

労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会 答 申

諮 問 :

【労災保険】

「超高齢社会に向けた労災保険指定医療機関の役割」

【自賠責保険】

「自賠責診療のこれからについて」

平成28年2月

日 本 医 師 会

労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会

平成28年2月25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26年10月17日に貴職より諮問されました「超高齢社会に向けた労災保険指定医療機関の役割」及び「自賠責診療のこれからについて」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 深 澤 雅 則

委 員 宇賀治 行 雄

委 員 臼 井 正 明

委 員 内 田 一 郎

委 員 子 田 純 夫

委 員 阪 本 一 樹

委 員 杉 本 欣 也

委 員 中 村 渉

委 員 松 崎 信 夫

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. 労災保険に係る問題について	7
2. 高齢労働者と労災保険制度について	11
3. 福島第一原発事故に関わる作業従事者への対応について	16
4. アフターケア制度について	20
5. 労災かくし	24
III. 自賠責保険に関して	
1. 自賠責診療費算定基準（新基準）について	27
(1) 制度化の方向性	27
(2) 制度化のタイミングについて	29
(3) 算定基準の内容	30
(4) 算定基準の適用範囲	31
(5) 医業類似行為等について	35
2. 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
おわりに	43
添付資料－1	
次期（平成28年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書	45
添付資料－2	
会員向け研修用ツール（スライド）	59
添付資料－3	
自賠責診療費算定基準の制度化へ向けての骨子	79

はじめに

平成26・27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、「超高齢社会に向けた労災保険指定医療機関の役割」、自賠責保険に関しては、「自賠責診療のこれからについて」との諮問を受けた。

平成26年4月の診療報酬改定は、診療報酬本体がプラス0.73%、薬価・材料費はマイナス0.63%、全体で0.1%のプラス改定であったものの、その中には消費税率引き上げに伴う負担増への対応として、診療報酬本体に0.63%、そして薬価・材料費に0.73%、合計1.36%の補填分が含まれるため、実質的にはマイナス1.26%という改定率であった。この結果を見ると薬価引き下げ財源が、診療報酬本体に充てられたかのように見えるが、あくまでも消費税率引き上げ対応分として置き換えられたことに留意しなければならない。消費税率引き上げ対応分が基本診療料に配分されたことは評価できる。だが、今回、薬価引き下げ財源が診療報酬改定財源に充てられなかったことは極めて遺憾なことである。元来、薬価と診療報酬は不可分一体のものであり、薬価引き下げ分を医師の技術料財源とすることは、長らく根拠に基づく慣行として遂行されてきたのであり、次回改定以降、このようなことが繰り返されてはならない。

2025年以降の超高齢社会を迎えるにあたり地域完結型医療体制の構築に向けて、特に医療機関の機能分化と連携の推進に改定の主眼があてられた。改定の傾向として、在宅復帰率や看取り件数等、診療実績を重視する流れが一層強くなり、かかりつけ医療機能の評価や在宅医療推進を図るべく、地域包括診療料・加算等が新設された。

近年の労働災害を巡る状況は、従来の業務災害・通勤災害は漸次減少する傾向にあるものの、労働環境の変化や労働者の高齢化により脳・心臓疾患に加え、メンタルヘルス不調者の増加による精神保健面への対応が重要となっている。また、東日本大震災に伴う原発事故等への対応を契機として広域災害発生時の対応等も重視されることとなっている。さらには、勤労者の健康管理を目的とした二次健康診断等給付もその必要性が増しており、こうしたことから労災保険が担う役割は一層大きくなっていると考えられる。

このような状況の下、今期委員会では、高齢労働者における疾病予防に向けた取り組みや職場復帰にかかる医療支援、原発作業員への対応、東日本大震災に伴う労災補償状況、アフターケア制度等を中心に協議を行った。

また、労災診療の実態を踏まえながら労災診療費算定基準について検討を重ね、増点すべき診療料や新設が望まれる術式等について要望書としてとりまとめた。

一方、自賠責保険においては、これまで唯一新基準を採用していなかった山梨県が平成27年度の採用に向けて動き出したことから、全都道府県で新基準による運用に足並みが揃うこととなった。新基準が独占禁止法に抵触するとの疑いもあること等から、これまで制度化（法制化）を目指して議論を重ねてきたが、今回の山梨県での採用に向けた動きは大きなチャンスと捉え、積極的にまずは制度化に向けて三者協議会においても協議を行ってきた。

また、自賠責に関する明確な規定がないことによって引き起こされる損保会社や患者との対応により、医療機関では本来の診療業務以外に多大な労力を割くことになっているため、制度化（法制化）により明確な規定を作り、そうした問題を解決すべきと考える。

その他、医業類似行為においては、柔道整復師の施術費の増加や施術期間の長期化

が問題となっている。日数制限や料金制限の検討等、適正な給付への対応策が必要であり、制度化（法制化）を目指すこの機会に検討を進めるべきであると考えます。

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る。本委員会では、労災保険、自賠責保険の取り扱いが少ない医療機関や研修医に対しても、両制度に対する基本的な理解が必要と考え、研修ツールの改善など周知方法についても検討を行った。

I. 労災保険・自賠責保険に係る課題

労災・自賠責保険に係る周知等の必要性

健康保険制度も含めて労災保険、自賠責保険等の各種保険制度に関して十分な研修を受け、熟知している医師は少ないと思われる。健康保険の保険医登録証を手にした時も特に講義や研修を受けたわけではなく、単に事務手続きだけで登録証が手元に届く。その後は、日常診療を続ける中で少しずつ保険制度を覚えていくのが現状である。

労災保険制度についてはどうであったか。大学病院で研修を受けているうちは労災患者を診ることはまず無く、市中病院で勤務するうちに労災患者を治療する機会が生じてくる。治療する上で労災保険患者であることを意識して治療するわけではないが、労災休業補償診断書や治療が終了して後遺障害診断書などを書いているうちに、労災保険制度が健康保険制度とは別にあることが認識される。自賠責保険制度に関しては実際に交通事故の被害者を治療しているうちに、何となく一般患者と制度が違うことに気付くようになる。当初は自由診療であるとか、労災保険制度に準拠している等のことは全く知らないで治療している。しかし、毎月提出する治療状況の診断書や治療して、ある一定期間が過ぎると損害保険会社や自動車事故調査会社から届く治療に関する質問書等を書いているうちに、制度の違いに気付くものである。これらの保険制度について大学医学部時代、医師として診療するようになってからでも、系統立てて十分な講義、研修を受けていない状況を改善しなくてはならないと思っている。行政側は重い腰を上げそうになく、そのような中で医師会が関係医療機関と連携して各保険制度周知のため動かざるを得ないと考えている。

(1) 労災保険制度

労働者の業務上の事由による傷病、疾病、障害、死亡などに対して被災者または遺族の方に必要な保険給付等を行うことを目的として昭和22年に労災保険制度として誕生した。昭和36年、厚生労働省は日本医師会と協議、検討した労災診療費算定基準を当時の労働省労働基準局大野労災補償部長と武見太郎日本医師会長との申し合わせにより「労災診療の適正な発展のためには労災診療の健保診療に対する特殊性を科学的に明らかにし、その成果に立脚、即応して診療費を決める必要があるが、それまでの暫定措置として健保点数に準拠する」とされ、これが昭和47年、労働省労働基準局通達により示された。昭和51年の全面改正を経て体系化されたが、その後大幅な見直しの無いまま健保点数準拠の暫定措置を継続している。労災保険では業務災害、通勤災害、印刷工場での胆管癌やアスベストによる中皮腫などの産業保健面、最近増えている職場の人間関係や仕事上のストレスから来る精神疾患、広域な大災害に伴うものなども範疇に入っている。

労災診療費は、厚生労働省労働基準局長通知により示される労災診療費算定基準に

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労災特掲料金で算定される。課税医療機関は1点12円、非課税医療機関は11円50銭、手術、処置、リハビリテーションは四肢加算として所定点数を1.5倍から2倍して算定することができる。入院料は入院から2週間以内は健康保険の点数の1.3倍、2週間以降も健保点数の1.01倍となっている。障害補償給付として、一定期間治療後に症状固定（症状が安定し、治療効果が期待できなくなった時）となり身体に障害の残った労働者には、残存障害の程度に応じて障害補償給付が支給される。申請するには診療を担当した労災保険指定医療機関の医師の後遺障害診断書が通常必要となる。障害等級が決定されると障害の程度に応じて1級から14級まで認定され等級に応じて一時金、年金が支給される。現在は残存障害の種類により、アフターケア制度により労災診療の打切り後も一定の診察等が受けられるようになっている。

（２） 自賠責保険制度

戦後の復興から、その後の高度経済成長時代に向けて自動車保有台数が急激に増加し、それに伴って交通事故の死傷者が増えて社会問題となっていた。このような社会背景の中、交通事故被害者の救済のため自動車保有者に対する強制保険として、1956年に自賠責保険が施行された。自賠責保険は任意保険と異なり、被害者救済に重きを置いているので、被害者に7割までの過失があっても支払い限度額までは保険金で支払われる。自賠責保険は自由診療であるが、時に診療請求額が高額となり過ぎたため、自動車損害賠償責任保険審議会の答申を受けて、1989年（平成元年）6月に日本医師会、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協議により自賠責診療費算定基準（いわゆる「新基準」）がスタートした。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。自賠責保険をめぐっては種々の問題があるが、まず健保使用問題が挙げられる。自賠責保険は、自動車保有者に国が強制的に加入を義務づけた制度であるが、本来自動車事故の被害者に対しては自賠責保険で医療機関にかかるべきところ、健保使用できるような国の曖昧な通知がある。その曖昧さをとらえてか損害保険会社側が労災診療費に準拠した新基準よりもさらに安い健康保険の使用を強要してくる例がいつまでも続いている。最近では、医業類似行為業者として柔道整復師、あんま、はり・きゅう業者も自賠責保険の治療が増えてきており、長期間の治療期間となることも多く、自賠責財源を圧迫してきている。

（３） 労災保険、自賠責保険についての周知

日常診療の中で労災患者や自賠責患者を診ているが、過去に系統立ててそれぞれの保険制度やその詳細な内容について教育、研修を受けたことが無いのが問題である。今後は医学教育過程、卒後臨床研修期間、開業して労災保険指定医療機関の指定申請を

する際などのいずれかの時期に教育、研修を受ける機会が必要と考える。

① 医学生に対して

大学の医学教育においては様々な疾患、診療科に関する講義内容が増え、医学生は知識の習得に忙殺されていることと思う。そのような中で、医療保険制度に関する講義を行っても興味を示さず実感が湧かないかもしれない。厚生労働省としては、将来医師として診療に携わる医学生に健康保険制度も含め講義を受けてもらいたいと思っても、文部科学省が認めるかどうか疑問のあるところである。可能な方法としては、各都道府県医師会が大学病院と連携して、いずれかの講義時間を医療保険制度に関する知識習得のための講義にしてもらうことである。その場合の講師は、医師会の理事もしくは医療保険制度に詳しい医師を派遣することである。

② 研修医に対して

臨床研修指定病院や大学病院において、指導医は研修プログラムに沿って研修医を指導するのに追われ、各種保険制度をじっくり講義形式で教えるのは困難かもしれない。しかし、労災・自賠責患者を研修中に診察しなければならない場合も生じることから、診断書等の書類作成などを通じ指導してもらう必要がある。1人立ちした医師として患者を診療する直前のこの時期に各種保険制度を知ってもらうのはとても大事であり、是非ともカリキュラムの中に入れてもらうよう働きかける必要がある。

③ 一般の医師に対して

日常診療の中で、労災・自賠責保険について少しずつ覚えていきながら対処していると思われるが、労災指定病院の指定時に再度集中的に講義を受けたり、労災指定病院協会又は各都道府県医師会の労災・自賠責担当部署が、年1回でも労災・自賠責診療を行う医師に対して十分な時間をかけて研修会等を開催する機会が望まれる。自賠責保険に関しては2年に1度、日本損害保険協会、損害保険料率算出機構、医師会の三者の協力のもと、自賠責保険研修会を開催しているが医師よりも事務職員の出席が多く、内容的にも制度を知らしめるには不十分な状況がある。

労災・自賠責保険制度に関しては会員から研修会を開催してほしいとの意見も多く、今後、医師会が主催して各都道府県の実情にあった内容で研修会や講演会を実施していく必要がある。

行政に期待しても今まで通りのことしか行われず、事態の改善にはいつまでもならないであろう。医師会会員の労災・自賠責診療が円滑に進むよう研修会の開催や種々の問題の相談に乗る機会を作る役割が、医師会に求められている責務である。

Ⅱ．労災保険に関して

1．労災保険に係る問題について

（１）業務上疾病の認定基準に関して

労災保険の業務上疾病の範囲については、昭和 53 年、労働基準法施行規則の一部を改正する省令等の施行に伴い、労働省労働基準局長から都道府県労働基準局長へ向けて通知が発出されているが、平成 27 年時点においても妥当であるかここで再度、検討すべきではないかと考える。

この認定基準が制定された時代から今日まで、業務上疾病の認定範囲はかなり拡大され、単なる外傷のみならず物理的因子、化学的物質、労働環境因子などの産業保健と関連深い分野、感染症、特定の癌、脳血管疾患、心疾患、精神疾患などその広がりは今後も留まるところはない。これだけ広範囲になることは一般疾病、いわゆる私病との峻別が困難になってくるため、今後の検討課題として以下の点を取り上げることとする。

① 業務上の負傷に起因する疾病

「業務遂行性」、「業務起因性」、この 2 点が明確であれば問題はなく、これに基づき労働基準監督署が療養の給付請求書(様式第 5 号、通勤災では 16 号の 3)による請求を認めれば認定となる。ただし、疾病発症に素因の寄与率が高い、「業務」との関連性が低い場合には認められない。これは通勤災害においても同様であり自宅と就業場間が原則であり、その他では認められない場合がある。また通勤中、業務中の自動車事故被災では、一般の事故扱いと同様に自賠責保険が優先して、労災保険を使用した場合は、自賠責保険へ第三者行為災害として求償処理がなされる。このような自賠責事故では、後遺症給付も自賠責保険優先で労災の障害給付はその差額が給付されることとなる。

ここで重要とされるのは、労災保険では「負傷に起因する疾病」が対象となることであり、病名はあくまでも外傷病名に限定される。それ以外の一般疾病病名、症状病名、慢性疾患病名などでは不支給となるので注意が必要である。また外傷の場合、特に高エネルギー外傷では多部位、多様な病態となる傾向があり、後遺症障害認定を念頭に置き、初診時から病名漏れに注意する必要がある。

② 物理的因子による疾病

紫外線、赤外線、レーザー光線、マイクロ波などにさらされる業務により発生する眼疾患、皮膚疾患がほとんどであり、労働環境に関連が深い。その他、

電離放射線による急性放射線症、放射線、眼疾患、放射線皮膚障害、造血器障害、特殊な労働環境に起因するものとして潜函病又は潜水病、高山病等又は航空減圧症、熱中症、熱傷、凍傷・難聴等の耳の疾患、手指等の組織壊死もこの中に含まれる。いずれも発症原因が明瞭で労働災害として対処すべきか否かは判定しやすいものであると考えられる。

