

労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会

答 申

諮 問 :

【労災保険】

「社会保障における労災保険指定医療機関の今後の役割」

【自賠責保険】

「交通事故診療における周辺問題について」

平成26年1月

日 本 医 師 会

労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会

平成26年1月21日

日本医師会長
横倉義武殿

労災・自賠責委員会
委員長 茂松茂人

答 申

本委員会は、平成24年9月5日に貴職より諮問されました「社会保障における労災保険指定医療機関の今後の役割」及び「交通事故診療における周辺問題について」に関し、鋭意検討を重ね、今般、諮問に対する意見を以下のとおりまとめましたのでここに答申いたします。

また、労災診療費算定基準に関し、本委員会として、早急に改正すべき最重点要望項目（10項目）および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 茂松茂人

副委員長 稲垣善幸

委員 宇賀治行雄

委員 内田一郎

委員 杉本欣也

委員 中村淳一(平24.9.5~平25.6.13)

委員 中村涉

委員 沼本重遠(平25.8.1~)

委員 深澤雅則

委員 二山孝司

委員 丸山明則

委員 村田欣造

目 次

《はじめに》	1
I. 労災保険・自賠責保険に係る課題	
労災・自賠責保険の制度概要等に係る周知等の必要性	3
II. 労災保険に関して	
1. 労災保険指定医療機関としての疾病予防に向けた取り組み	
1) 精神疾患に関して	7
2) 睡眠障害について	8
3) 脳・心臓疾患について	9
4) 癌と職場復帰について	11
5) 東京電力福島第一原子力発電所等における作業従事者への対応	12
2. 労災診療費算定基準	
労災診療費の審査の在り方	17
3. 労災かくし	19
III. 自賠責保険に関して	
1. 交通事故診療に係る問題点とその対応	
1-1 健康保険使用に係る問題と自賠責保険診療費算定基準 (新基準)	23
1-2 物損事故に対する保険金支払い	33
2. 医業類似行為	35
3. 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	39
IV. 日本医師会労災・自賠責委員会が行うアンケート調査【概要版】	45
《おわりに》	51
添付資料-1	
会員向け研修用ツール(スライド)	65
添付資料-2	
労災・自賠責に係るアンケート調査<集計結果>	85

《はじめに》

平成24・25年度の労災・自賠責委員会に対し、会長より、労災保険に関しては、「社会保障における労災保険指定医療機関の今後の役割」、自賠責保険に関しては、「交通事故診療における周辺問題について」との諮問を受けた。

健康保険の診療報酬改定は、平成22年度、24年度とプラス改定になったものの、二期連続して大規模急性期病院に財源が重点的に配分され、中小病院や診療所にとって、実質的にはマイナス改定となった。労災保険の診療報酬は健康保険に準拠している部分が多く、労働者の労災事故に対して第一線で労災医療を担う診療所・中小病院にとっては、この数年間、評価できる改定とはなっていない。

また、近年の労働災害は、労災事故は漸次減少傾向にあるものの、労働環境が変化し、脳・心臓疾患、精神障害の労災請求が増加している。さらに、労災保険においても支払基金等への労災診療費のレセプト審査事務の委託検討や、労災レセプト電算処理のオンライン化が実施されるなど、経費削減や効率化のみが優先される傾向が見受けられる。

このような医療情勢の下、今期委員会では、労働災害が発生した後の労災医療の問題点の検討に限らず、労働災害発生以前における労災保険指定医療機関として果たすべき役割について、二次健康診断等給付を利用した生活習慣病予防対策やメンタルヘルス対策に関する労災保険指定医療機関と産業医、地域産業保健センターとの連携など、労働者の疾病予防に対する取り組みについても検討を行った。

労災診療費算定基準については、脳・心臓疾患、精神障害の労災請求が増加している状況に鑑み、内科、精神科系の労災保険指定医療機関における被災労働者の職場復帰に見合った診療報酬体系への見直しを検討しつつ、前期の本委員会の要望項目における未対応項目も含めて、改めて整理を行うとともに、医療情勢や労働環境の変化に対応できる診療報酬体系のあり方について協議した。

一方、自賠責保険においては、従来からの懸念である健康保険と自賠責保険の優先使用の問題、全国的に普及している自賠責保険診療費算定基準の今後の在り方について検討するとともに、自動車損害賠償責任保険審議会で指摘されている物損事故による自賠責保険からの支払い問題等についても言及した。

また、東日本大震災から3年を経過しようとしているが、被災地の復興は進んでいない状況であり、東京電力福島原発における労働者の健康管理や認定問題、今後の障害補償についての現状を確認するため、福島労働局とも懇談を行った。

加えて、被災労働者や交通事故による被害者は、労災保険指定医療機関に限らず、すべての医療機関において受診機会があり、労災保険、自賠責保険の取扱いが少ない医療機関や研修医に対しても基本的な労災保険および自賠責保険制度に対する理解が必要と考え、研修ツールの作成など周知方法の検討を行った。

I. 労災保険・自賠責保険に係る課題

労災・自賠責保険の制度概要等に係る周知等の必要性

健康保険制度すら複雑混迷で、保険医が十分に認識・理解されているとは思われない。ましてより頻度の少ない労災保険、自賠責保険においては、なおさら理解度が低いのではと考えられる。一般的には、臨床の場で労災保険や自賠責保険に遭遇し、難渋しつつ対処しているのが現状ではないか。

できれば、医師としての臨床研修の場から、労災保険や自賠責保険を理解、習得する機会があれば、臨床現場で遭遇しても戸惑うことがなく対応できるため、労災保険や自賠責保険の制度概要の周知が必要であると考えられる。

1) 労災保険について

労働者の業務上あるいは通勤途中に被災した負傷、疾病、障害、死亡などに対して、厚生労働省が管掌する責任保険として1947年（昭和22年）に労災保険制度として開始され、労働者雇用主に労働基準法により個別災害補償責任を義務付けた制度である。労災保険は、原則として労働者を雇用する全ての事業所に加入義務があり、その保険料は事業主から徴収される。

健康保険制度において、保険医療機関としてその指定を受けているように、労災保険制度においても約4万足らずの医療機関が労災保険指定医療機関の指定を受けている。これにより被災労働者は、療養補償給付（医療給付）を全て現物給付されている。また、何らかの事情があつて労災保険指定医療機関以外の医療機関で治療した場合でも、被災労働者の一時自費払い後に労働基準監督署に申請のうえ償還される。

健康保険では健康保険被保険者証等を提示して、保険診療が認められ診療が開始されるが、労災保険では「療養補償給付たる療養の給付請求書」（業務災害では様式5号、通勤災害では様式16号）が被保険者証に代わる証明書となり、そこには被災状況等が記載され、雇用主、労働基準監督署からの承認がとられており労災医療が担保される。

また、労災保険の守備範囲は業務災害、通勤災害から産業保健面、精神保健面へと拡大し、広域災害発生時には更にその範囲が伸長される。そして、就労者の健康管理としての二次健康診断等給付も労災保険の中で重要な位置を占めている。

— 労災診療費など —

診療費の算定は、労災診療費算定基準に基づいて行われ健康保険診療報酬点数に準拠した点数部分と労災保険独自の評価である特掲料金としての金額・点数表示の2つから成り立っている。点数部分は1点単価12円（非課税医療機関は11円50銭）で算定し、手術、処置、リハビリテーションには四肢加算として、所定点数を1.5～2倍して算定することができる。

特掲料金は、初診料、再診料等、健康保険診療報酬とは別に料金が決められており、

労災保険独自に決められている再診時療養指導管理料、手指機能回復指導加算、救急医療管理加算などが算定できる。

また、再就労療養指導管理料、職業復帰訪問指導料、石綿疾患療養管理料、リハビリテーション情報提供加算、石綿疾患労災請求指導料、術中透視装置使用加算などが点数請求できる。この他にも初診時ブラッシング料、固定用伸縮性包帯、頸椎固定用シーネ、膝・足関節の創部固定帯、鎖骨固定帯も実費相当額を点数化して請求できる。さらに、入院においては、入院基本料の入院の日から2週間以内の期間は、健保点数1.3倍と急性期を特に評価し、15日以降も健保点数の1.01倍となる。労災治療計画加算として、治療計画書を入院後7日以内に交付・説明した場合の加算、一定の要件に該当し、個室～4人部屋までに入院させた場合の入院室料加算、緊急入院のための病衣を貸与した場合の病衣貸与料などが請求できる。健康保険と比較して、労災の独自性を評価した項目が多く設定されている。

—労災診療費給付の流れ—

労災保険指定医療機関は、労災診療費を概ね毎月10日前後までに都道府県労働局に請求し診療費審査委員会の審査を経由して厚生労働省より支払われる。

労災保険案件としての給付に疑義ありとして、労災保険診療費が支払われないとの決定がなされた場合、(公財) 労災保険情報センター (R I C) と契約している医療機関では救済措置が受けられる。交通事故、自賠責保険等に絡んだ案件では、その補償の充実度から従前より自賠責保険が優先的に取り扱われるべきものと考えられるが、労災保険給付がなされた場合には労働局より損保会社等に求償される。

—障害補償給付（障害等級の認定）について—

労災保険として一定期間治療後に症状固定（症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行っても医療効果が期待できなくなったとき）と認定された場合は、身体に障害の残った労働者には、残存傷害の程度に応じて傷害補償給付が支給されるが、申請には診療を担当した労災保険指定医療機関の担当医の後遺症診断書の添付が必要となるケースによっては、地方労災医員が労働基準監督署において、対診後に意見書を記入し傷害等級が決定され、補償一時金、年金等が給付される。また、この際に被災疾患等により、アフターケアとして一定の保険上の措置等の必要性も認められる。

2) 自賠責保険について

わが国における急激な自動車保有台数の増加、自動車普及社会の発展に伴い、交通事故死傷者数の激増が社会問題化し交通事故の被害者救済・保護の必要性が強く求められ、自動車損害賠償保障法が制定され、強制保険である自賠責保険が1956年に実施された。自賠責保険は、被害者保護・救済が主目的で、加害者の賠償責任要件が強化され被害者の無過失責任に強く踏み込まれている。自賠責保険は、自動車保有者に加入が義務付けられ、その保険料で運営されており、保険料率はノーロス・ノープロフィットの原則のもとに適宜見直しが行われ、自賠責保険財源が確保されている。これらの事情より、被害者に7割までの過失があっても支払い限度額まで保険金給付される。被害者に7割以上の過失があれば支払限度額は2割減額、10割過失では保険金は支払われない。このように交通事故に起因した医療では対人賠償として自賠責保険が関与するが、場合により自動車任意保険、特に搭乗者傷害保険、人身傷害補償保険などが適用される。

自賠責保険に係わる診療報酬については、自動車損害賠償責任保険審議会（自賠責審議会）が日本損害保険協会、自動車保険料率算定会（現在の損害保険料率算出機構）に対して、日本医師会の協力を得て、自賠責保険診療費算定基準（以下、「新基準」という。）を早期に設定するように求め、1989年（平成元年）6月に新基準が策定された。具体的内容は、現行の労災診療費算定基準に準拠し、薬剤など「モノ」については1点単価12円、技術料については20%を加算した額を上限とされた。診療費の支払については、自賠責保険のみの場合は請求書類受理日から2ヶ月以内、自賠責・任意保険一括の場合は翌月末日までに支払うことを原則としているが、これは地域の実情に応じて各地域で協議の上、決定している。この労災準拠方式による自賠責保険請求・支払の新基準は、現在では46都道府県において採用されているが、実際の診療費請求は個々の医療機関の裁量に任せられ（手挙げ方式となっており）強制するものではない。

—診療費請求の実際—

自賠責保険では、医療費の請求は被害者請求の利用が基本であり、被害者（患者）から委任を受けた医療機関が、加害者が契約している自賠責保険の損害保険会社へ医療費を請求し受領している。この請求も実際は、加害者の加入している損害保険会社へ自賠責保険・任意保険を一括で請求している。それ故に、この加害者側損害保険会社との請求支払契約関係が重要で、診療開始当初に明確にしておく必要がある。

—自賠責保険をめぐる諸問題—

交通事故診療に係る診療費はあくまでも自由診療であり、自賠責保険、自動車任意保険などが絡んできて、医療機関によって診療報酬の価額高低が問題化してきた。そこに健康保険、労災保険などの診療費基準が存在するために如何にすべきかが協議され、結果として46都道府県において労災準拠方式が示され、公正取引委員会に抵触しない形として医療側、支払側が認識している。ところが実情としては、診療報酬の安い健康保険の診療報酬による請求を損害保険会社側が強要してくる場合があり、また、入院例で

は自賠責保険の上限額を超える請求では任意保険に及ぶため、交通事故の過失割合が関係して更に問題が複雑化してくる。また、健康保険には保険診療そのものについて種々の制限が付随し、健康保険の保険者は交通事故診療は第三者行為として損害保険会社に求償しなければならない。健康保険の保険診療費の患者一部負担金についても、診療の都度支払うことが療養担当規則に規定されている。これらについては損害保険会社、医療者との間で、長年にわたり未だ解決しがたい難問として存在し続けている。

それとともに、自賠責保険にも医業類似行為業者として柔道整復師、あん摩、はり・きゅう業者などが参入し、医療機関での診療中途からの移動、復帰、後遺症認定診断書発行などの複雑な問題が発生している。

3) 労災保険、自賠責保険の制度概要等についての周知

これまで労災保険、自賠責保険における制度概要について述べてきたが、とてもこれだけで全てを記述できたとは考えていない。

制度概要の周知については、医療者並びにその関係者に限定した場合、労災診療研修会、自賠責保険研修会などの周知する機会が従来からあったが、内容が医学的なものに偏りがちで制度そのものの問題点にまで踏みこんでいなかった傾向がある。また、医療者の中でも医学生、研修医への周知対策も勿論必要だが、彼等の立場・目線からすれば他に研修、吸収しなければならない項目が多過ぎ、とてもこの方面にまでは及ばないのが実情ではないか。

健康保険においては、「医科点数表の解釈」（青本）のような保険請求の聖書があり、困った際には診療報酬の審査支払機関である社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険連合会、医師会などを問い合わせ機関として利用している。

一方、労災保険では都道府県の労働局、労災保険情報センターが発行する「労災診療費請求事務手引」、「労災診療費算定実務講座」などを参考にしつつ、不明点が生じた場合は、労働局労災補償課などを活用するのが実情である。自賠責保険では、新基準においては労災準拠が原則であり、労災の請求方式を参考にする。

このような現実的な医療者への周知、教育は必要であり、また、指導を行う行政では無理であるので医師会側が唯一この業務を行える立場の者である。今後も様々な機会を捉えて、医師会側が周知していくべきであり、その準備も必要と考える。

Ⅱ. 労災保険に関して

1. 労災保険指定医療機関としての疾病予防に向けた取り組み

1) 精神疾患に関して

近年、精神疾患による労災補償認定申請が右肩上がりに増加している現状(表1参照)に対して、国は職場におけるメンタルヘルス対策の推進を重要課題に挙げている。現在、全国47都道府県にメンタルヘルス対策支援センターが設置され、職場におけるメンタルヘルス対策に関しての指導や相談に応じる体制は出来ているが、個々の治療等には介入は出来ない状況にある。メンタルヘルス対策においては、メンタルヘルス不調者を如何に早期発見出来るかが重要であるが、本人からメンタル不調を訴えて来るケースは少ないとされている。多くの場合、体調不良を訴えて精神科以外の医療機関を受診し、身体性疾患の存在が否定された後、メンタル不調が原因であると診断される。労災保険指定医療機関ではメンタル不調が仕事や職場に原因がある場合には、休業や配置転換などのアドバイスを求められるケースもある。軽症の場合は一般診療科でも対応されているが、重症のケースでは専門医である精神科または心療内科への紹介となることが多いため、労働者のメンタルヘルスに理解のある精神科医の存在が不可欠である。近年、産業医学振興財団による精神科医への産業医学教育が行われた結果、産業医学的知見を有する精神科医は増えている。こうした精神科医には労災保険指定医療機関の登録をして、産業保健活動への積極的な参加を願うものである。

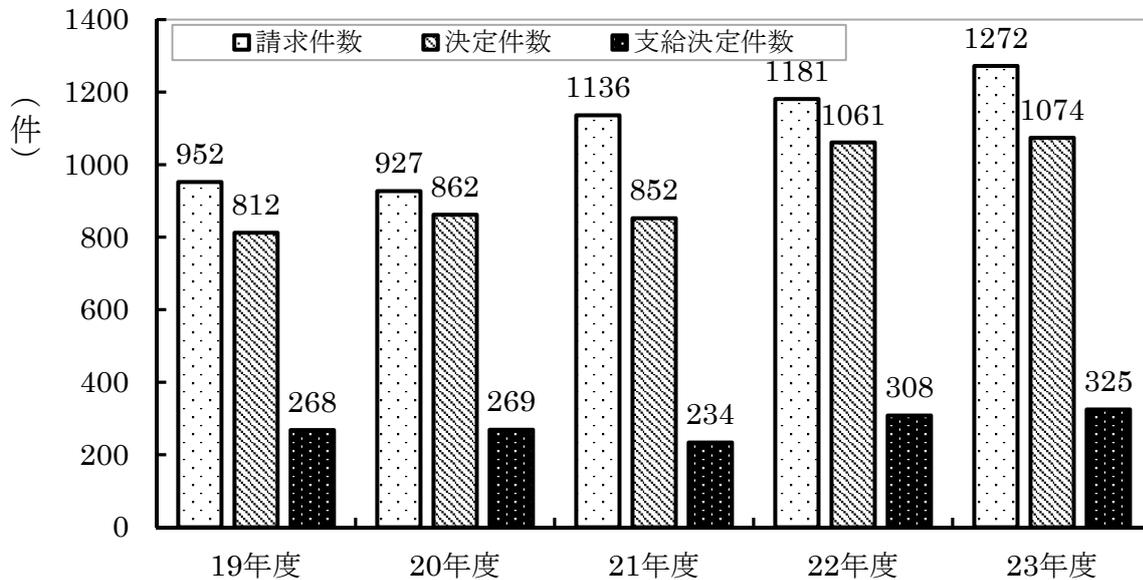
職場のメンタルヘルス対策で往々にして難渋するのは職場復帰の問題であるが、そこには労災保険指定医療機関としての精神科医と事業場における産業医との連携が必要である。平成24年度の労災診療費算定基準の改正では、再就労療養指導管理料に「精神疾患を主たる傷病とする場合」という区分が新設され、産業医と精神科医間で用いる指導管理箋も用意されていることから、これを活用して連携に役立てることが望ましい。

また精神科医は患者側の立場に沿った診断名を記載するケースが散見されるが、産業医にとっては理解が難しい病名もあり、ICD-10に立脚した病名を診断書に記載することが求められる。一方、産業医は職場における患者の問題点、立場、人間関係などの情報を提供して、職場復帰に向けてのプログラム作りに協力すべきである。

さらに、職業関連の疾病に対する診療の連携には、産業医や一般医にとっては労災病院を紹介先とし易いため、労働者のメンタルヘルス障害についても全国全ての労災病院に精神科または心療内科外来を設けて対応することが必要である。

そのほか、地域産業保健センターは従業員50人未満の事業場の健康相談の場を提供しているが、メンタルヘルスの相談員が不足している。労災指定を標榜する医療機関の精神科医と心療内科医には、メンタルヘルス相談員として地域産業保健事業への協力が望まれる。

[表1 精神障害に係る労災請求・決定件数の推移]



- 1 決定件数は、当該年度内に業務上又は業務外いずれかの決定を行った件数で、当該年度以前に請求があったものを含む。
- 2 支給決定件数は決定件数のうち「業務上」と認定した件数である

(出所：厚生労働省ホームページより)

2) 睡眠障害について

交代勤務、深夜までの営業、自動車の運転業務等、不規則な睡眠にならざるを得ない職種は少なくない。産業医あるいは労災保険指定医療機関は、労働者の睡眠障害が労災事故の発生に繋がることのないように指導・対処しなければならない。ことに医療関係者においては、医療事故を起こさないための医療安全の面から睡眠障害の問題は重要である。

また、入眠障害はうつ病の発生原因になり、中途覚醒はうつ病の結果であるといわれ、労働者の睡眠の状態を把握することはメンタルヘルスにおいて重要な意味を持っている。

さらに、運転業務を主として行う労働者では、常に睡眠時無呼吸症候群の可能性を念頭に置き、日中に眠気や疲労感を訴える場合には検査を適宜施行すべきである。

このほか、労働者の精神疾患としてはアルコール依存症、若年性アルツハイマー病などが挙げられるが、労災保険指定医療機関あるいは産業医としては、事業主と労働者およびその家族の間で円満な対応策が出せるように相談に応じて指導する必要がある。

