護師から専門性の高い看護師の養成までの体系的な支援 ◆ 潜在看護職員復職研修事業の実施 ◆ ハローワークやナースセンターの利用促進 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 都道府県労働局、都道府県、関係団体、地域住民等による協働の枠組みを構築 ↓ 地域の医療従事者の勤務環境改善等に取り組む恒常的な連絡協議の場として育成

- 今後の課題**
- 23年度の取組のフォローアップを行い、24年度以降も、PT構成部局等の有機的な連携による取組を強化・継続。
 - 医師をはじめ医療従事者全体の勤務環境の改善に向けた課題と対応に関する幅広い知見の収集・分析。
 - 中医協において、看護師等を含めた病院医療従事者の負担軽減策に関し、平成24年度診療報酬改定に向けて検討。

看護職員就業状況等実態調査（概要）

I. 調査の概要

1. 調査目的：本調査は、少子高齢化の進行及び今後増加する医療ニーズに対応した看護職員の定着促進、離職者の再就業支援等の課題を把握するとともに今後の在り方を検討するため、看護職員について就業者と離職者の状況等を把握することを目的として実施
2. 調査時期：平成22年8月から平成23年1月
3. 調査対象：保健師、助産師、看護師及び准看護師の免許を有する者（以下「看護職員」という。）
4. 調査方法：各都道府県を通じて、看護師等学校養成所の卒業生に対して質問紙調査を実施。20歳代から50歳代までを同数抽出
5. 調査対象数：調査対象数 39,134人、有効回答数 20,388人（52.1%）

看護職員として就業している	17,384人	(85.3%)
看護職員として就業していない	3,004人	(14.7%)
（内訳）看護職員以外の仕事に就いている	979人	(4.8%)
（内訳）仕事に就いていない	2,025人	(9.9%)

II. 調査結果のポイント

括弧内の頁数及び図表番号は調査結果資料の頁数等である。

1. 看護職員として就業している者の状況

1) 雇用形態及び勤務体制

- 現在の雇用形態は、「正社員」（82.4%）が最も多く、次いで「パート・アルバイト」（11.8%）、「短時間正社員」（1.1%）、「派遣」（0.2%）であった。（p. 9、図1）勤務体制については、「3交代制」、「2交代制」が合わせて50.0%、「日勤のみ」43.4%、「夜勤のみ」0.3%であった。（p. 10、表16）

2) 就業継続の予定とその理由

- 就業継続の予定については「現在の施設で看護職員として働きたい」（64.0%）が最も多く、次いで「他施設で看護職員として働きたい」（17.2%）、「看護職員以外として働きたい」（3.4%）、「仕事はしない」（1.4%）であった。（p. 14、図6）
- 「現在の施設で看護職員として働きたい」と回答した者について、その理由は「通勤が便利だから」（51.9%）が最も多く、次いで「人間関係がよいから」（39.2%）、「勤務時間が希望にあっているから」（26.2%）であった。（p. 15、図8）
- 「他施設で看護職員として働きたい」と回答した者について、その理由は、「他施設への興味」34.1%が最も多く、次いで「給与に不満があるため」（31.1%）、「休暇がとれない・とりづらいため」（24.5%）であった。（p. 16、図9）

- 「看護職員以外として働きたい」と回答した者の理由は、「他分野(看護以外)への興味」(45.9%)、「責任の重さ・医療事故への不安があるため」(37.3%)、「仕事はしない」と回答した者については、「休暇がとれない・とりづらいため」(24.3%)「責任の重さ・医療事故への不安があるため」(20.6%)であった。(p. 16、図9)

2. 看護職員として就業していない者の再就職希望

1) 今後の再就職希望

- 今後の再就職希望については、「看護職員として働きたい」(36.1%)が最も多く、次いで「未定」(24.0%)、「看護職員以外として働きたい」(19.6%)、「就職希望なし」(17.5%)であった。(p. 17、図10)
なお、「看護職員として働きたい」の割合は、離職期間が「1年未満」で61.4%、「1年～3年未満」では51.6%であるが、5年以上では40%未満に低下していた。(p. 17、図10)
- また、看護職員としての通算就業年数が「1年未満」の者では、「看護職員として働きたい」(22.8%)に比べ、「看護職員以外として働きたい」が49.7%と高かった。(p. 18、図11)

2) 希望する雇用形態と勤務体制

- 看護職員として働きたいと回答した者が希望する雇用形態は、「パート・アルバイト」(48.0%)が最も多く、次いで「正社員」(30.4%)、「短時間正社員」(18.8%)であり、短時間勤務を希望する割合が正社員を希望する割合を上回った。また、勤務体制については「日勤のみ」が85.2%を占め、「交代勤務(2交代制・3交代制)」を希望する者は11.4%であった。(p. 20、表23)(p. 21、表25)

3) 再就職に関して抱く不安と求職の状況

- 再就職に関して抱く不安については、「最新の看護の知識・技術に対応できるか」(33.4%)が最も多く、次いで「家事・子育てと両立できるか」(32.6%)であった。なお、離職期間が長いほど、前者の不安の割合が高かった。「不安はない」は3.0%であった。(p. 22、表26)
- 再就職時の研修を「希望する」が76.1%であり、研修を希望する場所は「就職する施設」が88.9%であった(p. 25、表29)(p. 25、図18)。

3. 退職経験のある者の退職理由及び再就職状況

1) 退職理由

- これまでに退職経験のある者の退職理由は、「出産・育児のため」(22.1%)が最も多く、「その他」(19.7%)、次いで「結婚のため」(17.7%)、「他施設への興味」(15.1%)であった。(p. 28、図24)

2) 再就職の状況

- これまでに再就職をしたことがある者が再就職先を探す際に利用した施設等は、「友人・知人による紹介」(26.7%)が最も多く、「ハローワーク」(22.1%)、「ナースセンター」(10.2%)であった。(p. 34、図 30)
- これまでに再就職をしたことがある者が再就職先を選んだ理由としては、「通勤が便利だから」(56.5%)が最も多く、次いで「勤務時間が希望に合っているから」(51.0%)、「短時間勤務ができるから」(20.4%)であった。(p. 30、図 26)
- 再就職時の雇用形態については、「パート・アルバイト」(48.5%)が最も多く、次いで「正社員」(39.7%)であり、「短時間正社員」は2.7%にとどまった。(p. 34、図 31)

〔調査結果を踏まえた今後の看護職員就業支援〕

- ・ 看護職員として就業している者の就業継続の予定は、「現在の施設で働きたい」が64.0%で最も多いが、他施設での就業や離職を希望する者もいることから、定着促進に向けた取組み強化が課題
- ・ 看護職員として就業していない者で看護職員の通算就業年数が1年未満の者は「看護職員以外として働きたい」の回答が多く、新人看護職員の定着促進も課題
- ・ 看護職員として再就職を希望する者の雇用形態の希望は、「パート・アルバイト」及び「短時間正社員」で66.8%であり、再就職を可能とするための多様な勤務形態の導入が必要
- ・ 看護職員として再就職を希望する者のうち、再就職に関して不安を持つものが9割以上。再就職時の研修を希望する者は76.1%であり、再就職に向けた支援も必要
- ・ 再就職をした者が再就職先を選んだ理由は、通勤の利便性や勤務時間に関するものが多く、ワーク・ライフバランスを考慮した再就職支援が重要

表 1

平成 24 年度専任教員養成講習会開催予定一覧

都道府県	開催予定期間	定員(人)
北海道	平成 24 年 5 月 ~ 平成 25 年 2 月	40
茨城県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 3 月	30
栃木県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 3 月	30
群馬県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 2 月	20
埼玉県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 1 月	40
東京都	平成 24 年 5 月 ~ 平成 25 年 3 月	45
神奈川県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 3 月	40
長野県	平成 24 年 5 月 ~ 平成 24 年 3 月	30
石川県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 12 月	30
愛知県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 25 年 3 月	45
滋賀県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 12 月	35
大阪府	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 1 月	60
兵庫県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 12 月	25
和歌山県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 12 月	25
広島県	平成 24 年 5 月 ~ 平成 25 年 1 月	36
山口県	平成 24 年 6 月 ~ 平成 25 年 2 月	35
福岡県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 12 月	55
熊本県	平成 24 年 4 月 ~ 平成 24 年 12 月	30
合計		651

(平成 23 年 12 月 22 日現在)

平成 24 年度教務主任養成講習会開催予定一覧

都道府県	開催予定期間	定員(人)
福岡県	平成 24 年 5 月 ~ 平成 24 年 11 月	30

(平成 23 年 12 月 22 日現在)

表2

平成16～23年度 専任教員養成講習会定員数
 (平成22年度までは「看護教員養成講習会」として実施)

都道府県	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
北海道	50	50	50	50	50	50	45	40
青森県								
岩手県								
宮城県				30				
秋田県								
山形県								
福島県	40					40		
茨城県			30					
栃木県								
群馬県	30			30	30			
埼玉県	45							
千葉県		30				30	30	
東京都	50	45	45	45	45	45	45	45
神奈川県	40	40	40	40	40	40	40	40
新潟県								
富山県								
石川県								30
福井県								
山梨県								
長野県					30			
静岡県		45		30				30
岐阜県		35		35		35		30
愛知県	30	30	30	35	35	35	45	45
滋賀県		45						
三重県				30				30
京都府				45			45	60
大阪府	70	56	70	70	80	89	80	
兵庫県	50		40		40		35	
奈良県								
和歌山県								
鳥取県								
島根県								
岡山県								
広島県	35		35		35	30	35	35
山口県			35					
徳島県								
香川県								
愛媛県								
高知県								
福岡県	45	45	45	45	45	45	55	55
佐賀県								
長崎県						30		
熊本県								
大分県				30	34			
宮崎県								
鹿児島県								
沖縄県						40		
旧看護研修 研究センター*	105	105	120	120	120	120	—	—
合計	590	526	540	635	614	629	455	440

* 保健師養成所教員専攻は除く

平成24年度看護師等養成所の開校等の予定について

平成24年4月1日開校等を予定している看護師等養成所について、下記のとおり指定及び変更承認をしたのでお知らせします。

(平成23年12月22日現在)

【看護師養成所】

看護師養成所（3年課程全日制）新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
北海道	北海道看護専門学校（仮称）	札幌市中央区南2条西11丁目328番7	80	学校法人札幌青葉学園
栃木県	那須看護専門学校	栃木県那須塩原市前弥六島原54-1	40	社会医療法人博愛会
埼玉県	さいたま看護専門学校	埼玉県さいたま市緑区三室1261-1	40	公益社団法人地域医療振興協会
静岡県	JA静岡厚生連するが看護専門学校（仮称）	静岡県富士市中之郷2500-1	35	静岡県厚生農業協同組合連合会
滋賀県	草津看護専門学校	滋賀県草津市矢橋町1660番地	40	社会医療法人誠光会
大阪府	大阪医専	大阪市北区大淀中1丁目10番3号	40	学校法人モード学園
福岡県	おばせ看護学院	福岡県京都郡苅田町新津1598番地	40	社会医療法人陽明会

看護師養成所（2年課程通信制）新設

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
大阪府	学校法人大阪滋慶学園 大阪保健福祉専門学校	大阪市淀川区宮原1丁目2番47号	250	学校法人大阪滋慶学園

看護師養成所（3年課程全日制）定員変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
東京都	東京都北多摩看護専門学校	東京都東大和市桜が丘3丁目44番10号	80→120	東京都
大阪府	学校法人大阪滋慶学園大阪保健福祉専門学校	大阪市淀川区宮原1丁目2番47号	40→80	学校法人大阪滋慶学園
兵庫県	財団法人尼崎健康・医療事業財団看護専門学校	尼崎市水堂町3丁目15番20号	40→70	財団法人尼崎健康・医療事業財団
高知県	龍馬看護ふくし専門学校	高知県高知市北本町1丁目5番3号	40→60	学校法人龍馬学園
福岡県	麻生看護医療専門学校	福岡県飯塚市芳雄町3番83号	45→60	学校法人麻生塾
熊本県	九州中央リハビリテーション学院	熊本県熊本市本山3丁目3番84号	40→80	学校法人立志学園

看護師養成所（3年課程全日制）設置者変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
千葉県	千葉中央看護専門学校	千葉県中央区南町1丁目5番18号	28	医療法人社団誠馨会
佐賀県	医療福祉専門学校 緑生館	佐賀県鳥栖市西新町1428番566号	40	学校法人緑生館
沖縄県	学校法人湘央学園 浦添看護学校	沖縄県浦添市当山二丁目30番1号	80	学校法人湘央学園

看護師養成所（2年課程）設置者変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
佐賀県	医療福祉専門学校 緑生館	佐賀県鳥栖市西新町1428番566号	50	学校法人
沖縄県	学校法人湘央学園 浦添看護学校	沖縄県浦添市当山二丁目30番1号	20	学校法人湘央学園

看護師養成所（3年課程全日制）課程変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
北海道	中村記念病院付属看護学校	北海道札幌市南区石山2条9丁目7番1号	40	医療法人医仁会
群馬県	洪川看護専門学校	群馬県洪川市金井356番地	40	社団法人洪川地区医師会
滋賀県	華頂看護専門学校	滋賀県大津市大萱7丁目7番2号	30	医療法人華頂会

看護師養成所（2年課程通信制）課程変更

都道府県	養成所名	所在地	1学年定員	設置者
埼玉県	深谷大里看護専門学校	埼玉県深谷市新成749番1号	200	学校法人藍香学園

平成23年度新人看護職員研修事業の状況

No	都道府県名	新人看護職員研修事業				医療機関受入研修事業				都道府県実施事業						
		施設数	新人職員数		受入施設数	受入人数	多施設合同研修事業		研修責任者等研修事業			新人看護職員研修推進事業				
			保健師研修実施施設数	助産師研修実施施設数			新人助産師数	新人看護師数	新人助産師合同研修	新人看護師合同研修	研修責任者研修	教育担当者研修	実地指導者研修	協議会	アドバイザー派遣	
1	北海道	138	4	21	1,897	21	49	18	88	○	×	○	○	○	×	×
2	青森県	25		4	283		8			×	×	○	○	×	×	×
3	岩手県	33	1	4	244	2	7			×	○	○	○	○	×	×
4	宮城県	32			503			1	6	×	○	○	×	×	×	×
5	秋田県	27	1	2	293	4	3			×	○	○	○	○	×	×
6	山形県	26	1	7	246	2	13	3	5	×	×	○	○	×	×	×
7	福島県	36		6	528		11	6	46	×	×	○	○	×	×	×
8	茨城県	47		8	763		26	9	58	×	○	○	○	○	×	○
9	栃木県	25	1	6	550	1	22	2	36	×	○	○	○	○	×	×
10	群馬県	54	1	6	594	1	16			×	○	○	×	○	○	○
11	埼玉県	125		16	1,866		62	18	117	×	○	○	○	○	×	○
12	千葉県	67	3	17	1,469	9	43	10	36	○	○	○	○	×	×	×
13	東京都	135	4	17	4,220	6	103	8	67	×	×	○	×	×	×	○
14	神奈川県	116		8	2,501		33	14	82	×	○	○	×	○	○	×
15	新潟県	46	1	10	579	1	24	4	7	×	×	×	×	×	×	×
16	富山県	23	1	6	336	1	11	3	19	×	×	○	○	○	○	×
17	石川県	33	1	2	443	1	5	5	40	×	×	○	○	×	×	×
18	福井県	13			242					×	×	○	○	×	○	×
19	山梨県	15	1	1	272	1	3			×	○	○	×	×	×	×
20	長野県	33	1	8	567	5	18	11	68	○	○	×	○	○	○	○
21	岐阜県	31	2	2	533	3	3	1	20	×	×	○	○	○	×	×
22	静岡県	54	1	10	960	1	30	7	39	×	○	○	○	×	×	×
23	愛知県	72		6	2,113		15	5	35	○	○	○	○	○	×	○
24	三重県	40		7	601		18	6	14	○	○	○	○	○	○	○
25	滋賀県	26			502			4	36	×	×	○	○	×	○	○
26	京都府	66		10	1,029		28	14	46	○	○	○	○	○	×	○
27	大阪府	151			3,053			30	263	×	×	○	×	×	×	×
28	兵庫県	112	1	18	1,806	1	40	16	68	×	○	○	○	○	×	×
29	奈良県	25	1	2	405	2	7	1	3	×	○	○	○	○	×	×
30	和歌山県	23		5	321		8	3	11	×	×	○	×	×	×	×
31	鳥取県	19			235			2	4	×	×	○	○	○	×	×
32	島根県	20	1	3	247	3	6	2	7	×	○	○	○	○	○	×
33	岡山県	31		2	578		9	2	17	×	×	○	○	×	×	×
34	広島県	62		8	983		27	19	74	○	○	○	○	○	○	○
35	山口県	31		4	497		13	6	8	×	×	×	○	○	×	×
36	徳島県	19		1	207		1	2	12	×	○	○	×	×	○	×
37	香川県	20		2	209		4			○	○	○	×	×	○	×
38	愛媛県	33			363			5	15	×	×	○	○	×	○	×
39	高知県	20			221			4	24	×	×	×	×	×	○	×
40	福岡県	127	1	8	2,369	1	21	24	222	×	×	○	×	○	○	×
41	佐賀県	27			320					×	×	○	×	×	×	×
42	長崎県	43		2	467		2	5	42	×	×	○	×	×	×	×
43	熊本県	50		4	542		26	8	61	×	×	○	○	○	×	×
44	大分県	41			324			6	28	×	×	○	×	×	×	×
45	宮崎県	26		1	264		2	6	27	×	○	○	○	○	○	×
46	鹿児島県	59		6	417		15			×	×	○	×	○	○	×
47	沖縄県	32			457			4	35	×	×	○	×	×	×	×
	合計	2,309	28	250	38,419	66	732	294	1,786	8	22	43	30	24	16	10

平成23年12月16日現在

医療支援のための情報共有サイト

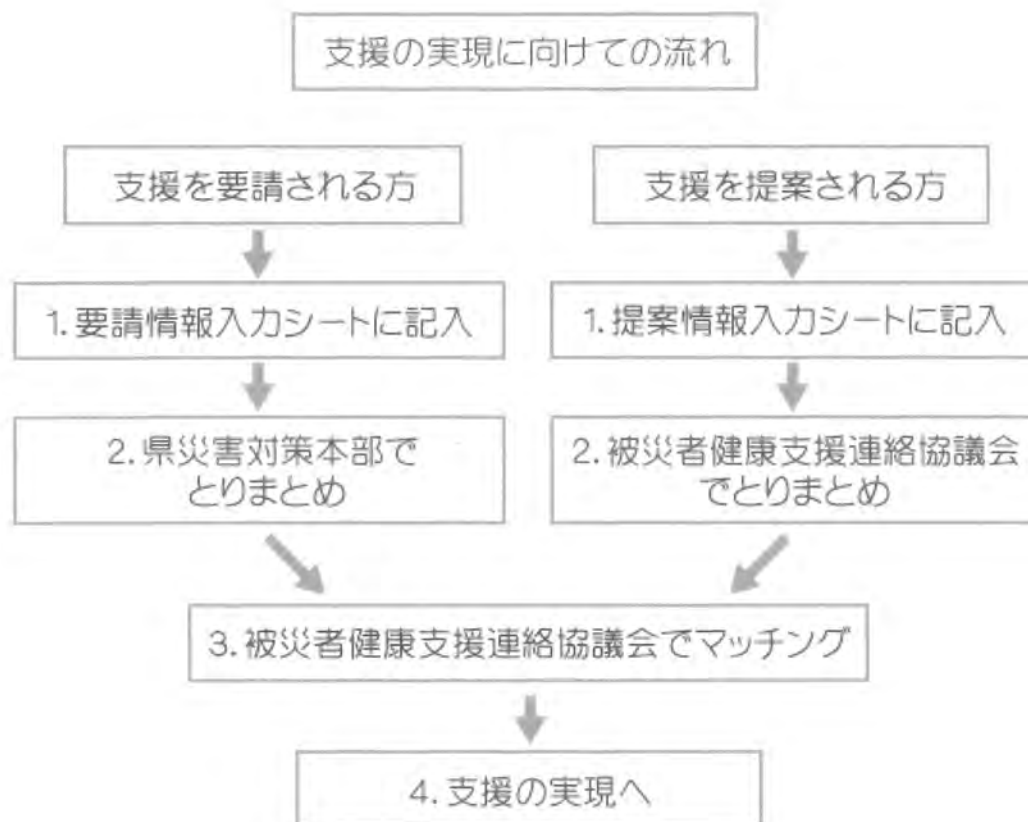
[ホーム](#) | [支援の要請](#) | [支援の提案](#) | [支援の実績](#)

本サイトは、被災者健康支援連絡協議会が、被災地の医療機関に対して、医師派遣の調整を行うために構築したものです。医療機関から各県の災害対策本部に提出され、とりまとめられた支援要請情報について、被災者健康支援連絡協議会が、全国の大学から寄せられた支援提案情報の中から適合する候補のマッチングを行います。

支援の要請 : 支援の要請を希望する場合は、こちらにお入りください。

支援の提案 : 支援の提案を行う場合は、こちらにお入りください。

支援の実績 : 今までに実施された支援の事例を参照できます。



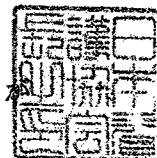
[被災者健康支援協議会 参加団体リスト \(PDF: 156KB\)](#)



日看協発第 491 号
平成 23 年 11 月 22 日

様

公益社団法人 日本看護協会
会 長 坂 本 す 木



東日本大震災における被災地看護職員確保のための
「eナースセンター」活用について（ご依頼）

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より本会事業に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、東日本大震災から8か月以上経過する中で、福島県をはじめとする被災県内の医療機関等においては、医療従事者の人材不足が深刻な問題となっております。

同様の問題は病院のみならず介護施設、訪問看護ステーション等においても生じており、本会にも看護職確保の支援が欲しいという声が寄せられ、被災地における看護職の人材確保は喫緊の問題と捉えております。

そこで、本会では被災地の看護職員確保支援のために、都道府県ナースセンターが実施するナースバンク（無料職業紹介事業）のインターネットサイト「eナースセンター」の機能を活用して、被災県の求人・求職に関する情報を掲載する予定です。今後も継続して47都道府県ナースセンター（ナースバンク）と連携しながら、全国規模で看護職の確保支援活動を強化してまいりたいと思います。

つきましては、貴団体・関係医療機関におかれましても、上記趣旨をご理解いただき、協力を賜りますようお願いいたします。

記

【添付資料】

・求人求職インターネットサイト

「eナースセンター」のトップページ資料

担当部署】公益社団法人 日本看護協会
東日本大震災復旧復興支援室（齊藤美恵）

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2

TEL:03-6704-8801（直通）/FAX:03-5778-5602

E-mail: fukkoshien@nurse.or.jp

被災県看護職員確保のための「e-ナースセンター」活用について

都道府県ナースセンターが実施しているナースバンク(無料職業紹介事業)のインターネットサイト「e-ナースセンター」(<https://www.nurse-center.net/nccs/>)の情報発信機能を利用し、被災県の求人情報を掲載し、広く就業希望者を募ります。

◇掲載例

「e-ナースセンター」TOPページ「お知らせ」欄に掲載します。



【TOP ページ画面】

お知らせ

クリック

2011/11/18 被災県における求人情報について
2011/10/15 システムメンテナンスのお知らせ

【拡大図】

被災県における看護職員確保支援について

東日本大震災から8ヵ月以上経過しておりますが、被災3県(岩手県、宮城県、福島県)においては、看護職員の確保が困難な状況が続き、深刻な問題となっております。全国のナースセンターでは、被災県の看護職員確保支援のために連携・協力しております。
被災県内で現在看護職員が不足している医療機関等の求人情報を特設情報として本欄にて掲載いたします。
下記求人への就業を希望される方、詳細情報をお知りになりたい方は、それぞれの求人情報の担当ナースセンターもしくはご登録のナースセンターへご連絡ください。なお、求人情報は随時更新いたします。

【岩手県ナースセンター担当】

No.	求人施設名	名称(就業場所)	施設種	業務形態	勤務形態	給与形態	勤務時間
1	大館市	岩手県	市立病院	非常勤	1交代	時給	-

【宮城県ナースセンター担当】

No.	求人施設名	名称(就業場所)	施設種	業務形態	勤務形態	給与形態	勤務時間
1	石巻市	宮城県	市立病院	非常勤	1交代	月給	-
2	石巻市	石巻市	市立病院	非常勤	日勤	時給	9:00-18:00

【福島県ナースセンター担当】

No.	求人施設名	名称(就業場所)	施設種	業務形態	勤務形態	給与形態	勤務時間
1	福島市	福島県	市立病院	非常勤	1交代	月給	-
2	福島市	福島県	市立病院	非常勤	1交代	月給	-
3	福島市	福島県	市立病院	非常勤	日勤	時給	9:00-18:00

求人情報担当ナースセンター連絡先

○岩手県ナースセンター
〒020-0117 盛岡市緑が丘2-4-55 岩手県看護協会センター1階 岩手県看護協会内
TEL: 019-650-5200 e-mail: info@nurse-center.net

○宮城県ナースセンター
〒980-0871 仙台市青葉区大森2-10-10 宮城県看護協会内
TEL: 022-272-8072 e-mail: info@nurse-center.net

○福島県ナースセンター
〒960-0871 福島市緑が丘2-4-55 福島県看護協会内
TEL: 024-994-9000 e-mail: info@nurse-center.net

【求人情報掲載例】

ナースセンター未登録者でも、誰でもアクセスすることが可能なため、広く看護職に求人情報を発信することができます。

システム運用

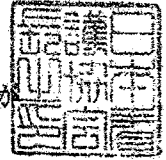
公益社団法人日本看護協会 中央ナースセンター
TEL: 03-5778-8561
e-mail: chuo@nurse-center.net



