

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

第42回社会保障審議会医療保険部会

平成22年11月15日(月) 16:00~18:00

都市センターホテル 5階「オリオン」

○ 速記

井上委員 ○ 安部委員 ○ 唐澤審議官 ○ 糠谷部長 ○ 外口局長 ○ 和田委員 ○ 渡辺委員 ○ 横尾委員 ○

岩村委員 ○
岩本委員 ○
海野委員 ○
逢見委員 ○
大谷委員 ○
(参考人)
岡崎委員 ○
(参考人)
紙屋委員 ○
神田委員 ○
(参考人)
神野委員 ○

○ 毛利委員
○ 寺尾委員
○ 高原委員
○ 鈴木委員
○ 白川委員
○ 柴田委員
(参考人)
○ 齋藤正寧委員
(参考人)
○ 齋藤正憲委員
○ 小林委員

○ 村山課長 ○ 吉岡課長 ○ 伊藤課長 ○ 武田課長 ○ 吉田課長 ○ 城室長 ○ 鈴木木課長 ○ 木村参事官 ○ 宮崎室長

○ 下島企画官 ○ 榊原調整官 ○ 佐原室長 ○ 迫井企画官 ○ 屋敷室長 ○ 鳥山管理官 ○ 吉田管理官 ○ 木曾室長

傍聴者席

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

平成22年11月15日現在

<p>本 委 員</p>	<p>おうみ なおと 逢見 直人 かんだ まさあき 神田 真秋 ぬかや しんべい ◎糠谷 真平</p>	<p>日本労働組合総連合会副事務局長 全国知事会社会文教常任委員長、愛知県知事 独立行政法人国民生活センター顧問</p>
<p>臨 時 委 員</p>	<p>あべ よしひろ 安部 好弘 いわむら まさひこ 岩村 正彦 いわもと やすし 岩本 康志 おおたに たかこ 大谷 貴子 おかざき せいや 岡崎 誠也 かみや かつこ 紙屋 克子 けんぼう かずお 見坊 和雄 こばやし たけし 小林 剛 さいとう まさのり 齊藤 正憲 さいとう まさやす 齋藤 正寧 しばた まさと 柴田 雅人 しらかわ しゅうじ 白川 修二 すずき くにひこ 鈴木 邦彦 たかはら あきら 高原 晶 ひぐち けいこ 樋口 恵子 よこお としひこ 横尾 俊彦 わたなべ みつお 渡辺 三雄 わだ よしたか 和田 仁孝</p>	<p>日本薬剤師会常務理事 東京大学大学院法学政治学研究科教授 東京大学大学院経済学研究科教授 全国骨髓バンク推進連絡協議会会長 全国市長会国民健康保険対策特別委員長、高知市長 静岡県立大学大学院看護学研究科教授 全国老人クラブ連合会相談役・理事 全国健康保険協会理事長 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会長 全国町村会行政部会長、秋田県井川町長 国民健康保険中央会理事長 健康保険組合連合会専務理事 日本医師会常任理事 諫早医師会会長 NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長 全国後期高齢者医療広域連合協議会会長 日本歯科医師会常務理事 早稲田大学法学学術院教授</p>
<p>専 門 委 員</p>	<p>あま きょうこ 阿真 京子 いのうえ きよなり 井上 清成 うんの のぶや 海野 信也 かんの まさひろ 神野 正博 てらお としひこ 寺尾 俊彦 もうり たえこ 毛利 多恵子</p>	<p>「知ろう！小児医療 守ろう！子ども達の会」代表 弁護士 日本産科婦人科学会医療改革委員会委員長 全日本病院協会副会長 日本産婦人科医会会長 日本助産師会副会長</p>

(注1)◎印は部会長である。

(注2)専門委員は「平成23年度以降の出産育児一時金制度の在り方の検討」を専門事項とする。

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

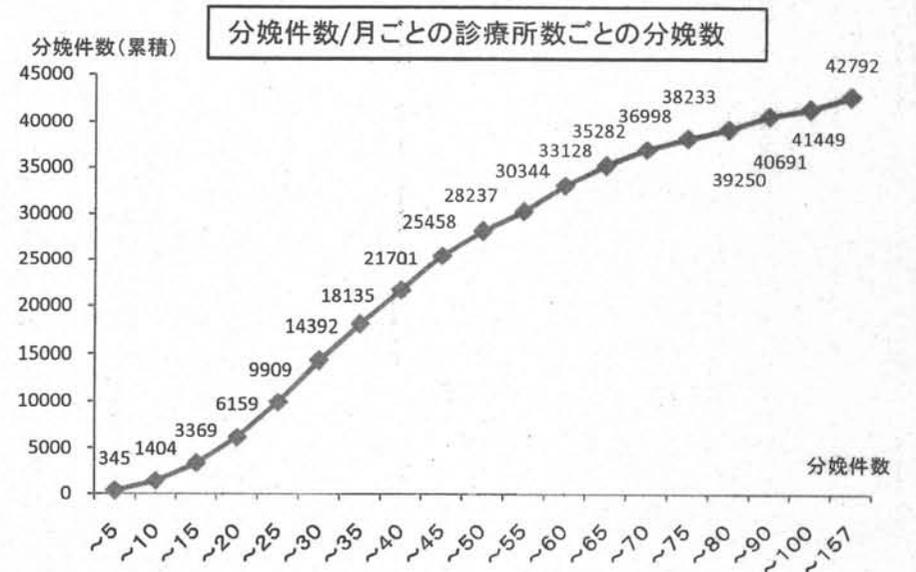
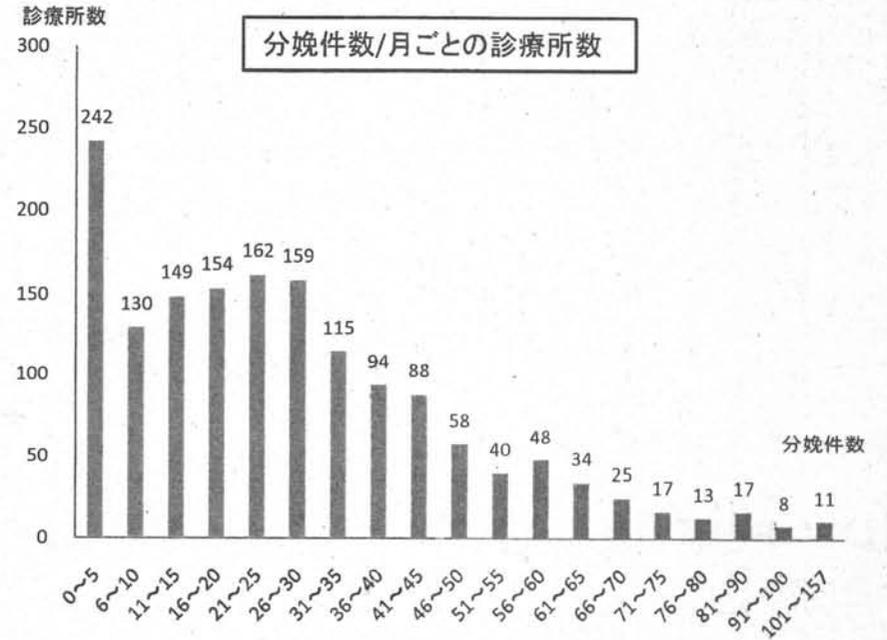
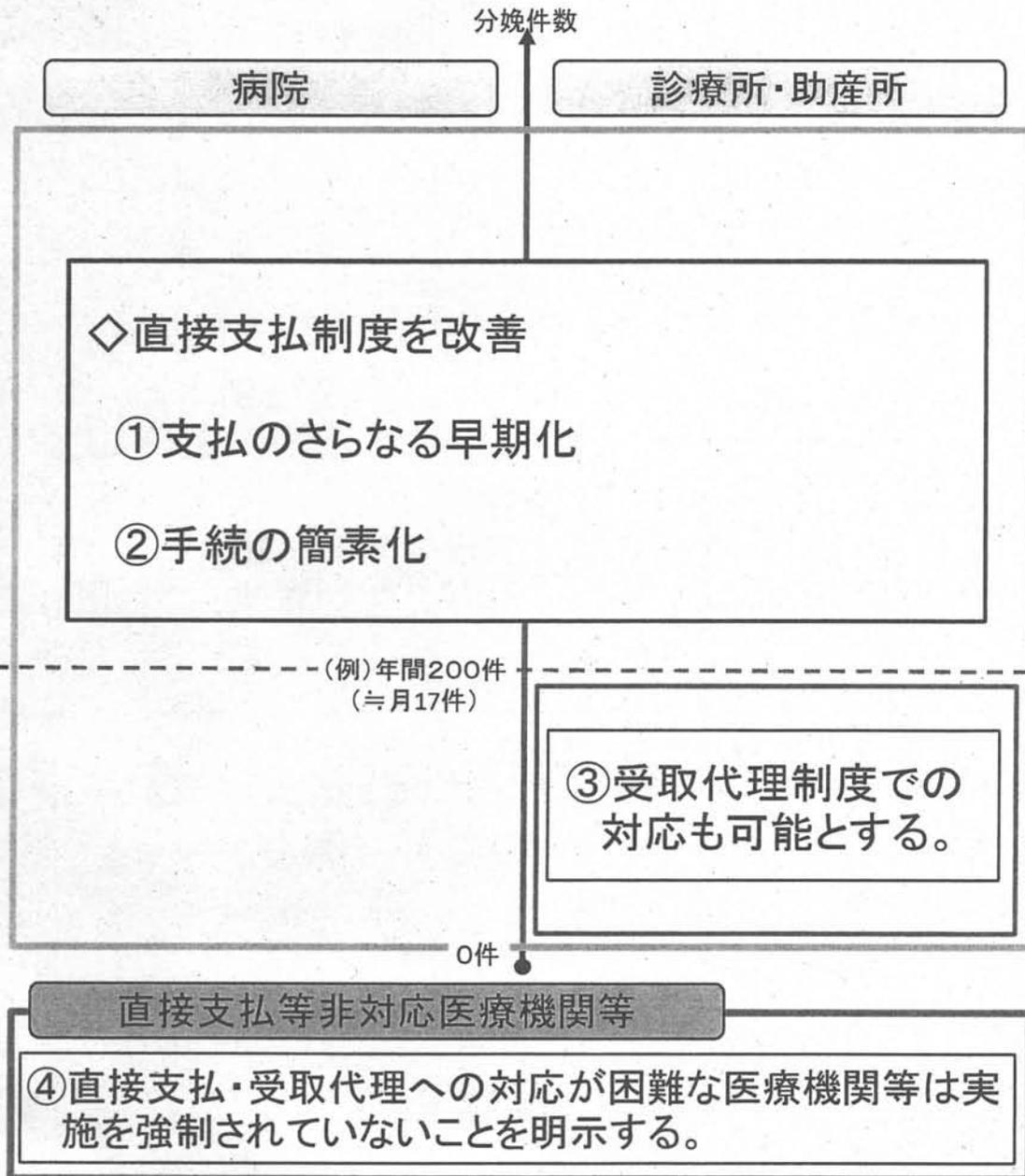
①支払のさらなる早期化

