

福岡医発第1812号(地)
平成20年 1月15日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横 倉 義 武
(公印省略)

平成18・19年度日本医師会労災・自賠責委員会答申書の送付について

標記答申書が、日本医師会より送付してまいりましたので、ご参考までに1部お送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎



労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会 答 申

諮 問 :

「医療保険制度下の労災保険、自賠責保険のあり方」

平成19年12月

日 本 医 師 会

労 災 ・ 自 賠 責 委 員 会

平成１９年１２月１２日

日本医師会長

唐 澤 祥 人 殿

労災・自賠責委員会

委員長 塩 見 俊 次

答 申

本委員会は、平成１８年８月３０日に貴職より諮問されました「医療保険制度下の労災保険、自賠責保険のあり方」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、平成２０年に改定が予想される労災診療費算定基準に関し、本委員会として、早急に見直しが行われるべき最重点要望項目（１０項目）および改善されるべき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 塩 見 俊 次

副委員長 藤 川 謙 二

委 員 池 田 舜 一

委 員 梅ヶ枝 健 一

委 員 佐 藤 和 徳

委 員 高 橋 牧之介

委 員 畠 中 卓 士

委 員 薬 袋 健

委 員 村 田 欣 造

委 員 目 黒 順 一

委 員 山 内 四 朗

目 次

《はじめに》	1
《労災保険に関して》	
1．労災独自の診療報酬体系の構築について	3
2．労災補償（医療）の在り方	9
3．労災保険「二次健康診断等給付」のこれから	1 4
4．労災かくし	1 9
《自賠責保険（交通事故診療）に関して》	
1．はじめに	2 1
2．交通事故診療における請求・支払状況等調査 「アンケート結果（概要）」	2 2
3．交通事故に関する最近の問題等	3 2
4．今後の委員会において議論されるべき検討課題	3 4
5．まとめ	3 4
《おわりに》	3 5
添付資料 - 1	
次期（平成 2 0 年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望書	3 7
添付資料 - 2	
交通事故診療における請求・支払状況等調査　＜結果＞	4 5

《 は じ め に 》

今期の労災・自賠責委員会に対し、会長より「医療保険制度下の労災保険、自賠責保険のあり方」について諮問された。

平成15年3月「健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針（医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について）」の閣議決定からはじまった医療保険制度の抜本改革は、患者負担増、後期高齢者医療制度の創設、診療報酬改定等の様々な方法で社会保障費の削減を狙った政策である。

特に、平成14年度、16年度、18年度と度重なるマイナス改定により、医療機関の経営努力も限界にきており、医療現場および国民皆保険制度は崩壊の危機に瀕している。

このような医療費抑制を目的とした財政主導の改革が行われている医療保険制度であるが、これに準じた労災診療報酬体系においても、その影響は少なくない。健康保険の診療報酬改定の都度、労災保険制度の実情に合わない部分については、「労災特掲」という形で継ぎ接ぎを重ね、その結果、複雑な算定基準となっている。

ここで、過去数期にわたり本委員会で議論してきた医療保険制度に影響されない「労災独自の診療報酬体系の構築」について、改めて整理を行うとともに医療保険制度改革によって医療保険の保険者に義務づけられた「特定健康診査・特定保健指導」と労災保険制度の関わりについても言及した。

また、自賠責保険においては、社会的問題となった生命保険会社、損害保険会社の不払い問題に関連して、交通事故診療に対しても不払い体質が影響しているのではないかと懸念から、自賠責保険等における支払い状況等について、改めて各都道府県医師会の協力を得てアンケート調査を行い、その結果を分析したものである。

《労災保険に関して》

1. 労災独自の診療報酬体系の構築について

1) これまでの検討経緯

労災保険の診療報酬体系は、昭和36年、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、部分的に労災特掲項目が設定されてはいるが、現在まで原則としてこの申し合わせによる取扱いとされてきたものである。

従来から、健康保険と労災保険の制度の目的・特色・財源等の違いから、独立した労災保険の診療報酬体系を構築すべきとの声は多くあったが、具体的な取り組みや対応はなかった。

しかし、平成14年の健康保険診療報酬改定において、史上初の診療報酬本体の引き下げ（マイナス改定）が実施されるとともに、医学的根拠に乏しい『逓減制』が財源論のみで再診料やリハビリテーション料等に導入され、健康保険に準拠してきた労災保険にも大きな影響を及ぼした。（平成15年6月には、健康保険において、再診料を1点引き下げることで逓減制が撤廃され、同年9月には、労災保険においても再診料を10円引き下げたうえで、逓減制が撤廃された。）

平成16年改定では、診療報酬本体は±0改定であったが、薬価・材料価格等の引き下げにより、実質マイナス改定となった。平成18年改定は、健康保険において、史上最大のマイナス3.16%の引き下げが行われた。特に、リハビリテーションの評価体系について大幅な見直しが行われ、維持期のリハビリテーションを介護保険に移行し、医療保険で給付しないという方向性を打ち出し、環境が整わないまま日数制限が導入された。そのため、維持期のリハビリテーションを必要とする患者が行き場を失うという問題が生じ、健康保険では平成19年度、財源中立によるリハビリテーション再改定を行ない、逓減制の再導入および1月当たりの包括評価を行った医学管理料を新設することとなった。

労災保険においては、平成18年4月の健康保険診療報酬の改定に伴う労災診療費算定基準の改定において、労災保険診療の性格上、維持期のリハビリテーションが評価できない点を指摘し、労災独自の評価方法として『労災リハビリテーション評価計画書』を作成し、レセプトに添付することで日数制限を撤廃したため、大きな混乱を避けることができた。

しかし、このままでは健康保険における診療報酬改定において、労災保険には馴染まない点を修正するだけの対応に労災保険の改定財源が使われ、労災保険・災害医療として評価すべき新たな診療報酬項目を設定することなどできない状況にある。

やはり、労災保険独自の診療報酬体系の構築は、早急に検討すべきであるが、

それが実現されない背景等を踏まえ、現状について下記のとおり整理した。

理 想

労災保険の診療報酬体系の理想の形としては、健康保険の制度改革や診療報酬改定に左右されず、労災独自の診療報酬体系として、出来高払い制を基本に1つ1つの診療行為に対して、医師の技術料が正当に評価された点数設定が望ましい。

現 実

1つ1つの診療行為について、時間・医師の技術（質）等を勘案し、原価計算のうえ技術料を設定することは難しく、大変な作業を要する。それ故、昭和36年より、健康保険の点数表に準じた取扱いとされ、診療報酬改定の都度、労災診療の特性に合わない部分については「労災特掲」として労災独自の点数項目を設定し評価してきた。

しかし、健康保険の診療報酬改定が、右肩上がりで引き上げられてきた間は、特別大きな問題はなく、健康保険に準じながら必要に応じて労災特掲で対応してきた。

平成14年度の健康保険診療報酬改定から、健康保険財政の問題等により、マイナス改定を強いられ、さらに逓減制や日数制限など医学的に根拠のない方式が導入され、複雑な診療報酬体系がますます複雑化した。労災保険では逓減制を適用しない労災特掲を設定する形で診療報酬上の不合理点に対応したが、一方で、労災診療報酬体系の複雑化に拍車をかけることになった。

2) 今後の影響

今後も健康保険において、財政等の理由から、医学的根拠のないマイナス改定が行われる可能性は否定できない。また、医療保険と介護保険の役割分担といった観点から、診療報酬体系の見直しが行われることも考えられる。（例えば、平成18年度の診療報酬改定におけるリハビリテーションの評価の見直しのような対応。）さらに、後期高齢者医療制度の創設等で周辺状況が変化し、それに伴う包括点数の導入といった恐れもある。

平成19年4月のリハビリテーション料の見直しにおいても、健康保険においては逓減制が復活し、さらにリハビリテーション医学管理料という1月当たりの包括点数が新設された。

このように、健康保険制度の変化が、直接関係しない労災保険制度であっても、健康保険に準拠した診療報酬体系としていることにより、労災診療報酬体系に歪みが生じることは考えられる。

3) 対 応

労災独自の診療報酬体系の構築については、長期間（数期）にわたり労災・自賠責委員会で検討されてきたが、結果として多くの困難を伴うため、なかなか前進できない極めて難しいテーマとなっている。

しかし、労災診療の独自性については、何らかの目に見える形に作り上げなければ、会員の納得は得られないと考える。

労災診療報酬の将来像としては、

- a．現在の出来高の点数と労災保険独自の特掲項目を併用したもの
- b．包括点数＋出来高＋労災独自の特掲項目とした体系
- c．包括点数＋労災独自の特掲項目を加えた体系

等が考えられる。

以上のような点を踏まえ、これからの対応を次のA～Cの3つの視点に分類し、それぞれについて検討した。

A．労災独自の診療報酬体系の構築【最大の目標】

総論

傷害が発生し、治療を開始して治癒に至るまでの治療行為を、いかに科学的根拠に基づいた診療報酬とするかが重要である。

労災保険の診療報酬は、40年以上も暫定措置という形で健康保険に準じた取扱いに据え置かれているにもかかわらず、行政側は早急に独自の診療報酬体系を構築することは難しいという考えである。しかし、独立した保険制度が他の保険制度の規定に則って運用されていること自体、不自然なことである。

労災診療における良質な医療の提供のために、健康保険の制限診療と労災診療の違いの明確化を図り、労働者は勿論、国民の理解を得る必要がある。

そのためには、長期的視野で捉え、プロジェクトチームを作り、科学的根拠を明確にする必要がある。

短期的対応

現行の労災診療費算定基準の大枠を維持し、問題の多い健康保険に準ずる診療報酬体系から第一歩を踏み出すため、その不合理性を指摘することからはじめる。

現行の健康保険診療報酬体系の問題点を列挙し、科学的な不合理性を整理する。

- ・改定を重ねるごとに統一した理念がなくなっている点
- ・規則、通則、疑義解釈など、複雑きわまりない点 等

具体的な対応

- a．現行の労災診療報酬単価（1点単価：12円）を維持する。
- b．予算額にとらわれることのない診療報酬算出方法を検討する。
 - ・医師に課せられた社会的な責任に見合う報酬体系

- c. 診療報酬額の算出方法を簡素なものとする。
 - ・医療費算出に必要な項目の整理（基本診療料、医学管理等、検査、画像診断、投薬、リハ etc）
 - ・診察、診断といった知的行為＋手術、処置といった技術＋薬・材料等の物の対価
- d. 労災診療報酬の点数設定においては、根拠のある設定方法とする。
 - ・基本診療料（初診、再診、指導料、管理料）について、時間・傷害の難易度（ICD分類）・成功報酬（包括医療との関係）等を加味する
 - ・手術料の設定において、外保連試案、アメリカのメディケア（RBRVS）のような、料金設定方式により試案する
 - ・処置について、難易度を考慮する
 - ・労災診療の対象となる傷害の標準的医療を定めて点数を設定

その他

医師会が中心となり、地域の労働局他、関係機関等と協力し、労災診療費審査において、自浄作用の働くシステムを構築する。

B. 現行体系を維持しつつ、実質的な健康保険準拠からの脱却を図る

【目標達成までの対応】

総論

現時点において、新たな労災独自の診療報酬体系の構築が困難となれば、なし崩し的に改定を求めていくという方法をとらざるを得ない。

現行の労災診療費算定基準は、健康保険に準拠していながら、特掲項目が多くあり、実質的にはかなり労災独自の診療報酬体系に近づいている。

特掲項目の簡素化

労災特掲項目の制約を緩和し、さらに簡素化する。

現行の特掲項目を維持した上で、内容の簡素化を図り、誤請求のないような文言に改め、その中で問題となっている逡減制についてしっかり議論していく。

具体的な対応

救急診療報酬の大幅な見直しを図る。

- ・労災の大部分が救急であり、健康保険ではその報酬が低く抑えられていることの見直しを図る。

四肢の治療費のエビデンス確立のため、外国との比較、各種学会や日医総研との連携を図る。

労災診療の技術料について、難易度に応じて差を設ける。

例えば、現在、制限日数を超えた疾患別リハビリテーションは、労災診療においては、労災リハビリテーション評価計画書をレセプトに添付する等の対応が必要であるが、これを診断書またはレセプトにその内容（要点）を注記することで認められれば、リハビリテーションに関しては、健康保険の縛りから離

れ、労災独自色の強い診療報酬体系となる。平成19年4月の健康保険のリハビリテーション料改定により、日数制限を超えてリハビリテーションを行うことは可能となったが、リハビリテーション実施計画書の作成やレセプトにリハビリの実施状況や患者の状態、今後の計画など詳細を記載する必要がある。

C．労災独自の診療報酬体系の構築は難しい

総論

次の理由により、健康保険を基準とする体系から抜け出すことは不可能のように思える。

- ・すでに40年以上にわたり健康保険を基準としている
- ・1点単価：12円とは、すでに健康保険を基準とした考え方
- ・交通事故においても、各地の裁判所の判決が健康保険を基準としている
- ・本委員会の過去の答申においても、すべて何らかの形で健康保険を基準としている
- ・実現性が乏しいと、机上の空論になりかねないこと

現在の医療制度改革の情勢、診療報酬削減の流れ、国民の医師会に対する不信感の増大（マスコミの報道姿勢の影響大）、厚生労働省の以前からの考え方等から総合的に検討すると、健康保険の診療報酬体系からの脱却は、現時点では極めて困難であると思われる。

昭和36年から健康保険に準拠する労災診療費算定基準は、長年全国に周知されているため、医療提供側のみの希望により改正することは、非常に困難であると考えられる。

健康保険に準じて暫定的な取扱いとしている考え方が今もなお続いているのは、他に健康保険より脱却する良い方法が考えられないからである。

4)まとめ

健康保険に準じた現行の方式から脱却することは、上記のとおり非常に難しいことと考える。しかし、国の平成20年度の予算編成に際して、経済的な観点しか持ち合わせない有識者会議の意向により、社会保障費の削減（2,200億円）が求められ、平成20年度の健康保険診療報酬においては、十分な引き上げが期待できないような今の情勢では、ますます地域の医師不足、診療科の縮小・閉鎖は進み、地域医療の崩壊は目に見えている。

このような健康保険診療報酬に労災保険の診療報酬が準じている状況は、目的の異なる保険制度であり、やはり不自然なことと考える。

したがって、引き続き労災保険独自の診療報酬体系の構築については、労災・自賠責委員会としても日本医師会執行部に対して働き掛けていき、専門のワーキンググループを設置するなどの対応を求めていきたい。

一方で、それまでの間は、従来どおり診療報酬改定のたびに労災保険の趣旨に適さない診療報酬に関しては、労災特掲項目等により対応し、労災保険独自の取扱いとしていくことが必要である。

平成18年度の診療報酬改定においては、健康保険においてリハビリテーションの診療報酬体系の見直しが行われ、算定日数の上限が疾患別に設定されたが、労災保険においては、早期の集中的なリハビリテーションとともに、維持期のリハビリテーションの必要性が高いことから、主治医が「労災リハビリテーション評価計画書」を作成の上、診療報酬請求内訳書に添付することで、健康保険で設定された算定日数の上限を超えてリハビリテーションを実施できることとした。

その後、健康保険においては、維持期のリハビリテーションを必要とする患者がいわゆる「リハビリ難民」となり、社会的問題にまで発展し、平成19年4月に逡減制の再導入と1月当たりの包括点数である医学管理料の新設により対応したが、労災保険ではこれを適用することなく従来どおりの取扱いとした。

このように、労災保険の診療に適さない診療報酬に関しては、1つ1つ対応していくことが大切である。

2．労災補償（医療）の在り方

現行の「労働者災害補償保険」は、業務上の事由または通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対して迅速かつ公正な保護をするため、必要な保険給付を行い、あわせて、業務上の事由または通勤により負傷し、または疾病にかかった労働者の社会復帰の促進、当該労働者およびその遺族の援護、適正な労働条件の確保等を図り、もって労働者の福祉の増進に寄与することを目的としている。

