

診療支援医師（パート医師）制度とは

時給制のパート医師制度であり、他機関所属の医師も本制度で雇用が可能となります。
また、出産・育児、その他の事情で通常勤務を行うことに支障がある場合、この制度を利用することにより勤務時間を希望に合わせて柔軟に選択することが可能となります。

なお、勤務時間、給与、休暇等については、次のとおりです。

（現在、当院に在職（医員等）している場合はその職を辞職し、新たに採用となります。）

● 勤務形態

パート勤務（1週間30時間以内、1日7.75時間以内）

● 勤務時間

弾力的に1日当たりの勤務時間を設定することができます。

● 給 与

時間給 1時間当たり2,000円

● 年次有給休暇

採用直後及び採用後6ヶ月以上継続して勤務し全勤務日の8割以上出勤した者について

週あたりの勤務日数・時間数に応じて最大10日（年間）付与されます。

● 休 日

土曜日、日曜日、祝日

● 通勤手当

通勤距離が片道2km以上で、交通機関又は自転車等を利用して通勤する場合に支給されます。なお、大学院生を雇用した場合は支給しません。

● 住居手当・退職手当・賞与・その他諸手当

支給なし

● 支給額の例

（1日4時間、1ヶ月20日間勤務した場合）
 $2,000\text{円}/\text{時間} \times 4\text{時間} \times 20\text{日} = 160,000\text{円}$

採用にあたり必要な提出書類は、次のとおりです。

※ 採用希望日の3週間前までに提出してください。（締切厳守）

● 採用時提出書類一覧（診療支援医師） （①～④、⑧の様式は、添付しています。）

① 診療支援医師願書

② 履歴書

- ・ 自筆の上、必ず印鑑を押印（氏名欄内）すること。
- ・ 必ず写真を貼付すること。
- ・ 学歴は、義務教育卒業後についてすべて記入すること。
- ・ 氏名、生年月日は、住民票（戸籍）と一致していること。

③ 採用時健康診断票

- ・ 受診する病院等は特に指定していないので、最寄りの保健所、病院等で適宜受診すること。

④ 診療従事承諾書（他病院で雇用されている場合のみ提出ください）

⑤ 卒業証書（学位記）の写し、または卒業（修了）証明書

- ・ 大学以上の学歴について、すべて提出すること。
- ・ 在学中の場合は、在学証明書、または卒業（修了）見込証明書を提出すること。

⑥ （医師・歯科医師）免許証の写し

⑦ 免許証の写し（両面）または住民票または戸籍抄本

- ・ 住民票の記載事項のうち、「本籍地」は省略しないこと。
- ・ 外国籍の場合は、国籍、在留資格を証明する書類を提出すること。

⑧ 労働時間割振表

※ 徳島大学において過去に採用歴がある場合は、⑤～⑦の書類は提出不要です。
ただし、過去に徳島大学を退職してから、今回の採用までの間に改姓歴等がある場合は、⑦の戸籍抄本が必要です。

【注 意 事 項】

- ① 採用日は、原則として1日付け、または16日付けとします。
- ② 採用にあたっては、病院運営会議の議を経る必要があります。運営会議の資料締め切りの1週間前（毎月5日ごろ）までに上記の必要書類を提出してください。
- ③ 期限を過ぎての書類提出は、採用手続きの都合上、希望日での採用はできませんので ご注意ください。

【書類の提出先：病院総務課労務係】

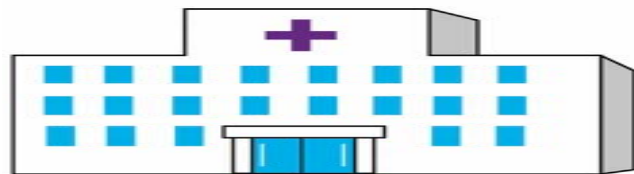
本制度の有効活用について

現在、妊娠・出産・育児等でやむを得ず離職している（離職を考えている）女性医師の就業継続、復職意欲の向上を促進するとともに、職場復帰をスムーズにさせることにより、医師不足も解消できることになります。

