

2018・2019 年度
労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会
報 告 書

令和2年2月

日 本 医 師 会
労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会

令和2年2月20日

日本医師会長
横 倉 義 武 殿

労災・自賠責委員会
委員長 茂 松 茂 人

2018・2019年度労災・自賠責委員会報告書について

本委員会は、平成30年12月6日に貴職より、労災保険、自賠責保険の緒問題に対して、解決を図るべく実務委員会として運営するよう要請され、今般、鋭意議論を積み重ね意見を以下の通りとりまとめましたのでここにご報告いたします。

また、労災診療費算定基準に関し、本委員会として、早急に改正をすべき最重点要望項目（10項目）、要望項目一覧、「超高齢社会に向けた労災認定の検討要望」、「労災における柔道整復師施療費への検証の要望」「労災治療計画加算についての要望」を別添の通りまとめましたので、ご活用いただきたくよろしくお願い申し上げます。

労災・自賠責委員会委員

委員長 茂松茂人

副委員長 深澤雅則

委員 岩井誠

委員 臼井正明

委員 内田一郎

委員 子田純夫

委員 阪本一樹

委員 杉本欣也

委員 勝呂衛

委員 中村渉

委員 松崎信夫

目 次

《はじめに》	1
I. 労災・自賠責委員会の活動について	3
II. 労災保険に関して	5
次期（令和2年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書につ いて	5
厚生労働省との意見交換会	7
III. 自賠責保険に関して	55
日本損害保険協会及び損害保険料率算出機構との意見交換会	55
《おわりに》	61
添付資料－1	63
添付資料－2	77

《 はじめに 》

日本の人口構造も大きく変化し、総人口は、2008年の1億2,808万人をピークに減少に転じ、2053年には9,924万人と一億人を割り込み、高齢人口が約813万人増加するのに対して、生産年齢人口は約3,054万人、若年人口は約646万人減少するとされている。

今後、労働人口の減少に伴い、高齢者の就労に関する対策が求められることから、労災保険としても、高齢労働者への配慮を含めた労災補償を充実させる必要がある。

労災診療費算定基準は、診療報酬に準拠しているため、3回連続マイナス改定の影響を受けることになった。労災保険には特掲料金が設定されているが、平成30年改定においては、大きく引き上げられた項目はなかった。労災保険は健康保険診療とは異なることから、労災保険の独自性を考慮しつつ、労災診療費算定基準について次回改定の要望事項を検討することとした。

令和元年10月には消費税率改定に伴う診療報酬が改定され、労災保険においても、診療報酬の点数に準じて引き上げられた。医療機関における消費税負担については、補填不足が生じることにより、医療機関の経営を圧迫する大きな要因になることから、労災保険においても十分に補填されているか留意する必要がある。

また、会計検査院より、平成29年度決算検査報告で見直しを求める意見があった「労災治療計画加算」について、厚生労働省と意見交換を行った。労災の特殊性を踏まえて、労災診療費独自の算定項目としての当該加算の必要性は考慮すべきと考える。

自賠責保険については、全国、都道府県が採用した自賠責保険診療費算定基準（新基準）をさらに普及促進し、新基準を採用する医療機関を増やす取り組みを進めるべきである。新基準の採用率に地域差があることから採用率の底上げを図るなど、新基準の制度化に向けた課題の検討が今後、必要となる。

交通事故診療においては、療養期間の長期化に伴う治療費打ち切り、医業類似行為における不適切な施術費への支払い、健康保険の使用に関する問題等、未解決の課題も多い。

本委員会では、これらの問題点を把握するため、都道府県医師会にアンケート調査を実施し、医療現場のご意見をもとに検討を行った。

I. 労災・自賠責委員会の活動について

今期の労災・自賠責委員会は平成30年12月6日（木）に第1回委員会が開催され、その中で横倉会長より、労災保険、自賠責保険の諸問題に対して、当該分野の特殊性や地域性を踏まえ、具体的な諮問事項を付託せず、各地域で起こっている具体的な問題について幅広く議論し、問題解決の参考となるよう情報交換の場として、実務委員会として活動するよう要請された。この要請を受け、今期は全6回に渡り委員会を開催し、鋭意、検討を行った。

今期の委員会活動の特徴としては、労災・自賠保険責分野に限らず、柔道整復師を含めた医業類似行為についても、各地で起きている問題点を吸上げて、随時検討を行った。

その1つとして、第2回の委員会では、柔道整復師について、柔道整復療養費の側面からの見識を深めるために、厚生労働省保険局医療課保険医療企画調査室の樋口俊宏室長より講演の機会を設けた。

当日の講演内容としては、柔道整復師の現状から社会保障審議会医療保険部会柔道整復療養費検討専門委員会のこれまでの議論の経緯と適正化に向けた進捗状況についてご報告いただき、その後意見交換を実施した。医業類似行為における問題については当委員会においても引き続き当該検討会の動きを確認しつつ検討事項の1つとしていきたい。

労災保険については、第3回の委員会において、厚生労働省との意見交換会を実施している。当日の主な議題としては、(1) 高齢労働者と労災、(2) 労災治療計画加算、(3) 審査会について、(4) その他（外国人労働者について）等について意見交換会を行った。（詳細については7ページを参照）

また、「労災・自賠責保険に関するアンケート調査」を全国の都道府県医師会に対して実施した。

労災保険関係のアンケート調査としては、労災保険診療の支援に特化した「いわゆる労災指定医協会等」について、全国的な数や組織形態、RICへの加入状況、その他、労災レセプトに係る審査会における検討会や意見交換の場について等について調査を実施した。（詳細については77ページを参照）

例年通り次期（令和2年度）労災診療費算定基準改定にむけての要望事項についてもとりまとめている。最重点要望項目として、①再診時のコンピュータ断層撮影の算定拡大、②【新設】労災患者初診時対応加算、③【新設】高齢労災被災者に対する管理料（加算）、④初診料・再診料の引き上げ、⑤術中透視装置使用加算、⑥救急医療管理加算の点数引上げ、⑦再診時療養指導管理料の点数引上げ及び健保の指導管理料との同月算定、⑧時間外加算の点数引上げ、⑨ギブスへの四肢加算の算定拡大、⑩絆創膏固定術に対する適応拡大、の10項目をとりまとめた。そして追加の要望事項として「超高齢社会に向けた労災認定の要望事項」、「労災における柔道整復師施療費への検証の要望」及び「労災治療計画加算についての要望」を作成し添付している。（詳細については5ページ、63ページを参照）

自賠責保険については、例年通り大手損害保険会社、日本損害保険協会、損害保険料率算出機構との意見交換会を開催した。主要議題としては①自賠責審

議会で長島常任理事より要望した事項の確認、②自賠責診療費算定基準（新基準）について、③医療費の「一括払い請求」について、④ＪＡ共済に関する情報の確認、⑤要望事項の５つの議題により、当日は活発にフリーディスカッションが行われた。意見交換会の当日の内容は５５ページの「日本損害保険協会及び損害保険料率算出機構との意見交換会」をご覧ください。

また、医療協議会（三者協議会）へのＪＡ、全労済、全自共及び外資系損保（以下、「ＪＡ等」）の参加状況についてアンケート調査を実施した。ＪＡ等は三者協議会の正式メンバーとなっていないことから、各地域でトラブルなどの対応については、ＪＡ等の同意の上で、オブザーバー参加や個別対応となっているが、全国的な対応についてまとめた情報収集が行われていないということもあり、各地域ブロックの状況や意見を聴取するため、アンケート調査を実施した。結果として４７都道府県のうち三者協議会へＪＡ等が参加していない地域が３２件の結果となった。また、三者協議会に参加していない地域の理由としては、特に「トラブルがない」、「地域の医師会の担当役員が個別に対応している」、「ＪＡ等に参加依頼をしているが了解が得られない」などの結果となった。各地域の詳細やアンケートの調査結果の詳細は７７ページの労災・自賠責に関するアンケート調査の集計結果を参照いただきたい。

Ⅱ. 労災保険に関して

次期（令和２年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書について

労災・自賠責委員会では、労災診療費算定基準の改定にあたって、労災診療における不備を改善し、より被災労働者の早期社会復帰に資するため、最重点要望事項として１０項目をとりまとめ要望書として会長に提出している。

前回、平成３０年度診療報酬改定においては、厳しい財源の中、２０２５年問題への対応、医療経済実態調査における医療機関の収支の悪化、医療従事者の賃金動向などを踏まえ、社会保障費の自然増の約５,０００億円への抑制、財政再建などを勘案した結果、診療報酬本体で０.５５％増となったが、薬価等は１.７４％減となり、診療報酬改定全体の改定率はマイナス１.１９％となった。

健保財政の厳しい情勢ではあったが、「平成３０年度労災診療費算定基準の改定に係る最重点要望項目（１０項目）」をとりまとめ要望した。

実現されたものとしては、「術中透視装置使用加算の対象部位の拡大」があり、対象部位に中手骨、手の種子骨、指骨（基節骨、中節骨、末節骨）、踵骨・足の舟状骨以外の足根骨が追加された。

令和２年度労災診療費算定基準の改定では、前回改定の要望項目も踏まえ、最重点要望項目を下記の通りとりまとめている。（詳細は６３ページ参照）

【令和２年労災診療費算定基準の改定に係る最重点要望項目（１０項目）】

重点要望１ 【画像診断】 コンピュータ断層診断

再診時にも算定を拡大。

重点要望２ 【診察料】【新設】初診料 労災患者初診時対応加算

労災患者をサポートする加算として新設。

重点要望３ 【診察料】【新設】高齢労災被災者に対する管理料（加算）

高齢労働被災者に対する管理料または加算の新設。

重点要望４ 【診察料】初診料・再診料

初診料、再診料の点数の引き上げ。

重点要望５ 【手術料】術中透視装置使用加算

術中透視装置使用加算の適応拡大。

重点要望６ 【診察料】救急医療管理加算

救急医療管理加算の点数の引き上げ。

重点要望７ 【指導・管理料】再診時療養指導管理料

再診時療養指導管理料を引き上げる。

重点要望８ 【診察料】時間外加算

時間外加算の増点。

重点要望９ 【その他】ギブス

四肢加算の請求を可能に。

重点要望１０ 【処置】絆創膏固定術

絆創膏固定術に対する適応の拡大。

そして追加の要望事項として「超高齢社会に向けた労災認定の要望事項」、「労災治療計画加算についての要望」及び「労災における柔道整復師施療費への検証の要望」を作成し添付している。

要望事項の概要としては、「超高齢社会に向けた労災認定の要望事項」については、超高齢社会に向けて、高齢者特有の疾患及び慢性疾患の憎悪の場合も含めた労災保険の適用範囲を明確に示す必要があり、また、中・長期的には、現役労働者を含めた労災発生の予防の観点から、特にフレイル、ロコモティブシンドローム、サルコペニアを念頭に置き、潜在的な基礎疾患によるリスクを早いうちから防ぐなどの指導が重要であり、基礎疾患の治療を担当する、かかりつけ医と労災指定医療機関及び産業医等の連携により予防指導する仕組み作りが必要であると要望している。

「労災治療計画加算についての要望」については、会計検査院の実地検査において入院治療計画書をもって労災治療計画書に代えていた医療機関が9割であり、労災治療計画書作成の中身も入院診療計画書と記載項目が同一であったなどの検査結果により「労災治療計画加算において独自性が認められない」といった指摘がなされ、厚生労働省は廃止を含めた抜本的な見直しを行うとしている。当該加算については、労災・自賠責委員会におけるアンケート調査においても「反対の意見」が多く、医療機関への影響を勘案し、加算の要件の改善による存続への対応を検討し令和2年度労災診療費算定基準の改定において労災治療計画加算の改正内容を要望している。

「労災における柔道整復師施療費への検証の要望」については、昨今、柔道整復師の数は増加傾向にあることから、柔道整復療養費においては、「長期頻回」、「多部位請求」、「部位転がし」等により不正請求が蔓延し社会的な問題となっていたが、社会保障審議会医療保険部会柔道整復療養費検討専門委員会の発足により不正請求対策と審査等への対応の強化等により適正化がなされている。こういった状況を受けて労災保険においても柔道整復施療費の検証が必要であると要望している。

厚生労働省との意見交換会

日 時	1. 令和元年5月17日（金）午後3時00分～4時30分 〔於 日本医師会館 501 会議室〕
出席者	2. (敬称略) 〔日本医師会 労災・自賠責委員会委員〕 茂松、深澤、岩井、臼井、内田、子田、阪本、杉本、勝呂、中村、松崎 〔日本医師会 役員〕 長島常任理事、松原副会長 〔厚生労働省〕 労働基準局：審議官 労働基準局補償課：補償課長、職業病認定対策室長、課長補佐、労災医療専門官 医事係長 安全基準局安全衛生部安全課：安全課長 ☆ ☆
主要議題	3. 1) 高齢労働者と労災について 2) 労災治療計画加算について 3) 審査会について 4) その他 ☆ ☆
4. 意見交換会《概要》	<p>今期委員会で事前に検討した議題を中心に、厚生労働省から労働環境の説明等を含めフリーディスカッションを行った。</p> <p>議題 1：高齢労働者と労災について</p> <p>① 超高齢社会を迎えるにあたり、高齢労働者の身体の衰えを原因とする労働災害発生増加の懸念や審査においては、私病の取扱い方等についての検討について、現状の取り組みや考え方を確認したい。</p> <p>〔厚生労働省からの説明〕 厚労省資料①32ページの「高齢労働者（60歳以上）の災害発生状況（死傷災害）」としては、平成26年が27,102人で平成29年が30,027人となっており年々増加傾向にある。 5月15日官邸で行われた「未来投資会議」については「人生100年時代を見据えた多様な就労・社会参加の実現にむけて、70歳までの就業機会の確保を図る」という方向性が示されており、労災補償の役割は重要になってくる。 32ページの「70歳までの就業機会の確保」については、2040年の人口構造に対応すべく、より多くの就業機会の確保が必要であり、70歳までの就業機会の確保を図るために、従来の65歳までの「雇用確保措置」として①定年の廃止、②定年年齢の引上げ、③継続雇用制度の導入（グループ企業内）などの再雇用について企業にお願いしてきた。</p>

今後はさらに「70歳までの就業機会を確保する制度」として、「雇用面」においては、グループ企業以外への再就職の斡旋、「様々な就業（企業が支援を行う）」として①フリーランス契約、②起業実現、及び「社会参加（企業が支援を行う）」として、社会貢献活動（ボランティア）への従事などにより支援していく必要があると考えている。

具体的には「70歳までの就業機会を確保する制度」の推進を支える施策として

下記の4つの「高齢者の活動を促進する環境整備」を考えている。

- ①企業への支援 ～高齢者の活用促進、安全・安心で能力発揮できる環境整備
 - ・70歳までの就業機会を確保する措置を実施する企業への支援
 - ・高齢者に対する能力・成果を重視する評価・報酬体系の構築支援
 - ・高齢労働者の労働災害リスク要因に対応する職場環境整備の推進
- ②労働市場の整備～高齢者と企業双方のニーズに応じた再就職の推進
 - ・ハローワークの生涯現役支援窓口の増設
 - ・キャリア人材バンク（高齢退職予定者のマッチング機能）の強化
- ③労働者本人への支援～高齢期も見据えたキャリア形成支援の推進
 - ・労働者のキャリアプラン再設計や企業内のキャリアコンサルティング導入等を支援する拠点を整備（全国でサービスを提供）
 - ・企業の実情に応じた中高年齢層向けの訓練、リカレント教育の推進
- ④地域の取組みへの支援～多様な雇用・就業機会の確保
 - ・地方自治体を中心とした協議会による取組みの展開・企業連携の強化
 - ・シルバー人材センターの職域拡大・女性会員拡充の強化

その上で33ページ「労災疾病臨床研究補助金事業」として、高齢者の変形性疾患、基礎疾患について、補償の範囲をどこまでにするのかということで一般公募の形をとり研究事業に補助金を出す取り組みを実施する予定となっている。

当該研究により、労災保険による補償を適切に行うための、補償範囲に係る指針を作っていければと考えている。

33ページ「基礎疾患又は既存疾病を有していた場合における労災認定の考え方」については、通達を紹介している。

34ページ「裁判所における認定基準の評価」について裁判の判決を紹介している。

次に別紙の資料（厚労省資料②）より、46ページ「年齢階層別死傷災害（休業4日以上）の推移」について、休業4日以上推移の中で高齢者（60歳以上）が30,027人（24.9%）と最も多く、その割合は年々じわじわと増えてきている。

「年齢階層別死傷年千人率（休業4日以上）（平成29年）」をみると、30～39歳が一番低く、60歳以上が倍以上増えている。多くの場合、転倒災害が多いが、転んでというのは、骨折や、捻挫するという場合である。

47ページ「1 業種別の状況」として、特徴としては第三次産業に死亡災害が多くなっている。産業構造の変化もあり、製造業から第三次産業へ労働力が移ってきている。製造業や外食産業、飲食店にも労働者は増えてきている。

「業種別の年千人率」についても、製造業、建設業は50歳以上から段階的に高くなっている。

「2 事故型別の状況」として、特に転倒を千人率でみると、50歳以上で際立って高くなっている。年齢の影響がないものとして、「はさまれ、巻き込まれ」、「切れ・こすれ」は年齢の影響がない。

災害発生が高齢者に多いということで厚生労働省としても予算をいろいろ考

	<p>えている。</p> <p>高齢者の事故を防ぐというのは、目的としては分かりやすいが、働く人すべてにとって望ましい状況を構築することが高齢者にとってもよいと考えている。</p> <p>例えば、転倒を防ぐためには床が滑りにくい必要があり、履物がある厨房では滑りにくいとなると、高齢者に限らず、すべての労働者にとって事故を防ぐことに繋がる。</p> <p>職場の安全衛生の水準を高めることが、結果的に高齢者の事故を未然に防ぐこととなるので予算措置をいろいろ考えている。</p> <p>来年度の予算要求の場合、高齢者に望ましい職場作りをした企業には支援が必要ではないか。転倒防止の手すりや、介護従事者にはパワースーツのようなものという観点で、考えている。</p> <p>安全課だけではなくて、衛生分野からも働く人への健康づくりも必要と考えており、若いうちから健康づくりに取り組んで、より元気に働けるように企業が取り組めば、高齢者の災害防止に繋がるということで、安全衛生部を挙げて高齢者対策を考えている。</p> <p>引き続き日本医師会様のご協力をいただきたい。</p> <p>〔主な意見交換〕</p> <p>○ 企業で働いている労働者であれば労災保険の対象となるが、一時雇用の形だと、業務上の負傷等となってしまう、労災に入らないといけませんが入らずに健康保険の対象にもならないことにより、労災保険からも健康保険からも給付がされず、全額自費になることに関して問題になったことがあると思う。そういった中で、プロジェクト会議で検討して、労災と健康保険の狭間の問題を検討したと思うが、現在はどうなっているのか教えていただきたい。</p>
厚生労働省	<p>○ シルバー人材センターの会員の就業中の負傷については、健康保険法から給付が認定されないという問題が起きたことを契機として「健康保険と労災保険の適用関係の整理プロジェクトチーム」を立ち上げ対応方針を整理した経緯がある。現在は、健康保険法等の一部を改正する法律により、労災保険の給付が受けられない場合には、原則として健康保険の給付が受けられるようになっている。(別添資料②20ページ)</p>
厚生労働省	<p>○ 現在、シルバー人材センターも含めて、ウーバーイーツなどのフリーランス、アマゾンなどは物流をヤマトが撤退することにより、自社で請負契約の雇用をしたり、バーチャルなITの世界ですと雇用管理ができていないところも多いのが実態です。多様な雇用形態があり、そういった就業状況を整理しなければと考えている。</p>
長島常任理事	<p>○ 「労災疾病臨床研究補助金事業」では現状よりも補償範囲を拡大することになるのか、狭めることになるのかお聞きしたい。</p>
厚生労働省	<p>○ 現時点で具体的な特別イメージがあるわけではなく、研究結果を踏まえてと考えている。</p>
茂松委員長	<p>○ 変形性膝関節症などの私病をもって働くとなると治療となる。労災なのか健保なのかとなる。その辺の指標を示していただくとありがたい。実際には個体差があり、仕事に従事した年数で決められる単純なものではない。</p>

厚生労働省	○ 医学的な見地で反映していくための研究という位置付けで公募している。
長島常任理事	○ 転倒による事故が多いが、対策として労働者本人の転倒原因としてロコモティブシンドロームとか身体的フレイルが多いので、それに対して運動するなどの対策をやった場合に、取り組みを積極的にやる事業者を支援する方が全年齢的にもお金がかからずに効果的だと考えている。日本医師会では健康スポーツ医が指導することで運動やスポーツによって対策するように推奨している。労災の視点からも事業者への支援、金銭的な支援を是非やっていただきたい。
厚生労働省	○ 「トータル・ヘルスプロモーション・プラン」として心と体の健康づくりを推進し、支援を検討していきたいと考えている。 ② 労災診療費に関して、昭和36年11月に「武見・大野協定」が結ばれ、その後、昭和45年4月1日改定で、現在の労災診療報酬体系の基盤が確立されたと考えている。特に武見・大野協定で「労災診療の適正な発展のためには、労災診療の健康保険に対する特殊性を科学的に明らかにし、その成果に立脚、即応して診療費を決める必要があるが、それまでの暫定措置として、健保点数に準拠する。」とされているが、これまで全く検討されず、「健康保険診療報酬」をベースにした診療報酬体系のままである。超高齢化社会や外国人就労者の増加などの労働者を取り巻く環境の変化を踏まえ「労災独自の診療報酬体系の構築」等の検討をしないのか確認したい。
厚生労働省	[主な意見交換] ○ 昭和36年の協定について承知はしているが、現実問題として健保にくらべると労災は1%に満たない医療費ではあるが、独自の構築は難しい。労災の診療報酬体系は複雑で困難性があるものについては、加算や独自の体系を整え、逆に煩雑ということについては新しい視点が必要と考えている。これまでの考え方としては、健保に準拠しながら労災の独自性、困難性を診療報酬に反映させて進めてきた。2年に1回の診療報酬改定があるので、今年度末までに要望をいただき、相談させていただきながら引き続き進めていきたい。
茂松委員長	○ 医療現場では、労災であろうが、健保であろうが治療することはまったく一緒、被害に遭われた方々の気持ちを立て直して、社会復帰させるかということに苦勞する点をいかに汲み取って診療報酬に反映しもらうかが重要と考える。
長島常任理事	○ 労働環境の変化に伴い、加算と特掲ははたして十分かというのを検証し、不十分である点を日本医師会として検討させていただいて、それを要望しますので、そこから始めていただければと思います。
議題2：労災治療計画加算について	
	○ 会計検査院の指摘により廃止を含めた検討を求められているが、厚労省としてどのような対応を考えているのか確認したい。

[厚生労働省からの説明]

35ページ「労災・自賠責委員会意見交換会資料」より、労災治療計画加算の算定については、入院後7日以内に労災治療計画書（又はこれに準ずる文書）を交付して説明を行った場合に1回の入院につき1回限り100点を加算できる点数となっている。会計検査院の指摘事項としては、平成29年度決算検査報告において実態を踏まえて改めて検討し、抜本的な見直しを行うよう意見が表示された。

特に「(改善を要する事項)」としては、指定医療機関等全体の96.2%では、労災治療計画書を作成せず、入院診療計画書をもって労災治療計画書に代えていた、これは決して算定できないわけではないが、労災治療計画書の書式と入院診療計画書の書式とで記載項目の多くは同一であるなどして加算を行っている事態は適切ではなく改善の必要があると認められるとされている。

「平成29年度決算検査報告に関し国会に対する説明書（第197回国会提出）」

このような会計検査院の指摘に対し、厚生労働省としては、指摘の趣旨を踏まえ、労災治療計画加算を設けた趣旨をいかした運用が可能であるか改めて検討し、その結果を踏まえて廃止を含めた抜本的な見直しを行うよう、所要の措置を講じて参る所存である、としている。

36ページ「労災治療計画書等の作成状況」

会計検査院の全国の検査の結果であるが、全体で76,714件のうち、労災治療計画書を作成していたものが2,518件、入院診療計画書をもって労災治療計画書に代えていたものが73,818件となっている。労災の独自の治療計画書を作っても労災診療特有の内容に記載があったものは0件であった。

36ページ「労災治療計画書と入院診療計画書」

労災治療計画書は20年以上前から変わっていない。一方、健保は様々な制度改正があり、地域医療や介護等の問題などを踏まえて充実した内容に変化してきた。様式を見比べた時に様式の内容はほぼ一緒であり、労災独自の項目は、「傷病部位」、「入院中の注意事項」、「退院時において回復が見込まれる程度」となっており、労災独自の項目があっても独自の項目への記載は0件となっている。特に、労災の目的は早期社会復帰であり、労災治療計画書の中にある「退院時において回復が見込まれる程度」欄については、いつどの程度まで職場に復帰できるのか、患者さんにモチベーションをもって治療に望んでいただく主旨の項目であるが、それが活かされなかったという結果となった。

今後、改善策として、なにかできるか、できなければ抜本的な見直しを図る必要があると考えている。

	<p>[主な意見交換]</p> <p>○「入院診療計画書を書かざるえない理由」について現場では2つの理由がある。</p> <p>1つ目は、通勤災害、労働災害で即日入院するが、入院当日から労災診療ということではなく、様式第5号が労働局から送られてきてはじめて労災治療となる。第5号様式と入院診療計画書を書くことにそもそもタイムラグがある。その上で、厚生支局・厚生局の病院に対する適時指導の強化もあり、施設基準となる健保の入院計画書は入院当初より書かなければならない。最近は、不正請求が増えたため2年に1回病院に指導があり、その際にはすべての資料等を4時間チェックする。その1つに入院計画書がある、入院して患者・家族に説明し、同意をとってないと文書指導される。8日目に労災が決まったということで、入院料計画書を書く指導の対象となる。</p> <p>2つ目としては、通勤災害は通常自動車保険を使うが、保険会社が半月、1週間以上経ってから労災を使うケースがある。自動車保険で治療しているが、いきなり労災を使ってくださいとなる。</p> <p>この2つの点で90%の健康保険の入院計画書の使用になっている。</p> <p>もしこの計画加算を残すなら、労災の方の計画書を1週間以内の制限を取るか、他の要件を作る必要がある。一番良いのは健保の計画書で算定できるように工夫することである。</p> <p>○ 現場では労災の計画書は書いていない。健保様式で書いている。部位やどの程度よくなるかは健保の書類で全部書いている。書式を使わないことで駄目ということかもしれないが、健保の患者さんでも労災でも傷病部位等々について相当書いているが、会計検査院が満足するためには、どの程度の内容を入院診療計画書に書けばよいのか、明確に示してもらえば、一般の医療機関は書くと思う。そこを徹底していないだけだと考える。</p>
厚生労働省	○ 健保様式を使うことが駄目だというわけではない。健保様式を使用して、労災の項目が書いてあれば会計検査院の指摘の目的の主旨は達成される。一方で、健保様式はかなり充実している。健保と労災の違い（労災の独自性）をどのように主張できるのかというところがポイントとなる。
長島常任理事	○ それを言ってしまうと、健保との差異がないということになる。一番良いのは労災の特殊性が一目でわかる項目があることではないか。いままでは労災の特殊性を踏まえて書くことが現場で周知されてこなかった。7日ではなく、後日でも健保様式で作成したものでも特殊性が読み取れるものにするという対応も可能ではないか。
厚生労働省	○ 昔の健保の入院診療計画書は項目が少なく、当時の労災治療計画書とは違うと一目でわかるが、入院診療計画書の内容が改善、充実され、そうすると入院基本料でも加算されているので、健保の様式を使用して、労災で加算する意義があるのか、加算の必要があるのかと問われている。
長島常任理事	○ 健保の計画書とは別に、労災特有の指導項目を追加を検討したり、記載する期限を7日過ぎでもよい、退院時に記載でもよいとするものは作れないか。
厚生労働省	○ 1つの考え方としては、現在の加算を廃止して労災独自の社会復帰支援に

茂松委員長

なるような点数を作ることも考えられる。

○ 労災・自賠責委員会では都道府県医師会にアンケートを実施し回答を得ているが、撤廃が4地域、反対が15地域、改善に向けて検討が12地域、とくに意見はない不明が16地域となっている。現在の労災治療計画書は手間がかかるということで、変えるというなら撤廃も考えられる。さらによいものに改善をしていくということが非常に重要である。前向きに労災に見合うものを検討し、次期改定に要望していきたい。

議題3：労災診療費審査委員会について

別添資料①18ページより、1つ目はレセプトの審査について、労働局の「労災診療費審査点検等事務取扱手引」があるが、「審査委員会に諮る事案は、委員による医学的な判断が必要とされる事案及び医学的な判断による査定に対し医療機関から再度の意見（再審査）が示された事案」と書かれている。事務点検がメインであって、事務でチェック後、専門的な意見が必要であるというのが、審査会の中で諮られるという文書に読める。実際、各都道府県の現場ではどうなっているのか。

審査員の数とレセプトの枚数から行くと、時間も限られているため、全てを点検というのは難しい、そうすると疑義解釈の付箋が貼ってあるものだけ点検する形になっているのが一般的だと考えるが、疑義付箋の貼られる精度が必要だが、その辺の対応はどうなっているのか。

また、2つめとして「審査は、委員単位で専決する。」という文言があるが、疑義付箋がついたレセプトをどの担当者に割り振るかという問題が出てくる。平均的に回ってくれば良いが、内容によっては得意だから答えてくれるだろうということで1人の審査員に集中して、結果が見えてくることもあり得る。審査の質への心配が生じている。

最後に3つめとして「医療関係質疑応答集」というのが、労働局に配布されている。これは審査員に配布されず、内部資料である。こちらも要望すれば開示され、内容は読めるが、各審査員がすべて一律に持っているものではない。審査の基準は審査員の中で共有されるべきものであると考えるので、「医療関係質疑応答集」の提供をお願いしたい。

[厚生労働省からの説明]

1つめの回答について、資料37ページ「労災診療費に係る重点審査項目（平成21年2月20日付 基労補発第0220003号）」にある通り「貼付基準①～⑦」を示して、全国に指示を出している。

例えば、38ページ「特定入院料」、「救命救急入院料」、「特定集中治療室管理料」及び「回復期リハビリテーション病棟入院料」を算定しているものに付箋を貼り、算定要件に該当するか判断できないものについては、診療費審査委員会に妥当性を諮ることとしている。

こういった項目に付箋をつけ、必要に応じて審査委員に諮り、判断が難しい場合など局によっては判断できないので、医師に判断を仰ぎたいということで、明らかに問題ないものは、貼らないケースはあるが、基本的には医学的判断の要するものについては貼っている。

貼付基準となる「7項目（10種類）」について、医学的判断を要するものについては、診療費審査委員会の積極的な活用を努めることになっている。

例えば、それぞれの地域の診療費審査委員会で具体的に特定の項目に付箋を

貼るように指示があれば、事務局はそれに従うように指示したいと考えている。

2つめの回答については、審査点検等事務処理手引、運用細則という規定がある、それに基づいて運用されている。各委員の机上にレセプトが置いてあるが、違う分野を審査委員の机上に置くことはない。行政側が作為的にやっているということは認識をしておらず、なにかしらのルール、それが過去の慣行なのかは地域にもよるが、審査委員にレセプトをお願いするにあたっては事務局から説明があつてしかりだと思う。

その辺が徹底していないということであれば、全国ブロック会議などで要望があつたと伝えていきたいと考えている。

最後の3つめの要望は、東京局の診療審査委員会は、31名と非常に多い先生方がおり、一堂に会して、意見交換するのは難しいという認識はありますが、局によっては2時間の中で、各審査委員にみていただいて残りの時間は意見交換という地域もある。年に1回開催の委員会のようなところで、ペーパーで情報共有をしている局もある。

全国ベースでブロック研修を実施しているので、労働局に行く際には、今回頂いた意見があつたことを伝え、応答集は、審査委員会の場では先生方には出すべきであり、仮に事務局が出し渋るようであればご意見いただければ修正していきたい。

〔主な意見交換〕

○ 応答集に関しては、積極的に審査員に提示していただきたい。現状として疑義付箋を貼っているのが事務職員だが、必要のない医療機関に貼ったり、機械的に貼ってくる。逆に健保の審査でいうと医療機関特性もあるが、ルールを守っていれば大丈夫というわけではない。また、コンピュータ審査になると見れないと言う現状もあるようだ。

○ 重点審査の項目の中で、一番現場で苦慮しているのは骨折及び関節の傷病により、3年以上継続療養しているものである。長期療養だが、医学的効果を医療機関に求めて、回答を得た上で判断するが、客観的な基準がない。その中で医学的判断を後押ししていただくように行政の指標を作っていただくとか、考えていただければありがたい。

それからオンライン化だが、オンライン請求は労災はあまり普及されていないが、審査して思うのは審査画面、基金の審査もしているが、圧倒的に効率性、利便性が違う、オンライン化を進めていかないといけない中で、もう少し改良し、審査業務が円滑にできるように、画面を工夫していただきたい。

厚生労働省

局からも使い勝手が悪いと話があるので検討していきたい。

添付資料①「4. 地方労災医員規定」について

地方労災医員について法的な根拠も含めて下記ご教示いただきたい。

- 1) 医員の選定方法（医師会等の関与）と具体的な職務
- 2) 医員の人数と働き方（月に何回出務で、何例くらい診るか、定年はあるのか）
- 3) 報酬額（全国一律なのか、地域ごとなのか）

