

日医総研ワーキングペーパー

自動車事故被害者の医療費をカバーする

2つの公的保険をめぐる問題:

自賠責保険と公的医療保険

No. 306

2013年11月26日

日本医師会総合政策研究機構

坂口 一樹、水谷 渉、森 宏一郎

本ワーキングペーパーは、日医総研の調査研究の成果を
まとめたものであり、日本医師会の公式見解ではありません。

自動車事故被害者の医療費をカバーする2つの公的保険をめぐる問題：

自賠責保険と公的医療保険

坂口 一樹(研究員) 水谷 渉(主任研究員・弁護士) 森 宏一郎(客員研究員)

キーワード

- ◆ 公的保険
- ◆ 自賠責保険
- ◆ 公的医療保険
- ◆ 国際比較
- ◆ 被害者救済

ポイント

- ◇ 本ワーキングペーパーでは、自動車事故被害者の医療費負担をカバーするために2つの公的保険（自賠責保険と公的医療保険）が使える現行制度の問題を整理・分析し、問題解決の方向性を議論した。本来、自動車事故における被害者の医療費は、自賠責保険および民間の自動車保険でカバーするべきであるが、公的医療保険が使われ、最終的にも公的医療保険の負担になっている場合がある。この状況下では、保険会社が公的医療保険を使わせる動機を持ち、公的医療保険財政の負担となっている。同時に、被害者に対する負担も強いており、制度として変革する必要がある。
- ◇ この問題に起因する公的医療保険の直接的な負担は、少なくとも年間約 118 億円と推定される。この負担の大きさは協会けんぽの一般管理費の1年分の大きさに相当する。国民医療費全体から見れば大きいわけではないが、無視することはできない。これ以外にも、保険会社の支払い打ち切りによって、交通事故に起因する医療費を公的医療保険が負担しているケースが存在することも、同じく無視できない。
- ◇ 自動車事故被害者の医療費をカバーする2つの公的保険の制度設計について国際比較調査をすると、日本だけが特殊な制度になっているわけではない。しかし、2つの公的保険を選択可能であるという点に限っては、日本独自の制度であり、明確な制度運用の切り分けは一考に値するだろう。
- ◇ 法的側面については、交通事故損害賠償の類型化の弊害があり、保険会社の利潤追求動機から、被害者に医療費負担が強いられている現状がある。
- ◇ これらの問題の整理・分析を踏まえ、制度改革の方向性として5つのオプションを提示した。強制加入で運営される公的保険では、社会に存在する普遍的リスクに対して、真の被害者救済につながるような制度設計と運用が求められる。

目次

1. イントロダクション： 問題とは何か	1
1.1. はじめに： 2つの公的保険をめぐる問題.....	1
2つの公的保険をめぐる利害対立.....	2
利害対立から生じる取引コスト.....	3
利害対立を生み出す利害一致の問題.....	4
1.2. 本ワーキングペーパーの構成	5
2. 問題の大きさ	6
2.1. 問題の大きさの試算.....	6
自動車事故に関わる年間医療費.....	6
自動車事故に関わる年間医療費のうち、公的医療保険を使用している金額	7
「第三者行為による傷病届」未提出分.....	8
2.2. 問題の大きさについての議論	8
年間118億円という金額のインパクト.....	9
118億円に含まれない自動車事故被害者の医療費.....	10
3. 自賠責保険と公的医療保険の競合の歴史・経緯.....	12
3.1. 競合のはじまり： 2つの公的保険制度の整備.....	12
自動車損害賠償責任保険（自賠責保険）制度	12
公的医療保険制度.....	13
3.2. 2つの公的保険制度の競合の社会問題化.....	15
昭和43年（1968年）の行政通知.....	15
医療提供者側の反応.....	17
2つの公的保険制度の競合問題の現在.....	18
各利害関係者のスタンス	19
3.3. 2つの公的保険制度における医療サービスの価格の違い.....	20
3.4. 問題の小括.....	21

4. 制度の国際比較	22
4.1. 調査の概要	22
調査の目的	22
調査の対象と方法、実施期間	23
回答の回収状況	24
4.2. 調査内容のポイント	24
4.3. 調査結果に基づく国際比較とその解釈	26
強制加入の自動車保険制度の有無	26
強制自動車保険制度の財源管理	27
強制自動車保険制度における被害者の過失の取り扱い	28
強制自動車保険制度と公的医療保険制度との関係	29
強制自動車保険制度と公的医療保険制度との診療価格の差異	30
5. 法律上の問題	32
5.1. 事故と傷害（受診）との因果関係	32
5.1.1. 交通事故損害賠償の歴史	32
5.1.2. 交通事故損害賠償の類型化の弊害	33
5.2. 裁判例で問題となっている最新論点	39
5.2.1. 高次脳機能障害	39
5.2.2. 脳脊髄液減少症（低髄液圧症候群）	41
5.2.3. 軽度外傷性脳損傷（MTBI）	42
5.3. 真の被害者救済を実現する損害保険への転換を	44
6. インプリケーション	45
6.1. 現在議論されていることの整理	45
医療類似行為・柔道整復師についての議論	45
「第三者行為による傷病届」の運用変更についての議論	48
いわゆる“日医基準”の制度化についての議論	50
6.2. 改善の方向性	53
利害対立の整理	53
オプション（1）公的医療保険を使わせない	54

オプション (2) 最初は公的医療保険で処理、事後的に自賠責保険に請求 (A)	55
オプション (3) 最初は公的医療保険で処理、事後的に自賠責保険に請求 (B)	56
オプション (4) 公定価格に統一	56
オプション (5) 自賠責保険は医療費負担をカバーしない	57
オプションのまとめ	58
7. 結論	59
【参考文献・資料リスト】	62
巻末資料 I 「第三者行為による傷病届」	64
巻末資料 II 国際アンケート調査の質問紙	66

1. イントロダクション： 問題とは何か

1.1. はじめに： 2つの公的保険をめぐる問題

現在、日本では、自動車事故被害者救済のために、2種類の公的保険制度が利用可能である。ここで言う2種類の公的保険制度とは、公的医療保険と自動車損害賠償責任保険（以下、自賠責保険あるいは自賠責と呼ぶ）のことを指す。また、公的保険とは、法制度に基づき、被保険者の強制加入によって運営される保険という意味である。

両者の根拠となる法律は異なる。公的医療保険は健康保険法および関連各法が、自賠責保険は自動車損害賠償補償法が、それぞれ根拠法である。このような法体系に基づく、現行の制度設計の下では、必要とする医療にかかる費用負担について、自動車被害者自身がどちらの公的保険を利用するかを柔軟に決めることができる。

被害者救済の観点からは、「利用可能な公的保険が2つある」という理由で、2つの公的保険制度が利用可能な現行制度は、ある意味望ましい体制であると言えるかもしれない。その具体的理由としては、例えば次のようなものが論理的には考えられる。まず、事故において被害者側にも過失があり、自分の医療費を部分的に負担しなければならないケース（過失相殺があるケース）である。そのようなケースにおいては、公的医療保険を使うことによって被害者側はその費用負担を軽減することが可能である。また、加害者が任意の自動車保険に加入しておらず、その支払い能力にも限界があるようなケースにおいてもそうだ。そのようなケースでは、治療にかかる費用は公的医療保険でカバーしておいて、慰謝料と休業補償を受け取るために自賠責保険からの支払いをフルに活用するといった柔軟な使い方もできる¹。

¹ 現状、通常のケガの場合の自賠責保険の支払い限度額は120万円となっている。

2つの公的保険をめぐる利害対立

しかし、「利用可能な公的保険が2つある」という同じ理由から、特に費用負担の面において、関係者間での複雑な利害関係の対立が生じている^{2 3}。本ワーキングペーパーでは、主にこの問題について取りあげ、詳細に論じてゆきたい。本節では、この利害対立の問題について3つにポイントを絞り、以下に概説しておこう。

1つには、自動車事故被害者の診療費負担において最初に公的医療保険を利用する場合と自賠責保険を利用する場合で診療価格に違いがある。医療機関の立場から見ると、自賠責保険を適用した方が診療価格は高くなるため、自賠責保険の利用が望ましい。他方、過失相殺のリスクがある被害者本人、賠償責任を負う可能性がある加害者、自賠責保険を管理運営する民間保険会社の視点では、最初に公的医療保険を適用した方が診療価格は低くなるため、公的医療保険の利用が望ましい。

もう1つの利害関係の対立は、「第三者行為による傷病届」⁴が被害者によって出されないことがあるので、本来、費用負担しなくてもよいはずの公的医療保険者が最終的な費用負担を負うケースが存在することである。この場合、自賠責保険を管理運営する保険会社は、自動車事故被害者の診療費負担において最初は自賠責保険を使わず公的医療保険を利用させるインセンティブを持つことになる。他方、これを具体的に阻止する手段は持たないものの、公的医療保険制度を守るという大きな視点から利害関係が一致する医療機関と公的医療保険者側としては、公的医療保険ではなく自賠責保険を適用してもらわなくてはならないことになる。

3つ目の対立は、異なる仕組みでできている公的医療保険制度と自賠責保険制度の間の対立がある。公的医療保険制度は共助（保険料）と公助（税金）から成り立っている

² 勤務中の自動車事故等、労災保険が絡むケースもあるが、ここでは取り扱わない。労災の場合、自賠責保険とは異なり、労災保険が優先されることがはっきりとしており、同種の問題はない。

³ 第2章で、この2つの公的保険の複雑な関係の歴史・経緯を詳述する。

⁴ 「第三者行為による傷病届」とは、交通事故やケンカ等の第三者の行為による負傷で、公的医療保険を使用して治療を受けたときに、被害者である被保険者が保険者に提出する届出である。自動車事故等の第三者行為によるケガの治療費は、本来、加害者が負担するのが原則である。現行制度の下では、公的医療保険を使って治療を受けることもできるが、この場合、加害者（または、加害者の加入する保険）が支払うべき治療費を公的医療保険者が立て替えて支払うこととなる。公的医療保険者は、後日、「第三者行為による傷病届」を根拠に、その立て替え分を加害者（または、加害者の加入する保険）に請求する。同届出の見本は巻末資料Iを参照のこと。

が、自賠責保険制度は互助（保険料）のみで成り立っている。つまり、自賠責保険制度とは異なり、公的医療保険制度には税金による公的負担が行われているということである。したがって、本来、自賠責保険によってカバーしなければならない部分に公的医療保険を適用すると、知らないうちに税金による公的負担が行われているということになる。こうなると、納税者全員、つまり一般国民を含めた利害関係の衝突があるということになる。

利害対立から生じる取引コスト

これらの利害関係の対立に起因して、自動車事故被害者に対する診療サービスの提供において、無視できない取引コストが発生していると言うことができる。取引コストとは、市場で実際に取引を実現・実行させるときにかかる諸々のコストの総称である。たとえば、将来のすべての事態を想定して契約内容を書くのは非常に困難であり、完璧な契約書を作成しようとする自体がコストとなる。また、契約関係がはっきりしていたとしても、実際に契約内容を履行するときには何らかの利害対立や摩擦が発生するならば、それらもコストとなる。契約内容どおりの行動を当事者が取らない可能性がある場合、それをモニタリング（監視）しなければならず、そのことがコストになる。

1つ目は、被害者に対する診療費支払において、公的医療保険を利用するのか、自賠責保険を利用するのかの選択を現場で被害者本人に迫るという取引コストである。ほとんどの一般的な人々は複雑な保険制度の知識を持たないということに加えて、被害者の立場であるということを考慮すれば、現場で逐一被害者自身に意思決定を求めるのは、選択肢が2つあるという便益よりもコストの方が大きいだろう。

次に、自賠責保険と公的医療保険の2つの選択があることによって、民間保険会社と医療機関の両方が現場対応と利害摩擦というコストを負うことになる。民間保険会社は被害者に公的医療保険利用を説得しようとする一方、医療機関は被害者に対して自賠責保険利用が本来の姿であることを説明すると同時に、公的医療保険利用の場合には「第三者行為による傷病届」の提出が必要であることを説明しなければならない。制度運用が1つの経路に明確に決まっていれば、これらは負う必要がない取引コストとなってい

る。

3つ目の取引コストは、公的医療保険を選択した場合には、事後的に、被害者は「第三者行為による傷病届」を提出しなければならないということである。もちろん、公的医療保険者は「第三者行為による傷病届」提出に対する事務処理を行わなければならない。これらは明らかにコストである。さらに、公的医療保険者は自らの費用負担を回避するために、「第三者行為による傷病届」の提出漏れをチェックしなければならず、情報コストも負うことになる。公的医療保険の財政が厳しい現在、公的医療保険者の破綻リスクもあるだろう。

厳密に言えば、これらの取引コストと2つの公的保険を選択できることの便益を比較して、どちらの方が大きいのかを正確に比較検討する必要がある。しかし、いずれにしても被害者が救済されるという点を考えれば、複雑な保険制度の取引コストを取り除いて効率化することが社会的最適化につながると考えることができる。

利害対立を生み出す利害一致の問題

上で述べたような利害対立を生じさせる原因となっている利害一致の問題もある。自賠責保険の支払い財源を管理しているのは民間保険会社であるが、民間保険会社は民間の任意の自動車保険を販売している。制度設計上、任意の自動車保険は自賠責保険の二階部分という構造になっている。つまり、自賠責保険の最大補償額（たとえば、傷害の場合は120万円（慰謝料・休業補償を含む））を超えると、任意の自動車保険から補償することになる。したがって、民間保険会社の視点からみると、自賠責保険から補償額を支払うことと任意の自動車保険から補償額を支払うことは同じ利害関係にある。民間保険会社は自賠責保険からの支払いを節約できれば、任意の自動車保険からの支払いを節約することができるからである。つまり、できるだけ自賠責保険だけでまかなえるように、自賠責保険からの支出を節約する動機を持つということになる。この利害の一致によって、民間保険会社は任意の自動車保険の財源確保という動機から、自動車事故被害者の医療費支払いにおいて、公的医療保険の利用を優先させたいというインセンティブを持つことになる。これが、2つの公的保険間の利害対立を生み出しているのである。

これに関係して、任意の自動車保険における保険金不払い・過小払いの問題も出ているのが現状である。任意の自動車保険については、どのような傷害に対してどれだけ補償するのかについては、法律上の問題とも密接に関係する。この点については、第5章で、事故と傷害の因果関係、判例とこの問題との関係において特に問題になっている高次脳機能障害、脳脊髄液減少症、軽度外傷性脳損傷の3つ取り上げて議論する。

1.2. 本ワーキングペーパーの構成

そこで、本ワーキングペーパーでは、2つの保険制度の関係の交通整理が可能なのかどうかを検討し、社会的視点あるいは全体最適の視点から、より望ましい保険制度のあり方を提案したい。

具体的な論の進め方は次の通りである。まず、第2章で、その問題の大きさを試算・議論する。第3章で、それらの2つの公的保険制度の複雑な歴史的経緯を概観する。そのうえで、第4章で、2つの公的保険制度の関係が各国でどのようなものになっているのか、サーベイ調査結果と文献レビューを通じて、国際比較を行う。制度運用の問題は必ず法律上の問題と関係してくるため、第5章で民間の任意の自動車保険における不払い・過小払いの問題を中心に法律上の問題を整理・議論しておく。これらの調査研究の検討結果を踏まえて、第6章で制度改善の方向性の提案を行いたい。最後に、第7章で結論をまとめる。

2. 問題の大きさ

本節では、第1章で示した問題の大きさについて、公表されている文献・資料を基に試算し、その性質について議論する。第1章で概説したように、現行制度の下では、自動車事故被害者の医療費をカバーする2つの公的保険制度が存在し、両者間の利害対立が生じている。本来、自動車事故による医療費負担は自賠責保険でまかなうものであるが、2つの公的保険が選択可能であるという事情から、公的医療保険が最終的に負担してしまうケースが存在する。これは、公的医療保険にとって必要のない負担であり、公的医療保険財政を圧迫することを通じて、国民の不利益につながっている。

そこで、具体的には、「本来ならば自賠責保険と任意の自動車保険の財源でまかなうべきであるが、最終的に公的医療保険財政が負担している自動車事故被害者の医療費の金額」を試算し、問題の大きさを把握してみたい。本節では、この試算金額を現行制度下で生じている問題の大きさとして推計し、その意味合いを考察する。

