

医師の働き方改革制度への照会と回答内容（令和3年度）＜2022年10月19日時点版＞

No	区分	照会内容	回答内容
1	①A水準	A水準となった病院が、月100時間をしばしば超えても、その都度「健康確保措置」を実施すれば、かつ、年960時間以下ならA水準として認められるのでしょうか。	年960時間以下であればA水準として認められます。
2	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	C-1についてですが、こちらは基幹型臨床研修病院及び専門研修プログラム基幹施設のみが時短計画を作成の上、指定を受けるということが良いのでしょうか。	<p>基幹型臨床研修病院・基幹施設および協力型臨床研修病院・連携施設の各医療機関において、時間外・休日労働が年換算960時間を超える場合には、医療機関ごとに医療機関勤務環境評価センターの評価を受けると共に、都道府県により特例水準対象医療機関として指定される必要があります。なお、都道府県へのC-1水準の指定申請に係る事務手続きは、基幹型臨床研修病院・基幹施設が代行することも可能です。</p> <p><令和3年第1回臨床研修部会資料2 P8-11参照> https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000835259.pdf</p>
3	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	臨床研修医がいる場合は、C-1水準の指定申請を行っていただくことが無難な対応かと思いますが、常勤医で100時間/月超えの医師が1名でもいる場合はB水準の申請が必要になると思います。この場合どちらで申請すべきでしょうか。	<p>特例水準は、指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用されるため、異なる水準を適用させるためには、医療機関はそれぞれの水準についての指定を受ける必要があります。</p> <p>その上で、ご指摘の臨床研修医に対しては、時間外労働の実態を踏まえてA水準またはC-1水準を適用することが考えられます。なお、臨床研修医に対する勤務間インターバル・代償休息の取扱い、連携B、B、C-2水準の適用される医師に対する勤務間インターバル・代償休息の取扱いと異なることに留意してください。</p> <p>※詳しくは第15回医師の働き方改革の推進に関する検討会（資料1）をご参照ください。 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000830191.pdf</p> <p>また、年の時間外・休日労働が960時間を超過する見込みの医師が1名でもいる場合は、その医師がやむを得ず長時間労働となっている事由に応じて、適切な水準（連携B、B、C-2）の指定を受けていただく必要があります。</p>
4	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	臨床研修の基幹型病院がA水準で、協力型病院がC-1水準の指定を受けている場合、協力型病院での時間外労働がいかに長引いても、基幹型病院はA水準のままよいのでしょうか。	<p>ご質問の状況の場合、労働時間管理は、それぞれの病院で行うものであるため、ご認識の通りで差し支えありません。</p> <p>ただし、基幹型はA水準のままよいものの、協力型病院から労働時間数について報告を受け、その臨床研修医の時間外・休日労働について把握しておく必要があります。</p> <p>また、協力型病院では、C-1水準の業務に対する36協定（年1800時間など）を締結していただいた上で、自院における36協定を超えない範囲で臨床研修医を働かせることができます。ただし、各臨床研修医については、時間外・休日労働が月100時間を超過する前に適切に面接指導を行い、勤務間インターバル等の休息時間の確保を適切に行っていただく必要があります。</p>
5	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法などの一部を改正する法律の一部施行期日を定める政令」などの公布について（医政発0119第9号）の8ページの【特定臨床研修医について】の記載に関して。七ii括弧書きの「やむを得ない理由」と、九の「やむを得ない理由」は同じではないと考えて良いのでしょうか。つまり、七ii括弧書きの「やむを得ない理由」は、臨床研修における必要性があれば「やむを得ない」とみなし、九の「やむを得ない理由」は、理由が限定されている（緊急業務への待機または許可のある宿日直中の業務）と考えて良いのでしょうか。	<p>いずれの「やむを得ない理由」も「臨床研修における必要性」があることが条件です。七iiで想定されているのは、救急など指導医の勤務に合わせた研修を行う場合であり、九で想定されているのはオンコール又は宿日直許可のある宿日直に従事する場合です。</p>
6	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	「協力型臨床研修病院」には「研修期間中の時間外・休日労働時間を管理し、実績を明示するとともに、基幹型臨床研修病院/基幹施設に報告する」とありますが、報告のフォーマットや報告を受けた側が確認するルールなど、具体的に決まっていることはありますかでしょうか。	<p>基幹型臨床研修病院は、研修期間中及びプログラム全体の時間外・休日労働時間数を管理し、そのためにも、協力型臨床研修病院には、研修期間中の時間外・休日労働時間数を管理し、基幹型臨床研修病院への報告を求めています。また、臨床研修医の年の時間外・休日労働が、上限を超過しないよう、適正な管理を行っていただければ、特別な様式等の指定はございません。</p>
7	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	C-1水準の指定を受ける基準では「日本専門医機構が定める専門研修プログラム/カリキュラムに参加する専攻医」が対象となっていますが、当院の勤務実態として、専攻医の長時間労働は夜間救急・入院患者のオンコール対応等が主な原因でありローテーション先が総合診療部（病棟業務）・NICU・救急診療科に配属されると長時間労働が起きています。このような背景から当院においては、地域医療貢献した実践的な診療業務が多くB水準の指定が相応しいと考えていますが、いかがでしょうか。	<p>C-1水準は『臨床研修に関わる業務であって、一定期間、集中的に診療を行うことにより基本的な診療能力を身につける場合』のため、B水準は『地域医療確保の観点から、時間外業務が必要とされるため』に設けられた水準であり、本趣旨を踏まえて実態に沿う水準で申請ください。</p> <p>なお、小児患者への専攻医の夜間救急・入院患者のオンコール対応等が、小児を取り扱う総合診療部（病棟業務）・NICU・救急診療科における小児科専攻医研修プログラム内の業務ではないことが明らかであれば、B水準の業務との整理になると考えます。</p>
8	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	C-1水準の受審に際し、専攻医の募集要項に総労働時間数を記載する必要がありますが、その際、C-1水準の指定前に記載する必要があるのでしょうか。この場合、指定を受けるには1年以上遅れることになりませんが、受審される期間の間は1,860時間超えの医師が出てA水準で医師の勤務管理を行わなければならないのでしょうか。またはC-1水準の指定後に記載し受審を受ければ問題はないのでしょうか。	<p>令和3年度第2回専門研修部会の資料をご参照ください。 (URL: https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000891399.pdf)</p> <p>C-1水準の指定の前に、専門研修プログラム/カリキュラム内へ、想定時間外労働等を記載する必要があります。令和6年度の指定に間に合うよう、専門研修プログラム/カリキュラム内への想定時間外労働等の記載は、令和5年度募集のプログラム/カリキュラム内に書き込んでいただくよう、求めています。</p> <p>C-1水準の指定を受けていない医療機関においては、専攻医に対しC-1水準のプログラム/カリキュラムの業務を行う際、年960時間を超過する時間外・休日労働を行わせることはできません。</p>