③ 身体に過度の負担のかかる作業態様に起因する疾病

この種類の労災疾病が最も困難であり、日常的に該当するのかどうかの判定に頭を悩まされる。医療者側は軽度から中等度の負荷でも、繰り返し長期にわたれば業務起因性疾病と考えるところであるが、労働量の急な増加や労働負荷が変化するという理由がなければ労災認定は難しい。

ア 重激な業務による筋肉、腱、骨若しくは関節の疾患又は内臓脱

該当業務としては港湾荷役、採石、貨物取扱の作業等があり、筋・腱断裂、腱鞘炎、疲労骨折、骨棘形成、関節炎、キーンベック病、腹部ヘルニアなどいずれも検討を要する疾病揃いである。

イ 重量物を取り扱う業務、腰部に過度の負担を与える不自然な作業姿勢により行う業務その他腰部に過度の負担のかかる業務による腰痛

該当業務としては、港湾荷役作業、大工、左官、運送業務などがあり、これらの中に腰部に過度の負担のかかる業務による「被災害性腰痛」が含まれ、長期にわたる治療が多く悩ましいところである。

ウ 機械器具の使用により身体に振動を与える業務

削岩機、鉋打ち機、チェーンソー等により末梢循環障害・神経障害、運動器障害などいわゆる「振動障害」を発症するもの。

エ 上肢、手指に過度の負担のかかる業務によるもの

過去にはキーパンチャー病とも呼ばれた腱鞘炎、手指関節炎、頸肩腕症候群などを発症し最近ではパソコン業務に代わりキーボードの進化により減少しつつある。これらの疾患は今後の業務形態の変革によりどのように変わるのか予測がつき難いところである。

④ 化学物質等による疾病

化学物質にさらされる業務において発症する疾病で、産業医がその業務の中で注意する範疇になる。眼、呼吸器、皮膚等に影響する。

⑤ 粉じんを飛散する場所におけるじん肺症又はじん肺法に規定するじん肺と合併したじん肺法施行規則に掲げる疾病

じん肺起因粉じんにさらされる作業環境下において、業務に従事することで

発生するじん肺又はじん肺と合併した疾病をいう。合併した疾病には、肺結核、結核性胸膜、原発性肺がんなどが挙げられる。

⑥ 細菌、ウイルス等の病原体による疾病

医療、検査等の業務に携わる職種者がほとんどで、針刺し事故もこの部類となり、細菌・ウイルスから寄生虫など可能性は幅広く考えられる。

⑦ がん原生物質若しくは因子又は工程における業務による疾病

ベンジン系の尿路系腫瘍のように物質と関連深い癌が指摘されており電離放射線によっては多種の癌が関連付けられている。中でも「石綿」による肺がん、中皮腫は有名である。今なお頻繁に労災疾患として遭遇する。

(2) 労災保険審査委員会の問題

労災保険審査委員会が公平・公正に労災保険ルールに基づいて保険審査を行っていることについては当然であるが、いくつかの問題点について挙げていくこととする。

① 保険者直接審査について

以前は、ほとんどの地域で労災保険情報センターを介し審査を行っていたが、現在は厚生労働省下の都道府県労働局が携わる保険者直接審査形態となっている。現状では、直接審査に代わったといっても大きく審査が変革はしていないが、今後、保険者である厚労省側からの意向が反映されないという保証はない。それ故に、診療側と保険者の間に公平な第三者機関を置いたうえでの保険審査が望ましいと考える。

② 会計検査院の指導、監査

労災保険は、政府がこれを管掌すると法定され、厚生労働大臣が責任者となる。労災保険料は、雇用保険料とともに一括徴収され、国の労働保険特別会計により管理されていることから、会計検査院が保険審査内容にも指導・監査を数年ごとに行い、細部にわたる厳しい指摘に対し審査委員会が対処せねばならない。指摘事項は妥当な部分、厳格すぎる部分、様々で医療データ確認、再審査を審査委員会で行い、根拠ある文書付きで対応している。会計検査院の性格上やむを得ないことではあるが、厳格すぎる対応には苦慮している。

③ 医療機関からの再審査申し出

健康保険の審査では再審査を受付けており、労災保険審査においてもほとんどの都道府県が対応している。根拠となる画像、データ、文書などを添付して

の再審査が望ましい。

④ 既存疾病（私病）との関連

労働者の高齢化に伴い、被災労働者の労災外傷への既存疾病の寄与率が高くなり、また予後への影響も懸念される。これらを今後も真剣に検討すべき時期にきているといえる。

具体的には、骨粗鬆症を基礎疾患にある脆弱性骨折への副甲状腺剤投与等、膝関節外傷後に外傷性変形性膝関節症としての手術まで至る種々の治療、労災腰痛症における既存疾患である変形性腰椎疾患への手術治療、それらの境界をどのようにすべきか難しいところである。

幸いにも労災保険において、保険給付額は徴収保険料を下回っており診療内容の制限まで踏み込む状況にはないが、将来的には被保険者側の負担を求めなければならない懸念もあり、医療側の謙抑的な治療も必要であろう。

2. 高齢労働者と労災保険制度について

(1) 高齢労働者における疾病予防に向けた取り組み

① 現状と問題点

超高齢社会、少子化社会、年金支給開始年齢の引き上げが進行し、定年延長や再雇用などによる中高年労働者が増加している。60歳以上の高齢労働者をみると、就業者数とともに死傷災害発生数も増加傾向にある（図1、2参照）。その背景には、中高年者の生理機能低下が挙げられる。加齢に伴う心身の機能低下、危機回避能力の低下は避けられず、放置すれば労災事故の発生率上昇に大きな影響を与えることになる。記憶力や思考の低下など、身体のみならずメンタル面での不調も労働災害への影響が予想される。

図1 60歳以上の就業者数と総数(万人)

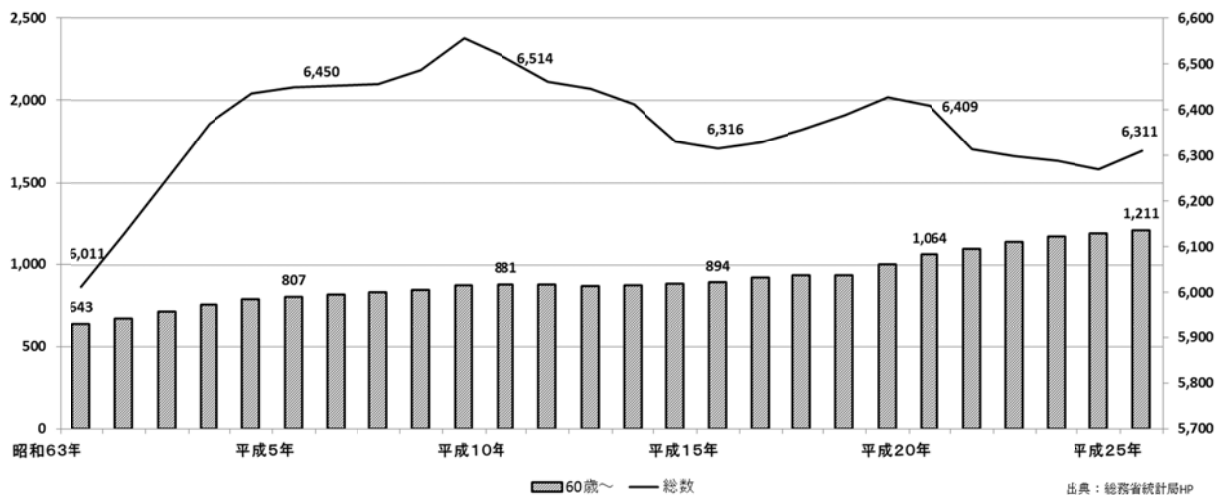
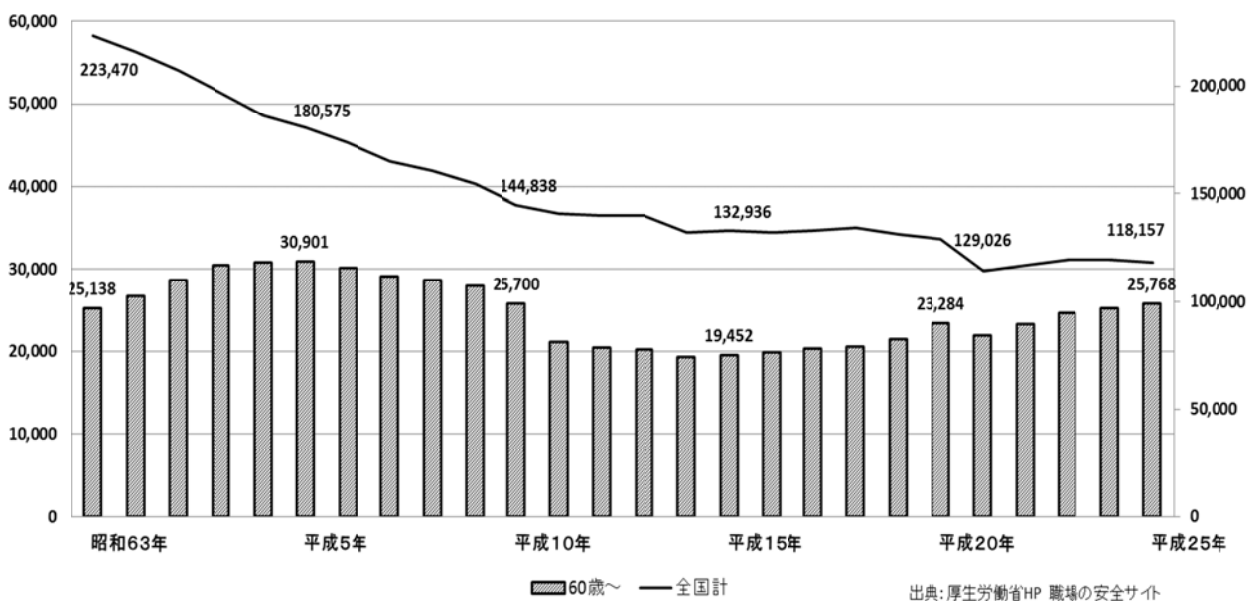
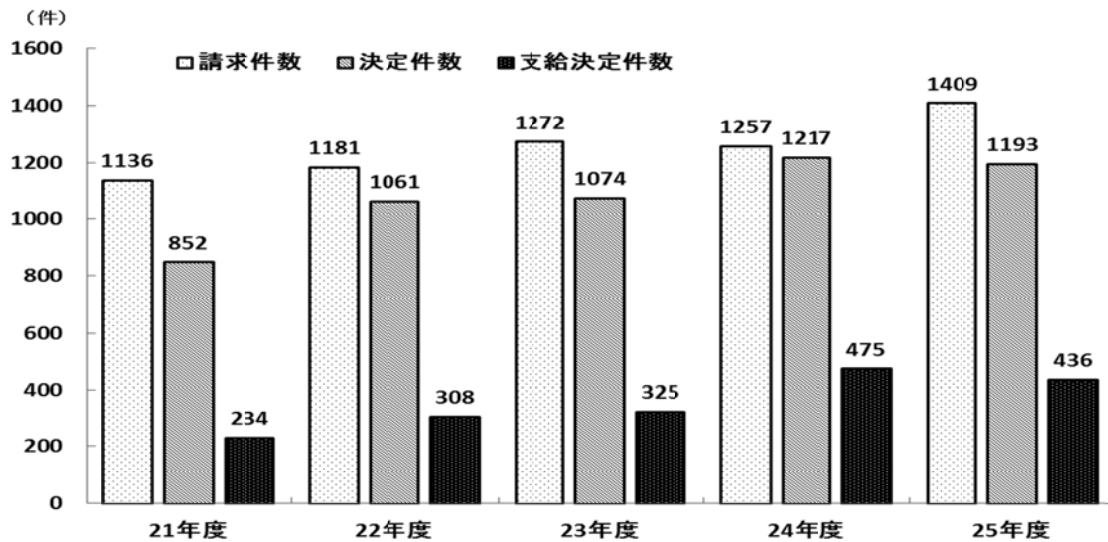


図2 60歳以上の死傷災害発生状況と全国計



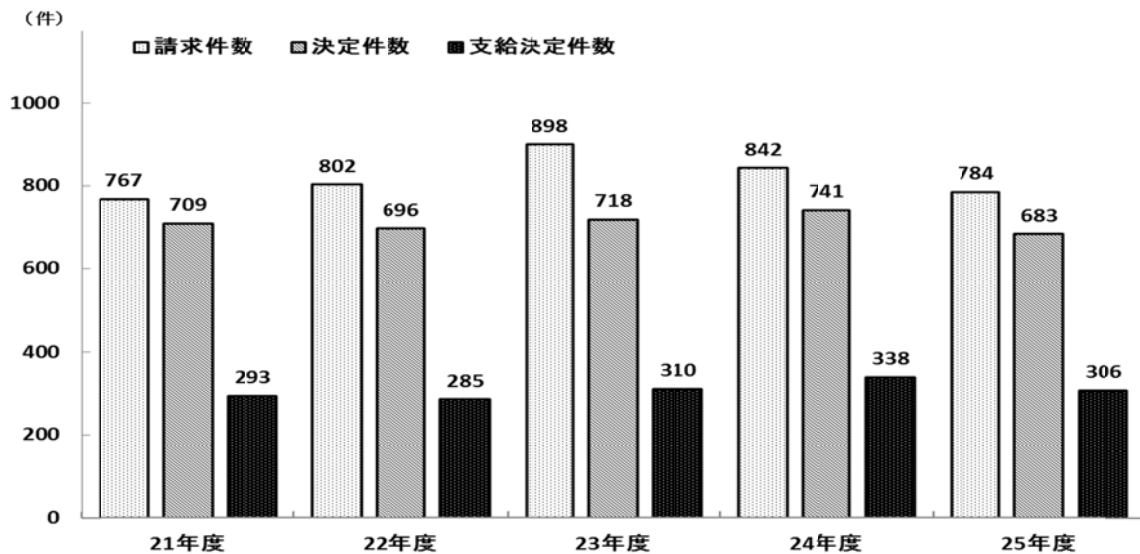
精神障害による労災請求件数は、平成25年度は1,409件で右肩上がりに増加している。(図3参照)。また脳・心臓疾患による労災支給決定件数は、平成25年度は306件と3年連続で300件を超えた(図4参照)。労働者の高齢化に伴い、身体・精神機能に不調を訴える事例の増加が予想され、過重労働や生活習慣病対策などの疾病予防に向けた取り組みが重要となる。併せて、高齢労働者に対応した労災保険制度の見直しも急がれる。

図3 精神障害に係る労災請求・決定件数の推移



出典：厚労省HPより作成

図4 脳・心臓疾患に係る労災請求・決定件数の推移



出典：厚労省HPより作成

② 対策

高齢労働者は、経験が豊富で技能にも優れ、仕事に責任感が強いなどの特性がある。高齢労働者の健康を確保し、仕事へのやりがいを引き出すためには産業医の果たす役割が大きくなると予想される。産業医はきめ細かい健康管理と労働内容を把握し、労働環境の改善など適切な就業上の措置を心がけることが必要である。

