

第42回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

平成22年11月15日(月)
16時00分～18時00分
場所：都市センターホテル
5階「オリオン」

(議題)

1. 平成23年度以降の出産育児一時金制度について
2. 診療報酬の支払早期化について
3. 医療費適正化計画の中間評価等について
4. 傷病手当金及び出産手当金について
5. 救急医療用ヘリコプター費用の医療保険上の扱いについて
6. その他

(配布資料)

【議題1について】

資料1-1 出産育児一時金制度について

資料1-2 産科医療補償制度の現状について

委員提出資料1 井上委員提出資料

委員提出資料2 海野委員提出資料

【議題2について】

資料2 診療報酬の支払早期化について

【議題3について】

資料3 医療費適正化計画の中間評価案等について

委員提出資料3 小林委員提出資料

委員提出資料4 白川委員提出資料

参考資料1 保険者アンケート結果概要(特定健診・保健指導)

参考資料2 国保中央会「特定健診・保健指導の実施に関する
ワーキンググループ報告」

【議題4について】

資料4-1 傷病手当金について

資料4-2 出産手当金について

【議題5について】

資料5 救急医療用ヘリコプター費用の医療保険上の扱いについて

平成23年度以降の出産育児一時金制度の 在り方について (素案)

平成22年11月15日
厚生労働省保険局

「基本的な考え方」及び「対応案(骨子)」

【平成23年度以降の出産育児一時金制度の在り方についての基本的な考え方】

- 安心して妊娠、出産できる環境を整備するため、
 - ・ 被保険者等の出産費用に係る経済的負担の軽減を図る。
 - ・ 特に地域における周産期医療の確保に配慮する。
 - ・ 被保険者等、病院・診療所・助産所、医療保険者等による制度運用に過度の負担、混乱を来さないよう配慮する。

【対応案(骨子)】

- 以上のような基本的考え方に基づき、以下の対応を図る。
 - ・ 支払のさらなる早期化
 - ・ 手続の簡素化
 - ・ 小規模施設における受取代理の仕組みの制度化
 - ・ 直接支払制度等の実施を強制しないことの明示
 - ・ 省令等の整備

対応案の具体的な考え方について

- 直接支払制度については、妊婦等の負担軽減や、医療機関等における未収金の減少といった効果があったものと考えられる。
- 一方で、医療機関等への支払いまでに一定の期間を要することによる資金繰りへの影響や、産科医療補償制度、妊婦健診の公費負担等とも相まった、医療機関等における過大な事務負担などの問題点も指摘されている。
- このため、直接支払制度の問題点を改善しつつ継続することが適切ではないか。あわせて他の制度の見直しも検討すべきではないか。
- ただし、制度の実施により、対応が困難な医療機関等が分娩を取りやめてしまうことは、かえって妊婦等に不利益となるため、小規模施設などについては、別途措置を講じるべきではないか。
- 例えば、受取代理においては、直接支払制度に比べて、支払までの期間が短縮されること、医療機関等における事務手続が平易であることから、小規模施設など、直接支払制度への対応が困難な医療機関等において、受取代理の仕組みを制度化してはどうか。
- この場合、複数の申請・支払方法が併存することによる保険者等の負担を考慮し、受取代理を利用可能な医療機関等を限定することとしてはどうか。(例えば、分娩取扱件数が年間約200件以下の診療所、助産所を対象。)
- また、直接支払制度、受取代理制度への対応が困難な医療機関等については、実施を強制しないことを改めて明示し、医療機関等による選択制であることを明確にしてはどうか。(省令において手続規定を整備。)
- なお、事前申請については、申請後、出産までの間に保険加入関係が変更されることが相当数予想されるため、一律に事前申請制とすることは、保険者、妊婦等の負担を考えれば困難ではないか。

申請・支払方法について(素案)①

【平成22年度まで】

直接支払制度

× 医療機関等の申請から支払いまでに一定期間を要するため、医療機関等の資金繰りに支障をきたす恐れ

- ・対応が困難な医療機関等は、制度の適用を猶予
- ・低利のつなぎ融資を実施、融資条件を順次緩和
- ・月1回請求・支払を月2回とし、支払を早期化

× 医療機関等における手続が煩雑

- ・Q&A、医療機関等向けマニュアルの作成、配布
- ・磁気申請専用ソフトの作成、配布

直接支払未対応(償還払い)

× 直接支払制度の実施実績のある医療機関名を保険者に提供

【平成23年度以降】

直接支払制度

① 支払のさらなる早期化

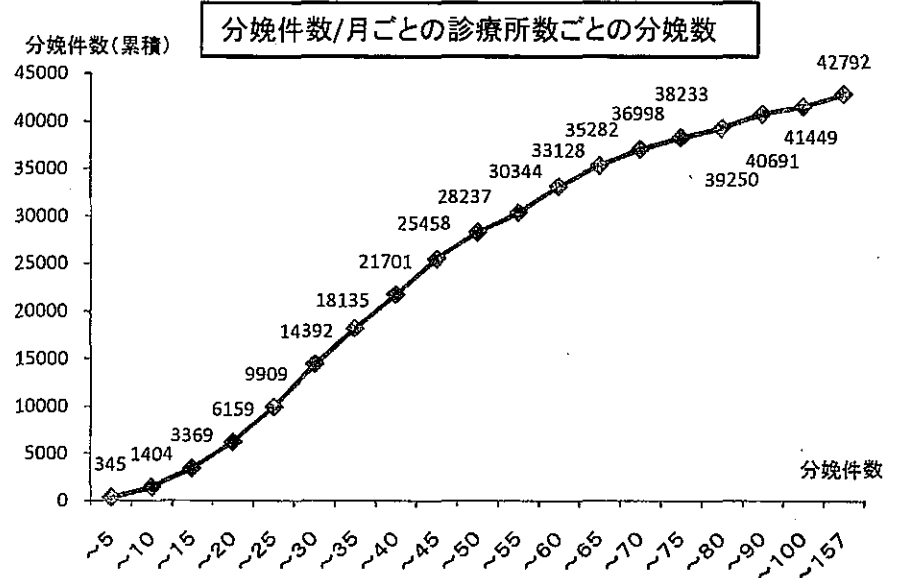
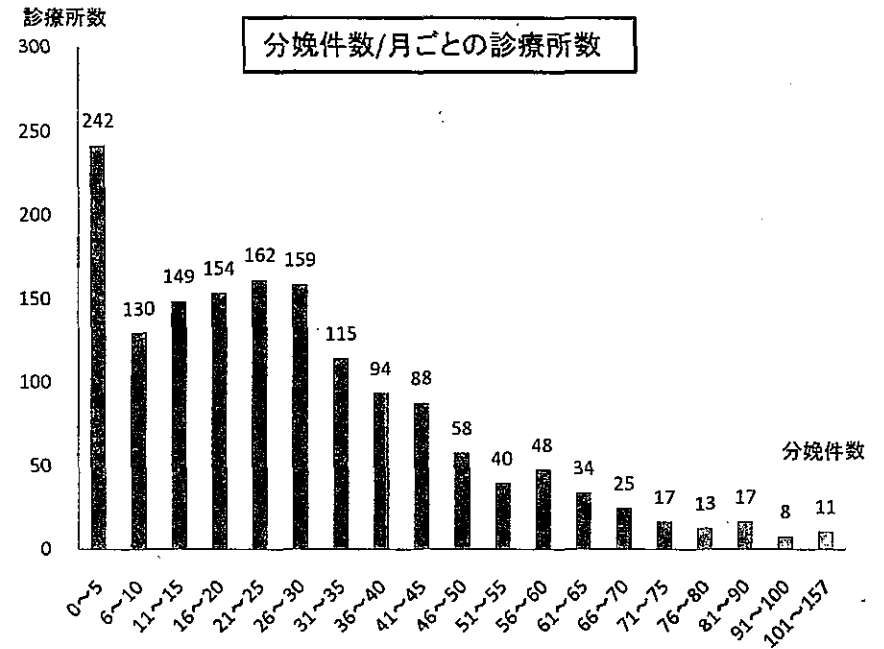
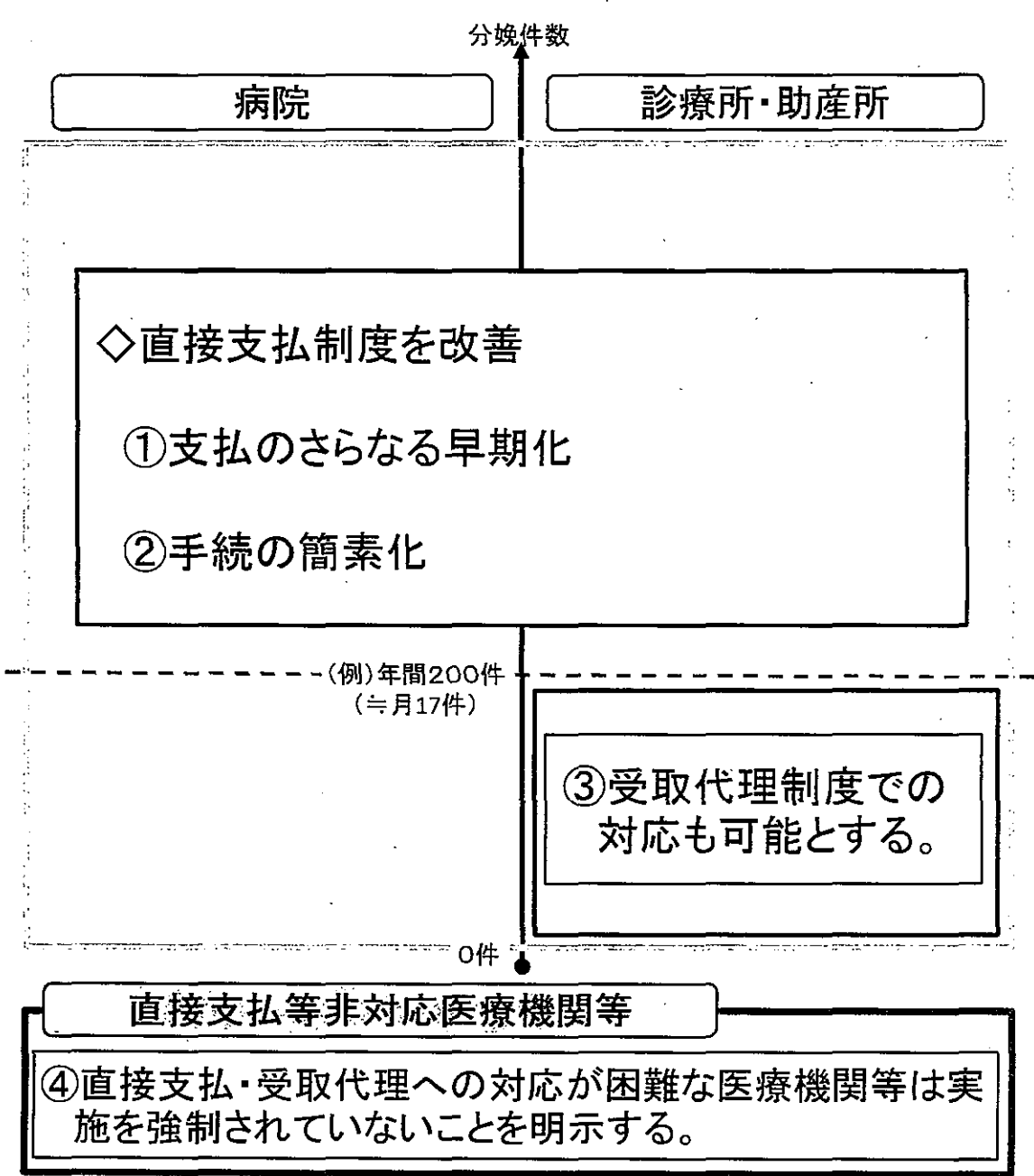
② 手続の簡素化

③ 小規模施設における受取代理の仕組みの制度化

④ 直接支払等非対応(償還払い)

(⑤ 直接支払、受取代理、償還払いの手続を省令で規定)

申請・支払方法について(素案)②



※厚生労働省「医療施設調査」(平成20年)より、保険局において集計。分娩数は、平成20年9月におけるもの。

支給額に関する対応案・考え方について

【平成23年度以降の支給額について(素案)】

- ①支給額は42万円*とする。
- ②医療保険者への支援については、医療保険制度全体の中での医療保険者への影響も含めて、引き続き、予算編成過程において検討。
- ③支給額の水準については、今後も、必要に応じて議論。

* 在胎週数が22週に達していないなど、産科医療補償制度加算対象出産ではない場合は、39万円

【考え方】

- 出産育児一時金は、出産に要する経済的負担の軽減を図るためのものであり、支給額の水準は、これまでも、全国の平均的な出産費用を踏まえたものとしている。
- 今般、平均的な出産費用は平均値で473,626円、中央値で465,000円となっており、現在の出産育児一時金42万円を上回っている(室料差額の平均値、中央値を除いた場合、それぞれ459,428円、465,000円となり、いずれにしても42万円を上回っている。)
- このような状況を踏まえると、支給額を引き下げることが適当ではないのではないかと。その一方で、医療保険者の財政状況や、出産育児一時金の引上げが出産費用の更なる引き上げにつながることも否定できないことを踏まえれば、支給額を引上げることは、困難ではないか。
- また、時限措置ではないのであれば、出産育児一時金については原則保険料で賄うべきではないか。一方で、子育て支援の重要性や、医療保険者の財政状況を踏まえれば、公費による支援が必要との意見もあり、医療保険制度全体の中での医療保険者への影響も含めて、引き続き、予算編成過程において検討すべきではないか。
- また、今般、出産費用の内訳の把握がある程度可能となったことから、支給額の水準について、今後も、必要に応じて議論していくこととしてはどうか。

支給額に関する主なご意見

- 現状で、お産をする際に経済的負担が必要な状況にある。増額を検討すべき。減額は到底考えられない。
- 今の現実を追認する形で、当面は推移するのがよいのではないか。
- 4万円引上げの暫定措置は、恒久措置として継続すべき。
- 元に戻すこと、実勢価格との乖離を広げることは問題。地域差、病院・診療所・助産所での開きといったところがもう少し透明化するといったことがないと、出産費用が46、47万円になったからといって、それだけでスライドして上げるべきではない。保険者の財政状況を見ても、慎重に検討すべき。
- 現実的には、元に戻すことは無理。実勢価格に出産育児一時金を合わせていくことが妥当なのかどうか、きちんと整理すべき。
- 現状の保険財政を踏まえれば、本来の38万円に戻すのが妥当ではないか。少子化対策等との関連で、時限措置の延期あるいは42万円にするということであれば、一般会計から公費をもって各保険者への財政支援を行うべき。事業主が拠出している児童手当勘定をもって支援することはかねてから反対。

産科医療補償制度の概要（平成21年1月1日創設）

制度創設の経緯

分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つである。このため、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、

- ①分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、
- ②紛争の早期解決を図るとともに、
- ③事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る

ことを目的とし、平成21年1月より(財)日本医療機能評価機構において産科医療補償制度の運営が開始されたところ。

※ 制度の創設に当たっては、平成18年11月に与党において取りまとめられた枠組みを踏まえ、制度の詳細について検討が行われた。

補償対象

(※ 該当年に誕生した児のうち、対象者推計数は概ね500~800人)

- 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺
 - ・ 出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上、または在胎週数28週以上かつ所定の要件に該当する場合
 - ・ 身体障害者等級1・2級相当の重症者
- ・ 先天性要因等の除外基準に該当するものを除く

補償金額

3,000万円(一時金:600万円+分割金 総額:2,400万円(年間120万円を20回))

掛金

一分娩当たり 30,000円

加入促進策

- 診療報酬上の算定要件に本制度加入を追加
 - 加入機関での分娩に出産育児一時金を3万円追加(35→38万円) 等
- ※ 出産育児一時金は、平成21年10月から平成22年度末までの間、4万円が加算(38→42万円)される。

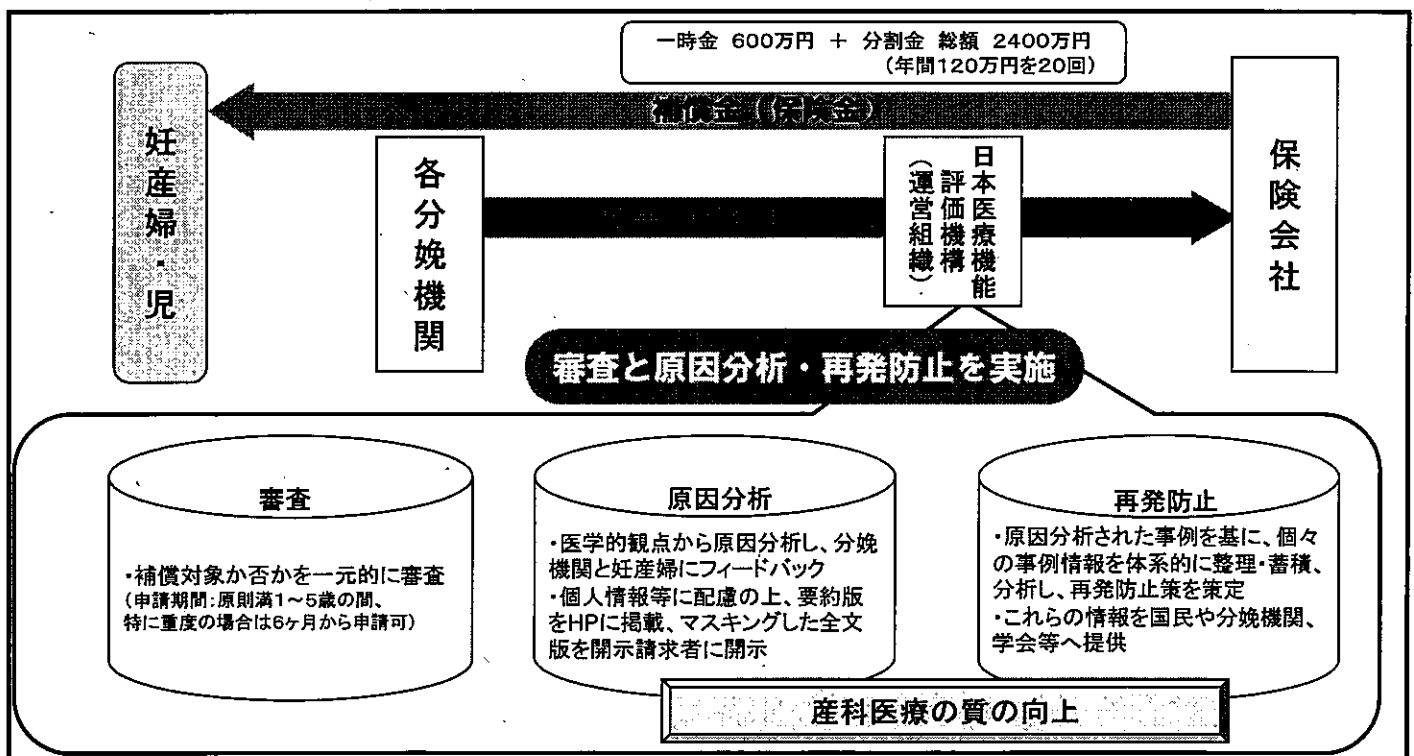
その他

- 保険金の支払額の確定後、当該剰余金が生じている場合には運営組織へ返還され、本制度のために使用する。
- 遅くとも5年後を目処に、制度内容について検証し、適宜必要な見直しを行う。

産科医療補償制度の仕組み

- 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償
- 原因分析を行い、将来の同じような事例の再発防止に役立つ情報を提供

⇒ 紛争の防止・早期解決、産科医療の質の向上を図る



産科医療補償制度加入状況について

— 平成22年11月4日現在 —

区分	分娩機関数	加入 分娩機関数	加入率 (%)
病院	1,201	1,201	100.0
診療所	1,691	1,682	99.5
助産所	443	437	98.6
合計	3,335	3,320	99.6

(注) 分娩機関数について

病院・診療所・・・平成22年11月4日現在、日本産婦人科医会調査数

助産所・・・・・・平成22年11月4日現在、日本助産師会調査数

都道府県別状況

都道府県	病院・診療所			助産所			合計		
	全機関数	加入 機関数	加入率 (%)	全機関数	加入 機関数	加入率 (%)	全機関数	加入 機関数	加入率 (%)
北海道	113	113	100.0	10	10	100.0	123	123	100.0
青森	33	33	100.0	2	2	100.0	35	35	100.0
岩手	42	42	100.0	1	1	100.0	43	43	100.0
宮城	49	49	100.0	4	4	100.0	53	53	100.0
秋田	29	29	100.0	0	0	—	29	29	100.0
山形	35	35	100.0	0	0	—	35	35	100.0
福島	54	54	100.0	4	3	75.0	58	57	98.3
茨城	63	62	98.4	8	8	100.0	71	70	98.6
栃木	47	47	100.0	4	4	100.0	51	51	100.0
群馬	47	47	100.0	2	2	100.0	49	49	100.0
埼玉	116	116	100.0	32	32	100.0	148	148	100.0
千葉	118	117	99.2	21	21	100.0	139	138	99.3
東京	213	211	99.1	55	54	98.2	268	265	98.9
神奈川	132	132	100.0	42	42	100.0	174	174	100.0
新潟	51	51	100.0	5	5	100.0	56	56	100.0
富山	27	27	100.0	2	2	100.0	29	29	100.0
石川	39	39	100.0	11	11	100.0	50	50	100.0
福井	24	24	100.0	2	2	100.0	26	26	100.0
山梨	17	17	100.0	4	4	100.0	21	21	100.0
長野	51	51	100.0	15	15	100.0	66	66	100.0
岐阜	59	59	100.0	10	9	90.0	69	68	98.6
静岡	84	84	100.0	17	17	100.0	101	101	100.0
愛知	167	167	100.0	22	22	100.0	189	189	100.0
三重	45	45	100.0	7	7	100.0	52	52	100.0
滋賀	43	43	100.0	9	9	100.0	52	52	100.0
京都	68	68	100.0	11	11	100.0	79	79	100.0
大阪	167	166	99.4	32	31	96.9	199	197	99.0
兵庫	121	119	98.3	20	18	90.0	141	137	97.2
奈良	33	33	100.0	10	10	100.0	43	43	100.0
和歌山	27	27	100.0	10	10	100.0	37	37	100.0
鳥取	18	18	100.0	3	3	100.0	21	21	100.0
島根	23	23	100.0	1	1	—	24	24	100.0
岡山	47	47	100.0	6	6	100.0	53	53	100.0
広島	68	68	100.0	5	5	100.0	73	73	100.0
山口	41	41	100.0	4	4	100.0	45	45	100.0
徳島	22	22	100.0	0	0	—	22	22	100.0
香川	28	28	100.0	4	4	100.0	32	32	100.0
愛媛	41	41	100.0	3	3	100.0	44	44	100.0
高知	21	21	100.0	2	2	100.0	23	23	100.0
福岡	140	138	98.6	17	17	100.0	157	155	98.7
佐賀	30	30	100.0	1	1	100.0	31	31	100.0
長崎	58	58	100.0	3	3	100.0	61	61	100.0
熊本	61	61	100.0	2	2	100.0	63	63	100.0
大分	37	37	100.0	4	4	100.0	41	41	100.0
宮崎	49	49	100.0	7	7	100.0	56	56	100.0
鹿児島	57	57	100.0	5	5	100.0	62	62	100.0
沖縄	37	37	100.0	4	4	100.0	41	41	100.0
合計	2,892	2,883	99.7	443	437	98.6	3,335	3,320	99.6

産科医療補償制度における審査結果の状況

(平成21年1月1日～平成22年11月10日現在)

1. 平成21年生まれの児

補償対象基準	審査件数	補償対象	補償対象外			継続審議 ^{※3}
			補償対象外	再申請可能 ^{※4}	計	
補償約款別表第一の 第1号 ^{※1}	84	79	1	2	3	2
補償約款別表第一の 第2号 ^{※2}	5	5	0	0	0	0
計	89	84	1	2	3	2

2. 平成22年生まれの児

補償対象基準	審査件数	補償対象	補償対象外			継続審議
			補償対象外	再申請可能	計	
補償約款別表第一の 第1号	1	1	0	0	0	0
補償約款別表第一の 第2号	1	1	0	0	0	0
計	2	2	0	0	0	0

3. 合計

補償対象基準	審査件数	補償対象	補償対象外			継続審議
			補償対象外	再申請可能	計	
補償約款別表第一の 第1号	85	80	1	1	3	2
補償約款別表第一の 第2号	6	6	0	0	0	0
計	91	86	1	2	3	2

※1 児が出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上で出生していること

※2 児が在胎週数28週以上かつ所定の要件に該当する状態で出生していること

※3 追加情報が必要であり、継続審議としたもの

※4 現時点では補償対象とならないものの、将来、所定の要件を満たして再申請された場合、改めて審査するもの

6) 制度収支状況について

(1) 平成21年1月～12月の収支状況

本制度の保険期間である1月から12月までの一年間における、保険料および保険金（補償金）の状況について以下に説明する。

なお、運営組織の事業年度（4月から3月まで）の決算状況については（2）に後述する。

1. 収入保険料

平成21年1月から12月の収入保険料は次のとおり。

$1,054,340 \text{ 分娩} \times 29,900 \text{ 円}^{\ast 1} = 31,524,766 \text{ 千円}$

※1 掛金のうち100円は分娩機関が廃業等した場合に運営組織が補償責任を引き継ぐための費用

2. 平成21年12月までに確定した保険金（補償金）

平成21年12月（第4回審査委員会認定分）までに確定した保険金は次のとおり。

$12 \text{ 件} \times 30,000,000 \text{ 円} = 360,000 \text{ 千円}^{\ast 2}$

※2 H21年12月末までに実際に支払われた保険金は、7件×（一時金600万円+分割金120万円）=50,400千円

3. 将来の補償金支払いのための支払備金

平成21年1月から12月までに出生し、補償対象となった児の将来の補償金支払いのための支払備金は次のとおり（平成21年12月末現在）。

(収入保険料) (保険金) (事務経費)

$31,524,766 \text{ 千円} - 360,000 \text{ 千円} - 4,935,600 \text{ 千円}^{\ast 3} = 26,229,166 \text{ 千円}$

※3 運営組織1,543,600千円+保険会社3,392,000千円

【基本的な考え方】

- 本制度の補償申請期間は児の満5歳の誕生日までとなっているため、平成21年生まれの児が満5歳となる平成26年を終えるまで、補償対象者数および補償金総額は確定しない。そこで、平成21年の収入保険料は、将来の補償に備えて、保険会社が支払備金として管理する。（現時点における補償対象者数の詳細については議事3資料のとおり。）
- なお、年間の補償対象者数は最大800人と推計している。補償原資に剰余が生じた場合は保険会社から剰余分が運営組織に返還され、本制度の見直しに向けた利用方法の検討を行うこととしている。欠損が生じた場合は保険料の引上げ等を行い、補償原資の確保を検討することとしている。

4. 事務経費

ア. 運営組織

(単位:百万円)

物件費		807
	会議費、旅費交通費、諸謝金等	36
	印刷製本費、通信運搬費等	81
	事務所借料等	105
	委託費	215
	システム開発・保守費	211
	事務所増設費	118
	その他消耗品費等	41
人件費	給与・報酬等、福利厚生費、社会保険料等	187
その他	次期繰越金 ^{※4}	550
合計		1,544

※4 運営組織の事務経費は収支相償(実費弁償)としている。H21年は制度発足初年度であるため、ある程度余裕をもって経費の見込みを立てていたところ、実際の支出額が見込みを下回ったことから、これを次年度(H22年)に繰り越して、二年間の通期で収支相償とすることとした。

なお上表の金額には、制度発足前の準備経費195百万円(物件費128百万、人件費67百万)を含む。

イ. 保険会社

(単位:百万円)

物件費		1,014
	印刷発送費、交通費、会議関連費用等	26
	事務所関係費、備品費、機械賃借料、租税公課等	810
	本制度対応システムの開発・維持費等	179
人件費		799
	契約管理事務支援、商品開発・収支管理、支払事務等に係る人件費	365
	一般管理業務等に係る人件費	433
制度変動 リスク対 策費	医療水準の向上等に伴う脳性麻痺発生率上昇リスク、統計の母数が少ないため推計値が大幅に外れるリスク、中長期的に予期できない制度運営事務・システムのリスク等に対応する費用	1,578
合計		3,392

(参考) 同様の仕組みではないものの、公的制度である自動車損害賠償責任保険(自賠責)では保険料に占める事務経費の割合は約23.0%となっている(平成13年11月開催 自賠責審議会資料より算出)。本制度については、運営組織と保険会社の事務経費を合算すると、収入保険料に占める割合は約15.7%となっている。

社会保障審議会 医療保険部会（出産育児一時金問題）の
審議進行に関する上申書（4）

平成 22 年 11 月 15 日

社会保障審議会 医療保険部会 御中

井上 清成（弁護士）

出産育児一時金直接支払制度について

1. 保険局（素案）に対する質問集
2. 直接支払制度よりも圧倒的に便利な受取代理制度
3. 学会・医会共同要望に基づく井上専門委員提案（たたき台）
4. 図解
 - （1）事後申請型（直接支給タイプと受取代理タイプ）
 - （2）事前申請型（直接支給タイプと受取代理タイプ）
5. 標準書式
 - （1）支給申請書（事前申請用）
 - （2）出産事実の通知書
6. 直接支払制度終了の要望書（小林夕子作成）
〈井上専門委員意見〉妊産婦その他の一般人を参考人に呼んで、審議会の場で意見陳述してもらうべきである。
7. 岡本充功厚生労働大臣政務官の答弁（抜粋）

産科医療補償制度について

8. 産科医療補償制度に関する質問事項

保険局（素案）に対する質問集

平成22年11月12日

井上 清成（弁護士）

1. 小規模施設ではなく専門特化施設では？
仮りに受取代理の利用可能な施設を限定するとしたら、分娩取扱件数といった規模の大小を基準とするのではなく、分娩収入割合といった専門特化の高低を基準とするべきではないのか。
2. 保険加入関係の変更はどのくらい？
保険加入関係が変更されることが相当数予想されるとあるが、その根拠となる資料はあるのか。また、実際はさほどの変更数はないのではないのか。
3. 申請後に保険加入関係が変更すると負担が増えるのか？
一律に事前申請制をとったとして、妊娠4ヶ月経ってからの事前申請後より出産までの間に保険加入関係が変更されても、健康保険法106条により6ヶ月以内に出産すれば加入保険者の変更をしなくてもよいので、保険者にも妊婦にも負担は増えないのではないのか。むしろ、事前申請を認めない直接支払制度で、現在、保険加入関係の変更による混乱と負担が生じているのではないのか。
4. 支払の「さらなる」早期化は保険者に不利益では？
支払のさらなる早期化は、結果として保険者自身の支払審査と支払準備の事務処理に不可能を強いるので、無理な対応目標なのではないのか。
5. 法令で規定とは何か？
直接支払、受取代理、償還払いを法令で規定など法令とは省令を意味するのか。何のために何を省令で規定するのか。その省令は法的拘束力を有するものなのか。
6. 直接支払制度しか認められないのか？
病院・診療所・助産所のうち、年間200件を超える分娩施設については、直接支払制度以外に、償還払いは認められないのか。また、償還払いが禁止されていないとしたら、償還払いの事前申請は認められないのか。
7. 受取代理制度の申請書式は標準化するのか？
受取代理制度の申請書式はすべての保険者について概ね一律の標準化されたものとするのか。
8. 受取代理制度は事前申請可能なのか？
受取代理制度は事後申請に限らず、事前申請も認められるのか？
9. 受取代理制度は申請代行も認められるのか？
受取代理制度はあくまでも被保険者名義にて申請されるものであるところ、妊婦健診の際などに来院した被保険者がその名義で作成した申請書を、分娩機関が事務代行して保険者に届けることは認められるのか。
10. 平成21年10月から平成23年3月までに直接支払制度を利用した分娩機関が被った積極損失（借入れ利息の負担分、預金引出しによる得べかりし利子分）や現に遅れている2ヶ月分の繰り上げ補填は、平成23年3月の期限切れ一旦終了に伴って、国庫から補助するなどして分娩機関に賄われないのか？

直接支払制度よりも圧倒的に便利な受取代理制度

井上 清成（弁護士）

1 妊産婦にとって

(1) 分娩機関備え付けの標準書式での申請事務代行と申請時期選択の自由

受取代理制度の標準申請書式を定め、直接支払制度と同様に分娩機関に備え付けて置く。そうすれば、分娩機関の代理人名義で行う直接支払制度と異なり、あくまでも妊産婦名義で行うとは言え、実際上は分娩機関が事務代行を行ってくれるので、妊産婦にとっては手間がかからず便利である。

しかも、事後申請だと出産直後のドタバタ時に限られるが、事前申請だと妊娠中の妊婦健診の際などで、かつ、余裕のある適宜な時に書類作成ができる。事後申請に限られている直接支払制度に比べ、妊産婦には申請の時期選択の自由があり、圧倒的に便利である。

(2) 加入保険者変更の折の保険者選択の自由

妊娠4ヶ月以上の時点で事前申請をした後に、妊婦の加入保険者に変更があった場合、その時から6ヶ月以内の出産ならば出産育児一時金申請の保険者の変更手続は不要であり、従来の保険者より支給される。もちろん、保険者の変更申請をして、出産時の保険者より支給を受けることもできる。

妊産婦には、支給を受ける保険者を変更するかしないかの選択の自由がある。

(3) 一つの書式で償還払いも受取代理も選択自由

償還払いと受取代理は、一つの申請書式に並記されているので、現金を自らの手元に入れるか、直接支払制度と同じに分娩機関に直接入金させるか、極めて簡単かつ自由に選ぶことができる。直接支払いか償還払いかの二者択一の選択のように、書式を全く変える必要がなく、妊産婦にとってわかりやすく便利である。

(4) 金額割り振りも自由選択

もともと出産育児一時金は使途自由なので、妊産婦の家計の都合に応じて、自らが手にする金額と出産費用にそのまま当てる金額の割り振りを自由に選択することができる。これに比して、直接支払制度は利用するならばすべてを出産費用にまず充当させるようにせねばならず、100か0かしかない。

(5) 出産後の即時受給も楽に可能

事前申請をしておけば、出産事実の通知後に直ちに受給できるのは当然である。直接支払制度は事後申請に限られ、かつ、支払機関による専用請求書による支払審査が介在するので、いくら「支払のさらなる早期化」をしても限界があり、不便である。

以上、(1)～(5)に代表されるように、妊産婦には諸々の選択の自由があり、

受取代理制度は圧倒的に便利である。なお、分娩機関の変更、出産予定日の変更も、分娩機関同士の連携や分娩機関と保険者との連携があれば、妊産婦にとって何らの不利益にはならない。

2 分娩機関にとって

(1) 診療所・助産所の閉院防止など

支払の無理のない即時化や専用請求書の不存在により、資金繰りへの悪影響や事務負担の増大を避けられる。

(2) 未収医療費対策の充実

そもそも未収医療費対策の基本は、分娩機関と妊産婦との間のコミュニケーションの充実にある。事前申請制度を契機に、通院開始や入院開始と同時に、出産費用支払いに関するコミュニケーションを持ちやすくなる。これがそのまま未収金対策となる。事後申請しかない直接支払制度にはない利点である。

もちろん、直接支払い（代理受領）も受取代理（振込指定）も同じ非典型担保であり、同等の担保的機能を営む。

つまり、事前申請に基づく受取代理の方が、未収金対策の機能は上である。

以上、(1)～(2)に代表されるように、分娩機関の資金繰りでも事務負担でも未収金対策でも、受取代理制度の方が直接支払制度よりも圧倒的に優れている。もしも直接支払制度と受取代理制度とを並列させたとするならば、診療所・助産所は言うに及ばず、病院も殆んどが直接支払制度を捨てて受取代理制度に走るのは必定であろう。

3 保険者にとって

(1) 出産育児一時金等支払事務費の削減

直接支払制度においては、保険者は1件当たり210円の出産育児一時金等支払事務費を支出している。その年間総額は、保険者全体で2億円程度にものぼる。受取代理制度においては、このような無駄な経費は削減できる。

(2) 支払審査・支払準備の相当期間の確保

保険者は、受給資格の確認などの支払審査、支払の内部決裁から支払資金の準備・支払手続まで、確実な事務手続を踏まねばならない。当然、相当な事務処理期間が必要である。標準的には、約1ヶ月間くらいは要しよう。

ところが、直接支払制度の改善策として、無謀な「支払のさらなる早期化」をしようとするれば、結局、そのしわ寄せは保険者の事務処理期間の圧縮に来てしまう。実態は、支払機関から保険者に支払請求があれば、保険者としては日数がないので、審査は後回しにしてでもまずは目をつぶって支払機関に送金だけはせざるをえない、といったところであろう。これでは、健康保険法の趣旨からしても本末転倒である。

受取代理制度での事前申請ならば、出産予定日辺りを目指して、事前にゆとりをもってチェックし準備しておくことが可能である。もちろん、早産・流産などの出産予定日の前倒しの事態などには、無理のない程度での緊急かつ柔軟な対応をすれば十分である。

したがって、保険者が本来なすべき確実な支払審査・支払準備について、相当期間を確保できる点においても、受取代理は圧倒的に優れている。

(3) 加入保険者の変更は自然な流れで対処

事前申請後、出産までの間に加入保険者に変更があった場合、直接支払制度によれば、出産時の加入保険者に申請するのが通常である。ところが、従前の加入保険者にも申請できる場合（出産前6ヶ月内の加入保険者の場合）は、混乱が生じる。この混乱は、直接支払制度導入前より懸念されていたものだが、実務上、今もって解消されていない。直接支払制度のシステム構築における隠れた瑕疵とも評しえよう。

事前申請に基づく受取代理によった場合には、直接支払制度とは異なり、時の流れ（事前の保険者から出産時の保険者へ）に沿って妊産婦の意向に従って選択してもらえば自然に対処できる。

前後双方の保険者が人為的に介入せずとも、妊産婦の意向次第で自然な流れで対処できる受取代理制度の方が圧倒的に優れていると言えよう。

以上、(1)～(3)に代表されるように、保険者にとっても受取代理制度の方が圧倒的に便利である。なお、保険者は、支払機関による専用請求書に基づく支払審査に関し、何ら固有の利害を有していない。もともと保険者は、出産がありさえすれば、一定金額の出産育児一時金を支給するだけである。この点で、レセプトとは決定的に異なる。その金額が増減することは一切ないからである。

学会・医会共同要望に基づく井上専門委員提案（たたき台）

（基本的な考え方）

安心して妊娠、出産、育児できる環境を整備するため、

- ・被保険者等の出産費用等に係る経済的負担の軽減を図る。
- ・特に地域における診療所や助産所を含めた周産期医療の確保に配慮する。
- ・産科医療機関、助産所、医療保険者による制度運用に負担、混乱を来たさないよう配慮する。

（対応案〔骨子〕）

1. 支払の無理のない早期化→事前申請制度の全面的導入、支払機関の介在の排除
2. 手続の簡素化→専用請求書の廃止、分娩機関から妊産婦への個々の情報提供の充実
3. 受取代理の仕組みの制度化→代理受領の全面的廃止、振込指定の活用
4. 実施を強制しないことの明示→「勝ち組」「負け組」を作り出さないこと（特に妊産婦の中の「負け組」を作り出さないこと）、妊産婦の完全な自由選択制
5. 法令の遵守→脱法行為的なシステムを作らないこと、通知・通達による不当な利益誘導をやめること、法律に根拠のない省令を創設しないこと

（申請・支払方法について―たたき台の骨子）

1. 支払機関が介在し事後申請しか認められない直接支払制度（代理受領方式）は、平成23年3月をもって終了する。
2. 償還払い方式（直接支給タイプ）にしても、受取代理方式（振込指定タイプ）にしても、事前申請を原則とし、加入保険者の変更その他妊産婦の都合に応じて、事後申請も認める。出産即時支払いを原則とするが、保険者自身による審査・支払準備に相当期間（約1ヶ月間）を確保することに留意する。
3. 妊産婦の完全な自由選択権を確保する。
4. 償還払い・受取代理そして事前申請・事後申請を網羅した標準書式を作成し、分娩機関が保有しておき、妊婦の申請に協力する。
5. 保険者は全分娩機関リストを、分娩機関は全保険者リストを保有し、連携協力する。
6. 支払機関（国保連）は介在させないこととし、同時に、支払機関による医療保険者からの手数料徴収（年間総額2億円程度）も廃止する。

〈参考〉 出産育児一時金等支払事務費

1件当たり210円

国民健康保険診療報酬等審査支払手数料

1件当たり38.88円～111.6円

（直接支払制度終了の合理性）

1. 専用請求書を維持するならば、事前申請化と即時支払いが不可能となる。
2. 支払機関を介在させるならば、保険者に不当な経費負担（年間総額約2億円）を課すこと、不相当に短い支払審査期間・支払準備期間しか確保させられないこと（不可能な事務処理）、加入保険者の変更手続が困難なこと（健康保険法第106条を参照）、といった不都合を免

れない。

3. ただし、専用請求書による支払審査を廃止し、支払機関を介在させないこととすれば、上記1・2の不合理性が無くなり、代理受領方式による直接支払制度（但し、事前申請化）を修正の上で維持することが可能となる。

(諸変更への対応可能性)

方式		加入保険者の変更		分娩機関の変更		出産予定日の変更	
		妊娠中	出産直前	妊娠中	出産直前	妊娠中	出産直前
償還払い (直接支給)	事前	◎	◎	◎	◎	○	◎
	事後	◎	◎	◎	◎	◎	◎
受取代理 (振込指定)	事前	◎	◎	◎	○	○	◎
	事後	◎	◎	◎	◎	◎	◎
直接支払 (代理受領)	事前	/		/		/	
	事後	△	×	◎	◎	◎	◎

1. 加入保険者の変更—直接支払制度の弱点

健康保険法第106条（1年以上被保険者であった者が被保険者の資格を喪失した日後6月以内に出産したときは、被保険者として受けることができるはずであった出産育児一時金の支給を最後の保険者から受けることができる。）との関係で、直接支払制度（支払のさらなる早期化のために特に）の場合は、支払いが先行してしまい、保険者間の調整が後になってしまうため、困難が生じる。国保と社保の自由選択なのか、社保が原則なのか、取扱いが不明瞭である。都道府県の国保連によっても調整可能なところと、不可能なところがある。

資格喪失による過誤調整を仮りに分娩機関負担としないとしても、その過誤払い分の負担をどの保険者にするかが不明瞭である。

2. 分娩機関の変更—受取代理制度の留意点

分娩機関が変更になった場合は、受取代理の事前申請の時には振込口座の指定変更が必要となる。被保険者による口座指定の変更でもよいが、分娩機関相互の情報提供連携によって、分娩機関（当初の受取代理人）名義で口座指定の変更を行うこともできるようにすべき。妊産婦の手間を省くためである。

3. 出産予定日の変更—早産、流産などの場合

たとえば妊娠12週で事前申請をして13週で死産に至ったような場合は、文字通りの即時支払いは難しい。ただし、この場合は緊急例外の場合として、分娩機関は、妊産婦と出産費用支払い時期を協議しつつ、かつ、保険者とも連携してできるだけ早期の支払いを実現できるように努めるべきである。

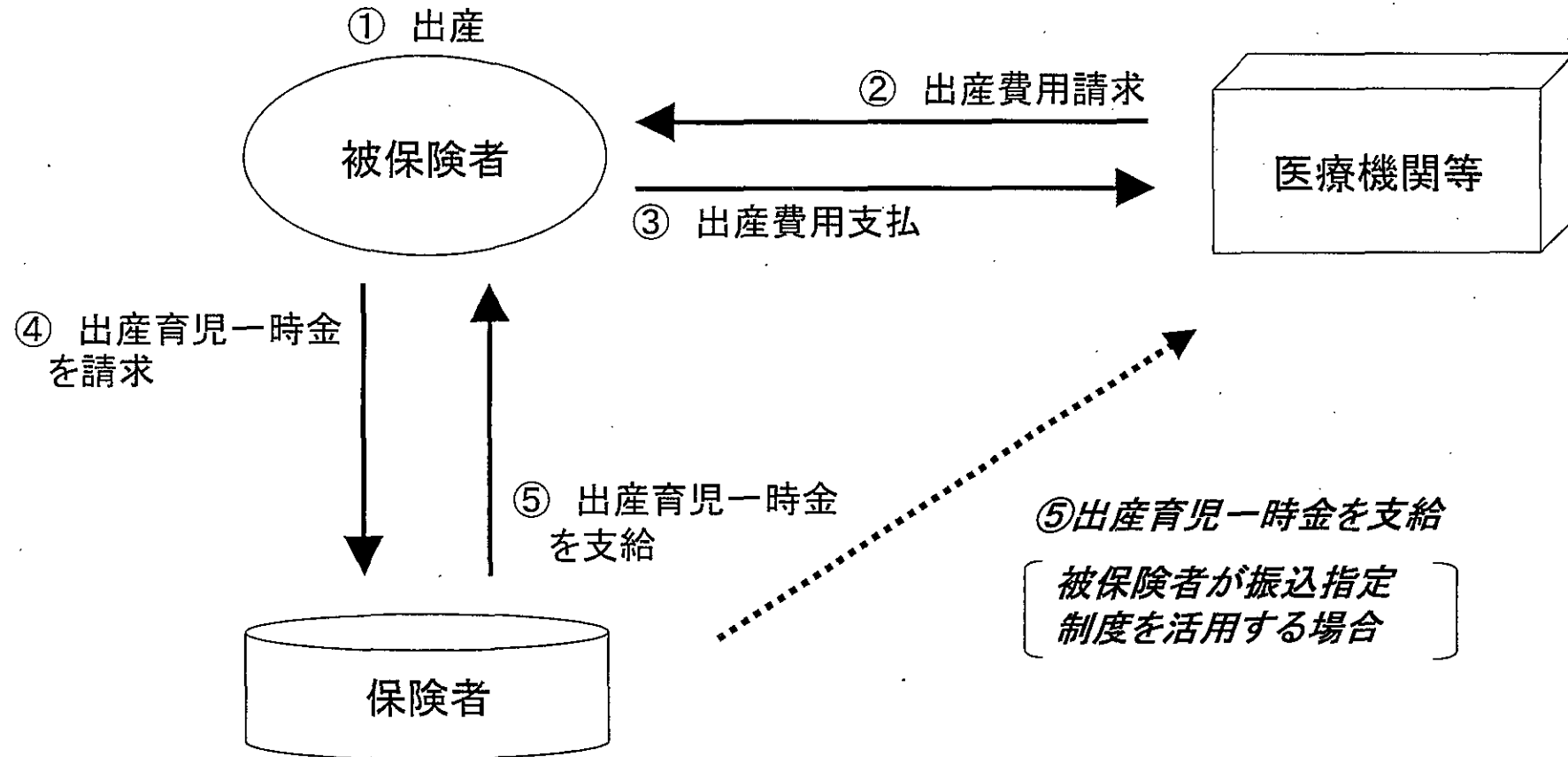
なお、直接支払制度だとすると、支払機関が介在しているため、緊急かつ柔軟な対応が難しい。

(申請・支払方法について一提案 [たたき台])

1. 支払機関を介在させ事後申請のみ認める直接支払制度は終了。
ただし、支払機関を介在させず事前申請も認め、専用請求書を要件としない代理受領方式(修正された直接支払制度)は、検討の余地がある。
2. 償還払いと受取代理のいずれの方式についても、事後申請のみならず事前申請も認め、それらは妊産婦の完全な自由選択制とする。
3. 分娩機関のみならず保険者にも負担をかけないように努めつつ、妊産婦の利益を第一義とする。出産育児一時金の使途、受取方法のいずれについても、妊産婦の自由な選択権を保障する。
4. 申請の標準書式を分娩機関で保有し、分娩機関と保険者とで互いに全リストを所持し、妊産婦の申請を連携して助力する。
5. 市町村国保への38億円の国庫補助も、協会けんぽ・健保組合等への138億円の国庫補助も、出産育児一時金制度の改善のために平成23年4月以降も維持する。直接支払制度が終了しても国庫補助は減らさない。