9	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	B水準とC-2水準の双方の要件を満たす医療機関において、双方の業務に従事する医師についてはどちらの水準で指定申請をするのでしょうか。医師ごとに指定を受ける水準を判断するうえで考慮すべきことをご教示ください。	<p>C-2水準は『高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合』のために設けられた水準であり、どちらの目的（立場）で業務に従事しているのかをよく検討いただいた上で指定申請を行う必要があるものと考えています。</p>

10	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	C-2水準の指定申請にあたり、内科は特に幅が広く、サブスペシャリティの専門医をとって医師は仕事を行っています。その、内科学会にぶら下がっている各サブスペシャリティの専門医（たとえば、循環器専門医や消化器専門医など）の研修も必要になり、内科の専門医のみではありません。その基本領域にぶら下がっているサブスペシャリティの学会の専門医取得のプログラム・あるいはカリキュラムの関しては、C-2基準を考える上で、考慮されるのでしょうか	<p>C-2水準は、医籍登録後の臨床に従事した期間が6年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う際に、やむを得ず長時間労働が必要となる場合について、一定の健康確保措置の実施を前提として、当該医師にC-2水準を適用することとし、時間外・休日労働の上限を年1,860時間とするものです。</p> <p>このC-2水準の対象技能となり得る具体的な技能に関しては、以下の①～③をすべて満たしている必要があります。</p> <p>①「C-2水準の対象分野」・・・基本19領域に該当すること</p> <p>②「C-2水準の対象技能となり得る技能」・・・以下の1）または2）の考え方に該当すること</p> <p>1）我が国の医療水準を維持発展していくために必要とされる、医学研究や医療技術の進歩により新たに登場した、保険未収載の治療・手術技術（先進医療を含む）</p> <p>2）良質かつ安全な医療を提供し続けるために、個々の医師が独立して実施可能なレベルまで修得・維持しておく必要があるが、基本領域の専門医取得段階ではそのレベルまで到達することが困難な技能</p> <p>③「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」の考え方に該当すること・・・以下のア）～ウ）の1つ以上に該当すること</p> <p>ア）診療の時間帯を選べない現場でなければ修得できない</p> <p>イ）同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない</p> <p>ウ）その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ</p> <p>指摘されている、内科領域のサブスペシャリティの学会の専門医取得のために修得されるであろう技能は、この①②の条件は自ずと満たしていると考えられますが、その修得が、やむを得ず長時間労働が必要となる業務に該当すれば、C-2水準の対象技能となり得ます。</p>
11	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	B・C水準指定の要件となる実績（救急搬送件数や臨床研修病院）は、2024年4月1日から指定を受ける場合、申請時点から見て、どの時点の実績で基準を満たしているかどうか判断することになるのでしょうか。（例えば、2023年9月に申請する場合、いつの時点の救急件数を見てB水準の要件を満たしているかと判断するのでしょうか。）	実績期間について、省令上明確な定めはありませんが、B水準の指定を受ける医療機関の多くは、例えば診療報酬（地域医療体制確保加算）の施設基準を取得するにあたり前年1月～12月の実績を把握されていると思いますので、期間を判断する1つの目安になると思われます。なお、地域医療体制の見直し、医療機能の変更等により前年1月～12月のデータで判断することが明らかに不適当と考えられる場合は、直近1年間などの対応が考えられます。
12	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	B水準の指定をするにあたり、対象医療機関の要件として、「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」とありますが、県医療計画のそれぞれの項目において、県立中央病院や大学病院、〇〇指定病院といった病院名等が具体的に明示されていることが必要か教えてください。	医療計画作成指針において、原則として、名称を記載することとされているため、明記された方が望ましいと考えます。
13	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	3次医療救急病院において、外科や心臓血管外科などの医師が救急患者の緊急オペを担当することとなり、年間の時間外勤務がA水準に取まらない場合、当該科もB水準としてみなすことは可能でしょうか。上記内容の意図としては『3次救急の救急以外の診療科も救急患者に対応する業務によって960時間を超えてしまう場合は、B水準として指定することが可能か』という点です。	<p>B・C水準の指定は、医療機関単位ですので、時短計画や36協定の締結等の必要な手続きを実施いただければ、当初その医療機関でB・C水準の対象としていなかった医師にB・C水準を適用することは可能です。</p> <p>また、A水準の医療機関において年の上限960時間を超過した場合（36協定において定める時間を超過した場合は、労働基準法違反となります。2024年4月以降も地域で必要な医療が確実に提供されるようA水準の年の上限960時間を超える可能性がある場合には、B水準の指定申請を行ってください。</p> <p>例外に関して、労基法第33条所定の災害等による臨時の必要がある場合の時間外労働が考えられますが、天災時等例外的な場合に限られ、労働基準監督署長の許可等が必要となるものですので、960時間を超える可能性がある場合には、地域で必要な医療が確保されるよう、B水準の指定申請を行ってください。</p>
14	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	当院はB・連携B水準対象医療機関の医療機能は有しておらず、かつ専属医で年960時間を超える時間外・休日労働をする者はいないので、特例水準の指定は受けたい予定です。また研修医もおらず、C水準の指定にも該当しません。2024年4月からは、外来又は日当直の業務に従事する臨時嘱託医師の派遣を受ける場合に、時間外等が960時間を超える方を当院では雇用できなくなるのでしょうか。	<p>派遣元医療機関が都道府県から「連携B水準（※1）」の指定を受け、かつ、医療機関において当該医師（貴院への派遣医師）が連携B水準の医師として特定されない限り、派遣元医療機関での時間外労働（休日労働含む。以下同じ。）と貴院での労働時間（※2）の合計は年960時間を超えることは出来ません。この合計が年960時間を超える医師を雇用するに当たっては、派遣元医療機関が連携B水準の指定を受け、かつ、当該医師が連携B水準の医師として特定されているのか確認をいただくことが必要になると考えています。</p> <p>※1：基本的には連携B水準が想定されますが、B水準及び臨床研修医を除くC水準の場合もあり得ます。</p> <p>※2：派遣元医療機関で法定労働時間働いていることを前提としています。</p>