現在、国が実施しようとしている医療保険制度改革においては、高齢者の医療の確保に関する法律により、平成20年4月から脳・心臓疾患の発症要因となる生活習慣病に関する特定健康診査および特定保健指導の実施が医療保険者に義務づけられることとなり、それに合わせるような形で労働安全衛生における定期健康診断（以下、「定期健康診断」という。）の見直しが行われることから、労災保険の認定、保険給付においてもこのような背景を考慮した見直しが必要と考える。

従来の労災保険は、上にも示したように、業務上または通勤による労働者の負傷、疾病、障害、死亡等に対する必要な保険給付として、療養（補償）給付、休業（補償）給付、障害（補償）給付、遺族（補償）給付等の他、予防給付として二次健康診断等給付が認められている。

二次健康診断等給付に関しては、公的保険制度において初めて予防に対して保険給付されたものであるが、医療保険制度改革において医療保険者に義務づけられた「特定健康診査・特定保健指導」の実施に伴い、その在り方について抜本的な見直しを行うべきであり、これに関しては別途詳しく述べる。

本委員会としては、厚生労働省が勧めている「過重労働による健康障害防止」のため、事業者が時間外・休日労働時間の削減、年次有給休暇の取得促進等の他、事業場における健康管理体制の整備、健康診断の実施等の労働者の健康管理に係る措置を徹底し、やむを得ず長時間にわたる時間外・休日労働を行わせた労働者に対し、面接指導等を実施するなど、適切な事後措置を講じている事業場（過重労働・メンタルヘルス対策実施事業場）においては、定期健康診断を受け、産業医の保健指導にもしたがっている労働者に対しては、脳血管疾患や心臓疾患を発症した場合、現行の労災認定基準に適合するか否かにかかわらず、労災保険として各種保険給付を可能とすべきと提案する。

具体的には、現在、脳・心臓疾患の労災認定基準のポイントは、

- 長時間の過重業務による疲労の蓄積を考慮
- 発症前おおむね6カ月を過重業務の評価期間とする
- 労働時間の評価の目安
- 業務の負荷要因

等から判断しているが、これらに関係なく労災認定を行う若しくは、その手続き等を簡素化するなどの対応が考えられる。

ただし、事業場が過重労働・メンタルヘルス対策を徹底しているか、労働者が産

業医の指導事項を実行しているかどうかの確認方法など、検討課題は残る。

また、この対応により産業医の判定、責任、書類等が繁雑にならないように配慮する必要がある。

平成 18 年度の「脳血管疾患および虚血性心疾患等（『過労死』等事案）の労災補償状況表 - 1」をみると、請求件数は 938 件であり、前年度に比べ 69 件（7.9%）の増加となっている。平成 15 年度に一度減少したが、それ以降、年々増加している。

同様に、支給決定件数は 355 件であり、前年度に比べ 25 件（7.6%）の増加となっている。

年齢別の支給決定件数（表 - 2）は 50～59 歳が最も多く、次いで 40～49 歳、30～39 歳となっている。

【表 - 1 脳血管疾患および虚血性心疾患等（「過労死」等事案）の労災補償状況】（件）

年度 区分		平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度	平成 18 年度
脳・心臓 疾 患	請求件数	819	742	816	869	938
	決定件数	785	708	669	749	818
	うち支給 決定件数	317	314	294	330	355
うち死亡	請求件数	355	319	335	336	315
	決定件数	379	344	316	328	303
	うち支給 決定件数	160	158	150	157	147

（厚生労働省労働基準局労災補償部補償課）

【表 - 2 脳・心臓疾患の年齢別請求及び支給決定件数一覧】（件）

年度 年齢	平成 17 年度		平成 18 年度	
	請求件数	支給決定件数	請求件数	支給決定件数
19 歳以下	0	0	0	0
20～29 歳	35	15	31	11
30～39 歳	107	49	103	64
40～49 歳	191	95	242	104
50～59 歳	355	143	377	141
60 歳以上	181	28	185	35
合 計	869	330	938	355

（厚生労働省労働基準局労災補償部補償課）

医療保険制度において、医療保険者に義務づけられた「特定健康診査・特定保健指導」は、40歳以上74歳未満の被保険者が対象となっているが、上記の結果から、30歳以上39歳未満の労働者の支給決定件数が、60歳以上の労働者の支給決定件数よりも多い点が、労災保険（労働者）の特徴といえる。

近年の労働災害（療養補償給付）の状況（表 - 3）は、平成元年～7年にかけて年々件数は減少してきたが、平成8年頃から徐々に件数は増加している。しかし、療養補償給付に係る日数や金額は年々減少していることから、労災保険のメリット制や労働環境の変化等の様々な要因により重症事例は減少してきていることが想像できる。

一方、平成8年以降の件数の増加については、精神障害等に係る労災補償請求件数（表 - 4）が過去5年間で341件→819件と倍以上に増え、決定件数においても296件→607件と倍増していることなどが影響しているのではないかと考える。（平成18年度における労災補償状況報告から）

同様に、自殺に係る請求件数は112件→176件、決定件数も124件→156件と増加している。また、交通事故に係る件数も増加の要因となっていると考えられる。

このように労働災害は、従来の負傷などに加え、精神的な疾病が急増している背景から、労災指定医療機関は負傷等の治療に限らず、産業医等との連携により精神疾患のケアも重要な役割となってきた。いかにして、産業医と労災指定医療機関が連携を図っていくか、またそれをどのように評価していくかが、今後重要な課題となってくる。

厚生労働省としては、職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策として、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を策定するとともに、「過重労働による健康障害を防止するための総合対策について」を策定し、労働者に対する積極的な健康管理を促している。

【表 - 3 保険給付支払状況（療養補償給付）】

年 度	件 数 (件)	日 数 (日)	金 額 (円)
平成元年度	3,229,228	67,114,866	230,073,817,183
平成2年度	3,195,011	66,714,967	228,384,454,417
平成3年度	3,120,529	65,499,557	225,960,462,899
平成4年度	3,027,761	64,117,418	235,192,179,106
平成5年度	2,960,621	62,718,713	234,920,800,267
平成6年度	2,922,580	61,934,686	236,051,053,499
平成7年度	2,914,934	61,229,726	241,956,307,234
平成8年度	2,965,145	62,357,350	243,427,812,793
平成9年度	2,975,485	64,016,748	240,107,654,401
平成10年度	2,969,170	63,614,189	233,830,080,358
平成11年度	2,942,325	62,481,581	226,220,810,152
平成12年度	2,987,785	62,958,217	226,437,407,043
平成13年度	3,066,044	64,362,377	224,437,443,443
平成14年度	3,008,259	62,604,347	208,716,689,132
平成15年度	3,091,723	63,569,026	207,560,278,706
平成16年度	3,129,054	63,682,714	207,241,609,491
平成17年度	3,155,612	63,676,536	205,108,496,548

(労働者災害補償保険事業年報(平成17年度))

【表 - 4 精神障害等の労災補償状況】

(件)

年度 区分		平成 14 年度	平成 15 年度	平成 16 年度	平成 17 年度	平成 18 年度
精神 障害等	請求件数	3 4 1	4 4 7	5 2 4	6 5 6	8 1 9
	決定件数	2 9 6	3 4 0	4 2 5	4 4 9	6 0 7
	うち支給 決定件数	1 0 0	1 0 8	1 3 0	1 2 7	2 0 5
うち自殺 (未遂を 含む。)	請求件数	1 1 2	1 2 2	1 2 1	1 4 7	1 7 6
	決定件数	1 2 4	1 1 3	1 3 5	1 0 6	1 5 6
	うち支給 決定件数	4 3	4 0	4 5	4 2	6 6

(厚生労働省労働基準局労災補償部補償課)

【表 - 5 精神障害等の年齢別請求及び支給決定件数一覧】

(件)

年齢	年度	平成 1 7 年度		平成 1 8 年度	
		請求件数	支給決定件数	請求件数	支給決定件数
1 9 歳以下		5	2	5	1
2 0 ～ 2 9 歳		1 5 8	3 5	1 9 1	3 8
3 0 ～ 3 9 歳		2 4 5	3 9	2 8 3	8 3
4 0 ～ 4 9 歳		1 3 6	2 5	1 8 3	3 6
5 0 ～ 5 9 歳		8 8	2 0	1 3 2	3 3
6 0 歳以上		2 4	6	2 5	1 4
合 計		6 5 6	1 2 7	8 1 9	2 0 5

(厚生労働省労働基準局労災補償部補償課)

3. 労災保険「二次健康診断等給付」のこれから

現在、労働安全衛生法に基づき約5,000万人の労働者に対して健康管理をはじめとする労働衛生管理が行われるに至っている。

労働安全衛生法に基づく定期健康診断においては、高脂血症や高血圧、糖尿病など脳・心臓疾患等につながる所見を有する労働者が増加しており、表-6および表-7に示すとおりおよそ2人に1人(49.1%：平成18年定期健康診断結果報告)が有所見という状況にある。さらに、業務によって生じた脳・心臓疾患により労災認定される件数(平成18年度355件(表-1))が、近年高止まりしており、過重労働対策とともに脳・心臓疾患の発症要因の対策を進めていくことが求められている。

一方、中高年の男性を中心に肥満者の割合が増加傾向にあるが、肥満者の多くは糖尿病、高血圧、高脂血症等の危険因子を複数併せ持ち、これらの危険因子が重なるほど脳・心臓疾患を発症する危険が増大することが医学的に判明している。特に内臓脂肪型肥満は、こうした脳・心臓疾患のリスクと密接に関係しているとされ、これに着目した「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の診断基準が示された。

労災保険制度においては、労働者の生活習慣病の発症予防を目的に、平成13年4月に労災保険二次健康診断等給付制度が創設され、労災保険から予防医療に対する保険給付が認められた。

しかし、本制度は十分に活用されているとはいえず、先に示した労働安全衛生法に基づき健康管理されている5,000万人の労働者のうち、約半数に高脂血症や高血圧、糖尿病など脳・心臓疾患等につながる所見を有する労働者がいるというデータがあるにもかかわらず、労災保険二次健康診断等給付の平成17年度の請求件数は、16,518件に留まっている。

医療保険制度改革において、平成18年6月に制定された「高齢者の医療の確保に関する法律(以下、高齢者医療確保法)」により、医療保険者が40～74歳の被医療保険者を対象に特定健康診査・特定保健指導を行うことが義務づけられた。さらに、この特定健康診査・特定保健指導を行うにあたり参考とする「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」が厚生労働省健康局の検討会において平成18年7月にまとめられた。(平成19年4月(確定版)が公表された。)

厚生労働省労働基準局では、「標準的な健診・保健指導プログラム(暫定版)」に示されている主な健診項目の中で、労働安全衛生規則に規定されていない項目を中心に労働安全衛生の視点も含め、主に医学的な観点から項目の必要性等について検討会を設置し検討を行い、その結果 腹囲を健診項目に追加、 総コレステロールを健診項目から削除し、低比重リポ蛋白コレステロール(LDLコレステロール)を追加、 尿糖の省略基準(血糖検査を受けた者については、医師の判断に基づき省略可)を削除、 その他、喫煙歴等の聴取を通知等で徹底等といった見直しが必要

要との検討結果が示された。

しかし、医療保険制度（高齢者医療確保法）に労働安全衛生における健診項目を合わせることで、医療保険者に義務づけられる特定健康診査に代えることが可能であるが、医療保険制度には特定保健指導のプログラムも設定されており、対象となるものには動機的支援から積極的支援とその実施回数や提供する内容が細かく規定されている。

また、この特定保健指導に係る費用については、被保険者（労働者）が負担することになることも考えられ、その指導内容および費用の面から、指導を受けない労働者も多く出てくることが懸念される。特に、小規模の事業所などでは、産業医と個別に契約しているところも少ないものと思われ、このような事業所については、さらに適切な特定保健指導の実施に不安を感じるものである。

そこで、本委員会としては、労働者に関して労働安全衛生法に基づく定期健康診断を医療保険者に義務づけられる「特定健康診査」に代えることが可能となっているように、定期健康診断の結果から特定保健指導を行う必要があると判断された労働者については、「労災保険二次健康診断等給付」を受けることにより特定保健指導を受けたものと認められるような取扱いとするよう提案したい。労災保険二次健康診断等給付は、健康診断と特定保健指導がセットになっており、一次健診および二次健診の結果から、栄養、運動、生活の指導が行われることとなる。これらに係る費用は、労災保険から保険給付されるため、事業主および労働者が改めて費用を負担する必要がない点がメリットといえる。

また、二次健康診断等給付を実施できる医療機関は、労災保険において届出の上指定されており、特に定期健康診断を担当する医療機関の多くは、二次健康診断等給付の届出も行われていると思われる。したがって、定期健診と同様の医療機関を受診することも可能であるし、労働者の自宅または職場近隣の医療機関を指定医療機関名簿から探すことも容易である。

ただし、上記のような対応は、医療保険制度において見直される可能性が高く、現時点では、平成20年4月よりこの方法を採用することは難しいものと思われる。

したがって、二次健康診断等給付を特定保健指導の代替とすることが可能となるよう要求していく一方で、当分の間の対応として、二次健康診断等給付の積極的な活用により、医療保険制度における特定保健指導の対象とならないよう取り組んでいくことを勧めたい。また、二次健康診断等給付の結果は、事業主に提出され、産業医等による「医師等の意見の聴取」が行われ、必要に応じて就業上の措置を行うことが労働安全衛生法上規定されている。

そのためには、労災保険二次健康診断等給付の見直しが必要となる。まず、二次健康診断等給付の対象者の選定については、医療保険制度における「特定健康診査および特定保健指導の実施に関する基準（仮称）」に基づき厚生労働大臣が定める基準（案）」による特定保健指導の対象者の抽出に関する、血糖検査、中性脂肪・HDLコレステロールおよび血圧に係る基準（下記参照）に準じた選定基準とし、統

一性を図るべきである。

【参考】

「特定健康診査および特定保健指導の実施に関する基準（仮称）」において、特定保健指導の対象者は、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者は、特定健康診査の結果、腹囲が85cm以上である男性若しくは腹囲が90cm以上である女性または腹囲が85cm未満である男性若しくは腹囲が90cm未満である女性であって、BMIが25以上の者のうち、次の(1)～(3)のいずれかに該当する者（糖尿病、高血圧症または高脂血症の治療に係る薬剤を服用している者を除く。）とするとされている。

(1) 血糖検査の結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者

（ 血糖検査 空腹時血糖値が100mg/dl以上または
ヘモグロビンA_{1c}が5.2%以上 ）

(2) 中性脂肪の量またはHDLコレステロールの量が厚生労働大臣が定める基準に該当する者

（ 中性脂肪の量 150mg/dl以上
HDLコレステロールの量 40mg/dl未満 ）

(3) 血圧の測定結果が厚生労働大臣が定める基準に該当する者

（ 血圧 収縮期血圧が130mmHg以上または
拡張期血圧が85mmHg以上 ）

二次健康診断等給付の対象者については、労働者災害補償保険法第26条において、「二次健康診断等給付は、労働安全衛生法第66条第1項の規定による健康診断または当該健康診断に係る同条第5項ただし書きの規定による健康診断のうち、直近のもの（一次健康診断）において、血圧検査、血液検査その他業務上の事由による脳血管疾患および心臓疾患の発生にかかわる身体の状態に関する検査であって、厚生労働省令で定めるもの（ ）が行われた場合において、当該検査を受けた労働者がそのいずれの項目にも異常の所見があると診断されたときに、当該労働者に対し、その請求に基づいて行う。」とされている。

（ ） 血圧の測定

血清総コレステロール、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）または血清トリグリセライドの量の検査

血糖検査

BMIの測定

二次健康診断等給付の対象者の選定においては、異常の所見と判断する具体的な検査数値は示されていないため、一次健康診断（定期健康診断）の担当医師または

産業医が異常と判断したものが有所見となる。

ここでの問題点は、二次健診等給付が普及しない原因の１つとされている「血圧検査、血液検査その他業務上の事由による脳血管疾患および心臓疾患の発生にかかわる身体の状態に関する検査であって、厚生労働省令で定めるものが行われた場合において、当該検査を受けた労働者がそのいずれの項目にも異常の所見があると診断されたとき」という文言であり、この「いずれの項目にも異常の所見がある」という部分を改正する必要があることは、過去の労災・自賠責委員会答申においても指摘しており、この問題は、医療保険制度における特定保健指導対象者の選定基準に準ずることにより、改善されることとなる。

