

## 第Ⅵ章

# 委員会の答申・報告書等

令和2・3年度  
労災・自賠責委員会  
報告書

令和4年2月  
日本医師会  
労災・自賠責委員会

令和4年2月18日

日本医師会長  
中 川 俊 男 殿

労災・自賠責委員会  
委員長 茂 松 茂 人

令和2・3年度労災・自賠責委員会報告書について

本委員会は、令和2年12月11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、「高齢労働者の労災診療への要望～労災・自賠責委員会におけるアンケート調査より～」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      城   之   内   宏   至

委      員      勝      呂      衛

委      員      中      村      渉

委      員      増   田   吉   彦

## 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4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
高齢労働者の労災診療への要望 .....	7
厚生労働省との意見交換会 .....	13
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 .....	41
IV 労災・自賠責に関するアンケート調査＜概要版＞ .....	53
《 お わ り に 》 .....	69
添付資料－1 .....	71
次期（令和4年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書	
添付資料－2 .....	95
労災・自賠責に関するアンケート調査の集計結果	

## 《はじめに》

令和2年4月の診療報酬改定は、本体プラス0.55%、薬価・材料価格マイナス1.01%、全体でマイナス0.46%と、実質4回連続のマイナス改定であった。

救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応として消費税財源が活用されたが、新型コロナウイルス感染症の影響により労働環境はより過酷なものとなった。病院の収支は、コロナ対応等の補助金が反映された経常利益率をみても、急性期病院で1.8%である。経常利益率が一桁台で長年推移している状況で、災害時に対応できる体制が整備できるとは考えにくい。救急病院以外の医療機関においても、感染対策に係る経費増加や受診控えにより収支は悪化している。災害時にも医療機関が混乱せずに対応できるよう、診療報酬のプラス改定を含めて、医療提供体制は十分に検討されるべきである。

新型コロナウイルス感染症に係る労災請求決定件数は、令和3年10月末現在、請求件数が2万件、決定件数は1万6千件を超えている。医療従事者が新型コロナに罹患し、休業を余儀なくされた医療機関も多いことから、感染症にも対応した労災保険の更なる充実が必要である。

全人口の4人に1人が後期高齢者になる2025年を目前に控え、高齢者の就労促進の取り組みが進み、高齢労働者が増加している。近年の労働災害を巡る状況を見渡すと、働く高齢者の事故防止および事故発生後の治療・アフターケア等に関する医療的支援を行う制度の整備等、就労を支えることは喫緊の課題であり、早急に対策が求められる。

また、従来の業務災害や通勤災害に加えて、長時間労働やパワーハラスメント等を原因とするメンタルヘルス不調者の増加による精神保健面への対応も重大課題である。令和3年度は、労災保険の特別加入制度の対象拡大や、労災認定基準が20年ぶりに見直されるなど、労働者を取り巻く環境の改善が進められているが、コロナ禍で自殺者数も増加している状況もあり、労災保険が担うべき範囲は多岐にわたり、その重要性は一層大きくなっている。

当委員会では、労災診療の実態を踏まえながら労災診療費算定基準について検討を重ね、増点すべき診療料や新設を望む術式等について要望することとした。

一方、自賠責保険においては、全都道府県で自賠責保険診療費算定基準（新基準）が採用されている。新基準が独占禁止法に抵触するのではないかとの疑いもあること等から、これまで制度化を目指して議論を重ねてきたが、新基準も定着し始めており、自賠責審議会等における協議をスタートする好機であると考ええる。

交通事故医療に関しては、柔道整復をはじめとする医業類似行為における施術費の増加や施術期間の長期化が問題となっている。施術日数制限や施術費の上限の検討等、適正な給付へ向けた対応策が必要であり、制度化に向けての協議と併せて検討すべきである。

労災・自賠責委員会は今期も実務委員会として、全国の各ブロック宛にアンケートを実施するなど、各都道府県における意見や課題を吸い上げ、その集約に努めるとともに、それを基に検討を行った。

## I. 労災・自賠責委員会の活動について

今期の労災・自賠責委員会は令和2年12月11日（金）に第1回委員会が開催され、その中で中川会長より、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、実務委員会としての活動を要請された。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。

今期の委員会も労災・自賠責保険分野に限らず、柔道整復師を含めた医療類似行為についても、各地で起きている問題を吸い上げて、随時検討を行った。

その1つとして、第2回の委員会では、例年どおり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長の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。医療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。

第3回の委員会では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) 新型コロナウイルス感染症と労災補償、(3) 外国人労働者と労災、(4) 労災審査、について意見交換会を行った。（詳細は13ページを参照）

第4回の委員会では自賠責保険について、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物件事故扱いの自賠責保険の支払いについて、②自賠責診療費算定基準（新基準）について、③柔道整復について、④その他（質問事項）の4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41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、「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、労災審査員向けに実施し、「高齢労働者の労災診療における審査上の問題」、「新型コロナウイルス感染症の影響」、「外国人労働者の労災診療」、「労災診療費審査基準」等について実施した。

自賠責保険に関するアンケート調査としては、医療機関（病院・診療所）向けに実施し、主な設問としては「健保診療における損保会社の誘導の有無」、「健保診療における一括請求や一部負担金の支払いなどによるトラブル事例について」、「損害保険会社の担当や交通事故被害者（患者さん）とのトラブル事例」、「120万円の上限額を超えたその額やトラブル事例」、「物件事故扱いにおける損保担当者の対応」、「柔道整復師における対応事例」等となっている。

各地域の詳細やアンケートの調査結果の概要は53ページ、詳細は95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。

最後に例年通り次期（令和４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初診料の引き上げ、②初診料の加算として「労災患者初診時対応加算」の新設、③【新設】高齢労災被災者に対する管理料又は加算、④術中透視装置使用加算の適応拡大、⑤脳血管疾患等リハビリテーションⅡと運動器リハビリテーションⅠの点数格差の是正、⑥ギブスを四肢加算の対象に、⑦感染症に係る特別加算の新設（感染対策実施加算、初診時診察特別加算、再診時特別加算を新設）、⑧絆創膏固定術に対する適応の拡大、⑨コンピューター断層診断（他院の画像診断の特例の拡大）、⑩入院患者の他科受診による減算の撤廃の１０項目をとりまとめた。そして追加の要望事項として「高齢労働者の労災診療への要望～労災・自賠責委員会におけるアンケート調査より～」を作成し添付している。（詳細は５ページ、71ページを参照）

## Ⅱ. 労災保険に関して

### 次期（令和４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、令和２年度（2020年度）診療報酬改定においては本体が＋0.55%、薬価▲0.99%、材料費▲0.02%、薬価・材料費合わせて▲1.01%であり、診療報酬全体改定率（ネット）は▲0.46%となり４回連続の全体でのマイナス改定となった。

健保財政の厳しい情勢ではあったが、「令和２年度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。

実現された要望項目としては、「術中透視装置使用加算の対象部位の拡大」、「救急医療管理加算の点数の引き上げ」及び「コンピュータ断層診断の算定拡大」であった。

令和４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71ページ参照）

#### 【令和４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 〔診察料〕初診料

初診料の引き上げ

##### 重点要望２ 〔診察料〕【新設】労災患者初診時対応加算

初診料の加算として「労災患者初診時対応加算」の新設

##### 重点要望３ 〔診察料〕【新設】高齢労災被災者に対する管理料又は加算

高齢労災被災者に対する管理料または加算の新設

##### 重点要望４ 〔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５ 〔リハビリテーション料〕脳血管疾患等リハビリテーションⅡ・運

動器リハビリテーションⅠ

脳血管疾患等リハビリテーションⅡと運動器リハビリテーションⅠの点数格差の是正

##### 重点要望６ 〔処置料〕ギブス料

ギブスについて四肢加算の対象としてもらいたい

##### 重点要望７ 〔診察料〕感染症に係る特別加算の新設

感染対策実施加算、初診時診察特別加算、再診時特別加算を新設

##### 重点要望８ 〔処置料〕絆創膏固定術

絆創膏固定術に対する適応の拡大

##### 重点要望９ 〔画像診断〕コンピューター断層診断

他院の画像診断の特例の拡大

##### 重点要望１０ 〔その他〕他科受診による減算

入院患者の他科受診による減算の撤廃

そして追加の要望事項として「高齢労働者の労災診療への要望」を作成し添付している。

概要としては、今期、実施したアンケート調査より、高齢労働者の労災診療における審査上の問題について回答を得ているが、特にその中で①慢性疾患の病名での請求、②私病との鑑別診断時の検査を労災診療に含めるのかの判断、③関節周辺損傷（変形性関節症）の経年変化における判断（私病との判断）等についての回答が多くを占めていた。

当該アンケート調査より審査上の基準が明確でないことにより現場の混乱が確認できることから、審査上の具体的な要望事項として、経年変化に対しての治療期間の目途や基礎疾患、慢性疾患病名での労災診療費の請求方法、内科的疾患における検査の必要性などについて、国が明確に基準を示すよう追加の要望事項を作成している。

## 高齢労働者の労災診療への要望 ～労災・自賠責委員会におけるアンケート調査より～

我が国は2008年をピークに人口が減少に転じており、特に生産年齢人口が急速に減少している社会に直面している。今回、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、労働市場が縮小し、労働人口が更に減少する悪循環に陥っている。

今後、数年間はコロナ禍の影響を受けることが想定され、厳しい経済状況を鑑みると、更なる出生率の低下を招きかねず、若年者人口が減少する少子高齢化は、ますます進行することが懸念される。

このような状況においては、高齢者が労働者として参加できる社会を構築していかなければ、日本の労働市場は成り立たない。

当面実施できる施策として、現在の高齢労働者のうち、1人でも多くの労働者を可能な限り長く勤務していただくための方策を検討していかなければならない。

そこで、今期の労災・自賠責委員会において、高齢労働者の労災診療についての問題点を抽出するアンケートを実施した。

令和2・3年度労災自賠責委員会におけるアンケート調査から、「労災保険に関するアンケート調査」の結果について考察し、高齢労働者の労災診療についての具体的な要望を行いたい。

### 【高齢者を労災診療する場合の問題点について】

高齢労働者を労災として診療する場合、外傷があったとしても、外傷と労災との因果関係が不明瞭であり、若年者とは異なり、高齢者特有の経年変化も存在することから、労災と認定されないケースが多くみられた。その場合は、健康保険による治療を受けることになるが、健康保険は労災保険に比べて診療制限される部分があり、労災保険による診療のように手厚い治療を受けることができずに症状が悪化し、その結果、労働者として勤務することができなくなるなど、労働市場からの撤退を余儀なくされる事例などがある。

### 【アンケート調査から浮かび上がった問題点】

高齢労働者の労災診療における審査上の問題点として、下記の回答が多くを占めた。

1. 慢性疾患の病名での請求
2. 私病との鑑別診断時の検査を労災診療に含めるのかの判断
3. 関節周辺損傷（変形性関節症）の経年変化における判断（私病との判断）

### 【対処方法】

アンケート調査から浮かび上がった問題点については、次のような対処法が考えられる。

診療現場においてはまず、外傷の既往が明確であり、その外傷の程度が強度であれば、それにより症状が明確に出現したと主治医が判断すれば当然労災と考えるべきである。

また、軽微な外傷が原因の場合であっても、それまで十分働いていた状態に

においては、いくら経年変化があったとしても労災と考えるのが妥当な判断とする。

【対処法を実施した場合の推論】

今後、生産年齢人口が減少し、高齢者人口が増加する 2025 年、2040 年を迎えるにあたり、75 歳以上の高齢者を支えるには、健康寿命を延伸させ、74 歳まで労働者としてその支え手となることができれば、1990 年までの支え手であった 64 歳未満の人口比率 70%を維持することが可能となり、元気な高齢者が活躍する機会を確保することができると考える。

また、就業と治療の観点から考えると、多少の経年変化があったとしても、労災としての判断が高齢者を労働者として復帰させるために必要な判断となると考えるべきである。

【具体的な要望】

ついては、次のような方法を要望する。

- ・外傷を受けるまでしっかり労働者として働いていたならば、いくら経年変化が存在したとしても労災と考えるべきである。ただし、治療期間は若者の 1.5 ～2.0 倍を目途とすべきと考える。
- ・労災診療費請求のポイントとしては、「骨折・挫傷・捻挫・靱帯損傷・半月板損傷・挫創傷・眼外傷・頭部外傷・脊髄損傷」等、外傷病名を記載したうえで、診療報酬明細書の摘要欄に基礎疾患・慢性疾患病名（変形性脊椎症・変形性関節症・腰部脊柱管狭窄症・椎間板ヘルニア・後縦靱帯骨化症・骨粗鬆症等）を記載することとする。
- ・また、軽微な外傷の繰り返しによる「腱鞘炎・上腕骨外顆炎・内上顆炎・神経絞扼症候群・外傷性関節炎」については、労働の有無、業務内容、労働時間等、上肢・下肢をいかに酷使したかを主治医が判断し、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を簡潔に記載することとする。
- ・内科的疾患については、一度の検査（血液検査・CT・MRI・超音波検査等）は必要とし、審査上認めることとする。
- ・治療については、ヒアルロン酸の投与は一定期間は認めるべきか、人工関節置換術等、手術の実施は必要か、などについては今後検討すべきと考える。
- ・休職の基準、個室の使用基準、リハビリテーションの実施期間、症状固定等も議論し、コメント記載の必要性も考えるべきである。

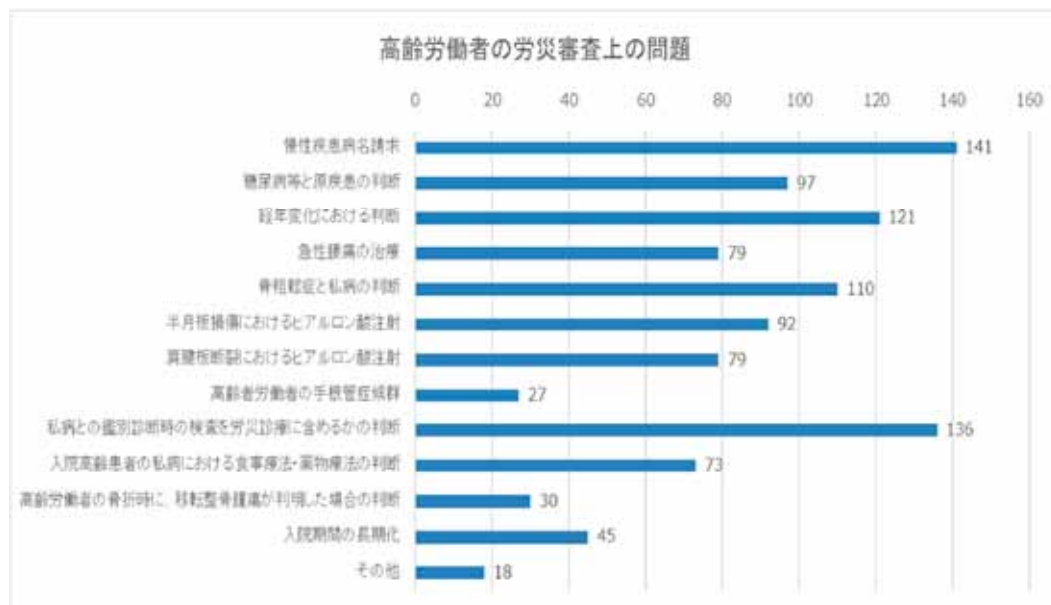
【まとめ】

労災診療にあたっては、労働災害を被った高齢患者を慎重に早期に再復帰させていくことが労災診療の目的と考える。

1 人でも多くの高齢労働者が支え手として活躍できる社会が実現できるように、早期に高齢労働者の労災診療における明確な基準を示していただき、医療現場に混乱が生じないよう強く要望するものである。

## 労災・自賠責に関するアンケート調査 労災保険関連＜抜粋＞

都道府県医師会に協力依頼の上、労災審査員を選定し 230 人（審査員）より回答を得ている。設問としては高齢労働者の労災診療における審査上の問題としてどのようなものがあるかであり、下記のとおり該当するものを選択形式で回答を得た。



「その他」の回答は以下のとおりである。記載内容の多くは一部選択肢に対する補足説明となっていたため、選択肢ごとに下記の通り整理している。

### □ 慢性疾患の病名での請求（141件）

- ・慢性疾患病名のみでの請求：外傷病名がなく、変形性関節症や腰椎椎間板症の傷病名のみのレセプトに対する対応はどうすればよいか。（通常の変形性関節症、椎間板変性は労災診療対象疾患ではないと思われる）
- ・私病か労災適応か迷うことが多い訳であるが、レセプトに記載された病名が認定を受けたものか否かを審査の前に事務点検しておいてもらえると、医学的判断がしやすくなる。
- ・（明らかに）労災でない私病病名がレセプト上に記されている場合、労災審査委員会に呈示される前にそれを消去してほしいです。グレーゾーンの病名であれば、労災審査委員会に提示される前に事務方としてしっかりと、その病名がレセプト上に示されてよいか検討してください。
- ・各地方局で対象病名となるレセプトを抽出し、査定されたレセプト・査定されなかったレセプトの比較と理由などを情報公開してもらえると今後の参考とできるのではないだろうか。
- ・審査レセプト上、レセプト症病名が労災認定を受けた病名なのか、そうでないのかあらかじめ行政点検の段階で調べておいてもらえると医学的な判断もしやすくなると思う。
- ・労災審査員としてレセプト審査上、問題または疑問を感じている事例



□ 私病との鑑別診断時の検査を労災診療に含めるかの判断（１３６件）

- ・私病との鑑別診断：業務上の手根管症候群などが疑われていて頸椎病変の鑑別のために頸椎MRI検査が行われていた場合、関節痛の鑑別診断のためにリウマチ検査が行われていた場合などは労災保険診療として認められるか。
- ・加齢黄斑変性、老人性白内障等、労災と無関係の私病に対する検査の請求が散見される。
- ・手術で全麻をかけるとき、麻酔科医が主治医に過剰な検査を要求するのは問題です。
- ・外傷術前検査として心機能、甲状腺機能、糖尿病の検査の請求が過剰である。
- ・心エコー等の検査をするのに、病名がない。
- ・ルーチン検査を請求→経皮的血中O<sub>2</sub>検査
- ・審査画像が多く、専用のDICOMビューアを用いて前もって準備していただかないと、審査に時間がかかり困っています。
- ・慢性疾患が基盤にあるため、全身麻酔や術後管理上のリスクが高く、心エコーや血栓症などの合併症に関する検査等が過剰と思われるほど行われている場合など。
- ・外傷の鑑別診断のため行った検査をコメントなく請求→腹部外傷の診断名無し、腹部エコー、CT等

□ 関節周辺損傷（変形性関節症）の経年変化における判断（私病との判断）（１２１件）

- ・もともと基礎疾患として退行変性疾患があったと思われる患者が、過重な労働を契機に発症したと訴える場合（変性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症、変形性腰椎症等）
- ・元々かなり進行した変形性膝関節症があり、軽度の骨折であるにも関わらず人工関節置換術が施工されている。
- ・高齢労働者には変形性関節症や脊椎症、椎間板症が基礎的疾患としてある。
- ・過去に関節内骨折等により労災で治療して、年月を経過して変形性関節症をきたしたとして労災再発申請があった場合に、人工関節置換術まで、労災治療として認めるかについて悩ましいこともあり、一定の基準が必要かとも考える

□ 骨粗鬆症と私病の判断（１１０件）

- ・骨粗鬆症があり陳旧性の脊椎圧迫骨折のある人が、今回は明らかな外傷はないが、仕事中に腰痛が強くなり、その後MRIで圧迫骨折を認めた。骨粗鬆症の検査や治療がなされている。今回の骨折を労災として認めるのか？骨粗鬆症の検査や治療を含めて認めるのか？
- ・骨粗鬆症をベースにした軽微な外傷による脊椎圧迫骨折に対して、骨粗鬆症に対する治療はどこまで労災保険診療として認められるか。
- ・高齢者の労災中の骨折とその後の骨粗鬆症の治療継続について（私病との関係）
- ・骨粗鬆症の診断基準を有する労働者の、軽微な外傷機転による脊椎圧迫骨折の発症についての上外判断。
- ・骨粗鬆症を有する労働者の、骨折治療後の骨粗鬆症治療を、どこまで、どの程度の期間認めるか。

□ 糖尿病等と原疾患の判断（私病との判断）（９７件）

- ・糖尿病で内服治療中であつたが、今回は入院・手術のためインスリン・コントロールへ変更となった。
- ・糖尿病に対する血糖値のチェックやインスリン投与を労災として認めるのか？
- ・生活習慣病に関する病名が併記されていれば全てで判別が困難になる。

□ 半月板損傷（外傷後初期二次性変形性膝関節症）におけるヒアルロン酸注射（９２件）

○ヒアルロン酸注射

- ・ヒアルロン酸注射は高齢者に限らず二次性関節症、外傷後肩関節周囲炎の病名追加での使用例は多い。注射効果が得られる例は多く、認めているが長期にわたる症例も多く、この場合は症状固定はどうかの判断はお願いしたい。主治医からの積極的な症状固定治療判断が無く長期に渡る労災治療例に対し審査委員からの働きかけが出来ないことが問題であ

る。

- ・受傷早期における変形性膝関節症（二次性ではない）に対するヒアルロン酸注射の算定
- 半月板損傷
  - ・半月板損傷時に以前から変形性膝関節症があり、治療として半月板切除だけでは不十分で、脛骨高位外反骨切り術が必要になる場合。
  - ・半月板損傷後の二次的変形性関節症の期間はどのくらいが適切か、ご指導いただきたい。

#### □ 急性腰痛の治療（私病との判断）（79件）

- ・脊椎椎間板変性や腰部脊柱管症候群をベースにした急性腰痛の治療はどこまで労災保険診療として認められるか。（手術的治療は労災保険の対象となりうるのか）
- ・基礎疾患がある場合（椎間板変性、ヘルニアの既往など）に、外傷機転で腰痛や椎間板ヘルニアが発症したときの因果関係
- ・椎間板ヘルニアを原則として労災として扱ってよいか
- ・変形性腰椎症、腰部脊柱管狭窄症既往（症状なし）に対して、労災後しびれ等の出現の継続に対する対応（並行も含め）
- ・受傷時は勤労年齢であったが、長期の治療歴にて一般的な定年越えても加療している。腰部脊柱管狭窄症と思われる長期治療。

#### □ その他

- ・高齢者などの上肢障害：手根管症候群だけでなく、肘部管症候群、腱鞘炎、上腕骨外側上顆炎などの上肢障害は、高齢労働者や合併症（変形性関節症や糖尿病など）がある労働者では業務負担がなくても発症し得る。通常の業務量であっても労災保険診療の対象となりうるか。
- ・高齢労働者が増加傾向にあり、私病と労災との区別が難しくなっている。
- ・頸椎捻挫の労災で年余にわたる治療3年以上～10数年を労災として治療している。症状固定治療とすべき判断。
- ・当県では私病の治療は認めておらず、慢性疾患の病名も認めておりません。（請求があった場合、査定している）
- ・私病との鑑別診断の検査までは労災と認めてよいと思われる。私病の治療は労災非対称。
- ・精神科疾患の労災との鑑別。因果関係がないと思われる事例が多い。
- ・形成外科医師の濃厚診療
- ・微小な外傷、捻った、転倒しそうになったことからの腰痛や、膝、足首の痛みが労災関連疾患として認定できるかどうか。
- ・胃潰瘍、十二指腸潰瘍等の既往が無いのにPPI処方
- ・どうしても社会保障上、診療が長めとなる傾向有り、後遺症判定をする折にも意見書作成で表現に苦慮することあり。
- ・肩腱板断裂時MRIで明らかに変性断裂と思われる場合。
- ・特にOPが必要となった時の、DMの加療の必要性などがあるが、その他のDMの並行加療はダメなどはっきりしてないものが多い。
- ・逆流性食道炎でPPI製剤の算定等、不適當（労災保険上）と思われる病名の記載
- ・熱中症、脱水症において、過剰な検査を行う施設も見受けられる（特に若年者）
- ・入院に際し、元々の私病に対して食事療法・薬物療法がおこなわれるが、労災診療における審査では不可となる。
- ・シルバー人材センターで仕事している人の外傷に労災保険が使えない。
- ・手根幹症候群やドウケルバン腱鞘炎など、慢性反復性労作による障害をどう考えるか悩みます
- ・悪性腫瘍の治療の高度化、高額化について、適切な治療法かどうかの判断。
- ・高齢者ではじん肺と他肺疾患の区別が難しい。
- ・設問は高齢者労働者に限らず、一般労働者にも当てはまる問題点。査定対象とされるケースも多く、明確なガイドラインの作成を強く望む。
- ・尺骨突起上げ症候群があり、併発したTFCC損傷は、どの程度の治療まで労災保険診療の対象となりうるのか。（尺骨短縮術などの手術的治療は労災保険の対象となりうるのか）





## 厚生労働省との意見交換会

1. 日 時	令和3年5月28日（金）午後3時00分～4時00分 〔於 日本医師会館 506 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、城之内、増田 〔日本医師会 役員〕 長島常任理事、松原副会長、松本常任理事 〔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、中央労災医療監察官、医事係長 労働基準局安全衛生部安全課：安全課長 ☆ ☆
3. 主 要 議 題	1) 高齢労働者と労災について 2) 新型コロナウイルス感染症と労災補償について 3) 外国人労働者と労災について 4) 労災審査について 5) 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><b>議題1：高齢労働者と労災について</b></p> <p>○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の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>○前回の意見交換会では、今後増え続ける高齢労働者問題に対し労働局は予防策も検討していたが、その後の進捗状況について確認したい。</p> <p>○前回の意見交換会時に、「労災疾病臨床研究補助金事業」を公募し実施しており、今後、高齢者の変形性疾患、基礎疾患について、補償の範囲に係る指針を検討していく予定であるとのことであったがその後の進捗について伺いたい。</p> <p>〔厚生労働省からの説明〕</p> <p>議題1の高齢労働者と労災について</p> <p>今、人生100年時代と言われていまして、今年の4月から高年齢者雇用安定法が改正され、70歳までの雇用確保が努力義務となっておりまして、今後ますます職域に高齢者の方が多く働くこととされ</p>

ております。

雇用者数は、2 ページの高齢者の就業と被災状況の「労働災害による死傷者数」にありますように、60 歳以上の割合が高まっている一方で、「労働災害による死傷者数」をみていただきますと、雇用者の増加以上に60 歳以上の労災が高まっていることがうかがえます。

3 ページの「年齢別・男女別 千人率」とありますのは、労災の発生割合のようなものです。働き盛りを底にしまして若い方が多く、徐々に減って高年齢になると労災が増えてくるということがうかがえます。

男性は、比較的若い時、危険業務についている方も多いですが、歳を追うごとに女性の割合が増えてきて60 歳以上になりますと逆転をいたします。「年齢別の休業見込み期間の長さ」で休業4 日以上を労災でみても、50 歳、60 歳になりますと半数以上が休業1 か月以上という形になっておりますので、人材が不足している業界にとっては、非常に大きな経営課題となっているところでございます。

4 ページ「高年齢労働者の労働災害の特徴③」、「年齢別・経験期間別 千人率」とあります。1 年未満と1 年以上をみますと、1 年未満の仕事に慣れていない方の労災が高いということが出ております。

5 ページ「高年齢労働者の労働災害を防止するための取組」

高齢者の職場進出が進む中で、高齢者の方の災害が増えております。特に転倒、腰痛という災害が多くなっております。

こういった中で厚生労働省としては、「高年齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン」(エイジフレンドリーガイドライン)を策定しております。策定にあたっては、日本医師会の松本常任理事にも委員として参加をいただいております。ありがとうございます。こちらのガイドラインは職場で高齢者の方が、安全に働いていただけるような環境整備はもちろんのこと、健康診断に合わせて体力の状況を把握して、それに基づく、通常のあり方ですとか、状況を踏まえて、身体機能の維持向上に努めていただくですとか、そういったこともガイドラインに示しております。

こういったところは日本医師会の皆様にもご協力いただければと考えております。

また、高年齢労働者安全衛生対策補助金(エイジフレンドリー補助金)というものがございます。

ガイドラインの策定に合わせまして、職場で高年齢の労働者の方が、安全で健康確保のために役立つような措置を導入した場合、二分の一補助で上限100 万円ということで

様々なご提案に対して補助をおこなっております。

昨年は1,000 件以上の事業所に補助をおこなっておりまして、今年度も引き続き補助をおこなって、特に中小企業における取組を推進するという形にしております。

引き続きまして労災補償についてですが、労災が起きないことが一番よいことですが、不幸にして起こってしまった災害について、万全の補償をするというのが、労災補償の使命だと考えております。ところが、高齢者に目を向けますと、高齢者固有の問題があります。それは加齢による変形性の身体の障害のようなものがでてきます。いざ災害に遭ったときにどこからどこまでが身体の固有のもので、

	<p>どこからが労災補償に該当するのか、そういったもののメルクマールのようなものがないかというお声をいただきまして、我々労災保険として、何ができるのか考えるきっかけにするためにも、6ページの「労災疾病臨床研究事業費補助金研究」という補助金制度を使いまして、高齢者における加齢性変化を超える身体的機能低下の特徴と非災害性腰痛との関連に関する研究というものを研究グループにお願いして一定程度、何ができるのかを含めたメルクマールになる、足がかりになるものをとということで、令和元年から2年間かけて研究をやっております。研究報告については、近々まとまって公表できるというところまでできております。研究に携わった方に聞くと、今回の研究は、脊柱中心の非災害性腰痛ということで、これだけではまだまだどうするのか、全体像が出ていませんということで引き続き令和3年、4年には膝関節脊柱以外の加齢性変化も含めて、着目して研究をやることですのでおすすめです。全体像としてお話しできるところまでいっておりませんが、今まだ研究の途上ということでございます。</p> <p>〔主な意見交換〕</p>
長島常任理事	<p>労災疾病臨床研究事業費補助金研究がされているということですが、全体像を見ている段階で、実際にそれが労災の決定の認定基準などに反映されるまで、まだまだ時間がかかりそうな感じですが、実際に労災の決定の認定基準への反映や、審査に反映されるにはどのくらいかかるという見込みでしょうか。</p>
厚生労働省	<p>率直に申し上げて見込み年数がでるのかどうかは難しいかなと思っております。ただ、令和元年度から2年度の研究報告は、非災害性腰痛、脊柱に係る加齢性変化との関係をまとめたものであり、間もなく公表されるものと思います。今年度、来年度については、膝関節などにも踏み込んでいまして、報告書として公表されるものとしては、個々に出きますので、具体的時期についてはなんとも言えませんが、そういったものを確認しながら、どういったものが示せるのか検討することになると思います。</p>
長島常任理事	<p>研究だけでは現実に反映していくのは難しいので、現場において実際高齢者で加齢的变化を超えるものでどのような困ったことなり、実態があるのかという調査をした上で両方を照らし合せて、現実と研究を結び付けて検討していかないと、恐らくこの研究だけだと何年経っても現実化しないと思います。実際の課題なりを抽出して、議論や研究をして検討する場を作る予定はないですか。</p>
厚生労働省	<p>ご意見いただきましたので少し検討をさせていただきます。何が一番いいのか考えさせていただきます。</p>
長島常任理事	<p>そのようなことであれば、日本医師会として協力して現場ではこういった困ったことがあるとか、そういうものを全国でまとめるなり調査して、例えば日本整形外科学会や臨床整形外科学会にお願いして、問題を一緒に調査していただくということも可能かと思っておりますのでできるだけ具体的に現実に反映できるような方向で厚生労働省とご一緒にすすめていければと思いますのでそのような方向で是非お願い申し上げます。</p> <p>○ 2年前に松本審議官とお話したときに、早期社会復帰のために抜本的な改革を進めるというお話をいたしました。どうしても今の対策をみると安全対策、衛生面での安全対策にはお金をかけてい</p>

	<p>るのですが、補償に関しての抜本的な改革が見当たらないと思います。どうしても高齢者の災害というのは、加齢による変化との境目がはっきりしないということもあるので、働く高齢者にインセンティブを与えるような補償、治療費の補助とかもう少し与えてほしいなど考えております。いかがでしょうか。</p>
厚生労働省	<p>治療費の補助といいますと、私病に対する治療費の補助ということでしょうか。</p> <p>○労災に起因する膝痛、腰痛がどこまで労災の運用を続ければいいのかかわからないことがあるので、ある程度医師の裁量で患者さんと話をして労災を中止するなど、私病として切替えていくのですが、そのところなのです。私病になって以降の話になるのです。</p>
長島常任理事	<p>厚生労働省ではそのような実態が、どの程度あるとか、こういう実態があるということは把握されていますか。実際にはあまり把握されていませんか。</p>
厚生労働省	<p>先ほど、長島理事からもお話いただきましたように、まずは、どのような問題があるのかということだと思います。結局、高齢者の場合にどこまでが労災で、どこまでが私病なのかという非常に難しいわけで、我々の監督署あるいは先生方のご意見といいますか実態を、まずはそこから始めなければいけないのかなと思っております。</p> <p>これと、今やっている研究をコラボしてどういったものを作っているのか、そういうものについて取り組んでいければと思いますので、引き続きご指導いただければと思います。</p>
長島常任理事	<p>本委員会でアンケート調査をして、困っている事例がないとか、具体的にどうなったとかというものを収集して数字なり、データとして提出してそれをもとにこの補助の研究も含めて検討していくという方向性が1つ、それから人生100年時代を目指して、高齢者でも元気に働いていただくということで予防も大切ですが実際にこれを見ると、怪我する方が、長期化しているということではできるだけ長期化させないという意味でも同じ目的が有効に働くと思いますので、いろいろな観点からご協力できることはあるので、高齢者が元気に働けるように一緒に取り組んでいきたいと思います。</p>
茂松委員長	<p>例えば、現場で怪我をします、そこで社会復帰、早期復帰もありえる治療というものをしっかりとみていただけないかと思っております。特に骨折をしましても、人工関節にすることで早期復帰できるということであれば、人工関節などを認めていくとか、疼痛で長引いている患者さんで、何らかの処置をすれば早期に職場復帰ができるということであれば、その治療を高齢であっても認めていただけるような方向性や、こういった事例を集めながら確認していきながら厚生労働省でみていただくということではいかがでしょうか。</p>
厚生労働省	<p>適正給付といいますか、症状固定につきましては主治医の先生のご意見を最大限聞かせていただきまして、年齢等を考慮しながら障害補償と社会復帰とを現場の先生のご意見を最大限尊重しながら判断しているところでありますが、これからもご提言、研究結果を踏まえまして、総合的に対応してまいりたいと思います。</p>
厚生労働省	<p>先生からのご指摘は、社会復帰が大事だということかと思えます。我々としても社会復帰促進事業としてアフターケアの支給などをしております。その中で足らざるものがあれば、これからまたご意見をいただいて、検討していくということが考えられるのではないかと</p>

- 茂松委員長 と思っております。いずれにしても現場でどのような困りごとがあるのか、しっかり把握していくことが大事なのかと思っております。
- 長島常任理事 働き手が少なくなるということで、高齢の方に働いていただくということでありますので、職場復帰、早期の社会復帰ということを考えれば、その部分を労災がみていただく、補償していただく方向でお考えいただければ助かるなと思っております。
- 3 ページの「年齢別の休業見込み期間の長さ」で 60 歳以上、1 か月以上が半数以上となっておりますが、もう少し実態でどういう怪我などがあって、その長期化の背景は何なのかという分析を厚労省でやっていただき、治療側でも長期化しているが、これはこういう形にするともっと早期化できるのではないかという研究もさせていただくと、両方照らし合わせて、労災という方法もあるでしょうし、違う方法もあるかもしれないので、労災単独だとなかなか難しいかもしれませんが、早期復帰なり人生 100 年時代に向けた対策ということで、いろいろ組み合わせた方法も可能かと思っておりますので、その辺を是非ご検討をお願いできればと思います。

#### 議題 2：新型コロナウイルス感染症と労災補償について

○新型コロナウイルス感染症と労災の現状や影響について確認したい。

○新型コロナウイルス感染症に係る医療機関等に対する労働時間等への影響について確認したい。

〔厚生労働省からの説明〕

9 ページ「新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等」につきましては、1 週間に 1 回更新して厚生労働省ホームページに掲載しております。

業種別、職種別で表したものになっております。5 月 21 日現在労災の請求件数は 11,555 件となっております。このうち支給決定をしたのが、6,727 件という状況になっております。請求件数のうち医療従事者等が一番多くて、9,064 件 (78.4%)、8 割近くが医療従事者等からの請求となっております。また、業種別にみたところ、「1. 医療従事者等」の医療業と、「2. 医療従事者等以外」の医療業を足しますと 6,800 件で全体の 6 割 (58.8%) が医療業の方からの請求となっております。

公表は特にしておりませんが、今回、数えましたが医師からの請求件数が 484 件という状況でございました。なお、表中 ( ) 内に示している数字は、遺族請求にかかる件数でございます。お亡くなりになられた方ということです。

外国人の請求状況についてもお調べしました。

23 ページ「関東地方の各労働局 (7 局) における新型コロナウイルス感染症に係る外国人労働者の労災請求状況等 (国籍別、業種別) 5 月 17 日現在の状況」ですが、労災の請求書には国籍を書く欄がありませんので、国別の集計ができない状況になっておりますが、今回求めがありましたので、関東の 7 つの労働局ではありますが、こちらから確認をして、集計をさせていただきました。7 局の請求件数の合計が 120 件でございます。一番多かったのが、千葉が 59 件、東京 29 件、国別にみますとネパール 39% (47 件)、2 つ目がフィリ



ピン 10% (12 名)、ついでベトナム、中国となっております。

業種別では、運輸業が 54 名で圧倒的に多かったと、それから医療業が 24 名というところでございます。介護福祉又は介護事業が 23 名、このような状況になっております。

ネパール人と運輸業が突出して多いということなのですが、これは特定の事業場でネパール人の方が 45 名集団で感染したという事例がありまして、そのような状況になっております。

医療業が全体の 20% (24 名) ですが、内訳は中国 8 名、ベトナム、フィリピン、インドネシアが各 2 名となっております。

職種は看護師、看護助手の方からの請求となっております。このように外国人の方からも一定の請求があるということとございまして、これは事業場を通じた請求がなされているということによるものと思っておりますが、私どもとしましては、外国人の方からも請求していただけるように、「外国人向けの「労災保険請求のためのガイドブック（外国語版）24 ページ」を作っております。13 カ国語で作って外国人の方も請求していただけるように努めているところでございます。

コロナウイルスに限ってもチラシを作っているのですが、これについても 13 カ国語で作って、ホームページに掲載しているところでございます。

続きまして、コロナウイルスと労働時間の関係ということでテーマをいただいたところでございます。コロナ禍の労働時間というものについて、労働局や労働基準監督署で調査をしているかというのと、そういうものがないということとでございます。一般的な統計や調査は年度単位でやっているものはありますが、今回ご紹介したいのは、医師会にもご協力いただきながら実施している調査としまして、10 ページ「新型コロナウイルス感染症による医療機関従事者に対する「労働時間」への影響について（実態調査）」でございます。厚生労働省では、労働基準局と医政局におきまして平成 27 年度から委託事業として医療従事者の勤務改善を測る実態調査を実施しております。

令和 2 年度におきましては、例年の調査に加え、新型コロナウイルス感染症に伴う労働時間等の影響についても調査をしております。この調査の報告書が 3 月にとりまとめられたところでございます。その調査結果の一部につきまして、12 ページから 20 ページまで掲載をさせていただきました。例えば 15 ページ医師の方へのアンケート調査となりますが「1 か月の時間外労働時間数【新型コロナウイルスの影響】」、あるいは「最長の拘束時間【新型コロナウイルスの影響】」、16 ページ「勤務日の勤務終了から次の勤務開始までの時間が最も短い時間の頻度【新型コロナウイルスの影響】」、こういった調査をして、ほとんど影響しなかったというご回答をいただいているものが多い状況でございます。昨今のコロナ禍の状況を表していない結果になっているのではないかと思います。これは調査時期が昨年の 6 月の状況を答えてくださいという調査なのです。6 月というのは最初の緊急事態が出て、それが明けた月の 6 月ということですので、その点をご容赦いただきたいと思います。

そもそも資料の目的は医療機関での勤務環境の改善をどうしていますか、取り組んでいますかといった調査でございまして、この調

	<p>査結果の考察の中ではコロナ患者の受入れを行っている医療機関についても積極的に取り組んでいるという考察がなされているところでございます。</p> <p>この調査につきましては、近日中に公表をする予定ですが、現段階では未公表となっておりますのでご留意いただきたいと思います。</p> <p>[主な意見交換]</p>
長島常任理事	<p>労災請求件数に対して、実際に支給が決まっている数が非常に少ないのは単に期間の問題でこれから認められるということなのか、請求して認められないものが一定割合あるのかこれはどちらでしょうか</p>
厚生労働省	<p>9 ページですが、決定件数と支給決定件数が出ております。決定件数の 6,934 件うち支給件数の 6,727 件のこの差が不支給を決定したものでございます。</p> <p>なお、請求件数と決定件数の差は、現在調査をしているということでございます。</p>
長島常任理事	<p>調査がかなり長い期間かかっている気もするのですが、どのくらいの期間かかるのでしょうか。</p>
厚生労働省	<p>医療従事者の方、介護従事者の方につきましては、業務外で感染したことが明確でない場合には労災認定にするという運用をしております。</p> <p>そういう意味では1 か月程度でやりたいと考えているところであります。</p> <p>そのほかにつきましては日常生活と仕事との危険度の蓋然性を比較しなければならないということになりますので、一定程度の時間を要している場合もございます。</p>
長島常任理事	<p>労災請求件数をみると医療従事者等の請求件数が 9,064 件に対して、決定件数 5,507 件、医療従事者等外の請求件数が 2,474 件、決定件数が 1,414 件とあまり比率的に変わっていないということは、あまりスピードが変わっていないというふうに受け止められますが、この辺是非医療従事者は現場でコロナと戦っていただく人ですので、できるだけスピーディにお願いしたいと思います。それから不支給になる理由はどうなものがありますか。</p>
厚生労働省	<p>不支給になる理由として大きなもので、例えばクラスターが発生して、特にコロナを発症していないのですが、検査だけをしたというような請求はいくつかの医療機関から大量にできて、不支給になっている例が数としてはあります。あとは当初はなかったのですが、以前は仕事以外での外出はなかったということで、それは仕事でかかった蓋然性が高いですねということで認定したのですが、最近の請求をみると、夜に飲食をしているような事例がかなり見受けられますので、認められないものができてきているということでございます。</p>
長島常任理事	<p>医療従事者は原則としてよほど明解な他の要因がない場合は原則として認めるということになっていると思いますので、これも決定と支給件数の比率をみて医療従事者と医療従事者以外とあまり変わらないというのはやはり問題だと思いますので、ここは原則としての</p>