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)

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。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。

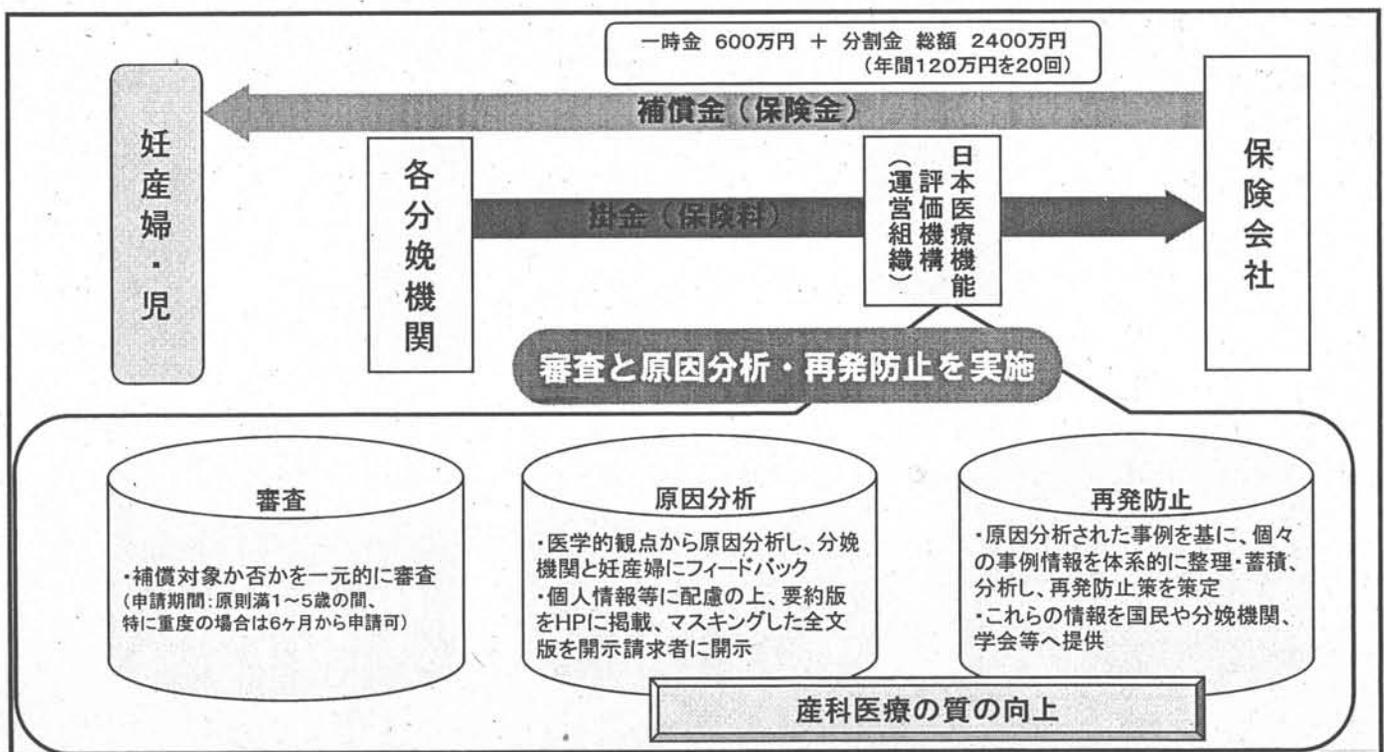
その他

- 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 —

都道府県別状況

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

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

(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

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。

- 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	
		申請	妊娠中	出産直前	妊娠中	出産直前	妊娠中
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。

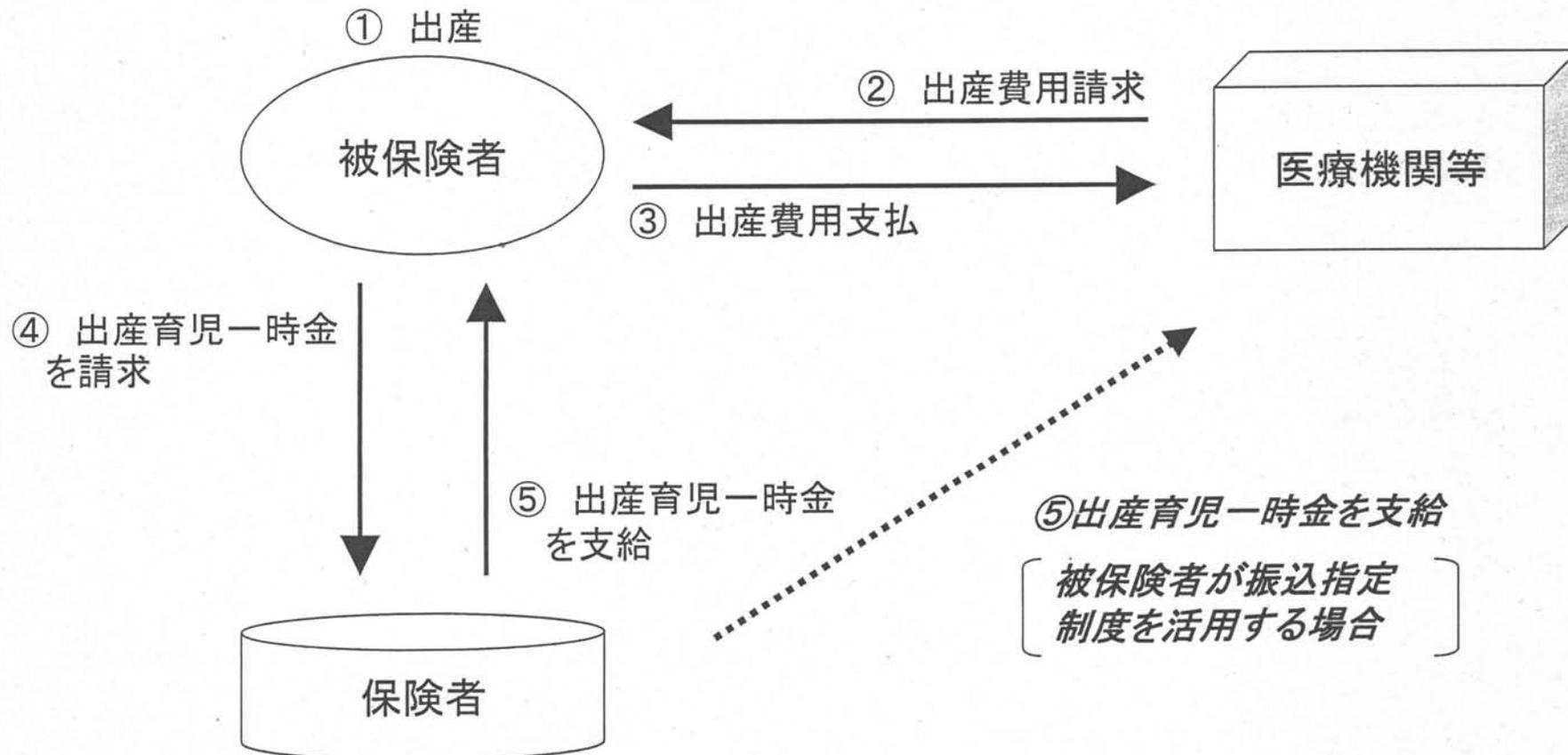
なお、直接支払制度だとすると、支払機関が介在しているため、緊急かつ柔軟な対応が難しい。