また、二次健康診断等給付が普及するためには、中小企業の労働者が、労働安全衛生法に基づく定期健康診断をきちんと受けることが必要であり、これらの指導を国が強力に行うべきである。

なお、医療保険制度における特定健康診査・特定保健指導は、労働者や労働者以外の医療保険の被保険者を対象としたものであるため、発症リスクが高いと思われる４０～７４歳未満の被保険者を対象としている。

これを労働者に絞ってしてみると、前項の「脳・心臓疾患の年齢別請求及び支給決定件数一覧（表－２）」に示されているとおり、脳・心臓疾患にかかる労災請求件数及び支給決定件数は、６０歳以上の労働者よりも３０～３９歳の労働者の件数が多くなっている。これは、定年などにより６０歳以上の労働者人口が少ないことも考えられるが、請求件数に占める支給決定件数の割合が、３０代の労働者は非常に高くなっている。つまり、この年代は、働き盛りの世代であるとともに無理が利く年代であるための結果であると考えられ、６０歳以上の労働者よりも予防給付が必要であるともいえる。

医療保険制度ではカバーできない３０～３９歳の労働者に対しては、労災保険二次健康診断等給付により、脳・心臓疾患の発症を予防することが大変意味のあることであり、労災保険の特徴といえるのではないか。そのためにも、対象者の選定基準を医療保険制度における特定保健指導対象者の選定基準まで拡大し、早期に対応することで、将来的な労働者の健康を確保することが可能となる。

さらに、二次健康診断等給付に関しては、生活習慣病に係る特定健診・特定保健指導の他、労災保険で最も多い疾患である腰痛に関しても、労災保険の予防給付として将来的には対象とすべきである。

【表 - 6 平成 18 年 定期健康診断実施結果（業種別）】

業 種	健診実施事業場数		有所見率
01 製造業	3 2, 8 2 4	(1 0, 4 4 8)	4 8.7 %
02 鉱 業	6 9	(2 7)	6 5.1 %
03 建設業	3, 5 9 1	(3 8 5)	5 8.2 %
04 運輸交通	8, 5 5 1	(3, 8 9 0)	5 7.6 %
05 貨物取扱	1, 0 7 8	(2 9 7)	5 2.6 %
06 農林業	1 7 2	(1 9)	6 3.1 %
07 畜産水産	9 6	(9)	5 7.9 %
08 商 業	1 6, 9 4 8	(1, 9 6 3)	4 6.3 %
09 金融広告	3, 7 9 1	(1 7 3)	4 8.5 %
10 映画演劇	1 4 4	(1 0)	4 6.2 %
11 通信業	1, 6 2 4	(1 6 6)	6 0.8 %
12 教育研究	3, 4 7 3	(3 8 6)	4 8.8 %
13 保健衛生	1 1, 5 9 3	(4, 4 9 9)	4 3.3 %
14 接客娯楽	3, 1 2 6	(4 2 2)	4 8.7 %
15 清掃と畜	2, 5 2 5	(5 8 5)	6 3.9 %
16 官公署	1 6 9	(2 0)	5 6.7 %
17 他の事業	1 1, 5 2 0	(1, 5 8 7)	4 7.3 %
合 計	1 0 1, 2 9 4	(2 4, 8 8 6)	4 9.1 %

資料：業務上疾病発生状況等調査 平成 18 年（厚生労働省）

（注）1 「健康診断実施事業場数」欄は、健診実施延事業場数である。

2 () 内は年 2 回以上健診を実施した事業場数で内数である。

【表 - 7 定期健康診断実施結果（項目別有所見率の年次推移）】

平成 (年)	聴 (100Hz) 力	聴 (400Hz) 力	胸部 X線 検査	喀 痰 検査	血 圧	貧 血 検査	肝 機 能 検査	血 中 脂 質	血 糖 検査	尿 (糖) 検査	尿 (蛋白) 検査	心 電 図	有所 見率
2	5.1	8.2	1.6	1.0	7.1	4.2	8.7	11.1	-	2.7	1.8	6.2	23.6
11	4.2	9.3	3.1	1.4	9.9	6.2	13.8	24.7	7.9	3.3	3.2	8.7	42.9
12	4.1	9.1	3.2	1.5	10.4	6.3	14.4	26.5	8.1	3.3	3.4	8.8	44.5
13	4.1	9.1	3.3	1.3	11.1	6.6	15.3	28.2	8.3	3.3	3.4	8.8	46.2
14	3.9	8.7	3.3	1.4	11.5	6.6	15.5	28.4	8.3	3.2	3.5	8.8	46.7
15	3.8	8.5	3.4	1.6	11.9	6.5	15.4	29.1	8.3	5.1	3.2	8.9	47.3
16	3.7	8.4	3.6	1.5	12.0	6.6	15.3	28.7	8.3	3.1	3.5	8.9	47.6
17	3.7	8.2	3.7	1.5	12.3	6.7	15.6	29.4	8.3	3.1	3.5	9.1	48.4
18	3.6	8.2	3.9	1.8	12.5	6.9	15.1	30.1	8.4	2.9	3.7	9.1	49.1

資料：定期健康診断結果調べ（厚生労働省）

4．労災かくし

医療保険制度下における労災保険の問題点として、「労災かくし」の問題が挙げられる。「労災かくし」は、医療保険制度の財源に少なからず影響を与えているものと思われる。

労災保険は、事業主間の保険料負担の公平を期するため、事業の種類ごとに災害率等に応じて保険料が定められるが、さらに、個々の事業における災害防止努力の結果に応じて、労災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。

メリット制は、労働災害に基づく保険給付の実績からメリット収支率（業務災害により保険給付した額／業務災害に係る保険料の額×100）を算出し、その値に応じて、一定の範囲内で労災保険率（保険料の額）を増減させている。この一定の範囲が「メリット増減幅」である。

メリット制は、「労災かくし」の1つの大きな原因といわれており、「労災かくし」を助長することからメリット増減幅を拡大すべきでないという議論がある。一方、労働災害防止のインセンティブを促進する機能を有するため、メリット増減幅を拡大すべきとの議論もある。

いずれにしても、メリット制については、その利点とそれによる弊害をきちんと見極め、改めて見直す必要があるのではないかと考える。なお、「労災かくし」については、労働基準法および労働安全衛生法に違反する事案として行政機関において厳正に対処されることは当然のことである。

また、「労災かくし」の背景には、公共工事の指名停止等をおそれることなど複合的な要因が考えられるものである。

労災かくしによって、健康保険財政が圧迫されるとともに医師と患者（被災労働者）の良好な信頼関係が崩れるという問題も生じることとなる。医師は、法を守る義務、善良な管理者としての職務上の注意義務がある。医療は信頼によって成り立っている。健康保険法は、第1条（目的）において、労災には適用しない旨規定している。

労働災害が生じなかったという結果に対して、メリット制を適用させるため、特に小さな労災について、健康保険による診療を受けさせることを助長している。そうではなく、労働災害が生じないために、事業主として何をしたかということを評価し、その環境整備に対してメリット制を適用させるべきである。

労災かくしは、比較的小さな怪我等で行われることが多く、その積み重ねにより健康保険財源を圧迫する1つの要因となっているため、メリット制とともに、申請方法の再考が必要である。（例えば、「労災保険カード（仮称）」など）

また、労災保険制度に関して、労働者のほとんどがその内容を知らないのが実情である。労災保険制度が労働者にとってどのようなメリットがあるか、労災保険を利用するシステムはどういうものか、社員教育を徹底する方法を検討する必要がある。

《自賠責保険（交通事故診療）に関して》

1．はじめに

今期の労災・自賠責委員会では、会長諮問「医療保険下の自賠責保険のあり方」について議論を重ねてきた。最近の話題は、損害保険会社の人身傷害補償保険の支払いの際に、公的保険（健康保険等）を使用する努力規定（約款）が設けられているが、この乱用が目立ち未解決になっていることである。

医療機関と損害保険会社の考え方に、被害者の視点が除外されている点が問題である。また、損害保険会社の未払い問題が、マスコミ紙面の一面を飾ることが多く、国民や医療機関の不審を買っている。保険制度そのものが年金と同じく、国民との信頼関係で成立しているために、支払い側である損害保険会社の利益追求に走りすぎる傾向は、十分反省してもらわねばならない。

さて、今回も「交通事故診療における請求・支払状況等調査」として、自賠責保険診療費算定基準の実施状況等について、全国47都道府県の医師会へアンケート調査を依頼し、その結果を分析した。いわゆる「日医基準」、「自賠責新基準」の実施が平成15年に45都道府県となったが、残りの岡山県と山梨県の2県が未だ実施されていない状況が続いている。

そこで前回に引き続き、全国の交通事故診療費に係る支払い状況等を把握し、その結果を全国にフィードバックすることにより、診療費の支払等にかかる全国レベルの標準化となり、医療機関の交通事故診療費未収金問題等の解決に貢献するものと考ええる。

2. 交通事故診療における請求・支払状況等調査「アンケート結果（概要）」

問1) 自賠責新基準採用による健康保険の適用・切替え件数の変化

入院・外来ともに実施当初から変化がないという回答が最も多く、さらに、現在においても変化なしとの回答が17件と最も多い状況である。

ここで注目したいのは、実施当初と比較した現在の状況において、入院：12件、外来：11件が増加したと回答している点である。2年前の調査では、入院・外来ともに5件から増加との回答があったが、それに比べると大きく増えている点が気に掛かる。現在の健康保険の適用・切替え状況が増加傾向にある要因は、人身傷害補償保険の適用により、健康保険適用を強要されていることが大きく影響しているものと考えられる。

実施当初 (実施前との比較)	現 在 (実施後の状況 と比較して)	都道府県(全45件)	
		入 院	外 来
減 少	減少(実施当初より さらに減少している)	6 件 北海道、岩手県、新潟県、 滋賀県、和歌山県、福岡県	9 件 北海道、岩手県、群馬県、 新潟県、和歌山県、徳島県、 愛媛県、福岡県、熊本県
	増加 (実施前の状態に 戻っている)	4 件 山口県、徳島県、香川県、 宮崎県	2 件 山口県、宮崎県
	変化なし (実施当初と同様)	5 件 石川県、静岡県、愛知県、 兵庫県、鹿児島県	5 件 石川県、静岡県、兵庫県、 香川県、鹿児島県
増 加	減少(実施当初よりは 減少している)	件	件
	増加(実施当初より さらに増加している)	7 件 秋田県、茨城県、群馬県、 埼玉県、鳥取県、大分県、 沖縄県	6 件 秋田県、茨城県、埼玉県、 愛知県、鳥取県、大分県
	変化なし (実施当初と同様)	件	件
変化なし	減少(実施当初よりも 減少している)	件	1 件 神奈川県
	増加(実施当初よりも 増加している)	1 件 愛媛県	3 件 宮城県、千葉県、滋賀県
	変化なし (実施前後と同様)	17 件 宮城県、山形県、福島県、 東京都、神奈川県、富山県、 福井県、長野県、岐阜県、 三重県、京都府、大阪府、 島根県、広島県、高知県、 佐賀県、長崎県	17 件 青森県、山形県、福島県、 東京都、富山県、福井県、 長野県、岐阜県、三重県、 京都府、大阪府、島根県、 広島県、高知県、佐賀県、 長崎県、沖縄県
そ の 他		5 件 青森県、栃木県、千葉県、 奈良県、熊本県	2 件 栃木県、奈良県

問２）自賠責新基準を実施したことによる値切り等のトラブル件数の変化

実施当初、トラブル件数が減少したと回答のあった地域は２３件あり、自賠責新基準の実施に伴い値切り等のトラブルは減少していることがわかる。

実施当初に比べて、現在さらにトラブルが減少したと回答のあった地域は１２件（変化なし→減少：１件）あり、交通事故診療に関する周辺問題のうち、値切り等のトラブルに関しては良い結果が出ているといえる。

新基準の利用は、少なくとも医療機関にとっては、メリットがあるようだ。

実施当初 （実施前との比較）	現 在 （実施後の状況と比較して）	件	都道府県 （全４５件）
減 少	減少（実施当初より さらに減少している）	１２	北海道、岩手県、千葉県、東京都、 神奈川県、静岡県、愛知県、三重県、 大阪府、徳島県、福岡県、熊本県
	増加（実施前の状態に 戻っている）	３	新潟県、山口県、宮崎県
	変化なし（実施当初と同様）	８	群馬県、長野県、京都府、兵庫県、 鳥取県、香川県、愛媛県、鹿児島県
増 加	減少（実施当初よりは 減少している）		
	増加（実施当初より さらに増加している）	１	秋田県
	変化なし（実施当初と同様）		
変化なし	減少（実施当初よりも 減少している）	１	和歌山県
	増加（実施当初よりも 増加している）		
	変化なし（実施前後と同様）	１８	青森県、宮城県、山形県、福島県、 茨城県、埼玉県、富山県、石川県、 福井県、岐阜県、滋賀県、島根県、 広島県、高知県、佐賀県、長崎県、 大分県、沖縄県
そ の 他		２	栃木県、奈良県

問３）自賠責新基準による請求に対する支払期日について

実施当初より、「守られている・概ね守られている」を合わせると、４２件（現在：４１件）と圧倒的に多く、満足いく結果である。

しかし、現在の状況で宮城県、茨城県、大分県の３件ではあまり守られていない。

各県での医療協議会（いわゆる三者協議会）の議論を通じて、損害保険会社と医療機関の信頼関係を保ち、未払い問題を解決することも大切である。

実施当初	現 在	件	都道府県 (全４５件)
守られている	守られている (実施当初と同様)	8	岩手県、福島県、栃木県、東京都、 愛知県、島根県、高知県、鹿児島県
	概ね守られている (実施当初よりは 守られていない)		
	守られていない		
概ね守られている	守られている (実施当初より 守られるようになった)	3	和歌山県、徳島県、愛媛県
	概ね守られている (実施当初と同様)	30	北海道、青森県、山形県、群馬県、 埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、 富山県、石川県、福井県、長野県、 岐阜県、静岡県、三重県、滋賀県、 京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、 鳥取県、広島県、山口県、香川県、 福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、 宮崎県、沖縄県
	守られていない	1	宮城県
守られていない	守られている (実施当初より 守られるようになった)		
	概ね守られている (実施当初より 守られるようになった)	1	秋田県
	守られていない (実施当初と同様)	2	茨城県、大分県
そ の 他			

問４）自賠責新基準による請求に関して、支払期日を越える場合の対応

自賠責新基準の合意の際に申し合わせた支払期日までに支払いが困難な場合は、その旨、損害保険会社より当該医療機関に連絡することになっている。

事前に連絡が入るのは、実施当初は２６件、現在は２７件であるが、現在連絡が入らない地域が、１８件に上っていることが問題である。

しかし、これも医療協議会（三者協議会）で解決できる問題であり、保険金未払いの損害保険会社の日頃の姿勢が原因と考えられる。支払い遅延の場合は、その理由を医療機関や被害者である患者さんに連絡することを徹底させるべきである。

実施当初	現 在	件	都道府県 (全４５件)
必ず連絡が入る	必ず連絡が入る（実施当初と同様）	５	福島県、栃木県、東京都、 愛知県、鹿児島県
	概ね連絡が入る （実施当初よりは守られていない）		
	連絡がない	１	島根県
概ね連絡が入る	必ず連絡が入る （実施当初より守られるようになった）	１	神奈川県
	概ね連絡が入る（実施当初と同様）	１８	北海道、青森県、岩手県、 群馬県、埼玉県、新潟県、 長野県、静岡県、滋賀県、 大阪府、兵庫県、奈良県、 和歌山県、香川県、愛媛県、 高知県、長崎県、熊本県
	連絡がない	１	山口県
連絡がない	必ず連絡が入る （実施当初より守られるようになった）		
	概ね連絡が入る （実施当初より守られるようになった）	３	秋田県、京都府、福岡県、
	守られていない（実施当初と同様）	１６	宮城県、山形県、茨城県、 千葉県、富山県、石川県、 福井県、岐阜県、三重県、 鳥取県、広島県、徳島県、 佐賀県、大分県、宮崎県、 沖縄県
そ の 他			

