



医療扶助・健康管理支援等に関する主な論点

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援
2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等
 - (1) 医薬品の適正使用に向けた取組
 - (2) 適正受診に向けた取組等
3. 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

＜総論＞

検討に当たっての視点

＜各論＞

- 1．効果的な健康管理支援
- 2．医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等
 - （１）医薬品の適正使用に向けた取組
 - （２）適正受診に向けた取組等
- 3．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

検討に当たっての視点

<生活保護受給者の状況>

- 生活保護受給者は、国民全体よりもさらに**高齢化**が進行。
単身世帯・非稼働世帯の割合が高く、**孤独・孤立や精神面の不調**など個々が抱える課題は様々。
- 有病状況では、糖尿病など**生活習慣病**の罹患率が高く、特に比較的若い世代でも高い状況。
受診・服薬等の状況では、市町村国保等と比べ、**外来の受診日数や処方される医薬品の種類数が多い**傾向。

<検討に当たっての視点>

- 生活保護制度の目的は、最低生活の保障と自立の助長。日常生活面の自立（健康・生活管理等）に資するよう、**疾病の予防・重症化予防に向けた効果的な支援、受診・服薬等の状況を踏まえた健康・生活課題の早期把握、当該課題に応じた適切な対応（リスクの低減、生活支援の質向上など）等を強化していく視点が重要。**
併せて、こうした支援・対応等を通じて適正受診や医薬品の適正使用等も進め、医療保険制度と同様に、医療資源の効率的な活用を図ることで、**生活保護制度に対する信頼を高めていく視点も重要。**
- 支援・対応等の強化に当たっては、関係者が有する専門性・ノウハウ等の効果的な活用に向けて、**福祉事務所と関係部署・医療関係者との連携を一層推進していく視点が不可欠。**
併せて、医療現場と自治体のいずれにおいても人員確保や業務負担が課題となっている中、**デジタル活用も含めた業務の効率化や、業務の重点化（優先順位付け等）を進めていく視点も重要。**

検討に当たっての視点

前回のご発言

- 頻回受診の指導など医療扶助の適正化は、生活保護制度の信頼性の確保という点から非常に重要。健康管理支援も、将来の医療費抑制や自立支援という観点から大変重要。
- 自治体では、国保も含め、医療費の総量抑制は大変大きな問題。生活保護の医療扶助も、効果的な健康管理をしながら、いかに医療扶助の適正化を加速していくかというところが急務。
- 生活保護の方が緊急入院されたとき、ケースワーカーから生活状況を教えていただいて、治療方針と一緒に考えることができた。低血糖を繰り返さないようにとか、生活状況に合わせた医療は非常に重要。住民の身近にいるケースワーカーが、この仕事の大切さややりがいを感じてもらえるような仕組みにできるとよい。
- 高齢化の問題と、医療扶助費が生活保護費の半分を占めるという問題。地域の社会関係資本を豊かにして、単に医療だけに頼らない仕組みまで考えないと、なかなか前に進まないのではないかな。
- ケースワーカー、保健師、かかりつけ医や薬局など地域の医療資源が、自立の基盤である健康づくりや個々の生活支援に向け、しっかりと連携していくことが必要。
- ケースワーカーが適正受診や重複・多剤投与についてアプローチをする際、被保護者・医療機関・薬局から「受診を減らすことで病状が悪化したら、福祉事務所は責任を取れるのか」と言われたときに適切な回答ができるかどうか。どのように関係者と連携しながら、一段強い取組ができるのか検討が必要。
- 限られたマンパワーの中で業務負担がどんどん増えている。どのように効率化するかが課題。

4. 「3つの自立」の考え方

(1) 生活保護における「自立」

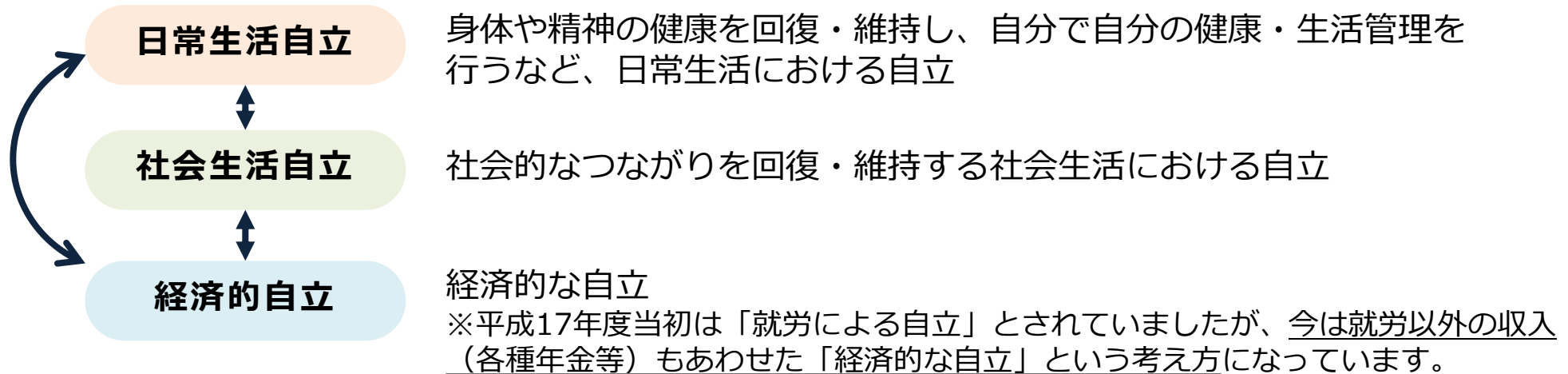
- 平成16（2004）年12月、**生活保護における「3つの自立」**の考え方が明らかにされました。^{*1}
- 平成17（2005）年度からは、**「経済的な給付に加え、組織的に被保護世帯の自立を支援する制度に転換するため」**、「自立支援プログラム」が導入^{*2}されました。

^{*1}社会保障審議会福祉部会「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」報告書

^{*2}（「平成17年度における自立支援プログラムの基本方針について」：平成17年3月31日 社援発0331003号厚生労働省社会・援護局長通知）

(2) 生活保護における「3つの自立」

「自分でなんでもやること」ではありません



生活保護は「3つの自立」を並列に支援していく制度です。
また「自立支援」は本人主体で行われます（法第27条の2が根拠）。
「させる」という言葉を使わないのが支援の基本姿勢です。



<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援

2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等

(1) 医薬品の適正使用に向けた取組

(2) 適正受診に向けた取組等

3. 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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

効果的な健康管理支援

現状・課題

- 平成30年の生活保護法改正により「被保護者健康管理支援事業」が必須事業化（全福祉事務所で実施／令和3年1月施行）。医療保険のデータヘルスを参考に、福祉事務所において、データに基づき生活習慣病の発症予防や重症化予防等の取組を推進することとし、国において「被保護者健康管理支援事業の手引き」を作成・周知。
- 施行後5年目を迎える中、以下のとおり**事業の各段階に課題**。また、全体を通じて、福祉事務所の**体制面に課題（マンパワー不足・業務多忙、専門職の確保が困難、知識・技術の不足）**。

段階		手引きの内容	主な課題
①	現状・健康課題の把握	現状（健康・医療情報等）を調査・分析し、健康課題を把握。	✓データ分析の実施に係る知識・技術の不足
②	事業企画	事業方針の策定、対象者の抽出・参加予定者の絞り込み、目標・評価指標の設定、支援内容の検討を実施。 【取組例】 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【必須】	✓事業方針の内容等に課題 （健診受診勧奨を実施しつつも保健指導等は未実施等） ✓関係部署との連携に課題 （健康増進事業実施部門による保健指導の結果等について情報提供を受けていない等） ✓個々の健康状態・生活習慣の把握に課題 （健診未実施自治体、健診受診率の低さ等）
③	事業実施	集団又は個人への介入を実施。個人への介入の場合、個別支援計画の作成・支援・評価を実施。	✓健康意識の向上・健康管理への動機付けに課題
④	事業評価	設定した評価指標に沿って評価を実施。 （ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）	✓効果測定や評価の実施手法に係る知識が不足
⑤	事業報告	厚生労働省への事業報告を実施。	✓報告様式が煩雑 ✓都道府県が管内自治体の実施状況を把握するのが困難

効果的な健康管理支援

主な論点

- 健康管理支援について、地域ごとに健康課題や実施体制が異なることに留意の上、**各自治体で適切に効果評価を実施しながら、取組の質向上を図っていくことが重要**。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - **被保護者健康管理支援事業の枠組み**について、各自治体において、**中長期的な視点を持ちつつ、健康課題に応じた事業の企画・実施や適切な効果評価が進められるような仕組みづくり**
 - * 令和7年度社会福祉推進事業において、医療保険の「第3期データヘルス計画（令和6～11年度）」や「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」等の取組を参考にしつつ、「被保護者健康管理支援事業の手引き」の見直しについて検討中。具体的な検討状況は次頁のとおり。
 - 個々の生活保護受給者の**健康状態・生活習慣を適切に把握する取組**
（例えば、ケースワークで把握される情報の活用、簡易な生活習慣の確認シートの活用 など）
 - 個々の生活保護受給者の**健康意識の向上・健康管理への動機付けに向けた効果的な取組**
（例えば、健康教育、自治体が実施する健康インセンティブの活用、自治体の好事例の共有・展開 など）
 - **関係部門や関係機関等との連携強化**に向けた方策
（例えば、国保・健康増進部門との連携、地域の医療関係者との連携、他の自治体事業との連携 など）

【参考】「被保護者健康管理支援事業の手引き」に係る見直しの検討状況

○令和7年度社会福祉推進事業「医療扶助等における都道府県による援助等の推進に向けた調査研究事業」において、「被保護者健康管理支援事業の手引き」の見直しに向けた方向性に係る調査研究を実施中。具体的には、有識者や自治体から構成される委員会を開催し、福祉事務所の実態調査の結果等を踏まえつつ検討。

論点	検討中の内容
中長期的な視点での事業企画	○現状では、各福祉事務所が各々に「計画期間」を定めつつ、「事業方針」を策定。 ○中長期的な視点での事業企画（健康課題の分析、事業内容の検討）や効果評価等を進めるため、データヘルス計画を参考に「<u>計画的な実施（原則1期6年）を念頭に、各福祉事務所で、地域の課題・体制を踏まえ、事業内容や評価指標・目標値を設定するよう見直すこと</u>」について、どう考えるか。 *国において毎年度求めている事業報告を簡素化
評価指標の標準化	○現状では、国が示す「指標例」を参考に、各福祉事務所が各々に「評価指標」を設定。 ○自治体間の「客観的な比較」を通じた課題分析等を可能とするため、第3期データヘルス計画における取組（共通の評価指標）を参考に「<u>国において『標準的な指標』を設定すること</u>」について、どう考えるか。
事業内容の整理・標準化	○現状では、国が示す「取組例」を参考に、各福祉事務所が各々に「実施する事業内容」を検討。 ○医療保険の取組を参考に「<u>①健康状態の把握、②状態に応じた個別の支援（ハイリスクアプローチ）、③健康教育や普及啓発等（ポピュレーションアプローチ）の3つの柱に沿って、地域の課題・体制を踏まえた重点的な取組内容を検討するよう見直すこと</u>」について、どう考えるか。 *国において各種取組の具体的なプログラム例を提示
関係部局との連携強化	○現状では、国は連携すべき関係部局を示しているのみ。 ○福祉事務所と関係部局との連携強化に向け、「<u>国において、各部局との連携に係る『具体的な観点』や『具体的な調整方法』を示すこと</u>」について、どう考えるか。

*厚生労働省において、令和7年度社会福祉推進事業「医療扶助等における都道府県による援助等の推進に向けた調査研究事業」の検討状況を確認して整理したもの

前回の議論

<事業の枠組み等>

- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」は、令和2年度から開始し、現在ほぼ全ての市町村で実施。効果評価や質の向上を目指す段階に入ってきた。限られたマンパワーの有効活用に向け、ハイリスクアプローチについて、どういう対象者にどのように働きかければよいか、実施しやすい方法を提示。対象者はレセプト等各種情報を統合したデータベースから抽出。悩む必要のないよう進めている。地域の医療機関との連携等も重要な課題。
- 福祉事務所の規模別で、取組内容や取り組みやすい方法が異なっているのではないかと。医療機関の設置状況も異なる可能性がある。「一体的実施」でも市町村類型別で進めやすさが異なる。こうした観点での深掘りが必要。
- ターゲットの明確化が必要。青壮年期では、メタボや糖尿病の発症・重症化予防が重要。フレイルや孤立が加わると、アプローチや健康課題・目標も違ってくる。国保でも、65歳以降の前期高齢者は、減量のみならず高齢期への移行も考えた支援が必要。医療保険の取組をそのまま移行するのではなく、より合理的な方法を考えていくことが必要。
- 取組の成果や効果を高めるための「指標」として何が適切なのか、自治体は悩んでいる。例えば本市では、HbA1cの数値の改善状況を指標として取組を進めているが、本当に効果が出ているのかどうか、悩みながら取組を進めている状況。効果的に事業を進めていくためには、こういったところを目標設定としていくかが重要。
- 一体的実施では、都道府県・市町村の担当者がやるべきことを分かりやすくまとめた「実践支援ツール」がある。担当者にとっては、我々の地域の課題はここにある、地域資源としてはこういう資源がある、対象はこのような者がいる、といったように、ポピュレーションアプローチもハイリスクアプローチも庁内連携の方法も分かりやすい。地域資源の活用として、関係団体の協力を得るとか、健康サポート薬局を活用するとか、具体的なイメージも持ちやすい。50歳以上になると、医療扶助の割合が高くなっていくことは明白。生活保護のみならず、若年層から健康リテラシーを上げていくポピュレーションアプローチの枠組みが必要。

<健康状態の把握・動機付け等>

- 対象者の健康状況について、国保・後期高齢では健診データやレセプトで把握することが多い。福祉事務所は、訪問時に直接把握できる点が大きな強み。データも重要だが、ケースワークをする中で、対象者の選定や優先順位付けができる、生活保護の仕組みだからこそのことをポジティブに捉えて、仕組みを考えるとよい。

前回の議論

＜健康状態の把握・動機付け等＞ ＊続き

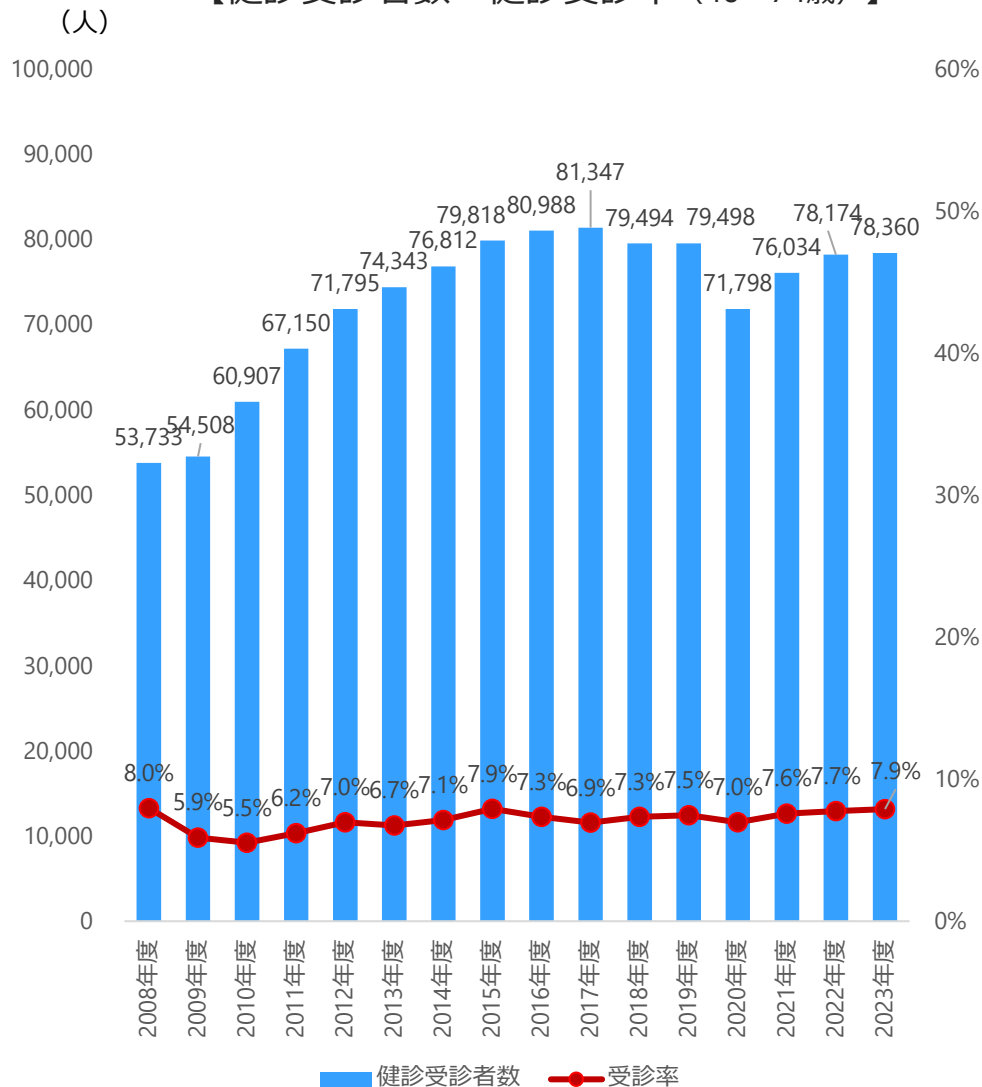
- ・ ケースワーカーが密に関わっている中、健康に関する早期発見、受診勧奨、薬の飲み忘れの確認、重症化予防等の視点を持ちながら関与することが重要。背景にある精神障害等について、研修等を通じて理解を深めることが必要。
- ・ 健診や医療機関の受診は、受給者本人に必要性を認識してもらうことが大事だが、そこに苦勞している福祉事務所が多い。
- ・ 過去、何度もお顔を見るうち、「これだけ心配してもらっているのだったら、何とか頑張ろうかなという力が湧いてくる」ということがあった。エンパワーメントに向けた働きかけが可能となる体制を自治体で作っていくことが大事。

＜関係機関との連携等＞

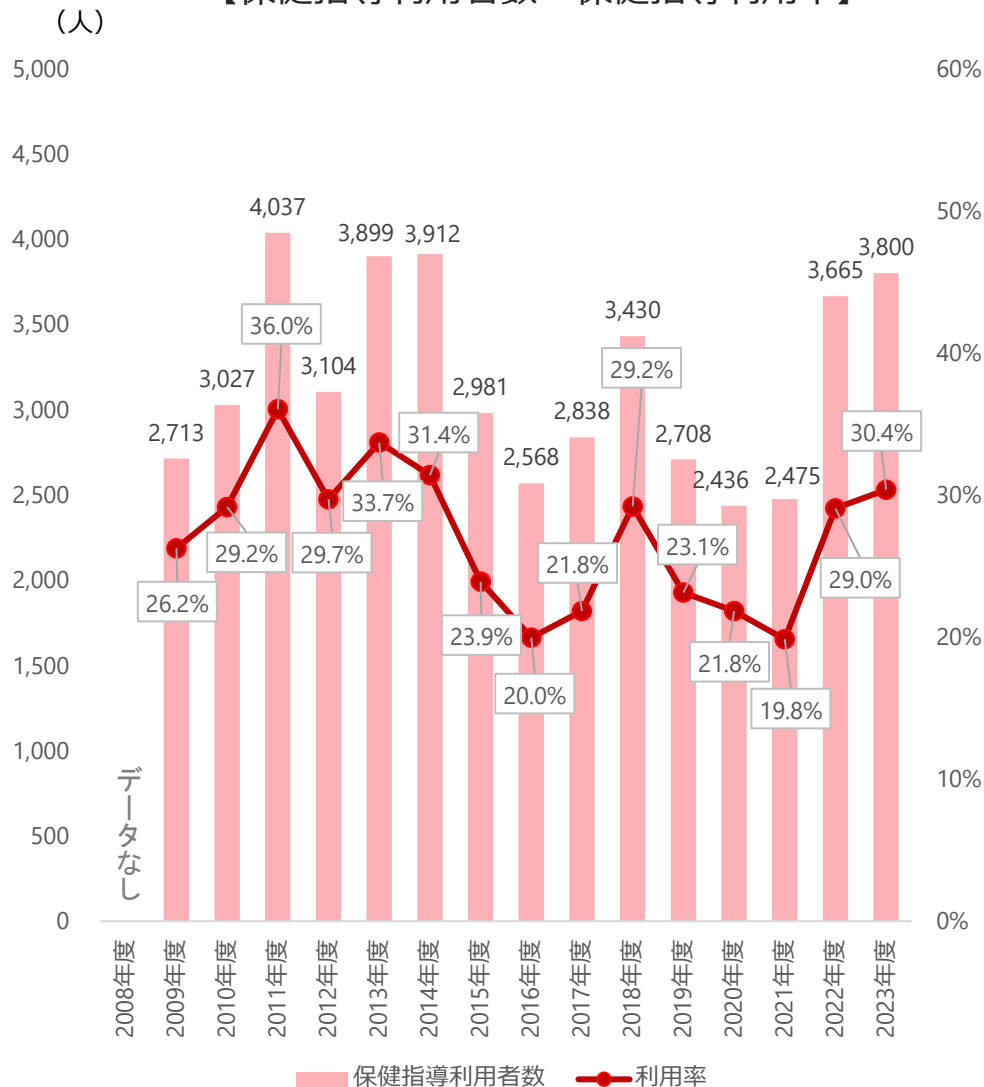
- ・ 自治体間で取組状況に大きな差がある。特に健診・保健指導は健康増進法に基づいて実施。健康増進部門が関わることは非常に重要であるが、責任の所在が曖昧にならないよう、どこが中心になってどういう形で進めていくのか、連携の良い形を示していくことが非常に重要。
- ・ 他部局との連携が重要。アンケート調査でも、そもそもマンパワーが不足している状況。こうした状況で「さらにこういうことをやったらどうか」とアドバイスしても、実際にそこまで手が回らないというのが実情だと思う。特に専門的な必要な分野になるが、そのような担当者もそれほどいない。であれば、同じ市町村に国保の部署があり、健康指導のノウハウを持っているのだから、一緒に相談して取り組めばよいのではないかと。
- ・ 市町村の保健師は地区担当制で仕事をしている割合が高い。マンパワーには限りがあるが、多くの健康上の課題を抱える方々に、生活と医療の両面から健康支援を行うことができると考える。保健師とケースワーカーの連携・協働による支援も行われている。
- ・ 健康管理支援を実施するために医療機関の協力が必要だが、医療機関側の手間の問題もあり、多くの医療機関が参加いただけの状況にはなっていない。自治体が介入したときには、医療機関が行っている指導と重複感があるとして、協力・理解が得られない部分もある。
- ・ 子供の生活習慣・健康管理やヘルスリテラシーの向上など、家庭の中で十分に機会がない子供たちへの対応は重要なテーマ。こども食堂のような「場」はあるものの、こうした面には十分にアプローチできていない可能性がある。

健康増進法に基づく健診受診率等の推移

【健診受診者数・健診受診率（40～74歳）】



【保健指導利用者数・保健指導利用率】



※健康増進法施行規則第4条の2に基づく、生活保護受給者等の医療保険に制度上加入できない者への健康診査
出典：地域保健・健康増進事業報告を用いて、保護課保護事業室において作成。

健診実施有無と生活習慣の把握有無の関係

健康診査を実施していない自治体においても、訪問調査等を通じて生活習慣（食習慣、運動習慣、喫煙・飲酒習慣など）の把握は行っている自治体が多数を占めた。

健診実施有無と生活習慣把握の把握有無

		生活習慣把握					
		あり（複数選択可）					なし
		ア	イ	ウ	エ	オ	
健診実施	あり (N=483)	44 (9.1%)	282 (58.4%)	32 (6.6%)	160 (33.1%)	51 (10.6%)	53 (11.0%)
	なし (N=87)	0	56 (64.4%)	2 (2.3%)	23 (26.4%)	3 (3.4%)	14 (16.1%)

ア.アンケート票により把握している

エ.課題があると思われるケースのみ把握している

イ.訪問調査時に把握している

オ.その他

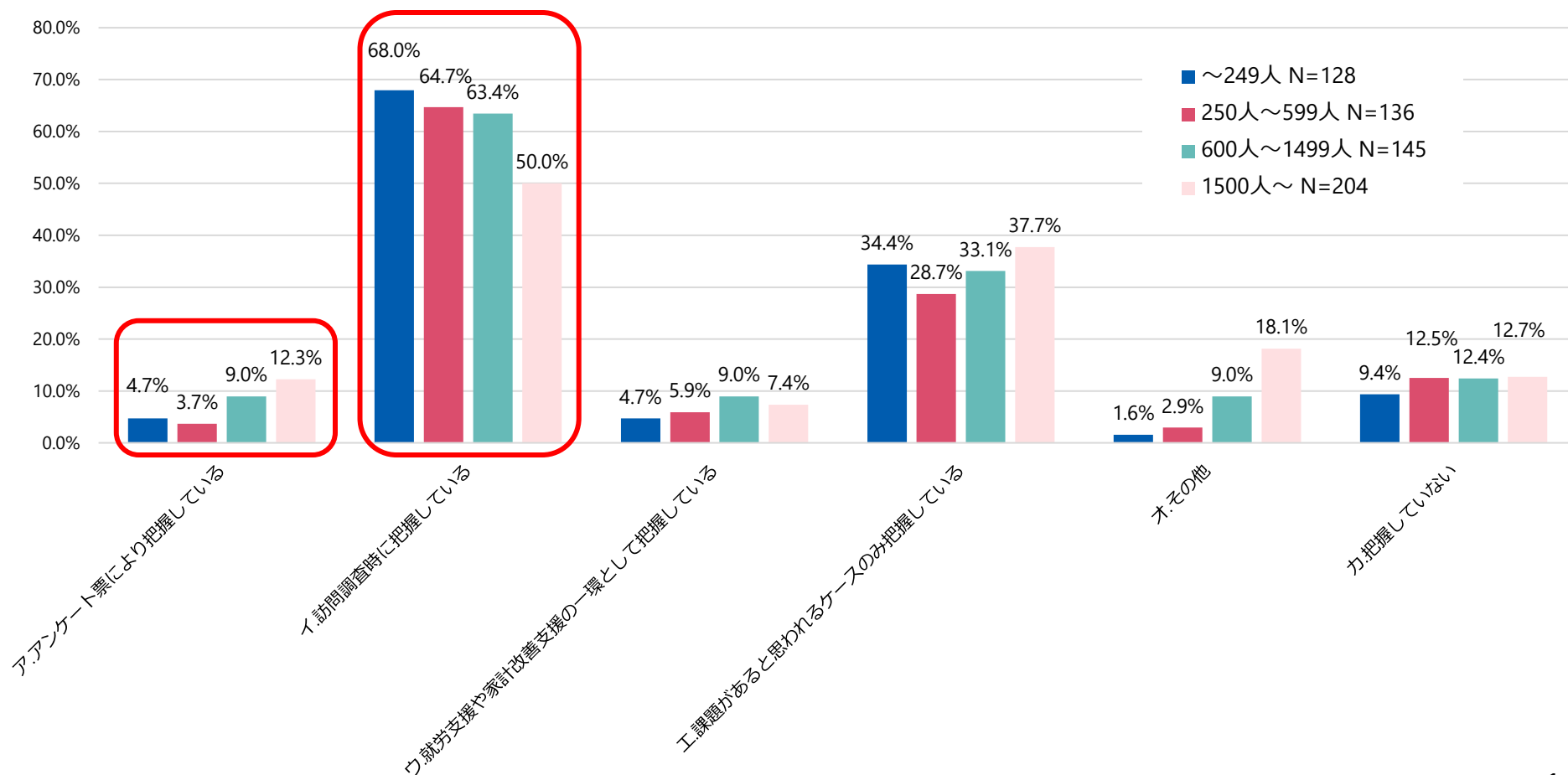
ウ.就労支援や家計改善支援の一環として把握している

※健康増進法に基づく健康診査は市町村が実施するものであるため市町村の回答のみとした。

被保護者の生活習慣の把握状況

被保護者の生活習慣の把握状況について、被保護者数が多い自治体ほど「アンケート票により把握している」が多く、被保護者数が少ない自治体ほど「訪問調査時に把握している」割合が高い傾向があった。