	趣旨を十分にご理解いただいて、よほどのことがない限り、医療従事者は認めていただくということをお願いしたいと思います。 この差がないというのは、原則が徹底されていないように感じますのでよろしくお願いします。
茂松委員長	特に医療従事者の請求件数が、遺族件数が 11 件あって、決定が 6 件ということで、これについて不適切なトラブルがあるとか、結果に不服があるということでの訴えがあるとかそういったことはなかったのでしょうか。
厚生労働省	医療従事者の中にどういう請求があるかということについて確認をしてきたところですが、特段なトラブルなどがあるということはありません。
	<b>議題 3：外国人労働者と労災について</b>
	○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。 ○新型コロナウイルス感染症に係る外国人労働者の労災請求状況等について確認したい。
厚生労働省	〔厚生労働省からの説明〕 22 ページ「外国人労働者の安全衛生対策」をご覧ください。 国内で働く外国人労働者の労災の状況ですが、労働災害は増加傾向と書いておりますが、「外国人労働者と外国人死傷者数の推移」をご覧ください。 災害が右肩上がり増加をしております、令和 2 年では 4,682 名となっております。 これはどういう資格で入国されるのかといいますと一番多いのは「身分に基づく在留資格」ということで、日本人と結婚された方ですとか日系三世ですとか、そういった方が一番多くなっておりまして次に多いのが技能実習の方で、1,825 名いらっしゃいます。全体の業種でみますとやはり製造業、建設業が中心となっております。国籍ですとベトナム、中国、フィリピンの三か国が非常に多くなっているということでございます。 また、平成 31 年度より、特定技能という在留資格が設けられまして、介護、建設などの 14 分野が設けられたこともありますので、安全対策を充実させようと、「外国人労働安全衛生確保対策費」といった対策をしております。 言葉の問題がございますので、「視聴覚教材等の作成・充実」主に災害の多い作業につきまして教材を作成しております。 また、最近では VR 教材といったものを 14 カ国語在留者の多い言語で作成し、公表して各現場で活用しているところでございます。以上でございます。
長島常任理事	＜質疑応答＞ 労災として取り扱われればよいのですが、労災として取り扱われないうのが一番困るところです。労災に未加入であったり、実際は労災だが、本人が労災の制度を理解できずに、労災に結びついていないというのが一番困るのですが、そのあたりの実態というのは把握されていますか。
厚生労働省	外国人労働者であっても、いかなる方でも事業場に雇われていれば

- 長島常任理事 労災の対象になるということでございます。被災したときに救われない外国人労働者がいるかということが一番問題だと思っています。そういう意味で我々としてはできるだけ広く労災の制度を周知していかなければならないということが課題だと思っています。
- 厚生労働省 例えば、技能実習生がかなり入ってきているわけですが、入管ですとか、あるいは技能実習機構などと連携をしながら救われない方がでないように、また外国人労働者向けのリーフレットを作って、救われない労働者がでないように思っております。
- 長島常任理事 外国人向けのリーフレットは非常によいと思うのですが、これは直接本人に渡しているのでしょうか。職場を通じてだと間にいろいろと入ってくるので、なるべく本人へ直接必ず渡せるように考えていただければと思います。
- 厚生労働省 すべての外国人労働者はさておき技能実習生として入ってこられる方につきましては、入国時に入管でリーフレットを渡しております。その中で労災制度についても触れております。
- 長島常任理事 実際に治療の場ですと言葉の問題でいろいろ困るということもあるかもしれません。そのあたりで先生方お困りの点やご要望などはありませんでしょうか。通訳サービスは労災でも使えるのでしょうか。
- 厚生労働省 労働局には、外国人労働相談コーナーというものがあまして、そこで通訳、外国人労働者の通訳をしているわけで、それで一定程度支援できていると思っています。
- 長島常任理事 労災の場合は、単純な治療以外の労災の手続きや仕組みの説明が必要になるので、その具体的なことが書いてあるようなものを労災指定医療機関に配布していただければと思います。
- 実際に外国人労働者に関しては、ベトナム、中国の方などいらして、雇っているところで簡易な通訳の方がいたり、診療時にはタブレットを使ってグーグルの翻訳で意思疎通ができて、実際に日本に来られている方で自分の言葉を返していけるようなアプリを自分のスマホに入れたりとか、こちらが書いた文書を写真で撮ると相手の国の言葉に翻訳されるアプリをいれている方もいるので、私は茨城県の鹿島市なのですが、そういった意味であまり困ってはいないです。

#### 議題4：労災審査について

○「労災診療費の電子レセプト審査に係る事前点検業務の外部委託について」の詳細を説明いただきたい。

〔厚生労働省からの説明〕

26ページ「労災診療費（電子レセプト）事前点検業務の本省一括実施（外部委託）」

になります。外部委託につきましては、昨年10月からスタートし、現状と今後の予定について申し上げます。

レセプト審査業務の流れを図示しております。左から右にみていただくと労災の指定医療機関から出された電子レセプトを労働局で受付けて、本省で契約している外部業者に送信され、事前点検を行うということでございます。

外部委託業者の点検、あるいは点検の検証、こういったものを委託で行っているということでございます。

具体的には、外部委託業者については簡単な計算や解釈誤り等の形

	<p>式的な疑義につきまして疑義付箋を記載したうえで、金額を修正するとか、判断が必要な疑義につきましては、疑義付箋をつけ労働局に返すという点検をおこなっております。</p> <p>これらの点検を労働局に報告すると、労働局は審査委員会に付託するなどして、審査を行うといった流れになっております。</p> <p>昨年10月から始めたばかりですが、今後のスケジュールは28ページに書いてございます。令和2年10月千葉局においてスタートをしております、その後、栃木、奈良、広島を含め4局で試行しております。</p> <p>令和3年度は、10局追加をしていきたいと思っております。</p> <p>それから令和4年度、5年度ときまして、令和6年度で全国展開をしていきたいと考えているところでございます。</p> <p>外部委託化の審査水準につきましては、従前同様と考えております。</p> <p>また、点検等が遅延することがないように努めていきたいと考えているところであります。</p> <p>一方、点検を進めて中で問題点が明らかになってきております。というのも各局で審査をしていましたが、大枠の審査基準というのは1つですが、各局のものを1つのところで点検していきますと細かいところで、運用が異なる部分がでてきております。そういうものを是正し、統一的なルールとするのかについての問題があると認識しております。</p> <p>こういった形で進めていきますので、医師会のご協力ご理解を賜りたいと思います。</p> <p>&lt;質疑応答&gt;</p> <p>○この審査に関して、既に千葉でも行われているということで、実際にトラブルなどは何かありますでしょうか。</p> <p>厚生労働省 トラブルというのは、10月以降試行しております労働局からは挙がってきておりません。</p> <p>○電子レセプトに関してとなっておりますが、やはり以前から、電子レセプトに移行しようというところがあるのですが、それも見据えてこういうシステムを作っていこうという考え方でよろしいでしょうか。なかなか労災は各医療機関にとってみるとこれを電子請求にもっていくのに非常にコストがかかるということで、進んでいない事実がありますが、こういう動きとの関連はあるのかどうか、何がなんでも電子化にしていきたいというようなことなのでしょうか。</p> <p>厚生労働省 健保や国保の場合、電子化が義務付けられていて電子化が進んでいるわけですが、労災はご案内のとおり、労災を多く取扱う医療機関もあれば、ほとんど取扱わない医療機関もあって、年間数件のために電子化するのかという話もあるのだらうと思っています。</p> <p>ただ、我々としてはオンラインレセプトを進めていきたいと思っています。そのために助成金などをご用意しているところでございます。</p> <p>それから大きな課題として認識していかなければならないのは、健保ではA I 審査が入ってきていますので、将来的にはA I 審査も見据えていいかなければならないと思っています。具体的なスケジュールがあるわけではないのですが、将来的に考えていかなければならないと思っております。</p>
--	--

	○内容的なことですが、健保の方で AI、コンピュータチェックというのが始まっていて、それに対する項目というのがオープンにされています。公表されているわけですが、今回、これに関しては公表されるものなのかお聞きしたいと思います。
厚生労働省	今現在、公表しますと決まっているわけではございませんが、健保では公表されているので我々も、その辺は検討して参りたいと思っています。
	○この 26 ページの図をみると外部委託で点検がされ、付箋が付託されたものに関しては審査会に回るような流れになっていますが、付託されないものはそのまま決定されていくのでしょうか、これはこれでよいでしょうか。
厚生労働省	基本的にはこの流れ図ということになります、労働局でも試行している局は労働局で念のため、付託なしでよいか確認した上で、この流れに沿っていくということでございます。
	○各労働局の判断があるということによいですね。
長島常任理事	紙のものが、のらなくて、電子化したものがのるという場合に、付箋があるなしで変わってくると、紙はこのシステムを使わないとなると、審査の基準が変わってしまうと、紙のレセプトと電子化レセプトでということになりませんか。
厚生労働省	電子でも付箋をつけたりしますが、紙でも労働局の方で付箋をつけて同じようにやっておりますので、内容的には変わらないと思います。
長島常任理事	紙で付ける場合と電子で付ける場合の基準は同じになっているということでしょうか。
厚生労働省	同じものです。
長島常任理事	全国で共通化・統一化という話でもでしたが、この付箋をつける基準等の統一という考えでしょうか。
厚生労働省	付箋をつける基準や、レセプトへの書き方とか細かいことと言えばそういった点も含めまして統一化を図っていきたいということでございます。
長島常任理事	それに関しては審査がどのように変わるのかということはきわめて重大ですので、日本医師会と十分協議をしていただいて、進めていただければと思います。実際にどういった影響があるのかなどを踏まえ、検証しながら進めていただくということで一方的に進めることがないようにお願いいたします。
	○関連してですが 2 点ほど質問をさせていただきます。 標準化することはわかりましたが、やはりローカルルールがあって、先ほどの説明でローカルルールが混乱しているというご意見がございましたので、標準化するのは難しいというのが私の意見です。 それからもう 1 点、日医からの文書では委託業者が NTT データになっているのですが、これは NTT データにそういうノウハウがあるのでしょうか。
厚生労働省	今回委託している中身は、審査全体ではなくて事前の点検、定型的な部分を委託するということでございます。あくまでも、最終的に審査をするのは労働局ということでございますので、きわめて専門的な知識がなければできないという委託をしているわけではなくて定型的な審査ができる部分を委託しているという考えでございます。

	す。
長島常任理事	今のことで言うと単純にシステムだけを NTT データが作っているのか、こういう基準で分類する、こういう基準で引っかけるといふ部分までやっているのか、そうではなくて、基準なり、審査の内容自体は厚労省がやっていて、単純にそれが実現できるシステムだけを依頼しているのかどちらでしょうか。
厚生労働省	点検の基準は厚労省の方で作成をして、システムだけということではなく、それに基づいて、事前の点検をいただくというところまではやっているということでございます。
長島常任理事	その審査の内容とか、こういう形でやっているというのは公開されていますか。 外部委託の内容、審査の基準は公開されていますか。私たち医療側は知ることができますか。それを知らないと適正なものであるか判断ができないですので、今この場で提示できないようでしたら適正な基準で審査しているのか分かるようにしていただきたいと思いますのでお願いいたします。
茂松委員長	標準化や統一化といった言葉が出ておりますが、やはり労災は災害を被ったということでありますので、個人の背景によっても治療が変わってくる。それを標準化するというのはちょっと短絡的な考えではないかなと思うのですが、労災医療の本質を少し考えていただいてそこには柔軟性を持たせていただくということを考えていただければと思いますのでよろしくお願いいたします。
長島常任理事	どこまで何をやっているということが分からないと議論ができないので、そのことを教えていただければと思います。
厚生労働省	分かりました。まずは試行をはじめたところでございますので、これからまたご相談をさせていただきたいと思っています。よろしく申し上げます。

## 労災・自賠責委員会意見交換会資料

議題1 高齢労働者と労災について

議題2 新型コロナウイルス感染症と労災補償について

議題3 外国人労働者と労災について

議題4 労災審査について

令和3年5月28日



### 議題1 高齢労働者と労災について





### 高齢者の就労と被災状況



- ◆ 雇用者全体に占める60歳以上の高齢者の占める割合は18.0%(令和2年)
- ◆ 労働災害による休業4日以上の死傷者数に占める60歳以上の高齢者の占める割合は26.6%に達する(同)

2

### 高齢労働者の労働災害の特徴① 年齢別・男女別・業種別の傾向

- ・ 労働災害発生率（千人率）は、男女ともに、若年層と高齢労働者で高い。
- ・ 65～69歳の千人率を、30歳前後の最小値と比べると、男性で約2倍、女性で約4倍。
- ・ 休業見込み期間は、年齢が上がるにしたがって長い。



3

### 高齢労働者の労働災害の特徴③ 年齢と経験期間の影響・休業見込み期間

- ・ 災害発生率は、全ての年齢層において経験期間が短いと高い。
- ・ 休業見込み期間は、年齢が上がるにしたがって長い。

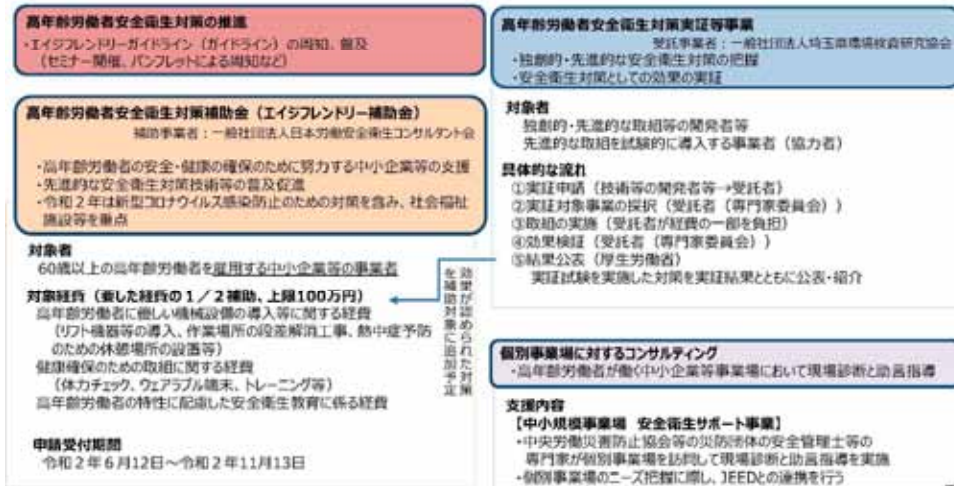


4

### 高齢労働者の労働災害を防止するための取組

高齢者が安心して安全に働ける職場環境の整備が必要  
⇒「高齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン」(エイジフレンドリーガイドライン)の策定(R2.3)

ガイドラインの事業場へ導入を促進するための事業を実施する



5



### 労災疾病臨床研究事業費補助金研究(令和元年～2年度)

#### 高齢者における加齢性変化を超える身体的機能低下の特徴と非災害性腰痛との関連に関する研究

##### 1 研究結果の概要:

重量物を扱うなどの慢性的な疲労蓄積を誘因とする非災害性腰痛のうち、約10年以上にわたり継続して重量物等を取り扱う業務に従事したことによって骨の変化を原因として発症する場合、労災認定を受けるにはその変化が「通常の加齢による骨の変化の程度を明らかに超える場合」とされている。しかし、加齢的な変化等は個人差が大きく、その補償の範囲を一律に定められない現状がある。今後労働人口の高齢化により職業性腰痛が増加し、労災認定において加齢性変化との鑑別がより困難になる。本研究では、変形性疾患(脊椎症、関節症)を中心に、高齢者にみられる加齢性変化の特徴、ならびに、加齢性変化を超える身体的機能に関する知見を整理することを目的とする。

令和元年度から2年度までの2年間にわたり、以下の研究を行った。

- (1) 高齢者における加齢性変化を超える身体的機能低下に関する文献調査【文献調査】
- (2) 加齢モデル調査研究【加齢モデル研究】
- (3) 事業場における腰痛検診項目の活用に関する調査【事業場調査】
- (4) 非災害性腰痛の労働災害認定において、考慮すべき加齢性変化を超える身体的機能低下の特徴【考慮すべき身体的特徴】

(1)【文献調査】では非災害性腰痛、非特異的腰痛、また、非災害性腰痛に関する診療やリハビリテーション、心理学的評価などについて文献が抽出されたが、腰痛診療ガイドラインの改定内容、作業姿勢の評価法(OWAS法)、大規模コホート研究における経年的な身長低下と腰痛との関連などの知見が得られた。また、加齢に伴う骨変化の程度が筋萎縮などの変化と極めて相関が強く、この筋萎縮の程度は非侵襲的に体組成変化として測定できる。

(2)【加齢モデル研究】において、腰痛有病率は、既報告と比較して同等かやや高く、腰痛は日常生活満足度やQOL低下に関連した。また腰痛有無は、疾患重症度や下肢筋力によらないことが示唆された。令和2年度の検診は新型コロナウイルス感染症の影響で例年の病院内での検診ができず、問診票の郵送を主体とした形で実施している。

(3)【事業場調査】において、身長、日本整形外科学会腰痛評価質問票(JOABPEQ)が追加項目としてピックアップされ、実施労力、検診の負担等を総合的に考慮し、導入可能と判断した。また、体組成変化も通常の加齢を超える変化を傍証するデータとして活用できる可能性がある。

(4)【考慮すべき身体的特徴】では、①日本整形外科学会腰痛評価質問票(JOABPEQ)、②経年的な身長低下及び③体組成変化の3項目について、メルクマールの候補として臨床的妥当性や有用性を有すると判断した。

腰痛は多要因モデルであり、非災害性腰痛の判断をするうえで、同じ身体負荷量であっても、個人の身体能力によって非災害性腰痛が必ずしも発症するとは限らないことから、個人差(性別性、個体差)を考慮し、個別評価法として精神障害の労災基準(うつ病)を参考に、「業務による身体的・心理的評価表」などを取り入れることも一法である。また、用語の類似性から非災害性腰痛と非特異的腰痛の混在があり、概念整理と明確な定義・概念の違いを周知する必要がある。

6

### 労災疾病臨床研究事業費補助金研究(令和元年～2年度)

#### 高齢者における加齢性変化を超える身体的機能低下の特徴と非災害性腰痛との関連に関する研究

##### 2 今後における展望等

非災害性腰痛の労災認定にあたっては、腰痛の程度と疾患重症度が必ずしも相関しないことから、適切な腰痛評価が重要であり、信頼性・妥当性の確認されたJOABPEQによる評価が推奨される。認定基準である「通常の加齢による骨の変化の程度を明らかに超える」簡便なメルクマールについては、「経年的な身長の低下」が候補の一つとして考えられた。職域定期健康診断で得られるデータであり、測定の精度や信頼性の課題があるが、今後活用できる有用なメルクマールになると考えられる。将来的には体組成変化測定値の使用も有用である可能性がある。

職業性腰痛は、職業に関連して発生する腰痛の予防、再発防止を目的として提唱されてきたものである。本邦を含む工業先進国では腰痛が労働障害や休業の主要な原因となっている状況から、腰痛に悩む個人とその家族にとどまらず、企業や国家にとっても大きな損失になっている。



令和3年～4年度に行う同研究においては、令和元年～2年度において中心に据えていた非災害性腰痛(脊柱における加齢性変化)のみならず、膝や股関節等、脊柱以外の加齢性変化も含め研究を行っていくこととしている。

7

## 議題2 新型コロナウイルス感染症と 労災補償について



厚生労働省労働基準局補償課

8

新型コロナウイルス感染症に関する労災請求件数等

令和3年5月21日 18時現在

業 種	請求件数	決定件数	うち支給件数
<b>1. 医療従事者等</b>	9,064 (11)	5,507 (6)	5,352 (6)
医療業	6,382 (5)	4,008 (3)	3,871 (3)
社会保険・社会福祉・介護事業	2,549 (6)	1,416 (3)	1,398 (3)
サービス業（他に分類されないもの）	90 (0)	46 (0)	46 (0)
教育、学習支援業	41 (0)	35 (0)	35 (0)
複合サービス事業	1 (0)	1 (0)	1 (0)
製造業	1 (0)	1 (0)	1 (0)
<b>2. 医療従事者等以外</b>	2,474 (29)	1,414 (18)	1,362 (17)
農業、林業	5 (0)	4 (0)	3 (0)
建設業	165 (4)	101 (4)	98 (4)
製造業	187 (3)	91 (1)	91 (1)
情報通信業	25 (0)	13 (0)	12 (0)
運輸業、郵便業	307 (6)	215 (3)	211 (3)
卸売業、小売業	182 (0)	95 (0)	92 (0)
学術研究、専門・技術サービス業	51 (0)	33 (0)	31 (0)
金融業、保険業	7 (1)	5 (1)	4 (1)
不動産業、物品賃貸業	54 (2)	21 (2)	21 (2)
宿泊業、飲食サービス業	166 (0)	80 (0)	77 (0)
生活関連サービス業、娯楽業	41 (0)	31 (0)	31 (0)
教育、学習支援業	44 (0)	25 (0)	24 (0)
医療業	418 (0)	244 (0)	212 (0)
社会保険・社会福祉・介護事業	551 (5)	308 (1)	308 (1)
複合サービス事業	11 (0)	7 (0)	7 (0)
サービス業（他に分類されないもの）	260 (8)	141 (6)	140 (5)
<b>3. 海外出張者</b>	17 (3)	13 (1)	13 (1)
製造業	8 (0)	6 (0)	6 (0)
卸売業、小売業	2 (1)	2 (1)	2 (1)
学術研究、専門・技術サービス業	3 (1)	2 (0)	2 (0)
生活関連サービス業、娯楽業	1 (0)	1 (0)	1 (0)
サービス業（他に分類されないもの）	3 (1)	2 (0)	2 (0)
<b>計</b>	<b>11,555 (43)</b>	<b>6,934 (25)</b>	<b>6,727 (24)</b>

※ 1 集計時点は都道府県労働局から厚生労働本省が報告を受けた時点です。

※ 2 業種は「日本標準産業分類」（平成25年10月改定）（平成26年4月1日施行）によっています。

※ 3 「医療従事者等」とは、患者の診療若しくは看護の業務、介護の業務又は研究その他の目的で病原体を  
取り扱う業務に従事する者をいいます。

※ 4 ( )内は遺族請求（死亡）に係る件数で、内数です。

※ 5 本表の内容は、請求事業の調査の進捗を踏まえ、変更することがあります。

9

新型コロナウイルス感染症による医療機関従事者に対する「労働時間」への影響について（実態調査）

新型コロナウイルス感染症の影響により、医療環境について逼迫した状況が伝えられているが、これについて労働基準局として具体的な調査等を行っているものではないものの、委託事業である「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究」における「検討委員会」において、医療機関に対する実態を行っている。

厚生労働省の委託事業である「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究」における検討委員会においては、医療従事者の勤務環境改善の更なる推進方策を検討する際の基礎資料とするため、平成27年度以降、実態把握のための医療機関に対する調査を継続実施しているところである。

同検討委員会において、医療労働の分野に造形の深い有識者や専門家が参画し、関係団体との協力を得ながら

- ① 検討委員会の設置及び運営
- ② 医療機関における取組状況等の情報の収集及びその分析
- ③ モデル事業の実施及びその結果の調査分析
- ④ 医療機関に対する実態調査

を行うことにより、医療機関における勤務環境の改善及び医療従事者にとって働きやすい環境の整備に資することとしている。

10

新型コロナウイルス感染症による医療機関従事者に対する「労働時間」への影響について（実態調査）

実態調査の概要について

医療従事者の勤務環境改善の更なる推進方策を検討する際の基礎資料とするため、勤務の現状や勤務環境改善の取組状況等についてのアンケート実態調査を実施している。

令和2年度の調査では、（例年同様）経年比較を可能にする質問項目を残しつつ、新型コロナウイルスの感染拡大が勤務環境に与えた影響分析を加えるため、既存の調査項目に加え、「新型コロナウイルス感染症の影響」に関する項目等を追加している。

（調査概要）

- |               |   |
|---------------|---|
| ○ 調査実施主体      | 医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための検討委員会 |
| ○ 調査対象        | 全国の全病院、有床診療所及びその職員                                |
| ○ アンケート調査の回答者 | 全国の全病院、有床診療所及びその職員                                |
| ○ 回答方法        | 医師票、看護師票、施設票それぞれweb回答                             |
| ○ 調査期間        | 令和2（2020）年11月10日～12月10日                           |



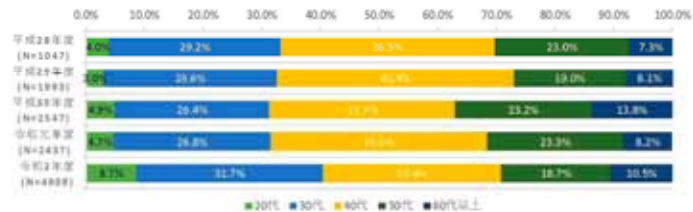
以下、実態調査のうち、新型コロナウイルス感染症の影響に係る医師及び医療機関からの回答を紹介する。

11

## 回答者の年齢構成

## 年齢

- 「30代」からの回答が31.7%と最も多く、ついで「40代」(30.4%)、「50代」(18.7%)となっている。
- 例年に比べ「20代」、「30代」からの回答が多くなっている。



医師調査

## 性別

- 「女性」からの回答が22.8%、「男性」からの回答が76.5%、「その他・答えたくない」の回答が0.7%である。
- 過去の調査結果と同様の傾向であり、大きな変化は見られない。



医師調査

資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の組織に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の組織に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

12

## 専門としている診療科

- 専門としている診療科目は、「内科」(11.1%)、「整形外科」(7.2%)、「小児科」(6.4%)が上位3科目を占める。



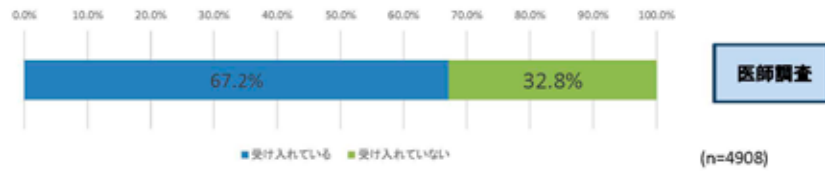
医師調査

資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の組織に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の組織に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

13

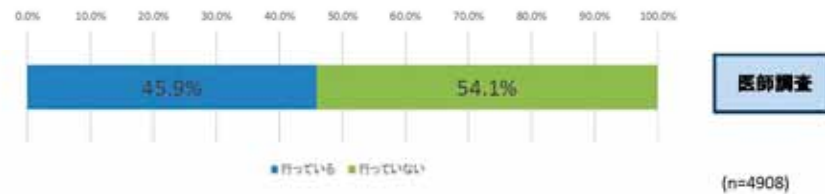
#### 勤務先の新型コロナ対応

➤ 勤務先の新型コロナ対応は、「受け入れている」が67.2%、「受け入れていない」が32.8%である。



#### 本人の新型コロナ対応

➤ 本人の新型コロナ対応は、「行っている」が45.9%、「行っていない」が54.1%であり、約半数が新型コロナ対応を行っている回答であった。

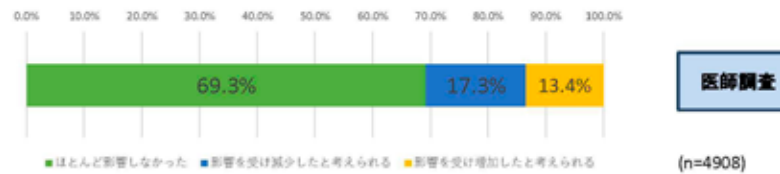


資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

14

#### 1か月の時間外労働時間数【新型コロナウイルスの影響】

➤ 1か月の時間外労働時間数が新型コロナウイルスの影響があったかどうかについては、多い順で「ほとんど影響なかった」(69.3%)、「影響を受け減少したと考えられる」(17.3%)、「影響を受け増加したと考えられる」(13.4%)であった。



#### 最長拘束時間【新型コロナウイルスの影響】

➤ 新型コロナウイルスの影響を受け、最長拘束時間が「増加した」割合が10.8%、「減少した」割合が10.0%、「ほとんど影響がなかった」割合が79.3%であった。



資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

15



**勤務日の勤務終了から次の勤務開始までの時間が最も短い時間の頻度【新型コロナウイルスの影響】**

➤ 新型コロナウイルスの影響を受け、勤務日の勤務終了から次の勤務開始までの時間が最も短い時間が「増加した」割合は9.8%、「減少した」割合は9.4%、「影響しなかった」割合は80.8%であった。

**医師調査**



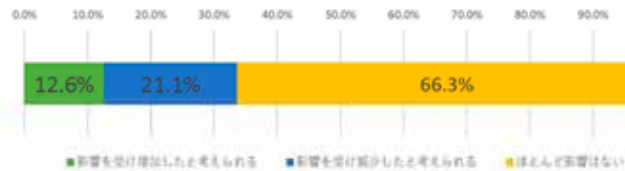
(n=4908)

資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

16

**月平均時間外労働時間数【新型コロナウイルスの影響】**

➤ 月平均時間外労働時間数に関して、「ほとんど影響しなかった」と回答した医療機関が66.3% (76.3%)と過半数を占め、影響を受けたと回答した医療機関のうち、「影響を受け増加したと考えられる」と回答した医療機関は12.6% (5.9%)、「影響を受け減少したと考えられる」と回答した医療機関は21.1% (17.8%)であった。（カッコ内は有床診療所調査の数値）



(n=1245)

**病院調査**



(n=742)

**有床診療所調査**

資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

17

### 最長連続勤務時間数【新型コロナウイルスの影響】

- 最長連続勤務時間に関する新型コロナウイルスの影響に関して、「ほとんど影響はなかった」と回答した医療機関は92.5% (90%)であり、影響を受けたと回答した医療機関のうち、「影響を受け増加したと考えられる」と回答した医療機関は4.6% (3.4%)、「影響を受け減少したと考えられる」と回答した医療機関は2.9% (6.6%)であった。  
(カッコ内は有床診療所調査の数値)



資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の勤務に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の勤務に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

18

### 勤務割における当日の勤務終了から次の勤務開始までの間隔が最も短い時間【新型コロナウイルスの影響】

- 当日の勤務終了から次の勤務開始までの間隔が最も短い時間に関する新型コロナウイルスの影響に関して、「ほとんど影響はなかった」と回答した医療機関は95.0 (92.7%) %であり、影響を受けたと回答した医療機関のうち、「影響を受け増加したと考えられる」と回答した医療機関は3.4 (2.5%) %、「影響を受け減少したと考えられる」と回答した医療機関は1.6% (4.7%)であった。  
(カッコ内は有床診療所調査の数値)



資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の勤務に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の勤務に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

19

**新型コロナウイルス感染症への対応による業務の見直しや改善策のうち、医療従事者の勤務環境改善に資すると考えられる取組**

- 新型コロナウイルス感染症への対応による業務の見直しや改善策のうち、医療従事者の勤務環境改善に資すると考えられる取組について、「特になし」が37.2%でもっとも多く「電子カルテやデジタル端末等のICT、IoT技術を活用した業務効率化・省力化」がもっとも多く(35.1%)、「賃金引き上げ又は待遇の改善」が続く。(30.7%)。
- 有床診療所についても、「特になし」が46.6%でもっとも多いが、続いて「賃金引き上げ又は待遇の改善」が30.9%、「電子カルテやデジタル端末等のICT、IoT技術を活用した業務効率化・省力化」が続く(23.3%)。



資料出所：医療勤務環境マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための検討委員会「医療勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究報告書」からの転載

20

### 議題3 外国人労働者と労災について

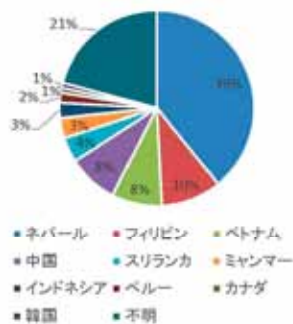




関東地方の各労働局（7局）における新型コロナウイルス感染症に係る外国人労働者の  
労災請求状況等（国籍別、業種別）

○令和3年5月17日現在の状況

国籍別(120名)



業種別(120名)



**労災保険請求のためのガイドブック(外国語版)**

【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

＜第一編＞  
請求（申請）のできる保険給付など

労災保険は、国籍を問わず、日本で労働者として働く外国人にも適用されます。就労することができる在留資格を持っている方はもちろん、留学中にアルバイトをしながら事故にあった場合なども対象となります。

このガイドブックは、外国人の労働者が労災保険で受けられる給付の種類や内容について解説したものです。

支給要件などの詳細については、労働基準監督署にお尋ねください。また、本国へ帰国すると受けることができない給付もありますのでご注意ください。

【目次】

- 仕事や通勤が原因でケガをしたり、病気になった場合・・・P3
- 仕事や通勤が原因で健康が亡くなった場合・・・P7
- 国に労災保険給付を受けている場合・・・P10
- その他・・・P14
- 本国へ帰った場合の注意事項・・・P16

**厚生労働省 労働基準局 労災補償部補償課**

[Para trabalhadores estrangeiros no Japão]

## Guia para requerimento do seguro contra acidentes de trabalho

Instruções do seguro que podem ser requerido no Japão

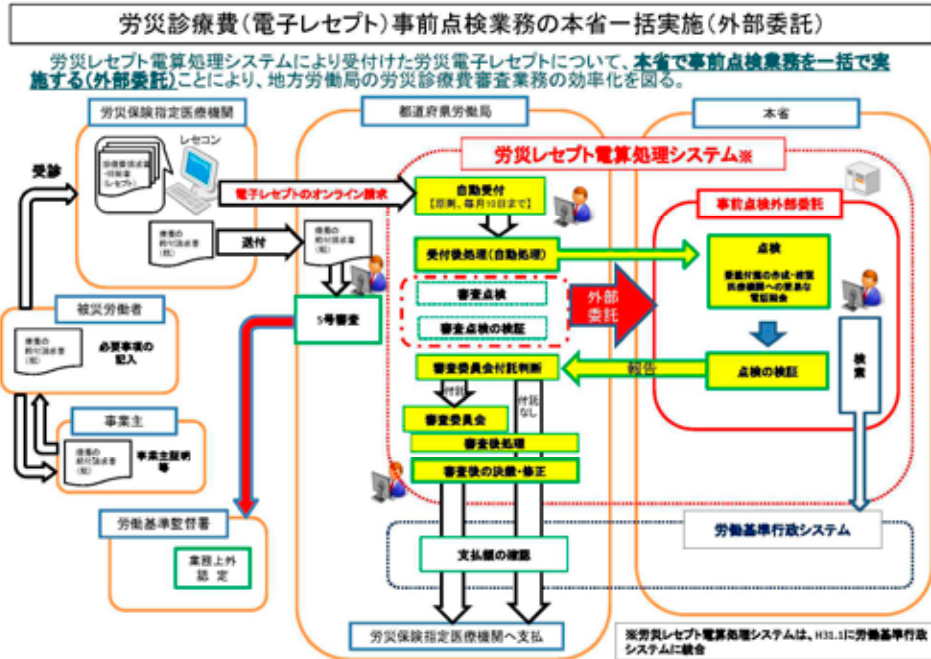
O seguro contra acidentes de trabalho ("Seguro contra acidentes de trabalho") é aplicado também aos estrangeiros que trabalham no Japão, entre outros, de sua residência. Tanto a pessoa que trabalha no Japão quanto a pessoa que trabalha no exterior, como beneficiária do seguro.

Este guia explica os tipos de benefícios que podem ser requeridos pelo seguro contra acidentes de trabalho, as condições de elegibilidade e o processo de requerimento.

Este guia explica os tipos de benefícios que podem ser requeridos pelo seguro contra acidentes de trabalho, as condições de elegibilidade e o processo de requerimento.

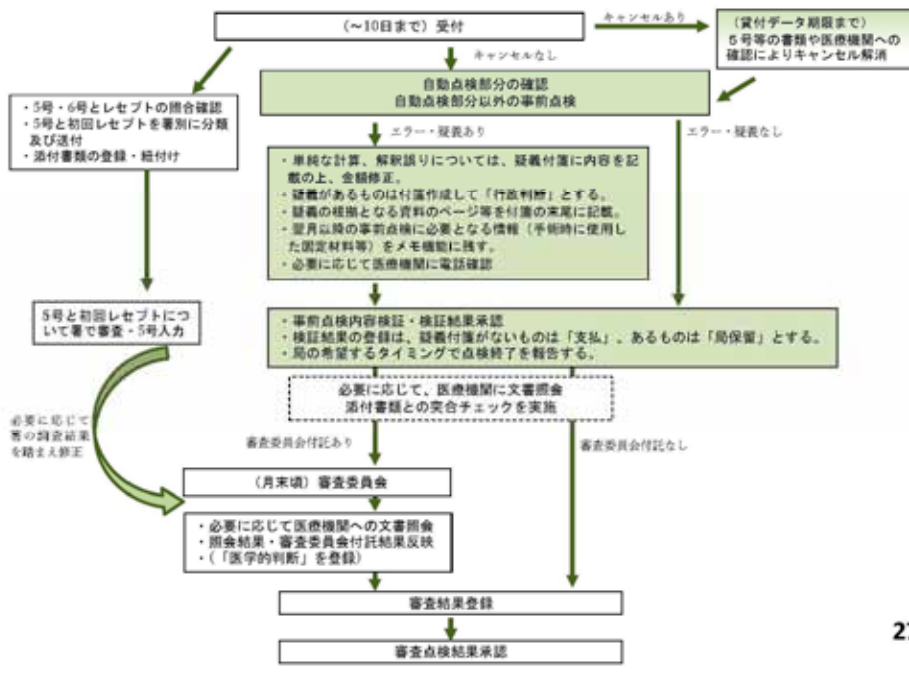
**厚生労働省 労働基準局 労災補償部補償課**

## 議題 4 労災審査について



26

**電子レセプト事前点検外部委託事務フロー**



27

## スケジュール

令和元年度から事業を開始し、令和2年度・令和3年度を契約期間として、令和2年度は4局で試行を行ったところである。

令和3年度は14局で試行を行う予定としており、令和4年度以降も、引き続き試行対象を順次拡大し、令和6年度に全局で実施する予定となっている。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
令和2年度							千葉		栃木 奈良		広島	
令和3年度			香川 大分	岐阜			和歌山 福岡	東京		山口 高知 熊本 大分		
令和4年度 (予定)	全24局(+10局)											
令和5年度 (予定)	全36局(+12局)											
令和6年度 (予定)	全47局(+11局)											

28



## 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

日 時	1. 令和3年8月27日（金）午後3時00分～4時00分 〔於 日本医師会館 503 会議室〕
出席	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、子田、臼井、内田、阪本、勝呂、中村、城之内、増田  〔日本医師会 役員〕 長島常任理事、松原副会長  〔日本損害保険協会〕 あいおいニッセイ同和損保 損害保険ジャパン 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）  ☆ ☆
主 要 議 題	3. (1) 物件事故扱いの自賠責保険の支払いについて (2) 自賠責保険診療費算定基準（新基準）について (3) 柔道整復について (4) その他（質問事項）  ☆ ☆
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><b>議題1：物件事故扱いの自賠責保険の支払いについて</b></p> <p>○物件事故扱いにおける自賠責保険の支払いについて、近年交通事故の半数以上が当該取り扱いとなっているが、検証の予定はないか確認したい。</p> <p>〔日本損害保険協会からの回答〕</p> <p>本件につきましては、今年の1月の「自賠責審議会」や6月の「国交省主催の今後の自動車損害賠償保障制度のあり方に係る懇談会」に、長島先生からご指摘をいただきまして、損保業界におきましては金融庁、国交省と問題意識を共有させていただき、意見交換を開始しているところでございます。</p> <p>これは事故届けに関連して警察行政の問題でもあり、警察庁との連携をしっかりと行っていくたと思っております。</p> <p>自賠責保険は、被害者救済が目的となっておりますので、法令上人身事故届けがあることが支払いの要件になっておりません。それが物件事故</p>



	<p>であるからということで、被害者に不利になることはございません。</p> <p>保険金の支払い、人身事故扱い、物件扱いに関わらず事故による診断書などの書類を確認しながら1件、1件事案を精査しています。</p> <p>後遺障害の認定については物件事故扱いであることを理由に否認することはない。</p> <p>後遺障害の認定にあたりましては、人身事故、物件事故に関わらず、お怪我をされた時の状況、初診から症状固定にいたるまでの症状、所見を後遺障害診断書などから確認し適正な認定に努めています。</p> <p>したいがまま、物件扱いだからと言って被害者ごとに認定が異なることはありませんので、個々に検証する予定はございません。</p> <p>ただ、全体的なデータの傾向として、事故証明書、認定件数の経緯などは、はっきり調べていきたいと思います。</p> <p>個社の個別事案で医療機関の皆様と具体的なトラブルが発生したことがあれば、ご指摘いただきましたら各地の協議会でしっかり解決して参りたいと思います。</p> <p>〔主な意見交換〕</p>
茂松委員長	<p>物件事故扱いでも人身事故扱いと同じように、後遺症の認定もされるのだということですが、我々が実際に理解しておりますのは、物件事故扱いというのは軽傷で、検査ぐらいであれば物件扱いでもよいだろうと、だけでも長期にわたって治療を行うのであれば人身事故扱いにすべきではないかと解釈をしているところです。</p> <p>どうもその部分が大きくずれているように思うのですが、皆さんからご意見いかがでしょうか。</p>
長島常任理事	<p>説明にありましたが、今年6月の国交省の「国交省主催の今後の自動車損害賠償保障制度のあり方に係る懇談会」において、私から問題点を指摘しました。そこでは国土交通省が交通事故負傷者数の推移として、警察庁の統計に基づくものを出しましたが、平成16年の負傷者数のピークが118万で令和2年は36万で、1/3まで大幅に減少しているが、自賠責保険の支払いのデータをみると数%しか下がっていない。実態として負傷者が数%しか減っていないのに、国が1/3まで大激減していると捉えているのなら、行うべき交通行政を誤る心配があります。また、国で第10次目標ということで死傷者数50万人達成と評価しておりますが、自賠責保険のデータに基づけばこれは達成していないということで、交通事故負傷者の実態が正確に把握できなければ交通行政が適正に行われないと問題提起をさせていただきました。ではどうすればよいのか、まずは実態を明らかにすべきであり、物件事故扱いで支払われている実態、ごく軽微な負傷者だけなのか治療期間が長い被害者、後遺障害が残っている被害者がいないか、これを過去にさかのぼって明らかにすることで同じ負傷状態なのに、人身事故の届出が減ったことだけで一見減ったようにみえているのか、軽微な事故がたくさんあって、こういうことになっているのか、まずは明らかにして国として把握すべきだと思います。</p> <p>次に損害保険会社がきちんと被害者に対して、人身事故の届出が必要であること、届出の際の手順を丁寧に説明することを必ず行くと、ご本人に強制することはできませんが、説明するというのは必ずやるべきだということを提言いたしました。</p> <p>国として今後やるべきことは、実態がつかめるような仕組みを作ること、また、もし被害者本人や警察現場でなにか疎外因子があるか、人身事故の届出にハードルがあるのか、それを明らかにして、減らすことで人身</p>

