

週刊WEB

医業経営

MAGA
ZINE

Vol.601 2019.12.3

医療情報ヘッドライン

「夜勤職員配置加算」の強化を要求
ICTや介護ロボット
導入を促進

▶経済財政諮問会議

自己負担「2割」対象者見直し等
介護保険制度の大幅な見直し案提示

▶厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会

週刊 医療情報

2019年11月29日号

訪問看護の複数名訪問加算など、
同一建物の考え方導入へ

経営 TOPICS

統計調査資料
病院報告

(令和元年5月末概数)

経営情報レポート

在宅医療需要拡大に対応する
在宅医療参入促進策の概要

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

「夜勤職員配置加算」の強化を要求 ICTや介護ロボット導入を促進

経済財政諮問会議

10月28日の経済財政諮問会議において、民間議員は「夜勤職員配置加算」について、配置基準の見直しや加算の強化を求めた。

ICTや介護ロボットの導入を促進させるうえで、見守り機器の導入を加速させたいとのねらいがある。また、厚労省が定めた標準仕様に対応した介護ソフトの導入支援も大胆に拡充すべきと提言した。

■2018年に見守り機器を導入した事業所は3%未満

これは、介護現場の生産性を向上させたいとの文脈での提言で、「夜勤職員配置加算」は2018年度改定以前、夜勤の人数が最低基準よりも1人以上多いことが算定要件だった。

それが、2018年度改定では「見守り機器」要件が追加され、特別養護老人ホーム（特養）および短期入所生活介護（ショートステイ）において、入所者数の15%以上に見守りセンサーを設置し、センサーの安全有効活用を目的にした委員会の設置と検討会の実施がある場合は、最低基準を0.9人上回っていれば算定できるようになった。つまり、1割の省人化が可能となるため、人件費を抑えられるほか、夜勤シフトを減らすことにもつながることになる。

一方で、公益財団法人介護労働安定センターによる「平成30年度介護労働実態調査」によれば、2018年に見守り機器を導入した事業所は3%未満で、「夜勤職員配置加算」の

要件緩和が効果を発揮したとは言い難い。

介護現場の人手不足は極めて深刻であり、この日の会議でも民間議員が「ある調査では、特別養護老人ホームの73%が人手不足に陥っており、ベッドが空いているにもかかわらず人手不足で受け入れを制限する施設もある状況で、特に、首都圏を中心としてこうしたことが起こっていると聞いている」と発言しており、「夜勤職員配置加算」を強化するのみならず、「介護の人手不足に関しては、やはりもう一度、しっかりと対策を講じる必要がある」とした。

■どのように支援策を構築していくのか、今後の厚生労働省の舵取りに注目

具体策として民間議員が提示したのは、ICTの活用である。「要介護者にウェアラブル端末を付けてもらい、脈拍、血圧等の常時把握や危険状態を感知し、それを職員のスマホと連動させる」、「AIを活用したケアプランやシフト表の作成」などを挙げ、現場の生産性向上対策を早く実装段階とし、広く横展開すべきだとしている。しかし、こうしたICT活用にはどうしても初期費用がかかる。介護ソフトの導入促進でも提言しているように、財政的な支援をそれこそ「大胆に」拡充する必要がある。社会保障に充てるとした消費税増税分の具体的な運用を含め、どのように支援策を構築していくのか、今後の厚生労働省の舵取りが注目される。

医療情報
ヘッドライン
②

自己負担「2割」対象者見直し等 介護保険制度の大幅な見直し案提示

厚生労働省 社会保障審議会介護保険部会

厚生労働省は 10 月 28 日の社会保障審議会介護保険部会で、介護保険制度の大幅な見直し案を提示した。財務省が提言している自己負担割合の引き上げや高額介護サービス費の上限引き上げ、被保険者・受給者の範囲見直しなど、7つの項目を挙げている。

厚労省は「制度の持続可能性の確保」のためとしており、来年で創設から 20 年目を迎える介護保険制度は、大きな曲がり角を迎えたといえよう。

■厚労省が見直し案として挙げた 7 項目

- (1)被保険者・受給者範囲
- (2)補足給付に関する給付のあり方
- (3)多床室の室料負担
- (4)ケアマネジメントに関する給付のあり方
- (5)軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方
- (6)高額介護サービス費
- (7)「現役並み所得」、「一定以上所得」の判断基準