日看協発第 491 号の 2
平成 23 年 11 月 22 日

様

公益社団法人 日本看護協会
会 長 坂 本 す け



東日本大震災における被災地医療機関等への看護職派遣の
協力依頼について (お願い)

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃より本会事業に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、東日本大震災から 8 か月以上経過する中で、とりわけ福島県内の医療機関等においては、医療従事者の人材不足が深刻な問題となっております。

現在、本会ならびに医師会をはじめとする医療関連団体等により組織された「被災者健康支援連絡協議会」では、全国の医学部・大学病院等から寄せられた情報をもとに医療支援のための「医師派遣システム」を通じて、被災地の医療機関に医師派遣を行っています。

今後、このシステムを通じて、貴団体等に医師の派遣と一緒に看護職の派遣依頼がありましたら、できる限りご協力頂ければ幸甚でございます。

被災地医療の中長期的なご支援のため、ご理解とご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

<添付資料>

被災者健康支援連絡協議会・医療支援のための情報共有サイト

<http://shinsai-shien.ncc.go.jp/>

【担当部署】公益社団法人 日本看護協会

東日本大震災復旧復興支援室 (齊藤美恵)

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前 5-8-2

TEL:03-6704-8801 (直通) / FAX:03-5778-5602

E-mail: fukkoshien@nurse.or.jp

送付先 看護関係団体一覧

		団体名	役職
看護管理者団体	1	国立大学病院看護部長会議	委員長
	2	私立医科大学病院協議会看護部長会	代表
	3	全国看護職副院長協議会	会長
	4	認定看護管理者会	会長
看護団体	5	社団法人日本精神科看護技術協会	会長
病院団体看護部門等	6	独立行政法人国立病院機構	理事長
	7	独立行政法人労働者健康福祉機構	医療事業部看護課 理事
	8	社団法人全国社会保険協会連合会	理事長
	9	日本赤十字社	事業局看護部長
	10	社会福祉法人恩賜財団 済生会	理事長
	11	全国厚生農業協同組合連合会	会長
	12	社団法人日本病院会	会長
	13	社団法人全日本病院協会	会長
	14	社団法人日本医療法人協会	会長
	15	公益社団法人地域医療振興協会	会長
	16	社団法人全国自治体病院協議会	会長
	17	社団法人日本精神科病院協会	会長
	18	一般社団法人日本慢性期医療協会	会長

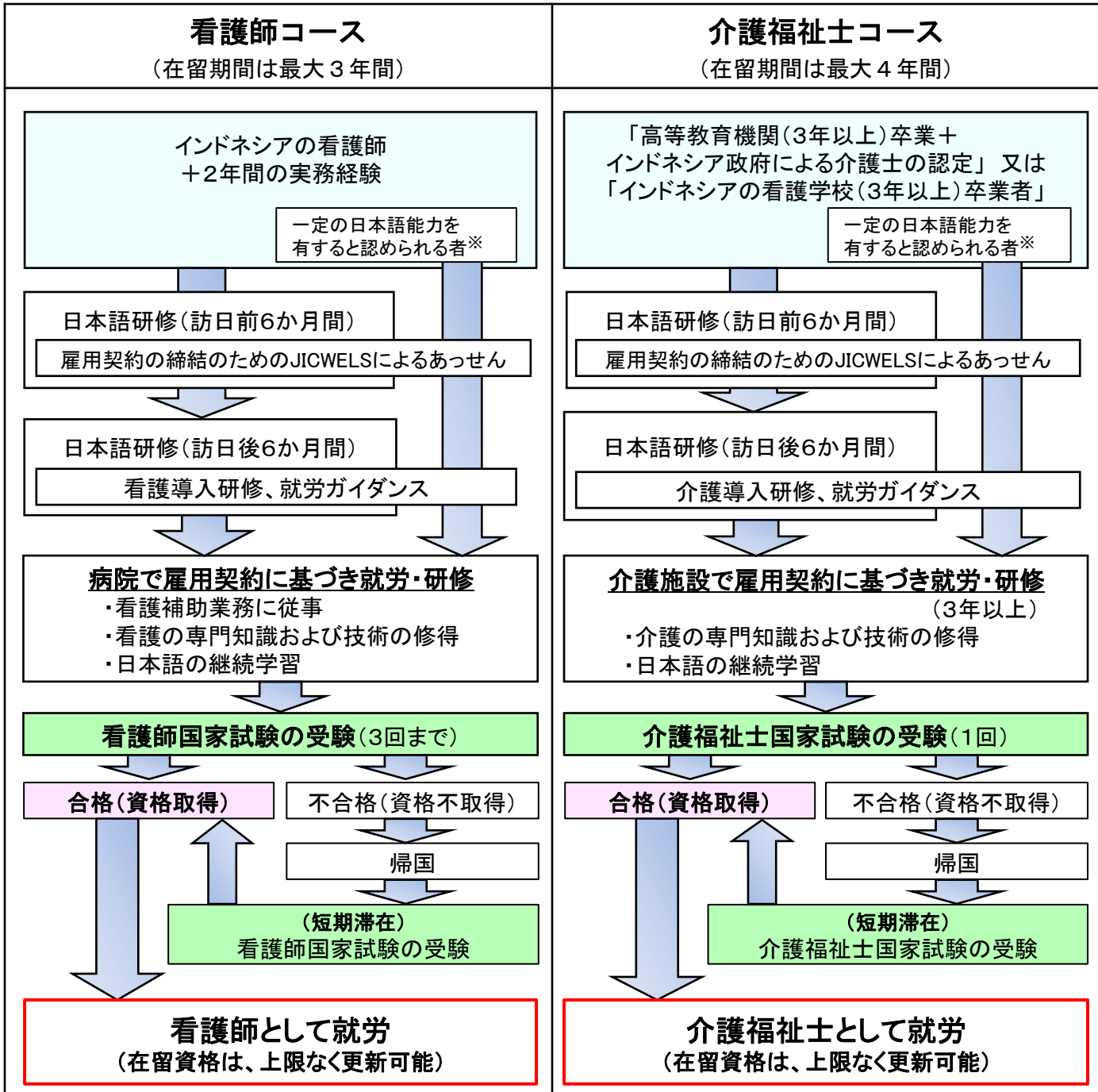
経済連携協定に基づくインドネシア人候補者 平成24年度受入れの流れ

趣旨・目的等

- ・日インドネシア経済連携協定（平成20年7月1日発効）に基づく看護師・介護福祉士候補者等の受入れは、原則として外国人の就労が認められていない分野において、経済活動の連携の強化の観点から、二国間の協定に基づき、公的な枠組みで特例的に行うものである。
（看護・介護分野の労働力不足への対応ではなく、国内労働市場への影響を考慮して受入れ最大人数を設定。）
- ・候補者の受入れを適正に実施する観点から、我が国においては国際厚生事業団（JICWELS）が唯一のあっせん機関として位置づけられ、これ以外の職業紹介事業者や労働者派遣事業者にあっせんを依頼することはできない。

受入れ実績等

平成20年度は208人（看護104人、介護104人）、平成21年度は362人（看護173人、介護189人）、平成22年度は116人（看護39人、介護77人）、平成23年度は105人（看護47人、介護58人）が入国。
平成24年度の受入れ最大人数は、500人（看護200人、介護300人）。



※ 日本語能力試験N2(旧2級)程度の日本語能力がある場合(累計7人(看護0人、介護7人))
 (注)上記受入れの流れは、今後、相手国側との調整などにより、予定変更の可能性もあります。

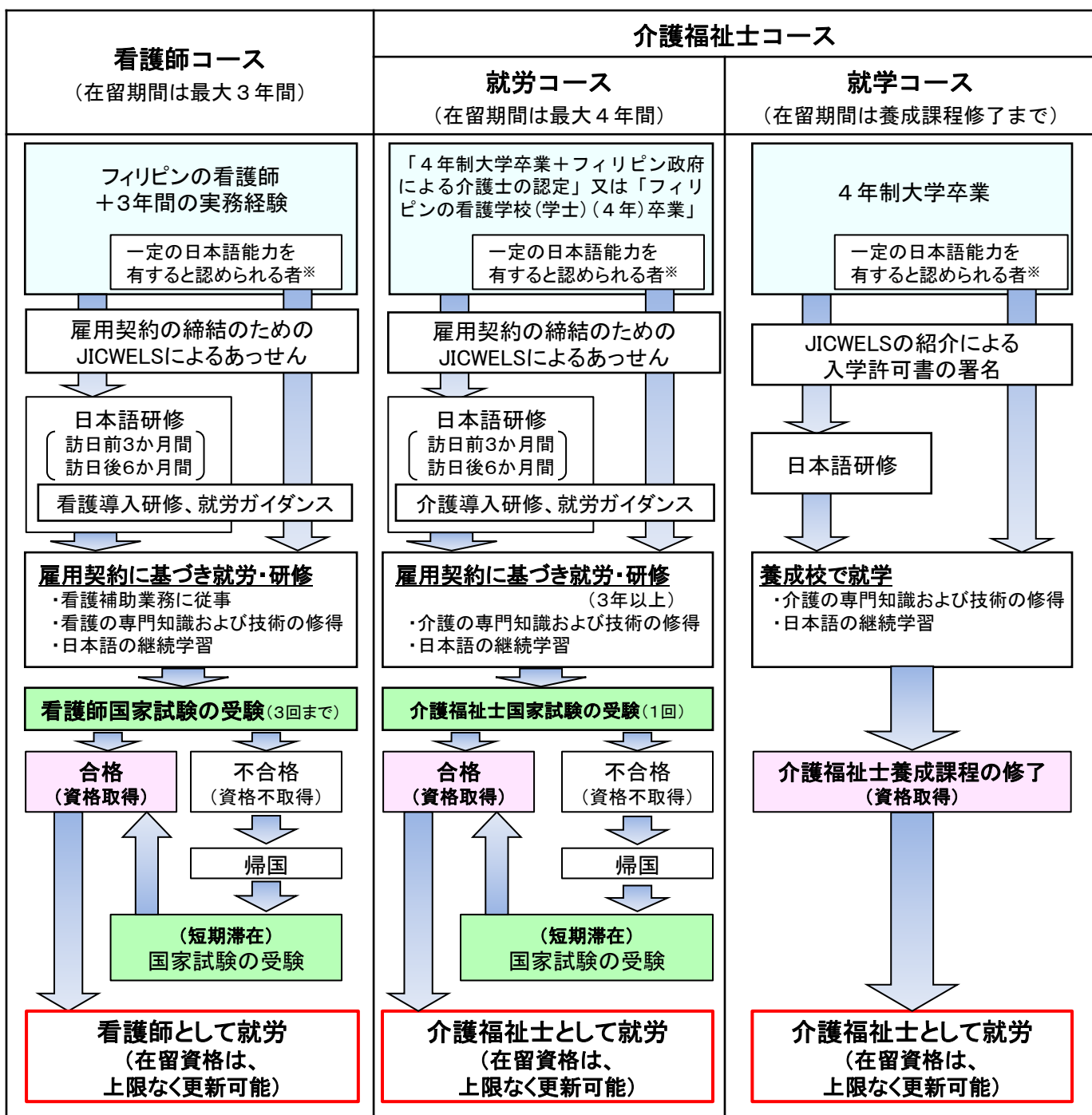
経済連携協定に基づくフィリピン人候補者 平成24年度受入れの流れ

趣旨・目的等

- ・日フィリピン経済連携協定（平成20年12月11日発効）に基づく看護師・介護福祉士候補者等の受入れは、原則として外国人の就労が認められていない分野において、経済活動の連携の強化の観点から、二国間の協定に基づき、公的な枠組みで特例的に行うものである。（看護・介護分野の労働力不足への対応ではなく、国内労働市場への影響を考慮して受入れ最大人数を設定。）
- ・候補者の受入れを適正に実施する観点から、我が国においては国際厚生事業団（JICWELS）が唯一のあっせん機関として位置づけられ、これ以外の職業紹介事業者や労働者派遣事業者にあっせんを依頼することはできない。

受入れ実績等

平成21年度は310人（看護93人、介護217人（就労190人、就学27人））、平成22年度は128人（看護46人、介護82人（就労72人、就学10人））、平成23年度は131人（看護70人、介護61人（就労61人、就学は募集なし））が入国。平成24年度の受入れ最大人数は、500人（看護200人、介護300人）。



※ 日本語能力試験N2(旧2級)程度の日本語能力がある場合(累計13人(看護0人、介護13人))

(注)上記受入れの流れは、今後、相手国側との調整などにより、予定変更の可能性もあります。

経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者等の現状

平成23年12月1日現在
(単位:人)

インドネシア(候補者)		入国者数	就労・研修中の人数 (※1)	雇用契約終了・帰国者 数(※1, 2, 3, 4)	合格者
20年度	看護	104	27	62	15
	介護	104	95	9	-
21年度	看護	173	155	16	2
	介護	189	174	15	-
22年度	看護	39	37	2	0
	介護	77	74	3	-
23年度	看護	47	就労・研修開始前	-	-
	介護	58	1(※5)	0	-

フィリピン(候補者)		入国者数	就労・研修中の人数 (※1, 6)	雇用契約終了・帰国者 数(※1, 2, 3, 4)	合格者
21年度	看護	93	63	28	2
	介護(就労)	190	159	31	-
22年度	看護	46	43	3	0
	介護(就労)	72	66	6	-
23年度	看護	70	69	1	-
	介護(就労)	61	1(※5)	-	-
21年度	介護(就学)	27	23	4	-
22年度	介護(就学)	10	10	0	-
23年度	介護(就学)	-	-	-	-

合計(候補者)		入国者数	就労・研修中の人数 (※1, 6)	雇用契約終了・帰国者 数(※1, 2, 3, 4)	合格者
インドネシア	看護	363	219	80	17
	介護	428	344	27	-
フィリピン	看護	209	175	32	2
	介護(就労)	323	226	37	-
	介護(就学)	37	33	4	-
インドネシア合計		791	563	107	17
フィリピン合計		569	434	73	2
看護合計		572	394	112	19
介護合計(就学含む)		788	603	68	-
合計(就学含む)		1360	997	180	19
合計(就学除く)		1323	964	176	19

合格者	累計人数	就労中の人数(※8)	雇用契約終了・帰国者 数(※2, 3, 4)
看護師(※7)	19	18	1

※1 国家試験合格前(就学コースにあつては国家資格取得前)の候補者の人数。

※2 雇用契約終了日(雇用契約終了のしるしをとる前に本帰国した場合は帰国日(注:一時帰国中に雇用契約が終了された場合は雇用契約終了日))を以て、雇用契約終了・帰国者数に計上している。

※3 一時帰国の場合、雇用契約終了・帰国者数には含めていない(引き続き就労・研修中(就学コースにあつては就学中、資格取得者にあつては就労中)とみなしている)。

※4 雇用契約終了報告書が雇用契約終了後に提出されることや、雇用契約終了報告書に記載された雇用契約終了の予定の変更があり得るため、人数は今後増減があり得る。

※5 日本語研修免除者のみが就労・研修を開始し、日本語研修免除者以外は就労・研修開始前(日本語研修中)。

※6 「介護(就学)」については就学中の候補者の人数。

※7 免許の交付時点ではなく、合否結果の発表時点を以て計上している。

※8 特定活動(EPA)の在留資格により看護師として就労中の人数。

経済連携協定（E P A）に基づくインドネシア人及びフィリピン人
看護師・介護福祉士候補者の滞在期間の延長について

〔平成 23 年 3 月 11 日
閣 議 決 定〕

「包括的経済連携に関する基本方針」（平成 22 年 11 月 9 日閣議決定）に基づき国家戦略担当大臣の下に設置された「人の移動に関する検討グループ」（平成 22 年 11 月 15 日国家戦略担当大臣決定）において、経済上の連携に関する日本国とインドネシア共和国との間の協定（平成 20 年条約第 2 号。以下「日インドネシア E P A」という。）及び経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定（平成 20 年条約第 16 号。以下「日フィリピン E P A」という。）に基づき本邦に滞在しているインドネシア人及びフィリピン人の看護師候補者並びに介護福祉士候補者（以下「外国人看護師・介護福祉士候補者」という。）の扱いについて検討を行ってきたところ、同グループにおける検討結果を踏まえ、次のとおり決定する。

1. 決定の趣旨

日インドネシア E P A 又は日フィリピン E P A に基づき本邦に入国・滞在する外国人看護師・介護福祉士候補者は、協定に基づく滞在期間中に国家資格を取得できない場合、帰国することとなるが、受験時期までの就労・研修期間が短かった事情はあるものの、これまでのところ国家資格取得者の数は非常に限られており、候補者が国家資格取得という目的を達成することが容易ではないことが判明した。

本件決定は、上記「包括的経済連携に関する基本方針」における「国を開く」という観点から、また、相手国との関係で一定の外交上の配慮が求められる状況の下、一定の範囲の外国人看護師・介護福祉士候補者が、協定外の枠組みにおいて、協定に基づく滞在期間を超えて日本で就労・研修を継続し国家試験を受験する機会を特例的に一回に限り得られるようにするものである。

2. 本邦に滞在している外国人看護師・介護福祉士候補者の特例的な滞在期間の延長

政府は、日インドネシア E P A 及び日フィリピン E P A に規定する義務を超えて、就労開始後に受入施設で行われる外国人看護師・介護福祉士候補者に対する追加的な学習支援を平成 22 年度から本格的に開始したところである。この本格的な支援が開始される前の平成 20 年度又は平成 21 年度に入国した外国人看護師・介護福祉士候補者、すなわちインドネシア人看護師候補者及び介護福祉士候補者第 1 陣及び第 2 陣並びにフィリピン人看護師候補者及び

介護福祉士候補者第1陣（注：各国との受入制度開始初年度に入国した候補者を「第1陣」という。）については、外交上の配慮の観点から別途の扱いとすることも許容されるとの考え方から、日インドネシアEPA及び日フィリピンEPAによる受入枠組みを前提とした上で、研修意欲の低下を招かないよう配慮しつつ、3.の一定の条件に該当した場合に、就労・研修しながら協定に基づく滞在期間中の最後の国家試験の次年度の国家試験合格を目指すこと等を可能とするため、追加的に1年間の滞在期間延長を認める対象とする。

3. 滞在期間の延長を認めるに当たっての条件

(1) インドネシア人第1陣看護師候補者

インドネシア人第1陣看護師候補者のうち、次のいずれにも該当する場合に限り、所要の手續及び審査を経て、2.のとおり一年間の追加的滞在を認めることができるものとする。

ア 追加的な滞在期間における就労・研修は、協定に基づく受入機関との雇用契約に基づいて行われること。

イ 候補者本人から平成23年度の国家試験合格に向けて精励するとの意思が表明されていること。

ウ 受入機関により、平成23年度の国家試験合格を目指すため、候補者の特性に応じた研修改善計画が組織的に作成されていること。

エ 受入機関により、平成23年度の国家試験合格に向けた受入体制を確保するとともに、上記計画に基づき適切な研修を実施するとの意思が表明されていること。

オ 平成22年度の国家試験の得点が一定の水準以上の者であること。

(2) その他の滞在期間の延長の対象者

2.の外国人看護師・介護福祉士候補者のうち、インドネシア人看護師候補者第1陣以外の候補者（以下「その他の対象者」という。）が、一回に限り日本で就労・研修しながら国家試験を受験する機会を得られるようにするための追加的な滞在期間の延長は、就労開始後に行う研修に対する政府による支援を受けた程度及びインドネシア人第1陣看護師候補者に対して適用する3.(1)オの基準（注：その他の対象者にとって協定に基づく滞在における最後の受験機会となる国家試験の得点）も勘案しつつ、基本的には3.

(1)と同様の条件の下にこれを認めることとする。その具体的な内容については、改めて検討する。

(以上)

看護職員就業者数の推移

看護職員就業者数(年次別、就業場所別)

(単位：人)

年次	総数	保健所	市町村	病院	診療所	助産所	介護老人 保健施設	訪問看護 ステーション	社会福祉 施設	介護老人 福祉施設	居宅サビ ス等	事業所	看護師等 学校養成 所・研究 機関	その他
18年	1,333,045	8,534	32,702	831,921	290,929	1,646	35,963	27,307	15,641	25,505	33,923	7,613	13,637	7,724
19年	1,370,264	8,381	33,311	851,912	297,040	1,636	37,995	28,494	16,354	27,348	37,695	8,294	13,859	7,945
20年	1,397,333	8,108	33,480	869,648	299,468	1,742	38,741	27,662	18,541	28,806	35,826	10,857	14,792	9,662
21年	1,433,772	7,932	34,393	892,003	304,247	1,720	39,796	28,082	19,502	30,179	38,866	11,411	15,228	10,413
22年	1,470,421	8,502	34,723	911,400	309,296	1,926	41,367	30,301	20,590	32,231	42,946	11,251	15,943	9,945

保健師就業者数(年次別、就業場所別)

(単位：人)

年次	総数	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人 保健施設	訪問看護 ステーション	社会福祉 施設	介護老人 福祉施設	居宅サビ ス等	事業所	看護師等 学校養成 所・研究 機関	その他
18年	47,088	7,185	23,455	3,073	6,985	38	309	337	37	496	2,437	884	1,852
19年	48,246	7,137	23,833	3,605	7,096	39	301	350	41	492	2,651	896	1,805
20年	51,703	6,927	24,299	4,094	8,325	46	276	390	41	446	3,524	983	2,352
21年	53,212	6,720	24,848	4,580	8,448	46	237	387	52	460	3,738	1,027	2,669
22年	54,289	7,132	25,501	4,807	8,743	64	268	417	32	351	3,532	1,074	2,368

助産師就業者数(年次別、就業場所別)

(単位：人)

年次	総数	保健所	市町村	病院	診療所	助産所				社会福祉 施設	事業所	看護師等 学校養成 所・研究 機関	その他
						開設者	従事者	出張のみ	計				
18年	27,352	221	557	18,054	5,827	683	281	586	1,550	12	12	1,027	92
19年	27,927	229	570	18,293	6,129	679	298	553	1,530	12	13	1,061	90
20年	30,130	227	667	18,900	7,306	788	284	581	1,653	6	38	1,223	110
21年	31,312	221	724	19,671	7,686	788	315	528	1,631	5	32	1,249	93
22年	32,480	266	722	20,093	8,162	890	353	546	1,789	14	24	1,298	112

看護師・准看護師就業者数(年次別、就業場所別)

(単位：人)

年次	区分	総数	保健所	市町村	病院	診療所	介護老人 保健施設	訪問看護 ステーション	社会福祉 施設	介護老人 福祉施設	居宅サビ ス等	事業所	看護師等 学校養成 所・研究 機関	その他
18年	看護師+ 准看護師	1,258,605	1,128	8,690	810,794	278,117	35,925	26,990	15,292	25,468	33,427	5,164	11,726	5,884
19年		1,294,091	1,015	8,908	830,014	283,815	37,956	28,185	15,992	27,307	37,203	5,630	11,902	6,164
20年		1,315,500	954	8,514	846,654	283,837	38,695	27,382	18,145	28,765	35,380	7,295	12,586	7,293
21年		1,349,248	991	8,821	867,752	288,113	39,750	27,842	19,110	30,127	38,406	7,641	12,952	7,743
22年		1,383,652	1,104	8,500	886,500	292,391	41,303	30,026	20,159	32,199	42,595	7,695	13,571	7,609
18年	看護師	848,185	938	6,778	617,625	127,852	15,250	23,354	8,608	11,325	16,538	3,917	11,710	4,290
19年		882,819	844	7,030	640,197	133,694	16,359	24,525	8,982	12,232	18,279	4,350	11,884	4,443
20年		918,263	848	6,831	662,010	142,320	16,907	24,628	10,304	13,456	17,375	5,797	12,556	5,231
21年		954,818	865	7,147	687,331	148,237	17,649	24,912	10,954	14,347	18,759	6,066	12,926	5,625
22年		994,639	1,012	6,986	711,987	154,554	18,848	27,218	11,916	15,998	20,829	6,059	13,547	5,685
18年	准看護師	410,420	190	1,912	193,169	150,265	20,675	3,636	6,684	14,143	16,889	1,247	16	1,594
19年		411,272	171	1,878	189,817	150,121	21,597	3,660	7,010	15,075	18,924	1,280	18	1,721
20年		397,237	106	1,683	184,644	141,517	21,788	2,754	7,841	15,309	18,005	1,498	30	2,062
21年		394,430	126	1,674	180,421	139,876	22,101	2,930	8,156	15,780	19,647	1,575	26	2,118
22年		389,013	92	1,514	174,513	137,837	22,455	2,808	8,243	16,201	21,766	1,636	24	1,924

(注1) 「病院」については、「病院報告」により計上した。

(注2) 「診療所」については、「医療施設調査」(平成20年)及び推計(平成18、19、21、22年)により計上した。

(注3) 「病院」及び「診療所」以外については、「衛生行政報告例(平成18、20、22年)」及び推計(平成19、21年)により計上した。

(医政局看護課調べ)

「総合特区制度」の概要

総合特区制度

=

新成長戦略を実現するための政策課題解決の突破口

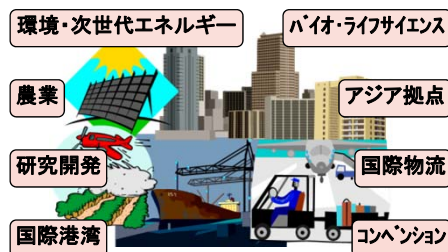
先駆的取組を行う実現可能性の高い区域に国と地域の政策資源を集中

- 地域の包括的・戦略的なチャレンジを、オーダーメイドで総合的(規制・制度の特例、税制・財政・金融措置)に支援
- 総合特区ごとに設置される「国と地方の協議会」で国と地域の協働プロジェクトとして推進