	<p>事故の届出が関係者の負担なくできるように変えるべきだと提言をしています。</p> <p>したがって、損保会社は実態を明らかにする、現場においてすべての被害者に対して人身事故の届出の必要性やこういった手続きをするのかを周知徹底、必ず実行させるということではないかと思っております。</p>
損保協会	<p>1 つは、物件証明による請求の中に、必ずしも少額だけでなく、長いものが含まれているのではないかというご意見だと思います。我々も実務として、物件事故扱いの事案については、基本的に人身事故扱いに切り替えてくださいとご案内することを基本としておりますが、人身事故の切替を強制はできないため、事故との因果関係をきちんと診断書と照らし合せるということになります。その中で少額、短期と言えないものも含まれているとは思いますが、そういった事案については事故と怪我の因果関係の確認について全件実施しています。</p> <p>警察庁との統計数値との違いについては、事実関係として長島先生のおっしゃるとおりだと思います。ただ、損保業界として警察行政にコメントできる立場にないため、ご指摘の点は、金融庁、国交省を通じ、データ共有して問題点をお伝えし、今後警察サイドとも必要な意見交換もしっかりやってまいりたいと思います。</p>
茂松委員長	<p>人身事故と物件事故の処理の違いによって、それぞれの被害者の方の公平感が守られているのでしょうか。人身事故で痛めた方と物件事故で痛めた方で、そこに公平性は保たれているかという質問があったと思うのですがその辺はいかがでしょうか。</p>
損保協会	<p>自身事故届出で公平性が保たれているかという点については、人身事故、物件事故に関わらず 1 件、1 件事務との因果関係を精査しております。そこで物件事故だからといって不利な扱いをしている実態はございません。もし個別事案ででてくることがあれば、おっしゃっていただければ適正に対応していきたいと思います。</p>
損保協会	<p>○物件事故でも治療が受けられますよと損保会社の担当者からよく患者さんに説明されていると思いますが、丁寧な説明でよいと思いますが、例えば物件事故で高裁か、最高裁か忘れましたが、後遺症診断が却下された判決があるはずですが、結果として物件事故と人身事故は公平ではないと考えておりますので、その辺を患者さん、被害者に説明した上で物件事故のリスクをしっかりと説明していただければと思います。</p> <p>ありがとうございます。</p> <p>後遺障害が実際に否認された事例があるとご指摘を賜りましたが、人身、物件のいずれかであっても 1 件 1 件、精査をして保険金をお支払いいたしますので、物件事故だから保険金の支払いに影響を及ぼすことはないです。ただ、保険会社の立場というのは、加害者の代理の立場で賠償のお手伝いをしておりますので、被害者側さまざまな紛争は物件、人身の区別に関わらずなんらか生じることはございます。</p> <p>中には後遺障害を被害者が要望されていても非該当になる形もあると思います。</p> <p>そういった後遺障害に納得いただけない場合につきましては、異議申し立ての手続きや紛争解決の手段として裁判以外にも ADR 制度などがご利用できますますので、書面等で情報提供していきたいと思っております。</p> <p>○被害者側にとって不公平性はあまりないというお答えだと思いますが、これは警察行政の問題ですが、加害者側の過料、罪の度合いの不公</p>

	平というのがでてくるのではないかと思いますのですが、その点についてはいかがでしょうか。
損保協会	加害者サイドからすれば、そのようなことがあると思いますが、届出自体を人身にするか、物件にするかは被害者が決めることですので、被害者の方にきちんと説明した上で、まずはご対応いただくこととおっております。
茂松委員長	そのようによくお聞きしますが、現場ではそうではないと聞く場合も多いのです。 どうしても保険会社は、加害者側に寄り添って物件扱いは罪がかからないので、被害者を誘導していると現場でお聞きすることがありますので、その辺が問題点ではないかと思います。
長 島 常 任 理 事	保険会社内部でできることとして、先ほどご指摘した被害者にきちんと人身届出の必要性をお知らせする手順をつくることは、内部でできることですが、これはやっているとおっしゃっているので、実態としてどれくらいきちんと対応できているのか、現場で何%くらいやっているのか、実際現場で説明しているのは何か、マニュアル等があれば、説明の手順を示している資料を提出していただきたい。 日医側では、医師を対象にして、患者さんに聞いて、実際にそのような説明を保険会社から聞いていますかというアンケート調査をおこなっておりますので、それと照らし併せていただきます。その結果、大きな乖離があるのであれば、これは国交省及び金融庁の諸会議において厳しく指摘させていただきます。 そうならないためにも、今からでも必ず被害者に丁寧に、必ず全員に説明するためにはマニュアルをしっかりと作り、実行されているかの検証をするということをお願いしたいと思います。
損保協会	損保の実務としまして、今マニュアルの話がでしたが、まずは警察へ届けているか確認をし、物件事故であるとされた場合には、人身に切り替えることをご案内しております。もし、届出ができなければその理由を確認した上で、対応するとなっております。マニュアルどおりに対応したかということに関しては、物件事故だからといって被害者に不利なことがあるわけではございませんし、その1つ1つのデータを持っているわけではありませんで、なかなか検証は難しいですが、引き続き事故の届出がしっかりされるように促してまいりたいと思います。
長 島 常 任 理 事	そここのところをきちんとされなければ様々な場で厳しく正させていただきますので、よろしくお願いします。

#### 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〕

基準案につきましては、昭和59年の自賠責審議会答申で基準案が全国に浸透し、定着した段階で制度化を図るとされているわけですが、直近の平成28年2月に最後に移行した山梨県を含めまして、移行率が低い地域を中心に定着を目指すことが重要と考えております。これまで基準案は全国的に活用できる資料が必ずしもなかったため、2021年度は冊子、チラシ、動画を作成しております。

	<p>すでに医師会様にご提供申し上げておりますが、必要に応じて、委員の皆様にご紹介をいただければと思います。</p> <p>併せて制度化につきましては、前回 2019 年の意見交換会でご指摘をいただきましたが、金融庁、国土交通省など関係省庁のご判断も重要だと思っておりますので、基準案の一層の定着が図られた段階で、関係省庁と連携しまして制度化を進めていくことになると思っておりますので、まずは定着を図ることが重要だと考えております。</p> <p>基準案の定着につきましては、採用は個々の医療機関の意思に委ねられており、損保会社からの活動には限界があると思っておりますので、ここは日本医師会様ですとか、都道府県医師会の皆様方との連携が不可欠だと考えておりますので、引き続きご協力を賜ればと思っております。</p>
	<p>〔主な意見交換〕</p>
茂松委員長	<p>新基準についての普及啓発を今行っているということで、冊子、チラシなどを作っていただいておりますので、損保側もご理解をいただいているということでよろしいでしょうか。</p> <p>三者協議会でまとまれば、国土交通省または金融庁などが関与してくるのがいいのかなと思うのですが、その方向で進んでいくということで理解をしてよろしいでしょうか。</p>
損保協会	<p>現在の基準案を定着させていただき、定着した段階で制度化について、次のステップに入っていくということでございます</p>
長島常任理事	<p>病院等で進まないのであれば、制度化させれば病院もすべて移行するでしょうし、一方で病院がすすまないと制度化できないという意見がでやすいので、できるだけ病院等でも、採用できるような形にしながら制度化を進めていければと思います。</p>
茂松委員長	<p>○制度化されればよいと思いますが、その際に柔整対策も盛り込んでいただければありがたいと思います。</p> <p>それにつきましては日本医師会も方向性をまとめておりますし、柔整の治療期間というものを取り締まるということも 1 つの考え方にあるのだと思います。その辺は損保協会のご意見は同じではないかなということですがいかがでしょうか。</p>
損保協会	<p>ありがとうございます。柔整はおっしゃるとおりと思いますが、次のところでご回答したいと思います。</p> <p>○損保側の制度化の考えとして、弁護士の先生から聞いたことがあるのですが、法制化をまったく考えていない。医療費の定額化は難しいのではないかと損保側がおっしゃっていたということです。以前からあまり熱心じゃないなという印象を前からもっておりましてその理由をお聞かせください。</p>
損保協会	<p>まずは基準案を定着させて、次に制度化について検討したいと思っております。ただ過去の論議でもありますが、制度化するといったときに健保や労災等の関係がでてくると思っておりますので、このあたりは慎重に法令との関係を踏まえて被害者の方の救済の観点からもをしっかり研究しなければと思っております。</p> <p>○積極的に話を進めていただけるということで認識しましたが、よろしいでしょうか。</p>
損保協会	<p>現在の基準案の状況を踏まえて次のステップは検討して参りたいと思います。</p>

茂松委員長	全国的に新基準の採用が増えてくればというご意見だと思いますが、とにかく、いくつかの地域で新基準の採用が少ないということが一番ひっかかっているところだろうと思うのですが、そういった地域が定着してくればという意見ですが積極的にとらえていくということで理解をしたいと思いますか。
損保協会	医療費適正化に繋がるというのであれば、積極的にトライさせていただければと思います ○診療費算定の手引きですが、これは交通事故診療を知らない内科の先生方も参考になると思うのですが、2ページ目で作成経緯で1969年自賠責審議会答申により、医療費の過剰診療による保険金の支払いを防止するための措置が必要と書いているのですが、実際はそうでなくて一部医療機関等の医療費請求額が課題であることが指摘され、責任保険の医療費支払いの適正化が要請されたということで、いかにも欲張り村の村長がいるみたいな書き方をしているのでこれを直していただきたいのですがよろしいでしょうか。
損保協会	ご意見ありがとうございます。ご意見を持ち帰らせていただきまして検討させていただきたいと思います。 <b>議題3：柔道整復について</b> ○柔道整復師については、医療現場ではトラブル事例が後を絶たない。損保各社及び業界における柔整への適正化への取組みなどを踏まえつつ、今後の対応について確認したい。 〔日本損害保険協会からの回答〕 柔道整復師からの請求につきましては、1件、1件必要かつ妥当な範囲かどうかを判断して保険金をお支払いしております。 施術部位につきまして、交通事故による負傷の場合は、保険会社で事故の当事者に対し、事故状況や受傷状況を改めて確認するとともに必要に応じて実際に診断をされた医師に意見を求めるなどして、適正な支払いに努めております。 損保協会としましては、引き続きそれぞれの事案をご担当された医師のご意見を賜りながら事案を精査していければと考えております。 もし、具体的な交通事故のトラブルなどがありましたら、ご指摘いただければ各医療協議会等を通じて解決を図っていければと思っております。 〔主な意見交換〕 ○交通事故診療における柔道整復師の施術費について、自賠責保険は強固な態度ではなく、ある程度容認しているのだと思います。労災も柔整を容認しております。損保の現場の担当者と話しても、実際に現場対応となる損保担当者の方々と、この会にご出席されている各損保会社の上席の方々のご意見と少し温度差があるように思います。 損保業界内で意思統一していただいて、対応していただくことが必要だと思います。 例えば、一部の整骨院が患者さんに対し還元金（キックバック）についてはどのように取組をされているのか、現場ではかなり問題になっていると思うのですが 今、ここに参加されている方々は、そういった問題をご存じなのか、ご存じであれば対応されているのかお聞きしたいと思います。
損保協会	損保の実態として、容認しているというお話がありましたが、柔道整復



	<p>師の請求については国家資格に基づいておりますので、損保協会として一律に駄目だというのは難しいというのはご理解いただければと思います。</p> <p>柔整師の問題は社会的な問題となっており、そのような認識を持っております。</p> <p>第一線との乖離というお話もありましたが、今ここにいる損保業界のメンバーも最近までは第一線にいたと思いますので、問題認識は皆もっていると思っております。</p> <p>施術期間や施術頻度の妥当性については、医療機関への受診を促しながらと思っておりますし、現にある事案についてはしっかり対応していきたいと思っております。</p> <p>各地区によっては、調査事務所と連携して個別に相談を行うところもありますのでそのようなものも活用して参りたいと思っております。</p> <p>○ 柔整の請求をみると、医療機関が2部位の治療をしていることに比べ、5箇所、6箇所の施術をしている事案があります。それを損保側が認められると、医療の判断よりも柔整の施術の判断を優先されていると思われるのと、自賠償の上限120万がすぐに上限に達してしまうと、被害者への損失になる可能性もあるので、きちんと伝えられているかどうか、問題があると個人的に思っています。</p>
損保協会	<p>おっしゃるとおりかと思います。1つは部位の問題、診断していただいた医師と施術部位があっているかどうか、他部位、長期施術、施術頻度が非常に多いなど、着眼点はあろうかと思いますが、1件、1件精査をしておりますし、地区においては調査事務所と連携して対応していると実態にあります。</p>
長島常任理事	<p>被害者救済の観点からすると、柔整にかかることで施術の長期化や後遺障害が残しやすいということがあってはならないわけですが、その辺の分析をしっかりしていただきたい。その結果を報告してください。</p> <p>それから問題が起こらないためには医師がしっかり診断している、医師が関わっていることがきわめて重要でなおかつ有効です。必要に応じて医師の判断を求めてという発言がありましたが、1か月を超える場合は必ず医師の診断を求める。あるいは、柔道整復と医療機関を同時にやっている場合は、医療機関に必ず柔道整復施術の必要性の判断を求めるというような明確な医師の関わりや、診断を求める基準、マニュアルを作るべきだと思います。そういう形で必ず、特に長期化を防ぐべきで、これは損保各社の内部でできることなので、現在、医師の判断を求める基準があるのかここを教えてください。</p>
茂松委員長	<p>よく現場では月に1回は医師の受診をしてくださいね。と言われている方が多いのですが、そういうふうに教育されているのかと思いますが、柔整で治療した内容と医師が治療している内容は全然異なる場合もありますし、柔道整復師に関わると医師が診療に責任を持っていないということがありますので、医師の判断により基準を付けてもらうというのが大事なことだと思うのですがいかがでしょうか。</p>
損保協会	<p>先ほど、必要に応じてとお伝えしたところがやや誤解を招いたようですので、少し修正をしたいと思います。問題が発覚した時には必要に応じて医師の診断を求めるようにというのはあると思えますし、診断のところで業界で統一した指針をだしているのではなく、各社で一定の考え方をもっているのではないかと思います。基本的には柔整に施術にいかれている方は定期的に医療機関への受診をアドバイスする対応をして</p>



長島常任理事	<p>いると認識しています。</p> <p>そここのところも被害者救済、長期化を防ぐ点からしっかりとさせていただきたい。</p> <p>例えば、1 か月を超えたら必ず判断を求め、そこで不要などの判断がでたら支払わない、あるいは継続して医療機関にかかっていない場合は支払わないなど、基準を是非作っていただきたいと思います。また、医師ができるだけ診断書の中に、柔道整復の施術の必要性の有無を書いていただくということを医療機関に求めていただきたいと思います。</p> <p>○担当者が医師の同意があればという責任転嫁的な説明はやめていただきたいというのと、柔整だと指示書がありますが、我々が同意を拒否したとしても診断書1枚が指示書に変わって、それが施術許可書になっているのです。その実態を現場に指導していただきたい。我々診断書を書く際にどこに提出するのですかと確認するのですが、それが被害者の方がはっきり言わずに診断書を持って帰って、実はそれが柔整の同意書の代わりになっているということは正していただきたいと思います。</p> <p>○柔整の施術の期間が、相原先生の資料をみると100日を超えている。そもそも柔道整復師は、急性期の治療しかできないことになっていますが、協会けんぽの資料だと3か月までは認めることになっています。自賠責では3か月を過ぎて6か月以上過ぎている人が10%くらいいるようなのですが、支払いはスムーズにやっているのでしょうか。</p> <p>支払い拒否などはしていないのでしょうか。</p>
損保協会	<p>個別事案なので、はっきりとした回答になりませんが、因果関係が認められない場合には、支払い拒否のケースなどはあるかもしれません。</p>
茂松委員長	<p>現場では3か月でも、払われているのです。ダラダラと払われていることに問題点があって、接骨院、柔整は1か月までが基本だと思います。それが3か月も半年も払われていることに我々は問題があると思っています。ところなので、その辺注意をしていただければと思います。</p> <p>○物件事故とも関連するのですが、物件事故のうちの何%くらい、あるいは交通事故全体の何%くらいが柔整に関わっているのか、あるいは物件事故で40%くらいは柔整の方に誘導されているというような話を聞きますが、その辺のデータを示していただければと思いますがいかがでしょうか。</p>
損保協会	<p>物件事故扱いの増加と柔道との関係性かと思いますが、柔整の施術費ですと件数が増加傾向にあったと思いますが、その要因は基本的には柔道整復師の資格者や施術院の数が全国的に増えてきたことで受診者が増えた要因と考えております。ただ、全体的な傾向としては2015年度から減少傾向となっていますので、物件事故と直接関係のある話ではないと考えております。</p>
茂松委員長	<p>データがあればまた次回でも出していただければと思います。</p> <p>○上席の方と末端の代理店の方との認識に大きな差がある点については、どう会社ごとに徹底していただくかという問題とテレビCMを観ていて対人対物無制限という言葉が一人歩きして、自賠責の120万円の上限を被害者はわかっておらず、CMの仕方などを損保会社に考えていただかないと被害者の方が救われないのではと考えております。</p>
茂松委員長	<p>自賠責の範囲が120万円ということで今の時代に即していないということだろうと思うのですが、これについてはいかがでしょうか。</p>
損保協会	<p>我々、加害者側の代理人の立場で被害者のお怪我の損害賠償をお手伝い</p>

	しておりますので、基本的に自賠責は120万円までで、120万までしか払いませんということではなく、その上の任意を含めて対応しているのがほとんどのケースだと思います。1件、1件適正な中できちんと相手の治療費を対応していきたいと思っております。
茂松委員長	実は現場では120万円の上限を加えられているということで、任意の保険のほうからあまり出したくないという保険会社の意向もあるのではないかと捉えられるところもあります。
	○120万円というのは、数十年前の設定金額なのです。現実問題、うちの病院に骨折で自賠責の人が入院すると1か月で120万円は超えてしまいます。今、任意保険と抱き合わせの話をしていますが、自賠責しか入っていない加害者がいた場合にどう対処するのでしょうか。この120万円は時代的には金額がものすごく低いので、上げるという保険会社の考えはないのでしょうか。その場合、金銭的にマイナスになるか、その辺も教えてほしいのですが、よろしくお願いいたします。
損保協会	自賠責しか入っていない方の場合、被害者の方が加害者に直接請求していく、いわゆる被害者請求のパターンの場合、自賠責の120万円までの補償になると思います。
	逆に加害者の方が被害者にお支払いする場合は、適正な賠償額の中で加害者が120万円を支払うにあたって、相手の方にどこまでお支払いするかになります。120万円の限度額は国交省の制度の中で、過去の歴史もあり関係省庁と協議していく内容と理解しています。
茂松委員長	我々としては、数十年前に決められた120万円ですので、物価が上がった中で120万円というのは枠を超えてしまう。その上限を引き上げようじゃないかということをお話しているのです。そのことについては保険会社はどのようにお考えでしょうか。
損保会社	私の個人的な見解だが、ある程度任意保険が普及しているので、自賠責保険と任意保険の組み合わせの中で一定程度機能していると考えております。
茂松委員長	我々としては任意保険が払われていないと、上限120万円で抑えようという考えがあるんじゃないか。任意保険はあまり使われないということでありましたが、実際、運営から見ると払われていないという数字が挙がってきていると思うのですが、その変のことも含めてのお話でございませう。
長 島 常 任 理 事	去年と今年の金融庁の審議会で私から120万円というのは数十年前に決まったことで今は人件費も医療費も大きく上がっているんで、もっと上げるべきだと、今年では自賠責の保険料率を下げるという議論があったので保険料率を下げるというのもあるけれども保険料率を下げずに120万円の方を上げるという考え方もあるのではないかといいことで、これは継続して提言してまいります。保険者にお聞きしたいのは120万円を例えば150万円なりに上げれば、任意保険から出す部分が減るので保険会社にとってメリットがあるのではないかとおもうのですがそのあたりはどうなのでしょう。
損保協会	先生のおっしゃっていただきましたのは、個別事案で200万円払っているケースを例に取ると、自賠責が120万円、任意が80万円ですが、保険の普及や保険料の問題もあるので、任意保険と自賠という形で一定程度社会の中で定着している仕組みの中でどうするか、関係省庁としっかり今後、論議していかなければならないと思います。

長島常任理事

実態として120万円に収えようという動きが保険会社の現場にはあるとよくお聞きしますので、そういう無理なことをしないで済むという現場にもメリットがあるかと思います。先ほどから、いろいろなことで保険会社としてはやっているといいますが、現場では実現していないことが非常に多い。例えば日本医師会が会員に対して様々なアンケート調査を行って実態はどうかと明らかにしておりますが、保険会社も現場で実態はどうかという調査をやってください。実際にされているのか、その実態を明らかにするとともに、それが必ず実現させるためのマニュアルなり研修会なり、こういうのをしっかりやりましたという実績を是非、来年示していただければと思います。以上です。

○120万円の話ですが、例えば怪我して救急病院に入ると、その後後療法を頼まれると、患者さんは全て健保を使っています。要するに120万円以内に収めようとするから、こういうことになるので、金額的に無理があると思うのです。うちの病院に入院するような患者さん例えば手術しなければとか、そういう場合は必ず健保を使ってほしいという話がある。現場では出ているのです。だからこれは少し、現実の金額との駆け引きでうまく時勢にあっていないと思います。

茂松委員長

医療側と損保側でのずれがあるのかもしれませんが。オンライン形式で会議をしますとなかなかうまく意見交換ができないのは非常に厳しいなと思うところがあります。

これについては、顔と顔をつけあわせて本当にお話をしていけないといけないのかなと思うところがあります。

#### 議題4：その他（質問事項）

○損害保険料率算出機構から医療機関に診療録の開示を請求することがあるか。

（法的根拠、拒否できるかも含め回答いただきたい）

質問にいたった経緯を説明させていただきます。

被害者は71歳女性、平成31年2月21日、軽自動車乗車中にトラックに後方より追突され重傷、A医療機関で令和元年9月末まで治療、その時点で後遺障害診断書が作成されています。その後患者は、令和元年11月1日に健康保険証を提示しB医療機関を受診、そこでは「腰部脊柱管狭窄症、頸部脊椎症、変形性胸椎症」のいわゆる私病の病名で令和2年4月13日までリハビリ等を加療し経過しました。その間、交通事故の第三者行為による傷病届の提出は健保にはありませんでしたし、主治医も交通事故に起因する長期治療でないことは患者に説明しておりました。しかし、いきなり令和3年5月6日にB医療機関あてに、損害保険料率算出機構 高松自賠責損害保険調査事務所の事務方より文書で患者の治療期間すべての診療録の開示請求がありました。主治医は交通事故と一切関係ない私病に対する治療であり第三者行為による傷病届もでていないのになぜ診療録が必要なのか尋ねると被害者救済のため病名が知りたいといわれたそうです。

B医療機関は紙カルテであり、1年前のカルテは倉庫に保管していて、カルテのコピーには人手も時間もかかるからレセプトのコピーではだめかと聞くと、やはり診療録のコピーがほしいとの一点張りでしたので、県医師会に相談があり、三者協議会にかけます。その場で私が高松自賠責損害調査事務所に聞くと、被害者救済のために必要だとの一点張りでした。交通事故とは一切関係のない私病のカルテがなぜ必要かと聞くと、病名が知りたいとの返事でした。病名が知りたいのならレセプトの写し

	<p>でいいはずという、それも駄目だとのことでした。そこで、B医療機関の診断書に病名と通院期間と治療内容さらに交通事故に起因する治療は一切行っていないと記載するのはどうかと提案すると、持ち帰らせて相談させてほしいとのことで、後日それでよいとの結論になりました。以上が経緯です。私が質問したいのはB医療機関が非常に立腹されておりますので、私の経験上、損保会社が診療録開示を請求されたことはありません。また、三者協議会の当日参加していたすべての損保会社がこのケースの場合診療録開示請求はしないとの回答をしました。それなのになぜ損害保険料率算出機構が診療録開示にこだわったのかとそういう質問でございます。</p> <p>〔損害保険料率算出機構からの回答〕</p> <p>補足をさせていただくと、本件は一旦後遺障害の非該当の判断をさせていただいた後に、異議申し立てが行われた案件でございます。意義申し立ての中でB医療機関の方で治療をされたということについて、私共の調査事務所の方では今の私病の関係も含め、情報が基本的にまったくありませんでした。その治療の内容も含め、後日照会をさせていただいたということで、被害者である患者さんの同意を得た上で最終的にカルテ等の写しの提出を求めさせていただいたというものでございます。被害者側の提出資料に基づいて私病かどうか、私共で調査をする段階で分からない場合は、カルテや医療照会という形でご紹介をさせていただくということもございますので、本件もそういう内容だと承知をしておりますが、今後もカルテ提示を求めることにつきましては、私共としても慎重に対応していきたいと考えております。</p> <p>〔主な意見交換〕</p> <p>○診療録の開示は一般的に行われているということでよろしいでしょうか。</p> <p>料率機構 事実関係として調査をしてく中で、例えば私病かどうかの判定をする場合、医療機関に患者様の同意書を私共でとった上で調査をさせていただくということは一般的な考え方としてあります。</p> <p>料率機構 ○それがなぜ診療録なのでしょう。病名だけでよいならレセプトの写しでよいと思います。</p> <p>料率機構 やみくもにカルテ開示をお願いするということではなく、当然、レセプトのご照会をさせていただく方法もっておりますし、レセプトの照会がかなわないのであればカルテの提示をお願いしますということです。</p> <p>料率機構 ○このB医療機関には、5月6日にいきなりカルテ開示のようです。香川県の三者協議会に参加していた損保各社もいきなりカルテ開示は行き過ぎていないのかという発言がありました。</p> <p>料率機構 本件のことも含めまして、カルテの提示を求めるということに、私共も必要があればこれからも行わなければならないと思いますが、進め方の部分についてはより慎重な対応をさせていただきたいと思います。</p> <p>○B医療機関の先生はかなりご立腹されておりますのでよろしくお願い致します。</p>
--	---



#### Ⅳ労災・自賠責に関するアンケート調査＜概要版＞

（はじめに）

今期の委員会については、労災・自賠責に関するアンケート調査を実施することで地域ごとの状況を踏まえ検討していくこととした。

都道府県医師会に協力依頼し、労災保険は労災審査員に、自賠責保険は医療機関（病院・診療所）を対象として回答を得ている。

対象となる審査員数及び施設数は労災保険アンケートでは 230 人（審査員）、自賠責保険のアンケートで 445 施設（医療機関）となっている。

主な設問として高齢労働者の労災診療における審査上の問題、新型コロナウイルス感染症の影響による労災請求上の問題、外国人労働者の労災診療上の問題、労災診療費審査基準の開示状況等について回答を得ている。特に高齢労働者の労災診療における審査上の問題については、令和 4 年度労災診療費算定基準の改定の追加要望として取りまとめ提出している。

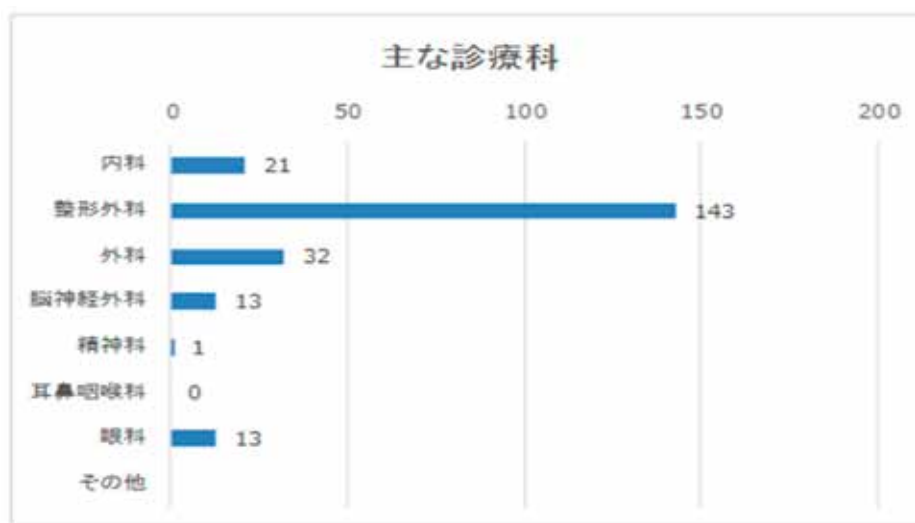
また、自賠責保険についての設問としては、交通事故診療における健保使用時の損保会社の対応、健保使用時に起きる問題事例、損害保険会社（担当者）や交通事故被害（患者さん）とのトラブル事例について、自賠責保険の支払限度額（120 万円）の上限を超える事例、近年増えている「物件事故扱い」の損保会社の対応状況、柔道整復師の対応等について現場の声をとりまとめている。





労災保険に関するアンケート調査  
【労災保険関係】  
～労災審査員向け～

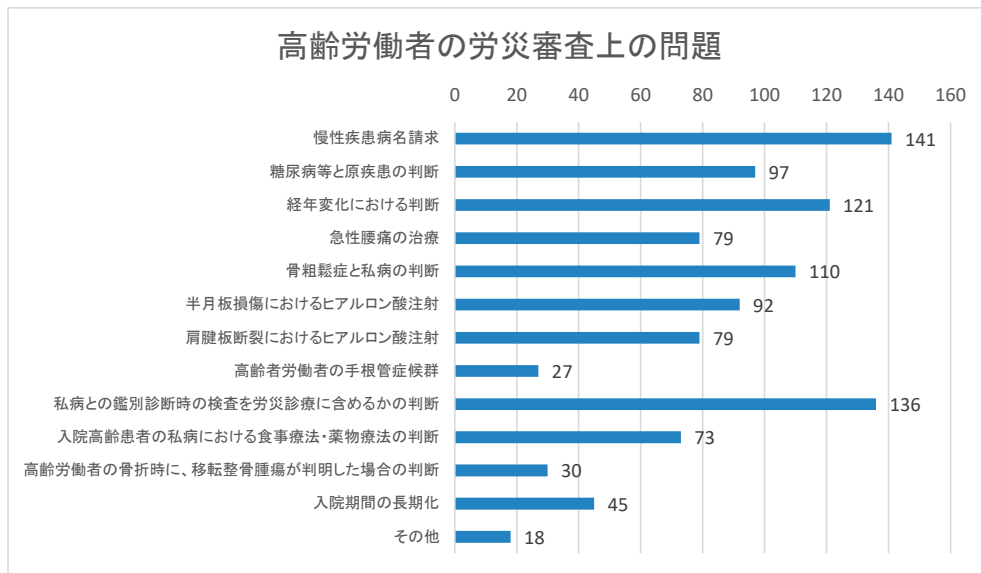
- 1 主な診療科を選択してください。（1つ選択してください）



## 2 高齢労働者の労災診療における審査上の問題としてどのようなものがありますか。下記より該当するものをお選びください。（複数回答可）

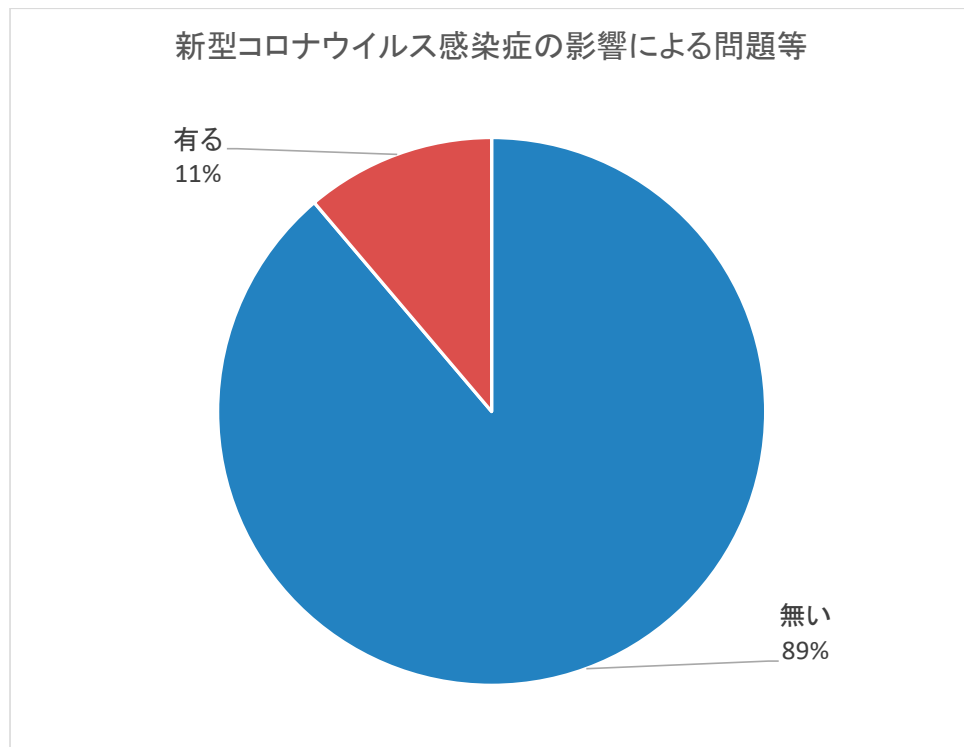
高齢労働者の労災診療における審査上の問題として、「慢性疾患の病名での請求」が 141 件で最多、「私病との鑑別診断時の検査を労災診療に含めるかの判断」が 136 件、「関節周辺損傷（変形性関節症）の経年変化における判断（私病との判断）」が 121 件となっている。特に、慢性疾患の病名での請求については、外傷名のない病名での請求があることから審査が混乱しているようである。外傷病名を記載した上での基礎疾患・慢性疾患病名の記載のルール化等の対応が必要と考えられる。

当該設問については、令和 4 年度労災診療費算定基準の改定に向けての要望事項の追加要望としてとりまとめ提出している。（7 ページ 参照）



### 3 新型コロナウイルス感染症の影響により、労災請求上の問題や困っていることはありませんか。

新型コロナウイルス感染症に関連した労災請求上の問題の有無については、「無い」が201件で最多、「有る」が26件となっている。特に「有る」について、内容をみていくと新型コロナウイルス感染症の診療上での検査に関し、審査基準や項目が定められていないため過剰な検査がみられなどの意見が多い、また今回は不測の緊急事態であったため、労災の適応範囲が明確でないことから、審査及び請求上での混乱が見受けられる。

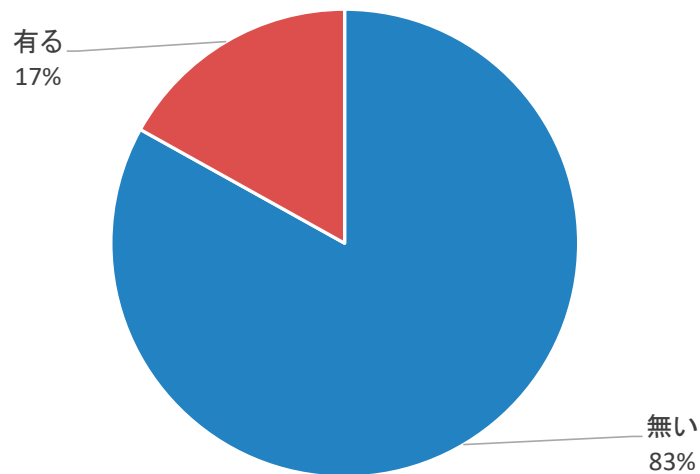


#### 4 外国人労働者への労災診療において問題や困っていることなどはありませんか。

外国人労働者の労災診療について問題の有無については、「無い」が 188 件と最多、「有る」が 39 件となっている。

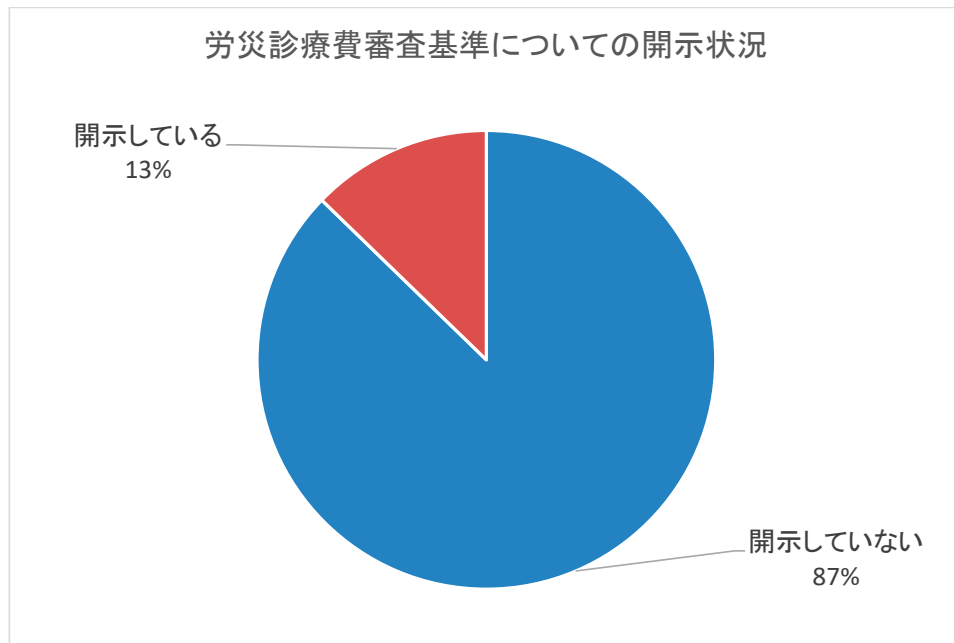
「有る」についての具体的な内容としては、特に「言語トラブル」によるコミュニケーションの問題が多く、言葉の壁により診療における意思疎通の困難さが確認できる。次いで「勝手にしばらく受診しない」、「勝手な自己都合の良い判断をする」、「痛みがオーバーリアクション」など、国民性の違いと思える対応の困難さが確認できる。外国人労働者の労災保険請求について、制度周知の観点から厚生労働省は「労災保険請求のためのガイドブック（外国語版）」（13 ページ）厚生労働省との意見交換会を参照）などを作成し周知活動を行っているが、現場に即したさらなる対応が必要である。

外国人労働者への労災診療の問題点等



5 労災診療費審査基準について、医療機関に査定が多い事例など、審査基準が開示されていますか。

都道府県との労災診療費審査基準についての開示状況としては、「開示していない」が188件、開示しているが28件となっている。  
開示している地域の対応としては、「返戻時や査定時に医療機関に審査基準を情報提供」、「広報誌にて疑義事案検討結果を開示」、「毎月保険請求上の問題を、県内会員に情報提供」等、地域によって様々な開示方法が確認できる。都道府県ごとの開示内容の詳細については107ページをご参照ください。



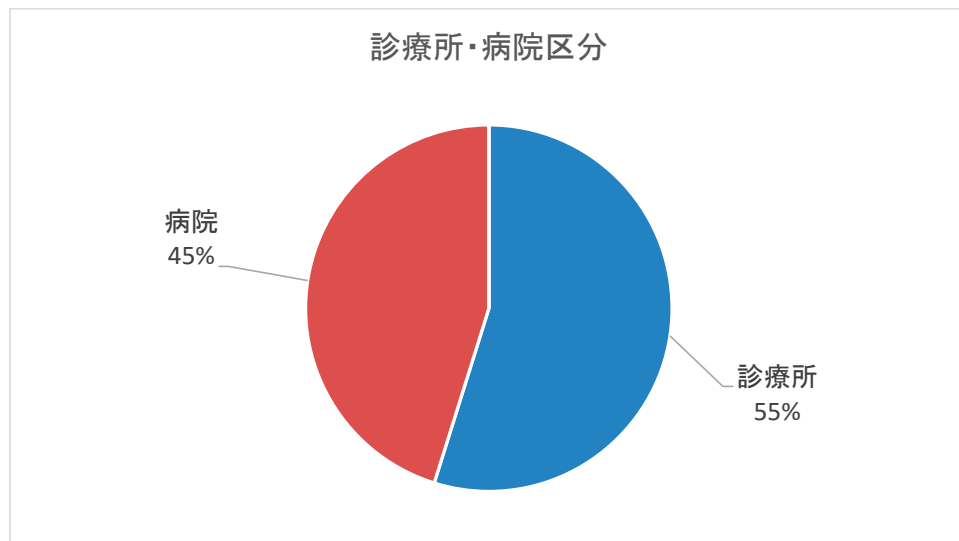
6 労災保険に関してご意見・問題点等の自由記載欄については109ページを参照ください。



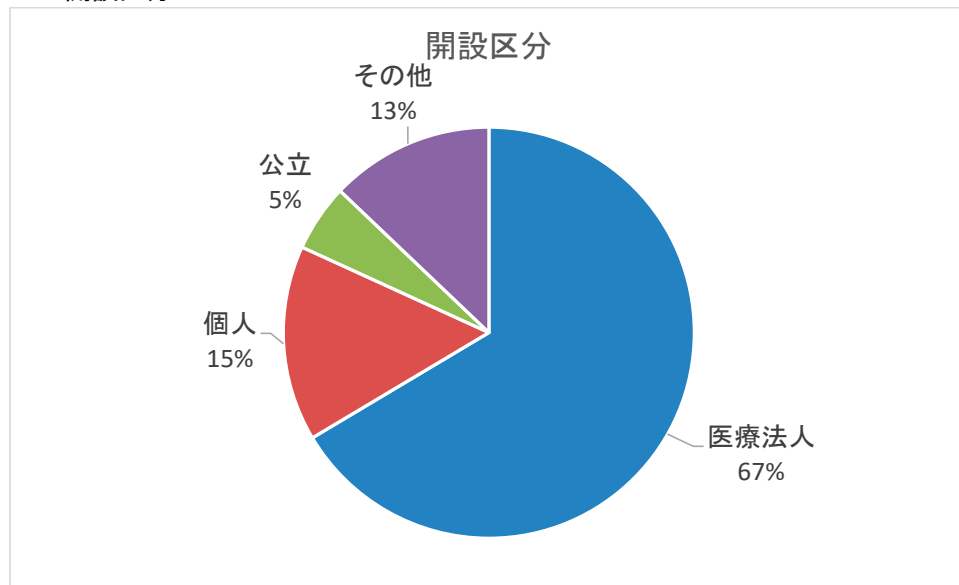
## 自賠責保険に関するアンケート調査 【自賠責保険関係】 ～医療機関（診療所・病院）向け～

次の設問 1 ～ 11 について、お答えください。

### 1 診療所・病院区分



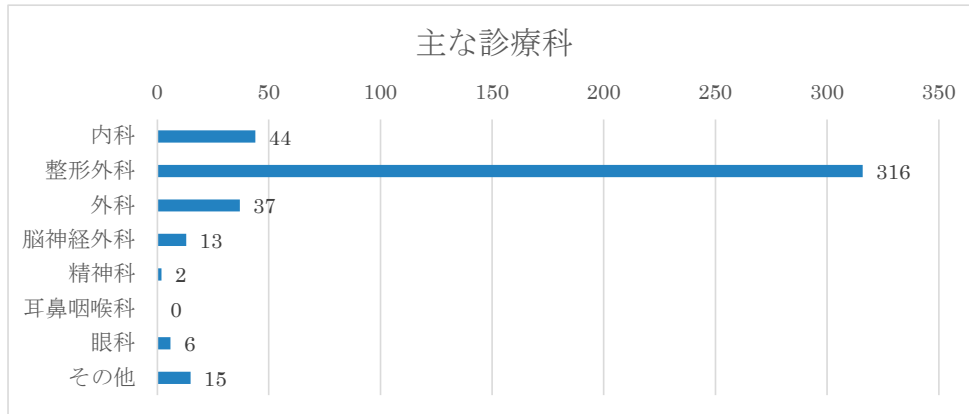
### 2 開設区分



### 3 主な診療科（１つだけ選択してください）

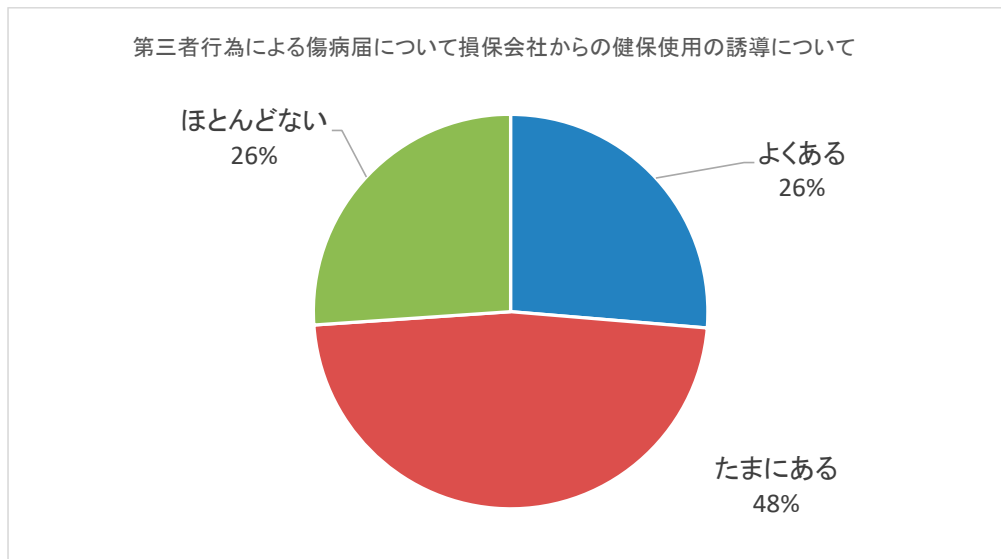
整形外科が（316 件）と最多であり、内科（44 件）、外科（37 件）などとなっている。

