

7 医 人 第 125 号
令和 7 年 6 月 13 日

県内各医療機関管理者 様

長崎県医療勤務環境改善支援センター
長 崎 県 医 療 人 材 対 策 室 長
(公 印 省 略)

令和 7 年度第 1 回 医療勤務環境改善セミナーの開催について（ご案内）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

県内の医療従事者が、健康で安心して働き続けられる勤務環境作りに向けた医療機関の取組推進を目的として、今年度も下記のとおりセミナーを開催いたします。

また、セミナー終了後は、個別でのご相談も受け付けられるようアドバイザーも待機しておりますので、この機会にぜひご利用ください。

多くの方のご参加をお待ちしております。

記

1. 日時

令和 7 年 7 月 10 日（木）15:00～16:30

2. 会場

長崎県庁 311～312 会議室（〒850-8570 長崎市尾上町 3-1）

※オンライン参加とのハイブリッド形式です。

3. 内容

(1) 「医師の働き方改革 ～基本的な労働法制～」

講師：長崎労働局労働基準部監督課 主任安全専門官 竹永 剛 氏

(2) 「勤務環境を変える力 ～マネジメントシステムで支える

医師の働きがいと地域医療～」

講師：厚生労働省スーパーバイザー 藤川葵 氏

（医療法人聖医会 藤川病院 副院長）

(3) 質疑応答・個別相談

4. 申込方法（令和 7 年 6 月 30 日（月）まで）

QR コードまたはリンクよりお申し込みください。

※オンラインで参加される方には、後ほど参加 URL をメールにてご連絡いたします。



<https://forms.office.com/r/Amd881z2SK>

5. 参加費 無料

6. 同封資料

- ・令和 7 年度第 1 回 医療勤務環境改善セミナー 開催要領
- ・[別添様式] 参加申込書（QR コードやリンクで申し込めない場合は、こちらの参加申込書で FAX もしくは郵送にてお申し込みください）

長崎県医療勤務環境改善支援センター
〒850-8570 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
担当 青田・近藤
E-mail : kinkaicenter@pref.nagasaki.lg.jp
TEL : 095-895-2425 FAX : 095-895-2573

令和7年度第1回 医療勤務環境改善セミナー 開催要領

1 内 容 医療機関において「働き方改革」を進めるにあたって、基本的な法制等のご説明や参考となる勤務環境改善に向けた取組をご紹介します

2 日 時 令和7年7月10日（木）15:00～16:30

3 場 所 長崎県庁311～312会議室 〒850-8570 長崎市尾上町3-1

来庁もしくは会議アプリWebexを使用したハイブリッド式

（オンラインでの参加者の方には、申込受付後テレビ会議参加URLをメールにて通知します）

4 対象者 長崎県の医療機関の長及び管理者等

5 定 員 来庁40名程度、オンライン150台（参加台数）

6 スケジュール（予定）

時 間		題 目	担 当
15:00	開会		
		医療勤務環境改善支援センターの活用について	長崎県医療人材対策室
15:20	講話 (30分)	医師の働き方改革 ～基本的な労働法制～	長崎労働局労働基準部監督課 主任安全専門官 竹永 剛 氏
15:50	講話 (30分)	勤務環境を変える力～マネジメントシステムで支える 医師の働きがいと地域医療～	厚生労働省スーパーバイザー (医療法人聖医会藤川病院 副院長) 藤川 葵 氏
16:20	質疑応答 (10分)		
16:30	閉会		
終了後		個別相談（アドバイザー）	

7 参加費用 無 料

8 主催者 長崎県医療勤務環境改善支援センター
株式会社タスクールPlus

9 申込先 長崎県医療勤務環境改善支援センター（長崎県福祉保健部医療人材対策室内）
〒850-8570 長崎市尾上町3番1号
メール：kinkaicenter@pref.nagasaki.lg.jp
TEL：095-895-2425
FAX：095-895-2573

[別添様式]

長崎県医療勤務環境改善支援センター 行き

FAX : 095-895-2573

E-mail : kinkaicenter@pref.nagasaki.lg.jp

令和7年度 第1回医療勤務環境改善セミナー

参加申込書 (申込みメ切 : 6月30日(月))

7月10日(木) 15:00~16:30 開催

医療機関名				
住 所				
参 加 者 氏 名	*複数名ご参加の場合、代表者の方の氏名をご記入ください。また、その他の参加者の氏名を下の欄にご記入ください。個人参加希望者もこちらにお書きください。			
役 職	☐ 理事長 ☐ 院長 ☐ 事務長 ☐ 看護部長 ☐ その他 ()			
参加方法	☐ 来庁 ☐ WEB			
メールアドレス				
複数でご参加される場合	職名	氏名	参加方法	☐ 来庁 ☐ WEB
	職名	氏名	参加方法	☐ 来庁 ☐ WEB
連 絡 先	TEL.			
	* 参加者と異なる場合はご記入ください			
	部署	担当者名		