

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol. 637 2020. 8. 25

医療情報ヘッドライン

病院の耐震化率、伸び悩む 未だ4分の1近くが不備

▶厚生労働省 医政局

コロナ影響で「通院を控えたい」48% オンライン診療利用率はわずか1.9%

▶デロイトトーマツ グループ

週刊 医療情報

2020年8月21日号

医療的ケア児の 情報共有システム運用開始

経営 TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査

(令和2年3月末概数)

経営情報レポート

逆風下でも経営を安定させる 現状分析から取り組む収益改善のポイント

経営データベース

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 勤務体制・労働時間

残業時間の代休振替は可能か 出張時の移動時間

発行: 税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

病院の耐震化率、伸び悩む 未だ4分の1近くが不備

厚生労働省 医政局

厚生労働省医政局は8月17日、2019年の「病院の耐震改修状況調査の結果」を公表。

病院の耐震化率は76.0%で、24%の病院が震度6強以上を想定した基準を満たしていない、もしくは耐震性が不明であることがわかった。

24%の内訳は「耐震性が不明」が15.0%、「一部建物に耐震性がある」が7.6%、「全建物に耐震性がない」が1.4%。最後の「全建物に耐震性がない」、つまりまったく耐震対応できていない病院は113施設にのぼる。

■3年間で耐震化率の上昇は4.5ポイント

この調査は、およそ4分の1の病院が耐震対応できていないことを明らかにしたわけだが、この数年の調査結果と照らし合わせると、耐震化に対する病院側の反応の鈍さがわかる。

昨年の調査結果(2018年分)は74.5%、一昨年の2017年分は72.9%、その前年の2016年分は71.5%。3年間で4.5ポイントしか上昇していないのだ。病院の反応が鈍いのは、耐震工事にかかるコストの問題が大きいだろう。そもそも耐震補強は、新築よりも格段に面倒がかかるとされる。まず、耐震診断のための構造計算にも相応のコストが必要であり、それぞれの建物の構造体によって工事の方法も異なってくる。当然時間もかかるため、簡単に改善できる話ではないのだ。

わずかながら救いなのは、地震発生時の医療拠点となる災害拠点病院および救命救急センターの耐震化が比較的進んでいる点だ。

2016年調査では87.6%だったのが

2017年調査で89.4%、2018年調査で90.7%、そして今回の2019年調査では92.4%となっており、2015年6月に政府の国土強靱化推進本部が「国土強靱化アクションプラン2015」で2018年度中の目標に定めた89.0%を達成している。

■2020年度中に耐震化率80%を目指す

一方、病院の耐震化の目標数値として政府が定めたのは、2020年度中に病院全体の耐震化率を80%とするというもの。2018年12月に閣議決定した「防災・減災、国土強靱化のための3か年緊急対策」に盛り込まれた内容で、この背景には2011年の東日本大震災での被害がある。

2011年の震災では、岩手・宮城・福島の合計380病院のうち、実に76%にのぼる300病院が一部損壊もしくは全壊の被害に遭った(全壊は10病院)。決して耐震意識が低かったわけではない。従来も行政から厳しい指導がなされていたにもかかわらず、災害時に病院の安全性が担保されていなかったことで、政府が積極的に介入した形だ。

しかし、3年間で4.5ポイントしか上昇しなかったのに、1年であと4ポイントの上積みを目指さざるを得ないのが現状であり、目標達成には赤信号目前の黄信号が灯っているといえる。現在も各種補助金が用意されているが、地震に限らず大規模自然災害が毎年のように起こっている今、国を挙げて迅速かつ的確な財政支援で耐震化を促すべきではないだろうか。

医療情報
 ヘッドライン
 ②

コロナ影響で「通院を控えたい」48% オンライン診療利用率はわずか1.9%

デロイト トーマツ グループ

デロイト トーマツ グループは8月17日、「コロナ禍での国内医療機関への通院状況・オンライン診療の活用状況」に関するアンケート調査結果を公表。有効回答者となった患者5,000人のうち、約半数となる48%が、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響で「なるべく通院を控えたい」と回答。

同グループは「COVID-19により患者の通院に対する気持ちは変化している。不必要な通院を控える可能性があり、通院頻度に関わらず約半数の患者が通院を控えている」と分析している。

■オンライン診療を「知っている」は43.9%

通院を控えようという心理は、感染リスクのある場所に行くことを避けようという気持ちから派生したものと考えられる。であれば、症状によってはオンライン診療の活用が有効となるが、デロイト トーマツ グループの調査によれば、認知度も利用率も低いようだ。「知っている」と回答したのは43.9%、利用したことがあると回答したのはわずか1.9%にとどまった。

