

医療情報
ヘッドライン

支援団体等連絡協議会の設置など 医療事故調査制度の一部を改正

▶厚生労働省

がん拠点病院の緩和ケア研修受講率 48.1% 受講促進に向けて、研修内容を議論

▶厚生労働省

経営
TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費(平成27年12月~平成28年1月)

経営情報
レポート

地域包括ケアに対応 介護との連携・協働ネットワーク

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**

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

支援団体等連絡協議会の設置など 医療事故調査制度の一部を改正

厚生労働省は6月24日付で、支援団体が情報共有などを行う「支援団体等連絡協議会」を都道府県に1カ所、中央に1カ所設置することや、遺族などからの相談対応の充実を盛り込んだ医療事故調査制度の改正を行った。

本改正では、各病院等に対し、死亡および死産事例が発生した場合、当該病院等の管理者に遺漏なく速やかに報告される体制の構築も求めている。

■病院等が行う医療事故報告の体制を確保

2015年10月から開始された医療事故調査制度については、6月9日に開かれた社会保障審議会医療部会で改正の方針が打ち出されていた。支援団体や医療事故調査・支援センターが情報や意見を交換する場として、「支援団体等連絡協議会（仮称）」を制度的に位置付けるほか、同センターが遺族等からの相談内容を医療機関に伝達する枠組みを設けるなどの「改善措置」（5項目）を講じることとし、6月24日の「医療法施行規則の一部を改正する省令」の公布・施行へと連結する。

今回の改正内容を詳しく見ると、病院等の管理者が行う医療事故報告と医療事故調査等支援団体による協議会の設置の2本柱を定めている。また厚労省は同日付で、2つの関連通知を発出し、内容や留意事項を周知している。

改正では、医療事故報告について、病院等の管理者は死亡・死産事例の発生が病院等の管理者に遺漏なく速やかに報告される体制を確保すると定めている。また、遺族らから医療事故が発生したのではないかと申出があり、

医療事故に該当しないと判断した場合、遺族らに対して理由をわかりやすく説明することとしている。

■協議会を各都道府県と全国に1カ所設置

「協議会設置」について、医療事故調査等支援団体は、支援を行うにあたり必要な対策を推進するため、共同で協議会（支援団体等連絡協議会）を組織することができることと定めた。

具体的には、協議会で病院等の管理者が医療事故に該当するか否かの判断や、医療事故調査等を行う場合に参考とすることができる標準的な取り扱いについて意見交換を行う。

また、協議会は地方組織として各都道府県の区域を基本に1カ所、中央組織として全国に1カ所設置することが望ましいとしている。

この地方協議会には都道府県に所在する医療事故調査等支援団体が参画し、全国に設置される中央協議会には、全国的に組織された支援団体や医療事故調査・支援センターが参画すると定めている。

このほか、通知では、医療事故調査・支援センターが支援団体や病院等に対して、医療事故調査などに関する優良事例の共有や研修を協議会と連携して実施するとした。

また、センターに対して遺族等から相談があった場合、求めに応じて相談の内容などを病院等の管理者に伝達する。さらに、再発防止策の検討を充実させるため、病院等の管理者の同意を得て、必要に応じて、医療事故調査報告書の内容に関する確認・照会等を行うとした。

がん拠点病院の緩和ケア研修受講率 48.1% 受講促進に向けて、研修内容を議論

厚生労働省は6月27日、「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」を開催し、「緩和ケア研修」について議論した。

緩和ケア研修は、基本的な緩和ケアの理解と知識・技術の習得を目的に、2008年からがん診療連携拠点病院で実施している。

■昨年9月時点での緩和ケア研修受講修了者は 2万217人(全体の48.1%)

2012年、政府はがん対策を推進するため、「がん対策推進基本計画」を閣議決定した。

同「計画」では、2017年までにがん診療に携わる全ての医師の9割以上が緩和ケアの知識を習得することを必須目標としている。

もし、緩和ケア研修の修了率が達成できなければ、がん診療連携拠点病院としての指定要件から外れることで不利益が生じる。医療機関にとって、院内の受講率を高めるべく未受講者を減らしたい気持ちから積極的な受講を勧めているが、がん拠点病院における同研修会の受講率は全体の48.1%と50%（昨年9月＝厚労省調べ）を割っており、芳しくない状況にある。

受講率アップの促進策では日本看護協会が、2014年3月に看護師の緩和ケア教育体制を整えるために、看護師に対する緩和ケア教育の標準テキストを作成し、医師に対する緩和ケア研修体制については、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」が定める対策を行った経緯がある。