15	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	国の開設する病院又は診療所に勤務する医師は、医師の特別則が適用になるのでしょうか。	<p>国の開設する病院又は診療所に勤務する医師は、国家公務員法等により、労働基準法は適用除外とされているため、労働基準法による医師の上限規制は適用されません。</p> <p>なお、国の開設する病院又は診療所としては、以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国立ハンセン病療養所 ・国立障害者リハビリテーションセンター病院 ・刑事施設、少年院、少年鑑別所又は婦人補導院の中に設けられた病院又は診療所 ・入国者収容所又は出入国在留管理局の中に設けられた病院又は診療所 ・宮内府病院 ・各府省に設けられた診療所 ・防衛医科大学校に設けられた病院 ・自衛隊中央病院及び自衛隊地区病院 ・駐屯地等の内に設けられた診療所 ・国会や裁判所内に設けられた診療所
16	②地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準	過去に典型的な1週間の医師の勤務実態調査を行ったが、時間外労働時間は以前に調査した時よりも少なくなっていました。これはコロナ診療のため入院稼働率が減少していることが影響しています。このため、いつの時点、あるいは何を根拠にBや連携B、C水準を適用するのか判断に迷ってしまいます。現在の特殊な状況が好転した後の平常時の勤務時間を想定して適応するのか、ご教示いただきたいです。	現状があくまで「特殊な状況」であれば、平常時を想定してご対応いただく事が基本になると考えます。2024年3月までに指定を受けることを検討されているのであれば、できるだけ早期に評価を受けることが望ましいので、その時点で想定される2024年4月以降の状況に合わせた準備をお願いします。

17	③追加的健康確保措置	<p>予定された連続した休息時間中にやむを得ない理由によって労働が発生した場合、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与することとされていますが、これに関連して、以下ご教示いただければ幸いです。</p> <p>①当該休息時間後に予定されていた勤務時間の始業時刻を代償休息時間分遅らせるが、終業時刻は変更しなかった場合、所定労働時間を代償休息時間分免除したことになるので、当該休息時間中に発生した労働時間と相殺できるものとし、差分の割増部分だけ支払うという考え方でよいでしょうか。</p> <p>②当該休息時間後に予定されていた勤務時間の始業・終業時刻を当該代償休息時間分だけずらして（遅らせて）勤務させることは可能でしょうか。 （例1）代償休息時間を1時間とした場合、通常8時からの始業時刻を9時からずらし、その分終業時刻を通常17時のところを18時にずらす。 （例2）代償休息時間を1時間とした場合、通常8時からの始業時刻を9時からずらす、終業時刻は変更せず17時とする。</p>	<p>①賃金支払いの取り扱いについては、「勤務間インターバル制度普及促進のための有識者検討会 報告書」（https://www.mhlw.go.jp/content/11201250/000462016.pdf）の17頁後半（3）を参考にさせていただき、事業場の労使で話し合いを行った上で取り扱いを明確にしておくことが望ましいと考えています。</p> <p>②いずれも代償休息の取得の1手法と考えておりますが、事業場の労使で話し合いを行った上で取り扱いを明確にしておくことが望ましいと考えています。</p>
18	③追加的健康確保措置	勤務間インターバルについて、インターバル中に自己研鑽のため在院していたとしても、インターバルに含めることは可能でしょうか。	ご理解のとおりです。
19	③追加的健康確保措置	面接指導を行うために必要な「長時間労働の医師の面接指導に必要な知見に係る講習」についてですが、この講習を受けて面接指導が可能な医師の数について、医療機関が何人準備しなければならないという規制（義務）は定められるのでしょうか。 例えば、産業医ならば安衛法上「従業員50名以上ならば1名」という義務がありますが、同様の義務が定められるのか、それとも医療機関自身の判断で月の時間外・休日労働100時間以上となりそうな医師の人数に対して面接指導の対応可能な人数の医師に、講習を受講させておけば良いのでしょうか。	面接指導が可能な医師について、人数にかかる規制（義務）を設ける予定はありません。各医療機関の状況に応じて確保していただくものと考えております。
20	③追加的健康確保措置	月の労働時間の限度100時間未満（例外あり）といったときの「（例外あり）」とは、面接指導のことを指すのでしょうか。月155時間に達することも想定されているため、36協定で、月160時間とすることも、2024年4月以降であっても可能という理解でよろしいでしょうか。	「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（H31.3.28）に記載があるとおり、患者数の急増等により、臨時的にやむを得ずある月の医療ニーズが多くなった場合等に「面接指導」「就業上の措置」を講ずることを条件に、例外として月100時間以上の時間外・休日労働を認めるというものです。36協定において面接指導等を行うことを定めた場合には、月160時間と協定することも可能ですが、原則はあくまでも月100時間未満としておりますので、まずは時短に取り組んでいただくようお願いいたします。
21	③追加的健康確保措置	<p>月100時間以上の時間外労働をする医師には面接指導を、原則100時間を超える前に実施することが義務付けられていると思います。この面接指導ですが、毎月100時間を超過する医師には、毎月実施するということがよろしいでしょうか。</p> <p>面接指導については中間とりまとめの際に提供された「長時間労働の医師への健康確保措置に関するマニュアル」に記載されており、9ページの表中には「毎月あらかじめ決めておいた時期に行うことも可能」と記載がありました。 これを受けて「毎月超過する医師は毎月面接が必須」と認識しているのですが、正しいでしょうか。</p>	ご理解のとおりです
22	③追加的健康確保措置	オンコールで呼ばれて勤務した場合、インターバルに抵触するのでしょうか。	当該オンコールの待機時間が労働時間に「該当しない」という前提での回答ですが、オンコールで呼ばれて診療を開始した時間までにインターバルの9時間が取れない場合は、代償休息で対応する必要があります。
23	③追加的健康確保措置	連携B・B・C-1・C-2水準では、インターバルの確保が義務となると思うのですが、もし各水準に指定された医師が、時間外・休日労働があまり発生せず、指定を受けているが、結果としてA水準に収まりそうな業務となった場合には、義務とすべきなのでしょうか。	連携B・B・C-1・C-2水準が適用されている医師については、結果的にA水準相当の時間外・休日労働となる（なった）か否かにかかわらず、連続勤務時間制限等の義務がかかることとなります。
24	③追加的健康確保措置	「連続勤務時間制限の基点となる始業とは、勤務シフト等で予定された業務の開始時」とありますが、土日の労働（予定されていない病棟回診など）についても同様に考えるのでしょうか。	法制度上は、予定されていない業務の「始業」の定めはありません。労務管理上の観点から考えると、休日とされている土日の（予定されていない）業務開始時をその都度「始業」とする管理は、複雑さを極めるものと考えますので、休日における24時間の始点は、前日の予定された業務の「始業」から24時間経過後とし、その中で『24時間以内に9時間の連続した休息時間』の原則を守るなどの運用が考えられます。（必要に応じて代償休息付与の措置が必要になります。）
