

## 医師等勤務時間短縮計画

(元号) 年 月 日作成

## 〈基礎情報〉

1. 医療機関名称：
2. 管理者名： 印
3. 開設者名： 印
4. 所在地：
5. 病床数： 床
6. 診療科：
7. 最も多い病床の種類（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）：
8. 常勤医師数： 人
9. 常勤以外の医師数： 人

## 〈現状分析〉

1. 本計画の対象医師（時間外労働時間が直近3ヶ月平均60時間以上）数： 人（うち常勤 人）  
※時間外労働時間が直近3ヶ月平均60時間以上の医師以外の女性医師の負担軽減等についての現状分析を記載する場合は、その人数を記載
2. 過去3ヶ月において対象医師について、ヒアリングした結果に基づく分析を別途実施  
：(元号) 年 月

## 〈目標〉

1. 対象医師の時間外労働等の分析と目標設定

医師ごとに過去3ヶ月間の時間外労働について記入

※時間外労働時間が直近3ヶ月平均60時間以上の医師以外の女性医師の負担軽減等についての現状分析を記載する場合は、備考欄に勤務形態（従前及び今後）等改善内容がわかるよう記載

※「対象医師の平均」の内訳について任意で欄を作成することも可能

	4月	5月	6月	3ヶ月平均	備考
対象医師の平均					
目標（最長時間）					
目標（平均値）					

※本計画期間における目標値。医師の労働時間縮減の最終目標と一致せずともよい。

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  
※特に取り組む内容に○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組の目標

(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)

※特に取り組む内容に○で囲む

4. 計画の実施期間：(元号) 年 月～ 月

〈実行計画(対策の概要)〉

※それぞれの取組の実施時期も記載

※2～4については法令上全ての医療機関が必ず行うことになっている

1. 進捗管理

(1) 病院管理者による改革の宣言

※行っていない場合は(元号) 年 月までに行う

(2) 病院管理者による改革の宣言の医療機関内における周知

※行っていない場合は(元号) 年 月までに行う

(3) この計画の担当者

事務担当者 (役職 氏名 )

進捗管理者 (役職 氏名 ) ※原則病院管理者

※決まっていない場合は(元号) 年 月までに決める

2. 労働時間管理の適正化

(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)

※行っていない場合は(元号) 年 月までに行う

(2) 研鑽の取扱いの適正化・明確化(厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」のとりまとめを踏まえたガイドラインの内容に即して考え方を書面等で明示する/取組を徹底する/全職員に周知する)

※行っていない場合は(元号) 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する

※行っていない場合は(元号) 年 月までに行う

(4) 労働条件通知書の発行の(有、無)

※行っていない場合は(元号) 年 月までに行う

(5) 時間外労働時間の把握を上司の確認がなく、自己申告のみで行っている場合の適正化

※行っていない場合は(元号) 年 月までに行う

(6) ガイドラインに沿った労働時間管理項目の適用状況

( )

※行っていない場合は(元号) 年 月までに行う

3. 36協定等の締結

(1) 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないかの確認の（有、無）

※行っていない場合は（元号） 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見直しの（有、無）

※行っていない場合は（元号） 年 月までに行う

4. 産業保健の仕組みの活用

(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の（有、無）

※行っていない場合は（元号） 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：

【タスク・シフティング（業務の移管）】

・

※開始・導入・強化等の時期（元号） 年 月

【女性医師等の支援】

・

※開始・導入・強化等の時期（元号） 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（元号） 年 月

※ 計画の実行に器具・備品・ソフトウェア（税込30万円以上のもの）を必要とする場合は別紙も記載し添付のこと

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)

(計画を実施していくうちに、新たに購入が必要となった場合等は、後日追加又は修正)

※ 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

(省力化)

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。

情報共有強化 (製品名 :メーカー名 )

効果の説明 (随時かつ全メンバー同時の情報共有を可能とし、情報共有に係る時間を圧縮)

院内搬送用ロボット (製品名 :メーカー名 )

□患者の離症センサー（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（必須）（説明が記載されたパンフレット等を添付）

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、都道府県担当課の確認を経て管轄の税務署に青色申告する際に申告書にこの計画書1部を添付すること

※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2第2項

<医療機関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。

担当者名：医療経営アドバイザー \_\_\_\_\_ 印

医療労務アドバイザー \_\_\_\_\_ 印

医療勤務環境改善支援センター長（責任者） \_\_\_\_\_ 印

(元号) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

相談期間：(元号) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

助言特記事項：

※本計画に関連して突起すべき助言等がある場合にはここに付記

<都道府県担当課確認印>

上記計画が、本都道府県医療機関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。

(元号) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(都道府県名) \_\_\_\_\_ 課(室)長 \_\_\_\_\_ 印

<計画実行結果の報告>

計画実行後半年をめぐり、対象医師の労働時間数の状況をご報告ください。

※機器等の導入予定がある場合には、導入後（共用開始後）半年をめぐりご報告ください。

※事例を把握し、今後の医師の労働時間削減の取組に活かして参りますので、ご協力ください。

報告予定月（元号） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（ \_\_\_\_\_ 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。

(都道府県名) 医療勤務環境改善支援センター（電話： \_\_\_\_\_ — \_\_\_\_\_ e-mail： @ \_\_\_\_\_ ）

※本計画策定後、計画実行中に計画を改訂した場合には、下記も記載ください。

<医療機関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・改訂したものであることを認める。

担当者名：医業経営コンサルタント 印

社会保険労務士 印

(都道府県名) 勤務環境改善支援センター長 (責任者) 印

(元号) 年 月 日

相談期間：(元号) 年 月～ 月

助言特記事項：

※本計画に関連して突起すべき助言等がある場合にはここに付記  
改定した内容

( )

<都道府県担当課確認印>

上記計画が、本県医療機関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。

(元号) 年 月 日

(都道府県名) 課(室)長 印