ついては、本制度の趣旨と内容を御理解いただき、各診療科（部・室）と相談の上、有効活用くださるようお願いします。

なお、病院運営会議で審議を経て採用となりますので早めの書類提出をお願いします。

本制度の問い合わせ先：総務課労務係
電話：088-633-7008 内線：2111



診療支援医師（パート医師）制度のご案内



徳島大学病院
Tokushima University Hospital

診療支援医師願書

年 月 日

徳島大学病院長 殿

(ふりがな)
氏 名 印
生年月日 年 月 日 (歳)
性 別 男 ・ 女
現 住 所
(Tel () -)

この度、下記により徳島大学病院 診療支援医師 として採用を希望します。
なお、採用に際しては関係諸法令及び諸規則を遵守します。

記

希望診療科(部)		科(部)長 承認印	
任用希望期間	年 月 日から	年 月 日まで	

※参考事項として下記についても記入願います。

1. 学歴及び医籍・歯科医籍登録等

年 月 日	大学 学部 学科 (卒業 ・ 卒業見込)
年 月 日	第 回 (医師・歯科医師) 国家試験 (合格 ・ 合格見込)
年 月 日	第 号をもって (医籍・歯科医籍) に登録された

2. 本院での採用歴

- ☐有
- ☐教員(助教等)として在職 (した ・ している)
(在職期間 : 年 月 ~ 年 月)
- ☐医員又は医員(研修医)として在職 (した ・ している)
(在職期間 : 年 月 ~ 年 月)
- ☐診療支援医師として在職 (した ・ している)
(在職期間 : 年 月 ~ 年 月)

☐無

3. 現在、本学の大学院生で (ある・ない)
4. 本院で任用された日以降も他に主たる勤務先が (ある・ない)
ある場合は勤務先名称 ()

5. 診療支援医師を希望する理由

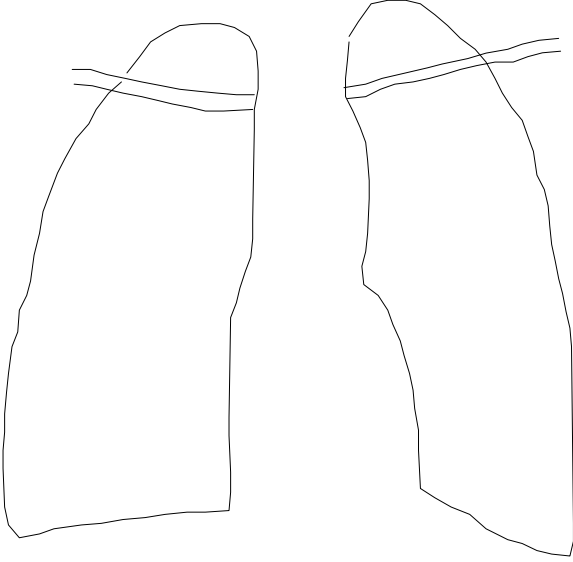
- 1 育児のため
- 2 その他 (具体的に :)

履 歷 書

写真を貼る位置
1. 縦 36～40mm
横 24～30mm
2. 本人単身胸から上

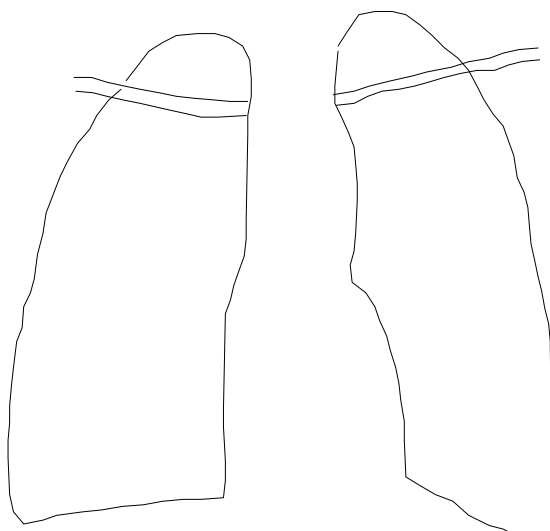
記入注意 1. 鉛筆以外の青又は黒の筆記具で記入 2. 数字はアラビア文字で、文字は崩さず正確に書く

