

# 労災・自賠責委員会 答 申

諮 問 :

「地域医療再生における労災保険、自賠責保険の役割」

平成24年2月

日本医師会

労災・自賠責委員会



平成24年2月2日

日本医師会長  
原 中 勝 征 殿

労災・自賠責委員会  
委員長 嘉 数 研 二

答 申

本委員会は、平成22年9月1日に貴職より諮問されました「地域医療再生における労災保険、自賠責保険の役割」に関して、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とおりにまとめましたので、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 嘉数研二

副委員長 富永孝

委員 稻垣善幸

委員 宇賀治行雄

委員 大橋輝明

委員 塩見俊次

委員 関隆教

委員 新本稔

委員 深澤雅則

委員 宮川松剛

委員 村田欣造



# 目 次

《はじめに》	1
《労災保険に係る問題とその対応について》	
Ⅰ. 労災診療費について	3
1. 診療報酬体系について	3
2. 診療費審査委員会について	4
3. 労災診療費算定基準の改定について	6
(1) 平成 22 年度診療報酬改定の労災診療費への影響	6
(2) 次期改定への要望	7
4. R I Cの問題について	8
Ⅱ. 労災・自賠責保険に係る研修、広報活動の重要性	10
Ⅲ. 労災かくしについて	12
Ⅳ. 労災医療の長期化、症状固定と治癒の問題について	14
Ⅴ. 天災地変による災害における労災保険の取扱い等について	15
《自賠責保険に係る問題とその対応について》	
Ⅰ. 交通事故診療における健保使用問題について	17
Ⅱ. 交通事故診療に係る健保使用問題に関する調査	28
Ⅲ. 後遺症の認定基準について	41
Ⅳ. 医療類似行為に係る問題について	43
Ⅴ. 交通事故に係る周辺問題について	45
《おわりに》	46





## 《はじめに》

平成22・23年度の労災・自賠責委員会に対し、会長より「地域医療再生における労災保険、自賠責保険の役割」について諮問を受けた。

前回の診療報酬改定は10年ぶりの引き上げということで大いに期待されたが、蓋を開けてみれば、ネットでわずか0.19%、実質0.03%のプラス改定にとどまり、しかもその内容も、大学病院や大病院の急性期医療の入院にその財源を重点配分するものとなる一方、中小病院や診療所にとっては再診料2点引き下げ等による財源移譲や傾斜配分の影響から、施設基準をクリア出来ないなど、実質マイナス改定となり、厳しい経営状況が続くことになった。

今回の委員会では、これが労災・自賠責保険においてもどのような影響を及ぼしているかを検討するとともに、労災・自賠責保険が地域医療再生に果たすべき役割を確認し、必要な改善を求めていく必要性があると考えられた。

従って、労災保険においては、全国の診療費審査委員会の有り方の検討や、前期委員会で提出した「平成22年度労災診療費算定基準の改定に係る要望書」の最重点要望10項目への対応が十分なされなかった点を考慮し、これら不合理な項目を今期委員会において再度検討し、改めて会長あてに要望することにした。

自賠責保険においては、昭和43年以来議論されてきた「交通事故診療における健康保険の使用問題」の合理的な考え方を、国民の立場に立った解釈として法的な根拠も踏まえて構築し、医師会員に限らず、広く国民に対しても周知することが必要と考えた。その根拠とすべく、健康保険使用の実態を把握するための全国的なアンケート調査を行い、極めて重要な結果を得ることが出来た。

また、平成23年3月11日、東日本大震災という未曾有の大災害が発生し、東北・関東のみならず全国的に甚大な被害をもたらし、医師会員を含む多くの国民が犠牲となった。

今なお、被災地の復興は遅々として進まないが、日本医師会をはじめ、全国の医師会の義援活動には目を見張るものがあり、国からも高く評価された。

今回の答申には、東日本大震災に関連して「天災地変による災害における労災保険」の対応も極めて重要で、周知が必要と考えられた。



# 労災保険に係る問題とその対応について

## I. 労災診療費について

### 1. 診療報酬体系について

健康保険は他の社会保険と同様に、国民の相互扶助の精神に基づいて被保険者の必要最低生活の補償をする医療保険である。そのため、傷病に対して行われる医療給付についても、これらの私傷病を治すための適正診療を目的としており、また、そこが健康保険の給付の限度であるとされている。

これに対して、労災保険は、使用者の責任の下、発生した労働者の業務上の負傷や疾病、通勤途上の負傷において、労働基準法によって義務づけられている使用者が負担すべき個別の災害補償の責任を保険というシステムにより、使用者に代わり代替えしている責任保険である。

従って、労災医療は被災労働者の後遺症の軽減を図る、さらには職場への早期復帰を果たすことが最終の目的として療養の給付が行われているわけである。

しかし、労災保険の治療費については、昭和36年に当時の武見日医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てきた。

この「申し合わせ」の合意から既に50年が経過しようとしている現在、労災診療の現場からは目的、制度、財源の違いから「独立した労災保険の診療報酬体系を構築すべきである」との声が多く聞かれる。

しかしながら、労災独自の診療報酬体系を作ることは理想ではあるとしても、それには膨大なエネルギーと時間を要すると思われる。

従って、健康保険の診療報酬体系からの早期脱却は極めて困難と考えざるを得ない。

むしろ、労災保険という点からみると、労災診療に馴染まないような健保点数については労災独自の診療報酬（労災特掲）により対応していくことにより、実質的な労災独自の診療報酬としていくことが現実的な対応であろう。

## 2. 診療費審査委員会について

平成22年5月の行政刷新会議「事業仕分け」、同年6月の厚生労働省「省内事業仕分け」により、事務的な事前点検等を含む全ての労災レセプトに係る審査業務は、国（労働局）が管轄することになり、その結果、平成23年末までに診療費審査点検事務を受けてきた（財）労災保険情報センター（R I C）地方事務所は廃止されることとなった。従って、全国の都道府県における審査体制もまた、少なからず影響を受けることになる。

平成21年1月に公表された日医労災・自賠責委員会の行った「労災レセプトに係る審査会等に関するアンケート調査」（以下、「アンケート」という。）によれば、審査会開催場所は、表1のとおりとなっており、7割以上を占めていたR I Cの開催場所が消えることになる。

【表1 審査委員会開催場所】（n=47 ※複数回答の地域あり）

都道府県医師会	5件
労働局	8件
R I C	35件

審査体制については、それぞれの地域により異なっているが、一様に厳正、公正な審査が行われている。

しかし、今後、労働局の直轄事業として厳しさを増すことも考えられ、これに対応するためには、各地区の医師会が専門団体として、それぞれの労働局と良好な関係のもとで、積極的に審査会の運営を図る必要がある。

次に、医療機関への減点通知は、非常に簡素な内容となっており、査定理由の詳細は医療機関から問い合わせなければ分からない。この点の是正は、今後の大きな課題である。

また、アンケートによれば、医療機関からの苦情等への対応状況は、表2のとおりとなっており、「労働局で対応」と回答した地域が飛び抜けて多い。苦情処理は実地医家の専門的な知識によらなければならないが、この点からも審査会の強化や医師会の関与が、ぜひ必要になる。

また、審査は一方的な減点ばかりでなく、請求に不慣れな会員に対して、増点をも指導すべきである。

更に、審査委員による審査の格差をなくし、医療機関の再審査請求を減らすためにも、審査委員会における情報交換や請求誤りの多い事例の情報公開などが十分に行われることが望まれるとともに、各地区の審査において解釈の異なる点もあり、各ブロック内で連絡調整を行う仕組みを構築することも必要であると考えられる。

いずれにしても、今後、R I Cが審査会等の運営に関与しなくなることにより、労働局にのみそれを任せるのではなく、医師会がその専門性を発揮して正確で公平な審査会を目指すことが必要である。

【表2 医療機関からの苦情対応状況】(n=47)

医師会に対応	1件
労働局、医師会に対応	1件
労働局、R I Cに対応	4件
労働局、R I C、医師会に対応	2件
審査会に対応	4件
労働局に対応	31件
その他	4件

### 3. 労災診療費算定基準の改定について

#### (1) 平成22年度診療報酬改定の労災診療費への影響

平成22年度健康保険診療報酬改定は、新政権の下、「社会保障費の自然増を年2, 200億円抑制する」方針が撤廃された上で、10年振りにネットでプラスの改定率(+0.19%)となった。

しかし、その内容は入院医療、特に病院勤務医の負担軽減を目的に、急性期医療を担う大病院を中心に多くの財源が充てられることになり、その結果、例えば「手術料」に関して言えば、外保連試算を参考に難易度の高い手術の点数は大幅に増点されたものの、被災労働者が多く受診する一般診療所で実施される手術点数は据え置かれることとなった。

また、労災保険診療費算定基準は、先に述べたとおり、健康保険診療報酬点数に準拠しているため、当然ながら上記の影響等を強く受けることとなり、その結果、労災医療の特性を考慮した労災特掲項目の改定に充てられる財源が非常に限られた中での労災改定になったと考える。

前期委員会においては、「平成22年度労災診療費算定基準の改定に係る要望書」をとりまとめているが、最重点要望項目に挙げた10項目への対応状況は表3のとおりであり、わずか1項目の対応がなされたのみである。

このように、プラス改定と言いながらも、労災医療の現場が感じている不合理点を大きく状況を変えるには至らず、これとって特徴のない改定に終わったと言わざるを得ない。

【表3 前期委員会における最重点要望項目10項目と対応状況】

	項目	要 望 項 目	対応状況
1	〔処置料〕 四肢の傷病に対する処置に係る特例	ギプス料を四肢加算の対象にする。	未対応
2	〔手術料〕 四肢の傷病に対する手術に係る特例	同時に複数の手術を実施した場合には、すべての点数を算定可能とする。または、特に規定のない手術であっても、主たる手術点数に従たる手術点数の50/100を加算する。従たる手術が2以上ある場合は、そのすべての手術について50/100による算定を可能とする。	未対応
3	〔診察料〕 初診料	点数の引上げ。	未対応
4	〔診察料〕 再診料	200床以上の病院であっても外来診療料を算定することなく、再診料の算定を可とする。初・再診料を医療機関規模に関連無く全てにおいて統一する。	未対応
5	〔診察料〕 初診料	労災保険で診療継続中であっても、新たな労災傷病が発生した場合は、初診料および救急医療管理加算を算定できるようにする。	対応
6	〔手術料〕 手術料(全般)	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。	未対応
7	〔処置料〕 処置料(全般)	外来管理加算の点数より低い処置点数を外来管理加算と同点数に引き上げる。	未対応

8	[手術料] 手の指に係る創傷 処理（筋肉に達し ないもの）	同一手術野、同一皮切での複数手術を特例扱いに限定せずに全て認 めるべき。	未対応
9	[入院料] 入院室料加算	個室使用基準の一部を緩和すること。（収容理由②—ウ項において、 患者のいびき等により他の患者より隔離治療を要する場合等の医師 の裁量権拡大を要望する。）	すでに 対応済
10	[処置料] 四肢の傷病に対す る処置に係る特例	絆創膏固定を膝、足関節以外の部位にも認める。	未対応

## （２）次期改定への要望

現行の労災診療費算定基準について、前期委員会でとりまとめた最重点要望項目への対応状況（表3）を踏まえ、改めて今期委員会においても、「重点要望項目及び改善されるべき要望項目」をとりまとめ、「次期労災診療費算定基準の改定に係る要望書」として、会長に提出した。

#### 4. R I Cの問題について（地方事務所の廃止と今後のR I C）

昭和63年に設立された（財）労災保険情報センター（R I C）は、各都道府県に地方事務所において次の業務を行ってきた。

- （1）労災保険に関する情報普及事業
- （2）労災診療費審査点検等受託事業
- （3）労災医療解析事業
- （4）労災診療援護事業
- （5）労災診療共済事業

平成22年5月、政府の行政刷新会議「事業仕分け」の結果、労災診療費審査点検等受託事業は廃止して、事業規模を縮小することとなった。それに伴って、全ての地方事務所が平成23年6月末から11月末の間に閉鎖され、中央の本部のみで残余の業務を行うこととなった。

##### （1）労災保険に関する情報普及事業（継続）

地方事務所を拠点として、労災保険制度その他の情報を提供してきたが、これが閉鎖されたため、本部にはホームページの拡充等新たな情報活動への取り組みが求められる。

特に、R I C主催で実施されてきた労災診療費算定実務研修会は、指定医療機関にとって有益な催しであり、継続が望まれるが、R I C本部職員がその都度各都道府県に出張して行うことは相当な負担と思われる。現在、地方労働局は後援となっているが、むしろ主催すべきであろう。

##### （2）労災診療費審査点検等受託事業（平成23年度限り）

厚生労働省の委託を受けて、労災診療費をはじめ各種請求書、レセプト等の受付、審査点検の補助を行ってきたが、地方事務所の閉鎖とともに廃止して国へ集約化された。

これにより、従来問題になっていたR I Cがその業務範囲を超えて医学的な審査そのものにまで介入するという事はなくなったが、審査点検補助業務は、旧R I C職員が労働局非常勤職員となって、労働局の分室となった旧R I C事務所で従前どおり行われるところも少なくない。

診療費審査委員会等が適切且つ円滑に運営されるように医師会が積極的に関わっていかねばならないことは今後も変わらない。

##### （3）労災医療解析事業（平成23年度限り）

厚生労働省の委託を受けて、労災診療費算定基準改定の基礎資料とすることを目的として各種調査を実施してきたが、これも、労災診療費審査点検等受託事業の廃止とともに廃止された。



#### (4) 労災診療援護事業（診療費立替払い）（継続）

労災診療費が国から支払われるまでの間、医療機関の収入を補うため労災診療費相当分をR I Cが医療機関に立替払いをするもので、疾病が業務上のものであるか否かの判定に長期間を要するときに、指定医療機関の蒙る不利益を解消するためのものである。

これは、医療機関とR I Cとの間の労災診療援護貸付金契約に基づいて行われるもので、現在、指定医療機関の約90%が契約している。

#### (5) 労災診療共済事業（継続）

##### ① 労災診療費不支給となったときの補償

業務上の訴えで診療継続中又は終了後の患者について、労働局が労災診療費不支給と決定したときは国から診療費が支払われない。この時、医療機関は健保等の他保険に診療費を請求することになるが、労災保険はその特質上、健保等よりも算定基準が高く設定されているため差額が生じる。この労災診療費と他保険による診療費との差額をR I Cが補償するというものであり、契約医療機関の支払う掛金（初診時：1,800円）によって運営されている。

R I Cにその補償費を請求する際には、健保に請求したレセプトの写しを添付する必要があり、これにより健保からは健保分の診療費、R I Cからは労災診療費との差額分が支払われるため、結果的に労災と認められなかった場合でも、労災患者と同様の対応を行った医療機関に対し、労災診療費相当全額が支払われることとなっている。

一方、不支給の決定が遅れるようなケースでは、労働者の離職、転居等も多くなり、後から保険証の提示を求めることが困難となり、健保等の他保険に請求ができず、請求の実績（レセプトの写しの添付）という要件を満たすことができない事例も少なからず生じている。このような場合であっても、R I Cの労災診療共済規程においては、「被災労働者の行方不明等理事長がやむを得ないと認める事由により、請求の手続を行うことができない診療費については、（中略）補償の対象とすることができるものとする。」と明記されており、契約医療機関は所定の手続きを踏むことで、健保分も含めた労災診療費相当額全額の支払いを受けることも可能となっている。

