



労災・自賠責保険の動き

北海道医師会常任理事 豊田 馨
(日医労災・自賠責委員会委員長)

日本医師会労災・自賠責委員会は、平成10年6月、坪井会長より「労災医療独自の診療報酬体系の構築」および「自賠責保険診療費算定基準（新基準）の見直し」について諮問され、以後委員会10回、小委員会3回開催し、鋭意検討を重ね、その結果を平成11年12月に答申した。今回その概要について解説する。

I. 労災医療独自の診療報酬体系の構築

はじめに

昭和22年に創設された労働者災害補償保険法（「労災保険法」）は、その目的を「業務上の事由又は通勤による労働者の負傷、疾病、障害又は死亡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うほか、労働福祉事業として、被災労働者の社会復帰の促進、もって、労働者の福祉の増進に寄与すること」とされている。

この労災保険法が制定されて以来、労災診療費は各地における慣行料金によって請求・支払が行われていたが、昭和36年、当時の労働省労働基準局大野労災補償部長と武見日本医師会長の申し合わせにより、「労災診療の適正な発展のためには、労災診療の健保診療に対する特殊性を科学的に明らかにし、その成果に立脚、即応して診療費を決める必要があるがそれまでの暫定措置として、健保点数に準拠する」とされたが、以後健保準拠の基本的な考え方は変わることなく、大幅な見直しがないまま現在に至っている。

本委員会においては、少子高齢化社会を迎え、変化していこうとしている医療保険（特に診療報酬体系）が、治療にとどまらず予防的な医療についても国民に提供すべく様々な審議会等で議論されている社会情勢の中、被災労働者の医療を担当する労災保険の考え方についても変化の時が来て

いると考え、新たな概念、予防給付および今までの労災特掲項目としての特殊性の評価方法等を含め、具体的な新労災診療費算定基準（労災医療独自の診療報酬体系）について提案した。

以下に、労災独自の診療報酬体系における5項目について示す。

1. 勤労者の健康増進、職業性疾病の予防、生活習慣病の増悪予防（予防労災の考え方の導入）
勤労者の健康管理・健康増進に関する事業の有効性は、様々な調査報告により証明されているが、これらの事業は必ずしも全国の事業場に普及されているとは言い難い。

労働省の行うTHP事業の活用については、事業主の費用負担が必要となり、現在の経済情勢等を勘案すると、大企業などでは積極的な取組みが期待できるが、中小企業では事業主の理解を得ることが難しいものである。

また、勤労者個人の意識により健康増進を行う場合であっても、スポーツジム等の施設の利用に関する経済的な負担は生じ、継続性という面からも非常に難しいものである。

そこで、勤労者の健康管理・健康増進等による労働力人口や社会資源の確保に、運動療法などの理論、技術に精通した労災指定医療機関が関与するシステムの確立を提案した。

労災指定医療機関は、昭和22年の労災保険法制定以来、その目的から被災労働者の治療および早期社会復帰のためのリハビリテーション等の役割を担当してきている。

しかし、先にも述べているとおり、労働環境の改善、産業保健活動の発展、勤労者の意識改革により、労災指定医療機関は従来の治療・リハビリテーションに加え、専門技術を用いた勤労者の健康づくりへの関与が求められてきており、労災保

限制度のあり方について見直す必要が出てきている。

今後、勤労者の健康管理のあり方としては、産業医が事業所検診や特殊検診等により勤労者の健康管理を行い、勤労者の健康増進、災害の予防等のための運動処方を作成し、労災指定医療機関が運動療法に関する専門的な技術および施設を提供する。

そのために、労災指定医療機関は地域産業保健センターへの登録を行い、勤労者の通勤事情等を考慮した労災指定医療機関の紹介が行われ、継続的な指導・管理を図ることが勤労者の健康増進、職業性疾病の予防、生活習慣病の増悪予防の最も有効的な手段と考える。

また、その費用は勤労者の健康づくりによる経済効果から、事業主が現在負担している労災保険料から捻出し、患者の負担や事業主から別途徴収することなく運用されていくことで、本システムが浸透されるものとする。

