

令和4年度 第2回 都道府県医療勤務環境改善担当課長会議 Q & A <2022年11月24日時点版>

No	区分	照会内容	回答内容
1	C-1	C-1水準を対象とした臨床研修および専門研修プログラムの公開の流れおよび臨床研修の年次報告における取り扱いに関して、具体的な内容を教えてください。	<p><臨床研修> 臨床研修においては、C-1水準の適用の有無にかかわらず、全てのプログラムごとに病院別の時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）及び過去の時間外・休日労働時間の実績（年単位換算）等を記載いただくことになります。 既存のプログラムについては、毎年4月30日までに提出する年次報告書の一部として別紙を提出することとし、変更又は新設するプログラムについては、当該プログラムに基づく研修を行おうとする年度の前年度の4月30日までに提出する変更・新設届出書の一部として別紙を提出することとしています。なお、基幹型臨床研修病院は、年次報告書及びプログラムを病院のホームページで公開することとしています。 また、基幹型臨床研修病院の指定申請書は、研修を開始しようとする年度の前々年度の10月31日までに提出することとしています。令和6年度から研修を開始するため、今年度に指定申請書を提出する場合は、令和4年10月28日付け事務連絡でお示したとおり、別紙も提出する必要があります。</p> <p><専門研修> 基幹施設のC-1水準の適用の有無にかかわらず、令和6年度から開始する専門研修プログラム／カリキュラムについては、時間外・休日労働の想定最大時間数（年単位換算）及び過去の時間外・休日労働時間の実績（年単位換算）等を、基幹施設と連携施設ごとに、日本専門医機構にて一覧表にして明示することを、厚生労働省から日本専門医機構にご依頼しております。 なお、令和6年度からの医師の時間外労働の上限規制に先立ち、令和5年度から開始する専門研修プログラム／カリキュラムについても、可能な限り、一覧表にして明示することをご依頼しております。</p>
2	C-1	研修プログラムに対するC-1水準の申請は、基幹型臨床研修病院／専門研修基幹施設が行えば、協力型臨床研修病院／専門研修連携施設は行う必要がないという理解でよろしいでしょうか。	都道府県へのC-1水準の指定申請に係る事務手続きは、臨床研修においては、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が協力型臨床研修病院の申請を代行することも可能です。また、専門研修においては、専門研修基幹施設が、専門研修連携施設の申請を代行することも可能です。ただし、手続きを代行する医療機関は、代行される医療機関が所在する都道府県に対して手続きを行うこととなりますので、特に所在する都道府県が異なる場合、指定申請の手続きが都道府県によって異なること等を踏まえると、自ら指定申請を行う方が円滑に手続きを進められることが想定されます。なお、代行できるのは指定申請に係る事務手続きですので、C-1水準を適用する医師への効率的な研修の取組を記載した時短計画（指定後も毎年時短計画を都道府県に提出する必要あり）の作成や評価センターへの評価受審等については自ら行う必要がありますのでご注意ください。
3	C-1	協力型臨床研修病院において、研修期間が年単位ではなく数ヶ月の場合も、時間外・休日労働の想定上限時間が年換算して960時間を超える場合には、該当プログラムでの集中的技能向上水準（C-1水準）の指定申請を、協力型臨床研修病院（もしくは基幹型臨床研修病院とまとめて）が行うことになるのでしょうか。	協力型臨床研修病院においては、時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）が960時間を超えており、当該病院と研修医が雇用契約を締結する場合は、プログラムごとにC-1水準の指定を受けることが必要です。 その際の都道府県への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が協力型臨床研修病院の申請を代行することも可能です。ただし、基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院の所在都道府県が異なる場合は、基幹型臨床研修病院は、協力型臨床研修病院の所在都道府県に申請することとなりますので、この点、御留意ください。

4	C-1	臨床研修医や専攻医へ、研修プログラム外の業務により年960時間を超過する時間外・休日労働を行わせる可能性がある場合は、医療機関はどの水準を指定申請すればよいのでしょうか。	臨床研修医については、実際に従事することとなる業務が960時間を超える必要がある場合には、より強い健康確保措置を適用する必要性を踏まえ、B水準の適用は認められず、C-1水準を適用する必要がありますので、C-1水準の指定申請を行ってください。なお、研修専念義務の観点から、臨床研修医が従事する業務は全て臨床研修プログラムの一環として整理されるべきものであり、その趣旨に沿った運用が必要です（具体的には、臨床研修プログラムに明示する想定時間外・休日労働時間数は、実際に臨床研修医が従事することとなる時間数と乖離しないよう適切に記入することが求められます。）。専攻医については、連携B水準・B水準・C-1水準のいずれも適用されることが観念されますので、長時間労働が必要となる業務の性質に照らし、適切な水準での指定申請を行ってください。
5	C-1	令和6年時には臨床研修医がいないため、C-1水準の指定を受けていない医療機関において、今後、基幹型臨床研修病院となり、臨床研修医を受け入れることになった場合は、都道府県での議論に基づき、C-1水準の指定の受けることができるのでしょうか。また、その際の医療機関からの手続きは、どのようなものになりますでしょうか。	研修医の募集を行うとときは、予め、プログラムや研修医の処遇に関する事項等を公表することとしているため、既に、基幹型臨床研修病院として指定されている病院においては、現在研修を行っている研修医の有無にかかわらず、年次報告書において時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）を明示し、これが960時間を超える場合はC-1水準の申請が必要です。プログラムの変更又は新設をする場合は、当該プログラムに基づく研修を行うとする年度の前年度の4月30日までに、時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）を記載した別紙を含む変更・新設届出書を都道府県知事に提出する必要があります。また、基幹型臨床研修病院として指定を受けることを希望する病院については、研修を開始する前々年度の10月31日までに時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）を記載した別紙を含む指定申請書を都道府県知事に提出する必要があります。この時間数が年960時間を超える場合は、C-1水準の指定申請が別途必要です。