##### ② 低利長期運転資金の貸付

対象：診療費立替払いの実績を有する医療機関

貸付額：申込み前1年間の診療費立替払額の4倍以内

（最高貸付額：1,000万円、最低貸付額：100万円）

利息：0.1%（平成23年7月1日現在）

保証人、担保：不要

貸付を受ける医療機関：年間約150施設

## Ⅱ. 労災・自賠責保険に係る研修、広報活動の重要性

現在、若い医師の労災・自賠責保険に対する関心が薄れてきており、医療現場では算定基準への理解不足や、過去の経緯を考慮せず、ルールを逸脱する事例も散見されるようになった。

さらに、昨今の医師不足による勤務先の頻繁の異動等もあり、主治医以外の医師による診断書作成の場面が増えたことにより、その記載の仕方なども問題となっている。

これらは、医学教育課程、卒後臨床研修期間において、労災・自賠責保険に係わる講義・研修会が行われておらず、十分な周知、知識の提供機会が不足していること、また、一般の医師に対し、本委員会の活動状況や労災診療、交通事故診療の現場で起きている問題等に係る情報提供の機会が不足していることが関係していると考えられる。

大学の医学教育課程の現状を考えると、医学部（医学科）在学中は医師として必要な医学知識の習得や臨床実習が中心の授業であり、また、卒前では、医師国家試験の準備に迫られるため、各保険制度に関する詳しい内容を授業として取り入れる事は困難である。

また、卒後臨床研修期間においても、平成16年より施行された医師臨床研修制度により、将来専門とする分野にかかわらずプライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につけること等が求められたため、保険制度全般の知識や地域の医療現場で起きている様々な問題について、研修する機会がない状況である。

さらに、一般の医師に対する研修については、各地域においては、労災診療費算定基準に関する知識と資質の向上を図り、適正な請求が行われるよう、毎年、研修会を開催しているが、医師の出席率が低いという問題がある。また、研修内容についても、学術的内容、請求事務に係る研修が大半であり、各保険制度に係る基本的な研修が不足している。さらに、労災診療、交通事故診療に直接関わりのない医療機関、医師を対象とした研修も不足しており、問題意識の共有という点においても問題があるといえる。

このような状況を踏まえ、上記に挙げたそれぞれの過程における対策について、以下のとおり整理を図った。

### [医学生に対する研修]

この段階での研修を考えるにあたり、1つの参考として、医療事故に対する教育への取組が挙げられるのではないだろうか。

現在、大学の医学教育課程においては、都道府県医師会との連携の下、医療事故に対する注意を惹起するため、特別に講義時間を設けている地域があると聞いている。

労災診療、交通事故診療においても、患者や損害保険会社等への対応には時間を

要するケースが多く、場合によっては医師が訴訟に巻き込まれるような事案があることを考えると、本来は医療事故と同様に取り扱われてもよいと考える。

したがって、都道府県医師会と大学医学部との連携をこれまで以上に強化し、労災・自賠責保険を含めた各保険制度に係る基礎的な知識の習得に向け、都道府県医師会担当理事による講義時間を設けるなどの対応を図っていくべきであると考え

### [研修医に対する研修]

この期間においては、現行の研修プログラムの中では研修医を集めて講義形式の研修を実施することは容易ではないと考えられるが、指導医を通じて必要な知識の習得ができるよう、各保険制度や診断書等の書類作成についてのポイントを解説した（日常の座右の知恵袋的な）リーフレットなどを作成し、参考としてもらう等の方法を講じる事も考えていくべきであろう。

また、今後の研修プログラムの見直しの中で、基本的な診療能力に付随する重要な事項として、集中的な研修を行うことについて検討が必要であると考え

### [一般の医師に対する研修]

日々、患者の診察に迫られる医師の研修会への参加意欲を向上させるためには、都道府県医師会担当理事の協力の下、本委員会での活動状況、日医の労災・自賠責保険に対する取り組み等について、今以上に積極的に会員へ発信することが必要不可欠である。

その上で、研修会を実施する場合には、労災・自賠責保険制度に係わる内容をはじめ、例えば、交通事故診療における健康保険使用問題、人身傷害補償保険の利用に伴う問題点等、実際の診療現場で経験する様々な事案と解決策等を題材にした研修を行う必要があると考える。

また、主治医以外の医師が作成した診断書や同意書を用いた問題事例が報告されていることなども踏まえ、労災診療、交通事故診療に直接関わりのない医師に対する研修も不可欠であると考え、その第一歩として、例えば、被災労働者との関わりの深い産業医の研修会を活用するなどし、研修の裾野を拡げていくことが肝要である。

加えて、今期委員会が実施した「交通事故診療における健保使用問題に関する調査」において、回答いただいた会員からは「労災・自賠責保険制度等に関する知識を習得するため研修会を開催してほしい」との要望が多数寄せられている。

こうした会員の声に真摯に耳を傾け、応えていくことこそが医師会に求められている使命であり、会員の意欲につながるものである。

### Ⅲ. 労災かくしについて

「労災かくし」は、以前から労災保険をめぐる問題の一つとして、行政や医師会で検討を行ってきたが、明確な解決方法が見出されないまま、労災保険制度の周知徹底を図るといった対応にとどまっている状況である。

「労災かくし」とは、「故意に労働者死傷病報告を提出しないこと」又は「虚偽の内容を記載した労働者死傷病報告を所轄労働基準監督署長に提出すること」をいい、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、労働安全衛生法に違反することとなり、検察庁への送検件数も平成10年では79件であったものが平成19年では140件と増加している。（【表4】参照）

【表4 「労災かくし」による検察庁への送検件数の推移】

	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

（厚生労働省ホームページ）

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、事業主間の保険料負担の公平を期すため、事業の種類ごとに災害率等に応じて保険料が定められている。

しかし、災害が発生せず、また、災害防止を事業所として積極的に行っている事業主とそうでない事業主が全く同一の保険料であるということは、負担の公平性という観点からは問題があり、そのため災害防止努力の結果に応じて、労働保険料率や保険料の額を増減するメリット制を採用している。本来、災害防止努力を促すためのメリット制が、労働災害が発生すれば保険料負担が増えるという認識だけを事業主に植え付けるものになり、その結果、労働災害をかくすという行動につながっていると思われる。

一方、労働災害が発生した事業主は、国、都道府県、市区町村が発注する公共工事の指名停止等を受けるという事例があり、こうした要因もあいまって、ますます事業主は「労災かくし」を行うと考えられる。

また、被災労働者が労災診療を受けるためには、申請時に事業主の証明等が必要となっていることから、雇われている労働者が処分を受ける可能性がある。

さらに、労働基準法第87条により、下請負人の災害までも元請の会社の災害となるため、今後の取引のため労災を申請しないこともあり、その結果、労災診療を受ける機会が狭められているのではないかという原因もあり得る。

「労災かくし」対策として、厚生労働省は、ホームページ上で「労災かくし」の

排除に係る対策の啓発を行っている。

その内容は、ポスター及びリーフレットによる周知・啓発、労災防止指導員の活用。医療機関に対しては、被災した労働者に労災保険の請求などについて労働基準監督署に相談を促すよう勧奨するとし、事業者団体や都道府県社会保険労務士会等に対して、関係事業場への理解と協力を要請する。都道府県及び市町村の広報誌による周知・啓発に併せて、公共工事発注機関に対しても、「労災かくし」の排除について工事施工業者を指導することとしている。

また、「労災かくし」の事案の把握と対応としては、①労働基準監督署内部での関係書類の突合、②監督指導時における出勤簿、作業日誌等の内容点検、③被災労働者からの情報提供により「労災かくし」事案の把握に努め、その結果、「労災かくし」事案を発見した場合には、事案により、事業場に対する警告の発信や司法処分を含めた厳正な対処、また、無災害表彰状の返還、メリット制の適用を受けている事業場に対する還付金の回収といった措置を行っている。

厚生労働省においては、平成3年以降適宜、都道府県および各関連団体に対し、こうした取組に係る通知を発出しているものの、依然として「労災かくし」は減少していない。

今後の対応として、厚生労働省の広報にもあるように、各医師会も関連団体の一つであることを意識し、会員に対し「労災かくし」の現状および更なる認識を深めることに努めるとともに、「労災かくし」に至る原因としてメリット制の影響が強いことを勘案し、現行のメリット制について、改めて制度の見直しを求める必要がある。

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、あるいは事業主が労働安全衛生法（安衛法）に違反している状況下で労災事故が起こった場合が一番の問題であることを踏まえ、安衛法を遵守しており、かつ単なる労働者のケアレスミスで発生した労災事故についてはメリット制の対象から外すといった対応が必要であろう。

また、労災として治療を受けるか否かの決定は、労働者側の意思の問題が一番大きく、健康保険を使って診療を受ける場合であっても、労災の適応である傷病の場合には、医療機関は安易に健康保険を使用しないよう説明を行うとともに、労災保険証（仮称）を発行すること等により、労働者の意識改革、また、労災でのスムーズな受診を促すことも期待できると考える。

#### IV. 労災医療の長期化、症状固定と治癒の問題について

平成21年度労働者災害補償保険事業年報（厚生労働省労働基準局）によると、全国で3年以上に亘る療養者数は、19,472名であり、その内訳はじん肺患者の8,236名を筆頭に、振動障害患者6,237名、骨折1,289名、関節の障害、打撲傷、腰痛患者と続く。（【表5】参照）

労災保険での療養期間については、患者の状態により異なるものであり、一律に療養期間を定めて、長期療養者を減少させることは、決して望ましいことではない。特に、じん肺患者をはじめ、長期に亘り医学管理が求められる疾病も多い。

その一方で、状況により一律に論ずることはできないが、骨折及び関節の傷病等により3年以上療養を継続している患者がいることも事実である。

この問題に対しては、ケースバイケースで慎重に対応することが原則であり、その上で、主治医に対しては症状固定の見込み時期等の意見を求めるなど、情報収集と話し合いを原則としたきめ細かな対応が必要である。

また、労働局を交えた話し合いを持ち、様々な実効性のある方策を検討することも必要である。

【表5 傷病別長期療養者推移状況報告（全国計）】※（）は通勤災害に係る内数

区分	療養開始後1年以上経過した者の推移						本年度未療養中の内訳				
	前年度末療養中	新規該当者（再発を含む）	治癒又は中断者	死亡	傷病（補償）年金移行者	本年度末療養中	1年以上1年6カ月未満	1年6カ月以上2年未満	2年以上3年未満	3年以上	
じん肺患者	9,762	833	87	653	357	9,498	317	343	602	<b>8,236</b>	
せき髄損傷患者	406 (64)	414 (74)	369 (68)	8 (-)	76 (8)	367 (62)	123 (18)	86 (15)	68 (13)	<b>90 (16)</b>	
外傷性の脳中枢損傷患者	744 (242)	680 (224)	625 (193)	16 (5)	67 (27)	716 (241)	174 (52)	163 (62)	192 (63)	<b>187 (64)</b>	
頭頸部外傷症候群患者	512 (139)	446 (147)	442 (143)	2 (1)	8 (3)	506 (139)	117 (31)	93 (32)	111 (34)	<b>185 (42)</b>	
頸肩腕症候群患者	160	70	72	-	-	158	13	20	19	<b>106</b>	
腰痛患者	654	550	532	-	-	672	139	143	135	<b>255</b>	
一酸化炭素中毒症患者	5	2	2	-	-	5	-	-	-	<b>5</b>	
振動障害患者	7,043	272	516	76	-	6,723	130	86	270	<b>6,237</b>	
その他の患者	17,113 (2,825)	20,117 (3,506)	19,945 (3,508)	265 (7)	105 (10)	16,915 (2,806)	5,268 (947)	3,900 (668)	3,576 (647)	<b>4,171 (544)</b>	
その他の患者の内訳	骨折	8,700 (2,035)	11,815 (2,603)	12,020 (2,666)	15 (4)	21 (5)	8,459 (1,963)	3,281 (732)	2,114 (457)	1,775 (459)	<b>1,289 (315)</b>
	切断	455 (7)	583 (15)	576 (10)	2 (-)	3 (-)	457 (12)	168 (3)	118 (4)	98 (3)	<b>73 (2)</b>
	関節の障害	1,937 (240)	2,475 (364)	2,434 (324)	4 (1)	3 (-)	1,971 (279)	586 (87)	513 (67)	506 (81)	<b>366 (44)</b>
	打撲傷	1,221 (214)	1,249 (244)	1,281 (247)	2 (-)	7 (3)	1,180 (208)	317 (55)	297 (63)	278 (43)	<b>288 (47)</b>
	創傷	711 (73)	996 (87)	984 (83)	3 (1)	1 (1)	719 (75)	241 (25)	200 (22)	144 (17)	<b>134 (11)</b>
	その他	4,089 (256)	2,999 (193)	2,650 (178)	239 (1)	70 (1)	4,129 (269)	675 (45)	658 (55)	775 (44)	<b>2,021 (125)</b>
合計	36,399 (3,270)	23,384 (3,951)	22,590 (3,912)	1,020 (13)	613 (48)	35,560 (3,248)	6,281 (1,048)	4,834 (777)	4,973 (757)	<b>19,472 (666)</b>	

## V. 天災地変による災害における労災保険の取扱い等について

### －東日本大震災に関連して－

これまで、「天災地変については不可抗力的に発生するものであって、その危険性については事業主の支配、管理下にあるか否かに関係なく、等しくその危険があると言え、個々の事業主に災害発生の責任を帰することは困難。」とされ、労働災害との関連性は否定的に捉えられていた。

しかし、厚生労働省通達（昭和49年10月25日 基収第2950号）において、「被災労働者の業務の性質や内容、作業条件や作業環境あるいは事業場施設の状況などからみて、かかる天災地変に際して災害を被りやすい事情にある場合には天災地変による災害の危険は、同時に業務に伴う危険（又は、事業主支配下にあることに伴う危険）としての性質も帯びていることになる。」とし、「天災地変に際しての災害については、家屋の倒壊や落石・土砂崩壊を直接原因として発生するものであり、この場合、もともと家屋或いは山等の周囲の状況が災害（倒壊・落石崩壊）を引き起こす危険な要因を有していたという場合において、たまたま天災地変が契機となって家屋の倒壊或いは、山の崩壊を生ぜしめた場合は、業務起因性の反証事由としての「天災地変」によるというべきではなく、天災地変を契機として当該家屋等に内在した危険が現実化したと見るのが妥当である。」という解釈が示された。

このことから、潜在的な危険がある業務で天災地変が契機となって起きた災害については、「業務災害」として認められることになる。

さて、平成23年3月11日に発生した東日本大震災は被害地域が広範囲かつ日中の労働時間帯（午後2時46分）に発生したことから、業務中に被害を受けた労働者が多数存在することは想像に難くない。

厚生労働省は、発災と同時に、厚生労働省労働基準局労災補償部補償課長付で、通達「東北地方太平洋沖地震に伴う労災保険給付の請求に係る事務処理について」（基労補発0311第9号）を発出した。（参考資料1）

この通達では、今回の地震に伴い、労働者が被災した場合の労災保険給付の請求にかかる業務上外の考え方については、平成7年1月10日付けの事務連絡「兵庫県南部地震における業務上外等の考え方について」に基づいて判断を行って差し支えないとしている。

つまり、この平成7年の事務連絡では、地震発生時の労災給付に関する基本的な考え方を「天災地変による災害に係る業務上外の考え方については、従来より、被災労働者が、作業方法、作業環境、事業場施設の状況等からみて危機環境下にあることにより被災したものと認められる場合には、業務上の災害として取り扱う。」としている。