A. 保険者から妊婦等へ直接支給する方法

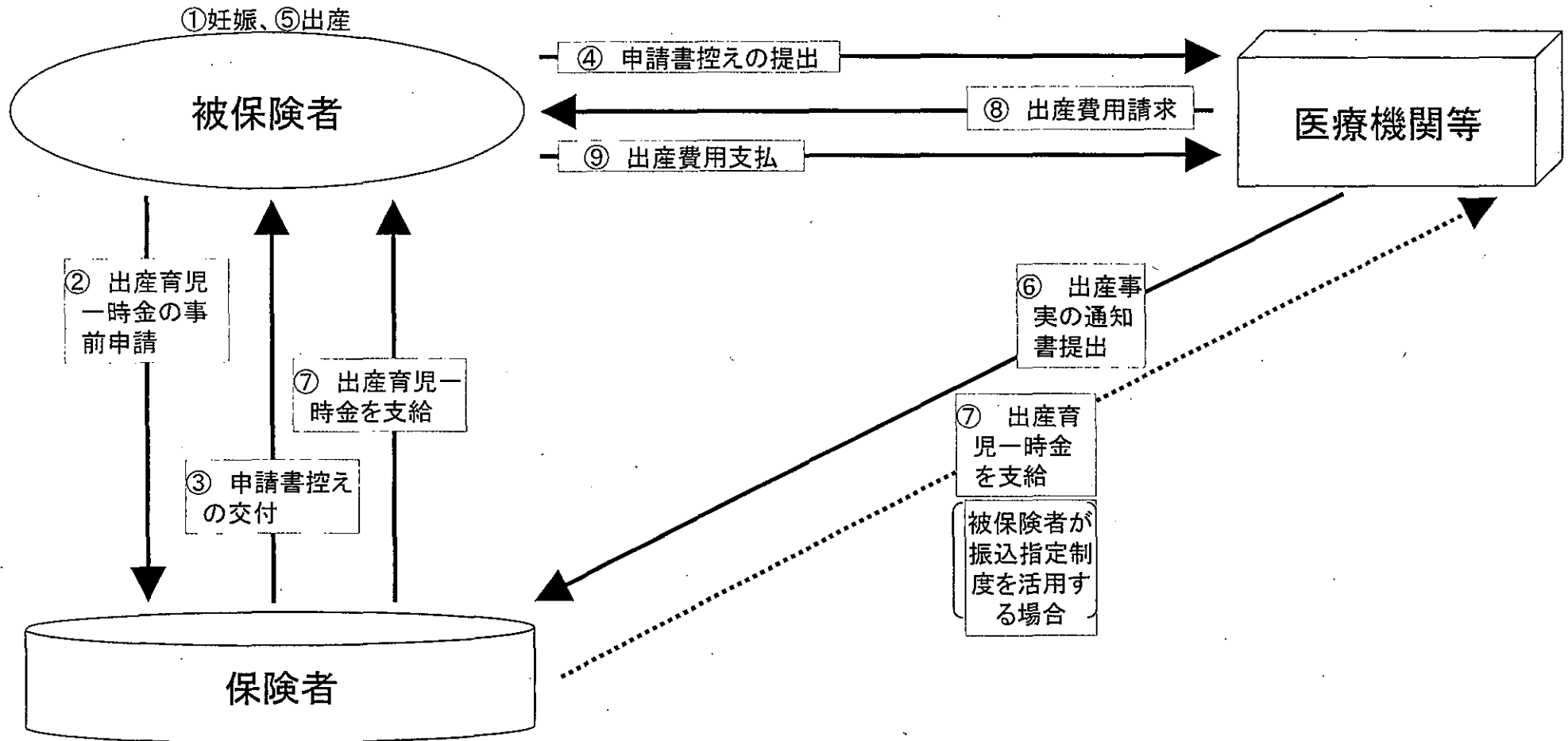
事後申請型(直接支給タイプと受取代理タイプ)



D. 学会・医会共同要望を踏まえた井上専門委員提案

[支払機関(国保連)を介在させない場合]

事前申請型(直接支給タイプと受取代理タイプ)



届	番	コ	ー	ド
3	2	1		

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金支給申請書 (事前申請用)

① 記入については裏面「留意事項」をご覧ください。
 ② 添付書類については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。
 ③ 「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日		送信
①	②	③	④	
⑨ 被保険者(申請者)の氏名と印		(フリガナ)	⑦ 名称	⑧ 所在地
⑩ 被保険者(申請者)の住所		④ 郵便番号	(フリガナ)	
被扶養者が出産したための申請であるときは、その者の		② 氏名	⑤ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生
⑫ 出産予定日(妊娠(週))	平成 年 月 日	③ 胎児	左記の通り相違ないことを証明する。平成 年 月 日 印	
入院する医療機関	名称 所在地	③ 被保険者と出生児の続柄		
⑬ 法第3条第2項被保険者として支給を受けた場合はその額(調整減額)				備考
⑭ 資格喪失後、家族の被扶養者となったときは、その被保険者証の		⑮ 被扶養者が被保険者であった場合は、その当時の被保険者証の		
被保険者名・記号及び番号				

⑭ 支払区分	1: 現金 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	⑮ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	⑯ 支払額	円	銀行 本店支店 出願所
⑰ 口座番号	⑱ 口座名義				本店支店 本店支店	
銀行送金の場合		銀行	店	郵便局送金の場合		郵便局

振込指定先

甲()は、医療機関等である乙()を代理人と定め、次の権限を委任します。
 甲が申請する出産育児一時金のうち、乙が甲に対して出産に関する費用の額(上限5万円※)の受領に
 関すること(※一児につき上限5万円)。甲及び乙の支払金融機関の変更もいはいずれかの支払額の
 変更または分娩医療施設の変更はの事務手続一切は関係すること。
 平成 年 月 日
 甲(被保険者)の住所 氏名
 乙(代理人)の住所 氏名
 電話 ()

⑭ 支払区分	1: 現金 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	⑮ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別	⑯ 支払額	円	銀行 本店支店 出願所
⑰ 口座番号	⑱ 口座名義				本店支店 本店支店	
銀行送金の場合		銀行	店	郵便局送金の場合		郵便局

社会保険労務士の
 提出代行者印

平成 年 月 日提出

受付日付印

出産事実の通知書

平成 年 月 日

東京都国民健康保険団体連合会 御中

医療施設の名称・所在地

医師・助産師名

㊞

平成 年 月 日受付に係る別紙の「健康保険出産育児一時金支給申請書
(事前申請用)」記載の妊娠証明に関し、次のとおりに出産事実を通知いたします。

出産した年月日	平成 年 月 日
生産又は死産の別	生産・死産
生産児の数	単胎・多胎 (児)
死産児の数	人 (妊娠 カ月・週)
備考	

添付書類

- 1 健康保険 (被保険者・家族) 出産育児一時金支給申請書 (事前申請用) [受付日付印 付き] 写し 1通

平成22年11月9日

厚生労働省保険局総務課長
武田 俊彦 殿

住所 4葉県習志野市奥初本郷7-18

妊産婦 3名代表 小林 夕子



直接支払制度終了の要望書

私共は、平成23年3月をもって、「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」が終了することを要望します。

平成22年11月15日開催予定の社会保障審議会医療保険部会に向けて作成される事務局案には、直接支払制度を載せることなきよう、要望します。

直接支払制度を存続されることによって、小規模の診療所・助産所そして、それらで分娩する私共を代表する妊産婦を「負け組」にしないでください。

私共は、平成22年3月31日付け長妻昭厚生労働大臣（当時）宛の日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会の共同要望を全面的に支持いたします。この共同要望に忠実に、事務局案を作成してください。

念のため、共同要望で絶対に大切な点は、次のとおりです。

- ① 直接支払制度の平成23年3月をもつての終了
- ② 出産育児一時金の請求と支給は、保険者・被保険者で完結
- ③ 事前申請と出産事実通知直後の受領
- ④ 振込指定制度の利用による分娩施設の代理受取の選択
- ⑤ 事前申請と出産事実通知の簡略化

妊産婦の完全な自由選択制を採用してください。厚生労働省による制度利用誘導はやめてください。

以上

平成22年10月21日 参議院厚生労働委員会（議事録より）
岡本充功厚生労働大臣政務官の答弁（抜粋）

- (1) 「地域の診療所や助産所を含めた周産期体制を整えていくということが私たちの課題」
（井上コメント） だからこそ、小規模な診療所と助産所の経営を圧迫する直接支払制度は終了させるべき
- (2) 「出産一時金の支払の問題、私も幾つかの医療機関に勤めておりましたがけれども、小規模であるほどこの問題意識が強い」
（井上コメント） 小規模であり、さらに、産科に専門特化している医療機関ほど、直接支払制度によるダメージが大きい
- (3) 「事務方が作った答弁書は加入保険者が変わったらどうするのかという話」
（井上コメント） 加入保険者が変わったならば、妊産婦と分娩機関が協力して、事前に申請の仕直しをすれば足りるし、申請の変更をしなくてもよい。
むしろ、直接支払制度では加入保険者の変更に対応できない
- (4) 「十二週で手続をしても残念ながらその直後に死産をされた場合などでは、日数的に結論として間に合わないということになる可能性もある」
「例えば十三週目で残念ながら死産に至ってしまった場合には、十二週で手続を取っても間に合わないということになりかねないということで、必ずしもすべての出産に今の十二週が適用すれば間に合うということでもないのじゃないかな」
（井上コメント） 当然そのとおりである。
保険者には支払準備のための相当な処理期間を与えねばならない。
早産や突発的な死産のため、一時金支払いが出産即時とならないのは問題ない。産婦と分娩機関とで出産費用の支払方法について協議して協調すれば足りる。事前申請してあれば、保険者にも例外的に緊急対応して延期を最小限にしてもらうことも可能である。

〈結論・井上コメント〉

岡本充功厚生労働大臣政務官の答弁から立論すると、やはり直接支払制度は平成23年3月をもって終了せざるをえないであろう。

産科医療補償制度に関する質問事項

平成22年11月12日

井上 清成 (弁護士)

1. 支払備金は計算上は262億円だが、実際は265億円程度のストックがあると想定される。現時点での収入保険料の現実のストックはいくらなのか？そのうち、利息・利子・配当が生じた金額はいくらなのか？
2. 保険会社が管理している支払備金その他のストックは、どのような資産形態で管理されているのか？他の保険会社の財産と分離された形態でストックされているのか？現時点でそのストックは、法的に具体的に誰の所有物なのか？
3. 「保険会社から剰余金が運営組織に返還され」というのは法的拘束力を有する契約に基づくものなのか？どのような契約のどのような条文に基づくものなのか？
4. 補助金会計のうち、原因分析等に要した諸謝金が11百万円と聞くが、原因分析の事業は「補助金」の枠内でのみ行われているのか？
5. 運営組織が審査・原因分析・再発防止・調整を合わせて実施しているので、医療安全調査委員会（構想）における「機関そのものの目標自体が非常に多面的になってしまっているところが混乱があった」（10月27日の第41回医療保険部会での和田委員の発言）と同じ混乱が生じてしまうのではないかと。また、「本当の客観的な死因（注・原因）究明ということに特化していただいて、法的な評価ということはその外に出していく、分化させることの方が、むしろ制度としてはすっきりしているのではないかと」（同上）ということからすると、審査・補償や調整は、原因分析・再発防止と切り離した方がよいのではないかと。
6. ちなみに、医療安全調査委員会（構想）などでは、「死因究明」という言葉が盛んに使われるが、極めて不明瞭な言葉なので、「死因究明」という用語は使わないこととし、「死亡原因診断」と「死因分析」とに分けて用いるべきではないのか？産科医療補償制度で用いている「原因分析」という用語に合わせるべきではないのか？
7. 審査・補償については、分娩機関から保険料を徴収する私的保険の形態をやめて、将来的には、①国庫を源資とする公的な無過失補償制度か、②健康保険給付を源資とする国民皆保険に付帯する無過失補償制度（「裏の皆保険」）のどちらかにすべきではないのか？

2010 年 11 月 15 日

第 42 回 社会保障審議会 医療保険部会 への意見書

専門委員 海野信也

日本産科婦人科学会医療改革委員会委員長

厚生労働省保険局の平成 22 年 11 月 15 日付「平成 23 年度以降の出産育児一時金制度の在り方について（素案）」に対し、専門委員として意見を申し述べます。

1. 直接支払制度の問題点の検討をさらに深める必要がある：出産育児一時金制度の在り方を検討する際には、以下の様な認識が必要と考える。

(ア) 2009 年 10 月に実施された出産育児一時金の引き上げと直接支払制度の導入は、被保険者の経済的負担軽減効果を期待して、国の施策として行われたものである。分娩施設の立場からみたこの制度の根本的問題点は、軽減された被保険者の負担の一部（分娩費用の支払いから出産育児一時金の支給を受けるまでの期間の経済的負担）が、国ではなく分娩施設の経済的負担増によってもたらされていることである。本制度は、分娩を取り扱うすべての施設に経済的負担を強いる制度である。

(イ) 第 41 回医療保険部会で報告された 2010 年 8 月時点の平均的分娩費用は 473,626 円であり、分娩費用の上昇傾向が認められている。直接支払制度の導入と同時に出産育児一時金は 4 万円の引き上げが行われ、その両者による被保険者の負担軽減が期待されていたが、分娩施設の経済的負担の増加が、分娩費用の引き上げ圧力となり、結果的に一時金引き上げによる被保険者の負担軽減効果が大きく損なわれた可能性が高いと考えられる。

(ウ) このような制度の導入時には、制度の目的が損なわれないようにするために、分娩施設に負担が発生しないよう十分な対策が必要であったにも関わらず、国が準備した福祉医療機構による融資は全く不十分なものだった。

(エ) 分娩施設の経済的負担は非常に大きく、福祉医療機構による経営安定化資金への融資申込だけでも 22 年 10 月 1 日現在で 219 施設 53 億 7300 万円（1 施設当たり 2453 万円）に達している。融資を申し込んだ施設は、大部分が産科を専門としている民間施設であり、他の部門の収入等では対応できなかったために、融資を受けざるを得ない立場に追い込まれたことになる。その一方、福祉医療機構

は、開業間もない、診療実績が少ない施設には、全く好意的でない対応を行っている実態がある。「素案」において「対応が困難な医療機関等」と呼ばれている経済的理由で直接支払制度導入を行っていない施設だけでなく、直接支払制度を導入した施設の中にも他の金融機関からの融資によってようやく対応している施設が多数存在している。

(オ) これらの分娩施設の大部分は、直接支払制度の施行によって始めてこのような経営危機に直面することになった、それ以前は特に経営上問題のない施設であり、制度が導入されなければ、融資を受ける必要も「対応が困難な施設等」と分類される必要もなかった施設であることに特に留意する必要がある。この経営危機は直接支払制度導入による「官製の」「人工的な」危機なのである。

(カ) 直接支払制度導入の分娩施設の経営への打撃の大きさは、その施設の収益構造によって大きく異なっている。保険診療とならない正常分娩に係る費用収入が収入全体に占める割合が多い施設、すなわち産科診療を中心としている産科診療所、助産所、産科病院等の産科専門施設で相対的に大きく、他の診療科を有し保険診療の占める割合が高い総合病院等で相対的に小さい。

(キ) 我が国の産科医療提供体制において産科専門施設が果たしている役割の大きさを考慮すれば、直接支払制度は「問題点を解決するために被保険者と分娩施設への経済的負担増のない新たな制度に移行することが適切ではないか」と考えられる。

2. 中長期的な視点から対策を立てる必要がある。

(ア) 「素案」の「基本的な考え方」において「特に地域における周産期医療の確保に配慮する」と記載されているが、「素案」の内容は、産科医療提供体制を中長期的な観点から確保するという視点に欠けている。「素案」の内容が実施された場合の、産科医療現場への影響への配慮がみられない。

(イ) 我が国の分娩の48%は産科診療所及び助産所で取り扱われており、これに産科病院を加えると産科専門施設による分娩は全体の半数以上である。

➤ 我が国の分娩の現場の産婦人科医及び助産師の不足状況と今後の中長期的な展開の検討の結果、日本産科婦人科学会の「産婦人科医療改革グランドデザイン2010」では、以下のような検討がなされている。

- ◇ 産婦人科医師数：年間最低 500 名の新規産婦人科専攻医を確保する。
- ◇ 助産師数：助産師養成数を年間 2000 名以上まで増員する。
- ◇ 勤務環境：
 - 分娩取扱病院：
 - 勤務医数を年間分娩 500 件あたり 6-8 名とする。
 - 月間在院時間 240 時間未満を当面の目標とする。
 - 勤務医の勤務条件緩和、処遇改善策を推進する。
 - 特に女性医師の継続的就労率の増加を図る。
 - 産科診療所：
 - 複数医師勤務、助産師雇用増等により、診療所医師の負担を軽減するとともに 診療の質の確保と向上を図る。
 - 勤務環境の改善と診療の質の向上のために、診療規模の拡大を志向していく
- ◇ 地域周産期医療体制：
 - 地域の周産期医療体制整備を推進し安全性を確保する。
 - 分娩管理の効率化と多様性を確保するため分娩数全体の 2 分の 1 から 3 分の 2 を産科診療所または産科専門施設で担当する。

(ウ) 分娩取扱医療機関における勤務医の労働環境を整備し、地域における効率的で多様な出産環境を確保するためには、産科専門施設が各地域で安定的に診療を展開するとともに、新規開業が障害なく行われていく必要がある。そして安全性向上のためには各施設の規模が拡大していくことが望ましい。出産に係る制度は地域における出産環境確保の目的に適合する必要がある。

(エ) 産科診療所や助産所の性格上、これらの施設での分娩取扱数は固定的なものではなく、ダイナミックに変動するものである。開業当初は少数であり、その後徐々に事業拡大が行われていく。分娩取扱が中心である限りはその収入中の分娩費用の占める割合が大きいことには変わりはない。「素案」に示

分娩取扱施設の収益構造

総合病院	産科病院	産科診療所	助産所
医療保険収入	正常分娩費用収入	正常分娩費用収入	正常分娩費用収入
	医療保険収入	医療保険収入	

されている分娩取扱数による診療所、助産所の分類等はこれらの施設の自立的な事業拡大の阻害要因となる可能性が高い。仮に直接支払制度の問題点への対策として産科専門施設を対象とした別途措置を講じる場合、その対象としては規模ではなく、収入構造が考慮される必要がある。

- (オ) 仮に「受取代理」を分娩取扱数の少ない施設に限定して実施した場合、その施設の分娩取扱数の増加に伴って、直接支払制度移行への付加的負担に対応するために、事前に内部留保を増やすか、新たに融資を受ける必要が生じることになる。このような経営上のリスクが新たに導入されることによって、産科専門施設経営者にとって分娩取扱拡大のインセンティブが減弱する。産科専門施設は地域に希少な存在であり、その安定的確保と自立的発展が求められていることを考慮すると、「受取代理」制度の対象を小規模施設に限定することは合理性を欠いている。限定的な受取代理制度によって直接支払制度の制度そのものの欠陥を糊塗しようとするのは、その対象の設定方法によっては、「かろうじて対応している分娩専門施設」の負担を放置する結果となる可能性があり、到底受け入れられるものではない。

診療報酬の支払早期化について

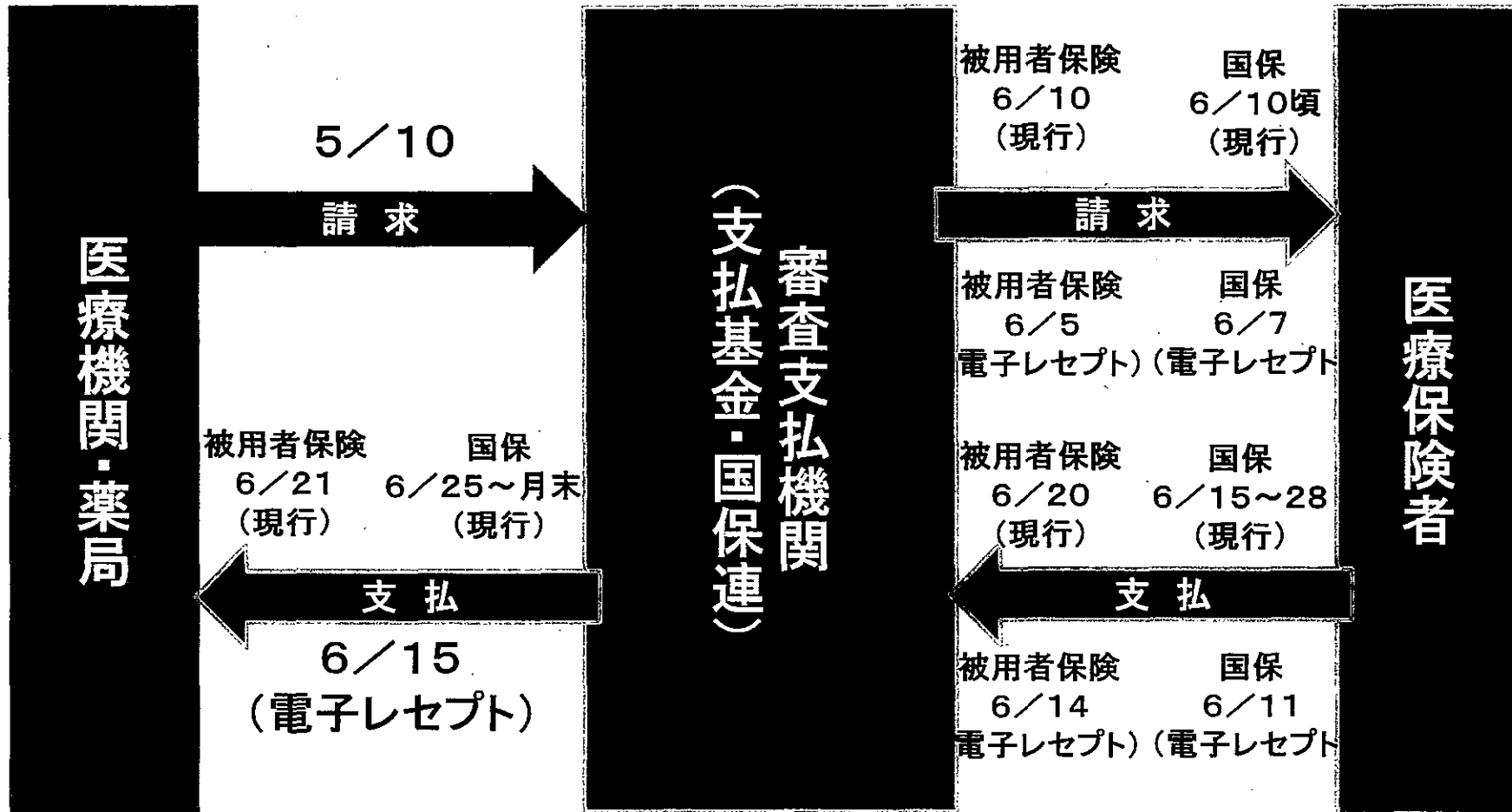
平成22年11月15日

厚生労働省保険局総務課

支払早期化のイメージ

(平成22年9月8日医療保険部会資料)

<平成23年4月診療分の例>



関係者の調査結果(概要)

市町村国保

- 1,723市町村に対し支払早期化への対応について調査。
- (提示された)請求書受理の4日後に払込完了が可能と回答した市町村は5割強。一方で、8日後までであれば払込完了できると回答した市町村は約9割。ただし、4日後までに全ての市町村で払込完了できると回答のあった都道府県は、概算払を実施済みの12府県のみであり、8日後までの払込完了が可能な都道府県は19である。
- 市町村では主に会計担当部門での事務処理に日数を要するが、その出納のルールは自治体毎に様々(支払日がそもそも固定されている、金融機関との取り決め等)。

被用者保険

- 健保連からアンケート形式で支払早期化への対応を調査(1,191保険者から回答)。
- 提示されたイメージに基づく支払早期化については、4割強の保険者が対応可能。一方で、5割強の保険者が対応不可能と回答。
- 対応不可能とした保険者の理由は、事務体制の問題(電子レセプト分と紙レセプト分で診療報酬の2回払いが発生する)、資金繰りの問題、システム改修費の問題(業者により相違があるが20~35万円程度の費用)が挙げられている。

広域連合

- 47広域連合に対して支払早期化への対応について調査。
- 事務的には、(提示された)請求書受理の4日後に払込完了が可能と回答した広域連合は5割強(26都道府県)。一方で、8日後までであれば払込完了できると回答した広域連合は9割強(46都道府県)。
- 40都道府県で広域連合の資金繰りに問題が生じるため、国庫・県費負担金・後期高齢者交付金の入金も早期化が必要との回答。

今後の方向性

今回の支払い早期化への対応

- 保険者への調査によれば、審査支払機関と保険者との間の請求・支払いの間隔を提示した案の4日から7～8日に3～4日程度延長できれば、事務的には対応できる保険者数が増加(国保・広域連合)。
※ ただし、都道府県ごとのばらつきが残る可能性がある。
- 資金繰りの問題については、特に現行の前期高齢者交付金及び後期高齢者支援金の保険者への支払いが毎月15日となっていること等を含め、新たな高齢者医療制度の議論も勘案しつつ検討。
- より実効性のある施策とするためにも、引き続き、上記の審査支払機関と保険者との間での請求・支払いの流れについて調整を行い、来年度における実施を目指す。

今後のレセプト電子化について

- 今回の支払早期化にあたっては、電子レセ・紙レセが混在する中で、電子レセ分の請求に係る診療報酬のみを早期化することにより、保険者及び審査支払機関双方に事務負担が発生(支払基金は、他県分が約3分の1を占めるため、紙レセを電子レセと同様に早期化することは、物理的に困難)。
- 来年の4月より歯科が原則レセプト電子化の期限を迎えるとともに、保険者についてもレセプトのオンラインによる受け取りが原則となることから、今後、一層のレセプト電子化を推進し、将来的にはその進捗状況を勘案し、更なる支払早期化を検討。

(参考) 審査支払業務の電子化の現状(22年8月)

医療機関→支払基金		支払基金→保険者	
電子レセプト	84.2%	オンライン	51.2%
紙レセプト	15.8%	電子媒体	16.0%
		紙出力(※)	17.0%
		紙出力など	15.8%

電子→電子

} 67.2%

※ 医療機関から電子で請求されているもので保険者へ紙媒体で請求がなされているもの。

(参考)レセプト電子化の経緯

○ 平成17年12月 医療制度改革大綱

平成23年度当初よりレセプトオンラインの完全義務化の方針

○ 民主党政策集 INDEX2009 医療政策(要約)

レセプトのオンライン請求を「完全義務化」から「原則化」に改める。

○ 平成21年11月 請求省令の改正

レセプト請求の完全オンライン化を原則化に改めるとともに、例外措置を定める。また、医科、歯科、調剤それぞれの原則電子化とする期限を定める。

【例外措置】

- ・ 光ディスク等の電子媒体による請求でも可。
- ・ 電子化が困難な診療所等(レセプトを手書きで作成している、医師が高齢など)については紙レセプトで可。
- ・ 電子レセプトに対応していないレセコンを使用している診療所等については、次回更新時期まで猶予(最大で平成26年度末まで)。

○ 平成23年4月

歯科についてレセプトの原則電子化期限。

保険者についてもレセプトの原則電子による受け取りの期限。

社会保険診療報酬支払基金事務費単価の推移

年度		14	15	16	17	18	19	20	21	22
区・分	審査支払分	116円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭	114円20銭
	電子媒体請求促進分	—	—	—	—	—	113円20銭	112円20銭	110円20銭	108円20銭
	オンライン請求促進分	—	—	—	—	—	—	112円00銭	108円50銭	104円00銭
	調剤分	59円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭	57円20銭
	電子媒体請求促進分	—	—	—	—	—	56円20銭	55円20銭	53円20銭	51円20銭
	オンライン請求促進分	—	—	—	—	—	—	55円00銭	51円50銭	47円00銭
(税込)	審査のみ分	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭	61円80銭

※平成19年度に事務費単価の設定を行った「電子請求促進分」(電子媒体およびオンラインによる請求)について、平成20年度より「電子媒体請求促進分」および「オンライン請求促進分」へ設定の見直しを行った。

医療費適正化計画の中間評価等について

平成22年11月15日

厚生労働省保険局総務課

医療費適正化対策推進室

医療費適正化計画の中間評価について

中間評価の実施

第1期(平成20～24年度)の医療費適正化計画の進捗状況について、22年度中に中間評価を実施し、公表を行う予定。

本年5～6月に特定健診・保健指導の保険者における取組みのアンケート調査(別添参考資料)を実施。本調査結果や今後の各都道府県を行う医療費適正化計画の中間評価も踏まえ、作業を進める。

評価内容(案)

○特定健診・保健指導の実施率向上に資する取組みの調査・分析

実施期間(受診券の有効期間)の長さ

未受診者の受診勧奨の取組み

他の検診(がん検診、肝炎ウイルス検診、生活機能評価)との同時実施の有無

集合契約の締結状況、など。

※ このほか、特に実施率の優良な保険者の実績を中心にヒアリングを行い、評価に反映する予定。

○平均在院日数の縮減に資する取組みの調査・分析

平均在院日数と医療費の関係

各都道府県での取組み

※ 療養病床の再編については、別途、介護保険部会にて検討中。

平均在院日数縮減の取組み

医療費適正化計画における目標

- 平成24年度において、18年度病院報告における平均在院日数の全国平均32.2日を29.8日に短縮。

※ 18年度病院報告の全国平均（32.2日）と最短の長野県（同25.0日）との差を9分の3短縮と計算（介護療養病床除くベース）。

目標に向けた基本的な取組

- 各都道府県は、医療機関その他の関係者と協力の下、住民が疾患の状態や時期に応じた適切な医療を受けることができるよう、医療機能の分化、在宅療養の推進、療養病床の転換支援の取組を行う。
- 国は、こうした都道府県の取組に対して、医療機能の分化・連携等についての診療報酬上の評価や医療保険財源を活用した転換助成事業等の支援措置を講じる。

○平均在院日数の推移

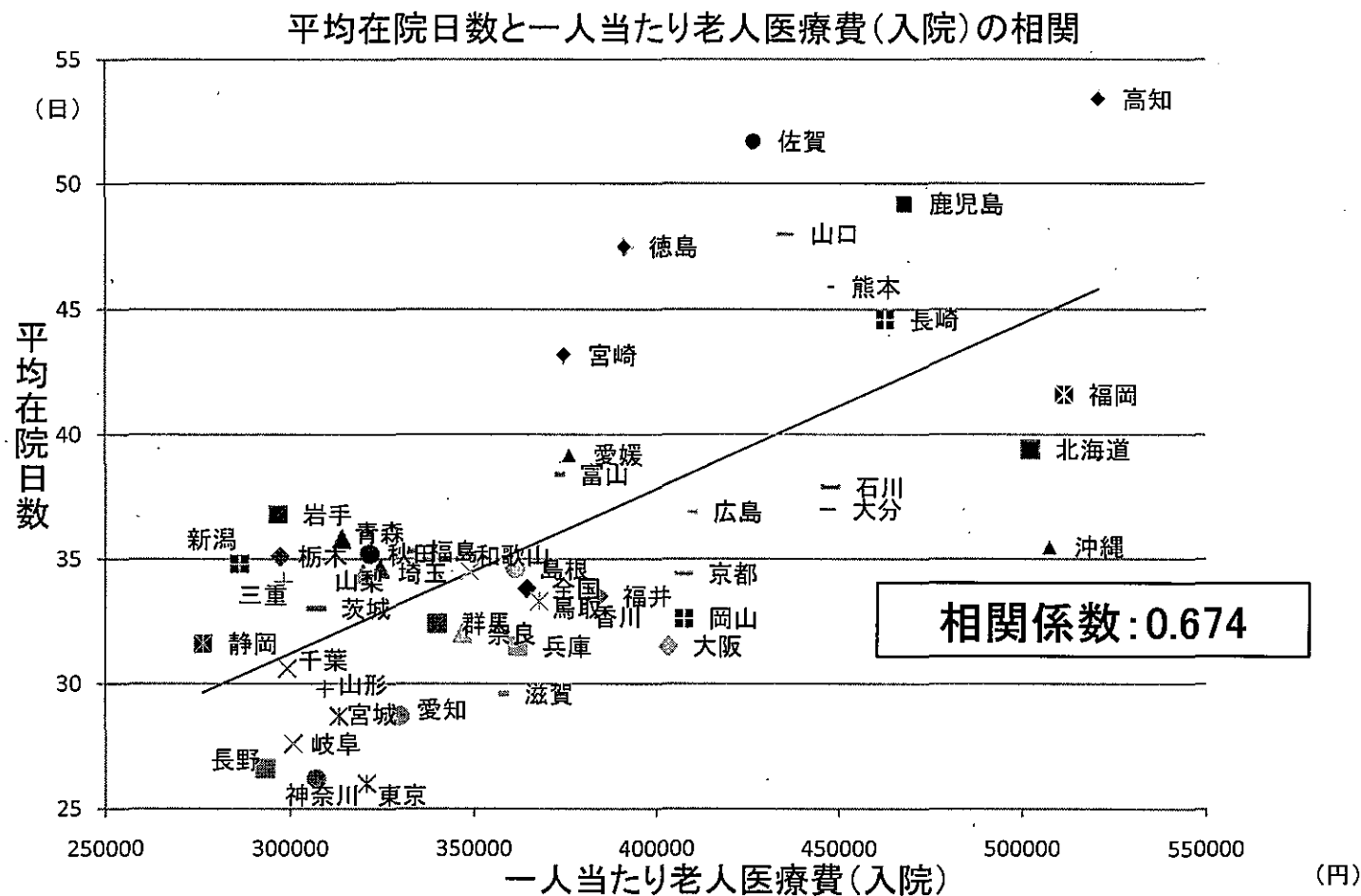
(単位:日)

	全病床	全病床(介護療養病床除く)	精神病床	一般病床	療養病床	介護療養病床
平成18年	34.7	32.2	320.3	19.2	171.4	268.6
平成19年	34.1	31.7	317.9	19.0	177.1	284.2
平成20年	33.8	31.6	312.9	18.8	176.6	292.3
平成21年12月	32.4	—	311.6	17.9	175.7	303.9
平成22年6月	31.4	—	276.8	17.6	170.6	290.7

(出典)平成18～20年の病院報告及び平成21年12月、22年6月分病院報告(概数)より。

平均在院日数と医療費の関係

- 都道府県毎の平均在院日数と一人当たり老人医療費(入院)の関係を見ると適正化計画策定当時と同様、高い相関関係がある。
- 引き続き医療機能の分担・連携等による平均在院日数縮減の取組は必要。



(参考)各都道府県毎の平均在院日数

	(単位:日)					(単位:円)		(単位:円)					
	全病床	精神病床	一般病床	療養病床	介護療養病床	入院医療費		全病床	精神病床	一般病床	療養病床	介護療養病床	入院医療費
全国	33.8	312.9	18.8	176.6	292.3	364,490	三重	34.1	322.0	18.3	158.4	238.5	298,180
北海道	39.4	305.3	20.7	231.0	398.8	502,433	滋賀	29.6	275.8	18.5	184.8	208.6	357,111
青森	35.8	266.3	21.5	135.9	386.2	313,978	京都	34.4	339.1	21.3	184.0	298.9	407,528
岩手	36.8	312.5	21.5	184.8	383.0	296,601	大阪	31.5	269.8	18.6	195.0	320.7	403,277
宮城	28.7	321.6	18.1	99.4	78.4	313,313	兵庫	31.5	383.0	17.9	166.3	383.0	361,985
秋田	35.2	306.1	20.6	224.7	772.6	321,566	奈良	32.0	312.2	19.8	162.8	379.1	346,866
山形	29.8	258.2	18.4	114.0	97.4	309,423	和歌山	34.5	380.0	22.1	149.5	206.6	348,787
福島	35.3	385.4	19.9	179.1	213.7	332,214	鳥取	33.3	324.1	19.6	110.7	144.0	367,879
茨城	33.0	394.5	18.6	179.8	240.1	307,069	島根	34.6	258.3	20.0	151.8	115.5	361,215
栃木	35.1	399.5	19.1	181.8	458.1	297,247	岡山	32.6	257.3	20.4	140.7	190.8	407,589
群馬	32.4	365.2	18.7	123.6	263.0	339,981	広島	36.9	311.3	19.2	164.6	302.9	408,751
埼玉	34.6	311.5	18.4	212.8	295.7	324,455	山口	48.0	393.5	20.5	236.4	441.9	435,490
千葉	30.6	351.6	17.5	217.5	262.9	299,217	徳島	47.5	448.4	21.4	157.2	309.1	391,191
東京	26.0	226.3	16.4	197.3	350.0	320,706	香川	33.5	361.4	19.9	192.5	283.0	381,617
神奈川	26.2	251.0	16.3	227.2	309.6	306,993	愛媛	39.2	355.5	21.1	149.9	281.5	376,171
新潟	34.8	347.8	20.2	190.1	381.9	286,243	高知	53.4	231.5	23.7	184.7	389.2	520,846
富山	38.4	352.8	18.3	269.5	339.3	372,217	福岡	41.6	353.2	20.6	177.5	300.2	511,544
石川	37.9	310.2	20.3	204.1	309.6	447,708	佐賀	51.7	378.8	22.9	142.0	293.2	426,750
福井	33.5	232.8	19.7	118.6	128.4	384,002	長崎	44.6	374.2	21.1	138.3	387.2	462,756
山梨	34.4	320.6	19.7	137.3	145.2	319,797	熊本	45.9	315.2	21.7	171.7	258.8	446,767
長野	26.6	241.8	16.7	104.4	122.5	293,129	大分	37.0	405.1	21.4	130.2	179.4	446,898
岐阜	27.6	313.8	17.0	147.5	200.3	300,640	宮崎	43.2	387.8	20.6	149.4	340.5	374,646
静岡	31.6	300.1	16.6	208.8	265.5	276,398	鹿児島	49.2	469.1	21.7	139.9	306.7	467,982
愛知	28.7	297.4	16.7	168.5	280.7	329,834	沖縄	35.5	288.2	17.7	216.0	440.0	507,416

特定健診・保健指導の実施状況

制度導入の初年度(20年度)では以下のような事情も存在。

- ①制度への理解が浸透するのに時間を要した。
- ②集合契約(注1)の成立が遅れたため、健診の開始時期が全体的に後ろ倒しとなった。
- ③協会けんぽにおいて事業主健診のデータ提供が進まなかったことや受診券の交付を申請方式で行っていた。
- ④各保険者において、特定健診の実施体制の整備が優先されたため、特に特定保健指導の実施率が伸び悩んだ(健診受診率:38.3%、保健指導終了率:7.8%)。

(注1) 企業の従業員のご家族等が地元の市町村で健診を受けられるよう、県単位で保険者と医療機関等とが締結する契約をいう。

(注2) 国保中央会「市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会」(21年12月18日)、協会けんぽ「平成20年度事業報告書」などから参照。

これらについては、21年度から

- ①各保険者における集合契約のより順調な締結を推進、
 - ②未受診者への受診勧奨を行う市町村国保に対しての助成や、がん検診等の他の検(健)診との同時実施を勧奨、
 - ③協会けんぽにおいて一部地域での受診券の直接送付をモデル的に実施(平成22年度からは全国的に実施)、
- 等の対応。

今後、国及び都道府県において、保険者別の実施状況を分析し、実施率に影響を与えていると考えられる要素を調査し、実施率を向上させる要素をフィードバックする予定。

(参考)平成20年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況

○特定健診の受診率

(1)全体

対象者数	受診者数	特定健康診査実施率
51,919,920	19,870,439	38.3%

(2)保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
30.8%	31.3%	29.5%	58.0%	22.6%	58.7%

○特定保健指導の終了率

(1)全体

対象者数	終了者数	特定保健指導終了率
3,942,621	307,847	7.8%

(2)保険者種別毎

市町村国保	国保組合	全国健康 保険協会	組合健保	船員保険	共済組合
14.1%	2.4%	3.1%	7.0%	7.2%	4.3%

今後の特定健診・保健指導の方向性について

特定健診の健診項目

- 非肥満者や治療中の者への対応等を含めて特定健診の在り方を検討してはどうか。
- 新たな高齢者医療制度において、75歳以上の方々に対しても保険者が健診を行うことが義務付けられる方向であることを踏まえ、高齢者の方々に対する健診のあり方等について検討してはどうか。

特定保健指導の実施方法

- 高齢者の方々に対する対応のほか、保健指導のより円滑な実施を行うための在り方を検討してはどうか。

特定健診・保健指導実施率向上のためのインセンティブ

- 後期高齢者支援金の加減算制度について、実際の施行にあたっての在り方を検討してはどうか。
 - －実施率を評価する際の保険者毎の相違に配慮した適切な評価単位（種別、規模、被扶養者率等）
 - －評価対象（国の定める絶対水準か、保険者毎の相対水準か）
 - －金額の算定（適正化効果との関係）等



これらについては、

- ①医療費適正化計画の第2期(平成25年度)までに今後、関係者間で詳細の検討を行う場を設置することとし、
- ②今般の高齢者医療制度の見直しにあたっては、さしあたり現行の関係規定を所要の修正を加えた上で、一括して新たな法案へ移行する、こととしたい。

(参考)保険者による健診・保健指導の円滑な実施方策に関する検討会 (平成18～19年にかけて開催)

○目的

医療保険者において、被扶養者を含めた加入者を対象として、健診未受診者の確実な把握、保健指導の徹底、医療費適正化効果までを含めたデータの蓄積と効果の評価といった保健事業の取組の強化を図るためには、医療保険者、事業者、市町村等の役割分担を明確にし、これらの関係者の連携を一層促進していくことが重要。

こうしたことから、医療保険者における特定健康診査及び特定保健指導の提供方法や評価方法等の検討を行うため、関係者の参集を得て、厚生労働省保険局長が開催する。

○検討事項

- (1)医療保険者における企画立案・実施体制について
- (2)被扶養者に対する健診・保健指導に係る決済やデータ移動の仕組み
- (3)特定健診・特定保健指導の取組の評価方法
- (4)その他

○委員(※当時)(敬称略、50音順)

赤星 慶一郎 社団法人 日本経済団体連合会 ヘルスケア産業部会長

内田 健夫 社団法人 日本医師会 常任理事

押野 榮司 社団法人 日本栄養士会 常任理事

小島 茂 日本労働組合総連合会 総合政策局 生活福祉局長

草間 朋子 社団法人 日本看護協会 副会長(大分県立看護科学大学学長)

小池 啓三郎 日本私立学校振興・共済事業団 理事

河内山 哲朗 全国市長会 国民健康保険対策特別委員会 委員長

櫻井 正人 社団法人 国民健康保険中央会 常務理事

白川 修二 東芝健康保険組合 理事長代理

武田 俊彦 社会保険庁 運営部医療保険課長

田中 一哉 社団法人 国民健康保険中央会 審議役

田村 政紀 有限責任中間法人 日本総合健診医学会 理事長

辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 教授

津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター副センター長兼
健康開発部長

対馬 忠明 健康保険組合連合会 専務理事

中村 嘉昭 社団法人 全国国民健康保険組合協会 常務理事

奈良 昌治 社団法人 日本病院会 予防医学委員会委員長

水口 忠男 社団法人 地方公務員共済組合協議会 常務理事

峯村 栄司 社団法人 共済組合連盟 常務理事

山本 文男 全国町村会 会長

(参考)特定健診・保健指導についての要望等

<要望等(※)> 主に健診・保健指導の在り方について、要望があったものの例。

- 日本公衆衛生学会「特定健診・特定保険指導の今後の改定に対する意見」(平成22年9月1日)
 - ・被用者保険の被扶養者に対しては、地域で特定健診とがん検診を一体化したサービスが受けられる体制を整える。また、未受診者への受診勧奨を進め、複数年度の累積受診率を把握、評価する体制を整える。
 - ・腹囲のカットオフポイントや腹囲を必須項目とするか否かの判断を、コホート研究を中心とした科学的エビデンスや現場での実効性を考慮して、再検討する
 - ・腹囲が基準以下であっても、高血圧、糖尿病、脂質異常などの循環器疾患の危険因子が重複する者に対して、「動機付け支援」、あるいは「積極的支援」に相当する保健指導の実施体制を構築する。
 - ・特定保健指導に際しては、その効果を検証しながら、マニュアルに従った一律の指導ではなく、保健指導に携わる保健師や管理栄養士などの専門性を生かし柔軟な対応を推奨し、現状の単年度内での指導や評価方法を再検討し、複数年度にわたる指導や評価体制について検討する。

- 全国衛生部長会「平成23年度「衛生行政の施策及び予算に関する要望」(平成22年7月7日)
 - ・特定健康診査・特定保険指導の充実
 - (1) 特定健診の評価や保健指導方法について科学的な実証の積み上げを行い、地方自治体に対し情報の提供を行うこと。
 - (2) 受診率向上のため、健診内容が受診者にとって魅力的なものになるよう科学的根拠をふまえつつ健診項目を見直すこと。
 - (3) 健診や保健指導のデータを早期に地方自治体で利活用できるようデータ集計の流れを改めるとともに、国での分析結果を早期に還元し、施策の企画立案や行政指導に活用できるようにすること。

平成 22 年 11 月 15 日

社会保障審議会 医療保険部会

部会長 糠谷真平様

全国健康保険協会

理事長 小林剛

特定健診及び特定保健指導の見直し等に関する要望

当協会の保健事業の推進にあたっては、生活習慣病対策として、特定健診及び特定保健指導を最大限に推進することを目標にして、事業運営に取り組んでいくこととしておりますが、事業を展開していく上での様々な課題が生じております。

今までも、高齢者医療支援金に係る「加算・減算措置」については、関係審議会等において、廃止を含めた見直しを要望してきたところですが、それ以外に、事業を実施している支部の意見を踏まえ、次のとおり要望を提出します。

当協会としては、加入者の健康増進を図り、もって加入者及び事業主の利益の実現を図るためにも、円滑に特定健診及び特定保健指導を実施することが重要と考えておりますので、各事項を早期に実現されるようお願いします。

1. 特定保健指導の実施方法について

- 効果的な特定保健指導を実施できるよう、標準的なプログラムについては、次のような観点から見直していただきたい。
 - ・ 一律 180 ポイント以上としていることや電話・メールなどのポイント評価の見直し
 - ・ 評価指標としての腹囲の取扱い
 - ・ 記録票の提出を必須としていることの見直し

2. 特定健診とがん検診の同時受診機会の拡大について

- 受診率の向上や加入者の利便性の確保のために、特定健診とがん検診の同時受診の機会の促進方を検討していただきたい。

3. 労働安全衛生法における定期健康診断（事業主健診）の取得について

- 現行制度上、本人の同意がなくても事業主健診の結果を保険者に提供できるという仕組み及び健診結果を積極的に保険者に提供することなどについて、行政機関から事業主などに周知を図っていただきたい。

4. 特定健診及び特定保健指導の広報について

- 各保険者においても特定健診や特定保健指導の広報に努めているが、より効果的な広報を行うため、国においてもメディアなどを活用した積極的な広報活動を行っていただきたい。

健連発第 603 号

平成 22 年 11 月 11 日

厚生労働省保険局総務課
医療費適正化対策推進室
室長 城 克文 殿

健康保険組合連
専務理事 白川



特定健診・特定保健指導に係る今後の見直しに向けた対応について（要望）

標記事業につきましては、施行後 3 年を経過しようとしています。また、本年度は 5 年を 1 期とする『医療費適正化計画』の中間年にあたり、同計画の進捗状況に関する評価が実施されることとなっています。本年 8 月には、特定健診等にかかる平成 20 年度の実施状況（国への報告結果）が公表され、特定健診受診率、特定保健指導実施率が想像以上に低調であった実態が明らかになりました。制度の導入初年度ゆえの混乱という見方もありますが、その要因を明らかにし、受診率等の向上を図っていく必要があります。

このたび、本会では、各健保組合からのさまざまな意見・要望を踏まえ、現在に至るまでの同事業の評価・総括を行い、事業の見直しに向けた要望事項を下記の通りとりまとめました。健保組合は、今後も生活習慣病対策の一環として同事業を積極的に推進していきますが、そのための運営基盤となる基本的な課題・問題点を整理したものです。本会としては、引き続き同事業に関する検証を進め、適宜、要望事項をとりまとめていきます。

政府におかれても、同事業の進捗状況に関する評価・総括を行うとともに、様々な要望事項を集約・検討する場（検討会等）の設置と見直しに向けた検討の早期着手に取り組まれるよう強く要望いたします。

記

1. 特定健診の検査項目及び基準値について、1 期 5 年の期間中の変更は行わないこと。

- 特定健診の検査項目や基準値の期間中の変更は、健診結果の時系列比較やシステム改修（膨大な費用）、事務処理の問題など影響が大きい。保険者の事務負担軽減の観点から、1 期 5 年（第 1 期は 24 年度末迄）の期間中の変更は避けるべきである。

2. 特定健診等の受診促進に向けて、現行の仕組みの改善等具体的な手立て（市町村がん検診との連携等）を講じること。

- 従前の住民健診が保険者による特定健診と分けられたことから、利用者の利便性を損ねた側面もあり、被扶養者（家族）の低受診率の一因ともなっている。今後、特定健診等の一層の推進を図るためにも、受診者の利便性に配慮した市町村がん検診との連携の仕組みや双方の受診率向上の手立てを全体的に考えていく必要がある。

3. 特定健診・特定保健指導に関するより厳密なエビデンスを示すこと。

- メディアが腹囲等の基準値に関する疑義を頻繁に取り上げたこともあり、現場に戸惑いがある。腹囲など特定健診の判定基準、基準値について、国はより厳密なエビデンスを示すべきである。
- 特定保健指導については、ポイント制も含めその効果に関する検証が必須である。特定保健指導への保険者の取り組みを促進するためにも、国による検証とそれに基づく特定保健指導の効果に関するエビデンスの提示が求められる。

4. 特定健診等の趣旨・目的を引き続き積極的にPRすること。

- 保険者は対象者への特定健診等の受診促進に向けて普及啓発活動に努めているが、国としても国民に対して制度の趣旨・目的（自分の健康を守るための自己責任を喚起するような内容も含む）を積極的にPRすべきである。

5. 高齢者医療制度改革に伴い「加算・減算措置」に対する見直しが行われる場合であっても、特定健診等をより円滑に推進する方策として、同事業へのインセンティブが働く（積極的に取り組んだ保険者が報われる）仕組みとすること。

