

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.668 2021. 4. 6

医療情報ヘッドライン

オンライン資格確認の本格運用 10月まで先送り、補助特例は延長せず

▶厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会

オンライン診療、6割の医療機関が 今後も導入する予定なしと回答

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会

週刊 医療情報

2021年4月2日号

医療法施行規則の 一部改正など通知

経営 TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査

(令和2年10月末概数)

経営情報レポート

職員の健康確保と就業環境改善を図る 勤務間インターバル制度の概要と運用方法

経営データベース

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 就業規則

就業規則に必ず記載すべき事項

打刻忘れを欠勤とすることは可能か

発行: 税理士法人 森田会計事務所

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

オンライン資格確認の本格運用 10月まで先送り、補助特例は延長せず

厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会

厚生労働省は、3月26日の社会保障審議会医療保険部会で、「オンライン資格確認」の本格運用を先送りする方針を明らかにした。

当初、3月下旬としていたが、「遅くとも」10月までに開始するとしている。一方で、医療機関や調剤薬局が顔認証付きカードリーダーを導入するためのシステム改修費を補助する特例措置は、予定どおり3月末までとし、延長はしないとされた。

■プレ運用の参加医療機関は予定の1割程度

オンライン資格確認は、従来レセプト請求後になっていた健康保険証の資格確認を、医療機関や薬局がその場でできる仕組み。

顔認証機能付きのカードリーダーを用いてマイナンバーカードと紐付けることで、患者の本人確認もできるため、医療費が高額になりそうなときの限度額情報の照会もでき、窓口での保険証入力や限度額適用認定証確認といった作業が不要となる。未収金リスクや返戻レセプト対応の減少も期待できるため、事務負担の大幅な軽減につながるとされる。

保険者側は、2020年10月から加入者データの登録を開始。医療機関や薬局でも、3月4日からプレ運用がスタートしている。

しかし、導入準備は全般的に遅れているのが現状だ。本来プレ運用は500機関で行う予定だったが、3月22日現在で54機関しか参加できていない。そのうえ、プレ運用では不具合が続出。カードリーダーで読み取れないエラーや、加入者データが不備であることによるエラーなどが発生しており、とても本格運用に踏み出せる段階ではないと厚労省が判断したのもうなずける。

■カードリーダーやマイナンバー

カードの申込数も伸び悩む

しかし、現状を確認すると、10月までに問題が解決できるとはとても思えない。

まず、加入者データを登録する保険者側は「コロナ禍による出勤制限等により、データの登録、確認・修正作業に時間を要して」おり、しかも登録した個人番号に誤りがあったり、被保険者証の情報が登録されていなかったり、被保険者番号が正確ではないものがあったりと、そもそもデータが正確なのか疑わしい状況だ。

加えて、医療機関・薬局側の導入準備も進んでいない。カードリーダーの申込数も3月21日時点で全体の44.9%と半数に届いておらず、世界的な半導体不足によってパソコンやカードリーダーの生産・調達も遅れている。

皮肉なのは、この遅れによる影響が軽微に済みそうなことだ。マイナンバーカードの健康保険証利用の申込はたった311万件で、マイナンバーカード交付実施済数の8.9%にとどまっており、たとえ本格運用がさらに遅れても現場で混乱が起きることはなさそうな状況となっている。

とはいえ、健康寿命延伸の有効な施策を進めるうえでも、医療データの有効な利活用は不可欠であり、そのためにはデータの入口となるオンライン資格確認の円滑な運用が必須だ。

遅れに遅れている医療界のDXを進めるためにも、厚労省のみならずマイナンバーカードの所管官庁である総務省や、創設予定のデジタル庁などとの省庁間連携が求められる。

オンライン診療、6割の医療機関が 今後も導入する予定なしと回答

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 診療報酬改定結果検証部会

厚生労働省は、3月24日の中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会で、「かかりつけ医機能等の外来医療に係る評価等に関する実施状況調査」の結果を報告。

