

# 資料1

## 今後のNDBについて

令和3年11月18日

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

保険データ企画室

## 1. 収集

- 厚生労働大臣は、高齢者の医療の確保に関する法律第16条の規定に基づき、医療費適正化計画の作成等に資するため、保険者等からデータの提供を受け、NDBに収載。
- 収載に当たっては、匿名化し、個人が特定できない状態で格納。

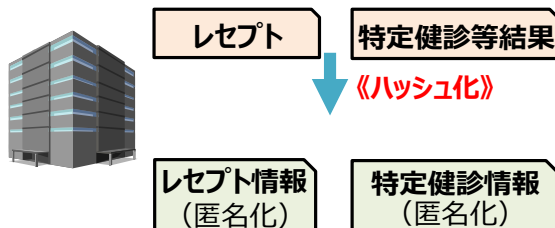
## 2. 第三者への提供

- また、厚生労働大臣は、収集したデータについて、相当の公益性を有する分析等を行う者に対して提供できる。
- 提供に当たっては、社会保障審議会匿名医療情報等の提供に関する専門委員会にて、個別に審査。
- 提供を受けた研究者等は、厳格なルールの下で運用。

- 法律 {
- ① 個人を特定するために他の情報と照合することの禁止（16条の3）
  - ② 情報の安全管理措置義務（サーバーの保管場所、ログの管理等）（16条の5）
  - ③ 目的外利用の禁止（16条の6）
  - ④ 違反した場合の罰則の適用等（167条の2）

- ガイドライン {
- ⑤ 成果物を公表する場合には、厚生労働省において事前にチェック（最小集計単位、研究目的と整合的かどうか）している。

### 保険者（健保組合、市町村国保等）



高確法§16②に基づきデータ提供



個人が特定できない状態で、  
全国の加入者の情報を  
データベース化 (ビッグデータ)

高確法§16の2に基づき第三者へ提供

### 研究に活用

法律上の規制やガイドラインなど、厳格なルールの下で運用

# 今後のNDBの検討事項について

- 今後、NDBについては、自治体、研究者、民間事業者によるデータ利活用をより推進し、データの価値を国民に広く還元できるよう、データベースの整備を進めることが重要。
- 具体的には、以下の内容について、社会保障審議会医療保険部会の下「匿名医療情報等の提供に関する専門委員会」にて検討を進めていく。
  - ① 収載・提供情報の拡大
    - ・ 居住地情報
    - ・ 所得階層情報 など
  - ② 他の公的データベースとの連結
    - ・ 死亡票 など
  - ③ 利便性の向上
    - ・ クラウド化（医療・介護データ等の解析基盤（HIC）の開発など）
    - ・ 公表物確認の重点化と提出書類の効率化

【NDBの今後のイメージ】



### ○匿名医療情報等の提供に関する専門委員会と医療保険部会で、以下の観点から議論（本年３月から７月まで）

- ・ 収載・提供情報拡大によるメリットは何か、どのような点が懸念され得るか
- ・ 想定され得る懸念点に対してどのように対応していくか
- ・ 専門委員会での審査のポイントをどのように考えるか



患者所在地情報（郵便番号・市町村コード）、所得階層情報（高額療養費自己負担限度額適用区分）、公費負担医療について、専門委員会における審査を強化し、必要最小限の原則を考慮して、提供することとした。

# ①公費負担医療に関する現行の取扱い

第6回 匿名医療情報等の提供に関する専門委員会 資料1 一部改変

第144回 医療保険部会 資料4 一部改変

- 生活保護受給者に係る医療扶助レセプトについては、令和元年の健康保険法等改正法により、第三者提供制度が法定化され提供可能となったが、運用上は、法改正前と同様、提供対象外としていた。
- また、公費併用医療については、レセプトの提供は行っていたが、上記と同様に、「KO（公費レコード）」を選択することができず、公費の対象かどうか分からない状態であった。

## 第三者提供テンプレート（抽出）

### 医科レセプト情報

提供形式:

抽出期間: 20  年  月 ~ 20  年  月

名寄せ:  使用ID

名寄せ先:

抽出項目: 出力対象は■にしてください。  
☒ MN ☐ IR ☐ RE ☐ HO ☐ SY ☐ SI ☐ IY ☐ TO ☐ CO ☐ NI ☐ SJ ☐ TI ☐ TR ☐ TS ☐ GR

出力対象に「KO（公費レコード）」を選択できず、どの公費を用いたかが不明

※名寄せについては「はじめにご確認ください」シートに説明がございますのでご確認ください。  
 ※2つ目以降は、同条件で複数のレセプト種類へ名寄せする場合に使用します。  
 ※条件が違う名寄せを行う場合は、当シートもしくはブックをコピーしてご使用ください。  
 ※特定健診・保健指導との名寄せは使用IDの選択にかかわらずID1nで実施いたします。

※NIレコードは2012年4月以降記録されていません。  
 ※「提供不可」と記載のあるレコードは、データが記録されていないため提供対象ではございません。

レコード識別名: 公費レコード(KO)

| 項番 | データ項目名(日本語)   | 型  | 項目数 | 出力 | 項目仕様 | 条件等記入欄 |
|----|---------------|----|-----|----|------|--------|
| 1  | 通番1           | 英数 | 10  |    |      |        |
| 2  | 通番2           | 英数 | 51  |    |      |        |
| 3  | 有効フラグ         | 数字 | 1   |    |      |        |
| 4  | 公費フラグ         | 数字 | 1   |    |      |        |
| 5  | レコード識別情報      | 英数 | 2   |    |      |        |
| 6  | 負担者番号(公費負担医療) | 英数 | 8   |    |      |        |

# (参考) 公費負担者番号について

第6回 匿名医療情報等の提供に  
関する専門委員会 資料1 一部改変

第144回 医療保険部会 資料4  
一部改変

| 法律の名称（略称）   | 給付名                | 法別番号 |
|-------------|--------------------|------|
| 戦傷病者特別援護法   | 療養の給付              | 13   |
|             | 更生医療               | 14   |
| 原子爆弾被爆者援護法  | 認定疾病医療             | 18   |
| 感染症法        | 新感染症の患者の入院         | 29   |
| 心神喪失者等医療観察法 | 医療の給付              | 30   |
| 感染症法        | 結核患者の適正医療          | 10   |
|             | 結核患者の入院            | 11   |
| 精神保健福祉法     | 措置入院               | 20   |
| 障害者総合支援法    | 精神通院医療             | 21   |
|             | 更生医療               | 15   |
|             | 育成医療               | 16   |
|             | 療養介護医療/基準該当療養介護医療  | 24   |
| 麻薬及び向精神薬取締法 | 入院措置               | 22   |
| 感染症法        | 一類感染症等患者の入院        | 28   |
| 児童福祉法       | 療育の給付              | 17   |
|             | 肢体不自由児通所医療/障害児入所医療 | 79   |
| 原子爆弾被爆者援護法  | 一般疾病医療費            | 19   |
| 母子保健法       | 養育医療               | 23   |
| 児童福祉法       | 小児慢性特定疾病医療費        | 52   |
| 難病法         | 特定医療費              | 54   |
| ...         | ...                | ...  |
| 生活保護法       | 医療扶助               | 12   |

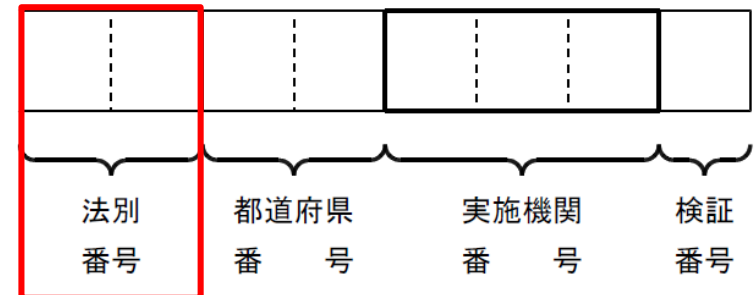
公費負担者番号 8桁

法別番号 2桁

都道府県番号 2桁

実施機関番号 3桁

検証番号 1桁



生活保護受給者、新型コロナウイルス感染症患者や難病患者等の公費負担のある患者数の正確な把握や治療実態を分析し政策立案やQOL向上に寄与する研究のニーズがあった。

### 【公費負担医療】

- ・ 公費負担医療の対象となる疾患（新型コロナウイルス感染症、難病等）の患者数や糖尿病や心筋梗塞等の疾患別の公費負担患者の罹患数を公費負担者番号にてより精度が高く把握することができる。また、生活保護受給中の患者を含めた分析が可能となる。
- ・ 公費負担医療の患者数の把握により、医療サービスのより正確な実態の分析（医療保険・公費併用の自己負担額等）が可能となる。また、公費負担医療の対象となる難病・障害者患者等の研究が進むことで、医療サービスやQOL改善に資する施策・立案の可能性がある。
- ・ 感染症法に基づく公費負担医療部分の公開により、新型コロナ感染症患者の分析も踏まえた感染症予防計画等の立案が可能となる。例えば、新型コロナウイルス感染症患者のICU入室中における酸素投与等の処置がない患者割合について病院間差を評価することで、適正使用の状況の評価が可能となる。

### 【生活保護受給者に係る医療扶助レセプト】

- ・ 生活保護受給中の患者の地域別疾病構造や受療行動の分析を行うことで、正確な医療サービスのニーズを推察できる。
- ・ 医療保険と生活保護受給を行き来している患者についての健康状態や医療サービス受療の実態を把握できる。これにより、生活保護に至る前段階での健康管理上の必要な対策を講じ、重篤な症状に陥らないようにするための政策の可能性がある。

# ③NDB記載・提供情報の拡大に伴う懸念点について

第6回 匿名医療情報等の提供に  
関する専門委員会 資料1 一部改変

第144回 医療保険部会 資料4  
一部改変

- NDBは、収集の段階で個人情報情報を削除して格納し、提供の段階ではさらに匿名加工化した上で提供しており、提供した情報をもって患者個人を特定することは不可能（個人情報保護法上の個人情報に該当しない。）
- また、研究者等には、CSV形式でレコード毎に提供しており、匿名化された個々の患者の診療情報を偶然かつ容易に把握できるようなものではない。通常、研究者等は、匿名化された集団としての患者の診療行為や受療行動の傾向を分析している。
- 一方で、患者に関する情報が増加し、他の情報(※)と悪意を持って照合すれば個人を特定できる可能性はゼロではない。 ※報道の情報や、研究者等が属人的に知っている情報 など

医科入院外レセプトの例

NDBの格納項目

追加情報

高確法における  
匿名加工

- ①提供の都度ハッシュ化のアルゴリズムを変える
- ②特異な情報を削除等  
→100歳以上一括りなど
- ③審査において必要最小限の範囲でしか提供しない  
→医療機関コード等は匿名で提供など

提供されるデータ

REレコード・・・  
(レセプト共通レコード)

IRレコード・・・  
(医療機関情報レコード)

HOLレコード・・・  
(保険者レコード)

郵便番号  
市町村コード

高額療養費  
自己負担限度額  
(適用区分)

※年収約1,160万円～、約770～1,160万円、約370～770万円、約370万円未満、住民税非課税の5区分。  
社保は住民税非課税であっても、被保険者から保険者に申告がない限り、年収約370万円未満の区分で収載される。

公費負担医療  
レセプト  
公費負担者番号

診療年月

医療機関コード

保険者番号

保険医療機関名

被保険者証記号番号

氏名

生年月日

性別

保険者番号、被保険者番号記号番号、  
生年月日、性別をハッシュ化

氏名、生年月日、性別をハッシュ化

傷病名 → 傷病行為コード、転帰

診療行為→診療行為コード

12再診  
13医学管理  
14在宅  
20投薬等

請求点数

カルテ番号: sample-ika-079 受付番号: 2205-00-000-100 000000-00-0000 ページ番号: 000,001-000  
レセプト番号: 000,001-000000 提出先: 1 診療 検索: 910000213

診療報酬明細書  
(医科入院外)

平成 22年 4月分

診療: 13

証号: 9999913

1 医科 1 診療 1 単発 8 高外一

保険者番号: 06132013

記号・番号: 123456779

保険医療機関名: 東京都港区新橋

診療所名: サンプル医科クリニック1

診療年月: 平成22年4月1日

診療時間: 15時00分～16時00分

診療科目: 内科

診療内容: 高血圧症

診療回数: 1回

診療料: 69円

診療料: 52円

診療料: 9円

診療料: 107円

診療料: 8円

診療料: 735円

診療料: 119円

診療料: 414円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

診療料: 1,619円

この明細書は、社会保険診療報酬支払基金が、保険医療機関・保険薬局から提出された電子レセプトについて  
審査決定後、その請求情報に基づき作成したものです。 Ver.000010823853722a8451r07c047a97e4418

○以下の措置を講じ、専門委員会において必要最小限度の原則を十分考慮することを前提に、抽出依頼テンプレートを改正して提供対象とする。

匿名加工基準と同程度

さらに実効性を高める

事前規制

NDB収集時

- ① **個人情報**は削除した状態で収集し、NDBに格納  
(厚生労働省は個人情報を持たない)

NDB提供時

- ①提供の都度ハッシュ化のアルゴリズムを変える
- ②特異な情報を削除等 (100歳以上一括りなど)
- ③ **審査において必要最小限**の範囲でしか提供しない  
(医療機関コード等は匿名で提供など)

## ①法令による対応 →NDB/介護DB/DPCデータ独自の規制

- ・特定の個人を識別する目的で他の情報と照合することを禁止。
- ・NDBデータと連結できる情報は、法令に限定列挙。

## ②安全管理措置 (法令及びガイドライン)

- ・データの適正管理の方針、規程の策定、データ管理簿の整備
- ・データを利用する区域の特定、当該区域への入退室管理  
データ利用後の適切な方法によるデータ消去
- ・データを利用するPC等について不正アクセスの防止等の措置 等

## ③成果物の公表のルール →NDB/介護DB/DPCデータ独自の規制

- ・研究成果の公表に当たっての最小集計単位の原則の遵守
- ・厚生労働省による公表物確認の実施

事後規制

+

+

**データの必要性をより把握しやすくし、審査を確実に行えるよう、提供申出書と提供申出書サマリを見直し、厚生労働省・専門委員会における審査を強化。**

- ①提供申出書の見直し (研究者が提出するもの)

- ②提供申出書のサマリの見直し

(→事務局で審査に必要な点をまとめ、専門委員会での審査に使われるもの)

- ③個別審査の運営方法の見直し

※ 専門委員会において、定期的に効果・問題点を検証していく。また、故意過失に関わらず問題が発生した場合は、専門委員会を臨時に開催し、対応を検討。

追加

# 今後のスケジュール案

第6回匿名医療情報等の提供に  
関する専門委員会 資料1

第144回 医療保険部会 資料4

|                        | 2021年7月～8月     | 2021年9月～2022年3月             | 2022年4月     |
|------------------------|----------------|-----------------------------|-------------|
| 郵便番号・市町村<br>コード        |                | システム改修                      | 収載・<br>提供開始 |
| 高額療養費<br>自己負担限度額<br>区分 |                |                             |             |
| 公費負担医療<br>(公費負担者番号等)   | 医療<br>保険<br>部会 | 提供開始                        |             |
| 全額公費医療 (医療<br>扶助レセプト)  |                | 医療扶助検討会<br>ガイドライン改正<br>提供開始 |             |

※ガイドライン改正は、提供申出書等の改正を含む。

# 參考資料

# 社会保障審議会医療保険部会、匿名医療情報等の提供に関する専門委員会

## でいただいた御意見

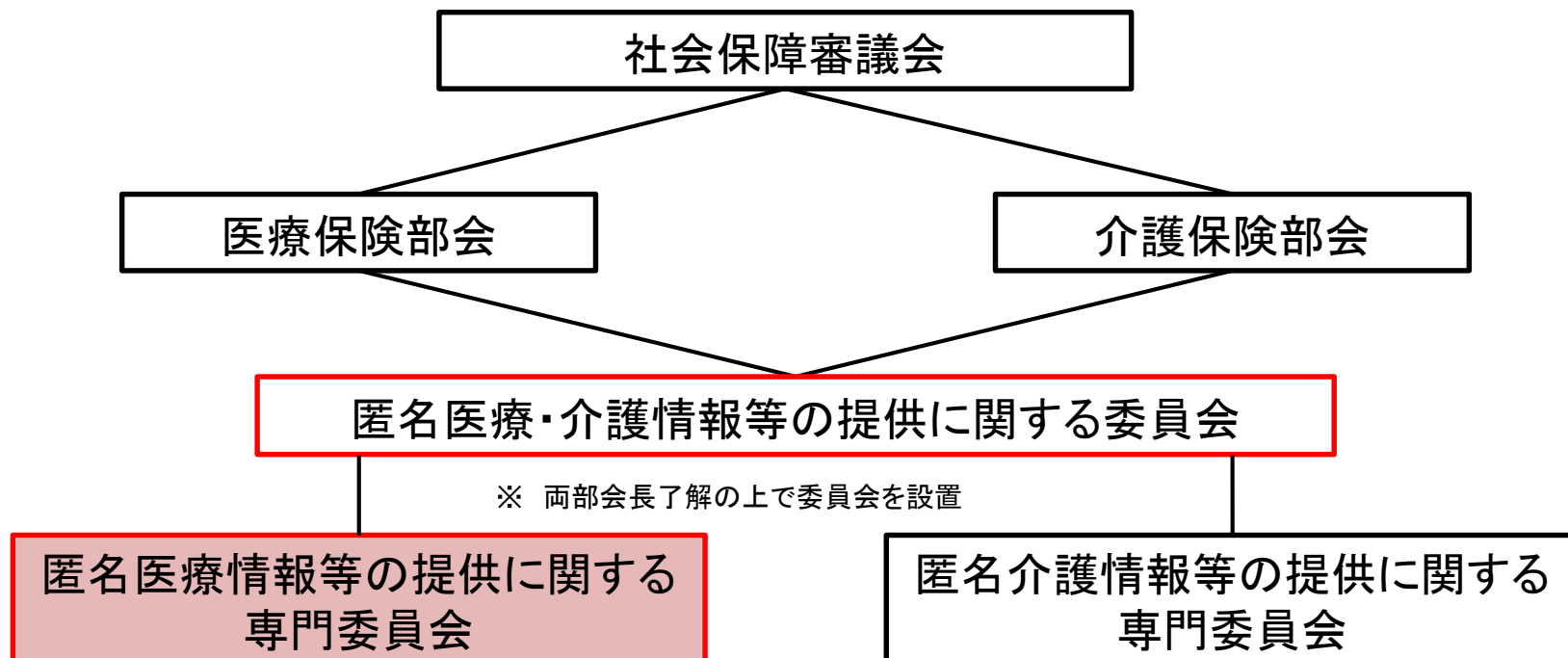
第6回 匿名医療情報等の提供に  
関する専門委員会 資料1 一部改変

第144回 医療保険部会  
資料4 一部改変

### 公費負担医療

- 個人情報 that 特定されないようというところは重々慎重にすべきだと思うが、研究という意味では、公費負担医療が入っているものとそうでないもので実態がどうなっているのかというのは、政策の質を上げるためにも、研究の上でも非常に重要だと思うので、ぜひ進めていただきたい。
- 公費の患者さんに関しては、御自分の病名を人には余り知られたくないという要望が、普通の一般的な方で非常に強いと思うので、より慎重な取扱いが必要である。ただし、それは審査の際に本当にそれが必要なのかというところを、より慎重にしっかり審査するという形での対応でもいいかと思う。
- 高齢者が生活保護に陥る一番大きな理由が傷病なので、（医療保険や医療扶助のレセプトを分析することで）生活保護に陥らないようにするための健康管理といった政策は将来的にもやるべきである
- EBPMの実施にあたって大きな前進で、医療保険制度に限らず、他の社会政策等にも多くの解が得られることを期待する

- 医療保険部会・介護保険部会の下に、それぞれ「匿名医療情報等の提供に関する専門委員会」・「匿名介護情報等の提供に関する専門委員会」を設置するとともに、連結したデータを含めた一体的調査審議を行う場として「匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会」を設置。



## 1 設置の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）による改正後の健康保険法（大正11年法律第70号。以下「健保法」という。）、改正後の高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高確法」という。）及び改正後の介護保険法（平成9年法律第123号。）の規定により、厚生労働大臣は匿名診療等関連情報、匿名医療保険等関連情報（以下「匿名医療データ」という。）及び匿名介護保険等関連情報を第三者に提供することができること、また、提供を行う場合には、匿名医療データを連結して利用することができる状態（以下「連結匿名医療データ」という。）で提供することができることとされた。このため、匿名医療データ及び連結匿名医療データ（以下「匿名医療データ等」という。）の第三者への提供の可否等について専門的観点から審査を行うため、健保法及び高確法の規定により社会保障審議会の権限に属せられた事項について調査審議するための専門委員会として、社会保障審議会医療保険部会（以下「部会」という。）に「匿名医療情報等の提供に関する専門委員会」（以下「専門委員会」という。）を設置する。

## 2 構成等

- （1）専門委員会の専門委員は、別紙とする。
- （2）専門委員会に委員長を置く。

## 3 検討項目

専門委員会は、匿名医療データの提供に係る事務処理及び標準化並びに専門委員が行う審査基準を定めた「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」及び「匿名医療等関連情報の提供に関するガイドライン」等について検討を行う。また、匿名医療データの提供申出があった場合には、当該提供申出のあった匿名医療データの利用について、相当の公益性の有無を次の（1）から

- （3）までに掲げる事項等を踏まえて判断するとともに、不適切利用による個人の権利利益の侵害防止の有無等も含め総合的に審査する。
- （1）匿名医療データの利用目的
- （2）匿名医療データの利用内容
- （3）成果物の内容およびその公表方法 等

## 4 運営等

- （1）専門委員会は、原則として、年に4回開催する。
- （2）専門委員会の議事は、提供申出の対象となる情報について、個人の情報の保護等の観点から特別な配慮が必要と認める場合を除き、原則公開とする。
- （3）専門委員会の検討の結果については、部会に年次の報告を行う。なお、専門委員会の議決は、社会保障審議会医療保険部会長及び介護保険部会長が定める「匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会」に報告の上で、社会保障審議会医療保険部会長の同意を得て、部会の議決とすることができる。
- （4）専門委員会の庶務は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課において行う。
- （5）上記のほか、専門委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

## 附 則

この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

|        |                                      |        |                                 |
|--------|--------------------------------------|--------|---------------------------------|
| 宇佐美 伸治 | 日本歯科医師会常任理事                          | 中島 誠   | 全国健康保険協会理事                      |
| 齋藤 俊哉  | 国民健康保険中央会理事                          | 中野 壮陸  | 公益財団法人<br>医療機器センター専務理事          |
| 鹿野 真弓  | 東京理科大学薬学部教授                          | 中野 恵   | 健康保険組合連合会参与                     |
| 嵩 さやか  | 東北大学大学院法学研究科<br>教授                   | 堀 真奈美  | 東海大学健康学部長兼<br>健康マネジメント学科教授      |
| 田尻 泰典  | 日本薬剤師会副会長                            | 松田 晋哉  | 産業医科大学医学部<br>公衆衛生学教授            |
| 田中 純子  | 広島大学疫学・疾病制御学<br>教授                   | 宮島 香澄  | 日本テレビ報道局解説委員                    |
| 東宮 秀夫  | 医薬品医療機器<br>レギュラトリーサイエンス財団<br>研修事業本部長 | ◎山本 隆一 | 一般財団法人<br>医療情報システム開発センター<br>理事長 |
| 長島 公之  | 日本医師会常任理事                            |        |                                 |

(◎は委員長)

(敬称略、五十音順)

## 1 設置の趣旨

医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第9号）による改正後の健康保険法（大正11年法律第70号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）及び介護保険法（平成9年法律第123号）（以下「改正健保法等」という。）の規定により、厚生労働大臣は匿名診療等関連情報、匿名医療保険等関連情報及び匿名介護保険等関連情報（以下「匿名データ」という。）を第三者に提供することができること、また、提供を行う場合には、匿名データを連結して利用することができる状態（以下「連結匿名データ」という。）で提供することができることとされた。改正健保法等においては、匿名データの提供に当たって、あらかじめ社会保障審議会の意見を聴くこととされたため、当該規定により社会保障審議会の権限に属せられた事項について調査審議するための専門委員会として、社会保障審議会医療保険部会に「匿名医療情報等の提供に関する専門委員会」（以下「匿名医療データ専門委員会」という。）、社会保障審議会介護保険部会に「匿名介護情報等の提供に関する専門委員会」（以下「匿名介護データ専門委員会」という。）が設置された。匿名データ及び連結匿名データの提供については、一体的に調査審議を実施することが重要であることから、社会保障審議会医療保険部会長及び介護保険部会長（以下「両部会長」という。）が定めるものとして、「匿名医療・介護情報等の提供に関する委員会」（以下「委員会」という。）を設置する。

## 2 構成等

- （1）委員会の委員は、匿名医療データ専門委員会及び匿名介護データ専門委員会に属する委員全員で構成する。
- （2）委員会の座長は、匿名医療データ専門委員会の委員長及び匿名介護データ専門委員会の委員長を共同座長とする。なお、匿名医療データ専門委員会及び匿名介護データ専門委員会の委員長が同じ者である場合は、その者を座長とする。
- （3）委員会に座長代理を置き、座長が指名する。