被保護者数別 被保護者の生活習慣の把握状況（複数選択可）



社会生活面の情報を収集するための標準シート案

被保護者健康管理支援事業におけるフェイスシート

世帯番号

世帯員番号

聴取年月日

年

月

日

被保護者氏名

健康や医療についての質問です。

Q1. この1年間に、健診・検診を受けましたか。

1. 受けた 2. 受けていない (理由)

Q2. あなたには「かかりつけの医師」はいますか。

1. いる 2. いない

いる場合：それは誰ですか ()

Q3. 過去1年間に、必要な治療を受けなかったことがありますか。

1. ある 2. 必要な治療を控えたことはない
3. 過去1年間治療を受ける必要がなかった

Q4. 最後に、歯科医院に通院したのはいつですか。

1. 半年以内 2. 半年～1年前 3. 1～3年前
4. 3年以上前 5. いったことがない

ふだんの暮らしについての質問です。

Q5. 1日3回食べますか。

1. はい 2. いいえ ⇨「いいえ」の方：よく抜く食事はどれですか 朝 昼 夕

Q6. ふだん、何時に寝て、何時に起きますか。(おやすみの日はのぞきます)

() 時 に寝て () 時 に起きる

Q7. 普段1日に仕事を含めて体を動かす時間はどれくらいですか？

a. 筋肉労働や激しいスポーツ	なし	1 時間未満	1 時間以上
b. 座っている時間	3 時間以下	3～8 時間	8 時間以上
c. 歩いたり立っている時間	1 時間未満	1～3 時間	3 時間以上

Q8. 外出する頻度はどのくらいですか(畑や隣近所へ行く、買い物、通院などを含む)

1. 週に5回以上 2. 週4回 3. 週2～3回 4. 週1回
5. 月1～3回 6. 年に数回 7. していない

Q9. 家族や親戚と会う機会はありますか

1. ある 2. ない

⇨「ある」場合：その頻度はどれくらいですか

1. 週4回以上 2. 週2～3日 3. 週1回
4. 月1～3回 5. 年に数回

Q10. 友人・知人と会う機会はありますか

1. ある 2. ない

⇨「ある」場合：その頻度はどれくらいですか

1. 週4回以上 2. 週2～3日 3. 週1回
4. 月1～3回 5. 年に数回

Q11. あなたが病気で数日間寝込んだときに看病や世話をしてくれる人はいますか

1. いる 2. いない

⇨いる場合：それは誰ですか ()

Q12. 反対に、看病や世話をしあげる人はいますか

1. いる 2. いない

⇨いる場合：それは誰ですか ()

Q13. タバコを吸いますか(加熱式タバコ、電子タバコ等を含みます)。

1. ほぼ毎日 2. 時々 3. 5年以内にやめて今は吸っていない
4. 5年以上前にやめて今は吸っていない 5. もともと吸わない

Q14. お酒を飲みますか。

1. 現在飲んでいる 2. 5年以内にやめて今は飲んでいない
3. 5年以上前にやめて今は飲んでいない 4. もともと飲まない

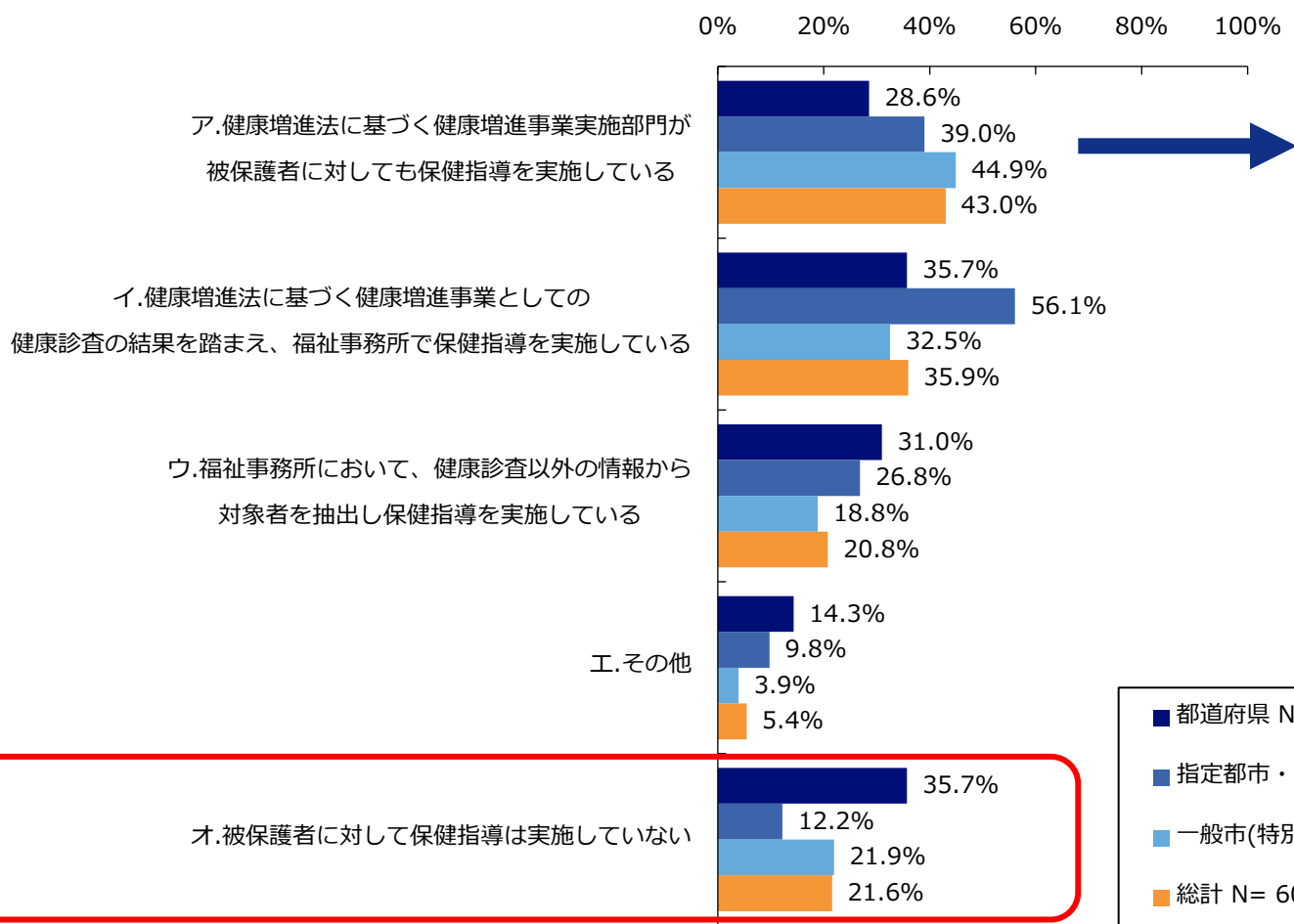
Q15. 健康のことで、相談したいこと・心配なことがありますか

1. ある 2. ない

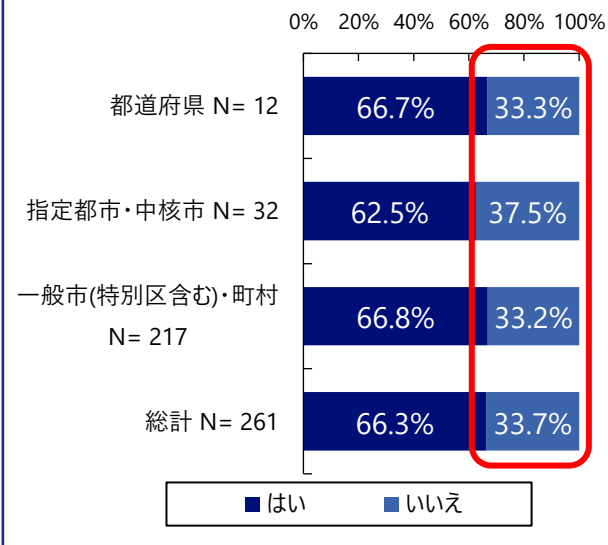
被保護者に対する保健指導の実施状況

「健康増進事業部門が保健指導を実施している」のうち、約3割が保健指導の結果等の情報提供を受けていないと回答した。
「被保護者に対して保健指導は実施していない」との回答も一定数あった。

被保護者に対する保健指導を実施しているか（複数回答可）



ア. 健康増進事業実施部門が被保護者に対しても保健指導を実施している場合、保健指導の結果等の情報提供を受けているか



健康管理支援事業における人員体制及び取組の実施状況

健診受診勧奨が最も実施されており、頻回受診指導等とともに実施されている割合が高かった。

＜人員体制＞

	最大値 (人)	最低値 (人)	1人以上配置 している割合
医師・歯科医師	3	0	4.8%
薬剤師	1	0	1.3%
保健師	12	0	29.5%
看護師	13	0	16.6%
栄養士	6	0	13.1%
SW・PSW	21	0	14.9%
事務職	106	0	48.9%
その他	62	0	8.3%

★全職員計	328	0	81.4%
★事務職・その他を除く職員系	48	0	56.9%

＜国が示す取組例の実施状況（N=397※）＞

ア 健診受診勧奨、イ 医療機関受診勧奨、ウ 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【必須】

ア	イ	ウ	エ	オ
329	195	193	68	265
82.9%	49.1%	48.6%	17.1%	66.8%

＜「ア 健診受診勧奨」の実施自治体における取組状況＞

組み合わせ	ア	イ	ウ	エ	オ	実数	割合
アオ	●				●	71	21.6%
アイウオ	●	●	●		●	64	19.5%
ア	●					41	12.5%
アイウエオ	●	●	●	●	●	40	12.2%
アウオ	●		●		●	29	8.8%
アイオ	●	●			●	21	6.4%
アイ	●	●				16	4.9%
アイウ	●	●	●			15	4.6%
アウ	●		●			12	3.6%
アイウエ	●	●	●	●		4	1.2%
アイエ	●	●		●		4	1.2%
アウエ	●		●	●		3	0.9%
アウエオ	●		●	●	●	3	0.9%
アイエオ	●	●		●	●	2	0.6%
アエ	●			●		2	0.6%
アエオ	●			●	●	2	0.6%

※令和7年7月末時点で提出があった政令市・中核市・一般市の報告のうち、別添1－1の記載があり書式変更がされていないものを集計対象とした。

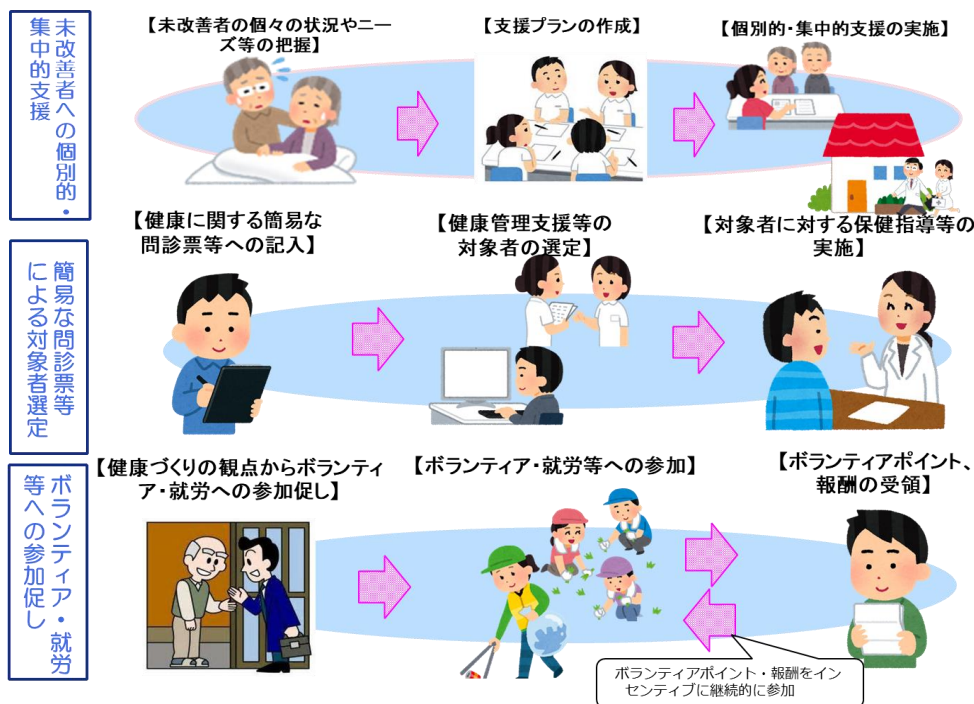
頻回受診等の未改善者等に対する健康管理支援モデル事業

令和8年度概算要求額 **2.7** 億円（一億円）※（）内は前年度当初予算額 ※ 令和6年度補正予算額 6.2億円

1 事業の目的

- 令和7年4月から施行された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、頻回受診対象者や多剤・重複投薬者等が都道府県の行う目標設定の指標に設定されるなど、福祉事務所による被保護者の健康管理支援をさらに推進する必要がある。
- そのため、令和6年度補正予算において、健康管理等に係る支援を被保護者のうち、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、個々のニーズに応じた個別的・集中的支援を実施する取組等、福祉事務所が新たに行う健康管理支援に関する取組について支援を行ったところ。
- 令和8年度においては、これらの取組に加え、都道府県において郡部事務所と管内一般市等の事業を一括して実施する広域的な取組のほか、健診より簡易な問診票等を活用して健康管理支援の対象者のスクリーニングを行う取組や、健康づくりの観点から社会参加や就労・ボランティアへの参加を促す取組といった福祉事務所が新たに実施する事業について支援する。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

【実施主体】 都道府県、市、福祉事務所設置町村
 【補助率】 3/4

【事業内容】 ※ 下線箇所は令和8年度拡充分

福祉事務所が行う以下のような健康管理支援に関する新たな事業の取組について補助

※ 都道府県が郡部福祉事務所と管内市町村福祉事務所で一体的に実施することも可能

〈事業実施例〉

- 現状の頻回受診の指導においても未改善の者に対し、多職種連携や支援プランの作成等による個別的・集中的な支援の実施
- 健診よりも簡易な問診票等により保健指導等の健康管理支援の対象者のスクリーニングを行う事業の実施
- 健康づくりの観点から社会参加や就労・ボランティアへの参加を促す事業の実施

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援

2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等

(1) 医薬品の適正使用に向けた取組

(2) 適正受診に向けた取組等

3. 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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医薬品の適正使用に向けた取組

現状・課題

- 生活保護分野では、医薬品の適正使用に関し、以下の取組を進めているところ。

向精神薬	H23～	福祉事務所において、レセプト等により「同一月内に、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」を把握し、主治医等に投薬が適切なものであるか確認の上、改善に向けた指導を実施
医薬品全般	H29～	福祉事務所において、ある被保護者について処方箋を持参する薬局を1か所選定し、当該薬局において薬学的管理・指導や、医療機関への重複処方等に関する情報提供を実施する事業
	R元～	福祉事務所において、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よう指導し、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
	R5～	福祉事務所において、レセプト等により「①重複投薬者／同一月内に、複数の医療機関から、同一成分の医薬品を処方されている者」と「②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」を抽出し、嘱託医・薬剤師等との協議等により指導対象者を決定の上、適正使用に向けた指導を実施

- 重複投薬対策**について、指導対象と決定された者に係る改善率は、向精神薬で54.3%（令和5年度）、向精神薬以外で42.6%（令和5年度）。向精神薬に関しては、平成30年度（60.6%）以降やや下降傾向。
- 多剤投与対策**について、指導対象と決定された者に係る改善率は16.7%（令和5年度）
福祉事務所向けアンケートで「**得られる効果が低い**」と回答した自治体は、**重複投薬対策に比べて多い**。理由として「指導対象者自体が少ない」は比較的少なく、「**指導対象者の抽出基準が適切ではない**」が多い。一部の自治体では、指導の実施に当たり、「複数医療機関への通院」を優先順位付けの基準として設定されている状況。昨年末の大臣折衝事項で、**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**することとしている。
- 重複投薬対策と多剤投与対策のいずれも**、対象者への指導は、**医療専門職ではない自治体職員（ケースワーカー等）**による実施、**保健師（自治体職員）**による実施が多い状況。

医薬品の適正使用に向けた取組

主な論点

- 医薬品は、病気やけがを治療するなどの効果・効能がある一方、**副作用というリスクを併せ持つ**ものであり、特に高齢者においては、複数の併存疾患を治療するために医薬品を多数服用することによって、**多剤服用による害を生じる「ポリファーマシー」**に陥りやすい。
- **福祉事務所による重複・多剤投与対策**について、適正な医薬品使用が制限されないようにすることを前提とし、また、福祉事務所における実施体制に留意の上、**薬物有害事象のリスク低減に向けた取組を強化**していくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - **多剤投与対策**について、**アプローチする対象者の在り方**
(例えば、学会ガイドラインや「高齢者の医薬品適正使用の指針」を参考にした検討 など)
 - **重複投薬対策・多剤投与対策**について、対象者へのアプローチ方法等の在り方
 - **アプローチ方法**について、例えば、多くの福祉事務所で取り組まれている「面談・訪問等の対面による指導」等のほか、国保保健事業や「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」で取り組まれている「通知の発送」の活用 など
 - **アプローチの優先順位付け**について、例えば、福祉事務所の取組事例等を参考に、複数医療機関への通院状況やケースワーカーからの報告など「剤数以外の情報」の活用 など
 - **上記対策の実施に伴って発生する事務**（対象者の抽出や情報整理等）に係る**業務効率化の方策**
(例えば、福祉事務所「レセプト管理システム」の有効活用、外部委託の活用 など)

医薬品の適正使用に向けた取組

主な論点

- 福祉事務所による対策は、医療扶助の審査済みレセプトを活用して対象者を抽出し、アプローチすることとなるため、後追いとならざるを得ず、また、受診・調剤時からアプローチに至るまで一定の時間を要することとなる。
- このため、**患者が医療機関を受診／薬局を利用する段階で、併用禁忌薬の処方防止や重複処方の確認等を効率的・効果的に実施できる環境を整えることが重要。**例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - 生活保護分野においてこれまで実施してきた事業等を踏まえた一層の取組**
(例えば、薬局 1 箇所化の取組、お薬手帳活用の取組 など)
 - 医療DXの進展を踏まえた取組**
(例えば、電子処方箋の重複投薬等チェックの活用、オンライン資格確認による薬剤情報の閲覧 など)
 - 各種施策の動向を踏まえた取組**
(例えば、診療報酬におけるポリファーマシー対策関連の取組の活用 など)

医薬品の適正使用に向けた取組

前回の議論

- 薬剤の適正使用に関する課題は、1つの要因ではなく、たくさんの課題が複合的に絡んでいるケースが多い。多剤投薬があるような者は、おそらく残薬が多い状況。残薬が多いということは「飲めない」「飲みづらい」という理由が存在。さらに、複数科の受診、ヘルスリテラシーの状況、フレイルのリスクなど、複合的な要因が絡んでいる。
- 悩みを相談できるところが限られていたり、医療に関する悩みをうまく表現できなかつたり、相手の説明を理解することが困難な方もおられる。福祉の専門家と医療の専門家が連携を取りつつ個別支援を行う体制が必要。例えば、ケースワーカーや保健師に同行して生活の場を訪問すると、薬剤の管理状況など課題が把握できる。障害福祉サービスの事例だとケース会議に参加することもあり、他の職種がどういう関わりをしているかよくわかる。
- ケースワーカーの人数が少ない中で、自治体としては、重複・多剤投与対策にどこまで人を割くのかという問題がある。人員を割いたことによる効果額も、例えば、低額な薬剤と高額な薬剤では、改善による効果額は違ってくる。多剤投与者の基準を「9剤以上」や「6剤以上」に下げていくと対象者が大幅に増加。限られたマンパワーで同じ取組を実施すると、1人あたりの指導にかけられる時間は少なくなり、効果も下がる。例えば「15剤以上」はもう少し強力な仕組みとするなどメリハリをつけてやっていかないと、自治体の現場は疲弊してしまう。
- 多剤投与者の基準については、地域の実情に応じてということもあるが、「15種類以上」という基準を広げていく必要性も感じている。薬は飲み合わせによってリスクが非常に高くなるケースもある。転倒リスクが高まるような薬剤の組み合わせ、抗コリン作用を持ち合わせている薬剤の組み合わせ、認知機能を低下させるような副作用リスクが高い薬剤の組み合わせなど。インスリン注射薬などを使われている方は、低血糖やシックデイの対応も含め、適正な使用方法が重要。こうしたハイリスク薬の多剤投薬者を拾い上げていく視点も必要。自治体に対し抽出基準を示していく際に、具体的な例として示せるとよい。
- 薬の飲み合わせなど多剤により体調が悪くなるリスクもあると思うが、医師の処方に基づいている部分に、どこまでケースワーカーが深入りして改善の指導ができるかというと、難しいところがある。専門知識が十分でないという点も含め、できる取組には限界がある。

ポリファーマシーが高齢者に与える影響

中央社会保険医療協議会 入院・
外来医療等の調査・評価分科会
(令和7年度第7回)

資料

令和7年7月17日

- ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す(多剤服用の中でも害をなすもの=ポリファーマシー)
- 高齢者では、6種類以上の投薬により、有害事象の発生が有意に増加したというデータがある。

多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連しており、表にまとめた。そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく薬物感受性の増大と、服用薬剤数の増加である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する→多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い→長期服用 症候が非定型的→誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化)→過量投与 認知機能、視力・聴力の低下→アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療→投薬中断

高齢者が抱える多剤服用の 具体的問題

患者が 抱える 問題

- ・複数医療機関の受診により、**患者自身**が処方状況を**管理できていない**。
- ・処方薬増加に伴い**副作用が起こりやすくなる**ことを把握していない。
- ・患者自身がポリファーマシー状態にあることを把握していない。

医学的 問題

- ・高齢者は生活習慣病や老年症候群が重なりやすい。
- ・治療や症状緩和のため、**薬の処方が増え、副作用や相互作用のリスクが高まる**。
- ・重複処方による**副作用や相互作用のリスク**。

社会的 問題

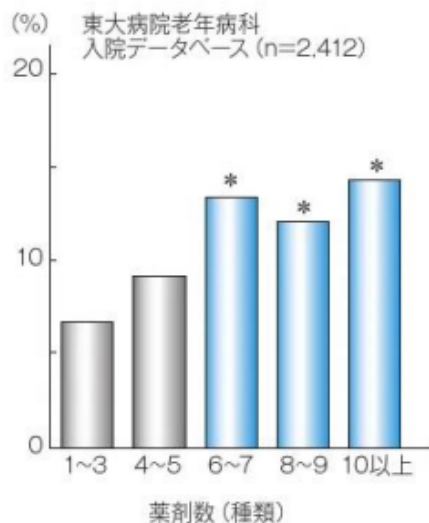
- ・複数の診療科や医療機関の受診で、処方薬の全体が把握されず、管理が難しくなる。
- ・医療関係者間の連携が取れていない。

令和6年12月11日第19回高齢者医薬品適正使用検討会参考資料4

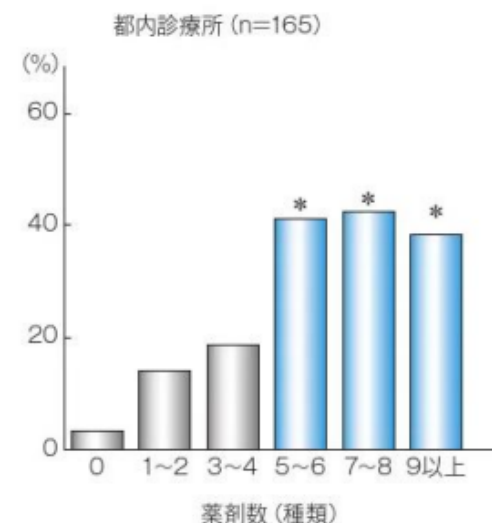
高齢者の 安全な薬物療法 ガイドライン 2015



1) 薬物有害事象の頻度



2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30. より引用)

高齢入院患者で薬剤数と薬物有害事象との関係を解析した報告によると、6種類以上で**薬物有害事象のリスク**は特に増加するようである1)。また、外来患者で薬剤数と転倒の発生を解析した研究では、5種類以上で**転倒の発生率**が高かった2)。

1) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2

2) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, et al: Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30

出典) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)

ポリファーマシー対策について（高齢者医薬品適正使用検討会の取組）

高齢者においては、複数の併存疾患を治療するための医薬品を多数服用することによって、多剤服用による害を生じる「ポリファーマシー」に陥りやすい状況にある。

そこで、「高齢者医薬品適正使用検討会」を開催し、多剤併用時の適正使用情報（重篤副作用の発見・対処、薬剤選択情報（推奨薬と安全性））を中心に、有害事象回避のための処方見直し等の具体的な方法について定めた指針の策定、アップデートを行うとともに適正使用情報を効果的に周知する方法等について検討を行っている。

図1 服用薬剤数と薬物有害事象の頻度

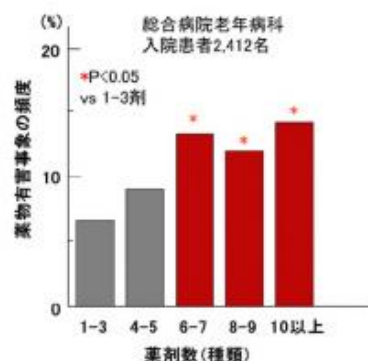
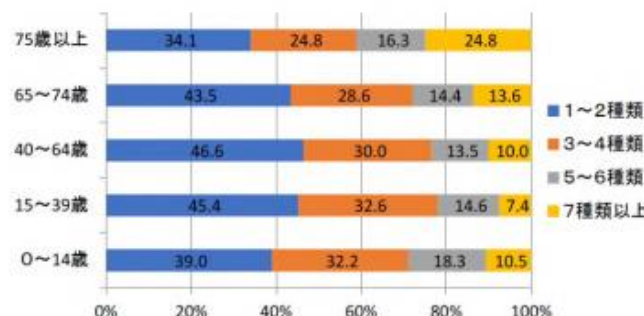


図2 同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数(／月)
(平成28年社会医療診療行為別統計)



これまでの事業内容

- 平成30年度 高齢者の医薬品適正使用の指針策定
- 令和元年度 療養環境別の指針を策定
- 令和2年度 「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方」（業務手順書）の策定
- 令和3年度 指針・業務手順書を特定の病院で実際に運用し、有効性の検証・課題の抽出
- 令和4年度 令和3年度の延長で地域（病院、薬局、介護施設等）で実際に運用し、有効性の検証・課題の抽出
- 令和5年度 令和3、4年度事業の成果を踏まえた指針及び業務手順書の見直しを実施

令和6年度の取組

- 見直しを行った指針及び業務手順書の地域における運用調査
 - 業務手順書等に基づくポリファーマシー対策の実施・調査
 - 地域の医師会・薬剤師会等を通じた取組の啓発活動や研修・勉強会等の実施
- 医療機関でのポリファーマシー対策業務の効果に係るエビデンス調査・検討
 - ポリファーマシーに係る基礎調査
 - ポリファーマシー対策業務の効果に係る指標検討

