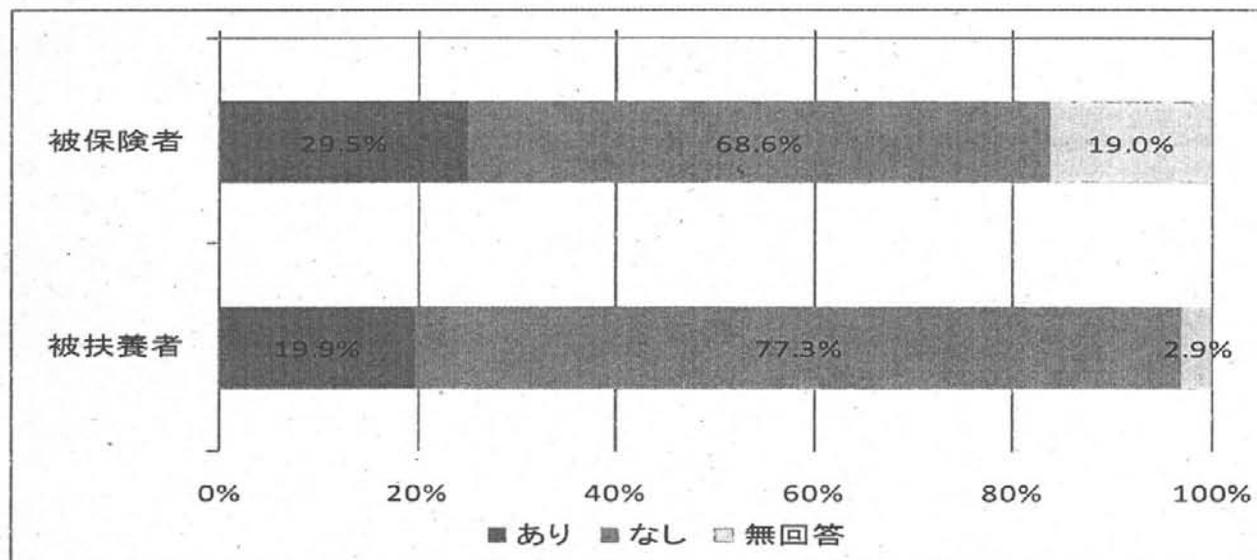


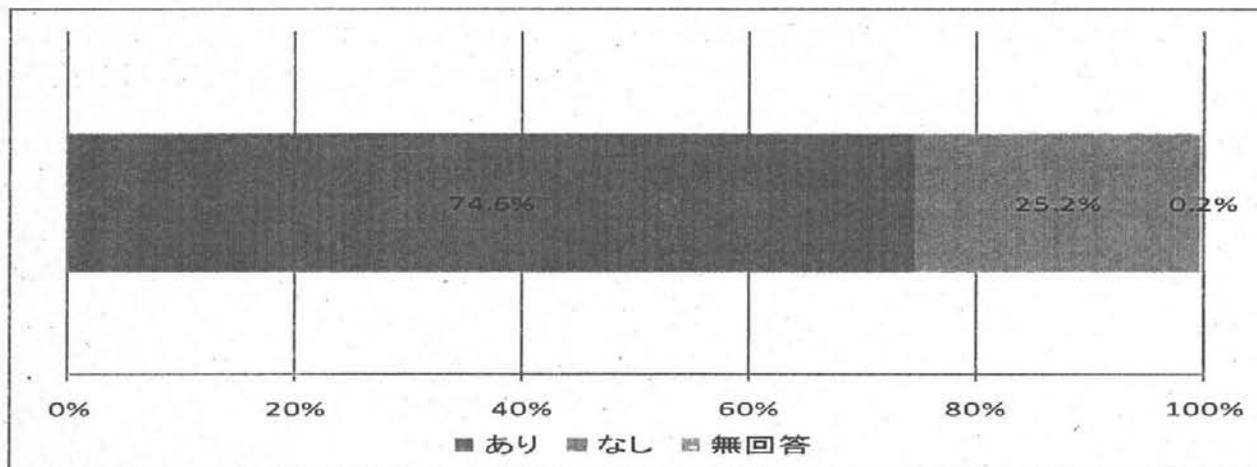
特定健康診査未受診者への受診勧奨の実施の有無

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。

被用者保険
(1702保険者)

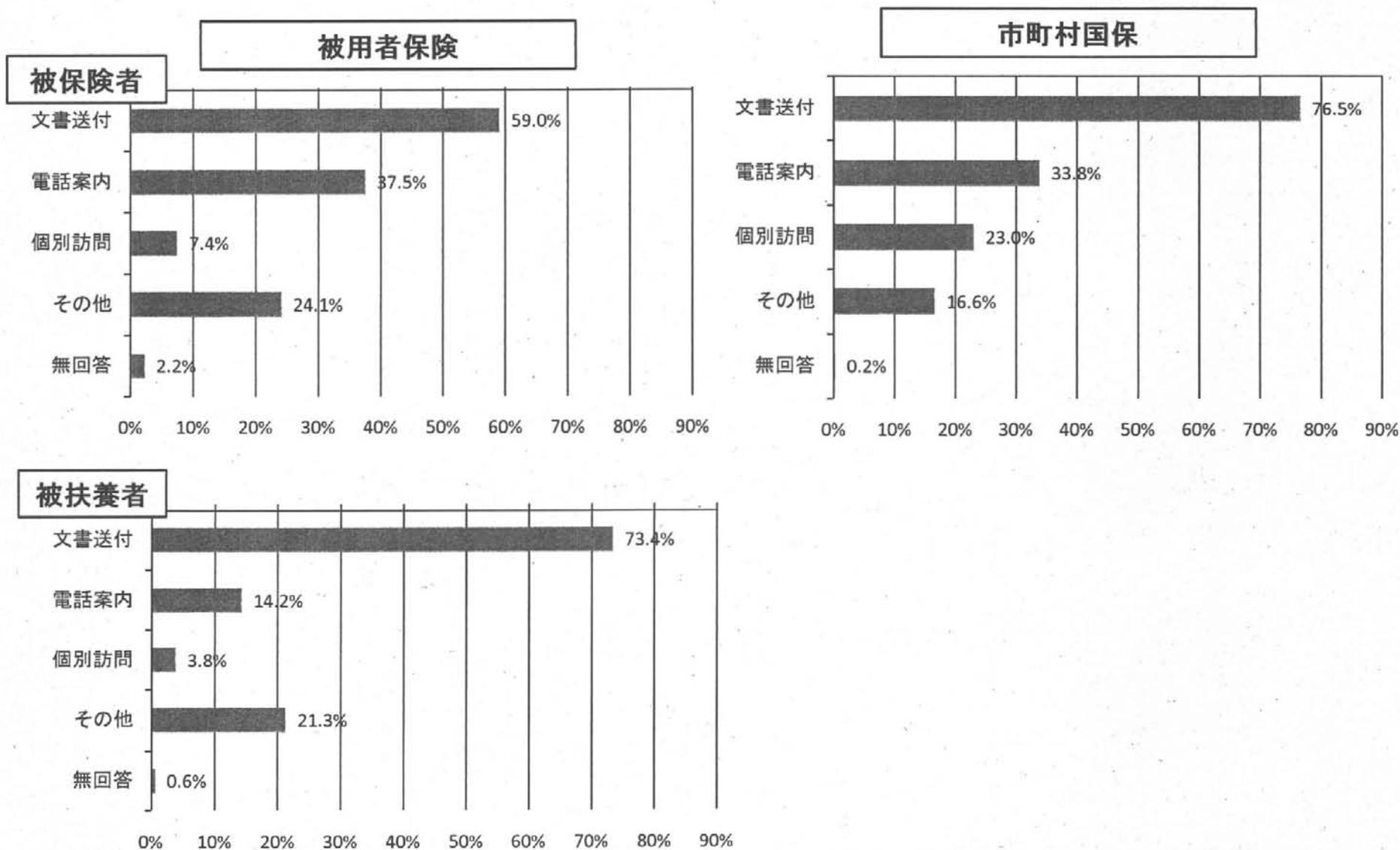


市町村国保
(1757保険者)



特定健康診査未受診者への受診勧奨の方法(複数回答)

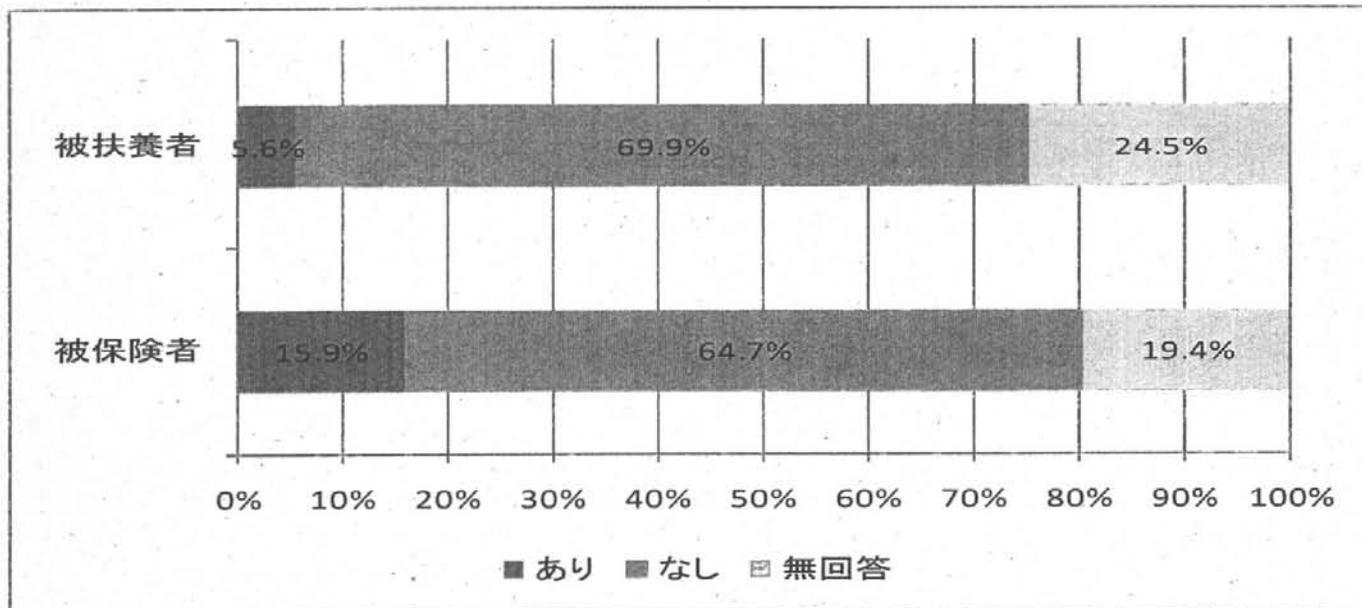
特定健康診査未受診者への受診勧奨の方法として、「文書送付」を行っている保険者が多かった。



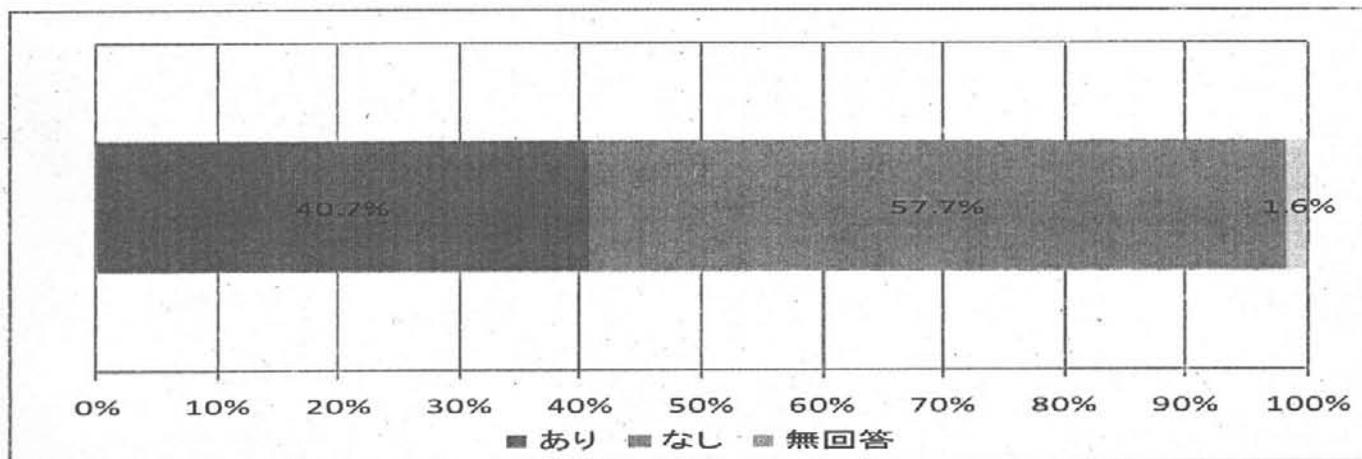
特定健康診査未受診者の理由把握の実施の有無

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)



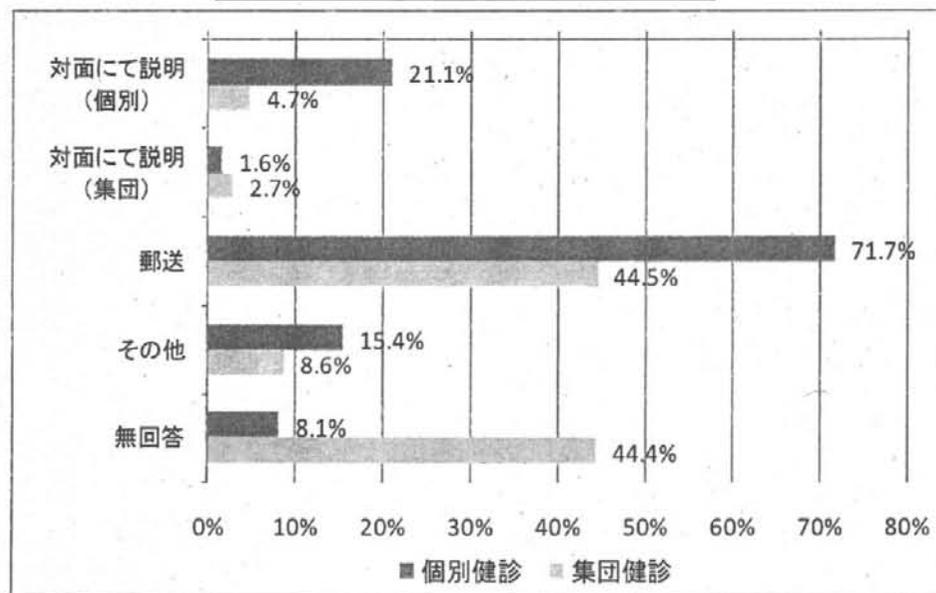
市町村国保
(1757保険者)



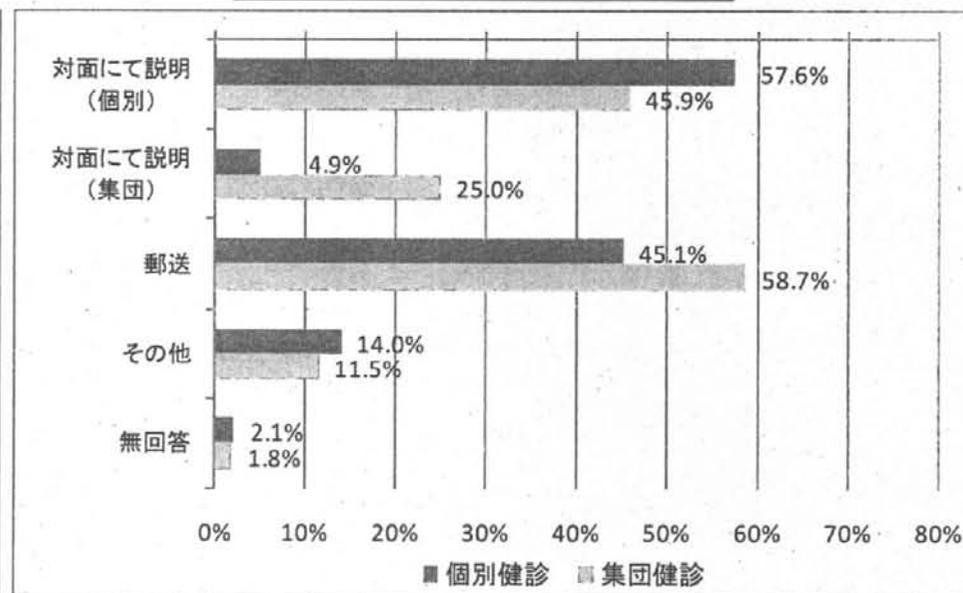
特定健康診査結果の通知方法

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)

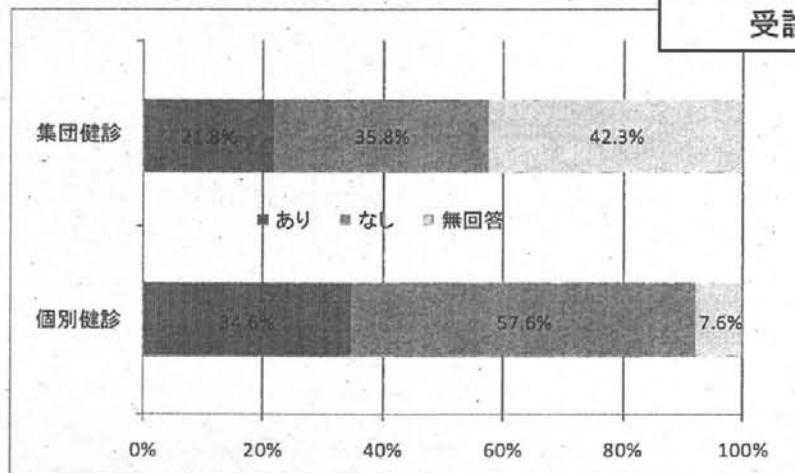


※被用者保険については、被扶養者に対する実施状況である

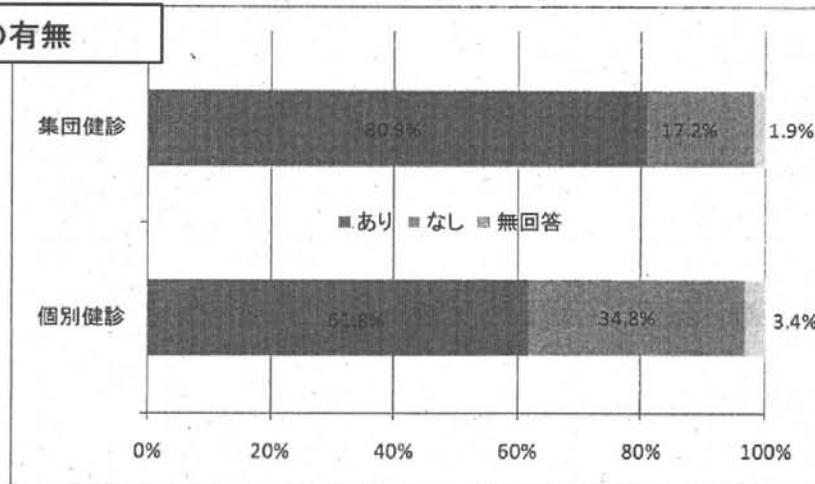
受診勧奨値を超えた者への受診勧奨実施の有無

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。

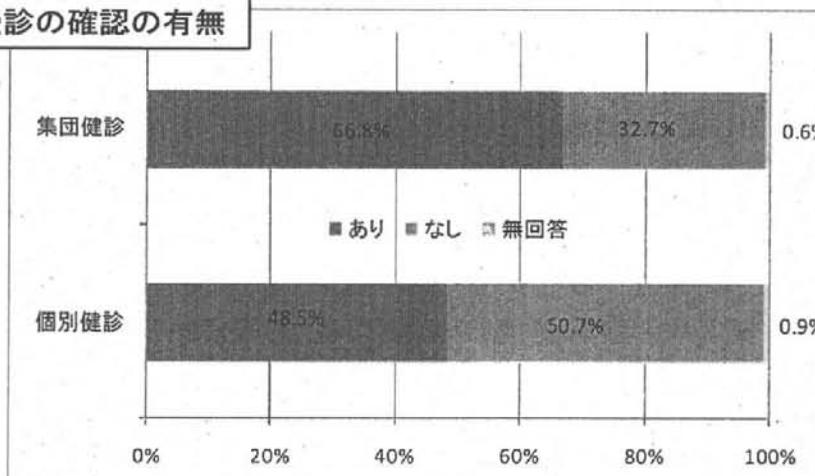
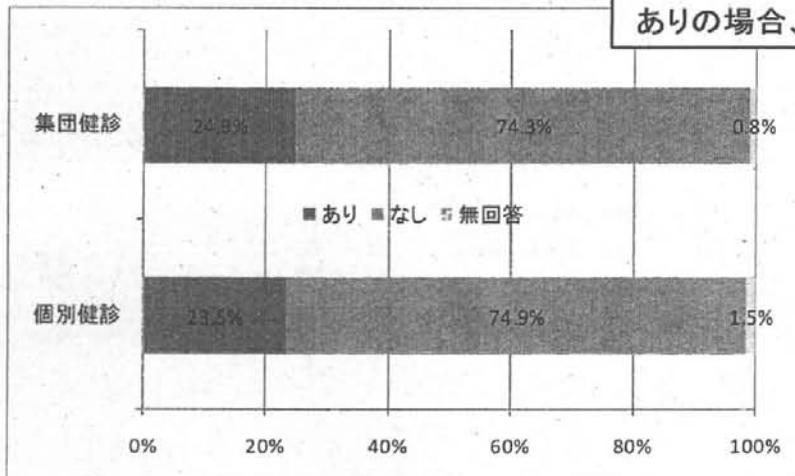
被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)



