

# 労災・自賠責委員会 答 申

諮 問 :

「労災保険、自賠責保険をめぐる今日のあり方」

平成22年1月

日本医師会

労災・自賠責委員会

平成22年1月13日

日本医師会長  
唐澤祥人 殿

労災・自賠責委員会  
委員長 藤川謙二

答 申

本委員会は、平成20年7月16日に貴職より諮問されました「労災保険、自賠責保険をめぐる今日のあり方」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22年に改正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、早急に改正すべき最重点要望項目（10項目）および要望項目一覧を別添のとおりにまとめましたので、ご活用いただきたくよろしくお願い申し上げます。

# 労災・自賠責委員会委員

委員長 藤川謙二

副委員長 目黒順一

委員 天野國幹

委員 嘉数研二

委員 塩見俊次

委員 寺元隆

委員 富永孝

委員 福嶋稔

委員 薬袋健

委員 村田欣造

委員 山内四朗

# 目 次

《はじめに》 .....	1	
《労災保険に関して》		
1. 医療現場又は審査会等における労災診療費算定基準の問題点 .....	3	
2. 労災認定および後遺症認定に係る適正な運用について .....	8	
3. 労災レセプトに係る審査会等に関する調査 「アンケート結果（概要）」 .....	19	
《自賠責保険（交通事故診療）に関して》		
1. 最近の自賠責保険の問題点 .....	23	
2. 今後の日本医師会の自賠責保険への対応 .....	28	
3. 「第三者の行為による傷病届」等に基づき医療保険者等が行う 求償に関する調査「アンケート結果（概要）」 .....	31	
《おわりに》 .....	37	
<table border="1"><tr><td>添付資料</td></tr></table>	添付資料	
添付資料		
交通事故診療における人身傷害補償保険の利用に関する注意事項 .....	39	

## 《はじめに》

今期の労災・自賠責委員会に対し、会長より「労災保険、自賠責保険をめぐる今日のあり方」について諮問された。

医療を取り巻く環境は、依然として非常に厳しい状況に置かれており、特に産科・小児科・外科・救急医療については、撤退、縮小する医療機関が後を絶たず、地域医療の崩壊は現実のものとなりつつある。

一方で、近年、少子高齢化に伴う高齢者労働力人口の増加や仕事のストレスを原因とする精神疾患患者の増加等、労働環境および労災診療をめぐる環境も変化している状況にある。

こうした状況の中で、将来にわたり労災保険本来の目的である「被災労働者の早期職場復帰」を達成していくという観点から、今期委員会では、労災保険の診療報酬体系のあり方について、過去数期にわたる本委員会の議論を踏まえ、改めて整理を行うとともに、労働環境の変化に対応可能な労災認定、後遺症認定のあり方についても言及した。

また、自賠責保険においては、交通事故診療の現場から挙げられた問題点を整理するとともに、様々な問題解決のための糸口として、日本損害保険協会（損害保険会社各社）および日本損害保険料率算出機構との意見交換会を行った。

その他、今期委員会においては、労災保険に関しては「労災レセプトに係る審査会等に関するアンケート調査」、また、自賠責保険に関しては「第三者の行為による傷病届等に基づき医療保険者等が行う求償に関する調査」など、各種調査を実施し、各地域及び現場の状況等の把握に努めた。



# 労災保険制度に関して

## 1. 医療現場又は審査会等における労災診療費算定基準の問題点

### 1) 労災診療費算定基準について

#### ① 労災保険独自の診療報酬体系について

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、原則的には各地域において、この「申し合わせ」により取り扱われてきた。

この「暫定措置」が申し合わせ合意から40年以上経過した現在に至るまで続いていることに対し、労災診療の現場からは、制度の目的や特色、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」との声が多く聞かれ、本委員会としても過去数期にわたり検討を重ねてきたところである。

健康保険診療報酬改定においては、平成14年度以降、財源問題を理由にマイナス改定が続き、地域医療は崩壊の危機に瀕しており、なかでも救急医療を担う医療現場の疲弊は限界に達している。その結果、健康保険における平成20年度診療報酬改定においては、緊急課題として、わずかな財源の下で救急医療に対する若干の対応が図られたものの、依然として厳しい状況が続いている。

健康保険がこうした状況にある中で、労働災害という災害医療に対する労災診療報酬が、今後も健康保険の診療報酬体系に準じていくことは、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が十分に果たせないのではないかという懸念があり、これを回避するためには、労災保険独自の診療報酬体系の構築が必要であると考えられる。

しかし、以前からの厚生労働省の考え方や、アメリカのサブプライムローン問題に端を発した、現在の世界的な金融危機からくる我が国の経済情勢等を勘案すると、早期の健康保険の診療報酬体系からの脱却は極めて困難であると考えざるを得ない。ましてや、前期の本委員会答申書にも述べられているように、「労災保険の財政」は黒字であるということを理由に、診療報酬の引き上げのみに焦点を絞って議論を行ったとしても、厚生労働省や国民世論の共感を得ることは困難であろう。

一方、近年の産業構造や雇用形態の変化に伴い、発生する「労災」の内容も、精神疾患が増加するなどの変化が見られるため（表1参照）、当面の現実的対応として、労災保険の性格上労災診療に適さない健保点数等については、労災特掲項目等により対応し、実質的な労災独自の診療報酬としていくことが大切であるとともに、新たな精神疾患を含めた労災の認定基準の明確化、給付期間の統一基準なども見直しを検討する必要があると考える。

このような対応の実例を挙げると、平成20年度健康保険診療報酬改定において、算定に制限のあった疾患別リハビリテーションについては、労災保険に逆準拠するような形で、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを実施することが可能となった。即ち、健康保険に先行して、労災保険の取扱いにおいて、より医療現場に即した要件、本来あるべき算定方法等を示していくことで、結果として健康保険の診療報酬体系の見直しにつながるものである。

この他、平成20年度労災診療費算定基準の改正では、以前よりその矛盾が指摘されていた健康保険等他保険及び自費（医療保険給付対象外）により傷病の診療を継続している期間中に、当該診療を継続している医療機関において、業務上の事由又は通勤による疾病により新たに受診した場合には、初診料を算定できるという労災保険独自の取扱いが認められた。このように労災診療に適さない診療報酬項目については、1つ1つ対応していくことが大切である。

【表1 精神障害等の労災補償状況】

(件)

区分		年度				
		平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度
精神障害等	請求件数	524	656	819	952	927
	決定件数	425	449	607	812	862
	うち支給決定件数 (認定率)	130 (30.6%)	127 (28.3%)	205 (33.8%)	268 (33.0%)	269 (31.2%)
うち自殺 (未遂を含む。)	請求件数	121	147	176	164	148
	決定件数	135	106	156	178	161
	うち支給決定件数 (認定率)	45 (33.3%)	42 (39.6%)	66 (42.3%)	81 (45.5%)	66 (41.0%)

(厚生労働省労働基準局労災補償部補償課)



## ② 医療現場および審査会等における問題点

労災診療費については、従来より、各労災指定医療機関等から提出された「診療費請求内訳書」等について都道府県労働局等による審査が行われ、その後、各労災指定医療機関等に対し診療費の支払いが行われている。しかし、各地域の具体的運営等を取りまとめた資料はない。そこで、今期委員会では、『労災レセプトに係る審査会等に関するアンケート調査』を実施し、各地における審査の現状や問題点等について収集を行った。その結果からいくつかの問題点を拾い上げてみた（アンケート結果の概要は、本書19ページを参照されたい）。

都道府県労働局による審査については、各都道府県に設置されている診療費審査委員会を中心として実施されているところであるが、その運営等に関して労災診療の現場からは少なからず疑問の声が生じている。

特に、労災保険情報センター（R I C）において実施されている労災診療費の事務的な事前点検、また、平成19年度より全国で試行的に実施され、平成20年度より本格実施されることとなった「労災診療費の審査点検事務の補助」等に関して、R I Cがその業務範囲を超えて、労災診療費の医学的な審査そのものにまで関与するようになってきたという声が聞かれる。

本来、労災診療費の審査業務は、国の専権事項であり国が主体となって運営する形が適切な姿であり、また、労災レセプトの審査に関しては、医学的判断が必要なことは言うまでもなく、今後の運営においても都道府県医師会等の役割が非常に重要であると考ええる。

労災補償行政の改革の流れから、ある程度の業務を外部に委託することは仕方がないとしても、現場から疑問視されるようなR I Cの関わり方は非常に問題である。

今後、診療費審査委員会等の円滑な運営が図られるよう、このような事態が散見される場合には、各都道府県医師会等が積極的に発言し、都道府県労働局に対し改善を求めていくことが必要である。

また、実際の審査に関する問題としては、労災指定医療機関への減額理由（差額理由）の通知について、該当医療機関からその内容に係る照会が多い。

さらに、労災指定医療機関から診療費の査定減に伴う再審査（異議申し立て）の請求を行った場合、審査委員会からの検討結果の通知方法について、電話による対応のみとしている地域があるなど取扱いに差がみられるが、この点も改善が必要であると考ええる。

これらは、労災指定医療機関の診療費の請求については、審査委員会等の決定が全てであり、健康保険のような再審査請求のシステム化が不十分であるため、医療機関の請求理由について訴える機会がないことが問題と思われる。そこに、業務範囲を超えて、医療の本質にR I Cが関与していると疑われることで、審査のあり方に不満を覚える医療機関が出てくる。

