

奈良県知事殿

住所

名称

代表者職・氏名

地域医療勤務環境改善支援事業補助金交付申請書（ 年度分）

標記の補助金の交付について、地域医療勤務環境改善支援事業補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 補助申請額 金 円
- 2 事業の着手及び完了の予定期日 令和 年 月 日～令和 年 月 日

3 添付書類

【共通書類】

勤務医の労働時間短縮に向けた体制等確認書	第1-2号様式
補助金所要額調書	第1-3号様式
医師労働時間短縮計画	
時間外労働・休日労働に関する協定届（特別条項）	
その他知事が必要と認める書類	

【Ⅰ 地域医療勤務環境改善体制整備事業】

医療機関の診療等実績確認書 （地域医療勤務環境改善体制整備事業分）	第1-4号様式
地域医療勤務環境改善体制整備事業収支予定明細書 （兼収支予算見込書（抄本））	第1-5号様式
地域医療勤務環境改善体制整備事業支出予定（区分別）	第1-6号様式

【Ⅱ 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業】

医療機関の診療等実績確認書（地域医療勤務環境改善体制整備特別事業分）	第1-7号様式
地域医療勤務環境改善体制整備特別事業収支予定明細書 （兼収支予算見込書（抄本））	第1-8号様式
地域医療勤務環境改善体制整備特別事業支出予定（区分別）	第1-9号様式

【Ⅲ 勤務環境改善医師派遣等推進事業】

勤務環境改善医師派遣等推進事業計画書（派遣実施予定）	第1-10号様式
勤務環境改善医師派遣等推進事業計画書（派遣受入予定）	第1-11号様式
勤務環境改善医師派遣等推進事業収支予定明細書 （兼収支予算見込書（抄本））	第1-12号様式
勤務環境改善医師派遣等推進事業支出予定（区分別）	第1-13号様式

- 4 暴力団排除に関する誓約
別紙のとおり誓約します。

(別紙)

暴力団排除に関する誓約

私（当法人）は、奈良県が奈良県暴力団排除条例の趣旨にのっとり、県の事務又は事業から暴力団員、暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者を排除していることを承知した上で、下記の事項について誓約します。
また、奈良県が必要と認める場合は、本誓約書を奈良県警察本部に提供することに同意します。

記

私（当法人）又は私（当法人）の役員等は、次のいずれにも該当する者ではありません。

- 1 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。次号において「法」という。）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- 2 暴力団員（法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- 3 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者