採用時健康診断票

検査年月日	令和 年 月 日		
採用予定部局名			
ふりがな 氏 名	-----		
現住所			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 才)		
就こうとする職務 内容(詳細に)			
X 線 診 断			
既往症			
自覚症状の有無		他覚症状の有無	
医師所見			
判定	可 ・ 要注意 ・ 不可		
上記のとおり判定します。 令和 年 月 日 病 院 名 医 師 名 印			

(注) 本票は、採用予定日から3月前までの間に受診した場合に限り有効

採用時健康診断票

検 査 年 月 日	令和 年 月 日		
採用予定部局名			
ふ り が な 氏 名	-----		
現 住 所			
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 才)		
就こうとする職務内 容(詳細に)			
X 線 診 断			
感 染 症	HBs抗原()・HBs抗体()・HCV抗体()		
既 往 症			
自覚症状の有無		他覚症状の有無	
医 師 所 見			
判 定	可 ・ 要注意 ・ 不可		
上 記 の と お り 判 定 し ま す 。			
令和 年 月 日			
病 院 名			
医 師 名			
印			

(注) 本票は、採用予定日から3月前までの間に受診した場合に限り有効

医療業務従事者 各位

徳島大学病院長

採用時健康診断票（感染予防用）の提出について（依頼）

標記について、本院に採用される医療業務従事者は、感染予防のための健康診断が特に義務づけられておりますので、各自で医療機関において検査を受け、別紙健康診断票を作成の上、徳島大学人事課蔵本人事係まで提出ください。

（備考）

- ・医療業務従事者とは、大学病院で診療に従事する医師や看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、歯科衛生士、歯科技工士、理学療法士、視能訓練士、言語聴覚士、看護助手及び医療機器操作員等のメディカルスタッフをいいます。（事務部門は除く。）
- ・診断票は 採用日前に届くよう に郵送してください。
- ・診断票には 検査結果のコピーを添付してください。（健診の結果は、採用に影響するものではありません。）HBs 抗体、流行性ウイルス疾患の抗体価は、過去 5 年以内の検査結果を添付してください。胸部レントゲン検査については、過去 3 ヶ月以内の結果のみ有効です。また、新型コロナワクチンの接種歴もご記入ください。※接種の有無で配置等に不利益が生じることはありません。なお、未接種の方で、ワクチン接種に対する副反応の心配や接種会場などの質問がある場合は、お気軽に徳島大学病院感染制御部（TEL:088-633-7305）までご連絡ください。
- ・流行性ウイルス疾患（水痘、麻疹、風疹、ムンプス）の抗体が基準値を満たさず、予防接種が必要な方は、原則診療業務に従事するまでにワクチンの接種をお願いいたします。接種の際には、別紙の＜ワクチン接種の説明書＞を読み、禁忌事項や副作用に十分注意してください。ワクチン接種をしない場合は、アレルギーや特別な事情など、その旨を理由欄に記載してください。
- ・健診、ワクチン接種にかかる費用は個人負担となります。
- ・当院へ 過去 5 年以内の検査結果の提出歴がある方 は検査結果のコピーの添付は不要です。ただし、5 年以内に他の医療機関で再検査を実施された方は、直近の検査結果のご提出をお願いいたします。
- ・過去の提出状況が不明な場合は、下記問合せ先までお問い合わせください。

院内感染対策にご協力いただきますようお願いいたします。

（健康診断票問合せ先）

徳島大学病院 感染制御部

電話 088-633-7305（直通）

採用時健康診断票（感染予防用）

職 名		氏 名	(歳)	採用日	年 月
-----	--	-----	-------	-----	-----

* 医師の方は診療科名までお書きください。

* 過去5年以内の検査結果の提出歴がある方は再検査不要ですが、本用紙は氏名のみ記入してご提出ください。

ただし、5年以内に他の医療機関で再検査を実施された方は、直近の検査結果の提出をお願い致します。

*** 各検査結果・ワクチン接種証明のコピーを必ず添付してください。**

1. HBs 抗体 (過去5年以内の検査結果を記載)					
検査日 (年 月 日)		ワクチン接種日		年	月 日
+ (陽性) ・ - (陰性)		済 ・ 未		年	月 日
抗体価 () mIU/ml				年	月 日
2. 新型コロナワクチン接種歴					
		ワクチン接種日		年	月 日
		済 ・ 未		年	月 日
				年	月 日