〔厚生労働省からの説明〕

厚労省資料②53ページ「労災医員規程（平成13年1月6日厚生労働省訓第36号）第3条にある「医学に関する専門的知識を要するものについて、文章又は口頭で意見を述べる」こととなっており、委嘱の手続きについては通達等で定めているが、人選の方法までは定めていない。多くは医師会からの推薦、もしくは労災指定医療機関の所属する協会等からの推薦となっている。その他、労働局から直接医員をお願いしているところもある。委嘱にあたっては各局の裁量によるところである。委嘱には本人からの承諾書、履歴書等の提出をいただいている。医員の人数については、委嘱している医員は整形外科が多いが、内科、循環器、精神科、眼科などさまざまな分野をお願いしている。主な活動内容は、個別事案等への意見書提出、検証をいただいている。また、監督署長が決定をする場合、審査官が決定をする場合、裁判で意見書を提出する場合に対応いただいている。過労死の精神疾患に係る協議会を設置しているので、複数の先生にご協力いただいているが、第3条2項「高度の医学に関するものは他の医員と協議しなければならない」とあるとおりである。協議会への参加の他、障害等級の判定もお願いすることがある。局によっては相談日を設けて、様々な事案を相談するという取り組みをしている。具体的に月に何日稼働と規定していないが、国の予算を設定するにあたっては月12時間程度の活動を想定して予算を適用している。定年はなく任期を2年においている。また、非常勤の国家公務員ということになる。報酬額は、過去はクラスによって分けていたが、現在は地域によって8つにランク分けしている。時間給では、ベースを9,500円とし、地域分を上乗せ東京の場合、11,400円が1時間、上限4時間となっている。

謝礼については振込をしており、指定された個人または勤務先の口座となっている。旅費も支給している。

<質疑応答>

○ 質問の主旨としては、顧問の立場の職になっているため、医員をうける人材がいらないところもあると聞いた。ある程度の保証はあるのかということで質問した。

議題4：外国人労働者について

○ 外国人労働者が増加する中、外国人労働者に対する労働の現状と課題（労災補償も含む）について確認したい。

<厚生労働省説明>

厚労省資料②52ページ平成24年死傷者数1,292人だったものが、平成29年で2,494人となっている。速報値として平成30年は、2,847人ということで発表されている。外国人労働者数も平成24年68万人だったのが、平成30年には、146万となり、増加傾向にある中で死傷者数も増えている。

技能実習生死傷者数も、平成29年は639人、平成30年で784人と増えている。技能実習生数も平成29年で25万7千人であったのが、平成30年で30万8千人となっている。政府でもこれから特定技能者ということで、外国人労働者を増やしていくこととなる。今まで労働災害というと工場、建設現場が主であったが、今後は農業もと考えている。農業はもともと労働者がいない、日本の農業の特徴で個人事業主がほとんどあるいは家族でやっているところが大多数で、実は農業においては年間600人ほどが亡くなっている。これは建設業よりも多い人が亡くなっていることになる。

ただ、労働者ではないという状況である。さらに、70歳以上が過半数を占

めていて、そういったお年寄りがトラクターで畦道を走っていて、転がって下敷きになるなどの災害が農業の場合は多い。そういったところに外国人労働者が入ってくると、大変だと考えていて、農林水産省と連携し、農業での災害防止をこれから外国人向けにタイ語、モンゴル語等々でわかるような教材作りに取り組んでいる。

これまで外国人労働者、技能実習生を多く受け入れている業種としては、造船業が先行している。造船業でどのような働き方をしているかという、溶接業務に付かせている。溶接は単独作業であり、造船現場では一人でやる仕事が多い。チームでの連携があまりないということで溶接に就いている。

これから外国人労働者が入ってくると事故の防止が、重要であると考えている。

49ページ「制度概要在留資格」等については、出入国在留管理庁が出している資料である。新しい制度の在留資格、特定技能の1号、2号がある。2号は特に熟練した技能者であり、1号はそれ以外となる。そういう人たちが特定産業分野（14分野）の業種の作業を重視することになっている。

外国人の規模について、外国人雇用状況届出によると、平成30年で146万人の外国人がいる。その中で技能実習生は、30万8千人。そして、特定産業分野で34万5千人が増えてくる。

その具体的な省庁と仕事の中身は50ページからをご覧ください。51ページに外国人向けの相談ダイヤルを作っている。

労災として、外国人労働者が増えてくると、外国人労働者への制度の周知が非常に重要である。今年度は労働局長に対して、毎年留意事項として指示をしているが、43ページ今回松本審議官から、文書で都道府県労働局長に「労災補償業務の運営に当たっての留意すべき事項について」ということで請求勧奨、これまではくるものをやりますよという姿勢ではなく、勧奨もしなさいという主旨の指示を出している。

外国人労働者向けのパンフレットは10言語であったが、3言語（カンボジア語、ネパール語、ミャンマー語）を追加して周知をはかっていきたいと考えている。

[主な意見交換]

○ 茨城では農業法人が増えており、外国人の労働者を非常に多く雇っている。労災問題、もう少し国の方でやっていただけないか、農業だけでなく、製造業の中で、騒音障害があるが、まったく手当もされていない。さまざまな問題があるので引き続きご対応をお願いしたい。（要望）

別添資料①

令和元年5月17日 意見交換会議題

No.	議題	具体的な内容
1	高齢労働者と労災について	○超高齢社会を迎えるにあたり、高齢労働者の身体を衰えを原因とする労働災害発生増加の懸念や審査においては私病の取扱い方等についての検討について、現状の取り組みや考え方を確認したい。 ○労災診療費に関して 昭和36年11月に「武見・大野協定」が結ばれ、その後、昭和45年4月1日改定で、現在の労災診療報酬体系の基盤が確立されたと考えている。特に武見・大野協定で「労災診療の適正な発展のためには、労災診療の健康保険に対する特殊性を科学的に明らかにし、その成果に立脚、即応して診療費を決める必要があるが、それまでの暫定措置として、健保点数に準拠する。」とされているが、これまで全く検討されず、「健康保険診療報酬」をベースにした診療報酬体系のままである。 超高齢化社会や外国人就労者の増加などの労働者を取り巻く環境の変化を踏まえ「労災独自の診療報酬体系の構築」等の検討をしないのか確認したい。
2	労災治療計画加算について	○会計検査院の指摘により廃止を含めた検討を求められているが、厚労省としてどのような対応を考えているのか確認したい。
3	審査会について	○審査会についての意見交換 【別添資料①参照】
4	その他	○外国人労働者が増加する中、外国人労働者に対する労災の現状と課題（労災補償も含む）について確認したい。

1/5

1. 基発0817第1号 平成23年8月17日都道府県労働局宛の「労災診療費審査点検等事務取扱手引」（参考資料参照）によると、「審査委員会に諮る事案は、委員による医学的な判断が必要とされる事案及び医学的な判断による査定に対し医療機関から再度の意見が示された事案」とある。この記載内容は、審査委員は予め事務局が用意した、疑義付置の内容及び再審査請求のみを審査する主旨であるのか。これは審査会日程等時間の都合上のもと考えられるが、疑義付置が添付されたレセプトが審査会（各委員専決）にて諮る事案となるので、疑義付置の作成の仕方、付置作成の根拠、基準等について確認したい。

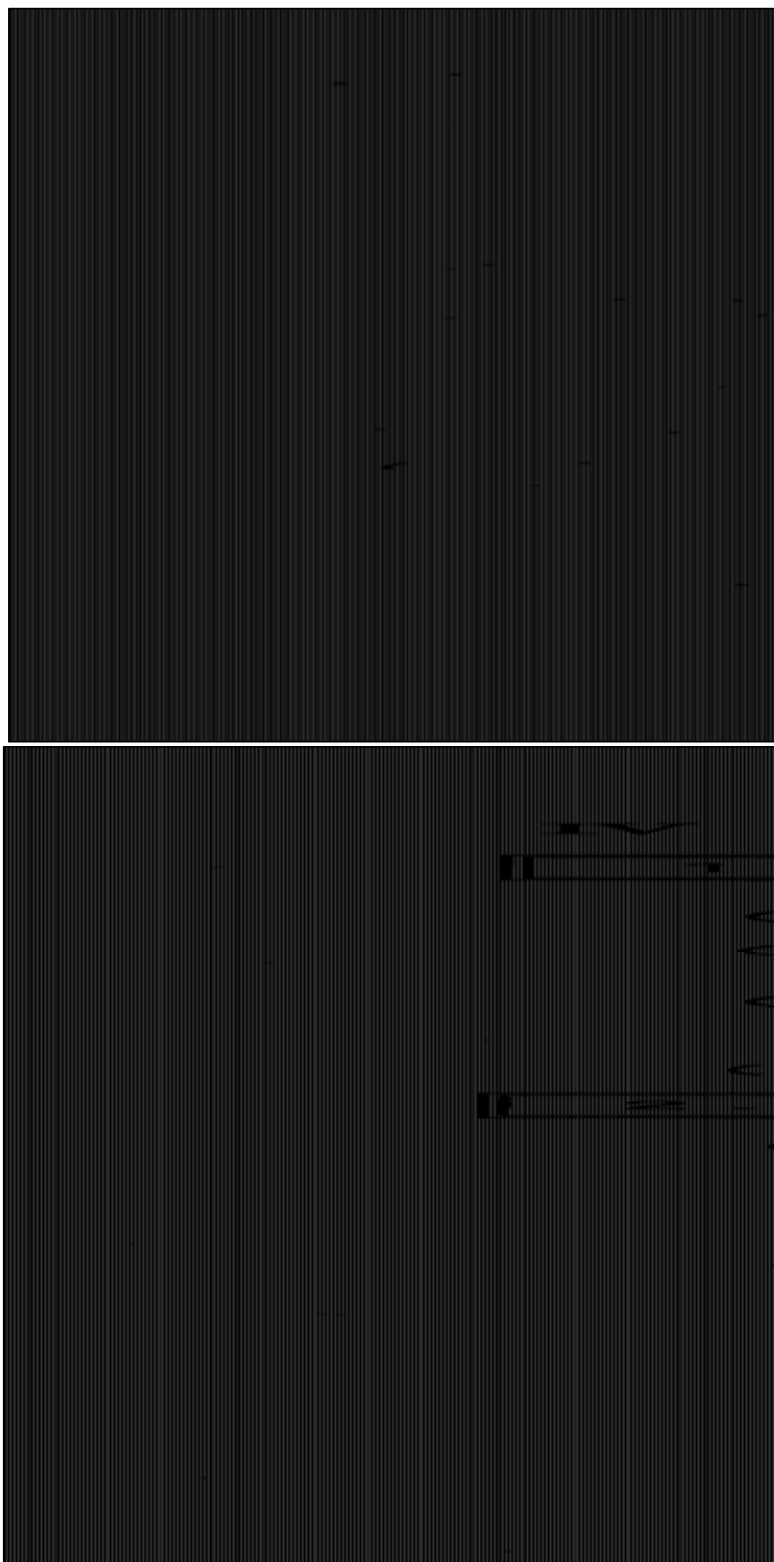
2. 同手引に、「審査は、委員単位で専決する。ただし、医療機関から再度の意見が示された事案及び高度な医学的判断を要する事案に限り、必要に応じて複数の委員による審査を行なっても差し支えない。」とあるが、本審査会で各委員に諮ることとなったレセプトは基本的に各委員の医学的判断により決定がなされるという主旨であるのか。
（これは、予め事務局が個々の委員の審査特性を知り、レセプトを分配する可能性の有無、それについての対策の有無の確認。）

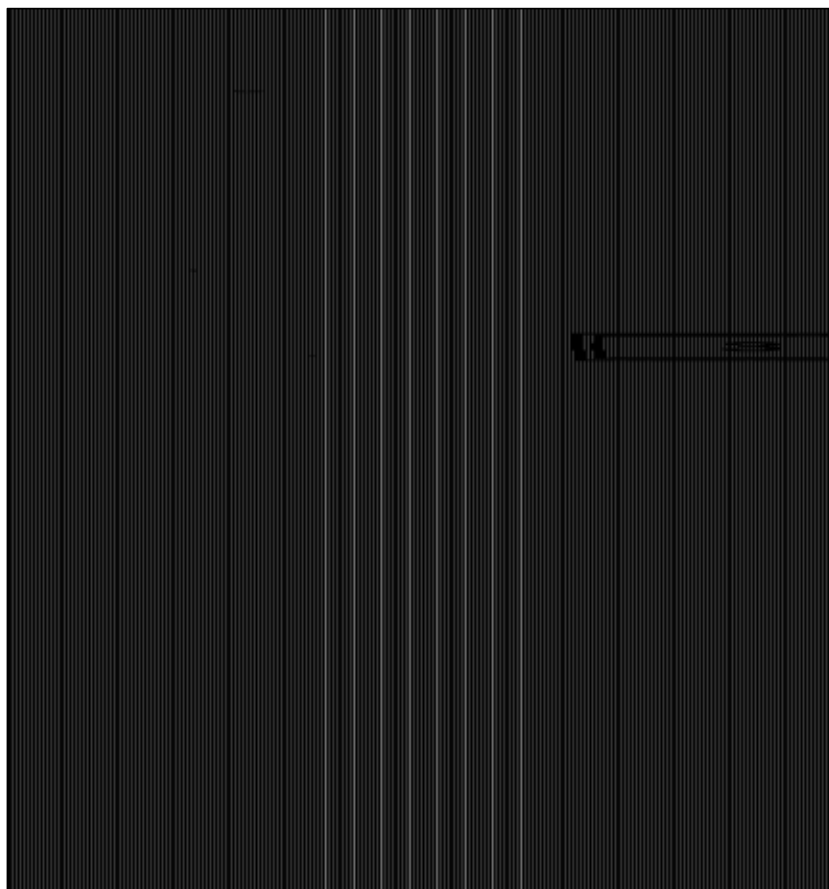
3. 労働局内部資料としての「医療関係質疑応答集」は必ずしも各審査委員に共有されておらず、特に東京都のような多数の審査委員が存在する状況では、審査基準のばらつきを危惧するところである。全体協議会の充実、審査委員間の情報交換の機会の設定等を要望する。

4. 地方労災医員について法的な根拠も含めて下記ご教示ください。

- 1) 医員の選定方法（医師会等の関与）と具体的な職務
- 2) 医員の人数と働き方（月に何回出勤で、何割くらい診るか、定年はあるのか）
- 3) 報酬額（全国一律なのか、地域ごとなのか）

2/5





別添資料②

(保 106)

平成25年8月20日

都道府県医師会
社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
鈴木 邦彦

健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について

平成25年5月31日に公布されました健康保険法等の一部を改正する法律、健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令および健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う健康保険法施行規則等の一部を改正する省令は、一部の内容を除き、同日から施行されたところであります。

主な改正内容としては、

- ① 健康保険法の一部改正において、健康保険の被保険者または被扶養者の業務上の負傷について、労働者災害補償保険の給付対象とならない場合は、法人の役員としての業務（被保険者の数が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員としての業務であって厚生労働省令で定めるものを除く。）に起因する疾病、負傷または死亡を除き、健康保険の給付対象とすること。（平成25年10月1日施行）
- ② 健康保険法および船員保険法の一部改正において、厚生労働大臣の事業主または船舶所有者に対する命令並びに質問および検査を行う権限にかかる事務を全国健康保険協会に委任すること。（平成25年5月31日施行）
- ③ 健康保険法の一部改正において、全国健康保険協会が管掌する健康保険の事業の執行に要する費用のうち、被保険者の療養の給付等に要する費用の額に対する国庫補助率について、平成25年度および平成26年度においては、16.4%とすること。（平成25年5月31日施行）
- ④ 高齢者の医療の確保に関する法律の一部改正において、平成25年度および平成26年度の各年度の被用者保険等保険者に係る後期高齢者支援金の額の算定において、その額の3分の1を被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすること。これに伴い、前期高齢者納付金等の額の算定について所要の規定を設けること。（平成25年5月31日施行）
- ⑤ 国民健康保険法の一部改正において、平成25年度および平成26年度において、組合特定被保険者に係る後期高齢者支援金等の納付に要する費用に対する国庫補助割合については、健康保険法による健康保険事業に要する費用に対する国の補助の割合および組合の財政力を勘案し、政令で定めるものとすること。（平成25年5月31日施行）

等であり、詳細につきましては、添付資料の別添1「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について（厚生労働省保険局長通知）」をご参照ください。

また、上記①の健康保険と労災保険の適用関係の整理に関する改正は、平成25年10月1日から施行されることとなりますが、これにあわせて、今般、添付資料の別添2のとおり、「健康保険法の第1条（目的規定）等の改正に関するQ&Aについて」が厚生労働省保険局保険課より事務連絡として発出されておりますのでご確認ください。

つきましては、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<添付資料>

健康保険法の第1条（目的規定）等の改正について

（平25.8.14 事務連絡 厚生労働省保険局保険課）

【別添1】健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について

（平25.5.31 保発0531第1号 厚生労働省保険局長）

【別添2】健康保険法の第1条（目的規定）等の改正に関するQ&Aについて

（平25.8.14 事務連絡 厚生労働省保険局保険課）

[参考資料（平25.5.31 官報（号外第112号）抜粋）]

- ・健康保険法等の一部を改正する法律（法律第26号）
- ・健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令（政令第164号）
- ・健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（厚生労働省令第75号）

【別添1】

保発0531第1号
平成25年5月31日

全国健康保険協会理事長 殿

厚生労働省保険局長
(公印省略)

健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について

健康保険法等の一部を改正する法律(平成25年法律第26号。以下「改正法」という。)、健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令(平成25年政令第164号。以下「改正政令」という。)、及び健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う健康保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成25年厚生労働省令第75号。以下「改正省令」という。)が本日公布され、一部の内容を除き、同日から施行することとされたところであるが、これらの改正の趣旨及び主な内容は下記のとおりであるので、その運用に当たっては十分に留意の上、遺憾なきを期されたい。

なお、このほか、第二の第1の一、二及び第三の第1に関する改正事項その他改正法、改正政令、改正省令の施行については、追って通知などをする予定である。

また、貴協会におかれては、平成24年7月に制定された「保険者機能強化アクションプラン(第2期)」等に基づき、後発医薬品の全国的な使用促進をはじめ、レセプト点検、保健事業(特定健康診査、特定保健指導)の推進等により、更なる医療費の適正化を推進し、財政の安定化に向けて努力されたい。

記

第一 改正の趣旨

医療保険制度の安定的運営を図るため、全国健康保険協会に対する国庫補助割合に係る特例及び後期高齢者支援金の負担方法に係る特例をそれぞれ平成26年度まで2年間延長する等の所要の措置を講ずるものであること。

第二 改正法の主な内容

第1 健康保険法(大正11年法律第70号。以下「健保法」という。)の一部改正(改正法第1条関係)

一 健康保険の保険給付に関する事項(健康保険法第1条及び第53条の2関係)

健康保険の被保険者又は被扶養者の業務上の負傷について、労働者災害補償保険の給付対象とならない場合は、法人の役員としての業務(被保険者の数が5人未満

である適用事業所に使用される法人の役員としての業務であつて厚生労働省令で定めるものを除く。)に起因する疾病、負傷又は死亡を除き、健康保険の給付対象とすること。

二 厚生労働大臣の権限に係る事務の全国健康保険協会（以下「協会」という。）への委任に関する事項（健保法第204条の7及び第204条の8関係）

厚生労働大臣の事業主に対する命令並びに質問及び検査を行う権限に係る事務を協会に委任すること。

三 国庫補助の特例に関する事項（健保法附則第5条の3関係）

協会が管掌する健康保険の事業の執行に要する費用のうち、被保険者の療養の給付等に要する費用の額に対する国庫補助率について、平成25年度及び平成26年度においては、16.4パーセントとすること。

四 準備金の特例に関する事項（健保法附則第8条の5関係）

協会の準備金について、平成25年度及び平成26年度においては、積み立てることを要しないこととすること。

第2 船員保険法（昭和14年法律第73号）の一部改正（改正法第2条関係）

厚生労働大臣の船舶所有者に対する命令並びに質問及び検査の権限に係る事務を協会に委任すること。

第3 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）の一部改正（改正法第3条関係）

平成25年度及び平成26年度の各年度の被用者保険等保険者に係る後期高齢者支援金の額の算定において、その額の3分の1を被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすること。これに伴い、前期高齢者納付金等の額の算定について所要の規定を設けること。

第4 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の一部改正（改正法第4条関係）

平成25年度及び平成26年度において、組合特定被保険者に係る後期高齢者支援金等の納付に要する費用に対する国庫補助割合については、健康保険法による健康保険事業に要する費用に対する国の補助の割合及び組合の財政力を勘案し、政令で定めるものとすること。

第5 健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）の一部改正（改正法第5条関係）

都道府県単位保険料率の調整を行う期限を、平成32年3月31日までの間に延長すること。

第6 施行期日等

改正法は、公布の日から施行することとしたこと。ただし、第1の一は、平成25

年10月1日から施行することとしたこと。

なお、第1の一の施行に当たっては、健康保険法による保険給付で、平成25年10月1日より前に発生した事故に起因する業務上の事由による疾病、負傷又は死亡に関するものについては、なお従前の例によるものとしたこと。

第三 改正政令の主な内容

第1 健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）の一部改正（改正政令第1条関係）

一 健康保険組合の準備金の積立て額の基準について、医療給付費相当分については3か月分、後期高齢者支援金等相当分については1か月分とすること。（健康保険法施行令第29条及び第46条関係）

二 協会の準備金について、平成25年度及び平成26年度においては、積み立てることを要しないこととすることに伴い、所要の規定の整備を行うこと。（健康保険法施行令附則第7条関係）

第2 国民健康保険の国庫負担金等の算定に関する政令等の一部改正（改正政令第2条から第4条まで及び第6条関係）

平成25年度及び平成26年度において、各年度の被用者保険等保険者に係る後期高齢者支援金の額の算定においてその額の3分の1を被用者保険等保険者の標準報酬総額に応じた負担とすることに伴い、国民健康保険の国庫負担金等の算定に関する政令、前期高齢者交付金及び後期高齢者医療の国庫負担金の算定等に関する政令、健康保険法施行令等の一部を改正する政令及び平成25年度における高齢者の医療の確保に関する法律による前期高齢者交付金の額の算定に係る率及び割合を定める政令について、所要の規定の整備を行うこと。

第3 健康保険法施行令の一部を改正する政令（平成21年政令第63号）の一部改正（改正政令第5条関係）

一 都道府県単位保険料率の調整を行う期限を延長することに伴い、所要の規定の整備を行うこと。（健康保険法施行令の一部を改正する政令附則第2条、第6条及び第7条関係）

二 その他所要の規定の整備を行うこと。（健康保険法施行令の一部を改正する政令附則第3条関係）

第4 施行期日

改正政令は、公布の日から施行することとしたこと。

第四 改正省令の主な内容

【別添2】

事務連絡
平成25年8月14日

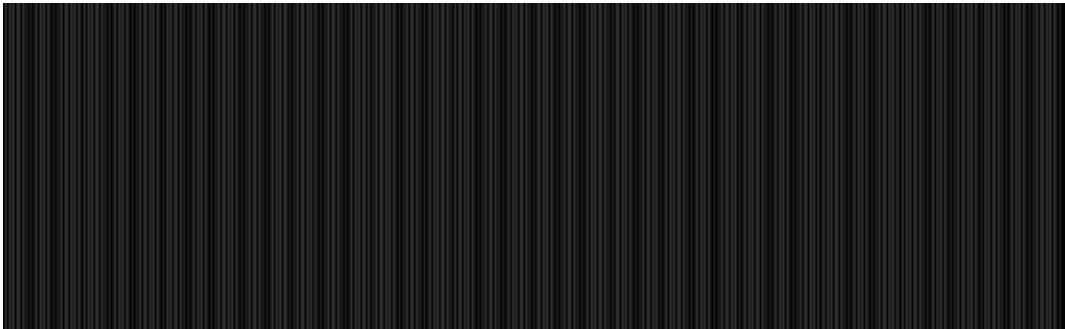
全国健康保険協会 御中

厚生労働省保険局保険課

健康保険法の第1条（目的規定）等の改正に関するQ&Aについて

健康保険制度の運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）等については、先般、「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について」（平成25年5月31日保発0531第1号厚生労働省保険局長通知）を発出したところですが、そのうち、平成25年10月1日から施行される健康保険法の第1条（目的規定）等の改正（健康保険と労災保険の適用関係の整理）に係る事務の実施に当たり、別添の通りQ&Aを作成いたしましたのでお送りします。運用に当たって、十分に留意の上、適切に対応いただくようお願い申し上げます。



<健康保険法第1条（目的規定）等の改正にかかる基本的事項>

【質問1】

健康保険法等の一部を改正する法律（平成25年法律第26号）により、健康保険法の第1条（目的規定）の改正が行われたが、その改正趣旨はどのようなものか。

（回答）

- 現行では、被保険者が副業として行う請負業務中に負傷した場合や、被扶養者が請負業務やインターンシップ中に負傷した場合など、健康保険と労災保険のどちらの給付も受けられないケースがある。
- 今回の改正趣旨は、こうしたケースに適切に対応するため、広く医療を保障する観点から、労災保険の給付が受けられない場合には、原則として健康保険の給付が受けられることとするものである。

【質問2】

新設された健康保険法第53条の2において、被保険者又はその被扶養者が法人の役員である場合に、その法人の役員としての業務に起因する負傷等が保険給付の対象外とされているが、その趣旨及び「法人の役員として業務」とは何を指すのか。

（回答）

（趣旨について）

- 今回の改正においては、原則として労災保険からの給付が受けられない場合は健康保険の給付を受けられることとした。ただし、法人の役員の業務上の負傷については、使用者側の責めに帰すべきものであるため、労使折半の健康保険から保険給付を行うことは適当でないと考えられる。
- このため、被保険者等（※）が法人の役員である場合に、その法人の役員としての業務に起因する負傷等については、原則として保険給付の対象外とすることとした。
※ 被保険者のほか、被扶養者も含む。

（法人の役員としての業務について）

- 「法人の役員としての業務」とは、法人の役員がその法人のために行う業務全般を指し、特段その業務範囲を限定的に解釈するものではない。

（労災保険の特別加入について）

- なお、中小事業主等（※）については、労災保険に特別加入することによって、業務上に起因する負傷等に対し、労災保険の給付を受けられる場合がある。

※ 以下に定める数の労働者を常時使用する法人の代表者および役員など。

- ・金融業、保険業、不動産業、小売業：50人以下
- ・卸売業、サービス業：100人以下
- ・その他の業種：300人以下

【質問3】

健康保険法第53条の2において、「法人の役員としての業務」のうち、「被保険者の数が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員としての業務で厚生労働省令で定めるもの」が除外されているが、その趣旨はどのようなものか。また「厚生労働省令で定めるもの」とは具体的に何か。

(回答)

(趣旨について)

- 平成15年7月1日以降、厚生労働省保険局通知（平成15年7月1日保発0701001号・庁発0701001号等）において、「被保険者が5人未満である適用事業所に所属する法人の代表者等であって、一般の従業員と著しく異なるような業務に従事している者」については、その者の業務遂行の過程において業務に起因して生じた傷病に関しても、健康保険の保険給付の対象（傷病手当金を除く）としてきたところである。

今回の改正においても、その趣旨を踏まえ、被保険者が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員については、その事業の実態を踏まえ、傷病手当金を含めて健康保険の保険給付の対象としたものである。

(厚生労働省令で定めるものについて)

- 厚生労働省令では、健康保険の給付対象となる業務を「当該法人における従業員（同条に規定する法人の役員以外の者をいう。）が従事する業務と同一であると認められるもの」（厚生労働省令第52条の2）としている。したがって、役員の業務内容が当該法人における従業員が従事する業務と同一であると認められない場合には健康保険の給付対象とならない。

【質問4】

「被保険者の数が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員」についての取扱いの法制化に伴い、これまでの取扱いを示してきた「法人の代表者等に対する健康保険の保険給付について」（平成15年7月1日保発0701001号・庁発0701001号等 ※平成16年3月30日保発0330001号等により一部改正）はどうなるのか。

(回答)

- 上記通知については廃止される。よって、被保険者が5人未満である適用事業所に使用される法人の役員が業務遂行の過程において業務に起因して生じた傷病について、傷病手当金は支給しないこととしていたが、この取扱いも廃止され、傷病手当金も保険給付の対象となる。

【質問5】

本改正はいつから適用されるのか。

(回答)

- 平成25年10月1日以降に発生した事故に起因する業務上の事由による負傷等について適用される。

<その他事務取扱等について>

【質問6】

被保険者またはその被扶養者において、業務災害・通勤災害と疑われる事例で健康保険の被保険者証を使用し、または現金給付の申請等が行われた場合、健康保険の保険者は、まずは労災保険への請求を促し、健康保険の給付を留保することができるか。

(回答)

- 労災保険法における業務災害については健康保険の給付の対象外であり、また、労災保険法における通勤災害については労災保険からの給付が優先されるため、まずは労災保険の請求を促し、健康保険の給付を留保することができる。
- ただし、保険者において、健康保険の給付を留保するに当たっては、関係する医療機関等に連絡を行うなど、十分な配慮を行うこと。



【質問 7】

労災保険における審査の結果、業務外であることを理由に不支給となった場合は、原則として健康保険の給付対象となるが、その労災保険の審査結果について、健康保険の保険者はどのような方法で確認することになるのか。

(回答)

- 労災保険の不支給決定通知は請求人本人に対してのみ送付されることから、健康保険の保険者は被保険者又は被扶養者からその結果を確認することとなる。このため、保険者は一定期間経過後（※）に被保険者等に対して連絡を行うなど、十分な配慮を行うこと。

※ 労災保険における負傷の場合の標準的な審査期間：1ヶ月程度

労災保険における疾病の場合の標準的な審査期間：6～8ヶ月程度

（ただし、事案により調査に時間がかかる場合がある。）

- なお、健康保険の保険者においては、保険給付の時効期間（2年間）を考慮し、労災保険給付の請求が行われている場合であっても、健康保険給付の申請が可能であることを被保険者等に対して周知するなどの十分な配慮を行うこと。

※ 労災保険の請求が行われている場合の健康保険給付申請の取扱いについては、「労災保険給付の請求が行われている場合の健康保険の給付申請の取扱いについて（平成24年6月20日厚生労働省保険局保険課事務連絡）」を参照されたい。

【質問 8】

健康保険の保険者においては、どのような事案について「業務災害・通勤災害であることが疑われる」として、被保険者等に対して労災保険への請求を勧奨すべきか。

(回答)

- 「業務災害・通勤災害であることが疑われる」事案とは、次のような事案である。
 - ・ 健康保険の被保険者（法人の役員※1を除く）が、工作中・通勤※2中に負傷した事案
 - ・ 健康保険の被扶養者が、短時間正社員、パート・アルバイト等の労働者として就労しており、かつ、工作中・通勤中に負傷した事案
 - ・ 健康保険の被保険者（法人の役員※1を除く）が、疾病にかかり、その原因が仕事にあると思われる事案
 - ・ 契約形態等に関わらず（請負、法人の役員、ボランティア、インターン等）、労働が他人の指揮監督下において行われ※3、報酬が一定時間労務を提供していることの対価と判断される場合に、その工作中・通勤中に負傷した事案又は疾病にかかりその原因が仕事にあると思われる事案

- ※1 工場長、部長等を兼務している役員の場合は、労働者と認められることがある（業務災害・通勤災害になることがある）。
- ※2 「通勤」とは、原則として、労働者が、就業に関し、①住居と就業の場所との間の往復②就業の場所から他の就業の場所への移動③単身赴任先住居と帰省先住居との間の移動を、合理的な経路及び方法により行うことをいう。
- なお、その経路を逸脱し、又はその移動を中断した場合には、逸脱・中断及びそれ以後の移動は、一定の場合を除き「通勤」に該当しない。
- ※3 仕事の依頼等に対する諾否の自由がなく、業務の内容及び遂行方法について具体的な指揮命令を受け、勤務場所、勤務時間が指定・管理されているなど

【質問9】

業務災害・通勤災害と思われる事案について、労災保険を請求し、その審査が行われている間、患者の医療費の負担はどうなるのか。

（回答）

- 労災保険指定医療機関で診療を受けるかどうかによって扱いが異なる。
- ＜労災保険指定医療機関において診療を受けた場合＞
- 労災保険指定医療機関で業務災害・通勤災害として療養の給付（現物給付）を受けた場合、患者に医療費の負担は生じない。
- ＜労災保険指定医療機関以外において診療を受けた場合＞
- 患者は医療費全額を一旦支払った上で、労災保険に請求することになる。

厚労省資料①

労災・自賠責委員会意見交換会資料

議題1 高齢労働者の労災認定について

議題2 労災治療計画加算について

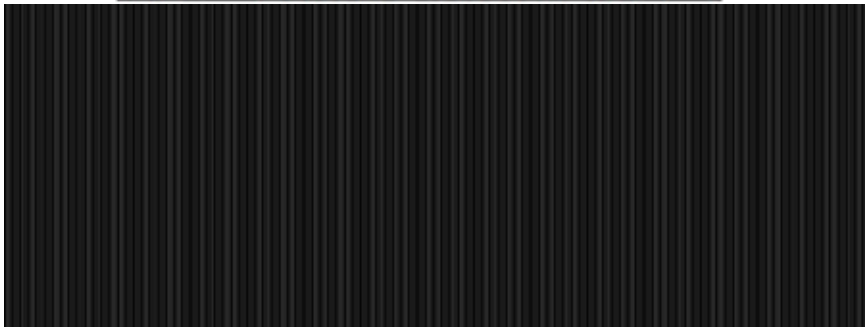
議題3 労災診療費審査委員会について

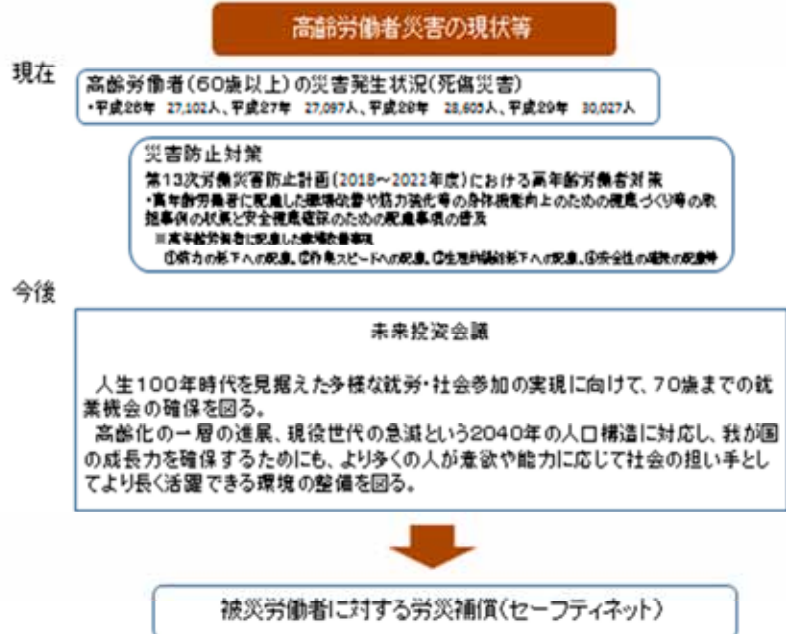
議題4 外国人労働者について

令和元年5月17日



議題1 高齢労働者の労災認定について





3

70歳までの就業機会の確保

- 高齢化の一層の進展、現役世代の急減という2040年の人口構造に対応し、我が国の成長力を確保するためにも、より多くの人が意欲や能力に応じて社会の担い手としてより長く活躍できる環境整備が必要。
 →個々の高齢者の多様性を踏まえ、従来の65歳までの雇用確保措置に加え、様々な就業や社会参加の形態も含めて、70歳までの就業機会の確保を図り、その活躍を促進する。

