**意　向　調　査　票**

**基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関コード |  |
| 所在地 |  |
| 代表者（管理者）名 |  |
| 担当者役職 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※医療機関コードは、レセプト請求で使用する10桁の番号（「都道府県番号（２桁）」＋「点数区分番号（１桁）（医科：“１”）」＋「医療機関番号（７桁）」）。「医療機関番号（７桁）は地方厚生局ホームページでご確認が可能です。

**１．交付要件について**

（１）当該事業に係る最大使用病床数（数字だけ記入）

　　　医療法上の病床種別（病床機能報告により都道府県へ報告している最大使用病床数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一般病床 | その他（※） | 合計 |
|  |  |  |

※精神科救急を根拠とする場合は同報告と同時点の精神病床の最大使用病床数とする。

（２）前年度の時間外・休日労働時間の実績（数字だけ記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年720時間超～  960時間以下の医師数（※） | 年960時間超の医師数（※） | 合計 |
|  |  |  |

※時間外・休日労働時間の実績は、自院以外の副業・兼業先の労働時間も通算した時間とする。

**２．対象事業について**

　以下項目については、該当する項目のみ記入する。

（１）救急用の自動車等による搬送実績

|  |  |
| --- | --- |
| 実績期間（年度のみ） | 救急用の自動車等による搬送実績（件）※ |
|  |  |

※実績期間は病床機能報告により報告している４月～３月までの１年間における実績とする。

（２）その他診療実績（役割）

　　　（１）において、救急用の自動車等による搬送実績が1,000件未満の場合は下表のいずれに該当するか○の上、実績について記入すること。

　　①　夜間・休日・時間外入院期間について

|  |  |
| --- | --- |
| 夜間・休日・時間外入院期間（年度のみ） | 夜間・休日・時間外入院件数※ |
|  |  |

※実績期間は病床機能報告により報告している４月～３月までの１年間における実績とする。

②　離島、へき地等で同一医療圏にほかに救急対応可能な医療機関が存在しないなどについて

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する場合○ | 「○」の場合、実績記入（自由記載） |
|  |  |

③　周産期医療、精神科救急等

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する場合○ | 「○」の場合、実績記入（自由記載） |
|  |  |

④　５疾病６事業で重要な医療を提供している医療機関（脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療等）

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する場合○ | 「○」の場合、実績記入（自由記載） |
|  |  |

⑤　在宅医療

|  |  |
| --- | --- |
| 該当する場合○ | 「○」の場合、実績記入（自由記載） |
|  |  |

**３．取組内容に要する経費について**

　下表①～⑤の内訳について（最も合致する経費を一つ選択し下表に入力すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 取組内容 | 例 |
| ① | タスク・シフト／シェア | 職種にかかわりなく特にするもの。職種毎に推進するもの。 |
| ② | 医師の業務見直し | 外来業務の見直し。宿日直の体制や分担の見直し。オンコール体制の見直し。主治医の見直し。 |
| ③ | その他の勤務環境改善 | ICTその他の設備投資。出産・子育て・介護など、仕事と家庭の両立支援。更なるチーム医療の推進。 |
| ④ | 副業・兼業を行う医師の労働時間の管理 | 副業・兼業先の労働時間も踏まえた勤務シフトの管理。副業・兼業先との勤務シフトの調整。副業・兼業先への医師労働時間短縮の協力要請。 |
| ⑤ | C-1水準を適用する臨床研修医及び専攻医の研修の効率化 | 教育カンファレンスや回診の効率化。効率的な学習教材・機材の提供による学習環境の充実。日々の医師に応じた研修目標の設定とこれに沿った研修計画の作成。 |

（単位：千円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経費 | 支出内容  （事業内容及び経費の支出内容について具体的に記載してください） | 区分  (最も合致する経費を①～⑤から選択) | 資産形成  有無 | 所要見込額 | 補助対象額 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 合計 |  |  |  |

　 ※「３．取組内容に要する経費について」は、上表の内容が全て記載されていれば別紙（任意様式）で回答していただいても構いません。