第Ⅲ章

委員会の答申・報告書等

令和４・５年度
労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会
報　告　書

令和６年２月

日 本 医 師 会

労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会

令和６年２月９日

日本医師会長
　松　本　吉　朗　殿

労災・自賠責委員会
委員長　　臼　井　正　明

令和４・５年度労災・自賠責委員会報告書について

本委員会は、令和４年 12 月 23 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	臼井正明
副委員長	内田一郎
委員	浅井清和
委員	伊藤真一
委員	岩井誠
委員	奥寺良之
委員	子田純夫
委員	城之内宏至
委員	永濵要

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.次期（令和６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

Ⅲ.厚生労働省との意見交換会……7

Ⅳ.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……31

Ⅴ.労災・自賠責に関するヒヤリング調査……41

《おわりに》……49

添付資料－１……51

《 は じ め に 》

労災・自賠責委員会は、昭和５８年に発足し、これまでに労災保険診療及び自賠責保険を中心とする交通事故診療に係わる諸問題について審議し、具体的な解決等を実務委員会として提案している。

労災保険に関しては、令和４年における６０歳以上の高齢者の占める割合は１８．４％で、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２８．７％と高く、また近年の労働災害を巡る状況から長時間労働、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も増加傾向にある。

高齢労働者の身体の衰えを原因とする労働災害発生が増加しており、労災保険審査においては私病と労災との取り扱いに審査員が苦慮している現状がある。

労災診療にあたっては、労働災害を被った被災者を早期に社会復帰させていくことが労災診療の目的であることから、特に高齢労働者の労災診療においては医療現場に混乱が生じないよう明確な基準を示すことが求められる。

厚生労働省においては、変形性疾患（脊椎症、関節症）を抱える高齢者にみられる加齢性変化の特徴や、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しての委託研究である労災疾病臨床研究事業により、審査基準などの検討が行われている。

令和６年度は医療・介護・障害福祉サービスのトリプル改定を迎えるため、社会保険診療報酬に準拠する労災保険診療報酬の改定にむけた重点要望項目を検討、協議した。

交通事故をめぐる問題には、今までにも多くの時間をかけて議論を重ねてきたが、健康保険使用の問題、医業類似行為に関する問題、損害保険会社との支払いを巡る問題等、課題が山積みとなっている。

自賠責保険に関しては、平成２８年度から全都道府県で自賠責保険診療費算定基準（新基準）による運用の足並みが揃ったが、新基準の採用率には地域差があるため、採用率の底上げを図るなど制度化に向けた取り組みや課題を検討し、実現に向けて、関係省庁、団体とさらなる協議をすすめていく必要がある。

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４年１２月２３（金）に第１回委員会が開催され、その中で松本会長より、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業類似行為についても、各地で起きている問題を取り上げて、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、療養費を巡るいくつかの状況ということで、柔道整復療養費及びあんま・はり・灸療養費のこれまでの取り組みと今後の方向性についてご講演いただき、その後意見交換を実施した。医業類似行為における問題については当委員会においても引き続き地域での問題点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）高齢労働者と労災について、（２）電子レセプトオンライン推進の問題点について、（３）労災診療費の電子レセプト審査に係わる事前点検業務の外部委託について、意見交換会を行った。（詳細は７ﾍﾟｰｼﾞを参照）

第４回の委員会では自賠責保険について、大手損害保険会社、日本損害保険協会、損害保険料率算出機構との意見交換会を開催した。主要議題としては①自賠責診療費算定基準（新基準）について、②柔道整復について、③同意書について、④自賠責保険の治療費一括支払いについて、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31ﾍﾟｰｼﾞの「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」をご覧いただきたい。

今後の課題としては、意見交換会を開催しても検討内容などが末端の損保担当者にまで伝わっておらず、交通事故医療現場でのトラブル改善に結びついていないという意見が挙がった。次回以降の意見交換会では、より実務的な会にするための検討が必要である。

また、「労災・自賠責保険に関するヒヤリング調査」を全国の都道府県医師会事務局に対して実施した。

労災保険関係のヒヤリング調査としては、労災審査員向けに実施し、「労災審査員の後任を探す際の人選について」についてヒヤリングを実施した。

自賠責保険に関する調査は、「自賠責診療費算定基準（新基準）」について、移行率８割以上の高い地域（５県）、移行率の５割以下の低い地域（１４府県）に実施し、また「一括払いの相談窓口の有無」についても実施した。

特に新基準の採用率については、平成２８年の山梨の最後の合意から変化はなく、また長らく促進するための施策がとられていないことから関係省庁、関係

団体とあらためて制度化に向けた検討が必要な時期にきているということが確認できた。（詳細は 41 ページを参照）

最後に例年通り次期（令和６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とりまとめている。最重点要望項目として、①初診料・再診料の引き上げ、②労災患者初診時対応加算の新設、③高齢労働者に対する管理料又は加算の新設、④絆創膏固定術の評価の拡大、⑤透視診断の評価の拡大、⑥ギプス料の評価（加算・管理料の新設）、⑦脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料の点数格差の是正、⑧感染症患者（肝炎等）手術時の加算（1,000 点）などの感染者への手術対応の評価、⑨業務上腰痛疾患管理料の評価、⑩骨折管理加算、骨折指導管理料新設の１０項目をとりまとめた。

（詳細は 51 ﾍﾟｰｼを参照）

Ⅱ.次期（令和６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４年度（2022 年度）診療報酬改定においては本体が＋0.43%、薬価▲1.35%、材料費▲0.02%、薬価・材料費合わせて▲1.37%であり、診療報酬全体改定率（ネット）は▲0.94%となり前回改定に続き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）」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」、「コンピュータ断層診断の算定拡大」であった。

令和６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 51 ﾍﾟｰｼﾞ参照）

令和６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・再診料

初診料・再診料の引き上げ

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　［指導・管理料］【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　［処置料］絆創膏固定術

絆創膏固定術に対する評価

重点要望５　［その他］透視診断（検査、手術、麻酔・神経ブロック）の算定拡大

透視診断（検査、手術、麻酔・神経ブロック）の算定拡大

重点要望６　［処置料］ギプス料

ギプス（ギプス包帯管理加算、管理料の新設、四肢加算への対象追加）に対する評価

重点要望７　［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料と運動器リハビリテーション料の点数格差是正

重点要望８　「手術料］手術【通則 11】

感染症患者（肝炎等）手術時の加算（1,000 点）などの感染者への手術の評価

重点要望９　［指導・管理料］【新設】業務上腰痛疾患管理料

私病と区別するための評価

重点要望１０　［指導・管理料］【新設】骨折管理加算・骨折指導管理料

骨折管理加算、骨折指導管理料の新設

Ⅲ.厚生労働省との意見交換会

１． 日　　時	令和５年６月９日（金）午後２時００分～３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］ 臼井、内田、岩井、浅井、伊藤、奥寺、子田、城之内、永濵 ［日本医師会　役員］ 細川常任理事、茂松副会長、長島常任理事 ［厚生労働省］ 労働基準局：梶原審議官 労働基準局補償課：補償課長、課長補佐、中央労災医療監察官、医事係長 労働基準局労災保険業務課：業務課長、課長補佐 労働基準局安全衛生部安全課：主任中央産業安全専門官、中央産業安全専門官
３． 主 要 議 題	１）高齢労働者と労災について ２）電子レセプトオンライン推進の問題点について ３）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 ４）その他
４．意見交換会≪概　要≫	今期委員会で事前に検討した議題を中心に、厚生労働省からの説明の後、フリーディスカッションを行った。 **議題１：高齢労働者と労災について** ○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により、労災審査においては労災認定と一次審査が並行して行われている現状で、私病が疑われる病名が記載されているレセプト審査の取扱いに審査員が苦慮している。前期の本委員会報告書（添付資料１参照）に記載されている【具体的な要望】について、その後の検討状況や厚生労働省のご意見をお伺いしたい。 ○前回の意見交換会時に、「労災疾病臨床研究補助金事業」を行っており、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。 ○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、その後の進捗状況などについて確認したい。 ［厚生労働省からの説明］

「高齢労働者と労災について」としまして具体的に三つの論点をいただいております。
一つ目の論点として、前期の当委員会より高齢者の労働災害対策ということについて、我々にご意見いただいておりました。令和３年には、労働局で労災診療費の審査委員を担当していただいている審査委員の先生方に対してアンケート調査をとっていただき、現場の生の声やお困りのことについてご意見をいただいておりました。
アンケート調査では、審査の現場でどこまで労災とするのか、その基準がなくて非常にお困りだということで、例えば、レセプトに意見の書き込みとかをしてはどうかといった意見もございました。一律にレセプトへの記載をお願いするというのは、少し困難な場面もございますので先生方に円滑な審査をやっていただくためには、現場で労働局の職員が、医療機関や労働基準監督署から必要な情報を収集し、審査委員会に説明した上で、諮るとなれば、非常に円滑になりますので、本省から労働局に対して、指示することとしたいと思っています。
資料１より、１ページに具体的なアンケート調査結果と要望、２ページに【具体的な要望】がございます。具体的な要望の一つ目として、「外傷を受けるまで労働者として働けていたならば、経年変化が存在したとしても労災として考えるべきである」、「正しい治療の期間を、1.5から２倍を目途とすべきと考える」というような現場のご意見ということでございます。労働局の診療審査委員会の先生方には、業務上の災害として認められたレセプトを審査いただいております。ところが高齢者の加齢現象、退行現象など、あとに追加されるものが見受けられ、現場でお困りなのだと考えております。詳細については後ほどご説明いたしますが、委託研究をやっていて、その中で、令和元～２年度、令和３～４年度と腰痛という疾病の縛りはありますが、業務起因性を見る委託研究を実施しており、令和５～６年度については、一歩進めまして、どのような補償範囲でやるのかという議題で進めております。そちらの研究報告を踏まえて、対応を検討していきたいと考えております。
次に労災診療費請求のポイントとして、骨折、挫傷、捻挫、靭帯損傷、半月板損傷など、傷病を診療報酬明細書の摘要欄に記載してはどうかと要望をいただいております。全ての医療機関に記載していただくのは困難かなと考えておりまして、複雑なものは、あらかじめ調査をして、情報として審査委員会の先生にお知らせするという方法をとるべきと考えてございます。
次に「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」といただいておりますが、適応欄への記載を統一するはいかがなものかと思っていますのでこちらも調査して対応するべきことかと考えております。
次に「内科的疾患について、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。」は、労災保険ですので業務上の疾病、あるいはそれに関係する検査については当然認めています。全くの私病であれば、認められるものではありませんが業務上の疾病と関係があることであれば、検査の費用もお支払いしております。

引き続きまして、「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。」ですが、手術が必要なものについては労災保険から診療費をお支払いすることになっています。人工関節置換や手術においてもです。必要性が認められる場合は労災保険から支払いすることになりますので、個別に必要性を調査して判断する方向かと考えております。

続きまして、「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。」につきましては、個別に調査をし、支給の可否を考えるということになろうかと思います。ご要望を十分踏まえた上で監督署もしくは労働局の職員の調査によって、審査に資するようにと考えてございます。

「高齢労働者と労災について」の２つめの論点につきまして、「労災疾病臨床研究補助金事業」についてですが、資料２（３ページ）になりますが、令和元～２年に、

（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

（２）加齢モデル調査研究

（３）事業場における腰痛検診項目の活用に関する調査

（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

この４つの調査等を行い、業務上として認めるに当たってメルクマール的なものがあるかどうかというような研究をやっていきまして、「２　今後における展望等について」に「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。というような結果となり、令和元～２年の研究の中で一つの結論となっております。これを受けまして引き続き、令和３～４年にかけて研究の第２弾を実施しています。

資料２（４ページ）が令和３～４年の研究となっております。

令和３年度の中間報告として、経年的な身長低下とそれをワンストップで評価できるものが、両腕間の距離で、それから身長を引いた数値を見ることによって、それが指標になるのではないかと報告をいただいております。この評価指標の妥当性については令和４年度を含め検証する予定となっておりまして、研究報告については今後公開予定となっております。

さらに令和５～６年については、これまで（令和元～２年度、令和３～４年度）の研究成果をもとにし、事故後の治療やリハビリの状況についての実態調査を令和５～６年度に実施するということが現状でございます。

続きまして、資料１の論点「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、その後の進捗状況などについて確認したい」ですが、資料２（５ﾍﾟｰｼﾞより）説明いたします。

今年度を初年度と属する第 14 次労働災害防止計画において、今年、労働者の災害防止対策というのが盛り込まれましたので、この点を中心に安全課より、ご説明させていただきます。

前回、ご説明をさせていただいてからその後、令和４年度になりますが、労働政策審議会安全衛生分科会で、これまでの労働災害発生状

況を踏まえてご議論をいただきまして、第１４次労働災害防止計画に大臣が定める５ヶ年の計画を策定し、今年から取り組んでいるところです。その計画の中では、高年齢労働者の労働災害防止対策、そのうち特に多い、転倒災害等の防止対策を重点事項として定めています。

労働災害の発生状況ということで、資料 2（5 ページ）になりますが、労働災害の発生状況、死亡災害者は、順調に減少しており、令和 4 年は過去最少となっています。ただ、休業 4 日以上の災害を合計したものが、近年少し増加傾向で、平成 14 年以降、最多という状況になっています。

６ﾍﾟｰｼﾞですが、一番多いのが転倒時に、骨折等の大怪我を負ったことで４日以上休んだ（休業４日以上）が 27%となっており、過去最大の割合となっています。(4 分の 1 を超えたのは過去最大)、「休業 4 日以上の死傷者の推移（右側グラフ）のように 30 年前は「はさまれ」、「墜落」、「転落」、主に機械、設備等のリスクによって発生していた災害が支配的であったものが、近年は「転倒」、「腰痛」といった労働者が作業をすること自体がリスクとなって発生する災害が占めてきております。

最近は「行動災害」という呼び方をして、対策に取り組んでいるところでございます。

この要因は、端的に言うと高年齢労働者の増加が一番大きな要因だと分析しております。

7 ページ（左側グラフ）「雇用者（全年齢に占める６０歳以上の占める割合)」ですが、令和 4 年は雇用者のうち 18.4%が 60 歳以上の労働者という状況です。その 18.4%の 60 歳以上の労働者で、28.7%の労働災害の件数が右側の「労働災害による死傷者数（全年齢に占める６０際以上の占める割合)」のグラフでございます。この要因として９ﾍﾟｰｼﾞのグラフが、年代別、男女別の労働災害の発生率（労働者千人あたり)、労働災害件数を示しております。特に高年齢層で著しく発生率が高いという状況になっております。

高年齢の労働者の方が増え、被災率が高いということでその掛け算で転倒が増えてきている状況です。10 ページ、「転倒災害に関するデータ」ですが、下のグラフで転倒の類型ですが、つまずいたり、転んだり、滑ったりがある中で、多かったのは「つまずき」ということで、歩いているときに足がもつれてしまうのが 4 割ぐらいで、その原因は、何につまずいたかを分類したところ、一番多いのは何もないところで床につまずいたとか、足がもつれたという、労働者の高齢化に伴った身体機能低下が非常に強く、出てきている状況となっています。

こうした背景を踏まえ、11 ページの第 14 次労働災害防止計画を定めたところですが、重点事項として、８つを定めていますが、

②「労働者（中高年齢の女性を中心に）の作業行動に起因する労働災害防止対策の推進」ということで、主に災害ということでこの防止対策を重点事項の一つとして

③「高年齢労働者の労働災害防止対策の推進」を定めました。

①の「自発的に安全衛生対策に取り組むための意識啓発」ということで、全体的に中小企業における取り組みが遅れているということで、その取り組みの促進のために様々なインセンティブや支援策を定めるというものです。

具体的な個別の対策としては、この②と③のプライオリティを高くして進めていくというものになってございます。

②については、13 ページ（1）に定めております。また、③については 14 ページにあるとおりの計画になっております。

転倒災害等の防止については、重点事項の検討に先立ちまして、15 ページのとおり、分科会とは別の有識者の先生方に集まっていただき、昨年度実施しました。座長として聖マリアンナ医科大学の髙田先生、転倒防止等にも非常に見識を高く持ちであります日本臨床整形外科学会の新井先生、産業医の先生方等にも入っていただいて、転倒災害、腰痛等の災害のために何を進めていったらいいのかと抜本的なご提言をいただいたところです。その内容が 16、17 ページにまとめられております。第１４次労災防止計画にはこれを反映させた形になっております。

その中で、提言をいただきましたが、特に新しいアプローチとして 17 ページの「（５）労働者の健康づくり等」で、今まで労働基準監督署でも、転倒しないために４Ｓ　整理整頓をするとか、濡れている床はすぐ拭くとか物理的な対策を指導してきましたがそれでは減っていない。その背景は、労働者の身体機能の低下の方が強く影響しているということで、まず転びにくい体を作っていくことも、転倒防止の両輪として必要であると提言をいただいてこのようになっております。事業所においては、理学療法士を活用した労働者の身体機能の維持改善の取り組みの支援、あるいはスポーツ庁がやっている Sport in Life プロジェクトと連携したスポーツ推進などを進めていくべきではないかという提言をいただいて、これは第１４次労災防止計画にも記載しております。

13 ページ「イ」国のやることがいくつか書いていますが、このうちの五つ目に理学療法士等を活用した事業場における労働者の身体機能の維持管理への取り組みの支援、それから Sport in Life プロジェクトと連携したスポーツの推進といったことを初めとして計画に定めております。この他にも健康経営を目指す事業者の方が多いので、健康経営の評価項目の中に転倒予防をやっていれば健康経営評価項目になるといった連携を進めたり、次に転倒災害防止に資する設備や装備の普及のための補助を進めていくということが入ってございます。

18 ページ、19 ページに転倒の防止のための計画を事業者にやっていただきたいことが、18 ページの「転倒災害防止対策促進リーフレット」です。最近労働基準監督署から事業者の方に取り組みをお願いしているというものです。左上に、転倒の形に応じて何をやっていただきたいかということをまとめている中で、一番多いのが何もないところでのつまずき転倒、足がもつれて転倒といったことに対して、転倒、怪我をしにくい体作りを進めていただきたいというお願いをしております。

19 ページでは、厚生労働省で令和 2 年度からエイジフレンドリー補助金という高年齢労働者の労働災害防止対策を進める中小事業者の方への補助金を進めております。令和 5 年度から、転倒災害防止対策のための運動指導にも補助金を使っていただけるようにして、補助金が来週から申請受付を開始できるようになっております。
こうしたことを通じて事業者の転倒災害防止を進めていきたいと考えてございます。

21 ページにスポーツ庁の資料があります。企業で転倒等をしにくい体作りのために運動をするという企業については、補助金がありま

す。こうした取り組みと連携して、引き続き高年齢労働者の労働災害防止対策を進めていきたいと考えています。

［主な意見交換］

労災疾病臨床研究事業費補助金研究としまして、数年前にこの試みの説明があり、現状進んできたなという印象を受けますが、実際この結果は労働基準局で公開したり、現場で情報を活用したりという予定はあるのでしょうか。まだ研究段階ということですけども。

厚生労働省　審査の透明化などは必要だと思っていますので、すべての研究成果が出揃って実施段階になったときには対応していきたいと思います。

要望ですが最終的には、審査の平準化というか、各都道府県で参考にして審査ができればと思っていますので、その辺の基準作りをよろしくお願いしたいと思います。

Sport　in　Life とか高齢者に対して 65 歳過ぎて、なかなかスポーツと言われても、対応できる労働者はいないような気がします。例えば健診センターだとロコモに対する検診が行われているのですが、個人の筋力や骨密度を増やすというのは非常に困難だと思うのですが、その辺はどのように進めていけばよろしいんでしょうか？

厚生労働省　先生からいただいたご指摘はこれまでもありまして、運動嫌いな人はどうすればいいのかっていうようなご指摘も多くいただきました。まずは会社で身体機能がどれぐらい落ちてるのかというチェックだけは、皆様にやっていただければと思っています。それで気づいていただいて、身体機能が低下していれば、運動して身体機能の維持向上を図っていただく。まずはチェックをどの会社でもしていただければと思っております。監督署からそのようにお願いを始めたところでございます。楽しく運動していただくところまでいけるように、スポーツ庁と知恵を絞って考えていきたいと思っております。

