

【資料 2】 医療扶助・健康管理支援等に関する現状と課題

- 1．本検討会の進め方
- 2．生活保護制度の概要
- 3．医療扶助・健康管理支援等に関する現状
 - (1) 生活保護受給者の現状
 - (2) 医療扶助・健康管理支援等に関する取組
 - (3) 医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等
- 4．本検討会で想定される論点

1．本検討会の進め方

2．生活保護制度の概要

3．医療扶助・健康管理支援等に関する現状

（１）生活保護受給者の現状

（２）医療扶助・健康管理支援等に関する取組

（３）医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等

4．本検討会で想定される論点

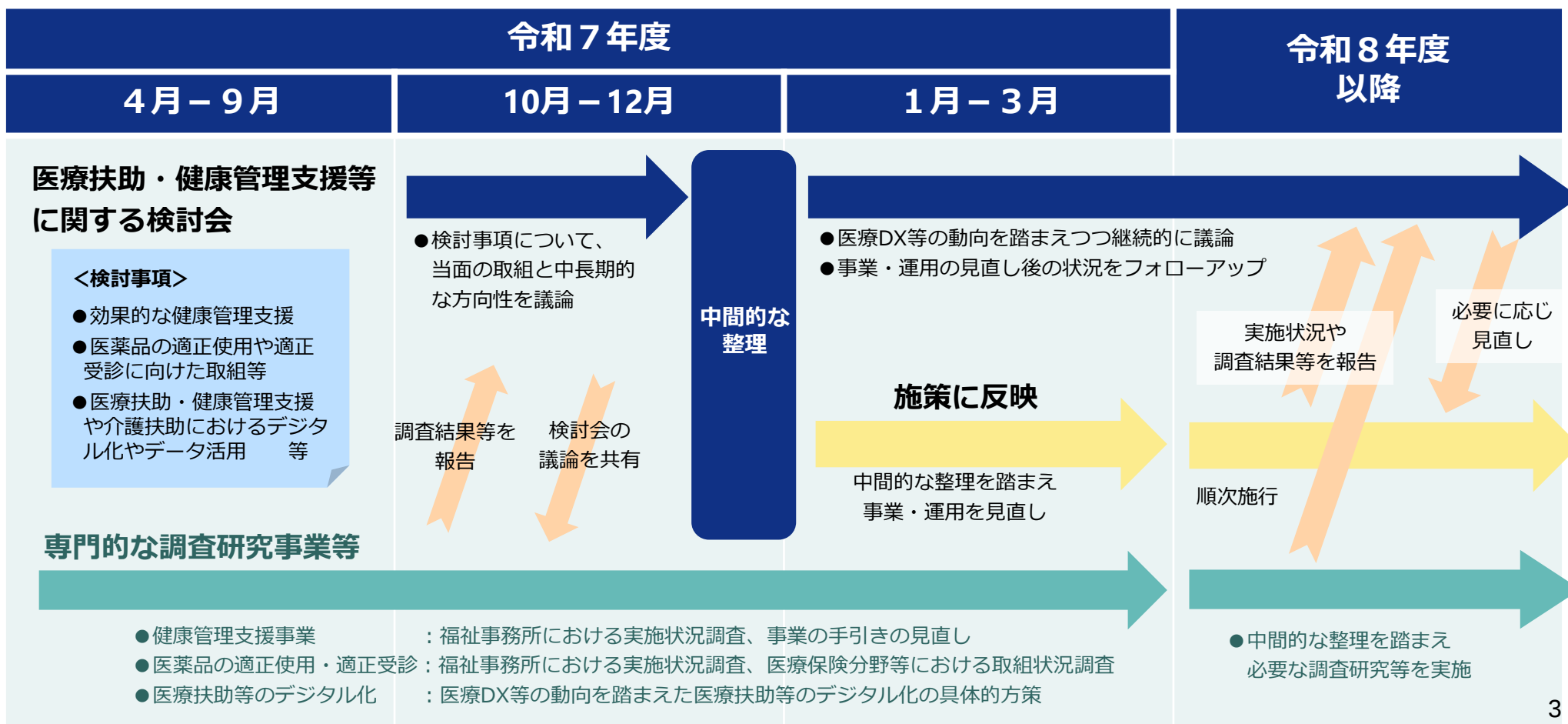
ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

「医療扶助・健康管理支援等に関する検討会」の進め方

- 本検討会では、各検討事項について、調査研究事業等の成果も活用しながら、「当面の取組」と「中長期的な方向性」を議論。令和7年中を目途に「中間的な整理」を実施。
- 令和8年以降、厚生労働省において、「中間的な整理」を事業・運用の見直しに順次反映。併せて、本検討会は、令和8年以降も継続的に開催。「中間的な整理」に沿って、医療DX等の動向を踏まえた継続的な議論や、事業・運用の見直し後の状況に関するフォローアップ等を実施。



1．本検討会の進め方

2．生活保護制度の概要

3．医療扶助・健康管理支援等に関する現状

（１）生活保護受給者の現状

（２）医療扶助・健康管理支援等に関する取組

（３）医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等

4．本検討会で想定される論点

生活保護制度

○ 生活保護制度の目的

- 最低生活の保障
⇒ 資産、能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する者に対し、困窮の程度に応じた保護を実施
- 自立の助長

最低生活の保障

- ① 資産、能力等あらゆるものを活用することが保護の前提。また、扶養義務者による扶養などは、保護に優先される。

- ・ 不動産、自動車、預貯金等の資産
- ・ 稼働能力の活用
- ・ 年金、手当等の社会保障給付
- ・ 扶養義務者からの扶養

等

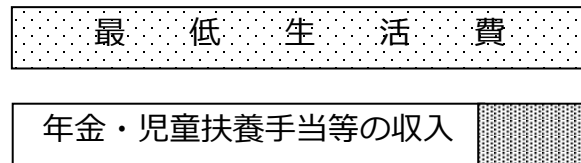


◇保護の開始時に調査
(預貯金、年金、手当等の受給の有無や可否、傷病の状況等を踏まえた就労の可否、扶養義務者の状況及び扶養能力等)

◇保護適用後にも届出を義務付け

- ② 支給される保護費の額

- ・ 厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



収入としては、就労による収入、年金等社会保障の給付、親族による援助等を認定。

預貯金、保険の払戻し金、不動産等の資産の売却収入等も認定。

自立の助長

支給される保護費

- ・ ケースワーカーによる被保護者の状況に応じた相談・助言
- ・ 被保護者就労支援事業（就労意欲の喚起、個々に応じた求人開拓、求職活動の支援等）、被保護者就労準備支援事業（生活習慣等に課題があり、直ちに就職することが困難な者への支援）、生活保護受給者等就労自立促進事業（ハローワークと連携したチーム支援）、その他自立支援プログラムに基づく支援
- ・ 被保護者健康管理支援事業（生活習慣病予防に向けた健診受診勧奨や保健指導等）

◎ 生活保護基準の内容

生活保護基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであつて、且つ、これをこえないものでなければならない。（生活保護法第8条第2項）

生活を営む上で生じる費用	対応する 扶助の種類	支 給 内 容
日常生活に必要な費用 （食費・被服費・光熱水費等）	生活扶助	基準額は、 ①食費等の個人的費用（年齢別に算定） ②光熱水費等の世帯共通的費用（世帯人員別に算定） を合算して算出。 10月から4月までのうち、地域に応じて5ヶ月から7ヶ月間冬季加算を支給。 特定の世帯には加算がある（障害者加算等）。
アパート等の家賃等	住宅扶助	定められた範囲内で実費を支給
義務教育を受けるために必要な学用品費等	教育扶助	定められた基準額（一部、定められた範囲内で実費）を支給
医療サービスの費用	医療扶助	費用は直接医療機関へ支払（本人負担なし）
介護サービスの費用	介護扶助	費用は直接介護事業者へ支払（本人負担なし）
出産費用	出産扶助	定められた範囲内で実費を支給
就労に必要な技能の修得等にかかる費用 （高等学校等に就学するための費用を含む。）	生業扶助	定められた範囲内で実費（高等学校等に就学するための費用の一部は定められた基準額）を支給
葬祭費用	葬祭扶助	定められた範囲内で実費を支給

※勤労控除：就労収入のうち一定額を控除する仕組み。就労収入額に比例して控除額が増加。

◎ 生活扶助額の例 （令和7年4月1日現在）

	東京都区部等	地方郡部等
3人世帯(33歳、29歳、4歳)	164, 860円	145, 870円
高齢者単身世帯(68歳)	77, 980円	68, 450円
高齢者夫婦世帯(68歳、65歳)	122, 460円	108, 720円
母子世帯(30歳、4歳、2歳)	196, 220円	174, 800円

※ 児童養育加算、母子加算、
冬季加算(Ⅵ区の5/12)を含む。

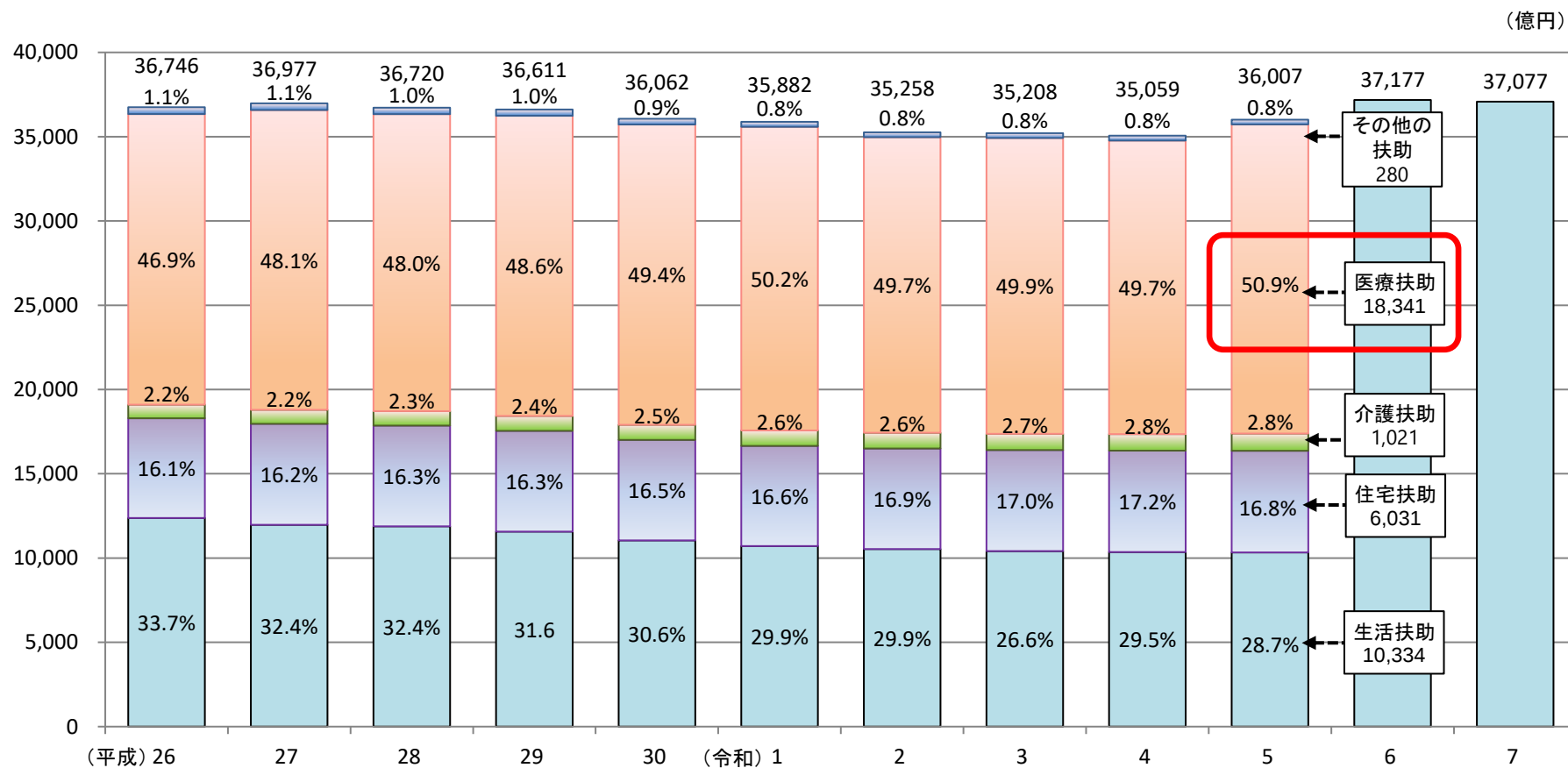
(注) 上記以外に、その世帯の状況や必要な事情に応じて、「障害者加算」などの各種加算や「住宅扶助費(家賃)」や「教育扶助費(教育費)」が現金給付されるとともに、「医療扶助費(医療費)」や「介護扶助費(介護費)」が現物給付される。

◎ 保護の実施機関と費用負担

- ・ 都道府県、市、福祉事務所を設置する町村（保護の実施機関）が実施。
- ・ 保護の実施機関は、福祉事務所を設置し、被保護世帯に対して担当のケースワーカーを設定。
- ・ 保護費については、国が3／4、地方自治体が1／4を負担。

生活保護費負担金（事業費ベース）実績額の推移

- 生活保護費負担金（事業費ベース）は約3.7兆円（令和7年度当初予算）。
- 実績額の約半分は医療扶助。



資料：生活保護費負担金事業実績報告

※1 施設事務費を除く

※2 令和5年度までは実績額、令和6年度は補正後予算、令和7年度は当初予算

※3 国と地方における負担割合については、国3/4、地方1/4

生活保護の医療扶助について

- 生活保護制度では、困窮のため最低限度の生活を維持することのできない者に対して、医療扶助として医療を提供。

医療扶助の対象

- 生活保護受給者は、国民健康保険の被保険者から除外されているため、ほとんどの生活保護受給者の医療費は、その**全額を医療扶助で負担**。
- ただし、①障害者総合支援法等の公費負担医療が適用される者や、②被用者保険の被保険者又は被扶養者については、各制度において給付されない部分が医療扶助の給付対象。
 - * 被保護者の被用者保険加入率は2.4%（平成18年被保護者全国一斉調査）

医療扶助の範囲・方法

- 医療扶助は、① 診察、② 薬剤又は治療材料、③ 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術、④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護、⑥ 移送の範囲内で実施。
- 医療扶助は、原則として、**現物給付**。

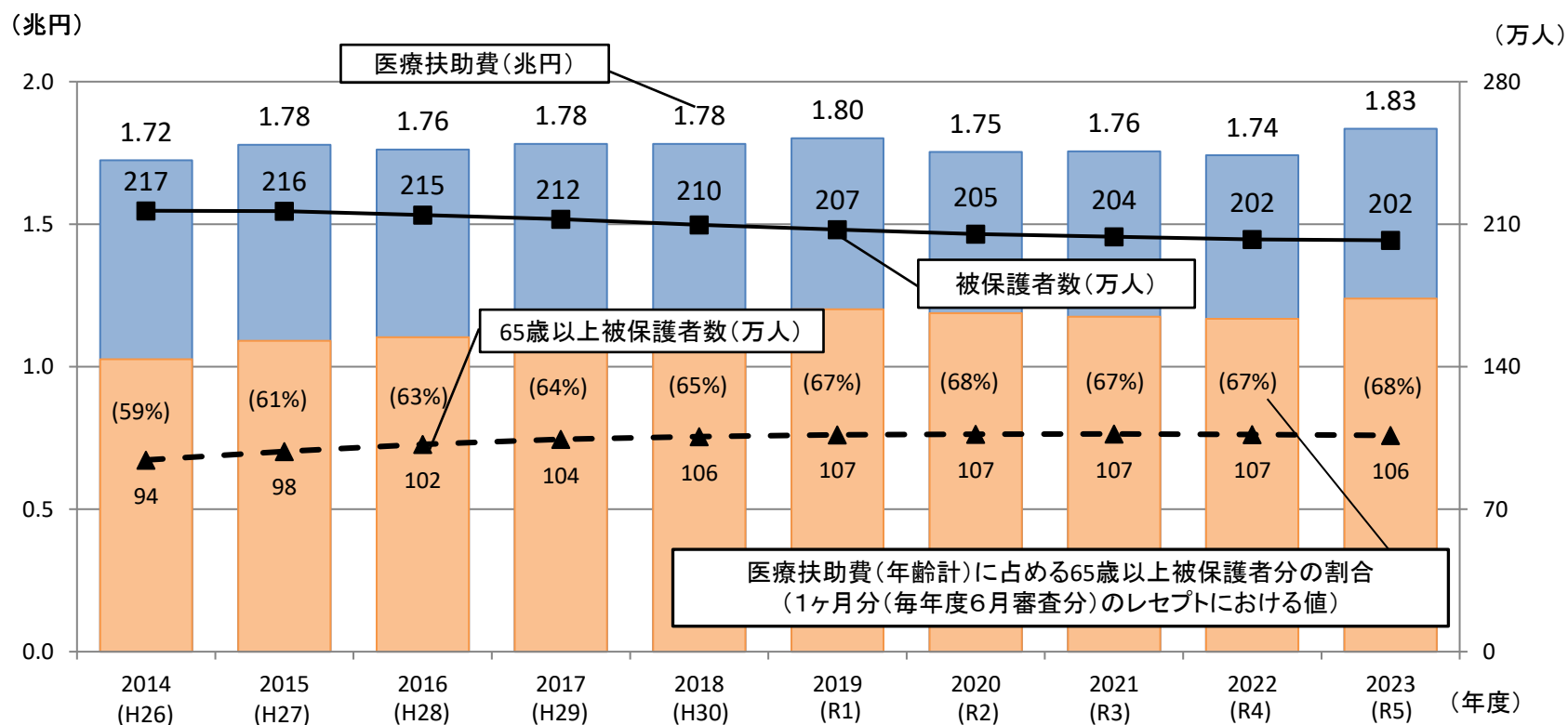
指定医療機関、診療方針、診療報酬

- 医療扶助による医療の給付は、生活保護法の指定を受けた医療機関等に委託して実施。
- 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、別に定める場合を除き、**国民健康保険の例**による。

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、高齢者の占める割合が顕著である。



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、医療扶助実態統計における医科、歯科及び調剤（平成25年度以前は医科及び調剤）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、医療扶助実態統計（令和2年度以前は医療扶助実態調査）

生活保護の介護扶助について

- 介護保険制度では、被保護者についても被保険者とし、介護扶助とあいまって保険給付の対象となる介護サービスの利用を権利として保障。

1 介護扶助の対象者

① 65歳以上の介護保険の被保険者（1号被保険者）で要介護又は要支援等の状態にある者	1割給付
② 40歳以上65歳未満の医療保険加入者（2号被保険者）であって、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号の特定疾病により要介護又は要支援等の状態にある者	
③ 医療保険未加入のため介護保険の2号被保険者になれない40歳以上65歳未満の者であって、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号の特定疾病により要介護又は要支援等の状態にある者	10割給付

2 介護扶助の範囲（生活保護法第15条の2）

（1）居宅介護（居宅介護支援計画に基づき行うものに限る。）、（2）福祉用具、（3）住宅改修、（4）施設介護	要介護者を対象
（5）介護予防（介護予防支援計画に基づき行うものに限る。） （6）介護予防福祉用具 （7）介護予防住宅改修	要支援者を対象
（8）介護予防・日常生活支援 （介護予防支援計画又は第1号介護予防支援事業による援助に相当する援助に基づき行うものに限る。）	基本チェックリストに該当する者を対象
（9）移送	

3 介護扶助の方法（生活保護法第34条の2）

介護扶助の方法は、介護サービスの性質上、サービスそのものを保障することが重要であることから現物給付の方法により行うこととしている（訪問介護、通所介護、介護予防等）。ただし、住宅改修、福祉用具購入等は原則として金銭給付となる。

4 介護扶助の内容

介護扶助の内容は、基本的に介護保険の保険給付の対象となるサービスと同内容である。ただし、一部最低限度の生活にふさわしくないもの（特別な居室、療養室、病室の提供）は介護扶助の対象とならない。

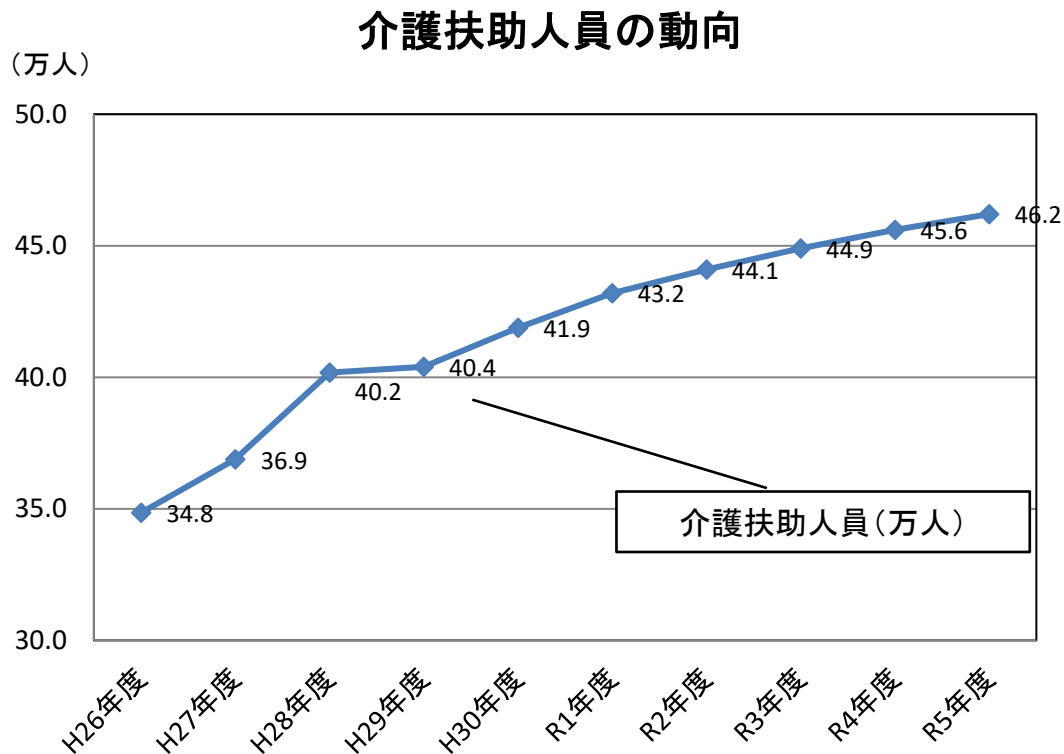
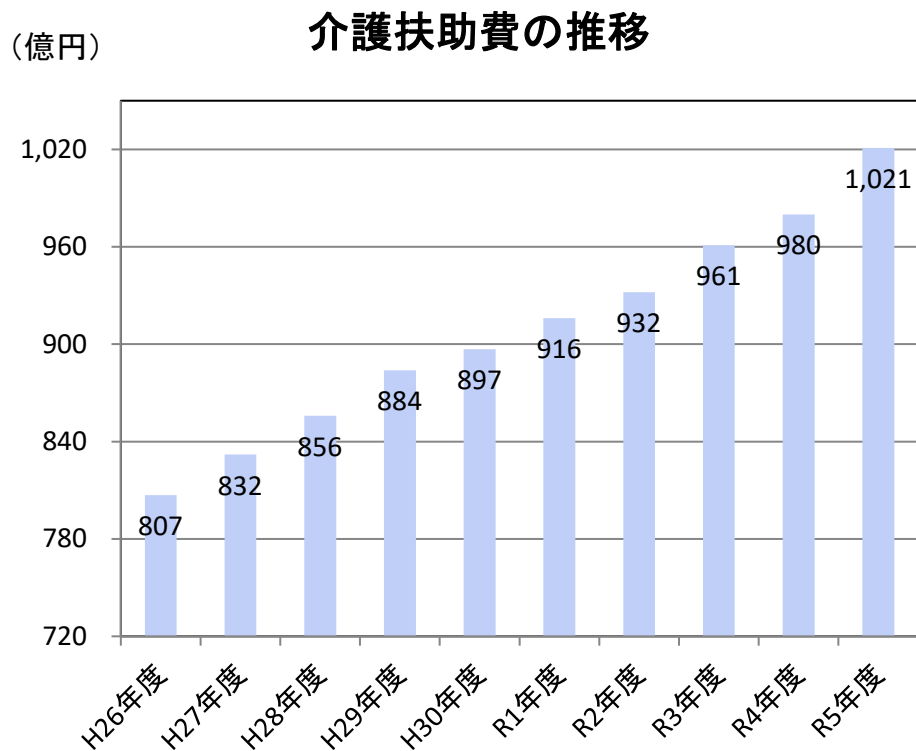
なお、介護保険の保険料及び介護保険施設入所者日常費については、生活扶助により対応する。

5 指定介護機関の指定（生活保護法第54条の2）

介護扶助による介護の給付は、生活保護法の指定を受けた事業者等に委託して行うこととされている。

介護扶助費の動向

○ 介護扶助人員の増加に伴い、介護扶助費は増加している。



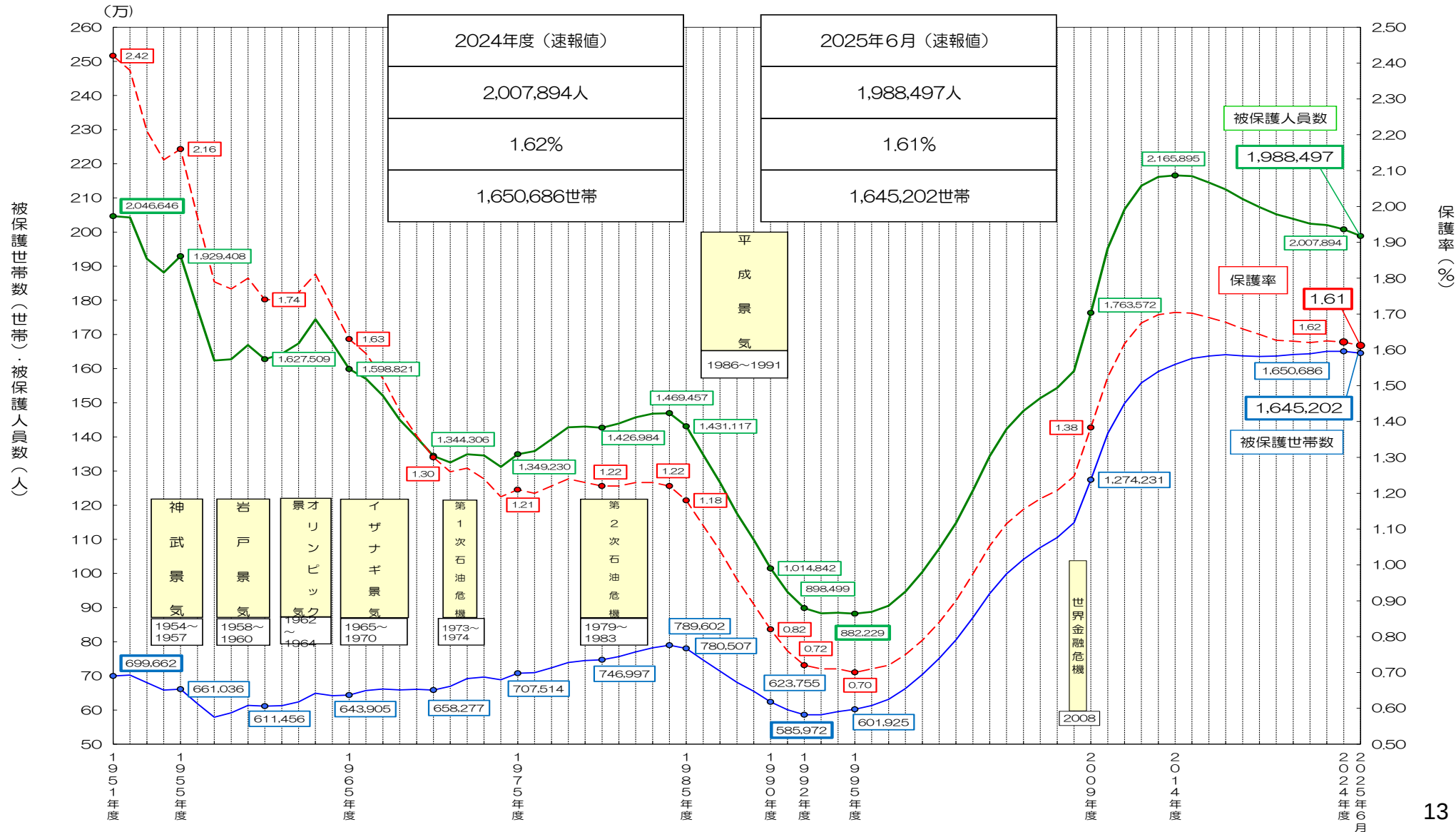
注1：介護扶助費の総額は、介護保険の被保険者以外を含む総額。

注2：介護扶助人員は、各年の7月末時点。

資料：生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査(年次調査(個別調査)表第7-6 被保護人員、扶助の種類・保護の受給期間別)

被保護人員数、保護率、被保護世帯数の年次推移

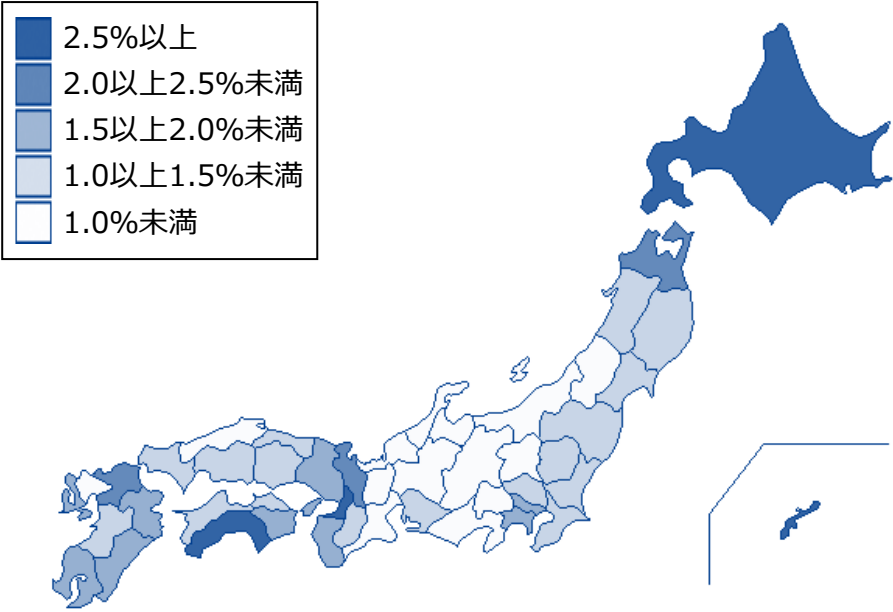
- 直近の生活保護受給者数は約199万人。2015（平成27）年3月をピークに減少に転じ、以降減少が続いている。
- 直近の生活保護受給世帯数は約165万世帯。



都道府県別保護率（令和7（2025）年6月時点）

1 大阪府	2.99%（3.38%）	26 鳥取県	1.19%（1.34%）
2 北海道	2.91%（3.14%）	27 岩手県	1.11%（1.09%）
3 沖縄県	2.71%（2.50%）	28 香川県	1.09%（1.14%）
4 高知県	2.51%（2.82%）	29 栃木県	1.05%（1.09%）
5 青森県	2.30%（2.32%）	30 愛知県	1.05%（1.06%）
6 福岡県	2.28%（2.57%）	31 茨城県	1.03%（0.91%）
7 京都府	2.03%（2.36%）	32 山口県	1.03%（1.17%）
8 長崎県	1.95%（2.22%）	33 福島県	1.00%（0.88%）
9 東京都	1.90%（2.18%）	34 新潟県	0.98%（0.92%）
10 鹿児島県	1.81%（1.95%）	35 静岡県	0.92%（0.83%）
11 兵庫県	1.80%（1.95%）	36 三重県	0.91%（0.95%）
12 徳島県	1.73%（1.90%）	37 佐賀県	0.90%（0.96%）
13 大分県	1.65%（1.75%）	38 山梨県	0.89%（0.83%）
14 神奈川県	1.64%（1.73%）	39 群馬県	0.84%（0.75%）
15 和歌山県	1.63%（1.59%）	40 島根県	0.81%（0.88%）
16 宮崎県	1.59%（1.66%）	41 滋賀県	0.80%（0.83%）
17 愛媛県	1.49%（1.60%）	42 山形県	0.74%（0.67%）
18 千葉県	1.44%（1.34%）	43 石川県	0.64%（0.66%）
19 広島県	1.40%（1.65%）	44 岐阜県	0.63%（0.59%）
20 宮城県	1.39%（1.21%）	45 福井県	0.57%（0.53%）
21 熊本県	1.38%（1.51%）	46 長野県	0.53%（0.55%）
22 秋田県	1.38%（1.50%）	47 富山県	0.44%（0.33%）
23 奈良県	1.37%（1.53%）		
24 埼玉県	1.34%（1.34%）		
25 岡山県	1.26%（1.37%）		