この結果は、患者5,000人と少ない分母数による偏りと断じることはできない。というのも、厚生労働省が8月6日に公表した数値によれば、オンライン診療対応をした医療機関は16,202施設だったからだ。同省の「医療施設動態調査」によれば、病院と一般診療所の合計は2020年4月末時点で110,898施設なので、オンライン診療を実施した医療機関は全体の15%弱ということになる。

デロイト トーマツ グループ調査の1.9%とは大きな開きがあるものの、現状の利用率が2割にも満たないことは確かであり、受診手段として定着しているとは到底言えない。

裏を返せば、日本の医療が世界に誇ってきた「フリーアクセス」が、コロナ禍によって損なわれつつある状況なのである。

■患者と医師の意識差に見る

オンライン診療の可能性

見逃せないのは、この「オンライン診療利用率の低さ」の理由が認知度の低さによるものだけではなく、患者ではなく医師もオンライン診療を軽視しており、「医療の質の向上」が期待できるソリューションであると回答したのはわずか16%。一方で、「患者の利便性向上」が期待できるとした人は61%を占めた。つまり、医師が「患者にとっては便利だろうけれども、上質な医療は提供できない」と考えていることを意味する（ちなみに、医師が「医療の質の向上」が期待できると考えているソリューションの上位は、電子カルテ45%、ビッグデータ・AI活用診断支援37%、EHR（Electronic Health Record、電子健康記録）データ連携の仕組み33%だった）。

感染リスクを恐れて通院を控えようとする患者と、オンライン診療では医療の提供が難しいと考えている医師。この意識のギャップが明らかになったことは、逆にオンライン診療が未だブルーオーシャンにあることを示しているのかもしれない。

医療情報①
 厚生労働省
 事務連絡

医療的ケア児の 情報共有システム運用開始

厚生労働省は8月13日付で、「医療的ケア児等医療情報共有システムの運用開始について（周知依頼）」を、病院団体等に宛てて事務連絡した。厚労省はこのほど、「医療的ケア児等医療情報共有システム（Medical Emergency Information Share：MEIS）」を構築し、本格運用を開始したことを報告。MEISについては、医療的ケアが必要な児童等が救急時や、予想外の災害、事故に遭遇した際に、その対応に当たる医師・医療機関（特に救急医）等が、迅速に必要な患者情報を共有できるようにするためのシステムとした。

医療的ケア児等が医療機関に搬送された際、MEISのホームページにアクセスすることにより、救急サマリー（MEISに登録された情報のうち救急現場で特に必要性が高いと想定される項目情報を抽出したもの）が閲覧できる。MEISの登録情報については、基本的に患者家族が登録するが、医療情報については主治医等に入力や確認をお願いする場合があるとし、周知を求めている。詳細については、以下を参照。

▼厚労省の案内サイト（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09309.html）

▼MEISのログインサイト（<https://meis.mhlw.go.jp/user/login>）

医療情報②
 厚生労働省
 事務連絡

医療的ケア児者への 衛生用品配布で事務連絡

厚生労働省は8月13日付で、「医療的ケア児者の人工呼吸器に必要となる衛生用品等の優先配布事業について（周知依頼）」を、病院団体等に宛てて事務連絡した。厚労省では、2020年度第2次補正予算で、「医療的ケア児者の人工呼吸器に必要となる衛生用品等の優先配布事業」を実施する。現にアルコール綿や精製水を必要数確保することに困難を感じる在宅の医療的ケア児者（65歳未満の障害者または65歳以上で障害福祉サービスを利用している障害者）に対して、アルコール綿と精製水を厚生労働省が一括で買い上げ、無償配布するもの。

同事業では、在宅の医療的ケア児者から直接申し込みを受け付けるが、かかりつけの医療機関に照会することを案内していることから、患者からの問い合わせへの対応を求めている。

対象となる医療ケアは以下を参照。

- ①人工呼吸器装着
- ②在宅中心静脈栄養（HPN）
- ③気管切開（①に該当しない者）
- ④喀痰吸引（①③に該当しない者）

詳細については、厚労省のウェブサイト

（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_12793.html）を参照。

医療情報③
 厚生労働省
 事務連絡

30 医療機関で 9月のデータ提出加算不可に

厚生労働省は 8 月 17 日付で「データの提出に遅延等が認められた保険医療機関におけるデータ提出加算の取り扱いについて」を、都道府県等に宛てて事務連絡した。

以下の 30 の医療機関で、7 月 22 日に提出すべきデータの提出に遅延等が認められたため、9 月分のデータ提出加算を算定することができないことについて注意を喚起している。

