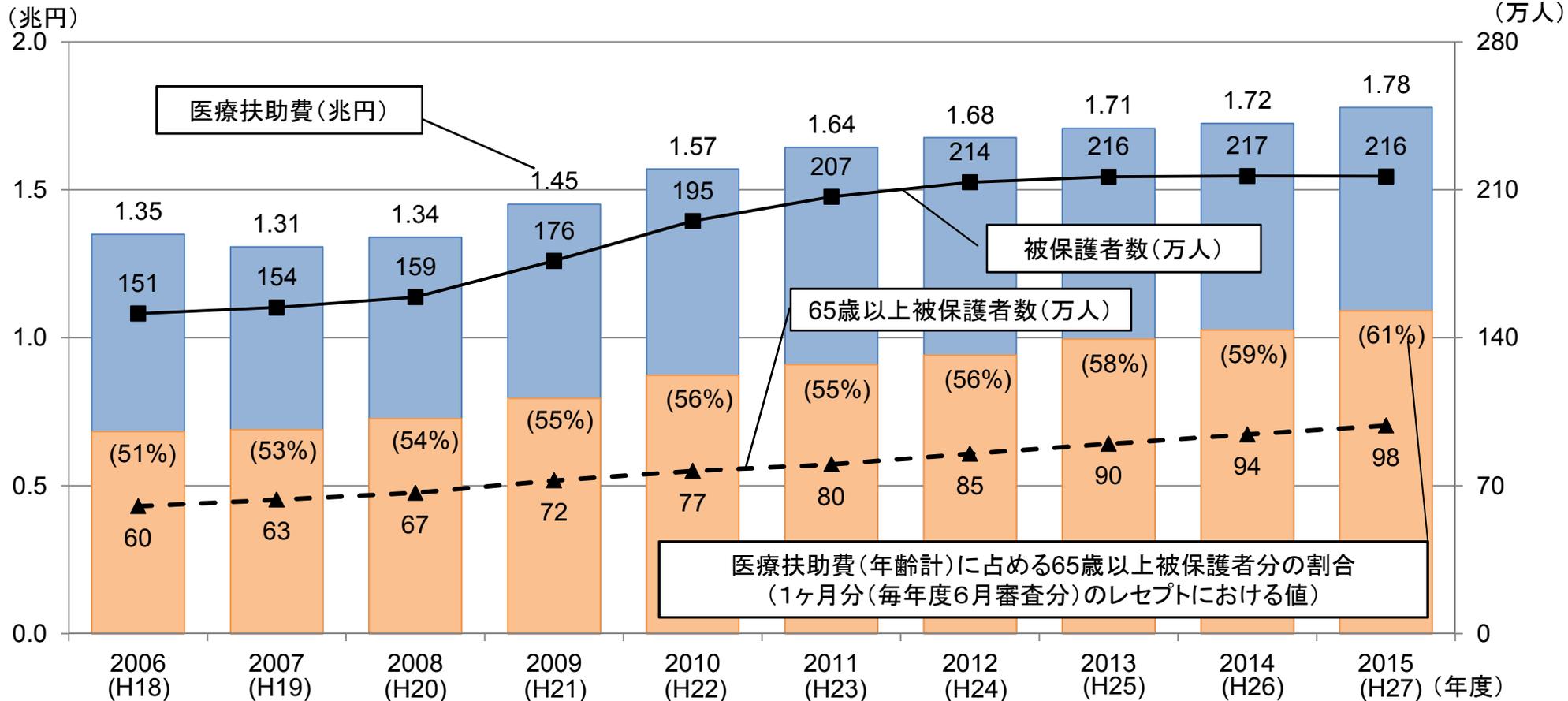


医療扶助の適正化・ 生活保護受給者の健康管理について

医療扶助費の動向

○ 医療扶助費については

- ・ 世界金融危機(2007～2008年度)後、被保護者数の増加に伴い増加した。
- ・ また、被保護者の高齢化の影響により、近年も増加傾向にある。



注1：医療扶助費（年齢計）に占める65歳以上被保護者分の割合については、医療扶助実態調査における医科及び調剤（平成19年度以前は医科のみ）の決定点数の計に占める65歳以上の者に係る決定点数の割合としている。

注2：65歳以上被保護者数は、被保護者数（年齢計）に被保護者調査（年次調査）における65歳以上被保護者割合を乗じた形で推計している。

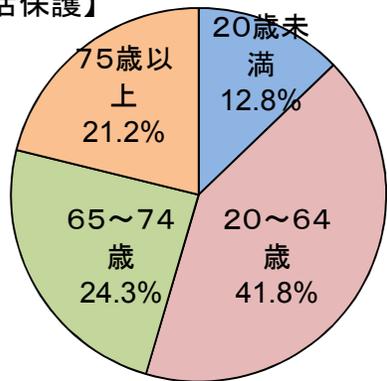
資料：生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査（平成23年度以前は被保護者一斉調査）、医療扶助実態調査

医療扶助の特性

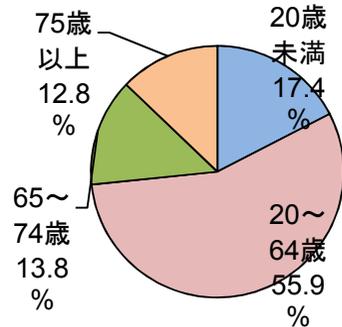
○年齢階級別被保護者数構成割合(平成27年7月)

被保護者の年齢別の割合をみると、65歳以上の者が4割以上を占めている。

【生活保護】



【参考】総人口

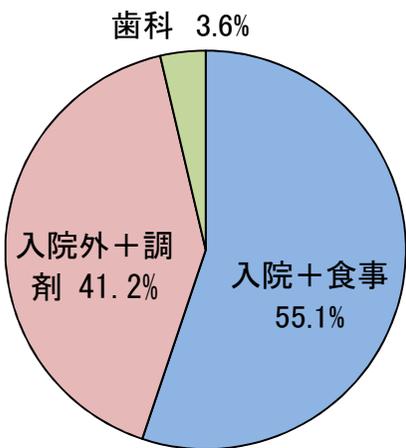


資料: 被保護者調査(平成27年)、国勢調査(平成27年)

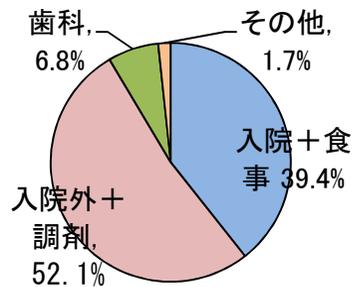
○診療種別医療扶助費構成割合

医療扶助費の約6割を入院が占めている。

【生活保護】



【参考】国民医療費

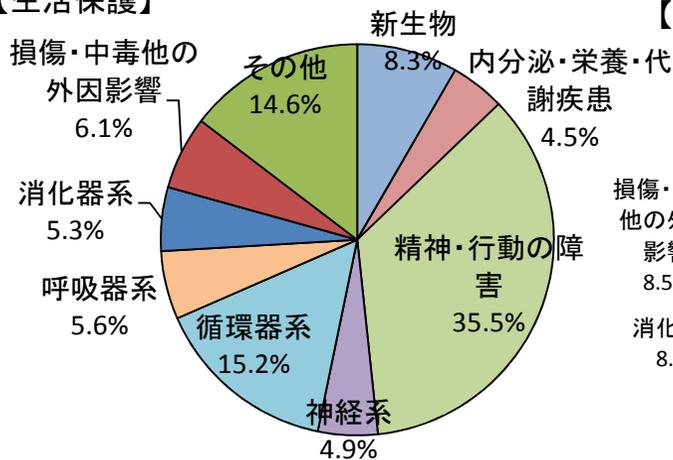


資料: 医療扶助実態調査(平成27年)、国民医療費の概況(平成26年)

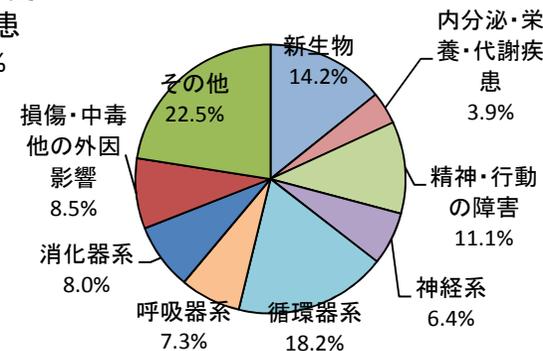
○医療扶助における傷病分類別レセプト件数の構成割合<入院>

医療保険に比べ、精神・行動の障害の割合が高い。

【生活保護】



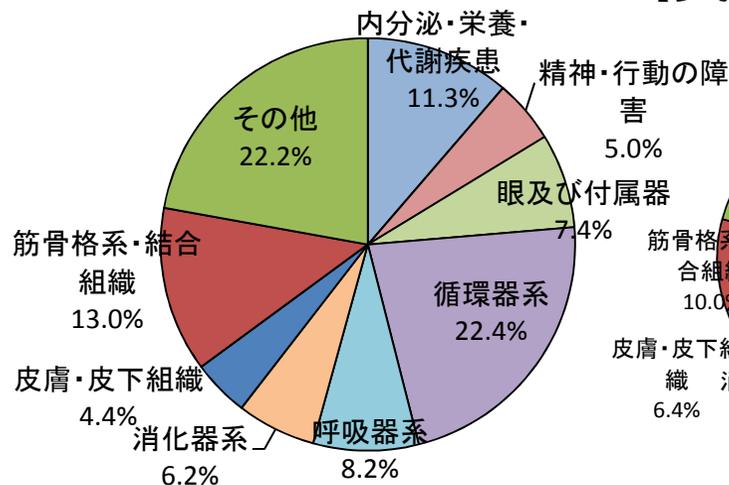
【参考】医療保険



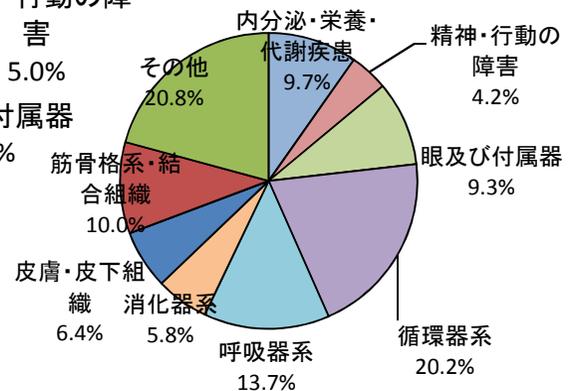
<入院外>

医療保険とほぼ同様の構成割合となっている。

【生活保護】



【参考】医療保険



注: 医療扶助については、自立支援医療(精神通院医療等)、他の法令等による給付がある場合は当該給付が優先される。
資料: 医療扶助実態調査(平成27年6月審査分)、平成25年度医療給付実態調査

