

2015.09.08

週刊WEB

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

2016 年度予算の概算要求は一般会計 30 兆 6,675 億円
2015 年度当初予算額に比べ 2.5%増

厚生労働省

働く人の健康障害防止策「こころほっとライン」
9 月 1 日から電話相談窓口を開設

厚生労働省

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向
(平成 27 年 3 月号)

3 経営情報レポート

在宅医療に取り組む診療所のための
ターミナルケア体制への対応策

4 経営データベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 契約職員

契約職員の労働契約に関する注意点
派遣契約と派遣職員の待遇

医療情報 ヘッドライン①

厚生労働省

2016 年度予算の概算要求は 一般会計 30 兆 6,675 億円 2015 年度当初予算額に比べ 2.5%増

厚生労働省は 8 月 28 日、国の 2016 年度予算編成に向けた「概算要求」の概要を固め明らかにした。まず全体の要求総額は 102 兆円台になる見通しで、3 年連続で 100 兆円を超える過去最大を更新する。そのうち社会保障費や国債がなど多くを占めるが、ゆくゆくはこれからの編成作業で財務省が今年度並みへ圧縮したい考えが強い。

厚労省の一般会計（年金や労働保険などの特別会計は含まない）の要求・要望額は、30 兆 6,675 億円と、2015 年度当初予算額に比べて、2.5%増にあたる 7,529 億円増加し、内閣府に移った保育所運営費などを加味すると、実質的に過去最大となった。

このうち、年金・医療などに関する経費は、28 兆 7,126 億円で、前年度比 2.4%増の 6,748 億円増となっている。この額は、「高齢化などともなう増加額」として 7 月 24 日の閣議で了承されていた、6,700 億円にほぼそった形といえる。

厚労省は、「戦略的な重点要求・要望」として、次の項目などを挙げている。

（カッコ内は主な内容）。

- 予防・健康づくりの推進など**（保険者によるデータヘルスの推進、後発医薬品の使用促進、歯科口腔保健の推進、かかりつけ薬局の推進など）。
- 総合的ながん対策の推進**（2015 年中をめぐりに「がん対策加速化プラン」を策定し、対策を加速化する）。

- 地域の福祉サービスに関する新たなシステムの構築**（福祉ニーズの多様化・複雑化への対応や、地域の実情に応じた体制整備・人材確保に取り組む）。
- 医療分野の研究開発の推進など**（臨床開発インフラの整備、研究開発のための研究費の支援など）。
- 国境を越えた厚生労働行政の展開**（医師や医療従事者の諸外国への派遣などを実施し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成を目指す）。

【厚労省：予算概算要求の主要事項（抜粋）】

- ▽1.項目
- ▽2.主要事項（注・最も要求額の大きい事項のみ掲載）
- ▽3.要求（要望）額（単位：百万円）
- ▼前年度比減 ◎前年度比増
- 第1・子どもを産み育てやすい環境づくり
 - ・児童手当制度 —1,417,664 (▼)
- 第2・女性・若者・高齢者等の人材力の強化
 - ・重層的なセフィティネット構築 —3,170,404 (◎)
- 第3・安心で質の高い医療・介護サービスの提供
 - ・安心で質の高い介護サービスの確保 —2,848,796 (◎)
- 第4・健康で安全な生活の確保
 - ・原爆被爆者の援護—140,375 (▼)
- 第5・安心して勝利に希望を持って働くことのできる環境整備—71,846 (◎)

働く人の健康障害防止策 「こころほっとライン」

9月1日から電話相談窓口を開設

厚生労働省は8月31日、12月から施行されるストレスチェック制度を踏まえ、9月1日からメンタルヘルス不調やストレスチェック制度、過重労働による健康障害の防止対策に関することについて、全国の労働者等からの電話相談に応じる窓口「こころほっとライン」を開設すると発表した。

この電話相談窓口は、労働者やその家族のほか、企業の人事労務担当者も対象とされており、今年12月から実施される「ストレスチェック制度」（従業員50人以上の事業所に義務付け）に関して、ストレスチェックの受検、ストレスチェック結果の評価とセルフケア、医師による面接指導を受けることについての助言、事業場内における情報管理とプライバシー保護、ストレスチェックをめぐる不利益な取扱い等についても相談可能とする。

