

「母体保護法指定医師の指定基準」

平成30年4月

高 知 県 医 師 会

1. 「母体保護法指定医師の指定基準」

母体保護法指定医師（以下「指定医師」という）を指定する場合は、都道府県医師会は母体保護法指定医師審査委員会を設置し、人格、技能及び設備の3点を考慮して、適正なる審査を行うと共に遵守事項の励行を求めるものとする。

1 人 格

指定医師は、指定医師としての品位を保ち、責任を負い、義務を履行し得る者であること。

2 技 能

指定医師は、都道府県医師会が指定する研修機関において、一定期間産婦人科医としての専門知識を修め、手術及び救急処置法等の手技を修得しかつ下記要件を具備すること。

(1) 医師免許取得後5年以上経過しており産婦人科の研修を3年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもの。

(2) 研修期間中に、20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けたもの。ただし、その内10例以上の人工妊娠中絶手術を含むこととする。

なお、指定医師の指定を受けるために研修を受けている医師については、所属する主たる勤務施設に関わらず指定医師研修機関又は指定医師研修機関の連携施設（以下、「指定医師研修連携施設」という）で指導医の直接指導の下においてのみ人工妊娠中絶手術ができる。

(3) 都道府県医師会の定める指定医師のための講習会（以下、「母体保護法指定医師研修会」という）を原則として申請時まで受講していること。

3 指定医師研修機関の条件

指定医師の指定を受けるために必要な技術を修得させる指定医師研修機関は、下記の各条件を充たす医療施設とする。

(1) 医育機関の付属施設、又は年間の開腹手術50例以上（腹腔鏡手術を含める）、かつ分娩数120例以上を取り扱う施設で、2名以上の母体保護法指定医師の資格者を有し、かつ緊急手術に対応できる機関とする。

(2) 母体保護法指定医師で、研修医を教育することができる人格及び技能を備えた主任指導医が存在すること。主任指導医は原則として、産婦人科専門医の資格を有するものであること。

(3) 医療機関が単独では指定医師研修機関の要件を満たさない場合でも、医育機関及び要件をみたす指定医師研修機関と連携することにより実地指導を行うことが出来る医療機関を指定医師研修連携施設として都道府県医師会に登録することができる。

4 指定医師研修機関の指定及び指定医師研修連携施設の登録の申請

指定医師研修機関の指定又は指定医師研修連携施設の登録を申請するものは、都道府県医師会長宛に指定又は登録の申請を行い、指定又は登録を受けなければならない。

(1) 都道府県医師会は、適格と認めた指定医師研修機関を指定又は指定医師研修連携施設として登録する。都道府県医師会は、指定した指定医師研修機関及び登録した指定医師研修連携施設に通知書を発行する。

(2) 指定された指定医師研修機関及び登録された指定医師研修連携施設において、所属する指定医師が欠けた場合、その機関及び施設の長は指定医師が欠員であることを速やかに都道府県医師会長宛に届け出なければならない。その時点で指定又は登録は失効する。

5 指定医師指定取得の申請及び登録

指定医師の指定を申請するものは、都道府県医師会長宛に「母体保護法指定医師申請書」を提出し、審査を受けなければならない。

都道府県医師会は、適格と認めたものを指定医師として登録し、指定医師証を発行する。原則として指定医師は複数の施設の指定医師を兼ねることはできない。

6 設備

医療施設は、原則として入院設備を有し、救急体制を備えること。ただし、中期中絶を行う場合は、必ず入院設備及び分娩を行いうる体制を有すること。

7 設備指定の申請、指定及び登録

指定医師の指定を申請するものは、所属する医療施設について、都道府県医師会長宛に設備指定の申請を行い、指定を受けなければならない。

その場合、原則として、複数の施設の設備指定を受けることができない。

(1) 都道府県医師会は、適格と認めた施設を設備指定し、都道府県医師会に登録する。

(2) 指定医師は、設備指定を受けた施設が設備の大幅な変更を行った場合、再申請して再指定を受けなければならない。

(3) 設備指定を受けた施設において、所属する指定医師が欠けた場合、その施設の長は指定医師が欠員であることを速やかに都道府県医師会長宛に届け出なければならない。その時点で設備指定は失効する。