25	③追加的健康確保措置	勤務間インターバルは休日の場合も9時間確保しなければならないのでしょうか。医師の働き方改革の推進に関する検討会では、24時間の中で通常の日勤後の次の勤務までに9時間のインターバルを確保することとなりますが、例えば、金曜日の日勤後、22時まで勤務し、翌朝6時～10時まで呼出しのため勤務した場合は、勤務間インターバルがとれていないこととなり、代替休息は翌週の平日で取得するのでしょうか。	<p>例：週5日勤務（月～金 8時～17時）、週休2日制（土・日）とした場合</p> <p>ご指摘の事例について上記の例を前提とする場合、1時間分の代償休息の付与が必要となりますが、週休日に当たる土・日で「1時間」の休息時間が確保出来れば良いです。（もちろん平日に付与することも可能です。）</p>
26	③追加的健康確保措置	<p>オンコールで呼ばれて勤務した時間から継続して勤務した場合の連続勤務時間の取り扱いはどうなるのでしょうか。</p> <p>（午前6時にオンコールで呼ばれて、そのまま9時から通常勤務をした場合、連続勤務時間は6時からカウントするのか、9時からカウントして、6時から9時までは代償休息で対応するのか、前日からのインターバルが確保されていた場合、6時から連続勤務のカウントをして3時間早く帰れば代償休息の対象とならないのでしょうか）</p>	<p>法制度上は、予定されていない業務の「始業」の定めはありません。労務管理上の観点から考えると、業務開始時をその都度「始業」とする管理は、複雑さを極めるものと考えますので、予定された業務の開始時間を「始業」として「休息時間」の原則を守る運用が考えられます。</p> <p>ご提示の事例（前日からのインターバルが確保されていた場合）では、9時を始業とし、6時から9時までは（前日分の）時間外業務としてカウントした方が管理が行いやすいと思われませんが、6時を始業として管理を行うことも可能です。その際は6時から24時間以内に9時間の連続休息を取得する必要があります。なお、前日からのインターバルが確保されていなかった場合は、代償休息として3時間分を取得させる必要がありますのでご留意ください。</p>

27	③追加的健康確保措置	<p>代償休息の取り扱いについての質問です、例えば、週40時間、1日8時間労働の医師が、日勤時間帯が9時から18時の場合、始業から連続して18時間対応が必要な業務を行った時、24時間以内に9時間の連続した休息時間が取れないため3時間の代償休息が必要となります。</p> <p>この3時間の代償休息を業務の終了後すぐに付与した場合、翌日の始業時間が3時間後(12時)にずれるが終業時間も後ろ(21時)にずれるのか。それとも終業時間は18時で良いのでしょうか。代償休息3時間は特別休暇となるのでしょうか。</p>	<p>「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の中間とりまとめ(P14)において、代償休息付与の考え方が示されています。(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000708161.pdf)</p> <p><中間とりまとめ抜粋></p> <p>○ 連続勤務時間制限及び勤務間インターバルを実施できなかった場合の代償休息の付与方法については、対象となった時間数について、所定労働時間中における時間休の取得又は勤務間インターバルの延長のいずれかによることとするが、疲労回復に効果的な休息の付与の観点から以下のような点に留意する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・勤務間インターバルの延長は、睡眠の量と質の向上につながる ・代償休息を生じさせる勤務の発生後、できる限り早く付与する ・オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮により、仕事から切り離された状況を設定する <p>また、代償休息は予定されていた休日以外で付与することが望ましく、特に面接指導の結果によって個別に必要な性が認められる場合には、予定されていた休日以外に付与する。</p> <p>代償休息はこの考え方にに基づき付与いただくこととなりますが、お尋ねの事例(予定された18時間対応)では、終業時間の取り扱いはどちらも可能ですが、各医療機関の就業規則等の定めに基づき運用していただく必要があると考えます(特別休暇の可否は各医療機関において判断いただくこととなります)。</p> <p>なお、代償休息には労働基準法上の休憩時間を含めないことと整理しておりますので、昼休みや勤務時間中の休憩を代償休息とすることは出来ませんのでご留意ください。</p>
28	③追加的健康確保措置	<p><臨床研修医に対する追加的健康確保措置について></p> <p>C-1水準は、初期研修医と専攻医を対象としているが、代償休息の必要がないようにする等の「より強い健康確保措置」については、初期研修医のみを対象としているという理解でよいでしょうか。</p>	<p>ご理解のとおり臨床研修医(いわゆる“初期研修医”)のみが対象になります。</p>
29	④複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い	<p>本業先の勤務のみでは時間外/休日労働時間は発生せず、副業先の勤務実績と合わせた場合のみ発生する時間外/休日労働時間については、年間の労働時間上限としては管理するが、給与(時間外労働手当)としての支払いは必要ないと考えておりますがその認識でよいでしょうか。</p>	<p>副業・兼業の促進に関するガイドラインでは、原則的に後に契約をした事業場にて、時間外労働に係る割増賃金を支払うこととされていますので、本業の勤務先の労働契約が先に締結されている場合にはご理解の通りとなります。</p> <p><副業・兼業の促進に関するガイドライン></p> <p>https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyou/0000192844.pdf</p>
30	④複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い	<p>時間外/休日労働時間は本業先(主たる勤務先)での契約内容で計算する認識でよいでしょうか。</p> <p>つまり</p> <p>①本業先、副業先の勤務実績時間帯、本業先での契約内容に基づき算出した時間外/休日労働時間にて年間上限を管理する方法でよいでしょうか。</p> <p>それとも</p> <p>②本業先、副業先それぞれの契約内容に基づき時間外/休日労働時間を算出した後に合算し管理するのでしょうか。</p>	<p>本業先、副業先を通過して、法定時間外労働(原則一日8時間、1週40時間超の労働時間)を管理していただくこととなります。副業・兼業の促進に関するガイドラインには、簡易な管理モデル例も掲載していますのでご参照下さい。</p> <p><副業・兼業の促進に関するガイドライン></p> <p>https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyou/0000192844.pdf</p>