オンライン診療料の施設基準の届出を実施した医療機関が40.7%だった。

また、届出をしなかった医療機関のうち、63.0%が「今後も届出の意向なし」と回答していることがわかった。

■算定患者数は月間平均でわずか0.6人

従来、電話やビデオ通話で実施されるオンライン診療（遠隔診療）は保険診療と認められていなかった。

しかし、通信網が整備され、スマートフォンや簡便にビデオ通話ができるアプリケーションが普及したことを受け、2018年の診療報酬改定で初めて保険適用された。

現在、「オンライン診療料」（1月につき71点）、「オンライン医学管理料」（1月につき100点）、「在宅時医学総合管理料 オンライン在宅管理料」（1月につき100点）、「精神科在宅患者支援管理料 精神科オンライン在宅管理料」（1月につき100点）が設置されている。

デジタル化が進んでいるいま、オンライン診療のニーズは高まっていると予想する向きもある。実際、コロナ禍の影響もあり、受診者数は増加傾向にはある。

しかし、数字としては伸び悩んでおり、算定患者数は2019年9月時点で月間平均わずか0.1人。1年後の2020年9月時点で月間平均0.6人となっている。

■一定以上の医師が

オンライン診療に否定的か

なぜオンライン診療は伸び悩んでいるのか。

「オンライン診療料の届出の意向がない理由」の回答に、その理由を垣間見ることができる。

もっとも多かったのが「対面診療の方がすぐれているため」で52.5%。次いで「患者のニーズがない・少ないため」が49.2%、「オンライン診療のメリットが手間やコストに見合わないため」が34.7%。「保険診療でのオンライン診療の適応になる患者がいらない・少ないため」も33.5%となっている。

「対面診療」を重視する医師の考えがオンライン診療の普及を妨げていると読み取りがちな結果だが、むしろ啓蒙不足や対応医療機関の少なさも理由と考えられるニーズの少なさと、手間やコストがかかることを忌避する医師の姿が浮かび上がってくる。

この“仮説”が成立していることを裏付けるのが、「オンライン診療料の適応患者がいながらオンライン診療料を算定してない」医療機関にその理由を尋ねた結果だ。

前出と同じく「対面診療の方がすぐれているため」も半数近くにのぼるが、「患者の希望がないため」「患者がオンライン診療に用いる機器を使えないため」という回答がそれと同数で並んでいる。

「希望がない」「対応機器がない」は、患者に対する説明が消極的であることの裏返しでもあり、少なくとも一定数以上の医師がオンライン診療に対して否定的だということは間違いなさそうだ。

医療情報①
 厚生労働省
 通知

医療法施行規則の一部改正など通知

厚生労働省は3月30日付で、「医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について」を、都道府県等に宛てて通知した。

通知では、「医療法施行規則の一部を改正する省令」「2021年改正医療情報告示」および関連の通知等の改正について示している。3月29日公布および告示され、4月1日から施行および適用される。詳細は以下のとおり。

【医療法施行規則の一部を改正する省令】

▽医療機能情報提供制度に係る報告事項の見直し関係

- ▼管理、運営およびサービス等に関する事項（別表第1第1の項）について、院内サービス等に係る報告事項のうち「対応することができる外国語の種類」を「外国人の患者の受け入れ体制として厚生労働省令で定めるもの」に改める。
- ▼同じく費用負担等に係る報告事項のうち「クレジットカードによる料金の支払いの可否」を「電子決済による料金の支払いの可否」に改める。
- ▼提供サービスや医療連携体制に関する事項（別表第1第2の項）について、診療内容、提供保健・医療・介護サービスに係る報告事項として、「産婦人科または産科以外の診療科での妊産婦に対する積極的な診療の実施の有無」を追加する。

▽地域医療支援病院および特定機能病院の見直し関係

- ▼医療法第10条第3項において、医師の確保を特に図るべき区域における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験等を有すると厚生労働大臣から認定を受けた臨床研修等修了医師による管理が必要とされている病院の範囲を、「地域医療支援病院のうち医師少数区域等所在病院等に対して医師を派遣し、または医師の確保を特に図るべき区域における医療の質の向上もしくはその環境の整備に資する事業を行う病院」から「すべての地域医療支援病院」に拡大する。
- ▼地域医療支援病院の管理者が行わなければならない事項として、「地域における医療の確保を図るために特に必要であるものとして都道府県知事が定める事項」を追加するとともに、都道府県知事は、当該事項を定め、または変更しようとする場合には、あらかじめ都道府県医療審議会の意見を聴くこととする。
- ▼特定機能病院の管理者が行わなければならない事項として、「医療機関内における事故の発生の防止に係る第三者の評価を受け、当該評価および改善のために講ずべき措置の内容を公表し、並びに当該評価を踏まえ必要な措置を講ずるよう努めること」を追加する。