厚生労働省では、これらの基準に照らして、今回の東日本大震災により被災に遭った方の取扱いについて、2011年4月13日付けで「東日本大震災と労災保険に関するQ&A」を示し、被災労働者または家族（遺族）等に対して確実に労災申

請を行うよう促している。(参考資料2)

なお、平成23年12月8日現在、東日本大震災に係る労災請求・認定状況は下記のとおりとなっている。

【労災請求・認定状況（平23.12.8現在）】

	岩手	宮城	福島	その他
労災給付請求	650件	1,523件	248件	989件
（うち遺族給付）	(573件)	(1,240件)	(155件)	(33件)
労災支給決定件数	621件	1,449件	234件	974件
（うち遺族給付）	(546件)	(1,181件)	(144件)	(33件)

(厚生労働省ホームページ)

[参考資料]

1. 東北地方太平洋沖地震に伴う労災保険給付の請求に係る事務処理について  
(平23.3.11 基労補発0311第9号 厚生労働省労働基準局労災補償部補償課長)
2. 東北地方太平洋沖地震と労災保険Q&A (厚生労働省ホームページ)  
(<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200000169r3.html>)



# 自賠責保険に係る問題とその対応について

## I. 交通事故診療における健康保険の使用問題について

### 1. はじめに

第三者行為を原因とする交通事故による傷病等の治療（以下、「交通事故診療」という。）に関し、以前から、健康保険法（健保法）に基づく健康保険と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）のどちらを優先的に使用するべきかという議論が行われてきた。

現在まで、法律上、両者の適用順位に関する明確な規程はなく、健康保険と自賠責保険のどちらを使用するかは被害者の選択に委ねられると解釈されており、実際、通知上も「自動車事故の場合も健康保険の対象となる。」という表記（【参考1】参照）がなされているため、国民はあたかも両者の関係が同列であるかのように認識している。

#### 【参考1】

なお、最近、自動車による保険事故については、保険給付が行われないと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。（昭43.10.12 保険発第106号 厚生省保険課長・国民健康保険課長（抜粋））

しかし、明確な規定はないにせよ、自賠法は交通事故の被害者保護・救済を目的に制定されたものであり、さらに自賠法に基づく自賠責保険は全ての車両保有者に加入が義務づけられ、加入者が支払う保険料によって運用される強制保険であることを考えれば、交通事故診療においては、被害者は一義的に自賠責保険から保障を受けるべきであることは明らかである。

それにもかかわらず、医療現場では、交通事故の被害者からまず初めにその目的と異なる健康保険の使用を求められることが依然として多く、また、健康保険の使用に関して被害者自らの意向ではないケースも散見され、そういったケースに限って診療費の支払いやその手続きにおいて、被害者、損害保険会社（以下、「損保会社」という。）等との間で様々なトラブルが生じる事例が報告されている。

そこで、今期委員会では、交通事故診療における健康保険使用に係る問題点について整理を図り、様々な視点からその解決に向けた提言を行うこととした。

## **2. 健康保険使用に至る主な要因**

なぜ、交通事故の被害者は診療当初から健康保険の使用を求めてくるのか、主な要因を考えてみると、第一に、現行法上、交通事故診療に対し自賠責保険を優先的に適用することの明確な規程がないことが上げられるだろう。自賠法や自賠責保険の創設目的などを理解している国民は少ないと思われ、また、【参考1】で示したような行政通達の書きぶりは、ますます誤解を生む原因と成り得るものであり、実際、損保会社は健康保険が使用できる根拠として当該通達を用いているという報告も受けている。

第二に、診療単価の引下げを狙った損保会社又は損保代理店の担当者による健保使用の指示・誘導が挙げられる。損保会社は、診療費、休業損害、慰謝料等の損害賠償に係る費用について、できる限り自賠責保険の支払限度額（120万円）の範囲内で収めたいという意図があり、診療単価の低い健康保険を使用するよう被害者に勧めていると考えられる。実際、被害者は、健康保険を使用した場合の注意点（デメリット）について全く理解していないことが多く、「損保会社に健保を使用するよう言われた」という話を聞かされることが多い。

第三に、「人身傷害補償保険」の存在がある。人身傷害補償保険は、平成10年に東京海上火災保険株式会社（当時）により開始された自動車保険（任意保険）の1つで、①被害者自身の損害の補償が受けられる、②被害者の過失分の保障が受けられる、③加害者の過失分の立替払いが受けられるといった特徴があり、現在、各損保会社は一般ユーザー向けの自動車保険（任意保険）に組み込んでいるのが一般的となっている。問題は、この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。」といった規程があるため、各損保会社はこの保険を使用するにあたり、被害者に対しほぼ例外なく健康保険の使用を促してくるのである。しかしながら、平成11年、日本医師会は東京海上火災保険株式会社（当時）との間で、公的保険の使用を強要するものではないことを確認し、自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取扱いとする等の文書を交わし、その後、大手損保各社もこれに倣った取扱いとされている。こうした申し合わせについて周知徹底されておらず、時間の経過とともに忘れられている傾向がある。

主にこれらの要因が複合して交通事故診療における健康保険の使用につながっていると考えられるのである。

## **3. 医療現場から指摘されている健康保険の使用に係る問題**

前述したような要因により、交通事故診療において安易に健康保険を使用する事例が多発した結果、具体的にどのような問題が発生しているのか、①医療提供に係る問題、②診療費の請求・支払い及び事務負担等に係る問題、③健康保険財政に係る問題に分け整理を図るとともに、今後の方向性を検討した。

### (1) 医療提供に係る問題

交通事故診療を担う医療の現場では、不幸にも事故の被害に遭ってしまった患者に対して、できる限り早期に、かつ、事故に遭う前と変わらない状態で社会復帰させることが求められている。そのため、医療機関に搬送直後から患者の全身状態を素早く確認するとともに、あらゆる可能性を考慮しながら、早期に集中的な治療を行う必要があるのである。

こうした患者の治療に対し、法律、療担規則などの縛りの多い、いわゆる制限診療につながる現行の健康保険を適用するということは、結果的に十分な治療を提供できず、被害者の不利益につながる可能性があるという問題がある。

### (2) 診療費の請求・支払い及び事務負担等に係る問題

被害者が健康保険を使用した場合、当然、医療機関は、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「医療保険各法」という。）の各規程に従う必要があり、逆に言えば、医療保険各法に規定されていないことを被害者や損害保険会社に求められたとしても、それに応じる義務はないとも言える。

しかし、それを理解した上で健康保険を使用する被害者は少ない。例えば、健保法第74条に規定されている窓口一部負担金については、受診の都度、療養の給付を受けた者（被害者本人）が医療機関等に支払うことになっているが、被害者が支払いを拒否し損保会社に請求するよう求める場合や、損保会社に請求したとしても、1か月分を月末に一括して支払うなどの規程に反した条件を提示されるなど、対応に苦慮することが多い。その他、被害者から、損保会社に言われるがまま自動車事故特有の書類作成等を要請されるケースも多く、それにやむを得ず対応する医師、医療機関スタッフの事務負担が膨大になっているという問題もある。

### (3) 健康保険財政に係る問題

健保法第57条に規定されているとおり、給付事由が第三者の行為によって生じたものについて保険給付を行った場合には、医療保険の保険者（以下、「医療保険者」という。）は損害賠償請求権を代位取得することとなり、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。

即ち、一時的に健康保険を経由することにはなるが、最終的に交通事故診療に係る診療費は自賠責保険から給付され、健康保険の財源が使われることはないはずである。

前期委員会では、国保、社保、労災保険について、求償状況に関するアンケート調査を行い、その結果、正確な求償状況の把握までは至らなかったが、様々な原因により、医療保険者が適切に求償できていない事例があることが浮き彫りとなった。

これは、健康保険の医療費の中に他保険等から給付されるべき医療費が含まれていることに他ならず、健康保険財政の悪化（赤字）が叫ばれて久しい中、医療保険

財源の適正使用という観点から問題があり、また、求償事務に係る医療保険者の負担の増大という問題も含むものである。

#### 4. 今後の方向性

健康保険の使用に係るこれらの問題は、総じて交通事故診療に対する保険適用の順位についてのあいまいな解釈が原因となって発生しているものであり、これを解決するためには、交通事故診療においては自賠責保険を優先的に適用することを明文化することが必要である。

具体的には、

- a. 医療保険各法等の改正を求める
- b. 誤解を生じる通知上の表記（参考1）について見直しを求める

の2つの対応が考えられるだろう。

ただし、現在のように各保険制度に対する国民の理解が不足している状況で、強引に法改正まで実施することは医療提供者側としても本意ではなく、その意味で、まずは通達等により、交通事故診療に係る保険適用の考え方を分かりやすく整理させ、広く国民に対し周知を図り、理解を得ることが肝要であると考えます。

したがって、今期委員会としては、以下の方向性で今後の議論を行うべきであると結論づけた。

##### **○ 方向性**

**第三者行為を原因とする交通事故については、原則、自賠責保険を優先して適用することを明文化した新たな通達を发出させ、周知徹底を図る。**

#### 5. 具体的な対応

上記の方向性を踏まえた上で、今期委員会としては、具体的には以下のような対応を取るべきであると考えます。

##### (1) 日本医師会としての姿勢の明確化

【参考1】に示した厚生省（当時）保険課長・国民健康保険課長通知を受け、日本医師会は昭和43年12月10日、「自動車事故の場合、自賠法が優先して適用されるのが妥当」とする法制部見解（全理事会決定）を公表し、この問題に対する姿勢を明確にしている。

当時の主張の根拠として、①健保法による制限診療は高度な治療を要する交通事故診療に馴染まない、②加害者が負うべき賠償責任を軽減させる恐れがある、③自賠法は無過失責任に近い責任を加害者に負わせており、かつ、強制保険でカバーされていることから被害者に対する確実な保険金の支払いが望まれる、こと等を挙げている。

この内容は、40年余りが経過した現在においても、何ら合理性に欠くところはないと考えるが、現在、この日本医師会の見解を知っている会員は少ないことも事実であり、あらためてこの間の社会環境等の変化等を踏まえ、同様の主張、見解を示すべきであると考ええる。

その際、新たな根拠を付け加えるとすれば、以下のような点が考えられるであろう。

### ① 自賠責診療報酬基準案（新基準）の設定

交通事故診療において健康保険の使用を認めるべきという見解の根拠として、以前からたびたび用いられるのが、医療担当者による過大な診療費請求の恐れという問題である。

しかし、現在では、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。）の答申（昭和59年12月）に基づき、日本医師会、自動車保険料率算定会（現：損害保険料率算出機構）、日本損害保険協会の三者協議による自賠責診療報酬基準案（新基準）が設定されている。

交通事故診療における診療費は、自賠法、関係政省令・通知にその基準が示されておらず、現在も「自由診療」として取り扱われているため、新基準は当然法的な強制力があるものではなく、あくまでもガイドライン的な性格を持つものであるが、現在では46都道府県で合意に至っており、個々の医療機関の採用率は6割を超えているとの報告もなされている。また、その他の独自の請求を行っている約4割の医療機関についても、概ね、新基準と同様の水準で請求を行っているとの報告もある。

したがって、現在、過大な診療費請求の恐れという問題はほぼ解決されているのであり、交通事故診療に健康保険の使用を積極的に認める理由にはならないのである。

### ② 車社会の進展

【参考2 交通事故発生状況】に示すとおり、平成21年度末には、我が国の車両保有台数は約9千万台となっており、これは昭和43年当時の約4倍にあたる。

また、近年、減少傾向にあるとはいえ、交通事故発生件数、負傷者数はそれぞれ昭和43年当時よりも高い水準となっている。

このような状況の中で、昭和43年に発出された通知を元に「健康保険と自賠責保険の関係は同列である」という解釈を現在においても適用し、健康保険の使用を認めていくというのは当然無理があるのである。

【参考2 交通事故発生状況】（自賠責審議会資料より抜粋）

年 \ 区分	発生件数 (件)	死者数 (人)	負傷者数 (人)	車両保有台数 (万台)
昭和43年	635,056	14,256	828,071	2,310
(中略)				
平成元年	661,363	11,086	814,832	7,596
(中略)				
21年	736,688	4,914	910,115	9,046
22年	(724,811)	4,863	(894,281)	—

(平成22年の発生件数、負傷者数は概数)

③ 医療保険者における求償不能問題と健康保険財政の悪化

前述した「3. 医療現場から指摘されている健康保険の使用に係る問題」の「③健康保険財政に係る問題」のとおり、健保法では、給付事由が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。

【参考1】に示した厚生省通知も、標題は「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」となっており、本来は医療保険者が適切に求償するための事務の取扱いを示したものである。

即ち、厚生省（当時）が交通事故診療において健康保険の使用を認めているのは、医療保険者による適切な求償を大前提としていると考えられるのである。

しかし、実際の求償状況について、国は正確な数値を把握しておらず、また、適切に求償されている（できている）とは言い難い状況にあることは事実である。（前期委員会答申参照）

また、近年、各医療保険者の財政は赤字の状況が続いており（【参考3】参照）、景気低迷による保険料収入の落ち込みと医療費支出の増加を理由に、全国健康保険協会（協会けんぽ）は、平成22年3月（4月納付分）より加入者に対する保険料率を引き上げ、平均保険料率は9.34%（現行：8.20%）となり、被保険者の負担はますます増えている状況である。

医療保険者による「適切な求償」という大前提が崩れている今、本来、他保険から給付されるべき医療費について、一時的にでも健康保険の財源から負担するような仕組みは改める時期に来ており、これを解決せずに被保険者に更なる負担を強いることは到底認められるものではないと考えられるのである。

【参考3 医療保険財政の状況】（平 23. 10. 12 第 46 回社会保障審議会医療保険部会資料抜粋）

（単位：億円）

		平成 19 年度	20 年度	21 年度	22 年度
国民健康 保険	収入	127,797	124,589	125,993	
	支出	129,087	124,496	125,927	
	収支差	▲1,290	93	66	
	一般会計繰入を 加味した収支差	▲3,620	▲2,383	▲2,628	
協会けんぽ (旧政管健保)	収入	71,052	71,357	69,735	78,172
	支出	72,442	73,647	74,628	75,632
	収支差	▲1,390	▲2,290	▲4,893	2,540
	準備金残高	3,690	1,539	▲3,179	▲638
組合健保	収入	62,003	63,658	61,718	62,854
	支出	61,403	66,847	66,952	67,008
	収支差	600	▲3,189	▲5,234	▲4,154
後期高齢者 医療	収入		98,517	111,691	
	支出		95,510	110,974	
	収支差		3,007	717	

日本医師会が交通事故診療を担う現場の医師の声を集約し、適切なタイミングで明確な姿勢を示すことが大切であり、会員も望んでいる姿であると考えます。

なお、今期委員会では、交通事故診療における健康保険の使用の実態を把握するため、アンケート調査を行い、その結果を取りまとめている。（次項「交通事故診療における健保使用問題に関する調査『アンケート結果（概要）』」を参照。）

## （2）関係省庁への対応

【参考1】に示した厚生省（当時）保険課長・国民健康保険課長通知の表記等により、国民は「交通事故診療では健康保険と自賠責保険の関係は同列である。」と認識し、損保会社も同様の解釈で医療機関、患者に対応してくることはこれまでに述べたとおりである。