Ⅰ 70歳までの就業機会を確保する制度

- ◆ 個々の高齢者の能力・事情に応じた活躍を図るため、70歳までの制度は、従来の雇用確保措置に加えて、**企業が採りうる選択肢を拡大**



- ◆ 労使での十分な話し合いの上で企業は多様な選択肢の中から採用する措置を提示し、個々の高齢者との相談を経て適用(努力義務)

Ⅱ 高齢者の活躍を促進する環境整備(Ⅰの推進を支える施策)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ◆ 企業への支援 ～高齢者の活用促進、安全・安心で能力発揮できる環境整備 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 70歳までの就業機会を確保する措置を実施する企業への支援 ➢ 高齢者に対する能力・成果を重視する評価・報酬体系の構築支援 ➢ 高年齢労働者の労働災害リスク要因に対応する職場環境整備の促進 ◆ 労働市場の整備 ～高齢者と企業双方のニーズに応じた再就職の促進 <ul style="list-style-type: none"> ➢ ハローワークの生涯現役支援窓口の増設 ➢ キャリア人材バンク(高年齢退職予定者のマッチング機能)の強化 | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 労働者本人への支援 ～高齢者も見据えたキャリア形成支援の推進 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 労働者のキャリアプラン再設計や企業内のキャリアコンサルティング導入等を支援する拠点を整備(全国でサービスを提供) ➢ 企業の実情に応じた中高年齢層向けの訓練、リカレント教育の推進 ◆ 地域の取組への支援 ～多様な雇用・就業機会の確保 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 地方自治体を中心とした協議会による取組の展開・企業連携の強化 ➢ シルバー人材センターの機能拡大・女性会員拡大の強化 |
|--|---|

1

4

基礎疾患又は既存疾病を有していた場合における労災認定の考え方

労働者が業務とは関係のない基礎疾患又は既存疾病を有していた場合で、当該基礎疾患又は既存疾病が労働に支障のない程度であったときに、何らかの原因で増悪し、発症することがしばしばあるが、これが労働を契機として又は労働に從事しているときに起こったとしても、その多くは加齢、一般生活等による自然経過によるものと考えられ、一般に、業務起因性はない。

しかし、上の場合において、その増悪し、発症した経緯又は病態が、当該基礎疾患又は当該疾病の自然経過や他の原因によるものとは明らかに異なり、業務上の有害因子にばく露したことにより、基礎疾患又は既存疾病の自然経過を超えて著明に増悪し、発症したと医学的に認め得る場合には、業務上の疾病として取り扱われる。

この場合において、増悪した部分については、増悪前の状態に回復するまで（増悪前の状態に至らず、病状が固定する場合はその症状固定まで）が、業務上の疾病として取り扱われることとなる。

【業務災害及び通勤災害 認定の理論と実際】

業務上療養の認定基準について（昭51.10.16基発第750号）

（解説）

4（2）治療の範囲

療養の既往症又は基礎疾患のある労働者に療養が発症し増悪した場合の治療の範囲は、原則としてその発症又は増悪前の状態に回復させるためのものに限る。ただし、その状態に回復させるための治療の必要上既往症又は基礎疾患の治療を要すると認められるものについては、治療の範囲に言及して差し支えない。

（認定基準の説明：療養の基礎疾患又は既存疾病のある場合）

肩関節ヘルニア、変形性脊椎症、腰痛・分離症、すべり症等を有する労働者であって、療養そのものは通常の労働に支障のない程度に鎮定あるいは軽快している状態にあるときに、業務中の災害性の原因によって再びこれらの基礎疾患なり既存疾病から療養が発症したり、著しく増悪し療養を必要とするに至った場合には、業務上の疾病として取り扱われることとなる。

ただし、このような場合には、私傷病としての療養療養がもともと基礎にあったわけであるから、労災療養として認められるべき治療の範囲は、原則として、その発症前又は増悪前の状態に回復させるためのものに限られることとなる。

なお、その発症前又は増悪前の状態まで回復させるための治療の必要上、基礎疾患あるいは既存疾病の治療（保存的療法、外科的治療等）を必要とする認められる場合には、療養の対象に含まれることとなる。

労災疾病臨床研究補助金事業

平成31年度労災疾病臨床研究事業費補助金 新規公募課題

1. 業務上の疾病と基礎疾患の関連に関する研究課題

1-1 研究課題名

労和性疾患を抱える高齢労働者に発症した疾患等の労災疾病に係る療養の範囲に関する研究（一般公募型）（120101）

1-2 研究の意義及び目標

少子高齢化の進展に伴い、労働の場においても労和性疾患、骨格筋症等の労和性疾患を抱える高齢労働者の増加が懸念される。これらの労和性疾患については発症により発症したものではなく、むしろ加齢等自然経過の要因による私傷と見られるため、労災疾病の療養の範囲に該当しないが、これらの者については、仕事中に若干の労和性疾患を受けた場合であっても私傷等の療養を発症するケースがある。

これらの疾患にかかる労災認定の制度においては、業務の事実ごとに主発症の発症の態、労災発症前までに経過した専門医の意見を聴いたうえで発症後の診断を行っているところであり、労災疾病の療養範囲については、労災疾病の発症に当たり、私傷である労和性疾患の療養を要する場合に限り、当該労和性疾患の発症についても労災疾病の療養の範囲に該当するものと取り扱っているが、加齢的な変化等は被災労働者個人による自然経過があるため、その療養の範囲は一律に定められていない現状にある。

このような労働環境を取り巻く情勢の変化に対応した適正な労災療養を行うためには、労和性疾患を有する者に発症した労災疾病の療養の範囲について、医学的に認定される範囲内で留意しておくことが重要となる。

1-3 求められる成果

今後、労和性疾患等を抱える高齢労働者の増加が懸念されることから、これらの者に対する労災制度による療養を適切に行うため、療養の範囲に係るメルクマールの作成を求めるもの。

1-4 研究の現状等

研究費の規模：1 調査あたり5,000円程度（1年当たりの研究費、調査費を含む。）

研究期間：2年（2019～2021）

調査対象者数：1 調査対象

裁判所における認定基準の評価

判断の枠組①(相当因果関係を採用)

労災保険法に基づく保険給付は、労働者の業務上の疾病等について行われるものであって、労働者の疾病等が業務上発生したこと(業務起因性)を認めるためには、業務と疾病等との間に相当因果関係があることが必要である(55.1.11.12最高裁判決)。

労災保険法に基づく労働者災害補償制度は、使用者が労働者を自己の支配下に置いて労務を提供させるという労働関係の特質に鑑み、業務に内在又は通常随伴する危険が現実化して労働者に疾病等を負わせた以上、使用者に無過失の補償責任を負わせるのが相当であるとする危険責任の法理に基づくものであると解されることから、業務と疾病等との間の相当因果関係の有無は、当該疾病等が当該業務に内在又は通常随伴する危険が現実化したことによるものであるかどうかによって決まらなければならない(58.1.23最高裁判決)。

そして、当該労働者と同種の平均的な労働者(職種、職種における立場、年齢、経験等が類似する者をいい、健康な状態にある者だけでなく、基礎疾患を患っていたとしても日常業務を遂行できる者を含む。)を基準として、業務による負傷が、他の原因と比較して相対的に有力な原因となって当該疾病を発症させる程度に過重であるといえる場合は、業務に内在又は通常随伴する危険が現実化したものとして、当該発症の業務起因性を肯定することができる。

判断の枠組②(認定基準の合理性)

認定基準は、労働者災害認定のための行政内部の準則であって、大量の事件処理をしなければならない行政内部の判断の合理性、整合性、統一性を確保するために定められたものであり、裁判所による行政処分違法性に関する判断を拘束するものではないが、その作成経緯や内容等に基づき合理性を有するものといえる。したがって、本件疾病の業務起因性の判断に当たっては、本件認定基準を参考としつつ、本件における具体的事柄を総合的に考慮して行うのが相当というべきである。

判断の枠組③(腰痛認定基準の合理性)

業務上腰痛の認定基準は、旧基準の内容を改訂し、昭和51年10月16日に発出されている。腰痛認定基準は行政内部の通達であり、法的拘束力を有するものではないが、所定の知見を踏まえた専門家の組織的な検討を経て作成されたものであるから、その内容には合理性が認められるというべきである。

勝訴の事例(腰痛)H29.12.18東京地裁判決

原告には、訴外会社に就職する前から、そのL3/4節位に腰椎椎間板ヘルニアの基礎疾患があり、これが原因病となって原告に本件腰痛が発症したものである。そうすると、このような事柄の下で、原告が就労していた訴外会社の業務に内在する危険が現実化したものとして本件腰痛との間に相当因果関係が存在するといえるためには、原告が本件腰痛を発症したとする時において、当該基礎疾患がその自然経過により本件腰痛を発症させる寸前までに増悪していたとの事実がなかったことが立証されなければならないものと解するのが相当である。

これを本件についてみると、原告は、訴外会社に就職した時、基礎疾患であるL3/4節位の腰椎椎間板ヘルニアは、相当程度に悪化しており、いつ本件腰痛を発症しても不自然ではない状態にあったことが推認されるものというべきである。

敗訴の事例(上肢障害)H31.3.29静岡地裁判決

このような業務過重性の程度や発症の時期及び経過に鑑みると、原告については、加齢よりも有力な原因として、過重な業務に就労したことにより、本件障害(頸椎椎間板ヘルニア、肩関節障害)を、自然的経過を経て増悪させたと認めるのが相当である。

議題 2 労災治療計画加算について

労災治療計画加算(労災診療費算定マニュアル)

収容施設を有する診療所及び病院において、入院の際に医師、看護師、その他関係職種が共同して総合的な治療計画を策定し、医師が入院後7日以内に労災治療計画書(又はこれに準ずる文書)により患者名及び患者の部位、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間、入院中の注意事項、退院時において見込まれる回復の程度等について交付して説明を行った場合、1回の入院につき1回限り100点を入院基本料または特定入院料に加算である。

平成29年度決算検査報告(概要) 平成30年9月27日付け30検第452号

労災診療費の算定における労災治療計画加算について、指定医療機関等では入院診療計画書をもって労災治療計画書に代えていたり、労災治療計画書の書式と入院診療計画書の書式とで多くの記載項目が同一であったりするなどの労災治療計画書の作成の課題等を踏まえ、労災治療計画加算を設けた趣旨をいかした運用が可能であるか改めて検討し、その結果を踏まえて廃止を含めた抜本的な見直しを行うよう意見を表示されたもの。

(改善を要する事項)

指定医療機関等全体の96.2%では、改めて労災治療計画書を作成せず、入院診療計画書をもって労災治療計画書に代えていたり、労災治療計画書の書式と入院診療計画書の書式とで記載項目の多くは同一であったりするなどしているのに、算定基準等に労災診療費独自の算定項目として労災治療計画加算を行っている事柄は適切ではなく、改善の要があると認められる。

平成29年度決算検査報告に関し国会に対する説明書(第197回国会提出)

<意見を表示された事項に対する厚生労働省の説明>

本件については、指摘の趣旨を踏まえ、労災治療計画加算を設けた趣旨をいかした運用が可能であるか改めて検討し、その結果を踏まえて廃止を含めた抜本的な見直しを行うよう、所長の所見を踏まえている所である。

10

労災治療計画書等の作成状況

算定基準等に定められた 労災治療計画書を作成し ていたもの						入院診療計画書をもっ て労災治療計画書に 代えていたもの		労災治療計画書、入 院診療計画書のいず れも作成していな かったもの		計	
件数		支払額		件数		支払額		件数		支払額	
0	0	2,912	2,977,400	73,310	89,150,000	278	483,000	786,714	892,777,900		



31

[illegible][illegible]

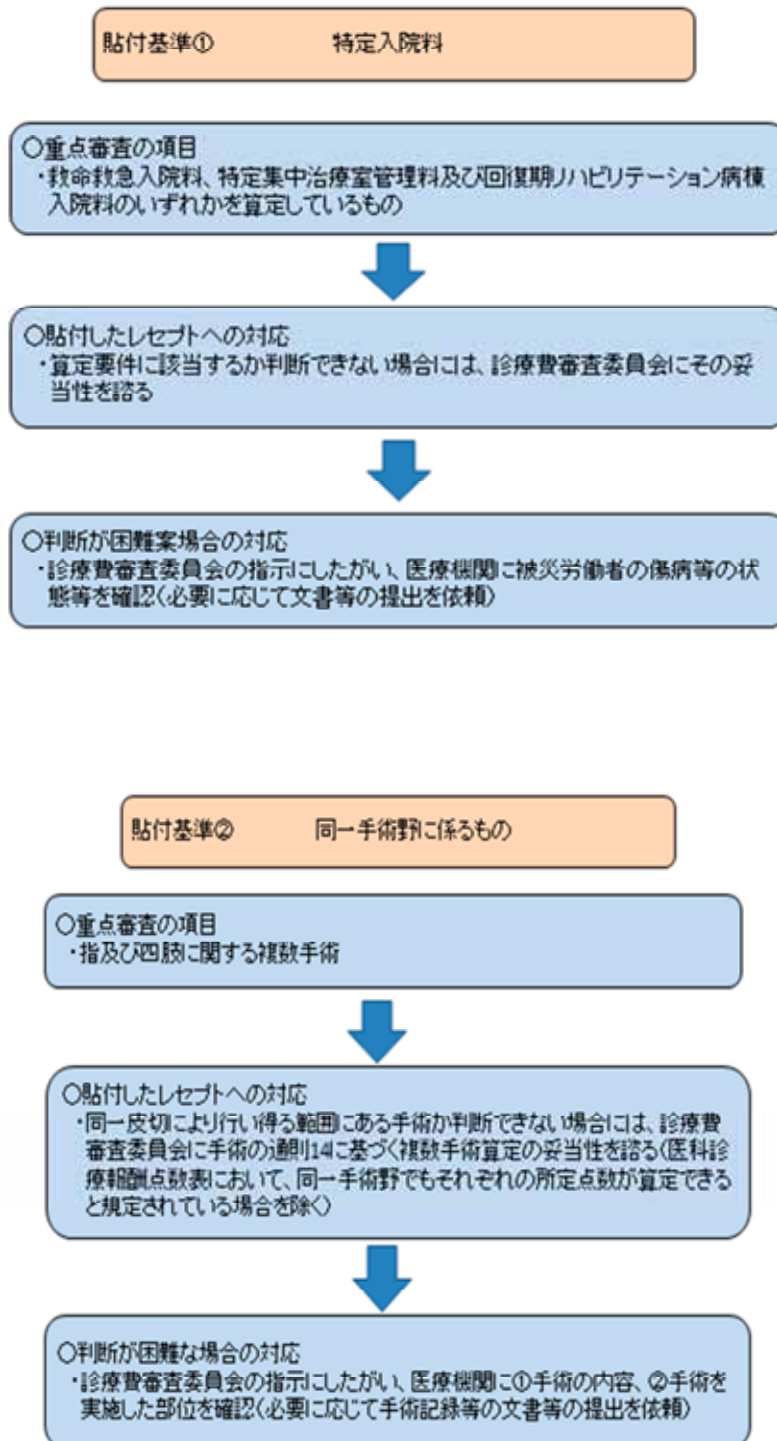
議題3 労災診療費審査委員会について

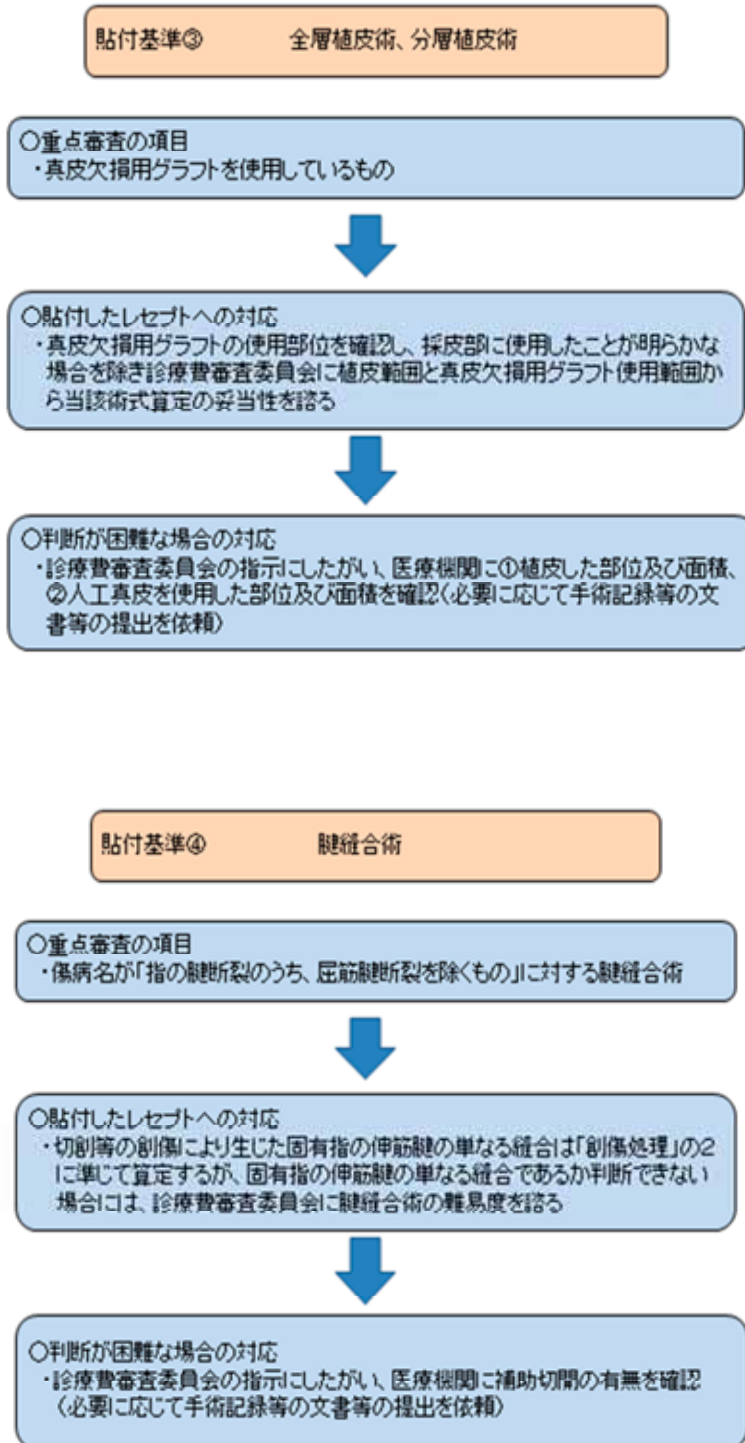
労災診療費に係る重点審査項目 (平成21年2月20日付付基労健発第0220003号)

- | | |
|---------|---------------------------------------|
| 貼付基準① | 特定入院料 |
| 貼付基準② | 同一手術野に係るもの(※) |
| 貼付基準③ | 全層植皮術、分層植皮術(※) |
| 貼付基準④ | 腱縫合術(※) |
| 貼付基準⑤-1 | 骨折等に係る手術(骨折観血的手術)(※) |
| 貼付基準⑤-2 | 骨折等に係る手術(骨内異物(挿入物)の材料が鋼線、銀線等であるもの)(※) |
| 貼付基準⑤-3 | 骨折等に係る手術(骨移植術)(※) |
| 貼付基準⑤-4 | 骨折等に係る手術(関節内骨折観血的手術)(※) |
| 貼付基準⑥ | 切断四肢再接合術 |
| 貼付基準⑦ | 骨折及び関節の傷病により、3年以上継続療養しているもの |

(注) (※)は、関係からの重点審査項目を指す

上記以外の事項についても、医学的判断を要するものについては、診療費審査委員会の積極的な活用努める





貼付基準⑤-1 骨折等に係る手術(骨折観血的手術)

○重点審査の項目

- ①内固定材料、創外固定器加算又は固定用金属ピン(創外固定器用)が請求されていないもの
- ②固定材料として鋼線又は銀線のみが請求されているもの
- ③1傷病部位に対して髓内釘が複数請求されているもの(集束型が複数請求されているものを除く)



○貼付したレセプトへの対応

- ①内固定材料、創外固定器が使用されていない場合で、当該術式の妥当性が判断できない場合は、診療費審査委員会に当該術式の算定の妥当性を諮る
- ②診療費審査委員会に骨折経皮的鋼線刺入固定術の術式ではなく、骨折観血的手術の術式の算定の妥当性を諮る
- ③実際に髓内釘を固定材料として複数使用しているか確認し、診療費審査委員会に1傷病部位に対して、髓内釘を複数使用する必要性を諮る



○判断が困難な場合の対応

- ・診療費審査委員会の指示にしたがい、医療機関に①皮膚切開の有無、②当該手術の概要を確認(必要に応じて手術記録等の文書等の提出を依頼)

貼付基準⑤-2 骨折等に係る手術(骨内異物(挿入物)の材料が鋼線、銀線等であるもの)

○重点審査の項目

- ・骨内異物(挿入物)の材料が確認できないもの



○貼付したレセプトへの対応

- ・骨内異物(挿入物)の材料が確認できない場合又は鋼線、銀線等で簡単に除去し得るものか判断できない場合は、診療費審査委員会に骨内異物(挿入物)除去の難易度を諮る



○判断が困難な場合の対応

- ・診療費審査委員会の指示にしたがい、医療機関に骨内異物(挿入物)の材料を確認(必要に応じて手術記録等の文書等の提出を依頼)

貼付基準⑤-3 骨折等に係る手術(骨移植術)

○重点審査の項目
・人工骨を使用している骨移植術



○貼付したレセプトへの対応
・自家骨移植が併用されているかを確認し、人工骨のみの使用では、骨移植術の「3同種骨移植(非生体)」を算定することはできない

貼付基準⑤-4 骨折等に係る手術(関節内骨折観血的手術)

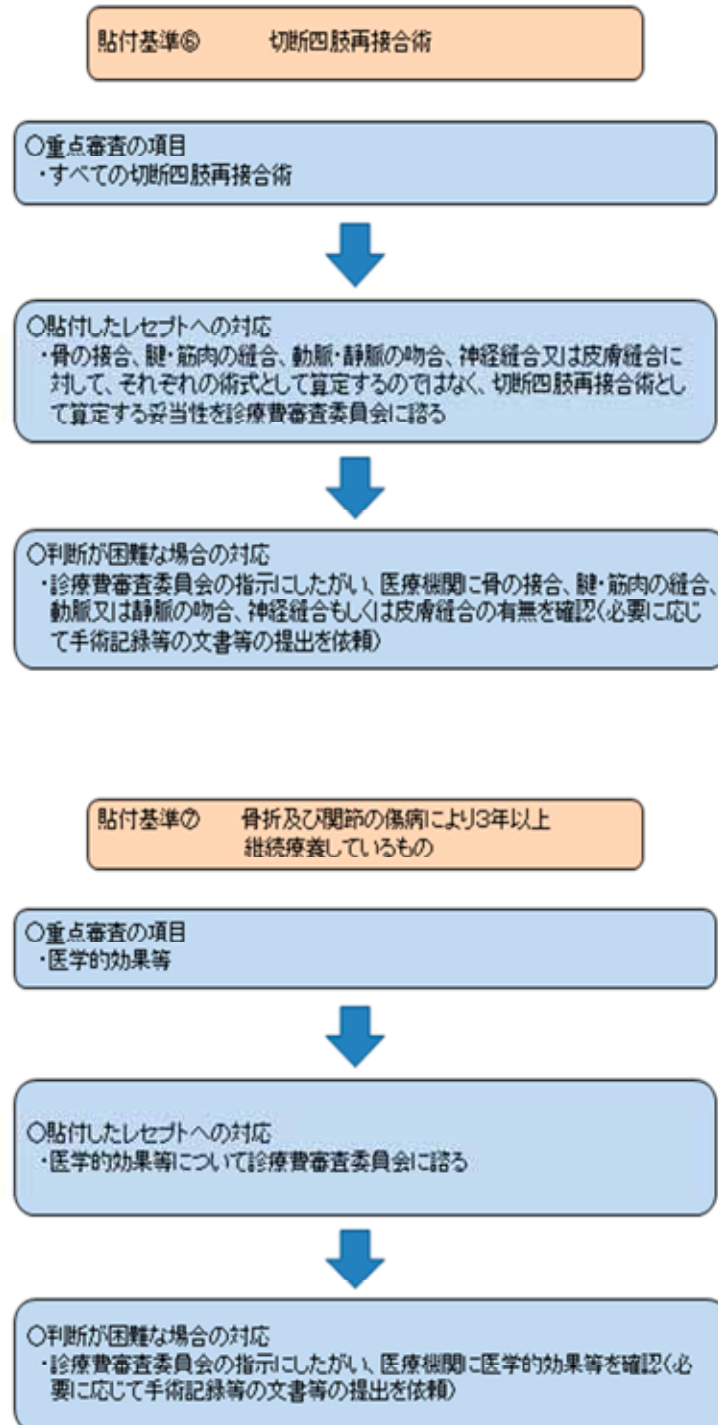
○重点審査の項目
①傷病名が「関節内骨折を除くもの」であるもの
②内固定材料が請求されていないもの
③創外固定器加算又は固定器用金属ピン(創外固定器用)を請求しているもの



○貼付したレセプトへの対応
①骨折が関節内に及んでいるか不明の場合、又は骨折が関節内に及んでいないものは、診療費審査委員会に関節内骨折観血的手術の術式の算定の妥当性を諮る
②内固定材料の使用の有無を確認し、使用されていない場合には、必要に応じて診療費審査委員会に当該術式の算定の妥当性を諮る
③診療費審査委員会に当該術式の算定の妥当性を諮る



○判断が困難な場合の対応
・診療費審査委員会の指示にしたがい、医療機関に①骨折線が関節内に及んでいるか、②関節内の骨を整復・固定しているかを確認(必要に応じて手術記録等の文書等の提出を依頼)



議題4 外国人労働者について

労災補償業務の運営に当たって留意すべき事項について(表冊)
(平成31年2月19日付労災発0219第1号)

外国人労働者への適切な丁寧な対応

1 外国人労働者に対する労災保険制度の周知及び請求支援の取組

外国人労働者については、我が国の労災保険制度について知識が十分でない場合も多い上、労災災害に遭われたくなった労働者のご遺族にあっては、母国にあって我が国の労災保険制度を不知であることから、機会を捉えて母国語等による周知等を行い、制度不知による請求遅れのないよう、きめ細やかな対応を図る必要がある。

外国人労働者に対する労災保険制度については、従前、「(日本で働く外国人向け)労災保険請求のためのガイドブック」等を活用するなど労災保険制度の説明を行っているところであるが、今後は、監督・安全衛生担当部署との情報共有を図ること(※1)により一層的確に対応すること。

※1 外国人労働者が被災者である労働災害が発生した場合には、当該労働者又はその遺族が円滑に労災保険給付の請求を行うことが出来るよう、労働基準監督署において労働者死傷者報告等を介して監督・安全衛生部署と労災担当部署が必要な情報を共有することにより、労災保険制度の周知・請求勧奨を実施すること。

2 外国人労働者からの相談対応について

外国人労働者、外国人労働者を使用する使用者等からの窓口相談に対しては、局労働基準部監督課又は署に設置している「外国人労働者相談コーナー」において労災請求等に関する相談も受け付けており、平成31年度から対応言語を5言語から8言語(※2)に増やすこととしているため、通訳活用すること、また、外国人労働者等の電話相談に対応する「外国人労働者向け相談ダイヤル」や、局署の開庁後や土日の電話相談に対応する「労働条件相談はつとライン」についても、同様に8言語に増やすこととしているため、適切に案内を行うこと。

※2 英語、中国語、ポルトガル語、スペイン語、タガログ語、ベトナム語、ネパール語、ミャンマー語

26

○外国人労働者に対する防災請求手続の周知等の取組状況

都道府県労働局・労働基準監督署等においては、外国人労働者が業務上等で被災した場合に、防災請求が円滑に行えるよう、以下の取組を実施している。

※外国人労働者向けに給付内容や請求手続を説明したパンフレットの配付やホームページでの周知

- ・厚生労働省ホームページに掲載 13言語
①英語、②中国語、③韓国語、④ポルトガル語、⑤スペイン語、⑥タガログ語、⑦ベルシア語、⑧インドネシア語、⑨タイ語、⑩ベトナム語、⑪カンボジア語、⑫ミャンマー語、⑬ネパール語
- ・都道府県労働局・労働基準監督署にパンフレットを配付 10言語
(※ 平成31年5月下旬頃より3言語追加予定 ⑩カンボジア語、⑫ミャンマー語、⑬ネパール語)

※外国人向け相談コーナー(82箇所)や相談ダイヤル(8ヵ国語)での相談

- ・相談ダイヤルで対応 8言語(①英語、②中国語、③ポルトガル語、④スペイン語、⑤タガログ語、⑥ベトナム語、⑦ミャンマー語、⑧ネパール語)

○外国人労働者の災害発生状況(死者数)

平成26年度 1,732人、平成27年度 2,005人、平成28年度 2,211人、平成29年度 2,494人

厚労省資料②

労災・自賠責委員会意見交換会 (参考資料編)

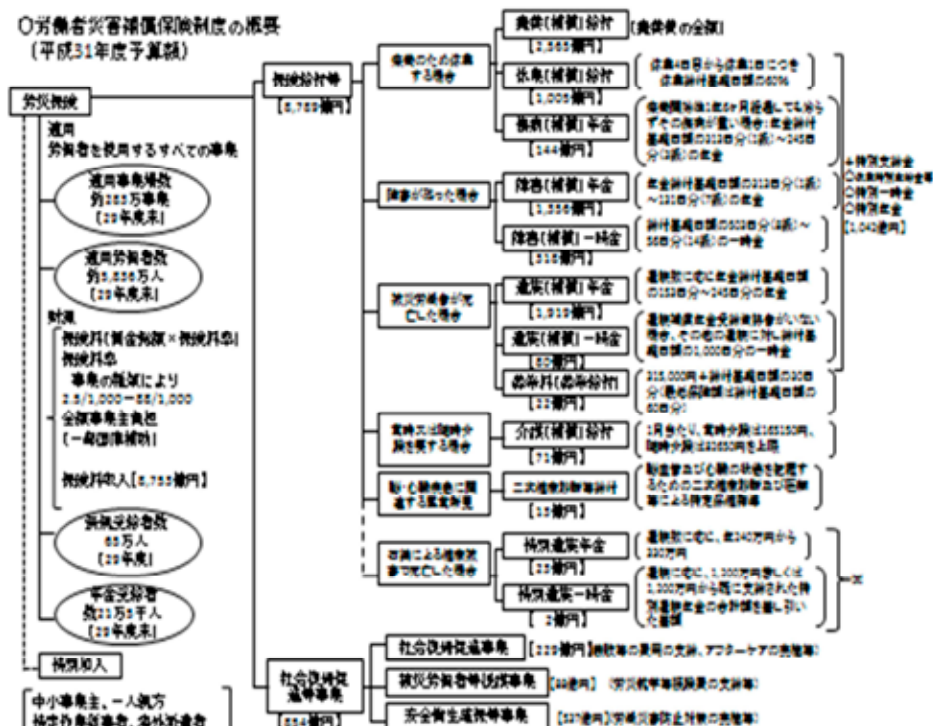
- ・ 労働者災害補償保険制度の概要
- ・ 労災指定医療機関・指定薬局数の推移
- ・ 療養（補償）給付額の推移
- ・ 高年齢労働者の労働災害の発生状況に関する資料
- ・ 特定技能の在留資格に係る制度の運用に関する資料
- ・ 外国人労働者向けの相談に関する資料
- ・ 外国人労働者の死傷災害発生状況
- ・ 労災賠償経緯

令和元年5月17日



厚生労働省労働基準局補償課

〇労働者災害補償保険制度の概要 (平成31年度予算額)



THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

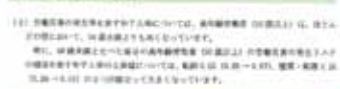




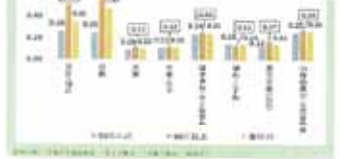
(3) 青年期の著者（30歳以上）の死因別割合を年齢別にみると、転倒（18,89件（32%）、
閉塞・転倒 16,137件（27%）の2つで約半分を占めています。

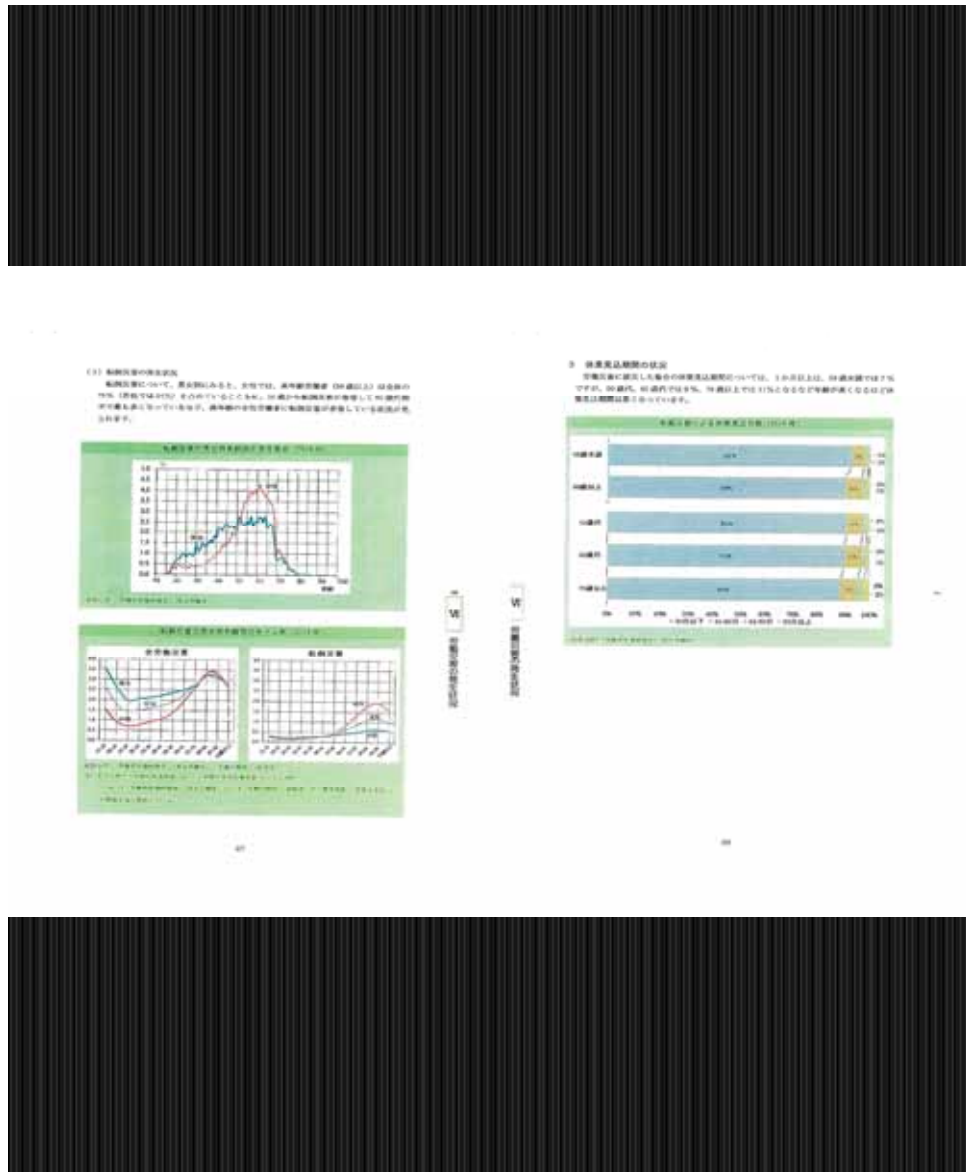
机械工业出版社工程力学分社 010-68930310

Figure 1: Comparison of the composition of the two types of soil. The figure shows two horizontal stacked bar charts. The top chart represents 'Soil A' (topsoil) and the bottom chart represents 'Soil B' (subsoil). The x-axis for both charts represents the percentage composition from 0 to 100. The y-axis labels the two soil types. The legend below the charts identifies the components of the soil composition: Organic matter (dark blue), Humic acid (light blue), Humic substance (yellow), Humic acid (orange), Humic substance (green), Humic acid (light green), Humic substance (dark green), Humic acid (very light green), Humic substance (very dark green), and Humic acid (black). Arrows point from the legend to the corresponding segments in the bars.