2つのパターンの「総合特区」

①国際戦略総合特区

我が国の経済成長のエンジンとなる産業・機能の集積拠点の形成



②地域活性化総合特区

地域資源を最大限活用した地域活性化の取組による地域力の向上



特例措置・支援措置

(1)規制・制度の特例措置

※特例措置・支援措置は、「国と地方の協議会」の協議を踏まえ、累次追加

- 全国的な展開に踏み切れない規制の特例も、自己責任の下、区域限定で実施
⇒ ライフイノベーション、グリーンイノベーション等の本格展開の突破口

- 個別の法令等の特例措置に加え、地方公共団体の事務に関し、政省令で定めている事項を条例で定められることとする
⇒ 地域主権改革を加速する突破口

(2)税制上の支援措置

①国際戦略総合特区

- 国際競争力強化のための法人税の軽減
(投資税額控除、特別償却、所得控除より選択)
⇒ 国際競争力ある産業・機能集積拠点整備

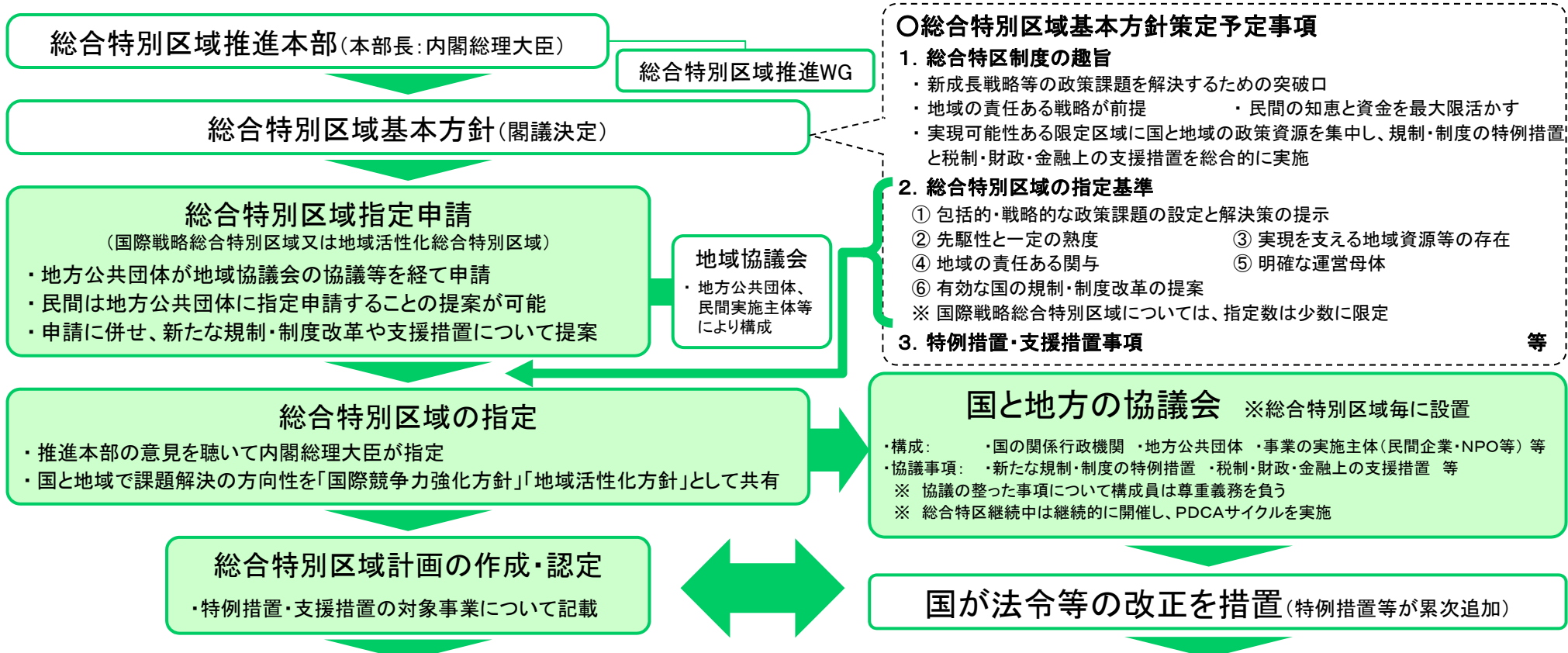
②地域活性化総合特区

- 地域戦略を担う事業者に対する個人出資に係る所得控除
⇒ 地域の志のある資金を「新しい公共」へ結集

(3)財政上の支援措置：関係府省の予算を重点的に活用。総合特区推進調整費により機動的に補完(H23予算：151億円)

(4)金融上の支援措置：利子補給制度(0.7%以内、5年間)の創設(H23予算：1.5億円)

総合特別区域法のスキーム



○総合特別区域基本方針策定予定事項

- 総合特区制度の趣旨**
 - 新成長戦略等の政策課題を解決するための突破口
 - 地域の責任ある戦略が前提
 - 民間の知恵と資金を最大限活かす
 - 実現可能性ある限定区域に国と地域の政策資源を集中し、規制・制度の特例措置と税制・財政・金融上の支援措置を総合的に実施
- 総合特別区域の指定基準**
 - ① 包括的・戦略的な政策課題の設定と解決策の提示
 - ② 先駆性と一定の熟度
 - ③ 実現を支える地域資源等の存在
 - ④ 地域の責任ある関与
 - ⑤ 明確な運営母体
 - ⑥ 有効な国の規制・制度改革の提案

※ 国際戦略総合特別区域については、指定数は少数に限定
- 特例措置・支援措置事項**

等

○特例措置・支援措置 ※以下は制度創設に当たり、予め措置するものであり、法施行後、地域の提案を受けて累次追加。

- (1) 規制・制度の特例**
 - ① 個別法・政省令等の特例 (例) 建築基準法の特例、通関士法の特例等
 - ② 地方公共団体事務について政省令で定める事項の条例委任の特例
- (2) 税制上の特例**
 - ① 国際戦略総合特区: 国際競争力ある産業拠点整備のための法人税の軽減
 - ② 地域活性化総合特区: 地域戦略を担う事業者に対する個人出資に係る所得控除
- (3) 財政上の支援**
 - 総合特区に関する計画の実施を支援するため、各府省庁の予算制度を重点的に活用
 - 総合特区推進調整費により、なお不足する部分を機動的に補完 (H23年度予算: 151億円)
- (4) 金融上の支援**
 - 総合特区に関する計画に係る事業を実施する者が、金融機関から必要な資金を借り入れる場合に、総合特区支援利子補給金を支給 (H23年度予算: 1.5億円)

※予算額は平成23年度予算計上額

総合特区の指定基準概要

i) 包括的・戦略的な政策課題の設定と解決策の提示があること

ii) 成長分野の活性化や地域の活性化といった目的に対し有効で、我が国の成長に資する新しい分野を切り開くなど先駆的な取組であり、一定の熟度を有すること

iii) 実現を支える地域資源等が存在すること

iv) 今後の地域活性化を進める上で有効な国の規制・制度改革の提案があること

- ・先駆的な取組の実現や推進に有効であり、以下のような国の施策に関する提案を対象とする。
 - 規制の改革(過去に行われた規制改革の改善や活用促進のための措置を含む)
 - 国の権限・事務の地方公共団体への委譲・ワンストップ化
 - 国の関係機関の業務の見直し
 - 国の制度、事務手続きの見直し(税制・財政・金融上の支援措置の改善、国の認定手続きの簡素化等) 等

v) 地域の責任ある関与があること

- ・地域の責任ある関与が明らかな取組で、関係主体の合意が得られているものを想定
 - 例) 地方税の減免、地域独自の補助金や助成措置、地域独自のルールの設定、自らの権限に係る規制緩和、組織や体制の強化 等
- ・既に、地域の自助努力による事前の施策が十分に行われている
- ・成果目標の設定と事後チェック

vi) 運営母体が明確であること

- ・地方公共団体と民間企業、NPO等による官民共同の協議会を設置することが必須

総合特別区域法における規制の特例措置等

1. 法律で規定している規制の特例措置等

○ 下記の事項について、認定を受けた総合特別区域計画に基づく事業に適用する特別措置として、規制の特例措置等を規定。

(1) 国際戦略総合特区及び地域活性化総合特区共通の特例措置等

- ① 通関案内士以外の者による有償ガイドの特例(通関案内士法の特例)
- ② 工業地域等における用途規制の緩和(建築基準法の特例)
- ③ 特別用途地区内における用途制限の緩和(建築基準法の特例)
- ④ 財産の処分の制限に係る承認の手続きの特例(補助金適正化法の特例)
- ⑤ 工場等の高度化事業の市町村経由での実施(独立行政法人中小企業基盤整備機構法の特例)

(2) 国際戦略総合特区のみの特例措置

- ⑥ 工場立地に係る緑地規制の特例(工場立地法及び企業立地促進法の特例)

(3) 地域活性化総合特区のみの特例措置

- ⑦ 従属発電の水利使用許可手続の簡素化・迅速化に関する特例(河川法及び電気事業法の特例)
- ⑧ 特定酒類の製造事業・⑨ 特産酒類の製造事業(酒税法の特例)
- ⑩ PFI方式を活用した民間事業者による特別養護老人ホーム設置(老人福祉法の特例)

2. 政省令で規定している規制の特例措置

○ 政令については総合特区法施行令、省令については総合特区法施行規則(内閣府と規制所管省庁の共同省令)で対応。

3. 地方公共団体事務に関して政省令で規定する事項の条例委任の特例

○ 地方公共団体の事務に関し、法律に基づき、政令又は省令で規定することとされている事項のうち、総合特区法施行令又は施行規則で定めるものについては、当該事項の特例措置を条例で定めることができることとする。(特例追加の法改正不要)

【法施行後の措置】

○ 総合特区法施行後、総合特区の指定申請に伴う地域からの提案等に基づき国と地方の協議会での議論を経て措置することとされた特例事項については、規制の根拠等に応じて、上記1、2及び3に準じて法令等の改正を行い、特例措置が累次追加される。

1 国際戦略総合特区(法人税)

～下記の措置の選択適用～

○ 投資税額控除または特別償却

総合特区内で当該特区の戦略に合致する事業の用に供する機械、建物等を取得してその事業の用に供した場合、特別償却又は税額控除ができる制度を創設。

- ・ 特別償却の割合:取得価額の50%(建物等25%)
- ・ 税額控除の割合:取得価額の15%(建物等8%)
控除限度超過額の繰り越し:1年間
- ・ 事業者の指定及び設備等取得の期限:平成26年3月31日まで

○ 所得控除

専ら、総合特区で適用される規制等の特例措置の適用を受ける事業等を行う法人について、当該事業による所得の20%を課税所得から控除できる制度を創設。

- ・ 適用期限:事業者の指定の日から5年間
- ・ 事業者の指定の期限:平成26年3月31日まで
- ・ 国際戦略総合特区の指定数は、少数に厳しく限定。
- ・ 地方公共団体も事業を実施する者の経済的負担を軽減するための措置(地方税の減免、補助金の交付等)を行う。

2 地域活性化総合特区(所得税)

○ 出資に係る所得控除

社会的課題解決に資する事業(ソーシャルビジネス等)を行う中小企業に対して個人が出資した場合に、当該個人の投資した年分の総所得金額から一定額を控除できる制度を創設。

- ・ 総合特区で指定後3年以内の企業が対象(指定の期限:平成26年3月31日まで)。
- ・ 前年の売上高に占める営業利益が2%以下の企業が対象。

総合特区に関する予算措置の概要

総合特区推進調整費(151億円)

○ 概要

- ・ 地域の戦略・提案に基づく総合特区に関する計画の実現を支援するため、各省の予算制度を重点的に活用した上でなお不足する場合に、各省の予算制度での対応が可能となるまでの間、機動的に補完。
- ・ 地域の主体的取り組みを支援する観点から、目未定の経費として予算計上した上で、執行段階において、地域からの提案を踏まえて使途を確定し、関係府省に移し替えて執行。

○ 用途

- (1) 指定を受けた総合特区に関し、各府省において、提案された規制・制度改革の検討を行う場合
- (2) 認定された総合特別区域計画に記載された、目的達成のために必要な事業への支援について、各省の予算制度での対応が可能となるまでの間（最長3年間）機動的に補完する場合
 - ① 各省の予算制度における要件を満たす場合 ⇒ 当該予算制度のルールを適用
 - ② 規制・制度改革を基軸として国際競争力強化・地域活性化の実現を図る当該総合特区の計画の趣旨に基づき、各省予算制度を拡充する場合
 - ⇒ 補助制度の要件緩和等の制度拡充を行った場合、拡充前の補助率を適用
 - ⇒ 各府省の所管する関連施策の体系に著しい影響を与える等の理由で、総合特区推進WGにおいて不適切と判断される場合を除く

○ 調整費による支援額の上限

- ①国際戦略総合特区 20億円／計画・年 ②地域活性化総合特区 5億円／計画・年

総合特区支援利子補給金(1.5億円)

○ 概要

- ・ 産業の国際競争力の強化（国際戦略総合特区）や地域の活性化（地域活性化総合特区）に資する事業に必要な資金の金融機関からの借入れに対して、当該金融機関が地域協議会の構成員であって、当該事業について認定を受けた総合特別区域計画に定められている場合、国が当該金融機関を指定したうえで、予算の範囲内で利子補給金を支給することにより、事業の円滑な実施を支援。

○利子補給対象融資予定額 : 約700億円

○利子補給金の支給期間 : 金融機関が総合特区に関する計画に基づく事業の実施者へ最初に貸付けした日から起算して5年間

○利子補給率 : 0.7%以内

社会保障・税に関わる番号制度の検討経緯及び今後のスケジュール

平成21年12月21日

「平成22年度税制改正大綱」(閣議決定)

平成22年 2月 5日

「社会保障・税に関わる番号制度に関する検討会」(以下「検討会」)の設置

平成22年 6月29日

検討会において「**中間とりまとめ**」を公表

平成22年 7月16日

「中間とりまとめ」のパブリックコメントを実施

～8月16日

平成22年10月28日

「政府・与党社会保障改革検討本部」(以下「政府・与党本部」)の設置

平成22年11月 9日

「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会」(以下「実務検討会」)の設置

平成22年12月 3日

実務検討会において「**中間整理**」をとりまとめ

平成22年12月14日

「社会保障改革の推進について」(閣議決定)

平成23年 1月31日

政府・与党本部において「**社会保障・税に関わる番号制度についての基本方針**」を決定

平成23年 4月28日

実務検討会において「**社会保障・税番号要綱**」をとりまとめ

平成23年 6月30日

政府・与党本部において「**社会保障・税番号大綱**」を決定、「番号」の名称を「マイナンバー」に決定

平成23年 7月7日

「社会保障・税番号大綱」のパブリックコメントを実施

～8月6日

平成23年 秋以降

可能な限り早期に「番号法」案、関係法律の改正案を国会へ提出

法案成立後

可能な限り早期に第三者機関を設立

平成26年 6月

個人に「マイナンバー」、法人等に「法人番号」を交付

平成27年 1月以降

社会保障、税分野のうち、可能な範囲で「マイナンバー」の利用開始

平成30年を目途に

利用範囲の拡大を含めた番号法の見直しを引き続き検討

1. 番号制度導入の趣旨

背景

- ▶ 少子高齢化（高齢者の増加と労働力人口の減少）
- ▶ 格差拡大への不安
- ▶ 情報通信技術の進歩
- ▶ 制度・運営の効率性、透明性の向上への要請
- ▶ 負担や給付の公平性確保への要請

課題

複数の機関に存在する個人の情報を同一人の情報であるという事実の確認を行うための基盤がないため、

- ▶ 税務署に提出される法定調書のうち、名寄せが困難なものについては活用に限界
- ▶ より正確な所得・資産の把握に基づく柔軟できめ細やかな社会保障制度・税額控除制度の導入が難しい
- ▶ 長期間にわたって個人を特定する必要がある制度の適正な運営が難しい（年金記録の管理等）
- ▶ 医療保険などにおいて関係機関同士の連携が非効率
- ▶ 養子縁組による氏名変更を濫用された場合に個人の特定が難しい等

番号導入

理念

- より公平・公正な社会の実現
- 社会保障がきめ細やかかつ的確に行われる社会の実現
- 行政に過誤や無駄のない社会の実現
- 国民にとって利便性の高い社会の実現
- 国民の権利を守り、国民が自己情報をコントロールできる社会の実現

効果

- ▶ 番号を用いて所得等の情報の把握とその社会保障や税への活用を効率的に実施
- ▶ 真に手を差し伸べるべき人に対する社会保障の充実
- ▶ 負担・分担の公正性、各種行政事務の効率化が実現
- ▶ IT化を通じ効率的かつ安全に情報連携を行える仕組みを国・地方で連携協力しながら整備し、国民生活を支える社会的基盤を構築
- ▶ ITを活用した国民の利便性の更なる向上も期待

現在

2. 番号制度で何ができるのか

(1) よりきめ細やかな社会保障給付の実現

- ▶ 「総合合算制度（仮称）」の導入
- ▶ 高額医療・高額介護合算制度の現物給付化
- ▶ 給付過誤や給付漏れ、二重給付等の防止

(2) 所得把握の精度の向上等の実現

(3) 災害時における活用

- ▶ 災害時要援護者リストの作成及び更新
- ▶ 災害時の本人確認
- ▶ 医療情報の活用
- ▶ 生活再建への効果的な支援

(4) 自己の情報や必要なお知らせ等の情報を自宅のパソコン等から入手できる

- ▶ 各種社会保険料の支払や、サービスを受けた際に支払った費用（医療保険・介護保険等の費用、保育料等）の確認
- ▶ 制度改正等のお知らせ
- ▶ 確定申告等を行う際に参考となる情報の確認

(5) 事務・手続の簡素化、負担軽減

- ▶ 所得証明書や住民票の添付省略
- ▶ 医療機関における保険資格の確認
- ▶ 法定調書の提出に係る事業者負担の軽減

(6) 医療・介護等のサービスの質の向上等

- ▶ 継続的な健診情報・予防接種履歴の確認
- ▶ 乳幼児健診履歴等の継続的把握による児童虐待等の早期発見
- ▶ 難病等の医学研究等において、継続的で正しいデータの蓄積が可能となる
- ▶ 地域がん登録等における患者の予後の追跡が容易となる
- ▶ 介護保険被保険者が市町村を異動した際、異動元での認定状況、介護情報の閲覧が可能となる
- ▶ 各種行政手続における診断書添付の省略
- ▶ 年金手帳、医療保険証、介護保険証等の機能の一元化

将来

3. 番号制度に必要な3つの仕組み

付番 新たに国民一人ひとりに、唯一無二の、民・民・官で利用可能な、見える「番号」を最新の住所情報と関連づけて付番する仕組み

情報連携 複数の機関において、それぞれの機関ごとに「番号」やそれ以外の番号を付して管理している同一人の情報を紐付けし、紐付けられた情報を活用する仕組み

本人確認 個人や法人が「番号」を利用する際、利用者が「番号」の持ち主であることを証明するための本人確認（公的個人認証サービス等）の仕組み

4. 安心できる番号制度の構築

- ▶ 国家管理（一元管理）への懸念
- ▶ 名寄せ・突合により集積・集約された個人情報の漏えい等の危険性への懸念
- ▶ 不正利用による財産その他の被害発生への懸念

制度上の保護措置

- 第三者機関の監視
- 法令上の規制等措置（目的外利用の制限、閲覧・複写の制限、告知要求の制限、守秘義務等）
- 罰則強化 等

システム上の安全措置

- 「番号」に係る個人情報の分散管理
- 「番号」を用いない情報連携
- 個人情報及び通信の暗号化
- アクセス制御 等

住民基本台帳ネットワークシステム最高裁合憲判決（最判平成20年3月6日）を踏まえた制度設計

5. 今後のスケジュール

番号制度の導入時期については、制度設計や法案の成立時期により変わり得るものであるが、以下を目安とする。

- ▶ H23年秋以降 可能な限り早期に番号法案及び関係法案の国会提出
- ▶ 法案成立後、可能な限り早期に第三者機関を設置
- ▶ H26年6月 個人に「番号」、法人等に「法人番号」を交付
- ▶ H27年1月以降 社会保障分野、税務分野のうち可能な範囲で「番号」の利用開始
- ▶ H30年を目途に利用範囲の拡大を含めた番号法の見直しを引き続き検討

○番号法の構成(イメージ)

I 基本理念

II 個人に付番する「番号」

- 「番号」の付番、変更、失効

III 「番号」を告知、利用する手続

➢ 年金分野

- 国民年金及び厚生年金保険、確定給付年金及び確定拠出年金、共済年金、恩給等の被保険者資格に係る届出、給付の受給及び保険料に関する手続

➢ 医療分野

- 健康保険(国家公務員共済組合法及び地方公務員等共済組合法に関する短期給付を含む)及び国民健康保険法等の被保険者資格に係る届出、保険料に関する手続
- 母子保健法、児童福祉法等による医療の給付の申請、障害者自立支援法による自立支援給付の申請に関する手続

➢ 介護保険分野

- 介護保険の被保険者資格に係る届出、保険給付の受給、保険料に関する手続

➢ 福祉分野

- 児童扶養手当、特別児童扶養手当、特別障害給付金等の支給申請に関する手続
- 生活保護の申請や各種届出に関する手続
- 母子寡婦福祉資金貸付、生活福祉資金貸付の申請に関する手続

➢ 労働保険分野

- 雇用保険の被保険者資格に関する届出、失業等給付の受給、公共職業安定所への求職申込、労災保険給付の支給に関する手続

➢ 税務分野

- 国税又は地方税に関する法令若しくは地方税に関する法令に基づく条例の規定により税務署長等又は地方公共団体に提出する書類への記載及びこれに係る利用
- 国税又は地方税に関する法令若しくは地方税に関する法令に基づく条例の規定に基づき、税務職員等又は地方公共団体の職員等が適正かつ公平な国税又は地方税の賦課及び徴収のために行う事務に係る利用

➢ その他

- 社会保障及び地方税の分野の手続のうち条例に定めるもの
- 災害等の異常事態発生時の金融機関による預金等の払戻し等に係る利用

IV 「番号」に係る個人情報

- 番号
- 左記Ⅲに掲げる手続のために保有される個人情報

V 「番号」に係る本人確認等の在り方

- 本人確認及び「番号」の真正性確保措置
- 「番号」のみで本人確認を行うことの禁止

VI 「番号」に係る個人情報の保護及び適切な利用に資する各種措置

- 「番号」の告知義務、告知要求の制限、虚偽告知の禁止
- 閲覧、複製及び保管等の制限
- 委託、再委託等に関する規制
- 守秘義務、安全管理措置義務
- 「番号」に係る個人情報へのアクセス及びアクセス記録の確認
- 代理の取扱い
- 情報保護評価の実施

VII 「番号」を生成する機関

- 組織形態(地方共同法人)
- 市町村への「番号」の通知
- 情報保有機関との関係(情報保有機関は番号生成機関に対し、基本4情報(住所、氏名、生年月日、性別)の提供を求められることができること。)

VIII 情報連携

- 「番号」に係る個人情報の提供等(情報連携基盤を通じて情報の提供が行われること。)
- 情報連携の範囲
- 住基ネットの基本4情報(住所、氏名、生年月日、性別)との同期化
- 情報連携基盤の運営機関

IX 自己情報の管理に資するマイ・ポータル

- 設置、機能、運営機関(情報連携基盤の運営機関と同一の機関とする)

X マイ・ポータルへのログイン等に必要なICカード

- 交付
- 公的個人認証サービスの改良

X I 第三者機関

- 設置等(内閣総理大臣の下に委員会を置く)
- 権限、機能(調査、助言、指導等)

X II 罰則

- 行政機関、地方公共団体又は関係機関の職員等を主体とするもの
- 行政機関の職員等以外も主体となり得るもの
- 委員会の委員長等に対する守秘義務違反

X III 法人等に対する付番

- 付番、変更、通知
- 検索及び閲覧(法人等基本3情報(商号又は名称、本店又は主たる事務所の所在地、会社法人等番号)に係る検索、閲覧サービスの提供)
- 「法人番号」の適切な利用に資する各種措置
- 法人等付番機関(国税庁)

○情報の機微性に応じた特段の措置

- 医療分野等における個人情報保護法の特別法を整備(医療分野等の特に機微性の高い医療情報等の取扱いに関し、個人情報保護法又は番号法の特別法として、特段の措置を定める法制を番号法と併せて整備。)

社会保障・税番号大綱

—主権者たる国民の視点に立った番号制度の構築—

政府・与党社会保障改革検討本部

2011/06/30

目次

第 1	はじめに	1
第 2	基本的な考え方	2
1.	番号制度の導入の趣旨	
(1)	背景	
(2)	課題	
(3)	制度導入の目的と期待される効果	
(4)	諸外国の制度	
(5)	我が国の理念	
(6)	実現すべき社会	
(7)	大災害時における真に手を差し伸べるべき者に対する積極的な支援	
2.	番号制度で何ができるのか	
(1)	よりきめ細やかな社会保障給付の実現	
(2)	所得把握の精度の向上等の実現に関するもの	
(3)	災害時の活用に関するもの	
(4)	自己の情報の入手や必要なお知らせ等の情報の提供に関するもの	
(5)	事務・手続の簡素化、負担軽減に関するもの	
(6)	医療・介護等のサービスの質の向上等に資するもの	
3.	番号制度に必要な 3 つの仕組み	
(1)	付番	
(2)	情報連携	
(3)	本人確認	
4.	安心できる番号制度の構築	
(1)	「番号」の保護等の必要性	
(2)	個人情報の保護の必要性	
(3)	住民基本台帳ネットワークシステム最高裁判決との関係	
5.	番号制度の可能性と限界・留意点	