- 保険者は、参酌標準に向けて鋭意、特定健診等事業に取り組んでいる。そうした保険者が報われるような、何らかのインセンティブを設ける仕組みが必要である。

6. データ授受円滑化の方途の検討や実施機関側への当事業に対する更なる協力要請を行うこと。

- ▶ 従来、保険者や実施機関で使用されていたデータの仕組み（CSV形式）とは全く異なるXML形式の採用により、関係機関間のデータ授受が複雑化した。また、問診項目や医師の氏名欄等のデータ欠損により、完全な実績値データとして扱われない事態も生じており、問題である。
- ▶ 実施機関側へのシステム連携及び確実な問診結果データ作成等の更なる協力要請を含め、データ授受円滑化の方途の検討が必要である。

7. 特定健診等実績報告の集計結果を保険者に速やかに示すこと。

- ▶ 保険者の毎年度の特定健診等事業計画の策定（実施目標の見直しを含む）に資するため、国は、特定健診等実績報告の集計結果を速やかに取りまとめ、保険者に提示すべきである。

8. 特定健診等補助金における基準単価の引き上げと現行の個別・集団別補助金（特定健診）の区分を改めること。

- ▶ 特定健診等補助金の基準単価の引き上げと、定義が不明確な個別・集団別補助金（特定健診）の区分を改めるべきである。
- ▶ 健診の実施者である保険者の認識に沿った区分（検診車で特定の場所に向いて行う巡回健診型等が「集団」であり、医療機関、健診施設等と個別契約をして受診者に当該施設に向いてもらう形が「個別」とすべきである。

参 考

厚労省平成 20 年度特定健診等実績報告集計結果（H22.8.25）について

——健康保険組合連合会——

1. 制度発足当初は、保険者、実施機関とも全国一律実施に伴う様々な運営上の混乱を生じており、保険者全体の集計結果（低い実施率等）に繋がっている。

【特定健診受診率等低迷の主な要因として考えられるもの】

（以下の事柄が錯綜して大きな混乱に陥ったと考えられる）

- ① 電子的標準様式・XML形式に基づく全国的なシステム仕様確定と開発の遅れ
- ② 保険者、実施機関、決済代行機関（支払基金等）間のシステム連携の不具合
- ③ 安衛法上の事業主健康診断による特定健診項目等の欠損、データ置換、データ授受の遅延〔喫煙・服薬などの問診項目や医師の氏名欄等のデータ欠落、特定健診分データのXML形式への変換と受け取りの遅延（膨大な事業所を抱える保険者の事務負荷）〕
- ④ 集合契約交渉（都道府県保険者協議会の代表保険者と県・地区医師会等との契約）の取り纏めの難航と遅延
- ⑤ 健診受診券、保健指導利用券の保険者誤記載や実施機関側の券面情報錯誤による窓口での混乱（受診者の制度への理解不足も一因）
- ⑥ 特定健診開始時期の遅れや全国的混乱の状況が健診結果の階層化を経て行う特定保健指導の実施に影響を与え、特定保健指導の低実施率に結びついた。
 - ※ その他保健師等マンパワー不足など実施体制の脆弱性も保険者共通の課題。
 - ※ 集合契約における各地域間の特定健診・特定保健指導価格のバラツキ・乖離が大きいことは問題。（契約交渉上の保険者連携が必要）

2. 制度施行後 2 年が経過したが、この間、保険者の普及啓発努力もあり、「メタボリックシンドローム」の言葉や概念は広く国民に浸透したのではないかと考えられる。生活習慣病予防に関する意識喚起が図られたことは、大きな成果であったと言える。ただ、従前の住民健診が保険者による特定健診と区分けされたことから、利用者の利便性を損ねた側面もあり、被扶養者（家族）の低受診率の一因ともなっている。今後、特定健診等の一層の推進を図るためにも、市町村がん検診との連携の仕組みや双方の受診率向上の手立てを全体的に考えていく必要があるのではないかと考えられる。

◎健保連は特定健診・特定保健指導事業の効果等について、様々な角度から検証、分析を進めている。（データ分析事業）

(参考資料) 保険者アンケート結果概要 (特定健診・保健指導)

保険者へのアンケート調査の概要

調査の概要

○調査対象

平成22年4月1日時点の全保険者

○調査期間

平成22年5月～6月

○調査方法

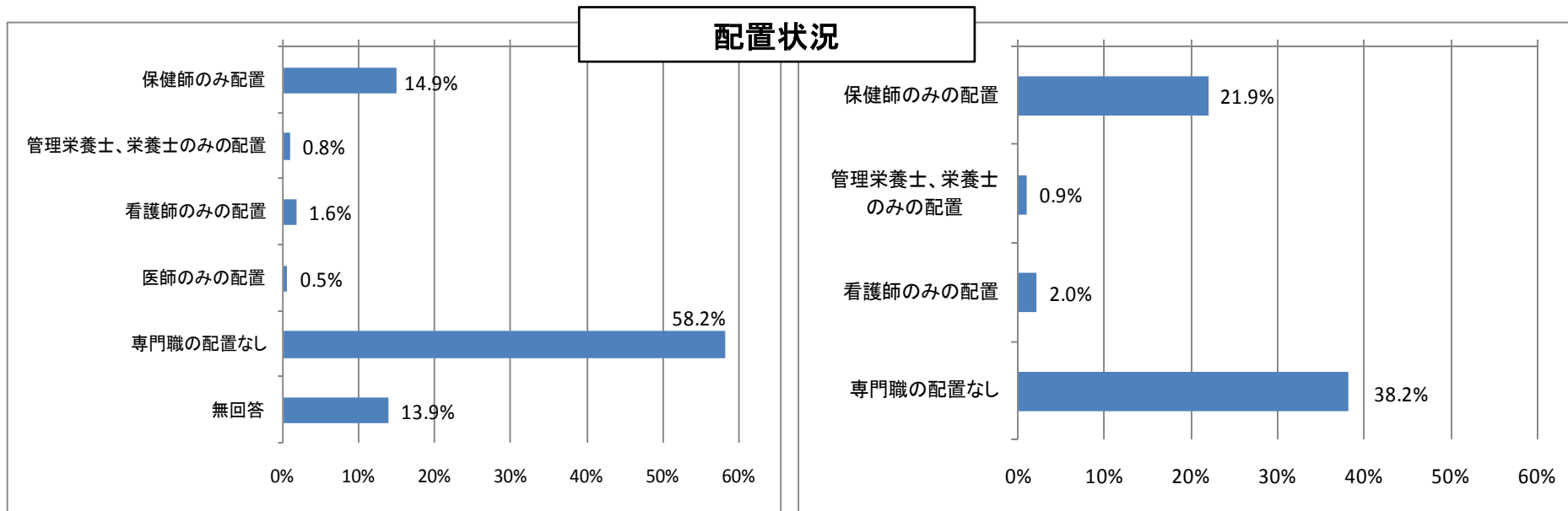
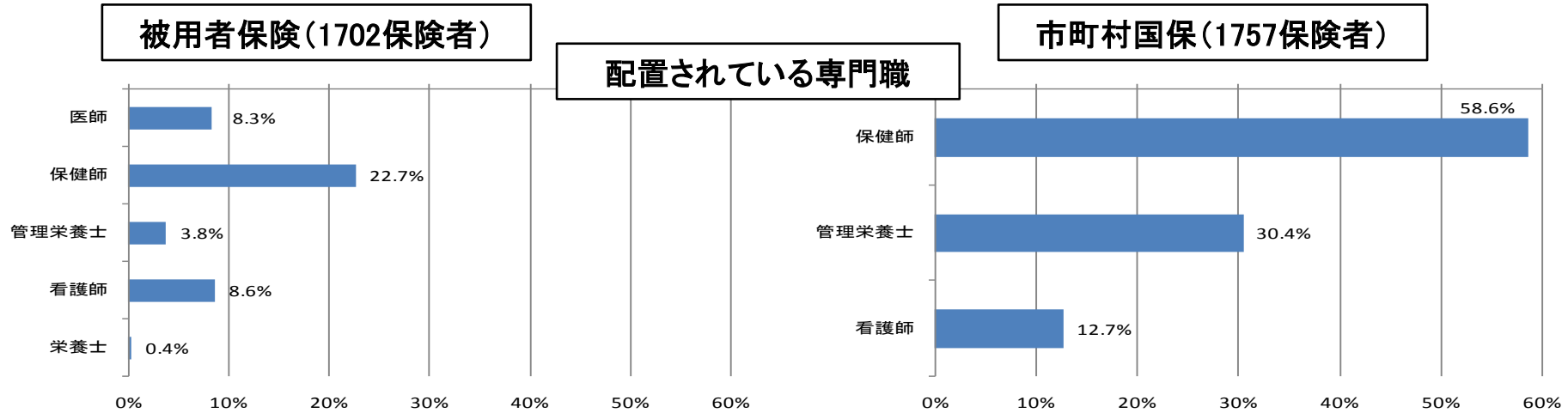
保険者協議会中央連絡会の構成員である中央団体経由で各保険者へ調査票を送付。
各中央団体において調査票を取りまとめ、厚生労働省へ提出。

○アンケート回収状況(22年10月時点)

保険者種別	回収数	回収率
組合健保	1266	86.7%
協会けんぽ	48	100%
船員保険	1	100%
共済組合	222	100%
国民健康保険組合	165	100%
市町村国保	1757	100%

専門職の配置状況(複数回答可)

専門職の配置状況について、市町村国保では、国保担当部署に保健師、管理栄養士等専門職の配置が多く、被用者保険では、専門職の配置が少ない傾向であった。



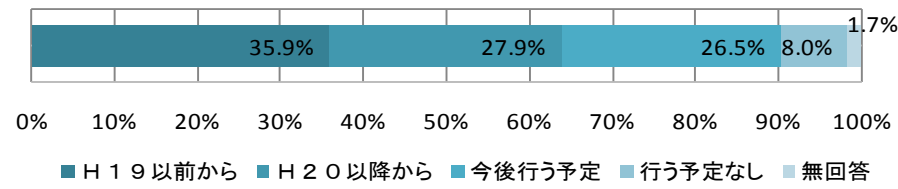
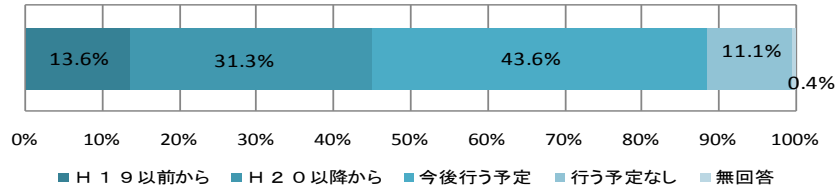
特定健診・保健指導のデータの集計・分析

特定健診・保健指導のデータ集計・分析の実施状況については、「行う予定なし」が約1割前後おり、その理由としては、「人員不足」が約半数であった。平成19年あるいは平成20年からデータ分析を行っている場合の具体的内容としては、「保健指導への活用」、「経年変化」が多かった。

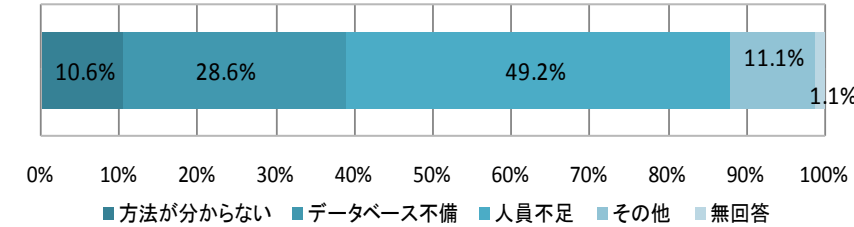
被用者保険(1702保険者)

集計・分析の実施の状況

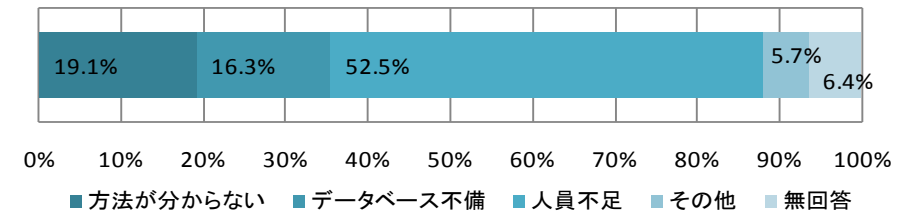
市町村国保(1757保険者)



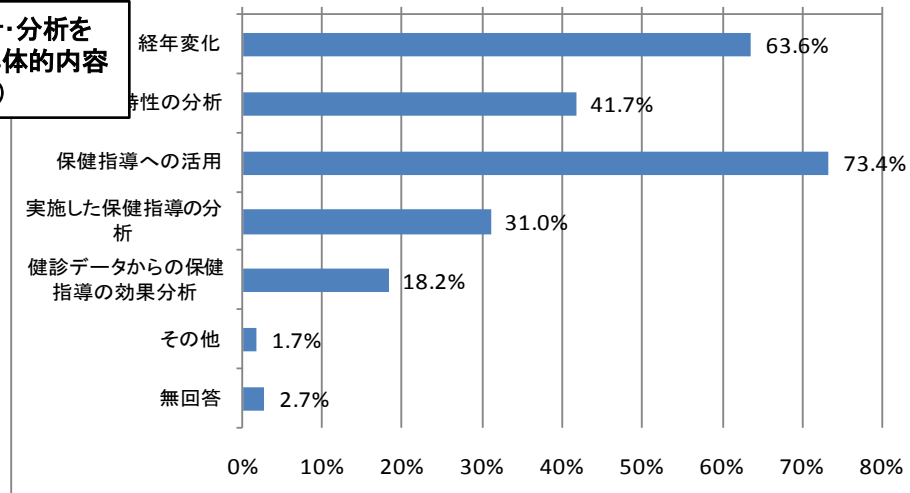
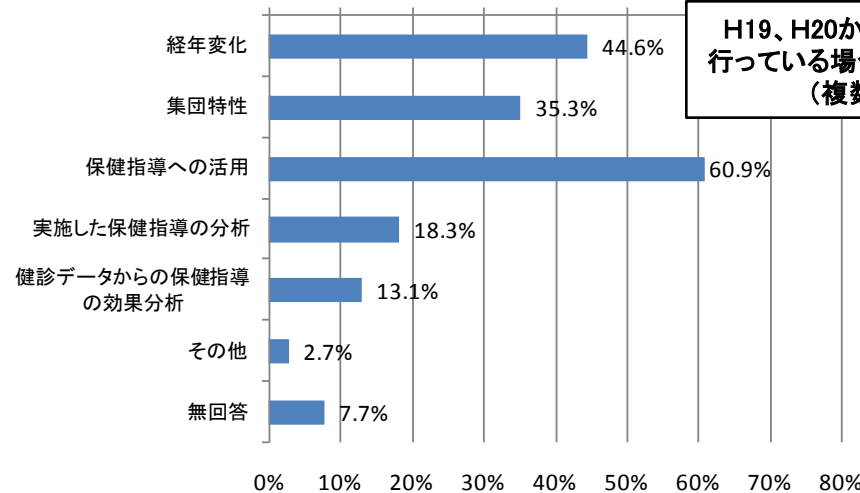
行う予定なしの理由



※行う予定なしと回答した保険者について集計



H19、H20から集計・分析を行っている場合の具体的内容(複数回答)



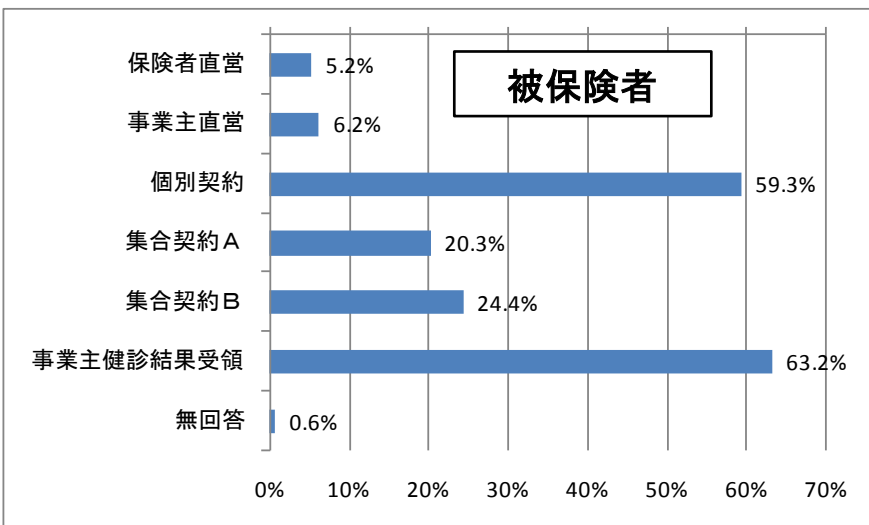
※「H19年以前から」「H20以降から行っている」と回答した保険者について集計

特定健康診査の実施状況

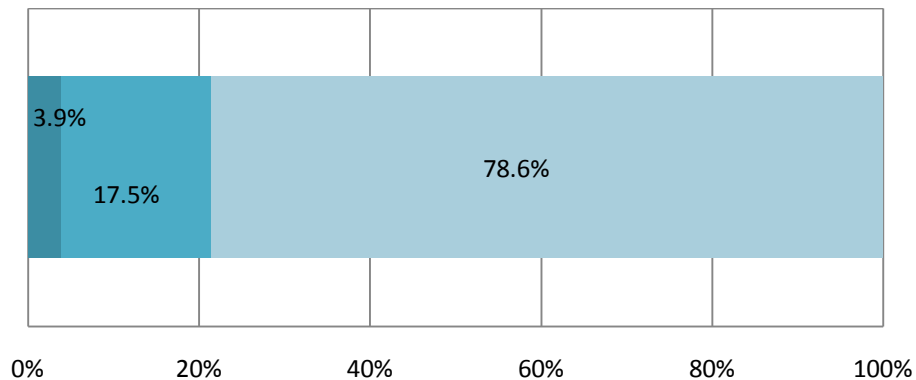
特定健康診査の直営・委託の状況(複数回答)

特定健診の直営・委託の状況について、市町村国保では「外部委託のみ」が多く、被用者保険では、被保険者については「個別契約」及び「事業主健診結果受領」が多く、被扶養者については「個別契約」、「集合契約A」、「集合契約B」が多かった。

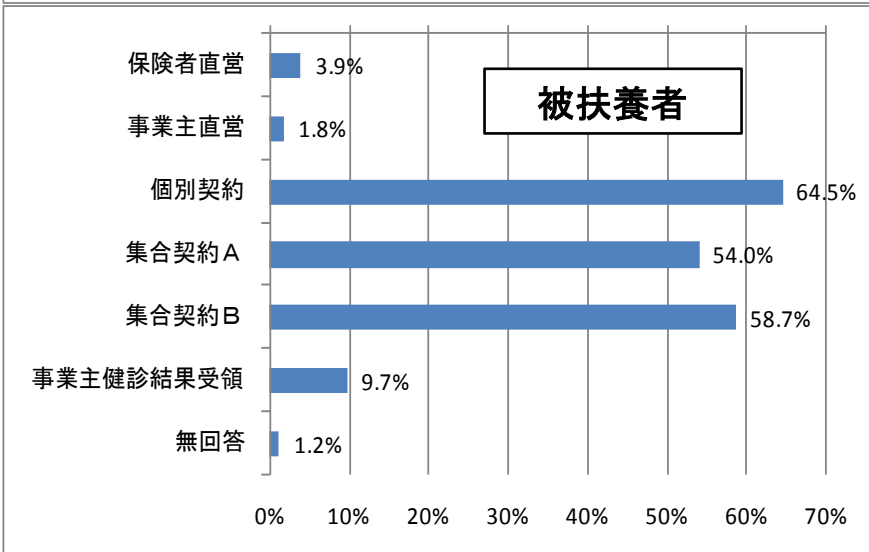
被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)



■ 直営のみ ■ 直営と外部委託との組み合わせ ■ 外部委託のみ

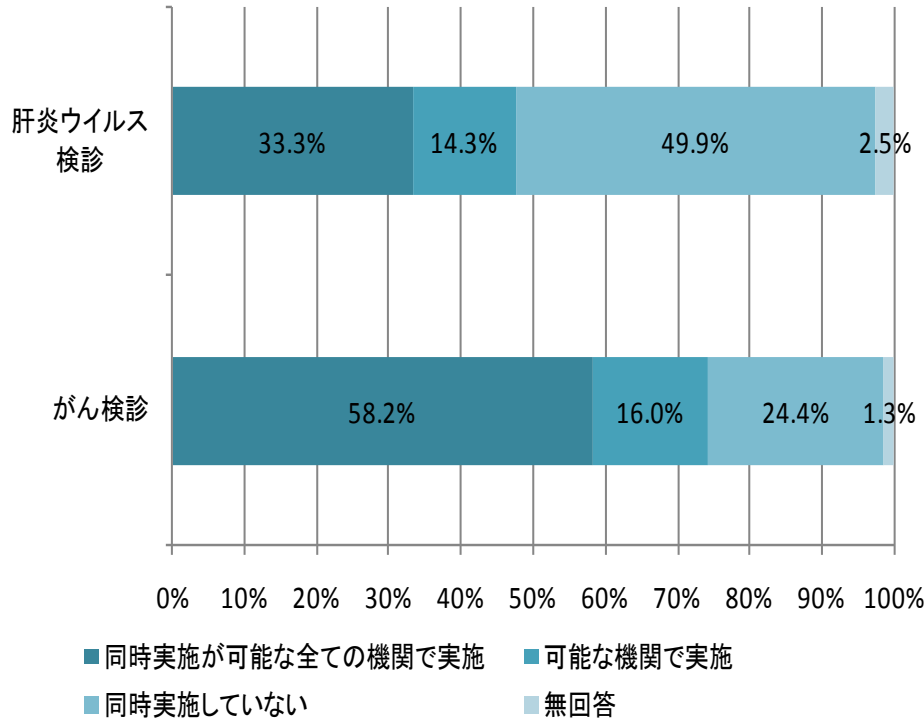


他の検診等との同時実施の状況

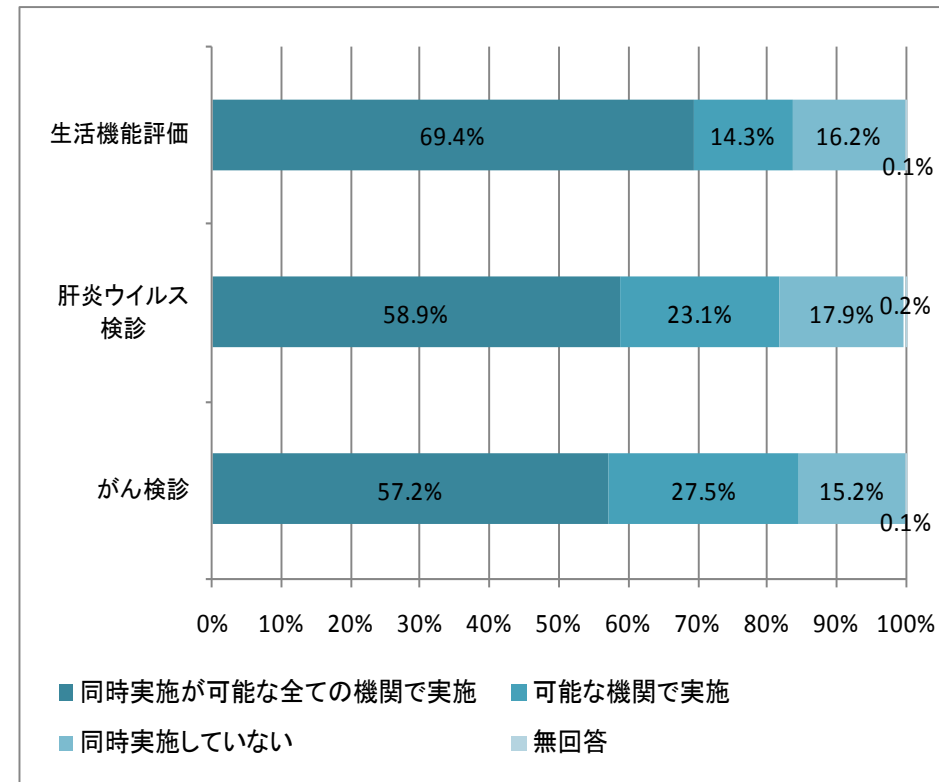
特定健診と他の検診等との同時実施の状況について、市町村国保においては、生活機能評価との同時実施を行っており、また半数超の保険者が全ての実施機関等で他の検診との同時実施を行っていた。

被用者保険は、実施している保険者と実施していない保険者が2極化している傾向があった。

被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)

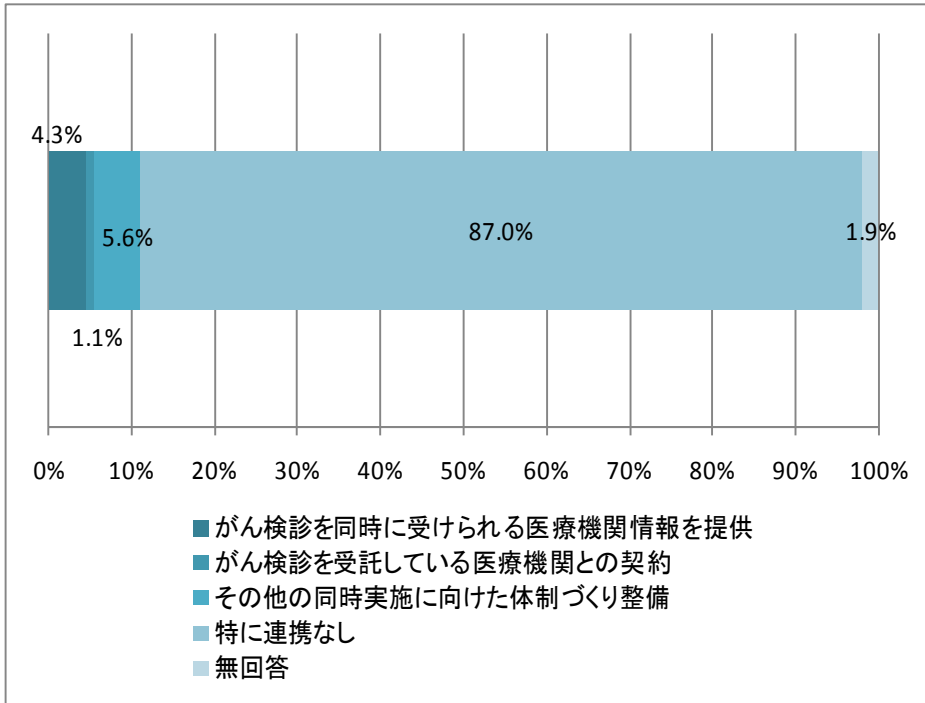


(注)「同時実施」とは、同日に同会場で特定健康診査以外の他検診を受診できる体制を整備していることを指す。

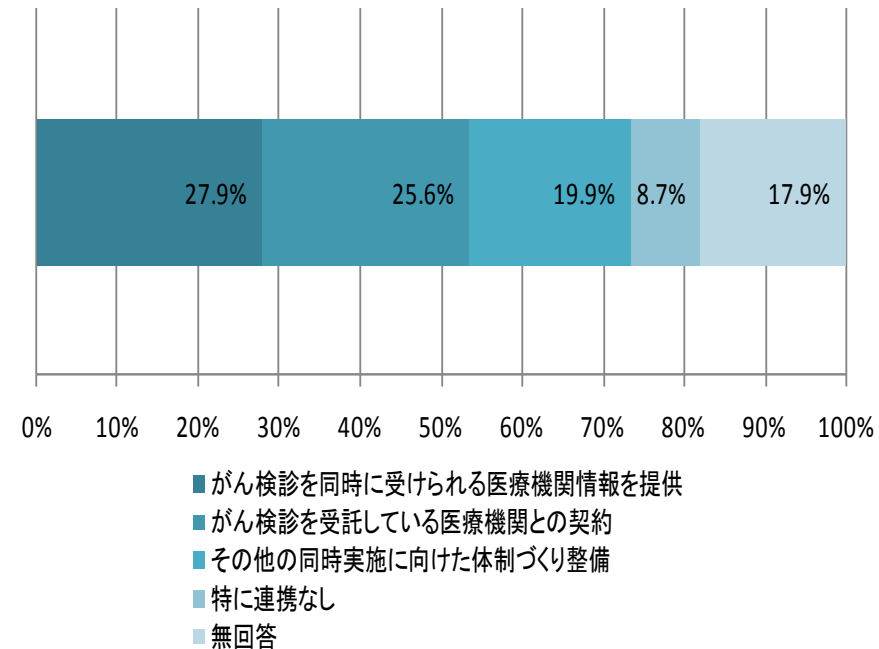
市町村のがん検診との同時実施に向けた連携の状況

市町村が行うがん検診との同時実施に向けた連携の状況については、市町村国保は「がん検診を同時に受けられる医療機関情報を提供」など、様々な取組を行っている一方、被用者保険は「特に連携を行っていない」保険者が9割近くとなっている。

被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)



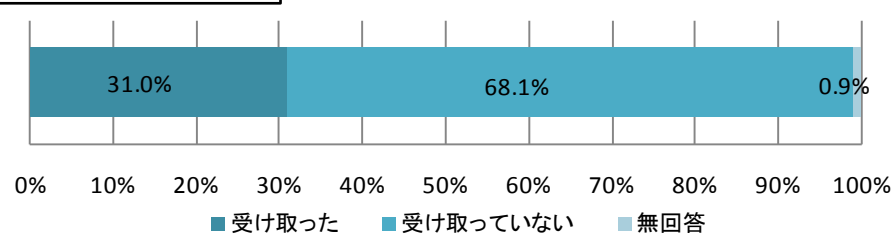
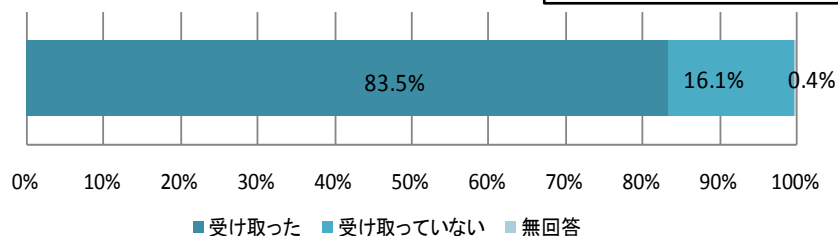
労働安全衛生法に基づく健康診査結果の受領状況

労働安全衛生法に基づく健診結果の受領状況について、被用者保険では、労働安全衛生法上の健康診査結果を「受け取った」保険者が約8割であり、結果形式は「XML」、「紙」が多かった。市町村国保では、「受け取った」保険者が約3割である、結果形式は「紙」が多かった。

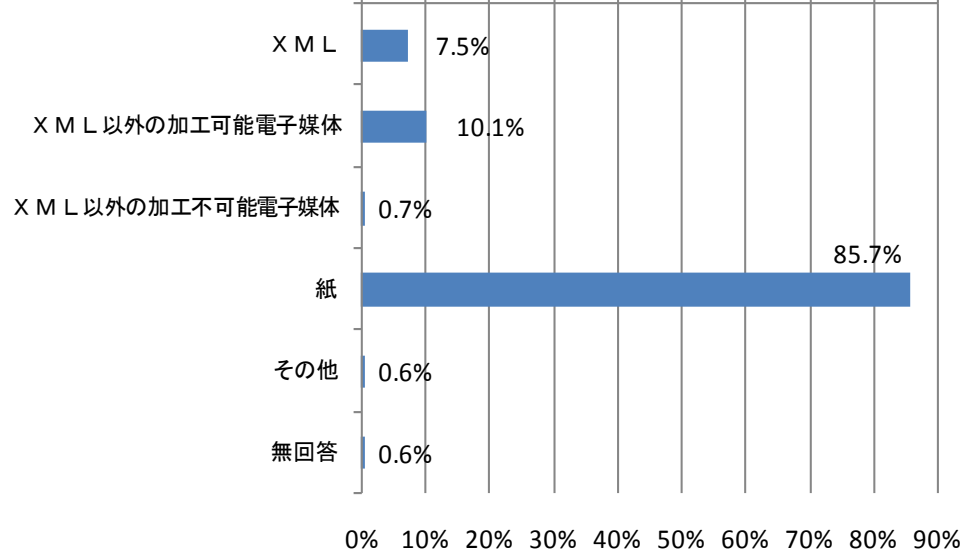
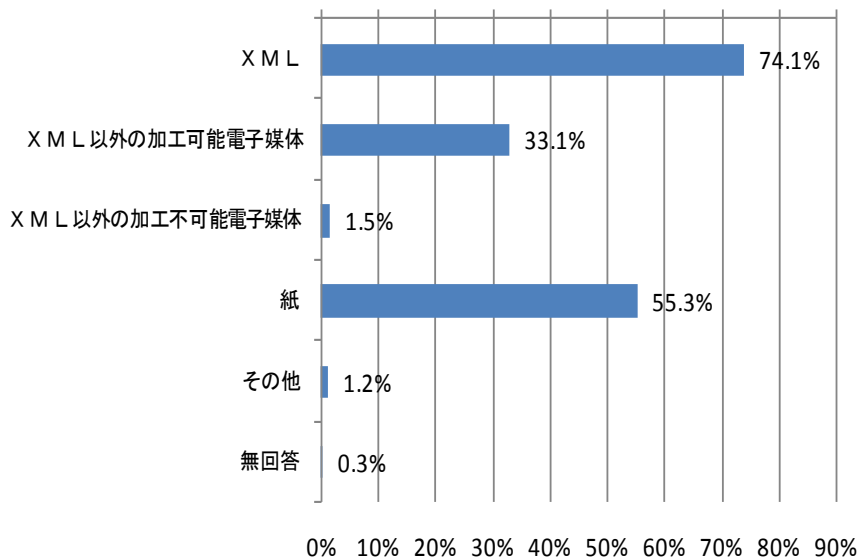
被用者保険(1702保険者)

市町村国保(1757保険者)

労働安全衛生法による健診結果受領の有無



受領した場合の結果の形式(複数回答)

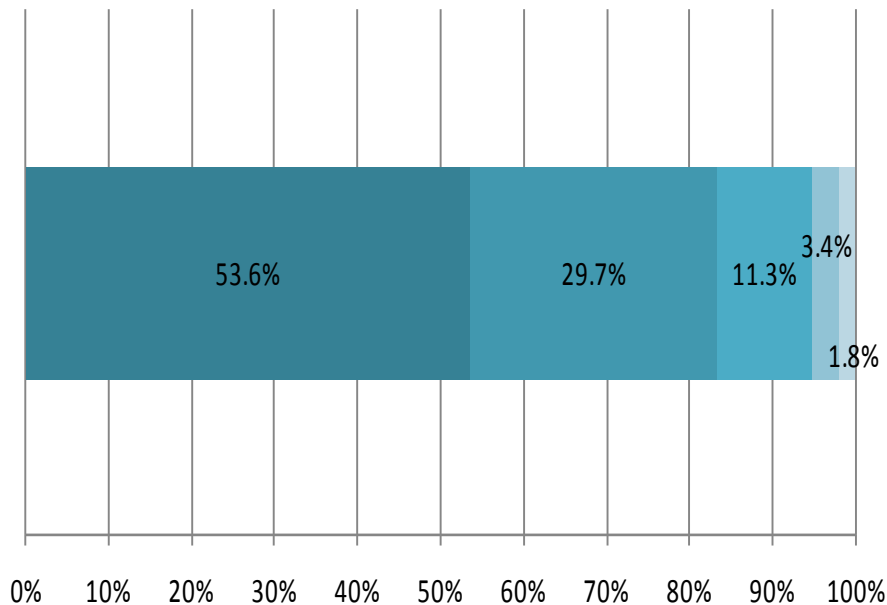


特定健康診査実施期間

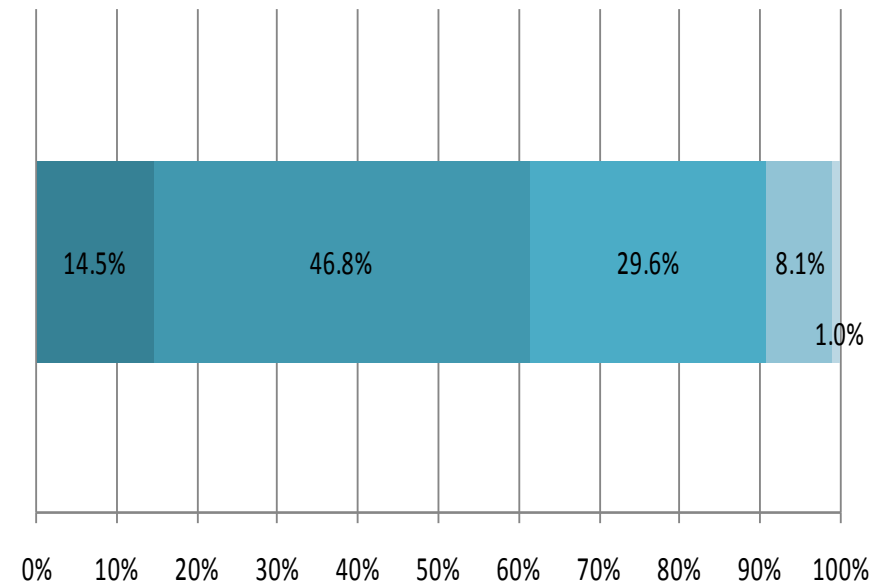
被用者保険(直営又は個別契約により実施を委託している者のみ)については、年間を通して特定健診実施を可能としている者が最も多く、市町村国保においては、6ヶ月～1年未満の健診期間を設けている者が最も多い。

被用者保険(1140保険者)

※被用者保険については、直営及び実施機関等と個別契約を行っているものについてのみ。



市町村国保(1757保険者)



■ 1年 ■ 6ヶ月以上 ■ 3ヶ月以上6ヶ月未満 ■ 3ヶ月 ■ 無回答

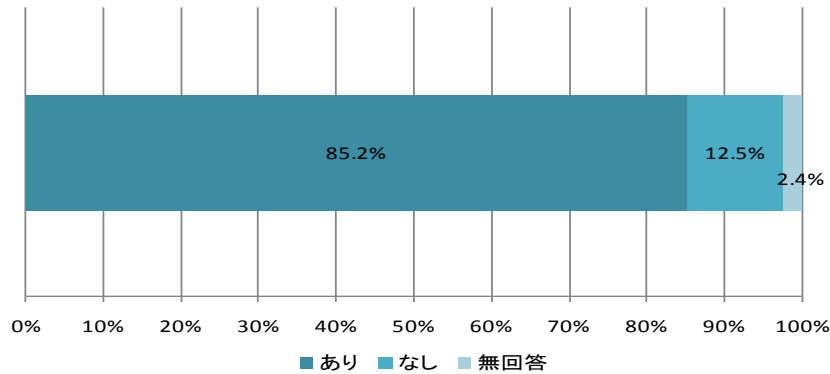
■ 1年 ■ 6ヶ月以上 ■ 3ヶ月以上6ヶ月未満 ■ 3ヶ月未満 ■ 無回答

受診券・案内等の個別送付の実施状況（被用者保険）

受診券・案内等の個別送付の実施状況について、被用者保険では約8割が個別送付しており、個別送付の対象者は、「対象者全員」が多かった。送付方法は、「被扶養者の自宅へ送付」「事業主経由」が多く、送付時期は「年度当初一斉通知」が多かった。

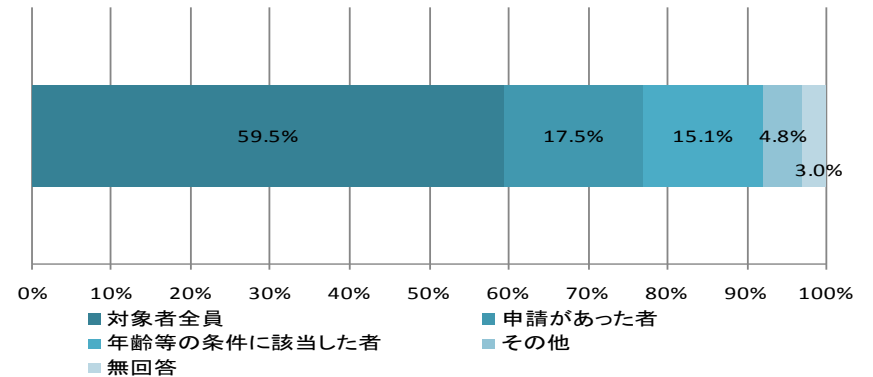
個別送付の有無（1140保険者）

※被用者保険については、直営及び実施機関等と個別契約を行っているものについてのみ。送付は被扶養者に対してのもの。



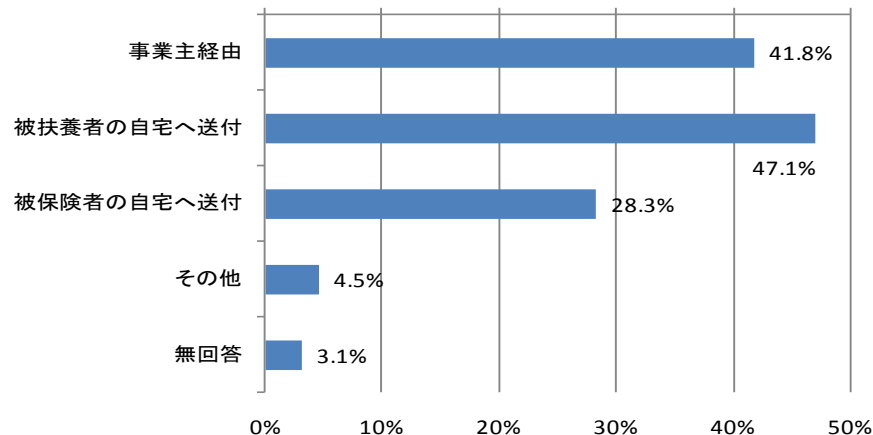
個別送付の対象者（971保険者）

※個別送付を行っている保険者のみで集計。送付は被扶養者に対してのもの。



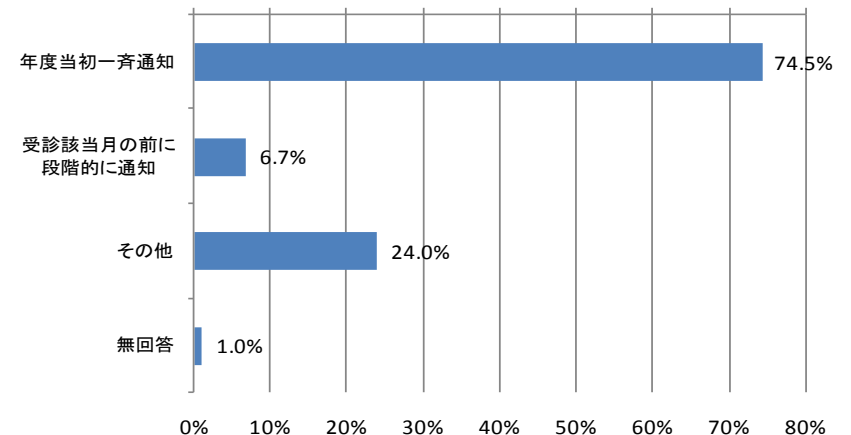
送付方法【複数回答】（971保険者）

※個別送付を行っている保険者のみで集計。送付は被扶養者に対してのもの。



送付時期【複数回答】（971保険者）

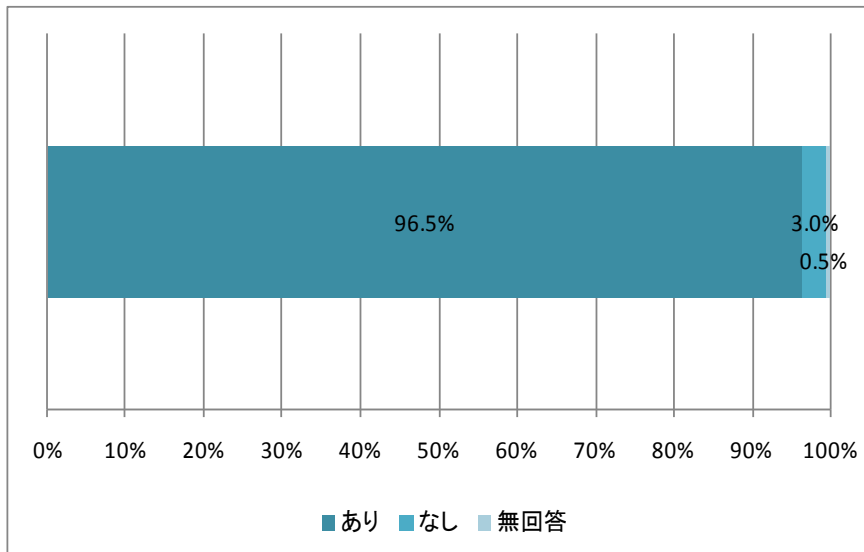
※個別送付を行っている保険者のみで集計。送付は被扶養者に対してのもの。



受診券・案内等の個別送付の実施状況(市町村国保)

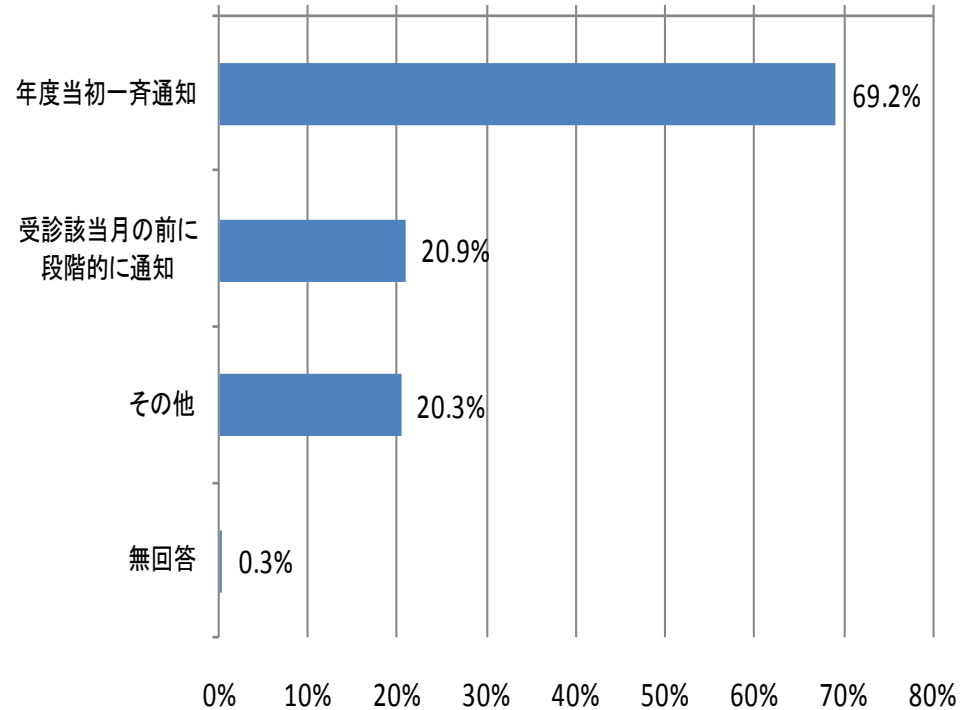
受診券・案内等の個別送付の実施状況について、市町村国保では9割以上が個別送付しており、送付時期は「年度当初一斉通知」が多かった。

個別送付の有無(1757保険者)



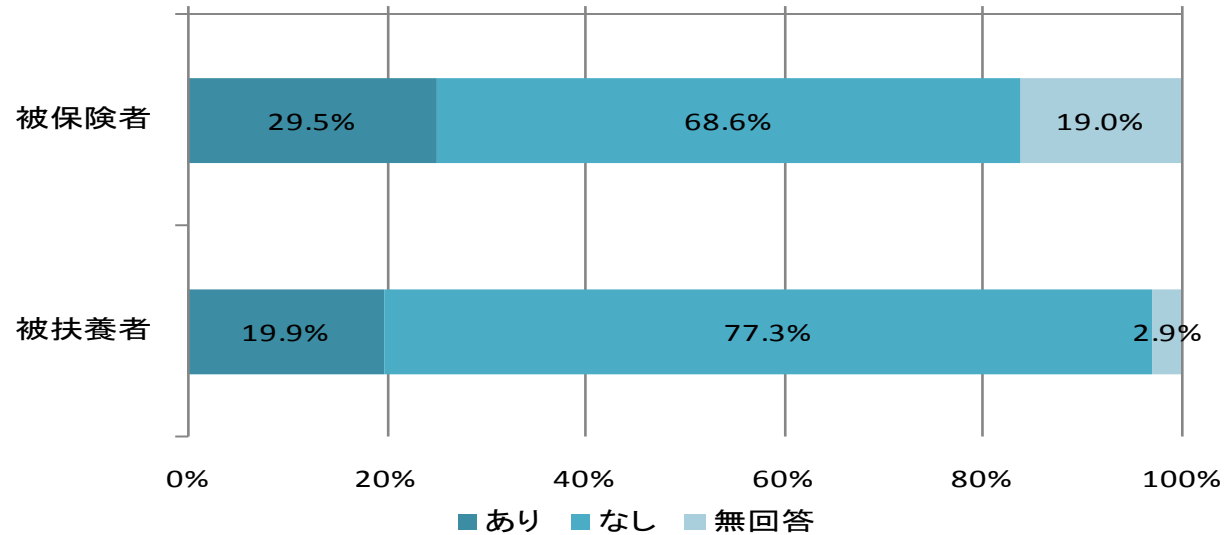
送付の時期【複数回答】(1696保険者)