さらに、高齢労働者の健康管理には、産業医と労災保険指定医療機関との連携が不可欠である。精神疾患については、一次予防の促進、メンタルヘルス不調者や認知症患者の早期発見、専門医との連携強化など、高齢者のメンタル失調に対応した指導や管理が可能なシステムの構築が望まれる。

脳・心臓疾患については、過重労働や生活習慣病対策などの疾病予防に向けた取り組みがいっそう重要となる。現状の二次健康診断等給付の要件を緩和すれば、小規模事業所で働く高齢労働者の二次健診受診率も増加し、脳・心臓疾患による労災発生率の低下が期待できる。

過労死への対策として、高齢労働者には業務と休養、食事、運動などバランスのとれた日常生活が大切である。欧米並みに終業から次の始業までに10時間以上を確保させる「インターバル規制」を65～70歳を対象として積極的に導入することも過労死防止に有効と考える。

(2) 職場復帰に係る医療支援について

労災認定および後遺症認定に係わる適正な運用について、平成21年の当委員会答申においても議論されており、下記の通り高齢労働者における課題が答申されている。

① 今後予測される高齢労働者の増加等、労働実態の変化等を踏まえ、改めて見直す時期にきていると考える。高齢者が抱える問題、生活習慣病、変形性病変、筋力の萎えやメンタルな部分の変化等を勘案し、こうした状況にも十分対応可能な労災保険制度としていかなければならない。

② 現行の労災保険制度においては、労働基準法施行規則別表第1の2等により、業務上疾病として認められている疾病が列举されており、さらに、医学的知見に基づいて、基準化を図ることが可能なものについては、厚生労働省労働基準局長通知により「認定基準」が示され、法令の解釈、運用における必要事項、発症条件等が設定されている。これらの認定基準(表1「主な業務上疾病の認定基準」参照)は、施行日または直近の改正から30年以上経過しているようなものが多く、労働力人口の高齢化等、近年の労働環境の変化等に必ずしも対応できる内容とはなっていない。

③ 労災認定については、加齢的变化である変形性疾患等(変形性脊椎症、骨粗鬆症、変形性関節症など)の基礎疾患を抱える労働者が労働災害に遭った場合、基礎疾患と労災認定との関連をどのように考えるかが非常に重要な問題となってくる。

加齢による骨変化は個人差が大きく、例えば、腰痛の場合、変形性の変化が直ちに腰痛を発生するものではないこと等も考えると、正しい認定は非常に困難であるといわざるを得ない。

④ 加齢に伴う何らかの基礎疾患等を抱える労働者が、業務中に労災疾病を発症した場合等について、労災保険での治療範囲、治療期間等の判断が非常に困難である。対策として、新たなガイドライン（基準）を作成し、今後の労働環境の変化等を考慮した認定基準となるよう見直しを求めることが必要である。

この提言が答申されて以降、残念ながら高齢労働者を取り巻く労働環境に対応した具体的な見直しや整備は行われていない。答申での指摘通り労災補償の対象疾病の範囲を定めている規定には、高齢者特有の疾患がすべて含まれておらず、補償対象疾病の範囲拡大について検討が必要である。高齢者特有の対象疾患や認定要件・運用については今後の幅広い議論を期待したい。

職場復帰に係わる医療支援についても、産業医の果たす役割が重要となる。産業保健3事業一元化¹により、小規模事業所における労働衛生管理の強化が推進される中で、地域産業保健センター（産業医）に期待される役割は大きく変化している。疾病をかかえた高齢労働者の雇用増加が予想される小規模事業所において、治療と生活の両立など様々な支援が必要となる。労災指定医療機関は地域産業保健センター等と連携を図り、高齢労働者が安心して働けるように積極的な職場づくりを推進する必要がある。

¹ 企業の産業保健活動の効果的な支援を促進するため、これまでの3事業（地域産業保健事業、産業保健推進センター事業、メンタルヘルス対策支援事業）を一元化し、「産業保健活動総合支援事業」として、平成26年4月1日より運営開始。

表1 主な業務上疾病の認定基準

疾病名	通達番号 (基発第)	通知名	施行日
腰痛	750号	業務上腰痛の認定基準等について	昭 51.10.16
脳血管疾患及び 虚血性心疾患等 (負傷に起因するもの)	620号	脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について	昭 62.10.26
電離放射線傷害	810号	電離放射線に係る疾病の業務上外の認定基準について	昭 51.11.08
高気圧傷害	415号	高気圧作業による疾病(潜函病、潜水病等)の認定について	昭 36.05.08
騒音性難聴	149号	騒音性難聴の認定基準について	昭 61.03.18 改) 平09.02.03
振動障害	307号	振動障害の認定基準について	昭 52.05.28
上肢障害	65号	上肢作業に基づく疾病の業務上外の認定基準について	平 09.02.03
歯牙酸蝕症	646号	歯牙酸蝕症の業務上疾病としての認定基準について	昭 27.09.09
アルキル水銀中毒	602号	アルキル水銀化合物による疾病の認定基準について	昭 51.08.23
クロム障害	646号	クロム又はその化合物(合金を含む。)による疾病の認定基準について	昭 59.12.04
水銀中毒	13号	金属水銀、そのアマルガム又は水銀化合物 (アルキル基がメチル基又はエチル基であるアルキル水銀化合物を除く。)による疾病の認定基準について。	昭 52.01.10
鉛中毒	550号	鉛、その合金又は化合物(四アルキル鉛を除く。)による疾病の認定基準について	昭 46.07.28
マンガン中毒	2号	マンガン又はその化合物(合金を含む。)による疾病の認定基準について	昭 58.01.05
一酸化炭素中毒	58号	都市ガス配管工にかかる一酸化炭素中毒の認定基準について	昭 43.02.26
二酸化炭素中毒	123号	二酸化炭素による疾病の算定基準について	昭 51.01.30
塩化ビニル障害	556号	塩化ビニルばく露作業従事労働者に生じた疾病の業務上外の認定について	昭 51.07.27
ニトログリコール中毒	489号	ニトログリコール中毒症の認定について	昭 36.05.29
有機溶剤中毒	122号	脂肪族化合物、脂環式化合物、芳香族化合物(芳香族化合物のニトロ又はアミノ誘導体を除く。)又は複素環式化合物のうち有機溶剤として用いられる物質による疾病の認定基準について	昭 51.01.30
ニトロ又はアミノ誘導体による中毒	565号	芳香族化合物のニトロ又はアミノ誘導体による疾病の認定基準について	昭 51.08.04
有機燐中毒	1158号	有機燐系の農薬に因る中毒症の認定について	昭 39.10.05
タール障害	640号	タール様物質による疾病の認定基準について	昭 57.09.27
じん肺症等	250号	改正じん肺法の施行について(抄)	昭 53.04.28
	0120003号	じん肺法施行規則及び 労働安全衛生規則の一部を改正する省令の施行について(抄)	平15.01.20
石棉障害	0209001号	石棉による疾病の認定基準について	平18.02.09
脳血管疾患及び 虚血性心疾患等 (負傷に起因するものを除く)	1063号	脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準について	平13.12.12
心理的負荷による精神障害等	544号	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針について	平11.09.14
	0406001号	心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の 判断指針の一部改正について	平21.04.06

3. 福島第一原発事故に関わる作業従事者への対応について

2011年3月11日の東日本大震災に伴う東京電力福島第一原子力発電所（以下「福島第一原発」）事故から4年が過ぎたが、現在も、福島県内外に約10万人²の避難者がおり、居住制限が続き、全住民が被災前の生活の状態に戻るのには困難な状況にある。福島第一原発事故の収束、廃炉作業も同様に、1から3号機はメルトダウンし、放射線量の高い状態が続いている。

2015年6月12日開催の廃炉・汚染水対策関係閣僚等会議第2回の資料「中長期ロードマップ改定案について³」によれば、いわゆる燃料デブリの取り出し作業の開始時期は2021年頃で、その搬出や原子炉の解体作業はさらに数十年かかるという。

当分の間、高濃度の放射線量下で多くの作業従事者が廃炉、除染等の作業に関わることになり、健康を保護する法令整備、作業従事者の作業環境の整備、緊急時の医療提供体制の確保などを早急に整備、構築していく必要がある。

（１）福島第一原発作業従事者の健康管理

被ばく線量の管理体制については、福島第一原発内での作業、国直轄地区での除染作業、その他市町村での除染作業の3つに大きく分けられる。作業従事者は電子線量計（APD、PD）や、ガラスバッジ・ルクセルバッジなどを装着し、被ばく線量の上限は5年間で100mSvかつ、1年間で50mSvの範囲で作業を行っている。

（２）緊急作業従事者の健康管理体制

当初より、法定被ばく限度は、通常時は1年間で50mSvかつ5年間で100mSv、緊急時で100mSvとなっていたが、平成23年3月14日に福島第一原発事故の緊急作業中の被ばく限度を100mSvから250mSvへ引き上げる特例省令を施行された。ステップ2の完了とともに250mSvの特例省令を廃止し、原則として通常時の被ばく限度の適用となった。この間、緊急作業に従事した約2万人の作業従事者について、国は「指針⁴」に基づき、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、健康指導の情報等をデータベースで管理し、

²平成23年東北地方太平洋沖地震による被害状況速報（第1548報）より

「県外への避難者数（10月16日現在）61,161人、県内外への避難者数（10月8日現在）44,094人、避難先不明者 31人 合計： 105,286人」

<http://www.pref.fukushima.lg.jp/site/portal/shinsai-higaijokyo.html>

³廃炉・汚染水対策関係閣僚等会議（第2回）平成27年6月12日

（資料1）中長期ロードマップ改訂案について

⁴「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

長期的な健康確保対策に取り組んでいる。

（３）国直轄及び市町村発注の除染等業務従事者の健康管理体制

除染等業務従事者の放射線障害防止のため、2012年1月「除染電離側（東日本大震災により生じた放射性物質により汚染された土壌等を除染するための業務等に係る電離放射線障害防止規則）」が施行⁵され、事業者は除染等業務作業従事者に対し、放射線測定器による被ばく線量の測定、記録及び定期的な通知、作業場から退出する際の汚染検査や特殊健康診断の実施、離職時には被ばく線量記録や「除染等電離放射線障害防止規則健康診断個人票」の記録を渡すことが義務付けられている。

また、国（環境省）又は市長村等が発注する除染事業においては、除染等業務に従事する労働者の放射線障害防止のためのガイドライン⁶に基づき、公益財団法人放射線影響協会が運営する除染等業務従事者等被ばく線量登録管理制度へ事業者が参加することについて、環境省の除染等工事共通仕様書等において定められている。

（４）労災請求等について

福島第一原発での被ばくに関連する労災請求は、平成27年3月31日時点においては表2のとおりとなっていたが、同年10月20日厚生労働省より、30歳代の男性が白血病で労災認定と公表されている。

1986年4月に発生したチェルノブイリ原子力発電所事故においては、多くの作業者が急性放射線障害により死亡したと報告されているが⁷、晩発性傷害については再評価が必要である。

⁵ 平成25年7月8日改正

⁶ 平成23年12月22日制定、平成26年11月18日改正

【参考】

除染等工事共通仕様書（第8版）【環境省】

1-1-34 電離放射線に対する安全対策

(10)受注者は、除染電離側ガイドライン第8の2(3)の規定に基づく「除染等業務従事者等被ばく線量登録管理制度」について、①放射線管理手帳の統一的運用、②線量の登録、経歴照会等の実施、③線量記録及び検診結果の引き渡しの全てに参加すること。

https://www.env.go.jp/jishin/rmp/attach/josen-const_cs-h26-8.pdf

福島県除染工事共通仕様書【環境省・福島県生活環境部】

1-31 電離放射線に対する安全対策

(1) 受注者は、除染作業員等の電離放射線に対する安全対策について、除染電離側及び除染電離側ガイドラインに基づき、適切な措置を講じなければならない。

⁷ 関谷悠似、高村昇、山下俊一、放射線障害のフォローアップ—チェルノブイリ原発事故の経験から福島へ— 安全医学 2012 8 p29-42

福島第一原発では、日々作業従事者の人数も増えており、2015年3月までに作業に関わった作業従事者は約36,000人となっている。事故後5年を境にがんの発病が増えることも考えられ、今後、労災申請件数は増加の可能性も考えられる。

表2 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
東電福島第一原発事故後の復旧作業労働者からの「がん」の労災請求状況
(平成27年3月31日現在)

労災請求	不支給決定	請求取り下げ	調査中
6件	3件	1件	2件

(厚生労働省労働基準局補償課)

(5) 福島第一原発周辺の医療提供体制の確保

2015年8月26日原子力規制委員会は原子力災害対策指針を改正し、従来の緊急被ばく医療体制を見直し、新たに「原子力災害医療体制」を確立させた。原子力災害時には、国、県、事業者が一体となって支援体制を構築していく必要がある。

原子力災害医療協力機関は、地域の初期被ばく医療を担う。

原子力災害拠点病院は、各自治体が指定し、被ばく傷病者に対する医療を担い、原子力災害医療派遣チームを整備していくこととなる。

高度被ばく医療支援センター及び原子力災害医療・総合支援センターは、国が指定し、より専門的な救急や被ばく医療を行うこととなる。高度被ばく医療支援センターには、放射線医学総合研究所、広島大学、長崎大学、弘前大学、福島県立医科大学が担当する。放医研を除く4大学は、事故時に現地派遣する専門派遣チームをもつ「原子力災害医療・総合支援センター」も兼務し、原子力災害医療派遣チームの派遣調整等を行うことになる。指揮命令系統も含めて、できるだけ早い時期に整備する必要がある。

緊急事態応急対策拠点施設（オフサイトセンター）の整備も重要である。オフサイトセンターは原子力発電施設近くに設置され、緊急時には初動対応を任される。被災者の医療活動の調整だけでなく、オンサイト作業員に対する線量管理、医療支援活動も怠ってはいけなない。福島第一原発事故の反省を踏まえ、オフサイトセンターの機能評価と強化を行いながら整備していかなければならない。

(6) その他の問題点

作業従事者以外にも、国直轄の地域（除染特別区域）で、草刈、泥だし、立

ち木伐採などの除染活動をするボランティアは少なくとも延べ3万人以上といわれている（毎日新聞2015年3月9日）。これらボランティアは労働安全衛生法の適用外で法令上の被ばく限度（年間50mSvかつ5年間100mSv）がなく、労働者災害補償保険法に基づく労災補償も対象外であり、ボランティア保険も放射線被ばくは対象外となっている。これらに対しても何らかの対策が必要である。

（７）まとめ

今後の廃炉に向けた作業は、デブリの取り出しや原子炉の解体など、今まで以上に困難な作業になり、放射線量の高い区域での作業が増えることが予想される。汚染水の汲み上げ作業や汚染水貯蔵タンク周囲での高濃度の汚染水溜まり除去作業においても、100mSv と被ばく線量は低いとはいえない。除染作業で生じた指定廃棄物の量も150,000 t を超え、中間貯蔵施設内管理者、作業従事者の被ばくも予想される。