医療扶助費の伸びの要因分解

- 平成20年度以降の医療扶助の伸びを要因分解してみると、平成25年度までは被保護者数の増加に伴う影響が大きかったが、平成26年度以降、高齢化等、年齢構成の変化による影響が大きくなっている。
- また、その他の影響についてはマイナス傾向が続いていたが、平成27年度についてはプラスに転じている。

	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
医療扶助費の伸び率 ①	2.4%	8.4%	8.2%	4.7%	2.0%	1.9%	1.0%	3.2%
被保護者数の増加による影響 ②	3.2%	10.7%	10.7%	5.9%	3.3%	1.2%	0.2%	-0.1%
被保護者の年齢構成の 変化(高齢化等)の影響 (注1) ③	0.5%	-0.2%	-0.8%	-0.0%	0.9%	1.1%	1.4%	1.4%
その他の影響 ・診療報酬改定 (注2) ・医療の高度化 ・医療扶助費の適正化対策の効果 等 ①-(②+③)	-1.3%	-2.1%	-1.7%	-1.2%	-2.2%	-0.4%	-0.6%	1.9%
(参考) 医療全体の診療報酬改定	-0.82%		0.19%		0.004%		0.1%	

注1：被保護者の年齢構成の変化の影響は、前年度の年齢階級別1人当たり医療扶助費と当該年度の年齢階級別被保護者数から推計している。

注2：医療全体と医療扶助とは、診療行為の構成比が異なるため、医療扶助における診療報酬改定の影響は医療全体におけるものとは異なる。

資料：生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査（平成23年度以前は被保護者一斉調査）、医療扶助実態調査

(参考) 国民医療費の伸び率の要因分解

○ 人口及び報酬改定の影響を除いた医療費の伸びは近年1%程度であったが、平成27年度は3%近い水準。この「その他」の要因には、医療の高度化、患者負担の見直し等種々の影響が含まれる。

	平成20年度 (2008)	平成21年度 (2009)	平成22年度 (2010)	平成23年度 (2011)	平成24年度 (2012)	平成25年度 (2013)	平成26年度 (2014)	平成27年度 (2015)
医療費の伸び率 ①	2.0%	3.4%	3.9%	3.1%	1.6%	2.2%	1.9%	3.8%
診療報酬改定 (消費税対応分を除く) ②	-0.82%		0.19%		0.004%		-1.26%	
人口増の影響 ③	-0.1%	-0.1%	0.0%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%
高齢化の影響 ④	1.3%	1.4%	1.6%	1.2%	1.4%	1.3%	1.2%	1.2%
診療報酬改定のうち、 消費税対応の影響 ⑤							1.36%	
その他 (①-②-③-④-⑤) ・医療の高度化 ・患者負担の見直し 等	1.5%	2.2%	2.1%	2.1%	0.4%	1.1%	0.7%	2.7%
制度改正	H20.4 未就学 2割負担						H26.4 70-74歳 2割負担 (※)	

注1: 医療費の伸び率は、平成26年度までは国民医療費の伸び率、平成27年度は概算医療費(審査支払機関で審査した医療費)の伸び率であり、医療保険と公費負担医療の合計である。

注2: 平成27年度の高齢化の影響は、平成26年度の年齢階級別(5歳階級)国民医療費と平成27年度の年齢階級別(5歳階級)人口からの推計である。

注3: 「診療報酬改定のうち、消費税対応の影響」とは、消費税率引上げに伴う医療機関等の課税仕入れにかかるコスト増への対応分を指す。

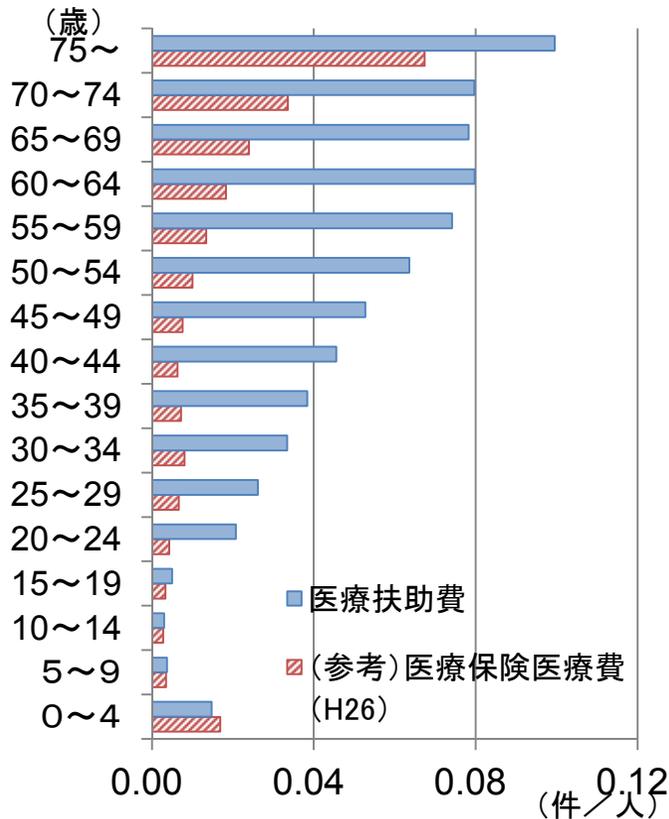
注4: 平成26年度における診療報酬改定の改定率は、②と⑤を合計した0.10%であった。

※70-74歳の者の一部負担金割合の予算凍結措置解除(1割→2割)。平成26年4月以降新たに70歳に達した者から2割とし、同年3月までに70歳に達した者は1割に据え置く。

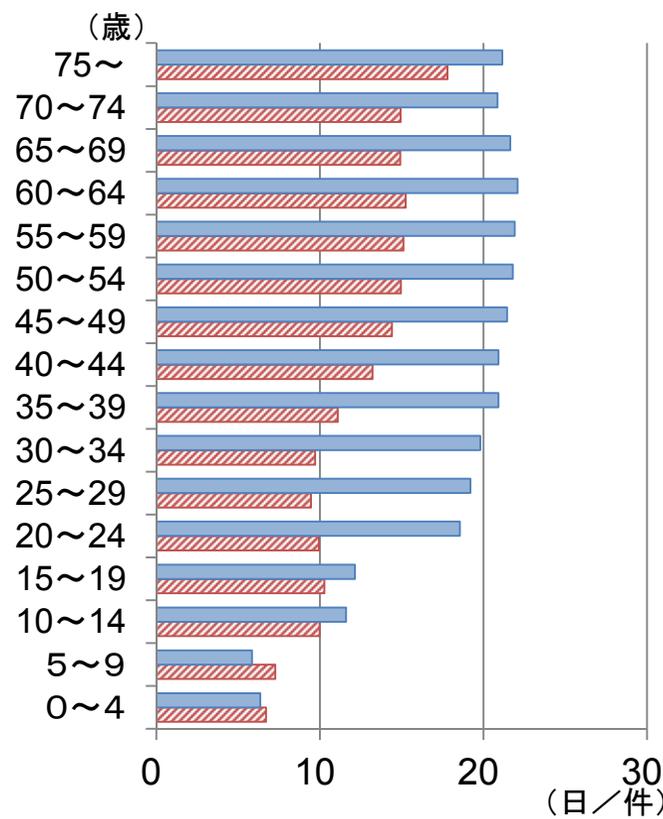
年齢階級別 被保護者1人当たり医療扶助費(月額) 三要素(入院) (平成27年6月審査分)

○ 入院(食事・生活療養を含む)に係る1人当たり医療扶助費(月額)を要素別に分解し、医療保険と比較すると、受診率の差が最も大きくなっている。一方、1日当たり医療(扶助)費はいずれの年齢階級も医療扶助の方が低くなっている。

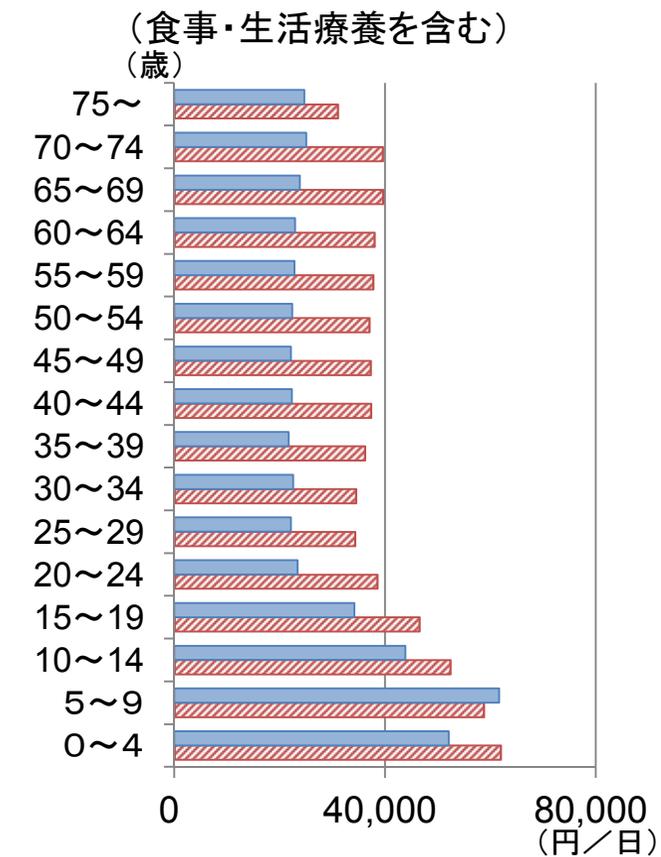
受診率



1件当たり日数



1日当たり医療(扶助)費



注1: 「受診率」とは、1ヶ月間における被保護者1人当たりのレセプト枚数(患者が利用した医療機関数の延べ数)を指す。なお、医療保険医療費の受診率は比較のため、年度ベースのものを12で割ったものとしている。

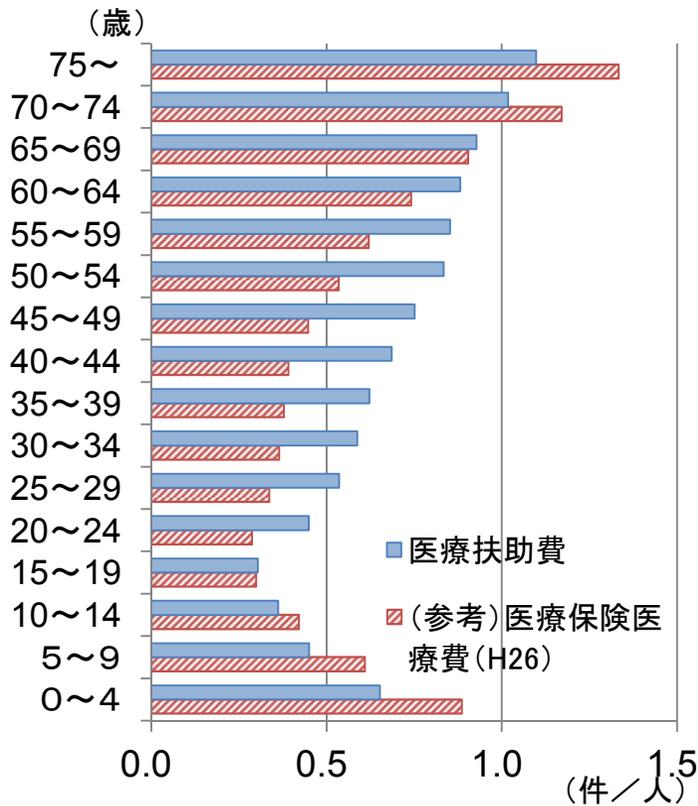
注2: 「1件当たり日数」とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数を指す。