31	④複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い	<p>副業先における時間管理についての質問です。出退勤システムなど労働時間を把握する仕掛けは、各病院によって使用するツールや方法など相違があることから、複数の病院間で、これに関するシステムから排出されるデータでの共有は難しいところと考えられます。</p> <p>勤務される非常勤医師の労働時間を、どのように主勤務先病院に伝達すればよいのでしょうか。</p> <p>※仮に、労働時間を「紙ベース」で他院に知らせるとする場合、上述の非常勤医師の労働時間を把握すべき「上長」は病院長であるとして、病院長の捺印で帳票管理することでのよいのでしょうか。</p>	<p>主たる勤務先は、派遣先の医療機関での労働時間を当該医師の自己申告等に基づいて把握し、派遣先での労働時間を含めた総労働時間を管理していただく必要があります。具体的な労働時間の把握の方法等については、派遣される医師、派遣元の医療機関及び派遣先の医療機関との間であらかじめ決めておくことも可能であり、相互に共通認識を持っておくことが重要となります。なお、派遣先の医療機関が主たる勤務先に労働時間を伝達する場合の方法等について法令上特設の限定はありませんので、御指摘の労働時間管理の運用においても差し支えございません。</p>
32	④複数医療機関に勤務する医師に係る取扱い	<p>臨床研修病院が行う研修医の労働時間管理等について(事務連絡令和2年3月31日)には「臨床研修プログラムにおける年間を通じた労働時間管理については、基幹型臨床研修病院が行うこととし、協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設は基幹型臨床研修病院に、臨床研修医の時間外労働時間を報告することとする」とあります。</p> <p>○〇病院は基幹型臨床研修病院でもあるが、同時に協力型臨床研修病院でもあります。</p> <p>協力型臨床研修病院の場合は、「対象研修医の時間外労働時間を基幹型臨床研修病院(B大等)に報告すること。」とあるので、○〇病院の36協定の対象外となるのでしょうか。</p>	<p>協力型臨床研修病院においても該当する研修医を含む36協定を締結する必要があります。</p> <p>なお、当該研修医が基幹型臨床研修病院において、B、C-1の水準指定を受けており、年960時間を超える36協定の対象とされている場合について、当該研修医の年間の時間外・休日労働時間の上限は、基幹型臨床研修病院の36協定に定めた上限以下とする必要があり、併せて、協力型臨床研修病院での時間外・休日労働を協力型臨床研修病院の36協定の上限時間の範囲内とする必要があります。</p>
33	⑤医師労働時間短縮計画	<p>医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン(評価項目と評価基準)の医師の業務の見直しの実施に記載されている項目は、医療機関が対象であることから、医師以外の者を対象としての取組でもよいのでしょうか。</p>	<p>医師の時間外労働に係る短縮計画となりますので、医師に係る取組を計画してください。</p>
34	⑤医師労働時間短縮計画	<p>医療機関の医師の労働時間短縮の取組の評価に関するガイドライン(評価項目と評価基準)の医師の適切な勤務計画の作成に記載されている代償休息については、代償休息を与えることができるような余裕のある勤務計画を立てるという趣旨が、代償休息の確保を盛り込んだ勤務計画を立てるという趣旨のどちらでしょうか。</p>	<p>代償休息はやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合に付与されるものですが、例えば個人が連続して15時間を超える対応が必要な業務が予定されている場合には代償休息の付与を前提とした運用を認めています。こうした例外的な運用を行う際に代償休息を付与することができるような勤務計画を組むことを求めているものです。</p>
35	⑤医師労働時間短縮計画	<p>R3-5年度の時短計画は努力義務とされていますが、評価センターの評価を受審する際に、評価時点での時短取組実績を示す資料としてR3-5年度の時短計画が参照され、評価において考慮されることはあるのでしょうか。</p>	<p>令和5年度末までの間に、医療機関が努力義務に基づき作成する計画は、評価センターの評価の対象外ですが、令和5年度末までの取組は、取組実績として、令和6年度を開始年度とする初回の指定に係る評価の際に参照されることとなります。</p>
36	⑤医師労働時間短縮計画	<p>連携B水準適用医師の範囲について、計画の作成にあたり、各水準を適用できるのは長時間労働を行う個々の医師・恒常的に時間外労働が多い診療科単位と認識していますか</p> <p>①当該医療機関に勤務する医師全員を対象とする計画は作成可能でしょうか。</p> <p>②薬局による医師派遣等により年960時間前後の時間外労働が隔年・数年おきに発生する可能性がある診療科についてはどのように取り扱う(予防的に連携B水準を取得する等)のがよいでしょうか。</p>	<p>①いずれか複数の指定を受けている(受けることを予定している)医療機関は、一つの計画としてまとめて作成することも可能ですが、その場合には、取組の対象となる医師が明らかになるよう計画に記載することが求められます。</p> <p>②2024年4月以降、特例水準の指定を受けていない医療機関においては、副業・兼業先での時間外・休日労働を含み年間960時間を超えて労働させることはできないこととなります。</p> <p>医療機関における労働時間の実態を踏まえて、特例水準の指定を検討ください。</p>
37	⑤医師労働時間短縮計画	<p>医療機関の労働時間短縮の取組として勤務計画の作成が評価されるのであれば、時短計画案様式のどの項目に紐づけるのでしょうか。</p>	<p>医師労働時間短縮計画に対応する項目にはございませんが、医師の勤務環境の適切な把握と管理に求められる労務管理体制の評価項目となっています。</p>

38	⑤医師労働時間短縮計画	指定を受けるために作成する時短計画（令和6年4月が始期のもの）について、計画期間は5年以内の任意の期間となっていますが、指定の更新期間である「3年」ではなく「5年」以内の任意の期間としているのには理由があるでしょうか。（時短計画の見直し自体は毎年行うため、上記3年と5年は特にリンクしていないということでしょうか。）	特例水準の指定期間を「3年」としている理由は医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめのP12を参照ください。 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000708161.pdf ご理解のとおり時短計画は毎年の見直しを必要としており、作成の「5年」と指定期間の「3年」はリンクするものではありません。
39	⑤医師労働時間短縮計画	長時間労働が恒常的となっている診療科に限定して、個々の医師を特定して当該医師の労働時間の短縮に係る計画を作成する場合、病院全体への取組みを行っていても、計画に記載する（業務の見直しや勤務環境改善の）取組みなどは、対象医師の所属診療科への取組みに限定して記載することとなるのでしょうか。（評価を受ける際には、対象医師の労働時間を短縮するために必要な取組みを記載した現実即した計画とする必要があるかと思いますが、病院全体への取組みを進めていても、対象医師の所属診療科への適用が困難とされる場合は、記載することは望ましくないのでしょうか。）	時短計画作成の趣旨を鑑みれば、長時間労働となっている者・科等の時間外労働削減の方策を記載する必要がありますので、関係のない取組の記載では、意味をなさない計画となります。一般論として「適用が困難」な取組はそもそも削減の取組とは言い難いと思いますので、そうであれば所属診療科限定の記載にするなど、計画作成の趣旨に沿った記載を検討願います。
40	⑤医師労働時間短縮計画	面接指導の実施にあたり、産業界、面接指導実施医師のみでなく、他職種のサポートが可能な体制の構築とありますが、産業界、面接指導実施医師以外に具体的にどういった方が想定されているのでしょうか。	「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」p22に「院内の産業保健チーム等、コメディカルを含めた職員体制の中で医師の健康にも配慮することも重要」との記載があります。 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf 例えば、臨床心理士による心のケアなども考えられますが、いずれにしても職種如何に関わらず、サポート体制を構築することが大切との趣旨ですので、それぞれの医療機関においてその職員体制を踏まえて検討されるべきものと考えています。
