

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.702 2021.12.14

医療情報ヘッズライン

**新型コロナ検査の価格、引き下げへ
委託PCRは1,800点から700点に**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

**働き方改革を診療報酬で手厚く
地域医療体制確保加算は対象拡大へ**

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2021年12月10日号

**22年度診療報酬改定の基本方針、
次回取りまとめへ**

経営TOPICS

統計調査資料

**介護保険事業状況報告(暫定)
(令和3年6月分)**

経営情報レポート

**制度を活用し働きやすい職場環境を整備する
育児・介護休業法の制度概要と改正内容**

経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:職員との関係

**職員が起こした交通事故の責任
職員に対する貸付の担保**

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

医療情報
ヘッドライン
①

新型コロナ検査の価格、引き下げへ 委託PCRは1,800点から700点に

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、12月8日の中央社会保険医療協議会総会で、新型コロナウイルス感染症の検査の保険収載価格を引き下げる提案し、了承された。PCR検査は委託の場合1,800点、委託以外は1,350点だったのが700点に、抗原検査は現行の600点から定性検査が300点に、定量検査が560点となる。通常、保険収載価格の見直しは診療報酬改定時に行われるため、本来は2022年4月1日からの適用となるが、特例として今年12月31日に前倒しされることとなった。

ただし、PCR（委託）は1,100点と大幅な引き下げとなるため、2022年3月31日まで激変緩和のための経過措置がとられる。

具体的には、2021年12月31日から2022年3月31日まで1,350点に、翌4月1日からは700点となる。委託なしのPCR検査は、2021年12月31日から700点に引き下げられる。

■「自費検査価格に影響」とコロナ対策本部

検査価格の引き下げについては、11月12日に開催された政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の会議に配布された資料で、「保険診療として実施されているPCR検査等について、その価格が自費検査価格に影響を与えているとの指摘もある中で、実勢価格を踏まえて保険収載価格の検証を行い、その結果を踏まえて、年内を目途に必要な見直しを行う」と記されていた。

これは、「誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の環境整備」の項目内に記載されていた。つまり、保険適用のPCR検査が自費検査価格の高止まりに影響しているという判断のもと、早急な見直しを図ろうというわけだ。

確かに、これまで自費でPCR検査を受けようとする経済的な負担は大きかった。発熱などの症状が出た場合、もしくは濃厚接触者と認定された場合は自己負担がないが、仕事で海外に行く場合やイベント参加などの場合は全額自費となってしまう。

保険収載価格（診療報酬点数）は1点10円として計算されるため、検査機関に委託している医療機関でPCR検査を受けると1回18,000円。「誰もが簡易」に利用できる検査とは言い難い。一見、理にかなった施策であり、診療側・支払側双方から特に反対意見は出なかった。

■6割以上の引き下げが

検査体制にどう影響を及ぼすか

一方、「原価」をどこまで考慮したかは疑問が残る。現行価格から6割以上も価格を引き下げて果たして検査体制が維持できるのだろうか。なぜなら、検査機関に委託している場合はそのコストが当然かかるほか、防護服などの医療資材や人件費も必要だからだ。

政府の新型コロナウイルス感染症対策本部の会議から約1か月、試薬メーカーなど供給側企業とは水面下で調整をしてきたであろうと推測されるが、医療機関側と個別に調整できているとは考えにくい。

むしろ、自費検査で収益をあげている医療機関を抑制する動きともとれる。

新規感染者数の急激な減少も、今回の思い切った施策の背景にあることは間違いない。

ただ、診療報酬改定率の決定直前である今、医療費抑制につながるこの施策を急遽挿し込んだことはどんな意味を持つのか。今後の議論の行方にも注目したい。

働き方改革を診療報酬で手厚く 地域医療体制確保加算は対象拡大へ

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、12月8日の中央社会保険医療協議会総会で、救急医療の実績が高い医療機関を評価する「地域医療体制確保加算」（520点、入院初日に限る）の算定対象拡大を提案。現行の施設基準は「救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が年間で2,000件以上」となっているが、件数が少なくとも勤務医の負担が重い産科救急や小児救急、精神科救急医療を実施している医療機関も対象に含める方針だ。

