

目 次

I 診療費算定基準案について 1

資料 1 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） 2

- ・ 資料① 自動車の保険－診療費の請求・審査等の流れ 7
- ・ 資料② 人身事故－連絡、照会及び請求、支払いに関する申し合わせ 9
- ・ 資料③- 1 自動車保険・人身事故連絡票 11
- ・ 資料③- 2 任意保険 自動車事故 連絡・照会票 12
- ・ 資料③- 3 自動車事故・管理カード 13
- ・ 資料④ 自動車事故患者の自賠責（強制）チェックシート 14

資料 2 自動車保険（自賠責および任意対人賠償保険）診療費 算定基準案およびその運用等に関するとりまとめ（平成 6 年 10 月 20 日）... 16

II 診療費算定基準案による請求方法（平成 7 年 1 月 1 日診療分から適用） 19

資料 3 自動車損害賠償責任保険 診療報酬明細書の記載要領 21

III 交通事故診療のための問答集 35

IV 関係法令抜粋 45

I 診療費算定基準案について

1. 診療費算定基準案の設定の経緯

自動車事故傷害患者に対する診療費の算定基準案に関し、日本医師会より平成元年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」（資料1参照）をもって次のとおり示されました。

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

これは、昭和59年12月、大蔵大臣の諮問機関である自賠責保険審議会の答申の中で、一部の医療機関の医療費請求額が過大であることが指摘され、この解決の方策として、当事者である日本医師会、自動車保険料率算定会、日本損害保険協会の三者による算定基準案の早期設定を図ることが肝要であるとの意見具申があり、三者がこの要請に応えたものです。

また、診療費算定基準案と併せて、従来より問題とされていた自動車保険診療費の請求・審査・支払い等に係る諸問題についてもガイドラインが示されました。

この診療費算定基準案の考え方を具体化し、実施するにあたっては、各地域の実情に合わせて各都道府県の三者協議会で協議し、対応することとされております。

これを受けて本会は、福岡県損害保険医療連絡協議会の場において、自動車保険料率算定会福岡調査事務所及び日本損害保険協会福岡県支部と5年に亘って慎重に協議を重ねた結果、平成6年10月7日福岡県損害保険医療連絡協議会専門委員会は、診療費算定基準案およびその運用等について確認するに至りました。

（資料2参照）

その後、上記算定基準案について本会第28回全理事会（H6. 10. 13）で承認され、平成6年10月20日、福岡県損害保険医療連絡協議会を開催し、平成7年1月1日診療分より福岡県においても算定基準案を適用することと致しました。

日医発第221号（保41）
平成元年 6 月 28 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
羽 田 春 免

自賠責保険の診療費算定基準の設定について

自動車事故傷害患者に対する診療費の算定基準設定に関する経緯につきましては、さきに開催いたしました都道府県医師会労災・自賠責保険担当理事連絡協議会において詳細にご説明申し上げたところではありますが、本年5月及び6月の両度にわたる理事会において慎重御審議を願い、御承認いただいた趣旨に基づき、日本損害保険協会及び自動車保険料率算定会と重ねて協議を行い、その結果、次のように取り扱うことを申し合わせました。

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。

自動車保険の診療費基準案の策定に関しましては、昭和59年12月の自賠責保険審議会答申を受けて、大蔵省からの要請もあり、日本損害保険協会および自動車保険料率算定会との間に昭和60年以来数十回の協議を重ねてまいりましたが、この間、本会労災・自賠責委員会の検討を求めつつ、本会としての意見を取りまとめてまいりました。

本会としての基本的な考え方は次のとおりであります。

- (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。

以上の基本的考え方にに基づき、本会としては、薬剤等の「モノ」については単価12

円、その他の技術料については現行の労災保険診療費算定基準に準拠し、これに一定の率を加算した額を全国的な算定基準とするという方針で損保側との協議を行ったわけであります。

しかし、この算定基準の設定は、先に述べましたとおり自賠責審議会の答申の主旨に基づくものであり、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、その適正化を図ることを基本としており、全国的な一定基準の設定という考え方は、結果的に現にこの水準より低い請求・支払が行われている医療機関をこのレベルにまで引き上げることになり、適正化に反するものであるとの理由から強い難色を示されました。

これに対し、本会としては従来の考え方を重ねて主張いたしましたが、さきの担当理事連絡協議会にもお示ししたとおり、自賠責診療費をめぐる環境条件の変化等については誠に厳しいものがあり、最終的には自賠責審議会答申の忠実な具体化もやむを得ないものと判断し、上記の合意に達した次第であります。

つきましては、この基準の考え方を各地域において具体化するに際しましては、各地域の実情とこの基準の主旨を十分ご理解賜わり、各都道府県自動車保険医療協議会（いわゆる三者協議会）においてご協議いただいたうえで、これの対応に当たっていただきますようお願い申し上げます。

また、診療費算定基準の設定に併せて、従来より問題とされておりました自動車保険診療費の請求、審査、支払等に係る諸問題につきましても検討を重ね、別添に示すとおりその概要を整理いたしました。

1. 「自動車の保険—診療費の請求・審査等の流れ(案)」(資料①) について

このチャートは、3月17日付日医発第830号（保132）をもってご連絡申し上げた、日本医師会、日本損害保険協会および自動車保険料率算定会の三者間で交わされた「覚書」に示される自動車保険診療費の請求に係る審査会等の位置付けを表わしたものであります。

従来、各医療機関と損害保険会社との間に生じたトラブルは、都道府県三者協議会に事案として上ることもなく、長期にわたって支払いが保留されてきたケースが少なからず存在していると聞いております。

そこで、請求、あるいは支払いについて疑義が生じた場合、損害保険会社は医療機関に対しては疑義照会にとどめ、個別の折衝を行わず、その疑義が診療内容に関するものであれば、速やかに都道府県医師会内に設置する「自動車保険審査会」にその内容を添えて検討を依頼し、診療内容以外の疑義については、直接各都道府県自動車保険

医療協議会に協議を依頼することで、これらの問題の解決を図ることといたしました。

ここに示す都道府県医師会内の自動車保険審査会は、診療内容および診療費の請求等に対して学術専門団体としての自主規制を行うことを目的とした機構であり、ここでの協議結果については都道府県自動車保険医療協議会に報告し、その取扱いについて諮ることとし、その結果が各医療機関、損害保険会社等に伝えられることとなります。

なお、医療機関、損害保険会社・調査事務所は、その決定に不服がある場合には再検討を同協議会に求めることができるとしております。

2. 「人身事故一連絡、照会及び請求、支払いに関する申し合せ」(資料②) について

本資料は、自動車事故診療費の請求についての、医療機関、損害保険会社間の連絡方法、支払期日等に関する申し合せを自賠責(強制)保険のみの場合と、いわゆる一括請求の場合とを区別して示したものであります。

この申し合せによって、自賠責(強制)保険のみの場合には請求受理日から2カ月以内に、一括請求の場合には請求受理日の翌月末日までには原則として支払いが完了し、いずれの場合にもその支払い通知が確実に医療機関になされるということを明らかにしてあります。

また、これに伴い医療機関と損害保険会社との間の連絡、照会についても、資料③に示す連絡票等を利用する方法を考慮し、両者間で疑義が生じた場合には、前述のとおり都道府県自動車保険審査会または都道府県自動車保険医療協議会に速やかに検討を依頼するという一定のルールを設定することによって、弁護士等が当初から介入してくることを防ぐ役割の一端を果たすのではないかと考えております。