「その他」としては、総合病院、救命救急センター、リハビリテーション科、小児科、「診療科が複数ある」の回答が含まれている。



### 4 交通事故診療を健康保険（第三者行為による傷病届）で行うにあたり、損保会社から健康保険の使用を患者さんが誘導され、健康保険での診療となるケースはこれまでありましたか。

「たまにある」が 208 件で最多、「よくある」が 114 件、「ほとんどない」が 115 件となっている。損保会社の健保使用の誘導は、以前から問題視されているが、改善の傾向がない。引き続き各地の三者協議会や損保協会への働きかけが必要と考えられる。



5 交通事故診療を健康保険（第三者行為による傷病届）で行っている場合において、自賠責診療費の一括請求や健保使用時の一部負担金の支払いなどによるトラブルなど、健康保険を使用した際に起きる問題事例やお困りのことがありましたらご記入ください。

健保使用時の具体的なトラブル事例については、自由記載となっているが主に6つに分類した。

特に回答の多かった「損保会社の健保誘導や対応事例」としては、健保使用時の窓口負担金について損保会社担当者の事前の説明不足により、患者さんと支払トラブルになるなどの回答が多くみられた。また、そういったトラブル事例を事前に回避する医療機関の取り組みとして「診療時の医療機関ごとの対応例」をみていくと、健保使用を要求されても新基準での診療や自由診療としたり、健保使用となる場合は第三者行為届けを行い、窓口負担があることなどを事前に説明の上、診療するなどの対策をとっていることが確認できた。その他「診療時や請求時の煩雑さの事例」をみていくと、保険証の提示の遅れや第三者行為届けの記載が不十分であることなどから支払いが遅れる事例、自賠から健保への切替時の事務手続きの手間、私病など他の疾病の診療を同時に行った場合の分別の煩雑さなどが確認できた。

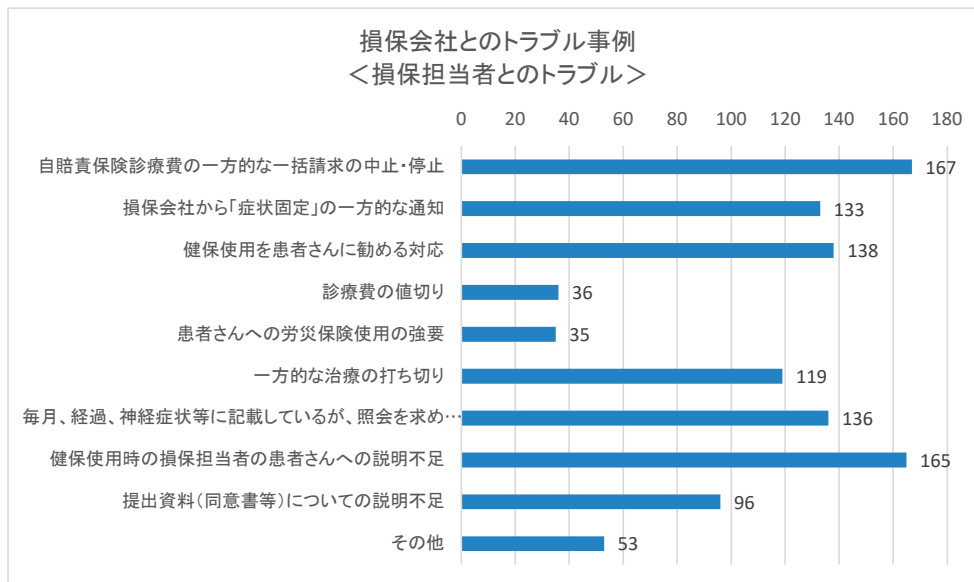
そのほか「診断書に関するトラブル事例」、「患者さんとの支払いトラブル事例」などについてとりまとめている。（詳細については117ページを参照）

6 交通事故診療における損害保険会社の担当者とのトラブル事例について  
交通事故診療に際し、損害保険会社（JA・全労済・全自共含む）又は患者さんとのトラブルや困った事例がありますか。当てはまるものを選択ください。（複数選択可）

#### ＜損保会社とのトラブル＞

損保会社担当者とのトラブル事例として、主に「自賠責保険診療費の一方的な一括請求の中止・停止」が167件で最多、「損保会社の担当者から患者さんに対して健保使用することでの説明不足」が165件、「健保使用を患者さんに勧める対応」が138件、「毎月のレセプト診断書等に症状の経過、神経症状等詳細に記載しているが、症状の照会を求めている」が136件、「損保会社から「症状固定」の一方的な通知」が133件となっている。

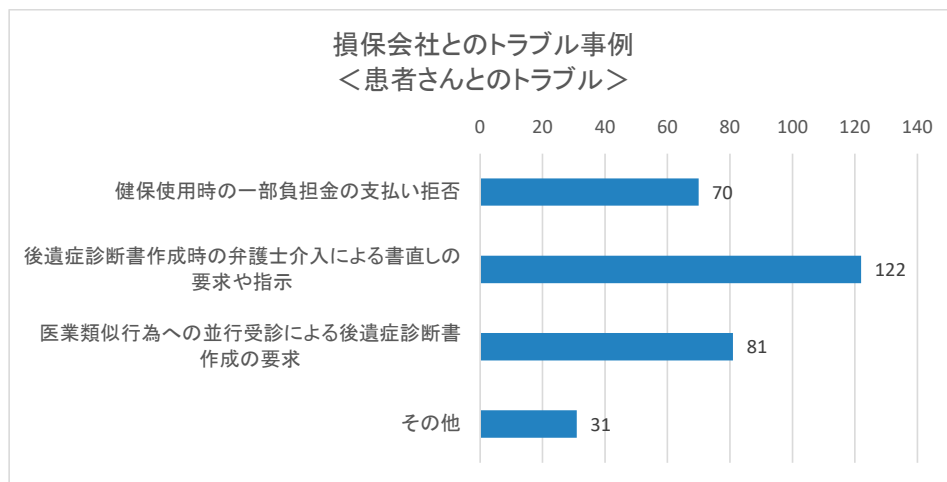
「その他」の回答については、主に「保険会社の未払い」、「損保担当者の対応力不足」、「同意書の提出遅延」などについて、より具体的に回答を得ている。



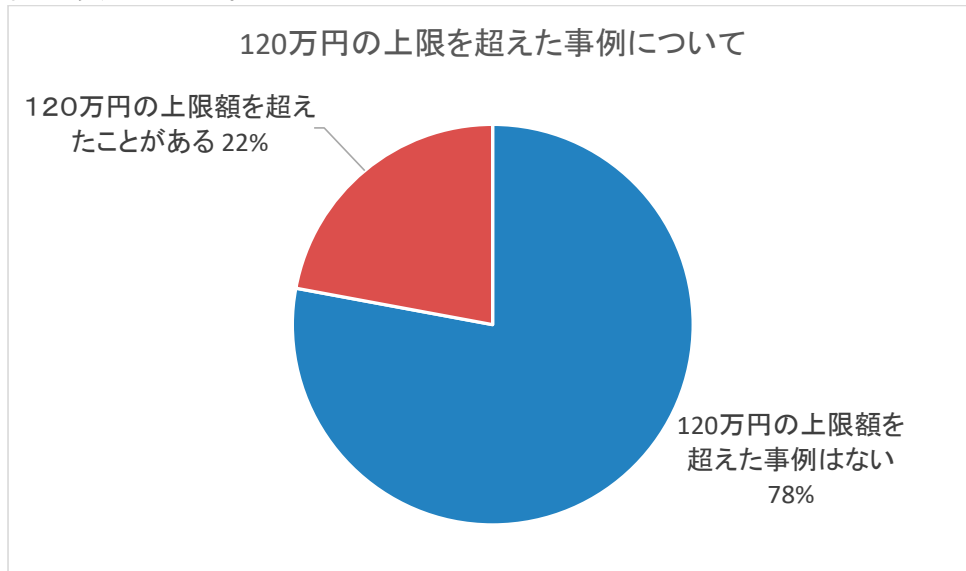
### ＜患者さんとのトラブル＞

患者さんとのトラブルは、「後遺症診断書作成時の弁護士介入による書直しの要求や指示」が122件で最多、次いで「医業類似行為への並行受診による後遺症診断書作成の要求」が81件、「健保使用時の一部負担金の支払い拒否」が70件となっている。

「その他」についても弁護士による後遺症診断書への記入内容の指示、医業類似行為にいたっては、医療機関と接骨院などの平行受診の報告やトラブルなど選択式の設問と同様の内容の回答を得ている。

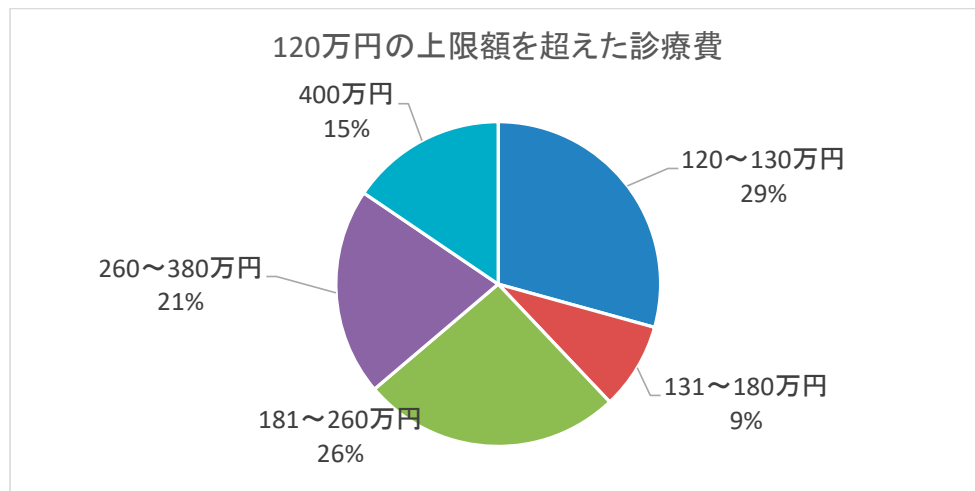


7 自賠償保険の支払限度額（怪我の場合）は、120万円の上限（慰謝料・休業補償等含む）となっておりますが、貴院において120万円の上限額を超えた事例はありますか。



8 設問7で「ある」とご回答いただいた方にお聞きします。120万円の上限額を超えた際の入院や外来の平均的な金額及び診療科についてご記入ください。

120万円の上限を超えた際の医療費については、金額のグループごとにみていくと「120～130万円」が最多で17件、「181～260万円」が15件、「260～380万円」が12件、「131～180万円」が5件、「400万円以上」の高額なケースが9件となっていた。入院すると120万円を超え、高額なケースだと1千万円を超えるとの回答を得ている。今後、新基準の制度化の議論を進める中で120万円の限度額についての検討も重要な検討課題といえる。



8-2 120万円の上限額を超えた際に、損保会社や交通事故被害者の方とのトラブル事例等がありましたらご記入ください。

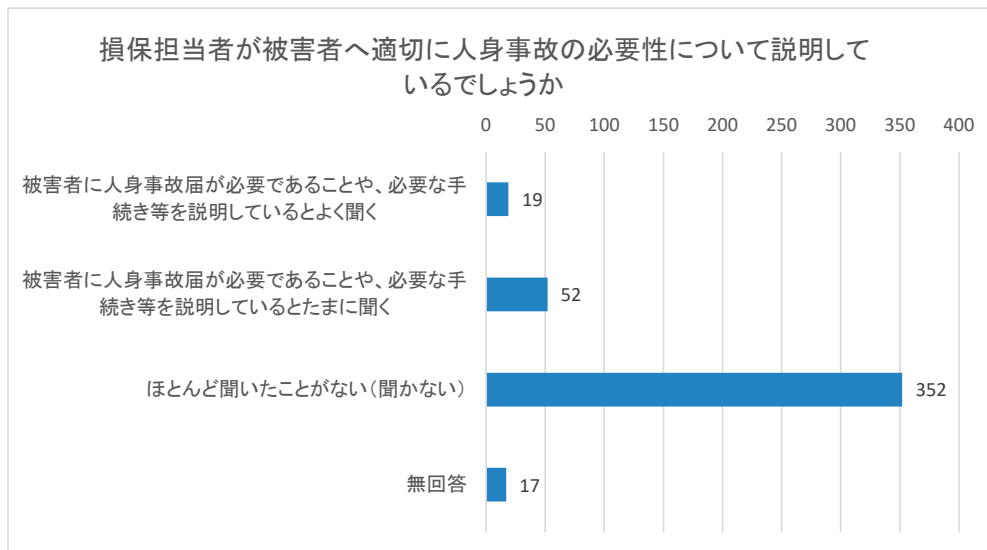
上限額を超えた際のトラブル事例としては、「健保使用や値切り」として入院や手術になると損保会社が健保使用を勧めてくる事例や、「支払い遅延」をみると、診断書、明細書は既に送っているが診療費の入金が遅い、審査に時間がかかる、「未払いなど」をみると120万円を超えたことによる治療費支払いの停止、などの回答を得ている。



9 人身事故における軽傷な案件などは、「物件事故扱い」<sup>1</sup>にした場合でも自賠責保険が支払われるケースがあり、現在の交通事故案件の半数以上が、「物件事故扱い」となっていることに問題意識をもっております。

交通事故発生の際、被害者が医療機関を通院の上、診断書を警察へ届け出ることを通じて、人身事故扱いへの切り替えが行われますが、損害保険会社（加害者側の保険会社）が被害者へ適切に人身事故への切り替えの必要性を説明しているでしょうか。日々の交通事故診療の中で、被害者（患者さん）よりお聞きすることがありましたらご回答をお願いいたします。

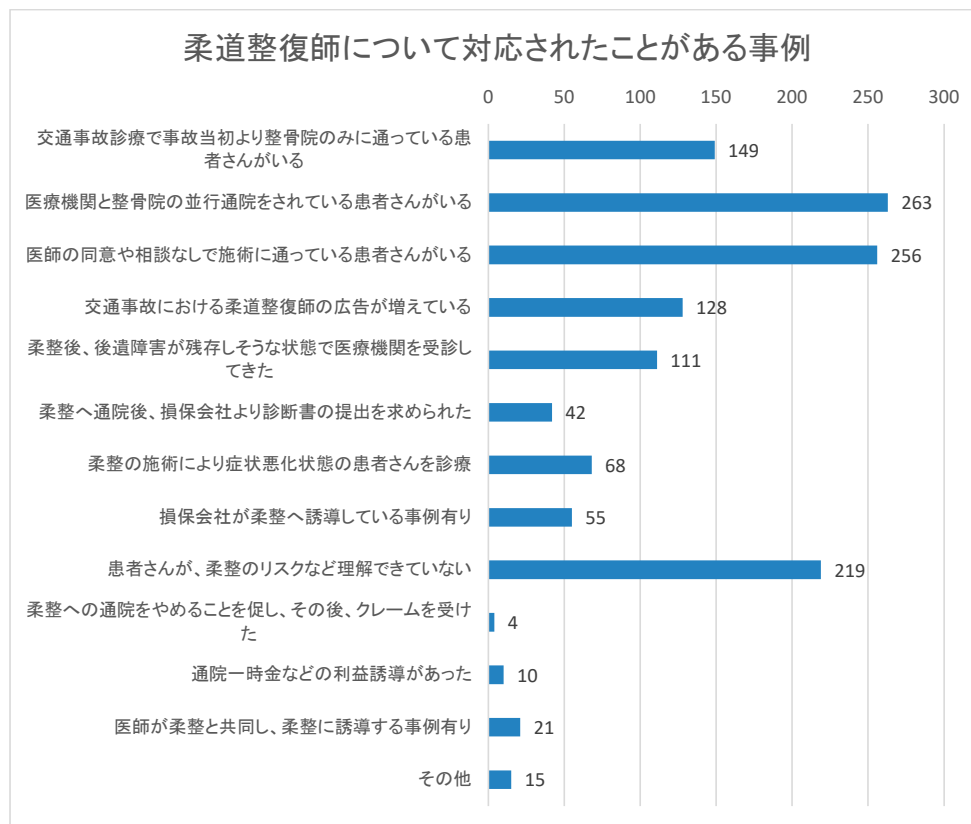
損害保険会社から患者さんへの人身事故への切替の説明については、「ほとんど聞いたことがない（聞かない）」352件で最多、「被害者に人身事故届が必要であることや、必要な手続き等を説明しているとたまに聞く」が52件、「被害者に人身事故届が必要であることや、必要な手続き等を説明しているとよく聞く」が19件となっている。



<sup>1</sup> 交通事故が発生した場合、人身事故あるいは物件事故として警察に届出がなされるが、人身事故として届出されなかったものであっても、負傷等が確認された場合は自賠責保険の支払いが行われる。近年このような支払いが増加してきている。

10 自賠責保険における柔道整復師について、対応されたことがある事例等がありましたら、当てはまるものを選択してください（複数回答可）

交通事故において柔道整復師への対応事例の設問については、「医療機関と整骨院の並行通院をされている患者さんがいる」が最多の263件、次いで「医師の同意や相談なしで施術に通っている患者さんがいる」が256件、「患者さんが、柔整へ通うリスクなどを十分に理解できていない」が219件、「交通事故診療で事故当初より整骨院のみに通っている患者さんがいる」が149件となっている。  
（詳細については141ページを参照）



11 自賠責保険に関してご意見・問題点等についての自由記載については145ページを参照ください。



## 《おわりに》

新型コロナウイルス感染症の影響により、各産業は打撃を受け、失業者は増加し、個人消費は以前よりもさらに冷え込んでいる。しかしながら、厳しい経済状態の中でも、労働者の心身両面にわたる健康は守られねばならず、労災医療を十分に行える労災保険制度の充実が望まれる。

また、団塊の世代が75歳（後期高齢者）となる超高齢社会を見据えて、高齢労働者が業務において受傷した場合でも、安心して医療機関で必要かつ十分な治療を受けられる環境を整備することが必要である。令和2・3年度の労災・自賠責委員会で行った「労災・自賠責に関するアンケート調査」では、高齢労働者の労災診療における審査上の課題が浮き彫りとなった。高齢労働者が受傷した場合も適切に治療を受け、スムーズに社会復帰できるよう、基礎疾患がある場合の労災補償範囲などについて、労災補償ガイドを作成するなど、行政として具体的に示される必要がある。

新型コロナウイルス感染症については、病院・診療所への風評被害や日々の激務などのストレス（心理的負荷）から鬱病などの精神的な疾患となってしまう職場を離れるケースが散見される。新型コロナウイルス感染症による精神障害の労災認定についても認定基準を緩和し幅広く迅速に認定し、医療従事者を支える必要がある。

更に、医療従事者が新型コロナに感染し労災認定された場合に補償金が給付される「医療従事者支援制度」を拡充するとともに、労災保険の加入が前提となっていることから、国においても労災保険・特別加入制度の周知や手続きの簡素化を図るべきである。

自賠責保険に関しては、自賠責保険診療費算定基準（新基準）の制度化についてこれまで議論を重ねてきた。明確な規定がないことによって生じる損保会社や患者とのトラブル対応、損保会社による健康保険使用への誘導の他、独占禁止法に抵触するとの疑いもあり、これらの問題を解決するため新基準の早期制度化が望まれる。

新基準は本来、自賠法・自賠法施行令による制度化が望ましいが、その実現には障壁が多く、実現に向けては、長期を要すると思われる。そうしたことから、労災診療にならって金融庁もしくは国土交通省等の担当部署の通知による算定基準の制度化を目指すことが現実的な対応ではないかと考える。

また、交通事故診療については、健康保険診療や労災診療等と同様の第三者的存在である審査支払機関が存在しない。現状、自賠責保険の運用は損保会社で行われているが、制度化を機会に保険者を国土交通省や金融庁とすることを検討していくべきであり、国が保険者となる事が困難であれば、審査支払い業務を担う第三者機関を立ち上げることが望まれる。

物損事故扱いのまま自賠責保険が支払われる事例等の問題については、被害者保護の観点から後遺症診断を遅滞なく行うためには、人身事故扱いとすべきであり、警察など行政機関との連携が必要である。

このように自賠責には問題が山積しており、損保会社や患者との対応の中で種々の問題が起こり、医療機関では本来の診療業務以外に多大な労力を割くこととなっている。また、損保側の対応への不満を抱く医療機関が多く存在している。そうしたことから制度化により明確な規定を作り、医療機関が診療業務に専心できる体制を構築すべきであり、そのためには各都道府県で抱えている問題点や意見を十分に踏まえた上で制度化の法制について自賠責審議会等で早急に検討を始めることが重要であると考ええる。

添付資料－１

次期（令和４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 中 川 俊 男 殿

次期（令和４年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書

令和２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部位の拡大」、「救急医療管理加算の点数の引き上げ」及び「コンピューター断層診断の算定の拡大」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「高齢労働者の労災診療への要望～労災・自賠責委員会におけるアンケート調査より」を作成いたしましたので要望いたします。

令和４年２月１８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
	臼 井 正 明
	内 田 一 郎
	子 田 純 夫
	阪 本 一 樹
	城之内 宏 至
	勝 呂 衛
	中 村 涉
	増 田 吉 彦

別紙 1

令和4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）

重点要望1 〔診察料〕初診料  
初診料の引き上げ

重点要望2 〔診察料〕【新設】労災患者初診時対応加算  
初診料の加算として「労災患者初診時対応加算」の新設

重点要望3 〔診察料〕【新設】高齢労災被災者に対する管理料又は加算  
高齢労災被災者に対する管理料または加算の新設

重点要望4 〔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5 〔リハビリテーション料〕脳血管疾患等リハビリテーションⅡ・運動器リハビリテーションⅠ  
脳血管疾患等リハビリテーションⅡと運動器リハビリテーションⅠの点数格差の是正

重点要望6 〔処置料〕ギブス料  
ギブスについて四肢加算の対象としてもらいたい

重点要望7 〔診察料〕感染症に係る特別加算の新設  
感染対策実施加算、初診時診察特別加算、再診時特別加算を新設

重点要望8 〔処置料〕絆創膏固定術  
絆創膏固定術に対する適応の拡大

重点要望9 〔画像診断〕コンピューター断層診断  
他院の画像診断の特例の拡大

重点要望10 〔その他〕他科受診による減算  
入院患者の他科受診による減算の撤廃

令和４年度労災診療費算定基準改定に向けての要望事項【最重点１０項目】  
(令和２・３年度 労災・自賠責委員会)

No.	項 目	理由・委員名
1	初診料	<p>● 初診料の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。労災医療を確保するためのドクターフィー、ホスピタルフィーが不十分である。</li> <li>・ 労災診療において、外傷の場合、緊急性が高くまた多発複雑損傷であることが多く、診断過程に労力がかかること、他の診療を中断して処置に入らねばならないこと及び新興感染症の拡大で初診時に感染防止対策等を講じる場合もあり、人的、時間的に対応・対策が大きく増えたことを考慮しての評価が必要である。</li> <li>・ 医師の無形の技術、技術料の根幹であり、適正に評価されるべきであることは健康保険診療報酬と同様であるが、特に労災医療においては多発損傷が多い等の理由から診断の難易度が高く、また緊急性も高いことから、それらを考慮した上での適正な評価が必要。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 労災事故の外傷の特徴から鑑み、引き上げるべきだ。</li> </ul>
2	【新 設】 労災患者初診時対応加算	<p>● 初診料の加算として「労災患者初診時対応加算」の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）を報告することをためらう傾向が強い。</li> <li>・ 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。このような状況で、初診時問診を含めた診療により主治医が労災に該当と判断した場合、患者の同意を得た上で、事業主（または労務担当者）に対し、受傷状況や傷病の状態（今後の治療期間等）などを報告することは、患者が給付請求を行うためのサポートとなり得る。このサポート体制を労災患者初診時対応加算として要望する。</li> </ul>

3	<p>【新 設】 高齢労災被災者に対する 管理料又は加算</p>	<p>● 高齢労災被災者に対する管理料または加算の新設 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 高齢労働者が増加している。高齢労働者については、私病との区別等、複雑な診断が求められるケースが多く、また、社会復帰するための指導等、診療に時間がかかる。これらを評価する点数の新設が必要である。</li></ul>
---	--	--

4	透視診断の評価の拡大	<p>● 透視診断を手術（骨折非観血的整復術、脱臼非観血的整復術、骨折観血的手術等）、検査（背髄造影、関節造影等）、麻酔（神経ブロック等）に際しても算定できるとする。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 整形外科では、検査・手術を正確に実施するため、他科の想像以上に頻回に透視を行っている。検査・手術の際のプロテクター装着は必須であるが、他の部位（特に上肢）の被曝は避けることが出来ない。リスクに対する評価として、手技料を算定できるようにすべきである。</li> <li>・ 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、医療者への被曝が避けられないので、その評価も必要である。</li> <li>・ 関節動揺性や偽関節の診断に用いられる。昨今の医療従事者の働き方改革、被曝管理の厳格化による経費補填のため評価を求める。</li> </ul> <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"> <li>・ 関節内骨折、関節脱臼にも対象を拡大してほしい。</li> <li>・ 骨折非観血的整復術、脱臼非観血的整復術、経皮的鋼線刺入固定術等は頻回の透視確認が必要であり、医療者への被曝もあるので、その評価も必要。</li> <li>・ 現在骨折手術時に認められているが、非観血的整復術（骨折、脱臼等）及び神経ブロック治療時も拡大希望（医療従事者、特に施術医の放射線被曝が、特にプロテクターで保護されていない手指、眼（水晶体）への被曝リスクが著しく高く、皮膚癌、白内障等の発生が危惧されるため）。</li> <li>・ 骨折観血的手術における同加算の対象部位に「足趾」を含めること。</li> <li>・ 点数設定は評価できるが非観血的骨折整復術や脱臼の整復時など透視装置を使用した全ての処置に算定できることが望ましい。また骨折経皮的鋼線刺入術の点数が相当低いことや透視装置が高額であること、術者の被曝の危険性や放射線安全管理の費用を鑑みると 220 点では安価であり、500 点以上の設定が望ましい。</li> </ul>
---	------------	---

		<p>● 術中透視装置使用加算 「イ 脊椎」にK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術の適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在脊椎の術中透視装置使用加算はK142-4 経皮的椎体形成術が適応とされているが、脊椎手術において最も深刻な状況がありまますのでK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術も加えていただきたい。（文献を添付します）</li> </ul>
5	脳血管疾患等リハビリテーションⅡと運動器リハビリテーションⅠの点数格差の是正	<p>● 脳血管疾患等リハビリテーションⅡと運動器リハビリテーションⅠの点数格差の是正、運動器リハビリテーションの評価を行っていただきたい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労災診療においてはリハビリテーションが職場復帰のため特に重要である。現在、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）は1単位 200点、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）は1単位 190点であるが、運動器リハビリテーションを重視していただき評価を引き上げていただきたい。</li> <li>・ 運動器リハビリテーションと脳血管リハビリテーションの点数の格差を無くす。</li> </ul>
6	ギブス料 （四肢加算対象に加える）	<p>● ギブスについて四肢加算の対象としてもraitたい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保存的治療の中でも重要な治療方法であり、装着後も常に観察・管理が必要である。</li> <li>・ ギブス固定は非常に技術の必要な手技であり、骨折整復と同等に評価されるべきものである。</li> <li>・ 保存的治療の中でも重要な治療法である。</li> <li>・ ギブス固定は非常に技術の必要な手技であり、骨折整復と同等に評価されるべきものである。</li> </ul>



7	<p>【新設】 新型コロナウイルス感染症などの感染症に係る特別加算の新設</p>	<p>● 感染対策実施加算の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 9 月末まで医科外来等感染症対策実施加算（5 点）・入院感染症対策実施加算（10 点）の算定が臨時的に認められていたが、マスク・アルコール等も含め、感染対策にかかる経費は増加している。今後継続して感染対策は必要であるため、これに対する適正な評価が必要である。</li> <li>● 新型コロナウイルス感染症への対応に関し、初診時診察特別加算、再診時特別加算（初診時より 2 週間）を算定できるとする。</li> </ul> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労災で搬入される患者の診療は、その多くが迅速な対応が求められる。しかし、初診時に患者が新型コロナウイルス感染症に罹患しているのか分からないまま診療はしなければならぬ。また、抗原検査を行っても偽陰性になる事も多く見られたため、医療スタッフは常に二次感染の恐れがあり、必要な感染対策等を講じることに対する加算が必要である。</li> </ul>
8	<p>絆創膏固定術 （適応拡大または新設）</p>	<p>● 小関節に対する絆創膏固定術を適応拡大または新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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もしくは新設を要望する。</li> </ul> <p>● テーピング処置料の適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在、肋骨骨折、膝靱帯損傷、足関節捻挫にしか認められていないが、手指捻挫帯損傷に対してのテーピング処置料を、初回だけでも良いから認めて欲しい。</li> </ul>

9	<p>コンピュータ断層 他院撮影 CT・MRI 持参 の読影料の拡大</p>	<p>●初診だけでなく、2 回目の再診の際に CT・MRI フィルムを持参されることが多く、請求できないことが不条理である。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診時、当該医療機関以外の医療機関で撮影した画像を診断し 450 点を算定、さらに同一月で他院の画像を診断した場合においてもコンピュータ断層診断の特例（225 点）の同一月の算定を可能とする。局長通知の「なお、健保点数表「E203 コンピューター断層診断 450 点」を初診時に算定した場合には算定できない。」については削除する。</li> </ul>
10	<p>他科受診による減算</p>	<p>●入院患者の他科受診による減算の撤廃</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災患者は急な発症であるため、事前に他科を受診して投薬を受ける時間的余裕がないため。</li> </ul>

参考資料

令和4年度労災診療費算定基準改定の要望事項一覧

No.	項目	理由・委員名
診 察 料		
1	初診料	<p>● 初診料の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 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クタワーフィー、ホスピタルフィーとしては不十分である。</li><li>・ 労災診療において、外傷の場合、緊急性が高くまた多発複雑損傷であることが多く、診断過程に労力がかかること、他の診療を中断して処置に入らねばならないこと及び新興感染症の拡大で、初診時に感染防止対策等を講じなければならない場合もあり、人的、時間的に対応・対策が大きく増えたことを考慮しての評価が必要である。</li><li>・ 医師の無形の技術、技術料の根幹であり、適正に評価されるべきであることは健康保険診療報酬と同様であるが、特に労災医療においては多発損傷が多い等の理由から診断の難易度が高く、また緊急性も高いことから、それらを考慮した上での適正な評価が必要。</li><li>・ 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。</li><li>・ 労災事故の外傷の特徴から鑑み、引き上げるべきだ。</li></ul>

2	【新 設】 労災患者初診時対応 加算	<p>● 初診料の加算として「労災患者初診時対応加算」の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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）を報告することをためらう傾向が強い。</li> <li>・ 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。このような状況で、初診時間診を含めた診療により主治医が労災に該当と判断した場合、患者の同意を得た上で、事業主（または労務担当者）に対し、受傷状況や傷病の状態（今後の治療期間等）などを報告することは、患者が給付請求を行うためのサポートとなり得る。このサポート体制を労災患者初診時対応加算として要望する。</li> </ul>
3	【新 設】 新型コロナウイルス 感染症などの感染症 に係る特別加算の新 設	<p>● 感染対策実施加算の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 9月末まで医科外来等感染症対策実施加算（5点）・入院感染症対策実施加算（10点）の算定が臨時的に認められていたが、マスク・アルコール等も含め、感染対策にかかる経費は増加している。今後も継続して感染対策は必要であるため、これに対する適正な評価が必要である。</li> <li>● 新型コロナウイルス感染症への対応に関し、初診時診察特別加算、再診時特別加算（初診時より2週間）を算定できることとする。</li> </ul> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労災で搬入される患者の診療は、その多くが迅速な対応が求められる。しかし、初診時に患者が新型コロナウイルス感染症に罹患しているのか分からないまま診療はしなければならぬ。また、抗原検査を行っても偽陰性になる事も多く見られたため、医療スタッフは常に二次感染の恐れがあり、必要な感染対策等を講じることに對する加算が必要である。</li> </ul>

4	<p>【新 設】 高齢労災被災者に対する管理料又は加算</p>	<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"> <li>・ 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。</li> <li>・ 高齢労働者が増加している。高齢労働者については、私病との区別等、複雑な診断が求められるケースが多く、また、社会復帰するための指導等、診療に時間がかかる。これらを評価する点数の新設が必要である。</li> </ul>
5	<p>【新 設】 外来治療計画加算</p>	<p>● 外来の治療計画の評価を新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初診時、医師、看護師、理学療法士などと共同し、治療計画を立てている。</li> <li>・ 入院でなくとも算定できるようにする。</li> </ul>
6	<p>時間外加算</p>	<p>● 時間外加算の増点</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> </ul>
指導・管理料		

7	再診時療養指導管理料 (注の見直し)	<p>● 健康保険診療時の医学管理料と労災の再診時療養指導管理料の併算定を可能に 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現状では健康保険との併診の場合、多くの管理料で健康保険も含めての重複算定が不可とされている。労災の特殊性を考慮し、早期治癒のためにも治療上の管理は重要なものと考え、特に負傷に関する療養上の管理指導は、健康保険における管理料とは性質・内容が異なることも多いと考える。</li> <li>・負傷での療養における再診時療養指導管理料について、同月健康保険での指導管理料との併算定可能とすることを要望する。</li> </ul>
8	職場復帰支援療養指導料	<p>● 職場復帰支援・療養指導料の算定数の拡大 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の状態が日々改善傾向にある場合など、医師はその都度、社会復帰に関する細かい指導を行っている。月1回の指導から月2～4回への拡張を求める。</li> </ul>
9	社会復帰支援指導料	<p>● 社会復帰支援指導料の増点 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災診療において治癒の説明と理解を得るには相応の時間と労力を要するので倍近い 250 点程度の点数が妥当であると思われる。</li> </ul>
<b>画像診断料</b>		
10	コンピュータ断層診断の特例	<p>● コンピュータ断層診断特例の再診時の算定を可能に 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この点数の設定に関しては評価できるが再診時に月に一度ではなく初診月も含めて複数回の算定を認めるべきである。</li> </ul>
11	他院撮影 CT・MRI 持参の読影料の拡大	<p>● 現在初診時にしか認められていないが、再診時にも認めて欲しい。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・初診でなく、2 回目の再診の際に CT・MRI フィルムを持参されることが多く、請求できないことが不条理です。</li> </ul>

1 2	【新 設】 画像診断	<p>● 画像診断についての評価の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ X線防護服を着て、医師が直接行う検査であり、手間、時間を要する。</li> <li>・ 足関節、肘関節などの靱帯損傷の診断に透視などを用いてストレス検査を行います。</li> <li>・ 手術時の透視と同じような点数を要望します。</li> </ul>
リハビリテーション		
1 3	外来リハビリテーションでの適応拡大	<p>● 外来リハビリテーションでの適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 初期・早期からのリハビリテーションを促すため、外来リハビリテーションでの初期加算、早期加算の対象疾患に関し、現状の対象疾患（大腿骨頸部骨折）以外に対象を拡大していただきたい。</li> </ul>
1 4	脳血管疾患等リハビリテーションⅡと運動器リハビリテーションⅠの点数格差の是正	<p>● 脳血管疾患等リハビリテーションⅡと運動器リハビリテーションⅠの点数格差の是正、運動器リハビリテーションの評価を行っていただきたい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労災診療においてはリハビリテーションが職場復帰のため特に重要である。現在、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)は1単位 200点、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)は1単位 190点であるが、運動器リハビリテーションを重視していただき評価を引き上げていただきたい。</li> <li>・ 運動器リハビリテーションと脳血管リハビリテーション料の点数の格差を無くす。</li> </ul>
入院料		



15	入院時食事療養費	<p>● 入院時食事療養費の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 物価・人件費は上がっており、適正な評価が必要である。</li> </ul>
16	他科受診による減算	<p>● 入院患者の他科受診による減算の撤廃</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労災患者は急な発症であるため、事前に他科を受診して投薬を受ける時間的余裕がないため。</li> </ul>
処置料		
17	消炎鎮痛等処置	<p>● 消炎鎮痛等処置の増点</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機械による療法とマッサージ等による療法を区別し、手技による点数を上げべきである（人手と時間の適切な評価）。</li> </ul>
18	創傷処理	<p>● 創傷処理の適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 筋肉、臓器に達するものの算定の条件として単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合としているが、創の挫滅が強く皮下の脂肪組織や滑液包の修復を行ったり皮膚縫合が複雑で時間を要した場合も必要性を記載するなどの条件で「筋肉・臓器に達する」を準用するべきである。</li> </ul>

19	テーピング処置料	<p>● テーピング処置料の適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在、肋骨骨折、膝靱帯損傷、足関節捻挫にしか認められていないが、手指捻挫帯損傷に対してのテーピング処置料を、初回だけでも良いから認めて欲しい。</li> </ul>
20	処置材料	<p>● 真皮欠損時のテガタム使用の上限3週間の撤廃</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ・3週間では十分な修復が得られない症例がある。</li> </ul>
21	処置料	<p>● 爪下血腫を単なる創傷処置でなく、労災の特例として爪下血腫処置料として点数をつけて欲しい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ きちんと爪下血腫を抜くには麻酔も必要だし、クリップを熱したり血が飛び散って処置室のカーテンを汚したりする。52点でなく100点、手指加算で指は200点くらい欲しい。</li> </ul>
22	処置料	<p>● 手首の固定用サポーターを認めて欲しい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手首の捻挫や挫傷などで、ギプスシーネをするほどではないが、弾力包帯固定では弱い例がある。群馬県では下肢の固定具は認められるようだが、竹虎のソフラストやソフウルファァー®TFCC も認めてもらいたい。</li> </ul>
23	ギプス料 (四肢加算対象に加える)	<p>● ギプスについて四肢加算の対象としてももらいたい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保存的治療の中でも重要な治療方法であり、装着後も常に観察・管理が必要である。</li> <li>・ ギプス固定は非常に技術の必要な手技であり、骨折整復と同等に評価されるべきものである。</li> <li>・ 保存的治療の中でも重要な治療法である。</li> <li>・ ギプス固定は非常に技術の必要な手技であり、骨折整復と同等に評価されるべきものである。</li> </ul>
24	処置料	<p>● 躯幹の異なる部位に処置を施す時は複数部位として扱う。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 躯幹は腰部、頸部の両方に処置を行う事があり、時間を要する割に左右上下肢と異なり1局所とみなされ点数が低い。</li> </ul>

25	<p>絆創膏固定術 (適応拡大または新設)</p>	<p>● 小関節に対する絆創膏固定術を適応拡大または新設 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ 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もしくは新設を要望する。</li> </ul>
手術料		
26	<p>手術料 【全 般】</p>	<p>● 透視診断を手術（骨折非観血的整復術、脱臼非観血的整復術、骨折観血的手術等）、検査（脊髓造影、関節造影等）、麻酔（神経ブロック等）に際しても算定できることとする。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 整形外科では、検査・手術を正確に実施するため、他科の想像以上に頻回に透視を行っている。検査・手術の際のプロテクター装着は必須であるが、他の部位（特に上肢）の被曝は避けることが出来ない。リスクに対する評価として、手技料を算定できるようにすべきである。</li> <li>・ 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、医療者への被曝が避けられないので、その評価も必要である。</li> <li>・ 関節動揺性や偽関節の診断に用いられる。昨今の医療従事者の働き方改革、被曝管理の厳格化による経費補填のため評価を求める。</li> </ul>

27	【新設】 骨折管理加算（新設）	<p>● 骨折管理加算の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・骨折の管理は、保存的治療であっても観血的治療であっても、局所の観察に留まらず、深部静脈血栓症、コンパートメント症候群、ギプスによる皮膚障害及び外固定除去後の腱の皮下断裂など多岐にわたる。シーネ又は術創の包交など人的、時間的に大変な労力を要することから、その評価として加算の新設を要望する。</li> </ul>
28	超音波骨折治療法	<p>● 超音波骨折治療法の適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在四肢（手足を含む）の観血的手術（鋼線刺入は含まず）、骨切り術又は偽関節手術後の3週間以内に実施した場合に算定可能であるが、保存的治療や鋼線刺入術後を含め、骨癒合を促進することで治療期間は短縮される。患者の早期復職に直結することから、超音波骨折治療法に対する適応の拡大を要望する。</li> </ul>
29	複数手術に係る費用の特例	<p>● 合算の対象となる従たる手術の1種類から2種類への拡大及び上下肢への手術への適応</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・手関節掌側の外傷で神経（正中、尺骨神経）、動静脈（橈、尺骨動脈）、屈筋腱損傷を同時に手術する場合などの事例があるため、合算の対象となる従たる手術（1種類）の拡大を要望する。</li> <li>・本特例にかかる手術において上下肢の手術への適応を要望する。</li> </ul>
30	関節鏡視下手術	<p>● 関節鏡視下手術の普及にはめざましいものがあり、通常の手術より就労復帰が早い。全ての手術において鏡視下手術の算定あるいは加算を認めてほしい。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・鏡視下手術により通常の切開手術と比べて就労復帰が早く、費用対効果の面からみても有用有益と考える。</li> </ul>

3 1	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"> <li>・ 関節内骨折、関節脱臼にも対象を拡大してほしい。</li> <li>・ 骨折非観血的整復術、脱臼非観血的整復術、経皮的鋼線刺入固定術等は頻回の透視確認が必要であり、医療者への被曝もあるので、その評価も必要。</li> <li>・ 現在骨折手術時に認められているが、非観血的整復術（骨折、脱臼等）及び神経ブロック治療時も拡大希望（医療従事者、特に施術医の放射線被曝が、特にプロテクターで保護されていない手指、眼（水晶体）への被曝リスクが著しく高く、皮膚癌、白内障等の発生が危惧されるため）。</li> <li>・ 骨折観血的手術における同加算の対象部位に「足趾」を含めること。</li> <li>・ 点数設定は評価できるが非観血的骨折整復術や脱臼の整復時など透視装置を使用した全ての処置に算定できることが望ましい。また骨折経皮的鋼線刺入術の点数が相当低いことや透視装置が高額であること、術者の被曝の危険性や放射線安全管理の費用を鑑みると220点では安価であり、500点以上の設定が望ましい。</li> </ul>
3 2	鋼線経皮的鋼線刺入術	<p>● 術中透視装置使用加算 「イ 脊椎」 にK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術の適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現在脊椎の術中透視装置使用加算はK142－4 経皮的椎体形成術が適応とされているが、脊椎手術においても低侵襲術式が増え、透視下手術が多くなっている。被ばく量としては脊椎手術が最も深刻な状況がありますのでK142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術も加えていただきたい。（文献を添付します）</li> </ul> <p>● 鋼線経皮的鋼線刺入術の増額</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同手技の点数設定が低すぎる。</li> </ul>
3 3	創外固定器加算	<p>● 創外固定器加算の対象術式の拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ダメーゴコントロールのための骨折非観血的整復術、骨折経皮的鋼線刺入固定術、関節脱臼非観血的整復術の術後の固定のため有効な加算である。K046-3 一時的創外固定骨折治療術は観血的手術が対象となっているため。</li> </ul>

