



2－3：派遣受入を決定するときに重視することは何ですか。（複数選択可）

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 関連病院からの派遣であること      |
| <input type="checkbox"/> | 派遣される医師の希望          |
| <input type="checkbox"/> | 派遣される医師のキャリアパスに繋がるか |
| <input type="checkbox"/> | 派遣元病院の給与負担の有無       |
| <input type="checkbox"/> | 派遣元病院の給与支給額         |
| <input type="checkbox"/> | その他（具体的に御記入ください。）   |
|                          |                     |

2－4：派遣受入にあたり、派遣元病院に確認することとしている項目を教えてください。（複数選択可）

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 派遣される医師の経歴        |
| <input type="checkbox"/> | 派遣される医師の人物像       |
| <input type="checkbox"/> | 派遣元病院における医師派遣の実績  |
| <input type="checkbox"/> | 派遣元病院の給与負担の有無     |
| <input type="checkbox"/> | 派遣元病院の給与支給額       |
| <input type="checkbox"/> | その他（具体的に御記入ください。） |
|                          |                   |

2－5：派遣受入は足りていますか。（複数選択可）

(回答)

⇒回答が「足りていない」の場合は、【設問2－5－1】へ

2－5－1：2－5で「足りていない」と回答した場合、不足している診療科を御記入ください。

| 診療科 | 不足している理由 |
|-----|----------|
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |
|     |          |

2－6：この度、特定機能病院の承認要件が見直され、「地域への一定の人的協力を行うこと」が追加されました（別添通知）。国は、「「地域への一定の人的協力を行うこと」にあたっては、都道府県と連携することが望ましい。」「医師少数区域に対して優先的に人的協力を行うこと」等としています。都においても、特定機能病院と連携（パートナーシップ協定の締結等）した医師少数区域への医師の派遣を検討したいと考えております。都と特定機能病院が連携した、医師の派遣について御意見があればお願いします。

2－7：国の医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージでは、都道府県において、外来医師過多区域における新規開業希望者に対して、医師不足地域での医療の提供（土日の代替医師としての従事等）を要請することができるとされています。外来医師過多区域から診療所の医師の派遣されることについて、ご意見があれば教えてください。

2－8：これまで、診療所の医師の派遣を受け入れたことがありますか？

(回答)

2－9：医師の派遣受入れのため、医師確保に係る情報発信に取り組んでいることは何ですか。

2－10：医師の採用方法を教えてください。（複数回答可）

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | 所属医局の紹介          |
| <input type="checkbox"/> | 各医療機関の募集広告       |
| <input type="checkbox"/> | 有料職業紹介           |
| <input type="checkbox"/> | 無料職業紹介           |
| <input type="checkbox"/> | 日本医師会ドクターバンク     |
| <input type="checkbox"/> | その他(具体的に御記入ください) |
|                          |                  |

2－11：医師確保に向けて、どのような支援を求めますか。

2－12：多摩地域で勤務する場合の魅力は何ですか。（複数選択可）

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 様々な経験ができる |
| <input type="checkbox"/> | 宿直環境が良好   |
| <input type="checkbox"/> | 研究に集中できる  |
| <input type="checkbox"/> | その他       |
|                          |           |

2－13：貴院で勤務する魅力は何ですか。（複数選択可）

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 福利厚生が充実している         |
| <input type="checkbox"/> | 施設の改築・修繕等をこまめに行っている |
| <input type="checkbox"/> | 宿直環境が良好             |
| <input type="checkbox"/> | 最新の医療機器を導入している      |
| <input type="checkbox"/> | その他                 |
|                          |                     |

【3】貴院の医師派遣受入状況についてお聞きます。※派遣元病院としてお答えください。実績がない場合は空白で結構です。

3－1：の貴院の医師派遣の実績を教えてください。なお、別途一覧等の資料をお持ちであれば、それにより回答いただいても結構です。もし、把握していない場合や回答できない場合はその理由を教えてください。

※記入方法

- 次のア～オを満たす派遣についてカウントして御記入ください。
  - ア 常勤/非常勤の雇用形態によらず、半年以上継続して派遣された医師であること。  
（派遣期間が半年未満の医師であっても、実態として半年以上の継続的な医師の派遣を行っていると思われる場合には算入可能。）
  - イ 病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと。
  - ウ 大学病院本院から別の大学病院本院に派遣されている医師が、さらに別の医療機関に派遣される場合については、最初の派遣に限り算入する。
  - エ 同一法人が開設する医療機関（いわゆる「分院」、「サテライト診療所」等）は原則として派遣先として取扱わないものとする。
- 他道府県への派遣も含めてください。
- 「派遣する医師の平均的な在籍期間」、「平均的な期間」、「最長期間」、「最短期間」は月単位で御回答ください。分からない場合は空白で結構です。

