

2012.4.10

週刊WEB

発行
税理士法人ゼニックス・コンサルティング

医療経営マガジン

1 医療情報ヘッドライン

外来リハ診療料2科目の減額再診料等は算定可
疑義解釈資料の送付(その1)で事務連絡

厚生労働省

消費税、薬価問題など新たな組織を設置
中医協総会 26年時期改定に向け始動

厚生労働省 中央社会保険医療協議会

2 経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向 平成23年10月～11月号

3 経営情報レポート

医療機関に求められるコンプライアンス
指導・監査の実態と対応策

4 経営データベース

ジャンル: 労務管理 サブジャンル: 就業規則

就業規則の周知方法

打刻忘れを欠勤とすることは可能か

外来リハ診療料2科目の減額再診料等は算定可 疑義解釈資料の送付(その1)で事務連絡

厚生労働省は3月30日、平成24年度診療報酬改定に係る疑義解釈資料の送付(その1)について事務連絡を行った。

改定(診療報酬・介護報酬など)についての疑義解釈(Q&A)は、告示 通知 疑義解釈という過程を経て、具体的に詳細が煮詰まっていくのが通例で、そこで実質的な変更が行われることもある。

平成24年度は同時改定(診療報酬・介護報酬)の時期にあたったことから、その回数や通知が目立っており、その主な項目は以下のようなものとなっている。

まず、同一の医療機関で2科目まで再診料・外来診療料を算定できるようになったが、「患者都合」かつ「2つの診療科に関連のない」という要件がある。この点について、「内科で糖尿病、眼科で糖尿病性網膜症について診察を受けた場合」には、『関連のある疾病』であり、2科目の再診料は算定できないことが明らかとなった。

急性期看護補助体制加算においては、「非常勤の看護補助者でもかまわないが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などの看護補助者は含めない」としている。ただし、派遣職員については指揮命令権が医療機関側にあるため、届出対象に含めることができる。

また、新たに在宅復帰機能を充実させた回復期リハ病棟入院料1が設けられ3類型となったが、同一の医療機関において、回復期リハ1と回復期リハ2を届出することは可能とされた。しかし、回復期リハ1と回復期リハ3、

回復期リハ2と回復期リハ3を同時に届出することはできない。

このほか、毎回の再診を必要としない比較的安定した患者について、週に1回程度の診療のみで1週間のリハや放射線治療を可能とする外来リハ診療料や、外来放射線照射診療料が新設された。外来リハ診療料を算定した患者について、「期間中(1週間など)は再診料を算定できない」と規定されているが、2科目の診療を行った場合には、「減額された初診料、再診料を算定する」ことが認められる。

改定(診療報酬・介護報酬など)についての疑義解釈(Q&A)

医科診療報酬点数表関係 (別添1)	
【再診料・外来診療料(複数科受診)】	
(問1) 同一日に内科で「糖尿病」について診察を受け、同時に眼科で「糖尿病性網膜症」について診察を受けた場合は、眼科で2科目の再診料を算定できるのか。	(答) 関連のある疾病のため、2科目の再診料は算定できない。
(問2) 内科で再診料と外来管理加算を算定し、同時に眼科を再診で受診し処置を行った場合、内科で算定した外来管理加算はそのまま算定出来るか。	(答) 算定できない。
(問3) 2科目の再診料は、診療所においても算定できるのか。	(答) 診療所においても要件を満たせば算定可能である。
(問4) 同一日の同時に2科目の再診料(外来診療料)を算定する場合で、緊急で時間外に異なる科を受診した場合にも時間外加算は算定できないのか。	(答) 算定できない。
(問5) 初診と再診を合わせて同一日の同時に3科を受診する場合、3科目の初診料又は再診料(外来診療料)は算定できるのか。	(答) 初診料・再診料(外来診療料)を合わせて2科目までしか算定できない。

消費税、薬価問題など新たな組織を設置 中医協総会 26 年時期改定に向け始動

厚生労働省は 3 月 28 日、中央社会保険医療協議会（中医協）総会を開き、DPC に関する平成 24 年度改定への対応などについて報告を行った。

DPC については、平成 24 年度改定において、(1)医療機関群ごとの基礎係数導入、(2)機能評価係数 への実績評価等導入、などの見直しが行われている。

しかし、これとは別に、出来高部分の改定内容を反映させる必要があるため、今回はその概要等について厚労省が報告を行ったものである。

医療機関群の設定は、DPC 病院 群（大学病院本院群）80 病院、DPC 病院 群（高診療密度病院群）90 病院、DPC 病院 群（その他病院群）1335 病院となった。

