標準様式

※必須項目以外は、該当しない場合未記入としてください。

医師等勤務時間短縮計画

令和　　年　　月　　日

＜基礎情報＞

【必須項目】

１．医療機関名称：

２．管理者名：　　　　　　　　　　　　印

３．開設者名：　　　　　　　　　　　　印

４．所在地：

５．診療科：

６．常勤医師数：

【該当者は必須項目】

７．病床数：

８．最も多い病床の種類（高度急性期/急性期/回復期/慢性期）：

９．常勤以外の医師数：

＜現状分析＞

【必須項目】

１．本計画の対象医師数：　　　人（うち常勤　　人）

２．「＜目標＞１．対象医師の時間外労働等の分析と目標設定」欄の、直近３ヶ月における対象医師の時間外労働についての対象医師からのヒアリング時期：令和　　年　　月

＜目標＞

【必須項目】

１．対象医師の時間外労働等の分析と目標設定

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ●月 | ●月 | ●月 | ３ヶ月平均  （※計画実施６ヶ月後の目標） | 備考 |
| 対象医師の平均 |  |  |  |  |  |
| 目標（最長時間） | － | － | － | ※ |  |
| 目標（平均値） | － | － | － | ※ |  |

２．削減対象内容：主に

（手術や外来対応の延長、記録・報告書作成や書類の整理、会議・勉強会・研修会等への参加）に係る時間を削減することで目標を達成

　※特に取り組む内容を○で囲む。

３．医療機関の状況に応じた医師の労働時間削減に向けた取り組みの目標：

（勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わない、複数主治医制導入、

　当直明けの勤務負担緩和（連続勤務時間制限）、勤務間インターバル設定、完全休日の設定）

　※特に取り組む内容を○で囲む。

４．計画の実施期間：令和　　年　　月　～　　年　　月

＜実行計画（対策の概要）＞

１．進捗管理

【必須項目】

（１）管理者による改革の宣言実行：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（２）管理者による改革の宣言の医療機関内における周知：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（３）この計画の担当者

　　・事務担当者　（役職名：　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　）

　　・進捗管理者　（役職名：　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　）※原則管理者

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

２．労働時間管理の適正化

【必須項目：法定義務】

（１）医師に係る宿日直許可の確認（許可申請未提出で宿日直許可基準に適合する場合は、労働基準監督署に許可申請を行う）：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（２）研鑽の取扱いの書面等による明示と周知徹底：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（３）ＩＣカードの導入等、労働時間の客観的な把握を開始：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（４）労働条件通知書の交付等による始業・終業時刻などの労働時間に関する事項の明示：済・未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（５）時間外労働時間の把握を自己申告のみで行っている場合の適正化に向けた取組：　済 ・ 未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（６）始業・終業時刻、労働日数、労働時間数、休日労働時間数、時間外労働時間数、深夜労働時間数の把握：　済　・　未済

（未済項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

３．３６協定の締結

【必須項目】

（１）３６協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働させていないかの確認：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

（２）３６協定で定める時間外労働時間数と実際の状況に応じた３６協定の見直し：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

４．産業保健の仕組みの活用

【必須項目】

（１）長時間労働となっている医師、診療科等ごとに対応方策についての議論：　済　・　未済

　　・行っていない場合は、令和　　年　　月までに行う。

５．医師の時間外労働時間の削減等に向けた戦略の設定

【必須項目（いずれか一つは）】

●タスク・シフティング（業務の移管）

　・

　　※開始・導入・強化等の時期：令和　　年　　月

●女性医師等の支援

　・

　　※開始・導入・強化等の時期：令和　　年　　月

●医療機関の状況に応じた医師の労働時間削減に向けた取組

　・

　　※開始・導入・強化等の時期：令和　　年　　月

※添付資料：別紙のとおり

標準様式

別紙

器具・備品・ソフトウェアの取得等リスト

※税込３０万円以上のもの

※該当するものにチェック（リストにないものは適宜加筆）

※製品名等だけでは医師の労働時間削減の効果が明らかでないものについては、解説を加えること

１．労働時間の管理の省力化・充実に資する勤務時間短縮用設備等

　（省略化）

　☐　ＩＣカード管理の導入（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　☐　タイムカードの導入　（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　☐　勤怠管理ソフトの導入（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　（充実）

　☐　時間外に行う研鑽に関する取扱いの明確化

（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

２．医師の行う作業の省力化に資する勤務時間短縮用設備等

　☐　（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　　・効果の説明：

３．医師の診療行為を補助又は代行する勤務時間短縮用設備等

　☐　（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　　・効果の説明：

４．遠隔医療を可能とする勤務時間短縮用設備等

　☐　（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　　・効果の説明：

５．チーム医療の推進等に資する勤務時間短縮用設備等

　※医師の事務のタスク・シフト先である他職種の労働時間圧縮含む。

　☐　情報共有化（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　　・効果の説明：

　☐　院内搬送用ロボット（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

　☐　患者の離床センサー（製品名　　　　　　　　：メーカー名　　　　　　　　　）

６．その他（類型１～５において明示していない設備等）

　※医師の労働時間の削減に資するﾒｰｶｰによる３％以上の業務効率化に関する指標の表示等が必要

　　・添付資料（上段の説明が記載されたパンフレット等）

　以下、租税特別措置法第　　条の　　第　　項（※）に該当するため、特別償却制度を活用する場合は２部作成し、佐賀県庁医務課の確認を経て管轄の税務署に青色申告する際にこの計画書１部を添付し提出する。

　　※個人の場合は租税特別措置法第１２条の２第２項、法人の場合は租税特別措置法第４５条の２第２項、連結親法人等の場合は租税特別措置法第６８条の２９第２項

★医療勤務環境改善支援センター記載欄★

　　本計画が当センターの助言に基づき作成したものであることを認める。

　　担当者：医業経営アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　医療労務管理アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　佐賀県医療勤務環境改善支援センター責任者　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日

　　・相談期間：令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

　　・助言特記事項：

◆佐賀県医務課医療人材政策室記載欄◆

　　上記計画が、本県医療勤務環境改善支援センターの相談支援を受けて作成されたものであることを確認します。

　　令和　　年　　月　　日

佐賀県健康福祉部医務課医療人材政策室長　　 印

＜備考＞

　　計画実行後半年を目途に、対象医師の労働時間数の状況を佐賀県医療勤務環境改善支援センターへご報告ください。

　　　※機器等の導入予定がある場合には、導入後（供用開始後）半年を目途にご報告ください。

　　　※令和　　年　　月の対象医師の労働時間の実績をご報告ください。

　　報告予定年月：令和　　年　　月

※報告予定年月前であっても、また報告後であっても、ご相談がありましたらご連絡ください。

　佐賀県医療勤務環境改善支援センター

（佐賀県医師会事務局、電話：0952-37-1414、E-mail：sma@saga.med.or.jp）

★医療勤務環境改善支援センター記載欄★【本計画策定後、計画実行中に計画を改訂した場合】

　　本計画が当センターの助言に基づき作成・改訂したものであることを認める。

　　担当者：医業経営アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　医療労務管理アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　佐賀県医療勤務環境改善支援センター責任者　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日

　　・相談期間：令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

　　・助言特記事項：

　　・改訂した内容：

◆佐賀県医務課医療人材政策室記載欄◆【本計画策定後、計画実行中に計画を改訂した場合】

　　上記計画が、本県医療勤務環境改善支援センターの相談支援を受けて作成・改訂されたものであることを確認します。

　　令和　　年　　月　　日

佐賀県健康福祉部医務課医療人材政策室長　　 印