ありの場合、医療機関受診の確認の有無



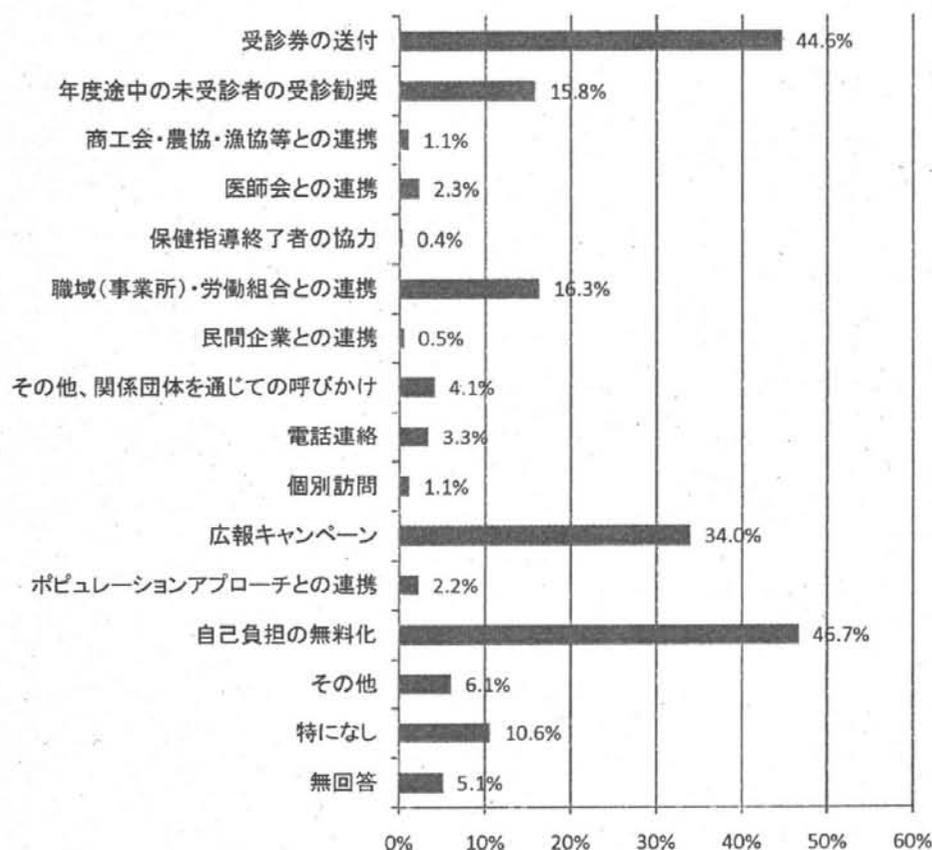
※被用者保険については、被扶養者に対する実施状況である

※受診勧奨ありと回答した保険者について集計

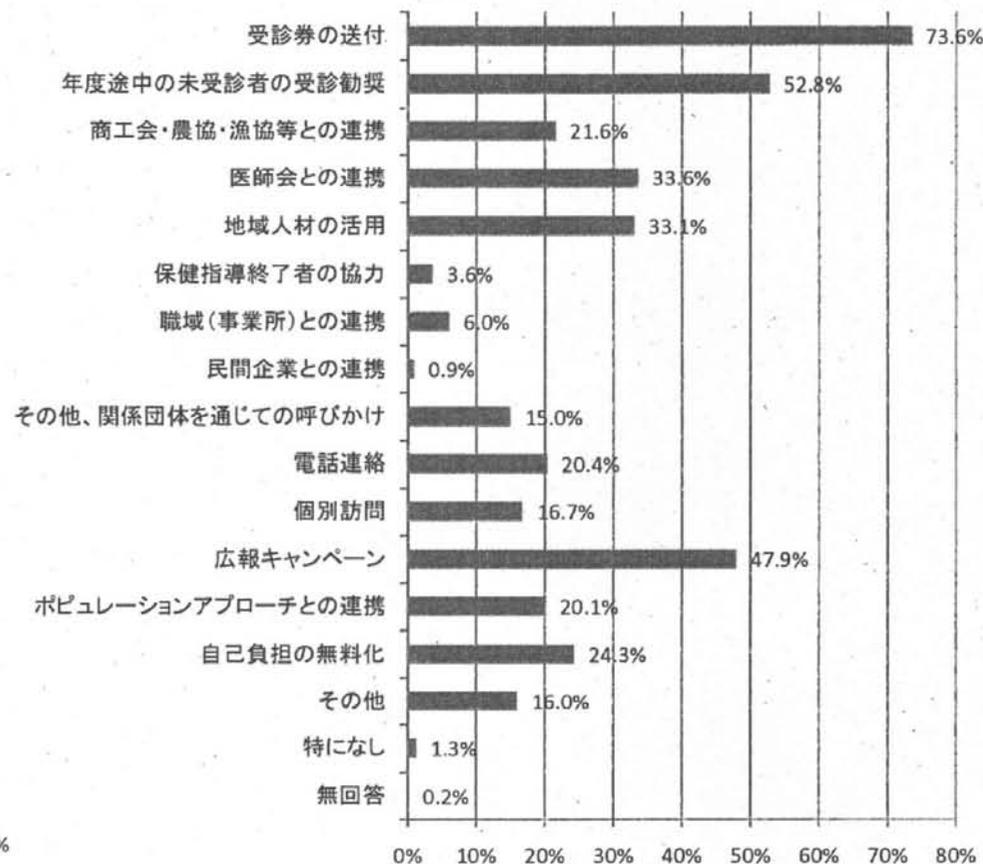
特定健康診査の受診率向上のために取り組んでいる事項(複数回答)

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)

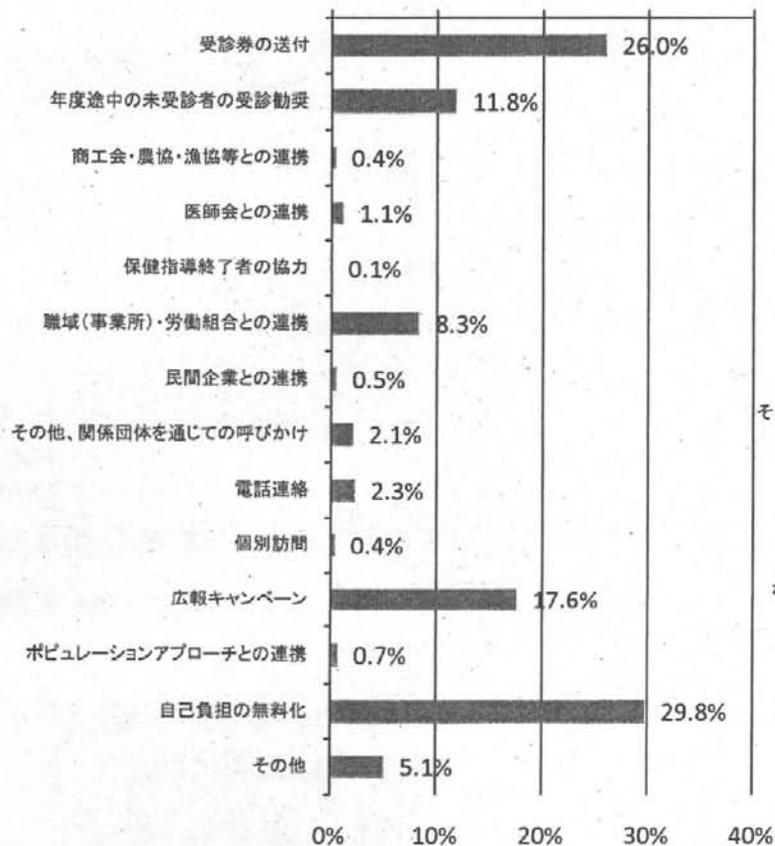


(注)市町村国保にのみ、「地域人材の活用」の回答項目がある。

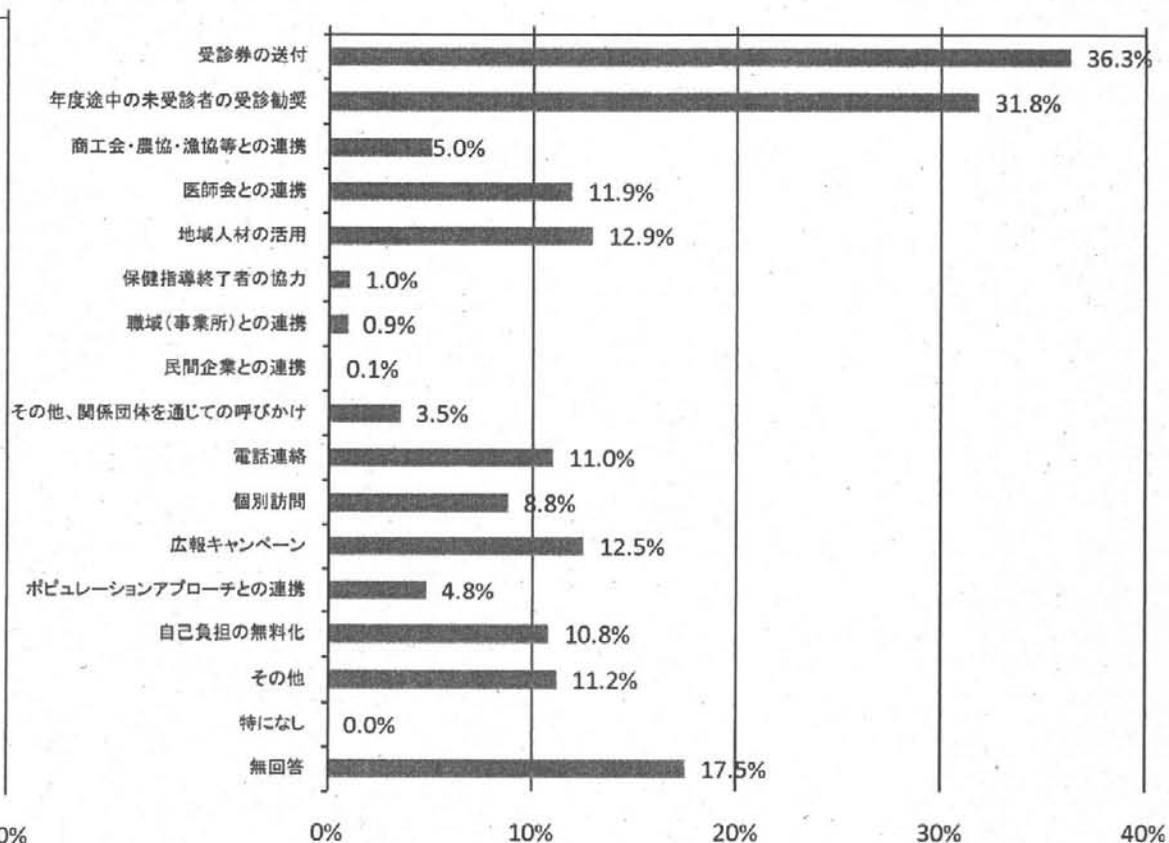
特定健康診査受診率向上のために有効だと思った方法(主なもの3つまでの回答)

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)



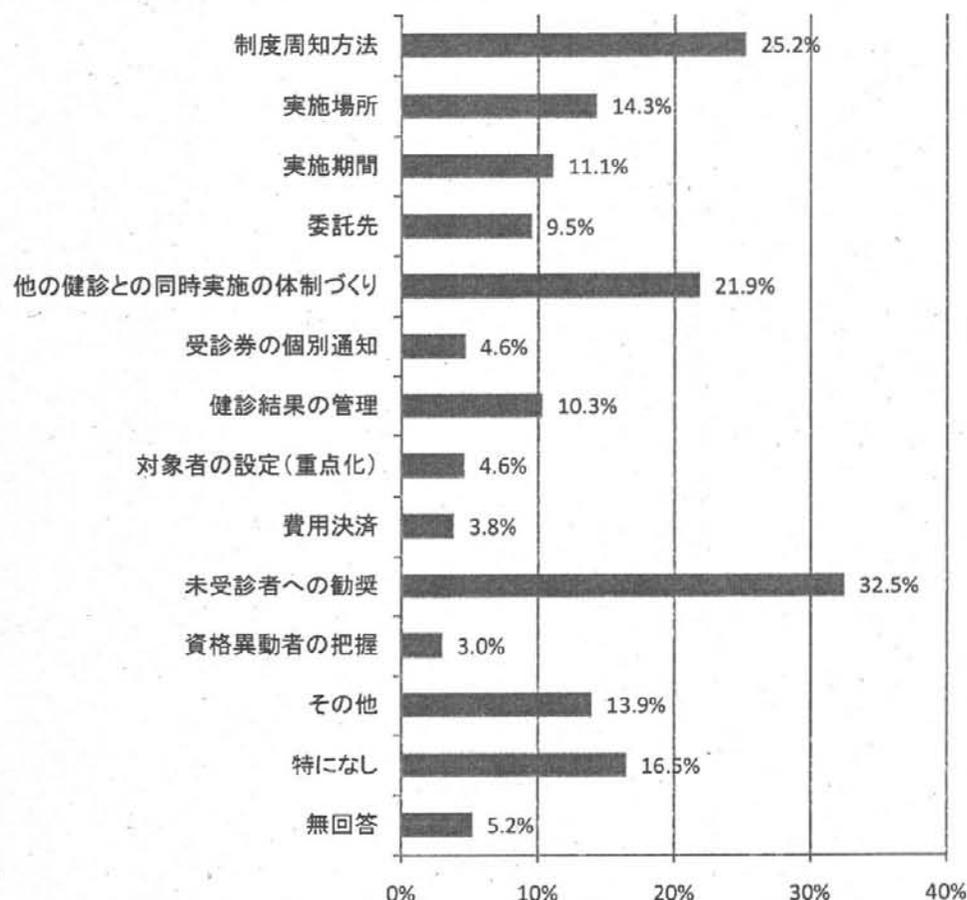
市町村国保(1757保険者)



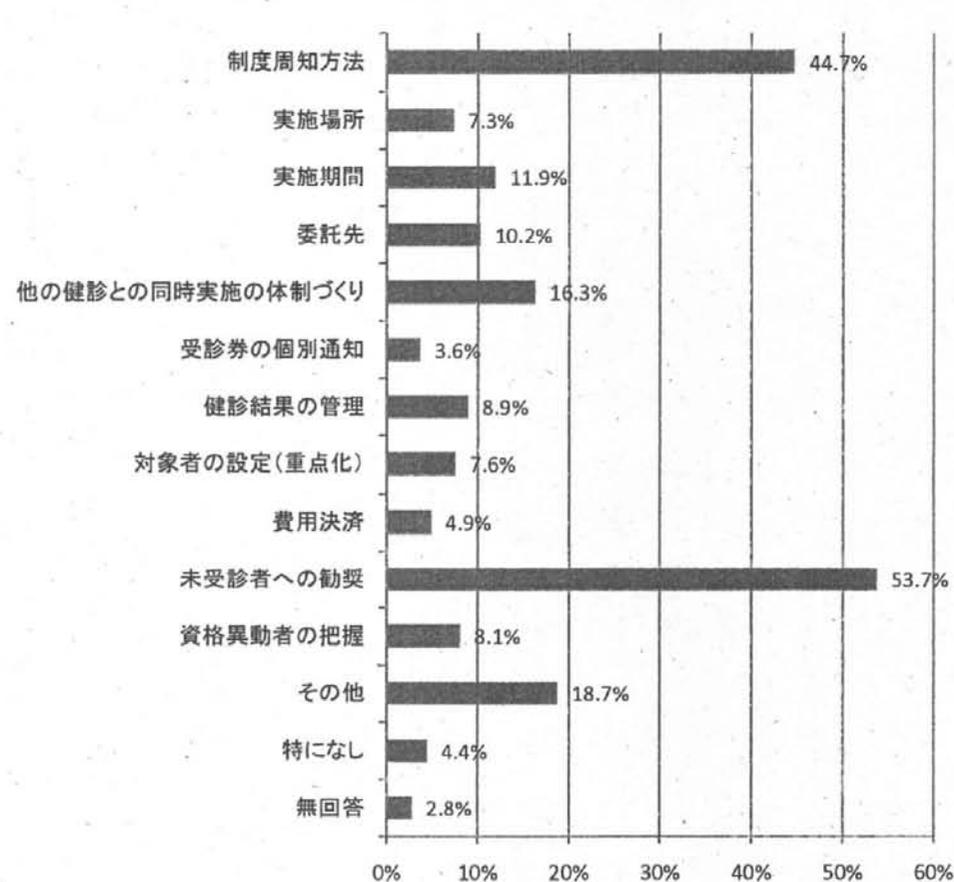
特定健康診査の円滑な実施のために改善が必要と考えられる項目 (主なもの3つまで複数回答)

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)

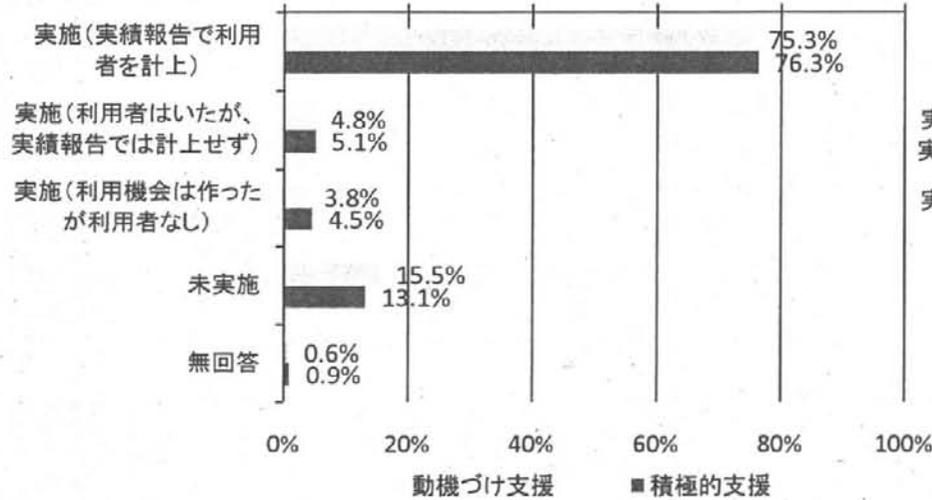


特定保健指導の実施状況

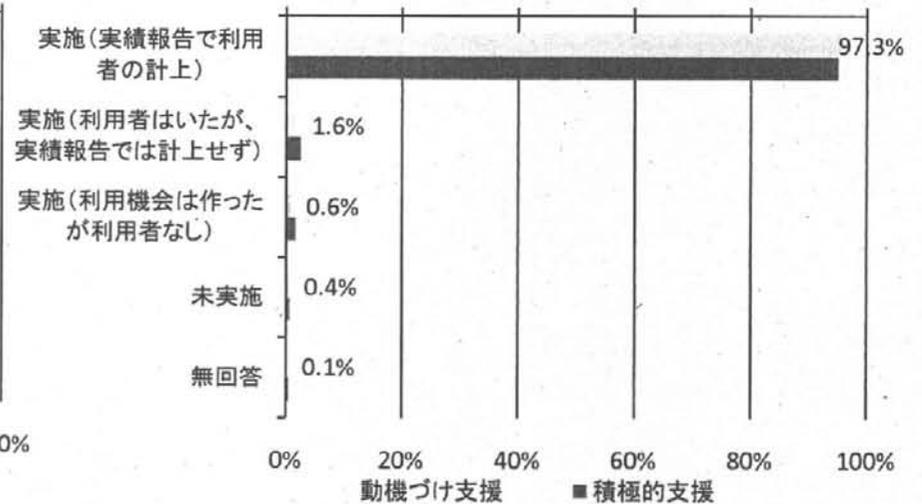
特定保健指導の実施の有無

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)

