

参考資料集

生活保護制度の概要

医療扶助・健康管理支援等に関する生活保護受給者の現状

医療扶助・健康管理支援等に関する取組

- 1．健康管理支援関係
- 2．医薬品の適正使用・適正受診等関係
 - (1) 医薬品の適正使用関係
 - (2) 適正受診等関係
- 3．医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等
- 4．実施体制の構築・強化

健康管理支援・医療扶助等に関する福祉事務所アンケート

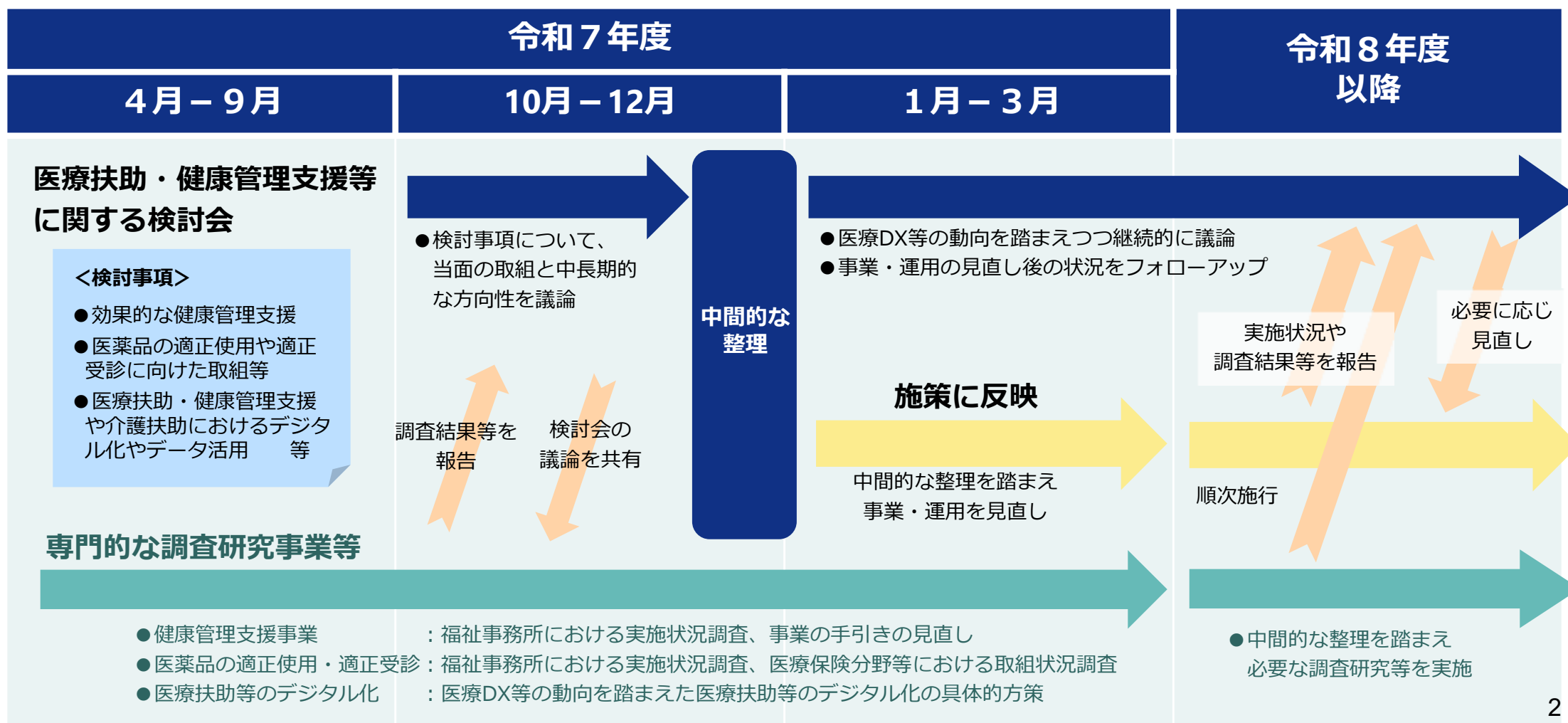
※本資料は、第2回検討会「参考資料集」をベースに、第2回検討会「資料：医療扶助・健康管理支援等に関する主な論点」中の補足資料を追加して編集