34	一時的両靱帯形成加算	<p>● 関節鏡下靱帯断裂形成手術における、一時的両靱帯形成加算の拡大 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 関節鏡下靱帯断裂形成手術において、前十字靱帯及び後十字靱帯に対して、一期的に形成術を実施した場合は、5,000 点の加算となっているが、二期的に 2 回に分けて手術を行った方が高額となるのは不合理である。5,000 点加算の拡大を希望する。</li> </ul>
35	超音波骨折治療法	<p>● 超音波骨折治療法（一連につき）の保存療法への適応拡大 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 骨折の保存療法の場合も、骨癒合促進の効果は認められており、早期の職場復帰を目指す労災医療においては、これを認めていただきたい。</li> </ul>
36	入院前、術前感染症検査	<p>● 入院前、術前感染症検査 (HBs、HBe、梅毒)、術前感染症検査 (心エコー) を算定できることとする。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他の入院患者、術中術後の患者および医療従事者の感染予防の評価も必要である。</li> <li>・ 基礎疾患があり、術中に心臓発作、心不全をおこす危険について評価しているため必要である。</li> </ul>
注 射		
37	注射料	<p>● エコーガイド下注射加算 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 肩の腱板損傷などで、肩峰下滑液包に注射する場合にエコーは必須であるが、診断目的以外のエコー検査が認められていない。エコーをセットするなど手間がかかるので評価して欲しい。</li> </ul>
材 料		
38	材料	<p>● 手術時安全医療材料加算 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療安全対策のために多大な医療材料・労力を要しているため。</li> </ul>

39	材料	<p>● 手術時の単回使用とされているシェーバー・電気蒸散器 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脊椎手術時のダイヤモンドバー、スチールバー等の消耗医療機具の算定を可能としてほしい。</li> </ul>
<b>その他</b>		
40	労災電子化加算	<p>● 労災電子化加算の引上げ 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子請求普及のため請求書1件につき5点から大幅な引上げを求める。</li> </ul>
41	【新設】 休業給付支給請求書	<p>● 休業給付支給請求書の増額。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・休業の要否、期間に関して医師と患者、会社との間に意見の乖離がある事が多く、苦労する事が多い。</li> </ul>
42	【新設】 装具作成の証明書、診断書	<p>● 装具作成の証明書、診断書の新設。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・装具を作成した時書類（療養給付たる療養の費用請求書）を求められる事があるが、項目がない為無料となっている。</li> </ul>
<b>ご意見</b>		
	リハビリテーション料	リハビリテーションの四肢加算の目的と対象がわかりにくい。
	労災かくしについて	労災かくし（公務災害も含む）が多すぎる。なぜ健康保険が使えないのか、労災とは何かなど診療以外の説明で時間が取られることが多い。そこを何かで評価して欲しい。さんざん説明して、最後は「記憶違いでした、家で怪我しました。」などと平気で言う患者がいるので、本当に疲れます。
	災害負傷と持病との判別に概略的指標を	受傷のために判明した持病に関して、労災治療の一貫として検査・加療を施行するのは当然として受傷後、長時間を経ての持病の査定等へのおおまかな目安は欲しい。
	多発外傷と3か所・3部位ルール適用の促進を	審査員は健保の審査を兼ねていることが多く、労災特例等への配慮を欠く審査例が見られる。





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



## 労災保険に関するアンケート調査

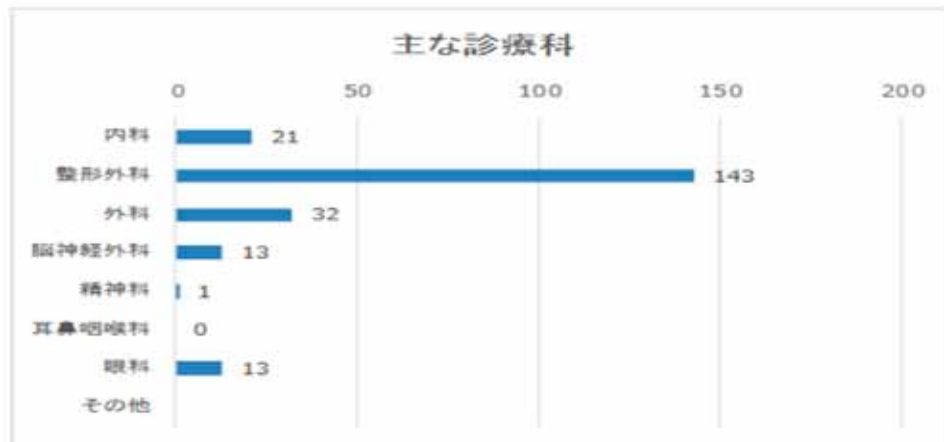
### 【労災保険関係】

～労災審査員向け～

1 主な診療科を選択してください。（1つ選択してください）

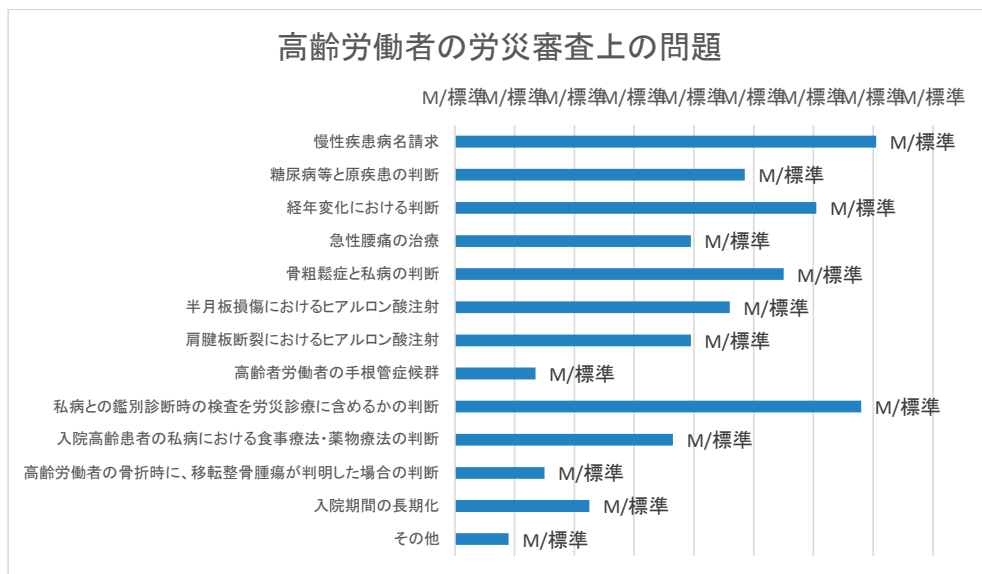
☐内科 ☐整形外科 ☐外科 ☐脳神経外科 ☐精神科 ☐耳鼻咽喉科 ☐眼科

☐その他（ ）



2 高齢労働者の労災診療における審査上の問題としてどのようなものがありますか。下記より該当するものをお選びください。（複数回答可）

- ☐ 慢性疾患の病名での請求
- ☐ 糖尿病等と原疾患の判断（私病との判断）
- ☐ 関節周辺損傷（変形性関節症）の経年変化における判断（私病との判断）
- ☐ 急性腰痛の治療（私病との判断）
- ☐ 骨粗鬆症と私病の判断
- ☐ 半月板損傷（外傷後初期二次性変形性膝関節症）におけるヒアルロン酸注射
- ☐ 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
- ☐ 高齢者労働者の手根管症候群
- ☐ 私病との鑑別診断時の検査を労災診療に含めるかの判断
- ☐ 入院高齢患者の私病における食事療法・薬物療法の判断
- ☐ 高齢労働者の骨折時に、転移性骨腫瘍が判明した場合の判断
- ☐ 入院期間の長期化
- ☐ その他



「その他」の回答は以下のとおりである。記載内容の多くは一部選択肢に対する補足説明となっていたため、選択肢ごとに下記の通り整理している。

**□ 慢性疾患の病名での請求（１４１件）**

- ・慢性疾患病名のみでの請求：外傷病名がなく、変形性関節症や腰椎椎間板症の傷病名のみのレセプトに対する対応はどうすればよいか。（通常の変形性関節症、椎間板変性は労災診療対象疾患ではないと思われる）
- ・私病か労災適応か迷うことが多い訳であるが、レセプトに記載された病名が認定を受けたものか否かを審査の前に事務点検しておいてもらえると、医学的判断がしやすくなる。
- ・（明らかに）労災でない私病病名がレセプト上に記されている場合、労災審査委員会に呈示される前にそれを消去してほしいです。グレーゾーンの病名であれば、労災審査委員会に提示される前に事務方としてしっかりと、その病名がレセプト上に示されてよいか検討してください。
- ・各地方局で対象病名となるレセプトを抽出し、査定されたレセプト・査定されなかったレセプトの比較と理由などを情報公開してもらえると今後の参考とできるのではないだろうか。
- ・審査レセプト上、レセプト症病名が労災認定を受けた病名なのか、そうでないのかあらかじめ行政点検の段階で調べておいてもらえると医学的な判断もしやすくなると思う。
- ・労災審査員としてレセプト審査上、問題または疑問を感じている事例

**□ 私病との鑑別診断時の検査を労災診療に含めるかの判断（１３６件）**

- ・私病との鑑別診断：業務上の手根管症候群などが疑われていて頸椎病変の鑑別のために頸椎MRI検査が行われていた場合、関節痛の鑑別診断のためにリウマチ検査が行われていた場合などは労災保険診療として認められるか。
- ・加齢黄斑変性、老人性白内障等、労災と無関係の私病に対する検査の請求が散見される。
- ・手術で全麻をかけるとき、麻酔科医が主治医に過剰な検査を要求するのは問題です。
- ・外傷術前検査として心機能、甲状腺機能、糖尿病の検査の請求が過剰である。
- ・心エコー等の検査をするのに、病名がない。
- ・ルーチン検査を請求→経皮的血中O<sub>2</sub>検査
- ・審査画像が多く、専用のDICOMビューアを用いて前もって準備していただかないと、審査に時間がかかり困っています。
- ・慢性疾患が基盤にあるため、全身麻酔や術後管理上のリスクが高く、心エコーや血栓症などの合併症に関する検査等が過剰と思われるほど行われている場合など。
- ・外傷の鑑別診断のため行った検査をコメントなく請求→腹部外傷の診断名無し、腹部エコー、CT等

**□ 関節周辺損傷（変形性関節症）の経年変化における判断（私病との判断）（１２１件）**

- ・もともと基礎疾患として退行変性疾患があったと思われる患者が、過重な労働を契機に発症したと訴える場合（変性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症、変形性腰椎症等）
- ・元々かなり進行した変形性膝関節症があり、軽度の骨折であるにも関わらず人工関節置換術が施工されている。
- ・高齢労働者には変形性関節症や脊椎症、椎間板症が基礎的疾患としてある。
- ・過去に関節内骨折等により労災で治療して、年月を経過して変形性関節症をきたしたとして労災再発申請があった場合に、人工関節置換術まで、労災治療として認めるかについて悩ましいこともあり、一定の基準が必要かとも考える

**□ 骨粗鬆症と私病の判断（１１０件）**

- ・骨粗鬆症があり陳旧性の脊椎圧迫骨折のある人が、今回は明らかな外傷はないが、仕事中に腰痛が強くなり、その後MRIで圧迫骨折を認めた。骨粗鬆症の検査や治療がなされている。今回の骨折を労災として認めるのか？骨粗鬆症の検査や治療を含めて認めるのか？
- ・骨粗鬆症をベースにした軽微な外傷による脊椎圧迫骨折に対して、骨粗鬆症に対する治

療はどこまで労災保険診療として認められるか。

- ・高齢者の労災中の骨折とその後の骨粗鬆症の治療継続について（私病との関係）
- ・骨粗鬆症の診断基準を有する労働者の、軽微な外傷機転による脊椎圧迫骨折の発症についての上外判断。
- ・骨粗鬆症を有する労働者の、骨折治療後の骨粗鬆症治療を、どこまで、どの程度の期間認めるか。

☐ 糖尿病等と原疾患の判断（私病との判断）（９７件）

- ・糖尿病で内服治療中であつたが、今回は入院・手術のためインスリン・コントロールへ変更となった。
- ・糖尿病に対する血糖値のチェックやインスリン投与を労災として認めるのか？
- ・生活習慣病に関する病名が併記されていれば全てで判別が困難になる。

☐ 半月板損傷（外傷後初期二次性変形性膝関節症）におけるヒアルロン酸注射（９２件）

○ヒアルロン酸注射

- ・ヒアルロン酸注射は高齢者に限らず二次性関節症、外傷後肩関節周囲炎の病名追加での使用例は多い。注射効果が得られる例は多く、認めているが長期にわたる症例も多く、この場合は症状固定はどうかの判断をお願いしたい。主治医からの積極的な症状固定治療判断が無く長期に渡る労災治療例に対し審査委員からの働きかけが出来ないことが問題である。

- ・受傷早期における変形性膝関節症（二次性ではない）に対するヒアルロン酸注射の算定

○半月板損傷

- ・半月板損傷時に以前から変形性膝関節症があり、治療として半月板切除だけでは不十分で、脛骨高位外反骨切り術が必要になる場合。
- ・半月板損傷後の二次的変形性関節症の期間はどのくらいが適切か、ご指導いただきたい。

☐ 急性腰痛の治療（私病との判断）（７９件）

- ・脊椎椎間板変性や腰部脊柱管症候群をベースにした急性腰痛の治療はどこまで労災保険診療として認められるか。（手術的治療は労災保険の対象となりうるのか）

- ・基礎疾患がある場合（椎間板変性、ヘルニアの既往など）に、外傷機転で腰痛や椎間板ヘルニアが発症したときの因果関係

- ・椎間板ヘルニアを原則として労災として扱ってよいか

- ・変形性腰椎症、腰部脊柱管狭窄症既往（症状なし）に対して、労災後しびれ等の出現の継続に対する対応（並行も含め）

- ・受傷時は勤労年齢であつたが、長期の治療歴にて一般的な定年越えても加療している。腰部脊柱管狭窄症と思われる長期治療。

☐ その他

- ・高齢者などの上肢障害：手根管症候群だけでなく、肘部管症候群、腱鞘炎、上腕骨外側上顆炎などの上肢障害は、高齢労働者や合併症（変形性関節症や糖尿病など）がある労働者では業務負担がなくても発症し得る。通常の業務量であっても労災保険診療の対象となりうるか。

- ・高齢労働者が増加傾向にあり、私病と労災との区別が難しくなっている。

- ・頸椎捻挫の労災で年余にわたる治療３年以上～１０数年を労災として治療している。症状固定治療とすべき判断。

- ・当県では私病の治療は認めておらず、慢性疾患の病名も認めておりません。（請求があつた場合、査定している）

- ・私病との鑑別診断の検査までは労災と認めてよいと思われる。私病の治療は労災非対称。

- ・精神科疾患の労災との鑑別。因果関係がないと思われる事例が多い。

- ・形成外科医師の濃厚診療

- ・微小な外傷、捻った、転倒しそうなことからの腰痛や、膝、足首の痛みが労災関連疾患として認定できるかどうか。

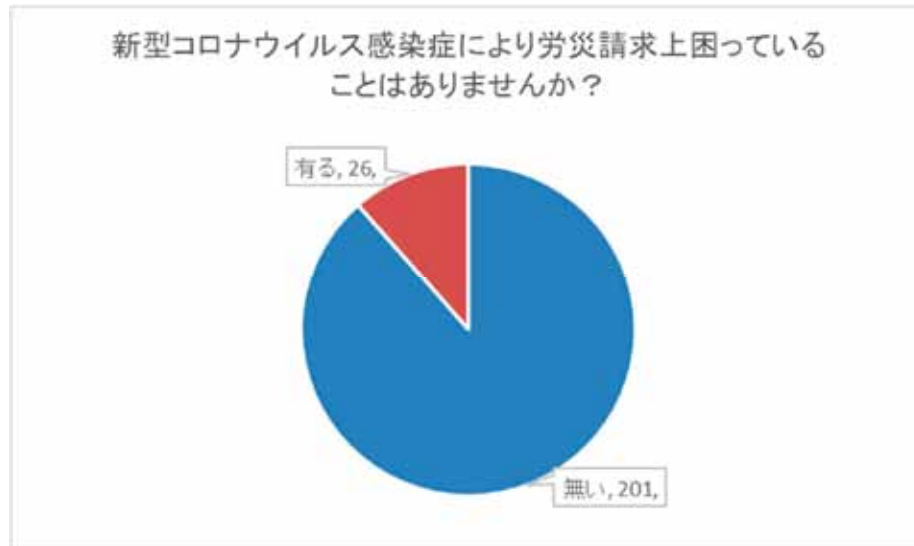


- ・胃潰瘍、十二指腸潰瘍等の既往が無いのに PPI 処方
- ・どうしても社会保障上、診療が長めとなる傾向有り、後遺症判定をする折にも意見書作成で表現に苦慮することあり。
- ・肩腱板断裂時 MRI で明らかに変性断裂と思われる場合。
- ・特に OP が必要となった時の、DM の加療の必要性などがあるが、その他の DM の並行加療はダメなどはっきりしてないものが多い。
- ・逆流性食道炎で PPI 製剤の算定等、不适当（労災保険上）と思われる病名の記載
- ・熱中症、脱水症において、過剰な検査を行う施設も見受けられる（特に若年者）
- ・入院に際し、元々の私病に対して食事療法・薬物療法がおこなわれるが、労災診療における審査では不可となる。
- ・シルバー人材センターで仕事している人の外傷に労災保険が使えない。
- ・手根幹症候群やドウケルバン腱鞘炎など、慢性反復性労作による障害をどう考えるか悩みます
- ・悪性腫瘍の治療の高度化、高額化について、適切な治療法かどうかの判断。
- ・高齢者ではじん肺と他肺疾患の区別が難しい。
- ・設問は高齢者労働者に限らず、一般労働者にも当てはまる問題点。査定対象とされるケースも多く、明確なガイドラインの作成を強く望む。
- ・尺骨突き上げ症候群があり、併発した T F C C 損傷は、どの程度の治療まで労災保険診療の対象となりうるのか。（尺骨短縮術などの手術的治療は労災保険の対象となりうるのか）

3 新型コロナウイルス感染症の影響により、労災請求上の問題や困っていることはありますか。

☐ 無い

☐ 有る（具体的な事例の記入をお願いします。）



#### <新型コロナウイルス感染症の影響による問題が「有る」の具体的な事例>

##### ○検査に関して

###### 過剰検査

- ・重症度や診断基準となる検査項目が確定していないため、過剰と思われる検査項目の請求がある。
- ・検査法（PCR 検査）の重複や過剰な実施がみられる。
- ・脳血管障害の患者で微熱を伴う人も多く、コロナとの鑑別で PCR 以外にも胸部 CT、個室管理請求が多くなっている点。

###### 入院時の検査

- ・入院時の PCR 検査、抗原検査に対する判断に迷う。
- ・労災事故における入院患者の PCR 検査及び抗原検査をどこまで認めるか判断に迷う。
- ・検査（核酸検出、抗原検出等）の時期、回数について入院時と外来診療時で算定の適否に困ることがある
- ・入院時の検査がルーティン化されている。（入院後の定期的チェック目的での検査等）
- ・術前（全身麻酔前）検査としての感染チェック（コロナ）が労災では認められないとの見解。
- ・手術前の PCR、抗原検査などはスクリーニング検査として認められるか。（感染疑い病名を求められている）

###### その他

- ・COVID-19 疑い病名にて全ての労災患者さんに対し検査実施し、請求する診療所がある。

##### ○審査・診療上の判断基準などについて

- ・COVID-19 に対する投薬、検査、他の治療について労災保険から方針を示して頂きたい。
- ・COVID-19 肺炎後の廃用症候群になった際のリハビリの必要性についてどこまで認めるか。

- ・新型コロナウイルス感染症の疑いで、他の感染症の検査がどこまで認められるのか。
- ・労災なので労働者の立場からという考え方は理解できる。しかし現在は積極的検査という方向を踏まえていくべきだと思う。(院内感染予防のためでは労災請求できないと聞きました。)
- ・PCR 検査算定の可否が審査員の判断に委ねられている(明確な取扱いの通知があるとよい)
- ・本症の治癒後残存症状について、どこまで、いつまでを労災適応にすべきかの厚労省判断を示して欲しい。請求側での混乱は多い。(症状固定と思われるときの判断も含めて)
- ・厚生労働省並びに関係機関においては、当感染症の労災請求までのハンドブックのような手引書を作成し、労災指定医療機関・患者へ配布など当感染症の労災手続きにつき周知活動に力を入れて欲しい。
- ・労災指定医療機関での当感染症患者の医療費の請求について、
  - Ⅰ 公費の関係が当初、全く分からなかった。
  - Ⅱ 初回公費で請求後に、労災への切り替えの場合、どうすればいいのかわからない。
  - Ⅲ コロナ鑑別検査を労災患者に一律に認めてよいか。(例えば、労災での 骨折入院患者に、医師が必要と認めればPCR検査を行ってよいか、また、何回まで請求が認められるのか等)
  - Ⅳ 負傷発症年月日を初診日とするのか、診断確定日とするのか、症状発生日とするのか分からなかった。
  - Ⅴ 新型コロナウイルス感染後の後遺症患者を、現段階でどこまで労災対象とするのか。例えば職場でのクラスターにより発症後、ホテル療養等から回復し、その後倦怠感等を訴えて受診した患者について労災請求とすべきなのか、医療保険とすべきなのか。その他、重症化患者の回復後の精神障害や経過観察をいつまでやるべきか、また投薬や検査をどこまで労災対象にすべきかわからない。

#### ○感染状況の把握が困難

- ・業務上感染の認定を受けた請求レセプト内に、私病と思われる治療が混在している。
- ・感染経路がはっきりしない感染がある。職場内と言っても、仕事中なのか、その後に食事に行った時での感染なのか判断が難しい。

#### ○認定調査の進捗状況等確認できるシステムがあるといい

- ・労災認定に時間がかかる例もみられるが、現在の認定調査の進捗状況等確認できるシステムがあると、患者・請求機関にとってはありがたい。(本感染症に限らず)
- ・感染症に限らず、労災医療における大きな問題点は、認定決定が請求の事後になることであり、患者の権利や労災指定医療機関の医療収入の確保(確定)の面から不安定と言わざるを得ない。今回の新型コロナウイルス感染症に係る請求から認定されるまでの期間はこれまでの感染症に比べ、迅速に決定がなされているようであるが、請求してから比較的早く医療費の支払いができた患者、かなり時間がかかった患者とばらつきがあったので、患者・医療機関の立場より監督署における認定調査の進捗状況や、認定の可否などについて一元的に情報の確認が随時できるような行政窓口を設置すべきであると考え。特に多くの感染症患者を抱える医療機関にとっては、審査の進捗状況がわかりづらく混乱したことは容易に想像がつく。

#### ○その他

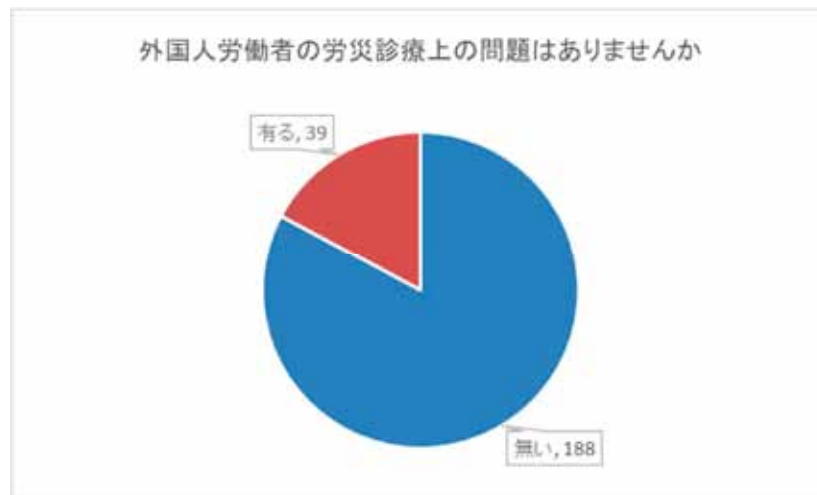
- ・入院当初の個室管理の請求の是非。
- ・労災請求の手続き面をとっても、当感染症の労災申請にどのような書類が必要であるか、またどのような書類があれば認定決定までに短い時間でとり着くことができたのか、行政における手続き周知が適切に行われていたか疑問が残るところである。
- ・合同会議が困難
- ・バスの運転手など不特定多数を相手にする職種で労災申請を認めてよいか。

- ・現在は、新型コロナウイルス感染症については症状や合併症等については十分確定していないものと考えている。当該感染症が労災と認定されれば明らかな私病でない限り査定していない。
- ・労災でコロナに罹患し入院すると、私病に関する支払いが発生するが、健康保険で入院した場合は私病も含め本人負担は全くない。コロナの患者さんとしては、健康保険で入院した方が有利になり、患者さんから労災を使いたくないとの訴えがあった。
- ・社保の審査においても COVID-19 疑いの記載があれば、保険審査上、かなり広く許容されています。
- ・新型コロナ感染症の入院期間中に私病に対して投与された薬を労災で認めるか。行政的に隔離をされているため、入院施設で処方せざるを得ないが、今の所労災では認めない対応を行っている。それでよいか。
- ・当感染症を労災請求する患者にとっての最初の接点は労災指定医療機関であることは間違いなく、労災請求の手続きの仕方、必要な添付書類など初期の段階で医療機関より患者に簡単にでも説明ができた場合とできない場合では認定決定の期間に大きな差が生まれるているはずである。

4 外国人労働者への労災診療において問題や困っていることなどはありませんか。

☐ 無い

☐ 有る（具体的な事例の記入をお願いします。）



☐ 有る

☐ 言語トラブル等

- ・コロナの関係で外国人労働者が減少していると思われる。
- ・通訳が手配できないことが多い。
- ・通訳がいないため、病気の説明等に支障あり。労災かくしについての説明も困難。
- ・言語トラブル、付き添い関係者とのトラブルもある。話が通じない。
- ・言語の問題で説明などが患者さんに十分伝わっていないことがある。
- ・スマホの翻訳機能は向上したが、なお言葉の問題はある。
- ・外国人（東南アジア）の場合、通訳が必要な事有り、グーグルの翻訳を使っている。
- ・通訳アプリ等での対応でも細かい内容までは伝わりにくい。

☐ 外国人特有の問題

- ・最近、運動器外傷も外国人労働者で増えているように思われます。十分な労働災害防止のための教育なども必要でしょう。
- ・外国人にありがちな疼痛過敏や痛みに弱い（明らかなオーバーアクションの訴えなど）。
- ・定期的な診療を含む受診の説明・案内をしても、自分勝手にしばらく受診しなかったり、休業していたり、勝手な自己都合の判断をしたり、休業の要請をする外国人も多い。
- ・予定した受診日に来院しない、休業できると知ると受診もせず休職する。また、痛みにも弱く、関係性のない部位まで痛がる。また症状も長引きやすい。
- ・リハビリを長期間に渡ってやっているため、労災終了とならない。（就労ビザがすでに切れているのではないかとと思われる人もいる）
- ・国民柄ゆえか主張が強すぎる人もいる。
- ・日本人に比べ、労災の発生率が高い。同じ人が同じ疾患での発生率が高い。再診するように指導するが受診しないことが多い。
- ・労災保険制度を理解していない。
- ・労災で仕事をしなくても収入が入るとわかると、仕事をしない人がいる一方、安静が必要なのに、残業代が入らないことを理由に仕事をしたがる人もいる。

- ・症状が良くなったと言わない。休業期間が長くなる。
- ・会社の方とご本人様の主張の食い違い（言語トラブル）や支払のトラブル。
- ・本人の症状や性格がわかりにくい。
- ・症状固定しているが、なかなか後遺症診断に応じてくれない。傷病手当金がもらえる限度まで引き延ばしている。

○労災かくし

- ・労災かくしや労災でなくても労災であるという人がいる。
- ・労災かくしやしばらく健保使用した後に、実は労災だったとかなり経ってから申請を変更することが多い。
- ・非正規労働者が多く、就業中の事故にも関わらず、労災として申請しない。
- ・雇用主の労災かくしなどあります。

○事業主の対応によるトラブル

- ・事業主が主導で手続きが行われない例は問題が多く、医療機関窓口での対応も難しくトラブルとなってしまう。
- ・外国人労働者の場合は、日本語が不慣れで、事業主が協力的でない場合には、結果として必要な労災様式をもらえないことが多い。

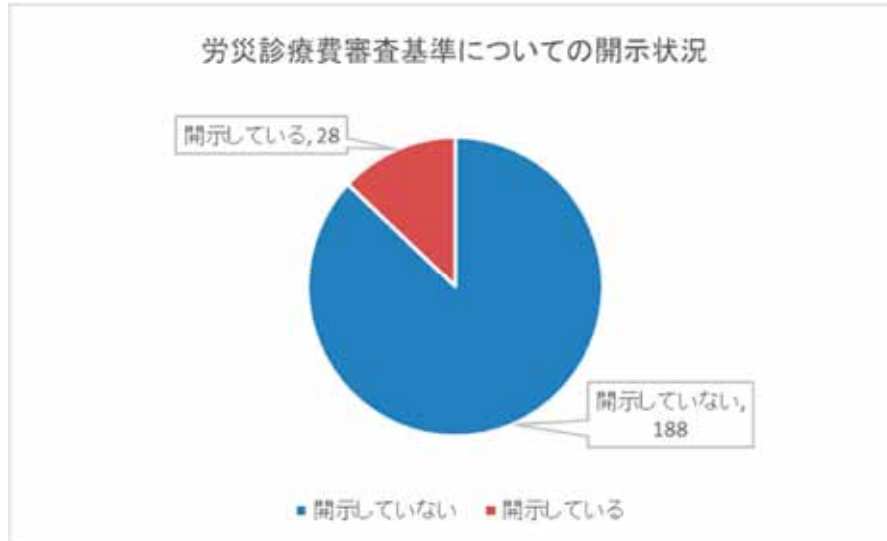
○その他

- ・関節可動域などが正しく測定できない。
- ・危険が及ぶ作業を慣れない外国人にさせない等の雇用主の留意が必要と思われます。
- ・客観的所見に乏しい疼痛、しびれなどの訴え。
- ・金銭的にも自由診療とするわけにもいかず、医療機関として請求先がない状態が出来てしまう。多言語に対応でき、事業主・患者と医療機関の調整機能を有した行政窓口がほしい。
- ・労災との申告にもかかわらず、5号様式の提出等がないなど、制度の理解不足によるトラブルは多い傾向。
- ・労災かくし、詐欺等については労災基準監督署が把握していると考えられる。

5 労災診療費審査基準について、医療機関に査定が多い事例など、審査基準が開示されていますか。

☐ 開示していない

☐ 開示している（審査基準の開示方法について具体的にご記入をお願いします。）



○北海道

- ・基本的には社会保険に準じている。

○秋田

- ・間違いの多い医療機関に審査基準を情報提供している。（レセプトの返戻時や査定時に、労働診療し同委員長からの連絡という形で）

○茨城

- ・骨粗鬆症、ヒアルロン酸注射、食事指導に対する対応を各医療機関に直接指導している。
- ・広報誌にて疑義事案検討結果を開示している。

○栃木

- ・労災指定医協会、実務者研修会等で労働局より説明している。

○埼玉

- ・一部開示
- ・正確には不詳
- ・個別の例に関しては文書で通知等を行うことはあります。
- ・そもそも開示基準がない。

○東京

○京都

- ・全身麻酔での術前に「下肢血管エコー」を画一的に請求してくる医療機関や、D-ダイマーを頻回に行う医療機関、また抗生剤を通常料を超えての使用が多い医療機関（通常の術前・後などに）に対しては初回査定時に連絡している。

○大阪

- ・医療機関からの問い合わせには必要な対応をしている。
- ・再審査時に具体的に事務方より審査内容について伝えてもらうようにしている。

○兵庫

- ・県としては、独自に開示していない。
- ・査定、過剰などを呈示。
- ・疑義がある場合は返戻して回答を促すことなどによって審査基準が自ずと分かるようにしている。

○奈良

- ・審査基準は開示していないが、各医療機関には査定された内容の照会を行い、再審査を行っている。

○山口



<ul style="list-style-type: none"> <li>・開示したい。委員会で医療機関に連絡を希望しても、その連絡がどのように、どのような内容でされているか、次の委員会に feed back が全くない。</li> <li>・審査の結果に理由は提示している。</li> <li>・都道府県により対応が異なっているようであるが、東京都では開示はなく、審査員間での基準の違いも見られ、開示し大まかな審査基準の統一を図るべきと考える。(個々の事例での審査の判断は別)</li> </ul> <p><b>○新潟</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・査定理由を記載して返戻している。(・個別に対応している。)</li> <li>・手術記録提出依頼。</li> <li>・救命救急、請求基準を満たしているか確認コメント請求を行い問題があれば指導を依頼している。</li> </ul> <p><b>○石川</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・行政官の方から、対象医療機関に審査基準の開示や指導を行ってもらっている。</li> </ul> <p><b>○長野</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・切断肢の再接着等、年1回の実務者研修で話している。</li> </ul> <p><b>○岐阜</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・例えば膝内障、半月板損傷などで受傷後、1か月経過しても痛み(膝関節痛)が継続する場合、ヒアルロン酸関節内注射を変形性膝関節症の病名なので1クール認める。</li> <li>・年1回行われている事例検討会の資料(労働局の見解)を毎月発行している「県医師会報」に載せている。</li> </ul> <p><b>○静岡</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・静岡県労災指定医療機関協会から詳細に連絡されており、非常に助かっている。</li> <li>・返戻して理由を書いている。</li> <li>・労働局の依頼</li> </ul> <p><b>○三重</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・開示されていると思いますが、よくわかりません。</li> </ul> <p><b>○滋賀</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の審査終了後、社保、国保、労災での保険請求上の問題点を、県内会員に情報提供している。</li> <li>・査定に対する疑問については問い合わせがあれば個別に応じている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・労災診療上皆さんで決めたこと、手の外科での手術などで個別に診療報酬上の点数の扱いについて決めたことなどは署でまとめておくの良いのかもしれない。</li> </ul> <p><b>○徳島</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・明確な審査基準等があることはありがたいことではあるが、あまり拘り定規な適応はいかがなものか。現状は、症状詳記等により納得できるもの等は通すようにしている。</li> </ul> <p><b>○香川</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年開催される「労災診療費算定実務研修会」において、請求時に誤りの多いポイントを説明している。</li> </ul> <p><b>○愛媛</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・明瞭な開示とまでは言えないが、前回に審査した際に行った各症例の判断内容に関する印刷物が毎回配布されており、以後の審査の参考としている。</li> </ul> <p><b>○佐賀</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災は健保に準ずるため、健保の審査基準を医師会にて開示して、医療機関のレセプト請求事務の合理性(正常化)に努力している。</li> </ul> <p><b>○熊本</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリの単位数など。</li> </ul> <p><b>○大分</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・電話での開示(整形外科)</li> </ul> <p><b>○宮崎</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・書面にて開示している</li> <li>・審査基準について書面にて医療機関にその都度開示されている。</li> </ul> <p><b>○鹿児島</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・RIC と医師会により、研修会を年1回ずつ行っている。</li> </ul> <p><b>○沖縄</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労働局より、労災保険の請求方法を記した冊誌は配布しているが個々の診療請求法は基本的には社保に準ずると連絡している。労災傷病ではない請求については健保へ別途請求するよう各施設に文書で通知して訂正してもらっている。</li> </ul>
--	---

## 6 労災保険に関してご意見・問題点等ございましたらご記入ください。

<p><b>○北海道</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢労働者の増加により、基礎疾患を持っている患者の労災発症事例が多く、医用機関側も安易に労災診療を行っている事例が多いと思われる。</li> <li>・また、内科的基礎疾患の検査や骨粗鬆症の検査値量が過剰な事例も多い。</li> <li>・外国人労働者の労災事例は増加傾向にあったが、コロナの影響か、最近は減少傾向と思われる。</li> <li>・私病との鑑別が難しい。熱中症など、具体的な検査・治療の診断基準があると助かります。</li> </ul> <p><b>○青森</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災発生から、労災保険確定するまでの期間を短くできないか</li> </ul> <p><b>○福島</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・どうみても汚染創でなく、通常ならブラッシングを要さない創処置でも労災では認められている。</li> <li>・健保での救急医療管理加算2が労災救急医療管理加算では1相当として認められているなど、一般診療と基準が乖離していることが多く、高コストになっていると思われる。</li> </ul> <p><b>○茨城</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・査定された内容について、医療側の改善がみられているのかの判定が知りたい。</li> <li>・脳疾患（血管障害、頭頸部外傷）での救急医療加算、特別入院管理料算定での疑義が多いのですが疾患の程度により個々症例毎に異なり判断に迷うことが多いです。（いたずらに長く入院管理請求するものの中にはあるでしょう）</li> </ul> <p><b>○栃木</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査基準がそもそも無く、審査医の感覚で判断している。通常の保険診療と同等の審査基準を作り、開示をすべきである。労基の職員も、人により判断基準が違っている。公平性という観点からしても、判断基準が人様々というのは、現代においては認められないのではないかな。</li> <li>・DPCになってから採決（マルメ項目）などの検査が頻回になった印象。何らかの通知（アドバイス）した方がよいのでは。</li> </ul> <p><b>○群馬</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1）労災独自の診療費算定基準を構築する必要はない。健康保険に関する規定や薬剤に関する過剰とも 感ぜられる変更がありかつ最終ユーザー装着の治</li> </ul>	<p><b>○新潟</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1、休業を認める基準があいまいである。現状では労働者の請求通りに認めている。</li> <li>2、私病と労災との区別ができない症例が多い。健康保険診療との按分があったほうが良い。</li> <li>3、労災保険の補償が手厚いので治療期間が長期化する傾向がある。労働者に治療終了、治癒が受け入れてもらえない。</li> <li>4、高齢労働者が増えると加齢変化による症状が残存する症例が増加する。労働者に治癒が受け入れてもらえない。</li> <li>・前腕部の動脈神経腱筋肉損傷など、実際に行われた手技に対するレセプト算定の評価が低すぎるものが多い（労災のみではないが）。行われた手技は十分に算定できるように青本の改定を希望しています。新型コロナの死亡例に対する労災請求が出ています。不公平な対応にならないように基準を決定していただきたい。</li> </ul> <p><b>○石川</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査していると、専門の科が違っていると判断に困ることがあり、審査の方法について考慮の必要があると思う（専門の先生にコンサルト可能なシステムなど）</li> <li>・かなり高額な審査が審査員全員に配布されることがあるが、現在の高度な医療体系のもとでは、なかなか十分な判断は不可能だと思う。予め、同様な医療を日常的に施行している施設又は組織によって予備的にチェックされることが望ましいと考える。</li> <li>・労災病名と私病の区別を医療機関に正しく指導してほしい。</li> <li>・今後、悪性腫瘍の治療薬の高額化が懸念されるが、このあたりを十分に配慮した情報提供をお願いしたい。</li> <li>・労災保険での白内障はじめ、硝子体手術が増加した。昔よりも失明する労働者が減少したと推定される。一般的には角膜異物は大多数が労災になると思われるが、多くの患者さんは普通の健康保険での治療を受けている。このことも問題ではある。</li> </ul> <p><b>○山梨</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・過去には看護師の針刺し事故を毎月数名請求する医療機関があったが、現在は無い。労災かくしについては、労働者自らが、初診時に労災申請を拒否することが多い。職場の法令遵守意識が浸透していないことや、申請手続きの煩雑さなどが原因と考えている。</li> </ul>
--	--

<p>療器具の消費税問題など、多様な事案に対応していくのは診療報酬の改定がある健康保険に準拠していくしかあるまい。</p> <p>2) 労災認定に関して(メディアの声に圧されることはないと思っているが)その認定のあり方など時々に審査員には御通知いただきたい。社内の外傷、通勤災害はともかく疾病の認定には認定医が関わっているが大学の先生などが多く、時には現場との乖離を感じさせられる事がある。私病との判別も極めて難しく担当医の配慮も行き届かないケースが見受けられる。アスベスト肺などで医療側の多少のゆき過ぎが危惧される。(オプシーボ使用など)</p> <p>3) 労災及び労務調査などに関して。働き方改革がうんぬんされる以前から末端の監督署の職員が小さな経営者の集合である医師会員等に背徳の資本家であるかの様な言動がみられる。厳に慎んで貰いたい。好きで時間外などに働いている訳ではない。又内通の職員の言い分だけが絶対正義ではないことも存知いただきたい。</p> <p>4) 親方が危険労働を一身に引き受けている小規模組織の経営者の労働事故は配慮していただきたい。認定して欲しい。いずれにしても労災保険は日本の社会保障制度の根幹の一部を担っており今後死守すべき制度と考える。</p> <p>・私病と思われる変形性関節症に対して、高位脛骨骨切り術などを行って請求してくる事例がある。骨内異物除去術(四肢加算あり)を算定するために、不必要な抜釘術と思われる例がある。単に骨折線が関節内に及ぶだけで、関節内骨折観血的手術で請求してくる例がある。</p> <p><b>○埼玉</b></p> <p>・1. 労災審査委員の年齢制限は当県ではありません。本人が執務が無理と判断して辞退届が出ない限りメンバーの変更はありません。社保や国保は年齢基準があります。労災も設けるべきだと思います。</p> <p>2. CTの検査で、骨折疑い等で指や踝の検査をルーティンに施行する医療機関あり。たしかに単純撮影で判明が困難なケースはありますが、ルーティンにCT検査をやるのはいかがだと思いますが明</p>	<p>・本人と事業所の食い違いがあるケースがある。</p> <p><b>○長野</b></p> <p>・特に診断名のつけ方について医師の認識が不足している。やたらと「外傷性」とつけられればよいと思っているのかもしれない。医師は患者がどの保険を使って受診しているのかもっと気をつけて欲しい。</p> <p>・主治医の協力が得られず、労働局の担当者が意見聴取できない事例がある。</p> <p>・患者様に金銭的負担がないため、過剰請求や不適切請求が多い。</p> <p><b>○静岡</b></p> <p>・労災は健康保険と比して患者数が少ないので、病院の医師、事務職員が制度について不勉強のため誤請求になっているのではないと思う。</p> <p>・傷病の経過欄は大事であるのに、ハンコで済ませる病院が多い。例えば「外来通院中」とか「入院加療中」などのハンコである。この欄に症状を書くことの重要さが分かっていない。</p> <p><b>○三重</b></p> <p>・労務上の外傷でも健保使用する会社が多くみられる。</p> <p><b>○京都</b></p> <p>・私病との鑑別目的の検査や私病が転倒を機会に悪化したなど、どこまでを労災として扱うか判断に苦慮するケースが多い。</p> <p>・設問2にもありましたが、変形性関節症、手根管症候群、胸郭出口症候群、頸肩腕症候群、腱板断裂(転倒転落などの一度の外傷で断裂した場合を除く)などにおいては労災認定や後遺障害認定に際して白黒の判別は無理があり、障害認定のルール(何%まで認めるなど、中間的な判断の基準)を作成して全国的に定準化をはかり、公表することがトラブルを未然に防ぐ方策になるのではと考えます。</p> <p>・眼科において、眼球破裂、外傷性網膜剥離に対する硝子体手術(数種類)が複数回算定されているとき、間隔や回数を考慮するのですが、一連のものかどうか、それぞれ算定可にするかの判断が難しい。</p> <p><b>○奈良</b></p> <p>・高齢者の労災認定において経年変化の関与の判断基準が不明瞭。</p> <p>・社保・国保と同様な保険点数で統一することが必要である。</p> <p><b>○和歌山</b></p> <p>・災害による損傷か私病によるものか非常に</p>
---	--