Number of people in the bottom 10% of the income distribution for the top 10% of countries	Number of people in the bottom 10% of the income distribution for the top 10% of countries (millions)
100	100
900	900





- **特定技能1号**：特定産業分野に属する相当程度の知識又は経験を必要とする技能を要する業務に従事する外国人向けの在留資格
- **特定技能2号**：特定産業分野に属する熟練した技能を要する業務に従事する外国人向けの在留資格

特定産業分野：介護、ビルクリーニング、葉形材産業、産業機械製造業、電気・電子情報関連産業、
(1.4 分野) 建設、造船・舶用工業、自動車整備、航空、宿泊、農業、漁業、飲食品製造業、外食業
[特定技能 2 年は正産品の 2 分野のみ受け入れ可]

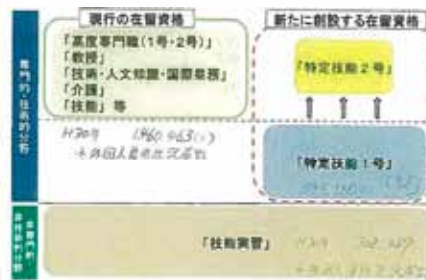
特定技能1号のポイント

- 在留期間：1年、6か月又は4か月ごとの更新、通算で上限5年まで
- 技能水準：試験等で確認（技能実習2号を修了した外国人は試験等免除）
- 日本語能力水準：生活や業務に必要な日本語能力を試験等で確認（技能実習2号を修了した外国人は試験等免除）
- 家族の帯同：基本的に認めない
- 受け入れ機関又は登録支援機関による支援の対象

特定技能2号のポイント

- 在留期間：3年、1年又は6か月ごとの更新
- 技能水準：試験等で確認
- 日本語能力水準：試験等での確認は不要
- 家族の帯同：要件を満たせば可能（配偶者、子）
- 受入れ機関又は登録支援機関による支援の対象外

【就労が認められる在留資格の技能水準】

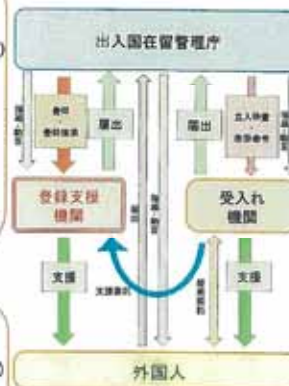


受入れ機関について

- 1 受け入れ機関が外国人を受け入れるための基準**
- ① 外国人と結ぶ雇用契約が適切 (例: 報酬額が日本人と同等以上)
 - ② 機関自体が適切 (例: 5年以内に出入国・労働法を違反がない)
 - ③ 外国人を支援する体制あり (例: 外国人が理解できる言語で支援できる)
 - ④ 外国人を支援する計画が適切 (例: 生活オリエンテーション等を含む)
- 2 受け入れ機関の義務**
- ① 外国人と結んだ雇用契約を確実に履行 (例: 報酬を適切に支払う)
 - ② 外国人への支援を適切に実施
 - 支援については、登録支援機関に委託も可。
 - 金部委託すれば①も満たす。
 - ③ 出入国在留管理庁への各種届出
- (注) ①～③を怠ると外国人を受け入れられなくなるほか、出入国在留管理庁から指導、改善命令等を受けることがある。

登録支援機関について

- 1 登録を受けるための基準
- ① 機関自体が適切（例：5年以内に出入国・労働法令違反がない）
 - ② 外国人に支援する体制あり（例：外国人が理解できる言語で支援できる）
- 2 登録支援機関の義務
- ① 外国人への支援を適切に実施
 - ② 出入国在留管理庁への各種届出
- (注) ①の②を怠ると登録を取り消されることがある。



分野別方針について(14分野)

	分野	入事予定状況 受入れ見込数 (6年間の最大値)	人材基準		応募する業務	雇用形態	受入れ機関に対して特に要する条件
理 科 系	介護	80,980人	介護福祉 評価試験(新 規)等	日本語 能力判定 テスト(Ⅱ) 等 これに加え、 ①介護士実 践評価試 験(新規)	・身体介護等(利用者の心身のケア)に当たり、食養、洗濯せつのお掃除等のほか、これに付随する支援業務(レクリエーションの実施、復健訓練の補助等) ③訪問サービスは対象外 (1試験区分)	直接	・障害者が組織する協議会に参加し、必要な協力を行うこと ・障害者が行う調査又は指導に対し、必要な協力を行うこと ・事業所単位での受入れ人数の制限
	ビルクリーニング	37,200人	ビルクリー ニング分野特 定技能 1等師範試 験(新規)	日本語 能力判定 テスト(Ⅱ) 等	・建築内務系の資格 (1試験区分)	直接	・障害者が組織する協議会に参加し、必要な協力を行うこと ・障害者が行う調査又は指導に対し、必要な協力を行うこと ・「建築物清潔業」又は「建築物環境衛生総合管理業」の登録を受けていること
製 作 系	彫刻制作産業	21,800人	製造分野 特定技能 (1等師範試 験)	日本語 能力判定 テスト(Ⅱ) 等	・鍛造 ・鍛造 ・ダイカスト ・機械加工 ・金属プレス加工 ・仕上げ (1試験区分)	間接	・製造業者が組織する協議会に参加し、必要な協力を行うこと ・製造業者が行う調査又は指導に対し、必要な協力を行うこと
	高度専門技術者	5,250人	製造分野 特定技能 (1等師範試 験)	日本語 能力判定 テスト(Ⅱ) 等	・鍛造 ・鍛造 ・ダイカスト ・機械加工 ・塗装 ・組立 ・工業保全 (1試験区分)	直接	・製造業者が組織する協議会に参加し、必要な協力を行うこと ・製造業者が行う調査又は指導に対し、必要な協力を行うこと
電 気 ・電 子 情報 関連産業		8,700人	製造分野 特定技能 (1等師範試 験)	日本語 能力判定 テスト(Ⅱ) 等	・機械加工 ・金属プレス加工 ・工業保全 ・めっき ・めっき (1試験区分)	間接	・製造業者が組織する協議会に参加し、必要な協力を行うこと ・製造業者が行う調査又は指導に対し、必要な協力を行うこと

12

分分野別方針について(14分野)

分類	人事管理事項 外国人労働者 の労働条件の決定 (賃金)等	人材確保		就労する業務	その他重要事項	
		技能 試験	日本語 能力判定 テスト(仮) 等		雇用 形態	受入れ機関に対して特に附す条件
建設	63,000人	建設分野 特定技能 1号等試験 (仮)等	日本語 能力判定 テスト(仮) 等	・監理施工 ・土工 ・電気 ・コンクリート工 ・トンネル掘削工 ・建設機械運転	・内定上げ ／ 募集 (1)試験区分	「外国人の受入れに関する建設省関係に特属すること」 ・国交省が行う調査又は海運に対し、必要な協力を行うこと ・建設費等の許可を要しないこと ・日本人と同等またはそれ以上の報酬を安定的に支払ひ、技能講習に際して費用を負担する義務はないこと ・雇用契約に係る事業報告について、当該建設省書面を交付し当該建設省へ提出すること ・外国人労働者の企業帰国後の受入れ人数の制限 ・建設費等を把握し、当該特定技能受入計画書について、該省書の送付を受けること ・就業基準により、認定を受けた「建設特定技能受入計画」を適正に履行していることの確認を受けると ・特定技能外国人を建設キャリアアップシステムに登録すること
造船・ 船舶工業	13,000人	造船・船用工 業分野 特定技能 1号等試験 (仮)	日本語 能力判定 テスト(仮) 等	・塗装 ・建築 ・鉄工	・仕上げ ・機械加工 ・電気機器組立等 (6)試験区分	・国交省が締結する協定書に参加し、必要な協力を行うこと ・国交省が行う調査又は海運に対し、必要な協力を行うこと ・身元支援機関に支給助金の実施態勢を整えるにあたっては、上記条件等を満たす身元支援機関に委任すること ・派遣委託事業所に最下級職を受けた事業報告であること
自動車 整備	7,900人	自動車整備 特定技能 2号等試験 (仮)	日本語 能力判定 テスト(仮) 等	・自動車の日常点検整備、定期点検整備、分解整備	(1)試験区分	・国交省が締結する協定書に参加し、必要な協力を行うこと ・国交省が行う調査又は海運に対し、必要な協力を行うこと ・身元支援機関に支給助金の実施態勢を整えるにあたっては、上記条件等を満たす身元支援機関に委任すること ・派遣委託事業所に最下級職を受けた事業報告であること
航空	2,200人	航空分野 特定技能 1号等試験 (仮)及びグランド ハンドリング 又は航空機 整備	日本語 能力判定 テスト(仮) 等	・空港グラウンドハンドリング(地上支障作業機、手荷物・貨物取扱業務等) ・航空機整備(機体、設備品等の整備業務等)	(2)試験区分	・国交省が締結する協定書に参加し、必要な協力を行うこと ・国交省が行う調査又は海運に対し、必要な協力を行うこと ・身元支援機関に支給助金の実施態勢を整えるにあたっては、上記条件等を満たす身元支援機関に委任すること ・国交省等関係に基づき国交省承認を受けた事業者又は就労先二つ以上(当該就労先両方に係る認定受雇等事案等)であること
宿泊	22,000人	宿泊業 特定技能 2号等試験 (仮)等	日本語 能力判定 テスト(仮) 等	・フロント、企画・広報、接客、レストランサービス等の宿泊サービスの提供	(1)試験区分	・国交省が締結する協定書に参加し、必要な協力を行うこと ・国交省が行う調査又は海運に対し、必要な協力を行うこと ・身元支援機関に支給助金の実施態勢を整えるにあたっては、上記条件等を満たす身元支援機関に委任すること ・「旅館・ホテル営業」の許可を受けた者であること ・身体障害者職業法の規定に該当しないこと ・身体障害者職業法の対象外となること

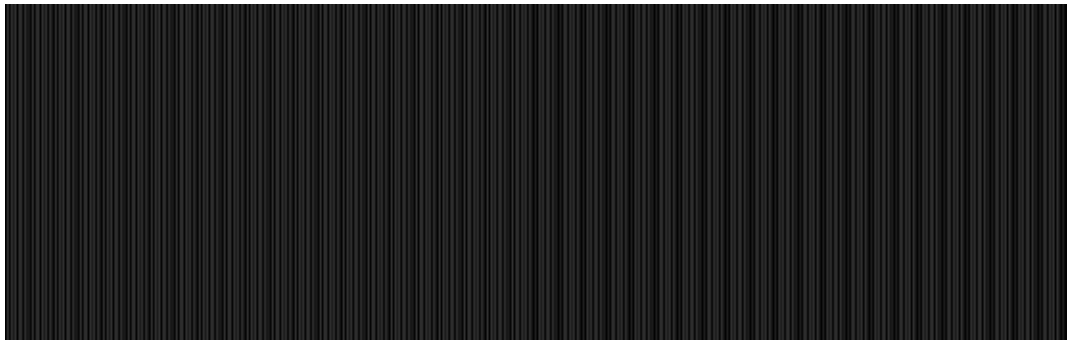
13

© 1999 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 245: 399–406

2

前巻事件初犯はつとラインの製菓内

家計	標榜項目	演出時間	電話番
日本橋			02(0)-831-011
東區	青一		03(0)-604-098
中區	【開封】	◎平日 1月~1金	03(0)-151-029
明治大学校區		中區全時~中區1期	03(0)-230-342
立川市立區	大、中、小、高		03(0)-258-030
東京市立區	大、中、小	◎土曜、祝日	03(0)-400-186
中野市立區	大、中、小	中區全時~中區全時	03(0)-838-015
立川市立區	大、中、小		03(0)-640-030
立川市立區	大、中、小		03(0)-730-888



外国人労働者の就業状況調査結果

調査対象：平成27年度外国人労働者の就業状況調査結果

調査期間：平成27年10月1日現在

調査対象者数：1,234名

調査対象職種：製造業、建設業、サービス業、農業・林業・漁業

調査対象地域：東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県、栃木県、群馬県、東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県、栃木県、群馬県

調査対象者数	調査対象職種	調査対象地域	調査対象者数	調査対象職種	調査対象地域
1,234	製造業	東京都	1,234	製造業	東京都
1,234	製造業	神奈川県	1,234	製造業	神奈川県
1,234	製造業	埼玉県	1,234	製造業	埼玉県
1,234	製造業	千葉県	1,234	製造業	千葉県
1,234	製造業	茨城県	1,234	製造業	茨城県
1,234	製造業	栃木県	1,234	製造業	栃木県
1,234	製造業	群馬県	1,234	製造業	群馬県
1,234	製造業	東京都	1,234	製造業	東京都
1,234	製造業	神奈川県	1,234	製造業	神奈川県
1,234	製造業	埼玉県	1,234	製造業	埼玉県
1,234	製造業	千葉県	1,234	製造業	千葉県
1,234	製造業	茨城県	1,234	製造業	茨城県
1,234	製造業	栃木県	1,234	製造業	栃木県
1,234	製造業	群馬県	1,234	製造業	群馬県

外国人労働者の就業状況調査結果

調査対象：平成27年度外国人労働者の就業状況調査結果

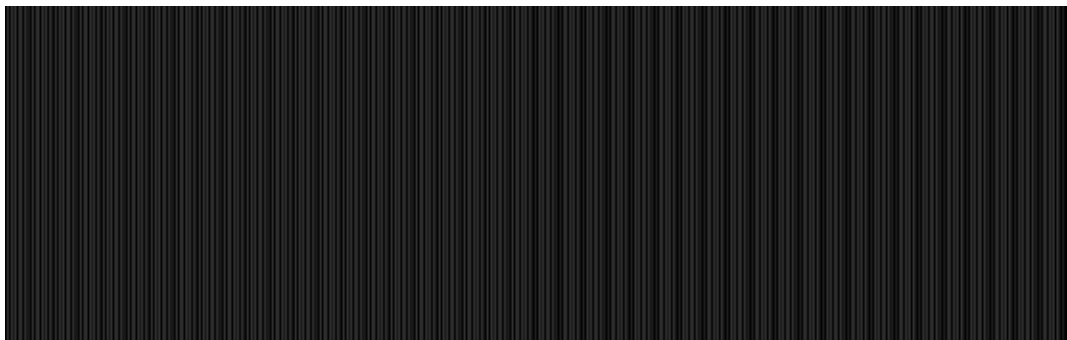
調査期間：平成27年10月1日現在

調査対象者数：1,234名

調査対象職種：製造業、建設業、サービス業、農業・林業・漁業

調査対象地域：東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県、栃木県、群馬県、東京都、神奈川県、埼玉県、千葉県、茨城県、栃木県、群馬県

調査対象者数	調査対象職種	調査対象地域	調査対象者数	調査対象職種	調査対象地域
1,234	製造業	東京都	1,234	製造業	東京都
1,234	製造業	神奈川県	1,234	製造業	神奈川県
1,234	製造業	埼玉県	1,234	製造業	埼玉県
1,234	製造業	千葉県	1,234	製造業	千葉県
1,234	製造業	茨城県	1,234	製造業	茨城県
1,234	製造業	栃木県	1,234	製造業	栃木県
1,234	製造業	群馬県	1,234	製造業	群馬県
1,234	製造業	東京都	1,234	製造業	東京都
1,234	製造業	神奈川県	1,234	製造業	神奈川県
1,234	製造業	埼玉県	1,234	製造業	埼玉県
1,234	製造業	千葉県	1,234	製造業	千葉県
1,234	製造業	茨城県	1,234	製造業	茨城県
1,234	製造業	栃木県	1,234	製造業	栃木県
1,234	製造業	群馬県	1,234	製造業	群馬県





Ⅲ. 自賠責保険に関して

日本損害保険協会及び損害保険料率算出機構との意見交換会

1. 日 時	令和元年8月9日（金）午後3時00分～4時00分 〔於 日本医師会館 503 会議室〕
2. 出 席	（敬称略） 〔日本医師会 労災・自賠責委員会委員〕 茂松、深澤、臼井、内田、子田、阪本、杉本、勝呂、中村、松崎 〔日本医師会 役員〕 長島常任理事、松本常任理事 〔日本損害保険協会〕 あいおいニッセイ同和損保 損保ジャパン日本興亜 東京海上日動 三井住友海上 損害保険料率算出機構 〔日本損害保険協会〕（2名） ☆ ☆
3. 主 要 議 題	1) 確認事項 2) 自賠責診療費算定基準（新基準）について 3) 医療費の「一括払い請求」について 4) J A 共済に関する情報の確認 5) 要望事項 ☆ ☆
4. 意見交換会 《概 要》	<p>今期委員会で事前に検討したテーマを中心に日本損害保険協会（損害保険会社各社）および損害保険料率算出機構とフリーディスカッションを行った。</p> <p>議題 1：確認事項</p> <p>○ 本年1月16日開催の自賠責審議会において、長島常任理事より要望した以下4点について、取り組み状況を確認したい。</p> <p>①物損事故扱いの自賠責支払における検証 ②柔道整復師の施術費についての検証 ③社会保険利用率の推移の中身についての検証 ④新基準への移行率についてデータの開示と検証</p> <p><u>①物損事故扱いの自賠責支払における検証</u> 〔日本損害保険協会からの回答〕</p> <p>○ 警察統計において人身の届出が減り、交通事故の負傷者数が減っている</p>

中、人身事故証明がなくても自賠責保険の支払いが行われることで、件数が増えているのではないかということだが、物件事故で自賠責保険が支払われている件数は確かに増加傾向にある。自動車損害賠償法の施行令においては、人身の事故証明が必須となっていないため、人身事故の事故証明が仮になかったとしても事故と怪我の因果関係が認められるということがあれば、物件事故扱いであっても精査し、適切に支払うこととなる。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

○ 前期の労災・自賠責委員会の意見交換会でも、物損事故扱いにおいては、後々の後遺障害診断の際、因果関係を立証するためにも、人身事故証明は非常に重要であるので、物損事故扱いは極めて軽微な事故におけるケースの取扱いなのだと発言があった。実際には重症案件もあると思われるので、治療期間、重傷度についての検証が今後、必要である。

○ 物損事故扱いの自賠責保険支払いの中で、全体の後遺障害の認定率のうち物件事故での後遺障害の認定はどのくらいなのか検証が必要である。

○ 本来、自賠責保険は人身事故に対する補償、軽症や検査だけのケースだと認識していた。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

○ 物件事故扱いにおける軽症の中身の精査まではできていない。実務の感覚としては軽症が多いと思う。

○ 人身事故証明の有無で、傷害に関するデータを分けていない。人身事故証明書の提出が有る事案の後遺症認定率や治療期間などのデータの区分をしていない。

○ 現場での実務の感覚としては、一定以上の酷い怪我であれば警察から診断書提出の指導がある。何もしないで処理が進むということ自体はない。

○ データとして開示している交通事故請求の案件は、重傷度の「軽度1」の案件。一定割合、後遺症が14級に該当するようなもので、受傷起点は捻挫であっても後遺障害として認定されるものもある。物件事故証明書で請求がされていても急性期から定期的にドクターの診断を受けているものもある。実際の請求には、診断書はほぼ100%提出してもらっている。医師の診断書を警察に提出しないと人身事故の切り替えにならないが、保険会社には必ず提出しているので、物件事故で後遺症認定になるものも一定程度ある。物件事故証明で後遺症認定をしないということはない。

○ 自賠責保険の交通事故証明書は、自賠責保険の請求の16条請求（被害者が加害者の加入している損害保険に対して直接請求）の際、加害者及び被害者氏名、住所ならびに加害行為の行われた日時・場所を記載した書面の提出が必要とされている。15条請求（加害者から被害者に請求）の際は、公の期間が発行する交通事故証明書の提出が必要となっており、いずれも人身事故証明書が必須にはなっていない。

②柔道整復師の施術費についての検証

〔日本損害保険協会からの回答〕

○ 関係省庁や関係団体とともに協議検討していく課題であると認識している。

医科に通院してから、柔道整復師に通うことはあるが、被害者様の意向しだいとなっているため、医科の受診を促しながら、必要かつ妥当な実費の支払

いに取り組んでいくことになる」と認識している。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

- 柔道整復における施術費は軽症にも関わらず、施術期間が長期化しているため検証しないといけない。
- 柔整に行くと治療部位が増える傾向的にある。請求で確認できるので検証いただきたい。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

- データについて、受傷起点が軽症、重症と分けているが、区別で難しいのは1人の患者が柔道整復だけに通っているわけではなく、医療機関にも通院しているケースが多く、切り分ける必要がでてくる。柔道整復を2つ掛け持ちということもあるため細かい分析は難しい。
- 診断書の中では診断の病名と、柔整の部位名が増えていくなどの事案は精査をしていきたい。

③社会保険利用率の推移の中身についての検証

〔日本損害保険協会からの回答〕

- 社会保険利用率について、2017年度は全体の11.3%の使用となっている。さらに保険会社で行う一括事案は、軽度で1.7%、それ以外は17%で使用されているが詳細な分析はデータの性質上難しい。軽度な事案の社会保険利用されていないと認識をしている。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

- 診療所と病院のデータが必要。当委員会の過去の調査では病院が約60%、診療所が約20%であったと認識している。
- 実際、診療をしていて病院の社保利用率は、健保使用が多い。大病院に交通事故で搬送され、その後、私の病院に転院してきた場合、患者さん全員が既に健保を使用している。入院した時点で120万円の上限は超えてしまうので最初から健保使用となっている。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

- 社会保険の利用率については、傷害の重さを含めてデータを検証している。

④新基準への移行率についてデータの開示と検証

〔日本損害保険協会からの回答〕

- 新基準の移行率については、全国と地域別でデータをとっている。最近、移行した地域、新基準の導入初期から移行している地域では移行率やその中身も違う、検証は医師会の協力が必要と考えている。移行率の算出方法によっては社会的な影響も懸念されるため、公開は難しいと考えている。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

- データの出し方として、医療機関の交通事故診療の取扱件数によっても違う。全体的には59.9%くらいが移行しているが、一番低いところが10%となっている。データが独り歩きすることは注意が必要。

議題 2：自賠責診療費算定基準（新基準）について

○ 労災・自賠責委員会としては「制度化」について別添資料①のように骨子について考えをまとめているが、「制度化」について損保各社及び業界全体としてどのように考えるのか確認したい。

〔日本損害保険協会からの回答〕

○ 診療報酬基準案の定着に努めていきたいが、制度化の問題は、自賠法、国民健康保険法、医療関係法、労災保険等の各種の法令を踏まえた検討が必要になってくる。医療費適正化の趣旨に基づき、関係省庁、関係団体と協議検討する必要がある。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

○ 柔道整復師の施術費については制度化の際、切り離せないかと考えている。

○ 国土交通省、金融庁が率先して、制度化に舵をきらないと損保業界全体としても動きにくいのではないかと。

○ 公立病院は新基準を採用していない。社会保険を使用しているため、損保としては、請求金額が抑えられるので、制度化からは外して、健保一本という考えがあるように感じる。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

○ （「損保業界として検討はしていないのか確認したい」に対して）
我々の業界が制度化に向けて具体的なアクションを起こしている事実はない。これは、その前に普及、定着が必要だと考えている。

○ （「制度化のメリットはあると感じているか」に対して）
診療報酬基準案自体が医療費水準の適正化が目的で始まっている話であり、それに資するものかは検証が必要。その流れに沿ったものであればメリットがあると考えます。

○ 制度化について、病院は特にDPC制度がからんでくる。その整理をする中で、交通事故診療に関しての方向性を出していく必要がある。新基準は、約19%の地域や90%を越えている地域もある。さらに制度として支持される動きになれば進めていきたいと考えている。

議題 3：医療費の「一括払い請求」について

○ 前回の意見交換会に引き続き「一括払い請求」による医療機関への未払いなどのトラブルが散見される。補償額の限度等により支払えない場合や中止になる場合に損保会社からの迅速、丁寧な説明ができていないケースが散見される。現場への周知活動について確認したい。

〔日本損害保険協会からの回答〕

○ 現場で交通事故被害者である患者さんに対して、一括払いについての丁寧な説明をしっかりとしなさいということであると認識している。現場に対してトラブルにならないようにしっかりと丁寧な説明をしていくことで各社それぞれ対応している。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

○ 被現場への一括請求に対するトラブルへの対応についての周知は、昔から繰り返されていて改善されていない。

○ 医療機関は、保険会社から一括を頼まれて対応しているが、支払われないという事例が後を絶たない。診療契約であるので患者に支払うことが大前提であり、自賠責保険の中では、被害者過失が7割以下であれば全額支払われるが、被害者意識のある患者は支払わないという意識で医療機関にきている。被害者であっても補償範囲しか支払いができないということを現場担当者が被害者に理解できるように説明しないといけない。

議題4：J A 共済に関する情報の確認

○ 前期の意見交換会においてJ Aは、調査事務所を損害調査として利用することで実施するという報告をいただいたが、その後三者協議会への参加など、体制のあり方についての検討は行われているのか確認したい。

〔日本損害保険協会からの回答〕

○ 現在、各地域でオブザーバーとして共済が参加しているところもある。各地域の裁量で参加については決めている。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

○ 地域によっては共済から断られてしまう。損保協会の主導で参加を促していただきたい。

○ 損保各社としては、保険ライバル会社となるので中立的に、料率機構、調査事務所から都道府県医師会と調整し、三者協議会で了解を得る形が望ましいのではないか。

議題5：要望事項

○ 2年に1度、日医・損保協会の支援により各都道府県医師会が自賠責研修会（または講習）を開催している。その会では、各地域の調査事務所から自賠責保険に関する説明・講演があるが、損害料率算出機構から発刊されている「自賠責保険（共済）における後遺障害とは－診断書作成にあたってのお願い－」にある、①後遺障害の定義、②交通事故診療で代表的な傷害「外傷性頸部症候群」の後遺障害診断書の作成の留意点についても説明していただきたい。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

○ 各都道府県の調査事務所から都道府県医師会へ提供され、各都道府県の基幹病院クラスには、自賠責保険（後遺障害とは）診断書作成の冊子が配布されているが、すべての会員に配布できていないわけではないため、診断書の書き方や症状固定がわかっていない医療機関が多い。医師が適切な診断書を作成しないと、患者さんに不利益が出る、状況によっては弁護士との対応が出てくる。自賠責保険の仕組みを説明していただくのに加え、冊子の紹介について周知していただきたい。

○ 今後は、後遺障害診断書の書き方を、研修の中に盛り込んでいただき、勤務医の先生方の出席状況が悪いので、研修を周知させ、我々も各都道府県でやっていかないといけない。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

○ 「自賠責保険（共済）における後遺障害とは「診断書作成にあたってのお願い」については、各種後遺障害のパターンについて、後遺障害診断書や経過診断書への所見を解説した冊子となっている。従来から紙で配っていたが部数に限りがある。将来的には電子データ化も検討していきたい。患者（被害者）のためということについては同じ方向であると思うので、全国一斉は難しいと思うが、引き続き周知活動をしていきたい。

《おわりに》

少子高齢化が進展し、生産年齢人口が減少していく社会において、労働力の確保が重要な施策とされている。国は1億総活躍社会の実現を掲げ、全世代型社会保障を構築するためには、支え手の増加が喫緊の課題として、労働者の就労を70歳まで延長する方針を示している。

国の施策として労働者の就労を70歳まで推進するのであれば、労災保険においても高齢者を補償する体制を構築する必要がある、高齢者の労働災害を防止する取り組みを進めるべきである。高齢者の就労にともなうストレス等による脳血管疾患、心筋梗塞等の循環器疾患及び変形性疾患等（変形性脊椎症、骨粗鬆症、変形性関節症）の基礎疾患など、高齢労働者の疾患に関する労働災害の適用範囲を明確にするためにも、今後、労災補償に関するガイドライン等の作成が必要となる。

本委員会では「高齢労働者の労災補償についての要望」をとりまとめたが、国においても、高齢労働者が安心して就労できる環境を整備し、労災事故を防ぐことで、労災補償を充実させることは、高齢者の就労の増加につながることになる。また、高齢労働者を雇用する企業にとっても、労働災害を未然に防ぎ、被災した高齢労働者を早期に職場復帰させることが可能となれば、企業経営の側面からも有益である。超高齢社会が進展する状況下においては、産業医と連携を図りながら、労災事故の防止に努めることが重要な課題となる。また、増加する外国人就労者への対策についても、今後、検討しなければならない。

交通事故診療については、自賠責保険診療費算定基準（新基準）が全国で採用されている現状において、120万円の支払限度額が設定されている自賠責保険で、新基準の他に請求基準が混在する今の状況は、患者にとっても望ましいとは言えず、一刻も早い対応が必要である。今後は、行政からの通知により、労災保険に準拠した新基準の制度化を進める必要がある。新基準の制度化に際しては、診療費の審査支払業務を円滑に行うために、公的な第三者機関の設立が望まれる。損害保険料率算出機構との連携も視野に入れて、設立に向けた議論を関係省庁と始めるべきである。

また、交通事故の死傷者数は年々減少している一方で、物損事故による自賠責保険の支払いが増加傾向にあること、柔道整復師の施術については、医師の同意なく施術が行われている実態や施術期間が長期化している等の問題点が浮き彫りになった。自賠責保険の適正な給付を行うためには、損保会社や関係機関と情報共有に努めるとともに、患者に対しても、医療機関における診療と医療類似行為の施術の相違点について理解を深める取り組みを行いながら、問題解決に当たらなければならない。

添付資料－１

次期（令和２年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書

日本医師会
会長 横 倉 義 武 殿

次期（令和２年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書

平成３０年度労災診療費算定基準の改定においては、労働環境の変化に対応した評価が行われ、前期委員会がとりまとめた要望項目も、術中透視装置使用加算の対象の拡大等への対応が実現いたしました。

