

(案)

締め切り ○月○日

返送先 ○○県 ○○課 ○○

ファックス番号 x x x - x x x - x x x x

医師の働き方改革についての実態調査票

医療機関種別(いずれかに○)		病院		有床診療所	
医療機関名					
保険医療機関コード(10桁)					
ご担当者	部署				
	氏名				
	電話番号		e-mail		

問1 予定する夜間の院内の医師の勤務体制【いずれかに○】

- | | |
|---|-------------|
| 1. 宿直のみ | 2. 夜勤と宿直の併用 |
| 3. 夜勤のみ | 4. 不明・未定 |
| 5. 夜間の宿直・夜勤の体制がない(有床診療所、医師が敷地内に居住、等の場合) | |

問2 宿日直許可の取得・申請状況【いずれかに○】

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 取得済み | 2. 申請し、結果待ち |
| 3. 申請の準備中 | 4. 申請予定だが、準備には未着手 |
| 5. 申請したが、許可は得られなかった | 6. 取得の必要がないため、取得意向なし |
| 7. 取得したいが、業務の性質から困難 | 8. 宿日直許可が必要かわからない |

問3 取得予定水準【いずれかに○、回答が2の場合は申請状況と診療科についても回答】

- | | | | | | | |
|----------------|-----|-----|------|-------|---|-------|
| 1. A水準 | | | | | | |
| 2. 連携B・B・C水準 → | | | | | | |
| ・連携B水準 | 取得済 | 申請済 | 申請予定 | _____ | 科 | ／予定なし |
| ・B水準 | 取得済 | 申請済 | 申請予定 | _____ | 科 | ／予定なし |
| ・C水準 | 取得済 | 申請済 | 申請予定 | _____ | 科 | ／予定なし |
| 3. 未定・不明 | | | | | | |

問4 医師の働き方改革の施行に伴う診療機能への影響【いずれかに○】

- | |
|---|
| 1. 診療体制の縮小等はない |
| 2. 診療体制の縮小等があるが、自院で質・量共に引き続き以前と同様の医療が提供可能 |
| 3. 診療体制の縮小等があるが、地域全体では診療体制を確保できる |
| 4. 診療体制の縮小等があり、地域全体でも診療体制の確保が難しい
(具体的な状況: _____) |
| 5. 診療体制の縮小等があるが、地域の診療体制への影響は不明 |
| 6. 不明・未定 |

(案)

問5 令和6年4月時点で、時間外労働が年1,860時間超となる医師の有無【いずれかに○】

1. 有

2. 無 → 【問6へ進む】

↓ 【1. の場合のみ問5-1にご回答ください】

問5-1 宿日直許可取得や医師の労働時間短縮の取組（タスク・シフト/シェア、勤務体制の見直し等）を行った上で、令和6年4月時点で時間外労働が年通算1,860時間超となる医師数（診療科毎に人数をご記入ください。）

診療科名	1860時間超の医師数
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人
	人

問6 大学・他医療機関から派遣されている医師の、働き方改革に関連した引き揚げの予定

【いずれかに○】

1. 医師派遣は受けていない

2. 引き揚げの見通しはない

3. 派遣元が引き揚げを予定している → 【3. の場合は問6-1にもご回答ください】

4. 今のところ分からない

問6-1 医師の引き揚げが予定されている診療科名と、引き揚げ予定の常勤医師数、非常勤医師の引き揚げ予定有無、それぞれの派遣元医療機関名

※1 常勤医師とは労働契約上、1週間の勤務時間が32時間以上である医師

診療科名	常勤医師の 引き揚げ人数	派遣元医療機関名	非常勤医師の 引き揚げ有無	派遣元医療機関名
	人		有・無	
	人		有・無	
	人		有・無	
	人		有・無	
	人		有・無	
	人		有・無	

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。