一方的に審査委員会の決定を通知する現行の方法から、一部にはすでに実施している都道府県があるため、医療機関の主張を聞き入れ、再審査請求を可能とするシ

システムを全国的に充実させることも検討されるべきと思われる。

その他、審査委員の選考方法、審査会場、点検レセプトの割合等、それぞれの地域で様々であるが、各地域の労災指定医療機関等の納得が得られ、地域の実情に合っていることが大切であり、問題があれば今回のアンケート結果を参考に各地域で改善される努力が必要であろう。

医療は不確定要素の多い領域であり、全国一律の基準はあっても良いが、あくまでもガイドライン的なものと考えるべきで、地域特性を無視した規則はかえって現場の混乱を招く恐れがあると思われる。ただし、補償が絡む認定基準や給付期間については、統一した基準の策定が望まれる。

## 2) 労災かくしについて

「労災かくし」の問題は、以前から労災保険をめぐる大きな問題の1つとして、労災診療の現場からも多くの声が挙げられているが、十分な解決方法が見出されないまま、制度の周知徹底を図るといった対応にとどまり、問題の解決には至っていない状況にある。

「労災かくし」は、被災労働者が治療を受ける上でのメリットはなく、この問題に巻き込まれることで医療機関にとってもメリットはない。また、健康保険財政という観点において、国民にとってもメリットはない。

なぜ、「労災かくし」はなくならないのか。

先にも述べたとおり、厚生労働省当局においては、「労災かくし」対策として、労働災害が発生した場合の所定の手続き、規定等をホームページ上に掲載し、また、「労災かくし」の排除を呼びかけるポスター、リーフレットを作成するなど、事業主、労働者に対しての周知・啓発に努めている。

こうした取組が行われているにもかかわらず、依然として、「労災かくし」が発生しているという事実を踏まえ、労災診療を担当する立場から「労災かくし」の発生要因を考えた場合、現行の労災保険制度におけるいくつかの問題点が浮かび上がってくる。その1つが労災保険における「メリット制」である。

労災保険では、事業主間の保険料負担の公平を期すため、事業の種類ごとに災害率等に応じて保険料が定められているが、さらに、個々の事業における災害防止努力を促すことを目的として、災害の多寡により保険料を増減するという制度があり、これが「メリット制」と呼ばれるものである。

当然、災害防止に努めている事業主とそうでない事業主が全く同一の保険料であるということは、負担の公平性という観点からは問題がある。しかし、本来災害防止努力を促すための「メリット制」が、労働災害が発生すれば保険料負担が増えるという認識だけを事業主に植え付けるものになり、その結果、労働災害をかくすという行動につながっているとすれば、改めて制度を見直す必要があると思われる。例えば、①軽度の傷病については、災害率算出の対象としない、②労働災害が発生

しなかったという結果に対してのみならず、労働災害が発生しないための取組や労働災害が発生した場合を想定して、事業主がどのような対策（行動計画）を取っているか、③実際に労働災害が起こった場合に行動計画に基づいた対処がなされているか等を考慮したものにするべきではないかと考える。

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

この場合も、労働災害の発生の有無のみが入札条件等に影響を与えていると思われ、「メリット制」と同様、事業主側の体制等も考慮した形とするべきであると考ええる。

また、別の側面からは、被災労働者が労災診療を受けるためには、申請時に事業主の証明等が必要となっていることから、雇われている労働者が処分（解雇）を受けられる可能性があり、その結果、労災診療を受ける機会が狭められているのではないかという問題も考えられる。

このような場合は、例えば、「労災保険証」（仮称）を発行し、軽度の場合には受診の際にこれを提示することにより労災診療が受けられるようにするなど、被災労働者がスムーズに受診できるような制度へと見直していくことも必要と考える。

「労災かくし」の対象となるのは、比較的小さな外傷等であり、こうした傷病の診察にあたる医療提供側においても、厚生労働省に任せるばかりでなく、積極的にこの問題に取り組む姿勢が望まれる。

【表2 「労災かくし」による検察庁への送検件数の推移】

労働安全衛生法第100条及び第120条違反

	平成 10年	11年	12年	13年	14年	15年	16年	17年	18年	19年
件数	79	74	91	126	97	132	132	115	138	140

(厚生労働省ホームページ)

## 2. 労災認定および後遺症認定に係る適正な運用について

近年、我が国においては少子高齢化が進んでおり、厚生労働省が発表している年齢別労働力人口の将来推計によれば、2012年以降、60歳未満の労働力人口は減少し続け、2030年は5,000万人を下回り、反対に60歳以上の労働力人口は増加し続け、1,200万人を超えることになると推計されている。(表3参照)

このように、我が国における良質な労働力を少しでも高齢者労働力にシフトしていかなければならない状況が出てきている中で、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と考える。

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挙されており、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。

将来にわたり、被災労働者にとって不利益が生じないように、現行の労災認定に係る問題点等を整理し、労災認定の今後のあり方について検討を行った。

また、同様に労災保険における後遺症認定についても問題点等を整理し、今後の方向性について検討を行った。

【表3 性、年齢（5歳階級）別労働力人口の将来推計：2006～30年】

年齢	総数				男				女			
	2006年	2012年	2017年	2030年	2006年	2012年	2017年	2030年	2006年	2012年	2017年	2030年
総数	6,657	6,628	6,556	6,180	3,898	3,852	3,778	3,537	2,759	2,776	2,777	2,643
15～19	106	113	118	90	54	57	59	45	52	56	59	45
20～24	519	474	470	399	264	245	245	213	255	229	225	186
25～29	704	638	575	530	398	358	319	288	306	281	256	242
30～34	775	647	618	549	474	383	362	309	301	264	255	240
35～39	733	777	660	550	445	463	387	315	288	314	273	235
40～44	676	805	805	595	391	460	457	336	285	345	348	260
45～49	657	714	826	670	373	400	457	363	284	314	369	307
50～54	702	656	706	735	403	369	392	395	299	286	314	340
55～59	819	623	605	788	493	371	355	452	326	252	250	336
60～64	446	600	489	586	278	383	317	386	168	217	172	201
65～69	269	309	383	342	170	199	245	225	99	110	138	117
70～74	148	158	175	177	91	94	107	110	57	63	69	67
75～79	71	76	83	101	44	46	49	62	27	30	34	39
80～84	26	29	32	48	16	19	20	29	10	10	12	19
85歳以上	7	10	12	18	4	6	7	10	3	4	5	9

厚生労働省職業安定局推計「労働市場への参加が進むケース」(2007年11月)による。総数は15歳以上

## 1) 労災認定について

高齢者労働力人口の増加が予測される中、加齢的变化である変形性疾患（変形性脊椎症、骨粗鬆症、変形性関節症など）等を抱える労働者も増えることが予測される。

こうした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は非常に重要な問題となってくる。

基本的には、加齢的变化である変形性疾患を有していることを理由に、労災適用を回避することは適切ではなく、個々の身体的特徴、労働環境等、それぞれの症例により状況は異なるとしても、労災認定にあたっては主治医が主導的に医学的判断をすることが必要である。

現行法の解釈においては、労働者が業務とは関係ない基礎疾患または既存疾病（以下、「基礎疾患等」という。）を有しており、さらに当該基礎疾患等が労働に支障のない程度の状態にある場合、何らかの原因で業務中に発症、または増悪したとしても、多くは自然的な経過または加齢等の現象によるものであると考えられ、一般的に業務起因性はないと判断されることが多い。

例外として、その発症または増悪が当該基礎疾患等の自然的経過を超えていると医学的に認められる場合には、発症または増悪前の状態に回復するまでは、業務上の疾病として取り扱われている。

しかし、労働者を診療する医師の側からすると、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。

こうした点を踏まえ、現行の労災認定における問題を次のように整理し、その対応策等について検討を行った。

### a. 算定上の問題

- 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。

### b. 認定基準上の問題

- 現在の認定基準のままでは、今後の労働環境の変化等に対応できない。

#### **【求められる対応】**

- A. 医療提供側としてのガイドライン（基準）の作成。
- B. 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。

## A. 医療提供者側としてのガイドライン（基準）の作成について

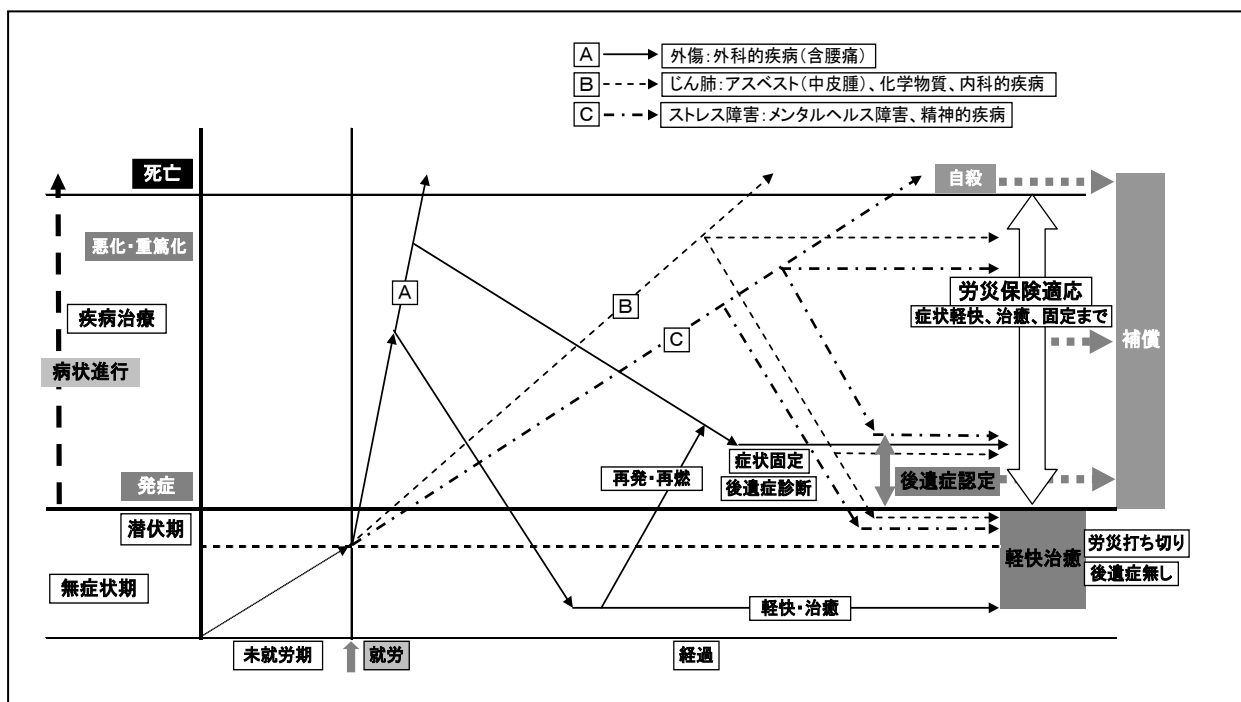
労災認定にあたっては、基本的には主治医が主導的に医学的判断をすることが大原則であり、今後においてもその取扱いに変更があってはならない。