問５）自賠責新基準実施後、損害保険会社は合意した内容を守っているか

現在、守られている・概ね守られていると回答のあった地域は４０件、守られていない地域は５件と、まずまずの状況である。

「自賠責新基準合意時における申し合せ事項」の内容について、理解していない損害保険会社や医療機関が存在していることも問題である。

そこで、担当者の勉強不足によるトラブル等に対しては、各都道府県医師会において、適正に対処されるべきものとする。

実施当初	現 在	件	都道府県 (全４５件)
守られている	守られている（実施当初と同様）	１０	岩手県、宮城県、山形県、 栃木県、東京都、愛知県、 大阪府、広島県、愛媛県、 鹿児島県
	概ね守られている （実施当初よりは守られていない）		
	守られていない		
概ね守られている	守られている （実施当初より守られるようになった）	３	福島県、神奈川県、 和歌山県
	概ね守られている（実施当初と同様）	２７	北海道、青森県、群馬県、 埼玉県、千葉県、新潟県、 富山県、石川県、福井県、 長野県、岐阜県、静岡県、 三重県、滋賀県、兵庫県、 奈良県、島根県、山口県、 徳島県、香川県、高知県、 福岡県、佐賀県、長崎県、 熊本県、宮崎県、沖縄県
	守られていない	２	鳥取県、大分県
守られていない	守られている （実施当初より守られるようになった）		
	概ね守られている （実施当初より守られるようになった）		
	守られていない（実施当初と同様）	３	秋田県、茨城県、京都府
そ の 他		１	栃木県

問 6) J A、全労済、全自共等（自賠責共済）との関係（対応）

新基準の採用地域において、新基準による請求に対し、損保会社と同様の対応となっているか。

全く同様・ほとんど同様の対応であるとの回答が 4 3 件、その他が 2 件と概ね問題はないようである。これは、損害保険会社からの出向等による人事交流がなされているからである。さらに、損害保険業界での情報交換も十分になされており、医療協議会（三者協議会）へオブザーバー参加（地域によって）も影響しているものと考えられる。

ただし、J A 担当者の新基準の理解レベルの標準化が、遅れていることが問題になっている。

		件	都道府県（全 4 5 件）
1	全く損保と同様の対応である	1 5	青森県、岩手県、山形県、神奈川県、新潟県、富山県、岐阜県、三重県、奈良県、鳥取県、広島県、徳島県、高知県、大分県、沖縄県
2	ほとんど損保と同様の対応である	2 8	北海道、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、石川県、福井県、静岡県、愛知県、滋賀県、京都府、兵庫県、和歌山県、島根県、山口県、香川県、愛媛県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、宮崎県、鹿児島県
3	新基準の請求を認めない （いわゆる自由診療と同様）		
4	その他	2	長野県、大阪府

支払期日等について、損害保険会社との申し合せと同様の対応ですか

損害保険会社と同様の対応であるとの回答が 3 6 件、損害保険会社より支払いが遅れるが 7 件、その他 2 件である。三者協議会で合意された事項は、随時、幹事損害保険会社以外の関係機関にも連絡されているはずである。

		件	都道府県（全 4 5 件）
1	損保と同様の対応である	3 6	北海道、青森県、岩手県、宮城県、山形県、福島県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、奈良県、和歌山県、島根県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県
2	損保よりも支払いが遅れる	7	秋田県、茨城県、群馬県、石川県、京都府、兵庫県、鳥取県
3	損保とは別に申し合せている		
4	その他	2	長野県、大阪府

問 7) 自賠責新基準未実施地域 (岡山県、山梨県) における支払い状況について

医療機関の請求への損害保険会社の対応について、支払い遅延や支払い保留等のトラブルはありますか

健康保険の適用・切替えや値切りのトラブルが多い。損害保険会社によって、対応が異なるようである。医療機関の対応能力により、損害保険会社の支払いの対応に差がでるものとする。

		都道府県 (全 2 件)
1	トラブルなく支払われている	
2	概ねトラブルなく支払われている	
3	健保の適用・切替えや値切りのトラブルが多い	山梨県、岡山県
4	その他	

医療機関の請求への自賠責共済の対応について、支払い遅延や支払い保留等のトラブルはありますか

概ねトラブルなく支払われている (岡山県) 健康保険の適用・切替えや値切りのトラブルが多い (山梨県) である。自賠責新基準の任意の採用 (手上げ方式) を検討されることも解決策になるものとする。

		都道府県 (全 2 件)
1	トラブルなく支払われている	
2	概ねトラブルなく支払われている	岡山県
3	健保の適用・切替えや値切りのトラブルが多い	山梨県
4	その他	

損害保険会社と自賠責共済の支払い状況に差がありますか

損害保険会社の対応が悪い(岡山県)、自賠責共済の対応が悪い(山梨県)となっている。

		都道府県（全2件）
1	損保会社・自賠責共済とも対応がよい	
2	損保会社の対応が悪い	岡山県
3	自賠責共済の対応が悪い	山梨県
4	損保会社・自賠責共済とも対応が悪い	
5	その他	

損害保険会社及び自賠責共済ともに、支払いが遅れる場合に、医療機関に対し事前に連絡がありますか

損害保険会社・自賠責共済ともに連絡がない（山梨・岡山県）という状況となっている。

		都道府県（全2件）
1	損保会社・自賠責共済ともに連絡がある	
2	損保会社のみ連絡がある	
3	自賠責共済のみ連絡がある	
4	損保会社・自賠責共済ともに連絡がない	山梨県、岡山県
5	その他	

問 8) 審査会（苦情処理委員会）について

審査会を設置していますか

医療協議会（三者協議会）と別に設置しているが 14 件、医療協議会（三者協議会）と兼ねているが 25 件、全く設置していないが 5 件、その他 3 件である。

つまり、39 都道府県医師会で、苦情処理のシステムが概ね構築されているようである。医療協議会や審査会（苦情処理委員会）で解決していくことは、有意義なことと考える。医療機関に対して、都道府県医師会の苦情処理への関与が、感謝される良い機会と考えるからである。

		件	都道府県 (全 47 件)
1	医療協議会（三者協議会）とは別に設置している	14	北海道、宮城県、福島県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、岐阜県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、山口県、愛媛県
2	医療協議会（三者協議会）と兼ねている	25	岩手県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、新潟県、石川県、長野県、静岡県、愛知県、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、広島県、徳島県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県
3	全く設置していない	5	秋田県、埼玉県、山梨県、岡山県、大分県
4	その他	3	青森県、福井県、香川県、

審査会（苦情処理委員会）の開催頻度をお答えください

毎月開催が5件（群馬県、千葉県、神奈川県、高知県、福岡県）、年6回開催が2件（東京都、広島県）、年4回開催が3件（石川県、愛知県、佐賀県）、年3回開催が2件（茨城県、和歌山県）、年2回開催が8件と最も多く（新潟県、長野県、大阪府、山口県、徳島県、熊本県、宮崎県、鹿児島県）、年1回開催が4件（岩手県、兵庫県、鳥取県、長崎県）である。その他必要なときに随時開催やほとんど開催していない県が17件である。

	月1回	月2回	年1回	年2回	年3回	年4回	年5回	年6回	その他
件	5		4	8	2	3		2	17
都道府県	群馬県 千葉県 神奈川県 高知県 福岡県		岩手県 兵庫県 鳥取県 長崎県	新潟県 長野県 大阪府 山口県 徳島県 熊本県 宮崎県 鹿児島県	茨城県 和歌山県	石川県 愛知県 佐賀県		東京都 広島県	北海道 宮城県 山形県 福島県 栃木県 富山県 福井県 岐阜県 静岡県 三重県 滋賀県 京都府 奈良県 鳥根県 香川県 愛媛県 沖縄県

1回の審査会（苦情処理委員会）における案件数はどの程度ですか

1～2案件が20件、3～4案件が5件、5～10案件が2件、ほとんどない（その他）が14件である。ほとんど各医療機関で解決できているようである。もちろん不満を抱えつつのことであるが・・・。

	1～2件	3～4件	5～10件	10件以上	その他
件	20	5	2		14
都道府県	北海道、栃木県、群馬県、千葉県、東京都、新潟県、石川県、長野県、岐阜県、三重県、和歌山県、鳥取県、広島県、徳島県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県	茨城県、神奈川県、愛知県、大阪府、宮崎県	静岡県、山口県		岩手県、宮城県、山形県、福島県、富山県、福井県、滋賀県、京都府、兵庫県、奈良県、鳥根県、香川県、愛媛県、沖縄県

3. 交通事故に関する最近の問題等

1) 損害保険会社の保険金等の未払い問題について

自賠責保険、任意自動車保険は、生命保険と双璧の保険会社の主力商品である。年金の問題と同様で、国民に加入の際に、特約を勧めておきながら、いざとなると支払いを渋る不作為の犯罪は、許されないことである。年金の杜撰な管理は、社会保険庁の職員のサボタージュであり、犯罪そのものである。それにより、社会保険庁そのものが国民の信頼を失い、組織の解体につながった。

自賠責保険と任意自動車保険の損害率は、毎年60%前後で推移していることより、財源の厳しい健康保険制度の借用をやめて、正常な自由診療の支払い制度を確立すべきである。保険財源が十分存在するときに、改革のチャンスである。

2) 「人身傷害補償保険」について

最近、保険金未払いの報道の影響の大きさのためか、人身傷害補償保険による健康保険適用の強要案件も、やや下火のようである。自損事故による健康保険使用時の人身傷害補償保険の利用については、以前から特に問題はない。しかし、加害者の存在する自賠責保険適用時の被害者の人身傷害補償保険の使用については、原則拒否すべきと考える。被害者である患者にとって、不利益になるだけでなく、医療提供側からみて患者のためには自賠責保険法が優先すべきと考えるからである。

また、通勤途上の交通事故においては、労災保険の補償内容と比べ、自賠責保険の給付の方がより充実していることから、厚生労働省としても自賠責保険を適用した方が、被害者にとってメリットが多いとして、優先するようすすめていることは、忘れるべきではない。(詳しくは、次の3)にて説明する。)

損害保険会社は、健康保険など公的保険を利用して、保険の支払額引き下げの手段に利用しているにすぎない。損害率60%(利益率40%)の損害保険制度の実態からも、支払い値引きする必要はない。

しかし、被害者の保険金詐欺など不正行為に対しては、医療機関も損害保険会社とともに、毅然とした対応が求められることは当然である。

つまり、交通事故の被害者にとって、必要かつ適正な医療は十分に提供され、早期社会復帰に向けて、医療機関として全力を挙げて努力することが肝要である。そして、その結果として、国民に感謝される医療機関、損害保険会社であらねばならない。両者が互いに協力してこそ、日本の自賠責保険制度という平時の安全保障制度が生きてくるものと考ええる。

3) 通勤災害における交通事故について

健康保険法は、第1条の目的において、「この法律は、労働者の業務外の事由による疾病、負傷若しくは死亡又は出産およびその被扶養者の疾病、負傷、死亡又は

出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。」とされている。

この『労働者の業務外』の解釈として、使用者の指揮命令と関係のない場合も業務外となり、その典型的な例が通勤による事故（通勤災害）である。したがって、通勤災害に係る診療は健康保険を使用することが法律上可能である。ただし、健康保険法第55条において、労災保険法等による給付を受けることができる場合には、健康保険による診療は行わないと規定されているため、通勤災害として労災保険の給付を受ける場合には、健康保険での診療は受けられないこととなっている。

基本的には、通勤災害（交通事故）の場合、自賠責保険等による保険金の支払いと労災保険の給付のどちらを先に受けるかは、被災者が自由に選べるものである。

しかし、実際の問題点として、近年、損害保険会社の誘導により労災保険を診療当初から適用している例が増加している。

一般的には、先に自賠責保険等からの保険金支払いを受ける場合には、仮渡金制度や内払金制度を利用することによって損害賠償額の支払いが事実上速やかに行われること、自賠責保険等は労災保険の給付より幅が広く、例えば、労災保険では給付が行われない慰謝料が支払われること、療養費の対象が労災保険より幅広いこと、さらに休業損害が原則として100%で補われること（労災保険では60%）など、被災者等にとって様々なメリットがあることから、自賠責を優先的に適用するよう労災保険関係行政もすすめている。

つまり、損害保険会社が自賠責保険よりも労災保険を先行して利用することをすすめるその意図は、患者にとって有益であるということではなく、自分たちにとってメリットがあるということが窺える。

4．今後の委員会において議論されるべき検討課題

次年度以降の本委員会の検討課題の１つと考えていただきたい。

- (ア) 日医労災・自賠責委員会と日本損害保険協会・損害保険料率算出機構との定例医療協議会の開催（年１回（１期２回））
- (イ) 外資系損害保険会社の未払い金問題の解決方法
- (ウ) 医療機関における交通事故診療に係る請求・支払いトラブル事例とその対応について、委員会としての考え方（対処法）をまとめる
- (エ) 医療協議会主催による交通事故自賠責保険制度の研修会など
- (オ) 自賠責新基準の見直し

5．まとめ

今期の委員会では、会長諮問による自賠責の諸問題を以上のように議論し、様々な問題について検討し、答申書をまとめてきた。前期の委員会から付託された検討課題についてもすべて議論したわけではないが、できるだけ現場の問題点を解決すべく努力してきたものである。

すぐに役立てることができる短期に解決すべき問題と、長期に時間を要する問題とに分けて、議論していく工夫が大切のようである。

最後になりましたが、未解決の問題も多く存在するために、今後の委員会にさらに期待するしだいである。

《 お わ り に 》

日本の医療保険制度は、急速に変化しているところである。

高齢社会に対応した後期高齢者医療制度の創設、療養病床の再編（削減）、特定健診・特定保健指導の医療保険者への義務化等、医療保険制度改革として平成１５年度の閣議決定より今日に至るまで、着々と進められているところである。

労災保険制度に関連するものにおいても、高齢社会に対応した労働環境、過重労働の防止対策（職場環境の整備）等、社会の変化に対応した取り組みが行われている。

しかし、労災診療報酬制度に関しては、昭和３６年当時の暫定的な申し合せに準じた取り組みが、今もなお原則として運用されている状況にある。

昭和３６年当時から今日まで、社会情勢、医療をとりまく環境など時代とともに大きく変化しており、本当に健康保険に準じた取扱いで被災労働者に対し十分な医療が提供できるのか、改めて被災労働者にとって望ましい医療提供とその評価について検討すべきと考える。

自賠責新基準に関しては、平成元年の策定から今日まで、４５都道府県で実施されている状況であるが、この間、人身傷害補償保険の設定や保険の自由化（外国損保会社の参入）、政府による自賠責保険再保険制度の廃止等があったが、やはり近年の損害保険会社の未払い問題が国民の信頼を失うとともに、利益主義の体質が露呈されたものと思われる。任意保険に関しては、企業の体質として利益を求めることも仕方ないが、それが被害者救済のための自賠責保険にまで及ぶことはとうてい認められないものである。

被害者救済のための十分な医療提供を可能にするとともに、加害者（損保会社）と被害者の関係の間に入らざるを得ない医療機関に対し、理由のない支払遅延や支払停止が行われないよう、十分な話し合いが中央および各都道府県において行われるようお願いしたい。

次期（平成 2 0 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 唐 澤 祥 人 殿

次期（平成20年度）労災診療費算定基準の改定に係る要望

近年、健康保険の診療報酬改定は、その財政的問題から、平成14年の診療報酬マイナス改定にはじまり、平成16年の診療報酬本体±0改定、平成18年度の史上最大のマイナス3.16%の改定と医療費抑制策が断行され、医療機関の経営を非常に厳しいものとしております。

