《送付・連絡先》岩手県医療勤務環境改善支援センター（医療政策室内）　宛　**（添書不要）**

Tel・Fax：019-651-3191（直通）、Email：mituko-no@pref.iwate.jp

**勤務環境改善計画の策定状況等に係る調査票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | 担当者職氏名 |  |
| 施設管理者 |  | Ｅメール |  |
| Ｔ　Ｅ　Ｌ |  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |

**下記の事項に御回答ください。（該当するものに○を付して下さい）**

**１　既に計画を策定していますか**。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**はい　・　いいえ**

※新たに計画を策定した際（計画の変更も含む）は、当センターへ送付願います。

**２　既に計画を策定した医療機関へお尋ねします。**

　 ＰＤＣＡサイクルにより定期的に結果を振り返り、改善策を検討する等の進捗管理を行っていますか。

**はい　・　いいえ**

**３　計画をまだ策定していない医療機関へお尋ねします。**

現時点の計画策定に向けた対応について教えてください。

1. **策定に向け準備中 　 ② 策定有無を検討中　 ③ 未定（検討していない） 　 ④ 策定しない**

**４　当センターの支援を希望しますか。**　　　　　　　　　　　　　　　　**希望する　・　希望しない**

**５　希望する医療機関へお尋ねします。**

どのような支援を希望しますか（複数回答可**）**

**① 職場研修等の講師派遣　　研修内容（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**② 労務管理や医業管理の相談・指導**

**③ 勤務環境改善に資する設備整備等への補助**

**④ 医師の働き方改革に関する支援（下記のア～エにも〇を付して下さい）**

ア　宿日直許可申請に関すること　　　　イ　36協定締結に関すること

　 　ウ　時間外勤務の管理に関すること　　　エ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

**≪2024年４月から適用開始となる医師の時間外労働上限規制に向けてお尋ねします。≫**

**６　2024年4月以降、時間外・休日労働時間数が年960時間を超えそうな医師がいますか。**

※副業・兼業先の時間外・休日労働時間数も含めます。（管理監督者は除く）

**いる（　　　人）　・　いない**

**７　６で「いる」と回答した医療機関へお尋ねします。**

特例水準(連携B・B・C)を申請しましましたか。　　　　　　　　　　　　　 **はい　・　いいえ**

「はい」の場合、どの水準を申請しましたか。**① 連携B　　② B　　③ C**

**８　医師の宿日直許可について労働基準監督署から許可を受けているかお尋ねします。**

**① 許可を受けている。　（全ての業務　・　一部の業務）**

1. **許可を受けていないが、3月までに申請予定。**

**③ 許可を受けておらず、今後も受けない予定。**

**９　貴医療機関が勤務環境を改善するにあたって、課題（支障）となっていると思われる事柄等を記入してください。（些細な事でも構いません）**