6	C-1	臨床研修において、ある大学病院を基幹型臨床研修病院として、C-1水準が適用されている研修プログラムに基づいた研修を行っている研修医が、協力型病院として連携している「いわゆる市中病院」で研修を行う際に、その市中病院で時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）が960時間を超えていれば、市中病院でもC-1水準が適用される集中的技能向上水準（C-1水準）の指定申請は必要という認識でよいでしょうか。これについて、この市中病院での研修期間が短い期間の場合でも同様でしょうか。	臨床研修においては、基幹型臨床研修病院及び当該病院と連携して研修を行う全ての協力型臨床研修病院において、病院ごとの時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）を明示いただくこととしています。この時間数が960時間を超え、かつ、研修医が雇用契約を締結することが想定される病院は、C-1水準の指定申請が必要です。すなわち、C-1水準が適用されている大学病院のプログラムの研修医が、時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）が960時間を超えているいわゆる市中病院で研修を受ける場合において、研修医が当該市中病院と雇用契約を締結することが想定されないのであれば、C-1水準の指定申請は必要ありませんが、雇用契約を締結することが想定されるのであれば、C-1水準の指定申請が必要です。
7	C-1	専攻医が外勤により、年960時間を超える時間外勤務となってしまう場合、申請する特定水準は連携B水準又はC-1水準のどちらになるのでしょうか。	専攻医については、連携B水準・B水準・C-1水準のいずれも適用されることが観念されますので、長時間労働が必要となる業務の性質に照らし、適切な水準での指定申請を行ってください。
8	C-1	C-1水準指定に当たっては、都道府県が妥当性を判断することであるが、その判断の基準や考え方は示されるのでしょうか。	今回の会議資料の資料3、6ページにも明記しておりますが、以下の通りとなります。都道府県は、地域医療対策協議会において、C-1水準を医療機関へ適用することにより、地域における臨床研修医や専攻医等の確保に影響を与える可能性があり、地域医療介護総合確保基金事業の計画や医師確保関連予算の執行計画等、都道府県の実情に照らし、医師の確保を図るために必要と思われる事項について協議を行い、地域の医療提供体制への影響を確認することとなっています。また、医療審議会においては、C-1水準を医療機関へ適用することが地域の医療提供体制の構築方針（医療計画等）と整合的であること及び地域の医療提供体制全般としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないことについて議論を行うこととなっています。その際、地域の医療提供体制は、地域の医師の確保と一体不可分であるため、地域医療対策協議会における議論との整合性を確認することとなっています。このため、都道府県においては、上記の地域医療対策協議会や医療部会での議論の視点を踏まえ、詳細な指定の基準等をご検討ください。

9	C-1	臨床研修プログラム・専門研修プログラムにおいて、都道府県または日本専門医機構が、プログラム申請時やプログラム審査の中で「当該研修において長時間の時間外労働が必要な理由」を確認することになるのでしょうか。	臨床研修プログラム・専門研修プログラムのプログラム審査において、時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）の記載については、確認が行われるものと認識しています。一方で、こうしたプログラム審査において、そのプログラムで研修を行う医師が長時間の時間外・休日労働が必要である理由を確認することまでは求めておりません。ただし、臨床研修においては、今後、プログラムを変更又は新設する場合は、時間外・休日労働の最大想定時間数（年単位換算）も確認事項の一つとなります。そのため、これが年960時間を超えている場合は、各都道府県がその理由を確認することはあります。
10	C-1	令和3年9月24日に開催された医道審議会医師分科会医師臨床研修部会において、令和6年度以降に開始の臨床研修については、「基幹型臨床研修病院のC-1水準の要否に係わらず、臨床研修プログラム内に、時間外・休日労働の想定上限時間数（年単位換算）及び過去の時間外・休日労働時間の実績（年単位換算）を、基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院ごとに、一覧表にして明示」することと示されました。これは仮に基幹型臨床研修病院も協力型臨床研修病院もA水準だとしても、別添事務連絡のとおり、臨床研修プログラムにおいて、時間外・休日労働の想定上限時間数及び過去の時間外・休日労働時間の実績を明示せよ、という理解でよろしいのでしょうか。	ご理解の通りです。
11	C-1	研修プログラムに記載する、過去の時間外・休日労働時間の実績（年単位換算）は、臨床研修医一人あたりの平均時間を記載するという理解でよろしいでしょうか。	研修医の時間外・休日労働の想定上限時間数及び過去の時間外・休日労働時間の実績はプログラム毎に記載していただくこととなります。研修医の処遇に関する事項として、時間外・休日労働時間数を明示することは、C-1水準の適用が医師本人の発意に基づき行われることを制度・運用上で担保するためです（令和3年度第1回医道審議会医師分科会医師臨床研修部会 資料2 8頁参照： https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000835259.pdf ）。このため、臨床研修病院及び研修プログラムを選択する医学生等にとって、理解しやすい内容の記載が求められます。その上で、前年度実績の記載内容については、時間数について具体的な規定は定めておりません。時間外・休日労働時間数を確認する医学生等へ、記載例を参考に、適切な情報が伝わるようご記載ください。