※ 括弧内は10年前（平成27（2015）年度）の保護率



全国保護率：1.61（1.70%）

（参考）

※ 指定都市・中核市分は各都道府県に含まれている

指定都市（20市） 上位5市

1 大阪市	4.56%（5.47%）
2 札幌市	3.58%（3.82%）
3 堺市	2.98%（3.10%）
4 神戸市	2.73%（3.14%）
5 京都市	2.69%（3.13%）

中核市（62市） 上位5市

1 函館市	4.47%（4.75%）
2 那覇市	4.36%（3.83%）
3 尼崎市	3.60%（4.08%）
4 旭川市	3.55%（3.97%）
5 寝屋川市	3.30% -

指定都市（20市） 下位5市

16 岡山市	1.74%（1.91%）
17 新潟市	1.52%（1.47%）
18 静岡市	1.40%（1.26%）
19 さいたま市	1.37%（1.59%）
20 浜松市	0.93%（0.94%）

中核市（62市） 下位5市

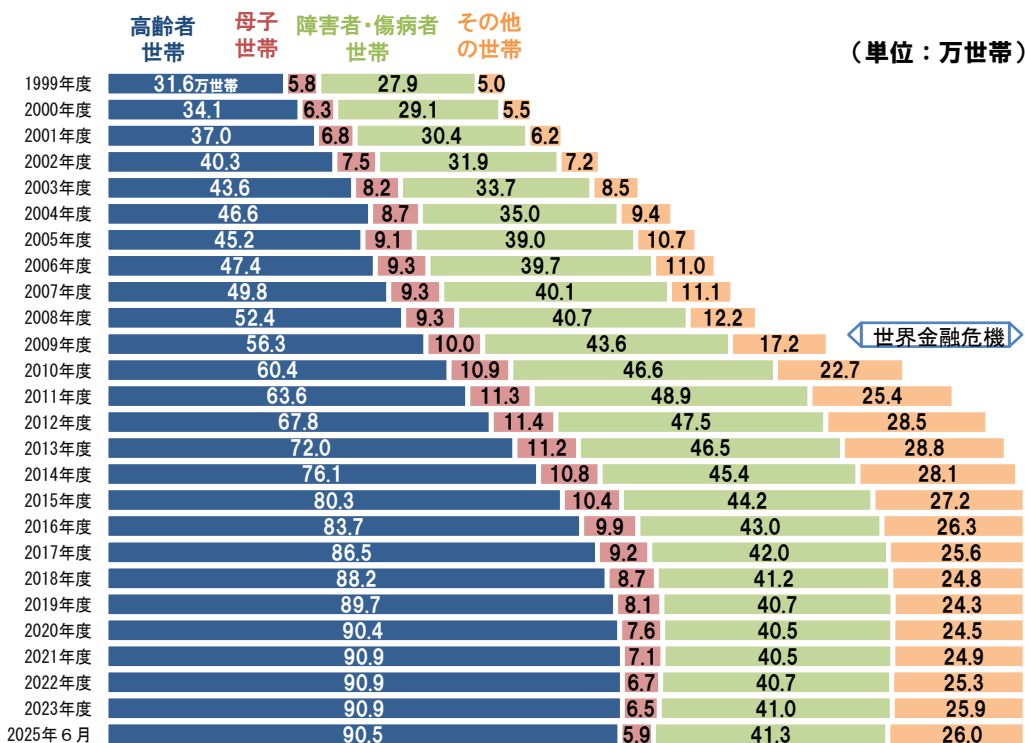
58 豊橋市	0.76%（0.62%）
59 岡崎市	0.72%（0.53%）
60 松本市	0.70% -
61 富山市	0.68%（0.42%）
62 豊田市	0.54%（0.56%）

資料：被保護者調査 月次調査(厚生労働省)をもとに作成
※ 令和7（2025）年6月分は速報値

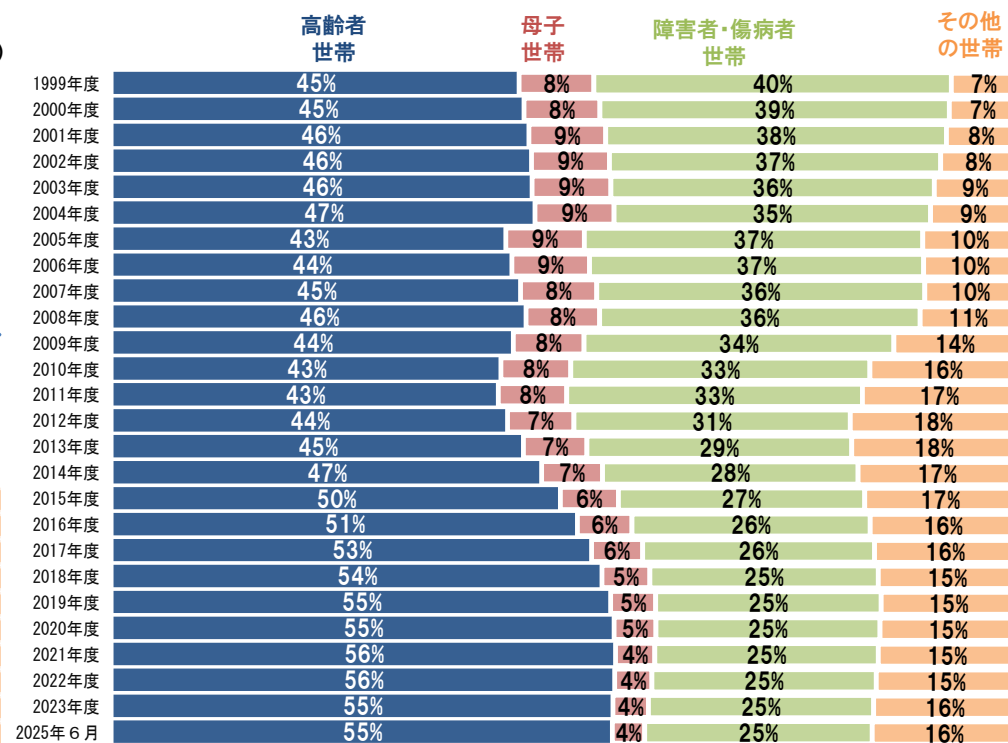
世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移

- 「高齢者世帯」の世帯数は、社会全体の高齢化に伴い増加傾向にあるが、近年は、増加幅が縮小し、ほぼ横ばい。
- 「母子世帯」の世帯数は、近年、減少傾向。
- 「その他の世帯」は、世界金融危機後、世帯数・全世帯数に占める割合が大きく増加。その後減少したが、コロナ禍以降、増加傾向。

■ 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93.2%が単身世帯（2025年6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。

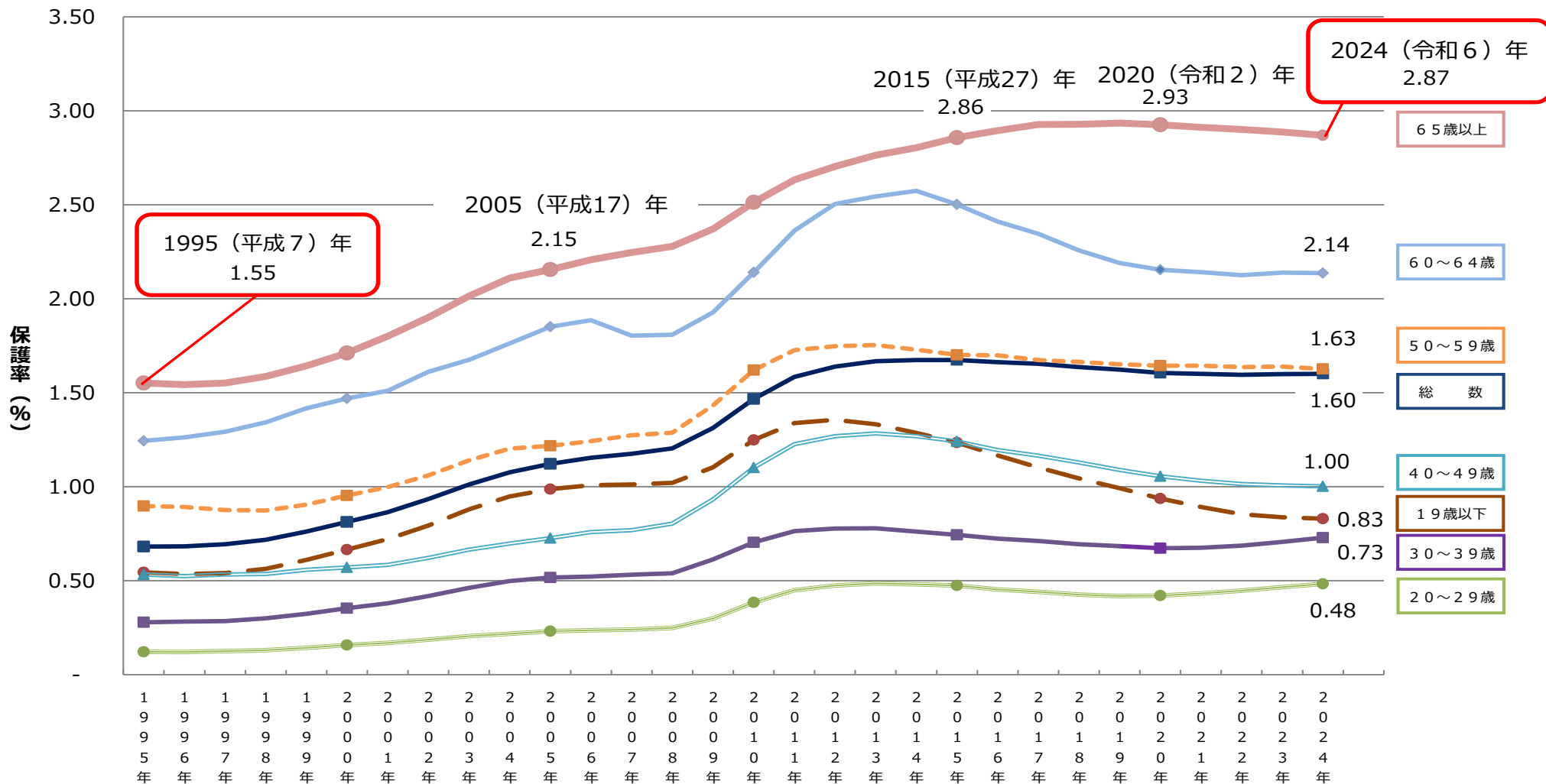
資料：被保護者調査 月次調査（厚生労働省）（2011年度以前は福祉行政報告例）（2025年6月分は速報値）

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

年齢階級別 保護率の年次推移

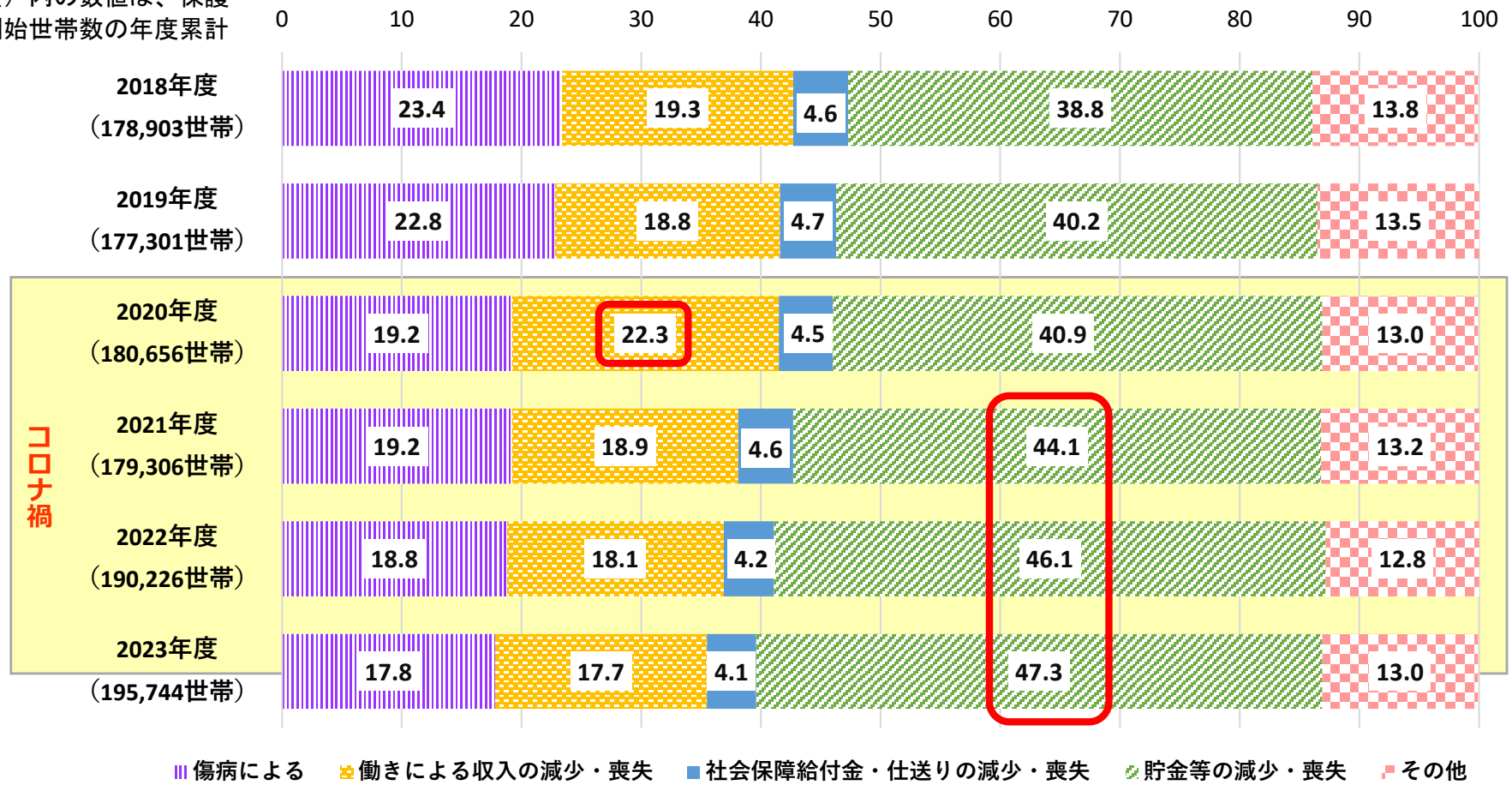
- 年齢階級別の保護率の推移をみると、65歳以上の保護率が一番高く、上昇傾向が続いていたが、近年は横ばい又は低下傾向となっている。



生活保護開始の主な理由別の構成割合の推移

○ コロナ禍当初の令和2年度（2020年度）に、「働きによる収入の減少・喪失」が増加し、コロナ禍の令和3年度（2021年度）以降は、「貯金等の減少・喪失」の占める割合が増加傾向。

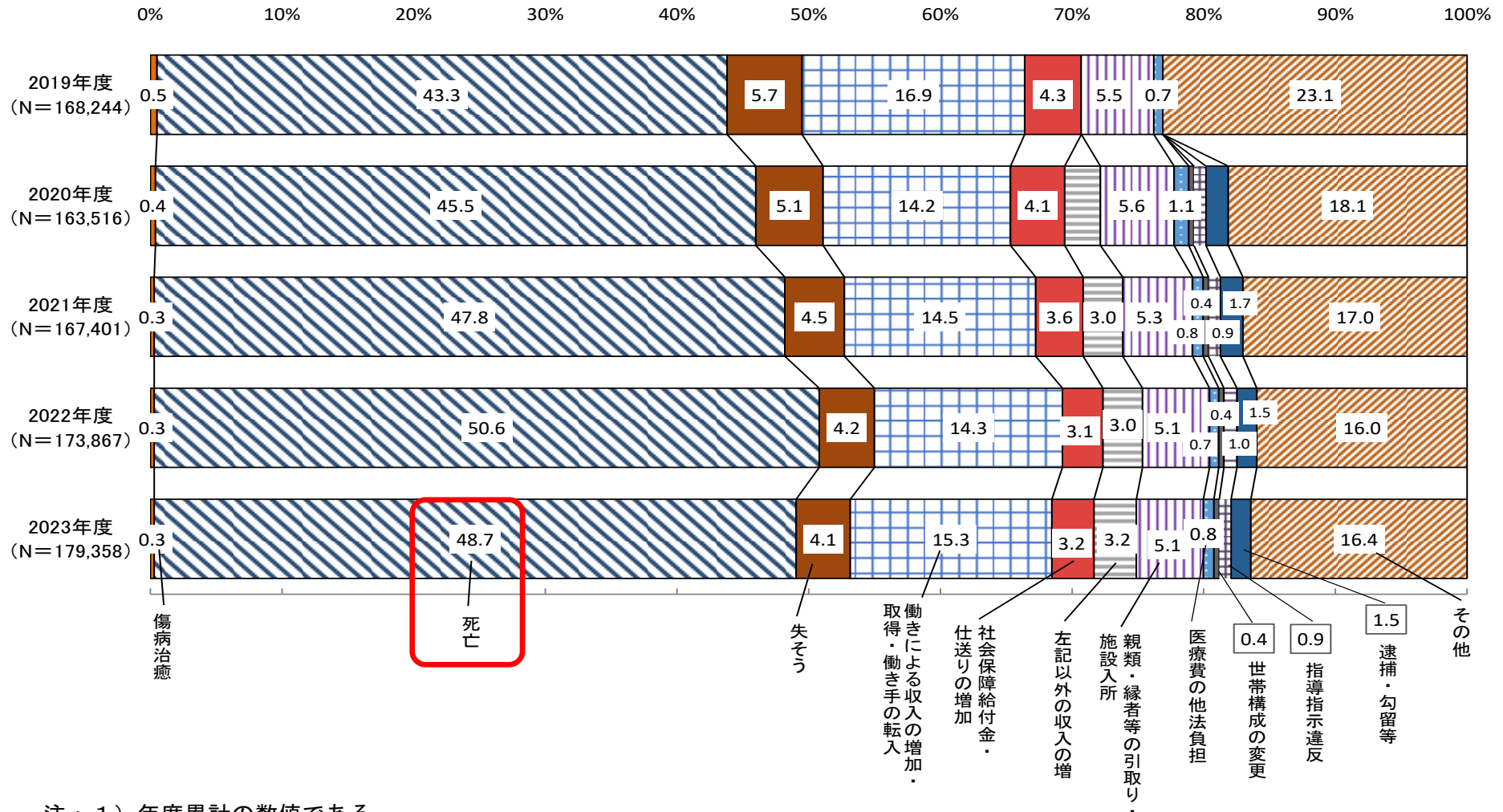
（）内の数値は、保護開始世帯数の年度累計



資料：被保護者調査 月次調査（厚生労働省）

生活保護廃止の主な理由別の構成割合の推移

- 「死亡」が最も多く、次いで「その他」を除くと、「働きによる収入の増加・取得・働き手の転入」が多くなっている。
- 「死亡」による保護廃止が増加傾向。



注：1）年度累計の数値である。

2）転出による保護廃止及び一時的性格を有する扶助のみを受給していたことによる保護廃止は除く。

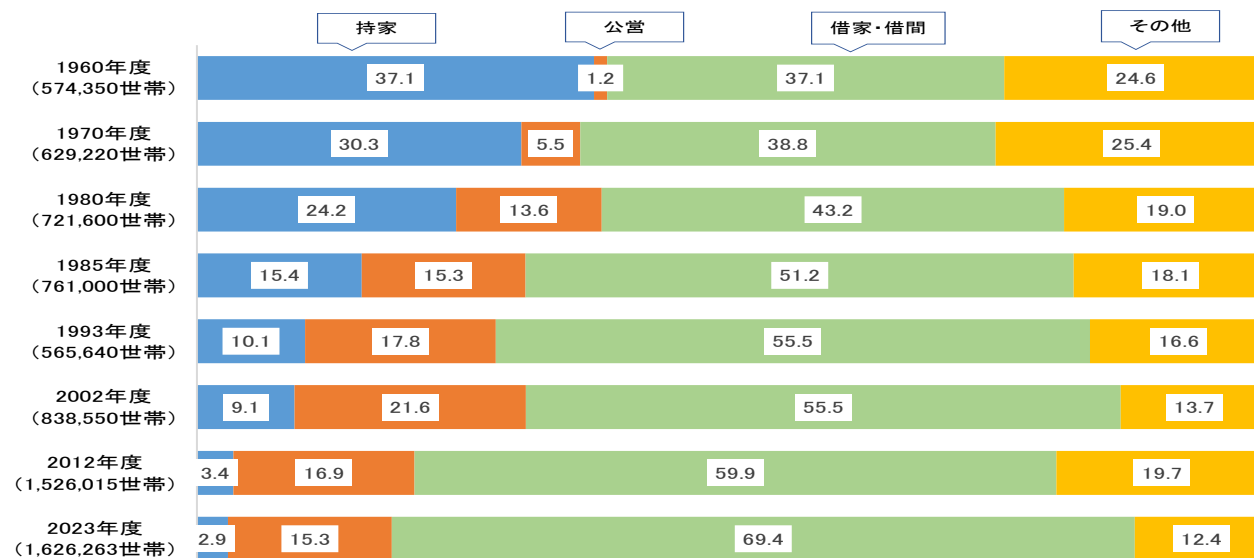
3）2020年度（令和2年度）から「左記以外の収入の増」「世帯構成の変更」「指導指示違反」「逮捕・勾留等」を追加した。

資料：被保護者調査 月次調査（厚生労働省）

生活保護受給世帯における住居の状況、単身の状況等

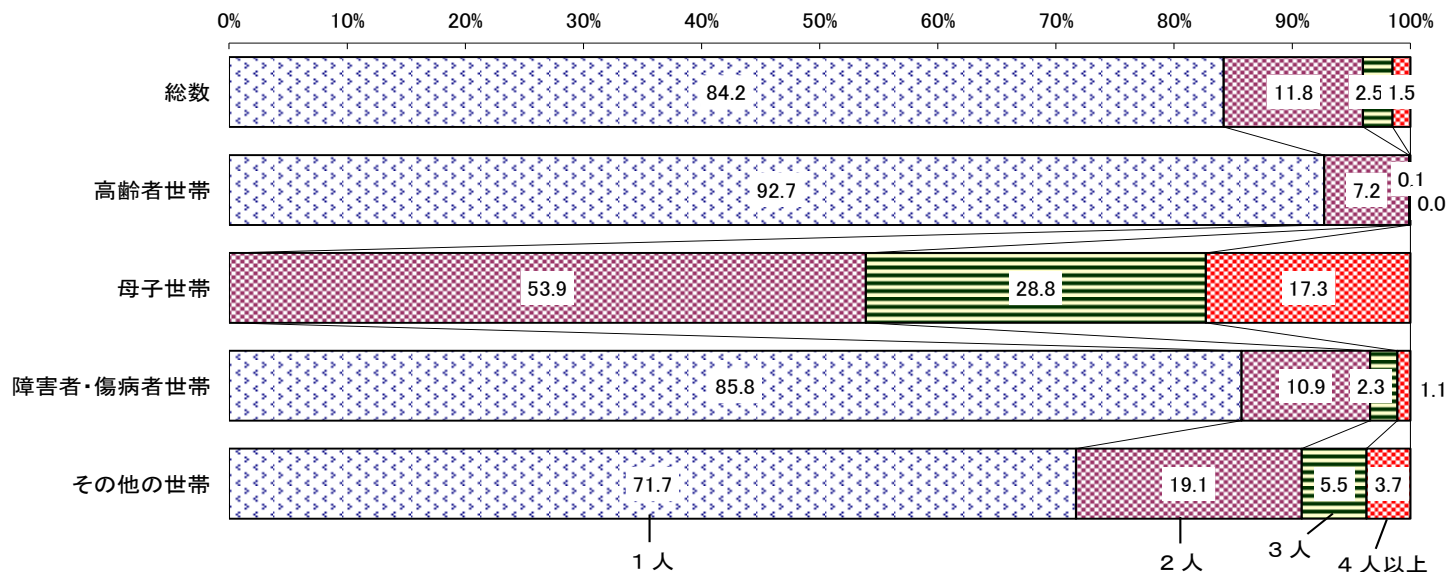
◆ 住居の種類別にみた被保護世帯数の構成割合

資料：被保護者調査 年次調査（厚生労働省）



◆ 世帯類型別にみた世帯人員別被保護世帯数の構成割合

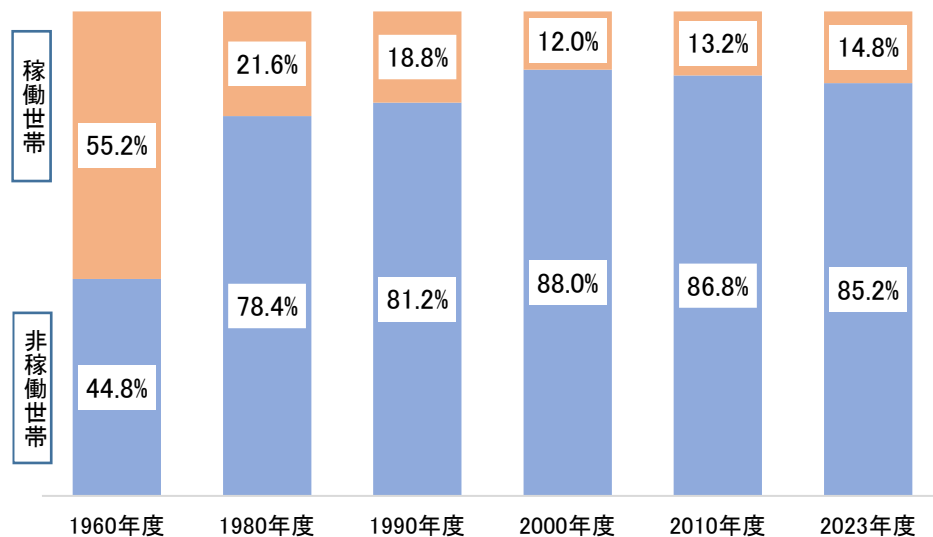
(2023年度)



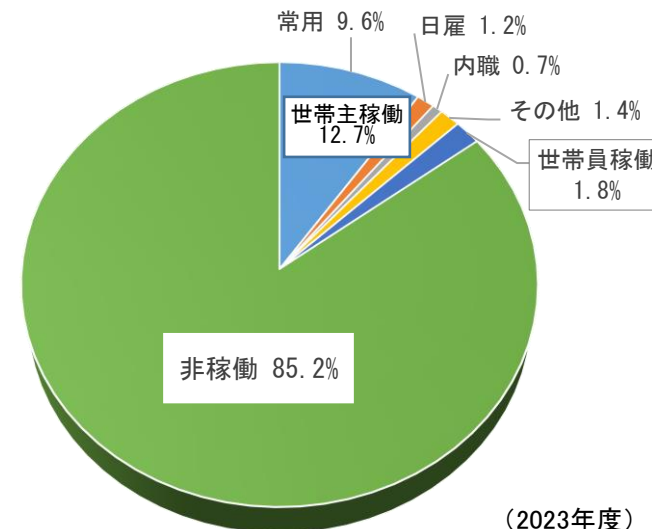
生活保護受給世帯における就労の状況等

◆ 稼働・非稼働世帯の割合の推移

資料:被保護者調査 月次調査(厚生労働省)



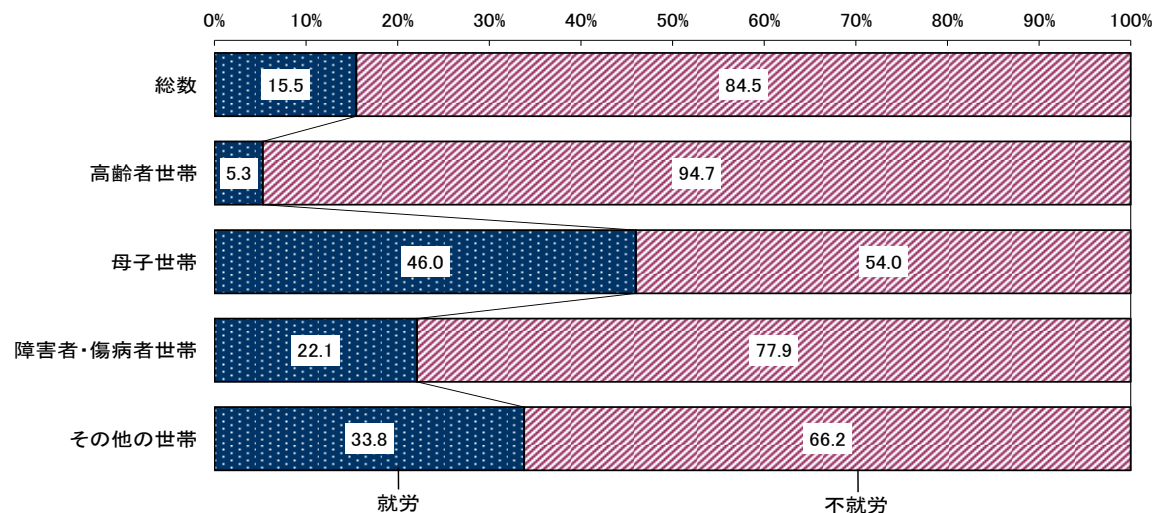
◆ 労働力類型別被保護世帯数の構成比



(2023年度)

資料:被保護者調査 月次調査(厚生労働省)

◆ 世帯類型別にみた世帯主の就労状況別被保護世帯数の構成割合



(2023年度) 資料:被保護者調査 年次調査(厚生労働省)

1．本検討会の進め方

2．生活保護制度の概要

3．医療扶助・健康管理支援等に関する現状

（１）生活保護受給者の現状

（２）医療扶助・健康管理支援等に関する取組

（３）医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等

4．本検討会で想定される論点

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

生活保護受給者の医療扶助・健康管理支援

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

※生活保護費負担金：約3.7兆円 うち医療扶助：約1.8兆円 【令和7年度当初予算／事業費ベース（国費はこの3/4）】
※生活保護受給者の被用者保険加入率は2.4%

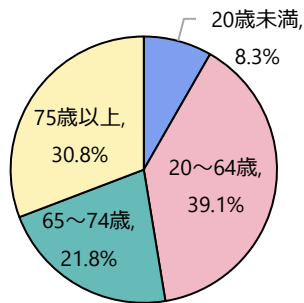
- 生保受給者は、半数以上が65歳以上の高齢者。糖尿病等の生活習慣病の罹患率は、比較的若い世代でも高い。
生活習慣病予防・重症化予防といった視点から、日頃からの健康管理を支援することが重要。

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

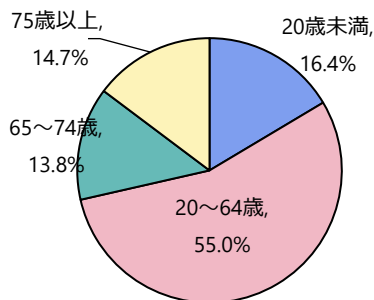
生活保護受給者数 **2,020,576**人
医療扶助受給者数 **1,712,181**人（84.7%） 入院：99,922人（5.9%） 入院外：1,606,424人（94.1%）
1人当たり医療扶助費 入院 **298,808**円 入院外 **318,144**円 <医療費全体> 入院：136,349円 入院外：190,056円

