

地域医療勤務環境改善体制整備事業（通常分）実施意向調査

1. 医療機関名

所在地	
医療機関名	
担当者職・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

2. 補助金の活用希望

通常分

3. 医療機関の基本情報

②最大使用病床数（一般病床）		床（前年度の施設全体の実績）（※1,2）
③36協定により延長することができる1年間の最長時間（医師分）		時間（回答時点）
④時間外・休日労働時間の最長時間（医師分）		時間（前年度の実績）
④現年度の時間外・休日労働時間の最長時間（医師分）※④が720未満の場合		時間（回答時点の実績）
⑤医師労働時間短縮計画の策定（見込）時期	令和	年 <input type="text"/> 月
⑥B、連携B水準の指定（C水準の指定のみの場合は「なし」としてください）	あり なし 申請予定	いずれかに○
⑦面接指導養成講習修了者数		名（回答時点）
⑧特定対象医師数（C水準の医師を含む）		名（回答時点）
⑨「大学病院改革プラン」を策定した大学病院本院		※3
⑩救急車の受入件数		件（前年度の実績）（※1）
⑪休日又は夜間・時間外に受診し、診察後直ちに入院となった患者延べ数		件（前年度の実績）（※1）

（※1）今年度の病床機能報告で回答予定の実績（現時点で把握しているもの）を入力してください。

（※2）療養・結核・精神・感染症病床は除くこと。ただし、「精神科救急」を根拠とする対象医療機関の場合は、精神病床の最大使用病床数を記載してください。

（※3）大学病院本院以外の病院は、入力不要です。※○,×で回答

4. 補助対象事業の概要・所要額※「経費の種類」は該当する種類に○

整理番号	経費の種類	支出内容（医師の労働時間短縮につながる事が分かるように記載してください）	所要額（円）
1	人件費 資産形成費 その他		
2	人件費 資産形成費 その他		
3	人件費 資産形成費 その他		
4	人件費 資産形成費 その他		
5	人件費 資産形成費 その他		
6	人件費 資産形成費 その他		
7	人件費 資産形成費 その他		
合計			

※人件費については、雇用した初年度が対象（継続雇用者の人件費は含めないでください）

※医師事務作業補助者及び看護補助者については、診療報酬の加算対象とならない範囲のみが対象

※資産形成費は交付決定以降に契約をするものが対象（その他は交付決定のあった年度の4月1日以降に発生した経費が対象）

※ICT関連経費については、導入費用のみが対象（保守管理等の運用経費など、ランニングコストは対象外）