なお、この申し合せに示されるとおり、自賠責(強制)保険のみの場合には、請求があつて初めて調査事務所の調査が行われ、保険事故に該当するか否か等が決定されることになるため、医療機関としてはなるべく早期に請求をする必要があります。これらのことから、医療機関は月毎の請求を行うなどによって、その債権確保に努められることが重要であると考えます。

3. 「自動車の保険—人身事故連絡票(案)」等(資料③) について

本資料は、上述のとおり、医療機関と損害保険会社との間の連絡、照会の際に利用する連絡票等の様式の素案であります。

「自動車の保険・人身事故連絡票(案)」(資料③—Ⅰ)については、強制、任意に拘わらず、保険契約上、因果関係等に関して問題の生じる可能性があるかと判断される事

案について、損害保険会社から医療機関に対して早急に情報を伝達するためのものであり、従来から各地域より問題提起のありました過失相殺に関連して、「自賠責保険では被害者に「重大な過失」があるとき（実務上はおおむね70%以上の過失があるとき）に限り、減額することになっています」という注意書を付けることによって、改めてこの問題に関する基本的理解を求めています。

「任意保険 自動車事故連絡・照会票(案)」(資料③—2)は、医療機関から損害保険会社に対して、任意保険（一括請求）に係る当該事故の疑問点等について照会を求めるための様式であります。

「自動車事故・管理カード(案)」(資料③—3)は、当該事故の加害者の保険関係に関する基礎的な情報を整理し、後に保険会社との連絡、照会のためにこれをカルテ等に付して医療機関が保管することを目的として作成したものであります。

4. 「自動車事故患者の強制保険チェックシート(案)」(資料④) について

これは、当該事故患者が自賠責保険の規定する保険事故に該当するか否かについて、受付段階で各医療機関がこれを確認するための基本的事項を概略整理したもので、これらの基本的チェックを確実に行うことが、医療機関の債権確保につながるものと考え、作成したものであります。

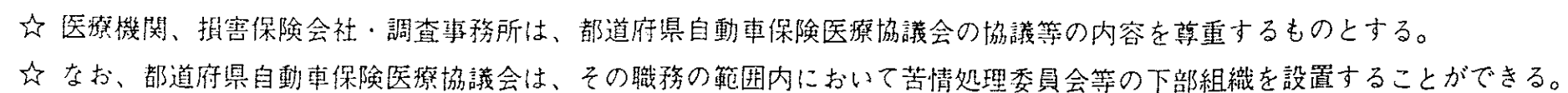
以上が算定基準の周辺の問題についての整理であります。これらの細部につきましては、算定基準と併せて各都道府県の自動車保険医療協議会の場を通じて、協議していただきたいと存じます。

<添付資料>

・自動車保険関連資料

② 資料①～④については、内容の一部が改訂されましたので、現行のものにおきかえました。

自動車の保険—診療費の請求・審査等の流れ



人身事故一連絡、照会及び請求、支払いに関する申し合せ

日本医師会と日本損害保険協会および自算会は、自賠責保険及び自動車保険の医療費の請求・支払い等に関する事務を円滑に行うため下記のとおり申し合せする。

自賠責保険のみの場合

1. 保険適用の可否および損害保険会社への照会

- ・医療機関は、当該事故について自賠責保険が適用されるか否かを別紙のチェックシートによって判断する。不明な点については加害者の契約する損害保険会社に照会する。
- ・なお、自賠責保険適用の可否、支払い額等は、保険金の請求によって確定するので請求前の照会について損害保険会社は一般的な説明しか行い得ない。

2. 医療機関より損害保険会社への請求

- ・医療機関は、所定の診断書及び診療報酬明細書を請求関係一件書類に添えて損害保険会社へ送付する。

3. 損害保険会社の支払い

- (1) 損害保険会社は、医療機関に対し、原則として請求関係一件書類の受付日から2カ月以内に逐次支払う。
- (2) 損害保険会社または自算会調査事務所は、医療機関に速やかに、
 - ① 請求書類の内容について不明の場合は照会する。
 - ② 2カ月以内に請求通り支払いが困難な場合には連絡を行う。
- (3) 損害保険会社は、支払いの都度、医療機関に支払い通知を行うものとする。

自賠責・任意一括払いの場合

1. 医療機関、損害保険会社相互の情報連絡

- ・保険処理にあたり、事前の情報交換を必要とするときは、速やかに別紙「自動車の保険・人身事故連絡票」または「任意保険自動車事故連絡・照会票」を利用し、相互に適切な連絡を行うものとする。

2. 医療機関より損害保険会社への請求

- ・医療機関は所定の診断書及び診療報酬明細書に必要事項を記入し損害保険会社へ送付する。

3. 損害保険会社の支払い

- (1) 損害保険会社は医療機関に対し、原則として請求関係一件書類の受付日から翌月末日までに逐次支払う。
- (2) 損害保険会社は、医療機関宛速やかに、
 - ① 請求書類の内容について不明の場合は照会する。
 - ② 翌月末日までに請求通り支払いが困難な場合には連絡を行う。
- (3) 損害保険会社は支払いの都度、医療機関に対し支払い通知を行うものとする。

○損害保険会社に対する医療費請求の手続きについては、「自動車の保険・医療費請求のしおり」を参照のこと。

○医療機関又は損害保険会社が、医療費の請求、支払い等に関して両者の合意が得られない場合は、当該医療機関の所在する都道府県医師会の自動車保険審査会、もしくは都道府県自動車保険医療協議会に付議し解決に当たることとする。

資料③-2 任意保険 自動車事故 連絡・照会票

平成 12 年 5 月 11 日

〇〇海上火災 保険会社 御中

第 1 サービスセンター課

山 田 様 医療機関所在地・名称

〇〇〇〇〇〇〇〇

〇 〇 外科医院

担当者名 〇〇〇〇

T E L 092-000-0000

F A X 092-000-0000

交通事故によって当院で治療中の患者につき、下記のとおり連絡・照会します。

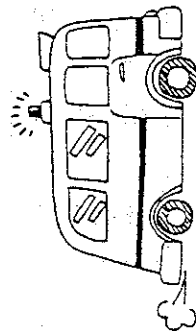
患 者	氏 名： 甲 山 太 郎		年 齢： 57 才 (男)・女	
	住 所：福岡市中央区 〇〇〇〇 TEL:092-000-0000			
事故日	平成 11 年 12 月 3 日	事故場所	福岡市中央区 〇〇〇〇	
相 手 方	氏 名： 乙 川 次 郎		TEL:092-000-0000	
	任意保険	保険会社名 (〇〇海上) 証券番号 (不明)		
	自賠償保険	保険会社名 (不明) 証明書番号 (不明)		
連 絡 事 項	信号待ちで、停車中追突された。頸椎捻挫のため、平成11年12月4日から12年4月3日まで丙外科医院に通院。(初診時に患者から聴取) 5月9日当院初診。頸部X-P所見として変形性脊椎症を認める。			
照 会 事 項	・ 保険会社担当部所 ・ 担当者名 ・ 事故状況 ・ 過失の有無 ・ 保険の処理状況 ・ その他 患者から貴社名、担当者名を聞いた。患者は貴社へ転院の旨連絡したと言っているが、貴社より連絡がない。至急連絡を下さい。			

資料③-3 自動車事故・管理カード

カルテ番号 (○○○○)