3. 流行性ウイルス疾患 (*EIA法 (IgG抗体) で検査を実施し、過去5年以内の検査結果を記載)			
抗体価	2回接種が必要		1回接種が必要
水痘 ()	接種日 (年 月 日) (年 月 日)		(年 月 日)
麻疹 ()	接種日 (年 月 日) (年 月 日)		(年 月 日)
風疹 ()	接種日 (年 月 日) (年 月 日)		(年 月 日)
ムンプス ()	接種日 (年 月 日) (年 月 日)		(年 月 日)
未接種の場合その理由:			

* 上記流行性ウイルス疾患の抗体結果が基準を満たさない方は、診療業務に従事するまでに各自で医療機関を受診し、ワクチン接種をお願い致します。ただし、アレルギーや特別な事情がある場合はこの限りではありません。接種の際には、別紙<ワクチン接種の説明書>を読み、禁忌事項や副作用に充分注意してください。

なお、ワクチン接種の接種が証明できる書類（明細書または診断書）の提出をお願い致します。

※結核に関して、インターフェロンγ遊離試験は実施している場合のみ記載してください

4. 結核 (過去3ヵ月以内の胸部レントゲン検査必須、インターフェロンγ遊離試験は実施している場合のみ記載)					
結核罹患歴もしくは曝露歴 (結核患者との接触歴)	罹患あり (年 月頃) ・ 曝露あり (年 月頃) ・ なし				
胸部レントゲン検査日	年 月 日	検査結果	異常 (あり ・ なし)		
項目	検査日	検査方法 (○で囲む)	検査結果 (値)	基準 (陽性)	判定結果 (1つに○)
インターフェロンγ遊離試験 (必須ではない)	年 月 日	QFT-3G		0.35 以上	陰性 ・ 判定保留
		T-S P O T		8 以上	陽性 ・ 判定不可

検査の結果、以上のとおり報告します。

年 月 日

病院名

医師名

印

＜新規採用職員の健康管理のための麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン接種の注意点＞

徳島大学病院では職業感染防止、健康管理のために、新規採用の医療従事者に麻疹、風疹、水痘、ムンプス抗体検査を依頼し、抗体価が基準値を満たさず、予防接種が必要な場合には、原則各自でワクチン接種をしていただいております。下記の注意点1～3をご確認のうえ、最寄りの医療機関を受診しワクチンを接種して頂きますよう御協力お願い致します。

注意1) 生ワクチン（麻疹、風疹、水痘、ムンプスワクチン）接種前後の避妊について

妊娠可能な女性においてはあらかじめ約1ヶ月間避妊した後接種すること、およびワクチン接種後2ヶ月間は妊娠しないように厳重にしてください。麻しん風しん混合ワクチン、麻しんワクチン、風しんワクチンの接種に当たっては、妊娠している人は接種不適当者（接種禁忌者）に該当します。ワクチンの成分によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな人、3ヶ月以内にガンマグロブリンの注射（大量療法の場合は6ヶ月）あるいは輸血を受けた人も接種不適当者に該当します。

1. 接種不適当者（禁忌）

- ① 明らかな発熱を呈している者
- ② 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者
- ③ ワクチンの成分*によってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者
- ④ 明らかに免疫機能に異常のある疾患を有する者及び免疫抑制をきたす治療を受けている者
- ⑤ 妊娠していることが明らかな者
- ⑥ 上記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者

