別添１

厚生労働行政推進調査事業費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けた研究関する研究

令和７年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　佐々木　淳一
研究分担者　高橋　泰
研究分担者　日野原　千速
研究分担者　岡村　世里奈

令和７（２０２５）年　５月

別添２

目　　次

Ⅰ．総括研究報告

外国人患者受入れのための効率的かつ
持続可能な体制整備に向けた研究関する研究　---------- 1
佐々木淳一
高橋泰
日野原千速
岡村世里奈

II．分担研究報告

１．短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度に関する調査研究 ----- 5
岡村世里奈

２．医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標開発に関する　----- 34
調査研究―海外の関連評価指標の動向に関する研究―
佐々木淳一
高橋泰
日野原千速
岡村世里奈

別添３

令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
総括研究報告書

外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けた研究

研究代表者　佐々木　淳一　　慶応義塾大学（教授）
研究分担者　高橋　泰　　国際医療福祉大学（教授）
研究分担者　日野原　千速　　国立国際医療研究センター病院（部長）
研究分担者　岡村　世里奈　　国際医療福祉大学（准教授）

研究要旨

本研究では、外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けた基礎資料を得ることを目的として、①短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度に関する調査研究、ならびに②医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標開発に関する調査研究を実施した。

第一の研究では、サウジアラビアおよびEU・フランスに対する現地ヒアリング調査ならびに国内の保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を実施した。第二の研究では、WHO Europeおよび米国CLASの取組を対象として、外国人患者受入れ体制に関する評価領域、評価項目、評価方法等について文献・資料分析を行った。

その結果、短期滞在者向け民間医療保険加入義務化制度については、サウジアラビアではeVisa、保険加入、保険資格確認、医療費請求等を統合的に管理する「中央集権型・統合型モデル」が採用されていた一方、EUでは一定の最低補償基準を定めつつ保険商品提供を各国・各保険会社に委ねる「分権型モデル」が採用されており、継続的有効性確認や未収金データ収集等に課題が認められた。また、国内の保険会社および医療アシスタンス会社へのヒアリング調査からは、既往症対応、モラルリスク、補償範囲設定、医療搬送費用、医療アシスタンス体制整備等が、日本における制度導入上の重要な論点であることが明らかとなった。

また、外国人患者受入れ体制の評価指標開発研究では、WHO Europeおよび米国CLASのいずれにおいても、外国人患者対応を患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善に関わる病院組織全体の課題として位置付けていることが明らかとなった。さらに、海外の評価枠組みにおいては、医療通訳、多言語情報提供、職員教育、安全管理等の個別的取組のみならず、それらを組織運営や継続的質改善へいかに組み込むかが重視されていた。

以上のことから、短期滞在者向け民間医療保険制度については、補償内容や加入義務の有無のみならず、資格確認や情報共有を含めた実効的な運用体制の構築が重要であることが示唆された。また、外国人患者受入れ体制の評価指標については、受入れ体制の整備状況を確認するためのチェックリストではなく、患者安全、医療の質および健康の公平性の向上に向けた継続的質改善を促進するための評価体系として構築していくことが重要であると考えられる。

A.研究目的

わが国では、近年、在留外国人および訪日外国人の増加に伴い、医療機関を受診する外国人患者も増加している。これに対応するため、国や地方自治体、医療機関等において、医療通訳体制の整備、多言語対応、外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）[1)]等を中心とした受入れ環境整備が進められてきた。しかしながら、今後も外国人患者の増加が見込まれる中、医療機関において外国人患者を持続可能な形で受け入れていくためには、なお解決すべき課題が残されている。

その一つが、訪日外国人患者に係る医療費未収金問題である。特に短期滞在の訪日外国人患者につい

ては、公的医療保険制度の適用対象外となる場合が多く、受診時に十分な支払能力や保険加入状況を確認することが困難であることから、医療機関側が経済的リスクを負う状況が生じている。このため、近年では未収金対策の一つとして、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化の検討が進められつつある[2)]。しかしながら、補償額や補償内容、対象者の範囲、加入確認方法、医療機関との情報共有の在り方等については、十分な実証的知見が蓄積されていない。

また、外国人患者の受入れ体制を持続的に向上させていくためには、医療機関における受入れ体制を客観的かつ体系的に評価し、継続的な質改善につなげていく仕組みの構築も重要である。しかしながら、現在の我が国では、外国人患者受入れ体制を患者安全、医療の質、健康の公平性等の観点から評価するための評価領域や評価指標、評価方法等は十分に整理されていない。今後、外国人患者受入れ体制の質向上やその可視化を進めていくためには、国内外の先行事例を踏まえた評価指標の開発が求められている。

そこで、本研究では、「外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備」に向けた 3 か年研究の初年度として、第一に、短期滞在の訪日外国人を対象とした民間医療保険加入義務化制度について、諸外国における制度運営の実態や国内関係事業者の知見を踏まえながら、制度導入時に想定される課題や必要とされる補償内容、補償水準、対象者の範囲、加入・資格確認方法等を明らかにすることを目的とした。

第二に、医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標開発に向けた基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS 等の海外における先進的な取り組み[3)4)]を対象として、その基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法等を整理し、我が国における評価指標案の作成に向けた検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けて、①短期滞在の訪日外国人を対象とした民間医療保険加入義務化に関する調査研究、ならびに②医療機関における外国人患者受入れ体制に関する評価指標開発に向けた調査研究の 2 つを実施した。

第一の「短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化に関する調査研究」では、短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けている国・地域の制度実態を把握するため、サウジアラビアならびに EU・フランスを対象とした現地ヒアリング調査を実施した。また、日本における制度導入上の課題を把握するため、国内の主要保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を実施した。これらの調査を通じて、制度設計、補償内容、加入・資格確認方法、医療機関との情報共有、医療アシスタンス体制等に関する情報収集および分析を行った。

第二の「医療機関の外国人患者受入れに関する評価指標開発研究」では、海外における外国人患者受入れ体制の評価枠組みに関する基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS に関連する基準、ガイドライン、自己評価ツール、政策文書等を対象として文献・資料分析を実施した。具体的には、外国人患者対応に関する基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法および評価結果の活用方法等について整理・分析を行った。

なお、本研究におけるヒアリング調査は、関係機関および関係企業を対象として実施したものであり、患者個人情報を含むデータは取り扱っていない。また、文献・資料分析については公表資料を対象として実施した。そのため、本研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の適用対象外であり、倫理審査を要しない研究である。

C. 結果

本研究では、第一に短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度に関する調査研究、第二に医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標開発に関する調査研究を実施した。

まず、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度に関する調査研究では、サウジアラビア、EU・フランスにおける制度運営の実態ならびに国内の保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を実施した。その結果、サウジアラビアでは、eVisa、保険加入、保険資格確認、事前承認、電子請求等を国家統合型医療・保険情報交換基盤（NPHIES）[5)]上で一体的に運用する「中央集権型・統合型モデル」が採用されており、保険資格確認や医療費請求等において高い実効性を有していることが確認された。一方、EU のシェンゲンビザ制度では、一定の最低補償基準を EU 法として定めつつ、実際の保険商品提供については各国・各保険会社に委ねる「分権型モデル」が採用されていたが、保険商品の

品質差、継続的有効性確認の困難さ、未収金データ不足等の課題も確認された。また、国内の保険会社および医療アシスタンス会社へのヒアリング調査からは、既往症対応、モラルリスク、補償範囲設定、医療搬送費用、多言語対応、医療アシスタンス体制整備等が、日本において制度導入を検討する際の重要な論点となることが明らかとなった。

次に、医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標開発研究では、WHO Europe および米国 CLAS の取り組みを対象として、外国人患者受入れ体制に関する評価領域、評価項目、評価方法等について整理・分析を行った。その結果、WHO Europe では、外国人患者対応を病院組織全体の質改善の課題として位置付け、「組織全体アプローチ」に基づく自己評価ツールが開発されていた。また、米国 CLAS では、文化的・言語的多様性への対応を患者安全、医療の質、健康の公平性に関わる組織的課題として整理しており、米国の医療施設を対象とした第三者評価機関である The Joint Commission や、米国の公的保険制度であるメディケアとメディケイドを運営する連邦政府機関である Centers for Medicare & Medicaid Services の認証・政策にも大きな影響を与えていた。さらに、海外の評価枠組みでは、医療通訳、多言語情報提供、職員教育、患者参加、安全管理、組織体制等を評価対象とするとともに、それらを病院組織全体の継続的質改善の仕組みへどのように組み込むかが重視されていることが確認された。

D. 考察

本研究では、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度に関する調査研究ならびに医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標開発に関する調査研究を実施した。

まず、短期滞在者向け民間医療保険加入義務化制度に関する調査研究では、サウジアラビアおよびEU・フランスにおける制度運営の実態ならびに国内の保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を実施した。その結果、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度は、一定程度、医療費未収金対策として有効に機能する可能性を有しているものの、その実効性は補償内容や補償額のみならず、加入確認方法、保険資格確認方法、医療機関との情報共有、医療アシスタンス体制、データ収集・分析体制等を含めた運用体制の整備状況に大きく左右されることが明らかとなった。特にサウジアラビアでは、eVisa、保険契約、保険資格確認、医療費請求等を統合的に管理する情報基盤が制度運営を支えていた一方、EU では保険加入義務化制度を有しながらも、継続的な有効性確認や制度効果の評価に必要なデータ収集等に課題が残されていた。

これらの結果から、日本において制度導入を検討する際には、保険加入義務化そのものの是非のみならず、それを実効的に運用するための制度設計や運用体制の在り方についても十分な検討が必要であると考えられる。

次に、医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標開発研究では、WHO Europe および米国 CLAS の取組を対象として、外国人患者受入れ体制に関する評価領域、評価項目、評価方法等について整理・分析を行った。その結果、海外では外国人患者対応を単なる医療通訳や多言語対応等の個別的な取組としてではなく、患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善に関わる病院組織全体の課題として位置付けていることが明らかとなった。また、評価においても、個別サービスの有無のみではなく、それらが組織方針、職員教育、データ収集、質改善活動等へどのように組み込まれているかが重視されていた。　一方、我が国においても JMIP 等を通じて外国人患者受入れ体制の整備が進められているが、今後、評価指標を開発する際には、既存の評価項目を基盤としつつ、患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善の観点を取り入れた評価体系として構築していくことが重要であると考えられる。

以上のことから、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度については、補償内容や加入義務の有無といった制度そのものの議論に加え、資格確認や情報共有を含めた実効的な運用体制の構築が重要な課題であることが示唆された。また、医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標については、受入れ体制の整備状況を確認するためのチェックリストとしてではなく、患者安全、医療の質および健康の公平性の向上に向けた継続的質改善を促進するための評価体系として構築していくことが重要であると考えられる。今後は、これらの知見を踏まえながら、我が国の実情に即した制度設計および評価指標の具体化を進めていくことが求められる。

E. 結論

本研究では、外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けて、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度に関する調査研究ならびに医療機関における外国人患者受入れ体制の評

価指標開発に関する調査研究を実施した。

その結果、短期滞在者向け民間医療保険加入義務化制度については、一定程度、医療費未収金対策として有効に機能する可能性を有しているものの、その実効性は補償内容や補償額のみならず、加入確認方法、保険資格確認方法、医療機関との情報共有、医療アシスタンス体制、データ収集・分析体制等を含めた運用体制の整備状況に大きく左右されることが明らかとなった。また、医療機関における外国人患者受入れ体制の評価指標については、海外では外国人患者対応を患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善に関わる病院組織全体の課題として位置付けており、評価においても個別サービスの有無だけではなく、それらを組織運営や継続的質改善へどのように組み込んでいるかが重視されていることが明らかとなった。

以上のことから、今後、日本において短期滞在者向け民間医療保険制度を検討する際には、補償内容や加入義務の有無のみならず、制度を実効的に運用するための情報基盤や運用体制の整備についても併せて検討していく必要があると考えられる。また、外国人患者受入れ体制に関する評価指標については、JMIP等において蓄積されてきた評価項目を基盤としつつ、患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善の観点を取り入れた評価体系として構築していくことが重要であると考えられる。

今後は、本研究で得られた知見を踏まえながら、我が国の実情に即した短期滞在者向け民間医療保険制度の具体的な制度設計および外国人患者受入れ体制に関する評価指標案の作成・検証を進め、外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に資する政策提言につなげていくことが求められる。

【引用文献】

1) 一般社団法人日本医療教育財団.外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）. https://www.jme.or.jp/jmip/ 20260331

2) 内閣官房.第１回（令和７年11月４日）外国人の受入れ・秩序ある共生社会実現に関する関係閣僚会議 総理指示. https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/gaikokujinzai/kakuryokaigi/dai1/sorishiji.pdf 20260331

3) Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care. Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups: Self-Assessment Tool for Pilot Implementation. Vienna: HPH Task Force; 2014. https://cespyd.es/en/publications/standards-equity-health-care-migrants-vulnerable-groups-self-assessment-tool-pilot-implementation/ 20260331

4) U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care. Washington, DC: HHS; 2013.https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas 20260331

5) National Platform for Health and Insurance Exchange Services (NPHIES).https://www.chi.gov.sa/en/Uniplat/pages/default3.aspx 20260331

F.健康危険情報

特になし

G.研究発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

別添４

令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

短期滞在者に対する民間医療保険義務化に関する調査研究

研究分担者　岡村　世里奈　　国際医療福祉大学（准教授）

研究要旨

本研究では、短期滞在の訪日外国人患者に係る医療費未収金問題への対応策の一つとして検討が進められている「短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化」について、諸外国における制度実態、制度運営上の特徴および日本における制度導入上の課題等を明らかにすることを目的として調査研究を実施した。具体的には、①短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けているサウジアラビアならびにEU・フランスに対する現地ヒアリング調査、②国内の主要保険会社４社および主要医療アシスタンス会社３社に対するヒアリング調査を実施した。

その結果、サウジアラビアでは、eVisa、保険加入、保険資格確認、事前承認、電子請求等を国家統合型医療・保険情報交換基盤（NPHIES／Nafis）上で一体的に運用する「中央集権型・統合型モデル」が採用されており、保険資格確認や医療費請求等において高い実効性を有していることが確認された。これに対して、EUのシェンゲンビザ制度では、一定の最低補償基準をEU法として定めつつ、実際の保険商品提供については各国・各保険会社に委ねる「分権型モデル」が採用されていた。しかしながら、その一方で、保険商品の品質差、形式的審査、継続的有効性確認困難、未収金データ不足等、多くの課題も確認された。

また、国内の保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査からは、既往症対応、モラルリスク、補償範囲設定、医療搬送費用、多言語対応、医療アシスタンス体制整備等が、日本において制度導入を検討する際の重要な論点となることが示された。特に、制度を実効的に機能させるためには、単なる保険加入義務化のみではなく、加入導線、資格確認方法、医療機関との情報共有、国内医療アシスタンス会社の介在等を含めた運用体制整備が重要であることが明らかとなった。

以上のことから、日本において短期滞在者向け民間医療保険加入義務化制度を検討する際には、諸外国制度を参考としつつ、日本の医療提供体制や観光政策との整合性を踏まえながら、補償範囲、加入確認方法、医療機関との情報共有、医療アシスタンス体制、データ収集・分析体制等を含めた実効的かつ運用可能な制度運営体制を整備していく必要があると考えられる。

A.研究目的

近年、訪日外国人旅行者数は増加を続けており、これに伴い、外国人患者を受け入れる医療機関も増加している。近年では、外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）[1)]の認証を取得した医療機関を中心に、医療通訳体制の整備や多言語対応等、外国人患者の受入れ体制整備に取り組む医療機関も増加している。

一方で、こうした受入れ体制整備を進める中、訪日外国人患者に係る医療費未収金問題が、医療機関における重要な課題として顕在化している。特に短期滞在の訪日外国人患者については、原則として日本の公的医療保険制度の適用対象外であることから、医療機関側が診療費未払いに伴う経済的リスクを負担せざるを得ない状況が生じている。実際、厚生労働省「令和６年度 医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」[2)]によれば、令和６年９月１日から同月30日までの間に、訪日外国人患者の未収金の発生について「あり」

と回答した医療機関は、外来で 32 機関（6.5%）、入院で 19 機関（14.5%）となっている。

こうした状況を踏まえ、現在、未収金対策の一つとして、短期滞在の訪日外国人に対する民間医療保険加入義務化に関する検討が進められつつある。例えば、令和７年 11 月４日に開催された「外国人の受入れ・秩序ある共生社会実現に関する関係閣僚会議」においては、総理より「入国前の民間医療保険への加入の検討」が指示されている[3)]。

しかしながら、一口に民間医療保険加入の義務化といっても、その制度設計や保険商品の内容は多様であり、補償範囲、補償額、加入方法、確認方法、給付手続等は、国や保険商品によって大きく異なっている。また、制度導入に当たっては、日本の医療機関における外国人患者受入れの実態や観光施策への影響等も踏まえながら、実効性と運用可能性の双方を備えた制度の在り方を検討する必要がある。

そこで本研究では、短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けている国・地域における現地ヒアリング調査ならびに、制度運用において重要な役割を担う国内の主要保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を通じて、短期滞在の訪日外国人を対象とした民間医療保険加入義務化を実施する場合に検討すべき事項について明らかにし、日本における短期滞在者向け民間医療保険制度設計の在り方を検討するための基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、「①短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けている国・地域に関する現地ヒアリング調査」ならびに「②国内の主要保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査」の２つを実施した。それぞれの研究方法は以下のとおりである。

１．短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けている国・地域に関する現地ヒアリング調査

（１）調査対象国について

本調査では、サウジアラビアならびに EU およびその加盟国の一つであるフランスを対象として現地ヒアリング調査を実施した。

現在、短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けている国・地域としては、キューバ、シェンゲン協定加盟国（オーストリア、ベルギー、クロアチア、チェコ、デンマーク、エストニア、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、ハンガリー、イタリア、ラトビア、リトアニア、ルクセンブルク、マルタ、オランダ、ポーランド、ポルトガル、スロバキア、スロベニア、スペイン、スウェーデン、ルーマニア、ブルガリアアイスランド、リヒテンシュタイン、ノルウェー、スイスの 29 か国）、カタール、サウジアラビア、ドバイ等が存在している。しかしながら、制度導入の背景、対象者、補償内容、加入方法、確認方法等は国・地域によって大きく異なっている。そのため、本研究では、日本における制度導入を検討する上で、制度運営上の特徴が異なる複数の制度モデルを比較検討できる国・地域を対象として調査を行うこととした。

まず、サウジアラビアについては、観光ビザやウムラ（巡礼）ビザ等を含む広範な短期滞在者を対象として、eVisa システムと連動した民間医療保険加入義務化制度を運用している点に特徴がある[4)]。具体的には、ビザ申請時に保険加入が組み込まれており、保険加入状況についても入国時や医療機関受診時にオンラインで確認可能となっているなど、制度運用のデジタル化が進められている。このように、比較的強い国家関与の下で制度運営が行われている点は、日本における制度導入を検討する上で参考になるものと考えられた。