患者氏名	甲山太郎		初診日	12年 5月 9日	
事故日	11年 12月 3日 14時 頃				
事故状況	信号待ちのところ、追突された。				
過失有無	有 (%程度) ・ ☒ 無		警察	☒ 有 ・ 無	
区分	自 賠 責				
	保険会社名	△△火災海上保険 (株)			
	証明書番号	A○○○-○○○○-○			
	任 意 (一括払)				
	保険会社名	○○海上火災保険 (株)			
	受付番号	○○-○○○○○○○○-○○○○			
	契約者名	乙川次郎			
書類送付先・各種照会先					
住 所	福岡市中央区○○○○				
担当課	福岡第1サービスセンター課		担当者名	山田	
電話番号	○○○-○○○○		FAX番号	○○○-○○○○	
備 考	5/12 任意会社担当者山田氏より一括の連絡あり。				

— 14 —

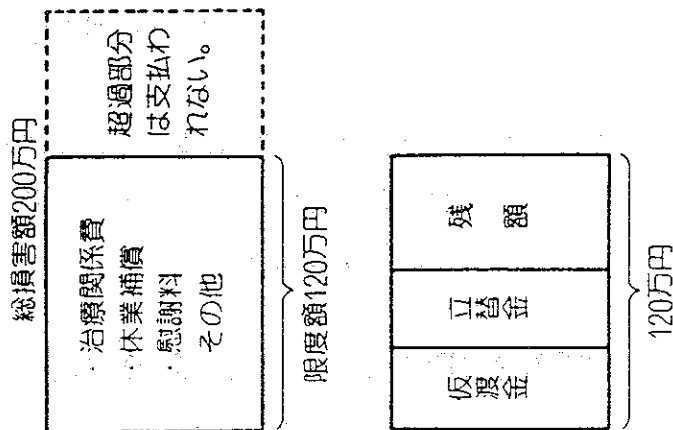


限度限120万円

加害者に立替金がある場合、被害者（患者）が仮渡金を請求または受領している場合にはそれが優先的に120万円から充当されます。

被害者（患者）に仮渡金あるいは加害者からの金銭の受領の有無を確認してください。

<限度額の例>



無責

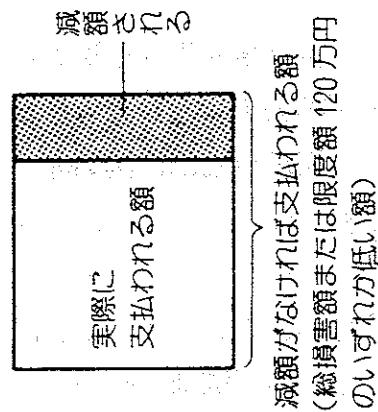
自賠責保険では、被害者（患者）の一方的な過失の事故では相手方に損害賠償責任が発生しませんのでお支払いできません。

減額

一方的な過失でなくともそれに近い事故の場合は減額されます。

いずれの場合も詳細な事故状況の調査を必要としますので、通常より時間がかかります。

<減額の例>



相当因果関係

自賠責保険では、事故によってこうむった損害のみが対象となります。事故と直接関係のない私傷病、既往症等、およびそれらの影響のある部分はお支払いの対象となりません。

政府の保障事業

ひき逃げ事故や無保険事故および盗難車による事故の被害者は、政府による救済を受けることができます。この制度は被害者のための最後の救済手段ですので、被害者が使える種類の社会保険を使ってもなお不足する場合にこの適用が受けられます。また被害者の損害の一部（医療費等）を受任請求することはできません。

平成6年10月20日

自動車保険（自賠責および任意対人賠償保険）診療費
算定基準案およびその運用等に関するとりまとめ

福岡県損害保険医療連絡協議会

1. 自動車保険診療費算定基準案に関すること

自動車保険（自賠責および任意対人賠償保険）の診療費については、医療機関が診療を行った時点における福岡県の労災保険算定基準に準拠する。

請求単価は、薬剤等「モノ」については1点につき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。

なお、これにかかる具体的な項目については下記のとおりとする。

- 1) 労災準拠について－労災診療において福岡県で算定できるものは、自賠診療においても算定できるものとする。

なお、労災基準が改定された場合には、これに従う。

- 2) 「モノ」と「技術」の区分－中央合意内容（健康保険と労災保険とにおける診療費算定基準の比較表）通り。但し、室料差額は技術とする。

- 3) 室料差額－限度額及び収容基準とも労災に準拠する。すなわち、室料差額は当該医療機関が表示する金額の1.2倍とし、限度額は労災基準の1.2倍までとする。

- 4) 他県患者の取り扱い－医療機関の所在地における算定基準により請求することとする。

2. 算定基準案の運用に関すること。

下記の項目は中央ガイドラインに基づき検討を行ったもの。

1) 請求・支払いルールー医療機関は原則として毎月請求する。支払いルールについては、中央合意通りとする。

①支払期日…受付日から2ヶ月以内。

②支払い案内…文書、FAX または電話

③支払遅延の通知…上記①の支払期間内に支払が困難な場合には、保険会社又は調査事務所は医療機関に対しその理由を連絡する。

2) 連絡・照会等ー①損保会社は、必要に応じて「人身事故連絡票」により医療機関宛連絡を行う。

②医療機関は、必要に応じて「自動車事故連絡票・照会票」を用いて損保会社宛に連絡・照会を行う。

3) 苦情処理についてー医療費の請求・支払いなどに関して、医療機関と損保会社または調査事務所との間で問題が生じた事案については、当事者双方が誠意を持って解決に努力する事を前提とするが、解決の見込みがない場合には、双方より各ブロックに斡旋を求めることができる。

また、前記斡旋が整わなかった場合には、福岡県損害保険医療連絡協議会に再度斡旋を求めることができる。

3. その他

1) 福岡県損害保険医療連絡協議会は、各々協力して新基準の普及推進に努めるものとする。

2) 上記以外の内容について、問題が生じた場合には福岡県損害保険医療連絡協議会において協議するものとする。

別 表

	診 療 項 目	特 例	モ ノ	技 術		診 療 項 目	特 例	モ ノ	技 術
診 察 料	・初診料	○		○	手 術 料	・手術料	○		○
	時間外加算			○		手指機能回復指導加算	○		○
	救急医療管理加算	○		○		・輸血料			○
	・再診料	○		○		・ギプス料			○
	時間外加算			○		・麻酔料			○
	外来管理加算			○		・薬剤料、血液代、酸素代等		○	
	外来管理加算の特例	○		○		・特定保険医療材料		○	
	・再診時療養指導管理料	○		○		・検体検査料			○
	・在宅患者診察・指導料			○		・生体検査料			○
	・再就労療養指導管理料	○		○		・診断穿刺・検体採取料			○
投 薬 料	・薬剤料		○		画 像 診 断 料	・薬剤料		○	
	・調剤料			○		・特定保険医療材料		○	
	・処方料			○		・X-P, X-D			○
	・処方せん料			○		・単純CT（頭部・躯幹）	○		○
	・調剤技術基本料			○		・単純CT（四肢）			○
注 射 料	・薬剤料		○		診 断 料	・脳槽CT・SPECT			○
	・特定保険医療材料		○			・MRI			○
	・注射手技料			○		時間外			○
処 置 料	注射加算			○	入 院 料	・薬剤料		○	
	・創傷処置					・フィルム代		○	
	・術後創傷処置					・特定保険医療材料		○	
	・湿布処置	○		○		・入院基本料			○
	・皮膚科処置					・入院時食事療養費			○
	・関節穿刺					・病衣貸与加算	○		○
	・直達・介達牽引	○		○		・入院室料加算	○		○
	・消炎鎮痛処置	○		○		・特別監視料	○		○
	・上記以外の処置			○		・固定用伸縮性包帯	○	○	
	・初診料時ブラッシング量	○		○		・療養担当手当		○	
	・薬剤料・酸素代等		○		そ の 他	・補装具等療養費払いとなるもの		○	
	・特定保険医療材料		○						
	・理学療法	○		○					
	・薬剤料		○		・初回入院時諸費用				