*タマゴ、硫酸カナマイシン、ラクトビオン酸エリスロマイシンなど能書にて成分を確認

2. 接種要注意者（慎重接種）

- ① 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び発育障害等の基礎疾患を有することが明らかな者
- ② 前回の予防接種で2日以内に発熱のみられた者又は全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことがある者
- ③ 過去に痙攣の既往のある者
- ④ 本剤過去に免疫不全の診断がなされている者 及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- ⑤ 本剤の成分に対して、アレルギーを呈する恐れのある者

注意2) 前回到接種した予防接種の種類によってあけるべき間隔が異なります。

- ・麻しん、風しん、BCG、ポリオ、水痘、ムンプス、黄熱ワクチンなど生ワクチンの後は27日以上
- ・インフルエンザ、三種混合（百日せき・ジフテリア・破傷風）、二種混合（ジフテリア・破傷風）、日本脳炎、A型肝炎、B型肝炎、狂犬病、肺炎球菌、Hib ワクチンなど不活化ワクチンの後は6日以上

注意3) 副反応の報告は、ワクチンによって異なります。

まれにMRワクチンでは、ショック・アナフィラキシー様症状（じんましん、呼吸困難、血管浮腫など）、血小板減少性紫斑病、脳炎およびけいれんなどの副反応が生じる可能性があります。流行性耳下腺炎ワクチンでは、まれに無菌性髄膜炎、精巣炎、難聴の報告があります。

※新規採用の医療従事者で接種適応者に該当し接種可能な方は、医療機関受診時に当該医療機関において、これらの禁忌事項を含めた十分な説明を受け、医師と相談の上、速やかなワクチン接種をお願い致します。

皆様から多くの問い合わせのある下記の項目について、Q&Aを作成いたしました。
ご確認ください。

Q 1 : 検査は徳島大学病院で実施してくれるのか。

A : 本院では実施しておりませんので、最寄りの医療機関を受診してください。
また、費用は自己負担となりますので、ご了承ください。

Q 2 : 過去 5 年以内に徳島大学病院で勤務していたが、提出の必要はあるか。

A : 過去 5 年以内に徳島大学病院での勤務歴があり、かつ採用時に検査結果のコピーを提出していただいている場合には不要です。ご自身が以前提出していたかどうか不明な場合は、感染制御部へお問い合わせ下さい。
また、他院で実施している直近のデータがある場合には、データを提出願います。

Q 3 : 大学実習時に抗体調査票を提出していたが、採用時にも提出が必要か。

A : 提出が必要です。

Q 4 : 受診した医療機関では健康診断票に記載されている抗体価の測定方法が実施不可能であった。異なる測定方法でも良いか。

A : E I A 法での測定を推奨しています。E I A 法で測定が出来るかどうか医療機関に確認して受診して下さい。

Q 5 : 抗体価が陰性の場合、ワクチン接種を実施することになっているが、採用日までに接種が間に合わないがどうしたら良いか。

A : 陰性の場合、ワクチン接種をお願いしています。特別な事情が無い場合には採用日までに間に合わなくても、患者さん及び自分自身を守るためにもワクチン接種をお願いします。可能な限り、診療業務に従事するまでに接種くださいますようお願いします。

