

民間保険会社の診断書作成にかかる医師の負担の実態： 研究会の評価と医師の負担の推計

堤 信之、坂口一樹

日本医師会総合政策研究機構

目次

1.	イントロダクション	2
1.1	厚生労働省の研究会	2
1.2	研究会の論点整理	3
1.3	本稿の概要	4
2.	研究会の評価	6
2.1	業界ガイドラインの見直しの機運	6
2.2	業界ガイドライン見直しの方向性	6
2.3	残された課題	8
3.	診断書作成にかかる医師の負担の推計	10
3.1	推計結果の概略	10
3.2	年間診断書作成枚数の推計	11
3.3	診断書作成に要する時間の推計	14
4.	考察および将来展望	15
4.1	医師の業務負担の大きさ	15
4.2	課題解決の方向性	16
4.3	診断書のペーパーレス化に向けて	16
	【参考文献・資料】	18
※	別添資料	19

1. イントロダクション

1.1 厚生労働省の研究会

2018年8月8日から同年12月13日まで、厚生労働省において「民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会」（以下「研究会」と呼ぶ）が4回に亘り開催された¹。

その名が示すとおり、医師が、生命保険会社と損害保険会社（以下、あわせて「保険会社」と呼ぶ）から求められる診断書等の作成にかかる業務負担の軽減について、関係者間で検討することを目的とした会議である。会議の構成メンバーは医療団体、生命保険協会および日本損害保険協会（以下、あわせて「保険協会」と呼ぶ）、加えて、それぞれの監督官庁としての厚生労働省と金融庁という、4者構成である²。

研究会開催の背景には医師の働き方改革の議論がある。厚生労働省が開催する「医師の働き方改革に関する検討会」での論点整理において、以下の問題提起と意見提出がなされたことが背景にある。

医師の業務のうち、文書作成（行政から求められるもののほか、国民が生命保険・損害保険の支払いを受けるために、民間保険会社から求められる診断書等の作成を含む）に係る業務のあり方についても問題提起がなされ、文書量が多いこと、記載事項が（本当に必要な項目なのか不明なものも含め）多岐にわたること、様式が統一されていないことなどへの医療現場の声を踏まえ、論点を整理し、効率的な対応の仕方を検討した上で、医師は医師でしか行えない業務により注力すべき旨の意見が出された。

資料：「民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会 議論の整理」（平成30年12月13日） <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000454590.pdf>

¹ https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_471482_00001.html

² 詳細は「民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会 構成員名簿」参照。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000343795.pdf>

すなわち、保険会社が医療機関に要求する診断書の「文書量の多さ」「多岐にわたる記載事項」「様式の不統一」が医師の多忙に拍車をかけているというのである。

「医師は医師でしか行えない業務により注力すべき」との意見は、医療分野の限りある人的資源の有効活用を考えるうえで、決して外せない重要な視点のひとつである。この文脈において、この研究会の議論は、昨今の医療界が抱える喫緊の課題のひとつである「医師の働き方改革」の議論とも通底するものであり、第4回会合で了承された「議論の整理」³⁾は、12月17日開催の「医師の働き方改革に関する検討会」⁴⁾に報告された。

1.2 研究会の論点整理

ここで研究会における主たる論点について、筆者らなりに整理しておこう。図表 1-2-1 は、その概要である。主な論点としては、「医療機関側の負担軽減への配慮」と「民間保険の健全性維持への配慮」、そしてそれらを下支えする「将来に向けた電子化の推進」という3つである。

研究会の結論として第4回会合で了承された「議論の整理」は、生命保険会社（以下、「生保」と呼ぶ）・損害保険会社（以下、「損保」と呼ぶ）それぞれの業界が自主的に策定している「診断書様式作成にあたってのガイドライン」の見直しの方向性について論議し整理したものである。保険協会において、医療機関側の負担感軽減への配慮の観点から、今年度末を目途に同ガイドラインの改定に向けた検討作業を進めることとされた⁵⁾。