一方、EU においては、2009 年に制定された「European Parliament and Council of the

European Union. Regulation (EC) No 810/2009 establishing a Community Code on Visas」[5)]に基づき、シェンゲンビザ申請者に対して旅行医療保険加入が義務付けられている。同制度では、ビザ申請段階において、緊急治療、入院、医療搬送、死亡時の遺体送還等を補償対象とする旅行医療保険への加入証明を提出することが求められており、一定額以上の補償内容を満たさない場合には、原則としてビザは発給されない。もっとも、サウジアラビアとは異なり、EU では、一定の最低基準を EU 法として定めつつ、実際の保険商品の提供については各国・各保険会社に委ねる制度構造が採用されている。このため、国家主導型のサウジアラビアとは異なる制度モデルとして比較検討が可能であると考えられた。

また、その加盟国の一つであるフランスは、世界有数の観光立国であり、多数の外国人旅行者を受け入れている国であるとともに、外国人患者対応や移民医療に関する議論も比較的蓄積されている。このため、外国人旅行者受入れの実態や、民間医療保険義務化制度の運用状況、医療現場における課題等を把握する上で、日本にとって参考になるものと考えられた。

以上を踏まえ、本研究では、比較的強い国家関与の下で制度運営が行われているサウジアラビアと、EU 法に基づく分権的制度運営が行われている EU・フランスを対象として調査を実施した。

（２）調査対象機関及び主なヒアリング項目

サウジアラビアにおいては、民間医療保険加入義務化制度の制度設計、監督、データ連携等に関与する政府関係機関として、Saudi Data & AI Authority (SDAIA)、Council of Health Insurance （ CHI ）、 Insurance Authority (IA) を対象にヒアリング調査を実施した。加えて、実際に外国人向け医療保険を運用している民間医療保険会社として、GEG insurance、Al Rajhi Takaful、Tawuniya を対象にヒアリング調査を実施した。

主なヒアリング項目として、まず政府関係機関に対しては、民間医療保険加入義務化導入の背景および目的、基本的な制度設計、関係機関間の役割分担、制度導入による効果や課題等についてヒアリングを行った。一方、民間医療保険会社に対しては、実際の保険運営業務の流れ、医療機関との連携方法、事前承認や保険適用判断の実務、CHI が設定している統一約款や最低補償基準に対する認識、制度運用上の評価および課題等についてヒアリングを実施した。

これに対して、EU およびフランスにおいては、シェンゲンビザ制度における民間医療保険義務化について、Visa Code に基づく制度運用の調整・評価・改善提言等を担う EU の執行機関である EU 委員会に加えて、加盟国として制度運用を担うフランス内務省ならびにフランスの移民・外国人医療支援団体である Migration Santé を対象としてヒアリング調査を実施した。

主なヒアリング項目として、まず EU 委員会に対しては、シェンゲンビザ制度における旅行医療保険義務化制度の導入背景および制度目的、制度運用の実態、制度導入による効果、加盟国間の情報共有、制度上の課題等についてヒアリングを行った。特に EU 委員会は、2023 年に、シェンゲンビザ申請者に義務付けられている旅行医療保険制度について、その運用実態、補償内容、未収金問題への影響、制度上の課題等を分析した調査報告書「Study on the travel medical insurance used by visa holders during their stay in the territory of the Member States Final Report」を公表していることから、当該報告書の内容を中心として重点的にヒアリングを実施した。

また、フランス内務省に対しては、シェンゲンビザ制度における旅行医療保険義務化の

実際の運用状況、ビザ審査時の保険確認方法、加盟国間の連携状況、制度運用上の課題等についてヒアリングを行った。加えて、外国人旅行者の受入れ実態、医療費未収金問題が発生しやすいケース、医療機関側における対応上の課題等についても情報収集を実施した。さらに、Migration Santé に対しては、フランスにおける外国人患者受入れの実態、移民・外国人患者に対する医療アクセス支援、外国人患者対応における現場レベルの課題、医療費未収金問題への対応状況等についてヒアリングを行った。

２．国内の主要保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査

本調査は、2025 年 10 月 24 日～12 月 4 日の期間に、対面若しくは Zoom を使用したオンライン形式により、主要保険会社４社ならびに医療アシスタンス会社３社を対象としてヒアリング調査を実施した。

まず、保険会社に対しては、訪日外国人旅行者向け保険商品の販売の有無、販売している場合にはその補償内容や補償額のほか、医療アシスタンス会社や医療機関との連携状況等についてヒアリングを行った。また、民間医療保険加入義務化制度導入時の課題や制度設計上の論点等についても意見聴取を行った。

一方、医療アシスタンス会社に対しては、現在の訪日外国人患者をめぐる医療アシスタンスの状況のほか、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度について、制度導入時の実務上の課題、必要となる連携体制、補償範囲や医療搬送費用の在り方等について意見聴取を行った。

３．倫理上の配慮

今回実施した２つの調査は、関係機関・企業に対するヒアリング調査を中心とした研究であり、患者個人情報を含むデータは取り扱っていない。調査の実施に当たっては、各調査対象機関に対して研究目的を説明した上で協力を依頼し、得られた情報については適切に管理を行った。また、研究の実施に当たっては、関係法令および所属機関の研究倫理指針等を遵守した。

C.研究結果

１．短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けている国・地域に関する現地ヒアリング調査

（１）サウジアラビア

①対象医療保険の概要

サウジアラビアでは、1999 年に制定された協同組合健康保険法（Cooperative Health Insurance Law）[6]に基づき、主として国内で就労する外国人労働者およびその扶養家族に対して、民間医療保険への加入を義務付ける制度が段階的に導入された。これに伴い、制度監督機関として Council of Cooperative Health Insurance（現在の Council of Health Insurance：CHI）が設置され、外国人労働者向け民間医療保険制度の監督・運営を担うこととなった。

その後、サウジアラビアでは、観光政策「Vision2030」[7]に基づく外国人旅行者受入れ拡大を背景として、短期滞在者に対する医療保障制度整備が進められた。具体的には、観光ビザ、ウムラビザ、トランジットビザ等を利用して入国する短期滞在者に対して、2015 年に CHI が発出した「Visitor Policy（Approved in Session No.99, dated 21/7/1436 AH)」（以下単に「当該約款」と呼ぶ。）[8]に基づき、CHI の認定を受けた国内保険会社が販売する民間医療保険への加入を義務付ける制度が導入された。さらに、2019 年に観光 eVisa 制度が導入されて以降は、オンラインビザ申請手続と連動する形で、短期滞在者向け民間医療保険を購入する仕組みが整備された[9]。

すなわち、サウジアラビアでは、短期滞在

者に対する民間医療保険義務化を導入するに当たり、海外保険会社がそれぞれ独自の商品を販売する方式ではなく、CHI が定めた統一約款および最低補償基準に基づき、CHI の認定を受けた国内保険会社が保険商品を提供する仕組みを採用していた。現地ヒアリングでは、海外保険会社による制度運営では、医療機関との連携やデータ共有、迅速な支払対応等に課題が生じ得ることから、国内保険会社を中心とした制度設計が採用されているとの説明があった。なお、本制度に参画する保険会社は、国内の保険会社であればどの会社でもよいというわけではなく、Nafis 等の医療情報交換基盤との接続や迅速な事前承認対応、安定的な業務遂行等が求められることから、「IT 能力」や「資金力」を有する保険会社のみが制度参加を認められており、2025 年時点では、国内の保険会社約 27 社のうち 17 社が認定を受けているとの説明があった。

また、サウジアラビアの制度運営においては、国家統合型医療・保険情報交換基盤である NPHIES（National Platform for Health and Insurance Exchange Services）[10]が重要な役割を果たしていた。すなわち、保険資格確認、医療機関における事前承認、電子請求等が NPHIES を通じてオンライン上で連携されており、保険会社や医療機関は、短期滞在者の保険加入状況や補償内容等をリアルタイムで確認可能となっていた。現地ヒアリングでは、このようなデジタル基盤整備が、制度運営の効率化や迅速な支払対応、データ共有等に大きく寄与しているとの説明があった。

②Visitor Policy の概要

当該約款は、「第１章 定義」、「第２章 補償対象費用･給付」、「第３章 制限および除外」、「第４章 一般条件」、「別表」の５つのパートから構成されていた。

まず、「第１章 定義」では、表１のとおり、制度運用に必要となる主要概念 43 項目について詳細な定義が設けられていた。例えば、「Insurance Company（保険会社）」については、サウジアラビア中央銀行（SAMA）の認可を受け、さらに CHI から協同組合健康保険提供資格を認定された保険会社であることが明記されていた。また、「The insured（被保険者）」については、サウジアラビア王国への入国ビザを申請し、通過・訪問・滞在延長を目的とする者と定義されていた。さらに、「Preferred Provider Network（PPN）」については、CHI 認定かつ保険会社が指定した医療機関群として位置付けられており、保険加入者が有効な保険証を提示した場合には、当該医療機関が保険会社に対して直接請求を行う仕組みが規定されていた。

また同章では、「Emergency Case（緊急事態）」について、「事故または急性健康状態により迅速な医療介入を必要とする状態」と定義されており、本制度が主として緊急医療保障を目的として設計されていることが明示されていた。さらに、「Personal Risk（個人リスク／モラルハザード）」や「Fraud（詐欺）」等についても定義規定が設けられており、制度運営上、モラルハザード対策や不正防止も重視されていることが示されていた。

「第２章 補償対象費用・給付」では、補償対象となる医療費の範囲が規定されていた。同章によれば、補償対象となるのは原則として「緊急事態」に係る医療費であり、①診察、診断、治療および医薬品費用、②入院費用、③妊娠および分娩費用、④一定範囲の緊急歯科治療、⑤早産児治療費、⑥緊急腎臓透析費用、⑦国内外への緊急医療搬送費、⑧交通事故による負傷への対応、⑨遺体本国送還費用等が含まれていた。

「第３章 制限および除外」では、表２のとおり、補償対象外となる項目について詳細な規定が設けられていた。 具体的には、①帰国まで延期可能な医療行為、②薬物・アルコール乱用に起因する疾病、③美容目的治療、④

予防医療、⑤レクリエーション・療養目的治療、⑥性感染症治療、⑦HIV 関連疾患、⑧歯科インプラント、⑨精神疾患、⑩不妊治療、⑪臓器移植、⑫肥満関連治療等が補償対象外とされていた。

なお、既往症および慢性疾患については、「Except in emergencies, this policy does not cover any expenses for treating stable chronic or preexisting diseases」と明記しており、緊急時を除き、安定した慢性疾患や既往症については補償対象外とされていた。また、「治療目的でサウジアラビアへ渡航してはならない」旨も一般条件において明記されており、本制度が医療目的渡航を前提とするものではなく、あくまでも短期滞在中の緊急医療保障制度として位置付けられていることを明確にしていた。

「第４章 一般条件」では、表３のとおり、保険契約の有効性、請求手続、事前承認手続等について詳細な規定が設けられていた。例えば、保険契約はサウジアラビア入国日から有効となること、保険料支払いはビザ申請者自身の責任であること、医療機関は 30 日以内に請求を提出する必要があること、保険会社は医療提供承認申請について 60 分以内に回答しなければならないこと等が規定されていた。

さらに「別表」では、補償限度額や具体的給付内容が定められていた。補償限度額は被保険者１人あたり 100,000 サウジアラビア・リヤルとされており、入院、緊急妊娠・分娩、緊急歯科治療、交通事故、緊急透析、医療搬送、遺体本国送還等が補償対象となっていた。また、補償範囲はサウジアラビア国内に限定されており、対象者については、「サウジアラビアへの訪問、訪問延長、トランジット目的でビザを申請するすべての者」と規定されていた。

③保険購入から請求・支払いの流れ

図１は、サウジアラビアにおける短期滞在者向け民間医療保険制度について、保険購入から医療費請求・支払いまでの基本的な流れを整理したものである。

まず、短期滞在者は、オンラインの観光ビザ（eVisa）申請システムを通じて入国ビザを申請する（①）。具体的には、ビザ申請画面において、個人情報や入国後の滞在情報等を入力すると、その後、「Visitor／Tourist Health Insurance（観光者向け医療保険）」の購入画面が表示される。この画面上には、図２のとおり、CHI が認定した複数の保険会社名が表示されているが、申請者が自ら保険会社を選択することはできず、画面上に表示されている「このチェックボックスにチェックを入れることにより、上記に記載された保険補償内容に、(95 サウジアラビア・リヤル)(約 3,900 円）の料金で同意します」という文言の横にあるチェックボックスを選択するのみとなっている。

そして、その後、すべての申請情報の入力および確認が終了すると、最終画面において、図３のとおり、ビザ申請料とともに保険料が表示され、その合計金額をクレジットカード等で支払うことにより、ビザ申請手続と保険購入手続が一体的に行われる仕組みとなっている。なお、この際、どの保険会社の保険商品が適用されるかについては、システム上で自動的に割り振られることとなっている。

次に、成立した保険契約情報は、担当する認定保険会社に連絡され、連絡を受けた認定保険会社は、当該保険契約情報を NPHIES 上に登録する（③）。これにより、担当保険会社および医療機関は、当該短期滞在者の保険加入状況や補償内容等をオンライン上で随時確認することが可能となる。また、短期滞在者自身も、サウジ政府統合ポータル（my.gov.sa）や CHI のウェブサイトにアクセスし、付与された保険番号等を入力することによって、自らの保険加入状況や保険有効性等を随時確認できるようになっている[11)]。

そして、短期滞在者が突然の病気やけが等により医療機関を受診した場合（④）、医療機関はNPHIESを通じて、まず保険資格の確認を行う。さらに、高額医療や入院等で事前承認（Pre-Authorization）が必要となる場合には、医療機関はNPHIESを通じて保険会社へ事前承認申請を行う（⑤）。その際、診療関連情報として、診療報告書、検査情報、放射線情報、処方情報、受診履歴等も共有される仕組みとなっていた。また、診療終了後には、医療機関から保険会社に対して電子請求（e-Claims）が提出され、医療費の支払い手続きが行われることになる。

一方、保険会社側では、NPHIESを通じて医療機関から送信された事前承認申請について審査を行い、承認可否を回答する（⑥）。また、提出された電子請求についても査定を行い、支払額を決定する。現地ヒアリングでは、保険会社内部には医師等も配置されており、病院からの相談や事前承認依頼に迅速に対応しているとの説明があった。また、一定時間内に回答できない場合には罰則が科される場合もあるとのことであり、制度全体として迅速な運用が重視されていることが確認された。

さらに、保険の補償対象外となる費用については、短期滞在者と医療機関との間で直接請求・支払いが行われる仕組みとなっていた（⑦）。もっとも、現地ヒアリングでは、高額医療等により補償限度額を超過した場合などには、国や基金が一定の支援を行う場合があるとの説明もあった。

このように、サウジアラビアでは、eVisa制度、保険契約情報、医療機関、保険会社、医療情報交換基盤（NPHIES）等をオンライン上で統合的に連携させることにより、短期滞在者向け民間医療保険制度が運用されていた。

④現行制度に対する評価及び課題

1）評価面

現地ヒアリングの結果、サウジアラビアの短期滞在者向け民間医療保険制度については、政府機関、保険会社、関連機関のいずれからも、制度全体として高く評価されていることが確認された。

まず、制度に対する評価として、多くの機関から共通して指摘されたのは、NPHIESを中心とした医療・保険情報連携基盤の有効性であった。SDAIAでは、「国内全ての公立・私立病院が同一プラットフォーム上にあり、全ての情報が連携できるようにした」と説明されており、さらに、「E-ビザの情報はすぐにNPHIESに連携され、各病院で閲覧が可能」であることが強調された。

また、CHIにおいても、「NPHIESが整備されているため、データの正確性・連携スピード共に優れている」、「データが充実しているので政策検討がしやすい」と説明されており、医療・保険・ビザ情報を統合的に管理する基盤整備が、制度運営の効率化や政策形成に大きく寄与していると評価されていた。さらに、保険会社側からも、Tawuniyaでは、「昔は被保険者にカードを渡していたが、今はNPHIESを活用しオンライン上で運用している」と述べられており、紙ベース運用からデジタル運用への移行によって、資格確認や情報共有の迅速化が進んでいることが確認された。

また、制度運営面では、保険会社に対する一定の参入基準や監督体制についても肯定的な評価がみられた。GEG insuranceでは、「保険会社は当局から『IT能力』『資金力』などを見られて、このビジネスに参入できるかどうか判断される」と説明されていた。加えて、IAでは、「30の項目で保険会社を評価する」、「保険会社に対しては報告書の提出や立ち入り検査なども行っている」と説明されており、制度の質を維持するための継続的な監督・評価体制が整備されていることが確認された。

さらに、実際の制度運営においては、迅速な支払対応や事前承認対応を制度として重視している点についても、高く評価されていた。GEG insuranceでは、「社内に医師も多くおり、

TPA のように病院からの相談が来たら早急に判断し病院に返事をする。定められた時間に遅れると罰金もある」と説明されており、医療機関からの事前承認申請や相談に迅速に対応する体制が、制度上強く求められていることが確認された。このように、単に保険加入を義務付けるのみではなく、迅速な審査・支払対応を制度として担保している点も、サウジアラビア制度の実効性を支える重要な要素として評価されていた。

2)課題面

一方、課題面としては、まず、保険料水準と観光政策とのバランスが挙げられていた。CHI では、「現在上限は 10 万サウジアラビア・リヤルだが、過去の統計データに鑑み、25 万サウジアラビア・リヤルまで引き上げることも検討している。一方で、保険料が 95 サウジアラビア・リヤルから上がることも考えられ、それが観光客減に繋がらないか懸念もある」と説明されていた。同様に、IA および Tawuniya でも、「現在 95 サウジアラビア・リヤルの費用は MOH が決めている。値段を上げ過ぎると観光客が減る可能性もあるので要検討」との説明がなされており、補償内容の拡大と観光客誘致政策との調整が重要な課題として認識されていることが確認された。

また、制度参加保険会社数の多さについても課題として認識されていた。Al Rajhi Takaful では、「国内には 27 程度の保険会社が存在し、現在 17 社が参加している」が、「27 社は多く、CHI が統合しようとしている動きもある」と説明されていた。この点については、制度の標準化や監督効率向上の観点から、保険会社数の適正化も検討課題となっていることが示唆された。

さらに、制度対象範囲についても、拡大の必要性が認識されていた。CHI では、「現在は入国者に限定した運用だが、2030 年に向けてトランジットの人も対象にしたいと検討を進めている」と説明されており、観光政策の拡大に対応した制度対象範囲の見直しが課題となっていた。特に、現在の制度は、主としてサウジアラビアに正式に入国する短期滞在者を前提として運用されているため、今後、国際ハブ空港としての機能強化やトランジット需要拡大に対応していくためには、どの範囲まで保険加入義務を拡張するのか、また、その際の補償範囲や保険料水準をどのように設定するのかについて、さらに検討を進める必要があることが示唆された。

そのほか、未収金問題への対応については、CHI から「過去には未収金が発生したこともあったが、国や基金が支援をしていた」との説明があった。また、GEG insurance でも、「保険の適用額の上限は 10 万サウジアラビア・リヤル。ただし、10 万サウジアラビア・リヤルを過ぎた場合は基金がサポートしてくれる」と説明されていた。このように、現行制度においても、高額医療や補償限度額超過への対応については、必ずしも民間医療保険のみで完結しているわけではなく、一定程度、公的支援や基金による補完が必要となっている実態が確認された。すなわち、重症患者対応や高額医療への対応については、なお制度上の負担分担や財政的支援の在り方が課題として残されていることが示唆された。