- ▼医療法人社団豊友会千歳豊友会病院
- ▼医療法人道南勤労者医療協会道南勤医協函館稜北病院
- ▼公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
- ▼医療法人社団三成会南東北春日リハビリテーション病院
- ▼医療法人三誠会川口誠和病院
- ▼医療法人財団啓明会中島病院
- ▼医療法人社団和風会所沢中央病院
- ▼医療法人積仁会旭ヶ丘病院
- ▼医療法人社団同善会同善病院
- ▼医療法人社団清和昌綾会飯沼病院
- ▼医療法人社団健育会ねりま健育会病院
- ▼特定医療法人社団研精会稻城台病院
- ▼医療法人社団正心会岡本石井病院
- ▼町立南伊勢病院
- ▼医療法人篤静会谷川記念病院
- ▼医療法人喜望会谷向病院
- ▼医療法人社団尚仁会平島病院
- ▼社会医療法人愛仁会明石医療センター
- ▼公立神崎総合病院
- ▼原泌尿器科病院
- ▼藤井政雄記念病院
- ▼医療法人壽生会寿生病院
- ▼医療法人社団明和会ペリネイト母と子の病院
- ▼阿南医療センター
- ▼社会医療法人喜悦会二日市共立病院
- ▼国家公務員共済組合連合会佐世保共済病院
- ▼田上心臓リハビリテーション病院
- ▼医療法人相愛会桑原記念病院
- ▼医療法人沖縄徳洲会石垣島徳洲会病院
- ▼医療法人ユカリア沖縄かんな病院

医療施設動態調査 (令和2年3月末概数)

厚生労働省 2020年6月3日公表

病院の施設数は前月に比べ 9施設の減少、病床数は 2,711床の減少。
 一般診療所の施設数は 51施設の増加、病床数は 179床の減少。
 歯科診療所の施設数は 13施設の増加、病床数は 増減無し。

1 種類別に見た施設数及び病床数

各月末現在

| | 施設数 | | 増減数 | | 病床数 | | 増減数 |
|-------------------|---------|---------|------|----------|-----------|-----------|---------|
| | 令和2年3月 | 令和2年2月 | | | 令和2年3月 | 令和2年2月 | |
| 総数 | 179 267 | 179 212 | 55 | 総数 | 1 611 643 | 1 614 533 | △ 2 890 |
| 病院 | 8 273 | 8 282 | △ 9 | 病院 | 1 522 377 | 1 525 088 | △ 2 711 |
| 精神科病院 | 1 055 | 1 054 | 1 | 精神病床 | 325 634 | 325 985 | △ 351 |
| 一般病院 | 7 218 | 7 228 | △ 10 | 感染症病床 | 1 886 | 1 884 | 2 |
| 療養病床を有する病院(再掲) | 3 632 | 3 642 | △ 10 | 結核病床 | 4 237 | 4 248 | △ 11 |
| 地域医療支援病院(再掲) | 620 | 619 | 1 | 療養病床 | 302 617 | 304 531 | △ 1 914 |
| | | | | 一般病床 | 888 003 | 888 440 | △ 437 |
| 一般診療所 | 102 662 | 102 611 | 51 | 一般診療所 | 89 210 | 89 389 | △ 179 |
| 有床 | 6 524 | 6 531 | △ 7 | | | | |
| 療養病床を有する一般診療所(再掲) | 747 | 754 | △ 7 | 療養病床(再掲) | 7 535 | 7 609 | △ 74 |
| 無床 | 96 138 | 96 080 | 58 | | | | |
| 歯科診療所 | 68 332 | 68 319 | 13 | 歯科診療所 | 56 | 56 | - |