このような解釈が浸透していくことは、自賠責保険制度の存在意義を問われかねず、我が国が世界に誇るこの制度を守る意味でも、関係省庁が制度目的を正しく反映させる形で、改めて通知等を発出することにより、分かりやすく国民に周知していくことが必要である。

具体的には、①交通事故診療における治療費は、原則として自賠責保険から給付されることを明文化する、②健康保険の使用が認められる特例(例外)を明示する、

ことが必要であると考える。

また、新たな通達の早期発出が困難である場合には、医療保険者から適切に求償請求が行なわれるよう、第三者行為を原因とする傷病に対し健康保険を使用した場合のレセプト作成方法等の見直しを求めていくことも必要である。

なお、平成23年8月9日、厚生労働省保険局保険課長・国民健康保険課長・高齢者医療課長の連名により、「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」と題した通知が発出されており、自賠責保険と健康保険の関係については以下のように記載されている。

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）

本通知は、従来どおり、交通事故診療において、自賠責保険ではなく健康保険を使用する場合があることを認めつつも、決して両者の関係が同列であると解釈できる表記にはなっておらず、むしろ、「自動車事故による被害者の賠償は自賠責保険から保障を受けることになっている。」とした上で、「何らかの理由により」、自賠責保険ではなく健康保険を使用した場合との表記となっており、自賠責保険の優先適用の明記に向け一歩進んだ形となっていると評価している。

ただし、この内容では不十分であることは言うまでもなく、より明確に自賠責保険の優先適用が分かるような表記とするよう厚生労働省に対し働きかけると同時に、金融庁、国土交通省等の関係省庁とも粘り強く交渉していく必要がある。

### （3）医療機関（会員）への対応

過去、本委員会では、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や人身傷害補償保険の利用に関する注意事項を記したリーフレットを作成し、答申に掲載した上で、関係会員への周知を図ってきた。

これは、交通事故診療に健康保険を使用することのメリット・デメリットについて、医師が患者に説明する際に活用してもらうことを目的に作成したものであるが、こうしたリーフレットの存在を知らない会員は多い。

今期委員会で実施したアンケート調査によっても、現場の医師からは、健康保険、自賠責保険、自動車保険等、複雑な制度を理解し、患者に説明できるだけの知識を



身につけたいとの声も上げられており、引き続き、都道府県医師会担当理事の協力のもと、周知・広報を徹底していく必要がある。

#### (4) 国民・マスコミへの対応

医療保険、自賠責保険等の各保険制度について、その目的や仕組みを理解している国民は非常に少なく、特に、実際に交通事故の被害に遭った後では、複雑な制度を理解する余裕もなく、説明を受けたとしても冷静な判断を望むことは難しい。

国民の誰もが交通事故の被害者になり得ると仮定すれば、普段から各制度を分かりやすく広報していくことは必要であるとともに、国民にとってより理解しやすい制度へと見直していくことが重要である。

その意味で、交通事故診療における自賠責保険の優先適用の明文化とその周知は有効であり、また、広報に関しては、マスコミが積極的に関与し、自賠責保険や交通事故診療に係る各種データの公開を求めていくことも重要である。

特に、平成23年4月より自賠責保険の保険料の引き上げが行われ、平成25年にもさらに保険料率の引き上げが見込まれているが、その理由としては、収入保険料の減収による自賠責保険収支の悪化という説明がなされているのみである。

交通事故発生件数が減少している中で、支払保険金がほぼ横ばいという状況は明らかにおかしく、高額な保険料を負担する国民の納得を得るためには、どの部分が支出面に影響を与えているのか等、マスコミは詳細なデータ等の提示を求め広く公開していく必要があるだろう。

また、あえて言うならば、自動車ユーザーがこのように高い保険料を負担しているのは何のためなのか、本当に他保険を使用する意味があるのか等についても、改めて提起すべきであろう。

#### (5) 損保会社等への対応

交通事故患者が健康保険の使用を求めるにあたり、損保会社又は損保代理店の担当者の影響が大きいことは、今期委員会で実施したアンケート調査からも明らかとなった。

総じて問題なのは、被害者に対し、交通事故診療で健康保険を使用することのデメリットや「第三者行為による傷病届」の提出義務等について、全くといっていいほど説明がなされていないことである。

こうした損保会社の対応は、各都道府県の医療協議会（三者協議会）等で是正を求めるとともに、損保側担当者の人事異動による影響を極力受けないためにも、新基準の合意内容等について、定期的に確認、見直しを図っていく必要がある。

#### (6) 医療保険者への対応

健康保険財政の悪化が続いている中で、交通事故診療に係る医療費の損保会社への適切な求償請求と損保会社からの早期支払いは必要不可欠であると言える。

現在、こうした求償状況について、正確に把握できるデータは公開されておらず、公的医療保険の財源が適正に使用されているのか、不透明である。

こうした懸念を払拭するためにも、医療保険者に対して、求償状況（件数、金額）だけでなく、求償できない理由、また、求償した結果、支払われないのであればその理由等についても公開を求めていく必要があり、加えて、本来、この点については国がチェック機能を果たし監視していくべきであり、そうした体制整備の必要性について、厚生労働省に対し求めていく必要があると考える。

## **6. 今後検討すべき課題**

今期委員会では、上記のとおり、交通事故診療における健康保険の使用をめぐる様々な問題を解決するための対応策を検討した。

その上で、特に、対応策の①において、現時点での日医の見解を改めて公表すべきとしていることに対し、その実現にあたっては、交通事故診療における健保法と自賠法の適用に関する法的な解釈など、法律の専門家の意見を確認する必要があると考え、日本医師会参与である奥平哲彦弁護士との意見交換会を開催し、議論を行った。

奥平弁護士からは、今期委員会が打ち出した方向性、具体的な対応策等について賛同は得られたが、その実現に向けてのアプローチの仕方については検討の余地があるのではないかという趣旨の意見があった。

つまり、交通事故診療において健康保険の使用を制限するということは、同時に交通事故の診療報酬基準の合理性が厳しく問われる可能性があり、その点について検討する必要があるということである。

先に述べたとおり、現在、交通事故診療に係る診療費は「自由診療」と位置付けられており、診療報酬基準の定めはない。その中で、労災保険診療費算定基準に準じた現在の新基準がガイドライン的に設定され、手挙げ方式で各医療機関が採用している状況である。

奥平弁護士は、この新基準が交通事故診療の診療報酬基準として本当に妥当なのか、妥当だとした場合、新基準の法制化についてどのように考えるのか、または、交通事故診療を適切に評価した合理性のある独自の診療報酬基準の構築と法制化について改めて考える必要があるのか等、十分に検討し結論を出す必要があると提起され、結論として、一定の合理性のある交通事故診療の診療報酬基準を確立し、国民に十分その周知が行き渡った上で、それを元に自賠責保険の優先適用の法制化あるいは通知の発出等を求めていくという順序を踏まなければ、現状を変えることは容易ではないとの意見を述べられている。

新基準の法制化については、過去、本委員会においても検討を行い、問題点として①中立的審査支払機構の設立、②自賠責保険（責任保険）と自動車保険（任意保険）の支払基準の整合性、③自動車事故診療での独自の診療報酬体系の確立、を挙

げ、これらの問題を解決すべく、十分に時間をかけて検討していくべきとまとめている。

一方、新基準の設定の発端となった昭和59年12月の自賠責審議会答申には、「診療報酬基準案（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。」と明文化されている。

何をもって「全国的に浸透」とするのかは明確にされていないが、都道府県単位では46都道府県で合意されている状況を踏まえると、新基準の法制化については、今後の課題として近く改めて検討を行う必要があるだろう。

## 7. まとめ

自賠法の制定から50年余りが経過した現在、自賠責保険は交通事故に特化した我が国独自の被害者保護制度として、十分に成熟したものとなっている。

自賠責保険の運営原資は、車両保有者が支払う保険料で賄われており、ノーロス・ノープロフィットの原則の下、収支状況を踏まえて適時、保険料率の見直しを行っており、その意味で必要な財源は確保されている状況にある。

一方、我が国の社会保障の根幹をなしている医療保険制度は、長きにわたる国の社会保障費抑制政策の結果、崩壊の危機に直面していると言われていたが、昨今の我が国の経済情勢や医療保険者の財政状況を勘案すれば、医療費の増加を求めることのみでこれを乗り切るとは困難な状況であり、医療保険財源の適正使用に向けた取組みが必要不可欠である。

このような状況下において、なお、交通事故診療における保険適用について、健康保険と自賠責保険の関係は同列であるとの認識が関係省庁の中で漫然と続いていることに対し、疑問を抱かざるを得ない。

新基準の法制化等、今後も検討すべき課題が残っているため、今期委員会がとりまとめた問題解決のための提言については、早急に対応できないものもあると考えますが、日本医師会執行部には交通事故診療における自賠責保険の優先適用の明文化に向け、一刻も早く関係省庁、関係団体との交渉を開始するとともに、矛盾を感じつつ交通事故診療に懸命に従事する全国の会員に対し、明確なメッセージを発することを期待したい。

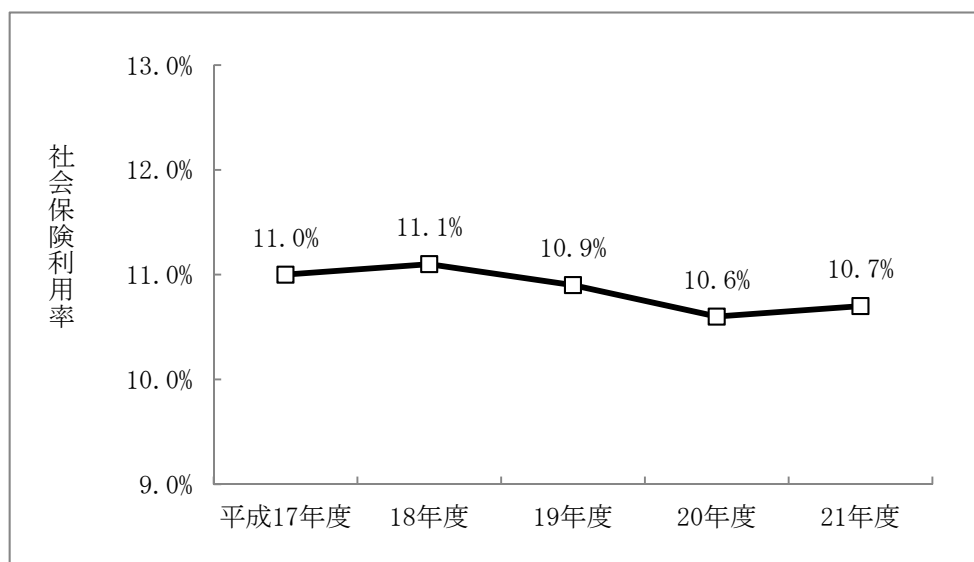
## Ⅱ. 交通事故診療に係る健保使用問題に関する調査

交通事故診療における社会保険利用率は、近年、10%～11%台で推移していると報告されているが、常々、現場の医師は実際の使用率はもっと高いのではないかという印象を持っている。

また、過去に本委員会で作成した交通事故診療における健康保険の使用に係る注意事項や人身傷害補償保険の取扱いをめぐり日本医師会との申し合わせ等について、周知が行き届いておらず、その結果、医療機関側も十分な説明ができないまま健康保険が使用されているケースがあるのではないかという指摘がされている。

そこで、本委員会として、過去に検討・作成した「健保使用」、「人身傷害補償保険」等に係る文書、申し合わせ事項等について、周知を図るとともに、交通事故を取り扱う医療機関における健保使用の実態を調査することとした。

【社会保険利用率の推移（死亡+傷害）】



(自動車保険の概況 平成22年度(平成21年度データ) 損害保険料率算出機構)

## 1. 交通事故診療に係る健保使用問題に関する調査「アンケート結果（概要）」

注) アンケート結果の詳細については、添付資料-2を参照

### (1) 健康保険の使用率について（問1）

全体の健康保険の使用率は19.9%となっており、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%）に比べ、約2倍という結果であった。

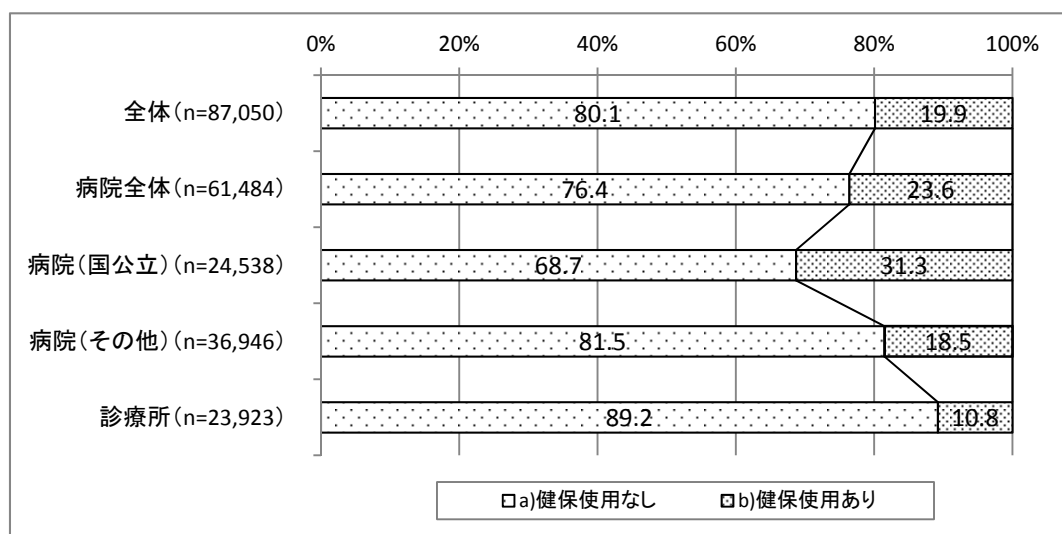
また、医療機関種別でみた場合、病院全体が23.6%、国公立病院が31.3%、その他病院が18.5%、診療所が10.8%という結果であり、病院における健康保険の使用率は診療所に比べて2倍以上であることが分かった。特に、国公立病院での使用率は際立って高い。

入院、外来別に健康保険の使用率をみると、入院全体では58.1%という結果であり、入院について医療機関種別でみた場合、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%と、入院での健康保険の使用率が非常に高いことが分かった。やはり、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と思われる。

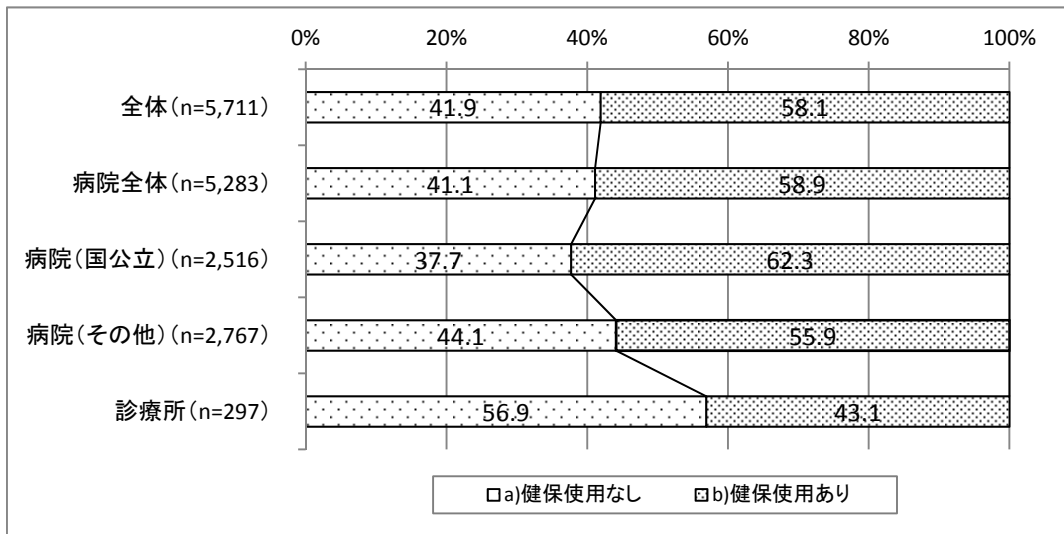
一方、外来全体では17.2%、医療機関種別でみると、病院全体が20.3%、国公立病院が27.8%、その他病院が15.4%、診療所が10.4%となっている。