労災保険をとりまく環境は、超高齢社会に向け、高齢労働者の増加等により労働環境の大きな変化が予測されます。労災保険は「被災労働者の早期社会復帰」を目的としたものであり、被災労働者を取り巻く労働環境を踏まえた制度であることが求められます。

そこで、本委員会では、現行の労災診療費算定基準について、早急に見直しが行われるべき重点要望項目１０項目と改善されるべき要望事項の一覧のとりまとめを行い、追加の要望事項として「超高齢社会に向けた労災認定の要望事項」、「労災治療計画加算についての要望」及び「労災における柔道整復師治療費への検証の要望」を作成しましたので要望いたします。

令和２年２月１９日

労災・自賠責委員会

委員長	茂 松 茂 人
副委員長	深 澤 雅 則
委 員	岩 井 誠
	白 井 正 明
	内 田 一 郎
	子 田 純 夫
	阪 本 一 樹
	杉 本 欣 也
	勝 呂 衛
	中 村 涉
	松 崎 信 夫

別紙 1

次期労災診療費算定基準の改定に係る最重点要望項目（１０項目）

重点要望 1 〔画像診断〕 コンピュータ断層診断

再診時にも算定を拡大。

重点要望 2 〔診察料〕【新設】初診料 労災患者初診時対応加算

労災患者をサポートする加算として新設。

重点要望 3 〔診察料〕【新設】高齢労災被災者に対する管理料（加算）

高齢労働被災者に対する管理料または加算の新設。

重点要望 4 〔診察料〕初診料・再診料

初診料、再診料の点数の引き上げ。

重点要望 5 〔手術料〕術中透視装置使用加算

術中透視装置使用加算の適応拡大。

重点要望 6 〔診察料〕救急医療管理加算

救急医療管理加算の点数の引き上げ。

重点要望 7 〔指導・管理料〕再診時療養指導管理料

再診時療養指導管理料を引き上げる。

重点要望 8 〔診察料〕時間外加算

時間外加算の増点。

重点要望 9 〔その他〕ギブス

四肢加算の請求を可能に。

重点要望 10 〔処置〕絆創膏固定術

絆創膏固定術に対する適応の拡大。

次期労災診療費算定基準改定に向けての要望事項【最重要10項目】 (2018・2019年度 労災・自賠責委員会)

重点要望順位	項 目	理由・委員名
(1)	再診時の他院撮影 【新設】 基本診療料（初診料） 労災患者初診時 対応加算	再診時の他院撮影 MRI・CT 読影料算定の新設 【理由】現在、他医からの CT や MRI を持参した場合は、初診料を算定できる場合のみ「コンピューター断層診断（他医）」を算定できるとなっているが、後日、他院からの CT や MRI を持参することもある。この場合も、初診と同様に読影をする必要があり、これに対する評価として、再診時診断料を認めていただきたい。 ・読影行為は再診時で点数に差が出来るのは矛盾している。 ・必要に応じ積極的な画像診断を利用することは、早期治癒のためにも必要と考える。
(2)	【新設】 基本診療料（初診料） 労災患者初診時 対応加算	【理由】 労災患者が初診時に労災制度で求められている必要な様式を医療機関に提出することは皆無である。また、労災患者の多くは事業主（または労務担当者）に対し、災害の事実（特に通勤災害や非災害性の労働災害）を報告することとをためらう傾向が強い。労災かくしや労災制度の周知不足からの健保使用などは国民の受給権を侵害するものであり、また、労災医療機関を悩ます問題でもある。この加算点数は労災医療機関が、労災患者の同意を得た上で、事業主（または労務担当者）に対し、労災患者の①傷病の状態（今後の治療期間等）②事故日時 ③必要な様式を報告し、迅速な療養の給付請求を労災患者が行える環境をサポートする体制を評価した加算として以下の要件を案として考えてみた。 算定要件（案） ①事業主（または労務担当者）への傷病の状態の説明 ②必要な様式（薬局分もあわせ）の説明 ③今後の治療見込み期間等 ④患者の同意 ⑤カルテへの記載（事業所連絡日時・事業所担当者・説明内容・同意の有無）

(3)	高齢労災被災者に対する管理料又は加算の新設	<p>・ 高齢労災被災者に対する管理料または加算の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健保点数に準拠ではあるが、高齢労働者が今後増加し、様々な疾病をもつ労災被災者も増加の一途をたどるはずである。そこで65歳以上の労災被災者に関しての新設を要望する。
(4)	初診料・再診料の引き上げ	<p>初診料の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 労災診療における医師の無形の技術料に対する適正な評価が必要である。労災医療を確保するためのドクターフィー、ホスピタルフィーとしては不十分である。労災事故の外傷の特徴から鑑み、引き上げるべきだ <p>再診料の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 初診料と同様、医師の無形の技術料に対する適正な評価が必要である。 ・ 労災医療において多発損傷等により受傷状態が複雑なことが多く、通常の診療以上に時間や手間を要することが多いため、それらを考慮した上での適正な評価が必要。 ・ 外傷として搬入、又は来院となり、他の診療を中断して処置にかかるため増額を希望。

(5)	術中透視装置使用加算	<p>術中透視装置使用加算の対象疾患の拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透視診断を、骨折・脱臼の非観血的整復術、神経ブロック等区分⑩に入る処理を全て算定できる様に要望する。(X線被ばく等の健康被害、高額な透視機器の償還等も含めてその評価が必要である。) ・現在は長管骨他に対してのみ加算が認められているが、関節内骨折や脊椎手術にも対象を拡大すべきと考える。 ・骨折非観血的整復術に透視を用いた場合にも、観血的手術と同様な術者の被爆があり、加算による評価をお願いしたい。但し、手術前、手術後の画像添付を必須とする。 ・現在、骨折観血的手術、骨折経皮的鋼線刺入固定術において、算定可能となっているが、これを関節内骨折観血的手術、手指の骨折にも適応を拡大する。 ・大腿骨、下腿骨は認められているが、膝蓋骨は認められていない。医療者への危険管理の趣旨から整合性を図るためにも適用されるべき(膝蓋骨骨折への適用)。 ・透視診断を骨折、脱臼の非観血的整復術、麻酔(神経ブロック等)、検査(画像診断等)に際しても算定できるようにする。これらを正確に実施するためには、頻回に透視することが多く、X線被ばく等健康被害の補償、高額な透視機器の償還等も含めてその評価が必要である。外傷全ての骨折手術への適応拡大する。 ・膝蓋骨骨折が含まれていない。
(6)	救急医療管理加算	<p>救急医療管理加算の点数の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関が24時間対応するためには相応の対価が必要である。(急患を受け入れる人的、設備的資質の体制維持に対する経費の対応、特に緊急を要する重症例に対しては必要十分な治療体制が求められる。) ・緊急を要する重症事例は煩雑例が多く、手間がかかる労災医療の特性を考慮するとまだ不十分と言わざるを得ない。「入院 6,000円(1日につき)」、「入院外 1,250円」の更なる引き上げを求める。 ・紹介患者であっても緊急性を要する入院があるため増額を要望する

(7)	再診時療養指導管理料	<p>① 再診時療養指導管理料の点数引き上げ、及び健康保険の指導管理料との同月併算定を認めるべきである。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再就労を目的しての療養上の指導においては、個々の機能回復訓練をはじめ精神面や食事を含めた日常生活指導まで多岐にわたり、また指導に時間・手間が多くかかる。更に、高齢労働者・女性労働者が増加し、また、職場におけるメンタルヘルス問題が大きくなっていく現状において、療養指導の重要性は増している。 ・労働者の高齢化に伴い、労災診療部分と合併する私病を分離する必要がある事例が増えている現状があるが、現在健保の規定では、同一医療機関においては多くの指導管理料は主たるものに包括されており、再診時療養指導管理料も健保の医学管理料との併算定ができないものが多い。労災の特殊性を考えると、同一患者であっても私病に対してはさらに別の診療が行われることになるため、技術料として別算定可能となるよう要望する。 <p>② 医師が指導を行った場合には、再診時療養指導管理料の算定回数に上限はないものとする。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再診時療養指導管理料は週2回しか算定できないが、指導を行った場合の評価はその都度必要である。 <p>③ 再診時療養指導管理料の点数引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再就労を目的しての療養上の指導は、高齢労働者の増加に伴い手間がかかるため、引き上げを要望する
(8)	時間外加算	<p>時間外加算の増点</p> <p>【理由】</p> <p>労災治療で診療時間外に受診するケースもあり、医師の働き方が見直される中、労災治療を行う医師の時間外労働に対する報酬上の評価が必要である。</p>
(9)	ギブスについて	<p>四肢加算が請求できるようにしてもらいたい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保存的治療の中でも重要な治療方法である。 ・ギブス固定は非常に技術的に必要で、骨折整復と同等に評価されるべきものである。

(10)	絆創膏固定術	絆創膏固定術に対する適応拡大 【理由】 ・絆創膏固定は、足関節捻挫、膝関節靱帯損傷、肋骨骨折にしか認められていないが、労災外傷としては小関節の捻挫、靱帯損傷、骨折などが多発する。症例によっては他に処置できない場合の応急処置として、また、罹患している小関節に対してテーピングを用いた固定は、将来の手指の機能障害や ADL 障害の防止として、必要不可欠な処置であることから適応関節の拡大を要望する。 ・小関節に対してのテーピング固定は、将来の手指の機能障害を防止するためにも有用である ・現在、足関節捻挫又は膝関節靱帯損傷に対して認められているが、これを足部捻挫や手指の小関節捻挫にも適応拡大していただきたい。(部位による点数の格差は仕方がないが)
------	--------	--

高齢労働者の労災補償についての要望

政府は、2019年の成長戦略で、人口の減少や高齢化を見据えて、70歳までの就業機会を確保するなど、多様な就労形態を認める雇用改革の推進を検討している。

全世代型社会保障を目指して、定年の廃止、70歳までの延長、他企業への再就職、起業支援など、70歳までの雇用確保を努力義務とする法整備の方針を検討している。

生産年齢人口が減少している中、今後、高齢労働者が就労する必要性は高くなるが、一方では、高齢労働者の労働災害は増加傾向にある。

厚生労働省報告（平成30年労働災害発生状況）によると、2018年の労災発生件数は前年比5.7%増の12万人で、このうち60歳以上は3万人と、全体の26.1%であり、10年前の2008年の18%から増加している。

高齢労働者は、身体機能の低下に伴い、業務中の事故等、被災する確率も高く、労働災害の増加が懸念される。特に高齢労働者の場合、救命措置が必要になることもあり、今後、救急搬送等の要請が増加することも危惧される。

また、高齢者は変形性膝関節症等、加齢にともなう基礎疾患を有する 경우가多く、高齢者特有の疾患が原因で事故にあったのか、疾患に関係なく業務上の災害と認めるのか、現在は、因果関係をどう整理するのか判断基準が示されていない状況にある。

高齢労働者が被災し、寝たきり状態になると、死亡するまで労災保険の支給が必要な場合もあり、早期職場復帰を目指す労災補償の本来の目的とは異なる状況が生じてしまうことから、高齢者特有の疾患及び慢性疾患の憎悪の場合も含めた労災保険の適用範囲を明確に示す時期にきていると考える。

高齢労働者の労災補償における中・長期的な課題としては、現役労働者を含めた労災発生の予防の観点が必要である。特にフレイル、ロコモティブシンドローム、サルコペニアを念頭に置き、潜在的な基礎疾患による腰痛、膝痛及び骨折等のリスクを早いうちから防ぐなどの指導が必要である。そのためには基礎疾患の治療を担当するかかりつけ医と労災指定医療機関及び産業医の連携により予防指導する仕組み作りが求められる。

高齢労働者が、安心して就労できる環境整備に向けて必要な措置を講じるよう強く要望するものである。

労災における柔道整復師施療費への検証の要望

労災保険における柔道整復師施療費については、平成２９年度の業務災害支払状況は１８億６千万円（平成２８年 約１７億９千万円）、通勤災害の支払状況は６億９千万円（平成２８年 約６億８千万円）となっており、それぞれの合計は約２５億５千万円（平成２８年 ２４億８千万円）で微増ではあるが増加傾向にある。

昨今、柔道整復師の数は、学校・養成施設数の増加に伴い、柔道整復師・施術所数が増加傾向にあることから、柔道整復療養費においては、一部の医師の同意を必要としない外傷等について、施術者が療養費を保険者に請求する受領委任払いを行うことで、「長期頻回」、「多部位請求」、同一患者において負傷と治癒を繰り返すといった「部位転がし」等により不正請求が蔓延し社会的な問題となっている。

そのため社会保障審議会医療保険部会柔道整復療養費検討専門委員会の発足により、不正請求対策と支給対象の明確化や審査の重点化、療養費搾取事件等への対応の強化、適正な保険請求を促すため施術管理者の要件強化等について様々な取り組みが行われ、柔道整復療養費は年々減少傾向をたどっている。

一方で柔道整復療養の適正化の強化により、今後、労災保険の柔道整復師施療費の増加が懸念されるところである。

労災保険における柔道整復施療費は、厚生労働省の柔道整復師施療費等の支払状況の統計の他は、これまで十分な実態調査や分析が行われていないのが実情であると認識している。

日本医師会労災・自賠責委員会としては、柔道整復師における適正化の時代的な流れを踏まえれば、過剰かつ長期的な施療や架空請求等の不正請求について、実態を踏まえた検討や分析が急務であり、その内容によっては支払基準の検討や審査の重点化などの検討の場を設けることを要望するものである。

労災治療計画加算についての要望

会計検査院は平成28年度に全国47労働局の審査に基づいて支払われた労災治療計画加算に係る労災治療費のうち病床数20床以上の指定医療機関の76,714件を対象として、47労働局のうち20労働局において会計実地検査を実施、その結果、労災治療計画書を作成していたのは全体の3.2%（約2,518件）、健保の入院治療計画書をもって労災治療計画書に代えていたのは全体の96.2%（約73,818件）、どちらの様式も作成していなかった医療機関は373件となっており、さらに労災治療計画書の作成の中身についても、その多くの記載項目が入院診療計画書の記載項目と同一であり、労災治療計画書独自の項目についても記載がなかったという実地検査結果をもとに、平成30年9月に厚生労働大臣宛に労災診療費独自の算定項目である労災治療計画加算において、独自性が認められないという指摘がなされた。

このような会計検査院の指摘に対し、厚生労働省は、「指摘の趣旨を踏まえ、労災治療計画加算を設けた趣旨をいかした運用が可能であるか改めて検討し、その結果を踏まえて廃止を含めた抜本的な見直しを行うよう、所要の措置を講じる」としている。当該加算については、被災労働者の入院から療養補償給付たる給付請求書（いわゆる5号様式等）の提出までに時間がかかることで、労災保険か健康保険かの判断が必要な上、1週間以内の交付の要件があることから、労災治療計画書の様式を、健保の入院診療計画書に代えることで実務上は円滑に運営され算定されているところであった。

日本医師会 労災・自賠責委員会は都道府県医師会に対し、アンケート調査を実施したが、加算廃止には反対の意見が多く、加算の要件の改善による存続が必要との意見もあり医療機関への影響が少なからずあるものと考えている。

以上を踏まえ、当委員会として検討、熟慮の末、以下の2点について令和2年度労災診療費算定基準の改定において労災治療計画加算の改正を要望する。

①労災独自の治療計画書への様式の見直し

※労災診療の特性に即した様式へ改善し、健保様式での代用は行わず、改善された様式をもって加算を算定するものとする。

②労災治療計画書の1週間以内の交付を撤廃する

※現状においても特別な事情により7日以内に労災治療計画書を交付して説明ができない場合は、その理由を労災レセプトに記載することで算定ができるところではあるが、労災様式の提出までの時間を考慮し、1週間以内の交付を撤廃することで患者の容体に即した治療計画を作成する。

以上、労働災害被災者の早期社会復帰に向け、労災医療現場に即した治療計画の加算となるよう要望するものである。

添付資料－2

労災・自賠償に関する アンケート調査の集計結果

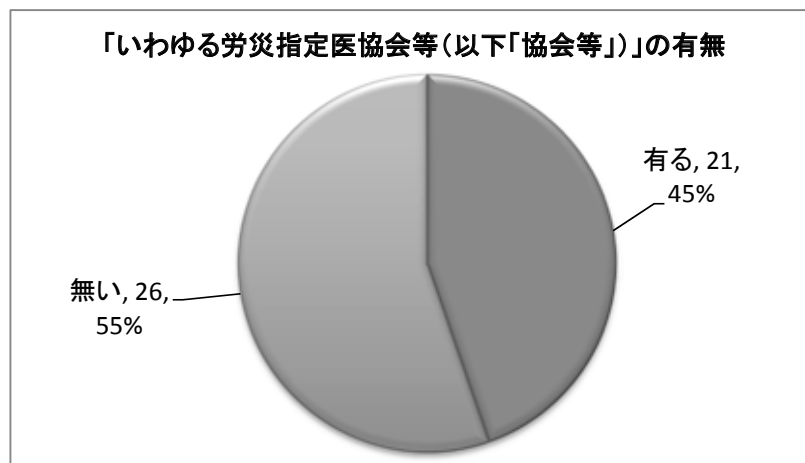
労災・自賠責保険に関するアンケート調査＜集計結果＞
【労災保険関係】

次の１～９についてお答えください。

- １．会員の労災保険診療の支援に特化した「いわゆる労災指定医協会等（以下「協会等）」の有無についてお答えください。

- ☐ 有る：団体名 _____（設問２へ）
☐ 無い：（設問３へ）

	件数	都道府県
有る	21	北海道、茨城、栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川、富山、石川、福井、山梨、岐阜、静岡、愛知、大阪、広島、香川、高知、福岡、佐賀、大分
無い	26	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、群馬、新潟、長野、三重、滋賀、京都、兵庫、奈良、和歌山、鳥取、島根、岡山、山口、徳島、愛媛、長崎、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄



【団体名】

北海道労災保険指定病院協会、茨城県労災保険指定医協会、栃木県労災保険指定医協会、埼玉県労災医療部会、千葉県労災補償保険指定医協会、東京労働保険医療協会、神奈川県労災保険指定病院診療所協会、富山県労災保険指定医療機関協会、石川県医師会労災保険医会、福井県労災保険指定医協会、山梨県労災保険指定病院協議会、岐阜県医師会労災指定医部会、一般社団法人静岡県労災保険指定医療機関協会、愛知県労災指定医協会、大阪府医師会労災部会、広島県労災指定病院・診療所協会、香川県労災保険指定医協会、労災指定医部会（高知県）、福岡労災保険指定病院協会、佐賀県労災医会、大分県医師会労災部会

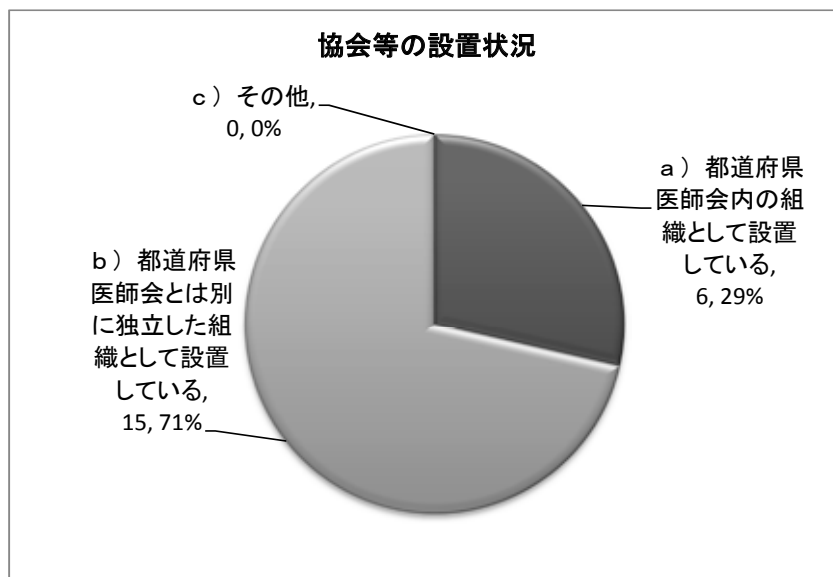
2. 「協会等」について下記にお答えください。

【2-1】

設置状況について該当するものをお選びください。また詳細についてご記入ください。

- ☐ 都道府県医師会内の組織として設置している。
☐ 都道府県医師会とは別に独立した組織として設置している。
☐ その他

	件数	都道府県
都道府県医師会内の組織として設置している	6	埼玉、富山、岐阜、大阪、高知、大分
都道府県医師会とは別に独立した組織として設置している	15	北海道、茨城、栃木、千葉、東京、神奈川、石川、福井、山梨、静岡、愛知、広島、香川、福岡、佐賀
その他	0	



【a) 詳細】

- (埼玉) 県医師会の中に外郭組織として事務局を設置している。
(富山) 県医師会の中に外郭組織として事務局を設置している。
(岐阜) 岐阜県医師会の部会運営規則の第7条の規定に基づき設置している。
参考資料：一般社団岐阜県医師会労災指定医部会運営細則を添付します。
(大阪) ・大阪府医師会内に事務局を設置・運営している。
・医師会内の労災保険に関する事項は、労災部会委員会および労災部会役員会で協議し、問題点等について対応している。
(高知) 1～2回/年の割合で総会を開いて会計、役員改選などを諮り、加えて講演会を企画している。
(長崎) 県医師会の部会として組織している。講演会等の活動は数年実施なし。

(大分) 県医師会の中に、別組織として事務局を設置している。

【b) 詳細】

- (北海道) 団体としては完全に別団体です。労働局と RIC ブロックコーディネーターを含めて、年に 1 度会議(懇談会)を開催し、問題点の共通認識を図り、情報交換を行っている。
- (茨城) 同一建物内にあり役職員などの情報交換は行えるが、全く別組織。
- (栃木) 栃木県医師会の労災・自賠責委員会の委員(1名)を栃木県労災保険指定医協会から推薦し、年に1回、特別講演会を共催。
- (千葉) 本会公益法人化に伴い平成24年より内部組織から外部へ移行。
- (東京) ・労災指定医療機関を対象に会員制(任意加入)
・医師会の会費とは別に会費を会員より徴収
- (神奈川) ・人的交流や情報交換などは行っているが、資金面等などは別の組織として存在している。県医師会が委託を受け、事務局を設置している。
- (石川) 資金面は別の組織として存在しています。
事務局は県医師会の職員が兼務しています。
- (福井) 県医師会労災担当理事が協会の理事として入っているが、資金面等などは別の組織として存在している。
- (山梨) 人的交流はあるが、運営は別である。
- (静岡) (一社) 静岡県労災保険指定医療機関協会、当協会は、昭和27年静岡県医師会から任意団体として独立。平成10年に社団法人設立。平成24年4月1日から公益法人制度改革により一般社団法人に移行、認可を受ける。移行法人としての公益目的支出計画は令和2年3月31日に完了予定である。
・静岡県医師会とは、連携を密にして事業活動(生涯教育認定単位、産業医認定単位申請・承認など)を行っている。また、事業活動を支える主たる資金は、会員の会費により賄われている。
- (愛知) 愛知県損害保険医療協議会の場において、愛知県医師会、損害保険料率算出機構、損害保険協会中部支部等との情報交換等を行っているが、資金面等では別の組織として存在している。
- (広島) ・協会長は都道府県医師会会長が務めているが、資金面では別の組織として存在し、日々の活動を行っている。(※協会長を都道府県医師会会長が務めるのは内規上)
・都道府県医師会内に事務局を置くと規約で定めている関係上、各種の事務作業は都道府県医師会職員が担当している。
- (香川) 人的交流や情報交換などは行っているが、資金面等などは別の組織として存在している。
- (福岡) 都市医師会内(福岡市医師会内)に事務局が設置されているが、資金面等などは別の組織として存在している。
- (佐賀) 以前は県医師会内の「労災部会」として設置していたが、県医師会の一般社団法人化に伴い、平成24年4月より独立した組織となった。しかし、県医師会が事務委託を受けていることから、情報共有はできている。

【2-2】組織についてお答えください。

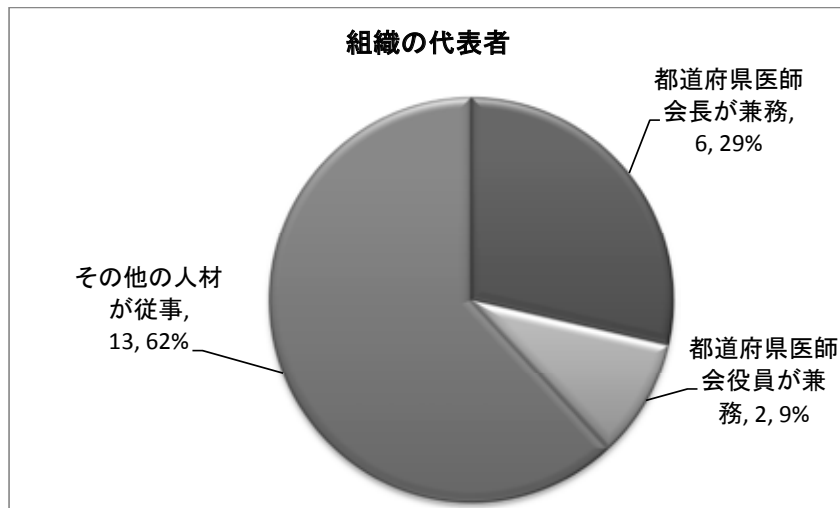
<組織代表者について>

- ☐ 都道府県医師会長が兼務
☐ 都道府県医師会役員が兼務
☐ その他の人材が従事（詳細を下記欄にご記入ください）

<組織内の人員構成について>

(例：協会長：整形外科1人、協会役員：外科〇人、内科〇人、眼科〇人、事務局〇人)

	件数	都道府県
都道府県医師会長が兼務	6	埼玉、東京、石川、岐阜、広島、香川
都道府県医師会役員が兼務	2	大阪、高知
その他の人材が従事	13	北海道、茨城、栃木、千葉、神奈川、富山、福井、山梨、静岡、愛知、福岡、佐賀、大分



【その他】

(北海道) 北海道労災保険指定病院協会代表者には民間医療機関の医師(名誉院長)が就任しているが、当会内に設置の労災・自賠責保険医療等改善対策委員会の委員として参画しており、また、北海道労働局診療費審査委員会委員長でもある。

(栃木) 医師会とは別に、栃木県労災保険指定医協会として独自に代表者(協会長)を選任

(千葉) 千葉県整形外科医会長が会長となっている。

(福井) 独自に会長(代表者)を選任している。

(山梨) 役員ではないが、医師会員になっている。

- (静岡) 定款により、理事 11 名以上 15 名以内。監事 2 名。
現在、理事 12 名 (会員理事 9 名 (医師)、外部理事 3 名 (医師))、監事 2 名 (会員 2 名 (医師))。
代表理事・会長は勝呂 衛 (現 静岡県医師会 理事)
静岡県下 8 か所の旧支部 (現 地区協会：人格なき社団) と連携を取り組織を運営している。
- (愛知) 愛知県下の労災指定医協会会員の互選による。
- (福岡) 協会全会員 (495 名) による選挙投票によって選出。
- (佐賀) 規約上の定めはないが、慣例により労災医会理事が県医師会選出の労災診療費審査委員となっている。また、労災医会理事の互選で労災医会長を選任している。
- (大分) 労災保険指定医療機関の代表が部会長をつとめている。

【組織内の人員構成】

- (北海道) 協会長：整形外科医 1 人
協会役員：(副会長) 整形外科医 2 人、(常任理事) 整形外科医 2 人、(事務局) 非医師 1 人
- (茨城) 改選により代わるが、現在は
会長：整形外科 1 名
役員：整形外科 16 名 外科 4 名 内科 3 名 眼科・皮膚科・脳外・精神・麻酔・救急各 1 名 事務局：1 名
- (栃木) 協会長：整形外科 1 人
協会役員：外科 5 人、整形外科 4 人、内科 1 人、泌尿器科 1 人
事務局：3 人
- (東京) 会長 1 名
役員 9 名 内科 2 名、精神科 1 名、外科 3 名、整形外科 3 名
(役員は原則労災審査員又は東京都医師会労災・自賠責委員会委員)
事務局 6 名
- (神奈川) 協会長：整形外科 1 人、協会役員：外科 5 人、整形外科 26 人、内科 1 人、耳鼻科 1 人、事務局 1 人)
- (富山) 会長 1 名 (整形外科)、副会長 2 名 (内科 1・整形外科 1)、監事 2 名 (整形外科)、
事務局 1 名 (整形外科)、役員 9 名 (外科 1・整形外科 8)
- (石川) 現在、会長 1 名、副会長 1 名、常務理事 1 名、理事 15 名、監事 2 名、事務局 1 名です。
診療科に決まりはありませんが、外科系が多く、各地域から役員を選出しています。
- (福井) 協会長：整形外科 1 人、協会副会長：循環器内科 1 人、協会理事：整形外科 2 人、外科 1 人、内科 1 人、心臓血管外科 1 人、脳脊髄神経外科 1 人、協会監事：整形外科 2 人、協会顧問：2 人、事務局：2 人
- (山梨) 会長：整形 1 人
役員：整形 6 人、脳外 1 人、眼科 1 人、歯科 1 人
事務局 1 人
- (岐阜) 22 名：部会長 1 名、副部会長 3 名以内、岐阜県医師会役員 2 名、運営委員 17 名 (各地域から選出 部会員数により運営委員数決定)

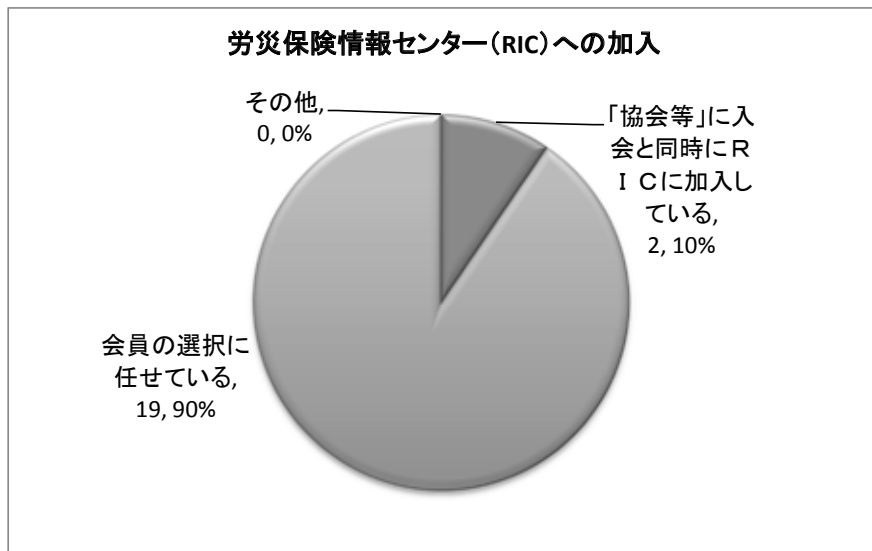
- (静岡) 協会長：外科 1 人、協会役員：外科 4 人、整形外科 5 人、形成外科 1 人、脳神経外科 1 人
名誉会長：外科 3 人。顧問：眼科 1 人
事務局 2 人＋アルバイト 1 名
- (大阪) 部会長：内科 1 人、副部会長：内科 2 人、整形外科 1 人、常任委員：整形外科 8 人、内科 2 人、脳神経外科 1 人、耳鼻咽喉科 1 人、産婦人科 1 人、眼科 1 人、小児科 1 人
- (広島) 会長 1 名（整形外科）、副会長 2 名（外科、整形外科）、監事 1 名（外科）、顧問 1 名（整形外科）
協会役員 8 名（外科、整形外科、眼科等で構成）、協会委員（支部長）8 名、事務局 2 名
- (山口) 委員 4 人（外科 2 人、整形外科 2 人）、担当役員 5 人（内科 4 人、外科 1 人）
- (香川) 会長 1 名、常任理事 2 名、理事 8 名、監事 2 名、事務局 2 名（内科 1 名、外科 2 名、整形 8 名、脳外 1 名、歯科 1 名）
- (高知) 整形外科、内科を中心に各科に依頼している。
- (福岡) 協会長：1 人、副会長：2 人、役員：8 人、監事：3 人、事務局：1 人
- (佐賀) 会長：整形外科 1 名、副会長：整形外科 1 名（佐賀県臨床整形外科医会会長）、外科 1 名（佐賀県臨床外科医会会長）、理事：整形外科 4 名（労基署ごとの支部長）
- (長崎) 委員長：外科 1 人、部会役員：外科 5 人、整形外科 2 人
- (大分) 労災指定医療機関の代表者（1 人）が部会長、県医師会産業保健担当正副部長（2 人）、役員地域の都市医師会代表（16 人）が委員。

【2－3】労災保険情報センター（R I C）への加入についてお答えください。

- ☐ 「協会等」に入会と同時にR I Cに加入している
- ☐ 会員の選択に任せている
- ☐ その他

「設問4.」へお進みください。

	件数	都道府県
「協会等」に入会と同時にRICに加入している	2	富山、愛知
会員の選択に任せている	19	北海道、茨城、栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川、石川、福井、山梨、岐阜、静岡、大阪、広島、香川、高知、福岡、佐賀、大分
その他	0	