12	C-2	C-2水準の指定申請にあたっては、申請時点で対象水準の該当医師（C-2水準の「技能研修計画」の審査を受けた医師）がいない場合であっても、医療機関は都道府県に指定申請を行うことができるという理解で宜しいでしょうか。その際、指定申請に必要な審査は医療機関の教育研修環境に関する審査申請（研修をさせる医療機関としての設備や指導体制）だけでよく、「技能研修計画」の審査は不要（不問）ということではよろしいでしょうか。	ご理解の通りです。
13	C-2	指定申請時にC-2水準の対象医師がおらず、C-2水準の指定を受けている医療機関において、C-2水準に係る「技能研修計画」は指定後に該当医師が実在することになった際に、医療機関が都道府県に届け出ることによいでしょうか。この届け出る「技能研修計画」は、厚労省の審査組織による承認を受けたもので間違いはないでしょうか。	ご理解の通りです。指定申請の時点で、その分野におけるC-2水準適用該当医師がおらず、指定後に、その該当医師（C-2水準の「技能研修計画」の審査を受けた医師）が存在するようになった場合には、その時点で医療機関が当該医師の「技能研修計画」を都道府県に届け出ることとなります。なお、ご指摘のとおり、届け出る「技能研修計画」は、審査組織による審査の後、承認を得たものとなります。
14	C-2	令和6年4月以降の医師の採用が決定後にC-2水準の適用を希望する医師が「技能研修計画」を作成する場合、その医師らは令和5年度下半期以降に「技能研修計画」の作成や申請を行うことが予想されます。この場合、時間的な余裕がないように思えますが、「技能研修計画」の審査結果は令和6年3月末までに受領できるのでしょうか。	ご指摘のとおり、技能研修計画の審査申請については令和5年度下半期に申請が集中する可能性を配慮し、令和6年4月のC-2水準適用に間に合うよう審査のスケジュールを検討いたします。一方、C-2水準の指定を予定する医療機関の教育研修環境に関する審査申請については、今年度でも可能です。当該医療機関が令和6年4月の時点で確実にC-2水準の指定がなされるよう、その分野におけるC-2水準適用該当医師がいない場合であっても、医療機関の「教育研修環境の審査」は可能な限り早めを受けていただくようお願いいたします。

15	C-2	C-2 水準について、技能分野や提示された高度な技術の基準を満たしていれば、C-2 水準が申請可能な医療機関に制限はないという認識で問題ないでしょうか。	C-2 水準の指定申請において、申請を行う医療機関に制限をかけることはしておりません。ただし、C-2 水準の指定を受けるためには、ご指摘の「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等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）第120条や同条第2項で準用する同法第113条第3項の要件等を満たす必要があります。特に、C-2 水準の指定申請の前提となる医療機関の教育研修環境の審査にあたっては、医療機関による申請の様式において、当該分野のC-2 水準の技能を効率的に修得することが可能となることが明らかとなるような、学会等の定める施設認定の所有状況の記載を求めること（施設認定を有していない場合は、施設認定に相当する、あるいはそれ以上の教育研修環境（例：当該技能の症例数、指導体制）を有することを示す情報の記載を求めること）としております。
16	C-2	審査組織による各種申請（医療機関申請書、技能研修計画）の審査期間の目安を教えてください。	C-2 水準の関連審査期間の目安は、申請数の目安が立たない等の理由で現時点ではお示しすることが難しいですが、今年度の申請については、令和5年3月中に審査結果を通知する予定です。今年度の審査スケジュールと審査所要時間を踏まえ、令和5年度の審査申請から結果通知までの目安を将来的にお示しできるようにいたします。
17	C-2	C-2 水準の技能等に関する審査にかかる、審査料の金額はいくらでしょうか。	審査組織による審査手数料は、1 医療機関33,000円です。 <ホームページリンク（各種申し込み方法）： https://c2-shinsasoshiki.mhlw.go.jp/system/request/ >
18	面接	面接指導講習会のカリキュラムに関して、総学習時間はどの程度を見込んでおられますでしょうか。	面接指導に係るE-ラーニングの詳細に関しては、追って御連絡いたします。
19	面接	面接指導実施医師養成講習会の受付開始はどのように周知を図るのでしょうか。	講習の開始を含め、面接指導に係る内容に関しては別途ホームページによる公開を予定しております。また、医療機関に対しては、医療関係団体等のほか、都道府県や勤改センターからの周知もお願いする予定ですので、ご協力いただけますようお願いいたします。
20	面接	面接指導の実施にあたり、100時間以上の時間外労働の見込み対象医師に対する面接は、どのタイミングで行うべきでしょうか。	当月の時間外労働が100時間になる前に面接指導を実施し、例えば、前月の時間外労働が80時間超となった場合、あらかじめ面接指導のスケジュールを組んでおくなどの対応が必要になると考えます。詳細は、「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」を参照ください。
21	面接	面接指導実施医師の講習会について、実施頻度について教えてください。	面接指導実施医師養成講習に関しては、E-ラーニングにより実施しますので、受講者の都合のよいタイミングで受講することができます。
22	面接	面接指導実施医師について、1つの医療機関内での受講者数の上限/制限などはあるのでしょうか。	ございません。
23	面接	面接指導実施医師養成講習の修了認定に関しては更新制なのでしょうか（有効期間のあるものか）、また1度面接指導実施医師養成講習を修了した医師の再度受講は可能なのでしょうか。	面接指導実施医師の修了認定に関しては、E-ラーニングの履修により判断されます。この修了認定に関して、特定の有効期間を設ける予定はありません。なお、面接指導講習に関して、再度受講頂く事も可能です。
24	面接	面接指導実施医師養成講習を再度受講する際の費用負担はあるのでしょうか。	ございません。

25	面接	面接指導実施医師養成講習会におけるロールプレイ研修の実施頻度について教えてください。また、想定されているロールプレイ研修はオンラインで参加可能なものになるのでしょうか、また費用の想定はあるのでしょうか。	ロールプレイ研修は定期的を実施することを予定しており、開催回数等の詳細については今後案内を行う予定です。また、オンライン開催を予定しており、費用負担はありません。