長島常任理事　予防に関して厚生労働省はトータルヘルスプロモーションというところです。新しい改定の中では、ロコモ度とかフレイルをきちんとチェックしましょうということが入っております。それに応じて、職場で適切な対応をしていただく。特に中小規模の事業所では、事業所内だけでは十分な対応ができないということで、食育と地域の資源を活用しましょうということもありますので、例えば産業医の方が、地域のかかりつけ医としっかり連携していただいたり、健康運動施設などを活用していただいて進めていただくということ。あとスポーツ省の Sport　in　Life にも医師会は関わっております。そこでも全世代において運動すると、当然子供もロコモ等と言われるところも大事であるし、高齢の方に対してもしっかりすべきです。地域で例えばかかりつけ医とか日本医師会の健康スポーツ医もございますので、そういうところで活躍していただきたいということで、現在日本医師会の内部ではスポーツの委員会と学校保健、あるいは産業保健と連携して進めよということになっておりますので、労災にそもそもならないようにということで、これはまさに日本医師会の会員の活躍の場ではないかと考えております。

茂松副会長　１３ページ「健康経営優良法人認定制度」ですが、健康経営は企業のイメージアップするような制度でありまして、実際のところ、労働災害に向けた取組ができていないというのが現状だろうと思います。我が国は、中小企業の国ですので、大企業というのは、14000～15000しかない、420 万ぐらいが中小企業と言われておりますので、そこに

対して高齢労働者が、予防ができるか、検査をしてどの程度体力があるとか、能力がないというところでもう少し国の方で頑張ってもらわないと、中小企業のレベルを上げていかないと非常に難しい問題であると思いますがその辺いかがでしょうか。

厚生労働省　健康経営については、企業側は評価基準に入ったことで転倒予防をやるだけの対応になってしまうというのは本末転倒ですので、実効的な取り組みを進めていただきたいので、評価項目にするというのは側面支援というか、取り組みの促進の一部であると思っております。実効的な取り組みを進めて結果的に健康経営として評価されるものだと思いますので、中身をしっかり進めていくことで監督署としてはやっていきたいと思っております。

茂松副会長　先ほど委員会の要望書への回答をいただきまして、高齢労働者の疾患については、審査の前に事務局が審査の調査に入ってということでしたが、よほどの外部委託をしないとできないのではないかなと思います。我々としては、審査上での注意点を具体的に示すということで、要望させていただきましたが、事前に事務局が調査をしてからとなるとかなり時間がかかってしまうのではないかと思います。

厚生労働省　職員の調査につきましては、レセプト審査員の先生方に、レセプトを見ていただく前に、その調査をまとめて先生方にお知らせするという意味合いで申し上げました。従って時間的に遅れることはなく、審査に間に合うような調査をしたらよいと考えております。

日医に質問です。労働者の健康、学校保健についても、健康スポーツ医の存在が大きくなるという発言があったと思いますが、今後、産業医、あるいは学校医に対して健康スポーツ医の資格取得を求めていくことでしょうか。

長島常任理事　産業医や学校医の先生方にも健康スポーツの知識、最近の事情を把握していただくことは極めて有効かと思います。そのために例えば、共通のカリキュラムを作るとか、一つの研修を受けることで両方の単位が取れるとか、会員の先生方のメリットがあるような普及ができればと考えているというところです。

現在、健康スポーツ医の資格を持っていても、なんら恩恵がありませんので、健康スポーツ医の資格を取ることによってメリットになることを考えているのでしょうか。

長島常任理事　長年の課題であり、解決が難しいということですが、しっかり頑張ってまいります。

先ほど、要望に対してお答えいただきましたけれども、医療機関からレセプトが出てくるときに、並行して労災に該当するかどうかの認定が行われておりましてそれが早くなればよいですし、認定が決定した後でレセプト審査をする形がよいのですが、例えば労災の治療にあたり内科的疾患に対して必要な検査があれば認めてよいですとか、骨粗鬆症があり骨折となった場合に、骨粗鬆症がどの程度のものであれば認定されるのかとか、そういった時に医療機関としては病名をつけてしまうのですね。これは必ずしも労災の病名ではなく、例えば検査をするために、糖尿病という病名をつけてきたりということが多いのです。審査で非常に困っていることなので、この要望というのは、そういった審査上の現場の背景があっての要望だということをご理解いただきたいと思います。

厚生労働省

いただいた前段部分ですが、業務上の傷病だと決定してのレセプト審査ということで、審査委員会の先生方に審査いただくのは、業務上として認められる集団だということが原則です。そのような中で、新たな傷病の追加や、検査のために、患者さんの私病の疾患名が出てきたりすることが問題だと考えております。

個別に判断するしかないですが、私病による疾患名に関する検査なのか、あるいは労災として認めるべき疾患を鑑別するための検査なのか、その辺は事前調査した上で、査定もしくは支払いに進むのかなと思っております。審査を円滑に進めるには事前に情報をお知らせすることが重要であると思っております。それで足りなければ、職員に調べてほしいとご指示をいただけると円滑に進むのかなと思います。

請求側は労災の病名だと明らかにわかっているが、それに加えていろいろな事が派生することから、どうしても査定されるのが嫌なので病名をつけてしまうところがあります。それを請求側はわかっていますので、それをうまく分けられるようにしていただくと、審査上も円滑に進むと思います。そこを変えていくことができるようならお願いしたいという要望でございます。

長島常任理事

審査を行う上で明らかに労災の疾患以外のものが入っていて困ると、先ほどお話しの中で鑑別診断が必要なので、この疾患と鑑別するためにやったんだということが、わかる内容であればいい、あるいは病気の治療上これがあるために明らかに重症化していたりとか遅れてしまうと疾患の治療上、明確な関連性があるというものであれば、関係性がわかる記載があればよいが単に羅列であると、そういうことはできないということで、そのようなことが必要性とか関連性がわかるようなものが望ましいということかとも思います。具体的にはどのようなものなのかについては、日本医師会と厚労省でしっかりと詰めて議論させていただいて良い方法を考えていくということをお願いしたいと思います。

議題２：電子レセプトオンライン推進の問題点について

○療養の給付請求書（様式第５号）（様式第１６号の３）及び指定病院等変更届（様式第１６号の４）を指定医療機関等経由で提出することとなっており、紙媒体での取り扱いが存在しているためオンライン請求のメリットが活かされていないが、今後の対応等について確認したい。

［厚生労働省からの説明］

厚生労働省

労災保険におけるオンライン請求は、平成 26 年の 1 月から受付を開始しております。

厚生労働省は都道府県労働局から管内の労災指定医療機関に対してオンライン請求を勧奨すること、平成 26 年度からは未導入の労災指定医療機関等に対する周知広報とオンラインシステム導入支援金を支給すること、また診療報酬においても、平成 25 年の 9 月に労災電子化加算を新設して、翌年の 4 月から点数の引き上げを行ったこと。こういった取り組みによりまして、オンライン請求の普及促進に取り組んでまいりました。また医科歯科の労災電子レセプトの現在の普及状況でございますが、労災レセプトの電算処理システムの稼働は、平成 26 年の 3 月末時点で 0.6%という数字でしたが、令和 5 年 3 月末時点では 35.1%という数字になっております。

これまでの周知広報の取り組みの一環としまして、未導入の労災指

定医療機関等に対しましてアンケートの調査を実施しておりまして、その中でシステム導入を決定する際の障壁についてもご質問をさせていただいております。その結果によりますと、労災レセプトの件数が少ないためというのが一番大きい理由でございました。また、導入費用等が高額といったコスト面の問題、それと５号様式が残るので中途半端な電子化だというご回答をいただいております。

労災指定医療機関であったとしても、労災の取り扱い件数がそれほど多くない医療機関もありますので、費用対効果の点からも、導入を躊躇する医療機関があるということかと思います。

厚生労働省としては引き続き周知広報や導入支援金の支給等を継続して実施する予定でございます。

できるだけ導入にご理解をいただく取り組みに努めるとともに、都道府県労働局におけるレセプト件数に応じて、優先度を決めた上での医療機関に対する導入のご案内、こういったものを行いながら普及促進のための効果的な方策を、引き続き検討、実施していきたいと思っております。

［主な意見交換］

労災レセプト件数数の少ない医療機関もあることは認識いただいておりますが、問題点は導入費用だけではなく、診療報酬改定により点数が変わるたびにかかるランニングコストの負担にも障壁があると思います。導入時だけを補助していただくだけでは、推進していくには難しいのだと思います。

長島常任理事　医療ＤＸの中に三つの柱として、診療報酬改定 DX があって、そこは健保の共通算定モジュールとか、標準型レセコン、標準型電子カルテの提供があり、そこに労災の機能も実装して、導入すれば労災もコストも負担をかけずに電子化できるということを目指すべきだと思います。それが電子レセプトオンラインの普及に繋がると思うので、厚労省内で横串を刺して進めていただければと思います。

臼井委員長　オンラインに関する補助金がありますが、厚労省の委託事業で、支援金額は最大 80 万円もらえるということで、平成 31 年 4 月 1 日以降に導入で病院が 80 万とか、平成 31 年 3 月 31 日以前は 50 万ということです。私の医院では平成２９年から導入しましたが、もう１回導入をやり直しする場合には支援金は支払えないとの回答でした。

厚生労働省　導入支援は支給要綱の中で１回と規定をされておりますので、複数回はできないということでございます。

臼井委員長　先ほどのお話にありましたとおり、診療報酬改定などでレセコンの改修にかかる費用を補填してもらえたほうがよいと思いますし、労災電子化加算ですと診療費請求内訳書１件につき、５点ですので点数が低いので、もう少し高くすることで導入のインセンティブにしてはどうかと思います。

厚生労働省　点数につきましては要望ということ承知いたしました。

大阪府の労災委員から労災についての質問がありましたので、厚生労働省の皆様にご意見をうかがいたく質問させていただきます。

労災保険の８様式休業補償の記入資格を、医師限定にしていただきたい。10 号用紙同様、後遺症や休業の判定は医師が判定するものであって柔道整復師に判断できるものではありません。柔道整復師が記入した８号用紙が監督署に提出され、そのたびに監督署の係の方、また職員、審査員が混乱します。労災を柔道整復師が扱うことにも問題が

あり、反対ですが、8 号様式の記入資格の改正をしていただきたいと思います。

厚生労働省　8 号様式の休業の必要性と期間というものの証明を医師限定でというふうにということで承りました。現行どうなってるかということの回答を持ち合わせておりませんので、少しお時間いただいて改めて回答させていただきたいと思います。

議題３：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

○オンライン請求レセプトの NTT データへのコンピュータチェック導入の都道府県が、さらに広がっているが、導入地区でのトラブル事例の有無について確認したい。
○前期委員会では、AI のコンピュータチェックについて、健保のように項目の公表は検討中とのことであったが、その後の検討状況について確認したい。

［厚生労働省からの説明］

厚生労働省　資料２（25 ページ）
　受託者は受け付けた電子レセプトについて簡単な計算誤り、その解釈誤りと形式なものについて金額を修正する、あるいは金額に誤りを疑われる、個別の判断が必要なものについては、その内容を疑義付箋して、貼付するといった作業をして労働局に報告、労働局からは、審査委員会に図る流れですが、令和 4 年 8 月からは AI スクリーニングを事業で導入しています。
　レセプトを、「入院」及び「非入院で 10 万円以上」という複雑なものと、「非入院で 10 万円未満」に分けて、「非入院で 10 万円未満」のレセプトについては、AI スクリーニングをかけて人の目による確認が不要と判断されるもの（ホワイトリスト）と、人の目による確認が必要と判断されるもの（要確認リスト）に仕分けをしています。
　要確認リストになったものについては、外部委託業者による一次審査、二次審査として、受託者が審査をしています。それを労働局に戻して、労働局でさらにそれを見て適宜審査委員会にかけるという流れでやっています。
　26 ページのとおり、令和 5 年度は、36 局で実施することとしたいと考えております。本年度実施する 12 局については時期等が決まり次第、ご報告させていただきます。
　ご質問の中で何かトラブル的な問題があったのかというのがございますが今のところ、どこからもそういうようなものは上がってきてございません。それから二つ目に健康保険の分野では、その内容についてチェック項目を公開しているということですが、審査の透明化ということで、我々も十分理解をしています。AI も入れつつ全国に広げている最中ですので、その辺を踏まえて、対応していきたいと考えてございます。

［主な意見交換］

※時間となり意見交換会は終了となった。

【機密性２：出席者限り】

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

労災・自賠責委員会意見交換会資料（令和５年６月９日）

議題１　高齢労働者と労災について
議題２　電子レセプトオンライン推進の問題点について
議題３　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

労働基準局　補償課、労災保険業務課
労働基準局安全衛生部　安全課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

議題１　高齢労働者と労災について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

労災疾病臨床研究事業費補助金研究①

（令和元～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」に限られる。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
（２）加齢モデル調査研究
（３）事業場における腰痛検診項目の活用に関する調査
（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

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（日本整形外科学会腰痛評価質問票）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、再発防止を目的に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。

3

労災疾病臨床研究事業費補助金研究②

（令和３～４年度）
変形性疾患を抱える高齢労働者に発症した職業性腰痛の労災補償に関する研究

研究結果の概要（令和３年度分）：
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」に限られる。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、医学的見地より非災害性腰痛を含む職業性腰痛の労災認定の補償の範囲を整理することを目的とする。
２年間の研究の １年目として令和３年度は、以下の研究を行った。
１．加齢モデル調査研究
２．変形性疾患の身体的特性と疼痛に関する分析
３．医療・介護職における腰痛予防対策
変形性疾患を有する高齢労働者の職業性腰痛の労災認定のメルクマールについては「経年的な身長低下」と、それをワンストップで評価できる“両腕間距離－身長”が有用である。また、骨量減少と相関する筋肉量減少を非侵襲的に体組成計にて評価できる可能性がある。「経年的な身長低下」と脊椎の画像所見との関連性を確認し、その評価指標としての妥当性を次年度（注：令和４年度）に検証する予定である。

令和４年度分を含む研究報告は今後公開予定

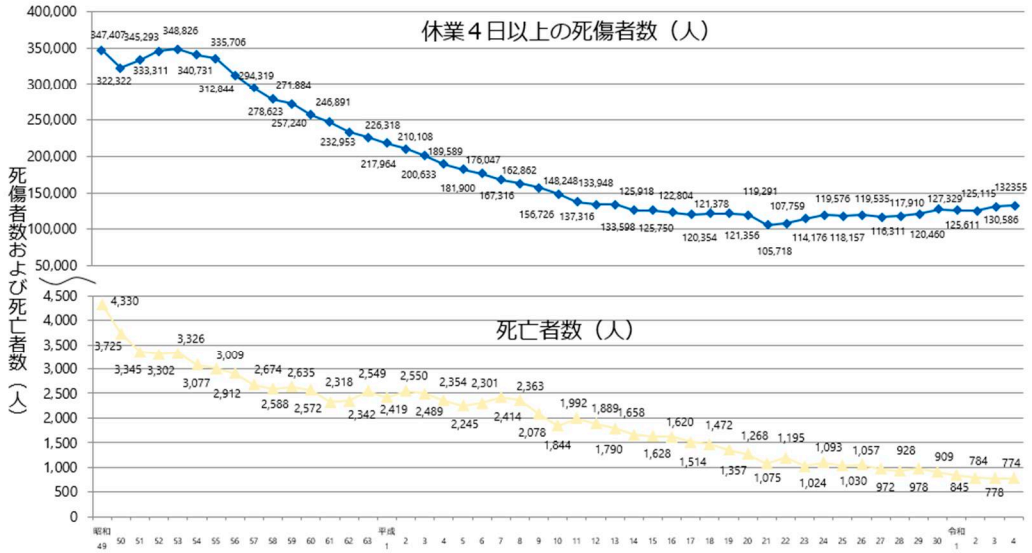
（令和５～６年度）
高齢労働者に発症した転倒災害等に係る労災補償給付等の範囲に関する研究

研究目的等：
高齢被災労働者における症状固定、在宅復帰や社会復帰に関する必要な評価項目や支援方法について医学的な観点から適切な方法を確立する目的で、これまで（令和元～２年度、令和３～４年度）の研究成果をもとに、高齢被災労働者の労災事故の状況やその後の治療・療養状況、リハビリテーション治療の内容などについて実態調査を実施する。

4

労働災害による死亡者数、死傷者数の推移

・死亡者数は、平成29年以降減少傾向を維持している。
・休業４日以上の死傷者数は、長期的には減少傾向にあるが、近年、増加傾向にあり、平成14年以降で過去最多となった。

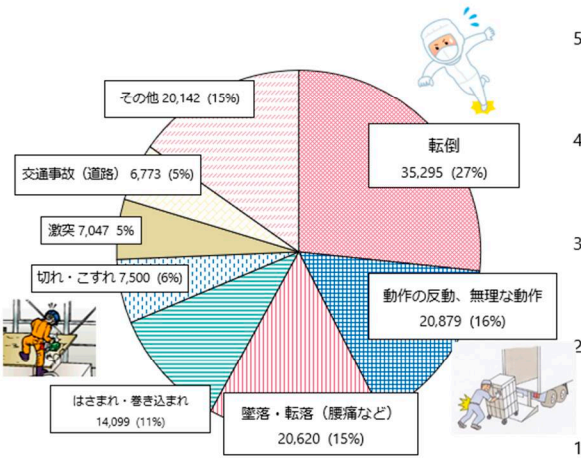


出典：平成23年までは、労災保険給付データ（労災非適用事業を含む）、労働者死傷病報告、死亡災害報告より作成
平成24年からは、労働者死傷病報告、死亡災害報告より作成
※新型コロナウイルス感染症へのり患による労働災害を除いたもの。

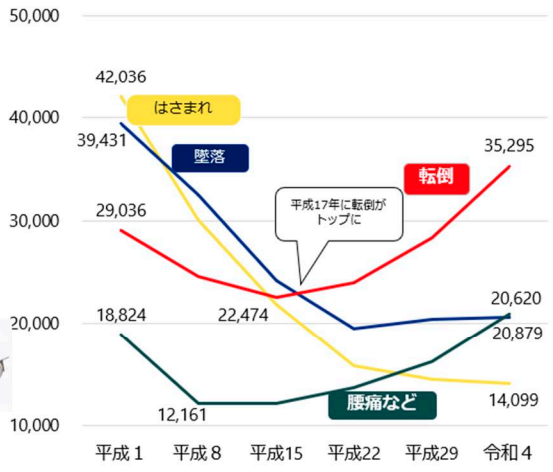
5

労働災害の「事故の型」

休業４日以上の死傷者数（令和４年）



休業４日以上の死傷者数の推移



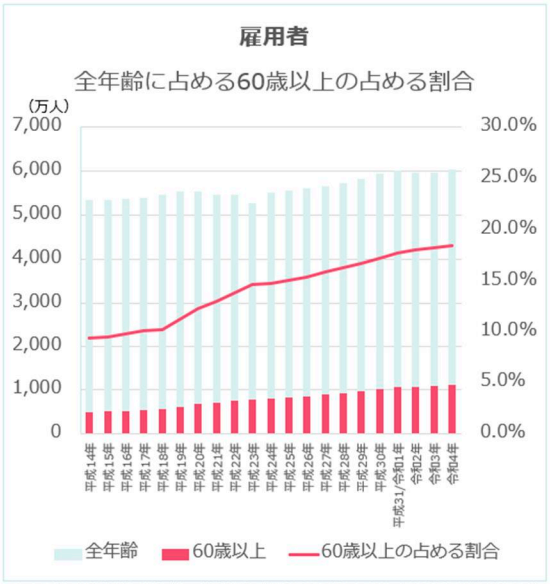
➢ 設備災害から「行動災害」へ

データ出所：労働者死傷病報告※新型コロナウイルス感染症へのり患によるものを除く

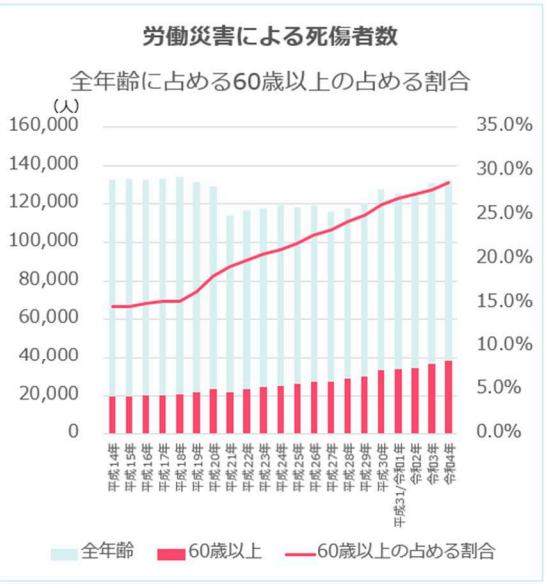
6

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18.4%(令和４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28.7%(同)