なお、健康保険の使用の申出があったが、医師等から健康保険を使用した場合のデメリット等について説明を受け、結果的に健康保険を使用しなかったケースが一定程度存在することが分かり、健康保険の使用を求められる事案は更に多いことも分かる。

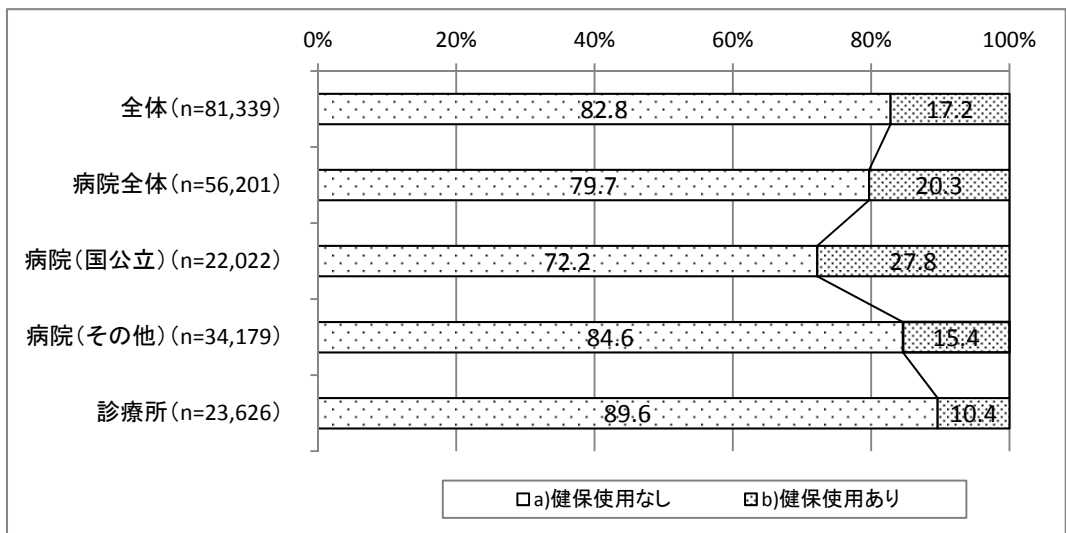
#### 【入院+外来】



【入院】

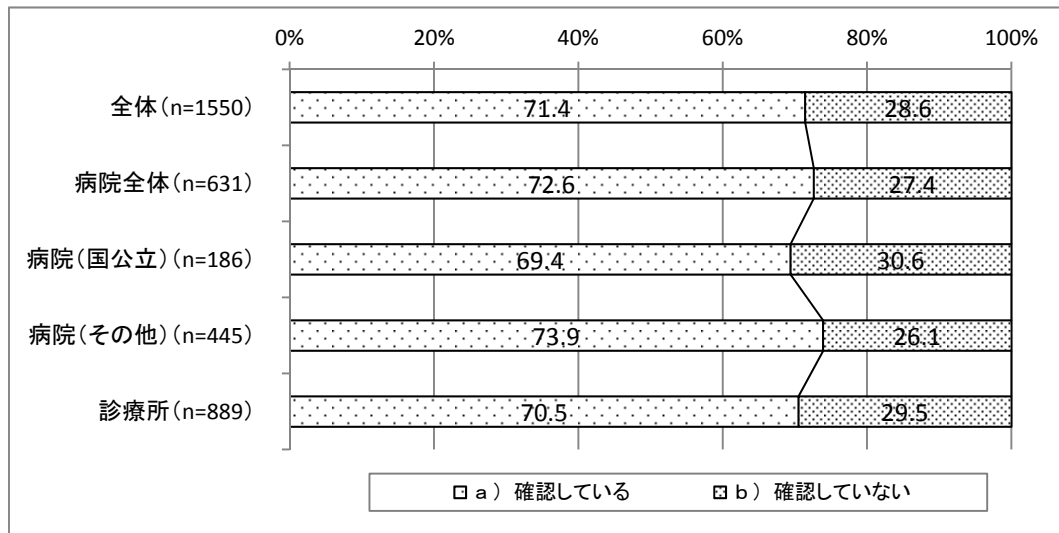


【外来】



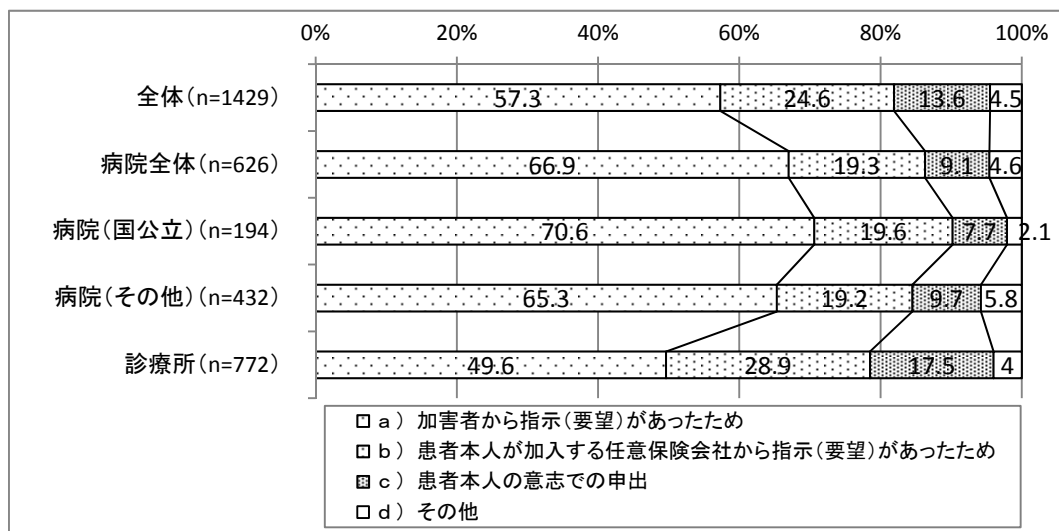
### (2) 「第三者行為による傷病届」提出の確認について (問2)

第三者行為を原因とする交通事故において健康保険を使用する場合、被害者(被保険者)は「第三者行為による傷病届」を保険者に提出することが義務づけられているが、この届出の有無については、約7割の医療機関が「確認している」と回答しており、医療機関側の説明努力が窺える。(実際に届出ているかどうかは確認していないが、届出が必要な旨を説明しているとの回答も含む。)



### (3) 健康保険による診療を求める理由 (問3)

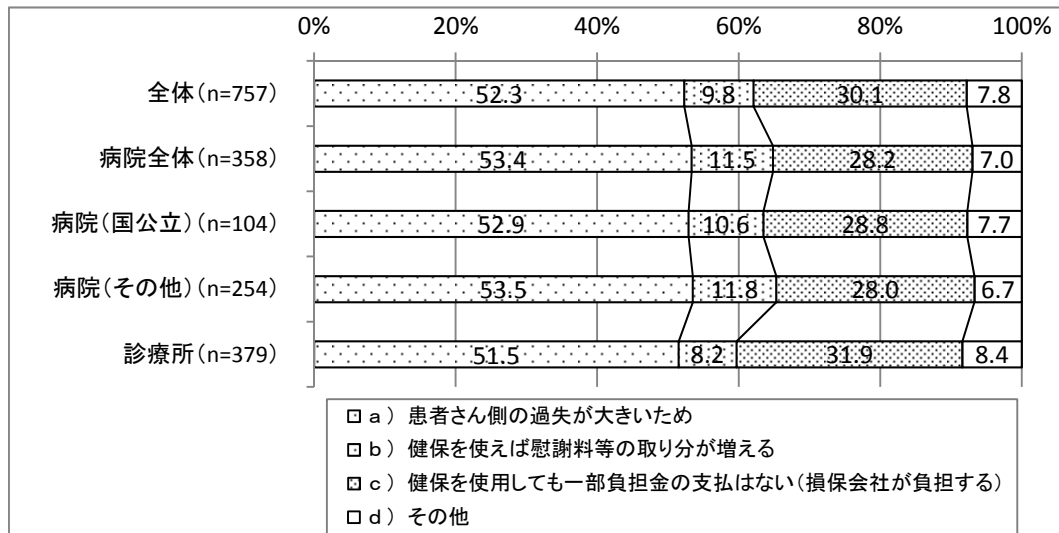
「加害者(損害保険会社)から指示(要望)があったため」(57.3%)、「患者本人が加入する任意保険会社から指示(要望)があったため」(24.6%)との回答を合わせると約8割を占めており、必ずしも患者本人の意志によって健康保険を使用しているわけではないという実態が明らかとなった。やはり、損保会社等による健保使用の誘導が行われていると言える。



**(4) 加害者（損害保険会社）から患者への説明内容（問4）**

全体で見ると「患者さん側の過失が大きいため」との回答が最も多く5割以上を占めており、次いで多かった回答は「健保を使用しても一部負担金の支払いはない（損保会社が負担する）」で約3割であった。

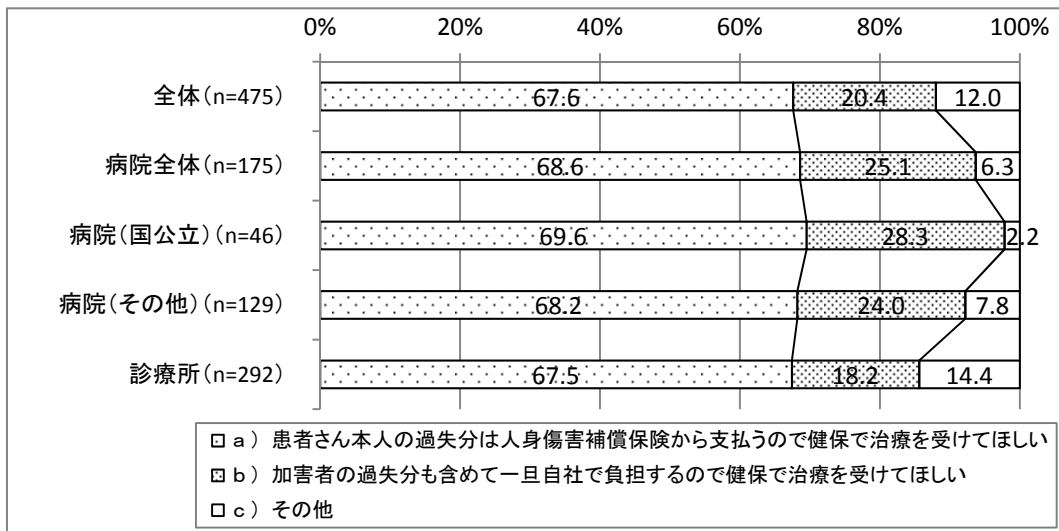
本来、医療機関にとって関係のない過失割合という概念を治療費に持ち込み、また、健康保険のルールを無視した案内をしている実態が浮き彫りとなった。



**(5) 患者本人が加入する任意保険会社から患者への説明内容（問5）**

「患者さん本人の過失分は人身傷害補償保険から支払うので健保で治療を受けてほしい」と説明されたとの回答が7割弱を占めている。

人身傷害補償保険の利用を理由に健康保険の使用を勧めている実態が読み取れ、平成11年の日本医師会との申し合わせ事項が守られているのか疑問である。

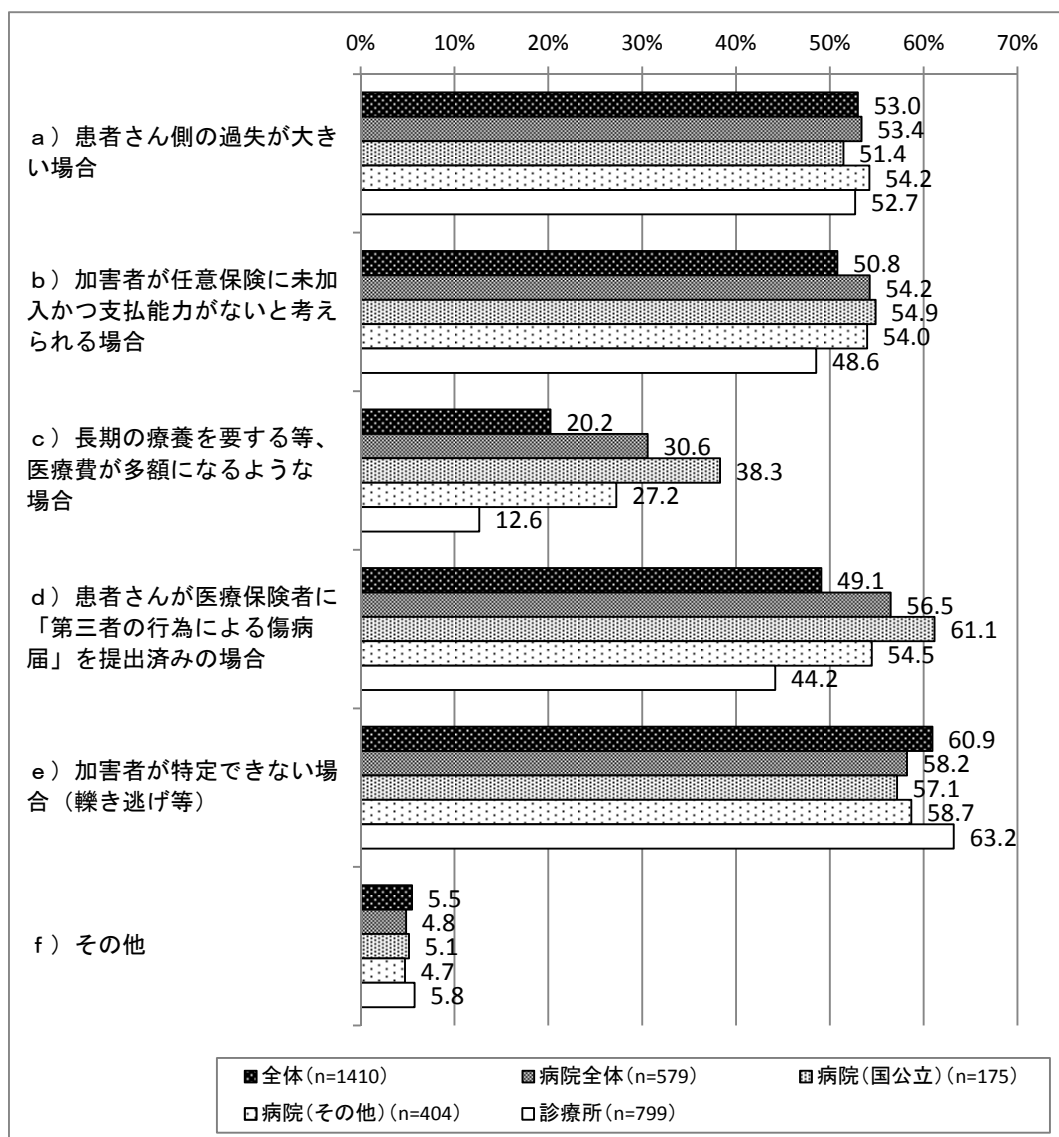




**(6) 健保使用もやむを得ないケース (問6)**

全体として最も多かった回答は、「加害者が特定できない場合 (轢き逃げ等)」で60.9%であり、次いで「患者さん側の過失が大きい場合」(53.0%)、「加害者が任意保険に未加入かつ支払い能力がないと考えられる場合」(50.8%)、「患者さんが医療保険者に「第三者の行為による傷病届」を提出済みの場合」(49.1%)であった。