26	面接	面接指導実施医師の条件を教えてください。	医療法では、医療機関の管理者が、面接指導実施医師の意見を聴き、その意見内容を勘案した上で、必要な就業上の措置を講ずることとなっておりますので、就業上の措置を講ずる者となる管理者とは別の医師に、長時間労働を行う医師の面接指導実施医師となっていくことが適切との観点から、「面接指導対象医師が勤務する病院又は診療所の管理者でないこと」が面接指導実施医師の要件として規定されています。なお、このほか、面接指導実施医師の要件としては、「医師の健康管理を行うのに必要な知識を修得させるための講習を修了していること」が規定されており、これに相当する講習を厚生労働省では本年度中に開始する予定です。これについては、準備が整い次第、都道府県に対してもご案内いたします。
27	G-MIS	G-MISによる特例水準の指定申請に関して、すでに令和6年度の時短計画を書面・電子媒体等で作成している場合は、その計画書を電子添付することで、G-MIS上での時短計画記載内容の入力を省略していいという理解でよいでしょうか。	ご理解のとおりです。電子媒体の形式は問いませんが（Word, Exel, PDF）、容量としては2メガバイトを上限とした電子ファイルであれば、G-MIS上での時短計画内容入力とは別に、該当ファイルを添付することで、申請を行うことができます。
28	G-MIS	G-MISによる申請については必須となる申請方法なのでしょうか。	G-MISによる特例水準申請システムに関しては、あくまで各都道府県および医療機関へのサポートとして準備しており、特例水準の指定申請にあたって、本システムを使用することは必須ではありません。各都道府県における水準指定の流れを決める中で、必要に応じたご利用をお願いしております。
29	G-MIS	G-MISによる特例水準の指定申請にあたって、医療機関からの申請に関しては、都道府県の対応としてはどのような操作を実施することになるのでしょうか。	都道府県は、G-MISにより医療機関が提出した時短計画の案や関連資料を確認することが出来ます。都道府県はこれらの申請資料を確認の上で、医療審議会での審議等必要な手続きを経て指定を行うこととなりますが、都道府県のG-MISのシステム上の対応としては、例えば、提出された申請に関して承認のボタンを押下すれば、医療機関に指定を承認する旨の連絡を送ることができます。また、申請の差し戻し、承認不可といった連絡を送ることも可能です。
30	G-MIS	G-MIS上で作成された時短計画の内容に関して、都道府県はどの時点で確認することができますでしょうか。	医療機関がG-MIS上で時短計画を作成する場合には、作成途中段階で都道府県はその内容を確認することが可能です。一方、医療機関にて書面・電子媒体で時短計画を作成され、その内容を電子添付することでG-MISで申請する方法では、都道府県は医療機関からの申請が行われた段階でのみ時短計画の内容を確認することができます。
31	G-MIS	G-MISを用いた指定申請に関して、都道府県側がシステムを使用しなければ、医療機関側では時短計画の作成はできても申請はできないという認識でよいでしょうか。	特例水準の指定申請は都道府県知事の権限に係る事務であり、G-MISによる特例水準申請システムに関しては、あくまで各都道府県および医療機関へのサポートとして準備しているものですので、特例水準の指定申請にあたって、本システムを使用することは必須ではありません。このため、都道府県として、例えば、医療機関の利便性のさらなる向上などの観点から、本システムを活用しないとする判断は可能ですが、本システム上での時短計画の作成を可能とする一方で、申請に関しては可能としないということであれば、その旨を含めて、指定申請を行う医療機関が可能な指定申請の方法について、管下医療機関へ周知頂く必要があります。
32	G-MIS	G-MISについて、県内のどの医療機関が導入しているか、一覧などで確認することは可能でしょうか。	可能です。既にコロナ対応として活用されている各医療機関にはアカウントが発効されており、管下医療機関の情報は都道府県アカウントでログインすることで確認できます。

33	G-MIS	G-MISの導入に当たって、システムの使用に係る費用負担等はどうに対応されるのでしょうか。	システムの運用・保守管理にあたっては、デジタル庁にて一括管理されており、各医療機関・都道府県で本システムを使用にあたって、特段の費用負担は発生しません。また、申請画面についても通常使用のブラウザで内容が確認出来るものであり、導入にあたってシステムの改修等の特段の対応が発生するものでもありません。
34	様式	令和4年4月1日付医政発0401第31号の第12の2において、「都道府県における当該指定に係る事務手続きの詳細等については、追ってお知らせします」とありますが、都道府県への通知の時期について、ご教示願います。	医師の働き方改革関連制度の施行にあたって、事務手続きの詳細については、適宜会議、メール等でお知らせさせていただいています。今後、制度施行に向けた通知等を発出予定ですが、各都道府県における運用上の参考としていただくため、指定の取り消し、業務変更届、時短計画の見直し、業務変更に係る様式例等に関しては、追って連絡させて頂くよう準備しております。その他、各都道府県にて管下医療機関が申請から指定までに必要となる様式は各都道府県にてご準備の上、指定申請の準備を進めてください。
35	様式	新医療法第117条の指定取消について、その業務がなくなったことは都道府県に申請書を提出するのでしょうか。	新医療法第117条第1項各号に掲げる特例水準の指定の取り消しに関する事項については、その事実が生じた場合に、その旨を都道府県へ報告いただくよう医療機関に求めることが必要になると考えられます。なお、指定の取り消しに係る参考様式に関しては、追ってお知らせする予定です。 第百十七条 都道府県知事は、特定地域医療提供機関が次のいずれかに該当するときは、第百十三条第一項の規定による指定(以下この条において「指定」という。)を取り消すことができる。 一 第百十三条第一項に規定する業務がなくなつたと認められるとき。 二 第百十三条第三項各号に掲げる要件を欠くに至つたと認められるとき。 三 指定に関し不正の行為があつたとき。 四 特定地域医療提供機関の開設者が第百十一条又は第百二十六条の規定に基づく命令に違反したとき。
36	様式	特例水準の指定申請にあたって、G-MISでの申請を予定している一方、押印された書類に関して、本県において原本を保存する必要があるとされております。前回、お示し頂いた労働法制にかかる違反がないことを証する誓約書については、様式に押印が必要とのことでしたが、本県の書式方針が押印省略であることから、押印不要としてもよいのでしょうか。	特例水準の指定申請にあたって必要とされる書式様式については、あくまで例示ですので、指定申請の手続きを行う各都道府県において必要に応じた修正を頂くことも可能と考えます。御指摘頂きました労働法制にかかる違反がないことを証する誓約書に関しても、医療機関の作成が明確に分かる内容であれば、押印は不要として頂いても問題無いと考えます。