第4期医療費適正化基本方針（令和5年厚生労働省告示第234号）のポイント

③目標達成に向けて都道府県が取り組む施策

項目	ポイント
医療の効率的な提供の推進	<u>＜既存の目標に係る施策＞</u> ・後発医薬品の使用促進 保険者等による差額通知の実施の支援、フォーミュラリに関する医療関係者への周知をはじめとした必要な取組を行うこと等を追記 <u>＜新たな目標に係る施策＞</u> ・医薬品の適正使用の推進 医療機関・薬局での重複投薬等の確認を可能とする電子処方箋の普及促進や、「高齢者の医薬品適正使用の指針」における取扱いを踏まえ、高齢者に対する6種類以上の投与を目安として取り組む等、取組対象を広げること等を追記 ・医療資源の効果的・効率的な活用 －効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療 抗菌薬の適正使用について、国が提供するデータ等を用いた現状・動向の把握、住民や医療関係者に対する普及啓発等を記載 －医療資源の投入量に地域差がある医療 薬物療法の外来実施について、地域医療介護総合確保基金等を活用した、医師確保支援、施設・設備整備、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等を記載 リフィル処方箋については、保険者、都道府県、医師、薬剤師などの必要な取組を検討し、実施することにより、活用を進める必要。その際、分割調剤等その他の長期処方も併せて、地域の実態を確認しながら取り組むことを記載 ・医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業の支援のための、管内の課題の把握、必要なデータの分析・活用支援、管内の取り組み事例の横展開、関係団体との調整等を記載 高齢者の骨折対策について、早期に治療を開始するための骨粗鬆症健診の受診率の向上、機能予後等を高めるための骨折手術後の早期離床の促進、介護施設等の入所者等を含めた退院後の継続的なフォローアップ、二次性骨折を予防するための体制整備等を記載

大阪府
豊中市

人口	407,695人 (令和5年1月時点)	国保被保険者数	69,239人(総人口の17%) (令和5年9月時点)
----	------------------------	---------	--------------------------------

令和6年度 国民健康保険における保健事業のあり方に関する調査研究等事業
(厚生労働省ホームページ)

- 令和5年度は、通知を受けとった対象者が医療機関や薬局へ行き、医師や薬剤師により服薬行動等の保健指導を受ける、あるいは、委託業者が通知、電話勧奨後に訪問指導を行う取組を実施
※訪問による保健指導は、重複投与者のみ
- 令和6年度事業から、令和5年度の事業全体（抽出基準等、委託業務の範囲、通知受理から保健指導までのプロセス等）を見直した内容に移行

取組の工夫

【令和5年度までの取組】

- 令和4年度までは国保部門の事務職が主担当となり、委託でデータ分析や、重複服薬者（重複投与者）に対する保健指導等の保健事業を実施していた。令和4年度から多剤通知についても通知書の発送やコールセンター設置を委託で実施。薬局や医療機関あてには別途事業の協力依頼を実施
- 令和5年度から保健衛生部門が主管課となり、当年度は主担当保健師を中心に事業を実施

【令和5年度から6年度にかけて「事業」の実施方法を見直し】

- 令和5年度までは、重複頻回と重複投与者に対する取組を一体的に、多剤投与者に対する取組は個別に実施。令和6年度からは、保健指導実施率の向上や費用対効果を高めるため、重複投与者・多剤投与者に対する取組を一体的に実施し、重複投与者と多剤投与者の選定基準を刷新。主管課と薬剤師会で抽出基準等を調整のうえ、対象者を選定

【令和6年度からの取組】

- 主担当を保健衛生部門の保健師から薬剤師へ変更
- 医療関係者との連携
 - 市の薬剤師のネットワークや専門的知見を活かし、薬剤師会理事会等への参加、選定基準・通知内容の相談や薬局に対する協力を依頼
 - 市の薬剤師が専門的な目線から事業を組み立てることで、薬局薬剤師が対象者に保健指導をするにあたって生じる課題を具体的に抽出。薬局等の現場の負担を増大させないよう、服薬情報通知の活用方法や保健指導内容を説明
- 保健指導
 - 重複投与者に対する処方変更については患者によって背景や経緯が異なるため、主管課がデータ上だけで情報を抽出し判断することは困難だと考え、薬局には個々の患者の処方歴を踏まえた変更の可否を判断するよう案内
- 通知
 - 薬剤情報とあわせて、特定健診結果から薬に作用する検査値を抽出し本人宛の通知に掲載。薬剤師の視点から患者の服薬課題を説明できる根拠を掲載し、薬局で保健指導しやすい通知へ改善

取組の効果・波及効果

- 通知内容の改善や薬剤師による丁寧な保健指導の実施により、対象者からのクレームが減少
- 対象者が薬剤師等から専門的なアドバイスを受けることができるようになったことで、ハイリスク者に対する相談体制が充実

今後の課題

- 事業プロセスの指標がなく模索しながら実施している状況に課題感あり
- アウトカム・アウトプット評価の設定や医療費の効果測定の実施が困難
- データ分析に係る費用負担

抽出基準等（令和5年度）

通知	事業対象者抽出基準	・重複投与：30歳以上、直近6ヶ月のレセプトより3か月以上もしくは2か月連続して同系医薬品の投与日数合計が60日を超える人 ・多剤投与：60歳以上、2医療機関・2薬局以上の利用、6剤以上の薬剤を14日以上処方されている人
	抽出期間	令和4年10月～3月診療分レセプト（6ヶ月）
	事業対象者抽出基準該当者数	不明（抽出と除外を同時に実施するため）
	除外基準	重複投与・滞在投与：不眠症以外の精神疾患病名を持つ方
	事業対象者数	重複投与：28人 多剤投与：810人
保健指導	事業実施者数	重複投与：28人 多剤投与：810人
	事業対象者抽出基準	通知発出対象者のうち、電話勧奨で訪問調整ができた対象者
	抽出期間	-
	事業対象者抽出基準該当者数	重複投与：28人 多剤投与：810人
	除外基準	訪問調整ができなかった方
	事業対象者数	重複投与：4人 多剤投与：207人(適正化者数をレセプトより算出した数を含む)
	事業実施者数	重複投与：4人 多剤投与：207人(適正化者数をレセプトより算出した数を含む)

評価指標（令和5年度）

<アウトプット指標>

評価指標	目標値	実績値
対象者への指導実施率	20.0%	14.3%
通知発送数	1,000	810

<アウトカム指標>

評価指標	目標値	実績値
受診行動適正化率	50%	27.7%
医薬品種類の改善割合	20%	28.7%

医療扶助における 医薬品適正使用に関する取組事例①（指定都市）

人口：約150万人（R6年3月）
被保護者数（担当）：約4万人（R6年3月）
市内福祉事務所：約10か所

15種類以上に加えて①併用禁忌、②併用注意かつ慎重投与の薬剤等を基準に対象者を抽出し、指導可能な人数まで絞り込み。ケースワーカーの負荷軽減のため、リーフレットを作成し訪問指導の際に活用。国保部局とも適宜連携しながら取組を実施。

実施体制

- 本庁は福祉職中心の20～22人の職員体制。医系職員は兼務の常勤職員及び非常勤の特別職。
- 被保護者の健康管理は、ケースワーカーに加え健康相談員を各区1名ずつ配置
 - ・健康相談員は看護師または保健師の資格を有する派遣職員を整備
 - ・医学的知識を有さないケースワーカーが答えられない健康相談をサポート
- 国保事業の担当で医療扶助についても相談できる兼務の保健師が存在
 - ・データヘルス計画に関しても、国保事業と医療扶助とで連携し情報共有
- 生活保護医療扶助関連事業実施計画（データヘルス計画）を策定
- 会計年度任用職員、派遣職員等からレセプト点検班を構築
 - ・レセプトデータを生活保護システムのデータと突合してデータ抽出を実施し、レセプト班にて内容点検を行うなどの役割分担を実施

指導対象者選定

- 薬学的リスク評価に基づく優先順位付け
 - ・委託業者に対象者抽出を依頼し、15種類以上処方されている者を4段階で分類
①併用禁忌、②併用注意かつ慎重投与、③慎重投与のみ、④それ以外
 - ・上記①②の該当者を必須の指導対象者として福祉事務所にリストを送付
- 令和5年度以降の取組の変遷
 - ・15剤以上で対象者を抽出したところ、各区の嘱託医で精査できる人数に収まらなかったため、令和5年度は18剤以上に条件を変更して抽出
 - ・嘱託医に精査を依頼したものの、判断の内容にばらつきがあった。また、処方背景の把握が十分でない中での改善指導は負荷が大きいという課題が顕在化
 - ・令和6年度以降は薬剤師を有する業者に対象者抽出を委託し、上記のように薬学的リスク評価に基づく優先順位付けを実施

指導における工夫

- ケースワーカーの業務支援にリーフレットを作成
 - ・ケースワーカーの業務量が年々増加し、異動の影響もあり業務知識の蓄積が困難という課題があった
 - ・業務負荷軽減策の一つとして、国保のハガキなどでの通知内容を参考に、被保護者への注意喚起のリーフレットを本庁職員が作成
 - ・リーフレットには、お薬手帳やかかりつけ医の案内を盛り込み、医学的知識を有さないケースワーカーが被保護者に指導できる内容に設計
- 指導の内容
 - ・多剤や向精神薬の指導のひとつとして、お薬手帳の持参勧奨を案内し、指導の足掛かりとしている
 - ・多剤・重複処方の状況をリスト化し、ケースワーカーが訪問する際に活用できる資料として提供
 - ・指導が必要なケースについては、ケースワーカーから主治医及び薬局等へ情報提供（多剤投与の状況であること、病状や生活状況等）を実施
 - ・主治医への情報提供については、実施状況にばらつきがあるが、主治医が医薬品の適正使用の意識を高める契機となることも期待

取組の効果

（R6年度実績）

抽出者数：（多剤）611人 / （重複）353人
指導対象者数：（多剤）331人 / （重複）314人
改善者数：（多剤）89人 / （重複）33人

医療扶助における 医薬品適正使用に関する取組事例②（一般市）

人口：29万人（R6年3月）
被保護者数：3千人（R6年3月）

服薬管理の観点で指導対象者の除外条件を設定し、その他は全例指導を徹底。薬局の一元化、お薬手帳の活用、ケアマネージャー等との連携を段階的に実施し、指導対象者の服薬管理を漏れなく支援する体制を構築。

実施体制

■ 専門職を健康管理支援員として生活福祉課専任で配置

- ・保健師・看護師の5名体制で、そのうちの保健師1名が自治体雇用の正規職員
- ・医療費適正化の取組開始以来、国からの補助金を活用し継続的に体制確保
- ・医療扶助関連の監査業務に加え、ケースワーカーと共同で個別指導にも従事

■ 体制維持に向けた課題

- ・ケースワーカーは30人弱で定員不足が継続
- ・業務引き継ぎに課題を感じ、会計年度職員向けに作業マニュアルを作成

指導対象者選定

■ 外部委託と市独自の基準を組み合わせた二段階選定

- ・令和3年度から令和5年度は、薬の適正使用については独自で薬剤師会と協力して取り組んでいた。
- ・レセプト点検・15種類以上処方されている者の抽出を委託（指導対象月は年2月設定）
- ・健康管理支援員の業務負荷および指導の実効性・効率を考慮し、以下の条件のいずれかに合致する者は、嘱託医に確認し、指導対象外としている
 - ① 薬局が1箇所である（管理可能なため）
 - ② 院外での処方薬局が1箇所である（院内処方介入困難なため）
 - ③ 他法と合わせて15種類となる（評価の際にレセプト抽出が困難なため）
 - ④ 前年度に指導済で状況を把握できている（管理可能なため）
 - ⑤ お薬手帳を活用できている（管理可能なため）
- ・指導対象外とならなかった者は原則全例に指導を実施

指導における工夫

■ 段階的な指導の実施

- ① まずは薬局を1箇所に絞るよう指導。
- ② 複数の医療機関受診等の理由で、薬局を1箇所に絞ることができない対象者に対しては、お薬手帳の活用を指導。
- ③ ①②いずれも難しい場合には、ケアマネージャーと連携し、居宅での薬剤管理指導等を活用できないか調整を行うこともある

■ その他の指導等

- ・R6年度は抽出基準の該当者に対して注意喚起のチラシを送付（R6.1～R6.3診療分）
- ・重複（向精神薬も含む）については、本人に状況確認、指導を行い、同意を得た上で健康管理支援員から医療機関や薬局に電話し対応を依頼する
- ・重複受診については、生活保護開始時に注意喚起を行うとともに、把握次第、指導を行っている

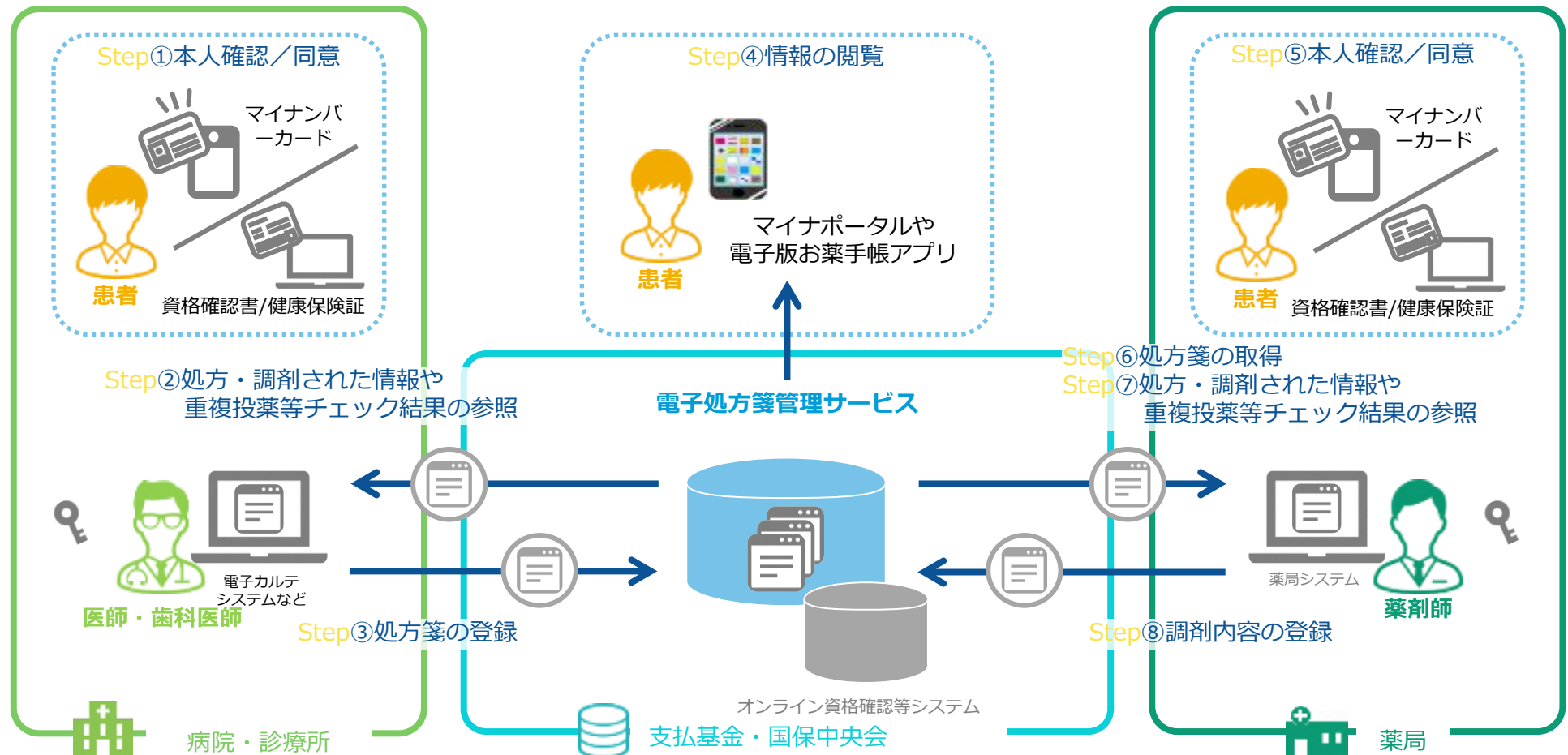
取組の効果

（R6年度実績）

抽出者数：（多剤）131人 / （重複）64人
指導対象者数：（多剤）27人 / （重複）43人
※指導実施者数も上記に同じ
改善者数：（多剤）24人 / （重複）41人

電子処方箋について

電子処方箋とは、オンライン資格確認等システムを拡張し、現在紙で行われている処方箋の運用を、電子で実施する仕組み。オンライン資格確認等システムで閲覧できる情報を拡充し、患者が直近処方や調剤をされた内容の閲覧や、当該データを活用した重複投薬等チェックの結果確認が可能に。(令和5年(2023年)1月～運用開始)



医療扶助の電子処方箋対応について

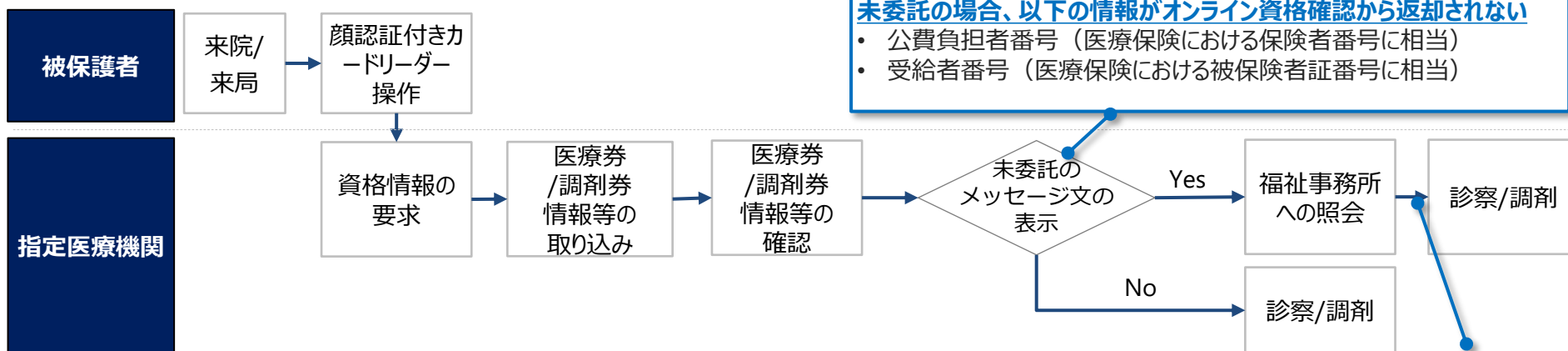
- 医療扶助のオンライン資格確認が令和6年3月から開始。同年4月から生活保護受給者（被保護者）に対しても電子処方箋の発行が可能。

（注）前提として、被保護者が医療行為/調剤行為を受けるためには、福祉事務所から発行される医療券/調剤券（マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認による場合を含む）が必要となる。なお、福祉事務所から委託された指定医療機関で受診等する必要がある運用は従前と同じ。

- 被保護者の場合も、電子処方箋管理サービスへの電子処方箋や処方情報、調剤結果登録（以下「電子処方箋の発行等」とする）に当たっては、オンライン資格確認で取得する等した患者の有効な資格情報に紐づけてデータを登録することとなる。なお、未委託の指定医療機関では患者の資格情報に相当する公費負担者番号等をオンライン資格確認で確認できず、電子処方箋の発行等はできない。

医療扶助におけるオンライン資格確認の運用（令和6年3月～）

※現行の制度の考え方にに基づき、委託先の指定医療機関での受診等を原則とする。



電子処方箋の発行等にあたって

- ✓ 電子処方箋の発行等にあたっては、指定医療機関がオンライン資格確認での照会等による有効な資格情報にひも付ける形で情報を登録する。
- ✓ 未委託の指定医療機関に被保護者が訪れた場合、医療保険における保険者番号、被保険者証番号に相当する公費負担者番号、受給者番号をオンライン資格確認から取得できないため、電子処方箋を発行できず、従来どおり紙の処方箋を発行する。

<公費負担者番号と受給者番号が把握できた場合の重複投薬等チェック>

- ・ 未委託のメッセージ文が表示された場合、福祉事務所への照会により公費負担者番号と受給者番号を把握可能（当該指定医療機関への委託が前提）。なお、オンライン資格確認ではなく医療券・調剤券による受診等の場合、医療券等の券面記載により公費負担者番号と受給者番号を把握可能。
- ・ 医療機関や薬局システムに両番号を入力することで、重複投薬等チェックは可能。
※なお、医療扶助オンライン資格確認に対応していない医療機関や薬局システムであっても、電子処方箋の発行等や重複投薬等チェックは可能

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援

2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等

(1) 医薬品の適正使用に向けた取組

(2) 適正受診に向けた取組等

3. 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

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

適正受診に向けた取組等

現状・課題

- 生活保護分野では、適正受診等に関し、以下の取組を進めているところ。

頻回受診	H14～	福祉事務所において、レセプト等により「同一月内に、同一傷病について、同一診療科目を15日以上受診している者（短期的・集中的な治療を行う者を除く）」を把握し、主治医等との協議により指導対象者を決定の上、適正受診指導を実施
長期入院	S45～	福祉事務所において、「入院期間が180日を超える者」を把握し、主治医等に入院継続の必要性について確認の上、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実施
頻回転院	H26～	福祉事務所において、「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回以上の転院があり、かつ、転院事由発生の事前連絡が無かった者」について、主治医等に転院の必要性について確認の上、必要に応じて転院・退院の指導を実施

- 頻回受診対策**について、指導対象と決定された者に係る改善率は、52.4%（令和5年度）福祉事務所向けアンケートで「**得られる効果が低い**」と回答した自治体は、**医薬品の適正使用に係る対策に比べて多く**、理由として「**既に取組が進んでおり、指導対象者自体が少ない**」が多い。
また、「生活困窮者自立支援制度及び生活保護制度の見直しに関するこれまでの議論の整理（中間まとめ）」（令和4年12月20日）では、「オンライン資格確認で把握できる資格確認の実績（ログ情報）を活用して、受診行動が習慣化してしまう前に、早期からのアプローチを行っていくことが必要」とされており、現に一定数の自治体で対応されているところ。他方、「**頻回受診の背景には、孤独や医師への依存等もあり**」「**医療機関以外の多様な居場所につなぐことも含め**」た対応が必要とされていたが、こうした取組を実施している自治体は少数。
- 長期入院対策**について、「入院の必要性がない者」のうち未措置の割合は、19.1%（令和5年度）
頻回転院対策について、「入院の必要性がない者」等とされた者は、全国で80名（令和5年度）とごく少数。福祉事務所向けアンケートで「**得られる効果が低い**」と回答した自治体は、**いずれも他の対策と比べて多い**。理由として、**頻回転院は「指導対象者自体が少ない」、長期入院は「指導対象者への指導が困難である**」が多い。

適正受診に向けた取組等

主な論点

【頻回受診対策、長期入院対策等】

- **福祉事務所による頻回受診対策**について、福祉事務所における実施体制に留意の上、受診行動の**背景にある課題（例えば孤独や医師への依存等）**に応じた適切な**自立支援・生活支援**の観点を含め、取組を強化していくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - **頻回受診者（受診状況把握対象者）に対する効果的なアプローチ方法等**の在り方
（例えば、多様な社会参加の案内・勧奨・つなぎ 等）
 - **頻回受診の傾向にある者を早期に把握**する取組
（例えば、オンライン資格確認システムの実績ログ機能の活用 等）
 - **頻回受診の傾向にある者へのアプローチ方法等**の在り方
（例えば、受診理由や受診行動の背景にある課題の確認、多様な社会参加の案内・勧奨・つなぎ 等）
- **福祉事務所による長期入院対策や頻回転院対策**について、指導対象者が生じた際、本人への適切な指導はもとより、退院後の受入体制の確保が不可欠であり、**日頃から地域の関係機関との連携体制を構築**しておくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - **救護施設等の保護施設や日常生活支援住居施設、精神保健福祉分野**など、福祉事務所と関係機関との連携を推進する取組
（例えば、救護施設等との連携強化、生活保護法に基づく「調整会議」の活用 など）

適正受診に向けた取組等

主な論点

【その他の論点／医薬品の適正使用・適正受診等全般】

- 福祉事務所による**医薬品の適正使用や適正受診等の取組**について、福祉事務所の限られた人的体制等を念頭に、より効率的かつ効果的に事業を実施できるような**枠組み**を整えていくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - 被保護者健康管理支援事業と一体的に運用する枠組みの在り方**
 - 地域の状況に応じて、**取組の重点化を可能とする枠組みの在り方**
(例えば、指導対象者が少ない取組の停止・中断 など)
- 医薬品の適正使用や適正受診の更なる推進に向け、**医薬品の使用状況や受診状況に係る実態を把握し、課題・要因を分析し、必要な対策**を講じていくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - 本人のより適切な健康管理や医療機関の負担軽減等**に向け、適正な受診行動を促す取組
(例えば、上手な医療のかかり方 など)
 - 算定回数や1件当たり請求額等が大幅に増加している給付等**に係る実態把握
(例えば、医療扶助における訪問看護 など)
 - エビデンスに基づいた、**給付に係る一定のルール・基準**の在り方
(例えば、医療費適正化計画に基づく取組、NDBなどデータ分析結果等を踏まえた取組 など)

前回の議論

<頻回受診対策等>

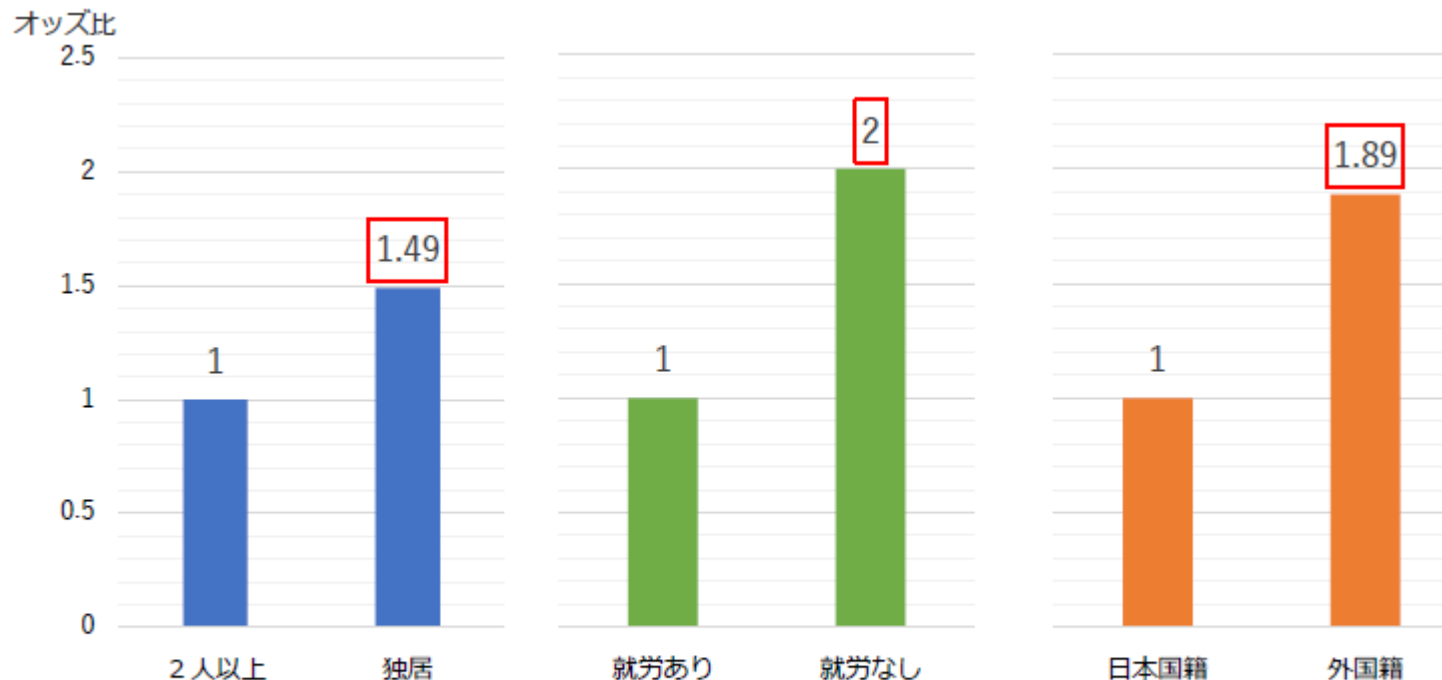
- 1人住まいの被保護者が非常に多い。多剤投与や頻回受診は、孤独感や疎外感によるところが大きいのではないかと。社会とのつながりをできるだけ維持していくような政策が必要。生活保護の担当部署だけではなく、地域の社会政策を担当している部署との連携が必要。
- 被保護者は、SDH（健康の社会的決定要因）に関して考えなければいけない点が多く、そこを考慮した手厚い取組こそが行政としては重要であり、公平なサービスだと考える。