しかし、前述したとおり、加齢的な変化等は患者さんによって個人差があり、それを踏まえると労災保険による治療範囲を判断することは非常に困難であり、今後、増加する高齢労働者の診療を担っていく現場の医師が適切な医学的判断をしていくためには、何らかのガイドライン（基準）を示す必要があると考える。

### 《労災保険における治療範囲》

労働災害と労働者がもともと有していた基礎疾患等との関係を考えるにあたり、下図（図1）のように、主たる労働災害について、疾病の経過と労災認定の関係を整理してみた。普段イメージしている内容が、図示することでより理解しやすくなったと思われる。もちろん、このパターンにあてはまらない事例も当然あると思われるが、考え方を整理するためとご了解頂きたい。

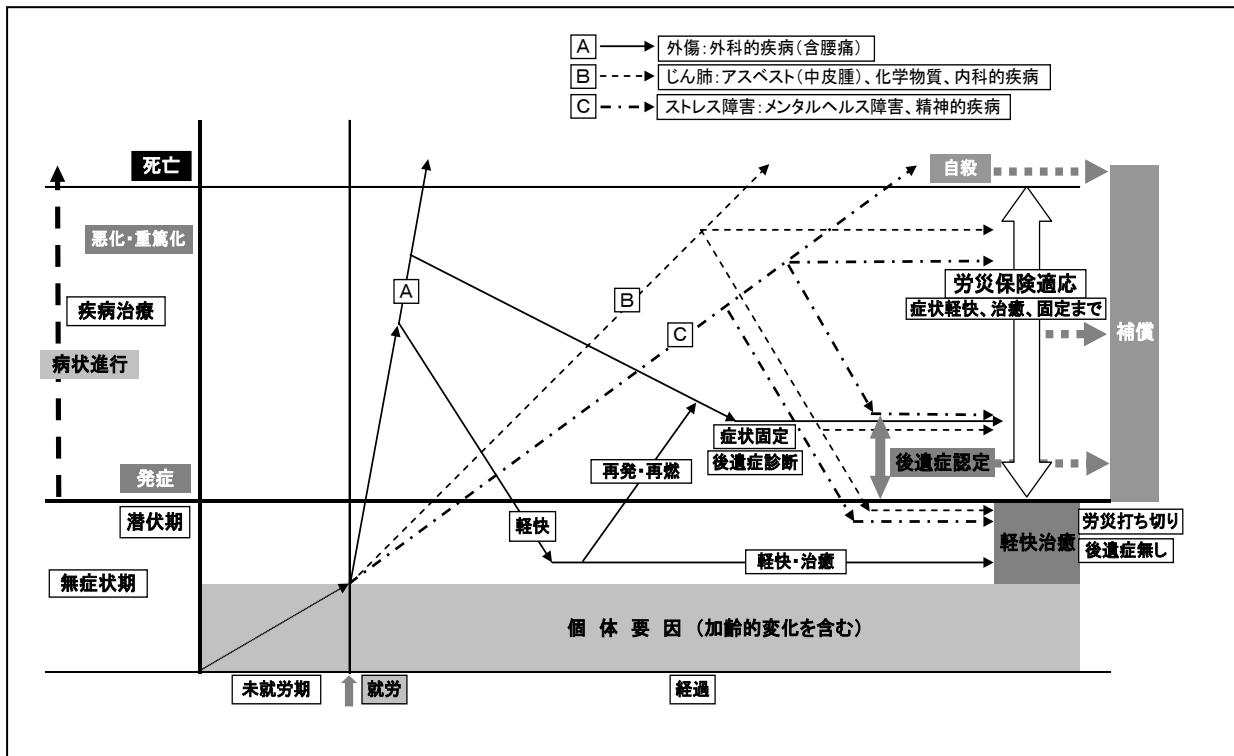
【図1 主たる労働災害と疾病の経過】



この図では労働災害について、A：外科的疾患、B：内科的疾患、C：精神的疾患という形で大きく3つに分類し、発症から治療、さらに治療後の状態によって、現行の労災認定の考え方に照らして表示してみた。例えば、外傷の場合、外傷により悪化した疾病について、治療後の状態が「軽快・治癒」であれば、発症から軽快・治癒（「発症」ラインを超える）までの範囲が労災保険の適用範囲となり、また、治療の結果、後遺症が認められる場合には、後遺症認定に移行し、障害（補償）給付等が行われることになる。

つまり、「発症」ラインを超えた部分が労災保険における給付の範囲ということになるが、ここに加齢的变化を含めた個体要因を考慮すると、下図（図2）のようになることが考えられる。

【図2 主たる労働災害と疾病の経過（個体要因を考慮した場合）】



即ち、同じ労働条件で業務に従事していたとしても、加齢的变化を含む基礎疾患等の個体要因を有する労働者の場合、当然ながら通常より発症リスクは高いと考えられるため、「発症」ラインを上方にシフトさせることにより、労災保険の適用範囲や認定との関係が整理でき、基礎疾患等を有していること自体が労災保険の適用を妨げるものではないということが分かる。

この場合、基礎疾患等の治療に係る費用と労災保険との関係を見ると、現行の労災保険制度下では、基礎疾患等の治療に対する給付に関しては、労災疾病の治療にあたり、私病である基礎疾患等の治療を必要とする場合には、当然ながらこれに係る費用を労災保険で給付している。

今後、予測される高齢労働者の増加という状況を踏まえると、労災診療を行うにあたり、今以上に基礎疾患等に対する治療を並行して行う必要性が出てくることが考えられる。

特に、労働災害によりもともと労働者が有していた基礎疾患等が進行するというケースなど、労災疾病と基礎疾患等とが密接に関連するような事態に対し、その治療の取扱いに誤解が生じないように、こうした基礎疾患等に対する労災保険の給付の考え方を広く周知していく必要があると考える。

## 《ガイドライン（基準）について》

労災保険での治療範囲に関する基本的な考え方は前述したとおりであるが、現実の労災診療においては、これに当てはまらない事例が出てくるのが少なくない。

例えば、治癒と発症（再発）を繰り返しているような事例などが該当するが、基礎疾患等の治療も含め、現場の医師にとって労災保険での治療期間等については判断が非常に難しい問題であり、今後、基礎疾患等を抱える高齢労働者の増加を考えれば、それに対応する医師の苦労は想像に難くない。

現状では、労災保険での治療期間等について、医師が参考にできるようなエビデンスは明らかにされておらず、医師の医学的判断のみに任されている。

それにもかかわらず、都道府県における診療費審査委員会においては、会計検査院からの指摘を受けた厚生労働省および都道府県労働局より、長期療養者に対する取組が強化されるといった状況にある。

こうした状況を踏まえれば、医師の医学的判断を大前提としながらも、何らかの基準を作成するべきと考える。

1つの疾病や負傷に対し、労災保険での治療期間を一律に決めてしまうことは適切ではないため、疾患ごとに治療期間のデータを収集し、そのピークを把握して示すという形でエビデンスを示すことが必要である。

整形外科的領域においては、代表的な疾患（頸部、腰部、膝関節等）の症例データの収集から始め、また、内科的疾患、精神科的疾患等については、専門学会、専門の医師等に確認しながら同様のデータを収集し示していくことで、被災労働者、また現場の医師にとって不利益が生じないような労災認定の形を作っていくことが大切である。

## **B. 認定基準の見直し**

表4にあるとおり、施行日から30年以上も経過している認定基準等があることから、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、これらについて見直す時期にきていると考える。

例えば、変形性疾患に関連する内容として、具体的には「業務上腰痛の認定基準等について」（昭和51年10月16日 基発第750号）等が挙げられるが、この中で重量物を取り扱う業務として、「おおむね30kg以上の重量物を労働時間の3分の1程度以上取り扱う業務及びおおむね20kg以上の重量物を労働時間の半分程度以上取り扱う業務をいう。」といった規定がされているが、このような規程をすること自体に無理があり、個人差や若い頃の骨の変化等もあるため、こうした基準を拡大解釈していかなければ、現在の高齢労働者に対して適応できなくなる。

業務上疾病として新たに労働基準法施行規則別表第1の2等に追加すべきものの有無については、厚生労働省に設置された「労働基準法施行規則第35条専門検討会」において、定期的に検討が行われており、直近では平成21年3月24日より臨床、病理、疫学等の医学専門家による検討が行われているが、業務上疾病