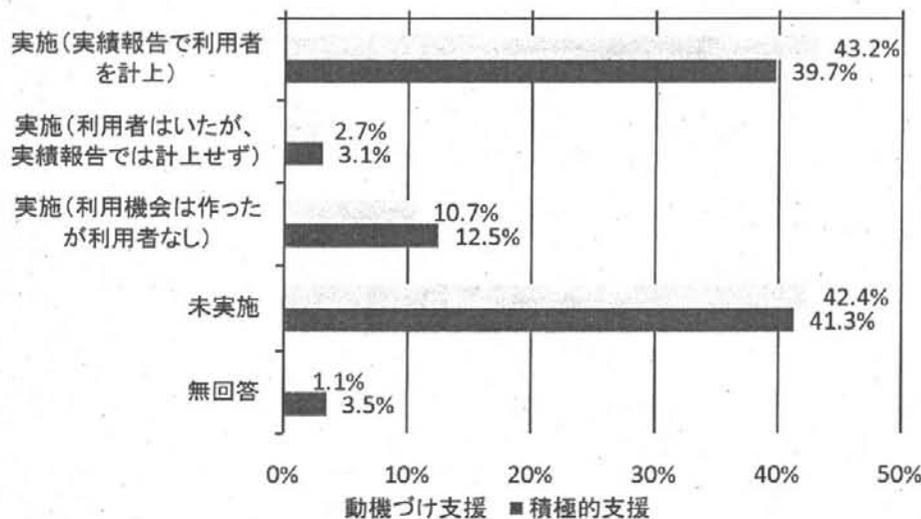


市町村国保(1757保険者)



被保険者

被扶養者



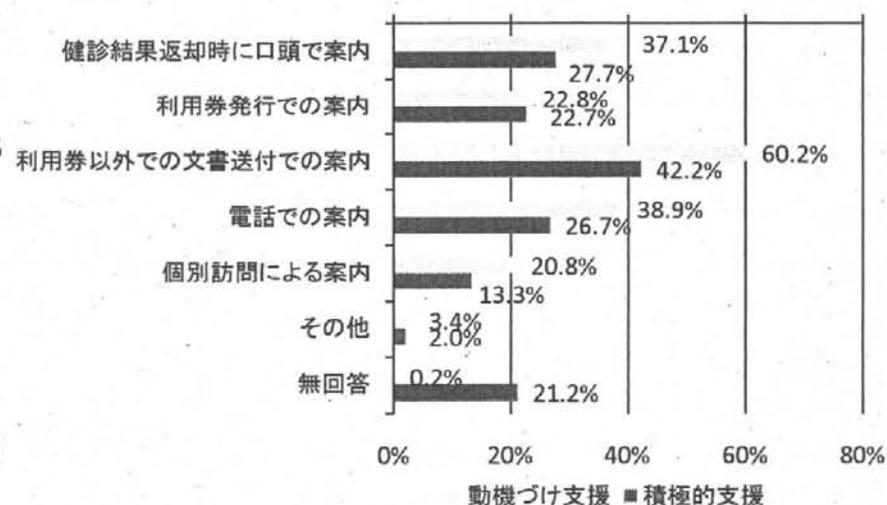
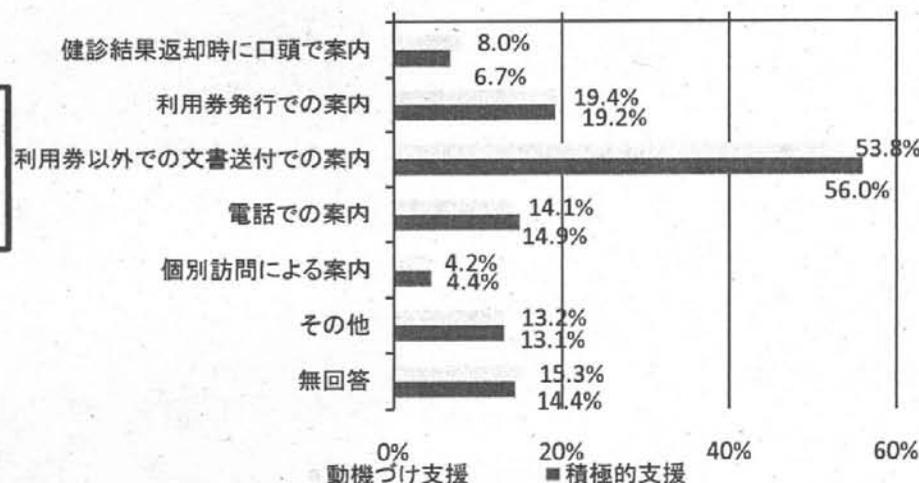
特定保健指導利用者への個別通知の方法(複数回答)

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。

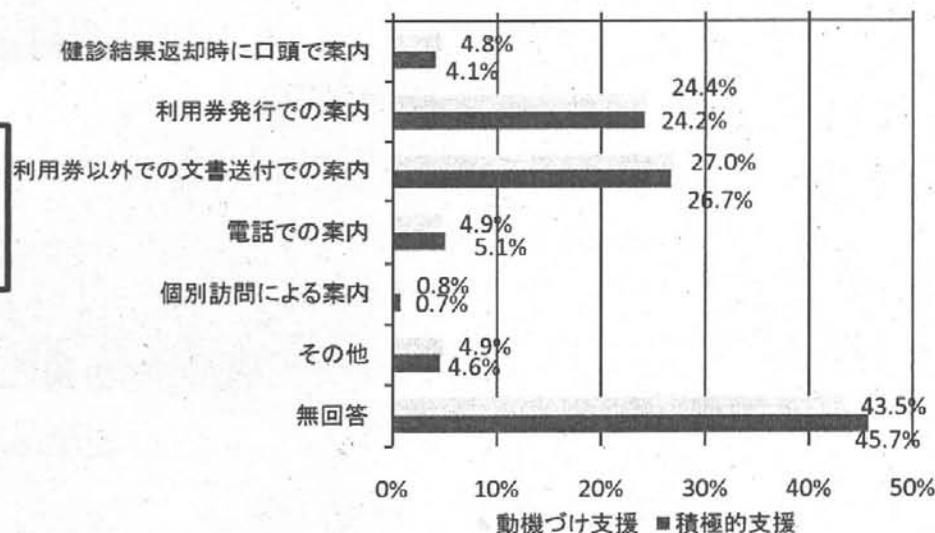
被用者保険(1702保険者)

市町村国保(1757保険者)

被
保
険
者



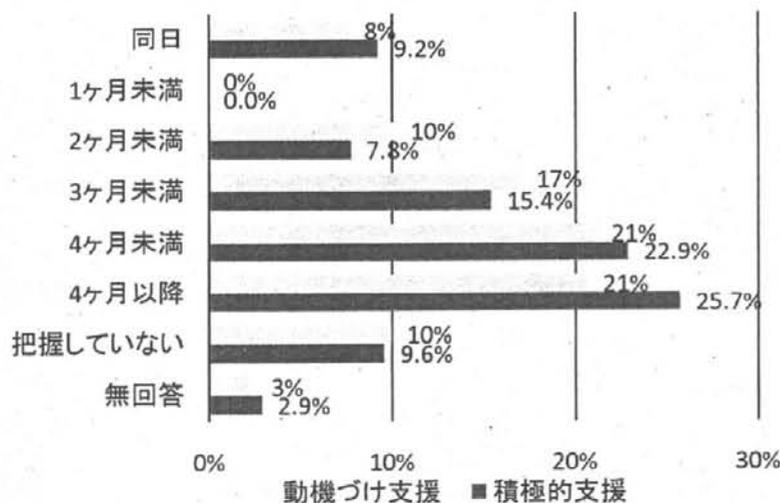
被
扶
養
者



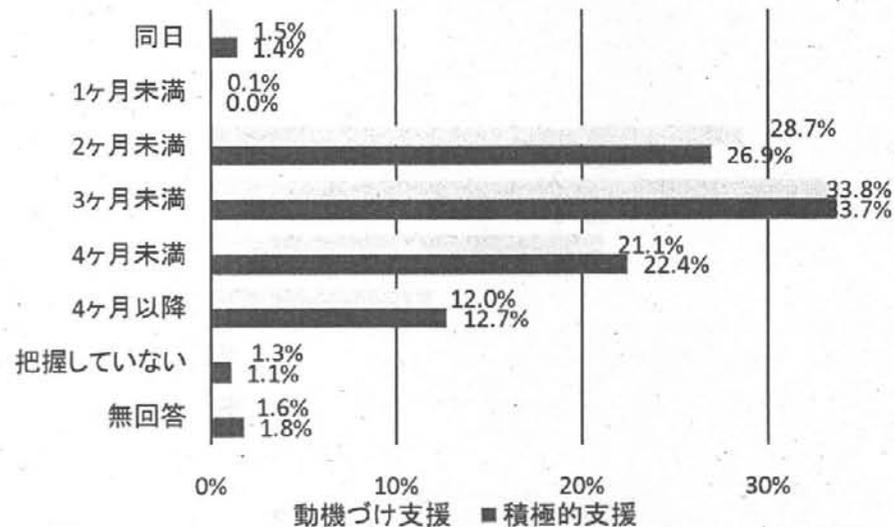
特定健康診査受診から保健指導(初回面接)までの平均的な期間

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)

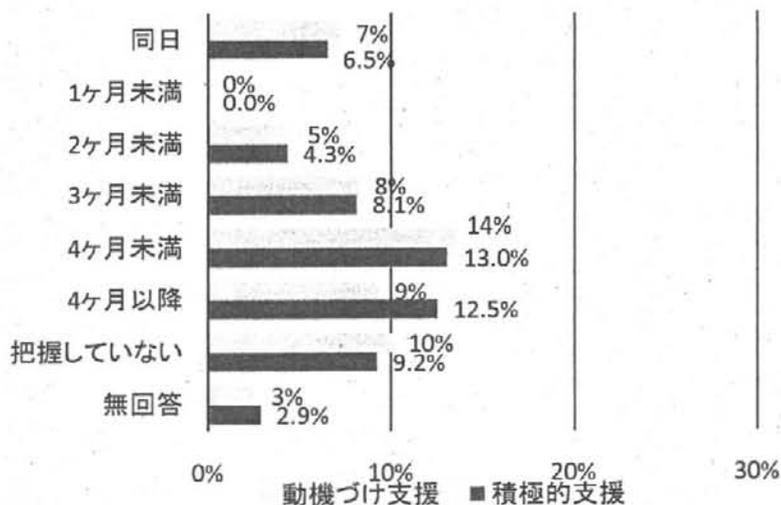


市町村国保(1757保険者)



被
保
険
者

被
扶
養
者



※被用者保険については、複数回答

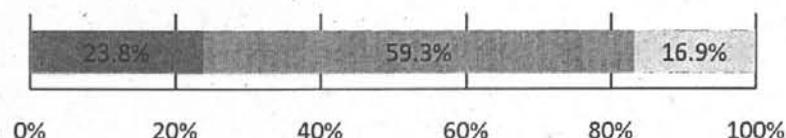
特定保健指導未利用者への利用勧奨の状況

(1) 利用勧奨の実施の有無

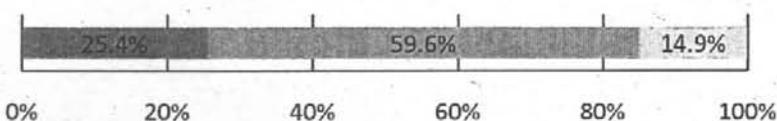
被用者保険では、利用勧奨「なし」の保険者が多く、市町村国保では利用勧奨「あり」の保険者が多かった。

被用者保険(1702保険者)

動機付け支援

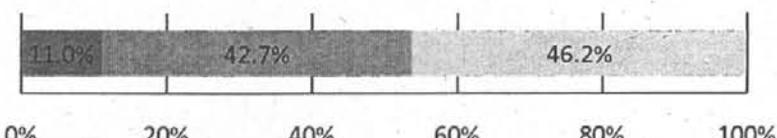


積極的支援

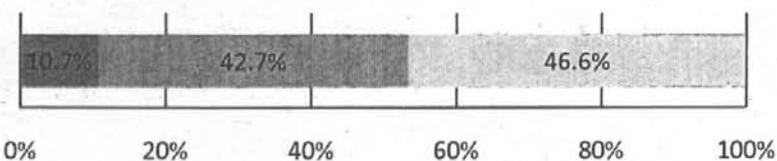


■あり ■なし □無回答

動機付け支援



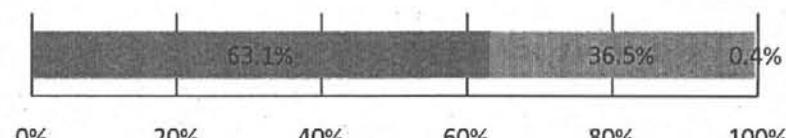
積極的支援



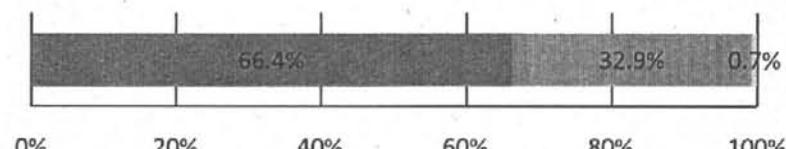
■あり ■なし □無回答

市町村国保(1757保険者)

動機付け支援



積極的支援



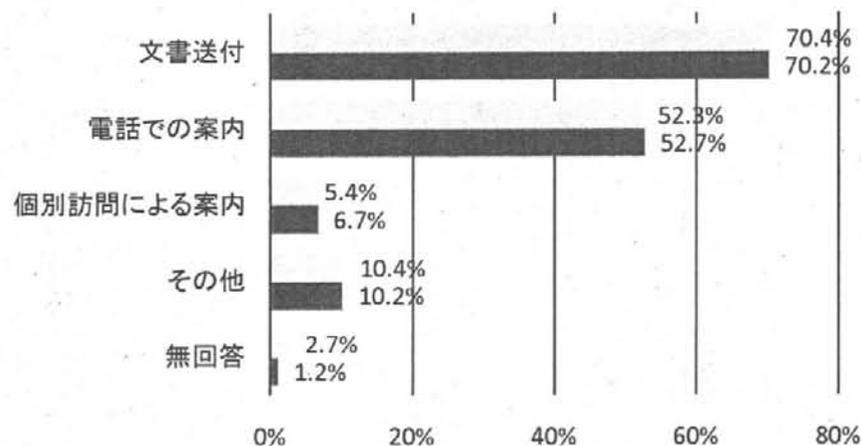
■あり ■なし □無回答

特定保健指導未利用者への利用勧奨の状況

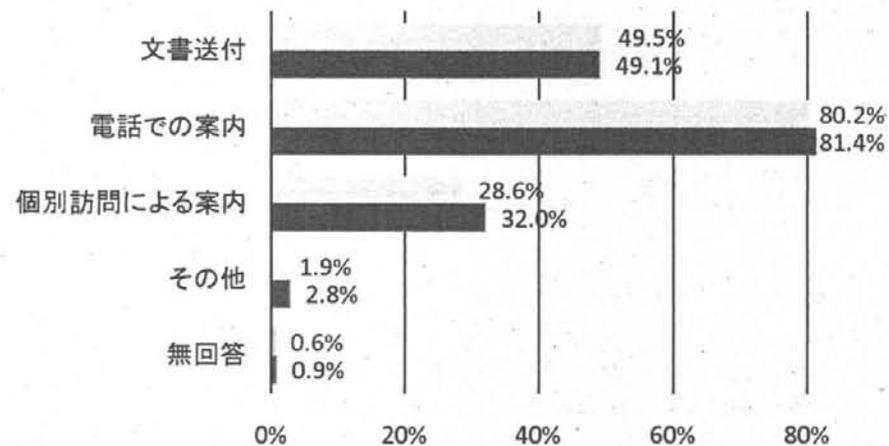
(2) 利用勧奨の方法(複数回答)

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)



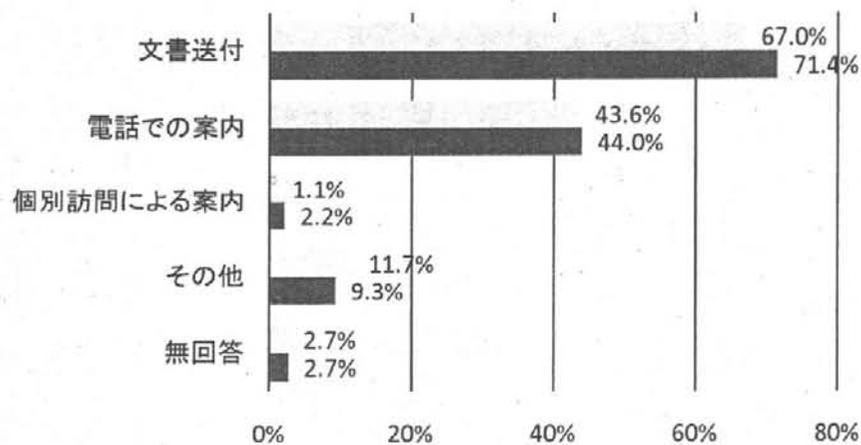
動機づけ支援 ■ 積極的支援

動機づけ支援 ■ 積極的支援

被
保
険
者

被
扶
養
者

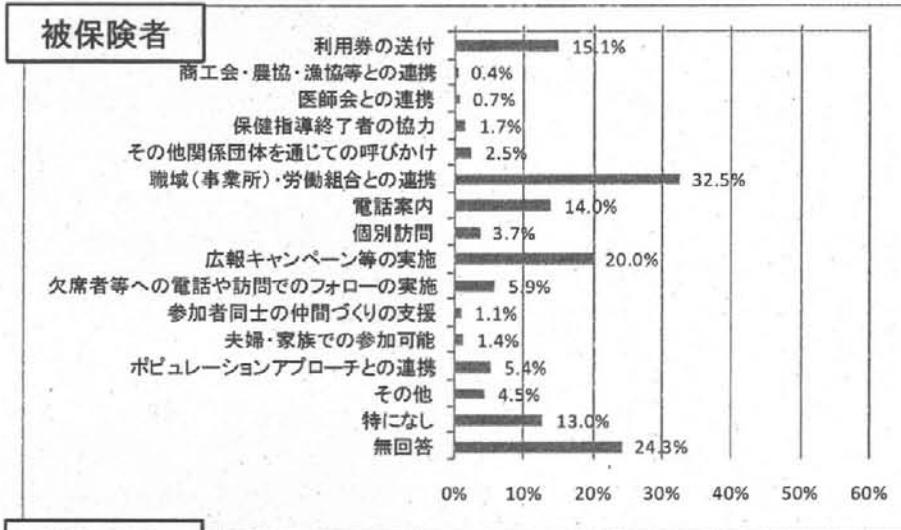
動機づけ支援 ■ 積極的支援



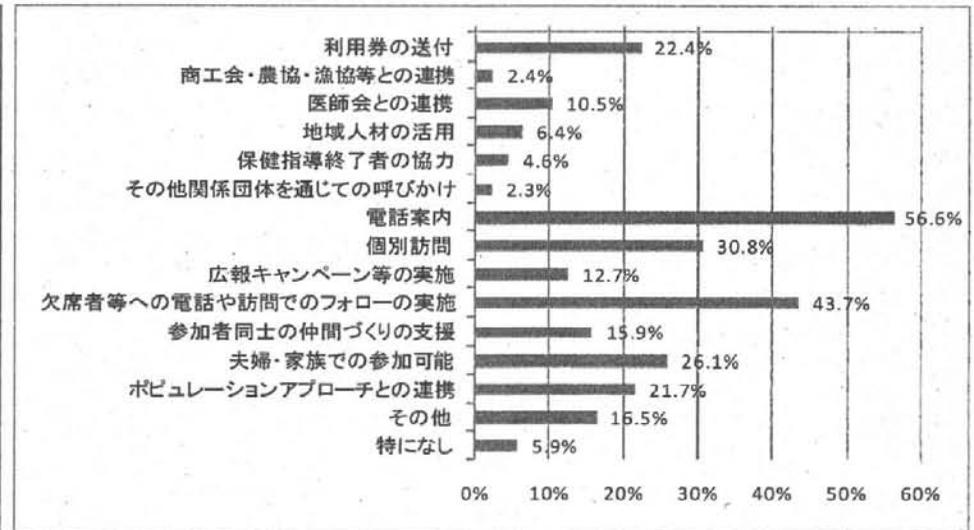
特定保健指導利用率向上のために工夫している点（複数回答）【動機付け支援】

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。

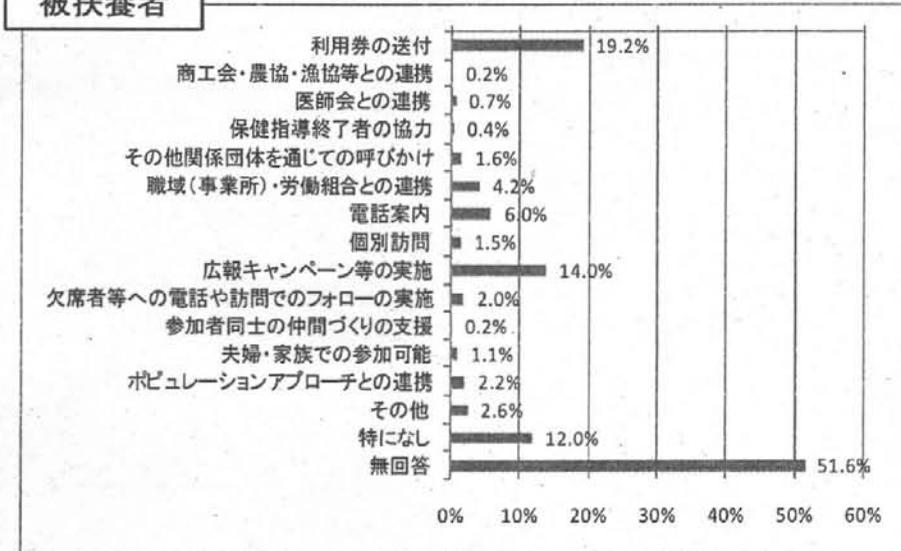
被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)