労災保険に関しては、療養補償給付の件数が微増傾向にありますが、保険給付額は年々減少している状況であり、財政的にも逼迫した状態にはありません。

しかし、健康保険と労災保険では保険の目的と財源が違うにもかかわらず、労災保険の診療報酬が、原則健康保険の診療報酬点数に準拠するとされているため、労災診療費算定基準もマイナス改定の影響を強く受け、本来あるべき姿から逸脱した診療報酬体系になっている状況であります。

本来、労災診療費算定基準は、健康保険に準ずることなく、独自の診療報酬体系とすべきであることはいうまでもありません。また、その実現に向けて、労災・自賠責委員会においても検討を重ねてきたところでありますが、これに関してはもう少し時間をかけて対応する必要があります。

そこで、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）および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19年12月12日

労災・自賠責委員会

委員長 塩 見 俊 次

副委員長 藤 川 謙 二

委 員 池 田 舜 一

梅ヶ枝 健 一

佐 藤 和 徳

高 橋 牧之介

畠 中 卓 士

薬 袋 健

村 田 欣 造

目 黒 順 一

山 内 四 朗

別紙 1

次期（平成 20 年度）労災診療費算定基準の改定に係る 最重点要望項目（10 項目）

優先順位の高いものから記載しております。

重点要望 1 初診料

他保険や他傷病で診療継続中であっても新たな労災による傷病が発生した場合には、初診料の算定を可とする。また、緊急性のある場合には、併せて救急医療管理加算の算定も可とする。

重点要望 2 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。

重点要望 3 [処置料・手術]四肢の傷病に対する特例（四肢加算）

頭頸部、躯幹の手術、創傷処理及び処置を 1.5 倍とする。

重点要望 4 [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。

重点要望 5 [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。

重点要望 6 [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。

重点要望 7 リハビリテーション料

日数制限を超えて実施するリハビリテーションについて、診療費内訳書（レセプト）への労災リハビリテーション評価計画書の添付は不要とする。診療費内訳書にその必要性を記載すれば良いこととする。

重点要望 8 [処置料]消炎鎮痛等処置の特例

介達牽引、消炎鎮痛等処置を以前の点数に戻すこと。

重点要望 9 [処置料]四肢の傷病に対する処置に係る特例

四肢加算を含めた処置点数を設定する等、簡素化を図る。

重点要望 10 [処置料]消炎鎮痛等処置の特例

3 部位 → 5 部位まで算定可能とする。

次期（平成 20 年）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	1 他保険や他傷病で診療継続中であっても新たな労災による傷病が発生した場合には、初診料の算定を可とする。また、緊急性のある場合には、併せて救急医療管理加算の算定も可とする。
2		2 初診料は金額ではなく、点数にすべきである。
3	救急医療管理加算	1 救急医療管理加算が算定できる場合を次のとおりとする。 傷病の発生から数日間・・・ → 7日以内に診察を受けた場合
4	再診料	1 200 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。
5		2 200 床以上の病院においても再診料と外来管理加算の算定を可能とする。
6	外来管理加算	1 処置等について、四肢加算を行った結果、52 点をオーバーしたのもも外来管理加算 52 点を加算できることとする。
7		2 再診のみならず、初診でも外来管理加算を認める。
8	外来診療料	1 評価が低すぎる。200 床以上の病院においても再診料（1,360 円）の算定を可とする。
【指導管理料】		
9	再診時療養指導管理料	1 同一の医療機関の複数診療科を受診し、それぞれの診療科において指導を行った場合には、それぞれの疾病が主病であり、診療科ごとの算定を可とする。
10	再診時療養指導管理料 再就労療養指導管理料	1 再診時療養指導管理料、再就労療養指導管理料を点数にする。

No.	項 目	要 望 項 目
【処置料】		
11	四肢の傷病に対する処置に係る特例	1 四肢加算を含めた処置点数を設定する等、簡素化を図る。
12		2 ギプス料を四肢加算の対象にする。
13		3 頭頸部、躯幹の手術、創傷処理及び処置を 1.5 倍とする。
14		4 絆創膏固定を膝、足関節以外の部位にも認める。
15		5 創傷処置は面積と異なる独自の算定方法を考える。
16	消炎鎮痛等処置の特例	1 複雑な計算方法となっており、簡素化する。
17		2 湿布処置については、診療所の外来のみ算定可であるので、病院又は入院中の患者であっても算定可とする。
18		3 介達牽引、消炎鎮痛等処置を以前の点数に戻すこと。
19		4 3 部位 → 5 部位まで算定可能とする。
20		5 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射、介達牽引、矯正固定、変形機械矯正術および疾患別リハビリテーションの併施については、その組み合わせ方により算定方法が様々であり、誤請求（請求漏れ）の要因となっているため、これらを併施した場合には、どの組み合わせであっても 3 部位まで算定を認めるとする。その中で最も算定額の高い組み合わせで請求する。なお、湿布処置に関しては、処置面積を合算した上で該当する区分に対し、最も高い倍率で算出した点数を所定点数とする取扱いのため、この所定点数を 1 部位として考え、その他の処置等と組み合わせで算定する。（同一の部位に行ったものは重複して算定できない。）

No.	項 目	要 望 項 目
21	消炎鎮痛等処置（「マッサージ等の手技による療法」及び「器具等による療法」と疾患別リハビリテーションの併施	1 消炎鎮痛等処置の 3 部位の点数の算定方法をもっと分かりやすくすべきである。
22		2 消炎鎮痛等処置（器具によるもの）で初診の時と再診の時の（ 3 部位の ）点数の算定方法が分かりにくい。
23	介達牽引の特例取扱い	1 介達牽引、消炎鎮痛等処置を以前の点数に戻すこと。
24		2 3 部位 → 5 部位まで算定可能とする。
【手術料】		
25	四肢の傷病に対する手術に係る特例	1 複数手術に係る費用の特例は廃止、もしくは再検討を要する。（手術で最も重要な点は再建に伴う機能の温存であり、皮切とは関係ない。）
26		2 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。
27		3 頭頸部、躯幹の手術、創傷処理及び処置を 1.5 倍とする。
28		4 四肢の傷病に対する手術に係る特例で、手（手関節以下）・手の指に係わる算定が複雑すぎる。
29		5 前腕まで、複数手術の特例を拡大する。
30	手の指に係る創傷処理（筋肉に達しないもの）	1 算定が複雑すぎる。
31		2 指 4 本の場合と 5 本の場合の評価が同点数であるので、指 5 本の場合には、指 4 本の場合の点数に 4 7 0 点を足した 2 , 8 2 0 点とすべき。
32		3 算定方法が複雑であっても、コンピューターが処理するので簡単にする必要はないのではないか。

No.	項 目	要 望 項 目
33	手の指に係る骨折非観血的整復術	1 算定が複雑すぎる。
34		2 指4本の場合と5本の場合の評価が同点数であるので、指5本の場合には、指4本の場合の点数に1，440点を足した8，640点とすべき。
35		3 算定方法が複雑であっても、コンピューターが処理するので簡単にする必要はないのではないか。
36	手指の創傷に係る機能回復指導加算	1 190点 → 200点へ引き上げる。
【リハビリテーション料】		
37	リハビリテーション料	1 労災リハビリテーション評価計画書の診療費内訳書（レセプト）への添付は不要とする。診療費内訳書にその必要性を記載すれば良いこととする。
38		2 疾患別リハビリテーションの算定日数制限をなくすこと。
39		3 リハビリテーションの逡減制は廃止する。
40		4 リハビリテーション評価計画書を3ヶ月に1度程度とするか、もしくは「傷病の経過」欄に記載するだけとする。
【入院料】		
41	入院基本料	1 医療法の改正において、次の場合には入院診療計画書の交付および適切な説明を行うことを要しないとされたが、健保点数表の取扱いは、これに準じた取扱いはせず、従来どおりとなっている。しかし、医療法に準じた取扱いとすべきである。 ア 患者が入院した日から起算して7日以内で退院することが見込まれる場合 イ 入院診療計画書を交付することにより、病名等について情報提供することとなり、当該患者の適切な診療に支障を及ぼすおそれがある場合 ウ 入院診療計画書を交付することにより、人の生命、身体または財産に危険を生じさせるおそれがある場合

No.	項 目	要 望 項 目
42	入院基本料	2 また、7日を超えて入院する場合でも、特別の事情があり、労災診療計画書等を交付し、説明することができない場合には、その理由を診療費請求内訳書に記載することで、入院基本料等の算定を可とする。（現行と同様の取扱いを継続する。）
43	入院室料加算	1 各医療機関からの差額ベッド代の届出額の状況を調査し、現行の設定額が適切か見直すべきである。
44		2 手術を要しない腰椎圧迫骨折・骨盤骨折等もあるため、「イ 症状は必ずしも重篤ではないが、手術、 <u>その他</u> で比較的～」に改める。
45	病衣貸与料（1日につき）	1 7点 → 10点に引き上げる。
【その他】		
46	初診時ブラッシング料	1 91点 → 100点へ引き上げる。
47		2 ブラッシング、デブリードマンは全く違う手技のため、「デブリードマン」を行った場合も算定できることとする。
48		3 1,500円程度の評価があってもよいのではないか。
49	療養の給付請求書取扱料	1 様式第6号（療養補償給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届）及び第16号の4（療養給付たる療養の給付を受ける指定病院等（変更）届）についても様式第5号及び第16号の3と同様取扱料の算定が出来るようにする。
50		2 療養の給付請求書取扱料を点数にする。

交通事故診療における請求・支払状況等調査 < 結 果 >

平成 1 9 年 1 2 月

日本医師会 労災・自賠責委員会

問 1) 自賠責新基準採用による健康保険の適用・切替え件数の変化

健保の適用・切替えを求められる件数について、自賠責新基準の実施前後の比較および実施当初と現在を比較し、入院・外来それぞれについて該当する状況に○印をご記入下さい。

実施当初 (実施前との比較)	現 在 (実施後の状況と比較して)	都道府県 (全 4 5 件)	
		入 院	外 来
減 少	減少 (実施当初より さらに減少している)	6 件 北海道、岩手県、新潟県、 滋賀県、和歌山県、 福岡県	9 件 北海道、岩手県、群馬県、 新潟県、和歌山県、 徳島県、愛媛県、福岡県、 熊本県
	増加 (実施前の状態に 戻っている)	4 件 山口県、徳島県、香川県、 宮崎県	2 件 山口県、宮崎県
	変化なし (実施当初と同様)	5 件 石川県、静岡県、愛知県、 兵庫県、鹿児島県	5 件 石川県、静岡県、兵庫県、 香川県、鹿児島県
増 加	減少 (実施当初よりは 減少している)	件	件
	増加 (実施当初より さらに増加している)	7 件 秋田県、茨城県、群馬県、 埼玉県、鳥取県、大分県、 沖縄県	6 件 秋田県、茨城県、埼玉県、 愛知県、鳥取県、大分県
	変化なし (実施当初と同様)	件	件
変化なし	減少 (実施当初よりも 減少している)	件	1 件 神奈川県
	増加 (実施当初よりも 増加している)	1 件 愛媛県	3 件 宮城県、千葉県、滋賀県
	変化なし (実施前後と同様)	1 7 件 宮城県、山形県、福島県、 東京都、神奈川県、 富山県、福井県、長野県、 岐阜県、三重県、京都府、 大阪府、島根県、広島県、 高知県、佐賀県、長崎県	1 7 件 青森県、山形県、福島県、 東京都、富山県、福井県、 長野県、岐阜県、三重県、 京都府、大阪府、島根県、 広島県、高知県、佐賀県、 長崎県、沖縄県
そ の 他		5 件 青森県、栃木県、千葉県、 奈良県、熊本県	2 件 栃木県、奈良県

具体的ご意見（３０都道府県）

- 岩手県：健保強要について、実施当初は入院・外来とも健保の強要あり。健保を使用しないと支払わないとの発言があったようであるが、現在は入院・外来とも減少。ほとんどない。
損保会社が新基準の合意を新人教育で徹底するよう指導することを提言してきた。
健保強要のトラブルが起こるのは、損保会社が悪い。（年１回の情報交換会での提言）
- 宮城県：外来に関しては、人身傷害補償保険の適用増加に伴って増加している。
- 秋田県：自賠責保険の詳しい説明もなく、「保険証を使用しないと減額になる」と患者に健保使用を促しているケースが見受けられる。
- 茨城県：自賠責新基準採用とは関係なく増えている。
- 栃木県：本県では、平成２年に新基準を採用していることから、実施前後の比較および実施当初と現在を比較するデータは把握できていない。なお、現状においては、健保の適用・切替えを求められるといった事例は寄せられていない。
- 群馬県：（外来）初期においては人身傷害補償保険で健保適応を主張する保険会社が多かったが、最近では減少している。
（入院）高額の治療費が予想される場合（骨折等で入院）については、健保切替えの要望が多い。
- 埼玉県：以前に埼玉方式（モノ２０円、技術料３０円）という基準があった。現在、埼玉方式は廃止されているが、日医方式を採用するとかなりの減収となるため、これまで日医方式を採用する医療機関が少なかった。しかし、最新の調査によると、約６７パーセントの医療機関が日医基準を採用していることが判明している。
- 千葉県：任意保険未加入、強制保険のみの加入者に対し、被害者請求等が煩雑で、且つ一時被害者の立替払いが困難な場合、やむを得ず健保使用となる場合がみられます。
- 神奈川県：被害者側に過失があると思えない事故についても、被害者の家族を同席させて、保険会社が健康保険切替えを要請してくる場合がある。
一括といいながら、患者に第三者行為の手続きをさせ、強引に初診から健康保険適用を強要する損保が多い。特に初診時一括といいながら、後日最初から健保でという損保が目立つ。
入院になると患者側に過失がなくとも、健保使用を要求する損保が多いので困惑している。
- 新潟県：県の三者協議会での話し合いが効果的に機能し、比較的トラブルが少となっている。
- 石川県：新基準実施以前に比べ医療機関からの苦情は減少しているものの、損保側は治療費を自賠責の範囲内で収めようとする態度が見られる。
医療機関から損保会社に毎月診断書を出しているにもかかわらず、４か月を経過した頃に医療照会等何かと意見を求めてくるケースが見られる。
また、健保への切替え（第三者行為）の手続きは患者の申告（意志）であるが、損保側から言ってくるケースがある。
このように、交通事故診療により支払うべき治療費を健保切替えによって健康保険で支払うことは、健保財政圧迫の大きな一因であると思われる。
- 福井県：最近、健保を使う人が増えてきた。
実施当初は、情報が定着していないこともあり、年間の件数としては数件であったが、現在においては特に入院治療では８割以上を第三者行為で占めている。
初診当時から第三者行為を申し出る場合が、今までより多いように思う。
過失の大小に係わらず、健保の依頼が多くなっている。（特に入院はほとんどが健保になってきている）
健康保険に切替えた時の負担金の支払について、当病院のやり方に従ってくれない。他の病院の事例ばかりを出して、当院のやり方を批判する。
- 岐阜県：人身傷害補償保険の場合は、（契約書の約款にあるためか）ほとんど健保使用である。
入院については、過失割合に関係なくほぼ１００％健保切替えを求められる。
保険会社の一方的な誘導での健保切替えが多い。
公的病院が新基準でないため、紹介転院の際、健保使用が多く、治療費の一物二価とな

り、医療不信の一因ともなっている。

愛知県：入院は不利と考えられているのか増加した。

滋賀県：大きな変動はないとの認識でいる。

三重県：近頃過失割合に応じ、患者を通じて健保適用を申し出る会社がある。健保の適用は原則認めないという方向で、医師会としては対応する必要があるのではないかと。

健保使用は患者本人の意思ではなく、保険会社からの指示により保険証を提示される場合がほとんどであり、窓口で第三者行為手続きの説明をすると、それを知らない人が多く対応に困る。

健康保険の使用は、患者の権利と主張する保険会社がある。

第三者行為等の手続きの説明をすると、他院では無しで受けてもらった等のことを言われることがある。

大阪府：平成5年の大阪府自動車保険医療連絡協議会において、健康保険適用に関して「医療機関は患者から健康保険証が提示された時は、健康保険の使用を認める。損保会社は理由のある場合を除き、新算定基準を優先適用する。」との確認事項を取り交わしている。