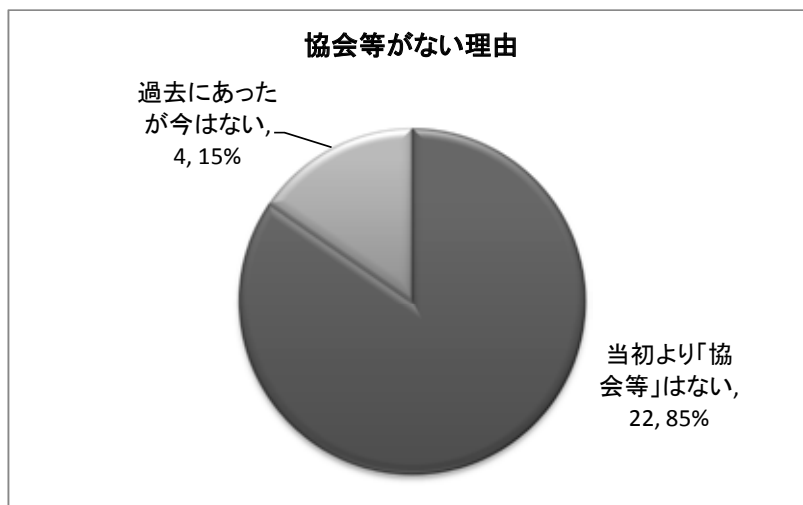
【備考】

- (東京) 協会はR I Cが行っている労災適応外の補償、貸付業務はないが、会員の請求に対して、提出前チェックなどきめ細かい対応を行っている。
- (岐阜) 年2回の労災指定医部会研修会および関係する集会の際、R I Cリーフレットを配布し広報活動をしている。

3. 協会等が「無い」の状況についてお答えください。

- ☐ 当初より「協会等」はない
☐ 過去にあったが今はない。(無くなった経緯についてご記入ください。)

	件数	都道府県
当初より「協会等」はない	22	青森、岩手、秋田、山形、福島、群馬、新潟、長野、三重、滋賀、京都、奈良、和歌山、鳥取、島根、徳島、愛媛、長崎、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄
過去にあったが今はない	4	宮城、兵庫、岡山、山口



【過去にあったが今はない経緯】

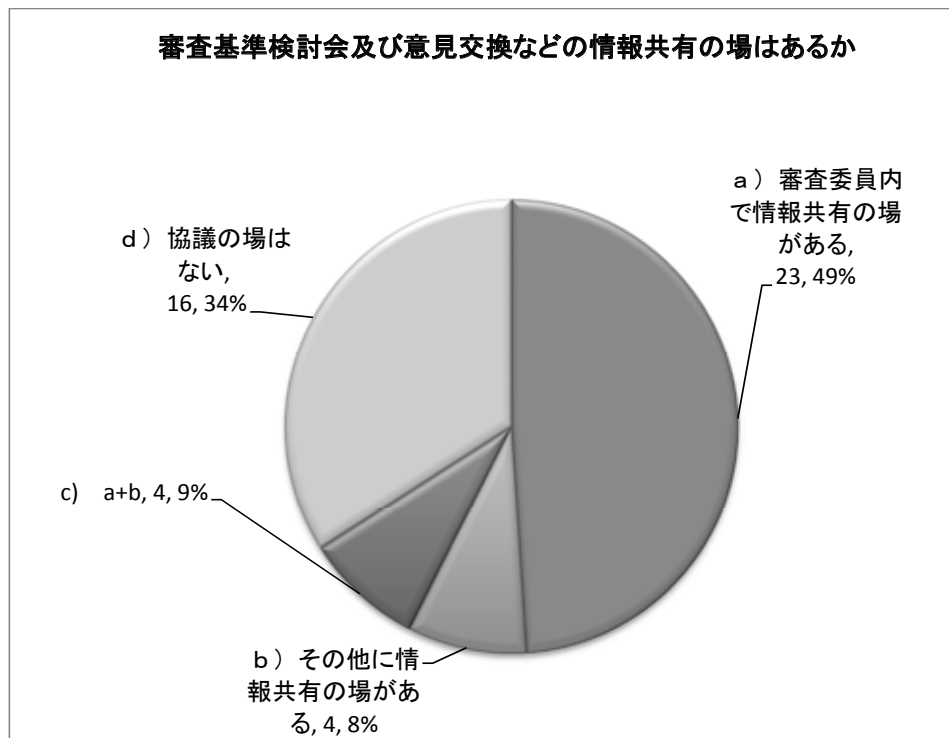
- (宮城) 平成29年度までは審査会の形式をとった協議会だったが、平成30年度からは審査委員が分担して単独で審査を行う形式に変更となっている。
- (兵庫) 平成30年9月30日を以って、解散した。RICの設立後は、会員からの年会費の徴収で運営されていたが、活動は徐々に縮小し、役割を終えたとのことで解散となった。
- (岡山) 労災保険情報センターの都道府県支部の撤退後より消滅。
- (山口) 平成28年まで山口県労災指定医部会としてあったが、解散。現在は山口県医師会内の委員会として設置している。(医師会役員が代表として、委員(外科2名、整形外科2名)、担当役員(内科4名、外科1名) 郡市区では、まだ部会としての機能を残して、会員制で運営しているところもある。

4. 労災レセプトに係る審査会についてお答えください。

審査会の委員による審査基準検討会及び意見交換などの情報共有の場はありますか？

- ☐ 審査委員内で情報共有の場がある。
☐ その他に情報共有の場がある。
 （具体的にご記入ください。） ☐ 協議の場はない。

	件数	都道府県
a) 審査委員内で情報共有の場がある	23	秋田、山形、茨城、埼玉、石川、福井、山梨、静岡、愛知、三重、滋賀、京都、奈良、鳥取、島根、広島、山口、福岡、長崎、大分、宮崎、鹿児島、沖縄
b) その他に情報共有の場がある	4	北海道、兵庫、徳島、高知
c) 審査会、その他にも情報共有の場がある(a+b)	4	岐阜、大阪、香川、佐賀
d) 協議の場はない	16	青森、岩手、宮城、福島、栃木、群馬、千葉、東京、神奈川、新潟、富山、長野、和歌山、岡山、愛媛、熊本



【a）具体例：審査委員内で情報共有の場がある】

（秋田）労災保険診療指導委員会の際に疑問点などを話し合っている。

（山形）山形労働局及び基準監督署の関係職員は、審査委員会に出席して意見

- を述べ又は説明を求めることができる。
- (茨城) 年 1 回、審査員と労働局と合同で「疑義案意見交換会」を開催し討議している。
 - (埼玉) 年 1 回、労災医療部会役員、労災保険診療費審査指導委員会委員、労働局との三者で労災診療に関する意見交換会を実施している。
 - (石川) 労働者災害補償保険診療費調整連絡会、石川労働局との情報交換会等を開催し、労災診療費の改善等について情報共有の場を設けています。
 - (福井) 福井県労災保険指定医協会と福井労働局との間で定期的に情報の交換、共有を図っている。
 - (山梨) 年に一度、労働局が主体となり、意見の標準化や疑義解釈の統一化を行っている。
 - (静岡) 例年 2 月に静岡労働局労災診療協議会の開催が計画されている。
メンバーは当協会の会長、副会長 2 名、常務理事、公益審査員 3 名、労働局 3 名、またその都度必要とされる審査員、座長は労災主務課長。
協議事項は改正項目の疑義あるいは疑義解釈の生じやすい事項など。
但し、未開催の年度も過去にありました。
 - (愛知) 労災指定医協会推薦の審査員、労働局と実施。
 - (三重) 合同審査の場で協議する。
 - (滋賀) 同時に同室で数名の審査委員が審査をしているので、問題があればその場で協議ができる。
 - (京都) 審査委員 11 名中 10 名が医師会推薦である。
また、審査会中、随時意見交換している。
さらに、基金・国保の整形外科審査委員との意見交換、審査基準の取決めを、年に 2 回行っている。
 - (奈良) 各審査員及び労働局担当との間で定期的に検討会・情報交換会を開催している。
 - (鳥取) 医師会推薦と労働局推薦の審査員、労働局と実施
 - (島根) 医師会推薦の審査員
 - (広島) 毎月労災保険医療協議会があり、レセプトの点検・審査とともに、審査基準の確認や意見交換を行っている。
 - (山口) 医師会推薦の審査員、労働局と実施している。
 - (福岡) ・審査会として「福岡労働局労災診療指導委員会」が設置されており、指導委員 21 人中 18 人が県医師会推薦委員である。
・労働局において毎月 1 回審査会が開催されており、協議題があれば検討の場ともなっている。
 - (長崎) 審査委員会の際に情報交換を行っている。また、申し合わせ事項を取り纏める予定である。
 - (大分) 労働局内に 労災保険診療費審査委員会が設置され、局医 1 人、医師会より推薦委員が 15 人
月 1 回委員出席のうえ局からの依頼に基づいてケースごとに合議を行っている。
 - (宮崎) 宮崎県医師会労災部会労災診療指導委員会（県医師会の推薦委員・宮崎労働局の推薦委員：地方労災医員・労災協力医にて構成）
 - (鹿児島) 審査諮問委員会の件で労働局の事務局を含め、行っている。
 - (沖縄) 労働局が実施する労災診療費審査委員会に医師会担当理事が参画して

いる。

【b）具体例：その他に情報共有の場がある】

- （北海道）労働局で設置されている審査会においては、毎月の審査会で、審査上の疑義や検討を要する事案が生じた場合は審査委員長を中心に随時検討会や意見交換・認識共有を図っている。
当会との共有については、年に一度、労働局・労災保険指定病院協会・RIC との懇談会を開催し、情報共有を図っている。
- （兵庫）兵庫県整形外科医会として、社保、国保、労災の審査員の情報共有の場を、年 2 回持っているが、他科の労災審査員間での情報共有の場はない。
- （徳島）「四国労災・自賠責診療協議会」を四国 4 県で持ち回り毎年開催している。
- （高知）毎年 11 月に開かれる四国労災自賠責協議会に先立ち 2～3 回検討会が開かれている。

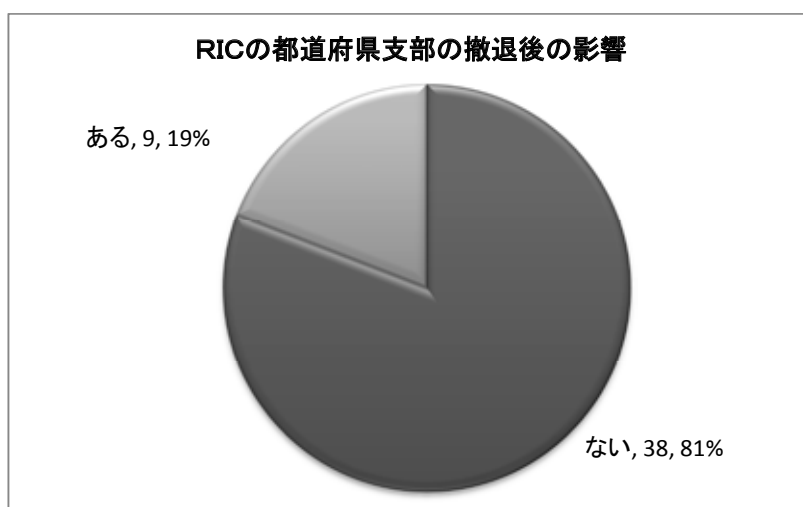
【c）具体例：審査会、その他にも情報共有の場がある（a+b）】

- （岐阜）・岐阜労働局労災保険診療協議会委員 11 名および地方労災委員 9 名の選出にあたり、岐阜県医師会が推薦していることから、問題等が発生した場合、情報共有している。年 1 回審査委員原則全員参加による「労災保険診療協議会事例研究会」を開催している。本内容を岐阜県医師会報および動く県医で会員に周知している。
・その他、岐阜県医師会保険診療問題検討会（月 1 回開催）で情報提供している。
- （大阪）・労働局の労災診療費合同審査委員会で審査基準の統一や審査情報の共有を行っている。大阪府医師会と労働局との連携を図り、情報共有に努めている。
・労災部会常任委員が労災審査専門委員会のメンバーとして参画しており、①判断に迷う事例、②認めるべき事例、③認めない事例について報告願ひ、意見交換を図る。（非公開）
- （香川）県医師会推薦の審査員と労働局で「労災保険診療協議会」、「労災保険診療費審査委員会」を実施。
・「四国労災・自賠責診療協議会」を年 1 回、四国 4 県持ち回りで開催し、情報交換を行っている。
- （佐賀）合同審査会、労働局と合議を定期的に行っている。
・国保・社保審査員と合同の情報交換会を定期的 年 1 回実施している（整形外科中心）。

5. 労災保険情報センターの都道府県支部の撤退後の影響についてお聞かせください。

- ☐ 影響はない
☐ 影響がある（具体的にご記入ください。）

	件数	都道府県
ない	38	北海道、青森、岩手、宮城、山形、福島、茨城、栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、三重、滋賀、大阪、兵庫、和歌山、鳥取、島根、岡山、山口、徳島、愛媛、高知、福岡、佐賀、長崎、大分、宮崎、鹿児島、沖縄
ある	9	秋田、群馬、静岡、愛知、京都、奈良、広島、香川、熊本



【具体的ご意見：影響がある】

- （秋田）研修会の講師派遣窓口がなくなる。
- （群馬）RICからの情報がないので、審査などの統一性がなく、公立、私立で考えが少し異なる。
- （静岡） 1 労災保険情報センターの撤退後は、レセプト請求先が労働局となり簡便となった。
 2 労働局担当官の人事異動が2年以内と激しく、審査の際、医学的判断のための基礎的状況意見を求めにくくなった。
- （愛知）・レセプト審査の審査補助員の入れ替わりが多い。
 ・点数算定の問い合わせが多い。
 ・社保から労災への切替え、労災から社保への切替え等の相談等が多い。
- （京都）労災診療費算定実務研修会など、医療機関が正しい請求を行うための普及啓発活動が、労働局の人手不足もあり十分に実施できなくなっている。
- （奈良）診療費等の情報交換等が円滑に行われるか否か不安がある。
- （広島）広島県では広島労働局とRICが緊密に連携し、労災保険診療・請求の初心者に向けた研修会等を企画・実施している。
- これらの運営に際しては、活発なご意見や指導・ご協力を頂いているところであり、今後こうした研修会を継続的に実施するためには、RIC

の存在は必要不可欠である。

(香川) 労働局の事務局が育っていない。審査の際に医学的判断以外のものに疑義付箋をつけてくるケースが多い。

(熊本) 労災保険に係る事務連絡など連携体制が希薄になっている。

【具体的ご意見：影響がない】

(東京) 前記の対応により、元々R I Cへの加入は少なく影響はない

(富山) 何とも言えません

(石川) 実務運営上の支障は、当初の予想に反しありませんでした。

本部が中央にあるため、連絡に多少のタイムラグがありますが、必要な業務は行われています。

(岐阜) 不明な点は、相談がある。

年に1回「労災診療費算定実務研修会」を開催しているが対応や準備に支障はない。

(兵庫) R I Cのレセ事前審査業務は、担当者がそのまま労働局に移動し、労働局として対応しており、以前と大きな違いはないと聞いている。

6. 高齢労働者の私病等で審査上、問題となる事例についてお聞かせください。

- (北海道) 変形性膝関節症等の経年変化を有している者が、労災車故により、同一部位を捻挫や骨折など傷病を負った場合、労災診療の範囲の特定に苦慮している。
災害性のあまりない腰痛に対して、労災認定が簡単にされ、その後の治療で治らず苦慮することが時々ある。
- (青森) 高齢者の急性腰痛の治療遷延。私病をどこで区切るか
- (宮城) 一例として外傷の治癒機転が私病である糖尿病によって大きく左右されるが、労災である外傷の治癒を全うする目的での血糖管理に労災が適用されないと判定されるケースがある。審査に関しては労災による救済が全人的なものとなるようにすべきである。
- (茨城) 高齢で骨粗鬆症が私病としてある場合の骨折の治療の問題がある。
茨城県では解釈を統一している。
- (群馬) ・じん肺症の基礎疾患の検査治療
中皮腫の診断で、労災認定されたが普通の肺がんであった。
(オプジーボ使用基準の検討も必要)
- (埼玉) 高齢労働者の腱板断裂や半月板損傷などの外傷に対し、肩関節周囲炎や変形性関節症などの病名なしのヒアルロン酸注射。
腰部外傷で、変形性腰椎症があり腰痛が長引いた場合について。
大腿骨頸部骨折や椎体圧迫骨折に対し骨粗鬆症治療を併施した場合、診断は認めるが治療は原則、私病としている。
- (東京) 高齢労働者は日本の人口構成や働き方の変化からも、今後さらに増えることは明らかで、脊椎変性症（腰痛）・変形性関節症・骨粗鬆症など高齢者の多くが持つ私病が労働災害によりさらに増悪するケースや、労働災害が原因で発症するケース、治療が長期化するケースなどが考えられる。
労働災害として行政が認定したのであれば、一定期間においては私病も含める形で検査・投薬・注射を積極的に認めるべきであり、医科点数表や薬価表における適応疾患や期間・回数を理由に制限を加えるべきではない。
腰椎圧迫骨折におけるテリボンやフォルテオ注射の使用可否、骨塩定量検査の必要性、半月板損傷（外傷後初期二次性変形性膝関節症）や肩腱板断裂（外傷後肩関節周囲炎）におけるヒアルロン酸注射の使用期間・回数などは東京労働局でも明確な基準・ガイドラインが存在しないため、問題となるケースが多い。
- (富山) 変性疾患の増悪
労働中の軽微な外傷で発症、増悪した場合の判断が困難なことがある。
- (石川) 指導委員会での労災診療費審査では、私病は労災給付の対象とはしておらず、健保で請求するように査定しています。
- (山梨) 高齢者の骨折で骨癒合が明らかに悪いような例では、再骨折しないように、積極的に骨粗鬆用薬の使用を認めるべきであると考えているが、その使用がケースバイケースのようです。
会計検査院が労働局に介入すると、きびしくなるようです。

- (長野)・脊椎疾患(脊椎管狭窄症、腰椎椎間変性、腰椎椎間板ヘルニア)などで治療中であったが、症状の変化をきたすような症例。
・すでに膝関節症などの変性疾患がある場合。
- (岐阜) 脊椎骨折患者に骨塩量測定検査及び骨粗鬆症治療を労災請求する案件がある。
- (静岡) 高齢労働者の私病である糖尿病に関する検査、治療行為の審査が困難である。
術前検査が一括されグリコヘモグロビン、BNP、心エコー等の検査が施行されている。
- (愛知)・膝などを負傷した場合に高齢のため外傷後変形性膝関節症等に移行しやすいため治療期間が長くなる傾向にある。
・高齢などによる骨粗しょう症のため、圧迫骨折が起きやすく、業務との因果関係が希薄であっても災害が確認されると認めざるを得ない状況にある。
- (三重) 労災医療で、高齢者の私病も治療する場合もそこそこある様に思われ、審査会では査定している。
- (京都)・外傷性変形性関節症の病名で、当月からヒアルロン酸の関節内注射が行われている。
・外傷機転により生じたものではないのに「立ち仕事で生じた」として、膝関節鏡、関節鏡下半月板切除が行われた。
・ごく軽微な外傷機転により胸椎の圧迫骨折や腱板損傷が発生したとして治療が行われた。
- (大阪)・高齢労働者になると経年変化による素因が大きく、骨粗鬆症、膝関節症、足底腱膜炎等、業務上の疾病と私病との区別が困難な症例が多い。
・多くの高齢労働者は、何らかの私病を抱えているが、今後、労働人口を確保する観点からも、労災保険における高齢労働者の職場復帰を促進するためには、柔軟な審査も求められる。
- (兵庫) 1) 骨折に対する骨粗鬆症の関与
2) 関節周辺損傷における変形性関節症の関与
3) 症状固定後に経年変化を経て、人工関節置換術が行なわれる症例の、再発認定と継続期間
4) 肩腱板損傷の変性性変化の関与
5) 神経学的脱落所見なく、疼痛が長引く患者の、疾病利得の関与(高齢者には限らない)等
- (奈良) 外傷の程度により素因の悪化または顕在化等の責任割合が不明確、初診の申告では経年変化と判断して、健保治療ではじめたものが途中で患者の要望で労災に変更されることが多い。
その際、労災認定に時間がかかり、治療内容で診療報酬の請求が煩雑になる。また健保と労災の適応基準が異なるので、検査や薬剤の査定等が発生する。
- (和歌山) 骨粗鬆症、肩関節周囲炎、変形性関節症等、労災病名に該当しない傷病名で請求してくる医療機関がある。
- (島根) 骨粗鬆症、特に椎体の圧迫骨折(急性期か陳旧性か)、MRIで判定する場合。
- (岡山) 膝、肢関節の外傷で、変形性膝関節症、半月板損傷など労災外傷で痛

- みが発生あるいは増加したことが明らかであっても治療内容、期間においてどこまでを労災と認定するかは難しいと考えられる症例がある。肩腱板断裂も同様である。
- (広島) 受傷前からの私病は、労災の適応外であるが、加齢による素因のため治療が遷延することがある。
- (徳島) ①腰痛に関する脊柱管狭窄症や椎間板ヘルニアによる影響。
②手根管症候群等。
- (香川) 高齢者の転倒骨折時に骨粗鬆症の薬を請求している医療機関が増えている。
- (愛媛) 私病との鑑別診断の際の検査を労災診療に含めるか否か。
- (高知) 最近、脊椎骨折の固定術の際、副甲状腺ホルモンを使用して来ることがあるが、他の骨折も含め、骨粗鬆症の治療は認めていない。
- (福岡) 高齢者の骨折の治療に関して、私病であるにもかかわらず、骨粗鬆症関連の検査及び骨粗鬆症治療薬を労災保険に請求してくる例が多い。
- (佐賀) 労災事故入院高齢患者の私病においては、治療上必要と認められる食事療法・薬物療法は認めている。
- (長崎) ①骨粗鬆症を有する、特に女性の労働者の骨折等の検査・治療を何処まで労災保険で認めるかという事は、当県でも問題となっている。
②医療従事者の針刺し事故における、検査項目と検査頻度を何処まで認めるか。(HB・HC・TPHA以外に、HTLV・HIV・その他の稀な慢性感染性ウイルス)
- (熊本) 入院中の不眠、便秘等、入院してなければ症状がでなかったと思われるもの。
圧迫骨折、大腿骨頸部骨折後のリハビリで膝痛が出た場合の過料について。ケガをしてなければ症状がでなかったと思われるもの。
- (大分) ・脊椎管狭窄等や再発の基準や扱いなどで問題となることがある。
・変性疾患に労災が加わった際の区分をある程度行う指標が必要。
・腱板断裂、半月板損傷等上記ケースと同様。
・高齢被災労働者(じん肺患者でおおむね80歳以上)が、脳血管障害や認知症等により寝たきりになり、誤嚥性肺炎を起こした場合の事案。
・高齢(90歳以上)の塵肺患者などは入院の必要性などの扱いに迷う場合がある。
・転倒骨折が労働災害として発生した場合、経年変化要因を以て、私病とはすべきでないを考える。
・骨粗鬆症については、申し合わせ事項があり、大分ではスムーズにいつている。
・ヒアルロン酸の関節注射や、急性期や外傷に適応のない薬を用いる例があり、査定対象となる。
・周知・広報不足と思われる。
- (宮崎) 高齢者は癌に罹患する割合が高くなる。仕事中的外傷が加わり、骨折を起こし、その際に転移性骨腫瘍が判明した場合、それを労災として請求していいか問題がある。
- (鹿児島) 高齢者の転倒骨折時の骨粗鬆症の審査が困難である。外傷性頸部症候群や腰椎捻挫で椎体及び椎間板の経年変化の症状が顕性化した場合。

7. 審査上問題となっている事例や、全国的に情報共有をしたい内容（好事例等）がございましたらご記入下さい。

（群馬） 純粋な針刺し事故以外の飛沫が飛び散った、患者さんに引っかかれたなど、医療者の安全も大切であるが、全て労災で検査をするのは如何なものか。

明らかな感染者との血液コンタクトがあればやむなしと思うが。

（埼玉） 軽微な外傷で痛みなど愁訴が長引いた場合の症状固定時期について。

（東京） ①時間外加算の取扱い・解釈について

診療応需の体勢の解釈と概ね午前 8 時以前と午後 6 時以降の解釈について

例えば、平日の標榜診療時間が午前 9 時からの医療機関において、午前 8 時 20 分に医療スタッフが出勤していない状況において急患対応をおこなった場合に、時間外加算 85 点または時間外特例医療機関 230 点を算定することができるか。東京においては、時間外緊急院内画像診断加算 110 点の算定の際の実施時間の表記にて、時間を確認し、午前 8 時以降の時間が記載されていた場合に、時間外加算 85 点または時間外特例医療機関 230 点が査定されることが多い。（局担当職員が事務処理として行っている）

時間外の取扱いについては、労災保険では診療応需の体勢にあったか否かを前提に、柔軟に解釈すべきと考える。また他県での取扱いも参考にしたい。

②特別食の算定について

どのようなケースで認めるか、また室料差額のように記号理由にして算定を認める運用をしている道府県がないか。

③内固定材なしの骨折観血的手術の取扱いについて

④超音波検査の取扱いについて

⑤同一指に対する創傷処理と非観血的整復術の同時算定について

例えば、同一指の負傷として、末節の切創と中節骨の骨折が労災病名としてある場合に、創傷処理（筋肉臓器に達しないもの）指 1 本の 940 点と非観血的整復術指 1 本の 2880 点の算定を認めるか否か。指 1 本を同一手術野として考え主たるもので算定するのか、それぞれ独立した病名・関連のない手術として個々の算定を認めるか。他道府県県の取扱いを確認したい。

また、同一指で上記③の取扱いとも関連するが、指の開放性骨折に対し、内固定材なしに整復と縫合をおこなった場合に、状況によっては骨折観血的手術の算定を認めている道府県があるかも確認をおこないたい。

⑥術前検査として私病に絡む（心臓病・糖尿病）検査の取扱い

（石川） 全国的な情報共有は、整形外科内では日本整形外科学会と日本臨床整形外科学会で、全国保険審査委員会議の場を持ち、社保・国保・労災・柔整の審査委員が問題事例を協議し意見を交換していて、保険診療のあるべき姿について討論し研鑽しています。

特に傾向的な濃厚診療については、批判が集まっています。

（岐阜） 入院に関して、通院可能にもかかわらず、通院手段が困難（連れてく

れる人がいない通院等）との理由で完全に治療完治まで長期入院している事案がある。

入院時、傾向的に労災患者を空きベットないとのことで、差額ベットに入れている医療機関がある。

- (静岡) 1 労災疾病と関連のない傷病の検査、術前検査としてBNP、心エコー、HbA1cなどの検査が日常的に施行されている。(特に200床以上の施設)
- 2 骨折の部位により関節内観血的骨折手術が軒並み算定する医療機関が多い、手術記録を参照すると関節包の切開の記載がないことが多い。
- 3 手術材料の適正な使用個数の把握が困難。
- (大阪) ・切断四肢再接合術の評価
(腱・筋肉や血管、神経、皮膚の縫合等)を満たさない動脈吻合のみでの算定が多い。
- ・患者の日常生活の不便による長期入院の是非(社会的入院)
 - ・観血的手術を行わない創外固定器加算の算定
 - ・労働局と労働基準監督署との連携不足
医療機関がレセプト書類の提出先を誤った場合(労働基準局)であっても、内部でレセプトを労働局労災補償課に回してもらえないか。
 - ・審査において、レセプト記載の単純な誤りでも「決定」が下れば「取消処分」を求める法的手続きが必要になる。これらを簡素化できないか。
 - ・労災保険は災害補償であるが、労災保険に積極的に取り組んでいる医療機関においては、手術等、高額請求になることから、審査で査定されると医療機関への影響も大きくなる。大阪では一部の医療機関で再審査を求める事例はあるが、全国的には再審査を請求する制度はないため、労災保険においても、審査に対する再診審査請求制度を確立する必要がある。
- (兵庫) 1) 骨粗鬆症治療薬(特に注射薬)の労災での適応
- 2) 運動器リハビリの請求単位数の問題
- 3) 脊椎疾患に対する脳血管リハビリの算定の問題
- 4) 神経内科的疾患の症状固定の問題
- (奈良) 交通事故において損保会社の誘導によって自賠責、労災の併用事案が増えている。
- (和歌山) ヒアルロン酸の関注やロコアテープの処方等、労災治療に適応がないものは当県では査定しているが、他の都道府県ではどうされているか。
- (島根) 使いすぎ(ドケルバン、テニス肘、野球肘など)の事例。
- (山口) ・審査は健保と違って、労働者のための医療と考えて、柔軟に審査すべきと考える。
- ・いつも、日医・労働省に提言している中で、個室の問題、手術のプレート使用、術中透視装置使用加算など、早急に労災診療費に取り入れていただきたい。
- (参考として昨年の要望書を添付します。)
- (徳島) 肩関節外傷後の肩関節周囲炎に対する取り扱い(ヒアルロン酸肩関節

注入の取り扱い)

- (香川) 公的病院の勤務医で労災診療そのものを理解しておらず、私病の病名、検査を請求してくるケースが少なからずある。保険医新規指定の集団指導等で労災保険の説明も必要と思われる。
- (福岡) ・労災事故の手術症例に術前検査として、心エコー検査を行われることが多くなっているが、どこまで術前検査として労災で認めるかが悩ましい。(全麻の大きな手術や高齢者、心疾患の既往のある症例には認めて良いと思うが、ブロックや局麻の症例、若者の例などは過剰検査と思われる。)
- ・高齢労働者の労災診療に関する合併症の検査や治療について全国的に情報共有したい。(また、一定の基準を設けられないか。)
- (長崎) ①bで記載した以外にも、術前や入院時のルーチンな検査に関しては、検査項目を何処まで認めるか。
例えば、患者全員への術前の心エコー、入院時の HbA1c 等、一般の医療保険では認められない、あるいは査定と認定の境界線に位置するようなもの。
- ②情報共有というより、むしろ、上記のような判断に迷う審査に関しては、ある程度審査基準を設けてもらったほうが審査がやりやすい。
- ③当県では各審査員から挙がってくる審査に迷った事例を挙げてもらって、審査員全員で審査基準を共有し、審査の平準化をはかろうと考えているが、この基準が全国的に妥当なものかどうか判断できない。したがって、全国的な基準を示してもらえるとありがたい。
- (熊本) 6 も含む。リハビリの許容単位について。
- (大分) ・変性疾患(腱板損傷、半月板損傷等)で、治療中(通常クリニック等)救急病院、労災指定病院に受診し(紹介ではなく)手術することになった。退院後、又、前医でリハビリを希望した。
- ・高齢被災労働者であるじん肺患者(特におおむね 80 歳以上で管理 2 のじん肺患者)が、私病の疾患(脳血管障害、認知症、心筋梗塞、慢性腎不全、悪性新生物等)で入院した場合に、入院を労災保険で請求してくる事案が見受けられる。
- ・オプジーボの使用について①施設基準、②使用期限、③効果判定(効果なしの例での使用中止も含め検討すべきか)の制定も必要と思われる。
- ・糖尿病を労災とする場合の規程。
- ・熱中症に関しての循環器系検査の許される範囲について。
- ・針刺し事故 HIV 検査についての再確認と周知。
- ・手指や足趾の CT については、大分では過剰として査定しているが、全国的にはいかがか。又、術後の経過を CT や MRI で追っている医療機関があるが、何か規程があるか？
- (宮崎) リハビリの発症日が問題になることが多い。例えば、骨折手術を行い、偽関節になり、二度目の手術を行った場合、リセットしてリハビリ、初期、早期加算の請求ができるかという問題。
労災診療としては、あくまでも初回手術がリハビリの発症日になると思われるが、いかがでしょうか。

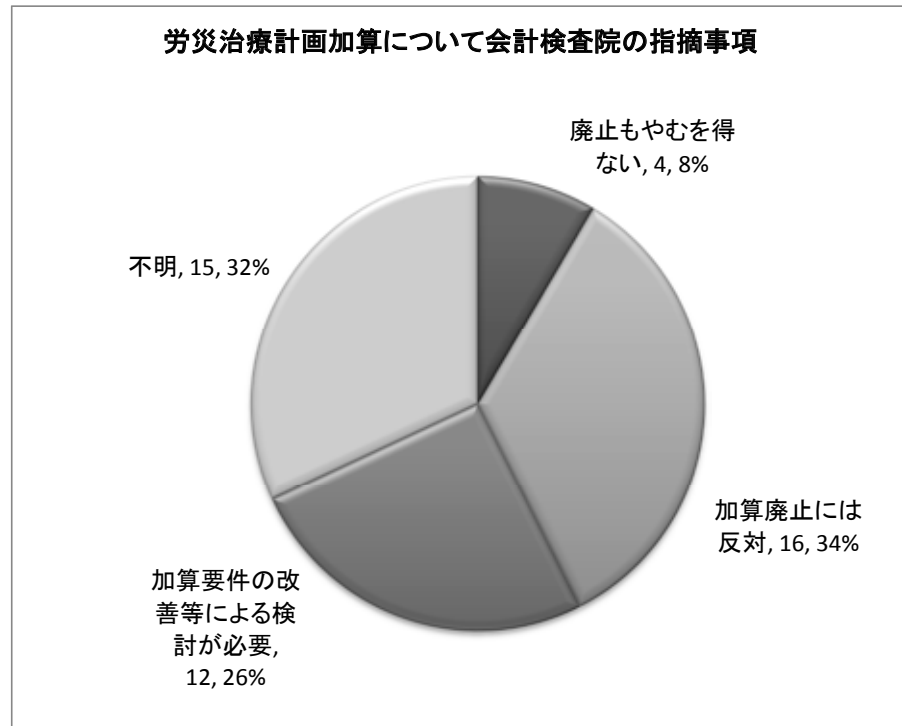
8. 労災治療計画加算について

労災治療計画加算の算定にあたっては、労災治療計画書又はこれに準ずる文書を交付することとなりますが、会計検査院の会計実地検査が実施され、多くの医療機関においては健保様式（入院診療計画書）が準用されている実態を踏まえ、「労災診療上の独自性が認められない」ということを理由に廃止を含めた抜本的な見直しを行うよう厚生労働省に対して指摘がされているところであります。