今回、厚労省は全ての医療機関で基本的な緩和ケアを実施し、全人的なケアを多職種で

提供する重要性を指摘している。

全医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための研修として、以下の2項目を提案した。

①拠点病院以外の医師が研修を受講する

緩和ケア研修を研修医制度に盛り込むことを提案。「5年後、10年後には、研修医が担当医、主治医として活躍するようになる。研修医の間はほぼ全領域の医師がいるので、すべての医師が受講すべき緩和ケアの基礎を学ぶことができる」と強調した。また、医学教育の到達目標に、診断時からの緩和ケアの項目が見られないと指摘。「文部科学省の医学教育課と連携を図ってほしい」と要望した。

②多職種が受講するのにふさわしい内容を検討

「主治医の理解がないと、緩和ケアチームを活用することは非常に困難」と説明し、主治医と緩和ケアチームが連携するために必要な研修を実施するよう要請した。加えて「研修内容は主治医が緩和ケアチームへ患者をつなぐ多職種連携と、緩和ケアチームとしての専門的な技量を養うことの2つが必要。現在の厚労省の目標を達成するために、今後も研修医を対象として研修は続け、どこかにチームの研修を盛り込んでどうか」と提案した。

厚労省発表では昨年9月1日時点で、がん患者の主治医や担当医のうち、受講を修了した人は2万217人(全体の48.1%)だった。

都道府県別受講率は、山形、長野、三重の3県が受講率70%以上だったのに対し、秋田、福島、栃木、東京、京都、山口、宮崎の7都府県は40%未満だった。

最近の医療費の動向 / 概算医療費 (平成27年12月～平成28年1月)

1 制度別概算医療費

● 医療費

(単位：兆円)

	総 計								
		医療保険適用							公 費
		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 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
平成 26 年度 4～3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
平成 27 年度 4～1月	34.2	19.9	9.9	5.2	4.2	9.9	1.2	12.5	1.8
4～9月	20.3	11.8	5.9	3.1	2.5	5.9	0.7	7.4	1.0
12月	3.6	2.1	1.1	0.6	0.5	1.0	0.1	1.3	0.2
1月	3.4	2.0	1.0	0.5	0.4	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」「75 歳未満」の「被用者保険」は、70 歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く 70 歳未満の者に係るデータである。
- 注 3. 「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、生活保護などの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)	(再掲)	(再掲)
									医科 入院 +医科 食事等	医科 入院外 +調剤	歯科 +歯科 食事等
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
平成 26 年度 4～3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
平成 27 年度 4～1月	34.2	26.9	12.9	11.7	2.3	6.4	0.7	0.13	13.6	18.1	2.3
4～9月	20.3	16.0	7.7	7.0	1.4	3.7	0.4	0.08	8.1	10.7	1.4
10～1月	13.9	10.9	5.2	4.7	0.9	2.7	0.3	0.06	5.5	7.4	0.9
12月	3.6	2.8	1.3	1.2	0.2	0.7	0.1	0.01	1.4	1.9	0.2
1月	3.4	2.7	1.3	1.1	0.2	0.6	0.1	0.01	1.4	1.8	0.2

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ない。入院時食事療養等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							歯科 病院	歯科 診療所			
		大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院								
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
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
平成 27 年度 4～1月	3.0	1.8	2.3	3.5	2.6	2.0	▲ 7.3	0.5	1.1	1.4	1.0	8.1	17.2
4～9月	2.7	1.7	2.0	2.5	2.0	2.0	▲ 7.2	1.0	0.8	0.8	0.7	7.2	16.2
10～1月	3.4	2.0	2.9	5.1	3.5	2.1	▲ 7.4	▲0.1	1.6	2.4	1.5	9.4	18.6
12月	3.2	1.9	3.0	5.6	3.6	2.2	▲ 7.1	▲ 0.9	2.1	3.8	2.0	8.5	16.6
1月	1.6	0.3	2.3	6.2	2.7	1.4	▲ 7.9	▲ 4.9	▲0.9	1.9	▲1.0	7.4	26.3