■医療従事者全体の柔軟な働き方を推進へ

「地域医療体制確保加算」は、2020年度の診療報酬改定で新設された。施設基準には「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」の項目もあり、「連続当直を行わない勤務体制」「勤務間インターバルの確保」「予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮」「当直翌日の業務内容に対する配慮」をすることが求められている。

これらは、2024年度から時間外労働の上限規制が実施されることによって本格的にスタートする「医師の働き方改革」を見据えての施策であることは明らか。

もっといえば、適切な労務管理を行うよう厚労省から医療機関に突きつけた通達と受け取ることもできるだろう。

実際、次々期の診療報酬改定が2024年度であることを踏まえれば、来年の次期診療報酬改定で「医師の働き方改革」をカバーできる診療報酬の設計を進めなければならない。

そのため、厚労省は「地域医療体制確保加算」のほかにもいろいろな項目を俎上に載せ

ている。今回、特徴的だったのは「医師事務作業補助体制加算」「病棟薬剤業務実施加算」「特定行為研修修了者の活用」「看護補助者の活用」など、医療従事者に重点を置いた論点提示を行った点だ。

診療報酬の要件になっている会議や研修の実施にあたって、ビデオ会議を活用することを評価する「医療従事者の負担軽減等に対する評価」も要検討としているのも興味深い。

医療機関でどこまで可能なのかは意見の分かれるところだろうが、テレワークや在宅勤務とオフィス出社を組み合わせたハイブリッドワークを取り入れた柔軟な働き方を推進しようとしているのは注目すべきだ。

■診療側は「基本診療料の引き上げ」を主張

一方、政府が給与を月額4,000円引き上げると閣議決定したことで話題を集めた看護職員の処遇に関しては、診療側と支払側で意見が割れた。

診療側委員は、看護職員のみならず医療従事者全体の賃金引き上げが必要だとし、初診料や再診料、入院基本料などの基本診療料を引き上げるべきだと主張。

それに対し、支払側委員は介護職員の「介護職員処遇改善加算」があることを理由に、基本診療料の引き上げは患者の負担増や医療費の膨張につながると反発した。

これまで、評価を手厚くする際は加算の新設や施設基準・要件の見直しで対応する場合が多いため、支払側の主張が通りそうだが、果たしてどうか。今後の動きからも目が離せない。

医療情報①
社保審
医療保険部会

22年度診療報酬改定の基本方針、次回取りまとめへ

厚生労働省は12月1日、社会保障審議会医療保険部会（部会長＝田辺国昭・国立社会保障・人口問題研究所所長）の会合を開き、以下などについて議論した。

- ▼2022年度診療報酬改定の基本方針
- ▼薬剤給付の適正化に向けた取り組み
- ▼21年度補正予算案（保険局関係）の主な事項
- ▼オンライン資格確認等システム

22年度診療報酬改定の基本方針の骨子案では、改定の基本的視点を以下の4つとし、①と②を重点課題と位置付けている。

- ①新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築
- ②安心・安全で質の高い医療の実現のための医師等の働き方改革等の推進
- ③患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
- ④効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

藤井隆太委員（日本商工会議所社会保障専門委員会委員）は、かかりつけ医の機能と評価について、「地域の包括的な医療の担い手として、かかりつけ医が患者の健康に関するアドバイスや予防医療提供の役割を果たすよう期待する。かかりつけ医がセルフメディケーション機能を後押しすることへの評価の方向性で議論していただきたい」と述べた。佐野雅宏委員（健康保険組合連合会副会長）も、基本方針の書きぶりについて、「かかりつけ医機能の評価については、患者目線で見て、納得感のある評価とすることが重要であり、『患者のニーズを踏まえた、かかりつけ医を評価』と文言修正していただきたい」と要望した。安藤伸樹委員（全国健康保険協会理事長）は、「これまで、かかりつけ医の定義やあり方については十分な議論や整理がなされていない」と前置きし、今後の議論の進め方について、「地域医療におけるかかりつけ医のあり方の整理状況を踏まえて評価の方向性を検討すべきではないか」と述べた。

