

令和7年度保健師中央会議
行政説明 資料12

生活保護受給者に対する健康管理の取組における 健康増進施策等との連携について

厚生労働省 社会・援護局保護課
保護事業室

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

生活保護受給者の医療・健康増進について

- 生活保護受給者の多くは、自己負担無く、医療費全額を「医療扶助」で負担。
一部に見られる頻回受診や多剤・重複投薬等への対応が重要。

※生活保護費負担金：約3.7兆円 うち医療扶助：約1.7兆円 【令和6年度当初予算／事業費ベース（国費はこの3/4）】
※生活保護受給者の被用者保険加入率は2.4%

- 生保受給者は、半数以上が65歳以上の高齢者。糖尿病等の生活習慣病の罹患率は、比較的若い世代でも高い。
生活習慣病予防・重症化予防といった視点から、日頃からの健康管理を支援することが重要。

※2型糖尿病の外来受療率（2015年） 生活保護 7.5% 医療保険 4.1%
男性/生活保護 40歳台6.2% 50歳台9.5% 男性/医療保険 40歳台2.2% 50歳台5.7%

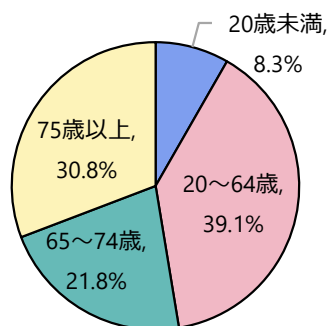
生活保護受給者数 **2,000,090**人

医療扶助受給者数 **1,706,346**人（85.3%） 入院：99,922人（5.9%） 入院外：1,606,424人（94.1%）

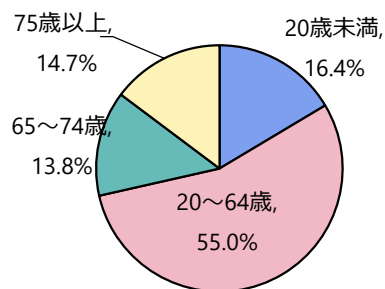
1人当たり医療扶助費 入院 **298,808**円 入院外 **318,144**円 <医療費全体> 入院：136,349円 入院外：190,056円

年齢別：65歳以上が半数

【生活保護受給者】

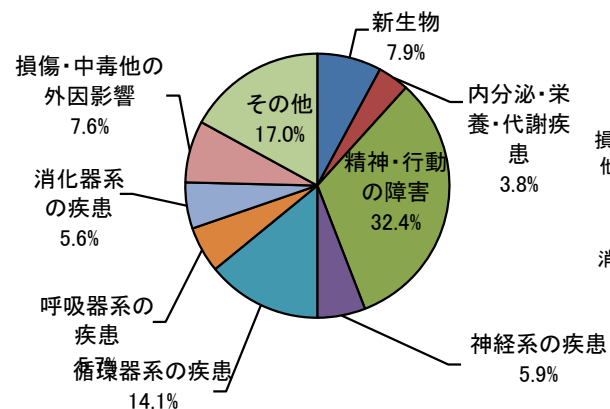


【参考】総人口

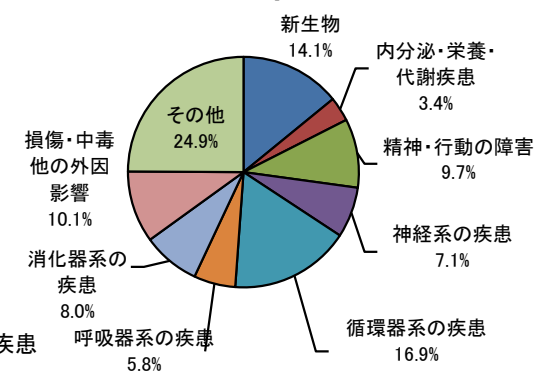


傷病分類別：精神・行動の障害の割合が高い

【医療扶助/入院】



【参考】医療保険/入院



※生活保護受給者数はR7.3時点、医療扶助受給者数はR6年度平均、1人当たり医療扶助費はR4年度
年齢別生活保護受給者割合はR5年度、総人口は令和2年国勢調査
傷病分類別割合は令和5年6月審査分、医療保険は令和4年度医療給付実態調査