37	様式	改正医療法第113条第3項第2号の要件を満たすことを証する書類については、省令においては必要添付書類とされていますが、評価センターの評価結果を代替として判断するという点で良いのでしょうか。	改正医療法第113条第3項第2号の要件を満たすことを証する内容に関しては、評価センターの評価結果にもありますので、提出書類の代替として、評価センターの評価結果を添付いただくことで良いと考えています。
38	様式	特例水準の指定申請にあたって必要とされる添付書類に関して、「救急医療機関であることを証明する書類」「がん診療の拠点医療機関であることを証明する書類」等について、管下医療機関が該当するかどうかに関しては、既に都道府県で把握していることから、これらの書類提出にあたっては、都道府県判断で省略してもよいのでしょうか。	都道府県が指定を行うにあたって省令に規定された内容の確認が可能であれば省略しても問題ありません(都道府県HPに一覧の掲載等がなされている場合、その写しの添付等も想定されます)。
39	様式	特例水準の指定申請にあたって必要とされる添付書類に関しては、都道府県から医療機関に一定の様式を示した上で記載してもらう運用でも問題ないのでしょうか。	都道府県が指定を行うにあたって省令に規定された内容の確認に必要とされる書類であれば、提出を求めることは差し支えありません。
40	労働	36協定に締結する医師の数に変更があった場合の届出対応はどのような内容を想定されていますでしょうか。	36協定に記載した対象業務に従事する医師の数について、期中に多少変動することがあっても、その都度締結し直して届け出る必要はありません。

41	労働	<p>複数病院で勤務している医師について、正確な労働時間を把握するために、自己申告以外の方法も検討する必要があると考えています。自己申告以外で労働時間を把握する手法について、厚労省において検討されている内容があればご教示いただけますでしょうか。</p>	<p>医師の兼業・副業を把握するにあたっては、全業種共通の指針である「副業・兼業の促進に関するガイドライン」において自己申告等により確認することとされています。また、「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（令和2年12月22日）」でも、自己申告等により把握するとされているところです。これらを踏まえ、医師労働時間短縮計画の評価ガイドラインにおいては、自己申告等により把握する体制の整備を求めているところです。</p> <p>各病院の判断で、自己申告以外の方法で適切に把握いただくことも考えられますが、厚労省においてご指摘の検討は行っておりません。</p>
42	労働	<p>副業・兼業の把握にあたって、医師の申告漏れや申告内容の誤り、もしくは虚偽申告により、時間外労働の上限を超えてしまった場合においても、使用者が労基法違反となり、罰則を受けるのでしょうか。</p>	<p>罰則の適用については個別の判断となりますが、一般論として、副業・兼業で勤務する場合についての自己申告のルールや手続を定めているにも関わらず、副業・兼業の労働時間について医師が自己申告をしなかった場合や事実と異なる申告が行われた場合など、自院側の認識がない中での上限超過については罰せられないと考えられます。</p>
43	労働	<p>医療機関（大学病院含）において、病院長のほか診療部長や教授等、医療機関での実態をふまえ、病院職員に対し、一定の業務命令権等を持つとみなされる者は、管理監督者になるという認識でよいでしょうか。</p>	<p>労働基準法上の「管理監督者」は、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をいい、この「管理監督者」に該当する場合には労働時間等の規制をうけませんが、これに該当するかどうかは、役職名ではなく、その職務内容、責任と権限、勤務態様等の実態によって、個別に判断されることとなります。</p> <p>詳しくはリンク先資料をご参照ください。（https://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/dl/kanri.pdf）。</p>
44	労働	<p>令和6年度以降、特定労務管理対象機関では、追加的健康確保措置の実施が義務付けられており、医療法第25条の立入検査の際に履行状況を確認することが「中間とりまとめ」で示されている中で保健所設置市の医療機関など、県が立入検査を行えない医療機関が一定数ありますが、こうした医療機関における履行状況の確認方法について、国として何らかの仕組づくりや支援策等の検討をしておられるのでしょうか。</p> <p>また、確認の基準や方法によっては人員の拡充等が必要と考えられますが、今後詳細に関する情報提供がなされる見込みでしょうか。</p>	<p>医療法第25条の立入検査における具体的な確認項目については、現在整理を行っております。実際に業務が発生するのは、令和6年度以降と想定しています。なお、保健所設置市等の医療機関については、面接指導等の健康確保措置の不履行について保健所設置市の市長等が行政処分を行う際、理由を付して都道府県知事へ通知することとしております。また、国の開設する医療機関については、長時間労働医師に対する健康確保措置や特定労務管理対象機関の指定は適用除外となっています。</p>
45	労働	<p>改正医療法第123条第4項における、災害時等の代償休息を確保しない県知事の届出に関して、該当するものは労基法第33条に等しい労働と理解してよいのでしょうか。</p> <p><改正医療法第123条第4項> 災害その他避けることのできない事由によって、臨時の必要がある場合においては、特定労務管理対象機関の管理者は、当該特定労務管理対象機関の所在地の都道府県知事の許可を受けて、その必要の限度において第一項本文及び第二項後段の規定による休息時間の確保を行わないことができる。ただし、事態急迫のために当該都道府県知事の許可を受ける暇がない場合においては、事後に遅滞なく届け出なければならない。</p>	<p>ご理解のとおりです。医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間取りまとめにおいても、「（４）災害時における取扱い」において「災害時においては、医師が診療等の業務に従事する緊急性・必要性が高い場合が想定されるため、労働基準法第33条第1項と同様の規定を設け、災害時における追加的健康確保措置の取扱いを規定することとする。」とされています。</p>
