

隔
週
刊

医業経営 WEBマガジン

1 医業経営情報レポート

要約版: ストレスマネジメントから始める 医療スタッフのメンタルヘルス対策

2 医業経営 TOPICS

業界ニュース・法制関連

第7回医療機関の未収金問題に関する検討会報告書(案)

3 医業経営ネットセミナー

ジャンル: 経営戦略

医療訴訟に見るコミュニケーションの重要性

4 医業経営 Q & A

ジャンル: 医業経営 サブジャンル: 保険活用

損害保険の種類と保険金額

長期平準定期保険

ストレスマネジメントから始める 医療スタッフのメンタルヘルス対策

要約版

ポイント

医療従事者のメンタルヘルス対策の必要性

メンタルヘルス不全の予防と先進事例にみる対策

仕事負担度の測定とチェックリスト

医療従事者のメンタルヘルス対策の必要性

労働環境が生んだ精神科疾患の増加

近年増加している労働者の心身にかかわる健康障害は、医療機関に従事する職員でも例外ではありません。平成 18 年には、医療従事者の 5 % がうつや不安障害の傾向にあるといわれています（財団法人社会経済生産性本部メンタル・ヘルス研究所調査結果より）。

平成 12 年に自殺者が 3 万人を超えて以来、過重労働・メンタルヘルス不全などによる精神科疾患の増加は、社会問題として対策が進められています。既に「自殺防止対策基本法」が制定されており、また今次診療報酬改定において「心の問題への対応」がポイントのひとつに挙げられていることから、その重要性が理解できます。職場における労働者の安全と健康の確保に対する取り組みは、医療従事者の労働環境においても早急に体制整備が求められているといえるでしょう。それは、小規模組織である診療所であっても例外ではありません。

医療従事者は潜在的に有病率が高い

医療機関に従事する職員にも、近年うつ病罹患率が増加しており、これは医療現場の労働環境が悪化していることが要因のひとつとして挙げられています。

しかし医療従事者は、実は潜在的に精神科疾患の予備軍が多いことも指摘されています。日々の業務では過度の緊張にさらされ、生命と健康を背負う大きな責任の下で業務を遂行するために、自覚症状を持たないまま発症するケースも少なくありません。

特に、日常では患者に対して早期発見の重要性や予防の心がけを訴えている医療従事者自身は、自分のことはないがしろにしてしまいがちですから、管理者が日常から職員の様子に気を配る必要があるでしょう。

医療現場の環境悪化要因として挙げられる項目

人 員 不 足

作 成 書 類 の 増 加

効率性を求める診療報酬体系

患者からのクレーム・苦情の増加

患者ニーズに対応する労働時間の延長



本来は構造的に根本的解決を図ることが**急務**であり、**最大の目標**
中期的に取り組むことが必要で、直ちに劇的な効果は期待できない
現場の職員自身が自分たちの健康を守るために精神科疾患の原因を予防する

メンタルヘルス不全の予防と先進事例にみる対策

「4つのケア」を推進する事業者の役割

平成 18 年 4 月 1 日施行の改正労働安全衛生法においては、過重労働・メンタルヘルス対策としての医師による面接指導制度の導入、事業者による自主的な安全衛生活動促進のための危険性・有害性の調査努力義務化などが定められました。これは、厚生労働省がとりまとめた「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針（平成 12 年）」を受けて具体化された事項が示されたものです。

この指針における基本的な考え方で重要なのは、事業者の役割が明確化されている点です。事業者は、事業場におけるメンタルヘルスケア推進に向けて「心の健康づくり計画（*）」を策定するとともに、その実施に当たって関係者に対する教育研修・情報提供の実施と、「4つのケア」推進によって職場環境等の改善、メンタルヘルス不全への対応、職場復帰のための支援が円滑に行われるような体制づくりを重視すべきとされています。