(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

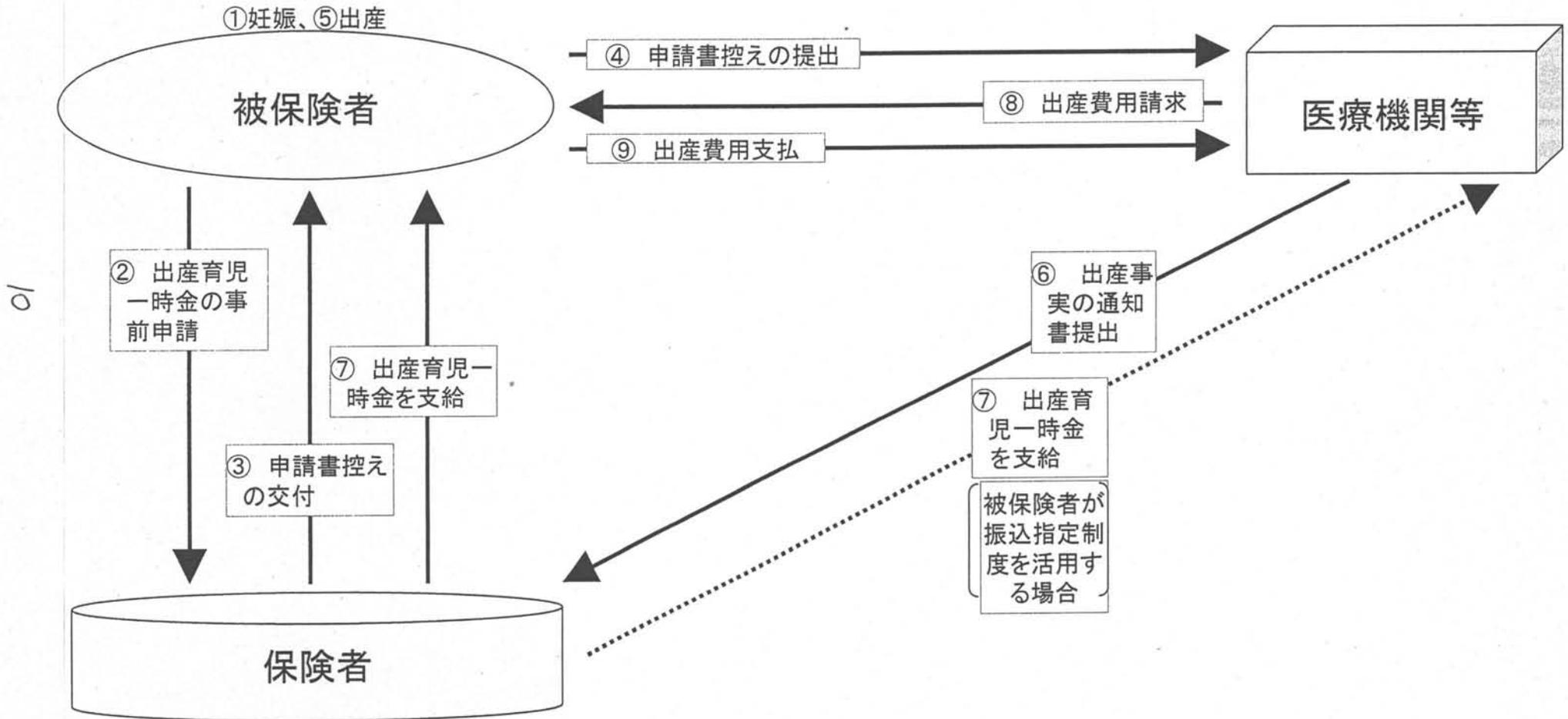
事後申請型(直接支給タイプと受取代理タイプ)



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)



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 千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？

保険局（素案）2頁「対応案の具体的な考え方について」に対する反対意見（要旨）

平成22年11月15日

井上 清成（弁護士）

保険局（素案）2頁	反対意見（要旨）
(1項目) 妊婦等の負担軽減	受取代理による即時支払や事務代行も妊婦に同じ効果あり。分娩機関や保険者に対し、むしろ直接支払制度だと負担増大。
(1項目) 医療機関等における未収金の減少	受取代理も同じ非典型担保で、担保的機能は同じ。むしろ、事前申請だと妊婦とコミュニケーションをとりやすくなり、未収金減少の効果は一層大きい。
(6項目) 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	申請方法は、償還払いと受取代理では同じ申請用紙1枚であり、全く同一。支払方法は、妊産婦口座への振込か、分娩機関口座への振込かになり、どちらか一つで、保険者の負担は変わらないのが通常。
(8項目) 保険加入関係の変更のため、一律に事前申請制とするのは、保険者、妊婦等に負担	保険加入関係が変更しても、事前申請の保険者変更は不要が原則。保険者にも妊婦等にも負担はない。むしろ、変更後の申請しかない直接支払制度で、前保険者への変更が必要になるなど混乱し、かえって負担が大。

〈疑問点〉7項目の「医療機関等による選択制」とは、どういう意味か？

「等」とは誰を意味するのか。「選択」とは誰かが任意に選択できるという意味なのか、それとも別の意味か。

直接支払制度の手続を省令で規定するのは法治主義の要請に応えない

平成22年11月15日

井上 清成 (弁護士)

1 直接支払制度の法的仕組み

直接支払制度は、専用請求書による支払請求、支払機関における支払審査、出産育児一時金の代理受領の組合わせによって成り立っている一つの法的仕組みである。

2 法規命令と法治主義

- (1) 「多くの場合、政令・省令は、行政庁の権限配分や下位官庁への権限委任、給付・役務の内容に関する細則、給付・役務の請求や支給の手続等を定めている。これらは法規命令である。」(岩村正彦「社会保障法Ⅰ」弘文堂27頁)
- (2) 「法規命令についてはいろいろな角度からの分類が可能であるが、」
「法律との関係からする区別として、委任命令と執行命令の区別がある。」「執行命令とは、権利・義務関係の内容自体でなく、その内容の実現のための手続に関するものである。」「執行命令は、権利・義務の内容を新たに定立するのではないというので、具体の法律の根拠は必要でない」とされる。」(塩野宏「行政法Ⅰ〔第五版〕行政法総論」有斐閣94頁)
- (3) 「法的仕組み自体が法規命令に委ねられることでは、法治主義の要請に応えないと考えられる。」(塩野・同上98頁)

3 直接支払制度を省令で規定？

直接支払制度は、健康保険法にその存在を伺わせる規定が全くない。逆に、実質的に譲渡もしくは担保である代理受領（直接支払制度）を嫌悪する趣旨の規定（健康保険法第61条・受給権の保護）が存在する。

したがって、直接支払制度の手続を省令で規定するのは、法的仕組み自体が法規命令に委ねられることになってしまうので、法治主義の要請に応えないと考えられよう。

4 (参考) 高校授業料実質無償化政策との対比

文部科学省所管の事例ではあるが、高校授業料実質無償化政策でも「代理受領」の法技術を用いている。しかしながら、そこでは法治主義の要請に応えるため、適切に法律で定めを置いた。この点、同じく「代理受領」の法技術を用いているとは言いながら、保険局（素案）とは決定的に異なっている。

「公立高等学校に係る授業料の不徴収及び高等学校等就学支援金の支給に関する

る法律（平成22年3月31日法律第18号）」抜粋

第4条（受給資格）

高等学校等就学支援金（以下「就学支援金」という。）は、私立高等学校等に在学する生徒…に対し、当該私立高等学校…における就学について支給する。

第7条（就学支援金の支給）

都道府県知事…は、受給権者に対し、就学支援金を支給する。

第8条（代理受領等）

支援対象高等学校等の設置者は、受給権者に代わって就学支援金を受領し、その有する当該受給権者の授業料に係る債権の弁済に充てるものとする。

第12条（受給権の保護）

就学支援金の支給を受ける権利は、譲り渡し、担保に供し、又は差し押さえることができない。

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		医療保険収入	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	正常分娩費用収入