2.1. 問題の大きさの試算

自動車事故に関わる年間医療費

試算にあたり、まず、自動車事故に関わる年間医療費の総額から把握しよう。損害保険料率算出機構(2012)『自動車保険の概況 平成24年度(平成23年度データ)』によれば、自動車事故の1件当たり平均診療費は16.5万円、年間総被害者数は1,287,521人である。これらの数字をもとに自動車事故に関わる年間医療費を計算すると、下記の計算式の通り、年間約2,124億円となる。

【自動車事故にかかる年間医療費】

$$\underline{2,124 \text{ 億円}} \div 16.5 \text{ 万円}^{(\ast 1)} \times 1,287,521 \text{ 人}^{(\ast 2)} \quad \dots (1)$$

※1. 1件当たり平均診療費。

※2. 年間総被害者数（傷害・後遺障害・死亡者数の合計）

自動車事故に関わる年間医療費のうち、公的医療保険を使用している金額

次に、(1)のうち、公的医療保険を使用している金額を試算する。損害保険料率算出機構(2012)によれば、自動車事故被害者の入院率は5.5%である⁵。また、日本医師会(2012)『交通事故診療に係る健保使用問題に関するアンケート調査』によれば、入院の場合の公的医療保険の使用率は58.1%、外来の場合の同使用率は17.2%である⁶。これらの数字をもとに公的医療保険を使用している年間の金額を計算すると、下記の計算式の通り、年間約413億円となる。

【自動車事故にかかる年間医療費のうち、公的医療保険を使用している金額】

$$\text{(入院分)} \quad 68 \text{ 億円} \div 2,124 \text{ 億円} \times 5.5\%^{(\ast 1)} \times 58.1\%^{(\ast 2)}$$

$$\text{(外来分)} \quad 345 \text{ 億円} \div 2,124 \text{ 億円} \times 94.5\%^{(\ast 1)} \times 17.2\%^{(\ast 3)}$$

$$\text{(合計)} \quad \underline{413 \text{ 億円}} \div 68 \text{ 億円} + 345 \text{ 億円} \quad \dots (2)$$

※1. 自動車事故被害者の入院率（件数ベース）。

※2. 入院での公的医療保険使用率。

※3. 外来での公的医療保険使用率。

⁵ なお、5.5%は件数ベースの数字（単価は反映していない）である。一般的に、入院の医療費単価は外来の医療費単価よりも高いと想定される。したがって、試算した年間413億円は過小評価の可能性はある。

⁶ ここで示した日本医師会によるアンケート調査の主な結果は、藤川(2012)でも確認できる。

「第三者行為による傷病届」未提出分

最後に、(2)のうち、「第三者行為による傷病届」が提出されなかった分の金額を試算する。なお、「第三者行為による傷病届」の提出がなされなかった場合、公的医療保険者から自賠責保険および任意の自動車保険に対する求償行為の手続きが開始されない。求償行為がなされないと、本来ならば自賠責保険と任意の自動車保険の財源で費用負担すべき医療費を公的医療保険の財源で負担することになる。その場合、自賠責保険と任意の自動車保険の財源を管理している民間保険会社は、その分だけキャッシュに余裕を抱えることになる。「第三者行為による傷病届」が提出されなかった割合を直接示したデータは存在しないが、日本医師会(2012)の調査によれば、医療機関窓口で同届出の提出を確認していない割合は28.6%であった⁷。したがって、この数字をもとに「第三者行為による傷病届」が提出されなかった分の金額を試算すると、下記の計算式の通り、年間約118億円となる。

【「第三者行為による傷病届」の未提出により、結果的に公的医療保険が負担している金額】

$$\underline{118 \text{ 億円}} \doteq 413 \text{ 億円} \times 28.6\% \text{ }^{(\ast 1)} \quad \dots (3)$$

※1. 医療機関窓口で「第三者行為による傷病届」提出を確認していない割合。

2.2. 問題の大きさについての議論

ここでは、2.1節で示した試算をもとに、その意味合いについて議論する。議論のポイントは、「第三者行為による傷病届」未提出分に相当する年間118億円という数字のインパクトをどのように考えるかである。すなわち、「第三者行為による傷病届」が提出されないことによって、本来ならば自賠責保険と任意の自動車保険の財源から支払われるべき医療費が結果的に公的医療保険の財源から支払われており、その金額は推計で年間118億円である。この現状をどのように捉えるかということである。

⁷ リサーチの過程での筆者らによる関係者へのインタビューにおいても、同届出の提出がされない割合は「3割くらいではないか」との現場認識を聞くことができた。したがって、おそらく未提出率28.6%という数字は現実とは大きく乖離していないものと思われる。

年間 118 億円という金額のインパクト

年間 118 億円という金額は決して小さくはないが、公的医療保険の財政規模から見れば、その持続性を即座に脅かすほど深刻なものではないと捉えることもできよう。最新のデータによれば公的医療保険の財政規模は 37 兆 4,202 億円であり⁸、問題の 118 億円はその約 0.03%に過ぎない。試算のプロセスとの関係から 118 億円という数字が過小評価である可能性を加味して、仮にそれが 200 億円だったとしても、さほどの違いがあるわけではない。

とはいえ、この 118 億円という数字が、公的医療保険の運営にとってどの程度のインパクトを持つのか、具体的イメージを掴み、その意味合いを考えることは有益だろう。一例として、ちょうど同じくらいの金額であるのが、全国健康保険協会（協会けんぽ）の年間の事務経費（一般管理費）の額である。直近の決算データによれば、2012 年度の協会けんぽの一般管理費の額は約 123 億円となっている⁹。つまり、この 118 億円という金額は、財政規模で見て最大の保険者である協会けんぽ（2012 年度の事業収益：約 9.26 兆円）の 1 年間の事務経費に相当する金額というわけである。

加えて、公的医療保険を持続可能にするための財源確保の議論が活発になされている昨今の情勢を鑑みると、保険財政の健全化に少しでも資する方向での政策選択をするべきというのは、妥当な判断だろう。特に最近の日本では、世界に先駆けて超高齢化社会を迎えるにあたり、医療費負担の在り方や増税や健康保険料の値上げ等も含めた国民的議論がなされている。そのような社会情勢の下では、公的医療保険の財源は一般の医療のために使い、自動車事故被害者の医療費は自賠責保険と任意の自動車保険の財源でまかなうという原理原則に立ち返り、それを徹底すべきだろう。

⁸ 公的医療保険の財政規模は、厚生労働省(2012)『平成 22 年度 国民医療費の概要』より。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21c.html>

⁹ 全国健康保険協会(2013)『平成 24 年度 財務諸表』
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/honbu/other/250809/250809001.pdf>

118 億円に含まれない自動車事故被害者の医療費

また、本来ならば自賠責保険と任意の自動車保険が財政負担すべき自動車事故被害者の医療費を公的医療保険が負担しているケースは、2.1 節の試算プロセスで想定したケース以外にもあり得ることについても付記しておきたい。それは、被害者が自動車事故に起因する症状が継続しているにもかかわらず、民間保険会社によって自賠責保険あるいは任意の自動車保険からの医療費給付が打ち切られ、仕方なく公的医療保険を使用するケースのことである（この点は法的な問題とも絡め、第5章で詳述する）。

自賠責保険と任意の自動車保険の財政運営をあずかる民間保険会社としては、被害者の倫理的に問題のある行動（詐病など）には十分に注意し、保険金支払いを適正に行うべく行動するのは当然である。特に、例えばむち打ち症のように画像やデータ等で裏付けられる他覚症状がなく、被害者の自覚症状のみの疾病に対しては慎重な対応が求められるだろう。

しかし、民間保険会社のそういった企業行動が、ともすれば保険金支払い抑制の方向に過度に傾きがちなことは、わが国における過去の保険金不払い騒動や米国で問題になった民間医療保険会社の行き過ぎた営利追求の姿勢の事例から考えても、あり得る話である。彼らが本来負担すべき医療費の支払いを打ち切ったことにより、結果として自動車事故被害者の医療費を公的医療保険の財源でまかなうことになっているケースが存在することは否めない。

現に、筆者らが調査の過程において実施した医療関係者へのインタビュー（複数）においても、民間保険会社の過度の営利追求的な企業行動に対する疑念の声は大きかった。そういった声を集約すると、「自賠責も任意保険も財政運営は民間保険会社がコントロールしている。患者さんは症状があると言うのに、保険会社からの医療費の支払いが打ち切られるケースはよくある。打ち切られたとしても症状があれば、当然、公的医療保険で診ることになる。特に、民間保険会社にとっては任意保険がドル箱であり、自賠責の範囲（筆者注：ケガの場合、医療費の他に慰謝料や休業補償を合わせて上限 120 万円）を超えると途端に医療費の支払いを打ち切るべく、法的手段も交えて交渉に来る」といったものである。このことはインタビューだけではなく、この種の訴訟の判例から

も明らかである（詳細は第5章を参照）。

3. 自賠責保険と公的医療保険の競合の歴史・経緯

3.1. 競合のはじまり：2つの公的保険制度の整備

日本において、自動車事故診療に関わる2つの公的保険制度が完全に整備されたのは、第二次世界大戦後、1960年代初頭である。戦後復興の過程において、これら2つの公的保険制度が整備され、自動車事故被害者の診療において2つの制度が競合する構図が出来上がった。すなわち、「自動車事故の被害者に医療サービスが必要なケースにおいて、自賠責保険と公的医療保険の2つの公的保険が利用可能であり、それは被害者の選択に任される」という制度設計となったということである。なお、第1章でも述べたように、ここで言う「公的保険」とは「法制度に基づき、被保険者の強制加入によって運営される保険」を意味する。

自動車損害賠償責任保険（自賠責保険）制度

自賠責保険制度は、1955年、自動車損害賠償保障法の施行によって整備された。この制度は、モータリゼーション社会の到来を背景に、「自動車の運行によって人の生命又は身体が害された場合における損害賠償を保障する制度を確立することにより、被害者の保護を図り、あわせて自動車運送の健全な発達に資することを目的」（自動車損害賠償保障法 第1条）とした制度である。

同制度によって、全ての自動車保有者に自賠責保険への加入が義務付けられることとなった。同保険制度への加入は一車両ごとに行われる¹⁰。その財源は、被保険者の支払う保険料であり、税金は投入されていない¹¹。その現在の財政規模は、年間8,054億円

¹⁰ 同制度における「自動車」とは、「道路運送車両法（昭和二十六年法律第百八十五号）第二条第二項に規定する自動車（農耕作業の用に供することを目的として製作した小型特殊自動車を除く。）及び同条第三項に規定する原動機付自転車をいう」（自動車損害賠償保障法 第1条）とされる。

¹¹ ただし、無保険車（盗難車等）による事故や轢き逃げ事故の被害者を救済することを目的とした政府保障事業があり、その運営財源は税金である。

(2011 年度の支払保険金ベース) である。保険料は、保有する自動車の車種毎に定められている。責任保険(共済)の保険者は、民間の損害保険会社(外国の損害保険会社を含む)および共済を運営する協同組合である。政府は、所轄官庁・審議会等を通じて、その運営全体を指導・監督するという立場である。保険給付は現金給付で行われるのが原則である。ただし、被害者の医療費の支払いにおいては、民間保険会社等から医療機関に対し、直接支払いがなされるケースが多い(自動車事故被害者に対する事実上の医療サービスの現物給付)。事故後、保険会社の担当者が被害者に対し、医療機関から保険会社へ医療費を直接請求できるよう、同意書を取り付けることが通例となっている。なお、同制度下において医療サービスの価格は、原則、自由価格である¹²。

公的医療保険制度

公的医療保険制度については、1961年に国民健康保険事業が全国の市町村で開始され、その適用範囲を全国民に拡大する形で、国民皆保険体制が整備された。皆保険以前でも、大企業の従業員らはそれぞれの健康保険組合を自ら組織し、本人およびその家族はその被保険者であった。公務員・私学教員等は共済組合を組織しそこに加入しており、中小企業の従業員らは政府が運営する政府管掌健康保険(現在の全国健康保険協会)の被保険者であった。以上のような被用者とその家族以外の自営業者らが加入する保険者の設立・運営を全国の市町村に義務付ける形で、皆保険体制が整備されたのである。

公的医療保険制度の財源は、保険料・税金・患者自己負担等から成り、マクロで見たその財源構成は、それぞれ 48.5%・38.1%・13.4%(2013年度予算ベース)である。その現在の財政規模は、約 42兆円(2013年度予算ベース)である。被保険者が支払う保険料は保険者毎に異なる(概ね所得に比例する料率が設定されているが、その料率も保険者毎に異なる)。公的医療保険の保険者は、現在、全国の市町村、同業者が形成する国保組合、中小企業の従業員が加入する全国健康保険協会、公務員・私学教員らの共済組合、大企業が運営する健康保険組合、後期高齢者医療制度と個別に乱立している。保険給付は、保険医療機関による医療サービスの提供をもってなされる(現物給付)。医療サービスの価格は、診療報酬制度に基づく公定価格である。

¹² 但し、後述するように利害関係者による価格協定(いわゆる“日医基準”)がある。

2つの公的保険制度の概要

これら2つの公的保険制度の概要を示すと図表3-1-1のとおりである。

図表3-1-1. 自賠償保険と公的医療保険の概要

	自賠償保険	公的医療保険
運営財源	保険料	保険料、税金、患者自己負担
財政規模	約8,054億円 (2011年度支払保険金ベース)	約42兆円 (2013年度予算ベース)
保険者	民間損害保険会社および 共済協同組合	公的保険者(市町村国保、国保組合、 協会けんぽ、組合健保、共済組合、 後期高齢者医療制度等)
被保険者	自動車の所有者(一車両ごと)	住民/被雇用者 およびその扶養者
保険料	一車両ごとに支払う 車種によって異なる	被保険者ごとに支払う 加入する保険者、被保険者の収入の 多寡等によって異なる
保険給付	原則、現金給付 (但し、被害者への医療提供に関し ては事実上の現物給付となっている ケースあり)	現物給付
医療サービスの 価格	自由価格 (但し、利害関係者による申し合 わせ価格あり) ^注	公定価格

注) 自動車料率算定会(現 損害保険料率算出機構)・民間保険業界団体・日本医師会の合意に基づき「自動車保険診療費算定基準」(いわゆる“日医基準”)。

3.2. 2つの公的保険制度の競合の社会問題化

その後すぐに、これら2つの公的保険の競合が問題として浮上することとなった。昭和40年代(1965年～)に入ると、これら2つの公的保険の競合が実際に社会問題として取り上げられるようになる。すなわち、2つの公的保険制度は制度設計の成り立ちが違うので、自動車事故の被害者に医療が必要なケースにおいて、その費用はどちらの公的保険制度がカバーするのか、という問題である。

具体的には、当時、医療機関等において「自動車事故診療の場合には公的医療保険が使えない」と言われるケースが問題となった。法的にはどちらの公的保険制度を選択してもよく、それは患者(被害者)の選択に任される。しかし、公的医療保険を使わずに自賠責保険を使うよう、医療機関が患者に半ば強制するケースがあるというのである。

昭和43年(1968年)の行政通知

この問題に対し、自動車事故でも公的医療保険を使える旨、行政(厚生省、当時)から通知(昭和43年10月12日保険発第106号、Box.3-2-1)が出される形で、事態の收拾が図られた。公的医療保険に関する法律(健康保険法、国民健康保険法等)には第三者行為による損害に対する求償規定が設けられている。このことは、法的には自動車事故診療に公的医療保険が適用可能であることの裏返しであると解すべき、というのがその解釈である。つまり、公的医療保険関連法に「第三者行為による損害に対する求償規定」があることは、自動車事故を含む「第三者行為による損害」に対する公的医療保険の適用を予め想定しており、自動車事故に公的医療保険を適用可能なことを示しているという考え方である。もちろんその場合には、公的医療保険者から自賠責保険・任意の自動車保険を運営する保険会社に然るべく求償がなされることも想定している。