(1)	番号制度の可能性	
(2)	番号制度の限界	
(3)	番号制度のバックアップ体制	
(4)	本人同意の取扱い	
6.	番号制度の将来的な活用	
7.	今後の進め方	
(1)	国民の納得と理解を得るための活動	
(2)	地方公共団体等との連携	
(3)	番号制度の導入に係る費用と便益	
(4)	今後のスケジュール	
第3	法整備	25
I	基本理念	25
II	個人に付番する「番号」	26
1.	付番	
2.	変更	
3.	失効	
III	「番号」を告知、利用する手続の範囲	27
1.	年金分野	
2.	医療分野	
3.	介護保険分野	
4.	福祉分野	
5.	労働保険分野	
6.	税務分野	
(1)	国税	
(2)	地方税	
7.	その他	
IV	「番号」に係る個人情報とは	33

1.	社会保障分野	
2.	税務分野	
3.	その他両分野共通のもの	
V	「番号」に係る本人確認等の在り方	35
1.	本人確認及び「番号」の真正性確保措置	
2.	「番号」のみで本人確認を行うことの禁止	
VI	「番号」に係る個人情報の保護及び適切な利用に資する各種措置	36
1.	「番号」の告知義務	
2.	「番号」の告知要求の制限	
3.	「番号」の虚偽告知の禁止	
4.	「番号」を利用する個別法による罰則の検討	
5.	「番号」に係る個人情報の閲覧、複製及び保管等の制限	
6.	「番号」に係る個人情報保護のための委託、再委託等に関する規制	
7.	「番号」に係る個人情報の電子計算機処理等に関する秘密についての守秘義務	
8.	「番号」に係る個人情報の安全管理措置義務	
9.	「番号」に係る死者の識別情報の安全管理措置義務	
10.	「番号」に係る個人情報へのアクセス及びアクセス記録の確認	
(1)	「番号」に係る個人情報へのアクセス	
(2)	アクセス記録の確認	
11.	代理の取扱い	
(1)	法定代理	
(2)	任意代理	
12.	情報保護評価の実施	
VII	「番号」を生成する機関	41
1.	組織形態	

2.	市町村長への「番号」の通知	
3.	情報保有機関との関係	
VIII	情報連携	42
1.	「番号」に係る個人情報の提供等	
2.	情報連携の範囲	
3.	情報保有機関が保有する基本4情報の住基ネット基本4 情報との同期化	
4.	情報連携基盤の運営機関	
IX	自己情報の管理に資するマイ・ポータル	44
1.	設置	
2.	機能	
3.	業務継続措置	
4.	運営機関	
X	マイ・ポータルへのログイン等に必要ないCカード	45
1.	概要	
2.	交付等	
3.	公的個人認証サービスの改良	
XI	第三者機関	48
1.	設置等	
2.	権限・機能等	
(1)	問題の発見・調査に関する権限・機能	
(2)	発見・調査した問題を解消する権限・機能	
(3)	情報連携基盤等の監査及び情報保護評価に関する権限・機能	
(4)	その他	
XII	罰則	50
1.	行政機関、地方公共団体又は関係機関の職員等を主体とするもの	

2.	行政機関の職員等以外も主体となり得るもの	
3.	委員会の委員長等に対する守秘義務違反	
XⅢ	法人等に付番する番号	53
1.	付番	
2.	変更	
3.	通知	
4.	検索及び閲覧	
5.	「法人番号」の適切な利用に資する各種措置	
6.	法人等付番機関	
第4	情報の機微性に応じた特段の措置	55

第1 はじめに

社会保障・税番号大綱（以下「大綱」という。）は、社会保障と税に関わる番号制度（以下「番号制度」という。）に関し、本年1月31日に政府・与党社会保障改革検討本部で決定した「社会保障・税に関わる番号制度についての基本方針」（以下「基本方針」という。）及び本年4月28日に公表した「社会保障・税番号要綱」（以下「要綱」という。）を踏まえ進めてきた検討に基づき、具体的に法令その他で措置する制度設計の内容、制度の円滑な導入、実施、定着、利便性の向上に向けた実施計画等について、今後の法案策定作業を念頭に政府・与党として方向性を示すものである。

今後、大綱をいわゆるパブリックコメントに付し、国民の皆様のご意見等を伺い、そのご意見等も踏まえ、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会（以下「実務検討会」という。）で必要な点については方向修正を行った上で、国と地方公共団体・関係機関（日本年金機構や医療保険者等をいう。以下同じ。）（以下「国・地方公共団体等」という。以下同じ。）との相互調整を行うなど、地方公共団体等の実情や費用対効果を踏まえ、スケジュール等の弾力性を確保しつつ、制度導入に向けた準備を進めて参りたい。

第2 基本的な考え方

1. 番号制度の導入の趣旨

(1) 背景

現在、我が国においては、現行社会保障制度の基本的枠組みが作られた1960年代以降、社会経済情勢が大きく変化する中で、少子高齢化により高齢者の増加と労働力人口の減少が続いており、また、格差拡大への不安が高まっている。このような時代背景に鑑みれば、従来以上に、社会保障と税を一体として捉え、より正確な所得等の情報に基づいて適切に所得の再分配を実施し、もって国民が社会保障給付を適切に受ける権利を守る必要に迫られている。

また、日々進歩を続ける情報通信技術は、官民を問わずあらゆる分野に恩恵をもたらすものであり、国民の生活に関わる様々な制度の設計も、近年の情報化の進展を適切に踏まえたものとする必要がある。特に、国民に一定の負担を求める社会保障や税の分野においては、情報化の進展を踏まえて、制度・運営の効率性や透明性を高めることも、国民の信頼を高める上で極めて重要である。

社会保障制度や税制に対する国民の信頼を得るには、給付や負担の公平性を実感してもらうことが重要である。その観点から、給付や負担の基準となる所得等の情報を的確に把握し、それに基づいた制度運営を行うことが求められている。

(2) 課題

一方、国民がこれまで行政に対して抱いてきた不満は、国民一人ひとりが公平・公正に扱われているだろうか、自分の納めた税金や保険料にふさわしい社会保障給付がきめ細やかに、かつ的確に行われているだろうか、自分の権利がしっかりと守られ、そのことを自分の目で確認することができるだろうか、といった点において、必ずしも十分な制度が構築されてこなかったことにある。

また、国民が行う行政手続等においては、一つ一つの手続に重複した添付書類が求められるなど煩雑かつ不便でコストがかかり、制度上利用できるサービスであってもそれを知らないためにみすみす受給の機会を逃してしまう、などといった国民の負担や不公平が生じている。

他方、行政にとっても、国民それぞれの実情にあったサービスを提

供するための前提としての正確な本人特定ができず、したがって、真に手を差し伸べるべき者に対するセーフティネットの提供が万全ではなく、不正行為の防止や監視が必ずしも行き届かない状況にある。

行政においては、これを補うために多大なコストと時間と労力をかけて数多くの書類を審査し、結果として人的なミスを誘発しやすい作業を毎年繰り返している。国と地方の間、国の各府省間、地方公共団体間の情報の連携や、各行政機関・地方公共団体内部の業務間の情報の連携が不足しており、本来国民へのサービスに振り向けられるべき財源や人的資源が重複する作業等に費消されている。

さらに、国民が不満・負担等を感じる状況は、民間サービスにおいても生じており、民間事業者も、正確な本人特定・本人確認のために多大なコスト・時間・労力を要している状況にある。

これらの事態は、我が国において、複数の機関に存在し、かつそれぞれに蓄積される個人の情報が同一人の情報であるということの確認を行うための基盤が存在しないことが大きな要因となっている。年金のように国民一人ひとりの情報が生涯を通じて「タテ」につながる必要性や、医療・介護など制度横断的に自己負担上限額を定める場合のように国民一人ひとりの情報が分野を超えて「ヨコ」につながる必要性が、この基盤なしには充足し難いのである。

この基盤がないために、具体的には、

- ・所得の申告漏れを防止するために税務署に提出される法定調書（取引情報）のうち、名寄せが困難なものについては活用に限界がある
- ・より正確な所得・資産の把握に基づく柔軟できめ細やかな社会保障制度・税額控除制度の導入が難しい（所得比例年金や給付付き税額控除等）
- ・長期間にわたって個人を特定する必要がある制度の適正な運営が難しい（年金記録の管理等）
- ・医療保険等において保険者等の関係機関相互の連携が非効率（旧保険証利用を原因とした過誤調整事務等）
- ・養子縁組による氏名変更を濫用された場合に個人の特定が難しいなど様々な課題が生じている。

（３）制度導入の目的と期待される効果

番号制度は、こうした背景を踏まえ、上記のような様々な課題を、情報通信技術を活用することで、完全に解決できないまでも少しでも緩和できないかという問題意識を発端としつつ、まずは、制度の枠組

みを超えて社会保障制度や税制を一体的に捉え、社会保障給付の効率性・透明性・公平性を高めようという観点から、それらのために必要な基盤として導入が検討されているものである。

すなわち、番号制度の目的は、正確な本人確認を前提に、3.(1)で定義する「番号」（以下「番号」という。）を活用して所得等の情報を把握し、それらの情報を社会保障や税の分野で効果的に活用するとともに、IT化を通じ効率的かつ安全に情報連携を行える仕組み¹を国・地方で連携し協力しながら整備することにより、国民生活を支える社会的基盤を構築することである。

このような番号制度の活用により、所得情報の正確性を向上させることができ、それをベンチマークとして、社会保障制度や税制において、国民一人ひとりの所得・自己負担等の状況に応じたよりきめ細やかな制度設計が可能となり、ひいてはより適切な所得の再分配を行うことができるようになる。また、低所得者対策として、医療・介護等に係る自己負担を抑制するための2.(1)①で定義する「総合合算制度（仮称）」を導入することも可能となる。その結果、真に手を差し伸べるべき者に対する社会保障の充実や、負担・分担の公正性の確保、各種行政事務の効率化が実現できる。

さらに、IT化された情報連携システムの範囲をより拡大した場合には、自らの利用する医療・介護等の社会保障サービスに関する情報の入手・活用が可能になるとともに、様々な手続の簡素化やオンライン閲覧等行政の電子化にもつながるものであることから、国民の利便性の更なる向上も実現できる。²また、個人の匿名性を確保した上で診療情報等の二次利用を行えば、医療統計データの効率的な収集が可能となり、医学の向上にも資することとなる。³

(4) 諸外国の制度

このような番号制度は、既に諸外国の多くで導入されているものである。例えば、古くから教会が住民管理をしていた歴史的経緯等から

¹ 情報連携のためのルールや情報システム等。なお、このような仕組みについては、高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（以下「IT戦略本部」という。）において導入が検討されている「国民ID制度」と共通するもの。

² これら電子行政のメリットについては、IT戦略本部において国民ID制度の観点から議論がなされている。

³ 例えば、がん登録患者に関する医療機関等からの情報の照合がしにくく、地域がん登録の精度が低い。このため、がん診療の水準の向上が妨げられている。

幅広い行政分野で単一の番号を利用しているスウェーデン、安全保障上の要請から導入した韓国、戸籍や住民登録制度が無かったために社会保障番号を導入したアメリカ、国家による一元管理を回避するため情報技術を駆使したセクトラルモデルを採用するオーストリア、近年納税者番号を導入したものの他分野での利用や情報連携に慎重なドイツ等がある。

(5) 我が国の理念

我が国では、未だ番号制度がない中で、なぜ今回導入するのか。それは、国民の権利を守ること、すなわち社会保障給付を適切に受ける権利、さらには種々の行政サービスの提供を適切に受ける権利を守ることにある。

従来、番号制度は、ともすれば高額所得者に対する所得の捕捉といった観点から議論されることが多かったが、今回導入する番号制度は、主として給付のための「番号」として制度設計することとされている。そのため、低所得で資産も乏しい等、真に手を差し伸べるべき者に対して、給付を充実させるなど、社会保障をよりきめ細やかに、かつ、的確に行うことが重要であり、そのためにも受益・負担の公平性・透明性を高めようとするものである。

つまり、番号制度は、まずは、公平性・透明性を担保し、もって本当に困っている国民を支えていくための社会インフラであり、国民にとって、そのようなメリットが感じられるものとして設計されなければならない。

(6) 実現すべき社会

このような観点から、番号制度は、複数の機関に存在する個人の情報が同一人の情報であるということの確認を行うための基盤を提供することにより、国民が公平・公正さを実感し、国民の負担が軽減され、国民の利便性が向上し、国民の権利がより確実に守られるように、主権者たる国民の視点に立って、以下のような社会を実現することを理念とするものである。

- ① より公平・公正な社会
- ② 社会保障がきめ細やかかつ的確に行われる社会
- ③ 行政に過誤や無駄のない社会
- ④ 国民にとって利便性の高い社会

⑤ 国民の権利を守り、国民が自己情報をコントロールできる社会

番号制度は、国民が国や地方公共団体等のサービスを利用するための必要不可欠な手段となるという、いわば国民と国・地方公共団体等との間の新しい信頼関係を築く絆となるものであり、その前提として国や地方公共団体等が国民一人ひとりの情報をよりの確に把握するための仕組みである。

(7) 大災害時における真に手を差し伸べるべき者に対する積極的な支援

今般、東日本大震災という未曾有の大災害が発生し、被災者救援・震災地復興が我が国における最大の課題となっている。

特に、今後の被災者の生活再建には、中長期的な取組が必要であり、番号制度の迅速な導入は、これに資するものと考えられる。

また、今後起こり得る大災害にあらかじめ備え、実際の災害発生時に即応でき、復興再建の局面でも効力を発揮するよう、防災福祉の観点からも、番号制度の在り方を考える必要がある。

2. 番号制度で何ができるのか

前記1. (6) ①から⑤までに掲げる目指すべき社会の実現に向け、将来的には幅広い分野での利用も目指しつつ、当面は、主に社会保障と税分野において、関係機関のシステム対応等を前提に、後記第3Ⅲに掲げる「番号」を告知、利用する手続の範囲における「番号」の告知、利用及び後記第3Ⅷに述べる情報連携によって、次に掲げる制度の実現、利便性やサービスの質の向上、行政事務の効率化等を実現することを想定して検討を進めることとする。

(1) よりきめ細やかな社会保障給付の実現

社会保障の給付や負担の状況に関する情報を、国・地方公共団体等相互で、正確かつ効率的にやり取りすることで、以下に例示するように、個人や世帯の状況に応じたきめ細やかな社会保障給付の実現が可能になる。

- ① 社会保障の各制度単位ではなく家計全体をトータルに捉えて医療・介護・保育・障害に関する自己負担の合計額に上限を設定する「総合合算制度（仮称）」の導入
- ② 高額医療・高額介護合算制度において、自己負担限度額の上限に達した場合、国民が医療機関や介護事業者に費用を立て替えること

なく、その後の医療・介護サービスを受けることができるようにすること

- ③ 給付過誤や給付漏れ、二重給付等の防止。具体的には、以下のよう
な把握、確認が容易になる。
- ・ 高額医療・高額介護合算制度における保険者等の関係機関間での給付状況の把握
 - ・ 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）に基づく給付金支給に当たっての他制度の給付状況の確認（傷病手当金の支給に当たっての障害年金等の給付状況確認等）
 - ・ 児童扶養手当の認定に当たっての公的年金の受給状況の確認
 - ・ 特別児童扶養手当、障害児福祉手当又は特別障害者手当の認定に当たっての公的年金の受給状況の確認
 - ・ 各種公的年金給付に当たっての雇用保険の受給状況の確認
 - ・ 労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に基づく年金たる保険給付の支給に当たっての厚生年金保険法（昭和 29 年法律第 115 号）等の年金給付の受給状況の確認
 - ・ 生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）に基づく各種扶助支給に当たっての他制度給付状況（各種公的年金、雇用保険給付、児童扶養手当等）の確認
 - ・ 各種公費負担医療制度と医療保険間での調整事務や公費負担医療制度間での調整事務

（２）所得把握の精度の向上等の実現に関するもの

法令又は条例に基づき税務当局が行う国税・地方税の賦課・徴収に関する事務（申告書の処理、調査等）に「番号」及び法人等に付番する番号（第 3 X III に規定するもの。以下「法人番号」という。）を活用する。このことにより、例えば、税務当局が取得する各種所得情報や扶養情報について、「番号」又は「法人番号」を用いて効率的に名寄せ・突合することが可能となり、より正確な所得把握に資する。

このような対応が可能となるよう、税務当局に提出される既存の申告書・法定調書等については、その提出者（申告を行う者、法定調書の提出義務者等）に対し、提出者本人及び記載項目とされている第三者（扶養控除の対象者、給与等の支払を受ける者等）に係る「番号」又は「法人番号」の記載を求めることとする。なお、今後「番号」又は「法人番号」の記載の具体的な開始時期、正しい「番号」の告知や本人確認の担保方法等について検討を進める。また、番号制度の導入

趣旨を踏まえ、諸外国の事例も参考として、法定調書の拡充についても検討を進める。

(3) 災害時の活用に関するもの

防災福祉の観点から、以下のような取組に活用可能である。

① 災害時要援護者リストの作成及び更新

要介護認定や障害等級等の情報等、分野横断的に要援護者の情報を集約できるとともに、各種個人情報に変更等が生じた場合にも迅速なリストの更新が可能となる。また、他市町村からの転入者が要援護者であった場合、市町村を越えての情報のやり取りが容易になる。さらに本人同意の下、服薬情報等もリストに掲載し、医療機関等とも連携を図ることができれば、仮に震災等の災害が起きたときにも、避難所等への効率的な医薬品配給や医療の提供に寄与する。

② 災害時の本人確認

被災住民が避難所等で自己の4情報（氏名、住所、生年月日及び性別をいう。以下「基本4情報」という。）及び「番号」を告知することにより、迅速に避難者リストの作成が可能になる。さらに、地方公共団体の独自の取組として、本人の同意を前提に、顔写真データを地方公共団体が保有する仕組みを設けることも考えられる。

③ 医療情報の活用

災害に伴いかかりつけの病院が被災し、個々人の医療情報が滅失する可能性がある。このため災害時における特段の措置として、保険者が保有するレセプト情報を医療機関等が「番号」を基に確認できるようにすれば、継続的、効果的な医療支援を行うことができる。

④ 生活再建への効果的な支援

被災者生活再建支援金等の申請に当たって、必要な証明書等の添付書類が不要になるなど支援金等の迅速・適正な支給が可能になる。また、援助対象者を長期にわたって把握することが可能になることから、被災地市町村から転出した場合にも、必要な支援を継続して行うことが可能になる。さらに、震災等の異常事態発生時には、金融機関から被災者への預金の払戻し等を「番号」を活用してスムーズに行うことも可能とする。

(4) 自己の情報の入手や必要なお知らせ等の情報の提供に関するもの

国民が、社会保障・税に関する自分の情報や、利用するサービスに関する情報を自宅のパソコン等から容易に閲覧可能となり、必要なサービスを受けやすくなるなど国民の利便が高まる。具体的には、以下のような情報提供が想定される。

- ・ 各種社会保険料（年金・医療保険・介護保険・雇用保険）
- ・ サービスを受けた際に支払った費用（医療保険・介護保険等の費用、保育料等）
- ・ 福祉サービスを受給している者に対する制度改正等のお知らせ
- ・ 自己の過去の税務申告や納付履歴に関する情報
- ・ 確定申告等を行う際に参考となる情報

(5) 事務・手続の簡素化、負担軽減に関するもの

国・地方公共団体等間で、申請等に必要な情報を適時にやり取りすることで、事務・手続の簡素化が図られ、国民及び国・地方公共団体等の負担が軽減され、利便が高まる。

① 添付書類の削減等

国民が申請・申告等をする場合に必要な行政機関が発行する書類の添付を省略すること等で、国民の利便が高まるとともに、各機関の事務コストも削減できる。具体的には、現時点の制度（時限立法措置によるものも含む。）を前提として、以下のようなものが想定される。

【所得情報等に関する証明書（所得証明書、納税証明書等）の添付が省略される手続の例】

番号制度の導入に併せて、税法上の守秘義務が課せられている所得情報等の提供を可能とする立法措置が講じられていることを前提に、以下の手続における所得情報等に関する証明書の添付を省略することが想定される。

- ・ 国民年金法（昭和 34 年法律第 141 号）等による加給年金、振替加算及び障害基礎年金の申請に関する手続
- ・ 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）等による高額療養費の決定に関する手続
- ・ 健康保険法等による高額医療・高額介護合算制度の申請に関する手続
- ・ 健康保険法等による入院時食事療養費等の決定に関する手続

- ・ 児童扶養手当法（昭和 36 年法律第 238 号）による児童扶養手当の支給申請に関する手続
- ・ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和 39 年法律第 134 号）による特別児童扶養手当、障害児福祉手当又は特別障害者手当の支給申請に関する手続
- ・ 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に基づく小児慢性特定疾患治療研究事業による医療の給付申請に関する手続
- ・ 児童福祉法による結核児童への療育の給付申請に関する手続
- ・ 児童福祉法による助産の実施の給付申請に関する手続
- ・ 母子保健法（昭和 48 年法律第 141 号）による未熟児への養育医療を給付申請する手続
- ・ 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）による養護老人ホームに入所する際の利用者負担の決定に関する手続

【住民票の添付が省略される手続の例】

番号制度を契機に、住民基本台帳ネットワークシステム（以下「住基ネット」という。）を活用することにより、以下の手続における住民票の添付を省略することも想定される。

○ 社会保障分野

- ・ 国民年金法及び厚生年金保険法による被保険者・受給者に係る裁定請求・届出に関する手続
- ・ 児童扶養手当法による児童扶養手当の支給申請に関する手続
- ・ 児童福祉法等による社会福祉施設等の入所に関する手続
- ・ 母子及び寡婦福祉法（昭和 39 年法律第 129 号）による母子寡婦福祉資金貸付金の貸付申請に関する手続
- ・ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律による特別児童扶養手当、障害児福祉手当又は特別障害者手当の支給申請に関する手続
- ・ 独立行政法人福祉医療機構法（平成 14 年法律第 166 号）による心身障害者扶養共済の加入申込みに関する手続

○ 税務分野

- ・ 住宅借入金等（特定増改築等住宅借入金等を含む。）を有する場合の特別控除に係る所得税の確定申告手続
- ・ 居住用財産を譲渡した場合の長期譲渡所得の課税の特例に係る所得税の確定申告手続

- ・ 居住用財産の譲渡所得の特別控除に係る所得税の確定申告手続
- ・ 既存住宅に係る特定の改修工事をした場合の特別税額控除に係る所得税の確定申告手続
- ・ 認定長期優良住宅の新築等をした場合の特別税額控除に係る所得税の確定申告手続
- ・ 特定の居住用財産の買換え等の場合の譲渡損失の損益通算及び繰越控除の特例に係る所得税の確定申告手続
- ・ 居住用財産の買換えの場合の長期譲渡所得の課税の特例に係る所得税の確定申告手続
- ・ 特定居住用財産の譲渡損失の損益通算及び繰越控除の特例に係る所得税の確定申告手続
- ・ 特定の居住用財産を交換した場合の長期譲渡所得の課税の特例に係る所得税の確定申告手続
- ・ 小規模宅地等の特例に係る相続税の申告手続
- ・ 相続時精算課税選択届出に係る贈与税の申告手続
- ・ 配偶者控除の特例に係る贈与税の申告手続
- ・ 住宅取得等資金の非課税制度に係る贈与税の申告手続

② 医療機関における保険資格の確認

医療機関におけるオンラインでの医療保険資格の確認を可能にすることにより、レセプトへの資格情報の転記ミスや保険者の異動情報が確認できないこと等により生じている医療費の過誤調整事務が軽減でき、医療機関・審査支払機関・保険者等における事務コストを削減できる。

③ 法定調書の提出に係る事業者負担の軽減

現在、国と地方にそれぞれ記載事項が共通であるものを提出する義務のある一定額以上の給与、年金の支払調書について、オンラインでの電子的な提出状況を踏まえ、電子的な提出先を一か所とするなど事業者負担の軽減が実現できるとともに、各機関の事務コストも削減できる。

(6) 医療・介護等のサービスの質の向上等に資するもの⁴

⁴ これらの利用場面については、取り扱われる情報の機微性等を踏まえて、法制度等について特段の措置を講じることが前提となる。（「第4 情報の機微性に応じた特段の措置」）

後記7.(2)の地方公共団体からの提案には、上記の行政等の事務や手続の効率化等に関するもののほか、個々人の心身の状況や提供された医療・介護等のサービスの内容の情報を用いることで医療・介護等のサービスの質や公衆衛生・医療水準の向上に資するとするものが含まれている。また、行政等の事務や手続の中には、給付申請等に当たり医師の診断書等の添付を求めているものも多く、その書面の添付を省略できれば、国民や関係者にとって一定の負担軽減となると考えられる。

医療・介護等のサービスの充実や質の向上は、国民生活の充実に直結するものであり、番号制度の下でできる限り多くの場面で用いることができるようにすべきものである。以下に、利用場面の一例を示すが、今後、施策の優先順位や費用対効果を見極めつつ、社会保障分野サブワーキンググループにおける議論や医療・介護等のサービス関係者からの意見を踏まえて更なる利用場面の拡充を検討する。

- ① 転居した場合であっても、継続的に健診情報・予防接種履歴が確認できるようになる。
- ② 行政機関において、乳幼児健診履歴等について、継続的に把握できるようになり、児童虐待等の早期発見に資する。
- ③ 難病等の医学研究等において、継続的で正しいデータの蓄積が可能となる。
- ④ 地域がん登録等において患者の予後の追跡が容易となる。
- ⑤ 介護保険の被保険者が市町村を異動した場合において異動元での認定状況、介護情報の閲覧が可能となる。
- ⑥ 医療機関と行政機関等との情報連携を進めることにより、各種行政手続等において本人に求めている診断書の添付が不要となる。
- ⑦ 保険証機能を券面に「番号」を記載した1枚のICカードに一元化し、ICカードの提示により、年金手帳、医療保険証、介護保険証等を提示したものとみなすこととすることで、利用者の利便性の向上を図ることができる。