【専用ダイヤル】

0120-565-455

（通話料無料、携帯・PHSからも利用可能）

【受付日時】

月・火／17:00～22:00

土・日／10:00～16:00（祝日、年末年始を除く）

【対象者】

労働者やその家族、企業の人事労務担当者など

■こころほっとラインで対応する相談例

＜働く人のメンタルヘルス不調＞

人間関係の悩み、仕事の悩みなど

＜ストレスチェック制度＞

ストレスチェックの受検、結果の評価とセルフケア、医師による面接指導を受けることについての助言、事業場内における情報管理とプライバシー保護、ストレスチェックをめぐる不利益な取扱いなど

＜過重労働による健康障害＞

長時間労働による健康への影響、事業場における健康管理の状況、長時間労働の削減などの対策など（相談者に対しては、相談内容を踏まえ、制度の説明や適切な機関への相談などの助言を行う）

●ストレスチェック制度の導入マニュアル

マニュアルには、ストレスチェックの目的、手順、プライバシーの保護・不利益取扱いの防止などの注意が示されている。事業所ではストレスチェック制度の実施方法などを話し合い、社内規程として明文化し、すべての労働者に内容を告知する。また、実施体制や役割分担を決める必要がある。

労働者への質問票は（1）ストレスの原因に関する質問項目、（2）ストレスによる心身の自覚症状に関する質問項目、（3）労働者に対する周囲のサポートに関する質問項目が含まれていれば特に指定はない。

結果が通知されてから1カ月以内に、労働者から申し出があれば医師による面接指導を行う必要がある。面接指導の結果により、就業上の措置を実施し、結果は事業所で5年間保存される。

最近の医療費の動向

平成 27 年 3 月号

1 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

			総計							公 費
			医療保険適用							
			75 歳未満	被用者 保険	本 人	家 族	国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75 歳以上	
平成 22 年度		36.6	22.1	10.8	5.4	4.9	11.3	1.5	12.7	1.8
平成 23 年度		37.8	22.6	11.0	5.5	5.0	11.5	1.5	13.3	1.9
平成 24 年度		38.4	22.8	11.1	5.6	5.0	11.6	1.5	13.7	2.0
平成 25 年度		39.3	23.1	11.3	5.8	5.0	11.8	1.4	14.2	2.0
	4～9月	19.5	11.4	5.6	2.8	2.4	5.9	0.7	7.0	1.0
	10～3月	19.8	11.7	5.8	2.9	2.5	5.9	0.8	7.1	1.0
平成 26 年度 4～2 月		40.0	23.4	11.6	6.0	5.1	11.8	1.4	14.5	2.0
	4～9月	19.7	11.5	5.7	2.9	2.5	5.9	0.7	7.2	1.0
	10～3 月	20.2	11.9	6.0	3.1	2.6	5.9	0.8	7.3	1.0
	2 月	3.2	1.9	1.0	0.5	0.4	0.9	0.1	1.2	0.2
	3 月	3.6	2.1	1.1	0.5	0.5	1.0	0.1	1.3	0.2

注 1. 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を 10 倍したものを医療費として評価している。

医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注 2. 「医療保険適用」の「70 歳以上」には、後期高齢者医療の対象（平成 19 年度以前は老人医療受給対象）となる 65 歳以上 70 歳未満の障害認定を受けた者に係るデータが含まれる。