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

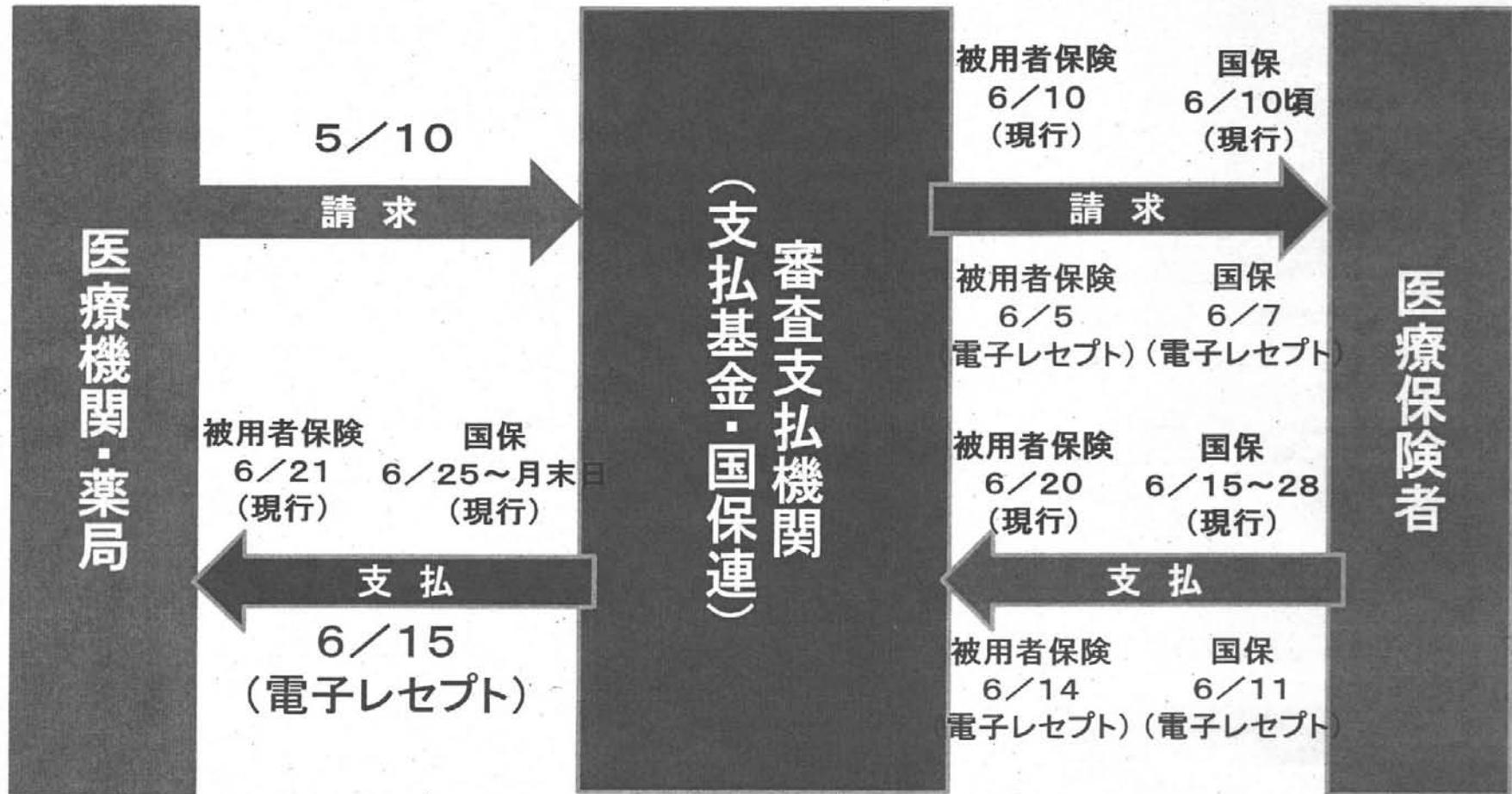
平成22年11月15日

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							
	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							
	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								

※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の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

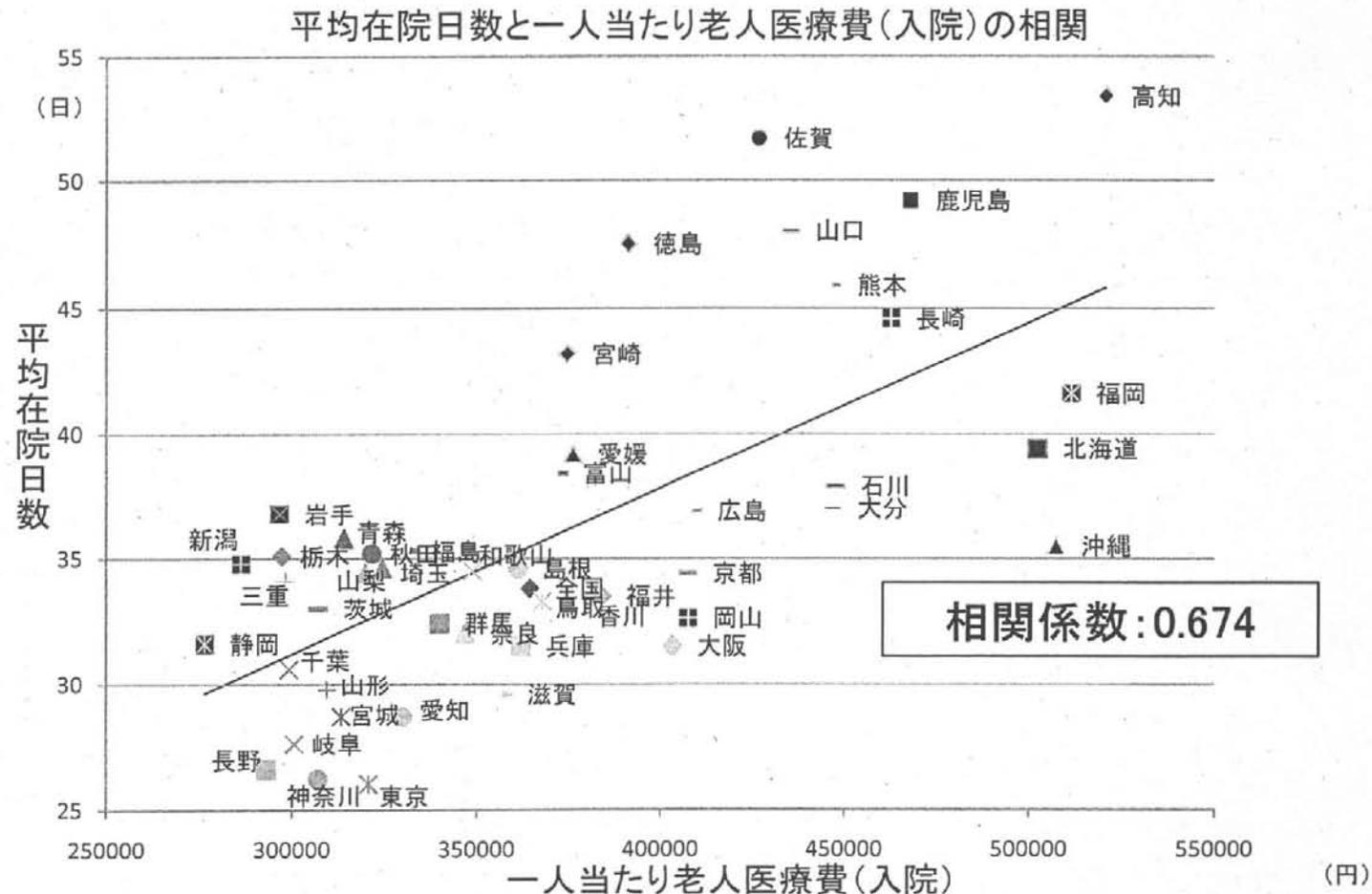
(単位:日)

	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:日)					(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つ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 策 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、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出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出向いてもらう形が「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担）]
- 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。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。