8 人工妊娠中絶実施後の届出

指定医師及び指定医師療施設の長は、人工妊娠中絶を実施した場合の届出に正確を期すること。

9 指定の更新及び取消

指定医師の指定の更新は、2年毎に次の諸事項を参考として行うものとし、不適格と認められる場合には、指定を保留し、又は指定の更新を行わないことができる。

(1) 第11項に示す指定医師遵守事項の励行。

(2) 第1項及び第6項の指定条件の各項目に関する適否。

(3) 第8項に示す人工妊娠中絶実施後の届出の励行。

(4) 母体保護法指定医師研修会を必ず受講すること。

指定医師として不適格な事情が発生した場合には、定期的更新を待つことなく、直ちに上記各号の事実も勘案して指定医師であることの適否について検討し、指定の取消その他の処分を行うものとする。

10 指定医師の誓約

指定に際して次項に定める遵守事項を厳守することを文書により誓約するものとする。

11 指定医師の遵守すべき事項

(1) 人工妊娠中絶手術の適応を厳守すること。

(2) 診療内容は産婦人科医療を主体とすること。

- (3) 医師会及び産婦人科専門団体の行う研修を受講すること。
- (4) 人工妊娠中絶手術の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先又は他の施設において行わないこと。
- (5) 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。

1 2 母体保護法指定医師審査委員会

都道府県医師会内に指定医師審査委員会を設置する。指定医師審査委員は都道府県医師会会長が委嘱する。指定医師審査委員会は都道府県医師会会長より諮問を受け、指定医師の審査にあたり、審査結果を答申する。必要に応じて指定医師及び実施施設に対して実地指導ができる。

1 3 不服審査委員会

指定に関して不服を有する医師に対し、公正にその意見を徴して審査を行うため、都道府県医師会内に指定医師審査委員会と別個の不服審査委員会を設ける。

都道府県医師会会長は、不服審査委員会の審査結果に基づき不服申立に対する措置を行う。

附 則

- (1) 第2項の技能に関しては、昭和46年以降の医師免許取得者に適用する。
- (2) その他の項については、原則として平成30年4月以降の新指定並びに更新に際して、これを適用する。
- (3) 都道府県医師会は、第3項に該当する研修機関のリストを準備しておくものとする。
- (4) 指定の申請に当っては、主任指導医の証明書又は日本産科婦人科学会専門医証の写しに添えて、第2項(2)に基づく人工妊娠中絶手術又は流産手術の症例に関して、下記の様式による実施報告書を提出するものとする。
- (5) 本改定基準の効力発効以前の基準により母体保護法指定医師の指定を受けている医師は、第2項に定める技能要件を既に充足しているものと見なす。

(様式)

研修症例実施報告書

研修医師氏名 ()

年月日	内容	妊娠週数	カルテ番号	病院名	主任指導医名
	1. 人工妊娠中絶手術 2. 流産手術				

2. 「母体保護法指定医師の指定基準」細則

1 人 格

2 技 能

3 指定医師研修機関及び指定医師研修連携施設の条件

医療施設の条件は、医師数、看護職員数、病床数、分娩室・手術室の設備等を勘案して決定する。

4 指定医師指定取得の申請、指定及び登録

指定医師の指定を申請するものは、所属郡市区医師会を經由又は直接都道府県医師会長あてに下記の書類を添えて申請する。

①指定取得の申請

i) 指定医師申請書（様式1号）

ii) 履歴書（様式3号）

iii) 日本産科婦人科学会の専門医の場合は、「専門医証」の写し
日本産科婦人科学会の専門医でなく、産婦人科の研修を3年以上受けたものは主任指導医の発行する「指導証明書」（様式4号）

iv) 誓約書（様式5号）

v) 受講証明書（母体保護法指定医師研修会参加証）

母体保護法指定医師研修会は新規指定及び更新のための研修会を兼ねることが出来る。

vi) 研修症例実施報告書（附則様式）

②指定

面接及び書類審査（ただし、郡市区医師会長の意見書（様式2号）の提出をもって面接を省略することができる。）

③登録

都道府県医師会の番号、指定及び更新の年度、指定医師の番号

(例) 0 1 3 - 8 8 - 9 8 - 0 0 0 1

(東京) (指定年) (更新年) (指定医師の番号)

④他県からの転入

他の都道府県において指定医師であった場合には、指定医師証の写しをもって技能の審査を省略することができる。

5 設 備

①蘇生器具、手術台及び回復室等を有すること。

②転送電話、携帯電話等で24時間患者からの連絡に対応すること。

③常時回復室を観察しうる体制が確保されていること。

6 設備指定の申請、指定及び登録

①設備指定取得の申請

i) 設備指定申請書（様式6号）の作成

[医師数、看護職員数（助産師数、看護師・准看護師数）、分娩・手術室の有無、入院設備（病床数）等]