2 開設者別にみた施設数及び病床数

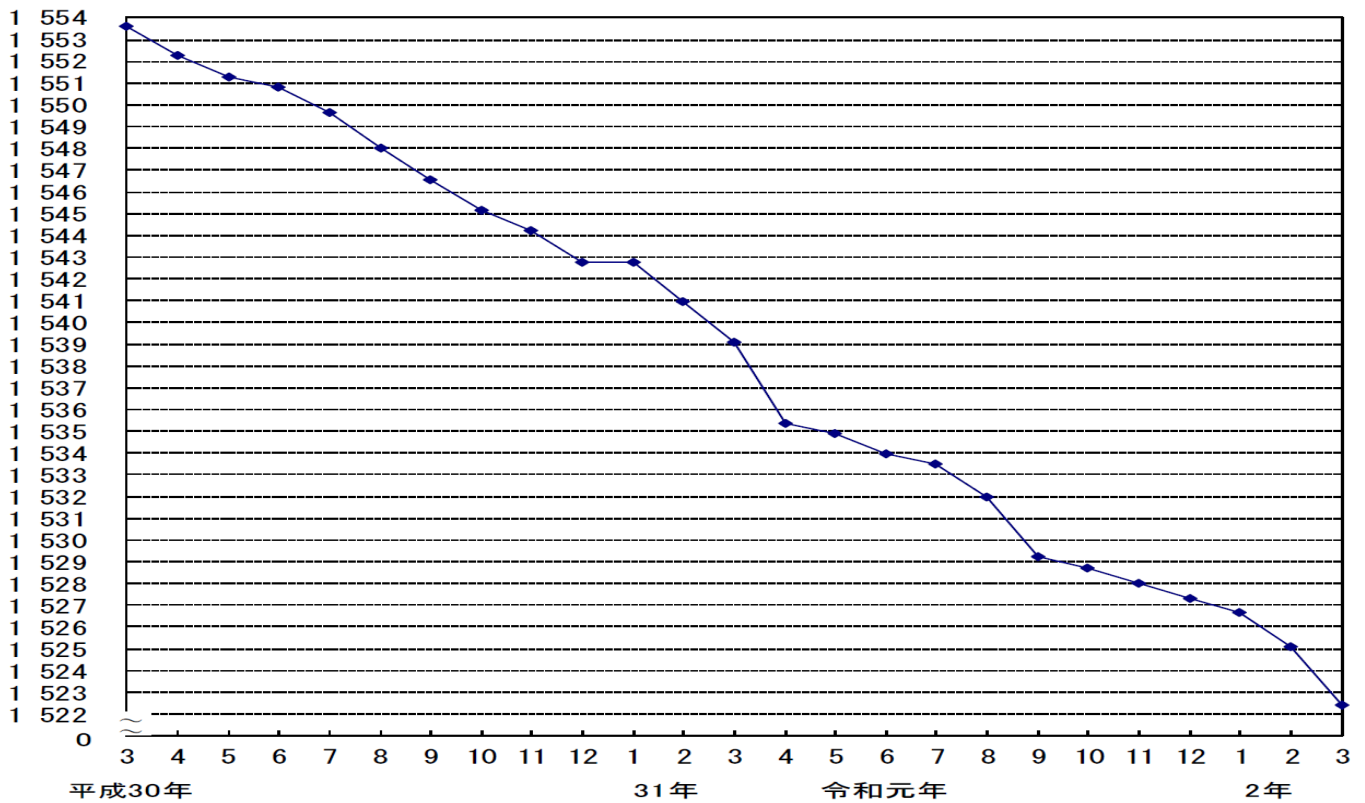
令和2年3月末現在

| | 病 院 | | 一般診療所 | | 歯科診療所 |
|------------------|-------|-----------|---------|--------|--------|
| | 施設数 | 病床数 | 施設数 | 病床数 | 施設数 |
| 総数 | 8 273 | 1 522 377 | 102 662 | 89 210 | 68 332 |
| 国 厚生労働省 | 14 | 4 405 | 20 | - | - |
| 独立行政法人国立病院機構 | 141 | 53 234 | - | - | - |
| 国立大学法人 | 47 | 32 669 | 148 | 19 | 1 |
| 独立行政法人労働者健康福祉機構 | 32 | 12 262 | - | - | - |
| 国立高度専門医療研究センター | 8 | 4 135 | 2 | - | - |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構 | 57 | 15 704 | 3 | - | - |
| その他 | 23 | 3 597 | 364 | 2 159 | 3 |
| 都道府県 | 198 | 52 128 | 253 | 176 | 7 |
| 市町村 | 612 | 124 553 | 2 894 | 2 149 | 253 |
| 地方独立行政法人 | 108 | 42 195 | 34 | 17 | - |
| 日赤 | 91 | 35 208 | 205 | 19 | - |
| 済生会 | 84 | 22 762 | 52 | - | 1 |
| 北海道社会事業協会 | 7 | 1 715 | - | - | - |
| 厚生連 | 101 | 32 101 | 67 | 25 | - |
| 国民健康保険団体連合会 | - | - | - | - | - |
| 健康保険組合及びその連合会 | 9 | 1 934 | 292 | - | 2 |
| 共済組合及びその連合会 | 41 | 13 269 | 140 | - | 5 |
| 国民健康保険組合 | 1 | 320 | 16 | - | - |
| 公益法人 | 199 | 49 066 | 486 | 261 | 102 |
| 医療法人 | 5 702 | 850 674 | 43 969 | 68 220 | 14 999 |
| 私立学校法人 | 113 | 55 359 | 188 | 38 | 17 |
| 社会福祉法人 | 197 | 33 500 | 10 048 | 352 | 38 |
| 医療生協 | 82 | 13 715 | 300 | 245 | 50 |
| 会社 | 31 | 8 388 | 1 661 | 10 | 11 |
| その他の法人 | 211 | 44 055 | 759 | 284 | 120 |
| 個人 | 164 | 15 429 | 40 761 | 15 236 | 52 723 |