46	評価の流れ	<p>評価項目の達成状況を示す根拠資料について、各項目において想定される根拠資料を明示いただくことは可能でしょうか。</p>	<p>「医療機関の医師の労働時間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）解説集」において、各項目毎に評価のポイントとともに、確認資料例をお示ししております。ご確認の上、根拠資料の準備に係る必要な支援をお願いいたします。</p>

47	評価の流れ	<p>全体評価の体系について、定型コメント1～3に該当する場合には、評価センターでの評価が問題ないという理解でよろしいでしょうか。</p> <p><全体評価の体系></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われており、労働時間短縮が進んでいる。 2. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組は十分に行われているが、労働時間短縮が進んでいない。 3. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があるが、医師労働時間短縮計画案から今後の取組の改善が見込まれる。 4-1. 医師の労働時間短縮に向けた医療機関内の取組に改善の必要があり、医師労働時間短縮計画案も見直しが必要である。 4-2. 労働関係法令及び医療法に規定された事項（必須項目）に関する医療機関内の取組に改善の必要がある。 	<p>評価センターによる評価は、サーベイヤーの調査結果報告書を元に、医療・労働分野の専門家で構成される評価委員会等の審議を経て、全体評価（1～4-1, 4-2）が行われます。1についても項目によっては不十分な点がある場合もあり得ますし、2～3についても不十分な点があるためにこのような評価がなされている点には留意が必要ですが、特に全体評価で4-1, 4-2に該当する可能性がある場合には、一旦評価手続を中断保留し、医療機関に対して、一定期間のうちの改善に向けた取組を実施するよう評価センターから通知し、都道府県医療勤務環境改善支援センターとともに、評価センターが医療機関からの相談に応じて、オンラインや実地による個別具体的な助言も含めた改善支援を行うこととなります。</p>
48	評価の流れ	<p>評価センターでの評価において、必須項目が未達成の場合には「中間報告」になるとのことですが、「中間報告」を受け、一定期間の間に改善されない場合には、その時点で評価保留となるのでしょうか。もしくは、評価委員会以降で審議され、「中間報告」の最終評価となるのでしょうか。</p>	<p>評価センターによる中間報告後、医療機関は一定期間（90日）のうちに改善に向けた取組を実施し、該当項目が改善された場合は、その結果を踏まえた評価が実施されます。一方、該当項目が改善されなかった場合、当該医療機関は、評価センターにより、既出資料に基づいた評価が実施されます。</p> <p>この90日間で勤務環境改善支援センターが、医療機関からの相談に応じて、オンラインや実地による個別具体的な助言も含めた改善支援を行い、取組内容の見直しを図ることで、まずは、4-1又は4-2の評価を受ける医療機関が出ないようにすることが重要であると考えています。このため、各都道府県の勤務環境改善支援センターにおいても、医療機関からの相談に対して、積極的な支援をお願いします。</p>
49	評価の流れ	<p>評価センターでの評価において、4-1や4-2の評価となった場合、都道府県の実情を踏まえ、4-1や4-2でも指定するかの判断を都道府県が行うのでしょうか。</p>	<p>評価センターの評価結果に関して、4-1とされた事例について、各都道府県が地域医療提供体制等を踏まえて管下医療機関における特例水準の指定が必要と判断される場合については、都道府県の判断において指定を行うことを否定するものではありません。一方で、4-2は医療法、労働基準法等の関係法令で求められている取組（必須項目）が実施されていないことから、医療機関勤務環境評価センター等を通じて、改善に向けた取組が必要になると考えられます。</p>
50	評価の流れ	<p>評価センターの評価において、中間報告の対応期間が90日以内と定められていますが、対応に相応の時間を要する場合には期限の延長等をご調整いただけるのでしょうか。不可能な場合は、早々に一度結果を出してもらい、再度受審することは可能なのでしょうか。</p>	<p>中間報告に対しては、原則として90日以内での改善を求めています。個々の事情を勘案して期限の延長をする場合があります。なお、中間報告に対する改善への取組の評価について追加費用は発生しません。ただし、評価（最終評価）を受けた後、改めて評価受審を申請する場合は別途審査料のお支払いが必要です。</p>
51	評価の流れ	<p>必須項目が未達成の場合の「中間報告」では、サーベイヤーによる支援があるとのことですが、勤改センターと評価センターが連携して支援することとなるのでしょうか。また、申請内容で不備や不足があった場合には、評価センターより医療機関に対して、具体的な指導や助言等の明示はあるのでしょうか。</p>	<p>中間報告では、評価センターは医療機関に対して、サーベイヤーからの助言をお伝えするとともに該当項目の達成に向けた取組の実施を依頼します。中間報告を受けた医療機関は、必要に応じて医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の支援を受けるなどを通じて、一定期間のうちに該当項目の達成に向けた取組を進めていくこととしています。各勤改センターにおかれましては、必要な支援をお願いいたします。</p>
52	評価の流れ	<p>36協定を労働基準監督署へ提出する際、時短計画もしくは評価結果を添付する必要がありますでしょうか。また、提出を求められることはありますか。</p>	<p>時短計画又は評価結果の添付は求めておりません。</p> <p>なお、必須ではありませんが、都道府県からの指定通知書の写しなど指定を受けたことが確認できる書類を添付いただくとスムーズな受理が可能となります。</p>
53	評価の流れ	<p>各都道府県のサーベイヤーについて公表される予定はありますか。</p>	<p>各都道府県のサーベイヤーを公表する予定はありません。</p>

54	評価の流れ	評価センターでの評価受審から、評価結果の通知までに係る経過ごとの所要期間を明示いただけませんか。	一概には言えませんが、医療機関から提出された自己評価資料等に不備がなかった場合、①書面調査～報告書作成に1～2か月程度、②評価委員会での審議に1か月程度、③理事会での承認審査から医療機関への通知に1か月程度を想定しております。ただし、これはあくまでも順調に評価手続きが進んだ場合の目安です。