被扶養者

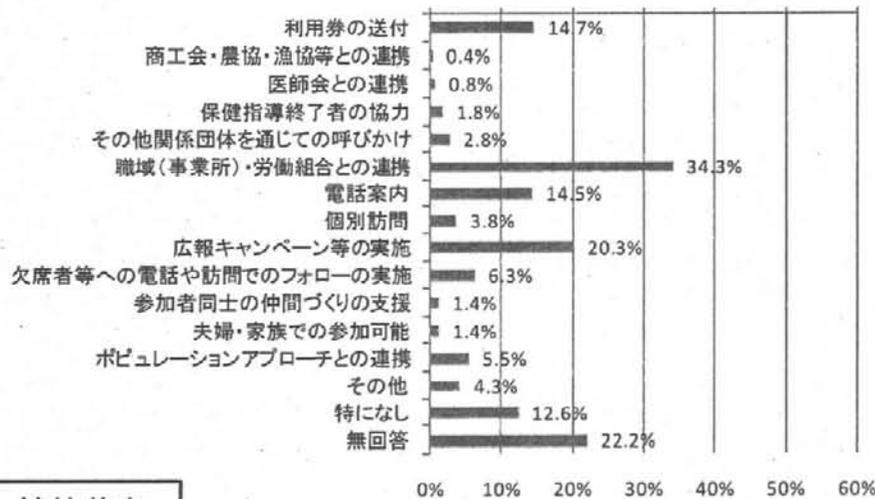


特定保健指導利用率向上のために工夫している点(複数回答)【積極的支援】

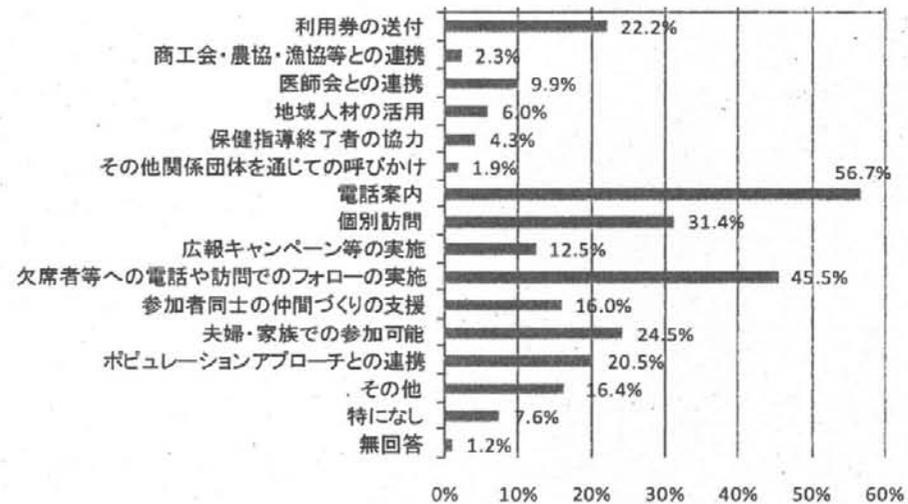
市町村国保では、「電話案内」、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」、「個別訪問」が多く、被用者保険の被保険者では「職域(事業所)・労働組合との連携」、被扶養者では「利用券の送付」が多かった。

被保険者

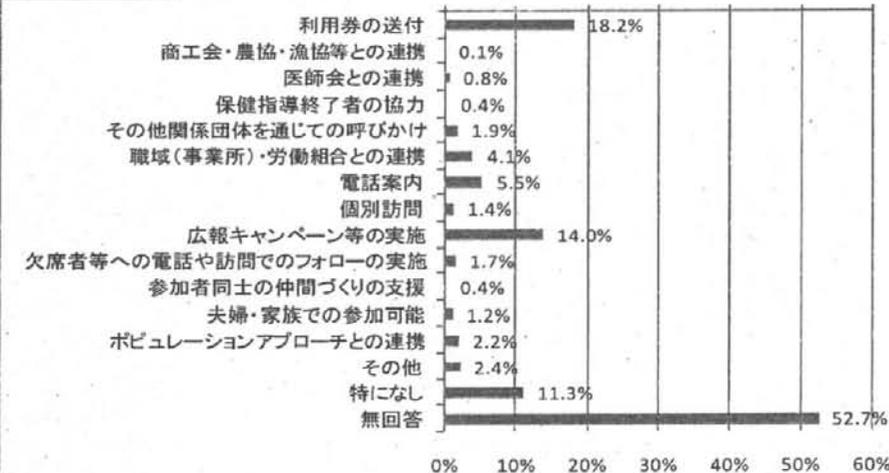
被用者保険(1702保険者)



市町村国保(1757保険者)

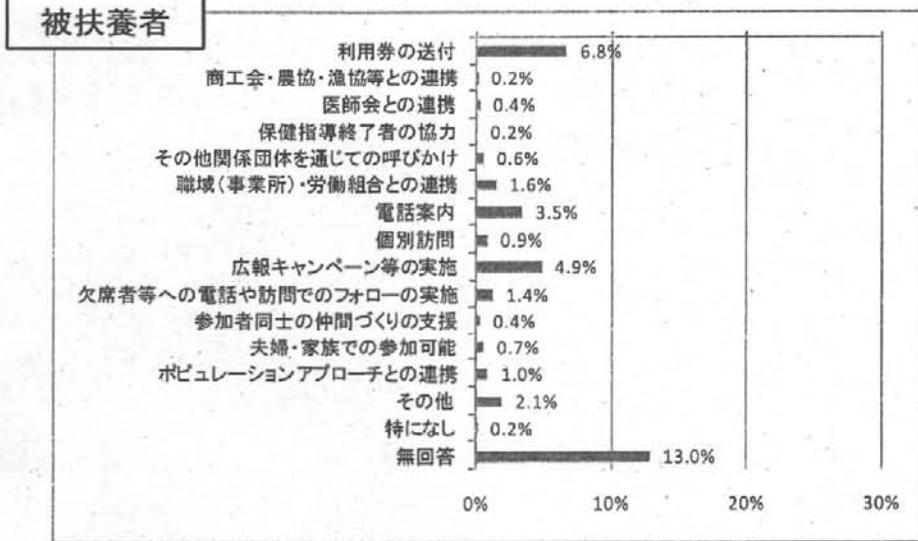
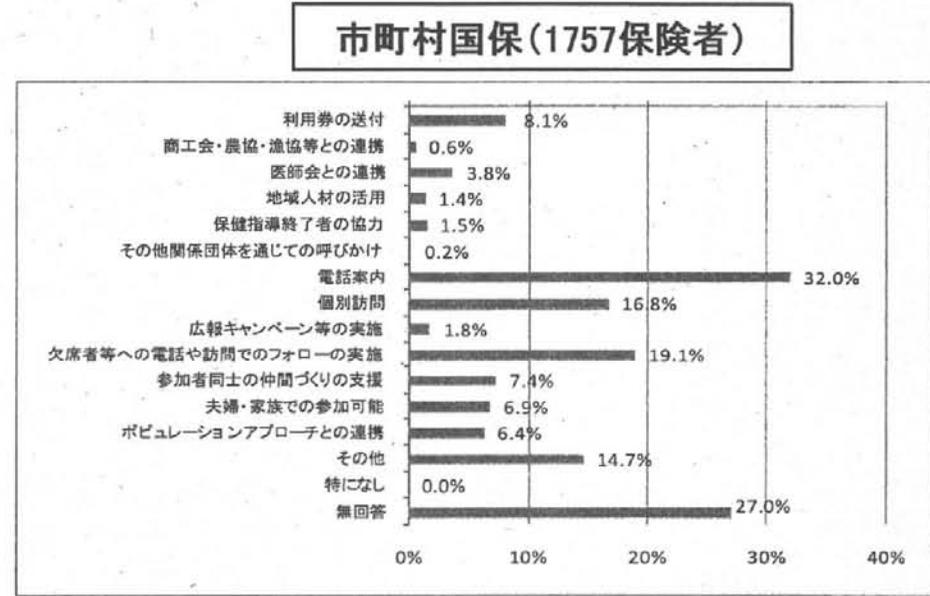
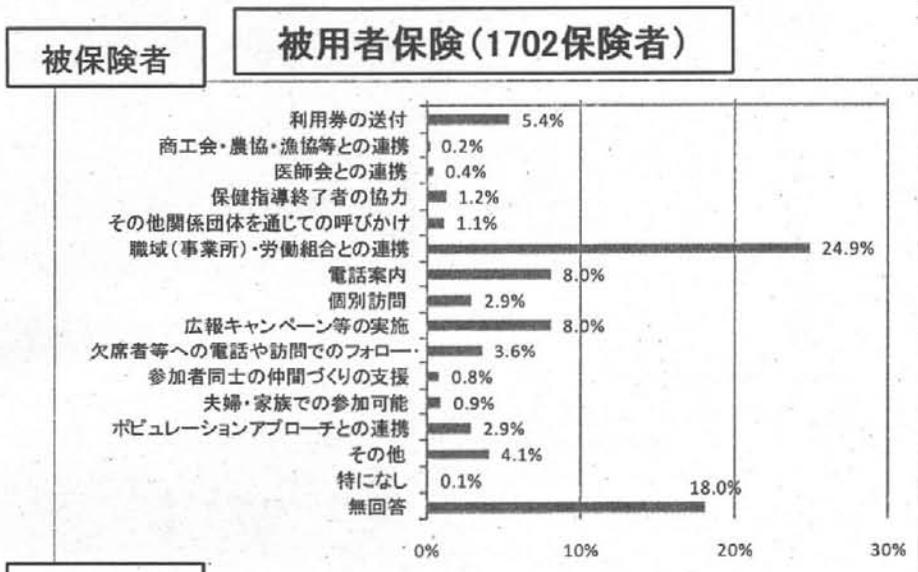


被扶養者



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。

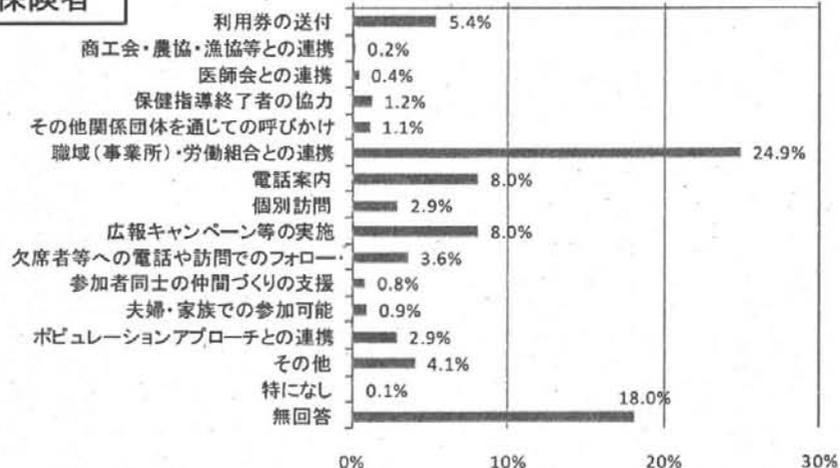


特定保健指導利用率向上に向けての有効な方法 (主なもの3つまでの複数回答)【積極的支援】

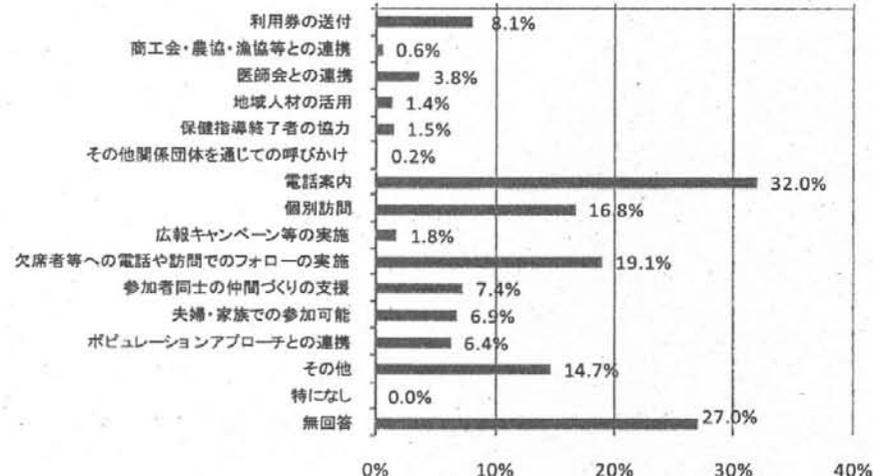
市町村国保では、「電話案内」、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」、「個別訪問」が多く、被用者保険の被保険者では「職域(事業所)・労働組合との連携」、被扶養者では「利用券の送付」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

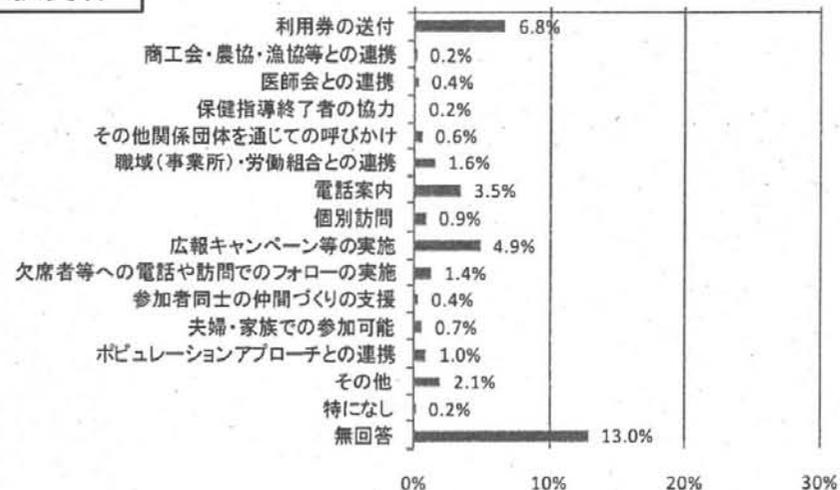
被保険者



市町村国保(1757保険者)



被扶養者

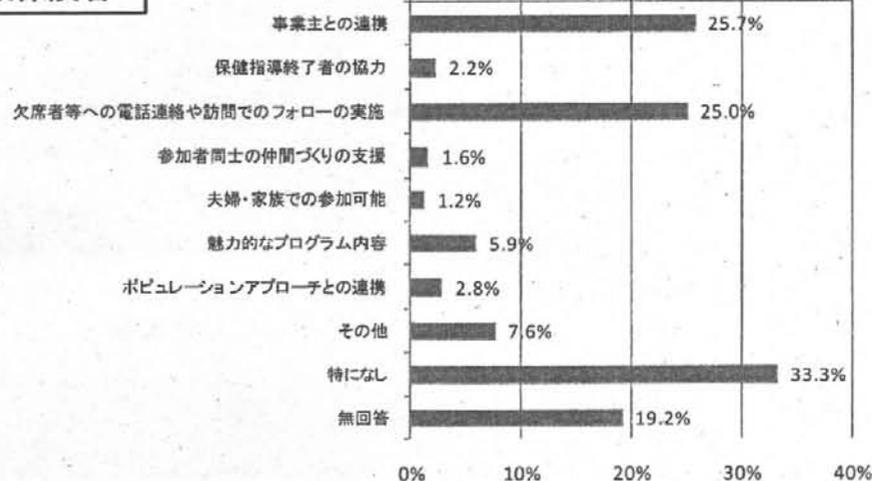


特定保健指導積極的支援終了率向上のために工夫している点 (複数回答)

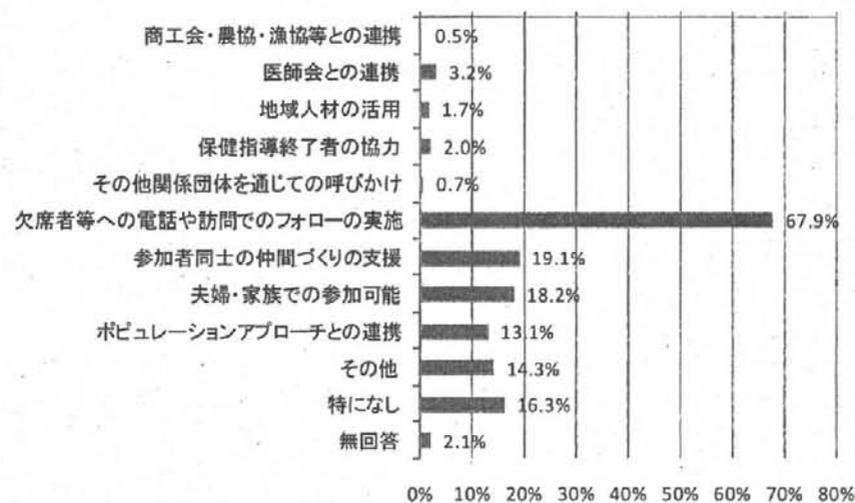
市町村国保では、「欠席者等への電話や訪問でのフォロー実施」が多く、被用者保険の被保険者では「特になし」が多かった。

被用者保険(1702保険者)

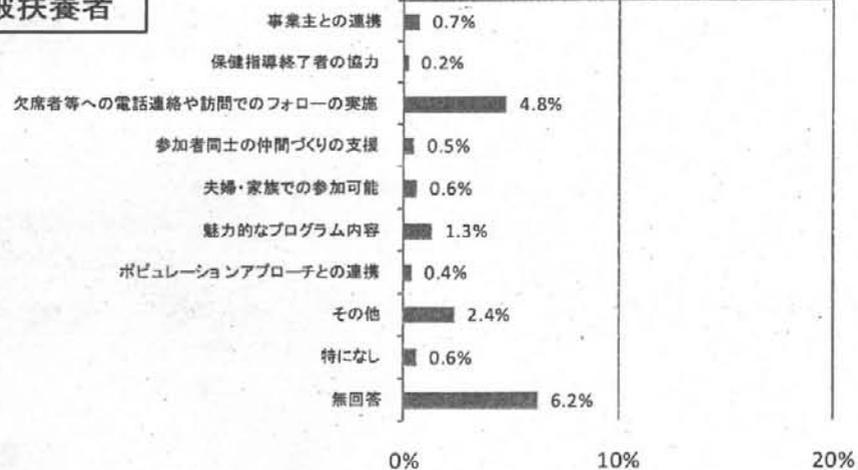
被保険者



市町村国保(1757保険者)