【21年改正医療情報告示】

- ▼21年改正省令により病院等（病院、診療所、歯科診療所および助産所）に共通の報告事項として「外国人の患者の受け入れ体制」を規定することに伴い、その具体的な報告事項として、「対応することができる外国語の種類」「多言語音声翻訳機器の利用の有無」および「外国人の患者の受け入れに関するサポート体制の整備」を規定する。
- ▼病院等に共通の報告事項である「車椅子等利用者に対するサービス内容」の具体的な報告事項として、新たに「車椅子等使用者用駐車施設の有無」「多機能トイレの設置」を追加する。
- ▼病院等に共通の報告事項である「受動喫煙を防止するための措置」の具体的な報告事項として、健康増進法の改正を踏まえ、新たに「健康増進法第28条第13号に規定する特定屋外喫煙場所の設置」を追加し、「喫煙室の設置」を報告事項から削る。
- ▼病院等に共通の報告事項である「保健医療機関、公費負担医療機関およびその他の病院等の種類」の具体的な報告事項について、助産所を除き、新たに「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」を追加する。
- ▼病院および診療所の報告事項である「対応することができる短期滞在手術」の具体的な報告事項について、20年度診療報酬改定を踏まえ、4泊5日までの手術として、これまで告示第12条第1号に規定されていた「終夜睡眠ポリグラフィー」「子宮鏡下子宮筋腫摘出術」を削除する。

医療情報②
 厚生労働省
 合同会議

アナフィラキシー報告、 100万回あたり81件

厚生労働省は3月26日、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会（部会長＝森尾友宏・東京医科歯科大学発生発達病態学分野小児科教授）と薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（調査会長＝岡明・埼玉県立小児医療センター病院長）の会合を合同で開き、新型コロナウイルスワクチン「コミナティ」の副反応報告について検討した。

医療機関からの副反応疑い報告は、2月17日から3月21日の間に、733件の報告があった。この間の推定接種回数57万8835回の0.13%にあたる。

このうち重篤報告は149件で、0.03%だった。また、アナフィラキシーの副反応疑い報告は181件。100万回接種あたりでは313件となる。

このうち、ブライトン分類に基づき評価された、ブライトン分類1-3の報告は47件で、100万回あたり81件となった。（以降、続く）

週刊医療情報（2021年4月2日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

医療施設動態調査 (令和2年10月末概数)

厚生労働省 2020年12月24日公表

病院の施設数は前月に比べ 2施設の減少、病床数は 1 252床の減少。
 一般診療所の施設数は 59施設の増加、病床数は 348床の減少。
 歯科診療所の施設数は 39施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみ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10月	令和2年9月			令和2年10月	令和2年9月	
総数	179 493	179 475	18	総数	1 597 408	1 599 008	△ 1 600
病院	8 241	8 243	△ 2	病院	1 510 482	1 511 734	△ 1 252
精神科病院	1 056	1 054	2	精神病床	324 921	324 901	20
一般病院	7 185	7 189	△ 4	感染症病床	1 886	1 892	△ 6
療養病床を有する病院(再掲)	3 569	3 580	△ 11	結核病床	4 147	4 154	△ 7
地域医療支援病院(再掲)	625	625	-	療養病床	292 060	293 143	△ 1 083
				一般病床	887 468	887 644	△ 176
一般診療所	103 104	103 045	59	一般診療所	86 868	87 216	△ 348
有床	6 379	6 404	△ 25				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	704	707	△ 3	療養病床(再掲)	7 018	7 058	△ 40
無床	96 725	96 641	84				
歯科診療所	68 148	68 187	△ 39	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

