

島根県医師会母体保護法指定医師審査規則

「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、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) 指定医師指定申請書（様式1の1）（様式1の2）

ii) 履歴書（様式2）

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3の1）

iv) 研修症例実施報告書（様式3の2）

v) 誓約書（様式4）

vi) 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。

② 指定

面接及び書類審査（ただし、委員長がその状況を勘案し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 3 2 — 8 8 — 9 8 — 0 0 0 1

（島根） （指定年） （更新年） （指定医師番号）

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5）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、呼吸心拍血圧監視装置
- 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 3 2 — 8 8 — 0 0 0 1

(島根) (指定年) (指定設備番号)

④ その他

- i) 施設設備指定変更申請書（様式6）の作成
- ii) 設備指定辞退届（様式7）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、指定及び登録

① 指定取得の申請

- i) 指定医師研修機関指定申請書（様式8号）又は指定医師研修連携施設登録申請書（様式9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) 2 3 2 — 8 8 — 0 0 0 1

(島根) (指定年) (指定研修機関番号)

- ii) 指定医師研修機関指定通知書（様式10号）
- iii) 指定医師研修連携施設登録通知書（様式11号）

④ その他

- i) 指定医師研修機関辞退届（様式12号）の作成
- ii) 指定医師研修連携施設辞退届（様式13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日までに島根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. 指定医師の更新及び取消

- 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) 受講証明書（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記録6単位（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又は取消することができる。

③ 指定医師更新申請書（様式14）の作成

④ 病氣療養中、妊娠・分娩、留学、国内外出張等のやむを得ない理由がある場合には、期間を定めて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5名とし、下記の構成とする。

- ① 医師である委員 3名
- ② 医師でない委員 2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。

13. 審査登録料

申請項目	会 員	非会員
① 母体保護法指定医師新規申請	20,000円	100,000円
② 母体保護法指定医師更新申請	3,000円	30,000円
③ 母体保護法指定医師就業場所の異動申請	3,000円	30,000円
④ 母体保護法施設設備指定新規申請	5,000円	50,000円
⑤ 母体保護法施設設備指定変更申請	3,000円	30,000円

附 則

（施行期日）

- 1 本細則は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律及び公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第106条第1項に定める一般法人の設立の登記の日から施行する。
- 2 平成26年2月2日一部改正、平成26年4月1日より施行する。
- 3 平成30年1月28日一部改正、平成30年4月1日より施行する。
- 4 平成31年2月3日一部改正、平成31年4月1日より施行する。
- 5 令和5年2月5日一部改正、令和5年1月1日より施行する。

(様式1の1)

母体保護法指定医師指定申請書

年 月 日

島根県医師会長 殿

所 在 地

医療施設名

申請者氏名

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 部 |
| 2. 履歴書（様式2） | 1 部 |
| 3. 指導証明書（様式3の1）又は日本産科婦人科学会専門医証の写し | 1 部 |
| 4. 研修症例実施報告書（様式3の2） | 1 部 |
| 5. 誓約書（様式4） | 1 部 |
| 6. 受講証明書（母体保護法指定医師研修会参加証） | 1 部 |

以上

(様式1の2)

母体保護法指定医師指定申請書

年 月 日

1	ふ り が な 申 請 者 氏 名			
2	生 年 月 日 ・ 年 齢	年 月 日 (満 歳)		
3	現 住 所	〒 TEL		
4	本籍地 (都道府県名)			
5	就業地域の郡市医師会名			
6	医 療 施 設 名			
7	所 在 地	〒 TEL		
8	管 理 者 氏 名			
9	指 定 設 備 番 号	1 3 2 - - (医療施設に指定設備番号がある場合には記入して下さい。)		
10	医 師 会 ・ 学 会 等 の 入 会 状 況	日本医師会 (会員・非会員)		
		島根県医師会 (会員・非会員)		
		郡市医師会 (会員・非会員)		
		日本産婦人科医会 (会員・非会員)		
		島根県産婦人科医会 (会員・非会員)		
		日本産科婦人科学会 (会員・非会員)		
		島根産科婦人科学会 (会員・非会員)		
11	出 身 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	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 場 合	都 道 府 県 名		
		指 定 年 月 日	年 月 日	

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

14. に記入した場合は15. は記入しなくて結構です。

(様式 2)

履歷書

年 月 日 現在

[illegible]

(様式3の1)

指導証明書

年 月 日

島根県医師会長 殿

所在地

指導施設名

施設管理者氏名

印

主任指導医氏名

印

(申請者氏名)

_____ の実地指導について下記証明する。

記

1. 島根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10例以上の人工妊娠中絶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3の2)

研修症例実施報告書

研修医師氏名 ()

