

医療経営

MAGAZINE

Vol.564 2019.3.5

医療情報
ヘッドライン

**2018年4～8月の
概算医療費公表
伸びは鈍化し、前年と同程度の見通し**

▶厚生労働省

**医師数上位33.3%を
外来医師多数区域に
新規開業者の自主的な行動変容を促す**

▶厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

週刊
医療情報

2019年3月1日号
**介護保険制度の見直しに
向けた検討を開始**

経営
TOPICS

統計調査資料

介護保険事業状況報告(暫定)
(平成30年9月分)

経営情報
レポート

**医療情報利活用の基盤構築を促進
次世代医療基盤法への対応ポイント**

経営
データ
ベース

ジャンル:労務管理 サブジャンル:就業規則
**就業規則に必ず記載すべき事項
打刻を忘れた場合の対応**

医療情報
ヘッドライン
①

2018年4～8月の概算医療費公表 伸びは鈍化し、前年と同程度の見通し

厚生労働省

厚生労働省は1月28日、「最近の医療費の動向〔概算医療費〕平成30年8月号」を公表し、2018年4～8月の概算医療費は17.6兆円で、対前年同期比はプラス1.0%だった。1カ月平均は3.5兆円となるため、12カ月分に均すと42.2兆円となる。2017年度全体の概算医療費は42.2兆円（対前年比プラス2.3%）だったため、医療費の伸びが鈍化し、ほぼ横ばいに落ち着く見通しだ。

■調剤医療費が対前年同期比マイナス3.2%、 2017年度伸び率との差はマイナス5.7%

伸びが鈍化したのは、調剤医療費が減ったことに尽きる。対前年同期比でマイナス3.2%となっており、2017年度の伸び率との差はマイナス5.7%まで広がった。

これは、調剤報酬の設計によるところが大きいと見られる。2018年度の調剤報酬改定は全体でプラス0.19%と形の上では引き上げとなったが、処方箋回数が月4万回超のグループ薬局に対しての減算措置が拡大され、従来、処方箋集中率が95%の場合に適用されていたのが、85%となった。

さらに、グループ全体で月40万回超の処方箋回数がある場合は点数引き下げの対象ともなっており、大型チェーン薬局が大打撃を被っていることは明白だ。裏を返せば、調剤医療費を大きく抑制させることにつながっており、今回の概算医療費でさっそくその効果が表れたといえよう。

■医科入院伸び率はプラス2.4%と最も高く、 2017年度伸び率の差もプラス0.5%

一方、2018年の診療報酬改定で大規模な統合・再編を実施した入院料は、抑制効果が発揮されたとはいえない状況となっている。医科入院の伸び率はプラス2.4%と最も高く、2017年度との伸び率の差もプラス0.5%となっている。

医科入院外の伸び率がプラス1.2%、歯科がプラス1.4%であることを踏まえれば、入院料が伸びていることは明らかとなっている。

昨年の診療報酬改定では7対1、10対1を廃止して7段階の入院料を設定したわけだが、もっとも高い点数を請求できる急性期一般入院料1の届出を行うために、各医療機関が経営努力をした成果ともいえるだろう。

実際、昨年11月に独立行政法人福祉医療機構が発表したアンケート調査結果によれば、95.5%は旧7対1からの移行を望んでいないことがわかっている。

そうすると、政府としては入院料の設計見直しを検討することになるだろう。

すでに、経済財政諮問会議では、今年の主なフォローアップ事項として、2020年度診療報酬改定に向け、病床再編の効果を踏まえた見直しを行う方針を示している。

調剤報酬の見直しも行う予定だが、一定の効果を挙げていることが判明しただけに、入院料に対する締め付けがより厳しくなる可能性が高いと考えられる。

医療情報
ヘッドライン
②

医師数上位33.3%を外来医師多数区域に 新規開業者の自主的な行動変容を促す

厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会

厚生労働省は、1月30日の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」で、医師数上位33.3%の区域を「外来医師多数区域」と設定する方針を明らかにした。