◎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。

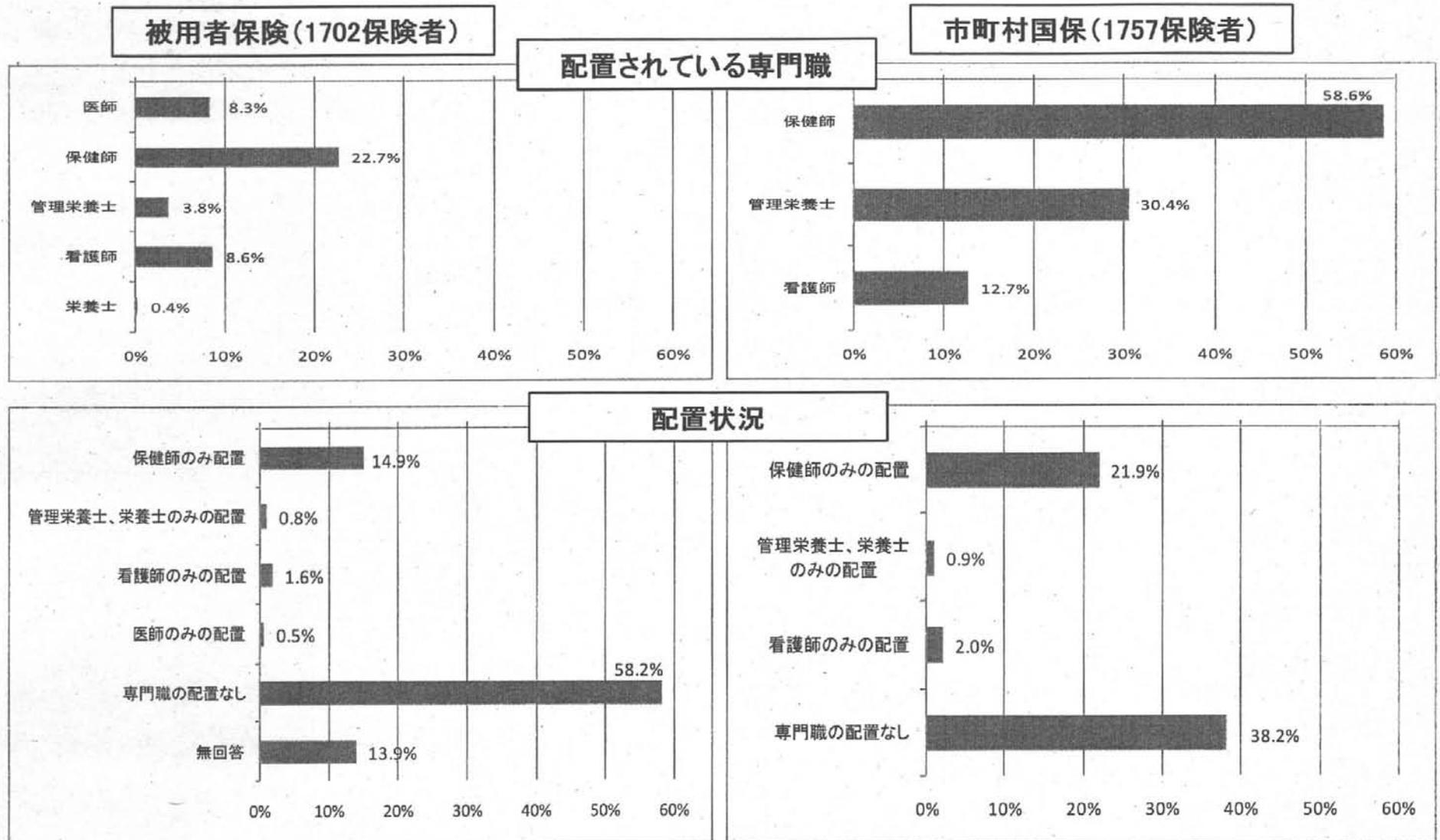
各中央団体において調査票を取りまとめ、厚生労働省へ提出。

○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。

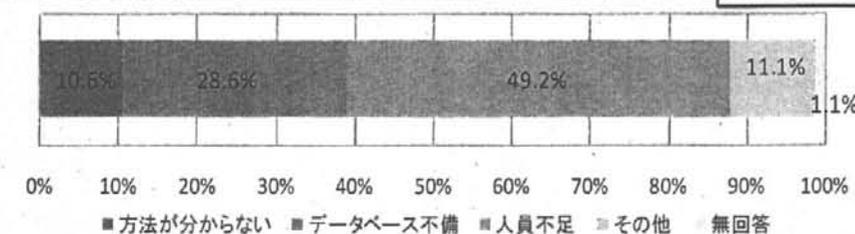
被用者保険(1702保険者)

集計・分析の実施の状況

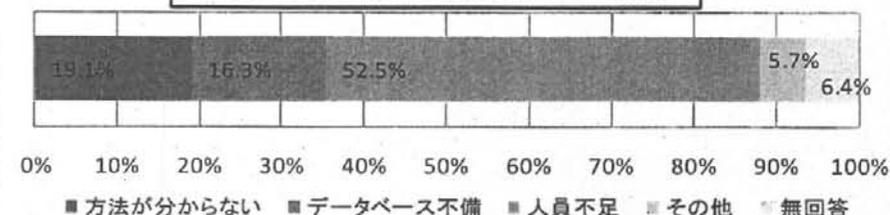
市町村国保(1757保険者)



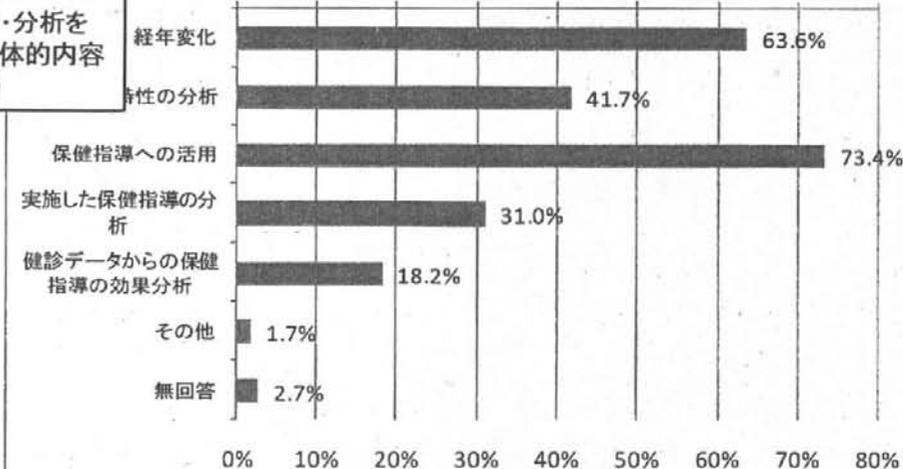
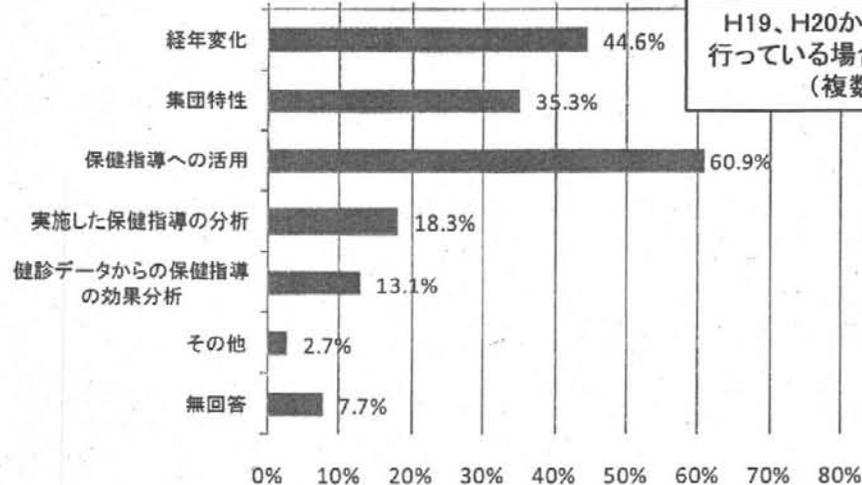
行う予定なしの理由



※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)



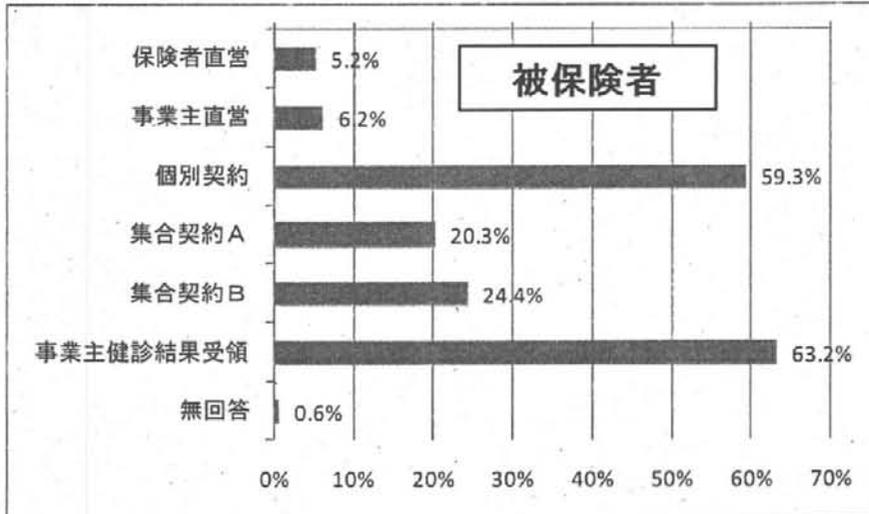
※「H19年以前から」「H20以降から行っている」と回答した保険者について集計

特定健康診査の実施状況

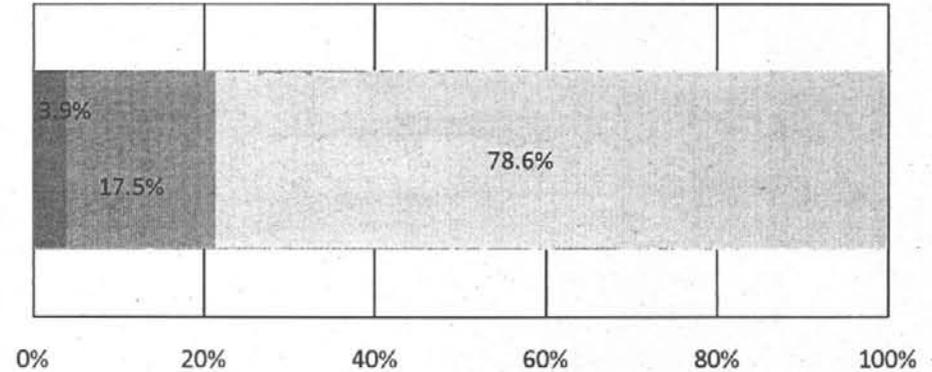
特定健康診査の直営・委託の状況(複数回答)