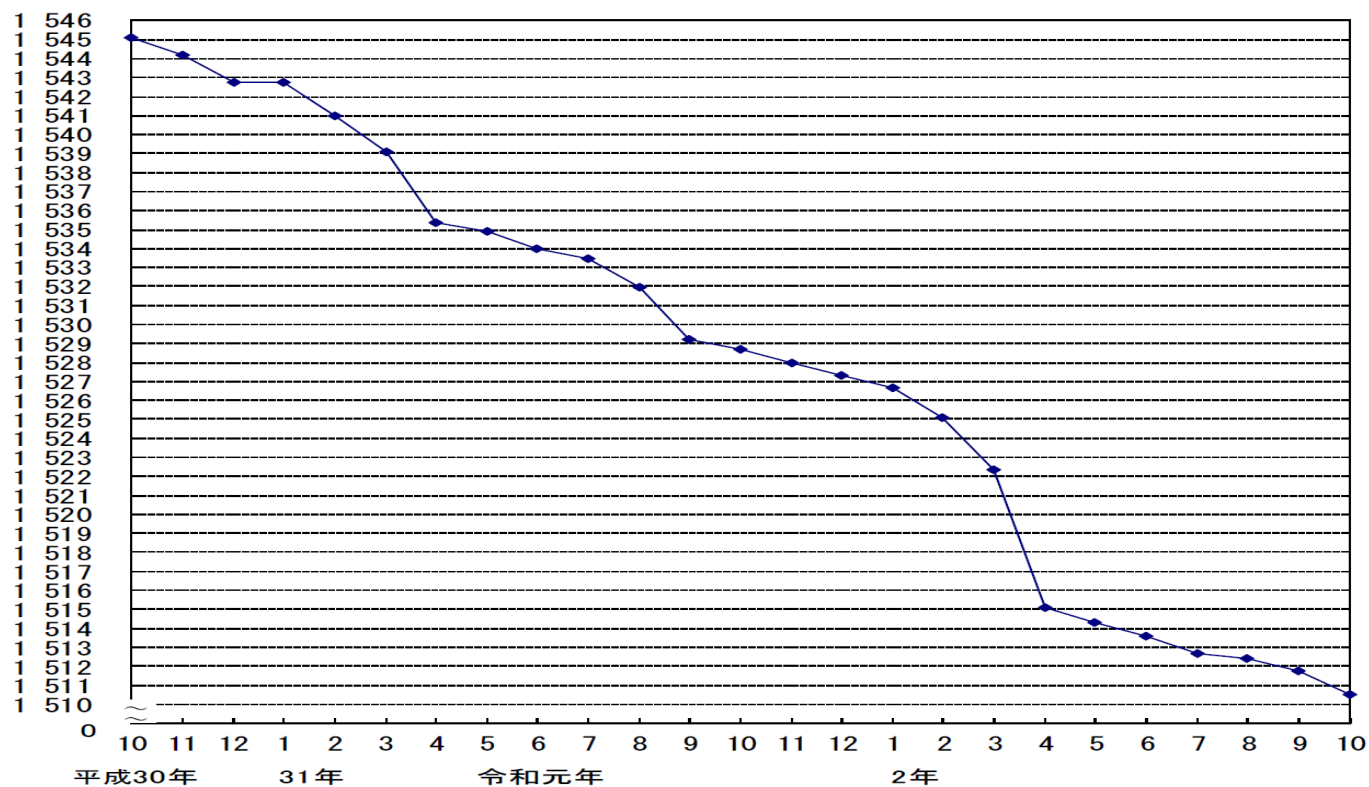
令和2年10月末現在

	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	8 241	1 510 482	103 104	86 868	68 148
国 厚生労働省	14	4 272	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 839	-	-	-
国立大学法人	47	32 646	147	-	1
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 142	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 110	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	56	15 225	5	-	-
その他	23	3 573	364	2 167	3
都道府県	199	52 364	270	176	7
市町村	610	123 680	2 920	2 113	256
地方独立行政法人	109	42 176	36	17	-
日赤	91	35 013	205	19	-
済生会	83	22 616	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 715	-	-	-
厚生連	100	31 941	67	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	8	1 772	288	-	2
共済組合及びその連合会	40	13 169	140	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	202	50 031	504	208	100
医療法人	5 690	843 012	44 407	66 805	15 232
私立学校法人	112	55 418	190	38	18
社会福祉法人	198	33 631	10 135	359	38
医療生協	82	13 715	300	224	49
会社	30	8 143	1 635	10	12
その他の法人	204	42 470	842	302	125
個人	155	14 489	40 559	14 386	52 299