³⁾ 厚生労働省（2018a）

⁴⁾ 厚生労働省（2018b）

⁵⁾ 脚注3に同じ。

図表 1-2-1. 研究会における論点の整理

<p>医療機関側の負担感軽減への配慮</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 簡略請求の推進 診断書取付を保険金請求時の要件とせず、医療機関発行の領収証等の添付で代替できる対象範囲の拡大を検討する。 ● 診断書記載項目の簡略化 医師に説明を求める項目の必要性・妥当性を再度検証する。 ● レイアウト面の配慮 使い勝手への配慮が望ましく、標準的イメージの例示も検討する。
<p>民間保険の健全性維持への配慮</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険会社による適切かつ公平・公正な保険金・給付金支払いの実現 診断書記載項目の行き過ぎた簡素化は、かえって医療機関側への追加照会を発生させるおそれがあることに留意する必要がある。 ● 保険の商品性による標準化の限界 各保険会社の商品性の違いにより、必要情報に一定の差異が生ずることに留意する必要がある。
<p>将来に向けた電子化の推進</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 中長期の取組として、電子カルテとの連動やネットワークを通じた保険会社と医療機関との間の情報連携等、包括的なシステム整備を伴う電子化の推進が必要。

1.3 本稿の概要

以上を踏まえ、本稿では、研究会でなされた議論に対し、筆者らなりの評価を加え、残された課題を提示した。その評価にあたっては、「医療現場の生産性向上」と「患者の個人情報保護」という視点を重視した。さらに、残された課題のひとつとして掲げた「診断書作成にかかる医師の負担の定量的把握」について、既存の統計データと生保・損保業界関係者へのインタビュー並びに臨

床経験豊富な医師からの聞き取り情報を基に独自に推計作業を行い、問題の大きさを具体的数字として提示した。以上を踏まえてさらに考察を加え、将来の望ましい姿を展望した。

第2章では研究会に対する評価、第3章では診断書作成にかかる医師の負担の推計作業について、それぞれ詳述している。考察および将来展望を第4章とし、結論に代えた。

2. 研究会の評価

2.1 業界ガイドラインの見直しの機運

第一に評価できる点は、研究会での議論を踏まえて、保険協会に自発的な業界ガイドライン見直しの機運が生じたことである。

従来、民間保険の保険金請求にかかる診断書については、生命保険協会（以下、「生保協会」と呼ぶ）・日本損害保険協会（以下、「損保協会」と呼ぶ）それぞれが自主的に策定したガイドラインで標準的な診断書に採用する項目等を整理し、各保険会社が自社様式への反映に努めるという形がとられてきた。しかしながら最終的には、生保・損保各社が独自に診断書の様式を作成し、これがいわば一方的に医療側に提示され、医療側はこれを受け入れ、記入・完成させる流れであった。加えて、診断書の記載内容やレイアウト等について生保・損保業界と話し合う機会のないまま現在に至っている実情にある。

上記した現状を踏まえれば、今回の研究会を通じて、生保協会・損保協会それぞれが、簡略請求（診断書不要）の推進や診断書設定項目の軽減等について再検討し、3月末を目途にガイドラインを改定することとされた⁶のは評価できる。今後も必要に応じて随時、ガイドラインの見直しがなされることを期待したい。