「医療保険適用」の「75 歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。

「公費」は医療保険適用との併用分を除く、公費負担のみのデータである。

2 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

総 計		診療費	医科 入院	医科 入院外	歯科	調剤	入院時 食事 療養等	訪問看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等
平成 22 年度	36.6	29.6	14.1	13.0	2.6	6.1	0.8	0.08	14.9	19.0	2.6
平成 23 年度	37.8	30.3	14.4	13.3	2.7	6.6	0.8	0.09	15.2	19.8	2.7
平成 24 年度	38.4	30.8	14.8	13.4	2.7	6.6	0.8	0.10	15.6	20.0	2.7
平成 25 年度	39.3	31.3	15.0	13.6	2.7	7.0	0.8	0.12	15.8	20.6	2.7
4～9月	19.5	15.6	7.5	6.8	1.4	3.4	0.4	0.06	7.9	10.2	1.4
10～3月	19.8	15.7	7.5	6.8	1.4	3.6	0.4	0.06	7.9	10.5	1.4
平成 26 年度 4～2 月	40.0	31.8	15.2	13.8	2.8	7.2	0.8	0.14	16.0	21.0	2.8
4～9月	19.7	15.8	7.5	6.8	1.4	3.5	0.4	0.07	7.9	10.3	1.4
10～3月	20.2	16.0	7.7	6.9	1.4	3.7	0.4	0.07	8.1	10.7	1.4
2 月	3.2	2.6	1.2	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
3 月	3.6	2.8	1.3	1.2	0.3	0.7	0.1	0.01	1.4	1.9	0.3

注 1. 診療費には、入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれていない。

注 2. 入院時食事療養等には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

3 医療機関種類別概算医療費

(1)医療機関種類別医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

総計		医科計						医科 診療 所	歯科計			保険 薬局	訪問 看護 ステー ション
		医科病院											
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院			歯科 病院	歯科 診療 所			
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	▲5.8	1.2	1.8	5.3	1.6	3.6	11.8
平成 23 年度	3.1	2.1	2.4	4.3	2.1	2.3	▲6.0	1.6	2.6	3.5	2.5	7.9	9.5
平成 24 年度	1.7	1.8	2.4	4.1	2.6	2.0	▲5.9	0.3	1.4	5.3	1.2	1.3	19.0
平成 25 年度	2.2	1.4	1.7	3.5	0.7	2.2	▲6.4	0.7	0.8	3.0	0.7	5.9	14.3
4～9月	2.9	2.1	2.3	3.7	1.4	2.9	▲5.3	1.6	1.2	3.6	1.1	7.0	15.3
10～3月	1.5	0.8	1.1	3.3	0.1	1.6	▲7.5	▲0.1	0.5	2.4	0.4	5.0	13.3
平成 26 年度 4～3 月	1.8	1.5	1.8	2.2	1.5	2.1	▲6.0	0.8	2.9	4.0	2.8	2.3	16.9
4～9月	1.4	1.1	1.3	1.9	0.8	1.7	▲6.2	0.5	2.5	3.5	2.4	1.8	16.4
10～3月	2.2	1.9	2.3	2.4	2.1	2.6	▲5.8	1.0	3.3	4.4	3.2	2.7	17.4
2 月	2.3	1.8	2.5	2.2	2.2	2.9	▲6.7	0.3	5.9	5.7	5.9	2.7	21.8
3 月	3.3	2.9	4.4	6.5	5.2	3.5	▲4.8	▲0.5	4.2	9.2	3.9	3.9	23.6

注 1. 医科病院の種類について、「大学病院」は医育機関をいう。「公的病院」は国（独立行政法人を含む）の開設する医療機関、公的医療機関（開設者が都道府県、市町村等）及び社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会等）の開設する医療機関をいう（ただし、医育機関を除く）。

注 2. 医療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額が含まれる。

(2)主たる診療科別医科診療所の医療費

●医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：％)

		医科 診療所	内科	小児科	外科	整形 外科	皮膚科	産婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他
平成 22 年度		1.2	0.9	2.5	▲ 3.0	1.6	2.1	0.8	1.9	6.3	1.2
平成 23 年度		1.6	1.5	1.9	▲ 0.1	3.5	2.5	▲ 0.3	1.5	▲ 0.6	2.5
平成 24 年度		0.3	▲ 0.1	▲ 4.5	▲ 3.0	1.8	0.1	1.0	3.8	2.2	0.8
平成 25 年度		0.7	1.0	▲ 1.3	▲ 2.2	1.8	0.8	▲ 0.7	2.5	▲ 2.3	1.2
	4～9月	1.6	1.9	▲ 0.6	▲ 1.4	2.4	1.3	0.1	2.7	0.7	1.7
	10～3月	▲ 0.1	0.1	▲ 1.9	▲ 3.1	1.2	0.2	▲ 1.6	2.4	▲ 4.8	0.6
平成 26 年度4～2 月		0.8	▲ 0.6	1.1	▲ 1.5	2.9	1.8	0.4	3.9	4.6	1.5
	4～9月	0.5	▲ 1.0	0.3	▲ 1.7	3.2	1.0	▲ 0.2	4.0	4.1	1.4
	10～3月	1.0	▲ 0.2	1.7	▲ 1.4	2.6	2.6	1.0	3.8	5.0	1.6
	2 月	0.3	▲ 2.6	▲ 9.0	▲ 1.7	4.5	7.0	2.5	8.1	9.1	2.0
	3 月	▲ 0.5	▲ 2.9	▲ 7.0	▲ 2.7	3.7	3.8	1.5	4.8	5.1	1.1