一編 第六章 保険給付 十節 損害賠償請求権の代位取得

(一) 損害賠償請求権の代位取得

一六一・八

健康保険及び国民健康保険の自動車損害賠償責任保険等に対する求償事務の取扱いについて

昭和四三、一〇、一二、保険発第一〇六号
健康保険局長・国民健康保険課長から各都道府県
国民健康保険課長（局）長あて通知

自動車による保険事故の急増に伴い、健康保険法第六十七条（第六十九条ノ二において準用する場合を含む）又は国民健康保険法第六十四条第一項の規定による求償事務が増加している現状にかんがみ、自動車損害賠償保障法に基づき自動車損害賠償責任保険等に対する保険者の求償事務を下記により取扱うこととしたので、今後、この通知によるよう保険者に対し、必要な指導を行なわれない。

なお、最近、自動車による保険事故については、保険給付が行なわれないとの誤解が被保険者等の一部にあるようであるが、いままでもなく、自動車による保険事故も一般の保険事故と何ら変りがなく、保険給付の対象となるものであるので、この点について誤解のないよう住民、医療機関等に周知を図るとともに、保険者が被保険者に対して十分理解させるよう指導されたい。また、健康保険法施行規則第五十二条又は国民健康保険法施行規則第三十二条の二の規定に基づく被保険者からの第三者の行為による被害の届出を励行させるよう、あわせて指導されたい。

おつて、この取扱については、運輸省並びに自動車保険料率算

定会及び全国共済農業協同組合連合会と協議済みであり、自動車保険料率算定会及び全国共済農業協同組合連合会から、各保険会社及び各査定事務所並びに各都道府県共済農業協同組合連合会に対して通知が行なわれることとなつていたので、念のため申し添える。

記

第一 組合管掌健康保険における取扱い

健康保険組合における自動車損害賠償責任保険等に対する求償事務については、政府管掌健康保険に関し、昭和四十三年七月二十五日庁保険発第八号をもつて、社会保険庁医療保険部健康保険課長から各都道府県民生主管部（局）長あて通知した「政府管掌健康保険の自動車損害賠償責任保険等に対する求償事務の取扱いについて（通知）」に準じて取り扱うものとする。

第二 国民健康保険における取扱い

別添「国民健康保険における自動車損害賠償責任保険等に対する求償事務の取扱い要領」により取り扱うものとする。

【健保三三】

医療提供者側の反応

これに対し、医療提供者側（日医）からは次のような見解が示された¹³。第一には、自動車事故被害者への診療は災害医学の範疇に属する、というものである。それは「外科をはじめ内科・整形外科・耳鼻科・眼科・皮膚泌尿器科・麻酔科等すべての科にわたり集約的に体系化すべきものであり、災害医学の分野に属するものであって、一般傷害に対する健康保険診療とは異質のものである」とされた。第二に、自動車事故被害者への診療にあたっては、当然、自賠法が優先する、というものである。同問題に対し、日本医師会法制部（当時）で法的解釈を加え、「轢き逃げまたは無保険車による場合の除き自賠法優先を認むべきであり、行政上の取り扱いとして、できるだけ自賠法の優先適用という方向をとらなければならないことだけは確かである」とのスタンスを明らかにした¹⁴。また、「健保法の第三者行為を云々するまでもなく、被害者救済を目的とした立法の精神を活かすのが当然である」とした。すなわち、(1) 自動車事故被害者への医療は災害医療に属するものであり、公的医療保険を使った一般の診療とは異質である。(2) 被害者救済の立法趣旨に照らしても、一部の例外を除き、自動車事故被害者の医療にはできる限り自賠責保険および任意の自動車保険を適用すべきである、というのが医療提供者側（日医）のスタンスであった。

¹³ 日本医師会(1969)『自賠法関係診療に関する意見』昭和44年10月。

¹⁴ 日本医師会 法制部(1968)『健保法と自賠法との関係について』昭和43年9月3日第18回常任理事会、昭和43年12月10日第11回全理事会 検討事項。

2つの公的保険制度の競合問題の現在

以上の行政側と医療提供者側（日医）のスタンスの微妙な違いは、現在も継続している。2011年の行政（厚生労働省）からの通知（平成23年8月9日、保保発0809第4号、保国0809第3号、保高発0809第4号）においては、「犯罪や自動車事故等を受けたことにより生じた傷病は、医療保険各法において、一般の保険事故と同様に医療保険給付の対象とされています」と、改めて2つの公的保険制度が競合的に適用可能であることに言及し、自動車事故被害者への公的医療保険の給付と自賠責保険の給付との関係性について、改めて詳細に解説を加えている。より具体的には、「公的医療保険の保険者のなかには、第三者行為の加害者が保険者に対し賠償責任を負う旨記した誓約書を取っているケースもあるが、そのような誓約書がない場合でも医療給付は行われること」、「偶発的に発生する傷病に備え、被保険者等の保護を図るという公的医療保険制度の目的に照らし、医療保険の保険者は、求償する相手がないことや結果的に求償が困難であることなどを理由として医療給付を行わないことはできないこと」等について、詳しく解説がなされている。

他方、医療提供者側のスタンスは、一貫して「自賠責の適用が優先」というものである。上記の行政通知を受けて、「本来、自動車事故等による被害を受けた場合、一義的には被害者は自動車事故等による被害者救済を目的とした自動車損害賠償法（自賠法）に基づく自動車損害賠償責任保険（自賠責保険）によって保障を受けるものであり、その点につきましては厚生労働省担当部局に確認済みであります」と記載した文書を都道府県医師会宛てに発布し、改めてそのスタンスを明確にしている¹⁵。

¹⁵ 『犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて』（保126）平成23年8月23日。

各利害関係者のスタンス

以上、自動車事故診療に関わる2つの公的医療保険の適用問題について、利害関係者のスタンスをまとめると図表3-2-1のとおりである。同問題に関しては、(1)自賠法と健保法とが競合的に適用される(≒被害者の選択に任される)、(2)自賠法が優先的に適用される、(3)健保法が優先的に適用される、という3つのスタンスがある。行政は、法令を根拠に、(1)というスタンスである。民間保険会社・関連業界等は特に強く自己のスタンスを表明していないが、粛々と法令に従うという意味で、同じく(1)のスタンスである。他方、医療提供者側(日医)は、一義的には被害者救済を目的とした立法趣旨を鑑み、あくまで(2)のスタンスである。

図表3-2-1. 2つの公的医療保険の適用問題についての各利害関係者のスタンス

法解釈の立場	各利害関係者のスタンス
(1) 自賠法と健保法とが競合的に適用	行政のスタンス 民間保険会社他のスタンス
(2) 自賠法が優先的に適用	医療提供者のスタンス
(3) 健保法が優先的に適用	

3.3. 2つの公的保険制度における医療サービスの価格の違い

さらに、2つの公的保険制度における医療サービスの価格の違いが問題を複雑にしている。すなわち、自賠責保険が適用された場合の医療サービスの費用が原則自由価格であるのに対し、公的医療保険が適用された場合の同費用は、診療報酬点数表に基づき、公定価格であるという問題が付随するということである。これはつまり、2つの公的保険制度のどちらが適用されるかによって同じサービスを受けても価格が変わる（≒一物二価）ということであり、一般国民にとってはなかなか理解し難い制度設計となっている。

特に、自賠責保険が適用された場合の医療サービスの費用については、原則自由価格であるため、地域・医療機関ごとにその価格はバラバラであった。これに関連し、1984年12月、大蔵大臣（当時）の諮問機関である自動車損害賠償責任保険審議会が、自賠責保険の収支改善等に関する答申をまとめ、その中で自動車事故診療にかかわる一部医療機関の医療費請求額が過大である事実を指摘し、かつその適正化を強く求めた。より具体的には、「自動車保険料率算定会（※筆者注：現 損害保険料率算出機構）および日本損害保険協会において、日本医師会の協力を得つつ医療費統計等を参考に自賠責保険についての診療報酬基準案を作成し、医療機関等の医療費請求および自動車保険料率算定会調査事務所等での医療費調査の基準とするなどの対策を講じること。」を改善すべき点のひとつとして意見具申したのである¹⁶。

上記の問題に対しては、1989年に、利害関係のある三者（自動車保険料率算定会、民間保険業界団体、日本医師会）が、三者の合意に基づく「自動車保険診療費算定基準」（いわゆる“日医基準”）を策定し、自賠責保険審議会に報告するとともに、それ以降、同基準を全国に普及させる形での対応策が採られてきている。現在、1県を除く46都道府県において同基準が受け入れられており、7割程度の医療機関において同基準が適用されている。この「日医基準」の算定ルールの概要は、概ね次の2点に集約できる。

¹⁶ ここで参照した1984年（昭和59年）自賠責保険審議会の答申およびそれに対する当時の議論については、鈴木(1985)によくまとまっている。

- ① 自動車保険の診療価格については、労災保険診療費算定基準に準じ、薬剤など「モノ」についてはその単価を12円とし、その他の技術料については、これに20%を加算した額を上限とする。つまり、労災保険診療費算定基準が診療報酬点数（1点＝10円）の概ね20%増しであるので、自動車保険の診療費は診療報酬点数の概ね44%増しとなる¹⁷。
- ② ただし、これは個々の医療機関が現に請求し、支払を受けている診療費の基準を引き上げる主旨のものではない。（※国公立の医療機関においては、自動車保険を使った診療費も診療報酬点数と同額としているところが多い）

3.4. 問題の小括

本節では、わが国の2つの公的保険、すなわち公的医療保険と自賠責保険の成り立ちと関係、それに関わる問題とその経緯について確認した。現在まで続くその問題のポイントは、以下の2点に集約できる。

1. 自動車事故被害者への医療提供をカバーする公的保険制度が2つ存在し、それらが競合していること。
2. その2つの公的保険制度において、医療サービスの価格が異なること。

さらに、上記問題に、公的医療保険を使用した場合の「第三者行為による傷病届」の運用の問題が付随する。現行制度においてその提出は患者（被害者）に任されているが、届出がなされないことによって、公的医療保険の保険者から自賠責保険の保険者への求償行為がなされないという問題である。

¹⁷ 労災保険の診療費については、1961年（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」とされた。現在もこの「申し合わせ」により取り扱われている。

4. 制度の国際比較

本節では、前節までに示した問題意識に基づき、19 カ国を対象に実施した国際アンケート調査の内容とその結果について解説する。

4.1. 調査の概要

調査の目的

本アンケート調査の目的は、対象各国の自動車事故関連の医療費にかかわる公的保険システムがどのような制度設計となっているかを把握し、国際比較することである。図表 4-1-1 に、今回の国際調査の概要を簡潔にまとめて示している。

図表 4-1-1. 調査の概要

調査の目的	各国の自動車事故関連の医療費にかかわる公的保険システムがどのような制度設計となっているかを把握し、国際比較すること。
対 象	下記の 19 カ国を対象に調査した。 (米国、英国、フランス、ドイツ、イタリア、カナダ、中国、韓国、台湾、インドネシア、シンガポール、タイ、フィリピン、マレーシア、ブルネイ、ベトナム、オーストラリア、ニュージーランド、インド)
方 法	各国医師会に質問紙を送付 (E-mail & FAX)。日本医師会長名での依頼状を添付。E-mail または FAX にて回答を回収。
実施期間	2013 年 7 月 4 日～9 月 30 日
回答の回収状況	下記の 12 カ国から回答／情報を得た。 (米国、英国、フランス、ドイツ、イタリア、カナダ、中国、韓国、台湾、タイ、フィリピン、マレーシア)

調査にあたっての筆者らの関心事項を、より具体的に示すと次のとおりである。今日のモータリゼーション社会にとって、自動車事故に起因する医療費を適切にカバーする制度設計は各国に共通する重要課題のひとつである。また、社会的な観点から、自動車事故にかかわる各利害関係者に適切なインセンティブを付与するために、公的な医療保険制度、強制加入の自動車保険制度といった異なる公的保険制度をどのように活用すべきかについても、同じく重要な課題である。本ワーキングペーパーでは、上記の調査に基づく国際比較を行うことにより、これらの課題について考えるための手掛かりを得ることを企図した。

調査の対象と方法、実施期間

本調査の対象としたのは、米国、英国、フランス、ドイツ、イタリア、カナダ、中国、韓国、台湾、インドネシア、シンガポール、タイ、フィリピン、マレーシア、ブルネイ、ベトナム、オーストラリア、ニュージーランド、インドの19カ国である。選定した対象国は、主要先進国（G8）および東アジア・東南アジア・環太平洋の主要国を意識して選択したものである。

調査は、電子メールおよびFAXにて、英文で作成した質問紙（※巻末資料を参照されたい）を対象国の医師会担当者宛てに送付し、回答を電子メールおよびFAXにて回収する方法で行った。質問紙とあわせて「日本医師会長 横倉義武」名での依頼文書をカバーレターとして添付し送付した。なお、対象国の医師会担当者の連絡先は、世界医師会のウェブサイトから入手した¹⁸。

調査の実施期間は2013年7月4日から7月20日とした。しかし、回答期限の延長や回答内容に関する問い合わせ等のやり取りも含めて、最終的には2013年9月末まで回答を受け付けた。加えて、回答内容の確認のための作業を2013年10月末まで行った。

¹⁸ World Medical Association <http://www.wma.net/>

回答の回収状況

調査対象とした19か国のうち、米国、英国、フランス、ドイツ、イタリア、カナダ、中国、韓国、台湾、タイ、フィリピン、マレーシア、の12カ国から回答を得た。回答を得られなかった国はインドネシア、シンガポール、ブルネイ、ベトナム、オーストラリア、ニュージーランド、インドの7カ国であった。

カナダとマレーシアの回答については、注意すべき事項がある。(1) カナダに関しては、カナダ保険局 (Insurance Bureau of Canada) より回答を得た。カナダ医師会より、同医師会では回答が困難であるとして、適切な問い合わせ先としてカナダ保険局を紹介されたからである¹⁹。(2) マレーシアに関しては、質問紙に対する直接の回答はなく、質問内容に関連する法令をまとめた文書ファイル (英文) を回答として得た。したがって、4.3節で示すマレーシアに関する箇所は、同文書から得た情報に基づく。

4.2. 調査内容のポイント

今回の国際アンケート調査における調査内容の主なポイントは、下記に示す5つである。

(1) 強制加入の自動車保険制度の有無

- 交通事故被害者の医療費・後遺障害の補償・慰謝料等を保障することを目的とした強制加入の自動車保険制度 (強制自動車保険制度) があるかどうか。日本では、自賠責保険制度が該当する。

(2) 強制自動車保険制度の財源管理

- 強制自動車保険制度の財源を管理しているのはどこか。中央政府または地方政府が直接管理しているのか。民間保険会社が管理しているのか。それともその他の機関が管理しているのか。日本では、民間保険会社が自賠責保険の財源を管理・運営し

¹⁹ カナダ保険局のウェブサイトを通じて問い合わせを行った。 <http://www.ibc.ca/>

ている。

(3) 強制自動車保険制度における被害者の過失の取り扱い

- 自動車事故被害者の過失は、強制自動車保険制度における医療費の補償額に、どの程度反映されるのか。単純に過失割合に応じて、補償額が減額されるのか。補償額の減額は重大な過失があった場合に限られるのか。あるいは、過失があった場合にも補償額は減額されないのか。日本では、重大な過失があった場合にのみ、補償額が減額される。

(4) 強制自動車保険制度と公的医療保険制度との関係

- 自動車事故に遭った場合、被害者の医療費をカバーするのは強制自動車保険制度なのか、公的医療保険制度なのか。もしくはそれらの2つから選択可能／併用可能なのか。日本では、選択可能（現実的には併用も可能）となっている。

(5) 強制自動車保険制度と公的医療保険制度との診療価格の差異

- 同じ医療行為を行ったケースにおいて、強制自動車保険制度における診療費と公的医療保険制度における診療費の間に価格の違いは存在するのか。存在する場合、その価格差はどのようなものか（どちらが高いのか）。日本では、自賠責保険を適用する場合、自由価格であり、公的医療保険を適用する場合の公定価格とは異なる。一般的に、自賠責保険適用時の自由価格は、公的医療保険に適用される公定価格よりも高い。たとえば、日医基準では、公定価格のおおむね 1.44 倍となっている。