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。

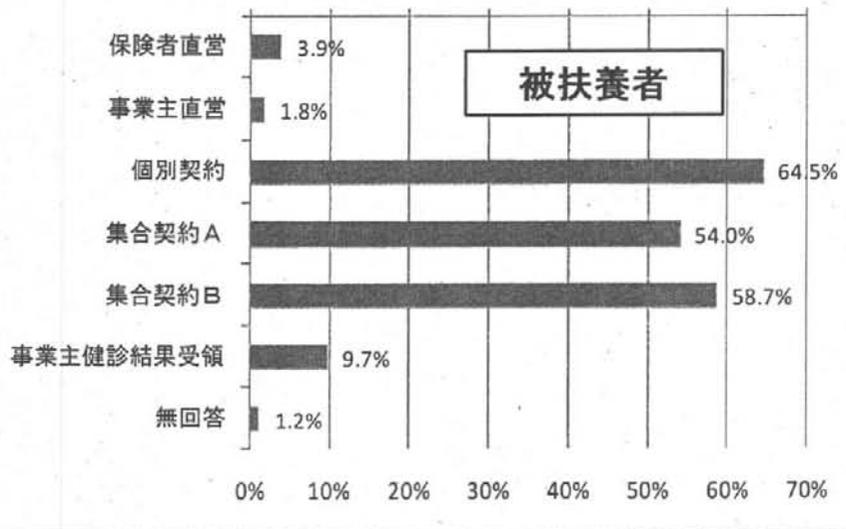
被用者保険(1702保険者)



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

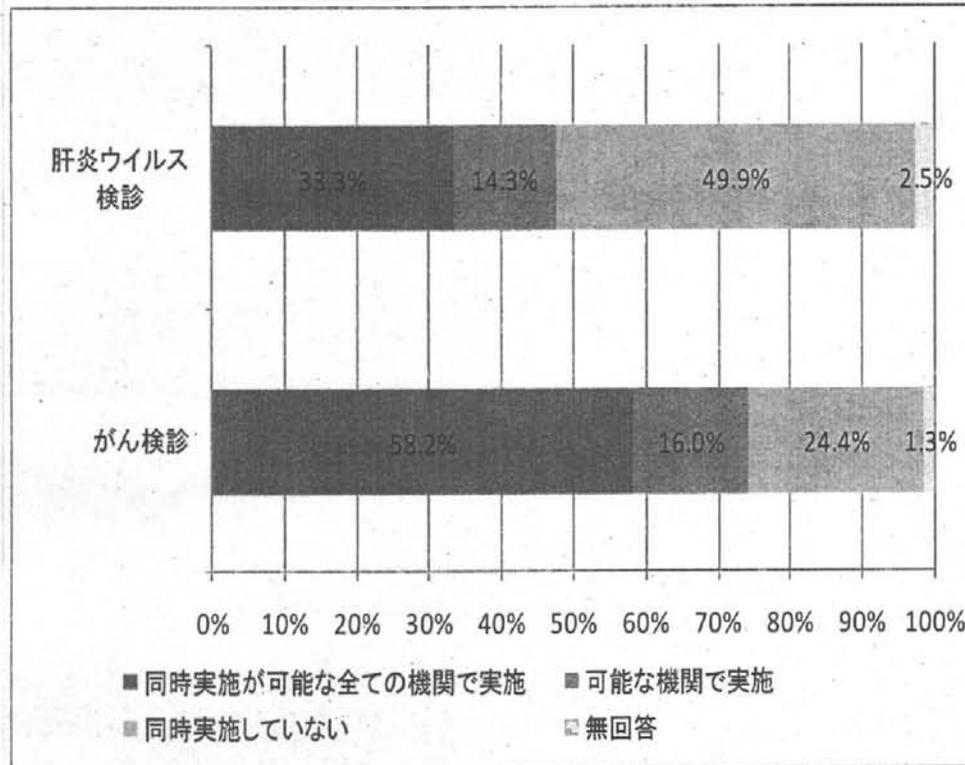


他の検診等との同時実施の状況

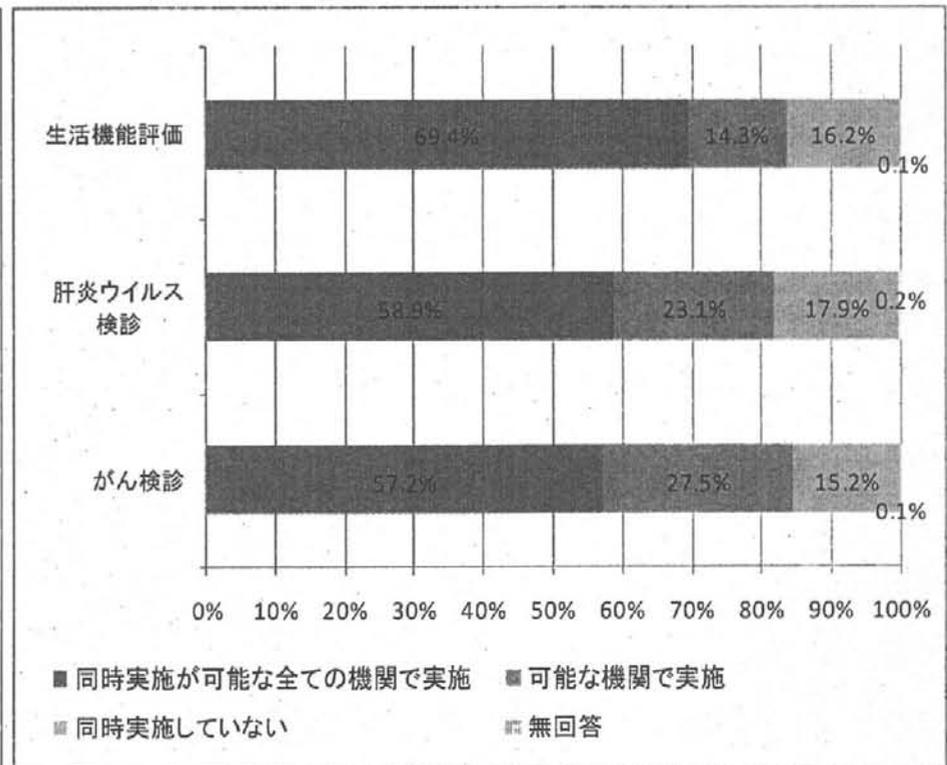
特定健診と他の検診等との同時実施の状況について、市町村国保においては、生活機能評価との同時実施を行っており、また半数超の保険者が全ての実施機関等で他の検診との同時実施を行っていた。

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)

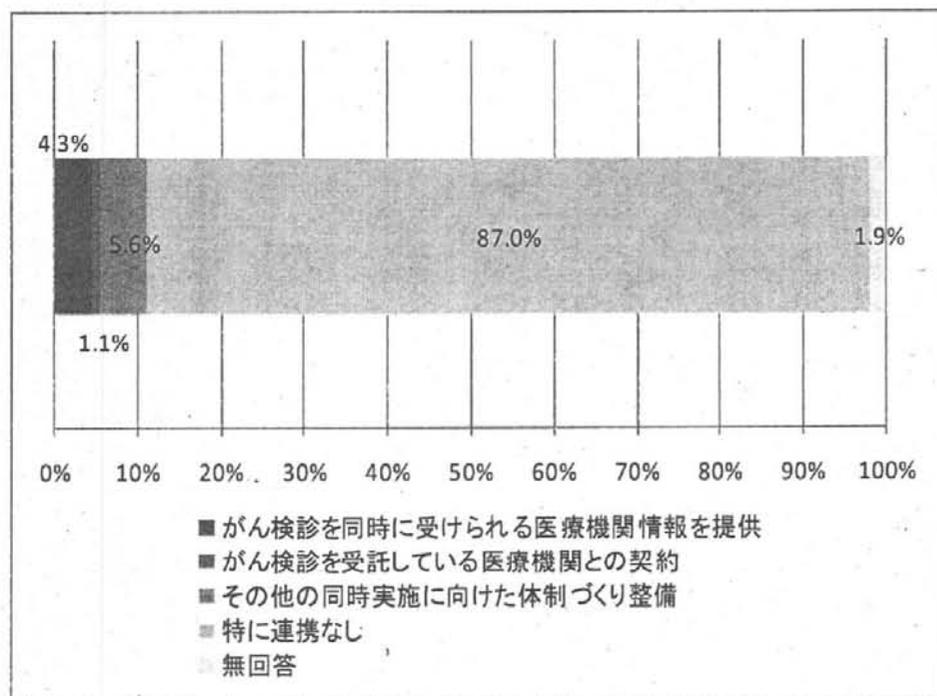


(注)「同時実施」とは、同日に同会場で特定健康診査以外の他検診を受診できる体制を整備していることを指す。

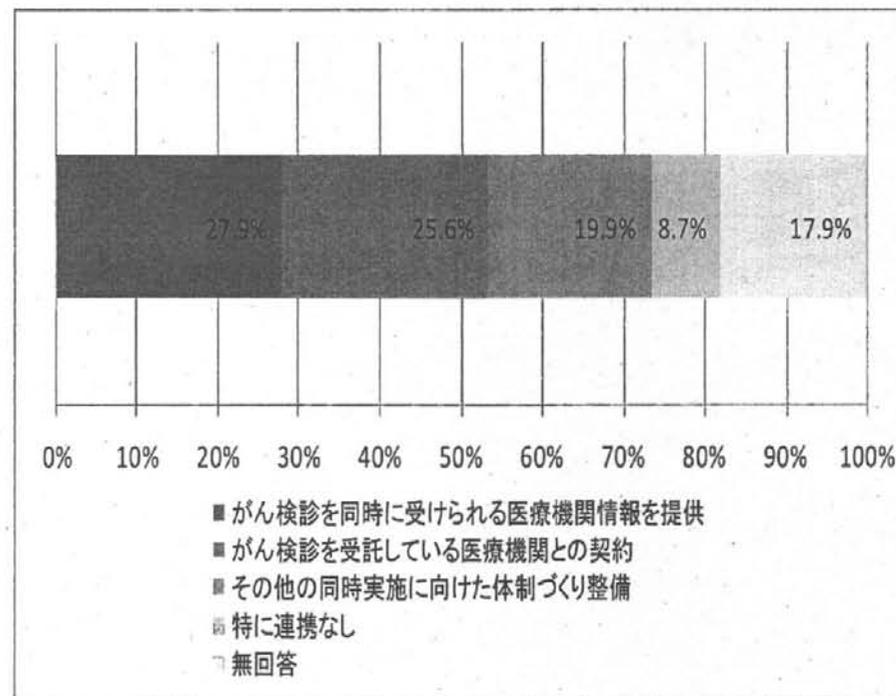
市町村のがん検診との同時実施に向けた連携の状況

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)