（２）シェンゲンビザ加盟国

①対象医療保険の概要

シェンゲン協定加盟国では、短期滞在ビザ（いわゆるシェンゲンビザ）を申請する第三国国民に対して、旅行医療保険への加入を義務付ける制度が導入されている。その法的根拠となっているのは、2009 年 7 月 13 日に欧州議会および欧州理事会により制定された前述の EU 規則「Regulation (EC) No 810/2009 establishing a Community Code on Visas (Visa Code)」（以下単に「Visa Code」と呼ぶ。）である。これは、EU 法として制定されたものであり、シェンゲン加盟国における短期

滞在ビザ制度について、ビザ発給手続、必要書類、審査基準等を統一的に定めている。

そして､そのうち旅行医療保険については、Visa Code 第 15 条において詳細な規定が設けられている。具体的には、第 15 条第 1 項において、統一シェンゲンビザを申請する者は、「加盟国領域内における滞在期間中に発生し得る送還費用、緊急医療、緊急入院および死亡時の送還費用を補償する、適切かつ有効な旅行医療保険を保有していることを証明しなければならない」と規定している。

また、第 15 条第 3 項では、当該保険について、「加盟国全域で有効」であり、「滞在予定期間全体をカバー」する必要があることが明記されている。さらに、最低補償限度額については、「minimum coverage shall be EUR 30 000」と規定されており、最低 30,000 ユーロ以上の補償が求められている。また、補償対象としては、①医療上の理由による本国送還（repatriation for medical reasons)、②緊急医療（urgent medical attention)、③緊急入院治療（emergency hospital treatment)、④死亡時の本国送還（repatriation in the event of death）を含むことが求められている。

さらに、第 15 条第 2 項では、複数回入国ビザの場合には、初回滞在期間のみならず、その後の滞在についても適切な旅行医療保険に加入する旨の宣誓書提出が求められている。

このように､EU 法における短期滞在者向け医療保険制度は、サウジアラビアのように政府認定保険会社による統一商品を導入する方式ではなく､一定の最低基準を EU 法令として定めたうえで、申請者自身が民間保険会社の商品を選択して加入する方式を採用していた。すなわち、EU では、制度の基本要件や最低補償基準については EU 法として統一的に規律しつつ、実際の保険商品の提供については各国・各保険会社に委ねる分権的制度設計が採用されていた。

もっとも､保険会社や保険証券については、一定の運用上の要件も設けられていた。まず、Visa Code 第 15 条第 4 項では、領事館等は、申請者が提示した保険が「適切（adequate)」であるかを確認しなければならないと規定されている。また、必要に応じて､「加盟国内で保険会社に対する請求権行使が可能かどうか」を確認することもできるとされている。これにより、実際に加盟国内で履行可能な保険商品であることが重視されていた。

さらに､EU 委員会が公表した「Handbook for the processing of visa applications and the modification of issued visas（ビザ申請処理および発給済ビザ修正に関するハンドブック)」[12]では、実務上、領事館等が確認すべき事項として、①補償内容、②対象地域、③有効期間、④補償限度額、⑤被保険者情報等を保険証券上に明記する必要性が示されていた。すなわち、EU では、Visa Code 本体が最低基準を規定し、その具体的運用については、EU 委員会ハンドブック（Commission Implementing Decision C(2024) 4319 final annex)によって補完される構造となっていた。

②保険購入から請求・支払いの流れ

図２は、EU 法における短期滞在ビザ用旅行医療保険制度について、保険購入から医療費請求・支払いまでの基本的な流れを整理したものである。

まず、短期滞在ビザの申請者は、シェンゲン加盟国への入国前に、シェンゲン域内で有効な旅行医療保険を購入する（①)。EU 法では、サウジアラビアのような政府指定の単一商品方式ではなく、申請者自身が民間保険会社の商品を選択して加入する方式が採用されている。そのため、申請者は、民間保険会社やオンライン保険販売サイト等を通じて、Visa Code 第 15 条に適合した旅行医療保険商品を選択し購入する。

次に、保険加入手続が完了すると、保険会社は、保険証券、加入証明書、補償内容一覧

等の保険加入証明書類を発行する（②）。これらの書類には、一般的に、①被保険者氏名、②有効期間、③補償対象地域、④補償限度額、⑤補償内容等が記載されている。特に、シェンゲン加盟国全域で有効であること、および最低 30,000 ユーロ以上の補償限度額を有することが重要な確認事項となっている。

その後、申請者は、加盟国ビザ当局（領事館、ビザセンター等）に対して短期滞在ビザを申請する際、当該保険証券等を他のビザ申請書類とともに提出・提示する（③）。加盟国ビザ当局は、提出された保険加入証明について、「保険加入を証明する証拠」として適切か否かを確認する（④）。具体的には、Visa Code 第 15 条第 3 項および EU 委員会ハンドブック等に基づき、①最低補償額（30,000 ユーロ以上）、②滞在予定期間全体をカバーしているか、③シェンゲン加盟国全域で有効か、といった事項を中心に確認を行う。

そして、ビザ発給後、短期滞在者がシェンゲン加盟国内で医療機関を受診した場合には、必要に応じて保険会社または医療アシスタンス会社を通じて、当該診療が保険の補償対象となるかどうかの確認や、高額医療・入院等に関する事前承認申請等が行われる（⑤・⑥）。具体的には、医療機関側または患者側から保険会社等に連絡を行い、補償内容や支払可否等を確認することとなる。また、医療アシスタンス会社が介在する場合には、医療機関との調整、通訳・翻訳支援、医療搬送手配等を担うこともある。もっとも、実際にどの範囲まで事前承認や医療アシスタンス会社の介在が行われるかについては、加入している保険商品や保険会社によって大きく異なっている。

さらに、診療終了後の医療費処理についても加入している保険商品によって異なり、患者が一旦医療費を立替払いした後、保険会社へ償還請求を行う方式（Pay&Claim 方式）もあれば、医療アシスタンス会社が一時的に医療費を立て替えて医療機関へ支払いを行う方式や、保険会社が医療機関に対して直接支払いを行う方式（ダイレクトビリング方式）等が挙げられる。また当然のことながら、どのような支払い方式であったとしても、保険の補償対象外となる医療費については、原則として患者本人が自己負担することとなっている。

このように EU 法における短期滞在ビザ用旅行医療保険制度においては、サウジアラビアのような統一約款や国家統合型情報基盤に基づく一元的運用ではなく、多数の民間保険会社および医療アシスタンス会社が、それぞれ異なる補償内容、支払方法、運用方式に基づいてサービスを提供する分散型運用となっている。

③現行制度に対する評価及び課題

このように、EU 法における短期滞在ビザ用旅行医療保険制度は、多数の民間保険会社および医療アシスタンス会社による分散型運用を特徴としている。そこで、ヒアリング対象者に対し、現行制度に対する評価および課題について尋ねた。評価面については、シェンゲンビザ申請時における旅行医療保険加入義務が全加盟国で運用されており、短期滞在者に対して最低限の医療費保障を確保させる枠組みとして一定の意義があると、いずれの対象者からも評価が得られた。特に、Visa Code に基づき、ビザ申請時に 30,000 ユーロ以上の旅行医療保険加入証明書の提出を求めることにより、少なくともシェンゲンビザを必要とする第三国国民については、入国前に保険加入を確認する仕組みが整備されている。フランスの関係者からも、「シェンゲンであればほぼ完全に保険に入っている」との発言があり、制度が保険未加入者の入国抑制に一定程度機能していることが確認された。

一方で、課題面に関しては、制度の実効性に関する課題として次の８点が指摘された。第１点目は、ビザ審査時の保険確認が形式的確認にとどまっている点である。現地ヒアリ

ングおよびEU委員会の報告書では、加盟国ビザ当局による審査は、主として保険証明書の有無、有効期間、補償額、シェンゲン全域での有効性確認にとどまっており、補償内容や除外事項、実際の支払能力まで十分に確認されていないことが指摘されていた。そのため、制度上は保険加入が義務付けられているものの、実際には十分な補償内容を有していない保険商品が利用される可能性があることが課題として認識されていた。

第２点目は、保険商品の品質や補償内容に大きなばらつきが存在する点である。EU委員会の調査では、価格や補償内容に大きな差があり、安価な保険ほど補償上限、除外規定、支払遅延等の問題が多いことが指摘されていた。また、多くの保険商品が、既往症、慢性疾患、妊娠、精神疾患、歯科治療等を補償対象外としていることも課題として挙げられていた。そのため、形式的には保険加入義務を満たしていても、実際に医療機関を受診した際には十分な補償が受けられない場合があることが問題視されていた。

第３点目は、保険加入後の継続的有効性確認が困難である点である。EU委員会へのヒアリングでは、ビザ申請後に保険契約がキャンセルされる場合もあり、入国時や滞在中に保険の有効性を確認する仕組みが存在していないことが指摘されていた。また、ETIAS 等との連携についても、「ETIASにつなげるための法律がない」との見解が示されており、現時点では電子的確認基盤が十分整備されていないことが確認された。その結果、ビザ発給時点では保険加入が確認されていても、実際の入国時や滞在中には無保険状態となっている可能性を排除できない点が課題とされていた。

第４点目は、医療機関と保険会社との連携が十分ではない点である。現地ヒアリングでは、医療費未払いの背景として、「病院自身が保険会社と連絡を取ることができないこと」が大きな問題として挙げられていた。その理由として、保険会社がEU域内に支社を持たない場合があること、書類不備や患者情報不足が発生すること等が挙げられていた。また、医療機関側はまず治療を優先するため、受診時に保険の有無を十分確認できていないことも未払い発生の一因とされていた。そのため、制度上は保険加入義務が存在していても、実際の医療現場では、保険会社との連絡困難や支払保証手続の煩雑さにより、未払いリスクが依然として残存していることが確認された。

第５点目は、医療費未払い実態に関するデータ収集体制が未整備である点である。EU委員会では、「EU としてはその未収金発生の状況等に関して正確に把握することができない。データを取る仕組みがない」との認識が示されており、加盟国レベルでも十分な統計が整備されていないことが明らかとなった。また、一部の地方医療機関では患者記録すら十分に保存されていない場合があるとの指摘もあり、制度効果の定量的評価が困難となっていることが確認された。そのため、制度が実際にどの程度未払い防止に寄与しているのかを客観的に評価することが難しい状況となっていた。

第６点目は、ビザ免除国に対して制度が適用されない点である。シェンゲンビザ制度では、ビザ免除国からの短期滞在者については、そもそもビザ申請時の保険加入確認の対象外となる。そのため、EU委員会へのヒアリングでも、特にビザ免除国からの未払い問題については十分なデータがなく、制度上の対応も限定的であることが示されていた。したがって、制度の対象範囲自体に限界があり、ビザ免除国からの短期滞在者については、保険加入確認が行われないまま入国しているという構造的課題が存在していた。

第７点目は、制度運営全体を統括する中央的管理基盤が存在しない点である。EU委員会の担当者は、「中央で情報を集めコントロールできる組織がないため、再入国禁止措置等も導入できなかった」と述べていた。サウジア

ラビアのような国家統合型医療・保険情報交換基盤（NPHIES）のような仕組みはEUには存在しておらず、このことが加盟国間の運用格差や情報共有不足につながっていた。そのため、加盟国ごとに確認方法や運用実態が異なり、EU全体として統一的かつ実効的な管理を行うことが難しい状況となっていた。

第８点目は、制度改善に向けた課題認識や提言は存在するものの、実際の制度改正や運用改善が十分進んでいない点である。EU委員会の報告書では、電子保険証明制度の導入、VISとの連携、医療費未払いデータの収集義務化、販売・仲介業者への監督強化等が提言されていた。しかしながら、現地ヒアリングでは、「法律改定や国境でのルール変更について具体案が出ていないので動きはない」との見解が示されており、加盟国間で制度改革に対する統一的合意形成が十分進んでいない状況が確認された。また、ETIAS等とのシステム連携についても、法的根拠が存在しないことから実現しておらず、結果として、保険加入後の有効性確認やリアルタイムでの情報照合ができない状態が継続していた。さらに、現在実施されている対応も、悪質な保険会社情報の加盟国間共有やブラックリスト的運用にとどまっており、制度全体の実効性向上につながる包括的な改革には至っていない点が課題として認識されていた。

以上のとおり、EUのシェンゲンビザにおける旅行医療保険義務化制度は、短期滞在者に対して最低限の保険加入を求める枠組みとして一定の効果を有しているものの、その運用は形式的確認にとどまる部分が大きく、保険商品の品質差、支払方法のばらつき、保険会社との連絡困難、未払い実態のデータ不足、ビザ免除国への適用外といった多くの課題も抱えていることが明らかとなった。

２．国内の保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査結果

（１）国内の保険会社に対するヒアリング調査結果

日本国内の主要保険会社４社に対して、現在の訪日外国人旅行者向け保険商品の実態ならびに、日本において短期滞在者向け民間医療保険加入義務化制度を導入する場合の課題等についてヒアリング調査を実施したところ、主として以下の７点が明らかとなった。

第１点目は、各社とも「訪日外国人旅行者は出発国で海外旅行保険に加入することが基本である」と認識していた点である。複数の保険会社では、日本国内で個人向けに積極的な販売は行っておらず、日本国内の旅行会社、宿泊事業者、交通事業者等を契約者とする包括契約型商品を中心として展開していた。また、過去に個人向け保険を販売していた保険会社においても、支払額増加や収益性悪化等を理由として販売を終了したとの説明があった。

第２点目は、現在、各社が提供している訪日外国人旅行者向け保険商品は、主として「短期滞在中に発生する急病・けが等への対応」を目的とした、比較的限定的な補償内容となっていた点である。具体的には、多くの企業において、傷害治療費用、疾病治療費用、緊急移送費用等を中心的な補償対象としており、死亡保障、携行品損害、賠償責任補償等については、訪日外国人向け保険では必須性が低いとの認識が示されていた。特に、死亡保障については、国外居住遺族への支払い手続や相続関係の確認等が複雑となること、賠償責任補償については事故原因や責任範囲の確定に時間を要すること、携行品補償についてはモラルリスクを誘発する可能性があること等から、国内オペレーションのみで完結するシンプルな商品構成が望ましいとの意見が複数みられた。

第３点目は、補償限度額については、現時点では100万円または1,000万円を上限とする商品が主流であり、その背景には、補償範

囲を拡大すれば保険料も上昇してしまうこと、また、現在の支払実績の多くが 100 万円以内または 1,000 万円以内で収まっているという認識が存在していた点である。特に、訪日外国人旅行者向け保険商品を販売している保険会社からは、「現時点では 1,000 万円を超える支払事例は確認されていない」との説明があり、受診理由の多くは風邪、発熱、軽度外傷等であることから、現状では一定程度十分な補償水準であるとの認識が示されていた。一方で、医療搬送費用や重症患者対応等を含めると高額事例が生じ得る可能性も指摘されており、将来的な補償上限の在り方については検討余地があるとの認識も示されていた。

第４点目は、医療アシスタンス機能の重要性について各社が共通認識を有していた点である。各社とも、キャッシュレスメディカルサービス、多言語コールセンター、通訳サービス、医療搬送・遺体搬送支援等の医療アシスタンス機能が重要であるとの認識を示していた。一方で、そのようなサービス提供には、24 時間 365 日対応、多言語対応、提携医療機関ネットワーク構築等が必要となるため、保険会社・医療アシスタンス会社双方に大きなオペレーション負荷が発生することも共通して指摘されていた。

第５点目は、義務化制度導入時の最大の課題として、「モラルリスク」および「既往症対応」が共通して挙げられていた点である。特に、出発国で保険加入できなかった既往症保有者や、高い医療ニーズを有する者が、日本入国後にのみ保険加入を希望する可能性が高いことが懸念されていた。また、各社とも、既往症については基本的に補償対象外または限定的対応としていた一方、「既往症か否かを海外で確認すること自体が現実的ではなく、オペレーション上の負担が極めて大きい」との説明もあり、既往症対応が制度設計上の最大論点の一つであることが確認された。

第６点目は、制度導入には、商品認可取得、システム改修、アシスタンス体制整備、提携医療機関ネットワーク構築等に相当な期間とコストを要するとの認識が共有されていた点である。各社とも、制度変更や商品改定には「1～2 年程度」あるいは「数年単位」の準備期間が必要であるとしていた。また、現在のインバウンド保険市場は市場規模自体が限定的であり、単独企業のみで大規模制度を支えることには限界があるとの認識も示されていた。

第７点目は、保険加入率向上および制度運営の実効性確保のためには、単なる義務化のみでは不十分であり、加入確認導線、情報提供、販売体制、デジタル基盤等を含めた包括的制度設計が必要であるとの認識が共通して示されていた点である。具体的には、①Visit Japan Web や観光関連ウェブサイト等を活用した加入導線整備、②出発国段階での加入促進、③オンライン加入システムやデジタル確認基盤の整備、④政府認定保険会社制度や共通ルール整備、⑤保険加入情報を医療機関や関係機関が確認できる仕組みの構築等の必要性が指摘されていた。

また第８点目として、複数の保険会社からは、「現在のような個社ごとの対応では限界があり、共通インフラやデジタル化が必要である」との意見も示されていた。特に、オンラインで保険加入情報を確認できる仕組み、統一アプリ、共通オペレーション基盤等が必要であるとの認識が示されており、単に保険加入を義務化するだけでなく、それを実際に機能させるための制度的・技術的インフラ整備等についてもあわせて検討していくことが重要であることが明らかとなった。

（２）国内の医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査結果

前述のとおり、国内の保険会社に対するヒアリング調査では、キャッシュレスメディカルサービス、多言語対応、医療搬送支援等を

含む医療アシスタンス機能の重要性が共通して指摘されていた。そこで、実際に訪日外国人患者対応の現場において医療アシスタンス業務を担っている主要医療アシスタンス会社３社に対し、ヒアリング調査を実施した。その結果、現在の訪日外国人患者をめぐる医療アシスタンスの状況について、以下の４点が明らかとなった。

第１点目は、訪日外国人旅行者の増加および訪問地域の多様化に伴い、医療アシスタンス業務の負荷が急速に増加している点である。各社とも、東京・大阪・京都等の都市部だけでなく、北海道、東北、地方観光地等での対応依頼が増加しているとしていた。特に地方では、外国人患者受入れに慣れた医療機関が少なく、外国語対応やキャッシュレス対応が可能な医療機関を一件ずつ探して交渉しなければならないケースも多いとのことであった。また、現在のスキームのまま依頼件数のみが大幅に増加した場合には、人材確保やオペレーション維持が困難になるとの懸念も複数の会社から示されていた。

第２点目は、医療機関側の外国人患者受入れ体制や保険制度理解が十分ではないことが、アシスタンス業務上の大きな課題となっている点である。各社とも、地方医療機関を中心に、外国人患者対応、医療アシスタンス、支払保証、保険請求等に対する理解不足が存在すると指摘していた。具体的には、外国人患者受入れ自体に消極的な医療機関が多いこと、診断書や医療情報提供に時間を要すること、保険の補償範囲を十分理解しないまま診療を進めてしまうこと等が課題として挙げられていた。また、医療事務職員だけでなく、医師側への教育・啓発も必要であるとの意見が複数の企業から示されていた。