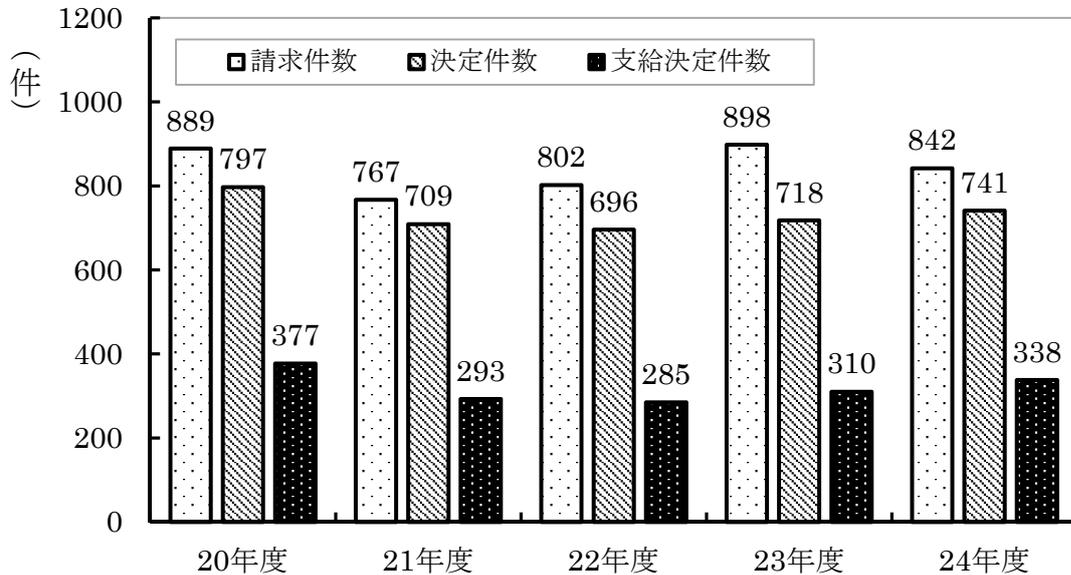
3) 脳・心臓疾患について

「過労死」など脳・心臓疾患による労災支給決定件数が、平成24年度は338件（前年度比28件の増）で3年連続増加した（表2参照）。このような過重業務に加えて、生活習慣病を抱える労働者の増加、労働者の高齢化などを加味すると、脳・心臓疾患の労災支給決定件数は今後増加することが予想され、労災保険指定医療機関への疾病予防に向けた取り組みの必要性が高まっている。

労働安全衛生法に基づく定期健康診断においても、高血圧や糖尿病、脂質代謝異常、肥満などの有所見率は年々増加している（表3参照）。特定健康診査では腹囲とこれ以外の1項目でも異常所見があれば特定保健指導等が給付されるのに対し、労災保険では定期健康診断で行われる4項目（①血圧測定 ②血中脂質検査 ③血糖検査 ④腹囲の検査またはBMI（肥満度）測定）の「全てが異常の所見」と診断された場合に限り、二次健診や特定保健指導を受けることができる（表4参照）。ただし、これらの定期健康診断で異常なしと診断された項目について、産業医が就業環境などを総合的に勘案し異常が認められると診断した場合には、産業医の意見を優先し、当該検査項目について異常所見があるものと見なされる。しかし、この取扱いが十分現場に浸透しているとはいえず、定期健康診断の結果4項目「全てが異常所見」でないと、一律対象外として扱われる事例もあるようであり、現場に対して十分な周知を行うとともに、二次健康診断等給付の指定医療機関は、定期健康診断での4項目「全てが異常の所見」の要件を満たさない事例においても、脳・心臓疾患の症状を有すると診断した労働者に対して産業医と連携するか、あるいは自ら意見を述べて二次健診等を受診するよう勧奨すべきである。

二次健康診断等の給付要件を緩和すれば、産業医の選任義務のない小規模事業所でも二次健診受診率が上昇し、脳・心臓疾患による労災発生率の低下が期待できる。この場合、費用は労災保険からの給付となり、財政基盤の弱い小規模事業所にとっても大きなメリットとなる。また、二次健診受診率向上により地域産業保健センターとの連携も緊密になり、地域医師会を中心とした小規模事業所における産業保健活動が推進されれば、脳・心臓疾患による労働災害の発症を早期に防ぐことが可能と考える。

[表2 脳・心臓疾患に係る労災請求・決定件数の推移]



- 1 決定件数は、当該年度内に業務上又は業務外いずれかの決定を行った件数で、当該年度以前に請求があったものを含む。
- 2 支給決定件数は決定件数のうち「業務上」と認定した件数である

(出所：厚生労働省ホームページより)

[表3 定期健康診断実施結果・項目別有所見率の年次推移]

平成(年)	聴力 (1000Hz)	聴力 (4000Hz)	胸部X線 検査	喀痰検査	血圧	貧血検査	肝機能 検査	血中脂質	血糖検査	尿検査 (糖)	尿検査 (蛋白)	心電図	有所見率
2	5.1	8.2	1.6	1.0	7.1	4.2	8.7	11.1	-	2.7	1.8	6.2	23.6
12	4.1	9.1	3.2	1.5	10.4	6.3	14.4	26.5	8.1	3.3	3.4	8.8	44.5
13	4.1	9.1	3.3	1.3	11.1	6.6	15.3	28.2	8.3	3.3	3.4	8.8	46.2
14	3.9	8.7	3.3	1.4	11.5	6.6	15.5	28.4	8.3	3.2	3.5	8.8	46.7
15	3.8	8.5	3.4	1.6	11.9	6.5	15.4	29.1	8.3	5.1	3.2	8.9	47.3
16	3.7	8.4	3.6	1.5	12.0	6.6	15.3	28.7	8.3	3.1	3.5	8.9	47.6
17	3.7	8.2	3.7	1.5	12.3	6.7	15.6	29.4	8.3	3.1	3.5	9.1	48.4
18	3.6	8.2	3.9	1.8	12.5	6.9	15.1	30.1	8.4	2.9	3.7	9.1	49.1
19	3.6	8.1	4.0	2.0	12.7	7.0	15.1	30.8	8.4	2.8	4.0	9.2	49.9
20	3.6	7.9	4.1	2.0	13.8	7.4	15.3	31.7	9.5	2.7	4.1	9.3	51.3
21	3.6	7.9	4.2	1.8	14.2	7.6	15.5	32.6	10.0	2.7	4.2	9.7	52.3
22	3.6	7.6	4.4	2.0	14.3	7.6	15.4	32.1	10.3	2.6	4.4	9.7	52.5
23	3.6	7.7	4.3	1.7	14.5	7.6	15.6	32.2	10.4	2.7	4.2	9.7	52.7

定期健康診断結果調 (厚生労働省)

※対象：常時 50 人以上の労働者を使用する事業者

※労働安全衛生法に基づく定期健康診断の有所見率等

[表4 二次健康診断等給付及び特定保健指導の比較]

	二次健康診断等給付 (H13～)	特定保健指導 (H20～)
対象者	全ての労働者 (年齢に関係なく)	40歳～74歳の被医療保険者
実施主体	国	医療保険者
実施場所	二次健康診断等給付医療機関 (指定)	各保険者が契約する健診機関
条件	定期健康診断等で行われた以下の検査について、 <u>いずれの項目にも異常の所見がある者</u> ①血圧の測定 ②リポ蛋白コレステロール (LDL コレステロール)、高比重リポ蛋白コレステロール (HDL コレステロール) または血清トリグリセライドの量の検査 ③血糖検査 ④腹囲の検査又は BMI の測定	特定健康診査の結果、①の者であって、②～④の <u>いずれかに該当する者</u> ①腹囲：85cm以上の男性若しくは90cm以上の女性、又は腹囲が85cm未満の男性若しくは90cm未満の女性であってBMIが25以上 ②血糖検査：空腹時血糖値が100mg/dl以上又はHbA _{1c} が5.2%以上 ③中性脂肪の量：150mg/dl以上 HDLコレステロールの量：40mg/dl未満 ④血圧：収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧が85mmHg以上
給付範囲	・二次健診 (脳血管、心臓の状態を把握するために必要な検査) ・特定保健指導 (栄養指導・運動指導・生活指導)	・特定健康診査 (検査項目が全て一致する場合は、定期健康診断により代用可能) ・特定保健指導
費用	労災保険により全額給付	特定保健指導については、保険者によって自己負担が発生

4) 癌と職場復帰について

癌患者の長期生存を視野に入れれば、多くの癌患者が職場に復帰し労災保険指定医療機関を受診することが予想される。労災保険指定医療機関においても、癌検診の受診率向上や生活習慣指導などの予防活動を促進し、健康管理や復職に関するサポート体制を強化する必要がある。特に肺癌や石綿、胆管癌など職業性に発癌リスクが高い職場に参与している労災保険指定医療機関においては、産業医と綿密に連携した健康管理が期待される。

一方、働く癌患者と家族に対する就労支援への取組も必要である。産業医は患者や家族との関わりも多く、就労支援に向けた働きかけの経験が豊富であるが、労災保険指定医療機関においても同様の役割が期待される。今後、がん専門医のいる労災保険指定医療機関への期待は大きくなることが予想され、産業医や職場と連携して休業から職場復帰に向けた支援体制の構築に取り組む必要がある。

5) 東京電力福島第一原子力発電所等における作業従事者への対応

1. 現状

(1) 原発作業員の健康支援および医療体制

平成25年3月18日、日本医師会労災・自賠責委員会は、東京電力福島第一原子力発電所（以下「福島第一原発」という。）事故による作業従事者の健康管理の現状を把握するため福島労働局、福島県医師会との懇談会を開催した。

以下は、福島労働局より確認できた事項である。

① 国の関与

福島第一原発における緊急作業に従事、または従事した者（以下「緊急作業従事者」という。）に対する健康管理は、「指針¹」に基づき、国が長期的に管理することとなる。厚生労働省は、氏名などの個人識別情報や被ばく線量・作業内容・健康診断結果・健康相談・保健指導の情報等をデータベースで管理している。一方、緊急作業従事者以外の者（主に平成23年12月16日以降の作業従事者）については、通常の法令通りの健康管理体制となっている。つまり、作業従事者の健康管理については、電離則にしたがって事業主の責任で行う。福島労働局では、そうした法令が遵守されているかどうか監督・指導しているとのことであった。

② 医療・健康相談体制

日々の過酷な労働環境から起こる不安や体調面の不調については、常時対応できる体制にあるとのことであった。福島第一原発内の「5/6ER」と原発から約20km離れた「Jビレッジ」に、それぞれ医師1人・看護師2人が24時間体制で常駐しており、精神科医は月2回程度、防衛医大・愛媛大学・産業医大が交代制で対応している。平成24年度の相談実績は、延べ269人であったという。

③ 検診体制

緊急作業従事者が、がん検診等を行える指定医療機関の状況については、平成25年2月12日の時点で、23医療機関が登録しているとのことであり、全国区では未だがん検診等ができる体制にないとのことである。

労働局への放射線作業の労災保険請求については、事故前後を含めて、3件であるが、調査中のため認定に至っていない。

作業従事者は、現在も収束に向けて作業を続けており、作業中や作業後のがん等検診の体制や長期的な健康管理体制については、国も手探りの状態であり明確な道筋が見えていないように感じられる。

¹ 「東京電力福島第一原子力発電所における緊急作業従事者等の健康の保持増進のための指針」平成23年10月11日公表

(2) 原発作業従事者の被ばく管理

① 被ばく線量

平成25年7月に確定した東電の集計によると、福島第一原発で2011年3月11日の事故から同年12月末までに働いた1万9592人の累積被ばく線量は平均12.18mSvで、約5割にあたる9,640人が5mSv超の被ばくをしていることが明らかとなっている²。

② 被ばく線量管理体制

緊急作業従事者について、厚生労働省は平成23年10月、東電や元請けに対して健診結果の提出を義務づけ、データベースにして安全を長期的に管理する仕組みを導入している。

厚生労働省は、平成25年8月9日、緊急作業従事者の長期的健康管理の実施状況³を発表した。

これによると、緊急作業従事者1万9346人のうち1万8874人(97.6%)に登録証⁴が発行されている。また、緊急作業従事のうち被ばく線量(実効線量)が50mSvを超える「特定緊急作業従事者」に対する特殊健康診断の実施率は98.1%、一般健康診断は98.8%である(表5参照)。

緊急作業従事者に対する健康診断では、特殊健康診断結果のデータベース登録率は76.6%、一般健康診断結果は64.1%(表6参照)であった。

また、平成23年10月から1年間に年2回の健診を受けたうえ、国に結果を提出しなければいけない対象者1万1980人のうち、東電社員の約16%の328人、元請け作業員の約40%の3,969人の分が提出されていなかった。実際に健診を受けていない人の数はわからないという。⁵

²平成25年7月5日東京電力プレスリリース

福島第一原子力発電所 内部被ばく線量再確認作業にともなう「被ばく線量の分布等」の修正について

³平成25年8月9日厚生労働省報道発表

「東京電力福島第一原子力発電所緊急作業従事者の長期的健康管理の実施状況について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000014777.html>

⁴登録証とは…厚生労働省より、緊急作業従事者に対して、長期的健康管理システムにデータが登録されていることを証する「東電福島第一原発緊急作業従事者登録証」をいう。

⁵平成25年8月10日付朝日新聞

[表 5 特定緊急作業従事者に対する健康診断実施状況調査結果]
(平成23年10月から平成24年9月まで)

	特殊健康診断			一般健康診断（特定検診）		
	東京電力	協力会社	合計	東京電力	協力会社	合計
実施者数 (人)	517	165	682	517	170	687
対象者数 (人)	519	176	695	519	176	695
実施率 (%)	99.6	93.8	98.1	99.6	96.6	98.8

(平成25年8月9日 厚生労働省報道発表資料より)

[表 6 電離放射線特殊健康診断等結果に対するデータベース登録状況]
(平成23年10月から平成24年9月まで)

	特殊健康診断			一般健康診断（特定検診）		
	東京電力	協力会社	合計	東京電力	協力会社	合計
実施者数 (人)	1745	7427	9172	1742	5941	7683
対象者数 (人)	2070	9910	11980	2070	9910	11980
実施率 (%)	84.3	74.9	76.6	84.2	59.9	64.1

(平成25年8月9日 厚生労働省報道発表資料より)

2. 今後の検討課題

(1) 緊急作業従事者から通常の作業従事者へ

緊急作業従事者等については、放射線の実効線量50から100mSv以下の者、100mSvを超える者は、「特定緊急作業従事者等被ばく線量等記録手帳の交付を受けることができる⁶」こととなっている。他方、通常の放射線業務作業従事者の被ばく線量等は、(公財)放射線影響協会の被ばく線量登録管理

⁶東京電力福島第一原子力発電所における緊急作業従事者等の健康の保護増進のための指針（第3-1の(4)）

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anken/dl/120118-02.pdf>

制度及び放射線管理手帳制度により記録される。また、健康診断等については、電離放射線障害防止規則に基づき実施されることとなる。

緊急作業従事者等に対する健康管理体制は、①健康診断の実施、②健康診断の結果、線量等管理実施状況報告書の国への報告義務、③がん検診・白内障の検査の実施、④健康相談や保健指導等のサービスの提供、⑤検査の費用の全部又は一部の援助等であるが、緊急時以外の作業従事者等（除染作業員等含む）には健康診断以外にここまでの手厚い健康管理体制は無い。

（２）放射線管理手帳と健康管理手帳の一元化の必要性

原爆医療法、被爆者援護法が広島・長崎の被ばく者を救済してきた。今回の福島第一原発事故を受けて、緊急作業従事者に対しては厚生労働省が健康手帳を交付し、データを管理することとなった。それ以外の原発事故関連作業従事者に対しては、事業主の管理責任となっており、行政は監督指導するだけである。これらの作業従事者の生涯被ばく線量、積算量、健康状態を長期間、一元的に管理する新たな制度が必要であると考えられる。

原発事故関連の作業を行った作業従事者が、離職後、再従事することを繰り返すような場合でも、作業従事者の雇用状況が事業主に確認できるような一貫した健康管理が可能なものにすべきである。

福島第一原発の収束作業に従事した全労働者はもとより、全ての放射線業務従事者及び除染等業務従事者、特定線量下業務従事者であったものに「健康管理手帳」を交付し、在職中および離職後の健康診断等を保障する制度の早急な構築が必要である。

（３）政府の強制力をもった生涯健康管理の必要性

前述の表 6 に示されたように、データベース登録率が低いという実態が明らかにされた。この原因の 1 つとして指針の中で、事業者は放射線の実効線量 50 から 100 mSv 以下の者、100 mSv を超える者の検査を実施するとしながら、当該労働者が受診を希望しない場合にはこの限りではない、といった記述が見られ、検査実施は事業主任せで行うことが前提となっている点にあると考えられる。検査データは、長期的な健康管理への活用はもちろんのこと、疫学的研究においても非常に重要になるであろう。したがって、全作業従事者の定期検査、健診は、国が強制力をもって実施すべきであると考えられる。

（４）がん検診等に係る指定医療機関の不足

緊急作業従事者等のがん検診等に係る指定医療機関については、全国で 23 件の病院しか登録されていない。被災県、その周辺自治体の秋田、宮城、

福島、埼玉、東京では登録医療機関は1件もない⁷。下請け等により福島県外から出向した事業者、作業従事者に対して、各県で早急に登録医療機関を増やしていくべきであろう。

3. まとめ

福島第一原発事故において原子炉が冷温停止状態に至ったことを受け、平成23年12月16日、当時の野田佳彦首相は事故収束宣言を行い、以降の作業従事者は通常の法令即ち、電離放射線障害防止規則に従い、事業主の管理責任のもと健康管理等を行うことになっていっているが、原子力災害対策本部は、原子力災害対策特別措置法に基づき設置されたままであり、対策本部解散の基準となる原子力緊急事態解除宣言はいまだに出されていない。さらに、平成25年3月13日、衆院予算委員会で安倍晋三首相は、野田佳彦前政権が平成23年12月に表明した原発事故の「収束宣言」に関し「地域の話聞けば政府として収束といえる状況にない。安倍政権として収束という言葉を使わない」と述べ、事実上撤回する考えを示した。

平成23年3月11日から現在に至るまで東電福島第一原発とその周辺の放射線量はいまだ高く、極めて異常な事態であるといえる。汚染水周辺では、人が近づくことができないほどの高い放射線量を示している。このような状況で今後も作業従事者を、広島・長崎と同様に生涯、支援し救済していく体制の構築が将来的に必要であると考えられる。

⁷ 平成25年3月18日福島労働局との懇談会にて確認

2. 労災診療費算定基準

労災診療費の審査の在り方

1) 再審査請求について

平成22年1月に日本医師会、労災・自賠責委員会がまとめた答申において、労災診療費の審査に係る問題として、「労災保険指定医療機関の診療費の請求については、審査委員会等の決定が全てであり、健康保険のような再審査請求のシステム化が不十分であるため、医療機関の請求理由について訴える機会がない」ことが挙げられており、一方的に審査委員会の決定を通知する方法から、医療機関の主張を聞き入れ、再審査請求を可能とするシステムへ改善することが課題であるとの提言がなされていたが、今回のアンケート結果では、全国、すべての地域で再審査が行われているとの結果が出ている。

(詳細については、46 ページ アンケート調査概要版「2. 労災指定医療機関から申し立てがあった場合の対応について」を参照)

現場の医療は微妙な不確定要素の多い領域であり、一律の基準に厳密にしばられるものではない。したがって、難しい症例については、不服申し立てや再審査が行われるのは当然のことである。この点につき各地で公正が保たれるよう、様々に工夫され改善されてきたことが伺われる。

しかし、厚生労働省より、送付されてくる審査結果は、依然として昔のままであり、非常に簡単で診療側にはどこが、どのような理由で査定されたのか分からない。

今後、ぜひ是正されるべき問題であり、要望される点である。

2) 会計検査院の指摘について

近年、各都道府県において、既に労災診療費の審査が確定された請求内容について、会計検査院の指摘に基づく労災診療費の返還請求が行われることが多くなっているが、明らかに算定要件を満たさないものを除き、個々の事例について、医学的妥当性を判断した審査委員会の決定を尊重すべきである。

また、会計検査院の指摘事項については、厚生労働省より全国の診療費審査委員会に、その情報を周知（フィードバック）することも必要であろう。

(詳細については、48 ページ アンケート調査概要版「Ⅱ. 会計検査院の指摘に対する対応について」を参照)

3) 診療費審査委員会について

平成24年より労災保険情報センター（R I C）による労災診療費の事務的な事前点検が廃止され、国が主体となって運営する本来の形になったことは適切なことである。

労災診療費の審査に関しては、医学的判断が必要なことは言うまでもなく、今後の運営においても都道府県医師会等の役割が非常に重要である。

また、各地の診療費審査委員会における公正な審査のためには、情報の共有が必要であり、診療費審査委員会の全国連絡会の開催等が望まれる。

4) 労災レセプト電算処理システムについて

労災レセプト電算処理システムについては、平成25年3月に取りまとめられた「労災診療費のレセプト審査事務に関する検討会」の報告書において、労災診療費のレセプト審査事務における業務改善の5項目中の第一に「電子レセプト請求の計画的な普及促進を図り、労災レセプト電算処理システムを活用すること」を挙げている。

