様式１

令和４年度地域医療勤務環境改善体制整備事業 実施計画

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 住所 |  | |
| 代表者（管理者）名 |  | |
| 担当者名・連絡先 | 役職・氏名 | 連絡先  電話番号  ＦＡＸ  メールアドレス |

（実績等）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　当該事業に係る稼働病床数 | 医療法上の病床種別 | 令和２年度病床機能報告により北海道へ報告している**稼働病床数**  ※精神科救急を根拠とする場合は同報告と同時点の精神科病床数 |
| 一般病床 | 床 |
| 精神科病床 | 床 |
| ２　救急用の自動車等による搬送実績 | 救急用の自動車等による搬送実績  期間：（２０２１）年１月～12月※病床機能報告と期間が異なる | |
| 上記期間における救急用の自動車等による搬送件数：  （　　　　　　）件 | |
| ２次救急・３次救急の実施状況  　２次救急　　　　３次救急　　　いずれも該当なし | |
| ３　その他診療実績  　※２において救急用の自動車等による搬送実績が1000件以上だが、2次・3次救急を実施していない医療機関又は1000件未満の場合は右欄のいずれに該当するかチェックの上記載（内容について説明が記載しきれない場合には別紙として差し支えない） | １　夜間・休日・時間外入院件数　（　　　　　）件  期間：（　　　　）年１月～12月※病床機能報告と期間が異なる  ２　離島、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  　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　５疾病５事業で重要な医療を提供している①  （周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等）  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４　５疾病５事業で重要な医療を提供している②  （脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療）  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ５　５疾病５事業で重要な医療を提供している③  （上記３、４以外）  　　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ６　その他在宅医療  　　実績等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ４　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制 | 様式２に記載すること。 | |