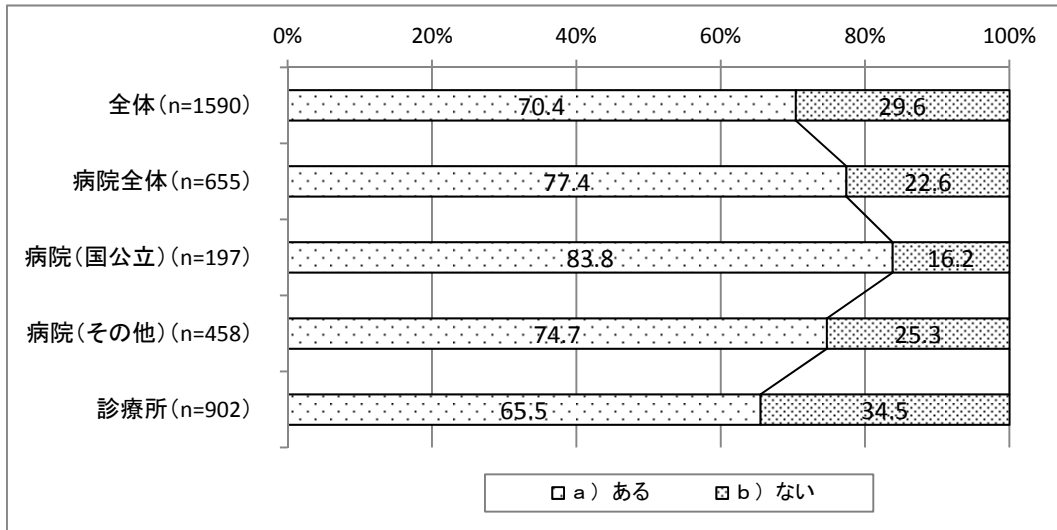
また、「長期の療養を要する等、医療費が多額になる場合」に、健保使用もやむを得ないと考えているのは、病院の30.6%に対し、診療所は12.6%と倍以上の差があり、入院での健保使用率の高さを裏付ける結果となっている。



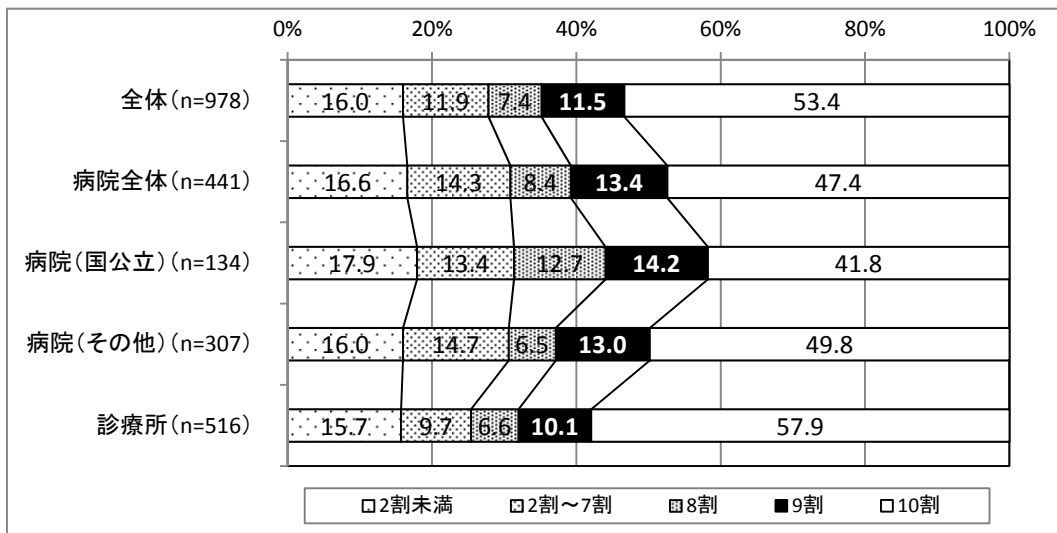
(7) 健保使用時の損保会社所定の書類(明細書、診断書)の依頼状況等(問7)

健保を使用しているにもかかわらず、損保会社所定の書類作成を求められるケースがあるかという問に対し、「ある」と回答した施設は全体で約7割という結果であった。さらに、どの程度(何割)のケースで求められるかという設問に対しては、「10割」と回答した施設が圧倒的に多い。

ここでもまた、医療機関が健康保険のルールを無視した対応を求められている実態が明らかになったと言える。

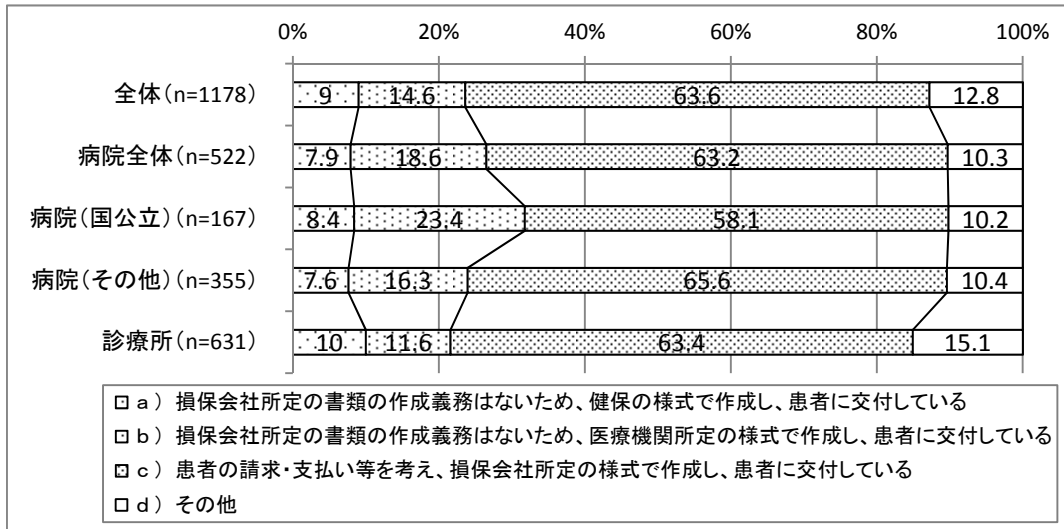


「a) ある」と答えた場合の割合



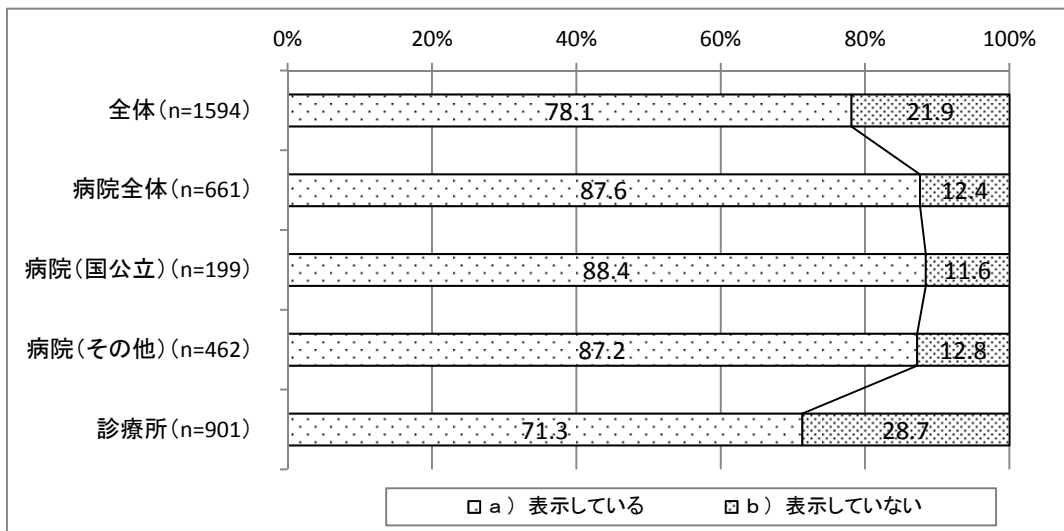
**(8) 損保会社所定の書類（明細書、診断書）の作成依頼への対応状況等（問8）**

「患者の請求・支払い等を考え、損保会社所定の様式で作成し、患者に交付している」と回答した施設が全体で6割以上を占めており、作成義務のない書類の作成に係る医療機関の事務負担が大きいことが分かる。



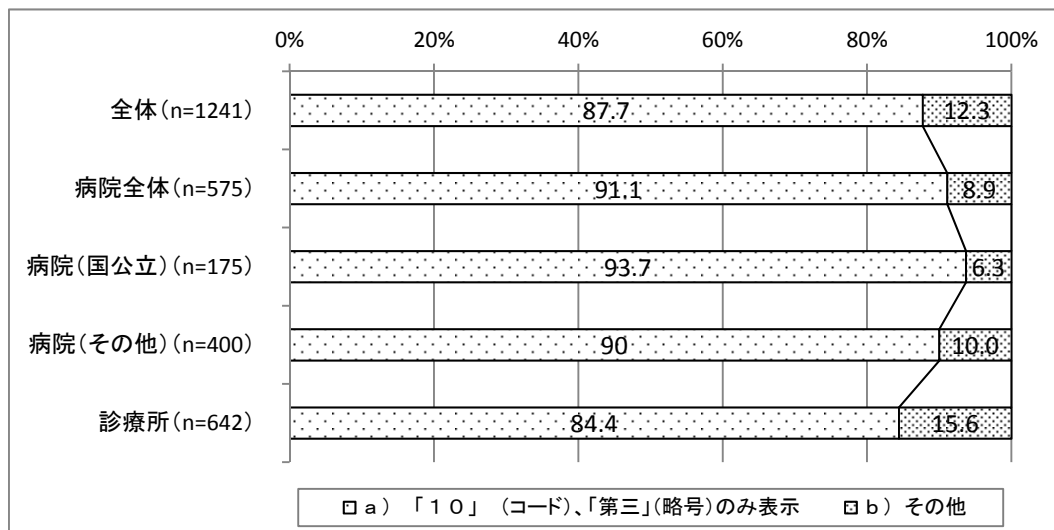
**(9) 健保使用時のレセプトへの表示について（問9）**

全体では2割強の施設が「表示していない」との回答であり、医療保険者による求償事務への影響が懸念される。



**(10) 健保使用時のレセプトへの表示方法について（問 10）**

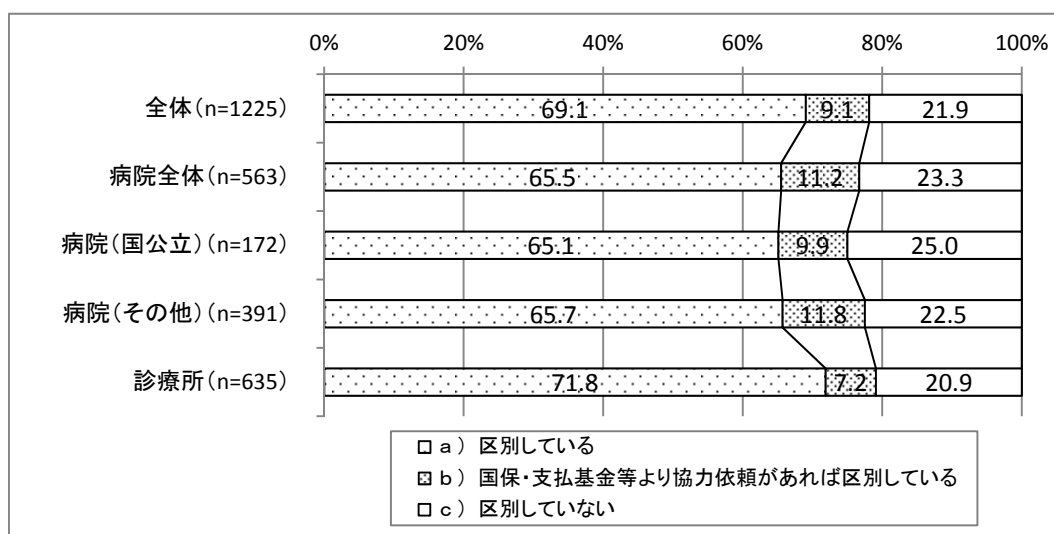
「記載要領通知に基づき、特記事項欄に「10」（コード）、「第三」（略号）のみを表示」と回答した施設が87.7%を占めており、「その他」と回答した施設では、「⊗、(交)、第三者行為等の表示をしている」とのことであった。



**(11) 健保使用かつ私病混在時のレセプトへの表示方法について（問 11）**

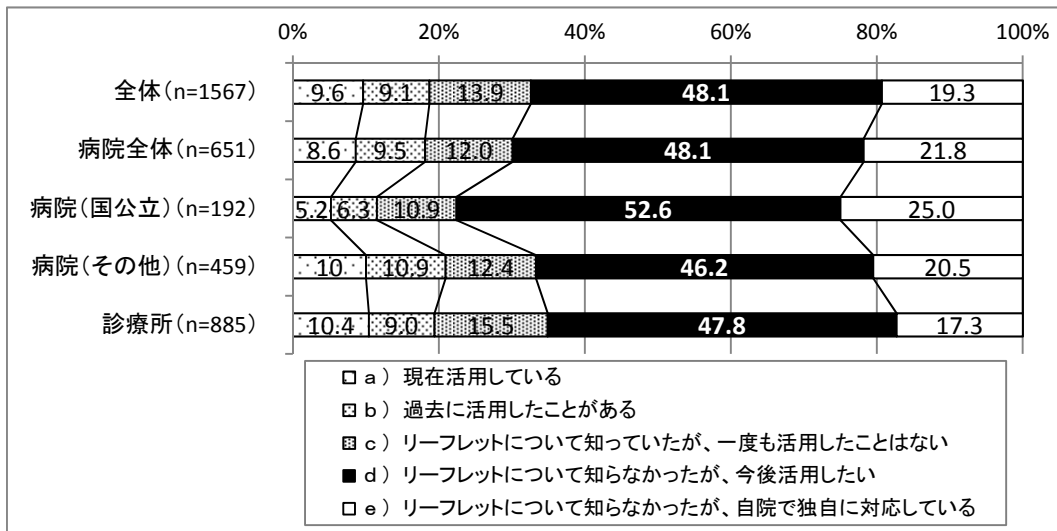
交通事故に健康保険を使用した同一月に、私病に対する治療も行われている場合、レセプト上それが判別できるように「区別している」と回答した施設は約7割であった。また、「国保、支払基金等より協力依頼があれば区別している」と回答した施設も約1割あり、具体的には「私病分についてアンダーラインを引いている」、「私病分、交通事故分の点数を別記している」との回答であった。