基礎係数は、 群は 1.1565、 群は 1.0832、 群は 1.0418 に設定されている（3 月 26 日、DPC 対象病院の医療機関別係数について告示）。

注目される項目をあげると、(a)入院基本料における栄養管理実施加算等の包括化に伴い、11 点引上げ分を反映させる、(b)最新の医療技術や診療実態を診断群分類に反映させ、診断群分類総数を 2927（平成 22 年 4

月時点では 2658）に、包括診断群分類数を 2241（同 1880）に増加する、(c)高額薬剤費用捻出のための在院日数引き伸ばしを防止する観点から、22 の診断群分類において「入院基本料を除く薬剤費等包括範囲点数」を入院初日に組込む、(d)DPC 対象病院の増加に伴い、入院期間 の上限を入院期間Ⅱ（平均在院日数）の半分とする（入院期間Ⅰと が近接する病院が出始めたため）、(e)基礎係数の導入による医療機関別係数激変を緩和するため、42 施設について係数を調整する、などとなっている。

また、この日は、次回（26 年度）改定に向けた検討の進め方について、厚労省案が提示された。

検討テーマとしては、支払・診療側双方の意見を踏まえ、(1)基本診療料のあり方、(2)医療技術評価における費用対効果の導入、(3)長期収載品の薬価のあり方、(4)医療機関等における消費税負担の 4 点について検討を行うこととしている。

これらを検討する場としては、(1)については基本問題小委員会、(2)～(4)については中医協委員と外部有識者の混成による新たな検討組織が提案されている。

最近の医療費の動向

平成23年10月～11月号

1 制度別概算医療費

医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	医療保険適用								公費
		70歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者	70歳以上	(再掲)75歳以上	
			本人	家族	本人					
平成19年度	33.4	17.4	9.5	5.0	4.5	7.9		14.5		1.5
平成20年度	34.1	17.7	9.8	5.2	4.6	7.9	1.3	14.8	11.4	1.6
平成21年度	35.3	18.1	10.0	5.3	4.7	8.1	1.3	15.5	12.0	1.7
平成22年度	36.6	18.6	10.3	5.4	4.9	8.3	1.5	16.2	12.7	1.8
4～9月	18.1	9.1	5.0	2.7	2.4	4.1	0.7	8.0	6.3	0.9
10～3月	18.5	9.4	5.3	2.8	2.5	4.2	0.8	8.2	6.4	0.9
平成23年4～11月	24.9	12.4	6.9	3.6	3.2	5.6	0.9	11.2	8.8	1.3
4～9月	18.6	9.3	5.1	2.7	2.4	4.2	0.7	8.4	6.6	0.9
10～11月	6.3	3.2	1.7	0.9	0.8	1.4	0.3	2.8	2.2	0.3
4月	3.2	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	0.2
5月	3.1	1.6	0.9	0.5	0.4	0.7	0.1	1.4	1.1	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

医療費の推移

(単位：兆円)

	総計	診療費			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	
		医科 入院	医科 入院外	歯科							
平成 19 年度	33.4	27.4	12.5	12.4	2.5	5.2	0.8	0.06	13.4	17.5	2.5
平成 20 年度	34.1	27.7	12.8	12.4	2.6	5.4	0.8	0.06	13.6	17.8	2.6
平成 21 年度	35.3	28.5	13.2	12.7	2.5	5.9	0.8	0.07	14.0	18.6	2.5
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
4～9月	18.1	14.7	7.0	6.4	1.3	2.9	0.4	0.04	7.4	9.4	1.3
10～3月	18.5	14.9	7.1	6.5	1.3	3.1	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
平成 23 年 4～11 月	24.9	20.0	9.5	8.8	1.8	4.3	0.5	0.06	10.1	13.0	1.8
4～9月	18.6	15.0	7.1	6.5	1.3	3.2	0.4	0.04	7.5	9.7	1.3
10～11月	6.3	5.1	2.4	2.2	0.5	1.1	0.1	0.01	2.5	3.3	0.5
10月	3.2	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2
11月	3.1	2.5	1.2	1.1	0.2	0.5	0.1	0.01	1.3	1.7	0.2