3. 番号制度に必要な3つの仕組み

番号制度を上記のとおり、複数の機関に存在する個人や法人の情報を同一人の情報であるという確認を行うための基盤として構築す

を参照。)

るためには、以下の3つの仕組みが必要となる。

(1) 付番

新たに「番号」を最新の基本4情報と関連づけて付番する仕組みをいう。

「番号」は、所得等の情報を把握し、それらの情報を社会保障や税の分野で効率的に活用するための番号であり、また、国民が行政機関等の窓口で提示する番号である必要がある。

したがって、番号制度においては、①国民一人ひとりに一つの番号が付与されていること（悉皆性⁵⁾ ⑥、②全員が唯一無二の番号を持っていること（唯一無二性⁷⁾、③「民—民—官」の関係で利用可能なこと⁸⁾、④目で見て確認できる番号であること⁹⁾、⑤最新の基本4情報が関連付けられていること¹⁰⁾の5つの特性を併せ持つ番号を使用することとする。

(2) 情報連携

複数の機関において、それぞれの機関ごとに「番号」やそれ以外の番号を付して管理している同一人の情報を紐付けし、紐付けられた情報を相互に活用する仕組みをいう。

情報連携においては、データベース（「番号」に係る個人情報（第3Ⅳで定義するもの。以下同じ。）を含む情報の集合物であって、一定の事務の目的を達成するために特定の「番号」に係る個人情報を電子計算機を用いて検索することができるように体系的に構成したものをいう。以下同じ。）を有する機関が、他の機関が有するデータベースのうち特定の情報を必要とする際に、本人を一意に特定する何らかの識別子を介在して新たに情報を取得することとなる。

⁵⁾ “一つ残らず全部” という意味。

⁶⁾ 負担・給付の対象者全員に番号がないと、公平な負担や適切な給付がなしえないため。

⁷⁾ 情報の名寄せ・突合を効率的・正確に行うため。

⁸⁾ 例えば、A社からB個人に給与が支払われた場合を想定すると、B個人が得た給与を国・地方が把握するには、B個人の番号が記載された支払調書が、A社から国・地方に提出される必要がある。そのため、B個人は、自身の番号をA社に対して示さなければならない。この意味で、番号はB個人(民)→A社(民)→国・地方(官)と利用されるものである。

⁹⁾ 上記脚注8で記載のとおり、B個人から示された番号を、A社が確認する必要があるため。

¹⁰⁾ 同姓同名同生年月日の人同士を区別するために必要であるほか、地方における社会保障給付や課税などを、どの地方公共団体が行うべきか定めるために必須。

この際、連携される個人情報の種別や理由等を明確にするために、制度上、情報連携基盤（法令で定める事務について「番号」に係る個人情報を情報保有機関（「番号」に係る個人情報を保有する行政機関、地方公共団体及び関係機関をいう。以下同じ。）間でやり取りするための電子情報処理組織をいう。以下同じ。）を利用することを義務付ける必要がある。

なお、情報保有機関から税務署長等に対する確定申告書、法定調書の提出手続¹¹及び厚生労働大臣に対する当該情報保有機関の従業員等に係る年金や雇用保険の資格取得等の手続については、専ら一方の行政目的を達成するために法令の規定に基づいて申告義務者、法定調書提出義務者又は雇用主の義務として行う行為にほかならないことから、「情報を相互に活用する」情報連携には当たらないものである。

（３）本人確認

個人が「番号」を利用する際、利用者が本人であることを証明するための本人確認（公的個人認証サービス等）の仕組みをいう。

この仕組みは、対面での本人確認やオンラインでの本人認証に活用する必要がある。こうした本人確認をした上で、利用者が「番号」の持ち主であることを確認する仕組みとすることが望ましい。

具体的には、券面に基本４情報及び顔写真が記載され、公的個人認証サービスを標準搭載し、「番号」をＩＣチップに記録した後記第３ＸのＩＣカードを現行の住民基本台帳カードを改良の上、国民に交付し、対面での本人確認やオンラインでの認証に活用することが考えられる。

上記ＩＣカードの交付方法については、その交付対象者が当該対象者であることを確認し、かつ、交付対象者に確実に交付されるよう法令で規定し、成りすまし防止を徹底する必要があると考えられる。

４．安心できる番号制度の構築

（１）「番号」の保護等の必要性

「番号」の有する悉皆性、唯一無二性という性格は、特定の個人を

¹¹ 所得税と住民税においては、所得税の確定申告書の提出が住民税の申告書の提出とみなされ、市町村による所得税に関する情報の閲覧が法定されていることから、確定申告データ及び確定申告データと一体となって付随する情報等については、国税・地方税間の情報連携に該当しない。

識別する（あるいはその時点で個人を特定せずとも属性情報の蓄積により将来的に特定の個人を識別する）のに有効なツールであり、社会において容易に活用が広まりやすいといった特性を有しているため、本人の申告による「番号」のみで本人確認が行われていたアメリカや韓国等でも成りすまし等の不正な利用が社会問題化している。

このような諸外国の状況を踏まえると、「番号」を取り扱う機関において、本人であることの証明手段がないまま、「番号」のみで本人確認が行われれば、成りすましの温床となり、制度そのものの根幹を揺るがしかねないことから、本人確認を行う際は、「番号」のみをもって本人確認の手段としない取扱いとする必要がある。

番号制度の構築に当たっては、こうした「番号」の有する性格や諸外国の状況を踏まえて十分な対策を講じる必要がある。

（２）個人情報の保護の必要性

番号制度においては、国民が公平・公正さを実感し、国民の負担が軽減され、利便性が向上し、権利利益がより確実に守られることを目的として、個人情報を有効に活用することが必要となる。

一方、個人情報の有用性が高まれば、扱い得る情報の種類や情報の流通量が増加し、情報の漏えい・濫用の危険性も同時に高まることから、情報活用の場面における不正は防がねばならない。もしこれを疎かにするならば、国民のプライバシーの侵害や、成りすましによる深刻な被害が発生する危険性がある。

仮に、様々な個人情報が、本人の意思による取捨選択と無関係に名寄せされ、結合されると、本人の意図しないところで個人の全体像が勝手に形成されることになるため、個人の自由な自己決定に基づいて行動することが困難となり、ひいては表現の自由といった権利の行使についても抑制的にならざるを得ず（萎縮効果）、民主主義の危機をも招くおそれがあるとの意見があることも看過してはならない。

これらの懸念を整理すると、番号制度に対し、国民の間に生じるのではないかと考え得る懸念は、次の３点にまとめられる。

① 国家管理への懸念

国家により個人の様々な個人情報が「番号」をキーに名寄せ・突合されて一元管理されるのではないかとといった懸念

② 個人情報の追跡・突合に対する懸念

「番号」を用いた個人情報の追跡・名寄せ・突合が行われ、

- 集積・集約された個人情報外部に漏えいするのではないかと
いった懸念
- 集積・集約された個人情報によって、本人が意図しない形の個人
人像が構築されたり、特定の個人が選別されて差別的に取り扱わ
れたりするのではないかといった懸念
- ③ 財産その他の被害への懸念
「番号」や個人情報の不正利用又は改ざん等により財産その他の
被害を負うのではないかといった懸念
そこで、国民の利便性や個人情報の有用性にも配慮しつつ、上記の
懸念に適切に対処して、主として以下のような個人情報保護の措置を
講じることにより、国民に安心して番号制度を利用していただくため
の十分な個人情報保護方策を講じることとする。

懸念の類型	制度上の保護措置	システム上の安全措置
①国家管理への懸念	・第三者機関による監視 ・自己情報へのアクセス 記録の確認	・個人情報の分散管理 ・「番号」を直接用いな い情報連携
②個人情報の追跡・突合 に対する懸念	・法令上の規制等措置 ¹² ・第三者機関による監視 ・罰則強化	・「番号」を直接用いな い情報連携 ・アクセス制御 ・個人情報及び通信の 暗号化
③財産その他の被害へ の懸念	・法令上の規制等措置 ・罰則強化	・アクセス制御 ・公的個人認証等

番号制度の導入に当たっては、国民が自己情報をコントロールできる仕組みとしつつ、情報漏えい等をしっかりと防ぐ対策を講じるなど、個人情報の保護を図ることが肝要である。番号制度は、こうした取組を行う中で、最小の費用で確実かつ効率的な仕組みとして整備する必要がある。

番号制度を導入するには、同時にこのような個人情報保護の仕組みを整備することが不可欠かつ肝要であることを認識し、整備に向けて真摯に取り組まなければならない。

¹² 基本的には法律又は法律の授權に基づく政省令による全国一律の規制を想定している。

(3) 住民基本台帳ネットワークシステム最高裁判決との関係

番号制度の構築に当たっては、住基ネットに係る最高裁合憲判決（最判平成20年3月6日）の趣旨を十分踏まえる必要がある。

同判決の趣旨を踏まえれば、番号制度は、

- ① 何人も個人に関する情報をみだりに第三者に開示又は公表されない自由を有すること
 - ② 個人情報を一元的に管理することができる機関又は主体が存在しないこと
 - ③ 管理・利用等が法令等の根拠に基づき、正当な行政目的の範囲内で行われるものであること
 - ④ システム上、情報が容易に漏えいする具体的な危険がないこと
 - ⑤ 目的外利用又は秘密の漏えい等は、懲戒処分又は刑罰をもって禁止されていること
 - ⑥ 第三者機関等の設置により、個人情報の適切な取扱いを担保するための制度的措置を講じていること
- 等の要件を備える必要がある。

したがって、上記の要件を充足するため、それぞれ下記のとおり
の制度設計を行うこととする。

- ①については、「番号」に係る個人情報の内容をみだりに他人に知らせてはならない旨、法律に規定するとともに、正当な理由のない提供行為等を処罰する罰則を設ける。
- ②については、(a) 情報連携の対象となる個人情報につき情報保有機関のデータベースによる分散管理とし、(b) 情報連携基盤においては、「民一民一官」で広く利用される「番号」を情報連携の手段として直接用いず、当該個人を特定するための情報連携基盤等及び情報保有機関のみで用いる符号を用いることとし、(c) 更に当該符号を「番号」から推測できないような措置を講じる。¹³
- ③については、「番号」を用いることができる事務の種類、情報連携基盤を用いることができる事務の種類、提供される個人情報の種類及び提供元・提供先等を逐一法律又は法律の授權に基づく政省令¹⁴

¹³ 情報連携基盤の構築に当たっては、将来的に幅広い行政分野における情報連携を可能とすることに留意する。

¹⁴ 技術的・細目的事項等について政省令に委任することが考えられる。

に明示することで番号制度の利用範囲・目的を特定するとともに¹⁵、情報連携基盤を通じた「番号」に係る個人情報へのアクセス記録について、マイ・ポータル（情報保有機関が保有する自己の「番号」に係る個人情報等を確認できるように、かかる情報を、個人一人ひとりに合わせて表示する電子情報処理組織をいう。以下同じ。）上で確認できるようにする。

- ④については、情報連携の際の暗号化処理等、システム上のセキュリティ対策を十分に講じる。
- ⑤については、行政機関の職員等による不正利用、不正収集等を処罰する罰則を設けるとともに、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号。以下「行政機関個人情報保護法」という。）より法定刑を引き上げ、また、民間事業者及びその従業者等による不正利用や、不正アクセス等による不正取得に対処する直罰規定を創設する。さらに守秘義務違反につき、必要な規定を整備するとともに、既存の守秘義務違反の罪より罰則を引き上げる。
- ⑥については、国の行政機関等を監督する独立性の担保された第三者機関を設置する。

番号制度においては、取り扱う個人情報が、住基ネットの本人確認情報（氏名、住所、生年月日、性別、住民票コード等をいう。以下同じ。）よりも秘匿性の高い社会保障・税に関わる情報を中心としており、かつ、住基ネットが行わないこととしているデータマッチングを行うこととするものであることから、一層高度の安全性を確保することが求められる。

5. 番号制度の可能性と限界・留意点

（1）番号制度の可能性

現在、社会保障や税を含む行政分野では、国・地方公共団体等の間での連携をより強化することにより、制度及びその運営をより公平・公正で効率的なものに改善できる可能性がある。

もちろん、番号制度を導入しただけで、これらが即座に実現できる

¹⁵ 対象となる個人情報のうち、あらかじめ本人の同意を得て情報連携する必要がある個人情報については、その旨法律又は法律の授權に基づく政省令に記載することとする。

わけではなく、社会保障制度や税制等の諸制度の改革を併せて検討していくことが必要である。番号制度は既存の事務や業務そのものの見直しを可能とする基盤ともなるため、更に質の高い行政サービスを提供し、国民がそのメリットを享受できるよう、番号制度を活用し、業務の在り方の見直しに取り組んでいくべきである。その際、システム最適化の観点も併せて検討していく必要がある。

さらに、番号制度は、各分野に共通する社会基盤として、制度改革の選択肢を広げ、これまで構想できなかったような改革も、番号制度を前提とすれば実施できる可能性があることも忘れてはならない。

(2) 番号制度の限界

一方、そのような制度改革と併せても、全てが完全に実現されるわけではない。例えば、全ての取引や所得を把握し不正申告や不正受給をゼロにすることなどは非現実的であり、また、「番号」を利用しても事業所得や海外資産・取引情報の把握には限界があることについて、国民の理解を得ていく必要がある。

しかし、これら全てが完全には実現できないにしても、番号制度の導入と制度改革による一定の改善には大きな意義がある。

(3) 番号制度のバックアップ体制

番号制度が運用され始めた後に、例えば情報連携基盤に不具合等が生じた際には、社会保障制度や税務、ひいては国民生活に大きな影響を与える蓋然性が高い。

したがって、バックアップ体制やバックアップシステムの整備¹⁶を含め、不具合等発生時に迅速に対応できる範囲内の業務等を想定しつつ、番号制度の対象分野決定や制度設計を行うことが必要である。

(4) 本人同意の取扱い

現在政府で検討している番号制度は、社会保障・税制度の効率性、透明性の向上を図り、給付や負担の公平性を確保する社会的基盤となるものである。

すなわち、番号制度の導入により、社会保障・税務分野において、個々人のより正確な所得や負担の状況を把握した上で、国民一人ひと

¹⁶ システムが故障などにより稼働しなくなった場合に、その機能を代替するような体制を整えておくことや、その機能を代行するシステムを整備しておくこと。

りの置かれた状況に応じた的確な社会保障給付の実現を目指すものである。

この制度の趣旨に鑑みれば、「番号」を利用し、又は情報連携を行うに当たって本人同意を前提とする場合、いわゆる情報過疎の状態に置かれ行政が把握しにくい真に手を差し伸べるべき者に適切な給付を行うことが困難となる一方、意図的に不正申告を行い、又は不正受給を受けている者が番号制度に参加することも期待できず、制度導入の目的が図れないこととなる。

他方で、本人の関知しないところで「番号」の利用又は情報連携によって自己情報が名寄せ・突合されてしまうのではないかといった懸念も存在するところである。

したがって、番号制度の導入について、原則として本人同意を前提としない仕組みとする一方、前記4.(3)③への対応のとおり、「番号」の恣意的な利用を防止し国民に対してあらかじめ番号制度の活用事務について明らかにするため、「番号」を付番する事務の範囲及び情報連携を行う事務の範囲を法律又は法律の授權に基づく政省令に規定するとともに、自己情報のコントロールという観点から、情報連携を通じた個人情報¹⁷のやり取りに係るアクセス記録について、マイ・ポータル上でいつでも本人が確認できる仕組みを設けることとする。

その上で、機微性の高い個人情報¹⁷のやり取り等あらかじめ本人の同意を得て「番号」の利用又は情報連携を行う必要がある個人情報については、その旨法律又は法律の授權に基づく政省令に記載することとする。

6. 番号制度の将来的な活用

以上のように、まずは国民の生活に直結する社会保障及び税の分野において広く「番号」を活用するとともに、「番号」に係る個人情報は情報保有機関が分散管理することとし、この分散管理を基にした高いレベルのシステム上の安全措置と制度上の保護措置を講じることにより、国民が安心して「番号」のメリットを享受できることとする。

その上で、番号制度の情報連携基盤がそのまま国民ID制度の情報連携基盤となり、将来的に幅広い行政分野や、国民が自らの意思で同意した場合に限定して民間のサービス等に活用する場面においても情報連携が可能となるようセキュリティに配慮しつつシステム設計を行うも

¹⁷ 特に取扱いに配慮が必要な個人情報を指す。

のとする。

7. 今後の進め方

(1) 国民の納得と理解を得るための活動

番号制度について国民各層の納得と理解が得られるよう、平成 23 年 1 月 31 日に政府・与党社会保障改革検討本部の構成員による番号制度創設推進本部を設置し、民間団体と協力しながら番号制度の創設を推進している。

具体的には、政府広報を今後とも積極的に実施するほか、中央・地方の各界各層の協力を得て本年度及び来年度の 2 か年をかけて全国 47 都道府県で番号制度に関するシンポジウムを行うこととしており、5 月 29 日の東京開催を皮切りに、各地でシンポジウムを開催しているところである。

また、番号制度導入のために周知・広報を行う民間団体を支援し、緊密な連携を行うものとする。

(2) 地方公共団体等との連携

介護・福祉をはじめとする国民生活に密接に関連する行政は、その多くが地方公共団体において実施されている。また、地方税の課税のため市町村が扶養情報等を名寄せした所得情報が各種福祉施策の基盤ともなっている。

このため、番号制度の活用による社会保障の充実や負担・分担の公正性、各種行政事務の効率化の実現には、国と地方公共団体が密接に連携を図ることが必要不可欠である。また、日本年金機構や医療保険者等の関係機関も深く関わっている。

したがって、番号制度の導入に当たっては、国・地方公共団体等が相互に調整し、地方公共団体等の実情も踏まえながら、その在り方について議論・検討を進めていくことが必要である。

このことから、「社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会中間整理」（平成 22 年 12 月 3 日）に基づき、昨年 12 月から本年 1 月にかけて、全国知事会・全国市長会・全国町村会の地方三団体に対して、番号制度の利用場面等について意見を照会し、回答・提案をいただいております。大綱においては、この提案に対する各府省の検討結果に基づいて、利用場面を記載しているところである。

4 月 13 日には、第 7 回の実務検討会において、地方六団体の代表

の方々と実務検討会構成員との間で意見交換を行うとともに、要綱の策定に当たっては、全国知事会・全国市長会・全国町村会を通じて地方公共団体から意見を伺い、要綱に反映させている。

5月には、全国市長会の各支部総会において、各市長に対して番号制度について説明し、意見交換を行うとともに、東京において、各都道府県・指定都市に対して「社会保障・税番号要綱等についての担当課長説明会」を開催し、説明・意見交換を行ったところである。

大綱を取りまとめるに当たっても、6月24日開催の第10回実務検討会において、地方公共団体の代表と実務検討会構成員との間で意見交換を行うとともに、全国知事会・全国市長会・全国町村会を通じて地方公共団体から意見を伺い、大綱に反映させている。

このほか、関係機関とも、事務的に意見交換を行い、調整を行っているところである。

今後、7月から8月にかけて、全国16ブロックで開催される「地方税電子化協議会ブロック別・個別全国説明会」において、各地域の市町村担当職員を対象に説明及び意見交換を行うほか、さまざまな機会を捉えて地方に出向き、説明や意見交換の場を数多く設けるとともに、国・地方公共団体等が相互に意見交換を行う場を設けるなど、地方公共団体・関係機関の実情も踏まえながら、番号制度の実現に向けて議論・検討を進めていく。

なお、実務検討会の下におかれている「情報連携基盤技術ユーザーサブワーキンググループ」においては、実務及びシステムに詳しい地方公共団体等の実務者と相互に調整する場を設けている。

(3) 番号制度の導入に係る費用と便益

番号制度の導入に伴う各種のメリットを実現していく際には、新たなシステム開発が必要となり、相応のコストが発生せざるをえない。我が国の厳しい財政事情を踏まえれば、番号制度の導入に伴う国及び地方公共団体の各種事務の一層の行政効率化により、より大きなコスト削減効果の実現を図らなければならない。

「番号」を導入するための費用・期間については、一般的に、情報の活用範囲を広くするほど大きく・長くなることや、個人情報保護の仕組みの在り方等で相応の増減があり得ることから、システム等の技術設計や調達に当たっては、費用対効果を十分に踏まえて検討を行う。また、費用を誰がどのように負担するかについて、受益者負担の観点も踏まえつつ、別途検討する必要があること等について、留意する必

要がある。¹⁸

費用については、制度設計の仕方によって、実際のシステム改修の程度やその費用が異なってくることに留意する必要がある。

期間については、利用範囲を狭く限ったとしても、システム改修、「番号」交付、周知・広報等に要する期間を考慮に入れると、システム稼動までに少なくとも3～4年程度はかかる見込みであり、費用と同様、各利用事務に係る制度設計の仕方によって異なってくることに留意する必要がある。

また、番号制度を導入する場合の費用及び便益について、行政の効率化による経費削減効果を含め、国民にわかりやすく示すこととしている。

(4) 今後のスケジュール

番号制度の導入時期は制度設計や法案の成立時期により今後変わり得るが、以下を目途とする。

番号制度が円滑に施行されるよう、システム技術等の活用に当たっては、既存インフラとの整合性、将来の維持管理コスト、制度や業務要件等の可変性等を十分に考慮しながら弾力性を担保しつつ取り組むことが必要である。

ア 平成23年(2011年)秋以降、可能な限り早期に番号法案及び関係法律の関係法案を国会に提出する。

イ 法案成立後、可能な限り早期に第三者機関を設置し、業務を開始する。

ウ 平成26年(2014年)6月、個人に「番号」、法人等に「法人番号」を交付する。¹⁹

(※) 後記第3XのICカードについては、確実な本人確認の実施や国民の利便性の向上を図る観点から、導入や更新等に伴う種々のコストも勘案しつつ、国民への交付の在り方を検討

エ 平成27年(2015年)1月以降、「番号」を利用する分野のうち、

¹⁸ 情報連携の仕組みや個人情報保護の仕組みなど国民ID制度と共通する事項については連携して効率的に進め、二重投資を回避する必要がある。

¹⁹ 付番機関について、社会保障制度や税制の改革の方向性に照らして「歳入庁の創設」の検討を進めるとともに、「まずはどの既存省庁の下に設置すべきか」については、基本方針を踏まえる。個人への「番号」の交付、法人等への「法人番号」の交付に当たっては、その施行日前においても、事務の実施に必要な準備行為ができる旨、番号法に規定する。

社会保障分野、税務分野のうち可能な範囲で「番号」の利用を開始する。

オ 平成 30 年（2018 年）を目途にそれまでの番号法の執行状況等を踏まえ、利用範囲の拡大を含めた番号法の見直しを行うことを引き続き検討する。

第3 法整備

我が国に番号制度を導入するためには、

- ・ 番号制度の基本理念
- ・ 「番号」及び「法人番号」の付番・通知等の在り方
- ・ 「番号」を告知、利用できる手続の範囲
- ・ 「番号」に係る個人情報
- ・ 情報連携基盤を用いることができる事務の範囲
- ・ 情報連携により提供される「番号」に係る個人情報の種類及び提供元・提供先
- ・ あらかじめ本人の同意を得て情報連携する必要がある「番号」に係る個人情報
- ・ 「番号」に係る本人確認等の在り方
- ・ 「番号」に係る個人情報の保護及び適切な利用に資する各種措置
- ・ 情報連携の仕組み
- ・ 自己情報の管理に資するマイ・ポータルについて
- ・ マイ・ポータルのログイン等に必要なICカード等の要件
- ・ 第三者機関
- ・ 罰則
- ・ 施行期日
- ・ 施行のための準備行為

等について、法律又は法律の授權に基づく政省令に規定する必要がある。

I 基本理念

番号制度に係る共通的な事項について規定した番号法を制定し、番号法に主権者である国民の立場に立って、次に掲げる事項を基本理念として取り組むことを規定する。

- ① 社会保障給付及び社会保障負担並びに税の賦課及び徴収に関して、国民が公平さ及び公正さを実感できる社会の実現を目指すこと
- ② 社会保障給付が所得等の水準を的確に把握することにより適切に支給される社会の実現を目指すこと
- ③ 行政が適正かつ効率的に運営される社会の実現を目指すこと
- ④ システム技術、高度情報通信ネットワーク等を活用して国民生活の充実及び利便性の向上が図られる社会の実現を目指すこと

- ⑤ 行政機関の保有する「番号」に係る個人情報の適正な取扱いを確保し、当該個人情報へのアクセス記録を国民自ら確認できる社会を目指すこと

Ⅱ 個人に付番する「番号」

1. 付番

- (1) 付番対象となる個人は、住民基本台帳法（昭和 42 年法律第 81 号）第 7 条第 13 号の住民票コードが住民票に記載されている日本の国籍を有する者及び同法第 30 条の 45 の表の上欄に掲げる中長期在留者、特別永住者等の外国人住民とする。
- (2) 市町村長は、出生等により新たに住民票に住民票コードを記載した場合には、後記第 3 VII 1. に規定する番号生成機関から指定された、住民票コードに一対一対応した「番号」を書面により個人に通知するとともに、住民基本台帳法に基づき、当該個人に係る住民票に当該「番号」を記載するものとする。ただし、ICチップに「番号」が記録された後記第 3 X の IC カードが当該記録に係る者に既に交付されている場合には、当該記録に係る者に対して改めて当該通知を要しないものとする。
- (3) 市町村長は、住民票に「番号」を記載したときは、住民基本台帳法に基づき、当該住民に係る「番号」及び本人確認情報を都道府県知事及び番号生成機関に通知しなければならない。
- (4) 「番号」の付番に係る制度の所管は、総務省とする。
- (5) 付番が番号制度の根幹であることにかんがみ、国としても、安定的、効率的かつ透明な運用を可能とする適切な措置を講じるものとする。

