

医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業に関するご質問と回答

(令和8年5月1日時点の情報であり、回答内容を変更する可能性があります)

項	質問	回答
1	「様式3 基準額算出調書」の日直・宿直回数には何を記載すればよいか。	「様式1 実施計画」の「支援対象となる宿日直回数①-③」の回数を記載してください。
2	令和8年度の活用意向調査は今回限りか	令和8年5月1日時点においては、未定です。
3	何回でも申請できるのか	令和9年度以降の当該事業に係る国の予算措置が未定であることから、不明です。
4	同一開設者から代替医師を確保する場合も対象か。	対象外となります。
5	派遣元医療機関支援事業を活用している医療機関ですが、こちらの事業も対象となるか。	対象となります。
6	本事業に係る収入が支出を上回る場合も対象か。	収入が支出を上回る場合は補助対象外です。様式2で試算のうえ、ご確認ください。
7	土日祝日に年末年始の休診日も含まれますか。	年末年始の休診日も含まれます。
8	他県より医師の派遣を受けている場合も対象か。	対象となります。
9	有床の医療機関のみ対象か。	有床・無床は問いません。