※個別送付を行っている保険者のみで集計。

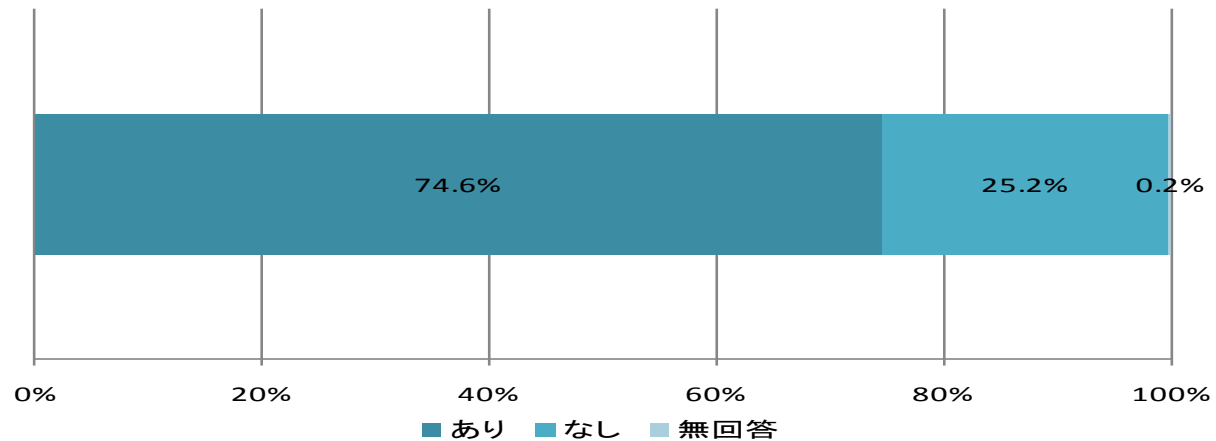


特定健康診査未受診者への受診勧奨の実施の有無

特定健康診査未受診者への受診勧奨について、被用者保険では「なし」が多く、市町村国保では、「あり」が多かった。

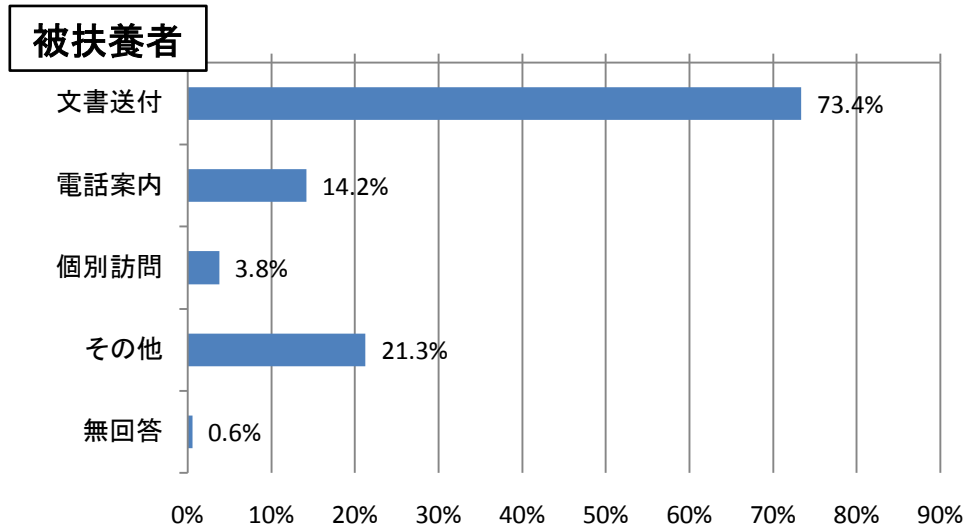
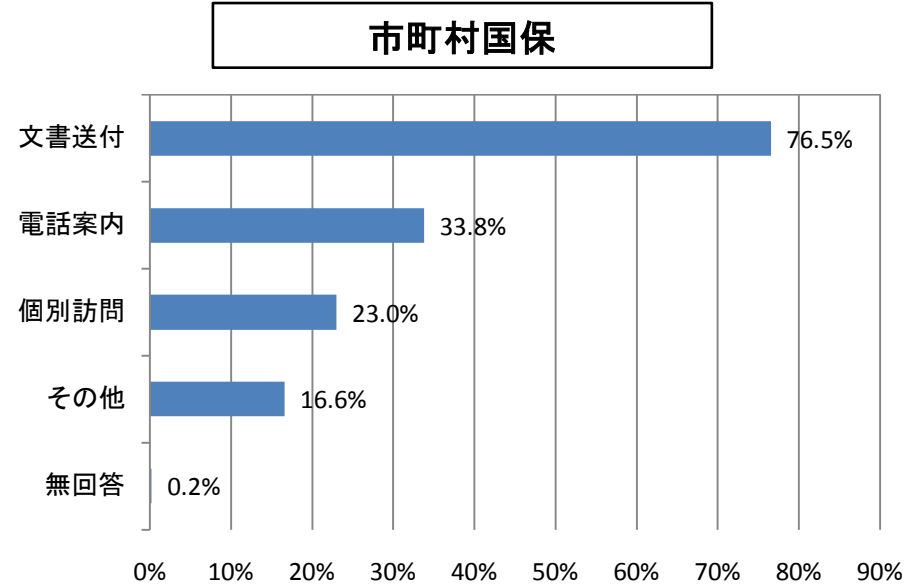
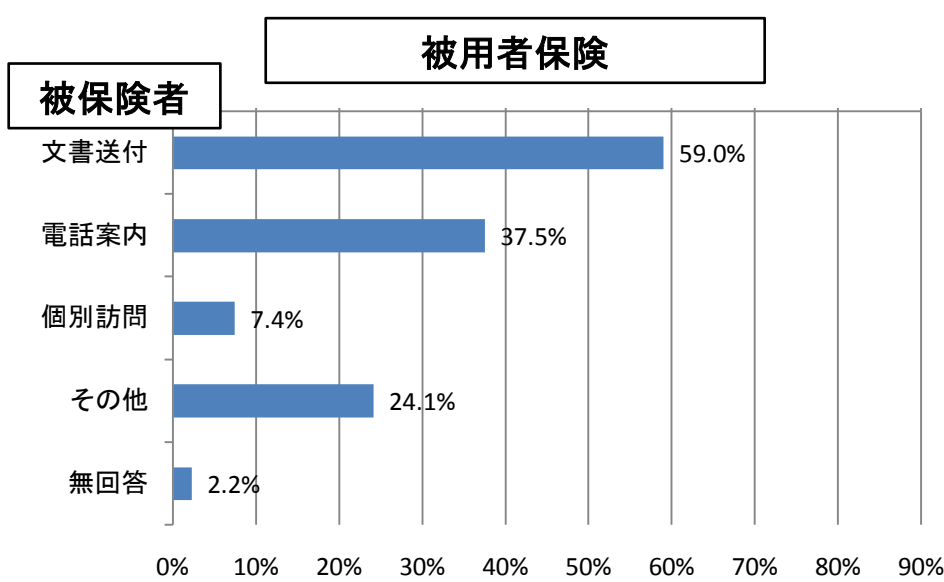


市町村国保 (1757保険者)



特定健康診査未受診者への受診勧奨の方法（複数回答）

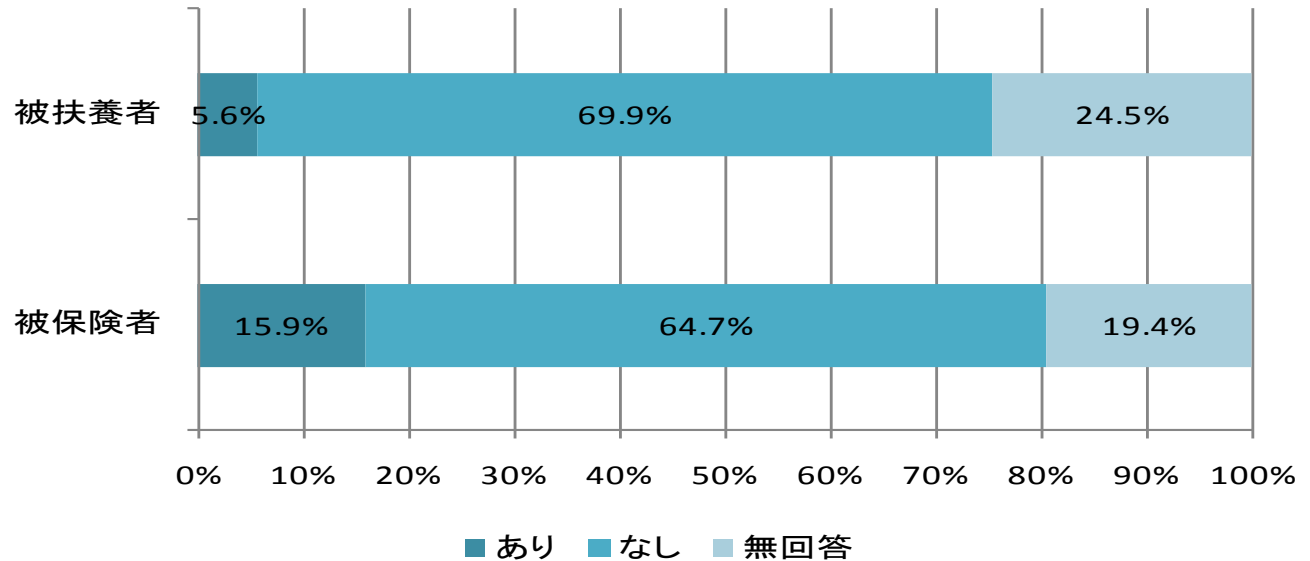
特定健康診査未受診者への受診勧奨の方法として、「文書送付」を行っている保険者が多かった。



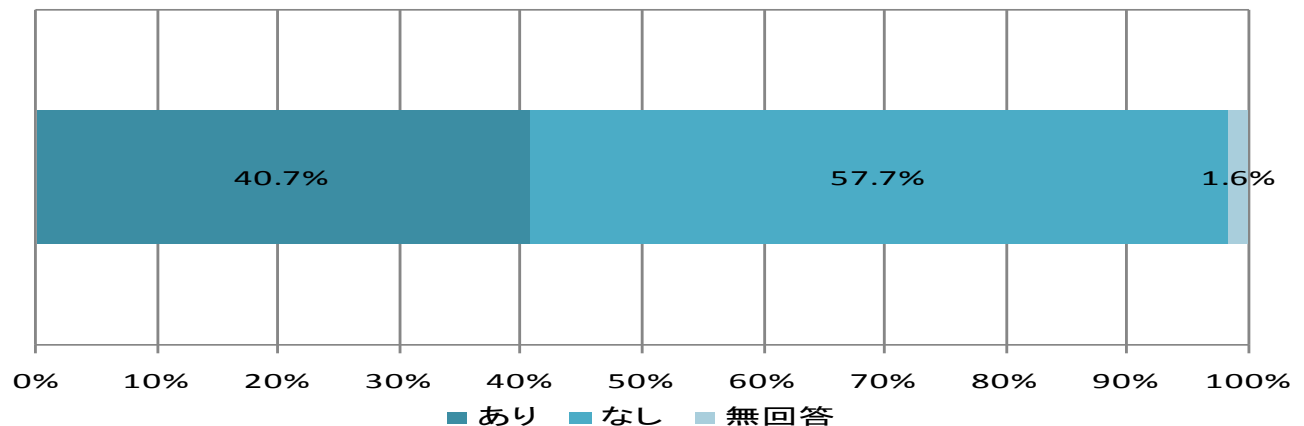
特定健康診査未受診者の理由把握の実施の有無

未受診者の理由把握の実施の有無について、被用者保険では、「なし」が約7割であり、市町村国保では、「あり」が約4割であった。

被用者保険
(1702保険者)



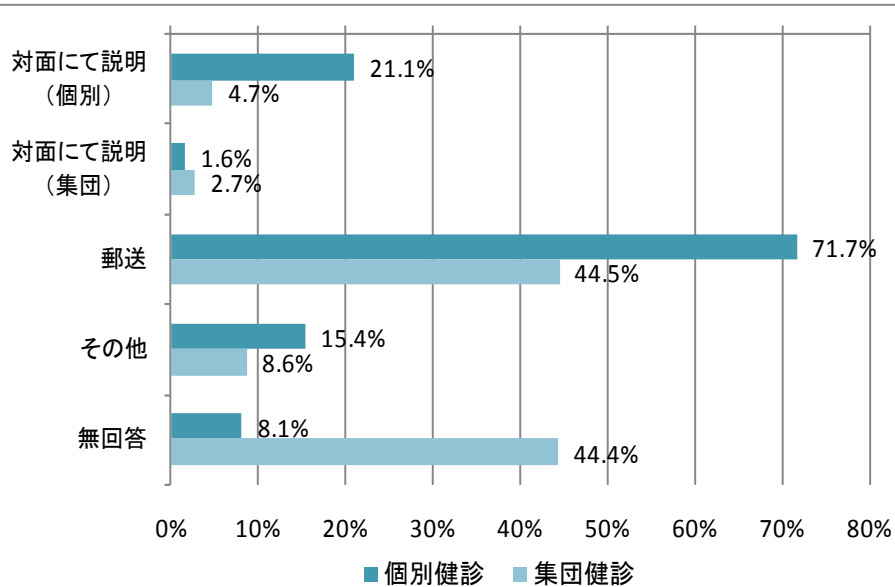
市町村国保
(1757保険者)



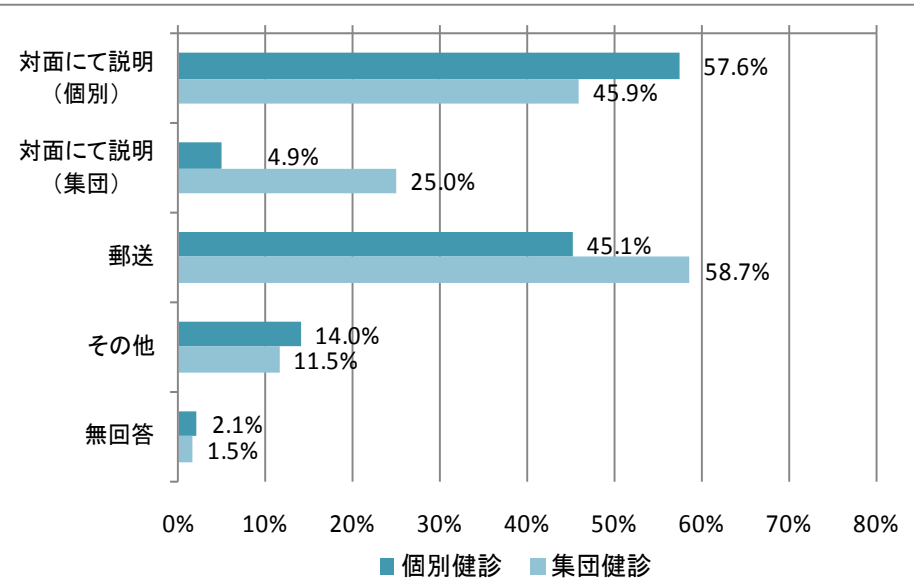
特定健康診査結果の通知方法

特定健診診査結果の通知方法について、被用者保険は、個別健診・集団健診において「郵送」による通知が多く、市町村国保は、「対面にて説明」及び「郵送」による通知が多かった。

被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)



※被用者保険については、被扶養者に対する実施状況である

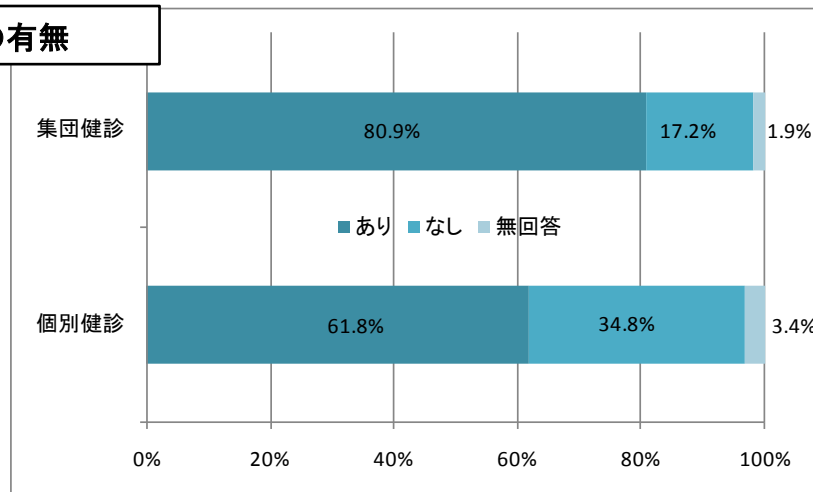
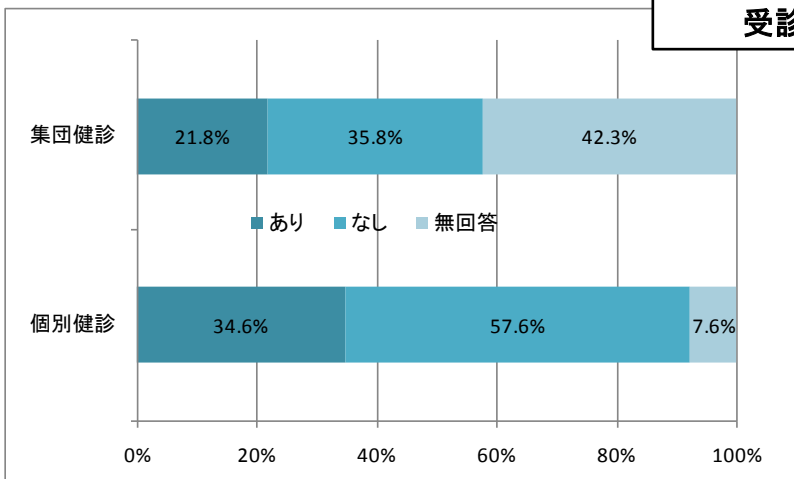
受診勧奨値を超えた者への受診勧奨実施の有無

受診勧奨値を超えた者への受診勧奨実施の有無について、被用者保険では、集団健診の約2割、個別健診の約3割が実施しており、市町村国保では、集団健診の約8割、個別健診の約6割が受診勧奨を実施していた。受診勧奨を実施した場合の医療機関受診の確認の有無について、市町村国保では、集団健診の約6割が実施していた。

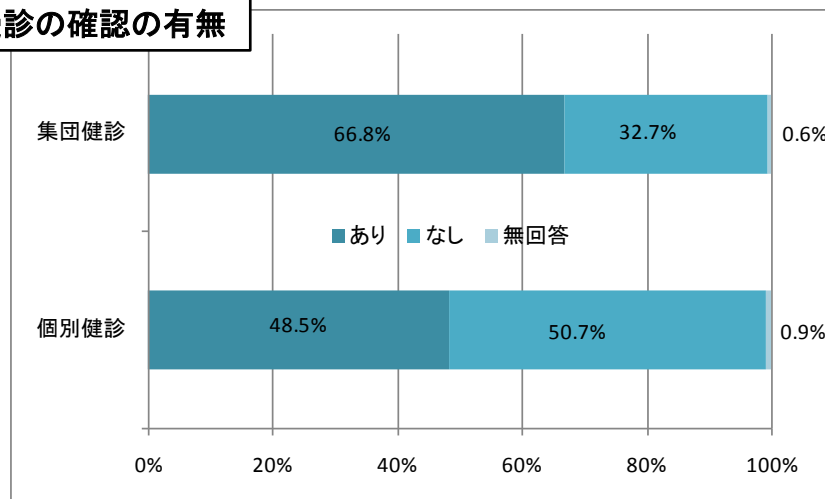
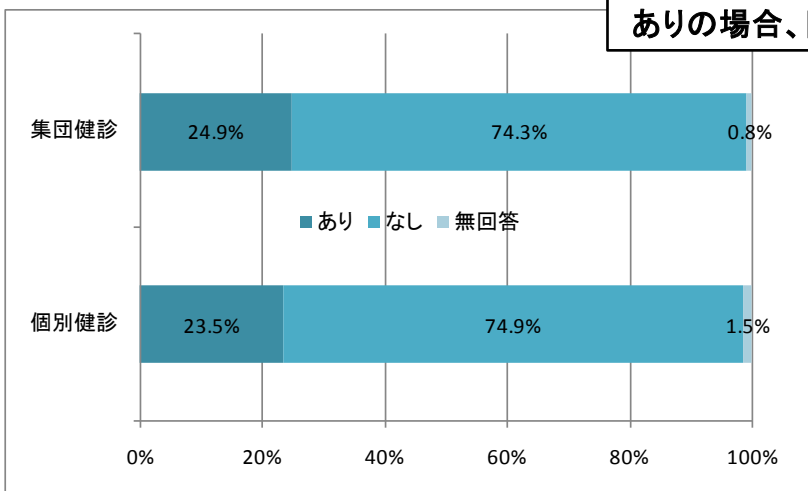
被用者保険(1702保険者)

市町村国保(1757保険者)

受診勧奨実施の有無



ありの場合、医療機関受診の確認の有無



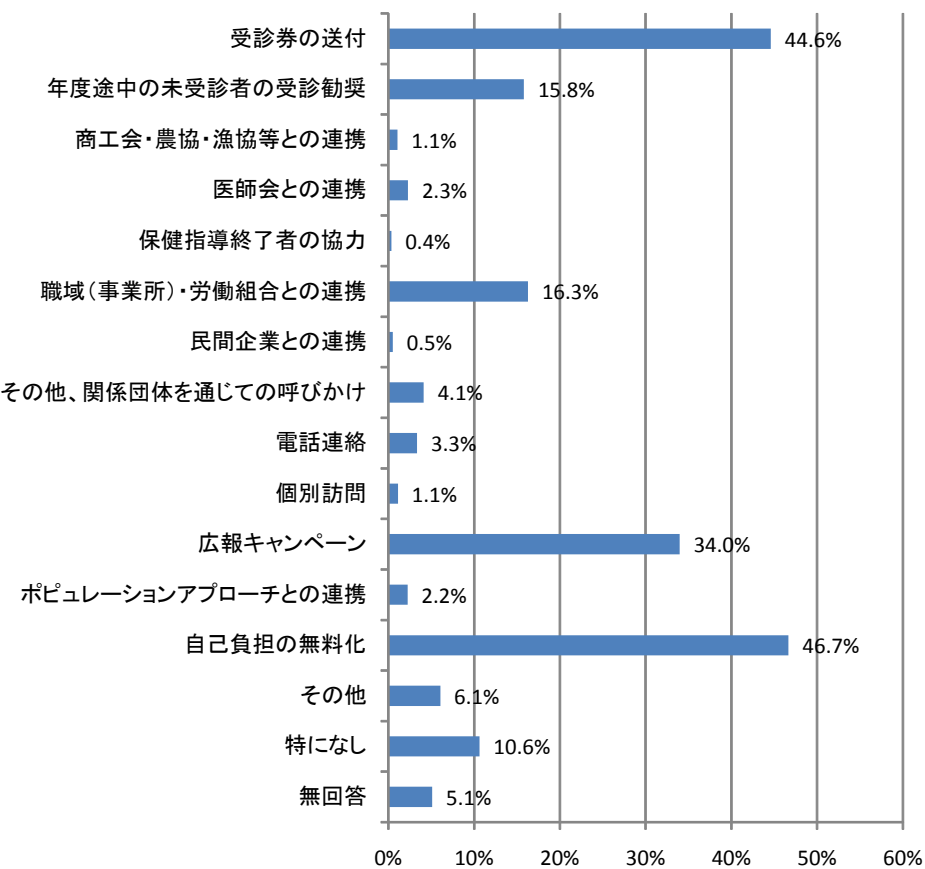
※被用者保険については、被扶養者に対する実施状況である

※受診勧奨ありと回答した保険者について集計

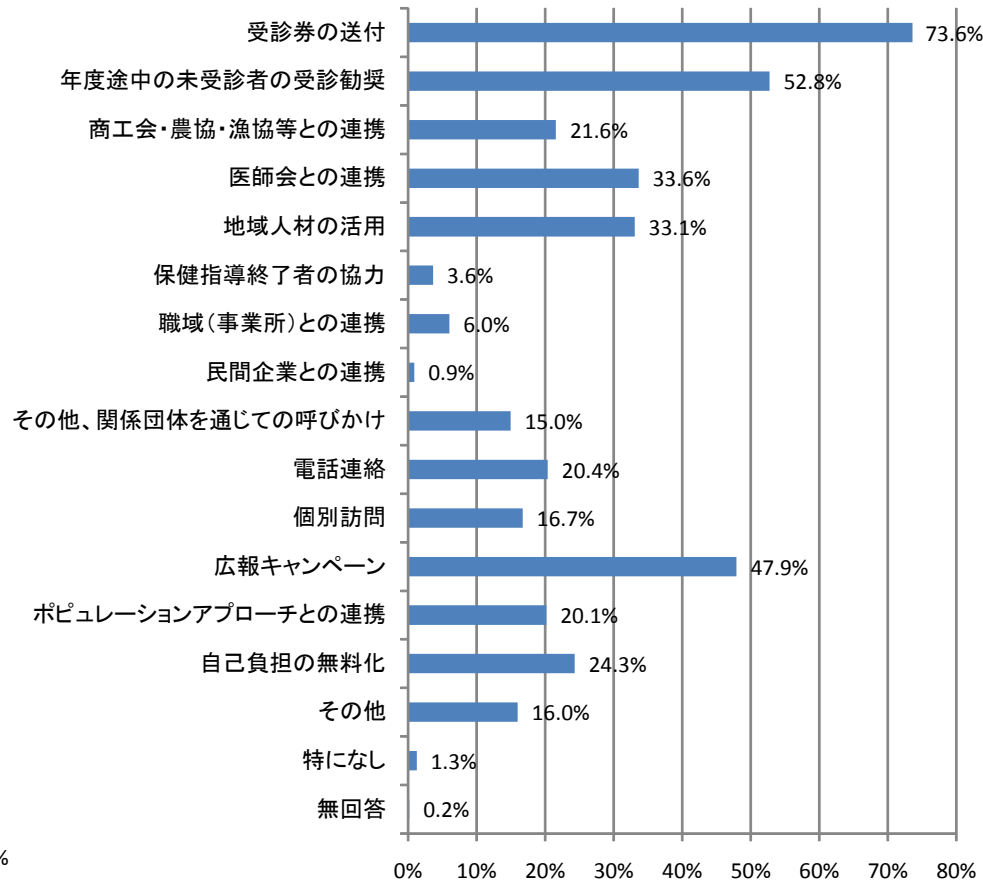
特定健康診査の受診率向上のために取り組んでいる事項(複数回答)

特定健診の受診率向上のために工夫している点として、被用者保険では、「受診券の送付」や「自己負担の無料化」が多く、市町村国保では「受診券の送付」や「年度途中の未受診者の受診勧奨」が多く、その他、地域の他団体との連携等、特定健診受診率向上のための様々な取り組みがなされている傾向であった。

被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)

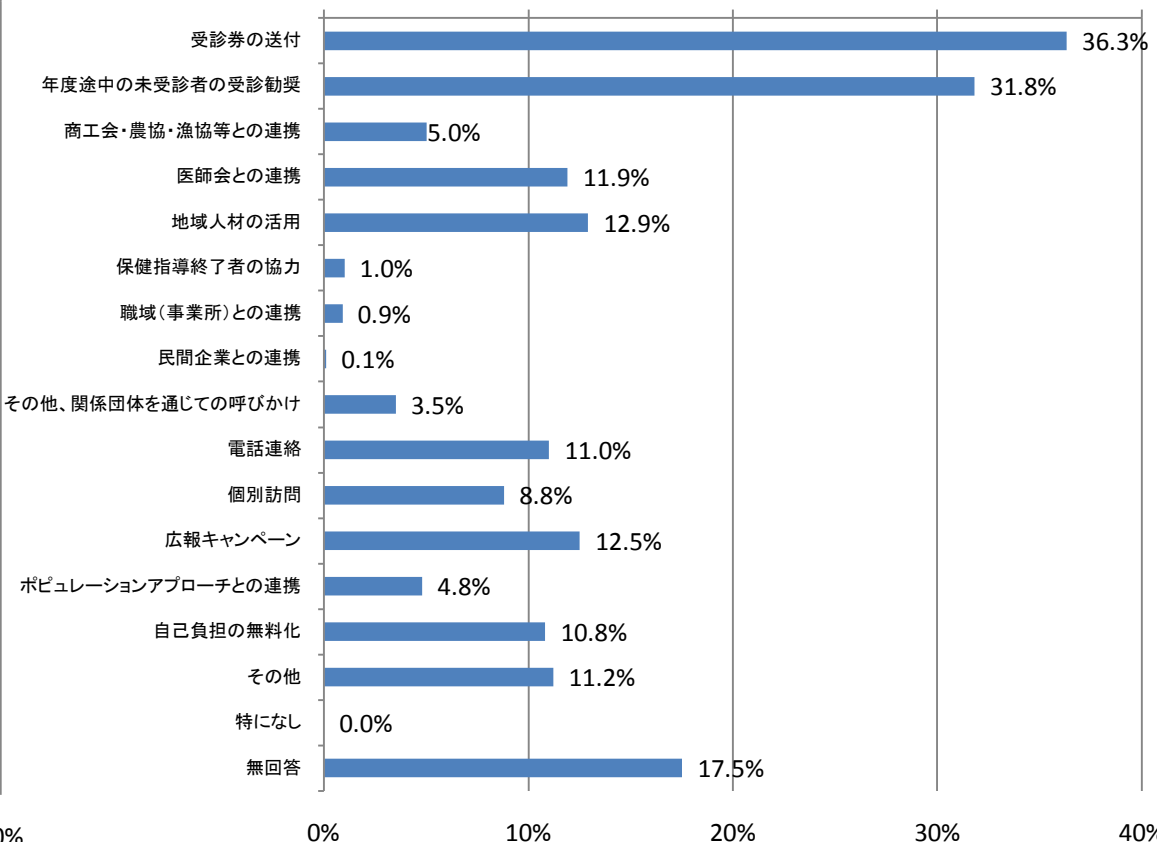
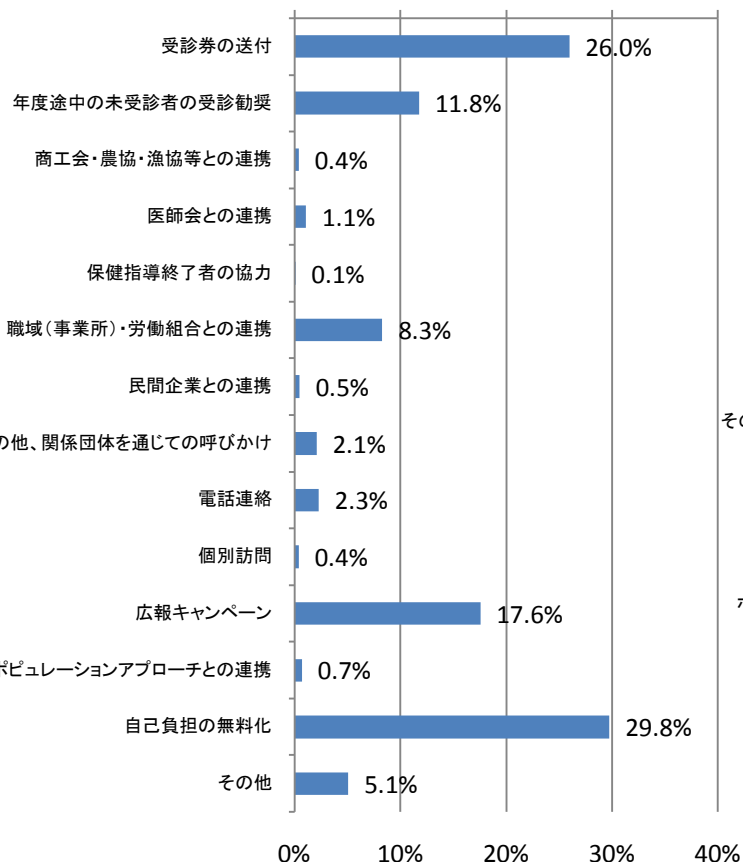


特定健康診査受診率向上のために有効だと思った方法(主なもの3つまでの回答)

受診率向上のための工夫で、有効だと思った方法として、被用者保険では、「受診券の送付」や「自己負担の無料化」が多く、市町村国保では、「受診券の送付」や「年度途中の未受診者の受診勧奨」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

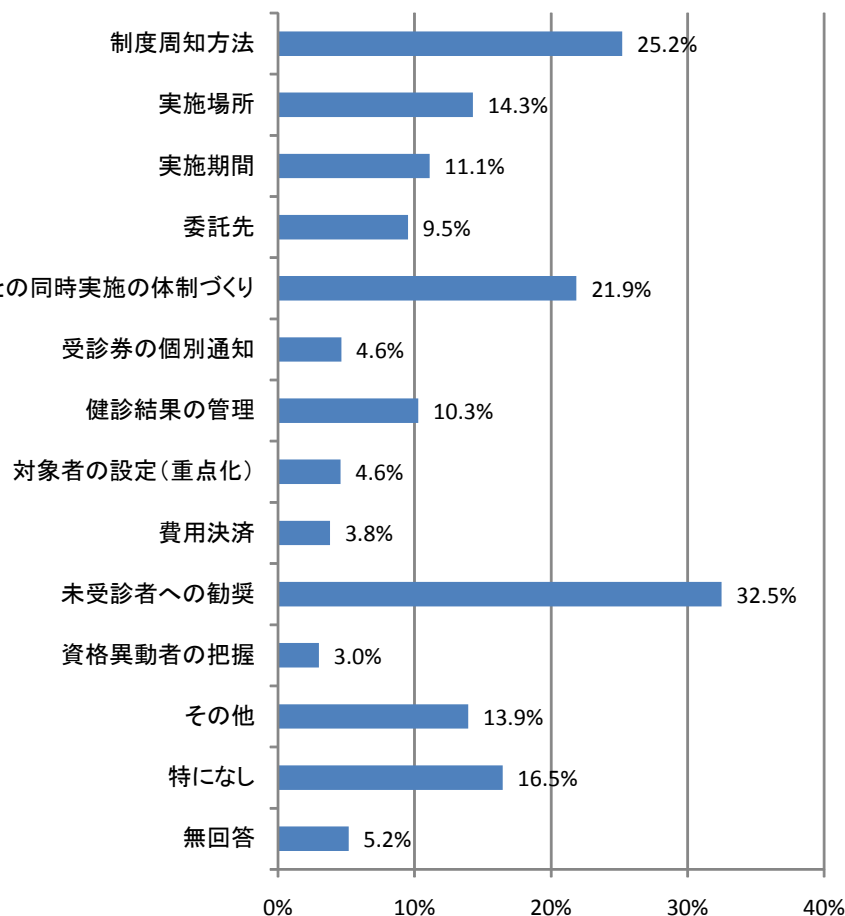
市町村国保(1757保険者)



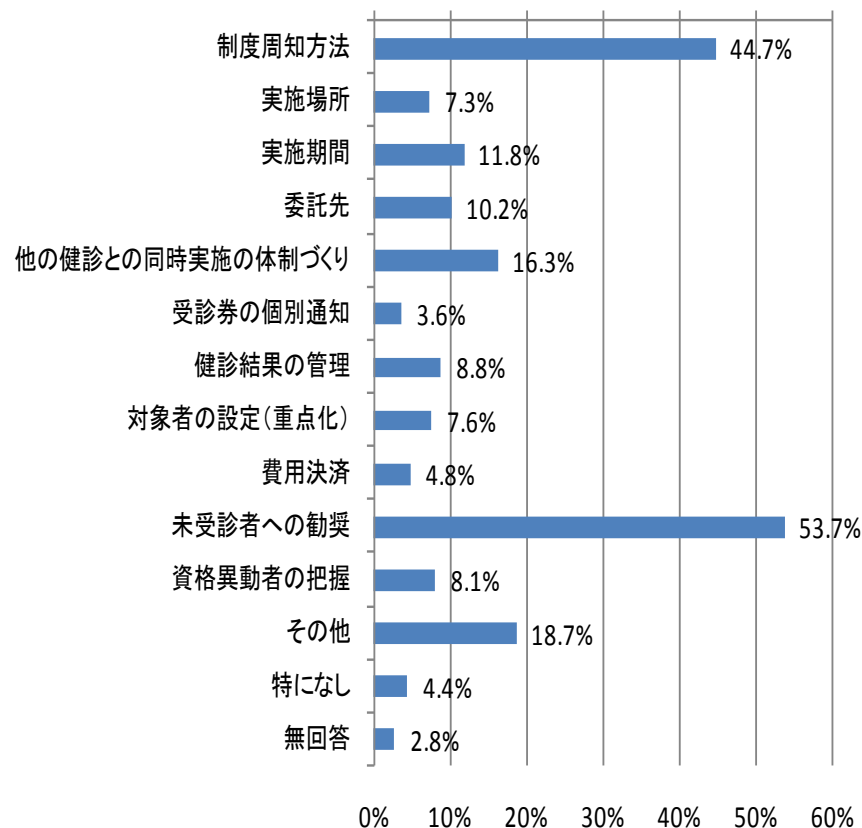
特定健康診査の円滑な実施のために改善が必要と考えられる項目 (主なもの3つまで複数回答)

特定健診の円滑な実施のために改善が必要と考えられる項目について、被用者保険、市町村国保とも「制度周知方法」や「未受診者への勧奨」が多かった。

被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)

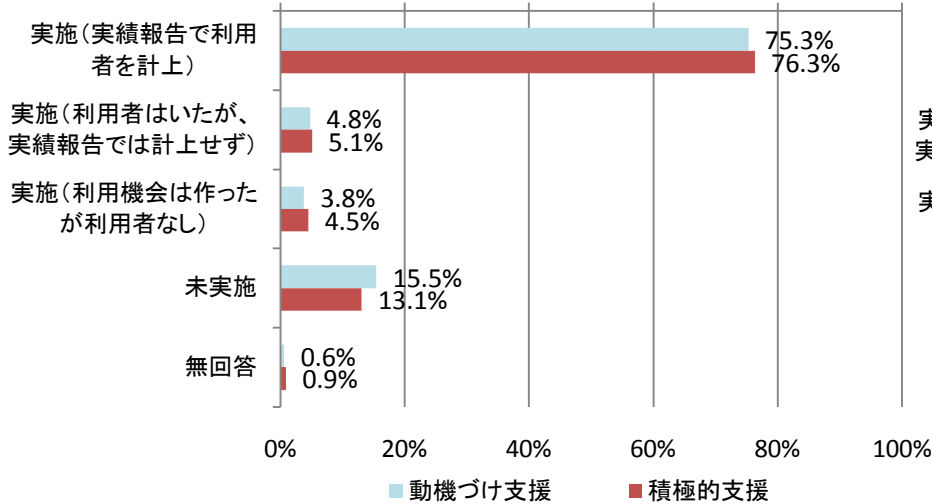


特定保健指導の実施状況

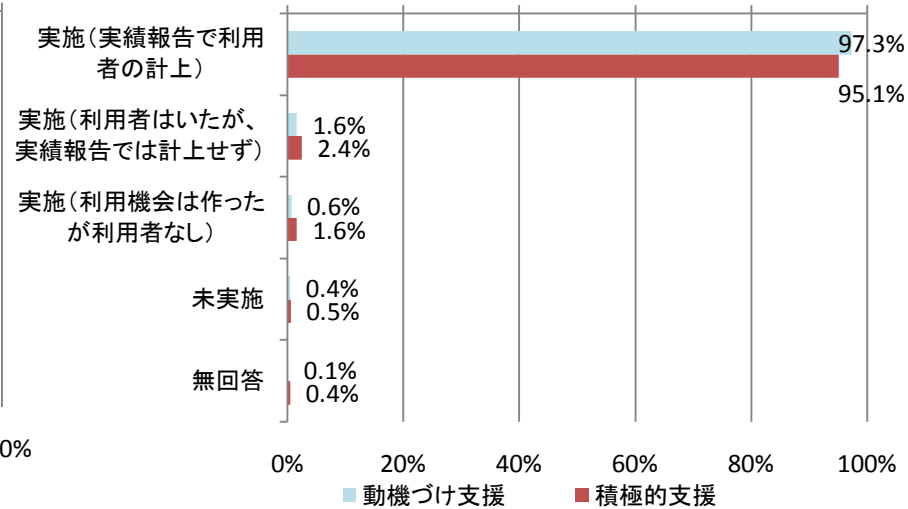
特定保健指導の実施の有無

特定保健指導の実施状況について、動機づけ支援、積極的支援とも実施した保険者がほとんどだが、被用者保険の被扶養者については、「未実施」が約4割であった。

被用者保険(1702保険者)

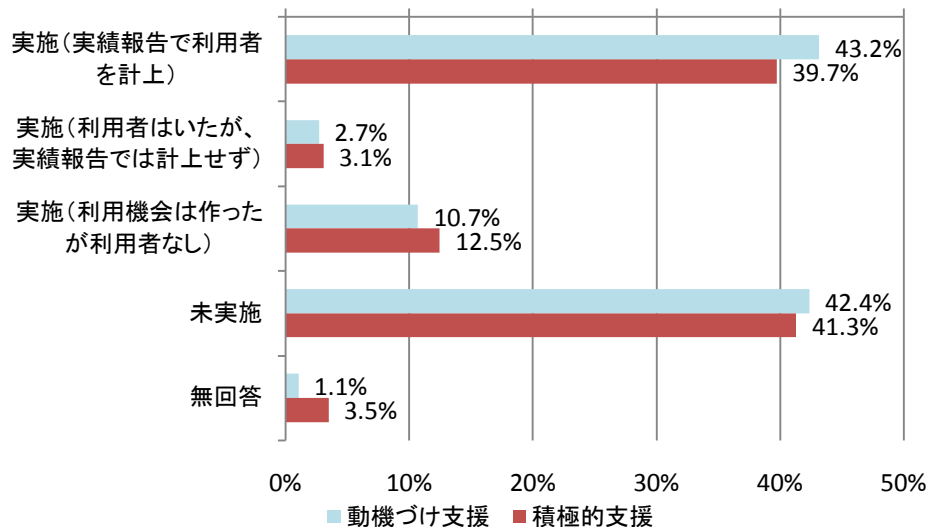


市町村国保(1757保険者)



被
保
険
者

被
扶
養
者



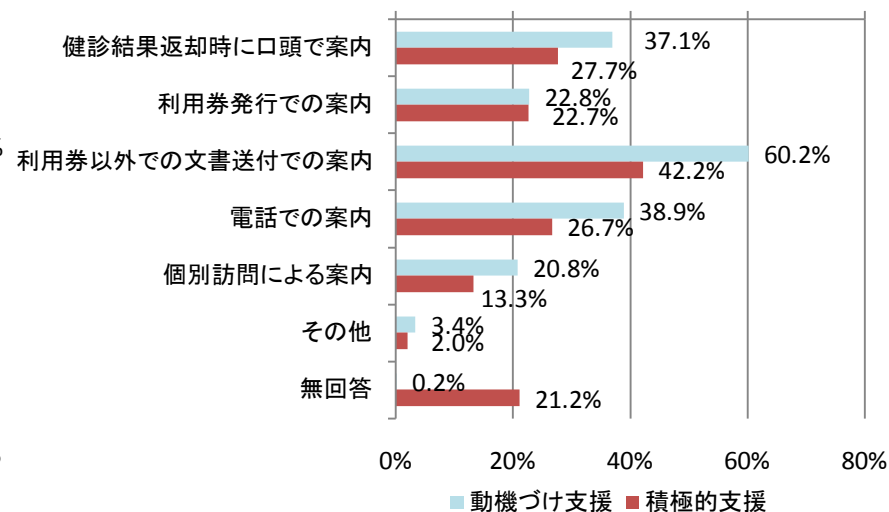
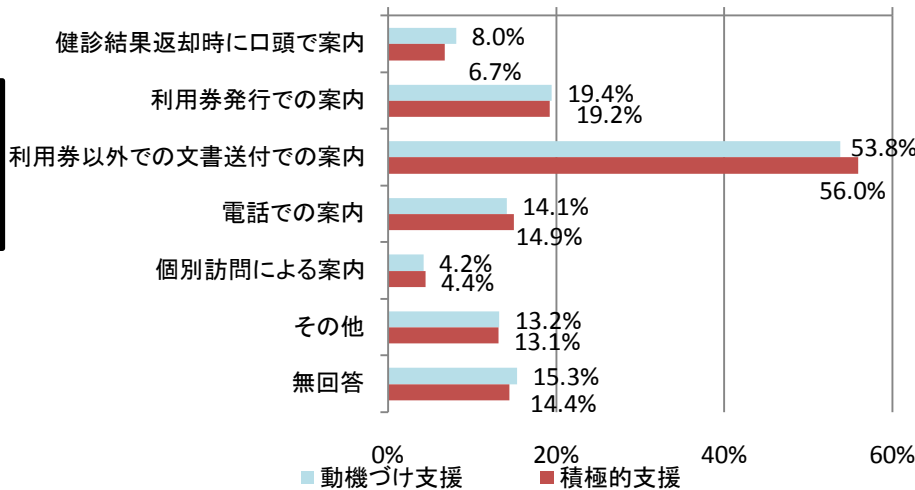
特定保健指導利用者への個別通知の方法(複数回答)

特定保健指導の利用者への個別通知(受診案内)について、動機づけ支援、積極的支援とも「利用券以外の文書送付での案内」が多かった。市町村国保では、「電話での案内」、「健診結果返却時に口頭で案内」も多かった。

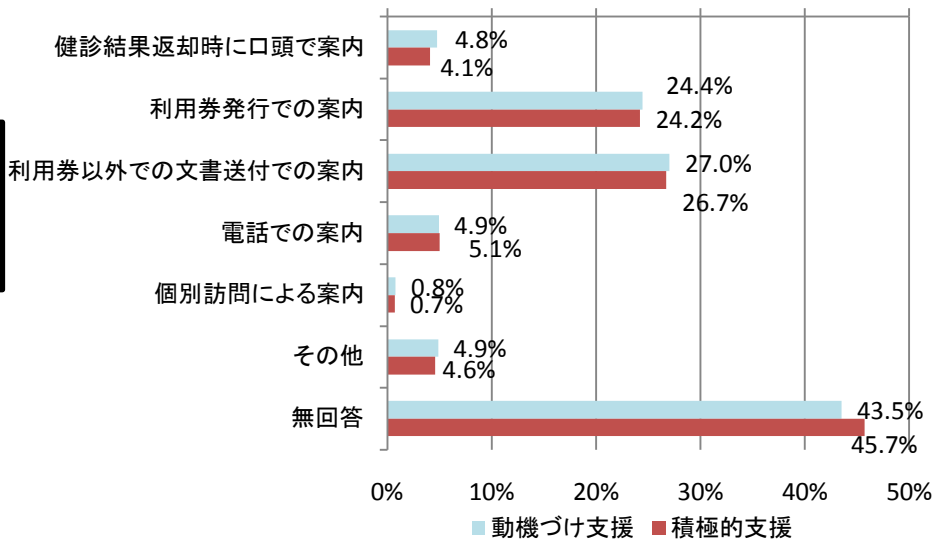
被用者保険(1702保険者)

市町村国保(1757保険者)

被
保
険
者



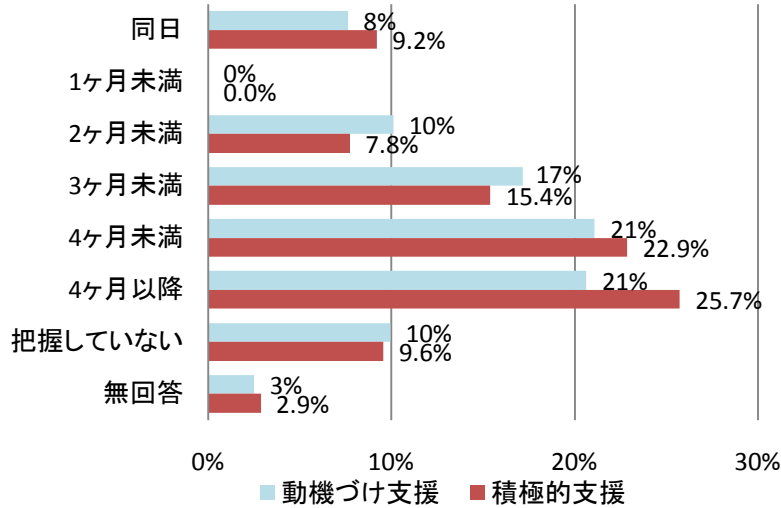
被
扶
養
者



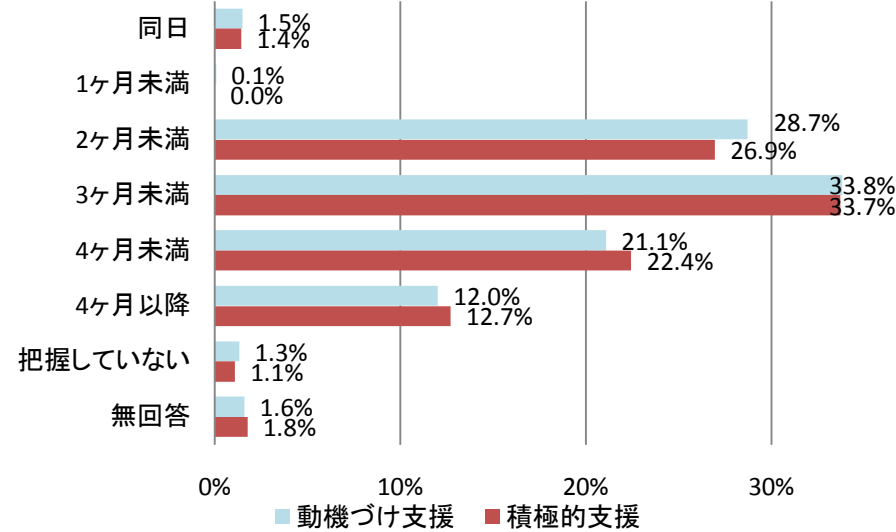
特定健康診査受診から保健指導(初回面接)までの平均的な期間

特定健診受診から保健指導(初回面接)までの平均的な時間について、被用者保険では「4ヶ月以降」が多く、市町村国保では「3ヶ月未満」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