さらに、厚生労働省においては、予算効率の高い簡素な行政体制の構築を目標とし、①業務の効率化・合理化、②利用者の利便性の維持・向上、③安全性・信頼性の確保、④経費節減等を基本理念とする「労災保険給付業務の業務・システム最適化計画」（平成23年3月30日改正）を策定している。

この最適化計画では、年間31億円程度（試算値）の経費削減、年間延べ3万5627人日（試算値）分の業務処理時間の短縮及び年間延べ2万2558人日（試算値）分の非常勤職員の業務処理時間の短縮を行うこととしている。

これはあくまで行政上の効率化、合理化の目標であって、個々の医療機関の効率化、合理化のことではない。

さらに、労災保険指定医療機関等が労災診療費の電子レセプト請求を行うには、システム機器やソフトウェア導入のために経済的な負担が生じるが、これに対しては、現時点で具体的な方策の提示はされていない。すなわち労災レセプト電算処理システムは、厚生労働省のメリットばかりで、医療機関側には何のために行うのか不可解である。

いずれにしても労災レセプト電算処理システムは、労災保険指定医療機関がそれぞれ自由に採用するか否かを選択して進めていく手挙げ方式であり、普及するにはかなりの時間が必要と考えられるが、今後のオンライン化の動向を注意深く見なければならない。

3. 労災かくし

「労災かくし」については、長年にわたって行政や医師会で議論され、対策も打ち出されてきてはいるが、明確な解決方法が見出されてはいないのが現状である。厚生労働省も「労災かくしは犯罪です」とのキャッチフレーズでポスター及びリーフレット、さらに厚生労働省のホームページで事業者、労働者はもとより広く一般に対して労災かくしの排除に向けて周知、啓発に努めてきている。

労災かくしとは、「労働者死傷病報告を故意に提出しないこと」又は「労働者死傷病報告に虚偽の内容を記載して所轄労働基準監督署に提出すること」を言う。

このような労災かくしは、適正な労災保険給付に悪影響を与えるばかりでなく、労働災害の被災者に犠牲を強いて自己の利益を優先する行為であり、労働安全衛生法第100条及び第120条に違反し検察庁へ送検された件数は平成10年で79件であったが、平成20年には148件と増加。その後、少し減少したにもかかわらず平成24年には132件と増加傾向を示してきている。(表7参照)

[表7 「労災かくし」による検察庁への送検件数の推移]

年	平成 10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年
件数	79	74	91	126	97	132	132	115	138	140
年	平成 20年	21年	22年	23年	24年					
件数	148	102	99	111	132					

(出所：厚生労働省より)

事業主が労災かくしを行った場合の最大の被害者は、事故に被災した労働者である。労災保険による適正な給付が行われず、医療費の自己負担が生じ、休業補償も低く、後遺障害に対する補償もない。(表 8 参照)

[表 8]

	労災保険が適用された場合	労災かくしとなった場合
治療費	全額保険給付	一部負担又は全額負担
休業補償給付	① 平均賃金の 60% ② 休業特別支給金として更に 20%加算。 合計 (①+②) 80%	無給又は健保で 60%
後遺症等の保障	あり	なし
死亡時の遺族への保障	あり	なし

労災かくしの原因としては、一つにメリット制がある。

労災保険における保険料は、業種別に災害発生頻度に差があることから事業主間の保険料負担の公平を期すため災害率等に応じて保険料が定められている。事業主が災害防止努力をして、労災事故を減少させることで労災保険料は最大 40% の範囲で減額されるが、事故が多いと最大 40% の範囲で増額となる制度である。本来は災害防止努力を促すためのメリット制が、労働災害が発生すると保険料が増えるという認識を事業主が持つこととなり、その結果、労働災害をかくすということにつながっていると思われる。

公共事業では、労働災害が発生した事業主は国、都道府県、市区町村などの発注者から指名停止処分を受けることがあるため、労災かくしをすることがあると思われる。労働基準法第 87 条により元請業者は下請業者や孫請業者の起こした災害も元請業者の災害となるため虚偽の報告を行わせたり、逆に下請業者が今後、元請業者から仕事が来なくなることを恐れて事故をかくすことがある。

「労災かくし」対策として、厚生労働省は平成 3 年 12 月 5 日、都道府県労働基準局長に対し「いわゆる労災かくしの排除について」と発出し、その後平成 13 年、平成 14 年と労災かくしに関する通達を出している。その内容はポスターやリーフレットによる事業主、労働者等に対する周知、啓発、厚生労働省ホームページや都道府県及び市町村の広報誌による周知、啓発、労災防止指導員の活用による労災かくしの排除などである。

当然、医療機関に対しては、被災労働者に対して労災保険の請求を労働基準監督署に相談するよう勧奨するように促し、事業団体や都道府県社会保険労務士会等への協力要請も行い、公共建設工事における労災かくしを排除するため、公共工事発注機関にも施工業者を指導するよう要請している。

労災かくしの実態として、労災かくしの半数以上を占めているのは建設業である。建設業にたずさわる労働者に、仕事上の災害は労災保険を使用し健康保険は本来使えないこと

を周知、徹底させるようにすることが重要である。事業者には、労働災害を報告しやすい環境作りにつとめてもらうとともに、現場で起きた災害をすぐに支店、本店に連絡するシステム作りに努めてもらうことが大切である。日医はじめ各医師会も会員に対して労災かくしの現状をしっかりと認識してもらい、日常診療の中で患者の疾病が労災であることが明らかになった場合には、労災申請するように伝える義務があると思われる。労災の法律ではこれ以上の規定がないが、健康保険法では労働災害であることを知りながら健康保険で治療すると不正請求となり、悪質な場合は6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金となることを充分認識しておく必要がある。

今後は、労災かくしの原因としてメリット制の影響が大きいため、制度の見直しを求め必要がある。具体的には、軽度の傷病については災害率算出の対象としない。事業主が労働安全衛生法を遵守していて、単なる労働者のうっかりミスで発生した労災事故に関してはメリット制の対象から外すことが必要である。

最近多い通勤災害については、事業所以外で起きた災害であり、事業者責任に問われることがなく、メリット制から外れることも周知させておく必要がある。今後は労災事務手続きと書類の簡素化をはかり、労働災害には労災保険を使用するのが当たり前となる環境作りを厚生労働省ばかりではなく、被災者を実際に診療している我々医療関係者も協力していかなくてはならないと考える。

Ⅲ. 自賠責保険に関して

1. 交通事故診療に係る問題点とその対応

1-1 健康保険使用に係る問題と自賠責保険診療費算定基準（新基準）

1) はじめに

昭和59年、大蔵大臣（当時）の諮問を受けた自動車損害賠償責任保険審議会は「新たな診療報酬基準案を早期に設定することが肝要である」と答申した。これを受けて、日本損害保険協会および自動車保険料率算定会（当時）は、日本医師会の協力を得て数十回に及ぶ協議を重ねた末、「自賠責保険診療費算定基準（以下、「新基準」という）」を策定した。

平成元年6月、日本医師会は各都道府県医師会にその基準案を示し、ここに新基準がスタートした。

新基準は、自賠責診療費の請求基準であると共に、診療費の請求・支払に関する周辺問題の解決を図るという役割も担っているが、策定から既に四半世紀を経過しようとしている現在も尚、健康保険使用に係る問題、トラブルは後を絶たない。平成23年、本委員会が行った「交通事故診療に係わる健保使用問題に関する調査（以下、「アンケート調査」という。）においても、健保使用について会員から多くの苦情が挙げられた。

ここでは、健保使用の現状に触れるとともに、これまでに関係省庁・団体から出された通知、見解等を整理して、今後日本医師会として新基準優先の立場を主張していくための参考としたい。

2) 健保使用の現況

①健保使用率

損害保険料率算出機構発行「自動車保険の概況 平成24年度」によれば、社会保険利用率は平成21年度10.7%、平成22年度10.6%、平成23年度10.5%と、約11%である。医療機関別には示されていない。

アンケート調査では、健保使用率は全体で19.9%、損害保険料率算出機構発表データの約2倍である。診療所10.8%、病院23.6%、外来、入院別では、外来17.2%、入院58.1%であった。

全体としては約20%の患者が健保を使用しているが、治療費が高額となる入院患者については58%、1/2以上が健保を使用している。

入院の大部分は自賠責保険の限度額を超えるであろうから、治療費を支払う相手が任意保険に加入していない場合は、加害者、被害者双方の負担を軽減するためにも、自賠責保険の限度額を超えた分については健康保険を使うことも納得できる。

しかし、相手が任意の対人賠償保険に加入しておれば、自賠償限度額を超える分はこれで支払われるので、健康保険を使わなくても加害者に負担の生じることはない。被害者（患者）本人に過失のあるときは、その過失割合に応じて負担が生じるが、これは、本人が後述の人身傷害補償保険に加入しておれば、これで過失相当分は補償されるので被害者にも負担はない。自家用乗用車の対人賠償保険普及率は78.2%、保険金額は無制限が99.8%（平成23年度、自動車保険の概況）であり、人身傷害補償保険は現在殆どの自動車保険にセットされている。したがって、相手が対人賠償保険に加入しており、本人が人身傷害補償保険に加入している場合は、入院のように治療費が高額になる場合でも、加害者、被害者双方に負担は生じないので健康保険を使用する必要はない。

②患者が健保使用を求めるに到った経緯

アンケート調査では、加害者が加入する損保会社からの要望、指示57.3%、本人が加入する損保会社からの要望、指示24.6%、あわせて約80%であった。

健保使用は医療機関、損保会社双方が、患者にとってのメリット、デメリットを充分説明し、患者自身の意思によって決められなければならない。

3) 関係省庁・団体から出された関連文書

① 厚生省保険局保険課長・国民健康保険課長より各都道府県民生主管部（局）長宛通知 昭43.10.12

「健康保険及び国民健康保険の自動車損害賠償責任保険等に対する求償事務の取扱いについて」

（中略）自動車損害賠償保障法の規定に基づく自動車損害賠償責任保険等に対する保険者の求償事務を下記により取扱うこととしたので、今後、この通知によるよう保険者に対し、必要な指導を行われたい。

なお、最近、自動車による保険事故については、保険給付が行われたいとの誤解が被保険者等の一部にあるようであるが、いうまでもなく、自動車による保険事故も一般の保険事故と何ら変わりがなく、保険給付の対象となるものであるので、この点について誤解のないように住民、医療機関等に周知を図るとともに、保険者が被保険者に対して十分理解させるよう指導されたい。（以下省略）

損保会社が健保使用を勧める拠り所となっているが、これは、新基準策定よりも20年以上前のもので、交通事故に特化された算定基準の設定は想定されていない。そもそも、本通知は交通事故診療であっても健康保険が利用できるということを示しているものであり、交通事故診療において、健康保険を利用すべきであるということではない。

② 日本医師会法制部見解 第11回全理事会検討事項 昭43.12.10

「健保法と自賠法との関係について」

-自賠法でいくか、健保法でいくかを被害者の自由選択に委ねる取扱いは妥当か-

（中略）現行法の下での解釈論として、一般に、損害賠償がとれないか、又は著しく困難なときにはじめて健保法が適用されると解し、少なくとも自動車事故の場合には自賠法が優先して適用されると解するのが妥当であるといえよう。

（以下省略）

③ 自動車損害賠償責任保険審議会会長より大蔵大臣（当時）宛 答申 昭 59.12.19

「自動車損害賠償責任保険審議会答申」（中略）

3. 責任保険制度の改善（中略）

(1) 医療費支払の適正化（中略）

ハ. 自算会及び損保協会において、日本医師会の協力を得つつ、医療費統計等を参考に責任保険についての診療報酬基準案を作成し、医療機関等の医療費請求及び自算会調査事務所等での医療費調査の基準とする。

ニ. 日本医師会に対して、上記診療報酬基準案による医療費請求が行われるよう各地区医師会への徹底を図ることを依頼する。同時に、自算会調査事務所及び損保協会地方委員会より、各地区医師会に対して基準案により請求を行うことを要請する。

ホ. 診療報酬基準案が全国的に浸透し、定着化した段階で算定基準としての制度化を図る。（以下省略）

④ 日本医師会長より都道府県医師会長宛通知 日医発第 221 号（保 41）平元. 6. 28

「自賠責保険の診療費算定基準の設定について」

（中略）

1. 自動車保険の診療費については、現行労災保険診療費算定基準に準拠し、薬剤等「モノ」についてはその単価を12円とし、その他の技術料についてはこれに20%を加算した額を上限とする。

2. ただし、これは個々の医療機関が現に請求し、支払いを受けている診療費の水準を引き上げる主旨のものではない。（以下省略）

平成2年6月1日栃木県の実施を嚆矢として、平成15年までに45都道府県で実施され、平成25年岡山県が実施、残るは山梨県一県となった。現在山梨県にも採用の気運があり、間もなく全都道府県で新基準が実施されることとなる。

その時こそ、自動車損害賠償責任保険審議会のいう、算定基準としての制度化を検討する時期である。

⑤ - 1 東京海上火災保険株式会社 約款第 14 条（10）（人身傷害補償保険）平 10. 10

TAP 普通保険約款一般条項 第 14 条（事故発生時の義務）

（中略）

(10) 人身傷害補償条項第 1 条（当会社の支払責任）第 1 項に規定する人身傷害事故の場合において、傷害の治療を受けるに際しては、公的制度の利用等により費用の軽減につとめること。（以下省略）

日医、東京海上火災保険（株）と協議

⑤ － 2 東京海上火災保険株式会社より日本医師会宛 平 11. 5. 21

ご照会いただいた「TAP」の人身傷害補償保険（普通保険約款一般条項第 1 4 条（10）号）の規定は下記のように運用いたします。

記

1. 自賠償保険に係わる案件については従来と同様の取り扱いとする。
2. その旨の社内徹底を図る。

⑥ 日本医師会より都道府県医師会宛通知（保 38）平 11. 5. 28

「東京海上火災（株）の「TAP」の人身傷害補償保険（普通保険約款一般条項第 1 4 条（10）号）」の運用について」

（中略）

約款を改正することは出来ませんでした。公的保険を強要するものではないとの確約をしました。その結果を文書にして「従前どおり取り扱う」としました。

（以下省略）

人身傷害補償保険に加入しておれば、相手の対人賠償保険で治療を受ける時、自分の負担となる過失相当分がこれで補償される。東京海上火災保険（株）に続いて各社から一斉に発売されたが、今は自動車保険（任意）にセットされているのが一般的である。しかし、どの会社の約款にも必ず「治療を受ける場合には、健康保険等の公的制度をご利用ください」、中には、「公的制度の利用等により費用の軽減に努めなければなりません」といった、健保使用を義務付けるような条文が入っている。

交通事故診療における健保使用が常に問題となっている中で、日医と協議することなくこのような文言を一方的に約款に盛り込むということは甚だ非紳士的であるといわざるを得ない。結局、日医と東京海上火災との折衝の結果、公的保険を強要するものではないことを確約し、従来通り扱うことを各社とも了承している。

⑦ 平成 16・17 年度日医労災・自賠責委員会作成リーフレット（答申に掲載）

「交通事故診療において健康保険を利用する場合の注意事項」

（中略）交通事故に係る診療においては、保険制度の目的等を勘案し、自動車専用の保険を利用するのが患者さんにとって最善であると考えます。

（中略）しかしながら、何らかの理由により、健康保険での診療を患者さん自身が希望される場合には、健康保険証を医療機関窓口に提示することで健康保険による診療が可能になります。（患者さん以外の第三者の都合や意向で健康保険の利用を強要されてはなりません。）（以下省略）

平成 16・17 年度労災・自賠責委員会答申に掲載され、各都道府県医師会に送付された。

しかし、アンケート調査では、「リーフレットについて知らなかったが今後活用したい」と答えた医療機関が約 50%であった。さらなる周知徹底が望まれる。

⑧ 平成 20・21 年度日医労災・自賠責委員会作成リーフレット（答申に掲載）

「交通事故診療における人身傷害補償保険の利用に関する注意事項」

（中略）平成 11 年 5 月 21 日、日本医師会と東京海上火災保険株式会社は、人身傷害補償保険の約款にある努力規定の取り扱いについて、公的保険の使用を強要するものではないとの確約をし、「1. 自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取り扱いとする。」、「2. その旨の社内徹底を図る。」旨の文書を交わしたという経緯があります。（以下省略）

平成 20・21 年度労災・自賠責委員会答申に掲載され、各都道府県医師会に送付された。

⑨ 厚生労働省保険局保険課より日本医師会宛通知 平 23. 8. 9

「犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて」

(中略)

保険者の中には、犯罪による被害者が保険診療を求めた場合、加害者に損害賠償誓約書を求めるところもあるが、こうした誓約書は医療保険の給付に必要な条件ではない。

(中略)

医療保険の給付と自賠責保険による給付の関係については、自動車事故による被害の賠償は自賠法では加害者が加入する自賠責保険によってその限度額まで補償を受けることになっている。・・・加害者が自賠責保険に加入していても、速やかに保険金が支払われなくて被保険者に一時的に重い医療費の負担が生じることがあり、このような場合、医療保険の利用を妨げられないようにする必要がある。

(以下省略)

平成23年3月25日の閣議決定「第2次犯罪被害者等基本計画」に基づいて、厚生労働省保険局より発出された通知であるが、通知前段の「医療保険給付に加害者の誓約書は必要でない」云々は閣議決定にあるものの、後段の「医療保険と自賠責保険の給付の関係について」は閣議決定では触れていない。速やかに保険金が支払われなくて、被保険者に負担のかかることのないように、保険会社を指導すべきである。

閣議決定になかった事項をわざわざ書き加えた意図は何か、甚だ理解に苦しむ通知である。

⑩ 日本医師会より都道府県医師会宛通知 (保 126) 平 23. 8. 23

「犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて」

(中略)

なお、本取扱いにつきましては、第三者行為を原因とする自動車事故等の場合におきましても同様の取り扱いとなりますが、本来、自動車事故等による被害を受けた場合、一義的には被害者は自動車事故等による被害者救済を目的とした自動車損害賠償保障法（自賠法）に基づく自動車損害賠償責任保険（自賠責保険）によって保障を受けるものであり、その点につきましては厚生労働省担当部局に確認済みであります。

4) 厚生労働省アフターサービス推進室の動きについて

アフターサービス推進室は、厚生労働省の制度や事業が本来の目的通り機能しているかどうかを調査・分析し、改善に結びつけることを目的として、平成22年9月、厚生労働省内に設置された。

その活動報告として、「第三者行為による傷病治療における健康保険の利用状況調査報告⁸」がある。そこには、課題として次の二つが挙げられている。

① 第三者行為による傷病の健康保険の利用上の課題

- (1) 保険医療機関が健康保険等の利用に消極的なこと
 - (2) 自賠責保険（共済）があるため、医療費の抑制が働かないこと
- （以下省略）

第三者行為による傷病にも健康保険が使用できることは医療機関も十分理解している。その一方で、自動車損害賠償責任保険審議会の答申に基づいて策定された交通事故患者治療費の算定基準（新基準）がある。これは交通事故患者治療に特化されたものであるから、医療機関が先ずこの基準を優先して適用すべきと考えるのは当然である。

それも、被害者、加害者の立場、任意保険への加入状況等を十分考慮した上でのごとで、健保を利用しなければ被害者あるいは加害者に過大な負担が掛るような場合には、決して健保使用を拒むものではない。

② 健康保険の保険者の求償漏れが発生する原因

- (1) 「第三者行為による傷病届」が確実に提出されていないこと
 - (2) 健康保険の保険者の中には求償に消極的なところがあること
- （以下省略）

健保を使用した際、健保の保険者から損保会社へ確実に求償が行われないと、本来支払うべき治療費の全額が損保会社の利益となり、その分、健保財政を圧迫することになることから、当委員会としても、かねてより折に触れて求償の徹底を呼びかけているところである。

第三者行為による傷病届（以下、「第三者行為届」という。）は求償のための第一の手掛かりであるから、この課題への対策として損保会社に働きかけ、損保会社が提出を代行することにより、届け出を確実にするシステムに変更されたことは評価に値する。

これを受けて、平成25年4月1日より健康保険組合連合会（以下、「健保連」という。）と損保協会、外国損保協会との間で第三者行為届を損保各社が代行することへの取決めを締結し、実施されている。

⁸第三者行為による傷病治療における健康保険の利用状況調査報告
<http://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol11.html>