特に、1 から 3 号機内部での作業が本格化すると、緊急作業状態と同じ状況となり、原子力規制委員会は緊急対応を要する作業従事者の被ばく線量上限を250mSvに引き上げる可能性もあり、上限引き上げに対応した作業従事者への健康管理の追加設定も必要になるであろう。

平成24・25年の当委員会の答申書においても提言したが、すべての作業従事者に「放射線管理手帳」を配布し、累積線量、健康診断の一元管理が必要であると考えます。また、東京電力、その他の事業者、作業従事者のすべてが放射線管理と健康管理の重要性を更に深く認識すべきである。

4. アフターケア制度について

(1) 我が国の少子高齢化は、総人口に占める15歳以上65歳未満の生産年齢人口の減少を引き起こしている。生産年齢人口減少への対策として、団塊の世代を含む65歳以上の労働者数を増すことが一案と考えられ、定年並びに年金支給年齢の引き上げも検討されている。しかし、高齢者の就労に関する問題点として、加齢に伴う心身の機能低下、危機回避能力の低下、労災事故の発生率上昇が危惧される。

事故発生防止及び事故が発生した後の治療、症状固定後のアフターケア等の医療的支援の充実が急務と考える。

(2) 社会復帰促進等事業によるアフターケア関連通達年表を見ると、「アフターケア制度」は昭和42年、炭鉱災害による一酸化炭素中毒症に関する特別措置法によるアフターケア、昭和45年「保険施設取扱規定の一部改正」障害等級第3級以上の「せき髄損傷者」に対するアフターケア、昭和48年「頭頸部外傷症候群等」に係るアフターケア（障害等級第9級以上）、昭和56年「尿道狭窄」「振動障害及び腰痛」、昭和60年「慢性肝炎」に係るアフターケア、昭和62年「白内障等の眼疾患」に係るアフターケアが実施され、平成元年には上記6つのアフターケアが整理統合され、「労働福祉事業としてのアフターケア実施要領」が制定された。その後平成3年には、「大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折」「人工関節・人工骨頭置換」、平成7年には「慢性化膿性骨髓炎」が加わり、全ての労災指定医療機関でアフターケアの実施が可能となり、保健のための薬剤の支給が院外薬局でも支給できるようになった。平成12年「精神障害」が加わり、現在では対象傷病は20種類となっている。

(3) アフターケア制度の目的は、業務災害や通勤災害で発生する傷病により、傷病の治癒・症状固定した後でも後遺症状に動揺をきたしたり、後遺障害に付随する新たな病気を防ぐために、都道府県労働局長が対象者に「健康管理手帳」を交付して、必要に応じて、「診察」「保健指導」「保健の為の処置（理学療法、薬剤の支給など）」、「検査」を実施する制度となっている。

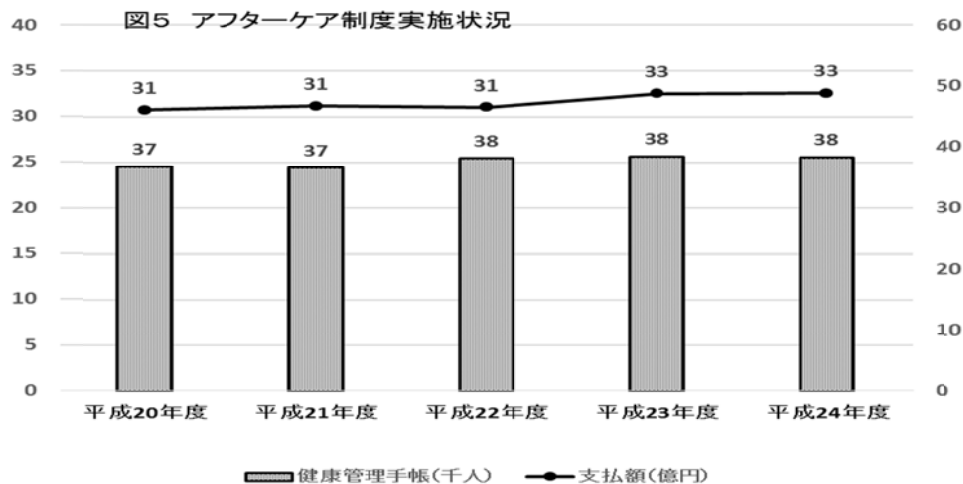
(4) 健康管理手帳の新規・更新手続き

表3 健康管理手帳の新規・更新手続き

	傷病名	申請期間	有効期間		更新時の診療書の要否
		新規 (治癒した日の翌日から起算して)	新規 (交付日から起算して)	更新	
1	脊髄損傷	いつでも	3年間	5年間	×
2	頭頸部外傷症候群等 ①頭頸部外傷症候群等 ②頸肩腕障害 ③腰痛	2年間	2年間	継続不可	継続不可
3	尿路系障害	3年間	3年間	1年間	○
4	慢性肝炎	3年間	3年間	1年間	○
5	白内障等の眼疾患	2年間	2年間	1年間	○
6	振動障害	2年間	2年間	1年間	○
7	大腿骨頭部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折	3年間	3年間	1年間	○
8	人工関節・人工骨頭置換	いつでも	3年間	5年間	×
9	慢性化膿性骨髄炎	3年間	3年間	1年間	○
10	虚血性心疾患等	3年間 (虚血性心疾患 いつでも ペースメーカー等)	3年間	1年間 (虚血性心疾患 5年間 ペースメーカー等)	○ (虚血性心疾患) × (ペースメーカー等)
11	尿路系腫瘍	3年間	3年間	1年間	○
12	脳の器質性障害 ①外傷による脳の器質的損傷 ②一酸化炭素中毒(炭鉱災害によるものを除く) ③減圧症 ④脳血管疾患 ⑤有機溶剤中毒等(一酸化炭素中毒(炭鉱災害によるものを含む)を除く)	2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤)	2年間 (①～③) 3年間 (④、⑤)	1年間	○
13	外傷による抹消神経損傷	3年間	3年間	1年間	○
14	熱傷	3年間	3年間	1年間	○
15	サリン中毒	3年間	3年間	1年間	○
16	精神障害	3年間	3年間	1年間	○
17	循環器障害	3年間 (心臓弁損傷及び 心膜病変) いつでも (人工弁又は 人工血管)	3年間	1年間 (心臓弁損傷及び 心膜病変) 5年間 (人工弁又は 人工血管)	○ (心臓弁損傷及び 心膜病変) × (人工弁又は 人工血管)
18	呼吸機能障害	3年間	3年間	1年間	○
19	消火器障害	3年間	3年間	1年間	○
20	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	3年間	3年間	1年間	○

(5) アフターケア実施状況(労災災害補償保険事業年保より出典)

平成24年度は健康管理手帳交付3万8千人、支払額33億円とここ数年微増の状況が続いている。



傷病名別の年間支払額をみると、①せき髄損傷（38％） ②外傷による脳の器質的損傷（20.4％） ③振動障害（11.6％） ④外傷による末梢神経損傷（10.3％） ⑤白内障等の眼疾患（6.5％）の順であるが、健康管理では、①せき損、②外傷による脳の器質的損傷、③人工関節等、④白内障 ⑤大腿骨頸部骨折等の順に対象者数が多い。

表4 平成24年度 アフターケア実施状況

No	傷病名					年間支払額
		健康管理	新規	件数	健診件数	
1	炭鉱災害による一酸化炭素中毒	58	-	623	14	5,179,836
2	せき損	10,637	477	134,773	-	1,228,487,121
3	頭頸部	-	-	5	-	35,108
4	尿路系障害	-	-	-	-	-
5	慢性肝炎	-	-	-	-	-
6	白内障	4,526	444	30,852	-	204,073,013
7	振動障害	2,102	307	69,978	-	377,624,696
8	大腿骨頸部骨折等	2,123	327	6,938	-	48,179,333
9	人工関節等	5,463	501	12,326	-	71,804,792
10	慢性化膿性骨髓炎	552	64	3,561	-	24,627,215
11	虚血性心疾患等	-	-	-	-	-
12	尿路系腫瘍	30	2	149	-	1,559,185
13	脳血管疾患	-	-	-	-	-
14	有機溶剤中毒等	-	-	-	-	-
15	外傷による末梢神経損傷	2,077	305	33,875	-	336,725,628
16	熱傷	445	71	2,761	-	13,512,595
17	サリン中毒	24	2	190	-	1,924,799
18	精神障害	201	33	2,770	-	29,366,149
19	循環器障害	-	-	-	-	-
20	呼吸機能障害	74	14	605	-	6,665,730
21	消化器障害	146	26	1,087	-	12,791,262
22	頭頸部外傷症候群	387	188	3,998	-	29,805,543
23	頸肩腕障害	42	20	515	-	3,717,833
24	腰痛	400	191	4,043	-	30,240,736
25	尿道狭さく・尿路変向術後	500	41	4,707	-	33,982,848
26	代用膀胱造設後	23	1	377	-	2,252,440
27	Hbe抗原陽性・C型肝炎	387	13	1,817	-	18,935,322
28	Hbe抗原陰性	22	-	85	-	977,311
29	虚血性心疾患	94	9	1,146	-	16,157,072
30	ペースメーカー及び除細動器	21	3	131	-	2,520,022
31	一酸化炭素中毒(脳の器質性障害)	27	1	324	-	3,052,823
32	外傷による脳の器質的損傷	7,117	454	85,396	-	666,162,018
33	減圧症	21	3	280	-	1,989,351
34	脳血管疾患(脳の器質性障害)	712	84	8,022	-	74,236,370
35	有機溶剤中毒等(脳の器質性障害)	34	-	477	-	4,545,803
36	弁損傷及び心膜病変	6	2	26	-	264,602
37	人工弁置換後	12	3	91	-	1,231,402
38	人工血管置換後	108	19	699	-	8,360,747
	合計	38,371	3,605	412,641		3,260,988,705

(6) アフターケアの問題点

アフターケア制度は、症状固定後にどうなっているかを診るだけで「治療」の概念がない。対象傷病の中で慢性肝炎のみが唯一保険のための処置としての薬剤の支給が認められていない。C型肝炎をほぼ100%完治できる薬剤が高額ではあるが保険適応となった現在、薬剤支給も検討すべきと考える。

骨折に関しては、対象が、大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に限定されているが、高齢労働者の場合、四肢骨折・脱臼骨折（特に肩・肘・手指・膝・足関節）の後遺症が高度となる場合もあることから、超高齢社会に向けた労災保険の充実を考えると、対象疾患の拡大を考えるべきである。

頭頸部外傷症候群等（頭頸部外傷症候群・頸肩腕障害・腰痛）のみ健康管理手帳の更新が継続不可となっていることも見直すべきである。

「症状固定＝症状を残して治った」との解釈となっているが、労災患者のもつ原疾患（循環器疾患・代謝疾患・認知症等）が様々となっている現況を考えると、必要に応じて診察・保健指導することにより円滑な社会生活を営んでいただくことを目的としたアフターケア制度は、さらなる内容の充実が望まれる。患者のみならず、医療機関へのアフターケア制度の周知・啓発が必要である。

5. 労災かくし

労災かくしとは、労働災害の発生事実を隠ぺいするために、「故意に労働安全衛生法に基づく労働者死傷病報告を所轄労働基準監督署に提出しないこと」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、労働安全衛生法第100条に違反し第120条第5号の罰則に該当するものである。その背景には事業主が、労働災害発生の原因となった法律上の措置義務違反に係る責任の追及を免がれようとするなどの意図によるものと考えられる。

そもそも労災保険は、労働者が業務上の事由又は通勤によっておった負傷、疾病、死亡等に対して、必要な保険給付を行い、併せて被災した労働者の社会復帰の促進や遺族援護、労働災害の防止などを目的とする社会復帰促進事業を行う総合的な保険制度となっているが、労働災害に対し事業主が「労災かくし」を行うことは被災した労働者の犠牲だけではなく、その家族の生活についても重大な影響を与える違反行為であるといえる。

「労災かくし」については、当委員会においても長年にわたってその解消に向けて議論され、また、行政と協力して、検討・対策がされているが、明確な解決策が見いだされていないのが現状である。実際の診療現場においては、業務災害が疑われる患者に対して労災保険による診療を促しても、患者から健保または自費による診療を求められたり、または、労災で診療していた患者から、突然健保に切り替えの申告を受ける等は、いまだに診療現場で経験するところである。

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、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国民に対して労災かくしの排除に向けて周知、啓発に努めており、さらには、労働基準監督機関において、監督・指導等の機会において、事業者に対し指導を徹底し、表にあらわれない「労災かくし」の発見に努め、この存在が明らかになれば、労働安全衛生法違反として、必要に応じ送検手続をとるなどの対処をしているところである。

その結果、検察庁へ送検される件数は表5のごとく年によって変動はあるが、100件前後で推移している。

表5 「労災かくし」による検察庁への送検件数の推移

年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
件数	148	102	99	111	132	91

(出典:厚生労働省)

事業者による「労災かくし」を助長し、一向に排除とならない原因の一つとしてメリット制が挙げられる。

労災保険における保険料は、業種別（事業の種類）によって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負担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行動につながっていると考えられる。

特に公共事業を受注する事業主は労働災害が発生した場合、国、都道府県、市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、逆に下請け業者が今後、元請業者からの仕事が来なくなることを恐れて事故をかくすことが考えられる。

メリット制については今後、見直しを求める必要がある。具体的には、軽度の労災疾病については災害率算出の対象とさせないことや、受診するにあたって5号様式を簡易にして、被災者の事務手続きを簡便化することが必要であろう。また、通勤災害については、事業所以外で起きた災害であり、事業所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十分周知していく必要がある。

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」を発出し、その後、平成7年、平成13年、平成14年、平成19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。

また、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行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ことが大切である。日医はじめ都道府県医師会、すべての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、労災保険について十分説明し、理解してもらった上で、労災申請させるべき義務が指定医療機関にはあると考える。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十分認識しておく必要がある。

労災かくしに協力することで、被災労働者にとって最も不幸なことは、労災保険制度による手厚い補償が受けられなくなることである。疾病の治療のため、入院や自宅

療養となり、労務に服せない場合に、健康保険では約 6 割の賃金補償にとどまるが、労災保険では約 8 割が休業補償され、その期間も完治するまでとなる。さらに、治癒後に後遺症が残った場合には、健康保険では特段の補償はないが、労災保険であれば、傷害の程度に応じた補償がある。労災かくしに協力するということはこういった手厚い権利を同時に放棄するということも、労働者には認識してもらう必要がある。

労災かくしは、過去の当委員会で度々検討してきたところであるが、厚生労働省だけに頼るのではなく、実際に診療している我々医療関係者も日医はじめ各医師会と協力して、労働災害には労災保険を使用するのが当然となる環境作りをしていかななくてはならないと考える。