適切な受診・服薬や健康づくりに向けた取組

適切な受診等

精神障害者等の長期入院対策 (S45～)
180日以上長期入院患者を対象に、実態を把握、退院可能な場合は調整を実施

頻回受診対策 (H14年～)

同一傷病で、同一月内に同一診療科を15日以上受診している者に必要な指導

一定条件の医療機関を抽出して自治体に提供 (H23～)

※生活保護受給者のレセプト1件当たり点数が高い医療機関等

頻回受診ログ活用モデル事業 (R6～)
→オン資を活用した早期支援

居場所へのつなぎモデル事業 (R7～)
→生活面の支援との連携

適切な服薬等

R5指導対象 2,920人
うち改善 2,362人／約81%

R5指導対象 1,800人
うち改善 943人／約52%

R5指導対象 2,717人
うち改善 1,475人／約54%

向精神薬重複投薬対策 (H28～)

同一月内に同一成分の医薬品を2以上の医療機関から処方されている者に必要な指導

薬局一カ所化推進事業 (H29～)

お薬手帳の活用促進事業 (R1～)

多剤・重複投薬対策 (R5～)

同一月内に15種類以上の医薬品を処方されている者等に必要な指導

医療扶助のオンライン資格確認 (R6.3～)

都道府県による市町村支援の枠組み (R6法改正/R7～)

後発医薬品使用促進 (H25法改正)

後発医薬品原則化 (H30法改正)

医学的知見に基づき問題ない場合、後発医薬品の使用を原則化

健康づくり

健康面に着目した支援 (H25法改正)

受給者本人の努力義務として、健康の保持増進を規定／健診結果の入手促進に向け、福祉事務所の調査権限を強化

被保護者健康管理支援事業 (H30法改正)

健診受診勧奨や保健師による保健指導等令和2年度から全自治体で必須事業化

NDBに健診データ登録 (R6～)

NDBに保健指導データ登録 (R8～)

長期入院 ▲約20%
約6.2万人→約4.9万人

頻回受診 ▲約40%
約1.7万人→約0.9万人

向精神薬重複 ▲約30%
約0.7万人→約0.4万人

後発使用 + 10.6%
約77.6%→約88.2%

※H25実績→R5実績

※医療全体では80.2%

生活保護受給者の健康管理支援の推進 ～被保護者健康管理支援事業の実施～

事業概要

【令和7年度予算額】 2,275,932千円(令和6年度 2,275,932千円)
実施主体:都道府県、指定都市、中核市、福祉事務所設置自治体
負担率:3/4

- 生活保護制度は、被保護者の最低生活を保障するとともに、自立の助長を図ることを目的としている。自立の助長については、経済的自立だけでなく、日常生活自立や、社会生活自立といった側面からも、支援を講じていくことが必要。
- 一方で、**多くの被保護者は、医療保険者が実施する保健事業の対象とはなっていないが、多くの健康上の課題を抱えていると考えられ、医療と生活の両面から健康管理に対する支援を行うことが必要。**このため、医療保険におけるデータヘルスを参考に、**福祉事務所がデータに基づき生活習慣病の発症予防や重症化予防等を推進**する。
- **令和3（2021）年1月から「被保護者健康管理支援事業」が必須事業化され、全福祉事務所で実施することとなったため、全ての自治体が効果的・効率的に実施するために必要な経費を負担する。**