データ出所：労働力調査（総務省）（年齢階級，産業別雇用者数）における年齢別雇用者数（役員を含む。）
※平成23年は東日本大震災の影響により被災3県を除く全国の結果となっている。

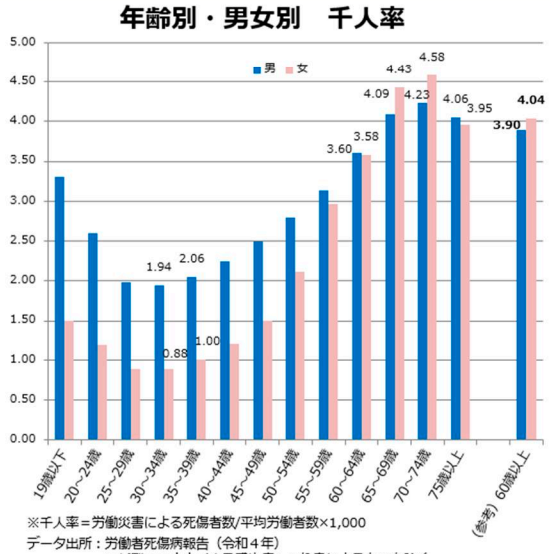


データ出所：労働者死傷病報告※新型コロナウイルス感染症へのり患によるものを除く

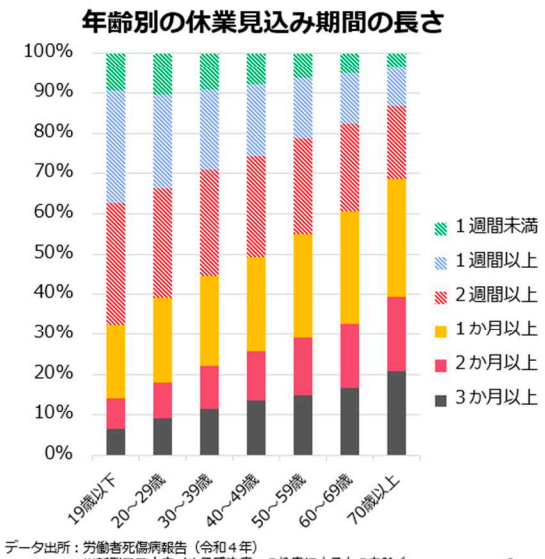
7

高年齢労働者の労働災害の特徴① 災害発生率（千人率）・休業見込み期間

・60歳以上の男女別の労働災害発生率（死傷年千人率（以下「千人率」という。））を30代と比較すると、男性は約２倍、女性は約４倍となっている。
・休業見込み期間は、年齢が上がるにしたがって長期間となっている。



※千人率＝労働災害による死傷者数/平均労働者数×1,000
データ出所：労働者死傷病報告（令和４年）
※新型コロナウイルス感染症へのり患によるものを除く
労働力調査（年次・2022年・基本集計第I-2表 役員を除く雇用者）



データ出所：労働者死傷病報告（令和４年）
※新型コロナウイルス感染症へのり患によるものを除く
※死亡災害は、休業３カ月以上に算入

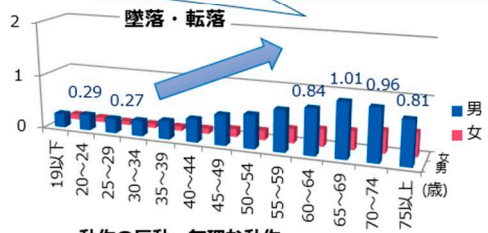
8

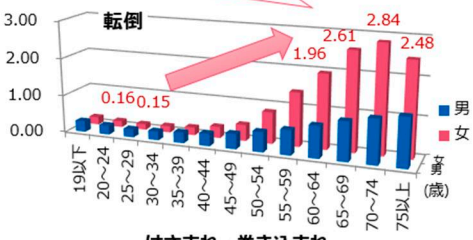
高年齢労働者の労働災害の特徴② 年齢別・男女別の傾向（事故の型別の分析）

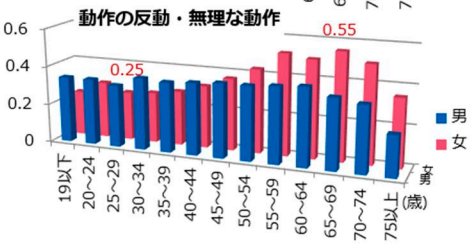
・**転倒は、高年齢になるほど労働災害発生率が上昇。高齢女性の転倒災害発生率は特に高い。**
⇒　年齢の上昇に着目した対策は転倒、墜落・転落で特に重要な課題（とりわけ高齢女性の転倒防止）

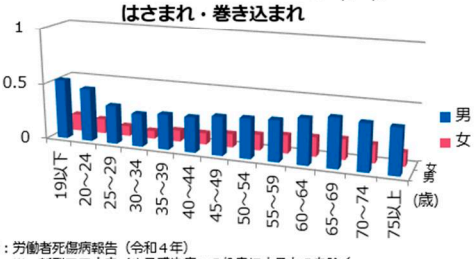
男性の場合、60代以上（平均0.91）は20代平均（0.28）の約３倍

女性の場合、60代以上（平均2.35）は20代（平均0.15）の約15倍









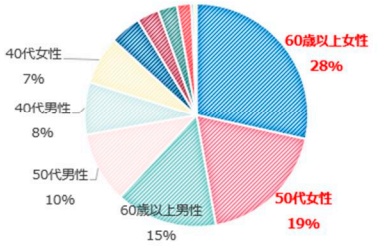
※千人率＝労働災害による死傷者数/その年の平均労働者数×1,000

データ出所：労働者死傷病報告（令和４年）
※　新型コロナウイルス感染症へのり患によるものを除く
：労働力調査（年次・2022年・基本集計第I-2表 役員を除く雇用者）

9

転倒災害に関するデータ

転倒災害の被災者（令和３年）

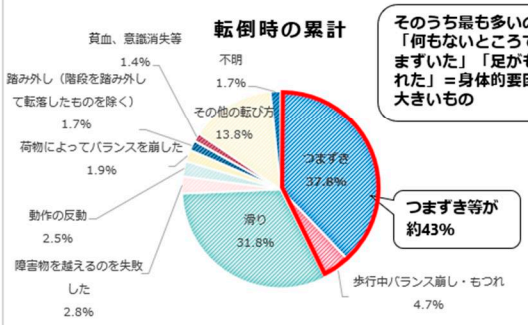


転倒災害のうち骨折の割合（令和３年）

男性	
~19歳	43%
~29歳	47%
~39歳	58%
~49歳	65%
~59歳	66%
60歳~	66%

女性	
~19歳	18%
~29歳	40%
~39歳	50%
~49歳	56%
~59歳	70%
60歳~	76%

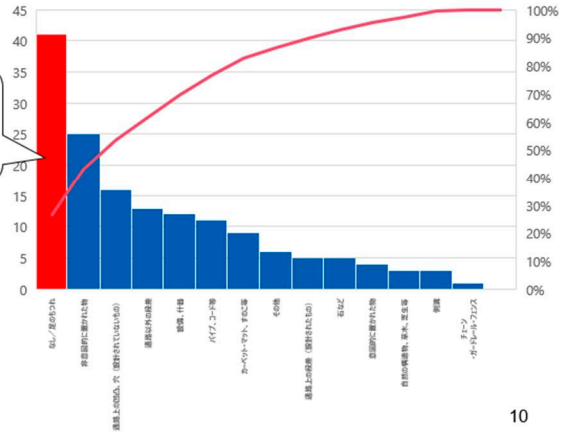
転倒時の累計



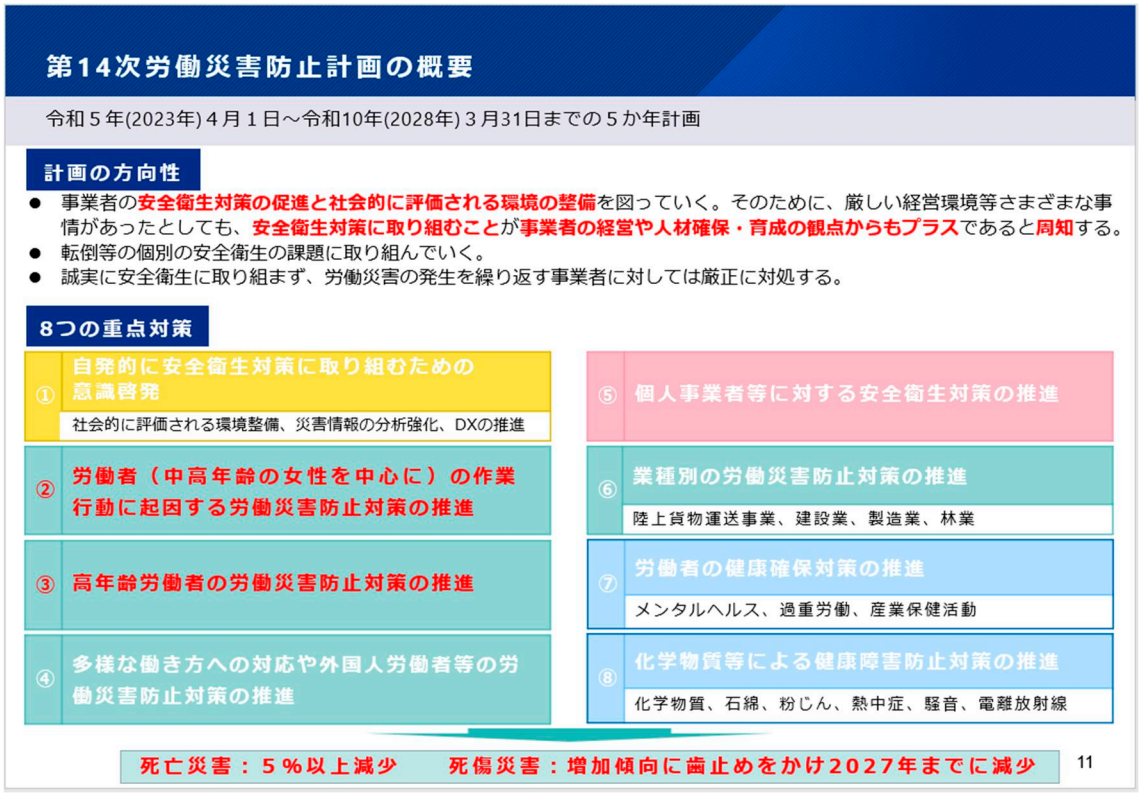
そのうち最も多いのは、「何もないところでつまずいた」「足がもつれた」＝身体的要因が大きいもの

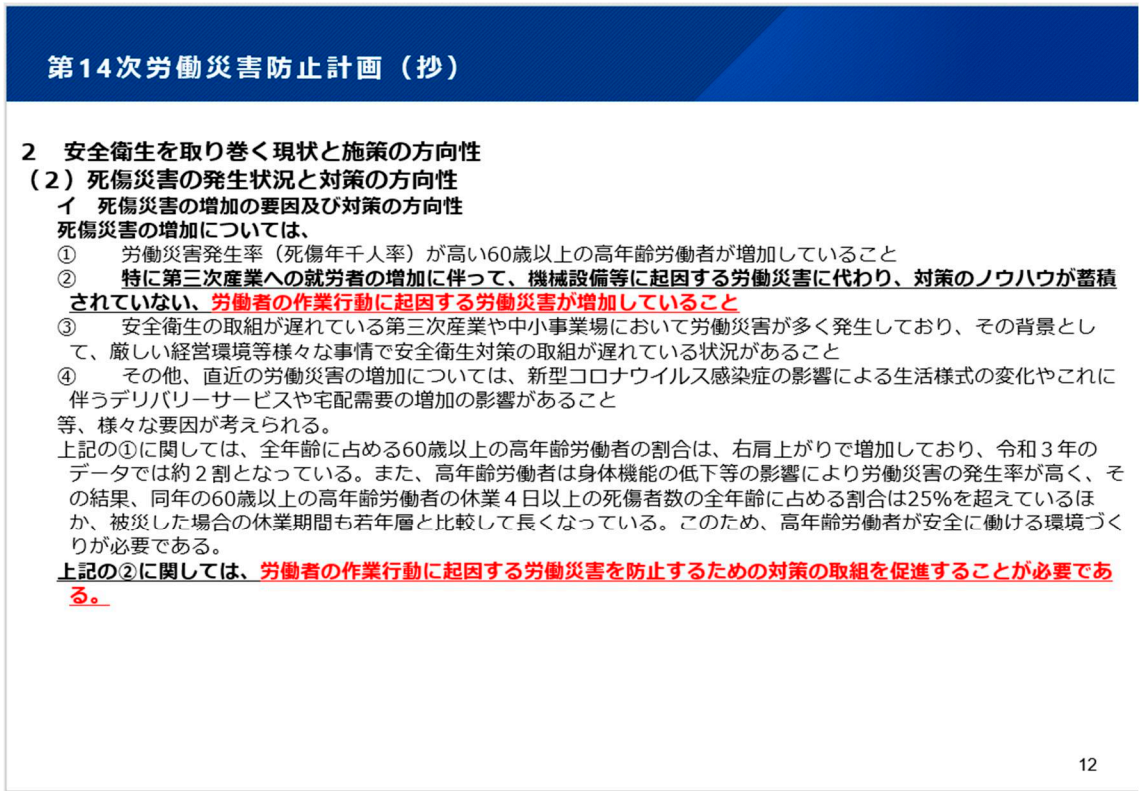
つまずき等が約43%

転倒のうちつまずき等の要因（令和３年）



10


第14次労働災害防止計画の概要
令和５年(2023年)４月１日～令和10年(2028年)３月31日までの５か年計画
計画の方向性
● 事業者の安全衛生対策の促進と社会的に評価される環境の整備を図っていく。そのために、厳しい経営環境等さまざまな事情があったとしても、安全衛生対策に取り組むことが事業者の経営や人材確保・育成の観点からもプラスであると周知する。
● 転倒等の個別の安全衛生の課題に取り組んでいく。
● 誠実に安全衛生に取り組まず、労働災害の発生を繰り返す事業者に対しては厳正に対処する。
8つの重点対策
① 自発的に安全衛生対策に取り組むための意識啓発
社会的に評価される環境整備、災害情報の分析強化、DXの推進
② 労働者（中高年齢の女性を中心に）の作業行動に起因する労働災害防止対策の推進
③ 高年齢労働者の労働災害防止対策の推進
④ 多様な働き方への対応や外国人労働者等の労働災害防止対策の推進
⑤ 個人事業者等に対する安全衛生対策の推進
⑥ 業種別の労働災害防止対策の推進
陸上貨物運送事業、建設業、製造業、林業
⑦ 労働者の健康確保対策の推進
メンタルヘルス、過重労働、産業保健活動
⑧ 化学物質等による健康障害防止対策の推進
化学物質、石綿、粉じん、熱中症、騒音、電離放射線
死亡災害：５％以上減少　　死傷災害：増加傾向に歯止めをかけ2027年までに減少
11


第14次労働災害防止計画（抄）
2　安全衛生を取り巻く現状と施策の方向性
（2）死傷災害の発生状況と対策の方向性
イ　死傷災害の増加の要因及び対策の方向性
死傷災害の増加については、
①　労働災害発生率（死傷年千人率）が高い60歳以上の高年齢労働者が増加していること
②　特に第三次産業への就労者の増加に伴って、機械設備等に起因する労働災害に代わり、対策のノウハウが蓄積されていない、労働者の作業行動に起因する労働災害が増加していること
③　安全衛生の取組が遅れている第三次産業や中小事業場において労働災害が多く発生しており、その背景として、厳しい経営環境等様々な事情で安全衛生対策の取組が遅れている状況があること
④　その他、直近の労働災害の増加については、新型コロナウイルス感染症の影響による生活様式の変化やこれに伴うデリバリーサービスや宅配需要の増加の影響があること
等、様々な要因が考えられる。
上記の①に関しては、全年齢に占める60歳以上の高年齢労働者の割合は、右肩上がりで増加しており、令和３年のデータでは約２割となっている。また、高年齢労働者は身体機能の低下等の影響により労働災害の発生率が高く、その結果、同年の60歳以上の高年齢労働者の休業４日以上の死傷者数の全年齢に占める割合は25%を超えているほか、被災した場合の休業期間も若年層と比較して長くなっている。このため、高年齢労働者が安全に働ける環境づくりが必要である。
上記の②に関しては、労働者の作業行動に起因する労働災害を防止するための対策の取組を促進することが必要である。
12

第14次労働災害防止計画（抄）

4　重点事項ごとの具体的取組
（2）労働者（中高年齢の女性を中心に）の作業行動に起因する労働災害防止対策の推進

ア　労働者の協力を得て、事業者が取り組むこと
・転倒災害は、加齢による骨密度の低下が顕著な中高年齢の女性をはじめとして極めて高い発生率となっており、対策を講ずべきリスクであることを認識し、その取組を進める。
・筋力等を維持し転倒を予防するため、運動プログラムの導入及び労働者のスポーツの習慣化を推進する。
・非正規雇用労働者も含めた全ての労働者への雇入れ時等における安全衛生教育の実施を徹底する。
・「職場における腰痛予防対策指針」（平成25年６月18日付け基発0618第１号）を参考に、作業態様に応じた腰痛予防対策に取り組む。

イ　アの達成に向けて国等が取り組むこと
・事業者が安全衛生対策に取り組まないことにより生じ得る損失等のほか、事業者の自発的な取組を引き出すための行動経済学的アプローチ（ナッジ等）等について研究を進め、その成果を広く周知する。
・「健康経営優良法人認定制度」等の関連施策と連携し、転倒・腰痛防止対策の具体的メニューの提示と実践に向けた事業場への支援等を図る。
・転倒等災害防止に資する装備や設備等の普及のための補助、開発促進を図る。
・介護職員の身体の負担軽減のための介護技術（ノーリフトケア）や介護機器等の導入等既に一定程度の効果が得られている腰痛の予防対策の普及を図る。
・理学療法士等を活用した事業場における労働者の身体機能の維持改善の取組を支援するとともに、筋力等を維持し転倒を予防するため、「Sport in Life プロジェクト」（スポーツ庁）と連携してスポーツの推進を図る。
・骨密度、「ロコモ度」、視力等の転倒災害の発生リスクの見える化の手法を提示・周知する。
・中高年齢の女性労働者に多い転倒災害の発生状況の周知や、第三次産業の業界の実態に即した基本的労働災害防止対策の啓発ツール等の作成・周知を行うとともに、アプリ、動画等を活用した効率的・効果的な安全衛生教育ツールの開発・普及促進を行う。
・労働安全衛生総合研究所や研究者との連携の下、労働者死傷病報告データの分析や転倒・腰痛災害防止のための調査・研究体制を確保し、多角的に研究を推進する。
・このほか、「転倒防止・腰痛予防対策の在り方に関する検討会」における検討を踏まえた取組を進める。

13

第14次労働災害防止計画（抄）

4　重点事項ごとの具体的取組
（3）高年齢労働者の労働災害防止対策の推進

ア　労働者の協力を得て、事業者が取り組むこと
・「エイジフレンドリーガイドライン」に基づき、高年齢労働者の就労状況等を踏まえた安全衛生管理体制の確立、職場環境の改善等の取組を進める。
・転倒災害が、対策を講ずべきリスクであることを認識し、その取組を進める。（再掲）
・健康診断情報の電磁的な保存・管理や保険者へのデータ提供を行い、プライバシー等に配慮しつつ、保険者と連携して、年齢を問わず、労働者の疾病予防、健康づくり等のコラボヘルスに取り組む。（再掲）