都道府県にその情報を提供し、新規開業者への「自主的な行動変容」を促して医師偏在を是正することを目的とする。

■医療機関の開業は自由に認められているため、特に無床診療所は都市部に偏っている

医師不足の地域が存在することは広く知られている。しかし、医療機関の開業は自由に認められているため、とりわけ無床診療所は都市部に偏っているのが現状である。開業する側としてみれば患者の確保が第一の課題であり、人口の多い都市部に魅力を感じるのはやむを得ないところだろう。

開業場所を行政側がコントロールすれば憲法にも抵触しかねないため表立った指導はできないが、「この地域はすでにクリニックが多数ある」という情報を示すことで、「つぶしあいになるのでは」と思わせ、他地域で開業さ

せるように仕向けようというわけだ。その思惑が、「自主的な行動変容」というあいまいな表現に表れている。

■二次医療圏ごとに外来医師偏在指標を集計、上位33.3%を「外来医師多数区域」と設定

しかし現時点では、どの地域に医師が多いのか、明確な指標はない。

そこで、「外来医師多数区域」を設定して医師の多さを「見える化」しようというわけだ。

具体的には、二次医療圏ごとに外来医師偏在指標を集計し、上位33.3%を「外来医師多数区域」と設定する。3分の1を多数と言い切るのは統計的に違和感もあるが、従来の「人口10万対医師数」が今ひとつわかりづらいのと、今後人口減少が進むことで「人口10万」に対する指標が意味をなさなくなること踏まえれば、大雑把ながらわかりやすい基準といえなくもない。

問題は、医療機関の新規開業時に「外来医師多数区域かどうか」を確認する必要があるということだ。

表立った指導を受けることはなくとも、地元の医師会や出身の医局などから有形無形の「圧力」がかかることは想像に難くない。そこでタイトな調整を強いられるよりも、例えば上位33.3%に近い地域を狙うといった対応策が有効になってくるかもしれない。そのためには、今後都道府県から公表される情報をつぶさに確認しておく必要があるだろう。



医療情報①
社保審
介護保険部会

介護保険制度の見直しに向けた検討を開始

厚生労働省は2月25日、介護保険制度の見直しに向けた検討を開始した。2021年度から新たな介護保険制度を施行し、同年度から始まる「第8期介護保険事業計画」に反映させる。厚労省は同日、社会保障審議会（社保審）の介護保険部会（部会長＝遠藤久夫・国立社会保障・人口問題研究所所長）を約7カ月ぶりに開き、「介護保険制度をめぐる状況について」と題する197ページの資料を提示し、介護保険制度の現状について説明した上で、「今後の主な検討事項（案）」として5項目を示した。

「今後の主な検討事項（案）」

1. 介護予防・健康づくりの推進（健康寿命の延伸）
2. 保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）
3. 地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）
4. 認知症「共生」・「予防」の推進
5. 持続可能な制度の再構築・介護現場の革新

（2月25日の同部会の「資料2」P2を基に編集部で作成）

■5項目は「複数の項目にかかわっていくような横断的なテーマ」

5項目について厚労省の担当者は「複数の項目にかかわっていくような横断的なテーマ」との認識を示した。

（2月25日の同部会での発言を編集部で要約）

○厚労省老健局総務課・黒田秀郎課長

（前略）制度の概況と主な検討事項について、ご説明を申し上げます。（中略）まず、前半は「I 介護保険制度の現状」について簡単にご説明をさせていただいたあと、資料2の「検討事項」と関連する資料について順番にご説明を申し上げたいと思います。まずIから、介護保険制度の現状です。（中略）以上、簡単に制度の概要をご覧いただきました。続きまして、「資料2」（主な検討事項案）にお戻りください。年末までの議論をご用意しております。