（*）メンタルヘルスケアに関する事業場の実態と必要性に応じて、その問題点を解決する具体的取組事項に関する基本的計画

「4つのケア」の具体的定義

セルフケア

労働者自身のストレスへの気づき、対処

現場管理者によるケア

現場の管理監督者による職場環境等の改善および心の健康への日常的配慮、相談

事業場内産業保健スタッフによるケア

専門スタッフや人事労務管理部門によるセルフケア等の支援と日常的な健康管理活動等

地域産業保健センター等によるケア

事業者が依頼して外部機関や専門家が行う支援活動

（1）事業者の役割が重要視される背景

事業者の役割を重視し、積極的なメンタルヘルス対策を推進する役割を担う存在として位置づけている背景には、過重労働による健康障害や過労自殺の労働災害認定件数の急増があります。90年代半ばからは、うつ病等の精神科疾患や自殺者の労働災害認定申請が増加しており、これらを受けて、メンタルヘルス不全および自殺に関する業務上外の判断基準が全面的に見直され、平成 13 年 12 月には「脳・心臓疾患業務上外の判断基準を変更す

る通達」、翌年2月に「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」が公表され、時間外労働の削減や健康管理措置の徹底を事業者に求めることとされました。

さらに平成18年3月には、この総合対策の内容を改め、労働基準局長通達として新たな「総合対策」が示されるに至り、日本医師会を含む全国の事業者団体に対し、対策の周知と措置の実施指導に関する配慮を申し入れています。

このような労働環境改善および管理は、事業者の「安全配慮義務」として要求されています。そして近年では、当該義務の範囲が時間外労働の管理にとどまらず、その予防から職場復帰までを総合的に、かつ組織的に対応すべきとして拡大されてきたのです。

【参考】過重労働と脳・心臓疾患との関連性

時間外労働時間	月 45 時間以内	時間の経過とともに健康障害リスクは徐々に高まる	月 100 時間又は 2 ~ 4 ヶ月平均で月 80 時間超
健康障害リスク	低い		高い

(2) 医療機関の実情と現場へ活かすポイント

一般企業における取り組みに比べて、医療機関において組織的なシステムづくりは進んでいないのが事実です。よって、多くの診療所や病院では、医療従事者であるがゆえに健康管理やストレスマネジメントは自己管理の範囲であるべきもの、という考え方が、なお一般的だと思われます。

管理者自身が認識した時点で直ちに対応する

同僚等を通じて職員の不調を知った場合、周囲に状況をヒアリングした上で、本人との面談を速やかに実施する

「様子を見る」だけでなく精神科疾患か否かの判断を行う

励ましは控えるべきであっても、医学的対応を要する状況下の判断基準は確立しておき、これに基づき、状況に応じて受診を勧めるなどの対応を行う

ストレス管理の基本：医療従事者の安全（心身の健康）＝ 医療安全

仕事負担度の測定とチェックリスト

早期離職はストレスとコミュニケーションに要因がある

一般企業では、新入社員の早期離職を防ぐために全社的な対策を行っているところも少なくありません。実際の対策内容としては、「新入社員の希望と配属先とのマッチング配慮」、「メンター制度導入」のほか、新入社員がメンタル不調に陥ってしまうケースでは、「定期的にストレス調査実施」、「産業保健スタッフ等を活用」等のメンタルヘルス対策を実施している企業もあります。早期退職が多い組織では、本人のストレス耐性の弱さのほかにコミュニケーションに問題がある場合が指摘されています。

しかし、これらの項目への取り組みは、小規模組織である診療所においては実現が困難であり、また医療現場であることで逆に職場のコミュニケーションをより良くしたり、上司のマネジメントを適切に機能させたりといった「快適な職場環境確保策」が一層重要になるのです。

仕事負担度を把握して健康障害を防止する

疲労蓄積を原因とする心身の健康状態低下と健康障害防止の視点から、チェックリストを利用して仕事による負担度および疲労蓄積度を判定し、勤務状況を改善する必要があるかどうかを把握することも必要です。