ワクチン接種歴はあるが抗体の上昇が不明の場合の評価

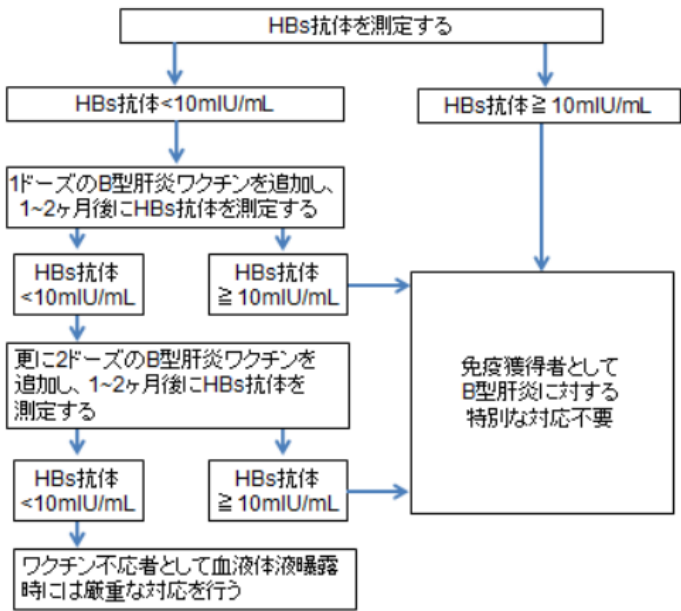


表 1. MMRV抗体価と必要予防接種回数（予防接種の記録がない場合）

	あと 2 回の予防接種が必要	あと 1 回の予防接種が必要	今すぐの予防接種は不要
麻疹	EIA法（IgG）2.0未満	EIA法（IgG）2.0以上16.0未満	EIA法（IgG）16.0以上
風疹	EIA法（IgG）(A)2.0未満 EIA法（IgG）(B)△A0.100未満 ※：陰性	EIA法（IgG）(A) 2.0以上8.0未満 EIA法（IgG）(B) 30 IU/ml未満	EIA法（IgG）(A)8.0以上 EIA法（IgG）(B) 30 IU/ml以上
水痘	EIA法（IgG）2.0未満	EIA法（IgG）2.0以上4.0未満	EIA法（IgG）4.0以上
おたふく かぜ	EIA法（IgG）2.0未満	EIA法（IgG）2.0以上4.0未満	EIA法（IgG）4.0以上

※△Aは、ペア穴の吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）
A：デンカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG）なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
B：シーメンスヘルスケアダイアグノスティックス（エンザイグノストB風疹/IgG）なお、15IU/ml未満の場合は第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。
* 第5期定期接種は、2019年～2022年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性です。

診 療 従 事 承 諾 書

年 月 日

徳島大学病院長 殿

施設名

施設長名 _____ 印 _____

所在地 _____

電話番号 ()

当施設では、下記のとおり貴院で診療に従事することを承諾します。

記

1. 職 員 名 氏名：
所属：
職名：
2. 従事内容 外来診療、手術補助 等
3. 期 間 年 月 日（ ）より
年 月 日（ ）まで
4. 従事形態 ☐ 本務の一環として従事するもの（無報酬）
※診療許可申請書も併せて提出
☐ 兼業として従事するもの
※徳島大学病院の診療支援医師（パート医師）として雇用

労働時間割振表

所 属 _____

職 名 診療支援医師

氏 名 _____

曜日	労働時間	時間数
日	労働を要しない日	
月		
火		
水		
木		
金		
土	労働を要しない日	
1週間の総労働時間数		
休憩時間 12:00 ~ 13:00		

(参 考)

1. 社会保険について

必ず加入しなければならない公的保険というものがありますのでそれぞれの加入条件を説明します。

(1) 労働者災害補償保険（労災）

労働者を使用していればたとえそれがパートでも加入義務があります。正確に言うと労働者ではなくて事業主（大学）に対して加入義務があります。

(2) 雇用保険

週の労働時間が20時間以上ならびに今後1年以上継続して労働が見込まれる場合は加入対象となります。

(3) 健康保険と厚生年金保険

健康保険と厚生年金保険はセットで加入することになっており、週の労働時間が20時間以上の場合は加入対象となります。

2. 税法上の扶養と社会保険上の扶養について

「扶養」といっても、大きく分けると、税法上の「扶養」と社会保険法上の「扶養」の二つがあります。

(1) 税法上の「扶養」とは？

年収が103万円を基準にして考えます。

103万円以上になると扶養から外れます。

(2) 社会保険法上の「扶養」について？

今後1年間の収入見込みがどの程度かによって扶養に入れるか入れないかが決まってきます。その基準が130万円です。

毎月一定の収入がある（月収にすると10万8,333円を超える）ような場合には、その時から、扶養から外れます。毎月の収入に変動があるような時には実際に130万円以上になった時点で扶養から外れます。

例えば、週の労働時間が20時間未満の場合、健康保険と厚生年金保険の加入対象ではありませんが、収入が基準を超える場合は、扶養から外れ、個人で国民健康保険と国民年金に加入することになります。