前回の制度改正の中では、平成29年に成立しました通称「地域包括ケア強化法」と呼んでおりますが、こちらの中では高齢者の自立支援と重度化防止、地域共生社会の実現と、制度の持続可能性の確保ということが基本です。それを踏まえて、第7期の計画（2018～20年度）はお作りいただいていると考えます。次期制度改正につきましては、これらの課題が重要な課題だということは変わらないという前提ですが、むしろ2025年度以降で現役の世代の方々の人口が減っていくという新しい課題が出てまいります。そうしますと、これまであった課題に加えて、現役世代の減少の中でどう活力を維持していくのか、労働力の制約が強まっていく中できちんとサービスを確保していくということがございます。そこで事務局からのご提案でございますが、個別のサービス類型にわたる詳細な議論に入る前に、1つひとつの施設やサービスの類型にとどまるよりは、それぞれ複数の項目に関わっていくような横断的なテーマを先にご議論いただいた上で個別の詳細な議論に入るという順番でご議論いただければと考えております。（後略）

医療情報②
社保審
介護保険部会

地域包括ケア、「非常に大きなテーマであり続ける」

■厚労省の黒田課長、社保審・介護保険部会で
介護保険制度の見直しに向けた議論を開始した2月25日の社保審・介護保険部会で厚生労働省は「分野横断的なテーマ」として5項目を示し、その1つに「地域包括ケアシステムの推進」を挙げた。厚労省老健局総務課の黒田秀郎課長は「これからも、今回のご議論の際にも非常に大きなテーマであり続ける」と説明した。

○厚労省老健局総務課・黒田秀郎課長

（前略）104ページからが地域包括ケアの関係です。地域包括ケアは過去3回の改正、平成23年、26年、29年の3回の法改正にわたって非常に大きなテーマであり続けていますので、これからも、今回のご議論の際にも非常に大きなテーマであり続けると考えます。

医療の側では、地域医療構想の関係、107ページ（地域医療構想の実現に向けた一層の取組）にございますが、こういったこともございますし、それから108ページ（地域医療構想を踏まえた2025年における介護施設・在宅医療等のイメージ）では、この中で、いわゆる在宅の方々の支えをどうしていくのかという話が今回のテーマの中にも反映されています。

そういったお話が今回もテーマであろうというふうに思いますので、今回も重要テーマだということは間違いのないことだというふうに思います。

それから、111ページ以降は、皆さまのお力を頂いて進めていただいています在宅医療・介護連携の関係の取組み。115ページ以降は地域包括支援センター、地域ケア会議の資料をご用意しております。119ページには、介護報酬改定の話もございます。（後略）

（2月25日の同部会での発言を編集部で要約、以下同じ）

■「地域包括ケアという言葉、ちょっと違和感を覚える」との指摘も

質疑で、井上隆委員（日本経済団体連合会常務理事）は「個人的な意見」と断った上で、「ちょっと違和感を覚える、しっくりこないのが『地域包括ケア』という言葉」と問題提起した。

○井上隆委員（日本経済団体連合会常務理事）

（前略）認知症問題というのをしっかり議論していかななくてはならないと思います。

「2025年に700万人」という数字が出ていましたけれども、これはもう介護制度と裏腹の話だと思いますので、この予防をどうするかということを含めて議論をする必要があると思います。ただ、予防の議論をする際には、必ずエビデンスベースでやらないと、とにかく何をやってきたということになってしまいますので、可能な限りそのエビデンスを使いながら議論をお願いしたいと思います。

最後、ちょっと個人的な意見になりますが、特に介護制度の中で、ちょっと違和感を覚える、しっくりこない言葉が「地域包括ケア」という言葉です。なんでしっくりいかないかというと、団塊の世代の方々というのは結局、ふるさとを捨てて首都圏に来たの方々なので、「地域」がない。

こういう大量の方々は今後、退職して自分の巣に戻るときに、この「地域包括ケア」というのが、どうもしっくりこない言葉でございます。

やはり、本当の「地域」と、それから「首都圏」に集中している方々の扱いって、ちょっとしっかり区分して考えていかないと、大量の方々、あまり自治体に参加をしたことのないような方々がこれからどんどんその世界に入っていくということですので、このあたりはちょっと別な視点での検討が必要ではないかなというふうに思いました。以上でございます。

週刊医療情報（2019年3月1日号）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。

介護保険事業状況報告(暫定) (平成30年9月分)