参 考

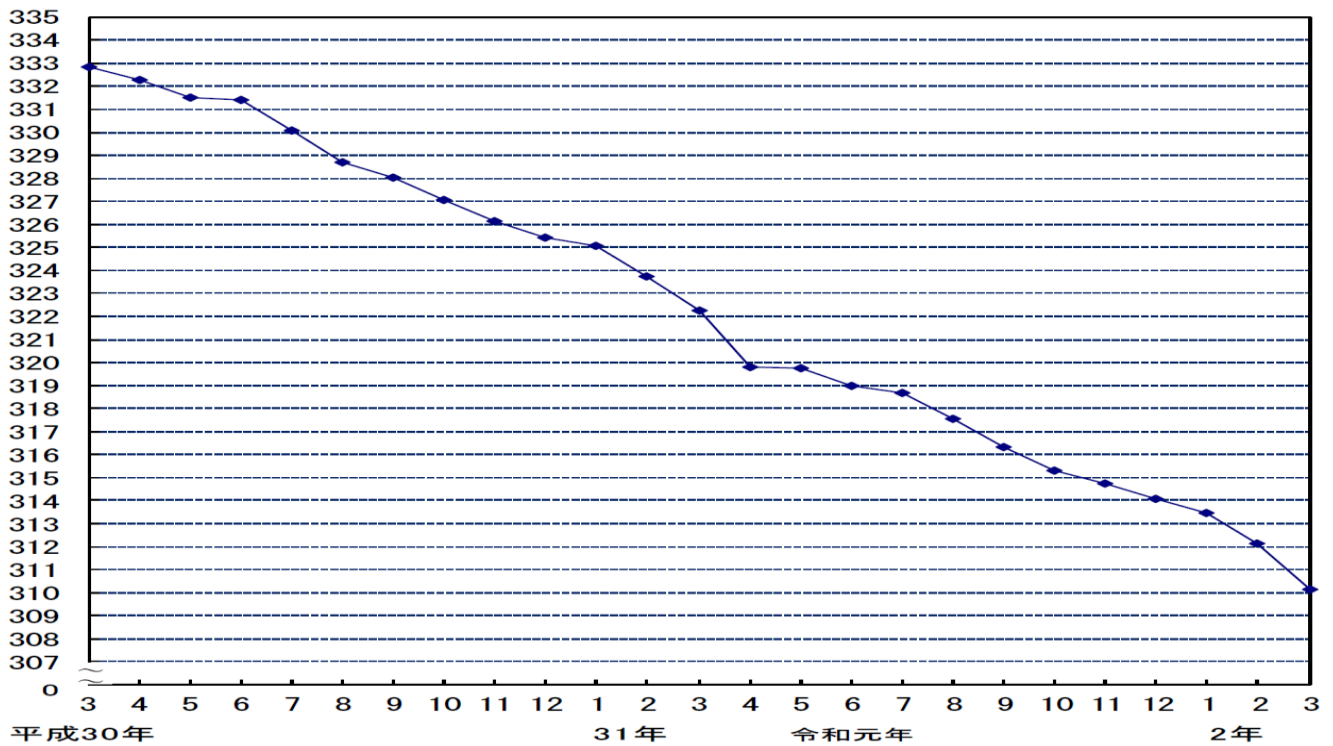
病院病床数

病床（千床）



病院及び一般診療所の療養病床数総計

病床（千床）





経営情報
レポート
要約版



歯 科

逆風下でも経営を安定させる

現状分析から取り組む 収益改善のポイント

1. 原単位分析から立案する収入増加策
2. 来院患者の把握と満足度向上による増患対策
3. 広報活動の見直しで実現する増患対策
4. 徹底したコスト管理による増益対策



参考資料

【厚生労働省ホームページ】：医療広告ガイドラインより 地方厚生局の歯科診療単価より 都道府県別 歯科医療費の動向より 【総務省ホームページ】：平成27年 情報通信白書 インターネットの普及状況より 【「歯科医院活性化セミナー」】より：（講師）株式会社デンタル・マーケティング 浦濱 隼人 氏

1

医業経営情報レポート

原単位分析から立案する収入増加策

歯科医院の増患・増収対策を検討する際、多くの院長は広報活動を考えがちですが、自院の状況を細かく分析した上で対策を検討しなければ、効果がほとんど表れない、という結果につながります。自院分析の結果、得た多くの項目を改善もしくは見直しをするだけで増収につながるということがあります。

また、患者の1日当たりの診療単価やレセプト単価等の原単位分析をすることも改善につながります。まずは自院の診療の原単位分析、患者分析、認知活動分析、コスト分析等を行い、具体的な増患・増収対策を構築することがポイントです。

■ 診療単価の把握と増収対策の立案

(1)レセプト単価分析

まずは毎月のレセプト単価を調査します。各都道府県によって各単価平均は異なっているため、自院の単価が地域の平均値と比較し、平均値より高いのか低いのかを把握する必要があります。高すぎだと調査の対象になる可能性があり、低すぎだと治療内容や検査内容が不足している可能性や、点数の請求漏れも考えられます。