注 1. 診療費には、入院時食事療養の費用額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、入院時食事療養の費用額に入院時生活療養の費用額を合算している。

3 医療機関種類別概算医療費

(1) 医療機関種類別 医療費の動向

医療費総額の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総計	医科計	医科 病院					医科 診療所	歯科計	保険 薬局	訪問 看護 ステーション
			大学 病院	公的 病院	法人 病院	個人 病院					
平成 19 年度	3.1	2.3	2.4	4.2	1.4	3.5	12.3	2.0	0.2	8.9	8.4
平成 20 年度	1.9	1.1	1.4	4.6	0.0	2.4	14.1	0.3	2.6	5.3	15.9
平成 21 年度	3.5	3.0	3.4	5.6	3.3	3.4	4.2	1.9	0.7	7.9	10.8
平成 22 年度	3.9	4.1	5.4	7.9	5.5	5.0	5.8	1.2	1.8	3.6	11.8
4～9月	3.9	4.3	5.7	7.9	5.9	5.4	5.4	1.2	1.4	3.0	12.7
10～3月	3.9	3.9	5.1	8.0	5.2	4.7	6.1	1.2	2.2	4.3	10.9
平成 23 年 4～11 月	2.8	1.7	2.0	4.2	1.7	2.0	6.7	1.1	2.1	7.9	8.7
4～9月	2.9	1.8	2.0	4.5	1.7	2.0	7.1	1.2	2.2	8.1	8.5
10～11月	2.6	1.6	1.9	3.3	1.7	2.0	5.4	0.8	1.9	7.4	9.1
10月	3.0	2.0	2.2	3.7	1.9	2.3	5.3	1.7	1.9	8.1	9.1
11月	2.1	1.2	1.7	3.0	1.4	1.7	5.4	0.1	1.9	6.6	9.2

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 医療費の動向

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	産科 婦人科	眼科	耳鼻 咽喉科	その他	
平成 19 年度	2.0	2.2	2.4	0.3	4.1	0.1	0.5	1.0	0.9	5.2
平成 20 年度	0.3	0.7	2.4	2.4	1.9	2.5	0.2	1.6	1.7	1.5
平成 21 年度	1.9	2.7	0.2	0.7	4.1	0.3	2.3	0.7	2.0	2.4
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
4～9月	1.2	1.1	3.3	3.1	1.3	2.1	0.5	2.3	3.2	1.7
10～3月	1.2	0.8	1.9	2.8	1.8	2.1	1.1	1.6	9.1	0.6
平成 23 年 4～11 月	1.1	0.9	0.8	0.5	3.1	1.9	0.9	0.7	0.2	1.8
4～9月	1.2	1.1	2.3	0.6	2.9	1.8	1.0	0.5	0.6	1.5
10～11月	0.8	0.5	3.4	0.4	3.8	2.2	0.7	1.4	2.4	2.5
10月	1.7	1.2	2.7	0.2	4.4	2.8	0.5	0.3	2.4	2.5
11月	0.1	0.2	8.9	1.1	3.2	1.6	1.0	2.6	6.9	2.4

(3) 入院 医科病院医療費の動向

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	
平成 19 年度	4.2	3.9	3.9	3.9	1.7
平成 20 年度	2.9	3.1	2.8	2.6	1.0
平成 21 年度	4.0	4.5	4.4	3.6	2.9
平成 22 年度	7.5	8.2	8.1	6.3	6.3
4～9月	7.7	8.6	8.1	6.7	5.9
10～3月	7.3	7.9	8.0	6.0	6.8
平成 23 年 4～11 月	3.0	2.0	3.6	2.5	2.7
4～9月	3.2	2.0	3.8	2.6	3.0
10～11月	2.5	1.9	3.2	2.1	1.6
10月	3.0	2.4	3.9	2.4	2.6
11月	2.0	1.3	2.6	1.7	0.6

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 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 23 年 10～11 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。

医療機関に求められるコンプライアンス 指導・監査の実態と対応策

ポイント

- 1 診療報酬返還請求と指定取り消しの実態
.....
- 2 指導・監査の目的とその概要
.....
- 3 返還・取り消しとなった医療機関の不正内容
.....
- 4 院内コンプライアンスの確立による不正防止策
.....