2. 現行労災診療費算定基準の簡素化

従来、労災医療は緊急性を要する場合が多く、傷病の状態が複雑なこと、かつ、労働災害や業務形態との因果関係の判断が困難なケースもあることから、独自の診療報酬体系を作り上げてきた。

しかし、この体系は労働者を取り巻く環境等の変化にもかかわらず、基本的な考え方に変わりはなく、健保改定に連動した改定は定期的に行われてきたが、その都度健保準拠では適さないものについて、労災の特殊性を考慮し「特掲項目」という部分的な評価にとどまり現在に至っている。

そのため、現行の労災診療費算定基準は非常に複雑かつ歪んだ体系となっており、労災指定医療機関では診療費の請求事務等において非常に困惑する項目も多く、このような体系の是正を求める声が強いものである。

3. 機能の重視

現在の労災診療費算定基準は、健保準拠とされているため、機能の重要性に関する評価は低く、リハビリテーション料、処置料、手術料等において、特掲項目として手や四肢の機能を部分的に評価するという対応にとどまっている。

健保の診療報酬では、例えば「創傷処置」の処

置面積が小さければ最低の点数評価となり、広くなるほど高点数になるという機能の重要性を加味しない評価方法である。

労災医療においては、労働者の四肢の機能を評価した四肢加算を設けているが、その機能を細分化し、母指についてはさらに他の指に比較して高い評価を行うことが必要である。

また、車社会の発展により、通勤時や就業時等に車を用いる労働者は増加している。一般的な交通事故災害を見ても被災者数は年々増加しており、労災指定医療機関においても交通事故診療に関する研究を要することとなり、交通事故による受傷部位の多くを占める頸部・腰部に対する治療の重要性や、患者への治療に対する意識を含めた指導が必要となる。

さらに、理学療法の評価という観点では、健保は1日1回の算定と制限が設けられているが、入院中の患者などに対しては、午前・午後と積極的なリハビリを行うことにより回復が早くなるという例もあり、回数の制限は非常に不合理である。

4. 入院時医学管理料の是正

健保は、相互扶助という点から、財源的にも一定の制限があり、社会的入院の是正などから逡減制が用いられ、平均在院日数が短い医療機関については、最も高い点数により算定するなど、入院の長期化を防ぐ対応が行われている。

しかし、補償保険である労災医療ではこの考え方は適さないものであり、脊損等やむを得ず長期の療養を要するケースは多く、さらに慢性的な疾患であっても非常に手間のかかるものも多い。

労災患者の入院についての評価は、従来から本委員会が主張しているとおり、急性期の患者については短期の部分を治療計画の作成、術後の対応、入院直後の人的重点配置などを勘案した上で重点評価し、長期療養を要する患者を多く扱う医療機関については、長期にわたる手間を考慮し初期部分は若干評価が低い設定であっても、逡減率の低い評価方法とするべきである。

労災診療報酬においては、入院患者の特性を十分考慮した設定とすべきであり、さらに労災患者については精神面でのケアを必要とするケースも勘案した設定がされるべきである。

5. 労災病院の在り方

労災病院は、長期の療養を要する患者を扱ったり、リハビリテーションの専門機関を持つなど、現在においても十分活用できる施設は多いが、専門性の薄い労災病院は健保を扱う地域の基幹病院等と同様の機能である。

専門性を持つ労災病院については、その専門性を十分活用し、全国の労災患者を受け入れる体制を整備するとともに、2次医療的な機能を持たせ一般の労災指定医療機関と連携を図ることが望まれる。

専門性の薄い労災病院においても同様に、2次医療的な機能を持ち地域の労災指定医療機関との連携システムを確立し、また、労働者の検診業務を積極的に受け持ち、労災指定医療機関との連携により労働者の健康確保・健康増進についての役割を果たすべきものである。

まとめ

21世紀の本格的な少子高齢社会を目前にして、医療制度全体の抜本的な変革が求められている。日本医師会においては、医療構造改革構想を提示し、わが国の保健・医療・福祉制度の抜本改革を国民的視野で捉え提案している。

その中には、わが国の活力を維持・向上させるための投資という視点に立ち、疾病対策のみにとどまらず、健康投資政策としての生涯保健事業の推進に努めることが肝要であると主張している。

