

事 務 連 絡  
平成 30 年 6 月 26 日

各都道府県衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

「地域医療構想アドバイザー」の推薦について（依頼）

「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」（平成30年6月22日付け医政地発第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）により示したとおり、厚生労働省において、各構想区域の実情に応じたデータの整理や論点の提示等の地域医療構想調整会議の事務局が担うべき機能を補完する観点から、厚生労働省において、「地域医療構想アドバイザー」の養成を進めることとしております。

これについて、「地域医療構想アドバイザー」の活用を希望する都道府県におかれましては、7月27日までに、推薦書（別紙1）の提出をお願いします。

なお、推薦に当たっては、別紙2に掲げる役割、選定要件等を参考に、都道府県医師会と協議するとともに、大学・病院団体等の意見も踏まえ、地域の実情に即した有識者を推薦いただきますようお願いいたします。

（担当）

厚生労働省医政局地域医療計画課

藤本、竹内、古川

TEL 03-3595-2186

E-mail iryo-keikaku@mhlw.go.jp

地域医療構想アドバイザー 推薦書

地域医療構想の達成に向けた取組の一環として、次の者を地域医療構想アドバイザーとして推薦します。

なお、次の者及びその所属長より地域医療構想アドバイザーの就任にあたり、内諾は得られています。

平成30年 月 日

	分野	氏名（ふりがな）	①所属 ②役職 ③職種	④勤務先住所（郵便番号） ⑤電話番号 ⑥Eメール
1			① ② ③	④ ⑤ ⑥
2			① ② ③	④ ⑤ ⑥
3			① ② ③	④ ⑤ ⑥

※被推薦者の履歴書（形式自由）を添付すること。

また、次の推薦者については、所属長宛の依頼文の送付を希望します。

	推薦者氏名（再掲）	所属長の氏名	所属と役職	依頼書送付先
1				〒
2				〒
3				〒

【担当者】

所属	
氏名	
連絡先	

## 地域医療構想アドバイザーについて

### 1. 位置付け

厚生労働省に「地域医療構想アドバイザーチーム（仮称）」を設置する。

### 2. 役割

- ・都道府県の地域医療構想の進め方について助言すること。
- ・地域医療構想調整会議に出席し、議論が活性化するよう助言すること。

### 3. 活動内容

- ・厚生労働省が主催するアドバイザー会議への出席（年2～3回）
- ・担当都道府県の地域医療構想の達成に向けた技術的支援（適宜）
- ・担当都道府県の地域医療構想調整会議への出席（適宜）  
等

### 4. 選定方法

- ・国が、都道府県の推薦を踏まえて選定する。
- ・都道府県ごとに複数人を選定することも可とする。
- ・都道府県は、選定要件を参考に、都道府県医師会と協議しながら、大学・病院団体等の意見も踏まえて、地域に密着した有識者を推薦する。<sup>(注1)</sup>

（注1）推薦に際しては、将来に向けて地域医療構想アドバイザーを養成する視点も考慮すること。例えば、現時点で必ずしも知見等が十分でない者であっても、研修等を経ることで、地域医療構想アドバイザーとしての役割を果たし得ると認められる者を推薦しても差し支えない。

### 5. 選定要件

- ・推薦を受ける都道府県の地域医療構想、医療計画などの内容を理解していること。
- ・医療政策、病院経営に関する知見を有すること。
- ・各種統計、病床機能報告などに基づくアセスメントができること。
- ・推薦を受ける都道府県の都道府県医師会等の関係者と連携がとれること。<sup>(注2)</sup>
- ・推薦を受ける都道府県に主たる活動拠点があること。<sup>(注3)</sup>

（注2）都道府県は、都道府県医師会等の関係団体の役職員を推薦しても差し支えない。

（注3）営利企業は対象外とする。

### 6. その他

- ・国は、「地域医療構想アドバイザー」がその役割を適切に果たせるよう、研修や、事例及びデータ提供など技術的支援を実施する。
- ・「地域医療構想アドバイザー」の任期は原則1年間とし、都道府県の推薦に基づき、適宜更新する。
- ・「地域医療構想アドバイザー」の活動経費は、地域医療介護総合確保基金を充当して差し支えない。

7. 当面の予定

平成30年

7月27日 推薦書の提出締め切り

8月中旬頃 就任依頼書の発出

8月～9月頃 地域医療構想アドバイザー会議

平成31年

2月頃 地域医療構想アドバイザー会議

地域医療構想アドバイザー 推薦書

地域医療構想の達成に向けた取組の一環として、次の者を地域医療構想アドバイザーとして推薦します。

なお、次の者及びその所属長より地域医療構想アドバイザーの就任にあたり、内諾は得られています。

平成30年 月 日

	分野	氏名 (ふりがな)	①所属 ②役職 ③職種	④勤務先住所 (郵便番号) ⑤電話番号 ⑥Eメール
1			① ② ③	④ ⑤ ⑥
2			① ② ③	④ ⑤ ⑥
3			① ② ③	④ ⑤ ⑥

※被推薦者の履歴書 (形式自由) を添付すること。

また、次の推薦者については、所属長宛の依頼文の送付を希望します。

	推薦者氏名 (再掲)	所属長の氏名	所属と役職	依頼書送付先
1				〒
2				〒
3				〒

【担当者】

所属	
氏名	
連絡先	