勤務医の労働時間短縮に向けた体制等確認書

○新規申請時の状況について記載すること

（□には、適合する場合「✓」を記入又は■とすること）

○派遣実施機関として勤務環境改善医師派遣等推進事業を実施する場合、本様式を各派遣受入医療機関より受領し、知事に提出すること

医療機関名 _____

(1) 勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況の把握		
ア 医療機関に勤務する医師数 (申請年度の4月1日時点)	常勤： () 名	非常勤： () 名
	宿日直(*1)を担当する医師数： () 名 (うち非常勤 () 名)	
*1 宿日直については、平日の平均的な1日における体制を記載すること。		
イ 勤務医の勤務状況の把握等（申請前年度の4月1日～3月31日の実績を記載）		
(ア) 勤務時間の具体的な把握方法	<input type="checkbox"/> ICカード <input type="checkbox"/> タイムカード <input type="checkbox"/> PCのログ情報や電子カルテのログ情報を用いた勤務時間管理 <input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録（上司等による客観的な確認あり） <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：)	
(イ) 勤務時間以外についての勤務状況(*2)の把握内容	<input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率 () % <input type="checkbox"/> 時短勤務実施者(*3)数 () 名 <input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率 () % <input type="checkbox"/> その他 (具体的に：) *2 申請を行う前年度の実績を記載 *3 所定労働時間をあらかじめ減じた勤務体制としている者	
(ウ) 超過勤務時間（時間/月）(*4)	平均： () 時間/月 80時間/月以上の者の人数： () 名 最大： () 時間/月 155時間/月以上の者の人数： () 名 最小： () 時間/月 *4 超過勤務時間の取扱は以下のとおりとする。 ・常勤医の値を入力すること。 ・超過勤務時間：法定休日以外の日において1日につき8時間を超えて労働した時間並びに1週について40時間を超えて労働した時間数及び法定休日（週に1日、又は、4週につき4日付与する義務あり）において労働した時間の総和 ・申請を行う前年度の実績を記載すること。 時間外休日・労働時間が年間720時間を超える医師が在籍する診療科 ()	
(エ) 宿日直（回/月）	平均： () 回/月 最大： () 回/月 最小： () 回/月 連日当直を実施した者の人数及び回数： () 名・のべ () 回	
(オ) 労働基準法第36条に規定される労働組合若しくは労働者の代表と結ぶ協定	医師の年の時間外・休日労働時間の上限が720時間を超えている人数： 名	
(カ) その他（自由記載・補足等）		
(2) 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制		
ア 特定労務管理対象医療機関の指定（該当する事項に全てチェックすること）		
<input type="checkbox"/> 特定地域医療提供機関 【B水準】 <input type="checkbox"/> 技能向上研修機関 【C-1水準】 <input type="checkbox"/> 連携特定地域医療提供機関 【連携B水準】 <input type="checkbox"/> 特定高度技能研修機関 【C-2水準】 <input type="checkbox"/> 指定を受けていない 【A水準】		
イ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者	氏名：	職種：
ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議	開催頻度： _____ 回/年 参加人数：平均 _____ 人/回 参加職種 ()	
エ 医師労働時間短縮計画	<input type="checkbox"/> 計画策定（初回の策定（予定）年月日： 年 月 日） （直近の更新（更新）年月日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> G-MISへの登録※特定労務管理対象機関は登録が交付要件 <input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知 (具体的な公開方法：)	
オ 「医師労働時間短縮計画」に基づく取組事項の公開	<input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開 (具体的な公開方法)	

補助金所要額調書

医療機関名 _____

I 地域医療勤務環境改善体制整備事業 単位：円

	最大使用病床数 (※1)	補助基準額	対象経費の 支出予定額 (総事業費)	寄附金その他の 収入見込額	差引事業費	補助率	補助率計算後	選定額 (補助金交付申請額) (千円未満切捨) 〔B×Gの うちいずれ か少ない額〕	備考
	A	B=A×133,000円(※2)	C	D	E=C-D	F	G=E×F	H	
対象経費		#VALUE!				1/2			

- ※1 病床機能報告により県へ報告している最大使用病床数の取扱は以下のとおりとする。
 ・療養病床は除く。
 ・「精神科救急」を根拠とする対象医療機関の場合は病床機能報告における同時点での精神科病床の稼働病床数とする。
 ・報告している病床数が20床未満の場合は、20床として算定する。
- ※2 別紙「地域医療勤務環境改善支援事業の実施について」のIの4(2)を満たす場合は1床当たりの標準単価を266千円まで増額できる。

II 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業 単位：円

	最大使用病床数 (※1)	補助基準額	対象経費の 支出予定額 (総事業費)	寄附金その他の 収入見込額	差引事業費	補助率	補助率計算後	選定額 (補助金交付申請額) (千円未満切捨) 〔B×Gの うちいずれ か少ない額〕	備考
	A	B=A×133,000円(※2)	C	D	E=C-D	F	G=E×F	H	
対象経費		#VALUE!				1/2			

- ※1 病床機能報告により県へ報告している最大使用病床数の取扱は以下のとおりとする。
 ・療養病床は除く。
 ・報告している病床数が20床未満の場合は、20床として算定する。
- ※2 別紙「地域医療勤務環境改善支援事業の実施について」のIIの4(2)を満たす場合は1床当たりの標準単価を266千円まで増額できる。

III 勤務環境改善医師派遣等推進事業 単位：円

	補助基準額※	対象経費の 支出予定額 (総事業費)	寄附金その他の 収入見込額	差引事業費	補助率	補助率計算後	選定額 (補助金交付申請額) (千円未満切捨) 〔A×Fの うちいずれ か少ない額〕	備考
	A	B	C	D	E	F=D×E	G	
対象経費 (派遣医療機関)					1/2			
対象経費 (派遣受入医療機関)					1/2			

