

番号	事前受付 質問
1	機関として連携B・B・C水準の適用が認められた後、どの診療科がB水準でどの医師(個人)が連携Bなのかなど細かく指定する方法はどのようになりますでしょうか。
2	法律の施行は当初の予定通り2024年度からとなりますでしょうか。コロナ対応の影響で、期間内での検討に遅れが生じているため、移行期間として多少猶予を設けていただけると大変助かります。
3	勤務間インターバル制度で、特別な事情がある場合は、例外的に出勤が認められるのか。認められるとすれば、どの様な場合か。
4	医師の働き方改革は、5年間の猶予期間があったとはいえ、その改革内容はやっと昨年末に中間とりまとめが決まり、今年2月の医療法改正に一部示された状況であり、細部は確定されていない。また、改革を実施する医療機関では、2020年からのコロナ禍により、人的にも経営的にも疲弊し極度に追い詰められた状態にある。医師の働き方改革を進める基本認識に、「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要である」とする以上、医療機関及び医師を更に追い詰める罰則付きの改革は実施するべきではない。少なくとも2024年4月からの罰則部分の適用については、当分の間延期願いたいと考えるが日医のお考えをご教授いただきたい。
5	地域の病院では今回の改革により大学や基幹病院との連携維持に必要な宿日直許可基準の取得が従来以上に必要となったため、基準が与えられるより詳細な具体的な例示を求めている。令和1年7月1日の労働局長通達(揮発0701第8号)の特に、1(2)の医師について及び3についての好事例を示していただきたい。この件に関する日医のお考えを伺いたい。
6	宿日直についてご質問させていただきます。 ①令和元年7月1日付け基発0701第8号 記1(2)にて「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。」「問診等による診察等(軽度の処置を含む。以下同じ。)」について、具体的に考えられる処置や業務の内容。 ②①の内容については、全国的な統一基準というものは考えられますか？ ③同様に記2における「稀にあったとき」について、各医療機関により認識が異なることが予想されます。 医師会としてのお考え又はこの点における行政とのやり取り等で開示いただける情報があれば教えてください。
7	医師の働き方改革の本来の目的は医師の労働の軽減であると理解しています。確かに、年1860時間の時間外業務は過剰です。しかしながら、臨床における研究業務や知識学習に患者のカルテ閲覧などが業務時間となると、960時間を超える勤務医は少なくないと思います。こうした現状を踏まえると、そもそも医師の労働時間を減らすための改革なのに、この改革では対象となる勤務医には以下の書類の作成、提出の業務は確実に増えます。さらに負担を増やすのは本来の主旨の本末転倒と考えます。是非、医師の業務に専念できるような働き方になるように、改革の内容をご検討いただきたいと思います。
8	B水準、C水準とも、計画の1年ごとにPDCAサイクルを行うことが求められています。そのためには、個人の報告を求めることになると思います。医師に業務負担を増やすことにならないでしょうか？(提出頻度の過剰負担)

番号	事前受付 質問
9	連携B水準にはB水準に指定される機関指定がありません。自院の医師が1人でも外勤を含めて960時間を超える可能性があれば「主たる勤務先」として連携B水準として申請が必要となると思います。地域の中核病院では病床数に限らず本水準に該当する可能性があり、対象機関は少なくないと考えられます。その時に3年に一度申請するとなると「審査組織」にかなりの負担がかかるのではないのでしょうか？（対象機関の過剰と審査頻度の過剰負担）
10	B水準、C水準とも、医師個人で対象者と対象外の医師がいます。対象者は、ただでさえ業務で長時間を申請しているにもかかわらず、PDCAサイクルを回す「主たる機関」に情報を頻回に提出することになり、更なる業務負担が増えます。特にC-2水準に勤務する医師は「特定高度技能研修計画」を提出することが求められていて、詳細な内容の報告が求められています。（勤務医の業務実態の報告の過剰負担）
11	B水準、C水準とも、医師の時間外の申請は、週単位ですか？月単位ですか？そもそも、誰しも時間内にできれば時間外業務を行いたくないのです。時間外の業務はすべて計画できるものではなく、患者状態の急変や救急など不測の事態で時間外となること（あるいは時間外が増えること）が時間外の業務を増やす原因になります。こうしたことを毎回計画として立案して、その通りにすることができるのでしょうか？（勤務医の報告業務の不安定性）
12	確かに2035年にはすべての機関がA水準となるので、上記義務や負担はなくなるのですが、それまでの医師は更なる負担の報告業務で疲弊しませんか？
13	多くのC水準の組織はB水準の複合申請となると思います。A水準の医師も混在して勤務する場合には、A水準の医師の情報も報告するのですか？また、C水準の組織はB水準の対象医師のどこまで（例えば総数、例えば個人名すべて、等）を記載するのですか？できるだけシンプルにさせていただきたいと思います。
14	医師は異動が頻回に行われます。こうした実情を申請状況にどのように反映させるのでしょうか？異動のたびに、毎回、勤務医は書類を「主たる勤務先」に提出し、その度に、「主たる勤務先」は知事に報告するのでしょうか？
15	現在、病院機能評価機構をはじめ、評価を受けなければならない審査が複数あります。臨床研究のための申請もあります。可能な限り、本改革で実施される「審査組織」の審査は他の評価指標と重複なく、かつシンプルな物として検討していただきたいと思います。
16	なお、全水準にわたって、時間外労働は「主たる勤務先」以外でも認められるという解釈でよろしいのでしょうか？
17	大学で臨床系教室の教員の立場のため裁量労働制になっています。兼業規約に則り地域で診療をして夕方大学に戻り小一時間働いたとしても大学での労働は7時間45分とみなされます。この場合、地域での労働時間は全て時間外の計算になるのでしょうか。

番号	事前受付 質問
18	地域での診療には片道4,5時間かかることが良くあります。今の社会通念上、移動時間は労働時間ですが、私たちの移動時間は何に当たるのでしょうか。猛吹雪で公共交通機関が全て止まっても、自力で何とか地域に出向いて診療している先生方、もし事故にあっても個人の責任でしょうか。
19	大学では夜間他院で当直をして、朝大学に戻ってそのまま診療に当たる先生方も多くいます。移動時間が30分でもあれば、連続勤務ではないという判断で良いのでしょうか。また大学で当直しても当直明けに移動時間が発生すれば通常通り出張にも行けるということでしょうか。
20	特例的な水準が適用される医療機関を評価する者について、対象者や養成講習などの詳細が決まっていれば教示願います。
21	急性期病院で人事労務管理を長く担当していました社会保険労務士です。今後、医師の働き方改革実現に向けて、社会保険労務士としてお役に立つためには、各医療機関とどのようなかわり方をすべきなのか模索しております。もし、可能であればご教示ください。