年齢別：65歳以上が半数

【生活保護受給者】

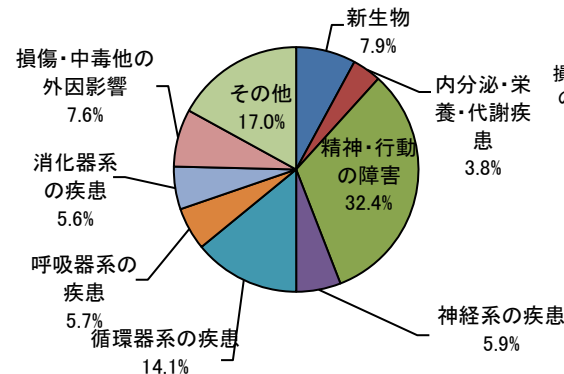


【参考】総人口

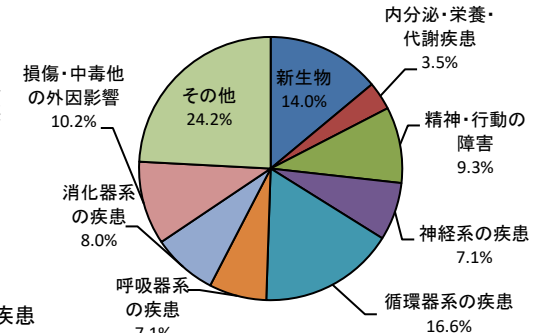


傷病分類別：精神・行動の障害の割合が高い

【医療扶助/入院】



【参考】医療保険/入院



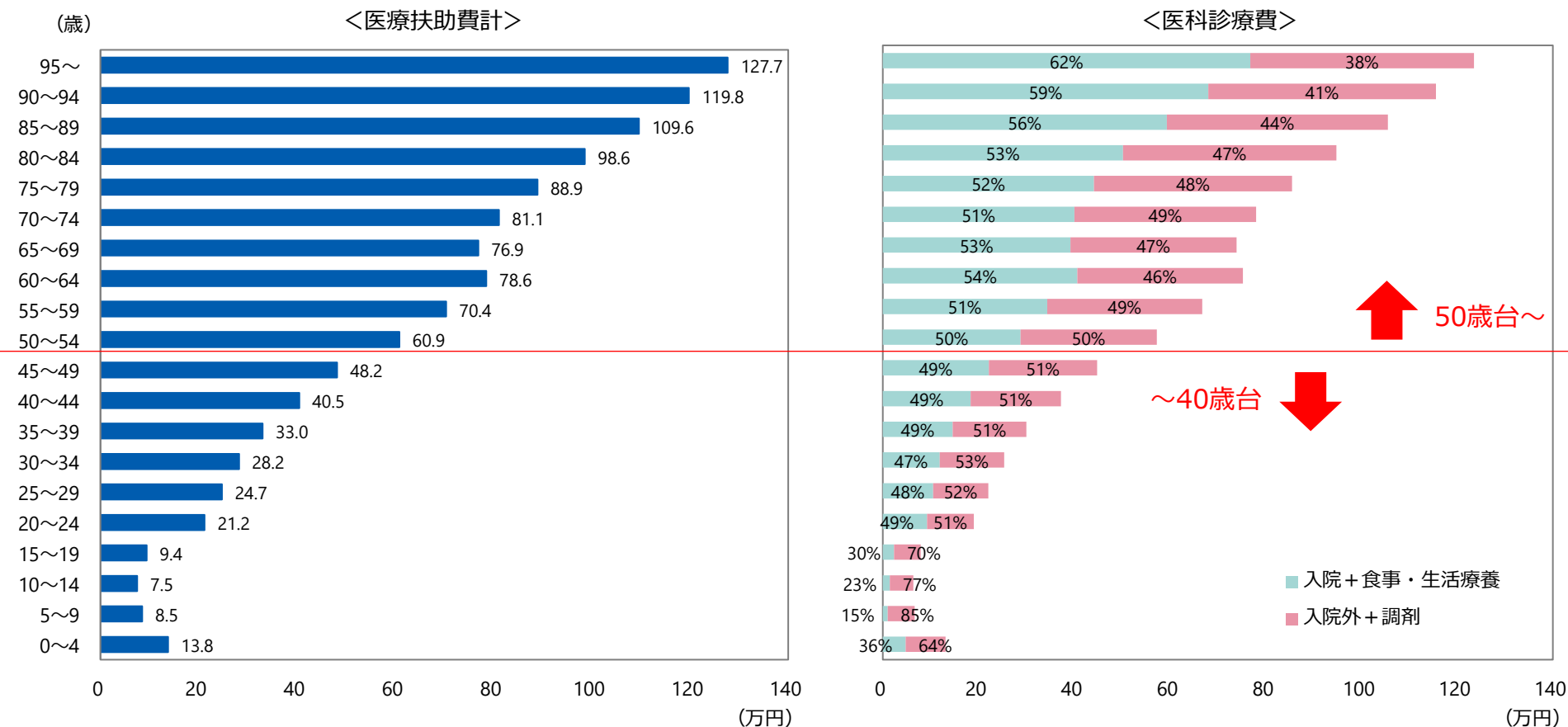
出典：生活保護受給者数および医療扶助受給者数は被保護者調査（月次確定値、R5年度）、1人当たり医療扶助費はNDBデータ（令和4年4月～令和5年3月診療分）を用いて厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計、年齢別生活保護受給者割合は被保護者調査（令和5年度）、総人口は国勢調査（令和2年度）、傷病分類別割合は医療扶助実態統計（令和5年6月審査分）、医療保険は医療給付実態調査（令和5年度）、2型糖尿病の外来受療率の生活保護は医療扶助実態調査（平成27年5月診療分）、医療保険はNDBデータ（平成27年）を厚生労働科学研究費補助金（研究代表者：高橋 由光）において集計。

年齢階級別にみた医療扶助費の状況

(1) 年齢階級別にみた1人当たり医療扶助費（令和3年度）

- 1人当たり医療扶助費を年齢階級別にみると、年齢とともに高くなり、40歳台までは外来（入院外+調剤）の割合が高いが、50歳台から入院（入院+食事療養）の割合が高くなる。

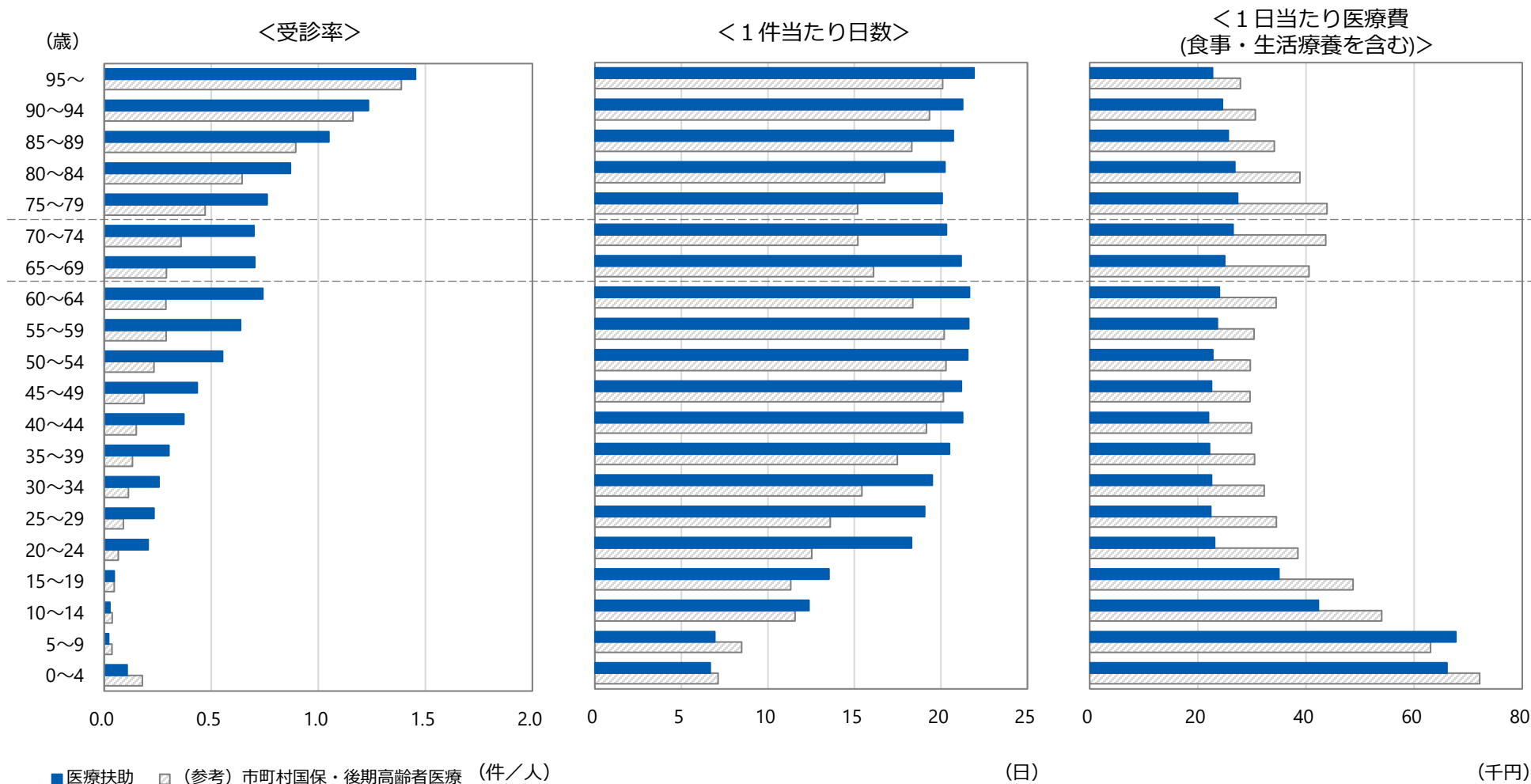
年齢階級別、1人当たり医療扶助費



(2) 年齢階級別にみた三要素（医科入院、令和3年度）

- 医科の入院に係る医療扶助費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解し、市町村国保・後期高齢者医療と比較すると、受診率と1件当たり日数は多い傾向、1日当たり医療費低い傾向。

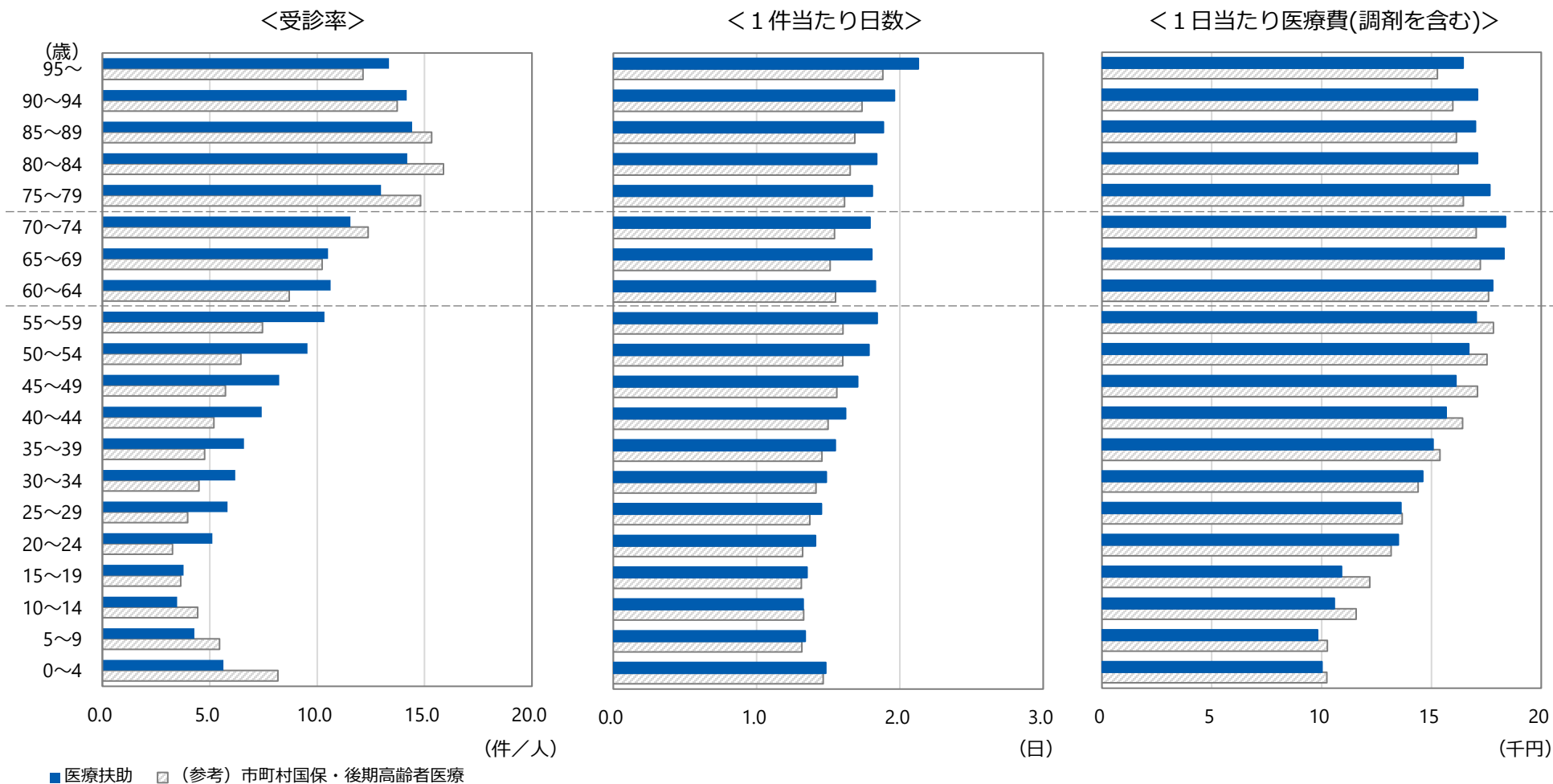
年齢階級別、三要素（医科入院）



(3) 年齢階級別にみた三要素（医科入院外、令和3年度）

- 医科の入院外に係る医療扶助費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解し、市町村国保・後期高齢者医療と比較すると、1件あたり日数はほとんどの年齢層で医療扶助の方が多く、1日あたり医療費は60歳台以降で医療扶助の方が高くなっている。

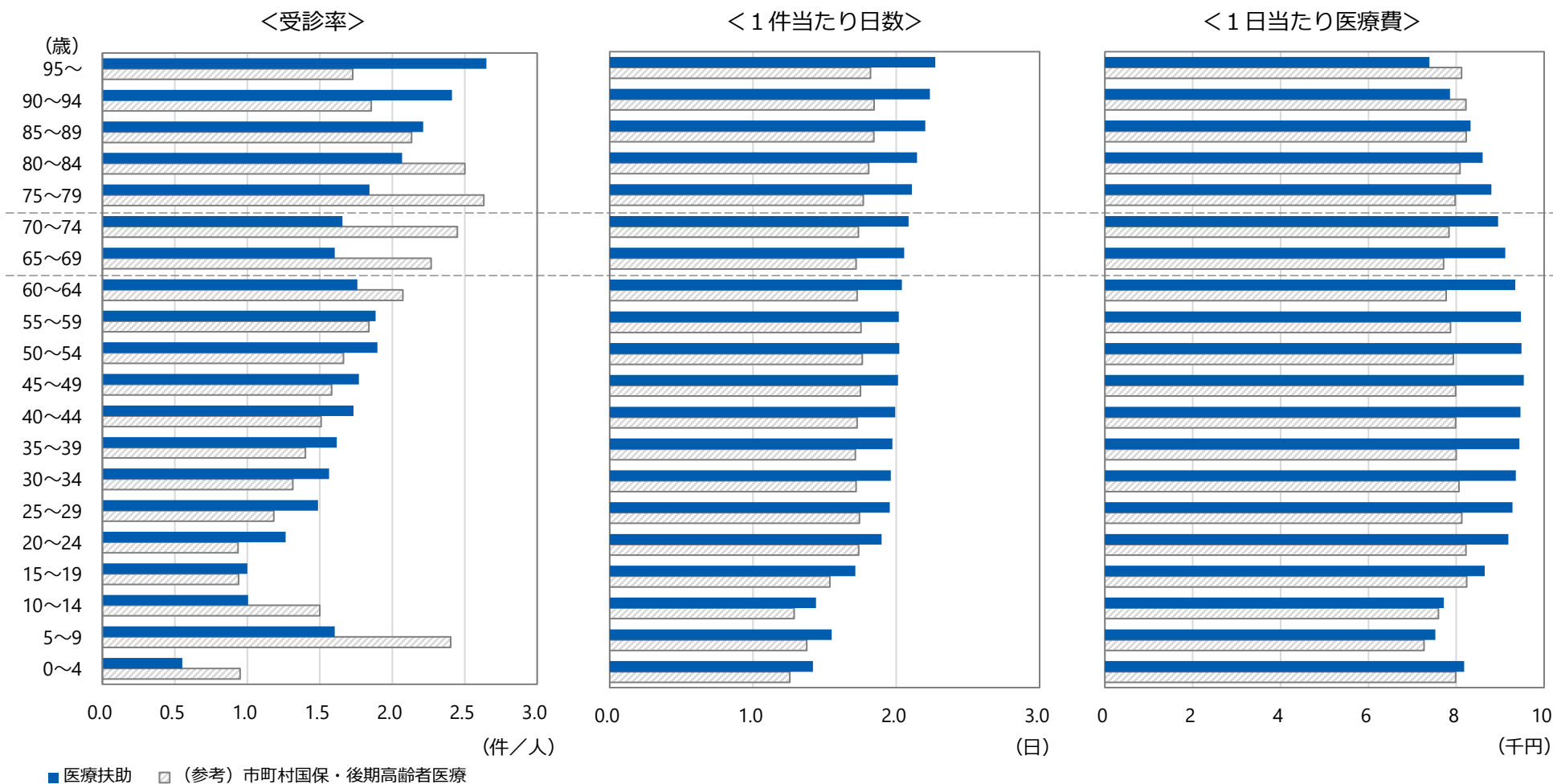
年齢階級別、三要素（医科入院外）



(4) 年齢階級別にみた三要素（歯科、令和3年度）

- 歯科に係る医療扶助費について、三要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）に分解し、市町村国保・後期高齢者医療と比較すると、1件当たり日数は全年齢層で医療扶助の方が多く、1日当たり医療費は80歳台までで医療扶助の方が高くなっている。

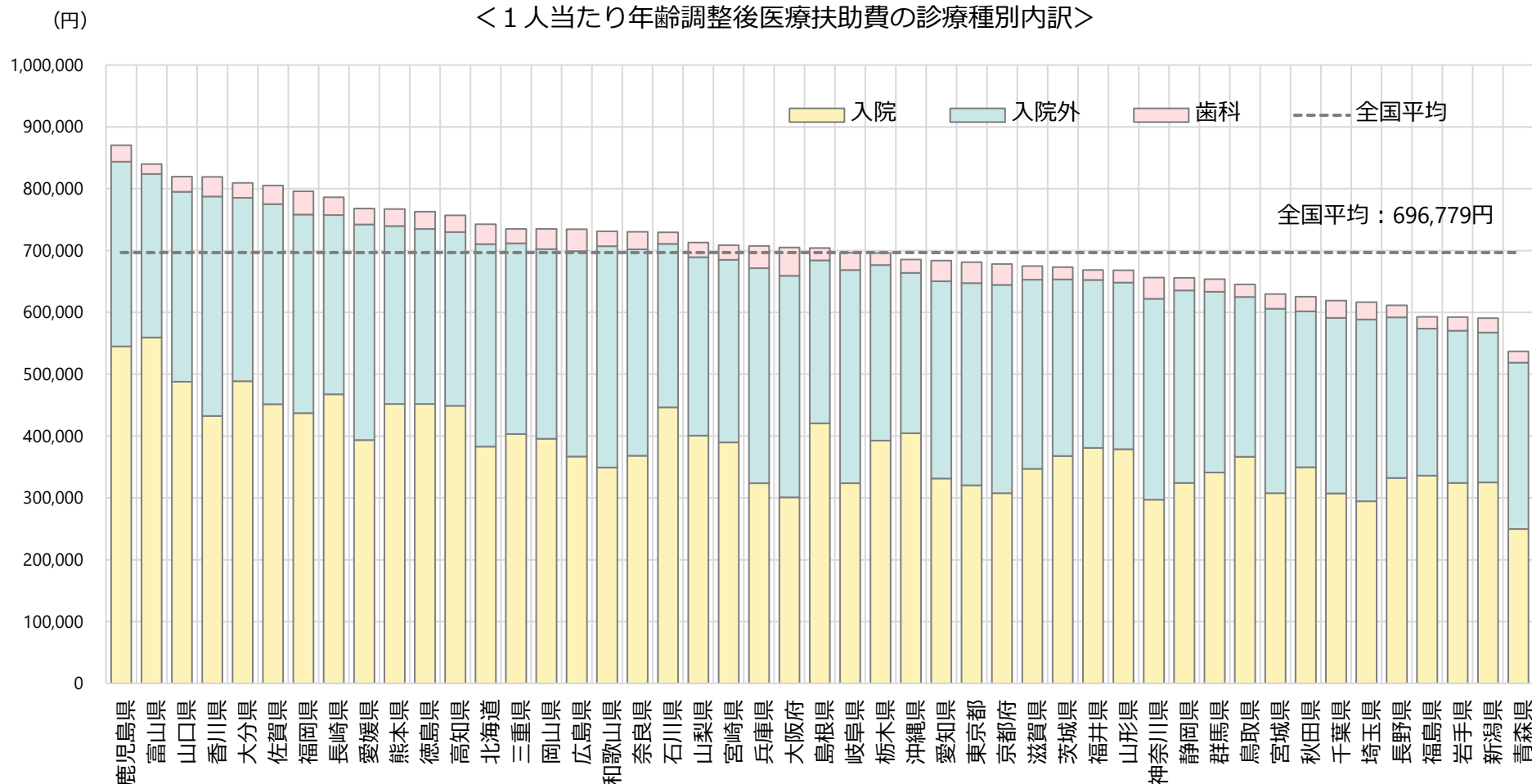
年齢階級別、三要素（歯科）



都道府県別にみた医療扶助費の状況

- 1人当たり年齢調整後医療扶助費を都道府県別にみると、最も高い県と低い県で約1.62倍の差がある。

＜1人当たり年齢調整後医療扶助費の診療種別内訳＞



出典：NDBデータ（令和3年4月～令和4年3月診療分）を用いて、厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計

※ 医科診療医療費（入院）と入院時食事・生活療養に係る医療費（医科分）の合計を「入院」、医科診療医療費（入院外）と調剤医療費の合計を「入院外」、歯科診療医療費と入院時食事・生活療養に係る医療費（歯科分）の合計を「歯科」としている。訪問看護医療費及び療養費等はいずれにも含まれない。

【入院外】 受診日数の分布状況

- 入院外における「受診日数の分布」をみると、医療扶助（75歳以上）と後期高齢者医療は概ね同様の傾向であるが、医療扶助（74歳以下）と国民健康保険を比較すると、医療扶助の方が受診日数が多い傾向がある。
- 入院外における「1人当たり受診日数」をみると、医療扶助（75歳以上）と後期高齢者医療はほぼ同様であるが、医療扶助（74歳以下）と国民健康保険では、医療扶助の方がやや多くなっている。

入院外受診者における月間の受診動向

(万人)

		医療扶助（令和4年6月審査分）						協会（一般） （令和6年3月）		組合健保 （令和6年3月）		国民健康保険 （令和6年3月）		後期高齢者医療 （令和6年3月）	
		全体		75歳以上		74歳以下									
加入者数 (a)		199.4		58.7		140.7		3,954.3		2,603.9		2,566.2		1,978.5	
受診日数	1日	58.1	46.9%	21.0	42.1%	37.1	50.3%	991.9	58.3%	644.0	57.9%	703.1	54.1%	638.8	41.4%
	2日	31.9	25.8%	14.5	29.0%	17.4	23.6%	391.3	23.0%	255.8	23.3%	301.8	23.2%	404.2	26.2%
	3日	13.4	10.8%	5.9	11.8%	7.5	10.2%	159.2	9.4%	106.2	9.6%	129.8	10.0%	198.8	12.9%
	4日	7.2	5.8%	3.2	6.3%	4.0	5.4%	72.6	4.3%	48.3	4.3%	63.7	4.9%	106.0	6.9%
	5日	4.0	3.2%	1.7	3.4%	2.3	3.1%	35.6	2.1%	23.5	2.1%	34.3	2.6%	61.1	4.0%
	6～10日	6.6	5.3%	2.7	5.4%	3.9	5.3%	39.9	2.3%	25.3	2.3%	47.0	3.6%	92.5	6.0%
	11～15日	1.8	1.5%	0.7	1.4%	1.1	1.5%	7.5	0.4%	3.8	0.3%	14.7	1.1%	29.8	1.9%
	16～20日	0.5	0.4%	0.2	0.4%	0.3	0.4%	1.6	0.1%	0.9	0.1%	3.6	0.3%	7.4	0.5%
	21～25日	0.2	0.2%	0.1	0.2%	0.1	0.1%	0.5	0.0%	0.2	0.0%	1.2	0.1%	2.9	0.2%
	26日～	0.1	0.1%	0.0	0.1%	0.1	0.1%	0.1	0.0%	0.1	0.0%	0.4	0.0%	1.1	0.1%
総計 (b)		123.8	100%	49.9	100%	73.8	100%	1,700.2	100%	1,111.8	100%	1,299.6	100%	1,542.6	100%
患者割合 (b/a)		62.1%		85.1%		52.5%		43.0%		42.7%		50.6%		78.0%	
患者1人当たり受診日数		2.4日		2.5日		2.4日		1.8日		1.8日		2.1日		2.6日	

出典：NDBデータ（令和4年6月審査分）、令和4年度被保護者調査（年次調査）、令和5年度医療給付実態調査

【入院外】受診医療機関数別の患者割合

- 受診医療機関数別患者割合をみると、受診した医療機関が1件である者の割合が高い。

受診した医療機関数別患者割合(令和4年度)

(単位:%)

	受診した医療機関数別受診者						受診 しなかった者
	総計	1件	2件	3件	4件	5件以上	
医療扶助	61.3 (100.0)	44.8 (73.0)	12.2 (19.9)	3.2 (5.3)	0.8 (1.3)	0.3 (0.5)	38.7

(参考)医療保険における受診した医療機関数別患者割合(令和4年度)

(入院、入院外または歯科いずれかの診療を受けた者の数をそれぞれの制度の加入者数で除したもの) (単位:%)

	受診した医療機関数別受診者						受診 しなかった者
	総計	1件	2件	3件	4件	5件以上	
協会(一般) (令和5年3月)	50.6 (100.0)	32.9 (65.0)	12.8 (25.3)	3.7 (7.3)	0.9 (1.8)	0.3 (0.5)	49.4
組合健保 (令和5年3月)	49.7 (100.0)	32.3 (64.9)	12.6 (25.4)	3.6 (7.3)	0.9 (1.8)	0.3 (0.5)	50.3
国民健康保険 (令和5年3月)	59.0 (100.0)	34.7 (60.1)	16.4 (27.3)	5.7 (9.2)	1.6 (2.6)	0.6 (0.9)	41.0
後期高齢者医療 (令和5年3月)	85.3 (100.0)	39.8 (46.7)	27.7 (32.4)	12.1 (14.2)	4.1 (4.8)	1.6 (1.9)	14.7

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

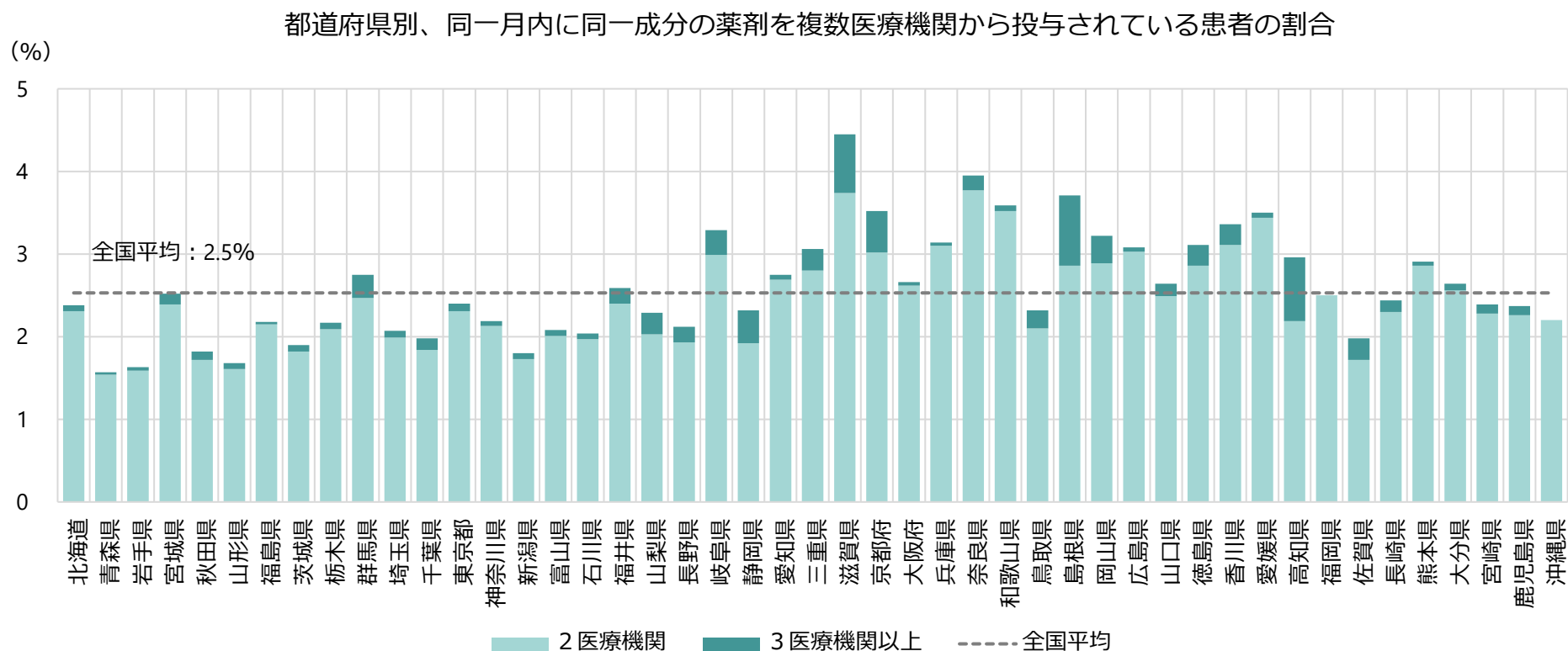
注2: ()内の数値は、受診した者について受診した医療機関数の総計を100とした割合である。