2. 変更

「番号」を通知された者は、「番号」の変更を請求することができる。変更請求の要件等については、特段の要件を設けないこととする案や、「番号」の悪用により不利益を受けた場合その他市町村長が適当と認める場合等に請求できることとする案等が考えられるが、行政事務コストやシステム上の負荷等の観点も踏まえ、今後、番号法案策定時まで引き続き検討する。

3. 失効

- (1) 変更により、新しい「番号」を付番された場合、従前の「番号」は失効する。
- (2) 偽りその他不正の手段により「番号」が取り扱われた場合等においては、失効させることができる。

Ⅲ 「番号」を告知、利用する手続の範囲

国民が「番号」を告知、利用する手続については、当面、以下の各分野に掲げる範囲を念頭に置きつつ、さらに法案策定までに精査する。²⁰

1. 年金分野

- ・ 国民年金法による被保険者資格に係る届出、年金である給付に係る権利の裁定の請求、年金たる給付の受給、保険料、国民年金基金への加入若しくは脱退、当該基金が支給する年金たる給付等に係る権利の裁定の請求及び給付の受給、掛金、国民年金基金連合会が支給する年金たる給付等に係る権利の裁定の請求及び給付の受給等に関する手続その他番号法の授權に基づく政省令で定める利用
- ・ 厚生年金保険法による被保険者資格に係る届出、年金である給付に係る権利の裁定の請求、年金たる給付の受給、保険料、厚生年金基金への加入若しくは脱退、当該基金が支給する年金たる給付等に係る権利の裁定の請求及び給付の受給、掛金、企業年金基金連合会が支給する年金たる給付等に係る権利の裁定の請求及び給付の受給等に関する手続その他番号法の授權に基づく政省令で定める利用
- ・ 確定給付企業年金法（平成 13 年法律第 50 号）による年金たる給付等に係る権利の裁定の請求及び給付の受給、掛金に関する手続その他番号法の授權に基づく政省令で定める利用
- ・ 確定拠出年金法（平成 13 年法律第 88 号）による年金たる給付

²⁰ 第 3 Ⅲに掲げる手続の他、低所得者対策などの社会保障関連手続についても法案策定までの間に精査する。

等に係る権利の裁定の請求及び給付の受給、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

- ・ 石炭鉱業年金基金法（昭和 42 年法律第 135 号）による年金たる給付等に係る権利の裁定の請求、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）による被保険者資格に係る届出、年金である給付に係る権利の裁定の請求、年金たる給付の受給、保険料に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 国家公務員共済組合法（昭和 33 年法律第 128 号）による組合員資格に係る届出、長期給付の支給の申請、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）による組合員資格に係る届出、長期給付の支給の申請、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 私立学校教職員共済法（昭和 28 年法律第 245 号）による加入者資格に係る届出、長期給付の支給の申請、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 恩給法（大正 12 年法律第 48 号。他の法律において準用する場合を含む。）による年金である給付の受給に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 戦傷病者戦没者遺族等援護法（昭和 27 年法律第 127 号）による年金である給付の受給に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、国民は基礎年金番号又は各種共済の長期組合番号等を用いる手続において、当該番号に代えて「番号」を用いることができることとし、国、日本年金機構、各共済組合、国民年金基金、国民年金基金連合会、厚生年金基金、企業年金連合会、企業年金基金、石炭鉱業年金基金又は適用事業所は、上記手続に係る事務において、「番号」を用いることができることとする。

2. 医療分野

- ・ 健康保険法による被保険者に係る届出、療養の給付の受給、保険料の支払に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

- ・ 船員保険法による被保険者資格に係る届出、被扶養者に係る届出、療養の給付の受給、保険料に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 国家公務員共済組合法による組合員資格に係る届出、被扶養者に係る届出、療養の給付等短期給付の受給、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 地方公務員等共済組合法による組合員資格に係る届出、被扶養者に係る届出、療養の給付等短期給付の受給、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 私立学校教職員共済法による加入者資格に係る届出、被扶養者に係る届出、療養の給付等短期給付の受給、掛金に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）による被保険者資格に係る届出、療養の給付の受給、保険料に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）による被保険者資格に係る届出、療養の給付等後期高齢者医療給付の受給、保険料に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 母子保健法による未熟児への養育医療の給付申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 児童福祉法に基づく小児慢性特定疾患治療研究事業による医療の給付の申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 戦傷病者特別援護法（昭和 38 年法律第 168 号）による戦傷病者手帳の交付の申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成 6 年法律第 117 号）による被爆者健康手帳の申請、医療の給付の申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号）による自立支援給付の申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、国民は、被保険者証等の記号及び番号を用いる手続等において、当該番号に代えて「番号」を用いることができること

とするとともに、国、都道府県、市町村、全国健康保険協会、健康保険組合連合会、健康保険組合、各共済組合、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会若しくは国民健康保険中央会、適用事業所又は保険医療機関若しくは保険薬局等は、上記手続に係る事務において、「番号」を用いることができることとする。

3. 介護保険分野

- ・ 介護保険法（平成9年法律第123号）による被保険者資格に係る届出、保険給付の受給、保険料に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、国民は、被保険者証の番号を用いる手続において、当該番号に代えて「番号」を用いることができることとするとともに、国、都道府県、市町村、広域連合、国民健康保険団体連合会若しくは国民健康保険中央会又は介護サービス事業者等は、上記手続に係る事務において、「番号」を用いることができることとする。

4. 福祉分野

- ・ 児童扶養手当法による児童扶養手当の支給申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律による特別児童扶養手当、障害児福祉手当又は特別障害者手当の支給申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 児童福祉法による助産の実施の給付申請又は社会福祉施設等の入所に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 精神保健及び精神障害福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）による精神障害者保健福祉手帳の交付申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 独立行政法人福祉医療機構法による心身障害者扶養共済の加入申込みに関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 生活保護法による生活保護の申請や各種届出に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

- ・ 母子及び寡婦福祉法による母子寡婦福祉資金貸付金の貸付申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）第 2 条第 2 項第 7 号の生計困難者に対して無利子又は低利で資金を融通する事業として社会福祉協議会が行う生活福祉資金貸付の申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律（平成 16 年法律第 166 号）による特別障害給付金の支給申請に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、国民は、社会保障に係る給付の申請手続等において、「番号」を用いることができることとするとともに、国、都道府県若しくは市町村又は社会福祉協議会は、上記手続に係る事務において、「番号」を用いることができることとする。

5. 労働保険分野

- ・ 雇用保険法（昭和 49 年法律第 116 号）による被保険者資格に関する届出、失業等給付の受給に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）による公共職業安定所が行う職業紹介の申込みに関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用
- ・ 労働者災害補償保険法に基づく年金たる保険給付の支給に関する手続その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、国民は、被保険者番号を用いる手続等において、「番号」を用いることができることとするとともに、国又は適用事業所は、上記手続に係る事務において、「番号」を用いることができることとする。

6. 税務分野

(1) 国税

- ・ 国税に関する法令の規定に基づき税務署長等に提出する書類への記載及びこれに係る利用その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、本人及び税務代理人等が税務署長等に提出する確定申告書や法定調書等の書類に「番号」を記載することや、このために必要な事務に「番号」を用いることがこれに該当する。

- ・ 国税に関する法令の規定に基づき、税務職員等が適正かつ公平な国税の賦課及び徴収のために行う事務に係る利用その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、税務職員等による申告書の処理、調査等に係る事務に「番号」を用いることがこれに該当する。

(2) 地方税

- ・ 地方税に関する法令又はこれらに基づく条例の規定により地方公共団体に提出する書類への記載及びこれに係る利用その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、本人及び税務代理人等が地方公共団体の長に提出する申告書や法定調書等の書類に「番号」を記載することや、このために必要な事務に「番号」を用いることがこれに該当する。

- ・ 地方税に関する法令又はこれらに基づく条例の規定に基づき、地方公共団体の職員等が適正かつ公平な地方税の賦課及び徴収のために行う事務に係る利用その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、地方公共団体の職員等による申告書等の処理、調査等に係る事務に「番号」を用いることがこれに該当する。

7. その他

- ・ 社会保障及び地方税の分野における手続のうち、地方公共団体の条例に定めるものに係る利用

具体的には、地方公共団体が独自に条例に定めて行っている社会保障給付に係る手続や地方税に係る手続に関し、住民に「番号」の告知又は提出を求めることができるようにする。

- ・ 金融関連法令の規定に基づき、金融機関が行う業務のうち、震災等の異常事態の発生時における預金等の金融機関による払戻し等に係る利用その他番号法の授権に基づく政省令で定める利用

具体的には、上記の各分野における「番号」の利用に伴い金融機関が保有することとなる「番号」の範囲内において、今般の東日本大震災のような大災害時における預金等の払戻し及び保険金の支払いなどの事務に「番号」を用いることがこれに該当する。

IV 「番号」に係る個人情報とは

「番号」に係る個人情報とは、①「番号」、②情報連携基盤を通じた情報連携の対象となるものとして法定された社会保障及び税分野の個人情報、③（情報連携基盤を通じた情報連携の対象とはならないものの、）法令に基づき「番号」を取り扱い得る事務において「番号」と紐付いて扱われる社会保障及び税分野の個人情報をいう。

具体的には、以下の情報がこれに該当することとなる。²¹

1. 社会保障分野

- ・ 国、日本年金機構、各共済組合、国民年金基金、国民年金基金連合会、厚生年金基金、企業年金連合会、企業年金基金、石炭鉱業年金基金又は適用事業所において、前記第3Ⅲ1. に掲げる年金分野の各手続のために保有される個人情報（注1）
- ・ 国、都道府県、市町村、全国健康保険協会、健康保険組合連合会、健康保険組合、各共済組合、国民健康保険組合、後期高齢者医療広域連合、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会若しくは国民健康保険中央会、適用事業所又は保険医療機関若しくは保険薬局等において、前記第3Ⅲ2. に掲げる医療分野の各手続のために保有される個人情報（注1）
- ・ 国、都道府県、市町村、広域連合、国民健康保険団体連合会若しくは国民健康保険中央会又は介護サービス事業者等において、

²¹ 番号法制定時に、更に具体的に、法律等により特定することとする。

前記第3Ⅲ3.に掲げる介護保険分野の手続のために保有される個人情報（注1）

- ・ 国、都道府県若しくは市町村又は社会福祉協議会において、前記第3Ⅲ4.に掲げる福祉分野の各手続のために保有される個人情報（注1）
- ・ 国又は適用事業所において、前記第3Ⅲ5.に掲げる労働保険分野等の各手続のために保有される個人情報（注1）

2. 税務分野

- ・ 国税に関する法令の規定により、「番号」を記載の上、税務署長等に提出された書類等により取得し、国税の賦課及び徴収に関する手続のために税務署長等が保有する個人情報（注1）
- ・ 国税に関する法令の規定により、税務署長等に提出する書類に「番号」と併せて記載するために法定調書の提出義務者等が保有する個人情報（注1）
- ・ 地方税に関する法令又はこれらに基づく条例の規定により、「番号」を記載の上、地方公共団体の長に提出された書類等により取得され、地方税の賦課及び徴収に関する手続のために地方公共団体が保有する個人情報（注1）
- ・ 地方税に関する法令又はこれらに基づく条例の規定により、地方公共団体の長に提出する書類に「番号」と併せて記載するために特別徴収義務者等が保有する個人情報（注1）

3. その他両分野共通のもの

- ・ 「番号」（注2）
- ・ 社会保障及び地方税の分野における手続のうち、地方公共団体の条例に定めるもののために保有される個人情報（注1）
- ・ 情報連携基盤を通じて提供を受けた個人情報（注1）

（注1）ただし、基本4情報その他これに類する、高度な秘匿性を有するとまで言えない情報のみの取扱い（その該当する行為が「番号」と紐付かない形で行われる場合に限る。）については、番号法の規制対象からは除き、一般の個人情報保護法制による規制の対象とすることとする。

（注2）「番号」を一定の関数、手順等を用いて変換することで（複数回にわたって変換することを含む。）、新たに符号を生成した場合であって、

生成した符号が「番号」と一対一に対応する関係にあるときは、生成した符号についても、「番号」に該当することとする。

V 「番号」に係る本人確認等の在り方

1. 本人確認及び「番号」の真正性確保措置

- (1) 「番号」の告知（法令の規定に基づいて書面に「番号」を記載することを含む。以下同じ。）を求めることのできる行政機関、地方公共団体又は関係機関の職員等（職員等には労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和 60 年法律第 88 号。以下「労働者派遣法」という。）に規定する派遣労働者を含む。以下同じ。）及び法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者²²（「番号」に係る個人情報を取り扱う委託を受けた者（再委託、再々委託等の場合を含む。以下同じ。）を含む。）又はその従業者等（従業者等には労働者派遣法に規定する派遣労働者を含む。以下同じ。）その他法令の規定に基づいて書面に第三者の「番号」の記載を求められる者は、「番号」の告知を受ける際、本人確認を行うとともに、「番号」の真正性を確保する措置を講じるよう努めなければならない。
- (2) 「番号」を取り扱う個別具体の手續における本人確認及び「番号」の真正性確保等の在り方については、後記第 3 X の IC カードを活用した本人確認及び「番号」の真正性の確認を基本としつつ、手續ごとに要求される本人確認等の厳密さのレベルが異なることから、番号法には規定せず、個別法等で個別に規定する。また、民一官、民一民のそれぞれの取引の場面で求められる適切な認証の在り方について、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）に基づく認定認証業務の活用を含めて検討を行う。

2. 「番号」のみで本人確認を行うことの禁止

何人も、著しく異常かつ激甚な非常災害への対応等特別の理由がある場合を除き、「番号」のみで本人確認をしてはならない。

²² 現時点では、金融機関又は源泉徴収義務者・特別徴収義務者等たる事業者等が考えられる。

VI 「番号」に係る個人情報の保護及び適切な利用に資する各種措置

1. 「番号」の告知義務

正当な利用目的で「番号」の告知を求められた者は、「番号」を告知しなければならず、正当な理由なく、「番号」の告知を忌避してはならない。

2. 「番号」の告知要求の制限

何人も不当な目的で「番号」の告知を求めてはならない。²³

3. 「番号」の虚偽告知の禁止

何人も虚偽の「番号」を告知してはならない。

4. 「番号」を利用する個別法による罰則の検討

正当な理由なく、本人確認等義務、告知義務、告知要求制限、虚偽の告知の禁止に違反した場合について処罰する規定を社会保障又は税務の個別法上設けることを検討する。

5. 「番号」に係る個人情報の閲覧、複製及び保管等の制限

(1) 行政機関、地方公共団体又は関係機関の職員等は、職務の用以外の用に供する目的で、「番号」に係る個人情報を閲覧し、複製し、又はこれが記録されているデータベース等（データベースのほか、「番号」に係る個人情報を含む情報の集合物であって、一定の事務の目的を達成するために特定の「番号」に係る個人情報を「番号」、氏名その他の記述等により容易に検索することができるように体系的に構成したものを含む。以下同じ。）を作成してはならない。

(2) 法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者²⁴又はその従業者等は、正当な理由なく、「番号」の記録されているデータベース等を作成してはならない。

従業者（出向者、親子会社において親会社が一体的に人事管理等

²³ 法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業以外に、他人の「番号」を知り得る業務としては、現在行われている多様な本人確認手段の一つとして、改良される住民基本台帳カードを活用することとなる本ICカードを用いた本人確認が想定される場所である。

この場合、本人確認を実施する事業者において、利用し得る本人確認書類の一つとしてICカードを挙示すること等が、実質的に「番号」の告知要求に当たり得ることから、法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業以外に、一切の告知要求を禁止することは妥当でないと考えられる。

²⁴ 金融機関又は源泉徴収義務者・特別徴収義務者たる事業者等が考えられる。

を行っている子会社の従業者又は退職者等を含む。)の源泉徴収票の提出若しくは金融機関等による支払調書の提出等法令に基づき「番号」を取り扱い得る事務に利用するため、「番号」の記録されたデータベース等を構築するに当たり、上記事務を含めた用途で利用されている既存のデータベース等に、「番号」を付加して作成するとき、又は法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者若しくはその従業者等が同事業者の従業者本人の同意が得られている目的の範囲内で、同人の個人情報を利用してデータベース等を作成する際に、同データベース等を法令に基づき「番号」を取り扱い得る事務にも併せて利用するために、「番号」を付記するとき等正当な理由に該当する範囲を、可能な限り番号法又は同法の授權に基づく政省令に記載するなどの方法により、確定することとする。

- (3) 行政機関、地方公共団体、関係機関及び法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者以外の者は、何人も、業として、「番号」の記録されているデータベース等を作成してはならない。
- (4) 行政機関、地方公共団体、関係機関の職員等又は法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者若しくはその従業者等は、業務に関して知り得た「番号」に係る個人情報の内容をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に利用してはならない。²⁵
- (5) 事業者又はその従業者等が業務により「番号」(法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業により知り得た「番号」を除く。)を知った場合²⁶、当該「番号」を他人に知らせ、若しくは不当な目的に利用し、又は文書、図画若しくは電磁的記録に記録して保管してはならない。²⁷

6. 「番号」に係る個人情報保護のための委託、再委託等に関する規制

- (1) 「番号」に係る個人情報の委託について、委託元の性質に応じて、行政機関個人情報保護法又は個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。)における規制と

²⁵ 例えば、法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者又はその従業者等が従業者の所得情報等(「番号」に係る個人情報(「番号」自体は除く。))を当該従業者の住宅斡旋等の福利厚生等の目的で同利用目的につき当該従業者の同意を得て利用することは「不当な目的」には該当しない。

²⁶ 「番号」が券面に記載されているICカードを本人確認書類として用いた場合が考えられる。

²⁷ 「番号」は、ICカードの裏面に記載するなど、「番号」ができるだけ複写されない措置を検討する。

- 同様の規制を課す。
- (2) 委託元となる行政機関、地方公共団体、関係機関又は法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者の許可又は明示の許諾を得なければ、「番号」に係る個人情報の取扱いの再委託、再々委託等を行うことはできないこととする。
 - (3) 委託、再委託、再々委託等を受けた者は、「番号」に係る個人情報の安全管理のために相当な措置を講じなければならない。
 - (4) 受託業務の従事者等は、委託元の職員等又は従業者等と同様の義務を負うこととする。

7. 「番号」に係る個人情報の電子計算機処理等に関する秘密についての守秘義務

行政機関、地方公共団体若しくは関係機関の職員等又は受託業務（再委託、再々委託等の場合を含む。以下同じ。）の従事者等は、職務に関して知り得た「番号」に係る個人情報の電子計算機処理等に関する秘密を漏らしてはならない。

8. 「番号」に係る個人情報の安全管理措置義務

行政機関、地方公共団体、関係機関又は法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者は、当該情報の漏えい、滅失又はき損の防止その他の「番号」に係る個人情報の安全管理のために、相当な措置を講じなければならない。²⁸

9. 「番号」に係る死者の識別情報の安全管理措置義務

行政機関、地方公共団体、関係機関又は法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者が、「番号」に係る死者の識別情報を、保存年限の規定等により保存している場合には、個人情報と同等の安全管理措置を講じるものとする。

10. 「番号」に係る個人情報へのアクセス及びアクセス記録の確認

(1) 「番号」に係る個人情報へのアクセス

ア 行政機関及び関係機関が保有する「番号」に係る個人情報のうち、不開示情報に該当しないことが事前に確定でき、かつ、マイ・

²⁸ 後記X Iの委員会及び個人情報保護についての既存の監督機関は、連携を図りながら、当該事業者において措置が確実に講ぜられるよう監督するものとする。

ポータル上で当該個人に開示を行っても事務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがない情報については、マイ・ポータル上で開示できるものとする。地方公共団体が保有する「番号」に係る個人情報についても、当該地方公共団体の判断によりマイ・ポータル上で開示できるものとする。

イ 行政機関及び関係機関が保有する「番号」に係る個人情報のうち上記に該当しない情報についても、現在、書面で行っている開示請求手続、訂正請求手続及び利用停止請求手続をマイ・ポータルを経由して行うことができることとする。地方公共団体が保有する「番号」に係る個人情報についても、当該地方公共団体の判断により開示請求手続、訂正請求手続及び利用停止請求手続をマイ・ポータルを経由して行うことができるものとする。

(2) アクセス記録の確認

ア 情報保有機関による、情報連携基盤を通じた「番号」に係る個人情報のやり取り（アクセス記録）について、その日時、主体、情報の種類、根拠等を、個人自ら確認できる仕組みを設けることとする。

イ 行政機関個人情報保護法第 14 条²⁹に規定される除外事由を踏まえ、必要に応じて除外事由を設けることとする。

ウ アクセス記録の確認は、本人確認を行った上で、マイ・ポータル上で行うほか、マイ・ポータルへの接続が困難な者等も確認できるようにその他の仕組みを設けて行うこととする。

11. 代理の取扱い

(1) 法定代理

ア 「番号」に係る個人情報の開示請求等について、未成年者又は成年被後見人の法定代理人による代理行使を認めることとする。

イ 現行の行政機関個人情報保護法と同様、代理人による開示請求等がなされた場合、本人の生命、健康、生活又は財産を害するおそれがある情報は不開示情報とする。

ウ 上記の場合を不開示情報とするに当たり、利益相反のおそれのある情報が不用意にマイ・ポータル上で自動表示されないような措置等を講じることを検討する（注）。

²⁹ 独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）は行政機関個人情報保護法に準じているため、行政機関個人情報保護法のみ引用する。

(注) 例えば、典型的に利益相反のおそれのある情報については、マイ・ポータルを通じて開示請求等を受け付けたのち、行政機関の判断を経て、マイ・ポータル上で開示等を行うようにするなどの方法が考えられるが、利益相反のおそれのない情報についてまで過度にマイ・ポータル上での自動表示を控えることがないよう適切な措置を講じることを検討する。

(2) 任意代理

ア 本人自身で開示請求等を行うことが難しいものの法定代理人が存しない者が、「番号」に係る個人情報の開示請求等及びアクセス記録の確認を行えるようにするため、任意代理を認めることとする。その際、代理人への成りすましを防止するため、厳格な代理人確認手段をとるものとする。

イ 任意代理人による開示請求等がなされた場合についても、本人の生命、健康、生活又は財産を害するおそれがある情報は不開示情報とする(注)。

(注) なお、本人が開示請求等を行う場合でも、現行の行政機関個人情報保護法と同様、本人の生命、健康、生活又は財産を害するおそれがある情報は不開示情報とする。

12. 情報保護評価の実施

(1) 「番号」に係る個人情報の適正な取扱いを担保するため、「番号」に係る個人情報の保護に関する事前評価(以下「情報保護評価」という。)を実施し、情報システムの構築又は改修が「番号」に係る個人情報へ及ぼす影響を評価し、その保護のための措置を講じることとする。

(2) 行政機関及び関係機関は、「番号」に係る個人情報を取り扱うシステムを開発又は改修する前に、情報保護評価を行政機関又は関係機関内で実施した上で、その結果をX Iで後述する内閣総理大臣の下に置く、番号制度における個人情報の保護等を目的とする委員会に報告し、その承認を受けるものとする。³⁰

(3) X Iの委員会は、行政機関及び関係機関(義務付け対象者)向けガイドライン、並びに地方公共団体及び法令に基づき「番号」を取

³⁰ 地方公共団体及び法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者についても、自身の判断により、任意に情報保護評価を実施することができる。

り扱い得る事業者（非義務付け対象者）向けガイドラインを作成するものとし、情報保護評価の実施についての助言を行うことができることとする。ガイドラインには、情報保護評価を実施しなければならない情報システムについての基準や、情報保護評価の実施方法、実施手順等を記載することとする。

- (4) 番号制度開始と同時に運用に供される情報連携基盤等のシステムについては、X I の委員会が設立される前に開発が行われることが想定される。そのため、個人情報保護ワーキンググループの下に情報保護評価サブワーキンググループを設置し、情報保護評価サブワーキンググループにてガイドラインを作成し、情報保護評価の実施についての助言等を行うこととする。

VII 「番号」を生成する機関

1. 組織形態

「番号」は住民票コードと一対一対応する新たな番号であり、その付番は住民票コードの住民票への記載事務と円滑に連携して行う必要がある。「番号」の重複付番を防止し、付番事務を安定的かつ確実に実施するためには、「番号」の生成を一の主体が行うことが必要となる。このため、「番号」の生成を行う機関（以下「番号生成機関」という。）については、住民基本台帳法に規定する指定情報処理機関を基礎とした地方共同法人（地方公共団体のガバナンスが強化された特別の法律に基づく法人）とする。

2. 市町村長への「番号」の通知

番号生成機関は、市町村長に対し、住民票コードと一対一で対応する「番号」を指定し、市町村長に通知するものとする。

3. 情報保有機関との関係

- (1) 番号制度導入時において、「番号」の告知を求めることのできる情報保有機関は、当該情報保有機関が保有する利用者に係る基本4情報を住基ネットの基本4情報と突合した上で、番号生成機関に対し、当該基本4情報に係る「番号」の提供を求めることができるものとする。
- (2) 番号制度導入後において、「番号」の告知を求めることのできる

情報保有機関が、利用者から基本4情報及び「番号」の告知を受けた場合において、当該情報保有機関の保有する利用者に係る基本4情報及び「番号」と異なるとき又は当該情報保有機関が当該利用者の情報を有していないときは、当該情報保有機関は、番号生成機関に対し、当該利用者に係る基本4情報及び「番号」の提供を求め、これを確認することができるものとする。