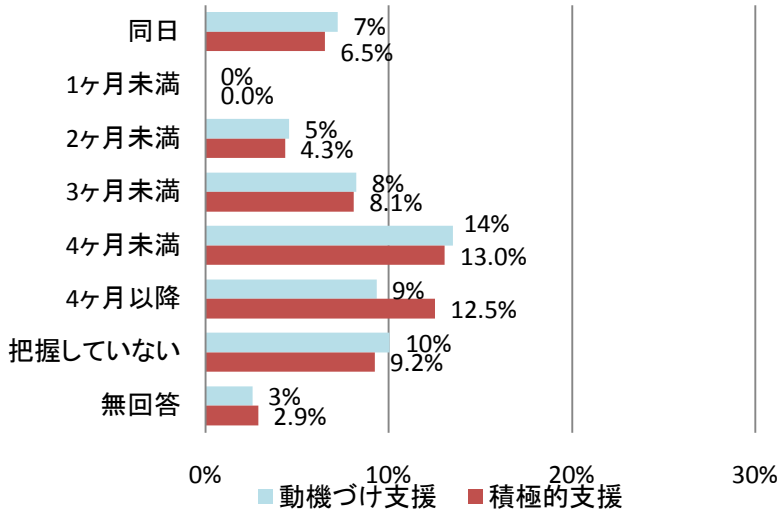


市町村国保(1757保険者)



被
保
険
者

被
扶
養
者



※被用者保険については、複数回答

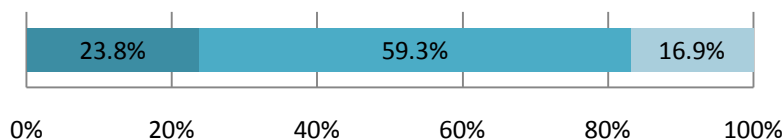
特定保健指導未利用者への利用勧奨の状況

(1) 利用勧奨の実施の有無

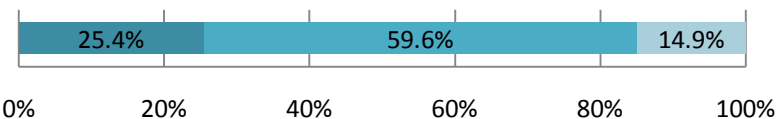
被用者保険では、利用勧奨「なし」の保険者が多く、市町村国保では利用勧奨「あり」の保険者が多かった。

被用者保険(1702保険者)

動機付け支援

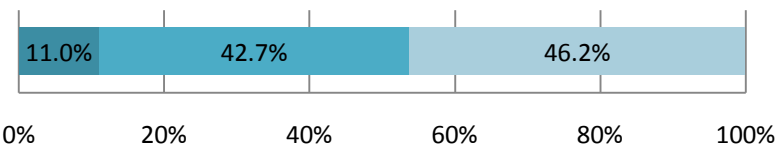


積極的支援

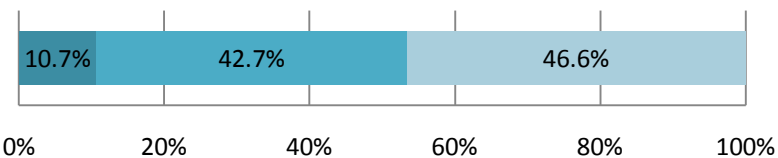


■あり ■なし ■無回答

動機付け支援



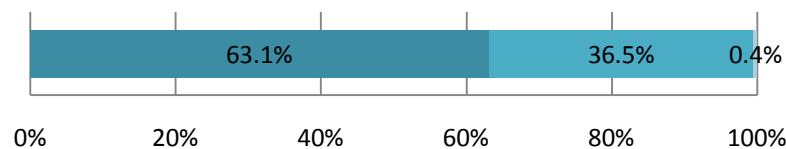
積極的支援



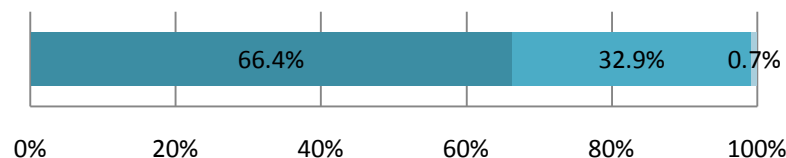
■あり ■なし ■無回答

市町村国保(1757保険者)

動機付け支援



積極的支援



■あり ■なし ■無回答

被
保
険
者

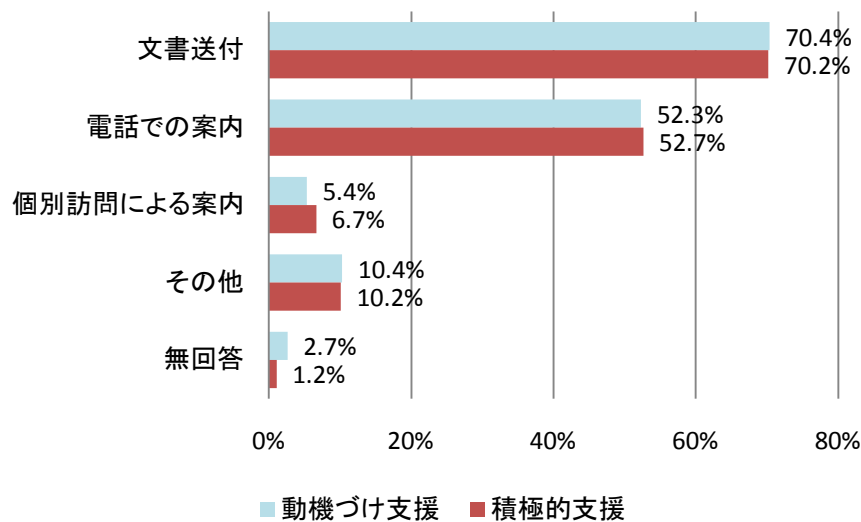
被
扶
養
者

特定保健指導未利用者への利用勧奨の状況

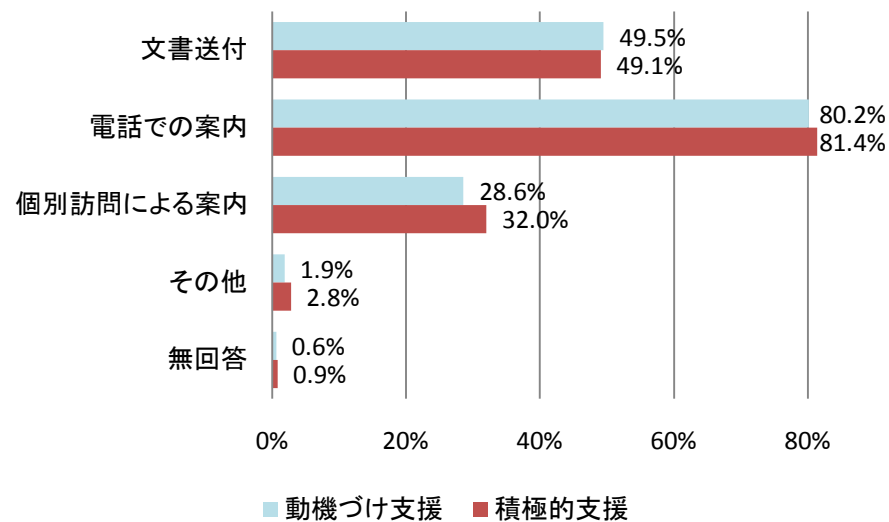
(2) 利用勧奨の方法(複数回答)

被用者保険では「文書送付」が多く、市町村国保では「電話」での案内が多かった。

被用者保険(1702保険者)

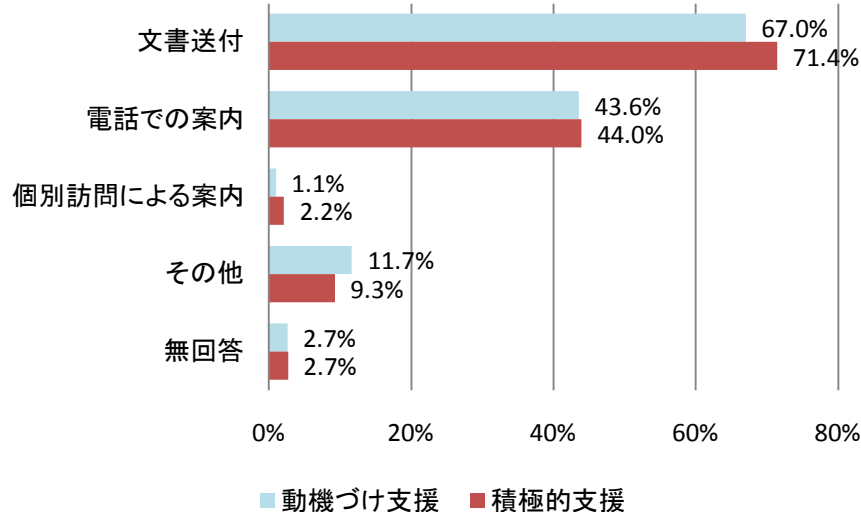


市町村国保(1757保険者)



被
保
険
者

被
扶
養
者

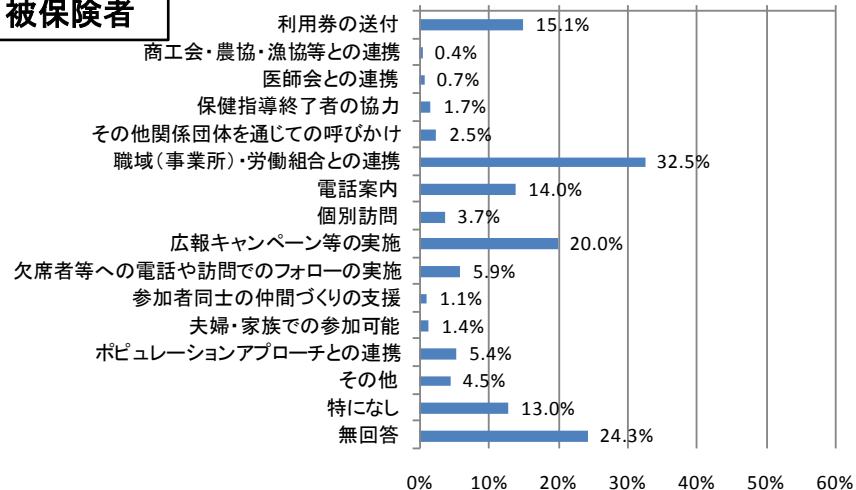


特定保健指導利用率向上のために工夫している点（複数回答）【動機付け支援】

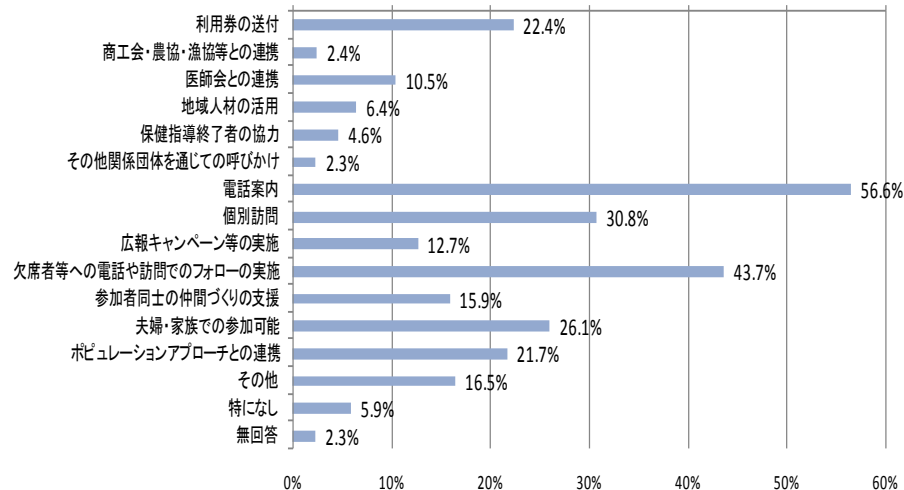
市町村国保では、「電話案内」、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」が多く、被用者保険の被保険者では「職域(事業所)・労働組合との連携」、被扶養者では「利用券の送付」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

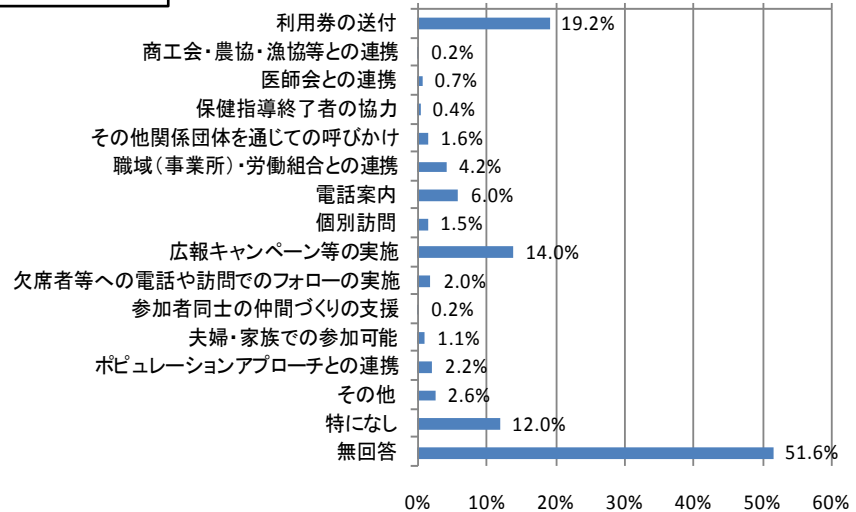
被保険者



市町村国保(1757保険者)



被扶養者

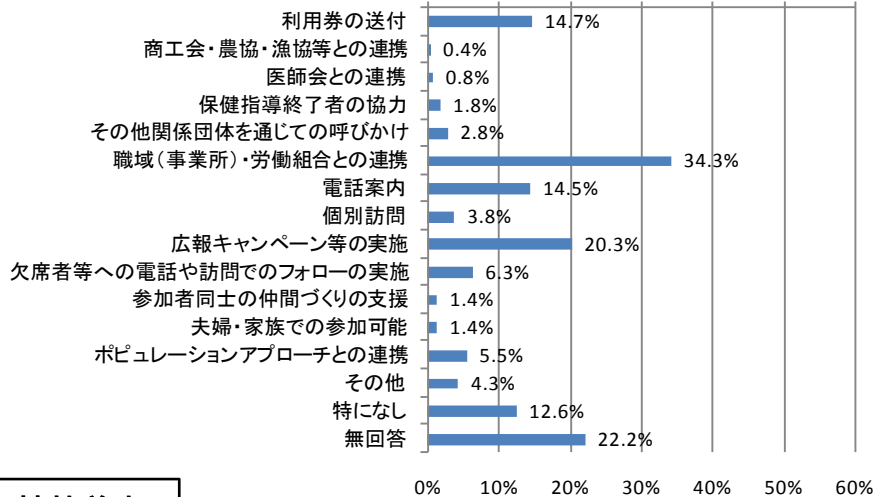


特定保健指導利用率向上のために工夫している点(複数回答)【積極的支援】

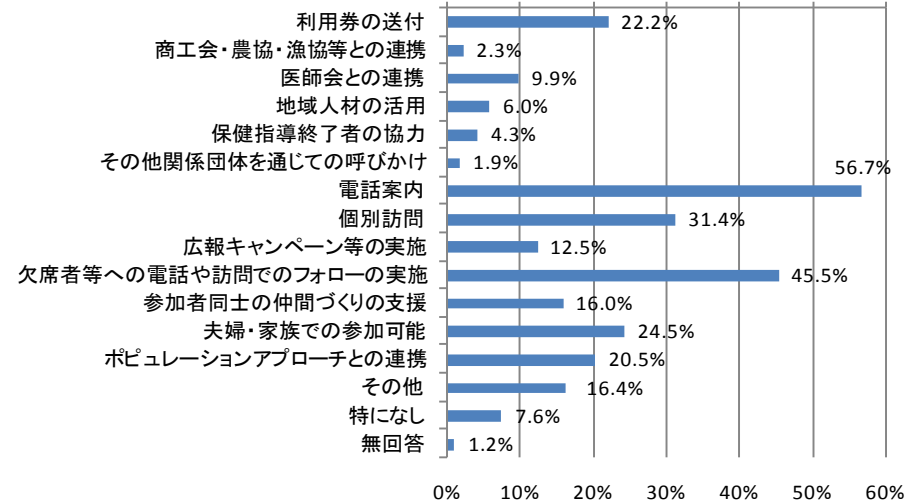
市町村国保では、「電話案内」、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」、「個別訪問」が多く、被用者保険の被保険者では「職域(事業所)・労働組合との連携」、被扶養者では「利用券の送付」が多かった。

被保険者

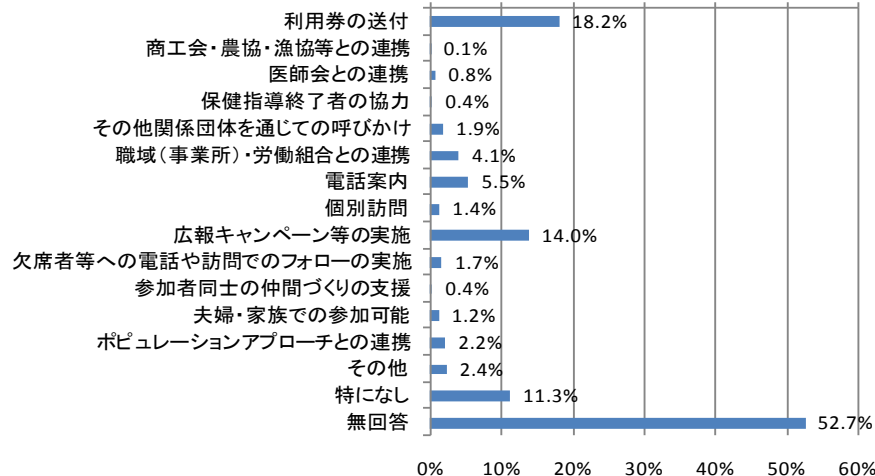
被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)



被扶養者

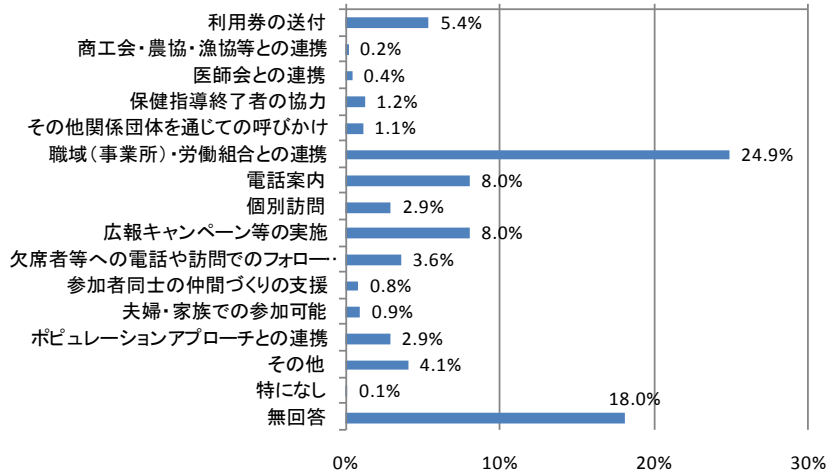


特定保健指導利用率向上に向けての有効な方法 (主なもの3つまでの複数回答)【動機付け支援】

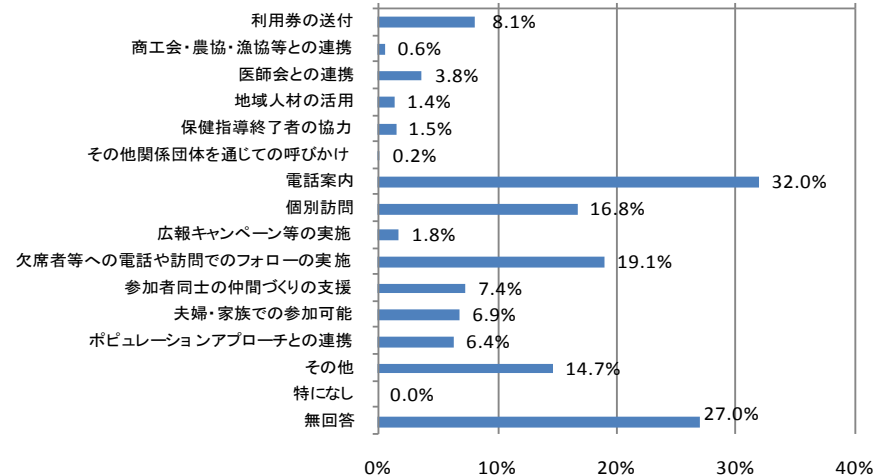
市町村国保では、「電話案内」、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」、「個別訪問」が多く、被用者保険の被保険者では「職域(事業所)・労働組合との連携」、被扶養者では「利用券の送付」が多かった。

被保険者

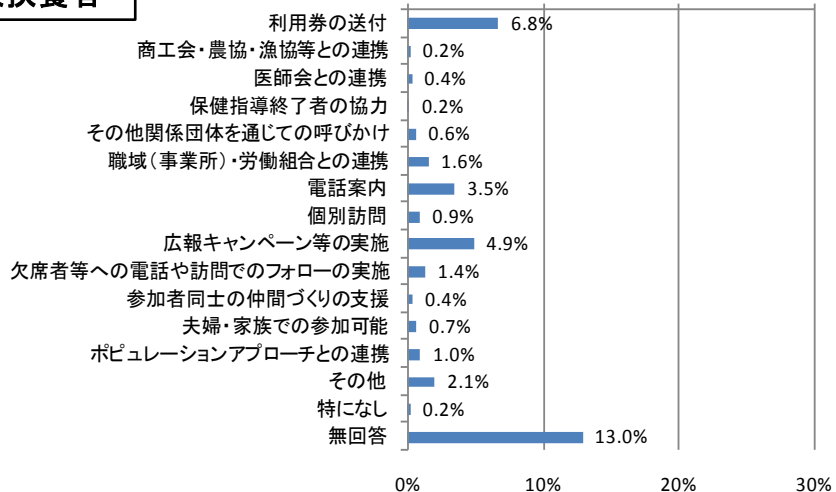
被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)



被扶養者

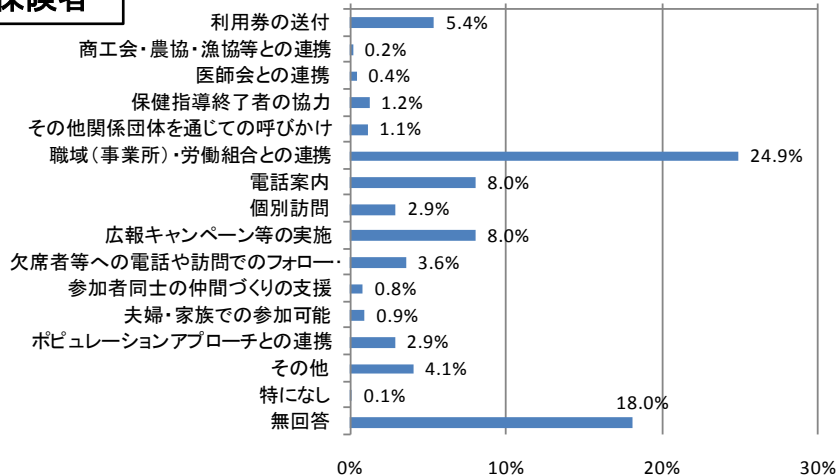


特定保健指導利用率向上に向けての有効な方法 (主なものの3つまでの複数回答)【積極的支援】

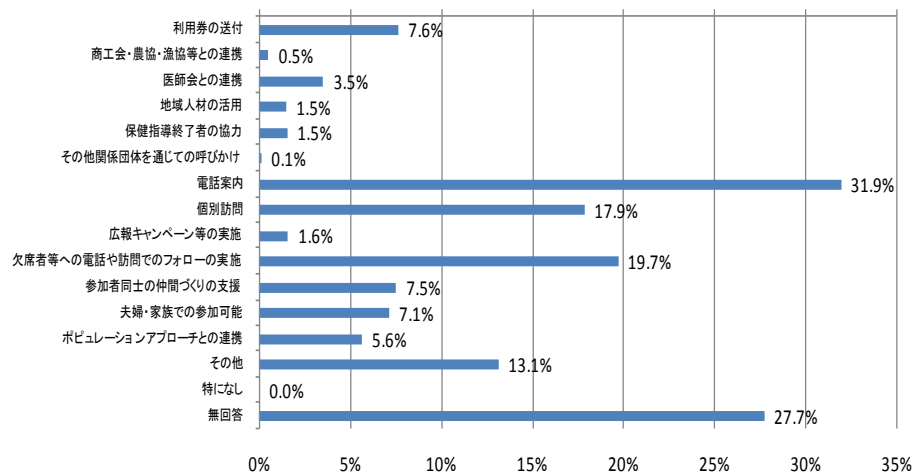
市町村国保では、「電話案内」、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」、「個別訪問」が多く、被用者保険の被保険者では「職域(事業所)・労働組合との連携」、被扶養者では「利用券の送付」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

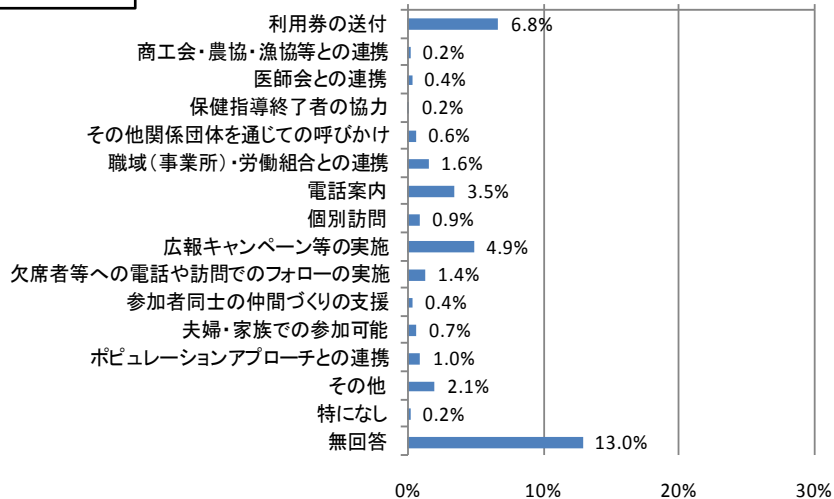
被保険者



市町村国保(1757保険者)



被扶養者

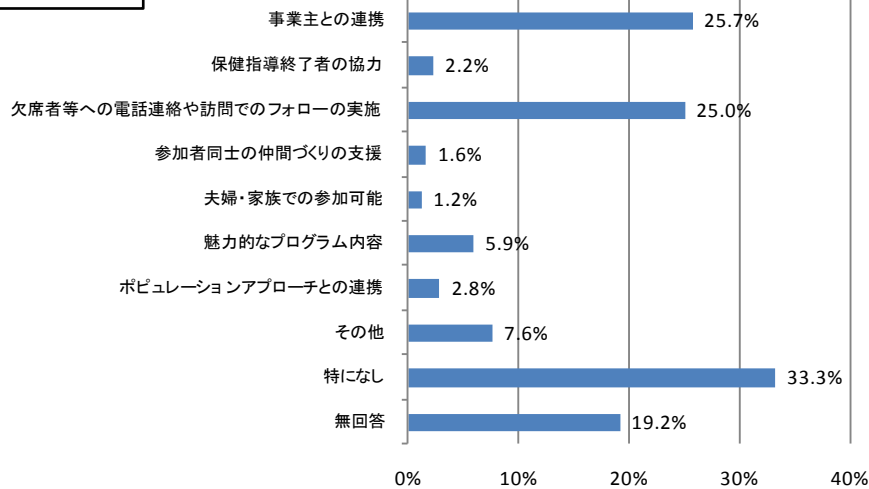


特定保健指導積極的支援終了率向上のために工夫している点 (複数回答)

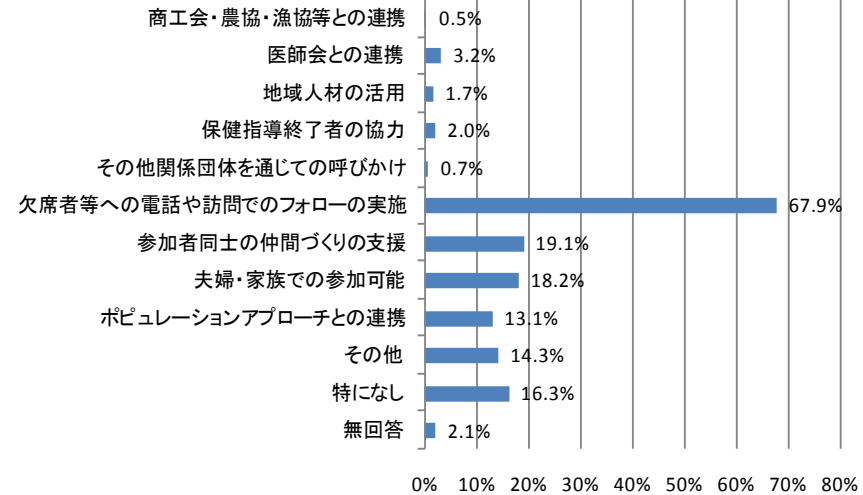
市町村国保では、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」が多く、被用者保険の被保険者では「特になし」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

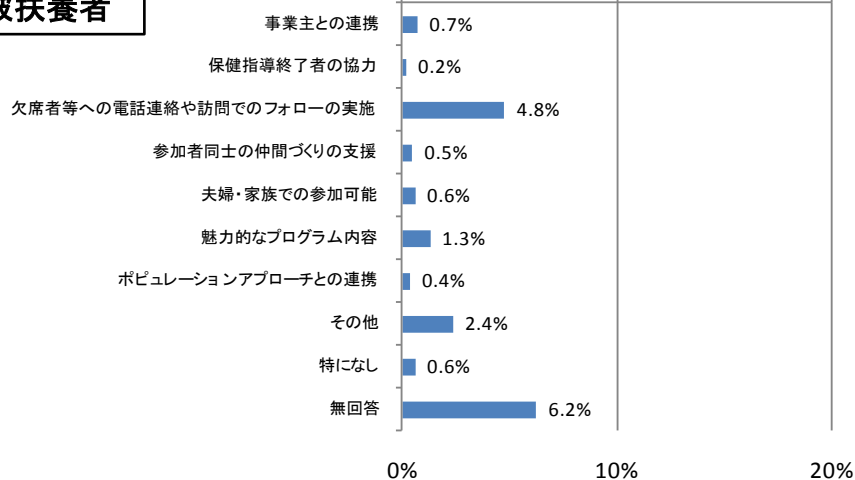
被保険者



市町村国保(1757保険者)



被扶養者

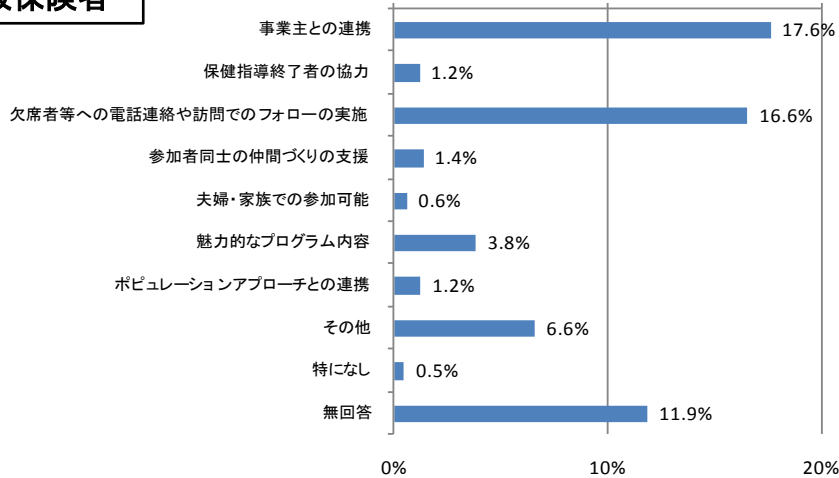


特定保健指導積極的支援終了率向上に向けての有効な方法 (主なものの3つまでの複数回答)

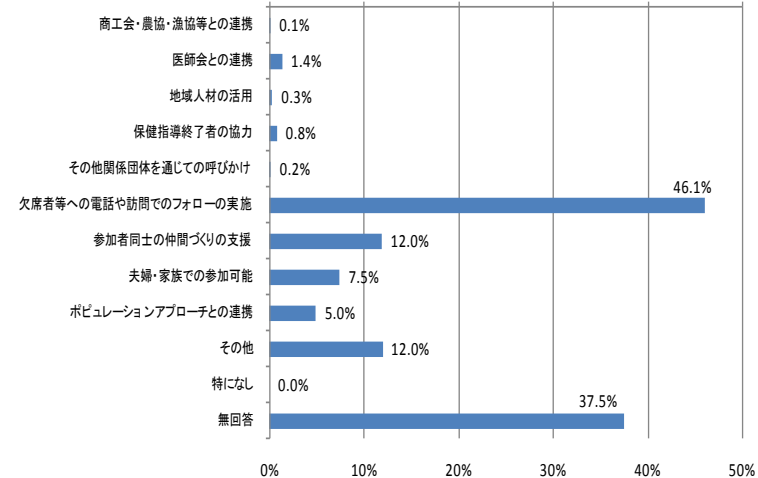
市町村国保では「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」が多く、被用者保険では、「事業主との連携」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

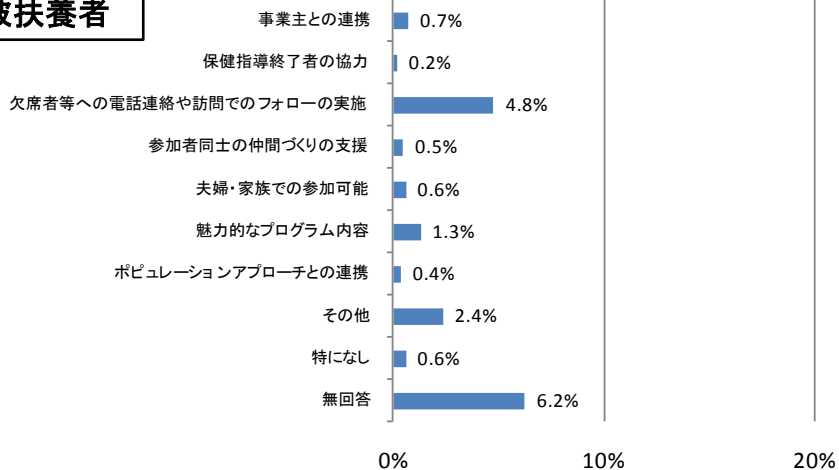
被保険者



市町村国保(1757保険者)



被扶養者



特定健診・保健指導の実施に関する ワーキンググループ報告

平成22年3月29日

I ワーキンググループの検討内容

第6回以降の経過

○ 第7回ワーキンググループ

日時:2010年3月15日

内容:

- ・特定健診・保健指導実施状況概況の検討
- ・特定健診・保健指導実施要因分析結果の検討

今後の予定

○ 特定健診・保健指導に関する 実態把握、分析

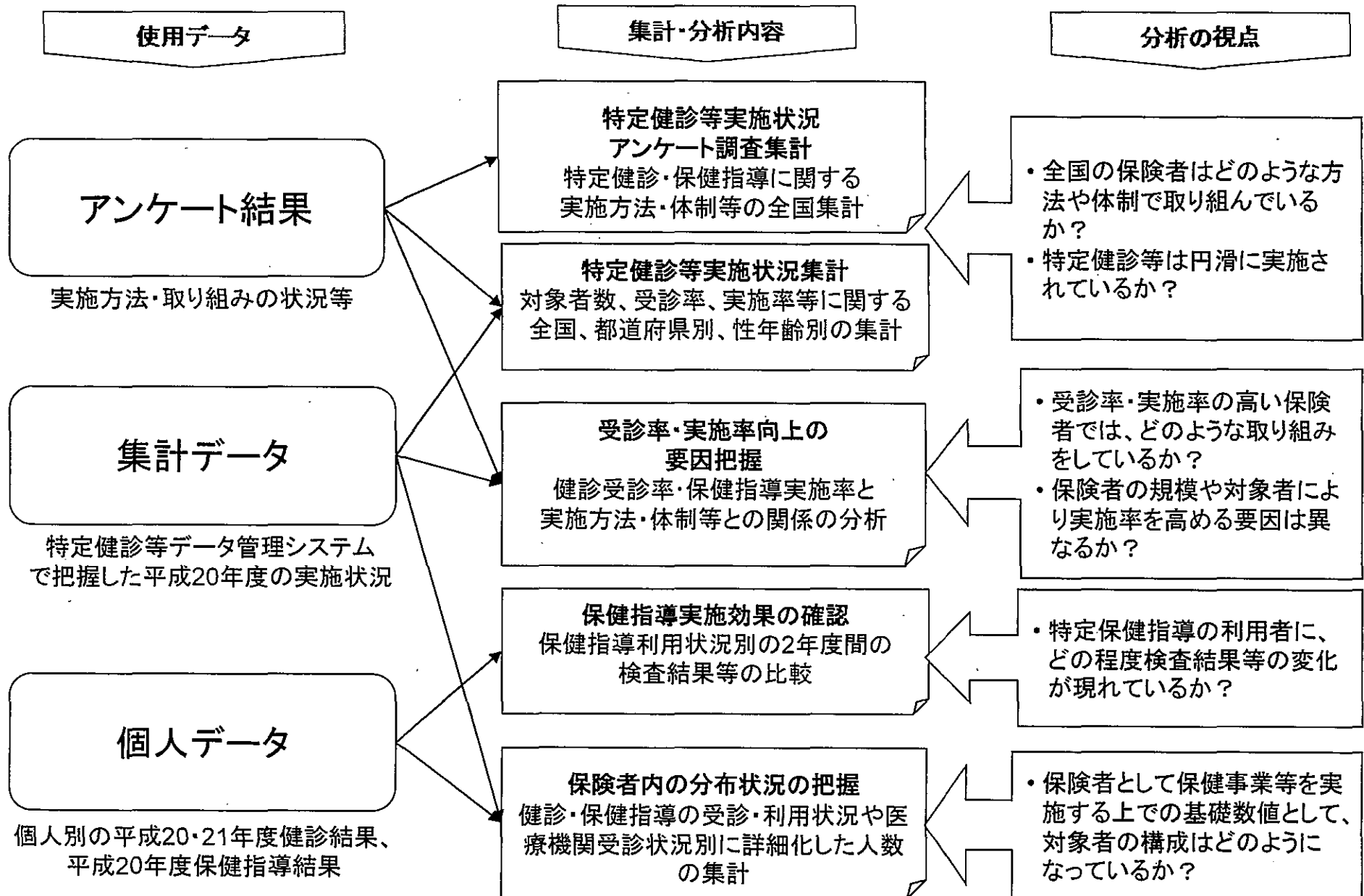
- ・市町村国保受診率・実施率向上の要因把握
- ・保健指導実施効果の確認

⇒特定健診・保健指導に関する
集計データ・個人データの収集・分析

○ 市町村国保・国保関係者間の 情報活用の仕組みづくりの検討

○ 報告書の作成

Ⅱ 特定健診・保健指導に関する実態把握・分析 視点と体系



Ⅲ 特定健診等実施状況集計

<実施概要>

1. 集計対象

- 全国の市町村国保

集計対象保険者における健診受診者数:6,942,839人(平成20年度速報値)

※一部項目については、アンケートの記入状況や特定健診等データ管理システムの利用状況等により集計対象とはなっていない保険者あり

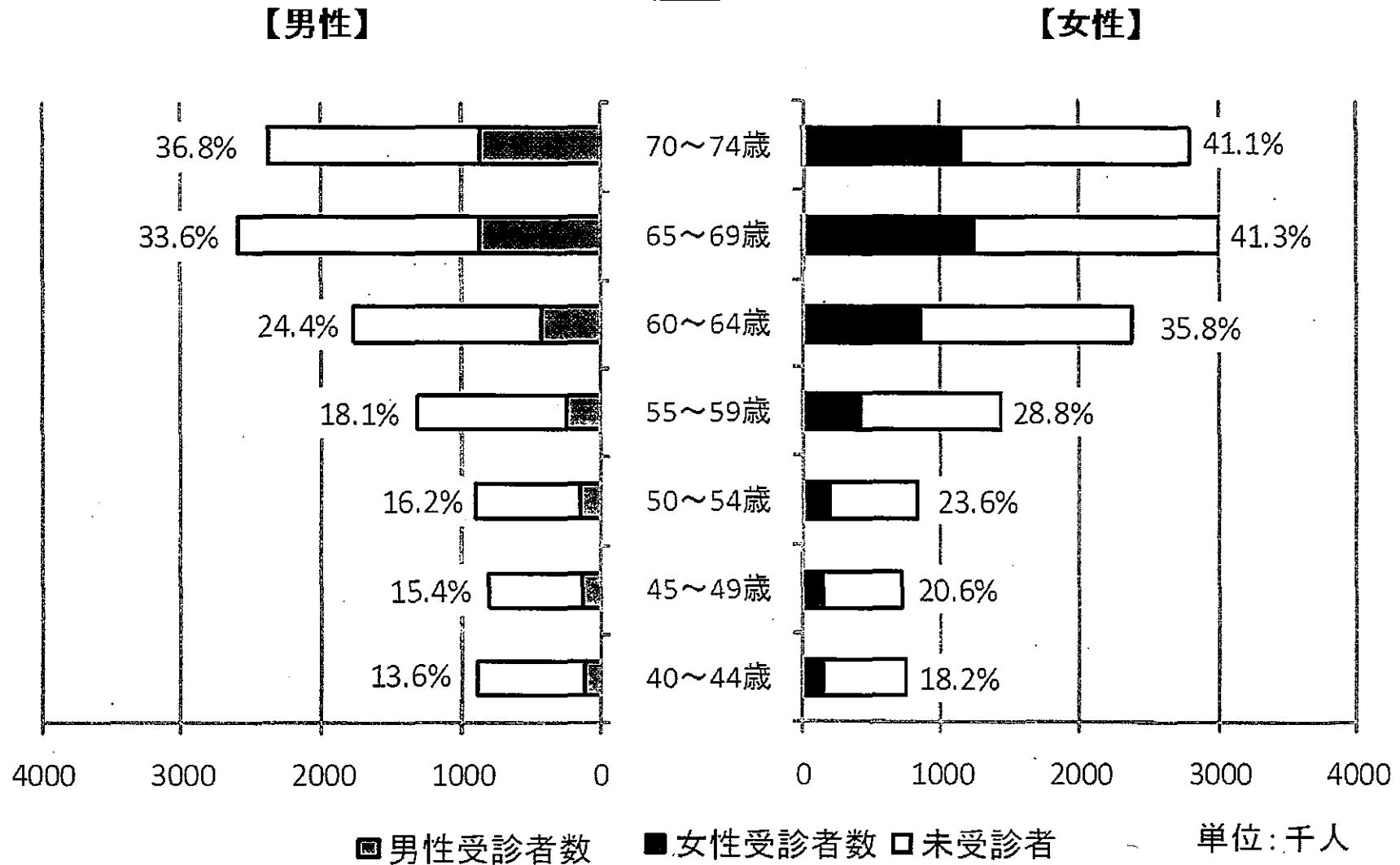
※調査時点平成21年9月(時期の明示があるものを除く)

2. 集計項目

- 健診受診率
- 内臓脂肪症候群該当者・予備群該当者の割合
- 階層化の状況
- 保健指導の実施率
- 質問票の回答状況
- リスクの保有状況

<性・年齢階級別にみた 特定健診受診対象者に占める受診者の割合>

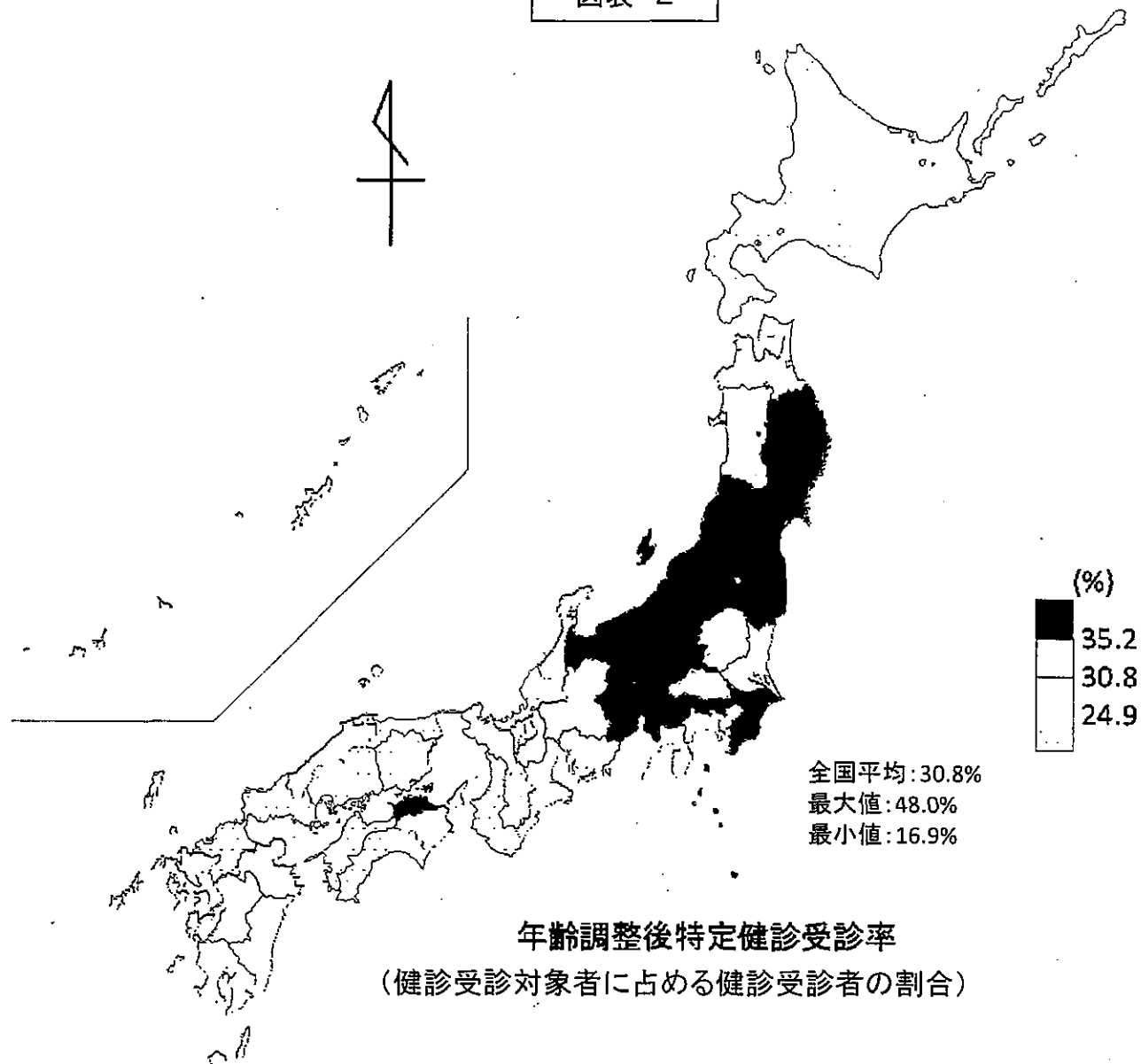
図表 1



平成20年度全国平均
30.8% (速報値)