41	⑤医師労働時間短縮計画	<追加的健康確保措置の実施> 月の時間外・休日労働が155時間を超えた場合、時間外労働の制限等、労働時間を短縮するための具体的取組みを講じることが義務付けられますが、医師への措置の実施する際には、例えば医師の健康診断を義務付けるといったことは可能でしょうか。	「医師の働き方改革に関する検討会 報告書」p23～p24において具体的な事例を上げております。 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf <例> ・当直・連続勤務の禁止・時間外労働の制限・就業日数の制限 就業上の措置は基本的には面接指導を実施した医師が検討するものとされており、その結果として取り得る1つの方策と思いますが、報告書の記載の趣旨としては、月の時間外・休日労働が155時間を超える年間1860時間を超える水準になることを踏まえて、実際に勤務時間を制限する等のより踏み込んだ労働時間を短縮するための措置を求めているものと考えます。
42	⑤医師労働時間短縮計画	令和4年度診療報酬「地域医療体制確保加算」について、関連書類の『（様式40の16）病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制』（ https://kouseiikyoku.mhlw.go.jp/kinki/r4-k40-16.pdf ）について、『（2）病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制』『ウ 医師労働時間短縮計画』に『□ 都道府県への提出』の欄があるが、窓口、ひな形、実績報告の回数や時期など決まった内容はありますでしょうか。	「地域医療体制確保加算」の施設基準取得にかかる手続き（様式40の16の記載等）については、各厚生局にお問い合わせ下さい。 医師の時間外労働の上限規制に係る医師労働時間短縮計画の都道府県への提出に関しては、指定様式はありませんので、必要事項（開設者の住所及び氏名、管理者の氏名、医療機関の名称、医療機関の所在地）を記載した任意様式で提出をお願いします。
43	⑤医師労働時間短縮計画	医師労働時間短縮計画作成ガイドライン（案）についてガイドラインP6「（2）都道府県との関係について」中で、「医療機関は、計画作成後は同計画を医療機関が所在する都道府県に提出する・・・」となっていますが、具体的な流れ等は決まっていますでしょうか。	各医療機関からの計画提出先等の流れについては各都道府県においてご検討ください。 令和4・5年度の計画については、今年度より各都道府県において提出を受け付けることとなっているほか、令和6年度の計画案についても、今年度より各都道府県において提出を受け付けることになっています。 このため、各都道府県におかれては、その提出を受け付ける窓口の設定等、適切に対応いただようお願いいたします。
44	⑥宿日直	当院は二次救急病院ですが、当直は忙しい日とそうでない日のばらつきが大変大きいです。その中で、「6時間寝られるかどうか」といったことが、当直扱いの一つの目安とよく聞きます。判断する期間はどれだけの実態調査が必要か、各当直医（当院は1名当直）睡眠時間の平均でよいのか、6時間以上寝られた比率でよいのか、比率とすると、どのくらいであれば「宿直」とみなされる目安、基準があるのか、基本的に6時間以上の睡眠がとれている宿直許可該当として寝られなかった翌日ごとに特別な対応が必要なのかどうか（手術に入らずに帰らねばならない など）それは誰の判断で決まることなのか、担当者が変わるのとぶれるのか、県ごとによぶれるのかという点でご教示いただけますでしょうか。	労働基準法においては、常態としてほとんど労働することがなく、労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない宿直又は日直の勤務（例えば、いわゆる「寝当直」に当たるような業務）については、労働基準監督署長の許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外とすることを定めています（宿日直許可）。 ※許可基準の解説資料（ https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720_02.pdf ） 個別の病院における勤務態様を勘案した上で、所轄の労働基準監督署長が許可の可否を判断することとなり、必要な調査期間についても勤務の態様により異なることもありますので、所轄の労働基準監督署にお問い合わせいただければと存じます。なお、宿日直の一部について宿日直許可を受けることも可能（輪番日以外、時間帯、診療科ごとなど）となっていますので、医療機関の実態に即した宿日直許可の取得をご検討いただければと思います。医療勤務環境改善支援センターや厚生労働省の相談窓口（URL： https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24880.html ）においても宿日直許可申請についての相談を受け付けておりますのでこちらもご活用いただければと思います。 なお、労基法上の宿日直許可は労働時間の規定の適用除外の可否を判断するものであり、許可が得られない場合も、夜勤や時間外勤務により当直業務を行うことは可能です。
45	⑥宿日直	インターバルの時間（オンコール中）にやむを得ない理由により呼び出されて労働に従事した場合、相当する時間の代償休息を事後的に付与することが必要とされていますが、日直許可のある宿日直に9時間以上従事して、十分な睡眠が確保できなかった場合は、事後的に付与する配慮義務を負うという理解でよろしいか。	ご理解のとおりです。なお、宿日直許可のある宿日直に連続して9時間以上従事する場合において、連続した9時間を超える分の時間については、当該時間に通常の勤務と同態様の労働が発生した場合でも、当該配慮義務は発生しません。
46	⑥宿日直	日中は主たる勤務先のA病院で勤務し、移動を挟んだ後に副業・兼業先のB病院の宿直に勤務する場合、許可がない当直を行った翌日のインターバル中（18時間中）に、宿日直の許可のある宿日直につくことは可能でしょうか。	宿日直許可のない宿日直を行った翌日のインターバル（休息18時間）中に「許可有り宿日直」につくことは出来ません。（「許可有り宿日直」が勤務間インターバルとして認められるのは始業から24時間以内に9時間の連続した宿日直許可のある宿日直に従事した場合のみ。） 宿日直許可のない宿日直は深夜業で、通常の労働時間と異なる特別な労働（労働時間等見直しガイドライン）よりであること、健康の保持を重視する観点から、24時間を超える労働が行われた場合は、使用者の拘束から完全に解放された状態であることが望ましいと考えるためです。
47	⑥宿日直	宿日直許可がない場合で、B・連携B・C水準の医療機関となれば、連続勤務時間制限により、始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間を確保となっておりますが、その場合<例>のような勤務は可能でしょうか。また、休息とは、宿日直中の一部休息という意味では不可でしょうか。 <例> 具体的には、始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間を確保せず、4時間休息するとか、6時間休息するとか、結果的に合計して18時間の休息時間を確保することを想定しております。 ※特に過疎部の地域医療機関（救急告示病院）では医師数も不足していることから、連続勤務により宿日直を実施しているのが実情です。	指定を受けた医療機関で指定に係る業務に従事する医師について、宿日直許可のない宿日直に従事場合は、始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間の確保が必要です。 <例>の想定のように、現在宿日直許可のない業務においても、複数時間まとまった休息時間を確保できる場合には、この時間（宿日直全体のうち一部の時間帯）について宿日直許可を取得できる可能性はありますので、各医療機関の実状にあわせて宿日直許可の取得を御検討いただくことも可能です。