厚生労働省 2018年12月14日公表

概 要

1 第1号被保険者数(9月末現在)

第1号被保険者数は、3,509万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(9月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、654.5万人で、うち男性が205.8万人、女性が448.6万人となっている。

第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合は、約18.3%となっている。

(保険者が、国民健康保険団体連合会に提出する受給者台帳を基にしたものである)

3 居宅(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、373.4万人となっている。

(居宅(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービス別利用回(日)数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

4 地域密着型(介護予防)サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、86.4万人となっている。

(地域密着型(介護予防)サービスのサービス別受給者数とサービスの利用回数は、国民健康保険団体連合会から提出されるデータを基に算出した値である)

5 施設サービス受給者数(現物給付7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

施設サービス受給者数は94.3万人で、うち「介護老人福祉施設」が54.2万人、「介護老人保健施設」が35.7万人、「介護療養型医療施設」が4.5万人、「介護医療院」が2.3千人となっている。

(同一月に2施設以上でサービスを受けた場合、施設ごとにそれぞれ受給者数を1人と計上するが、合計には1人と計上しているため、3施設の合算と合計が一致しない)

6 保険給付決定状況(現物給7月サービス分、償還給付8月支出決定分)

高額介護(介護予防)サービス費、高額医療合算介護(介護予防)サービス費、特定入所者介護(介護予防)サービス費を含む保険給付費の総額は、8,176億円となっている。

（１）再掲：保険給付費（居宅、地域密着型、施設）

居宅（介護予防）サービス分は3,840億円、地域密着型（介護予防）サービス分は1,315億円、施設サービス分は2,558億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

（２）再掲：高額介護（介護予防）サービス費、高額医療合算介護（介護予防）サービス費

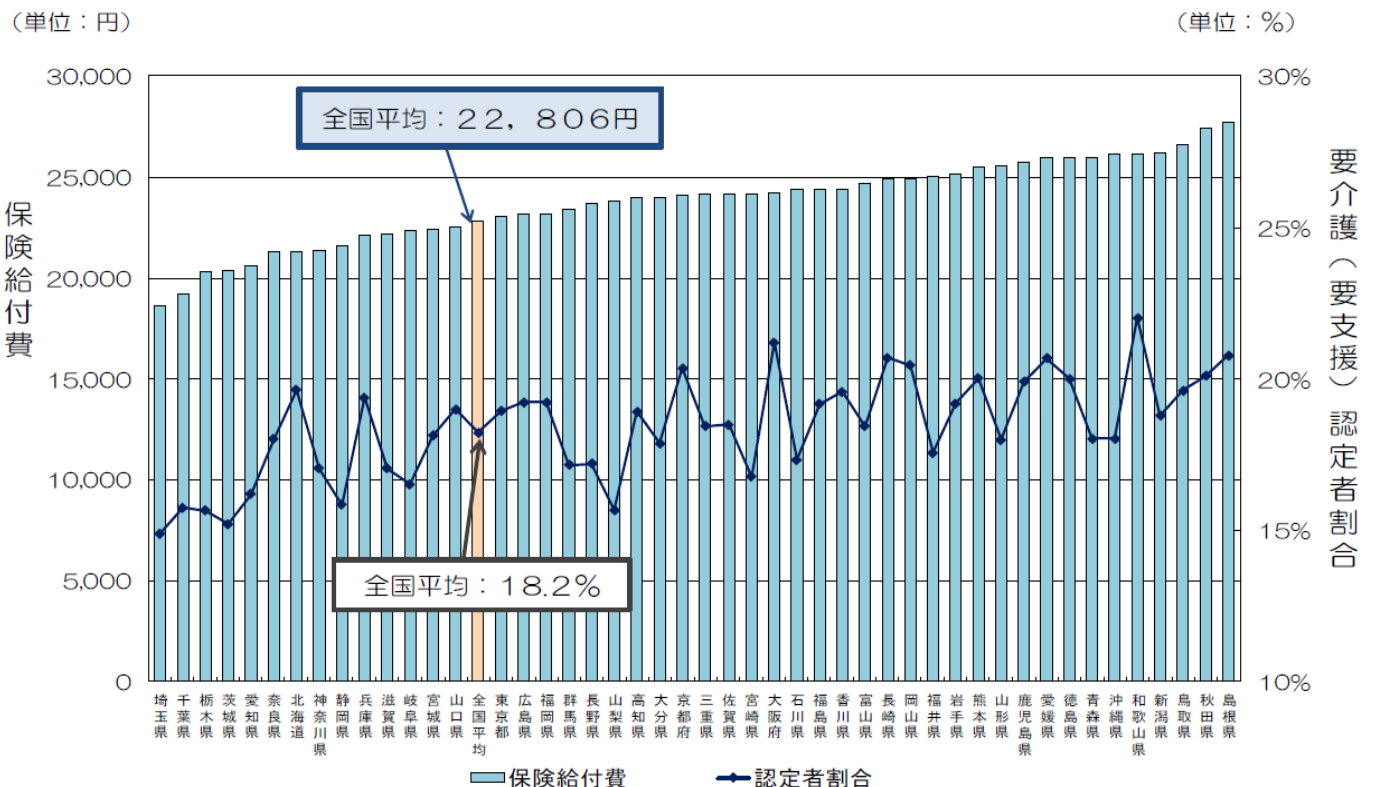
高額介護（介護予防）サービス費は176億円、高額医療合算介護（介護予防）サービス費は14億円となっている。