イ　アの達成に向けて国等が取り組むこと
・「エイジフレンドリーガイドライン」のエッセンス版の作成・周知啓発を行う。
・「転倒防止・腰痛予防対策の在り方に関する検討会」における検討を踏まえ、必要な転倒防止対策の取組を進める。（再掲）
・法に基づいて事業者が実施する健康診断の情報を活用した労働者の健康保持増進の取組を推進するため、そうした取組が必ずしも進んでいない事業場に対し、健康診断情報の電磁的な方法での保存・管理やデータ提供を含めたコラボヘルスを推進するための費用を支援する。（再掲）

14

転倒防止・腰痛予防対策の在り方に関する検討会の概要

1　趣旨･目的

- 13次防では第三次産業の労働災害防止を重点事項の１つに位置付け取り組んできたが、計画期間中を通して**労働災害は増加**し、特に**増加が顕著な小売業や介護施設等を中心に、その対策の見直しが喫緊の課題**となっている。
- 中でも大きく増加している**「転倒」**や**「動作の反動・無理な動作」**といった作業行動に起因する災害については、骨折や後遺症を伴う重大なものが散見される、対策が重要な災害である一方、労働者の個人要因の影響も大きいため、**従来型の災害と同様の対策では十分な成果を挙げることができていない状況**にある。
- このため、関係者や有識者の参画を得て、**転倒防止・腰痛予防対策の在り方及び具体的な対策の方針**について、規制の見直しも念頭に置いた検討を行う。

2 検討事項

- 具体的な転倒防止・腰痛予防対策の在り方について
- 転倒防止や腰痛予防のために必要な環境整備（規制の在り方も含む）について
- 転倒防止や腰痛予防に効果的な啓発の在り方について

3 構成員（敬称略）

新井貞男（医療法人社団緑生会あらい整形外科院長）
今村文典（（公社）日本介護福祉士会副会長）
河津雄一郎（（株）平和堂統括産業医）
小菅元生（日本労働組合総連合会労働法制局局長）
鈴木重也（（一社）日本経済団体連合会労働法制本部長）
【座長】髙田礼子（聖マリアンナ医科大学主任教授）
信澤真由美（（公社）全国老人福祉施設協議会介護人材対策委員会委員）
井上智博（日本商工会議所産業政策第二部調査役
小澤信夫（（一社）全国スーパーマーケット協会調査役）
桑原正廣（日本チェーンストア協会労働委員会委員）
島田行恭（（独）労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所リスク管理研究グループ部長）
津下一代（女子栄養大学特任教授）
山﨑茂治（UAゼンセン総合サービス部門執行委員）

4 開催状況

第１回：５月13日、第２回：６月13日、第３回：７月29日、第４回：８月30日　（９月27日 中間整理）

15

これまでの検討結果等（９月27日　中間整理）

1　これまでの検討結果

第14次労働災害防止計画に盛り込むべき方策（（３）ア及び（４）アについては引き続き検討）

（１）エビデンスに基づいた対策の推進

転倒・腰痛等の予防対策の基礎となる課題やニーズを的確に把握し、エビデンスに基づいた対策の推進のための方策

ア　労働災害発生状況・要因のより的確な把握のための労働者死傷病報告の項目の適正化、電子申請の原則化
イ　労働安全衛生総合研究所との連携の下での転倒・腰痛等災害防止のための調査・研究の体制の確保・推進
ウ　転倒・腰痛等災害防止のための労働安全衛生調査も活用した補完的な情報収集・分析

（２）安全衛生教育の在り方、関係者の意識改革

第三次産業の実態を踏まえた実効ある雇入時教育等実施環境の整備、日常生活でも発生しうる転倒・腰痛等災害に職場の問題として労使が取り組むための動機付けのための方策

ア　動画等を活用した効率的・効果的な安全衛生教育ツールの開発・普及
イ　企業・業界における転倒・腰痛等災害による経済的損失の「見える化」と訴求
ウ　転倒・腰痛等災害対策が事業者の責務であることに加えて経営上のメリットにも繋がることの訴求
エ　健康経営優良法人認定基準（評価項目）への転倒・腰痛等予防対策の取り入れと認定等に向けた支援を通じた対策の促進
オ　取組促進のためのナッジ等行動経済学的アプローチに係る研究と手法の展開

（３）業種や業務の特性に応じた取組

転倒・腰痛等の防止のための具体的な手法等を定め、労使による取組を促進していくための方策

ア　転倒災害防止のための事業者が講ずべき具体的措置（労働安全衛生法第24条）の手法の明示【継続検討】
イ　第三次産業の業界の実態に対応した、基本的労働災害防止対策の啓発ツール（チェックリスト）等の作成・周知
ウ　ノーリフトケアや介護機器等の普及
エ　実証的な取組によって効果が得られた腰痛予防対策の普及
オ　転倒等災害防止に資する機器等の普及のための補助、開発促進

16

これまでの検討結果等（９月27日　中間整理）

（４）職場における対策の実施体制の強化

小売業や介護施設において、必ずしも店舗や施設といった事業場単位で安全衛生管理を行う環境が整っていないこと等を踏まえた実効ある安全衛生管理の確保のための方策

ア　安全・衛生委員会の設置義務のない事業場の安全衛生管理の在り方の検討【継続検討】
イ　「+Safe（SAFE）協議会」による自治体の健康増進事業等と連携した取組の推進、好事例の展開

（５）労働者の健康づくり等

加齢による筋力低下や認知機能の低下、焦りや注意力の欠如等個々の労働者の心身の状況による影響への対処方策

ア　事業場における理学療法士等を活用した労働者の身体機能の維持改善の取組の支援
イ　Sport in Life プロジェクト（スポーツ庁）を通じたスポーツの推進
ウ　骨密度・「ロコモ度」・視力等の転倒災害の発生リスクの「見える化」と健康づくりの推進

（６）中小企業等事業者への支援

中小企業等事業者による労働者の高齢化に伴う身体機能の低下を補う設備・装置の導入等の支援（エイジフレンドリー補助金）

２　継続検討事項（再掲）

・転倒災害防止のための事業者が講ずべき具体的措置（労働安全衛生法第24条）の手法の明示
・安全・衛生委員会の設置義務のない事業場の安全衛生管理の在り方

17

【参考】転倒災害防止対策促進リーフレット



18

【参考】エイジフレンドリー補助金

高年齢労働者の労働災害防止コース

■ 高年齢労働者(60歳以上)の労働災害の防止のための取組に要した費用を補助対象とします。

1　転倒・墜落災害防止対策に関する費用
2　重量物取扱いや介護作業における労働災害防止対策に関する費用
3　暑熱な環境による労働災害防止対策に関する費用
4　その他の高年齢労働者の労働災害防止対策に関する費用

●具体的には次のような対策が対象となります●

1　転倒・墜落災害防止対策

◆ 作業床や通路のつまずき防止対策（作業床や通路の段差解消）（※）
◆ 作業床や通路の滑り防止対策（水場等への防滑性能の高い床材・グレーチング等の導入、凍結防止装置の導入）
◆ 転倒時のけがのリスクを低減する設備・装備の導入
◆ トラック荷台等の昇降設備の導入
◆ 高所作業台の導入（自走式は含まず。床面から２m未満の物）
◆ 階段へのすりの設置（※）
◆ 身体機能のチェックや運動指導の実施
（※）法令違反状態の解消を図るものではないこと
★ 転倒災害対策のポイントは、厚生労働省ＨＰをご確認ください。
労働者の転倒災害（業務中の転倒による事故）を防ぎましょう　検索
（URL　https://www.mhlw.go.jp/content/001181299.pdf ）

2　重量物取扱いや介護作業における労働災害防止対策

◆ 不自然な作業姿勢を解消するための作業台等の設置
◆ 重量物搬送機器・リフト（乗用タイプは含まず）
◆ 重筋作業を補助するパワーアシストスーツの導入
◆ 介護における移乗介助の際の身体的負担を軽減する機器の導入
◆ 介護における入浴介助の際の身体的負担を軽減する機器の導入
◆ 介護職員の身体的負担軽減のための介護技術（ノーリフトケア）の修得のための教育の実施
◆ 重量物取扱いや介護作業における労働災害防止のための運動指導の実施

3　暑熱な環境による労働災害防止対策

◆ 熱中症リスクの高い暑熱作業のある事業場における休憩施設の整備、送風機の設置
◆ 体温を下げるための機能のある服の導入
◆ 熱中症の初期症状等の体調の急変を把握できる小型携帯機器（ウェアラブルデバイス）による健康管理システムの導入

4　その他の高年齢労働者の労働災害防止対策

◆ 業務用車両への踏み間違い防止装置の導入

※労働者個人ごとに費用が生じる対策（運動指導、休憩を下げるための機能のある服、ウェアラブルデバイス、パワーアシストスーツ等）については、対策にかかわる高年齢労働者の人数分に限り補助対象とします。

対象となる対策の具体例、補助の対象とならないものについては、エイジフレンドリー補助金事務センターのホームページ内にあるＱ＆Ａにまとめています。
申請前に必ずご確認ください。
エイジフレンドリー補助金事務センターＨＰ：https://www.jashcon-age.or.jp

【対策を処分する場合の承認申請（必要な場合に手続きしてください）】
補助金を受けた機器等のうち５０万円以上の物について、補助を受けた年度終了後５年以内に、事業の廃止等に伴い、譲渡、または廃棄する場合は、承認手続きを行ってください。

★注：申請内容確認のため、コンサルタント会が実地調査することがあります。

中小企業事業者の皆さまへ　　令和５年度（２０２３年度）版

「令和５年度エイジフレンドリー補助金」のご案内

「令和５年度エイジフレンドリー補助金」は、（一社）日本労働安全衛生コンサルタント会（以下「コンサルタント会」といいます。）が補助事業の実施事業者（補助事業者）となり、中小企業事業者からの申請を受けて審査等を行い、補助金の交付決定と支払を実施します。

■ 近年の高齢者の就労拡大に伴い、高年齢労働者の労働災害が増えています。
■ 「**高年齢労働者の労働災害防止コース**」では、高年齢労働者が安全に働けるよう、高年齢労働者にとって危険な場所や負担の大きい作業を解消する取組等に対して、補助を行います。
■ 「**コラボヘルスコース**」では、コラボヘルス等の労働者の健康保持増進のための取組に対して、補助を行います。
■ 高年齢労働者の労働災害防止、労働者の健康保持増進のために、エイジフレンドリー補助金を是非ご活用ください。

補助金申請期間　令和５年●月●日～令和５年10月末日

	高年齢労働者の労働災害防止対策コース	コラボヘルスコース
対象事業者	（１）労災保険加入している （２）中小企業事業者（※１） （３）**高年齢労働者（６０歳以上）**を常時１名以上雇用し、対象の高年齢労働者が対策を実施する業務に就いている	（１）労災保険加入している （２）中小企業事業者（※１） （３）労働者を常時１名以上雇用している（高年齢者労働者が事業場に所属していない場合も補助の対象です。）
補助対象	高年齢労働者にとって危険な場所や負担の大きい作業を解消する取組に要した経費（機器の購入・工事の施工等）	コラボヘルス等の労働者の健康保持増進のための取組に要した経費
補助率	１／２	３／４
上限額	１００万円（消費税を除く）	３０万円（消費税を除く）
注意事項	※２コース併せての上限額は１００万円です。 ※２コース併せた申請の場合は、**必ず２コース同時に申請**してください。 **（月を変えて別々の申請はできません）。** ※この補助金は、事業場規模、高年齢労働者の雇用状況等を審査の上、交付を決定します。 全ての申請者に交付されるものではありません。	

（※１）中小事業者の範囲

業種		常時使用する労働者数	資本金又は出資の総額
小売業	小売業、飲食店、持ち帰り配達飲食サービス業	５０人以下	５,０００万円以下
サービス業	医療・福祉、宿泊業、娯楽業、教育・学習支援業、情報サービス業、物品賃貸業、学術研究・専門・技術サービス業など	１００人以下	５,０００万円以下
卸売業	卸売業	１００人以下	１億円以下
その他の業種	製造業、建設業、運輸業、農業、林業、漁業、金融業、保険業など	３００人以下	３億円以下

※　労働者数または資本金等のいずれか一方の条件を満たせば中小企業事業者となります。
※　医療・福祉法人は原則資本金がありません。労働者の人数のみで判断となります。

厚生労働省・都道府県労働局・労働基準監督署
一般社団法人　日本労働安全衛生コンサルタント会

19

【参考】エイジフレンドリー補助金

申請方法

①補助金交付申請（中小企業事業者）	■事務センターＨＰから「申請関係書類」をダウンロードしてください ■「注意事項」「提出資料一覧チェック表」を確認の上、全ての書類を揃えて送付してください（※消印、発送日がわかる方法で送付してください）
②審査～交付決定通知書発行（事務センター）	■申請書類は毎月末に取りまとめ、翌月に全ての書類を審査します ■審査結果は、審査した月の月末から翌月初め頃、以下の方法でお知らせします ・交付を決定した案件⇒申請代表者宛に「交付決定通知書」等を郵送します ・不採択になった案件⇒申請担当者宛にメールにより通知します
③対策の実施・費用の支払い（中小企業事業者）	■交付決定通知書を受領したのち、対策を実施し、費用を支払ってください （交付決定通知書が到着したらできるだけ早く対策を実施すること） ※交付決定日以前の発注、購入、施工等は、補助金の支払いが認められません
④実績報告書及び精算払請求書提出（中小企業事業者）	■対策が終了し、費用の支払いが完了したのち「実績報告書及び精算払請求書」を含む必要書類を全て送付してください ※「交付決定通知書」郵送時に同封される「請求に必要な提出資料一覧表」を確認の上、全ての書類を揃えてください
⑤補助金の交付（事務センター）	■事業者より提出された「実績報告書及び精算払請求書」を確認の上、確定通知書を郵送し、補助金を指定口座へ振り込みます

◆この補助金は、「補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律」の対象のため、適正な運用が求められるものです。補助金の実施要領、交付規程等をよく読み、補助金の趣旨を理解した上で申請してください。
◆偽り、その他不正の手段によって補助金の交付を受けた場合、交付決定の内容や付された条件に違反した場合は、補助金の返還を求めることがあります。
◆交付決定を受けられなかった事業者は、申請期間中に異なる対策での申請が可能です。ただし、9月及び10月申請分は除きます。

この補助金についてのお問合せは

一般社団法人日本労働安全衛生コンサルタント会
「エイジフレンドリー補助金事務センター」まで
（エイジフレンドリー補助金事務センターＨＰ　https://www.jashcon-age.or.jp）

受付時間：平日１０：００～１２：００/１３：００～１６：００（土日祝休み）
（８月８日～８月１５日（夏季休暇）、１２月２９日～１月３日（年末年始）を除く）

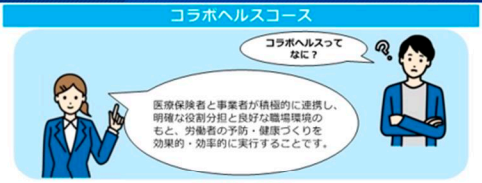
○関係書類送付先○
〒１０５－００１４　東京都港区芝１－４－１０　トイヤビル５階
エイジフレンドリー補助金事務センター
申請に関する書類は「申請担当」宛に、支払に関する書類は「支払担当」宛にお送りください。
関係書類は郵送または宅配便でのみ受付します（メールでの申請はできません）。
消印が確認できない料金別納・料金後納や発送日が確認できない方法で送付しないでください。
◆支払関係資料の提出の最終締切日は令和６年１月３１日（当日消印有効）です◆

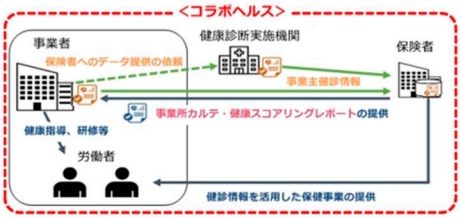
申請、支払に関するお問合せは電話でのみ受付しています

«申請担当»
電　話：０３－６３８１－７５０７
ＦＡＸ：０３－６３８１－７５０８
追加資料送付専用メールアドレス
af-hojyojimucenter@jashcon.or.jp

«支払担当»
電　話：０３－６８０９－４０８５
ＦＡＸ：０３－６８０９－４０８６
追加資料送付専用メールアドレス
af-shiharai@jashcon.or.jp

コラボヘルスコース





★労働者の健康保持増進のための次の取組に要する費用を補助対象とします★

【事業主健診情報が保険者に提供されていることが補助の前提となります】

◆ 健康診断結果等を踏まえた禁煙指導、メンタルヘルス対策、ハラスメント対策等の健康教育等（オンライン開催、ｅラーニングなども含む）
※産業医、保健師、精神保健福祉士、公認心理師、労働衛生コンサルタント等によるもの
◆ 事業所カルテ・健康スコアリングレポートの活用等によるコラボヘルスを実施するための健康診断結果等を電磁的に保存及び管理を行うシステムの導入
◆ 栄養・保健指導の実施などの労働者への健康保持増進措置（健康診断、歯科検診、体力チェックの費用は除く）

事業所カルテ・健康スコアリングレポートの活用について

●事業所カルテ・健康スコアリングレポートにより、各保険者の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、**全体平均や業態平均と比較したデータの見える化**が可能になります。
●従業員等の健康状況について、現状認識を踏まえた具体的アクションの検討にご活用ください。
●事業者から保険者に安衛法に基づく定期健康診断等の結果を提供することは、データヘルスやコラボヘルス等の推進により、労働者の健康保持増進につながります。保険者への健康診断結果の提供にご協力ください。

20

【参考】Sport in Life推進プロジェクト

スポーツ基本法（2011年制定）とスポーツ基本計画

○ スポーツ基本法とは、スポーツの持つ意義や役割、効果等を明らかにするとともに、スポーツに関する基本理念を規定した法律。スポーツを通じて幸福で豊かな生活を営むことは、すべての人々の権利であるとし、健康の保持増進や安全の確保等の規定を整備。プロスポーツや障害者スポーツを推進の対象とすることを明確化するとともに、国際競技大会の招致・開催、優秀な選手の育成など、時代の変化等に対応した施策の規定を整備。
○ スポーツ基本計画とは、スポーツ基本法の理念を具体化し、スポーツ立国実現のための具体的施策等を規定したものであり、今後5年間の日本のスポーツ政策の方向性を示すもの。（令和４年度より、第３期スポーツ基本計画）
○ 第３期スポーツ基本計画において、スポーツは、「する」「みる」「ささえる」という様々な形での「自発的な」参画を通して、人々が感じる「楽しさ」や「喜び」に本質を持つもの（「Well-being」の考え方にもつながる）。スポーツを通じて、他の分野にも貢献し、優れた効果を波及したり、様々な社会課題を解決したりすることができるという社会活性化等に寄与する。

Sport in Life推進プロジェクト

○ Sport in Lifeの理念（※）に賛同する民間企業、地方自治体、スポーツ団体、経済団体等で構成する**コンソーシアムを設置**（現在、**加盟団体数は約2,300団体**）　**※ スポーツが生涯を通じて生活の一部となることで人生や社会が豊かになるというもの**
○ 加盟団体の取組を表彰する**「Sport in Lifeアワード」**を創設
○ スポーツ参加人口拡大に向けた**取組モデル創出事業**を実施
○ 従業員に対しスポーツを通じた健康増進の取組を行っている企業を、**「スポーツエールカンパニー」**として認定（685企業）
○ スポーツ実施率の向上に向けた**総合研究事業**を実施

