

医師等勤務時間短縮計画（記載例）

令和〇年〇月〇日作成

基礎情報

1. 医療機関名称：××厚労病院
2. 管理者名：医政 太郎
3. 開設者名：
4. 住所：××県××市××
5. 病床数：500 床
6. 診療科：眼科、内科、心療内科、外科、整形外科、耳鼻科
7. 病床の種類（高度急性期 床 / 急性期 床 / 回復期 床 / 慢性期 床）
8. 常勤医師数：20 人
9. 常勤以外の医師数：30 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：9 人（うち常勤 9 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し記載

目標

1. 対象医師の時間外労働の分析と目標設定

医師ごとに過去 3 ヶ月間の時間外労働について記載

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

	4月	5月	6月	3か月平均	備考
対象医師の平均					
1					
～					
9					
目標（最長）					
目標（平均）					

2. 目標する削減対象業務

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、他職種での対応可能業務）等に係る時間を削減することで目標を達成する。

特に取り組む内容を選択し記載

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

労働時間短縮に向けて（緊急でない患者については勤務時間内に病状説明等を行う、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、タスクシフティング）等に取り組む。

特に取り組む内容を選択し記載

4. 計画期間：令和〇年〇月～〇月

実行計画

それぞれの取組の実施時期を記載

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と周知

年 月 日実施

(2) 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

2. 労働時間管理の適正化

(1) 医師に係る宿日直許可について

年 月 日許可

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。

(2) 研鑽の取扱いの適正化・明確化について

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、年 月 日に考え方を書面等で明示し、取組を徹底

行っていない場合は、実施目標年月日を記載

(3) 労働時間の把握について

ICカードの導入等により労働時間を客観的に把握

行っていない場合は、実施目標年月日を記載

(4) 労働条件の明示について

労働条件通知書により、労働条件を明示

行っていない場合は、実施目標年月日を記載

(5) 時間外労働時間の把握

自己申告に加え、上司の確認により適正化を図っている

行っていない場合は、実施目標年月日を記載

(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、実施目標年月日を記載

3.36 協定等の締結

(1) 36協定を締結しており、(毎月 日に / 月 回等) 時間外労働時間の実績を確認している。

行っていない場合は、実施目標年月日を記載

(2) 36協定で定める時間外労働時間を超えることが予想される場合は、状況に応じて (_____ 等の) 対応を行っている。

行っていない場合は、実施目標年月日を記載

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を議論し、(時間外勤務短縮の方策 / 産業医の面談結果 等) を (衛生委員会 / _____ 等) に報告している

行っていない場合は、実施目標年月日を記載

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)】

(記載例)

・ 科について、特定行為看護師 人 / 医師事務作業補助者 人を活用し、業務を特定行為看護師に、業務を医師事務作業補助者に移管しタスク・シフトを推進する。

(医師事務作業補助者を、医師の隣席に配置することで、カルテ等の入力業務や各種日程調整等業務を行わせる)

開始・導入・強化等の時期を記載

【女性医師等の支援】

(記載例)

・ 遠隔診療機器を導入し、医師の在宅勤務を可能とすることにより、在院して勤務す

る医師の負担軽減,労働時間削減を図る。

- ・院内保育所 / 病後児保育を開始し、女性医師の獲得（離職防止・継続雇用）を図ることで医師数を確保することにより、医師の一人あたりの労働時間の削減を図る。

（その際、保育対象範囲を小学校 3 年生まで引き上げを検討）

開始・導入・強化等の時期を記載

【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】

（記載例）

- ・特に労働時間の高い 科の医師 名について、該当する医師の外来時間の削減の取組を行い、労働時間の 時間程度の削減を図る。

- ・対象医師全員について、 会議の効率化（メンバーの限定、会議時間の上限設定等）を行う

- ・ 科について、 機器の導入を図り、×××の効率化を図る

- ・ 科について、複数主治医制を導入することで当直以外での出勤を減らす

- ・連続勤務時間の上限を設定して勤務割りを作成

- ・勤務間インターバル時間を設定して勤務割りを作成

- ・地域の診療所への紹介を推進する（患者を地域へ帰す）ことで、平均在院日数を減らす

- ・2次救急について輪番制を導入する（導入を目指し、地域の医療機関との意見交換を開始する）

- ・患者サポート窓口の設置により、患者から医師への問い合わせを減らし、医師の労働時間削減を図る

- ・患者の問診、患者・家族への説明をタブレット等を活用し、事前に医師事務作業補助者が医師の確認の上、説明資料等を準備等行う

開始・導入・強化等の時期を記載

- ・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

特別償却する場合は、添付書類について、医療機関勤務環境改善支援センター長、県担当課長の証明が必要になります

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、加筆ください）

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・詳細化

（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）

（詳細）

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（書類作成支援、予診代行、医療機器ほか）

（製品名：メーカー名）

効果の説明（従来品より作動時間がパーセント短縮、etc）

3．既存実施していた行為等を機械化する場合

（製品名：メーカー名）

効果の説明（術野の拡大により処置の難易度が下がること等により、処置に要する時間が短縮するとともに、医療の質の向上によって患者の予後が改善し術後の診療時間等の縮減が可能となる etc）

4．IT化によるテレワーク等遠隔業務

（製品名：メーカー名）

効果の説明（医師が在院していなくとも、診療できるようになり、医師の待機時間を縮減／診療可能な医師が増え、一部の医師に集中していた負担を分散できる／往診にかかる時間が短縮できる etc）

5．チーム医療、タスク・シフト（シェア）ほか

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（1～5以外）

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

<ふじのくに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。

令和〇年〇月〇日

担当者名：医業経営アドバイザー ○○ ○○ 印

医療労務アドバイザー ○○ ○○ 印

ふじのくに（静岡県）医療勤務環境改善支援センター長

印

相談期間：令和 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

<静岡県担当課確認印>

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されたものであることを確認します。

令和〇年〇月〇日

静岡県地域医療課長

印