48	⑥宿日直	<p><救命救急センターを有する急性期病院を想定：宿日直基準について> 大学病院から当直医の派遣を受けている診療科（自院では産婦人科、小児科）は、宿日直許可がないと派遣の継続が困難になる可能性を指摘されています。</p> <p>労働基準監督署によると、産婦人科の場合「母体搬送を受け入れている病院は宿日直許可基準を満たさない」とのことですが、当院の分娩件数は年間300件ほどであり、平均すると1日1件以下です。このような場合であっても柔軟な対応はできないのでしょうか。地域における分岐への影響が大きいように思います。</p>	<p>「母体搬送を受け入れている病院」であることのみをもって、宿日直許可基準を満たさないことはありません。</p> <p>労働基準監督署のほか、医療勤務環境改善支援センターや厚生労働省の相談窓口（URL：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24880.html）においても宿日直許可申請についての相談を受け付けておりますのでこちらもご活用いただければと思います。</p>
49	⑥宿日直	<p>宿日直許可基準に通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものとありますが、通常の日勤帯の勤務後休憩時間を設けなさいということでしょうか。</p> <p>例えば、17時15分ぎりぎりまで手術に入っており、17時15分に救急室に走って当直団（医師、看護師）のミーティングに参加して当直業務に入るケースで、休憩時間を設ける場合、何分ぐらいを想定しているのでしょうか。</p>	<p>「通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のもの」という許可基準の趣旨は、通常の勤務時間終了後もなお、通常の勤務態様が継続している間は、通常の勤務時間の拘束から解放されたとは言えないため、その間の勤務については宿日直の許可の対象とはならないという意味です。従って、通常の勤務時間終了後と宿日直開始時刻との間に休憩時間を一律に設けることを求めるものではありません。</p>
50	⑥宿日直	<p>宿日直許可に関して、少数の軽症の外來患者、かかりつけ患者の診察は許可基準に該当することですが、あまり厳密に運用されると、中小病院は救急患者を断るざるをえない状況になります。もちろん深夜帯のみ宿日直許可などを工夫しますが、各県の労働基準監督署のばらばらの対応ではなく、基準局から弾力的に運用するよう指示をお願いしたいと考えます。宿日直許可がないと大学病院からの医師派遣も困難になります。</p>	<p>宿日直許可基準に関連して、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2021年3月に、労働基準監督署の許可業務をより一元的なものとするため、宿日直許可・不許可事例を取りまとめた事例集を作成し、労働基準監督署に周知するとともに ・全ての労働基準監督官が、宿日直許可申請等に対して適切に対応できるよう、都道府県労働局等において、医師の働き方改革の検討状況を含む、医師等に係る宿日直許可申請業務の円滑な実施に向けた研修を実施し医療機関からの宿日直許可申請に係る相談につき丁寧に対応するよう指示しているところ。宿日直の許可申請に当たって不明な点があれば、労働基準監督署に相談願います。また、申請前に助成センターや厚生労働省の相談窓口（URL：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24880.html）に相談することも可能です。
51	⑥宿日直	<p>常勤医3、4名の病院で、週1回の宿直、月1回の日直ではとても対応できず、「断続的な宿日直許可基準について」のただし以後を見ると、「ただし、当該事業場に勤務する18歳以上の者で法律上宿直又は日直を行うすべてのものに宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、宿直又は日直業務の実態に応じて週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても許可して差し支えないこと。」とありますので週2回以上の宿直、月2回以上の日直は可能という解釈でよいでしょうか。（宿日直許可を取得してという条件）</p>	<p>ご指摘の通り、宿日直許可基準に回数例外が定められており、宿直週1回、日直月1回を超えて許可ができることとなっています。所轄の労働基準監督署において実態に応じ判断されることとなります。ご不明点は所轄の労働基準監督署において相談が可能です。ご指摘のようなケースでの申請方法等を含め、医療勤務環境改善支援センターや厚生労働省の相談窓口（URL：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24880.html）においても宿日直許可申請についての相談を受け付けておりますのでこちらもご活用いただければと思います。</p>
52	⑥宿日直	<p>当院は23時から5時までの部分的な宿日直許可を取得しております。</p> <p>勤務間インターバルは、①始業から24時間以内に9時間の連続した休憩時間を確保、②始業から46時間以内に18時間の連続した休憩時間を確保（宿日直許可のない宿日直に従事させる場合）となっており、①については9時間の連続した休憩時間が問題となり、②については宿日直許可がない場合と指定されている。当院のような9時間未満の宿日直許可を取得している場合はどのように対応すればよろしいでしょうか。</p>	<p>宿日直の許可時間が9時間未満の場合は、</p> <ol style="list-style-type: none"> ①始業から24時間以内に、宿日直許可のある宿日直の時間とは別に、9時間の休憩時間を確保 ②始業から46時間以内に、18時間の休憩時間を確保 <p>のいずれかによる休憩時間を確保する必要があります。</p> <p>「第13回医師の働き方改革の推進に関する検討会」の資料1のP9参照 https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000806367.pdf</p>
53	⑦その他	<p>医師労働時間短縮計画策定ガイドラインによると、計画の対象医師について、「④全員を計画の対象とすることも可能であるが、②長時間労働を行う個々の医師を特定して当該医師の労働時間の短縮に係る計画を作成することや、③長時間労働が恒常的となっている診療科に限定して、診療科単位で作成することも可能」と記載がある一方で、新省令第82条第1項第2号イでは、「当該病院～に勤務する医師の労働時間の状況」となっています。</p> <p>新省令第82条第1項第2号イは必ずしも①を指すわけではなく、①～③どれでも読めるようにしている（医療機関は①～③どれを選択しても良い）という理解で良いでしょうか。</p>	<p>ご理解のとおり、イは必ずしも当該医療機関の医師全員を指しているものではありません。短縮計画は①～③のいずれで作成してもかまいません。</p>