の中に「加齢」という概念をどう組み込んでいくかということについて、具体的に検討がなされるべきと考える。

また、「認定基準の見直し」に関しては、必要に応じて別に専門家による検討会を立ち上げて検討することになっているが、現在のところ開催される予定はないとのことである。

すでに労働人口の高齢化が進んでいることを踏まえると、一刻も早く検討を開始するべきであり、厚生労働省に対して「認定基準の見直し」を強く要望していくことが大切である。

【表4 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
電離放射線障害	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51.11.8
高気圧障害	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36.5.8
騒音性難聴	149号	騒音性難聴の認定基準について	昭61.3.18 改)平9.2.3
振動障害	307号	振動障害の認定基準について	昭52.5.28
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9.2.3
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27.9.9
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51.8.23
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59.12.4
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52.1.10
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46.7.28
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58.1.5
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43.2.26
二酸化炭素中毒	123号	二硫化炭素による疾病の認定基準について	昭51.1.30
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51.7.29
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36.5.29
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51.1.30

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. 8. 4
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. 5
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. 9.27
じん肺症等	250号	改正じん肺法の施行について（抄）	昭53. 4.28
	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. 1.20
石綿障害	0209001号	石綿による疾病の認定基準について	平18. 2. 9
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. 9.14
	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. 4. 6

## 2) 後遺症認定について

労災保険においては、被災労働者について療養効果が期待し得ない状態となり、症状が固定した場合であって、身体に一定の障害が残った場合には、障害の程度に応じて、障害補償として障害（補償）給付等が支給されている。

被災労働者が障害（補償）給付の受給申請を行う際には、医師の後遺障害診断書を添付するとされており、この医師の診断書を基に障害等級が決定（いわゆる「後遺症認定」）されているが、この「後遺症認定」に関して、医療現場からは様々な問題が挙げられている。

例えば、患者さんの訴え（痛み等）はなくとも画像上（レントゲン等）の所見が明らかであれば高い等級が認められる、あるいは、反対に患者さんの訴えがあれば画像上は何も問題がなくとも認められるといったケースがあり、特に、前者のようなケースにおいて、知識のある患者さんがそれを利用しているという声が聞かれる。

また、同じ基準を用いているにもかかわらず、労災保険と自賠責保険とでは認定される等級に相違があるという現状があり、患者さんから不満を訴えられることもある。

こうした患者さんからの不満や苦情は、後遺障害診断書を作成した医師に向けられることも少なくなく、非常に対応に苦慮しているところである。（そもそも、主治医への後遺症認定結果の情報提供がない。）

このような状況を踏まえ、現在の後遺症認定の問題を以下のように整理し、それぞれについて、今後の適正な運用に向けた方向性について検討を行った。

### a. 等級認定の問題

- 患者さんの状態、実態に即した等級認定がなされていない。

### b. 認定基準および等級表の問題

- 現状にそぐわない項目等が等級表に存在している。

### **【求められる対応】**

- A. 後遺症認定におけるガイドライン等の作成
- B. 障害等級表および障害等級認定基準の見直し

## A. 後遺症認定におけるガイドライン等の作成について

整形外科領域の障害等級認定基準（以下、「認定基準」という。）について、平成16年6月、厚生労働省は「整形外科の障害認定に関する専門検討会報告書」に基づき、「せき柱およびその他の体幹骨、上肢並びに下肢の障害に関する障害認定基準」を定めている。

この新たな認定基準では、関係学会等の判断基準等を参考にして、エックス線写真等の画像を基に、より客観的に障害の程度が判断できるよう測定方法等について明確にするなどの改正が行われており、これらの改正は、現場の医師にとって後遺障害診断書作成にあたり有効なものとなっていることは事実である。

一方で、現在の後遺症認定について、医療現場からは「あまりにも画像上の所見に偏重した認定が行われているのではないか」という指摘もある。

例えば、脊柱の圧迫骨折について、エックス線上明らかであれば何も症状が無くても高い等級が認められるといった事例があり、今後、基礎疾患等に係る何らかの画像所見のある高齢労働者を診療する事例が増えていくことを考えると、適正な運用を維持していくためには後遺症認定の考え方等について改めて整理または見直しが必要ではないかと考える。

加齢に伴う基礎疾患等の個体要因を有する被災労働者と後遺症認定の基本的な関係は、前項の図2において示したとおりであり、後遺症認定にあたっては、残存する身体障害が「発症」ラインを超えているか否かによって判断がなされることになる。

残存する身体障害について、新たに発症した労災疾病に係るものであるのか、あるいは加齢的な基礎疾患によるものであるのかを判断する際、現在は画像上からある程度の判断は可能であるとしても、加齢的な骨変化等は個人差があること等を踏まえると、画像所見のみに頼るようなやり方では、今後の労働環境等の変化に対応できるのか疑問を感じるころである。

本来、後遺症認定にあたっては、残存する障害の程度の根拠となる画像所見と症状が残っているのかどうか等の機能的な側面を併せて総合的に判断されるべきと考えられ、実際、後遺障害診断書の作成の際には、主治医は画像所見だけでなく、残存する障害についての症状等の医学的所見を記載するよう求められている。

しかし、実際の認定基準においては、主治医の医学的所見と認定の関係性についてほとんど言及されておらず、現場の医師はどのような運用が行われているのか分からない形となっている。

基礎疾患等と残存する障害についての関係性は、個々の症例により異なることから、認定基準において一律に決めることは適切ではないが、その判断にあたり主治医の医学的所見は最も重要視されるべき事項であると考えられるため、認定基準においてもその点を明確にするよう見直す、あるいは現状に即した運用が図られるようガイドラインの作成等についても早急に検討が行われるべきであると考えます。

## B. 障害等級表および障害等級認定基準等の見直しについて

障害（補償）給付は、「障害の程度」に応じて行うものとされているが、この「障害の程度」の判断にあたり用いられているのが、障害等級表（労災保険法施行規則別表第一）である。

この障害等級表は、労働能力喪失の程度に応じて第1級から第14級まで区分され、138種類の類型的な身体障害が規定されている。

また、障害等級表においては、同一部位の身体障害について、障害の程度に応じて、例えば、「著しい変形を残すもの」、「変形を残すもの」といった形で整理され、等級の格付けがなされているが、この格付けのための判断基準として示されているものが認定基準である。

従来、労災保険における障害等級の認定は、「障害等級認定基準について」（昭和50年9月30日基発第565号）等に基づいて行われていたが、今日の医学的知見等の進展に適合しない内容のもの等が見られたことから、その後、それぞれの分野について「障害認定に関する専門検討会」が設置され、その検討結果を基に必要な認定基準等の改正が行われているところである。（先に述べたとおり、整形外科領域に関しては平成13年より平成16年まで開催され、報告書がとりまとめられている）

しかし、この障害等級表および認定基準について、医療現場からは現状に即していない、あるいは、論理的ではないといった意見も挙がっている。

いくつかの例を挙げれば、障害等級表に定められている「一上（下）肢の三大関節中の二関節の用を廃したもの」（第6級）と「一上（下）肢の三大関節中の一関節の用を廃したもの」（第8級）は、関節数のみに言及しており部位を特定していないが、肩関節と手関節、または股関節と足関節では同じ用廃であっても機能障害の程度が大きく異なるため、それぞれの関節の部位に応じた用廃の評価をきめ細かにする必要があると考える。

また、「一上（下）肢に偽関節を残すもの」（第7級及び第8級）は、骨折治療技術が格段に進歩した現時点においては、骨折部が偽関節の状態の後遺障害として放置されることはなく空文化しており、これらは変形や短縮に整理されるべきであると考えられる。

その他、「一手の小指を失ったもの」（第12級）は「一手の示指・中指、又は環指を失ったもの」（第11級）よりも評価が低い、小指は棒状の物体を把持する点で環指よりも遙かに重要な役割を有しており、小指の欠損による機能障害は環指よりも高く認定すべきと考えられ、関係学会等の意見を基に再検討すべきである。

さらには、障害補償給付における第7級（障害（補償）年金）と第8級（障害（補償）一時金）の認定については、支給額に大きな差があるため、医師側、患者さん側、両者にとって論理的な診断基準の設定が求められる。

前述したとおり、現行の障害等級表の作りは、第1級～第14級（14区分）、138種の類型的な障害となっており、従来、これらの制約の中では労働能力の喪

失の程度の異なる身体障害が同一の等級となることはやむを得ないといわれていたが、労働環境等が変化していく中で、より実態に即した形で被災労働者に対しきめ細やかな対応をするためには、障害等級表および認定基準の抜本的な見直しに向けた検討が必要ではないかと考える。

その際には、現行のように「既存障害」という要因だけでなく、加齢に伴う基礎疾患等との関係についても、現場の医師が判断に困るような事例に対処できるような形で一定の整理が図られるべきである。

また、後遺症認定において、労災保険と自賠責保険とでは認定される等級に相違がみられることが多いという問題がある。

両者は基本的に同じ認定基準を用いているが、労災保険は災害補償、自賠責保険は賠償責任という制度趣旨の違いがあり、それを理由にこのような認定がなされているという現実がある。

これに対する患者さんの不満は大変大きいものがあり、裁判になるような事例も出ているが、基本的に後遺障害診断書など医師の医学的判断の扱われ方が制度趣旨の違いで異なるということは適切ではないと考える。

特に、基礎疾患等が外傷後に増悪したような場合に、自賠責保険では加害者の賠償責任の範囲外とされるような事例が多く、加齢に伴う基礎疾患等を抱える労働者の増加を考えれば、こうしたトラブルに医師が巻き込まれる機会が増える可能性があるため、患者さんが納得できるよう統一した認定が行われるべきであると考えます。

