

## 医師少数スポット等の見直しに伴う影響調査票

病院名	
回答者氏名	
連絡先電話番号	
メールアドレス	

問1 貴院の状況について回答してください。

(1) 貴院は弘前市又は青森市の医療機関ですか。

- ① 弘前市又は青森市の医療機関ではない → 問2にお進みください。  
 ② 弘前市又は青森市の医療機関である

回答欄

(2) 医師少数スポットの見直しに伴い、弘前市及び青森市の医療機関が医師の確保を特に図るべき地域の医療機関ではなくなりますが、これに伴い、地域枠医師が貴院で勤務しにくくなるなど、何らかの支障が生じる懸念がありますか。

- ① 懸念はない  
 ② 懸念がある

回答欄

問2 貴院の専門研修プログラムの連携先の医療機関について回答してください。

(1) 貴院の専門研修プログラムの連携先の医療機関に弘前市又は青森市の医療機関は含まれていますか。

- ① 弘前市又は青森市の医療機関は含まれていない → 質問は以上です。  
 ② 弘前市又は青森市の医療機関が含まれている

回答欄

(2) 別葉の「専攻医の勤務形態調査票」に所定の事項を記入のうえ御回答ください。  
 貴院の専門研修プログラムの連携先医療機関のうち、弘前市又は青森市の医療機関について、医師少数スポットの見直しに伴う影響や支障が生ずる懸念はありますか。

- ① 懸念はない。 → 質問は以上です。  
 ② 懸念がある。

回答欄

問3 問1(2)及び問2(2)で回答した懸念の具体的な内容や、その他の御意見などがありましたら以下の自由記載欄に御記入下さい(任意記入)。

【自由記載欄: 懸念される支障や御意見など】

回答選択肢

●	常勤(非常勤)として専攻医を派遣している、又は派遣する予定がある。
(空欄)	常勤(非常勤)として専攻医を派遣していない(今後も派遣しない)。

病院名	0
回答者氏名	0
連絡先電話番号	0
メールアドレス	0

専攻医派遣先(連携先)医療機関名		0全体			〇〇科		〇〇科		〇〇科		〇〇科		〇〇科		〇〇科		〇〇科	
		影響の有無	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
青森市	県立中央病院	影響なし																
	青森市民病院	影響なし																
	国立青森病院	影響なし																
	あおり協立病院	影響なし																
	つくしが丘病院	影響なし																
	精神保健福祉センター	影響なし																
	芙蓉会病院	影響なし																
	青森厚生病院	影響なし																
	新都市病院	影響なし																
	あすなろ療育福祉センター	影響なし																
	鷹揚郷青森病院	影響なし																
	生協さくら病院	影響なし																
	中部クリニック	影響なし																
	小計			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
弘前市	国立弘前総合医療センター	影響なし																
	健生病院	影響なし																
	弘前中央病院	影響なし																
	弘前脳卒中・リハビリテーションセンター	影響なし																
	愛成会病院	影響なし																
	聖康会病院	影響なし																
	藤代健生病院	影響なし																
	弘愛会病院	影響なし																
	弘前記念病院	影響なし																
	鷹揚郷弘前病院	影響なし																
	健生クリニック	影響なし																
小計			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- ※ 着色セルに所定の事項を記入又は選択入力してください。
- ※ 黄色着色セルには専攻医を派遣している先(連携先)の医療機関名が青森市・弘前市の別に記入されています。  
これは、青森県があらかじめ記入しているものであり、関係のない連携先については空欄で回答してください(欄の削除等を行わないでください)。  
なお、青森市・弘前市以外の医療機関については回答不要です。  
青森県があらかじめ記入した医療機関以外の連携先がある場合は医療機関名を追加し、青色着床セルに所定の事項を選択入力してください。  
万が一欄が不足する場合は非表示としている行を表示して回答してください。
- ※ 緑色着色セルには、貴院の専門研修プログラムを有する診療科名を記入してください。診療科が多く、記入欄が不足する場合は非表示としている列を表示して回答してください。
- ※ 青色着色セルには、本票上部の「回答選択肢」を参考に、該当するセルに「●」を選択入力してください。なお、該当しない欄は空欄としてください。  
貴院の中で一つの診療科でも「●」を入力した場合は、病院全体として常勤(非常勤)として派遣している、又は派遣する予定があるものとして、病院全体の欄(無色のセル)に「●」が表示されます。  
非常勤だけを派遣しているケースについては、基本的に貴院で勤務している扱いとなりますので、専攻医派遣先(連携先)医療機関が算入対象医療機関とならなくても影響が生じない場合に該当します。
- ※ なお、本票では機械的に「影響なし」との表示がされるようになっていますが、何らかの支障が懸念される場合は、入力済みの計算式を上書きの上、「影響あり」と朱書し、  
医師少数スポット等の見直しに伴う影響調査票(別紙2)問3の自由記載欄に具体的な内容を御記入下さい。また、これ以外にも何らかの御意見があれば同欄に御記入下さい。