54	⑦その他	<p>特定の医師をB水準とする場合の36協定は、労働者の過半数を代表するものと結ばなくてはならないのでしょうか。それとも医局代表（医局の過半数を代表するもの）でも良いのでしょうか。さらには、その科の代表（その科の過半数を代表するもの）でも良いのでしょうか。</p>	<p>36協定は事業場に過半数労働組合がない場合、過半数の労働者を代表する者と協定する必要がありますが、過半数を代表者は事業場全体の過半数を代表する者であり、医局や診療科の過半数を代表する者と協定することはできません。</p>
55	⑦その他	<p>年960時間の「年」についてですがこれは「C」4月1日から翌年3月31日」の固定された期間でしょうか。それとも各医療機関の勤怠期間（10日締め、15日締め）などに合わせた変動する期間での管理でしょうか。</p>	<p>36協定の締結期間を指しています。</p>
56	⑦その他	<p>中途入社した際、前勤務先でのB水準やC水準は引き継がれないと考えてよいでしょうか。</p>	<p>自院の36協定の対象期間の途中で派遣先から戻られた方や、自院の36協定の対象期間の途中に採用された方については、当該者から自己申告によって、自院の36協定期間中における自院勤務前の他の医療機関での労働時間について把握し、把握した労働時間をもとに、他の医療機関での労働時間と自院での労働時間を通算して上限基準を遵守いただくことになります。</p> <p>当該36協定期間中に自院勤務前の他の医療機関において連携B・B・Cいずれかの水準の適用期間がある場合には、他の医療機関と通算して適用する上限については、A水準の適用となる医療機関であっても、その者については、その期間中に限り前医療機関において適用されていた連携B・B・C水準の上限時間となります。</p>
57	⑦その他	<p>臨床の現場から、指導医が研修医に対して「明日は胃がんの手術があるね。しっかり勉強してくるよに」・・・研修医は20時～22時まで手術書を病院の医局の机で学習した。上司からの業務命令と解釈されるので労基法では時間外労働となりますでしょうか。自宅で2時間手術書を学習した場合は、自己研鑽でよろしいでしょうか。</p> <p>別の日指導医が研修医との話で「明日は胃がんの手術があるね」と世間話のようにつぶやいた。研修医は自主的に20時～22時まで手術書を医局の机で学習した。この場合時間外労働ではなく自己研鑽でよろしいでしょうか。</p>	<p>医師の研鑽時間が、労働時間に該当するか否かの判断は、当該研鑽と業務との関連性や上司の黙示・明示の指示の有無等に関し、個別具体的なケース毎に判断する必要があります。</p> <p>したがって、質問の内容のみをもって、当該手術の学習が労働時間に該当するか否かを判断することは困難です。この点、厚生労働省の通達（研鑽通達）では、こうした研鑽の労働時間該当性を明確化するための手続や環境整備の方法（研鑽を行う場合における医師の申出や医師と上司との間の研鑽内容の確認等）を示しています。医師の研鑽時間の取扱いに関しては、こうした取組を通じ、対応を行っていただければと考えます。</p>
58	⑦その他	<p>月の就業時間があまりに多くなった医師に、その月の残りの期間の残業をしないよう措置を講じても良いのでしょうか。</p>	<p>医師に限らず、時間外労働の多い職員に対して時間外労働の制限を行うことは有り得ます。「医師の働き方改革に関する検討会報告書」のP23においては、医療機関の管理者に（面接指導の結果により）医師の健康確保に必要な「就業上の措置」を最優先で講じることを求めています。</p> <p>(https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf)</p>

59	⑦その他	<p>医道審臨床研修部会にて、R6研修プログラムから想定上限時間数や実績を明記し一覧化することが決まりましたが、募集開始（マッチング協議会に登録）までにC-1指定から36協定の締結まで完了するのであれば、現行のスケジュールでは到底間に合わないと思いますが、いかがでしょうか。</p> <p>現行の施行通知ではR6プログラムについては、R5.4末までに基幹施設が県に提出、県で審査し7月までに厚生局に提出（マッチング開始は6月頃）となっています。</p> <p>マッチング開始までに36協定締結まで完了するのであれば、少なくともR4年度中に、プログラム（時短計画）の作成、評価センターの審査、地対協を経て指定というスケジュールで行わないと間に合わないと思うのですが、プログラムの提出スケジュールの変更等の通知をいつ頃どのような内容で行うのかご教示ください。</p>	<p>医道審臨床研修部会での検討を受け、臨床研修においてはR6研修プログラムから想定上限時間数や実績を明記し一覧化することとなりますが、必ずしもプログラム申請までにC-1水準の指定を都道府県から受けておく必要は無く、当該C-1水準のプログラムの開始時までに指定を受けられるよう準備をすすめていただくこととなります。</p>
60	⑦その他	<p>現在、当直勤務をした医師は翌日12：30以降年休を取得しています。</p> <p>現行の勤務体系では当直勤務の翌日が平日であれば通常8：30から17：15までの勤務となっております。</p> <p>勤務間インターバルを取得するため、年休を取得せずに休息時間を与える方法をご教示いただければと存じます。</p>	<p>貴院における状況を考慮いただいた上で、変形労働時間制、シフト制（交替制）の導入等によりご対応を検討いただければと考えております。</p>
61	⑦その他	<p>2024年4月までは各病院が現状を把握し対策を考える準備期間であって、その間はA水準の医療機関の場合必ずしもすべての医師が「年960時間 / 月100時間以内」を満たす必要はない（もちろん満たした方が望ましいとは思いますが）と理解しておりますが、この認識は正しいでしょうか</p>	<p>基本的にはご理解のとおりですが、2024年4月以前であっても、各医療機関では36協定において定める時間外・休日労働の上限時間がありますので、この上限時間を守る必要があります。（現在、医師については36協定で定める上限時間の規制がない状態であり、2024年4月以降は960時間、1860時間になるものです。）</p>
62	⑦その他	<p>「病院長は事業管理者であろうがなかろうが労働時間規制の対象になるのかどうか」について確認をお願いしたいです。</p>	<p>労働基準法は、第9条に定める「労働者」に適用されるものです。よって、労働基準法上の労働者以外（代表取締役等）には適用されません。（参考1）</p> <p>また、労働基準法上の労働者であっても、労働基準法第41条第2号で規定する、いわゆる「管理監督者」は、労働基準法における労働時間等の規制は適用されません。（参考2）</p> <p>そのため、「院長等」が、労働基準法上の労働者か、また労働者であったとしても管理監督者に該当するかどうかを個別判断の上、労働時間規制の対象となるかが決定します。</p> <p>（参考1）</p> <p>●労働基準法研究会報告「労働基準法の『労働者』の判断基準について」1985年（昭和60年）</p> <p>1 使用従属性に関する判断基準</p> <p>(1) 指揮監督下の労働</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 仕事の依頼、業務従事の指示等に対する諾否の自由の有無 ロ 業務遂行上の指揮監督の有無 ハ 拘束性の有無 ニ 代替性の有無 <p>(2) 報酬の労務対償性</p> <p>2 労働者性の判断を補強する要素</p> <p>(1) 事業者性の有無</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 機械、器具の負担関係 ロ 報酬の額 <p>(2) 専属性の程度 等</p> <p>（参考2）</p> <p>・管理監督者の定義</p> <p>労働基準法41条第2号に定める「監督若しくは管理の地位にある者」とは、一般的には、部長、工場長等労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に則して判断すべきものである。</p>