2.2 業界ガイドライン見直しの方向性

第二に評価できる点は、業界ガイドラインの見直しの方向性である。その方向性としては、診断書項目の必要性・妥当性の検証というものである。

「診断書」の在り方を具体的に見直すにあたっては、「医療現場の生産性向上」と「患者の個人情報保護」という2つの視点が重要と考える。

⁶ 脚注3に同じ。

上記の2つの視点について、以下に詳細説明しておく。

(1) 医療現場の生産性向上

生産性向上のため踏まえるべき主なポイントとして次の4つが挙げられる。

- ① 本当にその項目は「診断書」を記入する医師に求めるべきものか。本来、当該医師が知り得ないことまで記入を求めているか。例えば、自院に診療録のないデータ（法定の診療録の保存期限が経過し既にデータが消滅している場合や、以前に他院での診療があった場合等）について、保険会社の診断書への記入を医療側に求めているケースがある。
- ② 保険金請求書に保険金請求者（患者）が自己申告で記入した項目を、「診断書」で重ねて医療側に記入させることは不要でないか。例えば、多くの保険会社所定の診断書に見られる、患者の「職業」といった項目が該当する。
- ③ 専門医の視点から不要な項目がないか。例えば、皮膚「移植」の場合、移植面積が25c㎡未満の手術は事実上ないのに、「25c㎡未満か否か」の質問項目を設けている診断書がある。
- ④ 保険会社の安易な判断で不要な情報を取っていないか。例えば手術・措置コードと手術名を重ねて記入することが常に必要か。

いずれのポイントも研究会で論議の俎上に上り見直し項目にも挙げられており⁷、ガイドライン見直しの具体的成果が待たれる。

(2) 患者の個人情報保護

保険金請求者（患者）から保険会社への保険金請求書（兼 同意書）提出時に、同時に保険金請求に関する医療情報の第三者提供について同意を取付ける仕組みになっている。しかし、患者の医療情報は機微情報であることから、医療側としては、個人情報を第三者である保険会社に開示することには慎重に臨みたい。

この視点からも、ガイドラインの改定状況をフォローアップしたい。

⁷ 厚生労働省（2018c）

2.3 残された課題

診断書を巡っては、未だに以下のような課題が残されている。

(1) 診断書の在り方についての本質的議論

第一に、保険会社所定の「診断書」の在り方についての本質論議が尽くされているか、という点である。

医師に対する診断書作成義務は法令で規定されている（「医師法第19条2項」が、どういったものが「診断書」に該当するか、「死亡」の場合を除いて、定義されていない。だからと言って、保険会社が各社独自に「診断書」として様式を策定する文書に設定された項目の全てを、医師（医療機関）が記入しなければならない、という理屈は成り立たないのではないか。極論を言えば、ある保険会社が恣意的に本来不要な個人情報に関する項目を「診断書」に設けて、医療機関を介して収集しようとした場合があったとしても、こういった行為を監視し、リスクを抑制する機能がどこにもない。

さらに言えば、本来は、保険会社が「診断書」様式を新たに作成する場合、事前に医療側とすり合わせる必要があるのではないか。

(2) 金融庁の支援による PDCA サイクルの確立

第二に、診断書に関する金融庁の保険業界に対する指導に関して、金融庁からの継続的な支援が必要でないか、という点である。

業界ガイドラインはあるものの、保険会社ごとに診断書様式が異なっている実態を標準化しようという考えに対し、金融庁が「非競争領域」と認識し、医療現場の生産性向上、働き方改革推進の観点に加え保険契約者保護の観点から、これを後押しいただいたことが、今回のガイドライン改定にはずみをつけることになった。

そこで、さらに一歩進めて考えれば、研究会の成果を実効性あるものとするには、生保・損保業界のそれぞれが改定したガイドラインに関して、一定期間経過後に①各社の保険金請求関係書類の最新情報を把握してガイドラインの遵守状況をチェックし、②適正でない場合その是正を該当会社に求める、という一連の

PDCA サイクルを今後繰り返していくことが求められる。しかしながら現状では、生保協会・損保協会のいずれにおいても①および②の役割発揮が期待できない。すなわち、会員各社の保険金請求関係書類の最新情報を十分に把握できておらず、ガイドラインの遵守状況をチェックする機能も是正を求める機能もない。これでは PDCA サイクルの構築は困難である。

については金融庁にはその確立に向け業界を指導いただくことをお願いしたい。

(3) 診断書作成にかかる医師の業務負担の定量的把握

第三に、診断書作成にかかる医師の業務負担軽減の議論を深めていく上で、年間どの程度の診断書を医師が作成しており、その負担がどの程度かを定量的に把握しておくことが必要でないか、という点である。そもそも、現時点で診断書の作成にかかっている医師の業務負担を定量的に把握しておかなければ、今後見直しが進展したとて、問題が改善しているか否かの判断さえ覚束ないだろう。