健保組合は、健保加入の被保険者に対する周知のため、パンフレットを製作して、第三者行為届その他、健保使用上の手続きの案内をしているが、その内容は、「交通事故でも健康保険が使えます！」として、「自由診療ではその費用は保険診療よりも一般的に割高となり、被害者に過失がある時は治療費も過失相殺の対象となるので治療費が高額だと被害者の負担も大きくなる。保険診療により治療費が低額に抑えられれば、被害者の負担も軽く済み、健保使用は被害者救済、加害者救済双方の面でメリットがあるといえる。」と、健保使用を勧める記載がある。

自動車事故診療費算定のために新基準があること、保険診療には各種の制限があること、任意の対人賠償保険、人身傷害補償保険に加入しておれば治療費が割高になっても、過失相殺が生じても加害者、被害者ともに負担は掛らないこと等を認識した上で書かれたものだろうか。

今でさえ一部の健保組合からは、「求償には大変な手間暇がかかるので十分な対応はできない」という声があるなかで、俄かに健保連が健保使用に積極的な態度を示すに至った理由は何か、理解に苦しむ。

5) 健保使用問題を前進させるために

繰返しになるが、新基準は日本医師会、日本損害保険協会、自動車保険料率算定会（当時）の三者が膨大なエネルギーを費やして策定し、合意した自動車事故診療費算定のための基準であり、内容は同じ災害医療である労災診療費算定基準に準じた、極めてリーズナブルなものである。先ず、この点を医師会員、損保会社社員双方が改めて再認識する必要がある。

自動車事故の補償には、自賠責を含む自動車保険を充て、診療費の算定には新基準を適用するのが基本であり、健保を使用するのは、何らかの理由があつて患者がそれを希望する時のみである。

損保会社が健保使用を勧める理由の一つに、治療費に多くを費やすと慰謝料などの自分の取り分が減少するとか、自賠責の限度額を超えると自分の過失相当額を負担しなければならないなど金銭的なことがある。しかし、自賠責の限度額を超えても医療費も慰謝料も相手の任意保険から支払われるし、過失相当分は自分の任意保険の人身傷害補償保険で支払われる。

したがって、加害者、被害者双方が任意保険の契約をしておれば、共に不利益は生じないので費用を抑えることを目的に健康保険を使う必要はない。

そこで、医療機関としては診療開始に当たって、被害者、加害者双方に交通事故診療費の算定基準（新基準）が設定されていることを説明した上で、任意保険加入の有無を確認することが大切である。健康保険の使用を求められた時は、その理由を聞き、それが的を得ていなければその旨を正しく伝えなければならない。

しかし、診療費に関して先に当事者と接触するのはいつも損保会社である。先に会社の言い分を聞いている患者に、それとは異なる内容の説明をすることになれば、納得してもらうことが困難な場合も多い。治療には患者との信頼関係が重要であるから、

医療機関としては余り強い主張もできないし、診療の合間を縫っての説明に余り多くの時間を割くこともできないのが実情である。

6) 新基準の制度化

健保使用に関するトラブルが後を絶たないのは、「患者の希望による」という建前だけがあって、健保使用についての明確な規定がない点にある。医師会と損保協会とが夫々自分の主張を繰り返しているだけでは、この問題はいつまでも解決されない。

間もなく山梨県が新基準の採用に踏み切れば、全都道府県で実施されることになる。

その時こそ、昭和59年の自動車損害賠償責任保険審議会答申に明記されている、「算定基準としての制度化」に踏み込む時であり、自動車事故診療費算定のために設定された新基準の位置付けを明確にして、轢き逃げ事故、保険未加入車事故、その他の健康保険使用の条件を可能な限り細部に渡って明文化するべきである。

制度化には、厚生労働省、国土交通省、金融庁等関係省庁との綿密な折衝と、医師会としての十分な準備が必要である。

大変な困難が予想されるが、新基準の円滑且つ適切な運用のために、なるべく早期に「新基準制度化のための検討」に入るべきである。

1-2 物損事故に対する保険金支払い

(1) 現状

警察庁の交通事故統計によると、交通事故の発生状況は、発生件数、死者数、負傷者数ともに年々減少傾向にあるにも関わらず、その一方で、事故率（自賠責の保険金支払いの対象になった事故の率）は、平成20年度までは減少傾向で推移していたものが、21年度以降は増加傾向に転じていると報告されている。（第130回 自動車損害賠償責任保険審議会：平成24年1月31日）

その理由として、交通事故負傷者数には反映されない、いわゆる物損事故扱いとして処理された事故において生じた傷害に自賠責の支払いが行われている件数が近年増加しており、全体の3割弱を占める水準となっているためであると説明された。（損害保険料率算出機構専務理事 鈴木雅己委員）

(2) 問題点

自賠責保険は自動車損害賠償保障法に基づき、全ての車両保有者に加入が義務づけられている対人賠償保険であり、人身事故時の被害者救済のための保険で、物損事故には対応していない。保険金の請求・支払にあたっては、交通事故発生の実態及び当該事故を原因とする受傷の実態が十分に確認された上で取り扱われるべきものである。それ故、損保会社等においては、自動車安全運転センター等の公的機関が発行する交通事故の証明書（人身事故証明書）を、事故当初より医師による診断を受けた上で、診断書の交付を行うよう周知指導することが重要と思われる。

人身事故にも関わらず、物損事故扱いに至る原因のほとんどが警察、損保会社が被害者に対して「物損事故扱いでも自賠責保険は使用でき、人身事故の届出は必要ない」と誘導していることがあるようだ。傷害が軽傷であることから、損保会社としては加入者（加害者）に処罰が下らないことや、警察は書類作成の事務的な手間が省けるなどの理由で物損扱いに誘導することは厳に慎むべきことと思われる。

また、人身事故の届出の際に必要な医師の診断書を要しないことで、受傷当初から、安易に医業類似行為を利用するなど、交通事故被害者から医師による適切な医療を受ける機会を奪う可能性があるとともに、医学的な診断がないことより、症状の悪化や治療の長期化が懸念される。その結果漫然と長期の施術が続けられ、不正な請求を生む温床にもなりかねない。さらには、こうした取り扱いを認めることは、加害者が自らの刑事責任および行政上の処分を免れているという大きな問題が生じるものと思われる。

(3) 対策

本件についての議論を深めるためには、まずはその実態を具体的に把握することが大切であり、早急に情報の収集が必要であると思われる。

その結果、交通事故被害者の保護・救済等、自賠責保険の目的から外れるような状況が明らかになった場合には、金融庁、国土交通省等の担当省庁に対し申し入れを行っていく

とともに、日本損害保険協会、損害保険料率算出機構等の関係団体と議論を重ね、さらには、監督官庁からも警察に対して、事故証明等を出す場合は医療機関を必ず受診し、診断書の交付を受けるなどの適切な対応を求めている。

2. 医業類似行為

1) はじめに

自賠責保険から医療機関に支払われる1件当たりの平均医療費は、ここ数年で約16万円で推移している(自動車保険の概況(損害保険料率算出機構発行))。一方、柔道整復師に支払われる施術費はこの10年間で約1.5倍(1件当たりでは、医療機関の約2倍)となり、自動車損害賠償責任保険審議会(以下、自賠責審議会という。)での報告によると、平成23年度として1件あたりの平均施術料、期間、実日数といった指標はいずれも微増だが、柔道整復資格者や施術院の増加に伴い、請求全体に占める構成比が請求件数で前年の7.6%から8.4%に増加し、結果として請求金額も18%の増加となっている(平成25年1月9日 第131回 自賠責審議会 損害保険料率算定機構)。問題点は多々考えられるが、まず、医業類似行為の概要を知っておく必要があると考える。

2) 医業類似行為とは

医業類似行為とは、医師でなければ行うことを禁止されている医業(又は医行為)に類似した行為を医師以外の者が業として行うことである。法で定められた医業類似行為者として、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師と柔道整復師があり、法に基づかない医業類似行為に整体、カイロプラクティック、オステオパシー、リラクゼーション等がある。この中で、自賠責保険との係わりで問題となるのは、法で認められた医業類似行為、すなわち柔道整復師、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師である。本来、健康保険の医療給付は、保険医療機関においては現物給付として療養の給付を行うのが原則であり、例外的に現金給付・償還払いがある。

一方、保険医療機関以外の柔道整復師による施術、あん摩・マッサージ・指圧師、はり師、きゅう師等による施術による療養費は、償還払いが原則となっている。ところが、整形外科医の不足していた第二次世界大戦以前に、外傷の応急処置に関しては柔道整復師を利用する患者も多く、昭和11年には、柔道整復師の施術に関連して、療養費の「受領委任払い」という、施術を行った柔道整復師へ患者は自己負担分を支払い、保険者負担分の請求は柔道整復師に委任し、代わりに保険者へ請求を行う特殊な支払制度が認められた。この制度の為、柔道整復師の施術費も見かけ上、保険医療機関と同様に現物給付制度のように勘違いをされることになった。ましてや、署名・捺印をしなければならない施術療養費支給申請書に署名・捺印もしないいわゆる白紙委任状の存在が大きな問題となっている。なお、今回の療養費の改定(平成25年5月1日実施)では、運用の見直しとして「柔道整復施術療養費支給申請書における患者が署名すべき欄に、利き手を負傷しているなど患者が記入することができない「やむを得ない理由がある場合」には、施術者が自筆により代

理記入し患者から押印を受けること」と規定されている。

3) 医師同意書等について

多くの医療機関において自賠責保険は、労災保険診療費算定基準に準拠した自賠責保険診療費算定基準により請求されている。労災保険診療費算定基準は、一部は労災診療独自の取扱いを特掲として設定しているが、おおむね健康保険診療報酬の算定ルールに則っている。そのため、自賠責保険についても保険医療機関として、保険医療費担当規則、健康保険法、医師法等に従って診察しなければならない。

例えば、保険医療機関・保険医療費担当規則の第17条には「保険医は、患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたるものであるという理由によって、みだりに、施術業者の施術を受けさせることに同意をあたえてはならない。医師法第20条には、「医師は自ら診察しないで治療をし、若しくは、診断書若しくは処方せんを交付し（中略）てはならない。（以下省略）」等の制約がある。

また、健康保険法において、医療保険の給付と施術による療養費支給は併用禁止となっている。

このようなこと知らない医師（おもに整形外科以外の医師）が、安易に施術同意書を発行していることが推測される。また、施術同意書を発行した医師には、診断責任が残存しており、患者に施術にかかる事故が発生した際には、施術同意責任が問われる可能性が否定できないことの認識もないことが懸念される。

さらには、損保会社が医師の指示同意のない医業類似行為を認め、医療機関で治療の中止・治癒（症状固定）等の場合でも医業類似行為の施術が続行される事案が問題となっている。また、医師の診断書がなくても、施術証明書等で交通事故として警察が受理し、結果として自賠責保険で医業類似行為として施術がなされる例も多く問題である。

4) 対応

本事項についてもその実態の把握が重要である。診断書の位置づけ、同意書発行問題等、改めて各都道府県医師会を通じての医師への啓発、関係省庁（警察庁・国土交通省・金融庁・厚生労働省等）、関係団体（損害保険料率算出機構・日本損害保険協会等）への働きかけが是非に必要である。特に、損害保険料率算出機構には、柔道整復師に係わる総施術費、総請求件数、1平均施術費、施術期間等のデータの公表を切に求めたい。

参考までに、柔道整復師の療養費の適正化として、高知県の医師国民健康保険組合での取り組みを紹介したい。当該医師国民健康保険組合では、平成19年度から柔道整復師の療養費支給を申請した被保険者全員に対して、「負傷原因報告書」や施術内容の提出を求めることにした。その結果、全国の医師国民健康保険組合では平成20年度以降、請求件数、保険者の負担額は増加傾向にあるが、高知県においては件数、保険者の負担額ともに減少傾向を示し、療養費の削減に一定の成果を得て

いる。(表9参照)

[表9 全国医師国保健康保険組合・高知県医師国民健康保険組合の療養費の状況(柔道整復師分)]

単位：円

	平成20年度		平成21年		平成22年		平成23年	
	件数	保険者負担額	件数	保険者負担額	件数	保険者負担額	件数	保険者負担額
全国	67,905	338,063,039	73,681	359,124,796	78,445	372,583,752	80,007	356,076,132
高知	118	548,122	88	341,039	49	258,869	37	120,406

国民健康保険事業年報より作成

3. 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 : 平成25年8月1日(木) 午後2時00分～3時00分

2) 場所 : 日本医師会館 506会議室

3) 出席 : (敬称略)

[日本医師会 労災・自賠責委員会委員]

茂松(委員長)、稲垣、宇賀治、内田、杉本、沼本、中村、深澤、村田

[日本医師会 役員]

藤川(常任理事)

[日本損害保険協会]

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

株式会社損害保険ジャパン

日本興亜損害保険株式会社

東京海上日動火災保険株式会社

三井住友海上火災保険株式会社

日本損害保険協会(3名)

[損害保険料率算出機構](1名)

4) 意見交換会 : 労災・自賠責委員会より提示した議題を中心に損害保険各社(日本損害保険協会)及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: 健保使用の問題]

① 人身傷害補償保険における日医との申し合わせ

【議題内容】

○人身傷害補償保険における日医との申し合わせの広報と厳守について、未だに約款にある公的保険使用の努力規定を理由に、一部健康保険による治療を強要する事例があるが、健康保険財政の悪化が著しいため、再度、適正な使用をお願いしたい。

【委員会からの意見・提案】

○「日医との申し合わせ」について、損保会社の現場の人に伝わっていないようである。現場の社員、代理店の方に周知徹底の必要がある。

【損保からの意見・提案】

- 人身傷害補償保険における被保険者（交通事故被害者）の意思に基づいて、交通事故診療で健保を使用している。被保険者が健保使用しないということであれば使用をしない。健康保険を優先的に使用させるという強要はしていない。

【今後の対応等】

- 人身傷害補償保険の約款上にある公的保険使用は、強制ではなく努力義務であることの日医と損保の申し合わせは現在も有効であることです承。

②健保使用時の窓口一括払いについて

【議題内容】

- いわゆる「健保使用一括」（健保の一部負担金を損保側へ一括請求する）は健康保険法第七十四条違反であることの再確認。

【委員会からの意見・提案】

- 自賠責保険は交通事故での被害者の保険であり、健康保険の財政も厳しい状況の中で、健康保険を使うこと自体がおかしい。
- 代理店などには十分周知・理解されていない現状がある。
- 交通事故被害者の来院前に、損保会社から人身傷害補償保険の健保一括支払いについての相談の電話があり、健保一括支払いに対応できないと回答すると、患者さんが来院してこない事例がある。
- 北海道厚生局より厚生労働省に照会させたが、健康保険を使用した場合、窓口で一部負担金を受領しないことは法律違反にあたるとの回答を得ている。

【損保からの意見・提案】

- 法律で定められていることは了承している。しかし、対人賠償の場合は被害者という意識が強く、健康保険を使用した場合の一部負担金を被保険者（交通事故被害者）は負担したがないため、患者の要望に沿って対応しているのが実情。

【今後の対応等】

- 損保側も十分理解している。今後とも注視していくことです承。

③アフターサービス推進室の動きについて

【議題内容】

- アフターサービス推進室の動きについての状況確認
「第三者行為による傷病届」手続きの合理化として健保連と損保協会、外国損保協会との取り決め（平成25.4.1～）がなされたとのことだが、説明を求めたい、

それと共に健保使用の誘導に繋がらないことを確認したい。

【委員会からの意見・提案】

- 健保使用した場合、被害者の過失分について一部負担金を除き、健康保険の保険者が医療費を負担している。被害者加入の人身傷害補償保険によって、被害者過失分の保険者負担分を補填すべきではないか。
- 実態として求償の段階で損保会社が私病と交通事故の傷病とを分けろということ、で、支払わないことがあると聞いている。

【損保からの意見・提案】

- 2012年3月に厚労省アフターサービス推進室より、第三者行為による傷病届をする場合、被保険者（交通事故被害者）より第三者行為等の手続きが面倒だということで、サポートの要請があり進めてきた。決して健保使用誘導の取り組みではない。
- 被害者が健保使用しないと、軽症であれば金銭的な負担は少なくて済むが、重傷の場合、被害者の過失割合によっては人身傷害補償保険を使っても、多額の治療費で足りない事案もあり得る。

【今後の対応等】

- 当該取り組みにより、求償への効果がどのくらい出ているのか成果を今後提示していただきたい。
- 健保使用誘導の手段にならないよう注視していくことで了承。

④自損事故による同乗者が家族である場合の適正な取扱い

【議題内容】

- 自賠法3条における「他人性」について、自損事故により同乗していた家族に怪我を負わせた場合、自賠責保険は使えないということで健保使用を依頼してくることがある。適正な運用を求める。

【委員会からの意見・提案】

- 任意保険は、対人賠償について、家族は免責としているが、そのことと自賠責保険の「他人」の考え方が混同して現場では伝わっているのではないか。

【損保からの意見・提案】

- 任意保険の場合、対人賠償は約款に妻や子供などの家族は免責となると記載されている。免責になった妻や子供の補償は人身傷害補償保険からとなる。
- まず、自賠責保険は、運転者と保有者はいずれも支払われない。事例として父が所有の車を息子が運転した場合、その息子と父には支払われないため、自賠責保険で

家族には必ず支払われるとは言えない。損保会社各社の対人賠償の担当者は、新入社員1年目に研修として説明をしており、対人賠償の免責の範囲と自賠責保険の免責の範囲を混同しているとは考えがたいが、誤解を招いているのであれば、そうならないように努めさせていただく。

[議題2：物損事故に対する保険金支払い]

【議題内容】

○人身事故にも関わらず、物損事故扱いに至る原因のほとんどが警察、損保会社が被害者に対して「物損事故扱いでも自賠責保険は使用でき、人身事故の届けは必要ない」と誘導しているようだが現状を確認したい。

【委員会からの意見・提案】

○当該案件について、データの開示を求める。平成24年の自賠責審議会では物損事故扱いのまま自賠責保険から保険金が支払われている事案が増加傾向であり、全体の3割弱だという報告はあったが、その額や件数についてのデータ開示を求める。

○人身事故の届出に必要な医師の診断、診断書を要しないことにより、安易な医業類似行為の利用による施術期間の不必要な長期化や健康被害などの可能性がある。

○警察や損保会社が物損扱いにするよう誘導していると聞く、代理店などにも軽症の物損事故であっても人身事故証明書をとっていただくよう周知徹底していただきたい。

○保険会社から医師の診断書は必要ないといわれる事例が多々あると聞く。

○軽症であっても人身事故の証明を取ることを周知していただきたい。

【損保からの意見・提案】

○誘導はしていないが、罰則が軽くなるように加害者が被害者に頼み込んでいるということがあるかもしれない。また、加害者が被害者に頼んだことで、被害者が心配になり、保険会社に物損事故扱いで人身が使えるかと聞かれたら、「使えません」とは保険会社としては言えない。(不払いになる)

○医師の診断書の提出を断る動機がない。同じように医業類似行為へ行かせる動機もない。被害者の方には医療機関への受診を必ずお勧めしている。

【今後の対応等】

○物損扱いにより自賠責保険が支払われている事案については、今後のデータ開示による実態の把握等により関係者間で検討を行っていくこととする。

[議題3：医業類似行為について]

①医業類似行為に係るデータの開示

【議題内容】

○自賠責保険における柔道整復に係るデータ公開を求める。

【委員会からの意見・提案】

○事故が減り、重症が減り、平均診療費の推移はここ数年横ばい傾向だが、支払保険金の8000億円が変わっていない。どこに問題があるのか議論が必要な時期にきている。

【損保からの意見・提案】

○柔道整復師の施術期間は直感的に長い。その理由として具体的な事例がなく損保会社としても悩ましい問題である。

○平成24年の自賠責審議会での報告後、データ開示の要望が出ている。損害保険料率算出機構のデータは基本的に支払時の数値ではなく、自賠責保険の受付時のデータとなっており、限度額の120万円を超えた内容については把握できないが、データを整理・整備した上で、来年の自賠責審議会で示したいと考えている。

【今後の対応等】

○今後、自賠責審議会での医業類似等に関するデータ開示の内容を踏まえて、関係者間で検討を行っていくこととした。

IV. 日本医師会労災・自賠責委員会が行うアンケート調査

【概要版】

※ 47 都道府県医師会より回答

1) はじめに

会長より諮問を受け、労災保険・自賠責保険をめぐる諸問題の改善について検討を行ってきた。

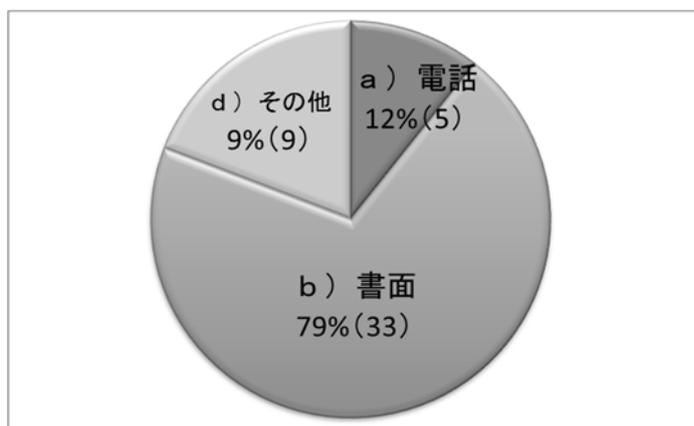
その中で、労災保険に関しては労災診療費の審査に係る運用等について、また、自賠責保険に関しては自賠責新基準に係る審査会（苦情処理委員会）の設置・運営等について、地域ごとにその取扱いに特徴があることが分かり、本委員会として、都道府県医師会に対してアンケート調査を行い、47都道府県医師会より貴重な回答結果を得た。