第３点目は、海外保険会社との連携や支払対応に関する課題が大きい点である。各社とも、海外保険会社からの支払い遅延、補償可否判断の遅延、複数アシスタンス会社介在による情報伝達遅延等を大きな問題として挙げていた。特に、海外保険会社と医療機関が直接やり取りを行う場合には、言語や時差の問題から交渉が進まず、結果として医療機関側の負担が大きくなるとの指摘があった。そのため、各社とも、「国内の医療アシスタンス会社が介在することが重要」との認識を示していた。また、海外保険会社による支払遅延や対応品質のばらつきに関しては、推奨保険会社制度や一定の規制導入が必要ではないかとの意見も示されていた。

第４点目は、既往症対応や補償範囲に関する問題が、現場レベルで既に大きな課題となっている点である。各社とも、既往症に関連する受診については補償対象外となるケースが多い一方、実際の医療現場では、既往症と急性増悪の区別が難しい場合が少なくないとしていた。また、保険に加入していれば全ての医療費が補償されると誤解している医療機関や患者も多く、結果として補償対象外部分の未払い問題につながることがあるとの指摘もあった。このため、各社とも、保険の補償範囲を医療機関側が正確に理解できるようにする必要性を強調していた。

以上の状況を踏まえながら、短期滞在者に対する医療保険の義務化についての考えを尋ねたところ、次の３点が明らかとなった。

第１点目は、各社とも、訪日外国人旅行者に対する医療保険加入義務化については、未収金対策や医療アクセス改善という観点から、基本的には肯定的に評価していた点である。各社からは、保険加入義務化によって、外国人患者による医療費未払いの減少、医療機関の受入れハードル低下、訪日外国人旅行者の安心感向上等が期待できるとの意見が示されていた。一方で、義務化のみでは十分ではなく、医療機関の体制整備やアシスタンス体制の整備が前提条件となるとの認識も共通して示された。

第２点目は、義務化制度を導入する場合に

は、補償範囲および補償水準の設定が制度設計上の重要論点になると認識されていた点である。特に、各社とも、医療費補償のみでは不十分であり、医療搬送費用補償の付帯が重要であると指摘していた。その理由として、日本は他国との距離が遠く、医療搬送費用が高額となりやすいこと、また、重症患者や長期入院患者を本国搬送できれば、日本国内医療機関の負担軽減につながることが挙げられていた。一方で、補償範囲を拡大すれば保険料も上昇するため､「最低限の補償を義務化し、追加補償をオプション化する複数段階型制度」も現実的ではないかとの意見も示されていた。

第３点目は、義務化制度を実効的に機能させるためには、単なる加入義務化のみではなく､加入導線､制度運営基盤､医療機関教育、国内アシスタンス体制等を含めた包括的制度設計が必要であると認識されていた点である。具体的には、Visit Japan Web 等を活用した加入導線整備、出発前加入の徹底、国内アシスタンス会社の介在、推奨保険会社制度、デジタル確認基盤整備等の必要性が指摘されていた。また、義務化制度導入後には、保険加入者の増加に伴う外国人患者の受診増加や、不要不急受診の増加、補償範囲をめぐる医療機関側の混乱等も懸念されていた｡そのため、各社はいずれも、医療機関向けの教育・啓発やワンストップ相談窓口整備の必要性を強調していた。

D.考察

本研究では、短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けているサウジアラビアおよびEU･フランスに対する現地ヒアリング調査ならびに、国内の主要保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を実施することにより、短期滞在者向け民間医療保険義務化制度の実態､制度運営上の特徴、効果および課題等について検討を行った。

まず､本研究を通じて明らかとなったのは、同じ「短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度」であっても、その制度設計や運用方法は国・地域によって大きく異なっているという点である。特に、サウジアラビアとEU では､制度運営の基本的な考え方に大きな差異が認められた。

サウジアラビアでは、CHI が統一約款や最低補償基準を定めたうえで、認定保険会社のみが制度に参加可能となっており、さらにeVisa、保険契約、保険資格確認、事前承認、電子請求等が、国家統合型医療・保険情報交換基盤（NPHIES／Nafis）を通じて一体的に連携されていた。すなわち、ビザ、保険、医療機関、情報基盤を統合的に接続した「中央集権型・統合型モデル」が採用されていた。実際、現地ヒアリングでも、NPHIES を中心としたデジタル基盤整備が、保険資格確認、迅速な事前承認、電子請求、政策形成等に大きく寄与しているとの評価が多く示されていた。

これに対して､EU におけるシェンゲンビザ制度では､EU 法令として最低基準のみを定め、実際の保険商品の提供については各国・各保険会社に委ねる「分権型モデル」が採用されていた。その結果、保険商品の品質や補償内容、審査水準、支払方法等に大きなばらつきが存在していた。また、加盟国ごとに運用方法が異なり、統合的な情報管理基盤も存在しないことから、制度全体として、保険加入確認が形式的確認にとどまる部分が大きいことが確認された。特に、EU 委員会自身も、保険加入義務化制度について「一定の枠組みとしては機能しているが、実効性は限定的」と認識しており、制度の標準化・デジタル化・データ収集体制整備等の必要性を指摘していた。

以上の比較結果からは、短期滞在者向け民間医療保険制度を実効的に機能させるためには、単に「保険加入を義務付ける」という制度のみでは不十分であり、①加入確認方法、②資格確認方法、③医療機関との情報連携、④保険会社への請求方法、⑤未収金発生時の

対応等を含めた制度全体の運営基盤の整備が不可欠であることが示唆された。

また、本研究では、国内の主要保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を通じて、日本において制度導入を行う場合の実務上の課題についても多くの示唆が得られた。

まず、保険会社・医療アシスタンス会社の双方から共通して指摘されていたのは、「既往症対応」と「モラルリスク」が制度設計上最大の論点になるという点であった。特に、既往症については、どこまでを「急性増悪」として補償対象とするのか、また、既往症か否かをどのように確認するのかが極めて難しい問題として認識されていた。さらに、日本入国後にのみ保険加入を認める場合には、高い医療ニーズを有する者のみが加入を希望する可能性が高く、保険制度全体の収支バランスや持続可能性を損なう可能性も指摘されていた。

一方で、補償範囲および補償水準についても、慎重な検討が必要であることが確認された。国内保険会社では、現在の訪日外国人旅行者向け保険商品について、100 万円または 1,000 万円程度を上限とする商品が主流となっていた。その背景には、現在の支払実績の多くがその範囲内に収まっていることに加え、補償範囲を拡大すれば保険料も上昇し、結果として旅行需要や加入率に影響を与える可能性があるという認識が存在していた。一方で、医療アシスタンス会社からは、日本は他国との距離が遠く、医療搬送費用が高額になりやすいことから、医療搬送費用補償は極めて重要であり、場合によっては 1,000 万円程度の補償限度額では不足する可能性もあるとの指摘もなされていた。

さらに、制度導入に当たっては、医療機関側の負担増加についても十分な配慮が必要であることが示唆された。現状においても、多くの医療機関では、外国人患者対応、保険請求、医療アシスタンス対応等に十分習熟しているとは言い難く、特に地方医療機関では、外国語対応可能医療機関やキャッシュレス対応医療機関の不足が課題となっていた。また、保険制度や補償範囲に対する理解不足も指摘されており、「保険加入＝全額補償」と誤認したまま診療が行われる可能性も示されていた。このため、制度導入に当たっては、医療機関向けの教育・啓発、標準化された説明資料の整備、ワンストップ相談窓口の整備等も不可欠であると考えられる。

また、本研究を通じて、国内医療アシスタンス会社の役割の重要性も明らかとなった。国内医療アシスタンス会社へのヒアリングでは、海外保険会社と医療機関が直接やり取りを行う場合には、言語、時差、支払慣行等の問題から交渉が進まず、医療機関側の負担が増大するとの指摘が多くみられた。そのため、制度を実効的に運用するためには、単に保険加入を義務付けるだけでなく、国内医療アシスタンス会社を介在させる仕組みや、推奨保険会社制度、デジタル資格確認基盤等を整備する必要性が示唆された。

さらに、EU およびサウジアラビア双方の調査から、制度運営および政策評価のためのデータ収集・分析体制の整備も極めて重要であることが確認された。EU では、未収金データや保険利用統計が十分整備されておらず、制度効果の定量的評価が困難となっていた。一方、サウジアラビアでは、NPHIES／Nafis を通じて保険・医療データが統合管理されていることにより、政策検討や制度運営改善に活用されていた。日本においても、制度導入を検討する場合には、単なる保険加入義務化のみではなく、未収金実態、保険利用状況、支払実績等を継続的に把握・分析できるデータ基盤整備が必要であると考えられる。

以上のとおり、本研究を通じて、短期滞在者向け民間医療保険加入義務化制度は、一定程度、未収金防止や医療アクセス改善に資す

る可能性を有していることが確認された。一方で、その実効性は、補償内容、既往症対応、加入確認方法、データ基盤、医療機関体制、医療アシスタンス体制等、多数の制度的・運用上の要素に大きく依存していることも明らかとなった。そのため、日本において制度導入を検討する場合には、単なる「義務化」の導入にとどまらず、保険加入確認、医療機関との情報共有、医療アシスタンス体制等を含めた運用体制の整備が必要であると考えられる。

E. 結論

本研究では、短期滞在者に対して民間医療保険加入を義務付けているサウジアラビアおよびEU・フランスに対する現地ヒアリング調査ならびに、国内の主要保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査を実施することにより、短期滞在者向け民間医療保険義務化制度の実態、制度運営上の特徴、効果および課題等について検討を行った。

その結果、短期滞在者に対する民間医療保険加入義務化制度は、一定程度、外国人患者による医療費未収金防止や、医療機関側の受入れ不安軽減、外国人旅行者の医療アクセス向上等に資する可能性を有していることが確認された。特に、シェンゲンビザ制度においては、少なくともビザ申請対象者については入国前に保険加入確認を行う仕組みが整備されており、一定の未収金防止効果が認識されていた。また、サウジアラビアでは、eVisa、保険加入、保険資格確認、事前承認、電子請求等を国家統合型医療・保険情報交換基盤（NPHIES／Nafis)上で一体的に運用することにより、保険資格確認や医療費請求等を効率的に実施していることが確認された。

一方で、本研究では、単に「保険加入を義務付ける」だけでは、制度の実効性確保には不十分であることも明らかとなった。特に、EUにおいては、保険加入確認が形式的確認にとどまっていること、保険商品の品質や補償内容にばらつきが存在すること、継続的な有効性確認が困難であること、未収金実態に関するデータ収集体制が未整備であること等、多くの課題が確認された。また、ビザ免除国に対して制度が適用されない点や、加盟国間で統一的な情報基盤が存在しない点も、制度の限界として認識されていた。

さらに、国内の保険会社および医療アシスタンス会社に対するヒアリング調査からは、日本において制度導入を検討する場合には、既往症対応、モラルリスク、補償範囲設定、医療搬送費用、医療機関側の事務負担、多言語対応、医療アシスタンス体制整備等が重要な検討課題となることが示された。特に、既往症対応については、「急性増悪」と「既往症」の区別が難しいこと、日本入国後の加入を認めた場合にはモラルリスクが高まる可能性があること等から、制度設計上最大級の論点の一つであることが確認された。

また、制度運営の実効性を高めるためには、加入導線や資格確認方法、医療機関との情報共有体制等を含めた運用体制整備が不可欠であることも明らかとなった。具体的には、Visit Japan Web等を活用した加入確認の導線整備、保険加入情報の確認方法の整備、国内医療アシスタンス会社の介在、推奨保険会社制度、医療機関向けの教育・啓発等が必要であるとの示唆が得られた。

以上を踏まえると、日本において短期滞在者向け民間医療保険加入義務化制度を導入する場合には、単に保険加入を義務付けるのみではなく、補償内容、加入方法、確認方法、医療アシスタンス体制、医療機関支援等を含めた運用体制整備が必要であると考えられる。また、制度導入に際しては、観光政策との整合性や保険料負担とのバランスにも十分配慮しながら、実効性と運用可能性を備えた制度の在り方を検討する必要がある。

【引用文献】

1) 一般社団法人日本医療教育財団.外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）. https://www.jme.or.jp/jmip/ 20260331

2) 厚生労働省.令和６年度「医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査」の結果.

3) 内閣官房.第１回（令和７年11月４日）外国人の受入れ・秩序ある共生社会実現に関する関係閣僚会議 総理指示. https://www.cas.go.jp/jp/seisakukaigi/gaikokujinzai/kakuryokaigi/dai1/sorishiji.pdf 20260331

4)Council of Health Insurance (Saudi Arabia). Tourists health insurance. https://www.chi.gov.sa/en/Rules/Pages/VisitorsInsurance.aspx 20260331

5) European Parliament and Council of the European Union. Regulation (EC) No 810/2009 establishing a Community Code on Visas (Visa Code). Official Journal of the European Union. 2009. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2009/810/oj/eng 20260331

6) Kingdom of Saudi Arabia. Cooperative Health Insurance Law. https://www.chi.gov.sa/AboutCCHI/CCHIprograms/Documents/Cooperative_Health_Insurance_Law.pdf 20260331

7) Kingdom of Saudi Arabia. Vision 2030. https://www.vision2030.gov.sa/ar/ 20260331

8) Council of Health Insurance (Saudi Arabia). Visitor Policy (Approved in Session No.99 dated 21/7/1436 AH). https://www.chi.gov.sa/AboutCCHI/CCHIprograms/Documents/Visitors_Insurance_Policy.pdf 20260331

9) Kingdom of Saudi Arabia Ministry of Tourism. Saudi eVisa. https://visa.visitsaudi.com/ 20260331

10) National Platform for Health and Insurance Exchange Services (NPHIES). https://www.chi.gov.sa/en/Uniplat/pages/default3.aspx 20260331

11) Kingdom of Saudi Arabia. Inquire about Visitor, Tourist, Umrah insurance status. https://my.gov.sa/en/services/480645 20260331

12) European Commission. Handbook for the processing of visa applications and the modification of issued visas. Annex to Commission Implementing Decision C(2024) 4319 final. Brussels: European Commission, 2024. https://home-affairs.ec.europa.eu/document/download/1d79f44d-49ba-4847-951e-129f924b1051_en?filename=Commission%20Implementing%20Decision%20C%282024%29%204319-annex_en.PDF 20260331

F.健康危険情報

特になし

G.研究発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

表１　Visitor Policy「第１章　定義」40項目一覧

No.	用語		定義内容	
	原文	日本語訳	原文	日本語訳
1	Law	法律	The cooperative health insurance law in force in the Kingdom of Saudi Arabia.	サウジアラビア王国において施行されている協同健康保険法。
2	Insurance	保険	Proof of insurance coverage under this policy along with its schedules, appendixes or attachments.	本保険契約およびその別紙、付録、または添付書類に基づく保険適用範囲の証明。
3	Period of Insurance	保険期間	Duration stated in the policy schedule where insurance is valid.	保険証券の明細書に記載された、保険が有効である期間。
4	Duration of Policy (Coverage Duration)	保険期間（補償期間）	Number of days where the policy is in force commencing from the date of his entrance into the Kingdom.	被保険者がサウジアラビア王国に入国した日から起算して、本保険契約が有効である日数。
5	Inception Date	保険開始日	Date stated in the policy schedule on which insurance coverage starts.	保険証券の明細書に記載された、保険の適用が開始される日。
6	Benefit	給付	Expenses needed for providing health care included in the insurance coverage within the limits specified in the policy schedule.	保険証券の付表に規定された限度内で、保険適用範囲に含まれる医療提供に必要な費用。
7	Insurance Coverage	保険補償範囲	Basic health benefits available for the beneficiary as specified in the policy.	保険証券に規定されている、被保険者が利用できる基本的な医療給付。
8	Coverage Limits	補償限度額	The maximum limit of a company's responsibility as specified in the policy schedule intended for any insured person.	被保険者１名につき、保険証券に記載された保険会社の責任限度額。
9	Country of Origin	出身国	The permanent and main country of residence of the insured.	被保険者の恒久的かつ主たる居住国。
10	Insurance parties	保険関係者	Policyholders, health insurance companies, Third Party Administrators (TPAs) and health care providers.	保険契約者、健康保険会社、第三者管理機関（TPA)、および医療提供者。
11	Insurance Company	保険会社	A Cooperative Insurance Company licensed by SAMA to operate in the Kingdom of Saudi Arabia and qualified by CCHI to provide cooperative health insurance.	サウジアラビア金融庁(SAMA)からサウジアラビア王国での営業許可を取得し、CCHIから協同組合型健康保険の提供資格を認定された協同組合保険会社。
12	Policyholder	保険契約者	The natural or legal person or entity for whom the policy is issued.	保険証券が発行される自然人、法人、または団体。
13	The insured (the Beneficiary)	被保険者（受益者）	The applicant for an entry visa to the Kingdom with intention to pass, visit the Kingdom or extend his/her visit; the person for whom the coverage is approved under this policy.	サウジアラビア王国への入国、訪問、または滞在延長を目的として入国ビザを申請する者。本保険契約に基づき補償が承認された者。
14	Health care provider	医療提供者	Health Facilities (governmental/non-governmental) licensed to provide health care in the Kingdom in accordance with relevant laws and rules and accredited by CCHI, such as hospitals, pharmacy, laboratory, physical therapy center or a radiation therapy center.	関連法規に基づきサウジアラビア国内で医療提供を行う認可を受け、かつCCHIにより認定された（政府系／非政府系の）医療施設（病院、薬局、検査機関、理学療法センター、放射線治療センターなど)。