Ⅱ 診療費算定基準案による請求方法

(平成7年1月1日診療分から適用)

1. 診療費算定基準案の算定方法

1) 労災保険診療費算定基準をベースにするもの

- (1) 薬剤等「モノ」については労災算定基準どおり、その単価を12円とする。
- (2) その他「技術料」については労災算定基準に20%を加算した額を上限とする。

すなわち、

①料金表示のもの(初診、再診料等)

「料金」×1.2倍(上限)

②点数表示のもの

「点数」×12円(非課税医療機関は11円50銭)×1.2倍(上限)

※「モノ」と「技術料」の区分は、18頁の別表を参照。

※「救急医療管理加算」「室料差額の限度額及び収容基準」についても労災に準拠する。

2) 労災保険診療費算定基準をベースにしないもの

- (1) 初回入院時諸費用…1被害者当たり初回入院時に1医療機関につき1回限り2,000円(上限)。
- (2) 文書料(診断書料、明細書料等)…現行通りとし、特に料金は定めない。

2. 診療費算定基準案の運用について

1) 請求方法

- (1) 明細書…基準案用の明細書(保険会社の窓口に用意されている)を使用する。
- (2) 請求…医療機関は原則として診療月単位に明細書を作成し、自賠用診断書を付し、翌月末日までに請求する。
- (3) 支払期日…受付日から2ヶ月以内とする。
- (4) 支払案内…文書、FAXまたは電話
- (5) 支払遅延の通知…上記・の支払期間内に支払が困難な場合には、保険会社又は調査事務所は医療機関に対しその理由を連絡する。

2) 連絡・照会等

- (1) 損保会社は、必要に応じて「人身事故連絡票」により医療機関宛連絡を行う。
- (2) 医療機関は、必要に応じて「自動車事故連絡票・照会票」を用いて損保会社宛連絡・照会を行う。

3) 苦情処理

医療費の請求・支払などに関して、医療機関と損保会社または調査事務所との間で問題が生じた事案については、当事者双方が誠意をもって解決に努力する事を前提とするが、解決の見込みがない場合には、双方より各ブロックに斡旋を求めることができる。

また、前記斡旋が整わなかった場合には、福岡県損害保険医療連絡協議会に再度斡旋を求めることができる。

自動車損害賠償責任保険 診療報酬明細書の記載要領

明細書記載上の注意事項

1. 診療行為のうち、労災診療費の算定方法が点数で定められているものについては「点数」欄に、技術（左側）・薬剤等（右側）別にそれぞれの診療行為ごとの合計点数を記載し、定額で定められているものについては「金額」欄にそれぞれの診療行為ごとの合計金額を記載する。
2. 小計欄のある項目については当該項目の点数を技術・薬剤等別に合算し、小計点数を記載する。
3. 「点数」欄の技術については「⑩～⑨⑩ 点数計」欄（入院外分については「⑩～⑧⑩ 点数計」欄。以下同じ。）の①にそれぞれの項目の合計点数を記載し、「A」欄にその単価および所定の加算率を乗じた金額を記載する。
4. 「点数」欄の薬剤等については「⑩～⑨⑩ 点数計」欄の②にそれぞれの項目の合計点数を記載し、「B」欄にその単価を乗じた金額を記載する。
5. 「金額」欄の「⑩ 診察」欄については ⑧ にそれぞれの項目の合計金額を記載し、「C」欄に所定の加算率を乗じた金額を記載する。
6. 「金額」欄の「⑧⑩その他」については所定の欄に金額を記載のうえ ③ に合計金額を記載し、入院分の「⑨⑦ 食事」については ⑥ に合計金額を記載する。また、診断書料および明細書料についてはそれぞれ枚数および金額を所定の欄（入院分については ⑤・①、入院外分については ⑥・⑤）に記載する。さらに、③・⑥・⑤・①（①については入院分のみ）の合計金額を「D」欄に記載する。

注. 「入院室料加算」の欄については、所定の技術加算率を乗じた後の金額を記載する。

1. 「平成 年 月分」欄について
診療年月を記載する。
2. 「氏名」欄について
姓名を記載する。
3. 「明・大・昭・平 年生／（男・女） 才」欄について
該当する元号および性別を○で囲み、生まれた年および年齢を記載する。
4. 「受傷日」欄について
受傷（事故）年月日を記載する。
5. 「初診日」欄について
当該医療機関において診療を開始した年月日を記載する。
6. 「診療実日数」欄について
 - (1) 入院外分については、診療を行った日数を記載する。
 - (2) 患者またはその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は1日として数える。
なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲する。
 - (3) 同一日に初診および再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は、1日として数える。
なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲する。
 - (4) 入院分については、入院日数を記載する。
なお、入退院日は、それぞれ1日として数える。
7. 「傷病名」欄について
傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名をわかりやすく記載する。
8. 「診療期間」欄について
当該診療費の計算の基礎となった診療期間を記載する。ただし、前月に引き続いて診療を行う場合の診療期間の初日は当該月の月初の日を記載し、翌月以降も引き続いて診療を継続する場合の診療期間の末日は当該月の月末の日を記載する。

9. 「転帰」欄について

当該明細書に記載された診療期間の末日現在における患者の状態に該当するものを○で囲む。

10. 「点数」欄について

原則として、健康保険および労災保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

(1) 「⑩ 診察」欄について

① 「⑪ 初診」欄について

- ア. 初診時において時間外、休日または深夜に該当する場合は、該当する文字を○で囲み、当該加算点数を記載する。
- イ. 6歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、乳幼児の文字を○で囲み、当該加算点数を記載する。
- ウ. 初診時の紹介患者加算等、初診に係るその他の加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「摘要」欄にその項目名を記載する。

② 「⑫ 再診」欄について（入院外分のみ）

- ア. 時間外、休日および深夜の項には、それぞれの回数および加算点数を記載する。

③ 「⑬ 指導」欄について

健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

④ 「その他」欄について（入院外分のみ）

- ア. 再診時において、乳幼児加算または幼児加算を算定した場合には、加算点数を記載し、「摘要」欄に項目名、回数および点数を記載する。
- イ. 再診時において、継続管理加算または外来診療料を算定した場合には、加算点数を記載し、「摘要」欄に項目名、回数および点数を記載する。
- ウ. 健康保険において診療報酬明細書の「在宅」欄に記載することとされている項目を算定した場合は、合計点数を記載し、「摘要」欄に項目名、回数および点数を記載する。

(2) 「⑳ 投薬」欄について

健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

(3) 「③⑩ 注射」欄について

① 入院分について

手技料および使用した薬剤等料については、それぞれの回数および合計点数を記載し、その内訳については健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて「摘要」欄に記載する。

② 入院外分について

皮下筋肉内および静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内および静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、それぞれ回数および手技料点数を記載する。また、使用した薬剤等料については、すべて合算のうえ薬剤等の項に記載し、その内訳については、健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて、「摘要」欄に記載する。