当委員会としては、現場での運用状況や地域の実態を踏まえ、次期改定に向けて要望を考えております。下記、設問についてご回答のご協力をお願いいたします。

①審査会では、今回の会計検査院の指摘事項についてどのようにお考えでしょうか。

	件数	都道府県
廃止もやむを得ない	4	茨城、石川、福井、香川
反対	16	青森、秋田、山形、群馬、東京、富山、愛知、大阪、兵庫、奈良、岡山、山口、愛媛、高知、大分、沖縄
加算要件の改善等による検討が必要	12	埼玉、千葉、山梨、静岡、京都、和歌山、鳥取、広島、徳島、福岡、佐賀、宮崎
不明	15	北海道、岩手、宮城、福島、栃木、神奈川、新潟、長野、岐阜、三重、滋賀、島根、長崎、熊本、鹿児島



【「廃止もやむを得ない」のご意見】

- (茨城) 妥当と考える。
- (石川) 現状の加算で増点する姿勢は、現場の診療に不要な負担をかける要因となっていて廃止すべきと考えます。本来は診療報酬を上げるべきで不当介入と思います。
計画書作成等のシステムが問題です。現場では十分指導が行われています。
- (福井) 支払基金の改革も行われていく状況であり、致し方ないのではないかと。
- (香川) 様式第 5 号が送られてくるのが、1 週間を過ぎるのが通常である。一方、入院診療計画書は 1 週間以内に説明し、患者のサインが必要である。そのため健保様式で書かざるを得ない。
会計検査院の指摘通りなら、廃止せざるを得ない。

【「加算廃止には反対」のご意見】

- (青森) 労働局からの労災認定が遅いので仕方ない。健保様式を準用はしているが、災害疾病の特殊性に基づき、計画書を作成しており、内容的には、労災医療の独自性は認められると考える。
- (秋田) 従来通り当該加算を算定できるようにしてほしい。
- (山形) 県医師会としては承知していない。
- (群馬) 制限医療の健保と必要十分な医療により早期復職を考える労災との差をはっきりと認識すべきである。
- (東京) ・健康保険における計画的入院とは異なり、労災保険においては災害発生後の緊急入院が多いことは保険制度の違いからも明らかである。

- ・救急医療（特に労災）における現場の実態に即せば、計画書（7日以内）の作成そのものが大きな医療現場の負担であり、これに労災の独自性として加算を加えることは、たとえ健保様式の計画書を使用したとしても何ら問題のないことであると考え。
- （富山）従来どおり、健保様式の準用が妥当と思われます
- （愛知）審査会では特に検討していないが、被災労働者の早期の職場復帰を考えると、適切な治療計画が必要と思われることから、加算は必要と考える。
- （大阪）・労災であろうと、一般医療であろうと医療機関が果たす役割に変わりはない。
国費を使うため書類主義で医療機関に負担を求める方が問題であり、是正すべきである。
・労災保険は災害補償であり、労災保険において早期社会復帰に向けての治療計画を作成する事は非常に重要である。被災労働者の早期退院に取り組んでいる医療機関のモチベーションを低下させないように、労災治療として診療計画が作成された場合は、労災治療計画加算として認めるべきである。
- （兵庫）現場では入院診療計画書が準用されている実態から考えて、今後は労災保険に適した治療計画書を交付すべきで廃止するべきではない。
- （奈良）書式の違いはあるが、内容は同じなので健保に準じた制度として労災診療計画書の存続は必要である。
- （岡山）必要事項を記入しない場合、査定されるのは仕方がないが、指導して経過を見るという段階があっても良いと考える。
- （山口）労働者は、手を使う仕事や寒い所で（例えば冷凍庫）建築関係など、一般市民と違う場合があるので、今後も社会復帰出来るよう計画書の算定は必要だと考える。
- （愛媛）労災診療と通常の診療が同じとは思えない。
労災における治療計画は必要なしは良くない。
- （高知）労災保険は独自のものであり、廃止には反対します。
- （大分）・健保 入院診療計画書で、問題ないと思います。
・労災治療では、症状固定、仕事復帰等、社会的目標設定が問題となるので、他保険とは違いがあると思われるが。
・妥当と考えるが、ケースによっては、当初は健保扱いであったものが、後から労災扱いになるケースもあり、形式だけの印象を持っている。
・これ迄通りの対応で良い。
・本来、労災であれ自病であれ、治療内容が保険の為に変わることはないので「独自性がない」との視点がおかしい。
- （沖縄）医療現場の実情としては、救急車搬送時や外来自己受診でも、患者さん自身が労災であることを申し出ることがないことも多く、通常の健保扱いとして入院診療計画書で対応している。また、入院途中あるいは退院後に労災への変更を申し出てくることも多いので困っている。

【「加算要件の改善等による検討が必要」のご意見】

- （埼玉）労災治療計画加算の算定に関する、「労災治療計画書（入院診療計画書）」

- の雛形（様式サンプル）を厚生労働省で作成し提示して頂きたい。
- （千葉）廃止ではなく、特殊性を担保した計画書記載を徹底した上での存続が望ましい。
- （山梨）様式が問題であるなら労災の特殊性を前面に出した様式を作成する必要がある。
再負傷の可能性が高いケースについては、予防的療養を認めるべきである。
- （静岡）審査会ではなく当協会の意見として、会計検査院の検査結果から、現況下での労災治療計画加算の運用が、労災の独自性が認められない。との指摘に対して、労災入院患者の場合、早期社会復帰を要請されるところ、労災治療計画加算の趣旨を鑑み、算定が継続できるよう厚生労働省に再検討を要望し、医療機関の実務努力で解決可能ならば厚生労働省との協議を始めていただきたい。
- （京都）入院診療計画書が記載された上で、労働治療計画書が記載されていることが労働治療計画加算の算定要件であるなら仕方ない。
労働治療計画書がなくても、入院診療計画書にそれを補う十分な内容が記載されていれば反論もできるが、記載がないのであれば論外。
様式を一つにまとめるように要望してはどうか？
入院診療計画書のみしかなかった96.2%の内容には労働治療計画に関する記載がなかったと確認できているのか？
また、本件に伴い、救急病院から下記のような事例が報告されており、問題と考えている。
救急患者が処置室、手術室等で死亡した場合に当該加算が算定されているケースで、労災治療計画が作成されていないことを理由に当該加算の返還が発生している。この場合に、さらに波及して、入院診療計画が作成されていないことを理由に入院料本体の返還が求められた。
ちなみに入院料の通則には「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保されているとされている専用病床に入院したものとみなす」という通知があり、これに関する疑義解釈（平成20年3月28日）にはこの場合「入院診療計画書等の交付は必要ない」と示されている。
本件について、労働局に問い合わせたところ「本省の見解に従って返還を求めている」との回答であったが、これは重症者にたいする救急医療をゆるがす重大な誤謬であり、訂正および今後の適正な対応を求めるべきと考える。
- （和歌山）会計検査院の指摘の如く、労災診療上の独自性を打ち出した様式に改善する努力が必要。
- （鳥取）独自性のある計画を立てるようつとめるべき。廃止は論外。
- （広島）保険診療では入院料の算定のためには、入院診療計画書の記載が必要です。労災治療という特殊性を考えると、労災治療計画加算を継続し、適切な書式については今後検討し、入院料算定の必須の書類から外すことが必要です。
- （徳島）労災独自の治療計画書をつくってはどうか。
- （福岡）健保様式（入院診療計画書）の準用の有無にかかわらず、計画書の記

載内容に関しては、治療期間や治療内容、方法など労災診療上の独自性は必要である。労災治療計画書様式について、「労働者の職場復帰に関する留意事項」などの項目を追加するなどの見直しが必要と考える。

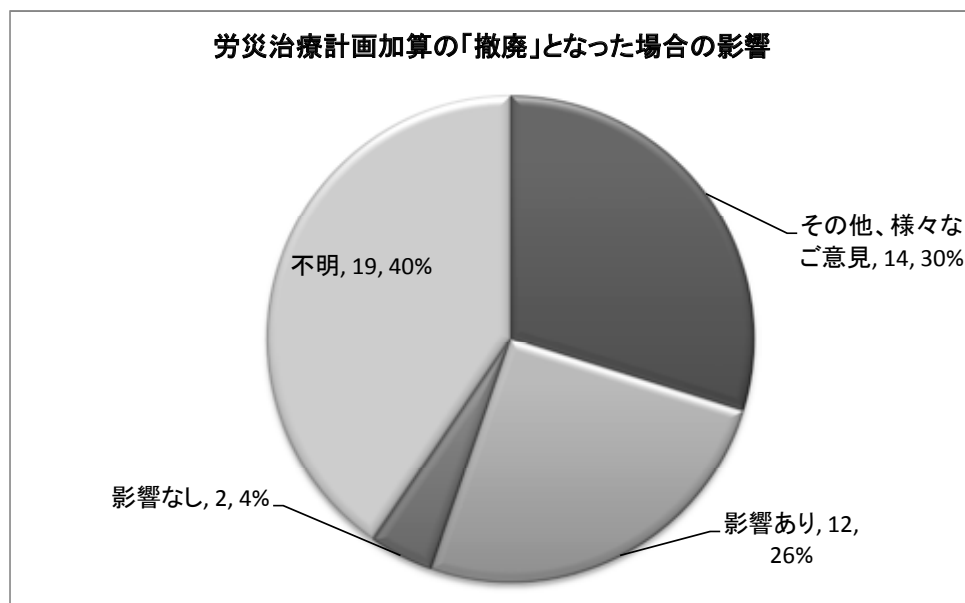
- (佐賀) 労災患者の年齢は、生産人口レベルですので、超高齢の国保の患者とは治療計画書の内容も異なる。労災治療上独自性を確保する必要がある。
- (宮崎) 労災診療請求は、基本的に健保に準ずる形となっているので、そう問題はないと思われる。が②へ

【「不明」のご意見】

- (宮城) 審査会はない。
- (岐阜) 静観している。入院診療計画書の記載もれがないよう指導している。
- (三重) 日医の方針どおりです。
- (島根) 健保様式の準用がなぜ認められないのかよく分からない。
- (長崎) 指摘について審査会では話題に挙がっていない。
事務方から報告を受けていないため、詳細について検討がなされていない状況。

②今後、当該加算の「撤廃」となった場合の影響についてどのようにお考えでしょうか。

	件数	都道府県
影響あり	12	青森、山形、千葉、東京、山梨、愛知、大阪、岡山、広島、山口、福岡、鹿児島、沖縄
影響なし	2	奈良、鳥取
その他、様々なご意見	14	岩手、宮城、秋田、群馬、石川、岐阜、静岡、兵庫、和歌山、徳島、香川、愛媛、大分、宮崎
不明	19	北海道、福島、茨城、栃木、埼玉、神奈川、新潟、富山、福井、長野、三重、滋賀、京都、島根、高知、佐賀、長崎、熊本、沖縄



【影響ありのご意見】

- （青森） 困る。労災医療の複雑さに対する医師の労災を評価すべきである。
- （山形） 県医師会としては承知していない。
- （千葉） 労災指定医療機関の減少がありうる。
- （東京） ②労災診療の独自性・特殊煩雑性からも当該加算の廃止はあってはならない。
 また、救急医療そのものが医療機関においては経営上不採算部門であるので、当該加算の廃止は、経営上、当然悪影響である。
- （山梨） 労災の緊急性や、後の補償の問題などを考えると、手間の点からも労災指定医療機関の辞退が起こる可能性があると考えられる。
- （愛知） 一般患者も労災患者も同一の治療計画となると、労災保険が目指している早期職場復帰に向けた治療計画が難しくなる。
- （大阪） 労災保険としての治療計画加算が撤廃されると、労災治療を行う医療機関への影響は非常に大きい。
- （岡山） 減収となり医療活動に影響がでる。

- (広島) 労災治療計画書の記載がない場合の、入院料の返還が厳しくなる可能性があります。
- (山口) 労働者は、手を使う仕事や寒い所で（例えば冷凍庫）建築関係など、一般市民と違う場合があるので、今後も社会復帰出来るよう計画書の算定は必要だと考える。
- (福岡) ・この加算の設定趣旨のとおり、傷病労働者をできる限り早く治癒に導き社会復帰をさせること、及びそのための治療計画は必要なものであり、「撤廃」となると労働者に対する仕事への早期復帰などの認識が欠落することが危惧される。
・また、他職種との連携において、労働者の職種に特化したリハビリが行われないなどの実務的な不都合が生ずる可能性がある。
- (鹿児島) 一律 100 点の減算。
- (沖縄) 平成 30 年度 47 件 47,000 円の減算となり、出来れば労災入院計画料の復活を希望します。

【影響なしのご意見】

- (奈良) 点数上の減額としては大きな影響はないと考えられるが、各医療機関の労災診療数により異なる。
- (鳥取) 当県では大きな影響はない。

【その他、様々なご意見】

- (岩手) 労災と健保のそれぞれの独自性を踏まえ、労災治療計画加算については「撤廃」せずに、『存続』させるべきものと考えます。
- (宮城) 「撤廃」というのは、労災に特化した計画書の意義が薄いということであって、健康保険に対応する加算については労災に於いて撤廃すべきではない。患者の治療計画を決めて交付したものについては、労災の主旨を踏まえて対応する健康保険の 1.2 倍という点数を適用するのが理に適う。
- (秋田) 労災請求をするメリットがなくなる。
- (群馬) 撤廃に抵抗すべき。
- (石川) 撤廃した分は基本診療料を上げるべきと考えます。
- (岐阜) 労災保険用の入院診療計画書を作成して欲しい。
- (兵庫) 入院（入口）の評価がなくなっても、退院時（出口）労災独自の評価（加算）を認めていただくよう要望したい。労災患者であっても病院入院診療計画は必須であり、撤廃は認められない。
- (和歌山) 「撤廃」とならないよう、改善努力することが重要と考える。
- (徳島) やむを得ないと考える。
- (香川) 退院時両立支援加算等の新点数を採用すべきである。
- (愛媛) 当然他の方法で入院料の補填をすべき。
- (大分) 特に影響ないのではないか。入院だけなので、多く扱っている病院は影響があると思う。一部の病院と考えます。撤廃すべきではない。我々が決める問題とは思わない。
- (宮崎) 計画書の見直しをして撤廃としないようにお願いしたい。

9. 審査会やR I C、労災治療計画加算、労災全般について、お気づきの点やご意見がございましたらご記入ください。
- (群馬) ①肺、呼吸器疾患の労災認定を心、循環器とともに厳格にすべき。
 労災事故と比べて因果関係が曖昧である。
 ②医療従事者の安全が大切とはいえ、度を過ぎた検査（核酸定量を含めて）の再検討を。
- (東京) 各地方局における審査会の審査基準、特に地方局職員がおこなう事務的審査における審査基準の公表・開示を含め、審査基準説明会や勉強会の定期的な開催をおこない、審査基準の統一性を図ることが必要である。
 ただし、ベースとなるのは健保準拠の考え方ではなく、労災診療の煩雑性・特殊性を念頭においた審査基準の統一を進めていくことが望ましい。
 労災治療計画加算の会計検査院における対応からもわかるように、労災診療費の算定が全国基準となって以降、労災としての独自点数や金額の改定はほとんどなく、健保点数改定に準じた取扱いが続いている。この状況を考えると、今後行政により労災算定基準が健保ラインまで引き下げられてしまう可能性もあるのではないかと危惧している。
 処置・手術・リハビリ項目での四肢加算の対象の拡大や労災診療における救急医療管理加算の金額見直し、積極的な労災独自点数の創設などを含め現状に見合った点数・金額へ基準を引上げていくことを要望したい。
- (石川) 現場を熟知した審査委員が審査をしていて適切妥当と思います。
 この作業を電子機器で行うことは無理だと思います。
- (岐阜) 公立病院に多くみられるが、持病と労災疾病の混合（持病も労災請求してくる）が見受けられる。
- (静岡) ①労災保険は、原則、事業主の無過失損害賠償保険であることから、業務上あるいは通勤災害により生じた災害等における医療費用は、可能な限り認められるべきものです。
 ②労災診療費算定基準の改定が、近年では平成24、26、28、30年と行われているが、大幅な引き上げ改定とはいえない。是非、厚生労働省に働きかけ、労災指定医療機関が労災指定医であって良かったと思えるような改定実現を希望する。
- (大阪) ・法的根拠の縛りが強く、労災行政のあり方を見直す時期である。
 ・各医療機関で算定方法が異なる事例や、審査委員会で問題になっている事例を 実際に現場で治療を行っている医師や医療従事者に如何に周知することができるかが課題である。
 ・労災部会では労災医療全般について協議しているが、R I Cが行う事業には積極的に協力している。現在、大阪府内の全労災指定医療機関のうち、62%がR I Cと契約を締結している状況であり、労災診療費の支払については、R I Cを通じて比較的円滑に運営されているため、支払遅延になるケースは少ない。
- (兵庫) 加害者のいる交通事故でも、通勤災害を安易に認めてしまう現状がある。自賠と労災は、自賠法優先の省庁間合意があるにも係わらず、どちらを使用するかは患者の意思に委ねられているという現状がある。

- 交通事故診療における健保使用問題と同様に、労災の使用も財源論から問題の多い支出であり、自賠優先の原則を守る努力が必要である。
- (奈良) 労災認定の判断が遅すぎる。
医療機関からの異議申し立てが請求の査定等に反映されない。
- (和歌山) 健康保険（社保や国保）では請求してこないような過剰な請求をしてくる医療機関があるが、医療機関側も医の倫理に即した節度を持った労災治療を心掛けてほしい。
- (山口) ・労災は働く人がこの保険で、治療・社会復帰などについて、思いやりのある治療ができることが望ましいと考える。
・古い委員で以前よりの査定したことについて、昔からのこだわりがあり、意見の相違についてはもっと検討し、患者にやさしい審査にすべきと考える。
・審査委員は、勤務医と開業医との間に判断の違いが多くある。
・近県との話し合いをもっとしたいと考える。1 回も参加したことがない。
- (香川) 審査会の労働局の事務方の質の向上が必須である。
全国的な研修等を考えて頂きたい。
- (愛媛) 私病との鑑別診断のための検査費用の扱いについて認める方向が望ましい。
- (佐賀) 労災事故が激減している。通勤途上の交通事故、頸椎捻挫などは変化ないが、すべて軽傷化している。
- (長崎) ① R I C に請求を代行してもらっていると、査定された場合の点数の減点はわかるが、何を査定されたのかが不明で、査定理由がわからないまま、毎回同様の査定をされることがあるとの意見あり。
手数料を取るのであれば、それなりのサービスが必要なのは。以前は請求点数の事務的な誤りに関しては、修正して請求してくれていたような記憶があるが・・・。
② R I C を経由せずに直接請求しても減点通知は同様なものなのか？
- (熊本) 都道府県の R I C が廃止されて以来、労災請求に関する問題点などの情報共有が希薄になっており、医師会の労災請求に関する関与がほとんどなくなっている。
- (大分) 大分県では、かなり厳正に、かつ、全科を通じて意識統一をはかっていると思う。
R I C に登録すれば、請求翌月にとりあえず入金があることはありがたいが、手数料が妥当か、どこで誰が決めるのか？・・・少し疑問あり。
- (宮崎) 審査会について、労働者を保護する立場から言えば、もう少し査定基準が緩やかでも良いのではないか。
R I C について、我々医療機関にとっては、便利で、有り難い存在と思われる。
労働全般について、労働者の高齢化に伴い、私病として扱われる部分も労災との関連性によっては、ある程度許容されるようにしていく必要があるのではないか。
- (沖縄) 労災治療計画加算の算定時に労災レセプトに改めて、労災治療計画書を追加しても算定可能としていただきたい。

【自賠償保険関連】

次の１～２について、お答えください。

- １．ＪＡ、全労済、全自共及び外資系損保の医療協議会（三者協議会）への参加状況についてお答えください。

【１－１】

☐ 参加していない

【１－２】へお進みください。

☐ 参加している（詳細を下記ご記入ください。）

- ・ 正式メンバーとして参加している

団体名：

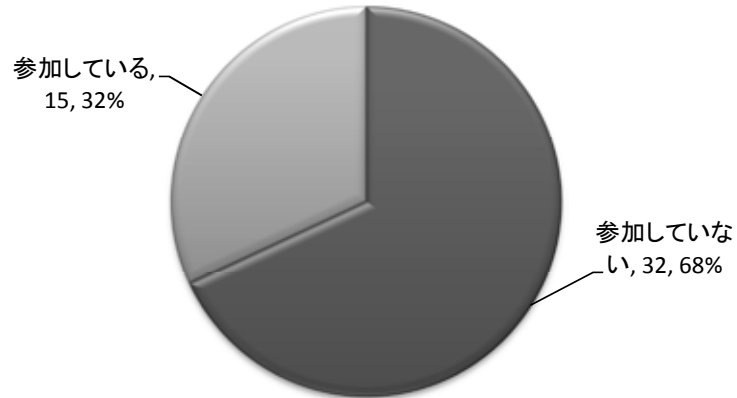
- ・ オブザーバーとして参加している

団体名：

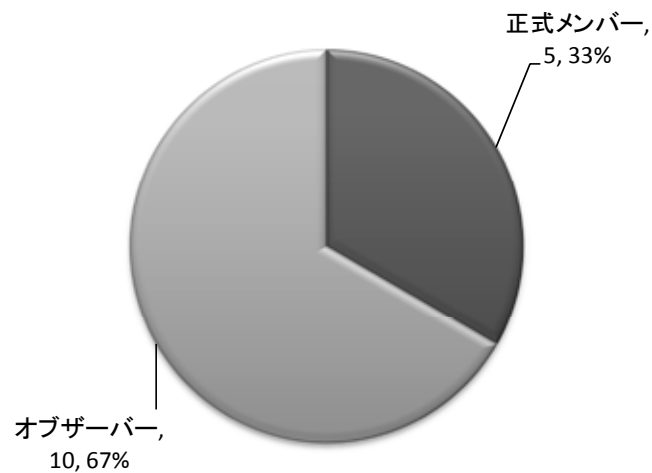
設問２へお進みください。

	件数	都道府県
参加していない	32	北海道、岩手、宮城、秋田、山形、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、富山、石川、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、島根、岡山、長崎、熊本、大分、鹿児島、沖縄
参加している	15	青森、福島、茨城、新潟、福井、鳥取、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知、福岡、佐賀、宮崎
正式メンバー	5	新潟、福井、徳島、高知、福岡
オブザーバー	10	青森、福島、茨城、鳥取、広島、山口、香川、愛媛、佐賀、宮崎

JA、全労災、全自共及び外資系損保の医療協議会
(三者協議会)への参加状況



参加している形式



【正式メンバー団体名】

- (新潟) 新潟県自動車保険医療連絡協議会
- (福井) JA共済全労済(損保共済からの推薦で参加)
- (徳島) JA共済
- (高知) 高知県交通事故医療連絡協議会。JA、全労済、AIG他6社が参加。
- (福岡) 自賠に関する連絡協議会の中に、JA共済、西日本全自共
- (宮崎) AIG損害

【オブザーバー団体名】

- (青森) JA、全労災
- (福島) JA
- (茨城) JA、全労済

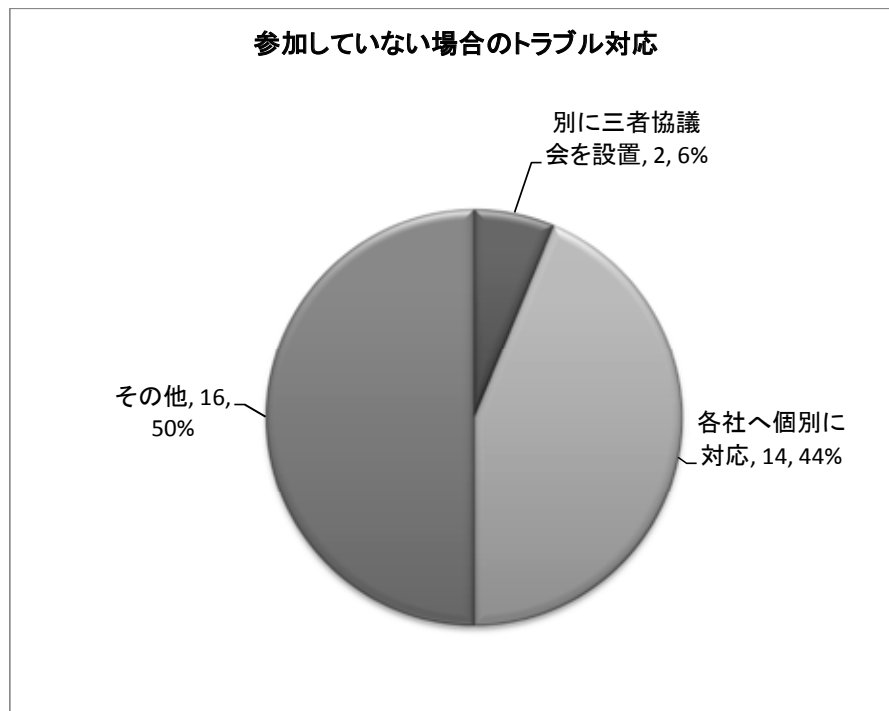
- (鳥取) J A 共済連鳥取県本部
- (広島) J A (広島は内規をとって、年に4回実施している。比較的良好な関係)
- (山口) J A (全労済、全自共及び外資系損保については、医療協議会に参加していないため、トラブルへの対応は個別に対応している。)
- (香川) J A 共済
- (愛媛) J A 共済
- (佐賀) J A、全労済
- (宮崎) J A

【１－２】

「参加していない」場合、トラブルへの対応はどのように行っていますか。

- ☐ 別に三者協議会を設置
☐ 各社へ個別に対応
☐ その他（詳細を下記にご記入ください。）

	件数	都道府県
別に三者協議会を設置	2	富山、岡山
各社へ個別に対応	14	北海道、宮城、群馬、埼玉、石川、山梨、静岡、愛知、京都、大阪、奈良、島根、熊本、沖縄
その他	16	岩手、秋田、山形、栃木、千葉、東京、神奈川、長野、岐阜、三重、滋賀、兵庫、和歌山、長崎、大分、鹿児島



【その他】

- （岩手）不明
（秋田）不明
（山形）損保協会加入の会社以外の対応はしていない。
（栃木）基本は個別対応となるが、必要に応じて三者協議会にオブザーバーとして招聘することがある。（過去にＪＡを招聘した実績あり）
（千葉）特段対応はしていない
（東京）ＪＡ共催にはオブザーバーとしての参加依頼を行うが人員、時間の確

保が困難との理由で了解が得られなかった。

J A等不参加のトラブル等の対応については、「東京都損害保険医療協議会」で協議し、参加している保険会社委員を通じて、対応できる案件については協議結果を依頼している。

(神奈川) 損保協会の代表幹事に相談すると、外資系損保の場合は、担当者へ連絡し、紹介していただける場合が多い。

(長野) 土地柄問題がないので、対応はしていない。損保会社とも関係は良好。

(岐阜) 県医師会の相談あった時に個別対応している。

岐阜県損害保険医療連絡協議会を設置している。参加メンバーは、算定料率機構と国内損保会社と県医師会の三者協議会で対応している。上記以外のJ A・全労済・全自共等は、算定料率機構に相談しているようである。

(三重) 問題が起きないので、特段対応はしていない、三者協議会自体も最近開催していないくらい案件が少ない。

(滋賀) 問題になったことはない。

(兵庫) 医療機関に個別での対応をお願いしているのが現状であり、医師会の組織としての対応は難しい現状がある。

自賠責保険と自賠責共済という財源の違いはあるものの、被害者や医療機関の対応は同じであり、料率算出機構を利用するようになった以上、J Aや全労災等も三者協議会への参加を、義務化すべきである。

(和歌山) 三者協議会に外資系などの参画はため、対応に苦慮している。

(長崎) 損保医療協議会の損保側の幹事会社からも指導等が出来ないため、各医療機関で個別に対応している状況。

県医師会に相談があれば個々に対応している。

(大分) 問題発生の場合、本会より状況確認等行い、三者協議会の損保幹事担当者にも相談し、対応している。

(鹿児島) ・医療機関から問い合わせの対応。

・主に治療費の打ち切りによるものであるが(任意一括の場合の治療打ち切り)、その場合、事故当事者同士で解決しているものと思われる。

2. 自賠責保険、交通事故診療について、問題となっていることがありましたら自由にご記入ください。

＜損保会社の対応について＞

（青森） 損保担当者から患者への不適切な説明。

例 1. 「むちうち症は3ヶ月で治療する。治らないのは、患者に持病があるからだ。」

例 2. 「自賠には限度額がある。治療が長引くと患者の受け取る慰謝料等が減らされる。」

（宮城） 協議会において、愁訴を持ち、治療を希望する被害者（患者）への保険の適用を一方的に打ち切るケースが報告される。治療を希望する患者に対して医療機関は当然これを行う義務があるので、現場は困惑する。交通事故の被害者を救済する目的の制度であるという点を踏まえ、保険会社は「内部基準」による打ち切りを行う前に、十分に患者、医療者と協議すべきである。

（秋田） 損保側で治療の中断を患者に言うことがある。十分な話し合いのもとに治癒の判断をしてほしい。

（福島） 保険会社の支払いがスムーズではない。

（茨城） 損保会社から「〇〇ヶ月で症状固定と思われる」と通知してくる。

（参考資料 別紙①を参照）

（茨城） 保険会社が被害者に渡す書類の説明責任。（参考資料 別紙①を参照）

（群馬） 医師側も自賠責は過失率の高いもの以外は第一に適用され、限度額があり、任意保険の使用に連動すること、物損を取り扱わないこと、「人傷」との差別化などを説明すべきである。

（群馬） 三者協議会で話し合われた内容が、現場（代理店を含む）に伝わっていない。いつまで経っても健保強要や、診断書は不要ですなどと、保険会社担当者が言うてくる。

（群馬） 受傷者が（何者かに知恵をつけられているのか）なるべく健康保険を使うように主張してくる。

（群馬） 別の場合では、初回の支払いは保険会社につけ回すのが当たり前のように振る舞う。

（群馬） 損保会社の合併が続き、加害者側と被害者側が同じ損保会社という機会が多くなった。このようなケースでは、被害者側に立った対応をしていないことがあり、症状が残存していても終了方向で話されているように感じる。

（東京） 交通事故診療においては、患者・保険会社・加害者を含め医療機関が対応しなければいけない事務が多く、煩雑化する傾向が強い。また一括請求においても、取扱い保険が加害者の加入する保険（対人一括）なのか、被害者の加入する保険（人傷一括）なのかが医療機関側では判断できない事例も多く（多くの場合、患者は保険会社の担当に言われるがままに受診しているだけ）、結果として健保使用や患者負担分のみ保険会社へ請求といった原則に反した対応を強いられることも多くみられる。

（愛知） 交通事故の被害者に対して、自賠責保険を使用することのメリット、デメリットの説明がなされず安易に健康保険を使用するよう三社届を

- 患者に出させる保険会社が多い。
- (三重) 保険会社の担当者の不合理、無知、無責任が問題となるケースが多い。
 - (京都) 交通事故医療協議会に参加し、新基準を推進すべき立場にある、ある損保会社が一社単独で多くの医療機関に対し、1点単価の値切り交渉を行い、問題となった。会員からの相談を受け、当会から当該損保会社に改善を要求した結果、現在、事態は沈静化している。
 - (奈良) 通院の是非に対して医師の判断というように責任転嫁する。
 - (奈良) 損保会社誘導での健保使用が多い。
 - (奈良) 医療内容の照会なしに損保会社が一方的に診療を中止してくる。
 - (和歌山) 特に外資系の損保によく見受けられるが、患者や医師に何の問い合わせもなく、勝手に治療を打ち切ってくるところがある。
 - (鳥取) 国保、社保使用の手続きが周知されていないため、現場で窓口の混乱がいまだにある。保険会社より被害者への一定期間(3か月、6か月)での一方的打ち切り、後遺症診断の指示があり、被害者が困惑する例が散見される。
 - (熊本) 第三者行為による医療保険を使用するケースが多い。事故として認められるかどうかのタイムラグがあるために、保険会社も医療保険を進めている傾向がある。そもそも自賠責は自由診療なので、事故が認められた場合は医療保険から自賠責に移すことが必要だと思われる。
 - (大分) 事前に保険会社から電話で「100%自賠責で」と言っていたケースで、後日、保険会社から「患者の加入保険で」と訂正が入ったものの、患者と連絡が取れないケースがあった。会社として、事前に言ったことは責任をもって対処してほしい。対応として、その保険会社が絡んでいる時は、患者にまず保険を使い負担金額請求することになっている。

<健康保険使用について>

- (北海道) 官公立などで自賠責患者が入院治療を受けると、ほぼ全例で健保が使用されており、その後の治療を頼まれると患者や損保会社とのやりとりで自賠責そのものになかなか戻すことができない。
- (群馬) 患者の健保転用への誘導。
- (群馬) 人身傷害保険対応時の健保使用への保険会社への誘導は問題。労災保険基準を公的保険と認めるべき。
- (群馬) 受傷者が(何者かに知恵をつけられているのか)なるべく健康保険を使うように主張してくる。
- (群馬) 自賠責限度額(120万円)を超えたケースでは、損保は患者に健康保険使用での加療を勧めてくるが、本来は対人保険で一括対応すべきだと思う。
- (埼玉) 損保会社からの健保使用の強要。3ヶ月で一方的な自賠責保険の打ち切り。
- (山梨) 損保による健保使用の誘導。
- (静岡) 最近は減少したが健康保険証を提示しての診療を要請される事がある。当該診療分の窓口負担を診療の都度請求し支払うようにしていることがある。
- (愛知) 交通事故の被害者に対して、自賠責保険を使用することのメリット、

デメリットの説明がなされず安易に健康保険を使用するよう三社届を患者に出させる保険会社が多い。自賠責の診療報酬基準が未だに制度化されないため、上記のようなことが起きている。