### 3. 労災レセプトに係る審査会等に関する調査「アンケート結果（概要）」

労災診療の現場における様々な問題点を議論していく中で、現在の労災レセプトに係る審査会等に関して、審査委員の選任方法や構成等の運営方法について、地域ごとにその取扱いに特徴があることが分かった。

そこで、今期委員会では、「労災レセプトに係る審査会等に関するアンケート調査」として、47都道府県医師会へ調査を依頼し、その結果を分析した。

本調査結果をフィードバックすることにより、今後の各都道府県における審査会等の運営等に有効に活用いただければと考える。

#### 1) 労災レセプトに係る審査会等に関する調査「アンケート結果（概要）」

##### ① 構成メンバーについて

全体状況は下記のとおりであり、審査委員の構成は、整形外科の医師の占める割合が49.3%と最も高く、次いで外科(24.3%)、脳(神経)外科(7.7%)、内科(6.0%)という結果であった。

都道府県別にみても、おおむね整形外科および外科系の医師の構成割合が高い傾向にあることから、現状ではやはり整形外科(外科)的な判断を求められるレセプトが多いものと推測できる。

近年、精神障害等の労災補償状況が増加していることを考えると、今後、精神科や心療内科の医師を審査委員として新たに増員するなどの必要性が出てくることが考えられる。(精神科および心療内科という回答はなかった。)

[全体状況 (n = 548)]

診療科	人数 (割合 (%))	診療科	人数 (割合 (%))
整形外科	270 (49.3)	循環器科	1 (0.2)
外科	133 (24.3)	消化器科	1 (0.2)
脳(神経)外科	42 (7.7)	循環器内科	1 (0.2)
内科	33 (6.0)	皮膚科	1 (0.2)
眼科	29 (5.3)	産婦人科	1 (0.2)
呼吸器科	6 (1.1)	心臓血管外科	1 (0.2)
形成外科	5 (0.9)	胸部外科	1 (0.2)
消化器外科	4 (0.7)	耳鼻咽喉科	1 (0.2)
リハビリテーション科	2 (0.4)	歯科	14 (2.6)
放射線科	2 (0.4)		

※診療科は降順に掲載

② 委員の選任方法（欠員が生じた場合も含む）について

委員の選任にあたっては、労働局の指名および医師会の推薦により委員を選任しているとの回答があった地域が最も多く21件、次いで医師会による推薦のみと回答があった地域が12件という結果であった。

このほか、労災指定医協会等の関係団体の推薦による委員を選任している地域等もあり、おおむね地域の中で、労働局、医師会、関係団体等が連携を図りながら審査会の委員を選任し、運営にあたっている状況がうかがえる。

[全体状況（n = 47）]

労働局の指名および医師会の推薦	21件
医師会の推薦のみ	12件
医師会の推薦および労災指定医協会等（大学病院、労災病院等を含む）の推薦	5件
労働局の指名および労災指定医協会等（大学病院、労災病院等を含む）の推薦	4件
労働局の指名、医師会の推薦および労災指定医協会等（大学病院、労災病院等を含む）の推薦	3件
労働局の指名のみ	2件

③ 開催場所について

R I Cと回答した地域が35件と最も多く、次いで労働局（8件）、都道府県医師会（5件）という結果であった。

平成20年度より本格実施されることとなったR I Cによる「労災診療費の審査点検事務の補助」業務等の影響もあり、このような結果となったことが推測できる。

[全体状況（n = 47）]

都道府県医師会	5件
労働局	8件
R I C	35件

※複数回答の地域あり



④ 開催時期（時間帯含む）について

開催日は第4週または月末に設定している地域が最も多く（38件）、開催時間は2時間以上3時間未満としている地域が多かった（25件）。

審査委員の都合に合わせて、弾力的にスケジュールを設定するなど、開催にあたってはおおむね連携は図られているといえる。

[全体状況（n = 47）]

《開催日》

第4週または月末開催	38件
第1週開催	5件
中旬（10日～20日）開催	3件
不定期開催（審査委員の都合に合わせて設定等も含む）	1件

《開催時間》

2時間未満	3件
2時間以上～3時間未満	25件
3時間以上～4時間未満	7件
4時間以上	3件
時間未定（審査委員の都合に合わせて設定等も含む）	9件

⑤ レセプト点検に係る取扱い件数の割合について

提出されたレセプトの全件について審査が行われていることは当然であるが、審査会では労働局およびR I Cによる事務的な事前点検の結果、疑義が生じたもの（医学的な判断が必要なもの）を重点的に審査しているという地域が多かった。（37件）

そもそも、レセプトの枚数や事務的な事前点検の結果、疑義が生じたもの等の割合は月によって変わるものであり、また、それらは地域によっても当然異なるため、各地域において審査委員の人数等も踏まえ、弾力的な運用が図られているようである。

⑥ 医療機関からの苦情等への対応について

労働局が対応していると回答した地域が31件と最も多かった。

労災レセプトの審査に関する責任は労働局にあるため、基本的には労働局が対応することは当然と思われるが、医学的知識が必要な内容については医師会、審査会等が協力して行っている地域が多いと考えられる。

[全体状況 (n = 47)]

労働局で対応	31件
医師会で対応	1件
労働局、医師会で対応	1件
労働局、R I Cで対応	4件
労働局、R I C、医師会で対応	2件
審査会で対応	4件
上記以外 (審査委員長が対応等)	4件

⑦ 審査会等に関するご意見について (自由記載)

審査会等における問題点については、「1. 医療現場又は審査会等における労災診療費算定基準の問題点」の中で述べたところであるが、本調査の結果、各都道府県医師会からは様々な意見が寄せられた。

運営面に関しては、やはり審査会におけるR I Cの業務範囲についての意見が挙げられたが、他にも「問題が生じたときの取りまとめに時間を要する。」、「審査会で検討された事例について、審査委員および医療機関へフィードバックすべきである。」、また、「開催日を2日間とできないか。」等の意見が挙げられた。

審査に関しては、「自賠償に係る事例が増加傾向にある。」、「審査委員の間で私病に対する見解の相違があり、各地区間のすりあわせが必要である。」、「針刺し事故、肝炎診断治療等に関し、国が作成したマニュアルは数年間遅れており、現状との乖離が生じている。」といった意見が挙げられた。

こうした意見に対しては、まずは労働局、都道府県医師会、R I C等が協力して改善を図り、それでもなお解決できないような問題については、本委員会を通じて厚生労働省等に問題提起していく必要があると考える。

# 自賠責保険制度に関して

## 1. 最近の自賠責保険の問題点

### 1) 再保険制度廃止後の自賠責保険のあり方について

平成14年4月、自賠責保険において政府再保険制度が廃止され、従来財務省(旧大蔵省)が管理していた再保険料(累積運用益)については、改正自動車損害賠償保障法において、「①ユーザーに還元することによる保険料負担の軽減」、「②被害者救済対策等の安定的な実施」のために配分されることとなった。

このうち、「②被害者救済対策等の安定的な実施」に係る部分については、民間保険会社やJA等によりその管理が行われているが、一部事務管理費等にも運用されているのではないかとと思われる。

政府再保険料は、損保各社による自賠責保険の運用の安定により廃止されたものであり、本来、再保険制度による累積運用益は全額ユーザーに還元されるべきものである。

さらに、自賠責保険(強制保険)の保険料は、税金と同様の公的な保険金であるため、収支状況等については広く国民に情報公開されるべきであり、自動車損害賠償責任保険審議会(自賠責審議会)における運用益の使途情報に限らず、民間保険会社、JA等からは、自賠責保険の管理費用等についても詳細な報告がなされるべきものと考ええる。

また、自賠責保険の運用益については、日本損害保険協会等の使途選定委員会での決定事項が、審議会に報告されている状況のため、交通事故被害者や自賠責保険ユーザーのニーズに必ずしも合っているとはいえないという意見も聞かれるため、さまざまな分野の意見を取り入れることができるような使途選定方法を含め、改めて活用方法の見直しを行い、有効な制度としていくことが大切であると考ええる。

### 2) 自賠責保険診療費算定基準(基準案)による自賠責保険の現状について

平成元年からスタートしてきた自賠責保険診療費算定基準(基準案)による交通事故診療費に係る請求は全国的に普及し、平成22年1月現在、山梨県と岡山県を残すのみとなっているが、両県とも実施に向け損保協会等との話し合いが行われている状況である。

本基準は、災害医療の特性を考慮し、リハビリテーションや処置等の専門技術を厚く評価していることから、外来専門の医療機関では、健康保険(1点単価:10円)の2倍として請求するよりもやや増収となり、不採算医療といわれる交通事故診療を担う診療所にとっては、有効な請求方法として、選択肢の1つとなるものである。

今後、47都道府県において基準案の合意が得られた場合、次の局面として全医療機関での実施に向け、「法制化」等の問題が再燃することが予測される。

医療提供側として被害者、医療機関等それぞれの立場から、法制化のメリット・デメリットを検討し、交通事故診療に対する診療報酬のあり方を改めて検討しておく必要があると考える。

### 3) 健康保険の2倍を上限とする自賠責保険の現状について

ある地域では、健康保険（1点単価：10円）の2倍から2.5倍を上限とする請求を実現しており、また、交通事故診療費について患者さん（被害者）本人に直接請求するという運用が行われている。全国的には、健康保険（1点単価：10円）の2倍を上限として請求されている例が多いようである。

しかし、平成14年に政府の再保険制度が廃止されてからは、一括請求というサービスを活用して、過失相殺を治療開始当初から損害保険会社が強要している例が目立ちはじめた。