<その他の対策等>

- 医療保険の場合、価格を調整することでインセンティブやディスインセンティブをつけられるが、医療扶助の場合、価格面で調整することができないため、別の仕掛けが必要。健康面で悪影響が出てくるといった専門的な知見や、データ分析により「ここまで投薬するのはまずい」「これだけ頻回受診しても効果が無い」など明らかにできれば、ある程度のガイドラインは作っていいのではないかと。現場で混乱が生じないように、明確なガイドラインの提示が必要。
- 後発医薬品は、法改正により原則化されたことで取組が進んでいる。多剤や適正受診は、明確な基準は難しいものの、国においてルールや基準が定められれば、自治体としても説明しやすい。
- 後発医薬品の使用促進について、一定の効果を示している一方で、ある程度のところにとどまっているような状況も指摘されている。選定療養が昨年10月に導入され、医療保険では使用促進の効果が示されている。一方、生活保護受給者への対応については、薬局でも、長期収載品を強く希望されるような大変苦慮するケースが報告されている。選定療養の対象拡大も見込まれる中、関係法令の整理も含め、保険局と丁寧に連携してほしい。
- 例えば、訪問看護や施術の給付について、要否意見書で主治医が必要と判断している中で、それらの回数まで自治体が踏み込んでいくことはできないのが現状。昨今、有料老人ホームで入所者を囲い込み、連携した介護・医療サービスが提供されている事例もあるが、外形上は医師の指示や要否意見書が出ている。こういった対策ができるか。
- 県が策定する医療費適正化計画について、今回、国の方針で「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘された医療」として急性呼吸器感染症の抗菌薬処方や、「医療資源の投入量に地域差がある医療」について、新たに計画に盛り込んで取組を推進することとされた。医療扶助も例外ではなく、歩調を合わせて対応していく必要。

（参考）頻回受診者の特徴

- 都市近郊の2自治体の生活保護管理データと医療扶助レセプトデータを結合し、2016年1月時点で生活保護を受給している20歳以上の6,016人を1年間追跡して分析したところ、139人（2.3%）が頻回受診※を経験。 ※同一疾患で月15日以上通院。
- 頻回受診者の割合を属性別にみると、**独居の者は同居者がいる者の1.49倍、就労していない者はしている者の2倍、外国籍の場合は日本国籍の者の1.89倍。**
- **頻回受診の背景として、被保護者の孤独・孤立などがある可能性。**



都市近郊の2自治体の生活保護管理データと医療扶助・介護扶助レセプトデータを2016年1月から1年間追跡して分析。
 対象者は20歳以上の生活保護受給者（n=6016、うち頻回受診者は139人）。
 頻回受診の有無もアウトカムとするマルチレベル多変量ロジスティック回帰分析の結果。
 年齢・性別・居住地・登録された健康状態等・個人と世帯の他の要因調整済み。

「社会的処方」の考え方

社会的処方：「患者を病気にした元の環境に戻さない」
そのために、コミュニティを組織化する「持続的なシステム」をつくる

医療機関

診療現場で患者の
社会的課題を診断
(貧困・孤立等)

ケアのネットワーク

医療・介護
保健・福祉
専門職

地域連携室, MSW
地域包括支援センター
社会福祉協議会
民生委員
自治会・班会 など

地域社会資源
コミュニティ

気づきのネットワーク

まちの資源
生活の場で困りごとを
抱える人を見つけ、
つなぐ

取組事例（1/3） - 兵庫県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：養父市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

- 農業分野・芸術文化分野の活用を含めた「社会とのつながり」の紹介によって、社会的孤立に起因する健康面・社会生活面の課題解決を支援しようとしている。

取組の目的

- 孤立などに起因する疾病の重症化が懸念される住民（被保険者）について、かかりつけ医と連携して重症化を予防するとともに孤立を解消するために地域コミュニティや社会資源につなげる取組を行い、被保険者の健康面だけでなく社会生活面の課題解決につなげる仕組みを構築

取組内容

課題発見 シーン

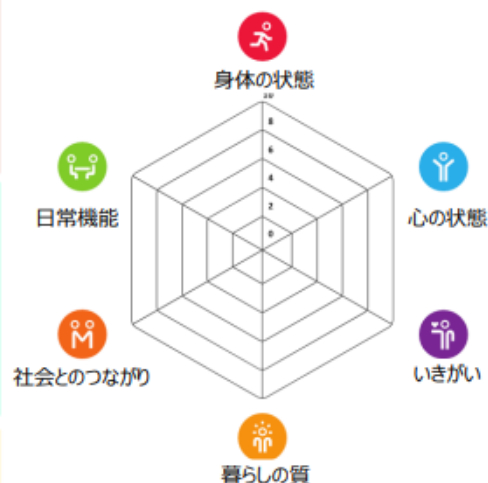
- 発見シーン：かかりつけ医による診察時、健康状態不明者（65～74歳のうち、過去3年間で健診・通院がなく健康状態が不明の方）への受診勧奨時
- 対象者の抽出方法：かかりつけ医の診察場面では医師が生活課題のある対象者を判断。健康状態不明者に対しては、電話・訪問を通じて保健師が聞き取り調査を実施し、生活面に問題がある対象者を抽出

リンクワーカー

- 担い手：保健師、看護師
- 確保・養成のための取組：リンクワーカー養成研修の実施（課題解決の基本的な考え方・技術を学び、地域包括ケア・地域共生社会の実現に向けて、リンクワーク機能の充実を図り、現場での実践に活かすことを目的として、全3回の研修を実施）また、ポジティブヘルス（クモの巣チャート）を参考に相談者とリンクワーカーでチェックし、コミュニケーションツールとしても活用できるアセスメントシートの作成を検討中

社会資源

- 主な社会資源：趣味・文化的活動（農業、アート、毎日元気にクラス、ひとり暮らし高齢者のつどい）、公的サービス（介護保険制度、自立支援制度）、高齢者相談センター、地域包括支援センター、（公社）シルバー人材センター、（一社）猫の手くらぶ
- 社会資源の選定の方法：対象者の話を聞く中でリンクワーカーが判断



クモの巣チャート

出典：Institute for Positive Health

かかりつけ医等との協働による予防健康づくり

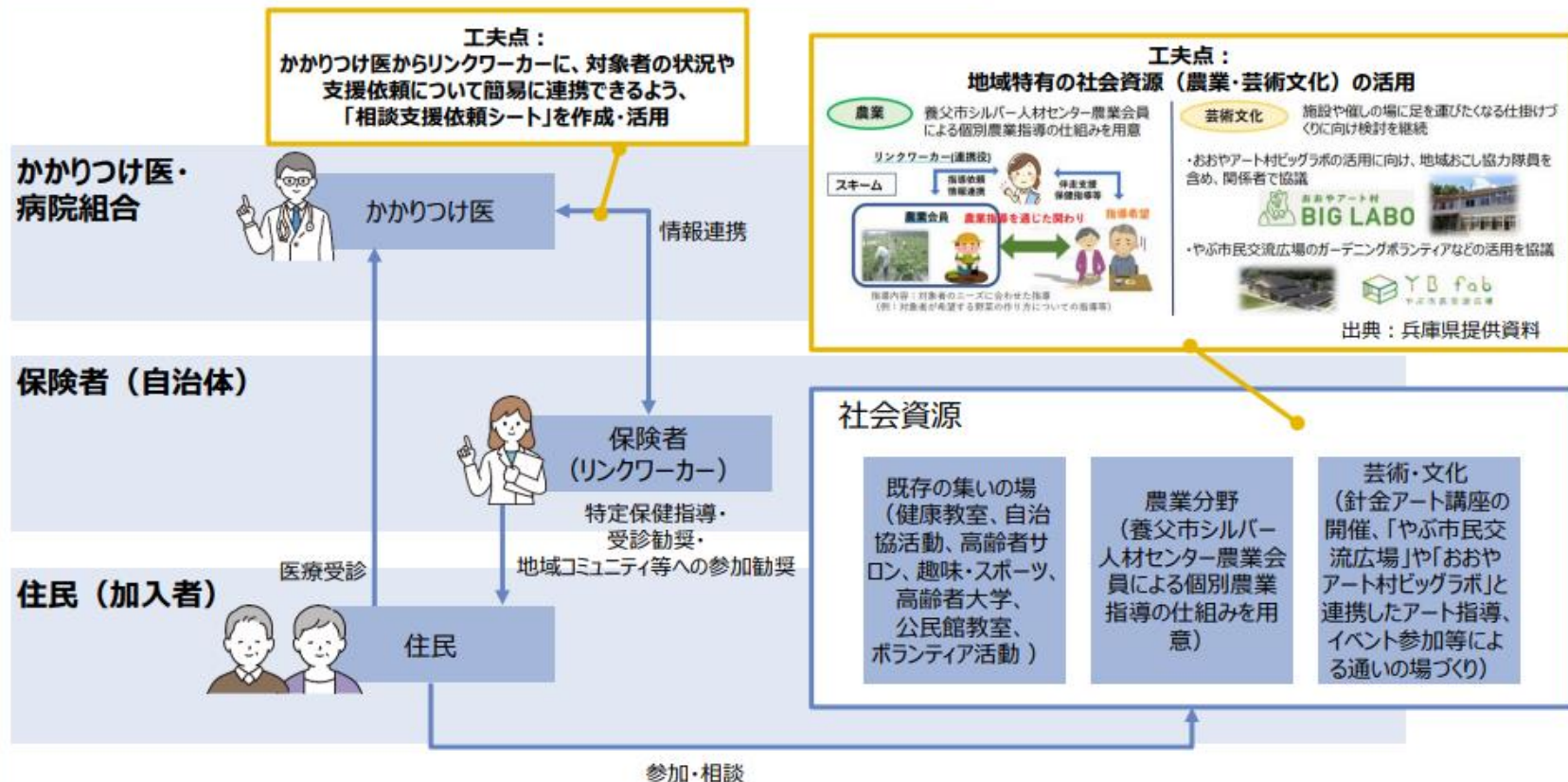
令和5年度 保険者とかかりつけ医等の協働による
加入者の予防健康づくり調査事業
参考資料1 モデル事業取組事例集

取組事例（2/3） - 兵庫県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：養父市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の流れ・工夫点

- 実施体制：保険者協議会、兵庫県、養父市、医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会



かかりつけ医等との協働による予防健康づくり

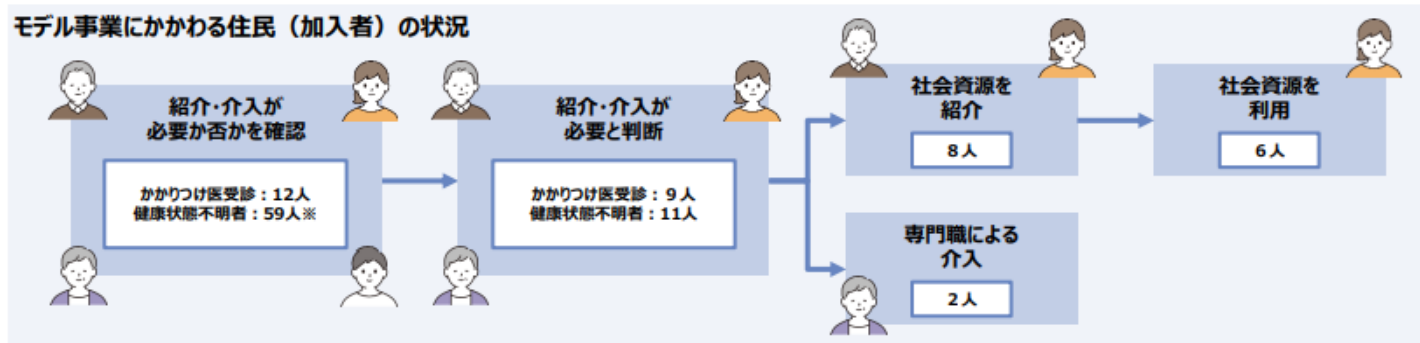
取組事例（3/3） - 兵庫県保険者協議会（令和4年度）

- 取組実施市町村：養父市
 - 人口：22,129人（令和2年時点）
 - 高齢化率：39.6%（令和2年時点）

取組の成果

取組結果

モデル事業にかかわる住民（加入者）の状況



※健康状態不明者：65～74歳のうち、過去3年間で健診・通院がなく健康状態が不明の方

取組効果

- かかりつけ医からの反応として、「重複多剤服薬が改善した（薬局一本化につながり、服薬管理の不安が減少した）」「医療だけでは抱えない生活面に課題を持つ患者をつなげる（相談する）窓口・手段ができたことで、医療機関への不規則の困った受診（2週間に3・4回）や体調不良を理由とした電話相談の数が減少し、スタッフの負担が軽減した」「重度の疾病を抱えるひきこもり事例が医療・介護につながったことで、今は本人が受診できる状況になった」といった声があった
- 様々な事例に対応する中で、社会的処方3要素「本人中心性」「エンパワメント」「共創」を意識した伴走支援の重要性を再認識できた

今後の方針

- 対象者の生活背景に対して、客観性をもってアプローチできるよう、「健康の社会的決定要因（SDH）」の観点を踏まえたアセスメントツールを活用し、糖尿病重症化予防・特定保健指導等への応用について検討
- 受け皿となる住民主体の多様な地域コミュニティ活動の促進（市民向けリンクワーカーであるコミュニティコネクターを対象とした研修の実施、地域・市民活動の支援、自治協の機能強化）
- ケースを積み上げ、好事例の横展開を実施
- 専門職リンクワーカー（ヘルスコネクター）研修の継続等

医療扶助等適正実施総合事業（医療扶助適正化等事業の再編）

令和8年度概算要求額 **48** 億円（50億円）※（）内は前年度当初予算額

1 事業の目的

医療扶助の適正実施に関して各自治体の実情に応じた効果的な事業実施等を可能とするため、「医療扶助適正化等事業」（困窮補助金）の各メニューを統合し、「医療扶助等適正実施総合事業」として再編する。

2 事業の概要・スキーム、実施主体等

既存事業

事業名	実施主体	補助率
生活保護適正化等事業		
医療扶助適正化等事業		
a レセプトを活用した医療扶助適正化事業	都道府県、市、福祉事務所設置町村	3/4
b お薬手帳を活用した重複処方の適正化		10/10
医療扶助の適正実施の更なる推進		3/4
(a) 後発医薬品の使用促進		
(b) 適正受診指導等の推進		
(c) 多剤投与の適正化に向けた支援等の強化		
(d) 医療費情報・服薬情報の通知		
(e) 精神障害者等の退院促進		
d 居宅介護支援計画点検等の充実		3/4
e 頻回受診の傾向がある者に対する早期の助言等のモデル事業		10/10
f 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		3/4
g 都道府県のデータ分析等を通じた市町村への支援事業	都道府県	3/4

医療扶助等適正実施総合事業

新事業

- 各自治体における医療扶助の適正実施に向けた取組を効果的に実施するため、各自治体の実情に応じた事業実施等が可能となるよう、メニューごとに細分化されていた補助事業を統合する。
- 各自治体への配分にあたっては、地域の実情に応じた事業に充当するための「基礎部分」と、国として特別枠を設け強力に推進する観点から、適正受診指導や薬剤投与の適正化等に資する事業に充当するための「特別加算」とに区別して執行する。

各自治体の実情に応じた事業
（基礎部分）

特別加算※

【実施主体】都道府県、市、福祉事務所設置町村

【補助率】：3/4

※ メニュー（例）

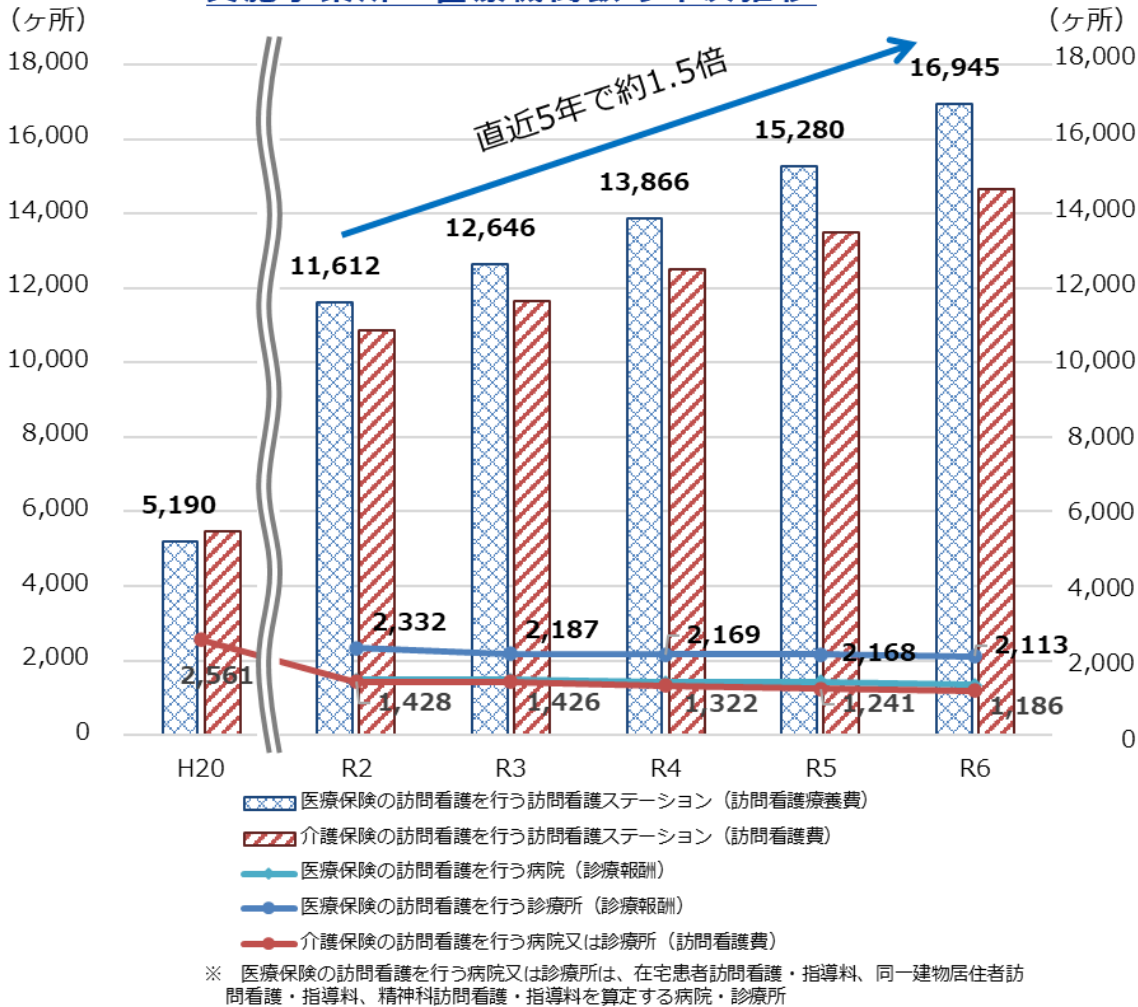
- ・ 頻回受診対策
- ・ 重複、多剤投与の適正化 等

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

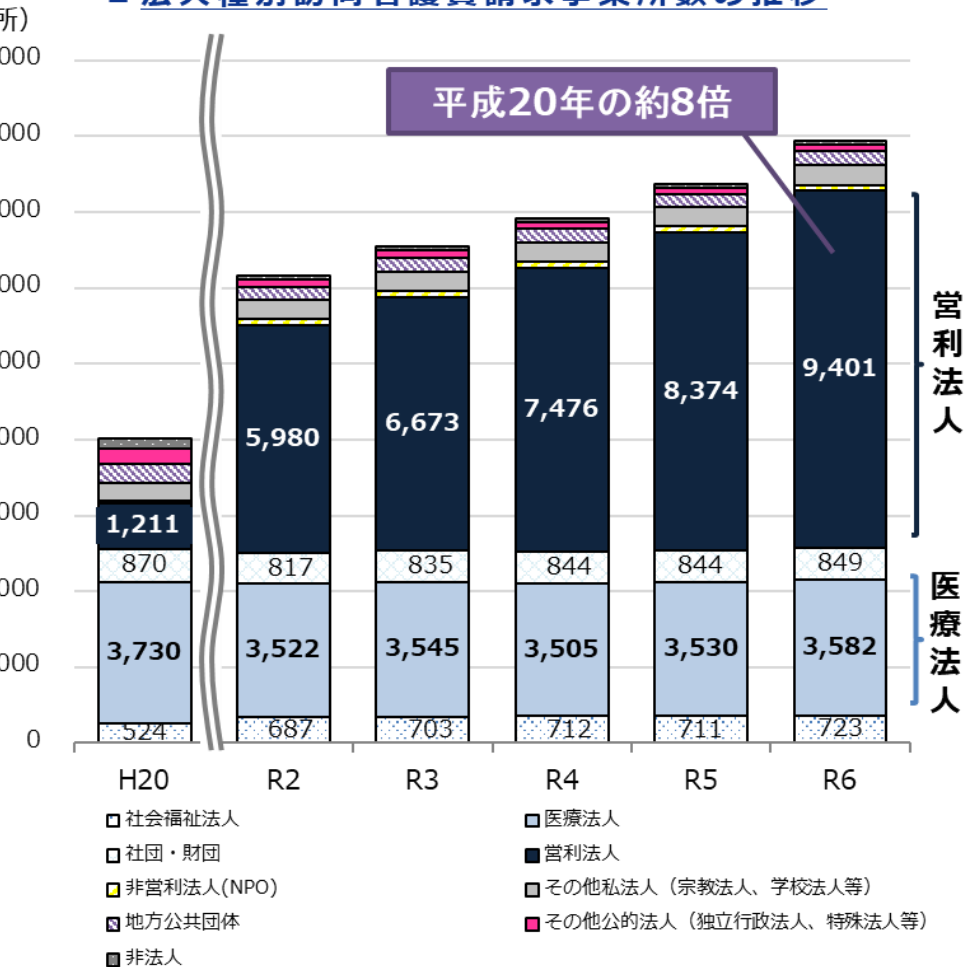
中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 訪問看護事業所の数は、近年増加しており請求事業所数は約 1 万 7 千事業所となっている。一方、訪問看護を行う病院・診療所は減少傾向である。
- 法人種別では、医療法人と営利法人が多く、営利法人の事業所の増加が著しい。

■ 実施事業所・医療機関数の年次推移



■ 法人種別訪問看護費請求事業所数の推移

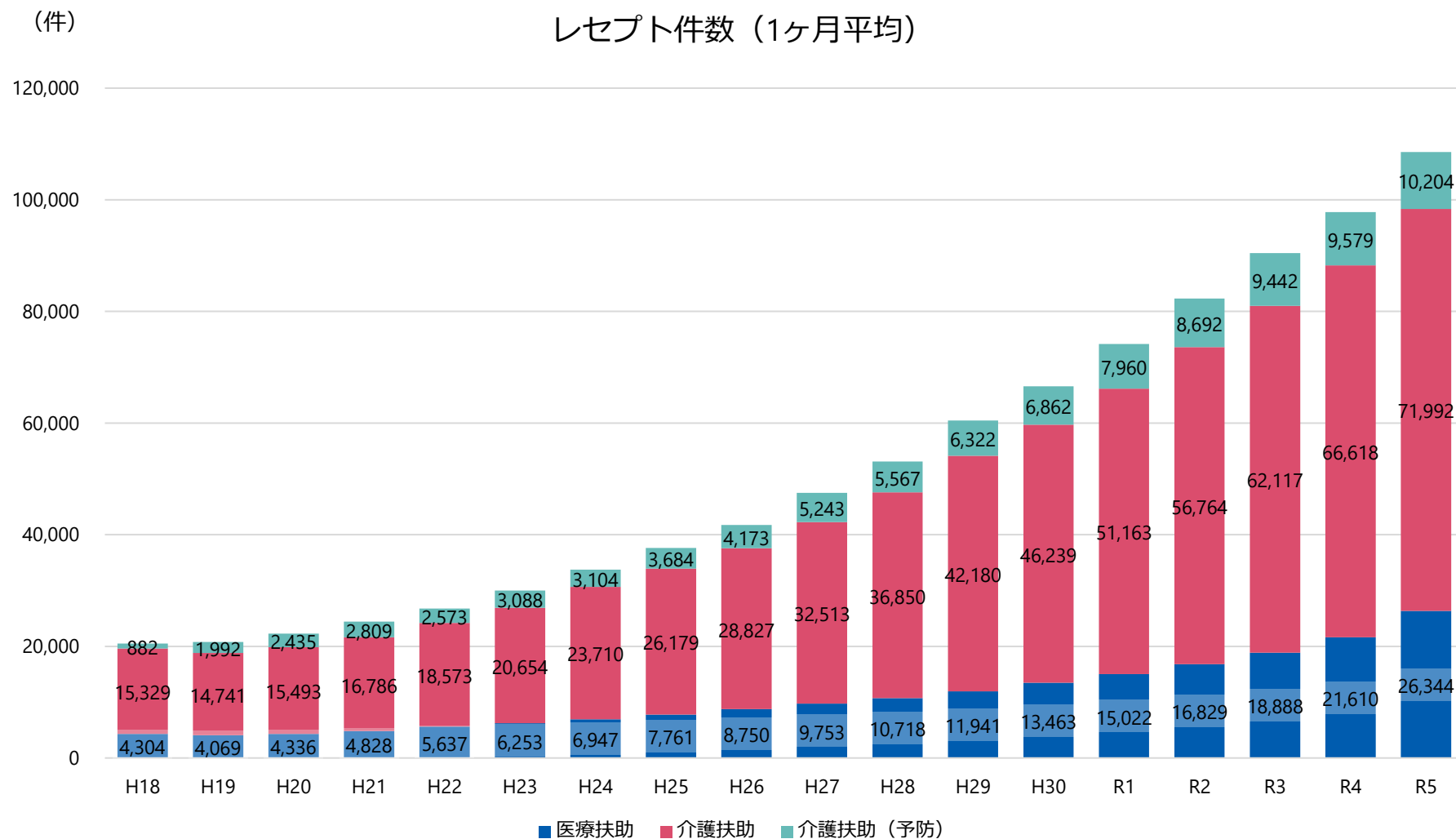


(左図) 医療費の動向調査の概算医療費データベース (各年 5 月審査分)、NDBデータより保険局医療課にて作成 (各年 5 月診療分)、介護給付費等実態統計 (各年 4 月審査分)

(右図) 介護給付費等実態統計より老健局老人保健課にて作成 (各年 4 月審査分)