4.3. 調査結果に基づく国際比較とその解釈

本節では、国際アンケート調査の結果に基づく、日本を含めた13カ国の制度の国際比較とその解釈について述べる。以下、4.2節で示した5つのポイントに沿って解説を加える。

強制加入の自動車保険制度の有無

まず、強制加入の自動車保険制度(強制自動車保険制度)の有無の国際比較について、図表4-3-1に示す。日本を含む13カ国の全ての国が、わが国の自賠責保険にあたる強制自動車保険制度を有している。唯一、連邦国家である米国は州(state)によって制度が異なるという状況だが、詳細にみると全50州のうち強制自動車保険制度が存在しないのはニュー・ハンプシャー州の1州のみである²⁰。

先進諸国や東アジア・東南アジアの主要国において、強制自動車保険制度は普遍的な制度である。このことは次のように解することができよう。すなわち、自動車社会のリスクは普遍的に存在するものであり、そのリスクに社会的に対応するためには、強制加入の自動車保険制度が必要不可欠ということである。

²⁰ 損害保険料率算出機構 業務サービス部(2012). pp.90-101 より。

図表 4-3-1. 強制加入の自動車保険の有無

	ある	ない	備考
日本	○		
米国	△		強制加入の自動車保険がないのはニューハンプシャー州のみ
英国	○		
フランス	○		
ドイツ	○		
イタリア	○		
カナダ	○		
中国	○		
韓国	○		
台湾	○		
タイ	○		
フィリピン	○		
マレーシア	○		

強制自動車保険制度の財源管理

次に、「強制自動車保険制度の財源の管理をどこが行っているか」についての国際比較を図表 4-3-2 に示す。日本を含む大多数の国（13 カ国中 9 カ国）において、民間保険会社に財源管理が任されている。米国では政府と民間保険会社の両者によって財源管理がなされており、中国は国営の保険会社と民間保険会社の両者によって財源管理がなされている。タイとマレーシアは、政府によって強制自動車保険制度の財源管理がなされている。

日本では民間保険会社が公的保険（≒法制度に基づく強制加入の保険）である自賠責保険の財源を管理しているが、国際的に見て、決して日本が特殊な事例というわけではない。民間保険会社が公的保険の財源を管理すること自体が大きな問題であると考えする必要はないだろう。むしろ、保険料の徴収や支払い等に関わる手続きの利便性や効率性の点から、民間保険業界が発展・成熟している国々においては、財源管理を民間保険会社に任せたいほうが有益であると判断されているのかもしれない。

図表 4-3-2. 強制自動車保険の財源管理

	政府	民間保険会社	他	備考
日本		○		
米国	○	○		
英国		○		
フランス		○		
ドイツ		○		
イタリア		○		
カナダ		○		
中国		○	○	他に国営保険会社がある
韓国		○		
台湾		○		
タイ	○			
フィリピン		○		
マレーシア	○			

強制自動車保険制度における被害者の過失の取り扱い

過失相殺の取り扱い、すなわち「被害者の側に過失があったケースにおいて、医療費の支払いに被害者側の過失をどの程度反映させるか」についての国際比較を図表 4-3-3 に示している。図表が示すように、国によって事情はさまざまである。

被害者の過失割合に応じて補償される医療費が減額される国はイタリア、中国、マレーシアの3カ国であり、被害者の過失が深刻な場合のみ補償額が減額されるのは日本、ドイツ、タイの3カ国である。一方、被害者に過失があっても、補償される医療費を減額しない国は英国、フランス、カナダ、韓国、台湾、フィリピンの6カ国である。なお、米国の制度設計は州や条件等によって複雑であり、一概に分類できない。

本ワーキングペーパーで取り扱う自賠責保険と公的医療保険との関係性にとって、過失相殺の扱いは大きな課題のひとつである。被害者への医療費支払いにおいて過失相殺を行うと、事後処理の手続きが複雑化するからである。国際的に見ると、医療費補償に被害者側の過失を反映させない国も多い。被害者救済という制度の理念と被害者の負担軽減の観点からも、医療費については過失相殺を行わないという選択肢も考慮に値する。

図表 4-3-3. 強制自動車保険制度における被害者の過失の取り扱い

	過失割合に応じて減額	深刻な場合、減額	減額なし	備考
日本		○		
米国	—	—	—	複雑。条件による。
英国			○	
フランス			○	
ドイツ		○		
イタリア	○			
カナダ			○	
中国	○			
韓国			○	
台湾			○	
タイ		○		
フィリピン			○	
マレーシア	○			

強制自動車保険制度と公的医療保険制度との関係

「自動車事故被害者の医療費をカバーするのは強制自動車保険制度(自賠償)なのか、公的医療保険制度なのか、もしくはそれらの選択/併用が可能なのか」についての国際比較を図表 4-3-4 に示している。図表が示すとおり、国によって事情はさまざまである。

まず、自動車事故被害者の医療費をカバーするのは自賠償のみという国はフランス、ドイツ、イタリア、中国、韓国の 5 カ国である²¹。公的医療保険のみという国は英国 1 カ国である。自賠償と公的医療保険の両方が使えるが棲み分け(ケースによる使い分け)がなされているのはカナダ、台湾、タイ、フィリピンの 4 カ国である。2つの公的保険が選択可能であるのは日本 1 カ国である。国民を広くカバーする公的医療保険制度が存在しない米国については、メディケイド・メディケアの対象者はそれらの公的保険プログラムの使用が優先され、それ以外のケースでは民間保険がカバーするという制度設計となっている²²。なお、マレーシアについては詳細不明であった。

²¹ 中国については、保険財源に加えて保障基金という別の財源がある。

²² メディケアは高齢者向け、メディケイドは貧困層向けの公的な医療保障制度。

制度的に分かりやすく、比較的多数派となっているのは、「自動車事故被害者の医療費は自賠償のみでカバーする」という制度設計である（フランス、ドイツ、イタリア、中国、韓国が該当）。もしくは、「2つの公的保険制度で明確な棲み分けをすること（カナダ、タイが該当）」も、制度の簡素化を通じた取引コストの低減につながるかもしれない。

図表 4-3-4. 強制自動車保険制度（自賠償）と公的医療保険制度との関係

	自賠償	公的医療保険	自賠償か公的医療保険を選択	自賠償と公的医療保険の両方	他	備考
日本			○			
米国					○	メディケイド、メディケアの対象者は、それら公的医療保障プログラムが優先。これ以外は民間自動車保険がカバー
英国		○				
フランス	○					
ドイツ	○					
イタリア	○					
カナダ				○		救急は公的医療保険。リハビリと長期療養は自賠償
中国	○				○	保障基金が存在
韓国	○					
台湾				○		使い分け。詳細は不明
タイ				○		自賠償の上限を超えると、公的医療保険を利用
フィリピン				○		使い分け。詳細は不明
マレーシア	—	—	—	—	—	保留

強制自動車保険制度と公的医療保険制度との診療価格の差異

最後に、「同じ医療行為を行ったケースにおいて、強制自動車保険制度における診療価格と公的医療保険制度における診療価格の間に違いは存在するのか。存在する場合、その価格差はどのようなものか」についての国際比較を図表 4-3-5 に示す。図表が示す通り、多くの国（13 カ国中 9 カ国）において、診療価格は 2 つの公的保険の間で同一となっている。他方、日本、カナダ、台湾の 3 カ国においては、公的医療保険が適用された場合よりも強制自動車保険（自賠償）が適用された場合のほうが、診療価格が高くなっている。

同一の診療行為に対し、適用される公的保険によって価格が異なる制度を取っているのは日本だけというわけではない。したがって、日本だけが特殊な措置をしているというわけではない。しかし、やはり一物二価のような制度設計は患者・国民にとって分かりにくいいため、適用される保険は違っても医療サービスの価格は同一にするという制度設計を取る国が多数を占めているようだ。

図表 4-3-5. 強制自動車保険制度と公的医療保険制度との診療価格の違い

	同じ	自賠償が高い	公的医療保険が高い	違いはあるが、価格はケースによる	他	備考
日本		○				
米国	○					
英国	○					理由に関わらず、NHSがカバー
フランス	○					
ドイツ	○					
イタリア	○					自賠償のみで処理
カナダ		○				
中国	○					
韓国					○	クリニックの場合は同一価格。病院の場合は自賠償の方が高い。診療価格の割増率は病院の規模による。
台湾		○				
タイ	○					
フィリピン	—	—	—	—	—	回答保留
マレーシア	○					全て自賠償で処理という可能性がある

5. 法律上の問題

5.1. 事故と傷害（受診）との因果関係

5.1.1. 交通事故損害賠償の歴史

わが国の自動車保険（任意保険）は、1914年に東京海上が米国からの自動車保険の再受保険を主目的に営業許可を受けたのが始まりとされる。当時の国内自動車保有台数はわずか1,000台程度に過ぎなかったため、自動車保険は物的保険の色彩が極めて強いものであった²³。

その後、1955年の保有台数は150万台を超え、同年自動車損害賠償保障法が制定された。以後の高度経済成長に伴うモータリゼーション化によって、自動車保有台数は1960年に340万台、1970年には1,892万台、1980年代には3,899万台と増加の一途を辿った。2007年度の交通事故被害者総数は132万7,148名（死亡は6,563名）で、そのうち56万3,679名が頸部を受傷している²⁴。

自動車事故の損害賠償を規律する法律は民法709条である。ただし、これにより賠償される損害の範囲は、民法416条を類推し、自動車事故によって「通常生ずべき損害」、すなわち交通事故と相当因果関係のある損害全てを賠償することを原則とする。なお、「特別の事情」によって生じた損害についても、当事者がその事情を予見し、または予見することができたときは、その賠償を請求することができるとされてきた。

しかし、何が通常生ずべき損害で何がそうでないか、具体的事例に即して考えるとその判断は極めてあいまいであり、このことが紛争の長期化をもたらしてきた。

²³ 東京海上日動火災保険(2012)

²⁴ 日本損害保険協会(2009)

そのため、自動車事故における損害賠償算定の実務は、次第に類型化・均質化が進められてきた。裁判所にも交通事故専門部が設けられ、迅速で、統一的な審理が行われるようになった。加えて、1980年から、東京三弁護士会交通事故処理委員会が作成した損害賠償基準が（通称「赤い本」と呼ばれる）スタンダードとして交通事故のみならずあらゆる「事故」の損害賠償に広く活用されるようになっていった²⁵。また、財団法人日弁連交通事故相談センターからも『交通事故損害賠償額算定基準』（通称「青い本」と呼ばれる）が発刊されている²⁶。

5.1.2. 交通事故損害賠償の類型化の弊害

損害賠償実務の類型化が進んで、手続きにかかる負担が減る一方で、治療費についても画一的な処理が進められ、本来必要な治療についての費用が自動車保険によって十分に支払われていない状況が散見される。類型化が進んだ結果、患者の個別事情に応じた損害が考慮されにくくなり、患者の被害の実情を無視して、低額に抑えられる傾向が見受けられる。具体的には、以下のような場面で現れる。

治療費の支払い打ち切り

被害者の症状が続いているにもかかわらず、保険会社が医療費支払いを打ち切ることが多い。例えば、頸椎捻挫の診断の場合、症状が続いているにもかかわらず、保険会社は事故時の態様に応じておよそ3ヶ月から1年程度で、治療費の支払いを打ち切る。打ち切りのタイミングは、各保険会社によって異なる。

そのため、治療費の打ち切り後、患者は、健康保険に切り替え、自己負担を伴う受診をすることになる。もちろん、保険会社が支払を打ち切ったからといって、患者の法律上の治療費請求権がなくなるわけではない。しかし、治療費の支払いを受けようと思えば、弁護士に依頼するか訴訟を提起する必要がある、訴訟提起の負担のために、損害賠償請求を諦めるケースも多々存在する。

²⁵ 最新版は、日弁連交通事故相談センター東京支部(2013)

²⁶ 最新版は、日弁連交通事故相談センター(2012)『交通事故損害賠償算定基準』

保険会社が医療費支払いを打ち切ることは、被害者の医療費負担に加えて、公的医療保険財政にも負担をかけることになる。この場合、第三者行為による傷病届が提出されても、裁判を経ずに公的医療保険者は求償できないであろう。つまり、裁判によって、継続する被害者の症状と交通事故の間の因果関係が認定されなければならないということになる。

また、医療現場では、次のようなトラブルや負担がある。医療機関から任意保険への直接請求が拒否されると、患者に請求することにならざるを得ないため、医療機関は患者との間でトラブルとなることもある²⁷。患者側が治療費の支払いを求め訴訟を提起すれば、医療機関は診断書以外にもカルテの全開示や意見書の作成を求められ、事務的な負担が少なくない。

症状固定日以降における加害者の治療費支払義務の消失

症状が続いているにもかかわらず、ある一定の期間後に、加害者の治療費支払い義務が法的に消失してしまうことがある。その一定期間を決めるのは、症状固定日である。症状固定日は、休業損害、入通院慰謝料、後遺障害による逸失利益等を算定するために必要であるが、治療費の支払い義務の消失を定める概念とすべき必然はない。

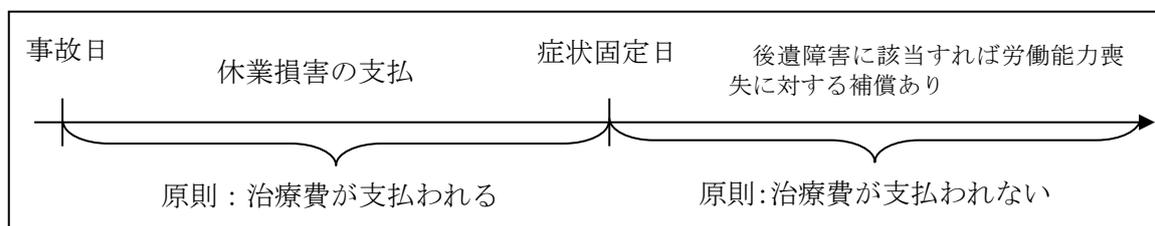
症状固定は、損害賠償算定実務において広く使われ、かつ、損害額を定める上で極めて重要な概念であるにもかかわらず、その意味は患者や医療者に十分に理解されていない。症状固定とは、医学的な意味合いでは、一般的な治療をしてもなかなかよくなる状態となったことをいい、法律的な意味合いでは、症状を後遺障害として評価し、賠償額に反映させる状態となったことをいう。実務的には、症状固定の定義は、労働者災害補償保険における「障害等級認定基準」（昭和50年9月30日付労働省労働基準局長通知・基発第565号）の「なおったとき」考え方を準用している。通知によれば、「「な

²⁷ 同『Q&A交通事故診療ハンドブック』では、「目の前の患者に医療サービスを提供しながら医療費の支払いを受けられないという事態は医療契約の本質から考える限り、あり得ないことです。また、いったん患者との間で自由診療契約を結びながら、第三者である損保会社から健保診療を強要されるという事態も本来あってはならないことです。患者としては医療機関に支払った医療費を、加害者に請求できるかどうかは患者（被害者）と加害者間の関係であり、損害賠償の問題です。医療機関は何の関係もありません。したがって、もっともよい方法は、医療費は必ず患者に支払ってもらうことです。」(p.3)とされている。

おったとき」とは、傷病に対して行われる医学上一般的に承認された医学上一般的に承認された治療方法(中略)をもってしても、その効果が期待し得ない状態(療養の終了)で、かつ、残存する症状が、自然的経過によって、到達すると認められる最終の状態(症状固定)に達したときをいう。」とされている。

それゆえ、症状固定日以降の通院治療は、原則的には、医学的に必要のない治療という損害保険実務上の取扱いとなり、治療費が支払われないことになる(図表 5-1-2-1 参照。症状固定日以降は休業損害も支払われない)。

図表 5-1-2-1. 症状固定日と保険金の支払いのイメージ



症状固定後も、リハビリや疼痛管理のための注射や服薬が必要になることは明らかである。しかし、これらについては原則として治療費として支払われず、仮に支払を求めるとすれば、患者は訴訟を提起して、その支払いを求めるほかない。なぜならば、患者の症状固定後の治療費については、後遺障害慰謝料に含められ、事故と因果関係のある治療費とは認められないというのが実務の通常の見方だからである。もちろん、症状固定後の治療費の支払いが認められることはある。前掲の「赤い本」で症状固定後の治療費支払いが認められたケースが紹介されているが、下記に示す通り、限定的である。