このため、職員自身が行う「自己診断チェックリスト」と職員家族が行う「疲労蓄積度チェックリスト」の2種類のサンプルが厚生労働省より公開されています(平成16年6月)。特に時間外労働時間が45時間を超える職員に対しては、このようなチェックリストを活用して定期的に調査を実施し、働き方と休養に関して相談することを検討すべきでしょう。

また、仕事負担度の大きさについて自覚症状がない職員は、労働環境や勤務状況を改めることがなければ、いつの間にか健康障害を生じて、病欠や休職・退職してしまうケースもあります。スタッフの人数が少ない診療所にとっては大きな影響を及ぼすこととなりますから、リスクマネジメント活動の一環として取り組むべき問題なのです。

レポート全編は、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。

第7回 医療機関の未収金問題に関する 検討会報告書（案）

要 約

（厚生労働省）【20/07/03 公表】

1. 未収金を取り巻く現状と問題

医療機関の未収金については、平成17年に実施された四病院団体協議会（全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本病院会）の調査により、該当協議会に加入する病院の約3,270病院における累積未収金額が1年間で約219億円、3年間で約426億円になることが指摘されている。

また、国立病院機構、東京都立病院においても、回収努力がなされているものの、未収金額がそれぞれ41億円（平成19年7月時点）、約9億円（平成18年度末）となっていることが明らかにされた。

さらに、日本医師会の調査においては、1診療所当たりの未収金額は15～16万円、未払い患者1人当たりの未払い金額は、5～6千円であることが明らかにされた。診療所の属性別に見ると、分娩の取扱いあり、有床、救急対応あり、で多いことが指摘されている。

なお、厚生労働省のアンケートにおいて、「産科」における1件あたり未収金額が他の診療科に比べて高いことや未収金に占める「入院」分が金額ベースで8割を超えていることを考えると、具体的な効果については今後検証していく必要があるが、平成18年10月から実施されている出産育児一時金の受取代理制度や平成19年4月からの70歳未満の者の入院に係る高額療養費の現物給付化は、未収金の発生防止に相当の効果があると考えられる。

2. 未収金にかかる現行制度とその解釈

（1）一部負担金と保険者徴収

健康保険法（以下、「健保法」）第74条及び国民健康保険法（以下、「国保法」）第42条

に基づき、保険診療にかかる一部負担金については、保健医療機関等に支払わなければいけないこととなっている。また、保険医療機関及び保健医療費担当規則第5条並びに保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第4条に基づき、保険医療機関及び保険薬局は、一部負担金の支払いを受けるものとされている。

国民健康保険における一部負担金については、昭和33年の国保法改正において、保険者との個々の契約による療養担当者制度を改め、都道府県知事によって申出が受理されることによって当該都道府県内における医療担当者としての地位を取得する療養取扱機関制度が導入され、療養取扱機関で窓口払いか保険者徴収かの判断ができなくなったため、既に健保法等で採用されており、かつ、合理的と考えられる窓口払い方式に統一された。その際、保険者側の協力として、被保険者が一部負担金を支払わない場合には、保険医療機関等が善良なる管理者と同一の注意をもって、支払いの受領に努めたが、なおその支払いがない場合に、保険者が被保険者から徴収し保険医療機関等へ交付するという保険者徴収制度が国保法に規定された。健保法においては昭和55年に規定が整備された。

厚生労働省の解釈においては、窓口払いにおける関係は、国保法第42条第1項の規定に基づいて、法律上の原因による保険医療機関等と被保険者との間の債権債務関係と解すべきであり、また同法第42条第2項の規定により、「善良な管理者と同一の注意」を果した保険医療機関等の請求に基づく保険者の処分関係も、債権債務関係の当事者としての保険者ではないとしている。