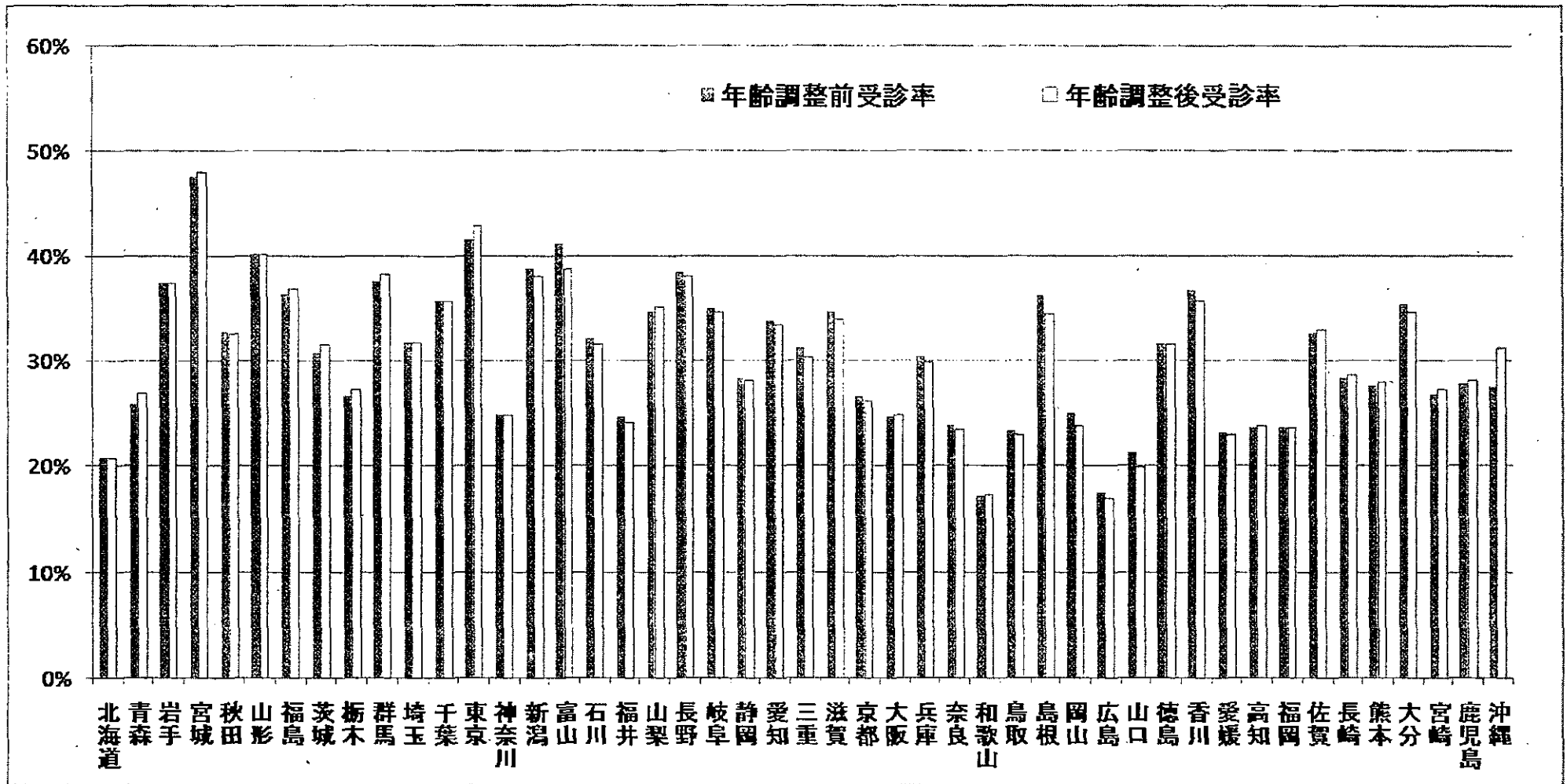
＜都道府県別にみた年齢調整後特定健診受診率＞

図表 2



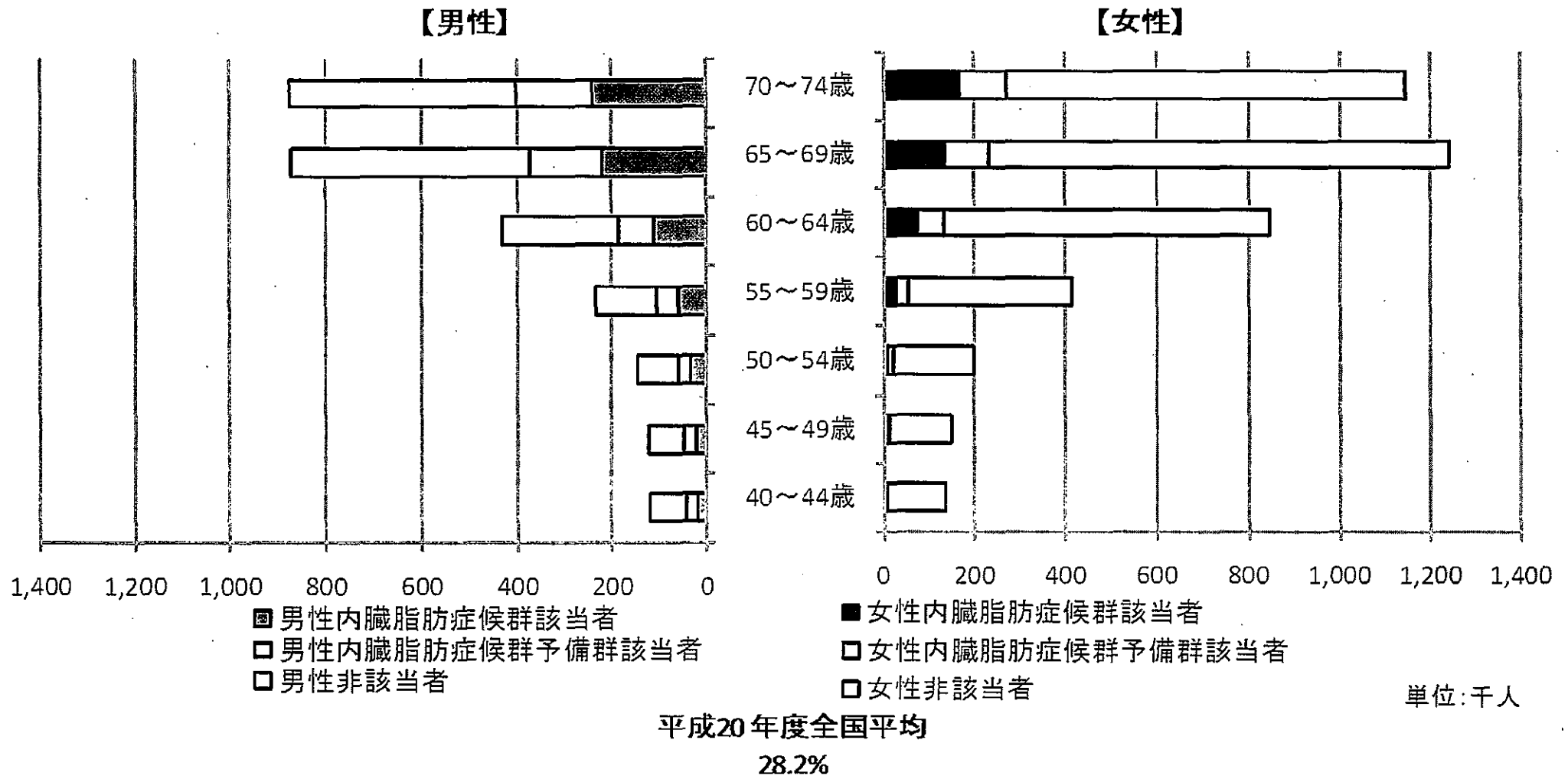
<都道府県別にみた年齢調整後特定健診受診率>

図表 3



<性・年齢階級別にみた健診受診者(評価対象者※)に占める内臓脂肪症候群該当者・予備群該当者の割合>

図表 4

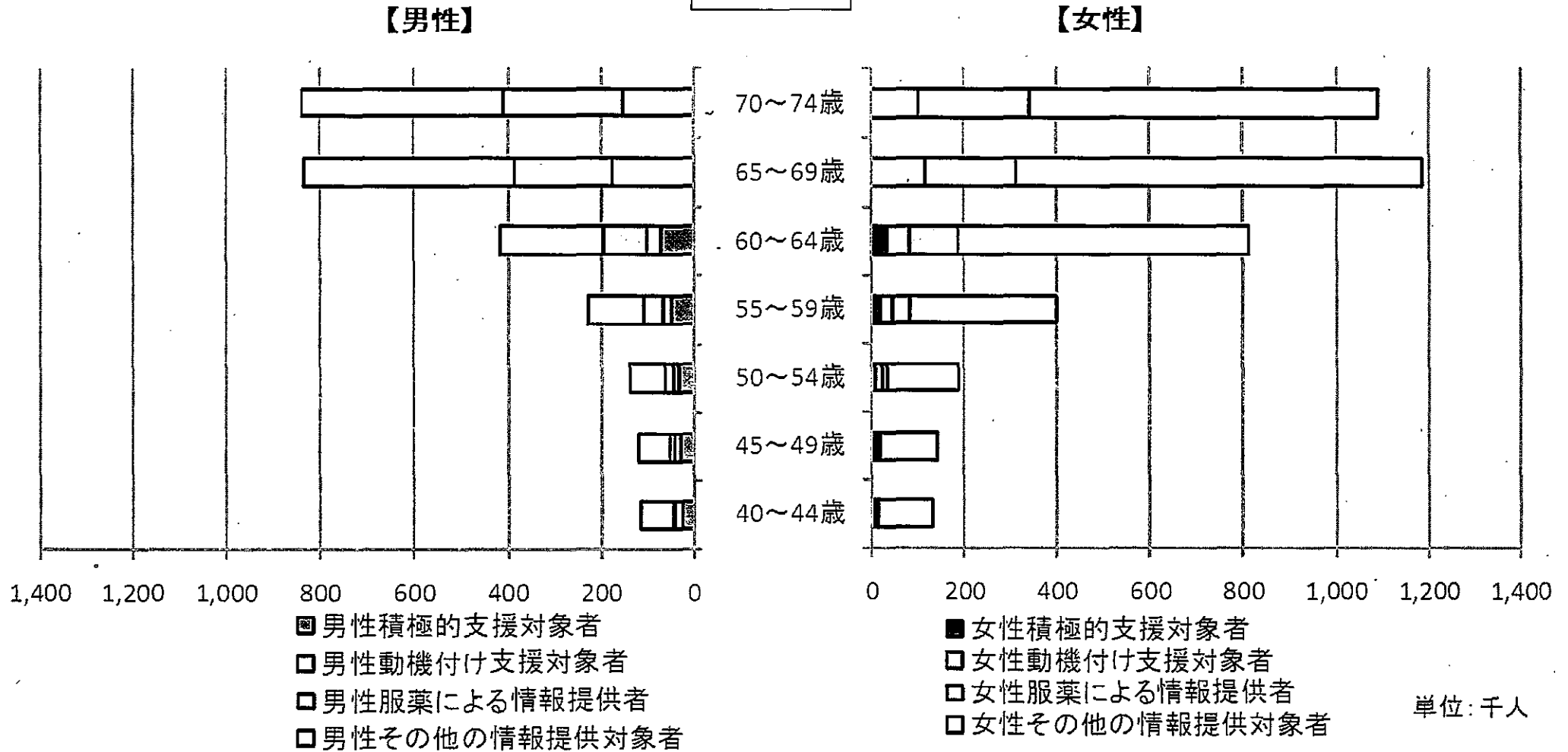


※評価対象者とは特定健診受診者(欠損無し)に加え、一部欠損があり特定健診受診者に算入できないものの、実施した検査項目で保健指導レベルの判定ができ、法定報告できる人

※上記は平成21年12月時点における特定健診等データ管理システム登録分ならびに特定健診保健指導実施状況アンケートでの回答の集計結果

<性・年齢階級別にみた階層化結果>

図表 5



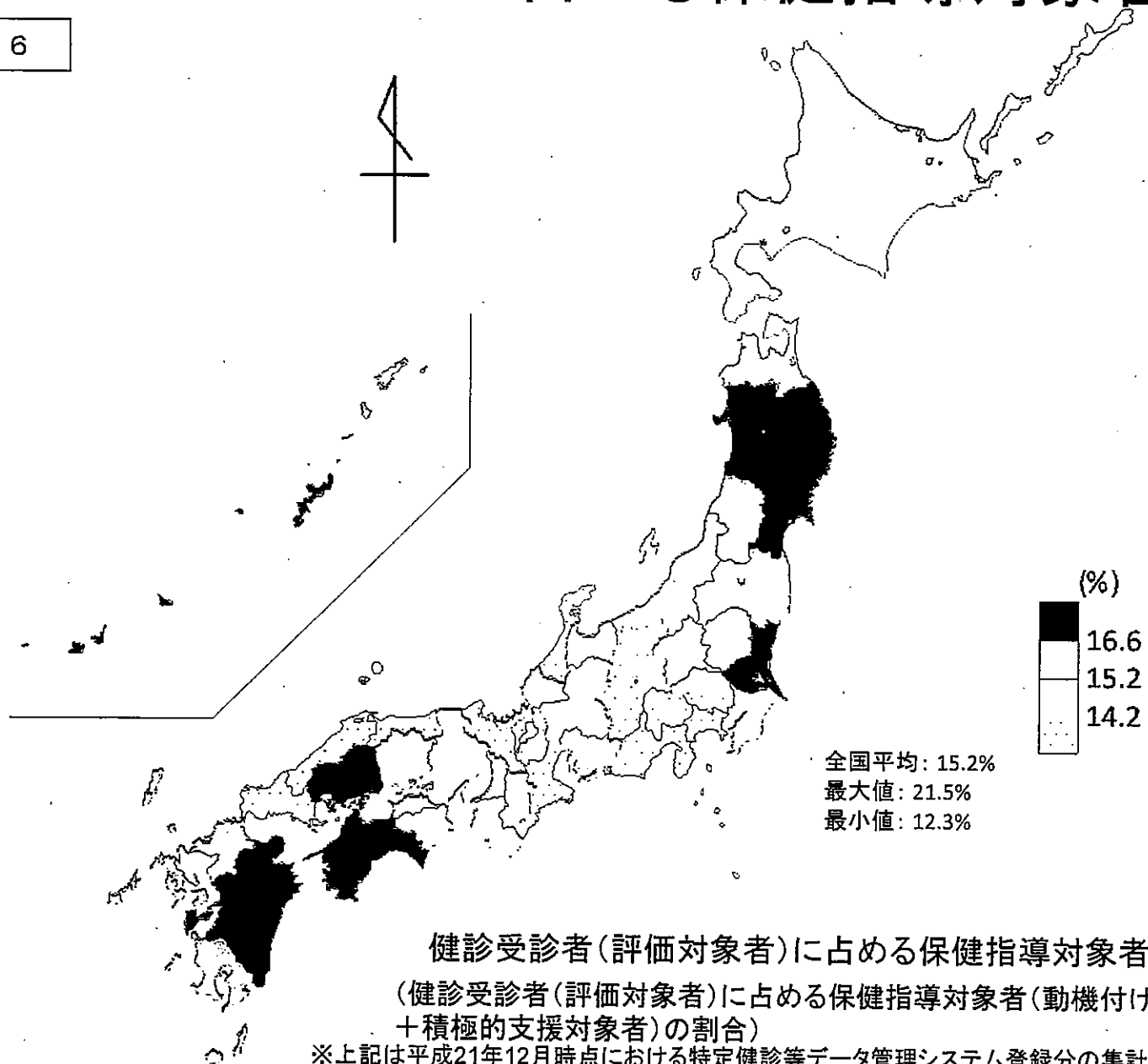
平成20年度全国平均

評価対象者に占める保健指導対象者の割合: 15.2%

評価対象者に占める服薬による情報提供の者の割合: 18.7%

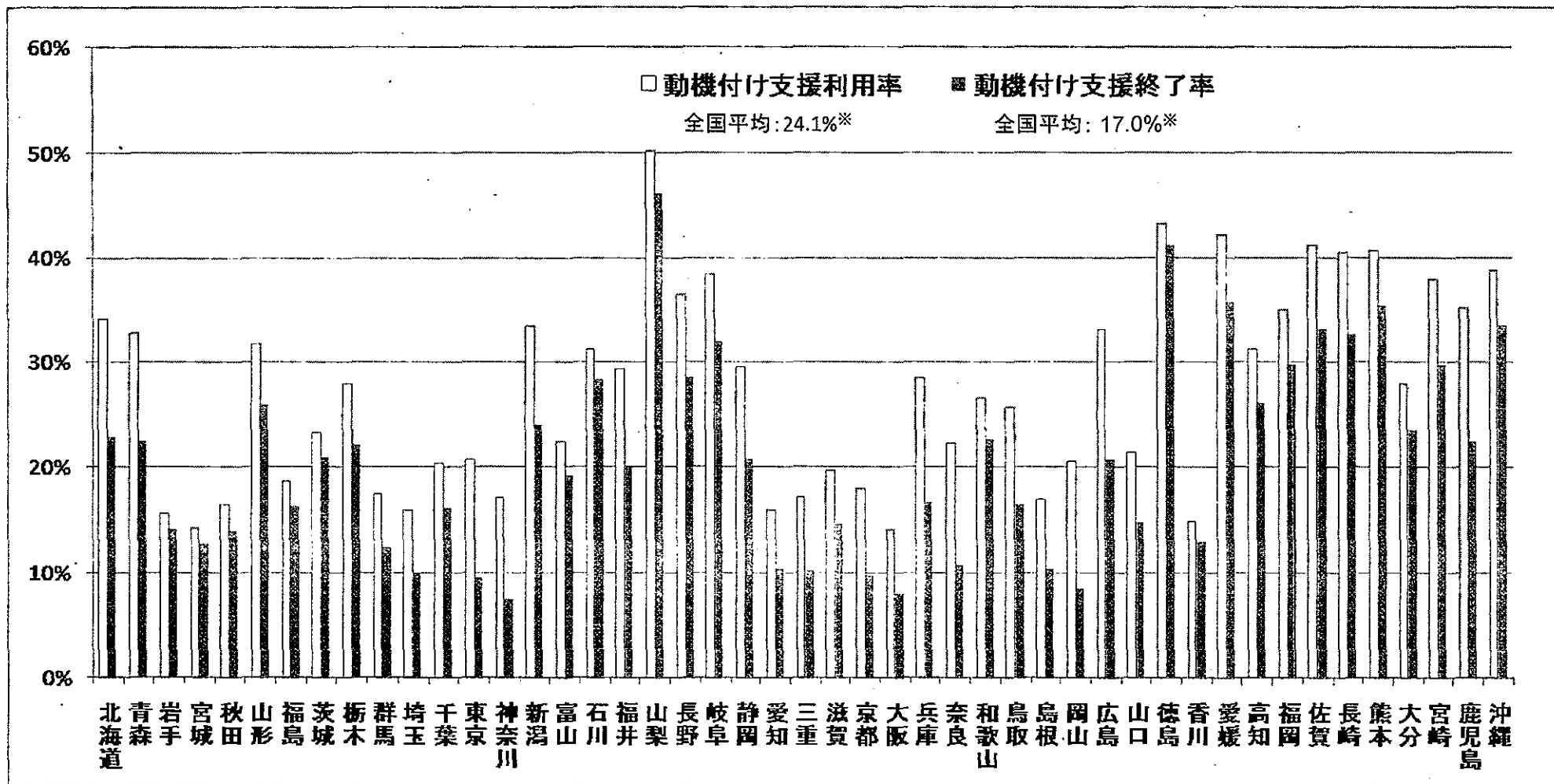
＜都道府県別にみた健診受診者(評価対象者)に 占める保健指導対象者の割合＞

図表 6



<都道府県別にみた動機付け支援利用率・終了率>

図表 7

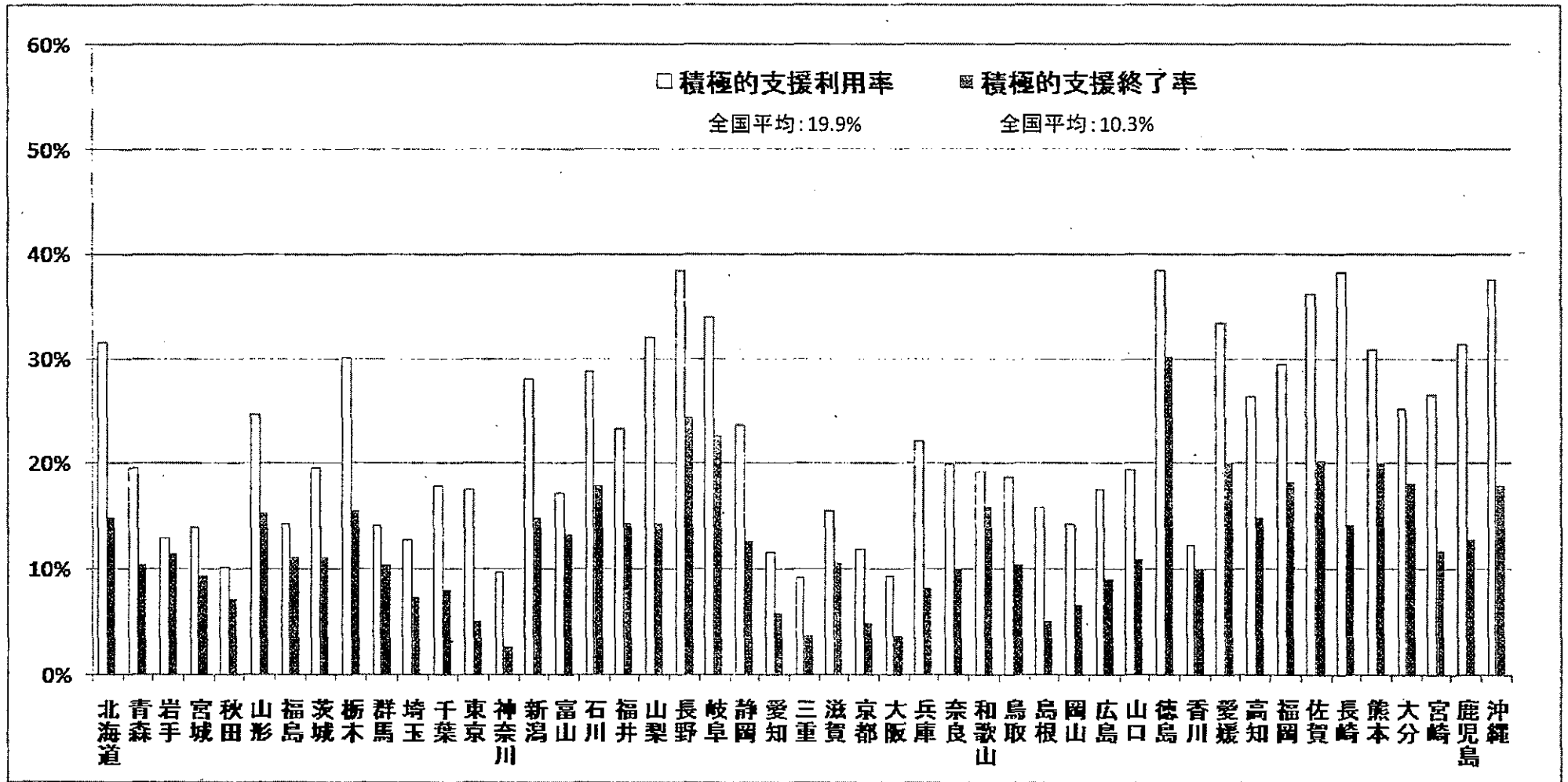


参考: 動機付け支援を完了した者の割合 全国平均: 70.7%

※平成21年12月の第6回「市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会」の速報値全国平均動機付け支援利用率23.0%、動機付け支援終了率16.4%の修正である

<都道府県別にみた積極的支援利用率・終了率>

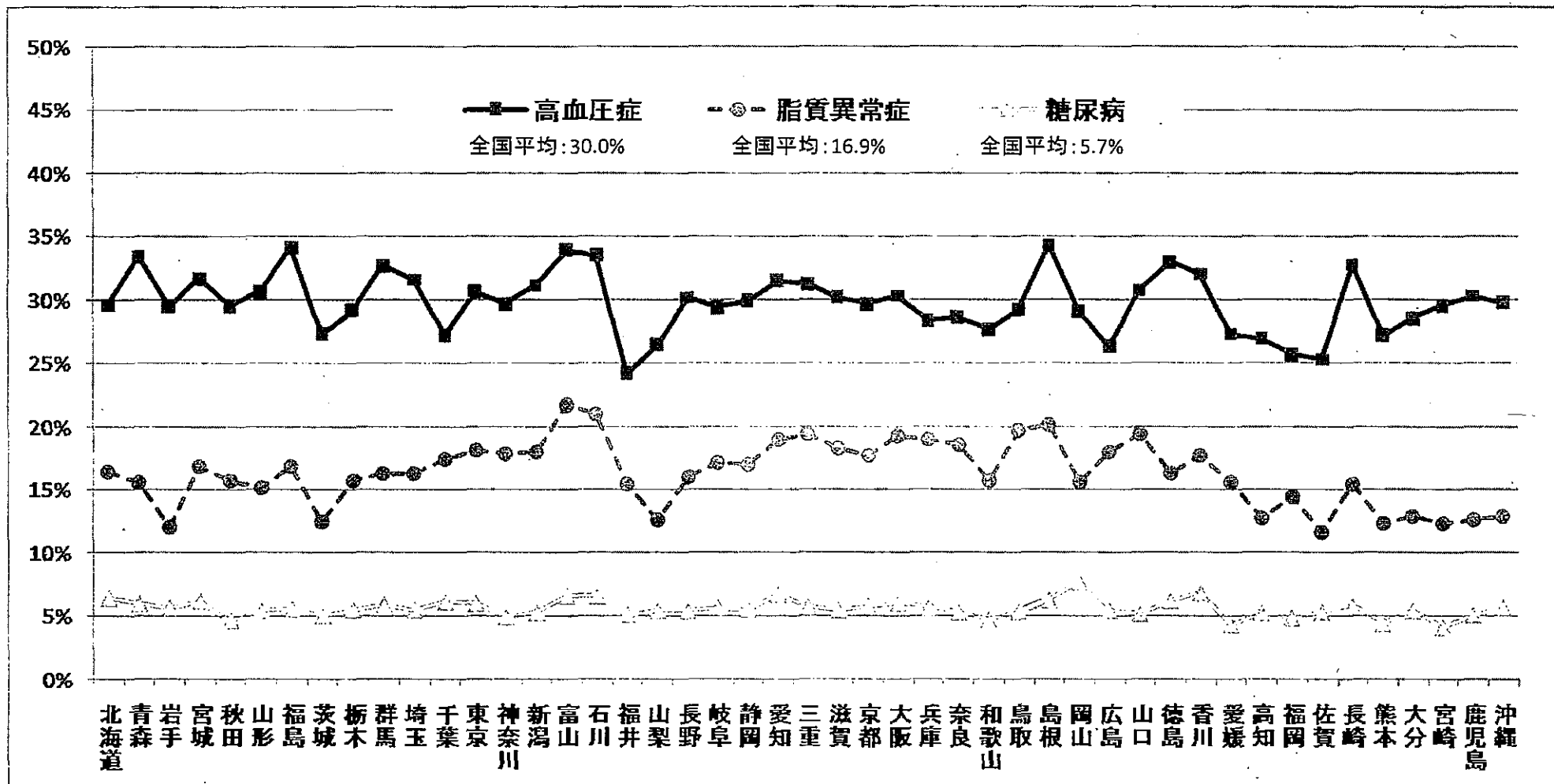
図表 8



参考: 積極的支援を完了した者の割合 全国平均: 51.6%

<都道府県別にみた服薬の状況(質問票より)>

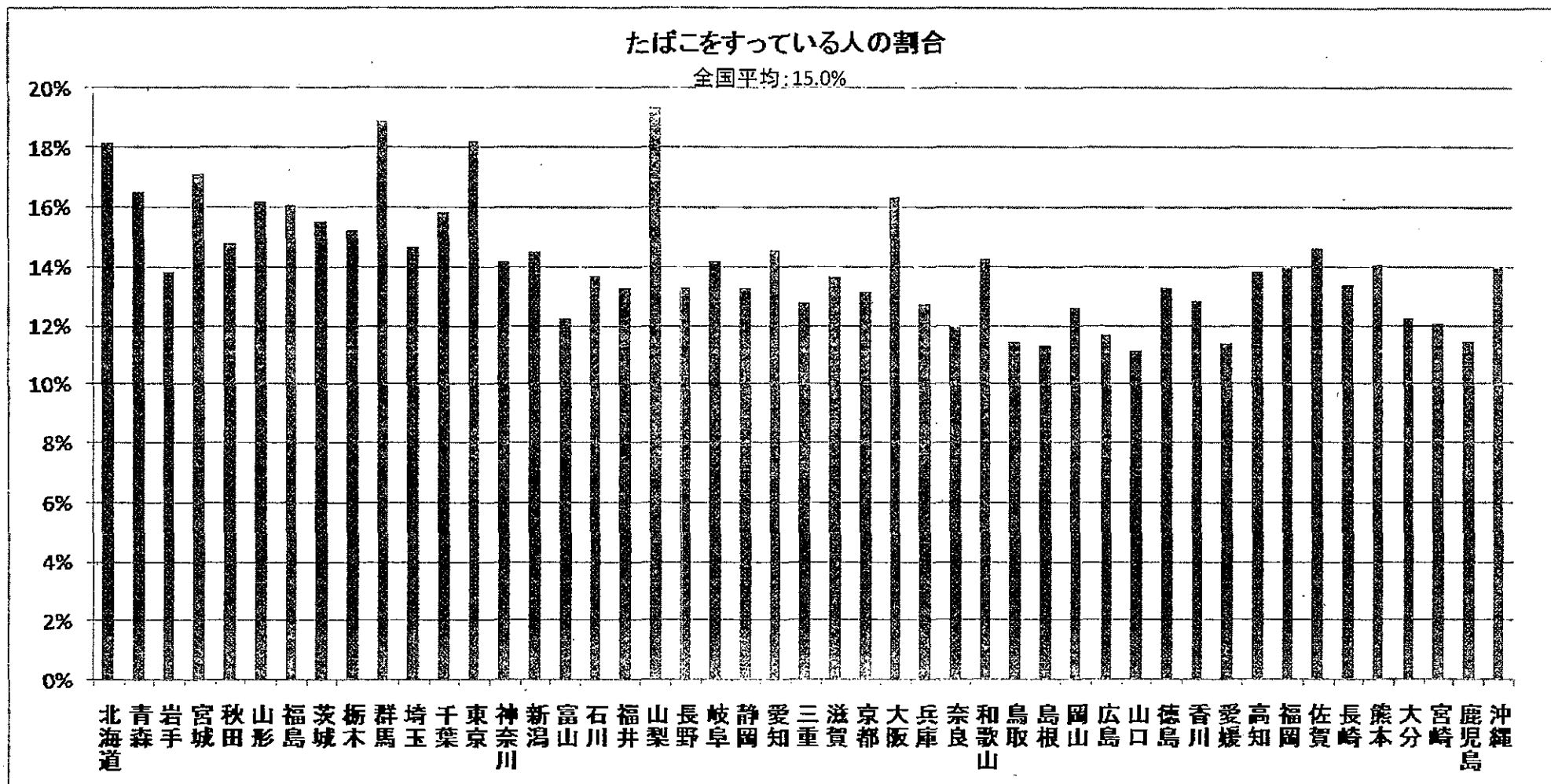
図表 9



健診受診者(評価対象者)のうち、各疾患別の服薬状況に「はい」と回答した人の割合
 ※上記は平成21年12月時点における特定健診等データ管理システム登録分ならびに特定健診保健指導実施状況アンケートでの回答の集計結果

<都道府県別にみた喫煙の状況(質問票より)>

図表 10



健診受診者(評価対象者)のうち、喫煙習慣に「はい」と回答した人の割合
※上記は平成21年12月時点における特定健診等データ管理システム登録分の集計結果

＜特定健診結果の状況 ～リスクの保有状況～＞

リスク個数別の状況

図表 11

	合計		男性		女性	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
腹囲もしくはBMIリスクなし	4,168,848人	62.8%	1,315,796人	48.9%	2,853,052人	72.2%
(再掲)リスクなし	1,132,380人	(27.2%)	229,157人	(17.4%)	903,223人	(31.7%)
(再掲)リスク1つ	1,659,213人	(39.8%)	484,801人	(36.8%)	1,174,412人	(41.2%)
(再掲)リスク2つ	1,037,614人	(24.9%)	411,482人	(31.3%)	626,132人	(21.9%)
(再掲)リスク3つ	303,985人	(7.3%)	162,253人	(12.3%)	141,732人	(5.0%)
(再掲)リスク4つ	35,656人	(0.9%)	28,103人	(2.1%)	7,553人	(0.3%)
腹囲もしくはBMIリスクあり	1,231,898人	18.5%	729,404人	27.1%	502,494人	12.7%
(再掲)腹囲・BMI以外のリスクなし	183,427人	(14.9%)	81,329人	(11.2%)	102,098人	(20.3%)
(再掲)腹囲・BMI以外のリスク1つ	415,749人	(33.7%)	219,289人	(30.1%)	196,460人	(39.1%)
(再掲)腹囲・BMI以外のリスク2つ	400,426人	(32.5%)	251,081人	(34.4%)	149,345人	(29.7%)
(再掲)腹囲・BMI以外のリスク3つ	195,217人	(15.8%)	143,974人	(19.7%)	51,243人	(10.2%)
(再掲)腹囲・BMI以外のリスク4つ	37,079人	(3.0%)	33,731人	(4.6%)	3,348人	(0.7%)
服薬治療のための情報提供対象者	1,240,718人	18.7%	643,757人	23.9%	596,961人	15.1%
健診受診者(評価対象者※)	6,641,464人	100.0%	2,688,957人	100.0%	3,952,507人	100.0%

()内の構成比は、腹囲もしくはBMIリスクの「なし」、「あり」をそれぞれ100%としたときの内訳
 ※上記は平成22年1月時点における特定健診等データ管理システム登録分の集計結果

<特定健診結果の状況 ～リスクの保有状況～>

～腹囲もしくはBMIリスクの有無別にみたリスクの保有状況～

図表 12

腹囲もしくはBMIリスクなし	合計		男性		女性	
血圧リスクあり	1,967,213人	47.2%	672,469人	51.1%	1,294,744人	45.4%
脂質リスクあり	757,526人	18.2%	308,939人	23.5%	448,587人	15.7%
血糖リスクあり	1,487,549人	35.7%	536,209人	40.8%	951,340人	33.3%
喫煙リスクあり	576,732人	13.8%	389,319人	29.6%	187,413人	6.6%
上記のいずれのリスクもなし	1,132,380人	27.2%	229,157人	17.4%	903,223人	31.7%
全体(実人数)	4,168,848人		1,315,796人		2,853,052人	

腹囲もしくはBMIリスクあり	合計		男性		女性	
血圧リスクあり	696,918人	56.6%	418,860人	57.4%	278,058人	55.3%
脂質リスクあり	456,734人	37.1%	316,096人	43.3%	140,638人	28.0%
血糖リスクあり	546,935人	44.4%	335,645人	46.0%	211,290人	42.0%
喫煙リスクあり	249,981人	20.3%	217,696人	29.8%	32,285人	6.4%
上記のいずれのリスクもなし	183,427人	14.9%	81,329人	11.2%	102,098人	20.3%
全体(実人数)	1,231,898人		729,404人		502,494人	

※構成比は、腹囲もしくはBMIリスクの「なし」、「あり」をそれぞれ100%としたときの割合

※血圧、脂質、血糖、喫煙のリスク保有状況は重複があるため、各項目の割合の合計は100%にならない

※上記は平成22年1月時点における特定健診等データ管理システム登録分の集計結果

IV 規模別にみた特定健診等の実施状況集計結果

＜保険者規模別にみた実施状況

～特定健診受診率～＞

図表 13

受診率	全体			大規模 (被保険者数10万人以上)			中規模 (被保険者数5千人以上10万人未満)			小規模 (被保険者数5千人未満)		
	保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数	
80～85%	2	2	0.1%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	2	2	0.3%
75～80%	2	4	0.2%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	2	4	0.6%
70～75%	7	11	0.6%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	7	11	1.6%
65～70%	11	22	1.2%	0	0	0.0%	1	1	0.1%	10	21	3.1%
60～65%	28	50	2.8%	0	0	0.0%	4	5	0.5%	24	45	6.6%
55～60%	37	87	4.9%	0	0	0.0%	10	15	1.4%	27	72	10.6%
50～55%	90	177	9.9%	0	0	0.0%	31	46	4.4%	59	131	19.2%
45～50%	155	332	18.6%	5	5	8.2%	82	128	12.3%	68	199	29.2%
40～45%	240	572	32.0%	10	15	24.6%	124	252	24.2%	106	305	44.7%
35～40%	273	845	47.3%	5	20	32.8%	169	421	40.4%	99	404	59.2%
30～35%	274	1119	62.7%	8	28	45.9%	189	610	58.5%	77	481	70.5%
25～30%	277	1396	78.2%	8	36	59.0%	178	788	75.6%	91	572	83.9%
20～25%	223	1619	90.6%	10	46	75.4%	155	943	90.4%	58	630	92.4%
15～20%	108	1727	96.7%	9	55	90.2%	61	1004	96.3%	38	668	97.9%
10～15%	54	1781	99.7%	6	61	100.0%	36	1040	99.7%	12	680	99.7%
～10%	5	1786	100.0%	0	61	100.0%	3	1043	100.0%	2	682	100.0%
計	1786			61			1043			682		

平成24年度
参酌標準

平成20年度
全国平均
30.8%
(速報値)

＜保険者規模別にみた実施状況

～動機付け支援利用率～>

図表 14

動機付け利用率	全体			大規模 (被保険者数10万人以上)			中規模 (被保険者数5千人以上10万人未満)			小規模 (被保険者数5千人未満)		
	保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数	
95～100%	46	46	2.6%	0	0	0.0%	9	9	0.9%	37	37	5.4%
90～95%	30	76	4.3%	0	0	0.0%	4	13	1.2%	26	63	9.2%
85～90%	35	111	6.2%	0	0	0.0%	13	26	2.5%	22	85	12.5%
80～85%	36	147	8.2%	0	0	0.0%	18	44	4.2%	18	103	15.1%
75～80%	40	187	10.5%	0	0	0.0%	13	57	5.5%	27	130	19.1%
70～75%	43	230	12.9%	0	0	0.0%	21	78	7.5%	22	152	22.3%
65～70%	47	277	15.5%	0	0	0.0%	25	103	9.9%	22	174	25.5%
60～65%	52	329	18.4%	1	1	1.6%	27	130	12.5%	24	198	29.0%
55～60%	42	371	20.8%	0	1	1.6%	25	155	14.9%	17	215	31.5%
50～55%	71	442	24.7%	3	4	6.6%	35	190	18.2%	33	248	36.4%
45～50%	56	498	27.9%	2	6	9.8%	34	224	21.5%	20	268	39.3%
40～45%	79	577	32.3%	2	8	13.1%	49	273	26.2%	28	296	43.4%
35～40%	95	672	37.6%	3	11	18.0%	57	330	31.6%	35	331	48.5%
30～35%	123	795	44.5%	4	15	24.6%	69	399	38.3%	50	381	55.9%
25～30%	177	972	54.4%	2	17	27.9%	112	511	49.0%	63	444	65.1%
20～25%	171	1143	64.0%	6	23	37.7%	123	634	60.8%	42	486	71.3%
15～20%	212	1355	75.9%	10	33	54.1%	153	787	75.5%	49	535	78.4%
10～15%	157	1512	84.7%	16	49	80.3%	106	893	85.6%	35	570	83.6%
5～10%	139	1651	92.4%	9	58	95.1%	90	983	94.2%	40	610	89.4%
～5%	135	1786	100.0%	3	61	100.0%	60	1043	100.0%	72	682	100.0%
計	1786			61			1043			682		

平成20年度
全国平均
24.1%※
(速報値)

※平成21年12月の第6回「市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会」の速報値全国平均23.0%の修正である

＜保険者規模別にみた実施状況

～動機付け支援終了率～

図表 15

動機付け終了率	全体			大規模 (被保険者数10万人以上)			中規模 (被保険者数5千人以上10万人未満)			小規模 (被保険者数5千人未満)		
	保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数	
95～100%	11	11	0.6%	0	0	0.0%	2	2	0.2%	9	9	1.3%
90～95%	12	23	1.3%	0	0	0.0%	0	2	0.2%	12	21	3.1%
85～90%	11	34	1.9%	0	0	0.0%	5	7	0.7%	6	27	4.0%
80～85%	26	60	3.4%	0	0	0.0%	7	14	1.3%	19	46	6.7%
75～80%	33	93	5.2%	0	0	0.0%	12	26	2.5%	21	67	9.8%
70～75%	26	119	6.7%	0	0	0.0%	14	40	3.8%	12	79	11.6%
65～70%	27	146	8.2%	0	0	0.0%	12	52	5.0%	15	94	13.8%
60～65%	38	184	10.3%	0	0	0.0%	18	70	6.7%	20	114	16.7%
55～60%	54	238	13.3%	0	0	0.0%	30	100	9.6%	24	138	20.2%
50～55%	53	291	16.3%	0	0	0.0%	29	129	12.4%	24	162	23.8%
45～50%	50	341	19.1%	0	0	0.0%	28	157	15.1%	22	184	27.0%
40～45%	72	413	23.1%	2	2	3.3%	40	197	18.9%	30	214	31.4%
35～40%	83	496	27.8%	1	3	4.9%	44	241	23.1%	38	252	37.0%
30～35%	121	617	34.5%	2	5	8.2%	69	310	29.7%	50	302	44.3%
25～30%	133	750	42.0%	4	9	14.8%	75	385	36.9%	54	356	52.2%
20～25%	165	915	51.2%	5	14	23.0%	108	493	47.3%	52	408	59.8%
15～20%	188	1103	61.8%	3	17	27.9%	134	627	60.1%	51	459	67.3%
10～15%	199	1302	72.9%	12	29	47.5%	143	770	73.8%	44	503	73.8%
5～10%	194	1496	83.8%	10	39	63.9%	133	903	86.6%	51	554	81.2%
～5%	290	1786	100.0%	22	61	100.0%	140	1043	100.0%	128	682	100.0%
計	1786			61			1043			682		

平成24年度
参酌標準

平成20年度
全国平均
17.0%※
(速報値)

※平成21年12月の第6回「市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会」の速報値全国平均16.4%の修正である

＜保険者規模別にみた実施状況

～積極的支援利用率～>

図表 16

積極的 利用率	全体			大規模 (被保険者数10万人以上)			中規模 (被保険者数5千人以上10万人未満)			小規模 (被保険者数5千人未満)		
	保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数	
95～100%	51	51	2.9%	0	0	0.0%	7	7	0.7%	44	44	6.5%
90～95%	20	71	4.0%	0	0	0.0%	5	12	1.2%	15	59	8.7%
85～90%	18	89	5.0%	0	0	0.0%	10	22	2.1%	8	67	9.9%
80～85%	27	116	6.5%	0	0	0.0%	7	29	2.8%	20	87	12.8%
75～80%	35	151	8.5%	0	0	0.0%	19	48	4.6%	16	103	15.2%
70～75%	34	185	10.4%	0	0	0.0%	20	68	6.5%	14	117	17.2%
65～70%	28	213	11.9%	0	0	0.0%	9	77	7.4%	19	136	20.0%
60～65%	35	248	13.9%	0	0	0.0%	21	98	9.4%	14	150	22.1%
55～60%	41	289	16.2%	2	2	3.3%	19	117	11.2%	20	170	25.0%
50～55%	64	353	19.8%	0	2	3.3%	32	149	14.3%	32	202	29.7%
45～50%	45	398	22.3%	0	2	3.3%	27	176	16.9%	18	220	32.4%
40～45%	76	474	26.6%	1	3	4.9%	34	210	20.1%	41	261	38.4%
35～40%	70	544	30.5%	1	4	6.6%	42	252	24.2%	27	288	42.4%
30～35%	91	635	35.6%	3	7	11.5%	49	301	28.9%	39	327	48.2%
25～30%	127	762	42.7%	2	9	14.8%	70	371	35.6%	55	382	56.3%
20～25%	138	900	50.5%	5	14	23.0%	88	459	44.0%	45	427	62.9%
15～20%	196	1096	61.5%	7	21	34.4%	146	605	58.0%	43	470	69.2%
10～15%	232	1328	74.5%	16	37	60.7%	158	763	73.2%	58	528	77.8%
5～10%	232	1560	87.5%	15	52	85.2%	160	923	88.5%	57	585	86.2%
～5%	223	1783	100.0%	9	61	100.0%	120	1043	100.0%	94	679	100.0%
計	1783			61			1043			679		

平成20年度
全国平均
19.9%
(速報値)

＜保険者規模別にみた実施状況

～積極的支援終了率～＞

図表 17

積極的 終了率	全体			大規模 (被保険者数10万人以上)			中規模 (被保険者数5千人以上10万人未満)			小規模 (被保険者数5千人未満)		
	保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数		保険者数	累積保険者数	
95～100%	4	4	0.2%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	4	4	0.6%
90～95%	2	6	0.3%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	2	6	0.9%
85～90%	2	8	0.4%	0	0	0.0%	0	0	0.0%	2	8	1.2%
80～85%	10	18	1.0%	0	0	0.0%	2	2	0.2%	8	16	2.4%
75～80%	5	23	1.3%	0	0	0.0%	1	3	0.3%	4	20	2.9%
70～75%	4	27	1.5%	0	0	0.0%	2	5	0.5%	2	22	3.2%
65～70%	14	41	2.3%	0	0	0.0%	3	8	0.8%	11	33	4.9%
60～65%	16	57	3.2%	0	0	0.0%	5	13	1.2%	11	44	6.5%
55～60%	13	70	3.9%	0	0	0.0%	4	17	1.6%	9	53	7.8%
50～55%	34	104	5.8%	0	0	0.0%	8	25	2.4%	26	79	11.6%
45～50%	29	133	7.5%	0	0	0.0%	19	44	4.2%	10	89	13.1%
40～45%	48	181	10.2%	0	0	0.0%	20	64	6.1%	28	117	17.2%
35～40%	52	233	13.1%	0	0	0.0%	27	91	8.7%	25	142	20.9%
30～35%	74	307	17.2%	0	0	0.0%	41	132	12.7%	33	175	25.8%
25～30%	91	398	22.3%	0	0	0.0%	48	180	17.3%	43	218	32.1%
20～25%	137	535	30.0%	0	0	0.0%	86	266	25.5%	51	269	39.6%
15～20%	179	714	40.0%	5	5	8.2%	113	379	36.3%	61	330	48.6%
10～15%	235	949	53.2%	7	12	19.7%	157	536	51.4%	71	401	59.1%
5～10%	306	1255	70.4%	15	27	44.3%	213	749	71.8%	78	479	70.5%
～5%	528	1783	100.0%	34	61	100.0%	294	1043	100.0%	200	679	100.0%
計	1783			61			1043			679		

平成24年度
参酌標準

平成20年度
全国平均
10.3%
(速報値)

V 受診率・実施率向上の要因把握 ～規模別の分析～

被説明変数

<健診受診率>

- 平成20年度特定健診受診率
- 平成19年度と平成20年度の受診率の差
- 平成20年度の特定健診受診率の計画値と実績値の差

<保健指導実施率>

- 平成20年度特定保健指導利用率
- 平成20年度特定保健指導終了率

説明変数

<共通変数>

- 保険者規模

<健診受診率>

- 前年度の健診受診率
- 実施体制、健診実施期間
- 受診者への通知方法
- 未受診者への受診勧奨の方法
- 受診率向上のための工夫 等

<保健指導実施率>

- 健診結果の通知方法
- 実施体制、保健指導実施期間
- 健診から保健指導までの期間
- 利用者への通知方法
- 未利用者への勧奨方法
- 利用率・終了率向上のための工夫 等

< 要因分析の概要 >

目的 : 特定健診保健指導実施状況アンケート調査の回答項目と関連性の高い項目を明らかにする

方法 : 保険者を大規模、中規模、小規模に分類し、特定健診・保健指導の実施状況に関するアンケート調査の回答結果とPearsonの相関係数を算出

分析の前提 : 地域特性等はアンケート調査項目に含まれていないため、分析項目には含まれていない
動機付け支援については利用率、積極的支援については終了率を中心に分析