時点月日時点

| 診療科             | 区市町村                                                            | 呼吸器内科 | 循環器内科 | 消化器内科 | 腎臓・内分泌・代謝内科 | 神経内科 | 血液内科 | リウマチ・膠原病内科 | 小児科 | 皮膚科 | 精神科 | 一般消化器外科 | 呼吸器外科 | 心臓血管外科 | 整形外科 | 産婦人科 | 眼科 | 耳鼻咽喉科 | 泌尿器科 | 脳神経外科 | 放射線科 | 麻酔科 | 病理 | 臨床検査 | 救急科 | 形成外科 | リハビリ科 | 総合診療科 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------------|------|------|------------|-----|-----|-----|---------|-------|--------|------|------|----|-------|------|-------|------|-----|----|------|-----|------|-------|-------|
| 派遣する医師の平均的な在籍期間 |                                                                 |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 平均的な期間          |                                                                 |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 最長期間            |                                                                 |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 最短期間            |                                                                 |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 区中央部            | 千代田区<br>中央区<br>港区<br>文京区<br>台東区                                 |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 区南部             | 品川区<br>大田区                                                      |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 区西南部            | 目黒区<br>世田谷区<br>渋谷区                                              |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 区西部             | 新宿区<br>中野区<br>杉並区                                               |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 区西北部            | 豊島区<br>北区<br>板橋区<br>練馬区                                         |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 区東北部            | 荒川区<br>足立区<br>葛飾区                                               |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 区東部             | 墨田区<br>江東区<br>江戸川区                                              |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 西多摩             | 青梅市<br>福生市<br>羽村市<br>あきる野市<br>瑞穂町<br>日の出町<br>檜原村<br>奥多摩町        |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 南多摩             | 八王子市<br>町田市<br>日野市<br>多摩市<br>稲城市                                |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 北多摩西部           | 立川市<br>昭島市<br>国分寺市<br>国立市<br>東大和市<br>武蔵村山市                      |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 北多摩南部           | 武蔵野市<br>三鷹市<br>府中市<br>調布市<br>小金井市<br>狛江市                        |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 北多摩北部           | 小平市<br>東村山市<br>清瀬市<br>東久留米市<br>西東京市                             |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 島しょ             | 大島町<br>利島村<br>新島村<br>神津島村<br>三宅村<br>御蔵島村<br>八丈町<br>青ヶ島村<br>小笠原村 |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
| 都外              | 関東                                                              |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |
|                 | 関東以外                                                            |       |       |       |             |      |      |            |     |     |     |         |       |        |      |      |    |       |      |       |      |     |    |      |     |      |       |       |

○理由等の記述欄

３－２：医師の派遣はどのように決定しているか教えてください。

３－３：派遣先を決定するときに重視することは何ですか。（複数選択可）

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 地域の医療ニーズ（地域偏在、診療科偏在の解消）  |
| <input type="checkbox"/> | 関連病院であること                |
| <input type="checkbox"/> | 派遣する医師の希望                |
| <input type="checkbox"/> | 派遣する医師のキャリアパス            |
| <input type="checkbox"/> | 派遣先病院の援助・サポート体制          |
| <input type="checkbox"/> | 派遣先病院の勤務環境（勤務時間、宿直室の状況等） |
| <input type="checkbox"/> | 派遣先病院の給与負担の有無            |
| <input type="checkbox"/> | 派遣先病院の給与支給額              |
| <input type="checkbox"/> | その他（具体的に御記入ください。）        |
|                          |                          |

３－４：派遣にあたり、派遣先病院に確認することとしている項目を教えてください。（複数選択可）

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 必要な派遣医師の人数                 |
| <input type="checkbox"/> | 派遣医師を必要とする時期               |
| <input type="checkbox"/> | 派遣医師の勤務形態（勤務日、勤務時間、宿直の予定等） |
| <input type="checkbox"/> | 派遣先病院の給与負担の有無              |
| <input type="checkbox"/> | 派遣先病院の給与支給額                |
| <input type="checkbox"/> | 派遣医師の居住場所                  |
| <input type="checkbox"/> | 派遣医師を求める理由                 |
| <input type="checkbox"/> | 派遣先病院における医師派遣の受け入れ状況       |
| <input type="checkbox"/> | その他（具体的に御記入ください。）          |
|                          |                            |

【4】医師派遣全般についてお答えください。

4－1：現行の派遣制度の課題と考えることは何ですか。

【5】働き方改革についてお聞きします。

5－1：医師のタスクシフトを進めるための課題と考えることは何ですか。

5－2：働き方改革に関して、どのような取組をしていますか。（複数回答可）

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 医師の時間外・休日労働時間上限設定     |
| <input type="checkbox"/> | 医師の業務の一部を看護師や事務職員等に移管 |
| <input type="checkbox"/> | 医師の業務の一部をシステム化        |
| <input type="checkbox"/> | その他（具体的に御記入ください）      |
|                          |                       |

質問は以上です。  
御協力ありがとうございました。