(4) 「④⑩ 処置・リハビリ」欄について

① 健康保険において診療報酬明細書の「その他」欄に記載することとされているリハビリテーション、精神科専門療法（以下、「リハビリテーション等」という。）およびこれらを行うに当たって使用した薬剤については、「その他」欄ではなく当該欄に記載する。

② 処置については、回数および合計点数を記載し、「摘要」欄に当該項目名、部位、1回当たり点数および回数を記載する。

③ リハビリテーションについては、回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄には、リハビリテーションの各項目及び区分、算定単位数、実施日数等を記載する。

④ 処置・リハビリに伴って薬剤を使用した場合は、薬剤等の項に回数および点数を記載し、薬名、規格単位（％、mg または ml 等）および使用量を個々の処置・リハビリ別に「摘要」欄に記載する。

(5) 「⑤⑩ 手術・麻酔」欄について

健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

なお、手術を行った場合には、その部位を「摘要」欄に記載する。

(6) 「⑥⑩ 検査」欄について

健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

(7) 「⑦⑩ 画像診断」欄について

① 画像診断（手技料）の回数および点数を記載し、画像診断の種類については「摘要」欄に記載する。

- ② 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、「フィルム・薬剤等」の項に点数を記載し、内訳を「摘要」欄に記載する。
- ③ フィルムを使用した場合にあっては、「フィルム・薬剤等」の項に点数を記載し、「摘要」欄にフィルムの種類、枚数および大きさを記載する。
- ④ 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、フィルム・薬剤等の項に点数を記載し、薬剤名、使用量および回数については「摘要」欄に記載する。

(8) 「㊸ その他」欄について

① 入院分について

健康保険の診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。ただし、リハビリテーション等およびリハビリテーション等に当たって使用した薬剤については「㊸ 処置・リハビリ」欄に記載し、当該欄には記載しない。

② 入院外分について

外来患者に対し処方せんを交付した場合は、「処方せん」の項に回数および点数を記載する。

なお、健康保険において診療報酬明細書の「その他」欄に記載することとされている処方せん以外の項目のうち、リハビリテーション等およびリハビリテーション等に当たって使用した薬剤については「㊸ 処置・リハビリ」欄に記載し、当該欄には記載しない。

(9) 「㊹ 入院」欄について

① 「入院料」および「入院時医学管理料」欄について

「入院基本料」と「入院基本料等加算」を合算した点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載する。

なお、「入院基本料」を「入院料」欄に、「入院基本料等加算」を「入院時医学管理料」欄に記載しても差し支えない。

② 上記①以外の事項については、健康保険の診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

11. 「金額」欄

原則として労災保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

(1) 「㊺ 診察」欄

① 「㊻ 初診」欄について

初診を行った場合に金額を記載する。

② 「⑫再診」欄について（入院外分のみ）

再診を行った場合に回数および金額を記載する。

③ 「⑬指導」欄について（入院外分のみ）

再診時療養指導管理料または再就労療養指導管理料を算定した場合に回数および合計金額を記載し、項目名、回数および指導した内容を「摘要」欄に記載する。

④ 「救急医療管理加算」欄について

救急医療管理加算を算定した場合に金額を記載する。

(2) 「⑧⑩ その他」欄について

① 入院分について

ア. 入院室料加算を算定できる要件に該当した場合は、「入院室料加算」欄に1人部屋・2人部屋・3人部屋・4人部屋の別、日数および所定の技術加算率を乗じた後の合計金額を記載し、「摘要」欄に当該患者が満たした算定要件を記載する。ただし、室料が月の途中で変更した場合は、当該項目には合計金額のみを記載し、「摘要」欄に変更の前後に分けて1日当たりの室料および日数を記載する。

イ. 治療用装具等を算定した場合は、合計金額を「入院室料加算」欄の下にある空欄の上段に記載し、その内訳については「摘要」欄に記載する。

ウ. 初回入院時諸費用を算定した場合は、「入院室料加算」欄の下にある空欄の下段に記載する。

② 入院外分について

治療用装具等を算定した場合は、合計金額を記載し、その内訳については「摘要」欄に記載する。

(3) 「⑨⑪ 食事」欄について（入院分のみ）

原則として、健康保険における診療報酬明細書の記載要領に準じて記載する。

なお、記載する金額は、所定の技術加算率を乗じた後の金額とする。

12. 「摘要」欄について

内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載する。

なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いる場合は、当該番号を「摘要」欄の左側点線内に記載する。

また、内訳を記載するに当たって「摘要」欄に書ききれない場合には、続紙（診療報酬明細書の裏面またはそのコピー等）を使用する。

自賠責保険 診療報酬明細書・診療内容内訳書記載例

各項目の記入・記載を理解し易くするため項目ごとに例を挙げたので、同一事案としての整合性はない。

1. 診察料

〈入院〉

診 療 内 容			点 数	
			技 術	薬 剤 等
⑩ 診 察	⑪ 初 診	時間外・休日・深夜・乳幼児	85 点	点
	⑬ 指 導			
	⑭ 小 計		85	

・時間外等の加算がある場合は、該当する文字を○で囲み、相当する点数を記入する。

・小計欄には各診療項目の合計点数を記入する。

診 療 内 容	金 額	摘 要
⑩ ⑪ 初 診	3,590 円	
救急医療管理加算	6,000 円	
⑭ 小 計	① 9,590 円	

・料金建て項目は金額欄に記入する。(後記9.参照)

〈入院外〉

診 療 内 容			点 数	
			技 術	薬 剤 等
⑩ 診 察	⑪ 初 診	時間外・休日・深夜・乳幼児	85 点	点
	⑫ 再 診	外来管理加算 3 回 時間外 休 日 深 夜	156	
	⑬ 指 導			
	その他			
	⑭ 小 計		241	

診 療 内 容	金 額	摘 要
⑩ ⑪ 初 診	3,590 円	
⑫ 再 診 3 回	4,140 円	
⑬ 指 導 回	円	
救急医療管理加算	1,200 円	
⑭ 小 計	① 8,930 円	

2. 注射料(「技術」と「薬剤等」の分離は投薬料の場合も同様)

〈入院〉

③⑩ 注射		3 回	285	
	薬剤等	6 回		348

・技術(左側)・薬剤等(右側)別にそれぞれの合計点数を記入する。

- ・内容を記載するに当たっては、診療の番号を付して診療行為との対応関係が明らかになるような形で記載する。
- ・技術と薬剤等を分離して整理のうえ記載する。

摘		要
③②	ノイロトロピン特号 3 mL 1A	20×3
③③	生食 500ml 1V	
	メナミン筋注 50mg 1A	
	リラシリン注 2g 1V	96×3
	手技料	95×3

〈入院外〉

③⑩ 注	③⑪ 皮下筋肉内	1 回	30	
	③⑫ 静脈内	1 回		
	③⑬ その他 薬剤等			20
射	③⑭ 小 計		30	20

・手技料についてはそれぞれの診療項目ごとに合計点数を記入する。

・薬剤料については「薬剤等」の項に合計点数を記入のうえ、小計欄にも記入する。

摘		要
③②	ノイロトロピン特号 3 mL 1A	20×1
	手技料	30×1

3. 処置料・リハビリテーション料

④		4 回	275	
⑤	薬 劑 等	5 回		25

・処置名、部位、1 回当たり点数、回数を摘要欄に記載する。

摘 要	
④	術後創傷処置(右前腕) $(49 \times 1.5) \times 3$ ゲンタシン軟膏3g 5×5 消炎鎮痛等処置(超短波)(右前腕) $(35 \times 1.5) \times 1$