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(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 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
平成 26 年度 4～3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
平成 27 年度 4～1月	0.5	0.1	▲ 1.3	▲ 2.1	0.9	2.1	0.0	3.2	1.0	1.3
4～9月	1.0	1.2	2.2	▲ 2.2	▲ 0.0	1.3	▲ 0.2	2.9	0.5	1.5
10～1月	▲ 0.1	▲ 1.3	▲ 5.8	▲ 2.0	2.2	3.6	0.4	3.8	1.6	1.0
12月	▲ 0.9	▲ 2.5	▲ 12.0	▲ 1.8	3.5	3.9	0.0	4.6	1.8	0.8
1月	▲ 4.9	▲ 6.8	▲ 15.7	▲ 6.3	▲ 0.3	2.3	▲ 3.0	0.6	▲ 4.0	▲ 2.2

(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					医科診療所
	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院		
平成 23 年度	3.2	2.2	3.9	2.7	2.5	▲ 2.2
平成 24 年度	3.1	5.0	3.5	2.3	2.8	▲ 1.0
平成 25 年度	1.6	1.0	1.1	1.8	2.2	▲ 4.0
平成 26 年度 4～3月	2.0	1.3	1.4	2.3	2.8	▲ 0.9
4～9月	1.5	0.2	0.8	1.8	2.4	▲ 1.8
10～3月	2.6	2.4	1.9	2.7	3.2	0.0
平成 27 年度 4～1月	2.3	2.5	2.4	2.0	0.6	▲ 3.2
4～9月	2.2	2.0	2.2	2.1	0.8	▲ 2.8
10～1月	2.3	3.3	2.7	1.8	0.4	▲ 3.9
12月	2.4	3.4	2.7	2.0	▲ 0.3	▲ 3.5
1月	2.1	5.0	2.1	1.6	1.8	▲ 3.4

注1) 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。

注2) 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/概算医療費(平成 27 年 12 月～平成 28 年 1 月)」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。

地域包括ケアに対応 介護との連携・協働ネットワーク

ポイント

- 1 「地域包括ケア」で国が目指す方向性
- 2 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解
- 3 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント



1 「地域包括ケア」で国が目指す方向性

■ 地域包括ケアシステムが示す医療・介護の役割

(1) 一貫したケアを提供する「地域包括ケアシステム」の概念

医療サービスを必要とする患者の高齢化は、そのニーズの高まりに必ずしも医療機関が十分に
応えられなくなってきたという新たな問題を生じさせました。

高齢化社会の将来を見据えて示された「地域包括ケアシステム」は、医療と介護の連携強化等
によって、医療から介護までを一貫して提供するネットワークです。

■ 「地域包括ケアシステム」構築に求められる5つの視点

利用者のニーズに応じて、以下の5点について包括的・継続的に提供される必要がある

- (1) 介護サービスの充実・強化
- (2) 医療との連携強化
- (3) 介護予防の促進
- (4) 多様な生活支援サービス（見守り、配食、買い物等）の確保、権利擁護
- (5) バリアフリーの高齢者住宅の整備

(2) 介護保険制度見直しと在宅医療ケアの将来像

2012年度に施行された改正介護保険法は、「高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する
能力に応じ、自立した日常生活を営む」ために、介護サービス基盤を強化することを目的とし
たものです。

■ 介護保険制度改正の基本的考え方

● 「地域包括ケアシステム」の実現

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく一体的に提供

● 持続可能な介護保険制度の構築

給付の効率化および重点化を進め、給付と負担のバランスを図る

サービス提供は切れ目なく一体的に
給付は医療と介護の役割から明確に区分

2 介護サービスの理解と「医行為」範囲の理解

■ 在宅医療に関わる診療所が知っておくべき介護サービス

2000年にスタートした介護保険制度の主要な目的には、退院後の受け皿を確保できない長期入院患者（社会的入院）の解消と、自宅での療養生活を促す意図がありました。介護保険サービスを受けながら、在宅医療のケアも継続する患者の割合が増えるため、地域医療の担い手である診療所を中心とする医療機関も、介護との連携が今後より重要になるといえるでしょう。

在宅患者を地域が支える円滑な仕組みを構築する際には、介護の果たす役割とサービスに関する知識を備えておくことが、医療・介護間の相互理解と併せて、不可欠だといえます。

■ 介護保険で利用できるサービス

訪問介護	食事、入浴、排せつの介助や清拭、整容等 調理・洗濯・掃除等の生活援助も可能な場合あり（独居等）
夜間対応型訪問介護	夜間の定期的巡回により体位交換・おむつ交換等
訪問入浴介護	3人（通常、看護師1＋介護職2）体制での入浴介助
訪問看護	診療補助や医療機器管理、機能訓練等
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語療法士等による機能回復訓練
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、保健師、看護師、准看護師、薬剤師、管理栄養士等による療養上の管理・指導
通所介護（デイサービス）	施設で行うレクリエーションや機能訓練
通所リハビリテーション（デイケア）	介護老人保健施設・病院・診療所等で行う理学療法、作業療法、言語聴覚療法等の施術
短期入所生活・療養介護	短期間だけ施設に入所して受ける生活援助（ショートステイ）