連携施設が必要な場合は、連携施設の証明書

ii) 指定医師証の写し

- iii) 施術場所の平面図
- iv) 手術用設備仕様、麻酔器、蘇生器具、呼吸心拍監視装置
- v) 24時間対応の設備（転送電話、携帯電話等）

②指定

書類審査

③登録

都道府県医師会の番号、指定の年度、指定設備の番号

(例) 1 1 3 - 8 8 - 0 0 0 1

(東京) (指定年) (指定設備の番号)

④その他

- i) 設備指定変更届（様式7号）の作成
- ii) 設備指定辞退届（様式8号）の作成

7 指定医師研修機関の指定及び指定医師研修連携施設の登録の申請、指定、登録

①指定取得の申請

- i) 指定医師研修機関指定申請書（様式9号）又は指定医師研修連携施設登録申請書（様式10号）の作成
- ii) 指定医師証の写し

②指定

書類審査

③登録

- i) 都道府県医師会の番号、指定の年度、指定番号

(例) 1 1 3 - 8 8 - 0 0 0 1

(東京) (指定年) (指定番号)

- ii) 指定医師研修機関指定通知書（様式11号）
- iii) 指定医師研修連携施設登録通知書（様式12号）

④その他

- i) 指定医師研修機関指定辞退届（様式13号）の作成
- ii) 指定医師研修連携施設登録辞退届（様式14号）の作成

8 人工妊娠中絶実施後の届出

書類の届出は翌月10日までに都道府県知事に届け出ること。

- ①人工妊娠中絶を行った医師は、その月中の実施報告票を各自で記載すること。なお、人工妊娠中絶の実施件数が0件の場合も必ず報告すること。
- ②複数の指定医師がいる施設では、責任者が各自の実施報告票をとりまとめ届けること。

9 指定の更新及び取消

①更新の際、下記研修の受講を証明するものの提出を義務付ける。

- i) 母体保護法指定医師研修会参加証1枚。

母体保護法指定医師研修会カリキュラム作成にあたっては以下の内容が含まれていること。

- 1) 生命倫理に関するもの
- 2) 母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの
- 3) 医療安全・救急処置に関するもの

- ii) 日本産婦人科医会研修参加証6枚相当。（日本医師会生涯教育講座、都道府県医師会研修会、日本産科婦人科学会研修会等の受講を勘案する。）

②第8項に示す人工妊娠中絶手術の届出について更新までに必要な届出を行っていない場合には、指定の更新を保留する。

③指定医師更新申請書（様式15号）の作成

④病气療養中、妊娠・分娩、留学、国内外出張等の理由により、更新の手続きを延期することができる。

10 指定医師の誓約

11 指定医師の遵守すべき事項

12 不服審査委員会

不服審査委員会の委員は7名とし、下記の構成とする。

1 医師である委員 4名

2 医師でない委員 3名

第2号の委員中1名は、弁護士資格を有する法律家とする。

(様式1の1)

母体保護法指定医師指定申請書

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

所在地
医療施設名
氏名

印

母体保護法指定医師の指定について下記の書類を添えて申請します。

記

- | | | |
|--------------------------------|---------|----|
| 1. 母体保護法指定医師指定申請書 | (様式1の2) | 1通 |
| 2. 郡市区医師会長の意見書 | (様式2) | 1通 |
| 3. 履歴書 | (様式3) | 1通 |
| 4. 指導証明書又は日本産科婦人科学会
専門医証の写し | (様式4) | 1通 |
| 5. 研修症例実施報告書 | (附則様式) | 1通 |
| 6. 誓約書 | (様式5) | 1通 |
| 7. 母体保護法設備指定申請書 | (様式6) | 1通 |
| 8. 受講証明書(母体保護法指定医師研修会参加証) | | 1通 |

(様式1の2)

母体保護法指定医師指定申請書

ふりがな

1. 申請者氏名；印

2. 生年月日；年月日3. 年齢；満才

4. 現住所；〒電話；

5. 本籍地（都道府県名）；

6. 所属医師会名；

7. 医療施設名；

8. 所在地；〒電話；

9. 管理者氏名；

10. 医師会・学会等の入会状況；
郡市区医師会（会員・非会員）、高知県医師会（会員・非会員）、日本医師会（会員・非会員）
高知県産婦人科医会（会員・非会員）
高知産科婦人科学会（会員・非会員）