## 3 検討項目

- （1）匿名データ及び連結匿名データの提供に係る事務処理並びに匿名医療データ専門委員会及び匿名介護データ専門委員会並びに委員会が行う審査の基準を定めた「匿名診療等関連情報の提供に関するガイドライン」と「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」と「匿名介護情報等の提供に関するガイドライン」の内容等について、匿名データ及び連結匿名データの提供に係る一体的な調査審議を実施する観点からの検討
- （2）連結匿名データの提供申出について、「匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するガイドライン」と「匿名介護情報等の提供に関するガイドライン」に基づく審査
- （3）匿名医療データ専門委員会及び匿名介護データ専門委員会における審議結果等の聴取
- （4）その他

## 4 運営等

- （1）委員会は、匿名データ及び連結匿名データの提供申出状況を考慮した上で、随時開催する。
- （2）委員会の議事は、原則公開とする。ただし、座長が、提供申出対象の情報について、個人情報保護等の観点から特別な配慮が必要と認めるときは、非公開とすることができる。
- （3）委員会の検討結果及び聴取事項については、社会保障審議会医療保険部会及び介護保険部会（以下「両部会」という。）に年次の報告を行う。なお、委員会の議決は、両部会長の同意を得て、両部会の議決とすることができる。
- （4）委員会の庶務は、厚生労働省保険局医療介護連携政策課及び老健局老人保健課において行う。
- （5）上記のほか、委員会の運営に関し必要な事項は、座長が定める。

## 附 則

この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

|        |                                      |         |                                         |
|--------|--------------------------------------|---------|-----------------------------------------|
| 今村 知明  | 奈良県立医科大学教授                           | 中島 誠    | 全国健康保険協会理事                              |
| 宇佐美 伸治 | 日本歯科医師会常任理事                          | 中野 壮陸   | 公益財団法人<br>医療機器センター専務理事                  |
| 齋藤 俊哉  | 国民健康保険中央会理事                          | 中野 恵    | 健康保険組合連合会参与                             |
| 鹿野 真弓  | 東京理科大学薬学部教授                          | 野口 晴子   | 早稲田大学政治経済学術院<br>教授                      |
| 嵩 さやか  | 東北大学大学院法学研究科<br>教授                   | 堀 真奈美   | 東海大学健康学部長兼<br>健康マネジメント学科教授              |
| 田尻 泰典  | 日本薬剤師会副会長                            | 松田 晋哉   | 産業医科大学医学部<br>公衆衛生学教授                    |
| 田中 純子  | 広島大学疫学・疾病制御学<br>教授                   | 宮島 香澄   | 日本テレビ報道局解説委員                            |
| 辻 真弓   | 産業医科大学医学部衛生学<br>教授                   | 武藤 香織   | 東京大学医科学研究所<br>ヒトゲノム解析センター<br>公共政策研究分野教授 |
| 東宮 秀夫  | 医薬品医療機器<br>レギュラトリーサイエンス財団<br>研修事業本部長 | ◎山本 隆一  | 一般財団法人<br>医療情報システム開発センター<br>理事長         |
| 長島 公之  | 日本医師会常任理事                            | (◎は委員長) |                                         |

(敬称略、五十音順)

# (参考)【見直し①】 提供申出書について

第6回 匿名医療情報等の提供に関する専門委員会 資料1 一部改変

第144回 医療保険部会 資料4 一部改変

## 提供申出書（現行）

|                |                                                               |
|----------------|---------------------------------------------------------------|
| 提供申出書<br>(様式1) | 1 研究の名称                                                       |
|                | 2 研究の内容                                                       |
|                | 3 研究の必要性                                                      |
|                | 4 研究の概要<br>(研究の具体的な内容、利用目的、利用する方法及び作成する資料等の内容)                |
|                | 5 研究の計画及び実施期間<br>(当該研究計画の中で実際に匿名レセプト情報等を利用する期間、結果取りまとめ、公表時期等) |
|                | 6 他の情報との連結の有無                                                 |
|                | 7 外部委託等の有無等                                                   |
|                | 8 取扱者の本申出書に記載された分野での過去の実績と現在行っている研究                           |
|                | 9 取扱者の本申出書に記載された分野以外での過去の実績と現在行っている研究                         |
|                | 10 匿名レセプト情報等の利用期間                                             |
|                | 11 匿名レセプト情報等の利用場所                                             |
|                | 12 匿名レセプト情報等の保管場所                                             |
| 別添8            | 抽出依頼テンプレート                                                    |
| 別添9            | 公表イメージ                                                        |

変更

## 提供申出書(見直し案)

- 研究の名称  
(研究概要が分かるように具体的に記述)
- 研究の内容、必要性
  - ①研究の背景となる基本情報  
(これまでの先行研究を含めた当該分野の知見や研究のビジョン、研究を行う必要性を記述する)
  - ②研究の目的  
(研究により明らかにしたい内容を具体的に記述する)
  - ③研究によって期待される効果  
(本研究で期待される結果やその意義について記述する)
- 研究の概要 (下記の項目を参考に具体的に記述する。ただし、実態把握研究等、研究デザイン等を記載することが困難な場合は例外を認めることとする。)
  - ①研究計画
    - ・ 研究対象集団 (選択・除外基準等)
    - ・ 研究デザイン (PECO、統計解析法等)
    - ・ データ抽出条件 (具体的なレコードと必要な理由等)
    - ・ エンドポイント (死亡、特定の合併症、医療費等)
  - ②医療政策への寄与、期待される効果や将来への展望
- 研究の実実施計画および期間  
(匿名レセプト情報等を利用する期間、結果取りまとめ、公表時期等)

## 見直しのポイント

データの必要性等について、事務局が迅速に把握し、円滑に審査できるよう、研究の概要(データ抽出条件等)を原則※具体的に明記する形で見直し

※実態把握研究等の研究デザイン等を記載することが困難な場合は、例外を認めることとする。

# (参考) 【見直し②】 提供申出サマリについて

第6回 匿名医療情報等の提供に  
関する専門委員会 資料1 一部改変

第144回 医療保険部会 資料4  
一部改変

## 現行の提供申出サマリ

|                           |                                                             |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ①担当者、提供申出者                |                                                             |
| 1. 担当者氏名                  |                                                             |
| 2. 担当者所属                  |                                                             |
| 3. 研究名称                   |                                                             |
| 4. . . .                  |                                                             |
| ②匿名レセプト情報等の利用目的等          |                                                             |
| 1. 研究の内容                  |                                                             |
| 2. 公共性、必要性、緊急性            |                                                             |
| 3. 研究の概要                  |                                                             |
| 4. 過去の研究実績や現在行っている研究(同分野) |                                                             |
| 5. 過去の研究実績や現在行っている研究(分野外) |                                                             |
| ③研究対象データについて              |                                                             |
| 1. 基本情報                   | レセプト種別(医科、DPC、…)<br>抽出期間<br>特定健診・保健指導<br>抽出期間<br>年齢区分       |
| 2. 保険者番号                  | 提供依頼有無                                                      |
| 3. 医療機関コード                | 匿名化有無                                                       |
| 4. 薬局コード                  | 絞込みの有無と絞込み条件<br>左記データを用いた別コード付与の有無<br>付与した内容<br>上記データが必要な理由 |
| 5. 傷病名コード                 | 提供依頼有無                                                      |
| 6. 診療行為コード                | 抽出データの絞り込み                                                  |
| 7. 医薬品コード                 | 絞り込み条件                                                      |
| 8. 特定機材コード                | その他                                                         |
| 9. 抽出条件                   |                                                             |
| 10. 抽出項目                  |                                                             |
| ④セキュリティについて               |                                                             |
| ⑤公表方式・内容について              |                                                             |
| ⑥公表イメージについて               |                                                             |

変更

変更

変更

## 提供申出サマリ(見直し案)

3 研究の名称  
(研究概要が分かるように具体的に記述)

②匿名レセプト情報等の利用目的等

1 研究の内容、必要性

- ①研究の背景となる基本情報  
(これまでの先行研究を含めた当該分野の知見や研究のビジョン、研究を行う必要性を記述する)
- ②研究の目的  
(研究により明らかにしたい内容を具体的に記述する)
- ③研究によって期待される効果  
(本研究で期待される結果やその意義について記述する)

2 研究の概要

(下記の項目を参考に具体的に記述する。ただし、実態把握研究等、研究デザイン等を記載することが困難な場合は例外を認めることとする。)

①研究計画

- ・研究対象集団 (選択・除外基準等)
- ・研究デザイン (PECO、統計解析法等)
- ・データ抽出条件 (具体的なレコードと必要な理由等)
- ・エンドポイント (死亡、特定の合併症、医療費等)

②医療政策への寄与、期待される効果や将来への展望

③本研究分野における過去の実績・現在進行中の研究

- |            |                                                                                |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 2. 保険者番号   | 提供依頼有無<br>匿名化有無<br>絞込みの有無と絞込み条件<br>左記データを用いた別コード付与の有無<br>付与した内容<br>上記データが必要な理由 |
| 3. 医療機関コード |                                                                                |
| 4. 薬局コード   |                                                                                |
| 5. 患者居住地   |                                                                                |
| 6. 限度額区分   |                                                                                |
| 7. 公費負担者番号 |                                                                                |
|            |                                                                                |

## (参考)提供申出サマリの例

### ①担当者、提供申出者

|   |                             |                                   |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1 | 担当者氏名(ふりがな)                 | 〇〇 〇〇〇                            | 第6回 匿名医療情報等の提供に関する専門委員会 資料1 |
| 2 | 担当者所属                       | 〇〇 〇〇〇                            | 第144回 医療保険部会 資料4            |
| 3 | 研究名称<br>(研究内容が分かるように具体的に記述) | 新型コロナウイルス感染症患者に係る入院医療費の把握         |                             |
| 4 | 提供を依頼するデータ                  | 特別抽出                              |                             |
| 5 | 研究期間                        | 〇〇ヶ月                              |                             |
| 6 | 提供申出者                       | 〇〇 〇〇〇                            |                             |
| 7 | 取扱者数                        | 担当者を含め(〇人) 外部委託：なし                |                             |
| 8 | 申出実績                        | －                                 |                             |
| 9 | 手数料免除の有無                    | 補助金等を利用しないため、手数料免除を申請しない 補助金等名称：－ |                             |

### ②匿名レセプト情報等の利用目的等

|   |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                   |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>研究の内容</p> <p>①研究の背景となる基本情報<br/>(これまでの先行研究を含めた当該分野の知見や研究のビジョン、研究を行う必要性を記述する)</p> <p>②研究の目的<br/>(研究により明らかにしたい内容を具体的に記述する)</p> <p>③研究によって期待される効果<br/>(本研究で期待される結果やその意義について記述する)</p> | <p>①新型コロナウイルス感染症対策に当たり、新型コロナウイルス感染症患者に係る入院医療費について概要を把握する必要がある。・・・</p> <p>②新型コロナウイルス感染症対策に関する施策の企画及び立案に必要な資料として・・・</p> <p>③新型コロナウイルス感染症患者に係る入院医療について、その一人当たり入院医療費の平均値、中央値、最大値及び最小値についてグラフ化し・・・</p> |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 審査委員会での確認事項

✓ 匿名レセプト情報等の直接の利用目的が国民保健の向上に資するどうかを確認

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | <p>研究の概要</p> <p>①研究計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究対象集団<br/>(選択・除外基準等)</li> <li>研究デザイン<br/>(PECO、統計解析法等)</li> </ul> <p>※P:Patients (対象となる患者)<br/>E:Exposure (曝露)<br/>C:Comparison (比較対照)<br/>O:Outcome (結果や転帰)</p> <p>・データ抽出条件<br/>(具体的なレコードとそのレコード<br/>が必要な理由や死亡、特定の合併症<br/>や医療費等といったエンドポイント<br/>の抽出方法等)</p> | <p>①研究計画</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究対象集団：<br/>〇〇から〇〇年の〇〇地域に在住の18歳以上で人口〇〇人<br/>以下の市区町村は除外</li> <li>研究デザイン<br/>Patients：上記<br/>Exposure：・・・<br/>Comparison：・・・<br/>Outcome：・・・<br/>統計解析としては、・・・。</li> <li>データ抽出条件<br/>〇〇を把握するため、性別、年齢階層、BMI、併存症、患者居住地情報、<br/>医療機関の〇〇情報、所得階層情報・・・が必要である。これらを調整して解<br/>析するために、患者住所、所得情報、医療機関コード、傷病名レコード、診<br/>療行為レコード、医薬品レコード、特定健診情報・・・が必要である。エンド<br/>ポイントは、診療行為レコードと傷病名レコード上の転帰区分や・・・から<br/>取得する。</li> </ul> |
|   | <p>審査委員会での確認事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 研究者が利用する匿名レセプト情報等の範囲及び匿名レセプト情報等から分析する事項が<br/>研究内容から判断して必要最小限であるかを確認</li> <li>✓ 特定個人を識別する可能性があるかを確認</li> </ul>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|   | <p>②医療政策への寄与、期待される効果<br/>や将来への展望</p> <p>③本研究分野における過去の実績・<br/>現在進行中の研究</p>                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>②医療政策の寄与、期待される効果や将来への展望<br/>・・・</p> <p>③本研究分野における過去の実績・現在進行中の研究<br/>・・・</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### ③研究対象データについて

|   |                    |                                                          |                                                                              |
|---|--------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 基本情報               | 1. レセプト種別<br>抽出期間<br>2. 特定健診・保健指導<br>抽出期間<br>年齢区分<br>その他 | 医科/DPC/調剤<br>〇〇年〇月から〇〇年〇月<br>特定健診<br>〇〇年度から〇〇年度<br>〇〇歳以上5歳刻み、100歳以上トップコーディング |
| 2 | 保険者番号              | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>上記データを求める理由              | なし                                                                           |
| 3 | 医療機関コード            | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>上記データを求める理由              | あり<br>絞り込みなし<br>－<br>・・・                                                     |
| 4 | 薬局コード              | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>上記データを求める理由              | なし                                                                           |
| 5 | 患者居住地              | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>上記データを求める理由              | あり<br>絞り込みあり<br>〇〇地域、〇〇地域<br>・・・                                             |
| 6 | 高額療養費自己<br>負担限度額区分 | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>上記データを求める理由              | あり<br>絞り込みなし<br>－<br>・・・                                                     |
| 7 | 公費負担者番号            | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>上記データを求める理由              | あり<br>絞り込みあり<br>法別番号が12のレコードのみ<br>・・・                                        |

#### 審査委員会での確認事項

✓ 研究に必要なレコードとその理由の妥当性を確認

|    |         |                                                                                                      |                                                                                     |
|----|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | 傷病名コード  | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>その他                                                                  | なし                                                                                  |
| 9  | 診療行為コード | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>その他                                                                  | あり<br>絞り込みあり<br>〇〇疾患に関連する診療行為                                                       |
| 10 | 医薬品コード  | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>その他                                                                  | あり<br>絞り込みあり<br>〇〇疾患関連する医薬品                                                         |
| 11 | 特定器材コード | 提供依頼<br>抽出データの絞り込み<br>絞り込み条件<br>その他                                                                  | あり<br>絞り込みあり<br>〇〇疾患に関連する特定機材                                                       |
| 12 | 抽出条件    | 〇〇年から〇〇年を対象に、〇〇に曝露されている〇〇地域に在住の患者と、曝露されていない〇〇地域に<br>住の患者を抽出し、それぞれの患者背景因子等を記述、調整したあと、アウトカムである〇〇を分析する。 |                                                                                     |
| 13 | 抽出項目    | 医科レセプト<br>DPCレセプト<br>調剤レセプト<br>歯科レセプト<br>特定健診<br>特定保健指導                                              | IR、RE、HO、SY、IY、TO<br>IR、RE、HO、BU、・・・<br>YK、RE、HO、SH、CZ、・・・<br>－<br>基本情報、セクション情報、・・・ |

### 審査委員会での確認事項

✓ 1から11の情報を含め、研究内容に鑑みて必要以上のレコードの提供依頼がないかを確認

④セキュリティについて：略

⑤公表方式・内容について

|   |      |                                                                                                 |
|---|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 公表方式 | <p>■ 論文</p> <p>公表の方法：公衆衛生学領域、〇〇疾患領域の英分誌<br/>予定時期：〇〇年〇月</p>                                      |
|   |      | <p>■ 報告書</p> <p>公表の方法：研究班報告書<br/>予定時期：〇〇年〇月</p>                                                 |
|   |      | <p>■ 学会・研究会等での公表</p> <p>学会研究会等の名称：公衆衛生学領域、〇〇疾患領域の学会<br/>予定時期：〇〇年〇月</p>                          |
|   |      | <p>■ 学会誌等に掲載</p> <p>公表の方法：公衆衛生学領域、〇〇疾患領域の学会<br/>予定時期：〇〇年〇月</p>                                  |
|   |      | <p>■ その他</p> <p>公表の方法：研究班でのホームページに学会での抄録、論文等のリンク先を掲載<br/>研究班会議やクローズドな会議等での共有<br/>予定時期：〇〇年〇月</p> |
| 2 | 公表内容 | COVID19の入院費、・・・                                                                                 |

審査委員会での確認事項

✓公表方式が特定の商品又は役務の広告又は宣伝に利用するといった相当の公益性を有しないかを確認

## ⑥公表イメージについて

表1：患者背景因子

|                   |           | Total N<br>(%) | Exposure | Comparison |
|-------------------|-----------|----------------|----------|------------|
| 年齢                | 18～25歳    |                |          |            |
|                   | 26～30歳    |                |          |            |
|                   | ...       |                |          |            |
| 性別                | 男性        |                |          |            |
| BMI               |           |                |          |            |
| 収縮期血圧             |           |                |          |            |
| 受診した医療機関<br>(病床数) | 1～99床     |                |          |            |
|                   | 100～199床  |                |          |            |
|                   | ...       |                |          |            |
| 受診した医療機関          | 診療所       |                |          |            |
| 併存症               | 糖尿病       |                |          |            |
|                   | COPD      |                |          |            |
|                   | ...       |                |          |            |
| 所得階層情報            | 370万円以下   |                |          |            |
|                   | 370～770万円 |                |          |            |

## 審査委員会での確認事項

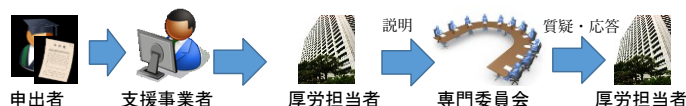
✓ 所得階層情報、医療機関コード等  
を利用するか確認

...

- NDBは匿名化されているものの機微な診療記録であることから、専門委員会においては当該情報を外部に提供することの重大性を認識した上で安全管理措置等を十分に考慮して審査を行っている。
- 現行の審査では、提供申出者に代わり事務局（厚生労働省）が審査に関与している状態で、かつ審査が非公開となっているため、提供申出者に対しNDB利用に関して重要性が伝わりにくい。さらに、提供申出の内容が複雑で、十分に専門委員会で審査できず、結果として審査継続となるケースがある。
- 提供申出者によりNDBのルールを理解してもらうことや審査継続を減らすことを目的に、NDB利用が初めてである提供申出者、複雑な申出内容に関しては対面での審査を導入する。

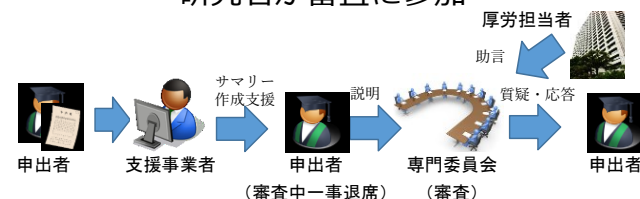
## ＜現行の審査＞

厚生労働省職員が研究内容について代わりに報告



## ＜対面(web)審査＞

研究者が審査に参加



## メリット

- ・ 提供申出者の心理的負担を減らすことができる

## デメリット

- ・ 提供申出者から見て審査過程が不透明で審査の経緯や意図が理解困難
- ・ 専門委員会及び事前説明に対応する厚生労働省内の担当者の負担が大きい

## メリット

- ・ 審査過程が透明化
- ・ 提供申出者が自ら研究真意を伝えることができ、かつ、審査の経緯や専門委員会の意図を理解できる
- ・ 提供申出者がNDB提供を受けることの重要性や責任感を認識できる
- ・ 提供申出者自身が審査過程を理解できる

## デメリット

- ・ 審査進行が予測できない。
- ・ 対面審査により、提供申出者の心理的負担が増える。

## (参考) 【見直し③】 個別審査の運営方法

第3回 匿名医療情報等の提供に関する専門委員会 資料2 一部改変

第144回 医療保険部会 資料4

- 各新規申出を以下の3つに分類し、審査を行う。
  1. 提供申出者に参加いただいた上で、専門委員会による審査（対面審査）
  2. 詳細説明なし・提供申出者の参加なしで、専門委員会による審査（簡易審査）
  3. 詳細説明あり・提供申出者の参加なしで、専門委員会による審査（通常審査）

対面審査・簡易審査・通常審査のおよその基準は以下の通りとする。

|      |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対面審査 | <ul style="list-style-type: none"><li>①NDBの提供申出が初めてである場合</li><li>②研究内容が複雑で審査継続となる可能性が高い場合</li><li>③過去に不適切利用があった者による提供申出の場合</li><li>④その他、専門委員が必要と判断した場合</li></ul>                                                                                  |
| 簡易審査 | <ul style="list-style-type: none"><li>①変更申出のうち、研究目的の大幅変更・追加抽出等がない場合</li><li>②サンプリングデータセットの新規申出のうち、目的や公表方法等が過去の承諾案件と類似している場合</li><li>③集計表情報の新規申出のうち、目的や公表方法等が過去の承諾案件と類似しており、表数が3表以下の場合</li><li>④特別抽出の新規申出のうち、目的や公表方法が過去の承諾案件と非常に類似している場合</li></ul> |
| 通常審査 | 上記以外                                                                                                                                                                                                                                              |

## 資料2

# 医療扶助に関する諸課題と取組について

# 1 生活保護受給者の利用割合が高い医療機関に関する調査結果について

# 「新経済・財政再生計画改革工程表2020」(令和2年12月18日:経済財政諮問会議まとめ)(抄)

## 社会保障 5. 再生計画の改革工程表の全44項目の着実な推進

| K P I 第2階層                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | K P I 第1階層                                                                                                                                                                                                                                                                           | 工 程 (取組・所管府省、実施時期)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 21 | 22 | 23 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| <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【2021年度までに50%】<br/>(就労した者及び就労による収入が増加した者の数/就労支援事業等の参加者数)</p> <p>○「その他の世帯」の就労率(就労者のいる世帯の割合)【2021年度までに45%】<br/>(「その他の世帯」のうち就労者のいる世帯数/「その他の世帯」数)</p> <p>○就労支援事業等を通じた脱却率【見える化】</p> <p>○就労支援事業等の参加者の就労・増収率についての自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○「その他の世帯」の就労率等の自治体ごとの状況【見える化】</p> <p>○生活保護受給者の後発医薬品の使用割合【毎年度80%】<br/>(医療扶助における後発医薬品の数量/医療扶助における薬剤数量の総数)</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【2021年度において2017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>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率<br/>【2021年度までに65%】<br/>(就労支援事業等の参加者数/就労支援事業等の参加可能者数)</p> <p>○就労支援事業等に参加可能な者の事業参加率の自治体ごとの状況【見える化】</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<br/>【毎年度100%】<br/>(後発医薬品使用促進計画を策定している自治体数/全自治体数)</p> <p>○頻回受診対策を実施する自治体【毎年度100%】<br/>(頻回受診対策を実施する自治体/全自治体数)</p> | <p>④④ 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<br/>a. 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。就労支援事業等の既存事業の積極的な活用を促す。<br/>《厚生労働省》</p> <p>④④ 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<br/>a. 頻回受診等に係る適正受診指導の徹底、生活保護受給者に対する健康管理支援の実施等により、医療扶助の適正化を推進。また、生活保護受給者の頻回受診対策については、現在開催している「医療扶助に関する検討会」の議論や2021年度までの実績等を踏まえ、該当要件についての検討を2022年度中に行う。また、その他医療扶助における適正化について、医療費適正化計画の医療費に医療扶助も含まれることを踏まえ他制度における取組事例も参考に推進しつつ、中期的に医療扶助のガバナンス強化に向け、EBPMの観点も踏まえて検討を行う。《厚生労働省》<br/>b. 生活保護受給者が通院・入院する割合が高い病院・診療所について2021年度中に調査を行う。《厚生労働省》<br/>c. マイナンバーカードを用いた、医療扶助のオンライン資格確認については、「デジタル・ガバメント実行計画」や「医療扶助に関する検討会」の議論を踏まえ、令和5年度中の実施に向け所要の措置を講ずる。《厚生労働省》<br/>d. 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。《厚生労働省》<br/>e. 級地制度について、地域ごとの最低生活費を測るための適切な指標の検討を行い、速やかに抜本的な見直しを行う。《厚生労働省》</p> <p>④④ 令和3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> | →  |    |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | →  | →  | →  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | →  | →  | →  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | →  | →  | →  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | →  | →  | →  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | →  | →  | →  |