摘 要	
④	湿布処置(頸部) 35×2 消炎鎮痛処置(腰) 52×2 ⑤ 52×2 外来管理加算の特例 外来管理加算の特例扱いによる読み替え点数

④ 処置	薬 剤 等	3 回	105	
		回		

・リハビリテーションを算定した場合は、「処置・リハビリ」欄に記入する。

・リハビリテーションの各項目及び区分、算定単位数、実施日数等を摘要欄に記載する。

摘 要	
④	理学療法(Ⅳ)(集団療法)(1単位) 35×3

4. 手術料

⑤ 手術	薬 剤 等	1 回	1,275	
術 料		1 回		10

・「内訳」で整理した結果を明細書に記入する。

・手術名、大きさ、部位などを明記し、算式を入れて計算する。

摘 要	
⑤	創傷処理(5cm以上10cm未満)(右下腿) (850×1.5)×1 キシロカイン2% 5ml 10×1

5. 検査料

⑥検査	8回	865
薬剤等		

・「内訳」の結果を記入する。

・検査の種類ごとに区分して記載する。

摘 要	
⑥0	(尿) 尿一般、沈渣 55×1 (血) 末梢血一般、像 52×1 (生 I) TP、Alb、BUN、尿酸、T-Bil、ChE、 GOT、 γ -GTP、LDH、LAP、グルコース、 中性脂肪、Na・Cl、Ca 165×1 (免) HBs 抗原・抗体、ガラス板、TPHA 141×1 ⑥判 (尿、血、生 I、免) 452×1

6. 画像診断料

⑦⑩ 画像診断	3 回	668	
フィルム・薬剤等	2 回		44

・撮影診断とフィルム等
とに分けて記入する。

・画像診断の種類、撮影
部位、フィルムの大き
さ、枚数、回数、技術
料点数、フィルム点数
を摘要欄に記載する。

摘 要	
⑦⑩	X-P
	頸部 (六×六)×1 450+38
	右前腕(六×一)×1 108+ 6
	緊画 (11/10 18:10 引き続き入院)
	110

7. その他

〈入院外〉

⑧⑨ その他	処方せん	1 回	71	
-----------	------	-----	----	--

・処方せんを交付した場
合は、処方せんの項に
回数・点数を記入す
る。

8. 入院料

⑨ 入院料	入院年月日	14年5月10日		
	⑨ 病診衣	2,049 × 14 日間	28,686	
	I 郡 1	1,453 × 10 日間	14,530	
	環境			
	入院料			
	入院時医学管理料	×	日間	
		×	日間	
		×	日間	
		×	日間	
	特定入院料・その他			
	⑨ 小計		43,216	

・病院・診療所別、病衣貸与料の該当する文字を○で囲み、入院基本料の種類別等を記載する。

・当該所定点数の内訳を記載する。

摘 要	
⑨0	2,024 + 25
	1,428 + 25

9. 金額欄(診察、その他、食事、文書料)

〈入院〉

- ・料金建て項目は金額欄に記載する。
- ・室料加算の項には所定の技術加算率を乗じた金額を記入し、摘要欄に該当要件を略記する。
- ・治療用装具等は上段に、初回入院時諸費用は下段に記入する。
- ・算定した項目について記載する。
- ・食事に係る1日当たりの所定金額および日数を記入する。

診療内容		金額	摘要
⑩ 診察	⑪ 初診	3,590 円	普通室満床のため (乙地)
	救急医療管理加算	6,000 円	
	⑩ 小計	② 9,590 円	
⑫ その他	入院室料加算 2人部屋×1日間	5,400 円	
	初回入院時諸費用	2,000 円	
⑬ 食事	⑫ 小計	③ 7,400 円	備考
	⑭ 基準 I, 管, 堂		
⑮ 食事	3,120 円× 6 日間		
	円× 日間		
	円× 日間		
⑯ 食事	⑮ 小計	④ 18,720 円	
診断書料		通 ⑤	円
明細書料		通 ⑥	円

〈入院外〉

- ・再診時療養指導管理料を算定した場合は、指導内容を摘要欄に略記する。

診療内容		金額	摘要
⑩ 診察	⑪ 初診	3,590 円	
	⑫ 再診 3 回	4,140 円	
	⑬ 指導 回	円	
	救急医療管理加算	1,200 円	
	⑩ 小計	② 8,930 円	
⑫ その他		③ 円	
診断書料		通 ④	円
明細書料		通 ⑤	円

Ⅲ 交通事故診療のための問答集

福岡県損害保険医療連絡協議会では、交通事故により負傷した患者の治療ならびに保険会社への治療費請求等に関する問題について、下記のとおり問答集を作成いたしましたので、是非ご一読下さい。

記

質 問	回 答
1. 新基準を採用する場合、医師会や損保協会などへ届出る必要があるのか。	・ 必要ない。新基準の明細書で請求するだけでよい。
2. 新基準を採用した場合でも、請求先は今までどおり各損保会社でよいのか。	・ その通り。
3. 新基準を採用した場合でも、損保会社からの減額交渉はあるのか。	・ 単価そのものの引き下げ交渉はなくなるが診療内容が事故との因果関係に疑義が生じた事案等については、損保会社から照会や減額交渉が行われる場合がある。
4. 健保を適用した場合、患者には一部負担金とあわせて新基準で算定した場合との差額分も請求してよいのか。	・ 健保が適用されているので、従来どおり健保による一部負担金のみを請求し、新基準との差額分の請求はできない。新基準による請求方法は、あくまでも健保や労災などが適用されておらず、かつ自賠責保険の支払対象となっている事案について適用されるものである。
5. 室料差額は「技術」とみなして20%を加算して算定できるのか。	・ そのとおり。医療機関が表示している金額の1.2倍を算定できる。ただし、労災に準拠し限度額がある。 なお、明細書には「⑧その他」の「金額」欄に1.2倍した金額を記入する。
6. 初回入院時諸費用 2,000 円は「技術」とみなして20%を加算して算定できるか。	・ 20%加算できない。従って、「⑧その他」の「金額」欄に「2,000 円」と記入する。

質 問	回 答
7. 初回入院時諸費用は、他の医療機関から転医してきて入院した場合も算定できるか。	・ 算定できる。ただし、算定は初回入院時に1医療機関につき1回限りなので、同一医療機関への再入院の場合には算定できない。
8. 労災で認められている療養の給付請求書取扱料 2,000 円も算定できるか。	・ 算定できない。
9. 新基準の明細書はどこにあるのか。	・ 手書き用の明細書は、従来どおり各損保会社にある。ただし、レセコン用の明細書については、各レセコン会社で作成することとなる。
10. 新基準では毎月請求することになっているが、月をまたがってすぐに治癒した場合でも、月ごとに明細書を2枚作成しなければならないのか。	・ 原則として毎月請求することになっているが、設問のような場合には2カ月分を1枚の明細書にまとめて請求しても差し支えない。 なお、このような場合のために、入院外明細書の通院日欄を2カ月分設けてある。
11. 請求金額の合計金額に1円未満の端数がでたときはどうするか。	・ 総合計金額に1円未満の端数が生じた場合は1円未満の金額を四捨五入して請求する。
12. 診断書の様式も変更されるのか。また、診断書も明細書ごとに毎月提出しなければならないのか。	・ 診断書の様式に変更はない。 また、損保会社では診断書は明細書ごとに必要であるため、毎月提出していただきたいとのことである。
13. 健保使用についての考えはどのようなのか。	・ 通常の事案は新基準優先であるが、保険医療機関は、交通事故による傷病であっても、患者から業務外の傷病について保険証の提出とともに保険診療の求めがあった場合、これを拒否できないことになっている