■ 介護職が実施できる行為を理解しておく

患者に対するケアを実施する際には、その作業が「医行為」に該当するかどうかによって、介護職が実施できる範囲が定められています。

2005年7月には厚生労働省が医行為の範囲を明示する通知を発し、介護職が実施できる行為を明確にしました。これを契機とし、介護職はケアの一環として、様々な行為を行うことができるようになっていきます。

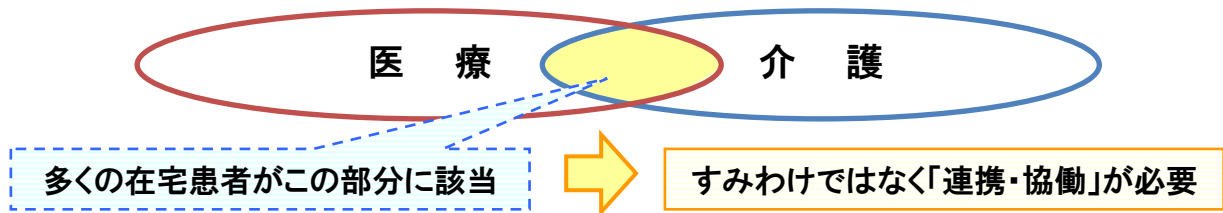
在宅医療を担う医師は、医行為の範囲を理解しておくこと、チームでのケアの際にも、介護職との役割分担を円滑に進めることができ、患者や利用者によって最適なケアの提供の実践につながるはずで、医療者側も介護に対する知識と理解を持ち、介護職との関係を深めることがますます重要になっています。

3 医療と介護のシームレスな連携構築のポイント

■ 医療と介護の役割・機能分化と連携の取り方

(1) 介護との「区分」から「連携」への移行

医療と介護が重なり合う部分について、その役割が明確に区分された結果、医療機関は医療分野のみ、そして介護事業者は介護に関連することのみという意識が強まり、本来であれば適切な情報の提供・共有によって、患者にとって必要な情報とサービスの提供が滞る場面が生じているという問題が指摘されてきました。しかし、医療者の立場で患者として介護サービス利用者に関わり、在宅で療養を続ける患者の生活全体を俯瞰できるのは、かかりつけ医になる診療所だからこそ可能だといえるでしょう。



(2) 経営的側面からみる連携の重要性

要介護状態が比較的軽度の患者に対しては、介護事業者がサービス利用者に訪問診療の利用を働きかけ、利用者がその価値を認識することによって、導入を決めるケースは少なくありません。在宅医療を提供する診療所等医療機関との連携により、退院後に地域に戻り、自宅で療養生活を送りながら在宅ケアを受ける患者も今後はより増加傾向を示すはずです。