# 生活保護受給者の割合が高い医療機関に関する調査結果について

## 1. 生活保護受給者の割合が高い医療機関の絞り込み

- 生活保護の指定医療機関の中には、生活保護受給者の件数の割合が特に高い医療機関が一定数あるとの指摘がある。
- そうした指摘の基となっているデータは、これまで、医療扶助の審査支払機関である、社会保険診療支払基金からのデータ(生保+健保等)のみであったため、より正確なデータの収集と生活保護受給者の利用割合が高い医療機関の絞り込みのため、今般、国民健康保険分と後期高齢者医療分のレセプトの割合も確認した。
- その結果、生活保護受給者の利用割合が高い医療機関数については25件と、従来から把握していたデータにおける1,314件から大きく低減した。

### ○従来から把握していたデータ (生保+健保等)

| 被保護者の利用割合が高い医療機関数<br>(対象診療年月：2020/7～2020/9) |       |
|---------------------------------------------|-------|
| 100%                                        | 件数    |
| 医科入院                                        | 50    |
| 医科入院外（病院）                                   | 0     |
| 医科入院外（診療所）                                  | 18    |
| 歯科                                          | 22    |
| 90%～99%                                     |       |
| 医科入院                                        | 245   |
| 医科入院外（病院）                                   | 3     |
| 医科入院外（診療所）                                  | 108   |
| 歯科                                          | 95    |
| 80%～89%                                     |       |
| 医科入院                                        | 423   |
| 医科入院外（病院）                                   | 9     |
| 医科入院外（診療所）                                  | 201   |
| 歯科                                          | 140   |
| 合計                                          | 1,314 |



### ○今回新たに絞り込んだ結果 (生保+健保等+国保+後期高齢者医療)

| 被保護者の利用割合が高い医療機関数<br>(対象診療年月：2020/7～2020/9) |    |
|---------------------------------------------|----|
| 100%                                        | 件数 |
| 医科入院                                        | 0  |
| 医科入院外（病院）                                   | 0  |
| 医科入院外（診療所）                                  | 3  |
| 歯科                                          | 1  |
| 90%～99%                                     |    |
| 医科入院                                        | 1  |
| 医科入院外（病院）                                   | 1  |
| 医科入院外（診療所）                                  | 3  |
| 歯科                                          | 3  |
| 80%～89%                                     |    |
| 医科入院                                        | 3  |
| 医科入院外（病院）                                   | 2  |
| 医科入院外（診療所）                                  | 3  |
| 歯科                                          | 5  |
| 合計                                          | 25 |

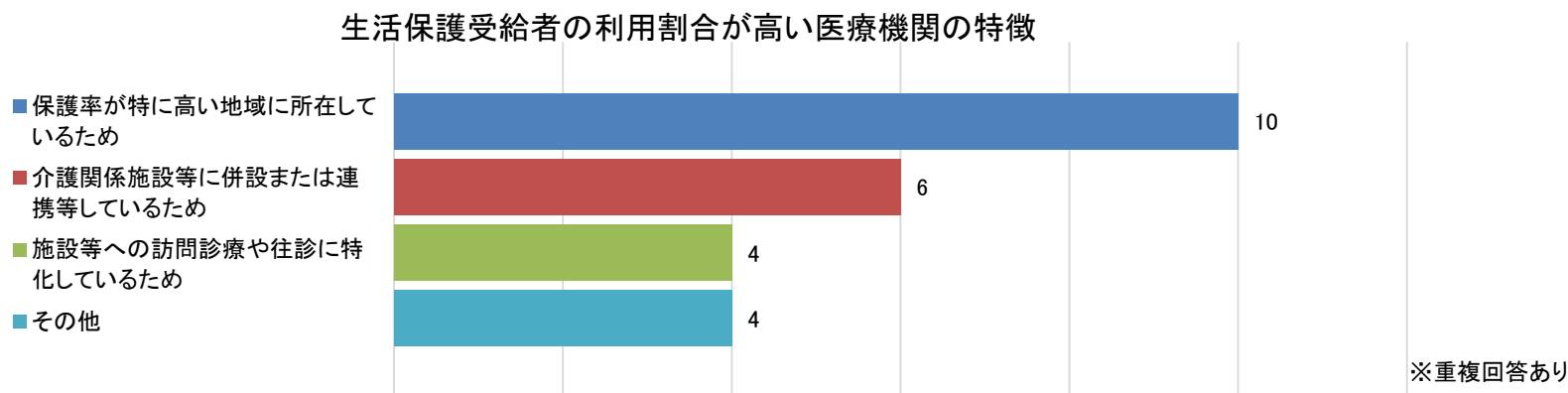
## 2 指定医療機関の所在する自治体への状況確認

- ・ 上記、25件の指定医療機関の指定権限を持っている都道府県等に対し、アンケートによる更なる状況確認を実施。

- 総レセプト件数(国保、後期含む)に占める生活保護レセプト件数の割合が80%を超える指定医療機関23機関(※)について、当該医療機関の指定権者である都道府県等にアンケートを実施。

(※)23機関(医科(入院):4機関、医科(入院外):1機関、診療所:9機関、歯科:9機関)と、25機関との差は、入院・入院外で重複する医療機関があったため。

- その結果、生活保護受給者の利用割合が高い医療機関については、
  - ・ 保護率が特に高い地域に所在しているため(10機関(40%))と回答した都道府県の割合が最も高く、
  - ・ その他、介護関係施設等に併設または連携等している、救護施設など施設等への訪問診療や往診に特化しているといった回答が見られた。



(※)その他(4件)について

- ◆ 4件の医療機関は、既に廃止されており、詳細は確認できなかったが、ある医療機関ではレセプトを月遅れで処理・請求している関係で、たまたま未処理のレセプトが生活保護受給者のものが多かったためとのこと。(生保レセプトは加入者番号が月ごとに変わるため、当該医療機関では請求に時間を要していた。)

(※)厚生労働省社会・援護局保護課アンケート調査

## 調査結果を踏まえた今後の対応(案)について

### (これまでの対応等)

これまでも、被保護者の通院・入院件数割合が高い医療機関や被保護者以外と比較して被保護者1件当たりの請求点数が高い医療機関などの情報を、都道府県等に提供し、都道府県等による指導等の参考としてもらう取組を行ってきたが、審査支払機関の相違から、都道府県等に提供する情報に国民健康保険や後期高齢者医療分は反映されていなかった。

### (今後の対応)

このため、今回の調査結果を踏まえ、医療扶助の割合が高いこと自体が問題ではなく、個々の診療が適切であるか否かが重要であることに留意しつつ、以下の取組を行う。

- 今後、より実態に即した状況把握の観点から、厚労省において、毎年、国民健康保険分や後期高齢者医療分のレセプトの割合等についても把握し整理すること。
- その上で、これまで同様、都道府県等に対し、被保護者の件数割合が高い医療機関や、被保護者の1件あたりの請求点数が、被保護者以外と比較して高い医療機関などの情報を提供することとし、都道府県等による指導等の参考としてもらうこと。
- 厚生労働省においては、当該都道府県等に対する提供により行われた、都道府県等における指導等の状況を、適宜、把握していくこととする。

## 2 被保護者健康管理支援事業の実施状況(事例)等 について

## 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～

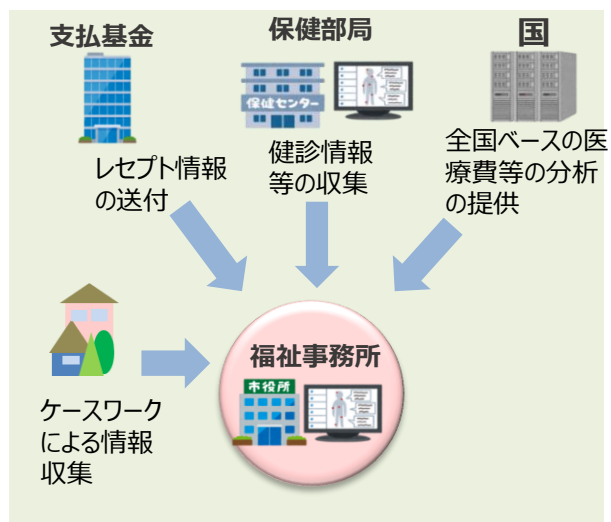
### 事業概要

- 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**

- 医療扶助に特化したデータヘルス計画を策定し、評価指標と数値目標の設定と外部評価を取り入れ、PDCAサイクルに沿って事業を展開。
- 実施体制を強化しながら取組内容の充実化を図るとともに、より効果的かつ持続可能な支援に向け、市独自の「健康管理支援事業実施マニュアル」を作成。

人口：408,464人 被保護者数：9,691人(令和2年12月現在)

## 取組の概要

### 取組の変遷

- ✓ 平成22年度に非常勤の保健師を配置し、CWとの同行による個別支援を開始。
- ✓ 平成27年度の常勤の保健師の配置に伴い、健康管理支援に本格着手。
- **実施体制の強化と取組内容の充実化**
  - ・ 平成27年度に保健師、平成29年度に常勤の精神保健福祉士を配置。
  - ・ 平成30年度に、福祉事務所に新たに医療介護係を設置(係長は常勤の保健師)。
  - ・ 令和3年度から、新規採用により更に正規職員の保健師を1名増員。
  - ・ **実施体制の強化と合わせ、取組内容も段階的に充実化。**
- **医療扶助に特化したデータヘルス計画の策定**
  - ・ 被保護者の生活の質の向上と健康寿命の延伸を目的に、平成28年7月に「医療扶助の適正な実施に関する方針」(実施方針)を策定。
  - ・ 平成30年3月に**第2期実施方針(平成30～令和4年度)を策定し、各取組における評価指標と数値目標※を設定。**進捗状況の管理体制を整備。
  - ※「健診受診者数600人以上」、「頻回受診の改善率100%」等
  - ・ 令和3年3月に**第2期実施方針の中間評価及び方針見直しを策定。**

### 主な取組(R3) ※予定含む

- **健診受診勧奨**
  - ・ 生活保護開始の説明時に保健師等の専門職も同席し、受診勧奨と受診方法等を説明。
  - ・ 3か月に1回の全被保護世帯への収入申告書等の送付に併せて、全世帯に健診受診勧奨の啓発媒体を同封。
  - ・ **市民健診を取扱う病院・診療所(約200機関)と薬局(約160機関)に、通院患者への受診勧奨の協力依頼文書を送付。**
  - ・ 「健診受診勧奨強化月間」として4か月間定め、**毎年度、年代別に健診受診率や生活習慣病の発症状況等を分析してメインターゲット層を決定し、さらに対象者を絞り込んだ上で集中的かつ直接的な勧奨を実施。**

(実施状況) 令和2年度：受診者410名
- **保健指導・生活支援**
  - ・ 特定保健指導の階層化の基準を参考に、健診結果から保健指導の対象者を抽出し、生活習慣改善に関する啓発媒体を送付。
  - ・ 「動機づけ支援」・「積極的支援」の該当者に対して、それぞれ行動変容ステージを考慮した個別支援を実施。

(実施状況) 令和2年度：保健指導対象者(啓発媒体の送付)41名、「積極的支援」該当者への個別支援3名※  
※「動機づけ支援」該当者への個別支援は令和3年度から開始。
- **主治医と連携した保健指導(重症化予防)**
  - ・ 糖尿病治療中の者を対象に、重症化予防に向けた生活習慣の改善や適切な治療の継続に関する啓発媒体を送付。
  - ・ 重症化のリスクの高い糖尿病患者に対し、主治医と連携して行動変容ステージを考慮した個別支援を実施。

(実施状況) 令和2年度：啓発媒体の送付1,250名、個別支援3名
- **個別支援による健康管理**
  - ・ 何らかの疾患を抱え、自身での健康管理が困難で生活を維持できない状態の者に対して、保健師・精神保健福祉士等の専門職が個別支援による健康管理を実施。(実施状況) 令和2年度：家庭訪問等の延べ件数596件
- **健康管理支援事業実施マニュアルの作成**
  - ・ **より効果的かつ持続可能な事業の運営と推進を図ることを目的に、市独自の「健康管理支援事業実施マニュアル」を作成。**
  - ・ 取組ごとに、対象者の選定方法、支援の流れ、支援のポイントのほか、コロナ禍における留意点等を記載。

## 実施体制

- ・ 医療介護係の保健師・精神保健福祉士、非常勤の保健師が中心に取り組み、SV・CW・嘱託医と連携して、**全て直営で実施。**
- ・ **保健部門**とは、健診結果、指導・啓発媒体の共有など密に連携。
- ・ **医療機関**とは、健診受診勧奨、保健指導等で連携。
- ・ 第2期実施方針の各取組の実施状況について、**毎年度、市の社会福祉審議会(外部有識者含む)に報告。**

## 課題・今後の展開

- ・ コロナ禍における医療機関との連携・協力の在り方や支援方法の検討。
- ・ 保健部門との更なる連携により「オール豊中」での生活習慣病対策を推進する体制を構築するとともに、介護部門との連携体制の構築。
- ・ CWからの情報やアイデアを取り入れた事業内容とするなど、CWと連携した事業展開。
- ・ 事業成果の見える化。

- 多職種から構成される「被保護者健康管理支援プロジェクトチーム」(PT)を編成し、PTが中心となって他部署とも連携しながら取組を推進。
- 大学機関と連携して、健診受診勧奨の効果検証や、被保護者の包括的なデータに基づく多面的な分析により最適な支援方法を検討。

人口：388,086人 被保護者数：5,160人(令和2年12月現在)

### 取組の概要

#### 取組の準備

- ✓ 事業創設を受け、令和2年度から本格実施。
- ✓ それ以前は、健診受診勧奨の取組として主に受診勧奨用チラシの配布を実施。

#### ■ 庁内実施体制の整備

- ・ 正規職員の保健師の新規配置※、多職種(SV・CW・保健師・事務)から構成される「被保護者健康管理支援プロジェクトチーム」(PT)の編成により、実施体制を整備。

※ 国保の保健事業部門に席を置きながら、事業の企画検討、保健所健診担当との調整、CW向け健康教育等を担当。

#### ■ 保健所健診担当課との連携体制の構築

- ・ 被保護者の状況や生活保護制度の運用について、定期的に情報提供を行うほか、健診受診率向上及び保健指導の利用者数向上に向けた方策等を協働して検討するための連携体制を構築。

#### 主な取組(R3) ※予定含む

#### ■ 健診受診勧奨

- ・ 健診受診率向上に向け、健診受診勧奨用のチラシを被保護者にとって分かりやすく、CWにとって案内しやすいものとなるよう、内容やレイアウトを見直し。
- ・ その上で、全被保護世帯に対して、年2回(6月・11月)チラシを送付。
- ・ 今後、ランダム化比較試験によりチラシ配布の効果検証を予定。

(実施状況) 令和2年度※：受診者174名 ※新型コロナウイルス感染症の影響により一部の健診を中止。

#### ■ 保健指導の利用勧奨

- ・ 40～74歳の健診受診者について、保健所健診担当課が特定保健指導の階層化の基準に準じて、健診結果から保健指導の対象者を抽出し、保健指導の利用券を発行。
- ・ その後、生活保護担当課が対象者に利用券を送付し、CWが保健指導の利用勧奨を実施。
- ・ 保健指導利用までの業務フローを見直し、健診受診から保健指導利用までの期間を2か月程度短縮。

(実施状況) 令和2年度：保健指導対象者22名、保健指導利用者1名

#### ■ CW向け健康教育の開催

- ・ PTメンバーと保健師による、健康管理支援事業の理解を深めるためのCW向け健康教育を年4回開催。

#### ■ 大学機関と連携した支援方法等の開発

- ・ 健診受診勧奨の効果検証、国際動向を踏まえた独自のフェイスシートの開発及びCW向けの活用研修を実施。
- ・ 被保護者のレセプト・健診情報だけではなく、生活習慣や社会関係のデータも含んだ包括的データベースを構築し、地域の被保護者の健康課題を多面的に分析することで、最適な支援方法を検討・開発。その方法による支援効果を可能な限り定量的に検証。

### 実施体制

- ・ PTが中心となって実施し、データ分析・最適な支援方法の開発・効果検証等は大学機関に委託して実施。
- ・ 保健所健診担当課とは、被保護者の情報共有や、効果的な事業実施に向けた方策を協働して検討するなど密に連携。
- ・ 保健所健診担当課や国保の保健事業部門を含めた組織横断的な会議を開催し、事業評価を実施。

### 今後の展開

- ・ 健診受診勧奨がどういった人に効果があるのかなど、被保護者が健診を受診するまでのメカニズムを探索し、より効果的な勧奨方法を考案。
- ・ CWにとって健康管理支援が特別な取組とならないような業務フローを検討し、レセプト管理システムや生活保護システムを有効活用し、業務負担を最小限となる取組方法を開発。
- ・ 令和3年度の取組に引き続き、被保護者の包括的データベースの分析結果を基に最適な支援方法を検討・考案し、効果的な介入を実施。

## 【事例3】長野県安曇野市

㊦ 健診受診  
勧奨

㊧ 医療機関  
受診勧奨

㊨ 保健指導  
・生活支援

㊩ 重症化  
予防

㊪ 頻回受診  
指導

- 被保護者の健診受診率向上に向けて、健診の機会を増やすなど被保護者にとって受診しやすい環境を構築。
- 健康管理支援担当の専門職として管理栄養士を雇用し、被保護者の適切な生活習慣の形成を目的に、被保護者向けの「健康管理プログラム」等を実施。

人口：97,494人 被保護者数：363人(令和2年12月現在)

### 取組の概要

#### 取組の準備

- ✓ 事業創設を受け、令和元年度から検討開始。
- ✓ 事業開始前は、健診受診率が低調で被保護者の健康状態を把握できておらず、健康管理支援を担える専門職も不在。

#### ■ 被保護者の健診受診環境の構築

- ・ 被保護者が受診できる健診は、市内5か所の保健センターで実施される集団健診のみで、受診日も場所も限られていたことが受診率低調の要因の一つと考えられたことから、健診担当課と調整し、各医療機関での個別健診での受診も可能とすることで、**被保護者が受診しやすい環境を構築**。
- ・ 指定医療機関で健診を受診する場合、健診受診日に生活保護受給中であることを証明するため「生活保護受給証明書」を発行。

#### ■ 専門職の雇用

- ・ 令和元年11月に健康管理支援担当として**初めて専門職(管理栄養士)を雇用し、被保護者向けの「健康管理プログラム」※を策定・実施**。
- ・ 健診担当課から**健診結果を入手し、健康管理支援に活用**。

※ 生活保護担当課が被保護者の健康に関する生活習慣の形成を目的に行う市独自のプログラム。

#### 主な取組(R3) ※予定含む

#### ■ 健診受診勧奨

- ・ 40歳以上※に対して、毎年3月に健診受診の希望調査を行い、**希望者全員が確実に受診完了できるよう支援**。
- ・ 40歳未満の若年層には、**市の若年者健診を案内**。
- ・ **新たに対象年齢になる者、採血の機会がない者、かかりつけ医がいない者等を「重点的受診勧奨対象者」として、文書だけではなく訪問により受診勧奨**。 ※ 令和3年度から対象者を40～74歳から40歳以上に拡大。  
(実施状況) 令和2年度：希望者59名(前年の受診者の10倍以上)・受診者44名、令和3年度：希望者81名

#### ■ 健康管理プログラムの実施

- ・ 健診・医療機関の受診歴や治療歴、訪問等での聴取内容を基に、生活習慣・食習慣の改善が必要と考えられる者や健康状態が不明な者など、**健康管理プログラムの対象候補者を幅広く抽出**。
- ・ 候補者に対する**CW訪問に管理栄養士が同行し**、生活の自己管理能力や健康への意欲等を確認し、健康管理プログラムを紹介。参加に同意した者を対象に、以下の流れで支援を実施。
  - ① 個別訪問を行い、事前アンケートを配布し、対象者が改善を望む点についてヒアリングを実施。
  - ② 事前アンケート、訪問記録票、相談記録票等の内容を基に、支援計画を作成。
  - ③ 支援計画を説明し、計画に沿って支援を実施。3～6か月を目安に評価を行い、希望者には継続支援を実施。  
(実施状況) 現在継続中：7名

#### ■ 健診結果に基づいた生活習慣のアドバイス

- ・ 健診担当課が担当する健診後の保健指導終了後に、健康管理プログラムの紹介と次年度の健診受診勧奨を実施。
- ・ 健診受診完了者のうち、74歳以下で保健指導対象外の者に対し、健診結果の解説と結果に基づく生活習慣改善のアドバイス等を実施。より積極的に生活習慣を改善したいと希望する者には健康管理プログラムの参加を呼びかけ。  
(実施状況) 令和2年度：21名

#### ■ 健康に関する情報発信

- ・ 季節に合わせたテーマで健康に関する情報を収載した「健康と栄養だより」を作成し、全世帯に年4回配布。

### 実施体制

- ・ 会計年度任用職員の**健康管理支援員(管理栄養士)とCWが連携して、全て直営で実施**。
- ・ **健診担当課**とは、被保護者の健診結果等の情報共有、健診受診勧奨・受診後の保健指導業務において連携。

### 今後の展開

- ・ 地域の健康課題の傾向を分析するには健診データが少ないため、今後、健診受診者数を増やすことでデータを蓄積し、傾向を把握できた段階で、今後の予防施策を更に検討。
- ・ 保健指導・生活支援について、興味はあるが個別支援計画の作成に抵抗を示す者や、自身の生活習慣を変えたくない者が多いため、まずは興味を示す者を見つけ、優先して支援を進めていくことが必要。

## 「医療扶助の更なるガバナンス強化のための、保健医療施策全般との連携に関する調査研究」

### 【背景】

- 医療扶助については、中長期的な課題として医療扶助のガバナンス強化の指摘があるが、こうした指摘に対しては、地域における保健医療施策と連携して取り組んでいくことが重要である。
- こうした中、被保護者の生活習慣病の予防等を推進するための「被保護者健康管理支援事業」が、令和3年1月から全ての福祉事務所に於いて実施する必須事業として施行されたところであり、これを機に、各自治体における保健医療施策との連携を強化しながら、医療扶助の更なるガバナンス強化につなげていく必要がある。

### 【目的】

- 被保護者健康管理支援事業の全国の実施状況を把握するとともに、健康管理支援に関する保健医療施策全般との連携に係る好事例を収集することを通じて、医療扶助のガバナンス強化に向けて、今後の他制度とのよりよい連携・協働の在り方について検討する。

### ○事業の全体像

- 検討委員会を設置するとともに、アンケート調査、ヒアリング調査を行い、報告書を取りまとめる。

#### 検討委員会の設置

有識者や自治体関係者による検討委員会を設置し、事業の進め方、設計、調査結果の考察、報告書の取りまとめに関して検討。

#### アンケート調査 (悉皆)

全国の福祉事務所（悉皆1250か所）を対象に、被保護者健康管理支援事業の実施状況等を調査。

#### ヒアリング調査 (抽出)

アンケート調査結果から保健医療施策と連携した先進的な取組を行っている自治体を選定し、当該自治体に対して、具体的な取組状況をヒアリング。

#### 報告書の作成

アンケート調査とヒアリング調査結果を踏まえ、健康管理支援に関する保健医療施策との連携に係る好事例と、連携する上での課題を整理するとともに、これを踏まえて、医療扶助のガバナンスのためのよりよい連携・協働の在り方や制度見直しの方向性について検討し、報告書を作成。

### 3 医療扶助のオンライン資格確認の導入について

# 全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律の概要

(令和3年法律第66号)

## 改正の趣旨

「全世代型社会保障改革の方針について」(令和2年12月15日閣議決定)等を踏まえ、現役世代への給付が少なく、給付は高齢者中心、負担は現役世代中心というこれまでの社会保障の構造を見直し、全ての世代で広く安心を支えていく「全世代対応型の社会保障制度」を構築するため、所要の改正を行う。

## 改正の概要

### 1. 全ての世代の安心を構築するための給付と負担の見直し

#### (1) 後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し【高齢者の医療の確保に関する法律】

後期高齢者医療の被保険者のうち、現役並み所得者以外の被保険者であって、一定所得以上(※)であるものについて、窓口負担割合を2割とする。

※課税所得が28万円以上かつ年収200万円以上(単身世帯の場合。複数世帯の場合は後期高齢者の年収合計が320万円以上)。政令で規定。

※長期頻回受診患者等への配慮措置として、外来受診において、施行後3年間、1ヶ月の負担増を最大でも3,000円とする措置については、政令で規定。

#### (2) 傷病手当金の支給期間の通算化【健康保険法、船員保険法】

傷病手当金について、出勤に伴い不支給となった期間がある場合、その分の期間を延長して支給を受けられるよう、支給期間の通算化を行う。

#### (3) 任意継続被保険者制度の見直し【健康保険法、船員保険法】

任意継続被保険者の保険料の算定基礎の見直しや、被保険者からの申請による資格喪失を可能とする。

### 2. 子ども・子育て支援の拡充

#### (1) 育児休業中の保険料の免除要件の見直し【健康保険法、船員保険法、厚生年金保険法 等】

短期の育児休業の取得に対応して、月内に2週間以上の育児休業を取得した場合には当該月の保険料を免除するとともに、賞与に係る保険料については1月を超える育児休業を取得している場合に限り、免除の対象とすることとする。