<p>確な基準はありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・腰痛の私病との区別。</li> <li>・肢外傷と肢幹部との区別が問題である。</li> <li>・委員ごと、地域ごとに審査基準に差がある。可能な限り統一する必要があると考える。</li> <li>・労災指定用紙を持参時に○号用紙の種類が違うことが多い。</li> <li>・返戻が増えてしまう（労災かくし）</li> <li>・長期間になる例があるが、疼痛の判断基準が難しく、終了できない例があります。</li> <li>・手や指の処置の範囲の算定が、複雑でわかりにくい。もっと簡便にして欲しい。</li> <li>・診療側が私病に対しもっと厳正に当たる必要がある。労災診療は私病の救済ではないと考える。</li> <li>・高齢者女性の脊椎圧迫骨折の症例では、骨粗鬆症があり、もともと脊椎に陳旧性圧迫骨折がある場合、多少の外傷でも痛み症状がひどくなる症例がある。治療期間の長期化もありうることから、受傷時の状態、レントゲン等検査結果を症例毎に詳記・添付して、労災との関係を個別に判断する必要があると考える。</li> </ul> <p><b>○東京</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査用 P.C. ソフトの不備。添付される紙レセプトが無ければ、審査できず、画面審査の意味がありません。国保連合や支払基金のソフトと比較してください。</li> <li>・事務方の転勤が一斉なので、前期の懸案が継続されません。</li> <li>・何年も漫然と同じ薬を長期に出している医療機関がある。それも数か月に1回受診。症状固定にするべき？</li> <li>・特定薬剤使用時（神経障害は疼痛）における労災上の病名なしの対応の指導（臨床医に対して）</li> <li>・労災の判断と私病との関係性</li> <li>・査定を厳しくするか判断に迷うことがあります。</li> <li>・労災医療制度における労災特掲等の（特に新設例の）算定ルールについて、疑義解釈の発信などにより健保同様早期に対応してもらいたい。地域の労働局に疑義を投げかけても、中々回答が得られないことが多い。</li> <li>・今般のコロナ感染症に限らず、労災医療における制度周知や算定周知について、国からの発信が他の医療保険に比べ、かなり遅く、後付けでの通知となることが多いと感じる。所属地域の労働局へ新設された点数の解釈や取扱い方法（コロナ特例点数含め）を質問しても、「本省に確認します」</li> </ul>	<p>難しい場合があり、線引きしにくく、その都度判断する以外に手はないように思うのですが。</p> <p><b>○島根</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・仕事上での明らかな事故など分かり易いが、例えば普段の勤務中において何ら特殊な状況でないのに生じた腰痛あるいは座骨神経痛、もともと習慣性肩関節脱臼の病歴をもつ職員で、仕事中に正常な人であれば脱臼を起こさないような体制で脱臼を生じた場合など、果たして本当に労災と言えるのかというケースがある。労災か否かの判定は誰が行っているのだろうか。判定の専門職がいるのかどうか。</li> <li>・交通事故の案件で、自賠責保険を優先的に取り扱うべきと思いますが、労災保険を使用する場合がある。労災かくしについては、労働災害には労災保険を使用するのが当たり前のような環境作りが必要である。</li> <li>・全身的多数の諸検査をして、合わせて多数の疑い病名が出ることもある。</li> </ul> <p><b>○岡山</b></p> <p>仕事上での怪我でも労災を使用しない例が見受けられる。仕事上での繰り返し作業による怪我に対する労災の基準が必要である。</p> <p><b>○広島</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災保険の適応か否かの判断をできるだけ早く医療機関に連絡できるようにお願いいたします。</li> <li>・小さな事業所では、労災保険の請求方法が分からないと言われることがある。スマホで見ても字が小さく理解しにくい。簡単な問いを選択するだけで請求できるソフトを作って欲しい。</li> </ul> <p><b>○徳島</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災診療費審査においては、社会保険に準ずるが、労災保険診療の目的は労働者の早期の回復を願うものであるもので、症状詳記等で合理的な治療がなされていると判断されれば医学的に過剰検査、過剰診療でなければ査定しない方が望ましいと考えている。</li> <li>・患者さんが労災で治療中は症状固定・労災を打ち切りにするまで休業補償が認められると思っている方が多いように思います。診療 Dr. にもそのように思っている方がいます。</li> </ul> <p><b>○香川</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳血管障害の労災認定に際して、高血圧症等が過重労働などによるか、私病なのかの判断が困難。</li> </ul>
--	---



<p>「時間がかかります」「健保準拠です」としか回答がもらえないことが多い。あらかじめ質問されるであろうケースや予想されるであろう事例についての応答方法を用意していない時点で、労働局は労災医療についてあまり深く考えていないのではないだろうかと考えてしまう。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査上、労災では独自の基準が多くわかりにくい。</li> <li>・前記に述べたように長期、慢性的、年余にわたる治療が漫然と行われている症例があるが、全国的に期間を統一してもらいたい。</li> </ul> <p><b>○大阪</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院リハビリテーションを要するのか、外来リハビリテーションで良いのかの基準が不明確なためか、長期入院リハビリテーションを行っている医療機関あり（審査対象となる）。入院時（転院時含めて）に入院期間や退院の目安を予め提示できれば（一定の基準があれば）医療機関としても、被災者としても納得しやすくなるのではと考える。</li> <li>・長期化している場合は早く症状固定をするべき。</li> <li>・オブジーボ、キートルダ等免疫チェックポイント阻害薬投与時の自己免疫疾患のスクリーニングについて苦慮することがしばしばあります。</li> <li>・労務上の不詳にもかかわらず、健保での治療を希望する。</li> <li>・社会的入院が多い傾向にあり、社保国保との整合性が難しい。（事故のため被害者意識が強いと思われるが）</li> <li>・国保ではしっかり病名を付けているのに、労災では病名なく検査、投薬しているケースが多い。</li> <li>・コメントの記載がないと困るもの。「検査をするに至った経過や理由」「手術内容」「私病であってもやむを得ず検査を行う必要がある場合（血糖など）」「適応外の薬剤を使った場合の理由」現在自分の裁量で判断しているが、ある程度の審査判定基準があると良いと思う。</li> <li>・社会保険（社保・国保）との算定ルールの違いについて、十分に理解されていない医療機関が少なくありません。労災診療費の請求資料はRICから毎年最新のものが配布されているようですが、十分に活用されていないようです。電子カルテ、レセコンが標準となった社保、国保の保険診療はコンピューターでのチェックが進んでいます</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重症頭部外傷入院患者などに対しての頻回の血糖値測定、酸素飽和度測定などの是非。</li> <li>・脳圧亢進症状としての高血圧を私病と区別できるか否か。</li> <li>・入院等が長期化した為に医原性変化として発症する疾病を労災と因果関係ありとして労災と認めるか否か。</li> <li>・健保、国保では、県単位で判断に違いや差が生じていますが、労災保険では最終的に会計検査院のチェックがあります。従って、いわゆる「あおほん」の記載の遵守は必要になります。労災特例も大切です。</li> <li>・質問2に関係していますが、熱中症/医療者の新型コロナウイルス感染症が労災としてあがってきますが、「発熱」が主訴なので、鑑別診断が多くなされています。どこまで許容するのか怪しいところです（常識的判断と言え、それまでですが）</li> <li>・公的病院の勤務医に労災保険診療の仕組みが分かっていない方が多い。</li> <li>・何度も査定しても改善されない。医学部教育もしくは、保険医の新規集団指導の際、労災診療について説明する場があればと思う。</li> </ul> <p><b>○愛媛</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災保険は健康保険の保険給付に準拠していることが理解されず、医療機関は労災保険なら多少は許されると、甘い基準（自賠償）で算定してくることが多い。</li> <li>・労災かくしについての指導が必要。</li> <li>・腰椎捻挫による腰痛が取り消しになることが多い。腰痛の診断に難渋することが多く、経過的な改善も判定が困難である。期間的制限を決めて、後遺症診断にて終了させるべきと思われる。</li> <li>・設問5に記した印刷物も有用だが、検索ができず有効活用が難しい。全国の審査会での審査基準に関するデータベースを構築し、適時検索や参照ができるようにしてもらいたい。</li> </ul> <p><b>○福岡</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・COVID-19 の件で、様々の事で各県労働局の判断に任せすぎており、厚労省指導で行って欲しい。</li> <li>・地域間の審査の差</li> <li>・受傷起点が労災と関連があるのか判然としない症例がある。</li> <li>・受傷の経過記載が少ない。サマリー等の書類添付のある病院の方が少ない印象がある。</li> </ul> <p><b>○佐賀</b></p>
---	---

<p>が、労災関連はまだまだのようです。これらの改善が望まれていると考えています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定の医療機関において必要以上の長期の診療機関のものがある。</li> </ul> <p><b>○兵庫</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・永年の問題ではあるが、労災隠しについては、窓口で問題となることが多い。過去の日医労災自賠責委員会答申でも述べられているが、被災労働者が、職場に忖度することなく、労災扱いが認められるような制度設計が、必要と考える。</li> <li>・外傷疾患入院中の血液検査過多。</li> <li>・一般的な定年を超えた加齢要素が主と思える治療</li> <li>・特定医療機関による突出した症例数の腱板手術治療は高齢者の手術例においてどのように対応すればよいか。手術適応は労災によるか変性によるか審査では判断できない。</li> <li>・変性疾患の基礎疾患があり、それに外傷要因が加わった場合、勤務時間内であれば労災扱いになり、勤務時間外であれば労災にならないという矛盾。それを利用して個人的理由による高齢者の半月板損傷などを労災で治療する傾向</li> <li>・以前、審査にかかわる以前は労災保険は財政的な面で優遇されているといった印象があり、審査も緩めと考えておりました。が、実際は結構厳しい事例、労災保険診療に頓着しない請求例なども多く適切な審査に心掛けるよう心掛けることにしております。</li> </ul> <p><b>○神奈川</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災診療の多くは救急診療として対応している為、検査が多く（私病との関連をチェックする為）、当然疑い病名が多くなります。それぞれの検査に対応する保険病名を付けると数が多くなる為、外来検査を一括した取扱いができれば、審査も楽になるのですが。</li> <li>・腰椎圧迫骨折の治療で骨粗鬆症が労災保険の扱いにならない時、治療が大変です。高齢者の OA と外傷の区分が困難です。</li> <li>・リハビリテーションの四肢加算の対象が分かりにくい。この加算に意味があるのか疑問。</li> <li>・血液、画像検査が頻回に行われ、傷病名から、必要性に疑問が生じる病院もあります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腰痛に対しての基準がはっきりしない。</li> <li>・初診の受診時に仕事上の怪我ではないと確認していても、手術が決まったり、治療が長くなると労災に変更される場合がある。</li> </ul> <p><b>○長崎</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査基準が各県でかなり相違しているのではないのか？</li> </ul> <p><b>○熊本</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日本医師会で労災保険診療についてまとめて頂きたい。県によって基準が異なるケースが散見され、各県担当の判断とされるが、これまでのデータをまとめ、主な疾病について現時点での統一見解と示して頂きたい。</li> </ul> <p><b>○大分</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当初は、健保で受診し中途から労災へ変更となった場合、病名・検査内容・投薬内容等、辻褄が合わなくなることはよくある。患者も医療機関も困ることが多々ある為、事業所への注意喚起を（後出しのないよう）徹底して欲しい。</li> <li>・明らかに業務中のケガである場合、窓口で労災の説明を行ってはいるが、どうしても事業主側からの許可が下りない、もしくは健保を使用しての診療をして欲しいとのケースが多い。 窓口での説明は義務であるので一応はするが、それ以上の説明をすれば大きなトラブル・クレームにもなりがちであるので対応がとても難しい。</li> </ul> <p><b>○宮崎</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢労働者が増加している中で、私病とされている検査・治療でも労災として取り扱う必要が出てきているのではないのか。例えば、D. M. における HbA1C 検査や骨粗鬆症に関する検査等。一方、腰痛症やヒアルロン酸 Na 関注については、従来通りの厳密な基準で行っていかないと労災保険そのものが問題視される恐れがあると思われる。</li> <li>・治療が、長期にわたり漫然となされている。症状固定の時期もはっきりしていない。難しいと思うが、何らかの基準は必要では。</li> </ul> <p><b>○沖縄</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・労災保険で支給できるものと、私病として健保請求とすべき項目等に対する各支部よりの問い合わせの回答が十分に受け取れず苦慮する事例がある。現在は特に、covid-19 に対する対応を早急をお願いしたい。</li> </ul>
--	--





## 自賠責保険に関するアンケート調査

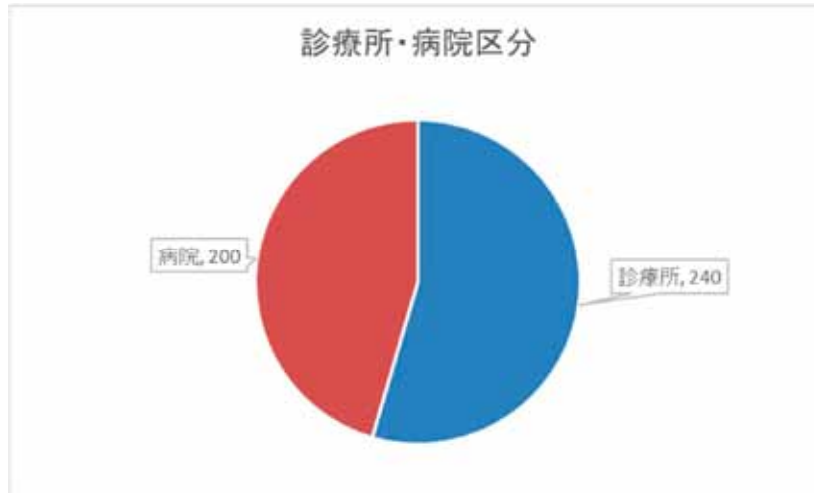
### 【自賠責保険関係】

～医療機関（診療所・病院）向け～

次の設問 1 ～ 11 について、お答えください。

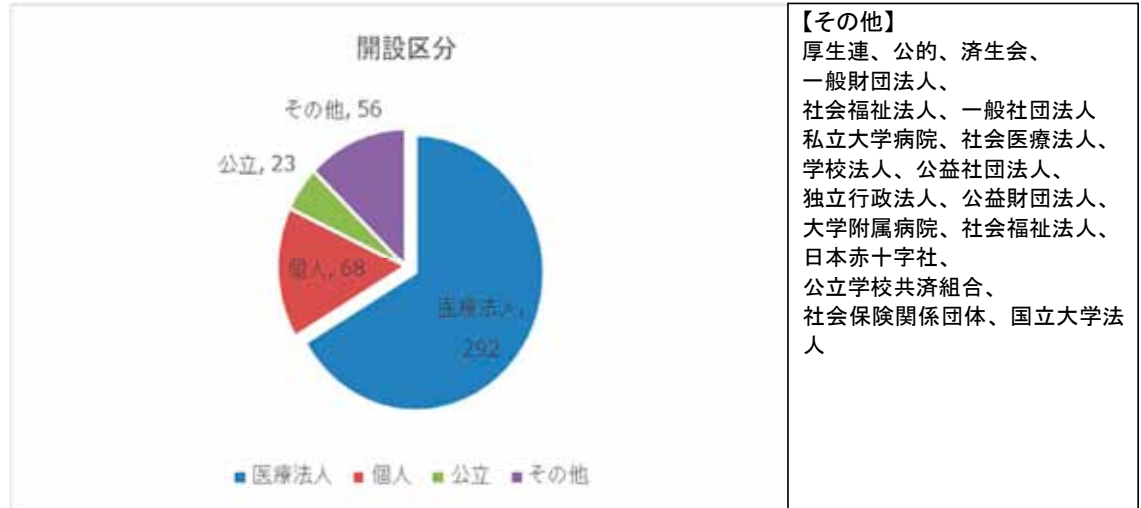
#### 1 診療所・病院区分

☐診療所 ☐病院 ☐その他（ ）



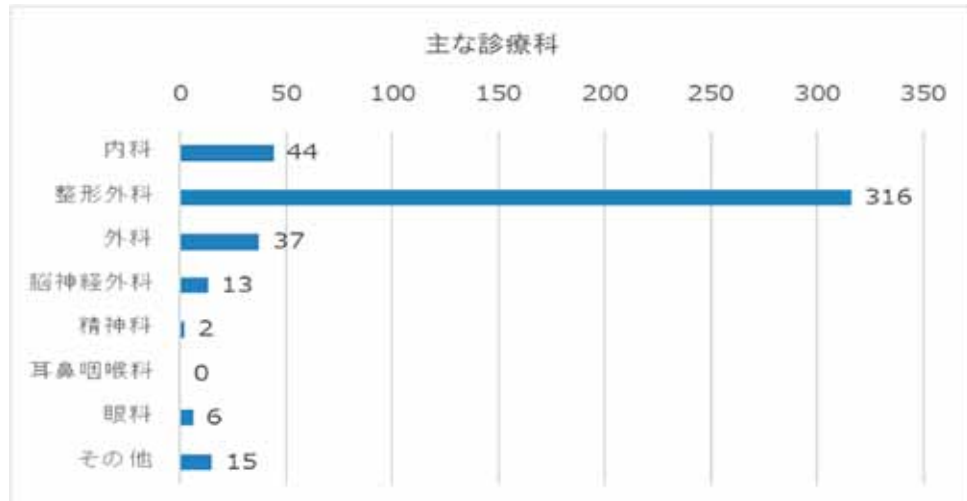
#### 2 開設区分

☐医療法人 ☐個人 ☐公立 ☐その他（ ）

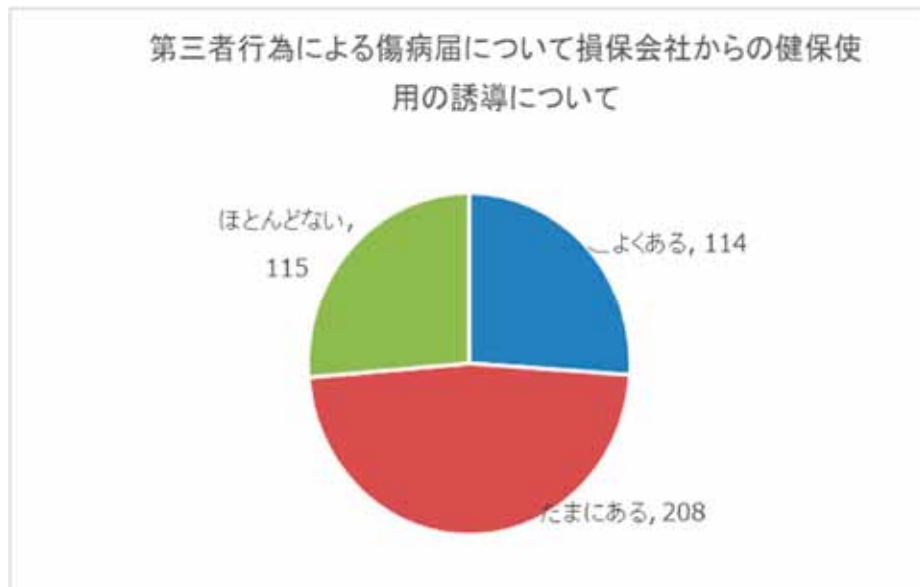


3 主な診療科（1つだけ選択してください）

☐内科 ☐整形外科 ☐外科 ☐脳神経外科 ☐精神科 ☐耳鼻咽喉科 ☐眼科  
☐その他（ ）



4 交通事故診療を健康保険（第三者行為による傷病届）で行うにあたり、損保会社から健康保険の使用を患者さんが誘導され、健康保険での診療となるケースはこれまでありましたか。



5 交通事故診療を健康保険（第三者行為による傷病届）で行っている場合において、自賠責診療費の一括請求や健保使用時の一部負担金の支払いなどによるトラブルなど、健康保険を使用した際に起きる問題事例やお困りのことがありましたらご記入ください。

**□損保担当者の健保誘導や対応事例**

- ・自賠一括を受けた後、健保に切替えたいという連絡がきたことがある。
- ・健康保険を使用する際には、保険者へ第三者行為の届出が必要な為、保険会社へその旨伝え必ず手続きするようお願いしたが、何ヶ月か経過した頃、第三者行為の届出が出ていないことが判明し、レセプト返戻、会計変更、保険会社へ自費で再請求の処理が発生した事例があった。
- ・第三者行為の届出をせずに利用される患者様がほとんどであり、保険会社から届出代行すると説明されているケースも多い。
- ・健保での診療にも関わらず、自賠責の様式の診断書、明細書を求められたり、時には保険会社から直接請求してくる。また、健康保険診療にも関わらず、一括対応を求められる。
- ・第三者行為になると、損保が患者負担を損保に請求してくださいと連絡があるが一切受け付けません。患者負担は窓口で本人に支払ってもらっている。損保も患者にきちんと説明していないのが多く、病院が患者に説明すると双方（損保と病院）で言っていることが違うと言われる。
- ・損保担当者が、健保使用でも一括支払いを申し出してくる。第三者行為の届け出を知らない、またはしなくても構わないという根本的なところを判っていない方が居る事。
- ・健保使用時の一部負担金の支払いを診療所の窓口で行う必要があることを損保会社が理解していなかった。
- ・特に高齢者に損保担当者が健保を勧め、当然のこととして健保使用する。
- ・「健康保険を使って、本人負担分を保険会社が支払いたい。」ということは、ほぼ全ての保険会社が言ってきますが、法律違反であることを説明し拒否します。
- ・最も困るのは、患者への説明がない為に、医療機関側へ患者が泣きついてくるのが多い。説明不足をこちらでは対処しようがない。日医と損保会社との申し合わせを守っていただきたい。
- ・健保一括で窓口の請求も含めて損保会社が対応、さらに診断書も依頼してくる。
- ・健保使用時は、患者本人が一部負担を支払い、診断書等の依頼も患者以外からは受付けていないが、損保から一括請求や、診断書・明細書を依頼されることがある。
- ・病院搬送時に損保担当者が健保ルールを理解することなく、健保使用へ誘導することにより、術後リハビリで紹介受診された場合に、健保ルール下での治療になることを説明しても、なかなか納得されず、説明の長時間化に苦慮することがある。
- ・一括終了を医師の判断なしに担当者が勝手に患者本人に「治療終了」と伝えてしまう。
- ・損保会社の担当者の認識が不十分、まちまちで対応が異なる。
- ・加害者が任意保険に入っていないためとの理由で健保使用になることがある。
- ・健康保険を用いての受診の概要を全く説明されておらず、患者様と保険会社の間に挟まれて困るときがある。
- ・健保使用について、保険会社から患者さんへの説明が不足している。「健康保険出すように保険会社から言われたので出しました」程度の理解しかない。
- ・入院すると健保一括のような流れになっている。「慰謝料が少なくなる」と言って、患者さんに健保使用を勧めることが多い。
- ・損保から「なぜ健保一括を受けないのか？」との、問い合わせ（半ば強要）の電話で職員が困ることがある。
- ・損保会社が健保一括請求と称して治療費の本人負担分を後で立替払い扱いすることを医療機関側に求めてくるので拒否すると窓口で患者さんとのトラブルが生じる。
- ・外来診療で健保使用の場合、本人による窓口支払となるが、保険会社より説明ないためクレームになることがある。
- ・健保で診療する事の意味を理解していないか、説明されていないケースがある。

- ・健保使用时、健康保険法にしたがって窓口で一部負担金の支払いを求めるが、保険会社へ請求してほしいと言われ、それは出来ませんと伝えるとたまにもめる事がある。
- ・健保併用でと損保会社から連絡を受けた際、レセプトの特記事項欄に「10. 第3」をたてるため、「第三者行為による傷病届は提出されましたか？」とたずねると、「そういうことはこちらでするので、病院は気にしないでいいです」、「自損なので必要ありません」と言われたことがある。レセプトの特記事項欄の「第3」はいれるべきなのかよくわからない。
- ・患者さんに健保使用の説明もせず、当院で説明して健保を使っているとウソをついていた事例があった。同日に患者が来院し、事情を聞くと全く説明をうけてないとの事でウソがばれた。
- ・保険会社の都合で終了となることあり。
- ・第三者行為の患者さんから症状固定の相談をうけ、基本的には作成できないと伝えたら、微妙な空気になった。
- ・受診時に一括請求か健保併用か決まっていなかった場合、保険会社から支払いの保留を求められる。
- ・事故の相手が無保険や加害者が不明（ひき逃げ等）の場合、傷害が大きく自賠償の限度額を超える場合等は、やむを得ず健保使用となるが、それ以外でも健保使用を依頼してくる損保会社がある。特に外資系の損保会社はその傾向が強く、通常の交通事故で健保を使用するのがなぜダメなのかが判っていない担当者が少なくない。
- ・健保使用时の一部負担金の支払いを患者にお願いしたが、保険会社から「当社で支払います。え？どうして出来ないのですか？他の病院はしてくれますよ??」と毎回言われ、患者側にも再度説明する必要が生じて手間がかかる。
- ・損保会社で、健保使用の場合、窓口負担が必要となると説明していただきたい。
- ・健保使用を誘導しながら、「症状固定は出ないか？」という照会文書を送付してくる。
- ・一部負担金の支払いを窓口でなく、健保一括請求を求められる。
- ・患者本人は、十分なサービスをうけることが出来ると思っているが健康保険ではサービスの縛りがあり、不満がある事例が認められる。患者本人に十分説明されてないケースがよく見かけられる。
- ・自賠償保険において患者の過失割合が7割以下であれば支払い保険金が減額されないことの説明を患者が聞いていない。
- ・病院としてのトラブルはあまりないが、患者様への説明が不十分であると多々感じる。
- ・当院では外来費の一括払いは対応していないが、保険会社から患者さんへ説明されておらず「保険会社が支払うことになっているはず」と主張して、患者さんが支払いを拒否するケースがある。
- ・診療費の請求に対して調査中を理由に1年以上支払いが行われないケースがあった。保険会社担当者が自賠償業務を十分理解していない（精通していない）担当者も見受けられる。
- ・頸椎症などの既往症がある場合、事故との関連が不明確となり、長期化して保険会社からクレームとなるケースがあった。
- ・当該請求方法においては請求権を移行せず当院では債務者は患者としているがその方法に対する理解が得られないことが多々ある（当院では自賠償使用の場合に一括請求をしている）。任意保険の対応はひどいことが多い。
- ・任意保険の人傷保険の説明もなく、損保側が後は保険でと定款を盾に3ヶ月で切ってくる。
- ・保険会社から患者さん記入済みの同意書などの書類一式がなかなか病院へ届かない場合がある。
- ・自賠償を使うか保険証を使用するか、保険会社と患者の言い分が違う場合がある。

#### □交通事故診療時の医療機関ごとの対応例

- ・健康保険には必ず第三者行為として請求し、窓口負担も患者本人にしてもらうこと。診断書は自院の形式で発行し、明細書は発行しない。以上の事項を診療開始前に確認して診療しています。
- ・健康保険を使用した際には大きな問題は起きない。例えば胸骨骨折の場合、肥満の高齢

の患者では、XP では判断しがたいので、超音波検査を行って骨折を評価すると、健康保険では査定される。実際には有用な検査であって必要と考えられる検査でも、健康保険では認めていないので、査定されるので困る。

- ・自賠責保険が使える交通事故の場合には、健康保険での治療ではなく、自由診療で自賠責診療費算定基準に準じて請求をしている。
- ・個別指導をうけた際に、担当の事務官が困った顔（嫌な顔）をする。保険診療を厳格に行うなら、やはり、健康保険を使用すべきでないと肌で感じる。
- ・健康保険の使用を患者さんが誘導されることはよくあるが、極力自賠責保険又は自由診療にて対応している。
- ・健康保険を使用の場合は窓口負担をしていただき、これまでのところトラブルは起こっていない。
- ・通勤災害の方で健保併用になると後に健保組合から否認される事が3件くらいあった。
- ・健保使用時は必ず窓口負担があることを説明するのでトラブルは少ない。
- ・第三者行為による傷病届の方法等、説明を医療機関側がする場合が多く、手続きを完了するまでに時間がかかることがある。負担額が多くなる場合は未収金となる場合が高い確率である。
- ・当院では、必ず窓口負担がある旨を保険会社より説明してもらい、了承を得てから受診してもらっている為、困った事例等は特別ありません。
- ・健康保険を使用中に、事故以外の診療を希望されても診療することが出来ない。
- ・当院では、健保で治療を受ける方は、窓口で一部負担金を払ってもらうが、保険会社からは「うちに請求してください」と言われることが多い。「うちではそのようなことはしていません」と断っている。
- ・どうしても健保でという方がいて、一部負担金の支払いが滞った事があり、健保での診療を当院は10年前より行っていない。
- ・当院が任意 or 人傷一括払いを
  1. 受諾する場合：明細書・診断書（自賠責書式）の発行、窓口負担金徴収、等に関するトラブルは特にない。
  2. 受諾しない場合：損保担当者の知識不足による当院との問答があり、「健保使用撤回」「患者が来院せず」の2通りの結果となる。
- ・健保使用時に一部負担金を患者に支払わせないよう損保会社から要請がある場合があるが、「療養担当規則上、窓口負担は支払って頂く事になっている」と断っている。
- ・健保使用する場合、患者様と保険会社で手続きをするよう受付で案内をしているため大きなトラブルは発生していない。
- ・一括請求は拒否している。第三者行為申請なしに利用する場合があり指導している。
- ・損保が一括拒否する場合、本人から頂く旨、初診時に説明済のためトラブルはない。
- ・一括請求について、損保会社の患者さんへの説明不足のせいか、治療打ち切り時に患者さんが損保会社と終了時期でもめていることが多い。
- ・保険会社より一括請求の連絡が入るが、患者さんの同意書が届かず、保険会社に請求できないことがある。
- ・保険会社より一括請求の依頼がきても当院では断っている。以前結局支払わなかった例があったため。
- ・当院は精神科の為、事例は少ないですが、事故後の心的ストレスで受診されるケースがあります。受診時に事故の旨お話しされ、「医療費は全て損保会社に請求してほしい」と言われます。多分身体の治療でそうされていたのだと思いますが、何の資料も持参されないため、精神科の治療も事故の診療の対象と損保会社が了解されているのかわかりませんので、患者さんの言葉だけでお受けすることが出来ません。結果自費になり未払いになる場合があります。（後日、患者さんから損保会社へ連絡され、一旦お支払い下さるか、損保支払いに切り替えた。）また、こういった支払いの確認等を病院からして欲しいと言われることが多い。
- ・原則、一部負担金は患者から診療の都度徴収するので、あまり問題になったことはない。
- ・交通事故診療においては初診時に軟部組織損傷の見逃しがあると後日大きなトラブルに発展する可能性があり、特に肩関節腱板損傷などは理学所見からのみでは判別不能の場合



がある。保険診療では「肩関節腱板損傷（の疑い）」の病名がないと超音波検査が認められない場合が多く、初診の診断名がそのまま自賠責の診断書に反映されるとこちらも「腱板の損傷があったもの」とみなされ、後日トラブルの原因となることがある。当初変形性頸椎症や変形性関節症として健康保険で治療開始し、後日、自賠責健保使用となった場合には急性外傷性病名がついていないと損保会社、患者本人に対しても問題となる場合がある。

- ・元々当院にかかっておられた患者に対し私病分と事故分の切り分けが難しい時があります（会計時やレセプト請求時）。

- ・当院では健康保険を使用される場合は、保険会社へ一部負担金を請求せずに窓口にてお支払い頂く方法を取っているが、相手方（加害者の方）が窓口で一部負担金を支払う方法を取られる場合、次回診察時の医療費一部負担金をどうするか、検査を他院に依頼する場合はどうするかで困るケースは過去あった。本人が一旦窓口で支払う形が望ましいが、現実的に困難な事例もある。

- ・健保使用時の一括はしていない。窓口でお断りしている。

- ・なぜ交通事故において健保を使用するのか理由がはっきりしないことがある。理解できることもあるが一部負担金に関してはきつく支払いを求めれば支払ってくれる。

- ・健保一括（窓口負担を損保に請求すること）は法律に基づいていないことを周知してほしい。

- ・当院では、交通事故で健保使用をする場合には、患者の意向であることを確認の上で、

- 1）健保使用一括には応じない（一部負担金は窓口でいただく）。

- 2）診断書等は原則自院所定の様式で、患者に発行する。

- 3）損保等からの問い合わせ等には応じないなど、健保ルールでの対応となる。

ことを、あらかじめ患者に説明し同意を得るようにしている。

- ・当院は、健保使用は 10 対 0 のみ使用している。その他は自賠使用している。

- ・特に大きなトラブルはありません。最近では保険会社が第三者行為による傷病届の必要性の説明と手続きをするケースが多いようです。

- ・健康保険の使用はできるだけ避けるように三者協議会での合意あり、と保険会社に申し出ると納得する様。

- ・損保より連絡があった時点で、負担金を徴収していませんが同意書が送られてくるまでは自己負担としていた時はトラブルだらけでした。被害者は自分の治療にもかかわらず払いたくないと主張します。

- ・交通事故診療を健康保険で行うことは認めていないが、保険会社側から患者側への一方的申し出（いついつまでしか自賠保険では見れない等）があり、患者側で仕方なく健康保険にせざるを得ないケースは少なくない。

- ・保険会社・患者に健保使用の際には、応分の窓口負担金を支払ってもらうことが保健医療機関としての当院の義務であると説明しているが、最近特に問題になった事例はない。

- ・健保使用の際、患者負担分（窓口での支払い 1～3 割）を損保会社が直接医療機関へ支払うことの依頼や問い合わせがある。健康保険法違反ですので断っていますが。

- ・第三者行為で損保は健保一括を希望してくることがあるが、健保使用の場合は必ず毎回一部負担金を支払ってもらっている。健保使用の場合は損保とのやり取りはやらないことにしている。

#### □診療時や請求時の煩雑さの事例

- ・事故の治療中に他の部位の痛みを訴えられ、健保使用の事故と一般の健保の内容がごちゃ混ぜになってしまい、カルテの管理が煩雑になる。

- ・支払いがあると納得しない方がいて、支払い頂けない場合がある。

- ・保険証をいつまでも提示していただけないため請求がかけられない。第三書行為をいつまでも行わない。保険証を使用して普通に支払いをしているが、後から事故だった労災だったと言われ支払いの変更（返金）が起こっている。

- ・保険証の提示まで時間がかかるケースがある。限度額使用の可否が保険者によってばらつきがある。

- ・健保使用の場合、私病か主たる傷病の場合、治療ができない

- ・自賠から途中で健保になり、事務的手続きの変更が面倒で困っている。

- ・第三者行為承者（健保側）の指名等の確認が不十分のとき、保険者へ請求ができず保留となってしまう。
- ・通常の保険診療として診るので、領収書で患者と保険会社でやってもらっています。基本的に診断書も私病の為、お断りしています。
- ・交通事故の診療を健康保険で行う場合に、他の疾病の診療を健康保険で同時に行った場合において、第三者行為によるものとそれ以外のものを厳密に分ける必要があるが、例えば鎮痛剤はどちらの治療を主目的に出したかなど、実務上は困難な場合がある。
- ・患者様が健康保険を使用することを納得してみえるか、分かってみえるか。分かっている場合、説明に困る（何がどう違うのか？等聞かれる）。
- ・患者が健保と事故任意一括保険の違いを理解していない状態での健保使用の請求があり、健保のしぼり等でのトラブル（薬の処方、リハビリ回数）が時々ある。
- ・健康保険で治療すべきご自身の疾患に加えて交通事故による治療費が発生することで、患者様に内容を理解した上で負担金の支払いを求めなければならない。また、明細書作成に当たり、分類明記の必要性を求められる。
- ・健保使用の場合、持病との区別をつけなければならないため、大変である。また、患者様が理解していないことがある。
- ・保険証使用の場合、通常の窓口支払いと同じになるという説明に時間がかかり、一部負担金の支払いの仕組み等、あまり分かれていない方が多い気がします。
- ・知らないうちに損保会社から健康保険の使用を誘導され、健康保険で提出したレセプトが大きく査定されたことがある。全く過剰な診療はしていないにもかかわらず。
- ・健保を使用して診療したケースで、後日第三者行為で請求したにもかかわらず、協会の方より、健保は使用できないため差し戻されたことがあり、残りの7割分を後日保険会社へ請求しようとしたところ、契約（患者との）の中に一括では該当しないと言われ、解決までにすごく時間がかかった。
- ・保険会社が一括請求を連絡してきたにもかかわらず、事故は自損事故で患者自身が加入している保険を使用するはずが、保険料の未納によって支払われず、本人に連絡しても連絡がとれないため、未収金になってしまった。保険会社が一括請求を言わなければ通常診療をしていたため、保険会社に支払を求めたが、相手にされなかった。
- ・総合病院のため、他科で持病で通院している場合に事故分と事故以外の分の分けが大変なことがある。
- ・健康保険で加療中の方が事故で受傷し健康保険を用いて加療する場合、カルテを別にする必要があり、紛らわしく混乱しやすい。
- ・交通事故診療を健保を利用する場合の診療報酬明細書と診断書の記入が必要となりますが、面倒だと思いながら書いています。なぜかと言えば、疾病分を除外しないといけないからです。
- ・事故診療分とその他を分けるのに手間がかかる。
- ・私病が絡む際に、分別が難しくなり、支払いを求めても患者さんが納得されない事がありました。
- ・健康保険使用の決定まで時間がかかり請求が遅くなることがある。

#### □診断書に関するトラブル等

- ・保険会社が自賠責費用の診断書を書いてほしいと言ってくる。それは書けないので、当院での診断書で書くと話すが、なかなか納得してくれない（そんな話は初めて聞いた！などの対応です）。
- ・自賠責診断書・明細書など記入時、患者本人の同意書が取れず、請求、支払いが遅れる。
- ・健保使用時の第三者行為届出が遅くなることがある。
- ・健保使用にもかかわらず（患者を通して）診断書、明細書の発行を依頼してくることがたまにある。
- ・第三者行為で行った際に、ごく稀ではあるが、保険会社と患者、相手側との話がうまくいっていないのか、話が二転三転しなかなか支払ってもらえないケースで処理が複雑になってしまうことがある。
- ・健康保険を使用する場合、窓口にて一部負担金が発生しますが、特に被害者と判断され

る患者様からは、「何故、被害を受けた自分が支払わないとならないのか」と訴えをされるケースが多々あります。そういうケースは、自賠責一括でない分、病院側が治療を受けた後に、請求しても支払いを拒否することがあり、未収となることがあります。

- ・自賠責後遺症の診療書が書けないことをご理解頂けない場合がある。
- ・第三者行為により健康保険を使用している場合は、患者負担として通常診療としているので、支払いに関するトラブルは特にない。後遺症が発生する場合は自賠責費用の診断書に記載するように求められる為、お断りする時にトラブルになる場合がある。
- ・保険証を使用した場合、自賠責用の診断書・明細書は作成出来ないと説明するも、保険会社から書いてもらうように言われたと患者本人が自賠責用の書類を持ってくるため、保険会社と本人へ何度も説明が必要になる。当院様式の診断書であれば作成できると説明しても、分かってもらえない。色々な方法を使って、自賠責用の書類で書いてもらうように仕向けてくる。
- ・健康保険での治療を行っているのに関わらず、自賠責関連の診断書を提出してくる場合がある。
- ・自賠責の後遺障害診断書を書いてほしいと言われることが多い。本来は健康保険使用なので書けないというが、仕方なく後遺障害診断書を書くことが多い。
- ・健康保険扱いとしているのに、自賠責方式の診断書や診療報酬明細書の発行を要求、後遺障害診断書の発行を要求される。本来このような書類を作成する義務はないと考える。また、治療の中止、終了を保険会社から要求される。
- ・健保使用時に医療契約関係に無い損保会社が診断書等の提出を請求してくる。
- ・後遺症認定の要求（健保には後遺症はないはずなのに）。
- ・健康保険（第三者行為による傷病届）での治療について自賠責保険の診断書を提出するよう強要するケースが多いです。中には「お宅だけ書けないと言う」ともめるケースもあります。場合によっては自賠責に変更するということになり、健保の取り下げ請求の処理が必要になることもあります。損保会社が賠償責任についてあえて触れていないようにしているのではないかと思うケースもあり、説明不足か説明省略なのか疑問です。
- ・健康保険を使用し傷病が終わると大量の診断書や明細書の作成を求めてくる。
- ・損保が損保一括を受け入れる診療所に患者を誘導した事例がある。健康保険を利用した上に、月々の診断書を求めずに損保指定の用紙に3か月分の内容を記入させ、それを自賠責保険への請求に使った事例がある。これは診断書に対する著作権法違反となる。

#### □患者さんとの支払いトラブル

- ・被害者にもかかわらず支払いをするのはおかしいと言い、全て保険会社が対応して支払うべきだと支払を拒否したことがあった（被害者にも過失あり）。
- ・事故による入院の場合、患者が自己負担分を一括で払えず、分割を申し出ることがあり、それが長期になって患者による自賠責等の手続きが遅れることがある。
- ・患者さん自身の被害者意識が強く、損保会社から患者さんへの説明不足もあるのか、交通事故の診療で保険証を使用できることを理解されていない人が多い。
- ・入院期間中のベッド代差額トラブル。空床状況確認や、差額床利用は患者希望なのか、利用理由の詳細を求められる。また、差額床の利用理由について確認や患者との意見相違による入院費用全般の支払い拒否や遅延。
- ・ほとんどのケースで患者さんの窓口一部負担金の支払いは必要ないと損保会社から患者さんに言われており、患者さんからの一部負担金の徴収は行われていない。
- ・健保使用時の一部負担金を患者本人へ請求するが被害者だからと支払い拒否されたことがある。
- ・健保使用時に限度額適用認定証を申請し、使用することになっていたが、患者が申請しなかったため、使用しないで請求したところ損保会社から遡って手続きし直すよう再三連絡があり、請求までかなりの時間を要した。
- ・交通事故の医療者、健保での私病分があり、一括して健保使用時患者様が私病分の治療分を理解していなく、全て事故だからと言い張り、納得してくれないときもあり、きちんと説明した上で治療も行っているが、高齢になる程理解してもらうのには時間がかかる。
- ・「被害者なのになぜ治療費を払わないといけないのか？加害者に払いに来させろ」などと



言う方がいる。金銭に関して被害者さんと加害者さんの間には入れないと言うとじゃあ払わないと、取り立てに困る。

- ・交通事故での受診者は所持金不足や健康保険証の不携帯により、後日払いとなってしまう例が多々ある。特に後日来院せず（予約ありを含む）、診療申込書の記載内容（住所、電話番号）に不備がある場合、受診者への連絡が途切れ多額の未納が残されてしまうこと。
- ・受診者が「自分は被害者だ」との主張で支払いを拒否する例が散見される。
- ・口頭連絡による行き違いで、患者さんと請求トラブルありました。
- ・一部負担金の支払い拒否。
- ・リハビリテーションを行っていた場合、健保と同様に制限が150日（180日）となるため、苦情があります。
- ・患者が保険者に第三者行為の届けを出しているかが全く不明。