これに対し松原謙二委員（日本医師会副会长）は、「コロナ禍において、かかりつけ医の制度化を求める声があるが、そうした考え方はいかがなものか」と懸念を示し、「かかりつけ医機能にはさまざまなものがあり、これを持っているからかかりつけ医だというものではない。

日頃の診療や検診結果などを踏まえて、患者と医師との信頼関係を構築すること、そして、それができるような体制とすることを考えるべきだ」と主張。「がちがちの制度にするのではなく、1人でも多くの国民にかかりつけ医を持ってもらうのが本来の筋だ」との認識を示した。

基本方針の骨子案自体に対しては特段の異論は出されず、概ね了承した。

●カードリーダー運用施設は7.6%

この日厚労省は、オンライン資格確認等システムの導入状況について報告した。

10月20日に本格運用が始まったが、運用開始1ヶ月となる11月21日時点で、顔認証付きカードリーダーの運用開始施設数が1万7394施設(7.6%)、申込数は12万9410施設(56.5%)、準備完了施設数は2万5967施設(11.3%)となった。施設別の運用開始状況は、最も導入が進む病院で1406施設(17.1%)、薬局では6992施設(11.5%)、歯科診療所4160施設(5.9%)、医科診療所4836施設(5.4%)。

また、10月20日から11月16日までの4週間で、オンライン資格確認等システムを活用したマイナンバーカードによる資格確認が約12万件、保険証による資格確認が約1100万件、一括照会による資格確認が約330万件だった。

医療情報②
中医協
総会

医療安全対策推進の評価で意見分かれる

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝小塩隆士・一橋大学経済研究所教授）は12月3日に総会を開き、個別事項として、以下について議論した。

▼医療技術の評価

▼医療安全対策に係る評価

▼慢性維持透析に係る評価

医療技術の評価では、「医療技術評価分科会の議論を踏まえた医療技術の評価・再評価」が論点となった。

2021年度は、提案書に診療ガイドラインにおける当該医療技術の位置づけの明記や、レジストリの検証結果の報告を学会に求めて対応が図られた。

この現状を踏まえて、城守国斗委員（日本医師会常任理事）は「ガイドラインやレジストリで新規技術の評価と既存技術の再評価という視点は重要。取り組みを進めることに同意したい」と厚労省案に賛同した。

医療安全対策に係る評価では、「レポートの確認不足に対する医療安全対策推進の評価」が論点。島弘志委員（日本病院会副会長）は「画像診断や病理診断で重要な所見がある場合、主治医に連絡して、主治医が患者・家族に説明した内容を診療録に記録した医療機関には、医療安全対策加算で評価する必要がある」と主張。

城守委員は「医師個人、画像診断部門、病理診断部門の個人や部門に医療安全を求めるのではなく、病院全体で取り組むアプローチが正しい。画像診断管理加算や病理診断管理加算の検討ではなく、医療安全対策加算としての評価を考えることが適切」と指摘した。（以降、続く）

週刊医療情報（2021年12月10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。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜粋

介護保険事業状況報告(暫定) (令和3年6月分)

厚生労働省 2021年9月10日公表

概要

1 第1号被保険者数(6月末現在)

第1号被保険者数は、3,583万人となっている。

2 要介護(要支援)認定者数(6月末現在)

要介護(要支援)認定者数は、686.6万人で、うち男性が217.8万人、女性が468.8万人となっている。

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18.8%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4月サービス分、償還給付5月支出決定分)

居宅(介護予防)サービス受給者数は、399.0万人となっている。

(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4月サービス分、償還給付5月支出決定分)

地域密着型(介護予防)サービス受給者数は、86.7万人となっている。

(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4月サービス分、償還給付5月支出決定分)

施設サービス受給者数は95.3万人で、うち「介護老人福祉施設」が55.8万人、「介護老人保健施設」が34.8万人、「介護療養型医療施設」が1.5万人、「介護医療院」が3.5万人となっている。