（３）再掲：特定入所者介護（介護予防）サービス費

特定入所者介護（介護予防）サービス費の給付費総額は273億円、うち食費分は173億円、居住費（滞在費）分は100億円となっている。

（特定入所者介護（介護予防）サービス費は、国民健康保険団体連合会から提出される現物給付分のデータと保険者から提出される償還給付分のデータを合算して算出した値である）

第1号被保険者一人あたり保険給付費 及び 要介護（要支援）認定者割合 【都道府県別】



- ※1 保険給付費（第2号被保険者分を含む）には、高額介護（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費を含む。
- ※2 要介護（要支援）認定者割合は、第1号被保険者に対する65歳以上の認定者数の割合である。
- ※3 保険給付費は、平成30年7月サービス分であり、第1号被保険者数及び要介護（要支援）認定者数は、平成30年7月末実績である。

介護保険事業状況報告（暫定）（平成30年9月分）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



医 業 経 営

医療情報利活用の基盤構築を促進

次世代医療基盤法 への対応ポイント

- 1.次世代医療基盤法の概要
- 2.医療情報提供の流れと必要な手続き
- 3.医療機関における医療情報提供上の留意点
- 4.医療情報の利活用と医療情報提供通知例



■参考文献

『医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律』（平成 29 年法律第 28 号）
『健康・医療戦略室 資料より』内閣官邸

1

医業経営情報レポート

次世代医療基盤法の概要

■ 次世代医療基盤法の概要

医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律(以下:次世代医療基盤法)は、国全体でのデータ活用基盤の構築に向けた取組みの一環として、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関し、匿名加工医療情報作成事業を行う者の認定、医療情報及び匿名加工医療情報等の取扱いに関する規制等を定めることにより、健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進して、健康長寿社会の形成を目的としています。