※基準額については派遣医療機関・派遣受入医療機関それぞれの事業計画書（第1-10・1-11号様式）の補助基準額の合計を記入すること。

医療機関の診療等実績確認書
 （地域医療勤務環境改善体制整備事業分）

医療機関名 _____

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奈良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」を根拠とする対象医療機関の場合は病床機能報告における同時点での精神科病床の稼働病床数とする。

(2) 申請前年度の時間外・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

※医師数を記入する場合は、自院以外の副業・兼業先の労働時間も通算して年960時間超の医師数とする。

2. 更なる労働時間短縮の取組について（算定方法等）

更なる労働時間短縮の取組（別紙のI 4 補助基準額算定方法等（2））について

- ・ア、イのいずれかの条件を満たす場合、1床当たりの標準単価266千円まで可とするため、いずれかに該当する項目について記入すること。

(1) 大学病院改革プラン策定の有無（大学病院本院のみ対象）

--

(2) ①B、連携B水準医師のうち36協定において締結した年の最大時間

B水準	連携B水準

②面接指導養成講習を修了している者について（数字だけ記入）

面接指導実施医師数	特定対象医師数 ※	特定対象医師10人当たり面接指導実施医師数

※特例水準の医師数

3. 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とする。

(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1000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へき地等で、同一医療圏に他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、小児救急医療機関、精神科救急等

該当する場合○	「○」の場合、実績記入（自由記載）

④5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例：急性期・高度急性期病棟を持つ総合周産期医療センター又は地域周産期医療センター

④例：精神科救急医療体制整備事業における精神科救急医療施設に指定され、夜間・休日の措置入院及び

救急措置入院の対応を年間12件数（月平均1件）以上行っている精神科医療機関・

超急性期脳卒中加算の算定が25件/年程度以上の医療機関・

急性心筋梗塞等に対する治療件数が60件/年程度以上の医療機関

⑤例：機能強化型在宅療養病院の単独型

医療機関名 _____

(1) 収入 (単位：円)

区分	収入見込額	収入見込額の内訳
県補助金		補助基準額と、補助対象経費から寄附金その他の収入額を控除した額に2分の1を乗じて得た額とを比較して少ない方の額
診療報酬等		
寄附金		
その他		
合計		

(2) 支出

	対象経費の支出予定額	
	支出内訳	算出根拠
対象経費	1 医師の勤務時間短縮に繋がるICT機器の整備費用	
	・	
	・	
	・	
	2 休憩室改修等の環境整備費用	
	・	
	・	
3 医師事務作業補助者の研修費用		
・		
・		
・		
4 改善支援アドバイス費用		
・		
・		
・		
5 タスク・シェアリングに伴う医療専門職雇用等に関する費用		
・		
・		
・		
6 その他()		
・		
・		
・		
合計		

※算出根拠欄には、単価・人数・日数等詳細を記載すること。

※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。

※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助金で計上している費用をこの事業の対象経費に含めないこと。

本書は、原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

住所又は所在地

氏名又は名称

(法人の場合にあつては、その名称及び代表者の職・氏名)

第1-6号様式（第4条関係）

地域医療勤務環境改善体制整備事業支出予定(区分別)

医療機関名

支出

(単位：円)

対象経費の支出予定額		
支出内訳（区分別）		左記の積算根拠
給与費		0
常勤職員給与費		
非常勤職員給与費		
手当		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		0
消耗品費		
印刷製本費		
役務費		0
通信運搬費		
雑役務費		
使用料及び賃借料		
図書購入費		
備品購入費		
工事請負費		
委託料		
その他		
合 計		0

※算出根拠欄には、単価・人数・日数等を記載すること。

※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助金で計上している費用をこの事業の対象経費に含めないこと。