出典: NDBデータ(令和4年6月審査分)、令和4年度医療給付実態調査

医薬品の使用状況

(1) 重複処方の状況（令和4年6月審査分）

○ 同一月内に同一成分の薬剤を複数医療機関から投与されている者の割合は、外来患者の2.5%である。



出典：NDBデータ（令和4年6月審査分）

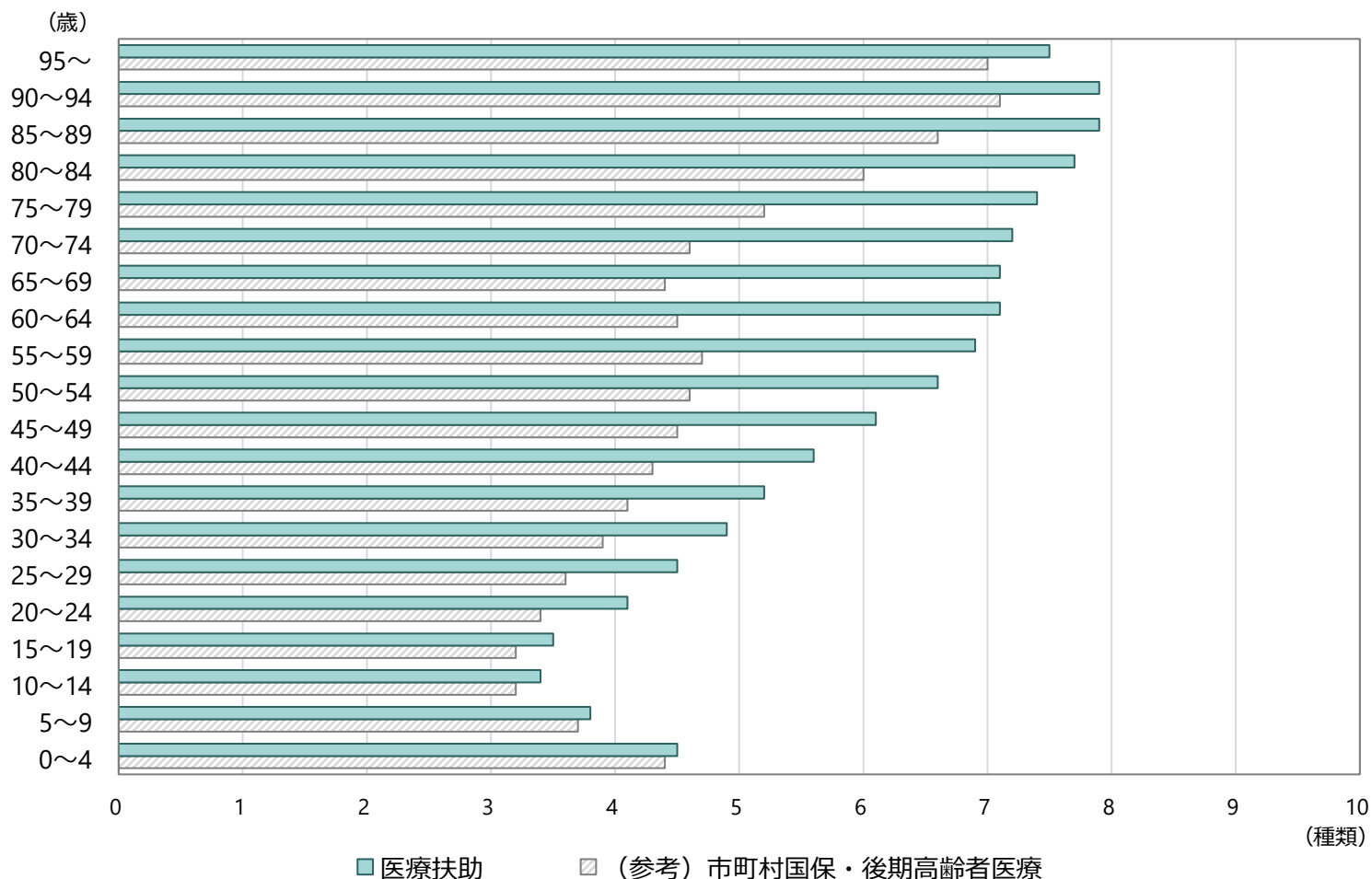
※1 種類数の判別には薬価基準収載医薬品コード上7桁を用いた。

※2 令和4年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、重複処方(同一診療年月に同一成分の医薬品が2つ以上の医療機関から処方されている状態)の発生した医療機関数別の受診者数を求め、都道府県別に算出した。

※3 処方日数を考慮していないため、例えば、1週間ごとに同一成分の薬剤を2つの医療機関から処方されている場合についても「重複処方」として判別されている。

(2) 年齢階級別、薬局利用者1人当たり医薬品種類数（令和4年6月審査分）

- 薬局利用者1人当たり医薬品種類数を、医療扶助と市町村国保・後期高齢合算で年齢階級別に比較すると、全ての年齢階級で医療扶助の方が高い。



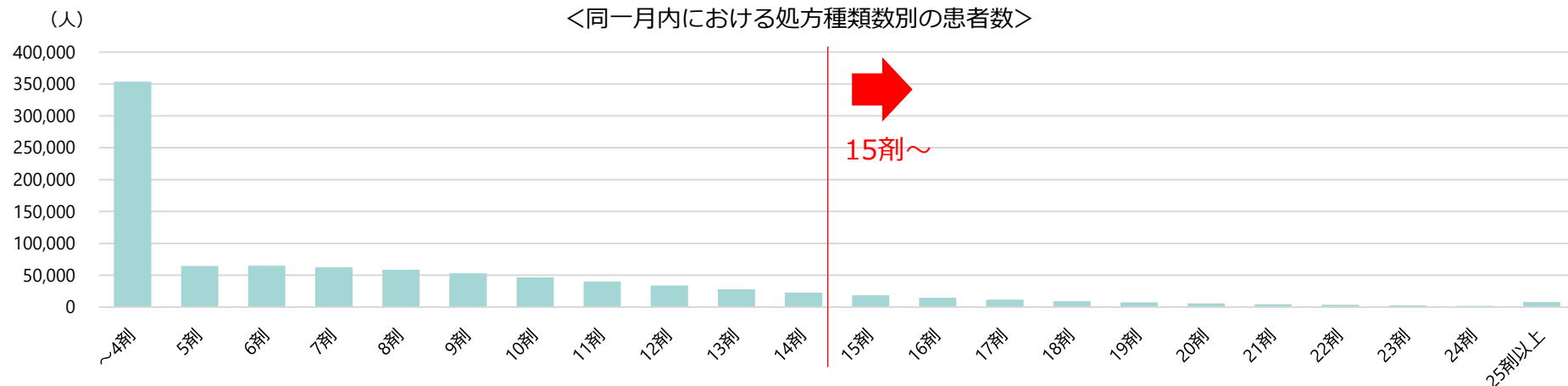
出典：NDBデータ（令和4年6月審査分）

(3) 65歳以上における複数種類の医薬品の処方状況（令和4年6月診療分）

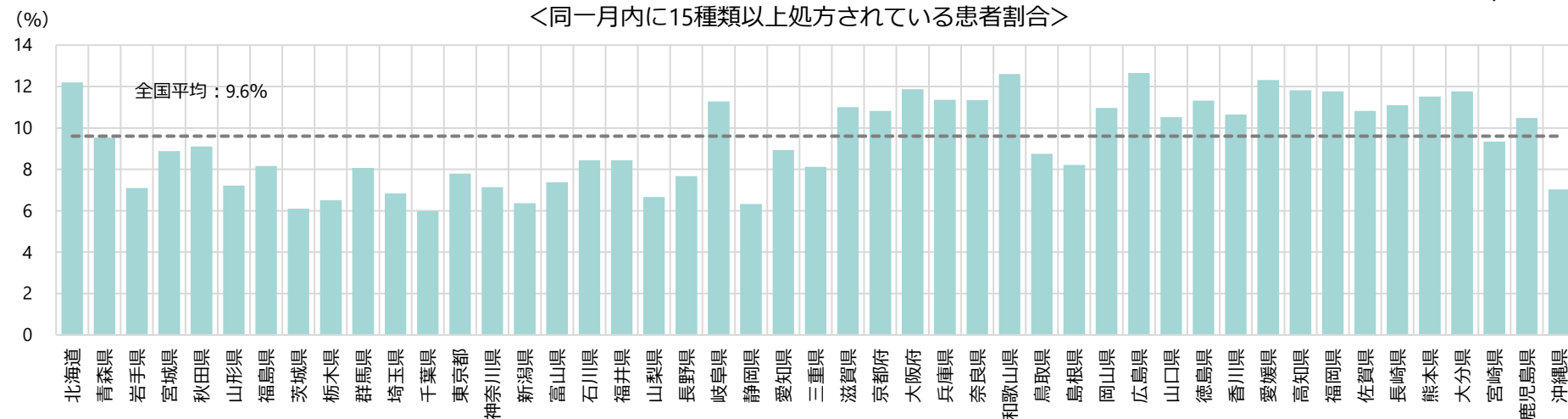
○ 65歳以上の高齢者のうち、同一月内に15種類以上を処方されている者の割合は、外来患者の9.6%である。

複数種類の医薬品の処方状況（65歳以上）

＜同一月内における処方種類数別の患者数＞



＜同一月内に15種類以上処方されている患者割合＞



- ※1 種類数の判別には薬価基準収載医薬品コード上7桁を用いた。
 ※2 令和4年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、処方された薬剤の種類数別の受診者数を求めた。
 ※3 患者の状態を勘案していないため、処方された種類数の適否を一概に判断することはできない。

1．本検討会の進め方

2．生活保護制度の概要

3．医療扶助・健康管理支援等に関する現状

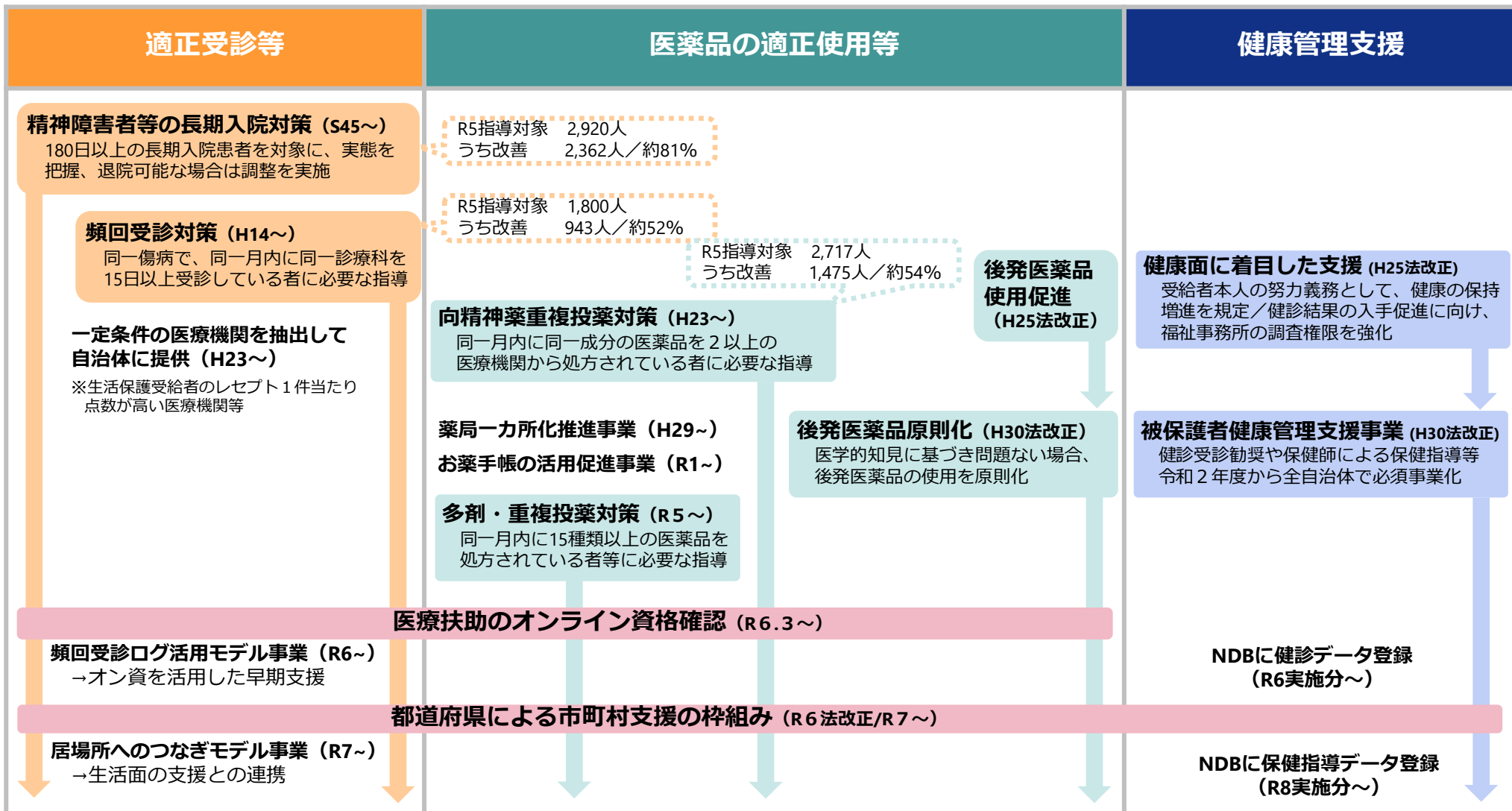
（１）生活保護受給者の現状

（２）医療扶助・健康管理支援等に関する取組

（３）医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等

4．本検討会で想定される論点

適正受診・医薬品の適正使用・健康管理支援の取組



長期入院▲約20%
約6.2万人→約4.9万人

頻回受診▲約40%
約1.7万人→約0.9万人

向精神薬重複▲約30%
約0.7万人→約0.4万人

後発使用+10.6%
約77.6%→約88.2%

※H25実績→R5実績

※医療全体では80.2%

経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日）

* 生活保護関連部分の抜粋

生活保護制度が役割を果たし続けるため、制度の理解促進と適切な運用確保、自立に向けた就労・就学支援、デジタル化を通じた適正受診・健康管理の推進や現場の業務負担軽減・体制確保など、必要な施策を推進する。生活扶助基準の次回見直しに向け、一般低所得世帯の消費データの充実・活用に取り組み、社会経済情勢等の動向を踏まえた必要な対応を検討する。

大臣折衝事項（令和6年12月25日）

* 医療扶助関連部分の抜粋

電子データの活用・デジタル化を通じた医療扶助の適正実施に向けて、

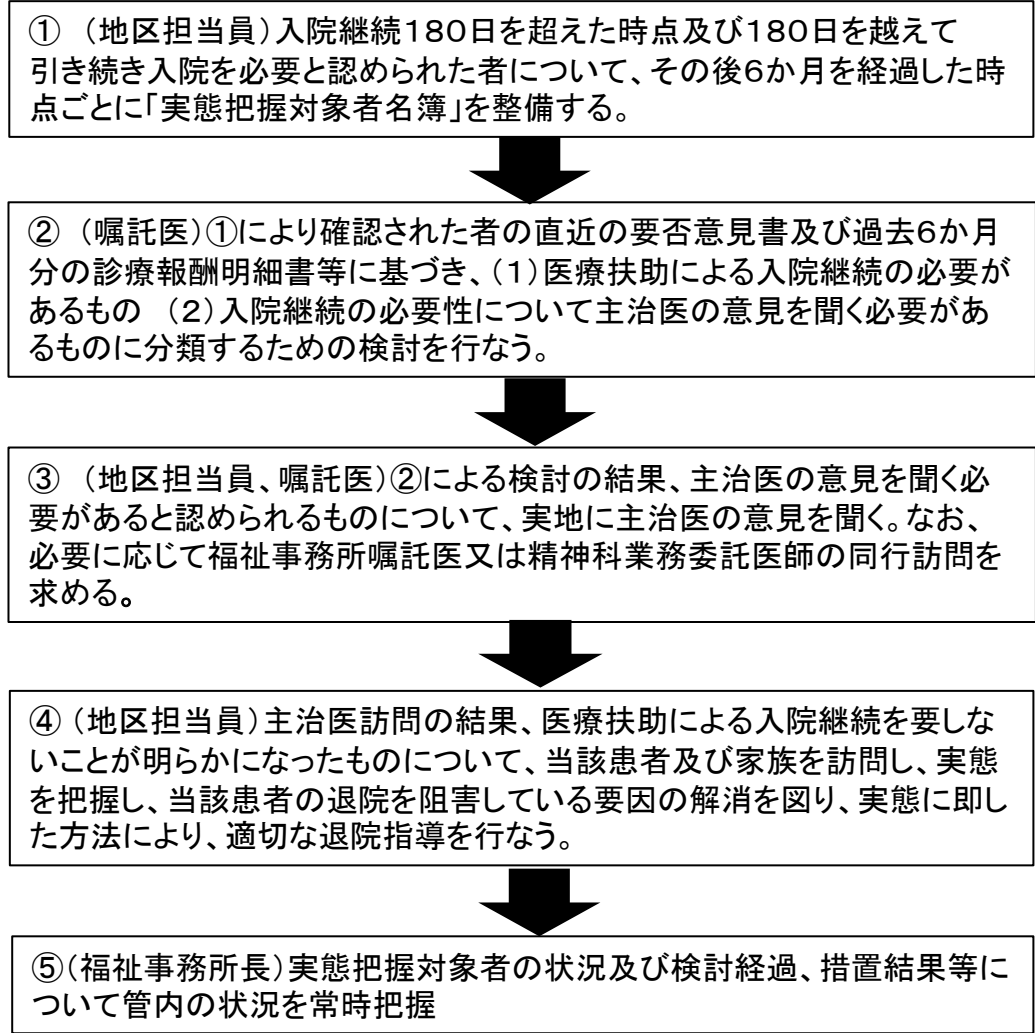
- ・ 頻回受診対策・健康管理支援の強化の観点から、指定医療機関等におけるオンライン資格確認の基盤を通じた医療・薬剤情報等の活用を促すとともに、指定医療機関等との連携による福祉事務所での情報活用の方策を検討する
- ・ 医療扶助の適正実施に活用可能な医療情報のデータベースの構築を図ることなどにより、福祉事務所における多剤・重複投薬等のデータ抽出作業の効率化を図りつつ、多剤投薬について、医療保険の取組を参考に、より多くの対象者への指導を検討する

など、データを有効活用した効率的かつ効果的な対策を講ずる。

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5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、約19.1%の者は退院等の措置がなされていない。

【実態把握の流れ】



【長期入院患者の状況】

		令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5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）		53,571人	52,181人	49,964人	49,286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）		25,629人	24,163人	22,467人	21,908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）		3,805人	3,137人	3,055人	2,920人
(C) への対応状況	退院等した者	2,914人	2,332人	2,396人	2,362人
	未対応の患者数（D）	891人	805人	659人	558人
入院の必要性がない者の割合（C） / （A）		7.1%	6.0%	6.1%	5.9%
入院の必要性がない者のうち未措置の割合（D） / （C）		23.4%	25.7%	21.6%	19.1%

頻回転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、当該年度中に90日間連続して入院している者であって、その間に2回以上の転院があった者の実態調査を行っている。転院事由発生の事前連絡が無かった者について、嘱託医の書面検討や主治医との意見調整により入院の必要性等を確認の上、必要に応じて転院・退院の指導を実施。

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
90日間連続して入院している者であって、その間2回以上転院があった者(書類検討総数)	4,113	4,491	3,201	3,786	3,525	3,864
うち、直近の転院について、転院事由発生の書面連絡が事前になかった者	2,836	3,022	2,187	2,566	2,411	2,757

書面連絡が事前になかった者について
嘱託医による書面検討を実施

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(1) 書面検討の結果、明らかに入院の必要性がないとされた者	69	15	9	10	6	7
うち未措置の患者数	0	0	2	3	1	0

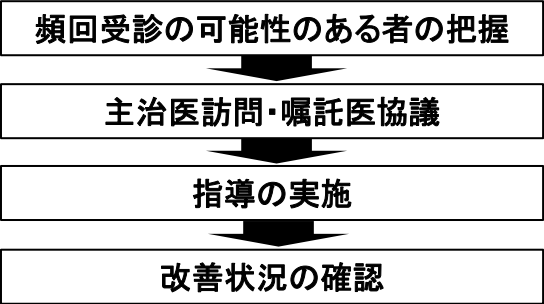
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
(2) 書面検討の結果、主治医と意見調整を行った者	122	117	86	84	57	45
①他の医療機関への転院の必要があるとされた者	75	58	54	33	17	11
うち未措置の患者数	0	1	0	0	0	0
②医療扶助による入院の必要性がないとされた者	29	49	24	36	30	28
うち未措置の患者数	2	3	1	1	3	4

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



受診状況の把握を行う月(最低4月設定)にレセプトを確認し、頻回受診者にかかる台帳を作成

主治医や嘱託医に協議し、頻回受診と認められるか否かを判断

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

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28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5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) ※平成29年度までは旧定義(15日以上の方が3箇月続いた者)、平成30年度は移行期間のため混在	12,837人	11,594人	10,604人	12,753人	11,681人	10,723人	10,278人	9,464人
適正受診指導対象者数(B)	2,557人	2,637人	2,387人	2,835人	2,320人	2,354人	2,051人	1,800人
改善者数(適正な受診日数に改善された者数)(C)	1,338人	1,422人	1,292人	1,388人	1,136人	1,054人	973人	943人
改善者数割合(C/B)	52.33%	53.92%	54.13%	48.96%	48.97%	44.77%	47.44%	52.39%

令和7年度以降の取組

- 令和6年度に引き続き、令和7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)
 - ・ 頻回受診指導を行う医師の委嘱促進
 - ・ 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推進

施策名：頻回受診等の未改善者等に対する健康管理支援モデル事業

令和6年度補正予算 6.2億円

① 施策の目的

〇令和7年4月から施行される都道府県によるデータ分析等を通じた市町村支援の枠組みも踏まえ、被保護者のうち、頻回受診や多剤・重複投与等の課題を抱え、福祉事務所において指導を行ってもなお改善が困難な者等に対する健康管理等に係る支援を強化することを目的とする。

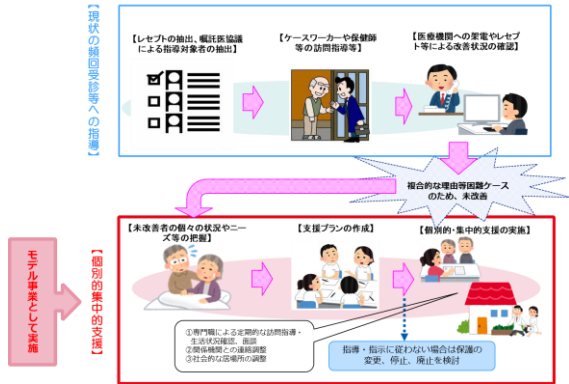
② 対策の柱との関係

I	II	III
		○

③ 施策の概要

〇被保護者のうち、頻回受診や多剤・重複投与等の課題を抱え、福祉事務所において指導を行ってもなお改善が困難な者等に対し、多様な関係機関の連携の下、個々のニーズに応じた個別的な支援プランの作成、社会的居場所へのつなぎ等の支援をモデル的に実施する。

④ 施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等



【実施主体】福祉事務所設置自治体(都道府県が広域的に実施することも可)
【補助率】3/4

- 〇福祉事務所において、頻回受診者等に対し訪問等による指導が行われているが、複合的な課題を抱える等、現状の指導では改善の難しい未改善者も一定数存在する。
- 〇こうした未改善者について、多様な関係機関の連携の下、個々のニーズに応じた個別的な支援プランを作成し、次のような支援を集中的に行う事業についてモデル的に実施する。
 - ① 未改善者等の生活・健康状態を把握し、本人同意の下、その改善に向けた目標設定・ニーズに応じた支援プランを作成
 - ② 専門職による定期的な訪問指導・生活状況確認、関係機関との連絡調整
 - ③ 本人の希望を踏まえ、当事者同士の交流の場の設定、既存の社会資源(社協が行うサロンや認知症カフェ、介護予防のための通いの場など)の紹介、参加調整等の支援 等

⑤ 施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)

〇被保護者のうち、頻回受診や多剤・重複投与等の課題を抱える者の状態像の改善 等

オンライン資格確認システム 実績ログ機能

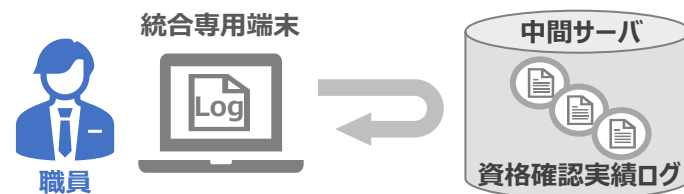
1 被保護者の医療機関等受診

- 被保護者が医療機関等でオンライン資格確認を実施する。
※原則マイナンバーカードによりオンライン資格確認を行う仕組みであることを予め被保護者に周知。
※受給者番号（医療券・調剤券）によるオンライン資格確認でも実績ログは生成



2 実績ログの取得

- 福祉事務所において、統合専用端末等から実績ログファイルを取得する。
- 日次単位で出力されるファイルを1つのファイル等にまとめる。



受診行動の改善へ

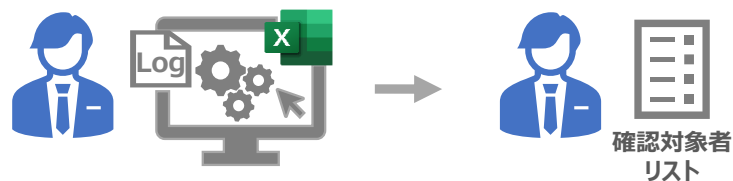
4 被保護者の受診実態の確認

- 受診実態の確認が必要な被保護者リストを活用しつつ、担当ケースワーカー、嘱託医及び医療機関と連携し、被保護者の受診実態を確認する。



3 実績ログの分析

- Excel等を利用して実績ログを加工し、抽出対象の被保護者を集計する。その後、受診実態の確認が必要な被保護者リストを作成する。
※発展的な分析方法として、実績ログ以外の情報（医療券発行履歴等）を利用することも可能。

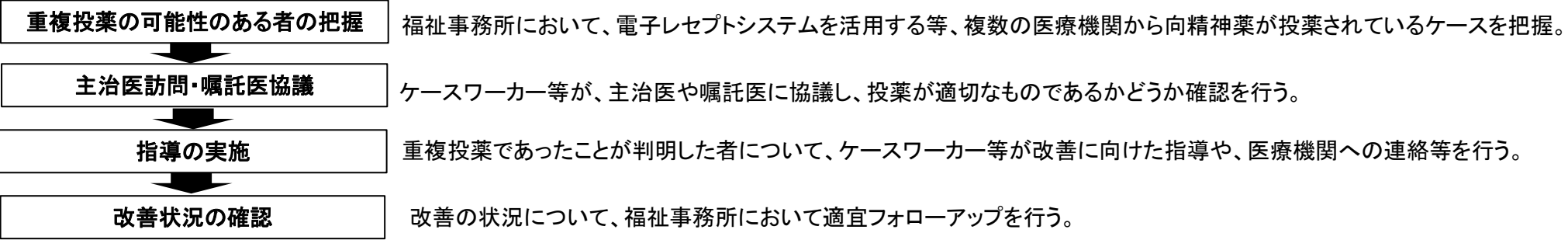


向精神薬の重複投薬の適正化について

適正化への取組

- ・平成22年4月に大阪市の生活保護受給者が処方せんの複製により、向精神薬を営利目的で大量に入手していた事案が発生したことを受け、各自治体に対して、不適切な受診行動者に対する適切な受診指導及びレセプト点検の徹底を指示。（平成22年7月）
- ・電子レセプトを活用したレセプト点検の強化を実施し、不適切な受診行動に対する適正受診指導の徹底を指示。（平成23年3月）
- ・各自治体において、同一月に複数の医療機関から向精神薬を重複して処方されている者の台帳を作成するとともに、向精神薬の重複処方の改善状況について、地方厚生局による監査を実施。（平成23年度～）
- ・平成27年9月に医療扶助及び精神通院医療において重複処方された向精神薬を不正に転売した事案が発生したことを受け、各自治体に対して、制度間での重複処方の有無を確認し、不適切な処方が判明した場合は適正受診指導を行うよう指示（平成28年3月）

【適正化の流れ】



【改善状況】

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
向精神薬の重複投薬の可能性のある者(A)	5, 880人	5, 512人	5, 179人	4, 614人	4, 567人	4, 142人
重複投薬であった者(B)（※1）	4, 089人	3, 772人	3, 540人	3, 115人	2, 890人	2, 717人
ケースワーカー等の指導による改善者数(重複投薬が改善された者数等)(C)	2, 479人	2, 275人	2, 086人	1, 821人	1, 652人	1, 475人
改善者数割合(C／B)（※2）	60. 62%	60. 31%	58. 93%	58. 46%	57. 16%	54. 29%

※1 「重複投薬でなかった者」は、例えば「複数の医療機関にそれぞれ別の病気でかかり、効能の異なる向精神薬を処方されたケース」等
※2 「同一月に複数の医療機関から向精神薬を重複して投薬されている者」(当該年1月診療分)の 当該年度末時点までの改善状況

生活保護の医療扶助における医薬品の適正使用の推進について

(令和5年3月14日付け社援保発0314第1号厚生労働省社会・援護局保護課長通知)

通知概要

- 今後、医療扶助の更なる適正な運営に向けては、重複投薬の是正を始め、医薬品の適正使用を推進することが重要。一方、医療扶助では、主に向精神薬の重複投薬に着目した取組は行っているが、**向精神薬以外の重複投薬の是正や多剤投与の適正化に着目した取組は広く実施されていない。**
- また、複数疾患を有する患者では、併存疾患を治療するための医薬品の多剤服用等によって、薬物有害事象の発生や医薬品の飲み残し等につながっているとの指摘があり、医療保険では保険者等による医療機関及び薬局と連携した医薬品の適正使用に関する取組が進められている。
- このような状況を踏まえ、**重複投薬や不適切な複数種類の医薬品の投与がみられる者について、医師や薬剤師等医療関係者と連携して医薬品の適正使用に関する指導を行うことを目的とする。**

実施スキーム

1 重複・多剤投与の指導対象者の把握

(1) 処方内容等把握対象者の選定

福祉事務所は、レセプト等からア及びイの基準に該当する者を抽出。

ア 重複投薬者：同一月内に同一成分の医薬品（向精神薬を除く。）を2つ以上の医療機関から処方されている者。

イ 多剤投与者：同一月内に15種類以上の医薬品の投与を受けている者。

(2) 嘱託医や薬剤師等との協議、指導対象者の決定

処方状況等把握対象者について、処方内容、受診状況、服薬状況等の情報を踏まえ、重複・多剤投与の指導対象とするか否かを嘱託医や薬剤師等と協議[※]。また、多剤投与の指導対象と判断された者については、各指導対象者の指導内容等も協議。

※ 協議において主治医訪問の要否も検討し、主治医に処方意図等を聴取。また、必要に応じて対象者への個別訪問等により、服薬状況等を確認。

2. 重複・多剤投与者に対する指導

福祉事務所は、地域の実業に応じて、庁内の関係部局や、地域の医療機関・薬局、医師会・薬剤師会等の関係機関との連携体制の構築を含め、実施体制の確立を図り、重複・多剤投与の指導対象者への指導を実施。

3. 改善状況の確認

指導の結果、受診行動や処方種類数等が改善されたかどうかについて、翌月のレセプトにより確認。

○向精神薬以外の**重複投薬者**に対する指導結果について

	処方内容等把握対象者数 A	指導対象者数 B	改善された者 C	改善率 D (C/B)
令和5年度	47,246	7,724	3,287	42.6%

○**多剤投与者**に対する指導結果について

	処方内容等把握対象者数 A	指導対象者数 B	改善された者 C	改善率 D (C/B)
令和5年度	13,121	3,323	554	16.7%

※令和5年度は事業実施初年度であり、体制整備等が間に合っていない等により、取組の未実施や、別の抽出基準を設定している福祉事務所等がある。上記は、自治体より報告のあった件数等を単純に集計したもの。

薬局と連携した薬学的管理・指導の強化等

- 平成29年度より、被保護者が処方せんを持参する薬局をできる限り一カ所にし、本人の状況に応じて、薬局において薬学的管理・指導を実施するとともに、薬剤師が重複処方等について医師に情報提供を行う事業を実施。
- 令和元年度より、生活保護受給者が、医療機関の受診及び薬局の利用の際に、1冊に限定したお薬手帳を持参することで、併用禁忌薬の処方防止や薬局における重複処方の確認を行うモデル事業を実施。
- こうした取組により、医療機関は重複調剤の適正化や、併用禁忌薬をチェックを行うことができ、被保護者の健康管理に寄与するとともに、医療扶助費の適正化効果も見込まれる。

【薬局を一箇所にする事業の実施方法】

- ① 受給者の希望も参考としつつ、対象者1人につき薬局を1カ所選定
- ② 薬局において、薬学的管理・指導を実施
また、必要に応じて、医療機関へ重複処方等の情報提供を実施
- ③ 福祉事務所は、重複処方等が確認された者に対し適正受診指導を行う。

【生活困窮者就労準備支援事業費等補助金】

○生活保護適正実施推進事業のうち、「適正受診指導等の推進」
R5年度実績(実績報告ベース):144,883千円 38自治体の内数

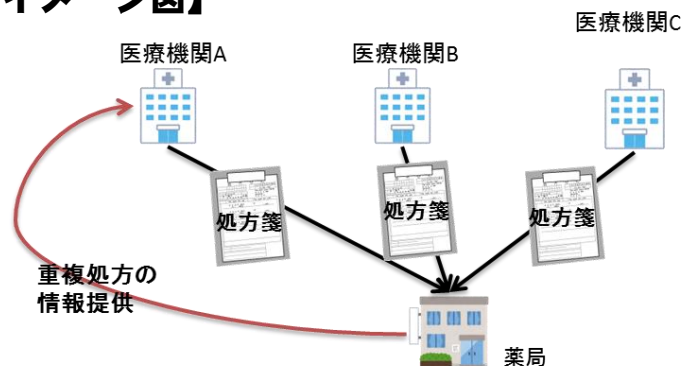
【お薬手帳を活用した事業の実施方法】

- ① 福祉事務所は、受給者に対して、1冊に限定したお薬手帳を持参するよう指導
- ② 薬局において、こうしたお薬手帳を持参していない場合は、その旨を福祉事務所に連絡
- ③ 福祉事務所は、ステッカーが貼付されたお薬手帳を持参しなかった生活保護受給者に対して、持参するように指導。重複調剤が確認された者に対しては、薬局等の薬剤師と連携して、適正受診指導を行う。