(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、4施設の合算と合計が一致しない。)

6 保険給付決定状況(現物給付4月サービス分、償還給付5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、8,553億円となっている。

(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4,040億円、地域密着型(介護予防)サービス分は1,369億円、施設サービス分は2,598億円となっている。

(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

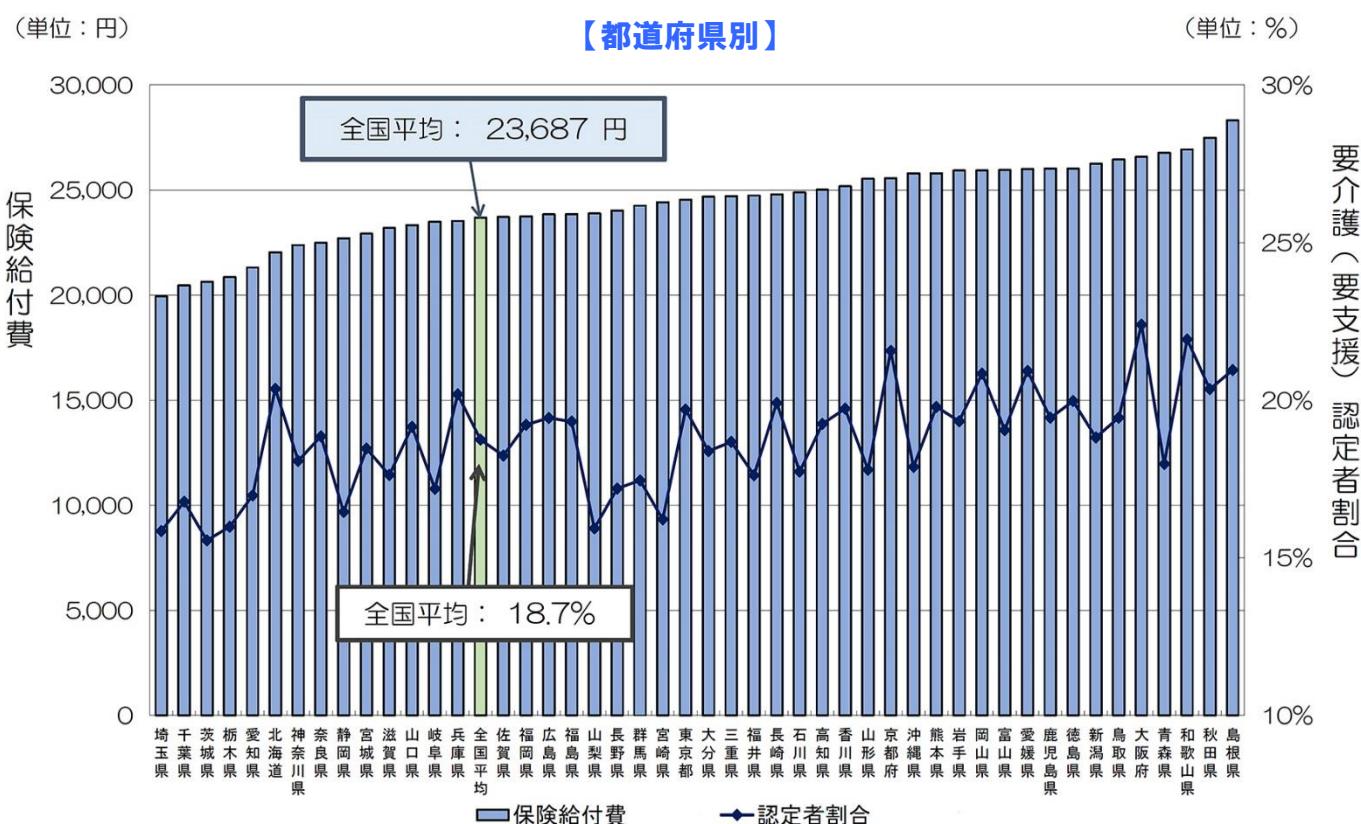
高額介護(介護予防)サービス費は207億円、高額医療合算介護(介護予防)サービス費は70億円となっている。