被保護者における訪問看護の利用者数の推移

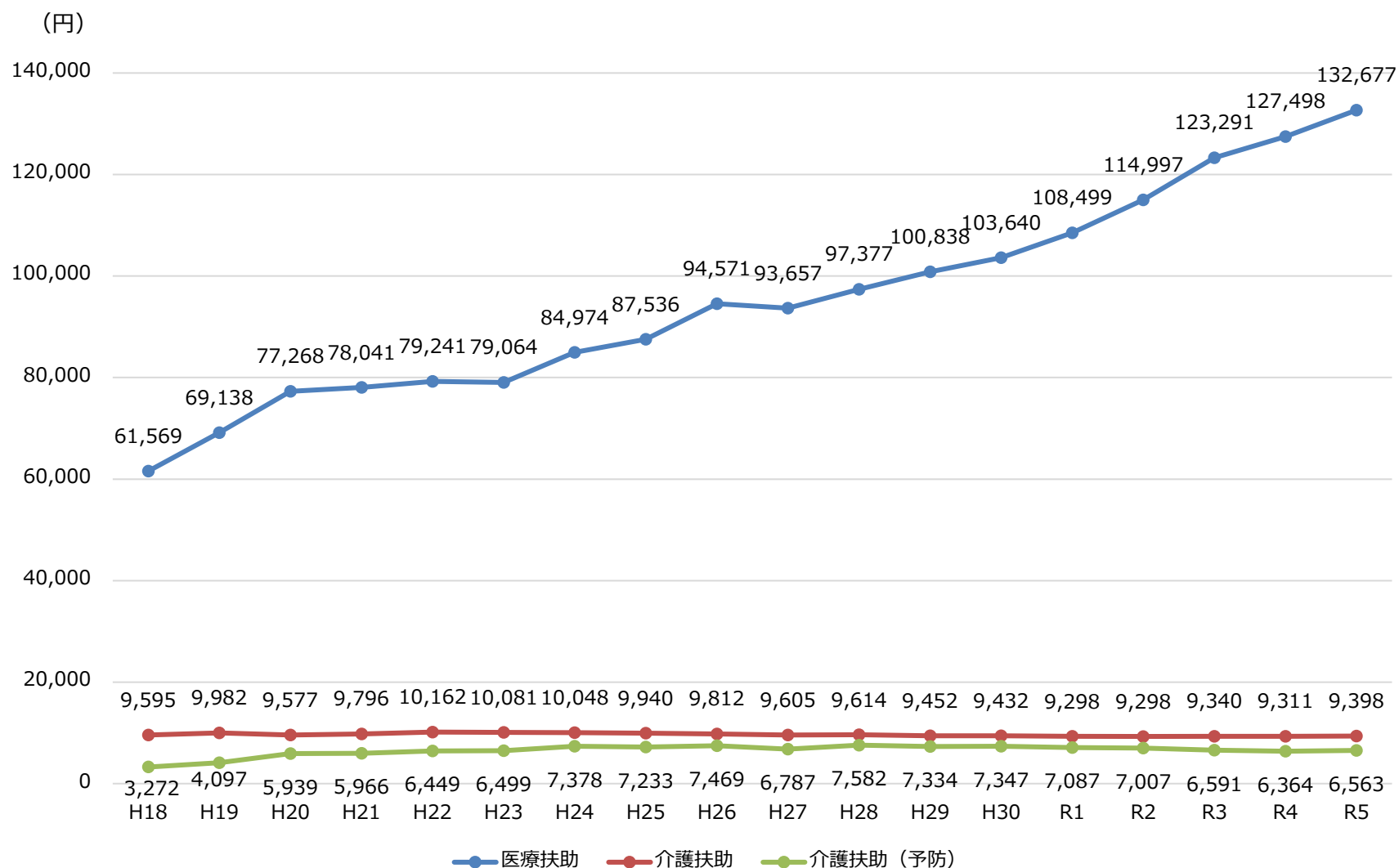
訪問看護の利用者数は、医療扶助・介護扶助ともに増加傾向である。



出典：生活保護費負担金事業実績報告における1年分の件数を12で除して算出

被保護者における訪問看護に係る1件あたり医療・介護扶助費の推移

介護扶助費は横ばいであるのに対し、医療扶助費は増加傾向である。



第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けた見直し

医療費の更なる適正化に向けて、①新たな目標として、複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等を加えるとともに、②既存の目標についてもデジタル等を活用した効果的な取組を推進する。また、計画の実効性を高めるため、③都道府県が関係者と連携するための体制を構築する。

計画の目標・施策の見直し

① 新たな目標の設定

- 複合的なニーズを有する高齢者への医療・介護の効果的・効率的な提供等
 - ・ 高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防
 - ・ 医療・介護の連携を通じた効果的・効率的なサービス提供（例：骨折対策）
 - 医療資源の効果的・効率的な活用
 - ・ 効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘されている医療（例：急性気道感染症・急性下痢症に対する抗菌薬処方）
 - ・ 医療資源の投入量に地域差がある医療（例：白内障手術や化学療法の外来での実施、リフィル処方箋（※））
 - （※）リフィル処方箋については、地域差の実態等を確認した上で必要な取組を進める。
- ⇒ 有識者による検討体制を発足させて、エビデンスを継続的に収集・分析し、都道府県が取り組める目標・施策の具体的なメニューを追加

② 既存目標に係る効果的な取組

健康の保持 の推進

- 特定健診・保健指導の見直し
⇒アウトカム評価の導入、ICTの活用など

医療の効率的な 提供

- 重複投薬・多剤投与の適正化
⇒電子処方箋の活用
- 後発医薬品の使用促進
⇒個別の勧奨、フォーミュラ策定等による更なる取組の推進や、バイオ後続品の目標設定等を踏まえた新たな数値目標の設定

➡ さらに、医療DXによる医療情報の利活用等を通じ、健康の保持の推進・医療の効率的な提供の取組を推進

※ 計画の目標設定に際し、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意

実効性向上のための体制構築

③ 保険者・医療関係者との方向性の共有・連携

- ・ 保険者協議会の必置化・医療関係者の参画促進、医療費見込みに基づく計画最終年度の国保・後期の保険料の試算 等

➤ 都道府県の責務や取り得る措置の明確化

- ・ 医療費が医療費見込みを著しく上回る場合等の要因分析・要因解消に向けた対応の努力義務化 等

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援
2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等
 - (1) 医薬品の適正使用に向けた取組
 - (2) 適正受診に向けた取組等
- 3. 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・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

現状・課題

- 医療扶助・介護扶助の給付手続について、以下のような運用実態となっている。

		国の要領と運用実態	有効期間・頻度	手段
医療扶助	要否意見書	【国の要領】 - 福祉事務所は、医師の要否意見書を踏まえて給付決定 - 福祉事務所は受給者に要否意見書を交付、受給者が医療機関に作成依頼 - 医療機関は要否意見書を作成し、福祉事務所に送付 【運用実態】 - 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 - 初診時は、受診前に福祉事務所に要否意見書が提出されているケースは少数	入院：上限3ヶ月 外来：上限6ヶ月	紙のみ
	医療券・調剤券	【国の要領】 - 福祉事務所は受給者に交付、受給者が医療券・調剤券を持参して受診・利用 【運用実態】 - 受給者に交付せず、福祉事務所から医療機関に送付するケースも多い - 初診時は、受診後に医療券・調剤券を送付するケースが多い ※当該月の医療券・調剤券をまとめて月末等に送付するケースもある なお、オンライン資格確認に係る医療券/調剤券情報も、これと併せて月末に登録されるケースが見られるが、オンライン資格確認等の円滑な運用に支障が生じるため、前月末日までに医療券/調剤券情報を登録するよう依頼。	毎月発行 要否意見書の有効期間内でも毎月発行	オン資 or 紙
介護扶助	介護券	【国の要領/運用実態】 福祉事務所は、ケアプランを踏まえて給付決定の上、ケアプランに記載のある各介護機関に介護券を直送	毎月発行 ケアプランの有効期間内でも毎月発行	紙のみ

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

現状・課題

- 医療扶助のオンライン資格確認（医療券・調剤券）について、被保護者のマイナンバーカード利用登録や医療機関におけるシステム導入が進みつつあるものの、医療券・調剤券情報の毎月の更新と併せて、紙の医療券・調剤券の発行も相当数残っている状況にあり、医療機関において有効に活用可能な環境を整える観点からも、**福祉事務所の業務負荷への対応等が課題**。
- 「医療扶助のオンライン資格確認導入についての方向性の整理」（令和2年11月30日 医療扶助に関する検討会）では、「現在、紙で福祉事務所と医療機関のあいだでやりとりが行われている**要否意見書**について、その役割を踏まえつつ、**事務負担の軽減や電子化について検討が必要**」とされた。
これを受け、令和3年度に要否意見書の電子化に関する検討を行うための調査研究事業を実施、福祉事務所に対するアンケート調査の結果では、**過半数が要否意見書のオンライン化に「賛成」と回答**。他方で、**4割弱が「どちらとも言えない」と慎重な回答**となっており、今後、**より詳細・具体的な検討が必要**な状況。
- 今年度、「都道府県による市町村支援」の枠組みが施行されたことに伴い、都道府県に対し、**NDBデータ等を活用した「データ分析支援ツール」**の配布を開始。令和6年度末に配布したツールでは、格納されているデータが古い（令和3年度NDBデータを格納）、各種指標に係るクロス分析ができないなど、**ツールの充実が課題**。
- 昨年末の大臣折衝事項で、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ることを検討**することとしている。

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

主な論点

- **医療扶助・介護扶助の給付手続**について、医療機関・薬局や福祉事務所における業務効率化や、被保護者本人の健康管理等を進める観点から、**さらなるデジタル化**に取り組んでいくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - 医療扶助の**オンライン資格確認（医療券・調剤券）に係る普及促進**の取組
（例えば、医療機関等・福祉事務所・被保護者、それぞれに対するメリットの訴求 など）
 - 医療扶助の「**要否意見書**」の**オンライン化**に係る具体的方策
 - デジタル化推進を見据えた、**医療券・調剤券・要否意見書や介護券に係る運用の標準化・効率化**
（例えば、手続存続の必要性の精査、実態に合わせた有効期間・頻度の見直しなど）
- **NDB（匿名医療保険等関連情報データベース）等の健康・医療データ**について、福祉事務所における健康管理支援事業の事業企画等や、都道府県による市町村支援の枠組みを実効的なものとする観点から、**更なる有効活用**を進めていくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - **被保護者の健康診査や保健指導に係る情報のNDB登録の推進**
 - 国が都道府県に配布する**データ分析支援ツール**の効果的な活用
（例えば、格納データや分析機能の充実、自治体向け研修の継続実施 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

主な論点

- **福祉事務所が管理する健康・医療データ（レセプト、健診・保健指導情報等）**について、健康管理支援事業や医薬品の適正使用・適正受診の取組への活用など、**更なる利活用**を進めていくことが重要。例えば、以下のような論点が考えられるか。
 - **健康管理支援事業等の対象者抽出等における効率的・効果的な活用方策**
（例えば、生活保護システムの有効活用、外部委託の活用、抽出ツール・データベースの開発 など）

前回の議論

- ケースワーカーの業務は、かなりの効率化が必要。対象者について簡単にフラグが立つなど、ケースワーカーの業務に関わるようなデジタル化は不可欠。
- オンライン資格確認の導入によって、医療券の送付事務が削減されることになっているが、マイナンバーカードの利用登録者は約4割、医療扶助のオンライン確認を導入している医療機関等は約半分、本人が利用登録していて、かつ、医療機関が対応している場合のみ、送付事務を削減できるので、現状は効果は限定的。業務効率化に向けたデジタル化は進めてほしいが、過渡期は自治体の事務が膨大になる点に留意してほしい。
- 薬局の場合、複数医療機関からの処方薬を把握するためには、マイナ保険証による状況把握等は重要。被保護者の中には、オンラインの利用が困難な方も一定数おられると思うが、薬局等ではシステム導入を進めている状況。福祉事務所への働きかけや医療機関と連携した取組等を通じて、効率的に医薬品の適正使用に取り組めるようにしてほしい。
- 被保護者が抱える課題は多様であるため、医療だけでなく介護保険等も含め、関係者間でタイムリーな情報連携が可能となることが期待されているのではないかと。マイナンバーカードによって、こうした情報連携が進展することが期待されるが、介護保険等も含めた共通した基盤が望ましい絵姿ではないか。
- 生活保護は、サンプルが非常に少なく、個人が特定される危険性もあり、統計分析が極めて難しいが、NDBは被保護者とそれ以外を識別可能。それぞれの行動パターンの違いを分析可能。国保・後期高齢との比較により精緻な分析を行い、問題点が明確になれば、適正使用・適正受診のガイドラインを作るときも、説得力を持って打ち出しやすい。
- データ分析支援ツールを使うと、国保の都道府県格差と似た状況が見えてくる。生活保護と国保の違いだけではなく、共通項も見えてくると、各々で対策を行うのではなく、一緒に進めていくことができる。こうした観点からもデータ活用に期待。都道府県では、福祉事務所単位のデータが確認できる。こうしたデータを基に取組強化に向けて働きかけてもらえると、第一歩につながる。アンケートでは「未対応」が多かったので、今後しっかり働きかけていく必要。
- 健診データや生活習慣病の質問票データがNDBで公開されており、都道府県・市町村単位で状況がわかる。ただ、医療扶助の対象者は入力状況が非常に少ない、全然登録されていないところもある。データがきちんと登録されて、それで分析をして事業を検討できることが重要。例えば、健診データのほか、受診時の血液データ、質問票はケースワーカーが取るなどして、データの数を増やすことができると、使えるデータになる。

3.福祉事務所の課題④医療券/調剤券情報未登録 医療券/調剤券情報登録のタイミング

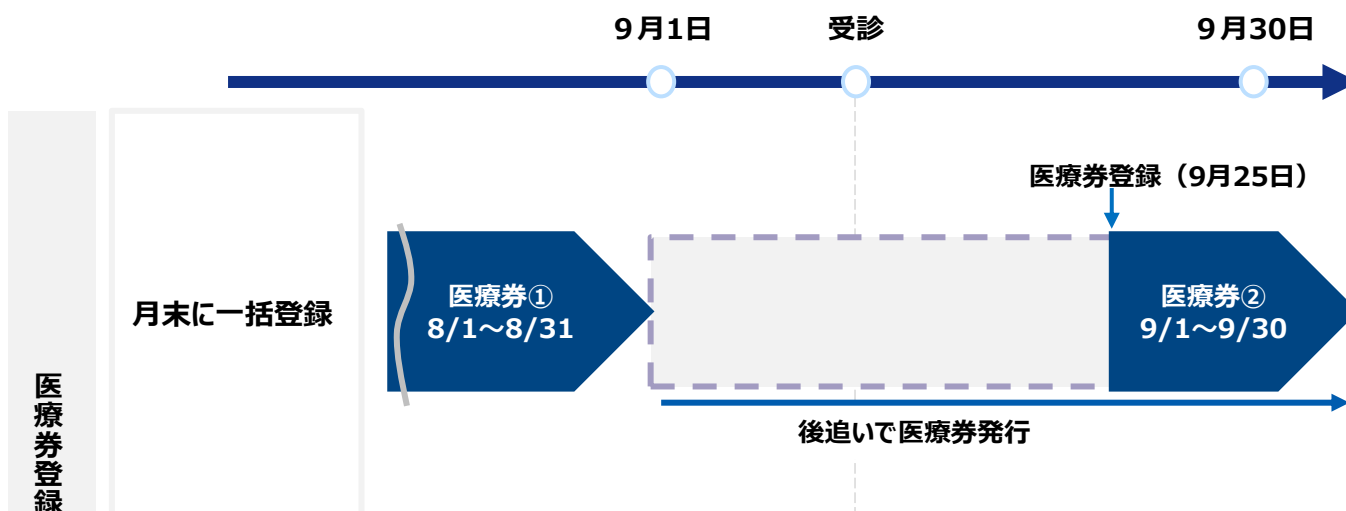
医療扶助のオンライン資格確認および
医療DX等に関する制度説明会

資料

令和7年9月25日

医療機関に提供した情報に基づいて被保護者がより良い医療を受けることができるよう、翌月の継続受診が判明している場合は、前月末日までに医療券/調剤券情報を登録するようお願いします。

継続受診における医療券情報登録のユースケース

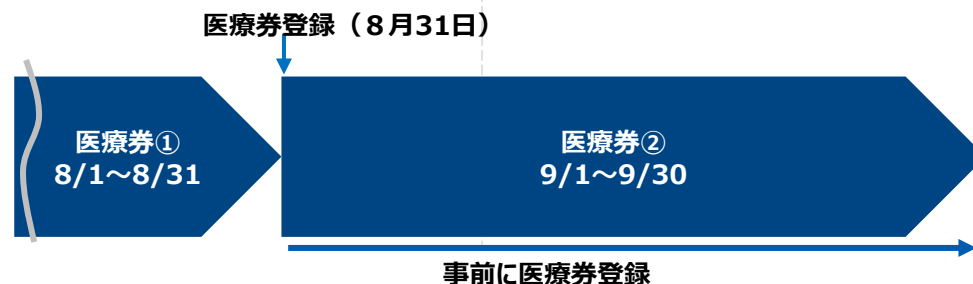


- ・ 受診時点「**未委託**」と表示される。
- ・ 本人の同意があったとしても、医療機関等は電子処方箋や医療情報・薬剤情報を確認できない。

医療券登録のタイミング

国が求める運用

事前登録



- ・ 受診時点「**委託済**」と表示される。
- ・ 本人の同意があれば、医療機関等は電子処方箋や医療情報・薬剤情報をその場で確認できる。

→被保護者は、医療機関に提供した情報に基づいて、より良い医療を受けることができるようになる。

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方策についての調査研究事業（令和3年度社会福祉推進事業）

アンケート調査

調査期間：令和3（2021）年11月

調査対象：全国の福祉事務所（1,250箇所）

回収状況：746福祉事務所（59.3%）

【「賛成」の理由の回答例】

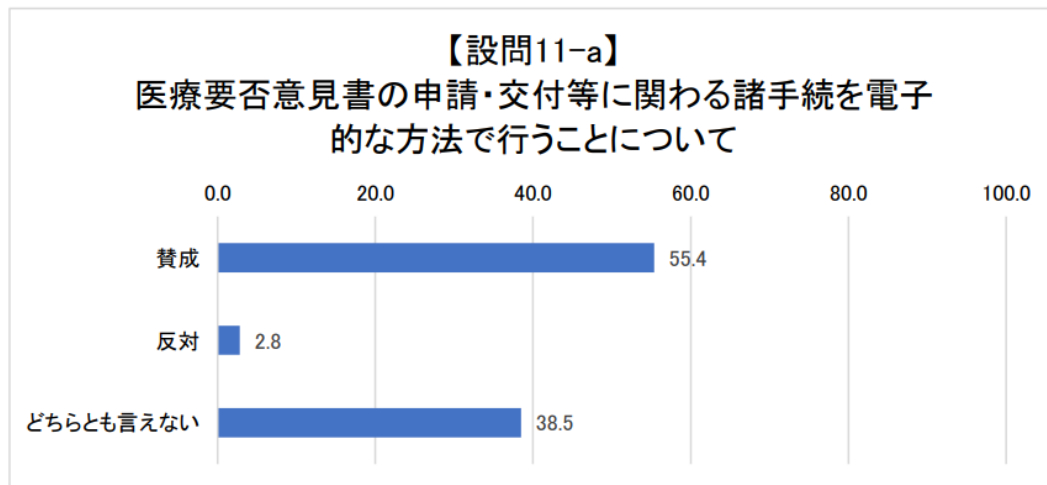
- ・ 現在、紙で保管している要否意見書を電子化（データ化）することで、要否意見書の検索時間の短縮を図ることができる。また、要否意見書の発送、発行業務の削減、郵送料の負担の削減が見込まれる。
- ・ 要否意見書及び医療券の電子化が可能になれば、郵送費（毎月20,000円程度）を削減できるほか、業務の効率化（10時間～20時間程度）になることが予測されるため。

【「反対」の理由の回答例】

- ・ 電子化は理想であるが、個人情報に記載されているので紙ベースでのやりとりのほうが、危険は少ないと思われるため。

【「どちらとも言えない」の理由の回答例】

- ・ レセプトのように原則すべてが電子化となれば事務手続きの簡略化や郵送費の削減に繋がるため賛成です。
一方、医療機関によっては紙での対応が必要になることや、現在活用しているシステムと分離した端末・システムを活用する必要がある等、現状より手続きが煩雑化するような形態は望ましくないと考えます。
- ・ 現状、生活保護システムは外部ネットワークと接続しておらず、要否意見書のやりとりを電子化することへのハードルは高い。
紙媒体での運用がほぼなくなる場合は導入のメリットがあるが、電子化に対応できる医療機関が一部に限られる場合等は事務が二重になり、逆に現状より業務負担が重くなることが想定される。



令和7年 地方分権改革に関する提案募集 提案事項

○提案事項（事項名）

生活保護法による医療扶助運営要領の様式第13号における医療要否意見書の公印の省略

○提案団体

指定都市市長会

○求める措置の具体的内容

生活保護法による医療扶助運営要領について、様式第13号の医療要否意見書の公印の省略を認めるよう要件の見直しを求める。

○具体的な支障事例

【現行制度】

生活保護法による医療扶助運営要領の中で、様式第13号の医療要否意見書には福祉事務所長公印が示されており、厚労省担当者も「省略不可」としている。

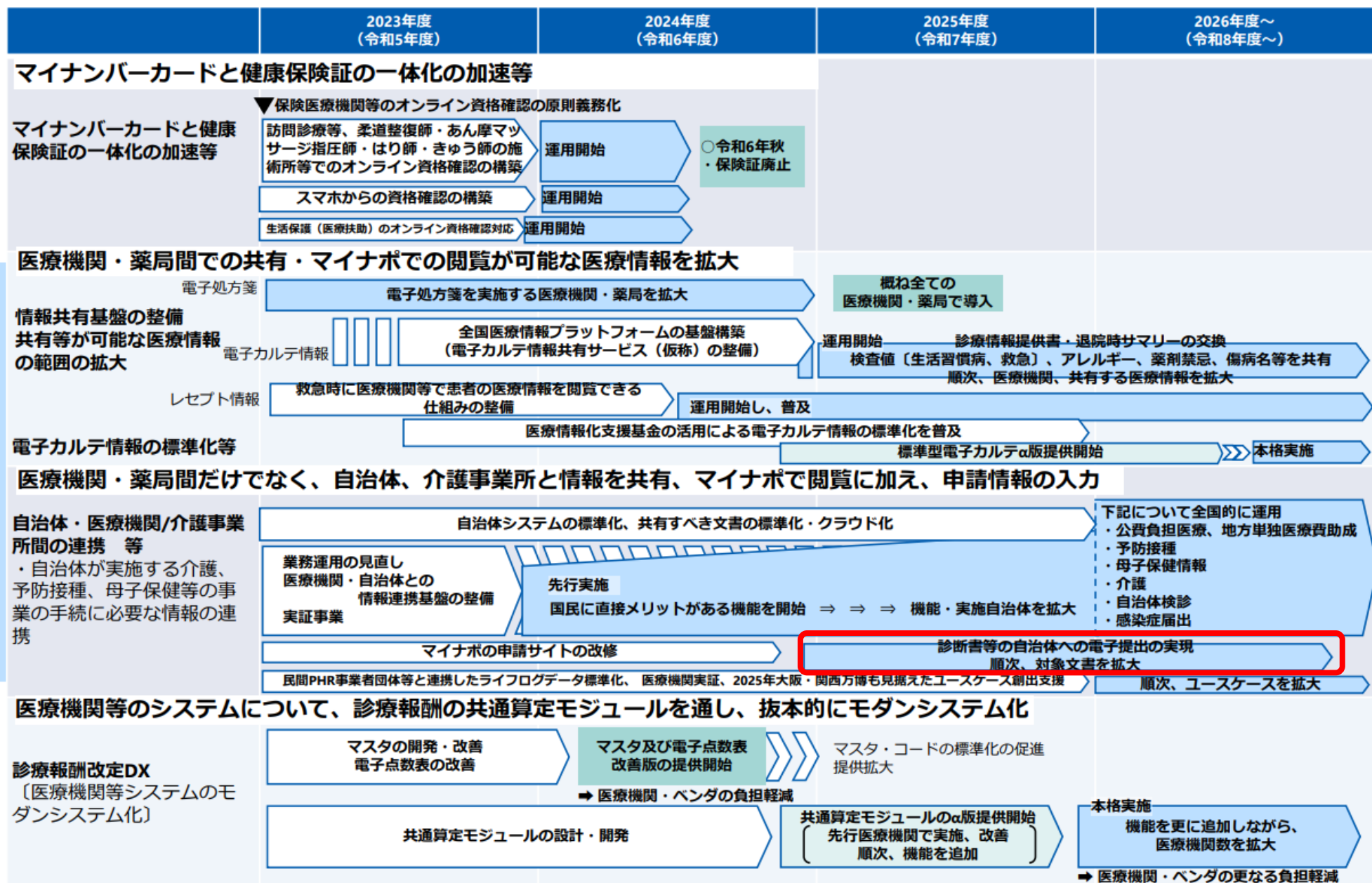
【支障事例】

医療要否意見書は、地方公共団体（福祉事務所）から指定医療機関へ作成依頼し（往路）、指定医療機関から地方公共団体（福祉事務所）へ返送する（復路）ものだが、往路の際、福祉事務所長公印が必要であり、公印省略が不可とされている。そのため、地方公共団体によっては、紙及び郵送費節減を目的に要否意見書をオンラインで交換する仕組みを構築している中、電子化は復路のみとせざるを得なくなり、事務効率化や、往路分の年間郵送費約200万円節減の支障となっている。

【支障の解決策】

所管省庁が「公印省略・可」と見解を変更することで、各自治体における当該業務のICT化の幅を広げることができる。

医療DXの推進に関する工程表〔全体像〕



医療扶助のオンライン資格確認のメリット

医療扶助のオンライン資格確認を導入するメリットとして、“事務コストの削減”、“より良い医療の提供”、“医療機関への適正な受診の促進”がある。

医療扶助のオンライン資格確認導入によるメリット



医療機関

【事務負担の削減】

- ・ 医療券情報を電子的に管理することで、福祉事務所への確認に係る電話対応等の事務負担が軽減される。
- ・ マイナンバーカードを利用して受診していない被保護者の情報も、一括照会により事後的に取得することが可能となる。
- ・ 顔認証付きカードリーダーを利用して資格確認を行うことで、受付時の資格確認作業が円滑化される。

【より良い医療の提供】

- ・ 診療情報・薬剤情報・健診情報等の閲覧や電子処方箋の活用を行うことで、被保護者により良い医療を安全に提供することができる。



福祉事務所

【事務負担・コストの削減】

- ・ 医療券の発行に係る医療機関からの問合せ対応や郵送対応の負担が軽減される。
- ・ 初月に可否意見書を発行した医療機関に対して、2か月目以降は医療券情報の登録のみの対応となる。

【健康増進/適正受診】

- ・ 被保護者が健診情報を確認可能となり、健康管理支援を行う際にコミュニケーションが取りやすくなる。
- ・ 未委託状態での受診や、頻回受診傾向のある被保護者を早期に確認することができる。