Ⅲ. 自賠責保険に関して

1. 自賠責診療費算定基準（新基準）について

（１）制度化の方向性

交通事故被害者の救済を目的とする自動車損害賠償保障法（自賠法）に基づく保険制度は、加入が義務付けられている強制保険（自賠責保険）と任意に加入する任意保険（対人賠償責任保険等）に分けられる。

任意保険は大正３年に営業が開始された。その後、自動車の急激な普及に伴う交通事故の増加を受け、昭和３０年に自賠法が制定され、その翌年の昭和３１年から強制保険である自賠責保険が実施された。

昭和４８年より強制保険と任意保険を一括し、任意保険会社が医療機関に医療費を支払う制度（一括払い制度）が導入され、平成１４年には政府再保険制度が廃止され、保険責任を民間保険会社が担うことになっている。

昭和５９年の自賠責審議会において、自動車保険の収支改善等に関する答申が行われた。その中で一部の医療機関の医療費請求額が過大である事実を指摘され、適正化を求めて日本医師会・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、自動車保険診療費算定基準の早期設定の必要性が意見具申された。これを受けて昭和６０年から自賠責診療費算定基準（新基準）の設定に向けた三者協議会（医療協議会）が開始されることとなった。

平成元年６月、当該三者協議会において自賠責審議会の答申（昭和５９年）に基づき、自賠責算定に関して自賠責診療費算定基準（新基準）の設定に係る申し合わせを交わすに至り、同月２８日付けで都道府県医師会に周知されている。

新基準の採用は各都道府県の判断に任されたが、平成２７年に唯一採用していなかった山梨県が採用に向け動き出したことから、全都道府県で新基準による運用に足並みが揃った。

平成１１年１０月、会計検査院は運輸省（当時）に対し、「自動車損害賠償責任再保険に係る医療費の適正化について」として、実地検査の結果を通知し、新基準採用に向け関係者間の合意形成を促した。これを受け運輸省は、日本医師会、自動車保険料率算定会、日本損害保険協会の各団体長に診療報酬基準案の未実施府県における実施促進を依頼し、日本医師会も協力要請の文書を発出した経緯がある。新基準が独占禁止法に抵触するとの疑いもあることから、労災・自賠責委員会では協議を重ねて新基準の制度化（法制化）を目指してきたが、今回の山梨県での採用に向けた進展は大きなチャンスであると考えられる。

なお、新基準の医療機関単位の採用率については、全国平均で６割を超えているとの報告もあるが、都道府県により大きな差異があるのが現実である。

自賠責診療費算定基準は本来、自賠法・自賠法施行令による制度化が望ましいが、

その実現には障壁が多い。実現するとしても、今後、かなり長期の日数を要すると思われる。そうしたことから、労災診療にならって国土交通省等の担当局長・課長通知による算定基準の明示を目指すことが現実的な対応ではないかと考える。

交通事故医療費については、保険診療や労災診療等と同様の第三者的存在である審査支払機関がない。現状、自賠責保険の運用は損保会社で行っているが、制度化を機会に保険者を国土交通省や金融庁とすることを検討していくべきと考える。また、国が保険者となることが困難であれば、審査支払い業務を担う第三者機関を立ち上げる必要がある。

自賠責保険に関しては、当初、医療機関に対して任意一括払い方式を適用する旨の連絡を入れておきながら、後に、初診に遡って健康保険適用を要求される例が多々ある。また、損保会社が被害者に健康保険の使用を勧めているケースも見受けられる。自賠責保険に関する明確な規定がないことによって引き起こされる損保会社や患者との対応で、医療機関では本来の診療業務以外に多大な労力を割くとともに、治療費未収のリスクを抱えることとなっている。さらに、医師の治療努力にも関わらず、損保側の対応に起因する不満を抱く医療機関が多く存在している。そうしたことから制度化（法制化）により明確な規定を作り、医療機関が診療業務に専心できる体制を構築すべきと考える。

（２） 制度化のタイミングについて

昭和５９年、自動車損害賠償責任保険審議会会長より大蔵大臣（当時）への答申の中では、医療費の適正化を図るため、自賠責診療費算定基準を早期設定する必要性が答申された。その内容は、日本医師会の協力を得て自動車保険料率算定会（現：損害保険料率算出機構）及び日本損害保険協会が作成し、全国的に浸透し、普及した段階でその制度化を図ることとなっている。これに基づき協議を続け、平成元年６月、当該三者協議会において、自賠責診療費算定基準（新基準）の設定に係る申し合わせを交わすに至り、同月２８日付けで都道府県医師会に周知（通達）^８されている。

新基準の採用は各都道府県の判断に任されたが、平成２７年に唯一採用していなかった山梨県が新基準の基本的な事項については合意し、採用に向けて動き出したことから、全都道府県で新基準による運用にほぼ足並みが揃った。

平成１１年１０月、会計検査院は運輸省（当時）に対して、「自動車損害賠償責任再保険に係る医療費の適正化について」を通知し、新基準採用に向け関係者間の合意形成を促した。これを受け運輸省は、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各団体長に診療報酬基準案の未実施府県における実施促進を依頼し、日本医師会も協力要請の依頼文書を発出した経緯がある。新基準が独占禁止法に抵触するとの疑いもあることから、労災・自賠責委員会では協議を重ねて新基準の制度化（法制化）を目指してきたが、今回の山梨県での採用に向けた進展は大きなチャンスであると考えられる。

新基準の医療機関単位による採用率（移行率）は、都道府県によりいまだ大きな差異があるが、全国平均６割を超えているのが現状である。今後も引き続き新基準の採用率の低い医師会などへの働きかけが必要と思われるが、いたずらに時期を逸し、また採用率に拘りすぎる結果、独占禁止法に抵触する恐れも考えられ、今回の山梨県の新採用を機会に制度化への具体的な検討の時期に来たものとする。

^８ 平成元年６月２８日付 日医発第２２１号（保４１）「自賠責保険の診療費算定基準の設定について」

（３） 算定基準の内容

交通事故に関わる診療はそもそも自由診療であり、診療費の請求、支払等において全国的に統一された算定基準は無かった。しかし、自由診療であるがゆえに一部の民間医療機関から過大な診療費が請求され、損害保険会社間で問題となっていた。そこで、昭和５９年１２月の自動車損害賠償責任保険審議会の答申に基づき、昭和６０年から日本医師会、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いわゆる三者協議会による自賠責診療費算定基準（新基準）の策定に関する協議が行われてきた。その上で平成元年６月、日本医師会は各都道府県医師会にその基準を示し、新基準がスタートした。新基準の設定にあたっては、診療費の支払い等にかかる全国レベルの基礎データにおける自由診療ベースの平均１点単価は、健康保険換算で約２０円とした。また、交通災害は同じく災害医療を扱う労災保険の診療報酬基準に準拠するのが適切と判断し、策定している。

その文言は

- 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実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趣旨のものではない。

新基準は独占禁止法に抵触する恐れがあり、国会でも取り上げられた経緯がある。日医からは通達のみで、協定書などは作られておらず、しかも各医療機関がそれぞれ手挙げ方式で採用する決まりとなっており、決して強制するものではない。都道府県単位では、平成２年６月１日に栃木県が最初に新基準を採用した。現在、労災保険診療費算定基準に準じた新基準がガイドラインとして設定されているが、他の算定基準は考えられないだろうか。以前から自賠責保険独自の診療報酬算定基準を定めるべきであるという意見があったが、一からその基準を作るには膨大な費用と時間、労力がかかりその割には十分満足すべきものが出来ないと考えられている。それでは健康保険診療報酬に準拠するのはどうであろうか。健康保険は通常の疾病を主として考えられており、しかも、その内容が近年益々複雑化してきている上に、国の財政抑制策のあおりで時の政府により点数の抑制となる懸念があるため、災害医療として手厚く治療する必要のある交通事故医療には全く馴染まないと考えている。

このように見てくると既に災害医療に対しては、労災保険の算定基準があり、労災特掲なども多数設定されており、より充実した内容となってきた。現状としては労災診療費算定基準に準拠することが、莫大な労力と時間を必要とせず、医療現場も混乱することがない。しばらくはこのままの取扱いとすることが良いと思われる。将来的には、自賠責保険診療が複雑かつ医師への負担が大きいことを考えると、労災特掲のように自賠責保険独自の特掲が設けられても良いだろうと考えている。

（４）算定基準の適用範囲

① 現行の自賠責保険の課題について

ア 保障内容の問題

現行の自賠責保険では医療費、慰謝料、休業損害、文書料を含めて傷害で１２０万円が限度額となっている。これは昭和３０年１２月１日に重傷に対し１０万円、軽傷に対し３万円の保障を担保したのち以後、数回の見直しを経て、昭和５３年７月１日からは１２０万円となり、以降限度額の改定は行われていない。

一方、損害保険料率算出機構の「自動車保険の概況 平成２６年度（平成２５年度データ）」によると、負傷者１名に対し支払われた平均支払保険金（後遺障害を含む）は５９.７万円（死亡を含めると６７.９万円）となっている。また、自動車事故による受傷状況については、軽度の傷害（傷害度Ⅰ）が８２.９%を占める状況にあり、事故の大半が軽度の傷害であるといえる。

自賠責保険の加入は、全ての自動車に強制されているため、損害賠償金が確実に支払われることが約束されている一方で、補償額からみると「基本補償」であり、被害者の過失が７割未満であれば減額なしで支払われる。金額も「自動車保険の概況」において、軽度の傷害の金額内で収まるケースが大半との報告があることから、充分でかつ早期に支払われやすい。しかし、上述のとおり傷害補償が１２０万円に設定されてから約４０年間見直しが無い。限度額１２０万円の問題は、これまで、この額を引き上げることで医療費も上がると思われ審議会などでも反対されてきた。しかし、新基準の普及などにより、過剰に高額な請求も減少し、さらには車の安全基準の厳格化などで、軽症ですむ件数も増えてきた。一方で、安全性が高まった中で、重度な傷害を受けた場合には、医療の進歩や新薬の開発などにより、１２０万円の限度額では十分な対応ができないケースも出てきている。これに対応するためにも今一度限度額の見直し議論が必要である。さらに、傷害１２０万円の内訳には医療費の他にも慰謝料や休業損害等が含まれているため、交通事故被害者の保障分を増やそうと診療費に健康保険を使用するケースも散見される。

健康保険の診療は加入している被保険者の互助目的の保険であり、交通事故診療は損害賠償が目的となる。早期社会復帰を前提としたときに手厚い診療ができる新基準を含めた自由診療と比べ、診療に制限のあることを踏まえ、一律に健康保険を適用することには問題があろう。

本来の自賠責保険の目的である「被害者救済」が目的どおり運用されているのか検証が必要であると思われる。

イ 交通事故被害者への保障に対する複雑な仕組み

一般的に、交通事故被害者への保障の仕組みは理解しがたい複雑な仕組みとなっている（表 6、表 7 参照）。

また、交通事故診療における医療費を任意保険の損保会社に請求し、任意保険の損保会社が支払を行う「任意一括」という医療機関と損保会社のトラブルの根源ともいえる運用があることも特徴的である。これは、任意保険会社が自賠責から回収することを前提に立て替え払いするあくまで「サービス」の一環であり、医療機関側からすると、保険会社からの支払遅延、最悪は支払中止となる可能性があることを常に留意した上で対応しなければならない。

表 6 交通事故に対する保障（参考）

基本保障		
自賠責保険	加害者が被害者に保障する（加害者のための保険）	
追加保障		
任意保険	対人賠償保険：加害者が被害者に保障する（加害者のための保険）	
	傷害保険（被害者のための保険）	
	実損てん補型	人身傷害補償保険（加害者のための保険である対人賠償保険と内容が重複していることに留意）
	定額給付型	搭乗者傷害保険
		自損事故保険

表 7 保険の運用上の取扱い（参考）

自賠責保険	運行に起因した事故で損害賠償責任が発生した時に適用
任意保険	自動車の所有・使用・管理上に問題があって人を死傷させた場合に法律上負担すべき損害について適用。対人賠償保険では通常自賠責を越えた部分を填補

ウ 健康保険、労災保険の交通事故診療への適用

健康保険を使用することは、交通事故という損害賠償の問題に適用できるのかという本質的な問題の他にも、被害者（患者）側には医療費を低く抑えられることで被害者へ保障を手厚くしたり、または「通院日数」を増やすことにより「慰謝料」の額を増やすことができ、同時に保険会社としては支払を抑えるインセンティブが働くことになり、健康保険財政へのさらなる負担が懸念される。

交通事故診療に労災を使うと休業補償特別支給金は損害の填補とみなされないため、被害者はそのまま受け取れることも知っておくべきである。

エ 今後の社会情勢を考慮した交通事故被害者への対策

近年、高齢ドライバーによる交通事故が増加傾向にある。警視庁の発表では、平成 26 年度の交通事故発生件数は 57 万 3,842 件となり、負傷者数も含め 10 年連続

で減少しているにもかかわらず、65歳以上の高齢者の交通事故死者数は高い水準で推移している。⁹

今後、超高齢社会を迎え高齢の運転者が増えていくことは間違いのないことであろう。その背景には公共の交通網の不便な地域、あるいは個々の事情で高齢者自身が運転せざるを得ない事情も存在しており、今後、高齢者が加害者となってしまう不幸な交通事故が増えていくことが懸念される。

また、経済的な面からすべての高齢者が任意保険に加入しているとは考えにくく、高齢者が引き起こす交通事故が増えていくと、先述のように自賠責保険の保障額を超えた損害を被害者に与える場合も想定されるため、保障上限額の見直しを含め自賠責保険の運用を再検討する必要がある。

さらに、現行では自由診療を基本としている診療費に対して、保障算定の基準を制度化・標準化することで、支払側（加害者側）にとって支払の透明化がなされることになる。これは被害者にとっても、自由診療下で受診する医療機関によって起こりうる診療費の差異がなくなるため、自賠責保険を交通事故診療で使用することは、健康保険や労災保険のように保険制度として使用する感覚に近くなる。また、交通事故被害者の診療費においては、制度化された基準で算定されているという安心感を与えることにも繋がり、国民の納得を得られやすい。交通事故にかかる診療費を制度化・標準化することの理由付けになると考える。

② 自賠責保険の診療費算定基準の適用について

前述のように、仕組み・適用が複雑な交通事故診療に際し、診療費の請求を統一した基準で行うことは、被害者、医療機関、損害保険料率算出機構及び損保会社にとっても「診療費」の透明化を図ることとなり、関係者間で納得した医療費になるのではないかと考える。

平成元年6月28日付で、当時の羽田日本医師会長名で各都道府県医師会長宛に発出された「自賠責保険の診療費算定基準の設定について」において、交通事故診療にかかる算定基準について、下記の通り基本的な考え方を挙げている。

- (1) すべての医療機関が即時採用できるような明快なものであること
- (2) 適正化の志向が明確で、社会的に容認され得るものであること
- (3) 現在、個々の医療機関が得ている収入を確保できるものであること
- (4) 物価・人件費等の上昇に対応するための改定に際して、特段の措置を必要としないものであること