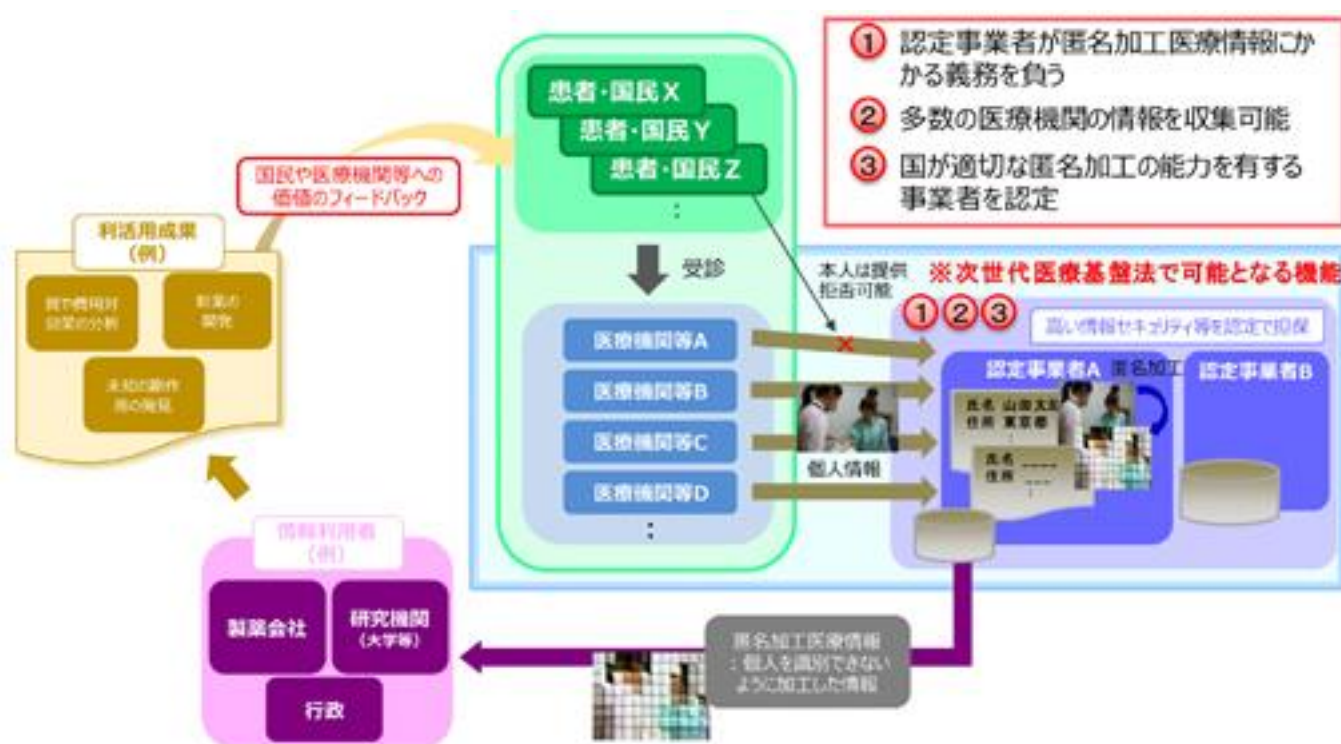
◆次世代医療基盤法の全体像(匿名加工医療情報の円滑かつ公正な利活用の仕組みの整備)

個人の権利利益の保護に配慮しつつ、匿名加工された医療情報を安心して円滑に利活用することが可能な仕組みを整備。

- ①高い情報セキュリティを確保し、十分な匿名加工技術を有するなどの一定の基準を満たし、医療情報の管理や利活用のための匿名化を適正かつ確実に行うことができる者を認定する仕組み(＝認定匿名加工医療情報作成事業者)を設ける。
 - ②医療機関等は、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対し、医療情報を提供できることとする。
- 認定事業者は、収集情報を匿名加工し、医療分野の研究開発の用に供する。