(3)経営主体別医科病院の入院医療費

●1施設当たり医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：％)

		医科病院	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	医科診療所
平成 22 年度		4.1	6.4	3.6	3.3	0.9	5.5
平成 23 年度		4.0	4.8	4.8	2.8	2.9	3.2
平成 24 年度		2.5	5.4	2.7	1.4	1.8	3.2
平成 25 年度		2.9	4.5	2.6	2.7	▲ 2.2	1.8
	4～9月	3.8	5.2	3.4	3.6	▲ 0.4	2.0
	10～3月	2.1	3.7	1.7	1.8	▲ 4.0	1.5
平成 26 年度4～2 月		2.2	3.4	2.2	1.5	▲ 0.4	2.6
	4～9月	1.9	3.3	1.9	1.2	▲ 2.8	2.9
	10～3月	2.5	3.6	2.6	1.8	1.8	2.5
	2 月	2.4	3.4	2.3	1.7	3.2	4.4
	3 月	5.1	8.4	6.8	2.4	0.9	7.6

1 施設当たり医療費は医療費の総額を審査支払機関に審査支払請求を行った施設数で除して得た値である。

「最近の医療費の動向(平成 27 年 3 月号)」の全文は、
当事務所のホームページの「経営 TOPICS」よりご確認ください。

在宅医療に取り組む診療所のための ターミナルケア体制への対応策

ポイント

- 1 規制改革で在宅診療専門診療所が解禁へ
- 2 ターミナルケアをめぐる施策の状況
- 3 厚生労働省によるガイドラインの概要
- 4 これからの在宅医療への取り組み



参考

厚生労働省保険局医療課「平成 26 年度診療報酬改定の概要」

最新医療経営フェイズ・スリー 2015 年 9 月号（株式会社日本医療企画）

1 規制改革で在宅診療専門診療所が解禁へ

■ 地域包括ケア推進を支える高齢患者の受け皿として

厚生労働省は、平成 28 年 4 月をめぐり、医師が高齢者らの自宅を定期的に訪れて診察する「在宅診療」の専門診療所を認める方針を示しました（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定「規制改革実施計画」）。

これは、従来義務付けていた外来患者に対応する診察室や医療機器がなくても開設を認めるもので、政府が推進する「高齢者が病院ではなく自宅で治療する地域包括ケアシステム」に対応すべく、在宅診療に専念する医師を増やし、退院した患者の受け皿づくりを図ることを目的とするものです。

開設要件の明確化と併せて、本年 8 月以降、中央社会保険医療協議会で議論を重ね、来年 4 月に予定する次期診療報酬改定において、規制緩和の一環として訪問診療のみを行う診療所（在宅医療専門診療所）を認める方向で、準備が進められます。

◆在宅医療を担う医療機関（診療所）の位置づけの推移～診療報酬上の評価

<改定年次>

2006 年 在宅療養支援診療所【新設】



2012 年 機能強化型在宅療養支援診療所【新設】



2014 年 機能強化型在宅診療の実績要件引上げ【改定】

常勤医師 3 名以上、緊急往診 5 件以上、在宅看取り 2 件以上

常勤医師 3 名以上、緊急往診 10 件以上、在宅看取り 4 件以上

地域包括診療加算・地域包括診療料の新設（診療所対象）



「主治医機能」の強化、外来受診可能な高齢患者への対応

2016 年 在宅診療専門診療所（仮）【新設？】

開設要件の方向性は明らかとなったが、評価については不明

(1)「在宅医療専門診療所」解禁の背景

健康保険法は、いわゆるフリーアクセスの原則を維持しており、厚生労働省は本法に基づいて、医療施設を訪れた患者を必ず診察するように義務付けてきました。

このため、外来患者に対応するために決まった時間に施設内で診察に応じる必要があるほか、一定の面積を持つ診察室や医療機器の設置義務も課されています。その結果、在宅診療を中心とした医療提供を行う診療所であっても、診療時間の半分は外来対応にあて、そのほか X 線の設備を置くよう求められている地域もあります。

