

医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査

提出先：<https://jmar.post-survey.com/2022iryo>

問合せ先：marketing@jmar.co.jp

貴院の所在都道府県

貴院名

連絡先 電話

メール

問1 副業・兼業先も含めた医師の労働時間を把握していますか。(この調査のために個々の医師に問い合わせるのではなく、回答時点で把握できているかどうかをご回答ください。)

1. 副業・兼業先も含めて概ね把握している
2. 副業・兼業先も含めて半数以上の医師について把握している
3. 自院での労働時間に限れば概ね把握している
4. 自院での労働時間に限れば半数以上の医師について把握している
5. 半数未満の医師についてしか把握していない
6. 副業・兼業を行う医師がない

ご回答 ←数字を記入してください

問2 2024年4月以降、貴院で年間の休日・時間外労働時間(兼業・副業先を含む。)が960時間を超える医師がいることが見込まれますか。

1. いる見込み
2. いない見込み
3. わからない

ご回答 ←数字を記入してください

問2で2又は3を選択した場合はこれ以降の回答は不要です。

問3 2024年4月以降、貴院で年間の休日・時間外労働時間(兼業・副業先を含む。)が1,860時間を超える医師がいることが見込まれますか。

1. いる見込み
2. いない見込み
3. わからない

ご回答 ←数字を記入してください

(問3で1と回答した場合)

問4 年間時間外・休日労働時間が1,860時間を超える医師（直近3か月の時間外・休日労働時間数が年換算をした場合に1,860時間を超えるなど、同等の条件を満たす場合でも可）について、診療科等の情報をご回答ください。

回答を入力する ←クリックして回答を入力してください

問5 宿日直許可を申請しましたか。申請した場合、許可が得られましたか。

1. 申請し、許可を取得した
2. 申請したが、許可が得られなかった(令和元年7月1日以前に申請)
3. 申請したが、許可が得られなかった(令和元年7月1日以後に申請)
4. 申請していないが、申請する予定
5. 申請しておらず、申請する予定もない

ご回答 ←数字を記入してください

問6 2024年4月以降、勤務医の年間の時間外・休日労働時間の上限が原則960時間となり、地域医療提供体制の確保等の理由からこれを上回る時間外・休日労働を勤務医に行わせることが必要な場合は、その理由に応じ、都道府県知事から「特例水準対象医療機関」としての指定（いわゆる連携B・B・C水準の指定）を医療機関単位で取得することが必要となります。このことについてご存じですか。

1. 知っている
2. 知らない

ご回答 ←数字を記入してください

問7 貴院では、問6の特例水準対象医療機関の指定を受ける意向がありますか。

1. ある
2. ない
3. 未定・わからない
4. 新型コロナウイルス感染症対応のため検討できていない

ご回答 ←数字を記入してください

(問7で1と回答した場合)

問8 問6の特例水準対象医療機関の指定を取得する場合、要件として、医療機関内の勤務医の労働時間を短縮していくための計画案を作成していただくこととなっています。この医師労働時間短縮計画案の作成要件についてご存じですか。ご存じの場合、いつまでに作成する予定ですか。

1. 知らない

2. 令和4年3月まで
3. 令和4年9月まで
4. 令和5年3月まで
5. 令和5年9月まで
6. それ以降
7. 未定・わからない
8. 新型コロナウイルス感染症対応のため検討できていない

ご回答 ←数字を記入してください

(問7で1と回答した場合)

問9 問6の特例水準対象医療機関の指定の申請はいつまでに行う予定ですか。

1. 受付開始後直ちに
2. 令和4年9月まで
3. 令和5年3月まで
4. 令和5年9月まで
5. それ以降
6. 未定・わからない
7. 新型コロナウイルス感染症対応のため検討できていない

ご回答 ←数字を記入してください

大学病院、地域医療支援病院以外の病院はこれ以降の回答は不要です

←回答を終了する（大学病院、地域医療支援病院ではない）

問10 貴院では、医師派遣を行っていますか。

1. 行っている
2. 行っていない

ご回答 ←数字を記入してください

2と回答した場合はこれ以降の回答は不要です

問11 常勤派遣・非常勤派遣をそれぞれ何人、実施していますか。また、そのうち今後、2024年4月からの法施行に際し（それ以前の時期を含む。以下同じ。）、医師派遣を中止・削減する予定があるのは何人ですか。