資料: 第63回医療扶助実態調査(平成27年6月審査分)特別集計、平成27年度被保護者調査(年次調査)、平成26年度医療保険に関する基礎資料

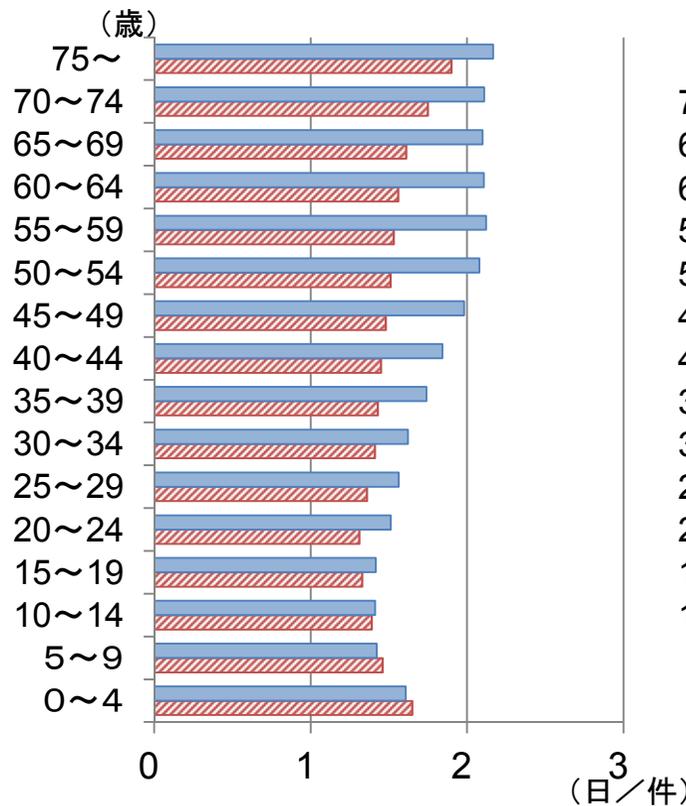
年齢階級別 被保護者1人当たり医療扶助費(月額) 三要素(入院外) (平成27年6月審査分)

○ 入院外+調剤に係る1人当たり医療扶助費(月額)を要素別に分解し、医療保険と比較すると、いずれの要素も医療扶助の方が概ね高い傾向にあるが、15歳未満及び70歳以上の受診率については、医療扶助の方が低くなっている。

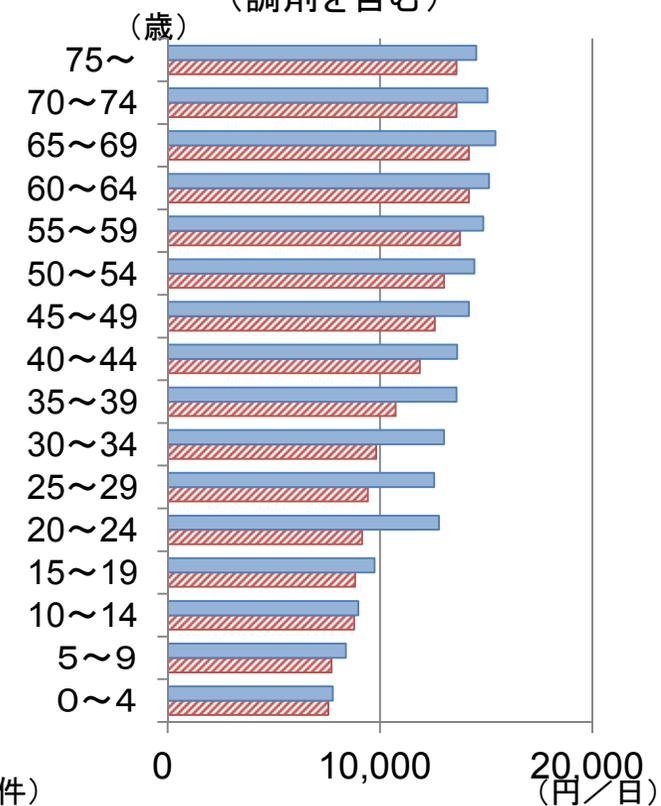
受診率



1件当たり日数



1日当たり医療(扶助)費 (調剤を含む)



注1: 「受診率」とは、1ヶ月間における被保護者1人当たりのレセプト枚数(患者が利用した医療機関数の延べ数)を指す。なお、医療保険医療費の受診率は比較のため、年度ベースのものを12で割ったものとしている。

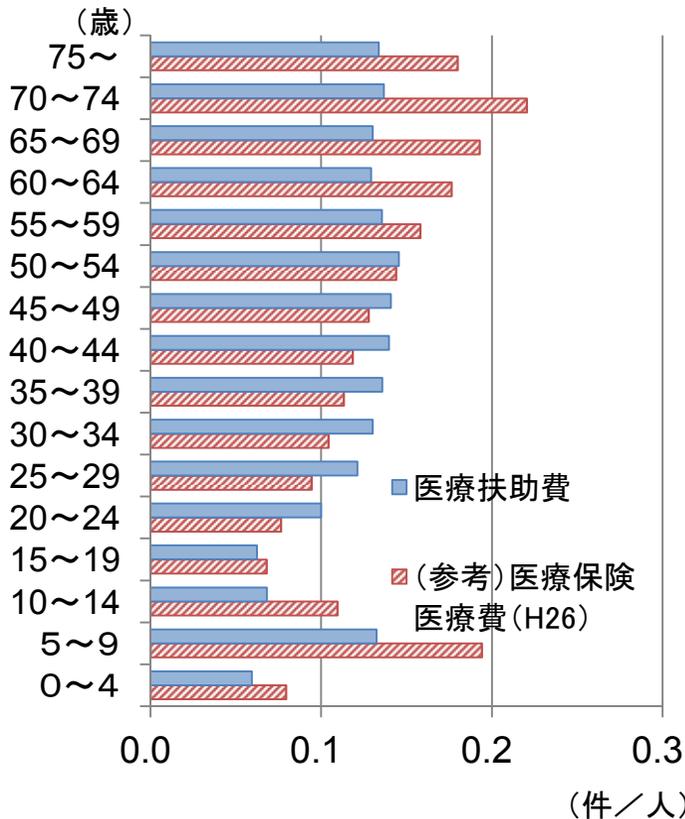
注2: 「1件当たり日数」とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数を指す。

資料: 第63回医療扶助実態調査(平成27年6月審査分)特別集計、平成27年度被保護者調査(年次調査)、平成26年度医療保険に関する基礎資料

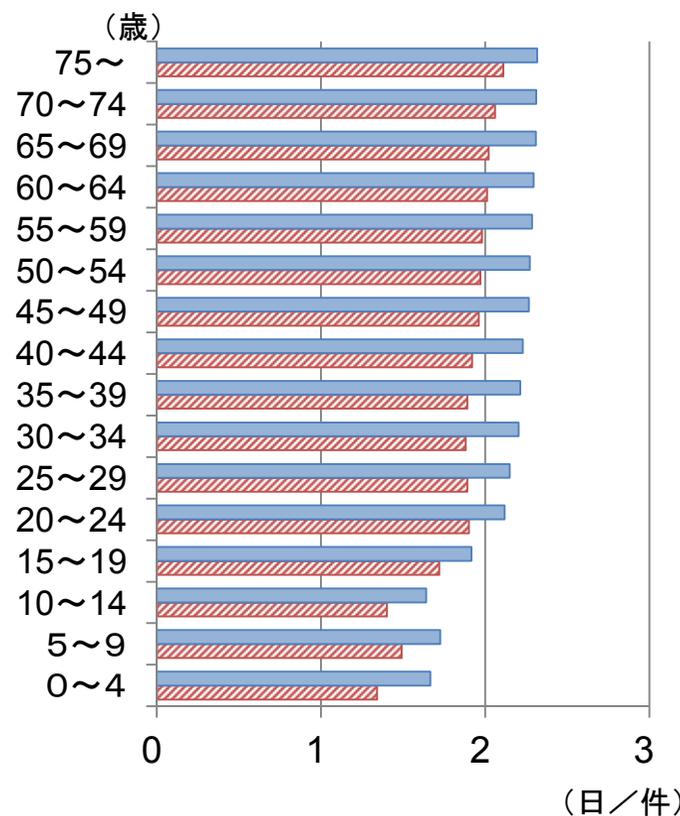
年齢階級別 被保護者1人当たり医療扶助費(月額) 三要素(歯科) (平成27年6月審査分)

○ 歯科に係る1人当たり医療扶助費(月額)を要素別に分解し、医療保険と比較すると、受診率の20歳未満及び55歳以上を除き、いずれの要素、年齢階級についても医療扶助の方が高くなっている。

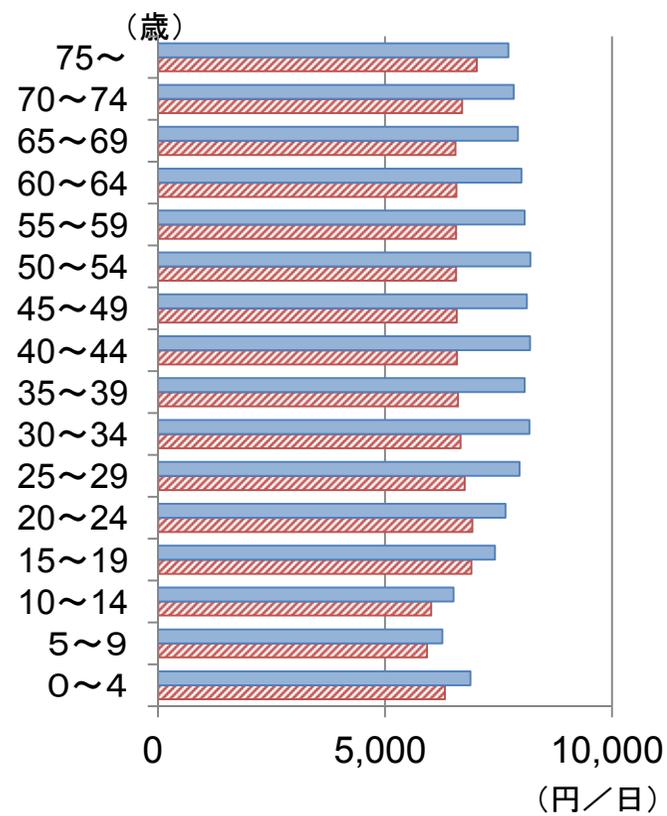
受診率



1件当たり日数



1日当たり医療(扶助)費



注1: 「受診率」とは、1ヶ月間における被保護者1人当たりのレセプト枚数(患者が利用した医療機関数の延べ数)を指す。なお、医療保険医療費の受診率は比較のため、年度ベースのものを12で割ったものとしている。