当該考え方を堅持し、交通事故診療費の統一基準を策定すれば、医療費に関して公明正大となるのではないか。

⁹内閣府統計： http://www8.cao.go.jp/koutu/taisaku/h27kou_haku/pdf/gaiyo/1-1-1-1.pdf

ただし、交通事故診療費の統一基準を適用した暁には、医療機関が診療費を請求し、支払機関から医療機関へ支払う制度の確立が必要と考える。つまり、社会保険の支払基金や国民健康保険の国保連合会等、労災保険においてはR I Cのような機関を確立し、請求側・支払側そして被害者にも診療の中身を含めて理解しやすいものにすべきである。

しかし、交通事故診療費は、あくまでも被害者の損害の一部であるため、被害者の過失を考慮に入れる必要があり、診療費全額を給付することには問題がある。自賠責保険は被害者救済の意味合いが強いが、120万円の限度額を超え、任意保険の適用には「過失相殺」がつきまとう。医療機関ではあくまでも医療を提供し対価を得るにとどめ、被害者と加害者と、両者の保険会社における損害賠償および利害関係に医療機関が巻き込まれないようにすべきである。

したがって、統一した算定基準を用いて診療費の請求の適正化を図ると同時に、自賠責保険の給付額の上限を社会情勢に照らし合わせて見直しを行い、上限を超えた際には、被害者がその金額を支払うことを基本とすること（その際には健康保険の使用を認める）とし、医療機関のみならず、被害者つまり国民にも納得した形の支払基準の確立が必要であると考ええる。

(5) 医業類似行為等について

① 現状

損害保険料率算出機構発行の自動車保険の概況－平成26年度(平成25年度データ)－によると、医療機関からの自賠責保険への請求件数は過去5年間で5%の増加となっているのに対し、柔道整復からの請求件数は同期間で50%の増加であり伸び率で示すと医療機関の約10倍で推移している。一件当たりの平均請求額は両者ともに増減なく推移しているが、請求額を比較すると柔道整復は医療機関の約1.4倍の請求額となっている。(平成25年度データ：医療機関227,015円/件、柔道整復311,168円/件)

表8 総診療費および件数の推移

年度	総診療費	指数	件数	指数	一件平均請求額
	千円		件		円
平成21年度	268,875,932 (259,316,896)	100.0	1,130,028	100.0	237,937 (229,478)
平成22年度	270,975,335 (260,910,112)	100.8	1,149,966	101.8	235,638 (226,885)
平成23年度	276,863,827 (266,113,029)	103.0	1,169,061	103.5	236,826 (227,630)
平成24年度	278,263,658 (266,895,769)	103.5	1,168,939	103.4	238,048 (228,323)
平成25年度	282,612,558 (270,662,631)	105.1	1,192,265	105.5	237,038 (227,015)

- (注) 1. 自賠責保険(共済)保険に請求のあった費用・件数を集計した推移である。
 2. 指数は平成21年度を100としたものである。
 3. 1人の被害者が同一年度で複数の医療機関に受診した場合は、1件として集計している。(例えば、2つの医療機関に受診した場合も1件となる。)
 4. ()内の数値は院外薬局を除いた数値。

出所)「自動車保険の概況－平成26年度－」(損害保険料率算出機構)

表9 柔道整復施術費用および件数の推移

年度	総施術費用	指数	件数	指数	一件平均請求額
	千円		件		円
平成21年度	47,836,080	100.0	153,231	100.0	312,183
平成22年度	53,395,305	111.6	170,550	111.3	313,077
平成23年度	61,259,004	128.1	192,778	125.8	317,770
平成24年度	67,339,374	140.8	213,313	139.2	315,683
平成25年度	71,723,016	149.9	230,496	150.4	311,168

- (注) 1. 自賠責保険に請求のあった費用・件数を集計した推移である。
 2. JA共済を除く自賠責事業者について集計したものである。
 3. 同一被害者が複数の施術所で施術を受けた場合は、被害者1名当たりを1件として集計している(複数の施術所に通所した場合も1件として集計)。

出所)「自動車保険の概況－平成26年度－」(損害保険料率算出機構)

また平成 25 年度の自賠責保険への請求総費用における施設別請求状況をみると、柔道整復は約 20%を占めており、平成 21 年度の約 15%と比較しても年々増加傾向にある。

この理由の一つとして、柔道整復師の異常な増加が背景にある。厚労省の「平成 26 年衛生行政報告例」によると、平成 16 年からの 10 年間に柔道整復師数は 28,796 人増の 63,873 人と 1.8 倍強に増え、また柔道整復の施術所の数は同期間に 17,801 施設と増加している。そしてあん摩マッサージ・はり・きゅう師数においてもこの傾向は認められる。(表 10、表 11 参照)

表10 就業あん摩マッサージ指圧師等数の年次推移

(単位：人)

各年末現在

	平成16年 (2004)	18年 (’06)	20年 (’08)	22年 ¹⁾ (’10)	24年 (’12)	26年 (’14)	対平成24年	
							増減数	増減率(%)
あん摩マッサージ指圧師	98 148	101 039	101 913	104 663	109 309	113 215	3 906	3.6
はり師	76 643	81 361	86 208	92 421	100 881	108 537	7 656	7.6
きゅう師	75 100	79 932	84 629	90 664	99 118	106 642	7 524	7.6
柔道整復師	35 077	38 693	43 946	50 428	58 573	63 873	5 300	9.0

注：1)平成22年は、東日本大震災の影響により、宮城県が含まれていない。

出所)平成26年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況

表11 あん摩、マッサージ及び指圧を行う施術所等数の年次推移

(単位：か所)

各年末現在

	平成16年 (2004)	18年 (’06)	20年 (’08)	22年 ¹⁾ (’10)	24年 (’12)	26年 (’14)	対平成24年	
							増減数	増減率(%)
あん摩、マッサージ及び指圧を行う施術所	20 532	21 822	21 092	19 983	19 880	19 271	△ 609	△ 3.1
はり及びきゅうを行う施術所	14 993	17 794	19 451	21 065	23 145	25 445	2 300	9.9
あん摩、マッサージ及び指圧、はり並びにきゅうを行う施術所	33 601	34 517	35 808	36 251	37 185	37 682	497	1.3
その他の施術所	3 187	3 219	2 892	2 693	3 103	2 862	△ 241	△ 7.8
柔道整復の施術所	27 771	30 787	34 839	37 997	42 431	45 572	3 141	7.4

注：1)平成22年は、東日本大震災の影響により、宮城県が含まれていない。

出所)平成26年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況

② 問題点

柔道整復の施術所数の状況を分析してみると、直近のデータではいずれも増加はみられるものの、平成 24 年までの伸びに比べ施設数の増減率は減少傾向にある。このことは施術所数が年々増え続けることで過剰となり自営開業を困難にしていることを示唆するとともに、開業後も競争が激しく、その結果、交通事故患者の積極的な取り

込みが行われ、さらには多部位、頻回、そして長期にわたる施術につながる要因となっている。長期の施術期間は患者にとっても休業補償や慰謝料の増加につながるため、より複雑な要素を含みつつ、1件当たりの平均請求額が増加してしまっているものと推察される。

また、事故当初物損事故扱いで処理されたにもかかわらず、時間を経て症状が生じた患者の救済として自賠責保険が支払われる事案があるが、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ことが可能となるため、医学的な診断がないまま漫然と施術が続けられている例も認められ、これも請求額の増加に関与していると思われる。

③ 対策

医業類似行為等（特に柔整師）の長期にわたる施術期間や他部位へ過剰な施術が行われることによる施術費用の増加傾向を踏まえ、新基準の制度化の議論のタイミングで、「適正化」の観点から踏み込んだ検討が必要である。

具体的な対策として、

- ・柔道整復師が取り扱う疾患は、そもそも打撲・捻挫と、応急の手当てとしての骨折・脱臼であり、すべて急性期のものに限定されていることを踏まえ、施術期間を受傷後1カ月迄とするなど期間の制限を定め、さらには施術費についても自賠責の支払制限を設定するなど施術期間の短縮の検討が必要である。
- ・「物損事故扱いでの自賠責保険の使用」については、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等を利用し、医学的な診断がないことによる症状の悪化や治療の長期化が懸念される。この事案は、受傷当初から損保会社が医業類似等へ通うことを黙認することで起こり得る問題でもある。そして、後々の後遺症認定においても交通事故患者にとって医療機関への受診は大変重要である。また、損害賠償額算定基準（民事交通事故訴訟）のいわゆる「赤い本」においては過去の判例を踏まえ、東洋医学（鍼灸、マッサージ等）による施術費について、「症状により有効かつ相当な場合、ことに医師の指示がある場合などは認められる傾向にある」¹⁰とあり、医師の診断が算定基準の1つとして示されている。仮に諸事情により医業類似行為での施術が余儀なくされる場合においても、医師の同意のもと、医師の管理下で施術がなされるように、現場の損保社員へ啓発・指導することが必要である。
- ・医業類似行為等の問題については、自賠責保険のみの領域ならず、「療養費」の観点についても検討されるべき事項である。特に審査委員会の適正運用の観点から、「受領委任払い」の契約の当事者である地方厚生局長、知事が審査委員会を設置し、指導・監査を強化することが必要である。

¹⁰ 民事交通事故訴訟「損害賠償額算定基準（2001）」（2003年版322項[東洋医学による施術費]）

2. 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27年8月6日(木) 午後2時00分～3時20分
2) 場所 : 日本医師会館501 - 502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、深澤、宇賀治、臼井、内田、子田、阪本、杉本、中村、松崎

[日本医師会 役員]

石井(常任理事)

[日本損害保険協会]

あいおいニッセイ同和損保

損保ジャパン日本興亜損保

東京海上日動

三井住友海上

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: 自賠責診療費算定基準について

- 山梨県の進捗状況の確認と新基準の状況確認。

【報告事項(損保協会・料率機構より)】

- 7月7日に山梨県医師会、損保協会、料率機構の三者医療協議会を開催。平成元年の診療報酬基準案について、山梨県医師会として基本的な事項について合意の確認は取れた。しかし、山梨県医師会より「健康保険の取扱い」、「医業類似(柔道整復師等)の取扱い」についての覚書が示され、基準案の中に盛り込むようにとの申し出があった。覚書の内容については検討事項とし、基準案とは切り分けて合意できるように調整中となっている。

[日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見]

- 独禁法の問題を念頭に置いた上で、当委員会としては、すべての都道府県に浸透した段階で、労災の通勤労災に倣って局長通知等により制度化をと考えている。
○ 自賠責保険と任意保険とで二階建ての構造になっているが、医療機関は任意保険部分にかかっていると知らされずに請求すると過失相殺され、どんなに手厚く患者さ

んを診ても医療費が支払われないというのは問題がある。(医療機関は請求した分が過失相殺されることを十分知らされていない。)

- 健保使用については、患者さんから要請があれば使用せざる得ない状況である。今後、制度化していく上では、国交省、金融庁、厚生労働省との調整も含め、新基準を優先的に使用していく方向での検討が必要である。
- 制度化にあたっては、損保協会に加入していない損保各社をどのように扱っていくのか検討の必要がある。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

- 診療報酬基準案を山梨県が実施し、既に採用している都道府県の進捗状況を踏まえた上で、浸透させるべく活動していくことが重要と考える。
- 制度化にあたっては、採用率の悪い地域や全国の状況を把握し、近年の裁判例等を含めて関係省庁、関係団体と協力しながら進めていくのがよいと考える。まずは山梨県での合意を全力で進めていく時期と考える。
- 現時点で、損保業界内でははっきりとした方向性が定まっていない。山梨県の採用により具体的に検討する時期が近付いてきたことは間違いない。
- 制度化について、現在の自由診療では、同じ地域で、同じ診療の内容にも関わらず医療機関によって請求金額に違いがあることで、被害者の方への説明が困難な事例もあるため、統一した交通事故診療の基準は必要だと考えている。
- 任意保険は自賠責保険の限度額を超えた額について、加害者の責任部分を保険として支払うというものであるため、診療報酬基準案の制度化と任意保険部分の過失相殺は、切り離して考えるべき事項である。
- 診療報酬基準案で治療をし、治療費部分だけで120万円を超えた場合、治療費以外の補償が受けられないケースがある。このような場合に、健保を利用し、被害者の治療費を圧縮して、休業補償や慰謝料などの補償を確保している。全体で賠償を考えた場合、任意保険部分についても、診療報酬基準案以外は認められないとなったら、被害者が十分な救済を受けられない可能性が出てくる。

【今後の対応】

- 山梨県の状況に注視し、今後も引き続き検討していくことです承。

議題2：健保使用の問題

- 「平成11年の人身傷害補償保険における日医との申し合わせ」の確認と厳守について約款にある「公的保険使用の努力義務」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、当該申し合わせについて周知できているのか確認したい。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

- 医療保険は、療養担当規則（第5条 一部負担金等の受領）により、患者さんから必ず一部負担金等を受領しなければならないが、損保会社から健保使用（一括払い）させてくれとあたりまえのように言われる。医療機関の一部負担金の受領について、末端の社員は理解できていない。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

- 健康保険の使用は、過失の有無や賠償額、自賠責保険の限度額を説明し、その上で被害者本人の意思により対応している。
- 現場では、健保使用をして、一部負担金を窓口で支払うとなると、交通事故被害者の認識として「なぜ立て替えて払わなければならないのか」という被害者意識が強くあり、また円満に事故を早期解決させる必要があるため、医療機関側の療養担当規則についても十分に理解しているが、現実には対応に苦慮している。
- 平成11年の日医との申し合わせと健康保険の原則については、現場で対応をしている末端の社員の認識不足が考えられる。引き続き社員教育に尚一層注力していく。

【今後の対応】

- 平成11年の日医と損保の申し合わせは現在も有効であることと、医療機関は健保使用をする場合、必ず窓口負担を受領しなければならないことについて損保社員への周知徹底を引き続きしていくことで了承。

議題3：①医業類似行為について

- 柔道整復における総施術費、件数等が未だに増加傾向にあるが、その原因や傾向についての確認。
- 柔整の業務範囲は、外傷急性期の応急処置となっているが、医療機関に通院せず柔整のみに数カ月～1年も通うケースが見受けられる。その理由として損保会社が認めている現状がある。交通事故の場合は、亜急性期の概念が入る余地もないことから、受傷後1カ月間は認めるが、それ以上は治療の必要性を専門医に図る義務化が必要と考える。これを全国津々浦々まで徹底していただきたい。
- 柔道整復師に限らず、あん摩、はり・きゅう業者等の参入が増加傾向と聞くが、状況を確認したい。

【報告事項（料率算出機構より）】

- 損害保険料率算出機構より、「自賠責保険における医療費請求の現況」及び、「医療機関単位移行率（平成26年度）」の説明が行われた。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