No.	用語		定義内容	
	原文	日本語訳	原文	日本語訳
15	Preferred Provider Network (PPN)	優先医療機関ネットワーク（PPN）	A group of health care providers accredited by the Council of Cooperative Health Insurance and designated by the health insurance company to provide health care to the insured.	協同健康保険評議会（CCHI）により認定され、被保険者への医療提供を行うよう健康保険会社によって指定された医療提供者のグループ。
16	Licensed Physician	免許を持つ医師	A medical practitioner who has received an appropriate scientific qualification, officially licensed to practice medicine by the Saudi Commission for Health Specialties and accepted by the Policyholder and the Company to provide treatment for which compensation might be claimed under this policy.	適切な科学的資格を取得し、サウジアラビア医療専門委員会から正式に医師免許を付与され、本保険契約に基づき補償請求の対象となる治療を提供するために保険契約者および保険会社によって承認された医療従事者。
17	Illness	疾病	A sickness or disease suffered by the beneficiary and which necessitates medical treatment by a licensed physician before and during the period of policy.	被保険者が罹患し、保険期間の前および期間中に、免許を持つ医師による医療処置を必要とする病気または疾患。
18	Traffic Accident	交通事故	An unintended and undesirable collision by a vehicle with another vehicle, object or pedestrian resulting in injuries, disability, death or property damage.	自動車等が他の車両、静止物または歩行者と意図せず衝突し、傷害、障害、死亡または財産損害をもたらす事故。
19	External Violent Means	外部からの暴力的な原因	Any means which causes an accident or injury to the insured member.	被保険者に事故または傷害を引き起こすあらゆる原因。
20	Personal Risk (moral hazard)	個人的リスク（モラルハザード）	Any action or practice considered risky or likely to expose a person to disease, accident or complications.	疾病や事故への曝露、または合併症を引き起こす可能性のある危険な行為または慣行。
21	Emergency Case	緊急事態	Urgent medical treatment necessitated by an accident or urgent health condition requiring prompt intervention.	事故または迅速な医療介入を必要とする健康状態により必要となる緊急医療処置。
22	Hospitalization	入院	Admitting a beneficiary as an in-patient staying at least overnight in hospital on referral from a licensed physician.	免許を持つ医師の指示に基づき、被保険者が少なくとも一晩以上病院に滞在する入院患者として受け入れられること。
23	Allergy	アレルギー	Sensitivity to foods, medications, weather, pollen or other substances causing bodily reactions.	食品、医薬品、花粉等に対する過敏反応により、喘息や湿疹などの症状を引き起こす状態。
24	Congenital Deformity	先天性奇形	Functional, chemical or bodily defects existing before birth due to hereditary or environmental factors.	遺伝的または環境的要因に起因し、通常出生前から存在する機能的・化学的・身体的欠陥。
25	Pregnancy and Delivery	妊娠および出産	Any pregnancy and/or delivery including normal delivery, cesarean delivery and abortion.	正常分娩、帝王切開、中絶を含むすべての妊娠および出産。
26	Emergency Medical Evacuation	緊急医療搬送	Transfer of the patient to the nearest medical center inside or outside the Kingdom where needed treatment is available.	必要な医療を受けられる王国内外の最寄り医療機関への患者搬送。
27	Psychological Cases	精神疾患	Intellectual, mood, cognitive, memory or total/partial mental disorder.	知的、情緒的、認知的、記憶的、全面的または部分的精神障害。
28	Disability Cases	障害	Inclusive term covering impairment, activity limitation and participation restriction.	器質的障害、活動制限、社会参加の妨げなどを包括する概念。
29	Rehabilitation (physiotherapy)	リハビリテーション	Complementary healthcare services aimed at rehabilitating persons suffering from constant weakness.	持続的な衰弱に苦しむ者の機能回復を目的とする包括的医療ケアの一部。

No.	用語		定義内容	
	原文	日本語訳	原文	日本語訳
30	Premium (subscription)	保険料（定期払い）	Amount payable by the policyholder to the insurance company for insurance coverage.	保険期間中の補償の対価として保険契約者が支払う金額。
31	Basis for Direct Debit or on Company Billing Provided	口座振替または会社請求の根拠	Non-payment facilities where expenses are directly billed to the company.	医療費が会社口座に直接請求される未払いサービスの仕組み。
32	Basis for Reimbursements	償還の基準	Method used to compensate a policyholder for recoverable expenses paid and claimed by the insured.	被保険者が支払った償還可能費用について補償する方法。
33	Recoverable Expenses	償還可能な費用	Actual expenses incurred for services, supplies and equipment not excluded under the policy and deemed necessary and customary.	本保険で除外されておらず、必要かつ妥当で慣例的と認められる実費。
34	Claim	請求	A request for reimbursement submitted to the insurance company accompanied by supporting documents.	医療費払い戻しのために保険会社へ提出される申請。
35	Claim Supporting Documents	請求の添付書類	Documents proving identity, validity of coverage, details of the event and payment of expenses.	身元、保険有効性、事故内容、支払い等を証明する書類。
36	Reimbursement of Expenses of Traffic Accidents	交通事故による費用の払い戻し	Medical claims arising from traffic accidents and the insurer’s responsibility to reimburse and coordinate recovery.	交通事故による医療請求に対する補償および費用回収責任。
37	Reasonable and Customary Medical Expenses	妥当かつ慣行的な医療費	Medical expenses compatible with market rates and customary treatment costs for similar illnesses.	市場相場および類似疾病に対する通常かつ慣例的な治療費と整合する医療費。
38	Corpse Repatriation to Home Country expenses	本国への遺体送還費用	All arrangements and transportation expenses for repatriation of the deceased insured’s body.	被保険者の遺体を本国へ送還するためのすべての手配および輸送費用。
39	Fraud	詐欺	Intentional misleading activity to gain benefits, money or uncovered benefits.	利益、金銭、補償対象外給付等を得るための意図的欺瞞行為。
40	Abuse	濫用	Practices leading to gaining benefits without entitlement but without intent to commit fraud.	詐欺意思はないが、本来受ける権利のない給付取得につながる行為。
41	Misleading	誤解を招く行為	Behaviors by individuals or entities that do not fall under the definition of fraud.	詐欺には該当しない個人または団体による行為。
42	Endorsement	特約	A document issued by the company to establish validity of amendments to the policy without affecting basic coverage.	基本補償内容に影響を与えず、保険契約修正の有効性を定める文書。
43	Policy Appendix	保険証券付録	An appendix attached to the policy containing all guidelines and procedures related to implementation.	保険証券の実施に関する指針および手続きを記載した付録。

表２　「第３章 制限および例外」の内容

	原文	日本語訳
(A)	This policy shall not cover claims arising from:	本保険契約は、以下の事由に起因する請求については補償の対象外とします：
1	Medical treatment and examinations which could be postponed until the insured returns home, including rehabilitation according to the evaluation of the treating licensed physician.	被保険者が帰国するまで延期可能な医療処置および検査（治療を担当する有資格医師の評価に基づくリハビリテーションを含む)。
2	Illness resulting from abuse of some medicines, stimulants, or tranquilizers, or from the use of alcohol, drugs, or similar substances.	一部の医薬品、興奮剤、または鎮静剤の乱用、あるいはアルコール、薬物、または類似の物質の使用に起因する疾病。
3	Cosmetic treatment or surgery unless necessitated by an accidental bodily injury not excluded in this section.	本項で除外されていない事故による身体的傷害によって必要とされない限り、美容目的の治療または手術。
4	General examinations, vaccines, drugs, or preventive measures that are not required for a medical treatment covered under this policy.	本保険契約で補償される医療処置のために必要とされない一般検診、予防接種、薬剤、または予防措置。
5	Treatment received by the insured free of charge.	被保険者が無償で受けた治療。
6	Recreation, convalescence, cosmetic, general physical health programs, and treatment in social care institutions.	レクリエーション、療養、美容、一般的な健康増進プログラム、および社会福祉施設での治療。
7	Any illness or injury resulting directly from the insured profession, and injuries caused by participating in official competitions.	被保険者の職業に直接起因する病気または怪我、および公式の競技会への参加によって生じた怪我。
8	Treatment of medically recognized venereal or sexually transmitted diseases.	医学的に認められた性病または性感染症の治療。
9	Costs of treatment following diagnosis of HIV or any disease related to HIV including AIDS and its derivatives, alternatives, or other forms.	HIV または、エイズおよびその派生疾患、代替疾患、その他の形態を含む HIV に関連する疾患の診断後に発生した治療費。
10	All costs relating to tooth implant, artificial teeth, fixed or mobile bridges, or orthodontic.	歯科インプラント、義歯、固定式または可動式のブリッジ、または矯正歯科に関連するすべての費用。
11	Costs of vision or hearing tests, vision correction products or surgery, or visual or hearing aids.	視力または聴力検査、視力矯正製品または手術、あるいは視覚補助器具または補聴器の費用。
12	The expenses of the insured’s transportation within and between cities of the kingdom by other licensed (ambulance) means of transportation.	王国内の都市内および都市間の、認可を受けた（救急車などの）その他の輸送手段による被保険者の輸送費用。
13	Hair loss, baldness, or artificial hair.	脱毛、禿頭、または人工毛。
14	Psychological treatment, mental, or nervous disorders.	心理療法、精神障害、または神経障害。
15	Allergy testing of any nature unless relating to the prescription of drugs.	医薬品の処方に直接関係しない、あらゆる種類のアレルギー検査。
16	Equipment, methods, drugs, procedures, or hormone treatment for the purpose of birth control, contraception, fertility, infertility, impotence, secondary sterility, in-vitro fertilization or any other method of artificial insemination.	避妊、不妊、インポテンス、二次性不妊、体外受精、その他の人工授精を目的とした機器、方法、薬剤、処置、またはホルモン治療。
17	Congenital weakness or deformity unless it is life threatening to the insured.	被保険者の生命に危険を及ぼす場合を除き、先天性の虚弱または奇形。
18	Any costs or additional expenses incurred by the insured companion during hospitalization except hospital room and board charges for one companion, such as a mother accompanying her child aged up to twelve years, or whenever medically necessary as assessed by the treating physician.	被保険者の同伴者が入院中に負担した費用または追加費用。ただし、12 歳以下の子供に同行する母親など、1 名の同伴者に対する入院室料および食事代、または主治医が医学的に必要と判断した場合の費用は除きます。

	原文	日本語訳
(A)	This policy shall not cover claims arising from:	本保険契約は、以下の事由に起因する請求については補償の対象外とします：
19	Treatment of acne (adolescence pimples) or any treatment relating to obesity or overweight, except covered drugs.	ニキビ（思春期にできる吹き出物）の治療、または肥満もしくは過体重に関連する治療。ただし、補償対象となる医薬品は除きます。
20	Organ or marrow transplant or implant of artificial organs to replace any organ of the body in whole or in part.	臓器または骨髄の移植、あるいは身体の臓器の一部または全部を置換するための人工臓器の移植。
21	Personal risk mentioned in the Definition Section of this policy.	本保険契約の「定義」の項に記載されている個人的なリスク。
22	Artificial and prosthetic limps.	人工肢および義肢。
23	Natural changes of menopause for the insured female, including menstrual disorders.	被保険者である女性における更年期に伴う自然な変化（月経障害を含む）。
24	Except in emergencies, this policy does not cover any expenses for treating stable chronic or pre existing diseases.	緊急の場合を除き、本保険契約は、安定した慢性疾患または既存疾患の治療にかかる費用は一切補償しません。
25	Expenses for any disease or injury or bodily weakness or physical disability and related consequences, whose symptoms occur or appear before inception date of insurance coverage.	保険の補償開始日より前に症状が現れた、あらゆる疾病、傷害、身体の衰弱、身体障害、およびそれに関連する結果に対する費用。
26	Herbal or natural medications or any alternative medicine procedure and medications.	ハーブや天然の薬、あるいは代替医療の手法や薬。
27	Insured resistance of medical evacuation or going home.	被保険者が医療搬送または帰国を拒否した場合。
28	Transportation and treatment which is not arranged beforehand with the company.	当社と事前に手配されていない搬送および治療。
29	Illegal abortion operations (according to the Laws of the Kingdom of Saudi Arabia), or pregnancy and delivery that was not mentioned in the insurance declaration form.	（サウジアラビア王国の法律に基づく）違法な中絶手術、または保険申込書に記載されていない妊娠および出産。
30	Intending to commit suicide or self-inflicted injury, or active participation in any activity or dangerous athletic competitions.	自殺または自傷行為の意図、あるいは危険な活動やスポーツ競技への積極的な参加。
31	Resistance or refusal by the insured, or non-compliance to medical instructions provided by the company physician and the treating physician.	被保険者による抵抗、拒否、または当社医師および主治医による医療指示への不遵守。
32	Any unnecessary medication or a medication which was not necessary related directly to the emergency covered by the policy.	不必要な投薬、または本保険契約の対象となる緊急事態に直接関係のない投薬。
33	The company will not medically evacuate or repatriate the insured to home country in the following cases: ①If the insured is not medically diagnosed to be evacuated. ②Pregnancy that proves to be of more than six months. ③If the insured is suffering from mental or neurological disorder, unless he is hospitalized. ④Corpse repatriation expenses to other than his home country. ⑤If the insured suffers minor wounds, or minor injuries such as twists, or minor fractions, or a simple disease which can be treated by a physician in the kingdom of Saudi arabia, and which does not prevent the insured from continuing his journey or going back home.	当社は、以下の場合には、被保険者の医療搬送または本国への送還を行いません。 ①被保険者が医療上の理由により搬送を必要としないと診断された場合。 ②妊娠期間が６ヶ月を超えていることが判明した場合。 ③被保険者が精神疾患または神経疾患を患っている場合（ただし、入院中の場合は除く）。 ④本国以外の国への遺体送還費用。 ⑤被保険者が軽傷、捻挫などの軽微な怪我、軽度の骨折、またはサウジアラビア国内の医師による治療が可能であり、かつ被保険者が旅行を継続したり帰国したりすることを妨げない単純な疾患を患っている場合。

	原文	日本語訳
(B)	This policy shall not cover any health benefits and transportation back home of the corpse in case the claim is directly resulting from:	本保険契約は、以下の事由に直接起因する請求については、いかなる医療給付および遺体の本国送還費用も補償しません。
1	War, invasion, and act of (foreign) aggression, whether war is declared or not.	戦争、侵略、および（外国による）攻撃行為（宣戦布告の有無を問わない）。
2	Ionizing radiations, pollution from radioactive activity of any nuclear fuel, or nuclear waste resulting from the combustion of a nuclear fuel.	電離放射線、あらゆる核燃料の放射能による汚染、または核燃料の燃焼に起因する核廃棄物。
3	The radioactive, toxic, explosive, or any other hazardous elements of any nuclear plant or any of its nuclear components.	原子力発電所またはその構成部品の放射性、有毒性、爆発性、その他の危険な要素。
4	The insured’s service or participation in armed forces or police operations.	被保険者の軍隊または警察活動への従事または参加。
5	Riots, strikes, terrorism, or similar acts.	暴動、ストライキ、テロリズム、または類似の行為。
6	Epidemics, and chemical, biological or bacteriological incidents or interactions, if these incidents or interactions result from work injury or occupational hazards.	伝染病、および化学的、生物学的、あるいは細菌学的な事故または相互作用。ただし、これらが労働災害または職業上の危険に起因する場合を除きます。

表３　「第４章 一般条件」の内容

	原文	日本語訳
1	Proof of validity (Coverage Validity): This policy represents the basic level of insurance coverage granted to the insured and will be valid from date of entry to the Kingdom.	有効性の証明（保険期間）：本保険証券は、被保険者に付与される基本レベルの保険補償を表しており、サウジアラビア王国への入国日から有効となります。
2	Eligibility: All applicants for a visa to the Kingdom of Saudi Arabia for the purpose of a visit - or extending the visit - or for the purpose of a transit as well as their companion, in accordance to the Council of Ministries decree No.(180) dated 2/5/1435 AH.	適用対象：ヒジュラ暦 1435 年 5 月 2 日付閣僚評議会令第 180 号に基づき、訪問、訪問期間の延長、または通過を目的としてサウジアラビア王国へのビザを申請するすべての方、およびその同伴者。
3	Premium payment (Subscription): The applicant is responsible for the payment of the insurance premium agreed upon with the company when applying for a visit visa or an extension of the visit.	保険料の支払い（加入）：申請者は、訪問ビザまたは滞在延長の申請時に当社と合意した保険料の支払いに責任を負います。
4	Termination of Beneficiaries insurance coverage: ①When the period of policy has expired as specified in the policy schedule. ②Upon exhausting of the maximum benefits limits stated by the policy. ③Recoverable expenses continue to be in force with regard to any continuing disease that leads to extended hospitalization at the end of the coverage, until consuming the maximum benefit.	被保険者の保険適用終了： ①保険証券の条件に記載された保険期間の満了時。 ②保険証券に記載された給付限度額に達した場合。 ③補償期間終了時に長期入院を要する継続的な疾病については、給付限度額に達するまで、実費補償が引き続き適用されます。
5	Verification of insured’s Health Condition: ①The company is entitled, and should be allowed to, via an authorized medical entity, examine the insured for whom the recoverable expenses claim was filed on the company account, for two times as a maximum, while the insured is in the kingdom.	被保険者の健康状態の確認： ①当社は、当社の負担により医療費の請求が行われた被保険者に対し、当該被保険者が国内に滞在している間、最大 2 回に限り、認定医療機関を通じて健康状態の検査を行う権利を有し、またその実施が認められるものとします。

	原文	日本語訳
5 （続）	②The insured must cooperate and allow for the necessary measures at the expense of the company, that the company requires within reasonable limits for the sake of enforcing any rights or claims or legal compensations from other parties, for which the insured is held accountable. The insured may not abandon financial rights, except with the explicit or implicit company approval.	②被保険者は、被保険者が責任を負う第三者からの権利、請求、または法的補償を執行するために、当社が合理的な範囲内で要求する措置について、当社の費用負担で協力し、これを許可しなければなりません。被保険者は、当社の明示的または黙示的な承認がない限り、金銭的権利を放棄することはできません。
6	Non duplication of benefits: In case of a claim for recoverable expenses due under this policy for an insured who is also covered for the same expenses under another plan or scheme or other insurance or the like, the company shall be liable for the coverage of such expenses and shall subrogate that insured in his claim against third parties for payment of their proportionate share of such claim.	給付の重複排除：本保険契約に基づき支払われるべき回収可能費用の請求について、被保険者が他のプラン、制度、その他の保険等においても同費用の補償対象となっている場合、当社は当該費用の補償責任を負うものとし、当該請求に対する第三者からの支払分担金について、被保険者に代わって請求権を行使する権利を有する。
7	Basis of direct billing of the Company by the preferred provider network (PPN) ①The insured is entitled to receive healthcare from the PPN agreed upon with the company without being required to pay the cost of such services. ②The health care providers assigned by the company shall send all medical expenses incurred under this policy, during a period not exceeding 30 days. The company evaluates and addresses such expenses, and notifies the insured when expenses reach the maximum benefit limit. ③The company has the right to delete or replace any of/or all the health care providers assigned for the purposes of this policy, during its validity period, provided that it coordinates with the insured and appoints an equivalent substitute for the health care providers of the same level.	優先医療機関ネットワーク（PPN）による当社への直接請求の根拠 ①被保険者は、当社と合意された PPN（優先医療機関ネットワーク）から、当該サービスの費用を支払うことなく医療サービスを受ける権利を有します。 ②当社が指定した医療提供者は、本保険契約に基づき発生したすべての医療費を、30 日以内に当社に送付しなければならない。当社は当該費用を審査・処理し、費用が給付限度額に達した場合は被保険者に通知する。 ③当社は、本保険契約の有効期間中、被保険者と調整し、同レベルの医療提供者を同等の代替者として指名することを条件として、本保険契約の目的のために指定された医療提供者のいずれかまたはすべてを削除または置換する権利を有します。
8	Reimbursement basis The insurance company under the terms, conditions, limitations and exclusions of the policy compensates the insured within a period not exceeding 30 working days from the date of submission of the claim according to the prevailing prices. The insured should submit the claim to the company during a period not exceeding (60) days from the date of incurring such expenses, taking into account the following: ①Compensation will be paid after the company agrees to the fact that expenses are covered by the policy after the completion of the insurance claim form and submit it to the company; attached with the original detailed invoices as well as any other relevant documents such as medical information documents, airline tickets and travel documents.	給付の基準 保険会社は、本保険契約の約款、条件、制限および免責事項に基づき、請求書の提出日から 30 営業日以内に、現行価格に従って被保険者に補償金を支払います。被保険者は、以下の点を考慮の上、当該費用の発生日から 60 日以内に請求書を当社に提出しなければなりません。 ①保険金請求書に必要事項を記入し、当社に提出した後、当該費用が保険契約の対象となることを当社が承認した時点で、補償金が支払われます。提出時には、詳細な請求書の原本、および医療情報書類、航空券、旅行書類などのその他の関連書類を添付する必要があります。

