

- 令和6年度より、勤務医に対して、時間外・休日労働時間の上限規制が適用される。
- 【原則】一般の労働者と同程度である960時間が上限(A水準)
- 【例外】地域医療にとって不可欠な機能を有する医療機関は、特例水準指定申請を行うことで、上限規制が緩和される。

## 時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4~)

### 地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務	義務
B (救急医療等)				
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間			
C-2 (高度技能の修得研修)				

### 医師の健康確保

#### 面接指導

健康状態を医師がチェック

#### 休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制 (または代償休息)

**特定労務管理対象機関 (いわゆる特例水準)**

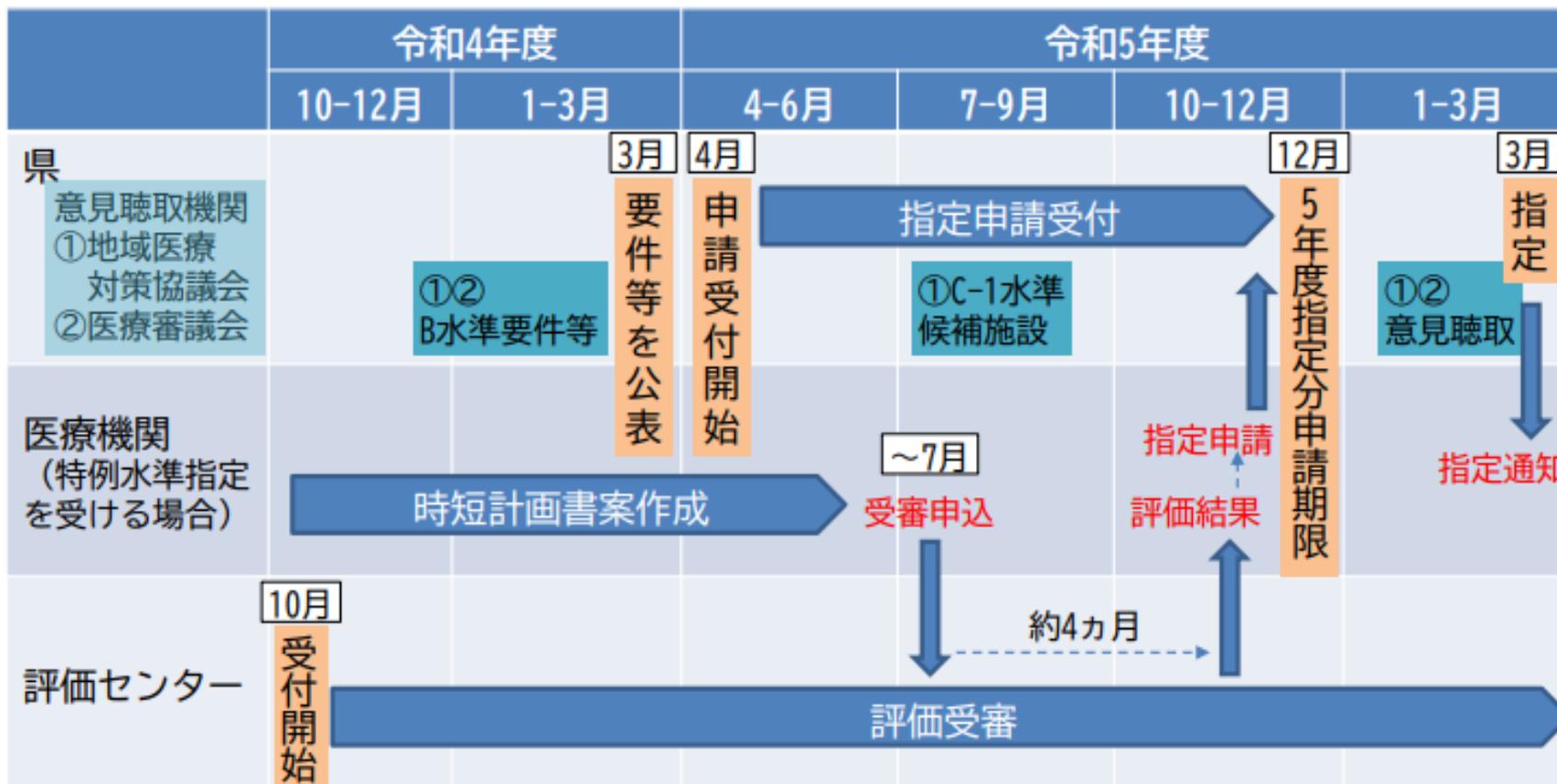
「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定について (社会保障審議会 医療部会資料 (令和3年2月))」より