(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268億円、うち食費分は167億円、居住費(滞在費)分は101億円となっている。

(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



- ※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(各月)、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、令和3年4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、令和3年4月末実績である。

介護保険事業状況報告(暫定)(令和3年6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。



制度を活用し働きやすい職場環境を整備する
**育児・介護休業法の
制度概要と改正内容**

1. 育児・介護休業法における各制度の概要
2. 育児・介護休業法改正の背景と主な改正ポイント
3. 育児・介護に関するハラスメント事例と対応策



■参考資料

【厚生労働省】：令和2年版 厚生労働白書、育児・介護休業法のあらまし、育児・介護休業法の改正について～男性の育児休業取得促進等～、ハラスメントに関する各種パンフレット

1

医業経営情報レポート

育児・介護休業法における各制度の概要

クリニックにおいて、働きながら家庭で子育てや介護を行っている職員は一定数います。仕事と家庭の両立しやすい職場づくりは、クリニックにとっても優秀な人材の確保・育成・定着につながるなどメリットが多く考えられます。育児・介護休業法制度をよく理解しておらず、活用もしていないというクリニックにおいては、制度の理解を深めて、適切に活用していくことで労使双方にメリットが生まれる可能性がありますので、本稿を参考にしていただければと思います。

■ 育児休業・介護休業制度の概要

(1) 育児休業

労働者が原則として1歳に満たない子を養育するための休業制度として創設されました。育児関係の「子」の範囲は、労働者と法律上の親子関係がある子（養子を含む）のほか、特別養子縁組のための試験的な養育期間にある子や養子縁組里親に委託されている子等を含みます。

◆ 現行の育児休業制度の概要

● 対象労働者

- ・労働者（日々雇用を除く）
- ・有期契約労働者は、申出時点において、次の要件を満たすことが必要
 - ①同一の事業主に引き続き雇用された期間が1年以上であること
 - ②子が1歳6か月（2歳までの休業の場合は2歳）を経過する日までに労働契約期間が満了し、更新されないことが明らかでないこと

※労使協定で対象外にできる労働者

- ⇒ • 雇用された期間が1年未満の労働者
 - ・1年（1歳以降の休業の場合は、6か月）以内に雇用関係が終了する労働者
 - ・週の所定労働日数が2日以下の労働者

● 休業期間

- ・原則、子が1歳（保育所等に入所できない等の理由がある場合1歳6か月、それでも保育所等に入所できない等の理由がある場合2歳）に達するまでの連続した期間
- ・父母ともに育児休業を取得する場合は、子が1歳2か月に達する日までの間の1年間、取得可能（パパ・ママ育休プラス）

● 休業回数

- ・子1人につき原則として1回（1歳6か月、2歳までの育児休業は別に取得可能）
- ・子の出生後8週間以内に産後休業をしていない労働者が最初の育児休業を取得し、終了した場合は、特別な事情がなくても再度取得が可能（パパ休暇）