従って、損保会社が治療費の抑制を目的として健康保険の使用を強要することのないように、周知徹底に努めている。

また、健康保険を使用した場合、保険者から損保会社に求償されるが、求償額に対して、損保から支払われない額の有無について調査する必要がある。（未払い問題に関連）

兵庫県：一般的には3ヶ月（受傷後、治療開始後）をオーバーした場合に切替えを求められるケースが多い。健保組合の了承を求め、レセプトには第三者行為の朱書きを必ず行う旨を損保側に伝えるべき。

鳥取県：新基準採用時には健康保険等の切替えはないと聞いていたが、最近、治療の長期化が予想される場合や過失の度合いに応じて増加してきている。また、切替えを月の途中で依頼されるので事務手続き上、困っている。

山口県：特に治療費が大きくなりそうな症例（強制保険をオーバーしそうな症例）では、患者さんの健康保険使用への誘導が行われる傾向にある。治療が長期化する場合への切替えをお願いする旨の文書も出ている。

高知県：保険会社（損保・JA等）担当者が、患者さんへの話として、「健保を使う方があなたが得をしますよ。」「過失の割合が高いので自賠責は使えません。」等の声が聞かれます。（積極的にしているように見受けられます。）

入院については手術等によって高額になる場合（患者の状態など）は、予め健康保険使用との連絡が多い。

患者の同意が得られず、健康保険が適用出来ない場合もある。

事故の申し出がなく、医療保険に請求後、損保会社から告知があるケースもあり、もう少し事前に手続き等が出来ないものか。

最近では、ほとんどのケースで健保使用となってきている。しかも患者から申し入れることが増えてきたので、保険会社が患者指導・誘導をしていると強く感じられる。

福岡県：健保併用が数例あり。

実施当初は幾分減少したとはいえ、数年間は健保適用・切替え要求は多かった。10年以上経過した現在は非常に減少している。しかし、損保は健保適用・切替えを強く拒否する医療機関とそうでない医療機関とに棲み分けしていて、拒否する医療機関には要求はほとんど行わず、そうでない医療機関には当然のように健保適用・切替えを要求して、実行しているようである。なお、そうでない医療機関には外科の医療機関、自賠責取扱い件数の少ない医療機関、院長が面倒くさがり屋の医療機関が多く含まれている。

医療機関の中には新基準となった一連の経緯を良く理解できていない施設も存在する。

通常の事案は新基準優先と思いますが、最初から健保使用（人身傷害補償保険）を申し込んでくる例が多い。（増加している）

佐賀県：過失割合で健保の適用を求められる場合があります。

保険会社が健保適用のデメリットを言わず、「健保を使うと慰謝料が増えますよ」などと患者を言いくるめ、健保適用を言ってくる。

特に入院治療を要する患者さんへ健保適用をすすめているように思えます。

自賠責で治療している途中から健保への切替えが時々ある。

長崎県：(長崎市)患者に対し、健康保険の適用、切替えがどのような利益と損失があるのかの詳しい説明が乏しく、そのように誘導している傾向がある。

(佐世保市) 保険証を使用する治療の要請件数に関しては、以前と変わらない印象がある。患者さんに、保険会社の担当が第三者行為を誘導していると思われるケースが多い。

整形外科では、圧迫骨折等の治療が長引くケースの場合、治療途中で健保使用を要求している。入院患者では件数が減少、外来患者ではほとんど変化がないようだが、保険会社とのトラブルは減ってきている。保険会社の担当者によって、対応が非常に異なっている。ベテランと思われる担当者に、横柄な態度でいやな思いをさせられたという意見がある(会社内での個人教育が必要)。佐世保では、このために「交通事故診療」を中止した診療所が1件でている。

(諫早) 現在、諫早市内の医院で1例、健康保険使用例があがっている。

熊本県：当県では、実施に踏み切った平成5年に損保協会との間に(健保使用の条件)を設定しているが、年を経て損保の担当者が入れ替るに従い、この約束が守られていない。(損保側に不徹底)

条件 被害者側に相当の違反事故がある時。 極めて重傷で長期療養が見込まれる時 金額が高額になるため。 その他

大分県：老人保健の患者さんについては、健保使用にしてくださいと言われるケースが多い。

(理由：自賠責保険(新基準)を使用すると本人への補償金額が減少すること)

健保使用が前提である。人身傷害補償保険を使いたい希望が増加している。患者さんに聞くと過失の大きい人ならともかく、過失が少なく2割位の過失のある人でも「過失があるので、人身傷害補償保険を使うことにしました」と。また、保険会社からの一括も人身傷害補償保険の使用が入ってくると説明もはっきりせず、分かりづらい。

「患者さんの取り分が少なくなりますよ」と保険会社から、健保使用を勧められるケースが増えていているらしい。特にJAからの健保使用希望の連絡が多い様に思われるが・・・。

宮崎県：人身傷害補償保険の導入により、健保適用・切替えの要求が増加してきている。

鹿児島県：人身傷害補償保険について、健康保険適用が当たり前という感が否めない。

沖縄県：保険会社から、患者へ健康保険を使用するように話されているので、患者が健康保険を使用するとの申出が多い。(病院)

入院となるとほとんどが健保使用に切替わっている。(病院)

保険会社が患者さんに対して、健保使用しないと後で、不利になります等の説明をされると、患者さんも健保使用に切替えたいと求めてくる。病院側も受け入れるしかない状況(病院)

外来診療費は、入院診療費と比較して小額な為、新基準を採用するケースがほとんどである。ただし、前医で入院するなどして治療費が既に高額になっている場合などには、健保の適用を求められるケースが多々ある。(病院)

一方、入院診療費については、ほとんど全てが健保の適用を求められ、新基準の採用は希である。(病院)

当方(診療側)に直接要求されたことはないが、患者側には当初または途中より健保への切替えや勝手に治療打ち切りを通告することがある。(医院)

問 2) 自賠責新基準を実施したことによる値切り等のトラブル件数の変化

健保の適用・切替え以外の値切り等の診療費に係るトラブル件数について、自賠責新基準の実施前後の比較および実施当初と現在を比較し、該当する状況に○印をご記入下さい。

実施当初 (実施前との比較)	現 在 (実施後の状況と比較して)	件	都道府県 (全 4 5 件)
減 少	減少(実施当初よりさらに減少している)	1 2	北海道、岩手県、千葉県、東京都、神奈川県、静岡県、愛知県、三重県、大阪府、徳島県、福岡県、熊本県
	増加(実施前の状態に戻っている)	3	新潟県、山口県、宮崎県
	変化なし(実施当初と同様)	8	群馬県、長野県、京都府、兵庫県、鳥取県、香川県、愛媛県、鹿児島県
増 加	減少(実施当初よりは減少している)		
	増加(実施当初よりさらに増加している)	1	秋田県
	変化なし(実施当初と同様)		
変化なし	減少(実施当初よりも減少している)	1	和歌山県
	増加(実施当初よりも増加している)		
	変化なし(実施前後と同様)	1 8	青森県、宮城県、山形県、福島県、茨城県、埼玉県、富山県、石川県、福井県、岐阜県、滋賀県、島根県、広島県、高知県、佐賀県、長崎県、大分県、沖縄県
そ の 他		2	栃木県、奈良県

具体的ご意見(2 1 都道府県)
栃木県：新基準を採用して17年目になるため、現在では県内の医療機関・損保会社等へ新基準が広く行き渡っており、値切り等のトラブル事例は寄せられていない。 群馬県：JA等による値切りや不適切な被害者への対応等は、かなり少なくなっていますが、外資系損保によるものが非常に増加しています。 埼玉県：日医基準を採用しても、120万円の限度額を超えたケースでは、減額の要求・支払いの打ち切り・支払い遅延・健保への切替え要求等のケースがかなりある。 千葉県：件数は減少していますが、時折おられます。ただし、損保会社は一定の傾向が見られます。 神奈川県：損保会社より直接被害者に事故の程度から通院日数の制限を連絡することが、最近2～3件あり。(2ヶ月位とか3ヶ月位とか) 新潟県：新潟県の実情をよく知らない県外から赴任してきたばかりの担当者が、値切りを強要してくる例が散見される。 本県の合意内容を前任者がよく申し伝える必要がある。 石川県：特に問題は起きていない。 新基準実施後、医療機関として値引きには一切応じていない。 福井県：診療費の単価の値切りはないが、入院時の部屋代(差額ベット代)を値切り希望と

いうケースが数回見受けられた。

損保会社と患者との間で行き違いがある。

医科点数表の解釈に準じて請求しているにもかかわらず、何件かはトラブルが発生している。例)入院料やりハビリについて理解してもらえないことがある。

岐阜県：一部の損保会社に支払い遅延および値切りがある。

三重県：診断書料等文書料を値切る(東京海上・損保ジャパン)。

特にトラブルは発生していないが、入院で個室を使用した場合、医師の指示か個人の希望か問われる。患者側の立場と保険会社側の立場では認識・言い分に相違があるのではないかと感じる時がある。一部の保険会社では病院の都合であれば個室代の減免を依頼してきたところもあり、個室の請求については改善を期待したい。

滋賀県：会員からあまりこの種のトラブルは聞かない。

大阪府：新基準を採用している医療機関で、「入院期間が長期に渡り1点単価10円なら損保が支払う」との事例があり、新基準の合意事項を無視した値切り行為であり、損保に対して、再度、新基準の合意事項の周知徹底を要請した。

兵庫県：自賠責新基準を適用する限りは安易に値切りには応じるべきではない。特に最近の「生保不払い」問題が社会問題化している折、「損保不払い」問題として対抗すべきではないか。

島根県：担当者により値切り等のトラブルが皆無とは云えないが、実施当初と現在とはほとんど変わらない。

高知県：少し前に自賠責の範囲内で治療費、損害賠償を支払うことになった患者がいました。何ヶ月か治療していましたが、ある日突然電話で「自賠責の範囲を超えたので、治療費の一部を支払えない。」と言われました。保険会社と患者の間で話し合いをし、患者に支払うよう話しているとのことでしたが、患者は支払に応じてくれません。保険会社も患者と話し合ってくださいの一点張り。早い段階で連絡をいただけたらこちら側も対処し、未然に防げたトラブルだと思います。

値切り事案は減少しているが、治療打ち切りの日時を早くする要求は以前と同じである。

材料費の値切りは、県外の支店との対応の場合希にあるが断っている。

同一の保険会社でも都道府県によって対応が違うのでは。

値切りではないが、打ち切り日を保険会社が勝手に決めて患者さんに連絡、打ち切り後当院に連絡あることがある。(JAに多い)

日数制限、値切りの話がよく出る。

福岡県：実施当初は新基準不採用の医療機関に関しては値切り等のトラブルが存在したが、新基準合意の際、不採用の医療機関を圧迫しないという紳士協定を守るよう呼びかけて乗り切った。現在、不採用医療機関は自賠責取扱い件数の少ない医療機関が多く、最近値切りの話が話題に出たのは、健保診療に応じているが、新基準に切替えたものと推測する。

旧、新問わず値引きを求める会社があるようだ。

前述のごとく、健保使用(値切りと同じこと)をはじめから言ってくる例が多い。また、前ぶれもなく、突然弁護士が損保会社及び加害者の委任を受け、介入してくる。これは、事前に医療機関に情報を入れることになっていると思うが守られていない。

佐賀県：未だに県によって診断書料、明細書料に差があることに納得いかない。特に佐賀県だけ安いのが大変不満である。福岡県の医師と佐賀県の医師のどこに差があるのか。

診断書料、明細書料の千円位を値切ってくる。当院がそれぞれ、5000円、4000円で請求すると「調査事務所が言ってきています。佐賀県は上限がそれぞれ4000円、3000円です」と言ってくる。(福岡県の医療機関には5000円、4000円で払っている)問題だと思います。

振込手数料を引いて入金するところもあります。

長崎県：(佐世保市)治療が長引くと値切りを要求してくる傾向がある。明らかな値切り要求は、少なくなっている。

熊本県：健保使用の強制は実質的に値切りと同じと考えている。あくまでも保険会社の介入なく本人が申入れた時にはOK。特に正当な理由がない限り、健保使用を断っている。

宮崎県：最近の損保会社に対する金融庁業務指導の結果、ここ1年、未払いや値切り交渉が急速

に減少している。しかし、ＪＡや全労済等はそのままの状況である。

沖縄県：保険会社が、患者さんとのトラブル等で健保使用に切替えられないケースで、病院側へ値切り交渉してくるケースがあるが、応じてない。(病院)

患者さんの過失が高く、健保を持っていない場合、ケースバイケースで対応している。(病院)

治療が３～６ヶ月以上になると執拗に治療打ち切りの時期を探ってくる。(面接等で)(医院)

問3) 自賠責新基準による請求に対する支払期日について

自賠責新基準は、原則自賠責保険のみの場合、請求書類の受付日から2ヵ月以内、自賠責・任意一括の場合、受付日から翌月末日までに支払いを行う(地域の合意内容により、若干支払期日に違いがあります。)ことを申し合せます。

そこで、実施当初および現在において、損保各社はその支払期日に係る申し合せ事項を守っているか、貴地区での傾向について、該当する状況に○印をご記入下さい。

実施当初	現 在	件	都道府県 (全45件)
守られている	守られている (実施当初と同様)	8	岩手県、福島県、栃木県、東京都、愛知県、島根県、高知県、鹿児島県
	概ね守られている (実施当初よりは守られていない)		
	守られていない		
概ね守られている	守られている (実施当初より守られるようになった)	3	和歌山県、徳島県、愛媛県
	概ね守られている (実施当初と同様)	30	北海道、青森県、山形県、群馬県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県、長野県、岐阜県、静岡県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、鳥取県、広島県、山口県、香川県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、宮崎県、沖縄県
	守られていない	1	宮城県
守られていない	守られている (実施当初より守られるようになった)		
	概ね守られている (実施当初より守られるようになった)	1	秋田県
	守られていない (実施当初と同様)	2	茨城県、大分県
そ の 他			

具体的ご意見(24都道府県)
北海道：概ね守られているが、任意一括払いの約束をしておきながら支払いがなされないケースがある。また、正当な請求に対する支払い遅延も多少ある。 宮城県：何ら理由もなく支払いが遅延するケースが少なからず見受けられる。損保会社の姿勢や担当者のモラルに疑問を感じることもある。支払遅延解消策を検討願いたい。 栃木県：損保会社の担当者が替わった場合、引継ぎ等の関係で事務処理が遅れることがあるが、その他の場合については守られている。 群馬県：治療期間が長くなると支払いを中断する損保がある(特定の数社)。

請求側のレセプトに問題がある場合、遅れることが多少ある。

埼玉県：最新の調査では、支払い期日について

守られている	25.9 パーセント
概ね守られている	59.4 パーセント
あまり守られていない	11.6 パーセント
無回答	3.1 パーセント

という結果でした。

千葉県：施設によりこの項目の苦情が最も多く、ほとんど守られていないという指摘もありました。

神奈川県：最近保険会社が減額等を言ってくる例が多い。その会社は必ず支払い遅延をする。「自賠責部会に相談する」と言う支払いはすぐにしてくれる。

新潟県：極端に悪質な例はないようです。

弁護士が介入した時、支払いがストップすることがあるが、すみやかに医療機関に事情を報告するように申し入れている。

富山県：長期の患者さんでまとめて支払う場合には遅くなることもある。

石川県：支払期日については、損保担当者により異なっている。

本会として、支払遅延のケースについては専門委員会等で対応している。

福井県：損保によって大きく違う。

ほとんどは請求書類（送付）を渡してすぐ支払われるが、まれに2ヶ月を超える場合がある。

過失割合等の問題で、話し合いが長引く場合がある。

特定の損保会社に限り、支払期日が遅れる、あるいは何ヵ月分かをまとめて振り込みされることもある。

若干支払が遅れることもあるが、その時は催促をし、支払いがないということはありません。

岐阜県：特定の損保会社あるいは担当者により、支払い期日が守られていない。

三重県：特に東京海上の支払いが守られていないとの意見が寄せられた。

損保会社の問題ではなく、担当者の仕事ぶりによるのではないか。

特定の保険会社あるいは担当者により支払期日が守られない傾向があり、そのような場合は一括を拒否できないのかと現場としては感じます。

滋賀県：支払期日については守られているが、診断書・同意書・明細書がなかなか送られて来ないことが多い。

大阪府：損保担当者の失念等による支払遅延は減少している。

兵庫県：支払期日を損保側が守るのは当然ですが、医療機関側も診療翌月初めには、毎回請求をきっちりとすべきでは。この辺りがルーズでは損保側には強くは言えない。

和歌山県：担当者によるバラツキあり。遅延側はその都度、各保険会社の所長あてに請求するように申し合わせている。会員よりの苦情は少ない。

鳥取県：特に最近、早期の入金が見られるようになった。（早いもので2週間以内もある。）しかし、治療が長期化するほど支払いに遅延傾向が見られる。遅延に対して保険会社等からの連絡は一切ありません。