被保護者健康管理支援事業の流れ

① 現状・健康課題の把握

- 自治体毎に現状（健康・医療等情報、社会資源等）を調査・分析し、地域の被保護者の健康課題を把握（地域分析を実施）

② 事業企画

- 地域分析に基づき、自治体毎に事業方針を策定。以下の取組例の**オに加え、ア～エから選択**

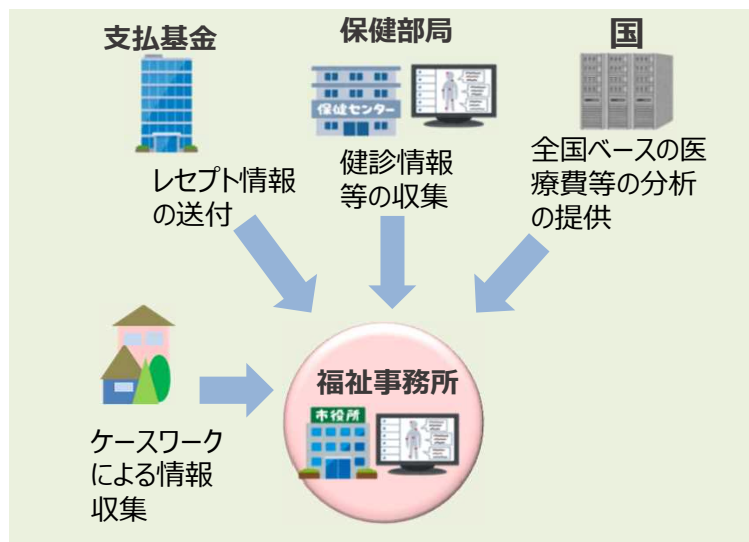
ア 健診受診勧奨
イ 医療機関受診勧奨
ウ 生活習慣病等に関する保健指導・生活支援
エ 主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）
オ 頻回受診指導