上記課題は研究会で直接取り上げられなかったが、押さえておくべき重要なポイントと考える。したがって本稿では、既存の統計データを用いて独自の推計を行うこととした。具体的な推計結果、そして推計の前提とプロセスについては、次章において詳述する。

なお、医療機関から保険会社に提出する診断書枚数は業務負担の定量的把握のための基礎データとなるが、次章に述べるとおり現状では公開データがない。実態を正確に理解するため、金融庁には当該データを把握し公表するように業界を指導いただくことをお願いしたい。

また、生保協会・損保協会に属さない「共済保険」についても、同様に保険金支払いにかかる診断書の問題が存在するが、本稿では問題の指摘に留める⁸。

⁸ 一般社団法人日本共済協会の会員である団体、協同組織体は次のとおり。JA共済連、JF共済連、全労済、日本再共済連、コープ共済連、大学生協共済連、全国生協連、生協全共連、日火連、交協連、全自共、全労済協会、NOSAI協会、防衛省生協、神奈川県民共済、中済連、開業医共済。

3. 診断書作成にかかる医師の負担の推計

3.1 推計結果の概略

ここでは、「診断書作成にかかる医師の負担」について、日本全国の医師が1年間に作成している診断書の枚数（年間診断書作成枚数）およびその作成に要する時間を推計することで、定量的に示した。推計結果の概略は下表のとおりである。

図表 3-1. 推計結果の概略^{注1}

保険種目別 (2017年度)	損害保険 生命保険 合計		
	損害保険 ^{注2}	生命保険 ^{注3}	
年間診断書 作成枚数 (推計)	947万通	423万通	524万通
診断書作成に要す る年間総時間数 (推計)	497万時間	166万時間	331万時間

注1. 詳細は巻末資料。

注2. 傷害保険、その他第三分野保険、自賠責保険の合計。傷害保険と自賠責保険は2016年度数値に基づく。

注3. 死亡保険金、入院給付金、手術給付金の合計。

以下、3.2 および 3.3 節では、推計の前提とプロセスについて詳述する。

3.2 年間診断書作成枚数の推計

医療機関から保険会社に提出した診断書枚数については、公開データがない。そこで、損害保険料率算出機構⁹により「保険金支払件数」データ等が公開されていることから、当該データを使い、以下ロジックにより診断書枚数を推計することとした。なお、いずれも、診断書を提出したが保険金が支払われなかった事案は含めていない。

(1) 損害保険

① 傷害保険（普通傷害、家族傷害、交通事故傷害、ファミリー交通障害、国内旅行傷害、海外旅行傷害保険）

(ア) 簡易査定（診断書取付不要）対象割合を次の手順で推計する。

- まず便宜的に、一部大手保険会社で採用が確認されている「保険金請求額 10 万円以下の場合には診断書不要」との基準が、全社共通で採用されており、かつ簡易査定の条件は当該基準のみ、との前提と仮定する。
- 次に傷害保険の支払保険金平均値 12 万円（2016 年度 129,459 百万円／1,076,444 件）を中点（50%）とし 0 円を起点（100%）に通減するよう保険金支払案件が分布すると仮定すると、全ての傷害保険支払案件中に支払保険金 10 万円以下の案件が占める割合は約 6 割となる。従って、全保険金支払案件中、診断書を要する案件は 4 割となる。

(イ) 保険金支払案件 1 件あたり作成される診断書を 1 通と想定する。

(ウ) 2016 年度保険金支払件数（1,076,444 件）¹⁰を基に推計される診断書枚数は、「約 43 万通」となる。

⁹ 「損害保険料率算出団体に関する法律」に基づく料率算出団体。

¹⁰ 損害保険料率算出機構（2018a）

② 第三分野保険商品（傷害保険以外の医療保険、所得補償保険、介護費用保険等）

- (ア) 上記「①傷害保険」での推計手法を準用する。
- (イ) 損保各社のウェブサイトに掲載されている「保険金のお支払状況」（2017年度）の合計数（421,020件）を基に推計される診断書枚数は、**「約 17 万通」**となる。