(1)の「被保険者・受給者範囲」は、現在保険料の支払いが 40 歳以上、介護保険サービスが受けられる対象者が原則 65 歳以上となっている範囲を見直すというもので、生産年齢人口が今後減少し、高齢者が増加することを踏まえ、保険料の支払いを開始する年齢を引き下げ、介護保険サービスを受けられる対象年齢を引き上げるというものである。(2)の「補足給付に関する給付のあり方」の補足給付とは、低所得者が介護施設を利用する場

合に給付する居住費や食費であり、この対象者について、年金給付水準や貯蓄状況を踏まえたうえで現在よりも狭めようとしている。

■ (4) はケアマネジメント料を自己負担に
転換するもので、財務省も以前から提言

(3)の「多床室の室料負担」の多床室とは、特別養護老人ホームなどの相部屋」のことであり、現在は保険給付で賄われているが、自己負担にすべきかどうかを検討したいとしている。ただし、生活の場としてのみならず、医療サービスや在宅支援も提供する場であることから反対意見も根強い。(4)の「ケアマネジメントに関する給付のあり方」は、ケアマネジメント料を自己負担にしようというもので、財務省も以前から提言している。

質の高いケアマネジメントを実現するという観点でも議論が進められているが、単身世帯の増加や年金水準の低下が懸念される中、反発も多い。また、現在保険給付としているのは、ケアマネジメントの利用機会を確保するとの意味合いもあり、結論が出ない状態が続いている。現状の介護報酬の設計では、自己負担化しても居宅介護支援事業所へ還元されとは限らないため、見直しの議論は加算の新設も含めたものになる見込みである。

(5)の「軽度者への生活援助サービス等に関する給付のあり方」は、要介護 1・2 を対象とした生活援助サービスを市町村の事業へと移行するかどうか焦点となる。

医療情報①
中医協
総会

訪問看護の複数名訪問加算など、 同一建物の考え方導入へ

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は11月20日に総会を開き、訪問看護の提供体制について議論した。

この日は以下の3点がテーマとなった。

- ▼機能強化型訪問看護ステーション
- ▼同一建物居住者に対する訪問看護
- ▼理学療法士等による訪問看護

厚生労働省は、機能強化型訪問看護ステーションの現状について、理学療法士等職員の割合が4割以上のステーションが約1割あり、さらに理学療法士等職員の割合や理学療法士などによる訪問回数の割合が8割以上のステーションも存在すると報告。理学療法士等職員の割合が40%以上の機能強化型訪問看護ステーションは、40%未満のステーションに比べて、職員1人あたりの重症者受入れ数やターミナルケア実施数が少ないとする調査結果も示した。これらを踏まえ厚労省は、機能強化型訪問看護管理療養費について、以下の3点を論点として示した。

- ▼より手厚い看護提供体制を評価する観点から、機能強化型訪問看護管理療養費の要件に、看護職員の割合を加えてはどうか
- ▼医療従事者の働き方の観点から、一部の職員については常勤換算によって満たせることにしてはどうか
- ▼医療機関における在宅患者訪問看護・指導について、実績要件を加味した評価のあり方をどのように考えるか

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は「理学療法士割合の多いステーションは機能強化型訪問看護管理療養費の成果が不十分だ。論点に示された通りに、機能強化型訪問看護管理療養費の要件に看護職員の割合を加えることや点数の設定を検討すべきだ」と主張、さらに「医療機関における在宅患者訪問看護・指導について、機能強化型訪問看護管理療養費と同様の実績要件を加味した評価にすべきだ」と述べた。実績要件を加味することについては、幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）も賛同した。幸野委員は、医師による指示の強化にも触れ「訪問看護を適正化するには、医師が、誰が訪問するのか、どのぐらいの頻度で訪問するかを指示することが必要だが、現状ではいずれも訪問看護ステーションに委ねられていることが一番の問題だ。医師が訪問者と訪問頻度を規定して指示書に記載すべきだ」と主張した。（以下、続く）