③ 事業実施

- 事業方針に沿い、リスクに応じた階層化を行い集団または個人への介入を実施
※ 医学的な介入のみではなく社会参加等の側面に留意した取組を実施

④ 事業評価

- 設定した評価指標に沿い、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム評価を実施



健康の保持増進により、被保護者の自立を助長

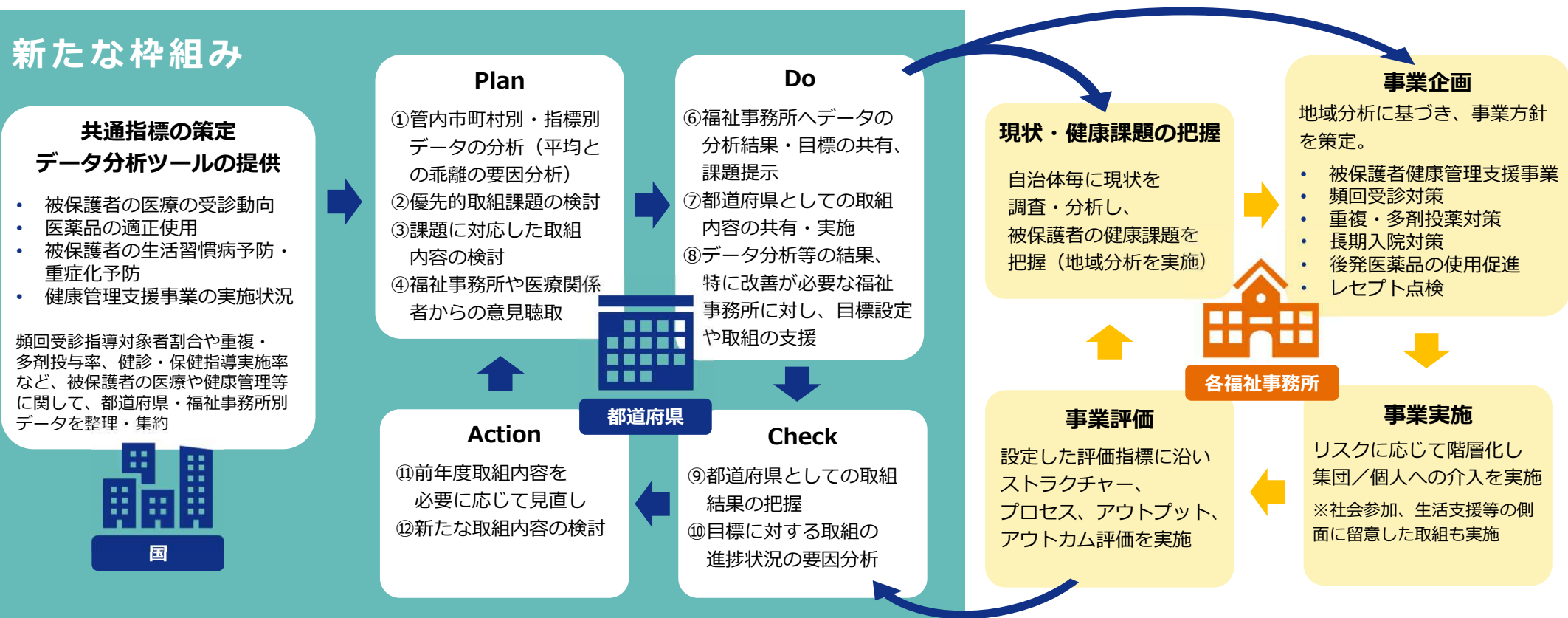
都道府県によるデータ分析等を通じた市町村支援の枠組みの創設

令和7年4月1日施行

改正の趣旨・効果

- 令和6年4月に成立した改正生活保護法において、都道府県が広域的な観点から、医療扶助や被保護者健康管理支援事業の実施状況等に関するデータ分析等を行い、市町村に対し、取組目標の設定・評価や必要な助言その他の援助を行う枠組みを創設。
- 各都道府県で、管内市町村における医療扶助や健康管理支援に関連するデータを比較しながら、各地域の状況・課題を可視化
- データに基づく課題把握を行うことにより、保健・医療・介護担当部局や管内市町村、医療関係者等との課題認識の共有・連携が容易に
- より実効的な医療扶助の適正実施（頻回受診や多剤・重複投薬の適正化等）や健康管理支援の取組（生活習慣病の予防や早期発見、重症化予防等）の検討・実施に寄与

新たな枠組み



市町村支援の枠組みと既存の事業との関係

- 本枠組みは、都道府県によるデータ分析、優先課題・都道府県目標の設定、技術的支援等を踏まえ、市町村において、既存の事業に関する現状・課題を見つめなおし、福祉事務所内のマンパワー等が限られていることを前提に、より効果的な実施に向けて改善を進めることを目指すもの。

< 新たな枠組み >

都道府県による 市町村支援

データ分析
課題・目標設定

技術的支援
(研修、アドバイザー
派遣等)

市町村における具体的な改善策の検討

< 市町村における既存の事業 >

生活習慣病
予防・重症化
予防

被保護者健康管理支援事業

医療扶助
適正実施

① 頻回受診対策

② 向精神薬の重複投薬対策

③ 重複・多剤投薬対策

④ 精神障害者等の長期入院の対策

⑤ 後発医薬品の使用促進

⑥ レセプト点検

< 改善視点 (例) >

- 健診受診勧奨や保健指導など、各種事業メニューのうち、どこに力点を置くか。

- オンライン資格確認の実績ログを活用するなど、早期介入を図ることはできないか。

- ポリファーマシー対策の観点から、どのような層（使用薬剤、疾患等）に重点的に介入することが効果的か。

- 精神保健福祉担当部局との連携は十分か。

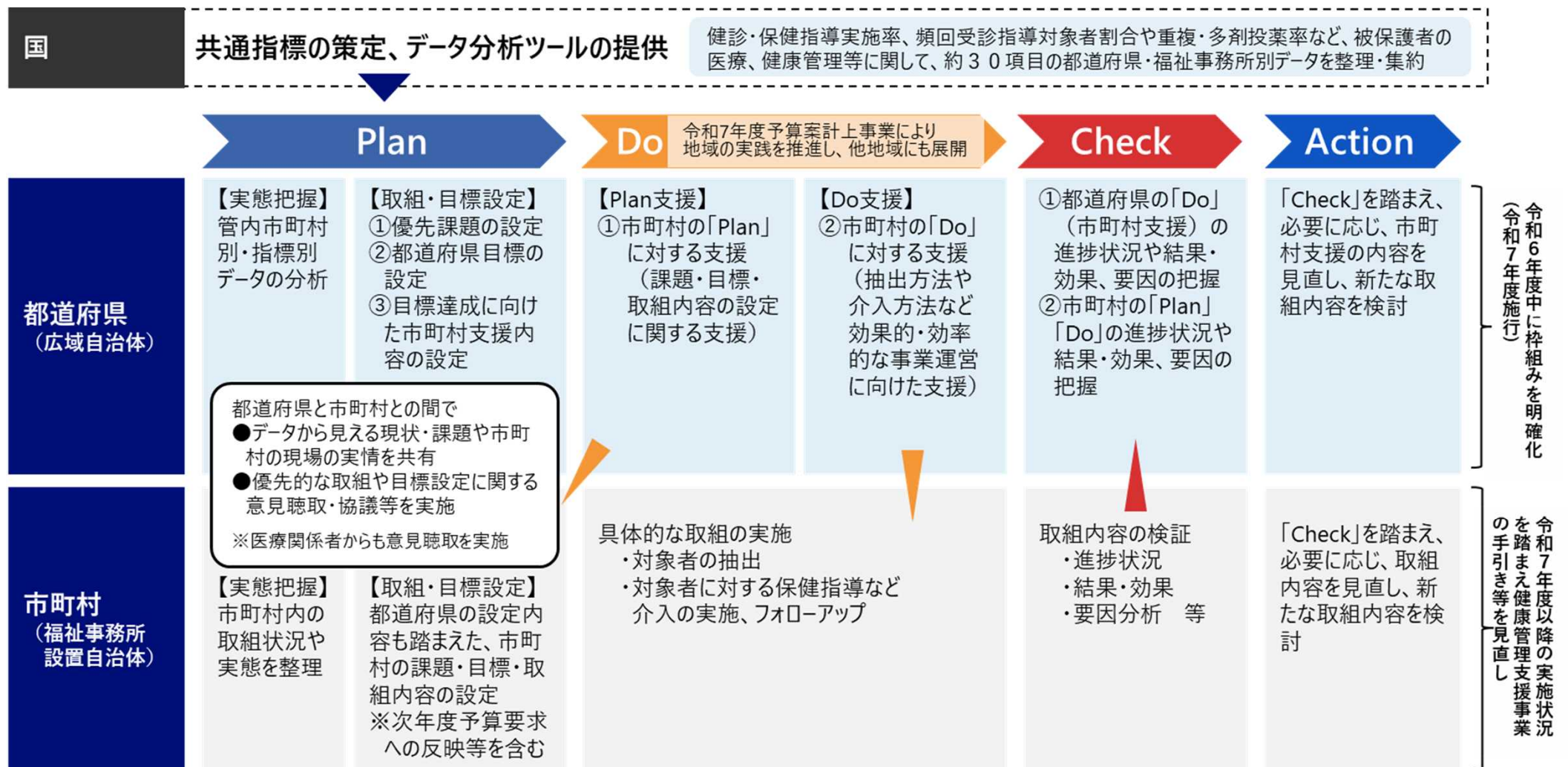
- 医療機関等との連携を通じて、後発医薬品の更なる使用促進を図ることはできないか。