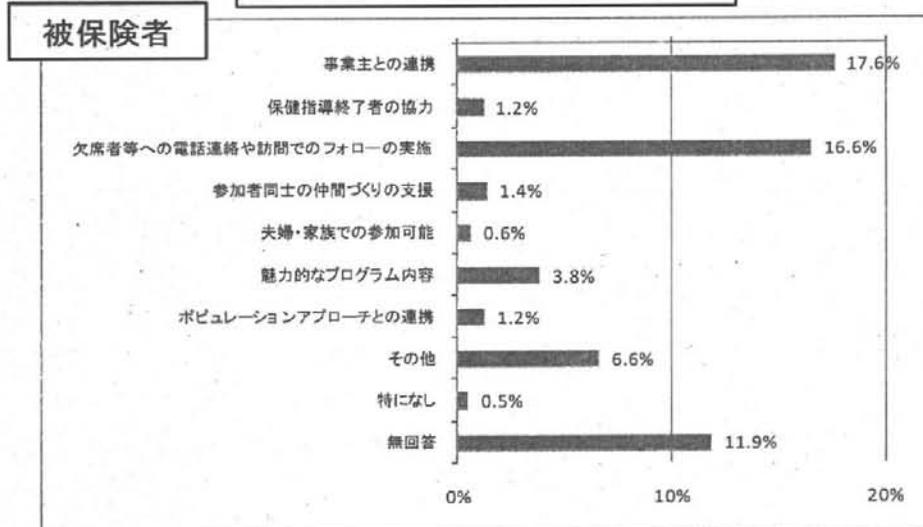
被扶養者



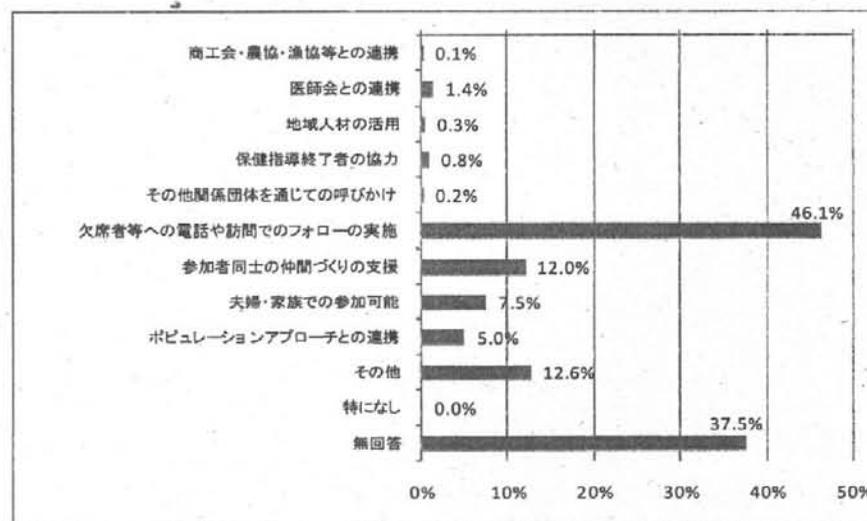
特定保健指導積極的支援終了率向上に向けての有効な方法 (主なもの3つまでの複数回答)

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。

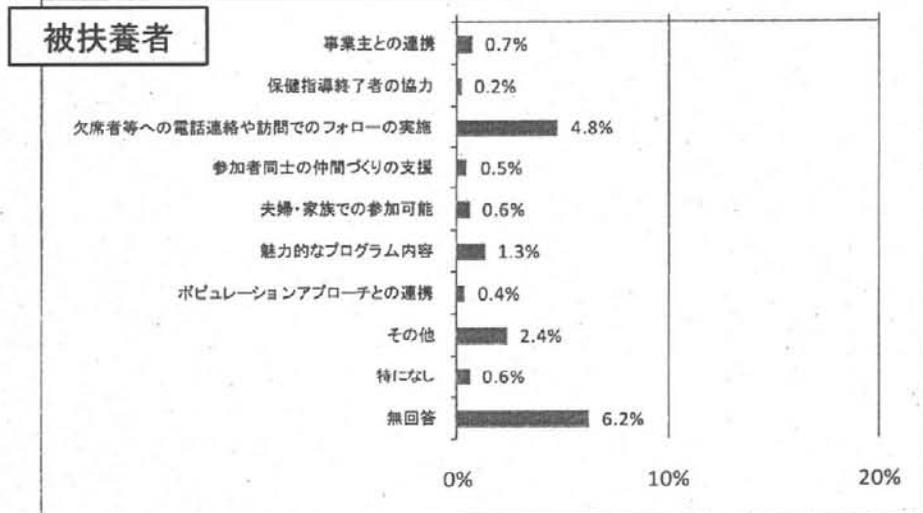
被用者保険(1702保険者)



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

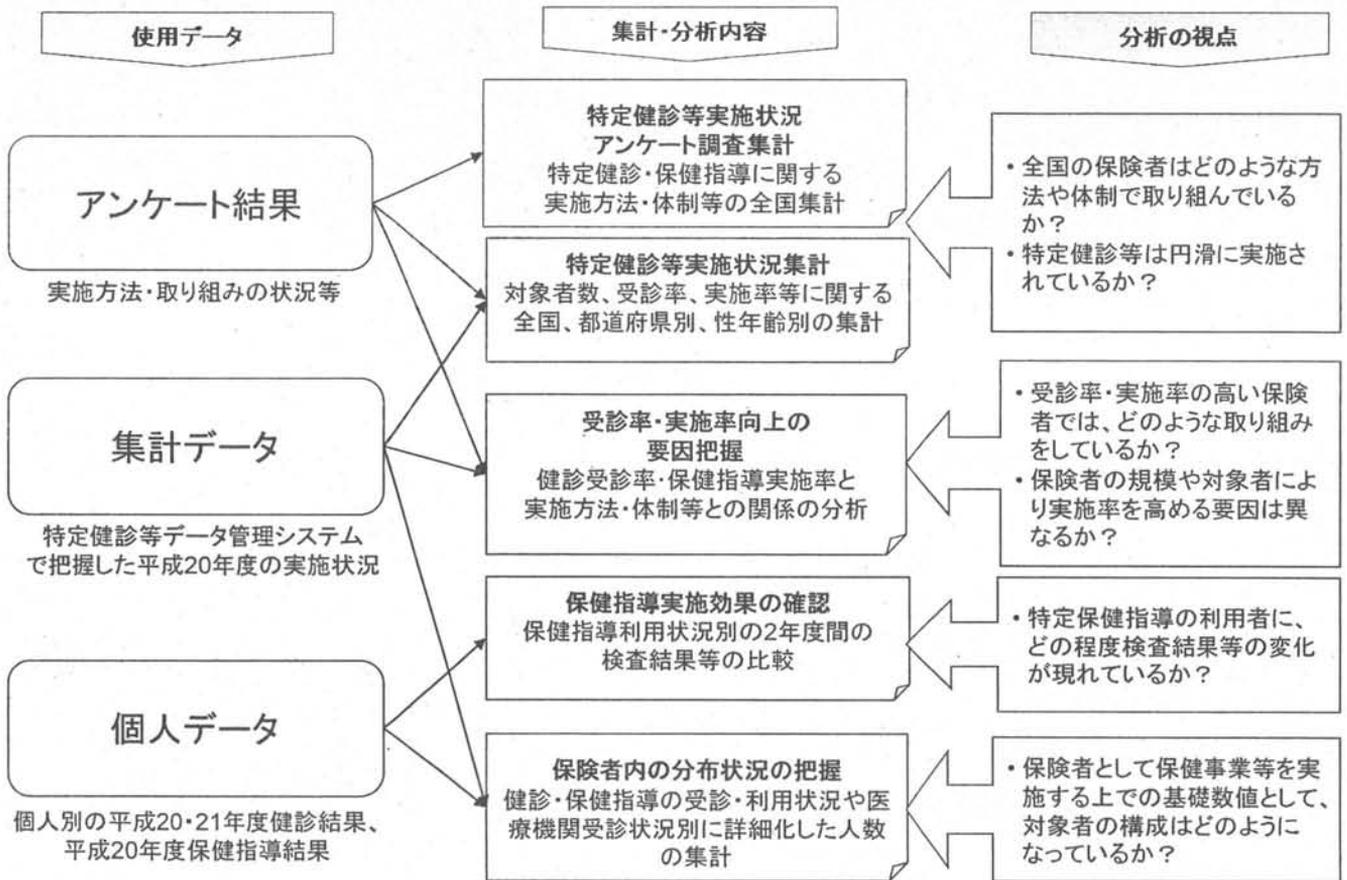
- 第7回ワーキンググループ
日時:2010年3月15日
内容:
 - ・特定健診・保健指導実施状況概況の検討
 - ・特定健診・保健指導実施要因分析結果の検討

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



2

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）

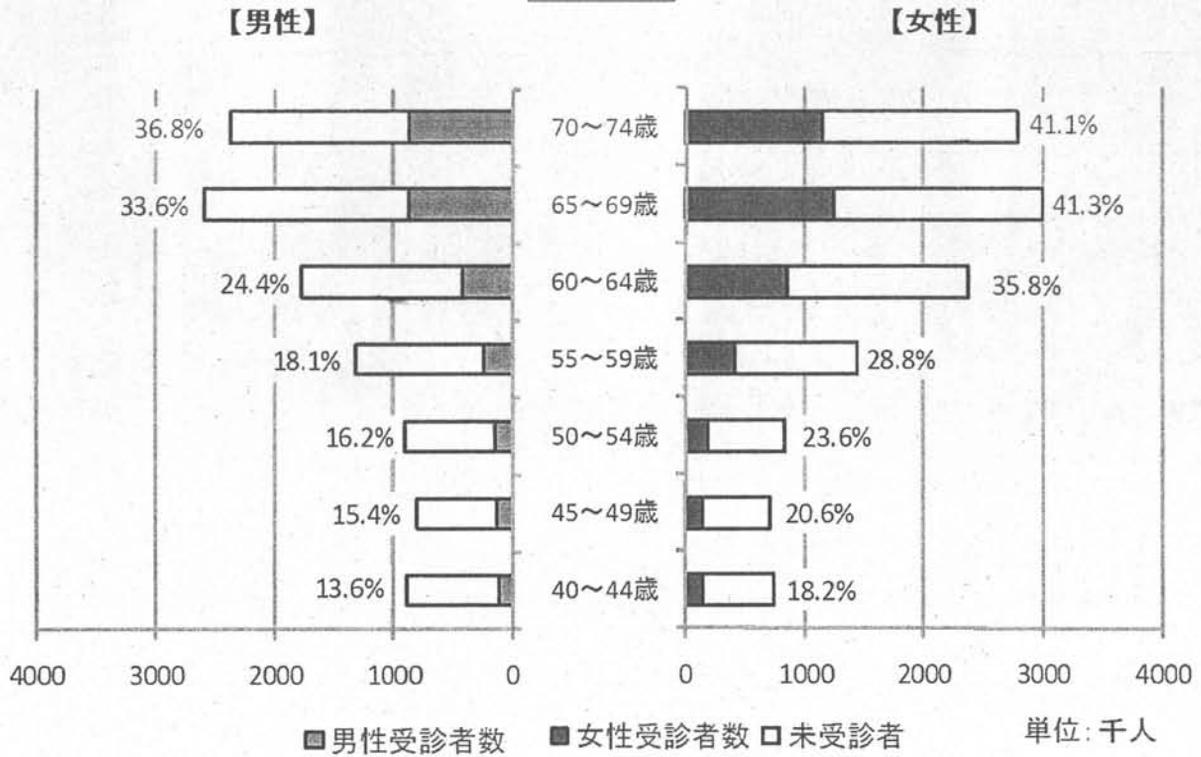
2. 集計項目

- 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>

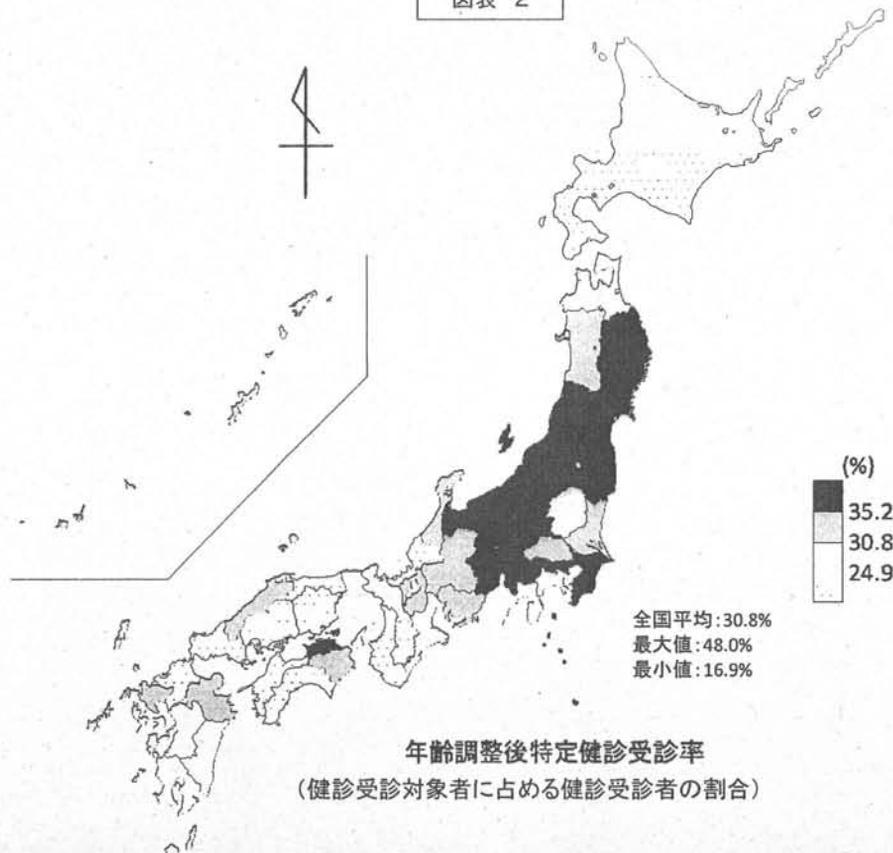
図表 1



平成20年度全国平均
30.8%(速報値)