ハローワークの求人票等に、PRロゴマークとしてスポーツエールカンパニーロゴマークを表示できる等のメリットがある。

「スポーツエールカンパニー2021」認定企業の取組事例（労働災害防止に関連するもの）

阪神高速パトロール株式会社

● **弊社オリジナル体操を実施**
✓ 全社員対象に、始業後、弊社オリジナル体操を実施している。この体操はスポーツトレーナーや**産業医協力**のもと、**労災防止の観点から、過去の労災事案を分析して創作**された。
※**労災事案では転倒件数が最も多く、主に足腰の筋骨格系の筋力低下・バランス力の低下・集中力の低下が考えられた。**

✓ コロナ禍、自宅待機を実施した2020年6月には、体操の映像をHP掲載することで自宅においても家族と一緒に体操をできるようにした。

21

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

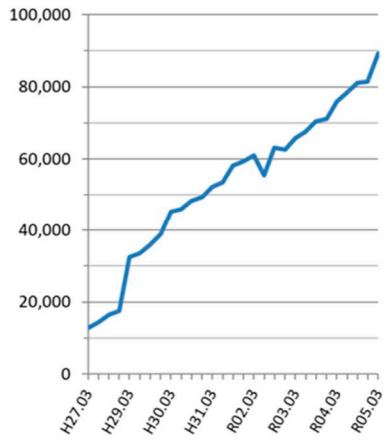
議題２　電子レセプトオンライン推進の問題点について

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

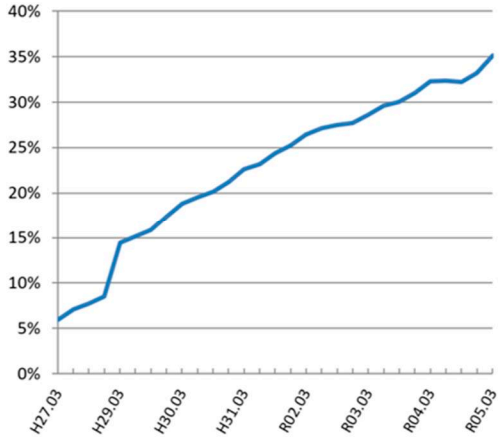
労災診療費オンライン請求の状況（医科歯科）

レセプト数	（令和4年3月）	（令和5年3月）
全体	234,979	254,467
電子	75,922	89,326
普及率	32.3%	35.1%

電子レセプト件数



電子レセプト普及率



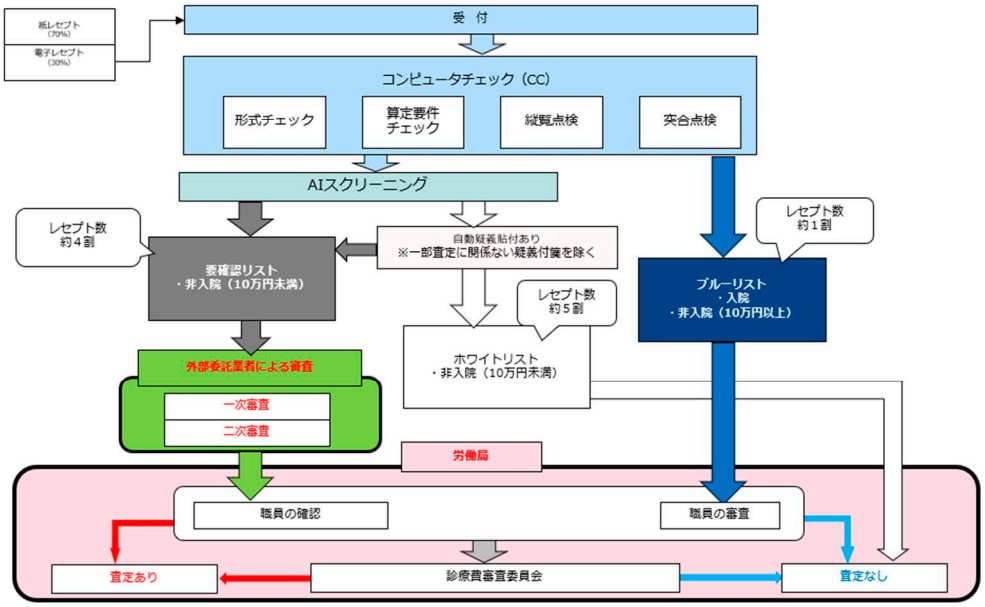
23

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

議題３　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

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

点検・審査フロー



25

実施スケジュール

令和２年10月より試行を開始し、令和４年度末時点で24局で実施。
令和６年度までに全局での試行を予定。

	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 鹿児島		
令和４年度						秋田 三重 島根 沖縄	兵庫		岩手 群馬 福井 宮崎	大阪		
令和５年度	全３６局（＋１２局）											
令和６年度	全４７局（＋１１局）											

26

Ⅳ.日本損害保険協会及び損害保険料率算出機構との意見交換会

１． 日　　時	令和５年８月１０日（木）午後２時００分～３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］ 臼井、内田、奥寺、子田、城之内、浅井、岩井、伊藤、永濵 ［日本医師会　役員］ 細川常任理事、長島常任理事、茂松副会長 ［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（３名） 日本損害保険協会（２名、他２名 Web）
３． 主 要 議 題	（１）自賠責保険診療費算定基準（新基準）について （２）柔道整復について （３）同意書について （４）自賠責保険の治療費一括支払いについて
４．意見交換会≪概　要≫	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。 **議題１：自賠責保険診療費算定基準（新基準）について** ○新基準の「制度化」は、山梨県の合意以降進んでいない状況にあるが、損保各社及び業界全体としてどのように進めていくべきか意見交換したい。 ※担当官庁の動きや、一向に進まない原因などについて確認したい。 ［日本損害保険協会からの回答］ まず基本的な考え方ということで、説明させていただきたいと思いますが、いわゆる新基準につきましては、昭和 59 年の自賠責審議会の答申で、基準案（新基準）が全国に浸透、定着した段階で制度化を図るということになっております。山梨県は、最後の都道府県でしたが、平成 28 年２月に山梨県も基準案について採用となりまして、移行率の低い地域を中心に定着を目指しております。 また関係省庁の動向につきましても、制度化にあたっては 2019 年に日本医師会からもご指摘をいただきましたが、金融庁、国土交通省の関係当局の判断が重要と認識をしております。 現時点では、関係省庁の情報は把握しておりませんが、事案の一層の定着が図られた段階で、関係省庁と連携の上で、制度化を図ると思われますので、引き続き、まずは定着をさせていただくことによって制度化を

目指していきたいと考えております。

［主な意見交換］

臼井委員長　なかなか法律上難しいところがあって、前回の意見交換会での損保協会からの回答で、制度化の問題は自賠法、国民健康保険法、医療関係法、労災保険等の各種の法令を踏まえた検討が必要で協議していかないと、なかなか進まないようなことを言われたのですが、全然変わっていないので進捗状況を教えてください。

損保協会　関係省庁とこういった話しが進んでいないというのが実態でございますが、その考え方といたしましては、この新基準について浸透、定着を続けるべきではないかと考えておりまして、全国で約 6 割が新基準ということでご対応いただいておりますが、採用率は都道府県により差があり、定着率も低いところです。そういった地域に浸透させるというのが、結果的には先決ではないかということです。

茂松副会長　労災保険のように監督官庁が決まっていて、保険料を払ったら、その保険料で賄っていこうと、それも公平に賄っていこうということで、監督官庁が料率算出機構などに参加をしていただいて、そういう方向で決まればなと思ってるんですが、考え方を厚生労働省に投げてみてどういう考え方になるかというのも示していかなければならないと思っております。

そういう中で、損保協会はどう考えておられるのか、料率算出機構としてはどのように考えておられるのかご意見をお聞きしたいと思っております。

確かに定着率が地域によっては低いというところもあるかと思いますが、自然に定着するのを待っていては難しいのです。現場の交通事故診療を担う医師からすると、不適切な問題がいろいろ起きたりしますので、国が集めた保険料でありますので、公平性を保って支払われる方がよいと思いますで、その辺の考えをお聞かせいただければと思っています。

料率機構　歴史的な背景から申し上げますと、元々医療費が高騰いたしまして、何かしらそのキャップをかけないと、国民の理解が得られないということで昭和 59 年から取り組んでおります。

当時、自由診療がメインでしたので、医療費の上限をどうやって決めたらよいかとの論議が三者協議で行われました。当時も独占禁止法との関係があったので、手挙げ方式でやりましょうと、この基準でなければが困りますよ、とは料率機構からは申し上げられないという形で 30 年間きております。山梨県が直近で合意いただきましたので、ひととおり医師会とは合意ができているところです。

自賠責は国土交通省が所管し、保険制度は金融庁が所管し、医療は厚労省ということで、三つ巴でとなっていることから、調整に難儀しているのが現状でございます。そこを何か突破することができるのかというと、なかなか明確な動きができませんので、そこは引き続き皆様方と意思疎通しながら一つにさせていただいて、続けるというのが現状だと思います。

各都道府県ではこのような三者協議会を定例的に開催しておりますので、開催をお願いできませんかということは申し上げますが、いかんせん各医療機関のご判断ですので、現在の健康保険立ての方が請求しやすいといったお話もありますので、そうするとなかなか採用いただけない。また新基準もいろいろな算定方法がありますので、ORCA のよ

うに標準装備されてるレセコンもありますが、それ以外のものの参加が難しく、医療機関へのインセンティブもいまいちない状態。こういうことで停滞しておりますが、何が決め手になるかということで、なかなか前に進まない状態でして、このままでよいとは考えていないですが、突破口は何かと言われると、あんまりきちっとした回答できないというのがずっと続いてるということです。

長島常任理事　損保会社側は、この制度化をリードする立場にはなく、国がやると言えば反対はしないということだと思います。従って三つの省庁をどう動かすのか。関連するところでは医療 DX の中で、標準型レセコンを作ろうという動きがあるので、そこに自賠責新基準に合ったものを標準レセコンの機能にのせてしまう。これを日本医師会から強く働きかけて、標準型レセコンを使えばもう自動的に新基準で請求できるようにもっていく。そうすることで制度化への道筋がついたということで、日本医師会から国に対して要望していくというのも一つの道かなと思いました。以上です。

茂松副会長　厚生労働省に投げて厚労省の方で、どういう方法がいいのか選択をしていただいて、それに則って標準レセプトの中にのせていくと一石二鳥で進むのではないかと思っております。我々から動かしていきたいと思っております。

それから、制度化の動きの中で柔道整復の医療費についても、急性期医療の期間などの基準を示していくことも重要であると思います。

現在、厚労省の副大臣は公明党ですし、国土交通省も公明党ですので、その辺は連携しやすいのかなと勝手に思っております。動くには今がチャンスかなとも思っておりますのでそのように進めていきたいと考えております。

細川常任理事　私、長島常任理事、茂松副会長と、少し前に進めるような形が必要かと思います。

議題２：柔道整復について

○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。具体的には、医療機関は接骨院通院を知らされておらず、高額で困った保険者が医療機関に資料を送付してきた事例もある（添付資料参照）。損保各社及び業界における柔整への取組みなど、今後の対応について意見交換したい。

［日本損害保険協会からの回答］

保険会社は、治療の必要性ですとか、検査結果を踏まえ、民事上の賠償の判断を行う必要がありますので、必ず医療機関に通院をしていただくように促しております。

私が担当者であった際には、柔道整復師に治療を一任される被害者の方もいらっしゃいましたが、必ず医療機関に診療して、治療の説明をしていただくようにとお願いしておりました。保険会社としては、柔道整復師の請求について１件、１件、必要かつ妥当に、書類上ではございますが、判断してお支払いをさせていただいております。

添付資料につきましては、はじめて拝見しましたが、整形外科クリニックと接骨院とを交互に行かれているようですが、基本的にはレセプトや施術証明を１件、１件精査をして支払をしております。ただし、柔道整復師にかかったものにつきましては、定期的に医療機関を受診し

て、治療いただくような形で促しているのが実態でございます。

［主な意見交換］

臼井委員長　柔道整復師に関しましては、医療機関の通院期間も長く、そうすると金額も高くなる。
医療機関は薬や検査をしているが、柔道整復師はただマッサージをやっているだけです。
それで高いというのはどうも腑に落ちないというのと、日本臨床整形外科学会でもデータを出してもらって、問題にしてるのですが、一番の問題は、交通事故の患者さんが医療機関に行っても、柔道整復に行っても同じ金額の慰謝料が日数分支払われるというのが、そもそもおかしいのではないかと思います。これを是正してくれと何年も前からお伝えしましたが、自賠責保険の財源に関する話なので損保会社が国に働きかけてくれればなんとかなるのではないか。その辺はどう思われてますか教えてください。

損保協会　柔道整復師についての１つの課題ということでは認識はしているところでございます。
最近は療養費の分野で長期・頻回などが問題提起されておりますが、自賠責保険に限らず、社会インフラとして医療全体の問題ということで捉えているのは事実です。施術費用については、関係省庁、関係団体と協議検討していく課題ということで認識をしているということでお答えさせていただきたいと思います。慰謝料は自賠責保険の制度の中で、決められておりまので、関係省庁、関係団体と協議していく１つのテーマということになっております。

料率機構　病院への通院の場合でも、柔道整復に通った場合でも、1 日当たりの支払う慰謝料の金額は同じです。柔整は医療行為ではありませんので、痛いや辛いという侵襲もないと思います。一方、医療行為であれば患者にとって痛みや苦痛などの負担を伴うケースもありますので慰謝料を支払うということがあります。ただし急性期の時、脱臼や骨折などについて、ギュッと引っ張って戻すとか侵襲的なこともあると、そういった実態も踏まえて、制度発足当初は医科と柔道整復は同じ慰謝料の金額にしましょうということで、50 年間きております。
金額自体は自賠法の下部法令であるところの支払い基準に書いてあります。診療報酬基準案の基準を見直すような形で、監督官庁と話をしないと、法令に抵触するところもありますが、私どもは当事者の立場になりますので支払基準についての是正を求めるのは憚られるということがあります。結局、当時に比べ、柔道整復師の数が増えたことも背景にあるのだと考えております。

臼井委員長　柔道整復師は急性期しかみれない、鍼灸マッサージは慢性期しかみれないと完全に国が決めているわけです。
半年も経っても急性期扱いとなると、半年以降は日数に応じた慰謝料は支払いませんというのが当たり前だと思います。療養費は 3 ヶ月しかみれないことになっているようですので、同じように対応すればよいと思いますがいかがでしょうか。

損保協会　ご指摘どおりで、この問題については長年解決されないという認識です。そういったところも踏まえて、慰謝料の算定の仕方ですとか、議論をしっかりした上で、法令にのっとった形での基準が重要と考えます。

茂松副会長　添付資料を確認しますと医療機関には通院 4 日ということは週に 1

回医療機関に行って、あとは柔整に行けばいいという典型的なケースです。医療機関にかかりながら、柔整に行って、揉み返して悪くなることも結構あるわけです。そういうことも少し変えていかないといけないと考えおります。お互いにきちんと寄り添っていかないといけないと思います。

長島常任理事　損保会社でできることとできないことがあるのだと思います。慰謝料の支払基準が決まってるので、それを批判するようなことは、損保会社としてはできないので、その元になってる支払基準に対して日本医師会として働きかけて、医学的に正当なものにしていく必要があります。もう一つは、適切な医療の受け方として、１ヶ月の目安を被害者に働きかけることは保険会社としてもできるはずです。急性期であっても長くても１ヶ月で、それを超えて、柔道整復師にかかってるのであれば、保険会社からご本人に対して医療機関をきちんと受診して、そこで診断を受けてくださいと言う。そうでないときちんとした支払いができない、医療継続は認められませんといった形での働きかけというのは、今の状況下でもできると思いますがいかがでしょうか。

損保協会　施術期間、部位の数、頻度についての妥当性につきまして、医療機関への受診は損害保険会社としても当然促しております。ただあくまで個別事案ごとであって、被害者の方の症状もありますので、一律に期間を定めて、対応するというのは非常に難しいところもございますので、現状は、自賠責の調査事務所と損害保険会社の方の査定部門と、個別相談でできるだけ調査して、保険金を支払うべきかどうか精査をしています。

ご理解いただきたいのは、どうしても被害者、ご本人の意思もありますし、症状についても、それぞれ全く違うので、一律どこかでバッサリ切るという判断は非常に難しいと考えております。

長島常任理事　先ほどお伝えしたのは、１ヶ月を超えるようであれば、必ず医療機関をしっかりと受診するように強力に強く働きかけていただきたいということです。自賠責保険料で賄われてることを考えれば、公平性、正当性というのは担保されなければいけないと思います。

また診断は医師にしかできないということを考えればある意味、緊急避難的に１ヶ月ぐらいというのが、もしかしたらやむを得ないかもしれないが、それ以上やるのであれば、診断に基づかないというのが、正当性、公平性の面からも、あってはならないと考えられるので、そこで保険金の支給を止めて支払いをしないというのではなく、必ず医療機関を受診していただく強い働きかけを全国の損保会社、また現場で共有していただきたいということです。

損保協会　私のところで各社に対して働きかけるというのは改めて協会の中で検討が必要かと思いますが、通常、定期的に医療機関への受診の必要性について促しているという実態もありますので、ご指摘いただいた点については認識をいたしました。

○損保協会、料率機構に関しては、柔道整復師の施術が容認されていると思いますが、それは患者さんには受療権もあるし、条件もあるので、それもやむを得ないことだと思いますが、地域ごとに各保険会社、現場の担当者、事案によって、それぞれ見解が変わっているのです。

今この場で各損保会社の上席の方々からは、おおむね容認のご意見ありましたが、実際、現場では浸透されておらず、医師が非常に混乱しております。

施術の必要性を医師に責任転嫁して、現場に求めることも未だに多いですし、統一的に展開されていないので、損保協会としても柔整に対する扱いをしっかりと決めて、各損保会社、JA、共済組合も含めて、損保協会以外のところにも浸透するするように努力していただきたい。それと施術に関しては、例えば今はインターネットで交通事故診療と検索すると、自動的に整骨院の方にリンクされて、お見舞金と称して金銭がキックバックされます。それによって通院補償が課せられ、利益が上がっていくという不適切な運営の構図が出来上がってるので、それは認識されてると思いますが、それを損保協会としても取り締まって状況を把握して運営していただきたいと思います。

損保協会　ご意見として承りたいと思います。

議題３：同意書について

○保険会社は患者が加入する医療保険の支払い、交通事故等の治療に要した費用や患者の受傷程度の確認のために、医療機関に対して情報の提供を求める場合については、保険会社が患者自著の同意書を携えてくるが、同意書の取得ができていないケースがみられる。具体的には、請求済みの診療費の未払いについて、医療機関から損保会社へ問い合わせることで発覚する事例等が多い。損保会社からの連絡のみで同意書が取得できそうにない場合は、早期に医療機関へ協力を求めるなど、密に連携すべき。現場での指導などはどうなっているのか確認したい。

○損保会社によっては、同意書等のペーパーレス化から、電子化したものをコピーや電子データで提供する動きがあるようだが、各社どのような取扱いになっているのか確認したい。

［日本損害保険協会からの回答］

同意書の取得ができていないケースが現場で見受けられるということですが、損害保険会社として、被害者に対しては、できるだけ速やかに同意書を取り付けるように務めております。ただ、連絡がつかなくなってしまうといったケースもあります。損害保険会社としても対応に苦慮している実態もございます。

損害保険会社の担当者の知識や取り付けについての情報ですとか、教育はしたいと思いますが、イレギュラーなケースについては医療機関の皆様と連携をさせていただて同意書の取り付けをおこなっていきたい。徹底していきたいと考えております。

［主な意見交換］

○茨城県の三井住友海上で会社としてペーパーレス化をしているので、患者から取り付けた同意書を電子化（PDF）で受領いただかないと、医療機関への原本提出はできませんと言われました。我々としては、個人情報保護の観点から、担当者名、支店名などがきちんと明記されたものにサインをしてくださいと患者さんに指導しておりますが、現場では、そんなのは知らない、そんなのやったことないとか、場合によっては、あの先生面倒くさいから、違う医療機関にかかってくださいというような損保会社の被害者さんへの誘導もあります。

現実には、本部の方々と現場の認識がかなり大きくかけ離れているのではないかと思います。一括などの問題も含めて、同意書の取扱いは非常にセンシティブな問題です。あくまで同意書を取り付けての一括支払いは保険会社のサービスですが、ご協力いただければ、スムーズに