#### (2) 子どもに係る国民健康保険料等の均等割額の減額措置の導入【国民健康保険法、地方税法】

国民健康保険の保険料(税)について、子ども(未就学児)に係る被保険者均等割額を減額し、その減額相当額を公費で支援する制度を創設する。

### 3. 生涯現役で活躍できる社会づくりの推進(予防・健康づくりの強化)

#### ○保健事業における健診情報等の活用促進【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律 等】

① 労働安全衛生法等による健診の情報を保険者が保健事業で活用できるよう、事業者に対し被保険者等の健診情報を求めることを可能とする。

② 健康保険組合等が保存する特定健診等の情報を後期高齢者医療広域連合へ引き継ぐこと等を可能とする。

### 4. その他

(1) 国民健康保険の財政安定化基金を、都道府県が国民健康保険事業費納付金の著しい上昇抑制等のために充てることを可能とする。【国民健康保険法】

(2) 都道府県国民健康保険運営方針について、保険料の水準の平準化や財政の均衡に関して記載事項に位置付ける。【国民健康保険法】

(3) 医療扶助においてオンライン資格確認を導入する。【生活保護法、社会保険診療報酬支払基金法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律】

等

## 施行期日

令和4年1月1日(ただし、1(1)は令和4年10月1日から令和5年3月1日までの間において政令で定める日、2(1)は令和4年10月1日、2(2)及び4(1)は令和4年4月1日、4(2)は令和6年4月1日、4(3)は一部を除き公布の日(令和3年6月11日)から起算して3年を超えない範囲内において政令で定める日)

# 全世代対応型の社会保障制度を構築するための 健康保険法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議(抄) 令和3年6月3日参議院厚生労働委員会

九、医療扶助におけるオンライン資格確認の導入に当たっては、制度施行までに個人番号カードの取得や医療機関等におけるオンライン資格確認システムの導入が進まない場合、医療券等の発行業務が併存し、かえって福祉事務所の事務負担を増大させることにつながりかねないことから、被保護者の個人番号カード取得の支援や、医療機関等におけるオンライン資格確認システムの導入支援を進めること。また、何らかの事情により制度施行後においても個人番号カードを保有するに至っていない被保護者に対しては、引き続き医療券等の発行を行うなど、必要な医療を受けられる体制を確保すること。さらに、情報通信機器を保有していない被保護者が、マイナポータルを通じて自身の健診情報等を閲覧できるよう、適切な支援を行うこと。

(参考)「マイナンバーカード取得促進の取組について(令和3年10月14日事務連絡)」の発出

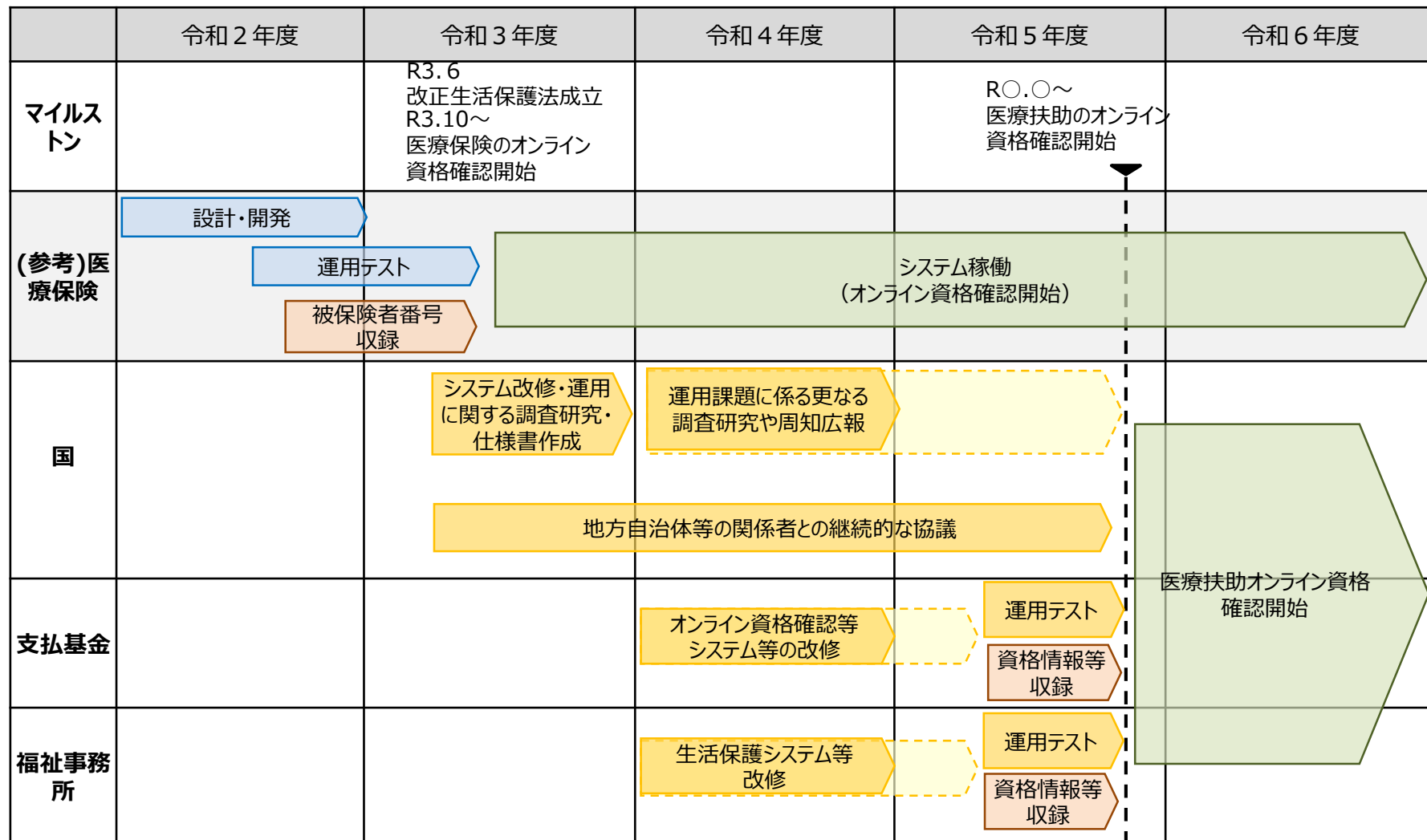
- 今般成立した「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」(令和3年法律第66号。)に基づき、令和5年度中に医療扶助にオンライン資格確認を導入し、被保護者が医療機関、薬局で資格確認を行う際には、原則としてオンライン資格確認により行うこととしている。
  - 今後、オンライン資格確認システムの導入を促進することはもとより、被保護者のマイナンバーカードの取得促進や資格確認に必要な初回登録の支援を行うことが、各福祉事務所にとって事務負担軽減に繋がることから、各自治体に対し、取得促進等の取組への協力についての事務連絡を発出している。
- ※ 各福祉事務所が、被保護者への説明に活用できるよう、パンフレットも併せて送付。

# 実施スケジュール

【令和３年度】医療扶助のオンライン資格確認導入については、令和３年度に実施する調査研究事業（令和３年５月下旬～）において、福祉事務所や支払基金におけるシステム改修の詳細や実務について更なる検討を行う。

【令和４年度】調査研究で整理された要件等を踏まえて、オンライン資格確認システム及び福祉事務所等のシステム改修を行う。

【令和５年度】医療扶助のオンライン資格確認を開始する。



# 医療扶助のオンライン資格確認の導入に係るシステム改修経費等(特殊要因)

令和4年度要求額(令和3年度予算額)

社会保障・税番号制度システム整備費補助金 10,276,866千円(一)

## 【要旨】

- 生活保護の医療扶助について、「新デジタル・ガバメント実行計画(令和元年12月20日閣議決定)」において、マイナンバーカードを利用したオンライン資格確認について、令和5年度中の導入を目指し検討を進めることとなっている。
- 有識者・自治体関係者からなる「医療扶助に関する検討会」において、医療扶助制度の特性を踏まえつつ、医療扶助の資格確認を、原則としてマイナンバーカードによる電子資格確認により行う運用とすることが報告(令和2年11月30日)された。
- これを受け、令和4年度において医療扶助のオンライン資格確認の導入に必要なシステム改修を行う。なお、効率的な制度構築のため、医療保険のオンライン資格確認等システムの基盤を可能な限り活用する。

## 【事業概要】

### 1. 社会保険診療報酬支払基金への補助(定額補助)

- 社会保険診療報酬支払基金が保有するオンライン資格確認等システム及び医療保険者中間サーバーの改修(※)に係る費用等への補助
- ※医療保険に対応しているオンライン資格確認等システム及び医療保険者中間サーバーについて、福祉事務所の既存システムとの情報連携を行い、福祉事務所からの医療扶助に関する情報の登録及び医療機関における医療扶助の資格確認を可能とするための改修

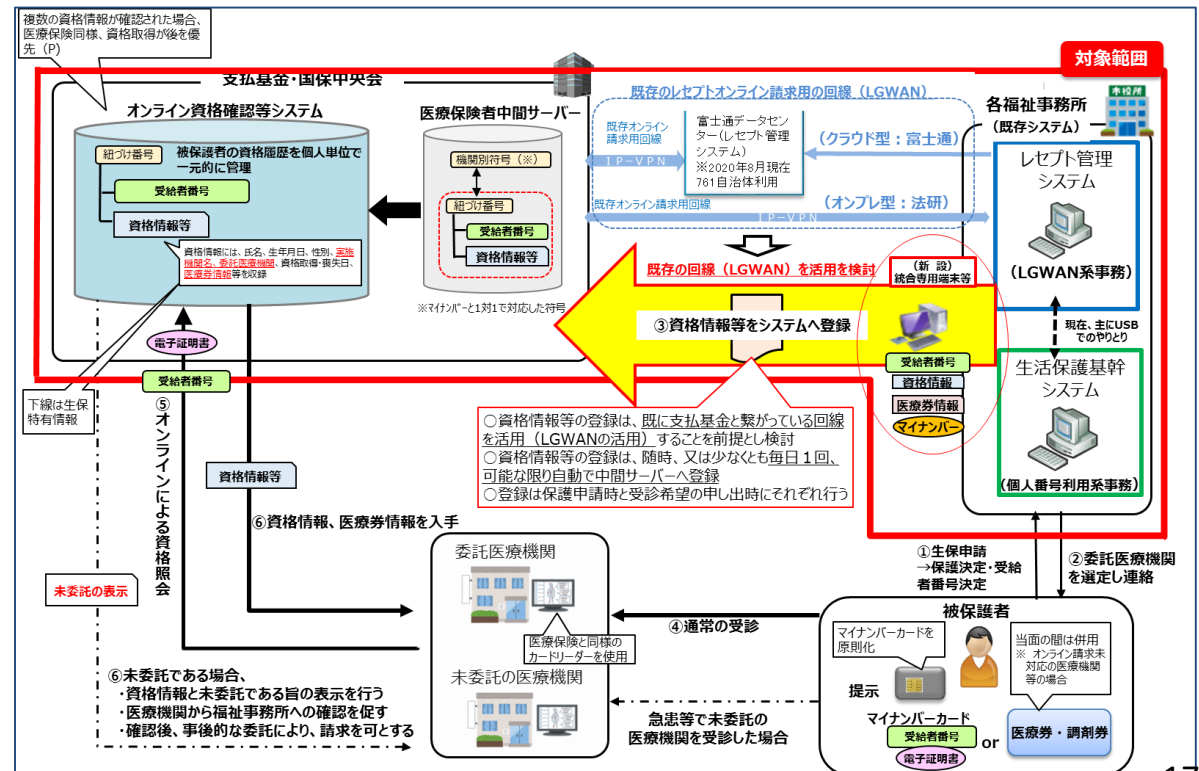
【実施主体】社会保険診療報酬支払基金

### 2. 自治体への補助(定額補助)

- 各福祉事務所の生活保護等システムの改修の改修に係る費用等への補助
- ※各福祉事務所の生活保護等システムについて、オンライン資格確認システム等と情報連携し、医療扶助に係る資格情報や医療券情報の登録を可能とするために必要となるシステム改修を行う費用等への補助

【実施主体】都道府県、市、福祉事務所を設置する町村

## 【事業スキーム案(現時点のイメージ)】



# 【令和3年度 厚生労働省 社会福祉推進事業】

## 医療扶助のオンライン資格確認システムの導入を踏まえ、要否意見書の電子化に向けた具体的な方策についての調査研究事業

### 【背景】

- 令和5年度中に医療扶助のオンライン資格確認を導入し、現在、医療券・調剤券など紙ベースで行われていた事務について、効率化や負担の軽減が図られる見込み。
- 一方で、医療扶助においては、「要否意見書」についても紙ベースで事務が行われており、医療券等同様に非効率であり電子化すべきとの指摘がある。  
※ 医療扶助の申請があった場合、福祉事務所は被保護者に対して要否意見書を発行する。要否意見書の発行を受けた被保護者は、医療機関において必要事項を記載してもらった後、福祉事務所に提出する必要がある。
- このため、医療扶助のオンライン資格確認の導入を踏まえ、各福祉事務所や医療機関等の事務負担の軽減や効率化等の観点から、要否意見書の電子化に向けた具体的な方策について調査研究を行う。

### 【目的】

- 福祉事務所に対するアンケート調査、及び、福祉事務所や医療機関に対するヒアリング調査を実施し、要否意見書に関する現状の事務手続の内容・実施体制の把握、解決すべき課題の抽出を行う。これをもとに、要否意見書に関わる事務の電子化についての具体的な方策を検討するとともに、付随するメリット・デメリットについて整理する。

### ○事業の全体像

- 福祉事務所に対するアンケート調査、福祉事務所及び医療機関に対するヒアリング調査を行い、報告書を取りまとめる。

#### アンケート調査 (悉皆)

全国の福祉事務所（悉皆1250か所）を対象に、要否意見書の運用の現状や問題等をWEBアンケート形式で調査。

#### ヒアリング調査 (5～10箇所)

要否意見書の運用に効率的な運用を行っている、又は、運用に課題を抱える自治体や医療機関に対して、運用内容や課題等についてヒアリング形式で調査。

※自治体は、都道府県、指定都市、中核市、一般市区町村ごとに調査。また、市区町村は人口規模により複数の対象を選定する。

#### 報告書の作成

- 福祉事務所の事務における要否意見書の運用の実態と生じている問題
  - 要否意見書の電子化に関する先進事例の概要
- 等を整理した報告書を作成。

※ 調査の過程でシステムベンダへの意見聴取を行い、実現可能性がある電子化の方法を検討する。

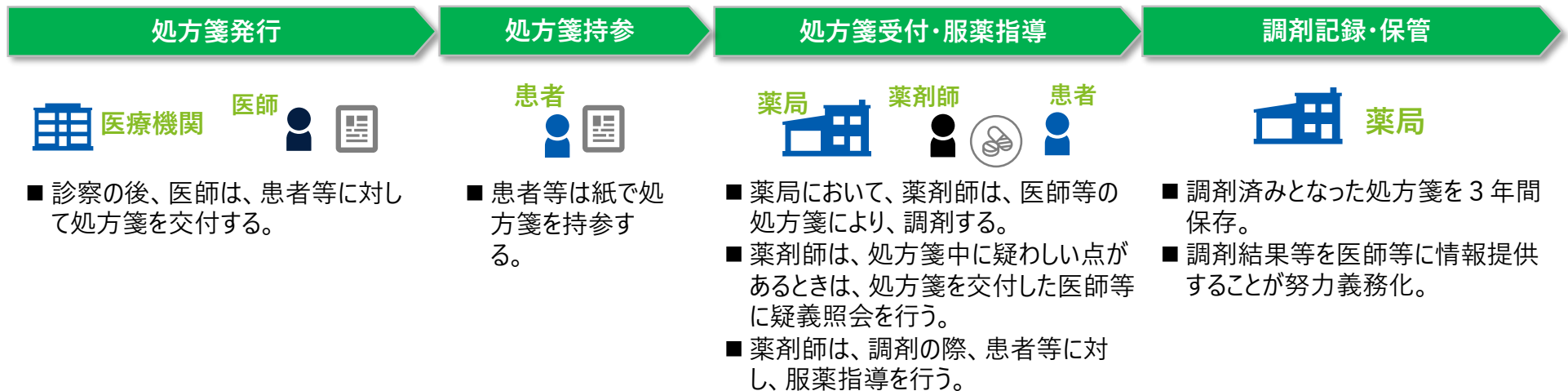
※ 調査結果の考察、報告書のとりまとめにおいては、学識経験者等からの意見を聴取し、適正な医療扶助制度の運営の観点を踏まえた結論を取りまとめる。

（電子処方箋の仕組みの構築の状況について）

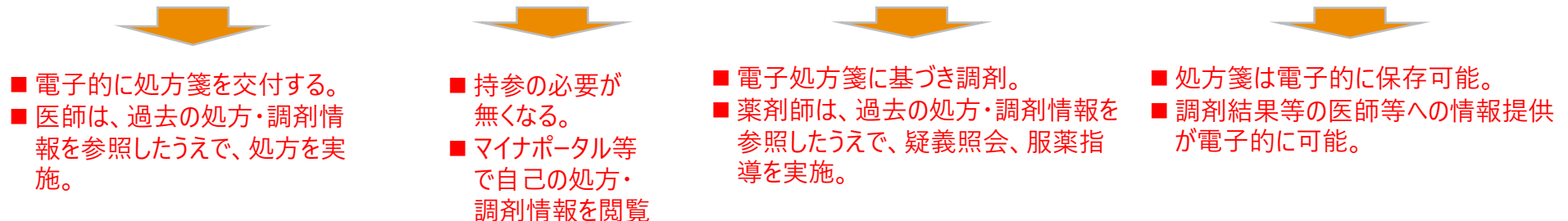
# 現在の紙の処方箋運用の概要と、電子処方箋の導入による変化

これまでの議論に基づき、紙の処方箋を電子化するとともに、電子処方箋の情報を活用し、処方情報・調剤情報を他の医療機関・薬局で閲覧することを可能とする仕組みも構築することとしている。

## 紙の処方箋運用の概要



## 電子処方箋導入による変化



## 電子処方箋システムを導入することによるメリットについて (考えられる案)

### 紙の処方箋が無くなることによるメリット

- ・ 紙の処方箋の偽造や再利用の防止
- ・ 紙の処方箋の印刷に係るコストの削減
- ・ 調剤された薬剤を受け取る際に、紙の処方箋の持参が不要になる。
- ・ 遠隔診療の際、処方箋の原本を電子的に受け取ることが可能となる。
- ・ 紙の処方箋の保管スペース等を削減できる。

### 処方内容を電子化することによるメリット

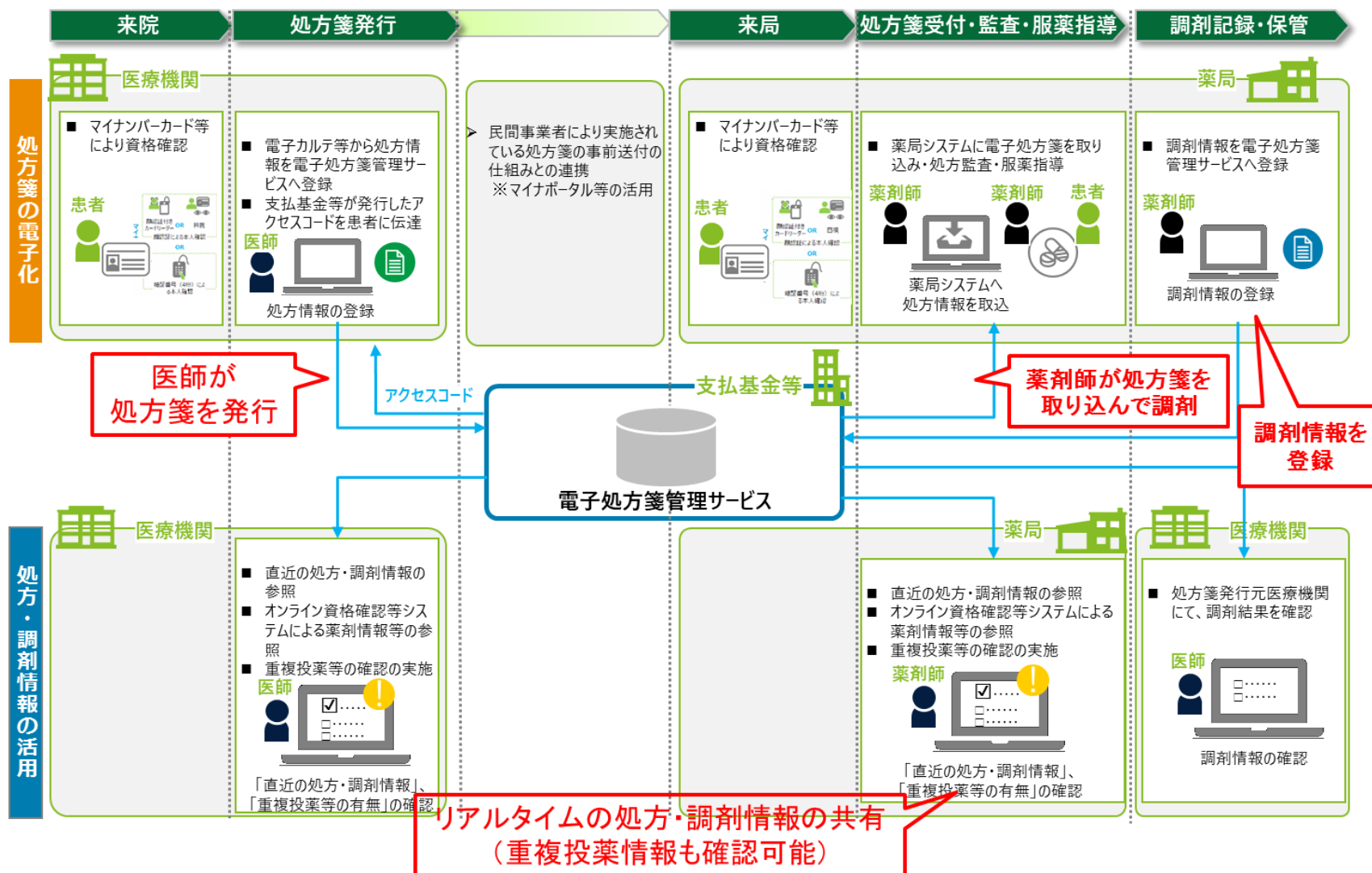
- ・ 薬局から医療機関への処方内容の照会を反映した調剤結果等の伝達や、先発品から後発品に調剤を変更した際の伝達がより容易になり、医療機関でも患者情報のシステムへの反映が容易になる。
- ・ 調剤に関する入力等の労務が軽減され、誤入力等が防止される。
- ・ 処方情報の事前送付をより簡便に行うことができるようになり、待ち時間の短縮が期待される。

### 電子化した処方情報を共有することによるメリット

- ・ 医療機関と薬局の情報共有が進み、患者にとってより適切な薬学的管理が可能になる。
- ・ 複数の医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、実効性のある重複投薬防止等が可能となる。
- ・ 直近の処方情報とともに、オンライン資格確認等システムから入手できる薬剤情報や健診情報等をもとに、より質の高い医療の提供に資することができる。
- ・ 患者自らが直近の処方情報や過去の薬剤情報をトータルで一元的に確認することができ、服薬情報の履歴を管理できるとともに、必要に応じて医療機関、薬局等から各種のサービスを受けることができる。

(出典) 電子処方箋の運用ガイドライン (第2版) 等により作成

# 電子処方箋管理サービスの仕組みを踏まえた運用全体像



## 成長戦略フォローアップ（令和3年6月18日閣議決定）

- オンライン資格確認等システムを基盤とした電子処方箋の仕組みについて、実施時における検証も含め、安全かつ正確な運用に向けた環境整備を行い、2022年度から運用開始する。

# 新たな日常にも対応する処方箋の電子化に向けたシステム構築事業

令和2年度第三次補正予算額案：38億円

## 【目的】

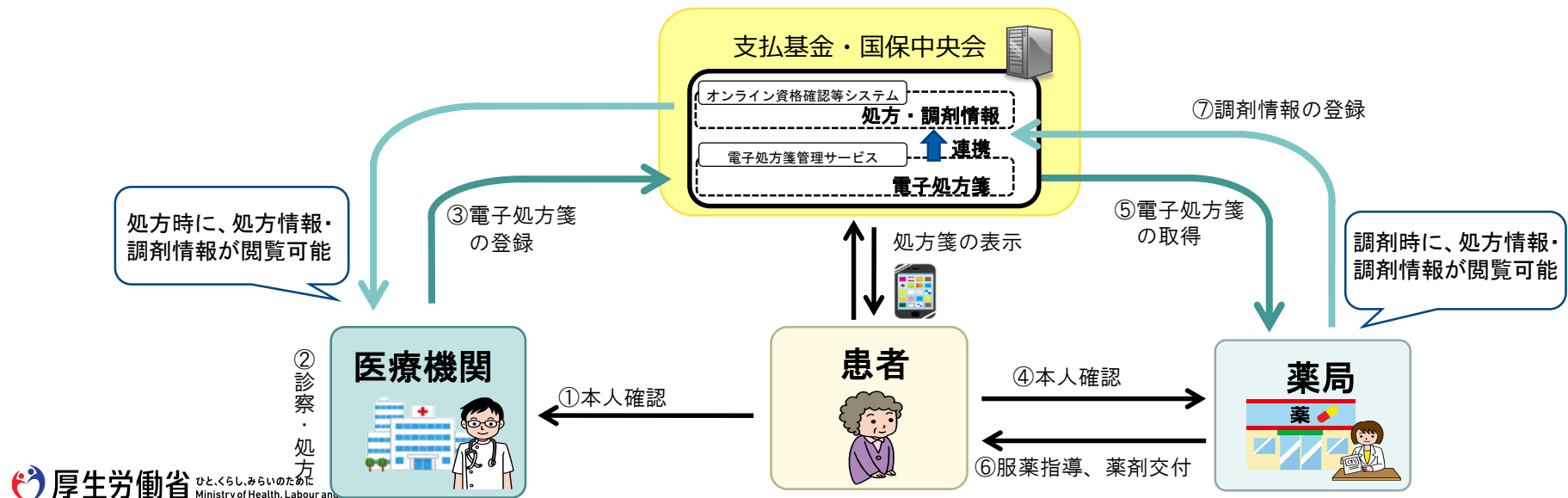
- 経済財政運営と改革の基本方針2020（令和2年7月17日閣議決定）において「電子処方箋について、既存の仕組みを効率的に活用しつつ、2022年夏を目途に運用を開始する」とされていることから、早急にシステム開発を検討・実施し、ポストコロナに向けた経済構造転換として社会保障分野のデジタル化を推進することを目的とする。