ただし、2割以上の施設が「区別していない」との回答であり、やはり医療保険者の求償事務には何らかの影響を与えていると考えられる。



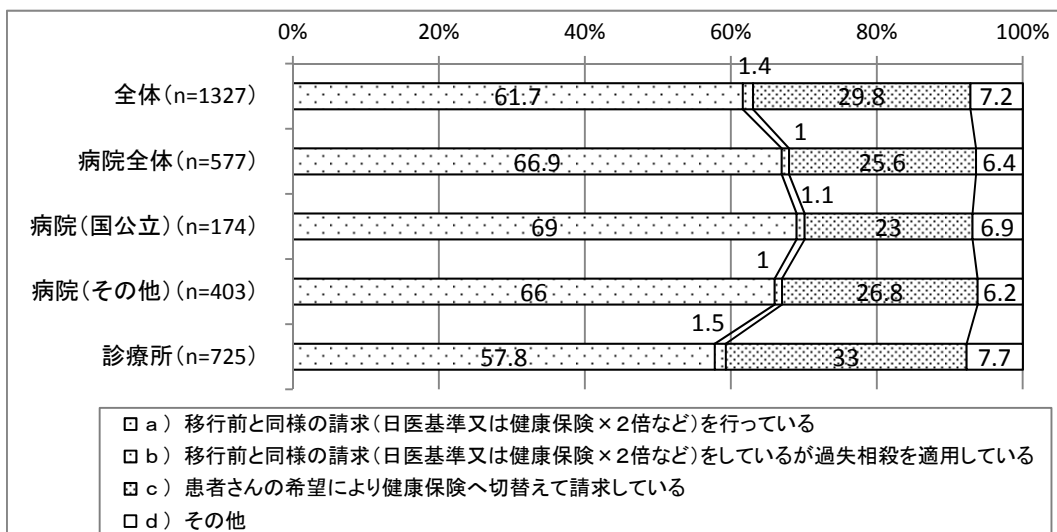
**(12) 本委員会が作成したリーフレットの活用状況について（問 12）**

「リーフレットについて知らなかった」（d + e）という施設が約 6 割であったが、「今後活用したい」との回答が 48.1%あり、本アンケートを通じて周知できたことは有意義であったと考えられる。



**(13) 任意保険に移行した場合の請求基準について（問 13）**

「移行前と同様の請求（新基準又は健康保険×2倍など）を行っている」と回答した施設が約 6 割と最も多かったが、一方で、「患者さんの希望により健康保険へ切替えて請求している」との回答が約 3 割あり、ここでも損保会社による誘導が行われている可能性があると考えられる。



#### (14) 任意保険移行時に健保切替しなかった場合のトラブル事例について (問 14)

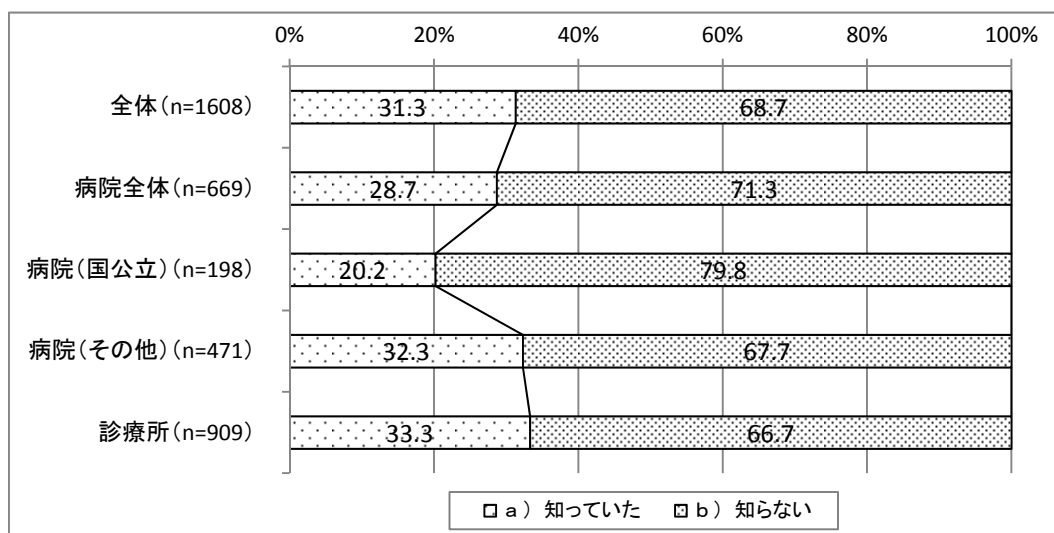
「支払いが遅延した(延期の申出が多くなった)」との回答が22件で最も多く、次いで「支払いを打ち切られた。(打ち切りを示唆された)」との回答も10件寄せられた。

損保会社により、健康保険を強要するような対応が未だに行われているものと考えられる。

#### (15) 人身傷害補償保険に係る「申し合わせ」の医療側の認知度について (問 15)

7割近くの医療機関が「知らない」と回答しており、人身傷害補償保険の利用を理由に健保使用を求められた場合、多くの医療機関がそのまま応じてしまっているのではないかと推察される。

都道府県医師会を通じて、より一層会員への周知が求められる。



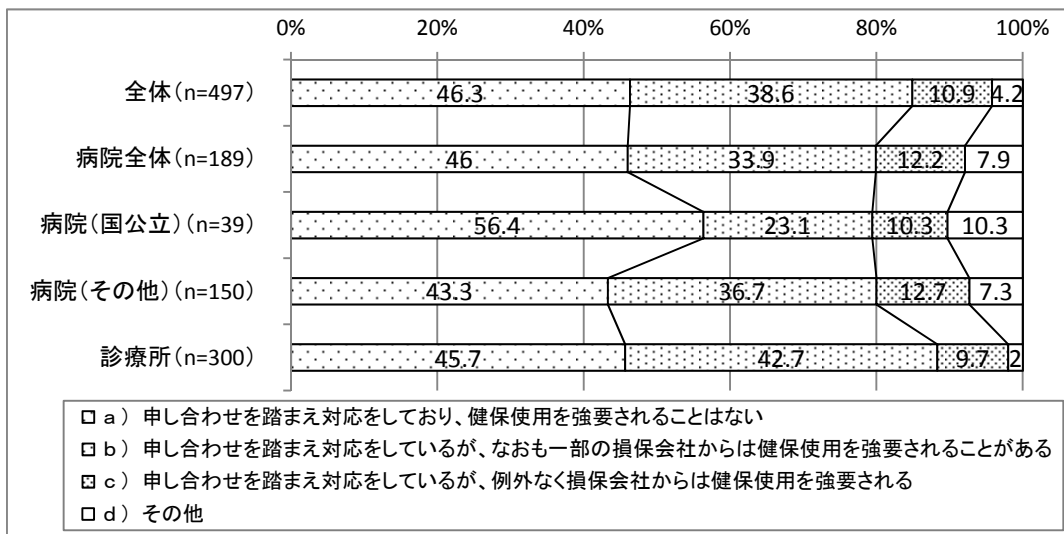
#### (16) 「申し合わせ」を踏まえた対応と実態について (問 16)

申し合わせを踏まえ対応した結果、「健保使用を強要されることはない」と回答した施設は全体で46.3%であるが、一方で、「一部の損保会社からは健保使用を強要される」(38.6%)、「例外なく損保会社からは健保使用を強要される」

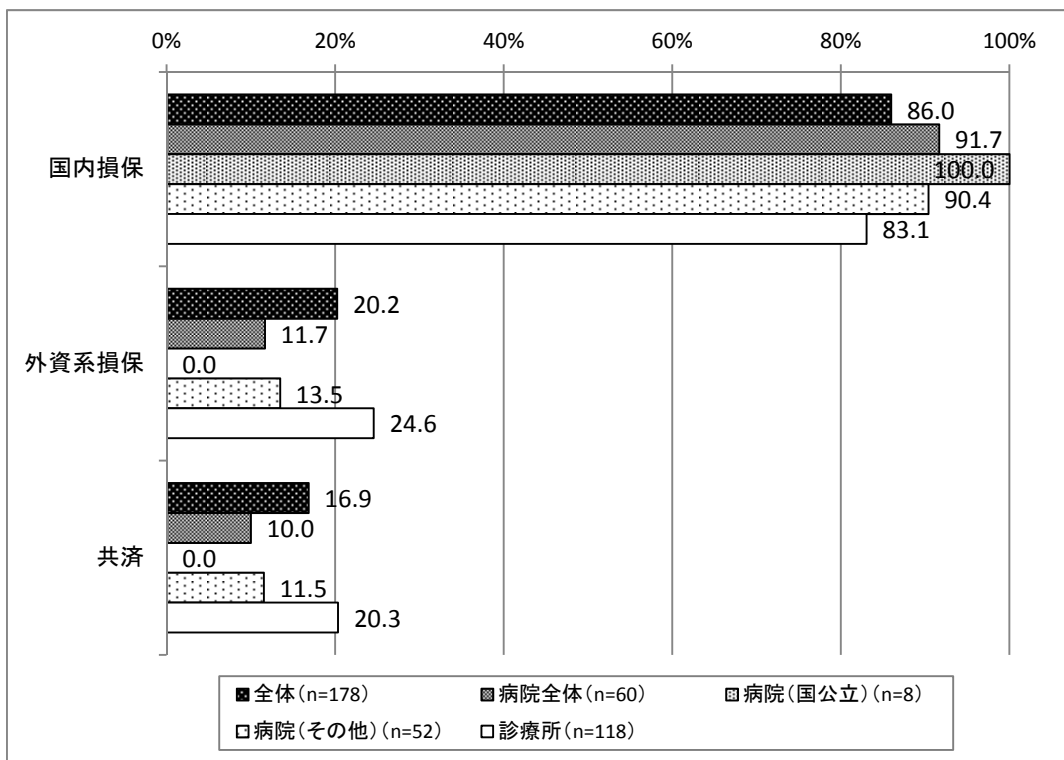
(10.9%)との回答が約5割を占めるなど、本申し合わせの効力については疑問が生じるところである。

各都道府県における医療協議会(三者協議会)等で本件について再確認するとともに、損保代理店を含め広く周知徹底を図り適正に運用されるよう求めていく必要がある。

なお、健保使用を強要する「一部の損保会社」について、「国内損保会社」と回答した施設が86%であることも問題である。

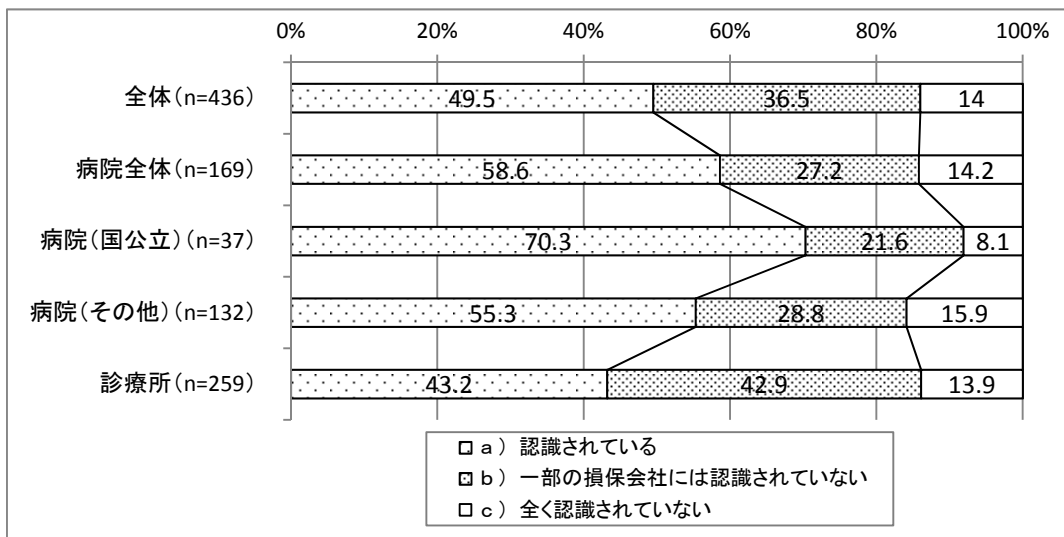


b) を選択した場合の「一部の損保会社」

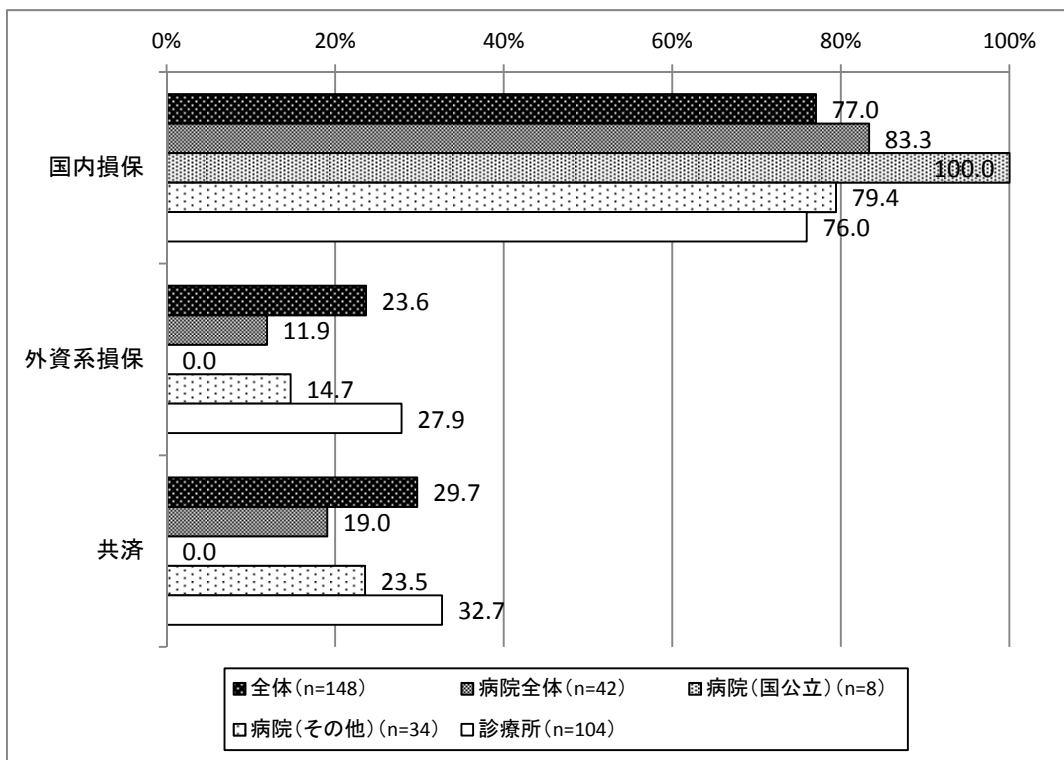


(17) 人身傷害補償保険に係る「申し合わせ」の損保側の認知度について (問 17)

「一部の損保会社には認識されていない」、「全く認識されていない」を合わせると約5割あり、また、「申し合わせ」を認識していない「一部の損保会社」について、「国内損保会社」との回答した施設が7割以上であることから、一層、医療協議会（三者協議会）を通じ周知を図る必要があると考える。



b) を選択した場合の「一部の損保会社」





### Ⅲ. 後遺症の認定基準について

自賠責保険においては、自動車事故による受傷に伴う器質的な損傷に基づく精神的または身体的な障害について、その残存する「障害の程度」に応じて定められた等級表（自賠法施行令別表第一及び別表第二）に則り、後遺障害に対する慰謝料の支払いが行われている。