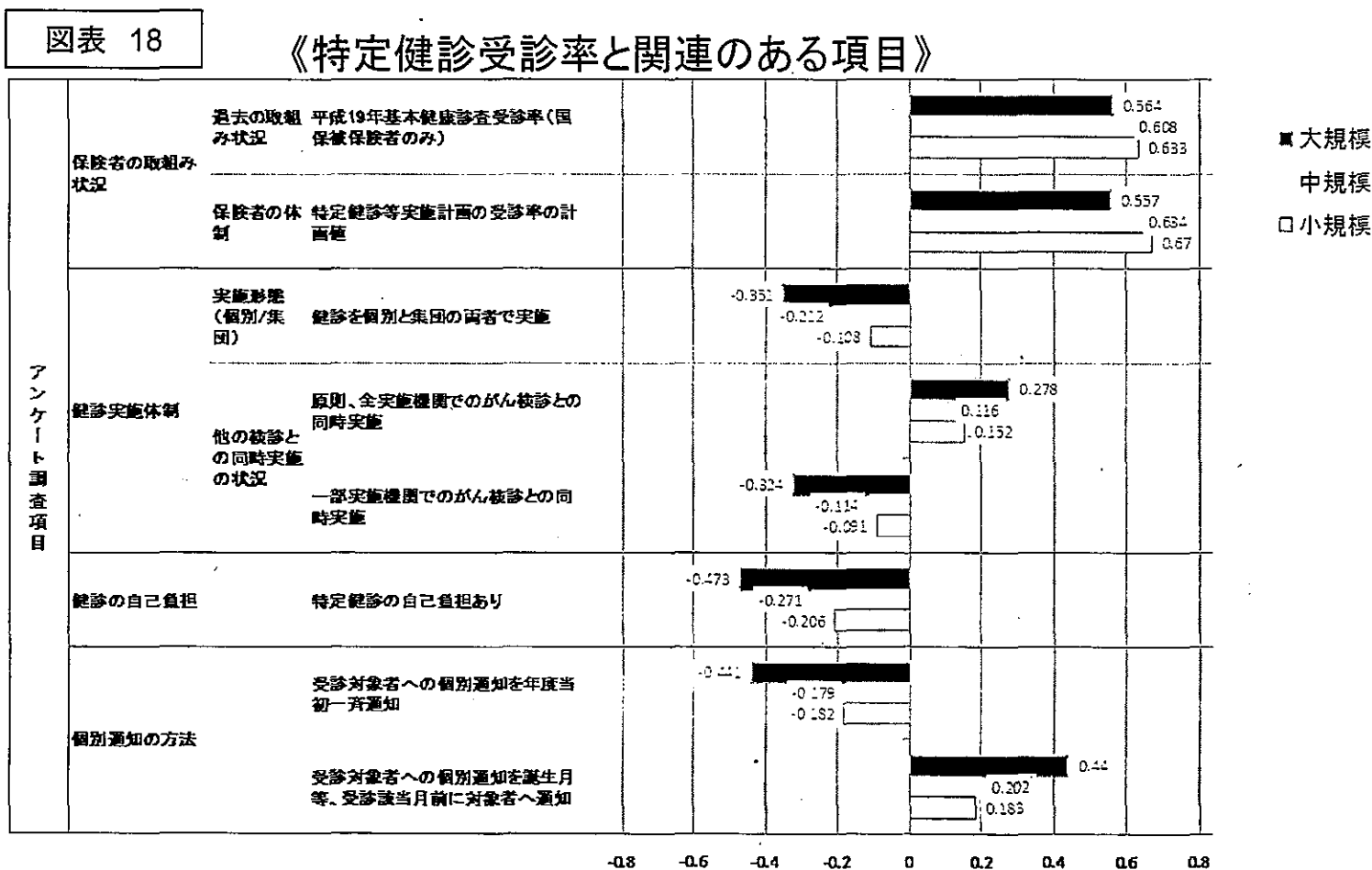
分析結果の総括

1. 保険者の規模に関わらず、関連が認められた要因のいくつかの項目については、今後の事業実施の優先順位を考える上で示唆となる。
2. 保険者の規模別に関連が認められた要因については、よりきめ細かい対応を行う上で、有益な情報であると考ええる。
3. 地域特性の情報がないこと、保険者規模の区分が操作的であること、主に相関分析のみであること等を考慮し、さらに、断面調査であることから因果関係を論ずるのは慎重でなければならない。

＜アンケート調査結果との相関分析結果より＞

特定健診の受診率と相対的に関連がある項目（各規模に共通）

- がん検診と同時実施できる体制であること
- 受診対象者への健診受診案内を年度当初に一斉に通知するのではなく、受診該当月の前に通知していること



（有意水準5%、相関係数の絶対値が0.1以上の項目）

<アンケート調査結果との相関分析結果より>

特定健診の受診率と相対的に関連がある項目(規模別)

【大規模保険者】

- 健診を個別で実施する体制であること
- がん検診や生活機能評価と同時実施する体制であること
- 個別健診を一定期間(3ヶ月以上6ヶ月未満)で実施する体制であること

【中規模保険者】

- 健診を集団で実施する体制であること
- がん検診、肝炎ウイルス検診や生活機能評価と同時実施する体制であること
- 個別健診を一定期間(3ヶ月以上6ヶ月未満)で実施する体制であること

【小規模保険者】

- 健診を集団で実施する体制であること
- がん検診や肝炎ウイルス検診と同時実施する体制であること
- 個別健診を一定期間(3ヶ月未満)で実施する体制であること
- 受診対象者に個別通知を行っていること
- 未受診の理由把握を実施していること

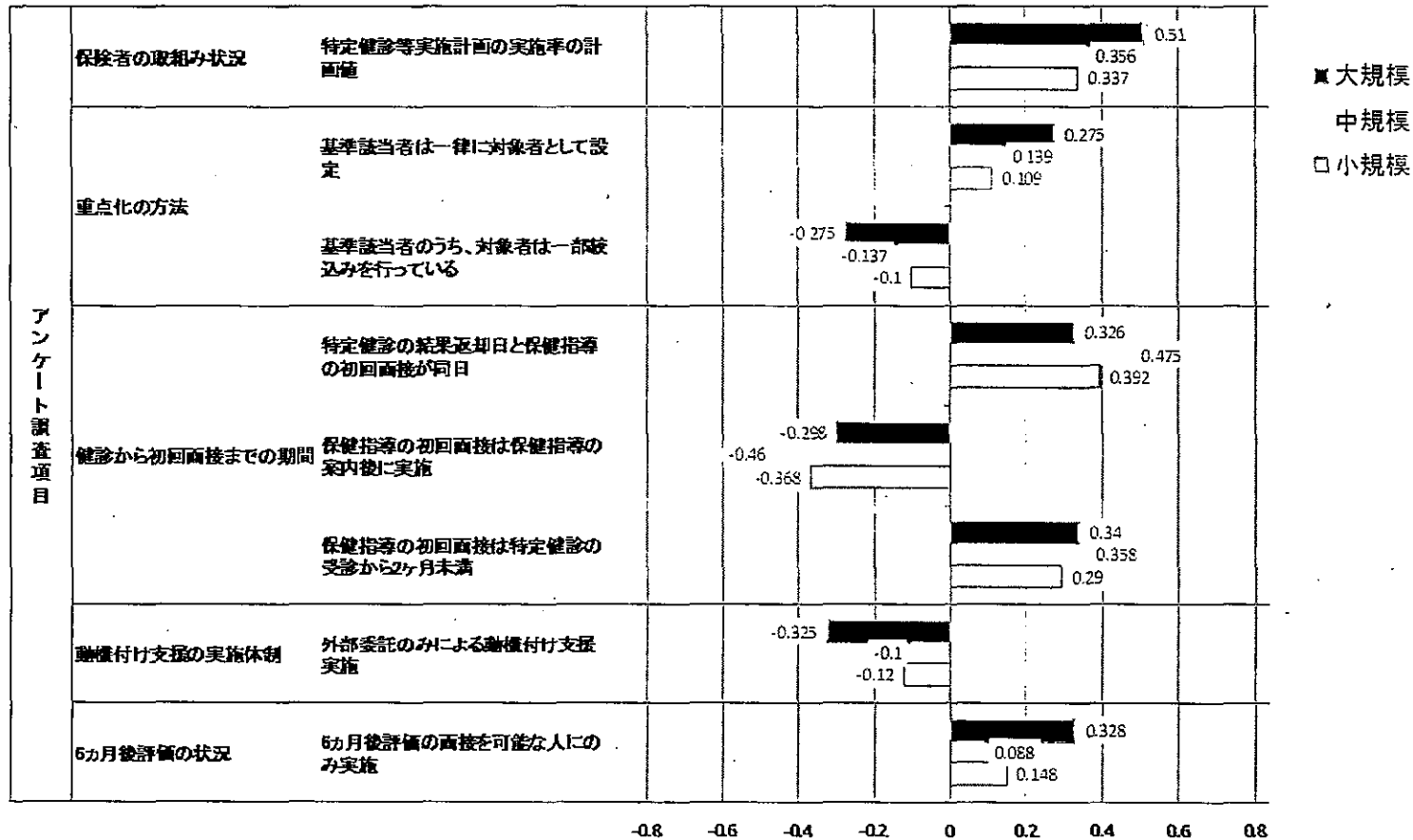
<アンケート調査結果との相関分析結果より>

動機付け支援の利用率と相対的に関連がある項目(各規模に共通)

- 基準該当者は一律に対象者として設定していること
- 特定健診の結果返却日に保健指導の初回面接を同日で行うこと
- 6か月後評価の面接を可能な人に実施する体制であること

図表 19

《動機付け支援利用率と関連のある項目》



<アンケート調査結果との相関分析結果より>

動機付け支援の利用率とその他規模別に関連がある項目(規模別)

【大規模保険者】

- 動機付けを直営と外部委託の組み合わせで実施する体制としていること
- 6カ月後評価を血液検査や本人の主観的評価で測定していること

【中規模保険者】

- 健診結果を対面で返却する体制としていること
- 利用者への個別案内を健診結果返却時に口頭で行うこと
- 未利用者への利用勧奨を実施していること・未利用の理由把握をしていること
- 動機付け支援の実施を健診業者に委託していること
- 動機付け支援を1年を通じて実施する体制としていること

【小規模保険者】

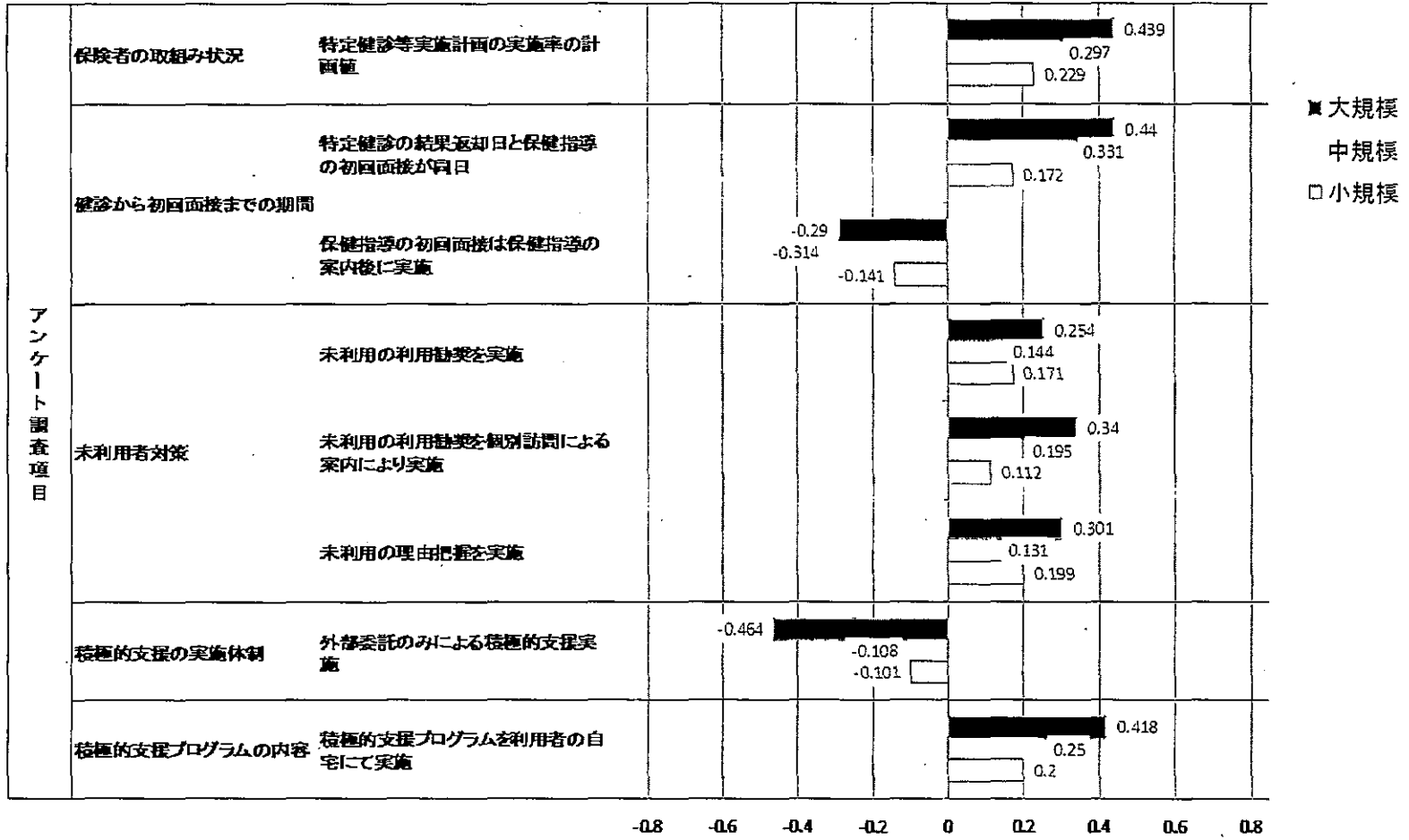
- 健診結果を対面で返却する体制としていること
- 利用者への個別案内を健診結果返却時に口頭で行うこと
- 未利用者への利用勧奨を実施していること・未利用の理由把握をしていること
- 動機付け支援の実施を医師会や地域の医療機関に委託していること
- 動機付け支援を1年を通じて実施する体制としていること

＜アンケート調査結果との相関分析結果より＞

積極的支援の終了率と相対的に関連がある項目（各規模に共通）

- 健診結果返却と保健指導の初回面接を同日で行うこと
- 未利用者への利用勧奨・未利用の理由把握を実施していること
- 利用者の自宅にてプログラムを実施していること

図表 20 《積極的支援終了率と関連のある項目》



(有意水準5%、相関係数の絶対値が0.1以上の項目)

＜アンケート調査結果との相関分析結果より＞

積極的支援の終了率とその他規模別に関連がある項目(規模別)

【大規模保険者】

- 国保と衛生部門が共同でポピュレーションアプローチを実施していること
- 直営で積極的支援を実施していること
- 複数プログラムがある場合に、対象者の利便性等に応じて実施日時を変更していること
- プログラムの実施が平日日中のみであること
- プログラムの実施場所が保健所・保健センターであること

【中規模保険者】

- 健診結果を対面で返却する体制としていること
- 利用者への個別案内を健診結果返却時に口頭で行ったり、電話や個別訪問で行う体制としていること
- 積極的支援の実施を健診業者に委託していること
- 積極的支援を1年を通じて実施する体制としていること
- プログラムの実施を平日日中のみならず、土日にも開催する体制としていること
- 個別支援のみでのプログラム構成になっていること

【小規模保険者】

- 健診結果を対面返却する体制としていること
- 利用者への個別案内を健診結果返却時に口頭で行う体制としていること
- プログラムの実施を夜間にも開催していること

VI 次年度の予定

1. 個人データの分析

- 個人単位での平成20年度の特定健診結果、特定保健指導結果、平成21年度の特定健診結果を収集し、特定保健指導の効果の検証ならびに保険者における健診受診状況の把握を行う。

2. 平成20年度実績に関する分析の継続・21年度実績との比較検証

- 平成20年度の実績に関する保険者単位の分析を引き続き実施する。
- 平成20年度実績と同様に、平成21年度実績に関するデータを収集し、2カ年の比較分析を行う。

3. 情報活用の仕組みづくりに関する検討

- 市町村国保における情報活用を進めるための検討を引き続き行う。

4. ワーキングにおける3年間の検討結果の総括

- ワーキングの3年間の検討の総括として、市町村国保が事業の改善を行うことができるようなまとめを行う。

傷病手当金について

厚生労働省保険局

傷病手当金の見直しに関する考え方(案)について

協会けんぽからの要望（平成22年9月8日提出）	見直しの方向性（案）
<p>① 支給限度額の設定</p> <p>傷病手当金の支給最高額（月額81万円）は、社会保障としての性格や財源の制約を考慮すれば、極めて高い水準・過大な給付であることから、一定の上限額を設けるべきであり、併せて下限を設けてはどうか。</p>	<p>(1) 医療保険財政が厳しい現状を踏まえ、また傷病手当金の目的が「生活保障」であるという観点から</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在より低い支給上限額（※1）を設ける（※2） ・ 下限額については、現状の水準を維持することとしてはどうか。 <p>その際、設定する支給上限額をどのように考えるか。（例えば、高額療養費の「上位所得者」を基準とする）</p> <p>（※1）健康保険における負担・給付の基準としては標準報酬月額が用いられていることから、手法としては支給基準となる最高等級を設定することが考えられる。</p> <p>（※2）結果として、実際の報酬額と傷病手当金の逆転現象を少なくし、不正請求の抑制効果が考えられる。</p> <p>(2) 支給額の基準となる報酬額について、直近の平均的な報酬実態をより反映させる観点から、支給請求前の一定期間における報酬の平均額を基準に支給額を算定することをどう考えるか。</p> <p>その際、以下の点について検討が必要ではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高額な報酬を設定した直後の受給申請等の不正の防止に繋がり、また傷病のために報酬額が下がった者等について、過去の報酬額も含めた評価が可能となる一方、 ・ 最大1年6ヶ月の支給である傷病手当金について、報酬実態をより反映させるための事務負担をどう考えるか
<p>② 加入期間要件の設定</p> <p>社会保障における相互扶助の観点から、受給要件として最低限の加入期間要件を設けるべき。</p>	<p>○ 加入期間要件の設定については、期間を満たすために受診を控え仕事を継続した結果、病状の悪化を招くおそれがあることを考慮すべきではないか。</p>
<p>③ 医師や事業主への質問・調査権限に関する法律上の規定の明確化</p> <p>審査の一環として保険者が行う事業主・医療機関等に対する質問・調査について、円滑な協力が得られるよう、法律上の位置付けを明確にするべき。</p>	<p>○ 保険者が行う質問・調査について、個人情報保護等との関係の中で、より適正かつ円滑に行われるよう、法律上可能な範囲やルール等をより明確にすることとしてはどうか。</p>

（注1）傷病手当金の見直しに当たっては、共済組合や船員保険における取扱いについても検討する必要がある。

（注2）出産手当金については、これとは別途、内閣府の「子ども・子育て新システム検討会議」における検討課題に挙げられている。

（注3）給付を見直す場合には、実施までの間に十分な周知期間を確保する必要がある。

傷病手当金及び出産手当金について

	傷病手当金	出産手当金
支給要件	被保険者（任意継続被保険者を除く。）が業務外の事由による療養のため労務に服することができないときは、その労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間、支給される。	被保険者（任意継続被保険者を除く。）が出産のため会社を休み、事業主から報酬が受けられないときに、支給される。
支給額	1日につき、標準報酬日額（標準報酬月額 <small>の30分の1に相当する額</small> ）の <u>3分の2</u> に相当する金額（※1）	
支給期間	同一の疾病又は負傷及びこれにより発した疾病に関して、その支給を始めた日から起算して <u>1年6月を超えない期間</u>	出産の日（実際の出産が予定日後のときは出産の予定日） <u>以前42日目</u> （多胎妊娠の場合は98日目）から、 <u>出産の日の翌日以後56日目</u> までの範囲内で会社を休んだ期間（※2）

（※1）支給額そのものに上下限は設定されていない。

（※2）予定日より遅れて出産した場合の支給期間は、出産予定日以前42日（多胎妊娠の場合は98日）から出産日後56日の範囲内となっており、実際に出産した日までの期間も支給される。

直近の改正（平成19年4月）

- 賞与を含めた水準とするため、支給額を、賃金の6割相当額から3分の2相当額に引き上げ。
- 傷病や出産により労務に服することができなくなった者に対する所得保障という性格を踏まえ、任意継続被保険者に対する支給については廃止。

傷病手当金及び出産手当金の支給実績（平成19年度）

【傷病手当金】

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
計	1,487,936件	2,889億円	19.4万円
政府管掌（日雇含む）	877,968件	1,570億円	17.9万円
船員保険	12,875件	36億円	28万円
健保組合	517,377件	1,121億円	21.7万円
共済	79,716件	162億円	20.3万円

○傷病手当金に係る国庫補助額 平成19年度：204億9千万円

【出産手当金】

	支給件数	支給額	1件当たり支給額
計	189,573件	785億円	41.4万円
政府管掌（日雇含む）	108,727件	428億円	39.3万円
船員保険	6件	5百万円	83.3万円
健保組合	76,559件	336億円	43.9万円
共済	4,281件	21億円	49.2万円

○出産手当金に係る国庫補助額 平成19年度：55億6千万円

傷病手当金・出産手当金の見直しに関する医療保険部会 (平成22年9月8日)における主な意見

1. 支給額の上下限の設定について

- 最高支給額の上限を引き下げるべきではないか。
- 支給額の算定に当たっては、標準報酬を引き上げた直後の不正受給を防止するため、より長期の標準報酬を基準とすること等が考えられるのではないか。

2. 加入期間要件の設定について

- 加入期間要件の設定については、期間要件を満たすまで仕事を続けることで、病状が悪化するようなことがないよう、配慮すべきではないか。(平成21年12月8日医療保険部会より)
- 加入期間要件の設定については、セーフティーネットとしての意義も含めて慎重に検討すべき。

3. その他の留意点について

- 労災保険などの国内他制度やILO条約に抵触しないよう留意すべきではないか。
(平成21年12月8日医療保険部会より)
- 不正受給事案に対する保険者の調査が円滑に行えるようにすべきではないか。

ILO第102号条約における傷病手当金に関する規定について

○ ILO第102号条約(社会保障の最低基準に関する条約)とは

- ・ 1952年6月採択、1955年4月発効。日本は1972年2月に批准。
- ・ 社会保障制度の最低基準について、失業給付、老齢給付、遺族給付等の給付の種類別に15部87条にわたって規定。
- ・ 傷病手当金については、第3部(傷病給付)で規定されているほか、第11部(定期金の算定基準)において、支給額の設定基準等に関する規定が置かれている。

○ 傷病手当金の給付水準に関する規定(第65条)

- ・ 傷病手当金の支給額は、標準受給者(妻及び子2人を有する男子)(※1)においては従前の勤労所得の45%以上でなければならない。
- ・ 傷病手当金の支給については最高限度額を国内法令で定めることができる。ただし、この最高限度額は、従前の勤労所得が男子熟練労働者(=すべての保護対象労働者の平均勤労所得の125%の勤労所得を有する者)以下の者(※2)については、従前の勤労所得の45%以上が確保されるように定めなければならない。

<参考>

(※1) 平成20年度家計調査において、「2人以上の勤労者世帯」の勤め先からの世帯主定期収入(1ヶ月)平均額は約36万円。

(※2) 平成20年度健康保険被保険者実態調査において、協会けんぽと健康保険組合の被保険者の平均標準報酬月額、約32.5万円。
(32.5万円×1.25=40.6万円)

子ども・子育て新システム検討会議体制図

子ども・子育て新システム検討会議作業グループ
基本制度ワーキングチーム(第1回)
平成22年9月24日

参考2

少子化社会対策会議

行政刷新会議

「子ども・子育て新システム検討会議」

【共同議長】 玄葉 光一郎 国家戦略担当大臣
岡崎 トミ子 内閣府特命担当大臣(少子化対策)
蓮 舫 内閣府特命担当大臣(行政刷新)

【構成員】 片山 善博 総務大臣
野田 佳彦 財務大臣
高木 義明 文部科学大臣
細川 律夫 厚生労働大臣
大島 章宏 経済産業大臣
古川 元久 内閣官房副長官(衆・政務)

「作業グループ」

【主査】 内閣府副大臣(少子化対策)

【構成員】 総務大臣政務官
財務大臣政務官
文部科学大臣政務官
厚生労働副大臣
経済産業大臣政務官
内閣府大臣政務官(国家戦略担当)

「子ども・子育て新システム検討会議事務局」

【事務局長】 内閣府副大臣(少子化対策)

【事務局長代理】 関係府省の局長クラスから事務局長が指名

【事務局長次長】 関係府省の審議官クラスから事務局長が指名

【事務局員】 関係府省の職員から事務局長が指名

基本制度ワーキングチーム

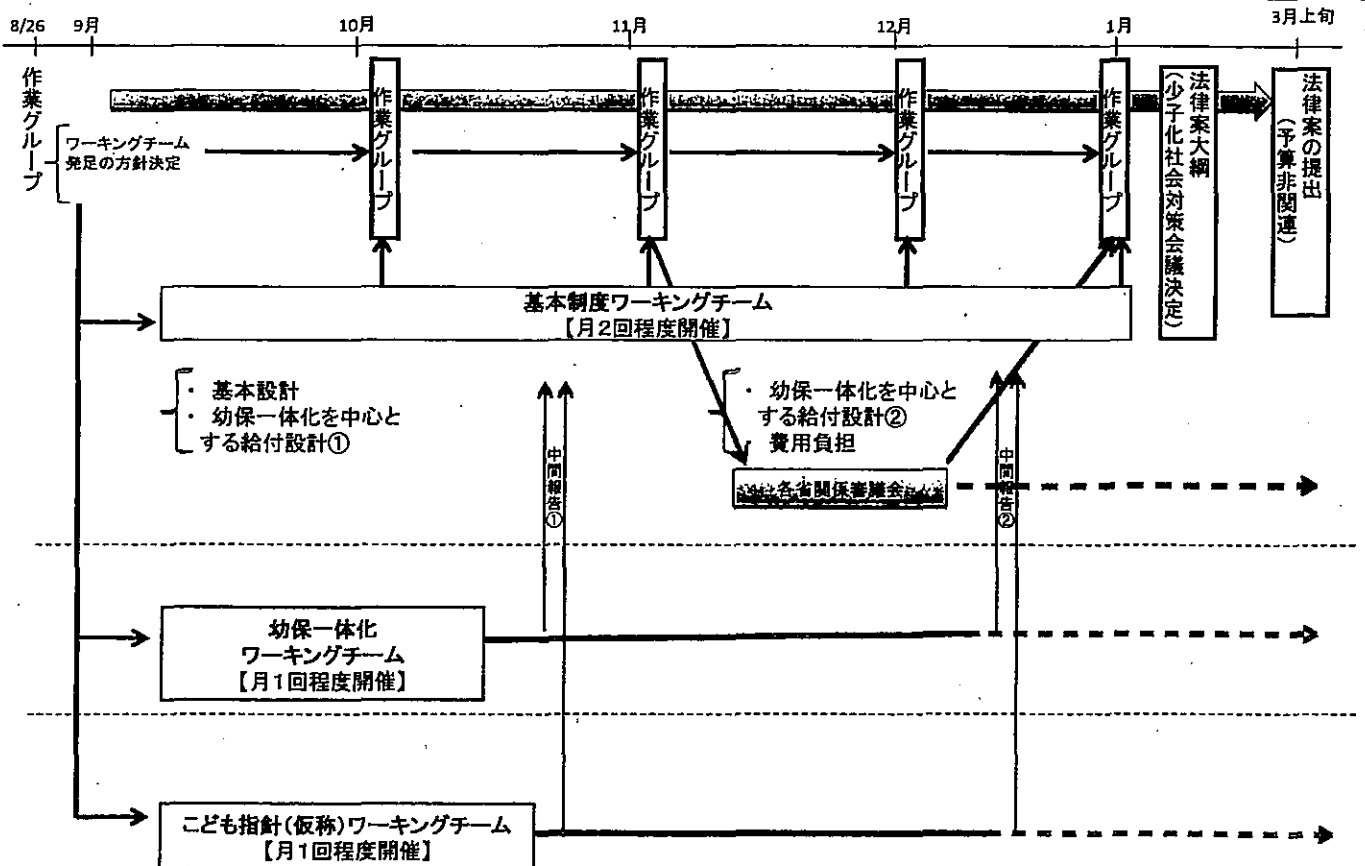
幼保一体化ワーキングチーム

こども指針(仮称)ワーキングチーム

子ども・子育て新システム・今後のスケジュール

子ども・子育て新システム検討会議作業グループ
基本制度ワーキングチーム(第1回)
平成22年9月24日

資料3



※ 作業グループは状況に応じ随時開催予定

「基本制度ワーキングチーム」の構成員

【座長】	末松 義規	内閣府副大臣
	秋田 喜代美	東京大学大学院教育学研究科教授
	池田 多津美	全国国公立幼稚園長会会長
	大日向 雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授
	岡本 直美	日本労働組合総連合会会長代行
	奥山 千鶴子	NPO法人子育てひろば全国連絡協議会理事長
	尾崎 正直	全国知事会子ども手当・子育て支援プロジェクトチームメンバー・高知県知事
	菊池 繁信	全国保育協議会副会長
	倉田 薫	全国市長会社会文教委員長・大阪府池田市長
	駒村 康平	慶応義塾大学経済学部教授
	坂崎 隆浩	日本保育協会理事
	高尾 剛正	日本経済団体連合会少子化対策委員会企画部会長
	田中 常雅	東京商工会議所少子高齢化問題委員会副委員長
	田中 啓	静岡文化芸術大学文化政策学部准教授
	中島 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
	北條 泰雅	全日本私立幼稚園連合会副会長
	宮島 香澄	日本テレビ放送網解説委員
	無藤 隆	白梅学園大学子ども学部教授
	両角 道代	明治学院大学法学部教授
	山縣 文治	大阪市立大学生活科学部教授
	山口 洋	日本こども育成協議会副会長
	渡邊 廣吉	全国町村会常任理事・新潟県聖籠町長

子ども・子育て新システムの基本制度案要綱

I 総論

【目的】

子ども・子育て新システムでは、以下のような社会を実現

- ◆ すべての子どもへの良質な成育環境を保障し、子どもを大切にする社会
- ◆ 出産・子育て・就労の希望がかなう社会
- ◆ 仕事と家庭の両立支援で、充実した生活ができる社会
- ◆ 新しい雇用の創出と、女性の就業促進で活力ある社会

【方針】

以下の方針のもとに、制度を構築

- ◆ 子ども・子育てを社会全体で支援
- ◆ 利用者(子どもと子育て家庭)本位を基本とし、すべての子ども・子育て家庭に必要な良質のサービスを提供
- ◆ 地域主権を前提とした住民の多様なニーズに応えるサービスの実現
- ◆ 政府の推進体制の一元化

【新システムとは】

以下のような新システムを実現

- ◆ 政府の推進体制・財源の一元化
- ◆ 社会全体(国・地方・事業主・個人)による費用負担
- ◆ 基礎自治体(市町村)の重視
- ◆ 幼稚園・保育所の一体化
- ◆ 多様な保育サービスの提供
- ◆ ワーク・ライフ・バランスの実現

Ⅱ 基本設計

- 子どもの育ち・子育て家庭を社会全体で支えるため、市町村（基礎自治体）が制度を実施し、国・都道府県等が制度の実施を重層的に支える仕組みを構築する。
- 事業ごとに所管や制度、財源が様々に分かれている現在の子ども・子育て支援対策を再編成し、幼保一体化を含め、制度・財源・給付について、包括的・一元的な制度を構築する。
- 実施主体は市町村（基礎自治体）とし、新システムに関するすべての子ども・子育て関連の国庫補助負担金、労使拠出等からなる財源を一本化し、市町村に対して包括的に交付される仕組み（子ども・子育て包括交付金（仮称））を導入する。
- 給付の内容は、以下の2種類とし、すべての子どもと子育て家庭のニーズに応じて必要な給付を保障する。
 - (1) すべての子ども・子育て家庭を対象とした基礎的な給付
 - (2) 両立支援・保育・幼児教育のための給付

1 国・都道府県の役割

- 国は、新システムの制度設計を担うとともに、市町村への子ども・子育て包括交付金（仮称）の交付等、制度の円滑な運営のための必要な支援を行う。
- 都道府県は、広域自治体として、市町村の業務に関する広域調整や市町村に対する情報提供など、市町村における制度の円滑な運営のための必要な支援を行うとともに、子ども・子育て支援施策のうち、都道府県が主体となって行う事業を行う。

2 市町村の権限と責務

- 市町村は、国・都道府県等と連携し、新システムの下で、現金給付と現物給付の組合せ（配分）や給付メニューの設定（選択）など、自由度を持って地域の実情に応じた給付を設計し、以下の責務の下で、当該市町村の住民に新システムのサービス・給付を提供・確保する。

- ① 必要な子どもにサービス・給付を保障する責務
- ② 質の確保されたサービスの提供責務
- ③ 適切なサービスの確実な利用を支援する責務
- ④ サービスの費用・給付の支払い責務
- ⑤ 計画的なサービス提供体制の確保、基盤の整備責務

Ⅲ 給付設計

1 すべての子ども・子育て家庭支援（基礎給付）

- すべての子ども・子育て家庭を対象にした基礎的な給付として、子ども手当や一時預かり、地域子育て支援等のための給付を行う。

（個人給付）

（1）子ども手当（個人への現金給付）

- 中学生以下の子どもを対象に、子ども手当の給付を行う。

（2）子育て支援サービス（個人への現物給付）

- 乳幼児の良質な成育環境の確保と保護者の負担軽減の観点から、すべての乳幼児と保護者を対象とした個人への現物給付（一時預かり等）を行う。

（3）現金給付・現物給付の一体的な提供

- 市町村の決定する枠組みの下、個人の選択に基づき、子ども手当と個人への現物給付を組み合わせることを可能とする仕組みを検討する。
- 個人給付の一部については、市町村の選択により、以下のような仕組みで給付を行う方法を検討する。
 - ① 個人給付の一部を、就学後の学校給食費等として学校に支払うことを可能とする仕組み
 - ② 給付の趣旨が活かされた利用を促すため、個人給付の一部を、子育てサービス、教育サービス等に利用可能な利用券等の方式により給付を行うことを可能とする仕組み

（4）妊婦健診

- 妊婦健診について、基礎給付として新システムから給付することを検討する。

(その他の子育て支援事業)

(5) その他の地域の子育て支援事業

- 乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、児童館など、地域の子育て支援のための事業を給付する。

(6) 市町村独自の給付

- 市町村の裁量により、基礎給付の上乗せや、上記の基礎給付以外の子育て支援サービスを新システムの事業として独自に給付することができる仕組みとする。

2 子どものための多様なサービスの提供と仕事と家庭の両立支援 (両立支援・保育・幼児教育給付(仮称))

- 幼保一体給付(仮称)や育児休業給付等、幼保一体化を含め、仕事と子育ての両立支援と、保育サービス、幼児教育を保障するために、妊娠から出産、育児休業、保育サービスの利用、放課後対策まで、切れ目のないサービスを提供する。

(1) 産前・産後・育児休業給付(仮称)

- 産前・産後・育児期における就業中断中においても安心して子どもを産み育てることができるよう、妊娠から保育サービスまで切れ目なく給付が受けられる仕組みとして、産前・産後・育児休業中の現金給付の一体化を、実施方法とあわせて検討する。

(2) 幼保一体給付(仮称)

- 幼保一体給付(仮称)は、こども園(仮称)への給付を始め、小規模保育サービス、短時間利用者向け保育サービス、早朝・夜間・休日保育サービス、事業所内保育サービス等の多様なサービスに対する給付とする。
- これらのサービスに対する給付については、価格制度を一本化する。

① こども園（仮称）

- 幼稚園・保育所・認定こども園の垣根を取り払い（保育に欠ける要件の撤廃等）、新たな指針に基づき、幼児教育と保育をともに提供するこども園（仮称）に一体化し、新システムに位置づける。
- こども園（仮称）については、「幼保一体給付（仮称）」の対象とする。

② 小規模保育サービス

- 主に3歳未満児に重点化した需要や、へき地などの人口減少地域などに対応するため、家庭的保育サービス、複数の家庭的保育者によるサービス、訪問型サービス、保育所等と連携した形態による小規模サービス等について、小規模保育サービスとして新システムに位置づける。

③ 短時間利用者向け保育サービス

- 主に3歳未満児を対象として日数や時間の短い需要に対応し、短時間労働者等が定期的に利用する形態のサービスとして、短時間利用者向け保育サービスを新システムに位置づける。

④ 早朝・夜間・休日保育サービス

- 早朝、夜間、休日の保育ニーズに対応した保育サービスとして、早朝・夜間・休日保育サービスを新システムに位置づける。

⑤ 事業所内保育サービス

- 事業所内保育サービスを、新システムに位置づける。

⑥ 広域保育サービス

- 複数の市町村が連携して設置する保育施設、複数の事業者が共同で設置する保育施設等について、広域保育サービスとして、新システムに位置づける。

⑦ 病児・病後児保育サービス

- 体調不良・病気などの場合において必要な保育サービスを提供するものとして、病児・病後児保育サービスを新システムに位置づける。

⑧ その他サービス

※ ①～⑦について、多様な給付メニューのイメージ(別紙)

(給付の仕組み)

- 非正規労働者、自営業者、求職者も含め、親の様々な就労状況にも応じることが出来る公的保育サービスを確実に保障するため、客観的な基準に基づく保育の必要性を認定し、それに基づきサービスを利用する地位を保障する。
- 利用者がサービスを選択可能な仕組みとするため、市町村の関与の下、利用者と事業者の間の公的保育契約制度を導入する。
- 必要な給付の保障責務や利用者の支援など、市町村の責務の明確化を図る。
- 利用者に対し、利用したサービスの費用を確実に保障する仕組み(利用者補助方式)とし、一定の利用者負担の下にサービスが利用できるよう、公定価格を基本としつつ、現物給付する。その際、サービスの多様化の観点等を踏まえ、柔軟な制度を検討するとともに、提供される多様なサービスの特性に配慮する。

(多様な事業者の参入による基盤整備)

- 幼保一体給付(仮称)の各サービス類型ごとに、事業者を指定し、指定された事業者がサービスを提供する仕組みを導入(指定制の導入)する。
- 子ども・子育てビジョンの目標達成に向け、幼保一体給付(仮称)の各サービスについて、集中的に整備する。特に、地域におけるNPO等による家庭的保育サービス、小規模保育サービス等の取組支援の拡充を図る。
- イコールフットィングによる株式会社・NPO等の多様な主体の参入促進のため、
 - ・ サービスの質を担保する客観的な基準による指定制を導入する。
 - ・ 施設整備費の在り方を見直す。
 - ・ 運営費の使途範囲は事業者の自由度を持たせ、一定の経済的基礎の確保等

を条件に、他事業等への活用を可能とする。

- ・ 会計基準は、法人類型ごとの会計ルールに従うことを基本とする。

(サービスの安定と質の確保・向上)

- 撤退規制、情報開示等のルール化を行うことにより、サービスの安定と質の確保を図る。
- サービスの質の向上を検討する。

(3) 切れ目のないサービスの保障

- 育児休業の給付と保育サービスを一元的な制度により保障することにより、育児休業から保育サービスへの円滑な利用を保障する仕組みとする。

- ① 市町村の認定による保育サービスを受ける権利の付与
- ② ①と連動した市町村によるサービス提供体制確保
- ③ 短時間労働者向けサービスなどのサービスメニューの多様化
- ④ 育児休業中の給付あるいは保育サービスのいずれかが保障される仕組み

(4) 放課後児童給付（仮称）

- 放課後児童給付（仮称）については、「小一の壁」に対応し、保育サービス利用者が就学後の放課後対策に円滑な移行を可能とするという視点に基づき、放課後の遊びの場と生活の場を提供するサービスとして、個人に対する利用保障を強化する。
- 指定事業者ごとに利用登録する仕組みを導入し、登録児童数に応じて当該指定事業者が費用保障する仕組みを検討する。
- 小4以降も放課後児童給付（仮称）が必要な子どもにサービス提供を行う。

(5) 市町村独自の給付

- 市町村の裁量で、両立支援・保育・幼児教育給付（仮称）の上乗せ給付が可能となる仕組みを検討する。

IV 費用負担

- 社会全体で子ども・子育て支援を支えるという観点から、社会全体（国・地方・事業主・個人）により、必要な費用を負担する。
- 両立支援・保育・幼児教育給付（仮称）に、事業主・個人が拠出することを検討する。
- 国及び地方の恒久財源の確保を前提として実施する。
- 既存の特別会計（勘定）の活用などにより、子ども・子育て勘定（仮称）を設け、各種子ども・子育て対策の財源を統合し、市町村が自由度を持って必要な給付を行うことができるよう、子ども・子育て包括交付金（仮称）として、市町村に対して必要な費用を包括的に交付する。
- 子ども・子育て包括交付金（仮称）の算定基礎は、児童人口などの客観的な指標を基本とするが、両立支援・保育・幼児教育給付（仮称）について需要量に応じた要素を加味することなどを検討する。
- 市町村は、子ども・子育て特別会計（仮称）において、子ども・子育て包括交付金（仮称）と地方からの財源をあわせ、地域の実情に応じ、給付を行う。
- 事業主拠出の在り方は、社会全体で子ども・子育てを支える観点や、両立支援における企業の果たす役割を踏まえ、企業の経済活動に対する影響などにも配慮しながら、検討を行う。

V 幼保一体化

- 幼稚園・保育所・認定こども園の垣根を取り払い（保育に欠ける要件の撤廃等）、新たな指針に基づき、幼児教育と保育をともに提供するこども園（仮称）に一体化する。（再掲）
- すべての子どもに質の高い幼児教育・保育を保障するとともに、家庭における子育て・教育にも資するため、幼稚園教育要領と保育所保育指針を統合し、小学校学習指導要領との整合性・一貫性を確保した新たな指針（こども指針（仮称））を創設する。
- こども指針（仮称）に基づき提供される幼児教育・保育について、資格の共通化を始めとしたこども園（仮称）としての機能の一体化を推進する。
- こども園（仮称）については、現在の幼稚園、保育所、認定こども園からの円

滑な移行に配慮しつつ、学校法人、社会福祉法人、株式会社、NPO等、多様な事業主体の参入を可能とする。

VI 新システム実施体制の一元化

- 新システムを一元的に実施する子ども家庭省(仮称)の創設に向けて検討する。

VII 都道府県が行う市町村支援事業

- 子ども・子育て支援施策のうち、広域自治体として市町村を支援する事業、社会的養護を始め都道府県事業として位置づけることが適当であると考えられる事業について、新システムに位置づけることを検討する。

VIII その他

- 子ども・子育て支援のサービス・給付を、子ども・子育て当事者のニーズに即したものとするため、また、効果的かつ効率的な制度運用のため、地方公共団体、労使代表を含む負担者、子育て当事者、NPO等の子育て支援当事者等が子育て支援の政策プロセス等に参画・関与することができる仕組みとして、国に子ども・子育て会議(仮称)を設置することを検討する。
- 具体的な給付設計、費用負担等について、ワーク・ライフ・バランスを推進する観点から制度の検討を行う。
- 給付設計に当たっては、子ども・子育て支援における地方の自主性を発揮する観点から、可能な限り、地方の自由度を尊重することを基本とする。
- まちづくりと連携して子育て支援施設の整備を推進する仕組みづくりを行う。
- すべての子どもを対象とした放課後子ども教室推進事業については、放課後児童給付(仮称)との関係について検討する。

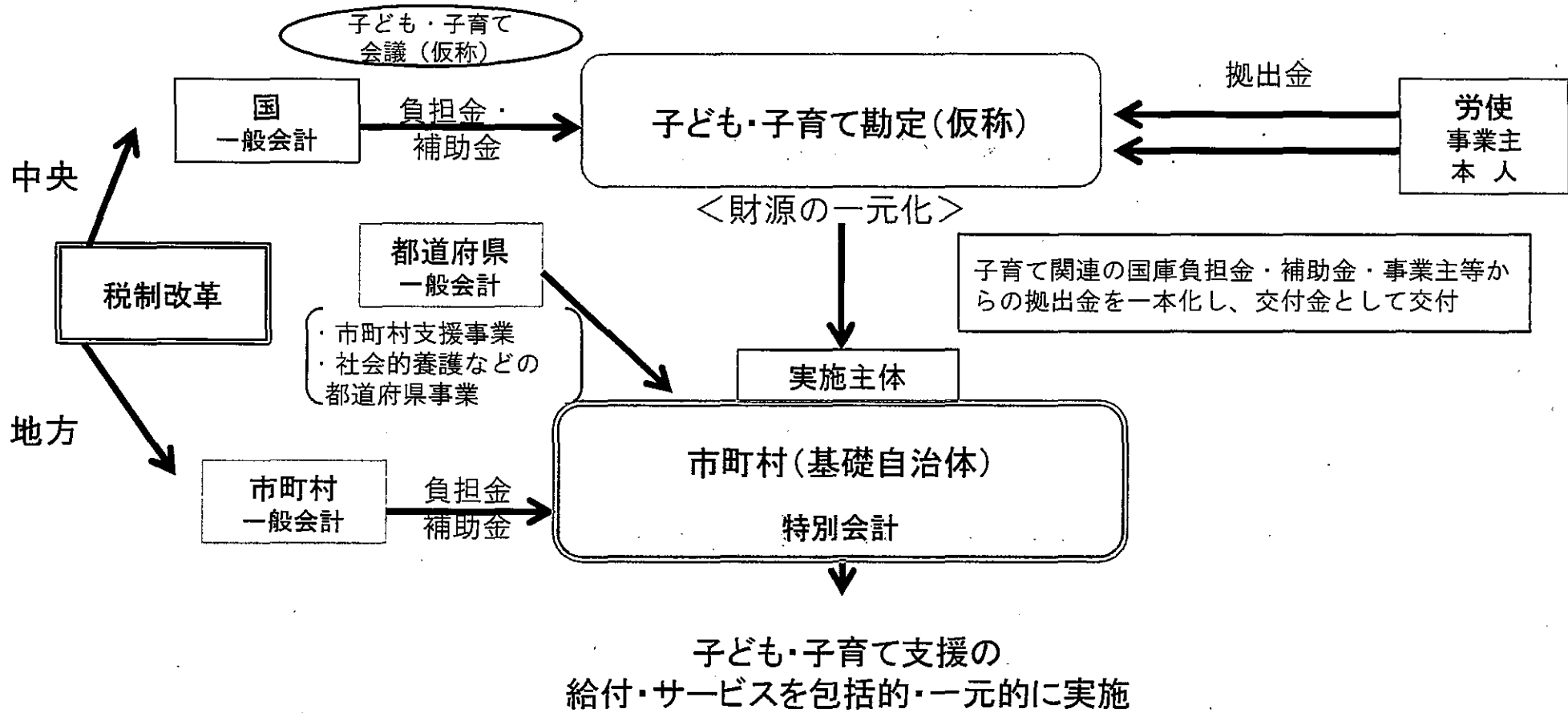
IX 工程

- 23年通常国会に法案を提出、25年度の施行を目指す。

※ 国及び地方の恒久財源を確保しながら25年度の本格施行に向けて段階的に実施する。

- ※ 待機児童解消対策、現金・現物給付の一体的提供など、23年度から実施できるものは前倒して実施する。
- ※ 新システムの実施に当たっては、成長戦略策定会議等との連携を図る。
- ※ 子ども・子育て包括交付金(仮称)をはじめとした国と地方の役割に関する具体的な制度設計に当たっては、実施主体である地方が新システムを円滑に施行できるよう地方の意見を反映するとともに、地域主権戦略会議が進めている一括交付金の制度設計や国と地方の協議の場での議論との連携を図る。

制度設計のイメージ



給付のイメージ

すべての子ども・子育て
家庭を支援する給付

個人給付

- 現金給付・・・子ども手当
- 現物給付・・・一時預かり、妊婦健診 等

市町村事業

- 乳児家庭全戸訪問事業、地域子育て支援拠点事業、児童館 等
- 新システムの事業として市町村の独自給付

両立支援・保育・
幼児教育給付（仮称）

産前・産後・育児休業給付（仮称）

幼保一体給付（仮称）

- こども園=幼保一体化
- 多様な保育サービス

小規模保育サービス、短時間利用者向け保育サービス、早朝・夜間・休日保育サービス、事業所内保育サービス、広域保育サービス、病児・病後児保育サービス 等

放課後児童給付（仮称）

イメージ① こども園(仮称)

別紙

● 幼稚園・保育所の一体化

幼稚園・保育所・認定こども園の垣根を取り払い(保育に欠ける要件の撤廃等)、新たな指針に基づき、幼児教育と保育をともに提供するこども園(仮称)に一体化。

● 給付の一体化

幼保一体給付(仮称)による財政支援

● 機能の一体化

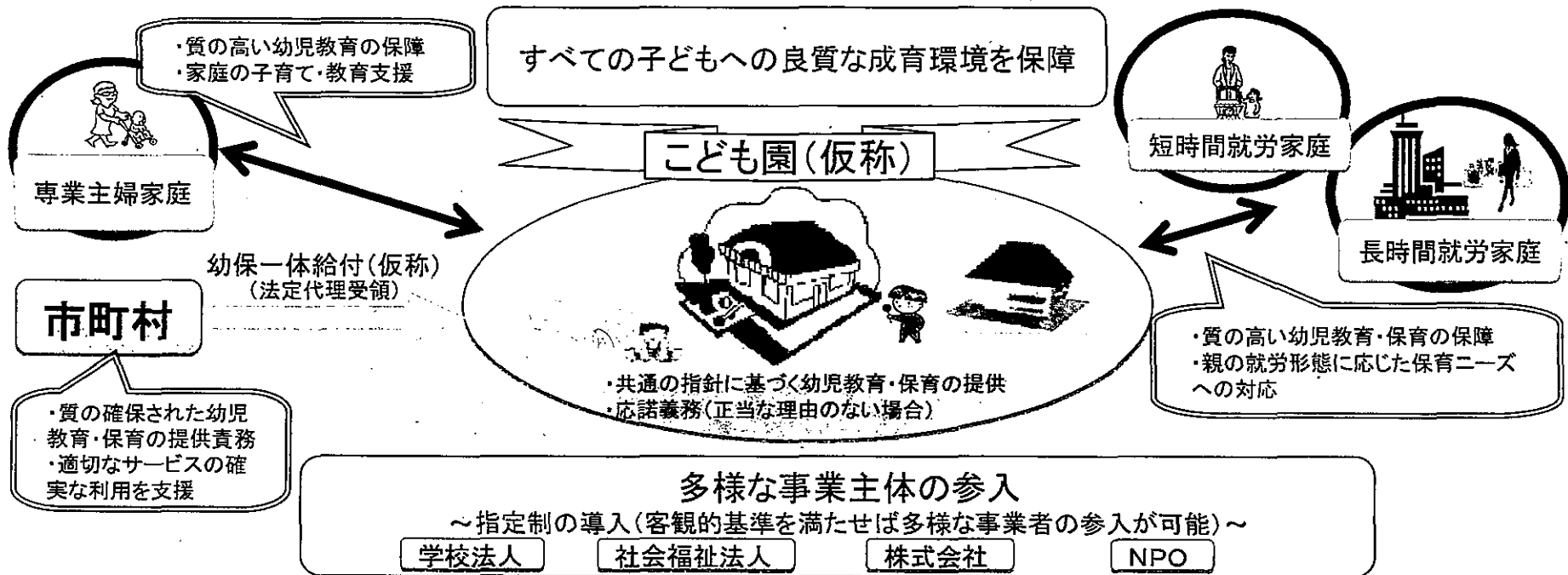
・ こども指針(仮称)の創設(幼稚園教育要領と保育所保育指針の統合)