	原文	日本語訳
8 （続）	②Compensation will not, under any circumstances, exceed the maximum coverage limit . ③The amount of compensation shall be restricted to the usual and familiar expenses which are accepted in Saudi Arabia. ④The company must be informed immediately in case of death, hospital admission, sudden homecoming, medical evacuation, or personal-caregiving, and such notification should include medical information about the illness and the injury. ⑤Notification should be made by phone or e-mail to the emergency service in the company that operates 24 hours. ⑥The policyholder and the insured person should cooperate with the company and immediately notify it of any request of compensation or the right to take action against any other party. ⑦Moreover, the policyholder should inform the company and take the regular procedures in the case of a request of compensation from another party in order to protect the interests of the company.	②いかなる状況においても、補償額は保険金額の上限を超えることはありません。 ③補償額は、サウジアラビアで一般に認められている通常の費用に限定されます。 ④死亡、入院、急な帰国、医療搬送、または介護が必要な場合は、直ちに当社に通知する必要があります。また、その通知には、病気や怪我に関する医療情報を含める必要があります。 ⑤通知は、24 時間体制で運営されている当社の緊急サービスへ、電話または E メールで行う必要があります。 ⑥保険契約者および被保険者は、当社に協力し、補償の請求または他の当事者に対して法的措置を講じる権利について、直ちに当社に通知しなければなりません。 ⑦さらに、保険契約者は、会社の利益を守るため、第三者から損害賠償請求を受けた場合には、会社にその旨を通知し、所定の手続きを踏む必要があります。
9	Cancellation: The insured has no right to cancel the policy when it comes into force, except in the case of non-entry into Saudi Arabia, and accordingly the company is liable to refund the premium.	解約： 被保険者は、サウジアラビアへの入国がない場合を除き、保険契約が発効した後は契約を解約する権利を有せず、それに応じて当社は保険料を返還する義務を負います。
10	Approvals: The company shall response to approval requests from service to provide health care to beneficiaries within a period not exceeding 60 minutes.	承認： 当社は、被保険者への医療提供に関する承認要請に対し、60 分以内に回答するものとします。
11	Gender: For the purposes of this policy, words using the masculine gender are deemed to include the feminine gender as well.	性別： 本保険契約において、男性形を用いて表現された語句は、女性形を含むものとみなされる。
12	Notifications: ①All notices or correspondence between the insurance parties shall be formal. ②The insurance company must inform the insured of the expiration date of the insurance policy. ③The insured is obliged to notify the insurance company when their contact information is changed.	通知： ①保険契約当事者間のすべての通知または書簡は、正式な形式によるものとします。 ②保険会社は、被保険者に対し、保険契約の満了日を通知しなければいけません。 ③被保険者は、連絡先情報が変更された場合、保険会社に通知する義務を負います。
13	Obligation not to visit for the purpose of treatment: The insured and the other beneficiaries listed in the insured schedule of this policy are obliged not to use this policy to cover any known illness or any previously diagnosed illness, and not to visit Saudi Arabia in order to obtain this treatment within the coverage of this policy.	治療目的での渡航禁止義務： 被保険者および本保険証券の被保険者明細書に記載されたその他の受益者は、既知の疾病または過去に診断された疾病の治療に本保険を利用しないこと、および本保険の補償範囲内で当該治療を受ける目的でサウジアラビアを訪問しない義務を負います。

	原文	日本語訳
14	compliance with policy conditions: As a precondition to any liability of the company, the beneficiary should strictly comply with and execute all requirements, conditions, obligations and commitments stated in this policy.	保険契約条件の遵守： 当社のいかなる責任も生じさせる前提条件として、被保険者は本保険証券に記載されたすべての要件、条件、義務および約束を厳格に遵守し、履行しなければなりません。
15	penalties: Any disagreement or dispute arising out of or relating to this policy shall be settled in accordance with article (14) of the law.	違約金： 本保険契約に起因または関連して生じるいかなる不一致または紛争も、同法第 14 条に従って解決されるものとします。
16	Approval of the policy: This policy will be electronically sanctioned through the entities authorized to do so.	本保険契約の承認： 本ポリシーは、承認権限を有する機関を通じて電子的に承認されるものとします。

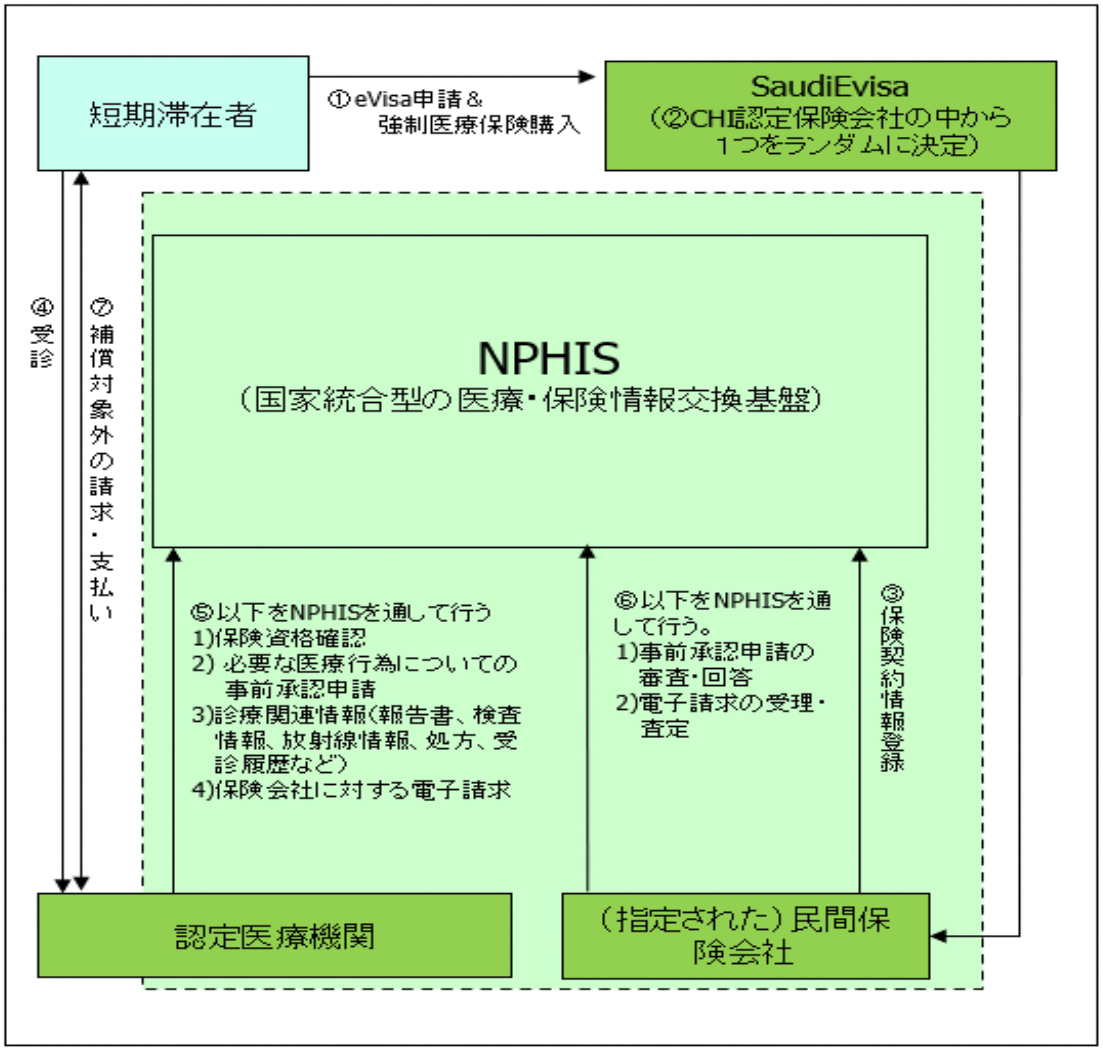


図１　保険購入から保険請求・支払いの基本的な仕組み(サウジアラビア)

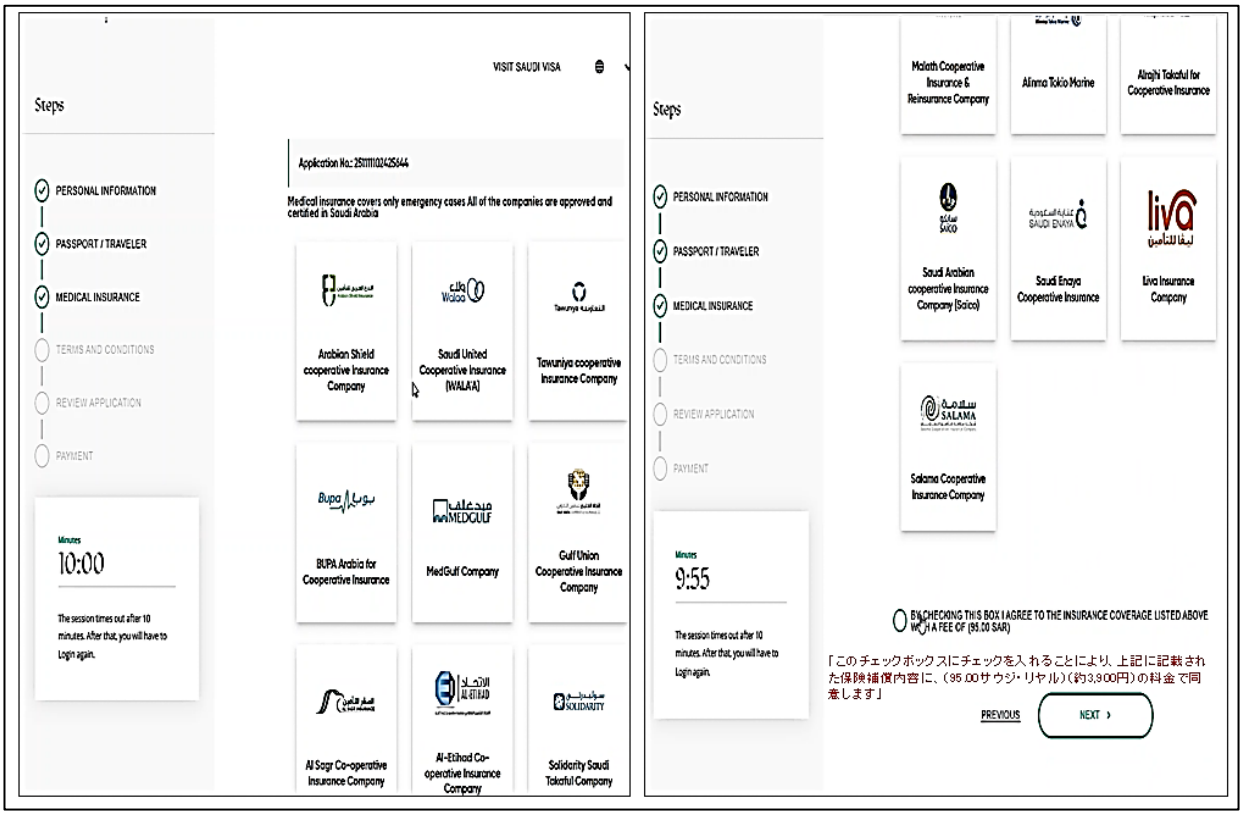


図２　医療保険購入画面

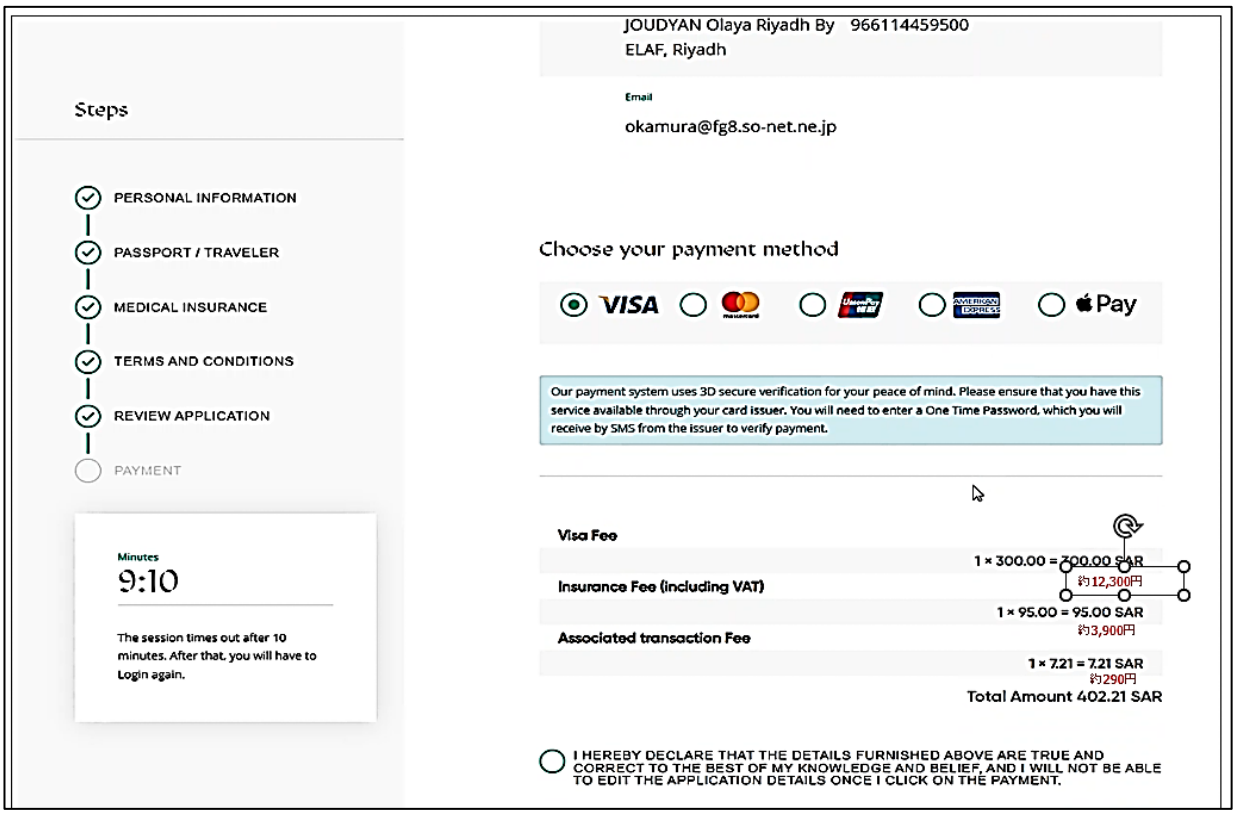


図３　ビザ申請費用及び医療保険購入費用他支払い画面

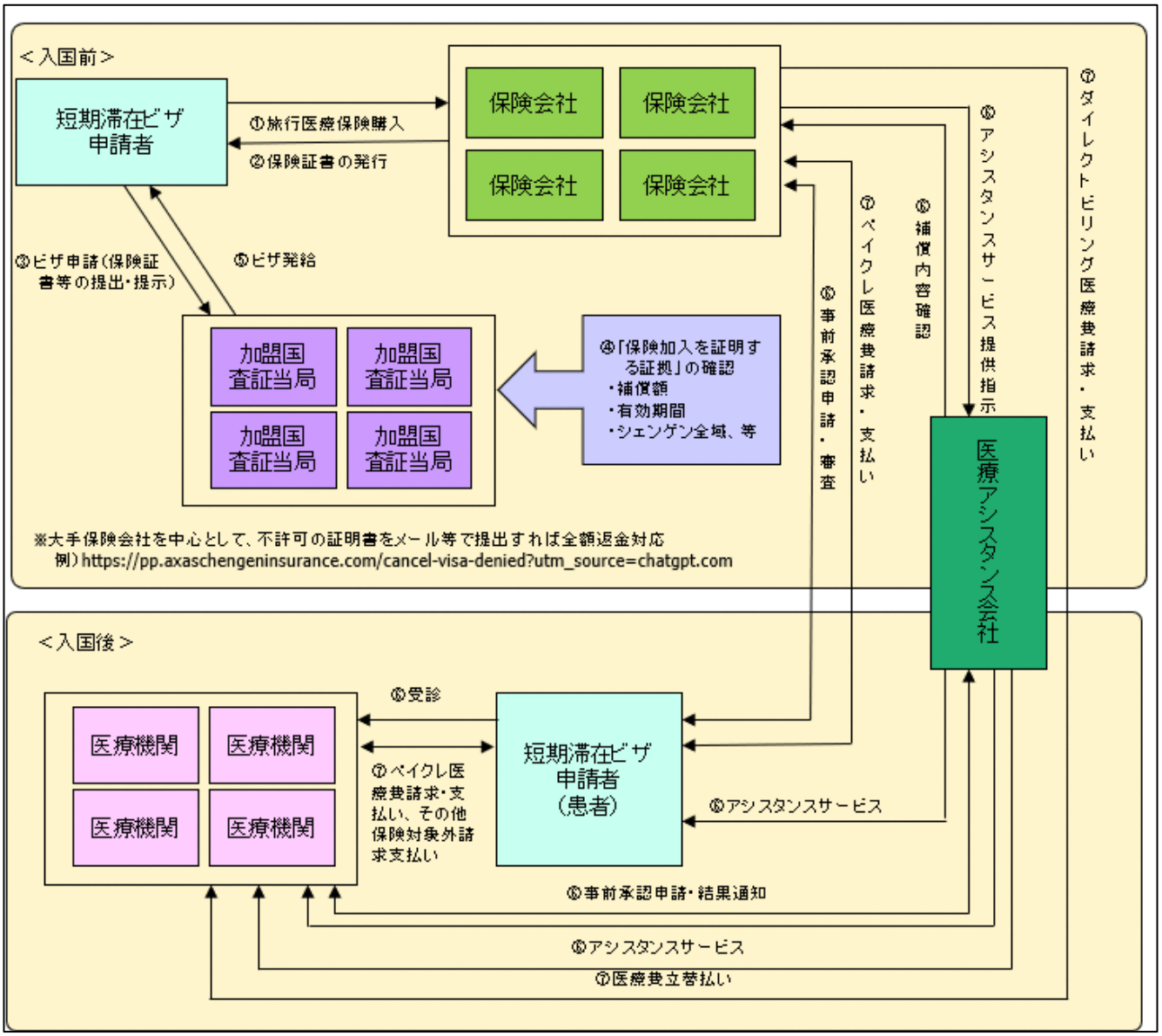


図４　保険購入から保険請求・支払いの基本的な仕組み（シェンゲン協定加盟国）

別添５

令和７年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

医療機関の外国人患者受入れに関する評価指標開発研究
―海外の関連評価指標の動向に関する研究―

研究代表者　佐々木　淳一　　慶応義塾大学（教授）
研究分担者　岡村　世里奈　　国際医療福祉大学（准教授）
研究分担者　高橋　泰　　国際医療福祉大学（教授）
研究分担者　日野原　千速　　国立国際医療研究センター病院（部長）

研究要旨

本研究では、医療機関における外国人患者受入れ体制に関する評価指標案作成に向けた基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS の取り組みを対象として、その基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法等について文献・資料分析を行った。