この健康投資政策という考え方は、労働力人口の高齢化という問題を抱える労災保険の分野においても必要なものであり、労働者の健康づくり、疾病発症の予防により、企業においては事業の活性化、労働者個人においては自己実現、社会においては活力のある地域社会の形成が図られるものであり、今後、労災保険においては、新たな「予防労災」という考え方が必要不可欠なものとなる。

また、労働災害に対する治療およびリハビリテーション等については、健保との制度上の性格の違いや災害医療の特殊性等を勘案し、労働者に対し十分な医療が提供できる適正な評価体系を構築し、補償制度のさらなる充実を図ることが必要である。

このような考え方を前提に、本委員会では労災医療に対する診療報酬体系のあるべき姿を提案したものであり、今後労災医療に対する診療報酬が適切なものとなり、ますます労災保険制度が充実されることを期待する。

Ⅱ. 自賠責保険診療費算定基準(新基準)の見直しはじめに

交通事故患者にかかわる診療費は、自動車損害賠償保障法、関係政省令、通知にその基準が示されていないこともあって、従来より「自由診療」として取扱われ、各地域あるいは各医療機関によって請求額に格差が生じていた。

このような状況の中で、大蔵大臣の諮問機関である自動車損害賠償責任保険審議会(「自賠責審議会」)は、昭和59年12月に自賠責保険の収支改善等に関する答申を行い、その中で交通事故診療にかかわる一部の医療機関の医療費請求額が過大である事実を指摘し、その適正化を強く求めた。その具体的方策として、日本医師会・日本損害保険協会・自動車保険料率算定会の三者協議による自賠責保険診療費算定基準(「新基準」)の早期設定の必要性が意見具申された。

これを受けて、交通事故診療にかかる医療費請求の適正化および被害者の早期社会復帰を資することを目的として、新基準が平成元年6月に策定された。

その後、新基準に賛同する地域から順次実施し、平成8年3月には33道府県が実施に至ったが、その後実施を予定する地域がなかったため、平成8・9年度の労災・自賠責委員会では新基準普及推進の立場から、その問題点と解決について答申を行ったものである。

しかし、平成11年度に入り4月から東京都および茨城県が実施し、7月には香川県が実施したことにより、36都道府県での実施となり80%近くの実施率となっている。

さらに、平成12年度には3地域での実施が予定されているとの報告があり、さらなる新基準の推進のために今期の労災・自賠責委員会においては、現在の実施状況および新基準策定から10年が経過したことを踏まえ、新基準の問題点の改善等

を含めた見直しを行い、今後のあり方について検討した。

1. 自賠責保険診療費算定基準の問題点等について

自賠責新基準の問題点は、過去の労災・自賠責委員会答申においても再三にわたり指摘しているとおり、入院医療に関して今までの自由診療に比べ若干の減収（評価が低い）となる点が一番に挙げられる。

未実施地域が実施に至らない原因の多くは、この入院医療に関する問題にある。この点については、従来より本委員会で提言しているとおり、新基準は労災診療費算定基準に準拠した体系としているため、労災診療費算定基準における入院医療の適正な評価がこの問題の解決には必要不可欠なものである。

今後、入院医療に関する評価を充実するためには、本答申の労災保険の部において提案しているとおり、労災医療や交通事故診療について、補償保険・損害賠償保険の目的（設定主旨）を十分反映し、健保のような診療行為に制限のある相互扶助保険の診療報酬体系に捕らわれることなく、災害医療の特殊性を十分に評価した診療報酬体系の早期構築が望まれるものである。

また、この新基準は交通事故診療に関する診療報酬のガイドラインを示すとともに、これを実施することにより周辺問題の解決が図られることが大きな特徴でありメリットともなっている。

交通事故診療（自由診療）におけるトラブルといえは、支払者（損保会社）側からの値切り交渉や健保使用の強要問題が挙げられるが、新基準では請求 - 審査 - 支払がルール化されスムーズな運用が図られ、さらに健保の適正な使用については都道府県の三者協議会（医療協議会）の合議により、運営上の具体的な取扱いが検討され解決が図られている。