常勤派遣	<input type="text"/>	人	※数値を入力してください
うち、派遣を中止・削減する人数	<input type="text"/>	人	

うち、非常勤とする人数		人
非常勤派遣		人
うち、派遣を中止・削減する人数		人

※常勤派遣の中止・削減とは、派遣人数を減少させることを指します。また、非常勤派遣の中止・削減とは、派遣人数や派遣日数を減少させることを指します。

※同一の非常勤医師を複数の医療機関に派遣している場合は1人と数えてください。また、週・月当たりの派遣日数については考慮せず、1人と数えてください。

問12 どの都道府県の医療機関に医師派遣を行っていますか。（複数選択）

北海道	<input type="checkbox"/> 北海道					
東北	<input type="checkbox"/> 青森県	<input type="checkbox"/> 岩手県	<input type="checkbox"/> 宮城県	<input type="checkbox"/> 秋田県	<input type="checkbox"/> 山形県	<input type="checkbox"/> 福島県
関東・信越	<input type="checkbox"/> 茨城県	<input type="checkbox"/> 栃木県	<input type="checkbox"/> 群馬県	<input type="checkbox"/> 埼玉県	<input type="checkbox"/> 千葉県	<input type="checkbox"/> 東京都
	<input type="checkbox"/> 神奈川県	<input type="checkbox"/> 新潟県	<input type="checkbox"/> 山梨県	<input type="checkbox"/> 長野県		
東海・北陸	<input type="checkbox"/> 富山県	<input type="checkbox"/> 石川県	<input type="checkbox"/> 岐阜県	<input type="checkbox"/> 静岡県	<input type="checkbox"/> 愛知県	<input type="checkbox"/> 三重県
近畿	<input type="checkbox"/> 福井県	<input type="checkbox"/> 滋賀県	<input type="checkbox"/> 京都府	<input type="checkbox"/> 大阪府	<input type="checkbox"/> 兵庫県	<input type="checkbox"/> 奈良県
	<input type="checkbox"/> 和歌山県					
中国・四国	<input type="checkbox"/> 鳥取県	<input type="checkbox"/> 島根県	<input type="checkbox"/> 岡山県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 山口県	<input type="checkbox"/> 徳島県
	<input type="checkbox"/> 香川県	<input type="checkbox"/> 愛媛県	<input type="checkbox"/> 高知県			
九州・沖縄	<input type="checkbox"/> 福岡県	<input type="checkbox"/> 佐賀県	<input type="checkbox"/> 長崎県	<input type="checkbox"/> 熊本県	<input type="checkbox"/> 大分県	<input type="checkbox"/> 宮崎県
	<input type="checkbox"/> 鹿児島県	<input type="checkbox"/> 沖縄県				

問13 2024年4月からの法施行に際し、医師派遣の中止・削減を行う可能性がある診療科はどこですか。また、

問14 ・診療科ごとの医師派遣の中止・削減を行う可能性がある理由は何ですか。

問15 ・診療科ごとの医師派遣の中止・削減先の医療機関の決定に当たっては何を重視しますか。

問13 医師派遣の中止・削減を行う可能性がある診療科がある場合、以下(1)～(5)に具体的に記入してください。その上で、各診療科について問14、問15にそれぞれご回答ください。

そういった診療科がない場合や把握できていない場合は該当する肢を選択してください。

医師派遣の中止・削減を行う可能性がある診療科はない

把握できていない

該当する診療科がある場合には以下に記入してください

(1) 診療科名 ←具体的な診療科名を記入してください

問14 理由(複数選択)

派遣先の事情で派遣が不要となった

医師の働き方改革への対応

派遣先の症例の不足

医局員の減少

- 医局員の希望
- その他☒詳細を記載→

問15 重視する事項(複数選択)

- 宿日直許可の取得の有無
- 派遣先との関係性
- 地域の医療需要
- 医師個人の希望
- その他☒詳細を記載→

(2) 診療科名

問14 理由(複数選択)

- 派遣先の事情で派遣が不要となった
- 医師の働き方改革への対応
- 派遣先の症例の不足
- 医局員の減少
- 医局員の希望
- その他☒詳細を記載→

問15 重視する事項(複数選択)

- 宿日直許可の取得の有無
- 派遣先との関係性
- 地域の医療需要
- 医師個人の希望
- その他☒詳細を記載→

(3) 診療科名

問14 理由(複数選択)

- 派遣先の事情で派遣が不要となった
- 医師の働き方改革への対応
- 派遣先の症例の不足
- 医局員の減少
- 医局員の希望
- その他☒詳細を記載→

問15 重視する事項(複数選択)

- 宿日直許可の取得の有無
- 派遣先との関係性
- 地域の医療需要
- 医師個人の希望
- その他☒詳細を記載→

(4) 診療科名

問14 理由(複数選択)

- 派遣先の事情で派遣が不要となった
- 医師の働き方改革への対応
- 派遣先の症例の不足
- 医局員の減少
- 医局員の希望
- その他☒詳細を記載→

問15 重視する事項(複数選択)

- 宿日直許可の取得の有無
- 派遣先との関係性
- 地域の医療需要
- 医師個人の希望
- その他☒詳細を記載→

(5) 診療科名

問14 理由(複数選択)

- 派遣先の事情で派遣が不要となった
- 医師の働き方改革への対応
- 派遣先の症例の不足
- 医局員の減少
- 医局員の希望
- その他☒詳細を記載→

問15 重視する事項(複数選択)

- 宿日直許可の取得の有無
- 派遣先との関係性
- 地域の医療需要
- 医師個人の希望

その他 詳細を記載→

問16 医師の働き方改革について、国への要望があれば記載してください。

自由記載