(2) 保険診療契約にかかる解釈

保険診療契約については諸学説があるが、厚生労働省からは、どの説に立っても、健保法及び国保法に基づき、被保険者は保険診療にかかる一部負担金を保険医療機関等に支払うこととされ、保険医療機関及び保険医療担当規則等に基づき、保険医療機関等は一部負担金の支払いを受けることとされており、被保険者の債務は保険医療機関等の債務に対応するものであることから、窓口払いにおける関係は保険医療機関等と被保険者との間の債権債務関係ということは現行法制上明確であり、保険者が未払い一部負担金を立替払いする必要はないとの解釈が示された。

また、第三者のためにする契約説に立って、未収となった一部負担金については保険者が最終的な未回収リスクを負担するものとして、保険者が保険医療機関等に支払うべきであるという意見や、第三者のためにする契約説から出発しつつも、従来保険者が有していた一部負担金債権の受領権が保険医療機関等の窓口に一本化されたことにより、

法律上、当該債権が譲渡されたと同視できるものとして、専ら、保険医療機関等と被保険者の間の債権債務関係として、問題进行处理することが適当とする意見もあったが、実定法で一部負担金の取扱いが決められている以上、保険診療契約の解釈を議論するよりも、未収金をいかに発生させないようにするかを検討することが有用であるとの指摘がなされた。

3. 未収金回収の実態

(1) 病院の徴収努力

報告のあった未収金対策に積極的な病院においては、まず未収金の発生防止に力を入れており、発生後の対応として、プロジェクトチームで取り組む、未収者リストを作成するなど組織的な対応をしているが、事後的な回収努力では限界があるとの指摘があった。

督促や法的手続き等で貴重な労力（高い労務費と時間）が失われることになるし、仮に債権回収会社等への業務委託では病院のイメージダウンにつながりかねないことがあるとの指摘があった。

また、厚生労働省のアンケート調査によれば、未収金発生後の対応として、訪問まで行っている病院の割合は約5割であったが、法的措置を行っている病院については、全体の1割にも満たない割合であった。

(2) 債権回収の法的措置の実態

未収金債権の回収については、たとえ裁判所の手続き（督促手続、訴訟、調停手続等）を利用する場合であっても、相手側に文書などがうまく届かないといった送達の問題が発生することとなる。また、判決を得て強制執行する場合にも、送達の問題、仮差押えを行うための費用や弁護士報酬の問題などがある。結論としては、電話催促、直接催促、払えない事情についてやさしく相談にのること等が債権回収には一番効果があるとの指摘があった。

「第7回医療機関の未収金問題に関する検討会報告書（案）」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。

医療訴訟に見るコミュニケーションの重要性

ジャンル：経営戦略

講師：株式会社吉岡経営センター 経営コンサルタント 齊藤 規子



講義内容

- 00:00:25 増加する医事関係訴訟件数
- 00:02:27 医療訴訟が増えている背景
- 00:03:57 医事紛争の要因とは
- 00:08:04 医療事故・医療過誤の原因となるエラー
- 00:14:36 コミュニケーション不足が惹起した医療訴訟
- 00:17:20 コミュニケーションエラーを防ぐポイント
- 00:18:50 コミュニケーションの基本
- 00:22:15 医療安全確保体制に求められるもの
- 00:25:12 不測の事態が生じた場合の初期対応

講師プロフィール

株式会社 吉岡経営センター 経営コンサルタント 齊藤 規子(さいとう・のりこ)

経 歴

1969年札幌市生まれ。北海道大学大学院 法学研究科修士課程修了。法律事務所勤務を経て、吉岡経営センターに入社。現在、コンサルティング部にて医療機関を中心に、下記に挙げる業務を中心に手がけている。

専門分野

- ・自治体病院経営診断
- ・病院機能評価認定取得コンサルティング
- ・リスクマネジメント体制構築コンサルティング
- ・個人情報保護管理・プライバシーマーク取得コンサルティング
- ・待遇改善研修