高知県：担当により支払が遅い。

保険会社によって遅い場合がある。

請求金額に差額が生じて連絡したところ、別の病院に振り込む金額を当院に振り込んだ例もあり、後日不足分を振り込んでいただいたといった例があった。

1件の入金までに数ヶ月を要する事案がある。

概ね守られてはいるが、調査のため半年以上遅れる場合もある。

入金が確認できず、問い合わせることが数件あります。

入院で他院とのからみがあり、大変入金が遅くなった事がありました。

請求後1年以上も支払われてなく、電話したら「振り込みます」というケースもあります。

治療期間が長くなるにしたがい、支払いが遅くなる。

福岡県：支払は確実に行われているが、支払期日の確定はない。

担当者交代や転勤の時に、支払いが遅れることが時々ある。医療機関から連絡を取ることも大切である。

担当者によっては、最後にまとめて入金されることもある。

佐賀県：何の連絡もなく、半年以上も支払いがない場合もある。

2～3ヶ月まとめて支払う場合もある。

保険会社やその担当の人によって異なる。

一時期、ある損保会社には「私共は治療が終了してから一括払いをするようになっていきます」と一方的に言われ、3ヶ月以上治療費が入らなかったときがありました。

概ね守られていますが、裁判になっているような方は1年近く支払いが全くないこともあります。

支払いが、治療が終了するまで全くない場合もあります。

入院治療費については、遅く入金されることが多いです。

自賠責保険については、半年ほど入金がないものが多いです。

長崎県：(諫早)現在(7月24日) 昨年分が支払われていないケースが1件ある。

(南高)医療機関により異なる。

大分県：毎月請求を出しても、治癒になるまで支払いのないことがあります。

こちらが催促をして(請求日より3ヶ月を超えると連絡をしています)それから初めて処理にかかります。保険会社の方針ではなく、担当者個人によるようです。

請求後、2ヶ月位待って、電話での再請求を行っているが、なかなか入金してもらえない保険会社がある。ひどい保険会社になると「治療期間が長すぎるので、審議委員会にかけている。上部で決定されるまで支払いが出来ません。」と言われる。その揚句、1年近く支払わない上、保険会社からの電話もなく、当方から電話すると裁判に移行する例がある。

沖縄県：支払期日は、実施当初よりは守られるようになったが、やはり遅れるケースが多い。できるだけ支払誓約書を提出してもらっている。(病院)

支払期日は、全体からすると概ね守られている方であるが、小額な請求などは比較的短期間で支払われるケースが多い一方で、高額な請求に関しては期日を過ぎることが多い傾向にある。また、傾向的に支払が遅れる保険会社が2～3社ほど見受けられる。(病院)

問4) 自賠責新基準による請求に関して、支払期日を超える場合の対応

自賠責新基準の合意の際に申し合せた支払期日までに、支払いが困難な場合には、その旨損保会社より連絡することとなっております。

そこで、実施当初および現在において、損保各社は支払期日までに支払いができない場合に、事前に医療機関に連絡を入れているか、貴地区での傾向について、該当する状況に○印をご記入下さい。

実施当初	現 在	件	都道府県 (全45件)
必ず連絡が入る	必ず連絡が入る(実施当初と同様)	5	福島県、栃木県、東京都、愛知県、鹿児島県
	概ね連絡が入る (実施当初よりは守られていない)		
	連絡がない	1	島根県
概ね連絡が入る	必ず連絡が入る (実施当初より守られるようになった)	1	神奈川県
	概ね連絡が入る(実施当初と同様)	18	北海道、青森県、岩手県、群馬県、埼玉県、新潟県、長野県、静岡県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、香川県、愛媛県、高知県、長崎県、熊本県
	連絡がない	1	山口県
連絡がない	必ず連絡が入る (実施当初より守られるようになった)		
	概ね連絡が入る (実施当初より守られるようになった)	3	秋田県、京都府、福岡県、
	守られていない(実施当初と同様)	16	宮城県、山形県、茨城県、千葉県、富山県、石川県、福井県、岐阜県、三重県、鳥取県、広島県、徳島県、佐賀県、大分県、宮崎県、沖縄県
そ の 他			

具体的ご意見(24都道府県)
宮城県：支払いが遅延する件で、損保会社の担当者から連絡は無い。医療機関からのレセプト請求に対する支払システム機能の改善が必要と考える。 茨城県：“連絡はきたことがない”との意見多数。 栃木県：問3同様、守られている。 群馬県：医療機関より請求の連絡をするまで、保険会社から連絡のないケースもある。 埼玉県：概ね連絡は入るが、その内容は一方的に減額・健保への切替え等の内容である場合が多い。 医療機関と相談の上で、その後の対応を協議するというケースは少ない。

千葉県：本項目に対し、ほとんど守られていないとの指摘があり、本県での新基準の普及を阻害しているものと考えられます。

損保会社が一報を入れるだけで信頼関係ができます。

交通事故の当事者同士のもめ事等で支払いが遅れる場合があることは、医療機関も納得しています。

神奈川県：新基準採用により解消された。

請求金額で入金しなければ、患者へ請求する旨伝えたと、1ヶ月以内に入金された。入院料を1点20円に値切られ、対応したところ支払いを受けた。

交渉で2週間以内に支払いあり。

6ヶ月以上滞納されたので、当該保険会社の新規症例を全て窓口で立替払いにしたところ、まもなく支払われた。

自賠責部会で調停してもらい、減額されずに全額支払われた。

新潟県：時に連絡と説明が不十分なことがある。

石川県：損保会社や担当者によって異なるが、治療後、翌月中に請求しているが、3～4か月分まとめて支払いするケースもある。

医療機関から連絡しないと支払状況等が分からない。

福井県：こちらから連絡をしてやっと支払われるケースがある。

こちらから毎回請求の電話を入れています。

ほとんど連絡はありません。

損保会社へ連絡しても、担当者が不在とか電話中とか言われ、折り返しお電話をしてほしいとお願いをしても、連絡が無いことが多い。(特にいつ振り込みされるかを確認したい時。)

請求した金額よりも、少なくあるいは多く入金されていても何の連絡もなく、レセプト金額を訂正している。

新基準以前は支払期日が決まり、支払が早かったように思いますが、最近では遅いものも目立ちますし、遅れる理由の連絡もない。

入金がなかなかされないの、こちらから催促するとそのことについては説明はなされるが、保険会社より事前に連絡が入ることはほとんどない。

愛知県：不明であるが、特に苦情が無いから問題ない考える。

岐阜県：支払い期日の遅延に関しての連絡はほとんどない。(事前連絡は全くない)

三重県：こちらから連絡することはあっても、損保会社より電話が入ることは無い。

支払いが遅れている会社は、元々連絡する発想が無いのではないか。

治療が終了するまで一度も支払わない担当者がいる。

兵庫県：請求額が一定限度額以上の場合には、損保営業所内での決裁が出来ないために支社あるいは本社決裁となり月数がかかるためと推測される。

支払期日を超える場合は、医療機関側が放置せずに連絡をして決定すべきでは。

島根県：遅れる事がない。

山口県：損保会社によっては対応の悪い場合も多い。(連絡が無い)

香川県：時折、入金が遅れることがあった。

高知県：2ヶ月以上経過しても未納の件がある。

催促しても支払わない。何回も電話連絡してようやく支払う。

未払いについて、損保会社からの連絡は今まで一度もない。

基本的に連絡なし。請求してから1ヶ月待って入金のない場合は、こちらから連絡している。

1ヶ月毎に請求しているが、数ヶ月分をまとめて支払いされる時がある。

特定の保険会社ではなく、担当者によって連絡が無い場合がある。

担当者の事務量や人柄によって差がある。

支払いが遅くなり、当方より連絡した場合のみ返事がある。

こちらから連絡しない限り支払が遅くなっている。理由・連絡はない。

福岡県：電話で対応している。

全く連絡するようになっていないとは思っていないようだ。新基準を選ぶことによるメリットは医療機関にはないように感じる。

担当者が替わり、引継ぎがうまくいっていない場合がある。

佐賀県：長期に支払いがない場合は、こちらから連絡しています。

ほとんど連絡がない。

今まで保険会社から遅れるとの連絡は全くない。

こちらから入金の確認を入れて「すぐ入金します」と言われたことが何回かありました。

明らかに忘れていたようでした。

事故の内容によっては被害者の同意が得られないという事由により、月ごとの支払いが遅れる場合があります。

長崎県：（長崎市）裁判へ移行した支払がある。

（佐世保市）支払いを故意に遅延させるような、悪質な例はなくなっている。

（諫早）昨年分が支払われていないケースは、保険会社側（書類上のミス）によってであり、当方から数回問い合わせを行って、やっと連絡があったとのこと。

（大村市）支払期日が遅れることの連絡はほとんど無い。逆に病院側から連絡して対応してもらうことが多い。

（五島）各医療機関で対応しており、これまでにこの種で医師会への問い合わせはない。概ね守られていると推測される。

（北松浦）支払期日をこえた場合の未払いの実例を把握していない。

大分県：保険会社から支払いが遅れるとの連絡がないのが普通になってしまっているのが、医療機関から再請求せざるを得ない。再請求すると、長期になっているので（治療期間が）支払いが保留となっている。弁護士扱いになっているかもと暗に圧力をかけ、早く打切るように仕向ける様子が伺える。また、打ち切って後遺症が認定されても異議申し立てで、支払いがされないまま、連絡してみないと何ヶ月も保留のままとなる。

本人の同意書がとれないため、現在の医療状況が不明。その為に支払いが出来ないと…。弁護士扱い（介入？）となったので、保険会社から話せないで弁護士さんに聞いてくださいと…。

宮崎県：損保会社より連絡があることはない。

沖縄県：支払いが遅れる旨の連絡が入ったことは一度もない。こちらが問い合せても、明確な回答がない場合が多い。（病院）

支払いの遅延に関する保険会社からの連絡は、以前より全くない状態である。よって、その都度、こちらから保険会社に連絡し、状況を確認しているのが現状である。（病院）

問 5) 自賠責新基準実施後、損保各社は合意した内容を守っているか

自賠責新基準合意時における申し合せ事項について、損保各社はその内容を守っているか、貴地区での傾向について、該当する状況に○印をご記入下さい。

実施当初	現 在	件	都道府県 (全 4 5 件)
守られている	守られている (実施当初と同様)	1 0	岩手県、宮城県、山形県、 栃木県、東京都、愛知県、 大阪府、広島県、愛媛県、 鹿児島県
	概ね守られている (実施当初よりは守られていない)		
	守られていない		
概ね守られている	守られている (実施当初より守られるようになった)	3	福島県、神奈川県、 和歌山県
	概ね守られている (実施当初と同様)	2 7	北海道、青森県、群馬県、 埼玉県、千葉県、新潟県、 富山県、石川県、福井県、 長野県、岐阜県、静岡県、 三重県、滋賀県、兵庫県、 奈良県、島根県、山口県、 徳島県、香川県、高知県、 福岡県、佐賀県、長崎県、 熊本県、宮崎県、沖縄県
	守られていない	2	鳥取県、大分県
守られていない	守られている (実施当初より守られるようになった)		
	概ね守られている (実施当初より守られるようになった)		
	守られていない (実施当初と同様)	3	秋田県、茨城県、京都府
そ の 他			

具体的ご意見 (2 4 都道府県)			
北海道：自動車事故診療費をめぐり、医療機関と保険会社または損保料率機構との間に紛争が生じた場合は、北海道医師会医療保険部に対して「斡旋依頼書等」をもって、紛争解決の斡旋を求めることができるとしている。 対応の悪い損保とは一概に言えないが、平成 1 3 年度から 1 8 年度までの紛争に関わってきた損保は以下のとおりである。			
旧日動火災	3 件	旧千代田火災	1 件
旧東京海上	2 件	三井住友海上	5 件
J A 共済連	3 件	富士火災	1 件
損保ジャパン	4 件	ニッセイ同和損保	2 件
旧日産火災	1 件	あいおい	2 件
		日本興亜損保	1 件
中小損保においては、「代理店教育・社員教育」の不徹底のため、トラブルが起きるケ			

ースがある。

宮城県：損害保険医療協議会、共済医療連絡協議会（ＪＡ）をそれぞれ隔月開催しており、意思の疎通が図られていると考えられる。

茨城県：健保使用を強制する事例が多い。

病状照会がはやくなっている。

病状固定、治療を早く終わらせる勧告が非常に多い。

打ち切りの通知が多い（保険会社から患者に）電話が多い。文書で通知がない。

栃木県：特に問題となっていない。

埼玉県：治療費が１２０万円を超えないケースについては、それほど大きなトラブルはなく支払われている。しかし、最新の調査によると、新患患者に対して健康保険を適用したことがあると回答した医療機関が５９．６パーセントもあった。

千葉県：現在の問題は、損保協会未加入の会社（そのほとんどは外資系損保）に値切り及び支払い遅延が多くかつ協議する場が無いことです。

この問題を解決しない限り、新基準採用の施設の増加はないと思われます。

新潟県：三者協議会で確認するようにしている。

前任者のきちんとした申し送りが重要です。

石川県：損保担当者は数年で転勤等にて異動するため、合意内容を知らない担当者が増加している。

福井県：担当者が代わってから、損保は福井での平成７年１０月の話し合いのことを全く知らない。また、自算会もそうである。

何も変わっていないと思います。

共済は、診断書用紙の様式が違っている。または損保会社と被害者との間の交渉で、診断書コピーを診療している医師に無断で開示され、患者に文句を言われた経験あり。損保会社は診断書開示は当然と考えているようだ。

当院と保険会社の間で申し合わせたことが守られず、被害者である患者を困惑させてしまい、患者に申し訳ない。

岐阜県：損保会社あるいは担当者によって違うが、担当者の異動があると支払いが遅れるようだ。

支払い通知は守られているが、支払い遅延の連絡は全くない。

静岡県：担当者が替わる際の引き継ぎが悪い。

三重県：あいおい損保、損保ジャパン、三井住友海上の３社からは、運動器リハにおいても多部位外傷であるのに計画書の提出を求められる。

症状が持続していても早く加療を終了するよう、患者に圧力をかけているような印象を近頃特に強く受ける。また各社共、受傷後６ヶ月を過ぎないようにしているみたいだが、加療期間は症例により決められるべきではないか。

自賠責で一括請求を受けてから、途中で健保に切替え、窓口分担分が減っても同様に一括請求を依頼されるが、受けなければならないのでしょうか？断ると執拗に理由を聞かれ対応に困る。

滋賀県：会員から大きなトラブルを聞いたことは無い。

京都府：幹部クラスはよく理解しているようだが、担当者レベルではまだまだ浸透していない。

兵庫県：「申し合わせ事項」そのものを知らない医療機関も少なくないのでは。

これについては損保も含めて再確認の必要があると考えます。

鳥取県：総合的に遵守されていると思わない。

山口県：平成７年に自賠責新基準を導入し、県医師会と損保会社とで、円滑支払や安易な健保使用は求めない等の紳士協定を結んだが、協定書は残せていない。損保会社の担当者も代わり、導入時の紳士協定が守られていない状況になってきている。