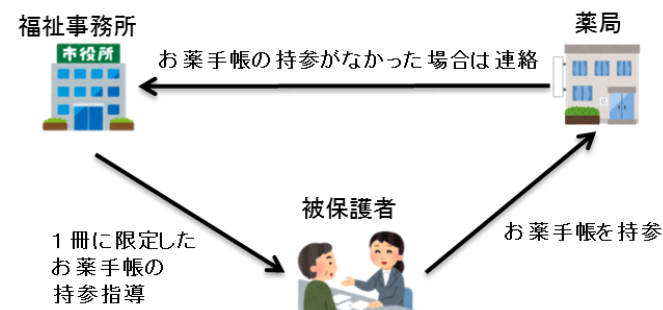
【生活困窮者就労準備支援事業費等補助金】

○生活保護適正実施推進事業のうち、「お薬手帳を活用した重複処方の適正化モデル事業」
R5年度実績(実績報告ベース):145千円 2自治体

【イメージ図】



【イメージ図】



生活保護における後発医薬品の使用促進の取組

平成30年法改正（後発医薬品使用原則化）の概要

- 医師等が医学的知見等に基づいて、後発医薬品を使用することができると認めたもの（※1）については、原則（※2）として、後発医薬品による給付を行うことを法律に規定（平成30年10月1日施行）

第34条第3項（略）医療を担当する医師又は歯科医師が医学的知見に基づき後発医薬品・・・を使用することができると認めたものについては、原則として、後発医薬品によりその給付を行うものとする。

※1 具体的には、処方医が一般名処方を行っている場合又は銘柄名処方であって後発医薬品への変更を不可としていない場合。

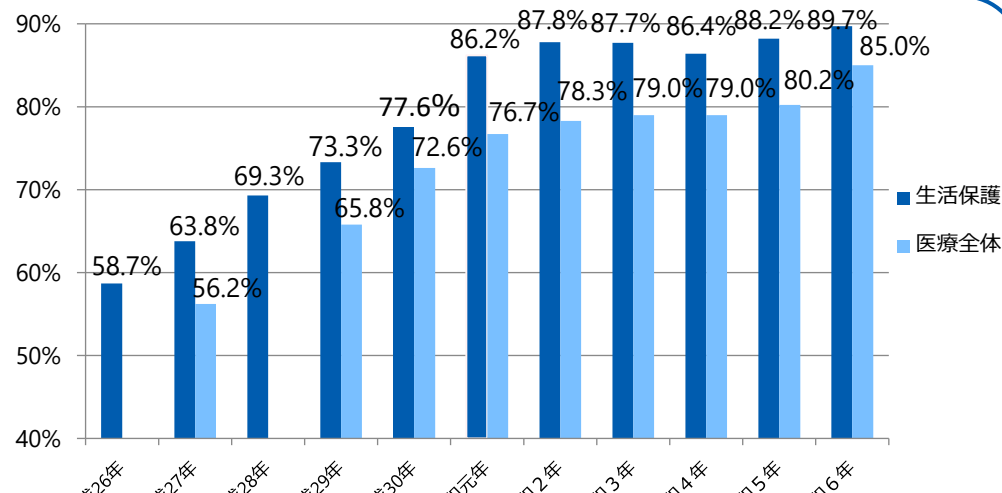
※2 例外としては、後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価と比べて同額以上となっている場合や、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合。

後発医薬品使用原則化による効果

- 令和6年6月社会保険診療報酬支払基金審査分レセプトにおける、後発医薬品使用割合は、89.7%（前年比1.5%増）となった。

※令和6年医療扶助実態統計

- 伸び率については、原則化前（平成30年）より12.1%増となっており、後発医薬品の使用を原則化した効果があったものといえる。



使用割合（数量シェア）の出自：医療扶助実態統計（令和2年以前は医療扶助実態調査（各年6月審査分）、医薬品価格調査（薬価本調査）（速報値）（各年9月取引分）※H28年分除く

参考：平成25年法改正時の見直し

- 後発医薬品の使用を促すことを規定（平成26年1月1日施行）

※ 後発医薬品の使用が可能であるにもかかわらず、先発医薬品を希望する受給者に対しては、

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

被保護者健康管理支援事業について

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

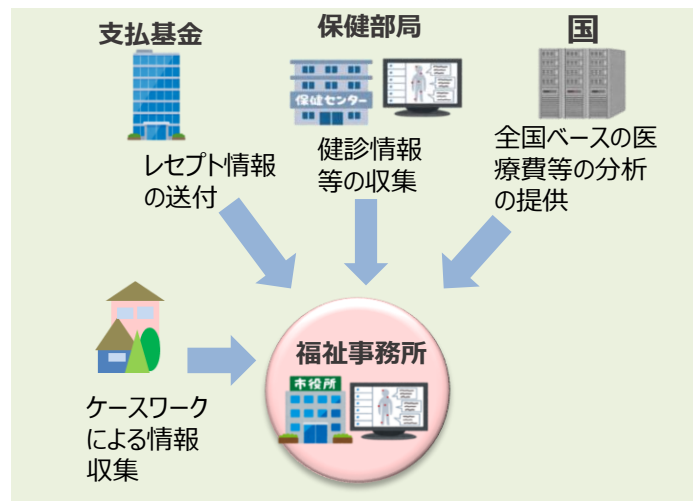
ア 健診受診勧奨
イ 医療機関受診勧奨
ウ 生活習慣病等に関する保健指導・生活支援
エ 主治医と連携した保健指導・生活支援（重症化予防）
オ 頻回受診指導

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

都道府県によるデータ分析等を通じた市町村支援の枠組み

令和7年4月1日施行

改正の趣旨・効果

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

新たな枠組み

共通指標の策定 データ分析支援ツールの提供

- 被保護者の医療の受診動向
- 医薬品の適正使用
- 被保護者の生活習慣病予防・重症化予防
- 健康管理支援事業の実施状況

頻回受診指導対象者割合や重複・多剤投与率、健診・保健指導実施率など、被保護者の医療や健康管理等に関して、都道府県・福祉事務所別データを整理・集約



Plan

- 管内市町村別・指標別データの分析（平均との乖離の要因分析）
- 優先的取組課題の検討
- 課題に対応した取組内容の検討
- 福祉事務所や医療関係者からの意見聴取

Do

- 福祉事務所へデータの分析結果・目標の共有、課題提示
- 都道府県としての取組内容の共有・実施
- データ分析等の結果、特に改善が必要な福祉事務所に対し、目標設定や取組の支援

Action

- 前年度取組内容を必要に応じて見直し
- 新たな取組内容の検討

Check

- 都道府県としての取組結果の把握
- 目標に対する取組の進捗状況の要因分析

都道府県

現状・健康課題の把握

自治体毎に現状を調査・分析し、被保護者の健康課題を把握（地域分析を実施）

事業企画

地域分析に基づき、事業方針を策定。

- 被保護者健康管理支援事業
- 頻回受診対策
- 重複・多剤投薬対策
- 長期入院対策
- 後発医薬品の使用促進
- レセプト点検



各福祉事務所

事業評価

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

事業実施

リスクに応じて階層化し集団／個人への介入を実施
※社会参加、生活支援等の側面に留意した取組も実施

都道府県による市町村支援の段階的な推進

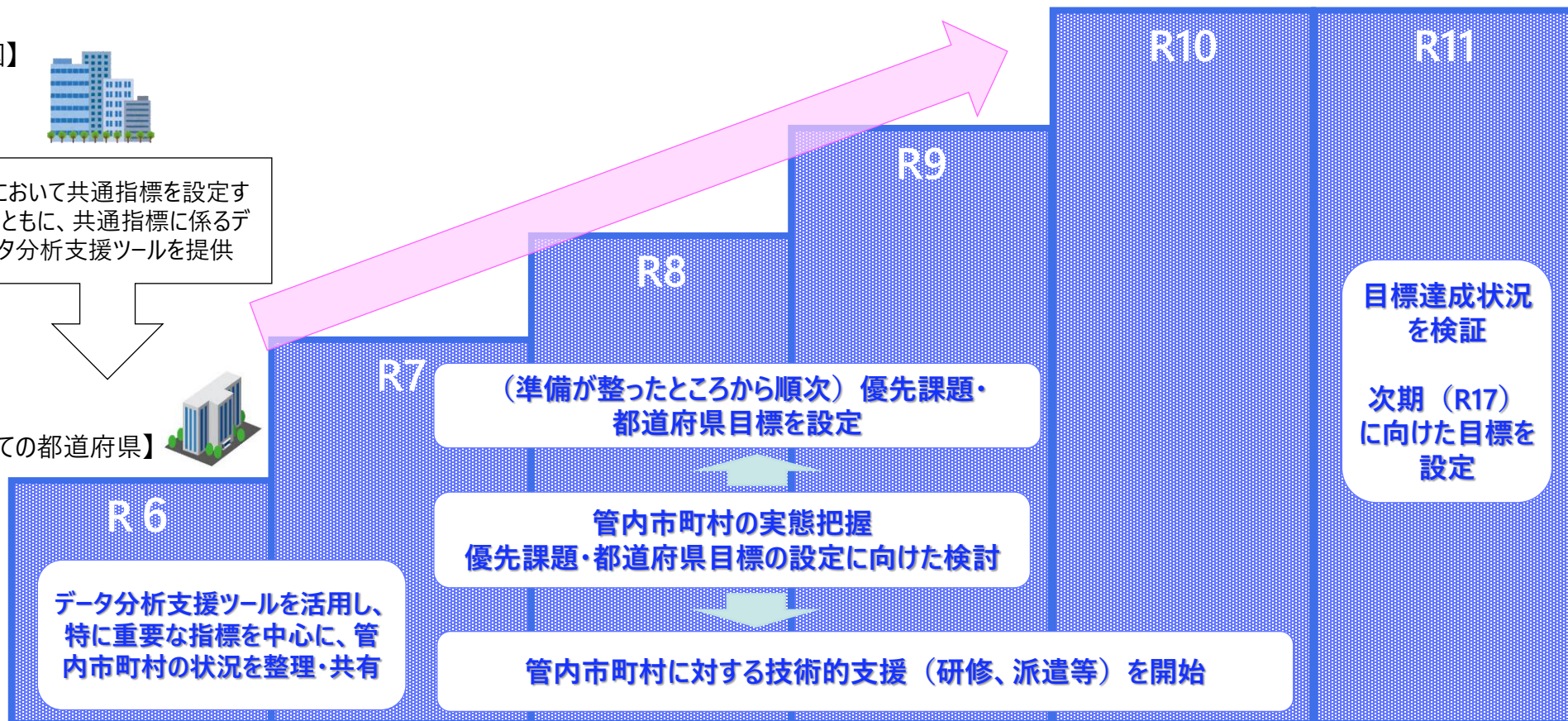
- 「都道府県による市町村支援の枠組み」は、法律上は「努力義務」ではあるものの、全ての都道府県において取組が実施されるよう、段階的に推進。まずは、令和7年度中に、全ての都道府県において、管内市町村に対する分析結果の整理・共有に着手されるよう、対応を依頼しているところ。
- 今後、全ての都道府県において、令和9年度を目途に優先課題・目標の設定、令和10年度を目途に市町村への技術的支援が実施されるよう、国としても、各都道府県の取組状況や課題を把握しつつ、事例共有や研修開催など必要な支援を実施。

【国】



国において共通指標を設定するとともに、共通指標に係るデータ分析支援ツールを提供

【全ての都道府県】



1．本検討会の進め方

2．生活保護制度の概要

3．医療扶助・健康管理支援等に関する現状

（１）生活保護受給者の現状

（２）医療扶助・健康管理支援等に関する取組

（３）医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等

4．本検討会で想定される論点

ひと、くらし、みらいのために

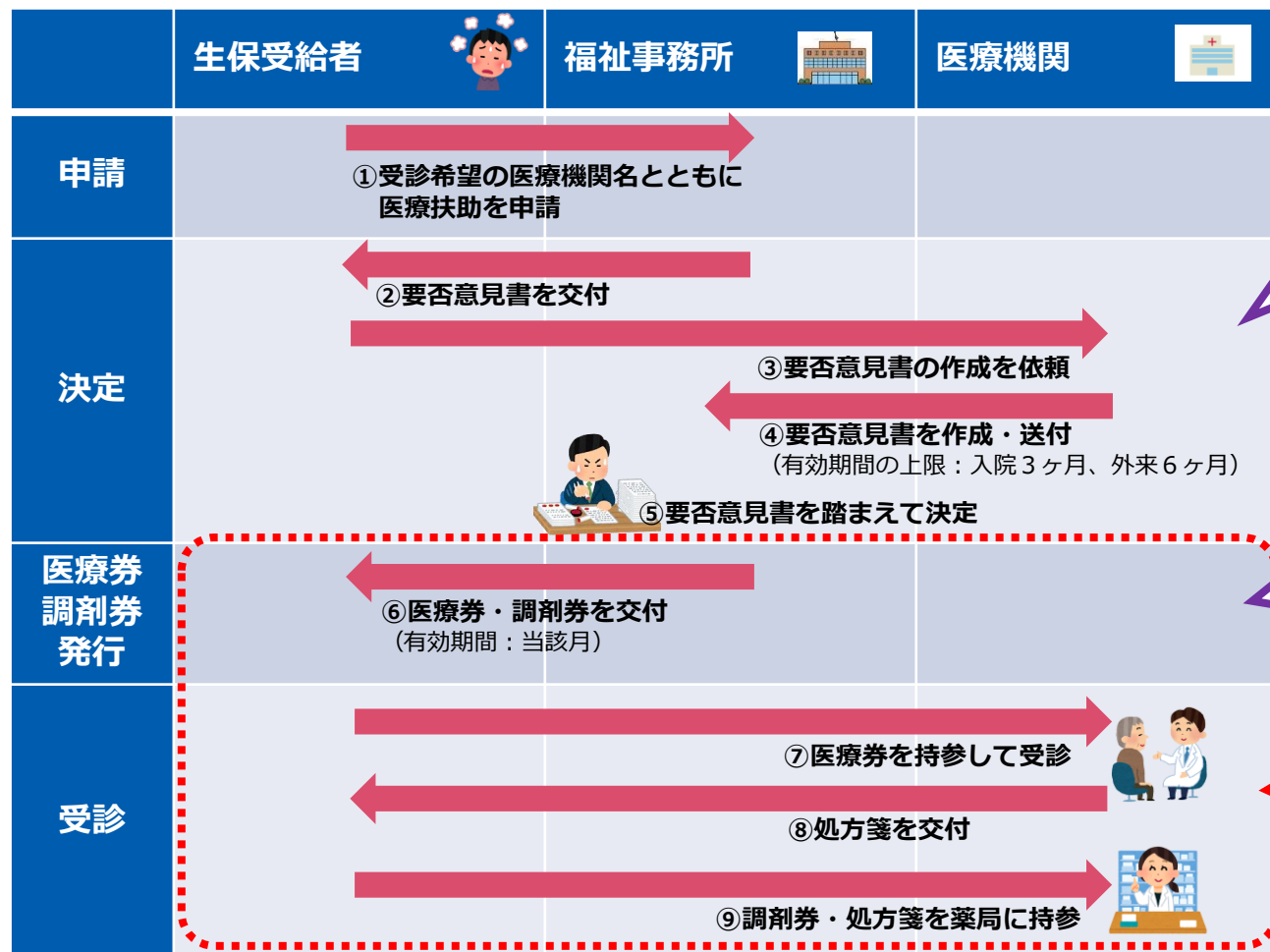


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療扶助の給付手続

- 医療扶助は、医師の要否意見書を踏まえて福祉事務所において給付決定を行い、受診する医療機関を明記した医療券、利用する薬局を明記した調剤券を本人に交付し、受診・利用する仕組み。令和6年3月からオンライン資格確認も開始。
- 他方、実際の運用では、要否意見書の作成や医療券・調剤券の交付が後追い。要否意見書のやりとりは紙媒体のまま。福祉事務所において相当の事務負担が発生。

【医療扶助運営要領に沿った手続（初診）】



【実態：要否意見書】

初診時において、受診前に医療機関に要否意見書が提出されているケースは少数

なお、有効期間経過後に、再度、要否意見書の作成を依頼する際は、受給者を介さず、福祉事務所と医療機関が直接やりとりするケースが多い

【実態：医療券・調剤券】

初診時において、受診後に医療券・調剤券が交付されているケースが多い

なお、要否意見書の有効期間内でも、医療券・調剤券は毎月発行している（受給者に交付せず、福祉事務所から医療機関に直送するケースも多い）

R6.3～ 医療扶助オンライン資格確認

福祉事務所が医療券情報等をシステム登録
受給者が提示するマイナカードで資格確認

※医療券受診の場合も、医療機関は「一括照会」により受給者番号等をレセコンに連携可能（手入力不要）

医療券発行手続きの運用状況①

○ 福祉事務所における実際の運用では、医療券・調剤券の福祉事務所からの交付が事後に行われている事例が多い。

※ 以下の表の事務の流れは、初診時の流れ

※ 通知の原則的な運用に近いのはパターン⑪

パターン	保護変更申請書の被保護者からの提出	診療(診察)依頼書等	診療(受診)	医療可否意見書の医療機関から福祉事務所への提出	医療券・調剤券の福祉事務所からの交付	度数(注)	%
①	1番目	2番目	3番目	4番目	5番目	197	26.8
②	1番目		2番目	3番目	4番目	130	17.7
③	1番目	2番目	3番目	5番目	4番目	78	10.6
④	1番目		3番目	4番目	2番目	77	10.5
⑤	1番目		2番目	4番目	3番目	35	4.8
⑥			1番目	2番目	3番目	29	3.9
⑦		1番目	2番目	3番目	4番目	20	2.7
⑧			1番目	3番目	2番目	18	2.4
⑨			2番目	3番目	1番目	18	2.4
⑪	1番目		4番目	2番目	3番目	16	2.2
⑫	1番目	2番目	3番目		4番目	13	1.8
⑬		1番目	2番目	4番目	3番目	12	1.6
⑭	1番目		2番目		3番目	8	1.1

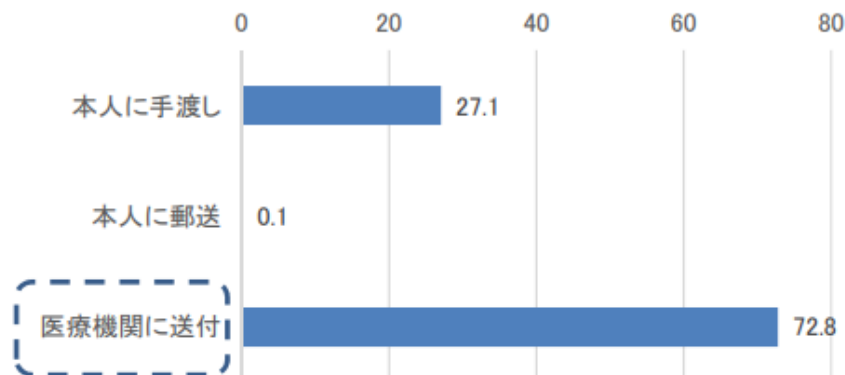
(注) 回答のあった741福祉事務所のうち、該当する福祉事務所数を示している。

出典：政策基礎研究所「医療扶助の実施方式に関する実態調査及びあり方に関する研究事業」(令和元年度社会福祉推進事業)

医療券発行手続きの運用状況②

- 医療券の交付については、本人に手交ではなく、委託した医療機関に送付している福祉事務所が多い。

【医療券の交付方法】



【自由記載欄における医療券の発行に関する主な意見】

- 紙の医療券を毎月発行するため時間や費用が掛かる。
- 診療月別等や受診の都度発行する必要があるため、申請に来る被保護者側の負担だけでなく、発行する福祉事務所側にも人員や資源(紙やインク等)面で負担が大きい。

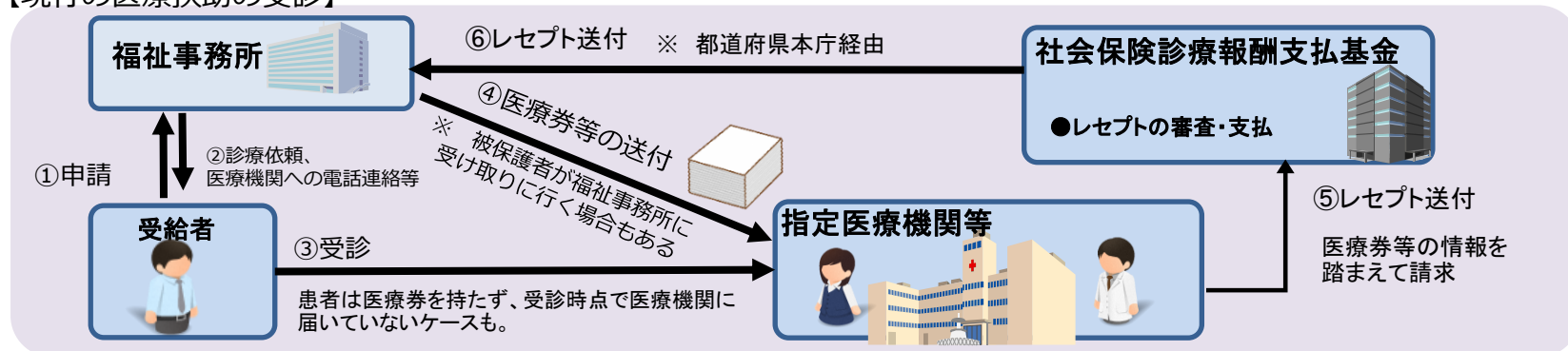
(注) 回答のあった741福祉事務所のうち、該当する福祉事務所数を示している。

出典: 政策基礎研究所「医療扶助の実施方式に関する実態調査及びあり方に関する研究事業」(令和元年度社会福祉推進事業)

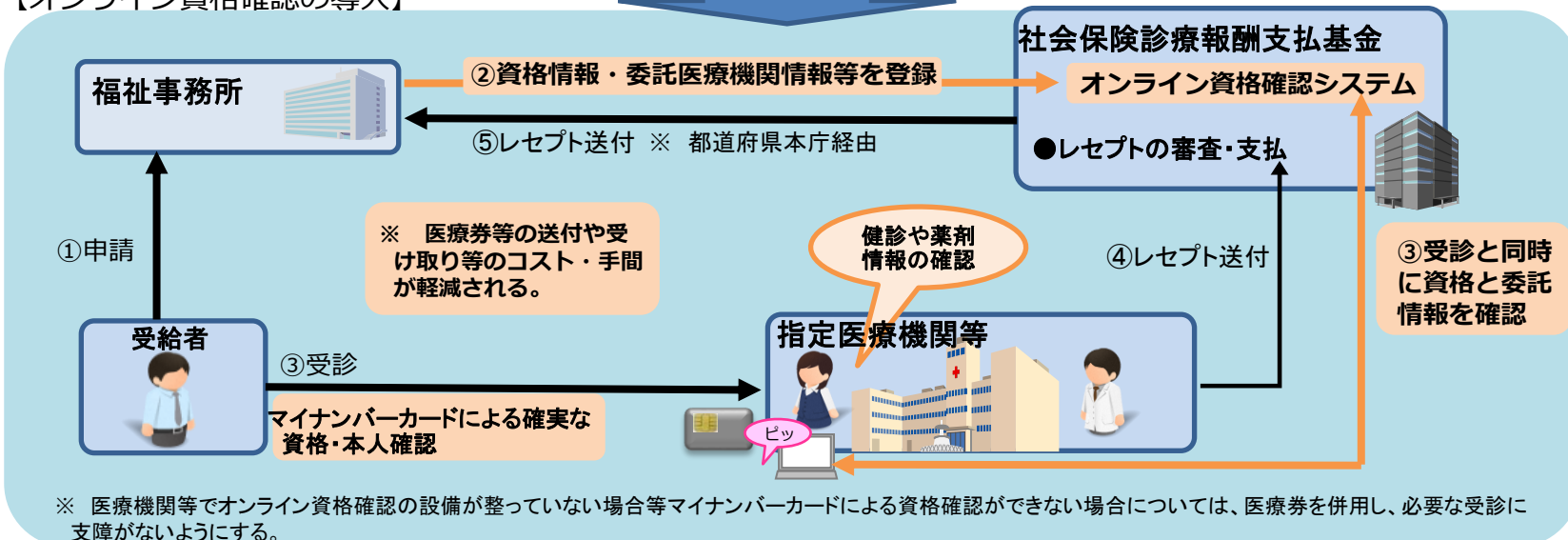
医療扶助におけるオンライン資格確認の導入

- 生活保護の医療扶助にマイナンバーカードによるオンライン資格確認を導入し、①マイナンバーカードによる確実な資格・本人確認を実現するとともに、②医療券の発行・送付等の事務を省力化し、利用者の利便性も高める。
- 適正な医療の実施を確保するため、福祉事務所が委託した医療機関を受診する仕組みを維持。
- ※ これに併せ、医療扶助の受給者番号等について医療保険の被保険者番号等と同様に受給者番号等の告知要求制限等の個人情報保護に係る法的整備を行う。

【現行の医療扶助の受診】



【オンライン資格確認の導入】



【施行時期】：令和6年3月1日

医療扶助のオンライン資格確認の取組状況（令和7年9月1日時点）

○令和6年3月の運用開始以降、被保護者のマイナンバーカード利用登録数、医療機関等における導入数、利用件数とも大幅に増加。さらなる環境整備と利用促進に向けた取組を進めていく必要。

被保護者

マイナンバーカード利用登録数・率 （R7.9.1時点）

約**81.1万**人/ 約201万人 約**40.4**%

R6.4.7 時点における数・率
約**43.1万**人/約202万人 約**21.3**%

【参考】

- マイナンバーカード保有率 約**60.0**%
 - マイナンバーカード保有者のうち利用登録率 約 **67.4**%
- * R7.4厚生労働省調べ／回答率97.6%（864自治体が回答/被保護者数約194万人）

利用状況

オンライン資格確認の利用件数 （R7.7.28 ～ R7.8.31）

※マイナンバーカードによる資格確認および医療券/調剤券情報の単件照会・一括照会・一括取得の合計

約**474.8万**件

R6.4.1～R6.4.28における件数
約**87.8万**件

【利用件数の内訳】

- MNCによる資格確認の件数 約**28.7万**件（約**6.0**%）
- 単件照会で実際に資格確認された件数 約**335.2万**件（約**70.6**%）
- 一括照会で実際に資格確認された件数 約**16.0万**件（約**3.4**%）
- 一括取得^{（※）}で実際に資格確認された件数 約**94.9万**件（約**20.0**%）

※当該医療機関に委託された被保護者の受給者番号等を一括で取得する機能

医療機関等

医療扶助オンライン資格確認 導入数・率 （R7.9.1時点）

※レセコンで医療扶助オン資の機能を「オン」にしている医療機関等の数

分類	指定医療機関数 （R5.4.1）	医療扶助オン資 導入済（R7.9.1）	導入率 （）内はR6.4.1比
医科/病院	8, 3 9 5	5, 2 4 3	6 2.5 % （ ↑3 8.9 %）
医科/診療所	8 4, 9 7 2	4 5, 6 7 9	5 3.8 % （ ↑3 0.7 %）
歯科	5 6, 1 9 6	2 4, 2 9 8	4 3.2 % （ ↑2 7.5 %）
薬局	6 2, 9 0 7	4 3, 0 6 3	6 8.5 % （ ↑4 5.0 %）
合計	2 1 2, 4 7 0	1 1 8, 2 8 3	5 5.8 % （ ↑3 4.5 %）

医療情報閲覧の利用件数 （※R7.7.28 ～ R7.8.31）

128,186件

R6.4.1 ～ R6.4.28における件数
約**8,066**件

主な医療DX関連施策（生活保護受給者に関する状況）

施策名		状況	施策内容
オンライン 資格確認	医療扶助 オンライン資格確認	運用開始済	病院・診療所・薬局等において、医療扶助のオンライン資格確認が可能 -委託先医療機関のレセコン等に受給者番号等を連携、請求事務を効率化 -本人同意を得て、診療情報・薬剤情報・健診情報を閲覧可能
	訪問看護 訪問診療 オンライン診療等	運用開始済	訪問看護、訪問診療、オンライン診療等において、モバイル端末を利用して、医療扶助のオンライン資格確認が可能
	マイナ診察券	運用開始済	マイナンバーカードを診察券として利用可能することで、患者情報がレセコン画面に反映
	スマートフォンの マイナンバーカード	運用開始済	スマートフォンのマイナンバーカードを用いて、医療扶助のオンライン資格確認が可能
	救急時 医療情報閲覧	運用開始済	救急時、病院において、意識障害等のために同意取得困難な患者について、マイナンバーカードによる本人確認の上で、救急用サマリー等の医療情報を閲覧可能
	マイナ救急	運用開始済	救急時、救急隊員において、マイナンバーカードによる本人確認の上で、診療情報・薬剤情報等を閲覧可能
電子処方箋		運用開始済	処方内容・調剤内容を電子処方箋管理サービスで管理 本人同意の下で医療機関・薬局間で共有可能となり、重複投薬や併用禁忌の確認も可能
電子カルテ情報共有サービス		実証事業中	全国の医療機関・薬局等で患者の電子カルテ情報を共有するための仕組み 診療情報提供書の送付、患者の臨床情報（傷病、検査、薬剤アレルギー等）の共有等が可能
医療費助成における オンライン資格確認		先行実施中	医療機関において、自立支援医療や地方単独医療費助成等に関するオンライン資格確認が可能（マイナンバーカードを医療費助成の受給者証として利用可能）

※各機能の活用には、当該医療機関等における、マイナ保険証や各機能に対応するためのシステム改修等の準備に加え、医療扶助オンライン資格確認に係るレセコン等改修が必要。
併せて、福祉事務所において、資格情報・医療券情報等を登録する必要。

被保護者の医療扶助・健診等情報の活用

- 各福祉事務所において、医療扶助の審査済レセプトを管理。健康管理支援や医薬品の適正使用・適正受診に係る指導対象者の抽出等に活用。
- NDB（匿名医療保険等関連情報データベース）について、医療扶助データに加え、健診・保健指導情報を順次登録。自治体間の比較分析などを通じて、健康管理支援等の企画検討等に活用。

＜医療扶助レセプトデータの活用＞

1. レセプト管理システムの活用

レセプト電子化に伴い、各福祉事務所において審査済レセプトを管理するレセプト管理システムを導入。当該システムに頻回受診者の抽出等の機能を追加。【平成24年度～】

2. 外部委託の活用 （レセプトを活用した医療扶助適正化事業）

健康管理の対象者（治療中断者など）、頻回受診者、後発医薬品の使用割合が低い者、重複調剤の状態にある者など、レセプトからの抽出業務を外部委託することも可能。【平成30年度～】

令和
3年度

令和
7年度

令和
9年度

＜医療扶助・健診等情報のNDB登録・活用＞

医療扶助データの第三者提供開始

医療扶助等に関するNDBデータが活用可能に

- 健康管理支援の実施に資するよう分析結果を提供【R4年度～】
- 市町村支援に活用可能なデータ分析支援ツールとして都道府県に提供【R7年度～】

健診情報のデータ登録開始

被保護者の健診情報をNDBに登録【R6年度実施分～】

- ※健康増進事業による健診
- ※項目は特定健診に準ずる。

保健指導情報のデータ登録開始予定

被保護者の保健指導情報をNDBに登録【R8年度実施分～】

- ※項目は特定保健指導に準ずる予定。

データ分析支援ツール

- 都道府県によるデータ分析等を通じた市町村支援の枠組みにおいて、国は、都道府県に対し、被保護者の医療、健康管理等に関して約30指標の都道府県・福祉事務所別データを整理・集約した「データ分析支援ツール」を提供。
- この「データ分析支援ツール」では、当該指標ごとに、全国平均や都道府県平均、管内福祉事務所の状況等について、グラフ等で可視化が可能。