#### □その他

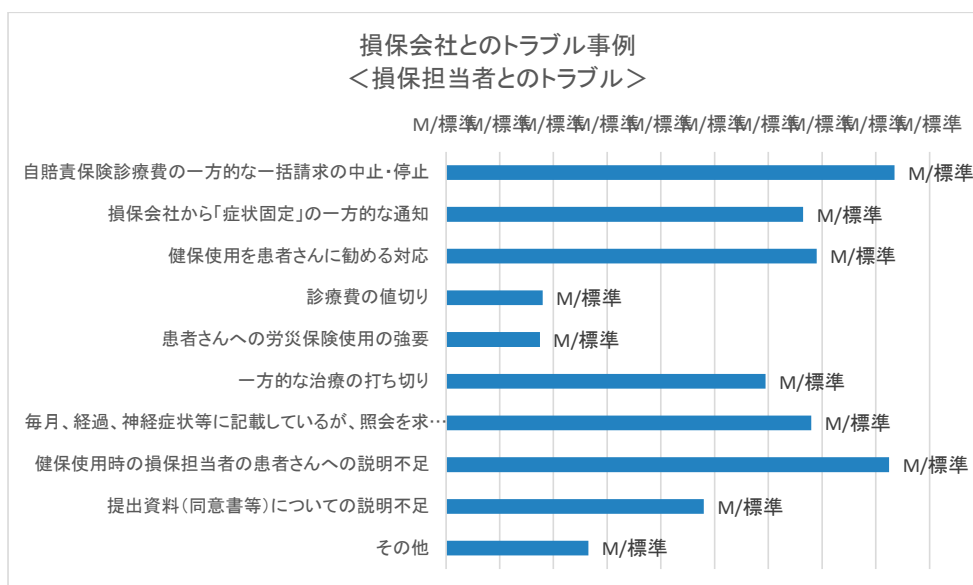
- ・どこが終了か分かりにくい。
- ・加害者への直接請求を依頼。
- ・入金がなかなかないことがある。
- ・請求後なかなか支払われず催促することがある。
- ・保険会社と患者との間で裁判となり支払いが滞ったことがある。
- ・業務中の事故が多くみられる労災との関係が問題である。
- ・乳児が重度の受給者証を使用する、しないの判断。
- ・支払期限を伝えているにも関わらず、支払の遅延がある。
- ・同日に他科診療がある場合、診療費の計算で間違いが起こる場合がある。
- ・交通事故で受診され、自賠責会社に連絡しても初期対応ができてない。1、2週間たっても、同意書が取れてないとか、書類作成されてなく、請求書を送っても、1か月、2か月経っても振込未納だったりする会社もある。
- ・診療費用に関するトラブル。単価の値切り、全体ではなく一部の診療項目をピンポイントで減額要望（手術材料費、食事療養費、部屋代等）。
- ・過失割合も関係なく人傷を使ってくる。
- ・自賠責診断書、診療報酬明細書作成時トラブル。損保からの一方的な郵送依頼、当院所定の【委任状】記載不備による受付トラブル。健康保険を使用ではあるが「診療報酬明細書」の作成依頼。レセプト開示等を説明するも「診療報酬明細書」の作成を強く要望される。
- ・保険会社からの入金が遅い。
- ・終了時期のタイミングがとりにくく、つつい長期になる。
- ・交通事故で2～3ヶ月に一度来院して薬処方し、不審に思いよく聞くと接骨院で施術をうけているケースあり、どちらかしか治療できない旨説明。こちらでは治療の責任も持てない。
- ・ある程度統一したルール作りをして、現場で保険会社と個別の交渉はしたくない。県医師会で自賠のトラブルを一元化できないか。
- ・思い出したくないこともありました。忘れました。お金（治療費）の問題でした。結局支払ってもらえなかったように思います。（どっちかの保険で）
- ・交通事故での診療と本人の持病、けがでの治療との同時治療の判断基準（事故とけがでの圧迫骨折の同時期の治療等）。
- ・請求が済んだ後で支払い方法が変更されることがある。
- ・過失相殺の割合が一方的に決められることがある。公平な判断が必要と考えます。
- ・保険者や弁護士から、自賠責分と私病分の点数を分けて欲しいと依頼があり、煩雑で手間がかかる。
- ・健康保険で高額療養費の限度額認定証を使用した場合、自己負担の上限額に達した際には、そもそも負担金を自賠責分と私病分に分けることは不可能である。
- ・交通事故なのに支払が必要なのですか、と言われる方がいます。
- ・「交通事故診療ハンドブック Q&A」のおかげで請求事務はスムーズになされているようです。関係スタッフの皆様に感謝します。ご苦労様です。

- ・ 終了後の診断書や後遺症に関するトラブル。
- ・ 他病院からの転院。前医と当院での保険使用の窓口対応の違い。
- ・ そもそも支払いが健康保険で行うための仕組みが正確に分かっていない為困っている。
- ・ 療養担当者規則に基づかない治療の要求。

6 交通事故診療における損害保険会社の担当者とのトラブル事例について  
交通事故診療に際し、損害保険会社（JA・全労済・全自共含む）又は患者さんとのトラブルや困った事例がありますか。当てはまるものを選択ください。（複数選択可）

<損保会社とのトラブル>

- ☐ 自賠責保険診療費の一方的な一括請求の中止・停止
- ☐ 損保会社から「症状固定」の一方的な通知
- ☐ 健保使用を患者さんに勧める対応（窓口払いが不要になる等の理由で）
- ☐ 診療費の値切り（単価の値切り交渉）
- ☐ 患者さんへの労災保険使用の強要
- ☐ 一方的な治療の打ち切り
- ☐ 毎月のレセプト診断書等に症状の経過、神経症状等詳細に記載しているが、症状の照会を求めてくる
- ☐ 損保会社の担当者から患者さんに対して健保使用することでの説明不足
- ☐ 同意書、示談書、休業手当請求書、保険金請求書等の提出資料についての説明不足
- ☐ その他（具体的にご記入ください。）



「その他」の具体的なご回答

○保険会社の未払い

- ・自賠責一括払いで連絡があり診療をしたが、治療終了 3 ヶ月後ぐらいに、患者さんが保険会社に保険料を支払っていなかったため、保険会社から当院に支払できないとの連絡があった。患者さんの保険料未払いは患者さんと保険会社間の問題で、当院は保険会社からの依頼で診療したので、予定通り支払いを求めたが、支払を拒否。現在、患者さんが健保を使用することでの支払待ちの状態。このようなことが認められるなら、自賠の診療はクリニックにとってリスクが大きく、事務作業も煩雑となり大変迷惑である。保険会社からは過去の似たような事例での裁判では保険会社の主張が認められたとも主張してありました。
- ・健保使用例で診断書料の不払い

- ・特定の損保が一方的に「社内規定」として患者さんに中止と言うことが多い（全労災と社内規定を楯に話をする）
- ・保険会社が治療の打ち切りを言うことがたまにあります、患者さんとのトラブルになったことはありません。
- ・初月の治療費は支払われるが、翌月以降の支払いがすぐに行われず2～3ヶ月まとめて支払われたり、こちらが催促しないと支払わないケースが多い。
- ・衝撃の大きさと個別の事例を全く考えずに、2か月、3か月で打ち切りを当初より決めている事例がある。
- ・当院に通院後、数か月後に患者が故意に事故を起こした事が判明し（いわゆる当たり屋）、損保会社が一括請求を依頼したにもかかわらず、突然支払いを停止された。結局患者にも払ってもらえず、未収金となった。
- ・一括連絡を受けていたが損保の使用を取り下げた為、「今後一切支払い対応は出来ないの
- で病院と患者側で相談するように」と一方的に言われた。
- ・一括請求を受けたものの、患者の同意書未取得などの理由で支払いが滞る。
- ・症状固定の判定ができない早い時点で治療の打ち切りを伝えられるケースが多い。
- ・損保会社からの治療期間の打ち切り案はかなり見てとれるが、患者さんは殆どが十分納得せずに渋々と決めている様。

#### ○損保担当者の対応

- ・診断書で「治癒」と証明しているものの、患者からその後に他病院を受診した申し出を受けて、転帰を「継続・転院」に修正してほしいと要望されることがある。
- ・照会書の質問内容に「意地悪」なものが多く、精神的ストレスが多い。
- ・支払い方法、請求先等に関する連絡の遅延、不備、同意書の送付も遅い場合あり
- ・治療内容に保険会社がクレームや忠告を言ってきた。
- ・損保会社の担当者が担当医の意見により、治療を中止しますといってしまうので、患者が血相を変えて来院する。
- ・30分以上にわたる長時間の面談調査をされ、事故と関係のない治療まで聞かれた（これ以降面談を時間制の課金制度にした）。
- ・保険会社一括払いの依頼を受け、約101万円の請求をしたが、「100万円以上は社内審査を通さないと支払えない」と突然言い出し、請求から支払いまで半年近くかかった保険会社があった。
- ・支払いの遅延
- ・東京都損害保険医療協会のメンバーである各損保会社の役員に直接電話して全て解決している。役員にTelすると担当と責任者（課長や所長）が手のひら返しに謝罪してくる。痛快である。
- ・入院費の値切りの交渉の際、お断りしても手術の材料だけでもとしつこく値切られる。
- ・該当患者が入院しているかどうか、電話で情報照会を求められるが、患者さんの名前、生年月日等把握されてない段階で問い合わせをしてくることがある。断ると「患者の医療費が支払われないことになる。その辺り分かっていらっしゃるか？」等脅しのようなことを言われたこともある。
- ・後遺症診断書の説明不足によるトラブル、書類第支払のトラブル等
- ・全てにおいて基本的に説明不足である。
- ・同意書が入手できないため請求が遅延することあり。保険会社から同意書について説明不足。
- ・一括請求の依頼をしていながら、毎月診断書、明細書を送っていてもなかなか入金してくれない。半年以上も入金なく、督促の連絡をすると「分かりました」の返答。最終的には何の説明もないまま、お支払いできませんと。その損保とは取引を中止しました。
- ・基本的に説明不足、後遺症診断についてもなんの説明もなしにいきなり患者さんのところに送ってきて「書いてもらえ」と指示しているところがほとんど。
- ・第三者行為の届出の説明もなく、やたら人身障害補償保険を使ってくる例が多くなってきた。結果、症状経過も関係なく、3か月ほどで切ってくる。過失割合が低くても、人傷を使って請求している。やることがせこい。

- ・入金が遅れていて請求することがある。
- ・支払期限までに支払われない。
- ・保険証を使わず、自由診療での請求になると、高額な請求なのでと言いながら、書類の審査中を理由に病院への支払いを先延ばしにする。
- ・自賠責の限度額があるかと思うが、それを超えるような医療費が発生した場合に一方的に支払いを拒否し、患者に請求するようにとの話になるケースが多々あります。自賠一括を受けている以上、責任もって医療機関には支払いをしていただき、その後被害者なの加害者なのかわからないが、対応をしていただきたい。
- ・事故責任の係争中という理由で自賠責保険診療費が全く支払われなかったケースを経験したことがある。
- ・保険会社の支払いが滞ることがある。
- ・自賠責保険の一方的な終了が最近よく行われています。その際、労災に請求してくる例がありますが、保険会社からの誘導なのでしょう。
- ・照会に回答すると、その内容を捻じ曲げて患者に伝える。「医師が治療に必要なと言っている」と患者に伝えて打ち切りを迫る（そのような文言は使っていない）。
- ・明らかに自賠責保険が優先されるケース（過失割合が問題ない）でも健康保険使用を患者さんに誘導するケースが後を絶たない
- ・ごく少数例で、損保会社へ病院から連絡し、患者さんを納得させる説明を依頼したことがあります。
- ・受傷当月に、当院からの初回の診断書を提出する前に、症状の照会を求めてくる担当者がいる。
- ・当院から提出した診断書の内容を確認せず、同じ内容の症状照会を求めてくる担当者がいる。
- ・損保会社担当者の態度が高圧的
- ・損保会社の担当者がきちっとやっていない。いい加減な担当者がいる。強引な担当者もいる。
- ・症状固定自体に対する説明が少なく、患者さんは打ち切りということが分かっていない。
- ・症状の照会等で事故担当の者が不在であることを伝えてくるにもかかわらず、情報を得るために、「それぐらい、わからないのか？」等、暴言に近い言葉で話される。
- ・保険会社から一括中止の連絡が入ったが、患者側は継続受診のつもりで来院された。会計より請求があると伝えたところ、患者様の気分を害し、トラブルに発展した。
- ・3か月という損保側の過去の一般的な統計を盾に症例にあてはめもせず、特に共済や全労済は裁判でも何でもします、ウチは損保じゃ無いですから、と。だったら損保相当の商品売るなよ、と言ったことも有ります。事故後1カ月位で症状の照会を求めて来る事もあり、うちでは3か月以内と以降では書類代金を大きく変えており、3か月以内は2万円、3か月以降は5千〜としている事で不用意の早期の書類は減った。損保の担当者が商品を良く判らず売って居て、よくよく聞くと加害者・被害者共に理解をされていないケースは多い。
- ・患者からの同意書が届かない→会社の対応として書面や訪問などを積極的に行うべきと考える。
- ・受傷から2～3か月で詳細な照会をしていくところが増えてきている。
- ・損保会社の一方向的打ち切りに患者様が納得しておらず、病院側に不満を言われ、対応に困ることがある。
- ・保険会社から郵送されてくる同意書の不備が多い！（かなり日数が経過した同意書を送ってくる）
- ・文書による症状照会の依頼が多い。事前連絡もなく、いきなり送りつけてくることが多い。
- ・保険会社が途中で変わる事。
- ・損保会社からの支払いが遅れることがある。
- ・損保会社が一律の照会用紙で詳細な神経症状の記載を求めてくるが、事故後1か月未満で神経症状がない時もあり、個々の患者の何が損保会社にとって問題化を教示して紹介してほしい。
- ・損保会社から数か月間一度も連絡がなく漫然と治療を続け、損保会社と連絡を取るよう



こちらから指導することがある。

- ・一括対応してくれない損保会社がある。
  - ・支払いが半年ほど滞る事例があり大変困った（何度も連絡はしていた）。また、弁護士案件となっており、保険会社では分からないと言われたケースもあった。
  - ・最近、保険会社の契約に弁護士特約があり、何かと保険会社さん患者さんと互いに利用され、病院側が戸惑うことがあります。先生方の面談（弁護士さん）、文章依頼が増えてきました。
  - ・大手3社以外の、いわゆるネット系と言われる損保の中には、「3か月経過したから治療は終了する」など、画一的な対応をしているところも多く、患者への説明不足もあり、トラブルとなることが多い。
- また、一括対応を医療機関にお願いしたのにかわらず、一括対応ができない又は一括対応を中止する場合に、医療機関に十分な説明をしないケースも、まだ多い。
- ・頸椎腰椎の捻挫で4ヶ月リハビリ加療実施中、相手の保険担当者からの電話で自賠一括の中止の連絡があり、患者はまだ症状が続くけれど健康保険で通いますとのお返事。患者にたいして、これは第三者行為の事故でこれに対して公的保険を使うのは正しくないことを説明し、加害者に直接連絡して保険会社になんとか継続してもらうことを頼むことも提示したが、事故以来、加害者からは謝罪も連絡もないとのこと。患者の弁護士からも健保使用でお願いしますとの連絡がありましたが、自費で支払って相手に請求してくださいとお話ししたものの、本人はとてもややこしいので健康保険でしてほしいともう一度弁護士さんに相手の保険会社と対応してもらうように話しているところです。
  - ・損保の担当者が当事者の示談交渉のために診断書、明細書の発行を急かしたり、今から取りに行くなどと脅迫めいたことを言うケースもありました。
  - ・治療費の未収扱いがある。
  - ・保険会社より一括請求の申し出があったにも関わらず、先方からの同意書の提出が無い為に当院からの請求が遅れてしまう。
  - ・支払遅延。患者さんから同意書が取れないといって振込みが遅れる。
  - ・3か月経過したとかで患者の個々の症状を考えずに日数だけで終了と言われることがある。
  - ・健保使用を求められる。（ほとんど断るが、他院に行くように患者に説明している等がある）。
  - ・損保会社が、整骨院併用を患者に求めているケースがある。
  - ・過失が多いから健保を使用せよ（100：0でなければ自賠で）
  - ・通勤中なので労災ですよ（一般に交通事故扱いが優先します）と説明する。軽い事故なので1～2ヶ月しか出せない。
  - ・損保が患者に健保を使用する方が得になるとの説明をすることがある。
  - ・同意書が取れていないという理由で支払いが遅れることがある。
  - ・症状照会の際に全ての画像提供を求められます。その時に自賠責側にも専門の医師がいるので見てもらい支払いの有無を決定するとと言われることもあります。
  - ・保険会社の説明不足により患者さんが同意書を出すのが遅いことがあり、治療費の請求がなかなか出来ないことがあります。
  - ・当院の事務職員に対する上から目線の物言いをする人がまだいる。職員に対する物言いに院長である私をバカにしているのと同じだと叱るとガチャンと電話をきられた。人としてあるまじき行為である。
  - ・警察用の診断書を出しながらない（人身扱いにしながらない）
  - ・患者さんから同意書の提出がないので治療費が支払えないと言われるケースがある。（支払いの遅れ）
  - ・一括になるか保険証使用になるか、なかなか決まらなくて困ることがある。※特に月末近くで手術などをおこなった場合、保険証使用であれば、翌月10日までに保険者へ請求が必要となるので。
  - ・保険会社より、△日以降、来院されても一括対応はしませんと一方的に電話連絡あり（患者は治療を続けたいのに、相違あり）
  - ・保険会社の担当者より、通院日を教えて欲しいと問い合わせがあり、同意書がないため、

お伝えできませんと伝えると、「他の病院は教えてくれるのにどうしてですか?!」と逆ギレされる。

- ・最近、上記の事についてあまりトラブルはありませんが、3か月以上治療が続いていると、打ち切りの話が上がることはあります。
- ・以前は診療単価の値切りや診療内容への干渉もあったが現在は殆どない。
- ・損保<追突事故、0/100 被害者>入院費用不払いの一方的通告（入院するなら、入院費は払いませんと患者へ通告）
- ・①損保会社より自賠責での対応終了の連絡あり。本人にも伝えているとのことだったが、本人確認すると、終了に了承していないと。後日本人より電話あり損保会社から診断書をもとに判断したと言われたと、内容を教えてほしい希望され伝えた。（診断書に終了の記載なし）
- ・②患者受診時、損保会社より警察への診断書は不要の連絡があったが、人身事故として発行するとクレームの電話を受けた。
- ・保険会社の担当者によっては高圧的な態度で病院に連絡してくるケースがある。

#### ○同意書に関して

- ・同意書の送付の遅延。請求が滞る。
- ・同意書の取り付けが滞っている損害保険会社がまれにある。
- ・同意書がもらえないため、病院から催促してほしいというケース。
- ・同意書を出すように病院から患者さんに伝えてほしいと言ってくる。
- ・同意書等の書類が非常に遅い。
- ・保険会社から同意書が届かず、再三連絡しているが来ない為請求できないまま2か月が経過して困っています。
- ・損保会社の担当者が患者名で勝手に同意書に自分でサインしたものを持ってきた際に、その同意書を患者に見せたら激怒された。
- ・保険会社側で同意書がとれないため、治療費の支払いが遅延又は滞ることあり
- ・患者様へ同意書に対しての説明が不足している。（同意書の記入がなかなかしてもらえず、病院へ同意書が送付されてこないため、請求書、明細書、診断書を発送することが出来ない。）その結果支払いが遅くなる傾向がある。損保の担当者によって対応に異なりがあり、患者さんの不安をあおることがある。
- ・同意書の提出が遅く、当院から患者さんへ促すことが多々ある。
- ・同意書が送られてくるのが遅い。症状照会が受診後早期に送られてくることがあった。
- ・同意書等の送付遅延
- ・損害保険会社への請求後の未納
- ・同意書が届かないため、損害保険会社へ診療費請求ができない。
- ・患者様から同意書が取れないという理由で、長期間診療費未払いになっているケースがある。また、同意書のない状態で診断書等を申請されることが多く、作成に着手できず困っている。

#### ○その他

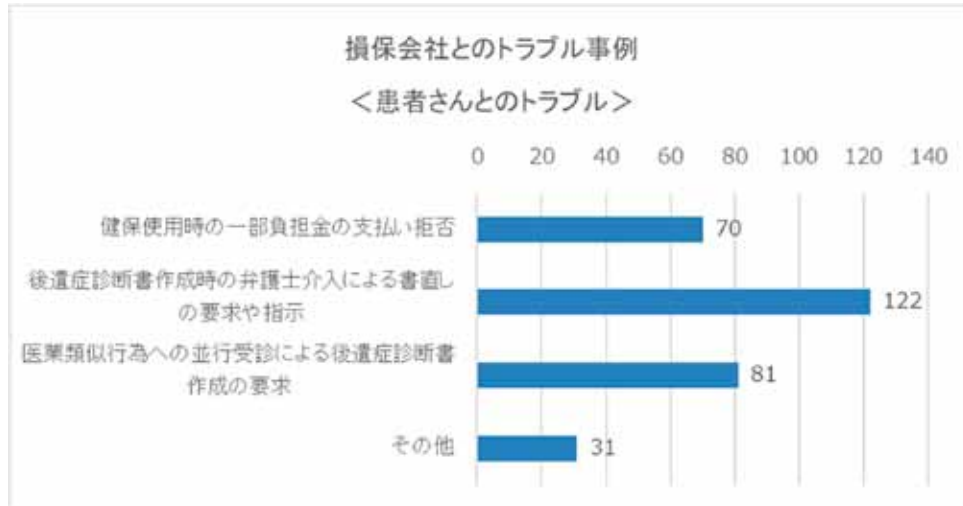
- ・症状詳記の請求が増えていて、記載時間に時間がとても取られる。
- ・物損に応じて治療期間は限定している保険会社がある。このため、数か月経過後、患者から通院を終了するように電話があったなどの事が月に数回ある。
- ・傷病名により治療の期間を決めているケースがみられる。
- ・労災は強要とまでは言えないが誘導は多い。本来健保は本人の過失による受傷、労災は労働に起因する受傷に対しての制度であることを軽んじている。
- ・支払い方法が決まらず、医療費の支払いも保留になってしまう例が有り、請求場所に困る。
- ・被害者が個室を希望し、加害者側が支払うという調整をすることが多々あるが、保険会社から個室料金を支払われることがない。加入者に支払えないものをしっかり説明してほしい。

- ・ 診断書の病名の追記を求めてくること。当院で診ていた病名（怪我）以外の病名について、他院（整骨院）で診ていたのも、一緒に証明してほしいと保険会社（時々患者さん）から求められることに困っています。
- ・ 電話による通院日の照会が多く、事務作業に支障をきたしている。
- ・ ①打撲ねん挫として保存的治療を3ヶ月ほど行い、患者の同意を得て症状固定した患者さんが、その後保険診療を続け、半年たった時点で、弁護士より後遺症診断書を書いてもらうように言われた人が散見されます。  
②打撲ねん挫の受傷後1～2週間で神経学的所見を各診断書を送ってくるところがあります。
- ・ 室料差額の負担をどうするのか判断できていないことがある。
- ・ 個室を希望された場合の個室料金について、保険会社が支払うと思っておられる患者さんがおられた。
- ・ 何が何でも患者さんの主張が通るわけではないので、自賠責治療の制度について説明してほしいと思います。
- ・ 今の所、トラブルなし。被害者の過失が大きい場合に健保併用になることがない。
- ・ 患者さんが突然来院されなくなり、別件で電話があった際、〇〇日まででこれ以上はお支払いできませんと言われ、病院に行けなくなったと言われる方もおられます。
- ・ 自賠責で治療をされていた患者さんが、途中から労災保険に切り替えになることがたまにあります。
- ・ 当院では、整骨院との併用通院は認めておらず、その説明は患者さんにしているが、保険会社側が整骨院でも良いとの説明をしたり、通院期間の延長を申し出てくることがある。
- ・ 症状固定の診断の際、不満のある人がごくたまにおられる。
- ・ 一括請求の場合、治療を打ち切り時に事前に連絡を頂くと決めになっているが、守られていない。
- ・ 健保使用でも後遺障害診断書の記載をしつこく求めてくる。
- ・ 医事課の方が手続き等をやっているのも、医師と損保会社でやりとりする事はほとんどありません。患者毎に、損保会社より使用する健保 or 社保の指示があり当院ではそれに従ってやっているようです。



### ＜患者さんとのトラブル＞

- ☐ 健保使用時の一部負担金の支払い拒否
- ☐ 後遺症診断書作成時の弁護士介入による書直しの要求や指示
- ☐ 医業類似行為への並行受診による後遺症診断書作成の要求
- ☐ その他（具体的にご記入ください）



### 「その他」の具体的なご回答

#### ○弁護士に関すること

- ・最近では弁護士からの問い合わせの書類が多く時間をとられてしまう。
- ・弁護士が後遺症診断書に Jackson Spurling 陽性と書けと患者が私に強制する。
- ・弁護士等が因果関係や障害の程度など診断書に記載する内容について具体的な指示を求めることがある。
- ・弁護士から後遺症記載の内容について具体的な記載の仕方に対しての指示があった。
- ・弁護士、司法書士の介入が増えてきた。診断書をこのように書いてほしいと持参する人もいる。
- ・弁護士による介入が時々あります。
- ・交通事故診療の開示時に、患者への説明をしているため、患者とのトラブルは少ないが、弁護士の絡むトラブル事例が増加している。
- ・担当の弁護士事務所から「後遺症診断書の記入を記載例どおりに作れ」、に近い要求があった。
- ・弁護士から後遺障害診断書に記載した日付の変更を求められた。
- ・弁護士が交通事故における後遺障害診断書をいつの日で書くのか、理解されていないことが多い。例えば、既に治療終了後数か月経つのに、その数か月後の日を診断日にするように強要することあり。
- ・医療機関は医業類似行為の並行受診を原則認めない件に関する周知不足（不作為）。損保会社は「患者が整骨院を希望すれば断れない」との理由故
- ・以前は医業類似行為への並行受診があったが、当院では初診時に並行受診を認めない事を患者に説明している為か、最近ではなくなった。
- ・トラブルになってはいないが、弁護士が介入し、症状固定、後遺症診断書にもっと詳細に自覚症状を記載してもらうよう要求された。
- ・自賠責診療から健保診療へ移行した例でよくあるのが、健保診察2から3か月後に弁護士から言われた、と患者が「自賠責の後遺症診断書」を書いてほしいと持ってくるケース

です。現在は健保診療なので「自賠責の後遺症診断書」は書けない。自賠責診療が終了した日にちが症状固定日であり、後遺症診断書はそのときに書くべきものである。当院の診断書で必要事項を書くか、持参の「自賠責の後遺症診断書」で「自賠責」「後遺症」などの文言を削除、押印して書くことになる。と説明しますが、弁護士も分かっていない場合が多いです。

- ・後遺症診断書作製後に記載変更の申し入れが弁護士からあり断った。
- ・弁護士が介入すると、症状持続なのになぜ終了なのかもめる。長期になる事が多い。症状固定の共同認識ができていない。

#### ○医業類似行為に関する事

- ・整骨院での施術継続中の患者には受診をすすめている。
- ・医療類似行為（整骨院や整体）の通院を許可する書類を持ってこられ、全て拒否しています。
- ・昔、医業類似行為への並行受診による後遺症診断書の作成要求があるが拒否して、最近では並行受診自体を拒否しています。
- ・初診時のみ診療所で行い、以後の治療は接骨院での治療をしている場合は、後遺症診断が不能になる場合がある（経過が不明のため）と説明している。
- ・医業類似行為は認めないと説明しているが、並行受診が無くならない（保険会社が許可しているというが、保険会社からの情報は入ってこない）
- ・医療類似行為に並行診察を認めないことに対して、患者からクレームが出る。
- ・患者さんの話では当初より整骨院での治療を行うように指示された？との悪質なケースがあったが、該当損保に確認したが真偽は不明であった。
- ・医業類似行為を行うところばかり通うのは困りますね。
- ・医療機関に内緒で、接骨院と医療機関の併診がたまにある。対応として発覚次第、どちらかの打ち切りとしている。患者が初診のみ病院に来て、以降は接骨院にかかるっている。（病院と接骨院の違いを理解していない。）
- ・医業類似行為への並行受診が分かれれば、当方は即中止にしているが、損保会社からは何も話が出ないことが多い。我々の仕事は接骨院と同じ扱いですかね。並行受診は損保側は分かっているはずであり、即連絡を出すべき。
- ・医業類似行為への紹介希望→すべてダメとしているが。
- ・医業類似行為への並行受診は断っている。
- ・医業類似行為への並行受診は認めていない。
- ・受付時に「当院は医業類似行為との併用受診はしていません」とはっきり説明するためトラブルは少ないです。
- ・初診後受診し、その後柔整で治療していた。
- ・接骨院と併用受診を認めない説明は初診時に行っていますが、こっそり接骨院に行かれていて、後から判明することがあります。その場合は、当院も中止にして接骨院だけにしてもらう。もしくは、接骨院をやめて当院だけにしてもらう。どちらか決めてもらっています。
- ・当院では投薬、物療や理学療法は整骨院での治療を希望されたので認めた。最後、後遺症診断書をもってこられたので、整骨院での治療内容はわからないし、当院に関係していないので後遺症診断書にもそのように記載するしかないと伝えたら（整骨院から？）だまされた。というような表情をされた

#### その他

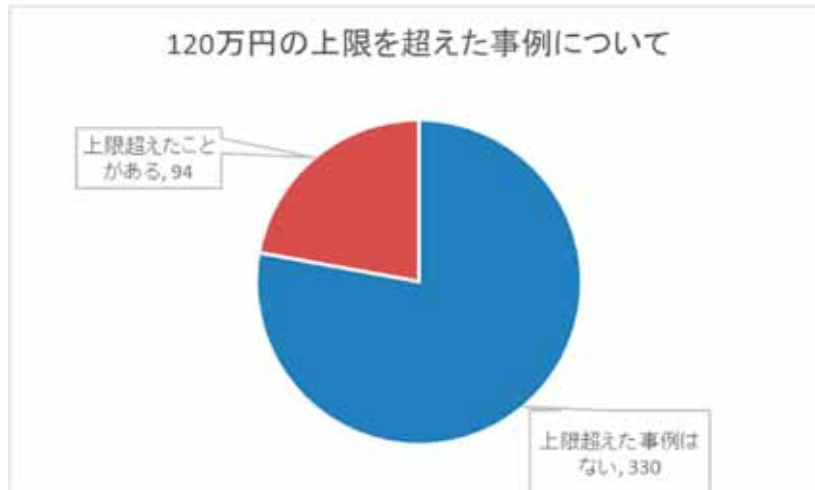
- ・自院のカルテ・画像データをもとに、最終的な提出書類として後遺障害診断書を記載しておりますが「医療と法律は見解が違う」として、書き直しを要求されることがあり、最終的な文書として拒否しております。
- ・症状固定の説明を行い、一度は納得するも一方的に治療を終了させられた等、医師に対するクレームや嫌がらせ行為
- ・事故の相手方と連絡を取らず（連絡が取れず）、損保対応なのか健保使用なのかなかなか決定できないことがある。

- ・自己破産後に加害者を訴える民事訴訟を起こし、治療費を踏み倒すが、利益は効率良く得ようとする事例があった。
- ・事故によるものか持病によるものかの判断鑑別によるトラブル。
- ・長期的な裁判になり、支払が何年もなされないケースが有るため、過去に支払いの遅延のあった大手とネット系損保については一括対応を昨年から辞めている
- ・後遺障害診断書の「今後の見込み」項目はこの障害が継続して続いていくとは記載できないので、今の状態を記載し提出すると「この障害が永久に続く」と書いてくれと要求されたことがある。
- ・患者が事故の被害者である場合、被害者意識が強く支払いに難色を示すケースがある。
- ・室料差額の請求について、患者さんは損保会社が負担してくれると思い、差額のある個室等を希望したが、損保会社は、それは患者希望であり負担はできないと主張する。結果トラブルとなり、室料を免除する事態となる。
- ・健保使用時に後遺症診断書の作成を要求された。
- ・健康保険で行う治療と、自賠責を使った自由診療の違いが分かっていない。同じ治療をして、健康保険を使った方がお得だと思っている。
- ・損害保険会社に全て任せるので何も知らないの一点張り。同意書の返送もしないなど。
- ・保険会社介入がない時、病院は診察を行った患者様に診療費を請求することを説明しても、被害者意識が強く支払いを拒否する患者様がいる。
- ・保険会社払いを打切られた患者様がその後の通院で自身の支払いに納得せず窓口でもめたことがある。
- ・土日祝日等の事故での受診時、事故のため保険証が使用できないため、一旦自費での支払いを求めるも拒否されるトラブルがあった。
- ・同意書の未提出により、保険会社へ請求ができない。
- ・症状の改善が見込めない状態で受診を繰り返す。
- ・話せば必ず理解してくれます。
- ・自賠責保険使用の場合に医療費が高額となり、支払いを拒否する。
- ・保険組合に第三者行為の届出を怠り、診療報酬の請求が滞ること。
- ・損害保険会社より病院へ健保使用と申告があったが、患者本人の了承を得ておらずトラブルになった。
- ・事故前から整形外科に通院している患者が、事故で整形外科を受診すると自賠と保険適用での受信が区別しづらい。
- ・診断書等の書類が思っていた通りでなかったり、後から出た症状の追記を求められることがある。
- ・診断書（警察提出用）の内容（全治）の訂正を求めてくる。これがどう関係してくるのかの説明がない。全治が長ければ有利になると患者が勘違いしているケース。
- ・稀に、休日や、休診日（時間外含む）の整形外科を案内され、お断りをする事例有り。
- ・交通事故診療と関係のない診療（私病）について、保険会社に請求するよう求めてくるケースがある。
- ・症状固定後も、数年にわたり保険使用の引き延ばしを図る。
- ・保険会社から一方的な使用要請。
- ・症状固定、打ち切りを患者さんが拒む例。
- ・情報確認のための損保会社への同意書を書いていただかず、請求が開始できないことが時々あります。
- ・診療開始当初、保険会社から一括対応の申し出があったが、治療開始数か月後に、突然診療費が支払えないと一方的に伝えてきた。その後、患者に診療費を請求するが、連絡が取れなくなり、未払いとなった。
- ・保険会社から患者様へ同意書を郵送し、患者様が同意書に記入後、返送することとなっているが、返送が大幅に遅れることがある。中には返送せず連絡等も一切つながらない方がおられる。
- ・診断書作成のタイミング。診療後に依頼されることが多々ある。
- ・持病のための検査なのか、事故による検査なのかグレーな判断のときにトラブルになる。
- ・患者様が損保会社への同意書の提出がかなり遅れてしまい（連絡が取れない等の理由に

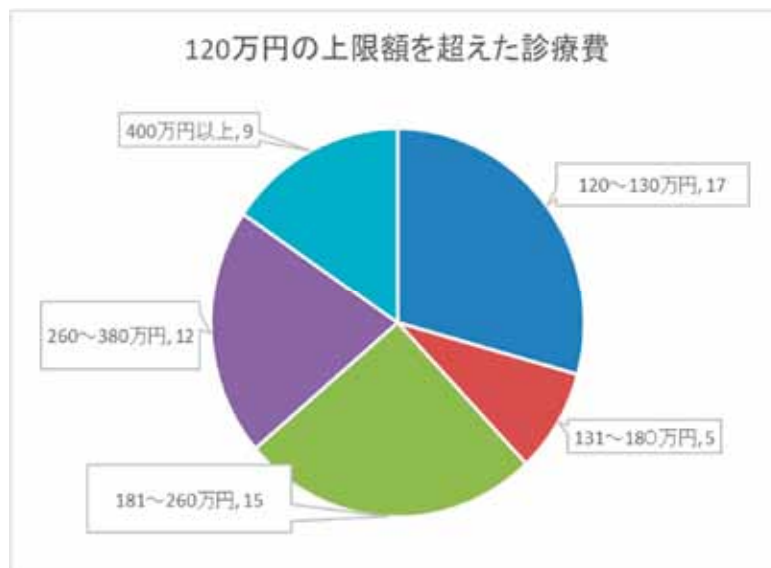
- て) 当院からの治療費の請求に時間がかかるときがあります。一番長い時で3年を要したケースがありました。
- ・交通事故と関係のない診療費も保険会社に請求することを要求され、支払いを頂くまでに時間を要したことがありました。
  - ・患者から後遺障害診断書に患者に有利になるように記載することを求められた。全て拒否しましたが。
  - ・保険会社と患者さんの認識の不一致。患者さんへの説明や保険会社への再確認に時間を要す。
  - ・交通事故の常習者（反社会的な人たぶん）で3回目か4回目の事故での治療中に説教染みたことを言ってしまった。まずいと感じたがその後来なくなった。
  - ・某プロ野球選手の家族で症状固定に同意せず泣いて食い下がった人がいた。これも後からトラブルかと思ったが何もなかった。
  - ・物損事故にするから診断書はいらない、保険会社が物損でも出るという。警察に診断書を出すに罪になるから要らないという。「人身事故なので診断書を書きますから、警察に提出してください」と言うと、怒って二度と来院しない。
  - ・事故や労災は治療費を保留とし、帰宅していただくことが多いのですが、連絡がつかなくなったりすることもあり、治療費の回収に苦慮することがあります。
  - ・当院にて最後まで治療した場合、後に並行受診が判明した場合は、後遺症診断書を書く又診療の途中、患者より健保受診等の話があった場合は、基本的に当院受診を中止して、類似行為への治療をするように話す。その際は、後遺症診断は書かない事にしている。
  - ・トラブルと言うほどではないが、同意書と示談書を間違っているのか、なかなか届かないのでご本人にお聞きすると、まだ提出したくないと言われることがある。
  - ・後遺症に対して誘導があったが拒否した。
  - ・健康保険を使用した場合、自賠責用の後遺障害の診断書も作成出来ないと説明しているが、納得してもらえない。
  - ・医療上個室の必要はなく、本人の希望で個室を使用した場合、本人が払うと同意するも、請求書を本人に渡すと、保険会社が払うのが当たり前だと言ってくる。
  - ・本人としては特に症状はないのに、保険会社から受診を促され来院するケースあり
  - ・以前は、健保を使っでの治療は、本人負担分は本人が支払保険会社に請求するようになっていたが、保険会社が請求書下さいということもあったが最近はないようだ。
  - ・4ヶ月治療後、中止した後、再度、治療継続申込みがあった。
  - ・通院期間延長の希望。
  - ・傷病の件で、後遺症診断に細かく書いたのに、再度専用の用紙に書いてくれと言われたことあり。
  - ・通院手当目的と思われる連日のリハビリ通院（ほぼ毎日）。内容は消炎のみで、それも一項目のみ10～20分程度をくり返す。

7 自賠責保険の支払限度額（怪我の場合）は、120 万円の上限（慰謝料・休業補償等含む）となっておりますが、貴院において 120 万円の上限額を超えた事例はありませんか。

- ☐ ない（設問 9 へ）  
☐ ある（設問 8 へ）



8 設問 7 で「ある」とご回答いただいた方にお聞きします。120 万円の上限額を超えた際の入院や外来の平均的な金額及び診療科についてご記入ください。



○120～130万円

- ・整形外科で治療費が 180 万であった。
- ・1 例あり。159 万。両肩関節拘縮
- ・診療費（リハビリ等）で毎月 10 万円ほどかかり、手術も適応ですぐに 120 万円を超えた。
- ・金額は不明であるが、整形外科で長期加療により 120 万を超えた。
- ・救命救急センターや整形外科では 120 万円を大きく超える事例は多々あり、金額は幅広い。130-150 万円ではないでしょうか。
- ・脳外科で入院費が 127 万であった。



- ・整形外科の入院の診療費 135 万円のものが 1 件あった。
- ・整形外科での入院費用が 130 万円を超えた月があった。
- ・150 万円くらいだったと思う。
- ・整形外科 入院診療費 1,089,970 円、外来診療費 146,520 円、合計 1,236,490 円
- ・整形外科で診療費が 164 万 5 千円であった。
- ・整形外科入院による診療費 165 万円。室料差額代 70 万円。
- ・診療費は 40～50 万円なのに、休業補償費が大きかったのか、たぶん 120 万円を超えた時点で P T に対して「受診するな」「症状固定」といった圧欲が加わった。
- ・入院患者は全て第三者請求となっている（120 万円超のため）。外来でも 1 年位通院必要な場合は医療費のみで総額 120 万超となることもある。
- ・リハビリの入院・外来で約 160 万円であった。
- ・整形外科で入院、OPE で 130 万円であった。
- ・耳鼻頭頸部外科で診療費約 150 万円（深夜の手術による手術・麻酔の加算による高額）
- ・回復期リハビリ病棟でのリハビリが必要な患者様は 120 万円を超えることがある。平均金額は不明。
- ・入院患者で 140～160 万円の方がいる。
- ・2 病院で入院された患者様がお支払いを他病院優先されたため当院には 14 万円しか振り込まれなかった（請求額 120 万円）
- ・整形外科で診療費が 150 万円であった。120 万を超えるケースは予め保険会社が患者に健保使用させることが多い。
- ・入院施設のない診療所であるので、診療費のみで 120 を超えることはないが、半年以上の通院例では、60 万以上のなることもある。慰謝料・休業補償を含めた額については、不知。
- ・外来での平均診療費は、約 5 万円。入院での平均診療費は約 120～140 万円。整形外科で手術すると、入院費も含め 120 万円はゆうに超える。
- ・治療期間が長くなったので、治療費、慰謝料、主婦休損などで 120 万円超えたものと思われる。
- ・整形外科で入院された場合は通常 120 万円は超えます。

#### ○181～260万円

- ・入院診療費が 150～200 万円であった。
- ・整形外科で約 150～250 万円
- ・整形外科の入院で診療費を 120～220 万円（2 か月に 1 回程度）
- ・整形外科入院で診療費が 190 万円であった。
- ・救急科で診療費が 250 万円であった。
- ・整形外科で入院費が 220 万円であった。
- ・整形外科で診療費が 200 万円であった。
- ・脳外科で診療費が 200 万円であった。
- ・整形外科のある月の入院費が 250 万円だった。
- ・整形外科で診療費が 200 万円を超えていたケースがある。
- ・整形外科入院で診療費が 270 万円であった。
- ・整形外科で入院、手術を行い、入院期間が 1 か月を超えた場合。  
令和 2 年 11 月～令和 3 年 7 月  
外来 355,757 円、入院手術で 2,053,375 円  
計 2,409,132 円
- ・整形外科で 200 万円をこえることがたまにある。
- ・整形外科で診療費が 267 万円であった。
- ・リハビリテーション科で診療費が 200 万円を超える患者さんがおられた。

#### ○260～380万円

- ・診療料問わず 手術実施で 200～300 万円。
- ・整形外科で診療費が 350 万円であった。

- ・ 数例 100～362 万
- ・ 整形外科、脳外科、総合診療科、眼科の入院費が約 300 万円であった。
- ・ 整形外科で約 300 万（一括）ありました。
- ・ 脳外科で 300 万以上、外科で 140 万以上、整形外科で 130 万以上。
- ・ 整形外科の入院・手術で診療費 300 万以上となった事例有り。
- ・ 脳脊髄液減少症で脳外科を受診し、その診療費が 300 万円かかった。
- ・ 整形外科で診療費が 300 万円であった。
- ・ 入院した高齢者 整形外科で 300 万
- ・ 整形外科で診療費約 350 万円（入院約 3 週間・骨移植を含む脊柱固定術）
- ・ 整形外科で診療費約 380 万円（脊椎固定 2 椎間、人口骨・脊椎ロッド・脊椎スクリュー等の使用有り高額になった）
- ・ 整形外科で診療費が約 360 万円だった。