- ◇ 右大腿部切断の症状固定後に、義足を作成するための通院、その後の再入院、通院をした場合の治療費を認めた(名古屋高判平 2.7.25 判時 1376・69)
- ◇ 下半身麻痺による介護リハビリ費用として 24 万円余を認めた(浦和地判平 7.12.26 交民 28・6・1870)
- ◇ 肩関節及び頸部の運動制限や疼痛等を後遺障害 12 級と認定し、症状固定後 1 年 3 カ月の治療費につき、改善は期待できないまでも保存的治療としては必要であったと推定されるとして、事故との因果関係を認めた(神戸地判平 10.10.8 交民 31・5・1488)
- ◇ 頭部外傷Ⅲ型等による植物状態(1 級 3 号)の高校生(男・16 歳)につき、症状固定後も個室の使用が必要であるとして、症状固定から退院まで 405 日間分の部屋代合計 407 万

円余を認めた(大阪地判平 12.7.24 交民 33・4・1213)

- ◇ 1級3号の会社員(男・固定時 59歳)につき、入院中症状固定となり転院を要請されたため、妻らが探したものの、適当な転院先が見つからなかった場合に、自宅介護の体制が整って退院するまでの間、病院の了解を得て継続した固定後 132 日分の入院費用(金額不明)を認めた(大阪地判平 15.12.4 交民 36・6・1552)
- ◇ 四肢麻痺、意識障害等(別表第 1 の 1 級 1 号)の生保外交員(女・固走時 54 歳)につき、意思疎通が困難で、日常生活には全介助を要すること、拘縮を防ぐためリハビリテーションが欠かせず、在宅介護への移行のため、自宅改修、導尿や経管栄養の技術を家族が習得する必要があったこと等から、症状固定後も、症状悪化を防ぎ、在宅介護への移行準備として入院治療が必要であったとして、症状固定後の治療費 468 万円余を認めた(さいたま地判平 21.2.25 交民 42・1・218)
- ◇ 遷延性意識障害(別表第 1 の 1 級 1 号)の自動車整備・中古車販売業(男・固走時 69 歳)につき、症状固定後約 2 年間に支出した自由診療によるものを含む入院治療費については、本来中間利息を控除すべきだが、高額治療費を実際に負担した事情からは控除しないことが損害の公平な分担の趣旨にかなうとして既払額全額 1583 万円余を認め、その後の治療費につき中間利息を控除して 53 万円余を認めた(東京地判平 22・3・26 交民 43・2・455)
- ◇ 非器質性精神障害(12 級)等(併合 9 級)の被害者(女・固走時 64 歳)につき・医師が症状固定後も通院加療を要するとしており、症状固定後約 1 年半経過頃まではウォーキングや買物など被害者の行動範囲の拡大が認められるとしてその時点までの精神障害の治療費 23 万円余を認めた(東京地判平 23.10.24 日保ジ 1863・50)

資料：日弁連交通事故相談センター東京支部(2013) pp.6-7

裁判所において、症状固定日後の支払を判断する基準は極めて厳しい。たとえば、東京地方裁判所八王子支部 平成 10 年 4 月 3 日判決では、「症状固定日以後の支出した治療費、通院交通費があったとしても、それらは、その治療をしなければ後遺障害がより悪化するなど症状固定後の治療が不可欠であって、その治療費として相当な支出がなされたなど特段の事情がある場合には別格、そうでない場合は、本件事故と相当因果関係のある損害とは認められない。」(交民 31 卷 2 号 541 号) とし、かなり厳しい基準を提示している。不遇の事故にあった上で、さらに、裁判の負担がかさみ、事故後の精神症状を抱える患者も多い²⁸。

²⁸ 喜山克彦(2007) p.499

後遺障害認定における画像中心主義

保険会社は、被害者の症状が継続しているにもかかわらず、画像にその所見が映らなければ後遺障害とは認めない。後遺障害認定においては、自賠責の保険会社から、患者の症状の原因が単純X P、C T、M R I等の画像により証明できることを要求される。たしかに、神経根の圧迫や筋萎縮は画像で確認できる場合もあり得るし、画像によりそれらが確認できる場合には重篤な症状が出ている場合が多い。「画像中心主義」は、訴訟における立証責任（つまり患者側が自分の障害を立証できない場合には敗訴する）の概念や、医学におけるE B Mの概念と親和性がある。しかし、これが、保険会社が支払を拒む最大の理由のひとつとなっている。

いくら画像診断の精度が上がっても、画像には映らない病変もあるので、「画像に映らない＝後遺障害がない」ということではない。その結果、患者は、医療機関に門前払いされたり、ノイローゼ扱いされて、精神科を紹介されたりするケースが後を絶たないという指摘もある²⁹。

たとえば、頸椎捻挫の場合、関節の可動域制限があっても、器質的変化ではなく、機能的変化であるとして、後遺障害として認定されにくい。徒手筋力評価（MMT）やスパリングテスト、ジャクソンテストの結果は、他覚所見ではないとして、あまり考慮されないのが現状である。

こうした精神科へ紹介された場合の治療費については、患者の心因性の症状とされ、自動車保険が任意に支払をしないケースがほとんどである。加えて、症状固定後の治療は、交通事故に起因した治療にもかかわらず、原則として公的医療保険の負担となる。

²⁹ 石橋徹(2011) p.88

むち打ち症のケースにおける入通院慰謝料の低さ

むち打ち損傷の場合、他の症状の場合に比べて精神的苦痛に差がないにもかかわらず、入通院慰謝料が低く設定されている。

むち打ち損傷（「骨折や脱臼のない頸部脊柱の軟部支持組織（靭帯・椎間板・関節包・頸部筋群の筋、筋膜）の損傷」と定義されるのが一般的である）については、1968年の土屋弘吉横浜市立大学教授らによる「いわゆる鞭打ち損傷の症状」という論文が参照されてきている。土屋・他(1968)は、臨床症状に着目し、鞭打ち損傷をつぎの通りに分類している。

- I 頸椎捻挫型
- II 頸椎神経根症状型
- III Barre-Lieu（バレ・リユー）症状型
- IV IIとIIIの混合型
- V 脊髄症状型

これによれば、「患者の本症に対する先入観を除き、本症が3か月以内に80%以上は治癒するほどの癒りやすいものであることを患者によく理解させ、患者を甘やかすことなく、たえず積極的に心理的に誘導するように努め、神経症の発生を極力防止するように努めたならば、本症の予後を良好にすることは刺して難しい問題ではないと考える。」と指摘されている³⁰。

これまでむち打ち症に対しては、地域偏差があり（いわゆる「西高東低」と呼ばれ、東北地方では治癒率が高く、西日本では治癒率が低いとされた）、女性に多く見られやすい、などの調査がなされてきた³¹。それゆえ、むち打ち症は、損害賠償や個人の精神的要素が密接に関係するものと考えられてきた。

このようむち打ち症の慰謝料の支払い基準についても類型化が進み、入通院慰謝料は、入院月数と通院月数の相関関係で、簡単にその金額が求められるようになっている。し

³⁰ 土屋弘吉・他(1968) p.10

³¹ 竹内孝仁(1999)p.9

かし、「赤い本」において、その表は2種類用意されている。それは、「むち打ち症で他覚症状がない場合」と「それ以外の場合」であり、前者の慰謝料は後者の慰謝料に比して低額に抑えられている。前者の中にも、むち打ち症に伴う辛い症状で苦しむケースは多く、後者の場合と何が異なっているのか、その理由を厳密に検証する必要がある。

5.2. 裁判例で問題となっている最新論点

5.2.1. 高次脳機能障害

高次脳機能障害とは

脳外傷による高次脳機能障害とは、事故により脳外傷が発生した被害者について、その回復過程において生じる認知障害や人格変性等の症状が、外傷後の治療後も残存し、就労や生活が制限され、時には社会復帰が困難となる障害を総称するものである。その典型的な症状は、全般的な認知障害（記憶・感銘力障害、集中力障害、遂行機能障害、判断力低下、病識欠落など）と人格変化（感情易変、不機嫌、攻撃性、暴言・暴力、幼稚、羞恥心の低下、多弁、自発性・活動性の低下、病的嫉妬・ねたみ、被害妄想など）である。

従来、高次脳機能障害の問題は見逃されがちであり、損害賠償についても交通事故との因果関係は全否定されていた。しかし、高次脳機能障害に関する研究が進み、現在では高次脳機能障害で後遺障害を認定されるケースも多い。

被害者の知的能力に違和感を覚えたとしても、事故後にはじめて診察に訪れた患者であれば、それが生来のものと思いきってしまうこともあるため、注意が必要である。

裁判例の動向

横浜地裁平成3年11月21日の判決で後遺障害等級3級が認められたのをはじめとして、現在では、高次脳機能障害を認めている判例が多数存在している。

高次脳機能障害に対する自賠責保険の対応

2001年1月より、自動車保険料率算定会内に「脳外傷による高次脳機能障害審査会」が設置され、脳神経外科医等の専門医による「高次脳機能障害」被害者救済のための審査が開始された。2011年3月4日付の保険料率算出機構の自賠責保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会の「自賠責保険における高次脳機能障害認定システムの充実について」がまとめられ、認定の範囲が若干拡大した。

その認定要件はつぎの通りである。

- ① 頭部外傷によることが明らかな場合（従来の画像所見で大脳表面の広範な内出血や血腫の存在が認められる必要は必ずしもないが、MR I画像で第三脳室や側脳室の拡大とこれに伴う大脳全体の萎縮が認められること）
- ② 受傷後の意識障害が存在すること（瞬時に回復する軽度の脳震盪証も対象となるが、受傷6時間以上継続する意識障害の場合は、高次脳機能障害を第一に疑うべきである。）
- ③ 意識回復後の認知障害（記憶、集中力、遂行機能、判断力の低下等）と人格変化（感情易変、攻撃性、幼稚性、羞恥心の喪失、活動力低下等）が顕著であって、これらの原因が脳外傷以外の他の疾患から説明できないこと

インプリケーション

現在、年間約5,000人が高次脳機能障害として認定されている。新基準が公表されているものの救済範囲は依然として厳格で、認定基準から少しでも外れれば、後遺障害として認定されないことになり、被害者救済のため、柔軟な対応が求められるところであ

る。また、その認定方法は、MRI、CTによる画像所見を重視するため、画像所見がない場合には、認定されにくい。

5.2.2. 脳脊髄液減少症（低髄液圧症候群）

低髄液圧症候群とは

低髄液圧症候群は、脳脊髄液の漏出によって起立時の牽引性頭痛を主症状とする症候群である。低髄液圧による頭痛は、1988年の国際頭痛分類（初版）にも、すでに記載されていることから分かるように、決して新しい疾患概念ではない。半世紀以上も前に、当時、中枢神経系の診断法として唯一の方法であった腰椎穿刺後に発生しやすいことが知られていた。

本症候群が近年関心を浴びているのは、本症候群といわゆるむち打ち症を含む外傷性頸部症候群との関連が取沙汰されていることにある。本症候群と外傷性頸部症候群に関しては、2000年頃より、平塚共済病院（当時）の篠永正道医師らにより「頸椎捻挫に続発した低髄液圧症候群」と題する学会報告が行われたことに端を発している³²。頸椎捻挫と本症候群の関連については、海外でも詳細な検討はなされておらず、その関連は今後の検討課題である。

裁判例の動向

ほとんどが否定例であるが、以下の肯定例がある。

- ① 福岡地裁行橋支部 平成17年2月22日判決（高裁で逆転敗訴）
（判例時報1919号 p.128）
- ② 福岡地裁小倉支部 平成18年12月12日判決（高裁で逆転敗訴）
（保険毎日新聞 平成19年6月29日号）

³² 篠永正道(2013)

③ 横浜地裁 平成 20 年 1 月 10 日判決

(自保ジャーナル 1727 号 p.2)

④ 東京高裁 平成 20 年 7 月 31 日判決 (③の控訴審)

(自保ジャーナル 1756 号 p.7)

脳脊髄液減少症の臨床研究

2011 年 10 月に厚生労働科学研究補助金障害者対策総合研究事業「脳脊髄液減少症の診断・治療法の確立に関する研究班」は、「脳脊髄液漏出症画像判定基準・画像診断基準」を示した。

現在、脳脊髄液減少症を認めた若干の下級審判決は存在するが、最高裁判所で認められたものはない。刑事裁判や労災保険では因果関係を認めていることと比べれば、自動車保険での障害認定は立ち後れていると言わざるを得ない。

インプリケーション

脳脊髄液減少症についても、上記「脳脊髄液漏出症画像判定基準・画像診断基準」により、事故との因果関係が肯定されるケースが出てくると思われる。実務が「脳脊髄液漏出症画像判定基準・画像診断基準」に拘束されるようになれば、基準からもれた被害者の救済が今後の課題となる。

5.2.3. 軽度外傷性脳損傷 (MTBI)

軽度外傷性脳損傷

軽度外傷性脳損傷や脊髄不全損傷は、画像に写らないことがあるが、脳や脊髄といった中枢神経系の損傷により、複雑・多彩な症状が起きる。日本においては、石橋徹医師が中心となり、研究が進められている。

WHOの報告

WHO共同特別専門委員会のMTBIの診断基準は、以下の通りである³³。

「MTBIは、物理的外力による力学的エネルギーが頭部に作用した結果おこる急性脳外傷である。臨床診断のための運用上の基準は以下を含む：

- (1) 以下の一つか、それ以上：混乱や失見当識、30分あるいはそれ以下の意識消失、24時間以下の外傷後健忘期間、そして／あるいは一過性の神経学的異常、たとえば局所神経徴候、けいれん、手術を要しない頭蓋内病変
- (2) 外傷後、30分の時点あるいはそれ以上経過している場合は急患室到着の時点で、グラスコー昏睡尺度点は13～15

上記のMTBI所見は、薬物・酒・内服薬、他の外傷とか他の外傷治療（たとえば全身の系統的外傷、挿管など）、他の問題（たとえば心理的外傷、言語の障害、併存する医学的問題）あるいは穿通性脳外傷などによって起きたものであってはならない。」

資料：Holm *et al.*(2007)

自賠償の動き

2011年3月4日付の保険料率算出機構の自賠償保険における高次脳機能障害認定システム検討委員会の「自賠償保険における高次脳機能障害認定システムの充実について」においても、MTBIが取り上げられている。しかし、その認定基準は確立しているとは言いがたい。

裁判例

現在、軽度外傷性脳損傷と診断されたケースに対して、後遺障害を認定したのは、東京高裁平成22年9月9日判決（自保ジャーナル 1832号 p.1）のみである。

³³ Holm, L. *et al.* (2007)

ただし、同判決では、「WHOの定めた軽度外傷性脳損傷に関する平成16年の定義に該当するか否かについては本件訴訟においてはそれを確定することが必要なわけではない。本件訴訟において、重要なことは、本件事故によってXが頭部に衝撃を受け脳幹部に損傷をきたしてこれを原因として後遺障害を残存させたか否かである」として、軽度外傷性脳損傷の認定を避けている。

インプリケーション

裁判所の判断が、医学的な研究を先取りして、MTBIを積極的に認定することは考えにくい。そのためMTBIについての今後の研究が待たれる。

5.3. 真の被害者救済を実現する損害保険への転換を

このように、医療機関がその被害者に必要と認めて施した治療については、被害者が訴訟等によらなくても全額の支払を受けられるようであれば、真の被害者救済とはいえない。現状では、公的医療保険制度が、交通事故の治療を補完する役割を担わされていると言わざるを得ない。

その根本原因は、損保会社という民間の営利企業の運営が労働災害補償という公的補償の枠組みを利用して、利潤追求をしている構図に他ならない。また、実務の場面では、損保会社のリサーチ（アジャスター）などが³⁴、利潤追求のために保険会社の支払額を削っている。

³⁴ 羽成守(監修)・日本臨床整形外科学会(編集)(2012)では、次のような指摘がある。「リサーチが問題なのは、単に調査することではなく、医療機関と単価の切り下げ交渉をしたり、患者に健保切り替えを迫ったりして圧力をかけてくることです。最近は少なくなっていますが、患者の家に上がり、何時間でも居座ったり(中略)犯罪すれすれのことを行うことがあります。」(p.188)