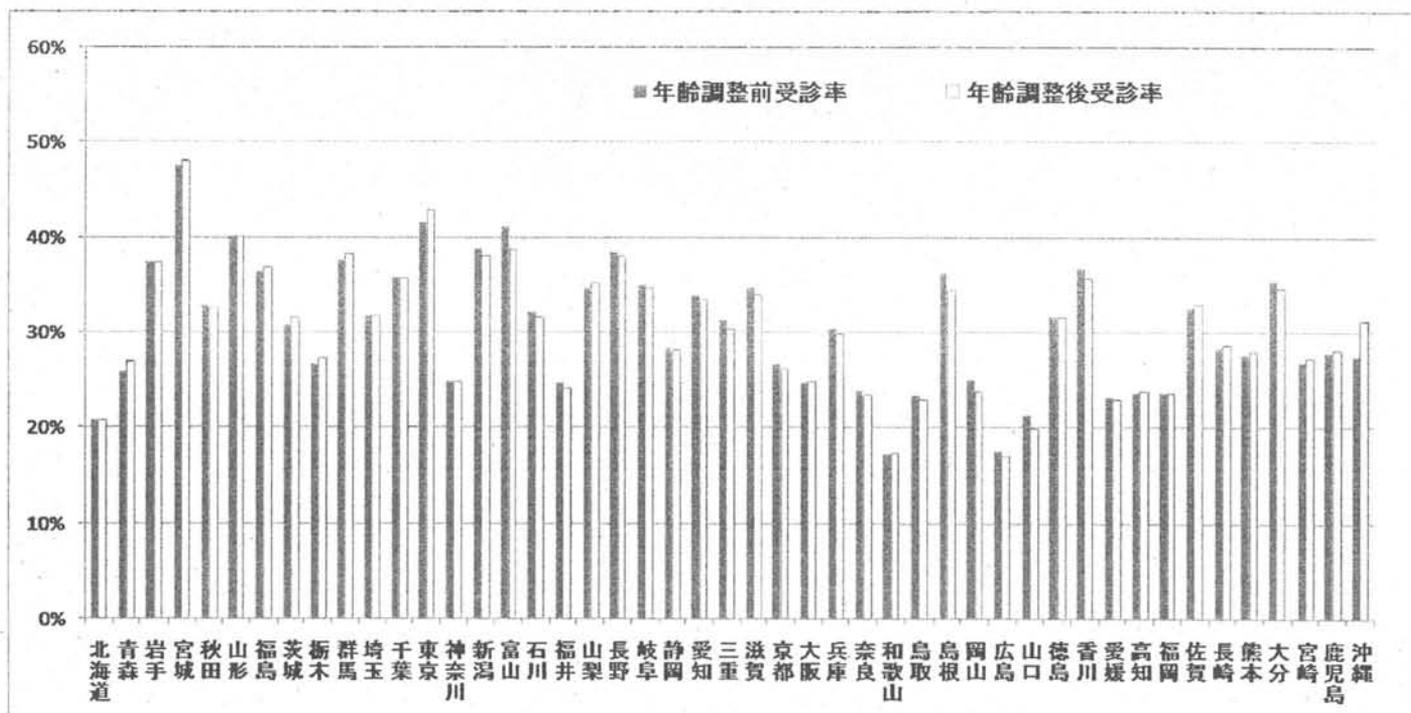
<都道府県別にみた年齢調整後特定健診受診率>

図表 2



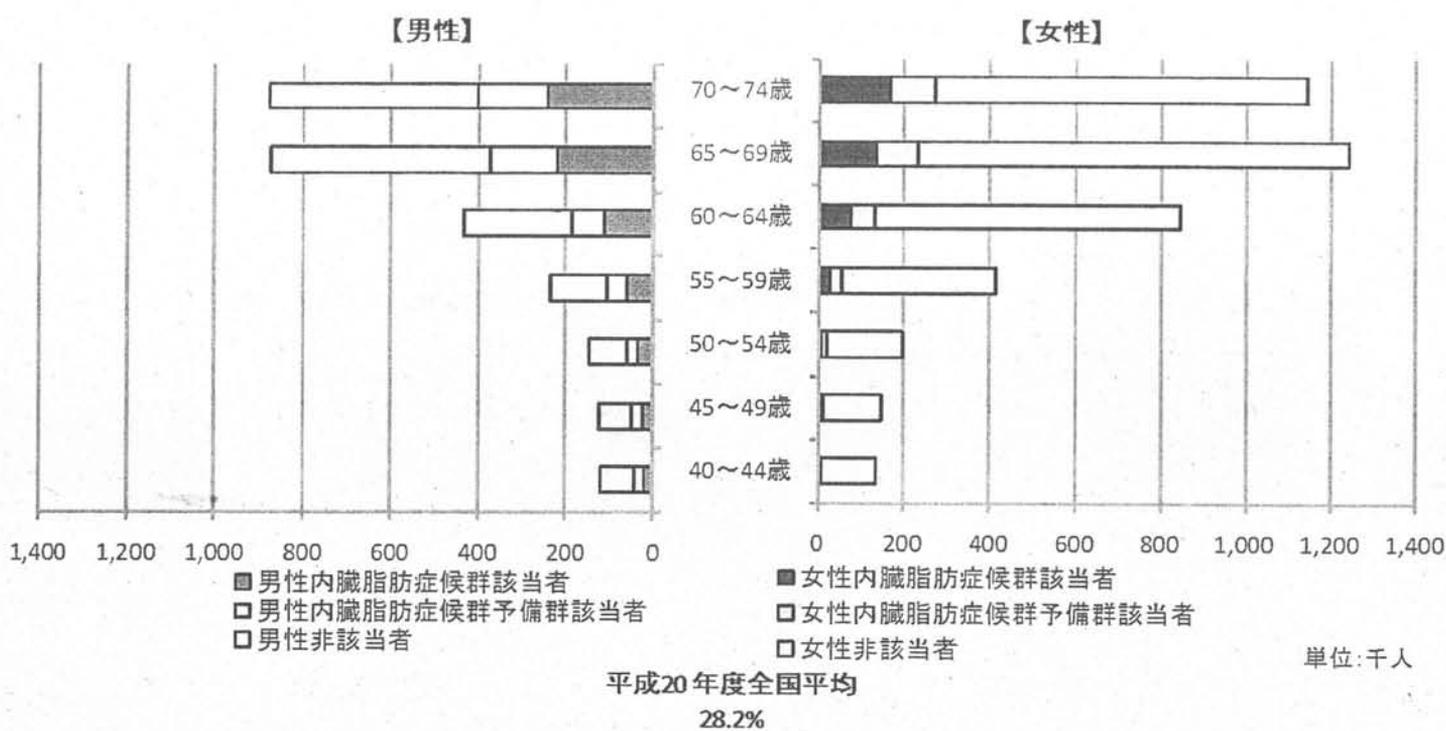
＜都道府県別にみた年齢調整後特定健診受診率＞

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＞

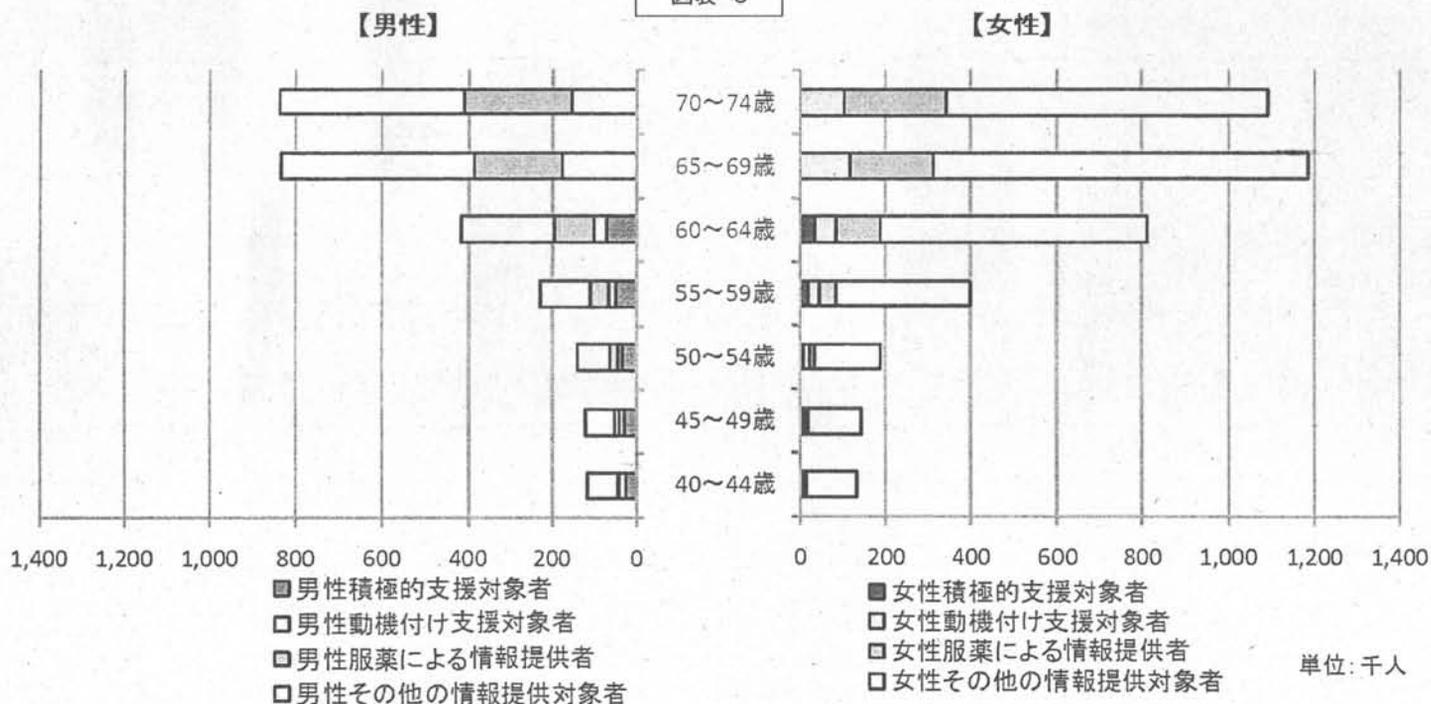
図表 4



※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



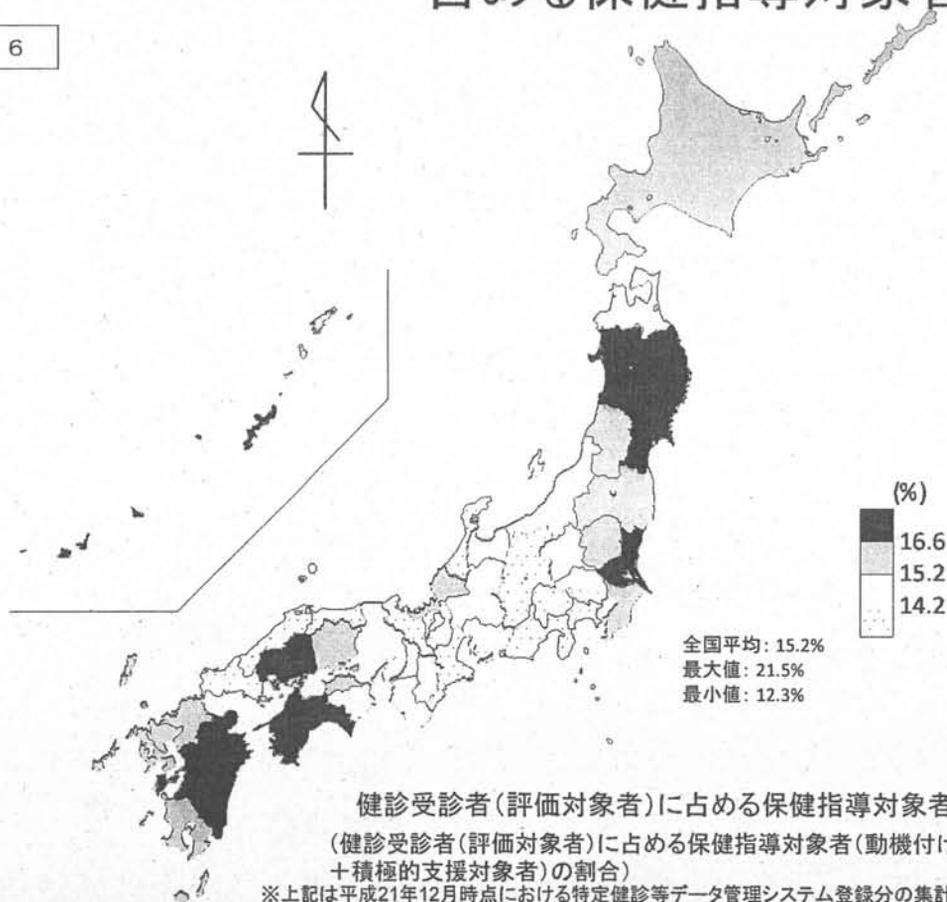
単位: 千人

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%

※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

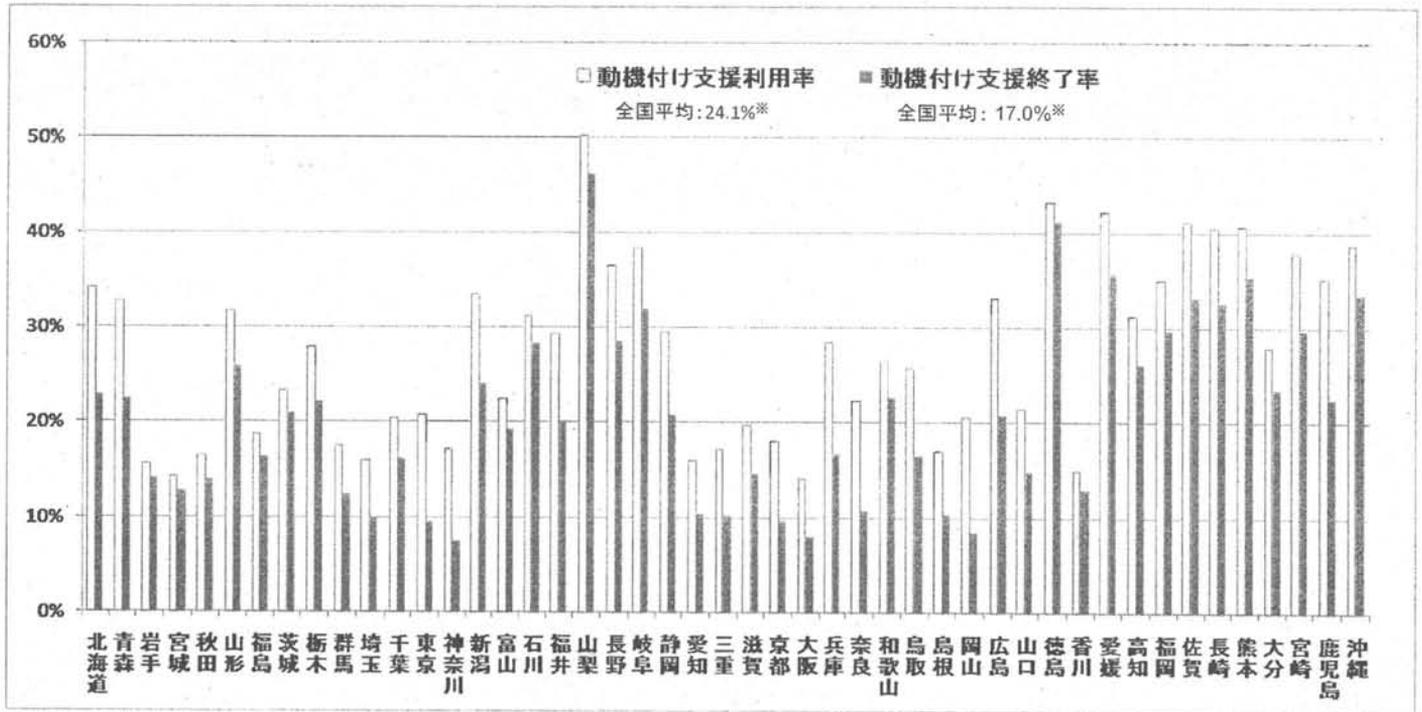
<都道府県別にみた健診受診者(評価対象者)に占める保健指導対象者の割合>

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

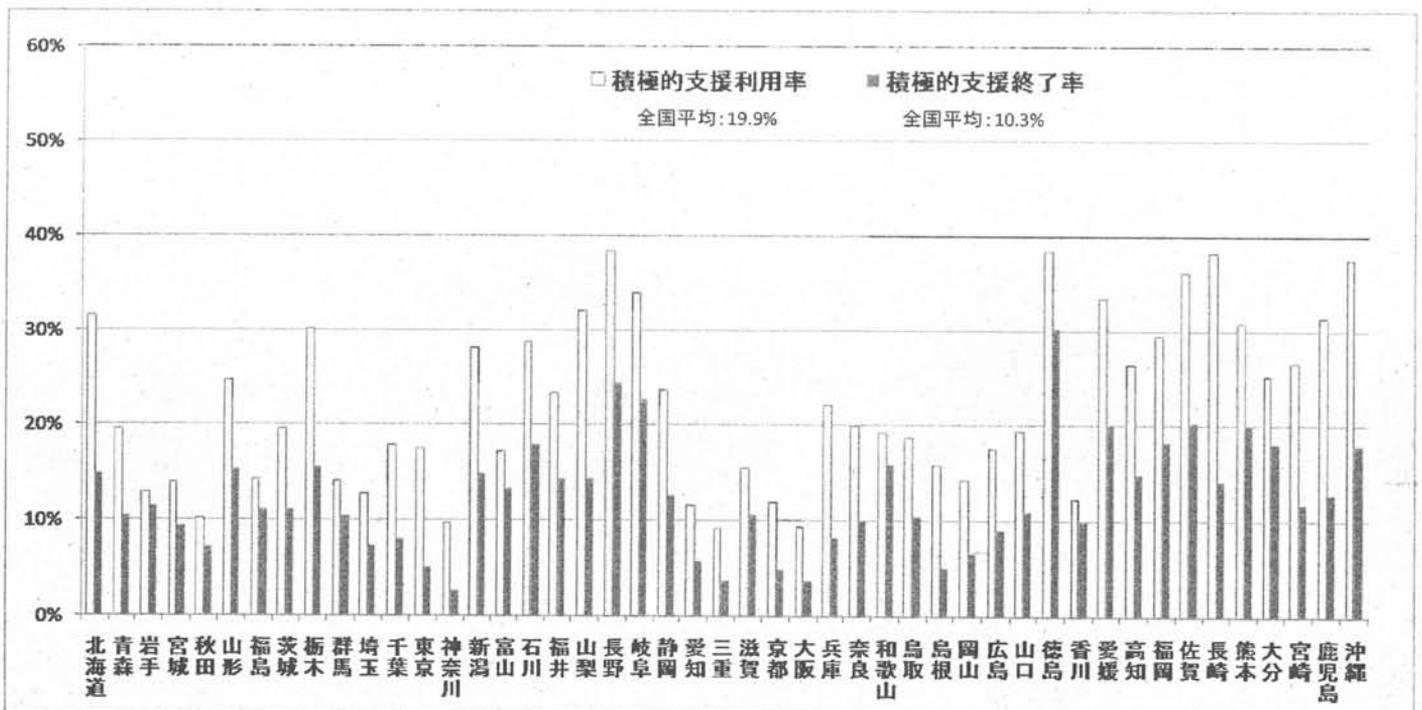


参考: 動機付け支援を完了した者の割合 全国平均: 70.7%

※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＞

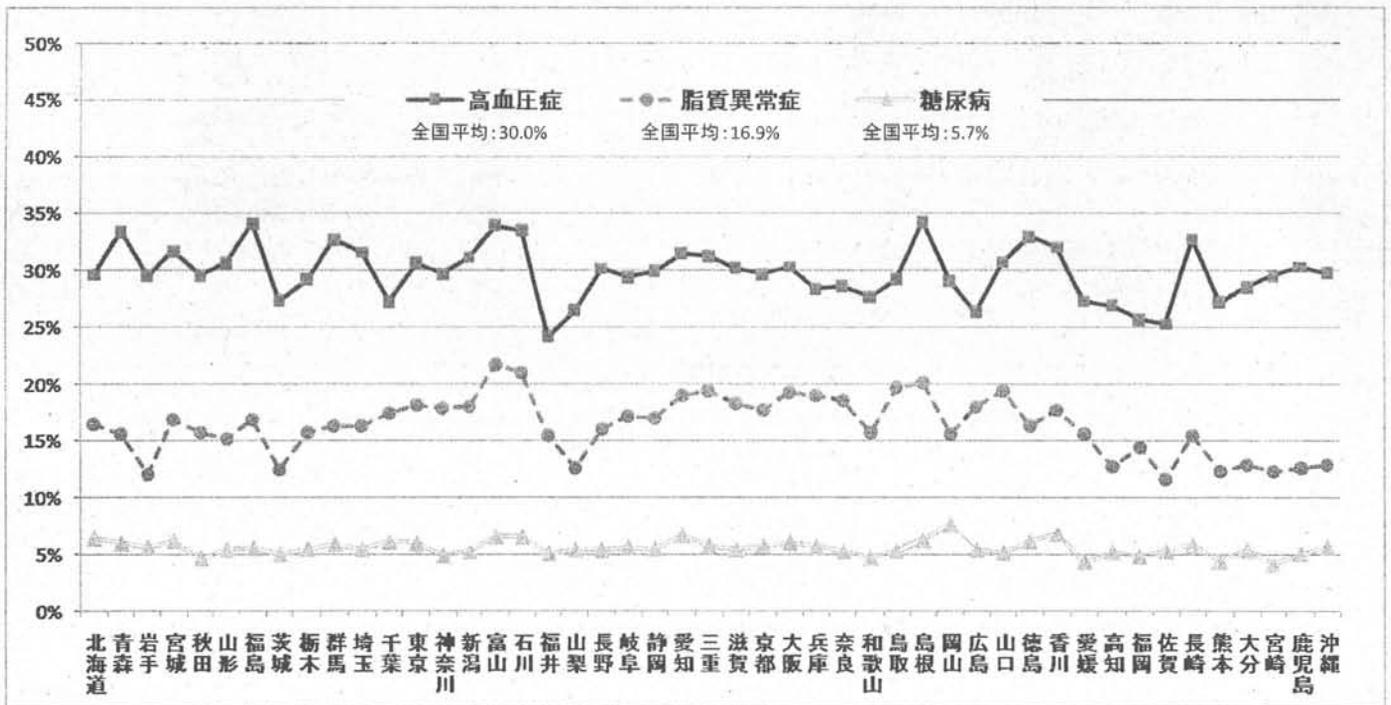
図表 8



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)>

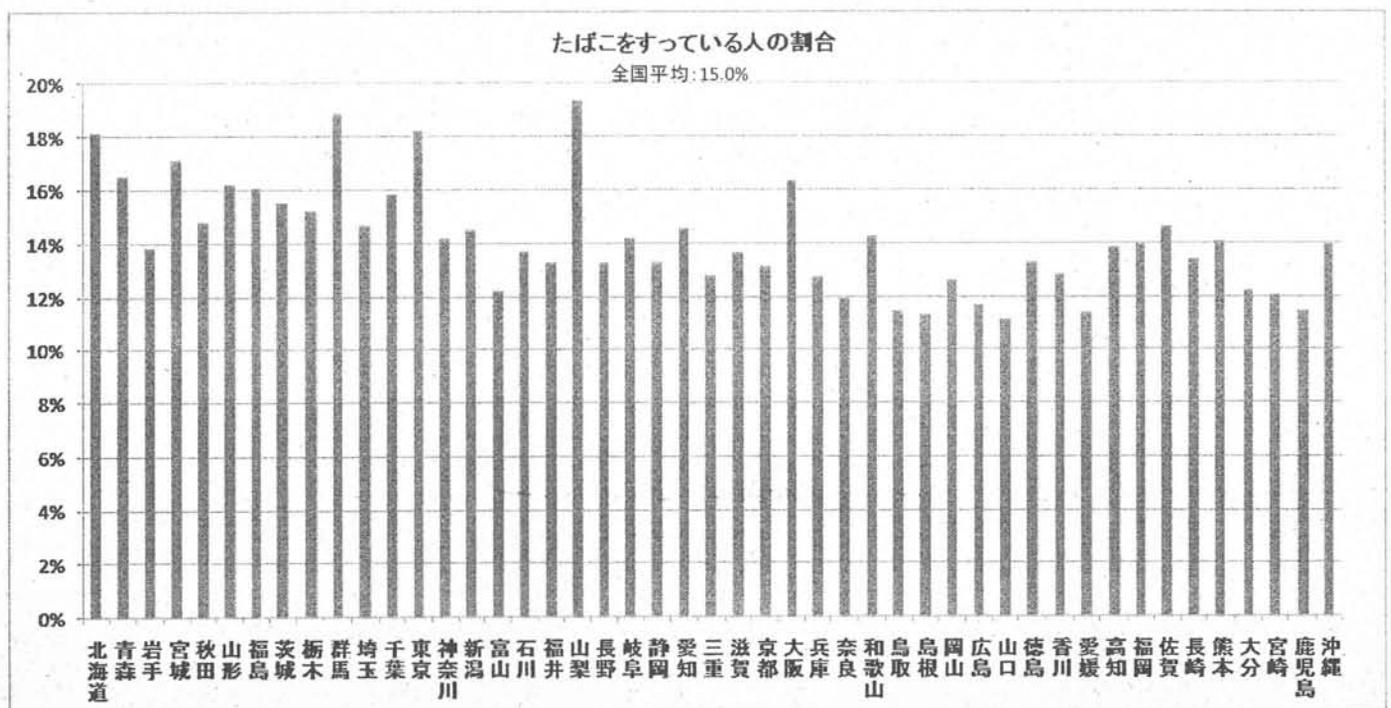
図表 9



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	
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

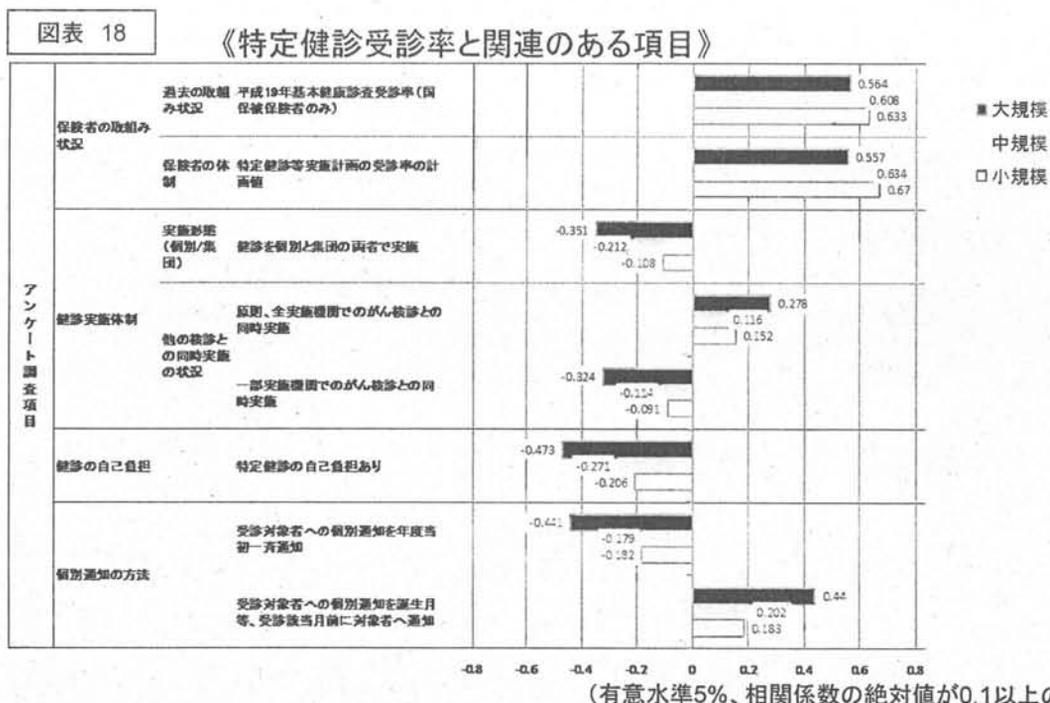
分析結果の総括

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ます。
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