2 ターミナルケアをめぐる施策の状況

■「人生の最終段階における医療」の充実への転換

高齢患者の在宅医療支援において、看取りを含めた医療提供が求められていることは言うまでもありません。厚生労働省では、これまで「終末期医療」と呼んでいたものを「人生の最終段階における医療」と表記することとしました。これは、最後まで人間の尊厳を重視する医療提供が重要であるという考え方によるものです。

ただし現状では、自宅での療養が家族にとって大きな負担を強いていることから、在宅医療と併せて介護サービスが大きな役割を占めている状況にあります。

在宅療養支援、また今後訪問診療専門を検討する診療所にあっては、介護サービスの現状を把握したうえで、これらサービスを提供する事業所との協働を強化する必要があります。

(1) 主要な介護・介護予防サービスの動向

介護サービス	介護予防サービス	請求事務所数
訪問介護通所リハビリテーション 福祉用具貸与 居宅療養管理指導 居宅介護支援 認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設 介護老人保健施設	介護予防訪問介護 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防福祉用具貸与 介護予防短期入所生活介護 介護予防居宅療養管理指導 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防支援	増加傾向
訪問リハビリテーション 通所介護 特定施設入居者生活介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護	介護予防訪問リハビリテーション 介護予防通所介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護	大きく増加する傾向
	介護予防訪問入浴介護 介護予防認知症対応型共同生活介護	横ばい傾向
訪問入浴介護 訪問看護		減少傾向から横ばい
介護療養型医療施設		大きく減少する傾向
短期入所療養介護		「老健」主体は増加傾向、「病院等」によるものは減少傾向
	介護予防短期入所療養介護	「老健」主体は減少傾向、「病院等」によるものは横ばい傾向

(2) 実施主体による全体的傾向

介護保険制度における介護サービスの提供は、社会福祉法人や医療法人のほか、営利法人、地方公共団体など様々な組織や法人が実施しており、介護保険制度創設からの10年間で、これら実施主体も変化を見せています。

3 厚生労働省によるガイドラインの概要

■ 在宅医療の最終段階をケアする医療のあり方の検討

(1) 厚生労働省によるターミナルケアをめぐるガイドラインの趣旨

人生の最終段階における医療のあり方、特に治療の開始・不開始及び中止等の問題は、従来から医療現場で重要な課題としてとらえられています。

厚生労働省では、ターミナルケアのあり方について4回にわたって検討会を開催し、継続的に議論を重ねてきました。その過程で実施した意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識の変化や、患者個々の希望や取り巻く環境も様々であることが明らかになってくると、人生の最終段階における医療の内容に関して、国が一律の定めを示すことが望ましいか否かについて、慎重な態度を示していたところです。

◆「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の基本的考え方(抜粋)

- 患者及び家族と医師ほかの医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示す
- 患者及び家族を支える体制の構築
 - ⇒ 担当医、看護師やソーシャルワーカーなどの医療・ケアチームを構成
- 人生の最終段階における医療で重視すべき点
 - ・ できる限り早期から、肉体的な苦痛等を緩和するためのケアを実施
 - ・ 医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、患者の意思確認が最重要 ⇒ 意思確認にはインフォームド・コンセントが必須
 - ・ インフォームド・コンセントの内容については、患者が拒まない限り、医療従事者とともに患者を支える家族にも知らせることが望まれる

(2) 患者の意思を尊重した医療提供のあり方を示す

ターミナルケアにおいては患者の意思が重要ですが、既に患者との意思疎通が困難な状況になっていたり、また、それが医療従事者の立場からは、必ずしも妥当な方法とはいえない場合や、家族の意見と折り合わなかったりする場合もあります。