③ 自動車賠償責任保険（自賠責保険）

- (ア) 同保険種目は簡易査定対象外である。
- (イ) 1事案について、初診からの「経過診断書」が1ヶ月に1回程度定期的に作成されるが、自賠責保険（共済含む）の平均診療期間68.7日（診療実日数19.6日）¹¹に照らせば、初診から診療終了時まで保険金支払案件1件あたり3通の診断書作成が想定される。
- なお、症状固定時に作成される「後遺障害診断書」、死亡時の「死亡診断書」の重複作成も考えられるが、全体に占める件数は僅かなので、勘案しない。
- (ウ) 2016年度保険金支払件数（1,209,075件）¹²を基に推計される診断書枚数は、**「約 363 万通」**となる。

なお、任意の自動車保険に関して提出を要する診断書は自賠責と共有されるので、上記枚数に包含される。また、自損事故は自賠責対象外であるが、自動車保険の搭乗者傷害保険と人身傷害保険の保険金が支払われる場合がある。このような場合に作成される診断書は上記枚数に含まれないが、今回の推計からは除外する。

¹¹ 損害保険料率算出機構（2018b）より。JA共済、全国自動車共済協同組合連合会、全国トラック交通共済協同組合連合会、全国労働者共済生活協同組合連合会を含む。

¹² 脚注11に同じ。

(2) 生命保険

① 死亡保険金

- (ア) 全件について、診断書1通が作成される。
- (イ) 2017年度保険金支払件数(107万件)¹³を基に推計される診断書枚数は、
「約107万通」となる。

② 入院給付金

- (ア) 一部大手保険会社で採用が確認されている「入院給付金のみ支払いの場合には診断書不要」との基準が、全社共通で採用されており、かつ簡易査定
の条件は当該基準のみ、との前提と仮定する。
- (イ) 手術給付金が支払われる場合には、必ず入院給付金も支払われ、診断書
としては共通で1通作成されるものとする(該当案件数は以下③に記載)。

③ 手術給付金

- (ア) 全件について、診断書の提出を要する。
- (イ) 保険金支払案件1件あたり作成される診断書を1通と想定する。
- (ウ) 2017年度保険金支払件数(417万件)¹⁴を基に推計される診断書枚数は、
「約417万通」となる。

したがって、上記(1)損害保険と(2)生命保険の合計診断書推計枚数は、
「947万通」となる。

¹³ 生命保険協会(2018)

¹⁴ 脚注13に同じ。

3.3 診断書作成に要する時間の推計

(1) 前提条件

損害保険について、傷害保険およびその他第三分野保険商品に関する診断書に関しては、1通あたり45分、自賠責保険に関しては1通あたり20分とした。生命保険について、死亡保険金に関する診断書に関しては、1通あたり10分、手術給付金（および同時に請求する入院給付金）に関しては1通あたり45分とした（臨床経験豊富な複数の医師からの聞き取り情報に基づく）。

(2) 診断書作成に要する時間

診断書作成に要する時間の推計は、「**約497万時間**」となる。

ただし、診断書機械印字化ソフト導入による診断書作成時間の短縮効果は考慮していない。

また、診断書に関わり、保険会社からの不備事項照会や追加面談を求められることがあるが、これらに要する時間は考慮していない。

4. 考察および将来展望

ここまでは、医師の業務負担の大きさに鑑みた忽ちの対処策について論じるとともに、前章では医師の業務負担の定量的な把握を試みた。

しかしながら、診断書の簡素化、レイアウトの工夫等による医師の負担の軽減化には限界がある。電子化の推進が抜本的な解決策であることは、研究会で整理されたとおりである。

そこで本章では、前章の定量化数値に考察を加えた上で、将来に向けた課題解決の方向性を展望する。

4.1 医師の業務負担の大きさ

まず、第3章で推計した「年間診断書発行枚数 947 万枚（約 1,000 万枚）、それらの作成に要する時間 497 万時間（約 500 万時間）」という、数字のインパクトについてどう考えるかである。