11. 出身学校；卒業年月日；年月日

12. 医籍登録番号；登録年月日；年月日

13. 日本産科婦人科学会専門医番号；－N－

14. 指導を受けた医療機関名；指導医名；
指導期間；年月

15. 以前に指定を受けた事のある方は；都道府県名；
指定年月日；

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

13. に記入した場合は14. は記入しなくて結構です。

(様式2)

意見書

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

郡市区医師会名
会長名

印

下記の母体保護法指定医師申請者は指定医師として（適当・不適當）です。

所在地
医療施設名
氏名

(意見)

(様式3)

履 歴 書

(令和 年 月 日現在)

年	月	履 歴
指定取得		年 月 日
更 新		
”		
”		
”		
”		

写 真
(3 × 4 cm)

(様式4)

指 導 証 明 書

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

所在地
指導施設名
施設管理者氏名
主任指導医氏名

印
印

氏 名 の実地指導について下記証明する。

記

1. 都道府県医師会母体保護法指定医師の指定基準の技能（注1）に示す実地指導を
①完了 ②一部実施した。
2. 指導医師氏名および指導期間（注2）

指導医師氏名	指 導 期 間
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月
	自
	至 年 月

（注1）指定を受ける医師は、医師免許取得後5年以上経過し、産婦人科の研修を3年以上受けたもの又は産婦人科専門医の資格を有するもので、指定医師研修機関又は指定医師研修連携施設において、研修期間中に20例以上の人工妊娠中絶手術又は流産手術の実地指導を受けたものでなければならない。

- （注2）（1）指導医師が交代した場合には、同一施設であっても指導医師氏名および指導期間を記入すること。
（2）指導施設が2ヶ所以上の場合には、施設毎に指導証明書を提出すること。

(様式5)

誓約書

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

医療施設名
所在地
氏名 印

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

都道府県医師会母体保護法指定医師の遵守すべき規定

1. 母体保護法第14条第1項により指定された医師は、この規定を遵守すべき旨、都道府県医師会長に文書により誓約しなければならない。
2. 指定医師は氏名変更、指定を受けた医療施設の変更（場所、設備）があったときは、直ちに都道府県医師会長へ届出なければならない。
3. 指定医師は指定された医療施設の廃止、設備要件が欠如した場合には、設備指定証を又はその指定された医療施設より県外に転出した場合には指定証を、直ちに都道府県医師会長へ返却しなければならない。
4. 指定医師の2年毎の更新に際しては示された手続きを行わなければならない。
5. 指定医師は母体保護法第25条に定められた届出を怠ってはならない。
6. 指定医師は母体保護法第14条の人工妊娠中絶を施行するに当たっては常に次のことを遵守しなければならない。
 - (1) 人工妊娠中絶の適応を厳守すること。
 - (2) 人工妊娠中絶の実施は、指定医師として指定を受けた施設内のみとし、往診先等においては行わないこと。
 - (3) 必要に応じて受胎調節の指導を実施すること。
7. 指定医師の診療科目は産婦人科を主体としなければならない。
8. 指定医師は医師会及び産婦人科専門団体の行う研修会の受講を怠ってはならない。
9. 指定医師は他の指定医師と円満協議し、救急時相互扶助の体制を確立するよう努めなければならない。

附 則

1. この規定は平成30年4月1日より施行する。
2. 平成30年3月31日現在母体保護法第14条第1項により指定されている医師は、本規定1による誓約を更新時まで延期することができる。

(様式7)

母体保護法設備指定変更届

1. 医療施設名；

2. 所在地；〒 電話；
指定設備番号； 1 - -

3. 管理者氏名；

4. 申請者氏名； 印
生年月日； 年 月 日 年齢；満 才
現住所；〒 電話；

5. 指定医師指定番号；0 - - -

6. 所属医師会名；

7. 変更箇所；

① 診療科目；産、婦、内、外、小、精、神、整、眼、耳、皮、麻、放、泌、
その他（ ）

② 病床数； 室 床

③ 産婦人科施設；分娩室（有・無）、手術室（有・無）、回復室（有・無）

④ 産婦人科設備；

（①から④までを変更した場合、詳しく記載して下さい。）

8. 変更した理由

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、②又は③を変更した場合には、医療施設の平面図を貼付して下さい。

(様式8)

母体保護法（設備指定・指定医師）辞退届

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

所在地

医療施設名

氏名

印

指定医師番号 0 — —

指定設備番号 1 — —

母体保護法（設備指定・指定医師）を下記の理由により辞退したいので届出いたします。

（理由）

備考：設備指定・指定医師の該当する方に○をつけてください。

(様式9)