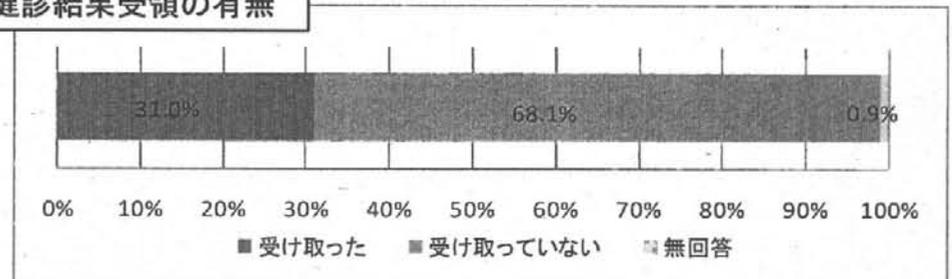
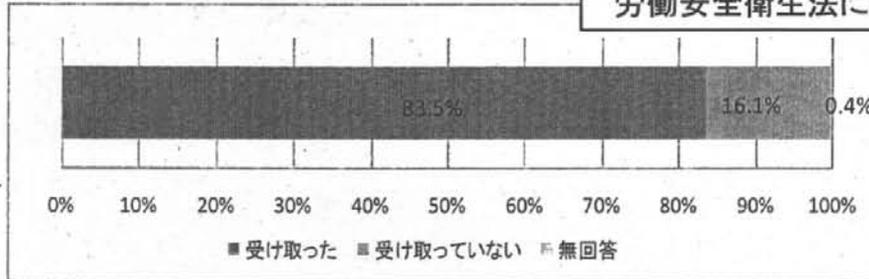
労働安全衛生法に基づく健康診査結果の受領状況

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。

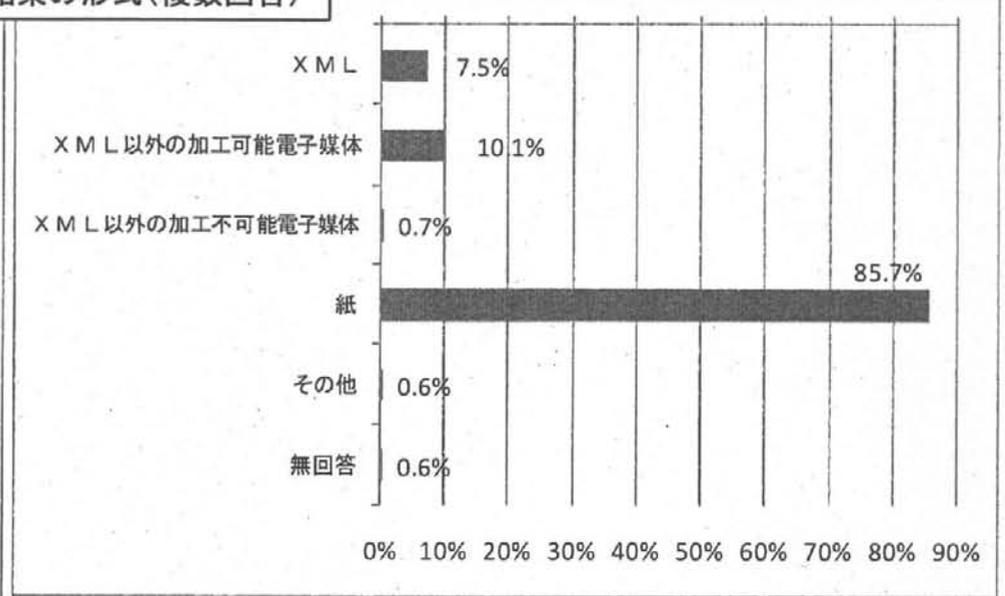
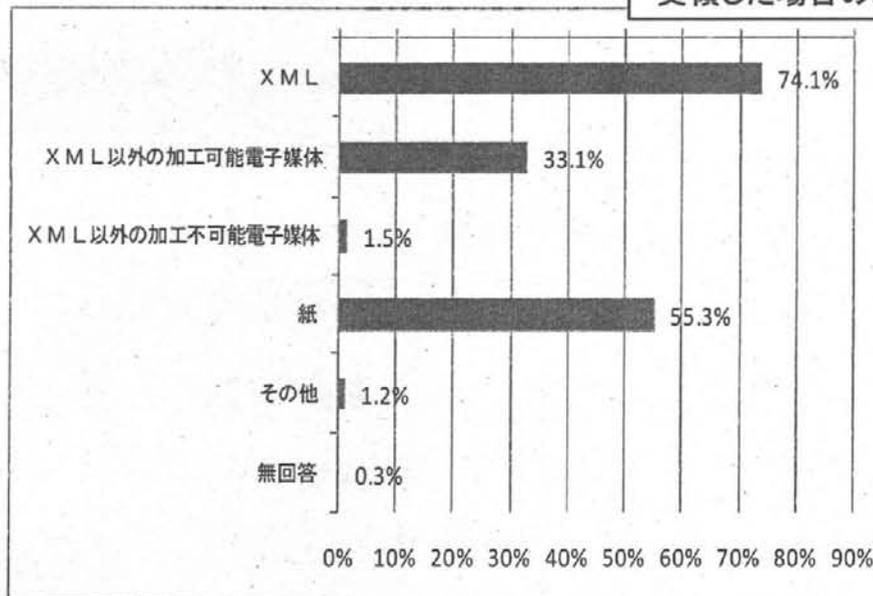
被用者保険(1702保険者)

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)