■ 都道府県別レセプト単価の平均値

(単位：点)

| | | | |
|------|-------|------|-------|
| 北海道 | 1,410 | 長野県 | 1,130 |
| 山形県 | 1,188 | 岐阜県 | 1,105 |
| 茨城県 | 1,155 | 静岡県 | 1,096 |
| 栃木県 | 1,086 | 愛知県 | 1,167 |
| 群馬県 | 1,120 | 三重県 | 1,088 |
| 埼玉県 | 1,122 | 京都府 | 1,231 |
| 千葉県 | 1,163 | 大阪府 | 1,354 |
| 東京都 | 1,158 | 兵庫県 | 1,264 |
| 神奈川県 | 1,226 | 奈良県 | 1,119 |
| 新潟県 | 1,199 | 和歌山県 | 1,251 |

地方厚生局ホームページ 歯科レセプト 1件当たりの平均点数より抜粋

(2)患者一人当たりの来院平均回数と1日当たりの診療単価分析

患者一人が月に何回来院しているか、1日当たりの診療単価は何点かを分析します。

自院の患者一人の1日当たりの診療単価は、前記のレセプト単価と同じく、治療内容や検査内容の不足がないか、施設基準等や治療点数の請求漏れがないかのチェックにつながります。

2

医業経営情報レポート

来院患者の把握と満足度向上による増患対策

増患・増収対策には、自院の立地特性による患者層、年齢層を把握・分析することがポイントです。そこから、ターゲットを絞りこみ、対策を立案し、具体策を構築することが重要です。

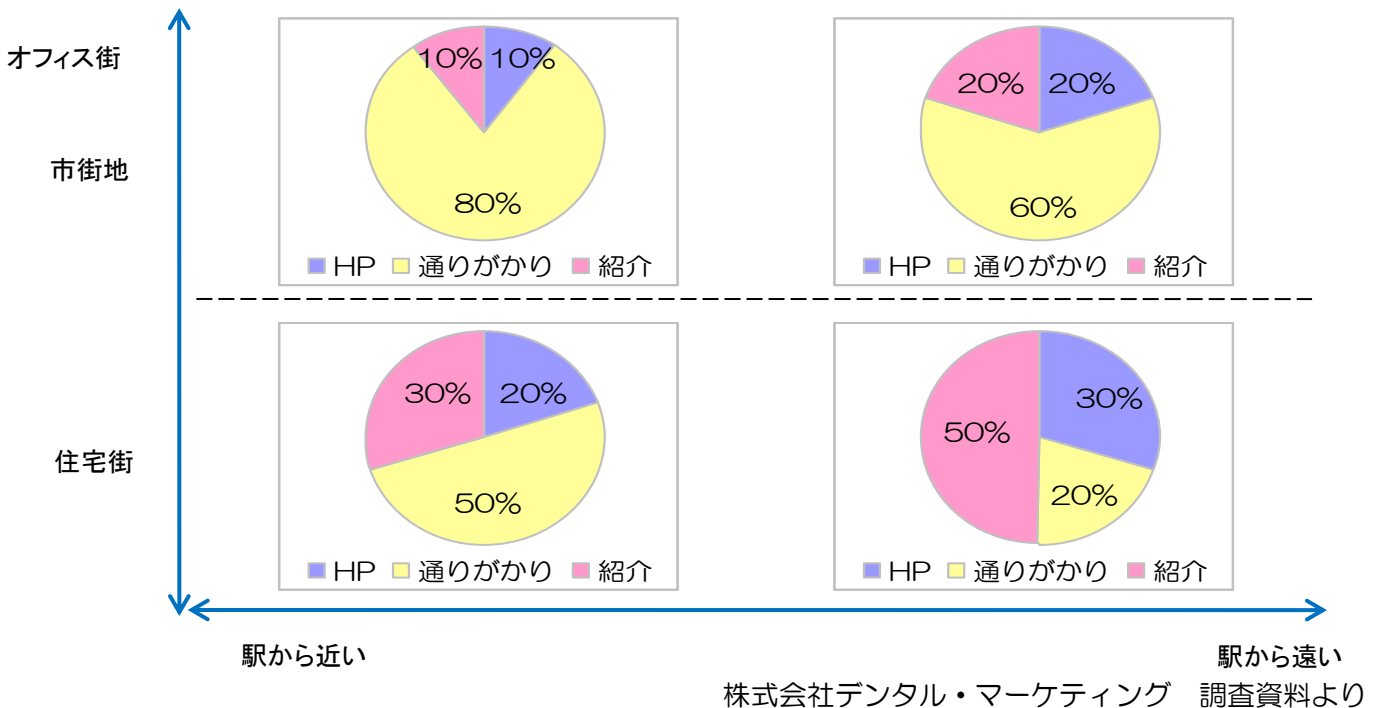
■ 立地特性と来院理由の把握

自院がどの地域のどのエリアにあるかを確認し、患者の来院理由を把握する必要があります。患者アンケートの中で、診療所を選択した理由の上位には、「近いから」という項目が上がってきます。