専門看護師の同行訪問と 精神科訪問看護の評価を議論

11月20日の中医協総会では、訪問看護における利用者ニーズへの対応および関係機関との連携もテーマとなった。利用者ニーズへの対応では、以下のような論点が示された。

- ①専門性の高い看護師による同行訪問の対象に、皮膚障害以外の適切な看護ケアが必要なストーマ合併症を含めてはどうか
- ②精神科訪問看護について、GAF（機能の全体的評定）尺度による評価を訪問看護記録書、訪問看護報告書、訪問看護療養費明細書に記載することとしてはどうか
- ③在宅における特定行為の実施で支給する医療材料について、必要なものについて算定可能にすることを検討してはどうか

幸野庄司委員（健康保険組合連合会理事）は「3つの論点とも異論がない」と同意したが、吉森俊和委員（全国健康保険協会理事）は、訪問看護指示書への記載について「記載だけでなくデータを集積して実態を評価することが大事で、将来は要件化することを前提として取り組むべきだ」と主張した。

松本吉郎委員（日本医師会常任理事）は、論点①について同意した。②については「精神科訪問看護療養費の算定回数が増えているのは病院からの訪問看護ではなく、ステーションからの訪問看護なので、GAF尺度を導入してもよいのではないか」とし、③に関しては「特定行為に医療材料の価格基準が対応できなくなっているため、対応を進めてほしい」とした。

看護の立場から吉川久美子専門委員（日本看護協会常任理事）が「専門看護師の同行訪問の評価を検討してほしい」と要望した。

■訪問看護の情報提供先に保育所と幼稚園

この日は、訪問看護における市町村や学校など関係機関への情報提供と介護保険サービスとの連携についても議論された。論点として「保育所と幼稚園も情報提供先に含めてはどうか」が示された。

松本委員は、「医療的ケア児や小児に係る情報提供は大事なので、保育所や幼稚園への情報提供を進めてほしい」と同意した。今村聡委員（日本医師会副会長）は、市町村への情報提供で算定される訪問看護情報提供療養費1について「情報提供の仕組みを市町村はどれだけ意識しているのか。情報提供を受ける側の意識が低いと仕組みが普及しないので、意識を持つように働きかけてほしい」と訴えた。（以下、続く）

週刊医療情報（2019年11月29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。

病院報告

(令和元年5月末概数)

厚生労働省 2019年9月2日公表

1 1日平均患者数（各月間）

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	令和元年5月	平成31年4月	平成31年3月	令和元年5月	平成31年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 221 607	1 236 059	1 248 746	△ 14 452	△ 12 687
精神病床	280 935	280 864	281 647	71	△ 783
結核病床	1 453	1 476	1 503	△ 23	△ 27
療養病床	270 747	272 973	276 169	△ 2 226	△ 3 196
一般病床	668 404	680 680	689 358	△ 12 276	△ 8 678
(再掲)介護療養病床	30 748	31 050	33 604	△ 302	△ 2 554
外来患者数	1 272 991	1 347 327	1 314 613	△ 74 336	32 714
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 219	4 257	4 323	△ 38	△ 66
(再掲)介護療養病床	1 588	1 578	1 619	10	△ 41

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。 注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。 注3) 平成30年7月分、7月分については、平成30年7月豪雨の影響により広島県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている（以下同）。

2 月末病床利用率（各月末）

	月末病床利用率（％）			対前月増減	
	令和元年5月	平成31年4月	平成31年3月	令和元年5月	平成31年4月
病院					
総数	78.8	76.3	77.4	2.5	△ 1.1
精神病床	85.7	85.5	85.1	0.2	0.4
結核病床	33.2	33.1	31.1	0.1	2.0
療養病床	87.0	87.2	86.9	△ 0.2	0.3
一般病床	73.7	69.5	71.7	4.2	△ 2.2
介護療養病床	89.7	90.2	89.5	△ 0.5	0.7
診療所					
療養病床	53.5	53.5	52.9	△ 0.0	0.6
介護療養病床	69.9	69.7	70.2	0.2	△ 0.5