残存する障害がどの等級に該当するかの認定基準は、労災保険における「障害等級認定基準」に準拠しているが、近年、医療の現場からは「障害等級の決定（後遺症認定）に関して、認定基準に則った適切な認定がされていないのではないか」、あるいは「認定基準自体が実態に即していないのではないか」という声が寄せられている。

実際、後遺症認定に対する不服申し立てを受け自賠責保険（共済）審査会に挙げられる事案の中には、腰椎の圧迫骨折に係る変形障害について、エックス線写真のみで「障害の程度」が判定されているケースがあり、その後、CT撮影、MRI撮影を行った結果、新たな変形を確認し障害等級が変更されるといった事案もある。

また、(財)自賠責保険・共済紛争処理機構においても、交通事故被害者と自賠責保険会社・共済組合との間に発生した保険金・共済金の支払決定をめぐる紛争処理を取扱っているが、近年、後遺障害に係る紛争処理の申請受付件数は増加傾向にある。（【表6】参照）

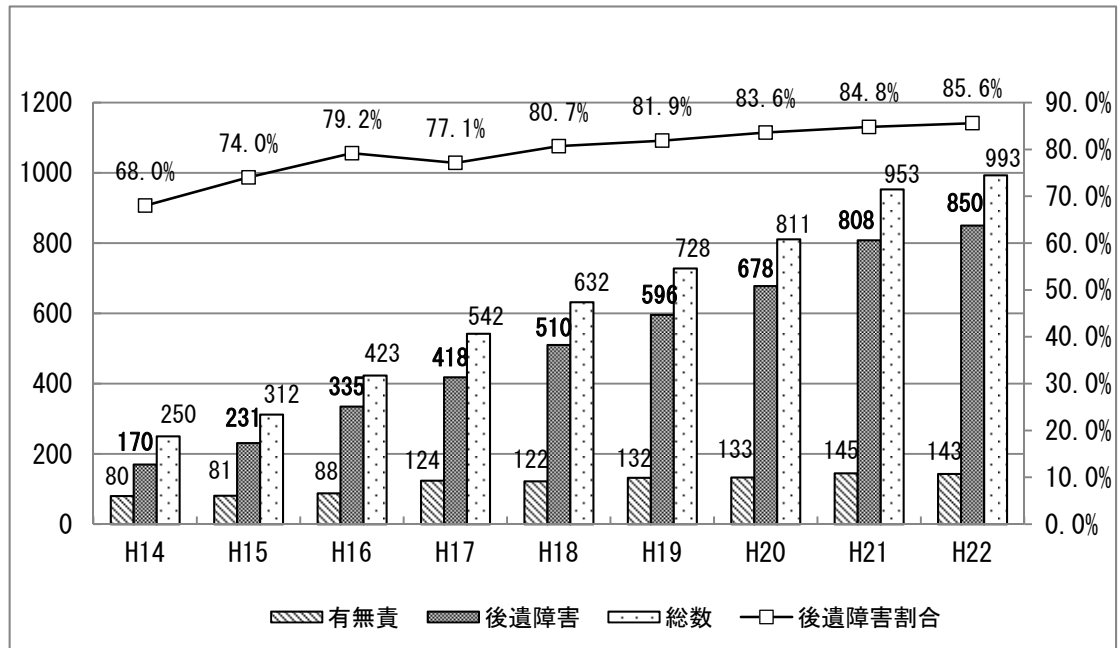
同財団による紛争処理の結果、障害等級が変更された件数等については、現在のところ明らかとなっていないが、後遺症認定に係る不服申し立て及び紛争処理が増加している一因として、現行の障害等級認定基準が今日の医学的知見等の進展に適合していない可能性があるのではないかと考えられる。

したがって、障害等級の変更が行われた事案について、認定基準との適合性を丁寧に検証する必要があるとともに、実態に即していない認定基準については速やかに見直すなど、労災保険の「障害等級認定基準」の改正を待たずとも柔軟な対応が可能となるよう認定基準の運用を抜本的に見直すべきであろう。

その第一歩として、労災保険において「障害認定に関する専門検討会」が設置され、必要に応じて認定基準等の改正に係る検討が行われているように、国土交通省の中にも同様の検討会を設置し、賠償責任という観点から独自の認定基準の設定、運用について検討する必要があると考える。

後遺症認定に係る患者の不満は、時として後遺障害診断書を作成した医師に向けられトラブルになることも多いため、交通事故被害者に対する適切かつ速やかな賠償に向け、日本医師会として関係省庁、関係団体に強く働きかけていくべきである。

【表6 紛争処理申請受付件数推移】



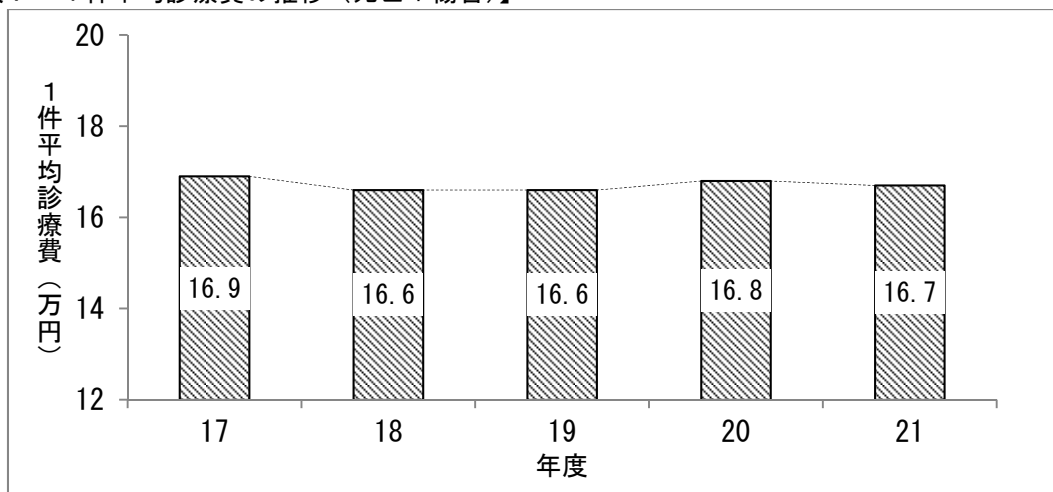
((財) 自賠責保険・共済紛争処理機構HPより)

#### IV. 医療類似行為に係る問題について

自賠責保険から給付されている交通事故に係る1件あたりの平均診療費（死亡＋傷害）は、ここ数年約16万円で推移している。（【表7】参照）

一方で、数年前より、自動車損害賠償責任保険審議会（自賠責審議会）においては、自賠責保険の治療関係費の内訳の中で、柔道整復師（柔整師）等の医療類似行為に係る施術費用等の占める割合が伸びてきていることが報告されている。

【表7 1件平均診療費の推移（死亡＋傷害）】

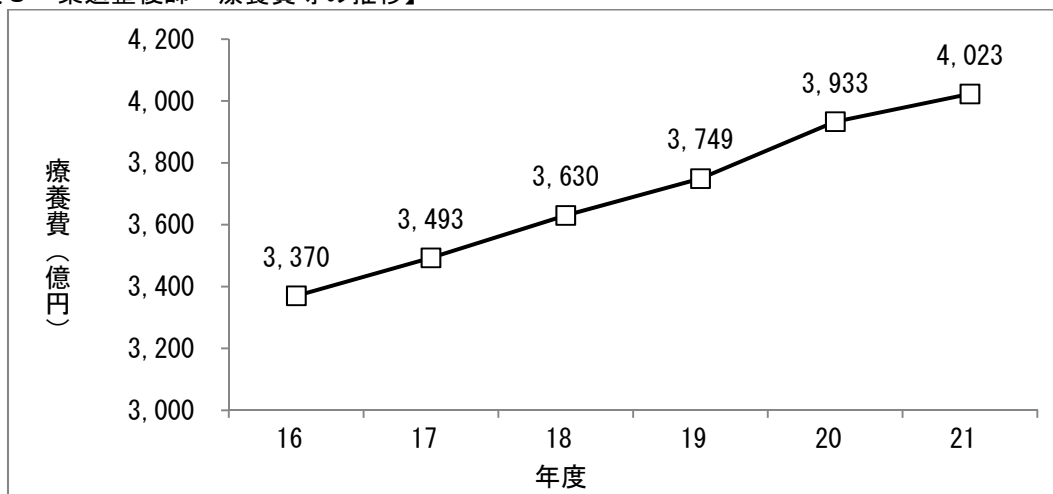


（「自動車保険の概況」（平成22年度（平成21年度データ））より）

これは近年の柔整師にかかる療養費等が急増していることに関連していると思われる。

すなわち、健康保険における柔整師に係る療養費等は、平成21年度には4,023億円となっており、平成16年度と比べ約19%の増加となっているが（【表8】参照）、外傷が主な自賠責保険においては同様若しくはそれ以上の傾向を示しているものと推察される。

【表8 柔道整復師 療養費等の推移】



（平 23. 11. 9 社会保障審議会医療保険部会 厚生労働省保険局医療課推計）

この背景には、柔整師数の激増問題、さらには平成21年度の会計検査院決算検査報告でも指摘された柔道整復施術療養費の不正請求などが要因であると思われる。

柔道整復師の養成校は、最近10年間で激増しており、平成10年には14校（一学年定員：1,050人）であったが、平成22年4月現在、102校（同定員：8,787人）に急増し、さらには平成23年3月の国家試験は、6,625人が受験し、4,592人の合格者（合格率69.3%）が出ているという状況である。

これは、医師国家試験の合格者の中で、整形外科を希望する医師が毎年約500名程度であることを踏まえると、約10倍の柔整師が誕生していることになる。

さらに、医師は6年間医学部で学んだ後、2年間の研修を行うが、柔整師は3年間で開業ができ「施術」を行うことが可能である。

このように柔道整復施術療養費が国民医療費の伸びを大きく上回る勢いで増加していることを踏まえ、平成21年11月の行政刷新会議においては、当該療養費の適正化の必要性が指摘された。

これを受け、平成22年度の療養費の改定では、医科外来が0.31%の改定率であったのに対し、±0%とされた。

また、改定内容として、多部位請求の適正化として、3部位目の給付率が70%、4部位目以降の給付率はゼロとされた。

さらに、①領収書の無料発行の義務付け（明細書は希望者への発行を義務付け）、②骨折・脱臼の医師の同意を施術録のみならずレセプトにも記載する、③レセプトに施術日を記載する、④不正があった場合に施術所の管理者だけではなく開設者の責任も問えるようにする、⑤申請書様式の統一等といった対応がなされた。

今後は不正請求の最大の要因と考えられる柔整師に認められた例外的な特例「受領委任払い」制度の見直しに向け、また、国保中央会が検討している柔道整復療養費審査の統一化、全国決済制度の導入（平22.3.1 国保新聞）、さらには柔道整復療養費審査委員会の現状など多くの問題が山積し、早期の解決が必要である。

なお、会計検査院による平成21年度決算報告においては、柔道整復師がその施術範囲（骨折、脱臼、打撲及び捻挫に対する回復を図る施術とされている。）を超えて、肩こり、腰痛症等の慢性疾患の患者に対して、病名を変えて、長期又は過剰と思われる施術を実施し、療養費の請求を行っていることが指摘されている。

慢性疾患に対する取扱いについては、交通事故診療の現場からも以前から疑問の声が挙げられており、自賠責保険においても施術費等の支払適正化に向けた一層の取組が求められるものである。

【表9 柔道整復療養費の負傷種類別支給額割合（平成22年10月サンプル調査）】

骨折及び脱臼（※）	0.5%
打撲	29.2%
捻挫	70.3%

（平23.11.9 社会保障審議会医療保険部会）

※骨折及び脱臼に関しては医師の同意が必要。（応急手当を除く）

## V. 交通事故に係る周辺問題について

交通事故をめぐる様々な問題について検討を行うため、前期委員会に引き続き、今期委員会においても、平成23年12月14日に日本損害保険協会（各損害保険会社）及び損害保険料率算出機構との意見交換会を開催し、双方から持ち寄った議題（以下参照）を中心にフリーディスカッションを行った。

### [意見交換会 議題]

1. 日医基準案の普及促進と定着
2. 柔道整復師の施術事案
3. 交通事故診療における健保使用問題
4. 人身事故証明書入手不能理由書の取扱い

「1. 日医基準案の普及促進と定着」については、日医基準案（新基準）が本年10月、46都道府県で合意に至った状況を踏まえ、自賠責審議会答申にも謳われている「制度化」を見据えた更なる普及促進等について議論を行い、今後、都道府県単位の請求実態等を把握した上で更に検討を行っていくこととなった。

「2. 柔道整復師の施術事案」に関しては、健康保険と同様、自賠責保険においても多部位請求等の事例が散見されるようになったことを踏まえ、適正な運用が図られるよう関係省庁等に対する働きかけなど、必要な対応を行っていくことが確認された。

「3. 交通事故診療における健保使用問題」では、健保使用時の医療機関窓口における一部負担金等の支払いや人身傷害補償保険の運用等に関する問題について、双方の見解を確認することができた。

「4. 人身事故証明書入手不能理由書の取扱い」は、物損事故で処理された事案であっても自賠責保険への治療費等の請求を可能としている現在の仕組みとその問題点について議論を行い、今後、問題事例を収集しながら検討を行っていくこととなった。

意見交換会の開催は、交通事故診療の現場から寄せられる様々な問題について、各損保会社（本社）等の考えを知る良い機会であるとともに、各種情報や問題意識の共有を図るという点においても非常に有意義であるといえ、今後も周辺問題について幅広く取り上げ、協議していくことが確認された。

## 《おわりに》

本答申では「交通事故診療における健康保険の使用問題について」に多くの時間を費やした結果、これまでの議論に対する考えを大きく前進させることが出来た。

特に、これまでの議論を分かりやすく整理し、今後の我々の進むべき方向性と手法を明確にした。加えて今回、交通事故診療を扱っている全国の医療機関に対して行ったアンケート調査によって、不適切な健康保険使用の実態等を浮き彫りにし、分析することが出来た。

今後、これを根拠として、会員への広報・指導に使用するとともに、全国的に広く展開されることを期待したい。

また、政府の行政刷新会議が行う「事業仕分け」等により、(財)労災保険情報センター(RIC)が行ってきた事務的な事前点検等を含む全ての労災レセプトに係る審査業務が国(労働局)に集約化された結果、RICは事業縮小し、各都道府県の地方事務所が閉鎖され、RIC本部のみでその他の業務を行うことになった。何かと問題視されていた労災診療費審査点検業務において、業務範囲を超えてRICが医学的な審査に介入することはなくなった。加えて、労災診療援護事業、労災診療共済事業(低利の長期運転資金の貸付制度を含む。)等のRIC本来の業務は継続され、医療機関にとって大きな影響がなかった点は、大いに評価される。

しかし、労災保険においては、「労災かくし」や「労災医療の長期化」など、個々の問題の解決に向けた有効な対策は示されていない点や、労災認定についても、未だに現場では、「災害性の原因によらない場合」の認定に対して厳しい傾向にあると思われる。

さらに、世界的な経済不況の中、労働環境の多様化等による過重労働やメンタルヘルスの問題等、勤労者の健康に目を向けていく必要があるだろう。

今回残された課題として、国民医療費に占める柔道整復師の療養費が約4,000億円にも膨らみ、さらに国民医療費の伸びを大きく上回る伸びにより医療財政を圧迫している「医療類似行為」の問題があり、その適正化に関する具体的な解決方法については次期委員会に期待したい。