- (奈良) 損保会社誘導での健保使用が多い。
- (長崎) 健康保険の第3者行為を用いる例が増えている。
- (長崎) 被害者の責任割合が大きいと言って健康保険の使用を求めてくる例がある。
- (熊本) 第三者行為による医療保険を使用するケースが多い。事故として認められるかどうかのタイムラグがあるために、保険会社も医療保険を進めている傾向がある。そもそも自賠責は自由診療なので、事故が認められた場合は医療保険から自賠責に移すことが必要だと思われる。
(大分) 健康保険を使うことは構わないのですが、本人が自病と分けなくてよいと思っている節があり、あとで処理に困ることがあります。
- (宮崎) 相変わらず健保使用を強要してくる会社がある。本人の過失割合がゼロであっても、そういう事例があり、しかも担当だけでなく会社の方針として始動している損保会社がある。

<診断書について>

- (群馬) 交通事故傷害において、自賠責保険による診療に医師による診断書は必須と思われる。損保会社によって診断書不要とすることが散見されることは問題。
- (岐阜) 「症状の推移、神経症状の推移について」の書面の扱いについて、多岐に渡る記載項目があるが、症状が無ければ書くこともない。簡素化できないか。
毎月のレセプト診断書に症状の経過、神経症状等詳細に記載しているにもかかわらず、症状の照会を求めてくる損保会社がある。どう考えてみても担当者の便宜を図るための内容かと思われることがある。
- (滋賀) 弁護士が介入することが増えてきたため、診断書の内容について書換えを要求される事例が増加。
- (愛媛) 警察提出用診断書の必要性について
- (佐賀) 初診時の警察への被害者（患者）の診断書を提出した場合、軽傷の時（頸椎捻挫・打撲）警察が窓口受付で、受け取りを拒否することがあり、事故件数のデーターが保険会社の支払件数と乖離している問題を解決して頂きたい。40～50%の乖離を認める。

<医療類似行為について>

- (群馬) 事故後、患者の意向で接骨院なりに通院し、2～3か月後にCRPSの病態をもって医療機関に係るケースがあり、非常に困る事例あり。（当初の外傷内容、施術内容が不詳。）
- (富山) 医療類似行為に対して無期限に自賠責保険使用している感じがある。
医療機関に対しては、電話一本で打ち切りを宣言したり、一括と言いながら支払いをしない（理由も明示しない）患者に健保使用を誘導するなど、あまりに差がありすぎるように思える。
- (石川) 最も問題となるのは医師以外の柔整等の者が診療に介入していること

です。

医師ではないので多くのトラブルがありますが把握できないため問題だと思います。

- (滋賀) 柔道整復など医業類似行為との併診、診断書の問題。
- (奈良) 自賠責が安易に柔整診療を容認してしまう。
- (和歌山) 医療類似行為を受けている患者に対し、月に 1 回は医療機関を受診するよう指導している不届きな損保会社が存在する。
- (広島) 物損扱いでの自賠責の支払いの増加や柔道整復の施術の増加がしばしば問題になっていますが、解決策がない状態です。
- (長崎) 物損処理だけを行い人身事故にせず治療だけを求めてくる例がある。上記で整骨院に通う例もある。これらは事故隠しにつながるとされる。
- (大分) 医療類似行為との併用を認めても良いとしているが、その間の状態の把握が充分なされていない。2 週間程度に 1 回の受診録が必要ではないか。
- (大分) 症状の経過の照会が時々ありますが、答えようのないような具体的な身体所見を求めて来ています。それらを丁寧に記入するのには 30～60 分位の時間を要すもので、更にその書類が本当に活かされているのか疑問です。こういった照会は困っています。又、全国的にはこの診断書料をいくらくらいに設定しているのか、凡その相場を医師会でチェックしていただきたい。

＜弁護士特約について（弁護士の介入）＞

- (茨城) 患者の同意なく、また症状も不安定な状況の中での弁護士を用いた一方的な治療打ち切りについて。(参考資料 別紙①を参照)
- (茨城) 健保使用時の一部負担金について。(参考資料 別紙①を参照)
- (栃木) 弁護士特約が付いている場合の弁護士介入の問題。(参考資料 別紙②を参照)
- (神奈川) 弁護士の介入による打ち切りや、値切りが多くなってきている。
- (山梨) 司法書士、弁護士による介入。
- (滋賀) 弁護士が介入することが増えてきたため、診断書の内容について書換えを要求される事例が増加。
- (兵庫) 交通事故診療において、弁護士等が関与して、医療機関に様々な要望をしてくる事例が増えてきている。背景には、弁護士保険の販売の増加があると思われるが、依頼する弁護士の側にも問題があると思われる事例もある。医療側と法曹界の間で、話し合う場を持てるような、環境づくりが必要ではないかと考える。
弁護士等が、診療内容に口出しすることは、あってはならない事で、それが経済的視点であれば厳に慎むべきと考える。
- (福岡) ほぼ全ての自賠責保険に弁護士特約が付いているが、自賠責保険、交通事故診療に関し基本的な仕組み等、知識に乏しい弁護士も多く、そのような弁護士による過剰な治療介入や不要な問い合わせが増加している。

＜一括請求の問題について＞

- （福島） 損害保険会社と医療機関間の「一括請求」問題。
- （茨城） 一括停止・中止の申し出について。（参考資料 別紙①を参照）
- （東京） 医療機関に一括診療の依頼があっても、被害者からの同意書提出がないことを理由に、請求用書類を送ってこないなどのトラブルが多い。患者への説明が足りていないことも多く、適切な対応をお願いしたい。また医療機関に対しても適宜、状況報告を行いトラブルの無い様にお願いしたい。
一括での診療中、ある時期に全く連絡なく支払いが止まることが時々見られる。医療機関への連絡を第一に考えて欲しい。
- （福井） 自賠一括で申し込んでおきながら、後日第三者行為の適用を求めるケース。
自賠一括で申し込んでおきながら、後日それを撤回するケース
- （大阪） 被害者からの同意書の取得について、取得できないとの理由で一括払いが中止になるケースがある。
- （鹿児島） 任意一括で治療打ち切りへの対応。（治癒判断を保険会社が行う）

＜物件扱いによる自賠責保険使用＞

- （山梨） 物損処理での自賠責保険使用。
- （滋賀） 現場処理をした警察官が「物損」として扱うように勧めるというケースが増えている。
- （広島） 物損扱いでの自賠責の支払いの増加や柔道整復の施術の増加がしばしば問題になっていますが、解決策がない状態です。
- （香川） いわゆる物損扱い（医師の診断書の無い）の自賠責診療が全国で5割を越えている。同じ交通事故で加害者の罰則（罰金、点数）が変わる道義的問題も含め、何らかの解決策が必要と思われる。
- （長崎） 物損処理だけを行い人身事故にせず治療だけを求めてくる例がある。
上記で整骨院に通う例もある。これらは事故隠しにつながるとされる。

＜その他＞

- （福島） 仮払いの独立行政法人機構の設置が望ましい。
- （栃木） 医療機関と日本損害保険協会に加入していない損保会社との間でトラブルが生じた場合の問題。（参考資料 別紙②を参照）
- （栃木） 隣県の損保会社の医療機関とトラブルになった事例については、栃木県自動車保険医療連絡協議会で取り上げることができないため、医療機関が個別対応の問題。（参考資料 別紙②を参照）
- （栃木） 昨今増加する外国人患者について、言語の違い等からの対応の問題（参考資料 別紙①を参照）
- （栃木） 外来管理加算の算定上の問題（参考資料 別紙①を参照）
- （群馬） 人身傷害で加療していても、物損扱いで対応できているとのことで、制度が不明。
- （富山） 損害保険協会は、接骨院に対して寛大な態度をとり、自賠責研修会で

は損保会社、接骨院などへの批判的講演に対しては反対するようである。医療機関としては自賠責医療の諸問題・・・一方的な打ち切り、飛ばし、健保使用への誘導など・・・に関しての対処法などを勉強したいにもかかわらず、頭部外傷などの疾患を取りあげるように主張する。損害保険協会のこのような態度が変わらない限り、日医から要請のある「自賠責研修会」を開催する意思はない。

- (愛知) 早期に自賠責治療における算定基準を統一すべきである。(新基準は提案されてから 10 年以上経過しており、改めて新基準を見直すべき)
- (大阪) タクシー会社や運送会社は、費用負担の問題で任意保険に加入せず、自賠責保険のみで対応するため、治療費の支払い遅延や未払いになるケースがある。
- (大阪) 日本損害保険協会に加盟していない損保会社、J A、全労済、全自共等については、新基準による算定や支払方法等については、問題が発生すると個別対応になるため、解決まで時間がかかる場合が多い。
- (大阪) 自賠責保険は損保会社が運用しているため、保険会社により、審査内容や支払方法に違いがある。そのため、各保険会社により医療機関への対応も異なることになり、ひいては医療機関の業務の煩雑化をもたらし、従業員の過重労働にも影響を及ぼしている。
- (大阪) 労災保険と同様に行政機関が保険者となり、実際の運用は、審査支払機関を行う第三者機関を設立することにより、自賠責保険の審査支払業務の円滑化が図れる。
- (大阪) 自賠責保険の傷害補償の保険金支払限度額は 120 万円に据え置かれているが、自賠責保険の運用益は一義的には被害者保護の増進に充てるべきであり、支払限度額の増額を検討する必要がある。
- (島根) 交通事故に対する患者さんの考え方がそれぞれあり、非常にストレスになる。また、損保とのトラブルがあれば更に精神的にくたびれる。
- (岡山) 後遺症障害認定で患者が不満を持っていることが多い。
明らかに後遺症障害として認定するには軽症の場合もあるが、器質的所見が認められない場合でも神経障害が明らかにある場合には、認定する制度が必要。
- (徳島) 頸椎捻挫の治療長期化の是正。
- (高知) 私見ではありますが、法律に認められる行為については承認して、協力体制をとることはあり得ると考える。
- (大分) 極めて稀ではあるが、受付だけをして、診療を受けたとする患者がある。
症状・診療の変化等の報告がある程度必要である。

【そ の 他】

当委員会では、柔道整復、あんま、はり・きゅうなどの医業類似行為についての検討を行っています。療養費、労災・自賠責保険における医業類似行為に関してご意見・問題点等ありましたらご自由にご記入ください。

(北海道) 柔道整復にかかった患者が超音波検査を受けた例が散見される。医師法上問題ではないか。

(青森) ・審査会においては、縦覧調査を徹底すべき

- ・厚生局においては、指導をしっかりすべき
- ・医師においては、特に非整形外科医師に対して啓蒙すべき
- ・日医においては、国民の健康と健全な社会保障運営のため、「団体」と決別すべき

(宮城) 労災、自賠責はもとより、健康保険は医療行為に限定さるべきものであって、治療効果の検証を志向する体質を持たない行為に対しては適用してはならない。

患者又は被害者の「満足」を目的とするが、科学的根拠に基づかない行為については、対価を与えるなら別建ての報酬体系を協議すべきである。

(秋田) 医師の同意なしに施術行っている場合があるようだ。

同意書をもらって施術していただきたい。

(山形) 過大広告、法律に抵触するような宣伝が目立つようです。また、不要と思われる往療に関する主治医承諾書の強要と思われる振る舞いも認められるようです。

(福島) 協力している嘱託医の研修会が必要。

学校医、産業医、スポーツ医等の研修単位制にする必要がある。

(茨城) あはき施術に対しては「同意・再同意が曖昧に行われ、漫然と施術されている本来往療の必要のない患者が自宅でできるマッサージと言われて安易に主治医にマッサージの同意を求める・医師が記載すべき内容まで記載済みの同意書に主治医に署名を強要する施術業者がいる」今後使用される「同意・再同意に使用する同意書」は、これらの不正施術や不適切な療養費支給に歯止めをかけるものとして期待している。在宅マッサージに関する啓発を行ってきたが、同意・再同意を行う保険医には、今まで以上に、あはき施術に対する適切な判断（施術の適応疾患か・期間が適切か・往療が必要な状態か等）が求められることになる。

今後は各保険者の目も厳しくなるはずです。保険医としては、療養担当規則第17条「無診察同意の禁止」を遵守し、患者にも施術の可否・適否を的確に説明し、安易な施術同意は行わないことが必要である。

(栃木) 柔道整復施術において、長期療養や部位転がし等、問題山積と考える。また、柔道整復師会においても、今年度から自浄作用として、問題のある施術所を呼び出すようであるが、強制力に乏しいと思われる。

(群馬) ・診断書不要の問題などを解決し、医師の働き方改革もあるため、柔道整復師に任せるものはお願いし、基本的診療は医師が行うべき。ルールの再徹底を。

・柔道整復師（開業）での交通事故対応との広告が行われている。医師

の広告については厳しく取り締まる医務課、厚労省であるが、医療類似行為者による法律を無視した施療も含めて取り締まる必要があると考える（柔整師法）。

- ・交通事故の初診等急性期より鍼、灸、マッサージへの転施療を誘導する医師があり、注意が必要（厚労省通達）。
- ・自賠責保険も健康保険診療同様に、医科との併診のようなことは認めるべきではない。

また、第三者行為であり、心理的要因が複雑に絡む交通事故診療は、本来柔道整復術の範囲外と考える。最大限認めるとしても、1回目のみの応急施術である。柔道整復は通院慰謝料も、あん摩、鍼、灸なみに減額すべきである。

- ・最近、整（接）骨院がマッサージ、鍼灸施術を看板にしている所が増えているようで、患者の中にはこれらの施術が本来の治療と思い込んでいる者がおり、彼らが希望すると保険会社も安易に同意、または診療所、病院での治療前に二股をかけても可とするような指導をしてしまっている例があり、問題です。
- ・所々の「治療院」で「保険が使えます」と広告があり、一般住民には医業との判別が難しいのではないのでしょうか。
- ・医療行為に関して、非医師による医療行為を誘導させるような行いがある。
- ・柔道整復師にかかりたい旨の申し出など。
- ・受傷後、後遺症が残存しそうな場合に、整形外科受診を患者に勧めるケースが多い（自賠責限度近くになってから）。
- ・交通事故専門との広告を掲げている接骨院に対して、どのように対応していけばよいか。

（埼玉）初診だけで、途中医業類似行為者にかかり後遺症診断を求められる場合。

接骨院の治療費・期間が医療機関に比べて高く長い点。

（東京）損保協会・代理店等、自賠責保険（共済）の担当者に健康保険制度における療養費の柔道整復、あはきに関する規定をよく理解してもらい、交通事故診療においても同様の考え方で対応してもらいたい。また、診断書の発行依頼や、途中での状況判断など柔整施術の補助として医療機関への受診を促すような誘導は避けて欲しい。

（神奈川）（参考資料 別紙③を参照）

（石川）「医療類似行為を行っている者から政治献金されている議員の問題であり、市民目線で厳重に監視していくべきで、本来は廃止すべきものと考えます。「あはき」に関しては、一步譲って、ハンディキャップを持った方々の生計を守る観点以外は、排除の方向が妥当と思います。」というご意見も会員からありましたので、適切に利用されることを願います。

（福井）不適切な適用や支払いにより、本来医業に支払われるべき資金が不十分になる可能性は無いのか。

（山梨）柔整による外傷病名への付け替え。

受領委任制度のもと審査の厳格化が求められている。

（岐阜）接骨院の超音波検査について、自費で実施しているケースもあるよう

- だが、交通事故における実態はどのようなものか。
柔整対応について、整形外科と柔整との並診の取扱いなど。
- (静岡) 労災保険診療では医業類似行為はほとんど要請はないが自賠責保険では診療を受けたい旨の要請はある。自賠責担当医療機関の判断に任せている。
- (三重) 柔道整復、あんま、はり・きゅうなどで自賠責を長期間ひっぱる傾向にある。
- (滋賀) はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧の同意書の留意事項③について、療養担当規則第 17 条の「保険医は、(中略) 同意を与えてはならない。」に違反するものではないという文言が追加されたが、誰がこのようなことを決めたのか？
実際には、療養担当規則に反する同意書が多く発行されているにもかかわらず、これを助長するような方向に厚労省は向かっているのでしょうか？強い疑問を感じます。
- (京都) 柔整問題は、受領委任制度の撤廃、監査指導の強化、受療者へのルールの周知を、保険者と協力して行わないと解決しない。
あはき同意書は、「同一疾患でも医療機関での治療と別日であれば施術を受けられる」、「初診で治療しなくても同意書が交付できる」とされており、医療機関での同意書交付のハードルが下がっている。
安易に同意書を交付する医療機関が増えることが危惧される。
- (大阪) ・初回のみ医療機関で受診し、その後は柔道整復で施術を受け続ける事例がある。
・柔道整復での施術後に損保会社が医療機関に診断書の記載のみを求めてくる事例がある。
・増え続ける社会保障費を有効に活用するためには、今後、医業類似行為に対する質の担保が求められる。また、長期にわたる医業類似行為に対しては有効性を検討する必要がある、施術費用と効果の検証を行うべきである。
・患者自身も医療機関における治療の重要性和、施術の違いを理解していない場合が多い。
医業類似行為について、広く国民へ周知するとともに、医療関係者に対しても理解を深める取り組みが求められる。
- (兵庫) 現在議論が進んでいる、厚労省の「あはき及び柔整等の広告に関する検討会」での、論点の整理をみますと、柔整等の広告規制を医療機関の規制と同様としてしまうような流れを感じます。これは理想ではありますが、医業類似行為と医療は別物という考えを忘れないようにしないと逆にとられる可能性も危惧されます。
本質的には、ヒアルロン酸やコンドロイチンなどのサプリメントのテレビ等の広告規制と同じ方向性で規制すべきではとも思います。
患者の誤解の第一は、施術もすべて保険診療が可能であると誤解していることですので、この誤解を防ぐ(規制する)の定型文章を、必ず表示することを「義務化する」ことが必要ではないかとも思います。
- (奈良) 自賠責、損保が容易に施術を容認している例も多く、損保会社担当者により対応が異なる。
リラクゼーションを目的とした施術も見受けられる中で、医療と同等

の通院補償が支払われるのは問題がある。

- (和歌山) 医療類似行為との併治療を認めない、行わないよう日医から医療機関へ啓発していくことが大切であると考え。
- (島根) 自賠責診療費算定基準の制度化に向けての 5 つの骨子に賛成である。約 8 割の賛成のある療費算定基準の「制度化」が、最も公平、透明性、適正な医療費となる方法だと思う。労災にならって金融庁や国土交通省のどちらかの監督官庁を決める。審査は労災に準ずればよい。数年後には AI 審査になるのでこれを利用すれば良い。早く(数年後には)制度化していただきたい。
 医業類似行為については、そもそも診断行為が許されていないわけだが、診療にあたって診断書が無い限り認めるべきではない。できるだけ早い時期に医師の診断を受けるよう義務づける。
- (岡山) ・初診は医療機関であっても告知せず。
 ・医業類似行為に通い続けて最後に診察、来院し後遺症診断書を依頼する。
 ・医療機関に告知せず医業類似行為に通う。
 など問題点が多い。
 医療側も併診、併療、後遺症診断書作成を断る場合がある。
 ・何らかのルールが必要である(診断基準、治療法)。
- (広島) 柔道整復、あんま、はり・きゅうの施設の増加と店舗の広告が目立つ社会になっています。被害者の希望もあるようですが、医業類似行為の観点からみると適切でないと思われます。
- (山口) 柔整の施術料が、労災保険の施術料の二倍で請求しているところが多い。しかも、労災で認められている電療料は 1 日に付き一回請求できるが、電気を当てた部位の数の分を請求している。
 医療機関は、労災保険に、技術料は 1.2 倍で薬剤材料費は 1.0 倍で、一点 12 円までを上限としている。柔道整復師の療養費の請求にも上限を設けるべきである。
- (徳島) 柔整(接骨院)と医療機関との併診について、本県ではできるだけ認めない方向で進めている。
- (香川) 柔整の交通事故療養費の伸びに対する対応をすべきである。
- (愛媛) 医療機関を受診した患者が医業類似行為施術所に通っていることを損保会社が承諾した時には遅滞なく当該医療機関にその旨を通知して欲しい。
- (福岡) ・自賠責保険に関し、医療類似行為の問題は業務範囲外施術、不要な、または危険な施術手技、損傷部位以外への不法施術、儲け主義での施術期間延長など様々な面で問題がある。
 ・また、仕事が十分できているのに慰安のために時間外の施術をするなど、特に目に余る違法行為に対し、厳然たる対策を講じるべきである。
- (佐賀) 全国的に医業類似行為、特に整骨院の増加により整形外科の外来患者が減少している。
 初診のみ整形外科受診後に中止となり、整骨院へ向かう患者が多いことが問題である。
 警察、損保会社と協力して、必ず医療機関、特に整形外科受診治療を受けるように国民(患者)に啓発する必要がある。

- (長崎)・広告に関し、医療機関では医療広告ガイドラインを遵守しているが「あはき」野放し状態である。現在、検討が行われているが、その後の指導も確実にやって欲しい。
 - ・診断書らしきものを出して人身事故で治療している。警察も損保会社も認めているようだ。
- (熊本) 医療機関にかからずに柔道整復等に行くのは間違い。初期治療は医療機関を受診し、柔道整復等にかかっている場合でも、なかなか治らないときは医療機関に戻る事を進めていただきたい。(柔道整復等の受診期間が長いため)
 - ・トラブルケースとして神経症状がある患者も、患者の意思で病院から柔道整復等にかかり、重症になる場合も多い。また、トラブルになると医療機関に書類を書かせるケースがある。
- (大分)・医業類似行為の施術者が、最初の医院での診断・診察のみで、期限の見きわめもなく、治療を行っている。
 - ・保険会社等も同意の上、上記施術が行われている。
 - ・医業類似行為に対する必要性、妥当性の第3者的な評価。更には、他保険(医師に対する)と同様な査定のシステムが存在しない。
 - ・あんま・はり・きゅう等の施療は通院患者から同意書を求められることが多く、事実上否とはいえない現実がある。むしろ一歩踏みこんだチェック機能があってしかるべきではないでしょうか。
 - ・「柔道整復、あんま、はり、きゅう」などの医療類似行為については、抑制的に対応すべき。
 - ・大々的に宣伝をし、交通事故相談等を受け合うところもあり、法的に許されるのか？ビラやブログは過大広告、目に余る。
- (宮崎) 柔整と医療機関の平行診療をうけられないようなシステム作りが必要と思われる。個人情報で通知できないというが、調査事務所、又は損保会社より我々医療機関に連絡できるようにしてほしい。
- (鹿児島)・過剰な広告
 - ・通院一時金の配布

参 考 資 料

【自賠責保険関連】2.自賠責保険、交通事故診療について、問題となっていること

1. 一括停止・中止の申し出について

- ① 一括事例の場合で、医療機関への連絡(特に一括停止または中止)が、損保の弁護士や損保担当者から入るが、医療機関に一括停止・中止が明確に伝わらないまま医療機関での診療が継続した場合、その分が損保から支払われないことがあった。一括を申し入れた損保から医療機関にはっきり「一括停止・中止」を申し出るべきではなかったか。
- ② 一括の申し出があったにもかかわらず、しばらくしてから「支払い保留」その後「治療費は支払えない」と損保から連絡があり、患者から治療費が回収できない事例があった。少なくとも「治療費は支払えない」と通知するまでの治療費を損保は支払うべきではないか。こうした事例が続くと、損保からの支払いがあるまで患者に治療費を払わせる・あるいは県医師会として未収のリスクがあるので一括は受けないよう会員に通知をすることも考えざるをえない。

2. 損保会社から「〇〇ヶ月で症状固定と思われる」と通知してくる

損保会社から「この程度の事故では、〇〇ヶ月で症状固定と思われるので、〇月〇日で治療費の支払いを終了させていただきます」と通知が来ることもある。症状固定の定義は、「自賠責保険(共済)における後遺障害とは－診断書作成にあたってのお願い－平成28年5月損害料率算出機構－」によると、『「傷害がなおったとき」とは、その症状が安定し、一般的な治療を行ってもその治療効果が期待できなくなったときをいい、これを「症状固定」といいます』としている。労災と同様の判断であるが、あくまでも医学的見地から医師が判断するものであると考える。損保は「認定・決定」をする立場であり、「〇〇ヶ月で症状固定と思われる」と医療機関に通知してくることはいわば越権行為ではないか。

3. 保険会社が被害者に渡す書類の説明責任

自賠・任意一括扱いの際に、被害者(患者)あてに各保険会社から多数の書類をまとめて一度に送付されているようです。患者から時々相談を受けますが、同意書(3通)、示談書、休業手当請求書、保険金請求書など一度に多量の書類を一方的に(なんら内容の説明が無い)送られてもどの書類が何のために必要なのか、またどのタイミングで記載して提出してよいのか全く理解されていないようです。当方としては患者さんからの問い合わせがあれば丁寧に説明をしております。被害者側からすれば、示談書と一緒に送られてくることから既に通院加療をしていますが同意書の記載をして保険会社に送付せずにそのまま放置している例が多数見られます。手続き上早急に必要な同意書の提出が無いことから、治療費支払いが行われず、多大な支障をきたしている事実がございます。本来、保険会社が被害者に対して説明義務を負うべきものであると考えますが、被害者に対して書類提出のタイミングや目的などもう少しわかりやすくするように善処をお願いしたいところであります。少なくとも治療費支払いに直接影響する同意書をすぐに記載送付してもらうように、わかりやすく説明指導するように工夫していただきたいと思います。特に、一括の場合、加害者側の責任を超えた部分は被害者側の負担(たとえば診療費の負担)となることを説明する義務が保険会社にあるはずです。また、健康保険を使用した場合の窓口負担は患者自身が行うことも、医療機関だけでなく保険会社側から説明するべきであると考えます。

4. 患者の同意なく、また症状も不安定な状況の中での弁護士を用いた一方的な治療打ち切りについて

平成29年4月19日受傷 翌20日当院受診、レ線で頸椎、胸椎、腰椎異常無
 4月20日より内服・外用剤にて加療開始
 4月30日より腰部固定帯使用と理学療法(温熱)開始
 5月～7月は月に13日前後の通院
 5月には頭痛背部痛など酷く内服を増強し6月はやや改善状況認めるも
 7月に症状の増悪を何度も認めた。
 8月1日、A損保会社よりもう終わりですからと、患者の同意なく弁護士同士の通達の様子で打ち切りを通達された。
 8月4日 本人としては納得していないものの争う資金や時間も無く弁護士や当院とも話し、3カ月分の処方をもって加療中止となった。

過去に他の損保会社ではこのような事案を散見していたが、大手の損保会社で同様の事案が起きた事に先ず驚いた。また、この担当者は別件でも書類の不備や今後の対応についてクリニックの事務方より申し出ても、毎回書類不足で郵送をされてきたりする。本件については、NPO法人の交通事故被害者を守る会の手助けにより弁護士が入った事案であったが、事故後状況が不安定なのにもかかわらず一方的に損保側が終了と言って来るのは、何を基準に照らし合わせ判断しているのか、また判断する事が直接診察をせず終わりとする以上、医師法に抵触する診断行為と考える。また本件でも被害者に確認をしたが、加害者側(損保)が自賠償の上限や仕組、内容について本人の理解があるような説明を全くしていない以上、TV等で対人対物無制限と言う言葉を損保のCMで用いて放送されている事が大半である以上、被害者は常にどのような事故においても対人対物無制限であると考えてるのが普通であると考えられ、今回のような事が起こりえる以上、通常の勧誘や事故の際には全社が自賠償を使う場合にはどのような仕組みで、どのような補償がなされるかを担当者が、被害者が隔々まで納得するよう説明義務が生じると考えるが、損保側としてはどう考えるのか。個人的には現在の商品の売り方と被害者への対応は詐欺ともいえる事案が散見できるように思える。

5. 健保使用時の一部負担金について

健保使用の場合、保険医療機関・保険医として、健康保険法・療養担当規則等で患者からは保険で定められた窓口負担を支払ってもらわなければならない。何度もこの会議で確認をしているが、徹底されていない。このことを遵守してもらいたい。

交通事故診療に関する諸問題

H31. 2. 22 栃木県医師会労災・自賠責委員会

○医療機関と日本損害保険協会に加入していない損保会社との間でトラブルが生じた場合、栃木県自動車保険医療連絡協議会（栃木県医師会・栃木損害サービス分科会・損害保険料率算出機構宇都宮自賠責損害調査事務所）で取り上げることができないため、医療機関が個別対応に迫られている。

○隣の損保会社において、患者が了解していないにも関わらず健康保険を使わせようとしたり、第三者行為の届出をせずに健康保険を使わせようとしたため、医療機関とトラブルになった事例がある。しかし、他県の損保会社とのトラブルについては、栃木県自動車保険医療連絡協議会で取り上げることができないため、医療機関が個別対応に迫られている。

○昨今増加する外国人患者について、交通事故診療において健康保険を使用するには第三者行為の届出が必要であることを理解出来ていないことが多く、言語の違い等から説明に手間がかかり、医療機関が対応に苦慮している。

○患者の任意保険に弁護士特約が付いている場合、患者と医療機関の間に弁護士が介入することがあり、様々な書類の提出が医療機関に求められる等、非常に手続きが煩雑になってしまう。

○自賠責新基準は労災準拠であり、労災診療費算定基準では「外来管理加算は、検査等の点数が2項目以上ある場合、そのうち最も低い所定点数に対し外来管理加算を算定し、その他の点数は外来管理加算の点数に読み替えて算定することができる」とされている。しかし、ある損保会社から「診療実日数より外来管理加算の算定回数が多いのは、調査事務所の見解により不正請求である」と言われた。これは調査事務所と損保会社が、健康保険と労災・自賠責保険の違いを理解していないことによる明らかな誤解であるが、医療機関としてはその誤りを正す仕組みがなく、再請求も難しい。

神奈川県医師会

本会でもこの件についてアンケートをしましたので、その時の意見を紹介します。

- ・患者が勝手に医業類似行為に通院している（2件）
- ・本人の都合で医業類似行為等を受診し、数ヶ月たって後遺症診断書の作成を依頼してくる
- ・初診時もしくはその後数回通院するもその後医業類似行為等へ行っており、数ヵ月後保険会社に医療機関を受診する様言われたと来院その間の医業類似行為においての治療費の支払を受けるのに保険会社の都合で通院させる
- ・初診のみ当院を受診し、医業類似行為もしくは保険会社に促がされるまで数ヶ月受診がない
- ・治療が適当ではない。治療費稼ぎが目的としか思えない事もある。患者側も慰謝料目当てで、両者の思惑が一致している様なこともある
- ・初診のみで半年たって後遺症診断書を依頼されたり、後遺障害のみを依頼されるケースがある
- ・医業類似行為へ通院、伺いをしているか不明、後遺症のみは困る
- ・知らないうちに医業類似行為と両方を受診し、数ヶ月たって後遺症診断書を希望されても困る
- ・マッサージ等の指示書を要求され、その指示書の中に（持参したフォーム）既に施術部位が記入されている
- ・整体、マッサージ等の意見を求められる
- ・加療は当院のみで統括して施行すべきと考えているが、診療時間内来院困難を理由に医業類似行為併診になってしまう患者が多い
- ・医業類似行為に通院していて、「保険会社から言われた」と1・2ヶ月に1回外来受診する患者がいる。「この症状が出ている、ここが治らない」と言われても対応に困る
- ・会社指定の医業類似行為があり、そちらに通院していた
- ・損保会社に指示書を記載するよう依頼がある
- ・患者が医業類似行為を長期継続している時に施術の了解目的に依頼書をいつまでも書かされる
- ・診療所と医業類似行為のかけ持ち受診はできないので選択させると来院しなくなる
- ・患者の意志に任せているが、関係しないようにしている
- ・毎日遅くまで開けている医業類似行為に通い、経過やレントゲンだけ撮りに来たいという症例は責任問題が発生する危険性があるので断っている
- ・すでに医業類似行為にかかって悪化して来院する事あり、原則診療しない事にしている
- ・医業類似行為との併院は認めていないが、自院に申告なしで通っている患者もいるようだし、来院しなくなることがある。診断書は初回日で提出し、2～3ヵ月来院されず急に来院してくる場合は、途中経過をみてないのでお断りすると患者から不服申し立てられたことがある
- ・初診と診断書だけ医療機関であとは医業類似行為で濃厚治療希望、患者を受診させX Pを撮らせてX Pを持って帰ろうとさせる。
医業類似行為で何ヶ月も通わせたあげくに後遺症診断書作成を丸投げするので、お断りしている。
- ・症状軽減ないのにさんざん治療引っ張っておいて、治らないから診てもらえと、受傷後3～5ヵ月後に患者さんに言うなど
- ・患者に医業類似行為に通院してよいか聞かれ、整形外科に通院するよう指導しているが、後日、保険会社が患者と話し合い通院していたことに関し、通院の必要性があったかと聞かれることが多い（裁判所からも書類がくる）
- ・医業類似行為へ転医の後、再び診断書など損保会社の進めで来院する事例がる。転医の後は最後まで責任を持って治療してほしい

- ・指圧・強モミは禁止なのに急性期からモミたがる
 - ・医業類似行為に通院して、月に1回受診する。後遺症診断書を希望する
 - ・医業類似行為に通院していることを申告しない
 - ・医業類似行為との併用した治療を希望されることがある
 - ・初診時に医業類似行為との併用治療をお断りしている説明をしている・医業類似行為受診後、後遺症診断書を希望するが書いていない
 - ・創傷に止血剤（粉末）を塗布される
 - ・医業類似行為は夜中までやっており、仕事が休めないと言い、来院しない
 - ・当院で初診、数回加療後、医業類似行為に通院数ヵ月後再び当院で治療、後遺症診断書の申し出、病名追加の申し出等に苦慮
 - ・新患が医業類似行為機関に初診の場合、その後の医療がやりにくい
 - ・保険会社より患者様の要望等により医業類似行為との併用した治療を希望されることがあるが、当院は一切お断りしております。
- 先方の治療内容が見えないのと責任のある治療ができない場合がありますので