- 柔整に通い施術が終わると、診断書を医療機関に書いてくれと来院される。初期の

治療の後、経過を診ていない状態で、診断書を作成するのは大変困難である。

- 本来柔整は急性期を施術する役割だが、最長でも2ヶ月迄に施術を終えるルール作りをしないと、今後、柔整師が増え、競争も激しくなり、長期間の施術がさらに増えていくことが考えられるので、長期施術に対しての規制が必要。
- 「受傷後1か月間は認めるが、それ以上は治療の必要性を専門医に図ることを義務化していただきたい」という要望については、岐阜県の三者協議会で損保側から、損保本部から義務化してもらわないと末端の社員は動けないと言っている。義務化を検討していただきたい。

議題3：②医業類似行為について

- 「物損事故扱いで自賠責保険が支払われる事例」についても医師の診断書なく柔整に通うケースもあるとの話も聞く、損保側の対応状況を確認したい。

〔日本医師会、労災・自賠責委員会からの主な意見〕

- 物損扱いの事故から、長期間に渡り、不必要な施術を受けるために柔整に通う事案があり問題にしている。
- 柔整に通い症状を悪化させ、医療機関にきて後遺症診断書を書いてくれといった事例があり、そのような状態で診断書を書くのは困難である。

〔日本損害保険協会・損害保険料率算出機構からの主な意見〕

- 多くの事故の場合、医療機関にかかるように促しているが、医療機関に最初だけ行って、その後は柔整に通うケースはある。様子をみて医療機関で診断するように被害者へは促してはいるが柔整に通い続けるケースがある。
- 通常は、基本的には人身事故証明書の提出をするようにしている。しかし、大きな事故ではないが、医療機関を受診し全治数カ月との診断を受け、その検査費等を支払うとなった場合に、自賠責へ請求するために人身事故への切替えとなると、現場検証し、加害者には行政罰の問題も考えられ、当事者双方が勘弁していただきたいとなる。その場合、止む無く物件事故証明のまま処理するケースはある。後々の後遺障害を踏まえ、因果関係を立証するためにも人身事故証明は、非常に重要であり当該議題のケースはきわめて軽微な事故におけるケースだと認識している。

【今後の対応】

- 当該事案については、引き続き事故当初より医療機関への受診を促していくことで了承。

おわりに

超高齢社会が急速に進行する我が国において、「経済財政運営と改革の基本方針 2015（骨太の方針 2015）」に見るごとく財政健全化に向け、社会保障関係費については医学・医療の進歩に相当する費用を考慮せず、今後 3 年間で高齢化の伸びに相当する 1.5 兆円のみを抑えるなど、様々な社会保障抑制策が検討されている。

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制度であるが、健康保険の取り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労災保険の診療費改定に大きく影響を及ぼしている。そのためにも現在の医療保険制度を維持・充実させることが喫緊の課題である。

我が国では 2025 年に団塊の世代が全て後期高齢者となる。社会の高齢化に伴い高齢労働者の割合も増加しているが、加齢に伴う心身の機能低下により事故の発生率が増大し、通勤時の事故の危険も増す等、身体の衰えを原因とする労働災害発生が増加が懸念されるため、これらへの労災保険制度の充実が望まれる。

今期の委員会では本問題について議論を重ね、答申においても大きく紙数を割くこととなったが、今後、ますます問題が起こることが予想されるため、さらなる検証が必要であると考えます。

前期の答申でも述べられたように、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は不十分であり、労働者の脳・心臓疾患、メンタルヘルス不調に伴う精神障害の増加等、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、労災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、産業医との連携及び患者のかかりつけ医との連携も視野に入れて検討することが今後の課題である。

福島第一原発作業従事者への対応については健康被害の実態が今なお明らかとなっていない。原発作業を離れた後も引き続き継続して健康管理ができるよう、長期的な体制作りが必要である。

また、アフターケア制度については十分に活用されているとは言えない状況である。対象拡大およびさらなる周知が必要である。

労災かくしについては、雇用者側の保険料負担増との理由以外に、手続きが煩雑で申請方法が分からないため申請しないという例も見受けられるので、周知・説明の強化が求められる。

自賠責保険に関しては、これまで議論を重ねてきた制度化（法制化）について、山梨県の採用に向けた動きを契機として大きな転換期を迎えた。独占禁止法に抵触するとの疑い、明確な規定がないことによって生じる損保会社や患者との対応、健康保険の使用、物損事故扱いのままの自賠責保険からの保険金支払い等、自賠責には問題が山積しているが、これを好機と捉え、解決に向けての議論を積み重ねて、望ましいあり方を要望していくべきである。

「医業類似行為等」の問題については、医師の同意なく施術が行われたり、診断のみ医師に求めたりする等、特に柔道整復師の施術にまつわる様々な問題が指摘されている。これらについても、新基準の制度化議論を機会に適正な給付への対応策について検討すべきである。

以上、平成26・27年度の労災・自賠責委員会として答申をとりまとめた。特に自賠責新基準の制度化（法制化）については今後、活発な議論が求められることとなるが、次期の委員会に期待を寄せることとする。

最後に、本答申が労災医療や交通事故医療に関する数々の問題を解決する糸口となることを願うものである。

添付資料－１

次期（平成 28 年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書

日本医師会
会長 横 倉 義 武 殿

次期労災診療費算定基準の改定に係る要望書

健康保険の平成26年度診療報酬改定におきましては、前回に引き続き医科はネットでプラスの改定率（0.1%）ではあったものの、その中身は、消費税引き上げに伴う負担増への補填分が含まれ、実質的にはマイナス改定となりました。

前期労災診療費算定基準の改定においては、消費税分補填の対応として「初診料」、「再診料」を引き上げ、近年の労働環境の変化に対応し「リハビリテーション」、「術中透視装置使用加算」等についての評価が行われ、前期委員会がとりまとめた要望項目への対応もいくつかは実現いたしました。

しかし、超高齢社会を迎えるにあたり、労働力人口の減少、定年制度の延長により、高齢労働者は増加傾向であり、「被災労働者の早期職場復帰」を目的とした診療報酬体系である労災保険は今後、さらに重要な役割を担っていくものと考えられます。

本委員会では、現行の労災診療費算定基準について、早急に見直しが行われるべき重点要望項目10項目と改善されるべき要望事項の一覧を別紙のとおりまとめましたので要望いたします。

平成28年2月25日

労災・自賠責委員会
委員長 茂 松 茂 人

副委員長 深 澤 雅 則
委 員 宇 賀 治 行 雄
臼 井 正 明
内 田 一 郎
子 田 純 夫
阪 本 一 樹
杉 本 欣 也
中 村 涉
松 崎 信 夫

次期労災診療費算定基準の改定に係る最重点要望項目（10項目）

※優先順位の高いものから記載しております。

重点要望 1 〔診察料〕初診料・再診料

点数を引き上げる。

重点要望 2 〔リハビリテーション〕リハビリテーション料

脳血管リハビリと運動器リハビリの点数の格差を無くすべき。

重点要望 3 〔診察料〕救急医療管理加算

点数を引き上げる。

入院：6,000 円＋6,000 円×50/100

入院外：1,200 円＋1,200 円×50/100

重点要望 4 〔手術料〕術中透視装置使用加算

対象部位及び対象手術を拡大する。

重点要望 5 〔処置料〕絆創膏固定術

絆創膏固定術の対象関節、対象疾患を拡大する。

重点要望 6 〔手術料〕創外固定加算の取り扱い

骨折創外固定術を独立した術式として新設する。

重点要望 7 〔入院料〕他科受診

入院患者の他科受診による医学管理料の減算の撤廃。

重点要望 8 〔処置料・手術料〕四肢加算

手（手関節以下）および手の指と同様、腕についても健保点数の2倍とする

重点要望 9 〔指導・管理料〕再診時療養指導管理料

点数を引き上げる。

重点要望 10 〔手術料〕

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。

別紙 2

次期労災診療費算定基準改定に向けての要望事項一覧

No.	項 目	要 望 項 目
【診察料】		
1	初診料	<p>初診料の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労災医療においては多発損傷が多い等の理由から診断の難易度が高く、また緊急性も高いことから、それらを考慮した上での適正な評価が必要。 ・緊急性を要し、初期診断の難易度の高さを考慮すべき。
2		<p>同一医療機関において、同一日に同一の災害による異なる疾病について、新たに別の医療機関を受診した時の初診料を半額にする取り扱いを全額とする</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・別の診療科では異なる労災傷病については、新たな診断が必要であり、初診料としての評価をすべきである。 ・他科での初診でも、初期診断の難易度の高さを考慮すべき。
3	再診料	<p>再診料の引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労災医療においては多発損傷等により受傷状態が複雑な事が多く、通常の診療以上に時間や手間を要する事が多いことから、それらを考慮した上での適正な評価が必要。 ・労災診療においては受傷状態が複雑で他部位にわたることが多く、その処置に手数、時間がかかることが多く再診料としての評価をすべきである。

4	200床以上の病院においても再診料による算定とする 【理由】 ・200床以上の病院であっても外来診療料でなく再診料により算定する事とし、医療機関の規模による差をなくすべき。
5	医療機関の規模に関係なく同一点数に。 【理由】 ・200床以上の病院でも外来治療料を算定せず、医療機関の規模に関係なく同一にすべきである。
6	救急医療管理加算 点数引き上げ 【理由】 ・緊急を要する重症事例の多い労災医療の特性を考慮して引き上げる。 ・労災保険の救急事例は煩雑例が多く、手がかかる場合が多いため。 ・労災診療においても救急医療は不採算部門であり、救急体制を維持する医療機関への負担軽減のため。 入院：6,000円＋6,000円×50/100。 入院外：1,200円＋1,200円×50/100
【指導・管理料】	
7	再診時療養指導管理料 点数引き上げ 【理由】 ・再就労を目指しての療養上の指導においては個々の機能回復訓練をはじめ精神面や食事を含めた日常生活指導まで多岐に亘り、また指導に時間・手間が多くなるため。
8	【新設】 労災診療急性期管理加算料 労災診療急性期管理加算料：新設 入院 1日につき 100点 (入院14日目まで) 入院外 1日につき 50点 (初診から14日目まで) 【理由】 ・社会情勢の変化により、ますます労災被災者の早期社会復帰が記載されるなか、各医療機関の懸命な努力がなされている。急性期医療の充実を目的として加算を日数に期限を設けて評価するのが本加算新設の理由である

【画像診断料】	
9	<p>画像診断</p> <p>MRI・CTの同日算定不可について 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・過重労働による脳・心臓病疾患は増加傾向であり、早期診断・治療のためMRI・CTの同日算定の必要な症例も多い。
【リハビリテーション】	
10	<p>リハビリテーション料</p> <p>脳血管リハビリと運動器リハビリの点数の格差を無くすべき。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・頸椎の手術をした患者のリハビリを脳神経外科病院では脳血管リハビリ、整形外科病院では運動器リハビリで請求しているのはいかにも不合理である。 ・疾患名で差がついている現状は不合理。
11	<p>疾患別リハビリテーションの算定日数制限を廃止する。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労災保険においては、健保に準拠した算定日数制限は不必要である。
【入院料】	
12	<p>入院料</p> <p>抜釘（金属抜去）のため入院し、その後地域包括ケア病棟に転棟した際の入院料を算定できるようにして欲しい。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケア病棟の算定要件上、労災のみ認められないのは不合理である。
13	<p>他科受診</p> <p>入院患者の他科受診による医学管理料の減算の撤廃。 【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労災患者では緊急入院が大半であり、事前に他科からの投薬等を受けることが不可能である。減算は不合理と考える。

14	入院基本料	入院の日から起算して2週間以降の入院基本料を引き上げる。 【理由】 (病院) ・労災保険においても高齢化により外傷や脳・心臓病疾患では、2週間以上の入院が続くことが多い。 (診療所) ・労災保険においても高齢化により入院期間が長期化する傾向であり、有床診療所のベッドを活用すべきである。
15	[処置料・手術料] 四肢加算 ※処置料と共通	手(手関節以下)および手の指と同様、腕についても健保点数の2倍とする 【理由】 ・受傷状態の複雑さから整復が困難な例が多く、また労働者における腕の重要性を考慮し、評価を上げるべき。
【処置料】		
16	全般	外来管理加算の点数以下の処置料の同点数への引き上げ
17	[処置料・手術料] 四肢加算 ※手術と共通	手(手関節以下)および手の指と同様、腕についても健保点数の2倍とする 【理由】 ・受傷状態の複雑さから整復が困難な例が多く、また労働者における腕の重要性を考慮し、評価を上げるべき。
18	処置	介達率引と消炎鎮痛等処置の同一部位への同時算定を認めること。 【理由】 ・同一部位であってもそれぞれ処置を行うため、時間と労力はそれぞれ要し、同時算定の適正な評価を望む。
19	四肢加算	ギプス費用を四肢加算の対象とする 【理由】 ・労災医療における重要性・実施頻度の高さを考慮して引き上げる。 ・ギプスは労災診療において、きわめて重要な処置であり、場合によっては重大な障害を来たすこともあり、その管理には細心の注意を要する処置であり、適正な評価を望む。

20	消炎鎮痛等処置	<p>手に対する処置の手技療法・器具療法を健保点数の2倍に引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手技療法・器具療法は湿布処置と同等の診療技術が必要であるので同様に評価すべきである。
21		<p>診療所の外来のみの算定となっている湿布処置を病院の外来においても認める</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療所・病院ともに同様の処置を行っているのであり同様に認めるべき。
22		<p>マッサージ等の手技による療法については点数を引き上げるべき。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・消炎鎮痛等処置よりは点数を高く設定して、マッサージ師や関係従事者の時間と手間を考慮すべきである。
23		<p>リハビリテーションと消炎鎮痛等処置の併施について、異なる部位に行った消炎鎮痛等処置は、2部位まで算定できるようにする。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多発外傷等における複数部位の消炎鎮痛等処置に対する評価が必要である。
24	【新設】 ギプス包帯管理加算	<p>ギプス包帯管理加算の新設</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ギプス障害等のチェックが必要でその評価として
25	絆創膏固定術	<p>絆創膏固定術に対する適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行では、膝関節、足関節に限定されている絆創膏固定術を手指など他の四肢関節に適応を拡大するとともに、週1回と回数の制限を撤廃し、手技の効果を期待する。 ・テーピングの効用。今はサービスになっている。(テーピング(絆創膏固定術)を小関節にも適応)
【手術料】		

26	手術料	<p>関節鏡視下股関節唇形成術の算定。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・股関節鏡視下手術が普及してきたが、設置すべき点数が、点数表に掲載されていないため。
27		<p>脊椎手術再手術料加算</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脊椎の再手術は硬膜や神経等の癒着が強く、手術難易度が高く、かつ、時間を要する。過去の手術歴のある同一レベルでの手術に対する%加算、脊椎再手術料を考慮していただきたい。
28		<p>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。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多発性外傷、複合損傷は労災外傷では日常茶飯事であり、それぞれに対して手術を行うわけであり、手術の面倒、手間、リスクは単独手術以上にかかっておりこれらを正當に評価すべきである。 ・部位により差異があるのは複雑極まりなく審査時に難渋する、また労災外傷は高エネルギー外傷で多数臓器損傷が多いこともあるため。
29	手術料 (四肢骨)	<p>骨折創外固定術を独立した術式として新設する。 (またはK O 4 4 骨折非観血的整復術を創外固定器加算の対象手術に加える)</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、骨折に対する創外固定は加算として算定が許されているが、受傷後の組織状態によっては、創傷の処理、および創外固定のみ行い経過を見る必要がある場合も多い。この場合創外固定に対する請求が来ず、全く評価されないという不合理があるため新設（または加算対象手術の追加）を希望する。
30	手術	<p>超音波骨折治療の保存療法への適応拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術症例だけでなく、保存療法への適応拡大を
31	四肢加算	<p>体幹部手術にも四肢の傷病に対する種々の特例を同様に認めていただきたい</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高エネルギー外傷による体幹部外傷においても更に難手術を発症しているケースが多いため。