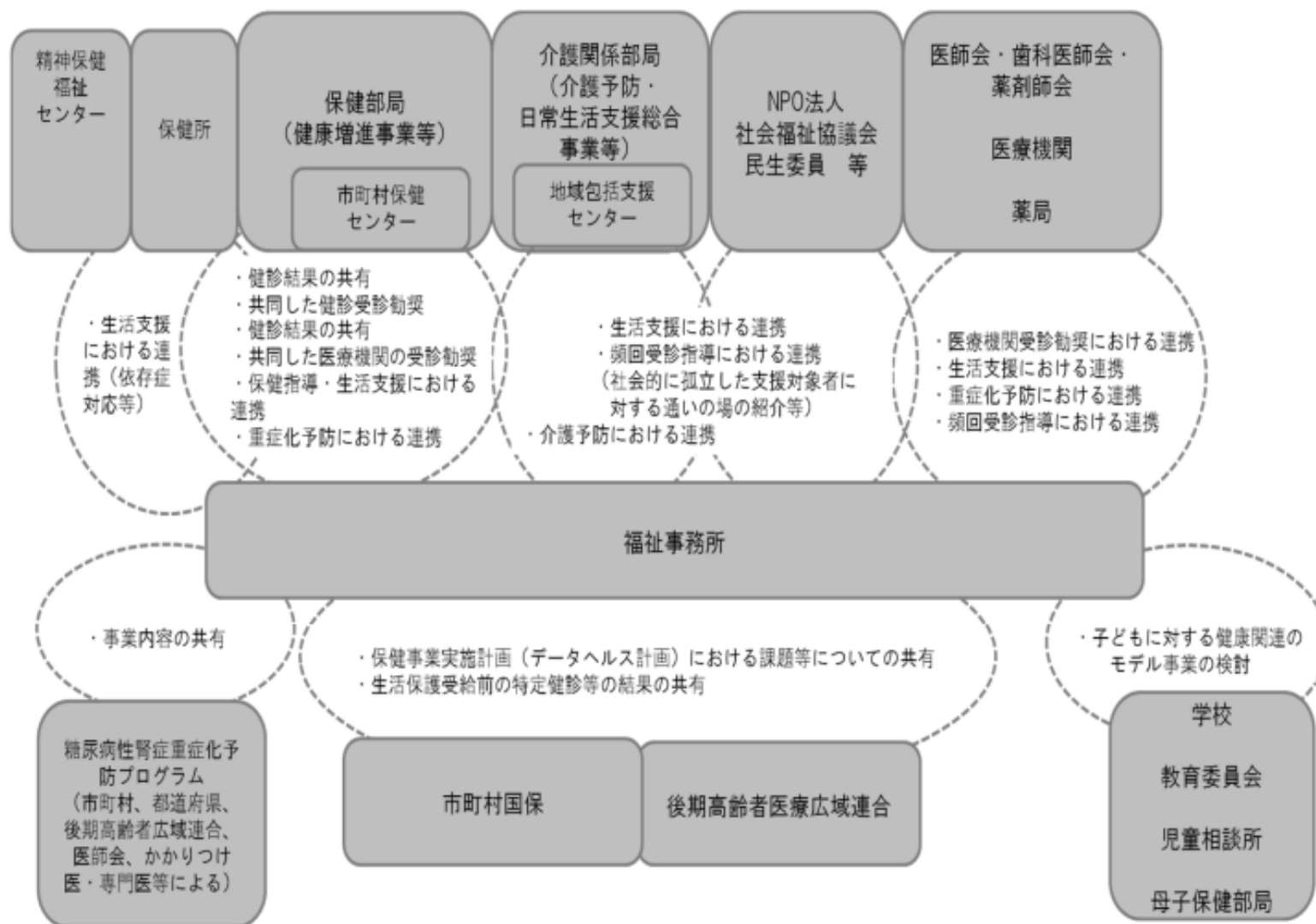
参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

図表7 連携体制構築のイメージ例



図表6 評価指標の例

	評価項目	評価指標例	活用データ例
S	事業実施体制	・専門知識を持った職員、その他の職員の配置状況、予算規模	事業データ
S	連携体制	・連携会議の開催状況 ・社会資源の活用状況	事業データ
P	対象者の選定	・対象者の選定方法	事業データ
P	生活習慣改善支援	・支援方法	事業データ
Op	健診受診状況	・健診受診率	保健部局のデータ
Op	支援実施状況	・個別支援実施率 ・他の社会資源へ紹介し、実際にサービスを受けた件数	事業データ 他部局のデータ
Oc	健康・生活状態改善	・個別支援計画の振り返りにて「やや改善」「改善」となった者の割合 ・参加予定者等において心配事や愚痴を聞いてくれる者がいると回答した者の割合 ・参加予定者等において地域活動等の社会参加がある者の割合 ・参加予定者等において医療機関受診を困難と感じている者の割合 ・介入対象とした傷病の重症化率	事業データ 事業データ（フェイスシート等） レセプトデータ
Oc	医療費適正化効果	生活習慣病関連の医療費の変化	レセプトデータ

S：ストラクチャー評価 P：プロセス評価 Op：アウトプット評価 Oc：アウトカム評価

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

- 令和6年度からの第3期データヘルス計画の策定に向けて、有識者検討会で議論を行い、計画の標準化、共通の評価指標、留意点等について整理し、令和5年5月18日に改正。改正のポイントは以下のとおり。

項目	ポイント
標準化の推進（共通の様式例）	○ 都道府県内で共通の評価指標を設定することにより、<u>域内保険者において経年的なモニタリング、他の保険者との比較、俯瞰的、客観的な状況を把握</u>することができ、また、<u>地域の健康課題の分析方法、計画策定、評価等の一連の流れを共通化</u>することで、これらの<u>業務負担を軽減</u>することができる。 ○ 都道府県、国保連等は、<u>域内の保険者が策定した計画を収集、分析、評価し、その結果を都道府県が行う国保保健事業等や保険者支援等に反映</u>させる。 ○ 域内保険者が把握すべき共通の情報については、都道府県が地域の実情を踏まえて決定する。<u>共通の様式例</u>については、以下のとおり例示。

データヘルス計画策定のための共通の様式例

- この様式例は、計画の標準化を推進するために、都道府県が市区町村に提示する様式の一例を示したものである。都道府県において独自の様式を作成することを妨げるものではない。また、実際の活用状況を踏まえて、最終評価時に、適宜様式の見直しが必要となる。
- 本様式例を参考に共通の様式を作成する場合は、都道府県の判断により、適宜、内容を追加する等、修正することは可能である。
- 都道府県で共通の様式を市区町村に配付する際は、都道府県の健康課題や健康増進に係る取組の方向性も併せて市区町村に提示して、それらを踏まえて、様式を記入するよう市区町村に伝える必要がある。また、様式を配布するだけでなく、記載されたものや計画を収集、分析、評価し、市区町村の支援の参考情報として活用する。
- 市区町村においては、都道府県から共通の様式が提示された場合は、その様式を参考にして、計画を策定する。共通の様式にある記載事項は、都道府県が、市区町村に記載してもらいたいと考えた事項である。計画の策定の際には、市区町村の判断により、共通の様式にある記載事項に加え、それ以外の情報も参考として活用する。
- この様式例は、国保組合においても、活用することができる。適宜内容を修正し、例えば、複数の組合が、作成後の様式を交換し、比較することは可能である。また、企業の健康経営との連携（コラボヘルス）を推進することも重要である。
- 全てのシートのフォント、セルの高さ・幅等は適宜、変更可能である。
- 本様式は表計算ソフトで作成しているが、必要な表を追加すれば、ワープロソフトにより作成することは可能である。

※ 計画様式（Ⅰ～Ⅴ）は、東京大学「データヘルス計画標準化ツール®」を改変して作成。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

項目	ポイント
標準化の推進 (共通の評価指標例)	○ 共通の評価指標を設定するにあたっては、計画の策定等に必要のものであり、かつKDBシステムから算出できるものや他計画等で把握すべき指標等、可能な限り、保険者が情報収集しやすいものとする。 ○ 共通の評価指標は、都道府県と域内保険者とが相談の上、設定するものであるが、共通の評価指標例を以下のとおり例示。 ○ 計画の標準化は、保険者の健康課題を効果的・効率的に解決するために行うものであり、各保険者において最低限把握すべき情報や評価指標等を統一するものである。

共通の評価指標について

共通の評価指標の考え方

- 共通の評価指標の設定は、データヘルス計画の標準化の要である。
- 指標の設定により、域内保険者の健康状況を経年的に観察することができ、保健事業の進捗状況を確認することができる。
- 域内のすべての保険者が設定することにより、他保険者との客観的な比較が可能になり、域内での自保険者の位置付けを確認することができる。

共通の評価指標の設定

1 すべての都道府県で設定することが望ましい指標

- 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針や、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針で示されているものについては、すべての都道府県で設定することが望ましい。

2 地域の実情に応じて都道府県が設定する指標

- すべての都道府県で設定することが望ましい指標について、例えば、前期高齢期、壮年期・中年期、青年期等の年齢層別に指標を設定する。
- 都道府県の健康課題や高齢者の特性に応じた評価指標を設定する。
- 地域の実情に応じて指標を設定する場合は、保健事業支援・評価委員会等の第三者に意見を求めることが望ましい。

保険者との考え方の共有

- 共通指標の設定は、保険者の理解と協力が必要であるので、都道府県は共通指標設定の意義や必要性を理解した上で、保険者に説明する。
- 都道府県の健康課題や健康づくり施策の方向性を踏まえて、保険者と相談して設定する。
- 健康増進計画等他計画やKDBで定常的に把握できるもの等、保険者に過度な負担がかからない指標が望ましい。

留意事項

- 全被保険者の指標の他に、例えば、65歳未満の者と65歳以上の者などのように、年齢層別に指標を設定することも検討する。
- 指標の設定にあたっては、事前に把握方法を検討しておく。把握に過度な費用や労力がかかるものは指標として望ましくない。
- 健康寿命や医療費適正化の進展具合等の長期的なアウトカム指標は、経年的にモニタリングできるようにしておく。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

項目	ポイント
関係機関との連携	○ 計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となる。 ○ 計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である都道府県のほか、国保連や国保連に設置される支援・評価委員会、保健医療関係者、保険者協議会、広域連合、他の医療保険者、地域の医療機関や大学等の社会資源等と連携、協力する。
都道府県（国保部局）の役割	○ 被保険者の健康の保持増進のために、保険者が、効果的・効率的に保健事業を実施することができるよう、都道府県国保部局は、関係機関との連絡調整や専門職の派遣や助言等の技術的な支援、情報提供等を通じて、積極的に保険者を支援することが求められる。特に、人材が不足傾向にある小規模の市町村国保については、都道府県の支援に加えて国保連や支援・評価委員会の支援を受けることができるように、保健所と協力して、市町村国保の体制の整備を支援する。
国保連の役割	○ 国保連は、都道府県や保険者の意見も踏まえ、KDBシステム等を活用し、健康・医療情報を分析して、分析結果やその活用方法等を都道府県や保険者に提供する。
健康・医療情報等の分析・分析結果に基づく健康課題の抽出・明確化	○ 健康課題の抽出・明確化のための分析としては、疾病間の比較（死亡や医療費に占める割合が高い疾病等）、地域間の比較（全国、都道府県内、他の保険者との比較、保険者内の地域間の比較等）、時間による比較（悪化・改善している指標等）、目標値との比較等が有用である。 ○ 上記の分析結果に基づき、健康課題を抽出・明確化し、関係者と共有し、優先して解決を目指す健康課題を選定し、優先順位を決める。
データヘルス計画（保健事業全体）の目的、目標、目標を達成するための戦略	○ 目的は、計画の策定により数年後に実現しているべき「改善された状態」や、被保険者に期待する変化を示すものであり、抽出された健康課題と対応して設定する。 ○ 目標は、健康課題と対応して設定した目的に到達するため、各年度、計画の中間年度等といった経過ごと、異なる視点ごと等に設定し、目標値には、理想として目指したい値（期待値）、一応満足できる値（充足値）、最低限達成すべき値（限界値）の3種類の考え方がある。ひとつの計画の中で指標によって混在して設定する場合も多い。 ○ 目標には、短期的な目標（原則、年度ごと）と中長期的な目標（計画の最終年度までに達成を目指す）を設定する。 ○ 抽出された健康課題や保健事業全体の目標、目的を踏まえて、健康課題を解決し、目標を達成するための戦略（地域資源・ICT・委託の活用、有識者等の支援、その他創意工夫をした取組等）を設定する。
健康課題を解決するための個別の保健事業	計画に記載する保健事業の選択・優先順位付け等 ○ 健康課題や目標を十分に踏まえて、全ての保険者が取り組むべき保健事業に加えて、幅広い内容の保健指導、非肥満者への保健指導、重複・頻回受診者対策、重複・多剤服薬者対策など、保健事業を選択・優先順位付けする。 ○ 75歳に達すると後期高齢者医療制度の被保険者となることを踏まえ、前期高齢者の多くが加入する市町村国保においても、地域包括ケアシステムの構築に向けて、広域連合とも連携しつつ健康・医療情報等の共有・分析を進め、生活習慣病の重症化予防に加え、高齢者の特性を踏まえた、保健事業の選択を行うよう努める。 ○ また、令和2年度以降、広域連合と市町村は一体的実施を開始しているため、市町村における保健事業の実施を検討する際には、75歳以上の高齢者に対する課題や目標について、広域連合と共有したうえで、検討を進めることが重要である。

国民健康保険保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き【改正のポイント】

項目		ポイント
健康課題を解決するための個別の保健事業	個別の保健事業に係る目的、目標、評価指標の設定、実施内容等の明確化	○ 計画に盛り込む個別の保健事業については、 <u>事業内容を評価可能なものとする</u> とともに、同様の健康課題を抱える保険者との取組の比較が可能となるよう、 <u>保健事業ごとに「目的」、「目標」、「評価指標」、「対象者」、「事業内容」、「実施方法」、「評価体制・方法」、「実施体制」、「実施スケジュール」、「実施期間」、「実施場所」等を整理し、計画に記載し、目標の設定は、保健事業全体の目標設定と同様に、短期的な目標、中長期的な目標を設定する。</u>
	個別の保健事業とデータヘルス計画の関係	○ データヘルス計画は <u>保険者の健康課題を解決するための計画</u> であり、個別の保健事業の計画を単純に1つにまとめたものではない。 ○ データヘルス計画は、 <u>保険者の健康課題、計画の目的、目標、目標を達成するための戦略、個別の保健事業、それらの評価に必要な評価項目と目標値等を体系的に統合したもの</u> である。
個別の保健事業及び個別の保健事業の評価に基づくデータヘルス計画（保健事業全体）の評価・見直し	個別の保健事業の評価・見直し	○ <u>個別の保健事業の評価は年度ごとに行うことを基本として、計画策定時に設定した保健事業ごとの評価指標に基づき、事業の効果や目標の達成状況を確認する。</u> ○ <u>目標の達成状況が想定に達していない場合は、ストラクチャーやプロセスが適切であったか等を確認の上、目標を達成できなかった原因や事業の必要性等を検討して、次年度の保健事業の実施やデータヘルス計画の見直しに反映させる。</u>
	個別保健事業の評価に基づくデータヘルス計画全体の評価・見直し	○ <u>設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、年度ごと、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を行うことを計画に記載する。</u> また、計画の最終年度においては、その次の期の計画の策定を円滑に行うため、当該 <u>最終年度の上半期に仮評価</u> を行うことなどについても考慮する。 ○ 計画は、中長期的な計画運営を行うものであることを踏まえ、 <u>短期では評価が難しいアウトカム（成果）指標を中心とした評価指標による評価</u> を行う。

高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施

高齢者の保健事業のあり方検討
ワーキンググループ（第19回）

資料
1

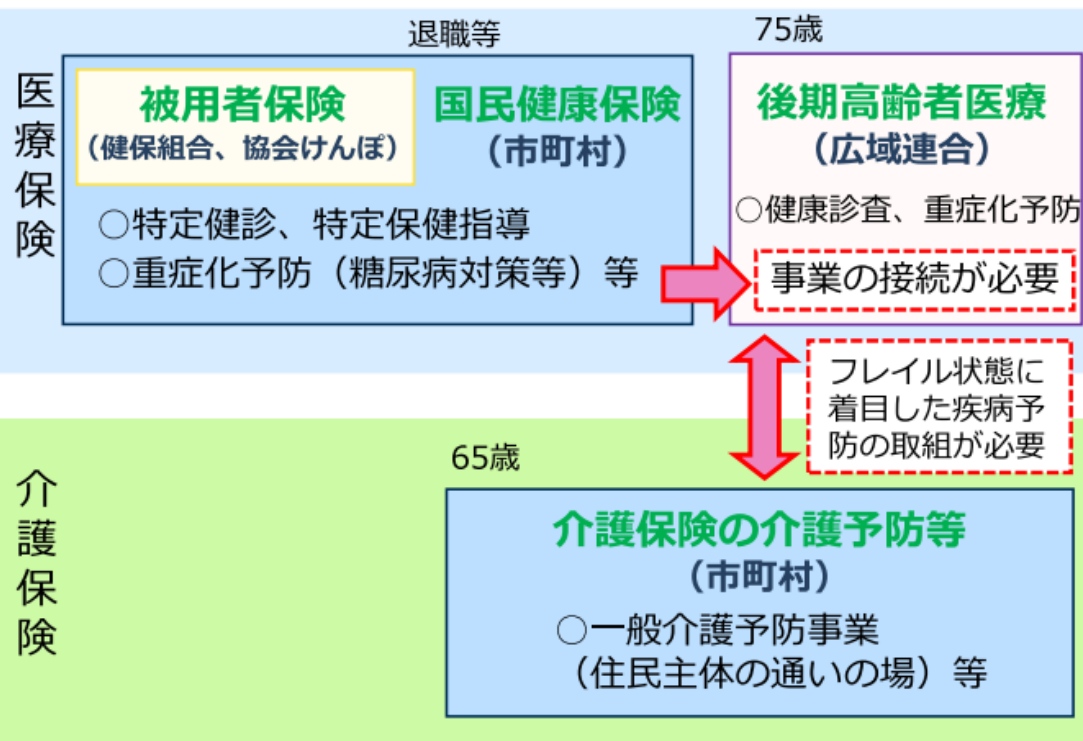
令和7年9月3日

- 広域連合が高齢者保健事業を国民健康保険保健事業及び介護予防の取組と一体的に実施する取組が令和2年4月から開始された。
- 広域連合は、その実施を構成市町村に委託することができる。

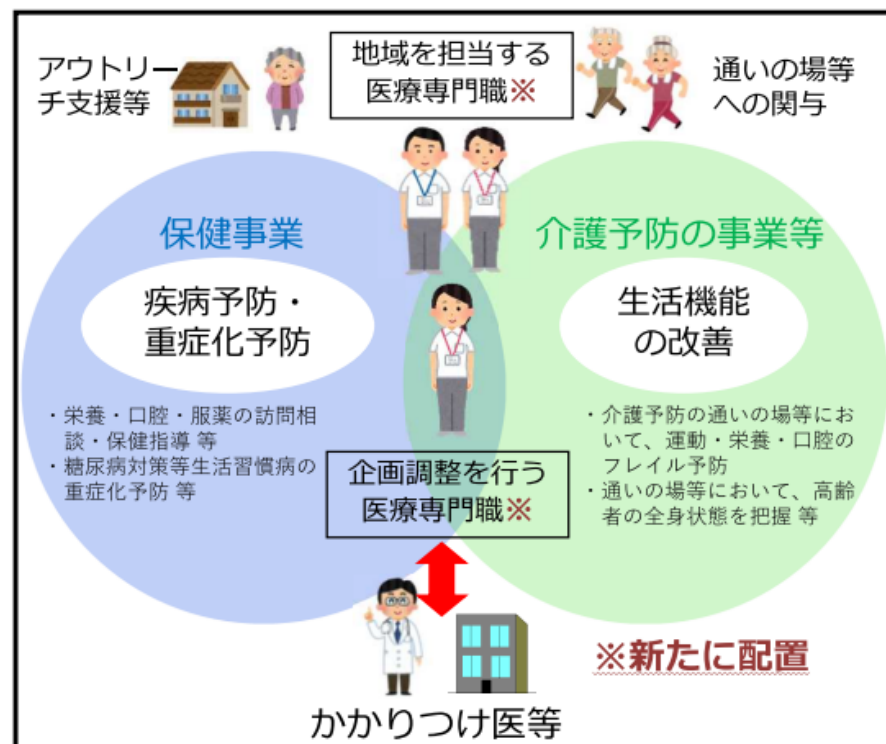
- 令和6年度において、ほぼ全ての市町村において一体的な実施を展開済み。
- 令和7年度以降においては、実施市町村における取組の量の増加と質の向上を目指す。

高齢者医療課調べ（令和6年11月時点）

▼保健事業と介護予防の現状と課題



▼一体的実施イメージ図



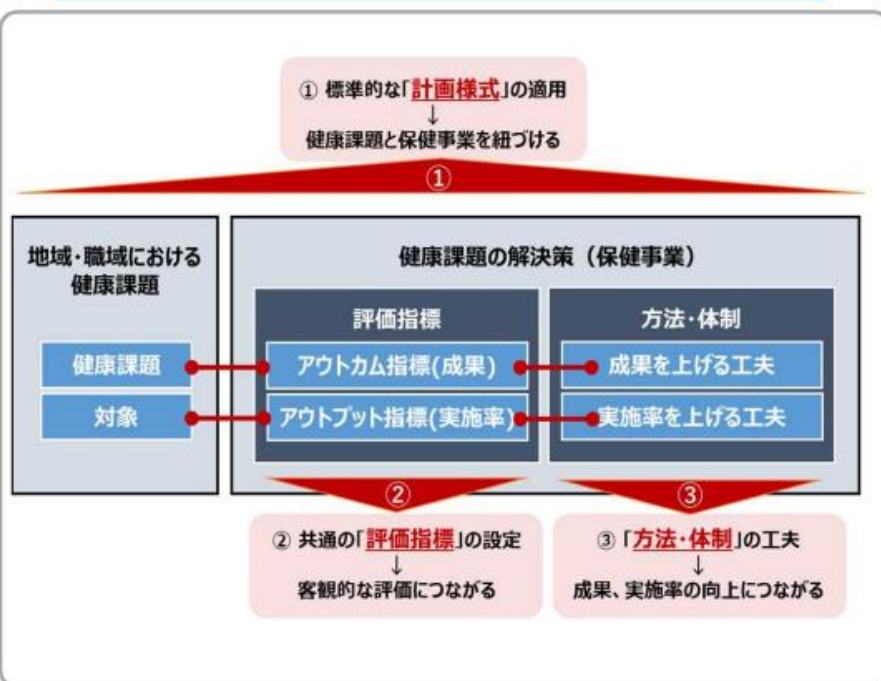
一体的実施における主な取組及び事業実施市町村数

事業の企画		高齢者の保健事業のあり方検討 ワーキンググループ（第19回）		資料 1
		令和7年9月3日		
KDBを活用したデータ分析		医療専門職によって健康・医療・介護情報による地域の健康課題の把握を行い、 庁内外の関係者間で健康課題の共有や既存の関連事業との調整、地域の医療関係団体等の連携を進め、事業全体の企画・調整・分析を行う。		
高齢者に対する個別的支援（ハイリスクアプローチ） n=1,709市町村				
取組区分	実施市町村数	取組区分	実施市町村数	
低栄養に関わる相談・指導	688	糖尿病性腎症重症化予防に関わる相談・指導	1,088	
口腔に関わる相談・指導	388	生活習慣病等重症化予防(身体的フレイル含む)に関わる相談・指導	998	
重複・頻回受診者、重複・多剤投薬者への相談・指導	249	健康状態不明者への対応	1,192	
通いの場等への積極的関与（ポピュレーションアプローチ） n=1,709市町村				
取組区分			実施市町村数	
フレイル予防等の普及啓発活動や運動・栄養・口腔等のフレイル予防の健康教育・健康相談の実施			1,682	
後期高齢者の質問票を活用する、フレイル状態にある高齢者等を把握し、低栄養や筋力低下等の状態に応じた保健指導や生活機能向上に向けた支援の実施			1,165	
高齢者の健康に関する相談や不安等について気軽に相談が行える環境づくり			825	

第3期データヘルス計画の標準化の進捗状況について

- 後期高齢者の保健事業については、データヘルス計画(国保・後期)の在り方に関する検討会における議論を踏まえ、令和5年3月30日に「高齢者保健事業の実施計画（データヘルス計画）策定の手引き」を改訂した。
- 第3期データヘルス計画では標準化を推進する観点から、健康課題解決につながる計画を策定するための考え方のフレームとして計画様式にて作成いただくこととするとともに、総合的な評価指標として共通評価指標を設定した。

データヘルス計画 標準化の要素



出典：東京大学未来ビジョン研究センター
「都道府県による第3期データヘルス計画策定支援について」

■ 高齢者保健事業の実施計画の進捗状況

① 標準的な「計画様式」の適用

- ・ 健康課題解決と保健事業をつなげるため策定段階での考え方のフレーム（構造的な計画様式）を提示した。
- ・ 計画様式は、「Ⅰ 基本的事項シート」、「Ⅱ 健康課題情報等の分析と課題シート」、「Ⅲ 計画全体シート」、「Ⅳ 個別事業シート」、「Ⅴ その他（公表・周知・情報の取扱い等）」を記載構成とした。

② 共通の「評価指標」の設定

- ・ 総合的な評価指標としての共通評価指標を設定した。
 - ・ 総合的な評価指標と個別事業を提示した。
 - ・ 個別事業の評価指標例をアウトプット・アウトカムに区分して提示した。
 - ・ 総合的な評価指標に関し、確認すべきデータ項目※を提示した。
- ※広域連合による保健事業の実施以外の要因が大きいため、共通評価指標として設定しないが、広域連合が評価指標として設定は妨げないと整理。

③ 「方法・体制」の工夫

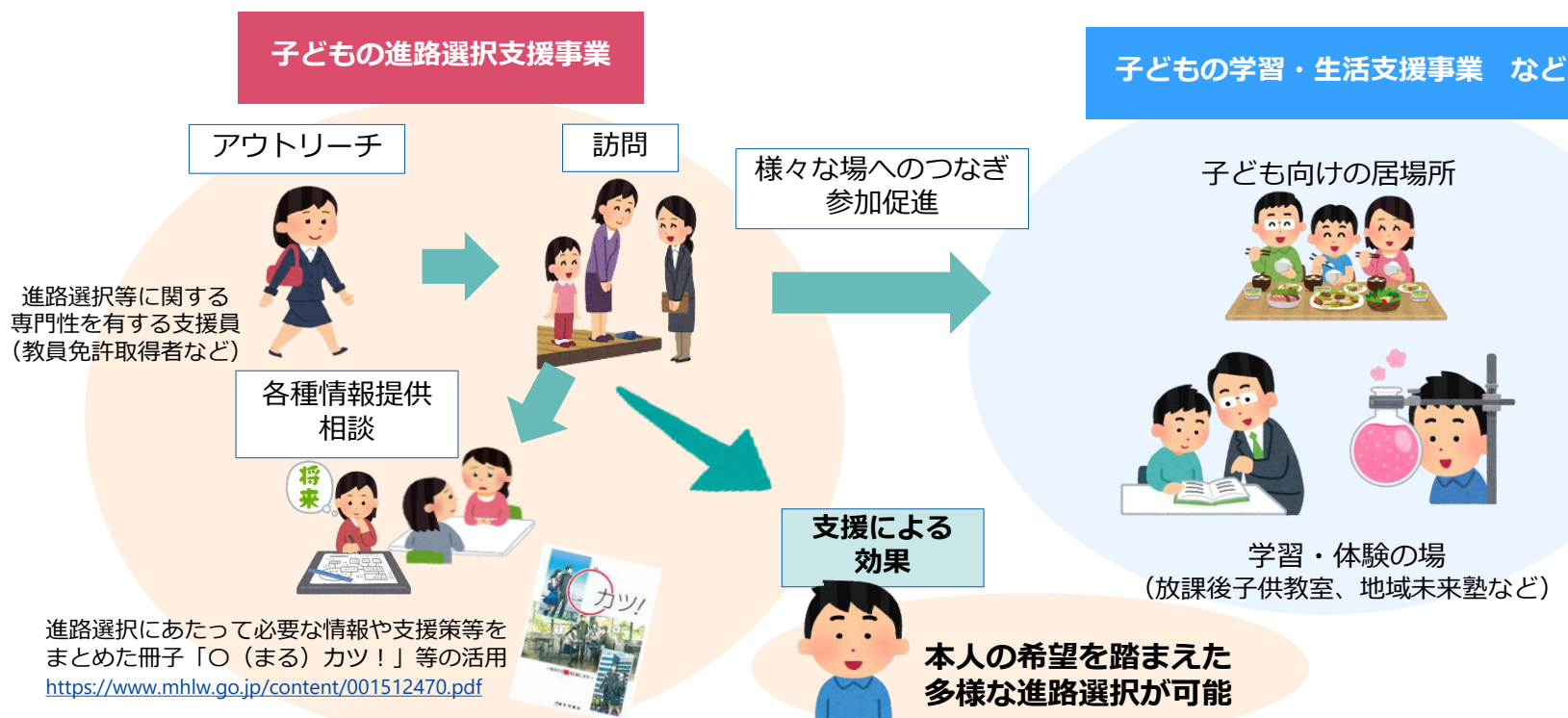
- ・ 共通評価指標のアウトプットにおいて、質問票を活用したハイリスク者把握に基づく保健事業を実施している市町村数・割合としているが、各事業対象者の抽出基準は問わないと整理。
- ・ 共通評価指標や各個別事業の進捗管理を行うに当たり、取組状況の評価及び共有をするための様式として「進捗管理シート」を提供した。
- ・ 進捗管理シートを活用の上、広域連合が取組状況についてストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム等の観点から振り返りを行うための様式として、「振り返りシート」を提供した。