Ⅷ 情報連携

1. 「番号」に係る個人情報の提供等

- (1) 情報保有機関は、番号法又は番号法の授權に基づく政省令で、①情報連携基盤を用いることができる事務の種類、②提供する情報の種類、③当該情報の提供元・提供先等を規定した上で、情報連携基盤を通じて当該情報を提供することができることとする。
- (2) 情報保有機関は、情報連携基盤を通じて、他の情報保有機関の保有する情報の提供を求めることができることとし、自己の保有する情報の提供を求められた情報保有機関は、当該情報を情報連携基盤を通じて提供するものとする。³¹
- (3) 上記(1)(2)の際、「番号」は「民一民一官」で広く利用される「見える番号」であることから、個人情報保護の観点から、これを直接、個人を特定する共通の識別子として用いてはならないこととする。
- (4) 上記(1)(2)の例外措置として、(1)の法律等に規定されていないときであっても、著しく異常かつ激甚な非常災害への対応等特別の理由がある場合にX Iの委員会の許可を受けたときには、情報連携基盤を通じた情報連携ができることとする。
- (5) 情報連携基盤の運営機関及び情報保有機関は、情報連携に関連する業務に携わることができる職員をあらかじめ限定し、関係する端末やデータベースへのアクセスを適切な方法により制御するとともに、事後的な当該機関内又はX Iの委員会等による監査を受けるものとする。

³¹ 事業者からの法定調書の提出や制度上情報の共有が想定されている確定申告書等の国から地方団体への送付など、法令に基づき書面又は電子的手法を通じて情報収集がなされているものについては、情報連携に該当しない。

- (6) 情報連携基盤及び情報保有機関は、情報保有機関間で行われた情報連携基盤を通じた「番号」に係る個人情報のやり取りに関するアクセス記録を、一定期間保存するものとする。
- (7) 情報連携基盤においては、大規模災害時や、重大な機器等の故障等が発生した場合においても業務を継続することができるような措置を講じるものとする。
- (8) 「番号」に係る個人情報を提供する行政機関は、当該情報及びその提供先について、行政機関個人情報保護法に基づく個人情報ファイルにあらかじめ記載するものとする。
- (9) 情報保有機関は、保有する「番号」に係る個人情報の正確性の確保に努めるものとする。

2. 情報連携の範囲

第2の2. に示した新たな制度、利便性やサービスの質の向上、行政事務の効率化等を実現するために、情報連携基盤を用いることができる事務の種類、提供される個人情報の種類及び提供元・提供先等を法案策定までに明らかにする。³²

なお、医療・介護等の分野での情報連携については、特に情報保有機関が相当数³³に上り非常に多くの情報がやり取りされることや、民間の医療機関等も含まれることから、法制上の特段の措置³⁴と併せて、負荷や費用の面で効率的なシステムとなるよう、特段の技術設計を行う方向で検討する。

3. 情報保有機関が保有する基本4情報の住基ネット基本4情報との同期化

- (1) 情報連携基盤とつなぐ情報保有機関は、番号制度導入時において、「符号」を自らが有する個人情報のデータベースと紐付けるため、自らが保有する基本4情報が住基ネットの基本4情報に突合するよう努めることとする。
- (2) 情報連携基盤とつなぐ情報保有機関は、(1)のため、住基ネットを通じて基本4情報の提供を求めることができることを住民基本

³² (注) 31のほか、制度上情報の共有が想定されており現に書面又は電子的手法を通じて情報共有がなされている場合等、個別の事情を踏まえた取扱いについて検討する。

³³ 医療施設数：約18万（「医療施設調査（平成21年）」（厚生労働省））、介護サービス施設・事業所数：約26万（「介護サービス施設調査（平成21年）」（厚生労働省））

³⁴ 「第4 情報の機微性に応じた特段の措置」を参照。

台帳法に規定する。

- (3) (1) で住基ネットの基本4情報と突合した、情報連携基盤とつなぐ各情報保有機関が保有する基本4情報について、情報連携基盤とつなぐ各情報保有機関は、必要な頻度で住基ネットの基本4情報との同期化に努めることとする。

4. 情報連携基盤の運営機関

情報連携基盤の運営機関の具体的な組織の在り方については、引き続き検討する。

IX 自己情報の管理に資するマイ・ポータル

1. 設置

情報保有機関が保有する自己の「番号」に係る個人情報等を確認できるように、かかる情報を、個人一人ひとりに合わせて表示することができるマイ・ポータルを設けることとする。

2. 機能

個人がマイ・ポータルを通じて、①自己の「番号」に係る個人情報についてのアクセス記録の確認、②情報保有機関が保有する自己の「番号」に係る個人情報の確認、③電子申請、④行政機関等からのお知らせの確認を行うことができることとする。

3. 業務継続措置

マイ・ポータルにおいては、大規模災害時や、重大な機器等の故障等が発生した場合においても業務を継続することができるような措置を講じるものとする。

4. 運営機関

マイ・ポータルの運営機関は、情報連携基盤の運営機関と同一の機関とする。

X マイ・ポータルへのログイン等に必要なＩＣカード

1. 概要

自己の「番号」に係る個人情報についてのアクセス記録の確認等を行うことができるマイ・ポータルにログインするため、また、法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者等が本人確認をした上で「番号」を確認できるようにするため、ＩＣカード（その者に係る住民票に記載された氏名、住所、生年月日、性別及び「番号」その他政令で定める事項（以下「カード記載事項」という。）が記載され、かつ、現行の住民基本台帳カードに記録されている事項に加え、「番号」及び公的個人認証サービスの電子証明書その他政令で定める事項が記録された半導体集積回路が組み込まれ、現行の住民基本台帳カードの機能も有するカードをいう。以下同じ。）を交付できるようにする。

ただし、当該ＩＣカードの交付を受ける住民がＩＣカードに「番号」の記載を希望しない場合も考えられるため、その場合の対応について、引き続き検討する。

ＩＣカードは、住民基本台帳カードのこれまでの国及び地方公共団体における普及の拡大の取組の経過等を踏まえて、可能な限り、現行の住民基本台帳カード、住基ネットや公的個人認証サービス等を活用しつつ、住民基本台帳カードが有する機能等に加え、下記のとおり改良するものとし、住民基本台帳カードの交付同様、ＩＣカード交付時に厳格な本人確認を行い、不正取得の防止や偽変造の防止等のための適切な措置を講じることとする。

なお、利用者の利便性の向上を図るため、ＩＣカードの普及を前提としつつ、将来的には多様な本人確認等の手段を利用できるように検討する。

- (1) マイ・ポータルにログインするために、現在は署名サービスのみに限られている公的個人認証サービスに認証用途を付加する。
- (2) 電子証明書の有効期間を現行の３年から５年に延長し、公的個人認証の利便性を高める。
- (3) 民間事業者の窓口等で電子的に本人確認を行うため署名検証者を民間事業者に拡大する。
- (4) 「番号」の告知の際、「番号」の真正性を担保するため、ＩＣカードの券面に「番号」を記載し、ＩＣチップに「番号」を記録する。

2. 交付等

- (1) 市町村長は、当該市町村が備える住民基本台帳に記録されている住民に対し、住民が申請する場合には、当該住民に係るＩＣカードを交付するものとする。
- (2) ＩＣカードの交付を受けようとする者は、政令で定めるところにより、政省令で定める事項を記載した交付申請書を、その者が記録されている住民基本台帳を備える市町村の市町村長（以下「住所地市町村長」という。）に提出するものとする。
- (3) 住所地市町村長は、(2)の交付申請書の提出があった場合には、その者に対し、政令で定めるところにより、ＩＣカードを交付しなければならない。
- (4) ＩＣカードの様式その他必要な事項は、政省令で定める。
- (5) ＩＣカードの交付を受けている者は、転入届を提出する場合には、当該転入届と同時に、当該ＩＣカードを市町村長に提出しなければならない。
- (6) (5)の規定によりＩＣカードの提出を受けた市町村長は、当該ＩＣカードについて、カード記載事項の変更その他当該市町村において当該ＩＣカードの適切な利用を確保するために必要な措置を講じ、これを返還しなければならない。
- (7) (5)の場合を除くほか、ＩＣカードの交付を受けている者は、カード記載事項に変更があったときは、その変更があった日から14日以内に、その旨を住所地市町村長に届け出て、当該ＩＣカードの変更に係る事項の記載を受けなければならない。
- (8) ＩＣカードの交付を受けている者は、ＩＣカードを紛失したときは、直ちに、その旨を住所地市町村長に届け出なければならない。
- (9) ＩＣカードについては、公的個人認証サービスの電子証明書の有効期間やＩＣチップの耐久性等を勘案して政令で定める有効期間を設けることとし、有効期間が満了した場合その他政令で定める場合には、その効力を失う。
- (10) ＩＣカードの交付を受けている者は、当該ＩＣカードの有効期間が満了した場合その他政令で定める場合には、政令で定めるところにより、当該ＩＣカードを、住所地市町村長に返納しなければならない。
- (11) 以上に定めるもののほか、ＩＣカードの再交付を受けようとする場合における手続その他ＩＣカードに関し必要な事項は、政令で定める。

- (12) 市町村長その他の市町村の執行機関は、ＩＣカードを、条例の定めるところにより、条例に規定する目的のために利用することができる。

3. 公的個人認証サービスの改良

- (1) 現在の署名用電子証明書の発行に加え、マイ・ポータルにログインする等、文書を伴わないアクセスにおける本人確認を行うため、電磁的記録に記録することができる情報について行われる措置であって、当該措置を行った者が本人であることを示すために用いる認証用電子証明書の発行を行う。
- (2) 住民は、住所地市町村長を経由して、都道府県知事に対し、自己に係る署名用電子証明書及び認証用電子証明書（以下「電子証明書」という。）の発行の申請をすることができることとする。
- (3) 鍵ペアについては、申請者が住所地市町村長の使用に係る電子計算機を用いて作成することとせず、住所地市町村が電子証明書を発行する際に厳格な本人確認を行うことにより他の方法で作成する。
- (4) 都道府県知事は、行政機関等の求めに応じ、署名用電子証明書と認証用電子証明書が同一の本人のものである旨を通知するものとする。
- (5) 電子証明書の有効期間は、原則として当該電子証明書の発行の日から起算して5年を経過する日とすることとする。
- (6) 署名検証者及び認証検証者は、現在の行政機関等だけでなく、民間事業者であって政令で定める基準に適合するものとして総務大臣が認定する者を加えるものとする。
- これら以外の民間事業者が公的個人認証サービスの電子証明書を利用する場合には、本人の同意を得た上で、電子証明書を発行する認証局等が署名検証者及び認証検証者となることとする。
- (7) 署名検証者及び認証検証者に対し、電子証明書や失効情報の目的外利用の制限等の義務を設けるほか、署名用電子証明書と認証用電子証明書を適切に使い分ける義務を設ける。また、公的個人認証サービスの電子証明書のシリアル番号について、住民票コードと同様の告知要求制限を設けることとし、当該シリアル番号の告知要求制限の具体的な方法その他の保護措置についても引き続き検討していく。
- (8) 公的個人認証サービスが番号制度における重要な基盤となることや、認証局が署名検証者及び認証検証者となること、公的個人認証

サービスの利便性を高めるためには住基ネットとの連動が必要となることを踏まえ、公的個人認証サービスの認証局の事務は、Ⅶ 1. の地方共同法人が担うこととする。

X I 第三者機関

1. 設置等

- (1) 内閣総理大臣の下に、番号制度における個人情報の保護等を目的とする委員会（以下「委員会」という。）を置く。
- (2) 委員会は、次のような業務を行う。
 - ア 行政機関、地方公共団体、関係機関又は「番号」を取り扱う事業者³⁵（以下「監督対象機関等」という。）による「番号」に係る個人情報の取扱いの監督
 - イ 「番号」に係る個人情報の取扱いに関する苦情の処理
 - ウ 情報連携基盤及びその他の機関と接続する部分の監査
 - エ 情報保護評価の実施に関する助言及び報告書の承認
 - オ 番号法に係る適格認証手段の承認
 - カ 所掌事務に係る国際協力
 - キ 「番号」に係る個人情報の保護方策並びに番号法に関する普及啓発及び相談の受付³⁶
- (3) 委員長及び委員は、独立してその職権を行う。
- (4) 委員長及び委員は、内閣総理大臣が、両議院の同意を得て、これを任命する。
- (5) 委員には、関係法令及びIT技術に関する学識経験者、地方公共団体、民間等の関係者などを含める。委員長は、委員会の会務を総理し、委員会を代表する。

委員長は、緊急に対処すべき事態が生じた場合、必要があれば、いつでも委員会を招集できる。

³⁵ 法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者及び前記Ⅵ 5. (5) の業務により「番号」を知った事業者をいう。以下同じ。

³⁶ 委員会は、普及啓発等の業務を通じて、いわゆる過剰反応の防止にも努めることとする（また、民間企業等が、実現しようとする自己の事業活動に係る具体的行為に関して、当該行為が特定の番号法の規定の適用対象となるかどうかについては、番号法を所管することとなる行政機関の法令適用事前確認手続を利用することも考えられる。）

2. 権限・機能等

委員会は、以下の権限・機能を有する。³⁷なお、通常は、委員会による監督等は、監督対象機関等に係る既存の監督体制による監督等を前提とし、できる限り効率的に行う。

(1) 問題の発見・調査に関する権限・機能

ア 委員会は、監督対象機関等に対し、「番号」に係る個人情報の取扱いについて、資料の提出及び説明等を求めることができる。³⁸

イ 委員会は、監督対象機関等による「番号」に係る個人情報の取扱いに関する苦情について、相談に応じ、調査することができる³⁹。

ウ 委員会は、「番号」を取り扱う事業者又は関係機関に対し、「番号」に係る個人情報の取扱いに関し、報告させ、職員に事務所等に立ち入り、関係する書類等を検査させ、関係者への質問をさせることができる。

エ 委員会は、行政機関及び地方公共団体の「番号」に係る個人情報（犯則調査又は犯罪の捜査等一定の事由を目的として保有されている場合は除く。）の取扱いについて実地の検査をすることができる。

(2) 発見・調査した問題を解消する権限・機能

ア 委員会は、監督対象機関等に対し、必要な助言・指導をすることができる。

イ 委員会は、監督対象機関等が番号法等の規定に違反した場合、監督対象機関等に対し、必要な措置をとるべき旨を勧告することができる。

ウ 委員会は、事業者及び関係機関が正当な理由がないのに勧告に係る措置をとらなかったとき等は、その勧告に係る措置等をとるべきことを命じることができる。

エ 委員会は、地方公共団体の「番号」に係る個人情報の取扱いが法令の規定に違反していると認めるとき等は、内閣総理大臣に対し、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の5又は第245

³⁷ 第三者機関の組織形態によっては、内閣総理大臣を介して勧告等を行うこととする。

³⁸ 資料の提出及び説明等の要求について、後記エと同様に犯則調査又は犯罪の捜査等一定の事由に関連する資料等は除かれる。

³⁹ 委員会は、「番号」に係る個人情報の取扱いに関する苦情について、官に対するものと民に対するものとを問わず、その窓口となり、官民に対する各種の調査権限を駆使して調査を実施し、問題となる事象が判明した場合は、当該調査の対象となっている機関に対し、助言、指導、勧告等を行い、救済を図る。

条の7に基づき当該地方公共団体に対して違反の是正等のため必要な措置を講じることを求め、又は講じる措置に関し、必要な指示をするよう勧告することができる。

オ 委員会は、行政機関において勧告に係る措置が速やかに実施されることが必要であると認めるときは、内閣総理大臣に対し、当該行政機関の長に対して当該措置の速やかな実施を求めるよう勧告することができる。

(3) 情報連携基盤等の監査及び情報保護評価に関する権限・機能

ア 委員会は、情報連携基盤及びその他の機関と接続する部分を、その稼働前に監査するとともに、情報連携基盤を随時監査する。

イ 委員会は、行政機関、地方公共団体、関係機関及び法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者に対し、情報保護評価の実施に関し助言できるとともに、行政機関及び関係機関が提出する報告書を承認することができる。

(4) その他

ア 委員会は、前記Ⅷ 1. (1) の法律等に規定されていないときであっても、著しく異常かつ激甚な非常災害への対応等特別の理由がある場合には、情報連携基盤を通じた情報連携を許可することができる。

イ 委員会は、番号制度又は同制度における個人情報保護のための方策に関する重要事項について内閣総理大臣に対して意見を述べることができる。

ウ 行政機関が「番号」に係る個人情報に記載されているデータベース等を保有等しようとするときは、一定の場合を除き、あらかじめ、委員会に対し、同ファイルの名称、利用目的及び経常的な提供先等を通知するものとする。

XII 罰則

以下の行為又は者を処罰する罰則を創設し⁴⁰、必要に応じて国外犯処罰規定及び両罰規定を設ける。

⁴⁰ 番号法においても、原則として、刑法（明治40年法律第45号）総則の規定が適用されることから（同法第8条）、罪を犯す意思（故意）がない場合は処罰されない（同法第38条第1項）。

これらの罰則の更に具体的な内容や法定刑、他の罰則の必要性、社会保障又は税務の個別法における処罰範囲の拡大・法定刑の加重の要否等について制度全体の在り方を踏まえ、検討を進める。

1. 行政機関、地方公共団体又は関係機関の職員等を主体とするもの⁴¹

- (1) 行政機関、地方公共団体若しくは関係機関の職員等又は受託業務の従事者等（以下「行政機関の職員等」という。）が、正当な理由がないのに、「番号」の記録されているデータベースを提供した行為
- (2) 行政機関の職員等が、正当な理由がないのに、その業務に関して知り得た「番号」に係る個人情報を提供し、又は盗用（自己又は第三者の利益のために不法に利用することをいう。以下同じ。）した行為（「番号」を、「番号」に係る他の個人情報と併せずに提供する場合は除く。）
- (3) 行政機関、地方公共団体又は関係機関の職員がその職権を濫用して、専らその職務の用以外の用に供する目的で、「番号」が記録されている文書、図画又は電磁的記録を収集した行為
- (4) 前記VI 7. の「番号」に係る個人情報の電子計算機処理等に関する秘密についての守秘義務に違反して電子計算機処理等に関する秘密を漏らした者

2. 行政機関の職員等以外も主体となり得るもの

- (1) 「番号」を取り扱う事業者若しくはその従業者等又は受託業務の従事者等（以下「番号」を取り扱う事業者等」という。）が、正当な理由がないのに、「番号」の記録されているデータベースを提供した行為

「番号」に係る個人情報を取り扱う委託を受けた者に対して提供するとき、従業者（出向者、親子会社において親会社が一体的に人事管理等を行っている子会社の従業者又は退職者等を含む。）の人事管理・福利厚生のために必要で、第三者への提供につき当該従業者の同意があるとき、法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者の事業が、合併、分社化、営業譲渡等により承継されるに際し、「番号」の記録されているデータベースを移転するとき、又は法令に基

⁴¹ 1 (1) から (3) までについて、行政機関個人情報保護法第 53 条から第 55 条までに規定される罰則より法定刑を引き上げることを検討する。

づき提供するとき等正当な理由に該当する範囲を、可能な限り番号法に記載するなどの方法により、確定することとする。

- (2) 「番号」を取り扱う事業者等が、正当な理由がないのに、その業務に関して知り得た「番号」に係る個人情報を提供し、又は盗用した行為（「番号」を、「番号」に係る他の個人情報と併せずに提供する場合は除く。）

「番号」に係る個人情報を取り扱う委託を受けた者に対して提供するとき、従業者（出向者、親子会社において親会社が一体的に人事管理等を行っている子会社の従業者又は退職者等を含む。）の人事管理・福利厚生のために必要で、第三者への提供につき当該従業者の同意があるとき、法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者の事業が、合併、分社化、営業譲渡等により承継されるに際し、「番号」に係る個人情報を移転するとき、又は法令に基づき提供するとき等正当な理由に該当する範囲を、可能な限り番号法に記載するなどの方法により、確定することとする。

- (3) 詐欺等行為又は管理侵害行為（不正アクセス行為その他の保有者の管理を害する行為をいう。）により、「番号」に係る個人情報を取得した者
- (4) 法令に基づき「番号」を取り扱い得る事業者が保有する「番号」に係る個人情報の記録されているデータベース等に虚偽の記録をした者⁴²
- (5) 前記X I 2. (1) ウによる報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、又は立入検査を拒むなどし、若しくは質問に対して陳述をせず、若しくは虚偽の陳述をした者
- (6) 前記X I 2. (2) ウによる委員会の命令に違反した者

3. 委員会の委員長等に対する守秘義務違反

委員会の委員長、委員又は職員等が職務上知り得た秘密を漏らした行為⁴³

⁴² 事業者が保有する「番号」に係る個人情報が記録されているデータベース等に虚偽の記録をする行為について、刑法第 161 条の 2 第 1 項の私電磁的記録不正作出罪等で対処できるものがあると考えられるが、対処できないものも想定されることから、これらに対処するために新たに罰則を設けることとしたものである。これに対し、行政機関等が保有する「番号」に係る個人情報ファイル又はデータベースに虚偽の記録をする行為については、基本的に、公電磁的記録不正作出罪や虚偽公文書作成罪等の刑法所定の罰則で対処できると考えられる。

⁴³ 国家公務員法（昭和 22 年法律第 120 号）上の守秘義務違反の罪より法定刑を引き上げ

XIII 法人等に付番する番号

1. 付番

次に掲げる法人等に対し、「法人番号」を付番する。その際、登記のある法人等については、法務省が有する12桁の整数からなる会社法人等番号の法令上の根拠を明確化した上で、これを基礎として付番することとし、法務省及び国税庁において、そのための所要の措置を講じることとする。また、会社法人等番号を有しない登記のない法人等に対しては、国税庁において、登記のある法人等に係る会社法人等番号と重ならない番号を付番することとする。「法人番号」の付番の所管は、国税庁とする。

- (1) 国の機関及び地方公共団体
- (2) 登記所の登記簿に記録された法人等
- (3) 法令等の規定に基づき設置されている登記のない法人
- (4) (1) から (3) に掲げる法人等以外の法人（国税に関する法令の規定により法人とみなされる者を含む。）で、国税・地方税の申告・納税義務、源泉徴収義務若しくは特別徴収義務若しくは法定調書の提出義務を有し、又は法定調書の提出対象となる取引を行うもの

なお、法人等の支店や事業所に関しては、必ずしも会社法人等番号を有していないこと等から「法人番号」の付番は行わない。他方、国税の源泉徴収義務と地方税の特別徴収義務の両方を有する法人等の支店や事業所が相当数あることから、国税の源泉徴収義務者について国税当局内部で活用している番号を地方税当局と共有し、地方税当局及び徴収義務者の事務処理の効率化を図ることとする。

2. 変更

会社法人等番号は平成24年度以降、管轄登記所外への移転登記又は組織変更の登記を行っても変更されない仕組みとなる予定であり、「法人番号」についても同様に、変更しないこととする。

また、重複付番を避けるためにも一度使用した番号は再利用しないこととする。

ることを検討する。

3. 通知

国税庁長官は、付番した「法人番号」を当該法人等に書面により通知するものとする。

4. 検索及び閲覧

「法人番号」は、広く一般に公開されるものであり、自由に流通させることができ、官民を問わず様々な用途で利活用するものとする。

このため、法人等に対する付番機関においては、国民の利便性に配慮し、法人等の基本3情報（商号又は名称、本店又は主たる事務所の所在地、会社法人等番号。以下「法人等基本3情報」という。）の検索、閲覧ができるサービスをホームページ等で提供することとする。

5. 「法人番号」の適切な利用に資する各種措置

「法人番号」についても、前記Vの告知を受ける際の本人確認及び「番号」の真正性確保、VI 1. の告知義務、VI 3. の虚偽告知の禁止等、番号制度を適正・円滑に運営するために必要な措置については、個人に付番する「番号」と同様の措置を講じる。

6. 法人等付番機関

- (1) 法人等付番機関は、会社法人等番号を活用して法人等に付番するため、法務省に付番対象である法人の登記に記録されている事項のうち、法人等基本3情報及び「法人番号」の運用・管理に必要な情報の提供を求めることができる。
- (2) 法人等付番機関は、法務省から提供のあった付番対象である法人の登記簿に記録されている事項及び「法人番号」を適切に管理しなければならない。
- (3) 法人等付番機関は国税庁に必要な体制の整備を検討する。

第4 情報の機微性に応じた特段の措置

社会保障分野、特に医療分野等において取り扱われる情報には、個人の生命・身体・健康等に関わる情報をはじめ、特に機微性の高い情報が含まれていることから、個人情報保護法成立の際、特に個人情報の漏洩が深刻なプライバシー侵害につながる危険性があるとして医療分野等の個別法を検討することが衆参両院で付帯決議されている。

今般、番号制度の導入に当たり、番号法において「番号」に係る個人情報の取扱いについて、個人情報保護法より厳格な取扱いを求めることから、医療分野等において番号制度の利便性を高め国民に安心して活用してもらうため、医療分野等の特に機微性の高い医療情報等の取扱いに関し、個人情報保護法又は番号法の特別法として、その機微性や情報の特性に配慮した特段の措置を定める法制を番号法と併せて整備する。なお、法案の作成は、社会保障分野サブワーキンググループでの議論を踏まえ、内閣官房と連携しつつ、厚生労働省において行う。

社会保障・税番号制度の法律事項に関する概要の要点

I. 名称、所管

- 番号制度は**内閣府**が所管し、その法律の通称は、「**マイナンバー法**」とする。
- 個人番号の通知等及び番号カードの所管は総務省、法人番号の通知等は国税庁
- 情報連携基盤は内閣府と総務省の共管

II. 制度の内容

1 総則

- 国民の利便性の向上及び行政運営の効率化を図り、国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。
- 個人番号は次のことを基本理念として取り扱う。
 - ・個人の権利利益が保護されるものであること
 - ・社会保障制度及び税制における給付と負担の適切な関係が維持されるものであること
 - ・行政における申請、届出その他の手続等の合理化が図られること
 - ・自己に関する個人情報の簡易な確認の方法が得られる等国民生活の充実に資するべきものであること