- 上記のうち、最も効果的かつ重点的に取り組むべきテーマはどれか。

都道府県・市町村におけるPDCAサイクルの構築

- 都道府県は、国が配布する「データ分析ツール」を活用しつつ、優先課題、都道府県目標、市町村支援の内容を検討。市町村にこれらを示すとともに、市町村のPlan・Doが効果的なものとなるよう技術的支援を実施。データに現れない課題を把握している市町村や医療関係者とのコミュニケーションを通じて、実態を踏まえた優先課題・目標等を設定することが重要。

※ 市町村支援と市町村の取組が効果的に連動するよう、令和7年度以降の実施状況を踏まえ、健康管理支援事業の手引き等の見直しを検討。



「共通指標」の概要

- 各都道府県において同一の考え方の下、被保護者の健康・医療に関するデータ分析が可能となるよう、国において「共通指標」を設定。（医療保険分野における医療費適正化計画やデータヘルス計画の枠組みを参考）

国が提供する「データ分析ツール」により、都道府県間比較や、都道府県内の自治体間比較などを実施することが可能。各地域の現状・課題等の明確化や推移の継続的なモニタリングなど、市町村におけるPDCAを支援。

※「共通指標」のほか、必要に応じて、地域の実情を踏まえた都道府県独自の指標を設定することも可能。

- 「共通指標」のうち、健康管理支援事業や医療扶助の適正実施に関連する一部の指標については、都道府県において「目標設定」を行うこととし、市町村におけるPDCA構築を先導。

観点			共通指標
共通指標	I	生活習慣病予防・重症化予防	健診実施率、保健指導実施率、生活習慣リスク保有者関連指標、健診・保健指導関連指標、3疾患の受療率、重症化予防関連指標
	II	受診動向	頻回受診指導対象者割合、医療扶助費の動向関連指標、長期入院の動向関連指標
	III	医薬品の適正使用	重複投薬率、多剤投薬率、後発医薬品使用割合、向精神薬の重複処方者割合
	IV	健康管理支援事業の実施状況	健康管理支援事業の実施体制、健康管理支援事業の取組状況関連指標
独自指標	V	都道府県独自の指標	（都道府県が地域の実情を踏まえて、任意で設定）