子どもの進路選択支援事業（令和6年10月1日施行）

1 事業の目的

- 生活保護受給中の子育て世帯については、子どもが将来の進学に向けた意識などの面で課題を抱えていることや、保護者も周囲の地域との関わり合いが少ない傾向があり、必要な情報や支援が届きにくいという課題がある。
また、福祉事務所のケースワーカーは、教育面での支援に必要な知識（子どもの発達等）が不足しているといった課題もある。
- 貧困の連鎖を防止する観点から、生活保護世帯の子ども・保護者に対し、専門性を有する支援員による訪問等により、学習・生活環境の改善、進路選択、奨学金の活用等に関する相談・助言を行い、本人の希望を踏まえた多様な進路選択に向けた環境改善を図る。

2 事業の概要・スキーム



3 実施主体等

○実施主体：都道府県・市・区等（福祉事務所設置自治体） ○補助率：2／3

子どもの進路選択支援（神奈川県事例）

神奈川県子どもの健全育成プログラム

【支援体制】

各福祉事務所に「子ども支援員」1～2名を配置（県内6事務所）

＊支援員は、社会福祉士や教員免許取得者など、児童福祉や子どもの教育の専門知識・経験を有する者

【支援対象】

概ね0歳から20歳までの子育て世帯に対して案内をし、希望者が事業を利用

【支援内容】

世帯の支援の度合いに合わせて家庭訪問（毎日・毎週～年4回程度）（進路検討に重要な夏休みや受験直前期は、訪問頻度を上げて支援）

- ✓ 親子の状況確認（進路希望の状況、健康状態等）、進路選択の相談、奨学金等の情報提供
- ✓ 学習支援事業や居場所づくり事業などの情報提供、希望を踏まえたつなぎ

具体的な支援事例

<概要>

- 生活保護を受給する**多子世帯の長男**
- **「お金がない」ことを理由に進学をあきらめ**ており、自分の「夢」を語ることは無かった
- 子ども支援員が**「進学したい」という本当の気持ち**を聞き取り、進学に向けた**具体的な資金計画**を提示、**各種手続をサポート**



兄弟の世話をしてきた長男
「保育士になりたい」との
明確な「夢」を聞き取り



- ・ 学力を踏まえた短大・専門学校をリストアップ、**進学先を一緒に検討**
- ・ 学費と納入時期を整理し、**どの時期に、どの程度のお金が必要か**、親子に説明
- ・ **各種貸付制度**（奨学金、社協の教育支援金、保育士修学資金）を情報提供、**長期的な返済計画**を一緒に作成



- ・ 各種貸付制度の**申請書類作成、申請時の同行**などサポート
- ・ アルバイト収入の一部を、入学金等の費用として**収入認定除外する取扱い**を親子に説明、長男にアルバイトをするよう勧奨



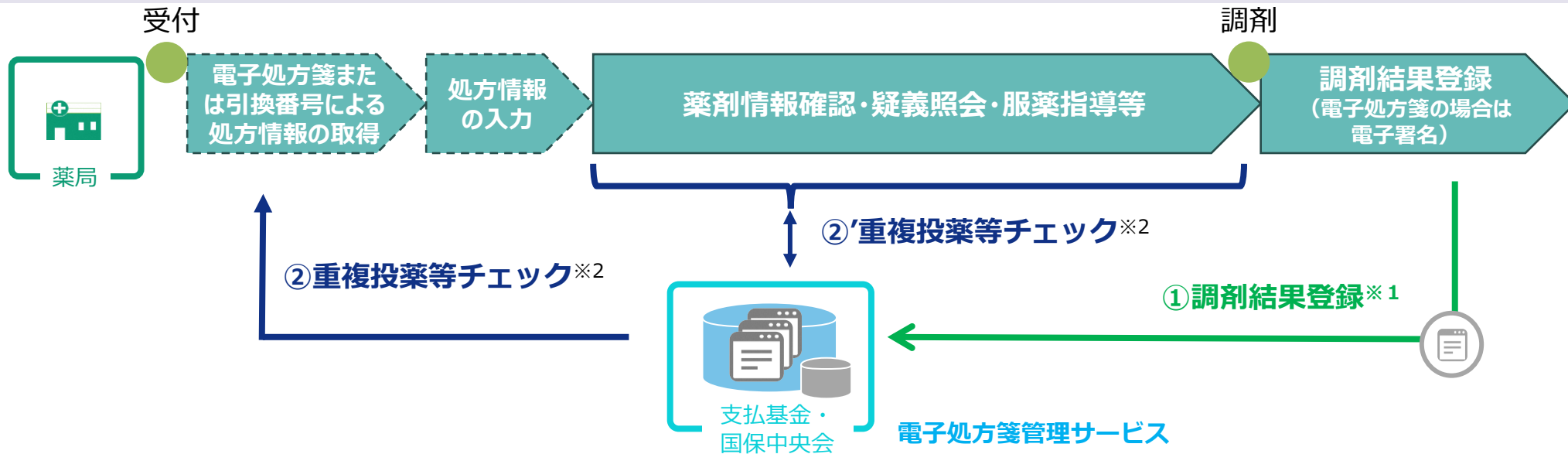
長男は**短大に合格**
その後、保育士資格を取得
長男が良いモデルとなり、**兄弟も進学を希望**、夢の実現に向けて努力するように

2.1.2 調剤結果登録と重複投薬等チェックの実施のお願い

○ 薬局におかれては、患者を薬の相互作用リスクから守るため、

- ① 全ての調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録する※1
- ② 1回以上の重複投薬等チェックの実行する※2

この2点が業務フローに組み込まれているか等を確認の上、確実に対応いただきたい。



※1 令和7年4月より、薬局の医療DX推進体制整備加算の施設基準通知に「紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること」が明記される。

※2 重複投薬等チェックは上図のとおり、2通りあるが、1回以上の重複投薬等チェックの実行が必要

② 「電子処方箋の受付時」または「引換番号が印字された紙処方箋で受付し、処方情報を取得する際」に必ず実行される重複投薬等チェック（それ以外の対応時では実行されない）

②' 実施タイミングや回数制限がなく、どの処方箋対応時でも実行可能な重複投薬等チェック

発行形態・受付方法毎の電子処方箋の機能・利用方法

- 患者の受付方法（マイナンバーカード・資格確認書／健康保険証）、患者が選択する処方箋の発行形態（電子・紙の処方箋）に関わらず、重複投薬等チェックなどの各機能が利用できます。
- マイナンバーカードで受付を行う患者が、自身のお薬の情報を提供することに同意した場合、医師等は過去のお薬の情報を参照し、診察、処方・調剤の判断に役立てることができます。
- 患者が電子処方箋、または紙の処方箋のどちらを選択したかによって、医師等の処方箋への署名方法や患者に渡す用紙などが異なります。

受付方法ごとの業務内容

受付方法		医師・歯科医師、薬剤師の業務
マイナンバーカード	同意あり	✓ 任意のタイミングで過去のお薬情報を参照可。 ✓ 重複投薬等チェックを行い、<u>過去のどのお薬が重複・併用禁忌に該当するかまで確認可。</u>
	同意なし	✓ 過去のお薬の情報は参照不可。 ✓ 同意がなくても重複投薬等チェックを行うが、<u>過去のどのお薬が重複・併用禁忌に該当するかまで確認不可。</u>
資格確認書／健康保険証		

電子処方箋のメリットを最大限得られるよう、
患者にマイナンバーカードの持参をお勧めください！

処方箋発行形態ごとの業務内容

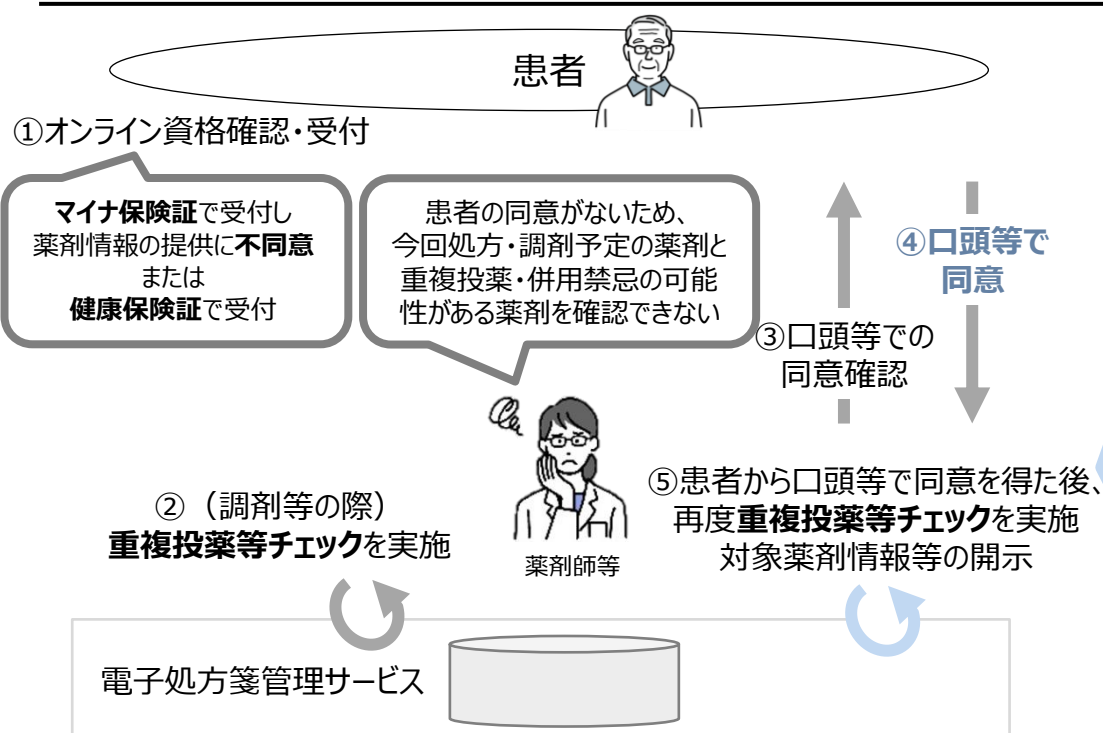
発行形態	医師・歯科医師、薬剤師の業務
電子処方箋	✓ 処方・調剤内容を含む電子ファイル（※）に<u>電子署名を行い、電子処方箋管理サービスに登録する。</u> ✓ 医師・歯科医師は患者に<u>処方内容（控え）を渡す。</u> （マイナポータルでも処方内容等を閲覧できるため、マイナポータルが普及するまでの暫定措置。）
紙の処方箋	✓ 処方・調剤内容を含む電子ファイル（※）には電子署名を行わず、<u>電子処方箋管理サービスに登録する。また、従来どおり紙の処方箋に署名等を行う。</u> ✓ 医師・歯科医師は患者に従来どおり、<u>紙の処方箋を渡す。</u>

※ 電子カルテシステムやレセプトコンピュータ等で自動生成される。

口頭同意による重複投薬等チェック結果の閲覧

- 従来は、患者がマイナ保険証で受付しても「過去の薬剤情報の提供」に同意しなかった場合、または健康保険証で受付した場合は、重複投薬等チェックで重複投薬・併用禁忌が検知されても、薬剤師等は過去のどの薬剤の関係で重複投薬・併用禁忌となっているのかを確認することができませんでした。
- 患者の医療上の安全性を確保するため、重複投薬等が検知された際、患者から口頭で同意を得ることで、今回処方・調剤する薬剤と重複投薬・併用禁忌の可能性のある過去の薬剤に限り、確認できるようになりました。

口頭同意を取得する流れ



「過去の薬剤情報の提供」に未・不同意の場合でも、
患者から口頭等で同意を得ることで、**処方・調剤予定の薬剤と
重複投薬・併用禁忌の可能性のある薬剤に限り確認できる。**

※口頭等で同意を得られた際は、医療機関等のシステムにおいて、
口頭同意を取得した旨の記録を残す必要があります

口頭同意ではあくまで重複投薬等が検知された場合のみの確認です。
薬剤情報等を一覧で確認するためにはマイナバーカードが必要です。

医療機関における高齢者医薬品適正使用の取組実

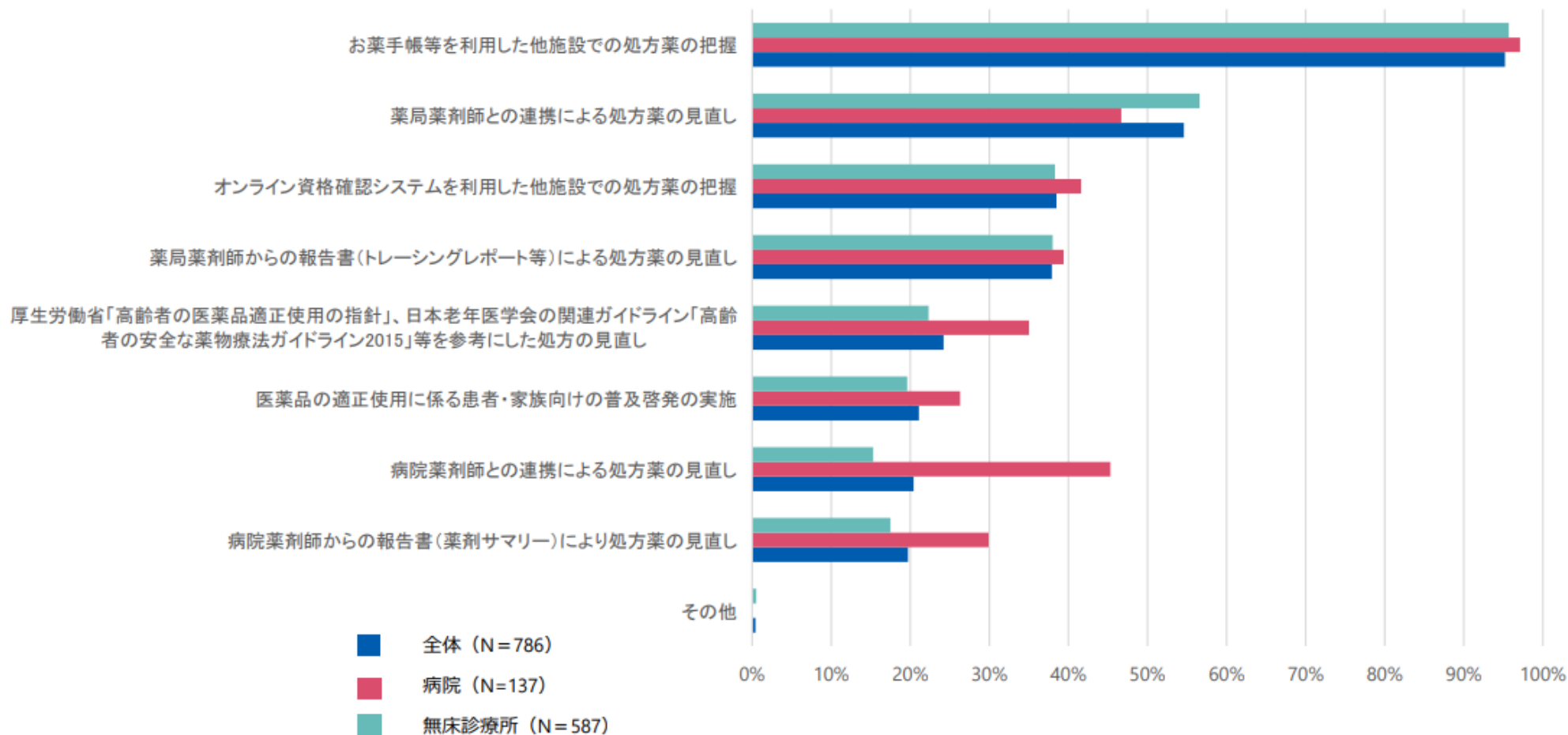
中央社会保険医療協議会 入院・
外来医療等の調査・評価分科会
(令和7年度第7回)

資料

令和7年7月17日

- 医療機関において、高齢者医薬品適正使用についての取組として「お薬手帳を利用した他施設での処方薬の把握」が最も多かった。
- お薬手帳以外では、診療所では薬局薬剤師との連携やトレーシングレポート等の報告書活用が多いが、病院では「薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し」と「病院薬剤師との連携による処方薬の見直し」が多い。

高齢者医薬品適正使用についての取組みにおいて自施設で実施しているもの



健康サポート薬局の役割・機能

健康サポート薬局の役割

- 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援すること
- 特に、地域の中で、地域住民の健康・介護等に関する相談役の一つとなること
- 相談対応については、関係機関や多職種と連携した対応を前提に、セルフケア・セルフメディケーションに関する相談や受診勧奨のみならず、薬局だけでは解決できないことについて関係機関の紹介などの対応ができること
- 行政機関や関係団体等と連携し、地域住民の健康サポートの取組を実施すること

健康サポート薬局の機能

関係機関との連携による健康・介護相談対応等

- ・ 関係機関や多職種との連携による健康・介護相談対応
- ・ 介護用品、特別用途食品の販売
- ・ 地域住民向けの健康サポートの取組の実施、薬教育等
- ・ セルフケア・セルフメディケーションの啓発・推進

※ 「健康・介護相談対応等」について、行政や地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等の関係機関、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会等の関係団体と連携した対応が必要

※ かかりつけの薬局として、相談後においても可能な限り、当該薬局の薬剤師が対応

※ 健康サポートの取組、セルフケア・セルフメディケーションの啓発・推進については、可能な限り行政や地域の薬局、関係機関と連携して実施

OTC医薬品の販売等

- ・ 要指導医薬品・一般用医薬品等の相談受付・販売
- ・ 受診勧奨、関係機関紹介

調剤・服薬指導（外来）

- ・ 服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- ・ 患者情報の共有、医薬品等に係る情報提供、情報共有、副作用報告等

在宅対応に向けた連絡調整

- ・ 在宅対応可能な薬局と連携し、対応可能な薬局の紹介等を実施
- ※可能な場合は自薬局で対応
- ※利用者・患者情報の共有、医薬品等に係る情報提供、情報共有

地域・拠点で確保すべき機能

個々の薬局に必要な機能

対象

住民（未病の方含む）

患者（外来・在宅）

生活保護受給者に対する就労支援施策について

- 福祉事務所によるアセスメントに沿って、各種インセンティブの案内も含め、就労に向けた支援を実施。
- 個々の生保受給者が抱える課題は複雑・困難化。就労マッチングに向けた支援のほか、日常生活・社会生活面（規則正しい生活、健康管理、他者との意思疎通等）の支援や、多様な働き方の提案等が重要。

* 福祉事務所において「被保護者就労支援事業等の対象となり得る」と判断した被保護者数
R元年18.7万人（うち参加率52.1%） → R3年18.4万人（うち参加率49.1%） → R5年18.0万人（うち参加率47.6%）

福祉事務所

就労可能性等に関するアセスメント

個々の生活保護受給者に対して就労可能性等をアセスメントし、各種施策へのつなぎなどを実施

就労に向けた支援

- 生活保護受給者等就労自立促進事業（ハローワーク）
ハローワークと福祉事務所が連携したチーム支援
担当者制による適切な職業紹介等を通じて早期の就労を支援
- 被保護者就労支援事業（生保法／必須事業）
福祉事務所に就労支援員を配置し、各種相談・助言、個々の希望・能力に応じた求人開拓、ハローワークへの同行等を実施
- 被保護者就労準備支援事業（生保法／R7～任意事業）
就労に向け、日常生活（規則正しい生活、健康管理等）や社会生活（他者との意思疎通等）に課題を抱える者に、個々の課題に応じた支援や仕事づくりを実施

他の制度も積極的に活用

- 障害福祉・就労（就労移行支援事業、就労継続支援事業等）
- 生活困窮者支援（認定就労訓練事業） など

就労に向けたインセンティブ

- 就労活動促進費（保護費）
就労活動に必要な経費の一部を支給（月5,000円 原則6ヶ月以内）
- 勤労控除（収入認定除外）
就労収入の一部を生保受給者の手元に残す（最低控除額15,000円）
- 就労自立給付金（生保法）
保護廃止時に一時金を支給（単身世帯10万円、多人数世帯15万円）

就労定着に向けた取組

- 特定求職者雇用開発助成金（生活保護受給者等雇用開発コース）
ハローワーク等において一定期間の支援を受けた生保受給者等を、継続雇用する労働者として雇い入れる事業主に対する助成金
- 就労定着に向けた支援
被保護者就労支援事業の就労支援員等が、就労後も被保護者・事業者に状況確認を行い、就労継続に向けた助言等を実施

福祉事務所等における就労に向けた支援について



福祉事務所（ケースワーカー）

事業対象者：約18.1万人

* 福祉事務所等で事業対象となり得るものと判断した被保護者数

就労準備支援事業

<支援対象>

直ちに就職することが困難な者

- ・ 起床・就寝など生活習慣の改善が必要
- ・ 他者との関わりに不安、コミュニケーション能力の形成が必要 など

<支援内容>

個々の課題に対応した多様な支援を実施



生活改善プログラム

朝礼、ラジオ体操などを通じた生活習慣の改善



グループワーク

自己紹介などコミュニケーション能力の形成



就労体験

農作業、清掃・ゴミ拾い等

<実績>

参加者：7,171人
うち就労：1,016人（14.2%）

就労支援事業

<支援対象>

就労に向け一定の支援が必要な者

- ・ 例えば、一定の稼働能力を有するものの、就労意欲に乏しい等、就労自立促進事業の対象にならない者 など

<支援内容>

個々の課題に応じた支援



- ・ 就労体験や中間就労を通じた意欲喚起
- ・ 個々に応じた求人開拓・仕事の切り出し

相談・助言など求職活動の支援

- ・ 意欲喚起された者など求職活動を行う者に履歴書の書き方や面接の受け方を指導
- ・ ハローワークに同行 等

定着支援

- ・ 就労後も本人・事業所をサポート

<実績>

参加者：56,589人
うち就労：17,199人（30.4%）

生活保護受給者等 就労自立促進事業

<支援対象>

ハローワークと福祉事務所による支援チームで支援対象者を決定

- ・ 身体的・精神的に稼働能力を有する
- ・ 就労意欲が一定程度ある
- ・ 就労に当たり著しい阻害要因が無い など

<支援内容>

ナビゲーターによる担当者制

職業準備プログラム

- ・ 職業セミナー
- ・ 個別カウンセリング 等

就労支援プログラム

- ・ トライアル雇用活用
- ・ 公的職業訓練の受講あっせん

定着支援

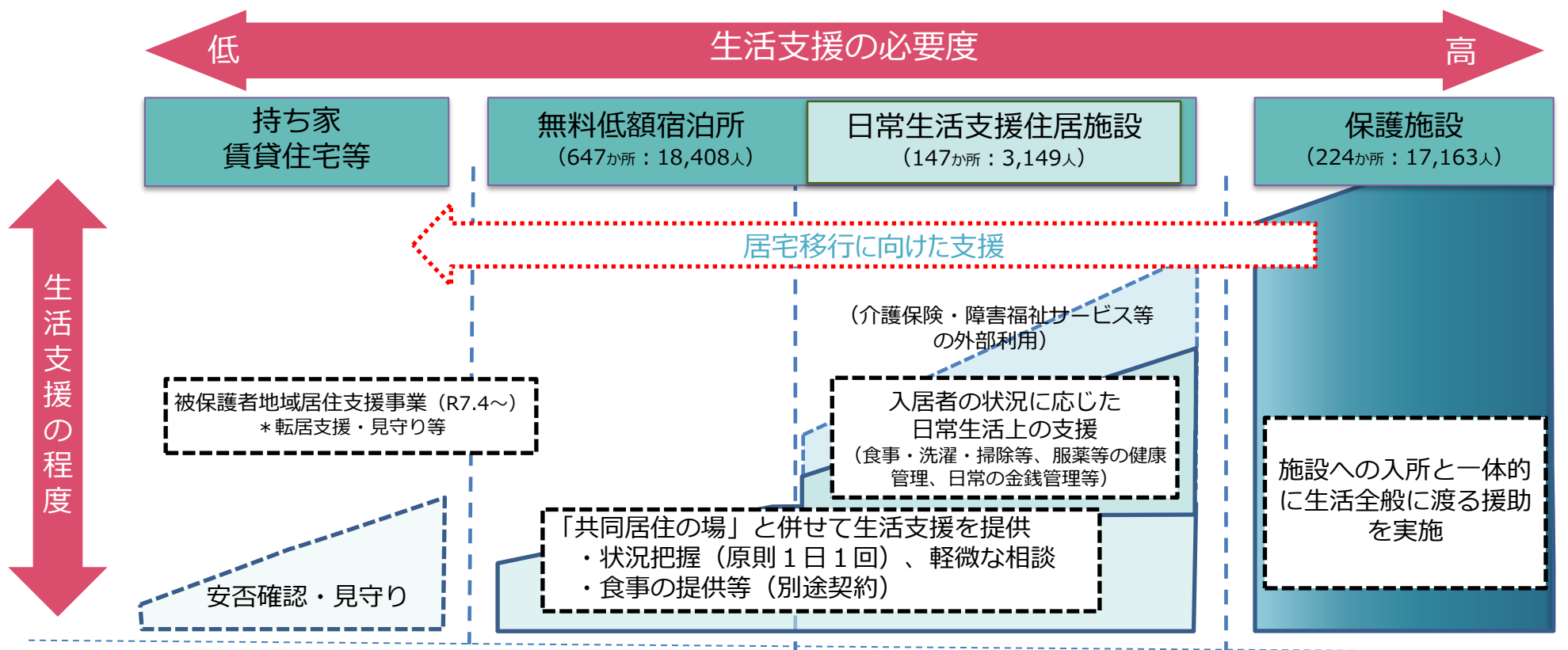
- ・ 就労後も本人・事業所をサポート

<実績>

参加者：40,765人
うち就労：26,195人（64.3%）

生活保護受給者に対する生活支援について

- 生活保護受給者の抱える課題は複雑・困難化。介護・障害等の制度につながつていない者も一定数存在。
* 受給者の住居 持ち家：4.7万世帯、公営住宅：24.9万世帯、借家・借間：112.9万世帯、その他20.2万世帯【令和5年度】
- 生活全般にわたる支援が必要な方については、救護施設等の保護施設や、日常生活支援住居施設等において個々の入所者に応じた支援計画を作成の上、居宅移行も視野に入れつつ支援。
- 賃貸住宅等で自立した生活を継続できるような「見守り」等の支援も重要。
* 令和7年度から「被保護者地域居住支援事業」が法定化され、自治体の事業として、転居支援・見守り等を実施可能。



※上記施設のほか、他制度の施設等（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、障害者支援施設、グループホーム等）に入所・入居し、生活支援を受ける者もいる

被保護者地域居住支援事業（生活保護法第55条の10第4号）

- 居住の安定を図るための支援が必要な被保護者に対し、定期的な戸別訪問による必要な情報の提供及び助言等現在の住居において日常生活を営むために必要な支援を行う事業

・実施主体 都道府県、市、福祉事務所設置町村（外部委託可能）

基本的事項（目的）

本事業は、居住の安定を図るための支援が必要な者に対し、一定の期間にわたり、訪問による必要な情報の提供及び助言等、現在の住居において日常生活を営むために必要な支援を行うことを目的とする。

対象者

支援が必要と福祉事務所が認めた者（本人同意が必要）

支援期間

一年間（福祉事務所判断で延長可）

職員配置

居住支援員を配置（兼務可）

日常生活上の相談支援業務又は不動産関連業務従事経験者など、事業を適切に実施出来る者

事業（支援）内容

- ・以下の①～④の事業（支援）を実施（③、④は任意）
- ・支援に当たってはケースワーカーと連携することとし、支援内容は個々の被保護者に係る「援助方針」を踏まえたものとする

