

# 医療機関の経営者・管理者の皆様へ 医療勤務環境改善支援センターをご利用ください



就業規則の  
見直し

育児  
介護支援

36 協定

宿日直  
許可申請

働き方改革  
への対応

経営  
助成金

立入検査後  
の支援

長崎県医療勤務環境改善支援センターでは、医師・看護師等の離職防止・定着促進を図ることを目的に、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関をサポートするため、専門のアドバイザー（**医業経営アドバイザー・医療労務管理アドバイザー**）を派遣し、多様なニーズに対し、支援を行っております。

＼ そのお悩み、当相談窓口が【**すべて無料**】で解決をサポートします！ ／

「ちょっと聞きたい」から  
「深く知りたい」まで

## 電話による労務相談

専門知識を有するアドバイザーが、勤務環境改善に関する様々な相談に対し、無料で必要な助言を行います。

日々の労務管理の疑問や複雑な労働法令に関する照会などに、お電話で対応いたします。



貴院の実情に寄り添って  
じっくり支援

## 訪問による伴走支援

専門家が訪問またはオンラインで労務管理全般の助言や日々の疑問に、中立・公平な観点から丁寧にアドバイスします。他院の取組事例の紹介も可能。

※本事業は厚生労働省の委託を受けた機関が実施するもので、営業・勧誘目的の訪問ではありません。



スキルアップや  
情報収集の場として

## 院内研修の講師派遣

医療機関が自主的に実施する労務管理等に関する研修会への講師派遣も無料で行っております。ハラスメント対策やメンタルヘルス等、職場環境の改善と意識向上を通じて、病院全体の組織力と活力を高めます。



医業経営のご相談はこちら

平日 9:00 ~ 17:45  
(土日祝日・年末年始休み)

### 医業経営相談窓口

〒850-8570 長崎県長崎市尾上町 3 番 1 号  
長崎県福祉保健部医療人材対策室内（県庁 1 階）  
長崎県医療勤務環境改善支援センター

☎ 095-895-2425 ☎ 095-895-2573

✉ kinkaicenter@pref.nagasaki.lg.jp

医療労務のご相談はこちら

平日 9:00 ~ 17:00  
(土日祝日・年末年始休み)

### 医療労務管理支援相談窓口

〒850-0861 長崎県長崎市江戸町 5 番 8 号  
第 5 - ノ瀬中央橋ビル 4 階 408 号室  
(株) 労働調査会（厚生労働省長崎労働局委託事業）

☎ 095-893-8200 ☎ 092-713-7064

✉ nagasakiiryoroumu@gmail.com



# 長崎県医療勤務環境改善支援センター 相談申込 FAX 用紙

## 医業経営相談窓口



申込先 FAX 番号

**095-895-2573**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------------|--|--|--|
| 医療機関名                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 住 所                          | 〒                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 担当部署／役職                      |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  | 氏 名                                       |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 電話番号                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  | FAX 番号                                    |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 相談希望日時                       | <input type="checkbox"/> 電話の場合                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  | 第1希望 月 日 時頃<br>第2希望 月 日 時頃<br>第3希望 月 日 時頃 |  | <input type="checkbox"/> 訪問希望の場合 |  | 第1希望 月 日 時頃<br>第2希望 月 日 時頃<br>第3希望 月 日 時頃 |  |  |  |
| 相談内容<br>(ご相談内容にチェック)<br>※複数可 | <input type="checkbox"/> 医業経営の勤務環境マネジメントシステムの導入について<br><input type="checkbox"/> 診療報酬制度について<br><input type="checkbox"/> 医療制度・医事法制について<br><input type="checkbox"/> 関連補助制度について<br><input type="checkbox"/> 給与・諸手当等の処遇改善<br><input type="checkbox"/> その他医業経営について |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 自由記入欄                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |

※本申込後、専門アドバイザー又は担当者よりご連絡をさせていただきます。(オンライン相談可)

## 医療労務管理相談窓口



申込先 FAX 番号

**092-713-7064**

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------|--|----------------------------------|--|-------------------------------------------|--|--|--|
| 医療機関名                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 住 所                          | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 担当部署／役職                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  | 氏 名                                       |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 電話番号                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  | FAX 番号                                    |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 相談希望日時                       | <input type="checkbox"/> 電話の場合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  | 第1希望 月 日 時頃<br>第2希望 月 日 時頃<br>第3希望 月 日 時頃 |  | <input type="checkbox"/> 訪問希望の場合 |  | 第1希望 月 日 時頃<br>第2希望 月 日 時頃<br>第3希望 月 日 時頃 |  |  |  |
| 相談内容<br>(ご相談内容にチェック)<br>※複数可 | <input type="checkbox"/> 宿日直許可申請に関して<br><input type="checkbox"/> 時間外労働の上限規制に関して<br>(労働時間の短縮計画)<br><input type="checkbox"/> 36協定、就業規則見直し<br><input type="checkbox"/> 仕事と育児・介護との両立支援<br><input type="checkbox"/> キャリア形成・働きがい<br><input type="checkbox"/> 人材採用・人材確保・社員定着<br><input type="checkbox"/> 医療勤務環境改善マネジメントシステム<br><input type="checkbox"/> 給与体系・賃金制度(評価制度)<br><input type="checkbox"/> 同一労働同一賃金<br><input type="checkbox"/> 外国人の就労・受け入れ<br><input type="checkbox"/> 高齢者活用、女性の活躍推進<br><input type="checkbox"/> 医療スタッフの健康支援<br><input type="checkbox"/> ハラスメント対策・メンタルヘルス対策<br><input type="checkbox"/> 勤務環境改善で何をしたらよいか分からない<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |
| 自由記入欄                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                                           |  |                                  |  |                                           |  |  |  |

※本申込後、専門アドバイザー又は担当者よりご連絡をさせていただきます。(オンライン相談可)

※ご記入いただいた個人情報は厳重に管理し、本リーフレットにある相談対応の目的以外では使用しません。