参 考

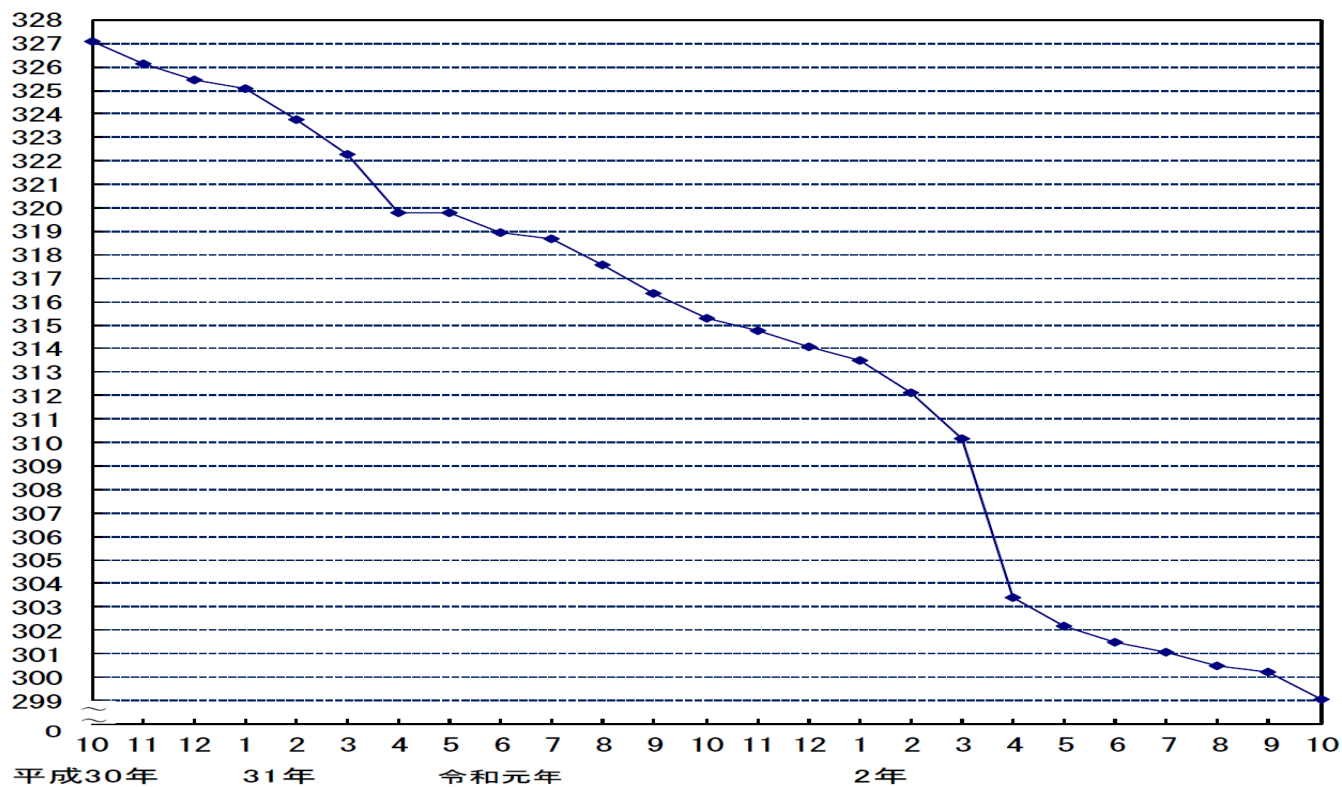
病床（千床）

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



医療施設動態調査（令和2年10月末概数）の全文は、
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

職員の健康確保と就業環境改善を図る 勤務間インターバル制度の 概要と運用方法

1. 勤務間インターバル制度の概要
2. 導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計
3. 勤務間インターバル制度導入と運用方法



■参考文献

【厚生労働省】時間外労働の上限規制 わかりやすい解説 働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～
勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル 時間外労働等改善助成金（勤務間インターバル導入コース）