<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

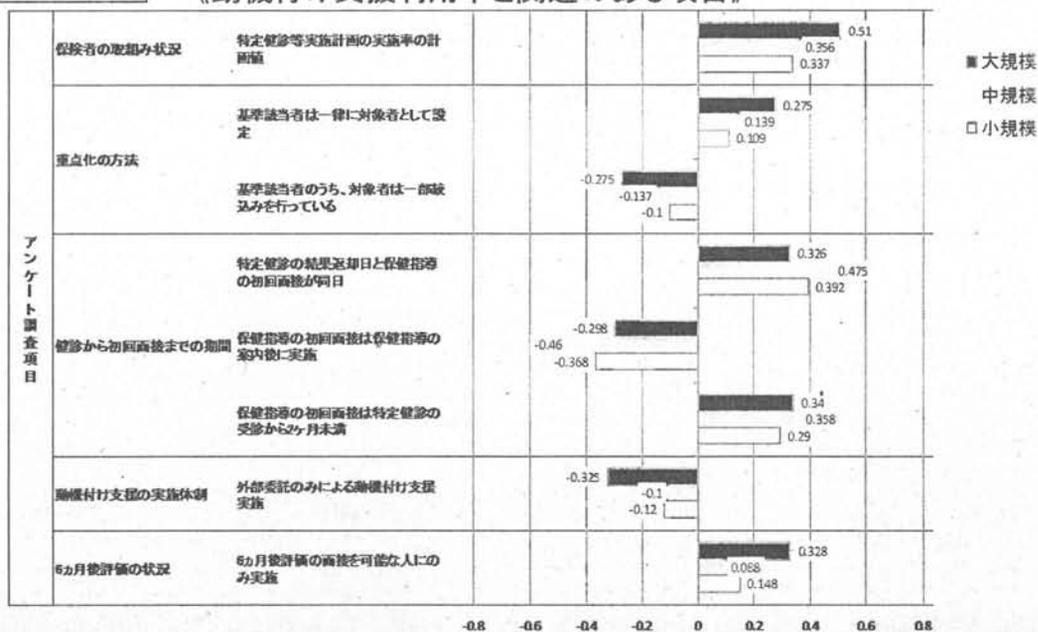
(有意水準5%、相関係数の絶対値が0.1以上の項目、下線は絶対値が0.3以上の項目)

<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ヵ月後評価の面接を可能な人を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》



(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>

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ヵ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】

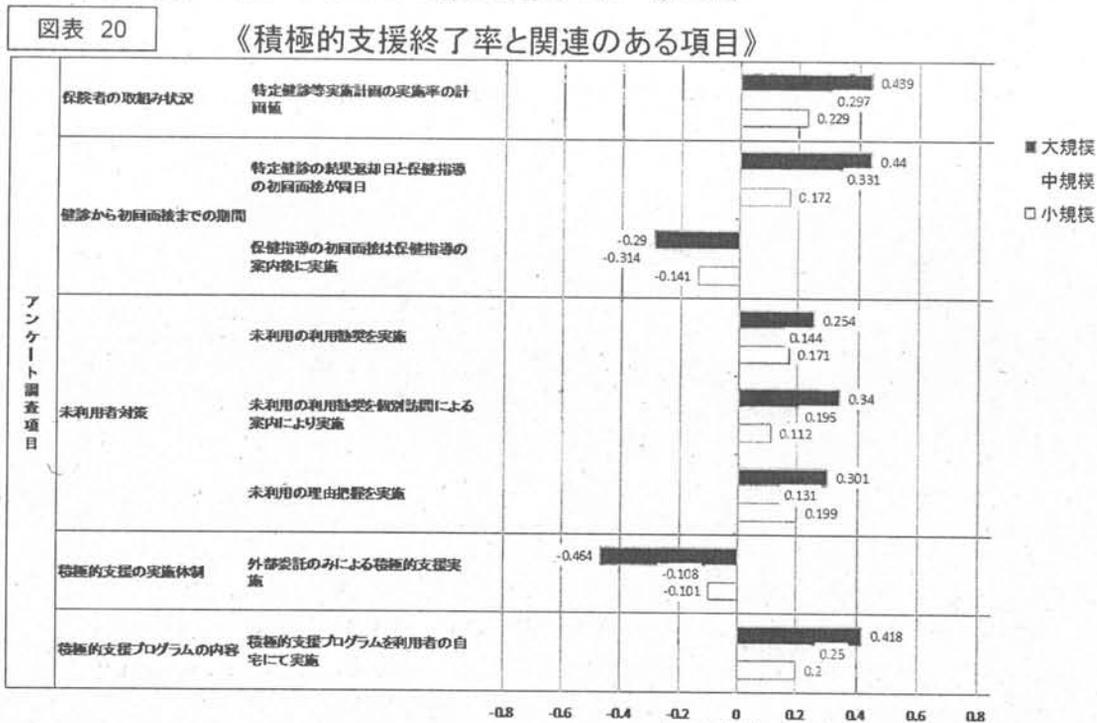
- 健診結果を対面で返却する体制としていること
- 利用者への個別案内を健診結果返却時に口頭で行うこと
- 未利用者への利用勧奨を実施していること・未利用の理由把握をしていること
- 動機付け支援の実施を医師会や地域の医療機関に委託していること
- 動機付け支援を1年を通じて実施する体制としていること

(有意水準5%、相関係数の絶対値が0.1以上の項目、下線は絶対値が0.3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



(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年を通じで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

28

(有意水準5%、相関係数の絶対値が0.1以上の項目、下線は絶対値が0.3以上の項目)

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）以前 <u>42日目</u> （多胎妊娠の場合は98日目）から、出産の日の翌日以後 <u>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

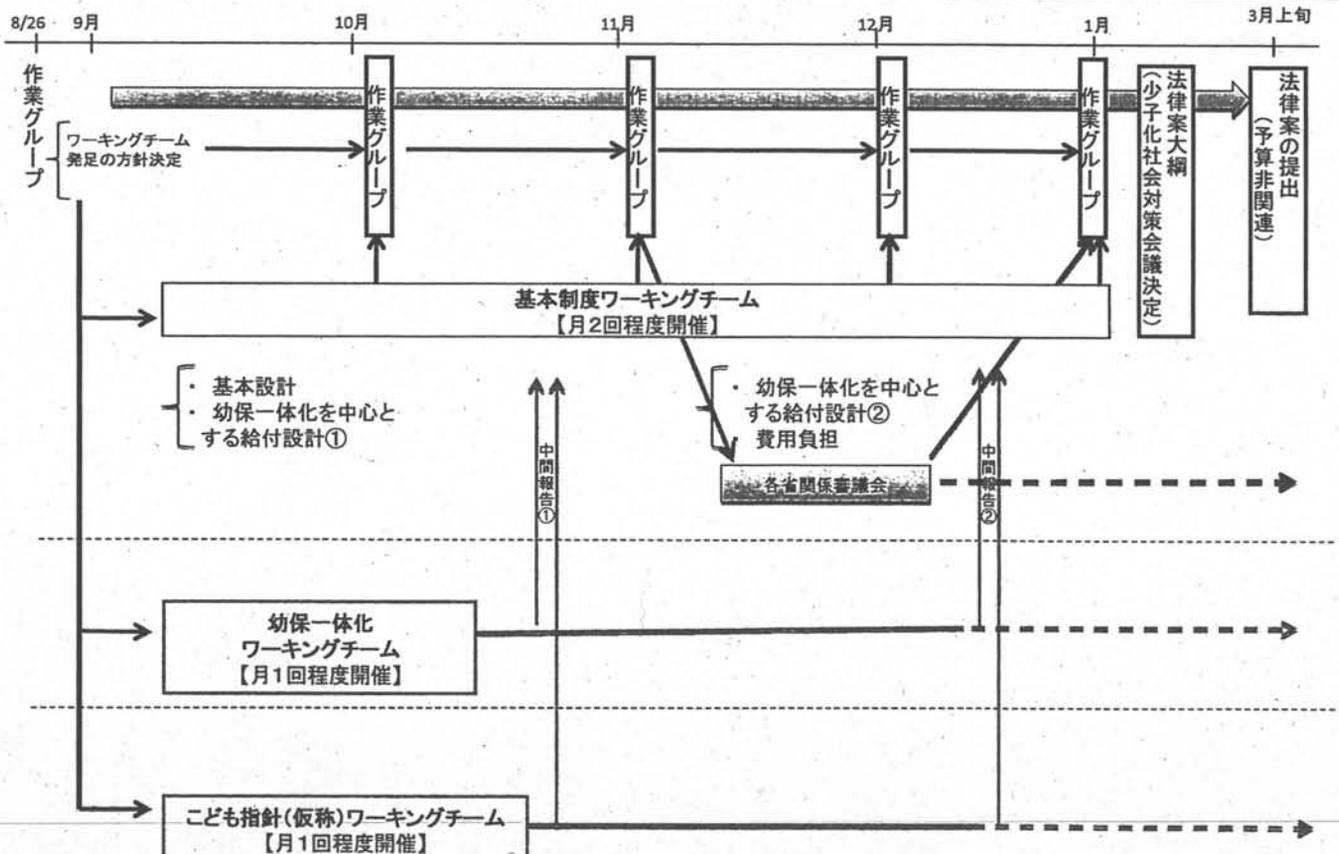
幼保一体化ワーキングチーム

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でき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。

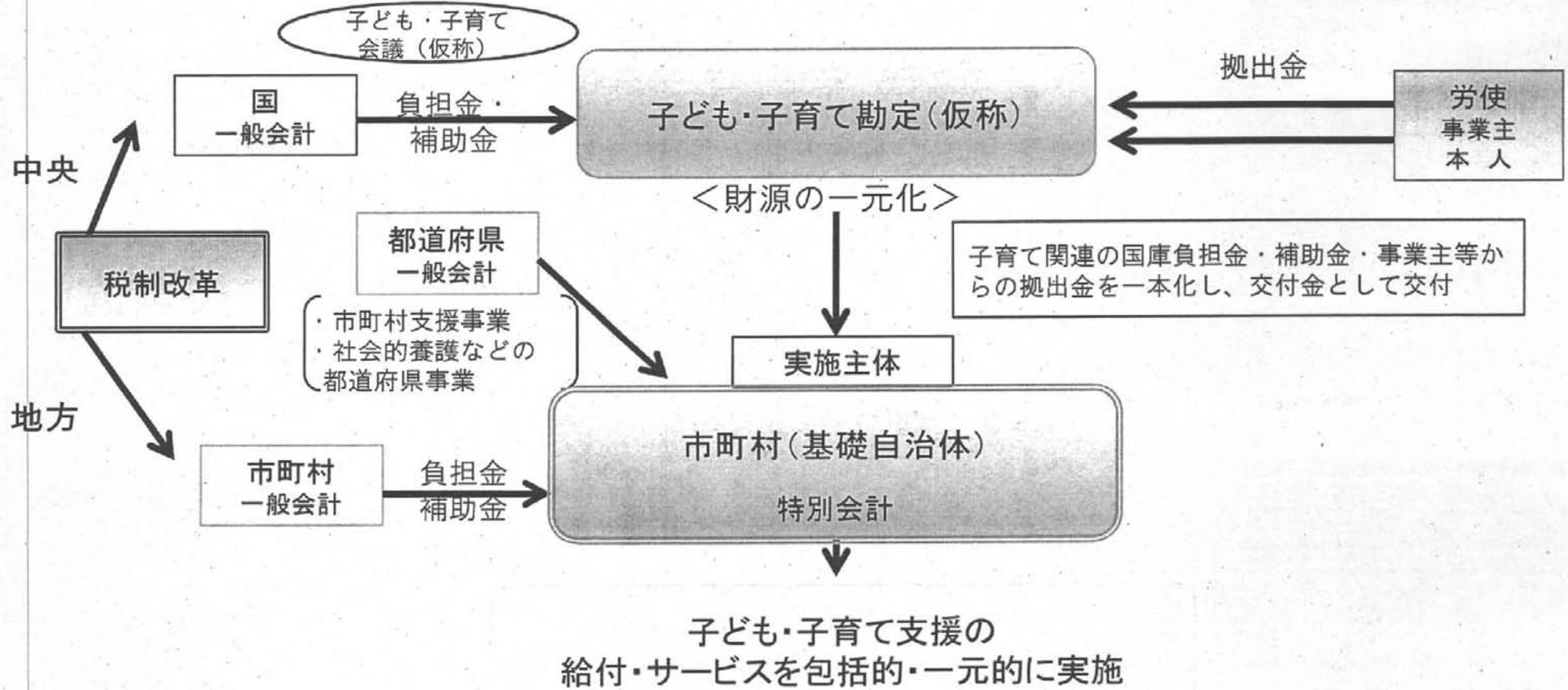
IX 工程

- 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

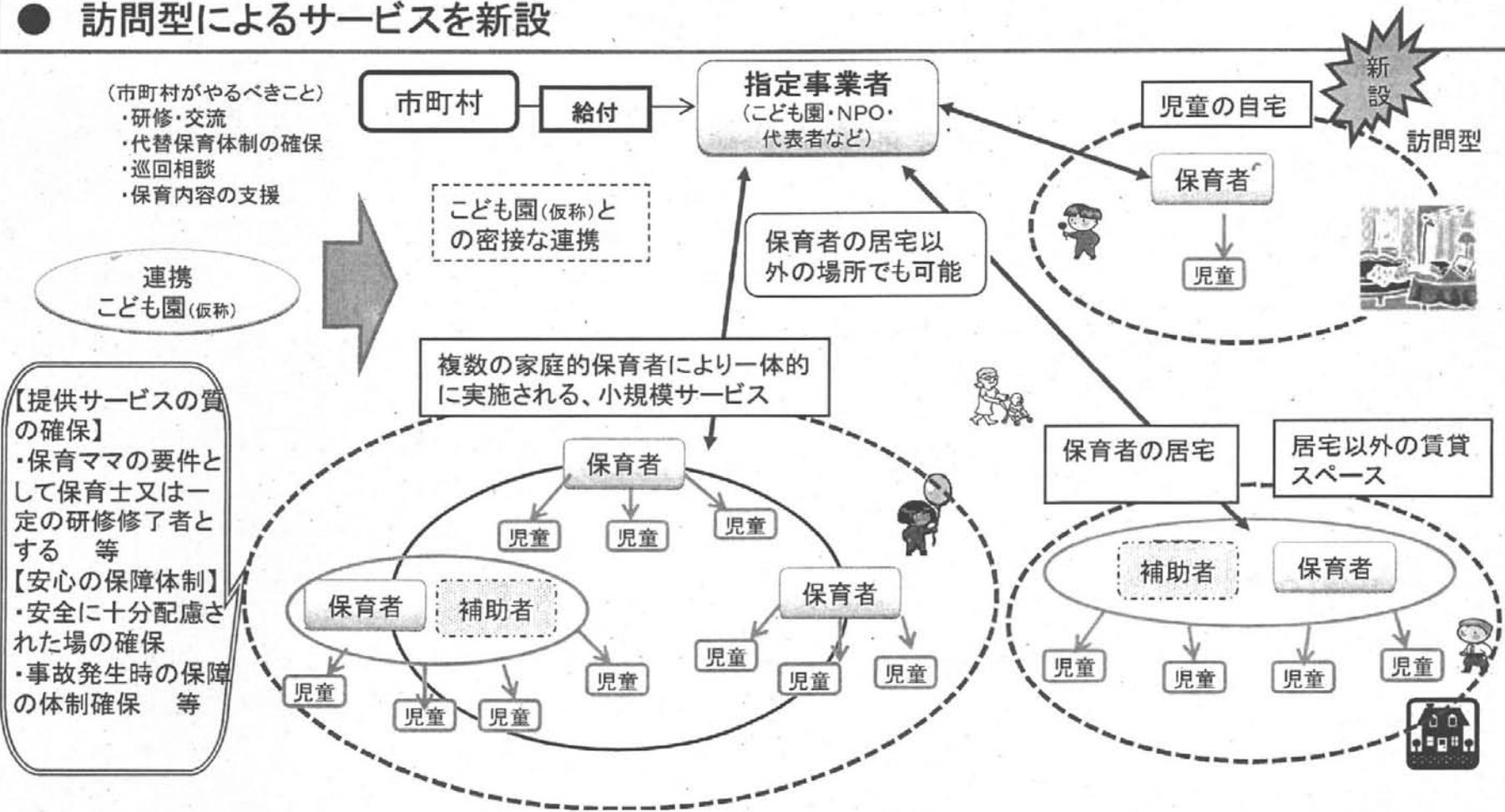
● 多様な事業主体の参入

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

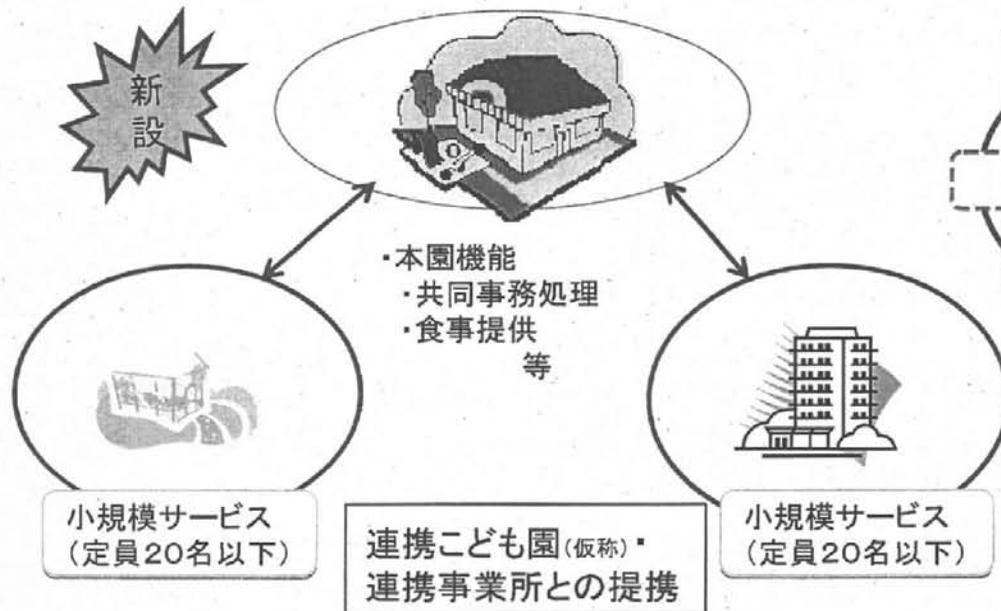


イメージ②-2 小規模保育サービス②

● 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

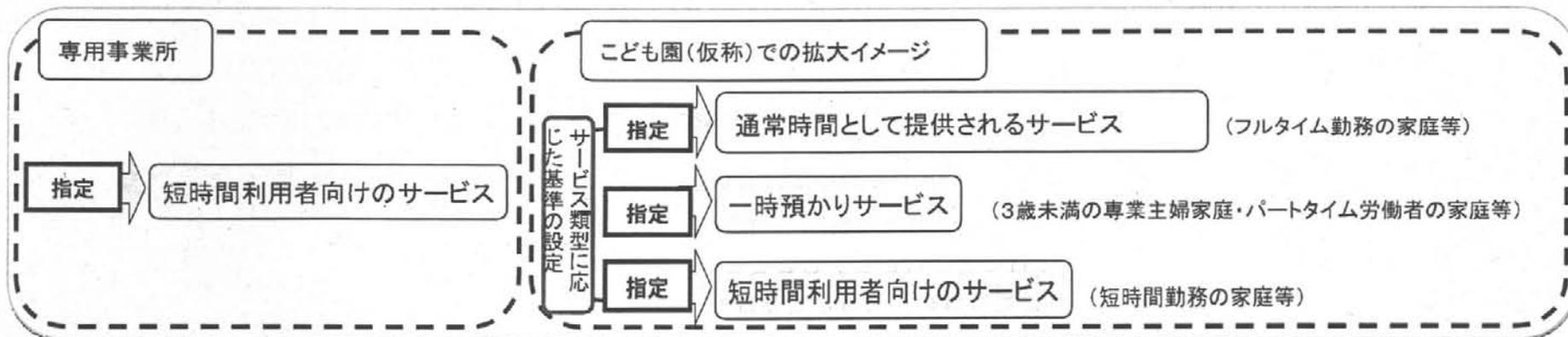
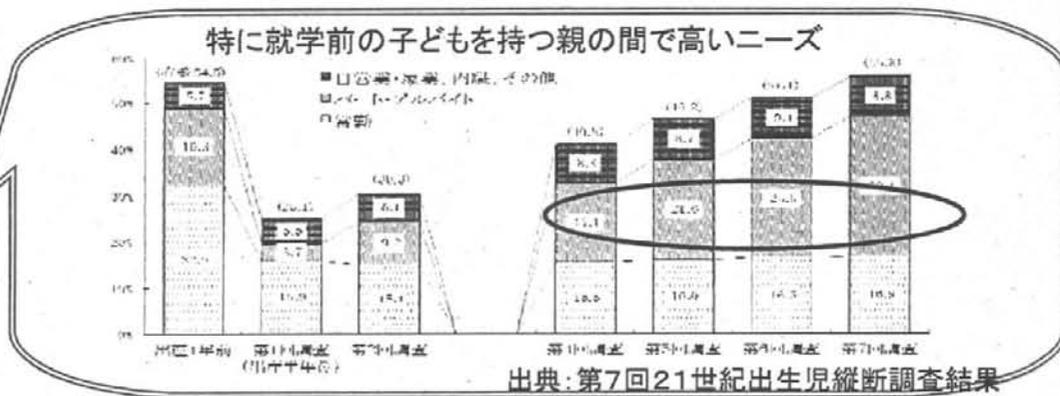
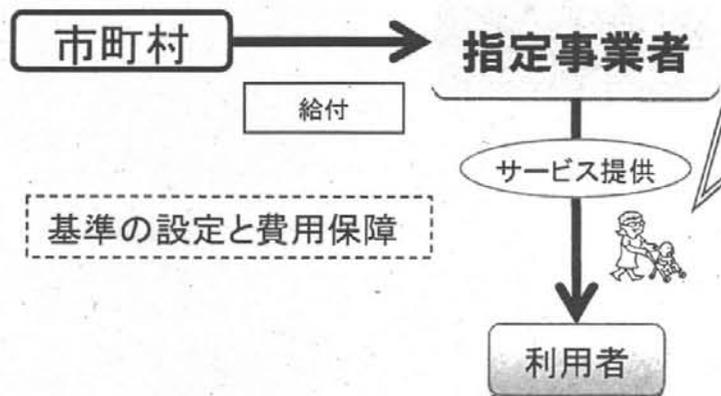
【イメージ②】多機能型