2 個人番号

- 市町村長は、個人番号を定め、書面により通知**
- 市町村長は、個人番号の生成に係る処理を地方公共団体情報処理機構(仮称)に要求
- 一定の要件に該当した場合のみ、個人番号は変更可能
- 個人番号の利用範囲をマイナンバー法に明記。地方公共団体の独自利用や災害時の金融機関での利用も可能
- 本法に規定する場合を除き、他人に個人番号の提供又は告知を求めることは禁止**
- 本人から個人番号の告知を受ける場合、番号カードの提示を受ける等の本人確認を行う必要

3 番号個人情報の保護等

- (1) 番号個人情報の保護
- マイナンバー法の規定によるものを除き、番号個人情報の収集・保管、番号個人情報ファイルの作成を禁止
- 個人番号取扱者の許諾のない再委託は禁止
- 番号情報保護委員会は情報保護評価指針を作成・公表
- 行政機関の長等は、情報保護評価を実施し、情報保護評価報告書を作成・公表

(2) 情報連携

- 番号個人情報の提供は原則禁止。情報連携基盤を使用して行う場合など、マイナンバー法の規定によるもののみ可能**
- 同一内容の情報が記載された書面の提出を複数の番号関係手続において重ねて求めることがないよう、相互に連携して情報の共有及びその適切な活用に努める
- 情報連携基盤の所管大臣は、情報提供者及び情報照会者へ本人の個人番号を特定することができる符号を通知
- 情報連携基盤を使用して番号個人情報の提供を求められた場合、当該番号個人情報の提供義務あり
- 情報提供の記録は情報連携基盤に保存

(3) 個人情報保護法等の特例

- 情報連携基盤上の情報提供の記録について、マイ・ポータル又はその他の方法により開示
- 任意代理人による番号個人情報の開示請求等が可能
- 本人同意があっても番号個人情報の第三者への目的外提供は禁止
- 地方公共団体等における必要な措置

4 番号情報保護委員会

- 内閣府設置法第49条第3項の規定に基づく、いわゆる**三条委員会**として設置
- 所掌事務
 - ・番号個人情報の取扱いに関する監視又は監督
 - ・情報保護評価に関すること など
- 組織・任期等
 - ・委員長及び最大6人の委員をもって組織。任期は5年。
 - ・委員長及び委員は、両議院の同意を得て、内閣総理大臣が任命。
 - ・委員は、個人情報の保護に関する学識経験者、情報処理技術に関する学識経験者、社会保障制度や税制に関する学識経験者、民間企業の実務経験を有する者、地方公共団体の全国的連合組織の推薦する者等で構成。
 - ・委員長、委員、職員等の守秘義務、給与、政治活動の禁止等を規定
 - ・委員会は指導、助言、勧告、命令、報告及び立入検査の実施権限、委員会規則の制定権あり
 - ・委員会は内閣総理大臣に意見を述べるができる
 - ・委員会は毎年国会に処理状況を報告、概要を公表

5 法人番号

- 国税庁長官は法人番号を指定、通知。法人等の名称、所在地等と併せて法人番号を公表。ただし、人格のない社団等の所在地等の公表は予め同意のあるものに限る。
- 行政機関の長等は、番号法人情報の授受の際、法人番号を通知して行う。

6 雑則

- 番号カード
 - ・市町村長は、当該市町村が備える住民基本台帳に記録されている者に対し、その者の申請により、番号カードを交付
 - ・市町村長その他の市町村の執行機関は、条例で定めるところにより、番号カードを利用可能。
- 事務の区分
 - ・個人番号の通知、変更等の市町村長が処理する事務の区分は**法定受託事務**。

7 罰則

- 以下のような行為に対する罰則を設ける。
- 個人番号を取り扱う行政機関の職員や事業者等が正当な理由なく番号個人情報等を含むファイルを提供したとき
- 個人番号を取り扱う行政機関の職員や事業者等が業務に関して知り得た番号個人情報等を正当な理由なく提供又は盗用したとき
- 情報連携事務に従事する者等が情報連携事務に関して知り得た電子計算機処理等の秘密を漏らしたとき
- 行政機関の職員等が不当な目的で個人番号が記録された文書、図画又は電磁的記録を収集したとき
- 人を欺き、暴行を加え、脅迫する行為により、又は財物の窃取、施設への侵入、不正アクセス行為その他の行為により個人番号等を取得したとき
- 偽りその他不正の手段により、番号カードの交付を受けたとき
- 番号情報保護委員会の職員等が職務上知り得た秘密を漏らしたとき
- 番号情報保護委員会による検査を拒むなどしたとき
- 番号情報保護委員会の命令に違反したとき

8 その他

- マイナンバー法の施行後5年を目途として、本法の施行状況等を勘案し、本法の規定について検討を加え、その結果に応じて利用範囲の拡大を含めた所要の見直しを行う

III. 制度の施行期日

- 準備行為等に係る規定・・・公布日
- 番号情報保護委員会に係る規定・・・平成25年1月～6月
- 個人番号、法人番号、番号カードに係る規定・・・公布日から3年を超えない範囲
- 情報連携に係る規定・・・公布日から4年を超えない範囲

社会保障・税番号制度の法律事項に関する概要

I. 名称、所管

- 番号制度の法律の名称は、通称「マイナンバー法」（正式名称「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」）とし、国民への浸透を図る。
- マイナンバー法の所管は内閣府とする。
- 個人番号の通知等及び番号カードの所管は総務省とし、法人番号の通知等の所管は国税庁とする。
- 情報連携基盤の所管は内閣府及び総務省の共管とする。

II. 制度の内容

1 総則

(1) 目的

国民の利便性の向上及び行政運営の効率化を図り、国民が安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

(2) 基本理念

個人番号は、

- ① 個人の権利利益が保護されるものであること
- ② 社会保障制度及び税制における給付と負担の適切な関係が維持されるものであること
- ③ 行政における申請、届出その他の手続等の合理化が図られること
- ④ 自己に関する個人情報の簡易な確認の方法が得られる等国民生活の充実に資するべきものであること

を基本理念として取り扱う。

2 個人番号

(1) 通知等

- 市町村長は、住民票に住民票コードを記載したときは、速やかに住民票コードを変換して得られる個人番号を定め、書面により通知する。
- 市町村長は、他の個人番号と重複しない個人番号を定めることができるよう、そ

の生成に係る処理を地方公共団体情報処理機構（仮称）（以下「機構」という。）に求めるものとする。

（２）変更等

市町村長は、個人番号の盗用、漏えい等の不正行為による被害を受けたこと等の事情により、個人の権利利益を不当に侵害され、又は侵害されるおそれがある場合には、その者の請求又は職権により、別の個人番号を定め、通知する。

（３）利用範囲

- マイナンバー法の別表に定める社会保障分野の事務、国税・地方税の賦課徴収事務、防災に係る事務等を行う国の機関、地方公共団体の執行機関、独立行政法人等その他の者及び当該事務に係る申請、届出その他の手続を行う者（代理人を含む。）又はこれらの者からその事務若しくは手続の委託を受けた者（以下「受託者」という。）は、その事務又は手続に必要な限度で個人番号を利用できる。
- 社会保障、地方税若しくは防災に関する事務その他の地方公共団体が条例で定める事務を行う者及び当該事務に係る申請、届出その他の手続を行う者又はこれらの受託者は、その事務に必要な限度で個人番号を利用できる。
- 金融機関は、激甚災害が発生した際、保険金等の支払いを行うために必要な限度であらかじめ当該金融機関が保有する個人番号を利用できる。

（４）安全確保の措置

個人番号取扱者（上記（３）に定める事務及び手続を行う者又は受託者をいう。以下同じ。）は、個人番号の適切な管理のため必要な措置を講じなければならない。

（５）告知又は提供の要求

- 個人番号取扱者は、利用範囲内で必要があるときは、本人（代理人を含む。以下同じ。）に個人番号の告知を求め、又は番号関係手続（上記（３）に定める手続をいう。以下同じ。）を行う者にその提供を求めることができる。
- 個人番号取扱者のうち政令で定める者は、必要があるときは、住民基本台帳法の定めるところにより、機構に対し個人番号の提供を求めることができる。
- 何人も、マイナンバー法の規定により情報の提供を受けることができる場合を除き、他人に個人番号の告知又は提供を求めてはならない。

（６）本人確認の措置

個人番号取扱者は、本人から個人番号の告知を受ける場合、その者から番号カード（個人の氏名、住所、生年月日、個人番号その他その者を識別する事項のうち政令で定める事項が記載されたカード）の提示を受ける方法その他の政令で定める方法により、本人確認の措置を取らなければならない。

3 番号個人情報の保護等

(1) 番号個人情報の保護

イ. 収集等の制限

何人も、マイナンバー法の規定により情報の提供を受けることができる場合を除き、番号個人情報（個人番号をその内容に含む個人情報をいう。以下同じ。）を収集し、保管してはならない。

ロ. 番号個人情報ファイルの作成の制限

個人番号取扱者等は、番号個人情報ファイルから分離して管理することにより業務の円滑な実施に著しい支障を生ずるおそれがあり、かつ、当該番号個人情報ファイルに記録された番号個人情報の取扱いについて個人の権利利益を侵害しないための安全確保措置が取られていると認められるときその他マイナンバー法に規定するときを除き、番号関係事務（上記2（3）に定める事務をいう。以下同じ。）及び番号関係手続（以下「番号関係事務等」という。）に必要な範囲を超えて番号個人情報ファイルを作成してはならない。

ハ. 委託

- 番号関係事務等の受託者は、あらかじめ、委託をした個人番号取扱者の許諾を得た場合でなければ再委託をしてはならない。
- 番号関係事務等の委託者は、当該委託に係る番号個人情報の安全管理が図られるよう、受託者に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない。

ニ. 情報保護評価指針

- 番号情報保護委員会は、情報保護評価（下記ホに定める情報保護評価をいう。）のための情報保護評価指針を作成し、公表する。
- 番号情報保護委員会は、技術進歩や国際動向を踏まえ、少なくとも3年ごとに指針を再検討し、必要が認められれば変更する。

ホ. 情報保護評価

- 行政機関の長、地方公共団体の長等は、番号個人情報ファイルの取扱いが個人の権利利益に及ぼす影響を評価するために情報保護評価を実施し、情報保護評価報告書を作成した上で公表する。

(2) 情報連携

イ. 番号個人情報の提供の制限

(※現行の事務の遂行に支障が生じないように配慮する。)

- 何人も、番号個人情報（個人番号に代えて、番号、記号その他の符号（当該符号の提供を受けた者が当該符号により当該個人番号を特定することができるものに限る。）をその内容に含む個人情報を含む。）の提供をしてはならない。

- ただし、次の場合等は除く。
 - (イ) マイナンバー法の別表に定めるもので情報連携基盤（番号個人情報の提供について管理するための電子情報処理組織をいう。以下同じ。）を使用して行われる場合
 - (ロ) 個人番号取扱者の職員が業務上必要な範囲で同一機関内の他の職員に提供する場合
 - (ハ) 地方税当局間、又は地方・国税当局の間で法令に基づき提供を行う場合で安全を確保するために必要な措置を講じる場合
 - (ニ) 地方公共団体の執行機関が条例により当該地方公共団体の他の執行機関に提供を行う場合
 - (ホ) 住民基本台帳法に規定する事務のために提供を行う場合
 - (ヘ) 個人番号取扱者が番号関係手続を行うため必要な範囲で提供する場合
 - (ト) 個人番号取扱者が委託又は合併等による事業継承に伴い提供する場合
 - (チ) 個人番号取扱者が本人に提供する場合
 - (リ) 個人番号取扱者が人の生命、身体又は財産の保護のために必要があり、かつ、本人の同意があるか又は本人の同意を得ることが困難な場合
 - (ヌ) 番号情報保護委員会の求めがあり、委員会に提供する場合
 - (ル) 国会の審査又は調査、裁判、刑事事件の捜査、犯則事件の調査又は税務調査、会計検査院の検査その他公益上の必要により提供する場合
 - (ヲ) 番号情報保護委員会の承認を受けた場合
- 情報連携基盤を使用して番号個人情報の提供等が行われたときは、当該情報の提供等の日時、情報照会者及び情報提供者の名称、情報の種別等を電子計算機に記録し、保存しなければならない。

ロ. 情報連携

- 個人番号取扱者は、番号関係手続を行う者の負担の軽減及び行政運営の効率化を図るため、同一の内容の情報が記載された書面の提出を複数の番号関係手続で重ねて求めることのないよう、相互に連携して情報の共有及びその適切な活用を図るよう努めなければならない。
- 情報連携基盤を使用して番号個人情報の提供を求められた場合は、情報提供者は、情報照会者に対し、当該番号個人情報を提供しなければならない。
- 他の法令の規定により番号個人情報と同じ内容の情報を含む書面を提出するものとされている場合に、情報連携基盤を使用して番号個人情報の提供があったときは、当該書面の提出があったものとみなす。

ハ. 情報連携基盤

情報連携基盤の所管大臣は、情報連携基盤を使用して番号個人情報の提供を求められた場合に、①情報提供者、情報照会者及び提供を求められた個人情報の種別がマイナンバー法の規定に該当しないとき、②情報保護評価の規定に違反しているときを除き、本人の個人番号を特定することができる符号を情報提供者及び情報照会

者に通知しなければならない。

二. 秘密の管理

情報連携基盤の所管大臣並びに情報提供者及び情報照会者は、情報連携に係る電子計算機処理等に関する秘密について、その漏えいの防止その他の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

ホ. 秘密保持義務

情報連携事務（情報連携基盤による番号個人情報の提供等に関する事務をいう。以下同じ。）又は情報連携基盤の運営に関する事務に従事する者又は従事していた者は、その業務に関して知り得た電気計算機処理等に関する秘密を漏らしてはならない。

ヘ. 情報連携記録

情報連携基盤の所管大臣並びに情報提供者及び情報照会者は、情報連携の記録（提供日時、照会者・提供者の名称、個人情報の種別等）を記録し、一定期間保存しなければならない。

（3）個人情報保護法等の特例

イ. 行政機関個人情報保護法等の特例

- 番号個人情報の取扱いについて、本人の同意がある場合でも人の生命、身体又は財産の保護のために必要な場合でなければ個人番号を第三者に目的外で提供できないこととする等、より厳格な取扱いとする。
- 任意代理人による番号個人情報の開示請求等を可能とする。

ロ. 情報連携記録についての特例

情報連携基盤上の情報連携記録については、本人の求める方法に応じマイ・ポータル又はその他の方法により開示するものとする。

ハ. 地方公共団体等が保有する番号個人情報等の保護

地方公共団体は、当該地方公共団体及び地方独立行政法人が保有する番号個人情報の適正な取扱いが確保され、番号個人情報の開示、訂正及び利用停止並びに情報連携記録の開示及び訂正を実施するため必要な措置を講じる。

ニ. 個人情報取扱事業者の義務が適用されない事業者が保有する番号個人情報の保護

- 番号関係事務等のために必要な範囲を超えて番号個人情報を取り扱ってはならない。
- 安全管理のために必要かつ適切な措置を講じなければならない。
- 従業者に番号個人情報を取り扱わせるに当たっては、必要かつ適切な監督を行わなければならない。

- 以上は報道目的等の場合、適用除外とする。

4 番号情報保護委員会

(1) 設置

- 内閣府設置法第 49 条第 3 項の規定に基づき番号情報保護委員会を設置する。
- 番号情報保護委員会は、内閣総理大臣の所轄に属する。

(2) 任務

番号情報保護委員会は、国民にとっての個人番号の有用性に配慮しつつ、その適正な取扱いを確保するため必要な個人番号取扱者に対する指導及び助言その他の措置を講ずることにより、国民の権利利益を保護することを任務とする。

(3) 所掌事務

- 番号個人情報の取扱いに関する監視又は監督に関すること
- 情報保護評価に関すること
- 番号個人情報の保護についての広報及び啓発に関すること
- その他法律により番号情報保護委員会に属せられた事務

(4) 職権行使の独立性

番号情報保護委員会の委員長及び委員は、独立してその職権を行う。

(5) 組織等

- 番号情報保護委員会は、委員長及び最大 6 人の委員をもって組織する。
- 委員長及び委員は可能な限り非常勤を活用する。
- 委員長及び委員は、人格が高潔で識見の高い者のうちから、両議院の同意を得て、内閣総理大臣が任命する。
- 委員会及び委員には、個人情報の保護に関する学識経験者、情報処理技術に関する学識経験者、社会保障制度や税制に関する学識経験者、民間企業の実務経験を有する者、地方公共団体の全国的連合組織の推薦する者が含まれるものとする。

(6) 任期等

- 委員長及び委員の任期は 5 年とする。ただし、補欠の委員長又は委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 委員長及び委員は、再任されることができる。
- 委員長及び委員の任期が満了したときは、当該委員長及び委員は、後任者が任命されるまで引き続きその職務を行うものとする。
- 委員長又は委員の任期が満了し、又は欠員が生じた場合において、国会の閉会又は衆議院の解散のために両議院の同意を得ることができないときは、内閣総理大臣は、委員長又は委員を任命することができる。

- その場合、任命後最初の国会において両議院の事後の承認を得なければならない。この場合において、両議院の事後の承認が得られないときは、内閣総理大臣は、直ちに、その委員長又は委員を罷免しなければならない。

(7) 身分保障・罷免

- 委員長及び委員はマイナンバー法に定めるいずれかに該当する場合を除き、在任中、その意に反して罷免されることがない。
- 他方、内閣総理大臣は、委員長又は委員がマイナンバー法に定める罷免事由のいずれかに該当する場合、その委員長又は委員を罷免しなければならない。

(8) 委員長

- 委員長は、番号情報保護委員会の会務を総理し、番号情報保護委員会を代表する。
- 番号情報保護委員会は、あらかじめ常勤の委員のうちから、委員長を代理する者を定めておかななくてはならない。

(9) 会議

- 番号情報保護委員会の会議は、委員長が招集する。
- 委員長及び一定人数以上の委員の出席がなければ、会議を開き、議決できない。
- 番号情報保護委員会の議事は、出席者の過半数でこれを決し、可否同数のときは委員長の決するところによる。

(10) 事務局

番号情報保護委員会の事務を処理させるため、番号情報保護委員会に事務局を置き、事務局に事務局長その他の職員を置く。事務局長は、局務を掌理する。

(11) 給与

委員長及び委員の給与は、別に法律で定める。

(12) 政治活動等の禁止

委員長及び委員は、在任中、政治活動を行ってはならず、委員長及び常勤の委員は、在任中、兼業営利事業等を行ってはならない。

(13) 秘密保持義務

委員長、委員及び事務局職員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も同様とする。

(14) 指導及び助言

番号情報保護委員会は、番号個人情報の適切な取扱いを確保するため必要があると認めるときは、個人番号取扱者に対し、必要な指導及び助言をすることができる。

(15) 勧告、命令等

- 番号情報保護委員会は、番号個人情報の適正な取扱いの確保のため必要があると認めるときは、法令の規定に違反する番号個人情報の取扱いを行った者に対し、当該行為の中止等の必要な措置をとるべき旨の勧告をすることができる。
- その者が正当な理由なく当該勧告に係る措置をとらなかつたときは、勧告に係る措置をとるよう命ずることができる。
- 法令に違反する行為が行われた場合、個人の重大な権利利益を害する事実があるため緊急に措置をとる必要があると認めるときは、当該違反行為者に対し、当該違反行為の中止等の必要な措置をとるべき旨を命じることができる。

(16) 報告及び立入検査

番号情報保護委員会は、マイナンバー法の施行に必要な限度において、番号個人情報を取り扱う者その他の関係者に対し、必要な報告、資料の提出を求め、職員に関係する場所に立ち入らせ、質問させ、又は帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

(17) 内閣総理大臣への意見具申

番号情報保護委員会は、内閣総理大臣に対し、所掌事務の遂行を通じて得られた番号個人情報の保護に関する施策の改善についての意見を述べるることができる。

(18) 国会に対する報告

番号情報保護委員会は、毎年、内閣総理大臣を経由して国会に対して所掌事務の処理状況を報告するとともに、その概要を公表しなければならない。

(19) 規則の制定

番号情報保護委員会は、その所掌事務について、法律若しくは政令を実施するため、又は法律若しくは政令の特別な委任に基づいて、番号情報保護委員会規則を制定することができる。

5 法人番号

(1) 通知等

国税庁長官は、法人等（国の機関、地方公共団体、人格のない社団等を含む。）に対して、法人番号を指定し、これを当該法人等に通知するものとする。

(2) 情報の提供の求め

- 行政機関の長等は、他の行政機関の長等に対し、その保有する法人等に関する情報であつて法人番号により検索することができるもの（以下「番号法人情報」という。）の提供を求めるときは、法人番号を通知して行うものとする。
- 行政機関の長等は、国税庁長官に対し、法人等の商号又は名称、本店若しくは主

たる事務所の所在地及び法人番号の提供を求めることができる。

- 国税庁長官は、法人等の商号又は名称、本店又は主たる事務所の所在地及び法人番号を公表する。ただし、人格のない社団等については、あらかじめ、その代表者又は管理人の同意を得たものに限る。

(3) 資料の提供

国税庁長官は、法人番号の指定又は通知及び公表を行うために必要があると認めるときは、官公署に対し、必要な資料の提供を求めることができる。

(4) 正確性の確保

行政機関の長等は、その保有する番号法人情報について、その利用目的の達成に必要な範囲内で、過去又は現在の事実と合致するよう努めなければならない。

6 雑則

(1) 番号カード

- 市町村長は、当該市町村が備える住民基本台帳に記録されている者に対し、その者の申請により、番号カードを交付しなければならない。
- 番号カードの交付を受けている者は、最初の転入届と同時に番号カードを市町村長に提出しなければならない。
- 番号カードの提出を受けた市町村長は、番号カードの記載事項の変更その他市町村長において必要な措置を講じて返還しなければならない。
- 番号カードの交付を受けている者は、番号カードの記載事項に変更があったときは、その変更があった日から14日以内にその旨をその者が記録されている住民基本台帳を備える市町村長に届け出るとともに、番号カードを提出しなければならない。
- 番号カードの交付を受けている者は、番号カードを紛失したときは、直ちに、その旨を住民基本台帳を備える市町村長に届け出なければならない。
- 市町村長その他の市町村の執行機関は、条例で定めるところにより、番号カードを利用することができる。

(2) 事務の区分

個人番号の通知、変更等の市町村長が処理する事務は法定受託事務とする。

(3) 政令への委任

マイナンバー法に定めるもののほか、マイナンバー法の実施のための手続その他その施行に関し必要な事項は政令で定める。

7 罰則

以下のような行為に対する罰則を設ける。

- 個人番号を取り扱う行政機関の職員や事業者等が正当な理由なく番号個人情報等を含むファイルを提供したとき
- 個人番号を取り扱う行政機関の職員や事業者等が業務に関して知り得た番号個人情報等を正当な理由なく提供又は盗用したとき
- 情報連携事務に従事する者等が情報連携事務に関して知り得た電子計算機処理等の秘密を漏らしたとき
- 行政機関の職員等が不当な目的で個人番号が記録された文書、図画又は電磁的記録を収集したとき
- 人を欺き、暴行を加え、脅迫する行為により、又は財物の窃取、施設への侵入、不正アクセス行為その他の行為により個人番号等を取得したとき
- 偽りその他不正の手段により、番号カードの交付を受けたとき
- 番号情報保護委員会の職員等が職務上知り得た秘密を漏らしたとき
- 番号情報保護委員会による検査を拒むなどしたとき
- 番号情報保護委員会の命令に違反したとき

8 その他

(1) 準備行為

情報連携基盤の所管大臣、国税庁長官、市町村長及び機構は、マイナンバー法の施行の日前においてもマイナンバー法の事務の実施に必要な準備行為をすることができる。

(2) 経過措置

- 情報連携基盤の所管大臣は、情報連携基盤の運用を開始しようとするときは、あらかじめ、番号情報保護委員会に協議しなければならない。
- 番号情報保護委員会の最初に任命される委員の任期には経過措置を設ける。
- マイナンバー法に規定するもののほか、必要な経過措置は政令で定める。

(3) 検討

マイナンバー法の施行後5年を目途として、施行状況等を勘案し、マイナンバー法の規定について検討を加え、その結果に応じて利用範囲の拡大を含めた所要の見直しを行う。

なお、今後、法案策定過程において法技術的な課題が生じた場合には、趣旨を踏まえて対応し、速やかに法案を策定するものとする。

Ⅲ. 制度の施行期日

マイナンバー法の公布の日から起算して1年を超えない範囲内において政令で定める

日（ただし、一部の規定については、公布の日又は公布の日から起算して3年又は4年を超えない範囲内において政令で定める日等）とする。

社会保障・税番号制度の導入に向けたロードマップ

平成23年12月16日
社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会決定

☆『マイナンバー法案』を24年通常国会に提出

1. 番号交付: **市町村長が個人にマイナンバーを通知、国税庁長官が法人等に法人番号を指定。**
2. 利用範囲: **「税＋社会保障＋防災の各分野」から開始。**
医療等の分野については、まずは医療保険者における手続で利用。
3. 情報連携: **番号個人情報提供は原則禁止。番号個人情報の授受は法律に規定したものに限り可能。**
4. 個人情報保護: **三条委員会型の第三者機関を内閣府に設置、罰則の強化等により抑止力を向上。**

☆**その他各府省の関連法令の改正が必要。**
関係法律の改正を『マイナンバー法整備法案』として国会に提出
・住民基本台帳法
・電子署名に係る地方公共団体の認証業務に関する法律
・商業登記法
・内閣府設置法
・総務省設置法
・財務省設置法 などが想定される。

2011年 (H23)
H23.12

2012年 (H24)

2013年 (H25)

2014年 (H26)

2015年 (H27)

2016年 (H28)