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数（各月間）

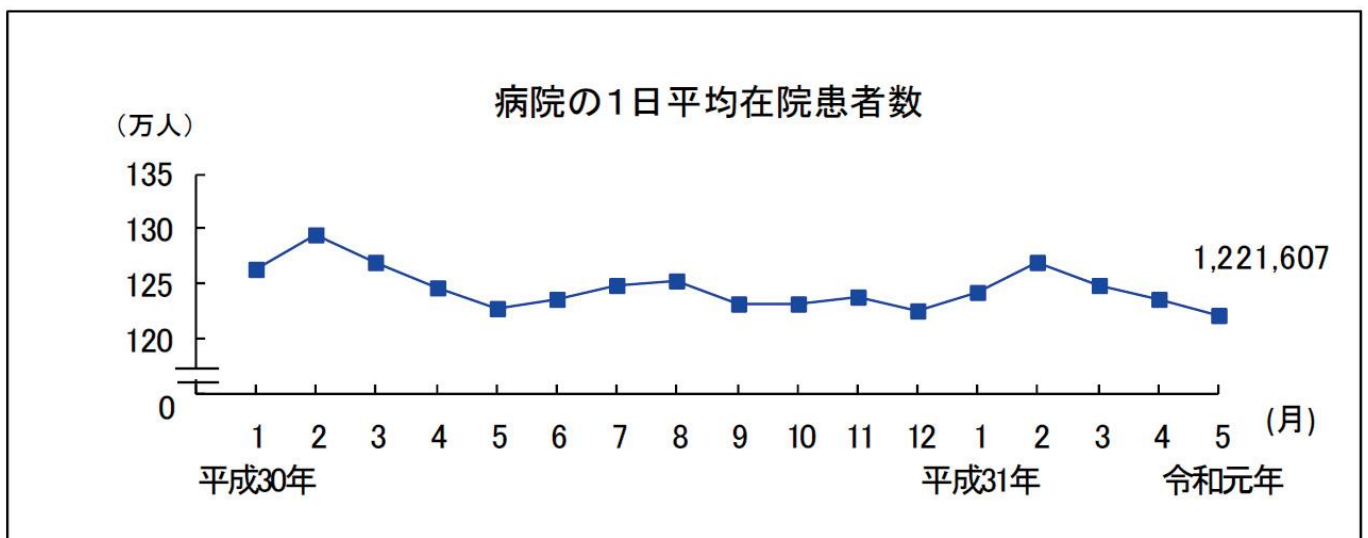
	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	令和元年5月	平成31年4月	平成31年3月	令和元年5月	平成31年4月
病院					
総数	28.3	26.9	27.9	1.4	△ 1.0
精神病床	265.6	259.1	263.5	6.5	△ 4.4
結核病床	69.3	60.4	64.7	8.9	△ 4.3
療養病床	140.1	131.9	137.3	8.2	△ 5.4
一般病床	16.5	15.8	16.4	0.7	△ 0.6
介護療養病床	326.0	285.3	271.4	40.7	13.9
診療所					
療養病床	104.3	101.8	96.7	2.5	5.1
介護療養病床	147.9	152.7	141.4	△ 4.8	11.3