# 特例水準指定に向けたスケジュール

## 医療機関の準備

- 指定要否の確認
  - 兼業を含めた適切な時間外労働時間の把握【令和4年度末まで】
- 指定申請の準備(特例水準指定を受ける場合)
  - 時短計画書案作成、評価受審【令和5年7月までに評価センターに受審申込】
  - 指定申請【令和5年12月までに県に申請】

遅くとも



# 申請書 ～指定申請様式例(BC水準)～

医療機関が指定を希望する水準の申請書を県へ提出します。

様式例1 (特定地域医療提供機関 (B水準) 指定申請)

令和 年 月 日

都道府県知事 ○○ ○○ 殿

○○病院長 ○○ ○○

特定地域医療提供機関の指定申請について

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。以下「改正法」という。)附則第5条の規定により改正法第3条の規定による改正後の医療法(昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。)第113条の規定により、別紙のとおり申請する。

## 1. 開設者

住所 (法人であるときは主たる事務所の所在地)	ふりがな
氏名 (法人であるときはその名称)	ふりがな

## 2. 指定を予定する医療機関

管理者の氏名	ふりがな
名称	ふりがな
所在の場所	ふりがな

## 3. 医療法第113条第1項の指定にかかる業務の内容 (該当する条項を○で囲むこと。)

- 第1号 救急医療
- 第2号 居宅等における医療
- 第3号 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

## 4. 添付書類

- ① 医師労働時間短縮計画(案)
- ② 医療法第113条第1項に規定する業務があることを証する書類
- ③ 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
- ④ 医療法第113条第3項第3号の要件を満たすことを誓約する書類
- ⑤ 医療法第132条の規定により通知された法第131条第1項第1号の評価の結果を示す書類

医療機関の住所や  
開設者・管理者の記名が  
必要となります。

添付書類は、  
水準毎に一部異なります。

# 各水準の申請に応じた必要書類(案)

(共通)

○医師労働時間短縮計画(案)【医療勤務環境改善評価センターの評価を完了したもの】

○面接指導並びに休息时间確保体制が整備されていることを証する書類  
【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】

○誓約書  
【医療法第113条第3項第3号の要件を満たすことを誓約する書類】

○医療勤務環境評価センターによる評価結果の通知書  
【医療法第132条の規定により通知された法第131条第1項第1号の評価の結果を示す書類】

B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準
<p>①救急医療の提供に係る業務</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・知事による二次・三次救急医療機関であることを指定する通知</li><li>・受入患者数を証明する書類</li><li>・知事によるがん診療の拠点医療機関、総合周産期医療センター等の指定通知など</li></ul> <p>②居宅等における医療</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・「機能強化型在宅療養診療所の単独型」及び「機能強化型在宅療養支援病院の単独型」の医療機関であることを証明する書類 など</li></ul> <p>③地域において当該医療機関以外で提供することが困難な医療</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・上記を証明する書類 など</li></ul>	<p>○派遣先医療機関が発行する辞令</p> <p>黒塗りする等して匿名化したもの</p> <p>又は</p> <p>○医師に対する副業・兼業許可書</p> <p>医療機関管理者の指示による医師派遣体制が存在することが分かる書類</p>	<p>○知事により指定された臨床研修プログラム</p> <p>「研修医療機関における時間外・休日労働想定最大時間数」が記載されたもの</p> <p>①既存のプログラムの場合</p> <p>年次報告書</p> <p>②変更又は新設するプログラム</p> <p>プログラムの変更・新設届出書</p> <p>○日本専門医機構により認定された専門研修プログラム/カリキュラム</p>	<p>○厚生労働省審査組織に申請した医療機関申請書</p> <p>○指定後すぐにC-2水準適用の該当者がいる場合は該当者の技能研修計画</p> <p>○厚生労働省審査組織による審査結果の通知</p>