55	評価の流れ	医療機関から評価センターへの評価受審があった際に、都道府県に情報提供していただくことは可能でしょうか。また、中間報告が申請した医療機関へなされた場合についても、何らかの形で都道府県へ情報提供していただける仕組みを構築していただくことは可能でしょうか。	時短計画の作成・提出にあたり、各医療機関は勤改センターへの相談を行うことが想定されるため、伴走型の支援を行う観点からも、この時点から、各医療機関と密に連絡を取り合っていたり、状況を個々に把握していただく必要があると考えます。また、中間報告については、医療機関側から見た際の取扱いの適切性の観点から、評価センターから勤改センターに直接情報を共有することは考えておりませんが、中間報告の際、対象医療機関に対しては改善策の検討で勤改センターを活用するよう推奨することにしておりますので、医療機関から相談等があった場合には、積極的に支援してください。
56	評価の流れ	サーベイヤーによる評価の方法を教えてください。	評価は、医師である医療サーベイヤーと社会保険労務士である労務管理サーベイヤーの2名体制で、評価ガイドラインに基づき行います。評価における情報共有については、Webシステムを用いて行うこととなります。
57	評価の流れ	必要書類の受領から、評価結果を通知するまでの期間は、スムーズに進んでも最低4ヶ月はかかるというニュアンスでしょうか、もしくは、平均すると4ヶ月程度というニュアンスのどちらでしょうか。	医療機関から提出された自己評価資料等に不備がなく、順調に評価手続きが進んだ場合、少なくとも4か月ほどかかりますが、評価結果を医療機関宛てに通知できると見込んでおります。
58	評価の流れ	審査料を要する理由についてご教示いただけますでしょうか。	改正医療法第110条に基づき、指定法人による適切な事業運営にあたり、審査事業に係る必要経費として徴収しています。
59	評価の流れ	時短計画の内容に不備等がある場合、評価保留になることはありますでしょうか。	時短計画の内容に不備等がある場合は、まず、評価センター又はサーベイヤーから医療機関に対して、確認を行います。但し、時短計画の作成手続きや自己評価と必要な見直しの実施など、必須項目に該当する内容が未達成の場合には、評価手続を一旦中断して中間報告の対象とします。
60	評価の流れ	評価センターの受審にあたり、自己評価シートの添付資料のみではサーベイヤーが評価を判断できない場合、不備があるとして、×評価になることはありますでしょうか。もしくは、追加で資料を求められることがあるのでしょうか。	サーベイヤーは、医療機関から提出された基本情報シート・自己評価シートを確認し、評価を行います。評価の過程で必要に応じ、医療機関に内容の確認や追加資料の提出を求めることがあります。
61	評価の流れ	36協定の締結に関する記載に申請時点で時短計画対象（例えば心臓外科所属医師8名のうちB対象医師2名）など書いた場合には、36協定で960時間を超える労働者の数は2名となりますでしょうか。	異動等により対象業務に従事する医師数が変動することも考えられますので、必ずしも時短計画作成時点の人数と36協定締結時の人数を同一としくなくても差し支えありません。ただしB・C水準が適用される医師は院内で特定しておく必要があります。
62	評価の流れ	サーベイヤーによる審査で、“中間報告”対象として決定された場合、追加・処理はホームページ経由で提出するのでしょうか。また、提出された参考書類については、疑義や確認が生じた場合は、電話に医療機関の担当者で問い合わせることはありますでしょうか。	中間報告後に評価手続を再開した場合についても、基本的には書面評価を予定していますが、サーベイヤーが直接関係する資料を確認し、医療機関の担当者からの説明を受ける必要があると判断した場合は、Web会議システムによる評価又は訪問評価を実施することがあります。

63	評価の流れ	全体評価の区分（1～4-2）の判定は、必須以外の項目の○×の数に応じて機械的に判定されますでしょうか。	全体評価は、①必須項目の取組状況、②任意項目の取組状況、③未取組の任意項目における時短計画の策定状況、④時間外・休日労働時間の改善状況の4つの観点について、サーベイヤーの評価結果を踏まえた評価委員会等での審議を経て決定されます。
64	評価の流れ	都道府県が特定労務対象機関の指定後、勤務環境改善に係る取組状況等についてはどのように把握・管理することになりますでしょうか。	毎年医療機関より提出される時短計画、医療法第25条に基づく立入検査等に基づき、定期的に労働時間短縮に向けた取組実績を把握いただき、必要に応じて勤改センターによる支援を行っていただくようお願いいたします。
65	「評価の内容・解説集」	評価項目のうち必須項目において、時短計画の作成時点で法的義務化がなされていないもの（追加的健康確保措置等）については、「（作成時点において）現に実施できている」必要がありますでしょうか。もしくは案や予定、見込み等でも構わないのでしょうか。	準備状況を記載することになります。また、先行して実施し実績がある場合には併せて記載することになります。
66	「評価の内容・解説集」	【評価項目3】について、ルールが明確に記載された資料（周知あり）があれば○となる理解でよろしいでしょうか。自己研鑽が労働時間とされるか否かは「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」（令和元年7月1日基発0701第9号）を参考としてルール化するようにアドバイスと確認はしていますが、評価センターでの評価において、そのルール内容の「正確さ」まで評価の判断とされるのでしょうか。	医師の自己研鑽の労働時間該当性のルールについては、評価ガイドラインに基づき、「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」（令和元年7月1日基発0701第9号）に沿ったものになっているか、ルールの改訂に関する手続きが明確になっている等の観点から評価を行うこととなります。
67	「評価の内容・解説集」	【評価項目11】 宿日直許可の有無について、勤怠システムの記録等を提出するようですが、タイムカード等で管理している場合には、宿日直許可の有無が分かるような労働時間を集計した別表等が必要なのでしょうか。	評価項目11における確認資料については、宿日直の時間が労働時間に該当するかが分かる資料の提出を求めるものです。なお、宿日直許可を取得している場合には、宿日直許可による勤務とそれ以外の勤務が明確に区別し管理していることが分かる資料である必要があります。