なお、当該アンケート結果の詳細については、本答申【添付資料-3】を参照されたい。

2) 労災保険関連アンケート調査概要

I. 労災診療費の審査

1. 査定内容に不服等ある場合の手続き方法について



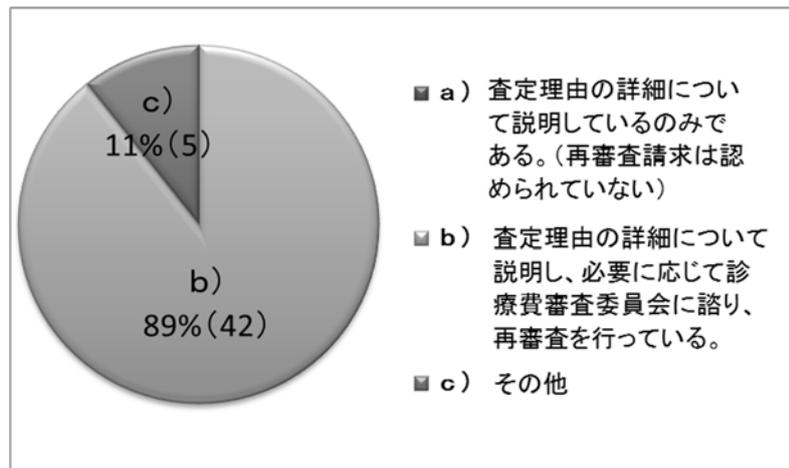
「書面で不服申し立て又は照会する」（33件）が最も多く、次いで「電話で不服申し立て又は照会する」（5件）、「その他」（9件）となっており、「都道府県医師会を通して不服申し立てをする」と回答した地域はなかった。

「その他」（9件）の主な回答内容については、「電話や書面の両方により不服申し立てを行う」や「査定前に文書で照会し、事前に労働局から説明する手順を踏んでいる」などの回答が得られた。

医療機関への減点通知が非常に簡素な内容となっていることから、詳細な査定理由については、書面や電話により労働局へ不服申し立て、照会を行うことが実情のようである。

減点通知は、査定内容をより詳細に記載するなど医療機関が納得できる対応が検討されるべきである。

2. 労災指定医療機関から申し立てがあった場合の対応について

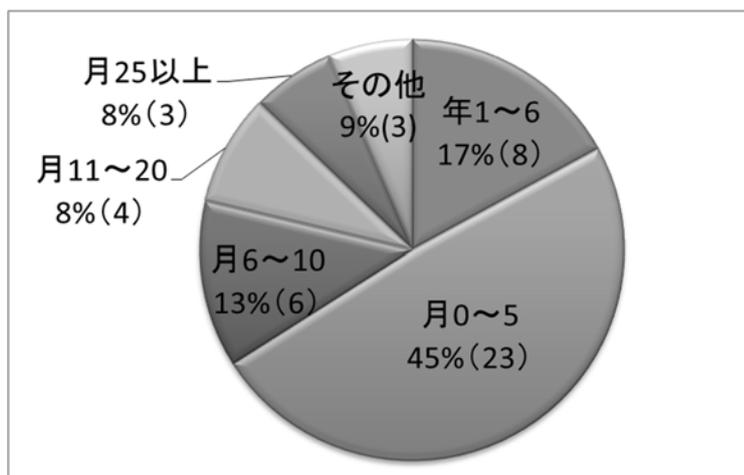


「査定理由の詳細について説明し、必要に応じて診療費審査委員会に諮り、再審査を行っている」(42件)が最も多く、「その他」(5件)となっており、再審査請求を認めない地域はなかった。

「その他」(5件)の主な回答内容については、「医師会の関与はなく直接労働局が対応している」、「必要に応じて審査会に諮る体制はあるが、再審査の事例はない」などが挙げられている。

労災診療費の再審査請求については、すべての都道府県で認められていることが分かったが、一部の会員からは「労災診療費の再審査請求はできない」と認識している現状があり、各地域で再審査請求が可能であることなど、末端の労災保険指定医療機関まで十分周知される対応が検討される必要がある。

3. 1月あたりの再審査の案件数及び主な案件内容について



再審査の案件及び件数

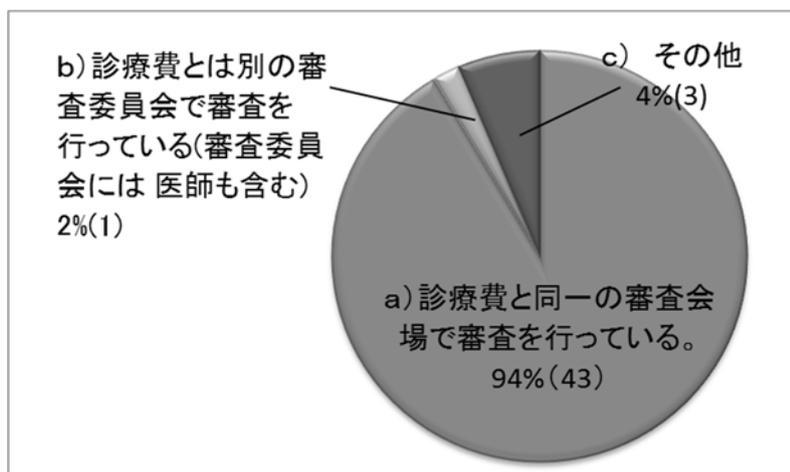
案件項目	件数
手術	18
投薬	7
入院	6
検査	6
リハビリテーション	4
病名に関して	4
処置	3
その他	10

1月あたりの案件が5件以下（23件）と回答した地域が最も多く、次いで年間で1～6件（8件）、1月あたり6～10件（6件）、1月あたり11～20件（4件）、1月あたり25件以上（3件）、その他（3件）との回答であった。

「その他」（3件）の主な回答内容については、「医師会の関与はなく直接労働局が対応しているため不明」、「再審査の事例はほとんどない」などの回答となっている。

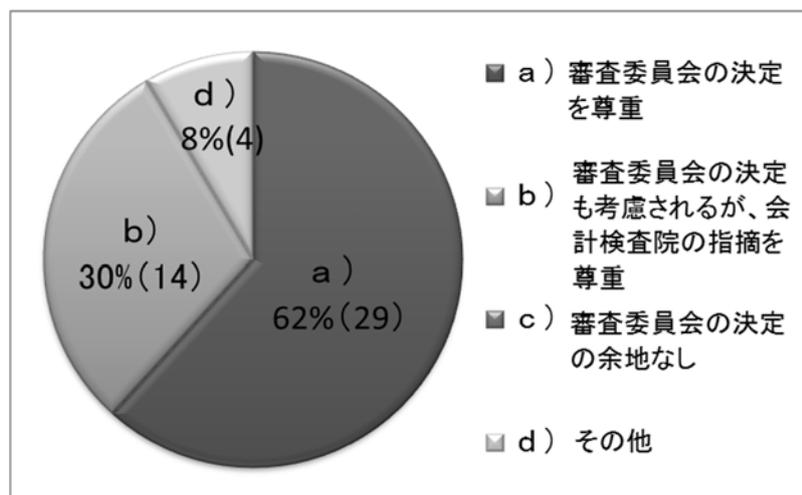
また、再審査の案件とその内容については、「手術（18件）」が最も多く、次いで「投薬（7件）」、「入院（6件）」、「検査（6件）」と続いている。

4. 調剤レセプトの審査体制について



この調査項目については、委員会内で調剤レセプトの審査体制が確認できなかったため調査を実施した。調査結果から「診療費と同一の審査会場で審査を行っている（43件）」が最も多い結果であった。次いで「その他（3件）」また、「診療費とは別の委員会で審査（医師含む）（1件）」との調査結果を得た。「その他（3件）」の内容としては、「把握していない」、「労働局で判断し、必要に応じて審査委員会に何う」などの回答を得ている。

Ⅱ. 会計検査院の指摘に対する対応について



会計検査院の現地検査に基づく指摘に対しては、従来、各地域の医師より「医学的判断が軽視されている」など、不満の声が挙げられている。近年、労働局と厚生局の情報連携体制整備及び診療報酬返還情報を活用した事後確認の実施等を求めるなど、さらに会計検査院の検査状況に活発な動きが見られるため調査を実施した。

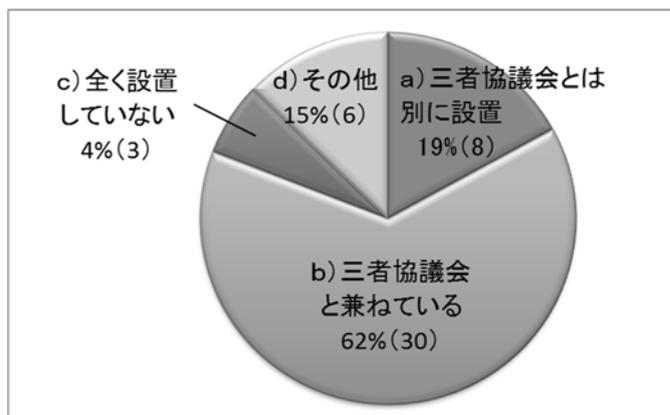
調査結果としては、「会計検査院の指摘に対して審査委員会の決定（医学的判断）が尊重されている」（29件）と回答した都道府県が最も多かったが、結果的に、会計検査院の指摘が尊重されているとの回答が次いで多い（14件）結果となった。「その他」（4件）の主な回答内容としては、「案件により一概にいけない（ケースバイケース）」、「平成18年以降検査は実施されていない」、「診療協議会（労働局内協議会）のみであり、医療委員の意見がそのまま通る」の回答を得ている。

また、会計検査院の指摘事項としては、「救急医療管理加算の算定について」、「手術料、入院料等の算定方法について」、「入院料、手術料・手技料・適応が一般的であるかについて」といった内容が挙げられている。

会計検査院の指摘については、明らかに算定要件を満たさないものを除き、審査会の医学的な妥当性が尊重されるべきである。特に、労災診療費算定基準は、健保の診療報酬とは異なる独自の請求方法を採用している点や、災害医療の特性を加味した審査判断が行われているケースも考えられ、そういった健保と異なる取扱いについて、都道府県労働局がきちんと会計検査院に説明し、納得させる対応が重要である。しかし、最終的に会計検査院の指摘が尊重されとした場合、判断根拠のある指摘なのか、当委員会においても引き続き調査、議論が必要ではある。また、各都道府県においても会計検査院の返還要求についての検証等を行い、審査会の意義を再確認する必要がある。

3) 自賠責保険関連アンケート調査概要

I. 苦情処理委員会の設置状況について



「医療協議会（三者協議会）と苦情処理委員会を兼ねている（30件）」が最も多く、次いで「医療協議会（三者協議会）とは別に設置（8件）」、「まったく設置していない」（3件）となっている。「その他」（6件）の内容としては、「案件があれば都度三者協議会で協議している」、「自賠責担当理事が損保と協議（苦情処理委員会の開催はなし）」、「専門委員会（三者協議会のメンバー）を設置」などの回答を得た。

II. 開催頻度について

・医療協議会（三者協議会）と兼ねていると回答した都道府県の開催頻度

	件数
年に2～5回	12
年に1回	8
2年に1回	2
月に1回	2
2か月に1回	2
必要に応じて開催	2
なし	1
その他	1

・医療協議会（三者協議会）とは別に設置している都道府県の開催頻度

《苦情処理委員会》	件数
必要に応じて開催	5
年に1回	1
まったく設置していない	1
その他	1

《三者協議会》	件数
年に1回	5
年に2回	1
年に2～3回	1
必要に応じて開催	1

医療協議会（三者協議会）と兼ねている都道府県の開催頻度については、年2～5回（12件）が最も多く、次いで年に1回（8件）となっている。

また、医療協議会（三者協議会）とは別に設置している都道府県の開催頻度については、

苦情処理委員会は必要に応じて開催している（5件）、三者協議会については年に1回開催（5件）という都道府県が最も多かった。

三者協議会と苦情処理委員会に関しては、各都道府県における案件数や内容に応じた設置体制や開催頻度となっているものの、医療機関からの苦情を解決するための体制は各地域確保されていると考えられる。

Ⅲ. 審査会（苦情処理委員会）における案件数について

案件数・件数		主な案件内容・件数	
案件数	件数	案件名	件数
年1～5件	18	健保使用に関して	18
案件はない	7	損保会社による不払い・支払遅延	11
未回答	5	人身傷害補償保険	2
月に1～5件	4	医業類似行為に関して	2
月1件	4	損保側弁護士の介入	2
年に6～10件	3	その他	16
その他	2		
2か月に1～2件	1		

審査会（苦情処理委員会）における案件数については、年に5件以下（18件）と回答した地域が最も多かったが、年間通して案件がない（7件）地域もある。また、審査会に寄せられる案件の内容については、「健保使用に関して」（18件）が最も多く、次いで「損保会社による不払い・支払遅延」（11件）、「人身傷害補償保険」（2件）、「医業類似行為」（2件）、「損保側弁護士の介入」（2件）となっている。「その他」（16件）には、「保険詐欺による診療費の不払い」、「行政書士との示談交渉」など、様々な事案も多く挙げられている。

前設問の「Ⅱ 開催頻度」からも読み取れるように、各地域において医療機関より挙げられる苦情の案件は、非常に少なくなっており、周辺問題の解決という新基準の目的が果たされているといえる。

《おわりに》

超高齢社会へ急速に進む我が国において、医療保険制度を維持することは喫緊の課題であり、国は社会保障費を抑制するため様々な施策を検討している。

労災保険は、事業主の保険料により賄われている補償保険であり、相互扶助である健康保険とは別の独立した保険であるが、健康保険の取扱いに準じた診療費の請求基準であるため、診療報酬改定のたびに、社会保障費の増加に伴う医療費財源の問題が労災保険の診療費改定に大きく影響している。

高齢化の進展に伴い人口構造が変化し、今後とも医療費の増嵩は避けられない状況にあり、健康保険では超高齢社会に対応した診療報酬体系に移行していくことが見込まれる中、被災労働者に対する災害医療の診療報酬体系として、これからも健康保険に準じた算定方法を継続していくことが望ましい形であるのか十分に検証する必要がある。

また、被災労働者に対する災害医療の充実は必要であるが、今後は、労働力人口の高齢化から労災発生防止や疾病予防への対策も重要になる。現状においては、労災保険指定医療機関と産業医、産業保健センターとの連携は不十分であり、労働者の脳・心臓疾患、精神障害の増加等、労働環境の変化を考慮した疾病予防の取り組みが必要である。そのためにも、労災保険指定医療機関の役割として、被災労働者の診療情報をフィードバックする仕組みを構築するなど、産業医との連携が今後の課題である。

会計検査院による労災診療費の過大支払いが指摘され、地方厚生局が保有している診療報酬返還情報等を活用した監査が実施されているが、労災診療費は労災医療の特殊性を考慮し、労災診療費審査委員会の医学的判断を尊重すべきであり、会計検査院の検査が行き過ぎたものにならないよう注視する必要がある。

自賠責保険に関しては、健康保険の使用問題について、自賠責保険と健康保険の適用順位が法律上明確化されておらず、自賠責保険を優先適用することの明確化は必要ではあるが、それとともに、医療保険が逼迫している現状においては、損保会社へ求償が適切になされるような取り組みを行うべきであり、患者への指導啓発を含めた医療保険者への要請が必要である。

健康保険の使用問題については、自賠責新基準がすべての都道府県で実施される段階において、自賠責新基準の制度化とあわせて、どの程度自賠責保険の優先適用に強制力を持たせるのか、健康保険の使用権も考慮した検討が必要である。

また、物損事故扱いのまま自賠責保険から保険金が支払われているとの指摘が報告されているが、交通事故の被害者救済を目的とする自賠責保険において、本来の趣旨から逸脱した行為が行われることはあってはならない。行政の対応も含めて、早急な制度改善が求められる。

「医業類似行為」の問題については、医師の同意なく施術が行われることのないよう損保会社に改めて柔道整復施術費の適正な支払を周知徹底し、その対応を求めるものである。

以上、今期労災・自賠責委員会として答申を取りまとめた。労災医療は制度運営者が国である一方、交通事故医療は民間損害保険会社により運営されている。健康保険とも制度発足の背景や沿革も異なるため、同次元での議論は難しい面も多い。

答申では労災医療や交通事故医療の現状や課題についても指摘したが、法整備の必要な部分も多い。

本答申が労災医療や交通事故医療をめぐる問題解決の一助になれば幸いである。

労災医療・交通事故医療について ～会員向け研修用ツール～

日本医師会 労災・自賠責委員会作成

労災医療

2

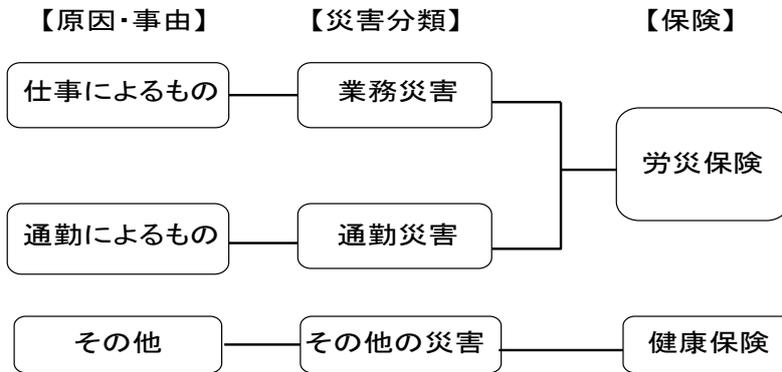
労災保険について

■ 労災保険

- ・労災保険とは、業務災害又は通勤災害を被った労働者やその遺族のために、必要な保険給付を行う制度。
- ・業務災害とは、労働者の業務上の負傷、疾病、障害又は死亡した場合をいう。
- ・業務災害とは、業務が原因となった災害であり、業務と傷病等との間に一定の因果関係があることをいう。
- ・事業主の支配・管理下で業務に従事している場合に該当する。
- ・被災労働者や遺族に対して、社会復帰を促進するための対策、援護措置を図る。

3

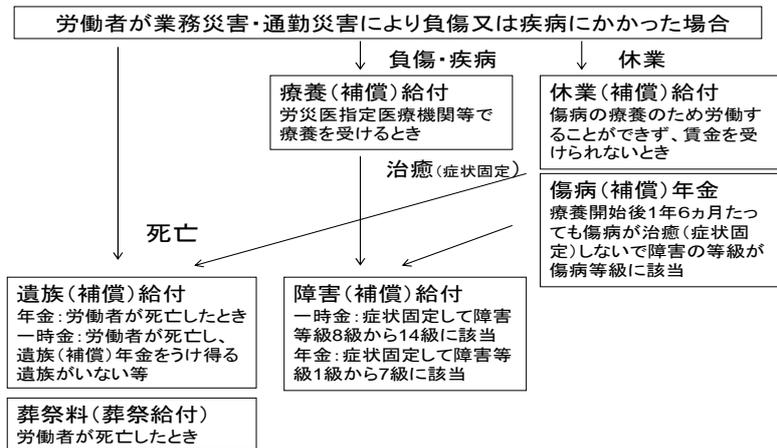
労災保険給付のしくみ



※労働災害に健康保険は使えません

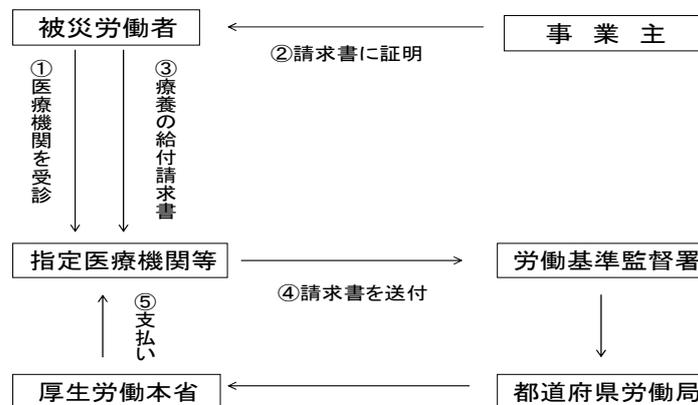
4

労災保険給付の流れ



5

労災保険給付の流れ



6

労災保険給付について

1. 業務災害(通勤災害)により療養する場合

- ①療養(補償)給付
必要な療養の給付(療養費の全額)
- ②休業(補償)給付
休業4日目から休業1日につき給付基礎日額の60%
※上記給付および休業特別支給金(給付基礎日額の20%)
が支給される。
- ③傷病(補償)年金
療養開始後1年6ヵ月を経過し、傷病等級1級から3級に
該当する場合
給付基礎日額の313日分(1級)、277日分(2級)
245日分(3級)の年金
※上記の給付および特別支給金(障害の程度により114
万円から100万円までの一時金、313日分から245日
分の年金)が支給される。