つまり、自賠責保険での被害者の過失を原則問わないという、被害者の損害賠償優先制度を無視しているのである。被害者の過失割合が7割までは、自動車損害賠償保障法では過失を問わないこととなっている。

しかし、被害者である以上、本来、過失割合は5割以下であるので、自賠責保険の範囲内では、過失割合を減額されることは通常ない。

さらに、「自動車保険の概況 平成20年度（平成19年度データ）」（損害保険料率算出機構）によると、交通事故診療における1件平均診療費は16万6千円と非常に低額であり、また、受傷の程度別データをみると傷害度1（軽度）が84.8%を占め、そのうちの約半数が頭顔部・頸部ということから、多くが「頸椎捻挫」と推測される。平均治療期間は約51日、治療実日数は約15日であり、入院率は約7%であることを考えると、ほとんどの症例が自賠責保険の支払限度額（120万円（けがの場合））の範囲内で終了するということである。

### 4) 人身傷害補償保険の立替払いの問題点について

平成10年に当時の東京海上火災保険が販売した「人身傷害補償保険」は、本来、被害者の過失分を補填する保険として発売されたものである。

しかし、時代と共に、保険内容が変質しており、先払い、後払いなど立替払い制度のように、変化しているのが現状であり、損害保険会社に有利な保険に変化している。

さらに、詳細に調べてみると、損害額や慰謝料、後遺症全てにおいて、裁判所が決定する損害額に比べて、任意保険会社の独自の算定により減額されていることは事実である。その上、保険の自由化により、全ての保険会社で支払い基準がそれぞれに異なっているため、非常に理解に苦しむ保険に変質しているのである。

つまり、同じ支払事例でも、支払基準が6種類も存在するのである。裁判官がまとめた説によると、

- 1) 訴訟基準差額説（被保険者優先説）
  - 2) 保険金額比例配分説
  - 3) 人身傷害補償保険基準比例配分説
  - 4) 保険金額絶対説（保険者優先説）
  - 5) 人身傷害補償保険基準絶対説
  - 6) 人身傷害補償保険基準差額説
- 以上6種類である。（参考文献1）

各損害保険会社が立替払いで済む人身傷害補償保険は、本来の任意保険会社の任務を果たしているとはいえない。損害保険会社には初心に戻り、被害者の過失分の損失補てんを人身傷害補償保険の保険金により、果たしていただかなければ国民世論の理解は得られないものとする。

この他、以前から医療現場で起こっている問題としては、健保使用の問題が挙げられるが、これも人身傷害補償保険が関連して発生する問題の1つといえる。

これは人身傷害補償保険の約款において、「公的制度の利用等により費用の軽減に努めること。」という努力規定が設けられていることが原因と考えられるが、この規定の取扱いに関して、平成11年5月21日、日本医師会と東京海上火災保険株式会社（当時）は、公的保険の使用を強要するものではないとの確約をし、「1. 自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取り扱いとする。」「2. その旨の社内徹底を図る。」旨の文書（以下、「申し合わせ」という。）を交わしたという経緯がある。（その後、東京海上火災保険株式会社（当時）にならい、人身傷害補償保険を後発している主要保険会社（4社）についても、同様の確認をしている。）

この申し合わせについて、各損保会社の合併・統合など再編が進んだこと等により、うまく引き継ぎがなされていない可能性があり、また、医療機関側にも十分に周知が行きわたっていないのではないかと考える。

今期委員会では、「交通事故診療における人身傷害補償保険の利用に関する注意事項」として、医療機関向けの周知用文書を作成し、都道府県医師会に送付するとともに、本答申においても、添付資料に掲載しているので、参照されたい。

## 5) 医療類似行為による自賠責保険の問題点について

自賠責保険において医療機関で症状固定（治癒）した患者さんが、その後、漫然と医療類似行為に通院している状況が、以前より損害保険料率算出機構（調査事務所）や損害保険会社で問題視されている。なぜなら、医療機関で中止の転帰ではない場合（症状固定（治癒）の場合）は、新たな外傷病名を医師の診断書で証明せねば、医療類似行為による自賠責保険への請求は認められない。

つまり、交通事故診療の専門医でない医師の診断書が利用されていることが問題

である。

医師の裁量権である診断書の発行のあり方自体にも警鐘を鳴らす必要があり、医師会が主体となって、診断書作成にあたってのガイドラインの策定等について、検討する必要があるのではないかと考える。

また、最近では、柔道整復師、接骨師等、医師以外の者が作成した診断書により施術が行われていると疑われる事例が報告されている。当然ながら、診断書とは、患者さんの健康状態に関する医師の医学的判断を表示、証明する文書であり（医師以外に作成できないものである。）、これは医師法等の規定に抵触する重大な問題である。今後こうした事例が増える可能性も考えられることから、あらためて関係省庁、関係団体等に対して診断書の位置付けや取扱い等を明確にするよう求めるとともに、このような違法な行為に対しては適切な対応を促していく必要があると考える。

## 6) 一括請求の問題点について

一括請求は、損保会社の単なるサービスであると同時に、一括して過失相殺を適用する制度でもある。患者さん（被害者）や医療機関に、治療費を確実に支払う任意契約をしたわけではなく、自賠責保険の被害者救済制度の免除を目的としていることが問題である。

つまり、被害者の過失を原則7割まで問わないという、被害者救済優先の自賠責保険制度が守られていないのである。それ故に安易に、一括請求を許諾すべきではなく、医療機関側も医療事務担当者の方々に注意を勧告すべきである。

最近の事例として、交通事故で患者さんが重傷を負い、その医療費が自賠責保険の支払限度額（ケガの場合：120万円）を超える場合（任意保険にまたがる場合）、損保会社の担当者が医療機関に対し、「一括請求を認めない場合、任意保険からは医療費の支払いはできない。」と説明しているケースが報告されている。こうした誤った説明の下、医療機関に対し一括請求を強要することは許されることではなく、このような問題に対しては各地域の医療協議会等で1つ1つ対応し、改善を求めていくことが必要である。

## 7) 健保代用後の求償の問題点について

過失相殺の時点で、5割以上の過失のある被害者の場合、健康保険を代用して請求する事ができるが、第三者行為の届けをして、国保連合会、支払基金が求償する保険会社が情報提供されるわけである。

しかし、求償が完全に実行されずに常態化していることや、人身傷害補償保険の場合は、保険者から求償を受ける立場にない（求償先はあくまでも加害者の加入する損害保険会社となる。）という理由から、全く求償されていない。人身傷害補償保険の立替払いの場合に、約款に則り健康保険を使用しても健保に求償されなかった

めに、人身傷害補償保険の損害保険会社は、人身傷害補償保険の収入保険料全額が利益になる可能性がある。

さて、現在、人身傷害補償保険は、多くの保険会社で原則セットとして任意保険に付帯しているので、特約という扱いではなくなった。

そのために、日本国民、特に任意保険に加入している個人の運転手の方々は十分理解しておく必要がある。なぜなら、タクシーやトラック業界の車は、原則、任意保険に加入していないので、人身傷害補償保険については無縁なのである。

これに関連し、今期委員会では、『「第三者の行為による傷病届」等に基づき医療保険者等が行う求償に関する調査』を実施し、健康保険（国保、社保）および労災保険における求償状況の把握に努めた。（アンケート結果の概要は、本書31ページを参照されたい）

#### [参考文献]

1. 民事交通事故訴訟 損害賠償額算定基準 2007（平成19年） 下巻（講演録編）  
（財団法人 日弁連交通事故相談センター東京支部）
2. 自動車保険の概況 平成20年度（平成19年度データ）  
（損害保険料率算出機構）

## 2. 今後の日本医師会の自賠責保険への対応

### 1) 自賠責保険の利便性の積極的な活用

本来、自動車事故の被害者救済保険である自賠責保険は、被害者の過失を原則として問わない我が国の社会保障のセーフティーネットである。

自賠責保険は、全ての車に課せられている強制保険で、120万円の支払限度額はあるものの、事故の軽症率が8割以上である現状からは十分な補償である。慰謝料、休業補償、後遺症も完備している世界に誇れる保障である。

しかし、欧州の強制保険を見てみると、さらに充実した限度額で保障していることが認められるのも事実である。(参考文献1) 日本医師会としては、更なる自賠責保険の限度額の拡大を提言すべきとも考える。

しかし、保険金詐欺の温床として、慰謝料、休業補償、後遺症を目当てに、長期の通院治療を求め悪用するケースもある。

国民の倫理観のさらなる向上も必要であるが、世界に冠たるこの制度を大切に温存し、活用していくことこそ日本国民のためになることである。

### 2) 過失相殺問題の解決

交通事故の場合、損害賠償問題が絡み、加害者や被害者が存在する。過失相殺比率は最終的には司法である裁判所で決定される。訴訟にならなければ、示談の段階で当事者同士が納得すれば過失割合も決定する。過去の判例集から過失割合の参考文献は、情報公開されている。(参考文献2、3) 事故状況から判断できるもので、調査事務所である損害保険料率算出機構の調査結果によるものである。

そのため、自賠責保険では、被害者救済の目的で、過失を原則として問わないことになっており、素晴らしい制度と考える。

交通事故による死亡事故は、2008年度は年間5000人程度に激減しているが、傷害件数は、約100万件とまだまだ続くものと考えられる。

過失相殺問題は、被害者も加害者もしっかり理解できるように、お互いの損保側から分かりやすく情報提供して、納得してお互い損害賠償責任を果たして問題解決しなければならない。