注2: 「1件当たり日数」とは、レセプト1枚当たりの医療機関を利用した日数を指す。

資料: 第62回医療扶助実態調査(平成27年6月審査分)特別集計、平成27年度被保護者調査(年次調査)、平成26年度医療保険に関する基礎資料

医療扶助における受診日数の分布状況の年次推移(入院外)

- 医療扶助における入院外の月間の受診日数の分布をみると、外来受診者のうち、半数弱が受診日数1日となっている。
- また、入院外における受診日数の分布の年次推移をみると、受診日数が1、2日の割合が増加している一方で、3日以上は減少傾向にある。

入院外における月間の受診動向の年次推移(各年度6月審査分)

(万人)

		平成24年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度	
被保護者数 (a)		210.2		214.4		214.9		215.1		213.7	
受診日数	1日	54.1	42.8%	56.3	42.9%	58.0	43.7%	59.9	44.7%	60.9	45.2%
	2日	29.5	23.3%	30.7	23.4%	31.2	23.5%	31.9	23.8%	32.6	24.2%
	3日	14.6	11.6%	15.2	11.6%	15.3	11.6%	15.4	11.5%	14.9	11.1%
	4日	8.2	6.4%	8.6	6.5%	8.5	6.4%	8.3	6.2%	8.4	6.2%
	5日	5.3	4.2%	5.5	4.2%	5.3	4.0%	4.9	3.7%	4.8	3.6%
	6～10日	9.4	7.4%	9.7	7.4%	9.4	7.1%	9.0	6.7%	8.7	6.4%
	11～15日	3.2	2.6%	3.3	2.5%	3.1	2.3%	2.9	2.1%	2.8	2.0%
	16～20日	1.3	1.0%	1.2	0.9%	1.1	0.9%	1.0	0.8%	1.0	0.7%
	21～25日	0.7	0.6%	0.7	0.5%	0.6	0.4%	0.5	0.4%	0.4	0.3%
	26日～	0.2	0.2%	0.2	0.2%	0.2	0.2%	0.2	0.1%	0.1	0.1%
総計 (b)		126.4	100.0%	131.3	100.0%	132.8	100.0%	134.0	100.0%	134.6	100.0%
患者割合 (b/a)		60.2%		61.2%		61.8%		62.3%		63.0%	
患者1人当たり受診日数		2.95日		2.91日		2.83日		2.72日		2.67日	

注1: 同一制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである(「名寄せ」という。)

注2: 被保護者数は各年度5月時点の被保護者数(停止中の者を除く)である。

資料: 医療扶助実態調査特別集計、被保護者調査(月次調査)

制度別 受診日数の分布状況(入院外)

○ 入院外における受診日数の分布を制度別にみると、医療扶助については国民健康保険と後期高齢者の間の値をとっている。

入院外における月間の受診動向(平成28年6月審査分)

(万人)

		医療扶助		協会(一般) (平成28年3月)		組合健保 (平成28年3月)		国民健康保険 (平成28年3月)		後期高齢者医療 (平成28年3月)	
加入者数(a)		213.7		3,716.5		2,225.1		3,468.7		1,623.7	
受診日数	1日	60.9	45.2%	863.3	55.2%	504.4	54.1%	896.1	50.6%	460.3	34.8%
	2日	32.6	24.2%	368.2	23.5%	228.0	24.4%	416.0	23.5%	327.4	24.7%
	3日	14.9	11.1%	160.1	10.2%	93.2	10.0%	192.7	10.9%	187.8	14.2%
	4日	8.4	6.2%	75.6	4.8%	49.2	5.3%	96.3	5.4%	106.7	8.1%
	5日	4.8	3.6%	38.6	2.5%	22.0	2.4%	54.0	3.0%	67.4	5.1%
	6~10日	8.7	6.4%	47.0	3.0%	29.4	3.1%	80.4	4.5%	116.0	8.8%
	11~15日	2.8	2.0%	9.0	0.6%	4.6	0.5%	24.2	1.4%	37.6	2.8%
	16~20日	1.0	0.7%	2.3	0.1%	1.2	0.1%	7.2	0.4%	12.1	0.9%
	21~25日	0.4	0.3%	0.9	0.1%	0.4	0.0%	3.3	0.2%	5.7	0.4%
	26日~	0.1	0.1%	0.3	0.0%	0.2	0.0%	1.3	0.1%	3.2	0.2%
	総計(b)	134.6	100%	1,565.2	100%	932.7	100%	1,771.6	100%	1,324.2	100%
患者割合(b/a)		63.0%		42.1%		41.9%		51.1%		81.6%	
患者1人当たり受診日数		2.7日		2.0日		2.0日		2.3日		3.2日	

注1: 同一制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである(「名寄せ」という。)

注2: 医療扶助における加入者数は平成28年5月時点の被保護者数(概数・停止中の者を除く)である。

資料: 第64回医療扶助実態調査(平成28年6月審査分)特別集計、平成28年度被保護者調査(月次調査)、平成27年度医療給付実態調査

制度別 受診医療機関数別患者割合（入院外）

- 外来で医療機関に受診した者の割合をみると、医療扶助は約6割となっており、国民健康保険よりは高く、後期高齢者医療よりは低くなっている。
- また、受診医療機関数別患者割合をみると、医療扶助は医療保険に比べ、受診医療機関が1件である者の割合が高くなっている。

受診した医療機関数別患者割合（入院外・平成28年6月審査分）

（単位：%）

	受診した医療機関数別受診者						受診しなかった者
	総計	1件	2件	3件	4件	5件以上	
医療扶助	63.0 (100.0)	46.9 (74.4)	12.1 (19.2)	3.1 (4.9)	0.7 (1.2)	0.0 (0.4)	37.0
協会(一般) (平成28年3月)	48.9 (100.0)	32.7 (67.0)	11.9 (24.4)	3.3 (6.7)	0.8 (1.6)	0.2 (0.4)	51.1
組合健保 (平成28年3月)	48.9 (100.0)	32.6 (66.6)	12.0 (24.5)	3.3 (6.8)	0.8 (1.6)	0.2 (0.5)	51.1
国民健康保険 (平成28年3月)	58.0 (100.0)	35.1 (60.5)	15.7 (27.1)	5.2 (9.0)	1.5 (2.5)	0.5 (0.9)	42.0
後期高齢者医療 (平成28年3月)	87.1 (100.0)	41.0 (47.1)	27.8 (31.9)	12.3 (14.1)	4.3 (4.9)	1.7 (2.0)	12.9

注1：同一制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである（「名寄せ」という。）。

注2：（ ）内の数値は、受診した者について受診した医療機関数の総計を100とした割合である。

注3：医療扶助における加入者数は平成28年5月時点の被保護者数（概数・停止中の者を除く）である。

資料：第64回医療扶助実態調査（平成28年6月審査分）特別集計、平成28年度被保護者調査（月次調査）、

平成27年度医療給付実態調査

都道府県別 年齢調整後(注1)被保護者1人当たり医療扶助費(月額) ～市町村国保+後期高齢者医療との比較～

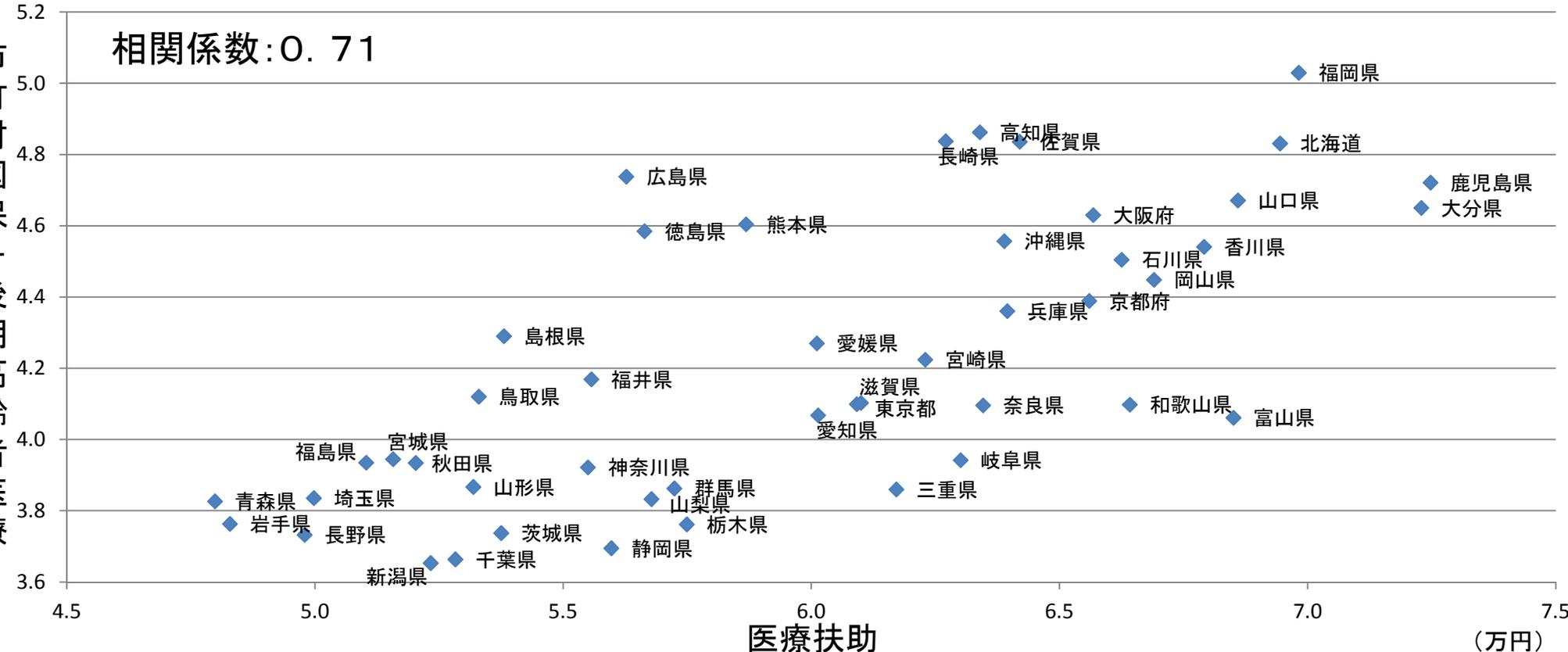
○ 都道府県別の年齢調整後被保護者1人当たり医療扶助費(月額)と市町村国保+後期高齢者医療の加入者1人当たり医療費との相関をみると、診療費(医科及び歯科)+調剤については、相関係数が0.71となっている。