1

医業経営情報レポート

勤務間インターバル制度の概要

■ 勤務間インターバル制度の概要

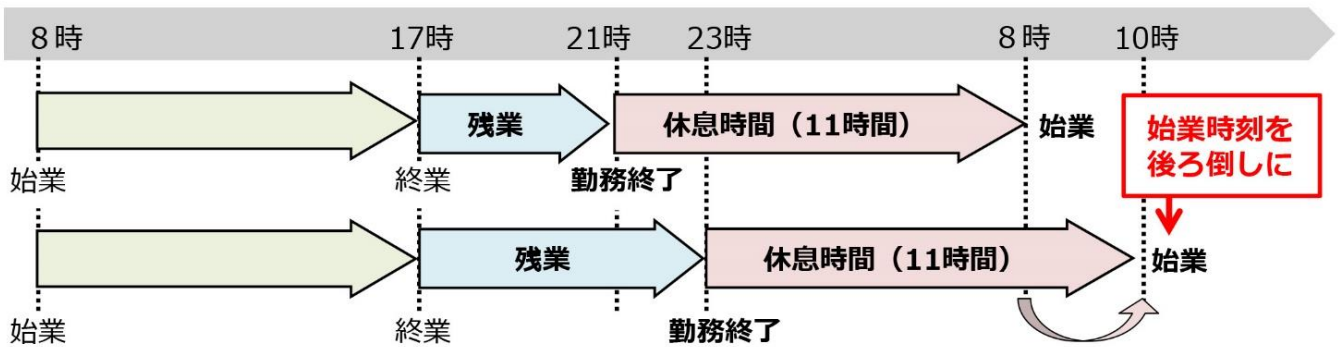
2018年6月29日に成立した「働き方改革関連法」に基づき労働時間等設定改善法が改正され、前日の終業時刻から翌日の始業時刻の間に一定時間の休息を確保することが事業主の努力義務として規定されました。それに伴い、厚生労働省は勤務間インターバル制度導入の参考として「勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル」を公表しています。

本稿では、以降、このマニュアルを参考に勤務間インターバル制度の概要を紹介します。

前述のとおり勤務間インターバル制度は、勤務終了後から一定時間以上のインターバル時間を設けることで、職員の生活時間や睡眠時間を確保しようとするものです。

勤務間インターバル制度を導入した場合、以下のような働き方が考えられます。

◆例：11時間の休息時間を確保するために始業時刻を後ろ倒しにする場合



※「8時～10時」までを「働いたものとみなす」方法などもあります。

(出典) 厚生労働省 働き方改革～一億総活躍社会の実現に向けて～

このほか、インターバル時間を確保するため、ある時刻以降の残業を禁止し、次の始業時刻以前の勤務を認めないこととする方法も考えられます。

また、変形労働時間制においては、勤務時間を柔軟に設定することができるので、勤務間インターバル制度を併用することにより、十分なインターバル時間の確保が可能となります。

■ 勤務間インターバル制度の導入効果

勤務間インターバル制度の導入により、職員がインターバル時間を確保できるようになれば次のような効果が期待できます。

◆勤務間インターバル制度導入効果

- 職員の健康の維持・向上とサービスの質向上
- 職員の確保と定着

2

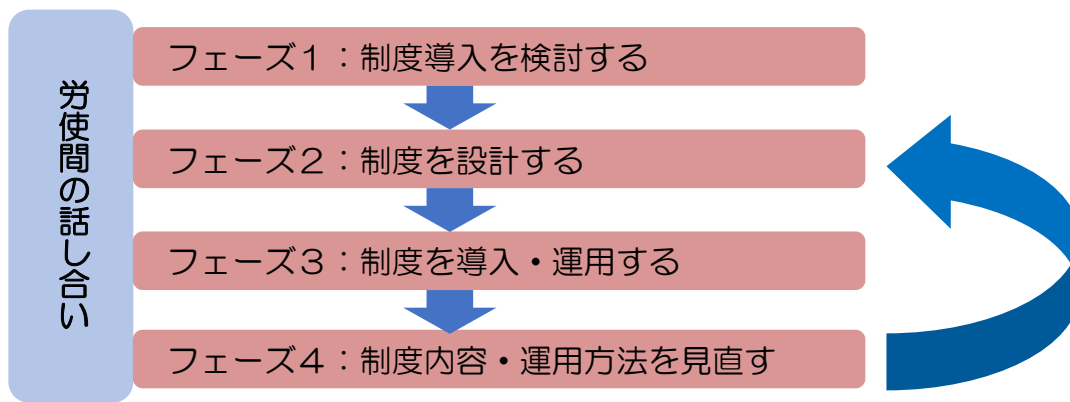
医業経営情報レポート

導入・運用に向けた取組の全体像と制度設計

■ 勤務間インターバル制度導入の全体像

医院が勤務間インターバル制度を導入し、運用するための具体的な取組は、以下の図に示すように、労使間の話し合いを土台とし、そのうえで4つのフェーズに沿ってPDCAサイクルを回しながら進めることが重要です。