7

労災保険給付について

2. 障害が残った場合

- ①障害(補償)給付
給付基礎日額の313日分(1級)～131日分(7級)の
年金
※上記の給付および特別支給金(障害の程度により
342万円から159万円までの一時金、313日分から
131日分の年金)が支給される。
- ②障害(補償)一時金
給付基礎日額の503日分(8級)～56日分(14級)の
一時金
※上記の給付および特別支給金(障害の程度により65
万円から8万円までの一時金、503日分から56日分
の一時金)が支給される。

8

労災保険給付について

3. 被災労働者が死亡した場合

- ①遺族(補償)年金
遺族数等に応じ給付基礎日額の245日分～153日分
の年金
※特別支給金(一律300万円)、遺族数等に応じ、算定
基礎日額の245日分から153日分の年金が支給される。
- ②遺族(補償)一時金
遺族補償年金を受け得る遺族がない場合、その他の
遺族に対し給付基礎日額の1000日分の一時金
※特別支給金(一律300万円)、給付基礎日額の1000日
分の一時金

9

労災保険給付について

③葬祭料(葬祭給付)

315,000円および給付基礎日額の30日分(最低補償額は給付基礎日額の60日分)

4. 常時または随時介護を要する場合

・介護(補償)給付

(障害(補償)年金、傷病(補償)年金受給者のうち神経・精神障害および胸腹部臓器の障害の程度が1級または2級)

1月あたり、常時介護は104,290円、随時介護は52,150円を上限とする。

10

労災保険給付について

5. 二次健康診断等給付

[対象者]

- ①一次健康診断において血圧検査、血中脂質検査、血糖検査、腹囲またはBMI(肥満度)測定のための全ての検査で異常所見があると診断されている。
- ②脳血管疾患または心臓疾患の症状を有していない。

上記①および②のいずれにも該当する労働者

⇒対象者の要件が厳しい等の問題がある。

11

労災保険給付について

5. 二次健康診断等給付

[給付内容]

(1) 二次健康診断

- ① 空腹時血中脂質検査
- ② 空腹時血糖値検査
- ③ ヘモグロビンA1c検査
- ④ 負荷心電図検査又は心エコー検査
- ⑤ 頸部エコー検査
- ⑥ 微量アルブミン尿検査

(2) 特定保健指導

脳・心臓疾患の発生の予防を図るため、医師等により行われる栄養指導、運動指導、生活指導

12

アフターケア制度について

(1) アフターケア

業務災害又は通勤災害により被災された方に対して、症状固定(治ゆ)後における保健上の措置として1か月に1回程度の診察、保健指導および検査等、必要な措置を行う。

(2) 対象傷病(20傷病)

①せき髄損傷、②頭頸部外傷症候群等(頭頸部外傷症候群、頸肩腕障害、腰痛)、③尿路系障害、④慢性肝炎、⑤白内障等の眼疾患、⑥振動障害、⑦大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折、⑧人工関節・人工骨頭置換、⑨慢性化膿性骨髄炎、⑩虚血性心疾患等、⑪尿路系腫瘍、⑫脳の器質性障害、⑬外傷による末梢神経損傷、⑭熱傷、⑮サリン中毒、⑯精神障害、⑰循環器障害、⑱呼吸機能障害、⑲消化器障害、⑳炭鉱災害による一酸化炭素中毒

13

労災診療費について

■ 労災診療費の取扱い

- ・労災保険の診療費については、昭和36年に当時の武見日本医師会長と労働省大野労災補償部長との間で交わされた労災診療に係る「申し合わせ」により、「暫定措置として健康保険の点数に準拠する」とされた。
- ・現在もこの「申し合わせ」により取り扱われている。

14

労災診療費について

■ 労災診療費に関する申し合わせ

(昭和36年、武見日本医師会長と労働省大野労災補償部長との申し合わせ)

「労災診療の適正な発展のためには、労災診療の健康保険に対する特殊性を科学的に明らかにし、その成果に立脚、即応して診療費を決める必要があるが、それまでの暫定措置として、健保点数に準拠する。」

(労災保険診療を健保点数に準拠して取扱い、1点単価を11円50銭とするもの)

15

労災診療費について

■労災診療費算定基準

・健康保険に準ずる取扱い

健康保険の診療報酬点数表の点数に労災診療単価を乗じて算定する。(労災診療単価は1点当たり12円。非課税医療機関は1点当たり11円50銭)

・健康保険以外の特例的な取扱い

労災診療費算定基準には健康保険の点数表に準拠しない労災保険独自の算定基準(労災特掲料金)が設定されている。

16

労災診療費について

■労災診療費算定基準

[労災特掲料金]

①健康保険の診療報酬点数表の所定点数によらず、

労災独自に料金が定められているもの

(初診料3640円、再診料1360円等)

②健康保険の診療報酬点数表にはないが、労災独自に

料金を定めているもの

(再診時療養指導管理料920円等)

③健康保険の規定によらない取扱い

(処置、手術における四肢加算の取扱い、消炎鎮痛等処置の3部位算定の特例等)

17

労災診療費について

■労災診療費算定基準の問題点

- ・健康保険の診療報酬点数に準拠しているため、診療報酬改定による影響を受ける。
- ・労災保険は被災労働者の早期職場復帰という労災保険制度本来の目的に合っていない。
- ・労災医療の特殊性を考慮した点数設定になっていない。
- ・労災保険の財源は、健康保険の財源とは別であるが、労災特掲項目の改定に充てられる財源が限られている。

⇒労災独自の診療報酬(労災特掲項目)の充実を図ることが必要である。

18

労災保険情報センターについて

■設立経緯

- ・(公財)労災保険情報センター(RIC)は、昭和63年7月に厚生労働省の外郭団体として設立された。
- ・労働災害に対する補償制度及び労災医療に関する情報、資料の収集、研究分析、提供、労働者・事業主・労災指定医療機関の相談・援助を行うことにより、労働災害に対する補償の適正実施及び労災医療の充実を図り、労働者の福祉の増進に寄与することを目的とする。
- ・平成23年11月より、国の委託事業として、RICが行っていたレセプトの事前点検、レセプト内容に関する照会業務、労災診療費の審査補助業務は、政府の事業仕分けにより、都道府県労働局に事務が集約化された。

19

労災保険情報センターについて

■労災保険情報センターの業務について

(1) 労災診療援護事業

【診療費立替払い事業】

労災診療費の支払いは、労働基準監督署長から業務上の認定を受けた後に行われるため、その間、支払が保留され労災指定医療機関にとっては多額の診療費が未収となる。上記医療機関の不利益を解消するため、RICが労災指定医療機関から請求された労災診療費を立替払い(無利子・無担保貸付)を行う。

20

労災保険情報センターについて

■労災保険情報センターの業務について

(2) 労災診療補償保険事業

【労災診療補償保険】

労災保険で不支給となった労災診療費のうち、健康保険等から支払われない部分について労災と健保との診療費の差額及び患者の健保一部負担分を補償する。

(3) 労災診療互助事業

【長期運転資金貸付事業】

診療費立替払いの実績を有する医療機関が対象

(最高貸付額1,000万円、最低貸付額:100万円)

21

労災に関する課題

■ 労災認定に関する課題

・ 労災認定基準について

現在の労働環境に対応した認定基準になっているか。

⇒ 労災認定基準の見直し等、検討が必要

・ 障害等級認定基準について

現行の障害等級表における第1級～第14級の区分

および内容について、現状に適合した障害等級、

認定基準になっているか。

⇒ 実態に即した障害等級および認定基準に向けての
検討が必要。

22

交通事故医療

23

自動車保険について

■ 自動車保険の種類

[自賠責保険と任意保険]

・ 交通事故に係る医療費支払いのための自動車保険には、
自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)と任意保険(対
人賠償保険)があります。

・ 自賠責保険は、被害者救済を図ることを目的に自動車損
害賠償保障法によりすべての自動車に加入が義務づけ
られた「強制保険」です。

・ 任意保険は、自賠責保険の上積み保険で加入の義務は
ありません。

24

自動車保険について

[自賠責保険と任意保険]

- ・自賠責保険の支払限度額は120万円。
120万円は、治療費、休業損害（原則1日5,700円）、
慰謝料（1日4,200円）等の損害総額。

■過失相殺

- ・自賠責保険は、被害者に重大な過失（実務上概ね70%以上の過失）がなければ過失相殺（損害額の減額）は適用されない。
- ・任意保険は、被害者の過失が軽微であっても過失相殺が適用される。

25

自賠責保険について

■自賠責保険の請求方法について

1. 自賠責保険の場合

(1)加害者請求

加害者が、被害者に対して賠償金を支払った上で、
保険金を請求する。

（自動車損害賠償保障法15条請求）

(2)被害者請求

被害者が、直接、加害者が加入している自賠責保険
会社に対して損害賠償額の支払請求を行う。

（自動車損害賠償保障法16条請求）

26

自賠責保険について

2. 加害者が任意保険に加入している場合（任意一括払い）

加害者の任意保険（対人賠償保険）が対応する場合、
任意保険会社が被害者に、自賠責保険部分を含めて
損害賠償し、加害者の代理人として自賠責保険に請求
する。

3. 被害者が加入している任意保険（人身傷害補償保険） から支払う場合

任意保険会社が被害者に、自賠責保険部分を含めて
保険金として支払い、被害者に代位して、自賠責保険
に請求する。

27

自賠責保険について

4. 医療機関が直接自賠責保険の損保会社に請求する場合

①医療機関が患者から医療費に関する請求、受領の委任状を取得し、直接自賠責保険に請求する。

(被害者の代理人として請求する。受任請求)

②患者が自賠責保険に請求し、医療費は医療機関に支払うよう自賠責保険会社に指示する。

(被害者が損害賠償額の支払先を指示する。支払指図)

28

自賠責保険の請求について

■任意一括払い

任意一括払いとは、任意保険の損保会社が自賠責保険で支払われる金額を立替えて、任意保険の金額とまとめて医療機関に支払うこと。

自賠責保険と任意保険は別々の保険であり、本来、請求手続きは別々に行わなければならないが、その煩雑さを解消するためのものです。

29

交通事故診療について

■交通事故診療における医療機関、被害者(患者)、損保会社の関係について

1. 医療機関と患者の関係について

交通事故の患者の場合であっても、診療契約は、患者と医療機関との間で結ばれている。

医療機関は損保会社とは契約関係にありません。

従って、治療費は患者自身が医療機関に支払うことが原則です。

30

交通事故診療について

■交通事故診療における医療機関、被害者(患者)、 損保会社の関係について

2. 医療機関と損保会社の関係について

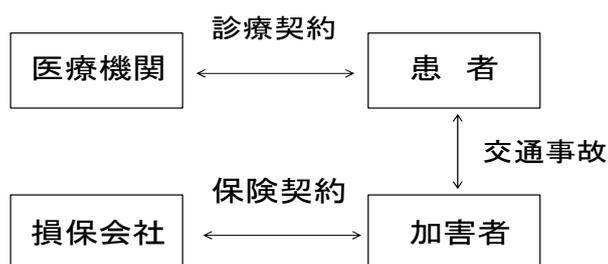
患者が医療機関に支払った治療費は、将来、交通事故の損害賠償として、加害者が患者に支払い、更に、加害者は損保会社から保険金という形で支払を受けることから、便宜上、損保会社が直接医療機関に治療費を支払うこととなります。

ただし、法律上は、医療機関に対して、治療費の支払義務を負うのは患者です。

31

交通事故診療について

■交通事故診療における医療機関、被害者(患者)、 損保会社の関係について



※医療機関と損保会社は契約関係にはありません。

32

交通事故診療について

■交通事故診療における医療機関、被害者(患者)、 損保会社の関係について

3. 損保会社から医療機関への治療費支払いについて

交通事故診療の場合、「任意一括払い」の方法を使って、治療費支払いを契約関係のない医療機関と損保会社の間で行われます。

従って、賠償責任の有無を確認後、遑って一括払いしないケースが発生し、治療費未払い等の問題が生じることもあります。

33

交通事故診療について

■交通事故診療における医療機関、被害者(患者)、 損保会社の関係について

4. 治療費未払いの対応

治療費の請求は毎月、損保会社に行い、損保会社からの支払いが滞った場合は、直ちに損保会社に連絡する必要があります。

患者さんの治療終了後、損保会社に治療費をまとめて請求し、後日、加害者に賠償責任がないとされた場合は、治療費の回収が困難になるケースがあります。

⇒加害者に賠償責任がない場合、治療費は患者さんに請求することになります。

34

交通事故診療について

■交通事故診療における治療費請求について

- ・交通事故診療は原則として自由診療です。
- ・各医療機関ごとに請求額や請求方法は異なります。
- ・健康保険の診療費に基づいて請求する医療機関もあります。
- ・多数の医療機関は、労災診療費算定基準に準拠した自動車保険診療費算定基準(新基準)で請求しています。

35

交通事故診療について

■自動車保険診療費算定基準(新基準)

- ・新基準は、都道府県の医師会、損保協会及び自算会(現損保料率機構)の3者協議にて合意し採用されている制度で、国が定めた労災保険診療費に準拠した算定基準です。
- ・現在、新基準実施都道府県は46都道府県で、未実施県は山梨県のみとなっています。
- ・昭和59年の自賠責保険審議会答申によれば「新基準が全国的に浸透し、定着化した段階で算定基準としての制度化を図る」とされています。

36

交通事故診療について

■ 自賠責保険診療費算定基準（新基準）

- ・今後、山梨県が新基準を実施すれば、全国的に浸透したと考えられることから、交通事故診療の診療報酬基準については、新基準の法制化も含めて検討を行う必要があります。

37

交通事故診療について

■ 損保会社への個人情報の提供について

- ・個人情報保護法によれば、交通事故診療において、損保会社に患者さんの診断書や明細書等の個人情報を提供する場合、患者さん本人の同意を得る必要があるとされています。
- ・損保会社は保険の支払い手続きに入る時点で、情報取得を含む包括的な同意書または委任状を患者さんから取りつけますが、医療機関はそれらの書面を確認するだけでは十分ではありません。
- ・損保会社に診断書や明細書等の個人情報を提供する場合、医療機関は患者さんに情報提供の内容を説明した上で、同意書の取りつけが必要です。

38

交通事故診療における健康保険の使用について

■ 健康保険の使用について

自動車事故等による被害を受けた場合、一義的には被害者は自動車事故等による被害者救済を目的とした自動車損害賠償保障法に基づく自動車損害賠償責任保険（自賠責保険）によって保障を受けるものであります。

しかし、交通事故診療において、何らかの理由により、健康保険での診療を患者さん自身が希望される場合には、医療機関の窓口で健康保険証を提示すれば、健康保険で診療を受けることはできます。

ただし、損保会社等、患者さん以外の第三者の意向で健康保険の利用を強要されてはなりません。

39

「犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて」平成23年8月9日付厚生労働省保険局保険課長・国民健康保険課長・高齢者医療課長通知

■自賠責保険と健康保険の関係

なお、自動車事故による被害を受けた場合の医療保険の給付と自動車損害賠償保障法(昭和30年法律第97号)に基づく自動車損害賠償責任保険(以下「自賠責保険」という。)による給付の関係については、自動車事故による被害の賠償は自動車損害賠償保障法では自動車の運行供用者がその責任を負うこととしており、被害者は加害者が加入する自賠責保険によってその保険金額の限度額までの保障を受けることになっています。その際、何らかの理由により、加害者の加入する自賠責保険の保険者が保険金の支払いを行う前に、被害者の加入する医療保険の保険者から保険給付が行われた場合、医療保険の保険者はその行った給付の価額の限度において、被保険者が有する損害賠償請求権を代位取得し、加害者(又は加害者の加入する自賠責保険の保険者)に対して求償することになります。(以下略)

40

交通事故診療における健康保険の使用について

■健康保険を使用する場合

- ①患者さん自身が加入している健康保険の保険者に、遅滞なく「第三者行為による傷病届」を提出する必要があります。
- ②健康保険による診療は、健康保険法等の規定に基づいて行われることとなります。
- ③外来受診の際には、その都度、窓口で一部負担金の支払いが必要となります。(健康保険を使用した損保会社からの一部負担金一括支払いは、健康保険の規則に基づくものではありません。)

41

交通事故診療における健康保険の使用について

■健康保険を使用する場合

- ④医療機関は、健康保険のレセプトの「特記事項」欄に「第三」と記載して請求します。
- ⑤保険者は、健康保険法の規定により損害賠償の請求権を取得し、第三者である交通事故の加害者(損保会社)に請求(求償)することとなります。

42

交通事故診療における健康保険の使用について

■人身傷害補償保険について

人身傷害補償保険は、契約者(患者)が自動車事故に遭い被害者となった場合、①被害者自身の損害の補償が受けられる、②被害者の過失分の補償が受けられる、③加害者の過失分の立替払いが受けられる保険です。

患者さんの過失割合にかかわらず保険金額を限度に実際の損害額に対して保険金が支払われることから、患者さんの過失割合が大きい場合など、人身傷害補償保険を使用する事例はありますが、健康保険の使用を前提としているなど、問題点もあります。

43

交通事故診療における健康保険の使用について

■人身傷害補償保険について

各損保会社は、人身傷害補償保険の約款に「傷害の治療を受けるに際しては、公的制度の利用等により費用の軽減に努めること。」といった努力規定を設けている。

これについて、日本医師会と東京海上火災保険株式会社(当時)は、平成11年5月21日に、人身傷害補償保険の約款にある努力規定の取扱いについて、公的保険の使用を強要するものではないことを確認し、①「自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取り扱いとする。」②「その旨の社内徹底を図る。」旨の文書を交わしている。

44

交通事故診療に係る健保使用問題に関するアンケート調査(日本医師会)

1. 調査対象

47 都道府県の交通事故取扱い(※)医療機関(病院および診療所)を対象。
※整形外科、外科、脳外科、内科等の医療機関

2. 有効数

病院674※、診療所946(無床 682、有床 264)、その他35、合計1,655
※病院

- ①国(厚生労働省、独立行政法人国立病院機構等) 29
- ②公立(都道府県、市町村、一部事務組合) 108
- ③公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会等) 63
- ④社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合) 24
- ⑤医療法人 353
- ⑥個人 27
- ⑦その他法人(公益法人、社会福祉法人、医療生協、会社等) 70

45

交通事故診療に係る健保使用問題に関する アンケート調査(日本医師会)

3. 健康保険の使用率について

- ・全体の健康保険の使用率は19.9%
損害保険料率算出機構が公表している使用率(平成21年
度で10.7%)の約2倍。
- ・医療機関種別では、病院全体が23.6%、国公立病院が
31.3%、その他病院が18.5%、診療所が10.8%。
- ・入院、外来別では、入院全体では58.1%。
(病院全体が58.9%、国公立病院が62.3%、その他病院が
55.9%、診療所が43.1%)
- ・外来全体では17.2%(病院全体が20.3%、国公立病院が
27.8%、その他病院が15.4%、診療所が10.4%)

46

交通事故診療に係る健保使用問題に関する アンケート調査(日本医師会)

3. 健康保険の使用率について

[問題点]

- ・入院について健康保険の使用率は5割を超えている。
- ・入院においては治療費が高額になることが予想され
るために健康保険を使用する案件が多い。
- ・外来においても2割は健康保険を使用している。

47

交通事故診療に係る健保使用問題に関する アンケート調査(日本医師会)

3. 健康保険の使用率について

[問題点]

第三者の行為によるものに対して保険給付を行った場
合、医療保険者は加害者又は加害者が加入する自賠責
保険の保険者に求償することになっている。

しかし、医療保険者による「適切な求償」ができていな
い現状においては、健康保険の財源の負担になって
いる。⇒医療保険者の財政逼迫に影響している。

48

自賠責保険診療費算定基準 (新基準)の成立過程

49

自賠責保険の診療費算定基準の設定について

- ・自賠収支の悪化に伴い、一部医療機関の医療費請求が過大であることが指摘され、自賠責保険における医療費適正化を要請。
- ・昭和59年12月 自動車損害賠償責任保険審議会答申「自算会及び損保協会において、日本医師会の協力を得つつ、医療費統計等を参考に責任保険についての診療報酬基準案を作成し、医療機関等の医療費請求及び自算会調査事務所等での医療費調査の基準とする。」