○ 診療費(医科及び歯科)+調剤

(万円)

市町村国保+後期高齢者医療

相関係数: 0.71



注1: 年齢調整は、市町村国保+後期高齢者医療、医療扶助ともに市町村国保+後期の年齢構成を用いて行っている。

注2: 市町村国保+後期高齢者医療の値は年額を12で割ったものとしている。

注3: 市町村国保+後期高齢者医療の医療費には入院時食事・生活療養が含まれているが、医療扶助費には含まれていない。

資料: 第62回医療扶助実態調査(平成26年6月審査分)特別集計、平成26年度被保護者調査(年次)

経済・財政再生計画 改革工程表 2016改訂版〔第22回経済財政諮問会議決定（平成28年12月21日）〕

	集中改革期間			2019年度	2020年度～	KPI (第一階層)	KPI (第二階層)		
	～2016年度 《主担当府省庁等》	2017年度	2018年度						
生活保護等	<p>《厚生労働省》</p> <p>通常国会</p> <p>概算要求 税制改正要望等</p> <p>年末</p> <p>通常国会</p>								
	<p><④就労支援を通じた保護脱却の推進のためのインセンティブ付けの検討など自立支援に十分取り組む></p> <p><⑪生活保護の適用ルールの確実かつ適正な運用、医療扶助をはじめとする生活保護制度の更なる適正化></p> <p><⑫平成29年度の次期生活扶助基準の検証に合わせた年齢、世帯類型、地域実態等を踏まえた真に必要な保護の在り方や更なる自立促進のための施策等、制度全般について予断なく検討し、必要な見直し></p>					<p>就労支援事業等に参加した者のうち、就労した者及び就労による収入が増加した者の割合【2018年度までに50%】</p> <p>「その他世帯」の就労率(就労者のいる世帯の割合)【2018年度までに45%】</p> <p>就労支援事業等を通じた脱却率【見える化】</p>			
	<p>生活保護受給者の後発医薬品の使用割合について、2017年央までに75%とするとともに、2017年央において、医療全体の目標の達成時期の決定状況等を踏まえ、80%以上とする時期について、2018年度とすることを基本として、具体的に決定する</p>					<p>就労支援事業等の参加率【2018年度までに60%】</p>	<p>就労支援事業等の自治体ごとの取組状況【見える化】</p>		
	<p>頻回受診等に係る適正受診指導の徹底等による医療扶助の適正化を推進</p>						<p>医療扶助の適正化に向けた自治体における後発医薬品使用促進計画の策定率【100%】</p>	<p>「その他世帯」の就労率等の自治体ごとの状況【見える化】</p>	
	<p>生活保護受給者に対する健康管理支援の在り方を検討</p>							<p>生活保護受給者の後発医薬品の使用割合【2017年央までに75%。2017年央において、医療全体の目標の達成時期の決定状況等を踏まえ、80%以上とする時期について、2018年度とすることを基本として、具体的に決定する】</p>	
	<p>生活保護からの就労・増収等を通じた脱却を促進するため、就労支援を着実に実施しつつ、各種制度について、効率的かつ効果的なものとなるよう、就労意欲の向上の観点等を踏まえて不断に見直し、生活保護制度の適正化を推進</p>						<p>頻回受診対策を実施する自治体【100%】</p>	<p>頻回受診者に対する適正受診指導による改善者数割合【2018年度において2014年度比2割以上の改善】</p> <p>生活保護受給者一人当たり医療扶助の地域差【見える化】</p> <p>後発医薬品の使用割合の地域差【見える化】</p>	
		<p>2017年度の次期生活扶助基準の検証に合わせ、自立支援の推進等の観点から、生活保護制度全般について、関係審議会等において検討し、検討の結果に基づいて必要な措置を講ずる(法改正を要するものに係る2018年通常国会への法案提出を含む)</p>							

生活保護における後発医薬品の使用促進の取組

法改正時の見直し

生活保護法改正により、後発医薬品の使用を促すことを規定（平成26年1月1日施行）

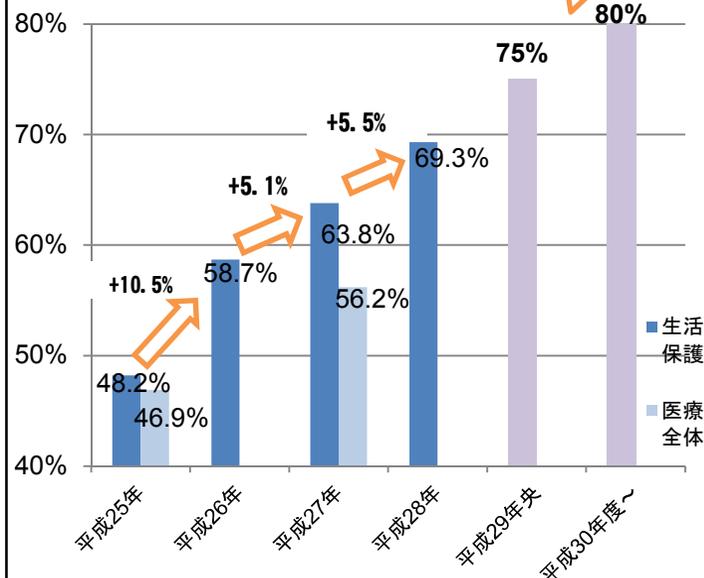
第34条第3項（略）医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品・・・を使用することができると認めたものについては、被保護者に対し、可能な限り後発医薬品の使用を促すことによりその給付を行うよう努めるものとする。

※ 医師が後発医薬品の使用を可能と判断したにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対しては、

- ・ 薬局は、先発医薬品を希望する理由を確認した上で、先発医薬品を一旦調剤する。
- ・ その理由が「先発医薬品の方が高額だから」「理由を言わない」等の場合については、福祉事務所の健康管理指導の対象とする。

取組の進捗状況

改革工程表における目標値
(80%以上とする時期について平成30年度を基本とする)



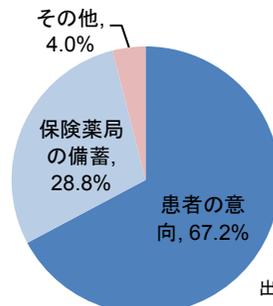
使用割合(数量シェア)の典拠:

- 医療扶助実態調査(各年6月審査分)、
- 医薬品価格調査(薬価本調査)(速報値)(各年9月取引分)

取組の課題

医師が一般名処方したにもかかわらず薬局において後発医薬品を調剤しなかった理由は「患者の意向」の割合が高い。

【医師が一般名処方したにもかかわらず薬局において後発医薬品を調剤しなかった理由】



出典:財政制度等審議会資料

(留意点)

調剤報酬明細書の記載要領において、一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合、調剤報酬明細書の摘要欄に「患者の意向」「保険薬局の備蓄」「後発医薬品なし」「その他」のうち、最も当てはまる理由をひとつ記載することとなっている。

上記の数値は福祉事務所のレセプト管理システムを活用し、政令市・中核市の平成27年度審査分からそれぞれの理由を抽出し集計したものである。

銘柄名処方含まれていないことから、上記内訳が後発医薬品が調剤されなかった理由の全てでないことに留意が必要。

また、1年間のレセプトから抽出したものであるため、個人が重複して集計されている可能性があることに留意が必要。

法改正以降の新たな取り組み

【平成27年度～】

1. 福祉事務所における後発医薬品使用促進計画の策定
(院外処方)
2. 院内処方の使用割合が低調な医療機関に対する後発医薬品使用促進の要請

【平成28年度～】

1. 改革工程表に、後発医薬品の使用割合の目標を設定
2. 地域の薬局等と連携した服薬指導のモデル実施

【平成29年度における取組】

- ・外部評価を取り入れたPDCAサイクルの実施について
予算に計上。

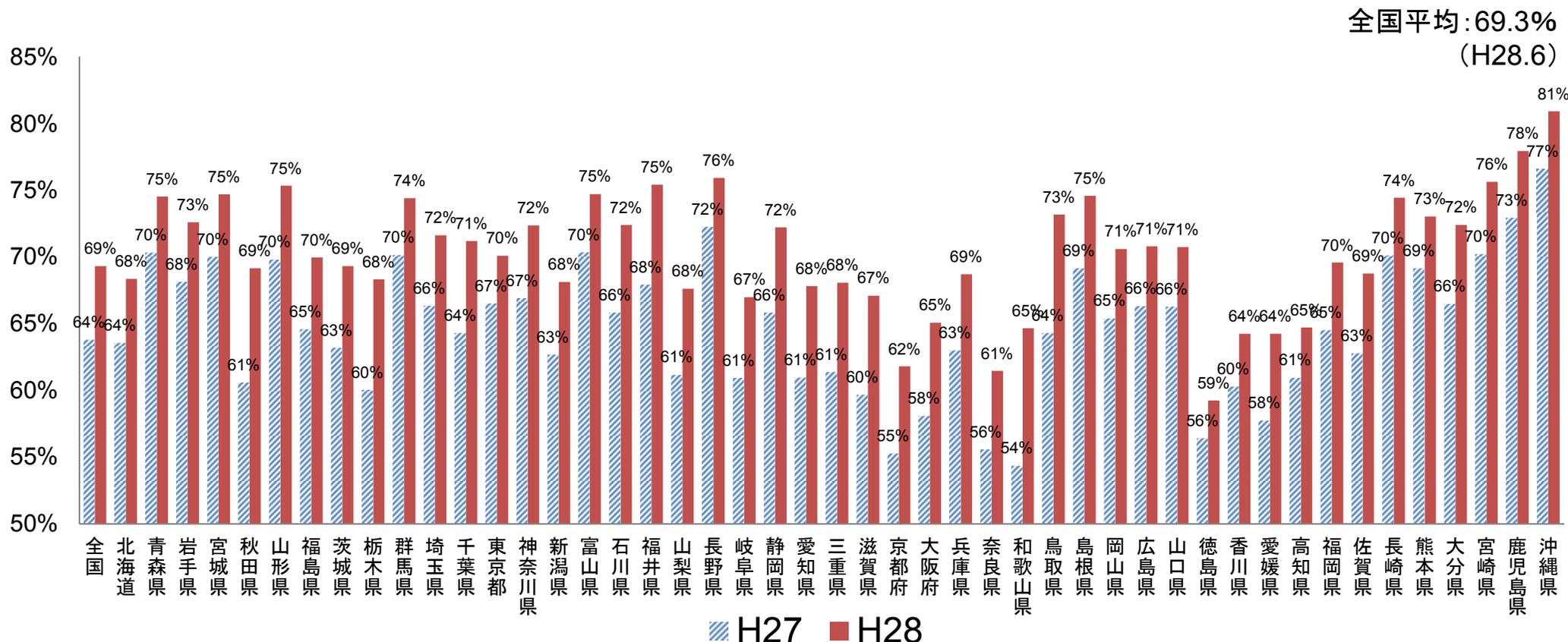
【今後の検討】

- ・平成29年度に行う制度全般の検討の中で、後発医薬品の使用促進に係る更なる対策について検討。

医療扶助における後発医薬品使用状況の地域差

○ 医療扶助における後発医薬品使用割合(数量ベース)を都道府県別にみると、最も高い県と低い県との間には、約22%ポイントの差がある(平成28年6月審査分)。

医療扶助における後発医薬品使用割合(数量ベース)の地域差
(平成28年6月審査分と平成27年6月審査分の比較)