その結果、WHO Europe では、外国人患者対応を病院組織全体の質改善の課題として位置づけ、「組織全体アプローチ（whole organization approach）」に基づく自己評価ツールが開発されていた。また、米国 CLAS では、文化的・言語的多様性への対応を、患者安全、医療の質、健康の公平性に関わる組織的課題として整理し、The Joint Commission や CMS の認証・政策にも影響を与えていた。さらに、海外の枠組みでは、医療通訳、多言語情報提供、職員教育、患者参加、安全管理、組織体制等を評価対象とするとともに、それらが病院組織全体の運営や継続的質改善の仕組みへどのように組み込まれているかが重視されていた。

一方、我が国の外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）においても、医療通訳、多言語情報提供、インフォームド・コンセント、安全管理、職員教育等の主要な評価領域は既に整理されており、外国人患者受入れ体制の評価に関する重要な基盤が構築されているが、海外の枠組みでは、これらの評価項目を病院組織全体の継続的質改善の枠組みの中で捉え、自己評価や PDCA サイクルを通じて改善へ結び付ける仕組みがより重視されていた。

以上を踏まえると、今後、日本において外国人患者受入れ体制に関する評価指標を開発する際には、JMIP において蓄積されてきた評価項目を基盤としつつ、患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善の観点を取り入れた評価体系を構築していくことが重要であると考えらえる。

A.研究目的

近年、我が国では在留外国人および訪日外国人の増加に伴い、医療機関を受診する外国人患者も増加している。これに対応するため、医療通訳体制の整備、多言語情報提供、外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）[1)]等を中心として、外国人患者受入れ体制の整備が進められてきた。しかしながら、現在の我が国では、医療機関における外国人患者受入れ体制を客観的かつ体系的に評価するための評価領域、評価指標、評価方法等は十分に整備されていない。

この点について、令和７年度当初は、MEDLINE、PubMed、Embase、CINAHL、ProQuest、医中誌の６つのデータベースを用いて、外国人患者受入れに関する評価指標や評価枠組みに関する先行研究の収集・分析を行うことを予定していた。しかしながら、予備的検索を進

めた結果、外国人患者受入れ体制全体を包括的に扱った評価指標研究は限定的であり、個別の通訳研究や移民医療一般に関する研究が多数含まれるなど、既存データベース検索のみでは、医療機関における外国人患者受入れ体制の組織的評価枠組みを体系的に把握することは困難であることが明らかとなった。

そこで、海外における公的機関、国際機関、認証機関等が公表している基準、枠組み、自己評価ツール等に着目して収集・分析を行った。その結果、WHO Europe ならびに米国において代表的な取り組みが行われていることが明らかとなった。

そこで本研究では、外国人患者受入れ体制に関する評価指標案の作成に向けた基礎資料を得るため、上記 2 つを対象として、公表されている公式文書、基準、自己評価ツール等の収集・分析を行い、海外において医療機関の外国人患者受入れ体制が、どのような基本的考え方に基づき、どのような評価領域、評価項目、評価方法によって構成されているのかを明らかにすることを目的とした。

B.研究方法

上述のとおり、本研究では WHO Europe ならびに米国の関連する基準、ガイドライン、自己評価ツール等を対象として、文献・資料収集および内容分析を実施した。

具体的には、WHO Europe に関しては、「移民に優しい病院プロジェクト (Migrant-Friendly Hospitals Project)」[2]、「移民およびその他の脆弱な集団のための医療における公平性基準 (Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups)」と「試行導入のための自己評価ツール (Self-Assessment Tool for Pilot Implementation)」[3]、「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール (Self-Assessment Tool for implementing the Standards for Equity in Healthcare for Migrants and Other Vulnerable Groups) (2024)」[4]等を対象とした。

一方、米国については、「医療および保健医療分野における文化的・言語的に適切なサービスに関する国家基準 (National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care：CLAS Standards)」[5]ならびに関連する公式ガイダンス (official guidance) [6]、CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) および The Joint Commission による関連文書等を対象とした。

なお、本研究は、公表されている海外の公式文書、基準、ガイドライン、学術文献等を対象とした文献・資料分析研究であり、人を対象とする調査や個人情報の収集は行っていない。そのため、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」の適用対象外であり、倫理審査を要しない研究となっている。

C.結果

１．WHO Europe の取り組み

（１）概要

①「移民に優しい病院プロジェクト (Migrant-Friedly Hospitals Project)

WHO Europe の医療機関における外国人患者受入れに関する取り組みは、2002 年から 2005 年にかけて実施された「移民に優しい病院プロジェクト (Migrant-Friendly Hospitals Project：MFH Project)」を嚆矢とする。同プロジェクトは、WHO Europe と EU の支援のもと、移民患者や少数民族患者に対する病院サービスの改善を目的として実施されたものであり、オーストリア、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシャ、アイルランド、イタリア、オランダ、スペイン、スウェーデン、英国の 12 か国の病院がパイロットとして参加した。

同プロジェクトを通じて、移民患者や少数民族患者は、社会経済的地位の低さや、移住に伴う心理的負担、十分な社会的支援の欠如等により、一般住民より健康状態が悪い場合が多く、診断、治療、予防サービス等において十分な医療を受けられていない可能性があることが示唆された。また、医療機関側も、言語障壁、文化的多様性、医療資源不足等への対応を迫られており、病院における質保証や質改善に新たな課題が生じていることが認識された。

こうした問題意識を背景として、MFH Project では、外国人患者対応を単なる「医療通訳の配置」や「異文化理解」といった限定的課題としてではなく、病院組織全体の対応能力の問題として位置づけた。すなわち、外国人患者対応は、一部の担当者や国際部門のみが担う特殊業務ではなく、病院全体の質管理や組織開発に関わる課題として認識されるようになり、「組織全体アプローチ」に基づき、病院組織全体として継続的に改善していくことが重視されるようになった。

そのため、MFH Project では、このような「組織全体アプローチ」を実際に医療機関へ導入・定着させるためには、各病院が自院の外国人患者対応体制の現状を客観的に把握し、継続的に評価・改善していく仕組みが必要であると考え、外国人患者対応を病院組織全体の質改善の一部として継続的に評価・改善するための自己評価型ツールとして、「移民に優しい病院に関する質評価質問票（Migrant Friendly Quality Questionnaire：MFQQ)」を開発した。

MFQQ では、医療通訳体制、多言語情報提供、文化的配慮を伴うサービス、職員教育、組織方針、質管理体制等が評価対象とされている。また、その特徴として、単に「通訳があるか」といった個別サービスの有無のみを確認するのではなく、それらが病院組織の中でどの程度制度的・継続的に運用されているかを評価しようとしていた点が挙げられる。例えば、医療通訳体制についても、必要時に個別対応を行うだけではなく、病院として正式な方針や運用ルール、職員教育、モニタリング体制等が整備されているかが重視されていた。このように、MFQQ は、外国人患者対応を病院組織全体の組織開発および継続的質改善の一部として位置づけようとした点に特徴があった。

②アムステルダム宣言(The Amsterdam declaration)

そして、MFH Project の成果を踏まえ、2004 年に公表されたのが「民族的・文化的に多様なヨーロッパにおける移民に優しい病院に向けたアムステルダム宣言（The Amsterdam Declaration Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe)」[7]である。同宣言は、MFH Project を通じて明らかとなった課題や知見を踏まえ、欧州における外国人患者対応の基本的方向性を示した提言として位置づけられている。

同宣言では、移民患者や少数民族患者は、社会経済的困難、移住に伴う心理的負担、健康リテラシーの不足等により、一般住民と比較して十分な医療を受けられていない可能性があることを指摘した。また、こうした問題は、単なる「言語問題」や「文化理解」の問題ではなく、病院における質保証および質改善の課題であると整理された。

そのうえで同宣言では、「移民に優しい病院」となることは、移民患者のみならず、すべての患者に対して、より個別化され、より患者中心的なサービスを提供することにつながると提言した。また、外国人患者対応を病院全体の質改善の一部として位置づけ、病院管理者や質管理部門に対しては、理念や方針、手順等へ多様性や移民への配慮を組み込むこと、必要な人的・財政的資源を確保すること、利用者や地域コミュニティのニーズを継続的に把握・モニタリングすること等を求めた。さ

らに、職員に対する文化的能力向上のための教育・研修の必要性についても提言がなされた。

このように、アムステルダム宣言は、MFH Project において形成された「外国人患者対応を病院組織全体の質改善の問題として捉える」という考え方を、欧州レベルの提言として整理・発展させたものであり、その後の WHO Europe における「健康の公平性」や「包括的医療システム」の考え方につながる重要な基盤となっていった。

③移民に優しく文化的能力を有する医療に関するタスクフォース（Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care：TF MFCCH）

その後、MFH Project およびアムステルダム宣言の成果を継承・発展させるため、2005年には、WHO の Health Promoting Hospitals and Health Services（HPH）ネットワーク内に、「移民に優しく文化的能力を有する医療に関するタスクフォース（Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care：TF MFCCH）」が設置された。

TF MFCCH は、MFH Project において提唱された「外国人患者対応を病院組織全体の質改善の問題として捉える」という考え方を継承し、医療機関、研究者、政策担当者等が連携しながら、移民患者やその他の脆弱な集団に対する公平で質の高い医療提供体制の構築を目指した。

さらに、TF MFCCH では、従来の「移民患者」や「民族的少数者」だけではなく、法的地位や社会経済状況、宗教、性別、障害等、多様な要因によって脆弱な状況に置かれている人々全体を対象として捉える方向へ考え方が拡張されていった。その上で、TF MFCCH では、移民患者やその他の脆弱な集団に対する公平な医療提供を実現するためには、各医療機関が自院の対応状況を客観的に把握し、継続的に評価・改善していくための共通の基準や評価ツールが必要であるとの認識が共有されるようになった。特に、当時、欧州各国では移民医療に関する政策や実践に大きな差があり、また、多くの国において「何が migrant-friendly な医療機関であるか」を評価するための標準化された基準が存在していなかった。そのため、TF MFCCH では、健康の公平性や多様性の観点から、医療機関が自らの取り組みを自己評価し、継続的改善へつなげるための基準の開発が進められることとなった。

こうした背景のもと、2011 年には暫定版基準（preliminary standards）を作成し、2012 年には 12 か国 45 医療機関を対象としたパイロットテストを行った。その後、パイロットテストの結果を踏まえて改訂を行い、2014 年には「移民およびその他の脆弱な集団のための医療における公平性基準：試行導入のための自己評価ツール（Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups: Self-Assessment Tool for Pilot Implementation）」を公表した。

さらに近年では、「移民・公平性・多様性タスクフォース（Migration, Equity and Diversity Task Force：MED-TF）」と名称を変更し 2024 年には、「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール（公正性基準の自己評価ツール）（Self-Assessment Tool for implementing the Standards for Equity in Healthcare for Migrants and Other Vulnerable Groups）」改訂版(2024)を公表している。また、MED-TF では、2025～2026 年の行動計画として、各医療機関による自己評価の実施、改善領域の特定、行動計画の策定、改善策の実施・評価等を段階的に進める枠組みを提示するとともに、ハイブリッド会議等を通じた best practice の共有も進めている。

このように、TF MFCCH／MED-TF では、MFH

Project やアムステルダム宣言で示された「移民に優しい病院（migrant-friendly hospital)」の考え方を、健康の公平性や包摂的医療システムの観点からさらに発展させ、外国人患者対応を病院組織全体における継続的質改善の課題として体系化している。

（２）「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール（公正性基準の自己評価ツール)」（2024）の概要

① 目的

本ツールは、前述のとおり、移民やその他の脆弱な集団に対する公平で質の高い医療提供を実現するため、医療機関が自院の強みと弱みを自己評価し、継続的改善につなげることを目的として開発されたツールである。

② 使い方（データ収集方法および回答の採点方法）

本ツールは、病院全体だけではなく、単一の部署やサービス単位でも利用可能な柔軟な構造となっている。自己評価を実施する際には、まず、評価結果から改善の必要性が明らかになった場合に、実際の改善活動へ結び付けることができるよう、上級管理職の承認を得ることが推奨されている。また、評価にあたっては、現場職員及び管理職を含む異なる職種・部門の職員から構成される評価チームを編成し、多様な視点から組織の強みと課題を把握することが求められている。

データ収集については、まず①プロジェクトリーダーを選定し、②評価対象範囲（病院全体、部門単位、サービス単位等）を決定する。次に、③評価する基準の順序を決定したうえで、④評価チームによる会議を開催し、各基準と自院の実施状況を比較・検討する。その後、⑤各測定可能要素について採点を行い、⑥関連する方針、規程、マニュアル、記録等の証拠資料を整理・記録する。さらに、⑦評価結果に基づいて改善が必要な領域を特定し、⑧スコアカードを作成して組織全体の状況を可視化したうえで、⑨一定期間後に再評価を実施するという流れが示されている。

さらに、評価結果については、スコアカードのみを MED-TF に提出する仕組みとなっており、各医療機関は、自院の結果を他国・他組織と比較するとともに、優れた実践事例（best practice）の共有等へ活用することが想定されている。

③ 自己評価の項目

本ツールは、表１のとおり、5 つのスタンダード（standards)、17 のサブスタンダード（sub-standards)、40 の測定可能な要素（measurable elements）によって構成されている。

５つのスタンダードは、①「公正性への組織的な取り組みの実証」、②「公正なアクセスと利用」、③「公正な医療の質」、④「雇用における公正性」、⑤「公正性の促進」で構成されている。

また、17 のサブスタンダードおよび 40 の測定可能な要素では、例えば、組織理念や方針への公平性の組み込み､公正性戦略の策定、人口統計データを活用した格差分析、医療通訳・翻訳体制、多言語情報提供、患者中心の医療提供、退院支援、患者参加、職員教育、多様な職員の雇用、差別防止、地域連携等が具体的評価対象として設定されている｡なお、本分担報告書では、これら５つのスタンダード､17 のサブスタンダード､40 の測定可能な要素について表形式で整理した。

④ 自己評価結果の活用方法

本ツールでは、自己評価は単なる現状把握ではなく、継続的質改善（continuous quality improvement）につなげるためのプロセスとして位置づけられている。具体的には、自己評価の結果に基づき、改善が必要な領域を特定し、優先順位を設定したうえで、改善計

画を策定することが推奨されている。

また、本ツールでは、質改善手法として、Plan-Do-Check-Act（PDCA）サイクルの活用が推奨されている。すなわち、改善が必要な課題を分析し改善計画を立案（Plan）したうえで、実際に改善策を実施（Do）し、その結果を評価（Check）し、さらに改善へつなげる（Act）という循環的プロセスを繰り返すことによって、医療機関全体の公平性を継続的に向上させていく考え方が採用されている。

このように、本ツールは、外国人患者対応や脆弱集団対応を、一時的・個別的対応ではなく、病院組織全体の継続的質改善サイクルへ組み込もうとしている点に特徴がある。

２．米国の取り組み

（１）概要

1980年代以降の米国では、人種・民族的多様性の拡大や移民人口の増加に伴い、外国人患者や英語能力が限定的な患者（Limited English Proficiency：LEP）への対応の必要性が高まっていった。その中で、言語障壁や文化的背景の違いにより、患者が診療内容を十分に理解できない、必要な医療サービスへアクセスできない、あるいは適切なインフォームド・コンセントが確保されないといった問題が指摘されるようになった。また、こうした要因が患者安全や健康アウトカムにも影響を及ぼす可能性があることが認識されるようになった。

さらに、人種・民族間における健康格差も重要な社会問題として認識されるようになり、1990年代以降、医療機関には多様な文化的・言語的背景を有する患者に適切に対応することが求められるようになるとともに、文化的・言語的多様性への対応を、単なる患者サービスや利便性向上の問題としてではなく、医療の質や健康の公平性に関わる課題として捉える考え方が広がっていった。

こうした状況を背景として、2000年に米国保健福祉省内の少数者健康局（Office of Minority Health：OMH）を中心として策定・公表されたのが、「医療および保健医療分野における文化的・言語的に適切なサービスに関する国家基準（National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care：CLAS Standards）」である。当初のCLAS Standardsは、主として医療通訳、多言語情報提供、職員教育等の言語支援や文化的能力の向上を中心とした基準であった。

しかし、その後、文化的・言語的多様性への対応は、単なる通訳サービスや文化理解の問題ではなく、患者安全や医療の質、健康の公平性にも関わる組織的課題として認識されるようになった。そのため、2013年にはCLAS Standardsの改訂が行われ、言語支援や文化的能力に加え、健康の公平性、組織ガバナンス、リーダーシップ、人材育成、地域連携、継続的質改善等の観点が追加され、より包括的な基準として再構成されている。

（２）CLAS Standardの概要

表２は、CLAS Standardの内容を示したものである。CLAS Standardsは、１つの中核基準と、14の基準によって構成されている。中核基準では、「文化的健康観、言語、健康リテラシー、その他のコミュニケーションニーズに対応した、効果的で理解しやすく、尊重ある質の高い医療およびサービスを提供すること」が求められている。

また、14の基準は、①ガバナンス・リーダーシップ・人材、②コミュニケーションおよび言語支援、③参画・継続的改善・説明責任の３領域に整理されている。

第１の「ガバナンス・リーダーシップ・人材」では、組織ガバナンスやリーダーシップによるCLAS推進、文化的・言語的ニーズへ対応できる人材の採用・育成、継続的職員教育等が求められている。

第2の「コミュニケーションおよび言語支援」では、LEP 患者等への無償言語支援、通訳サービスの周知、通訳者の能力確保、多言語資料や案内表示整備等が求められている。

第3の「参画・継続的改善・説明責任」では、CLAS を組織運営へ統合すること、人口統計データの収集、地域ニーズ評価、地域連携、苦情対応、継続的質改善等が求められている。

（3）The Joint Commission への影響

CLAS Standards は、米国の医療施設を対象とした第三者評価機関である The Joint Commission にも大きな影響を与えている。ただし、CLAS Standards がそのまま認証基準として採用されたわけではなく、「文化的・言語的多様性への対応を、病院組織全体の患者安全および質改善の問題として捉える」という考え方が、The Joint Commission の認証実務へ反映されていったと整理することができる。

特に、2000 年代後半になると、米国では、患者とのコミュニケーション不足や言語障壁が、診療エラー、有害事象、インフォームド・コンセント理解不足、退院後トラブル等につながり得ることが問題視されるようになった。とりわけ、英語能力が限定的な患者（Limited English Proficiency：LEP）では、診療理解不足やコミュニケーション障害によって患者安全上のリスクが高まることが認識されるようになり、言語支援やコミュニケーション支援を、単なる患者サービスではなく、患者安全確保のための重要な要素として位置づける考え方が強まっていった。

こうした流れの中で、The Joint Commission は 2010 年に、「病院のための効果的コミュニケーション・文化的能力・患者家族中心医療推進ロードマップ（Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals）」[8]を公表した。同文書では、効果的コミュニケーション（effective communication）、文化的能力（cultural competence）、患者・家族中心医療（patient- and family-centered care）を、安全で質の高い医療を実現するための重要な構成要素として位置づけた。

また、同文書では、患者の希望言語やコミュニケーションニーズを適切に把握したうえで、必要な通訳サービスや支援を提供できる体制を病院全体として整備する必要性が示されている。例えば、患者登録時に希望言語を確認・記録すること、必要時に医療通訳へ迅速にアクセスできること、患者が理解できる形で診療説明や退院指導を行うこと、患者教育資料や同意説明文書を理解しやすい形で提供すること等が重視されている。また、患者本人だけではなく、家族も含めた患者参加を促進する必要性についても言及されている。