診療所、医師が地域の介護事業者と相互に協力し、患者の生活を支援する取り組みは、今後の診療所経営にとって大きな要素であるといえるでしょう。

■ 介護事業者が考える訪問診療にふさわしい医師の条件

*無回答 17.7%を含む

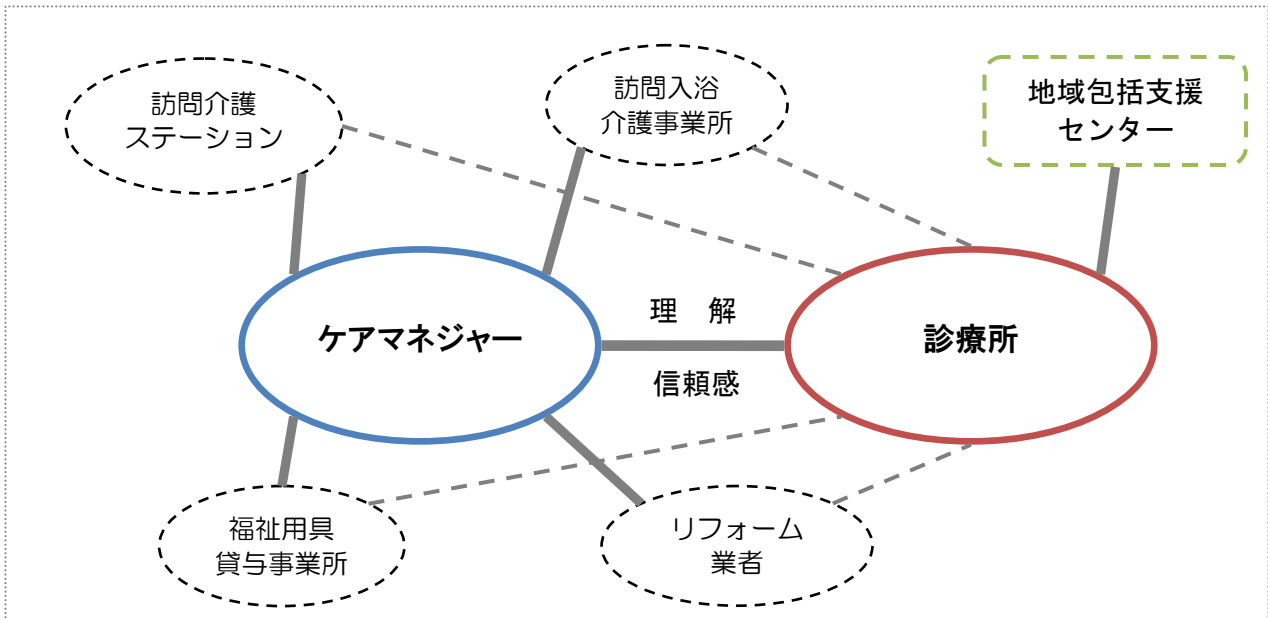
条件	割合
相談しやすい	30.2%
介護の視点を持っている	28.1%
利用者の立場でケアを提供している	18.8%
指示が明確	4.2%
高圧的でない	1.0%
説明がわかりやすい	0.0%

出典：特定非営利法人 全国在宅医療推進協会の調査結果による

介護側としては、説明がわかりやすくても在宅ケアにふさわしい医師だという評価にはならず、相談しやすい相手であることが求められている

■ 診療所と介護の円滑な連携・ネットワーク構築

(1) ケアマネジャーとの関係づくり



介護サービス利用者のケアプランを作成し、手続きに関わる業務を行うケアマネジャーは、在宅療養中の患者にとって身近な存在であり、そして患者をめぐる情報交換の中心を担う立場でもあります。ケアマネジャーの仕事を理解することによって、在宅の高齢者ケアにとって良い環境を整備する近道になるはずで

■ 介護連携先とのコミュニケーション強化に必要なツール

- ① 介護に関する十分な知識
- ② ケアマネジャーとの良好な関係
- ③ サービス担当者会議への出席

(2) チームとして機能するための連携強化

在宅患者の中には、自宅での生活支援が重要視されるケースもあります。

このような場合、診療所としては、医学的なアプローチで患者の生活動作を支えることを大きな目標として取り組むことが求められます。そのために、訪問看護ステーションとは必要な情報と勉強会などの機会を通じ、医療の立場から必要なリハビリテーションの実施を働きかけるなど、患者をサポートする一つのチームとして、目標到達まで最適なケア提供に取り組む姿勢が必要です。

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

■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）の期間を定めて雇用する従業員のことをいいます。したがって、契約期間とその終了に関しては注意が必要です。

例えば、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く、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、特段の問題はありません。

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。そのため、労働契約において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、労働契約を繰り返し更新してきた職員について、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みなされる状況において、突然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。

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

労働者派遣契約は、解除までに十分な猶予期間を設けたうえで、派遣契約の契約解除の定めによ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が可能な場合がありますので、派遣先とよく協議することが重要です。

■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は派遣元で行いますが、業務の指揮命令は派遣先が行うため、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、派遣先企業が時季変更権を行使することはできません。

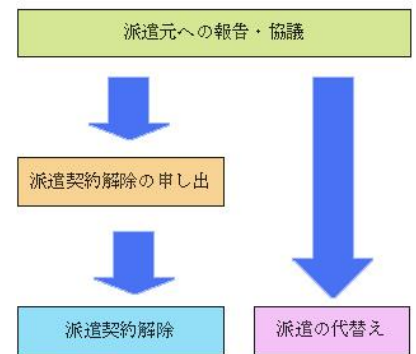
派遣職員にも労働基準法が適用されますから、6ヵ月継続勤務した派遣職員が年次有給休暇の請求をしたときは、時季変更権を行使しない限り、請求した時季に与えなければなりません、派遣職員に対して年次有給休暇を付与するのは派遣元企業です。

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、派遣元企業であり、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