これを仮に日本人の年間平均労働時間分（年間 1,713 時間、OECD 統計 2016）働く医師の人数としてカウントすると、2,901 人分の労働に相当する。

また、医師一人が 1 年間に割く時間数としてカウントすると、仮に医療施設に従事する医師全員（304,759 人）¹⁵が等しく診断書作成に携わるとした場合だと 16.3 時間、2/3 の医師が携わるとした場合だと 24.5 時間、1/3 の医師が携わるとした場合だと 48.9 時間に相当する¹⁶。

¹⁵ 厚生労働省（2017）

¹⁶ 医師人数、時間数とも、全ての作業を医師が行うと仮定して算出した。

現状の日本は、希少な人的資源である医師を、本来の医療行為以外の業務である保険金請求に伴う診断書作成に¹⁷、これだけの人員あるいは時間を割いて従事させているのと同等の状況にある。

日本では医師不足・偏在が指摘されて久しく、特に勤務医の過酷な労働環境が働き方改革の議論でも問題視されている。医師労働を神聖視・特別視せよと言いたいわけではない。医療に関わる希少な人的資源として、その有効な活用方法をもっと合理的に考える余地があるのではないかと強調しておきたい。

4.2 課題解決の方向性

現状使用されている手書きの診断書は典型的な紙媒体による情報の伝達手段である。現段階を、従来型（紙ベース）の業務スタイルからデジタル化への過渡期と捉え、診断書の将来のあり方を展望すれば、まずは次の段階では、各種医療データの電子化の徹底と ICT を高度活用した医療データの有効利用により、診断書（紙ベース）の自動作成が展望される。さらにその先には、完全ペーパーレス化、および保険会社と医療機関の間での必要情報の電子データによるやり取りが可能になるだろう。

重要なのは、電子化推進のためには、医療現場のペーパーレス化こそが、その第一歩になるということである。

4.3 診断書のペーパーレス化に向けて

生保業界では、診断書機械印字化ソフトの普及推進のため生保協会による認定制度を平成 19 年から導入しており、損保業界もこれに参画している。現在、

¹⁷ さらに、労災や傷病休暇等の申請といった個人が所属先に提出する診断書作成も医師が行っており、その業務負担も少なくない。しかし、今回問題にした研究会の主旨からは外れるため、本稿では問題の指摘に留める。

普及している同ソフトによれば、医療機関で取り扱う診断書の約 9 割の作成・印刷が可能で、過去に作成した文書のコピー機能を有するものである。

生保協会が 2018 年に実施した調査によれば¹⁸、同ソフトは 1,691 病院で導入され、生保各社の機械印字化診断書占率は 57.7%に高まっている。しかし、導入時および保守にかかるコストがネックとなり、中小病院や診療所での採用は限定的と思われる。

(参考) メディパピルス¹⁹導入にかかる費用の目安 (一例)

100 床病院で、導入時 140 万円程度 + 保守費用 45 万円/年程度
(サーバ費用、基幹システムとのベンダー側接続費用等は含まれない)

診断書機械印字化ソフトの普及を追い越す形で早晚、診断書の自動作成、完全ペーパーレス化は実現されると考える。ただし、データセキュリティの確保、コスト低廉化が解決すべき大きな課題となろうが、本稿では問題の指摘に留める。

¹⁸ 厚生労働省 (2018d)

¹⁹ <http://www.medi-papyrus.com/>

【参考文献・資料】

厚生労働省（2017）「平成 28 年(2016)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」
（2017 年 12 月 14 日）

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/16/index.html>

厚生労働省（2018a）「民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会（資料 1） 議論の整理（案）」（平成 30 年 12 月 13 日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000454590.pdf>

厚生労働省（2018b）「第 14 回 医師の働き方改革に関する検討会（参考資料 1）」（平成 30 年 12 月 17 日）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02931.html

厚生労働省（2018c）「第 4 回 民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会（資料 2） これまでの検討における主な意見、（参考資料 1） 医療側の意見」（平成 30 年 12 月 13 日）

厚生労働省（2018d）「第 2 回 民間保険会社が医療機関に求める診断書等の簡素化等に関する研究会（資料 1） 生命保険協会」（平成 30 年 9 月 6 日）