	年月日	内容 1. 人工妊娠中絶手術 2. 流産手術	妊娠週数	カルテ番号	病 院 名	主任指導医師名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

(様式4)

誓 約 書

年 月 日

島根県医師会長 殿

所 在 地

医療施設名

氏 名

印

下記の内容を遵守することを誓約いたします。

記

島根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、島根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、直ちに島根県医師会長に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、直ちに島根県医師会長に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、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4月1日現在母体保護法第14条に第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5)

母体保護法設備指定申請書

年 月 日

島根県医師会長 殿

申請者氏名

印

1. 医療施設名；

2. 所在地； 〒

3. 電話；

4. FAX；

5. 管理者氏名；

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

7. 病床数； 床

8. 産婦人科施設； 分娩室（有・無）、手術室（有・無）

9. 産婦人科設備； 分娩台としての機能を持った手術台（有・無）、麻酔器（有・無）

蘇生器具（有・無）、呼吸心拍血圧監視装置（有・無）

転送電話（有・無）、携帯電話（有・無）

10. 従事者数； 医師 名、看護師 名、助産師 名、准看護師 名
(医療施設全体) 当直医 名、看護補助者 名

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。尚、医療施設の平面図を添付して下さい。

(様式6)

母体保護法設備指定変更申請書

年 月 日

島根県医師会長 殿

指定設備番号 1 3 2 - -

申請者氏名 印

1. 医療施設名；

2. 所在地；〒

3. 電話；

4. FAX；

5. 管理者氏名；

6. 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； 床

③産婦人科施設；分娩室（有・無）、手術室（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。）

7. 変更した理由

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

(様式7)

母体保護法設備指定辞退届

年 月 日

島根県医師会長 殿

指定設備番号 1 3 2 - -

所 在 地

医 療 施 設 名

氏 名 印

母体保護法設備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 8)

母体保護法指定医師研修機関指定申請書

年 月 日

島根県医師会長 殿

所 在 地

医療施設名

管理者氏名

印

主任指導医氏名

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 9)

母体保護法指定医師研修連携施設登録申請書

年 月 日

島根県医師会長 殿

所 在 地

医療施設名

管理者氏名

印

主任指導医氏名

印

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

管理者氏名

印

主任指導医氏名

印

< 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 10)

母体保護法指定医師研修機関指定通知書

年 月 日

殿

島根県医師会会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修機関登録については、島根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. 指定医師研修機関番号 : 2 3 2 - -
3. 指定医師研修機関名 :
4. 所 在 地 :
5. 指 定 設 備 番 号 : 1 3 2 - -
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 1 1)

母体保護法指定医師研修連携施設登録通知書

年 月 日

殿

島根県医師会会長

申請にかかる母体保護法指定医師研修連携施設登録については、島根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 2 — —
3. 指定医師研修機関名 :
4. 所 在 地 :
5. 指 定 設 備 番 号 : 1 3 2 — —
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 1 2)

母体保護法指定医師研修機関指定辞退届

年 月 日

島根県医師会長 殿

所 在 地

医療施設名

管 理 者 名

印

主任指導医氏名

印

指定医師研修機関番号 2 3 2 - -

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13)

母体保護法指定医師研修連携施設辞退届

年 月 日

島根県医師会長 殿

所 在 地

医療施設名

指定医師研修連携施設管理者名

印

主任指導医氏名

印

指定医師研修連携施設番号 3 3 2 - -

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 1 4)

母体保護法指定医師更新申請書

年 月 日

島根県医師会長 殿

指定医師指定番号 0 3 2 - - -

申 請 者 氏 名 印

生 年 月 日 年 月 日

1. 医 療 施 設 名 ;

2. 所 在 地 ; 〒

3. 指定設備番号 ; 1 3 2 - -

4. 郡市医師会（会員・非会員）、島根県医師会（会員・非会員）、日本医師会（会員・非会員）
島根県産婦人科医会（会員・非会員）、日本産婦人科医会（会員・非会員）
島根産科婦人科学会（会員・非会員）、日本産科婦人科学会（会員・非会員）

5. 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

6. 医事に関する法規違反 ; （有・無）

必要事項を記入するか○で囲んで下さい。

旧指定書を添付して下さい。

各種講習会、研修会の出席状況はシール、参加証、証明書の写しを添付して下さい。

(様式15)

就業場所の異動申請書

年 月 日

島根県医師会長 殿

所 在 地

医療施設名

氏 名

印

母体保護法第14条による指定医師の指定を受けておりましたが、

年 月 日に下記のとおり就業場所を異動しましたので申請いたします。

記

1. 旧就業場所 所 在 地 ;
名 称 ;
指定施設番号 ; 1 3 2 - -
2. 新就業場所 所 在 地 ;
名 称 ;
指定施設番号 ; 1 3 2 - -