50

自賠責保険の診療費算定基準の設定について

- ・平成元年6月、日本医師会、日本損害保険協会、自動車保険料率算定会の三者協議において、交通事故診療にかかる医療費請求の適正化を図ることを基本として、自賠責保険診療費算定基準(新基準)が制定された。

51

自動車損害賠償責任保険審議会 答申
(昭和59年12月19日)

○医療費支払の適正化(抜粋)

一部の医療機関等の医療費請求額が過大であることが指摘され、責任保険の医療費支払の適正化が要請されている状況にかんがみ、

ハ、自算会及び損保協会において、日本医師会の協力を得つつ、医療費統計等を参考に責任保険についての診療報酬基準案を作成し、医療機関等の医療費請求及び自算会調査事務所等での医療費調査の基準とする。

52

日本医師会、日本損害保険協会、
自動車保険料率算定会 [覚書]

- ① 各都道府県医師会の中に交通事故ならびに診療報酬に係わる審査会を設置し、医療及びその費用の適正化を図る。
- ② これらの具体的実施に伴う諸問題は、各都道府県の医師会、自動車保険料率算定会調査事務所、損害保険協会地方委員会(または同業会)の三者で構成する医療協議会で合議する。
- ③ 円滑な運営を図るため、本部レベルにおいても医療協議会を設置し、被害者の早期社会復帰及び交通事故医療の適正化に資する。

53

自賠責保険の診療費算定基準の設定について
[平成元年6月28日 日医発第221号(保41)通知]

1. 自動車保険の診療費については、現行労災保険診療費算定基準に準拠し、薬剤等「モノ」についてはその単価を12円とし、その他の技術料についてはこれに20%を加算した額を上限とする。
2. ただし、これは個々の医療機関が現に請求し、支払を受けている診療費の水準を引き上げる主旨のものではない。

54

新基準実施状況(平成25年2月1日現在)

実施年度	(実施順) 46/47都道府県
平成2年度《4地区》	1) 栃木県, 2) 青森県, 3) 広島県, 4) 徳島県
平成3年度《4地区》	5) 宮城県, 6) 奈良県, 7) 秋田県, 8) 福島県
平成4年度《3地区》	9) 宮崎県, 10) 滋賀県, 11) 兵庫県
平成5年度《5地区》	12) 熊本県, 13) 岩手県, 14) 大阪府, 15) 長崎県, 16) 大分県
平成6年度《8地区》	17) 高知県, 18) 富山県, 19) 岐阜県, 20) 長野県, 21) 新潟県, 22) 北海道, 23) 石川県, 24) 福岡県
平成7年度《9地区》	25) 山形県, 26) 和歌山県, 27) 愛知県, 28) 福井県, 29) 山口県 30) 鹿児島県, 31) 佐賀県, 32) 鳥取県, 33) 島根県
平成11年度《4地区》	34) 東京都, 35) 茨城県, 36) 香川県, 37) 三重県
平成12年度《2地区》	38) 千葉県, 39) 静岡県,
平成13年度《5地区》	40) 愛媛県, 41) 神奈川県, 42) 群馬県, 43) 埼玉県, 44) 沖縄県
平成15年度《1地区》	45) 京都府
平成24年度《1地区》	46) 岡山県
未実施府県《1地区》	1) 山梨県

55

[参考図書]

- ・日本医師会 労災・自賠責委員会答申
- ・労災保険給付の概要(厚生労働省)
- ・アフターケア制度のご案内(厚生労働省)
- ・医療費請求のしおり(日本損害保険協会)

56

労災・自賠責に係るアンケート調査 ＜集計結果＞

平成 26 年 1 月

日本医師会 労災・自賠責委員会

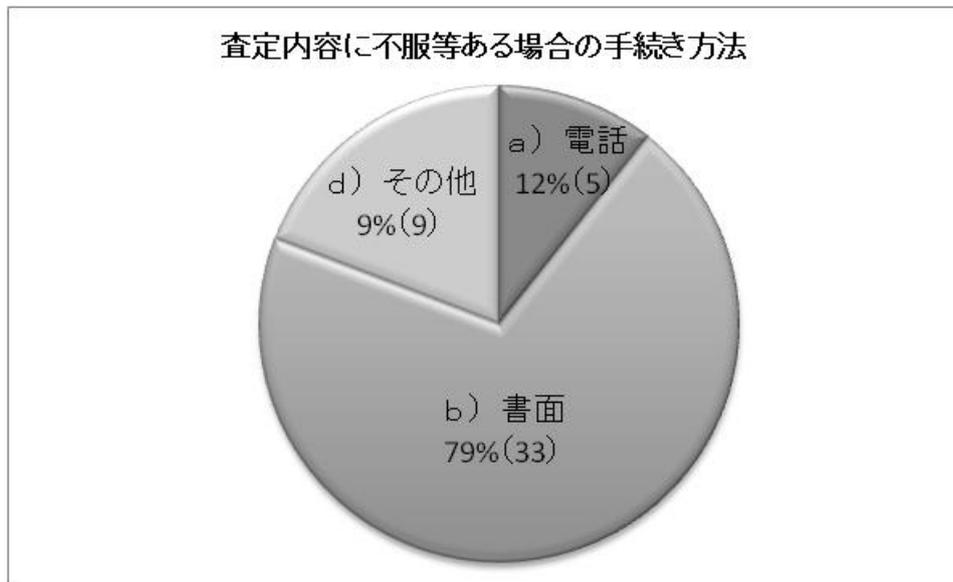
労災・自賠責に係るアンケート

【労災保険関連】

I. 労災診療費の審査

1. 労災指定医療機関が労災診療費について査定され、その内容に不服・疑義がある場合、労災指定医療機関はどのような手続きをとっているか

	件数	都道府県
a) 電話で不服申し立て又は照会する	5	岩手、鳥取、岡山、愛媛、福岡
b) 書面で不服申し立て又は照会する	33	北海道、青森、宮城、山形、福島、栃木、埼玉、千葉、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、静岡、愛知、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、島根、広島、山口、徳島、香川、佐賀、大分、宮崎、鹿児島、沖縄
c) 都道府県医師会を通して不服申し立て又は照会する	0	-
d) その他	9	秋田、茨城、群馬、東京、岐阜、三重、高知、長崎、熊本



d) その他（9都県）

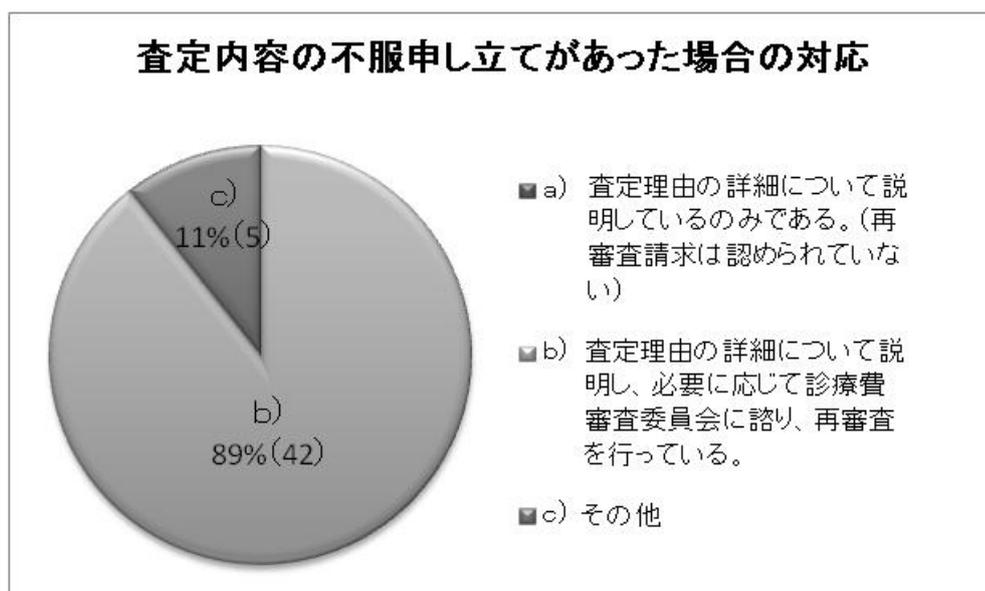
（秋田）電話と書面のどちらかとは決めていないが、どちらかの方法で手続きを行っている

（茨城）内容照会は電話でよい。再審査請求は文書

- (群馬) 電話や書面で不服申し立て・照会を行っている。ほとんどが照会で査定は極めて少ない
- (東京) 書面で不服申し立て・照会を行ったり、本会関連の東京都労働保険医療協会を通じて電話で照会したりする
- (岐阜) 電話や書面で不服申し立て・照会を行っている。ほとんどが照会で査定は極めて少ない
- (三重) 労働局に対し直接電話で査定に対する照会を行い、不服がある場合は査定金額にかかる労災診療請求を再度行う。なお、再請求のレセプトには再請求の理由書を添付してもらってます。場合によっては、事前の電話照会なしに再請求される場合もある。
- (高知) 査定する前に文書で照会しており、査定にさきだっては、労働局から説明する手順をとっており、不服はあまりないと思われる
- (長崎) 労働局に対して、電話で照会し、査定理由を了承しがたい場合は、書面で再審査(不服)申し立てすることになっている
- (熊本) 電話か書面により担当医が直接労働局に不服申し立てをする

2. 労災指定医療機関から、労災診療費の査定内容について、不服申し立てがあった場合、どのように対応しているか（a. およびc. を選択された場合は設問4に、b.を選択された場合は設問3に）

	件数	都道府県
a)査定理由の詳細について説明しているのみである。 （再審査請求は認められていない）	0	-
b)査定理由の詳細について説明し、必要に応じて診療費審査委員会に諮り、再審査を行っている。	42	北海道、青森、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、千葉、東京、神奈川、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、和歌山、鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄
c) その他	5	岩手、宮城、埼玉、奈良、高知



c) その他（5県）

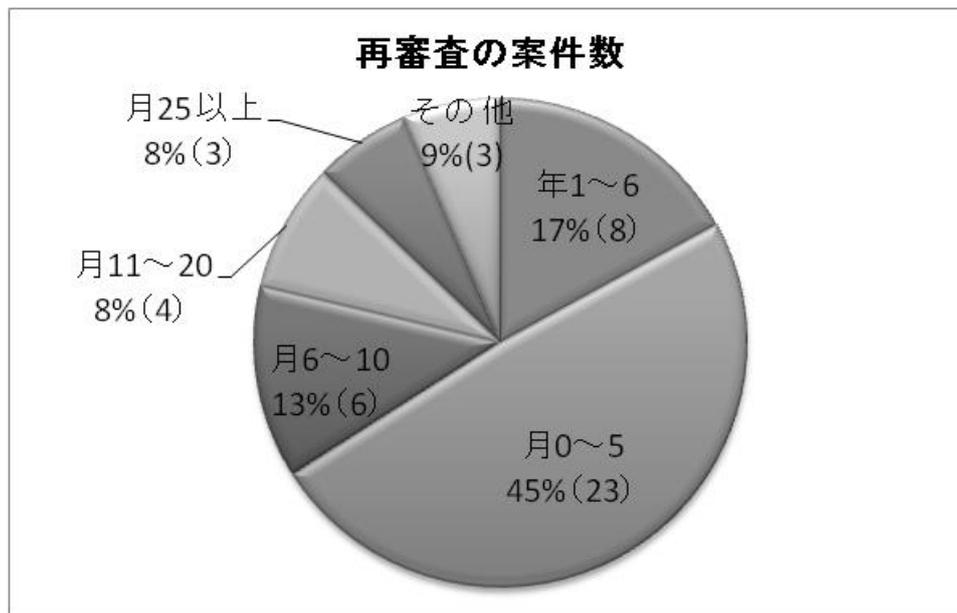
- （岩手）労働局に医療機関より直接文書で
- （宮城）医師会は関与せず
- （埼玉）労働局が対応している
- （奈良）医師会に対して不服申し立ての依頼はない。医療機関が個別に対応している。
- （高知）査定理由について説明を行っているが、必要に応じて審査会にはかかる体制にはあるが、再審査の事例はほとんどない

具体的な意見（6道県）

- （北海道）再審査理由を検討し、必要に応じて診療費審査委員会に諮り、再審査結果は文書により指定医療機関に通知している
- （青森）詳細説明なし。適宜、再審査を行っている
- （群馬）査定理由の詳細について説明しているのみであるが、月1回の診療費算定審査会で再審査も行っている
- （静岡）必ず審査委員に諮り、書面にて回答を行う（必要に応じてではなく、月に1～2回審査会がある）
- （三重）療養審査会委員の審査を受け内容によっては療養審査会に諮る
- （広島）再審査を行い、結果について通知している

3. 労災診療費の再審査について案件数は月にどの程度か

	件数	都道府県
年1～6	8	秋田、富山、福井、山梨、鳥取、徳島、愛媛、鹿児島
月0～5	23	岩手、福島、茨城、栃木、群馬、千葉、新潟、石川、長野、岐阜、静岡、三重、滋賀、奈良、島根、岡山、山口、香川、佐賀、長崎、熊本、宮崎、沖縄
月6～10	6	北海道、青森、京都、大阪、和歌山、福岡
月11～20	4	山形、東京、神奈川、愛知
月25以上	3	兵庫、広島、大分
その他	3	宮城、埼玉、高知



その他（3県）

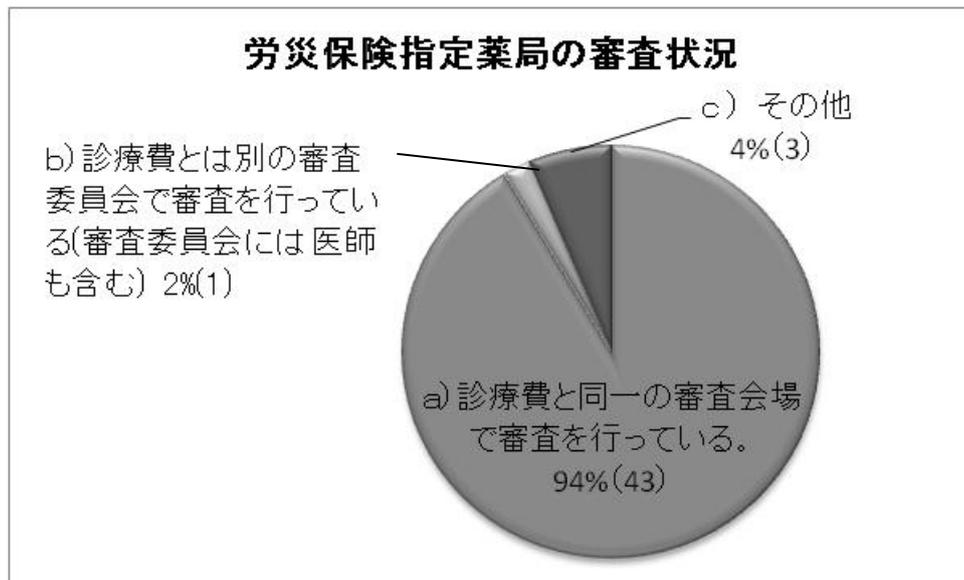
- （宮城）医師会は関与せず
- （埼玉）労働局が対応している
- （高知）再審査の事例はほとんどない

《労災診療費の再審査についての主な案件》

		案件の内容
手術	18	術式（北海道）、手術の術式の査定（秋田）、手術（栃木）、手術内容（同一手術野等）について（東京）、複数手術の点数について（同一術野を見る場合等）（新潟）、手術の術式について（石川）、手術の手技料（福井）、手術料（術式）に関するもの（山梨）、手術に関すること（長野）、手術料の術式について（三重）、手術料（大阪）、病名に対する術式の疑義（兵庫）、病名に対する手術の適否（和歌山）、手術術式の解釈（鳥取）、手術に対する算定の誤り（広島）、手術の術式について（福岡）、手術（長崎）、手術内容（大分）
投薬	7	投薬関係が多く、傷病名がない（青森）、薬剤（病名漏れ）（栃木）、薬剤の査定に関するもの（静岡）、労災傷病に対する投薬の疑義（和歌山）、投薬内容（広島）、労災傷病名での投薬（佐賀）、薬剤の使用（大分）
入院	6	入院の案件が最も多く、再審査請求の4割を占める（指先（1本）の骨折での日数入院が散見されます）（岐阜）、入院料の要件について（三重）、入院基本料、入院室料加算（大阪）、入院日数の査定（兵庫）、入院期間の適否（和歌山）、入院料の扱い（島根）
検査	6	検査（北海道）、労災の傷病とは異なる検査を行った場合について（新潟）、ルーチンによる検査の査定（滋賀）、労災傷病名に対する検査の必要性（佐賀）、検査内容（大分）、検査の回数（宮崎）
リハビリテーション	4	運動器リハビリテーション等（大阪）、リハビリテーションの期間が超えるもの（鳥取）、リハビリテーション（長崎）、リハビリテーション（大分）
病名に関して	4	労災病名に適していない（富山）、私病との混在による治療・投薬（労災でない傷病名の追加）（滋賀）、治療と病名の関係（島根）、認められた疾病以外の疾患に関するもの（熊本）
処置	3	処置（東京）、処置（広島）、処置（長崎）
その他	10	審査に対する不服について（岩手）、請求誤り（山形）、月1回の診療費算定審査会で再審査も行っている（群馬）、四肢切断再接合（福井）、医学的見解の相違の問題（愛知）、治療行為の頻度が多いもの（鳥取）、査定に対する疑問（島根）、過剰診療（熊本）、画像診断（大分）、医学管理などの指導料の回数（宮崎）

4. 労災保険指定薬局からの請求に対する審査の状況について、以下のうち該当するものに○を付けて下さい。

	件数	都道府県
a) 診療費と同一の審査会場で審査を行っている。	43	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山、鳥取、岡山、広島、徳島、香川、愛媛、福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄
b) 診療費とは別の審査委員会で審査を行っている。	1	山口
①審査委員会には医師も含まれる。	1	山口
②審査委員会には医師は含まれない。	0	—
c) その他	3	神奈川、島根、高知

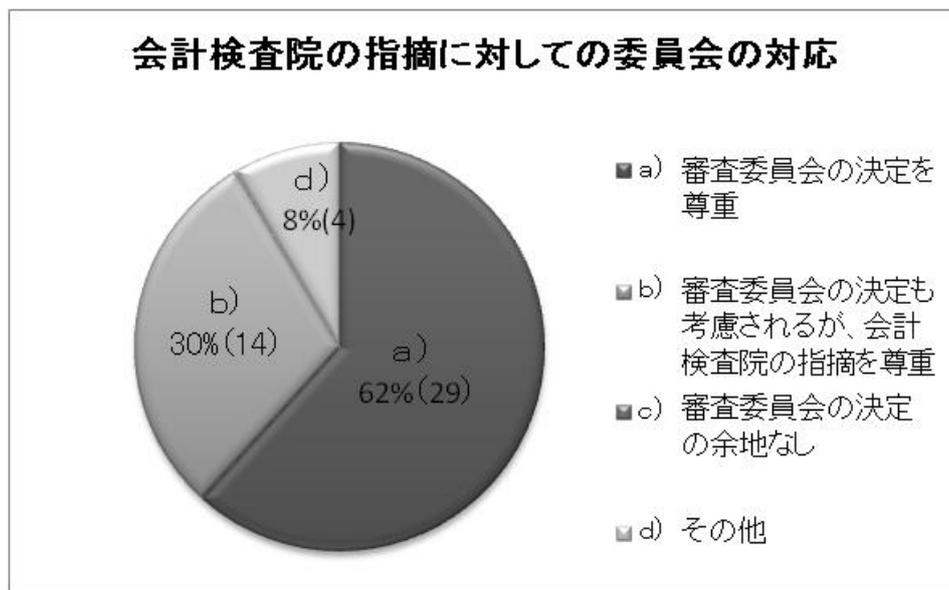


c) その他 (3県)