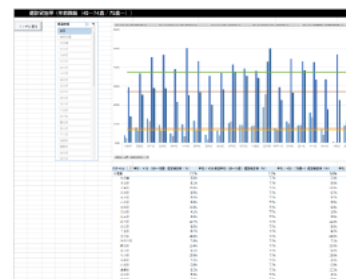
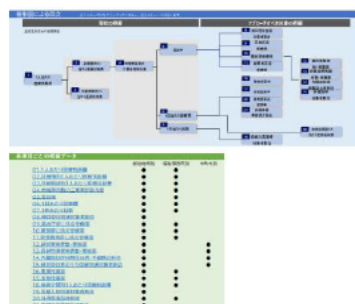
サマリーボード

目次

各詳細ボード

ローデータ集

画面
イメージ



できること

- ・ 自都道府県（指定都市）の地域特性把握
- ・ 自都道府県（指定都市）の目標設定を行う共通指標の状況把握
- ・ 上記について、全国・他都道府県・他指定都市・国保（一部指標）・目標との比較

- ・ 各詳細ボードへの簡単なアクセス
- ・ 各共通指標間の関係把握
- ・ 搭載データの粒度把握

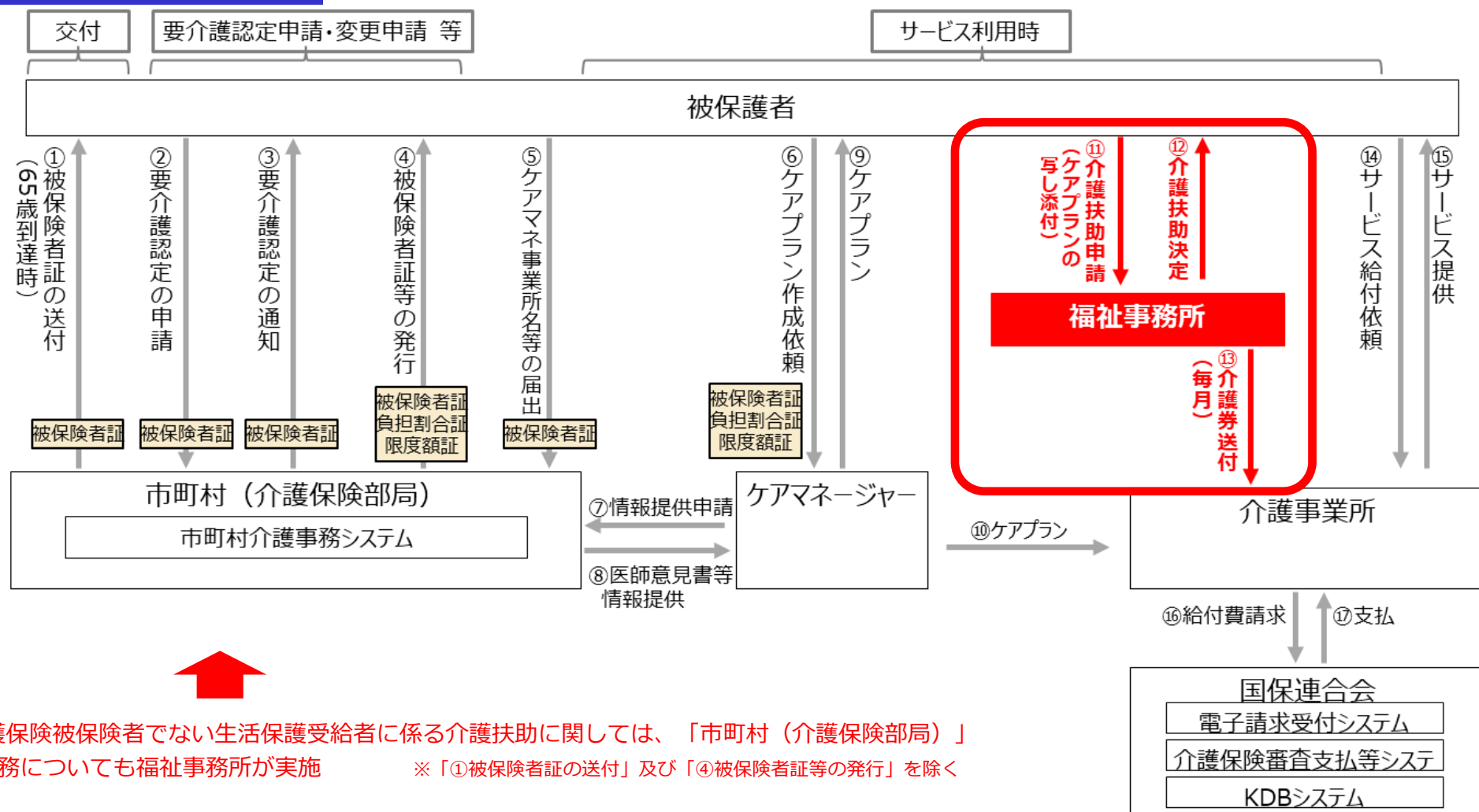
- ・ 自都道府県・指定都市と全国平均・国保・他都道府県・他指定都市との比較
- ・ 自都道府県内における市町村・福祉事務所間の比較
- ・ 男女別・年齢別比較（一部指標）

- ・ 各詳細ボードのローデータ確認
- ・ 各ローデータの定義・出所確認
- ・ 共通指標間の関係等の分析

介護扶助の給付手続

○介護保険被保険者に係る介護扶助に関しては、ケアプランの写しを添付の上、介護扶助申請を受け付け、介護扶助を決定した後、当該ケアプランに記載のある介護事業所に対し、毎月介護券を送付。

介護保険被保険者の場合



* 介護保険被保険者でない生活保護受給者に係る介護扶助に関しては、「市町村（介護保険部局）」の業務についても福祉事務所が実施

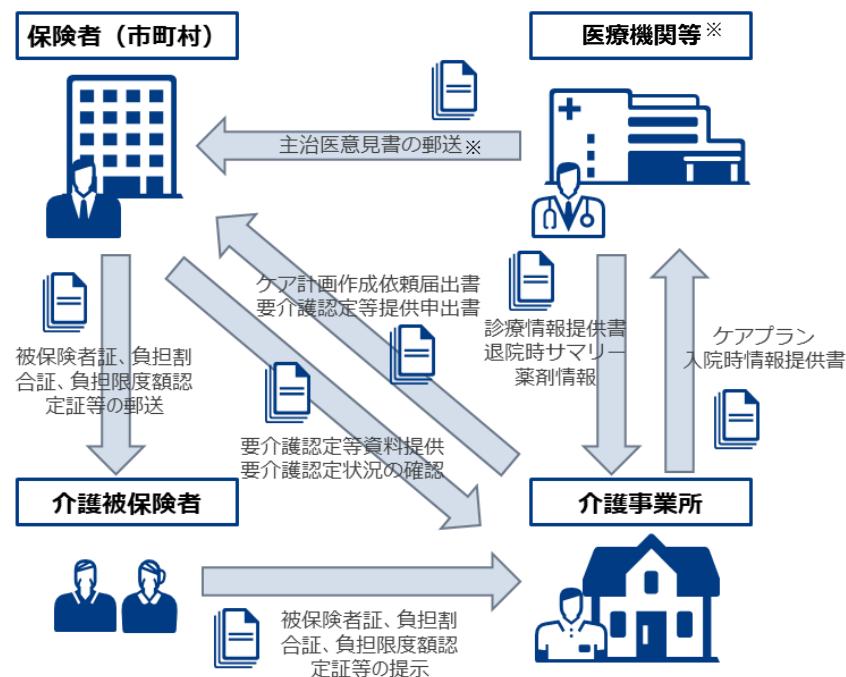
※「①被保険者証の送付」及び「④被保険者証等の発行」を除く

介護情報基盤整備の目的

- 利用者本人、市町村、介護事業所、医療機関といった関係者が利用者に関する情報を共有、活用できる介護情報基盤を整備することにより、**これまで紙を使ってアナログにやりとりしていた情報を電子で共有することで、業務の効率化（職員の負担軽減、情報共有の迅速化）**を図る。
- さらに、今後、介護情報基盤に蓄積された情報を活用することにより、**事業所間及び多職種間の連携の強化、本人の状態に合った適切なケアの提供など、介護サービスの質の向上**を図る。

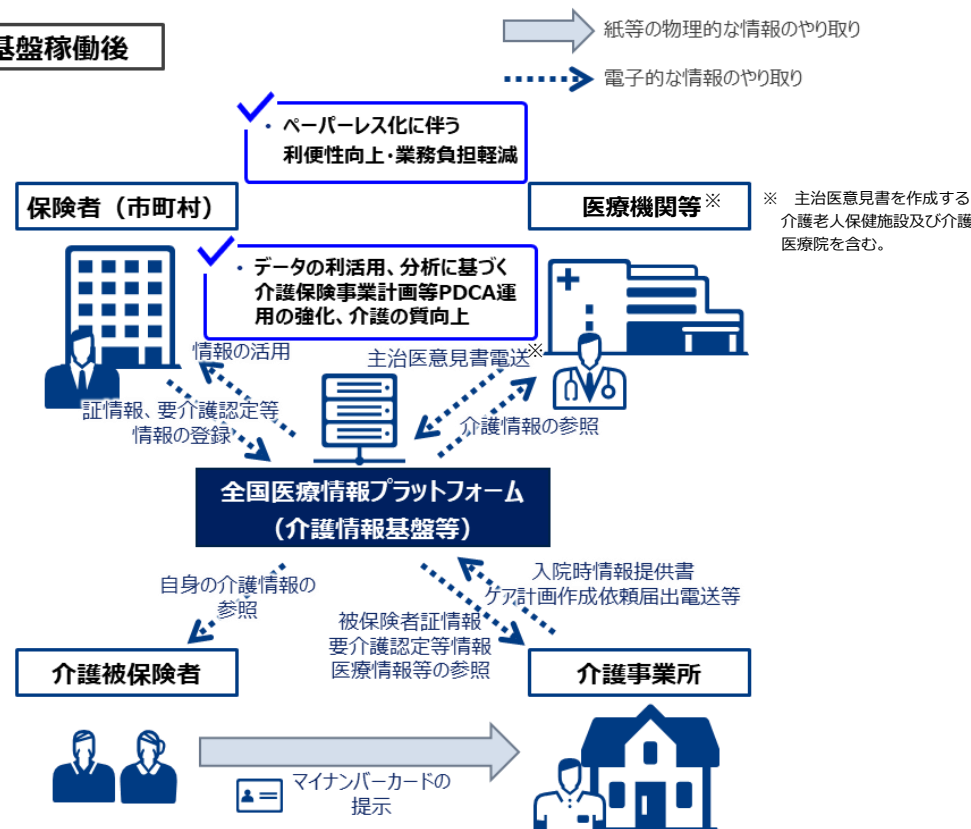
介護情報基盤の活用イメージ

現在



- ⚠ **各種情報の紙によるやり取り（証の紛失・再発行の発生、情報のやり取りのため郵送や市町村窓口への移動、負担割合証等の年間約500万件超に及ぶ証発行と事業所による確認・入力等）による非効率な業務、本来業務に時間が割けない、等**

基盤稼働後



- ✓ **介護事業所におけるデータ共有による多職種連携強化**
- ✓ **利用者の状態の適切な理解と利用者の状態に適したサービス利用の実現**

都道府県等による医療機関への関与

○都道府県等による医療機関への関与は、生活保護法による指定等、指導、検査、指定取消・効力停止がある。

①生活保護法による指定等【法第49条等】

- 指定【法第49条等】
 - ※ 指定の基準・欠格事由【法第49条の2】
- 指定の更新（6年ごと）【法第49条の3】
- 指定の変更等の届出【法第50条の2】
 - ※変更、廃止・休止、再開の届出

②指導【法第50条第2項等】

- 方法【医療扶助運営要領】
 - ・一般指導：講習会、広報、文書等より実施
 - ・個別指導：個別に面接懇談方式により実施
 - ※ 都道府県知事による単独指導と、厚生労働大臣と都道府県知事による共同指導がある。
- 指導対象の選定【医療扶助運営要領】

以下の事項等を個別に審査し選定する

 - ・関係機関からの情報提供
 - ・過去の個別指導等における指摘事項について未改善
 - ・診療報酬請求データの分析等（請求全体に占める被保護者の請求割合が高い、被保護者の診療報酬明細書の1件あたり平均請求点数が高い等）
- 指導実施後の措置等【医療扶助運営要領】
 - ・再指導
 - ・要検査（⇒③）
 - ・指導結果の通知等（文書）
 - ・報告書の提出（文書）

③検査【法第54条等】

- 方法【医療扶助運営要領】

診療報酬明細書・診療録等の照合、設備等の調査（実地）
必要に応じて被保護者についての調査も実施
- 検査対象の選定【医療扶助運営要領】

以下のいずれかに該当する場合に実施

 - ・診療内容・報酬請求に不正・著しい不正が疑われる場合
 - ・個別指導によっても診療内容・報酬請求が未改善の場合
 - ・正当な理由がなく個別指導を拒否したとき
- 検査実施後の措置等【医療扶助運営要領】
 - ・検査結果の通知・報告書の提出
 - ・行政上の措置
 - ㊦注意：軽微な過失による不正・不当な診療内容・報酬請求
 - ㊧戒告：重大な過失による不正・不当な診療内容・報酬請求等
 - ㊨指定取消・効力停止：故意の不正・不当な診療・報酬請求等（⇒④）

④指定取消・効力停止【法第51条第2項等】

- 検査の結果、故意の不正又は不当な診療・報酬請求等が認められた場合は、指定の取消・効力停止を行うことができる。
 - ※ 指定取消・効力停止を行う場合には、行政手続法に基づく聴聞等の実施が必要。
 - ※ 指定取消・効力停止を行った場合には、原則、法第78条第2項により返還額に100分の40を乗じた額を支払わせる。

個別指導を実施する指定医療機関の選定

- 指定医療機関に対する個別指導は、関係機関からの情報提供や、社会保険診療報酬支払基金から提供される診療報酬請求データ等の分析結果等から得られる指定医療機関の特徴等を総合的に勘案し、個別に内容審査した上で対象医療機関を選定することとしている。
- このうち、診療報酬請求データについては、請求全体に占める被保護者に関する請求割合が高いことや、被保護者以外と比較して被保護者の診療報酬明細書等の1件あたりの平均請求点数が高いこと等を例示している。

医療扶助運営要領（抄）

イ個別指導

（ア）厚生労働大臣又は都道府県知事が単独で行う指導

次に掲げる事項について、個別に内容審査をした上で、指定医療機関を選定すること。

- A 社会保険診療報酬支払基金、実施機関、被保護者等から診療内容又は診療報酬の請求その他医療扶助の実施に関する情報の提供があり、個別指導が必要と認められた指定医療機関
- B 個別指導の結果、再度個別指導を行うことが必要と認められた指定医療機関又は個別指導において改善を求めたにもかかわらず、改善が認められない指定医療機関
- C 検査の結果、一定期間経過後に個別指導が必要と認められた指定医療機関
- D 社会保険診療報酬支払基金から提供される被保護者に係る診療報酬請求データ又は電子レセプトの分析結果等を活用して得られる指定医療機関の特徴（例えば請求全体に占める被保護者に関する請求割合が高い、被保護者以外と比較して被保護者の診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。）の1件あたりの平均請求点数が高い、被保護者の県外受診の割合が高い、他の指定医療機関と比較して、頻回受診者や重複・多剤投与者の割合が高い等）を総合的に勘案し、個別に内容審査をした上で個別指導が必要と認められる指定医療機関
- E その他、特に個別指導が必要と認められる指定医療機関

生活保護法の指定医療機関に対する個別指導等の実施状況

○個別指導の実施状況

	生活保護法の指定医療機関への個別指導の件数	【参考】保険医療機関への個別指導件数
28年度	683	4,523
29年度	732	4,617
30年度	749	4,724
令和元年度	716	4,715
2年度	24	1,797
3年度	131	1,050
4年度	372	1,505
5年度	501	1,464

○検査・監査の実施状況

	生活保護法の指定医療機関の検査の件数	【参考】保険医療機関の監査の件数
28年度	13	74
29年度	4	66
30年度	9	52
令和元年度	9	55
2年度	2	46
3年度	4	51
4年度	11	52
5年度	15	46

○指定取消の実施状況

	生活保護法の指定医療機関の取消件数	【参考】保険医療機関の取消件数
28年度	5	17
29年度	5	13
30年度	1	14
令和元年度	8	11
2年度	4	11
3年度	0	9
4年度	4	6
5年度	3	8

※ 生活保護の取消件数と保険の取消件数が一致しない理由は、以下のケースがあるため。

- ①そもそも生活保護法の指定を受けていないケース、②保険医療機関の取消に合わせて、生活保護の指定医療機関の廃止届がなされたケース、③法改正に伴い指定の更新制度を導入したところであるが、保険医療機関の取消に合わせて、この更新手続きを行わず失効したケース 等

- 1．本検討会の進め方
- 2．生活保護制度の概要
- 3．医療扶助・健康管理支援等に関する現状
 - (1) 生活保護受給者の現状
 - (2) 医療扶助・健康管理支援等に関する取組
 - (3) 医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等
- 4．本検討会で想定される論点**

本検討会で想定される論点（イメージ）

- 事務局において、各検討事項に関連した当面の論点（イメージ）を記載。本検討会では、各検討事項について、論点（イメージ）も参考に、制度・運用、事業、組織・体制など幅広い観点から御議論いただきたい。

<効果的な健康管理支援>

- 福祉事務所における取組内容の在り方
- 関連する他制度・他施策との連携の在り方 など

<医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等>

- 指導対象者や指導方法の在り方
- 福祉事務所の業務効率化の在り方
- 医療機関・薬局等との連携の在り方 など

<医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用>

- 医療扶助等の給付事務の在り方
（デジタル化、業務効率化など）
- 医療扶助等におけるデータ活用の在り方
（地域課題の分析、指導候補者の抽出など） など

<その他>

- 関連する他制度・他施策の動向を踏まえた対応 など

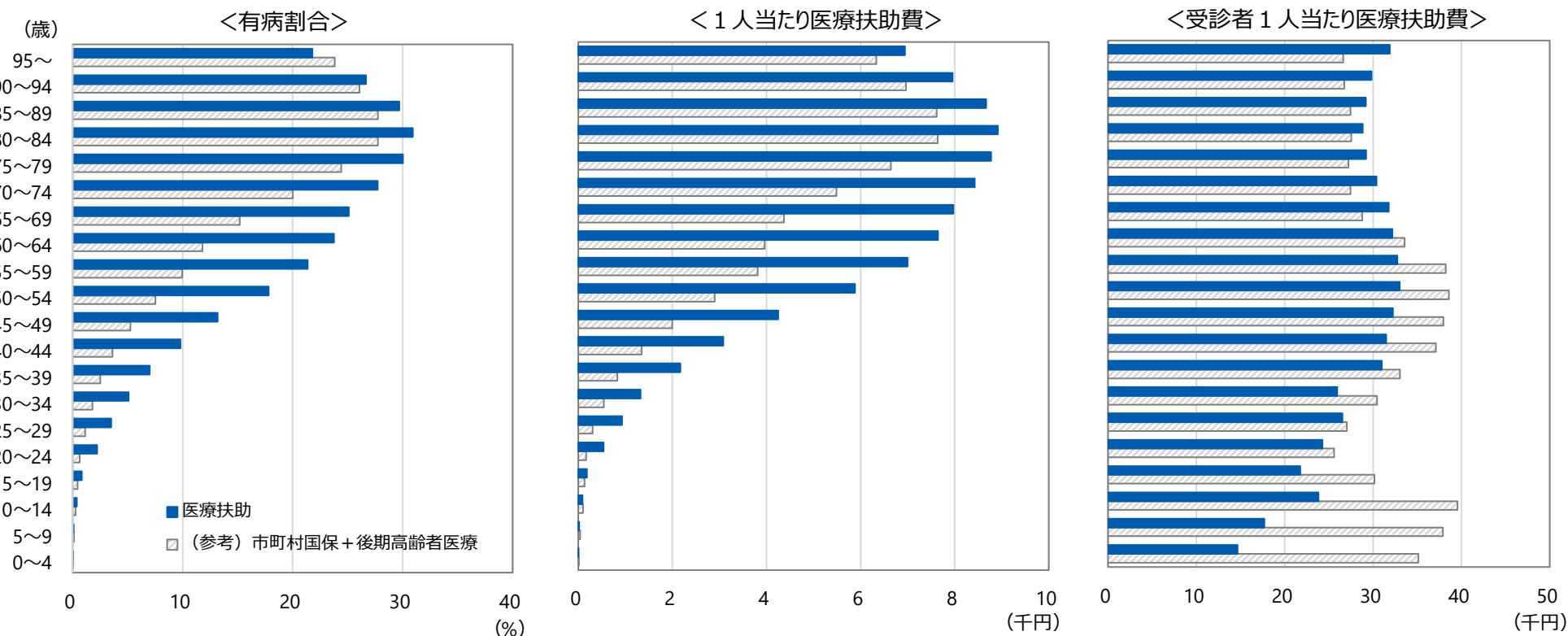
参考資料

糖尿病の有病状況等

(1) 年齢階級別にみた糖尿病の有病状況等(令和3年6月審査分)

- 糖尿病の有病割合と1人当たり医療費は、年齢とともに増加傾向であり、80歳台以降は減少する。市町村国保・後期高齢者医療と比較すると、一部の年齢階級を除いて医療扶助の方が高い水準である。

年齢階級別、糖尿病の有病割合・1人当たり医療扶助費・受診者1人当たり医療扶助費



出典：NDBデータ

※1 糖尿病の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として糖尿病対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで糖尿病対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。(ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。)

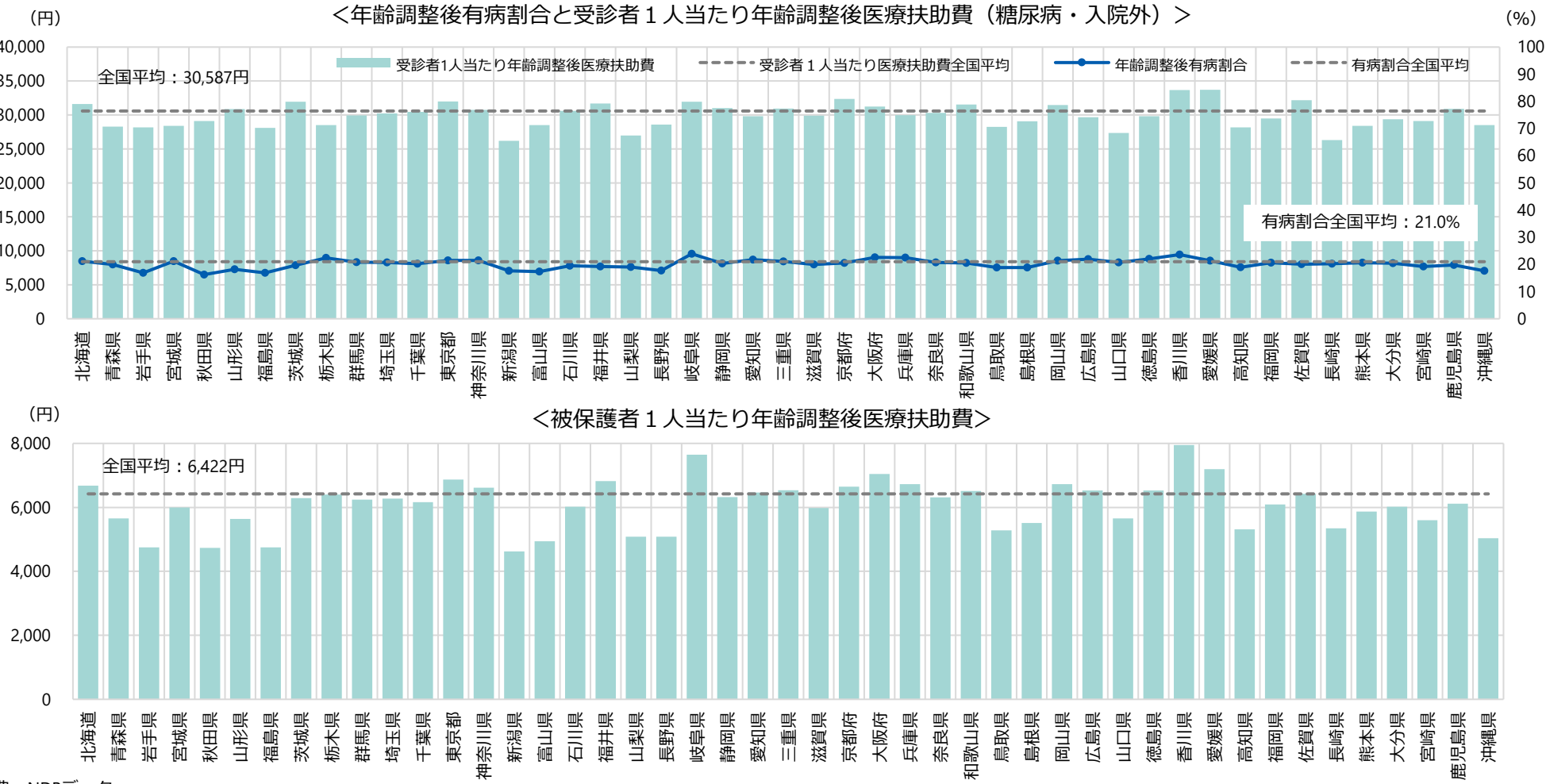
※2 有病割合は、糖尿病の受診者を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※3 1人当たり医療扶助費は、糖尿病有病者に係る医療扶助費を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※4 受診者1人当たり医療扶助費は、糖尿病有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除したものの。

(2)都道府県別にみた糖尿病の有病状況等(令和3年6月審査分)

- 糖尿病有病割合・受診者 1 人当たり年齢調整後医療扶助費を都道府県別にみると、地域によってばらつきがある。
- 被保護者 1 人当たり年齢調整後医療扶助費については、年齢調整後有病割合の寄与度の影響が大きい場合と、受診者 1 人当たり年齢調整後医療扶助費の寄与度の影響が大きい場合と、その両者が影響している場合がある。



出典：NDBデータ

※1 糖尿病の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として糖尿病対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで糖尿病対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。（ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。）

※2 年齢調整後有病割合は、糖尿病の受診者を被保護者数で除し、全国の被保護者数の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

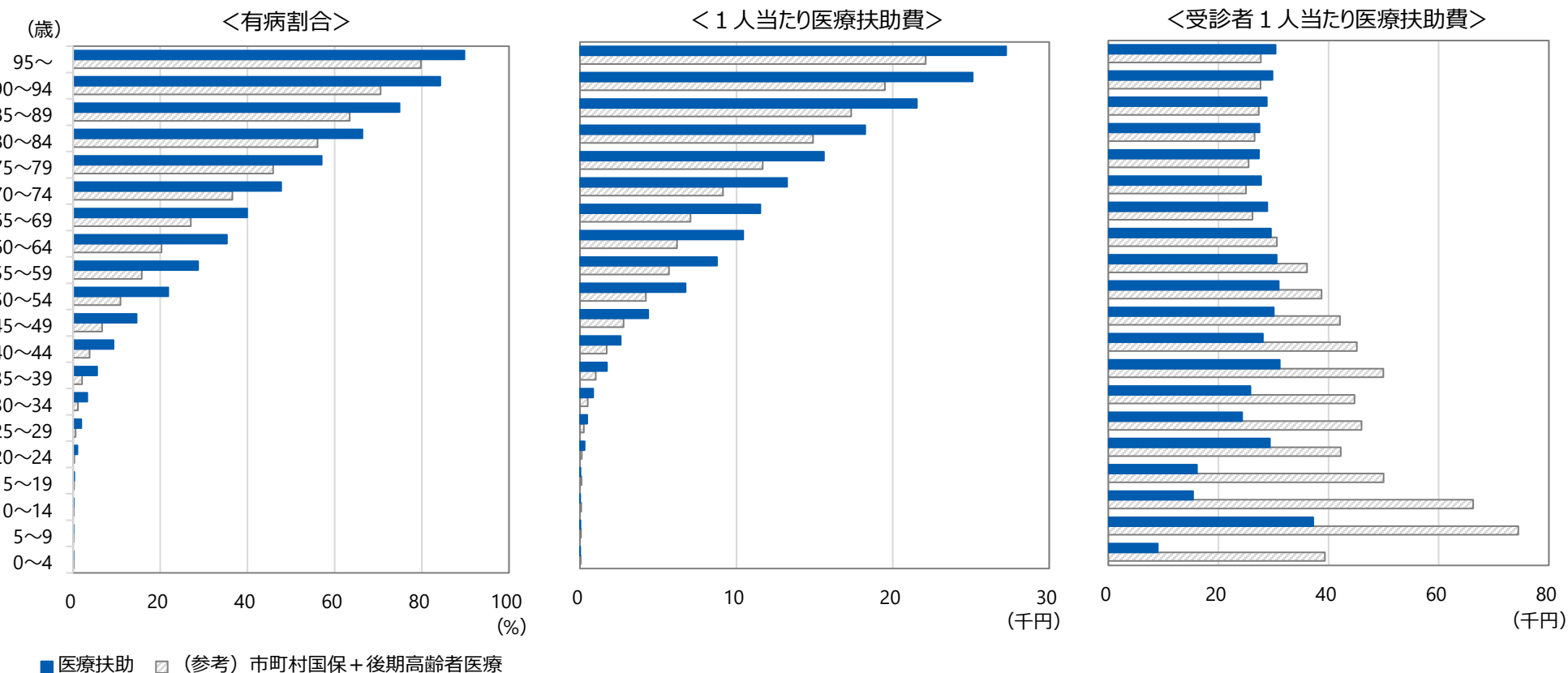
※3 受診者 1 人当たり年齢調整後医療扶助費は、糖尿病有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除し、全国の当該レセプトの受診者の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

※4 被保護者 1 人当たり年齢調整後医療扶助費は、糖尿病有病者に係る医療扶助費を被保護者数で除し、全国の被保護者数の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

高血圧症の有病状況等

(1) 年齢階級別にみた高血圧症の有病状況等(入院外、令和3年6月審査分)

年齢階級別、高血圧症の有病割合・1人当たり医療扶助費・受診者1人当たり医療扶助費



出典：NDBデータ

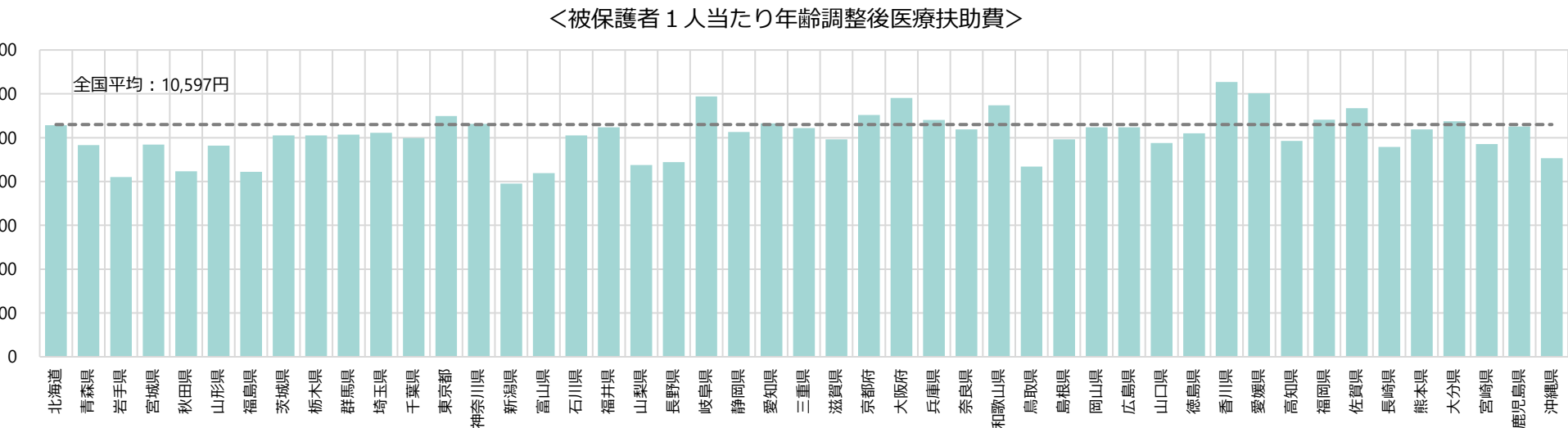
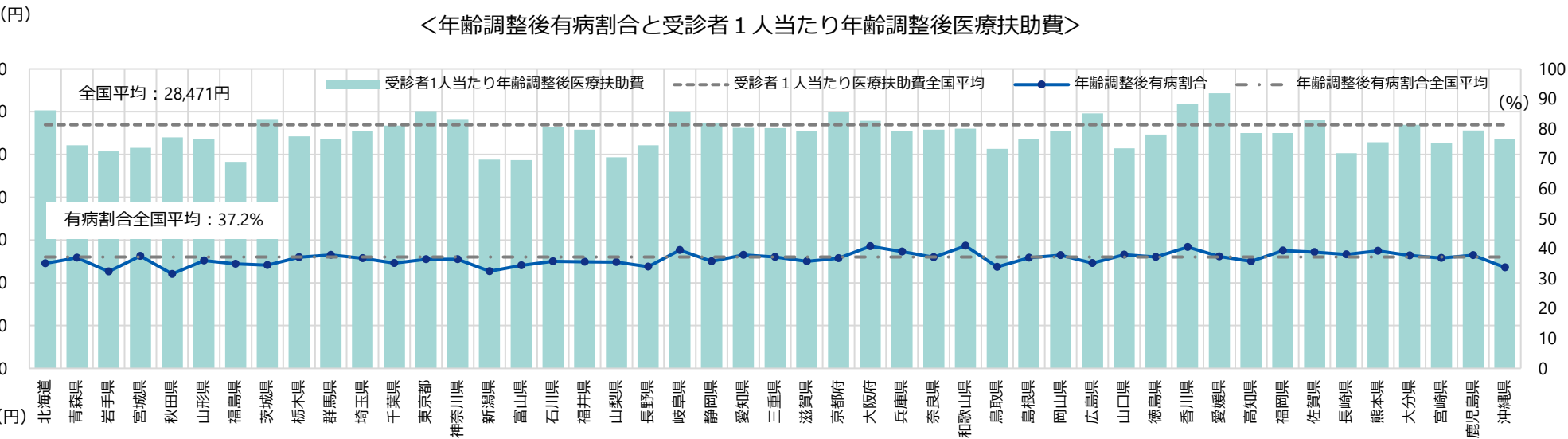
※1 高血圧症の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として高血圧症対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで高血圧症対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。(ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。)