6. インプリケーション

本節では、これまでの議論を踏まえて、それらの政策的インプリケーションを検討し、制度設計の改善の方向性について考えてみたい。具体的手順としては、まず、自動車事故診療に関連して現在進行中の議論について追加的にフォローし、そのうえで改善の方向性について考察を加える。

6.1. 現在議論されていることの整理

本稿で取りあげた自動車事故診療に関わる公的保険適用の問題に関連して、現在議論が進行中のトピックがいくつかある。ここでは、「医療類似行為・柔道整復師について」、「第三者行為による傷病届」の運用変更について、「いわゆる“日医基準”の適用あるいは制度化について」の3つについて、現在進行中の議論を確認しておく。

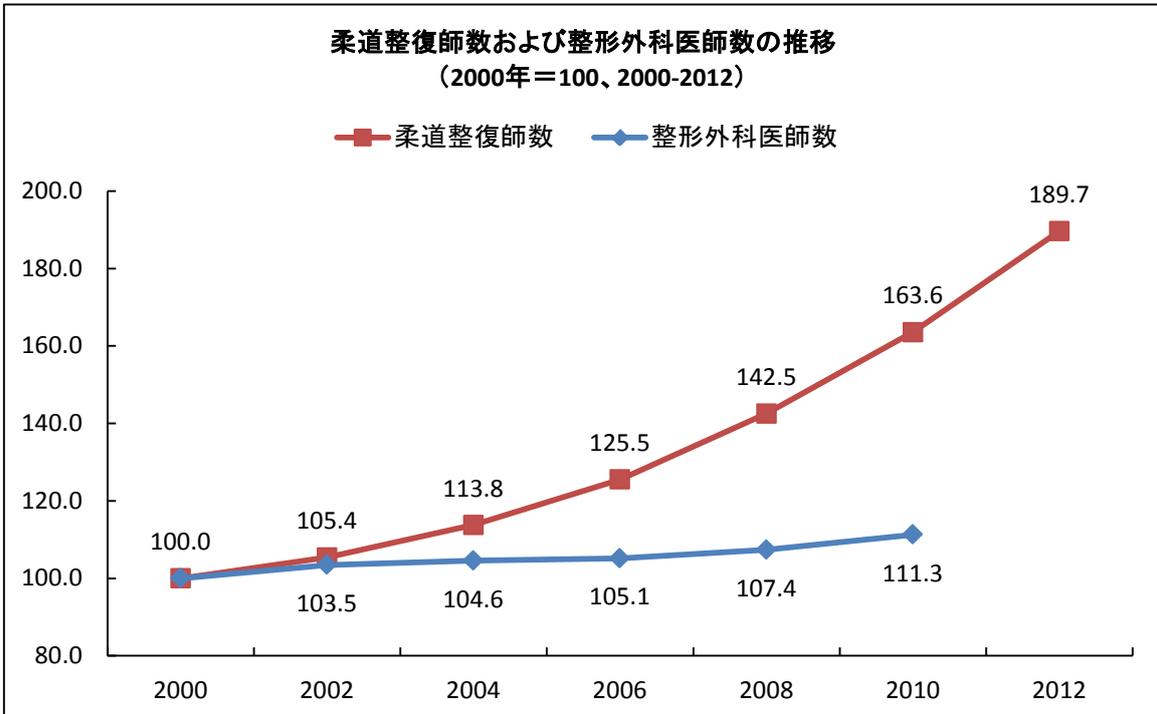
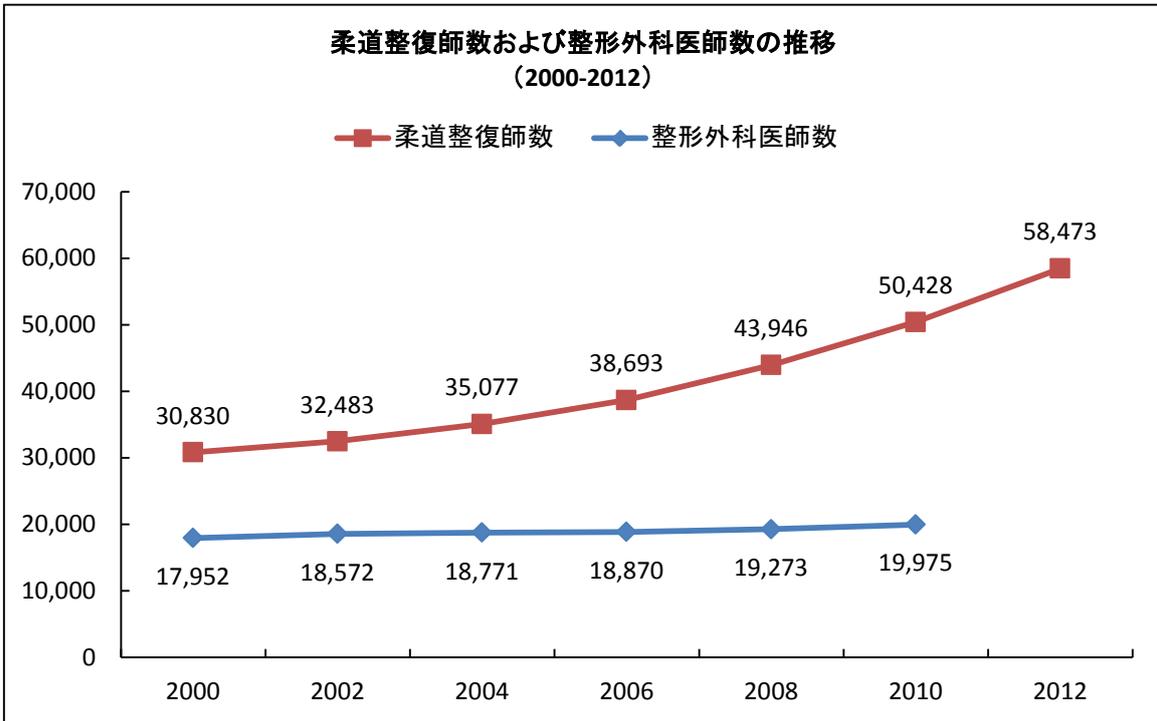
医療類似行為・柔道整復師についての議論

まず、医療類似行為、中でも特に柔道整復師に関わる医療類似行為、についての議論がある³⁵。すなわち、柔道整復師の養成数が最近急増したことに伴い、同市場が過当競争に近い状態に陥り、彼らの一部が、交通事故被害者に対する過剰なサービスの売り込みや診療費の不正請求等の問題ある行為に及んでいることについての議論である。

図表 6-1-1 は、最近（2000 年～）の柔道整復師数および整形外科医師数を比較して示したものである。2000 年に 30,830 人だった柔道整復師の数は 2012 年には 58,473 人（+89.7%）と倍近くに急増している。整形外科医数の推移と比較しても、近年の増加が著しいことは明らかである。

³⁵ 医療類似行為とは、医師以外の者が行う医行為に類似した行為のことであり、あん摩・マッサージ・指圧・はり・きゅう・柔道整復が該当する。同行為については、あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師等に関する法律、柔道整復師法に規定されている。

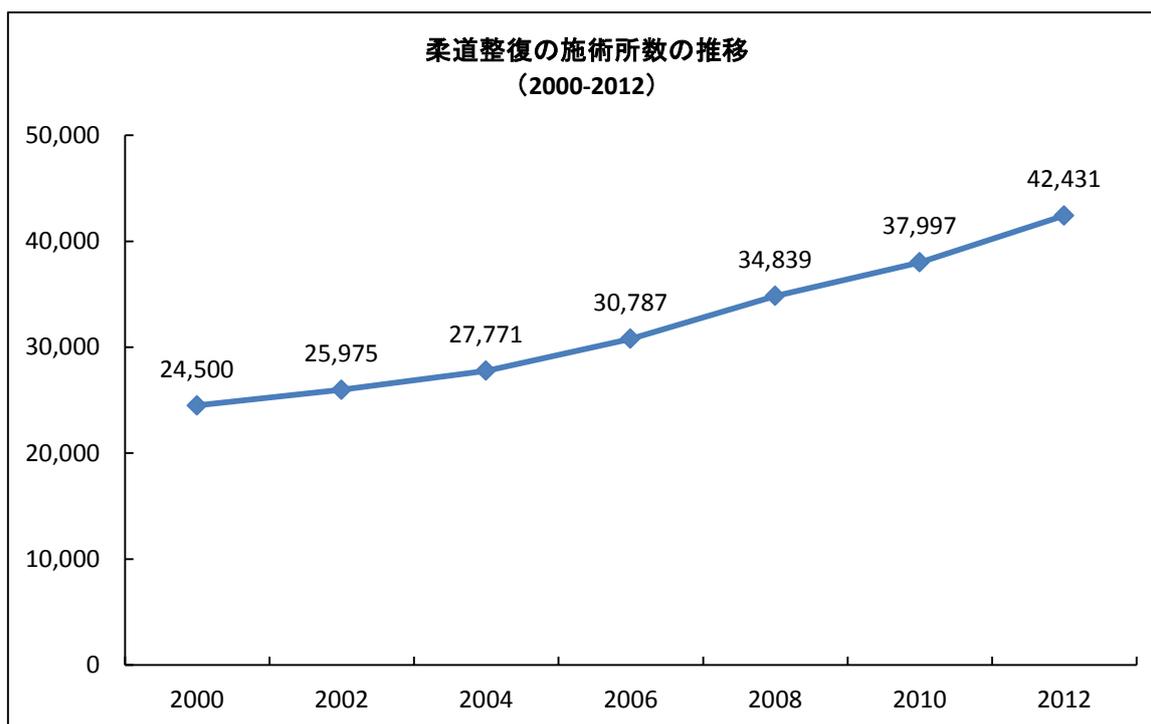
図表 6-1-1. 柔道整復師数および整形外科医師数の推移 (2000-2012)



資料：厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』および『衛生行政報告例』

柔道整復師数の急増とあわせて、柔道整骨の施術所（≒整骨院・接骨院等）の数も急増している。図表 6-1-2 は、最近（2000 年～）の柔道整復の施術所数の推移を示している。2000 年に 24,500 カ所だった施術所数は、2012 年には 42,431 ケ所（+73.2%）と急増している。人員と施設が比較的短期間に急増し、同マーケットが過当競争に陥っていることが推察される。

図表 6-1-2. 柔道整復の施術所数の推移（2000-2012）



資料：厚生労働省『衛生行政報告例』

以上のような人員と施設の急増に伴う過当競争を背景に、柔道整復師の一部が、交通事故被害者に対する過剰なサービスの売り込み（図表 6-1-3 を参照）や診療費の不正請求等の行為に及んでいることが社会的に問題となっている。特に最近、公的医療保険の使用に関しては、柔道整復に関わる年間約 4,000 億円の適正化の議論が、政府の審議会でも検討課題として取り上げられたばかりである³⁶。自賠責保険の使用に関しても、同じく公的保険財源の適正使用という観点から、関係者間で議論がなされている³⁷。

³⁶ 詳細は、厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会 柔道整復療養費検討専門委員会の議論を参照されたい。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126707>

³⁷ 例えば、交通事故治療の専門家の視点から、同様の問題意識を鋭くまとめたものとして山下(2013)。

図表 6-1-3. 柔道整復師による過剰なサービス売り込みの実例



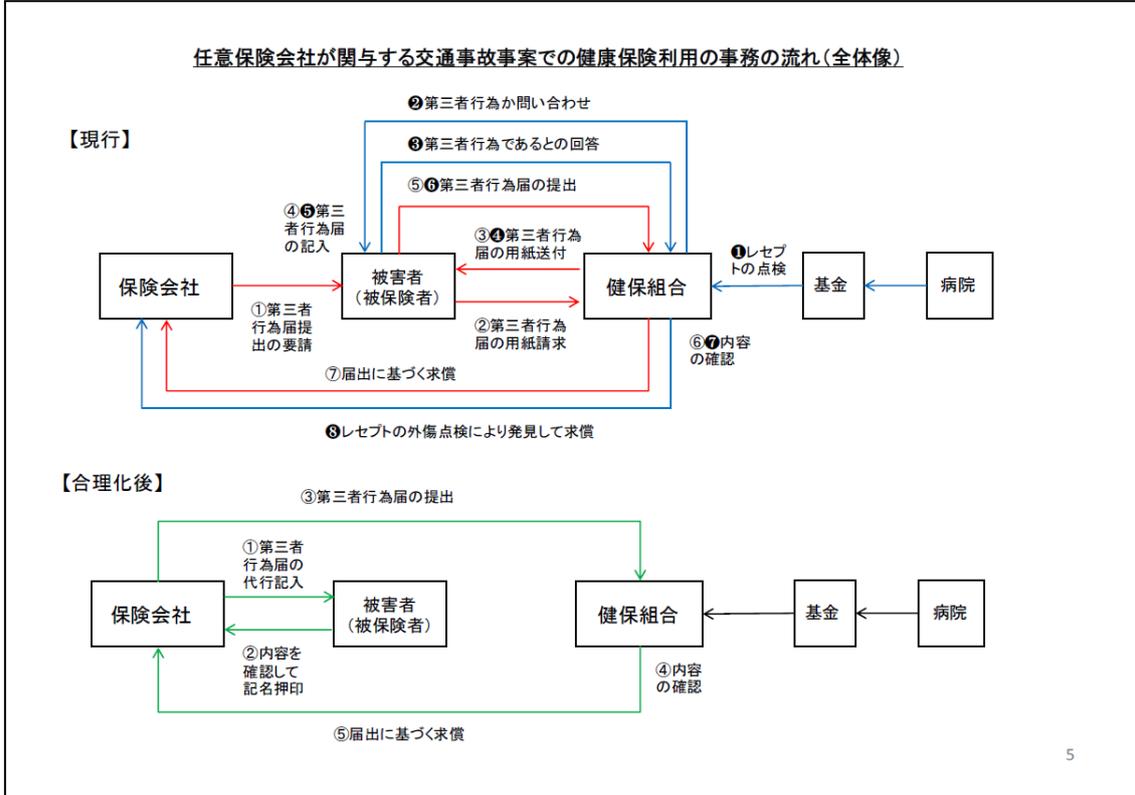
資料：日本臨床整形外科医会作成資料より

「第三者行為による傷病届」の運用変更についての議論

次に、「第三者行為による傷病届」の運用変更に関する議論について取りあげたい。同届出が 100%なされないことによって、本来自賠責保険（任意の自動車保険も含む）で費用負担すべき被害者の医療費が公的医療保険者の負担となっている現状があるのは、前述したとおりである（第 1 章を参照）。現在、全体のおよそ 3 割程度のケースにおいて、届出がないと考えられる（2.1 節を参照）。

この現状に対し、「民間保険会社が届出書を代行記入し、内容を被害者に確認・署名してもらい、民間保険会社が公的医療保険者に送付する」という方向での求償手続き合理化の検討がなされている（合理化案の詳細は図表 6-1-4 を参照）。早い話が、被害者自らが記入・届出をしている現状の運用から、民間保険会社に記入・届出の代行をさせ、被害者はその確認・署名のみするという運用に変更すべく議論が進んでいるということである。健康保険組合連合会（けんぽれん）傘下の健康保険組合においては、2013 年 4 月から、この案に則った求償手続きの合理化策が進められている。