人生の最終段階における医療（ターミナルケア）の充実



人生の最終段階における医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医療・ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要

4 これからの在宅医療への取り組み

■ 在宅医療の課題と対応策

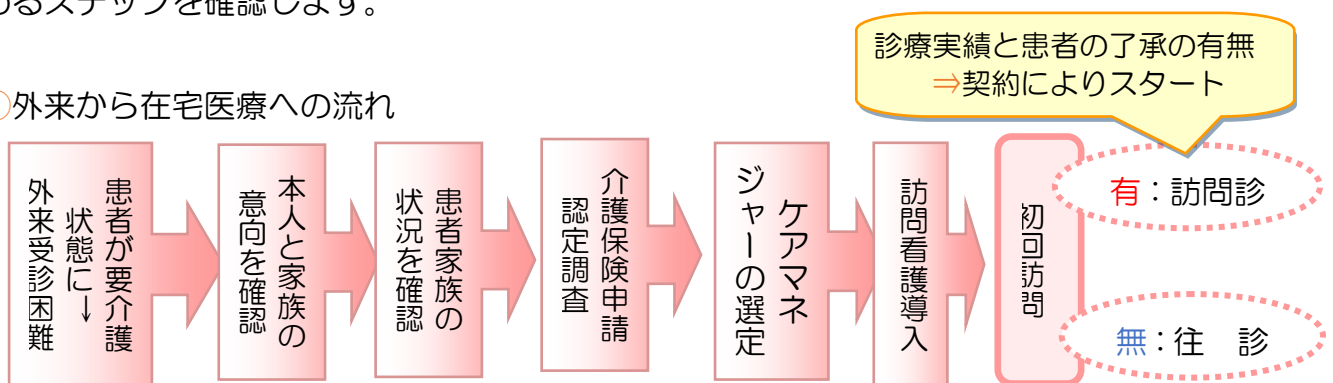
(1) 在宅医療に取り組むまでの流れ

前回診療報酬改定で導入された「主治医機能」を満たすうえで、かかりつけ医として患者の診療に携わり、今後在宅医療に取り組むことを検討しているという声も聞かれます。

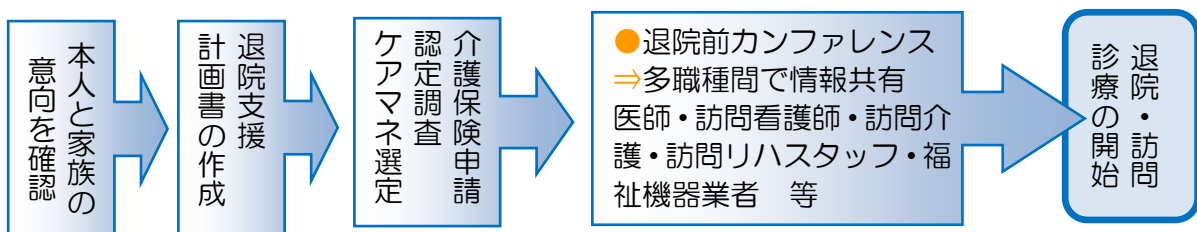
しかし、在宅医療を始めるにあたり、様々なハードルを実感しているケースは少なくありません。そしてその多くが、「どうすればいいのかわからない」というものです。

患者の在宅医療移行に伴って訪問診療を開始する流れを例として、在宅医療への取り組みを始めるステップを確認します。

① 外来から在宅医療への流れ



② 連携先の病院を退院してから在宅医療への流れ



(2) 在宅医療提供体制の課題

在宅医療を開始すると、24 時間体制を維持することが必要です。そのためには、次のような点に留意することが求められます。

◆ 在宅医療の24時間体制維持のために求められること

- 訪問看護との連携
- 診療所看護師の在宅医療参加
- 病状を予測しながらの対応
- 入院バックアップ体制の確保（患者の意思の確認 **要**）
- 在宅での看取り希望の確認（療養方針の合意 **要**）
- 多職種連携と情報共有