①入居等に当たっての支援

入居・転居先の候補物件や関連する生活支援サービスに関する情報提供、契約手続き支援 など

②居住を安定して継続するための支援

定期的な戸別訪問等による見守り、生活支援

訪問時に食事・洗濯・掃除・ゴミ出しや公共料金の支払い状況の確認等を通じて、居宅生活を送る上での課題を把握するとともに、必要な相談・助言を行う

③地域社会との交流支援

④その他居住安定のために必要な支援

その他

- ・適切な法人に外部委託可
- ・居住支援協議会が設置されている場合は当該協議会に参加
- ・著しく狭隘で設備が十分でない劣悪な環境や不必要なサービスを強要しているなど不適切な事案を把握した際には、福祉事務所と連携して対応

救護施設：受入機能体制加算

1 事業の目的

- 令和2年度の調査研究によれば、救護施設入所者の地域移行に際し、入所期間が長いケースでは退所が見込まれる割合が低い。一方、通所事業を実施している救護施設では退所率が平均26.5%と、当該事業を実施していない施設より退所率が高くなる傾向（18.2%）があることも踏まえ、令和6年4月より通所事業の機能強化を図ったところである。
また、令和6年10月から個別支援計画の策定が義務化されることとなり、入所時に利用期間を定めて個別支援計画を作成し、入所者の状態像を踏まえた上で退所に向けた目標を設定することで、利用期間の長期化の防止につながる可能性が指摘されている。
- このように、通所事業の機能強化や個別支援計画の導入により、入所者の地域移行や地域定着のさらなる推進が期待できるが、救護施設がこれまでの実践で培ってきた支援ノウハウや施設の機能を活かして個別の支援を行うとともに、地域共生社会の実現に向けて、地域の核となる施設として今後ともその役割を果たしていくためには、例えば、精神疾患により長期入院となっている者、矯正施設退所直後の者、依存症の者などのうち、処遇困難となるリスクが高い要保護者を積極的に受け入れ、適切な支援を提供していくことが必要である。
- このため、救護施設の受入機能を強化するため、福祉事務所のケースワーカーと連携し、病院、矯正施設などの関係機関と入所調整を行う者を救護施設に配置する。

2 事業の概要

救護施設のうち、①精神保健福祉士加算費、②保護施設通所事業費、③救護施設居宅生活訓練事業のいずれかの認定を受けている施設であって、次に掲げる要件の全てを満たす施設のうち、都道府県知事が認める場合に、加算を認定する。

ア 精神科病院、矯正施設等との連携強化を図るため、精神科病院等と定期的な情報共有や情報交換を行うこと。

イ 精神科病院等の入院患者の円滑な退院・退所につながるよう、保護の実施機関及び精神科病院等と連携し、退院・退所に向けた調整・支援を行うこと。

3 実施主体等

○実施主体：救護施設

○負担率：国 3 / 4、福祉事務所設置自治体 1 / 4

○施行時期：令和7年4月

地域移行に向けた各種事業

救護施設居宅生活訓練事業

- **概要**
救護施設に入所している被保護者が円滑に居宅生活に移行できるようにするため、施設において居宅生活に向けた生活訓練を行うとともに、訓練用住居（アパート、借家等）を確保し、より居宅生活に近い環境で実体験的に生活訓練を行うことにより、居宅生活への移行を支援する。
- **対象者**
 - ・ 救護施設に入所している者
 - ・ 1年間の個別訓練を行うことにより居宅において生活を送ることが可能となると認められる者で、当該施設の施設長により選定された者
- **支援内容**
 - ・ 訓練内容の決定及び事業の実施、効果測定
 - ▶ 日常生活訓練（金銭管理、洗濯、栄養管理等）
 - ▶ 社会生活訓練（通院、買い物、対人関係の構築等）
 - ▶ その他自立生活に必要な訓練
- **利用状況**
令和7年4月1日現在
救護施設：103力所（全184力所中）

保護施設通所事業

- **概要**
原則として保護施設退所者を、保護施設に通所させて指導訓練等を実施し、又は職員が居宅等へ訪問して生活指導等を実施することで、居宅で継続して自立生活が送れるよう支援するとともに、保護施設からの退所の促進と受入のための有効活用を図る。
- **対象者**
 - ・ 保護施設の退所者で退所後引続き指導訓練等が必要と認められる者
 - ・ 居宅で生活する被保護者のうち自立生活を送る上で種々の問題等を有しているため、生活指導などの支援を要する者
- **支援内容**
 - ・ 以下の内容を一体的に実施
 - ▶ 通所訓練：施設へ通いながら生活訓練等又は職業訓練等を実施
 - ▶ 訪問指導：職員による居宅等への訪問による生活指導等の実施
- **利用状況**
令和7年4月1日現在
救護施設：51力所（全184力所中） 更生施設：14力所（全16力所中）

日常生活支援住居施設：居宅移行支援加算

1 事業の目的

- 令和3年度に実施した調査事業によれば、入所者の状態像として、精神障害に起因する方が約8割を占めていることがその特徴としてあげられ、その中には、精神科病院への受診を促しても行動につながらない方、入所者との人間関係に苦慮する方、アルコールへの依存が疑われる方や金銭管理が難しい方なども多く、これらに対する手厚い支援が必要となっている。
- 一方、日常生活支援住居施設には、居宅生活への移行についてもその役割とされているが、移行後の生活にまでフォローすることは想定されていない。入所者の障害特性や生きづらさの部分把握した上で個々の状態に応じた居宅移行支援が求められ、居宅生活に移行した後も見守りが必要なケースもあるという観点も踏まえ、これらに係る支援を新たに評価することにより、地域での生活定着に向けた支援に繋げていく。

2 事業の概要

- 対象者
保護の実施機関において日常生活支援住居施設による居宅移行支援が必要と認める被保護者（当該施設の退所後1年以内の者に限る）であって、本支援を希望する者。
- 支援方法
原則として1月2回以上、対象者の居宅を訪問し、居宅生活を営む上での課題の把握や必要な情報提供、助言・相談等を行う。
また、随時の相談（電話・メール・来訪など）により必要な助言を行うとともに、必要に応じて、保護の実施機関や住居の家主など関係機関・関係者との連絡調整等を行う。
- 支援期間
原則として12月間とする。ただし、対象者が延長を希望し、保護の実施機関がその必要性を認める場合は延長を可能とする。

3 実施主体等

○実施主体：日常生活支援住居施設 ○負担率：国3／4、福祉事務所設置自治体1／4 ○施行時期：令和7年4月

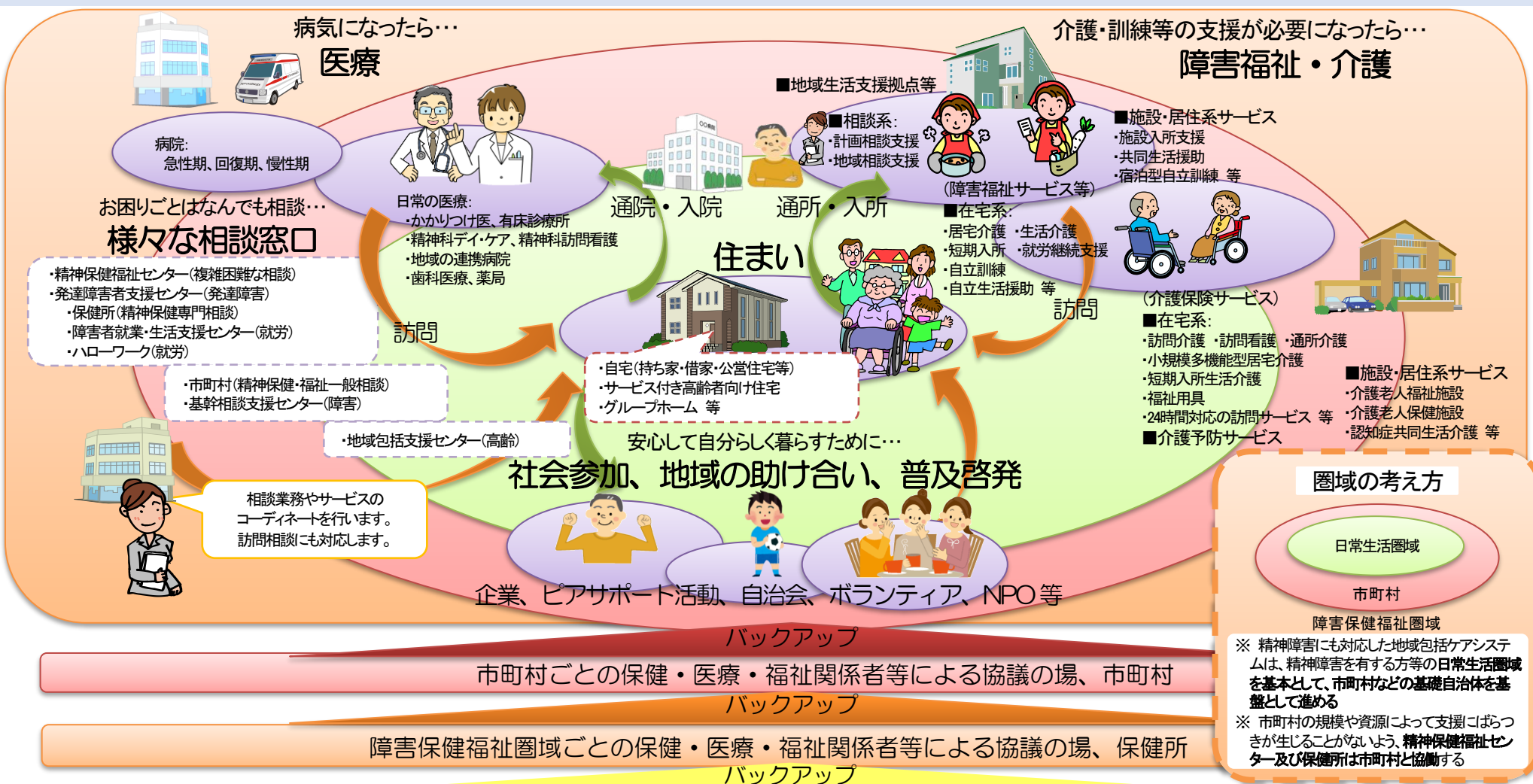
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

精神保健医療福祉の今後の施策
推進に関する検討会（第5回）

令和7年3月10日

資料
2

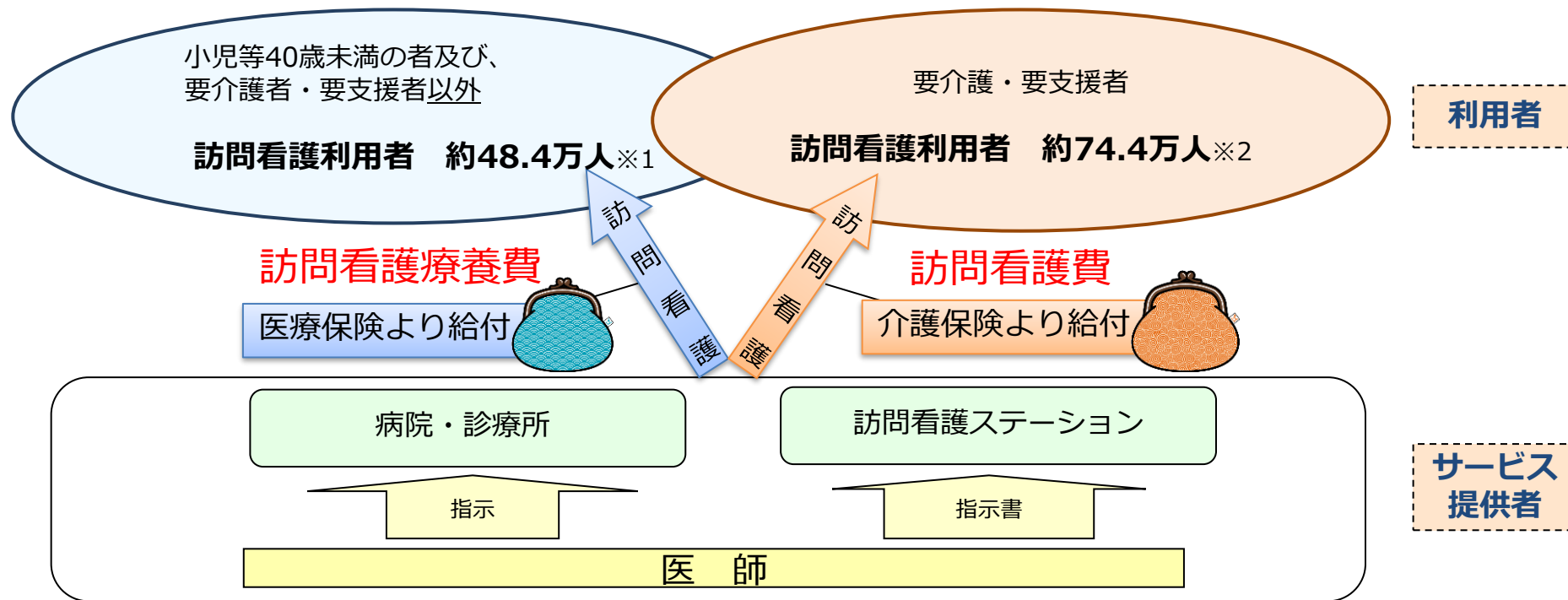
- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通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



訪問看護の仕組み

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

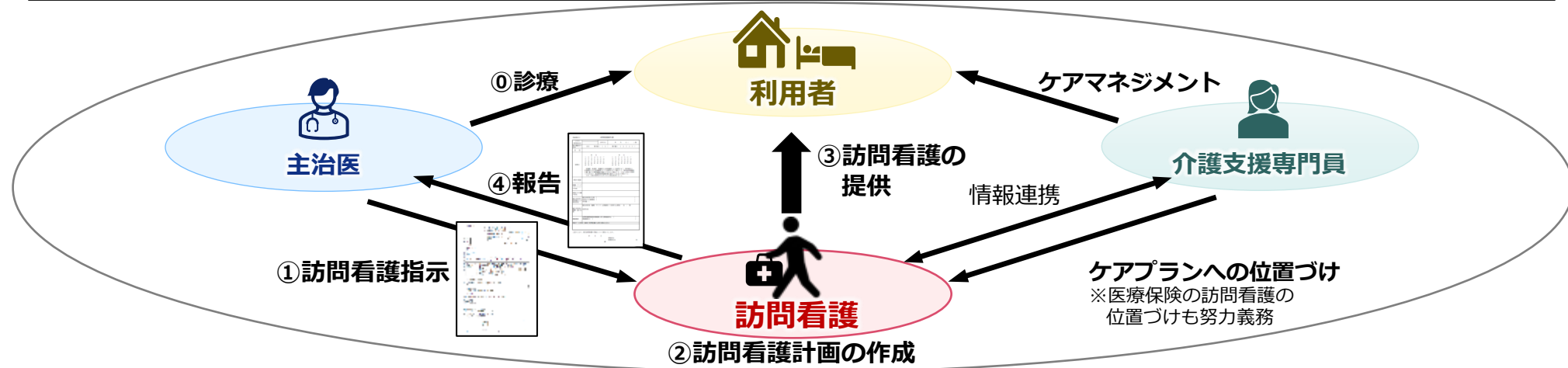
- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- サービス提供は、病院・診療所と訪問看護ステーションの両者から行うことができる。
- 利用者は年齢や疾患、状態によって医療保険又は介護保険の適応となるが、介護保険の給付は医療保険の給付に優先することとしており、要介護被保険者等については、末期の悪性腫瘍、難病患者、急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限り、医療保険の給付により訪問看護が行われる。



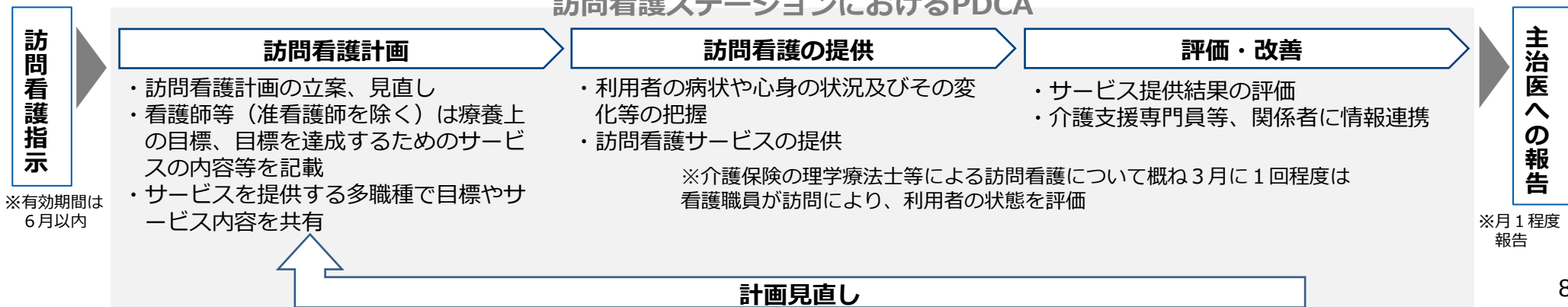
出典: (※1) 訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (令和5年6月審査分より推計)

(※2) 介護給付費等実態統計 (令和5年6月審査分)

- 訪問看護は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。
- 訪問看護の提供に際しては、①診療に基づく主治医の訪問看護指示書を受け、②利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的な訪問看護計画書を作成し、③訪問看護指示書及び訪問看護計画に基づく看護を提供し、④訪問日、提供した看護内容や利用者の病状や心身の状況について、定期的に主治医へ報告する。
- 主治医との密接な連携のみならず、訪問看護ステーション内の多職種や他機関に所属する介護支援専門員等と連携し訪問看護を提供している。



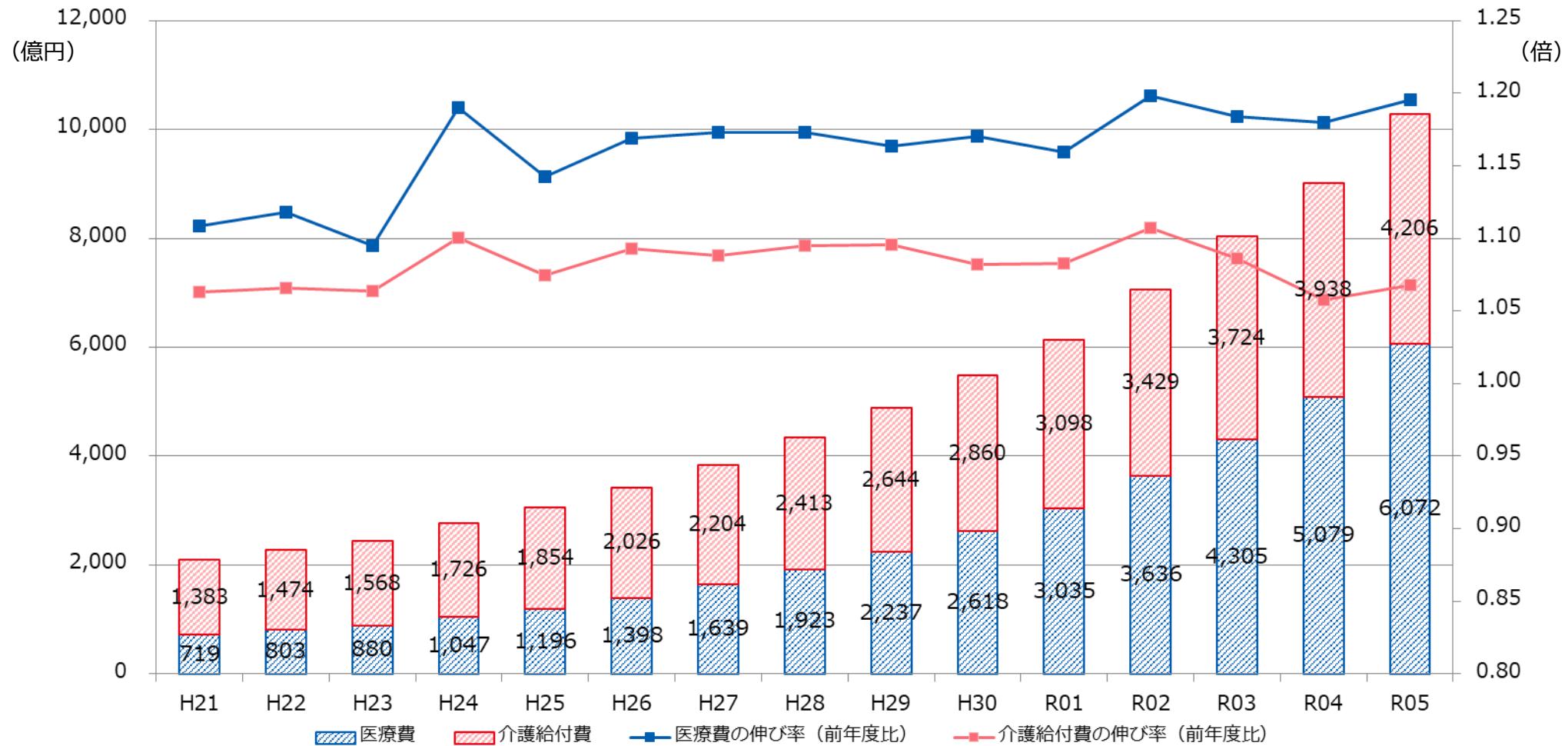
訪問看護ステーションにおけるPDCA



訪問看護に係る医療費・介護給付費の推移

中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

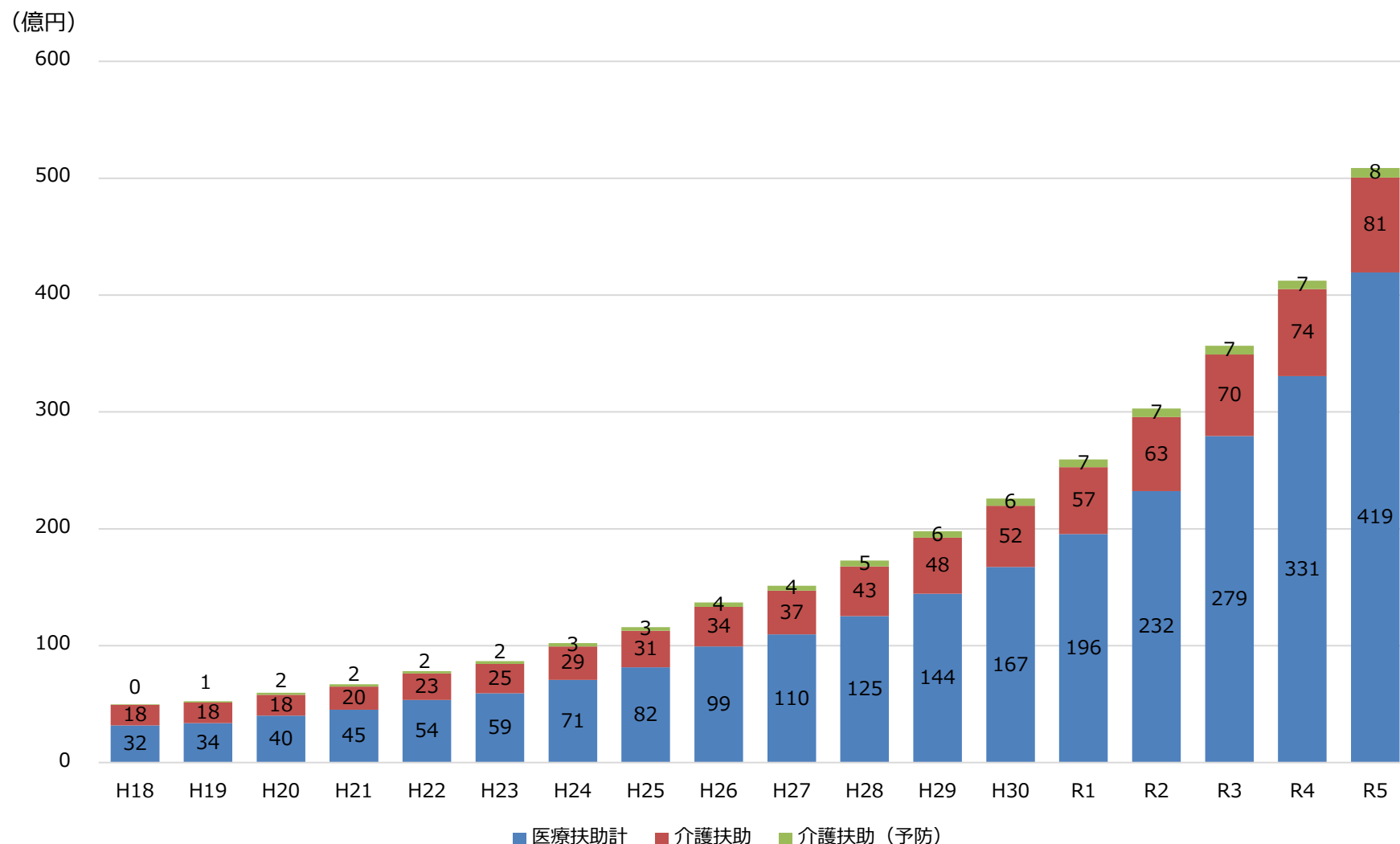
○ 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加している。前年度比の増加率は医療費の方が大きい。



※ 医 療 費：健康保険、後期高齢者医療制度、公費負担医療、自費
 ※ 介護給付費：訪問看護費・介護予防訪問看護費

被保護者における訪問看護に係る医療・介護扶助費の推移

訪問看護の利用者数の増加に伴い、医療扶助費・介護扶助費ともに増加している。



出典：生活保護費負担金事業実績報告（1年分の金額） * 介護扶助費は1割負担分の金額

有料老人ホームの指導監督権者に対する調査結果

有料老人ホームの適切な運営の確保の観点から、入居者の医療・介護サービスの利用に当たって、特定の医療機関や介護サービス事業所からのサービス提供に限定又は誘導しているといった事例などを把握するため、都道府県・指定都市・中核市を対象に令和5年度に調査を実施。（有料老人ホームにおける適正なサービス提供確保のための指導監督の徹底について 令和5年10月31日事務連絡）

（１）調査結果（件数）

入居者の介護サービス利用が特定の介護サービス事業所からのサービス提供に限定又は誘導したことが疑われる 相談・通報件数		42件
任意の調査又は法・指針に基づく報告・徴収・検査を 実施した事例	25件	任意の口頭指導または文書指導を実施した事例
		14件
		指導等には至らなかった事例
		9件
		対応を検討中
		2件
相談・通報を受け付け、対応を終了した事例		14件
対応を検討中・その他		5件

（２）入居者等からの相談・苦情の例

■ 系列の事業所を利用しなければ家賃の値上げを行うことをほのめかされた事例

相談者が入居後に有料老人ホームの施設長から、設置者が運営する通所介護事業所を週4日間必ず利用するように言われた。入居以前から通っていた馴染みの通所介護事業所を利用したいと申し出たが、**有料老人ホームの施設長から、「利用しなければ家賃を上げることになる」と言われた。**

■ 居宅介護支援事業所の変更を求められた事例

相談者は有料老人ホームに入居する前から利用している居宅介護支援事業所のケアマネジャーがホームに入居後も引き続き担当することを希望していた。**入居前に、有料老人ホームが指定した居宅介護支援事業所に変更しなければ入居を断らざるを得ないと有料老人ホームの法人本部の職員に言われた。**

■ ケアマネジャーがケアプランの変更を求められた事例

有料老人ホームの入居者を担当しているケアマネジャー（当該ホームの設置者と異なる法人が運営する居宅介護支援事業所の職員）が、**当該有料老人ホームの職員から、ホームに併設された通所介護事業所の利用を加えたプランに変更するよう依頼された。**