◆ 勤務間インターバル制度の導入・運用に向けた取組の全体像



(出典) 厚生労働省 勤務間インターバル制度導入・運用マニュアル

■ PDCAサイクルの土台となる労使間の話し合い

職員が抱える事情や企業経営の実態を踏まえた制度を設計し、それを円滑に運用していくためには、PDCAサイクルの各フェーズにおいて労使間で十分に話し合うことが必要であり、それを勤務間インターバル制度の導入・運用の土台として位置付けることが重要です。

■ 勤務間インターバル制度の導入の検討

(1) 労働時間等に関わる現状の把握と課題の抽出

制度導入に向けた具体的な検討を始める前に、次表に示した点について現状を把握することが必要です。

まずは就業規則等で定められている労働時間に関する規定を改めて確認します。

その上で労働時間（時間外労働や休日労働の有無や長さを含む）、通勤時間等を把握し、インターバル時間が十分に取れているのか、十分に取れていないとすれば、どのような職員がどのような理由でどの程度取れていないのかを確認します。

3

医業経営情報レポート

勤務間インターバル制度導入と運用方法

■ 勤務間インターバル制度の導入と運用

(1) 院内への周知

勤務間インターバル制度を導入し、円滑に運用していくためには、現場の管理職や職員の理解と協力が不可欠であり、導入の意義やインターバル時間を確保するための工夫、留意点等について事前に周知することが必要です。

勤務間インターバル制度の周知は、制度導入時に限られるものではありません。

労働基準法（第 15 条第 1 項、施行規則第 5 条）では、使用者は労働契約の締結に際して、労働者に労働条件を明示しなければならないとされています。

また、労働契約法（第 4 条第 1 項）では、労働基準法の労働契約の締結時より広く、労働契約締結前の説明等の場面や、労働契約が締結又は変更されて継続している間の各場面において、使用者は労働条件及び労働契約の内容について、労働者の理解を深めるようにするものとされています。

勤務間インターバル制度は、労働条件の 1 つです。その内容等について、継続的に周知することが重要です。

(2) 患者や取引先への説明

勤務間インターバル制度の円滑な運用のためには、院内関係者のみならず、患者や取引先からも理解を得ることが重要です。

職員が制度の意義を理解しても、患者からの依頼が続けばインターバル時間を確保することは難しくなります。患者・取引先に対して制度の趣旨や内容を説明し、制度導入に伴い配慮してほしいことを伝える等の対応が必要です。

また、制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないか、トラブルが生じた際はインターバル時間の確保を理由に迅速に対応してもらえないのではないか等と不安を感じる患者がいるかもしれません。

これらの不安や懸念を解消するためには、以下のような対応例を参考にしつつ、患者に丁寧に説明します。

◆ 制度導入を伝えた際に想定される反応と対応(例)

- 制度導入により、サービスの質や内容が低下するのではないか
- 同じ看護師に対応してもらいたいのに、インターバル時間確保のため担当者が変わるのではないか



制度導入が職員の健康確保、サービスの維持・向上に繋がること、また、異なる担当者であっても同等以上のサービスを提供できる教育訓練を行っていること等について説明

- 想定外のトラブルや自然災害等の発生時は、インターバル時間に関係なく対応してもらわなければ、人命に関わるおそれがある



制度設計のなかで適用除外となるケースを設定していることを説明

(3) インターバル時間を確保しやすい環境づくり

インターバル時間の確保に向けて、管理職には職員の勤務実態を定期的に把握するとともに、日ごろからコミュニケーションを密にとりながら、必要に応じて業務計画や業務量等の調整を行うことが求められます。

また、職員も、働き方や休み方、生産性向上に対する意識を高めていくことが必要です。

インターバル時間を確保しやすい環境としていくための工夫として、以下のようなことが挙げられます。

◆ インターバル時間の確保に向けた工夫

- 一定時刻になると、自動的にパソコンをシャットダウンする仕組みを導入
- 管理職に対して、職員のインターバル時間の確保状況を定期的に提出させる
- 職員の勤務実態を定期的に把握し、必要に応じて業務内容や業務量等を調整
- 無駄な作業の洗い出し、業務プロセスの見直し
- 人事考課において、働き方改革や業務効率化、（部下の）インターバル時間の確保状況等に関する項目を設定
- 研修会等において、健康管理・睡眠時間の重要性や長時間労働是正に関する情報を定期的に提供