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

経営データベース ①

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 契約職員



契約職員の労働契約に関する注意点

契約職員と労働契約を締結する際には、どのような点に注意が必要でしょうか。



■契約職員の雇用契約

契約職員とは、一般に、1年以内（高度専門職は最初の契約は3年）の期間を定め雇用する従業員のことをいいます。したがって、繰り返し契約更新してきた契約職員の契約を突然打ち切るのではなければ、契約期間満了とともに雇い止めとしても解雇には当たらず、特に問題はありません。

労働契約に自動更新条項がある場合には、反対の意思表示をしない限り、契約は自動的に更新されます。したがって、労働契約で自動更新の定めをしていないときは、契約期間満了とともに雇い止めとしても問題はありません。

ただし、繰り返し労働契約を更新してきた場合に契約を突然打ち切るときは、解雇とみなされることがあります。なぜなら、労働契約が期間の満了ごとに更新を重ねて、期間の定めのない契約と実質的に異ならない契約となっていた場合に、契約更新を打ち切ることは、実質的には解雇の意思表示にあたるからです。

■契約職員の労働時間

雇用の形態が契約職員、派遣職員その他の場合や、また賃金が年俸制であっても、労働時間については終業時刻も必ず定めなければなりません。

労働基準法では、「使用者は、労働契約の締結に際し、労働者に対して賃金、労働時間その他の労働条件を明示しなければならない」と規定し、その他の労働条件として以下の5つを挙げています。

- ①労働契約の期間に関する事項
- ②就業場所、従事すべき業務に関する事項
- ③始業及び終業の時刻、所定労働時間を超える労働の有無、休日、休暇、就業時転換に関する事項
- ④賃金の決定、計算及び支払いの方法、賃金の締切及び支払の時期、昇給に関する事項
- ⑤退職に関する事項

経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 契約職員



派遣契約と派遣職員の待遇

派遣契約と派遣職員の待遇について教えてください。



■派遣契約の途中解除

労働者派遣契約の解除までに十分な猶予期間を設け、派遣契約の契約解除の定めに従って解除することができます。

また、派遣職員の勤務状況等に問題があるケースでは、派遣元と協議して別の派遣職員に代替えしてもらうことも可能だと思われますので、派遣先とよく協議することが大切です。

■派遣職員の残業

派遣元企業の就業規則に時間外労働に関する定めがあり、かつ、時間外労働に関する労使協定（三六協定）が締結されていれば、派遣職員にも残業を命じることが可能です。

派遣労働者については、雇用関係や賃金の支払いについては、派遣元で行いますが、業務の指揮命令は派遣先が行いますので、上記の要件を備えていれば、時間外労働をさせることができます。

■派遣職員の年次有給休暇の時季変更権

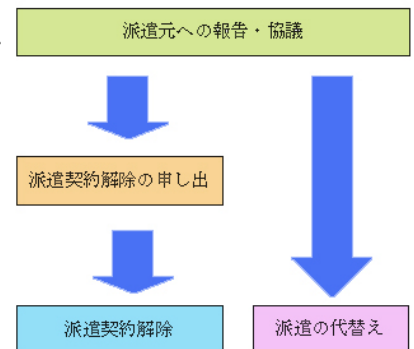
年次有給休暇の時季変更権は派遣元企業にありますので、派遣先企業が時季変更権を行使することはできません。

派遣職員にも、労働基準法が適用されますから、6ヵ月継続勤務した派遣職員が年次有給休暇の請求をしたときは、時季変更権を行使しない限り、請求した時季に与えなければなりませんが、派遣職員に対して年次有給休暇を付与するのは派遣元企業です。したがって、派遣職員が年次有給休暇を取得しようとする際の請求先は、派遣元企業となり、時季変更権も派遣元企業にあります。

なお、年次有給休暇の時季変更権は「事業の正常な運営を妨げる場合」に認められるものとされています。

派遣職員の年次有給休暇に対する時季変更権について、行政解釈では、「派遣職員が年次有給休暇を取得することによって派遣先の事業の正常な運営を妨げる場合であっても、派遣元の事業の正常な運営を妨げる場合に当たらない場合もある」ことから、「代替労働者の派遣の可能性も含めて、派遣元の事業の正常な運営を妨げるかどうかを判断する」としています。

派遣契約解除の流れ



労働者派遣の仕組み