質 問	回 答
14. 交通事故で健保を適用する場合、事前に保険者の承諾を得る必要はないか。 15. 自動車事故の被害者に係る療養で、消費税が非課税とされている療養の範囲はどこまでか。	新基準設定の主旨は、医療機関と損保会社の相互信頼関係の確立と遅滞ない診療費の支払いである。 従って、交通事故に係わる医療は、受傷者の早期社会復帰を図ることを基本理念としており、健保使用に関して、損保会社は初期医療の重要性を認識し、個々の事故形態、治療期間等を総合的に勘案し、医療機関・患者と話し合いを行うものとする。 ・健保法では、交通事故のような第三者行為による傷病であっても保険給付をすることになっているので、事前に保険者の承諾を得る必要はない。 しかし、保険者は後日第三者（加害者）に対して求償を行う必要があるため、被保険者には「第三者行為による傷病届」をすみやかに提出するよう義務づけられている。医療機関には保険者への通知義務はないが、明細書に「㊤」と表示するなど、保険者の求償にご協力願いたい。 ・医療機関が自動車事故の被害者に対し医療上必要と認めた療養に要する費用は、自由診療（1点単価何円、新基準を問わず）であってもすべて非課税となる。※取扱いを誤りやすい例は次のとおり。 （非課税）松葉杖賃貸料。付添寝具料。 医師が療養上必要と認めたり、普通室満床のために特別室を使用した場合の室料差額。 （課 税）テレビレンタル料。文書料（診断書、明細書、意見書など）。 患者が特別室を希望した場合の室料差額（室料差額自体が賠償の対象とならない。）。

質 問	回 答
16. 保険金の支払い限度額（傷害120万円）の引き上げは何故実現しないのですか。	・自賠責保険は自動車損害賠償保障法に基づき車両の保有者はすべて加入しなければならない強制保険です。その運営に当たっては収支（保険料収入と保険金支払い）が均衡することを原則としています。このような事情から前回保険料改定後の収支の累積黒字等を原資として六千万人を超える保険契約者の負担軽減のために平成5年4月1日から保険料が平均13%引き下げられました。日本医師会は傷害の支払い限度額を150万円に引き上げるよう自賠責保険審議会に要望を提出していましたが、引き上げは見送られました。 これは医療費に最も関係のある傷害事故について、現状では大多数の被害者に対する損害がカバーされ、基本保障が建て前の自賠責保険の機能は十分に果たされて（120万円の限度内でカバーされており、現在の任意保険の普及率を合わせ考えると被害者保護の役割を果たしているためと説明されています。
17. 交通事故によって負傷した患者の治療は自由診療であり、健康保険は使用できないと思うのですが、健保の使用を言うてくるケースがありますが。	・健康保険法第1条の規定によれば、その目的は「業務外の事由に因る疾病・負傷若しくは死亡又は分娩に関し保険給付を為し」とされており、業務起因性のある傷病以外を原則としてすべからく適用範囲としています。 この結果、健康保険の適用範囲の傷病であれば、保険医療機関（療養取扱機関）は、患者から被保険者証の提出とともに健康保険による診療を求められた場合には、それが交通事故によるものであることを理由として、健康保険による診療を拒否することが出来ません。この場合、特に自賠責保険に係わる診断書・明細書等関係書類を要求された時には、別途文書料を請求して下さい。 なお、損保会社は通常の事案については、新基準案を優先適用します。

質 問	回 答
18. 交通事故の患者の治療費は、どの程度の水準とするのがよろしいでしょうか。 19. 入院設備使用料（シャワー、洗髪、テレビ貸与、冷蔵庫使用）などは自動車保険に請求できないのですか。	※現在、健保の支払い額が増大し重大な問題となっている時、なぜ自動車事故に対して健保の使用を認めるのか、との疑問もありますが、現行の健保法ではその使用を禁ずることは出来ないことになっているのです。一方、医療機関にとっても患者（被害者）の過失が著しい事例等では、医療機関の債権を確保する手立てとして健保を使用したほうが得策だという側面もあります。 ・自由診療・自由料金といっても、いくらでもいいというものではありません。自賠責保険や自動車保険においては、治療費については、慣習として健康保険で算定される診療費の2倍程度と考えているようです。医療費水準の妥当性を求めた裁判所の判例にはいろいろな水準を示したものもあります。 日本医師会から示されたガイドラインに沿って請求していない都道府県に対して、会計検査院より日医から示されたガイドラインにより請求するよう指導がなされています。 ・損害賠償の範囲に含まれるかどうかの問題でしょう。加害者（保険契約者）の行為によって生じた損害（傷害に対する治療費など）を賠償する保険ですから、純粹に治療に必要な経費に限るのが原則とされています。 なお、自賠責保険においては入院中1日につき1,000円の入院諸雑費が被害者に支払われることになっており、このような費用は原則としてそのなかでまかなくていただくことになっているようです。

質 問	回 答
20. 保険会社の治療費値切り攻勢に如何に対処すればよいか。	・ 保険会社が治療費の減額等を求めてくる場合としては ①傷害の程度と勘案して著しく高額な（通常の損害賠償の範囲を逸脱するような）診療費 ②事故と因果関係の無い傷害に対する治療費－例えば私病の混入等 ③長期遷延治療－傷害の程度と勘案して著しく長期にわたる治療が行われている場合など ④患者（被害者）側に重大な過失がある場合などが考えられます。 保険会社が治療費の減額を求めてきた場合には、その根拠をよく聞いて、理由の無い単なる値切り交渉に対しては、断固拒否すべきでしょう。いずれにしても、保険会社とよく話し合って良識的な解決を図ることが大切です。
21. 保険会社に治療費の請求をして数ヶ月経つのに支払いがありません。どうしたらよいのでしょうか。	・ 正当な治療費の請求に対し、理由の説明もなしに支払いを遅延させることは許されません。保険会社においては、早期支払いについて十分指導されている筈ですが、そのようなことのないように、事前に保険会社と十分連絡をとりあうことが必要です。
22. 最近は、以前と比べて減少しているようですが、リサーチによる不当な値引き要求があります。何か有効な対処策は。	・ 保険会社がリサーチに調査を依頼する際には、調査事項の内容を明示して依頼することになっています。医療機関がリサーチの担当者と接する際は、調査の目的を確かめた上で対応して下さい。行き過ぎた調査活動や強引な交渉などがあれば、そのリサーチに依頼した保険会社の損害調査センターに照会して下さい。 リサーチが患者に面会を求めてきた場合についても、その目的をよく聞いた上で、患者の状態等と勘案して、必要と判断される場合に限って許可するのがよいでしょう。