生命保険協会（2018）「2018 年版 生命保険の動向」（2018 年 10 月）

<https://www.seiho.or.jp/data/statistics/trend/pdf/all.pdf>

損害保険料率算出機構（2018a）「2017 年度 傷害保険の概況」（2018 年 4 月）

https://www.giroj.or.jp/publication/outline_s/

損害保険料率算出機構（2018b）「2017 年度 自動車保険の概況」（2018 年 4 月）

https://www.giroj.or.jp/publication/outline_j/

※ 巻末資料

【損害保険推計】

保険種目別・保険金支払件数 (年度)	傷害保険 (2016年度) (普通傷害、家族傷害、交通事故傷害、ファミリー交通障害、国内旅行傷害、海外旅行傷害保険)	第三分野 (2017年度) (医療費用、所得補償、介護費用保険等)	自賠責保険 (2016年度)	自賠責共済 (2016年度)
あいおいニッセイ同和損保		27,643		以下の4つの共済の合計 ・JA共済 ・全国自動車共済協同組合連合会 ・全国トラック交通共済協同組合連合会 ・全国労働者共済生活協同組合連合会
アクサ損害保険		108		
*AIG損害保険		16,102		
エイチ・エス損害保険		51		
SBI損害保険		120		
共栄火災海上保険		6,730		
セコム損害保険		1,594		
セゾン自動車火災保険		115		
ソニー損保		13,019		
損保ジャパン日本興亜		83,862		
大同火災海上保険		1		
東京海上日動火災保険		118,764		
日新火災海上保険		633		
日立キャピタル損害保険		653		
三井住友海上火災保険		133,804		
明治安田損害保険		17,782		
楽天損害保険		39		
合計 (件数)	1,076,444	421,020	1,139,742	69,333
<p>*AIG損害保険の「第三分野」統計数値「16,102」のみ「2017下半年期と2018年度上半期の合計値」であり、かつ「第三分野」に「傷害保険」が含まれているので、「傷害保険」の全社合計数値に重複している。2018年度上半期の同社支払件数実績によれば、第三分野商品の全支払件数8,315のうち「傷害総合保険・所得補償保険・介護保険等」が107件 (1.3%) となっているが、左記107件が全て傷害総合保険であったとみなし、同社統計数値16,314件のうち1.3%相当値を重複分として、差し引いて算出した。</p> <p>・簡易査定 (診断書取付不要) 対象割合を次の手順で推計する。まず一部大手保険会社で採用が確認されている「10万円以下診断書不要」との基準が、全社で採用されているものとみなす。次に傷害保険の支払保険金平均値12万円 (2016年度129,459百万円/1,076,444件) を中点 (50%) とし0円を起点 (100%) に定率で通減するよう保険金支払案件が分布すると仮定すると、全ての傷害保険支払案件中に支払保険金10万円以下の案件が占める割合は約6割となる。</p> <p>・傷害保険の場合、一般的には自動車事故関連と違い経過診断書は作成されないため、診療期間に関わらず保険金支払案件1件あたり1通の診断書作成が想定される。</p> <p>以上の手法を第三分野商品にも準用する。</p>			<p>自動車事故に係り保険会社に提出する診断書は以下の3つ。</p> <p>①初診からの「経過診断書」 ・交通事故後、症状固定するまでの間、1ヶ月に1回程度定期的に作成される。</p> <p>②症状固定時の「後遺障害診断書」 ・症状固定したときに、患者本人が医師に依頼することによって、後遺障害診断書が作成される。</p> <p>③死亡診断書</p>	
<p>上記条件で算出される診断書枚数は、約60万通となる。 ∴(1,076,444件+421,020件)×(1-0.6)×1通=約60万通</p>			<p>自賠責保険 (共済含む) の平均診療期間68.7日 (診療実日数19.6日) に照らし、経過診断書が毎月1通作成されるとすると、初診から診療終了時まで保険金支払案件1件あたり3通の診断書作成が想定される。従って診断書枚数は約363万通と算出される。 ∴(1,139,742件+69,333件)×3通=約363万通</p>	
<p>診断書作成に要する時間を1通あたり45分とすると、合計所要時間は45万時間となる。</p>			<p>診断書作成に要する時間を1通あたり20分とすると、合計所要時間は121万時間となる。</p>	
<p>合計診断書発行枚数420万通、診断書作成に要する時間166万時間と推計される。</p>				