何によって診療所を知ったかという質問には、「ホームページ等のインターネットによって」という回答も多いのですが、地域によっては「通りがかりに見た」という回答も多くあります。診療所の立地によっては、年齢層にも違いがあります。

オフィス街や市街地では30歳代の独身女性や一般サラリーマンが多く、住宅街は平均して多くの世代が来院し、専業主婦、子供、高齢者など社保家族や国保などが多くなります。

■ 立地による来院理由



■ 歯科医院の患者ターゲット

保険診療、自費診療によって患者の年齢層が違います。自院に適した患者ターゲットを絞り、そのターゲットに合わせた増患・増収対策を構築する必要があります。

3

医業経営情報レポート

広報活動の見直しで実現する増患対策

多くの歯科医院では継続した広報活動として、医院看板(建物設置や自立看板)、野立て看板、情報誌への広告掲載、ホームページの作成等を行っています。

近年は広告媒体の変化により、SNSを中心にした広報活動に移行してきています。

高齢者はSNSをあまり利用しない、という固定観念で取り組みを控えている歯科医院もありますが、実際には高齢者本人、または家族によってSNSから情報を集めていることもめずらしくありません。

既存の広報活動を分析し、見直すことも必要になってきています。

■ 既存の広報活動分析

現在行っている広報活動での患者の来院動機を調査する必要があります。

既存患者には十分に認知されているため必要のない看板や広告、看板自体の改修の有無を確認するほか、近年の広報活動の主流であるSNS関連に移行を計画するなど、根本的に広報活動を策定しなおすことの検討も必要です。

■ 既存広報活動の確認と見直し

- 建物看板や敷地の自立看板：汚れや修繕が必要ないか
- 野立て看板：環状道路や導入路が変わっていないか、他看板により認知度が下がっていないか
- 駅やバスターミナル等の看板：診療について新たな内容に変更しているか
競合医院の看板が増加していないか、劣化していないか
- 電話帳広告や電柱広告等：現在での必要度を再確認
- 情報誌等への記事広告：発行部数の変化や競合誌の確認
- 医院案内やパンフレット・リーフレット：内容が刷新されているか
- ホームページ：内容が刷新されているか、他のSNSとリンクが張られているか
スマートフォン対応になっているか

■ SNSを利用した広告への移行

(1) インターネット・SNS広告の種類

インターネットやスマートフォンの普及から、ホームページやSNSを活用した広告が増加しています。LINE、ツイッター、フェイスブック、インスタグラムや、それらと自院ホームページとのリンクで、より効果的な広報ツールとなっています。

4

医業経営情報レポート

徹底したコスト管理による増益対策

徹底したコスト管理を行い、コストを削減することは利益に直結します。多くの歯科医院は、医業収入の増加には熱心に取り組めますが、消耗品などの経費削減は後回しになっています。

コスト管理は収入増加と同じウェイトで、日頃からしっかり行うことが重要です。

大きな金額を下げることは難しいと考える院長もいますが、常に無駄な経費を探して平素から着実に行うことが、歯科医院の存続につながります。

固定観念を捨てて、「ゼロベース」ですべての経費の見直しを行いましょう。

■ コスト削減のための 4 つの鉄則

コスト削減に取り組む上で徹底しなければならない鉄則が4つあります。

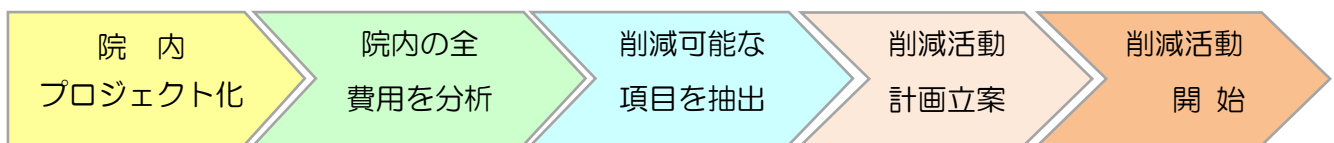
一つ目はコスト削減への方針を明示すること、二つ目はリーダー職が率先してコスト削減を徹底して取り組むこと、三つ目はスタッフ全員に当事者意識を持たせること、最後にお金を掛けない方法を考えることです。

(1) コスト削減に関する方針を示す

コスト削減は、まず院長が明確な方針を示す必要があります。

コスト削減を推進する際に、賃金制度の見直しや取引先の変更等、経営者でなければ決定を下すことができない項目があるからです。

■ 全体フロー



【費用分析の視点】

- 事務用消耗品、備品消耗品、水道光熱費
- 廃棄物処理、フィルム、治療材料
- 医療用消耗品
- 委託契約（技工物、清掃、保守等）
- 在庫管理（補綴物等材料関係、薬剤等）
- 自由診療材料
- 給与等