高知県：初診時より健保使用を要求する事例が増えている。

特に損保各社が支払期日までに支払が出来ない場合における事前連絡が守られていないと思います。

健保使用が多くなった。

佐賀県：損保会社は加害者にかわって、医療機関に医療費を支払う義務があると法改正を働きかけるべきである。行政指導でも可。保険金不払いが社会問題となっている今こそチャンスである。

長崎市：(佐世保市) 保険証の使用を強要する、悪質な例は減少しているが、患者さんへ「保険証の使用を誘導している」と見られる傾向はほとんど変わっていないようです。

(大村市) 診療継続中に患者と保険会社との間で示談が終了しており、その後、患者が診察に来たので、保険会社へ請求を行ったら、示談終了したので支払いができないとの連絡あり。継続中の患者でいつの間にか示談してしまうのは問題では。

(五島) 現状実態を把握していないが、問4と同様の回答である。

(南高) 医療機関により異なる。

大分県：損保会社は { 自賠のみの場合→書類の受付日から2ヶ月以内に随時支払う
任意一括の場合→受付日から翌月末日までに随時支払う

支払いが困難な場合に連絡を行う。

損保会社は支払いの都度、支払い通知を行う。

上記のように取決めがなされているが、保険会社の担当者によっては、きちんと支払ってもらえるケースもあり、一概に言えないが、守られていないことが多い。

宮崎県：金融庁の指導があつてから値切り交渉等が減少してきている。

鹿児島県：裁判事案について、損保会社から、医療機関への連絡不十分により、和解後に医療機関への医療費支払いが困難になった事案があった。

沖縄県：保険会社によって違うが、支払期日が2ヶ月以上になっている。(病院)

問6) J A、全労済、全自共等(自賠責共済)との関係(対応)

新基準の採用地域において、新基準による請求に対し、損保会社と同様の対応となっていますか

		件	都道府県(全45件)
1	全く損保と同様の対応である	15	青森県、岩手県、山形県、神奈川県、新潟県、富山県、岐阜県、三重県、奈良県、鳥取県、広島県、徳島県、高知県、大分県、沖縄県
2	ほとんど損保と同様の対応である	28	北海道、宮城県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、石川県、福井県、静岡県、愛知県、滋賀県、京都府、兵庫県、和歌山県、島根県、山口県、香川県、愛媛県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、宮崎県、鹿児島県
3	新基準の請求を認めない (いわゆる自由診療と同様)		
4	その他	2	長野県、大阪府

具体的ご意見(15都道府県)

宮城県：全労済、全自共については、協議会等は設けていないが、大きなトラブルはない。

群馬県：医療機関に対する対応は損保に近くなったが、被害者への対応はかなりバラツキがある。

石川県：毎年医療機関に対して、支払遅延等トラブル調査を実施し対応している。

福井県：J Aの明細書の様式が、旧基準のままなので困る。

長野県：損保会社と同様の対応をしていると思われるが、直接関係(対応)していないので、詳細は不明。

岐阜県：J Aは担当者が理解できない人が多いのか、対応が遅いことが多く、画一的に3ヶ月で終了を強要する傾向がある。

J Aは損保会社に比べると全てにおいて対応が未熟である。

三重県：J Aの担当者のレベルが低い。

滋賀県：J Aについてはトラブルが多い印象を受ける。取引をしていない医療機関も見られる。

大阪府：新基準について合意できていないので、運用についても適用されていない。

高知県：平成17年度にJ A共済が、限度オーバーという理由で入金されていないのがある。(1件)

患者さんと保険会社の話し合いが出来ておらず、間に入って対応することになり、請求が遅れたこともあり、大変困った。

新基準に対しての請求自体には問題はないが、7～8割位は担当者の態度が横柄で中には話の中身以前の態度の者もいる。各医療機関に対応そのもののアンケートを採られてはいかがでしょうか。

福岡県：現在は、ほとんど同様の対応であるが、新基準実施当時は色々トラブルがあり、解決に困難を極めたことが多かった。

佐賀県：医療費の振込手数料を差し引いて振込む会社がある。

長崎県：(長崎市)J Aが ㊦ を使う、社保、国保を使ってほしいという例が他の会社より多い。

(佐世保市)保険会社によって、また担当者によって対応が違って来る、との意見が複数あった。定期的な協議会や指導による意思統一が必要との意見です。J A担当者の態度が悪く、後遺症診断時に患者とのトラブルが生じたとの報告が1件あった。

熊本県：保険会社の担当事務員に知識の乏しいケースがあり、処理が遅いことがある。

大分県：損保と比べ、比較的良い。

支払期日等について、損保会社との申し合せと同様の対応ですか

		件	都道府県（全 4 5 件）
1	損保と同様の対応である	3 6	北海道、青森県、岩手県、宮城県、山形県、福島県、栃木県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、福井県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、奈良県、和歌山県、島根県、広島県、山口県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県
2	損保よりも支払いが遅れる	7	秋田県、茨城県、群馬県、石川県、京都府、兵庫県、鳥取県
3	損保とは別に申し合せている		
4	その他	2	長野県、大阪府

具体的ご意見（ 1 5 都道府県）	
秋田県：ＪＡに関しては損保同様であるが、その他に関しては遅れぎみである。 神奈川県：チューリッヒ保険会社（外資系損保会社）のみ、担当者によって支払いが遅れることがある。 新潟県：各種共済とも合意しているので、合意前よりずっとよくなっている。 石川県：支払いについては、多少遅くなるケースもある。 福井県：一部ＪＡ担当者に請求を出しても、一旦処理されてしまった件に対しては、一切追加請求を出しても受け付けていただけないようであるが、示談後は請求不能となってしまうのだろうか。 損保会社を含めて支払期日等が明確ではなく、そんなものが定義されていることを認知していなかった。 示談後に印を押すまでは、治療費が支払われないことが過去３回あった。（ＪＡ、全労済） 長野県：損保会社と同様の対応をしていると思われるが、直接関係（対応）していないので、詳細は不明。 岐阜県：全体に遅れることが多い。 三重県：依頼書が届くのが遅い傾向がある。共済においては支払いも遅れる。 支払い期日についての申し合わせはしていないが、常識として１ヶ月～２ヶ月で支払われている。 ＪＡ・全労済など共済はトラブルに対応する適応力がなく、今まで全て病院側で解決してきた。 大阪府：支払期日について合意できていないので、医療機関に対して「請求・支払いの方法について、事前に先方と取り決めをしておく必要がある」等の周知を行っている。 兵庫県：これらの内でもＪＡは特に対応が悪い場合がある。担当者が自賠責そのものを良く理解していないと思われ問題である。 鳥取県：損保会社より多少遅くなる傾向があります。 高知県：ＪＡは損保会社より迅速に処理している。 損保やＪＡ共済よりも、公務員の労災（公災）の処理が遅くて迷惑しています。公災だと決定するまでに３ヶ月位かかることもあって、支払はそれ以上に遅くなっています。公務員の方々に対する説明も出来ておらず、理解できてない方が多いように感じます。 佐賀県：ＪＡは特に遅れることが多い。 大分県：損保と比べ、比較的早い。 それぞれのＪＡに請求し、支払い催促の電話をすると、支払いは県共済連の方での支払いになるのでと言われ、確認も時間がかかる。 沖縄県：損保に比べて、ＪＡ・全労済の支払期日が守られている。（病院）	

問 7) 自賠責新基準未実施地域における支払い状況について

医療機関の請求への損保各社の対応について、支払い遅延や支払い保留等のトラブルはありますか

		都道府県（全 2 件）
1	トラブルなく支払われている	
2	概ねトラブルなく支払われている	
3	健保の適用・切替えや値切りのトラブルが多い	山梨県、岡山県
4	その他	

具体的ご意見（ 1 県 ）
岡山県：損保会社でも良いところ悪いところがある。富士火災が悪い（ 1 件 ）

医療機関の請求への自賠責共済の対応について、支払い遅延や支払い保留等のトラブルはありますか

		都道府県（全 2 件）
1	トラブルなく支払われている	
2	概ねトラブルなく支払われている	岡山県
3	健保の適用・切替えや値切りのトラブルが多い	山梨県
4	その他	

具体的ご意見（ 県 ）

損保会社と自賠責共済の支払い状況に差はありますか

		都道府県（全 2 件）
1	損保会社・自賠責共済とも対応がよい	
2	損保会社の対応が悪い	岡山県
3	自賠責共済の対応が悪い	山梨県
4	損保会社・自賠責共済とも対応が悪い	
5	その他	

具体的ご意見（ 1 県 ）
岡山県：自賠責共済が悪いのは皆無。

損保会社および自賠責共済ともに、支払いが遅れる場合に医療機関に事前に連絡がありますか

		都道府県（全 2 件）
1	損保会社・自賠責共済ともに連絡がある	
2	損保会社のみ連絡がある	
3	自賠責共済のみ連絡がある	
4	損保会社・自賠責共済ともに連絡がない	山梨県、岡山県
5	その他	

具体的ご意見（ 1 県 ）
岡山県：事前連絡は皆無。

問8) 審査会（苦情処理委員会）について

審査会（苦情処理委員会）を設置していますか

（ 1 または2 とご回答いただいた場合には、 および の間にもお答え下さい。）

		件	都道府県 (全47件)
1	医療協議会（三者協議会）とは別に設置している	14	北海道、宮城県、福島県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、岐阜県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、山口県、愛媛県
2	医療協議会（三者協議会）と兼ねている	25	岩手県、山形県、茨城県、栃木県、群馬県、新潟県、石川県、長野県、静岡県、愛知県、兵庫県、奈良県、和歌山県、鳥取県、島根県、広島県、徳島県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県
3	全く設置していない	5	秋田県、埼玉県、山梨県、岡山県、大分県
4	その他	3	青森県、福井県、香川県、

具体的ご意見（13 都道府県）

青森県：特に設置していないが、苦情があれば医療協議会が対応することとしている。この2年間は申し立ては無い。

岩手県：新基準に違反とか、苦情処理の問題が起こった場合は三者協議会を臨時に開催して審議処理することになっている。

宮城県：当初は設置し開催をしていたが、現在は開催していない。

秋田県：今後設置し、損保協会と話し合うようにしたいと考えている。

東京都：労災・自賠責委員会協議後、引き続き行われる三者協議会で協議している。

新潟県：件数とその内容を考えると、三者協議会だけで概ね解決されている。

石川県：医療機関の他に、県警本部、検察庁、JA共済と連絡を取り、必要に応じて打ち合わせ会等を開催し、問題解決を図っている。

滋賀県：（名称：自賠責保険審査委員会）

岐阜県：三者協議会の下に専門委員会（メンバーは協議会役員より選任）があり、ほとんどの場合、専門委員会で処理する。ここで解決に至らない時は協議会にあげることとなる。

静岡県：東・中・西3地区において対応。

兵庫県：兵庫県交通事故医療連絡協議会で処理しているか、苦情処理はおおむね担当者レベルで解決している。

鳥取県：医療協議会で協議し、だいたい解決できている。

熊本県：三者協議会の員数（概ね20名）の中より、5～6名の専門委員を委嘱しことに当たる。（専門委員会の開催）

審査会（苦情処理委員会）の開催頻度をお答え下さい

	月 1 回	月 2 回	年 1 回	年 2 回	年 3 回	年 4 回	年 5 回	年 6 回	その他
件	5		4	8	2	3		2	17
都道府県	群馬県 千葉県 神奈川県 高知県 福岡県		岩手県 兵庫県 鳥取県 長崎県	新潟県 長野県 大阪府 山口県 徳島県 熊本県 宮崎県 鹿児島県	茨城県 和歌山県	石川県 愛知県 佐賀県		東京都 広島県	北海道 宮城県 山形県 福島県 栃木県 富山県 福井県 岐阜県 静岡県 三重県 滋賀県 京都府 奈良県 鳥根県 香川県 愛媛県 沖縄県

具体的ご意見（23都道府県）

北海道：ほとんどトラブルはなく開催していない。
 岩手県：ここ10年間は、苦情処理のための三者協議会は開催していない。年に1回三者協議会委員の会合を持ち情報交換をしている。
 宮城県：現在は、損保からの案件提出が増加傾向にあるので、開催については要検討。
 福島県：苦情や問題事例が発生した場合に開催。
 茨城県：年3回。
 栃木県：本県では、医療機関と損害保険会社等の間でトラブルが発生した場合、まず、医療機関から郡市医師会の自賠責担当役員に連絡が入り対応にあたるが、対応不可能な事例については、郡市医師会担当理事から本会宛てに連絡され、事例によって審査会を開催している。
 東京都：非常に協調的な雰囲気の中で行われている。
 新潟県：現状では、この回数で足りている。
 富山県：医療機関からの申し出があった場合に開催する。
 岐阜県：検討する案件があれば開催する。
 静岡県：東・中・西3地区において対応。年1回ないし2回。
 三重県：今年度初めて開催された（1回）。三者協議会の中で処理している方が多い。
 滋賀県：新基準導入当初は頻繁に開催していたが、現在は、処理する案件もなく、開催していない。
 京都府：定期的には実施していない。必要事由が発生した時に開催する。
 大阪府：苦情があれば、その都度、損保協会に連絡し、問題の解決に当たっている。
 兵庫県：年1回は、委員の交代や申し合せを確認のため、兵庫県交通事故医療連絡協議会を開催。
 和歌山県：年3回。
 鳥取県：医療協議会で協議し、だいたい解決できている。
 鳥根県：県全体として審査会を開催したことはない。
 愛媛県：この一年間、苦情は委員会に諮問する前の段階で解決する方向にある。従って委員会を開催していない。
 熊本県：専門委員会と称する苦情処理機関が県医にある。平成5年発足当時には、年4～5回の開催があった。最近では案件発生しだい随時開催しているが、開催機会は減少している。

宮崎県：緊急要件については、随時対応している。
 沖縄県：医療協議会を２年に１回開催している。但し、必要に応じ（苦情等の案件があれば）委員会を開催する。

１回の審査会（苦情処理委員会）における案件数はどの程度ですか

	１～２件	３～４件	５～１０件	１０件以上	その他
件	２０	５	２		１４
都道府県	北海道、栃木県、群馬県、千葉県、東京都、新潟県、石川県、長野県、岐阜県、三重県、和歌山県、鳥取県、広島県、徳島県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、鹿児島県	茨城県、神奈川県、愛知県、大阪府、宮崎県	静岡県、山口県		岩手県、宮城県、山形県、福島県、富山県、福井県、滋賀県、京都府、兵庫県、奈良県、島根県、香川県、愛媛県、沖縄県

具体的ご意見（１６都道府県）

岩手県：「０」
 福島県：当県では、苦情や問題事例が発生した場合に審査会を開催しているため、取扱い件数はまちまちである。
 また、苦情等の事案によっても異なる。
 茨城県：人身傷害補償保険に関する問題。
 病状照会が多くなった。
 期限切れの同意書が多い。
 神奈川県：損保の一方的な支払い停止が多い。（一括請求）
 当たり屋等の疑いがある場合は、医療機関に可及的早期に伝え、自費に切り替えさせるべきです。
 新潟県：三者協議会以外で解決している案件がある。それを入れると半年で３～４件である。
 富山県：ここ数年、苦情処理委員会にあげる案件はない。
 石川県：トラブル事例等については毎年１回アンケートを実施し対応している。その件数は概ね２０件である。
 滋賀県：最近を開催していない。
 大阪府：１回の三者協議会で２～３件の苦情処理結果を報告している。（年間１０件程度）
 兵庫県：その都度処理しているので、年間に５件程度。
 和歌山県：クレーム案件には、その都度審査会での協議結果を報告、ほぼ了承を得ている。
 島根県：審査会を開催していないので案件数は０。
 高知県：その月によって異なるが、平均すれば１～２件。
 福岡県：県協議会と同様の協議会を県内４ブロックに併置し、個別の案件については、各ブロックで協議していただき、県協議会では、各ブロックで解決できなかった案件等を協議している。
 熊本県：案件発生しだい出来るだけ早急に開催するので、１回に１～２件であることが多い。
 沖縄県：該当案件なし。