2

医業経営情報レポート

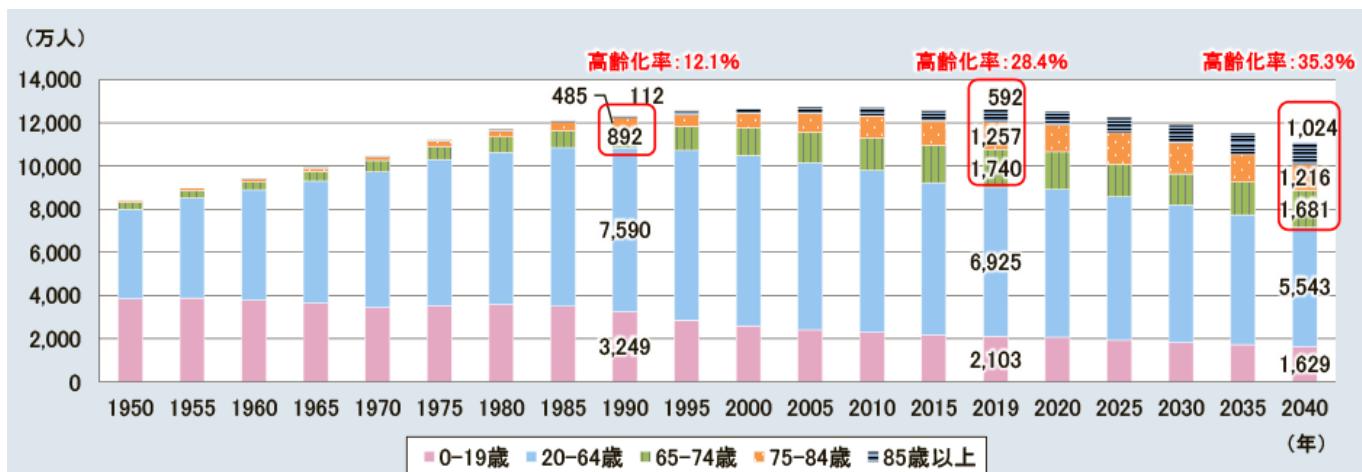
育児・介護休業法改正の背景と主な改正ポイント

■ 育児・介護休業法改正の背景

現在日本では、少子高齢化が進み、働き手が少なくなることが見込まれています。

少子化の急速な進行は、労働力人口の減少、地域社会の活力低下など社会経済に深刻な影響を与え、また、高齢化の進展により、家族介護を要する労働者が増えることが予測されます。

◆ 人口の長期推移



資料：2015年までは総務省統計局「国勢調査」、2019年は総務省統計局「人口推計」による10月1日確定値、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」における出生中位・死亡中位推計。

（出典）令和2年版 厚生労働白書

現状、子どもを生み育て、家庭生活を豊かに過ごしたいと願う人は男女ともに多いにもかかわらず実現しにくい状況です。また、介護を理由に離職するケースもあります。

持続可能で安心できる社会を作るためには、「就労」と「結婚・出産・子育て」、あるいは「就労」と「介護」の「二者択一構造」を解消し、「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）」を実現することが必要不可欠です。こうした中、ワーク・ライフ・バランスの実現に向けて、育児・介護休業法は改正を重ね、少しづつ活用しやすい制度へと変ってきました。

2020年6月からは、育児休業等に関するハラスメントの防止対策が強化され、2021年1月からは、子の看護休暇・介護休暇が時間単位で取得可能になりました。

■ 近年の育児・介護休業法改正のポイント

(1) 育児休業等に関するハラスメントの防止対策の強化(2020年6月1日施行)

職場における妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントについては、育児・介護休業法や男女雇用機会均等法により、雇用管理上の措置を講じることが既に義務付けられています。

今回の法改正により、以下のとおり、ハラスメントの防止対策が強化されました。職場における妊娠、出産、育児休業等に関するハラスメントの概要については、第3章で説明します。

◆育児休業等に関するハラスメントの防止対策の強化 改正内容

●事業主及び労働者の責務

【事業主の責務】

- ・職場における育児休業等に関するハラスメントを行ってはならないこと等、これに起因する問題（以下「ハラスメント問題」という）に対する労働者の関心と理解を深めること
- ・その雇用する労働者が他の労働者（※）に対する言動に必要な注意を払うよう研修を実施する等、必要な配慮を行うこと
- ・事業主自身（法人の場合はその役員）がハラスメント問題に関する関心と理解を深め、労働者（※）に対する言動に必要な注意を払うこと

【労働者の責務】

- ・ハラスメント問題に関する関心と理解を深め、他の労働者（※）に対する言動に注意を払うこと
- ・事業主の講ずる雇用管理上の措置に協力すること
(※) 取引先等の他の事業主が雇用する労働者や、求職者も含む

●事業主に相談等をした労働者に対する不利益取扱いの禁止

事業主は、労働者がハラスメントについての相談を行ったことや雇用管理上の措置に協力して事実を述べたことを理由とする解雇、その他不利益な取扱いをすることを法律上禁止する