## 【事業内容】

（1）オンライン資格確認の基盤を活用し、以下の機能を有する電子処方箋システムを開発する。

- ・医療機関で患者のマイナンバーカードを認証させる等により、その人に紐づく電子処方箋を発行し、薬局において電子処方箋を取得できる機能
- ・調剤した薬剤等の情報を処方箋発行元医療機関にフィードバックする機能
- ・医療機関・薬局での電子処方箋発行時・取得時に、他の医療機関・薬局における処方情報・調剤情報を閲覧できる機能。また重複投薬等を知らせるアラート機能

（2）全国の医療機関・薬局やそのシステムベンダーに対して、電子処方箋導入のための説明会、周知広報等を実施する。



**（報告事項） 次期制度改革に向けた動きについて**

## 次期制度改正に向けた検討スケジュール

### 生活困窮者自立支援

### 生活保護

見直し  
規定

生活困窮者等の自立を促進するための生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律（平成30年法律第44号）附則第8条（※）に基づく検討

（※）政府は、この法律の施行後5年を目途として、この法律の規定による改正後の規定の施行の状況について検討を加え、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。

検討の場

#### 論点整理検討会

（10/25に初回開催。計4回程度）  
※令和4年4月とりまとめ（予定）

議論の共有  
連携

#### 国と地方の実務者協議

※令和4年3月とりまとめ（予定）

報告

#### ワーキンググループ（計7回程度）

##### ① 事業の在り方検討班

各法定事業のあり方（被保護者支援との連携を含む）について議論

##### ② 横断的課題検討班

制度全体にまたがる課題（制度のあり方、関係機関連携、地域・居場所づくり、都道府県・町村の役割、中間支援組織、人材育成等）について議論

※ 社会保障審議会生活保護基準部会

生活保護基準の検証手法の検討・検証を実施  
（次期検証は令和4年度）

令和4年5月  
以降

#### 社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会における議論

※ 検討結果に応じて令和5年以降の法案提出を目指す。

## 各種適正化の取組について (第3回医療扶助に関する検討会資料より再掲)

- 頻回受診対策について
- 長期入院患者への対応について
- 子どもの医療について

## 「第3回医療扶助に関する検討会（令和3年3月25日）」においていただいた御意見

### ○頻回受診対策について

- ・ 頻回受診対策や長期入院患者への対応について、これまでの取組による一定の成果を、好事例も含めて積極的に周知すべきである
- ・ 頻回受診者に対する指導については、対象者の個々の状況を丁寧にアセスメントした上で適切に対応することが重要ではないか
- ・ 頻回受診の指導対象者(頻回受診者)の抽出に係る事務処理が煩雑である
- ・ 受診状況把握対象者のうち、実際に頻回受診と認められる者は少数であり、更に、その多くは精神障害や認知症を有していることから、これ以上の効果は見込めないのではないか
- ・ 頻回受診対策について、現在は基本的にレセプトデータを用いて行うため指導が後追いになっているが、オンライン資格確認の導入により、早く受診状況が分かるような機能を追加していただきたい

### ○長期入院患者への対応について

- ・ 長期入院患者の地域移行に当たっては、福祉事務所や地域移行支援に関わる施設等だけでなく、個人情報の適切な管理のための措置を講じた上で、地域の関係機関等と一層の連携・協働により進めることが重要ではないか

### ○子どもの医療について

- ・ 特に教育委員会と連携した取組事例の収集・横展開を図っていくべき
- ・ 医療を必要とする者が早期に適切な医療を利用できるような観点での検討が今後必要となるのではないか

### ○その他

- ・ 頻回受診対策、長期入院患者への対応、健康管理支援について、いずれもケースワーカーによる生活支援の中で取り組めることは大きなメリットである

○頻回受診対策について

# 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。また、平均受診日数も減少傾向にある。

## 入院外における月間の受診動向の年次推移(各年6月審査分)

(万人)

|             |        | 平成23年 |       | 平成24年 |       | 平成25年 |       | 平成26年 |       | 平成27年 |       | 平成28年 |       | 平成29年 |       | 平成30年 |       | 令和元年  |       |
|-------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 加入者数 (a)    |        | 202.4 |       | 210.2 |       | 214.4 |       | 214.9 |       | 215.1 |       | 213.7 |       | 213.0 |       | 209.2 |       | 206.8 |       |
| 受診日数        | 1日     | 51.0  | 43.2% | 54.1  | 42.8% | 56.3  | 42.9% | 58.0  | 43.7% | 59.9  | 44.7% | 60.9  | 45.2% | 60.6  | 44.5% | 60.7  | 44.5% | 62.1  | 46.0% |
|             | 2日     | 28.0  | 23.7% | 29.5  | 23.3% | 30.7  | 23.4% | 31.2  | 23.5% | 31.9  | 23.8% | 32.6  | 24.2% | 33.1  | 24.3% | 33.1  | 24.3% | 33.6  | 24.9% |
|             | 3日     | 13.2  | 11.2% | 14.6  | 11.6% | 15.2  | 11.6% | 15.3  | 11.6% | 15.4  | 11.5% | 14.9  | 11.1% | 15.7  | 11.5% | 15.7  | 11.5% | 14.9  | 11.0% |
|             | 4日     | 7.7   | 6.5%  | 8.2   | 6.4%  | 8.6   | 6.5%  | 8.5   | 6.4%  | 8.3   | 6.2%  | 8.4   | 6.2%  | 8.4   | 6.2%  | 8.5   | 6.2%  | 8.3   | 6.1%  |
|             | 5日     | 4.5   | 3.8%  | 5.3   | 4.2%  | 5.5   | 4.2%  | 5.3   | 4.0%  | 4.9   | 3.7%  | 4.8   | 3.6%  | 5.2   | 3.8%  | 5.2   | 3.8%  | 4.7   | 3.5%  |
|             | 6～10日  | 8.5   | 7.2%  | 9.4   | 7.4%  | 9.7   | 7.4%  | 9.4   | 7.1%  | 9.0   | 6.7%  | 8.7   | 6.4%  | 8.9   | 6.5%  | 8.9   | 6.5%  | 8.0   | 5.9%  |
|             | 11～15日 | 3.1   | 2.6%  | 3.2   | 2.6%  | 3.3   | 2.5%  | 3.1   | 2.3%  | 2.9   | 2.1%  | 2.8   | 2.0%  | 2.7   | 2.0%  | 2.7   | 2.0%  | 2.4   | 1.8%  |
|             | 16～20日 | 1.2   | 1.0%  | 1.3   | 1.0%  | 1.2   | 0.9%  | 1.1   | 0.9%  | 1.0   | 0.8%  | 1.0   | 0.7%  | 0.9   | 0.6%  | 0.9   | 0.6%  | 0.8   | 0.6%  |
|             | 21～25日 | 0.7   | 0.6%  | 0.7   | 0.6%  | 0.7   | 0.5%  | 0.6   | 0.4%  | 0.5   | 0.4%  | 0.4   | 0.3%  | 0.4   | 0.3%  | 0.4   | 0.3%  | 0.3   | 0.2%  |
|             | 26日～   | 0.2   | 0.2%  | 0.2   | 0.2%  | 0.2   | 0.2%  | 0.2   | 0.2%  | 0.2   | 0.1%  | 0.1   | 0.1%  | 0.1   | 0.1%  | 0.1   | 0.1%  | 0.1   | 0.1%  |
|             | 総計 (b) | 118.2 | 100%  | 126.4 | 100%  | 131.3 | 100%  | 132.8 | 100%  | 134.0 | 100%  | 134.6 | 100%  | 136.1 | 100%  | 136.2 | 100%  | 135.2 | 100%  |
| 患者割合 (b/a)  |        | 58.4% |       | 60.2% |       | 61.2% |       | 61.8% |       | 62.3% |       | 63.0% |       | 63.9% |       | 65.1% |       | 65.3% |       |
| 患者1人当たり受診日数 |        | 2.93日 |       | 2.95日 |       | 2.91日 |       | 2.83日 |       | 2.72日 |       | 2.67日 |       | 2.67日 |       | 2.66日 |       | 2.54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: 加入者数は、各年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）

- 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。
- 入院外における受診日数の分布をみると、医療扶助全体で、は国民健康保険と後期高齢者の間の値をとっている。
- また、医療扶助の75歳以上と後期高齢者医療を比較すると、入院外患者一人当たりの平均受診日数は、前者が後者より少なくなっている。

## 入院外における月間の受診動向

(万人)

|             |        | 医療扶助（令和元年6月審査分） |       |       |       |       |       | 協会（一般）<br>（平成31年3月） |       | 組合健保<br>（平成31年3月） |       | 国民健康保険<br>（平成31年3月） |       | 後期高齢者医療<br>（平成31年3月） |       |
|-------------|--------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------------------|-------|---------------------|-------|----------------------|-------|
|             |        | 全体              |       | 75歳以上 |       | 74歳以下 |       |                     |       |                   |       |                     |       |                      |       |
| 加入者数（a）     |        | 206.8           |       | 52.8  |       | 154.1 |       | 3,940.0             |       | 1,889.8           |       | 3,025.6             |       | 1,771.8              |       |
| 受診日数        | 1日     | 62.1            | 46.0% | 18.6  | 40.6% | 43.5  | 48.7% | 934.2               | 56.5% | 443.8             | 56.4% | 812.3               | 52.8% | 538.0                | 37.8% |
|             | 2日     | 33.6            | 24.9% | 12.7  | 27.6% | 20.9  | 23.4% | 384.1               | 23.2% | 184.6             | 23.5% | 357.9               | 23.3% | 364.4                | 25.6% |
|             | 3日     | 14.9            | 11.0% | 5.6   | 12.2% | 9.3   | 10.4% | 161.9               | 9.8%  | 78.0              | 9.9%  | 157.2               | 10.2% | 190.7                | 13.4% |
|             | 4日     | 8.3             | 6.1%  | 3.2   | 6.9%  | 5.1   | 5.8%  | 76.4                | 4.6%  | 36.6              | 4.7%  | 78.4                | 5.1%  | 107.3                | 7.5%  |
|             | 5日     | 4.7             | 3.5%  | 1.8   | 3.9%  | 2.9   | 3.2%  | 38.6                | 2.3%  | 18.4              | 2.3%  | 42.6                | 2.8%  | 64.2                 | 4.5%  |
|             | 6～10日  | 8.0             | 5.9%  | 2.9   | 6.2%  | 5.2   | 5.8%  | 46.0                | 2.8%  | 20.7              | 2.6%  | 61.6                | 4.0%  | 105.6                | 7.4%  |
|             | 11～15日 | 2.4             | 1.8%  | 0.8   | 1.8%  | 1.6   | 1.8%  | 9.1                 | 0.5%  | 3.3               | 0.4%  | 19.5                | 1.3%  | 36.0                 | 2.5%  |
|             | 16～20日 | 0.8             | 0.6%  | 0.3   | 0.6%  | 0.5   | 0.6%  | 2.1                 | 0.1%  | 0.8               | 0.1%  | 5.3                 | 0.3%  | 10.3                 | 0.7%  |
|             | 21～25日 | 0.3             | 0.2%  | 0.1   | 0.2%  | 0.2   | 0.2%  | 0.7                 | 0.0%  | 0.2               | 0.0%  | 2.1                 | 0.1%  | 4.9                  | 0.3%  |
|             | 26日～   | 0.1             | 0.1%  | 0.0   | 0.1%  | 0.1   | 0.1%  | 0.2                 | 0.0%  | 0.1               | 0.0%  | 0.6                 | 0.0%  | 1.9                  | 0.1%  |
| 総計（b）       |        | 135.2           | 100%  | 45.9  | 100%  | 89.2  | 100%  | 1,653.2             | 100%  | 786.4             | 100%  | 1,537.5             | 100%  | 1,423.3              | 100%  |
| 患者割合（b/a）   |        | 65.3%           |       | 87.0% |       | 57.9% |       | 42.0%               |       | 41.6%             |       | 50.8%               |       | 80.3%                |       |
| 患者1人当たり受診日数 |        | 2.5日            |       | 2.6日  |       | 2.5日  |       | 1.9日                |       | 1.9日              |       | 2.2日                |       | 2.9日                 |       |

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

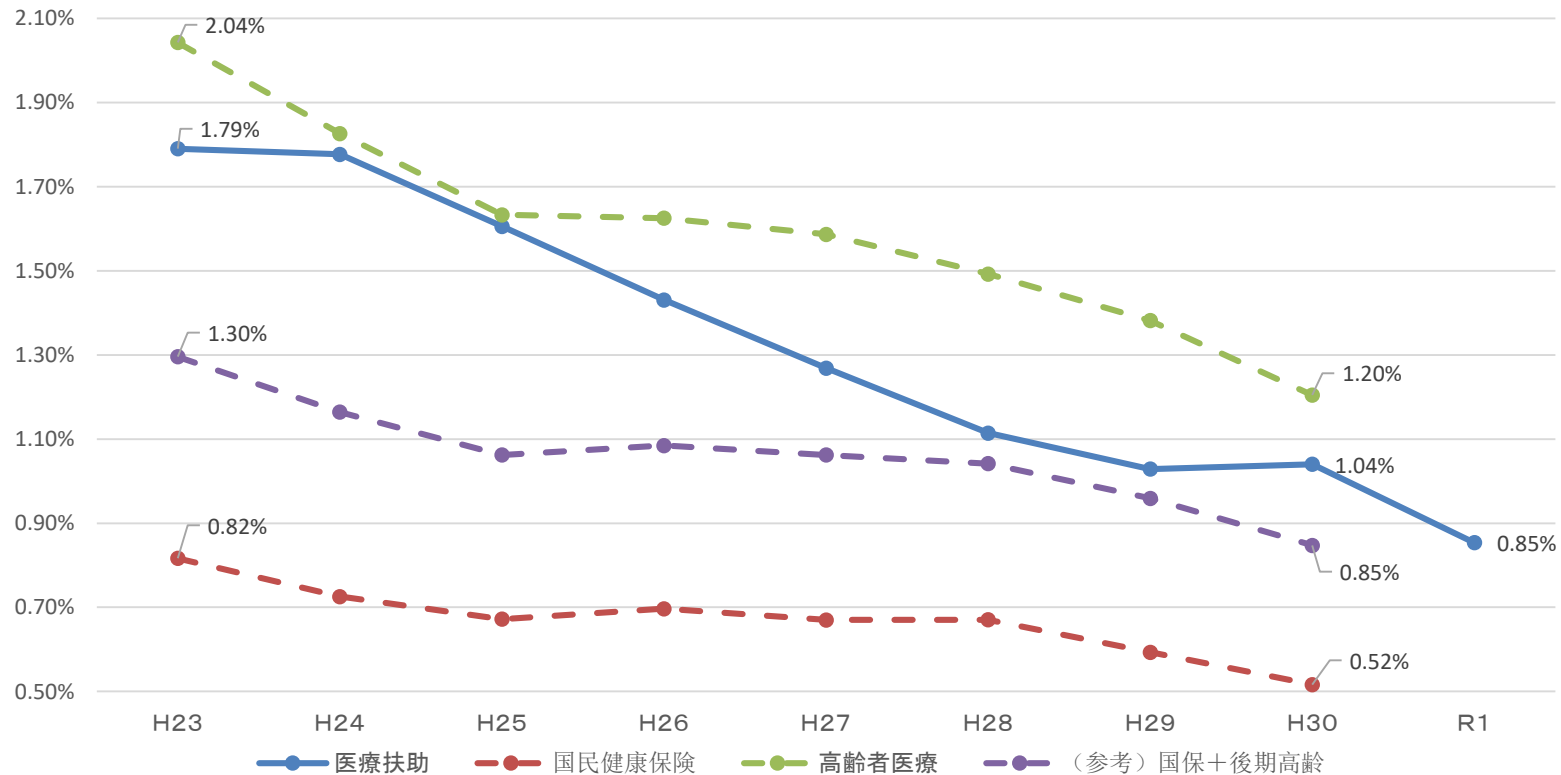
注2：医療扶助における加入者数は、全体は令和元年5月時点の被保護者数（停止中の者を除く）、年齢階級別は平成30年7月末時点の被保護者数（停止中の者を除く）である。

資料：第67回医療扶助実態調査（令和元年6月審査分）特別集計、2019年度被保護者調査（月次調査）、平成30年度被保護者調査（年次調査）、平成30年度医療給付実態調査

## (参考) 外来受診日数が多い者の比率の推移

- 国民健康保険、高齢者医療でも減少傾向であるが、医療扶助における入院外の月間の受診日数の分布について、月16日以上受診している者の外来受診をしている者全体に対する割合をみると、平成23年と比較して、直近の令和元年度その割合は半分以下となっている。

### 入院外受診者における月16日以上受診した者の割合



注1: 医療扶助については、各年の医療扶助実態調査特別集計から作成。

注2: 国民健康保険及び後期高齢者医療については、各年度の医療給付実態調査報告(表11)より作成。

# 頻回受診の適正化について

## 頻回受診の指導対象者

同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診しており、短期的・集中的な治療(※)を行う者を除き、治療にあたった医師や嘱託医が必要以上の受診と認めた者

※ 15日以上受診している者を抽出し、その前2ヶ月との合計が40日未満の者

### 適正化の対応

#### 頻回受診の可能性のある者の把握

毎月レセプトを確認し、頻回受診者にかかる台帳を作成

#### 主治医訪問・嘱託医協議

主治医や嘱託医に協議し、頻回受診と認められるか否かを判断

#### 指導の実施

頻回受診と判断された者について、訪問により指導を実施

#### 改善状況の確認

指導の翌月、医療機関へ改善状況を確認。  
改善されていない場合には、引き続き指導を実施

### 【頻回受診の改善の状況】

|                                                                                  | 平成27年度  | 平成28年度  | 平成29年度  | 平成30年度  | 令和元年度   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 受診状況把握対象者数(指導対象者の定義に該当する者の数)(A)<br>※平成29年度までは旧定義(15日以上が3箇月続いた者)、平成30年度は移行期間のため混在 | 13,548人 | 12,837人 | 11,594人 | 10,604人 | 12,753人 |
| 適正受診指導対象者数(B)                                                                    | 3,020人  | 2,557人  | 2,637人  | 2,387人  | 2,835人  |
| 改善者数(適正な受診日数に改善された者数)(C)                                                         | 1,365人  | 1,338人  | 1,422人  | 1,292人  | 1,388人  |
| 改善者数割合(C/B)                                                                      | 45,20%  | 52,33%  | 53,92%  | 54,13%  | 48,96%  |

## 令和3年度以降の取組

### ○ 令和2年度に引き続き、令和3年度予算に以下の事業を計上

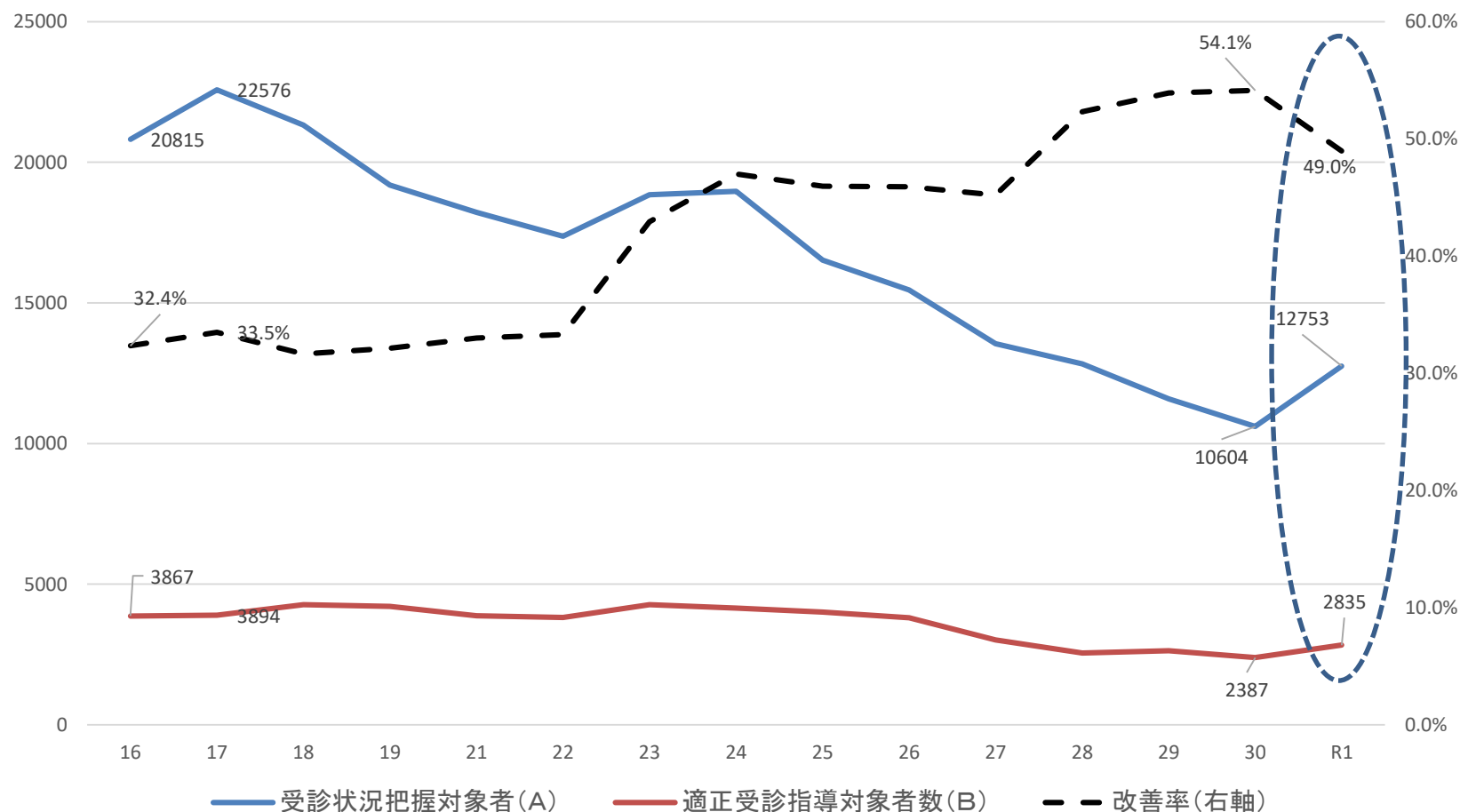
- ・ 頻回受診者の適正受診指導の強化(福祉事務所による同行指導の実施等)→健康管理支援事業(令和3年1月以降)において実施可
- ・ 頻回受診指導を行う医師の委嘱促進→健康管理支援事業(令和3年1月以降)において実施可
- ・ レセプトを活用した医療扶助適正化事業 → レセプトデータから頻回受診者等のリスト作成

### ○ 適正受診指導を行ってもなお改善されない者に対する追加的な指導の方策として、有効期限が1箇月よりも短い医療券を本人に対して発行し、健康管理に向けた支援と並行することで、指導のタイミングを増やす取り組みを可能に

## 頻回受診の適正化について（推移）

- 頻回受診指導は、平成16年から全国的に実施。適正受診指導対象者数のうち、受診行動が改善した者の割合は、上昇してきている。
- また、受診状況把握対象者は、近年では、事業開始時点の半数程度まで減ってきている。
- 令和元年度の受診状況把握対象者の増加は、定義の変更(※)が影響していると考えられる。また、定義の変更等に伴い、調査期限までに指導ができなかった自治体があったこと等により改善率が低下した。

※ 現在の定義は、同一月内に同一診療科目を15日以上受診し、かつ前二月と合算して40日以上となる者。平成29年度までは旧定義（15日以上の月が3箇月続いた者）であり、平成30年度は移行期間のため混在している。



## 頻回受診指導における自治体の好事例

- 令和元年度に実施した頻回受診指導において、指導対象者のうち、受診行動が改善された者の割合が高いいくつかの自治体に対して、成功事例や効果があった取り組み内容等の聞き取りを行った。
- 以下の様に、①対象者に早期にアプローチしている事例、②専門職を配置し、ケースワーカーと連携して対応している事例、③対象者の日常生活での改善につながる指導を行う、といった事例が成果を挙げた事例として挙げられた。