(2) リーダー職が率先してコスト削減を徹底する

コスト削減の推進には、スタッフ全員の取組による業務改善が不可欠です。

スタッフの協力を得るためには、特に院長が明確な方針を示し、リーダー職が率先してコスト削減を推進していくことで、一般のスタッフも納得してコスト削減に取り組むようになります。

残業時間の代休振替は可能か

**残業時間を代休に振替えることは可能なのでしょうか？
 違法にはならないのでしょうか？**

Q
 uestion

A
 nswer

労働基準法第37条は「使用者が、第33条（災害等による臨時の必要がある場合の時間外労働等）又は第36条（時間外及び休日の労働）第1項の規定により労働時間を延長し、又は休日に労働させた場合においては、その時間又はその日の労働については、通常の労働時間又は労働日の賃金の計算額の2割5分以上5割以下の範囲内で、それぞれ命令で定める率以上の率で計算した割増賃金を支払わなければならない」（第1項）と、**時間外労働に対して割増賃金を支払うことを義務づけています。**

ここで「割増賃金」という場合、当然に当該時間外労働に対して支払うべき通常の賃金に加えて割増賃金を支払う必要があるという意味です。つまり、**通常の賃金1.0に加えて割増賃金0.25を加えた1.25の賃金を支払わなければならない**わけです。

ところで、労働協約等で、日々の時間外労働については割増賃金のみを支払い、時間外労働の時間が8時間に達したときに、有給で代休を与えるという措置をとられていることがありますが、この場合、代休が有給であり、かつ、当該代休が、時間外労働が同一給与締切り期間内に行われたものである限り、結果として法第37条の要件を満たすこととなりますので、必ずしも違法とはなりません。

つまり、時間外労働に対する通常の賃金は、代休（本来この代休は無給でもよい）をとった日にまとめて支払うことになり、同一の給与計算期間で見れば、時間外労働の時間に対して通常の賃金を支払ったことと同じこととなります。

その際には、代休取得日に時間外労働に対して支払う通常の賃金をまとめて支払うわけですから、**代休付与の対象となる時間外労働が代休を取得した日と同一の給与計算期間内に行われたものでなければならない**ことに注意が必要です。

給与計算期間をまたがって時間外労働を合算すると、前の給与計算期間中の時間外労働に対して支払うべき通常の賃金が支払われないことになり、法第24条の全額払いの原則に違反するからです。

以上のとおり、**残業時間が8時間に達したときに、1日の代休を与えること自体は違法ではありません**が、同一の給与計算期間中に支払われるべき賃金（通常の賃金と割増賃金）を超えて支払われており、プラスとして休日が付与されていることが要件となるため、**決して人件費抑制（残業代削減）にはならない**ことに留意が必要です。本ケースの場合、これらの要件を満たしていないことから、違法となります。

出張時の移動時間

Q
 uestion

出張時に時間外勤務手当を支給した場合、出張の業務終了後、自宅までの移動時間についても、時間外勤務手当を支給すべきでしょうか。

A
 nswer

一般に、出張時の労働時間については、「労働時間を算定し難い」ものとして、所定労働時間労働したものとみなすとする企業が多く見受けられますが、出張時についても時間管理を行い、時間外勤務手当の対象とする企業もあります。

出張等で自宅から直接現地に赴く場合の移動時間が労働時間か否かについては、

- (1) 労働時間説
- (2) 通勤時間説
- (3) 出張時間(みなし時間)説
- (4) 休憩時間説
- (5) 拘束時間説

など様々な見解がありますが、その途中に特別の用務を帯びた（指示を受けた）ものでない限り、実際の労務の提供は、目的地に到着してからなされるという点から考えると、目的地までの時間は、通勤時間と「同一性質」とであるとする(2)の通勤時間説が妥当と考えられます。

出張終了後の自宅までの移動時間を「通勤時間」に準じた時間と解すれば、法律上は、労働時間に入れる必要はありませんが、出張規程に「移動に要する時間は勤務とみなす」と規定されている場合は、それに基づいて処理しなければなりません。

そこで、勤務とみなす移動時間の範囲が問題になりますが、実際には、出張終了後自宅までの移動時間は、通常の通勤時間とは所用時間および経路が異なりますので、出張先から自宅までに要する移動時間のうち、「通常の通勤時間に要する時間を超える時間については勤務とみなす」等の基準を設けて運用するとよいでしょう。

Point

出張時の移動時間は、必ずしも労働時間に算入する必要はありませんが、労働時間に算入する場合には、基準を設けておくとよいでしょう。

以上のように、政府統計や国の制度でも短時間労働者の範囲の定義は様々です。