この中で特に気を付けなければならないことは、雇用している職員が他の職員等にハラスメント行為を行った場合、事業主は責任を問われる可能性があるという点です。例えば、ハラスメントに関する十分な周知徹底・措置がなされていない状況下で、院長が知らないところで職員間にハラスメント行為があった際には、院長（事業主）が責任を問われることになります。

こうしたことを未然に防ぐためにも、ハラスメントに関する理解を深めることが労使共にとっても重要です。また、育児・介護休業法改正と同時に、職場におけるパワーハラスメント・セクシュアルハラスメント防止対策についても、労働施策総合推進法及び男女雇用機会均等法の改正で明文化されています。

(2)子の看護休暇・介護休暇が時間単位で取得可能に(2021年1月1日施行)

2021年1月1日以降、子の看護休暇・介護休暇が時間単位で取得することが可能になりました。具体的な変更点については下記のとおりです。

◆子の看護休暇・介護休暇に関する改正内容

2020年12月31日まで	2021年1月1日以降
<ul style="list-style-type: none">・半日単位での取得が可能・1日の所定労働時間が4時間以下の労働者は取得できない	<ul style="list-style-type: none">・時間単位での取得が可能・全ての労働者が取得できる

3

医業経営情報レポート

育児・介護に関するハラスメント事例と対応策

■ 妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントの実態

職場における妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントとは、「職場」において行われる上司・同僚からの言動（妊娠・出産したこと、育児休業等の利用に関する言動）により、妊娠・出産した「女性労働者」や育児休業等を申出・取得した「男女労働者」の就業環境が害されることです。妊娠の状態や育児休業制度等の利用等と嫌がらせとなる行為の間に因果関係があるものがハラスメントに該当します。クリニックにおいても、他業種に比べ女性職員の割合が多いことから、特に注意が必要となる部分です。

なお、業務分担や安全配慮等の観点から、客観的にみて、業務上の必要性に基づく言動によるものはハラスメントには該当しません。

「職場における妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント」には「制度等※の利用への嫌がらせ型」と「状態への嫌がらせ型」があります。

※制度等とは、産前休業その他の妊娠または出産に関する制度または措置、育児休業、介護休業等の制度または措置のこと

◆制度等の利用への嫌がらせ型の例

●解雇その他不利益な取扱いを示唆するもの

- ・産前休業の取得を上司に相談したところ、「休みを取るなら辞めてもらう」と言われた。
- ・時間外労働の免除について上司に相談したところ、「次の査定の際は昇進しないと思え」と言われた。

●制度等の利用の請求等または制度等の利用を阻害するもの

- ・育児休業の取得について上司に相談したところ、「男のくせに育児休業を取るなんてあり得ない」と言われ、取得をあきらめざるを得ない状況になっている。
- ・介護休業について請求する旨を周囲に伝えたところ、同僚から「自分なら請求しない。あなたもそうすべき」と言われた。「でも自分は請求したい」と再度伝えたが、再度同様の発言をされ、取得をあきらめざるを得ない状況になっている。

●制度等を利用したことにより嫌がらせ等をするもの

- ・上司、同僚が「所定外労働の制限をしている人には重要な仕事はさせられない」と繰り返しまたは継続的に言い、専ら雑務のみさせられる状況となっており、就業する上で看過できない程度の支障が生じている（意に反することを明示した場合に、さらに行われる言動も含む）。
- ・上司、同僚が「自分だけ短時間勤務をしているなんて周りを考えていない。迷惑だ。」と繰り返しまたは継続的に言い、就業をする上で看過できない程度の支障が生じている（意に反することを明示した場合に、さらに行われる言動も含む）。

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。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:職員との関係