さらに重要なのは、こうした事項が、単独の「外国人患者対応基準」として独立しているのではなく、病院認証基準の複数領域へ横断的に組み込まれている点である。すなわち、リーダーシップの領域では、病院管理者が文化的・言語的多様性への対応方針を組織全体へ反映させること、人材管理の領域では、職員教育やコミュニケーション能力向上を行うこと、医療・治療・サービス提供の領域では、診療や退院支援において患者が理解可能な説明を受けられること、患者中心コミュニケーションの領域では、患者の言語・文化・コミュニケーションニーズへ適切に対応すること等が、それぞれ求められるようになっている。

このように、The Joint Commission においては、文化的・言語的多様性への対応が、一部門による付加的サービスではなく、病院組織全体の患者安全、質改善、患者中心医療に関わる課題として整理されるようになっていった。この点は、CLAS Standards が示した「文化的・言語的対応を病院組織全体の継続的質改善の問題として位置づける」という考

え方と方向性を共有している。

（４）Centers for Medicare & Medicaid Servicesへの影響

CLAS Standards は、米国の公的保険制度であるメディケアとメディケイドを運営する連邦政府機関である Centers for Medicare & Medicaid Services：CMS にも影響を与えている。

CMS は、医療サービスの提供量や費用のみならず、「どのような患者集団が十分な医療を受けられているか」、「どのような患者集団に医療格差が存在しているか」といった健康の公平性（health equity）の観点を重視するようになっている。その背景には、人種・民族的少数者や英語能力が限定的な患者において、言語障壁や文化的背景の違いにより、必要な医療サービスへのアクセスが妨げられること、また、診療内容の理解不足やコミュニケーション障害に起因して、診断エラー、投薬エラー、再入院、退院後トラブル等が生じ得ることが認識されるようになったことがある。

こうした状況を受けて、CMS は、文化的・言語的多様性への対応を、単なる患者サービスではなく、医療の質、患者安全、健康の公平性に関わる重要な課題として位置づけるようになった。この考え方は、文化的・言語的対応を病院組織全体の課題として捉える CLAS Standards の基本的な方向性と一致しており、CMS における health equity 政策の発展にも影響を与えたものと考えられる。

また、医療機関にとっては、医療通訳、多言語情報提供、職員教育等の実施には人的・財政的負担を伴うことから、「なぜそこまで対応する必要があるのか」という経営上・運営上の課題も存在していた。そのため CMS では、文化的・言語的対応が単なる追加的サービスではなく、医療の質、患者安全、医療効率、費用対効果の向上にも資することを、エビデンスに基づいて示す必要性が高まっていった。

こうした背景のもと、CMS は 2025 年に「Making the Case for Implementing the National CLAS Standards」[9]を公表した。同資料では、CLAS Standards の導入が、再入院率の低下、入院期間の短縮、診療エラーの減少、患者満足度の向上等につながる可能性が示されている。すなわち、CMS は、文化的・言語的対応を単なる公平性の問題としてだけではなく、医療の質向上や医療機関のパフォーマンス向上にも資する取り組みとして位置づけるようになっている。

D.考察

本研究では、医療機関における外国人患者受入れ体制に関する評価指標案作成に向けた基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS の取り組みを対象として、その基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法等について整理・分析を行った。その結果、次の３点が明らかとなった。

第１点目は、評価領域そのものについては、海外の枠組みと我が国の外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）の間に多くの共通点が認められた点である。実際、WHO Europe の自己評価ツールや CLAS Standards において評価対象とされている医療通訳、多言語情報提供、患者説明支援、職員教育、患者参加、安全管理、組織体制、継続的改善等の領域は、JMIP においても既に評価項目として整理されている。したがって、外国人患者受入れ体制を構成する主要な評価領域については、日本においても一定程度体系化が進んでいるものと考えられる。

第２点目は、評価項目の整理方法や評価の考え方において、海外の枠組みと JMIP の間に違いが認められた点である。JMIP では、医療通訳体制、多言語文書、院内表示、医療費対応、インフォームド・コンセント等の実務的な受入れ体制の整備状況を確認する項目が

中心となっている。一方、WHO Europe や CLAS では、これらの個別項目を、患者安全、医療の質、健康の公平性、継続的質改善等に関わる病院組織全体の課題として位置づけていた。すなわち、海外では「通訳があるか」「多言語資料があるか」といった個別サービスの有無のみではなく、それらが病院の理念、方針、組織運営、職員教育、データ収集、質改善活動等へどのように組み込まれているかが重視されていた。

第３点目は、評価結果の活用方法に関する違いである。WHO Europe における SAT では、自己評価を通じて改善領域を特定し、改善計画を策定し、その後再評価を行うという PDCA サイクルが重視されていた。また、CLAS においても、継続的質改善や組織的説明責任が重要な構成要素として位置づけられていた。これに対し、JMIP は認証制度として優れた仕組みを有しているものの、その主たる目的は一定水準の受入れ体制を確認することにあり、評価結果を継続的質改善へ結び付ける仕組みについては、海外の自己評価型ツールほど明示的ではないと考えられる。

以上を踏まえると、今後、日本において外国人患者受入れ体制に関する評価指標を開発していく際には、JMIP において既に整理されている評価領域や評価項目を重要な基盤として活用しつつ、WHO Europe や CLAS が示す「患者安全」「医療の質」「健康の公平性」「継続的質改善」といった考え方を取り入れていくことが重要であると考えられる。

また、評価指標についても、単に受入れ体制の有無を確認するためのチェックリストとしてではなく、医療機関が自院の強みや課題を把握し、改善活動へ結び付けることができる自己評価ツールとしての機能を持たせることが望ましいと考えられる。特に、組織方針、職員教育、患者安全、データ収集、患者参加、改善活動等を含めた評価体系を構築するとともに、その結果を継続的質改善へ結び付ける仕組みを組み込むことによって、外国人患者受入れ体制の質向上に資する評価指標の開発につながるものと考えられる。

E. 結論

本研究では、医療機関の外国人患者受入れ体制に関する評価指標案作成に向けた基礎資料を得るため、WHO Europe および米国 CLAS の取り組みを対象として、その基本的考え方、評価領域、評価項目、評価方法等について整理・分析を行った。

その結果、海外では、外国人患者対応を単なる医療通訳や多言語情報提供等の個別的対応としてではなく、患者安全、医療の質、健康の公平性、継続的質改善等に関わる病院組織全体の課題として位置づけていることが明らかとなった。また、評価においても、個別サービスの有無のみではなく、それらが組織方針、職員教育、データ収集、患者参加、質改善活動等へどのように組み込まれているかが重視されていた。

一方、我が国においても JMIP 等において、医療通訳、多言語情報提供、インフォームド・コンセント、安全管理、職員教育等の主要な評価領域は既に整理されており、外国人患者受入れ体制の評価に関する重要な基盤が構築されていることが確認された。その一方で、海外の枠組みでは、これらの評価項目を病院組織全体の継続的質改善の枠組みの中で捉え、自己評価や PDCA サイクルを通じて改善へ結び付ける仕組みがより重視されていた。

以上のことから、今後、日本において外国人患者受入れ体制に関する評価指標を開発する際には、JMIP において蓄積されてきた評価項目を基盤としつつ、WHO Europe や CLAS が示す患者安全、医療の質、健康の公平性および継続的質改善の考え方を取り入れた評価体系を構築していくことが重要であると考えられる。

【引用文献】

1) 一般社団法人日本医療教育財団.外国人患者受入医療機関認証制度（JMIP）. https://www.jme.or.jp/jmip/ 20260331

2) World Health Organization Regional Office for Europe. Migrant-Friendly Hospitals Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_14_en.pdf 20260331

3) Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care. Standards for Equity in Health Care for Migrants and Other Vulnerable Groups: Self-Assessment Tool for Pilot Implementation. Vienna: HPH Task Force; 2014. https://cespyd.es/en/publications/standards-equity-health-care-migrants-vulnerable-groups-self-assessment-tool-pilot-implementation/ 20260331

4) Migration, Equity and Diversity Task Force (MED-TF). Self-Assessment Tool for implementing the Standards for Equity in Healthcare for Migrants and Other Vulnerable Groups. Version 2024.（日本語版）https://www.hphnet.jp/sys/wp-content/uploads/dlm_uploads/MED-TF-%E7%A7%BB%E6%B0%91%E3%81%8A%E3%82%88%E3%81%B3%E3%81%9D%E3%81%AE%E4%BB%96%E3%81%AE%E8%84%86%E5%BC%B1%E3%81%AA%E9%9B%86%E5%9B%A3%E3%81%AE%E3%81%9F%E3%82%81%E3%81%AE%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%85%AC%E5%B9%B3%E6%80%A7%E5%9F%BA%E6%BA%96%E3%81%AE%E8%87%AA%E5%B7%B1%E8%A9%95%E4%BE%A1%E3%83%84%E3%83%BC%E3%83%AB.pdf 20260331

5) U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care. Washington DC: HHS; 2013. https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas 20260331

6) U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. Think Cultural Health. https://thinkculturalhealth.hhs.gov/ 20260331

7) Migrant-Friendly Hospitals Project Group. The Amsterdam Declaration: Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine; 2004. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf 20260331

8) The Joint Commission. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010. https://voxello.com/wp-content/uploads/2021/06/JC-ARoadmapforHospitalsfinalversion.pdf 20260331

9) Centers for Medicare & Medicaid Services. Making the Case for Implementing the National CLAS Standards.2025 https://www.cms.gov/files/document/making-case-implementing-national-clas-standards.pdf 20260331

F.健康危険情報

特になし

G.研究発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

２．実用新案登録

なし

３．その他

なし

表１　「『移民およびその他の脆弱な人々のための医療における公平性基準』を実施するための自己評価ツール（公正性基準の自己評価ツール)」(2024) の評価項目

スタンダード	サブスタンダード	測定可能な要素
基準１: 公正性への組織的な取り組みの実証	1.1 組織にはその価値観を定めた文書がある	1.1.1 組織は、その価値観を定めた文書を発行しており、それは上級管理職によって推進されている
	1.2 組織には上級管理職が支援する公正性戦略がある	1.2.1 組織には、公正性戦略があり、それは上級管理職によって推進され、毎年見直されている
	1.3 組織は公正性のパフォーマンスを監視している	1.3.1 組織は、不利な立場にある人々がどのようにサービスを利用しているかを監視している 1.3.2 組織は、サービスが不利な立場にある人々のニーズに対応できていない部分を特定できる 1.3.3 組織は、この情報を活用して、サービスが不利な立場にある人々のニーズにどのように対応するかを改善している
	1.4 組織は、すべての計画、方針、意思決定が公正性を促進することを確保している	1.4.1 組織は、雇用に関するものを含め、すべての計画、方針、意思決定が公正性に与える影響を評価するための手順を整備している 1.4.2 組織のリーダーは、公正性を推進するために活動している
基準２: 公正なアクセスと利用	2.1 組織は医療サービスへの公正なアクセスを提供している	2.1.1 組織は、ユニバーサルデザインの原則に従い、サービスの物理的な障壁を特定し、最小限に抑えている 2.1.2 組織は、地理的な課題に対応するためにサービスを適応させている 2.1.3 組織は、最も社会的に疎外された人々や不利な立場にある人々が医療を受けられるようにしている 2.1.4 組織は、異なる宗教や精神的信念を持つ人々、または無宗教の人々が利用できる祈りや静思のためのスペースを提供している
	2.2 組織は、コミュニケーションおよび情報の障壁を排除することを確保している	2.2.1 組織は、患者の健康リテラシーや言語を考慮した、平易な言葉で書かれた資料や案内標識を提供している 2.2.2 組織は、言語や社会文化的要因が障壁となる場合に、患者や介護者が医療スタッフと確実にコミュニケーションを取れるようにするための明確な方針を持っている 2.2.3 組織は、聴覚、視覚、認知、言語障害のある患者のコミュニケーションニーズに対応している 2.2.4 組織は、コミュニケーション支援サービスのパフォーマンスと品質を監視・評価している 2.2.5 組織は、スタッフが通訳者や異文化調整者と効果的に連携できるようにしている
	2.3 組織は、適格性、財政、保険の問題によって医療へのアクセスに障壁があり、人権としての医療を受ける権利が損なわれている人々に対して医療を提供することを確保している	2.3.1 組織は、適格性の欠如や資源（保険や経済的要因）の不足により人権が損なわれる人々に対し、簡単にアクセスできる評価手続きと偏見のない支援を提供する
基準３: 公正な医療の質	3.1 患者のニーズの評価において、個人や家族の特性、経験、生活環境を考慮する	3.1.1 患者の医療ニーズの評価において、公正性の課題、社会文化的要因、経験、健康の社会的決定要因を考慮する

	3.2 医療提供は患者中心であり、患者の公正性に関する特性や人生経験を考慮している	3.2.1 臨床実践において、患者個人および家族の公正性に関連する特性、社会文化的要因、人生経験を考慮している 3.2.2 医療は、患者の尊厳、個人の価値観、健康や医療に関する知識や考えを尊重し配慮している 3.2.3 患者の治療に関する意見は積極的に求められ、患者が対等な立場で治療の意思決定に参加できるようにしている
	3.3 退院時に患者の公正性に関連する特性、経験、生活環境を考慮し、継続的なケアを確保する	3.3.1 退院手続きとコミュニケーションには、患者の個別の特性や社会的背景が明確に反映されている 3.3.2 患者の公正性に関する情報が、他の医療機関や関連組織に伝達され、可能な限り最適な継続的ケアが確保されている
	3.4 組織は、多様なサービス利用者がサービスの計画、提供、評価に参加できるようにしている	3.4.1 組織は、多様な患者や利用者がサービスの計画、提供、評価に参加できるようにするためのシステムを整備している 3.4.2 組織は、参加プロセスから排除されるリスクがある人々を特定し、彼らの参加を促進している 3.4.3 組織は、効果的な参加を可能にするためのコミュニケーションおよび支援ニーズに対応している 3.4.4 組織の患者調査およびフィードバックシステムは、すべての人が利用できるようになっており、不利な立場にある利用者の意見がサービスの計画、提供、評価の改善に反映されるようにしている
基準4： 雇用における公正性	4.1 組織の採用方針およびプロセスは公正で公平である	4.1.1 組織は、採用および昇進が公正で公平であり、職員の多様性を促進するための明確な方針およびプロセスを有している 4.1.2 組織は、従業員に関する情報を収集し、組織全体の多様性を向上させるための進捗を測定できるようにしている
	4.2 組織は、すべての職員が公正性を促進するための知識、スキル、態度を習得できるようにしている	4.2.1 組織は、すべての職員が公正性を促進するための知識、スキル、態度を習得できるよう学習の機会を提供している 4.2.2 組織は、他の教育・研修活動にも公正性を組み込んでいる 4.2.3 組織は、多様性に関する問題を含め、すべての職員が職場で心理的安全性、尊厳、敬意を持って働けるようにしている 4.2.4 組織は、公正性と多様性に関する意識を高めることで、多様性を尊重し前向きな職場文化を促進している
	4.3 組織は、十分に代表されていないグループの職員が職場で意見を表明できるようにしている	4.3.1 組織の職員参画の仕組みは公正であり、多様な職員が確実に含まれている
	4.4 職場では、あらゆる背景を持つ職員に対して支援が提供されている	4.4.1 組織は、障害や健康上の問題を抱えている職員、または介護者としての家庭の責任を持つ職員に対し、必要な職場環境の調整を提供している 4.4.2 組織は、虐待、ハラスメント、人種差別、その他の差別の被害を受けた職員に対して、助言、指導、および支援を提供している

基準 5：公正性の促進	5.1 組織は、外部のパートナーシップを通じて公正性を推進し、研究や政策イニシアチブに積極的に参加している	5.1.1 組織は、研究成果やエビデンスに基づく戦略の活用をネットワーク全体に促進し、医療の不平等を減少させている 5.1.2 組織は、外部のパートナーシップを通じた情報共有や提言活動を通じて、公正性の推進を図り、政策に影響を与えている 5.1.3 組織は、地域社会および草の根団体との関係を見直し、不利な立場にある人々を支援する団体との協力関係を発展させている
	5.2 組織は、すべてのパートナーシップおよび契約に公正性が反映されるようにしている	5.2.1 組織は、新たなパートナーシップ契約およびサービス契約の締結において、公正性を考慮している

表２　CLAS Standards（2013 年改訂版）

区分	基準番号	内容
中核基準（Principal Standard）	1	文化的健康観、言語、健康リテラシーその他のコミュニケーションニーズに対応した、効果的で理解しやすく、尊重ある質の高い医療およびサービスを提供する。
ガバナンス・リーダーシップ・人材（Governance, Leadership and Workforce）	2	CLAS を推進し、維持するための組織方針やリーダーシップを確立する。
	3	組織の利用者層に対応できる多様な人材を確保・育成し、支援する。
	4	CLAS の目標と方針について、組織全体に周知し継続的に実践する。
コミュニケーションおよび言語支援（Communication and Language Assistance）	5	英語能力が限定的な者等に対し、無償で適切な言語支援サービスを提供する。
	6	言語支援サービスを利用できることを、利用者に周知する。
	7	通訳者や翻訳者等の能力を確保し、家族や友人等による通訳への依存を最小限とする。
	8	理解しやすい多言語資料や案内表示を整備する。
参画・継続的改善・説明責任（Engagement, Continuous Improvement and Accountability）	9	CLAS に関する目標、方針および管理体制を整備し、組織全体へ浸透させる。
	10	CLAS に関する取組状況を継続的に評価・改善する。
	11	人種、民族、使用言語等に関する人口統計データを収集・分析する。
	12	地域住民の文化的・言語的ニーズを把握し、その結果をサービス改善へ活用する。
	13	地域社会や患者団体等と連携しながら CLAS を推進する。
	14	苦情や意見収集の仕組みを整備し、文化的・言語的対応に関する改善へ活用する。
	15	CLAS に関する取組状況や成果を、関係者へ公表する。

別添６　研究成果への刊行に関する一覧表

なし

別添７　　８年　３月　　31日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　慶應義塾大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　伊藤　公平

次の職員の（元号）　年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部・教授

（氏名・フリガナ）佐々木淳一・ササキ ジュンイチ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

８年　　３月　　31日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国際医療福祉大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　高木　邦格

次の職員の（元号）　年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医療経営管理分野・教授

（氏名・フリガナ）高橋　泰

４．倫理審査の状況

	該当性の有無 有　無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

８年　　３月　　31日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国立健康危機管理研究機構

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　國土　典宏

次の職員の（元号）　年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）国際診療部・部長

（氏名・フリガナ）日野原千速・ヒノハラチハヤ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 ■　無 □（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

８年　　３月　　31日

厚生労働大臣
（国立医薬品食品衛生研究所長）　殿
（国立保健医療科学院長）

機関名　国際医療福祉大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　高木　邦格

次の職員の（元号）　年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　地域医療基盤開発推進研究事業

２．研究課題名　外国人患者受入れのための効率的かつ持続可能な体制整備に向けた研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医療通訳・国際医療マネジメント分野・准教授

（氏名・フリガナ）岡村世里奈・オカムラセリナ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。