### 【事例1 早期のアプローチ】

- ・ 指導要綱(通知)で示されている把握月(年間4月)に加え、早期把握に対応するため毎月受診状況の把握を実施。対象者の嘱託医との協議票を担当ケースワーカーと看護師で共有し、指導方針を決め指導実施している。
- ・ 一月だけでも15日以上受診している受給者がいる場合は担当ケースワーカーに情報提供し、頻回受診への意識付けを行った。
- ・ 指導後も改善が見られなかった対象者に対して、毎月の受診回数を看護師に報告するようにした。

### 【事例2 専門職の活用】

- ・ 保健師が架電し長時間傾聴することで、本人と主治医の意思疎通がうまくいっていない可能性を把握し、その旨をケースワーカーに伝達。ケースワーカーが受診に同行し、頻回受診改善につながった。
- ・ 看護師を配置し、担当ケースワーカーやSVと連携して、難ケースに対しての指導方針を決め、個々に合わせた方法で指導実施した。

### 【事例3 日常生活の改善】

- ・ 嘱託医協議で頻回受診であり改善が見込めることを確認。後日、指導員から被保護者へ説明。併せて、痛み緩和のために自宅でできる下肢の筋力低下を予防するストレッチを教え、自宅での実践を促した。以上の取組により本人の適正受診につながった。

(注)自治体からの回答を、厚生労働省社会・援護局保護課において要約。

## 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

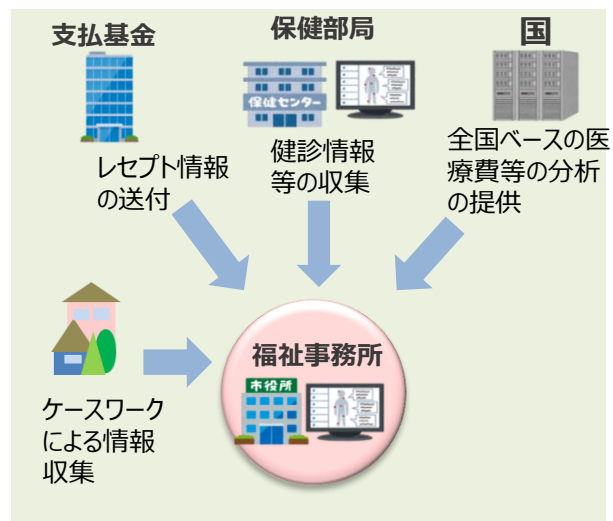
【令和2年度予算】 975,000千円(令和3年1月～3月実施事業)  
 【令和3年度所要額(案)】3,510,000千円(令和3年度(平年度化))  
 実施主体:都道府県、指定都市、中核市、福祉事務所設置自治体  
 負担率:3/4

- 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**

## 頻回受診者の適正受診指導等に関連したその他の取り組み

令和3年1月以降、以下の取り組みについても、補助事業から負担金化された「被保護者健康管理支援事業」の対象事業として位置づけている

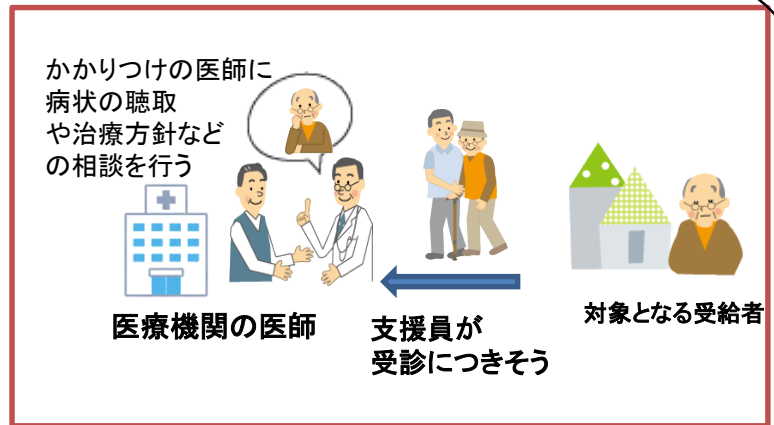
### 福祉事務所による同行指導の実施等（平成30年度～）

○ 福祉事務所で雇用した「付き添い指導員」が、生活習慣病の受診中断者や未受診者、一定回数以上に医療機関に受診してしまう頻回受診者の受診に付き添うことで

- ① 生活習慣病の未受診者・受診中断者については確実に受診に繋げる
- ② 頻回受診の可能性のある者に対しては、医師から病状の聴取や治療方針などを受給者とともに相談し、医師と連携しながら頻回受診対策を行う

※ 付き添い支援員は上記の他、同行支援を通じて、受給者の相談相手になったり、既存資源（居場所や介護サービス等）に繋げるといった、受給者に寄り添うことも想定

※ 健診で把握された生活保護受給者の内臓脂肪症候群予備群及び該当者は、男性 50.6%、女性 29.8%（平成30年度地域保健・健康増進法報告）



〈R元年度実績（交付決定）〉： 1, 053, 478千円 137自治体の内数

### 頻回受診指導を行う医師の委嘱促進（平成30年度～）

○ 頻回受診の患者に対し、かかりつけの医師と協議の上で適正受診指導を行う医師を、従来の嘱託医に追加して委嘱する自治体を支援

〈R元年度実績（交付決定）〉： 486千円 1自治体

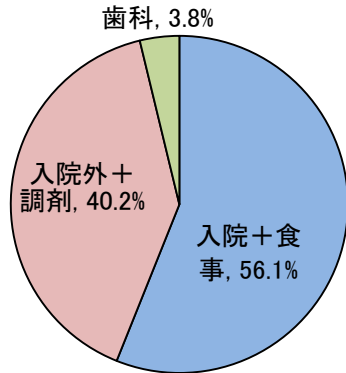
○長期入院患者への対応について

# 医療扶助における入院患者の状況

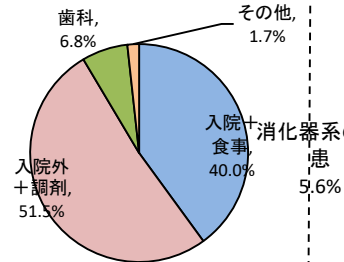
## ○診療種別医療扶助費構成割合

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



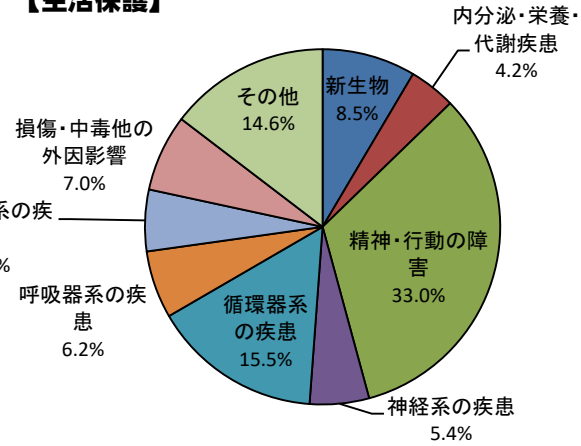
資料：医療扶助実態調査（令和元年）、国民医療費の概況（平成30年）

## ○医療扶助（入院）における傷病分類別レセプト件数の構成割合

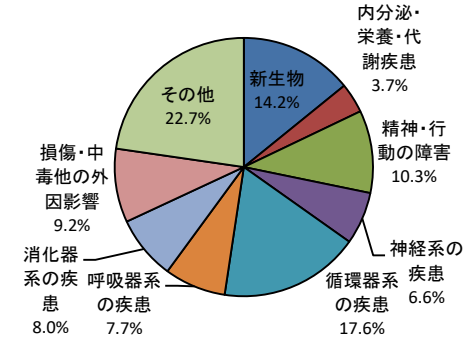
### <入院>

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

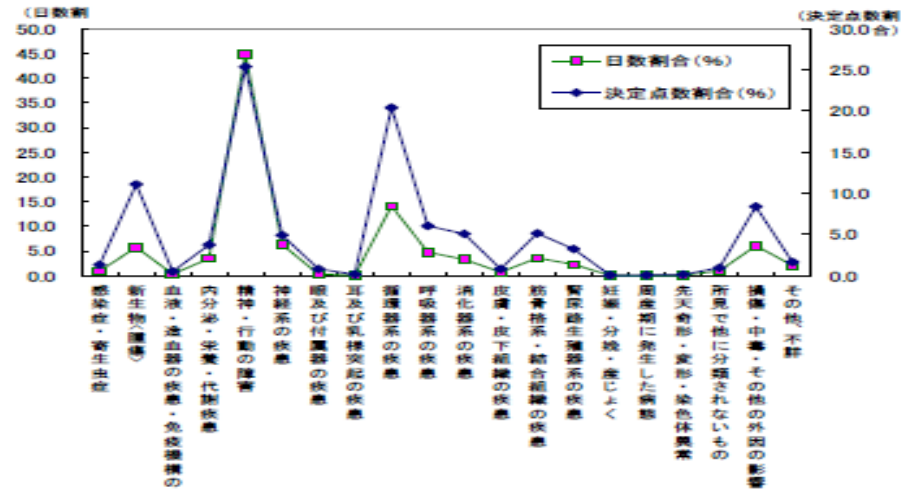


注：医療扶助については、自立支援医療（精神通院医療等）等、他の法令等による給付がある場合は当該給付が優先される。  
資料：医療扶助実態調査（令和元年6月）、平成30年度医療給付実態調査

表6 疾病別日数割合と決定件数の割合の状況（入院）

|                   | 件数      | 日数        | 決定点数          | 日数割合 (%) | 決定点数割合 (%) |
|-------------------|---------|-----------|---------------|----------|------------|
| 総数                | 138,821 | 2,877,565 | 6,989,448,005 | 100.0    | 100.0      |
| 感染症・寄生虫症          | 1,844   | 26,342    | 93,712,779    | 0.9      | 1.3        |
| 新生物（腫瘍）           | 11,814  | 165,918   | 776,038,757   | 5.8      | 11.1       |
| 血液・造血系の疾患・免疫機関の障害 | 644     | 9,084     | 35,284,348    | 0.3      | 0.5        |
| 内分泌・栄養・代謝疾患       | 5,898   | 99,879    | 262,571,460   | 3.5      | 3.8        |
| 精神・行動の障害          | 45,833  | 1,291,200 | 1,774,430,666 | 44.9     | 25.4       |
| 神経系の疾患            | 7,494   | 181,533   | 343,872,082   | 6.3      | 4.9        |
| 眼及び付属器の疾患         | 1,640   | 8,197     | 56,349,207    | 0.3      | 0.8        |
| 耳及び乳突突起の疾患        | 321     | 2,447     | 9,899,167     | 0.1      | 0.1        |
| 循環器系の疾患           | 21,455  | 406,163   | 1,426,978,756 | 14.1     | 20.4       |
| 呼吸器系の疾患           | 8,545   | 136,753   | 422,618,051   | 4.8      | 6.0        |
| 消化器系の疾患           | 7,775   | 94,463    | 355,381,877   | 3.3      | 5.1        |
| 皮膚・皮下組織の疾患        | 1,163   | 20,253    | 56,657,050    | 0.7      | 0.8        |
| 筋骨格系・結合組織の疾患      | 5,801   | 102,639   | 360,078,600   | 3.6      | 5.2        |
| 腎尿路生殖泌尿系の疾患       | 4,447   | 66,363    | 226,038,562   | 2.3      | 3.2        |
| 妊娠・分娩・産じょく        | 158     | 1,110     | 5,133,804     | 0.0      | 0.1        |
| 围産期に発生した病態        | 105     | 854       | 4,374,119     | 0.0      | 0.1        |
| 先天奇形・変形・染色体異常     | 131     | 1,927     | 8,800,394     | 0.1      | 0.1        |
| 所見で他に分類されないもの     | 1,544   | 28,248    | 67,948,880    | 1.0      | 1.0        |
| 損傷・中毒・その他の外因の影響   | 9,706   | 174,909   | 587,223,496   | 6.1      | 8.4        |
| その他、不詳            | 2,503   | 59,283    | 116,055,950   | 2.1      | 1.7        |

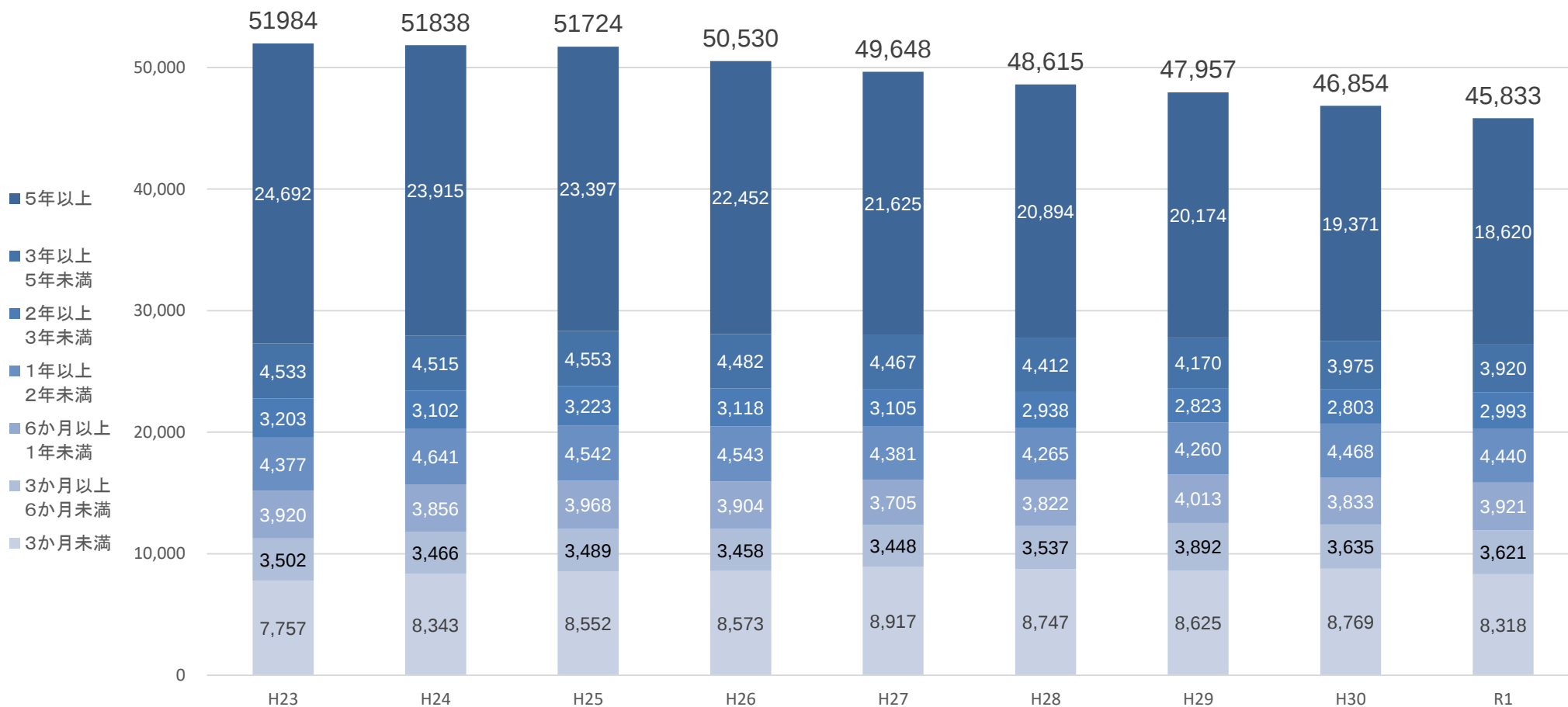
表6 疾病別日数割合と決定件数の割合の状況（入院）



# 医療扶助における精神・行動の障害による入院の推移

○ 医療扶助受給者の「精神・行動の障害による入院」の件数は減少傾向にある。特に入院期間が5年を超えるような長期入院者の数が減少している。

医療扶助における「精神・行動の障害による入院」期間毎の入院件数(各年6月審査分)



資料: 各年の医療扶助実態調査

# 長期入院患者の実態把握について

医療扶助による入院患者であって、その入院期間が180日を超える（他法又は自費による入院期間も含む）者の実態調査を行っており、令和元年度においては、医療扶助による入院の必要がないと判断された患者のうち、25%程度の者は退院等の措置がなされていない。

## 実態把握の流れ

- ①（地区担当員）入院継続180日を超えた時点及び180日を越えて引き続き入院を必要と認められた者について、その後6か月を経過した時点ごとに「実態把握対象者名簿」を整備する。
- ②（嘱託医）①により確認された者の直近の要否意見書及び過去6か月分の診療報酬明細書等に基づき、（1）医療扶助による入院継続の必要があるもの（2）入院継続の必要性について主治医の意見を聞く必要があるものに分類するための検討を行なう。
- ③（地区担当員、嘱託医）②による検討の結果、主治医の意見を聞く必要があると認められるものについて、実地に主治医の意見を聞く。なお、必要に応じて福祉事務所嘱託医又は精神科業務委託医師の同行訪問を求める。
- ④（地区担当員）主治医訪問の結果、医療扶助による入院継続を要しないことが明らかになったものについて、当該患者及び家族を訪問し、実態を把握し、当該患者の退院を阻害している要因の解消を図り、実態に即した方法により、適切な退院指導を行なう。
- ⑤（福祉事務所長）実態把握対象者の状況及び検討経過、措置結果等について管内の状況を常時把握

## 長期入院患者の状況

|                                       |            | 平成30年度  | 令和元年度   |
|---------------------------------------|------------|---------|---------|
| 各自治体の長期入院患者にかかる書類検討総数（入院180日を超える者）（A） |            | 55,033人 | 53,804人 |
| 嘱託医との検討の結果、主治医と意見調整を行った者（B）           |            | 28,605人 | 27,616人 |
| 主治医と意見調整を行った結果入院の必要が無いとされた者（C）        |            | 4,173人  | 3,762人  |
| (C)への対応状況                             | 退院等した者     | 2,972人  | 2,808人  |
|                                       | 未対応の患者数（D） | 1,201人  | 954人    |
| 入院の必要がない者の割合（C） / （A）                 |            | 7.6%    | 7.0%    |
| 入院の必要がない者のうち未措置の割合（D） / （C）           |            | 28.8%   | 25.4%   |

## 長期入院患者の実態把握について（推移）

- 医療扶助による入院患者であってその入院期間が180日を超える者(A)の数、入院の必要が無いとされた者(C)の数、うち未対応の患者数(D)はいずれも減少傾向にある。

|                                | H22    | H23    | H24    | H25    | H26    | H27    | H29    | H30    | R1     |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 入院180日を超える者（A）                 | 62,495 | 62,003 | 63,381 | 61,648 | 60,238 | 58,235 | 57,029 | 55,033 | 53,804 |
| 嘱託医との検討の結果、主治医と意見調整を行った者（B）    | 40,485 | 40,453 | 38,862 | 38,007 | 35,753 | 33,488 | 30,389 | 28,605 | 27,616 |
| 主治医と意見調整を行った結果入院の必要が無いとされた者（C） | 5,830  | 5,981  | 5,699  | 5,217  | 4,904  | 4,608  | 4,357  | 4,173  | 3,762  |
| 退院等した者                         | 4,000  | 4,315  | 3,844  | 3,846  | 3,458  | 3,290  | 3,179  | 2,972  | 2,808  |
| 未対応の患者数（D）                     | 1,830  | 1,666  | 1,855  | 1,371  | 1,446  | 1,318  | 1,178  | 1,201  | 954    |
| 入院の必要性がない者の割合（C） / （A）         | 9.3%   | 9.6%   | 9.0%   | 8.5%   | 8.1%   | 7.9%   | 7.6%   | 7.6%   | 7.0%   |
| 入院の必要性がない者のうち未措置の割合（D） / （C）   | 31.4%  | 27.9%  | 32.5%  | 26.3%  | 29.5%  | 28.6%  | 27.0%  | 28.8%  | 25.4%  |

（注）各年度の自治体からの報告を集計したもの。平成28年度は、実績が未提出の自治体があったため、除いている。

## 長期入院患者の地域移行の好事例集

- 平成30年度の実績において、入院の必要性のない長期入院患者の退院・地域移行の実績の高いいくつかの自治体に対して、成功事例や効果があった取り組み内容等の聞き取りを行った。
- 以下の様に、①予算事業による専門性のある主体への外部委託、②障害福祉担当部局との連携、③救護施設等の活用といった事例が成果を挙げた事例として挙げられた。

### 【事例1 外部委託(社会福祉法人)】

- ・ 受入先施設等の調整については、委託先の社会福祉士が各区に配置している会計年度職員のケアマネージャー・看護師と連携して行う。比較的入院期間が短い内に、社会福祉士が定期的に対象者を訪問し、社会復帰に向けた意欲喚起を行う。社会福祉士が福祉施設や病院等と連絡を取り、ケースワーカーや対象者に受入先施設の情報提供を行うこともある。社会福祉士が継続して面談し、意欲喚起や施設見学同行等を行い、紹介した施設に移行するケースがある。

### 【事例2 障害福祉担当との連携】

- ・ 毎月、障害福祉課が主催する検討会に退院支援員が出席している。会議の構成員は地域の病院の相談員、作業所職員、地域生活支援センター職員、家族会の方、県健康福祉事務所職員、障害福祉課職員、退院支援員となっており、精神障害者に関わる問題について正しい知識の獲得や意識の共有を行うことができ、また生活保護受給者の退院支援に際しても適切な措置を行うことができる。

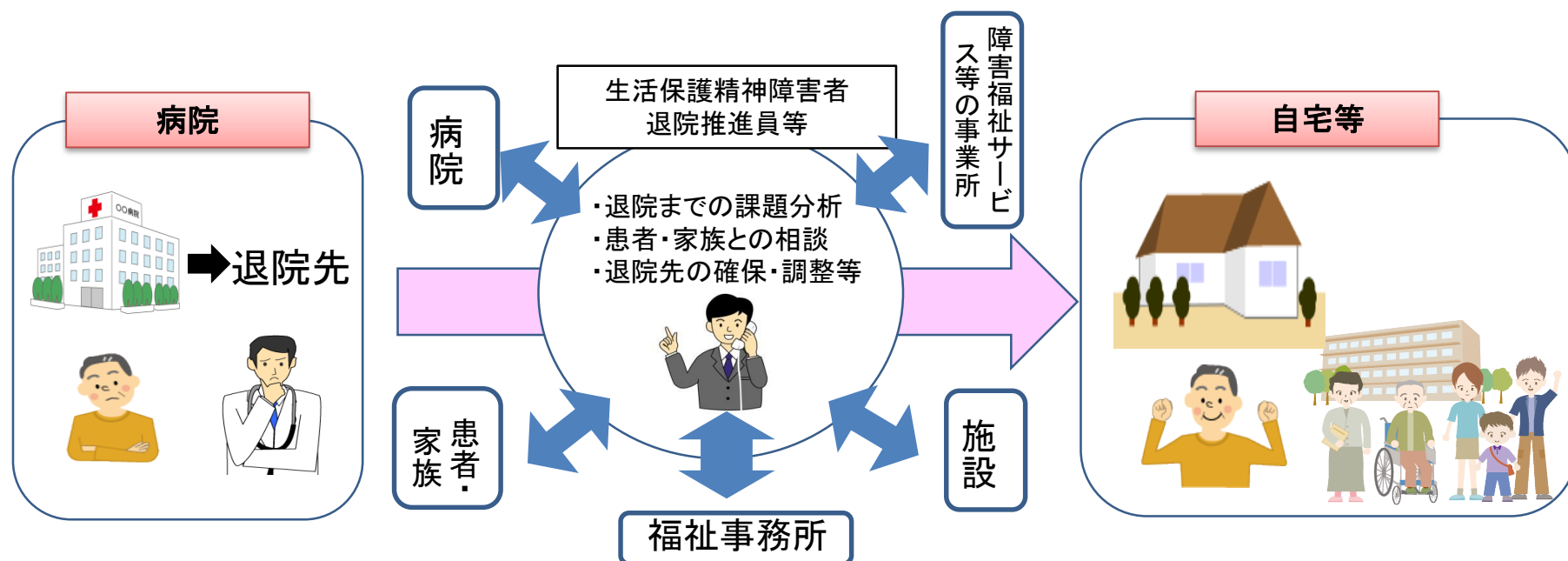
### 【事例3 救護施設等の活用】

- ・ 平成30年度に入院を要しないと判断され施設に入所した被保護者のうち、その約半数が精神障害者グループホーム又は更生・救護施設に入所している。
- ・ このうち、更生・救護施設への移行については、長期入院患者の退院促進を図ること等を目的とし、更生・救護施設に精神保健福祉士の資格を有した会計年度任用職員を配置。当該職員は、長期入院中の精神障害者の施設受入れにかかる専門的な助言及び相談、地域生活への移行が可能な施設入所者に対する移行支援補助の他、施設入所者からの精神保健相談に対して必要な助言及び指導を行っている。そのため、医療機関等とスムーズな連携が可能となっている他、施設入所者が再び長期入院に陥ることを防ぐことができていると考えられる。

(創設年度：平成17年度)

## ＜事業の概要＞

精神障害者等社会的入院患者の退院、地域移行を円滑に推進するため、福祉事務所が保健師、精神保健福祉士、社会福祉士(生活保護精神障害者退院推進員)等を確保し、退院までの課題分析、患者・家族との相談、退院先の確保・調整等を行う事業を実施する場合に、必要となる費用を補助する事業。



