**（別添１）**

**医師等勤務時間短縮計画**

令和●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：●●市●●町●丁目●番●号

５．病床数：●●床

６．診療科：●●科、●●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　 （※いずれかにチェック。）

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・休日労働時間が直近３ヶ月平均６０時間以上）数：●人（うち常勤●人）

※　時間外・休日労働時間が直近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、その人数を記載すること。

２．「〈目標〉１．対象医師の時間外・休日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・休日労働についてのヒアリング：令和●年●月

**〈目標〉**

１．対象医師の時間外・休日労働等の分析と目標設定

※　原則、直近３ヶ月間の時間外・休日労働について記入すること。

※　時間外・休日労働時間が直近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に記載すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和●年●月 | 令和●年●月 | 令和●年●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 | ●時間 | ●時間 | ●時間 | ●時間 |  |
| 目　　標  (最長時間) |  |  |  | ※  ●時間 |  |
| 目　　標  (平均値) |  |  |  | ※  ●時間 |  |

※　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。

※　「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。

２．削減対象内容

　　主に次の内容に係る時間を削減することで目標を達成

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

※　特に取り組む内容にチェック。

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チェック。

４．計画の実施期間

　　令和●年●月　～　令和●年●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すること。

※　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

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

（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

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

（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。）

※　作成時点で未定（令和●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

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

※　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こと。

（２）研鑽の取扱いの書面等による明示と周知徹底

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

（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（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

（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（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

（５）時間外・休日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

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

（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（令和●年●月までに行う）　　　　（※いずれかにチェック。）

　　　　　　　　【未済項目】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

※　これらは、賃金台帳に記載すべき項目であること。

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・休日労働をさせていないかの確認

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

（２）３６協定で定める時間外・休日労働時間数と実際の状況に応じた見直し

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

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、診療科等ごとの対応方策についての議論

済　　　未済（令和●年●月までに行う）　　（※いずれかにチェック。）

５．医師の時間外・休日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：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

※　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。

**（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）

（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、加筆すること。）。

※　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・休日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：　●●●●･･･

院内搬送用ロボット（製品名：●●　、　メーカー名：●●）

　効果の説明：　●●●●･･･

患者の離床センサー（製品名：●●　、　メーカー名：●●）

　効果の説明：　●●●●･･･

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。

〈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：医業経営アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　医療労務管理アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　群馬県医療勤務環境改善支援センター長（責任者）　　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日

　相談期間：令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

　助言特記事項：

〈都道府県担当課確認印〉

上記計画が、群馬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

　　　　　　　　　　　　　　　　　群馬県健康福祉部医務課長　　　　　　　　　　　　印

〈計画実行結果の報告〉

　計画実行後半年をめどに、対象医師の労働時間数の状況を御報告ください。

　※　機器等の導入予定がある場合には、導入後（供用開始後）半年をめどに御報告ください。

※　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、御協力ください。

報告予定月：令和　　年　　月（令和　　年　　月～令和　　年　　月の対象医師の労働時間の実績を御報告ください。）

※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。

　担当者名：医業経営アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　医療労務管理アドバイザー　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　群馬県医療勤務環境改善支援センター長（責任者）　　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日

　相談期間：令和　　年　　月　～　令和　　年　　月

　助言特記事項：

　改訂した内容

〈都道府県担当課確認印〉

上記計画が、群馬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

　　　　　　　　　　　　　　　　　群馬県健康福祉部医務課長　　　　　　　　　　　　印