1 指導・監査の目的とその概要

■ 指導の実施形態と監査の対象先

(1) 指導の形態と対象医療機関選定基準

都道府県や厚生労働省が行う指導の目的は、保険診療の質的向上及び適正化を図ることにあります。よって、保険診療の取扱い及び診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼としており、実施に際しては医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努めることとなっています。

指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定指導は、原則として、すべての保険医療機関等及び保険医等を対象として効果的かつ効率的な指導を行うという観点から、指導形態に応じて対象先の選定を行うとしています。

指導形態

集団指導

都道府県または厚生労働省及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等または保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

集団的個別指導

都道府県が指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

個別指導

厚生労働省または都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めてまたは当該保険医療機関等において個別に面接懇談方式により行う。

都道府県個別指導

都道府県が単独で行うもの。

共同指導

厚生労働省および都道府県が共同で行うもの。

特定共同指導

厚生労働省および都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等または緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの。

各指導の選定基準については、各都道府県によって若干の違いはありますが、概ね以下のとおりです。

集団指導の選定基準

新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象として実施する。
診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

集団的個別指導の選定基準

保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く）について、1件当たりの平均点数が高い順に選定する。

1件当たりのレセプトが、概ね都道府県平均よりも病院にあっては1.1倍以上、診療所にあっては1.2倍以上の医療機関のうち、上位8%に相当する医療機関。

集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

個別指導の選定基準

支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容または診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等。

個別指導の結果、指導後の措置が「再指導」であった保険医療機関等または「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等。

監査の結果、戒告または注意を受けた保険医療機関等。

集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等。

集団的指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない）。

正当な理由がなく集団的指導を拒否した保険医療機関等。

その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等。

この選定基準を見る限り、診療報酬請求明細書の単価が高い医療機関においては、集団的個別指導の対象機関となるばかりでなく、個別指導の対象にもなることがわかります。正しい医療を展開しているにも関わらず、高水準の医業収入を得ている医療機関は、それだけで注目されてしまうということを十分に理解して対応することが求められます。

(2) 監査の対象先と取り消し処分

監査の目的は、診療報酬上の不正等に関する事実関係の把握にあります。したがって、指導とは異なり、不正請求等に該当する医療機関が対象となります。

基本的には、事前調査における診療報酬明細書がベースとなって、実際に行われている医療行為なのか、その医療行為に関する評価が適切に請求されているのか、実施回数は適切か、あるいは、施設基準に照らして当該要件を満たしているか（人的、施設・設備的、実績等の要件）を中心にチェックしていくこととなります。

2 返還・取り消しとなった医療機関の不正内容

■ 返還・取り消しとなった不正請求の内容

(1) 医療従事者数の水増し

返還金の中で最も多いのが、医療従事者（医師、看護師等）の「水増し」によるものです。「水増し」とは、医師及び看護師等の員数を多く偽り、虚偽の報告を行なって入院基本料等を不正に請求するものです。これには、例えば7対1看護基準に基づき入院基本料を請求していた医療機関が、看護師の退職や休職に伴って7対1配置を維持できなくなり、届出要件を満たさなくなったにも関わらず、変更の届出を行わなかったケースや、最近では看護師の夜勤平均時間が72時間を超えたため、本来は変更して算定しなければならない特別入院基本料にランクダウンしていないなどの事例も報告されています。

要件が充足できていないことを把握しながら、これらの請求を行っている医療機関が大部分なのですが、中には労務管理が徹底されていないことが原因で、保健所から指摘を受けてはじめて要件を満たしていないことに気づく医療機関も相当数存在します。

(2) 診療報酬の不正請求

診療報酬を不正に請求するパターンには、「架空請求」「付増請求」「振替請求」「二重請求」など、さまざま存在します。

最近では、医療費の明細書も詳細に明示されるようになったため、事前に発覚するケースも増えてきています。

架空の患者による不正

実際に受診していない患者を診療したとして診療報酬を不正に請求したものの、その「患者」本人からの問い合わせなどがきっかけで発覚する 경우가ほとんどです。特に保険診療の場合は、定期的に社会保険事務所から医療費の明細（いつ、どの医療機関に受診して、いくらかかったのか）が被保険者に通知されるため、実際には受診していない、あるいは受診日数が水増しされているなどの事実と反する内容は、本人が認識できるようになっています。

また、さらに悪質な医療機関では、職員が受診したように偽装したり、全く行っていない医療行為（手術や検査等）を記録上実施したように見せかけて、不正な内容で請求したりするケースもこれに該当します。