#### ○400万円～

- ・ 救急診療科、整形外科で入院費で上限額超え事例有り※平均金額 400 万円
- ・ 救急科で 400 万円があった。
- ・ 心臓血管外科や整形外科で平均 400 万円ほどでした。
- ・ 救急科入院で診療費が 500 万円であった（2 件）
- ・ 整形外科で診療費が 800 万円であった。
- ・ CCM で診療費が 900 万円であった。
- ・ 入院診療に該当するものには、1000 万円を超えるものもある。
- ・ 入院・手術の場合は約 500-600 万円となることが多い。一方で外来通院の場合に、120 万円の上限額を超える事例は殆どない。
- ・ 診療科や入院期間にもよるが、高額な請求（数百万円）がある。

#### ○その他

- ・ 不詳です。
- ・ 入院・手術症例については、上限額を超えるケースが多い。
- ・ リハビリ継続による金額超え
- ・ 金額、診療科共に不明
- ・ 整形外科＋脳神経外科を診療された患者。多数の疾患÷自己の疾患を相重なり長期間の入院が必要となったケース。
- ・ 患者から健保での加療の希望が出るので全額は不明。
- ・ 重度外傷ではよくあります。
- ・ 上限を超えた例は時にはあると思うが、計算したことがない。
- ・ 任意保険での支払いとなったため詳細は不明
- ・ 他院で手術をして紹介があった例など
- ・ 当初入院治療を受けていた総合病院で既に高額を要したと思われ、紹介を受けた当院での治療中に上限額を超えたと思われる事例があった。
- ・ 以前は 120 万円の限度額を超えてから自賠 → 健保使用に変わることがあったが、最近では入院・手術を要する事案では最初から健保使用が当たり前となってしまった。
- ・ 上乗せを受かって、ほとんど一括払いとしており、トラブルはあまりないが、治療打ち切りの圧力は増える。
- ・ 120 万円超えた分に対して双方過失操作をされて被害者の慰謝料が何割分か引かれて入金になった。
- ・ まれにあったが入院を中止してからはなくなった。



8-2 120万円の上限額を超えた際に、損保会社や交通事故被害者の方とのトラブル事例等がありましたらご記入ください。

○健保使用や値切りなど

- ・入院だけでも健保を使えないかと損保から連絡がきたことがある。
- ・入院や手術になることが分かったと120万円超えになることが明らかであるため、健保・労災など他の保険使用を勧めてくる。
- ・120万円をこえることで、患者に健保で支払うよう話を持っていかれる。
- ・健保使用のお願いが時々あります。過失が5割以上の場合受けることがあります。
- ・120万円をこえたことにより、一括対応の終了、健保使用の要求を行ってきたことがある。
- ・健保で患者負担額を保険会社がする形に切り替える形に誘導されたことがあった。面談で解決した。
- ・以前、値切りはあったが治療費は優先的に支払われていた。
- ・限度額を超えそうな例（入院を要した例等）では、治療の早期から、症状照会等など、早期の治療終了に向けた動きが活発である。
- ・自賠責会社が毎月請求書を送っても3か月支払いなく、その後担当者が新人で対応できなくて、上司が来院し、支払いを120万超えるのと言って減額の相談をされたことがある。
- ・120万円を超えたことにより、損保会社より単価交渉があった。

○未払いなど

- ・患者様にお支払い能力がないため、当院は泣き寝入りするしかなかった。
- ・治療費の未払いが生じたことがあった。
- ・高額な為、医療費未払い等がある。
- ・120万円を超えたことによる、治療費支払いの停止。

○支払いの遅延

- ・入金に時間がかかる場合はあったが、トラブルにまではなっていない。
- ・審査に時間がかかり支払いが遅くなる。
- ・任意保険に加入していないため、保険会社が介入しておらず、加害者本人が手続きをしたため、支払いや書類の取り付けに時間を要した。
- ・診断書、明細書は既送っているが診療費の入金が遅いケースがある。
- ・高額な場合に保険会社からの支払いが遅くなるぐらい。
- ・請求金額が高額だと保険会社の調査に時間を要し、病院への支払いが遅くなるケース。
- ・上記と同じケースだが、当初個室しか空きが無く個室入室。また、患者の個室希望の意思が強く、保険会社も個室代を了承していたが、長期になるにつれてその分の支払いを拒否。また、患者自身は自賠一括との話を聞いているだけであり、患者側も支払いを拒否。
- ・過失割合の査定
- ・トラブルというより、早く打ち切りをしてくる。

○その他

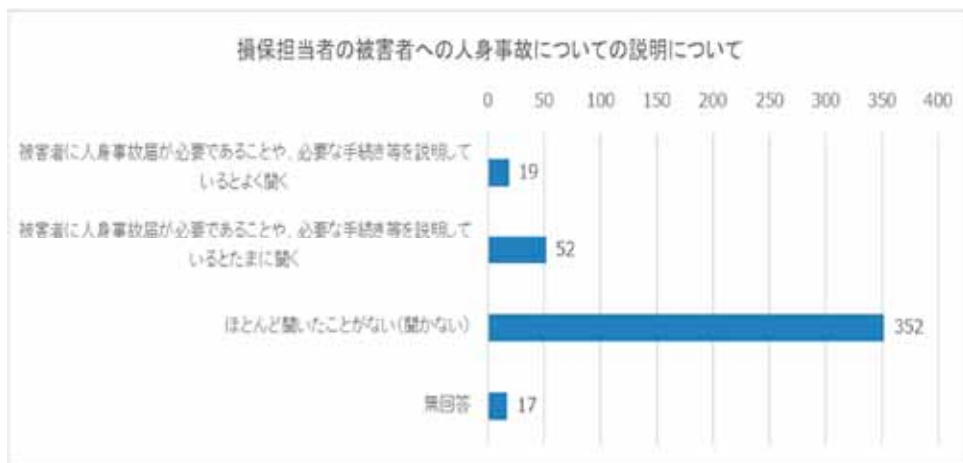
- ・任意保険とトラブルになることが多い。手続きを法的根拠に則して行わない患者、加害者、損保、それぞれが支払いを拒む。
- ・慰謝料・休業補償等の金額までは分からないため、120万円を超えたかは確認できない。
- ・整形外科で診療費120万円（入院中は個室利用有り。個室代含む医療費を損保へ請求するも損保と患者で意見相違あり。双方で弁護士を立てているが交渉決裂している。）
- ・提示した支払期日までに医療費が支払われなかった。
- ・健康保険を使用せず自由診療で高額になったことにより、医療費未払いのためトラブルとなった。
- ・材料費だけでも安くないか、と保険会社から交渉されたことがあります。
- ・120万円は超えないよう最初から診療やっているのでありません。

- ・裁判が開始されると、解決するまで支払いがストップするため、数年、未収の状態が続く。
- ・月に 120 万円を超えたことはあまりないようです。
- ・特にトラブルはなさそうです。
- ・「再診時療養指導管理料」の指導内容を書くようにとの照会書が来た（三井住友）。
- ・患者への電話攻勢が激しくなった（多社）。
- ・後遺症診断書記入後、不認定など
- ・任意保険に入っていたので直接金額でのトラブル出なかった。ただし一括、打ち切りの連絡は早めに来た。

9 人身事故における軽傷な案件などは、「物件事故扱い」<sup>2</sup>にした場合でも自賠責保険が支払われるケースがあり、現在の交通事故案件の半数以上が、「物件事故扱い」となっていることに問題意識をもっております。

交通事故発生の際、被害者が医療機関を通院の上、診断書を警察へ届け出ることを通じて、人身事故扱いへの切り替えが行われますが、損害保険会社（加害者側の保険会社）が被害者へ適切に人身事故への切り替えの必要性を説明しているでしょうか。日々の交通事故診療の中で、被害者（患者さん）よりお聞きすることがありましたらご回答をお願いいたします。

- ☐ 被害者に人身事故届が必要であることや、必要な手続き等を説明しているとよく聞く
- ☐ 被害者に人身事故届が必要であることや、必要な手続き等を説明しているとたまに聞く
- ☐ ほとんど聞いたことがない（聞かない）



<sup>2</sup> 交通事故が発生した場合、人身事故あるいは物件事故として警察に届出がなされるが、人身事故として届出されなかったものであっても、負傷等が確認された場合は自賠責保険の支払いが行われる。近年このような支払いが増加してきている。

10 自賠責保険における柔道整復師について、対応されたことがある事例等がありましたら、当てはまるものを選択してください（複数回答可）

- ☐ 交通事故診療で事故当初より整骨院のみに通っている患者さんがいる
- ☐ 医療機関と整骨院の並行通院をされている患者さんがいる
- ☐ 医師の同意や相談なしで施術に通っている患者さんがいる
- ☐ 交通事故における柔道整復師の広告が増えている
- ☐ 柔整に通っていた後、後遺障害が残存しそうな状態で医療機関を受診してきた
- ☐ 柔整の施術後損保会社より診断書の記載を求められた
- ☐ 柔整の施術により症状悪化状態の患者さんを診療した
- ☐ 損保会社が柔整へ誘導している事例があった
- ☐ 患者さんが、柔整へ通うリスクなどを十分に理解できていない
- ☐ 柔整への通院をやめるように促したが、柔整からのクレームを受けた
- ☐ 柔整への通院一時金の配布などの利益誘導があった
- ☐ 医師が柔整と共同し、柔整に誘導する事例があった
- ☐ その他（具体的にご記入ください）



## 「その他」の具体的なご回答

- ・夜遅くまで病院が受付していないので、整骨院に通いたいと言う患者さんがいます。月に1回当院に通い診断書を提出。後遺障害の件で書類を送付されても、当院では経過観察ができていないので、お断りしています。
- ・柔整受診希望に対しては、デメリットを説明している。それに反して受診している場合は、今後不利になることは伝わっている。後遺症は他施設で書いてもらうことになるが、それを引き受けるところも実際ある。
- ・整骨院から患者に「事故治療について病院と並行して通院してよいという許可を得ている」と無断で伝えていた件があった。(当院では並行しての通院を許可していない)
- ・誘導はしていないが、患者に柔整へ行っても良いか?と聞かれた損保が「どうぞどうぞ」と言った。こういった話は複数回聞いたことがあります。
- ・診療所での治療診療後、患者が症状残存を訴えた際、保険会社が整骨院を斡旋した事例
- ・本来、医業類似行為は外傷急性期には適応が無い事が多いのに、やる側、受ける側が理解せずに事故の補償の都合上受けていることが大半と考える。当院では初診時に自賠の治療終了以降に医業類似行為に自費でかかるのは差し支えないと言っても内緒でかかる例が有り、診断書に医学的には認められない旨の判を押している。
- ・ネットなどで交通事故診療、保険対応等の柔整の広告は多いと考えられ、整形外科と同等の物と考えてしまう被害者も少なくない。
- ・損保側が早く事故処理(通院期間を結果短くする為に上限に早く近づける?)をするために誘導している、または補償が出る事をそう言う事の目的に伝えているように感じられる例も過去には有ったと記憶している。
- ・損保の担当者のほぼほぼ前例が、事故の急性期、慢性期の概念は無く加入者は一人でも多く、被害者は一人でも早く終われる事しか考えていないと思える。
- ・損保会社においては患者本人に整骨院に通ってもらった方が安く済む等の話をしていることがあるのでびっくりしている。整骨院との併用はできない旨徹底して伝える必要がある。
- ・3か月を超えた慢性期の施術を認めるべきではない。そもそも柔道整復術は単純な怪我に対する応急処置である。交通事故被害者のような病態の複雑なものは施術の対象外とすべき。なお実際の施術はマッサージもどきと、電機治療のみであり、早く治すというよりは、とにかく長く通わせようとして生活指導(禁煙も含む)などは行わない。
- ・柔整への誘導は内々あるようです。医師(内科系)が接骨院とタイアップしている。初診のCT等、過剰診療が行われ、その後柔整に治療させるケース。
- ・並行通院が発覚した場合にはその時点で中止している。
- ・柔整から受傷部位(施術部位)を増やすよう求められた。
- ・整骨院へ事故後すぐに通院。その後当院受診し警察への診断書を要望、診断書を書いた。」再び整骨院へ行き、当院へは来なくなった。
- ・当院では接骨院と並行しての通院は認めないことを話すと、ふだん接骨院に通院している患者は・・・
- ・柔整との併診は認めず、確認し次第中止にしている。
- ・整骨院との並行通院を認める旨を診断書に書いてほしいなど。
- ・柔整で治療後、後遺症診断あるいは最終診断書の記載のみを依頼されるケースがある。
- ・患者さんと柔整より病院にその期間通院がないにもかかわらず、診断書を出せと電話があり、診断書発行について説明をするもご理解いただくまでに時間を要した。
- ・医師の方針として、柔道整復師による施術は勧めていない。(患者の医師・希望による選択があり得るのみ。)したがって、交通事故診療においても当院から柔道整復師に関わることはない。
- ・当院からは整骨院へ紹介状は書かない。マッサージの同意書も記載はしない。整骨院からの紹介状は紹介状とみなしていない。
- ・損保会社、所轄警察が人身事故にしたがらない空気を感じます。多くの患者から受傷日に何らかの症状があったにもかかわらず、現場検証が大変、相手が罰せられてしまうなどを理由に受診しなかったとする話を聞きます。正しい説明がなされていたとしても、

- 被害者にこのように思わせることが多いことには不安を感じます。
- ・症状のない部位を柔整師が施術していた。
  - ・トラブルではなく、私の考えです。柔整に関して、当院では関知しないことにしています。「同委はしないけど自己責任で柔道整復師にかかるのは許容する」というスタンスです。
  - ・柔整へ行った場合、後遺症診断書が作成できない。同時には整形外科へ受診できない（即刻打ち切り）旨をきちんと話せば行かないケースが殆どで損保会社は理解していない。→勉強すべきである。
  - ・レベルの低い整骨院と良心的な整骨院の差が大きい。
  - ・初回来院時に柔整併施不可、柔整施術後の後遺症診断は行わない等の説明をしている。
  - ・Bone setter を医者と思っている人がまだいるのかもしれない。
  - ・整骨院に通院している患者で、保険会社から月に1回は医療機関を受診するよう指示されたとのことで受診する患者がいる。
  - ・損保が「柔整に行っても毎日通ってもらえれば、1日〇〇円もらえるから！」と患者に勧める。
  - ・柔整へ通ったとしても、損保会社、何日分を認めているか知りたい。医師なら紹介なしに。
  - ・「衝突警告軽減ブレーキ」「プレクラッシュセーフティー」等を備えたASV（先進安全自動車）が徐々に普及し事故は減少しています。そのため、全体の件数の減少と共に柔整の「客引き」の様な症例がここ数年明らかに増加しています。
  - ・並行受診を勧めている代理店がある。
  - ・いわゆる中抜け、初診のみ当院で対応、医師の了解なく柔整に通い、終了時後遺症診断のみ求められる。本来は後遺症診断を断るべきであるが患者とトラブルになるのでやむなく行うことがある。
  - ・医師の同意や相談なしで柔整（整体？）に通っていて、複数部位の施術を受けており、医師の損保会社への診断書に傷病名（具体的部位をあげて）を追加するように、患者から強く求められました。もちろん拒否しました。
  - ・整形外科医の開業も各地にあり柔整が事故にからむのはやめさせてほしい。
- 損保の保険の支払いが無いよう100%支払いで、後払いにして保険は全く払わないようにして頂きたい。
- ・接骨院へ並行受診は初診時より断っている。もし並行受診していることが分かれば直ちに当院での加療を中止にしている。
  - ・初診後、通院なく、数か月後に後遺症診断を求められた。（中抜け）
  - ・窓口で柔整の施術はお断りしているので、トラブルは今までない。
  - ・当院では接骨院への通院が分かり次第、並行通院はやめるように言っています。
  - ・整骨院に並行通院されていることを患者さん本人が認めている場合は併診をお断りできるのですが、本人から申告されない場合は多少疑わしくても聞くわけにもいかずになっています。
  - ・自賠責は本来柔整が扱うものでない。かっちりとした柔整、保険会社の教育がなされていない。
  - ・自賠責保険には関係ないが、昔柔整から、共通の患者さんに関して「柔整治療が必要である旨の診断書（もっと簡単な書類だったかも？）を書いてほしい」と依頼があったことがある。患者さんに聞いてみると「柔整から『整形や外科では書いてくれないので、眼科でお願いしてみるよう』言われた」とのことだった。
  - ・患者が柔整への並行受診を希望したが、柔整での施術まで当院は責任取れないと断った。
  - ・柔整が損傷部位を割り増しして治療している（損傷していない部位を治療している）
  - ・当院では、柔整通院を希望している場合、保険会社の了解を得てからにしてくれと伝えている。
  - ・柔整通院後の患者は断っている。どうしてもと言われれば診断書（後遺症など）は書けないとしている。
  - ・当院では柔整との併行通院は許可していないことを保険会社に通知しているにもかかわらず当院に報告なく、柔整通院を行っている例が多々みられる（報告があった時点で、



当院通院を終了していただいている)

- ・仕事の関係で診療時間内の通院が不可能だから、整体の方へ通うと言われた事がある。
  - ・整骨院と病院を併用されていることが判明し、事務として確認のために聞いただけで逆ギレされ、「お前に言われることではない!!」と怒鳴られる。
  - ・当院では柔整との併用は認めていないと初診時に説明している。当院初診後柔整に行った患者（時間的に当院に通えない）から電話がかかり、「病名の追加ができないか？」と言われた。当院での診断が「頸椎捻挫」だけなので14箇所しか施術してもらえないとのこと。お断りしたが、最初に医療機関を受診した人は診断名が悪いため、柔整の判断で多くの病名を付けて施術ができるためと推定された。
  - ・ある整骨院は施術時に必ず名刺型の交通事故専門施術案内として、「交通事故にあったらまず、事故→警察 TEL→整骨院 TEL→保険会社 TEL。全て整骨院で行い、交通事故の施術費用は0円」というものを渡している。詳しくは「交通事故は予期せず突然起こり、初めてのことにどうしたらいいのかわからないという方が多くいらっしゃいます。当院では施術は勿論、保険会社との交渉（慰謝料）に関しても適切なアドバイスをする体制を整えています。当院にご相談ください。」というもの。
- 柔整に通院していることを損保会社は知っているにもかかわらず、医療機関に伝えていなかった。治療終了時、その後も柔整に通院するため中止としてほしいと言われた。
- ・損保会社が一度は医師に診せるよう指導しているのか、柔整（損保）からいわれ受診するが、一回だけの患者さんが結構いる。
  - ・整骨院との並行通院は基本的に拒否している。
  - ・ほぼ診療書を警察に提出なしで医療類似行為に誘導していると思われる症例をよくみま
  - す。
  - ・初診後、診断書取りつけ以後、柔整への通院、数ヶ月後来院され施術に通っていたと聞かされる事例。
  - ・患者様より「保険会社に両方通院してよいと言われたため、通院した」と言われることがよくある。また、保険会社も並行通院されていることを連絡してくれず、後になって発覚することが多い。
  - ・本院では、初診時に柔整との並行通院は認めない事を説明した上で念書を取っている。自賠責診断書にもその旨の一文を必ず書くようにしている。それでも並行通院をされていた方がいて、どういう理由か柔整師からの報告で発覚し、本人に再度説明（確信犯でした）した所、柔整だけに通われることになったケースがある。
  - ・以前、三者会談で、保険会社に並行通院されている方の報告をお願いしたところ、個人情報等を盾に断られたことがある。何とか分かるようにしてもらいたい。
  - ・損保会社が並行受診を勧めた例があった。柔整へ通院するようという利益誘導の広告を見たことがある。
  - ・基本的に窓口で柔整の併用不可、柔整からの出戻り不可、診断書記載不可を説明し断っている。



## 1 1 自賠責保険に関してご意見・問題点等ありましたらご自由にご記入ください。

### ○柔道整復師について

- ・並行通院したいという方は初診の際にお断りしています。事故で整骨院に通えるとなっておりますが、通うことで病院では月に一度の処方、あとは整骨院に通うとなれば経過観察ができません。ほかの病院ではどうしているのか、どうすれば良いのか教えてほしいです。
- ・柔整の不正広告を取り締まる仕組みがない
- ・当院では整骨院との並行通院はしていないと説明しておりますが、患者さんが勝手に（相談なしで）自分で並行通院している例がある。
- ・医療類似行為での施術回数・日数に対し、医療機関での通院と同等に 1 日 4,200 円の慰謝料を支払うというのは、現代の日本の医療状況を考えると不適切だと感じている。
- ・柔道整復師については「診療」できないはずなのに 3 ヶ月以上の施術が多く、急性期と言えないものが殆どである。
- ・近年柔整師の卒業が多くなり、開業した方たちも多く、一般市民も整形外科医と同様に医療機関と思っている方が多く、行政の指導が重要となってきた。
- ・やはり治療を主に柔整で行っているケースでの対応に苦慮しております。
- ・交通事故に柔整がからむのは、もういい加減にやめてほしい。この状況が続くなら私は交通事故の診療をやめざるを得ないと最近考えています。
- ・柔整での施術に対して、自賠責保険が診られる事の意味が分からない。
- ・柔整への通院をやめるように促しても、当院に通院したらしっかり治るかと言われれば、自信がないので強くやめるようにはいえない。
- ・整骨院の話が出たら、当院は終了として、転帰を「治癒」として、レセプト提出している。その後は決まって中止にならないかの問合せが来るが「医療機関なら転医」となるが医療機関に関してのレセプトなので、「医療機関では無い」ところでの診療は関係ありませんとしているが良いのでしょうか。
- ・医療類似行為に保険がきくというのはなぜかと問いたい。警察も診療書提出で仕事が増えるのを嫌がるのもわかるが、きちんと仕事をしてほしい。
- ・柔整に通う患者に対して月一度は医療機関への受診するよう保険会社からの誘導があり、責任転嫁疑いあり。患者も認識不足。

### ○損保会社の対応について

- ・保険会社が患者の同意を得ないで一方的に自賠責を終了するケース
- ・保険期間は 3 ヶ月ですと行って終了するケース
- ・同一症状・持続していても、保険会社、JA、トラック、全労災等共済の会社・共済ごとに治療継続の期間が異なる。また、担当者の裁量なのか、同じ保険会社でも担当者により治療機関の幅が大きい。
- ・保険会社の担当者が過失割合を勝手に判断して（あなたが 100%悪いなど）、自賠の対象にならないので、健康保険を使ってくださいと言ってきたケースが最近ありました。
- ・保険会社の担当が健康保険制度に関する知識が稚拙で、全く理解していないため話にならない。もっと研鑽してほしい。
- ・保険会社との色々な話し合いを最低年 1 回は行って頂きたい。
- ・審査中も理解できるが、請求に対する支払いを迅速に行って欲しい。請求業務を紙ベースではなく、PC によるデータでの請求へ移行してほしい。まず自賠責保険の活用を損保会社には考えて頂きたい。
- ・人身事故証明書入手不能理由書が安易に損保によって作文されており、損保保険料算出機構も被害者救済の名の下に安易に受託している。
- ・後遺症診断書を書くことが多いが、結果のフィードバックがなく、よくわからないことが多い。結果を知らせてほしい。

- ・ 損保側の無意味な企業努力を排する。かつ適切に集められた強制保険料を民間活用に委ねすぎるのは如何なものか。任意保険についても適正な運用を望んでいる。
- ・ 設問9に関してですが、損保会社の担当者が診断書が不要で大丈夫と言って、患者に診断書を拒否させる。
- ・ ①損保会社から依頼される同じ内容の書類記入。  
②弁護士のみならず行政書士の介入  
③後遺症診断書の認定について。
- ・ JCOA のポスター貼ってあるので年に1～2例あるかないか。JOCA のポスターとは並行しての施術を認めない、というもの
- ・ 正確な検査・診断をできない接骨院での加療を保険会社が（一部だと思うが）認めていることが理解できない。
- ・ 療養担当医の意見は全く通らず、勝手に治療中止にしてくる事や6ヶ月以降の治療は全く認めず、症状に関係なく一方的に中止にされてしまい、一切の支払いもしようとしない態度は腹立たしい。結局はこちらがあきらめざるを得ず、納得ができない。最近になり、その傾向がますます強くなっている感じがする
- ・ 自賠責一括払いの連絡を受けていたが、本人と全く連絡が取れなくなったと理由で支払いが困難だという連絡がきた。保証金も全額返金してしまった後の為、病院の負債となってしまった。
- ・ 保険会社が最初自賠責で対応すると言っておきながら退院後などに遡って入院費など全て健保に切り替えようとしてくるケースがよくある。そのためか請求するための同意証などをなかなか送ってこない。
- ・ 昨今は、損保契約の弁護士費用特約によるものなのか、自賠責の医療費支払いの手続きに弁護士が介入する事例が増えている。
- ・ 被害者となった患者が、治療費の請求について納得されない場合がありトラブルにつながることもある。自賠責保険による支払いの仕組みを分かり易く伝える手段に苦労している。
- ・ とにかく損保の担当者次第でどうにでもなるように思われる。
- ・ 同意書が届いてから、明細書、診断書を送付するようにしているが、通院がはじまって1か月近くたっても届かず、保険会社へ電話すると、連絡とってみますと言われ、その後、すぐ届くことがあり、こちらから連絡するまで患者さんに連絡とっていないのでは？と思うことがよくあります。
- ・ 保険会社は宣伝（テレビCMなど）で保険金を支払う加害者側のメリットばかり強調しているのに保険金をうけとる被害者側が、自分にもメリットがあると勘違いしている人が多々いる。
- ・ 三井住友ダイレクト損保は、対応が非常に悪い。損保一括の連絡をしてきたにもかかわらず、「患者から承諾書がとれない」と言って、診断書を送ってこないため、請求が出来なかった。再三に渡って連絡したが「患者から連絡がない」との返事であり、最終的には、支払いを断ってきた。最終的には患者側の損保が支払いを行った。
- ・ 損保代理店からの一括請求の申し出（損保会社でなく）。どういう理由でそうなったのか分からなかったのですが、特に支払いは問題なかったのですが、不安でした。
- ・ 損保会社は、会社の利益、契約者の保護には懸命であるが、被害者への配慮が欠けていることで問題が生じている。
- ・ 実際、現在保留（患者様と連絡がとれない状況）になっている件ですが、加害者の保険会社様より、治療費一括の連絡があり、治療終了後、治療費の請求を行った。数か月、入金の確認がとれず、加害者の保険会社に確認したところ、加害者の方が当初は、自賠責保険で被害者様の治療費の支払いをするとの事で、一括になったが、請求額を確認後に、保険を使わないと言われたので、一括請求はできなくなりましたとの報告を受けました。受診した患者様とも連絡がとれず、治療費のお支払いも未納の場合、どこに相談すればよいのでしょうか？初めに確認済みの状況からの変更は当院としては対応に困ると感じました。
- ・ 自賠責会社に事故で受診されたと連絡した後、初期対応をスムーズに行ってもらいたい。治療費も自賠責か保険証対応なのかも連絡が遅く、次月になったり、何度も連絡しないと

はっきりしなかったりすることもある。患者によっては、半年以上治療を必要とするケースもあり、治療の打ち切りは、十分医師・患者本人と話し合っただけで決定してほしい。

- ・ここ2～3年はだいが対応がよい。

#### ○自賠責制度に関すること

- ・自由診療は守りましょう。統一基準は、医療側に（長期的には）不利になると予想します。日医が基準案に舵を切っていることは理解に苦しみます。以前（昭和59年？）のようにJCOAをないがしろにしないことを望みます。「日医新基準以外は支払わない」と損保が言わないように望みます。
- ・交通事故の健保使用。
- ・物損事故での自賠使用。
- ・損保会社、警察、柔整の問題。
- ・現在は自賠責保険発足時の社会・経済情勢と大きく異なるので、強制保険である自賠責保険の保障限度額を検討する必要があると思われる。
- ・今後ますます発展していく運転の自動化に対し、運用の再検討は行われているのか？
- ・後遺障害の認定過程が非常に不透明。
- ・飲酒運転などで、加害者が収監されてしまい、被害者が加害者側の損保会社と連絡が取れずにやむなく自分の損保会社を経由して自賠責請求をする羽目になっていたり、また自賠責切れの車両で起こされた事故等の被害者の救済が乏しい事などから、現在のIT技術からするとすべての車両に自賠責のICチップなどを入れる事を義務化して、それが切れると車両が動かなくなる様な装置、また運転免許も差し込みスロットを作り差し込まないと運転できない等の根本的な対策を国に要望していくような事が、自賠責の諸処の問題解決の一端になると思っています。
- ・任意保険も宣伝広告で対人対物無制限の言葉が独り歩きしており、実際の大半の事故は120万円の自賠責の範疇になる事や、人身事故の届け出等についても広告自体が詐欺ざりぎりと思えることも少なくないため、その辺りに規制をはるかに厳しくしていかないと自賠責の未来は重く暗い物になりかねないと思います。
- ・現在の状況から考え自賠責保険限度額を120万円から160～200万円に引き上げて良いのではないか。
- ・物価が上がって、消費税も上がって、自賠責は黒字なのにいつまで120万円なのでしょう。
- ・まずは医師、医療機関の受診を勧めてください。
- ・最近の自動車保険医療に関する2年遅れの年次報告書。事故減少による強制保険料の減額、人身傷害保険の拡大、自賠を取り扱う組織の格差、日医のガイドラインによる新基準が基準案と呼称されるようになったことなど、諸事情を勘案して以下の提案を致します。
  - 1) 国立病院、自治体立、私的治療機関などすべての診療費請求を基準案に統一して労災算定基準に従うこと。（健保転用防止も含めてその時期が来たと）
  - 2) 政府保障事業も基準案に準じた取り扱い
  - 3) 過失相殺に関しては都道府県の警察組織の交通課が、公安、交通モニターの助言を得て普及したドライブレコーダー、防犯、監視カメラなどを活用して決定を下す。
  - 4) 診療費請求の審査については、調査事務所（自算会）が不審と考えるレセプトに関して労災審査機構を活用する。
  - 5) 休業補償などにおける不適切例、又物損補償に関して、様々な車両があることから自算会が判断できないものに関しては別個検討。（三者協議会など）
- 自由診療を理由とした1点30円など医療機関の横暴と捉えかねない事例を防止する。
- ・できるだけ早く制度化しないと、様々な困難な問題は解決しません。医療類似行為者のことがこのままだったらと経過すると、自賠責保険はもとより国民皆保険制度の維持も難しくなると思います。
- ・自賠責は自由診療ではあるが、医療側が保険会社とのトラブルに巻き込まれる。医療側が労災保険に準じた診療を行い、保険会社、柔整などが参入すべきでない。かつちりとした体制作りがないと医療側と保険会社などのトラブルが頻繁に起こる。
- ・平成14年から自賠法の改正で、政府再保険が廃止されたのが問題である。その結果出来

た損害保険料率算出機構は全く損保会社の子会社の様で、適正に自賠責保険が執行されない土壌になっているのでは。物損から始まる自賠責が増えているなどの例でも。

#### ○制度の理解を促すツールを要望

- ・ 保険の事では、テーマを設けて医師や事務員に分かりやすくパンフレットや冊子を発行してもらおうと助かります。なかなか講演会等いけないため、動画ならなお良いです。
- ・ 国民に自動車保険（自賠責・任意）についてもっと啓発すべきである。
- ・ 運用は実質営利企業である保険会社が担っている。保険会社とは別の公的団体が運用すべきでないか？
- ・ 医療従事者のみならず、実際加入している個々人が制度について理解していただけるような啓蒙活動をお願いしたい。
- ・ 健康保険法と自動車損害賠償保険法についてクリアカットに呈示するためのパンフレット等があれば活用できるかもしれないと思います。但し医療機関を受診する際、患者様あるいはそのご家族は既に保険会社担当者から上手に言いくるめられているのが実情でトラブルは発生しやすいです。人身傷害保険についてももうひとつ理解が難しいです。
- ・ 整形外科、外科等交通事故に関わる診療科以外の先生（例えば内科）にも交通事故診療のことを理解してもらいたい。

#### ○弁護士対応について

- ・ 弁護士からの指示で通院継続する事例有り。
- ・ 弁護士数の増加、弁護士特約付加が増えているためか、弁護士の照会、データ・カルテ提供依頼が多くなっている。
- ・ 弁護士特約のついている保険に入っている患者さんがいて、保険会社からの治療中止に関して弁護士に相談するようだが、所詮、保険会社側の弁護士なので、弁護士からも治療中止または後遺症診断を勧められ困っている方がおられます。
- ・ 弁護士介入の事件が増えてきている。そのためカルテ開示、診療書作成（後遺症など）の機会が多くなってきた。
- ・ 弁護士特約を使うケースが急増している。
- ・ 弁護士特約ができてから、保険会社が被害者の状態を把握できず、長期化している例がある。
- ・ 弁護士特約で被害者の弁護士が症状固定後も、通院（健保）を指示し、固定後の通院証明、診断書を要求する。
- ・ 損保の契約で弁護士費用を謳っているものが多く、すぐに間に弁護士が入ってくるので、損保も10年程前にくらべ、かなり強引な交渉を行うところが増えている気がします。
- ・ 健康保険を使用した場合、病院と保険会社の双方で診断書・明細書は発行しないと了承済みであったが、最終的に弁護士が出てきて、様々なことを強要され、説明をしても聞いてくれないというケースがあった。今後、弁護士が絡む事案が増加することが懸念されます。
- ・ 損保と患者で弁護士を立て、交通事故に関する対応をしているが双方の意見相違により交渉が決裂している場合、病院として請求をどう対応してよいか。

#### ○その他

- ・ 当院では自賠責保険使用になる患者さんは稀であり（年間2～3例あるかないか）、具体的なトラブル事例などは挙げられませんでした。
- ・ 大きな外傷で入院加療分通院となった事例での健保使用は現在の流れなのでしょうか？（120万円超えは健保になるのですか？）
- ・ 患者自身も長期加療を希望することが多く打ち切りに難渋する。（トラブルになる）
- ・ タクシー会社より一括の申し出があり、受けたところ保険会社ではなくタクシー協会の保険であり、新基準のルールが適用されず未払いとなるケースがある。未払いを求めても裁判となっており、タクシー会社から手が離れているので支払いできないと回答される。年に数件起きるので、タクシー会社の対応に困っています。



- ・交通事故、自賠責保険が絡むとトラブルも不可避で当初から交通事故を診ない医療機関が増えてきています。結果として柔整に患者が流れるようで問題と思う。そもそも、なぜ柔整で労災、自賠責保険が使えるのか理解に苦しむ。上述の設問のように、①交通事故診療における健保使用の強要、②柔整等医療類似行為への通院、③損保会社による不当な治療打ち切り等は早急に解決していただきたい。治療費の立替払いの連絡があるにも係わらず、保険会社からの「同意書が届かない」「治療費が未収になる」等が生じている。治療費の支払いができない場合や、何か問題が生じた時は速やかに医療機関に連絡してほしい。
- ・調査事務所の後遺障害認定は、現状、書類審査であるが、被害者が納得せず、再審査を依頼してきたケースや、中立機構に訴えたケースでは、後遺障害認定の正当性を確認するためにも、第3者医師の診察による現状把握を追加すべきと考える。そのことは、診断書記載内容に関する。弁護士等からの、不適切な修正要請等を、なくすることにつながる。
- ・自賠責調査事務所でも月2度相談を受けていますが、ときに適応に疑問がある手術症例など、診療内容に問題のある例を目にすることがあります。
- ・タクシー会社からの一括請求の申し出。大手損保に入っていないため最終的には支払いを受けたが時間と労力がかかりました。
- ・保険に加入していないケースだと、加害者が請求等手続きを理解していないことが大半で、被害者は加害者と直接対応しなくてはならず、精神的負荷がかかることが多い。
- ・当院では交通事故は自由診療のため200%で請求をさせていただいていますが、近年、任意保険に加入されている方が少なく強制の自賠責のみの方が増えている傾向にあるため、自由診療では支払いができず、健康保険を使用される方も増えています。なかなか保険者の了承を得られなかったり、同意書の送付がなく未請求が増えています。
- ・保険会社担当者の対応はその後の診療にも影響すると考えますのでご注意ください。
- ・自賠責の使用の是非によらず、診療費は必ず支払ってほしい。医療機関は、事故の内容には関係のない善意の第三者であることを認識、理解して損保には対応頂きたい。
- ・設問9で記載があるように、人身事故における軽症な場合保険会社から患者さんご自身の保険証使用を促されるケースが非常に増えているように感じます。
- ・病院へは被害者の方がよく来院されますが、当院では損保会社からの一括の連絡があるまでは、患者から実費で請求しています。この際に「なんで被害者なのに金を払うんだ！」というクレームが多数あります。実際、支払いされず、損保会社からも連絡がこず、患者に連絡しても出ず、損失補填で計上したケースもあります。
- ・設問6の診療費の値切りについて、当院の諸料金規則で交通事故に関わる自由診療にあつては、1点20円で算定すると定めている。定めのとおり保険会社へ請求したところ、別添のとおり代理人を通して1点10円で算定した金額が治療費として相当であると連絡があった。
- ・診断書等医師による事務処理が軽減されると良い。
- ・交通事故で受診をされていたが、交通事故との因果関係がない、又は低いと医師が判断した場合の診断書記載や清算について、どう対応すべきか。
- ・当院では、入院診療の場合のみ保険会社による一括支払いに応じることを原則としている。それ以外の場合は患者に一旦無保険で支払ってもらうこととしており、保険会社の介在は遠慮させている。(ただし、患者の支払い状況によっては、外来診療でも保険会社による一括支払いに応じる例外もある。)
- ・トラブルになるのは特殊な事例で、ごく稀であり、ほとんどのケースでは患者や保険会社とトラブルなく終了しています。
- ・治りきらない場合「症状固定」で治療を終了することの「制度」について、患者さんに説明してほしいです(患者さんが納得するように)。
- ・設問9に関して、人身事故扱いにならず、警察への診断書は不要と保険会社に言われたのに、自賠責として通院している患者が時々いるが、どのような扱いになっているのか疑問である。トラブルはないが、一応患者には、警察へ診断書を出して「事故証明」が出ないと自賠責保険での通院は開始されない由、こちらから説明はしている。
- ・色々うるさいことがあるので、できれば交通事故の診療は断りたいです。応召義務違反になるのでしょうか？
- ・自賠責保険が一方向的に治療中止としてくる事案は増えています。患者被害者にもそのよ

うな事案があることを説明しています。保険会社からの働きかけで不当な長期療養が減る、終診を納得させることが出来たなど、良い点も多いようです。自分が起こした事故でもないのにトラブルに巻き込まれるのはストレスでしかありません。保険会社が積極的に長期療養に対処するのは良いことだと考えています。

- ・一括支払い停止を医療機関に相談することなく、一方的に行うことは絶対に避けていただきたい。
- ・損保会社にとって加害者がお客様であり、お客様が行政処分を受けるような人身事故扱いにはしたくないのは当然。最近事故が減り、担当者にも余裕ができたのか、非常に早く問い合わせや照会をしてくるため、とても迷惑している。
- ・「物件事故扱い」にした場合でも自賠責保険が支払われるケースの原因には損保会社の問題だけでなく警察サイドにも手続きの簡素化を目的に誘導しているケースもあり警察側への注意、指導が必要と思われる。
- ・最近 3 か月を目途に、「規則で終了です。」と言って患者さんを困らせる損保がほとんどのように思えます。
- ・自賠責保険の限度額に収まるケースも健保使用では、健保財政が圧迫されると思われる。
- ・医師も後遺障害診断書をしっかり書くべき。何だコレ!?という診断書が多すぎる。
- ・労災かくしは犯罪なのにもかかわらず、事故隠しが見逃されることに憤りを感じる。
- ・交通事故に起因する症状がある場合は人身事故であり警察に届けるべきであることを説明し、患者が希望して診断書を作成し患者に渡したにもかかわらず、保険会社から届出をしなくてよいと言われたとのことで警察に届けていない場合がある。
- ・初診時に診断書の必要性を説明した際には診断書を希望せず、1 か月後に診断書を希望する患者がいた。警察では、治療中であれば診断書提出日を含めた日数の診断書出なければ受け取れないといわれたとのこと。
- ・損保と自賠が蜜月関係にあるのでは？自賠は損保と一線を画し、一部では相反するような関係が健全ではないでしょうか？
- ・柔整に対してあまり厳しくしても、結局患者が困るだけではないかと少々危惧しています。柔整のように朝早くとか、夜遅くまで診察しているわけではないので、ある程度共存していけないといけない場面もあるのではないかと感じています。
- ・日医との三者協議の申し合わせ事項を守ってもらいたい。
- ・人身事故においても物損扱いになっているケースがやはり 6～7 割はあるようだ。増加傾向。
- ・後遺障害が 14 級にも満たない障害が残っている患者がいる。これらの患者の救済方法も考えるべきではないかと思う。
- ・目隠しされた怪しい問診表があるらしい。
- ・先程にも述べましたが、基本的に治療費を保留として、帰宅していただくので、病院の未収が増えてしまう。警察も当事者の連絡先は教えてくれないので、病院が損をするケースはなくしていただきたい。
- ・最近は弁護士が介入する例が多いため色々書き物が増えてきた。また、損保も 2 か月たたないうちに、ひどい所になると 1 か月以内に症状経過を書かせることが増えてきた。
- ・医師は書類を記載するため診療終了を自賠責と患者さんで勝手に決められる方が多いように思います。
- ・物損の場合で（通院 1 回）、警察用の診断書を書いた際、これは保険会社からは出せないと言われた事がある。これは医院側ではよくわからないので困ります。患者さんから依頼があれば、警察用診断書をお書きします。
- ・自賠責保険で通院 1 日につき定額の金額が支払われるため、頻回で長期にわたる通院をするケースが特に頸椎捻挫でみられる。頸椎捻挫で他覚症状はなく、自覚的にも症状がほとんどないと思われるケースが大半である。それに対応している医療機関サイドにも問題がある。
- ・まずは、損保会社が患者に説明などで「人身事故証明書入手不能理由書」を記載提出させない事。次いで、交通事故にも関与するので警察への医師診断書の提出を法的に必須とすることが重要。
- ・人身事故証明書入手困難理由書の理由が医療機関では分からない。

- ・電話で通院日の問い合わせがあるが、通常業務の妨げになるのでやめてほしい。
- ・精神的に不安定もしくは依存的性格の患者に心無い一言で、診療全体に不信感を持たれることがあっては診療が中断して患者が不幸な目にあう。診療室で保険担当者への不満を延々と聞かされることもあるが、できるだけ支持的に対応して必要な診療は継続できるように心配りしている。
- ・損保会社との協調がよくとれていると考えています。
- ・被害者ですが、「健康保険で治療を受けてください」と保険会社に言われた患者さんがたまにいます。健康保険を使うことのデメリットを伝えたと保険会社には何も言われなかった。立替が必要な事や、自賠責の書類が書けないのであれば自賠責を使いたいと言われる患者さんがいます。保険会社には、患者がきちんと理解し、納得できるような説明をして欲しいと思います。
- ・診断書料、明細書料が未だに佐賀県は他県より安く設定されている。他県並みの 5000 円に統一してほしい。