→ すべての子どもに質の高い幼児教育・保育を保障。家庭における子育て・教育にも資する。小学校学習指導要領との整合性・一貫性の確保。

・ 資格の共通化を始めとしたこども園(仮称)としての機能の一体化の推進

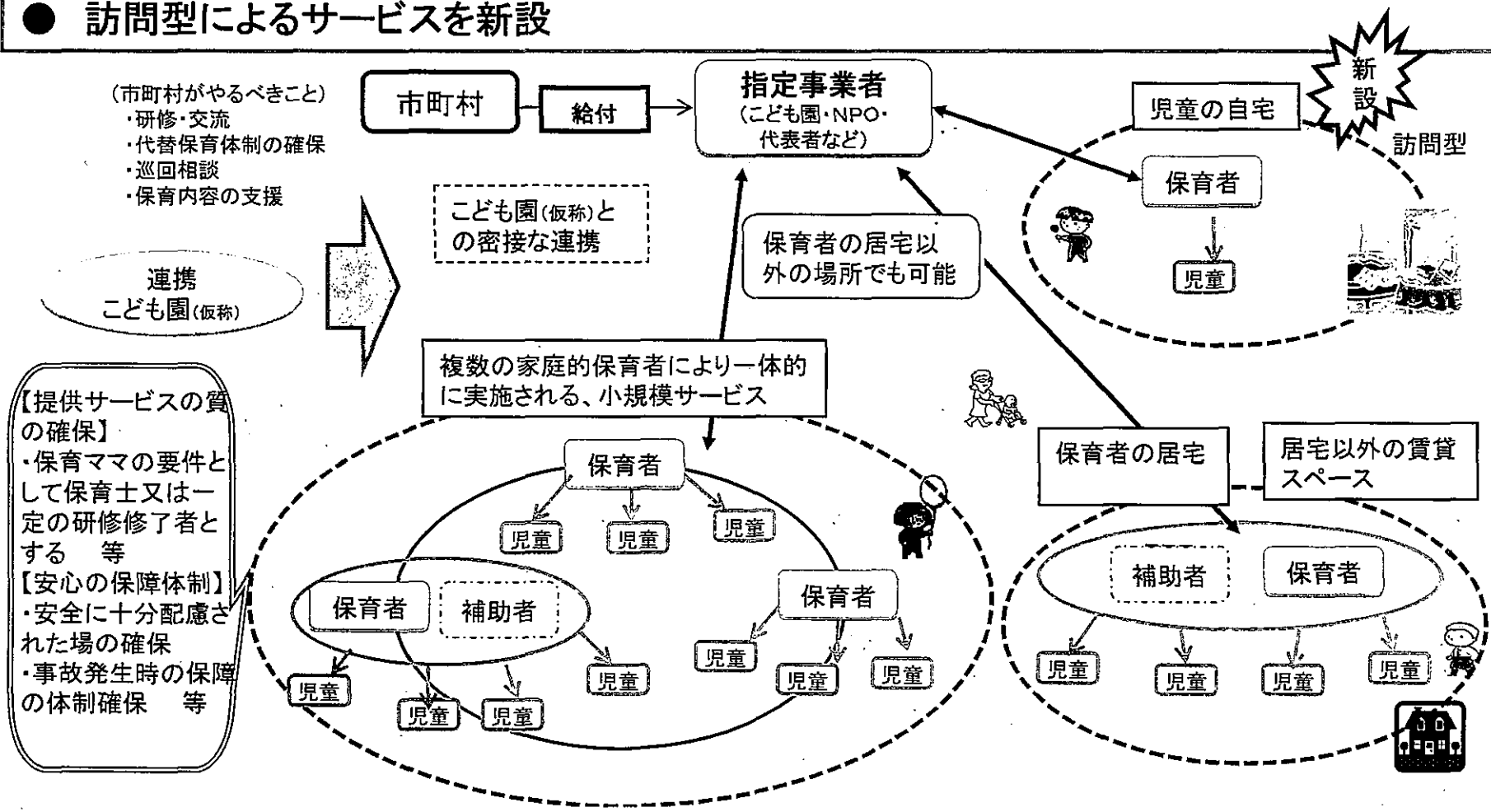
● 多様な事業主体の参入

学校法人、社会福祉法人、株式会社、NPO等、多様な事業主体の参入が可能。



イメージ②-1 小規模保育サービス①

- 少人数を対象とするきめ細やかな保育
少人数制で、一人ひとりの発達状況、体調などにきめ細やかに対応可能。
- 家庭的な環境の提供(主に3歳未満児を対象)
主に3歳未満児を対象として、家庭的な保育サービスを提供。
- 訪問型によるサービスを新設

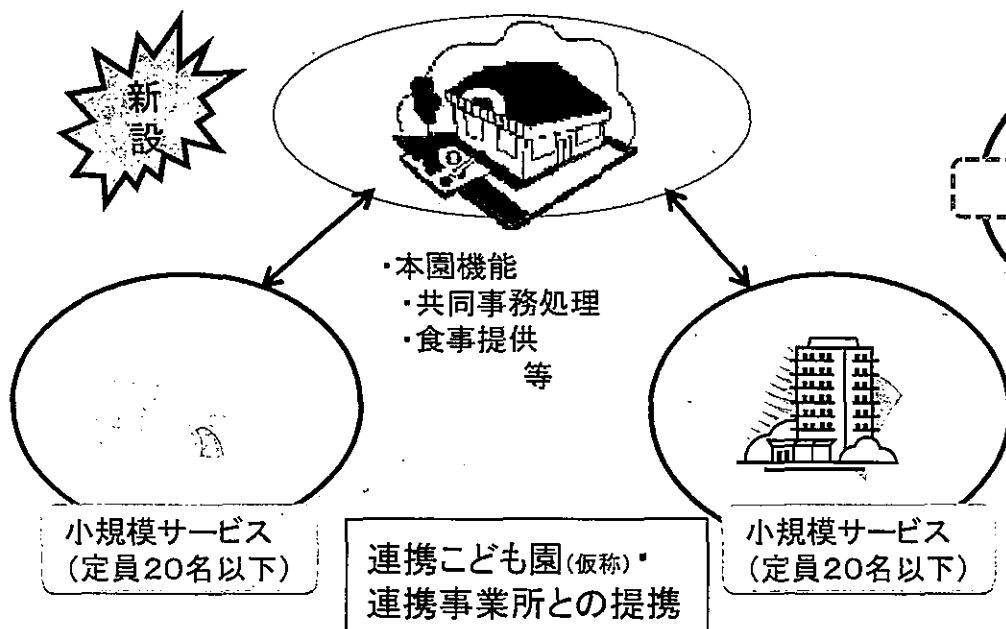


イメージ②-2 小規模保育サービス②

● 独立したサービス類型の創設と独自の基準設定

- ・ 3歳未満児に重点化した需要に対応
3歳未満児に特化したサービス類型の推進
- ・ へき地などの人口減少地域などにおける小規模保育サービス
6~19人定員のサービス類型の創設等

【イメージ①】 連携型・サテライト型



都市圏で行う賃貸などでの
小規模定員のサービス

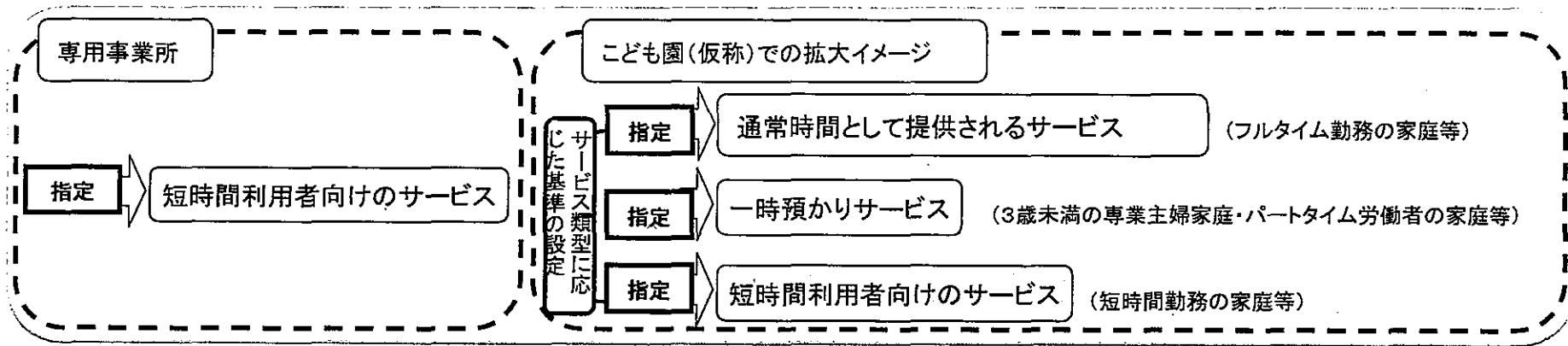
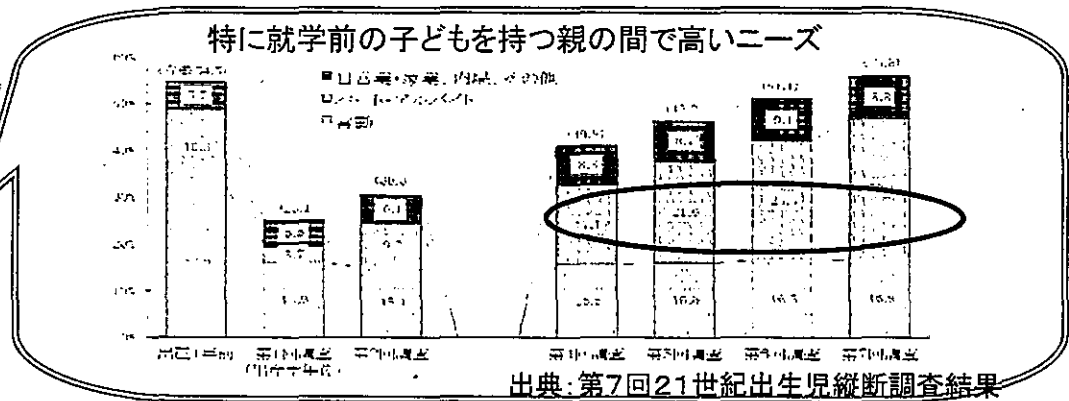
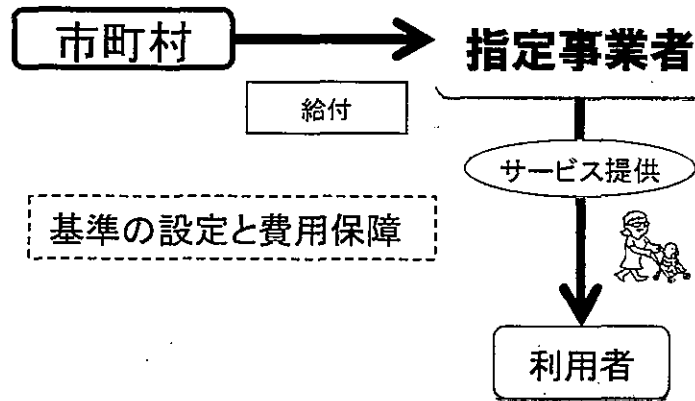
【イメージ②】多機能型



人口減少地域などにおける
多機能型のサービス

イメージ③ 短時間利用者向け保育サービス

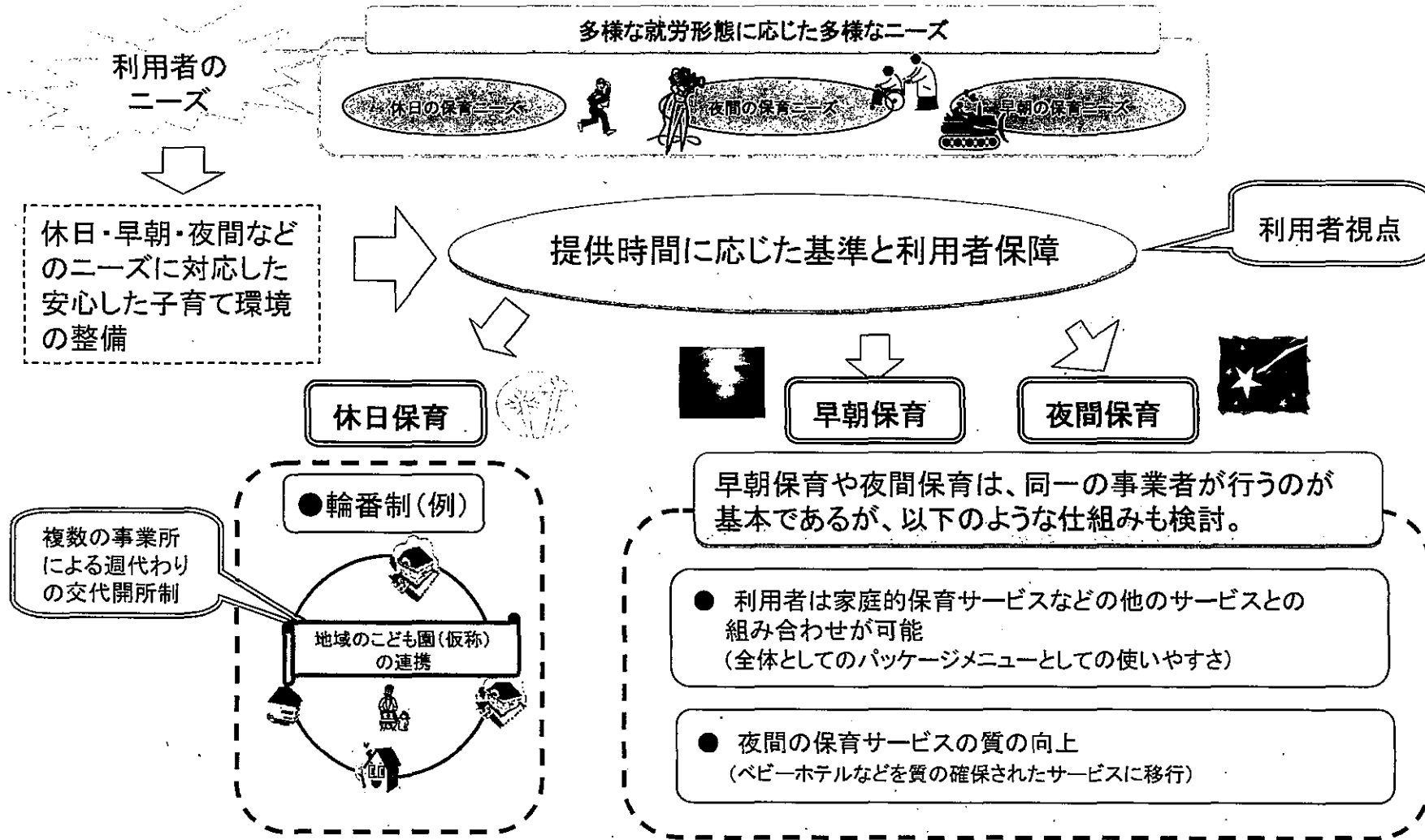
- 主に3歳未満の子どもを持つ親の高いニーズへ対応する専用サービス類型の創設
実績上も、就学前の子どもを持つ親の間で、短時間利用できる保育を求めるニーズが高いことを踏まえ、日数、時間の短い需要に対応し、パートタイム労働者等が定期的に使う専用サービスを提供
- サービス類型に応じた基準の設定と費用保障によるサービス体制の確保
- 幼保一体化と連動し、こども園(仮称)におけるサービス拡大



イメージ④ 早朝・夜間・休日保育サービス

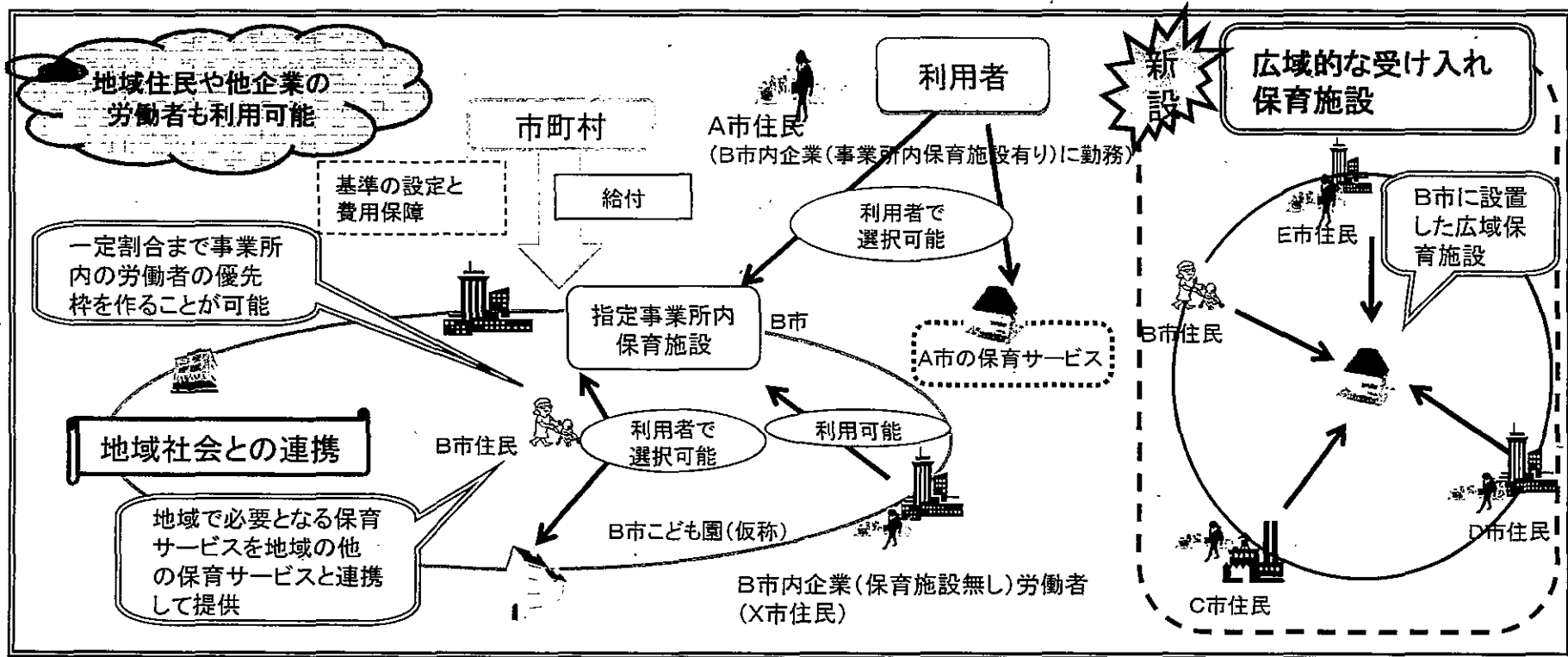
● 親の多様な就労形態に対応する安心な子育て環境の整備

早朝、夜間、休日にも対応する保育サービスを提供し、多様な就労形態にあっても、安心して子育てできる環境を整備



イメージ⑤・⑥ 事業所内保育・広域保育サービス

- 子育てをしながら働く労働者が安心して仕事と子育てを両立できる環境の整備
居住地だけでなく、職場の近くのこども園(仮称)も利用可能に。 **労働者にメリット**
勤務時間に合わせた保育が可能に
- 企業の人材確保とその定着に貢献 **企業にメリット**
- 地域社会への貢献
事業所内のこども園(仮称)が地域の他の保育サービスと連携 **地域にメリット**



イメージ⑦ 病児・病後児保育サービス

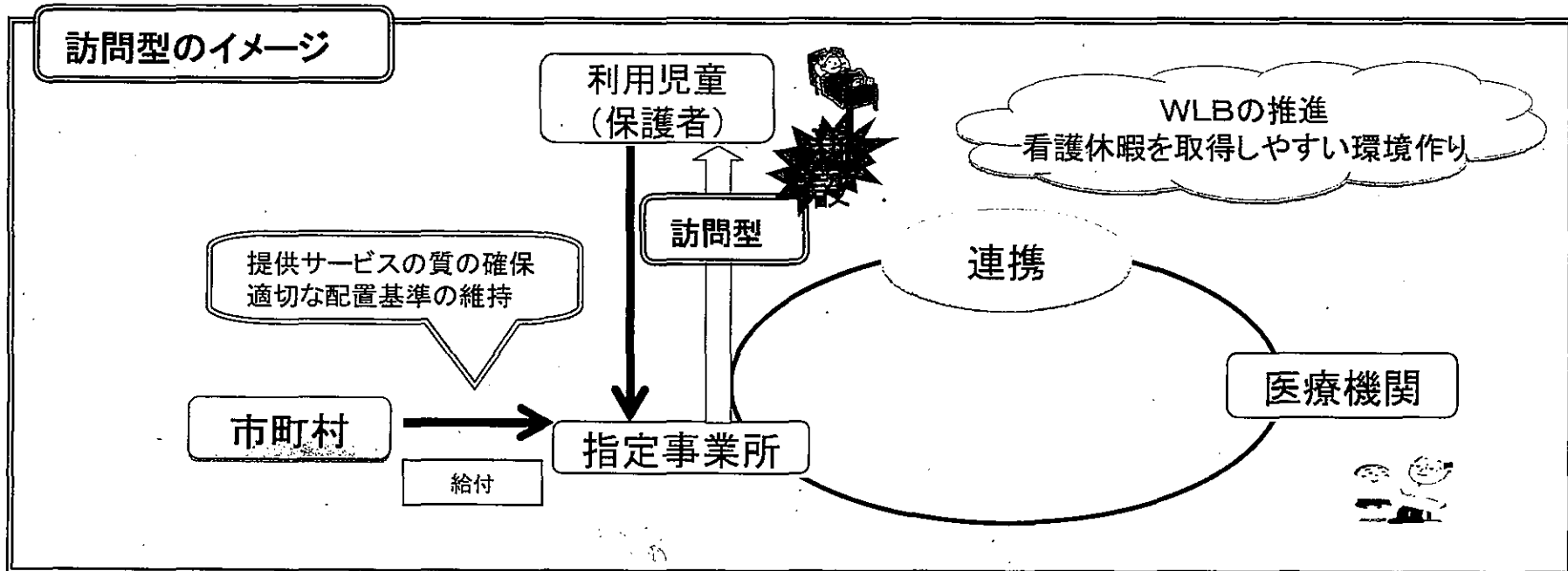
● 子どもの態様に応じた利用

- ・ すべてのこども園(仮称)で看護師を配置することにより体調不良児への対応を強化
すべてのこども園(仮称)で看護師を配置(安全性と利便性の向上) (保育時間中に体調が悪くなった場合など)
- ・ 施設型病児・病後児保育の提供(単独型、こども園(仮称)・医療機関併設型等を指定)
(感染症等専用の保育を必要とする場合など)

事業主体が、安定的に運営できるよう、病児・病後児保育サービスの特性を踏まえた稼働率で算定するなど、実態に見合った評価体制・給付体系の構築

・ 訪問型の新設(指定事業者)の検討

研修を受けた看護師・保育士等による訪問
 医療機関と連携したサービス提供

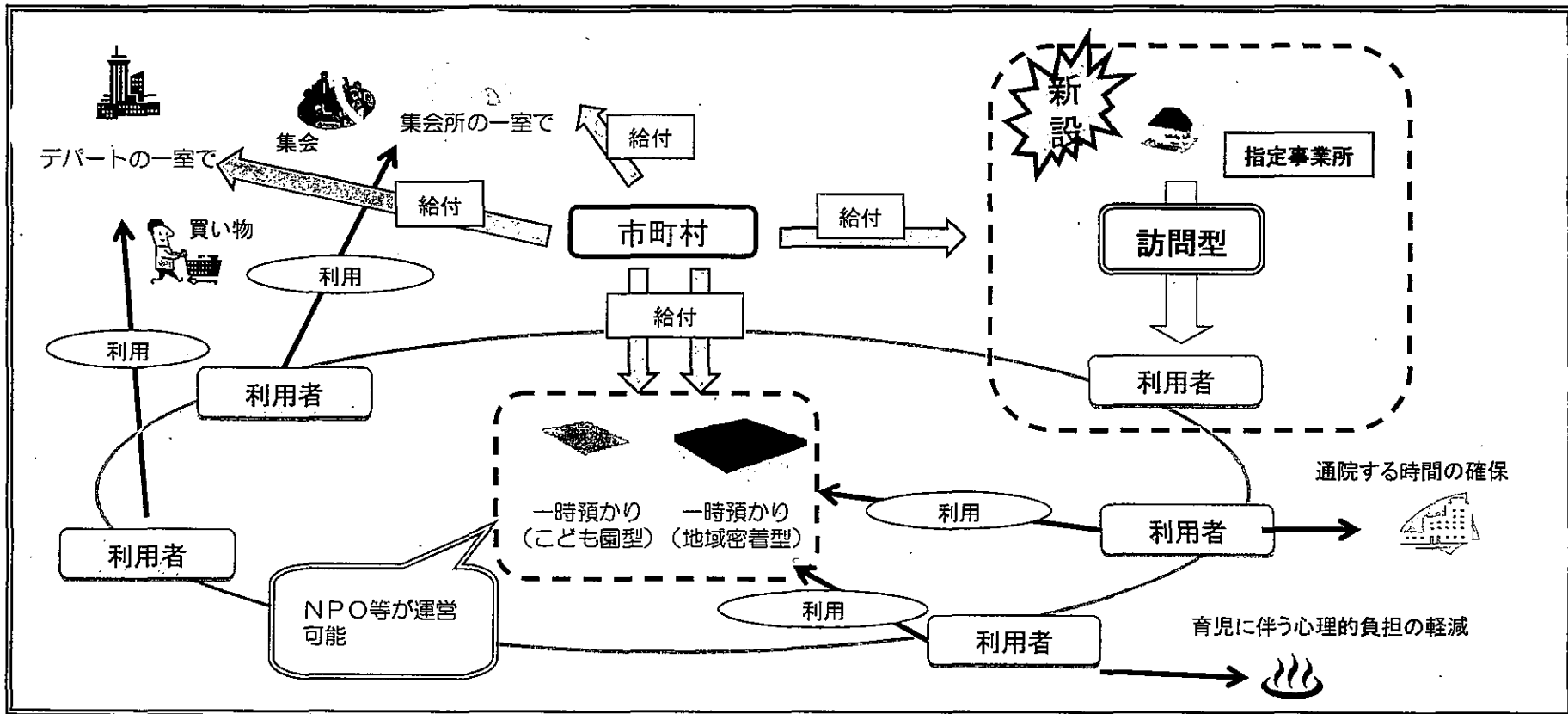


(参考) 一時預かり(イメージ)

- 家庭において保育を受けることが一時的に困難になった乳幼児について、こども園(仮称) その他の場所において一時的に預かり、必要な保護を行う。
- 市町村の他、NPO等も主体として活躍。

リフレッシュ、
社会的事由 等

専業主婦家庭含め、すべての子育て家庭における
様々なニーズに対応



救急医療用ヘリコプター費用の 医療保険上の扱いについて

厚生労働省保険局

救急医療用ヘリコプター費用の医療保険上の扱いについて

ドクターヘリ特別措置法の検討規定

- ドクターヘリ（※1）については、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」（平成19年6月27日公布・施行）の附則で、「法施行から3年を目途として、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供の効果、救急医療の提供に要する費用の負担の在り方等を勘案し、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療に要する費用のうち診療に要するものについて、健康保険法等において定める法令の規定に基づく支払について、検討を行い、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる」こととされている。（※2）

（※1）ドクターヘリは、ドクターヘリ導入促進事業（1か所当たり年間2億1千万円、うち2分の1を国が補助）により、各県の救急医療体制の実情に応じて、整備を進めてきたところ。平成22年11月現在、19道府県で23機が導入。なお、同補助事業のうち、県負担分について、20年度から特別地方交付税の対象としている（20年度は県負担分の50%、21年度以降は財政力に応じて50~80%）。

（※2）特別措置法施行後の平成19年10月19日の中医協において、「救急医療」の一環としてドクターヘリについて議論。

保険給付における位置づけ

- ドクターヘリや救急用自動車で患者に対して行う診療は、救急搬送診療料（※3）として評価している。この救急搬送診療料は、20年度改定で倍増（650点→1300点）し、22年度改定で新生児加算（1000点）の創設、乳幼児加算の引上げ（150点→500点）を行った。なお、診療に要するもの以外の費用（運航費用）は、療養の給付には当たらないため、診療報酬上は評価していない。

（参考）医療保険制度では、患者が療養の給付を受けるため医療機関に移送されたときは、保険者が必要と認める場合（①移送の目的である療養が医師の指示による保険診療として適切である、②患者の移動が著しく困難である、③緊急その他やむを得ない）には、移送費（※4）が現金給付として被保険者に支給される。

（※3）救急搬送診療料（1300点）：患者を救急用の自動車等（ドクターヘリを含む）で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から当該自動車等に同上して診療した場合に算定する（昭和63年に創設。平成14年4月以降、ドクターヘリによる救急搬送も算定可能とした）。

（※4）移送費は、保険給付の公平性の確保と保険財政の適正な運営の観点から、最も経済的な通常の経路及び方法によって移送された場合の費用（電車、自動車等を利用した場合の運賃）に基づき算定した額が支給される。

- 特別措置法の検討規定を踏まえ、医療保険の給付において、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療に要する費用のうち診療に要するもの」について、どのように考えるか。また、診療に要するもの以外の費用である運航費用について、どのように考えるか。

（続く）

論 点

- ドクターヘリを用いた救急搬送における診療に要する費用は、救急用自動車による搬送と同様、診療報酬において評価している。診療に要するもの以外の費用である運航費用は、療養の給付には当たらないので、診療報酬の評価の対象とはならないというのが、現行制度上の整理である。
- この運航費用について、診療報酬上の評価とは別に、保険給付の在り方を検討するのであれば、以下のような点について整理する必要がある。
 - ① ドクターヘリが必要とされている救急搬送やへき地医療は、地域の医療提供体制の整備の範疇であることとの関係をどのように考えるか（運航に要する費用は、救急用自動車と同様、現在、公費で補助している）。
 - ② 移送費は、患者の自己負担が発生していることを前提に、保険給付として被保険者に支給されるもの。医療機関や運航会社等の実施機関に支払われるものではない点をどのように考えるか。
 - ③ ドクターヘリによる救急搬送が有効な地域と救急用自動車による搬送が有効な地域があることや、ドクターヘリに代えて防災ヘリを活用して救急搬送を行っている地域もある中で、地域によって対象を区別しない保険給付の平等性との関係をどのように考えるか。
 - ④ 厳しい医療保険財政において、運航費用を対象とすることによる保険料負担増をどのように考えるか。

《参考》中医協における保険給付との関係に関する主な意見（平成19年10月19日）

- ドクターヘリとドクターカーは、医師が患者に診療を開始する時点から評価するという点では、同じではないか。
- 都市化している地域は、救急車の方が早い場合もある。ドクターヘリによる救急搬送の効果は、地域性や平等性も含めて考える必要がある。
- ドクターヘリは、夜間運行できないので相当制限された中での効果になるので、救急車と評価が乖離するのもどうかと思うので、さらに検討を深めればいい。

ドクターヘリ導入促進事業について

概 要

- ドクターヘリについては、急病・事故や災害等の発生時に、直ちに医師等が搭乗し、ヘリコプターで救急現場等に出動し、救急医療を提供するものであり、
 - ① 救急医療に精通した医師が、救急現場等で直ちに救命医療を開始できること
 - ② 搬送時間が短縮されること
 等により、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな効果を上げている。

 - 平成13年度 岡山県(川崎医科大学附属病院)、静岡県(聖隷三方原病院)(平成18年度より県単独事業として実施)、千葉県(日本医大千葉北総病院)、愛知県(愛知医科大学附属病院)、福岡県(久留米大学病院)
 - 平成14年度 神奈川県(東海大学病院)、和歌山県(和歌山県立医大附属病院)
 - 平成15年度 静岡県にて2機目(順天堂大学医学部附属静岡病院)
 - 平成17年度 北海道(手稲溪仁会病院)、長野県(佐久総合病院)
 - 平成18年度 長崎県(長崎医療センター)
 - 平成19年度 埼玉県(埼玉医科大学総合医療センター)、大阪府(大阪大学医学部附属病院)、福島県(福島県立医科大学附属病院)
 - 平成20年度 沖縄県(浦添総合病院)、千葉県にて2機目(君津中央病院・県単独事業)、群馬県(前橋赤十字病院)、青森県(八戸市立市民病院)
 - 平成21年度 県単独事業として運航していた千葉県(君津中央病院)と静岡県(聖隷三方原病院)を国庫補助事業として実施。
北海道にて2機目(市立釧路総合病院)、3機目(旭川赤十字病院)
栃木県(獨協医科大学病院)
 - 平成22年度 兵庫県(公立豊岡病院組合立豊岡病院)、茨城県(水戸医療センター、水戸済生会総合病院)
- ※ 平成22年7月1日現在、19道府県23機にて事業を実施。

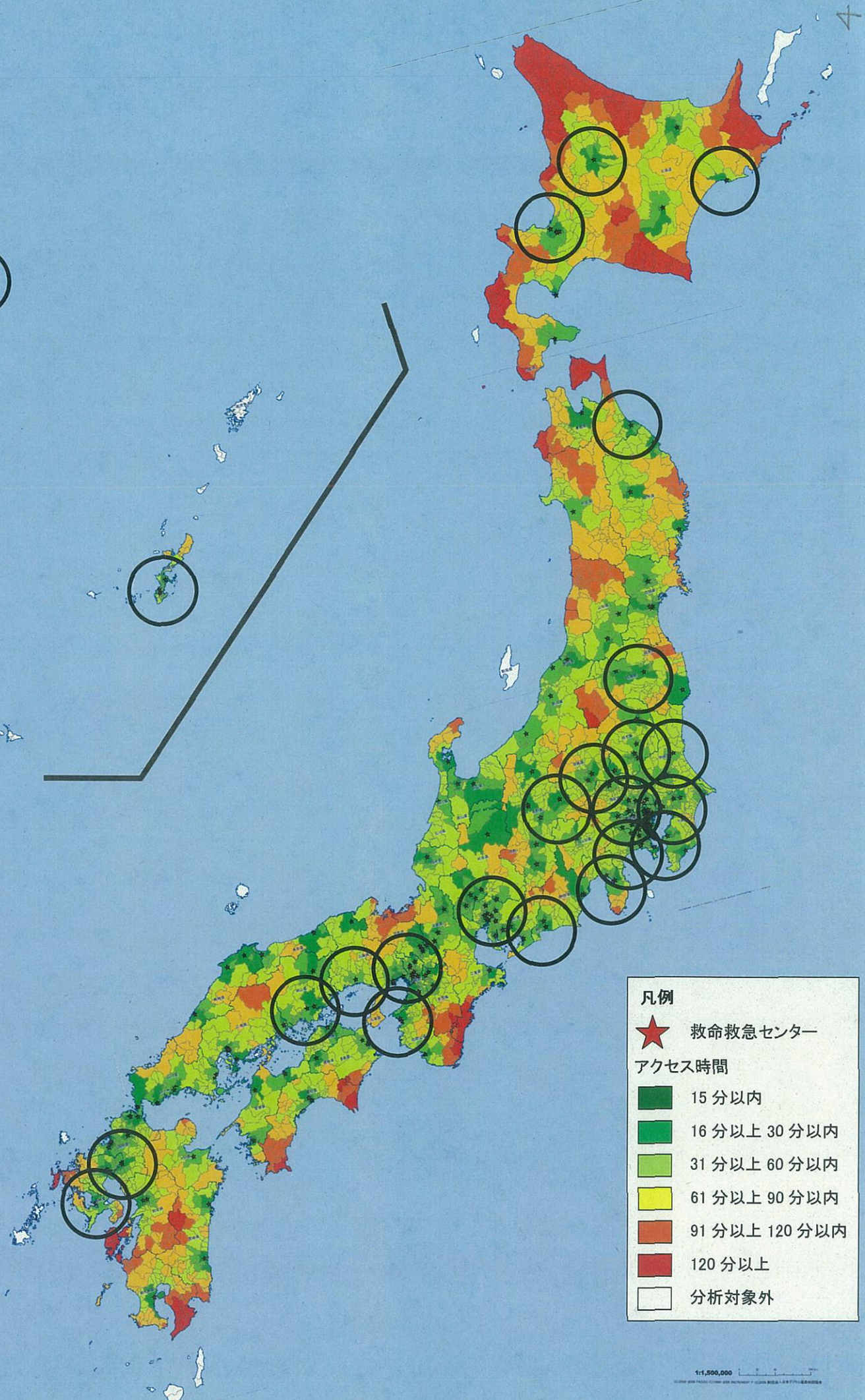
平成22年度予算額

事業名	ドクターヘリ導入促進事業
予算額	2,728百万円(前年度2,014百万円)
箇所数	28ヶ所(前年度24ヶ所)
補助率	1/2(負担割合:国1/2、都道府県1/2)
基準額	1ヶ所当たり年間約210百万円(前年度170百万円)

※ 「ドクターヘリ」とは、救急専用の医療機器を装備したヘリコプターを救命救急センターに常駐させ、消防機関・医療機関等からの出動要請に基づき救急医療の専門医・看護師が同乗し、救急現場等に向かい、現場から救命救急センターに搬送するまでの間、患者に救命医療を行うことのできる専用ヘリコプター。

ドクターヘリ導入促進事業では、民間ヘリコプター会社を活用し、委託により専用ヘリコプターを救命救急センターに常駐させる。

半径
50 km



凡例

★ 救命救急センター

アクセス時間

- 15 分以内
- 16 分以上 30 分以内
- 31 分以上 60 分以内
- 61 分以上 90 分以内
- 91 分以上 120 分以内
- 120 分以上
- 分析対象外

ドクターヘリ導入道府県における広域搬送に係る体制と実施状況

(平成21年4月～平成22年3月)

5

道府県名	救命救急センター名	協定締結結果	搬送件数 (件)	道府県外 からの 搬送件数 (再掲)	内訳	道府県外 病院への 搬送件数 (再掲)	内訳	離島から の搬送 件数 (再掲)	離島内訳
北海道	手稲溪仁会病院 市立釧路総合病院 旭川赤十字病院	無	630	0	0	0	0	6	焼尻島2 利尻島1 礼文島3
青森県	八戸市立市民病院	無	215	4	岩手4	1	岩手1	0	0
福島県	公立大学法人福島県立医科大学 附属病院救命救急センター	無	371	0	0	0	0	0	0
栃木県	獨協医科大学病院	無	45	1	群馬1	1	埼玉1	0	0
群馬県	前橋赤十字病院	無	323	3	栃木3	14	栃木10 埼玉1 長野3	0	0
埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	無	274	0	0	0	0	0	0
千葉県	日本医科大学千葉北総病院 国保直営総合病院君津中央病院	茨城県	981	70	茨城68 その他2	66	茨城38 その他28	0	0
神奈川県	東海大学医学部附属病院	山梨県	340	29	山梨28 静岡1	0	0	0	0
長野県	佐久総合病院	無	357	0	0	1	群馬1	0	0
静岡県	順天堂大学医学部附属静岡病院 聖隷三方原病院	無	954	7 (西部のみ)	愛知7	19 (東部16- 西部3)	神奈川15 愛知3 岐阜1 (東部神奈川 15、愛知1・ 西部愛知2、 岐阜1)	0	
愛知県	愛知医科大学病院	無	508	7	岐阜4 長野2 三重1	16	岐阜8 静岡4 長野4	4	篠島2 佐久島2
大阪府	大阪大学医学部附属病院 高度救命センター	和歌山県 奈良県	98	2	奈良県2	0	0	0	0
和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	三重県・奈良 県 (共同利用) 大阪府・徳島 県 (相互応援)	387	27	三重県11 奈良県16	11	三重2 奈良7 京都1 大阪1	0	0
岡山県	川崎医科大学附属病院	無	402	19	広島11 香川6 兵庫2	5	広島5	5	北木島1 真鍋島1 直島1 小豆島2
福岡県	久留米大学病院	佐賀県 及び大分県	378	55	佐賀20 大分34 熊本1	3	佐賀2 山口1	0	0
長崎県	独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター	佐賀県	563	7	釜山(福 岡空港)1 福岡1 佐賀5	27	福岡24 佐賀3	133	五島37 上五島27 杓岐27 対馬15 小値賀10 度島2 大島(平戸)2 松島2 鷹島3 宇久7 江島1
沖縄県	浦添総合病院	鹿児島県	285	68	鹿児島68	0	0	258	伊平屋島12 伊是名島10 伊江島7 粟国島24 渡名喜島9 渡嘉敷島32 座間味島8 阿嘉島9 久米島77 津堅島2 徳之島12 沖永良部島38 与論島18

※兵庫・茨城県において、平成22年度より通航を開始している。

※搬送件数に関しては、総出動件数を記載

※新規導入1県の通航開始日(栃木県:22年1月20日)

移送費の支給基準について

1 移送費の支給

病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的に必要があり、移送された場合は、移送費が現金給付として支給される。

2 支給要件

移送費は、次のいずれにも該当すると保険者が認めた場合に支給される。

- ① 移送の目的である療養が、保険診療として適切であること。
- ② 患者が、療養の原因である病気やけがにより移動が著しく困難であること。
- ③ 緊急・その他、やむを得ないこと。

※ 移送費の支給の具体的事例

- ① 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合。
- ② 離島等で病院にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療施設では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送された場合。
- ③ 移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合。

3 支給額

移送費の支給額は、最も経済的な通常の経路及び方法によって移送された場合の旅費（電車、自動車等を利用した場合の運賃）に基づいて算定した額（その額が実費を超える場合には実費の範囲内）である。なお、必要があつて医師等の付添人が同乗した場合のその人の交通費（原則1人分まで）は、療養費として支給される。

〈参考〉移送費の支給実績（平成20年度）

支給件数 1, 749件 支給金額 9, 438万円（1件当たり金額 53, 962円）

（注）健保・船保・国保・後期高齢・共済の年間合計。 保険局調査課調べ

救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成十九年法律第百二五号）

（目的）

第一条 この法律は、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療が傷病者の救命、後遺症の軽減等に果たす役割の重要性にかんがみ、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の全国的な確保を図るための特別の措置を講ずることにより、良質かつ適切な救急医療を効率的に提供する体制の確保に寄与し、もって国民の健康の保持及び安心して暮らすことのできる社会の実現に資することを目的とする。

（定義）

第二条 この法律において「救急医療用ヘリコプター」とは、次の各号のいずれにも該当するヘリコプターをいう。

- 一 救急医療に必要な機器を装備し、及び医薬品を搭載していること。
- 二 救急医療に係る高度の医療を提供している病院の施設として、その敷地内その他の当該病院の医師が直ちに搭乗することのできる場所に配備されていること。

（救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する施策の目標等）

第三条 救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する施策は、医師が救急医療用ヘリコプターに搭乗して速やかに傷病者の現在する場所に行き、当該救急医療用ヘリコプターに装備した機器又は搭載した医薬品を用いて当該傷病者に対し当該場所又は当該救急医療用ヘリコプターの機内において必要な治療を行いつつ、当該傷病者を速やかに医療機関その他の場所に搬送することのできる態勢を、地域の実情を踏まえつつ全国的に整備することを目標とするものとする。

2 前項の施策は、地域の実情に応じ次に掲げる事項に留意して行われるものとする。

- 一 傷病者の医療機関その他の場所への搬送に関し、必要に応じて消防機関、海上保安庁その他の関係機関との連携及び協力が適切に図られること。
- 二 へき地における救急医療の確保に寄与すること。
- 三 都道府県の区域を超えた連携及び協力の体制が整備されること。

（医療法の基本方針に定める事項）

第四条 厚生労働大臣は、医療法（昭和二十三年法律第百二十五号）第二十条の三第一項に規定する基本方針（次条第一項において「基本方針」という。）に、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する事項を定めるものとする。

（医療計画に定める事項）

第五条 都道府県は、医療法第三十条の四第一項の規定に基づき、基本方針に即して、かつ、地域の实情に応じて、同項に規定する医療計画を定め、又は同法第三十条の六の規定に基づきこれを変更する場合において、当該医療計画に救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保について定めるときは、次に掲げる事項を定めるものとする。

- 一 都道府県において達成すべき救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に係る目標に関する事項
- 二 救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療を提供する病院（以下単に「病院」という。）に関する事項
- 三 次条に規定する関係者の連携に関する事項

2 都道府県は、前項の場合において、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療が、隣接し又は近接する都道府県にまたがって確保される必要があることを認めるときは、あらかじめ、当該都道府県と連絡調整を行うものとする。

（関係者の連携に関する措置）

第六条 都道府県は、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供が行われる地域（ことに、病院の医師、消防機関、都道府県及び市町村の職員、診療に関する学識経験者その他の関係者による次に掲げる基準の作成等のための協議の場を設ける等、関係者の連携に関し必要な措置を講ずるものとする。）とする。

- 一 当該救急医療用ヘリコプターの出動のための病院に対する傷病者の状態等の連絡に関する基準
- 二 当該救急医療用ヘリコプターの出動に係る消防機関等と病院との連絡体制に関する基準

（救急医療用ヘリコプターの着陸の場所の確保）

第七条 国、都道府県、市町村、道路管理者（道路管理者に代わつてその権限を行う者を含む。）その他の者は、救急医療用ヘリコプターの着陸の場所の確保に関し必要な協力を求められた場合には、これに応ずるよう努めるものとする。

（補助）

第八条 都道府県は、病院の開設者に対し、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供に要する費用の一部を補助することができる。

2 国は、予算の範囲内において、都道府県に対し、政令で定めるところにより、都道府県が前項の規定により補助する費用の一部を補助することができる。

（助成金交付事業を行う法人の登録）

第九条 病院の開設者に対し救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供に要する費用に充てるための助成金を交付する事業であつて厚生労働省

令で定めるもの（以下「助成金交付事業」という。）を行う営利を目的としない法人は、厚生労働大臣の登録を受けることができる。

2 次の各号のいずれかに該当する法人は、前項の登録を受けることができない。

- 一 第十二条の規定により登録を取り消され、その取消しの日から二年を経過しない法人
- 二 第十二条の規定による登録の取消しの日前三十日以内にその取消しに係る法人の業務を行う役員であった者でその取消しの日から二年を経過しないものがその業務を行う役員となっている法人

3 厚生労働大臣は、第一項の登録の申請をした法人が次の各号のいずれにも適合しているときは、その登録をしなければならない。

- 一 助成金交付事業に関する基金であつて厚生労働省令で定める基準に適合するものを設け、助成金交付事業に要する費用に充ててこれを条件として政府及び都道府県以外の者から出えんされた金額の合計額をもつてこれに充てるものであること。
- 二 助成金交付事業を全国的に適正かつ確実に行うに足りるものとして厚生労働省令で定める基準に適合するものであること。

（報告又は資料の提出）

第十条 厚生労働大臣は、助成金交付事業の適正な実施を確保するために必要な限度において、前条第一項の登録を受けた法人に対し、その業務又は経理の状況に関し報告又は資料の提出をさせることができる。

（指導及び助言）

第十一条 厚生労働大臣は、第九条第一項の登録を受けた法人に対し、助成金交付事業が円滑に実施されるように必要な指導及び助言を行うよう努めるものとする。

（登録の取消し）

第十二条 厚生労働大臣は、第九条第一項の登録を受けた法人が次の各号のいずれかに該当するときは、その登録を取り消すことができる。

- 一 不正の手段により第九条第一項の登録を受けたとき。
- 二 第九条第二項各号に掲げる要件に適合しなくなったとき。
- 三 第十条の規定による報告若しくは資料の提出をせず、又は虚偽の報告若しくは資料の提出をしたとき。
- 四 この法律又はこの法律に基づく命令の規定に違反したとき。

（公示）

第十三条 厚生労働大臣は、第九条第一項の登録をしたとき及び前条の規定により同項の登録を取り消したときは、その旨を官報に公示しなければならない。

(厚生労働省令への委任)

第十四条 第九条から前条までに定めるもののほか、第九条第一項の登録に関し必要な事項は、厚生労働省令で定める。

附則

(施行期日)

1 この法律は、公布の日から施行する。ただし、第九条から第十四条までの規定は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(健康保険等の適用に係る検討)

2 政府は、この法律の施行後二年を目途として、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供の効果、救急医療の提供に要する費用の負担の在り方等を勘案し、救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の提供に要する費用のうち診療に要するものについて、健康保険法（大正十一年法律第七十号）、労働者災害補償保険法（昭和二十二年法律第五十号）その他の医療に関する給付について定める法令の規定に基づき支払について検討を行い、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。