- (神奈川) 労働局で判断し、必要に応じて審査委員に伺う
- (島根) 把握していない
- (高知) 薬局からの請求の審査については把握していない

Ⅱ. 会計検査院の指摘に対して、委員会の決定を尊重した対応をとっているか

	件数	都道府県
a) 診療費審査委員会の決定（医学的判断）が尊重されている。	29	北海道、青森、岩手、秋田、山形、栃木、埼玉、千葉、神奈川、新潟、石川、山梨、岐阜、京都、大阪、兵庫、奈良、島根、岡山、広島、山口、徳島、高知、福岡、佐賀、長崎、熊本、宮崎、鹿児島
b) 診療費審査委員会の決定（医学的判断）も考慮されているが、結果的に会計検査院の指摘が尊重されている。	14	福島、群馬、東京、富山、福井、長野、静岡、愛知、和歌山、鳥取、香川、愛媛、大分、沖縄
c) 診療費審査委員会の決定（医学的判断）が考慮される余地はない。	0	-
d) その他	4	宮城、茨城、三重、滋賀



d) その他（4県）

（宮城）診療協議会（労働局内協議会）のみであり、医療委員の意見がそのまま通る

（茨城）案件による。一概には言えない。

（三重）a、bのいずれかによる。ケースバイケースにより対応している

（滋賀）平成18年以降は労災診療費の検査は実施されていない

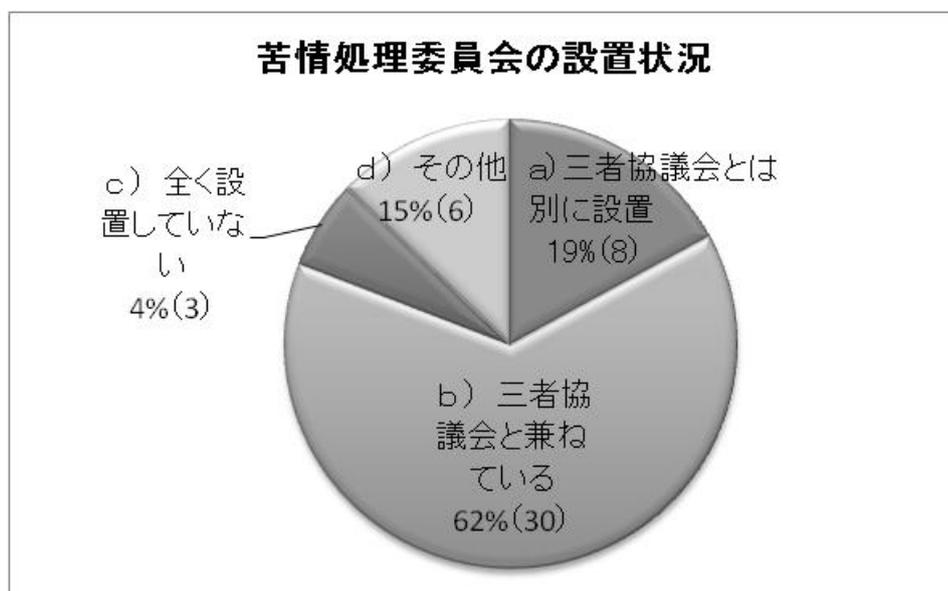
Ⅲ. 「労災診療費の再審査」及び「会計検査院の指摘」に対するご意見等

	内容
岩手県	○本県は、労災診療費の査定が少ない傾向にあるが、最近はいくらか査定が出ている。
群馬県	○最近の会計検査院の指摘事項はあまりに健保診療のようで、労災の特徴を勘案していないケースがある、救急医療管理加算の算定における労災と健保の乖離。
山梨県	○労災診療費の再審査は、本県では、件数も少なく時間をかけて解決するような案件もないことから審査の状況は、きわめて良好といえる。 ○診療費算定委員会でも決定（医学的判断）を会計検査院が覆すような指摘はせず、尊重されている。また、2年に1回会計検査院が入る年に今年は当たるが、問題となるような指摘を受けてはいない。例年、手術料、入院費等の算定方法に誤りが少なからず見られ指摘を受けるようであるが、労働局側も会計検査院の指摘を尊重してごり押しすることはない。
大阪府	○労災診療費の再審査については、必要に応じて再審査されているが、症状詳記があれば、当初から査定されていない事例もあり、手術等においては症状詳記を行うよう医療機関に周知する必要がある。会計検査院の指摘については、労災診療費審査委員会において、既に審査が確定された請求内容について指摘されるものであり、審査委員会における医学的な判断に基づくものであることから、明らかに算定要件を満たさないものを除き、審査委員会の決定を尊重すべき。
兵庫県	○医療保険審査期間においても再審査が現存しているのだから労災保険でも再審査は仕方がない。丁寧な結果説明と場合によっては理由により復活もある。「会計検査院の指導」については、指摘が正しいこともあれば行き過ぎた点、誤った点もあり、ケースバイケースで対応すべき。
島根県	○「会計検査院の指摘」について、入院料が適正であるか、手術・手技・適応が一般的であるかが主な観点である。したがって労働局では治療現場に問うとか、審査員に確認したりといった努力をしている。委員会について、審査をしっかりとっている点を明確にすべき努力をしている。
岡山県	○会計検査院の指摘に対して法的に拘束力はないのでしょうか。
広島県	○管理料や加算等の案件が徐々に窮屈になってきている。今まで可であった例がある時期より後は不可になると、救急なども含め、労災診療への意欲を削ぐ事になる。
高知県	○高知労働局では、レセプト上、疑義のある点につき主治医に文書で照会したうえで、審査会で判断しており、この様な事例に対しては会計検査院もあまり問題としない様である。従って疑義のありそうな事例は積極的に文書照会した上で認めるようにしている。

【自賠償保険関連】

I. 苦情処理委員会の設置状況について

	件数	都道府県
a) 医療協議会（三者協議会）とは別に設置している	8	青森、秋田、埼玉、三重、滋賀、京都、大阪、島根
b) 医療協議会（三者協議会）と兼ねている	30	北海道、宮城、山形、茨城、栃木、群馬、千葉、東京、神奈川、新潟、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知、兵庫、和歌山、鳥取、岡山、山口、徳島、愛媛、高知、佐賀、長崎、宮崎、鹿児島、沖縄
c) 全く設置していない	3	岩手、奈良、香川
d) その他	6	福島、富山、広島、熊本、大分、福岡



d) その他（6県）

- （福島）三者協議会と兼ねているわけではなく、案件があればその都度、三者協議会の中で協議している
- （富山）苦情の内容により臨時的に開催している。苦情があった場合、自賠償担当理事が損保会社に連絡し解決しており、苦情処理委員会を開催していない
- （広島）損保保険医療協議会実務委員会（数名で協議・検討し、損保保険医療協議会（三者協議会）へ報告している
- （福岡）専門委員会を設置
- （熊本）専門委員会（三者協議会のメンバーもいる）を設置
- （大分）専門委員会を設置

具体的な意見（3道県）

（福井）委員会というものはないが、個別案件について、三者協議会で検討している

（岐阜）実務委員会設置

（静岡）苦情処理委員会は設置していないが、医療機関からの苦情等については、原則、東・中・西部各地区の三者協議会で対応し、必要に応じて県全体の三者協議会（主催：県医師会）を開催し、対応している

II. 苦情処理委員会の開催頻度について

I で a) 医療協議会（三者協議会）とは別に設置していると回答した 8 府県の開催頻度

《苦情処理委員会》	件数	都道府県（8件）
月0	1	滋賀
年1	1	埼玉
必要に応じて開催	5	青森、三重、京都、大阪、島根
その他	1	秋田

その他

（秋田）苦情があった場合に対応。ホームページに相談窓口を設けている

《三者協議会》	件数	都道府県（8件）
年1	5	秋田、埼玉、三重、滋賀、島根
年2	1	京都
年2～3	1	大阪
必要に応じて開催	1	青森

具体的な意見（5府県）

（青森）苦情の件数が少なく、苦情が出るたびに開催している

（秋田）年1（必ず）+必要があれば随時開催

（滋賀）月0、新基準導入前後は会員医療機関からの案件が挙がってきたため頻回な審査委員会の開催が必要であったようだが、現在は落ち着いているのか、ほとんど会員から挙がってくることはないため、ここしばらく開催することはない。というのが現状 ※新しい会員が、苦情処理制度を知らない可能性もある

（京都）三者協は年2だが、必要に応じて開催するようにはしている

（大阪）医療機関からの苦情申立があれば、その都度、損保協会に連絡して対応している。苦情処理結果は、年2～3回開催される三者協議会に報告している。

I で b) 医療協議会（三者協議会）と兼ねていると回答した 30 都道府県の開催頻度

	件数	都道府県（30件）
2年に1年1	2	鳥取、沖縄
年1	8	北海道、山形、茨城、新潟、長野、岐阜、長崎、鹿児島
年2～5	12	千葉、神奈川、石川、福井、愛知、兵庫、和歌山、岡山、山口、徳島、佐賀、宮崎
2月に1月1	2	東京、高知
なし	2	宮城、群馬
必要に応じて開催	1	山梨
その他	2	栃木、愛媛
	1	静岡

その他（1県）

（静岡）東・中・西部各地区の三者協議会は、原則、年2回以上開催しており、県全体の三者協議会は不定期に開催している

具体的な意見（19道県）

（北海道）苦情処理委員会を開催することはないが、年1回の三者協議会において事案報告し損保側に改善等の申出を行っている。医療機関と損保等との間でトラブルがあり北海道医師会に連絡があった場合は、即座に損保側（幹事会社を通じて当該損保）に連絡するとともに、状況確認し円満解決を図るよう努めている

（茨城）年1～2回

（栃木）医療機関と損保会社等との間でトラブルが発生した場合、まず医療機関から郡市医師会の自賠償担当役員に連絡が入り対応にあたる。郡市医師会担当理事が対応不可能な事例については、本会に連絡され、事例によって協議会を開催している。

（群馬）月1必ず行う

（千葉）年2程度

（神奈川）トラブル案件の状況に応じて年2～4回程度

（石川）三者協議会は定期（年4～5回）に開催している。ただし、協議事案が発生した場合は臨時的に開催している

（福井）年4回

（岐阜）実務委員会は案件により必要に応じて開催

（愛知）3月に1回

（山梨）三者協議会はここ数年開催なし。苦情処理は個々の医療機関で対応している

（兵庫）年2～3回

（和歌山）苦情申立書が提出され、内容によって開催する。三者協議会を兼ねての開催。年3回程度

- (岡山) 年に4回。問題があればその都度
- (山口) 年2程度
- (徳島) 三者協議会は年2回程度。苦情処理は問題発生時に適宜医師会代表と損保代表で少人数で行っている
- (佐賀) 年2～3回
- (長崎) 損保医療協議会は年1回、その他で寄せられた案件についてはその都度対応
- (宮崎) 年2回

I で d) その他と回答した6県の開催頻度

- (福島) 三者協議会の開催頻度は2年に1回程度。苦情等照会は年に1件あるかないかくらい。
- (富山) 苦情の内容により臨時的に開催している。苦情があった場合、自賠責担当理事が損保会社に連絡し解決しており、苦情処理委員会を開催していない
- (広島) 三者協議会は年4回、苦情処理委員会は案件が発生することに可及的速やかに開催する
- (福岡) 専門委員会は年1回、三者協議会は、ここ数年開催していない
- (熊本) 専門委員会は処理が必要になった時に開く。三者協議会は年1回程度
- (大分) 専門委員会は案件があがってきた毎に対応。三者協議会は年2回

Ⅲ. 審査会（苦情処理委員会）における案件数は月にどの程度か

（Ⅰ. 苦情処理委員会の設置状況で、c）全く設置していないと回答した3県は除く）

	件数	都道府県（44件）
なし	7	秋田、新潟、福井、山梨、長野、三重、熊本
年1～5	18	北海道、青森、福島、栃木、埼玉、岐阜、大阪、兵庫、和歌山、鳥取、広島、山口、徳島、愛媛、高知、福岡、長崎、沖縄
年1	3	福島、埼玉、福岡
年1～2	2	青森、愛媛
年2	1	沖縄
年2～3	1	高知
年2～5	1	長崎
年3	2	北海道、和歌山
年3～4、5	3	岐阜、鳥取、徳島
年5	3	大阪、兵庫、山口
年数件	2	栃木、広島
年6～10	3	茨城、神奈川、宮崎
年6	1	神奈川
年6～7	1	宮崎
年10弱	1	茨城
2月に1～2	1	東京
月1回	4	宮城、岡山、佐賀、大分
月1～5	4	群馬、石川、愛知、鹿児島
月1～2	2	石川、鹿児島
月2～5	1	群馬
月3	1	愛知
その他	2	千葉、静岡
未回答	5	山形、富山、滋賀、京都、島根

その他（2県）

（千葉）新基準案件のみ対象としている為、ほとんどない

（静岡）本会では把握していない

具体的な意見（1県）

（福岡）個別の案件については、原則県下4ブロックの苦情処理委員会で処理されている

《審査会（苦情処理委員会）における主な案件》

【健保使用に関して】

- 苦情処理委員会は開催していないが、主な案件は以下のとおり。
損保側による支払遅延や健保強要。人身傷害補償保険による一方的な健保強要（損保会社の理解不足。公的保険を使用する努力規定（約款）はあるが、自賠責案件については従来と同様となっている。にもかかわらず、この約束が守られず損保による健保強要がある。）（北海道）
- 損保担当者からの健保強要（茨城）
- 健康保険への切り替えの強要（神奈川）
- 自由診療から健保保険切り替え時期の問題（石川）
- 損保担当者による健保誘導（岐阜）
- 健保使用の問題（愛知）
- 健保の切替えについて（兵庫）
- 健康保険の使用をめぐる患者にプラスとの名目で指示されているが、医療機関側と損保会社側との統一がとれていないこと（鳥取）
- 健保誘導と思われる事案（広島）
- 自動車事故医療に対する健保使用について（山口）
- 健康保険使用時の一括請求依頼について（認めないことで三者協議会で決定しているが、時に依頼してくる担当者がある。保険会社担当課長への指導で改善している。（徳島）
- 入院患者については、社会保険使用を医療機関もある程度認めているようで（諦めている）特に問題になっていない。（徳島）
- 健保使用の問題が多い。たまに損保側からの苦情もある（高知）
- 健保使用（福岡）○診断書料の値切り交渉（福岡）○支払遅延（福岡）
- 健保への切替、値切り（佐賀）
- 医療保険の利用、診療の打ち切りなど（長崎）
- 支払について、健保使用について（大分）
- 健保使用の強制（人身傷害保険を含む）（宮崎）

【損保会社による不払い・支払遅延】

- 保険会社から支払いが行われない事例（福島）
- 医療費未払い（茨城）
- 一括打ち切り（茨城）
- 診療の一方的な打ち切り（栃木）
- 診療費未払いのトラブル（埼玉）
- 損保会社の診療費打ち切りのあり方（東京）
- 事務処理の遅れなどによる治療費支払遅延の問題（石川）
- 一括請求申込後に医療費が未払いになる案件（岐阜）
- 損保による未払い事案（一括契約の不備や適用期間など）（広島）
- 一方的な打ち切り（支払拒否）通告（宮崎）

○医療費支払いの遅延（鹿児島）

【人身傷害補償保険】

○人身傷害賠償保険に関すること（福井）

○人身傷害保険について（兵庫）

【医業類似行為に関して】

○医業類似行為と交通事故診療（茨城）

○医療類似行為に関するもの（群馬）

【損保側弁護士への介入】

○治療中に保険会社側の弁護士より今後の治療費を支払わない旨、通告があった（青森）

○自動車事故医療費支払いの紛争における、損保側弁護士の早期介入について（山口）

【その他】

○行政書士の示談交渉（茨城）

○保険金詐欺により支払われなかった診療費（栃木）

○診断書不要のケース（損保と被災者の直接交渉で）、損保の保険会社取扱いと損保協会（各種）と農協、外資系との差異について（群馬）

○損保会社からの医療内容の照会方法（東京）

○運動器リハの単位削減、1点単価の切り下げ、一般的な診療費の削減要求（神奈川）

○事故の発生状況とも絡んでくるが、損保会社と医療機関双方の担当者間の連携不足による、請求方法（一括・被害者等）の問題（石川）

○治療の打ち切りに関すること（福井）

○委員会で各地区の状況を委員から発言してもらおうが、入院患者を持たないせいか損保会社との大きなトラブルは聞かない（農協系は、昔から体質が変わっておらず、要注意との意見がある。）（山梨）

○調査事務所における後遺障害認定について（明らかに不相当と思われる認定結果が見受けられる、診断書を作成した医師に認定結果が通知されない等）、保険会社による給付の打ち切りについて等（静岡）

○支払い停止の問題（愛知）

○偽装事故による治療費未払い事例等、交通事故に遭い治療中の患者が、後日、別の交通事故に遭った場合の第一事故と第二事故の責任割合による治療費支払遅延（大阪）

○療養病床など包括算定の場合に私病との区別について（包括の場合私病との区別ができないので、包括の基準により算定。損保は看護配置による出来高を要求）、物損扱いによる地場席保険使用に関して（物損への誘導、コンプラ違反）（広島）

- 診断書の発行が遅いのでとの協力依頼、主治医が面談を受けていただけない。（徳島）
- 医療機関側の診断書作成の遅延（宮崎）
- 他社へ提出した診断書の複写に基づく内容照会、損保担当者の助言、強引な電話による照会、横柄な言動（鹿児島）
- 審査会の開催はないが、会員施設から半年に 1 回の割合で相談がある。相談事例は症状固定、診断書発行の問題である（沖縄）

IV. 審査会（苦情処理委員会）に対するご意見等

	理由
北海道	○北海道においては、医師会と損保側との間で、毎年十分な意見交換がなされており、トラブル案件が少ない。そのため、事務レベルでの解決が図られることがほとんどである。民間医療機関では新基準が浸透しているため（民間医療機関の約98%が新基準を採用）、トラブルが少ないと思われる
岩手県	○最近、外資系の損保会社では、最初から弁護士が介入し、医師の指示も仰がず治療期間を決定している。最近、日本の損保会社でも医師を通さず解決策を模索している傾向があり、医療機関とのトラブルが増えてきているように思われるがいかがでしょうか？（会員からの意見） ○いずれ、被害者と損保会社との間でトラブルがみられ、医療機関には間接的に影響がでるように思われる。 ○労災・自賠責等、自由診療に対する消費税の取扱い等、1点単価12円に対する影響があると思われますがいかがでしょうか？ ○医療協議会（三者協議会）の設置はないが、設置を検討中である。 ○2年に一回の自賠責研修会において、会員に対して案件を募りその回答を調査事務所に確認を行ったり等している。
宮城県	○風通しよく協議が行われている。
茨城県	○各地で起きている問題事例を集めて、対応事例集を日本医師会として作成してはどうか。 ○1～2年に一度、全国担当者会議を開催してほしい。 ○個別に挙がってくる案件に関しては、県医師会役員が都度対応をしている。
富山県	○最近、健保使用を進めるケースが多いような気がしており、医療機関側とのトラブルが起こる可能性あり。三者協議会で確認し、トラブル回避に努めたい。
石川県	○最近、第三者協議会の中に参画していない外資系損保会社加入の人身事故が増加傾向にある。このような場合、医療機関等から健康保険への切替えや治療費遅延問題などの相談を受けるも、事故状況の実態が十分把握できないため、その対応に苦慮している。第三者協議会に参画されない外資系損保会社の問題事例については、中央の審査会で対応するなど、何らかの対策を講じて欲しい。
愛知県	○同じ内容の問題が繰り返されている。委員会での議論が、代理店などの末端まで周知徹底されることが必要。
大阪府	○交通事故診療について、損保会社から治療費の一括支払いの連絡があり、患者の治療が終了したあとで、故意の事故のため損害賠償範囲の対象にはならないとされる事例がある。故意であることが確定しない限り、損保会社は、治療費の支払いに対して責任を持つべきである。交通事故診療における健康保険の使用について、損保側と医師会側で健保使用率に対する認識に差がある。患者に過失がない場合や損害総額が120万円以上に収まるケースは自賠責新基準（自賠責保険）を優先適用すべきである。

<p>広島県</p>	<p>○交通事故において被害者の救済を第一に考えるのは当然であり、診療側は障害の治療に全力を尽くし、加害者に非があることは自明であるため自賠責保険で治療を行うのが妥当と考える。損保側は営利企業である加害者へのサービスや利便性を優先することはある程度理解はできるが、そのために健保使用など利益誘導を行って医療機関と反目することが起きないように、また医療機関への支払いが遅滞なく行われ、請求書、診断書など適正に処理するように三者協議会でお互いが紳士的に冷静かつ慎重に審査を進めていくことが重要である。</p> <p>○会員より事例などの公開希望があるが、個人情報保護法にしぼりがあり、どの程度まで公開可能なのか教えて欲しい。（既に口答にて委員会では事例などを話すようにしている）</p> <p>○今回のアンケート結果などを基に、全国的な状況や各地で問題となっている事例も含めた会員向けのパンフレット作成（答申や報告よりも気軽に見やすい）を希望する。</p>
<p>山口県</p>	<p>○人身傷害補償保険「人傷」について「人傷」の運用における認識が、医療側と損保側で大きく乖離しており、議論がかみ合わない。特に「公的保険を使用して費用の軽減に努めること」という努力義務規定の取扱いについて認識が違う。</p>
<p>徳島県</p>	<p>○人身保険対応での相談は双方よりあまりない。自賠責に請求できる案件については、人身傷害保険への日医基準での請求が行きわたってきているようである。</p>
<p>宮崎県</p>	<p>○宮崎県では自賠責調査事務所を定年退職された良識ある人物を必要に応じて、アドバイザーとして招致しているが、他県での独自の取組みがあればお聞かせ願いたい。</p>