図表 6-1-4. 「第三者行為による傷病届」の運用変更（合理化案）の概要



5

現状と合理化案の比較

	現 状	合理化案
手 続	被害者(被保険者)が「第三者行為による傷病届」を取り寄せ、記入し、保険者に送付する。	保険会社が代行記入し、内容を被害者(被保険者)に確認してもらった上で署名又は記名押印をしてもらい、保険会社が健康保険組合に送付する。
記入内容	専門知識がない被害者(被保険者)が記入するため不備が多い。	保険会社が代行記入するので、内容が正確
被保険者の負担	記入項目が多く記入が大変、何を書いてよいかわからない人が多く被害者(被保険者)の負担が大きい(この段階で挫折して提出しない人もいる)。	内容を確認して3箇所(署名又は記名押印)の記入だけで済むので、被害者(被保険者)の負担が少ない。
送 付	面倒だからと提出しない人がいる(一時的に被害者(被保険者)が送料を負担しなければならない)。	保険会社が責任をもって送付を行うので確実に提出される(送料も保険会社が負担)。
補 正	不備について連絡しても個人なので中々連絡が取れず補正に手間がかかる。	保険会社なので、連絡が確実にとれ、また必要な情報についてもすぐに回答が得られる。
レセプトチェック	届出が確実になされていないため、レセプトでの外傷点検(第三者行為のチェック)が不可欠である。また個別に事情を聞かなければならないため手間がかかる。	「第三者行為による傷病届」が確実になされるので、その分については、レセプトに基づく外傷点検(第三者行為のチェック)が不要になる。
事務負担	届出用紙の送付事務、記入方法の説明、送付費用がかかる。記入項目や提出書類が多く内容もバラバラなので点検する事務負担が大きく不備も多いため補正にも手間がかかる。	記入項目や提出書類の合理化が図れ、内容も統一的に処理されるので、点検の負担が減少する。また、保険会社が作成するのでほとんど不備になることはない。

2

資料：厚生労働省 アフターサービス推進室(2012)

被害者個人ではなく、民間保険会社という同種の案件を多数扱う組織に記入・届出の代行をさせることで届け出率のアップを企図した上記のアイデアは、一見、合理的に見える。しかし、現状の制度設計のもとで民間保険会社が有するインセンティブには留意すべきである。すなわち、第1章で議論したように、民間保険会社は、任意の自動車保険の財源確保という動機から、被害者への医療費支払いにおいて、公的医療保険の利用を優先させたいというインセンティブを持つ。したがって、「第三者行為による傷病届」の記入・届出を彼らに代行させるという運用変更は、結果として、自動車事故診療における公的医療保険の利用を増やすことに繋がりにくい。

自動車事故診療における公的医療保険の利用が増えても、公的医療保険から自賠責保険への求償が100%なされれば問題ないという意見もあろう。しかし、公的医療保険と自賠責保険との間で診療価格に価格差が存在する（一般的に、自賠責保険の診療価格 > 公的医療保険の診療価格）ことに注意しなければならない。現行の制度設計において、公的医療保険の利用が増えることは医療機関の収入減に繋がり、医療機関にのみ望ましくない結果を押し付けることになる。制度設計における全体最適を考えるならば、「第三者行為の傷病届が100%提出されていない」という問題とともに、「2つの公的保険の間に診療価格の差がある」という問題にも配慮しなければならない。

いわゆる“日医基準”の制度化についての議論

現在進行中の議論の最後に、いわゆる“日医基準”の制度化についての議論を取りあげたい。いわゆる“日医基準”とは、利害関係のある三者（自動車保険料率算定会、民間保険業界団体、日本医師会）によって、1989年に協定された自動車保険の診療価格基準のことである。20年以上を経た現在、山梨県を除く46都道府県医師会においてこの基準が受け入れられ（図表6-1-5参照）、7割程度の医療機関において実施されている（詳細は3.3節を参照）。

図表 6-1-5. 自賠責診療報酬基準（いわゆる“日医基準”）の実施状況

自賠責診療報酬基準の実施状況	
1. 栃木	(平成2年6月1日実施)
2. 青森	(平成2年7月1日実施)
3. 広島	(平成2年10月1日実施)
4. 徳島	(平成2年11月1日実施)
5. 宮城	(平成3年5月1日実施)
6. 奈良	(平成3年6月1日実施)
7. 秋田	(平成3年7月1日実施)
8. 福島	(平成3年8月1日実施)
9. 宮崎	(平成4年6月1日実施)
10. 旅費	(平成4年11月1日実施)
11. 兵庫	(平成5年1月1日実施)
12. 熊本	(平成5年10月1日実施)
13. 岩手	(平成5年10月1日実施)
14. 大阪	(平成5年10月1日実施)
15. 長崎	(平成5年11月1日実施)
16. 大分	(平成6年1月1日実施)
17. 高知	(平成6年4月1日実施)
18. 富山	(平成6年6月1日実施)
19. 岐阜	(平成6年6月1日実施)
20. 長野	(平成6年8月1日実施)
21. 新潟	(平成6年11月1日実施)
22. 北海道	(平成6年11月1日実施)
23. 石川	(平成6年11月1日実施)
24. 福岡	(平成7年1月1日実施)
25. 山形	(平成7年4月1日実施)
26. 和歌山	(平成7年4月1日実施)
27. 愛知	(平成7年6月1日実施)
28. 福井	(平成7年7月1日実施)
29. 山口	(平成7年10月1日実施)
30. 鹿児島	(平成8年1月1日実施)
31. 佐賀	(平成8年2月1日実施)
32. 岡崎	(平成8年2月1日実施)
33. 鳥取	(平成8年3月1日実施)
34. 東京	(平成11年4月1日実施)
35. 茨城	(平成11年4月1日実施)
36. 香川	(平成11年7月1日実施)
37. 三重	(平成12年2月1日実施)
38. 千葉	(平成12年4月1日実施)
39. 静岡	(平成12年4月1日実施)
40. 愛媛	(平成13年4月1日実施)
41. 神奈川	(平成13年4月1日実施)
42. 群馬	(平成13年4月1日実施)
43. 埼玉	(平成13年4月1日実施)
44. 沖縄	(平成13年6月1日実施)
45. 京都	(平成15年4月1日実施)
46. 岡山	(平成23年10月1日実施)

Japan Medical Association

資料：日本医師会資料を基に作成

この日医基準の制度化に関しては、基準案作成の契機となった1984年（昭和59年）の自賠責保険審議会答申に、「基準案が全国的に浸透し、定着化した段階で算定基準としての制度化を図る」との一文がある（Box.6-1-1を参照）。つまり、「全国的に浸透し、定着化した段階」をどのように考えるかが制度化を検討するにあたっての焦点となるわけである。医療機関毎の実施率等も考える必要があるだろうが、制度化検討のタイミングとしては、47都道府県の全てに受け入れられた段階が、その一つの契機となり得るのは想像に難くない。

3. 責任保険制度の改善

（…中略…）

今後は、次の諸点について制度の改善を実施すべきである。

(1) 医療費支払の適正化

一部の医療機関等の医療費請求額が過大であることが指摘され、責任保険の医療費支払の適正化が要請されている状況にかんがみ、

イ. 自動車保険料率算定会（以下、「自算会」という。）及び損保会社の医療費調査担当者に対する研修を強化するとともに、担当者を増加する。

ロ. 自算会及び日本損害保険協会（以下、「損保協会」という。）において、交通事故医療に関する調査、研究を強化する（特に医療費統計の集積）。

ハ. 自算会及び損保協会において、日本医師会の協力を得つつ、医療費統計等を参考に責任保険についての診療報酬基準案を作成し、医療機関等の医療費請求及び自算会調査事務所等での医療費調査の基準とする。

ニ. 日本医師会に対して、上記診療報酬基準案による医療費請求が行われるよう各地区医師会への徹底を図ることを依頼する。同時に、自算会調査事務所及び損保協会地方委員会より、各地区医師会に対して基準案により請求を行うことを要請する。

ホ. 診療報酬基準案が全国的に浸透し、定着化した段階で算定基準としての制度化を図る。

等の対策を講じる。（…以下略…）

注）下線・太字は筆者による。

6.2. 改善の方向性

本節では、公的医療保険と自賠責保険に関する制度の改善の方向性を検討したい。まずはじめに、再度、基本的な問題を簡潔にまとめておこう。問題は、2つの公的保険が利用可能であるため、費用負担において利害関係の対立が生じてしまうことである。

利害対立の整理

いくつかの具体的な利害対立がある。第1に、公的医療保険を適用する場合と自賠責保険を適用する場合で、医療サービスの価格が異なるため、価格支払者と受取者の間で利害対立が生じる。自賠責保険を適用する場合は自由診療となり、公的医療保険が適用される場合よりも診療価格が高くなる（日医基準でおおむね1.44倍）。医療サービス価格が適用する保険によって異なれば、当然、どちらの保険を適用するかを決めるところで利害対立が生じる。

第2に、公的医療保険を適用する場合に、「第三者行為による傷病届」が被害者によって出されないと、本来費用負担をしないはずの公的医療保険者が費用負担しなければならない。そのため、公的医療保険者と保険会社（自賠責保険と任意の自動車保険の両方の財源を運営）の間で対立が生じる。保険会社側の視点では、「第三者行為による傷病届」が提出されない方が都合がよい。

第3に、公的医療保険と自賠責保険の資金拠出者が異なる。自賠責保険制度（互助・共助）とは違い、公的医療保険制度には税金による公的負担が行われている（公助）ため、最終的に公的医療保険の負担が発生する場合、間接的に納税者の負担を強いることになる。つまり、知らないうちに、納税者が自動車事故の治療費を負担しているということである。水面下で、納税者と自賠責保険加入者という資金拠出者間での摩擦が生じている。

第4に、自賠責保険と任意の自動車保険（自動車保険）によって加害者が被害者の治療費全額を負担すべきというのが原則であるが、保険会社側が自動車保険からの支払いを保険会社側の裁量で停止することがある。その場合、被害者側は公的医療保険を使って（自己負担を伴う）治療費をまかなうことになる。保険会社と被害者の利害対立を通じて、自動車保険（自賠責保険を含む）と公的医療保険の間の費用負担の摩擦が生じている。

オプション（1）公的医療保険を使わせない

上記の問題に対処するためのいくつかの方向性を順に挙げて検討していきたい。まず、シンプルな方法が考えられる。自動車事故における診療については、公的医療保険の利用を認めないという案を考えることができる。文字通り、自動車事故においては、自賠責保険（任意の自動車保険を含む）を適用しなければならないというわけである。

最初から自賠責保険を適用するため、公的医療保険に適用される医療サービスの公定価格と自賠責保険利用時に適用される自由価格の選択という問題は生じない。この場合、医療サービス利用者側あるいは価格支払者側にとって、自由価格ということが事前にわからないうえに、事前にいくら価格が設定されているのかもわからないので、自動車事故という緊急時に価格情報に基づいて医療機関を選択することができない。このことを問題視するならば、自賠責保険適用時の医療サービス価格を固定すればよいだろう。つまり、自賠責保険適用時の公定価格を定めるということである。そのために、新たに基準をつくってもよいし、日医基準の適用をルール化するという方法も考えられる。

このオプションでは、少なくとも、公的医療保険と自賠責保険の間の選択上の混乱・対立は解消する。しかし、この方法の1つの懸念は、過失相殺によって被害者負担が発生したときの被害者の医療費負担が公的医療保険適用時よりも大きくなってしまおうということである。加えて、公的医療保険が適用されないということは、被害者側が何らかの民間保険に加入していない限り、その費用負担は全額自己負担ということになってしまう。この懸念に制度として対応しようとする、制度設計が複雑になり過ぎる可能性がある。過失相殺発生時は、遡って、被害者負担部分についてだけ公的医療保険を認めるという救済策があり得るかもしれない。また、事故処理に関する法律上の変更を踏

み込んでよければ、いくつかの国がそうであるように（第4章を参照）、医療費においては過失相殺による被害者負担を求めないということを考えることもできる。

さらにもう1つの懸念は、自賠責保険の費用負担が打ち切られたとき（第5章を参照）、その後、被害者の医療費負担において公的医療保険が使えるかどうかという点である。もともとは自動車事故によるものだとすると、厳格に考えれば、このオプションの文脈では公的医療保険は使用できないことになってしまう。また、安易に、自賠責保険の費用負担が打ち切られた後は、公的医療保険が利用できるものと定めると、自賠責保険側にできる限り早く費用負担を打ち切るインセンティブが生まれてしまうかもしれない。もちろん、被害者側救済の観点からは、公的医療保険が利用できるというのが望ましいのは言うまでもないが。

オプション（2）最初は公的医療保険で処理、事後的に自賠責保険に請求（A）

逆に、全てのケースにおいて最初から公的医療保険を適用してしまうという案もあり得る。他国でも、最初から最後まで公的医療保険で処理するというところがある（第4章を参照）。ただし、最後まで公的医療保険の負担にすることは、医療費負担を想定している自賠責保険が存在する以上、制度的に齟齬が生じるため、事後的に公的医療保険から自賠責保険に費用負担請求を行う必要がある。

この場合、次の2つの点が問題になる。1つは、医療サービスの価格をどのように定めるのかという点。もう1つは、誰がどのように自賠責保険に費用負担請求をするのかという点である。また、この2つはセットで考える必要がある。このオプション（2）では、1つの方法を提示し、その方法と区別してオプション（3）として、独立に別の方法を提示したい。

公的医療保険で処理する以上、医療サービス価格は公定価格で処理することになる。被害者は自己負担分の支払いを行う。また、公的医療保険者が一括して、自賠責保険に費用負担を請求する。被害者は自己負担分について、自賠責保険に請求を行う。このオプションについてのバリエーションとして、被害者の自己負担部分だけは公定価格で処理し、それ以外の部分は自動車事故用の公定価格を適用するという方法もある。一見、

二重価格のように見えるが、自己負担部分に適用する価格とそれ以外に適用する価格として、明確かつ事前的に定めるため、この価格間での対立は生じない。なお、二重価格にする場合、被害者の自己負担割合が異なる（たとえば、一般は3割負担、高齢者1～2割負担）と、被害者の属性によって、自動車事故用の価格が適用する割合が変わってきてしまう。したがって、自動車事故用の価格設定をするとき、実際の統計に基づいて平均自己負担割合を考慮することになるだろう。

オプション（3）最初は公的医療保険で処理、事後的に自賠責保険に請求（B）

オプション（2）と同様の処理方法だが、事後的に自賠責保険に請求する主体が異なるため、オプション（2）と区別して議論しておく。

ここでは、現状と同様に、被害者が「第三者行為による傷病届」を提出することによって、事後的に自賠責保険に費用負担を請求することを考える。現状の制度が抱えている問題として、「第三者行為による傷病届」が提出されないことがある。そのため、このオプションでは、「第三者行為による傷病届」が100%提出されないことを予め想定して（統計的にどれぐらいの割合が提出されないかを計算して）、自賠責保険に請求する部分の医療サービスの公定価格を定める。つまり、「第三者行為による傷病届」が出されないというリスクに対するプレミアム（価格の上乗せ）も価格に反映させるということになる。そのため、オプション（2）よりも高い自動車事故診療用の公定価格の設定ということになるだろう。たとえば、現在の日医基準では、自動車事故における自由診療価格は公定価格（公的医療保険適用）の1.44倍となっているが、上記のリスク・プレミアムを考慮して、1.44倍よりも高い倍率設定をするという意味である。

オプション（4）公定価格に統一

オプション（4）はやや消極的な方法であるが、2種類の公的保険の間の選択上の混乱を回避する目的で、医療サービスの価格を全て公定価格（公的医療保険適用）に統一するという方法を考える。こうすれば、民間保険会社や加害者側に、医療サービス価格

が低いという理由で、できるだけ公的医療保険を使わせようとするインセンティブは弱まることになる。

ただし、これでも、「第三者行為による傷病届」が提出されない場合には、費用負担はそのまま公的医療保険に課せられることになるため、この部分の問題は残ることになる。したがって、このオプションでは、公的医療保険の負担を残さないために、前述のオプション（２）（事後的に公的医療保険者が保険会社に一括請求）または、オプション（３）（リスク・プレミアムを設定した価格で事後的に保険会社に請求）の方法を組み合わせて、確実に自賠責保険への請求が行われるようにする必要がある。

さらに、自動車事故による診療価格が、本来自由価格であったのが公定価格となるため、医療機関にとっては収入減につながり、望ましくない改善方法ということになるかもしれない。この論点については、自動車事故被害者への医療は一般疾病の保険診療とは異なり、被害者意識等に対する精神的・心理的・社会的ケアも必要なため³⁸、診療価格も「自動車事故診療の価格 > 公的医療保険診療の価格」となるのは当然とする医療現場の意見もある。