注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

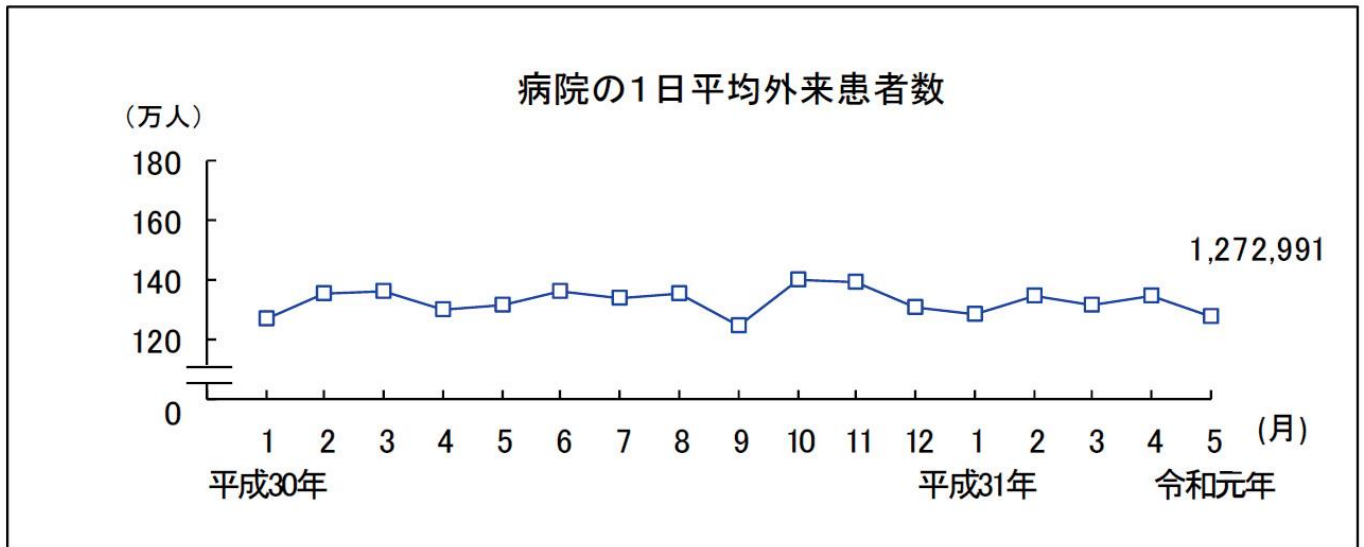
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