注: 後発医薬品使用割合は[後発医薬品の数量] / ([後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量])で算出している。
資料: 医療扶助実態調査(各年6月審査分)

薬局と連携した薬学的管理・指導の強化（モデル事業）

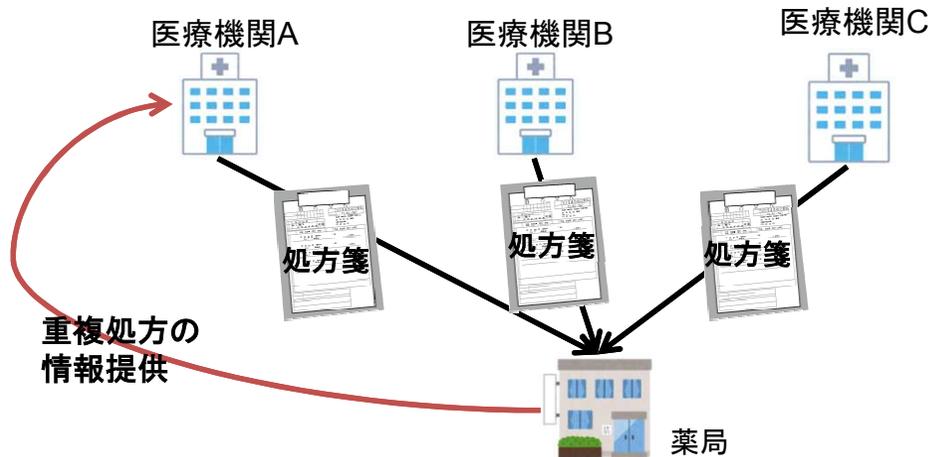
【趣旨】

- 被保護者が処方せんを持参する薬局をできる限り一カ所にし、本人の状況に応じて、薬局において薬学的管理・指導を実施するとともに、薬剤師が重複処方等について医師に情報提供を行う。
- これにより、医療機関は重複調剤の適正化や、併用禁忌薬をチェックを行うことができ、被保護者の健康管理に寄与するとともに、医療扶助費の適正化効果も見込まれる。
- 本事業においては、被保護者が処方せんを持参する薬局をできる限り一カ所にする事業をモデル的に実施し、その効果等を測定し、次年度以降の取組に繋げる。

【事業の実施方法】

- ① 受給者の希望も参考としつつ、対象者1人につき薬局を1カ所選定
- ② 薬局において、薬学的管理・指導を実施
また、必要に応じて、医療機関へ重複処方等の情報提供を実施
- ③ 福祉事務所においては、
 - ・ 重複投薬・相互作用等防止加算の算定件数
 - ・ 薬剤師から医師への疑義照会の件数の変化
 - ・ 薬剤費の減少額等の効果等を分析する。

【イメージ】



【東大阪市の取組例】

出典：平成29年度予算執行調査資料（財務省）

＜取組内容＞

- ・ 薬の重複使用や相互作用による副作用などの健康被害を未然に防止するため、生活保護受給者の利用する薬局を一カ所選定。
- ・ 受給者は自ら薬局を一カ所選び、福祉事務所へ届け出を行い、薬局を利用の際は確認証を提示する。選定した薬局以外に受給者が来た場合は、薬局は一旦調剤の上、福祉事務所へ報告。
- ・ 周知期間（平成25年8月～）を経て、平成26年度より本格実施。

＜取組効果＞

- ・ 向精神薬の重複投薬患者数の変化

	25年度	26年度	前年度比
東大阪市	117人	61人	▲48%
全国	5280人	5015人	▲5%

※ 向精神薬を同一月に複数の医療機関から投薬された者のうち、囑託医や処方医と協議の結果、重複投薬と認められた者

- ・ 1人あたり調剤費の変化

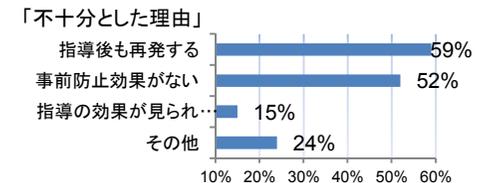
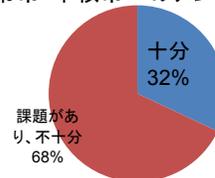
	25年度	26年度	前年度比	
			差額	伸率
東大阪市	23,256	19,743	▲3,513	▲15%
全国	21,328	20,851	▲477	▲2%

単位：円/月

【向精神薬に係る取組への評価】

出典：平成29年度予算執行調査資料（財務省）

※政令市・中核市へのアンケート結果

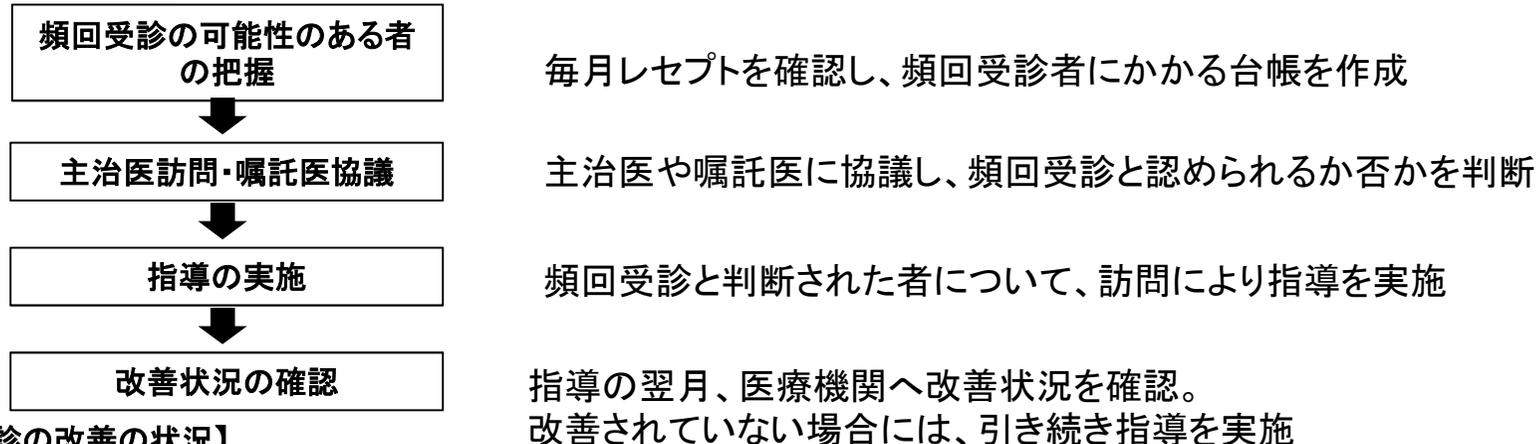


頻回受診の適正化について

頻回受診の指導対象者

医療扶助による外来患者であって、同一傷病について、同一月内に同一診療科を15日以上受診している月が3ヶ月以上続いている者のうち、主治医・嘱託医が必要以上の受診と認めた者

適正化の対応



【頻回受診の改善の状況】

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
受診状況把握対象者数(同一疾病で月15日以上の通院が3か月以上継続している者数)(A)	18,969人	16,526人	15,462人	13,548人
適正受診指導対象者数(B)	4,146人	4,012人	3,809人	3,020人
改善者数(適正な受診日数に改善された者数)(C)	1,749人	1,844人	1,749人	1,365人
改善者数割合(C/B)	47.01%	45.96%	45.92%	45.20%

【平成28年度からの取組】

- ・ 改革工程表を受け、福祉事務所等において、頻回受診適正化計画を策定して適正受診指導を推進

【平成29年度における取組】

- ・ 受診指導の対象者の範囲を順次拡大しつつ、外部評価を取り入れたPDCAサイクルを実施することについて予算に計上

<対象者の範囲>

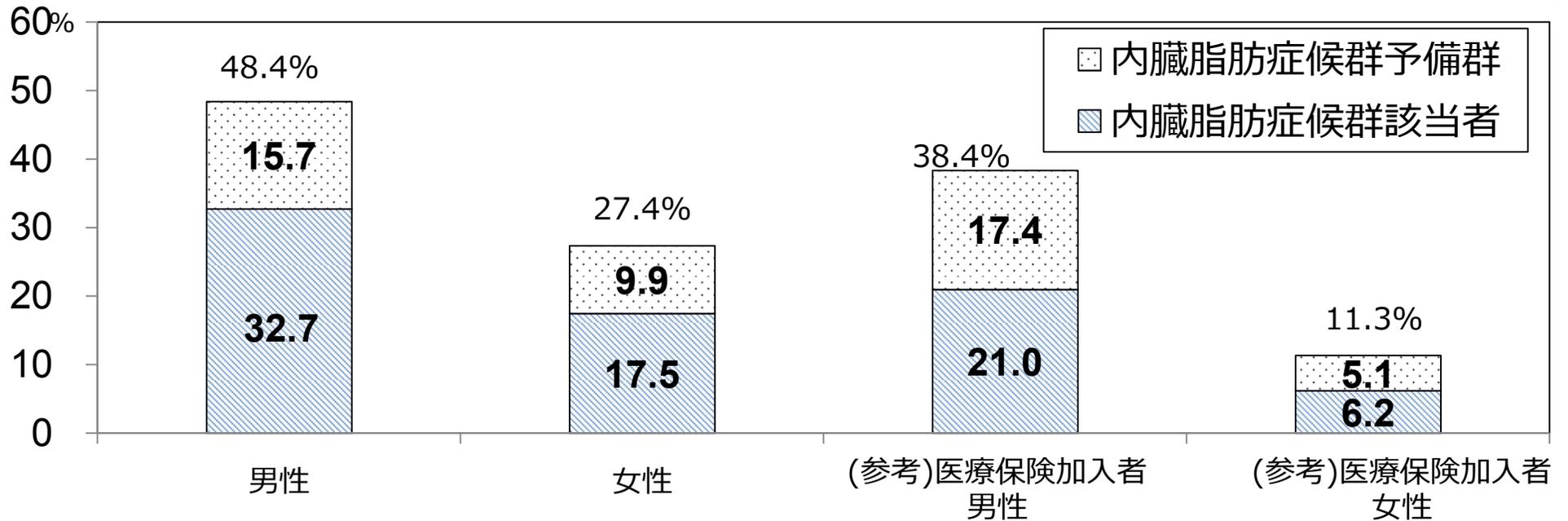
同一傷病で、同一月内に同一診療科を15日以上受診する一定の者(初診月である場合や短期的・集中的に治療を行った者等を除く。)にまで拡大