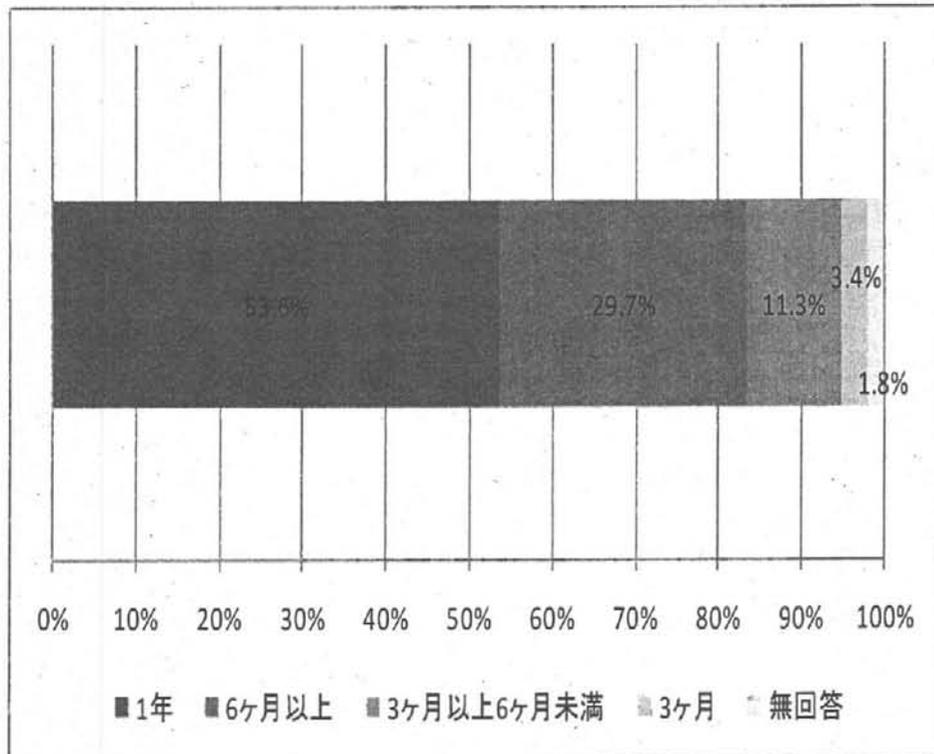
※受け取ったと回答した保険者について集計

特定健康診査実施期間

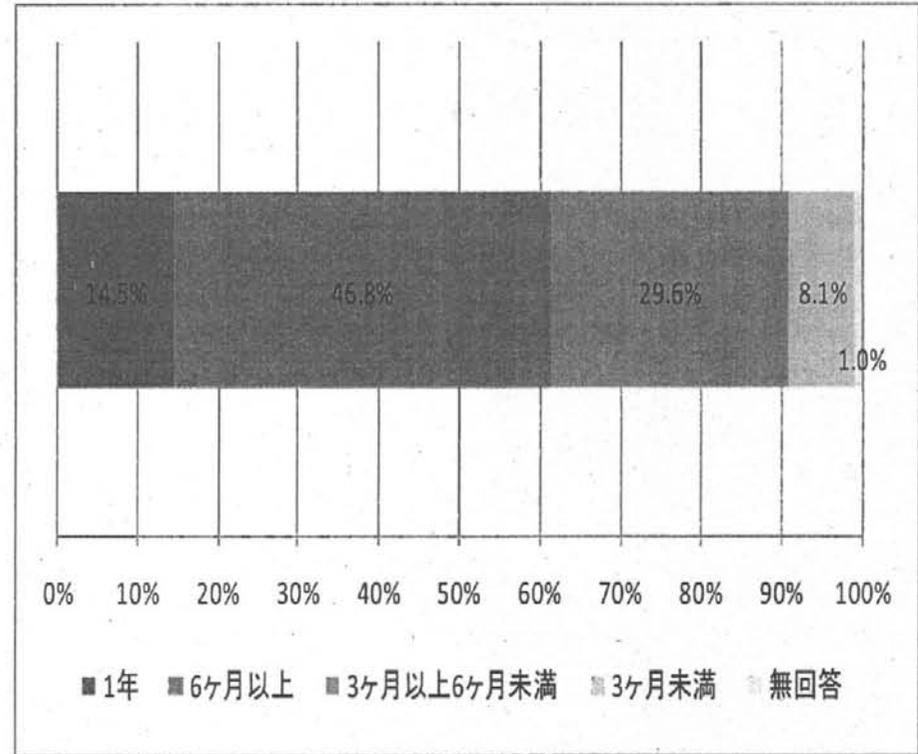
被用者保険(直営又は個別契約により実施を委託している者のみ)については、年間を通して特定健診実施を可能としている者が最も多く、市町村国保においては、6ヶ月～1年未満の健診期間を設けている者が最も多い。

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)

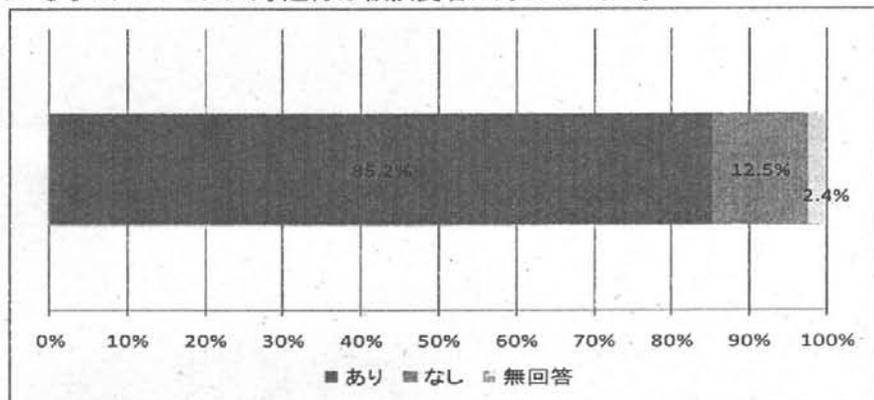


受診券・案内等の個別送付の実施状況(被用者保険)

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。

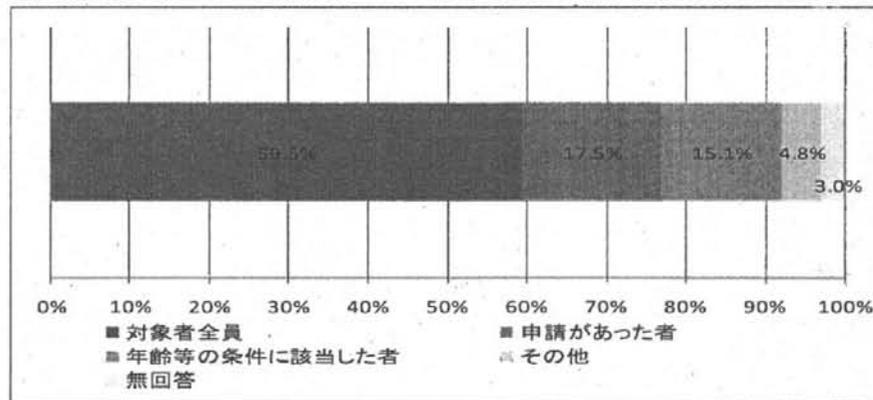
個別送付の有無(1140保険者)

※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。



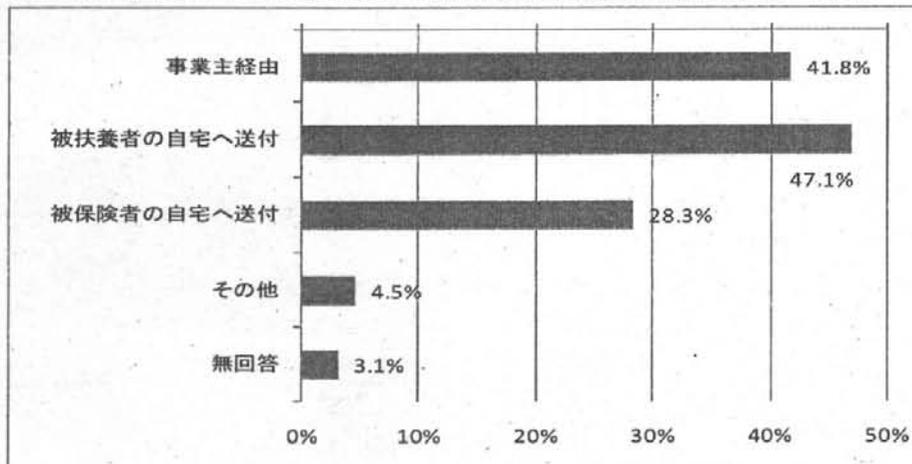
個別送付の対象者(971保険者)

※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。



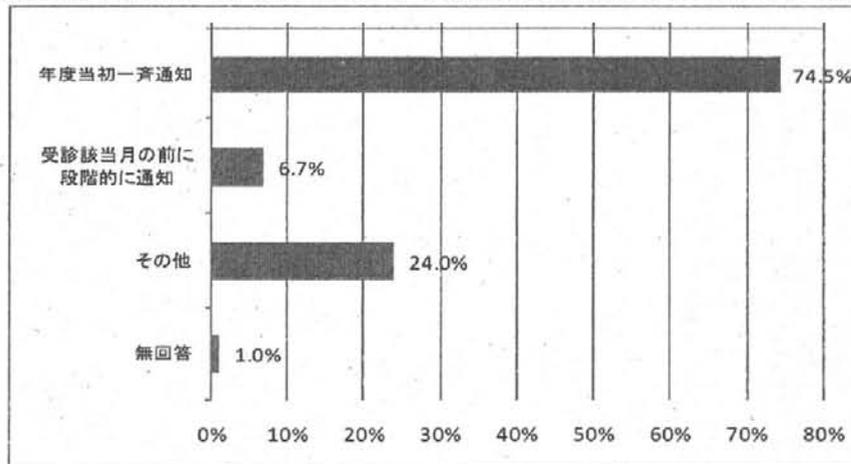
送付方法【複数回答】(971保険者)

※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)

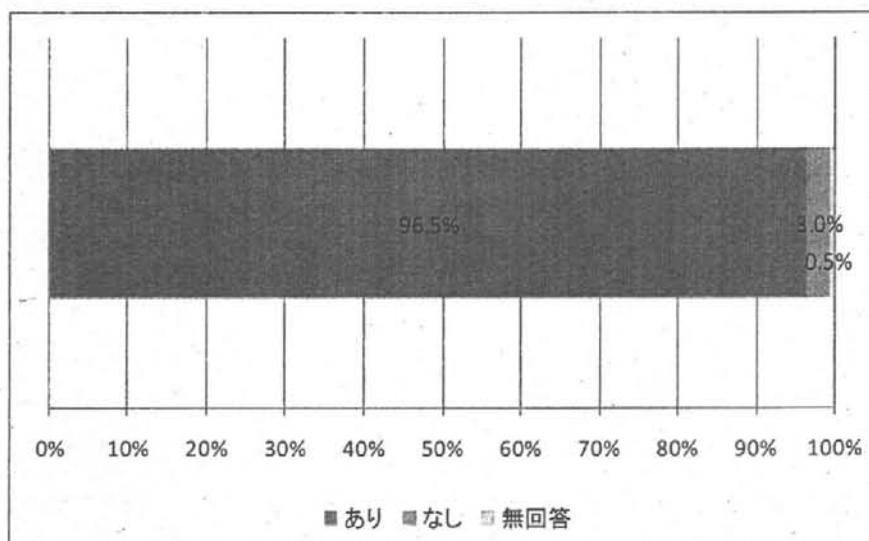
※個別送付を行っている保険者のみで集計。送付は被扶養者に対してのもの。



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。