専攻医の勤務形態調査票(常勤・非常勤)【記載例】

(別紙2付票)

回答選択肢

●	常勤(非常勤)として専攻医を派遣している、又は派遣する予定がある。
(空欄)	常勤(非常勤)として専攻医を派遣していない(今後も派遣しない)。

病院名	▲▲病院
回答者氏名	青森太郎
連絡先電話番号	017-734-9288
メールアドレス	<a href="mailto:toshinobu.ichinohe@pref.aomori.lg.jp">toshinobu.ichinohe@pref.aomori.lg.jp</a>

専攻医派遣先(連携先)医療機関名		▲▲病院全体			○○科		○○科		○○科		○○科		○○科		○○科		○○科		○○科	
		影響の有無	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
青森市	青森県○○病院		●	●		●			●		●									
	青森市○○病院		●	●	●		●	●	●		●									
	▲▲病院		●	●			●		●		●		●	●						
	○○保養園	影響なし		●						●						●				
	■●病院	影響なし		●							●					●				
	公益財団法人▲▲病院		●	●				●					●	●						
	◆◆会病院	影響なし		●												●				
	医療法人青森▲▲病院		●	●					●		●						●			
	医療法人▲▲会病院	影響なし		●															●	
	～病院	影響なし		●				●												
	○○病院		●				●													
	あおもり◆◆病院	影響なし		●							●									
	浪岡▲▲病院	影響なし		●									●							
	あおもり○○クリニック	影響なし		●											●					
	▲▲クリニック	影響なし																		
小計			6	13	1	1	3	3	3	2	4	2	1	3	0	4	0	1	0	1
弘前市	弘前A病院		●	●		●			●		●									
	ひろさきBセンター		●																	
	C病院		●	●		●			●				●	●						
	D病院		●	●									●							
	弘前E病院		●	●		●				●					●	●				
	津軽F病院	影響なし		●							●					●				
	G病院		●	●			●		●					●						
	医療法人H病院		●	●			●		●						●					
	ひろさきI医療センター	影響なし		●						●							●			
	J病院	影響なし		●																●
	Kクリニック	影響なし		●						●										
小計			7	10	0	1	3	1	4	2	2	2	2	3	1	3	0	1	0	1
合計			13	23	1	2	6	4	7	4	6	4	3	6	1	7	0	2	0	2