「足るを知る」の精神で、あまり当事者同士がお互いに欲を出しすぎずに、話し合いでスムーズに解決することがポイントである。

### 3) 人身傷害補償保険の有効的な活用

人身傷害補償保険については、多くの損害保険会社において任意保険(総合保険)に標準的に付帯しており、被害者の過失割合が大きい場合に有効な保険である。

本来、契約者に100%過失がある時の自損事故が対象であるが、車同士の事故にも適応されるようになり、問題が複雑化しているのが現状である。任意保険であ



ることから、損保側で自由に約款で様々な規制を加えている保険でもある。本来の司法が決定した損害額や慰謝料、休業補償などを減額して決定、また、支払い限度額の設定、さらに医療費に関して公的保険を使用する努力規定など様々な縛りのある保険である。

しかし、販売当初の目的の通り、契約者自らの過失分だけに人身傷害補償保険を適用して支払い、相手の過失分については、相手が加入する対人賠償責任保険で支払うという形とすれば、損害額が100%保障されることになり素晴らしい保険でもある。日本人の知恵を、日本国民のためになるように活用することにより、自動車社会の損害を最小限にすることもできるのである。

法律や制度は上手に活用してこそ生きてくるものである。損保側には、会社の利益追求のみでなく、交通事故被害者に感謝される本来の紳士的な対応を望むものである。

#### **4) 自賠責保険診療費算定基準（基準案）の全国的展開と有効的活用**

日本医師会の会員には、自賠責保険診療費算定基準（基準案）による自動車保険請求の有効的活用を十分認識していただき、自由診療の未収金対策になる制度として十分に活用してもらいたいものである。

基準案は、自賠責保険のみでなく任意保険にも適用されていることが現状であることを、各地域の三者協議会等でも確認されている。ただし、法制化の問題は、現在保留されている。まだ完全に全国展開されたものではないためである。

本来、交通事故診療は自由診療であることにより、価格設定を全国的に損保側と医療機関のみでは決定することができないのである。

つまり、公正取引委員会の監視に耐える制度で無ければならない。そのために、手挙げ方式による健康保険（1点単価10円）の2倍から2.5倍を限度とする診療報酬の請求が、基準案と共に普及しているのが現状である。そのために、独禁法に抵触しないこととなっている。

#### **5) 損害保険料率算出機構と日本損害保険協会との意見交換会の毎年開催**

医療現場における交通事故診療に関するトラブルは、47都道府県において、毎月1回から年1回の頻度（割合）で開催される三者協議会により解決（協議）されてきた。

ほとんどのケースについては、都道府県三者協議会で解決が図られてきたが、本社レベルで解決すべき問題も存在するために、以前より本委員会と大手損保各社の本社担当者との意見交換の場が求められ、5年前に1度開催されている。

そこで、今期委員会でも再び開催を求め、平成21年6月24日に日本医師会館で意見交換会を実施し、人身傷害補償保険や保険金一括請求の問題などを中心にフリーディスカッションを行った。

その際、今後の定期的な開催（年1回程度）を提案し、各地方レベルで解決できない問題の処理のために、各ブロックを代表する委員が参画している本委員会と損保本社レベルでの意見交換会を毎年開催することは有意義なこととして、定期的な開催が検討されることとなった。

## **6) 医療機関と損保会社の信頼関係の確立**

本来、交通事故の被害者である患者さんを医療的に救済するのが医療機関であり、加害者の損害賠償金を支払う財源を提供するのが損保会社であり、交通事故の当事者の損害を最小化するために医療機関と損保会社と協力してサポートするのが本来の姿である。

平時の社会的安全保障の一環としての自動車保険制度の有効的活用により、日本国民が安心して自動車社会を過ごせることができるものと信じる。

そのためにも、医療機関と損保会社の信頼関係の確立が最も重要である。共に過度の利益追求に至らずに、「足るを知る」の精神で、社会的任務を果たすべきであろう。

## **7) 医療類似行為に対する診断書作成医師への注意勧告**

医療類似行為を被害者が利用する場合、医師の診断書が必要である。特に、症状固定（治癒）後に医療類似行為を利用する際には、原則として医師の診断書が自賠責保険に請求するために必要である。

しかし、交通事故診療の専門医が、症状固定（治癒）の診断を下した後に、別の医師がそのことを無視して、別の診断名で被害者の治療の必要性を証明することは常識的には考えられない。

その場合は、健康保険を使用して、被害者の自己責任で治療すべきである。後遺症診断による一時金支払の意味が無くなるからである。

最後になるが、自賠責保険制度の健全な活用により、交通事故被害者の損害を確実に補填し、日本ならではの素晴らしい自賠責保険制度を大切に残していくことが、将来への我々の使命と考えるしだいである。

### **[参考文献]**

1. 自動車保険の概況 平成20年度（平成19年度データ）  
（損害保険料率算出機構）
2. 民事交通事故訴訟 損害賠償額算定基準2007（平成19年）  
（財団法人 日弁連交通事故相談センター東京支部）
3. 交通事故損害額算定基準  
（財団法人 日弁連交通事故相談センター東京支部）

### 3. 「第三者の行為による傷病届」等に基づき医療保険者等が行う求償に関する調査 「アンケート結果（概要）」

#### 1) はじめに

交通事故診療における健康保険等の使用をめぐり、患者さんから「第三者の行為による傷病届」等の提出を受けた医療保険者等が加害者（各損害保険会社等）に対し、求償していない場合があるのではないかという問題が挙げられた。

本来、各損害保険会社が負うべき交通事故に係る医療費の支払いについて、医療保険者等からの求償がないことを理由に、健康保険および労災保険の財源が使われていくことは、医療機関、また、国民にとって大変不利益なことである。

そこで、今期委員会では、「第三者の行為による傷病届」等に基づき医療保険者等が行う求償に関する調査」として、47都道府県医師会へ求償状況に関する調査を依頼し、その結果をまとめた。

本調査結果により見えてきた現行の請求システムにおける問題点等を明らかにすることで、各都道府県において交通事故に係る医療費の適正な支払いが行われるための一助となればと考える。

## 2) 国民健康保険連合会における求償状況について

別表1および2のとおり、全ての案件について求償が行われていると回答した地域が4府県という結果であり、その他の地域では求償が行われていない案件があることがうかがえるが、①および②の回答（件数、金額）について、平成19年度以前分の案件等が含まれている地域もあるため、求償率（②／①）が100%を超える地域が存在するなど、正確な状況を把握することは難しい。

また、②に関しては、求償事務に係る委託を受けていない市町村分のレセプトに関しては、数値を把握していないという回答もあった。

しかし、求償していない理由として、自損事故や示談後、症状固定後等、求償対象外の事案以外に、「第三者の行為による傷病届」が提出されていない、「レセプト上に交通事故の表示が無く保険者等が発見できない」、また、「私病混在のレセプトの場合」等の回答が寄せられていることから、本来、求償すべき事案ではあるが、求償していない（できない）ものがあることが推測できる。

[別表1 求償率（件数）（国保）]

	(1)平成20年度求償状況		求償率 (②／①)
	① 交通事故に係るレセプト	② ①のうち各損保会社に求償が行われたも	
北海道	5,640	110	1.95%
青森	3,376	762	22.57%
岩手	1,597	414	25.92%
宮城	2,931	1,147	39.13%
秋田	483	483	100.00%
福島	481	359	74.64%
茨城	1,656	1,399	84.48%
群馬	3,719	755	20.30%
埼玉	9,232	1,425	15.44%
千葉	8,588	1,202	14.00%
東京	793	773	97.48%
新潟	4,230	750	17.73%
福井	849	683	80.45%
岐阜	4,742	527	11.11%
静岡	30,174	682	2.26%
愛知	18,371	1,869	10.17%
大阪	2,256	2,256	100.00%
兵庫	14,599	1,747	11.97%
和歌山	690	827	119.86%
鳥取	73	47	64.38%
島根	1,076	262	24.35%
福岡	16,077	1,582	9.84%
佐賀	3,345	2,472	73.90%
熊本	945	1,137	120.32%
大分	2,333	1,541	66.05%
宮崎	409	409	100.00%
沖縄	389	389	100.00%
27都道府県	139,054	26,009	18.70%

[別表2 求償率（金額）（国保）]

	(1)平成20年度求償状況		求償率 (②/①)
	①交通事故に係るレ プト	②①のうち各損保会社 に求償が行われたもの	
岩手	196,286,150	142,749,418	72.73%
宮城	315,094,660	531,754,185	168.76%
秋田	185,864,650	185,864,650	100.00%
福島	426,769,986	322,962,083	75.68%
茨城	880,896,835	628,016,452	71.29%
群馬	325,604,389	279,729,493	85.91%
埼玉	797,546,308	546,626,782	68.54%
千葉	687,272,470	857,465,687	124.76%
東京	766,971,062	452,541,433	59.00%
福井	15,285,724	13,494,321	88.28%
岐阜	506,444,640	221,086,621	43.65%
愛知	1,589,380,330	933,917,228	58.76%
大阪	1,784,593,071	1,784,593,071	100.00%
兵庫	1,822,412,140	1,108,493,385	60.83%
和歌山	592,179,167	374,722,284	63.28%
島根	149,557,302	46,089,428	30.82%
愛媛	791,747,032	612,330,643	77.34%
佐賀	59,361,465	50,289,012	84.72%
熊本	838,412,527	533,788,268	63.67%
宮崎	232,040	232,040	100.00%
沖縄	96,087,616	96,087,616	100.00%
21都府県	12,827,999,564	9,722,834,100	75.79%

### 3) 社会保険診療報酬支払基金における求償状況について

別表3のとおり、社会保険診療報酬支払基金では、交通事故に係るレセプトの件数、金額ともに、直近の請求分（調査時点においては、平成21年10月請求分）で、かつ電算分のレセプトに関するデータについてのみ抽出可能という回答であった。