(出典) 内閣官房健康・医療戦略室 次世代医療基盤法の施行について 参考資料

◆次世代医療基盤法のイメージ図



2

医療経営情報レポート

医療情報提供の流れと必要な手続き

■ 医療情報提供の流れと費用

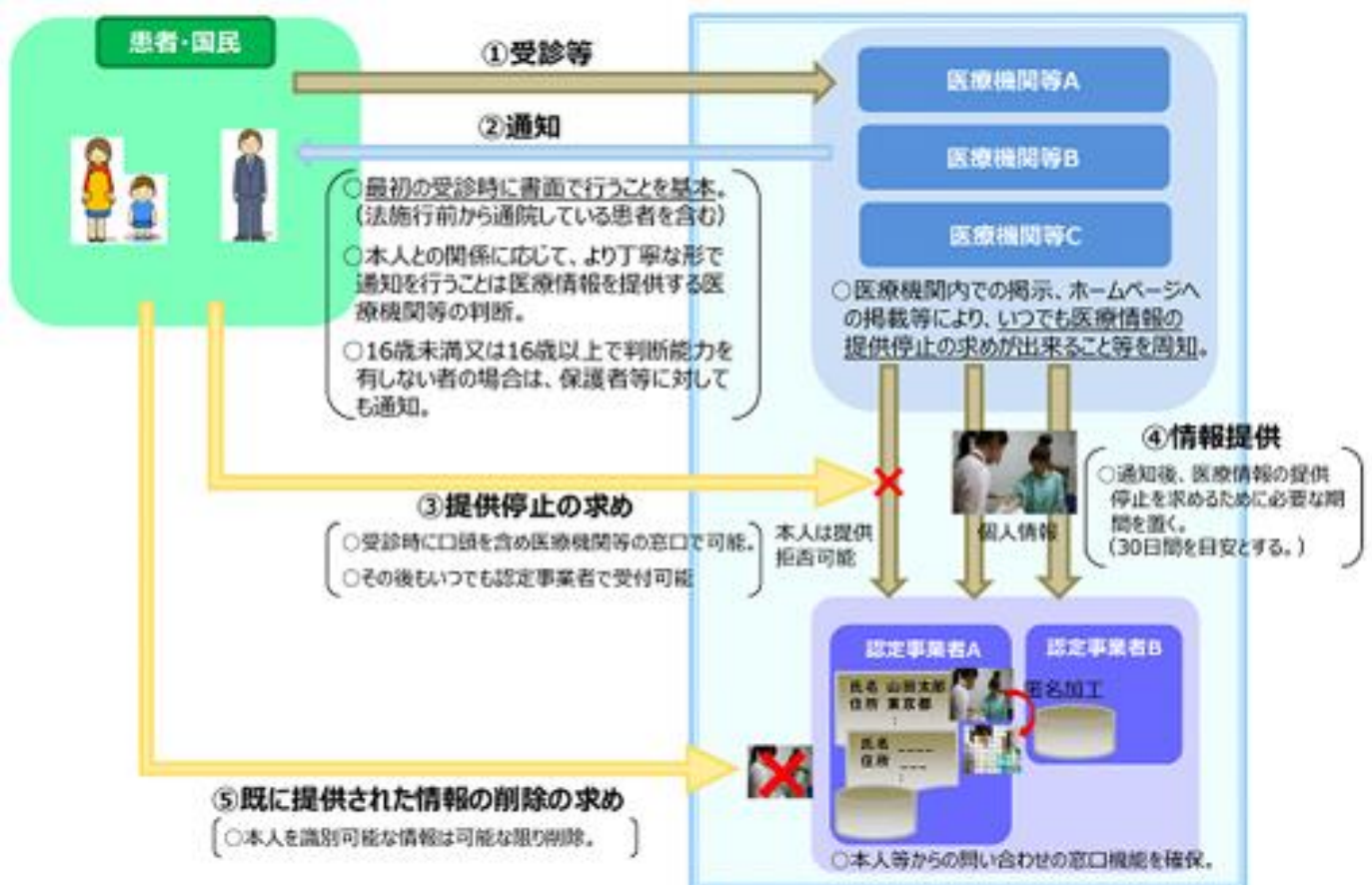
(1) 医療情報提供の流れ

次世代医療基盤法の施行により、医療機関等は、予め患者に通知しても本人が提供を拒否しない場合、認定匿名加工医療情報作成事業者（以下：認定事業者）に対して任意に医療情報を提供することができるようになりました。

また、認定事業者に提供された医療情報は匿名加工し、匿名加工医療情報として、行政や製薬会社、研究機関等に提供できるようになりました。

◆ 認定事業者に対する医療情報の提供に係る手続

次世代医療基盤法においては、医療機関等は、あらかじめ本人に通知し、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対して医療情報を提供することができる（医療機関等から認定事業者への医療情報の提供は任意）