オプション（５）自賠責保険は医療費負担をカバーしない

医療費の負担において、自賠責保険（任意の自動車保険を含む）と公的医療保険の選択が問題になっているので、このオプションでは、最初から自賠責保険は医療費負担をしないということにする。自賠責保険は、慰謝料、休業補償、後遺障害の補償だけをカバーする。

このケースでは、自動車事故の場合でも、医療にかかわる費用は公的医療保険でまかなう。したがって、自動車事故診療も公的医療保険の公定価格が適用される。自動車事故診療に公的医療保険の公定価格が適用されるという点については、オプション（４）の中で示したような議論が残される。

³⁸ 例えば、日本整形外科学会 運動器疼痛対策委員会(2013)では、精神心理的要素の評価、生物心理社会的な因子、生活環境・状況・事故と痛み、社会心理的な痛み、心理的問題等への対処が述べられており、単純な外相への治療とは違って、いかに慢性疼痛に持ち込ませないかといった技術の重要性が指摘されている。

なお、この場合、自賠責保険が医療費負担をしないのであるから、自賠責保険の保険料は低くなるはずである。自動車事故に関わる医療費負担を公的医療保険に課し、他方で、自賠責保険の保険料を下げることは、自動車に乗らない人から自動車を利用する人への所得移転になっている点には留意しなければならない。そこで、自賠責保険の保険料を引き下げずに、自動車事故に関わる医療費負担に対する財源、年間およそ 2,000 億円を自賠責保険から公的医療保険に移転させるという財源移転の仕組みを考えてみるもよいだろう。もちろん、自動車非利用者から自動車利用者への所得移転を問題視しない場合でも、自賠責保険の保険料を引き下げないならば、自賠責保険から公的医療保険への年間約 2,000 億円の財源の移転はしなければならない。そうしなければ、単純に民間保険会社の利得になってしまうからである。

オプションのまとめ

最後に、本節で提示し議論したオプションについて、図表 6-2-1 に一覧で示しておく。

図表 6-2-1. 制度改善のオプション一覧

オプション	最初に適用する保険	被害者の治療費をカバー		公的医療保険適用時の公定価格を適用するか否か	追加説明
		公的医療保険	自賠責保険		
(1)	自賠責保険	×	○	×	過失相殺時には、被害者負担についてだけ遡って公的医療保険を適用可。自賠責保険による医療費負担が打ち切られた後は、被害者負担になってしまうため、公的医療保険の適用可。
(2)	公的医療保険	×	○	被害者の自己負担部分のみ適用	公的医療保険者が一括して、事後的に、自賠責保険に費用請求を行う。
(3)	公的医療保険	×	○	× 事後請求はプレミアム価格で実施	事後的に被害者が「第三者行為による傷病届」を提出。これを通じて、事後的に自賠責保険が費用負担。
(4)	選択可	×	○	○	ただし、事後的に自賠責保険に費用負担を請求する場合には、オプション(2)または(3)の方法を用いて実施。
(5)	公的医療保険	○	×	○	最初から自賠責保険は医療費負担をしない。

7. 結論

本ワーキングペーパーでは、自動車事故における被害者の医療費負担をカバーするために、2つの公的保険（自賠責保険と公的医療保険）が使える現在の制度上の問題を整理・分析し、問題解決の方向性を議論した。本来、自動車事故における被害者の医療費は、自賠責保険および民間の自動車保険でカバーするべきであるが、公的医療保険が使用され、最終的にも公的医療保険の負担になってしまっている場合がある。この状況下では、保険会社が公的医療保険を使わせる動機を持ち、公的医療保険の財政に負担をかけている。同時に、被害者に対する負担も強いており、制度として変革する必要がある。

より具体的には、本来自賠責保険で負担するべき負担で公的医療保険が負担しているのは少なくとも年間約 118 億円と推定される。この金額は国民医療費全体から見れば、大きいわけではない。しかし、この負担金額の大きさは、最大の公的医療保険者である協会けんぽの年間の一般管理費とおおよそ同じ大きさであり、無視することはできない負担である。昨今、公的医療保険財政が逼迫しており、最大の公的医療保険者である協会けんぽの年間一般管理費をまかなえる金額を節約できることは小さくない。また、推計したケース（「第三者行為による傷病届」が提出されないケース）以外にも、保険会社の支払い打ち切りによって、交通事故に起因する医療費を公的医療保険が負担しているケースが存在することにも注意を払わなければならない。

自動車事故被害者の医療費をカバーする2つの公的保険の制度設計について国際比較調査をすると、日本だけが特殊な制度になっているわけではないことが分かる。しかし、2つの公的保険を選択可能であるという部分に限っては、日本独自の制度となっており、明確な制度運用の切り分けは一考に値する改革の方向だろう。調査結果を簡潔にまとめておくと、まず、強制加入の自賠責保険は各国に存在する。第2に、先進国の多くが民間保険会社に自賠責保険の財源管理を委ねている。第3に、被害者の過失相殺のあり方は各国ごとにさまざまであり、決まったパターンが確立しているわけではない。第4に、どの国でも、自動車事故による医療費負担は、どちらかの保険だけがカバーするように明確な切り分けがなされている（最初から2つの保険の間での選択はない）。

最後に、多くの国（13カ国中9カ国）において、診療価格は2つの公的保険の間で同一となっている。

法的側面については、交通事故損害賠償の類型化の弊害があり、保険会社の利潤追求動機から被害者に医療費負担が強いられている現状を指摘できる。主に4つの弊害がある。1つには、被害者の症状が続いているにもかかわらず、保険会社が医療費支払いを打ち切ることが多い。次に、症状が続いているにもかかわらず、症状固定日を境に、加害者の治療費支払い義務が法的に消失してしまうことがある。症状固定日は治療費の支払い義務の消失を定める概念とすべきではない。3つ目は、保険会社は、被害者の症状が継続しているにもかかわらず、画像にその所見が映らなければ後遺障害とは認めないことである。この画像中心主義が、保険会社が支払いを拒む最大の理由の一つになっている。最後に、むち打ち損傷の場合、他の症状の場合に比べて精神的苦痛に差がないにもかかわらず、入通院慰謝料が低く設定されている。

これらの問題の整理・分析を踏まえると、制度改革の方向性として5つのオプションが考えられる。第1のオプションは、自動車事故における診療については、公的医療保険の利用を認めないという方法である。第2のオプションは、最初は公的医療保険を適用してしまい、事後的に公的医療保険者が一括して自賠責保険に請求を行う方法である。第3のオプションは、最初は公的利用保険を適用し、事後的に第三者行為による傷病届が提出されたら、自賠責保険に治療費負担が請求される方法である。ただし、この方法では、第三者行為による傷病届が提出されないリスクが生じるため、自賠責保険に請求するときの診療価格は公的医療保険適用時の公定価格よりも高い「リスク・プレミアム価格」が適用される。第4に、保険会社が公的医療保険を使わせるインセンティブを持たないように、診療価格を公定価格に統一する方法である。ただし、この場合でも、公的医療保険が使われた場合に、自賠責保険に確実に請求するために、前述のオプション（2）または（3）の請求方法を組み入れる必要がある。第5のオプションは、最初から、自賠責保険は被害者の医療費負担をカバーしないという方法である。ただし、この場合、自賠責保険から公的医療保険への財源移転が必要になる。これらの5つのオプションのうち、現行制度との近さを考慮すると、オプション（3）が有力ではないかと考えられる。

強制加入で運営される公的保険では、社会に存在する普遍的リスクに対して、真の被害者救済につながるような制度の設計と運用が求められる。実際に、この究極の視点で、制度の改革・改善の方向性を模索する必要があるだろう。

【参考文献・資料リスト】

Holm, L., Cassidy, J.D., Carroll, L.J. and Borg, J. (2005) Summary of the WHO Collaborating Centre for Neurotrauma Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J Rehabil Med*; 37(3): 137-141.

石橋徹(2011)『軽度外傷性脳損傷』金原書店.

喜山克彦(2007)「外傷性頸部症候群の難治例に対する心身医学的アプローチ」『心身医学』47 巻 6 号.

厚生労働省(2012)『平成 22 年度 国民医療費の概要』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21c.html>

厚生労働省 アフターサービス推進室(2012)『交通事故にかかる「第三者行為による傷病届」の手続きの合理化について』2012 年 7 月.

社会保険庁運営部保険指導課(監修)(1968)『健康保険事務概要』ぎょうせい.

篠永正道(2013)『脳脊髄液減少症を知っていますか』西村書店.

鈴木辰紀(1985)「昭和 59 年自賠責保険審議会答申について」『早稲田商学』第 311 号、pp.101-134.
http://dspace.wul.waseda.ac.jp/dspace/bitstream/2065/4583/1/92538_311.pdf

全国健康保険協会(2013)『平成 24 年度 財務諸表』.
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/honbu/other/250809/250809001.pdf>

損害保険料率算出機構(2012)『自動車保険の概況 平成 24 年度 (平成 23 年度データ)』.

損害保険料率算出機構 業務サービス部(2012)『調査研究レポート 交通事故被害者保護制度の発展と現状 第 3 版』2012 年 3 月.

土屋弘吉・土屋恒篤・田口怜(1968)「いわゆる鞭打ち損傷の症状」『臨床整形外科』第 3 巻 第 4 号.

竹内孝仁(1999)「外傷性頸部症候群診療の現況と問題点ーレセプト調査を中心にー」『Monthly Book Orthopaedics』第 12 巻 1 号 p9-13

東京海上日動火災保険(2012)『損害保険の法務と実務』商事法務.

- 日弁連交通事故相談センター(2012)『交通事故損害賠償算定基準』.
- 日弁連交通事故相談センター東京支部(2013)『民事交通事故訴訟損害賠償額算定基準』.
- 日本医師会(1969)『自賠法関係診療に関する意見』昭和44年10月.
- 日本医師会 法制部(1968)『健保法と自賠法との関係について』昭和43年9月3日第18回
常任理事会、昭和43年12月10日第11回全理事会 検討事項.
- 日本整形外科学会 運動器疼痛対策委員会(2013)『運動器慢性通信料への手引き』南江堂.
- 日本損害保険協会(2009)「自動車保険データに見る交通事故の実態 2007年4月～2008年
3月」
http://www.sonpo.or.jp/archive/report/traffic/pdf/0031/book_jikoittai2009.pdf
- 羽成守(監修)、日本臨床整形外科学会(編集)(2012)『Q&A ハンドブック 交通事故診療 新
版』創耕社.
- 藤川謙二(2012)「労働者災害補償保険、自動車損害賠償責任保険をめぐる最近の医療情勢」
『整形外科』Vol.63 No.10, pp.1089-1094.
- 山下仁司(2013)「自賠責医療をめぐる現状と諸問題 一膨らむ柔道整復療養費などを交えて」
『大阪府保険医雑誌』2014年6月号掲載予定.

巻末資料 I

「第三者行為による傷病届」

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者	被保険者証 記号番号		被保険者 氏名		④	職種		
	事業所名 (勤め先)		所在地 (勤め先)	〒	TEL ()			
被害者 (受診者)	氏名	男 女	才 続柄		住所	〒	TEL ()	
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他()						
	警察への届出有無	有:人身事故・物損事故 ※注1 () 警察署) 無:(理由)						
加害者 (第三者)	氏名	男 女	才		住所	〒	TEL ()	
	勤務先 又は職業		所在地	〒	TEL ()			
加害者が不明の理由								
事故発生	平成 年 月 日 (曜)	前 後	時 分	発生 場所	市 郡	町 村		
過失の度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		
事故の相手の自動車保険加入状況								
傷病 が 賠 償 交 通 事 故 に よ る 保 険	保険会社名		取扱店 所在地	〒	TEL ()			
	保険契約者名 (名義人)		住所 (所在地)		関 係 保	保有者との 加害者との		
	自動車の種別		府県名		登録番号		車台番号	
	自賠責証明書番号		保険期間	自	平成 年 月 日		至	平成 年 月 日
	自動車の保有者名		住所 (所在地)		加害者との 関係			
	任意 保 険	保険会社名	大災海上補 農協	取扱店 所在地	〒	担当者名	TEL ()	
	保険契約者名		住所 (所在地)	〒				
	契約証書番号		保険期間	自	平成 年 月 日		至	平成 年 月 日
	保険契約期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		任意一括について ※注2 有 ・ 無				

※注1

物損事故で
処理した場
合 別途「人身事故証明入手不能届」の
提出を求める場合があります。

※注2

任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではな
く、任意保険会社に対応している場合です。

受付日付印

添付書類 交通事故証明書の写し(交通事故の場合)

治療状況 (治療順)	①	名称	入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
		所在地	通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
	②	名称	入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
		所在地	通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
	③	名称	入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
		所在地	通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険								
治療見込み (治療終了日)	年 月 頃 (年 月 日 終了)			(注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療が終了しているときは、 最終受診日 をご記入ください。										
休業補償	<p>休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける)</p> <p>ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求</p> <p>エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)</p> <p>の請求予定</p>													
示談 賠償 の 支 払 状 況	<p>示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること</p> <p>した・交渉中 ・しない(理由)</p> <hr/> <p>加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合いの状況を具体的に記入すること。</p> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">【受領日・金額】</td> <td style="width:50%">【受領したものの名目】</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>月 日 円</td> <td>()</td> </tr> </table>						【受領日・金額】	【受領したものの名目】	月 日 円	()	月 日 円	()	月 日 円	()
【受領日・金額】	【受領したものの名目】													
月 日 円	()													
月 日 円	()													
月 日 円	()													
<p><u>交通事故以外</u>の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故状況発生報告書に記入ください。</p> <hr/> <p>(事故発生状況)</p>														

巻末資料Ⅱ 国際アンケート調査の質問紙

Questionnaire on Public Medical Insurance Applied to Casualties in Car Accidents

Please read the following questions carefully, and choose the appropriate option that best describes real situations in your country (fill in “x” in the parenthesis just before the option). Please write an appropriate answer if you need.

[Compulsory car insurance for covering medical expenses due to car accidents]

Q1.

Do you have compulsory car insurance that coercively requires car owners to take out in your country? (Car insurance is required to cover medical expenses due to car accidents.)

- () a. Yes (Go to Q2)
- () b. No (Go to Q6)

[Agents who control the financial affairs of compulsory car insurance]

Q2.

Who manages and controls the financial affairs of compulsory car insurance?

- () a. National or local governments including governmental agencies
- () b. Private insurance companies
- () c. Others

[Lapses of casualties in compulsory car insurance]

Q3.

How much do the lapses of casualties influence the limitations of the compensation of medical expenses in compulsory car insurance?

- () a. The amount of compensation is reduced by the rating blame of casualties.
- () b. The amount of compensation is reduced only when the rating blame of casualties is higher than the specified criterion.
- () c. The amount of compensation is not reduced.

[Relationships between compulsory car Insurance and public medical insurance]

Q4.

Which insurance system covers the expenses of medical services that casualties in car accidents need?

- a. Compulsory car insurance
- b. Public medical insurance
- c. You can choose 'a' or 'b' above.
- d. You can use both 'a' and 'b' above.
- e. Others ()

Q5.

Are there any differences in price of the same medical services between the cases of using car insurance and public medical insurance for covering medical expenses?

- a. Exactly the same.
- b. The price in the case of using compulsory car insurance is higher than that in the case of using public medical insurance.
- c. The price in the case of using public medical insurance is higher than that in the case of using compulsory car insurance.
- d. There are differences in price. Which is higher depends on kinds of medical services that are provided.
- e. Others ()

[Who covers medical expenses without compulsory car insurance?]

Q6.

What covers medical expenses due to car accidents without compulsory car insurance?

- a. Public medical insurance system
- b. Private medical insurance
- c. Private voluntary car insurance
- d. Choose one of the 'a', 'b' and 'c' above.
- e. Simultaneously utilize 'a', 'b' and 'c' above.
- f. Others ()

[Opinion about current insurance system]

Q7.

How do you think the current insurance system for car accidents from the viewpoint of your medical association?

- a. No problem.
- b. It is a bit problematical, but we do not need to change it urgently.
- c. We need to change it urgently.
- d. Other ()

Q8.

What do you think is a problem about the current insurance system for car accidents from the viewpoint of your medical association?

Q9.

Please let me know if you have any comments about the questionnaire or something else.

Thank you very much for your cooperation.