本編は、当事務所のホームページの
「医業経営ネットセミナー」よりご覧ください。

Question

損害保険の種類と保険金額

医療機関において想定されるリスクとそれをカバーする損害保険にはどのようなものがあるのでしょうか？ また、保険金額はどのように決めるのでしょうか？

Answer

損害保険の種類

損害保険は「偶然の事故により発生した経済的損失を保険金の支払いにより補償する仕組み」です。

損害保険には多くの種類があって、全てを解決することは不可能に近い状態です。リスクマネジメントに基づいて、リスクを保険でヘッジすることとした場合には、どのような保険が有効なのか、保険料の水準はどのように決めるのか、などを検討しなければなりません。

【主なリスクと対応する代表的な保険】

火災事故による損害に備える	「直接被害」・・・火災保険 「間接被害」・・・利益保険、店舗休業保険
自動車事故による損害に備える	自動車保険
労災保険の不足分を補う	政府労災の認定に基づいて上乗せ保障をする法定外労災保険、政府労災の認定に関係なく給付される傷害保険、医療機関が法律上の賠償責任を負った場合に被る損害賠償金・訴訟費用等の損害を補填する使用者賠償保険
介護保険法の賠償責任に対応する	居宅サービス事業者・居宅介護支援者賠償責任保険

保険金額

保険料の決め方は、保険の種類によって変わってきます。基本的には原状回復が目的で、実質補填(実際に被った損害を補うこと)が原則となってきます。

まず、物に対して保険を掛ける場合、保険の目的である建物や医療機械の時価(保険価額)を保険金額とします。ただし、特約によって新価(再取得価額)を保険金額とすることができる場合もあります。

保険金額が保険価額よりも高い場合は、その超過した部分は無効となりますが、逆に保険金額が保険価額よりも少ない場合、支払われる保険金は、損害額×保険金額/保険価額となり損害額の全額が支払われません。この取扱を「比例てん補」ということがあります。

例) 1億円で購入した建物に5,000万円の保険をかけました。

火事がおこり、建物の損害額が2,500万円であった時、支払われる保険金は、

$$2,500万円 \times \frac{\text{保険金額}}{\text{保険価額}} = 2,500万円 \times \frac{5,000万円}{1億円} = 1,250万円 \text{ となります。}$$

賠償責任保険の場合は、1回の事故で発生する賠償額を予想して保険金額とします。人の身体に対する保険金額と財物に対する保険金額は別々に設定することができます。

人に対する保険については、災害補償規定や退職金・弔慰金規定に基づいて保険金額を設定します。これらに関する規定がない場合には早急に作成する必要があるでしょう。

Question

長期平準定期保険

現在、医療法人にて病院を経営していますが、契約者・保険金受取人 = 法人、被保険者 = 理事長の契約形態で、長期の平準定期保険に加入を検討しています。定期保険なので保険料は全額損金になるのでしょうか？

Answer

長期平準定期保険とは法人が自己を契約者とし、法人の理事または使用人を被保険者として加入した定期保険のうち、つぎの条件をすべて満たすものをいいます。但し、逓増定期保険に該当するものを除きます。

長期平準定期保険となる基準

保険期間満了時の被保険者の年齢が 70 歳以上 かつ
契約年齢 + (保険期間 × 2) > 105 の場合

保険料は期間に応じて損金に算入できます。

この「長期平準定期保険」は保険料が平準化（加入時から満期まで保険料が一定）されているため、途中で解約した場合には相当額の解約返戻金があります。

このため、毎期の保険料に前払保険料としての性質が強いことからその経理処理は、

保険期間のうち当初の 6 割に当たる期間は保険料の 1 / 2 を「前払保険料」として資産に計上します。

残りの 4 割の期間は保険料の全額を損金に計上するとともに資産に計上してある前払保険料を期間の経過に応じて取崩して損金に算入します。