【生命保険推計】

死亡保険金 (2017年度)		入院給付金 (2017年度)		手術給付金 (2017年度)	
件数 (万件)	支払保険金額 (億円)	件数 (万件)	支払保険金額 (億円)	件数 (万件)	支払保険金額 (億円)
107	30,054	690	7,039	417	4,281
死亡保険金支払案件については、全件（107万件）について、診断書1通が作成されるので、診断書枚数は 107万通 となる。		入院給付金のみ支払う場合を273万件（690万件-417万件）と想定する。 大手生保の取扱に倣い、入院給付金のみ支払いの場合は診断書不要とされているものとする。		全件について診断書取付を要するものとし、保険金支払案件1件あたり1通の診断書を作成するものとして算出すると、診断書枚数は 417万通 となる。 なお、全件とも入院給付金と重ねて支払われ、診断書は入院・手術給付金で共有するものとする。	
診断書作成に要する時間を1通あたり10分とすると、合計所要時間は 約18万時間 となる。				診断書作成に要する時間を1通あたり45分とすると、合計所要時間は 約313万時間 となる。	
合計診断書発行枚数524万通、診断書作成に要する時間331万時間と推計される。					

(参考：修正・追記前の該当項目の原文；8頁～9頁)

2. 研究会の評価

2.3 残された課題

(2) 行政指導の一部見直し

第二に、診断書に関する金融庁の保険業界に対する指導について、一部見直しが必要でないか、という点である。業界ガイドラインはあるものの、実態として保険会社ごとに異なる診断書様式を統一しようという動きに、「(保険会社間の) 公正な競争を阻害する」と金融庁が待ったをかけているという。

研究会の成果を実効性あるものとするには、生保・損保業界のそれぞれが、①診断書設定項目について再検討し、②ガイドラインを適正に見直した上で、③各社の保険金請求関係書類の最新情報を把握し、④ガイドラインの遵守状況をチェックし、⑤適正でない場合その是正を該当会社に求める、という一連のPDCAサイクルを今後繰り返していくことが求められる。しかしながら現状では、生保協会・損保協会のいずれにおいても③乃至⑤の役割発揮が期待できない。すなわち、会員各社の保険金請求関係書類の最新情報を十分に把握できておらず、ガイドラインの遵守状況をチェックする機能も是正を求める機能もない。これではPDCAサイクルの構築は困難である。

その背景には、ガイドライン作成やその遵守の義務化が公正な競争を阻害しかねないとする金融庁の姿勢がある。しかしながら、「診断書記載項目の標準化や見易さの観点からのレイアウトの統一」が公正な競争を阻害するという合理的な説明は困難でないか。各社商品の独自性を担保するためにガイドラインに慎重な基本姿勢を取ることは理解できるが、医療現場の生産性向上、働き方改革推進の観点から、柔軟に考えるべきでないか。

(3) 診断書作成にかかる医師の業務負担の定量的把握

第三に、診断書作成にかかる医師の業務負担軽減の議論を深めていく上で、年間どの程度の診断書を医師が作成しており、その負担がどの程度かを定量的に把握しておくことが必要でないか、という点である。そもそも、現時点で診断書の作成にかかっている医師の業務負担を定量的に把握しておかなければ、今後見直しが進展したとて、問題が改善しているか否かの判断さえ覚束ないだろう。

上記課題は研究会で直接取り上げられなかったが、押さえておくべき重要なポイントと考える。したがって本稿では、既存の統計データを用いて独自の推計を行うこととした。具体的な推計結果、そして推計の前提とプロセスについては、次章において詳述する。

なお、生保協会・損保協会に属さない「共済保険」についても、同様に保険金支払いにかかる診断書の問題が存在するが、本稿では問題の指摘に留める。