※2 有病割合は、高血圧症の受診者を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※3 1人当たり医療扶助費は、高血圧症有病者に係る医療扶助費を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※4 受診者1人当たり医療扶助費は、高血圧症有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除したものの。

(2)都道府県別にみた高血圧症の有病状況等(入院外、令和3年6月審査分)



出典：NDBデータ

※1 高血圧症の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として高血圧症対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで高血圧症対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。(ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。)

※2 年齢調整後有病割合は、高血圧症の受診者を被保護者数で除し、全国の被保護者数の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

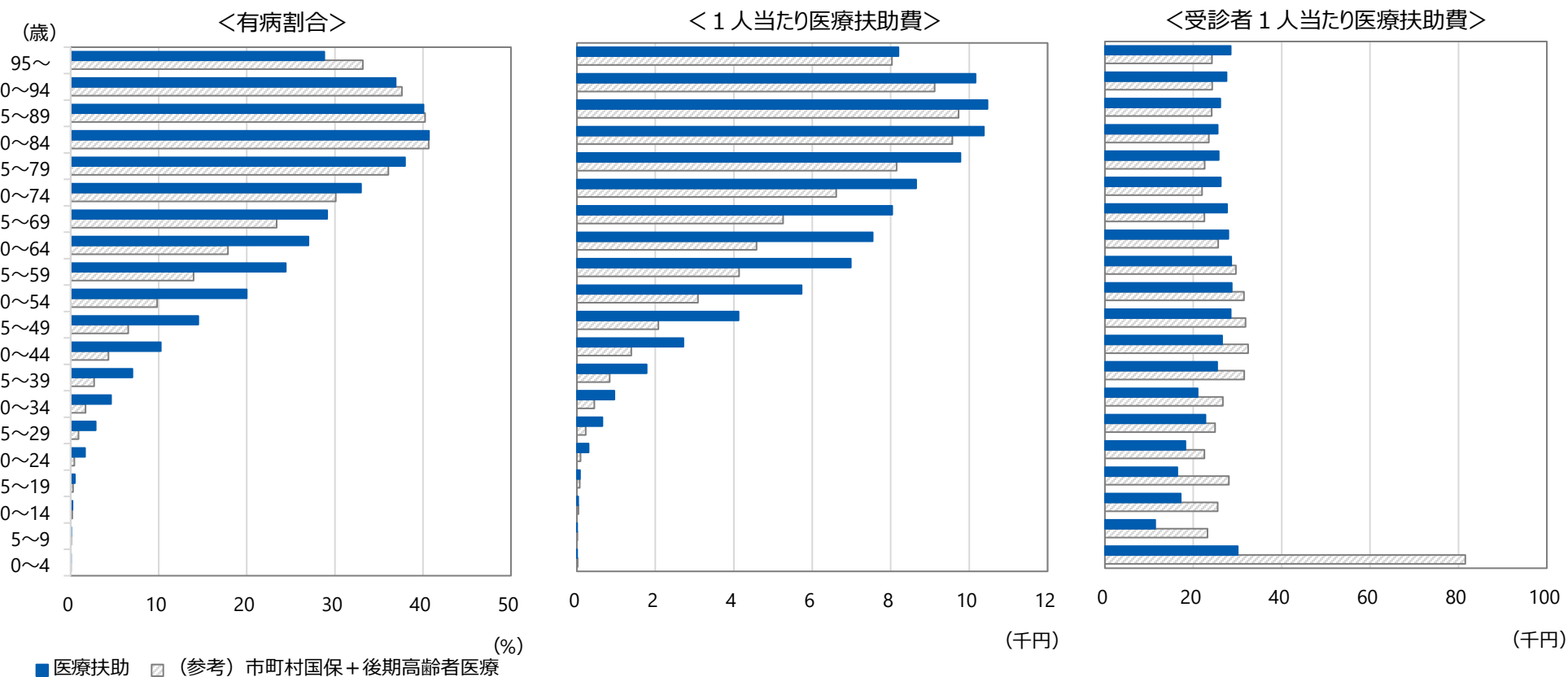
※3 受診者1人当たり年齢調整後医療扶助費は、高血圧症有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除し、全国の当該レセプトの受診者の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

※4 被保護者1人当たり年齢調整後医療扶助費は、高血圧症有病者に係る医療扶助費を被保護者数で除し、全国の被保護者数の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

脂質異常症の有病状況等

(1) 年齢階級別にみた脂質異常症の有病状況等(入院外、令和3年6月審査分)

年齢階級別、脂質異常症の有病割合・1人当たり医療扶助費・受診者1人当たり医療扶助費



出典：NDBデータ

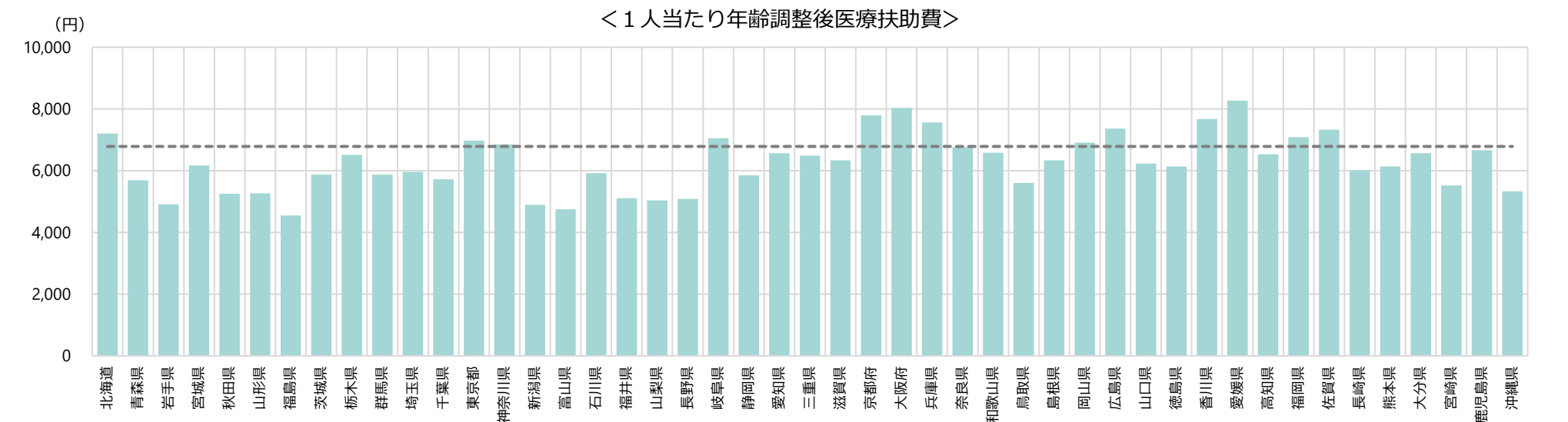
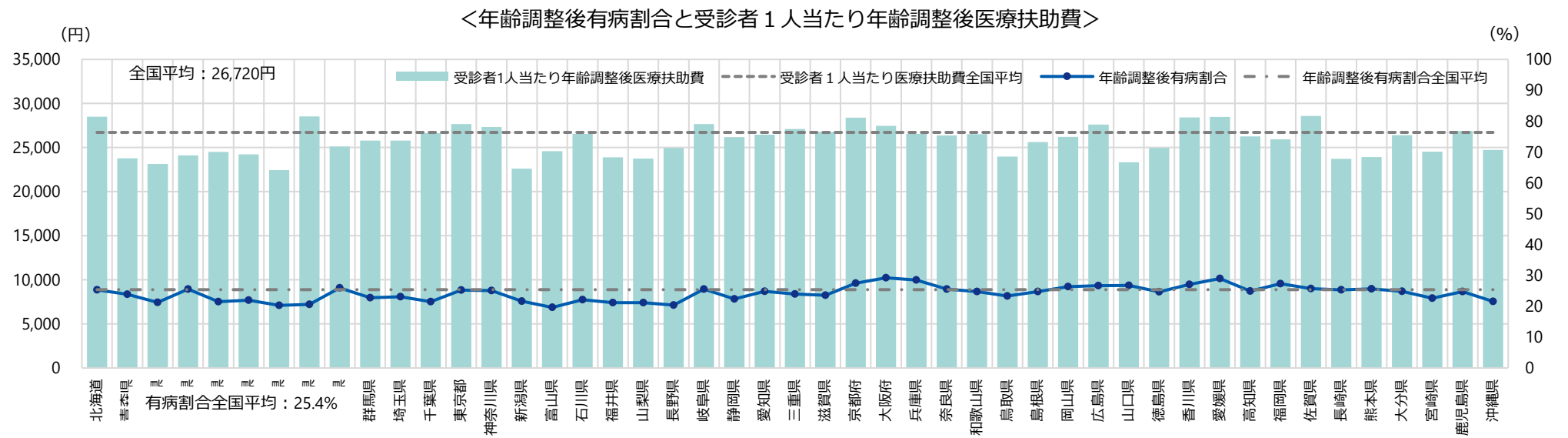
※1 脂質異常症の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として脂質異常症対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで脂質異常症対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。(ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。)

※2 有病割合は、脂質異常症の受診者を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※3 1人当たり医療扶助費は、脂質異常症有病者に係る医療扶助費を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※4 受診者1人当たり医療扶助費は、脂質異常症有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除したものの。

(2)都道府県別にみた脂質異常症の有病状況等(入院外、令和3年6月審査分)



出典：NDBデータ

※1 脂質異常症の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として脂質異常症対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで脂質異常症対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。(ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。)

※2 有病割合は、脂質異常症の受診者を被保護者数(加入者数)で除したものの。

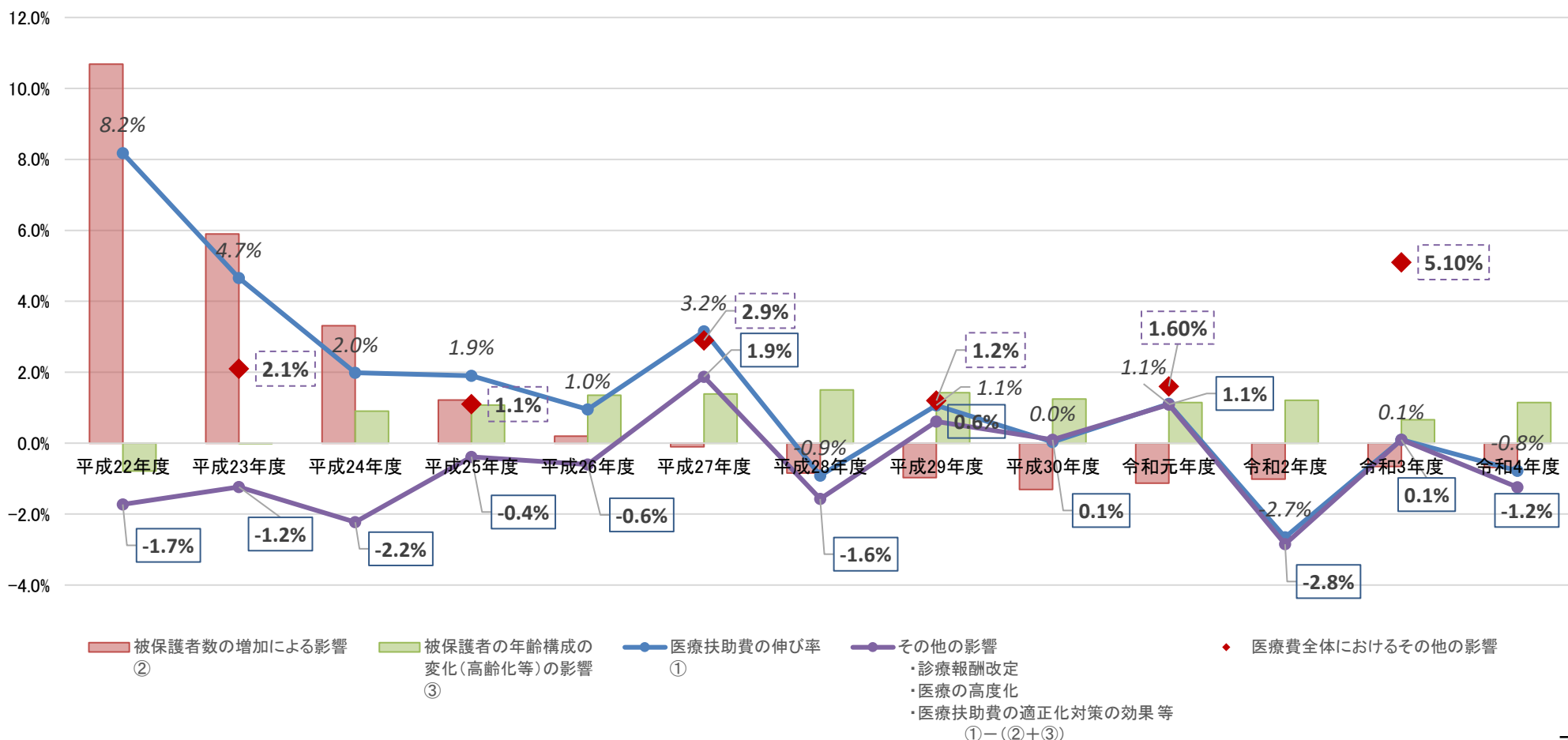
※3 1人当たり医療扶助費は、脂質異常症有病者に係る医療扶助費を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※4 受診者1人当たり医療扶助費は、脂質異常症有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除したものの。

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、医療費全体におけるその他の影響と比較(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。



医療扶助に関する見直しに向けた整理（概要） ～医療扶助に関する検討会（令和4年9月6日）～

社会保障審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会（第21回）

令和4年10月14日

資料1-1

これまでの経緯について

- 医療扶助については、従来より頻回受診等の適正化対策の必要性が指摘されており、令和3年から開始した被保護者健康管理支援事業については、固有の課題も少なくないことから、医療扶助に関する検討会において、その見直しに向けた議論を集中的に実施し、論点を整理したところ。
- 本検討会においては、前回改正（平成30年）以降の医療扶助の現状・課題を踏まえた対応として、主に以下のような議論を積み重ねてきた。
 - 医療扶助の適正化については、これまでに実施した後発医薬品の使用促進や頻回受診対策など、様々な施策の推進により一定の成果が得られている。
 - 他方、改革工程表2021も踏まえ、適正受診指導の徹底や被保護者健康管理支援事業の機能強化等による更なる適正化を推進することが必要。
 - また、都道府県ガバナンスを強化する観点から、医療扶助及び被保護者健康管理支援事業に関する取組を効果的・効率的に推進するため、広域の地方公共団体である都道府県による市町村等への支援及び指定医療機関への関与の強化が必要。
- 以上のような認識のもと、「被保護者健康管理支援事業」、「医療扶助の適正化」及び「医療扶助に関する都道府県による関与」の3項目について、それぞれ以下のとおり対応の方向性について整理した。

対応の方向性について

被保護者健康管理支援事業

- データ分析も含めた事業の企画段階から評価段階までの一連のプロセスにおいて、関係部局との連携を強化することが必要。このため、連携事例の横展開や、関係部局に求める役割の明確化を行っていくことが適当。
- データに基づく取組をより一層推進するために、国において標準化された指標づくりを進め、福祉事務所が当該指標を踏まえて目標・評価指標を設定した上で事業を実施し、評価していくことが適当。
- 頻回受診に係る相談支援や居場所づくりも含む社会生活面に着目した効果的な支援を始め、重複・多剤投薬等に係る支援、子どもや親への健康管理支援も進めていくなど、事業の機能強化を図ることが適当。

医療扶助の適正化

- 従来の頻回受診指導では効果が得られにくい未改善者に対し、保健指導・生活支援の視点を取り入れた丁寧な支援を行うことが適当。
- オンライン資格確認の導入により、頻回受診の傾向がある者への早期の状況把握及び助言等を行うことが適当。
- 頻回受診の受診回数の基準（定義）は、これまでの取組の成果やケースワーカーの業務負担、他制度の状況等も踏まえ、見直しは不要と考える。
- 医薬品の適正使用に係る取組は、令和5年1月に導入される電子処方箋の活用による情報連携の仕組みも活用しつつ、福祉事務所において健康増進の観点と医療扶助の適正実施の観点から取組を推進することが適当。

医療扶助に関する都道府県による関与

- 都道府県による市町村支援の強化について、国による医療扶助及び被保護者健康管理支援事業の取組に係る評価指標例を参考に、都道府県が適切な指標を設定し、管内自治体の取組状況を把握した上で、その結果を共有するとともに、必要な支援を行うことが適当。
- 都道府県による市町村支援を効果的に進めるため、医療扶助審議会について、都道府県の医学的な専門知識等を補強し、広域的観点から管内市町村に対する必要な助言その他の援助等を行う機関とした上で、法制上、位置づけることを検討していくことも考えられる。
- 都道府県等による医療機関への関与について、専門性を有する関係者の意見も踏まえつつ、指導対象となる医療機関を選定する際に頻回受診者が多いこと等も考慮することが適当。また、指導によっても改善しない場合に、適正な対応を求めるための新たな措置等も検討していくことが適当。
- 被保護者の国保等への加入は、他制度の被保険者の保険料負担や保険財政に与える影響が大きいため慎重な議論を行うことが適当。これまでの福祉事務所における頻回受診対策等の取組の成果も踏まえ、まずは、被保護者健康管理支援事業の取組強化や都道府県による市町村への支援等を強化することが適当。

令和4年「医療扶助に関する見直しに向けた整理」への対応状況

	令和4年 検討会の整理（主な内容）	左記への対応状況
被保護者 健康管理 支援事業	効果的・効率的な実施体制の構築 ・ 庁内関係部局（保健・国保等）との連携強化 ・ 医療関係団体等も含めた連携体制構築	「被保護者健康管理支援事業に関する担当者会議」を開催し、関係部局や医療関係団体等との連携事例を周知【令和3～5年度】
	EBPMの観点からの事業の推進 ・ 標準化された指標づくり ・ 福祉事務所のデータ収集・分析に対する支援（NDB活用等） ・ 社会生活面のスクリーニング項目の整理	・ 健康管理支援事業の実施に資するよう、NDBの分析結果を提供（医療の利用状況、健康状態など）【令和4年度～】 ・ 社会生活面の情報収集を行うフェイスシートの標準化を検討（一般向け、子ども向け）
	事業の機能強化 ・ 子どもや親への健康管理支援 等	子どもとその養育者への生活・健康支援モデル事業を実施【平成30～令和6年度】
頻回受診	社会的孤立や精神的不安など、従来の指導による未改善者について、保健指導・生活支援の対象とし、丁寧に対応	頻回受診等の課題を抱え、従来の指導では未改善の者等に対し、社会的居場所へのつなぎなど個別的・集中的な支援を実施するためのモデル事業を計上【令和6年度補正予算】
	オンライン資格確認の資格確認実績（ログ情報）を活用し、頻回受診の傾向がある者に、早期の状況把握・助言を実施	ログ情報活用のモデル事業を実施するとともに、当該事業の実施状況を踏まえ、ログ情報活用マニュアルを周知【令和6年度】
医薬品の 適正使用	処方薬剤数が一定以上の者に対し、薬剤師等と連携し、適正な服薬に向けた指導を実施	多剤投与者（同一月内に15種類以上の医薬品の投与を受けている者）に対する指導を実施【令和5年度～】
医療扶助に 関する 都道府県に よる関与	都道府県による市町村への支援の強化 ・ 都道府県による指標設定 ・ 管内自治体の取組状況の把握と結果共有 ・ 管内市町村に対する助言・援助を行う仕組み構築（医療扶助審議会の見直しや法制上の位置付け等）	都道府県による市町村支援の枠組みを創設【令和6年改正法／令和7年度施行】 ※ 社会保障審議会 生活困窮者自立支援及び生活保護部会の議論を経て、各自治体の状況に応じて、会議体の設置以外の手法も含めて柔軟かつ適切に対応できるよう法制化
	指導対象となる医療機関を選定する際に頻回受診者や多種類の医薬品の投与を受けている者が多いこと等も考慮	指導対象の選定時に参考とする医療機関の特徴として、「他の指定医療機関と比較して、頻回受診者や重複・多剤投与者の割合が高い」を追加【令和6年度～】

庁内連携・保健医療専門職協働に関する取組事例

- **保健事業など他制度の類似事業の知見・ノウハウの活用、情報共有、専門職との相談など、様々な連携形態により効果的に実施している事例がある。**

取組事例①

- **関係部局・外部有識者との連携の下、医療扶助のデータヘルス計画を作成。関係部局・専門職の役割を明確にし、企画段階から連携体制を構築。**
 - ・ 事業創設を受け、令和元年度に関係部局※・外部有識者から構成されるワーキンググループを設置し、データヘルス計画を策定。取組ごとに数値目標を設定し、目標に対する実施状況は、毎年度評価し、次年度の計画の見直しを実施している。 ※健康増進担当課、精神保健福祉センター、保健所。
 - ・ 保健部局とは双方にデータ分析結果を共有し、平素から密に情報共有が行われている(保健部局では被保護者も含む医療・介護・健診等データベースを保有)。
 - ・ 事業を効果的に推進するために、各区保健センター長が集まる会議の場で、データヘルス計画やデータの分析結果等の情報共有を行い、意見交換や協力依頼を実施。受診勧奨(対象者の抽出・受診券の郵送)は保護課が、健診は保健部局が実施し、健診結果に基づく保健指導は保健部局の保健師が実施するなど、関係部局・専門職との役割が明確となっている。 また、各ケースに応じて、介護保険・障害福祉サービスへ等の接続や、保健部局の保健師から被保護者も活用可能な地域資源の情報を提供してもらってつなぐなど、関係部局との有機的・効果的な連携体制が構築されている。

取組事例②

- **健康・医療情報に加えて質的情報も用いた分析や、国保加入者との比較分析など、多様な情報を活用した個別支援を実施。**
 - ・ 市政運営の最上位指針に位置づけられてる行政計画において、被保護者健康管理支援事業の推進を図る旨、記載されている。
 - ・ 事業方針としては、「医療の適正化」と「健康寿命の延伸」の2つを掲げ、取組内容・目標は国保データヘルス計画や健康増進計画等を参考に策定している。
 - ・ 現状分析では、被保護者の生活習慣病の有病率の上昇開始年齢を国保加入者と比較する等により、被保護者の特徴を把握。また、被保護者の健診・検診結果※や生活状況等が、全てシステム上で閲覧可能となっており、多様な情報を活用して個別支援を実施している。 ※ 保健部局からアクセス権限を付与され閲覧可能。
 - ・ 他法活用や頻回受診指導はケースワーカー(CW)が、個々の健康状態に応じた保健指導は保健師が行い、状況に応じて協働して家庭訪問や健康相談を行うなど、CWと保健師との連携によって充実した取組を実施している。

取組事例③

- **国保データヘルス計画を参考に、医療扶助のデータヘルス計画を作成。統括保健師を通じて、関係部局と組織的な連携により取組を実施。**
 - ・ 事業創設を受け、令和2年12月に国保データヘルス計画を参考に、データヘルス計画を作成。取組ごとに数値目標を設定し、毎年度末に評価委員会において評価し、課題や改善方法を検討、必要に応じて見直しを実施することとしている。
 - ・ 国保部局(保健部局の機能ももつ)が管理する健康情報システムを通じて、関係部局が保有する被保護者の情報が閲覧でき、円滑な情報連携が行われている。
 - ・ 国保部局に統括保健師が在籍し、気軽に相談できる関係が構築されているほか、当該保健師の調整により、その他の部局とも組織としての連携体制が構築され、要保護児童対策地域協議会や介護のケア会議にも関わることがある。国保部局とは、保健指導に係る勉強会や意見交換を週1回開催しているほか、同部局が開催する医療費適正化研修会に参加するなど、保健事業に係る知見・ノウハウが共有されている。

医療関係団体との連携に関する取組事例

- 地域の医療関係団体と連携した取組としては、保健指導や服薬管理業務を委託している事例や、事業の外部評価を実施している事例等がある。

取組事例①

■ 地区医師会に保健指導に関する業務を委託して実施している事例

- ・ 国保の特定保健指導は、地区医師会含む複数の医療機関に委託して実施していることから、その方法等を参考にして被保護者健康管理支援事業における保健指導の内容を検討し、地区医師会に委託して実施する方向で調整を進めている。（令和3年度も地区医師会に委託する予定で調整を進めていたが、新型コロナウイルス感染症の影響により契約締結には至っていない。）
- ・ 地区医師会に委託する保健指導の対象者については、健診結果だけではなく、ケースワーカーからの意見も踏まえて選定することとし、最大6か月間の保健指導を受けることとなっている。
- ・ なお、本保健指導の対象者にはなっていないが保健指導が必要と考えられる者や、本保健指導の実施結果から更なる支援が必要と考えられる者又は脱落した者については、地区医師会とは別に契約している外部業者による個別訪問支援等につなげることで、切れ目のない支援としていくことを想定している。

取組事例②

■ 地区薬剤師会に服薬管理に関する業務を委託して実施している事例

- ・ 保健所の薬剤師から、健康管理における服薬管理の重要性について助言されたことを受け、薬の飲み忘れや過剰な服用による健康被害を予防するための取組について検討を開始。地区薬剤師会との相談・調整を重ね、令和3年途中から服薬管理業務を委託契約により実施することとなった。
- ・ 取組の対象者は、65歳以上で多剤(令和3年度は14剤以上)の内服薬が処方されている者(在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導(薬剤師)を利用している者を除く)等とし、事前にケースワーカーと健康管理支援員(保健師・看護師・精神保健福祉士いずれかの有資格者)が同行訪問して服薬状況を確認した上で、以下の流れで実施している。
 - ① 残薬や重複処方されている薬がある場合は、指定薬局にて薬を整理・調整するよう対象者に指導。
 - ② 指定薬局にて薬剤師による服薬の調整を行い、服薬管理方法や服薬方法等の課題がある場合は、対象者に指導。
 - ③ 指定薬局の薬剤師は、支援・対処内容について福祉事務所に報告。

取組事例③

■ 地区医師会による事業の外部評価を実施している事例

- ・ 毎年、地区医師会の担当理事を招集して、指定医療機関の個別指導実施計画の協議会を開催しているため、この機会に合わせて、被保護者健康管理支援事業の外部評価も同時開催している。
- ・ 事業評価に当たっては、あらかじめ設定した中長期・単年度の評価指標に沿って行うこととし、上記の外部評価及び内部評価結果を踏まえて、次年度の事業計画に反映している。

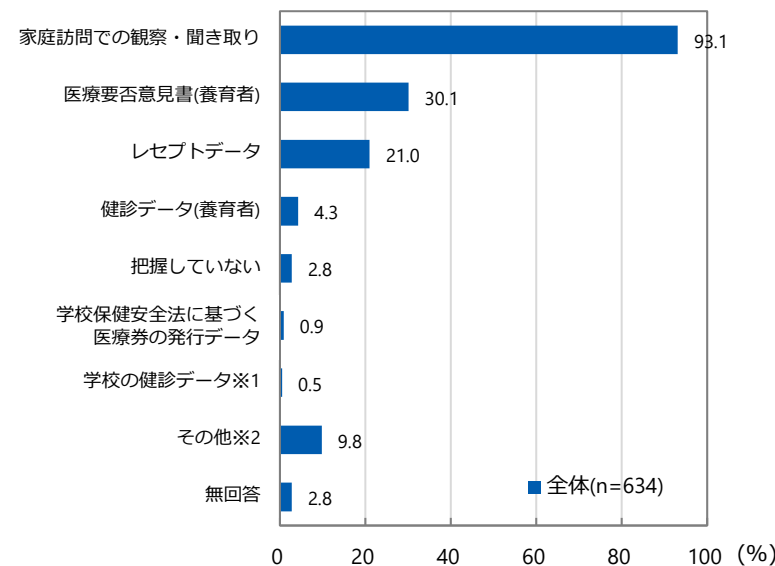
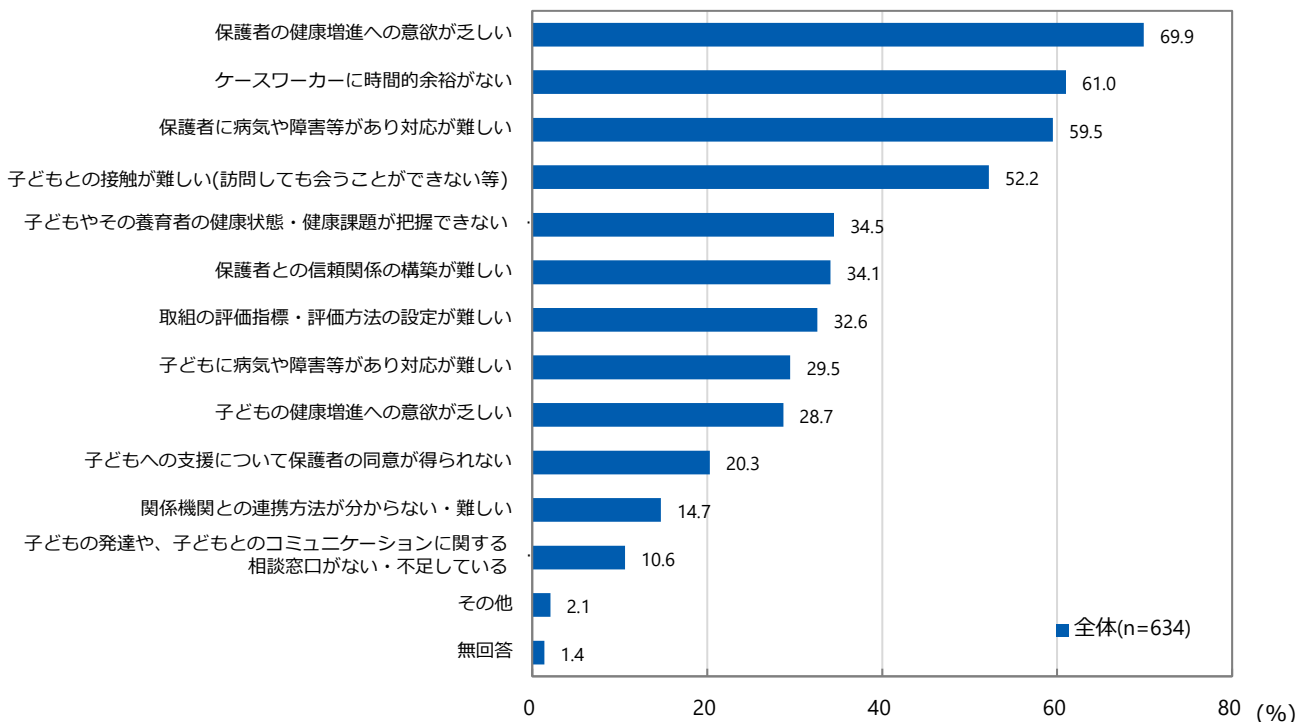
子どもの健康生活支援の実施状況