質 問	回 答
23. 自算会の概要と損害調査業務における権限について伺いたい。	・自動車保険料率算定会（略称「自算会」）は、「損害保険料率算出団体に関する法律」に基づき設立された特殊法人であり、損害保険会社「国内社 24、外国社 21 社」を会員としています。自算会は自賠責保険および自動車保険の健全な発達を図り保険契約者の利益を保護するため、公正な保険料を算出することを主たる目的としています。適正な保険料を算出するためには、個々の事案についての損害額の動向を把握する必要があり、特に強制保険である自賠責保険については、交通事故被害者に対する迅速・公正・公平な救済が求められていることから、各損害保険会社に請求のあった事案について請求 1 件書類の送付を求め、自算会の調査事務所で損害額の調査を行うことにしています。損害保険会社は、自算会で行った調査資料の送付を受け、その調査結果を尊重しつつさらに検討を加え妥当な損害額を最終的に決定し支払いを行っています。医療費調査も、適正な損害賠償額を確定するための損害調査業務の一環として行われており、その必要性・妥当性・相当性に関し点検・調査が行われています。自算会では過去に蓄積した各種統計資料を判断材料に、さらに顧問医等の意見も聴取しながら、各地域での医療水準に照らし、また事案そのものの個別性にも着目したうえで医療費調査を行うよう努めています。 支払い額の決定権は各損害保険会社にあります。自賠責保険については特に社会公共性が高いことから、各損害保険会社とも公正な中立的第三者機関である自算会の損害調査結果を十分に尊重し、支払い額を決定するという現在の仕組みが確立されており、また判例等でも参考にされているところです。

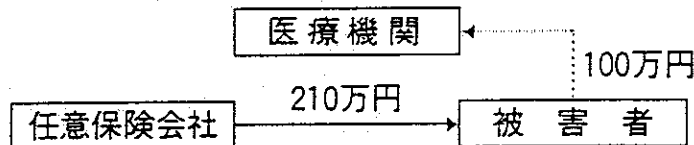
過失があるときの支払方法の例

被害者の損害の総額		300万円
内 訳	医 療 費	100万円
	医療費以外	200万円
被害者の過失の割合		30%
加害者の過失の割合		70%

加害者の責任額は210万円です。(300万円×70%)
被害者は医療機関に100万円の支払い義務があります。

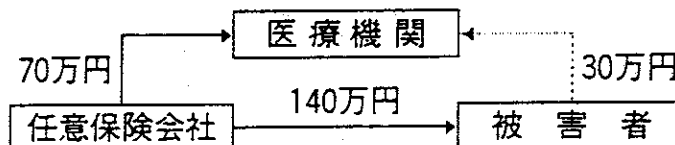
この場合、任意保険会社の支払い方法(一括払)は3通り考えられます。次のどの方法によってもよいのですが、実際には③の方法が多くとられています。

①被害者に加害者の責任額全額を支払う方法



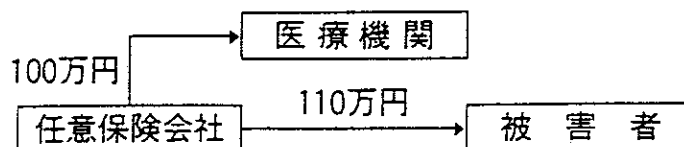
※①では医療機関は被害者から医療費全額の支払いを受けます。

②加害者の責任額を、過失割合に従って医療機関と加害者にわりふって支払う方法



※②では医療機関は、被害者から医療費100万円との差額の30万円の支払いを受けます。

③上記②の場合で、医療費全額を優先的に医療機関に支払い、残余を被害者に支払う方法



※③では医療機関は、被害者の過失にかかわらず、結果として任意保険会社から医療費全額の支払いを受けます。これは被害者が医療費を優先して支払うように指定したからです。医療費以外の損害額200万円の70%である140万円のうち30万円を医療費に充当するよう被害者が指定したときは、このような支払い方法がとられます。

IV 関係法令抜粋

民法

〔不法行為の一般的要件・効果〕

第 709 条 故意又ハ過失ニ因リテ他人ノ權利ヲ侵害シタル者ハ之ニ因リテ生シタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス

〔使用者の責任〕

第 715 条 ①或事業ノ為メニ他人ヲ使用スル者ハ被用者カ其事業ノ執行ニ付キ第三者ニ加ヘタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス但使用者カ被用者ノ選任及ヒ其事業ノ監督ニ付キ相当ノ注意ヲ為シタルトキ又ハ相当ノ注意ヲ為スモ損害カ生スヘカリシトキハ 此限ニ在ラス

②使用者ニ代ハリテ事業ヲ監督スル者モ亦前項ノ責ニ任ス

③前 2 項ノ規定ハ使用者又ハ監督者ヨリ被用者ニ対スル求償權ノ行使ヲ妨ケス

〔損害賠償の方法、過失相殺〕

第 722 条 ①第 417 条(債務不履行における損害賠償の方法)ノ規定ハ不法行為ニ因ル損害ノ賠償ニ之ヲ準用ス

②被害者ニ過失アリタルトキハ裁判所ハ損害賠償ノ額ヲ定ムルニ付キ之ヲ斟酌スルコトヲ得

健康保険法

〔保険事故、被扶養者の範囲〕

第 1 条 ①健康保険ニ於テハ保険者ガ被保険者(第 69 条ノ 7 ニ規定スル日雇特例被保険者(以下単ニ日雇特例被保険者ト称ス)タリシ者ヲ含ム次項、第 8 条ノ 2 及第 9 条第 1 項ニ於テ之ニ同ジ)ノ業務外ノ事由ニ因ル疾病、負傷若ハ死亡又ハ分娩ニ関シ保険給付ヲ為シ併セテ其ノ被扶養者ノ疾病、負傷、死亡又ハ分娩ニ関シ保険給付ヲ為スモノトス

自動車損害賠償保障法

第2節 自動車損害賠償責任保険契約

〔責任保険の契約〕

第 11 条 責任保険の契約は、第 3 条の規定による保有者の損害賠償の責任が発生した場合において、これによる保有者の損害及び運転者もその被害者に対して損害賠償の責任を負うべきときのこれによる運転者の損害を保険会社がてん補することを約し、保険契約者が保険会社に保険料を支払うことを約することによって、その効力を生ずる。

第 12 条 責任保険の契約は、自動車一両ごとに締結しなければならない。

第2章 自動車損害賠償責任

〔自動車損害賠償責任〕

第 3 条 自己のために自動車を運行の用に供する者は、その運行によって他人の生命又は身体を害したときは、これによって生じた損害を賠償する責に任ずる。ただし、自己及び運転者が自動車の運行に関し注意を怠らなかったこと、被害者又は運転者以外の第三者に故意又は過失があったこと並びに自動車の構造上の欠陥又は機能の障害がなかったことを証明したときは、この限りでない。

〔民法の適用〕

第 4 条 自己のために自動車を運行の用に供する者の損害賠償の責任については、前条の規定によるほか、民法（明治29年法律第89号）の規定による。

労働者災害補償保険法

〔適用事業、非適用事業〕

第 3 条 ①この法律においては、労働者を使用する事業を適用事業とする。

② 前項の規定にかかわらず、国の直営事業、労働基準法（昭和22年法律第49号）

第 8 条第 1 号から第15号まで及び第17号に該当しない官公署並びに船員保険法（昭和14年法律第73号）第17条の規定による船員保険の被保険者については、この法律は、これを適用しない。

〔保険給付の種類〕

第 7 条 ①この法律による保険給付は、次に掲げる保険給付とする。

- 1 労働者の業務上の負傷、疾病、障害又は死亡（以下「業務災害」という。）に関する保険給付
 - 2 労働者の通勤による負傷、疾病、障害又は死亡（以下「通勤災害」という。）に関する保険給付
- ② 前項第2号の通勤とは、労働者が、就業に関し、住居と就業の場所との間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい、業務の性質を有するものを除くものとする。
- ③ 労働者が、前項の往復の経路を逸脱し、又は同項の往復を中断した場合においては、当該逸脱又は中断の間及びその後の同項の往復は、第1項第2号の通勤としない。ただし、当該逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって労働省令で定めるものやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、当該逸脱又は中断の間を除き、この限りでない。