ただし、新基準実施後しばらくの間は、三者協議会により合意した具体的な運営基準が遵守されているものであるが、実施年数を重ねていくうちに合意内容が必ずしも守られていないという報告を受ける。これは、損保担当者の異動の際に、後任者へ十分な申し送りが行われていないというような点が原因であると考えられ、このような問題が生じないためにも、実施後の三者協議会のあり方について各地域において十分検討し、損保担当者への指導を医師会が積極的に行い、周辺問題が再発しないような対応を検討することが必要であ

自賠責保険診療費算定基準実施状況

平成11年12月現在

都道府県名 (実施順)	実施年月日	都道府県名 (実施順)	実施年月日	都道府県名 (実施順)	実施年月日
1. 栃木県	平成2年6月1日	16. 大分県	平成6年1月1日	31. 佐賀県	平成8年2月1日
2. 青森県	7月1日	17. 高知県	4月1日	32. 鳥取県	2月1日
3. 広島県	10月1日	18. 富山県	6月1日	33. 島根県	3月1日
4. 徳島県	11月1日	19. 岐阜県	6月1日	34. 東京都	平成11年4月1日
5. 宮城県	平成3年5月1日	20. 長野県	9月1日	35. 茨城県	4月1日
6. 奈良県	6月1日	21. 新潟県	11月1日	36. 香川県	7月1日
7. 秋田県	7月1日	22. 北海道	11月1日		
8. 福島県	8月1日	23. 石川県	11月1日	[実施予定地区]	[予定]
9. 宮崎県	平成4年6月1日	24. 福岡県	平成7年1月1日	1. 三重県	平成12年2月1日
10. 滋賀県	11月1日	25. 山形県	4月1日	2. 千葉県	4月1日
11. 兵庫県	平成5年1月1日	26. 和歌山県	4月1日	3. 静岡県	4月1日
12. 熊本県	10月1日	27. 愛知県	6月1日		
13. 岩手県	10月1日	28. 福井県	7月1日		
14. 大阪府	10月1日	29. 山口県	10月1日		
15. 長崎県	11月1日	30. 鹿児島県	平成8年1月1日		

る。

さらに、近年特に目立ってきた問題としては、一括請求の際に関係する任意保険を取扱う外国損保会社や様々な自動車共済の支払いに関するトラブルである。

外国損保会社については、保険自由化にともない「リスク細分型自動車保険」や「通信販売方式による自動車保険」など新しい商品を積極的に取り入れ、国民にアピールしてきている。

しかし、その実態としては、医療機関からの請求に対する支払遅延や医療費の引下げ等が正当な理由がないまま行われてきているという状況である。

また、外国損保会社および自動車共済は、日本損害保険協会には加盟していないため、新基準への対応についても非常に不備が目立つものであり、これら任意保険のみの営業を行う団体への対応は今後の検討課題である。

2. 後遺障害（認定等）について

現在、後遺障害を残した事故の場合には、身体に残った障害の程度に応じた等級によって逸失利益および慰謝料が支払われることとなっている。

逸失利益は、身体に障害を残し労働能力が減少したために将来発生するであろう収入減であり、支払の基準は収入および各等級（1～14級）に応じた労働能力喪失率、喪失期間等により計算される。

後遺障害の支払件数は、障害件数の4割近くの件数を示している。その中でも障害等級の低い等級（11級～14級）は非常に多く、7割以上の件数割合を占めている。これは、受傷前の健康状態に完全に戻らないのであれば、後遺障害として十分な補償を受けたいという被害者の意識が現れている。

後遺障害における問題点としては、「むち打ち症」など明確な他覚的あるいは神経学的異常所見がほとんどないが、しびれなど様々な自覚症状を訴え続け治療が長期化するようなケースの取扱いである。

このような場合、医師としては症状固定の見極め時期の判断とともに、後遺障害への申請の必要性も考えなくてはならないのだが、このような症

状に対する後遺障害の認定は非常に難しく、処理にも多くの時間を要することもある。

現行の自賠償保険の後遺障害は、労災保険の後遺障害等級（1～14級）に準じているが、自賠償保険独自の等級として14級より低い等級を新たに設けることにより、軽度の障害等について迅速な対応が図れるのではないかと考える。