※共通指標は、データの整備状況や自治体の意見等を踏まえつつ、順次拡大を検討

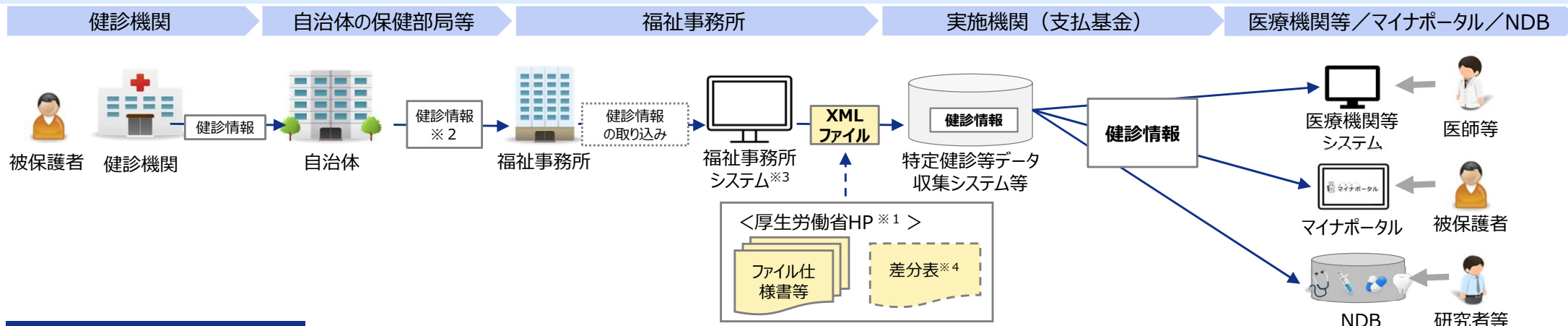
健診情報 / 保健指導情報のデータ連携の概要

健診情報等の登録イメージ

- 福祉事務所は、生活保護法第55条の8第2項に基づき、保健部局等から被保護者の健診情報及び保健指導情報（以下「健診情報等」）の提供を受けることが可能です。
- 登録された健診情報は、医療機関・薬局・マイナポータルにおいて閲覧できるほか、匿名化のうえNDBに連携され、学術研究等に活用されます。（※保健指導情報はNDBへの連携に限られます。）

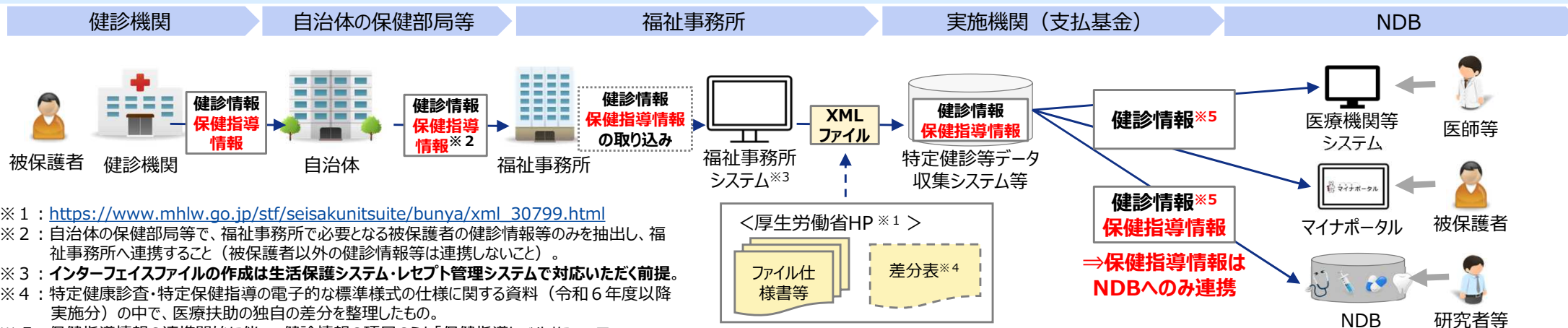
現在（R6.3～R8.3）

健診情報のデータ連携



R8.4以降

健診情報及び保健指導情報のデータ連携（R8年度～）



⇒保健指導情報はNDBへのみ連携

- ※1：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/xml_30799.html
- ※2：自治体の保健部局等で、福祉事務所が必要となる被保護者の健診情報等のみを抽出し、福祉事務所へ連携すること（被保護者以外の健診情報等は連携しないこと）。
- ※3：インターフェイスファイルの作成は生活保護システム・レセプト管理システムで対応いただく前提。
- ※4：特定健康診査・特定保健指導の電子的な標準様式の仕様に関する資料（令和6年度以降実施分）の中で、医療扶助の独自の差分を整理したもの。
- ※5：保健指導情報の連携開始に伴い、健診情報の項目のうち「保健指導レベル」について、令和8年4月より、任意項目から必須項目に変更される予定。

