

「医師確保の支援に関する依頼書」の記載要領

令和 2 年 9 月

1 基本的事項

- (1) 様式は Word 形式、pdf 形式で本学ホームページ
(<http://www.fmu.ac.jp/cms/kikakug/index.html>) からダウンロードできますので御利用ください。
- (2) 様式の太枠の内側の項目について御記入をお願いいたします。
- (3) 常勤の要望については、1 名につき 1 枚提出してください。また、継続の医師については本学からの派遣年数（令和 2 年度末時点）を御記入ください。
- (4) 非常勤の要望については、支援要望枠毎に 1 枚提出してください。
- 例）同診療科において、毎週月曜日の 2 枠と毎週水曜日と第 2 土曜日の支援要望の場合
依頼書の提出は 4 枚となります。その際、勤務条件に曜日・時間等を明記してください。

2 依頼書の提出対象区分

依頼書の提出が必要なケースについては下表のとおりです。

※ ○印・・・「依頼書」の提出を要する。

※ ×印・・・「依頼書」の提出を要しない。

	新規の要望・増員要望	継続・現状維持		
		医師が異動する場合	医師が異動しない場合	不特定の医師が交替で対応する場合
常勤医師 (常勤雇用の医師)	○	○	○ (再確認のため)	
非常勤医師	○	○	○ (再確認のため)	○ (再確認のため)
後期研修医 (専攻医)	○			
卒後臨床研修 (初期研修)	×			
緊急手術・ スポット派遣	×			

- (1) 常勤医師については、医師の異動の有無に関わらず依頼書の提出をお願いいたします。
- (2) 緊急手術のように、スポット的・臨時的な依頼については対象外といたします。

3 記載項目

項 目	記入方法
「区分」	会津医療センターに関する依頼書に対しては会津に、それ以外の依頼書に対しては福島に○印を付してください。
「地区」	別紙 2 を参考に、貴院の所在地に応じて「県北」・「県中」・「県南」・「会津」・「南会津」・「相双」・「いわき」・「県外」のいずれかを御記入ください。
「医療機関番号」	貴院の医療機関番号（7 桁）を御記入ください。

「勤務区分」	「常勤」とは、もっぱら貴院に勤務する医師であり、「フルタイム勤務」でも月の勤務日数が社会保険の加入要件に満たない医師は含まれません。
「新規・継続の別」	① 「継続」は、勤務予定期間の直前まで医師が確保されており、引き続き医師の確保を希望する場合は該当します。なお、「医師名」欄に確保されている医師名と派遣年数を御記入ください。不特定の非常勤医師がローテーションにより対応している場合は「不特定交替」に○印を付してください。 ② 「新規」は、勤務予定期間の直前まで医師が確保されておらず、新たに医師の確保を希望する場合は該当します。なお、特定の医師の確保を希望する場合はその氏名を「医師名」欄に御記入ください。
「診療科」	貴院における診療科名を御記入ください。
「関連する講座等」	医師の確保に関して関連する本学の講座、診療科等が既にお分かりになる場合又は特定の講座等を指定する場合、別紙3を参照し御記入ください。 また、特に内科・外科等において医師の専門領域を指定する場合は、「消化器系」「循環器系」等と御記入ください。さらに、「放射線」「麻酔」「病理」等の場合は、その旨を御記入ください。
「勤務条件」	① 「常勤」の「継続」の場合は、簡略した記載内容で結構です。 ② 「非常勤」の「継続」の場合は、それまでの曜日・時間等を明記してください。 ③ 「非常勤」の「新規」の場合は、要望として曜日・時間等を明記してください。 ④ 宿直・日直・手術のみを希望する場合は、その旨と曜日・時間等を明記してください。 ⑤ 「新規」の場合の「給与」については、おおよその年収や月収を標準モデル（経験年数〇年等）により記載するなどしてください。
「医師を必要とする理由・緊急性」	本学の医師の派遣が必要な理由・緊急性を必ず記載してください。 <u>福島県外の医療機関については、上記に加え、本学との関係性を具体的に御記入ください。</u>
「事故への対応」	以下の事項について、同意いただける場合には「同意します」のチェックボックスへ記入をお願いいたします。なお、「その他」とした場合には（ ）内にその理由・状況などを御記入ください。 ① 支援先の医療機関等（貴院）での医療事故及び医師の業務遂行に係る移動中の交通事故に対する補償については、支援先の医療機関等（貴院）が対応することとなります。 ② 支援先の医療機関等（貴院）への移動に係る交通手段については、派遣される医師の安全確保のため、当該医師と協議の上、必要に応じ送迎を行うなどの適切な対応をお願いいたします。

4 その他

「新規」の区分となる場合は病院のパンフレット等を添付してください。

【問合せ先】

地域医療支援本部 事務局企画財務課 地域医療支援センター 副主査 山本 香菜子
 電話：024-547-1018 FAX：024-547-1991 E-mail: kana0427@fmu.ac.jp