また、各医療保険者と求償事務に係る委託契約を結んでいないため、②の各損害保険会社に求償が行われたものの状況（件数、金額）は把握していないとの回答であり、求償状況を把握するためには、各医療保険者に対し、同様の調査を行う必要があると考える。

[別表3 求償状況（社保）]

	(1)平成20年度における求償状況					
	①交通事故に係るレセプト		②、①のうち各損害保険会社に求償が行われたもの		③支部別確定件数・金額一覧表（医科・DPC計）	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
北海道	524	42,135,228			524	41,992,501
青森	185	13,107,861			184	13,083,704
岩手	111	14,371,933			111	14,371,933
宮城	189	13,653,095			189	13,653,095
秋田	113	6,705,889			113	6,705,889
山形	—	—			140	8,026,110
福島	279	25,875,979			279	25,875,979
茨城	381	18,829,024			381	18,829,024
栃木	—	—			90	8,130,250
群馬	173	18,421,134			174	18,955,855
埼玉	220	14,881,286			220	14,881,286
千葉	389	20,018,818			389	19,968,970
東京	339	29,271,183			340	29,637,129
神奈川	485	42,788,271			485	42,788,271
新潟	315	22,340,776			315	22,321,330
富山	179	17,023,236			180	17,286,611
石川	101	6,838,539			102	6,887,431
福井	76	11,181,992			76	11,181,992
山梨	104	5,390,111			104	5,390,111
長野	137	19,859,246			137	19,862,907
岐阜	358	29,844,924			357	29,799,214
静岡	327	14,896,005			327	14,896,005
愛知	1,051	59,592,951			1,051	59,592,951
三重	289	15,319,909			289	15,319,909
滋賀	172	16,352,948			172	16,352,948
京都	—	—			278	20,162,712
大阪	953	75,116,996			953	75,116,996
兵庫	—	—			683	40,121,213
奈良	250	17,604,240			250	17,664,279
和歌山	147	13,832,902			147	13,832,902
鳥取	70	4,699,806			70	4,699,806
島根	72	7,186,636			71	6,924,577
岡山	369	22,959,068			369	22,958,707
広島	—	—			443	34,769,500
山口	—	—			161	11,748,599
徳島	98	5,121,379			98	5,121,379
香川	—	—			166	15,038,165
愛媛	249	20,420,108			249	20,392,374
高知	—	—			107	9,206,334
福岡	917	85,376,473			917	85,376,473
佐賀	115	8,411,932			115	8,441,932
長崎	156	12,688,447			156	12,680,159
熊本	242	23,557,955			242	23,557,955
大分	160	8,629,387			160	8,629,387
宮崎	—	—			165	15,205,156
鹿児島	274	20,148,016			274	20,393,890
沖縄	—	—			142	9,244,884
合計	10,569	804,453,683			12,945	977078784

支払基金では各保険者と求償事務に係る委託契約を結んでいないため、求償実績については把握していない。

※③については、支払基金本部より提供された確定値（件数、金額）

#### 4) 労災保険における求償状況について

別表4のとおり、各都道府県労働局に確認した結果、平成19年度において、各損害保険会社等に求償を行われたものについてのみ、抽出可能との回答であった。交通事故に係るレセプトの数等は統計を取っていないということで、求償率(②/①)を求めることはできなかった。

厚生労働省担当部局に確認したところ、「基本的に労災保険においては、求償すべき案件は全て求償している。」との回答を得ている。

[別表4 求償状況(労災)]

	(1)平成19年度における求償状況(※)			
	①交通事故に係るレセプト		②①のうち各損害保険会社に求償が行われたもの	
	件数	金額	件数	金額
北海道			317	251,324,298
青森			64	38,117,400
岩手			87	44,467
宮城			262	183,604,925
秋田			58	15,904,984
山形			74	34,193,445
福島			145	60,720,433
茨城			315	330,895,728
栃木			241	159,675,389
群馬			257	138,982,910
埼玉			587	631,587,058
千葉			458	586,547,580
東京			1,461	1,608,826,907
神奈川			960	1,045,350,219
新潟			96	98,251,087
富山			54	56,195,218
石川			53	32,717,269
福井			81	58,528,668
山梨			84	34,128,039
長野			128	93,395,247
岐阜			254	147,991,139
静岡			877	529,071,102
愛知			904	879,322,802
三重			347	212,034,473
滋賀		データなし	159	111,903,089
京都			363	402,445,193
大阪			1,165	1,795,752,651
兵庫			612	388,325,925
奈良			115	118,155,790
和歌山			94	82,804,521
鳥取			35	36,068,947
島根			37	52,830,649
岡山			457	226,646,668
広島			537	653,587,070
山口			114	232,681,782
徳島			83	102,848,821
香川			310	269,968,509
愛媛			205	254,603,366
高知			94	102,940,316
福岡			385	445,814,952
佐賀			99	91,886,349
長崎			113	77,212,343
熊本			243	226,119,952
大分			160	188,766,038
宮崎			65	99,044,689
鹿児島			174	21,409,423
沖縄			54	34,078,937
合計			13,837	13,243,306,767

## 5) まとめ

医療機関において、患者さんから当該傷病について交通事故に起因するとの申告があった場合に、レセプト上にきちんと記載することは当然であるが、交通事故診療において健康保険を使用した場合の手続き等について、各保険者はあらためて被保険者（患者さん）に周知する必要があるとともに、現行の請求システム上の問題として、私病が混在する場合のレセプトの記載等について、健康保険診療分との明確な区別が付くよう、通知上の整理が行われるべきであると考えます。

また、各損害保険会社においても、求償請求があれば支払うといった受け身の姿勢で構えるのではなく、契約者に対し健康保険使用時の手続き方法等について、積極的に説明する等の取組が求められるところである。

最後に、本来、公的な医療保険制度の財源が適正に使用されているか否かについては、国が主体となってチェック機能を担っていくべきであり、各医療保険者に対応等を任せるのみではなく、国として各データを把握しているべきである。

医療崩壊に直面していながらも医療費の増額に対しては、尚も慎重な意見を唱える人々がいる中で、医療機関に対する診療報酬の配分以前に、健康保険の財源が本来の目的のとおり正しく使われているかを国民に示すことが、国民皆保険制度を維持する上で最も必要なことではないかと考える。



## 《おわりに》

長年にわたる国の社会保障費抑制政策による、度重なる健康保険診療報酬のマイナス改定等により、救急医療を担う現場の崩壊が叫ばれる中、労働者に係る災害医療を担う労災指定医療機関は、制度の目的や財源等の違う労災保険が健康保険の診療報酬改定による影響を受け続けることに疑問を感じながらも、懸命にその役割を果たしてきた。

今後、高齢者労働力人口の増加等による業務上の負傷・疾病のさらなる多様化、基礎疾患を持つ労働者の労働災害の考え方など、新たな視点による対応が求められる中、労災診療を担う医師がその流れに迅速に対応していくためには、現行の労災保険制度における問題点を様々な角度から洗い出し、時代に即した形に見直していくことが必要であるとともに、災害医療に対する評価について、その診療報酬体系のあり方を含めて、改めて検討するべきであると考えている。

自賠責保険に関しては、損害保険会社の医療費の支払いに関する問題（無分別に適用される健康保険の使用、一括請求、本来の目的から逸脱した人身傷害補償保険の運用方法等）が指摘されている。厳しい経済情勢による経営状況の悪化等があるとしても、こうしたトラブルが続けば、損害保険会社に対する医療機関、国民の信頼は損なわれることになり、被害者救済を目的とした自賠責保険の存在意義さえも問われかねない。

こうした問題を解決するためには、各地域における医療協議会（三者協議会）や今期委員会で実施した日本損害保険協会、損害保険料率算出機構との意見交換会等を通じて、双方の抱える問題を提示しながら真摯に解決策を模索し、お互いの信頼関係を確立していくことが必要であると考えている。



## 交通事故診療における人身傷害補償保険の利用に関する注意事項

### 【人身傷害補償保険について】

人身傷害補償保険とは、平成10年に東京海上火災保険株式会社（当時）が、特約として販売開始した自動車保険（任意保険）の1つであり、現在では各損害保険会社が一般ユーザー向けの自動車保険（任意保険）にセットとして付けているのが一般的になっています。

人身傷害補償保険は、契約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といった特徴があるため、利便性が高いといわれており、これからも人身傷害補償保険の付いた商品が主流になっていくと思われま

### 【人身傷害補償保険と健康保険の利用について】

各損害保険会社は、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おり、これに基づき、各損保会社の担当者は、被害に遭われた契約者（患者さん）に対し、診療当初より健康保険の利用を強く勧める例があったという問題点がありました。

交通事故診療における健康保険の使用につきましては、そのメリット、デメリット等を患者さんに十分に説明した上で患者さんご自身にご判断いただくものであり、患者さん以外の第三者の都合や意向により強要されてはならないものであります。

上記を踏まえ、平成11年5月21日、日本医師会と東京海上火災保険株式会社（当時）は、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との確約をし、「1. 自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取り扱いとする。」「2. その旨の社内徹底を図る。」旨の文書（以下、「申し合わせ」という。）を交わしたという経緯があります。

この申し合わせにつきましては、現在においても、有効であることは日本医師会として確認しています。

医療機関において、交通事故の治療を行う際、被害者（患者さん）または被害者の加入する損害保険会社の担当者から、人身傷害補償保険の利用および健康保険の使用の要請があった場合には、本申し合わせを踏まえ、被害者（患者さん）にとって不利益が生じないように、患者さんと十分にご相談の上、ご判断ください。