<対象者拡大の段階的实施>

まずは、補助事業上の対象者を拡大(将来的には全ての福祉事務所で対象者を拡大することを想定)

生活保護受給者の生活習慣病の罹患状況

- 生活保護受給者の内臓脂肪症候群の該当者及び予備群の割合は、医療保険の加入者よりも高い。
- 受給者の内臓脂肪症候群該当者及び予備群 男性48.4%、女性27.4%
 (参考)・医療保険の加入者の内臓脂肪症候群該当者及び予備群 男性38.4%、女性11.3%
 ・生活保護受給者の健診受診率 7.4%



〈メタボリックシンドローム※の判定基準〉

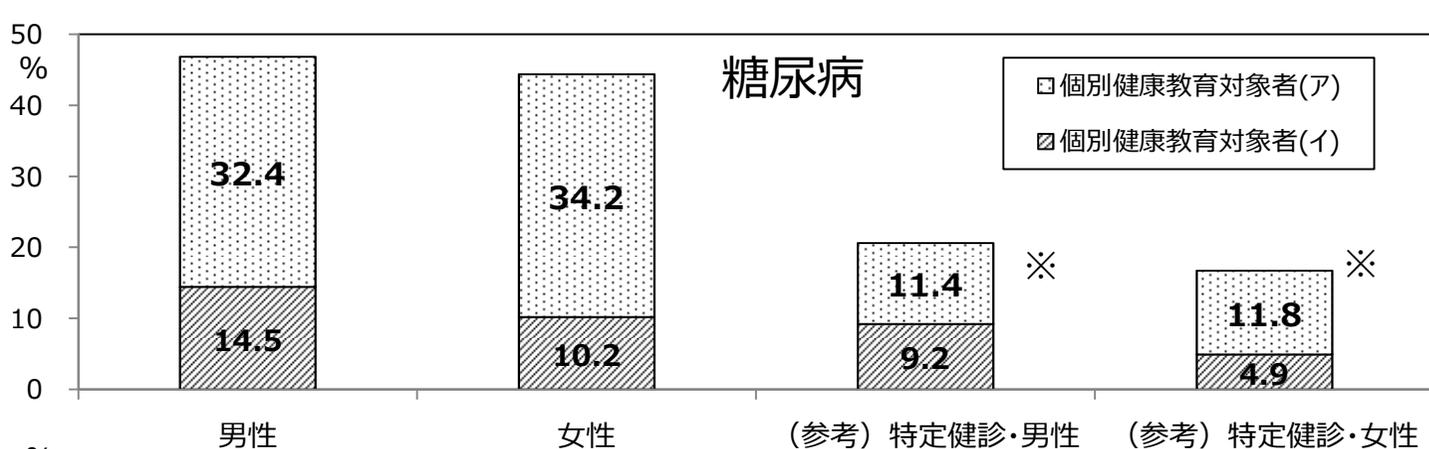
出典：平成25年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ及び平成26年度地域保健・健康増進事業報告より保護課にて作成

腹囲	追加リスク			
	①血糖	②脂質	③血圧	
≥85cm (男性)	2つ以上該当			メタボリックシンドローム基準該当者
≥90cm (女性)	1つ該当			メタボリックシンドローム予備群該当者

(*) ①血糖：空腹時血糖110mg/dl以上、②脂質：中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、

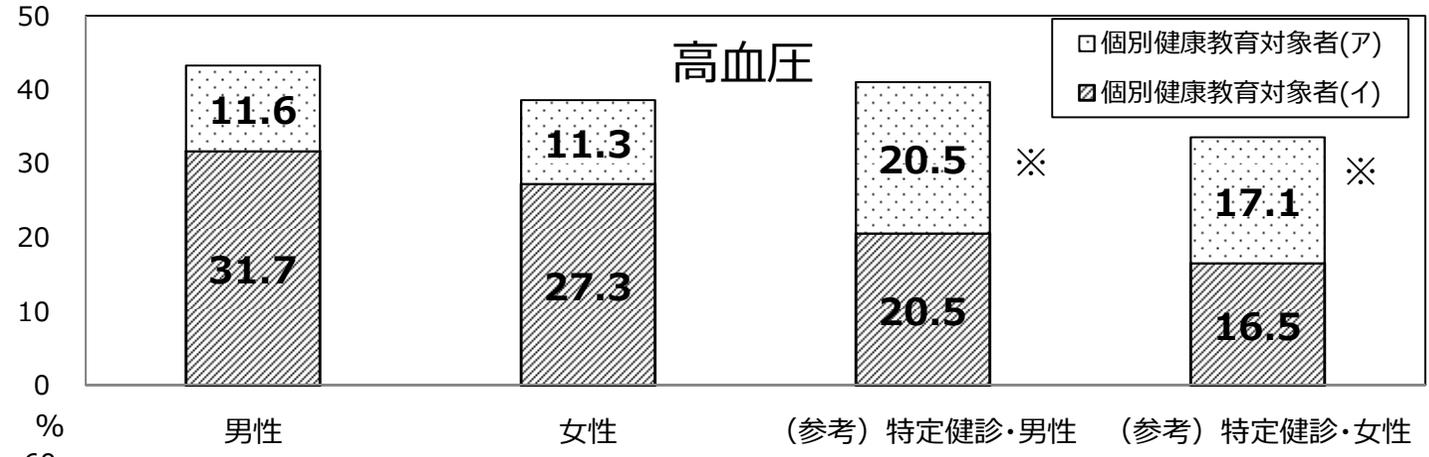
③血圧：収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上

※メタボリックシンドローム=内臓脂肪症候群



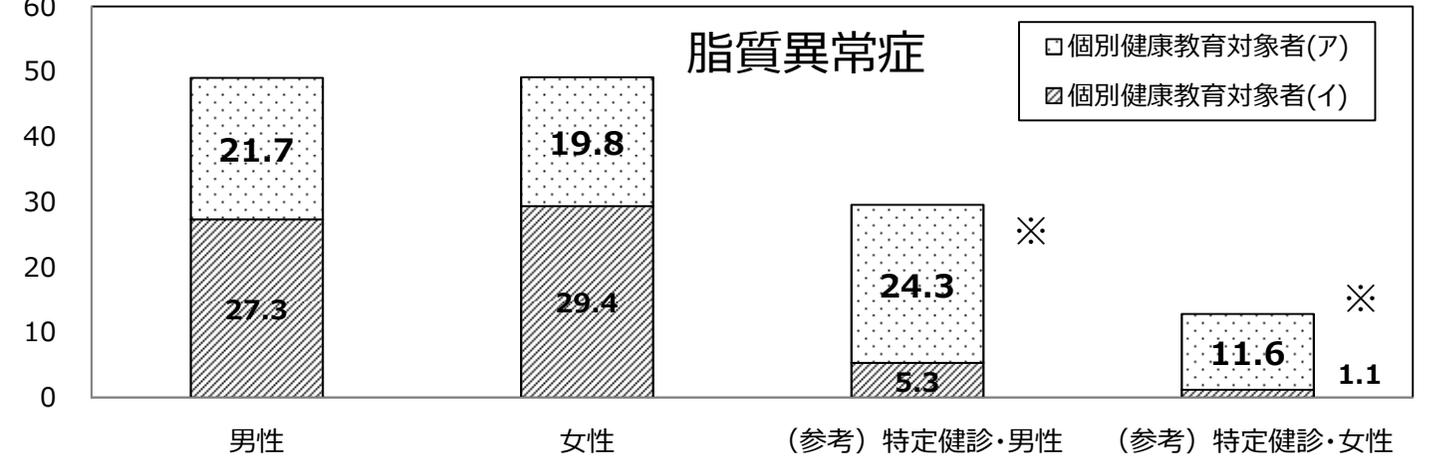
○個別教育対象者(ア)
 (HbA1c5.6~6.5%未満(NGSP)等)が男女ともに約30%以上、個別教育対象者(イ)
 (HbA1c6.5%以上等)が男女ともに10%以上と受診者の中で糖尿病のリスク保持者が多い。

※(参考)H22 特定健診
 白棒： HbA1c 5.6~6.1%
 黒棒： HbA1c 6.1%以上 (JDS)



○個別教育対象者(ア) (収縮期血圧130~140mmHg未満等)よりも個別教育対象者(イ) (収縮期血圧140mmHg以上等)の方が多く、より高血圧リスクの高い者が多い。

※(参考)H22 特定健診
 白棒： 収縮期血圧130~140mmHg
 黒棒： 収縮期血圧140mmHg以上



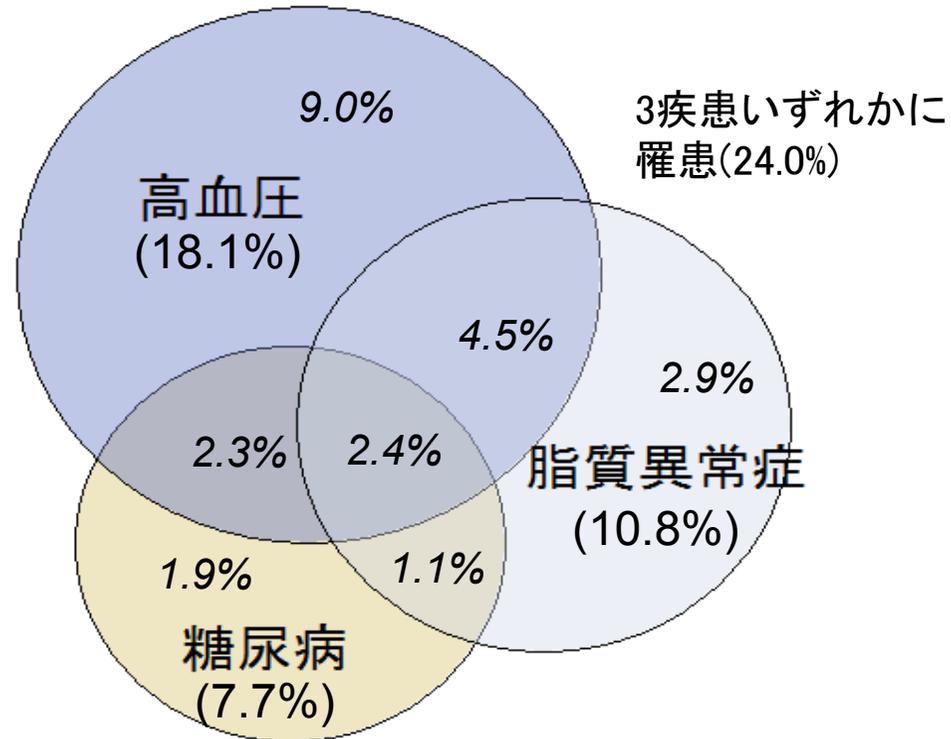
○個別教育対象者(ア) (中性脂肪150~300mg/dl未満等)よりも個別教育対象者(イ) (中性脂肪300mg/dl以上等)の方が多く、脂質代謝異常。