（出典）内閣官房健康・医療戦略室 次世代医療基盤法の施行について 参考資料

3

医業経営情報レポート

医療機関における医療情報提供上の留意点

■ 医療情報提供の停止対応

(1) 医療情報提供の停止

次世代医療基盤法では、オプトアウト(患者本人が拒否しなければ同意したとみなす)により、医療情報を提供することができます。

ただし、情報を提供する医療機関は、患者の最初の受診時に医師や看護師が医療情報提供について、書面による通知と説明が求められます。

また、患者本人等から医療情報の提供停止の求めがあれば、下記の事項を記載した書面を交付しなければなりません。

◆ 本人又はその遺族から医療情報の提供の停止の求めがあったときの交付書面の内容

- ① 医療情報の提供停止の求めがあった旨
- ② 提供停止の求めを行った者の氏名及びその他の当該者を特定するに足りる事項
- ③ 提供停止の求めを受けた年月日
- ④ 交付する書面が法第 31 条第 1 項の主務省令で定める書面（医療情報の認定匿名加工医療情報作成事業者への提供を停止する求めである旨）
- ⑤ 医療情報の提供停止を行う年月日
- ⑥ 交付する書面の交付年月日

（出典）内閣府 文部科学省 厚生労働省 経済産業省 ガイドライン

(2) 医療情報提供の停止に伴う書類の保存期間等

医療情報を取り扱う医療機関は、医療情報の提供停止の求めを行った者に対して交付した書面の写し又は提供した電磁的記録について、提供した日から3年間保存しなければなりません。

また、認定事業者は、医療機関等から医療情報の提供を受ける際に医療情報取得の経緯等を確認することとなっています。

◆ 認定事業者が医療機関等に対して行う確認事項

- ① 本人への通知が適切に行われたこと
- ② 主務大臣への届出事項が主務大臣により公表されていること
- ③ 本人又はその遺族による医療情報の提供停止の求めを受けていないこと

（出典）内閣府 文部科学省 厚生労働省 経済産業省 ガイドライン

4 医療情報の利活用と医療情報提供通知例

■ 医療情報の利活用

政府は、次世代医療基盤法により収集される医療情報を活用して、医療分野の研究開発等が進むことにより、患者や国民全体にメリットが還元されるとしています。

例えば、医療情報の利活用により、医療機関を跨ぐ分析が可能となります。異なる医療機関の情報を統合、評価し、糖尿病と歯周病のように異なる診療科の関連が明らかになり、糖尿病患者に対する歯周病治療が行われることで、健康状態が向上する可能性があります。

また、診療支援ソフトの開発が進めば、人工知能を活用して画像データを分析し、医師の診断から治療までを支援することが見込まれています。

◆ 次世代医療基盤法によって実現が期待されること(例)

自らが受けた治療や保健指導の内容や結果を、データとして研究・分析のために提供し、その成果が自らを含む患者・国民全体のメリットとして還元されることへの患者・国民の期待にも応え、ICTの技術革新を利用した治療の効果や効率性等に関する大規模な研究を通じて、患者に最適な医療の提供を実現する。

■ 治療効果や評価等に関する大規模な研究の実現

例1) 最適医療の提供

・大量の実診療データにより治療選択肢の評価等に関する大規模な研究の実現が可能になる。

<例: 狭心症治療>



例2) 異なる医療機関や領域の情報を統合した治療成績の評価

・糖尿病と歯周病のように、別々の診療科の関連が明らかになり、糖尿病患者に対する歯周病治療が行われることで、健康状態が向上する可能性



■ 医薬品市販後調査等の高度化、効率化

<医薬品等の安全対策の向上>

・副作用の発生頻度の把握や比較が可能になり、医薬品等の使用における更なる安全性の向上が可能に

例3) 最先端の診療支援ソフトの開発

・人工知能(AI)も活用して画像データを分析し、医師の診断から治療までを包括的に支援

・予後不良のすい臓がんをCTや超音波内視鏡画像の画像解析により、早期診断・早期治療



(出典) 内閣官房健康・医療戦略室 次世代医療基盤法の施行について 参考資料

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りません。

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ることは可能だと解されています。

■就業規則上の定め可否