参考資料

ひと、くらし、みらいのために

7 - ① 「共通指標」一覧（生活習慣病予防・重症化予防）

観点	分類	共通指標		データソース	参考とした指標等	令和6年度データ分析ツールへの格納有無
			目標設定			
I 生活習慣病予防・重症化予防	1. 生活習慣リスク保有者	①喫煙習慣がある者の割合		NDB	データヘルス計画	
		②運動習慣が不適切な者の割合		NDB	データヘルス計画	
		③食事習慣が不適切な者の割合		NDB	データヘルス計画	
		④多量飲酒者の割合		NDB	データヘルス計画	
		⑤睡眠で休養が十分とれていない者の割合		NDB	データヘルス計画	
		⑥肥満者及びやせの者の割合		NDB	データヘルス計画 （「肥満解消率」の指標を参考）	
	2. 健診・保健指導	⑦健診実施率	◎	地域保健・健康増進事業報告	医療費適正化計画、データヘルス計画	○
		ア 後期高齢者の健診実施率				
		⑧保健指導実施率	◎	地域保健・健康増進事業報告	医療費適正化計画、データヘルス計画	○
		⑨内臓脂肪症候群該当者割合		地域保健・健康増進事業報告	データヘルス計画	○
		⑩健診受診者のうち保健指導対象者割合		地域保健・健康増進事業報告	データヘルス計画	○
	3. 3疾患の受療率（入院外）	⑪高血圧症に係る受療率		NDB	データヘルス計画 （「疾患予備群の状態コントロール割合」や「疾患群の病態コントロール割合」の指標を参考）	○
		⑫糖尿病に係る受療率		NDB		○
		⑬脂質異常症に係る受療率		NDB		○
	4. 重症化予防	⑭受診勧奨対象者の医療機関受診率		NDB	データヘルス計画	
		⑮HbA1cが8.0%以上の者の割合		NDB	データヘルス計画	

7 - ② 「共通指標」一覧（受診動向）

観点	分類	共通指標		データソース	参考とした指標等	令和6年度データ分析 ツールへの格納有無
			目標設定			
Ⅱ 受診動向	1. 医療扶助費 の動向	⑯ 1人当たり医療扶助費（実績・年齢調整）		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
		ア 年齢階級別				
		イ 診療種別（「入院」、「入院外」、「歯科」）				
		ウ 疾病分類別（「精神・行動の障害」等20分類）				
		⑰ 受診率		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
		⑱ 1日当たり医療費		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
		⑲ レセプト1件当たり診療日数		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
	2. 長期入院の 動向	⑳ 長期入院指導対象者割合		自治体報告	医療扶助独自	○
		ア 書類検討総数（180日を超えた患者数）				
		イ 退院又は移替え等が行われた者				
	3. 頻回受診者の 動向	㉑ 頻回受診指導対象者割合	◎	自治体報告	医療扶助独自	○
		ア 受診状況把握対象者数				
		イ 頻回受診指導実施者数				
		ウ 改善者数				

7 - ③ 「共通指標」一覧（医薬品の適正使用、健康管理支援事業の実施状況）

観点	分類	共通指標		データソース	参考とした指標等	令和6年度データ分析ツールへの格納有無
			目標設定			
Ⅲ 医薬品の適正使用	1. 医薬品の適正使用	②重複投薬率	◎	NDB	データヘルス計画	○
		③多剤投薬率（6剤）	◎	NDB	データヘルス計画	○
		ア 高齢者の多剤投薬率（6剤）				
		④多剤投薬率（15剤）	◎	NDB	データヘルス計画	○
		ア 高齢者の多剤投薬率（15剤）				
		⑤後発医薬品使用割合		医療扶助実態統計	医療費適正化計画、データヘルス計画	○
		⑥向精神薬の重複処方者割合		自治体報告	医療扶助独自	○
Ⅳ 健康管理支援事業の実施状況	1. 健康管理支援事業の実施体制	⑦健康管理支援事業の実施体制		自治体報告（予定）	医療扶助独自	
	2. 健康管理支援事業の取組状況	⑧健診受診勧奨を行った被保護者割合		自治体報告（予定）	医療扶助独自	
		⑨医療機関への受診勧奨を行った被保護者割合		自治体報告（予定）	医療扶助独自	
		⑩保健指導を行った被保護者割合		自治体報告（予定）	医療扶助独自	