いくのですが、そうではない場合は我々医療機関がまた別に患者さんに同意書を取り直さないといけないので、その辺をご考慮いただきたいのです。

長島常任理事　電子文章は改ざんしたり、なりすましても受取った側では判断できません。したがって、電子署名などがないと真正性がわかりませんので原本でなければ駄目です。電子証明がされていない電子的な提供は駄目です。まず各損保会社の法務部門に確認して、法務部門の正式な見解を示してください。原本は必ず送る。原本を送れないのであれば、それが間違いなく原本と同じであるということを証明するように必ずやってもらう必要があります。各損保会社法務部にきちんと確認してその見解を全部示してください。

損保協会　各社における運用がそれぞれ違うのではないかと思います。協会として一律に原本かペーパーレスなどについての案内はやっておりませんので、各社がどのように運用しているかといった実態は把握できていない状況です。各社の運用の中で文書について対応をしていると思っています。協会としては一律のルールを課してないということでございます。

長島常任理事　協会には何も求めていません。各損保会社が、法務部門に確認して、法務部門の確認を得た上で、真正性の見解を伝えてほしいと言っております。

損保協会　今のご質問はペーパーレスの運用をしているのであればという理解でよいでしょうか。

長島常任理事　そもそもの質問が、最近はペーパーレス化ということで電子化されたものが提供される。その場合の真正性が問題になるだろうということです。

損保協会　協会としては一律にペーパーレスで運用しているわけでないです。各社に回答を求めるのであれば、各社がどういう運用しているかを、まずお答えした上で、ペーパーレスの運用しているのであれば法的な見解も添えて回答ということだと思います。

長島常任理事　電子的なものだけなく、コピーが送られてくることもあるので、こちらに関しても真正性に関して、実際にどのような運用をしてその真正性をどのように担保しているかということです。

損保協会　まず、どういう運用をしているかということを、お伝えするのが先かなと思います。

長島常任理事　運用だけでは駄目です。運用に関して法務的にどのように考えているのかセットでないと駄目です。原本しか送っていないという会社があるのであればそれだけで結構です。

○大阪府の交通事故医療委員会で出た意見ですが、同意書の取得が保険会社でされてなかったので、医療機関で同意書を取り付けると話を差し上げたところ、その保険の担当者はそれでいいですよという返事が返ってきて同意書を保険会社が取ってなくても、医療機関で取っていれば支払いをしますという事例が１件あったようです。ただ、この件は冷静に考えますと、保険会社がとるべき同意書は、保険会社が取らないといけませんし、医療機関がとるものとは別ものだと思います。

また、大阪府の三者協議会で同意書が、各社の基準で記載内容も違うから、何とか統一してくれないかと提案をしたところ、各会社でいろいろな判断でバラバラになっているということでした。

この場ではすぐにお返事はできないというお話しでしたが、同意書を各社バラバラで、とらないとなると、時間がかかったり、煩雑になって、結局未払いに繋がりますので共通の同意書を作っていただいて、それをルールにしていただくというのはいかがでしょうか。

損保協会　大阪府の医療協議会でですね、同意書に関して意見交換をさせていただくということについては承知をしております。
近畿支部の損保協会の会員保険会社を中心に、法的な観点を踏まえて今後検討させていただきたいと思っております。おそらくご指摘があった同意書の文言統一ですとか、そういったところについては、一部憶測になりますが、各社によっては、保険の種類が異なって、それに対して汎用性のある同意書を作っているとか、それぞれの保険の種類によって同意書は個別様式ですが、何かしら目的を持った上で、同意書を各社で作っているのが現状でございますので、統一できるものでしたらした方がそれはよろしいかと思います。
ここは一つの課題として認識をさせていただければと思います。

○結構です。ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

内田副委員長　同意書というのは、そもそも拒否できるような制度ですか。保険会社が支払うための必要な過程だと思いますが、例えば自賠責を契約するときにそういう文言が入っていれば同意書はいらないと思いますが法的にわざわざ同意書をとるということが必要なのでしょうか。例えば労災は労基署の調査が入ります。そこまで強制権はないにしても、調査に入らないとわからないことも多いと思うので、ここで拒否されると医療機関としては困るような気がします。

損保協会　個人情報の中でも、医療情報はセンシティブ情報で、個人情報の中でも最たるものです。自賠責は労災のようには調査が一切できないですので、その方自身の情報管理もしくは、その方のお考えを確認しないといけません。
制度で包括的にということではなく、例えば事故なら事故の単位ですとか、中には医療機関ごとにといった形で、非常にそこの取り扱いはセンシティブですし、保険会社としても、個人情報の管理という意味で一番配慮させていただているというのが実態です。

損保協会　補足ですが、我々としましても被害者から同意書をとりたいというのは同じ気持ちですが、自賠責保険の契約者が事故を起こした相手方ですので、自賠責でお支払いするときの被害者は、我々の自賠責保険の契約者ではないのです。契約時の関係がないのですから、我々も対応に苦慮することが多いということをご理解いただけると大変ありがたいです。

議題４：自賠責保険の治療費一括支払いについて

○損保会社から治療費一括払いの連絡があり、治療を開始してから後日、種々の理由により、初診に遡って一括支払いを取り消す事案があるが、その後の交通事故被害者さんとのやり取りでトラブルになるケースがある。治療費の一括払い取り消しの場合、損保担当者から患者さんや医療機関に対してどのような対応を求めているのか確認したい。

［損害保険料率算出機構からの回答］

一括払いについては、保険会社から直接医療機関に医療費をお支払いすることをいわゆる一括対応と呼んでおります。

一括払いの取消しについては、保険会社の中では、受診の内容に疑義があると後からわかるものや偽装事故の疑いなど、一般的にモラル事案が考えられます。

こういった事案については対応方法が全て異なるため、一概に現場での対応をお伝えすることはできませんが、基本的に治療費は被害者が、直接医療機関にお支払いする必要があるということをお伝えして、当事者間で調整をさせていただいております。

その中で、診療費のお支払いができない場合、医療機関に被害者（患者さん）へ直接治療費の請求をいただくようにご協力を求めているというのが実態です。

［主な意見交換］

茂松副会長　一括支払いのトラブルについては結構ありまして、相談窓口というのを地域で作ってるところがあります。大阪は窓口を設置しており、算定料率機構と保険会社と医師会等で作っております。何かあれば相談窓口で相談して、支払いがされるようにできるだけ解決に向かって話し合いをするという方法がありますので、各都道府県でそういうシステムをきちっと設置いただくというのも非常に大事だと思います。医療機関にとって一番困るパターンとして、散々治療はしたけれど、最終的に支払いができませんということが起こっているので、相談窓口を都道府県に設ける仕組みが必要かなと思います。

料率機構　各都道府県におきましては、医師会と料率機構と損保協会とで三者で集まって問題点を共有する機会があります。都道府県によっては頻度がまちまちですが、年に１回、毎月など都道府県医師会のご都合にもよりますので、毎月やるものとは定義できませんが、そういう三者間の相談の機会があります。それから、医師会から保険会社なり、損保協会、料率機構に困っている案件をお伝えいただくというルートもありますので、手持ちのルートを最大限使うというのがよいと思います。

先ほどの補足ですが、賠償責任保険ですので、加害者が払えないものは自賠責でも支払えないですし、任意保険でも支払えないということはどうにもなりませんので、そういう構造になってるということは申し上げたいと思いますが、もちろんそれは先生方のせいではありませんので、そのあたりのバランスをどう取るのか難しいのだと思います。

○私の方から提出した議題ですが三者協議会でこのような事例を報告することがありまして、毎回のように一括取り下げで支払いをしていただけないという事案が数件必ず入ってきております。医療機関としては、患者さんの素性がわからないわけですから、後になって保険会社が調査して、一括取り下げをされた場合、それまで診療していた診療費が、全く支払われないということは医療機関として納得できないというのが先生方からのご意見です。ですので、一括取り下げをしないといけないことが判明した時点で、すぐに医療機関に連絡をいただいて、そこからは自賠責は使えないということを、医療機関から患者さんに対して説明が必要だと思います。ただ支払いについては、最初一括払いということで医療機関はそれを了承して契約したわけですので、取り下げるまで治療していた期間、その期間だけでも支払いは保証していただけないか、そういう意見がございます。

料率機構　治療費の一括払いというのは、保険会社と医療機関の契約ではないです。支払いの義務があるかというとないというのが、大阪裁判所の判決で出ておりますので、その枠組みで、自賠責では考えております。賠

	償の責任を持っているかというと持っていないし、治療費を払うという契約上の責任もないというのが公式な見解でございます。それを法的に支払って解決するというのは難しいのです。例えば 3 ヶ月分は支払うということを約束できるかというと、加害者に賠償義務がなければ賠償保険は動かないわけですので、構造としてはそういう構造があるとご理解いただければと思います。
茂松副会長	労災保険の場合は国が関与しますからよいですが、自賠責は国の関与がありません、でも保険料は国が徴収しておりますので、国の関与がないということが揉める原因になりますので、労災保険のように課長通知による制度化して、自賠責保険も動くと現場でのトラブルも少なくなるのかなと思います。現場でも理解していただいて、国も理解していただいて進めていくというのが非常に重要だと思います。 〇料率機構からのご説明のありました一括支払いは損保会社のサービスだということは勉強会で教えていただいて、損保会社は支払いをする義務がないということに驚きましたが、多くの医療機関は支払うものだと思っておりますので、そこの差を詰める努力が我々も必要だというのがあります。代理で損保会社がサービスでやっているということを全国の医療機関が認識できないとこの問題の溝は埋められないと感じています。一方で一括してくれと強要する損保担当者もいるのです。問題は第三者行為についても一括でやってくれと強要してくる担当者もいるので、これは末端の損保担当者の教育不足だと思われます。療養担当規則に違反しますので、保険医を剥奪される可能性もゼロではないので、その辺に関しては、隅々まで厳しく教育していただきたいと思います。もう 1 つは過去に詐欺などを起こして支払えないということに関しては、そういった情報を損保協会の会員内で損保会社も含めて、過去の契約データなどを地区である程度共有する制度を作っていただかないと、末端の損保担当者は契約がほしいので、過去に詐欺などを起こした方でも契約してしまう事になりますので、この問題はずっと続いていくのではないかと思います。
細川常任理事	本日の意見交換会を終了したいと思います。どうもありがとうございます。

Ⅴ.労災・自賠責に関するヒヤリング調査

今期の委員会については、労災・自賠責に関するヒヤリング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。

４７都道府県医師会の労災・自賠責の担当事務局に電話（調査票）にてヒヤリング調査を実施した。

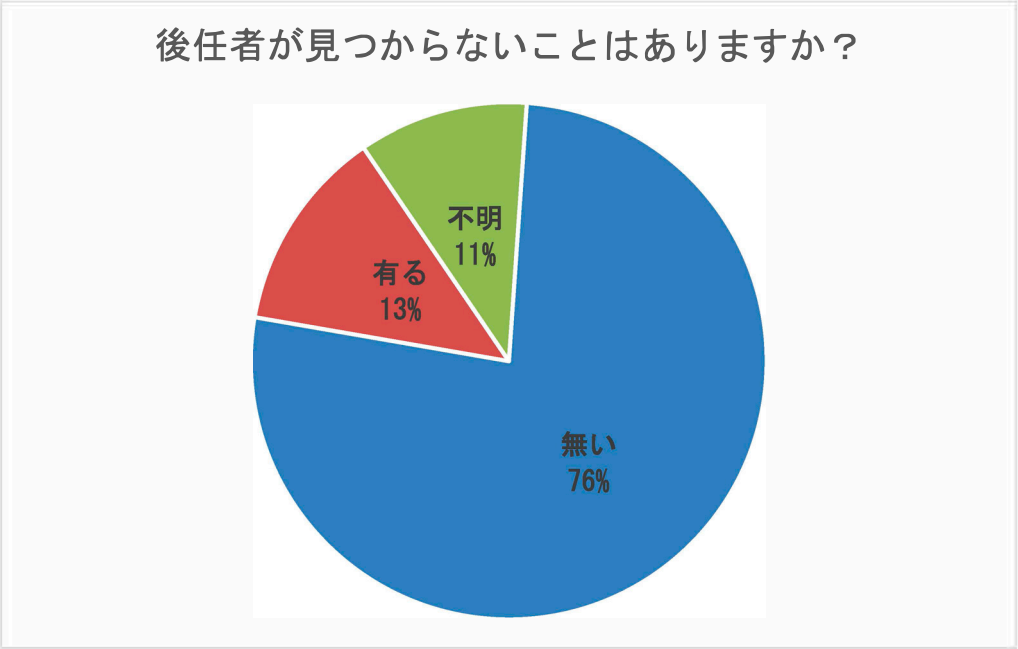
労災については、労働局で行う労災審査の審査員の退任による後任者の人選方法などについて確認した。

自賠責については、自賠責診療費算定基準（新基準）の制度化の採用状況について、採用率の高い８割以上の地域（熊本、広島、徳島、宮崎、山口）に採用率の高い理由について、採用率が低位となっている５割以下の地域（佐賀、三重、静岡、島根、茨城、埼玉、愛知、沖縄、京都、東京、千葉、岡山、神奈川、山梨）に採用率が低位となっている理由について確認した。

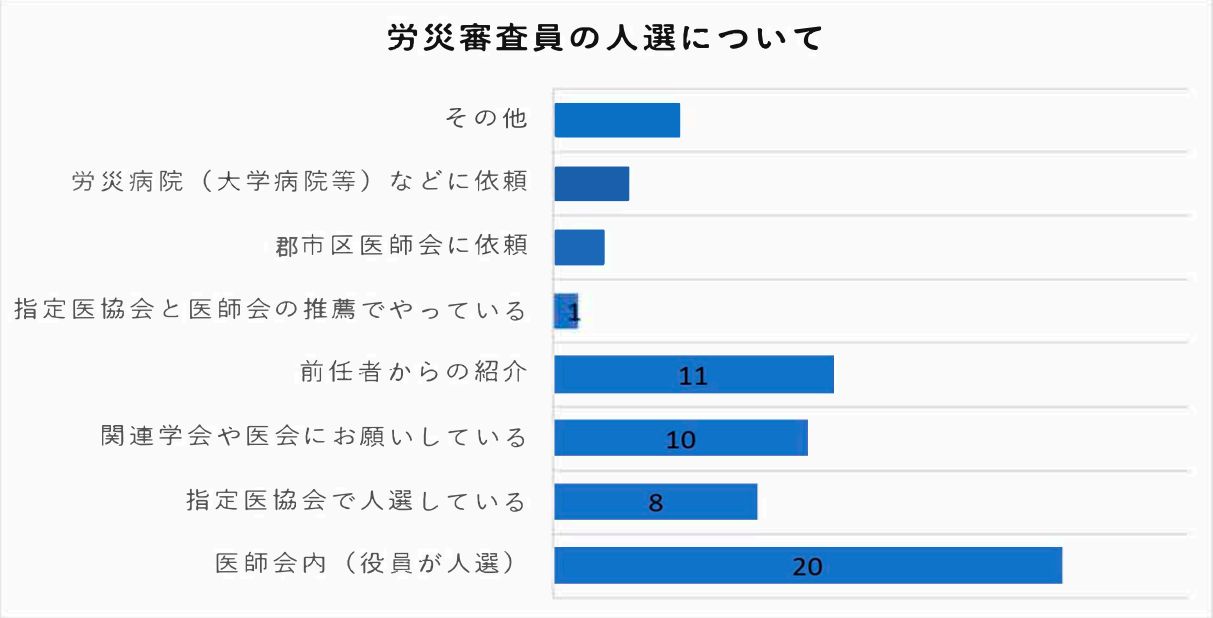
また、自賠責の一括支払いについてのトラブル窓口の設置状況についても調査している。

労災保険に関するヒヤリング調査
【労災保険関係】

１ 労災審査員の退任などにより、後任者が見つからない事案などありますか。



２　労災審査員の人選はどのようにされていますか。



○ヒヤリング調査結果について○

委員会内の審議の中で、ある地域において審査員の退任時に基幹病院へ後任者を依頼した際に、働き方改革を理由に人材の確保ができなかったという事例があり、全国的な状況についての確認が必要ではないかということで調査を実施した。

調査結果としては、労災審査員の退任などにより、後任者が見つからない状況があるか確認したところ、無い（それほど困っていない）が「36 件」で一番多く、有る（後任者が見つからないケースがある）が「6 件」となっていた。

さらに、労災審査員の退任などによる後任の人選方法について確認すると、医師会内で役員が適任者に直接依頼するが「20 件」と一番多く、次いで前任者からの紹介が「11 件」、関連学会や医会へ依頼して会員等を推薦してもらうが「10 件」、そして労災指定医協会等から推薦してもらうが「8 件」となっていた。その他、「労働局内で後任を決めるなどして内部で賄う」や「郡市区医師会から推薦してもらう」などであった。

全国的に、労災保険の審査員は健保の審査員と比べ定まった任期がなく継続的に１人の審査員が長期にわたって従事する傾向にあり、頻繁に入れ替わることがないため人選に苦戦している印象はなかった。

今後、働き方改革の影響などにより人材確保が困難になる可能性もあるため引き続き注視していく必要がある。

自賠責保険に関するヒヤリング調査
【自賠責保険関係】

１「自賠責診療費算定基準（以下「新基準」）」について、採用率が８割以上と高い推移となっていますがその理由についてお聞かせください。
（対象地域：熊本県、広島県、徳島県、宮崎県、山口県）

８割以上の採用率となっている理由について

新基準採用当時の役員が積極的に周知活動を行ったから	三者協議会を定期的に開催し、損保側との連携がとれているからではないか	不明
3	1	1

２「自賠責診療費算定基準（以下「新基準」）」について、採用率が低位の５割以下となっておりますが、なかなか進まない理由などについてお聞かせください。
（対象地域：佐賀県、三重県、静岡県、島根県、茨城県、埼玉県、愛知県、沖縄県、京都府、東京都、千葉、岡山県、神奈川県、山梨県）

５割以下の採用率となっている理由について

自賠責研修会の開催等などは定期的に開催しているが進まない	新基準の周知が行き渡っていないから	診療費が下がるとの懸念があるから	現在の請求で特にトラブルなどがないから	不明
7	1	1	3	2

〇ヒヤリング調査結果について〇

新基準の都道府県ごとの合意については、平成２年の栃木県からはじまり、平成２８年には山梨県が合意され、すべての地域で使用できる状況にあるが、地域ごとの採用率をみていくと全国計で約６割といわれており、長年横ばい傾向にある。昭和 59 年の自賠責審議会の答申では、全国的に浸透し定着化した段階で制度化を図ることを目的としていることから、当委員会は、新基準の制度化に向けさらなる浸透・定着を図るための実態調査をすることにした。

まず、新基準８割以上の採用率となっている５つの地域（熊本、広島、徳島、宮崎、山口）へ高い理由について確認したところ「新基準採用当時の担当役員が積極的に促進活動したこともあり、当時から高い水準なのではないか」が３件、「三者協議会を定期的に開催することで損保側との連携が取れているからではないか」が１件、不明が１件となった。

さらに、新基準採用率５割以下の１４の地域（佐賀、三重、静岡、島根、茨城、埼玉、愛知、沖縄、京都、東京、千葉、岡山、神奈川、山梨）にも調査を実施した。「自賠責研修会の開催などは定期的に開催しているが進まない」が７件、「新基準の周知が行き渡っていないから」が１件、「診療費が下がる可能性があるため」が１件、「現在の請求で特にトラブルはないから」が３件、「不明」が２件となっていた。