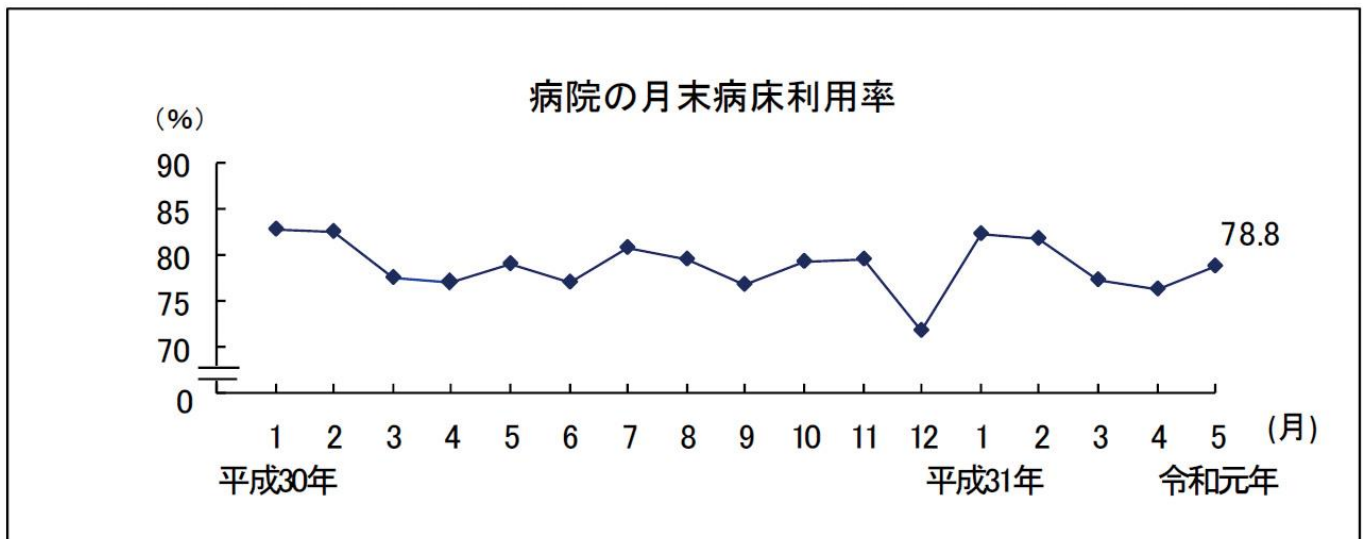
◆病院:1日平均在院患者数の推移



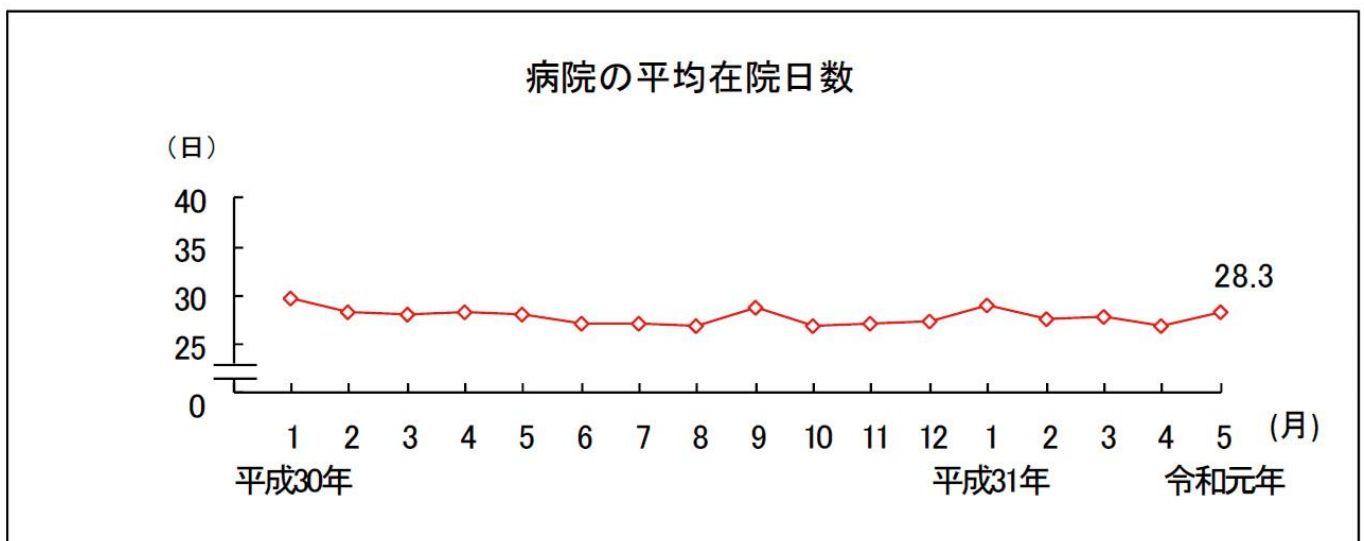
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和元年5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。



在宅医療需要拡大に対応する 在宅医療参入 促進策の概要

- 1.在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少
- 2.在宅医療参入促進のインセンティブ
- 3.医療連携体制の強化と看取りの充実
- 4.オンライン診療と在宅医療需要への対応



参考文献

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」「主な施設基準の届出状況等」「平成 30 年度診療報酬改定について」「社会保障審議会医療部会 平成 30 年度診療報酬改定の概要」「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」、「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」
経済産業省「将来の地域医療における保険者と企業の在り方に関する研究会報告書」
日経ヘルスケア 2018 年 9 月号