68	「評価の内容・解説集」	【評価項目43】 「月の時間外・休日労働が155時間を超えた場合、当該医師の所属長と勤務計画管理者に対し、管理者、労務管理責任者又は委託された者や部署より通知し、措置を実施する体制がある」とありますが、就業上の措置については、具体的にはどのようなことをすればよいのでしょうか。	「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時間を超えると年間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措置を求めているものと考えます。
69	「評価の内容・解説集」	【評価項目55】 「副業・兼業先までの移動時間を考慮し、休息の時間を配慮した勤務計画が作成されている」となっておりますが、移動時間に要した時間は、別途、休息の確保が必要でしょうか。	移動時間を考慮した休息を与えることは必須でないですが、「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（令和2年12月22日）」にも記載があるように、遠距離の運転等で休息が取れない場合なども想定した上で、健康確保の観点より、副業・兼業先までの移動時間を考慮し、休息の時間を確保できるように、十分な勤務間インターバルを確保した勤務計画が作成されていることが望ましい取扱いとなります。
70	「評価の内容・解説集」	【評価項目79～82】について、前年度労働時間の実績が無い場合は、前年度実績をどのように記載したらよいでしょうか。	時短計画策定時点の前年度の実績を記載となっておりますので、時短計画を作成する際の前年度実績には、把握可能な時間外・休日労働時間の実績を記載する形になります。

71	「評価の内容・解説集」	公務員など、条例で雇用条件等が規定されている場合には、辞令をもって労働契約書又は労働条件通知書とすることで問題ないでしょうか。	公務員など辞令をもって対応する場合でも、雇入れ時には、辞令に記載されていない労働条件について、条例の規定部分を交付するなど、労基法所定事項が書面で明示されている必要があります。
72	「評価の内容・解説集」	日本病院機能評価機構の評価内容と類推の内容があるとお見受けしますが、関連はありますでしょうか。	評価センターが評価する医師労働時間短縮計画および関連資料は、これまでの医師の働き方改革に関連する各種検討会の内容をふまえて議論されてきたものであり、病院機能評価の内容とは異なるものです。
73	「評価の内容・解説集」	評価センターでの評価にあたり、各評価項目で○の評価とするには、どの程度の粒度で時短計画へ記載する必要がありますでしょうか。	「医療機関の医師の労働時間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）解説集」において、評価のポイントとともに、確認資料例をお示ししております。サーベイヤーによる評価はこちらに準じて行われるものとお考え下さい。
74	その他	令和6年4月からの特例水準の指定にあたり、医療機関での特例水準の申請準備や都道府県での指定審査等を踏まえると、評価センターの評価が令和5年度の早い段階で完了できなければ不可能だと考えております。そのため、円滑な評価体制の確保と評価の実施をお願いいたします。	迅速かつ円滑な評価の実施に努めてまいりますので、各都道府県におかれても、勤改センターを通じた医療機関の早期受審の支援等に御協力いただきますようよろしくお願いいたします。
75	その他	サーベイヤーによる評価が個々より判断が異ならないよう、評価の平準化をお願いいたします。	評価の考え方については、「医療機関の医師の労働時間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）解説集」を作成し、ホームページにも公開しております。また、また、サーベイヤー間で判断が異ならないよう事例の共有を図るなどして平準化に努めてまいります。
76	その他	都道府県は評価センターの結果を公表しなければならないとされていますが、公表にあたっては、「評価結果報告書」に示されている「全体評価」のみでよろしいでしょうか。もしくは、「指摘事項・助言等」も含めた、報告書全体を公表する必要がありますでしょうか。	公表にあたっては、「評価結果報告書」に示されている「全体評価」を想定しております。
77	その他	医療計画に救急医療機関として位置付けられていない産科の有床診療所をB水準の医療機関として指定することはできますでしょうか。	改正後の医療法施行規則第80条第3号により、「地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療の提供その他地域における医療の確保のために必要な機能を有すると都道府県知事が認めた」診療所として指定することは可能と考えます。
78	その他	時短計画に勤務時間の前年度実績を記載する必要がありますが、仮に令和5年4月に時短計画を完成させて評価センターを受審するとして、令和4年10月から半年分しか実績が取得できなかった場合、類推して（2倍にして）年間の実績として記載して良いのでしょうか。	初めて時短計画を作成する際の前年度実績には、可能な限り現状の時間外・休日労働時間を正確に把握していただき算出する形になりますので、十分な実態が把握出来ていない状況下においては把握している範囲での実績を記載することもあり得ると考えます。
79	その他	評価センターからの評価結果通知に関して、中間報告があった場合でも評価受審から4ヶ月での結果通知が可能になるのでしょうか。	評価結果の通知にあたっての期間については少なくとも4ヶ月を見込んでおり、中間報告において、改善が必要とされた場合、医療機関からの対応が確認できるまで評価手続が停止することから、評価期間および結果の通知についても時間を要することがあると考えられます。

80	その他	<p>令和4年度中に医療機関が特例水準の指定申請を行うケースにおいて、年度内の県知事指定後に医療機関の体制・状況が変わり、例えば令和6年度から赴任する医師の時間外・休日労働時間が長く、特例水準の該当業務により年960時間超となる医師が増員となっても、再申請の必要はないのでしょうか。</p>	<p>該当水準およびその業務が、既に申請し指定されている内容に変更が生じないものであれば、指定されている水準に応じた36協定の締結を行うことは可能と考えます。なお、ご指摘のような事例では、今後増員となりうる医師に関して、当該医師を、特定水準の対象医師とする旨を36協定において記載しておけば良いと考えます（増員後、対象医師の特定は必要です）。</p> <p>一方、既に指定されている水準と異なる内容の水準指定を行う場合には、別途、評価受審および都道府県への指定申請を行う必要があります。</p>
----	-----	---	---