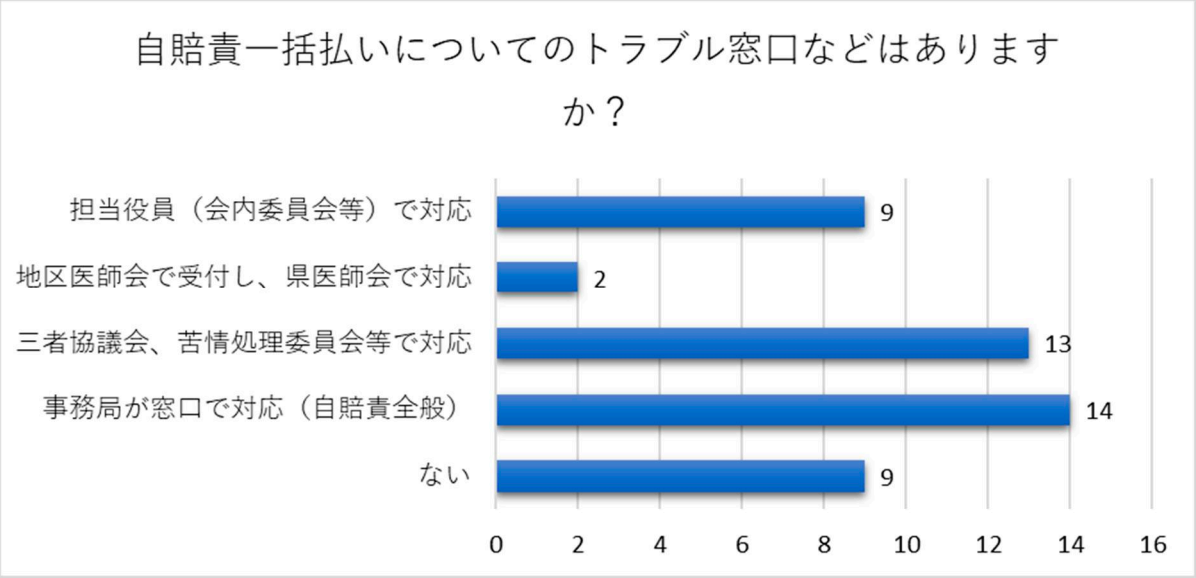
採用率の高い地域については、当初より高い水準を維持したまま今日まできている印象であった。

一方で採用率５割以下の地域については、自賠責研修会や損保協会が作成したパンフレットの配布などを通して周知活動を行っているが、関係省庁や関係団体からの導入促進に強い要請がないことや、地域によっては交通事故診療上のトラブルが少ないことなどもあり、現状維持の状態が長らく続いている印象を受けた。

また、ヒヤリング時には、「採用率がこんなに低いのか」と初めて状況を知る事務局の声も複数あったことから全国的な採用率の情報を一般公開し、継続的に情報提供する必要性を感じた。

さらなる普及のためには、詳細な検証や関係省庁への働きかけなどのより具体的な取り組みが必要な段階にきている印象であった。

３「一括払い」について、請求先の任意の保険会社が「症状固定の判断」や「保険金詐欺の疑い」などの理由により一方的に支払いを打ち切られるなどのトラブルにおいて、地域の医師会などに相談する窓口などを設けていますか？



〇ヒヤリング調査結果について〇

強制保険と任意保険の一括払いについては、法的にも支払いの強制力なく、途中で支払われないケースなど、トラブルになるケースが想定されるため、地域ごとに医療機関が相談できる窓口の設置状況について調査することとした。

トラブル窓口の設置状況については、「一括払いに限らず自賠責全般のトラブルは事務局で対応する」が 14 件、「三者協議会（苦情処理委員会等）で対応する」が 13 件、「担当役員や会内の委員会で対応する」が 9 件、「地区の医師会を窓口とし、県医師会へ申し出て対応する」が 2 件、「窓口は特に設置していない」が 9 件という調査結果であった。

一括払いのトラブルに限らず、すべての事案についての相談窓口は設置されているようであるが、地域によりその形態は様々であった。

相談窓口がないという地域については「損保協会等との関係が良好で対応の必要がない」、「そもそも交通事故診療上のトラブルが少ない地域である」、「コロナ禍で三者協議会が中止となりそのまま開催されていない」といった回答であった。

引き続き損保には一括について支払われないリスクをしっかり説明してもらい、詐欺などの疑いのある案件については情報を察知した段階で迅速に医療機関に知らせるなどの対応を強く求めていく必要がある。

《おわりに》

医療業界の抱える課題として医師の長時間労働（医師の働き方改革）や少子高齢化が急速に進み、医療や介護といった社会保障は難題が山積みとなっている。

また、令和６年は、診療報酬・介護報酬・障害福祉サービス等の報酬改定が同時に実施されるトリプル改定が控えており、さらに医療 DX（デジタルトランスフォーメーション）の導入・推進が求められるなど医療経営にも大きな影響がある。

超高齢社会を見据えて高齢人口の増加、若年人口の減少、労働力人口の減少に伴い、高齢者の就労に対する対策が求められる。

労災保険としても、持病をもつ高齢労働者への労災保険・労災補償を充実させる必要があり、増加する外国人就労者への対応も必要となっている。

自賠責保険は、交通事故の死傷者数は年々減少している一方で物件事故による自賠責保険での支払いが年々増加傾向にある。

柔道整復師の施術については、他部位・頻回・施術期間の長期化の問題があり、自賠責保険の適正な給付を行うためにも損保会社や関係機関との連携・情報共有に努めるとともに、患者教育にも取り組む必要がある。

今期は、交通事故診療費の支払いトラブルなどの対策として、自賠責保険診療費算定基準（新基準）の早期制度化に向け、移行率の低い都道府県、高い都道府県に対してヒヤリング調査を行い、課題を検討した。

制度化に向けて関係省庁、団体が一体となって早急に検討を始めることが重要である。

最後に、令和５年３月１０日に、療養費を巡るいくつかの状況というテーマで、ご講演をいただきました厚生労働省保険局医療課保健医療企画調査室の荻原和宏室長には御礼を申し上げます。

添付資料－１

次期（令和６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　松本　吉郎　殿

次期（令和６年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書

令和４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」、「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、超高齢社会を迎え、高齢労働者の増加等により労働環境の大きな変化をもたらしております。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の変化を踏まえた制度であることが求められます。

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ましたので要望いたします。

令和６年２月９日

労災・自賠責委員会

委員長　臼井正明
副委員長　内田一郎
委員　浅井清和
伊藤真一
岩井誠
奥寺良之
子田純夫
城之内宏至
永濵要

別紙　1

令和６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・再診料
初診料・再診料の引き上げ

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　［指導・管理料］【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　［処置料］絆創膏固定術
絆創膏固定術に対する評価

重点要望５　［その他］透視診断
透視診断（検査、手術、麻酔・神経ブロック）の算定拡大

重点要望６　［処置料］ギプス料
ギプス（ギプス包帯管理加算、管理料の新設、四肢加算への対象追加）に対する評価

重点要望７　［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料と運動器リハビリテーション料の点数格差是正

重点要望８　「手術料］手術【通則 11】
感染症患者（肝炎等）手術時の加算（1,000 点）などの感染者への手術の評価

重点要望９　［指導・管理料］【新設】業務上腰痛疾患管理料
業務上腰痛疾患に関する私病と区別するための評価

重点要望１０［指導・管理料］【新設】骨折管理加算・骨折指導管理料
骨折管理の評価の新設

令和６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４・５年度　労災・自賠責委員会）

No.	項　　目	要　　望　　項　　目
1	初診料 再診料	初診料（3,820 円）の引き上げ 再診料（1,400 円）の引き上げ 【理由】 ・現下の食材料費をはじめとする物価高騰の状況、30 年ぶりの高水準となる賃上げの状況に対応するため、適正な初・再診料の評価が必要である。 ・基本的な診療行為の費用を一括して基本診療料として支払う方式がとられているが、その包括される内容が時代や環境の変化により年々増加していること、特に、労災診療における外傷の場合、緊急性が高く多発複雑損傷であることが多いため、診断過程に労力がかかることを考慮し、評価の見直しが必要である。 ・細かい加算点数に委ねるのではなく、初・再診料を中心とした基本診療料を大幅に増額するべきである。 ・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り、労災医療を確保するためのドクターフィー、ホスピタルフィーとして不十分である。
2	【新　設】 労災患者初診時対応加算	＜労災患者初診時対応加算＞ 【理由】 ・労災診療の場合、緊急性が高く、加齢による多発複雑損傷であることが多く、初診時には時間的にも人的にも労力がかかり、予断を許さない事態が発生することも多い。また私病（高血圧、DM、骨粗鬆症、変形性関節症等）との関連も精査を必要とすることが多く、労災事故の外傷の特徴からも、早期に全身管理を行い、早期復帰を図ることが重要のため労災初診時の対応加算の新設が必要と考える ・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。 ・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。

3	【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又は加算の新設＞ 【理由】 ・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。これらを評価するため 65 歳以上の労災被災者に関して加算等の新設が必要である。 ・労災診療の場合、緊急性が高く、加齢による多発複雑損傷であることが多く、初診時には時間的にも人的にも労力がかかり、予断を許さない事態が発生することも多い。また私病（高血圧、DM、骨粗鬆症、変形性関節症等）との関連も精査を必要とすることが多く、労災事故の外傷の特徴からも、早期に全身管理を行い、早期復帰を図ることが重要のため、高齢労災患者初期対応加算（仮称）などの加算の新設が必要と考える。
4	絆創膏固定術	＜絆創膏固定術に対する評価＞ 【理由】 ・絆創膏固定は、足関節捻挫、膝関節靭帯損傷、肋骨骨折にしか認められていないが、労災外傷として足関節、膝関節以外の小関節の捻挫、靭帯損傷、骨折などが多発する。特に手指（足趾）など小関節の脱臼、骨折、靭帯損傷に対しての応急処置としての絆創膏固定術（テーピング）を行った場合の手技を算定可能とする。 ・絆創膏固定術は、同一日に複数個所に対して施術しても 1 部位しか算定できず、週 1 回の算定である。例えば左膝靭帯損傷と左足関節捻挫を受傷した症例では、それぞれの部位に絆創膏固定術を実施すれば 1 日 1 箇所につき 1～2 本の絆創膏、合計 2～4 本の絆創膏を使用することになる。1 週間のうちに複数回の受診があれば、絆創膏自体もそのたびに無料で支給、無料で固定術を施術することになる。絆創膏固定術（週 1 回、1 部位のみ）の処置代では絆創膏費用を相殺しきれない、そのため、左右、膝、足関節など複数部位の場合は一連として１回でなく、2 か所以降は１００分の５０加算（脊椎手術と同じ扱い）などの評価が必要。 〇大関節テーピング 絆創膏固定術（テーピング）を肘関節捻挫、肩関節捻挫に対して施行した時にその手技料を評価する。 【理由】 ・臨床現場では一般的に行われている手技であり、有効性も示されているので新たに大関節部テーピングとして申請したい。

5	透視診断	○透視診断を検査（関節造影・脊髄造影等）、手術（骨折非観血的整形術、関節脱臼非観血的整形術、骨折観血的手術）及び麻酔・神経ブロック（硬膜外ブロック、神経根ブロック等）造影剤を使用する際には算定できることにする。 【理由】 ・検査、ブロック治療を正確に実施するため、X-P 透視は必要です。術者への被曝による白内障、皮フ障害（皮フ癌、色素沈着等）のリスクに対しての評価が必要です。 ・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。良好な結果を得るために必要な作業であり、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。
6	【加算・管理料の新設】 ギプス料の評価	＜ギプス包帯管理加算、管理料の新設、四肢加算への対象追加などによる評価＞ ○ギプス包帯管理加算の新設 【理由】 ・ギプス包帯後は、患部の膨張などで循環障害、神経障害、皮膚障害などを起こす可能性が非常に高い。きちんとしたギプス治療を行うために、ギプス包帯管理加算を要望する。 ○ギプス包帯管理料 （骨折や捻挫、靭帯損傷の患者に対しギプス包帯固定を行った後の適切な指導・管理料の新設） 【理由】 ・ギプス包帯固定後はギプスによる障害が出ていないか、ギプスの緩みはないか、骨折転位は無いか、固定肢の運動機能障害はでていないかのチェックが必要であり、またその予防のための指導も行う必要があるので、外来管理加算以上の点数（78 点、半肢の点数の 10%（週 1 回算定））の新設を要望する。 ○処置、手術と同様、四肢加算の対象にすべき。 【理由】 ・プラスチックギプス材料等含め、ギプス料が低すぎる。 ・骨折非観血的整復後のギプス固定は、保存的治療の中でも大切な治療法の 1 つであり、ギプス装着後もギプス障害によるマヒ、皮フ障害（褥瘡）等の観察管理が必要であるため。

7	リハビリテーション	＜脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料の点数格差の是正＞ 【理由】 ・同様の算定要件として有資格者（PT,OT）が実施し、実施者 1 人あたりの算定単位数の制限（18 単位/日、108 単位/週）も同様であるにも関わらず、疾患名での点数の差があることは不合理である。また、脳血管疾患等リハビリは 180 日を限度に算定が可能であるのに対し、運動器リハビリは 150 日が限度であり、疾患名での点数並びに要件の格差の是正を要望する。
8	【新設】 手術【通則 11】 1,000 点	＜感染症患者（肝炎等）手術時の加算（1,000 点）などの感染者への手術対応の評価をすべき。＞ 【理由】 ・緊急手術の場合は、感染症の有無の検査が出来ないことより、通常の患者と同様の医療対応を行うことから、感染症患者（肝炎等）手術の加算点数と同等の加算点数を新設するか、もしくは感染者への手術時の加算を 2,000 点にするなど適正評価をすること。
9	【新 設】 業務上腰痛疾患管理料	＜業務上腰痛疾患管理料の新設＞ 【理由】 ・労働者が仕事中の出来事により腰痛を発症する場合があり、発症から症状が改善するまでには時間を要する患者が多いことから、腰痛治療を行ううえで、継続的な治療管理が有効であると考える。保険診療においては「慢性疼痛疾患管理料」が設定されているが、私病による腰痛とは区別するため「業務上腰痛疾患管理料」の新設を要望する。

10	【新設】 骨折管理加算 骨折指導管理料	＜骨折管理加算、骨折指導管理料の新設＞ 【理由】 ・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。 ・骨折患者に対して、骨折の病態・日常生活での注意点・予後・就労への復帰見込みなどを医師・看護師・理学療法士が連携を取って計画的・経時的に行った場合に、これを総合的に評価すべき。 ・骨折患者に対して骨折の状況を説明し、日常生活の注意点・予後・就労への復帰見込みなど説明するには医師に時間的な負担がかかる。看護師や理学療法士は日常生活の注意点を説明したり、普段の就労状態の確認を行い注意を喚起することは可能である。この医師を含めた多職種連携の総合的な指導管理を評価すべき ・骨折に対して、患肢挙上や日常生活動作の仕方などを指導しても再診時療養管理料以外は算定できないが、医師の技術料として転位のない骨折に対して治療を行う場合に、骨折管理料の新設をすべき

参考資料

令和６年度労災診療費算定基準改定に向けての全要望事項一覧

62

No.	項　　目	理由・委員名	委員名
診　察　料			
1	【新　設】	労災患者初診時対応加算 【理由】 ・労災診療の場合、緊急性が高く、加齢による多発複雑損傷であることが多く、初診時には時間的にも人的にも労力がかかり、予断を許さない事態が発生することも多い。また私病（高血圧、DM、骨粗鬆症、変形性関節症等）との関連も精査を必要とすることが多く、労災事故の外傷の特徴からも、早期に全身管理を行い、早期復帰を図ることが重要のため労災初診時の対応加算の新設が必要と考える ・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。 ・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。	【臼井委員長】 【子田委員】

2	初診料	初診料（3,820 円）の引き上げ。 【理由】 ・基本的な診療行為の費用を一括して基本診療料として支払う方式がとられているが、その包括される内容が時代や環境の変化により年々増加していること、特に、労災診療における外傷の場合、緊急性が高く多発複雑損傷であることが多いため、診断過程に労力がかかることを考慮し、評価の見直しが必要である。 ・細かい加算点数に委ねるのではなく、初・再診料を中心とした基本診療料を大幅に増額するべきである。 ・健保でも上げられるべきであるが、物価上昇や賃上げに対応するため、適正な評価が必要である。また、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り、労災医療を確保するためのドクターフィー、ホスピタルフィーとして不十分である。	【内田副委員長】 【岩井委員】 【永濵委員】
3	再診料	再診料の引き上げ 【理由】 初診料と同様、適正な評価が必要である。	【永濵委員】 【岩井委員】

4	【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又は加算の新設 【理由】 ・労災診療の場合、緊急性が高く、加齢による多発複雑損傷であることが多く、初診時には時間的にも人的にも労力がかかり、予断を許さない事態が発生することも多い。また私病（高血圧、DM、骨粗鬆症、変形性関節症等）との関連も精査を必要とすることが多く、労災事故の外傷の特徴からも、早期に全身管理を行い、早期復帰を図ることが重要のため、高齢労災患者初期対応加算の新設が必要と考える。 ・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。 ・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。 ・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。	【臼井委員長】 【子田委員】 【永濵委員】
5	救急医療管理加算	救急医療管理加算の評価 ・前医にて既に加算を算定していても、病状悪化で転院を受け入れた後医（受け入れ医療機関）についても７日間の算定を可能とする。（病状悪化時のフォローアップと処置・OPE などを評価すべき） ・救急医療管理加算（入院 6,900 円×７日）との格差があまりにも大きいため、救急医療管理加算（入院外 1,250 円）の金額を上げ、救急医療の評価が必要。 ・	【城之内委員】 【永濵委員】

6	外来管理加算等	内科的診療（疾患に対する指導や処方）を行うとともに、外科的診療を行った場合の算定料合計が内科単独算定より多く算定できることとする。 【理由】 ・内科的診療に加えて、時間, 労力, 空間, 医療従事者側のリスク管理と手技を同時に行い、診療行為としてはむしろ多く行っているので、算定できる診療報酬を内科単独時より多くなければならない。	【城之内委員】
指導・管理料			
7	再診時療養指導管理料	再診時療養指導管理料（920 円）の引き上げ。 【理由】 ・再就労を目指しての療養上の指導においては、個々の機能回復訓練をはじめ精神面や食事を含めた日常生活指導まで多岐にわたり、また指導に時間・手間が多くかかる。また、高齢労働者・女性労働者の労災患者が増加し、さらに職場におけるメンタルヘルス問題が大きくなっている現状において療養指導の重要性は増している。	【内田副委員長】
8	【新　設】 業務上腰痛疾患管理料	業務上腰痛疾患管理料の新設 【理由】 ・労働者が仕事中の出来事により腰痛を発症する場合があり、発症から症状が改善するまでには時間を要する患者が多いことから、腰痛治療を行ううえで、継続的な治療管理が有効であると考える。保険診療においては「慢性疼痛疾患管理料」が設定されているが、私病による腰痛とは区別するため「業務上腰痛疾患管理料」の新設を要望する。	【永濵委員】
画像診断料			

９	透視診断	○透視診断を検査（関節造影・脊髄造影等）及び麻酔・神経ブロック（硬膜外ブロック、神経根ブロック等）造影剤を使用する際には算定できることにする。 【理由】 ・検査、ブロック治療を正確に実施するため、X-P 透視は必要です。術者への被曝による白内障、皮フ障害（皮フ癌、色素沈着等）のリスクに対しての評価が必要です。 ・手術に対しての対象拡大が評価されたが、検査治療（神経ブロック療法）に対しての評価拡大を希望する。 ○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こととする。 【理由】 ・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。良好な結果を得るために必要な作業であり、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。	【臼井委員長】 【永濵委員】
１０	X-P 撮影（一般 X 線撮影）	再診時に、通常の X-P 検査フィルムを読影した場合においてもコンピュター断層診断の特例（225 点）を算定できることとする。 【理由】 ・患者が前医の X-P 撮影データを再診時にも持参することが応々にしてある。 ・前回との比較チェックすることも重要であるため 1 回/月などの縛りなく、その都度算定可としていただきたい。	【臼井委員長】