職員が起こした交通事故の責任

職員が交通事故を起こしました。このような場合、当院にはどのような責任が生じるのでしょうか。

職員の交通事故について、医療機関が責任を負う場合は、下記の2つです。

- ①民法第715条の使用者責任
- ②自動車損害賠償保障法3条の運行共用者責任

医療機関がこれらの責任を負う場合について、下記各事案で解説します。

(1) 職員が当院所有車両で交通事故を起こした場合

職員が医療機関の所有車両で事故を起こした場合には、職員と共に医療機関がその責任を負います。業務中だけでなく、職員が無断で私用に使用した場合にも、医療機関に民法第715条による使用者責任、および自動車損害賠償保障法による運行供用者責任が認められます。当該車両の保管・管理状況によっては、医療機関は免責される場合もありますが（私用目的厳禁を通達していた場合など）、実務的にも、職員が起こした交通事故には当然に医療機関が責任を負うという傾向がみられます。

業務上であるか否かについては、本来の業務を遂行している過程で生じた場合のほか、業務に付随した行為をしている場合も該当するとされます。例えば、業務中の飲食・用便、器具整理などの後片付け、突発事故に対する救援等の緊急行為が含まれます。

(2) 職員所有の車両で通勤中に交通事故を起こした場合

通勤時における交通事故については、職員の職務執行行為の範囲に含まれるため、①の民法第715条により、使用者である医療機関が被害者に対して損害賠償責任を負うことになります。職員が医療機関への通勤にのみ使用していた自家用車が通勤途上で事故を起こしても、医療機関が運行供用者責任を負うことはありません（東京高判昭45.2.5、東京地判昭47.7.19）。しかし、医療機関が職員の自家用車を継続的に業務に使用し、燃料費、修理費などの費用も負担していた場合などは、「通勤」は業務使用の前提となる自家用車の「医療機関への持ち込み・持ち帰り」となるので、通勤途上においても医療機関の運行支配は及ぶため、運行供用者責任を負うことになります。

民法第715条の使用者責任を問うためには、職員に故意・過失があることを要しますが、自賠法第3条では、運転者の故意・過失は損害賠償の積極的要件とされておらず、保有者が運転者の無過失を立証すれば免責されます。自賠法3条による責任は、民法第715条より厳格になっています。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:職員との関係

職員に対する貸付の担保

職員に対する貸付制度で、退職金を担保にすることを検討しています。何か注意する点はありますか。

■医療機関の貸付制度

金銭の貸付けは、資金業の登録をする必要がありますが、医療機関が職員へ貸付ける場合は登録の必要はありません。

職員への貸付の目的は福利厚生的なものですが、貸付利息が市中金利より著しく低い場合、又は無利息の場合には、税法上の問題として職員に対する給与扱いとなり、税金が課税される可能性もあります。

■退職金との相殺

労働基準法第 24 条は、「賃金は、その全額を支払わなければならない」として、全額払いの原則を示しています。この賃金には退職金も含まれると解されるため、退職金から控除して支払うことは原則禁止です。

しかし、所得税など法令に基づくもの、また労使協定で定める項目については控除できます。したがって、まず貸付金の残額を退職金から控除する趣旨の協定を結ぶ必要があります。

また、労働基準法第 24 条は、「控除して支払うことができる」とだけしており、控除限度額は設けていません。なので「控除される金額が賃金額の一部である限り、控除額についての限度はない」とされています。

ところが、民事執行法第 152 条は、毎月の賃金や賞与については、その額の 4 分の 3 に相当する部分（その額が政令で定める額）、また退職金については 4 分の 3 に相当する部分について、それぞれ差し押さえを禁じています。

さらに、民法第 510 条は「債権が差し押さえを禁じたものであるときは、その債務者は、相殺をもって債権者に対抗することができない」としています。この場合、債権は賃金であり、債務者は使用者、債権者は労働者なので、使用者は労働者に対し相殺することはできません。

しかし、一方的な意思表示でなく、両者合意の下に契約して差し引き計算することは、上記の「相殺」に該当しないことになります。

このように民法上で禁止している趣旨は、債権者の意思に反する債権の消滅を禁ずるものであり、債権者自ら契約によって相殺することを妨げるものではありません。以上から、労使協定に「貸付金の残額を退職金から控除する」旨の項目があり、かつ、「当事者と契約」を結んで相殺すれば、支払額の 4 分の 1 を超えて控除しても差し支えないものと解されます。