3 院内コンプライアンスの確立による不正防止策

■ コンプライアンスを徹底するための体制作り

(1) レセプトの請求内容や施設基準の要件を的確に把握する

院内コンプライアンスの徹底には、毎月のレセプトの内容をチェックし、不正あるいは不正として誤認されるような内容がないかどうかを管理者自らが確認することが必要です。管理者点検を行うことは、事務員はもちろん、医師に対する啓蒙の意味からも重要なことです。

また、医療法の観点から、有資格者の人員配置状況を常に把握し、維持継続させることも不可欠であり、さらに施設基準についてもその要件をクリアしているかどうかについて、毎月チェックできる仕組みが必要です。

カルテ記載等に関するチェック事項

診療に係る記載が見当たらない

指導料算定の要件であるカルテに指導内容が記載されていない

指導実施の記載に代えてゴム印のみ押印している

カルテに傷病名や傷病開始日、転帰が記載されていない

看護師による記録の代筆が行われ、その内容を医師が確認する仕組みがない

(2) 支払機関や保険者・事務局への協力体制を強化する

支払基金や連合会だけでなく、主な保険者からの問い合わせや、あるいは毎月の返戻・査定について適切に処理するとともに、再審査請求などで先方へ分かりやすい症状詳記を添付するなど、協力する姿勢をアピールすることが肝要です。特に査定の多い保険者については、その状況について直接支払機関や事務局に確認するなどして熱心な医療機関であることを意識させることも重要です。

また、査定が多いだけでなく、毎月同じ項目で査定を受けている医療機関も注意が必要です。何度か繰り返すと事務局から文書で指摘を受けることがあります。そうした事態になる前に当該項目での査定を減らす対策を進める必要があります。医師の協力なしにこの改善はできないため、毎月医師側に情報を提供し、査定減に向けた打ち合わせを毎月行う必要があります。

また、査定を受けても、診療報酬請求上の仕組みを理解していない医療機関もよく見受けられますので、請求事務における全体的なスキルアップを図るうえでも、査定減の打ち合わせが重要な情報共有の場だということができます。

経営データベース ①

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 就業規則

就業規則の周知方法



当院の就業規則は、本院の総務部に置いている以外、特に周知はしていません。ある職員から「総務部にあっても、職員に配布していなければ、労働基準法上の就業規則の周知義務を果たしたことになるのでは」という質問がありました。就業規則の周知方法としては、どのような形がよいのでしょうか？



貴院の施設が1ヵ所しかない場合には、見やすい場所に備え付けられている限り、場所が総務部でも差し支えありません。

しかし、分院など他の施設がある場合には、その分院等施設の職員は就業規則を容易に見ることができませんので、周知していることにはならず、労働基準法違反に該当します。

周知方法については、以下の3つの方法のうち、いずれかによることとされています。

就業規則の周知方法

- (1) 常時各作業場の見やすい場所へ掲示し、または備え付けること。
- (2) 書面を労働者に交付すること。
- (3) 磁気テープ、磁気ディスクその他これらに準ずる物に記録し、かつ、各作業場に労働者が当該記録の内容を常時確認できる機器を設置すること。

総務部に置いてあるのであれば、上記のうち「備え付け」という方法で就業規則の周知義務を果たしているといえます。ただし、総務部がある本院以外に事業場（分院や関連施設など）がある場合には、不十分です。

なぜなら、法令は「常時各作業場の見やすい場所へ掲示し、又は備え付ける」ことを求めており、作業場単位で就業規則を備え付けなければならないこととされているからです。ここでいう作業場とは、職員が働いている事業場を意味します。

したがって、貴院の事業場が本院のみであれば、総務部に備え付けている場合でも、見やすい場所に置かれている限り、周知義務を満たしているといえますが、分院を開設している場合には、本院総務部に備え付けるだけでなく、分院にも備え付けておく必要があります。

経営データベース ②

ジャンル: 労務管理 > サブジャンル: 就業規則



打刻忘れを欠勤とすることは可能か

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、タイムカード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する方法などでも差し支えありません。

つまり、使用者が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法令の定めには違反し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わけです。

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です。

Point ~ 就業規則上の定め可否

使用者
労働時間の把握義務



「タイムレコーダーの
打刻忘れを欠勤とする」
との就業規則上の定めは無効