1

医業経営情報レポート

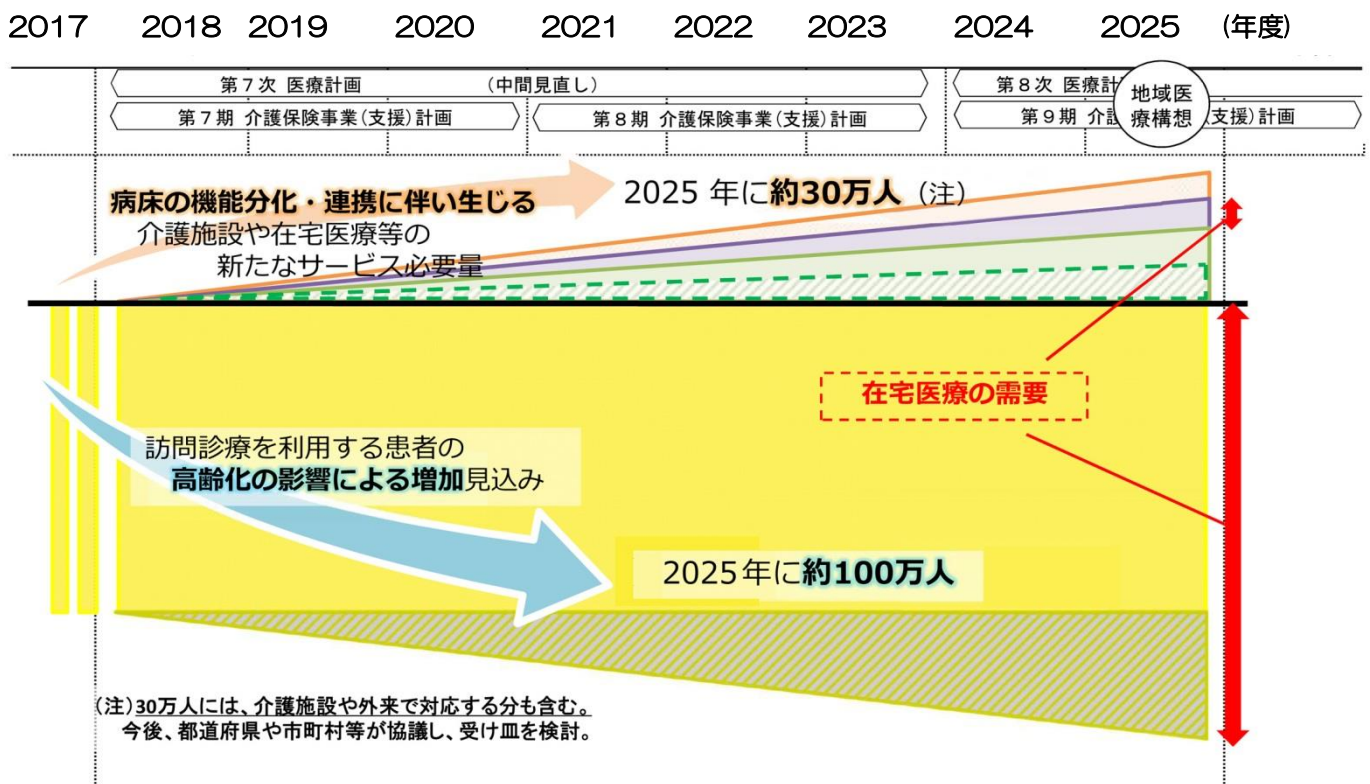
在宅医療需要の拡大と外来医療需要の減少

■ 在宅医療の需要拡大

(1) 在宅医療需要拡大の見込み

厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」で公開された資料によると、継続する高齢化の進展のほか、療養病床の医療区分1の入院患者の70%、および医療資源投入量の低い入院患者等を介護施設や在宅医療等に移行させることにより、在宅医療の需要は大幅に増える見込みとなっています。

◆在宅医療の需要拡大の見込み



(出典) 厚生労働省 第11回 医療計画の見直し等に関する検討会 資料1

(2) 整備が進まない在宅医療提供体制

24時間対応の在宅医療を提供する医療機関(在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院)の数は、在宅療養支援診療所は横ばい、また在宅療養支援病院については微増していますが、在宅医療を担う医療機関は訪問診療の需要の伸びと比較すると増えていないのが現状です。

政府は、今後需要の拡大が予想される在宅医療に対し、診療報酬の評価を引き上げています。

2

医業経営情報レポート

在宅医療参入促進のインセンティブ

■ 質の高い在宅医療の確保に向けた取り組み

政府としては、在宅医療のニーズの増大に備えて診療報酬の見直しを行い、在宅医療の報酬を高くしてその担い手を増やす方針を明らかにしています。

今次改定では、外来医療や入院医療において、在宅医療の提供実績を要件とした報酬が設定されたことが重要なポイントのひとつとなりました。

◆ 質の高い在宅医療の確保のための診療報酬改定

【在宅医療の提供体制の確保】

在宅医療の提供体制では、在支診以外の医療機関の訪問診療（裾野の拡大）が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、24 時間体制の確保が負担

【在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応】

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、在宅医療ニーズは多様化・高度化



● 複数の医療機関の連携による 24 時間体制の確保

在支診以外の診療所が、他の医療機関との連携等により 24 時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

● 2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受けた他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

● 患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

● 在支診以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在支診以外の医療機関が月 1 回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

● 末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算（緊急往診加算）の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

● ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

（出典）厚生労働省 第 61 回社会保障審議会医療部会 平成 30 年度診療報酬改定の概要

3

医業経営情報レポート

医療連携体制の強化と看取りの充実

■ 専門外の診療を他医療機関がサポート

(1) 医療機関連携を報酬上で評価

平成30年度診療報酬改定における在宅医療では、在宅患者訪問診療料の見直しが行われ、今までの「1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療」（1訪問診療1医療機関の原則）体制から、依頼を受けて他医療機関が訪問診療を行う場合も算定が可能となり、複数医師の連携による在宅医療が可能となりました。

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

在宅患者訪問診療料(Ⅰ) (1日につき)

1 在宅患者訪問診療料 1

イ) 同一建物居住者以外の場合	833 点
ロ) 同一建物居住者の場合	203 点

2 在宅患者訪問診療料 2

イ) 同一建物居住者以外の場合	830 点	⇒ 新設
ロ) 同一建物居住者の場合	178 点	⇒ 新設

◆在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の2の主な算定要件

在宅時医学総合管理料、入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下：在宅時医学総合管理料等）の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合に、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定できる。

※有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、在宅時医学総合管理料等の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する（144点）。

(2) 医療機関連携の強化

平成30年度改定では、一人の患者を異なる専門分野の医療機関が連携する体制への評価が導入されました。例えば、内科で受診していた患者に皮膚疾患や精神疾患などで専門的な治療や処置が必要となった際に依頼し、複数の意思で連携した診療を継続することが検討されます。

4

医業経営情報レポート

オンライン診療と在宅医療需要への対応

■ オンライン診療の実用化へ

今次改定においては、オンライン診療が診療報酬として算定できるようになりました。

オンライン診療とは、「遠隔医療のうち医師と患者間において、情報通信機器を通して患者の診察及び診断を行い、診断結果を伝達する等の診療行為をリアルタイムで行う行為」です。具体的には、離島など医療過疎地における診療のほか、患者は自宅のスマートフォンのビデオ通話機能等を使って医師が患者に行う診療などの例が挙げられます。

一定の要件を満たす場合、在宅医療に関しては、オンライン診療料とオンライン在宅管理料が算定可能です。

また、在宅時医学総合管理料の見直しにより、状態の安定した患者についての訪問は月2回から1回となるように評価で誘導しており、オンライン診療の活用によって、こうした診療を補うことを想定しています。

◆ オンライン診療料

● オンライン診療料：70点（1月につき）●

【主な算定要件】

- オンライン診療料が算定可能な患者に対して、リアルタイムでのコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いてオンラインによる診察を行った場合に算定。ただし、連続する3月は算定できない。
- 対象となる管理料等を初めて算定してから6月の間は毎月同一の医師により対面診療を行っている場合に限り算定する。ただし当該管理料等を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に6回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。
- 患者の同意を得た上で、対面による診療（対面診療の間隔は3月以内）とオンラインによる診察を組み合わせた療養計画を作成し、当該計画に基づき診察を行う。
- オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

【施設基準】

- 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
- オンライン診療料の算定患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。（ただし、小児科療養指導料、てんかん指導料又は難病外来指導管理料の対象患者は除く。）
- 1月あたりの再診料等（電話等による再診は除く）及びオンライン診療料の算定回数に占めるオンライン診療料の割合が1割以下。

【オンライン診療料が算定可能な患者】

以下に掲げる管理料等を算定している初診以外の患者で、かつ当該管理料等を初めて算定した月から6月以上を経過した患者。

- | | | |
|----------------|----------------|------------|
| ・ 特定疾患療養管理料 | ・ 地域包括診療料 | ・ 小児科療養指導料 |
| ・ 認知症地域包括診療料 | ・ てんかん指導料 | ・ 生活習慣病管理料 |
| ・ 難病外来指導管理料 | ・ 在宅時医学総合管理料 | |
| ・ 糖尿病透析予防指導管理料 | ・ 精神科在宅患者支援管理料 | |

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。

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（私用目的厳禁を通知していた場合など）、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。何か注意する点がありますか。

■医療機関の貸付制度

金銭の貸付けは、貸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。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があります。

■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。したがって、「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、現在21万円を超えるときは当該額）、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。

■医療機関としての責任

医療機関としては貸付時に十分な説明、理解を得ることが必要で、退職金との相殺に関して労働者との意思確認書等を作成し、その労働者の署名・捺印を得ておくことが必要です。