■ 制度内容・運用方法の見直し

(1) 制度の効果検証、課題等の洗い出し

制度導入から一定期間が経過したら、労働時間の管理方法やインターバル時間の確保状況はもちろんのこと、導入目的に基づき期待していた効果が表れているか等を検証し、課題等を洗い出します。これらは制度導入後、定期的に行うことが望まれます。

その際には、職員や管理職を対象にアンケート調査やヒアリング調査を行い、「隠れた課題」がないかを確認することも重要です。

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。

就業規則に必ず記載すべき事項

就業規則を作成するにあたって、必ず定めなければならない事項があれば教えてください。

就業規則に記載すべき事項には、絶対的必要記載事項と相対的必要記載事項とがあります。

絶対的必要記載事項とは、就業規則に必ず定めなければならない事項ですが、相対的必要記載事項についても、その定めをした場合には必ず就業規則に定めなければなりません。

労働基準法第89条においては、以下の(1)～(3)については、必ず就業規則に定めなければならないこととしています（「絶対的必要記載事項」）。

- (1) 始業及び終業の時刻、休憩時間、休日、休暇、就業時転換に関する事項
- (2) 賃金の決定、計算及び支払の方法、賃金の締切り及び支払の時期、昇給に関する事項
- (3) 退職に関する事項

また、以下の(1)～(8)については、定めをする場合には就業規則に記載しなければならないこととしています（「相対的必要記載事項」）。

- (1) 退職手当（適用される労働者の範囲、退職手当の決定、計算及び支払の方法、退職手当の支払の時期）に関する事項
- (2) 臨時に支払われる賃金等（退職手当を除く）、最低賃金額に関する事項
- (3) 労働者に負担させるべき食費、作業用品などに関する事項
- (4) 安全及び衛生に関する事項
- (5) 職業訓練に関する事項
- (6) 災害補償及び業務外の傷病扶助に関する事項
- (7) 表彰及び制裁についての種類及び程度に関する事項
- (8) 労働者のすべてに適用される定めをおく場合は、その事項

相対的必要記載事項とは、記載してもしなくてもどちらでもよいということではなく、定めをする場合には、必ず就業規則に記載しなければならないこととしています。

打刻を忘れた場合の対応

就業規則の「タイムカードの打刻をしなかった場合には欠勤とする」という趣旨の規定に基づいて、打刻を忘れた者を欠勤と扱うことはできるでしょうか。

労働基準法は、使用者に賃金台帳の作成義務を課し、労働日数、労働時間数、時間外労働の時間数、休日労働時間数、深夜労働時間数を賃金台帳に記入すべきものとしています。

つまり、使用者には賃金計算の基礎となる労働時間等の把握義務が課せられているわけです。

労働日数や労働時間数を把握する方法としては、一般に出勤簿やタイムレコーダー等が利用されていますが、管理者が各人別の労働時間数等を記録したり、労働者が出勤簿に記録したりする方法などでも差し支えありません。

使用者は、個々の労働者について労働時間等を確実に把握し、時間外労働等の処理にあたっては、法令の定めに従わないように管理することが求められているのです。

したがって、出退勤時刻の管理にタイムカードを使用している場合に打刻しない者がいたとしても、使用者は何らかの方法で労働時間の把握義務を果たさなければなりません。

つまり、タイムレコーダーの打刻を忘れた場合でも、労働者が実際に出勤し、労働している限り、使用者はその労働者の実際の労働時間について把握する義務を免れることはできないとされます。

したがって、タイムレコーダーの打刻忘れを理由に欠勤として扱うことは認められず、仮に就業規則にそのような規定が設けられていたとしても、当該規定は無効です。

ただし、打刻忘れを理由とした制裁処分をすることはできますので、労働基準法に定める範囲内であれば、減給等の制裁処分に付すことは可能だと解されています。

■就業規則上の定め可否



週刊 WEB 医業経営マガジン No. 668

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複写することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。