しかしその場合、むやみに後遺障害の申請をされ、結果的に現在よりもさらに処理業務が煩雑化することも考えられるため、認定の基準や申請条件等を明確に設定することが必要となる。

また、後遺障害との関連問題では、阪神・淡路大震災の際に多発し注目を集めたPTSD（外傷後ストレス障害）について、交通事故医療の分野においてもその対応について検討しておく必要があると考える。

PTSDの後遺障害への申請件数の状況は不明であるが、交通事故との因果関係が認められ回復が見込まれないもの（基本的には回復が見込まれる疾病と思われる）については、現在外傷性神経症ということで14級の認定が行われている。

PTSDは、外傷後直ぐに現れるとは限らない疾病であるため、外傷後6カ月を超えてからその症状が現れたというようなケースについては、その因果関係等を立証することが非常に難しく、またこのような症例が全ての医師に浸透しているものではない。

このような精神的障害は、後遺障害の認定において非常に多くの件数割合を示すものであり、その対応については今後十分検討されるべき問題であり、認定基準等についても明確化していくことが必要である。

3. 自賠償新基準の実施促進に関する運輸省の対応

平成11年10月、会計検査院は運輸省に対し、自動車損害賠償責任再保険に係る医療費の適正化について、現在新基準が36都道府県で実施されているという状況から、下記のような新基準の合意形成の促進について指摘した。

「自動車損害賠償責任再保険に係る医療費の適正化について（主旨）」

「自賠償再保険事業は、自動車事故の被害者の保護を図ることを目的とした自賠法の趣旨に則り、

その適正な運営が求められているところであり、また、労災保険の診療費については現在、労働省が定めた全国斉一的に適用される算定基準に基づき算定が行われているところである。したがって、運輸省において、速やかに基準案の実施について協議会の合意が行われるよう関係団体に対して積極的な指導を行うことなどにより、保険金ひいては再保険金の支払いの適正化を図り、もって自賠責再保険事業の適正な運営を行う必要があると認められる。」

この指摘を受け、運輸省においては日本損害保険協会、自動車保険料率算定会に「診療報酬基準案の未実施府県における実施促進方について」を通知し、日本医師会に対し協力要請の文書を出した。

この文書は、新基準のさらなる推進に向けて現在審議している本委員会の意向に沿うものであり、数地域において問題視されていた「新基準と独禁法」の関係についても、行政（運輸省）からの早期全国展開への協力要請や会計検査院からの指摘（実施促進）という点からも今後議論する必要はないものと判断する。

4. 人身傷害補償保険について

人身傷害補償保険は、自動車事故により乗車中の人（運転者を含む。）が死傷した場合に、過失割合にかかわらず契約金額の範囲内で実際の損害に対して保険金を支払うというものである。

この人身傷害補償保険と車両保険が、従来の対人賠償保険、対物賠償保険、搭乗者傷害保険とセットとなり一つの保険商品として発売されたものが東京海上火災保険株式会社（以下、「東京海上」）の「T.A.P」であり、他社に先駆けて開発されたものである。

この保険は、自分に重過失のある場合や自損事故においても、その医療費や車の修理費等を補償し、相手方との示談交渉についても代行してくれるものであり、全く新しいタイプの保険で契約者にとって大変便利なものである。

しかし、この保険の普通保険約款一般条項第14条（事故発生時の義務）⁽¹⁰⁾の規定に「人身傷害補償条項第1条（当会社の支払責任）第1項に規定する人身傷害事故の場合において、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」との記載があり、あたかも公的保険を強制するような表現の条文が設けられている。

この規定は、努力義務の規定であり公的保険（健保等）の利用を強制するものではないというが、誤解を生じる恐れもあるため日本医師会では東京海上と数回にわたり協議を行い、約款を改正することは非常に難しいということから、自賠責保険に関わる案件については、従来どおりの取扱いとし、また、その旨の社内徹底を図ることを約束し、日本医師会あてに文書を提出させた。（後発の大手5社についても同様の文書が提出されている。）