※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。

医療機関の診療等実績確認書
（地域医療勤務環境改善体制整備事特別事業分）

医療機関名 _____

1. 交付要件について

(1) 当該事業に係る最大使用病床数

医療法上の病床種別（病床機能報告により奈良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数とする。

(2) 前年度の時間外・休日労働時間の実績

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

※医師数を記入する場合は、自院以外の副業・兼業先の労働時間も通算して年960時間超の医師数とする。

2. 更なる労働時間短縮の取組について（算定方法等）

更なる労働時間短縮の取組（別紙のⅡ4 補助基準額算定方法等（2））について

（1）、（2）のいずれかの条件を満たす場合、1床当たりの標準単価266千円まで可とするため、いずれかに該当する項目について記入すること。

(1) 大学病院改革プラン策定の有無（大学病院本院のみ対象）

--

(2) ① B、連携B水準医師のうち36協定において締結した年の最大時間

B水準	連携B水準

② 面接指導養成講習を修了している者について

面接指導実施医師数	特定対象医師数 （特例水準の医師数）	特定対象医師10人当たり 面接指導実施医師数

3. 対象事業に関する情報

(1) 常勤換算医師数（※）

一般病床の許可病床数	医師数（非常勤含む）	100床あたりの常勤換算医師数

※病床機能報告により奈良県へ報告している数

(2) 基幹型臨床研修病院、専門研修基幹施設

基幹型臨床研修病院の該当性の有無	専門研修基幹施設である領域数

医療機関名 _____

(1)収入

(単位:円)

区分	収入見込額	収入見込額の内訳
県補助金		補助基準額と、補助対象経費から寄附金その他の収入額を控除した額に2分の1を乗じて得た額とを比較して少ない方の額
診療報酬等		
寄附金		
その他		
合計		

(2)支出

	対象経費の支出予定額	
	支出内訳	算出根拠
対象経費	1 医師の勤務時間短縮に繋がるICT機器の整備費用	
	・	
	・	
	・	
	2 休憩室改修等の環境整備費用	
	・	
	・	
3 医師事務作業補助者の研修費用		
・		
・		
・		
4 改善支援アドバイス費用		
・		
・		
・		
5 タスク・シェアリングに伴う医療専門職雇用等に関する費用		
・		
・		
・		
6 その他()		
・		
・		
・		
合計		

※算出根拠欄には、単価・人数・日数等詳細を記載すること。

※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。

※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助金で計上している費用をこの事業の対象経費に含めないこと。

本書は、原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

住所又は所在地

氏名又は名称

(法人の場合にあつては、その名称及び代表者の職・氏名)

第1-9号様式（第4条関係）

地域医療勤務環境改善体制整備特別事業支出予定(区分別)

医療機関名

支出

(単位：円)

対象経費の支出予定額		
支出内訳（区分別）		左記の積算根拠
給与費		0
常勤職員給与費		
非常勤職員給与費		
手当		
賃金		
報償費		
旅費		
需用費		0
消耗品費		
印刷製本費		
役務費		0
通信運搬費		
雑役務費		
使用料及び賃借料		
図書購入費		
備品購入費		
工事請負費		
委託料		
その他		
合 計		0

※算出根拠欄には、単価・人数・日数等を記載すること。

※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助金で計上している費用をこの事業の対象経費に含めないこと。

※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。

勤務環境改善医師派遣等推進事業計画書（派遣受入予定）

↓確認の上チェックしてください。

<input type="checkbox"/>	事前に「長時間労働医師の時間外・休日労働時間の短縮に資する医師派遣であること」を医師派遣の相手方医療機関に確認している。 ※ 上記の確認を得ていることがわかる書類を添付してください。 （例 兼業依頼書 派遣承諾書 派遣元医療機関が作成する第1-10号様式 等）
--------------------------	--

該当する項目の欄にチェックをつけてください。また、第1-2号様式を提出ください。	<input type="checkbox"/>	① 特定機能病院、地域医療支援病院、救命救急センター、周産期母子医療センター、へき地医療拠点病院、地域がん拠点病院等の地域医療に特別な役割がある医療機関
	該当項目	
	<input type="checkbox"/>	② 地域医療の確保に必要な医療機関であって、5疾病6事業で重要な医療提供している医療機関
	<input type="checkbox"/>	③ 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関