3 2		加算項目から単独手術項目への移動を 【理由】 ・骨折観血的手術の加算項目とされているが、現実には骨折部に手術行為をせずに創外固定のみを行う場合が殆どであり後日に改めて骨折観血的手術を行っている。これは不合理でありその主因は加算項目に留め置かれていることによる、これを手術項目に移動させれば正しく診療費算定が可能となるため。
3 3	[入院] 特別食加算	労災で例えば糖尿病の方が入院された場合、特別食加算を認めてほしい。 【理由】 ・現在、特別食加算の請求が社保・国保にもできない現状を考慮して頂きたい。
3 4	術中透視装置使用 加算	術中透視装置使用加算の適応症、適応部位の拡大 【理由】 ・前回5つの部位での骨折観血的手術において認められたが、労災診療においては手、足の骨折の頻度が高く、経皮的鋼線挿入固定術を行うことが多く、手術には透視が必要不可欠であり、すべての骨折観血的手術への適応拡大を認めてほしい。 ・現行は、大腿骨、下腿骨、踵骨、上腕骨、前腕骨、舟状骨、および脊椎経皮的椎体固定術 に限定されている。骨折観血手術において透視は必須の手法であり、適応を拡大し「指骨を含む四肢骨」とした。
3 5	[手術全般]	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。 【理由】 ・これらを正確に実施するためには、頻回に透視することが多く、医療者への被曝が避けられないので、その評価が必要である。
【注射】		
3 6	[注射]	遷延性治癒骨折や偽関節骨折にPTH製剤（テリパラチド）の使用を認めてほしい。 【理由】 ・強力な骨形成作用により骨折癒合を促進させ治療期間を短縮させる。
【麻酔】		

37	麻酔料	<p>神経ブロックによる麻酔時の超音波検査の併設加算</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ブロック麻酔は患者への侵襲を低下させ、術後の疼痛対策にも有効である。麻酔時に超音波検査を併用することにより、安全確実にブロックを実践するのに有効である。
38		<p>手指、足趾の手術において、指神経ブロック（麻酔）の設置。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今までは局所麻酔でしか認められなかったが、日常多用されていると思われる。指神経伝達麻酔の新設。
39	【新設】 麻酔料 （上・下肢伝達麻酔）	<p>四肢伝達麻酔（現在の上下肢伝達麻酔以遠）の点数を新設する。（神経ブロックと同等の点数とする）</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の上下肢伝達麻酔は、上肢では腕神経叢まで、下肢では坐骨神経・大腿神経両者の同時施行のみが適応となり、それ以遠では薬剤料のみの算定が許されている。一方、神経ブロックではより抹消の各種神経に対しては点数設定がある。主たる目的が手術、という考えでの設定と思われるが、伝達麻酔はその手技には技術を要し、また合併症のチェック等施行中の管理も要する。手技、管理上は変わりがないにもかかわらず、目的によって点数の差があるのは不合理と考える。
【その他】		
40	全般 骨疎諸相症の扱い	<p>労災外傷における脆弱性骨折の原因疾患として骨粗鬆症の扱い</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・労災診療として骨粗鬆症関連の検査・治療を認めていただきたい。
41	[その他]	<p>労災外傷後、手術後の不眠症</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院中とその後の短期だけでなく、長期に亘る場合も認めて欲しい、
42		<p>既存疾病の扱い</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周術期は認める傾向にあるが、期間、範囲などガイドラインとして明示されたい。
43	[単価の見直し]	<p>労災診療費単価の見直し 1点12円からの引き上げ</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行の単価が設定されてからかなりの年月が経っている。見直すための協議は必要。

44	[基本診療料]	基本診療料に包括されている100cm ² 未満の第1度熱傷処置、皮膚科軟膏処置、洗眼等処置料を別に算定でき ることとする。 【理由】 ・ 簡単な処置であっても診療技術であり、基本診療料に含めるのは不合理である。労災においては包 括点数 はなじまない。
45	[皮膚欠損用創傷被 覆材]	皮膚欠損用創傷被覆材の適用拡大 【理由】 ・ 手術創での使用は制限されているが、多発外傷時には縫合創以外の皮膚欠損部に使用される頻度が高く、 適応を緩和して欲しい。
46	[投薬]	外傷性のストレス潰瘍の予防にもPIP製剤の使用を認めてほしい。 【理由】 ・ 被災者の全身状態を改善させ、外傷の治癒を早めることが出来る。
47	[材料]	検査・手術において、透視撮影を行う際、放射線防護用ゴム手袋を使用するが、かかる手袋の材料費を請求 できるようにする。 【理由】 ・ 放射線皮膚障害の予防の為
48		プラスチックギプス材料費 【理由】 ・ 消費税アップで材料費増大のため
49	[検査料]	複合性局所疼痛症候群における手の障害に対して、振動障害に係る握力検査と同様に算定すること。 【理由】 ・ 手の振動障害に適応されているが、上記病名に対する機能許可の1つとして必要な検査である。
改定の要望以外の検討事項		
		診療報酬と異なる話だが、認定基準を明らかにしていただきたい。 【理由】 ・ ご本人も会社も請求を認めている上、医師が聴取した範囲でも労働に伴う外傷だったにもかかわらず全額不 支給の場合、理由がわからないと患者さんへ説明できず困っている。

		<p>労災レセプト電算処理システム導入については労災指定医療機関の任意選択制度にすべき。</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レセコン更新やソフトウエア購入は労災指定医療機関に大きな負担となる
	アフターケア制度について	<p>対象疾病の拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大腿骨頸部骨折及び股関節脱臼・脱臼骨折に限定されているが、四肢骨折・脱臼骨折（特に、肩、肘、手、指、膝、足関節）の後遺症としてADL障害が著しい場合もあることから適応を拡大するべきである。
		<p>必要な措置（１ヶ月に１回程度の診療）の拡大</p> <p>【理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・症状固定し、アフターケアによる経過観察中にも症状増悪の場合もあり、自分の健康保険での治療（薬物療法他）を行わざるを得ない場合がある。制限付きでも良いが、週１回程度のリハビリ、外用剤処方などの適応拡大を考慮して欲しい。

添付資料－2

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

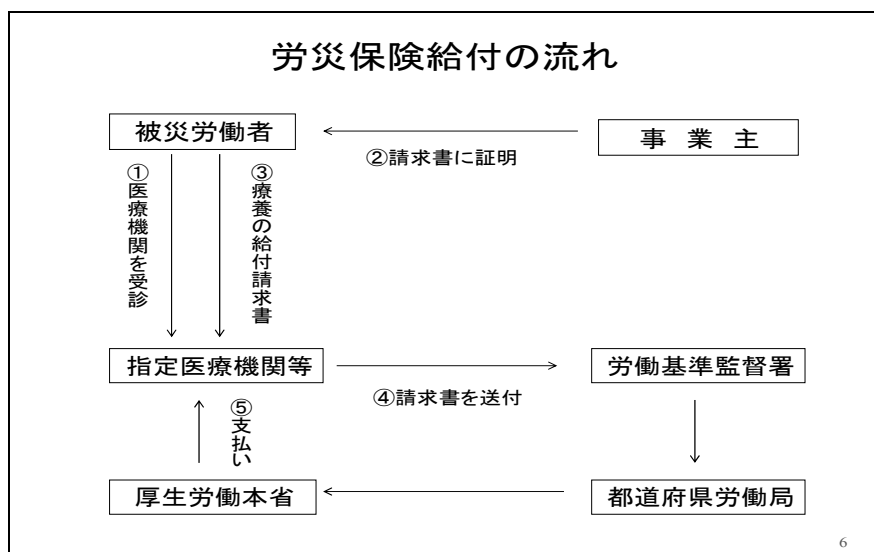
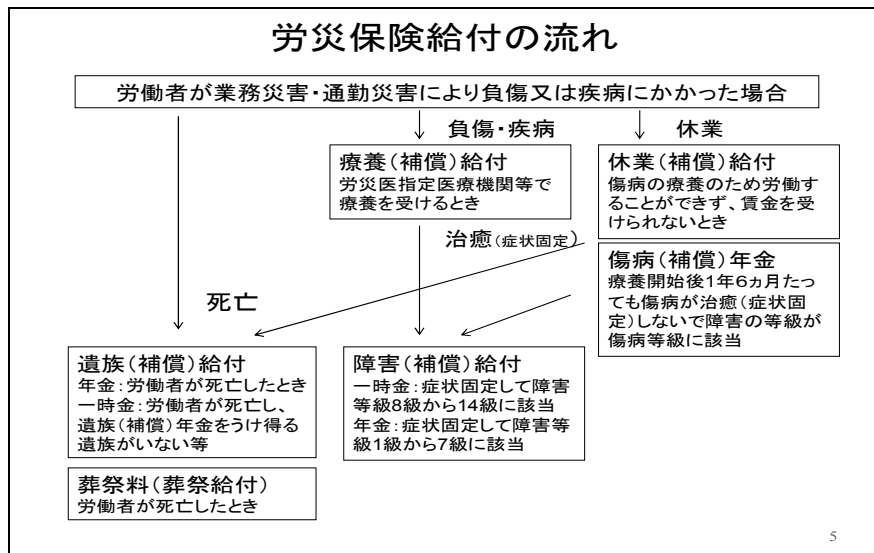
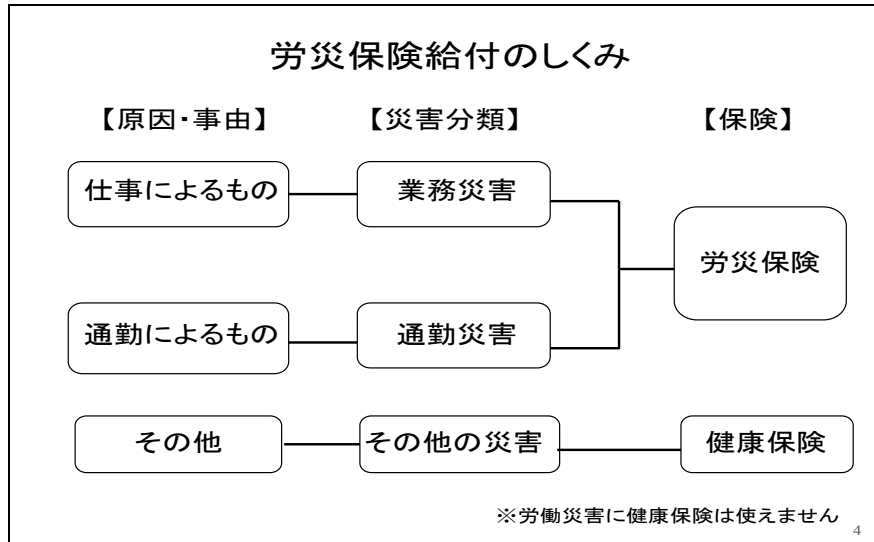
2

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 of 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ヵ月に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慢性化膿性骨髓炎、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

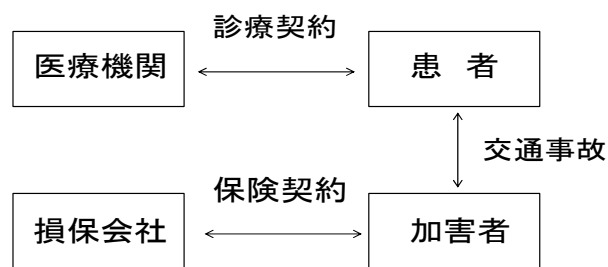
患者が医療機関に支払った治療費は、将来、交通事故の損害賠償として、加害者が患者に支払い、更に、加害者は損保会社から保険金という形で支払を受けることから、便宜上、損保会社が直接医療機関に治療費を支払うことになります。

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に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になります。
- 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)することになります。

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27年12月10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
平成27年度《1地区》	47) 山梨県 (平成28年2月1日実施予定)

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

自賠責診療費算定基準の制度化へ向けての骨子

- ① 自賠責診療費算定基準は、自賠法・自賠法施行令による法制化が最終的形態であるが実現には多くの問題が存在し、医学の進歩の反映が困難になるおそれもある。当面の間は、関係省庁・関係団体との調整を計り、労災診療にならない金融庁や国土交通省等の担当部署の通知等によって、現行の自賠責診療費算定基準（新基準）を「制度化」するのが現実的であると考える。
- ② 交通事故診療において、損保会社が被害者に「健康保険の使用」を勧めているケースも見受けられるが、そのままでは「早期社会復帰」を目指すための診療が健保の枠に制限されてしまう。交通事故診療においては「自賠責診療費算定基準」を第一位優先とする明確な規定が必要である。
- 本来、交通事故において新基準での診療が原則であるが、診療当初より健保使用をするやむを得ない場合は下記の通りとしてはどうか。
- ◎加害者が判明しない場合（轢き逃げ、当て逃げ等）
 - ◎無保険車両による場合
 - ◎被害者の過失割合が大きい場合（７割までは全額補償）
 - ◎自賠責保険の範囲での支払を超えることが明らかな場合（任意保険未加入）
 - ◎相手（加害者）の損害補償能力が低い場合
- ③ 自賠責保険は「被害者救済」を目的とした保険であるが、１２０万円の限度額を超えた任意保険の適用には「過失相殺」がつきまとう。被害者と加害者、両者の保険会社における損害賠償および利害関係に巻き込まれ、医療機関は、その対応で、本来の診療業務以外に多大な労力を割かれ、同時に治療費未収のリスクを抱えている。こういった現状を踏まえ、被害者つまりは国民にも納得した形の支払基準の確立のために上限額の見直しと運用について検討をする場が必要である。
- ④ 交通事故医療費については、保険診療や労災診療等と同様の第三者的存在である審査支払機関がない。自賠責保険の運用は民間の損保会社で行っている現状であるが、制度化を機会に保険者を国土交通省や金融庁とする事を検討し、国が保険者となる事が困難であれば、審査支払い業務を担う第三者機関を立ち上げてはどうか。
- ⑤ 医業類似行為等については、長期にわたる施術期間や他部位へ過剰な施術が行われることによる施術費用の増加傾向を踏まえ、制度化の議論のタイミングで、「適正化」が必要である。例えば、医療機関への定期的な診察（診断）の上で、取り扱う疾患を決め、施術期間を制限し、施術費についても自賠責の支払制限を設定するなどして、施術期間の短縮を検討する必要がある。