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

所在地
医療施設名
管理者名
主任指導医名

(印)
(印)

母体保護法指定医師研修機関指定について下記の書類を添えて申請します。

記

1. 母体保護法指定医師証の写し (指導医1人につき各1通) 1通

<設備>

1. 病床数 (産婦人科) : _____ 床
2. 開腹手術数 (腹腔鏡手術を含む) : _____ 例/年
3. 分娩数 : _____ 例/年
4. 人工妊娠中絶又は流産手術 : _____ 例/年

<母体保護法指定医師名>

主任指導医名 : _____

他の指定医師名 : _____

注1) 指定医師研修機関は、2名以上の母体保護法指定医師 (うち1名は主任指導医) を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医を有することを条件とする。

注2) 指定医師研修機関が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修機関を辞退するものとする。

(様式10)

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

所在地
医療施設名
管理者名 ⑩
主任指導医名 ⑩

母体保護法指定医師研修連携施設登録について下記の書類を添えて申請します。

記

1. 母体保護法指定医師証の写し（指導医1人につき各1通） 1通

本施設は、母体保護法指定医師研修において下記医療施設と連携いたします。

上記医療機関と連携することを同意します。

所在地
指定医師研修機関名
管理者名 ⑩
主任指導医名 ⑩

<母体保護法指定医師名>

主任指導医名： _____

他の指定医師名： _____

注1) 指定医師研修連携施設は、1名以上の母体保護法指定医師（原則として主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医であることを条件とする。

注2) 指定医師研修連携施設が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退するものとする。

(様式 1 1)

母体保護法指定医師研修機関指定通知書

令和 年 月 日

殿

高知県医師会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修機関の指定については、都道府県医師会母体保護法指定医師の指定基準により指定したことを通知します。

なお、指定年月日及び指定番号等は以下の通りです。

記

1. 指定年月日：
2. 指定医師研修機関番号： 2 — —
3. 指定医師研修機関名：
4. 所在地：
5. 指定設備番号： 1 — —
6. 主任指導医名：

- 注1) 指定医師研修機関は、2名以上の母体保護法指定医師（うち1名は主任指導医）を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医を有することを条件とする。
- 注2) 指定医師研修機関が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修機関を辞退するものとする。

(様式12)

母体保護法指定医師研修連携施設登録通知書

令和 年 月 日

殿

高知県医師会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修連携施設の登録については、都道府県医師会母体保護法指定医師の指定基準により登録したことを通知します。
なお、登録年月日及び登録番号等は以下の通りです。

記

1. 登録年月日：
2. 指定医師研修連携施設番号： 3 — —
3. 指定医師研修連携施設名：
4. 所在地：
5. 指定設備番号： 1 — —
6. 主任指導医名：

- 注1) 指定医師研修連携施設は、1名以上の母体保護法指定医師(原則として主任指導医)を有する機関とする。また、主任指導医は研修医を教育することができる人格及び技能を備えていること及び原則として産婦人科専門医であることを条件とする。
- 注2) 指定医師研修連携施設が上記条件を満たさなくなった場合には、速やかに指定医師研修連携施設を辞退するものとする。

(様式13)

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

所在地

医療施設名

管理者名

主任指導医名

指定医師研修機関番号 2 - -

⑨

⑨

母体保護法指定医師研修機関指定を下記の理由により
辞退したいので届出いたします。

(理 由)

(様式14)

母体保護法指定医師研修連携施設辞退届

令和 年 月 日

高知県医師会長 殿

所在地

医療施設名

指定医師研修連携施設管理者名

主任指導医名

指定医師研修連携施設番号 3 - -

印

印

母体保護法指定医師研修連携施設登録を下記の理由により
辞退したいので届出いたします。

(理 由)

(様式15)

母体保護法指定医師更新申請書

ふりがな

1. 申請者氏名； 印
2. 生年月日； 年 月 日
3. 年齢；満 才
4. 現住所；〒 電話；
5. 指定医師指定番号； 0 - -
6. 所属医師会名；
7. 医療施設名；
8. 所在地；〒 電話；
9. 指定設備番号； 1 -
10. 郡市区医師会（会員・非会員）、高知県医師会（会員・非会員）、日本医師会（会員・非会員）
高知県産婦人科医会（会員・非会員）
高知産科婦人科学会（会員・非会員）
11. 日本産婦人科医会等主催の講習会・研修会受講状況

講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール	講習会・研修会名	受講年月日	単位・シール

12. 医事に関する法規違反；（有・無）

必要事項を記入するか○で囲んでください。