派遣元医療機関	派遣受入医師名	診療科	常勤 非常勤	常勤換算数 非常勤	区分	派遣受入人数 (A)	補助基準額 (A)×150,000 (単位：円)	効果
(例) ×××病院	●●● ☆☆☆	外科	常勤	1	継続	2人	300,000	外科常勤医がいない状態であり、派遣により外科外来や入院患者に対しての外科的処置が継続できる。
	▲▲▲ ○○○	整形外科	非常勤	0.5	新規			整形外科において、時間外・休日勤務時間が720時間を超える医師がいるため、派遣医師をもって時間外・勤務時間の削減を図る。
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	

注 行が不足する場合は適宜、行を追加してください。
 派遣実施医療機関が1-10号様式で申請する場合、派遣受入医療機関が本様式を作成し、派遣実施医療機関に提出してください。

医療機関名 _____

(1) 収入

(単位：円)

区分	収入見込額	収入見込額の内訳
【派遣医療機関分】		
県補助金		補助基準額と、補助対象経費から寄附金その他の収入額を控除した額に2分の1を乗じて得た額とを比較して少ない方の額
診療報酬等		
寄附金		
その他		
合計		
【派遣受入医療機関分】		
県補助金		補助基準額と、補助対象経費から寄附金その他の収入額を控除した額に2分の1を乗じて得た額とを比較して少ない方の額
診療報酬等		
寄附金		
その他		
合計		

(2) 支出

対象経費の支出予定額		
	支出内訳	算出根拠
対象経費	【派遣医療機関分】	
	1 収益	
	・入院診療収益	
	・外来診療収益	
	2 医師数	
	・常勤医師数（申請年度の4月1日時点）	
	・非常勤医師数（常勤換算・申請年度の4月1日時点）	
	3 諸費用	
	・人件費※1	
	・材料費	
・その他経費※2		
5 医師1人1月あたりの経常利益相当額	#DIV/0!	
5に派遣医師ごとに派遣月数及び実派遣勤務日数と派遣元医療機関における勤務開始月から終了月までの間の総診療日数の割合を乗じた値の合計※3		
合計		
【派遣受入医療機関分】		
派遣医師を受け入れるための準備に必要な経費※4		
合計		

※1 人件費（医療職）は、医師を含むものであり、人件費総額を総職員数に対する医療職の職員数の割合により按分して算出すること。

※2 その他の経費は、全ての医師にかかる経費（福利厚生費、旅費交通費、通信費、消耗品費、消耗器具備品費）をいう。

※3 第1-10号様式における補助対象経費の合計額を記載すること。

※4 「派遣医師を受け入れるための準備に必要な経費」とは旅費、需用費（消耗品費、印刷製本費）、役務費（通信運搬費、損害保険料）、使用料及び賃借料、備品購入費等をいう。第1-13号様式の【派遣受入医療機関】に記載の合計額を記入すること。

本書は、原本と相違ないことを証明する。

年 月 日

住所又は所在地

氏名又は名称

（法人の場合にあっては、その名称及び代表者の職・氏名）

第1-13号様式（第4条関係）

勤務環境改善医師派遣等推進事業支出予定(区分別)

医療機関名

支出

(単位：円)

対象経費の支出予定額		
支出内訳（区分別）		左記の積算根拠
【派遣医療機関】		
医師1人1月あたりの経常利益相当額に、派遣医師ごとに派遣月数及び実派遣勤務日数と派遣元医療機関における勤務開始月から終了月までの間の総診料日数の割合を乗じた値の合計	0	
【派遣受入医療機関】		0
旅費		
需用費	0	
消耗品費		
印刷製本費		
役務費	0	
通信運搬費		
損害保険料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
その他		
合 計	0	

※算出根拠欄には、単価・人数・日数等を記載すること。

※取組内容の一部が他の補助事業と重複する場合は、他の補助金で計上している費用をこの事業の対象経費に含めないこと。

※委託を予定している場合は、契約書(案)及び契約金額の算出基礎となる資料を添付すること。