＜補助率＞ 国庫補助（国 3／4）

＜R元年度実績(交付決定)＞： 376,621千円 62自治体

# 堺市被保護者居住生活サポート事業について

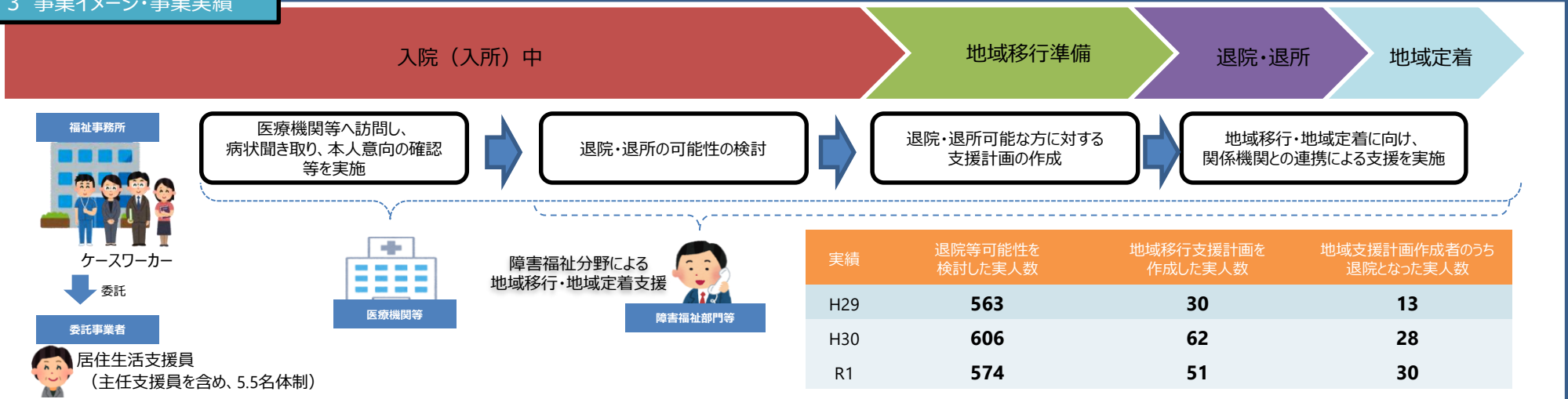
## 1 経過

- 平成25（2013）年6月から平成29（2017）年3月まで、住宅の提供の見守り等のサービスを一体的に提供する、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム等、いわゆる高齢者住宅に居住する生活保護受給者の生活実態等の把握を行い、生活保護の適正実施を図ることを目的に、「高齢者住宅等調査事業」を実施
- 同事業を4年間実施した事業成果により、高齢者住宅等の医療・介護について、一定の適正化が図られた
- 退院（地域移行）において、重要な地域資源（退院後の受け皿）となっている高齢者住宅等の適正化が図られたことを踏まえ、長期入院者の退院への地域移行及び地域定着の支援に取り組むため、平成29（2017）年度より事業を組み換え、本事業を実施している

## 2 事業概要

- 公募プロポーザルにより事業委託先を選定し、**民間委託により事業を実施**
- 福祉事務所のケースワーカーは、長期入院患者の訪問調査による実態把握、退院促進、地域移行・地域定着支援  
加えて、委託事業者の専門資格を有する居住生活支援員は、長期入院患者の実態把握のための訪問等、地域移行・地域定着支援

## 3 事業イメージ・事業実績



## 4 補助金

- 生活困窮者就労準備支援事業費等補助金の医療扶助適正化事業（精神障害者等の退院促進）を活用
- 令和2年度委託費は約3,200万円（国庫補助額約2,300万円）

# 保護施設の概要

|             |     | 救護施設                                                                                       |    |     | 更生施設                                           |    |    | 医療保護施設                        |    |    | 授産施設                                                                            |    |    | 宿所提供施設                        |    |    |
|-------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|------------------------------------------------|----|----|-------------------------------|----|----|---------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------------------------|----|----|
| 設置根拠        |     | 生活保護法<br>第 3 8 条<br>第 1 項 1 号                                                              |    |     | 生活保護法<br>第 3 8 条<br>第 1 項 2 号                  |    |    | 生活保護法<br>第 3 8 条<br>第 1 項 3 号 |    |    | 生活保護法<br>第 3 8 条<br>第 1 項 4 号                                                   |    |    | 生活保護法<br>第 3 8 条<br>第 1 項 5 号 |    |    |
| 目 的         |     | 身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行う                                         |    |     | 身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて、生活扶助を行う |    |    | 医療を必要とする要保護者に対して医療の給付を行う      |    |    | 身体上若しくは精神上の理由又は世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長する |    |    | 住居のない要保護者の世帯に対して、住宅扶助を行う      |    |    |
| 設置主体        |     | 都道府県、市町村、社会福祉法人、日本赤十字社                                                                     |    |     |                                                |    |    |                               |    |    |                                                                                 |    |    |                               |    |    |
| 運営費         |     | 措置費：国3/4、都道府県・市町村1/4 （医療保護施設は措置費ではなく診療報酬で運営）                                               |    |     |                                                |    |    |                               |    |    |                                                                                 |    |    |                               |    |    |
| 整備費         |     | 法人立：国1/2、県1/4、設置主体1/4<br>（都道府県立・市町村立は1 8 年度から補助対象外、医療保護施設は整備費補助はなし）                        |    |     |                                                |    |    |                               |    |    |                                                                                 |    |    |                               |    |    |
| 都道府県による指導監督 |     | 社会福祉法人からの保護施設設置の認可申請に対する認可（法第41条）<br>運営に関する指導（法第43条）、監査（法第44条）、改善・事業停止・施設廃止の命令、認可取消（法第45条） |    |     |                                                |    |    |                               |    |    |                                                                                 |    |    |                               |    |    |
| 施設数         | 設置者 | 総数                                                                                         | 公立 | 私立  | 総数                                             | 公立 | 私立 | 総数                            | 公立 | 私立 | 総数                                                                              | 公立 | 私立 | 総数                            | 公立 | 私立 |
|             | 28  | 1 8 6                                                                                      | 37 | 149 | 2 1                                            | 15 | 6  | 5 9                           | 2  | 57 | 1 7                                                                             | 5  | 12 | 1 0                           | 7  | 3  |
|             | 29  | 1 8 6                                                                                      | 33 | 153 | 2 1                                            | 15 | 6  | 5 9                           | 2  | 57 | 1 5                                                                             | 3  | 12 | 1 0                           | 7  | 3  |
|             | 30  | 1 8 2                                                                                      | 26 | 156 | 2 0                                            | 13 | 7  | 5 9                           | 2  | 57 | 1 6                                                                             | 3  | 12 | 9                             | 6  | 3  |
| 定 員         |     | 1 6 , 5 2 0 人                                                                              |    |     | 1 , 4 1 8 人                                    |    |    | —                             |    |    | 5 0 0 人                                                                         |    |    | 6 6 0 人                       |    |    |
| 在所者数        |     | 16 , 5 3 6 人                                                                               |    |     | 1 , 4 4 2 人                                    |    |    | —                             |    |    | 3 3 7 人                                                                         |    |    | 3 0 9 人                       |    |    |

（注）1 施設数以下の資料：「社会福祉施設等調査報告」

2 施設数欄は各年10月1日現在。定員、在所者数欄は、平成30年10月1日現在。

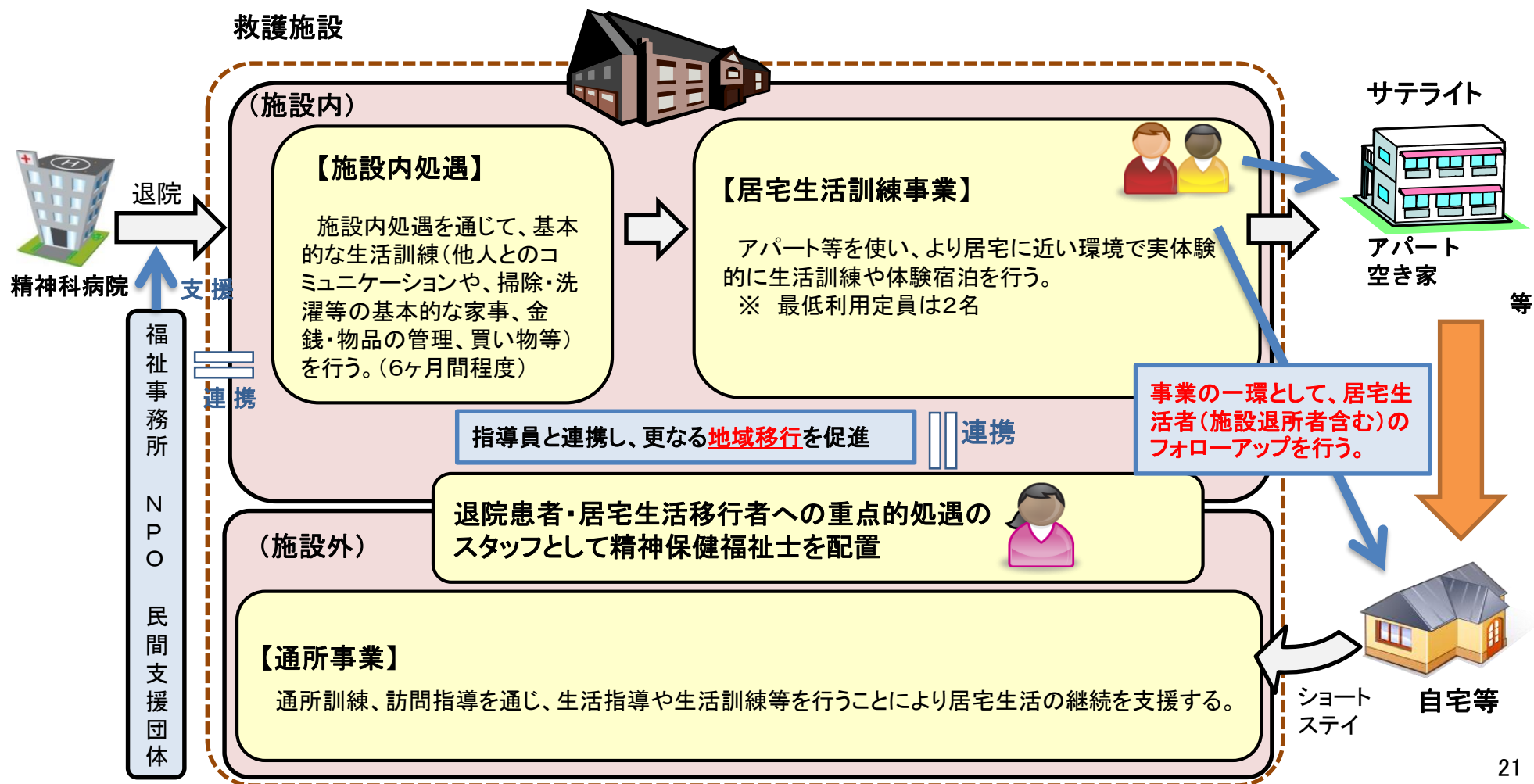
# 保護施設（救護・更生）の入所者の入所前の状況

○ 救護施設及び更生施設の入所者の入所前の居所は、精神科病院の割合が最も高く、次いで居宅、一般病院からの退院となっている。

|                 | 救護施設   |       | 更生施設 |       |
|-----------------|--------|-------|------|-------|
|                 | 人数     | 割合    | 人数   | 割合    |
| 居宅              | 2,993  | 25.9% | 116  | 12.2% |
| 他の保護施設          | 804    | 6.9%  | 10   | 1.1%  |
| 一時生活支援事業        | 182    | 1.6%  | 128  | 13.4% |
| 無料低額宿泊所         | 239    | 2.1%  | 178  | 18.7% |
| 旅館・宿泊施設等        | 22     | 0.2%  | 94   | 9.9%  |
| 障害者支援施設         | 259    | 2.2%  | 3    | 0.3%  |
| 共同生活援助（グループホーム） | 179    | 1.5%  | 7    | 0.7%  |
| 精神科病院           | 4,221  | 36.5% | 162  | 17.0% |
| 一般病院            | 1,328  | 11.5% | 103  | 10.8% |
| 司法施設            | 174    | 1.5%  | 14   | 1.5%  |
| 友人・知人宅          | 108    | 0.9%  | 16   | 1.7%  |
| 野宿生活            | 391    | 3.4%  | 72   | 7.6%  |
| その他             | 675    | 5.8%  | 49   | 5.1%  |
| 合計              | 11,575 |       | 952  |       |

## 救護施設における精神障害者等の地域生活移行について

- 精神障害等を抱える生活保護受給者の地域移行を図るため、
  - ・ 入所者に対して、居宅に近い環境で生活訓練を行う「救護施設居宅生活訓練事業」
  - ・ 保護施設退所者等に対して、通所訓練や訪問指導を行う「保護施設通所事業」を実施。



# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書（概要）

（令和3年3月18日）

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等（以下「精神障害を有する方等」とする。）の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る基本的な事項

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築する。
- 「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」と解され、地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- 重層的な連携による支援体制は、精神障害を有する方等一人ひとりの「本人の困りごと等」に寄り添い、本人の意思が尊重されるよう情報提供等やマネジメントを行い、適切な支援を可能とする体制である。
- 同システムにおいて、精神障害を有する方等が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、その疾患について周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することは、最も重要な要素の一つであり、メンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を活用する等普及啓発の方法を見直し、態度や行動の変容までつながることを意識した普及啓発の設計が必要である。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素

### 地域精神保健及び障害福祉

- 市町村における精神保健に関する相談指導等について、制度的な位置付けを見直す。
- 長期在院者への支援について、市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う取組を、制度上位位置付ける。

### 精神医療の提供体制

- 平時の対応を行うための「かかりつけ精神科医」機能等の充実を図る。
- 精神科救急医療体制整備をはじめとする精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の対応を充実する。

### 住まいの確保と居住支援

- 生活全体を支援するという考えである「居住支援」の観点を持つ必要がある。
- 入居者及び居住支援関係者の安心の確保が重要。
- 協議の場や居住支援協議会を通じた居住支援関係者との連携を強化する。

### 社会参加

- 社会的な孤立を予防するため、地域で孤立しないよう伴走し、支援することや助言等を行うことができる支援体制を構築する。
- 精神障害を有する方等と地域住民との交流の促進や地域で「はたらく」ことの支援が重要。

### 当事者・ピアサポーター

- ピアサポーターによる精神障害を有する方等への支援の充実を図る。
- 市町村等はピアサポーターや精神障害を有する方等の、協議の場への参画を推進。

### 精神障害を有する方等の家族

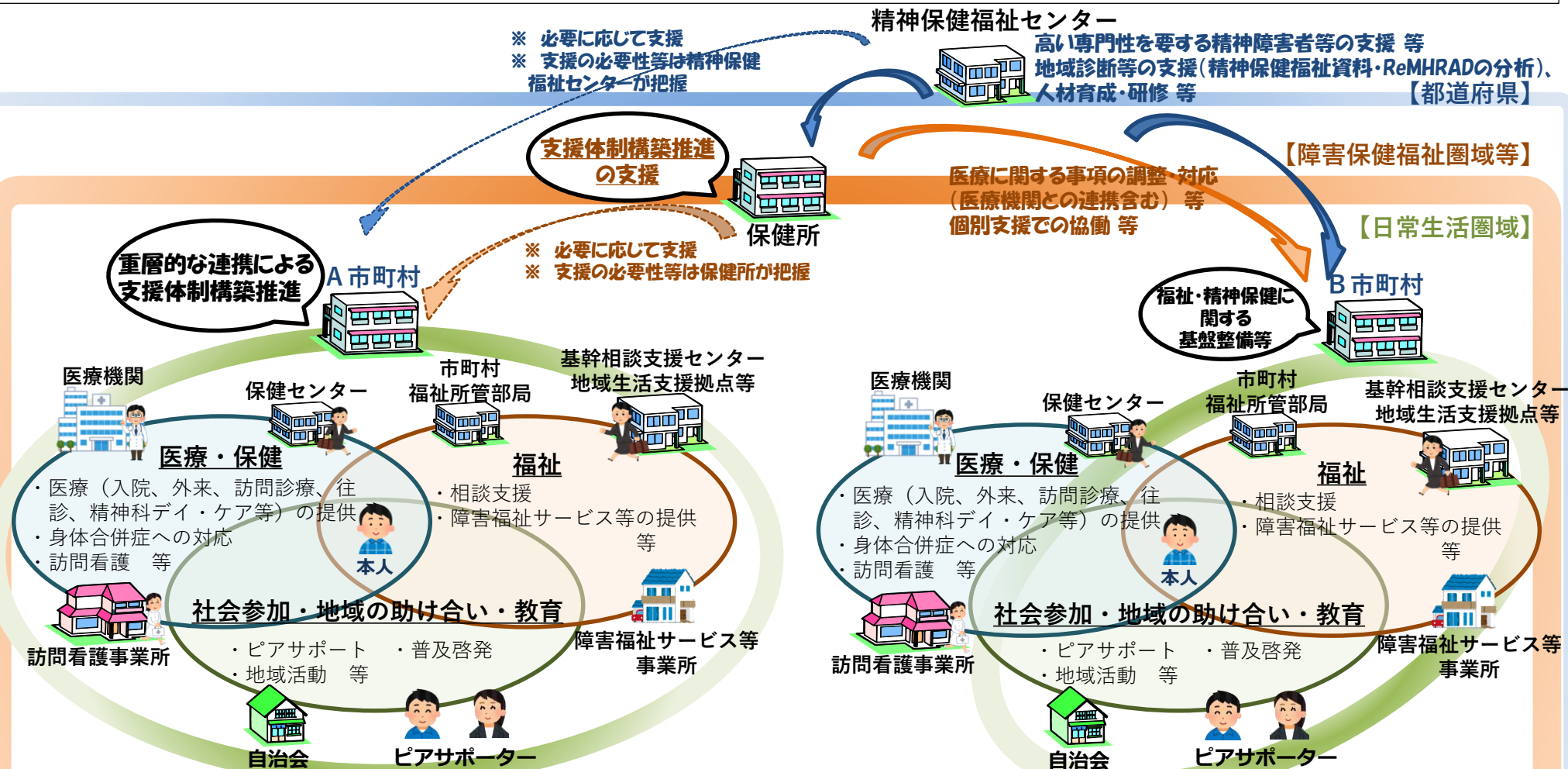
- 精神障害を有する方等の家族にとって、必要な時に適切な支援を受けられる体制が重要。
- 市町村等は協議の場に家族の参画を推進し、わかりやすい相談窓口の設置等の取組の推進。

### 人材育成

- 「本人の困りごと等」への相談指導等や伴走し、支援を行うことができる人材及び地域課題の解決に向けて関係者との連携を担う人材の育成と確保が必要である。

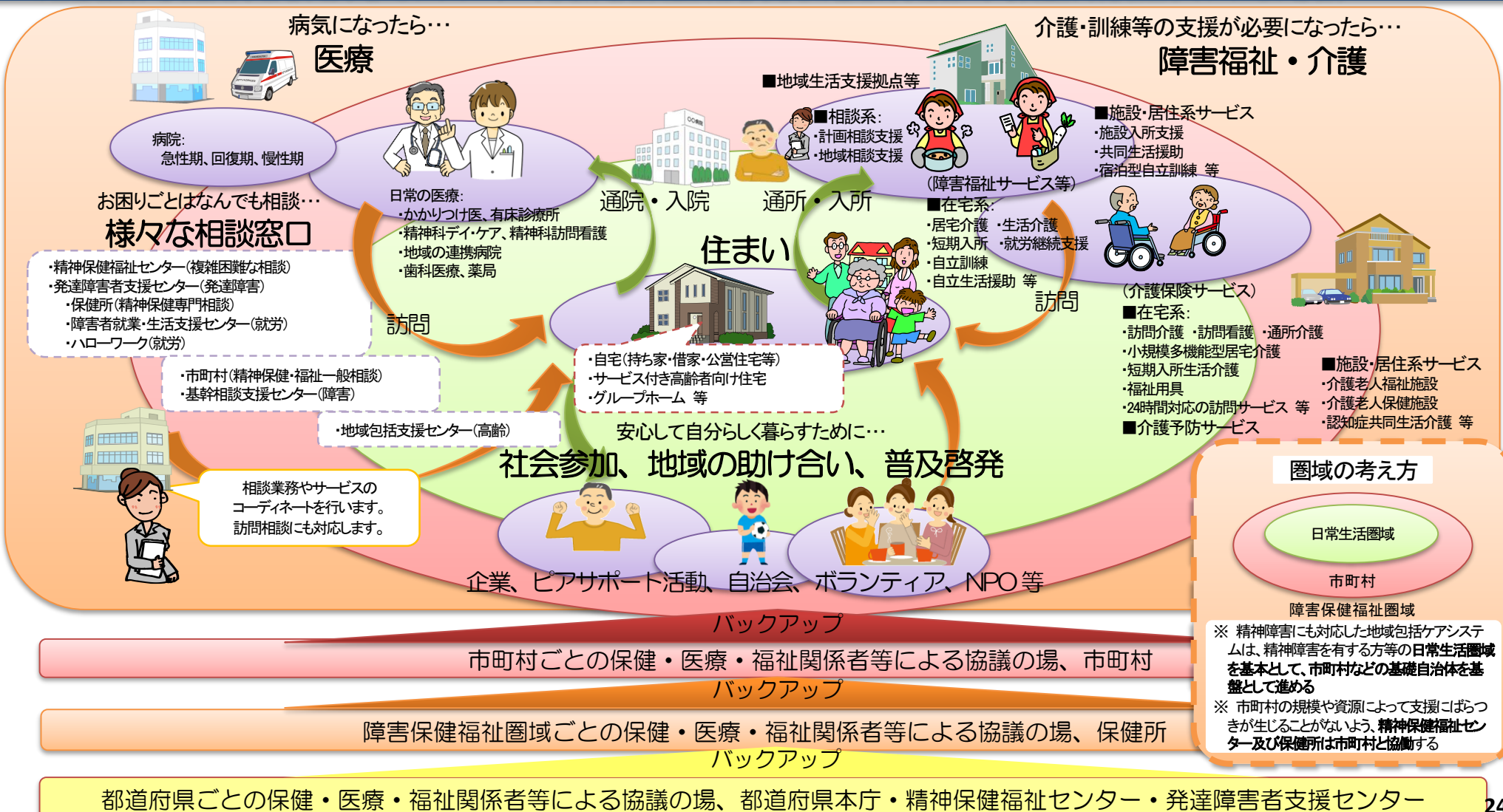
# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る各機関の役割の整理

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、地域共生社会の実現に向かっていく上では、欠かせないものであり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、重層的な連携による支援体制を構築することが適当。
- 構築に際しては、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要がある。また、精神保健福祉センター及び保健所は市町村との協働により精神障害を有する方等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築することが重要。



# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



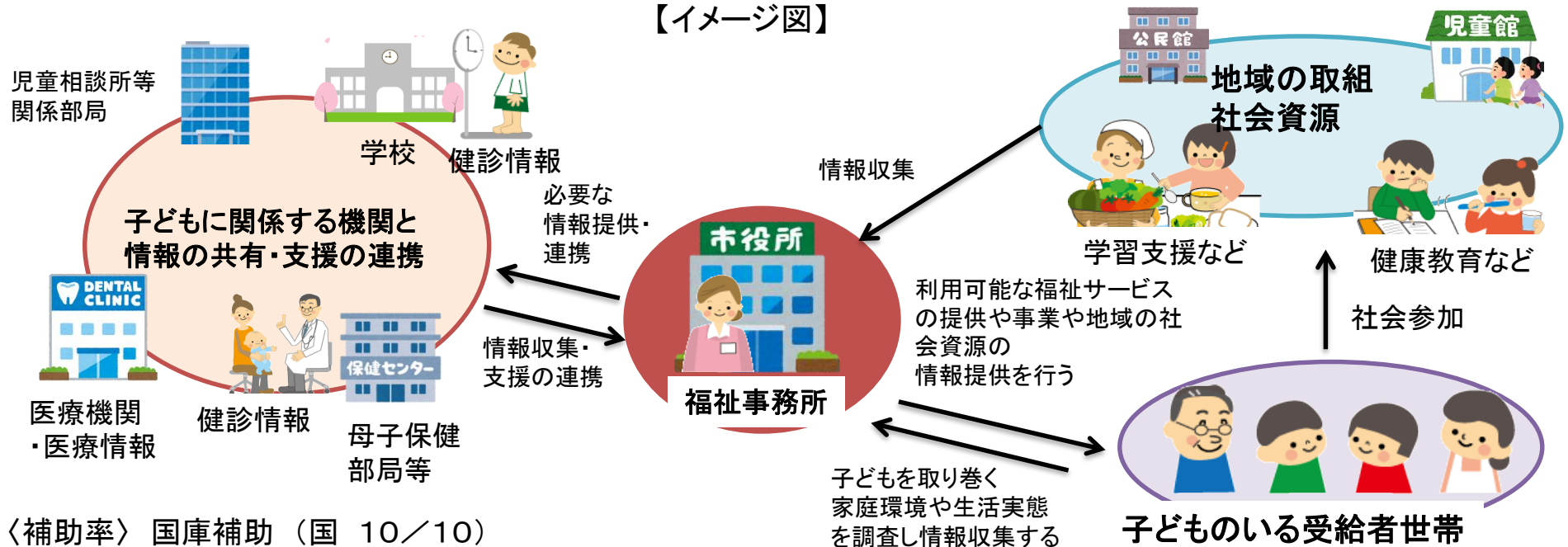
# ○子どもの医療について

## 子どもとその養育者に対する健康生活支援モデル事業

(創設年度：平成30年度)

