

医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査（宿日直許可等の状況）

貴医療機関名

ご住所

〒 _____

ご担当者

ご連絡先 電話

E-mail

問 1 他院から非常勤（週に数日などの頻度）で派遣されている医師（貴院以外を主たる勤務先とする医師）が行う夜間・休日の宿日直業務について以下をご回答ください。

派遣元の医療機関名	宿直、日直、宿日直の頻度		
	宿直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	宿日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	宿直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	宿日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	宿直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	宿日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	宿直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月
	宿日直	_____ 回/週	又は _____ 回/月

問2 貴院を主たる勤務先とするすべての医師について、時間外・休日労働時間数（副業・兼業先を含む。）を把握していますか。該当する選択肢に○印を付けてください。

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 副業・兼業先を含めて把握している |
| <input type="checkbox"/> | 2. 把握していない |

※ 副業・兼業先の労働時間の把握は医師の自己申告で差し支えありません。

問3 貴院を主たる勤務先とする医師のうち、現時点で、年間の時間外・休日労働時間（副業・兼業先における時間も通算）が1,860時間を超える医師は何人ですか。

_____ 人

※ いない場合は0とご回答ください。

※ 1か月の時間外・休日労働時間を12倍する等により換算してご回答いただいて差し支えありません。

※ 宿日直について、許可が得られていない又は得られているかが不明な場合は全て労働時間としてください。

問4 貴院の宿日直許可の取得・申請状況について、該当するものに○印を付けてください。（1つのみ）

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1. 宿日直許可取得の必要がないため、取得意向はない |
| <input type="checkbox"/> | 2. 宿日直許可を取得したいが、業務の性質に照らすと許可取得は困難と考えている |
| <input type="checkbox"/> | 3. 必要な宿日直許可を取得済み |
| <input type="checkbox"/> | 4. 必要な宿日直許可を申請したが、許可は得られなかった |
| <input type="checkbox"/> | 5. 必要な宿日直許可を申請し、結果待ち |
| <input type="checkbox"/> | 6. 必要な宿日直許可の取得のために、申請の準備中 |
| <input type="checkbox"/> | 7. 必要な宿日直許可の申請を予定しているが、具体的な準備には着手していない |
| <input type="checkbox"/> | 8. 宿日直許可が必要かわからない |

※ 宿日直許可について

宿日直許可を受けた場合には、その許可の範囲で、労働基準法上の労働時間規制が適用除外となります。今後、令和6年4月から医師の時間外労働の上限規制がスタートしますが、

(1)宿日直許可を受けた場合には、この上限規制との関係で労働時間とカウントされないこと、
(2)勤務と勤務の間の休息时间（勤務間インターバル）との関係で、宿日直許可を受けた宿日直（9時間以上連続したもの）については休息时间として取り扱えることなど、医師の労働時間や勤務シフトなどとの関係で重要な要素になることが考えられます。

※ 2については、時間帯を限定しての許可の取得といった方策も含めてご検討いただいてもなお困難な場合に選択してください。

※ 4については、単に労働基準局等に相談した際に難しそうという感触を示されたといった場合は含まず、申請書を提出した上で許可を得られなかった場合に選択してください。

問5 (問4で6又は7と回答した場合)

宿日直許可申請を所轄の労働基準監督署に提出するのはいつの予定ですか。

_____年 _____月

問6 令和6年度に、貴院で予定されている医師の時間外・休日労働時間の水準に当てはまるものに○印を付けてください。(複数選択可。)

- | | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1. A水準 |
| <input type="checkbox"/> | 2. B水準 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 連携B水準 |
| <input type="checkbox"/> | 4. C-1水準 |
| <input type="checkbox"/> | 5. C-2水準 |

※ A水準 下記の水準に当てはまらない医師に適用される水準 (時間外・休日労働の上限：年960時間)

B水準 救急医療をはじめ、政策的に確保が必要な医療に従事する医師に適用される水準 (時間外・休日労働の上限：年1,860時間)

連携B水準 派遣されて複数の医療機関で働くことにより、地域医療の確保に必要な役割を果たす医師に適用される水準 (時間外・休日労働の上限：年1,860時間)

C-1水準 希望する臨床研修医・専攻医に適用される水準 (時間外・休日労働の上限：年1,860時間)

C-2水準 高度な専門技術の修得を目指す医師に適用される水準 (時間外・休日労働の上限：年1,860時間)

※ 時間外労働の上限規制について

令和6年4月から、診療に従事する勤務医の時間外・休日労働時間は、原則として年960時間が上限となります (A水準)。

医療機関が、地域医療の確保などの必要からやむを得ず、所属する医師にこれを上回る時間外・休日労働時間を行わせる必要がある場合は、その理由に応じて、都道府県知事から指定を受ける必要があります。(1つの医療機関が複数の水準の指定を受けることもできます。)