8. 都道府県における目標設定の目的

- 都道府県は、各種のデータやツールを活用し、多様な関係者と連携・協議しつつ、地域性や被保護者の実情も勘案した広域的な目標（都道府県目標）を設定。

都道府県による広域的な目標設定 ※地域性や被保護者の実情等も勘案して設定

【踏まえるべきデータ・ツール】

- 国のデータ分析ツール（NDBのマクロデータ等）を活用した現状・課題分析
- 市町村が有する様々なデータ・情報（事業の取組状況等の“アウトプット”データ、事業の効果等の“アウトカム”データ、被保護者に関する保健医療以外の分野も含めた各種情報など）

目標の設定は、以下の観点から重要であり、
関係者と連携しつつ進めることが望まれる
（なお、目標設定が目的化しないよう留意）

【目標設定過程を通じた認識共有】

目標値を設定する際、

- ・健康管理支援事業や医療扶助の実施主体である“市町村”や
- ・協力・連携が不可欠となる“医療関係者等”

との間で、将来的に目指したい状態、現状とのギャップ、短期的に目指す水準（目標値）等について、認識を共有することが重要である。

その結果、都道府県による市町村支援、福祉事務所による健康管理支援事業や医療扶助の適正実施に当たり、より効果的な協力・連携体制の構築につながる。

【目標に基づく進捗管理】

具体的な取組の進捗状況・効果を評価するに当たり、目標値と足下の状況に関する数値を比較することで、一定程度客観的な評価を行うことが可能となる。その結果、関係者の間で、取組内容・手法の見直しや、取組の拡充・重点化等の検討につながる。

9. 都道府県における目標設定の手法・水準

- 設定手法や水準の考え方は様々なパターンがあり得る中、各都道府県において、実情を踏まえた適切なパターンを選択。
- 目標期間は、医療費適正化計画やデータヘルス計画を踏まえた検討等も可能となるよう、「6年間」を一期として運用。

設定手法

都道府県が主導して
目標設定を行うパターン

市町村が定める目標値を積み上げ
都道府県が目標設定を行うパターン

※会議体の設定に関しては任意（都道府県と市町村との協議の場、医療関係者も含めた協議の場 など）

具体的なパターン（一例） ※以下の他にも多様な手法が考えられる

パターン① 都道府県において目標値を設定

パターン② 都道府県において目標値案を作成し、市町村に対して協議の上、目標値を設定

パターン③ 市町村ごとに目標値を設定、都道府県は各市町村の目標値を積み上げて都道府県目標を設定（又は、政令市のみ目標値を定める、政令市・中核市のみ目標値を定める など）

水準の考え方

「平均値」を意識した
水準の考え方

「他分野との関係」を意識した
水準の考え方

その他の考え方

具体的なパターン（一例） ※以下の他にも多様な考え方が考えられる

パターン① 全国の平均値を目指す

パターン② 管内すべての市町村が、当該都道府県の平均値を目指す

パターン③ 管内すべての市町村が、同規模市町村の平均値を目指す

パターン④ 医療費適正化計画に定める目標値を目指す ※足下の状況を勘案して一定の調整を行った数値等

パターン⑤ 管内すべての市町村が、当該市町村のデータヘルス計画（国保）に定める目標値を目指す
※足下の状況を勘案して一定の調整を行った数値等

パターン⑥ 全国（又は管内）で一定の成果（上位●％等）を挙げている市町村の数値を目指す
（例：県内平均値以上の市町村はパターン⑥、平均値未満の市町村はパターン②、など）

パターン⑦ 過去からのトレンドを用いる（過去からの推移を踏まえ「＋●％」を目指すなど）

※広域的な都道府県目標と併せて、エリア別・市町村別の目標を定めるケース等も考えられる

※本制度の施行後、地域の取組やデータの整備が進んできた段階で、国が全国的な目標値（又は目標設定の参照値）を設定することも検討

(参考3) 各共通指標の関係性の整理

■：目標設定を行う指標 ■：目標設定を行わない指標