- いくつかの調査などから、経済的な暮らし向きにゆとりのない家庭の子どもは、適切な食習慣や運動習慣、生活習慣が確立されておらず、虫歯や肥満など健康への影響が出ていることが明らかになってきた。
- 生活保護受給世帯の子どもの自立を助長し、不健康な生活習慣・食習慣の連鎖を断ち切るためには、受給世帯の子どもやその養育者に対し、子どものころから健全な生活習慣の確立や健康の増進を目的とした支援を行うことが望まれる。
- このため、福祉事務所が主体となって、生活保護受給世帯の子どもとその養育者に対する健康生活の支援を行うモデル事業を実施する。
- 全国で数カ所、モデル的に行う事業を助成し、好事例について国へ報告いただき、標準化と将来の全国展開を目指す。

【イメージ図】



〈補助率〉 国庫補助（国 10／10）

〈R元年度実績（交付決定）〉： 8,318千円 5自治体

# 【令和2年度 厚生労働省 社会福祉推進事業】

## 子どもとその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業

### 【背景】

- 過去の調査において、経済的な暮らし向きにゆとりがない家庭の子どもは、適切な生活習慣や食習慣が確立されておらず、虫歯や肥満等の健康への影響が出ていることが指摘されている。
- 平成30年度より、生活保護受給世帯の子どもの健康増進等を目的として、福祉事務所の設置自治体が主体となり、国からの助成のもと、「**子どもとその養育者への健康生活支援モデル事業**」を実施。
- しかし、**モデル事業の実施自治体から、他機関との連携の難しさ等の要因により、取組を進めにくいとの意見も挙がっており**、今後、同様の事業を全国展開するにあたっては、取組の阻害要因等を把握し、改善策を検討することが必要不可欠である。

### 【目的】

- 生活保護世帯の子どもとその養育者の健康生活支援に関して、全国の福祉事務所において、どのような支援が実現可能か、かつ効果的かを検討するため、「子どもとその養育者への健康生活支援モデル事業」の取組実態を把握するとともに、モデル事業の枠組外で実施されている支援内容等を調査し、効果的な支援事例を収集する。

### ○事業の全体像

- 検討委員会を設置するとともに、アンケート調査、ヒアリング調査を行い、報告書を取りまとめる。

#### 検討委員会の設置

有識者による検討委員会を設置し、事業の進め方、設計、調査結果の考察、報告書のとりまとめに関して検討を行う。

#### ヒアリング調査 (15箇所)

モデル事業を実施している5自治体に対して、事業内容や事業効果等についてヒアリング。(アンケート実施前)  
上記の枠組外で、類似の支援を実施している10自治体に対して、取組開始の経緯や、課題等をヒアリング。(アンケート実施中・後)

#### アンケート調査 (悉皆)

全国の福祉事務所(悉皆1250か所)を対象に、子どもとその養育者への健康生活支援に関連する取組の実施状況等を調査。

#### 報告書の作成

全国の福祉事務所における、子どもとその養育者への健康生活支援に関する取組の現状と課題及びその対応策等を整理した報告書を作成

# 子どもの医療に係る支援の好事例

- 子どもとその養育者の健康生活支援に関して、全国の福祉事務所において、どのような支援が実現可能か、かつ効果的かを検討するため、社会福祉推進事業により事業実施自治体へのアンケートやヒアリングを実施。
- 以下の様に、①教育委員会から学校検診にかかる情報入手する取り組み、②学習支援事業と連携した取り組み、③専門職(管理栄養士)の活用した取り組み、などの事例が挙げられている。

## 【事例1 教育委員会と連携した取り組み】

・生活保護受給世帯の児童の中で、学校健診で医療機関への受診を勧告されたにも関わらず、受診していない児童や、対象児童にネグレクト等が疑われるケース等があったことから、教育委員会と連携して医療機関(歯科)を未受診の生徒を把握し、効率的な受診勧奨を実施  
具体的な支援としては、

- ①福祉事務所が、教育委員会から、「う歯」に関するデータを入手し、学校健診で医療機関への受診を勧告されたものの医療機関を受診していない児童を把握。
- ②受診が確認されない児童(とその養育者)に対して、ケースワーカーが、電話や家庭訪問による受診勧奨を実施。
- ③対応が難しい事例(複雑な家族関係や不登校等)は、担任、困窮者支援部署に配置された家庭教育支援員(学習支援事業の担当)等に協力を依頼。ネグレクトが疑われた場合も、家庭教育支援員と連携しながら対応。

## 【事例2 学習支援事業と連携した取り組み】

生活保護を受給している家庭では、子どもの食環境が整っていない実態が把握されていたことから、学習支援事業の担当部局と協力体制を構築し、事業へ参加した子どもを対象にした取り組みを実施。

- ・食生活・食環境(食事摂取回数、食材の購入実態、調理器具の保有状況等)についてのアンケート調査。
- ・栄養士から、健康教育を実施。健康教育では、中高生特有の健康課題(若年の生活習慣病、痩せすぎに起因する不妊症等)についての講義を実施。
- ・調理師免許を持つ生活保護受給者や福祉系大学生ボランティア等も参加し、グループに分かれて調理、喫食、片付けなどの実習を実施。食に関する基本的な知識・技術の習得、調理する楽しさを知るきっかけづくりを行っている。

## 【事例3 専門職(管理栄養士)の活用】

管理栄養士を雇用し、CWと共に同行訪問することで、

- ・病識があるかどうかを面談の中で確認したり、医師からの指導を守れているかを本人の言動、行動や家の様子から確認することができる。
- ・CWでは難しい食生活のアドバイスをを行うことができ、子どもの食習慣についてもアドバイスが可能。
- ・専門職として健診結果を読み取り、解説することができ、できるだけ早期に、生活習慣や食習慣の問題点を指摘し、適切な支援を行うことができる。

結果として、生活習慣病の発症予防や重症化予防へ繋げることが可能。

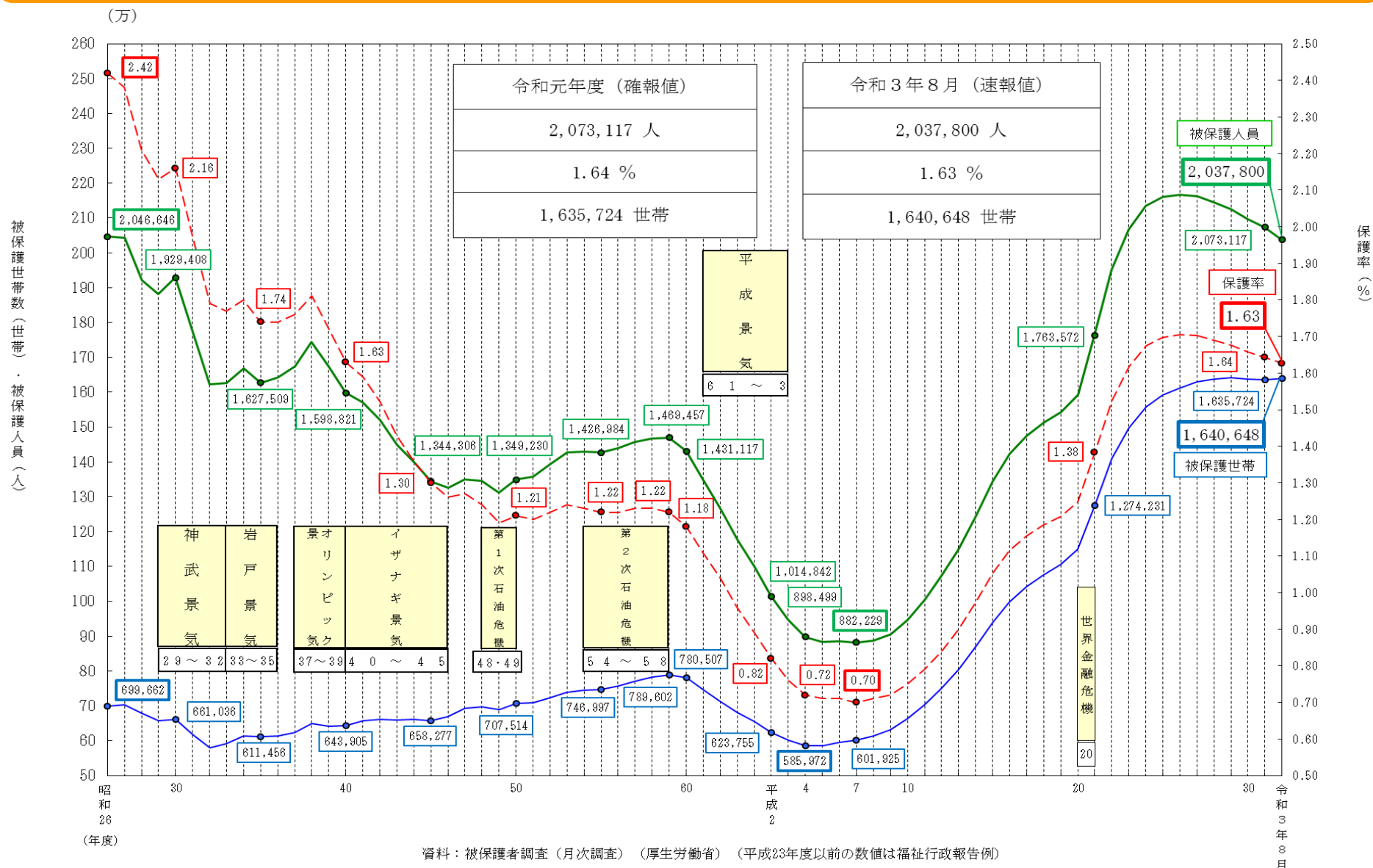
(参考2)

## 生活保護の動向

# 被保護人員、保護率、被保護世帯数の年次推移

○生活保護受給者数は約204万人。平成27年3月をピークに減少に転じた。

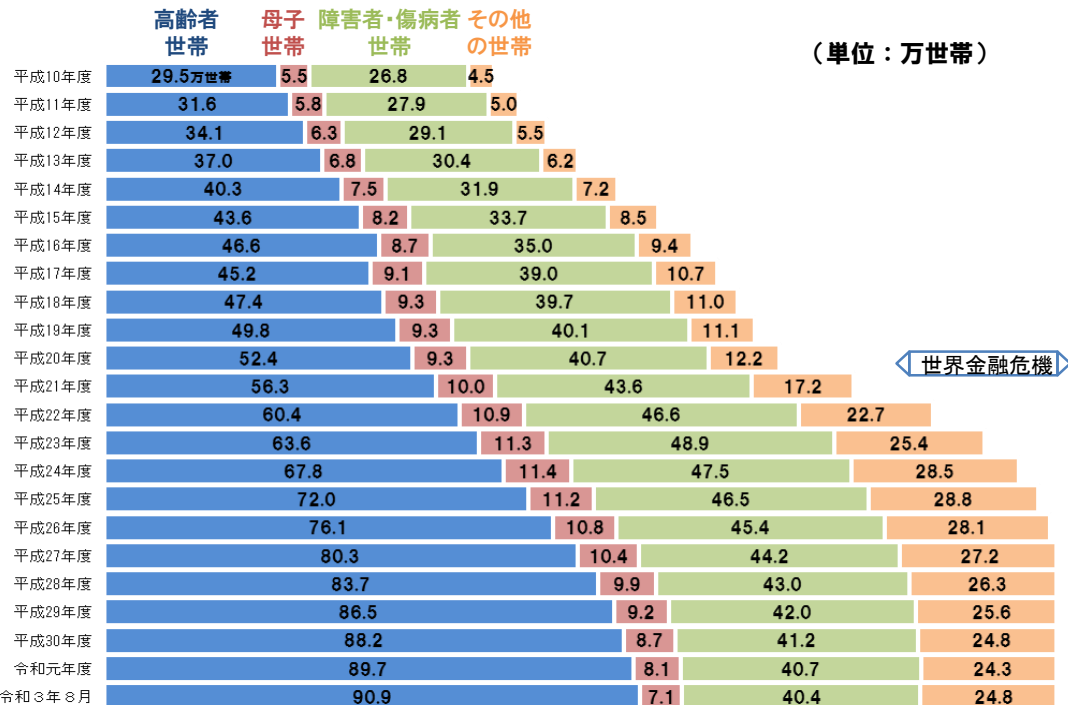
○生活保護受給世帯数は約164万世帯。高齢者世帯が増加している一方、母子世帯及び障害者・傷病者世帯は減少傾向が続いている。



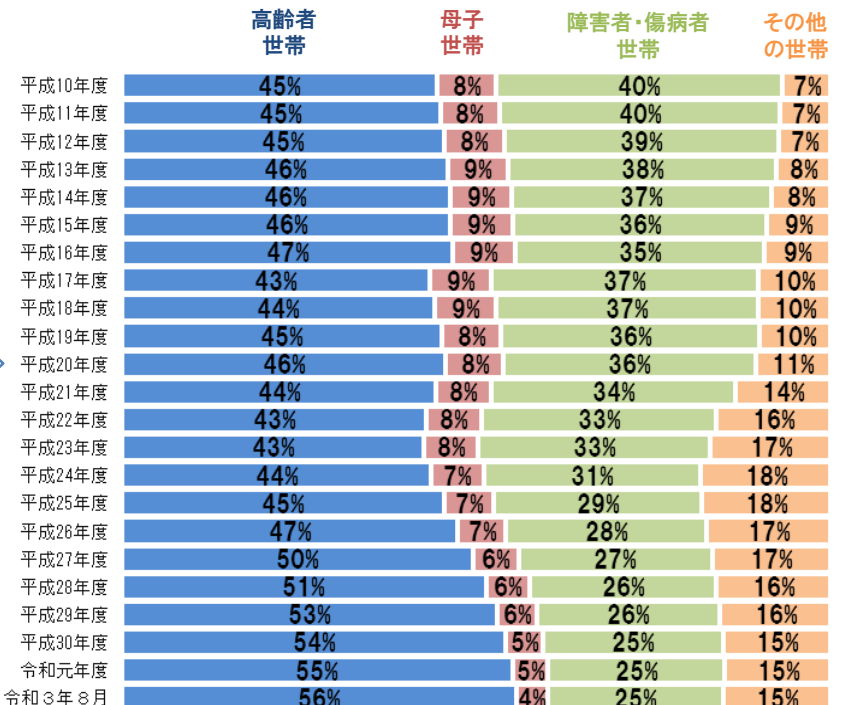
# 世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移

世界金融危機後、「その他の世帯」の割合が大きく上昇した。  
「母子世帯」及び「障害者・傷病者世帯」は減少傾向となっているが、「高齢者世帯」は増加傾向にある。

## ■ 世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移



## ■ 世帯類型別の構成割合の推移



※ 高齢者世帯の92.1%が単身世帯（令和3年8月）。

注：世帯数は各年度の1か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。

資料：被保護者調査 月次調査（厚生労働省）（平成23年度以前は福祉行政報告例）（令和3年8月分は速報値）

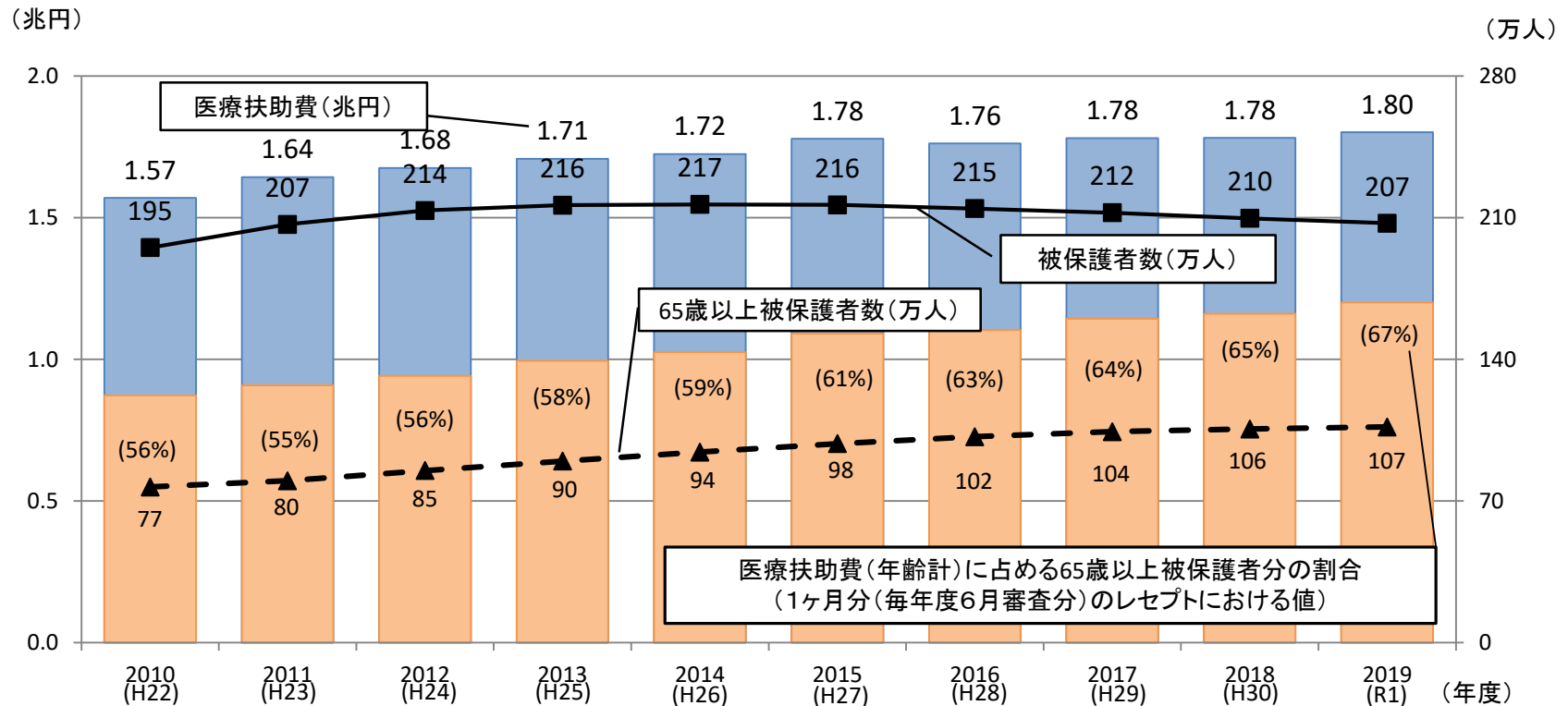
### 世帯類型の定義

- 高齢者世帯：男女とも65歳以上（平成17年3月以前は、男65歳以上、女60歳以上）の者のみで構成されている世帯か、これらに18歳未満の者が加わった世帯
- 母子世帯：死別・離別・生死不明及び未婚等により現に配偶者がいない65歳未満（平成17年3月以前は、18歳以上60歳未満）の女子と18歳未満のその子（養子を含む。）のみで構成されている世帯
- 障害者世帯：世帯主が障害者加算を受けているか、障害・知的障害等の心身の障害のため働けない者である世帯
- 傷病者世帯：世帯主が入院（介護老人保健施設入所を含む。）しているか、在宅患者加算を受けている世帯、若しくは世帯主が傷病のため働けない者である世帯
- その他の世帯：上記以外の世帯

# 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。
- ・ 被保護者の高齢化の影響により、近年は高齢者が占める割合の増加傾向が顕著である。



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。

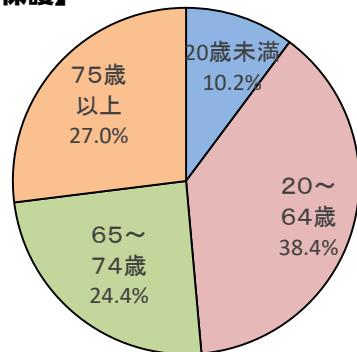
資料：生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査（平成23年度以前は被保護者一斉調査）、医療扶助実態調査

# 医療扶助の特性

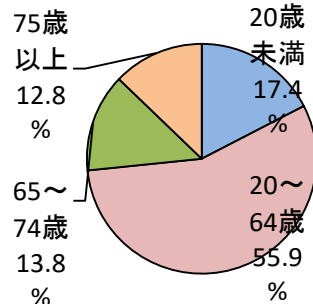
## ○年齢階級別被保護者数構成割合（平成30年7月）

被保護者の年齢別の割合をみると、65歳以上の者が半数以上を占めている。

### 【生活保護】



### 【参考】総人口

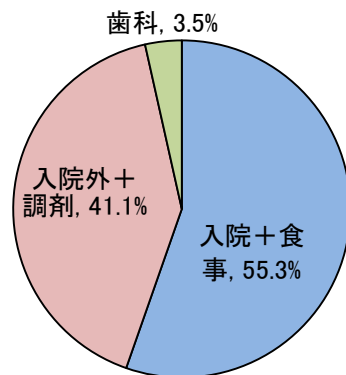


資料：被保護者調査（令和元年）、国勢調査（平成27年）

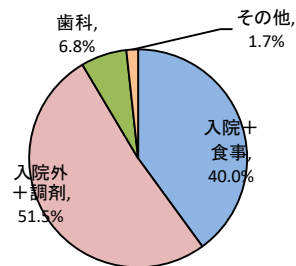
## ○診療種別医療扶助費構成割合

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



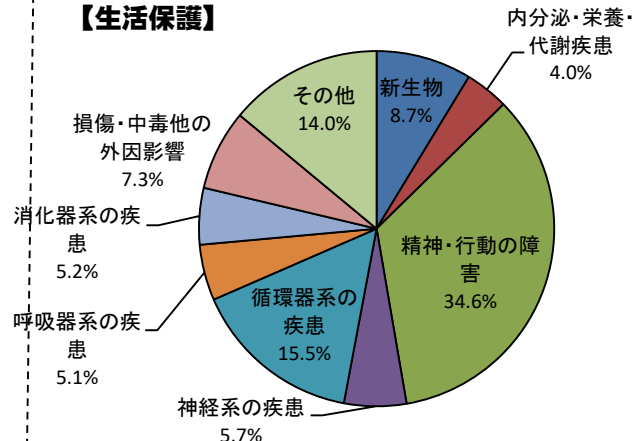
資料：医療扶助実態調査（令和2年）、国民医療費の概況（平成30年）

## ○医療扶助における傷病分類別レセプト件数の構成割合

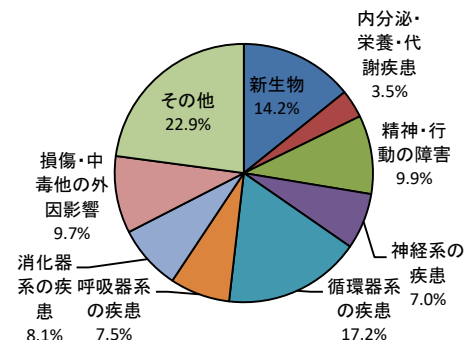
### <入院>

医療保険に比べ、精神・行動の障害の割合が高い。

### 【生活保護】



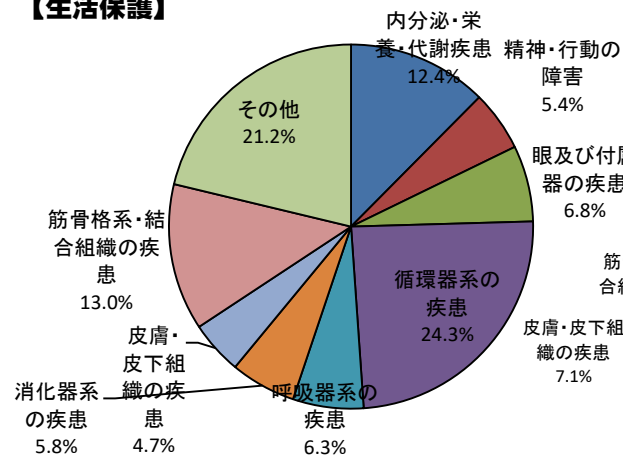
### 【参考】医療保険



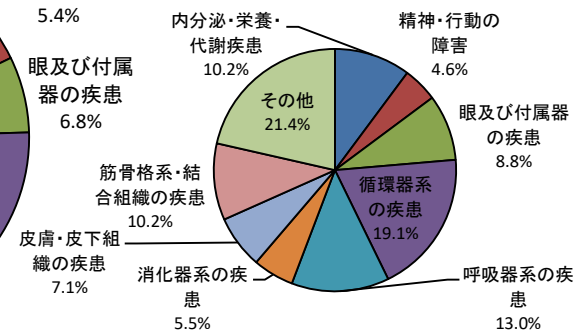
### <入院外>

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）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（令和2年6月審査分）、令和元年度医療給付実態調査

# 医療扶助費の伸びの要因分解

- 医療扶助費の伸び(①)は、平成20年度～25年度頃までは被保護者の増加の影響(②)が大きく、以後は年齢構成の変化(高齢化等)の影響(③)が大きい。
- その他の影響(①－(②＋③)) (適正化対策含む)による伸びを、医療費全体のそれ(\*)と比較(注)すると、近年では医療扶助費の伸びは医療費全体の伸びを下回っている。

注：診療報酬改定による影響が異なるため、改定のない年度で比較。