※(参考)H22 特定健診
 白棒 中性脂肪150~300mg/dl
 黒棒 中性脂肪300mg/dl以上

生活保護受給者の生活習慣病 罹患割合(%)

生活保護受給者 100% (2,161,442名)

調査月に医療機関を受診した医療扶助受給者 70.2%(1,518,388名)



- ・対象データ:平成27年6月支払基金審査分の一般診療(病院・一般診療所)の入院及び入院外、診療報酬明細書及び調剤報酬明細書
- ・高血圧、脂質異常症、糖尿病の特定方法:傷病名(主傷病名に限定せず)および医薬品(当該病名に一般的に使用する医薬品が使用されていること)により病名を特定

生活保護受給者の健康管理について

〈平成29年4月の検討会における議論のまとめ〉

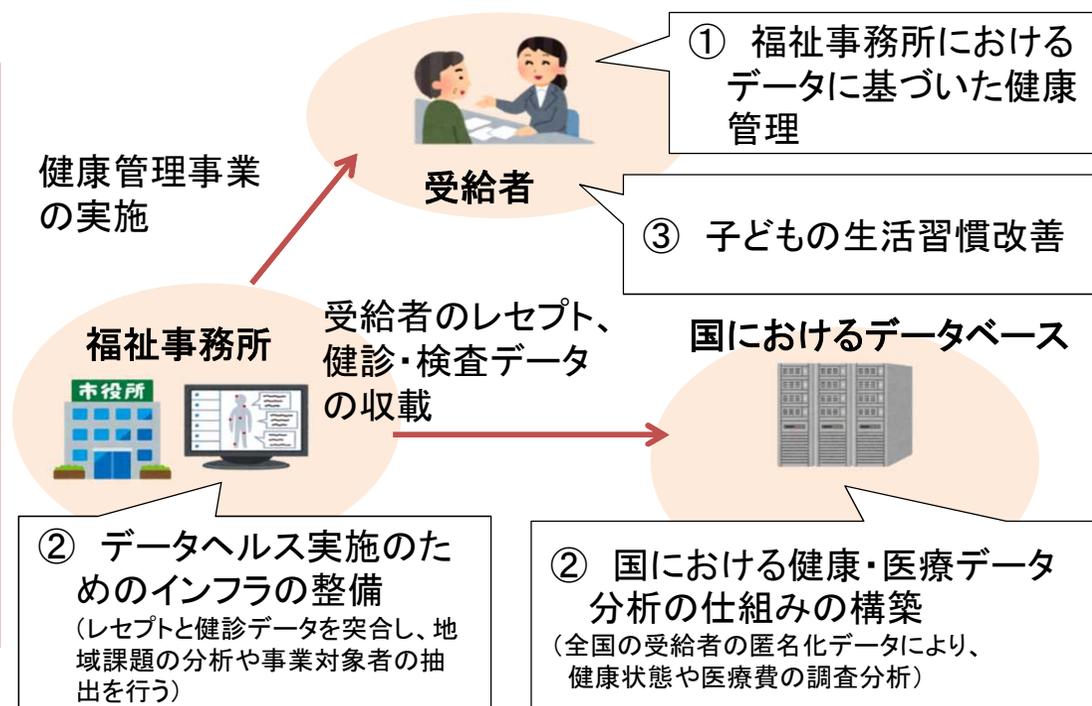
趣旨

- 生活保護受給者は、医療保険の加入者等と比較して生活習慣病の割合が高いが、健診データ等が集約されておらず、生活習慣病の予防・重症化予防の取組が十分には実施できていない。
- 医療保険におけるデータヘルス※を参考に、データに基づいた生活習慣病の予防・重症化予防の推進、それによる医療扶助費の適正化を進めることが必要である。
- 生活保護世帯の子どもは健康的な生活習慣が確立していない場合が多いことから、子どもについても、学校健診等のデータ入手し、学校等と連携して適切な生活習慣の確立に取り組むことが望まれる。

※ 健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施

取組の方向性

- ① 全国の福祉事務所において、生活習慣病の予備群と該当者に対するデータに基づいた健康管理の実施
 - 取組の手順・内容の標準化を行い、PDCAサイクルにより計画的に推進
 - 医療扶助費の適正化につながる
- ② 受給者のデータヘルス実施のためのインフラ整備、国が健康・医療データを分析するための仕組みの構築
- ③ 子どもの生活習慣改善を目指した取組のモデル実施



今後の予定

生活保護法の制度改正に向けて、データヘルス実施の枠組みや具体的な実施方法、情報システムの構築について、更に検討を進める。また、子どもの生活習慣改善を目的とした取組のモデル的な実施を検討。

生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会について

【構成員名簿】

(五十音順・敬称略) ◎:座長

岡山 明	生活習慣病予防研究センター代表	津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター長
◎尾形 裕也	東京大学政策ビジョン研究センター特任教授	藤内 修二	大分県福祉保健部参事監兼健康づくり課長
小田真智子	川崎市健康福祉局生活保護・自立支援室 医療・介護係長	中板 育美	日本看護協会常任理事
小枝恵美子	全国保健師長会常任理事	松本 吉郎	日本医師会常任理事

【開催状況】

平成28年7月～平成29年4月7日 計5回開催

(参考)【改革工程表の内容】

「経済・財政再生計画改革工程表(平成27年12月経済財政諮問会議決定)」において、「生活保護受給者に対する健康管理支援の在り方を検討」することが盛り込まれた。

2. 医療扶助の適正化・健康管理について

(1) 医療扶助の適正化について

(現状と基本的な方向)

- 平成25年の生活保護法の改正においては、医療扶助の適正化のため、指定医療機関制度の見直し及び指導体制の強化、後発医薬品の使用促進の努力義務化、生活保護受給者自らの健康の保持及び増進の責務を規定した。しかしながら、医療扶助費は、特に高齢者世帯の増加等に伴って、平成25年度以降も増加傾向が続いており、平成27年度における医療扶助費の総額は約1.8兆円となる等、更なる適正化が必要との意見がある。

具体的な議論

(後発医薬品の使用促進について)

- 医療扶助における後発医薬品の使用については、平成25年生活保護法改正以降使用割合が増加しており、平成28年において69.3%となっている。一方、都道府県ごとに使用割合に差があると同時に、一部では使用割合の伸びが鈍化してきているとの意見があり、使用割合を高めるために、更なる取組が必要である。このため、医師・歯科医師が後発医薬品を使用することができるか認められる場合には、原則として使用することとする等、対策の強化について検討する必要がある。

(重複調剤・併用禁忌薬の使用について)

- 重複調剤や併用禁忌薬の使用の防止については、生活保護受給者が利用する薬局を1箇所を集約することが効果的との意見がある一方、その実施に当たっては、
 - ・ 薬局が遠方にある場合には移送費の支給が必要となること
 - ・ 生活保護受給者が来局した際に、在庫がなく、すぐに必要な薬剤の取寄せができなかったり、薬局が営業していない場合に対応が必要となること等の意見があることから、こうした課題も踏まえつつ、地域の実情に応じた対策について検討する必要がある。

(1) 医療扶助の適正化について(続き)

具体的な議論

(頻回受診対策について)

- 頻回受診については、
 - ・ 指導対象となった生活保護受給者に対して、ケースワーカーの訪問の際に保健師が同行すること等の取組を行っているが、対象者によっては効果は一時的で、一定期間を経過した後、受診回数が増加してしまう場合があること
 - ・ 同一の規模の地方自治体であっても、指導対象者数にばらつきがあること等の指摘があることから、これを踏まえつつ、対策の強化について検討する必要がある。

- 頻回受診等への更なる対策として、生活保護受給者が医療機関で窓口負担を支払うことにより、その改善の効果が期待されることから、窓口負担を導入することが必要との意見があった。これについては、最低限度の生活を下回ることがないようにする必要があることや、必要な医療まで控えることがないようにすること、福祉事務所等での事務等が煩雑とならないようにする必要があることといった課題があることから、更なる検討が必要である。

(その他)

- 医療扶助の適正な実施を進めるために、地域において医療関係団体を含む関係機関との協議や情報共有の場を設置してはどうかという意見があった。

- 医療保険分野において、マイナンバー制度のインフラを活用し、医療等分野における番号制度を導入することについて、平成30年度から段階的運用を開始し、平成32年までの本格運用を目指した検討が行われているが、生活保護制度においても、医療保険制度における運用状況等を踏まえ、同様の仕組みを導入することを検討する必要があるのではないかという意見があった。

2. 医療扶助の適正化・健康管理について

(2) 健康管理について

(現状と基本的な方向)

- 生活保護受給者については、医療保険の被保険者と比較して、糖尿病等の生活習慣病の該当者や予備群の割合が高いにもかかわらず、健診受診率は約10%にとどまる等、健康の保持・増進に向けた取組が低調である。
- このような状況を踏まえ、国では、「生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会」を設置し、本年5月に、①全国の福祉事務所において、生活習慣病の該当者と予備群に対するデータに基づいた健康管理の実施、②生活保護受給者のデータヘルス実施のためのインフラ整備、国が健康・医療データを分析するための仕組みの構築、③子どもの生活習慣改善を目指した取組のモデル実施の3点について提言を受けたところ。
- 生活保護受給者の健康で文化的な最低限度の生活の保障と自立の助長を促し、医療扶助の適正化を図る観点から、生活保護受給者の特性に応じてその健康を保持・増進するための取組が必要となっている。

具体的な議論

(健康管理について)

- 生活保護受給者に対する健康管理の取組は、自らの健康管理や健康増進といった意識が乏しい者の健康の保持・増進に効果的であると考えられるが、ケースワーカーの専門性や業務負担の観点から、実施に当たっては、必要な人員の確保や業務の外部委託等も含め、円滑な施行に向けてさらに検討する必要がある。

(生活保護世帯の子どもの健康の保持・増進について)

- 子どもの健康の保持・増進については、学校健診の活用や親への指導等が効果的であり、国や地方自治体における教育行政との連携や、個人情報等の取扱い等、学校等との効果的な連携の在り方について検討する必要がある。

特にご議論いただきたい点

- これまでの医療扶助適正化の取組について、どのように評価するか。
- 今後の医療扶助の適正化と健康管理について、どのように取組を進めていくか。
 - ・ 後発医薬品の使用促進について
 - ・ 重複調剤・併用禁忌薬の使用の防止について
 - ・ 頻回受診対策について
 - ・ 健康管理について