この問題については、日本医師会、日本損害保険協会、自動車保険料率算定会の三者により新基準を推進していくという統一見解のもと、普及・推進に努力している過程で起こったものとして対応してきたが、各地においてはこの保険について非常に不安を持っている会員も多く、約款の改正を求める声も多く聞こえるが、各都道府県医師会においてこの保険への対応について十分PRを行っていただき、引き続き本委員会においても問題が生じた際にはその対応について検討することとしている。

5. 今後の自賠責新基準のあり方について

現在、新基準は災害医療として公的な保険上その特殊性を認めている「労災診療費算定基準」に、一定の共通性があるということで準拠した体系としているが、今後は、労災医療と交通事故診療の違い（受傷部位の特性や専門的な医療）を分析し、交通事故診療独自の算定基準について検討されるべきものである。

例えば、入院室料加算の考え方などでは、労災診療費算定基準と新基準は異なり、労災診療費算定基準は治療上の必要性から個室や2人部屋に収容した際に算定できるものであり、診療報酬の1項目として上限の金額が設定されている。

しかし、交通事故診療においては、被害者のニーズにより個室等の利用が求められるケースも多く、このような場合には、労災医療の上限額に捕らわれることなく、実際に医療機関で設定してい

る差額ベッド代（健保において特別な環境の提供として届け出ている金額）が、入院室料加算の額を超えるものについては、差額ベッド代による請求を行うというように、労災保険との性格の違いやそれぞれの特殊性を勘案した取扱い（算定基準）として、労災診療費算定基準に準拠すべきでない項目、労災では評価されていない交通事故診療の特殊性を新基準で明確に示していくことが必要である。

労災診療費算定基準にしても基本的な体系は健保の診療報酬体系に準じているため、災害医療の特殊性を全て考慮した体系とはなっておらず、必ずしも適正な評価体系とは言えない。

入院時医学管理料を見ると、健保では社会的入院の解消などの問題から逡減制を用いており、入院期間が長期になればなるほど診療報酬が低くなるが、治療上長期になれば患者の介助等が軽減するとは限らず、特に災害医療については長期の療養となっても日常生活動作に支援を要する状態は多く見られるものである。

このような矛盾点を是正すべく労災医療独自の診療報酬体系の構築ということで、現在日本医師会と労働省で交渉しているところであるが、災害医療としての十分な評価がなされるよう期待するところである。

新基準は、交通事故診療の特殊性を評価し、診

療側（日医）と支払側（損保協会）が合意したもので、被害者に対する十分な治療および医療機関への適正な評価の観点から、交通事故診療の診療報酬として一定の評価を得ているものであることから、自賠償保険にとどまらず任意保険の範囲においても優先的に適用すべきであり、さらに、交通事故診療の特殊性を反映した評価体系であるからには民間医療機関のみの採用とせず、公的医療機関に対しても適用されるべきものである。

まとめ

労災保険において、本委員会が提案する労災医療独自の診療報酬体系の構築が行われることにより、これに準拠する新基準の充実も図られるものである。

また、会計検査院から運輸省へ早期全国展開の促進について指摘があったことから新基準が交通事故診療の診療報酬体系として適正なものであるとして評価されていることが理解できる。

今後、交通事故診療報酬として新基準がさらに充実し、全国展開が早期に実現するよう本委員会としては審議を継続していくものであり、未実施地域においては交通事故診療を取り巻く様々な問題の解決方法の1つとして、再度新基準について検討をいただき、理解が得られるよう期待するものである。

お知らせ

日医ホームページのアカウント申込みについて

日医では、平成9年1月6日、インターネットにホームページ（<http://www.med.or.jp/>）を開設いたしました。

内容は、日医の紹介・都道府県医師会一覧・一般向けサービス・会員向けサービス・おすすめサーバーとなっております。会員向けサービスについてはアクセスのためのアカウント（ユーザー名、パスワード）が必要です。アカウントの申請は、必ず都道府県医師会を通して行うこととなっております。ご希望の方は、下記によりお問い合わせ下さい。

記

1. お問い合わせ先：北海道医師会事業第一課
TEL (011) 231 1725
2. 申込資格：日医会員であること。
3. 申込方法：希望者に申請書をお送りいたしますので、ご記入の上、ご返送下さい。
4. 費用：無料
5. その他：お申し込みから2週間前後で、日医より直接アカウントを発行する予定です。