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

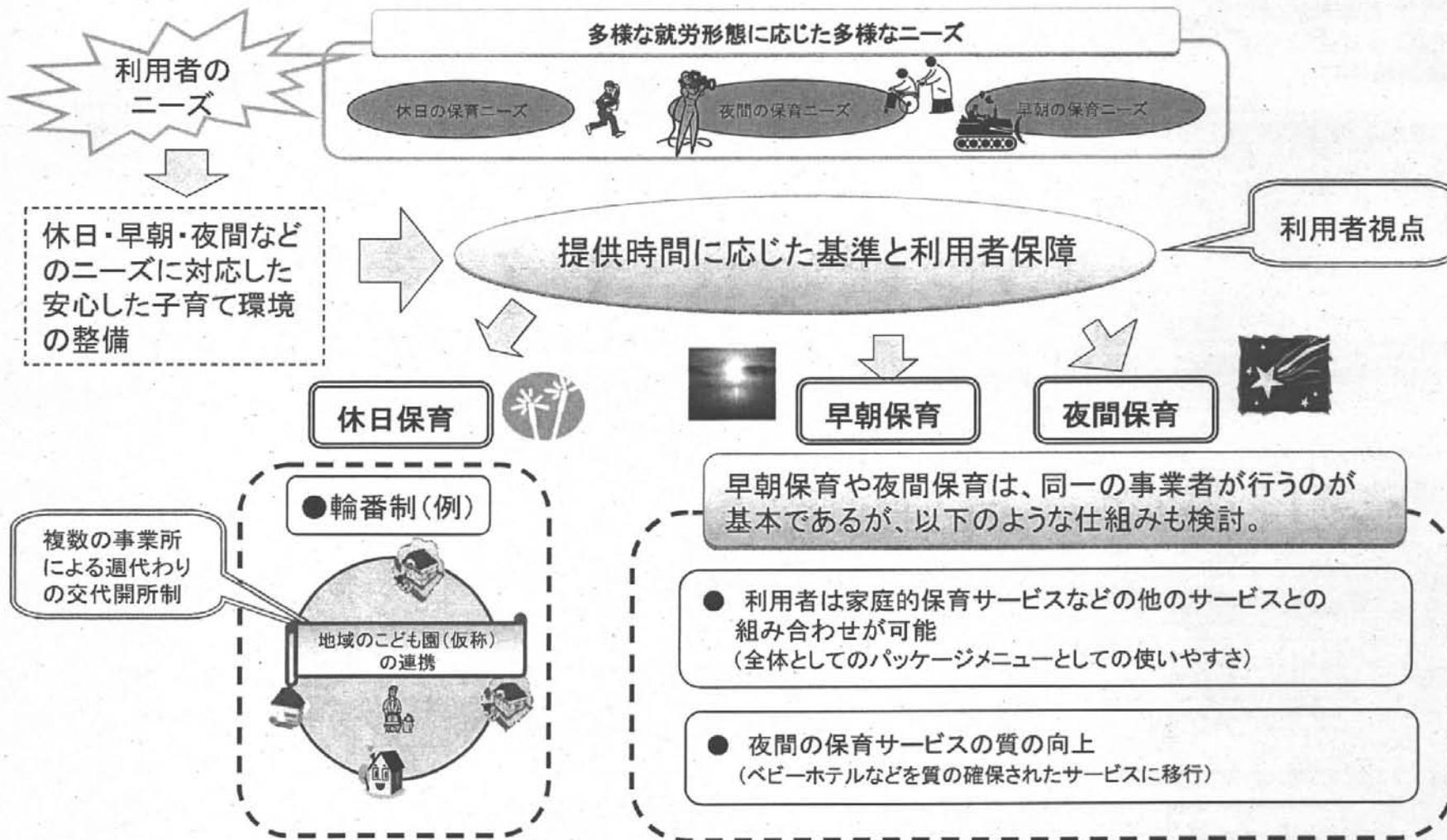
- 主に3歳未満の子どもを持つ親の高いニーズへ対応する専用サービス類型の創設
実績上も、就学前の子どもを持つ親の間で、短時間利用できる保育を求めるニーズが高いことを踏まえ、日数、時間の短い需要に対応し、パートタイム労働者等が定期的に使う専用サービスを提供
- サービス類型に応じた基準の設定と費用保障によるサービス体制の確保
- 幼保一体化と連動し、こども園(仮称)におけるサービス拡大



イメージ④ 早朝・夜間・休日保育サービス

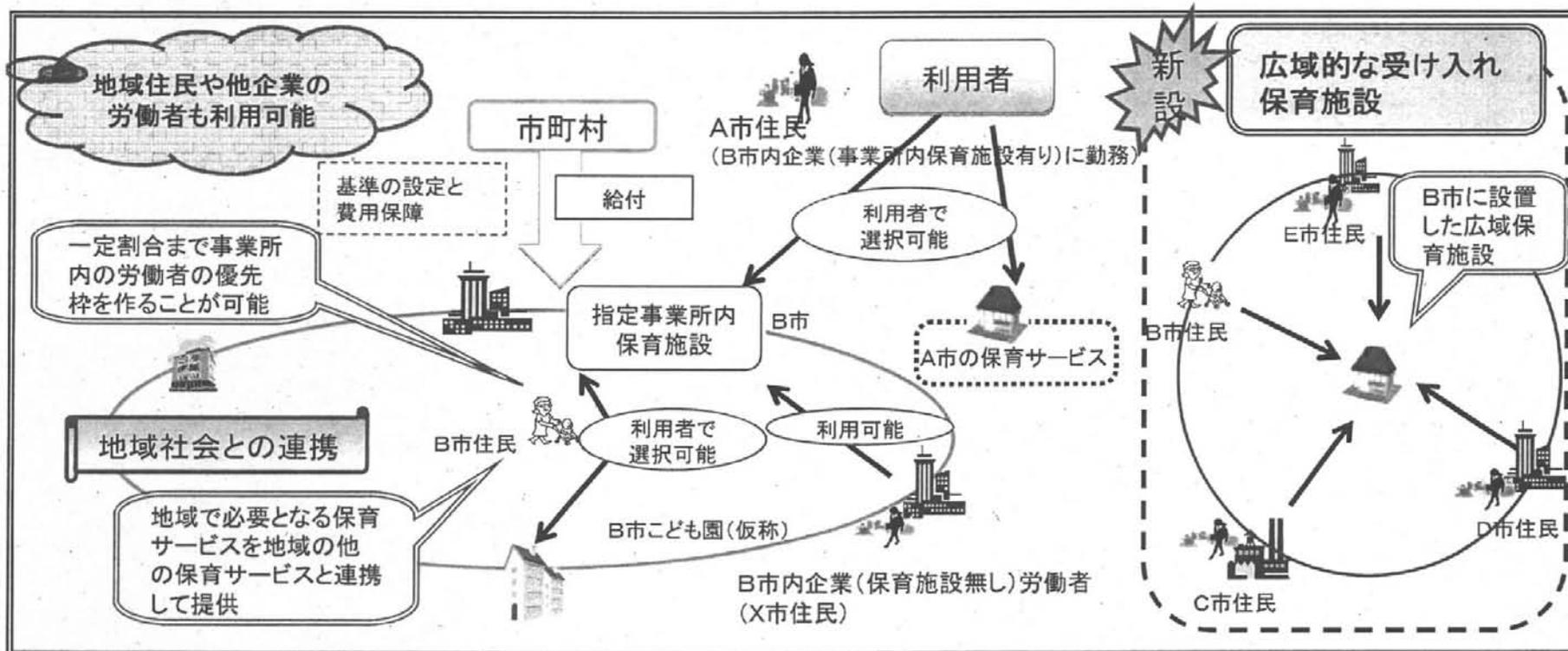
● 親の多様な就労形態に対応する安心な子育て環境の整備

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**



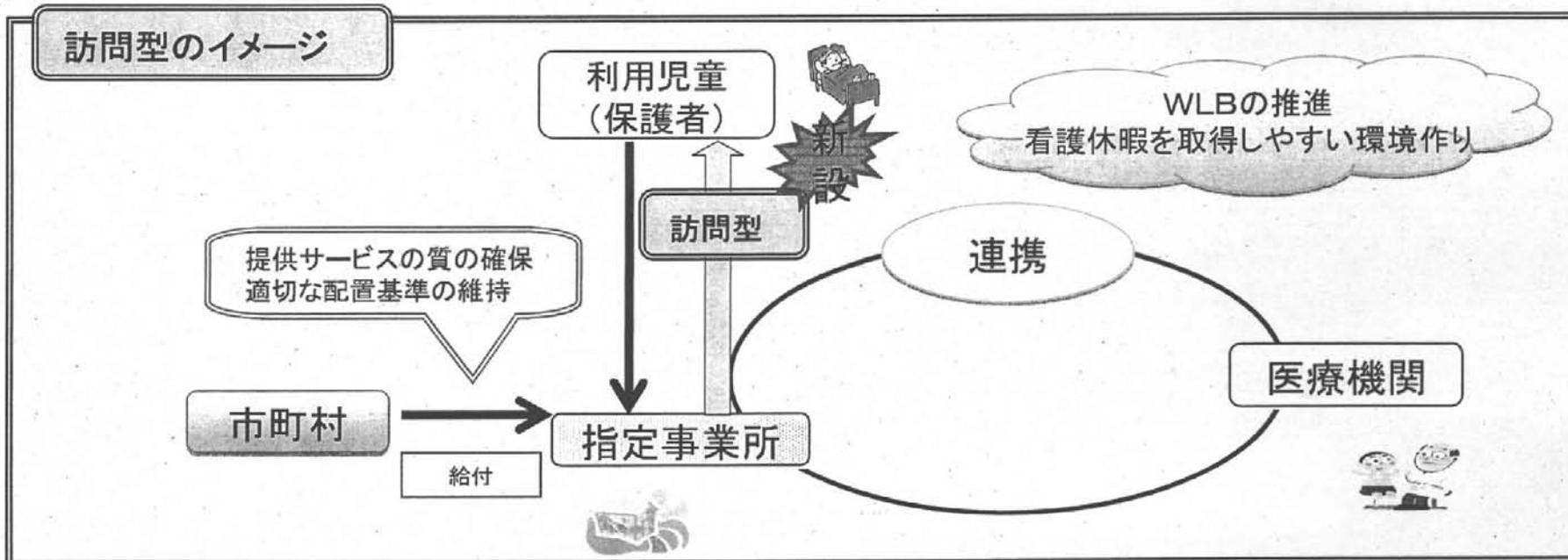
イメージ⑦ 病児・病後児保育サービス

● 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



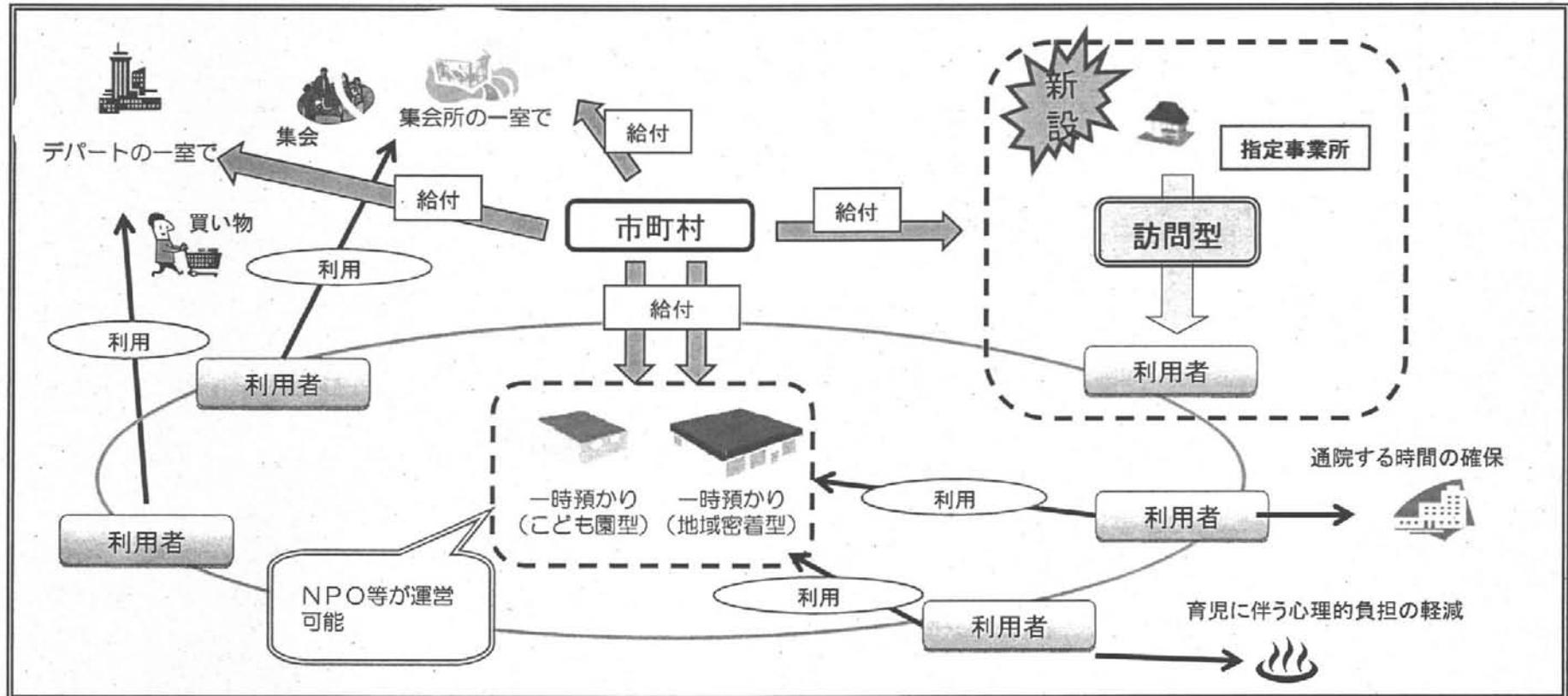
(参考) 一時預かり(イメージ)

- 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かもしれないと思うので、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。

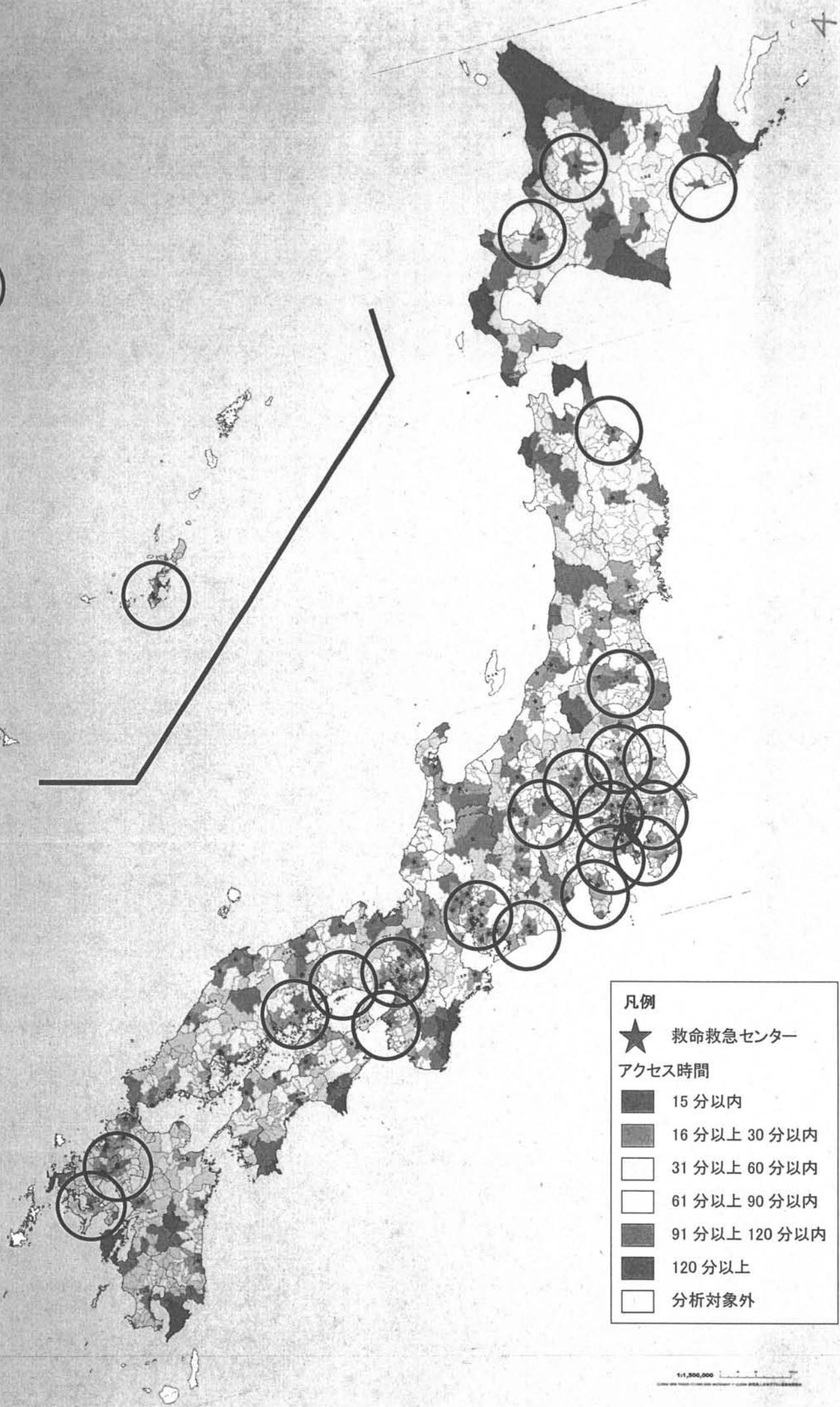
- 平成13年度 岡山県(川崎医科大学附属病院)、静岡県(聖隷三方原病院)(平成18年度より県単独事業として実施)、千葉県(日本医大千葉北総病院)、愛知県(愛知医科大学附属病院)、福岡県(久留米大学病院)
- 平成14年度 神奈川県(東海大学病院)、和歌山県(和歌山県立医大附属病院)
- 平成15年度 静岡県にて2機目(順天堂大学医学部附属静岡病院)
- 平成17年度 北海道(手稲溪仁会病院)、長野県(佐久総合病院)
- 平成18年度 長崎県(長崎医療センター)
- 平成19年度 埼玉県(埼玉医科大学総合医療センター)、大阪府(大阪大学医学部附属病院)、福島県(福島県立医科大学附属病院)
- 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)

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 杵岐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年度より運航を開始している。

※搬送件数に関しては、総出動件数を記載

※新規導入1県の運航開始日(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（平成十九年法律第百三三号）

（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と認めるときは、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ごとに、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。

- 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（道路管理者に代わっ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二十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ること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っ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 第九条第三項各号に掲げる要件に適合しなくなつたとき。

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、この法律の施行後三年を目途として、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。