１１	コンピュータ断層診断の特例	コンピュータ断層診断の特例の対象拡大 【理由】 ・新設された再診時の CT、MRI など特殊撮影の読影料 225 点については、他の医療機関からの持ち込みが対象となっており、自院より撮影を依頼したものに関しては算定ができないため、自院から依頼したものについても診断料を算定可とする。	【岩井委員】
リハビリテーション			
１２	リハビリテーション	脳血管疾患等リハビリテーション料と運動器リハビリテーション料の点数格差の是正 【理由】 ・同様の算定要件として有資格者（PT,OT）が実施し、実施者 1 人あたりの算定単位数の制限（18 単位/日、108 単位/週）も同様であるにも関わらず、疾患名での点数の差があることは不合理である。また、脳血管疾患等リハビリは 180 日を限度に算定が可能であるのに対し、運動器リハビリは 150 日が限度であり、疾患名での点数並びに要件の格差の是正を要望する。	【内田副委員長】
１３	リハビリテーション	算定日数上限を超える算定要件について 【理由】 ・リハビリテーション料において、医学的に改善の見込みがある患者に対する、算定日数上限を超える算定において、13 単位を超える場合は選定療養となるが、この場合は他の選定療養と同様に、「継続理由の記載」を算定要件としないこと。	【伊藤委員】
入　院　料			

１４	【新設】 手術【通則 11】 1,000 点	感染症患者（肝炎等）手術時の加算（1,000 点）などの感染者への手術対応の評価をすべき。 【理由】 ・緊急手術の場合は、感染症の有無の検査が出来ないことより、通常の患者と同様の医療対応を行うことから、感染症患者（肝炎等）手術の加算点数と同等の加算点数を新設するか、もしくは感染者への手術時の加算を 2,000 点にするなど適正評価をすること。	【伊藤委員】
１５	入院時の検査	入院時一般検査は算定可とする。 ・労災での入院においては、医師として患者の病状精査として、必要範囲で検査をする為、労災での入院として一般検査を認めてほしい。 ・弘前で出された肝疾患など感染症検査の基準も参考に	【城之内委員】
１６	入院時食事療養費	入院時食事療養費の引き上げ 【理由】 物価上昇や賃上げに対応するため、適正な評価が必要である。	【永濵委員】
処　置　料			
１７	四肢（鎖骨、肩甲骨及び股関節を含む。）の傷病に係る処置等の加算	肩の骨折時に胸部固定を行った場合にも、四肢加算の対象とする（対象拡大） 【理由】 ・四肢の傷病に対する処置であるため、四肢加算の対象とされたい。再診時は外来管理加算の特例措置を受けることができるが、初診時に行うことが多いため。 ※大阪労働局では、上記処置は四肢加算の対象として運用されており、明記されたい。	【永濵委員】

１８	ギプス料の評価	＜ギプス包帯管理加算、管理料の新設、四肢加算への対象追加などによる評価＞ 〇ギプス包帯管理加算の新設 【理由】 ・ギプス包帯後は、患部の膨張などで循環障害、神経障害、皮膚障害などを起こす可能性が非常に高い。きちんとしたギプス治療を行うために、ギプス包帯管理加算を要望する。 〇ギプス包帯管理料 （骨折や捻挫、靭帯損傷の患者に対しギプス包帯固定を行った後の適切な指導・管理料の新設） 【理由】 ・ギプス包帯固定後はギプスによる障害が出ていないか、ギプスの緩みはないか、骨折転位は無いか、固定肢の運動機能障害はでていないかのチェックが必要であり、またその予防のための指導も行う必要があるので、外来管理加算以上の点数（78 点、半肢の点数の 10%（週 1 回算定））の新設を要望する。 〇処置、手術と同様、四肢加算の対象に 【理由】 ・プラスチックギプス材料等含め、ギプス料が低すぎる。 ・骨折非観血的整復後のギプス固定は、保存的治療の中でも大切な治療法の 1 つであり、ギプス装着後もギプス障害によるマヒ、皮フ障害（褥瘡）等の観察管理が必要であるため。	【臼井委員長】 【内田副委員長】 【浅井委員】 【城之内委員】 【岩井委員
１９	消炎鎮痛処置	・電気料金の高騰などで多大な影響を受ける物療などの消炎鎮痛処置の点数を増額するべきである。	【岩井委員】

２０	絆創膏固定術	＜絆創膏固定術に対する評価＞ 【理由】 ・絆創膏固定は、足関節捻挫、膝関節靭帯損傷、肋骨骨折にしか認められていないが、労災外傷として足関節、膝関節以外の小関節の捻挫、靭帯損傷、骨折などが多発する。特に手指（足趾）など小関節の脱臼、骨折、靭帯損傷に対しての応急処置としての「テーピング処置の評価」を要望する。（初診時のみにも可とする） ・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。 ・絆創膏固定術は、同一日に複数個所に対して施術しても 1 部位しか算定できず、週 1 回の算定である。例えば左膝靭帯損傷と左足関節捻挫を受傷した症例では、それぞれの部位に絆創膏固定術を実施すれば 1 日 1 箇所につき 1～2 本の絆創膏、合計 2~4 本の絆創膏を使用することになる。1 週間のうちに複数回の受診があれば、絆創膏自体もそのたびに無料で支給、無料で固定術を施術することになる。絆創膏固定術（週 1 回、1 部位のみ）の処置台では絆創膏費用を相殺しきれないため、そのための評価が必要。 ・手指や足趾の骨折や靭帯損傷に対して、手指、足趾絆創膏固定は、損傷部位を安定させるために隣接手指・足趾と合わせて固定するバディバンデージを含み日常臨床では行われることが多いが、手技に対する診療報酬が設定されていないため、現在は創傷処置として算定している。「手指、足趾絆創膏固定術」などの評価の新設を要望する。	【臼井委員長】 【内田副委員長】 【浅井委員】 【奥寺委員】 【子田委員】 【伊藤委員】 【岩井委員】

２１		○大関節テーピング 絆創膏固定術（テーピング）を肘関節捻挫、肩関節捻挫に対して施行した時にその手技料を評価する。 【理由】 ・絆創膏固定術（テーピング）は、現在、膝関節捻挫と足関節捻挫に診療報酬点数が定められているが、肘関節靱帯損傷や肩関節捻挫に対する適応は定められていない。しかし臨床現場では一般的に行われている手技であり、有効性も示されているので新たに大関節部テーピングとして申請したい。 ○小関節テーピング 手指や足趾の骨折や靭帯損傷に対して絆創膏固定術（テーピング）を行った場合の手技を算定可能とする。 【理由】 ・小関節の外傷に対する絆創膏固定術としての診療報酬がないため、絆創膏固定適応範囲の拡大を求める。この場合の絆創膏固定とは、損傷部位を安定させるために隣接手指・足趾と合わせて固定するテーピングを含むものとする。	
２２	【新　設】 上肢体幹固定術	①上肢体幹固定術の新設 ②肩関節周辺の外傷（上腕骨近位端骨折や肩関節脱臼又はその整復後）の外固定法（デゾー固定：三角巾とバストバンドで固定する）を項目化して欲しい（鎖骨・肘骨同様の 500 点）。 【理由】 ①肩関節脱臼や上腕骨近位部の骨折等に対し、所謂デゾー固定を行うことがあるが、固定術としての処置点数が設定されていない。鎖骨または肋骨骨折固定術と同じく、500 点での新設を要望する。 ②デゾー固定については、適当な代替点数がない為、創傷処置の２又は３又は４で算定していると思うが、医療機関でまちまちであり統一性がない。実費（材料費）が約 2,000 円かかることから鎖骨や肘骨の固定と同様に新設して欲しい。	【内田副委員長】

２３	【新　設】 骨折管理加算、骨折指導管理料	骨折管理加算、骨折指導管理料の新設 【理由】 ・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。 ・骨折患者に対して、骨折の病態・日常生活での注意点・予後・就労への復帰見込みなどを医師・看護師・理学療法士が連携を取って計画的・経時的に行った場合に、これを総合的に評価すべき。 ・骨折患者に対して骨折の状況を説明し、日常生活の注意点・予後・就労への復帰見込みなど説明するには医師に時間的な負担がかかる。看護師や理学療法士は日常生活の注意点を説明したり、普段の就労状態の確認を行い注意を喚起することは可能である。この医師を含めた多職種連携の総合的な指導管理を評価すべき ・骨折に対して、患肢挙上や日常生活動作の仕方などを指導しても再診時療養管理料以外は算定できないが、医師の技術料として転位のない骨折に対して治療を行う場合に、骨折管理料の新設をすべき。	【内田副委員長】 【浅井委員】 【城之内委員】
２４	【その他】 高齢者の労災患者に対する処置料	高齢者の労災患者に対する処置料の引き上げ、治療期間の延長 【理由】 ・高齢者は元々、骨粗鬆症とか変形性膝関節症などの加齢現象のある方が多い、この方々が受傷した場合、特別な薬の処方、注射もある程度必要を要するため。	【奥寺委員】
２５	創傷処理、骨折非観血的整復術	創傷処理、骨折非観血的整復術の増点 【理由】 ・労災事故における傷害は相当大きなものであり、診療が完全に中断されることが多い。四肢加算がついているものの十分とは言えず原点数を相当上げるべきである。特に創傷処理において創が筋膜に達しない場合の処理料が安価であり、複雑な皮膚の形成を要するものもあり、もっと増額するべきである。	【岩井委員】

２６	肋骨骨折の治療	肋骨骨折の治療に関して、骨折非観血的整復術(1440 点)で請求する医療機関があり、社会保険ではリブバンドによる固定を行った場合、肋骨骨折固定術(500 点)で請求するよう指導している。しかし、労災では J119-2 腰部又は胸部固定帯固定(35 点)＋J200 腰部、胸部固定帯加算(170 点)での算定として査定される。 【理由】 ・同じ事をするので、格差是正を考え点数の引き上げを要望する。	【城之内委員】
２７	【その他】	同日、近接部位で、2 つの病名があれば処置を 2 つ認めていただきたい。 【理由】 病態の異なる病名であれば、それぞれ手間がかかっている。	【内田副委員長】
２８	【その他】	介達牽引と消炎鎮痛等処置の同時算定を認めること。また、消炎鎮痛等処置の算定については、部位数制限をすることなく、実施必要な部位数の算定を認めること。	【伊藤委員】
２９	【その他】	創の治療において、局所麻酔を行わないで、テープ、ボンド、ステープラー等により閉鎖等を行うなど、縫合と医療上同等の創傷処理を行った場合は、麻酔を用いなくても創傷処理の算定を認めること。	【伊藤委員】
手　術　料			
３０	指内の異物除去	指内の異物除去に対しての評価をお願いしたい。 【理由】 ・指内にミシン針の破片が残存、透視下に手指から破片を除去することがありますが、現行では手掌部の異物除去しかなく、時間と労力、透視を使う割に、切開でしか算定できず、その評価をしていただきたい。	【臼井委員長】

３１	入院の室料加算	入院の室料加算における個室使用基準の一部を緩和すること。 【理由】 ・収容理由②―ウ項において、患者のいびき、認知症等により他の患者より隔離治療を要す場合等の医師の裁量権拡大を要望する。	【伊藤委員】
３２	エコー	骨折をエコーガイド下に整復した場合に、エコーを算定可能とする。 【理由】 ・エコーを用いて、骨折非観血的整復術を行うことがあるが現状算定できない。医師の技術料として評価して欲しい。	【城之内委員】
３３	手指伸筋腱の縫合	「手の外科」を適切に評価するため、手指伸筋腱の縫合は腱縫合術で算定できるようにすること。	【伊藤委員】
３４	体外衝撃波疼痛治療術	疲労骨折後や偽関節に対して体外衝撃波治療を行った場合の体外衝撃波疼痛治療術について評価する。 【理由】 ・現在、疲労骨折後や偽関節に対しては低出力超音波が現在保険収載されていますが、使用しても癒合が得られない場合もあり、その際骨移植等を用いた手術が必要になる。しかし、体外衝撃波治療は外来で治療可能な機器で、現在足底腱膜炎に対する体外衝撃波疼痛治療術が保険収載されています。体外衝撃波治療は骨新生作用もあり、疲労骨折後や偽関節に対し有効であるとのエビデンスもあるため、これを診療費に申請したい。	【浅井委員】
３５	術中透視装置使用加算	術中透視装置使用加算を算定できる対象として、「中足骨」を追加（対象拡大） 【理由】 趾骨、足根骨の場合は算定できるが、「中足骨」のみ算定できないため。	【永濵委員】
材　料			

３６	超音波診断の算定	超音波診断を労災における多発外傷の場合、腹腔内や関節など多部位に行った場合、CT 等で精査が出来ない場合において算定できることとする 【理由】 ・診療所などで多発外傷を見た場合に胸腔や腹腔に出血が無いかを見て、高次医療機関に搬送する判断基準となり得るのと、整形外科的には靱帯損傷や鍵盤損傷の場合には超音波検査の方が損傷程度が良く診断出来得るため、受傷直後より正確な診断がより得られやすいため。	【城之内委員】

３７	【その他】 超音波ガイド	○超音波ガイド下神経ブロック加算 【理由】 ・神経ブロック時に超音波をガイドとして行った場合に超音波加算（手技料と材料費、機械の原価償却費）を認めていただきたい。 ・近年、神経ブロック施行時に超音波をガイドとして使用することが普及している。超音波を使用することにより、神経ブロックを安全に確実に行うことができ、患者及び医療従事者の負担を減らすことが可能となる。しかし、現在の算定基準では超音波装置及び超音波対応針のコストは含まれておらず、その費用を適切にご評価いただきたい。 ○超音波ガイド下関節内注射加算 【内容】 ・関節内注射（特に股関節）を施行する時に超音波をガイドとして行った場合に超音波加算（手技料と材料費、機械の原価償却費）を認めていただきたい。 【理由】 ・関節内に薬液を注射することは日常診療において頻繁に行われるが、深部に存在する股関節は外観から同定は不可能であり、また強度に変形した関節は裂隙が狭く、針を正確に刺入することは困難である。超音波を用いることで正確に薬液を入れることができるが、現段階では超音波機器は高額であり、またその手技も精通・施行には時間と労力を要する。医療レベルの向上のためにも新しい医療技術として評価していただきたい。	【浅井委員】 【子田委員】

３８	拡散型圧力波疼痛治療術	腱鞘炎、腱付着部炎、関節包炎に対して拡散型圧力波疼痛治療術を行った場合に拡散型圧力波疼痛治療術を評価する。 【理由】 ・拡散型圧力波疼痛治療術は体外から圧力波を病巣部に照射することによって、筋、腱、腱付着部、関節包の炎症に対する抗炎症作用（痛みを感じる自由神経終末の破壊、炎症性サイトカインの抑制効果）による除痛をもたらし、また筋のアセチルコリンレセプターの破壊を生じ、筋の緊張緩和の効果を発揮する。	【浅井委員】
３９	【その他】 手術材料の算定	手術材料の算定において、術中、長さが合わずに交換したスクリュー、プレート等について、１つまでは保険請求を認めること。	【伊藤委員】

４０	創傷被覆材	○創傷被覆材を用いた処置を、医師の指導下に自宅で行う場合、用いる材料費として、実費相当額を算定できるものとする。 【理由】 ・健康保険では医療機関で創傷処置を行う際に使用した創傷被覆材のみ算定できることとなっているが、滲出量が多い場合など、自宅での処置を追加して行う必要がある場合もある。労災特例として既に認められている「皮膚瘻等に係る滅菌ガーゼ」と同様の扱いとし、実費相当額を算定することができるようにしていただきたい。 ○創処置に創傷被覆材を用いた場合、労災では創の状態が不良のため、治癒するまでに時間を要することが少なくない。必要に応じて、5 週間まで創傷被覆材を使用できることとする。 【理由】 ・挫創等により皮膚欠損を生じた際、創面の良好な治癒を得るため、創傷被覆材を用いる。健康保険では原則として初回使用日から 2 週間、状況により 3 週間までの使用が認められているが、3 週間を超えても上皮化が完了しないことが珍しくない。この場合、材料費は請求できないため医療機関の持ち出しとなっている。労災においては、その受傷機転からも、必要な期間の使用を認めていただきたい。	【浅井委員】
特　例　等			
４１	労災電子化加算	現在、電子化（オンライン）と紙媒体が混在していることからも、オンライン請求一本化推進の為にも電子化加算の引き上げを要望。 【理由】 ・金額が伴えばオンライン化への経費の補てんがされる為 （1 件 5 点→20～50 点　あるいは　1 医療機関 200～300 点）	【臼井委員長】

４２	精神科職場復帰支援加算	精神科職場復帰支援加算の引き上げ。 【理由】 ・精神障害の労災は過去最多となり、原因別ではパワハラが最多となっている。復帰のためには入念な判断が必要であり、かかる労力を考慮すると、引き上げが必要であると考える。	【内田副委員長】
４３	在宅療養管理指導関連 ※アフターケア制度	アフターケア（脊損・尿路系障害）の保険適応範囲において、(14）コード（＝例えば在宅自己導尿指導管理料）が労災適応外である。アフターケア（労災）適応にして頂きたい。 【理由】 ・当該制度の目的“傷病労働者の労働能力を維持し、円滑な社会生活を図る、、、、”とある通り、在宅療養しながら社会生活を過ごされているため、各種在宅療養指導関連は必要である。	【内田副委員長】
４４	【新　設】 感覚器診療の特別加算	感覚器診療の特別加算を新設すること。 （視力管理料 200 点、聴力管理料 200 点）	【伊藤委員】
４５	プロスタグランジン製剤	プロスタグランジン製剤の適用に関して、保険適用以外の外傷による血行障害に対しても算定を認めること。	【伊藤委員】
４６	検査	労災認定された疾患、患者に対して、血清脂質、骨系検査、甲状腺機能など関係のない様に見える検査に対して病状把握のため必要と認められる検査について、疑義がついている。 【理由】 ・早期社会復帰には全身管理が必要と認めるべき。	【城之内委員】
そ　の　他			
４７	【その他】	・レセプトの提出期限を毎月 10 日ではなくもう少し遅くしていただきたい。健康保険のレセプト提出と重なり、かなり忙しい。	【城之内委員】

４８	【その他】	・石綿症による中皮腫、肺がんなどに高額、長期間症例が多々見られる。職歴以外に病理診断などで紛塵吸入のエビデンスを必要としたら、いかがでしょうか。その場合は糖尿病、高血圧、心疾患、皮膚疾患など所謂、他病の算定も治療（原病）に必要と認めたらいかがでしょうか。	【城之内委員】
４９	【その他】	薬剤投与偏重傾向を是正するため投薬のない診療に対して充分な算定額を必要とする。 【理由】 ・薬剤投与の無い内科的診療がこれからは非常に大事になるため、その比重を重くする必要がある（薬価を下げて）	【城之内委員】
５０	感染症検査	患者に強く掴まれたなど、体液の接触のない症例などの感染症検査。 殊にＨＩＶ系の検査はいかがか。	【城之内委員】
５１	【その他】	労災保険医療における柔道整復については、点数及び施術期間の適正化を図ること。また、施術範囲を超えた費用の請求があるものについて適正化を図ること。	【伊藤委員】
５２	【その他】	保険医療機関で治療中は、同じ負傷等に対する施術（柔道整復等）は保険対象外であることを厳格に取扱うこと。	【伊藤委員】

５３	症状固定後に生じる問題点	○症状固定後に生じる問題点 健康保険法第１条は、その目的の中で業務上の傷病に対する給付を否定している。一方、労災保険において症状固定後は基本的には「治癒」とみなし、同様に保険給付の対象外としている。つまり、労災医療においていわゆる症状固定が認定された後の診療費は、どちらの保険給付の対象にもなりえない。応招義務より医療機関としては患者の主訴があれば診療を拒否することはできず、その傷病が労働災害によるものであれば、改めて労災保険の適用が認められるべきと考える。 しかし同時に休業補償、傷病年金等、他の労災保険給付等において種々の問題が生じる。現行の症状固定及び再発の認定のあり方（医師の関与のあり方を含め）等とも密接に関連しており、制度の総合的な検討が行われるべきと考える。現行の制度の運用によってカバーする方法として「労働福祉事業としてのアフターケア制度」の活用があるが、同制度は積極的な治療を認めていない、対象傷病・対象患者等も極めて狭いなどの問題点がある。 早急に診療報酬、治療範囲、傷病等級等に係る制限を緩和し、実質的に症状固定後の治療をこれらの制度の活用によってカバーするような対応が必要であると考える。	【城之内委員】