- 現在、子どもの健康面に着目した支援に取り組む福祉事務所は限られているが、モデル事業※等において、教育委員会と連携した取組や、子どもの学習・生活支援事業と連携した取組等など、様々な実施形態による取組が把握されている。
- 取組内容としては、モデル事業の活用の有無にかかわらず、**歯科医療機関への受診勧奨や、調理技術の習得や食育など食事を切り口とした取組が比較的多くみられ**、それにより、受診率が向上したり、健康意識に変化がみられたりするなど、一定の効果が出ている事例もある。
- 一方、健康生活支援を行う上での課題としては、「保護者の健康増進への意欲が乏しい」(69.9%)、「ケースワーカーに時間的余裕がない」(61.0%)、「保護者に病気や障害等があり対応が難しい」(59.5%)、「子どもとの接触が難しい」(52.2%)の割合が高い。

※ 子どもとその養育者に対する健康生活支援モデル事業(平成30年度～令和6年度)

生活保護受給世帯・生活困窮世帯の子どもやその養育者の健康支援を行う上での課題

(参考) 健康面で支援が必要な子どもやその養育者の把握方法



※1 学校・教育委員会から健診データを入手しているのではなく、保護者が自発的に持参する健診データを活用していたもの。

※2 要保護児童対策地域協議会からの情報連携、家庭児童相談室・家庭児童相談員等との情報共有、学校関係者・保育園との情報共有、母子保健課や子育て支援課との連携による情報共有等。

子どもの健康生活支援に関する取組事例

○ 子どもへの健康生活支援としては、モデル事業での取組のほかに、被保護者健康管理支援事業の一環で取り組んでいる事例等がある。

取組事例①

■ 教育委員会と連携した取組事例(モデル事業)

- 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。具体的な流れは、以下の通り。
 - 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。
 - 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。
 - 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。

取組事例②

■ 地域歯科医師会と連携した取組事例(モデル事業)

- 児童のう蝕有病者率や一人平均う蝕歯数は年々減少傾向だったが、一人平均う蝕歯数の市町村間格差は5～9倍で推移。また、生活困窮世帯は一般世帯と比較してう蝕数が多い傾向にあるほか、口腔崩壊の子どもも確認されていたことから、生活困窮世帯と一般世帯の健康格差縮小と生活習慣改善を図るために、地域歯科医師会と連携して、学習支援教室に歯科医師・歯科衛生士を派遣し、歯科健診・口腔ケアを実施。具体的な流れは、以下の通り。
 - 12歳児(中学1年生)の一人平均う蝕歯数が県平均超かつフッ化物洗口を未実施の小中学校あがる市町村を選定。
 - 各市町村で、県・市町村職員、歯科医師・歯科衛生士、学習支援教室の関係者等による調整会議を実施し、各市町村で学習支援教室を選定。
 - 学習支援教室の学習支援員から保護者向けに案内し、同意が得られた児童生徒に対して歯科健診を実施。問題がみられた児童に対し、歯科衛生士が歯科保健指導を実施。必要に応じて、歯科医療機関への受診勧奨。このほか、週1回の口腔ケア指導・フッ化物洗口、年5回の歯科健診の実施。

取組事例③

■ 子どもの学習・生活支援事業と連携した取組事例(モデル事業)

- 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、子どもの学習・生活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、食に関する基本的な知識・技術の習得等に向け、以下の取組を実施。
 - 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、や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、片付け等の実習を実施。

取組事例④

■ 被保護者健康管理支援事業の一環で、母子世帯も対象にした取組事例

- 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、対象者を幅広く抽出。母子世帯を含む様々な属性の方を対象者とし、管理栄養士が被保護者向けの「健康管理プログラム」(被保護者の健康に関する生活習慣の形成を目的に行う独自のプログラム)を実施。
- 母子世帯に介入したケースにおいて、子どもの生活習慣・食習慣の改善を通じて、養育者の食習慣に大きな変化がみられる等の成果があった。

生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律（令和6年法律第21号）の概要

改正の趣旨

単身高齢者世帯の増加等を踏まえ、住宅確保が困難な者への安定的な居住の確保の支援や、生活保護世帯の子どもへの支援の充実等を通じて、生活困窮者等の自立の更なる促進を図るため、①居住支援の強化のための措置、②子どもの貧困への対応のための措置、③支援関係機関の連携強化等の措置を講ずる。

改正の概要

1. 居住支援の強化のための措置【生活困窮者自立支援法、生活保護法、社会福祉法】

- ① 住宅確保が困難な者への自治体による居住に関する相談支援等を明確化し、入居時から入居中、そして退居時までの一貫した居住支援を強化する。（生活困窮者自立相談支援事業、重層的支援体制整備事業）
- ② 見守り等の支援の実施を自治体の努力義務とするなど、地域居住支援事業等の強化を図り、地域での安定した生活を支援する。
- ③ 家賃が低廉な住宅等への転居により安定した生活環境が実現するよう、生活困窮者住居確保給付金の支給対象者の範囲を拡大する。
- ④ 無料低額宿泊所に係る事前届出の実効性を確保する方策として、無届の疑いがある施設に係る市町村から都道府県への通知の努力義務の規定を設けるとともに、届出義務違反への罰則を設ける。

2. 子どもの貧困への対応のための措置【生活保護法】

- ① 生活保護世帯の子ども及び保護者に対し、訪問等により学習・生活環境の改善、奨学金の活用等に関する情報提供や助言を行うための事業を法定化し、生活保護世帯の子どもの将来的な自立に向け、早期から支援につながる仕組みを整備する。
- ② 生活保護世帯の子どもが高等学校等を卒業後、就職して自立する場合に、新生活の立ち上げ費用に充てるための一時金を支給することとし、生活基盤の確立に向けた自立支援を図る。

3. 支援関係機関の連携強化等の措置【生活困窮者自立支援法、生活保護法】

- ① 就労準備支援、家計改善支援の全国的な実施を強化する観点から、生活困窮者への家計改善支援事業についての国庫補助率の引上げ、生活保護受給者向け事業の法定化等を行う。
- ② 生活困窮者に就労準備支援・家計改善支援・居住支援を行う事業について、新たに生活保護受給者も利用できる仕組みを創設し、両制度の連携を強化する。
- ③ 多様で複雑な課題を有するケースへの対応力強化のため、関係機関間で情報交換や支援体制の検討を行う会議体の設置（※）を図る。
※ 生活困窮者向けの支援会議の設置の努力義務化や、生活保護受給者の支援に関する会議体の設置規定の創設など
- ④ 医療扶助や健康管理支援事業について、都道府県が広域的観点からデータ分析等を行い、市町村への情報提供を行う仕組み（努力義務）を創設し、医療扶助の適正化や健康管理支援事業の効果的な実施等を促進する。

施行期日

令和7年4月1日（ただし、2②は公布日（※）、2①は令和6年10月1日）※2②は令和6年1月1日から遡及適用する。

(都道府県の援助等)

- 第八十一条の二 都道府県知事は、市町村長が行う医療扶助及び被保護者健康管理支援事業について、市町村の区域を超えた広域的な見地から調査、分析及び評価（以下この条において「調査等」という。）を行い、市町村長に対し、医療扶助の適正な実施及び被保護者健康管理支援事業の効果的かつ効率的な実施に関する技術的事項について、当該調査等に基づく情報の提供その他必要な援助を行うよう努めるものとする。
- 2 都道府県知事は、調査等の実施に関し必要があると認めるときは、市町村長に対し、必要な情報の提供を求めることができる。
- 3 厚生労働大臣は、都道府県知事が調査等を円滑に行うため必要な支援を行うものとする。

【市町村支援】

「共通指標」一覧（生活習慣病予防・重症化予防）

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

【市町村支援】 「共通指標」一覧（受診動向）

観点	分類	共通指標		データソース	参考とした指標等	令和6年度データ分析支援ツールへの格納有無
			目標設定			
Ⅱ 受診動向	1. 医療扶助費の動向	⑩ 1人当たり医療扶助費（実績・年齢調整）		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
		ア 年齢階級別				
		イ 診療種別（「入院」、「入院外」、「歯科」）				
		ウ 疾病分類別（「精神・行動の障害」等20分類）				
		⑪ 受診率		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
		⑫ 1日当たり医療費		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
		⑬ レセプト1件当たり診療日数		NDB	医療費適正化計画 （医療費見込みを推計）	○
	2. 長期入院の動向	⑭ 長期入院指導対象者割合		自治体報告	医療扶助独自	○
		ア 書類検討総数（180日を超えた患者数）				
		イ 退院又は移替え等が行われた者				
	3. 頻回受診者の動向	⑮ 頻回受診指導対象者割合	◎	自治体報告	医療扶助独自	○
		ア 受診状況把握対象者数				
		イ 頻回受診指導実施者数				
		ウ 改善者数				

【市町村支援】

「共通指標」一覧（医薬品の適正使用、健康管理支援事業の実施状況）

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

【市町村支援】 都道府県における目標設定の手法・水準

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

設定手法

都道府県が主導して
目標設定を行うパターン

市町村が定める目標値を積み上げ
都道府県が目標設定を行うパターン

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

具体的なパターン（一例） ※以下の他にも多様な手法が考えられる

パターン① 都道府県において目標値を設定

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

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

水準の考え方

「平均値」を意識した
水準の考え方

「他分野との関係」を意識した
水準の考え方

その他の考え方

具体的なパターン（一例） ※以下の他にも多様な考え方が考えられる

パターン① 全国の平均値を目指す

パターン② 管内すべての市町村が、当該都道府県の平均値を目指す

パターン③ 管内すべての市町村が、同規模市町村の平均値を目指す

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

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

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

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

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

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

医療要否意見書（様式）

様式第13号

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科		※1 新規 2 継続(単・併)		※ 受 理 年 月 日		年 月 日	
(氏 名) (歳)に係る医療の要否について意見を求めます。							
令和 年 月 日							
院 (所) 長 殿							
福祉事務所長 印							

傷 病 名 又 は 部 位	(1)	初 診 年月日	(1)	年 月 日	転 帰 (継続のとき記入)	年 月 日			
	(2)		(2)	年 月 日		治	死	中	
	(3)		(3)	年 月 日		ゆ	亡	止	
主 要 症 状 及 び 今 後 の 診 療 見 込 (今後の診療見込に関する臨床検査結果等を記入して下さい。)									
治療見込期間	入院外	か月 日間	概 算	(1)今回診療日以降 1か月間	(2)第2か月目以降 6か月目まで	福祉事務所の 連絡事項			
	入 院	期 間	か 月 日 間	医 療 費	円		円		
		(予定) 年月日	年 月 日		(入院科 円)		(入院科 円)		
上記のとおり (1 入院外 2 入院) 医療を (1 要する 2 要しない) と認めます。									
令和 年 月 日									
福祉事務所長 殿									
指定医療機関の所在地及び名称 院 (所) 長 担 当 医 師 (診療科名)									
※ 嘱 託 医 の 意 見									

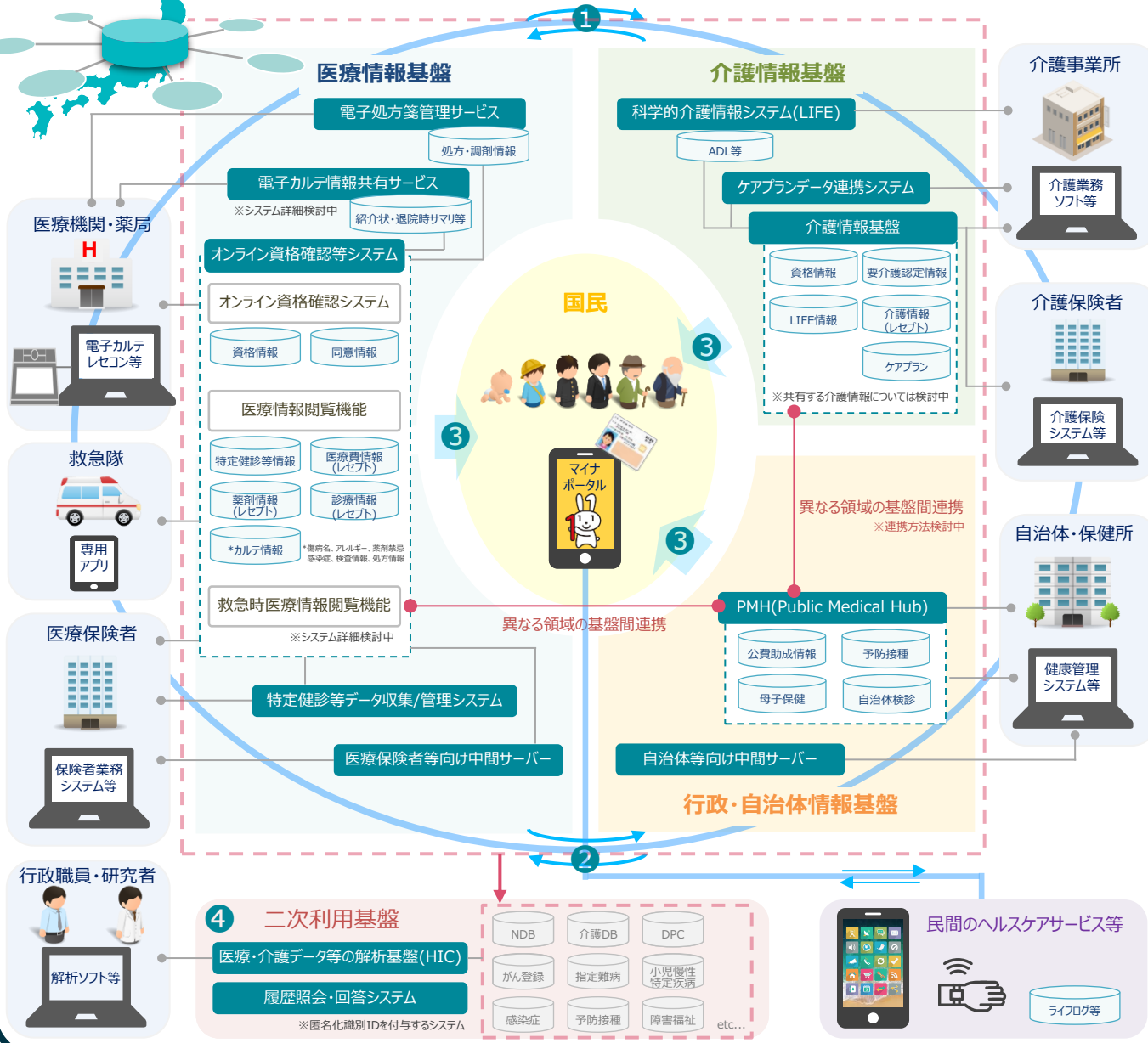
(切・取・線)

※発行年月日	年 月 日	診療料・検査料請求書			
※受理年月日	年 月 日	令和 年 月 日			
福祉事務所長 殿					
指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名					
下記のとおり請求します。					
この券による 診療年月日	年 月 日	※受診者氏名 (歳)			
請求額	診 察 料	初・再	点	(検査名)	
	"		"		
	"		"		
合 計		点 円	※社保等負担額	円	差 引 計 円

※発行取扱者

印

全国医療情報プラットフォーム



「医療DXのユースケース・メリット例」

1 救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有

- ✓ 意識不明時に、検査状況や薬剤情報等が把握され、迅速に的確な治療を受けられる。
- ✓ 入退院時等に、医療・介護関係者で状況が共有され、より良いケアを効率的に受けられる。



2 医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減

- ✓ 受診時に、公費助成対象制度について、紙の受給者証の持参が不要になる。
- ✓ 情報登録の手間や誤登録のリスク、費用支払に対する事務コストが軽減される。



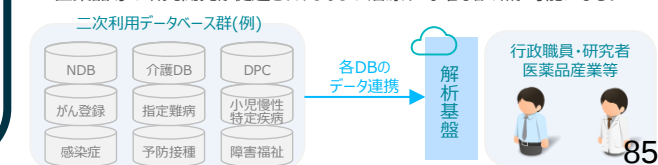
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診券や接種券がデジタル化され、速やかに接種勧奨が届くので能動的でスムーズな接種ができる。予診券・問診票を何度も手書きしなくて済む。
- ✓ 自分の健康状態や病態に関するデータを活用し、生活習慣病を予防する行動や、適切な受診判断等につなげることができる。



4 公衆衛生、医学・産業の振興に資する二次利用

- ✓ 政策のための分析ができることで、次の感染症危機への対応力強化につながる。
- ✓ 医薬品等の研究開発が促進され、よりよい治療や確かな診断が可能になる。

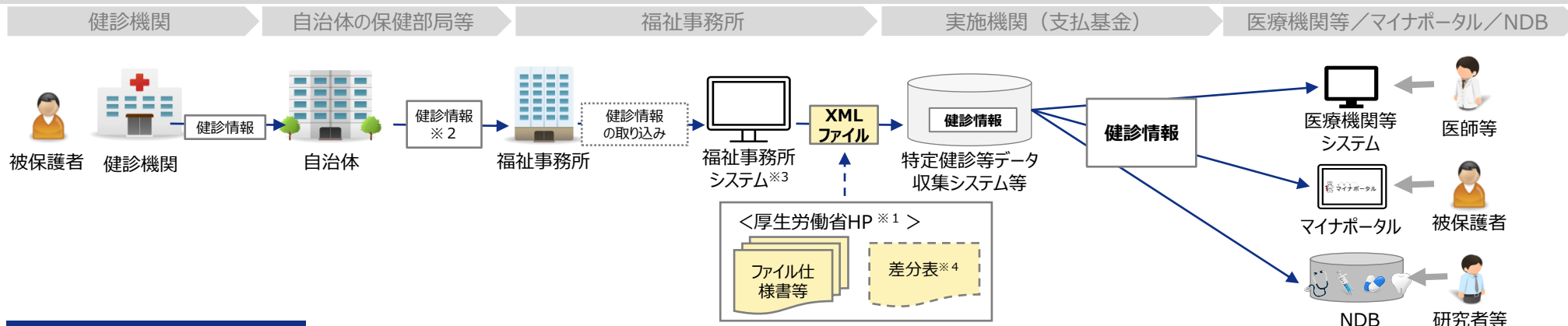


健診情報 / 保健指導情報のデータ連携

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

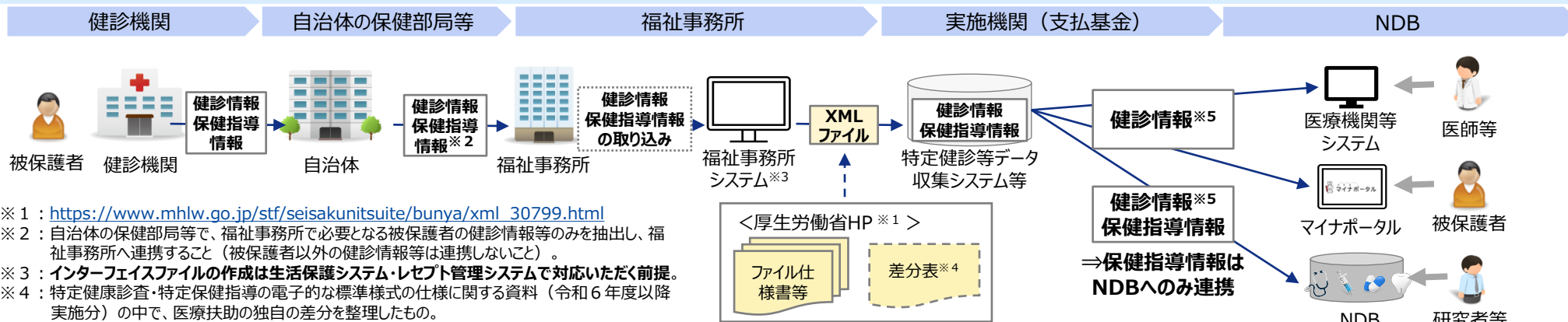
現在（R6.3～R8.3）

健診情報のデータ連携



R8.4以降

健診情報及び保健指導情報のデータ連携（R8年度～）



⇒保健指導情報は
NDBへのみ連携

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

介護情報基盤による介護情報の共有範囲（介護情報基盤運用開始後）

★：作成主体 ○：これまで主に情報共有され、今後も介護情報基盤で共有される主体
◎：今後、原則利用者の同意を前提に介護情報基盤で情報共有される主体

社会保障審議会 介護保険部会（第123回）	資料 7
令和 7 年 7 月 28 日	

情報の種類	様式等	介護情報基盤で情報共有する関係者					
		利用者	市区町村	居宅介護支援事業所（※1）	介護事業所		医療機関
					作成者		作成者
要介護認定情報	①認定調査票		★	◎			
	②主治医意見書		○	◎	★ （※2）		★
	③介護保険被保険者証（要介護度等を含む）	○	★	○	○		○
	④要介護認定申請書	★	○				
請求・ 給付情報	①給付管理票	○	○	★			
	②居宅介護支援介護給付費明細書	（※3）	（※3）				
	③介護給付費請求書						
	④介護予防・日常生活支援総合事業費請求書						
	⑤居宅サービス・地域密着型サービス給付費明細書	○	○		★		
	⑥介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書	（※3）	（※3）				
	⑦介護予防・日常生活支援総合事業費明細書						
	⑧施設サービス等介護給付費明細書						
LIFE情報	①LIFE情報（ADL等）	◎	◎	◎	★	◎	◎
ケアプラン	（1）居宅サービス ①第1表 居宅サービス計画書(1) ②第2表 居宅サービス計画書(2) ③第3表 週間サービス計画表 ④第6表 サービス利用票 ⑤第7表 サービス利用票別表 （2）施設サービス ⑥第1表 施設サービス計画書(1) ⑦第2表 施設サービス計画書(2) ⑧第3表 週間サービス利用表	○	◎	★	○		◎
住宅改修 費利用等 の情報	①介護保険住宅改修費利用情報 ②介護保険福祉用具購入費利用情報	◎	★	◎			

※1 介護事業所等に所属し、利用者のケアプランを作成する介護支援専門員を含む。 ※2 主治医意見書を作成する介護老人保健施設及び介護医療院に限る。
※3 すでに必要な関係者には電子的に共有されているため介護情報基盤には格納しないが、活用方法については引き続き検討。
注）点線で区切られたマスは、左側が当該情報を作成した事業所等、右側がそれ以外の事業所等を示す。

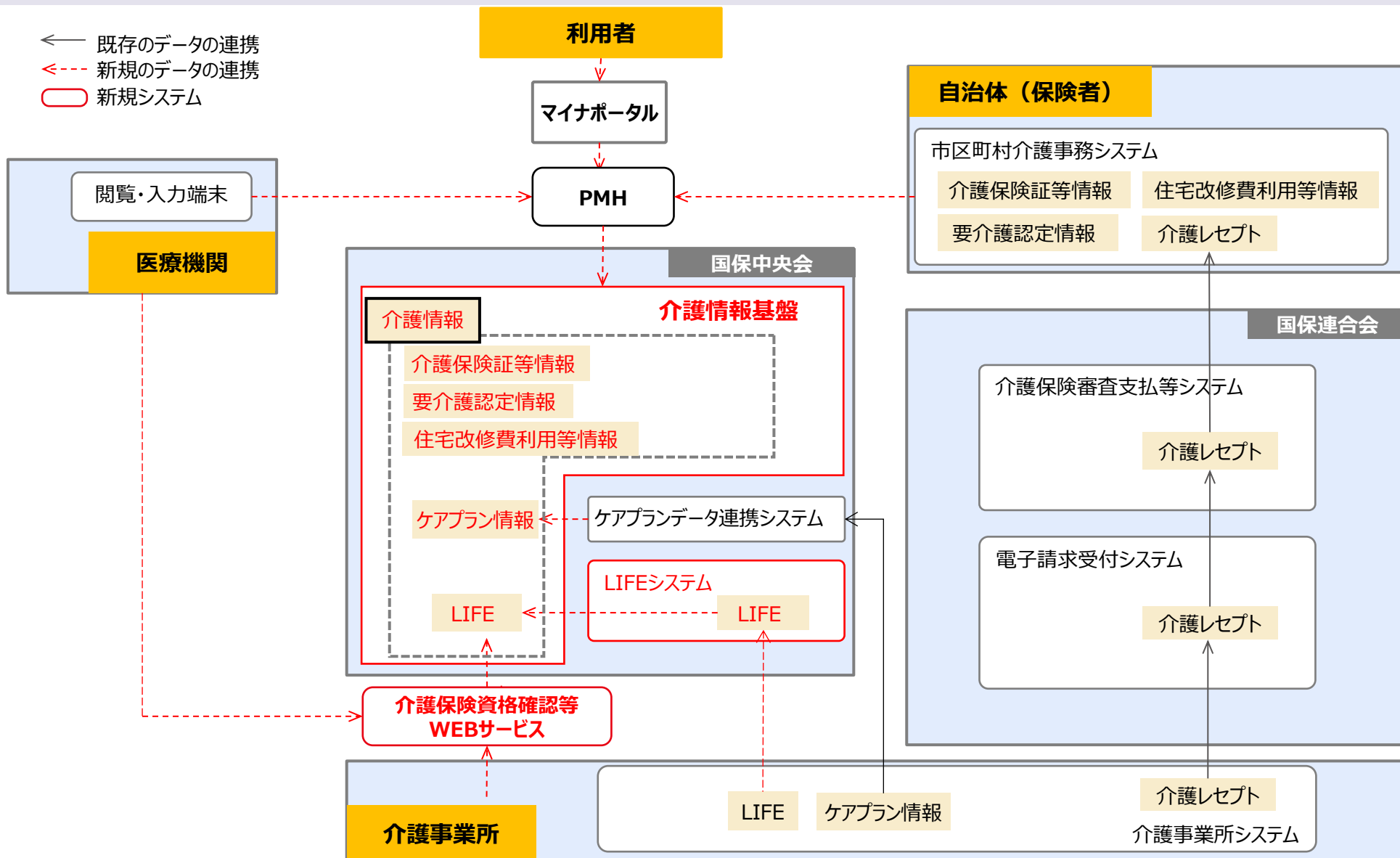
介護情報基盤と情報の流れのイメージ（令和8年度以降）

社会保障審議会
介護保険部会（第118回）

資料 2

令和7年3月17日

- 国保中央会において新規開発をする介護情報基盤を中心に、既存システムも活用した全体構成として検討を進めている。
- 介護情報基盤の情報を、利用者、自治体、介護事業所、医療機関がそれぞれ連携・閲覧する。



介護情報基盤の活用により想定されるメリット・活用イメージ



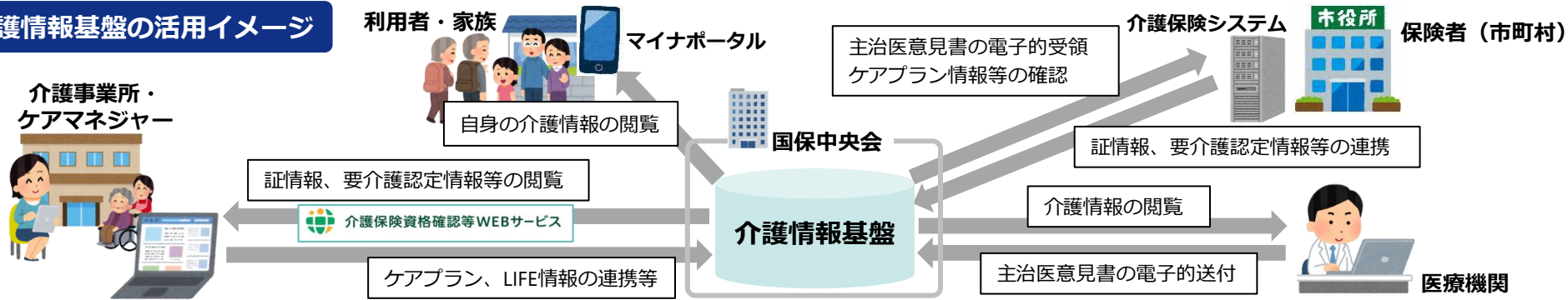
- ・関係者間での要介護認定に必要な書類等のやりとりがスムーズになり、**要介護認定に要する期間が短縮**される。
- ・サービス利用時における複数の証の提示が簡素化されることで、**複数の証を管理・提示する負担が軽減**される。
- ・自身の介護情報を確認できるため主体的な介護サービスの選択等につながるとともに、事業所間や多職種間の連携が強化され、本人の状態に合った適切なケアの提供が可能となるなど、**介護サービスの質の向上が期待**できる。

- ・要介護認定申請の進捗状況や、ケアプラン作成等に必要な要介護認定情報について、ケアマネジャーがWEBサービス画面上で随時確認可能となるため、**市町村への電話や窓口での進捗状況の確認への対応や、ケアプラン作成等に必要な要介護認定情報の窓口・郵送での提供が不要**となり、**業務負担の軽減や印刷・郵送コストの削減が可能**となる。
- ・主治医意見書について、医療機関から電子的に送付され、介護保険事務システムで取得可能となるため、**要介護認定事務の迅速化や文書管理コストの削減が可能**となる。

- ・要介護認定申請の進捗状況について、ケアマネジャーがWEBサービス画面上で随時確認可能となるため、**市町村への電話等での問い合わせが不要**となり、**業務の効率化**につながる。
- ・ケアプラン作成に必要な要介護認定情報をケアマネジャーがWEBサービス画面上で随時確認可能となるため、**情報提供を市町村へ依頼する手続きや市町村窓口・郵送での受取が不要**となり、**迅速なケアプランの作成が可能**となる。
- ・電子による資格情報の確認が可能となることで、**サービス提供時の証の確認等にかかる業務負担が軽減**される。
- ・介護情報基盤を活用することで、利用者の情報を事業所間や多職種間で共有・活用しやすくなり、本人の状態に合った適切なケアの提供が可能となるなど、提供する**介護サービスの質の向上が期待**できる。

- ・**主治医意見書について、市町村への電子的提出が可能**となることで、**郵送が不要**となり、**業務負担が軽減**される。また、過去の主治医意見書の閲覧が可能となる。
- ・ケアプランやLIFE等の情報の活用により、**利用者の生活に関する情報や必要な医学的管理の情報の把握が可能**となる。

介護情報基盤の活用イメージ



介護情報基盤でできること：介護保険被保険者証の電子化

効果を記載した枠の背景色は当該効果が期待される主体の色。（例：①は利用者・家族、保険者の2者）

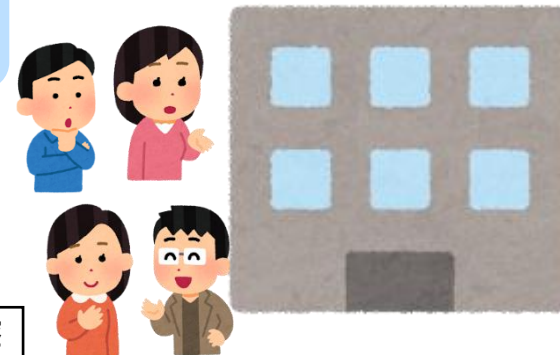
利用者・家族



①紛失等による被保険者証の再発行の手間がなくなる

②居宅・施設ともに負担割合証の毎年8月頃の更新に係る発行・確認・入力の手間が大幅に削減される

保険者（市町村）



介護情報基盤

③事業所の介護ソフトとデータ連携できることにより、手入力の負荷削減、入力ミスによる返戻等の削減が期待できる

介護保険資格確認等WEBサービス
（画面イメージ）



④要介護度の決定、居宅介護支援の届出の際などに被保険者証に何度も追記、発行する必要がなくなる

⑤要介護度の高い利用者の認定結果通知や被保険者証について事業所職員が窓口で代行して受領する必要がなくなる

⑥紛失等による被保険者証の確認の手間がなくなる
※被保険者証のみならず限度額認定証等も同様

介護事業所・ケアマネジャー



医療機関