- ※ 着色セルに所定の事項を記入又は選択入力してください。
- ※ 黄色着色セルには専攻医を派遣している先(連携先)の医療機関名が青森市・弘前市の別に記入されています。  
これは、青森県があらかじめ記入しているものであり、関係のない連携先については空欄で回答してください(欄の削除等を行わないでください)。  
なお、青森市・弘前市以外の医療機関については回答不要です。  
青森県があらかじめ記入した医療機関以外の連携先がある場合は医療機関名を追加し、青色着床セルに所定の事項を選択入力してください。  
万が一欄が不足する場合は非表示としている行を表示して回答してください。
- ※ 緑色着色セルには、貴院の専門研修プログラムを有する診療科名を記入してください。診療科が多く、記入欄が不足する場合は非表示としている列を表示して回答してください。
- ※ 青色着色セルには、本票上部の「回答選択肢」を参考に、該当するセルに「●」を選択入力してください。なお、該当しない欄は空欄としてください。  
貴院の中で一つの診療科でも「●」を入力した場合は、病院全体として常勤(非常勤)として派遣している、又は派遣する予定があるものとして、病院全体の欄(無色のセル)に「●」が表示されます。  
非常勤だけを派遣しているケースについては、基本的に貴院で勤務している扱いとなりますので、専攻医派遣先(連携先)医療機関が算入対象医療機関とならなくても影響が生じない場合に該当します。
- ※ なお、本票では機械的に「影響なし」との表示がされるようになっていますが、何らかの支障が懸念される場合は、入力済みの計算式を上書きの上、「影響あり」と朱書し、  
医師少数スポット等の見直しに伴う影響調査票(別紙2)問3の自由記載欄に具体的な内容を御記入下さい。また、これ以外にも何らかの御意見があれば同欄に御記入下さい。

【参考】専攻医の勤務形態調査票(常勤・非常勤)のとりまとめ結果と算入対象医療機関指定のイメージ

専攻医派遣先(連携先)医療機関名		県全体			▲▲病院全体			〇〇病院全体			◆◆病院全体			…		
		影響の有無	常勤	非常勤	影響の有無	常勤	非常勤	影響の有無	常勤	非常勤	影響の有無	常勤	非常勤	影響の有無	常勤	非常勤
青森市	青森県〇〇病院		●	●		●	●	影響なし				●	●		●	●
	青森市〇〇病院		●	●	影響なし				●	●		●	●		●	●
	▲▲病院		●	●	影響なし				●	●		●	●		●	●
	〇〇保養園	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●
	■●病院		●	●	影響なし	●	●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●
	公益財団法人▲▲病院		●	●		●	●		●	●		●	●		●	●
	◆◆会病院		●	●	影響なし		●	影響なし		●		●	●	影響なし		●
	医療法人青森▲▲病院		●	●		●	●		●	●		●	●		●	●
	医療法人▲▲会病院		●	●	影響なし		●		●	●	影響なし		●	影響なし		●
	～病院		●	●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●		●	●
	〇〇病院		●			●			●			●			●	
	あおり◆◆病院		●	●	影響なし		●	影響なし		●		●	●	影響なし		●
	浪岡▲▲病院		●	●	影響なし		●		●	●	影響なし		●	影響なし		●
	あおり〇〇クリニック		●	●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●		●	●
	▲▲クリニック	影響なし		●	影響なし			影響なし			影響なし		●	影響なし		
小計			6	13		6	13		6	13		6	13		6	13
弘前市	弘前A病院		●	●		●	●	影響なし				●	●		●	●
	ひろさきBセンター		●	●		●	●	影響なし				●	●		●	●
	C病院		●	●	影響なし					●	影響なし		●		●	●
	D病院		●	●	影響なし					●		●	●	影響なし		
	弘前E病院		●	●		●	●		●	●		●	●	影響なし		
	津軽F病院	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●
	G病院		●	●		●	●		●	●		●	●	影響なし		
	医療法人H病院		●	●		●	●		●	●		●	●		●	●
	ひろさきI医療センター		●	●	影響なし		●		●	●	影響なし		●	影響なし		●
	J病院		●	●	影響なし		●		●	●	影響なし		●	影響なし		●
	Kクリニック		●	●	影響なし		●	影響なし		●	影響なし		●		●	●
小計			8	11		8	11		8	11		8	11		8	11
合計			14	24		14	24		14	24		14	24		14	24

※ 調査結果をとりまとめ、全ての照会先(専門研修プログラムの基幹施設となる医療機関)から「影響なし」と回答があった連携先については、算入対象医療施設とならない場合であっても、派遣元医療機関で勤務している扱いとなることから支障は生じない。このため、算入対象医療施設とすることを見合わせる。

※ とりまとめ結果が仮に本資料のとおりとなった場合、水色着色セルの医療機関を算定対象医療機関とし、黄色着色セルの医療機関(〇〇保養園、▲▲クリニック、津軽F病院)は算入対象医療施設とすることを見合わせる。