* P.14～16（被保護人員数、保護率、被保護者世帯数）について時点更新

* P.124（医療扶助のオンライン資格確認の取組状況）について時点更新

「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。



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

生活保護制度の概要

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

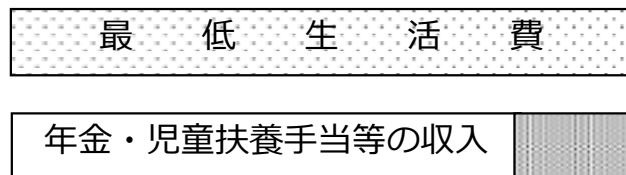
等



- ◇ 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

- ・ 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。

4. 「3つの自立」の考え方

(1) 生活保護における「自立」

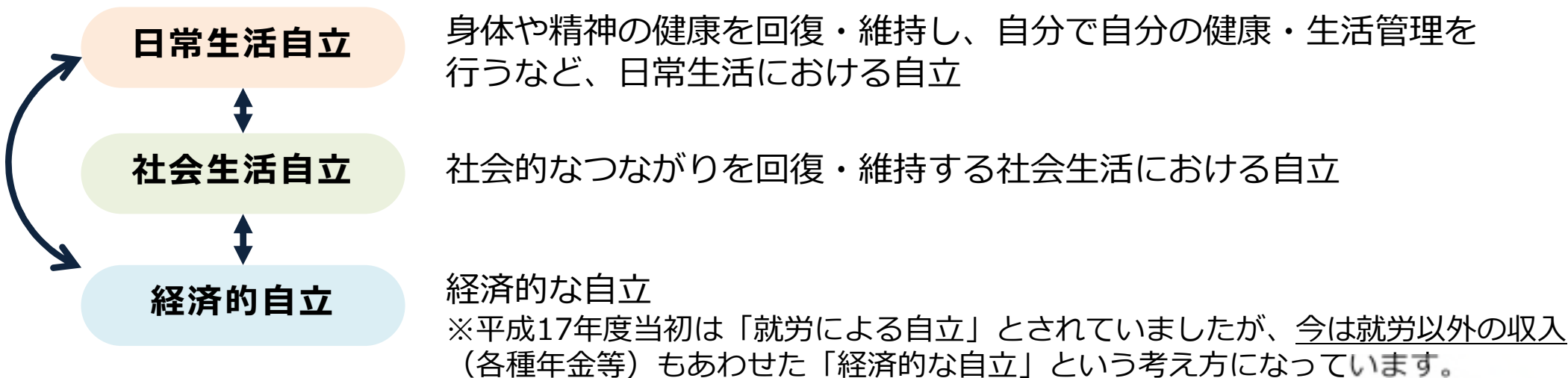
- 平成16(2004)年12月、**生活保護における「3つの自立」**の考え方が明らかにされました。^{*1}
- 平成17(2005)年度からは、「**経済的な給付に加え、組織的に被保護世帯の自立を支援する制度に転換するため**」、「自立支援プログラム」が導入^{*2}されました。

^{*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

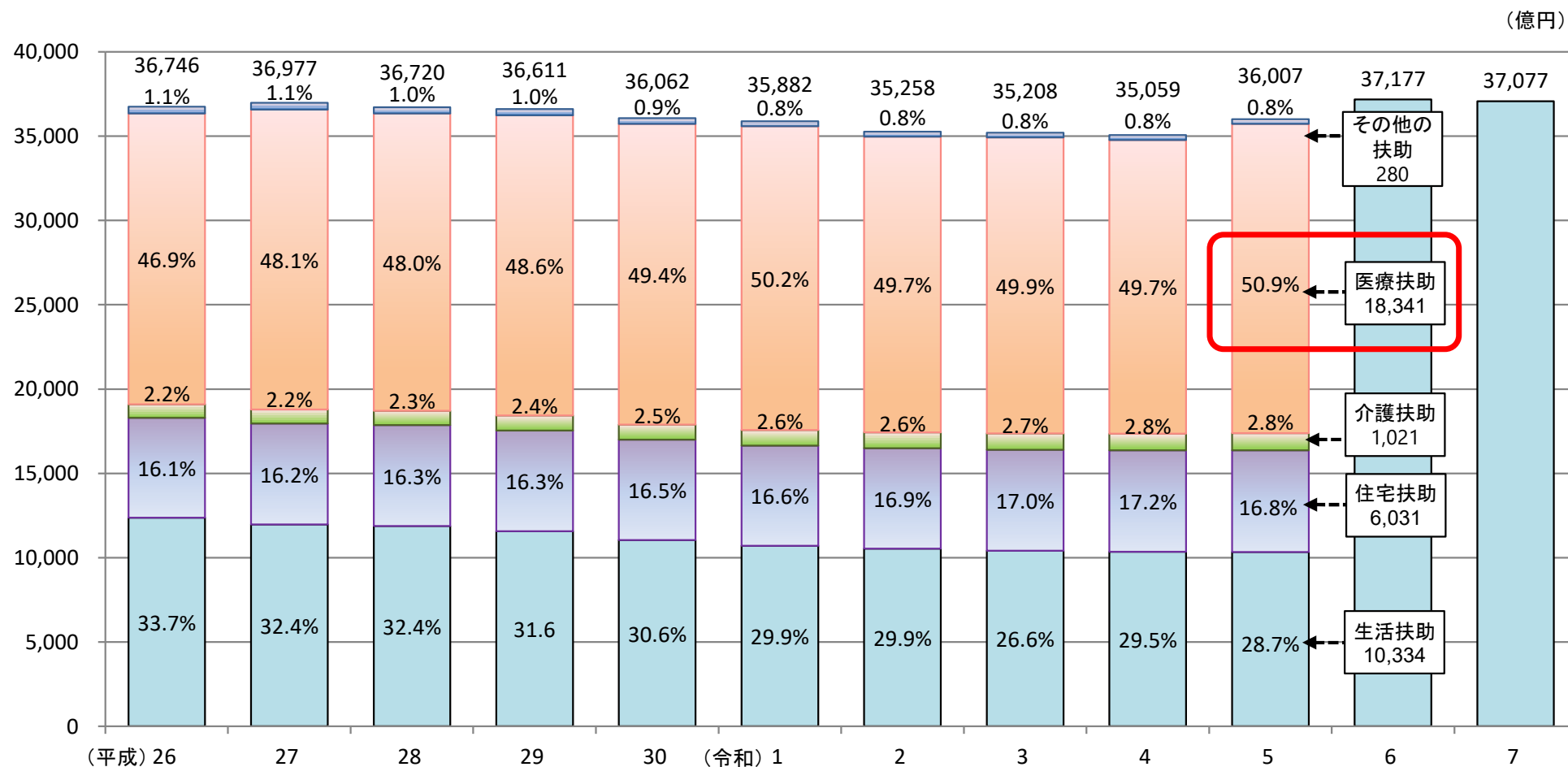


生活保護は「3つの自立」を並列に支援していく制度です。
また「自立支援」は本人主体で行われます(法第27条の2が根拠)。
「させる」という言葉を使わないのが支援の基本姿勢です。



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。

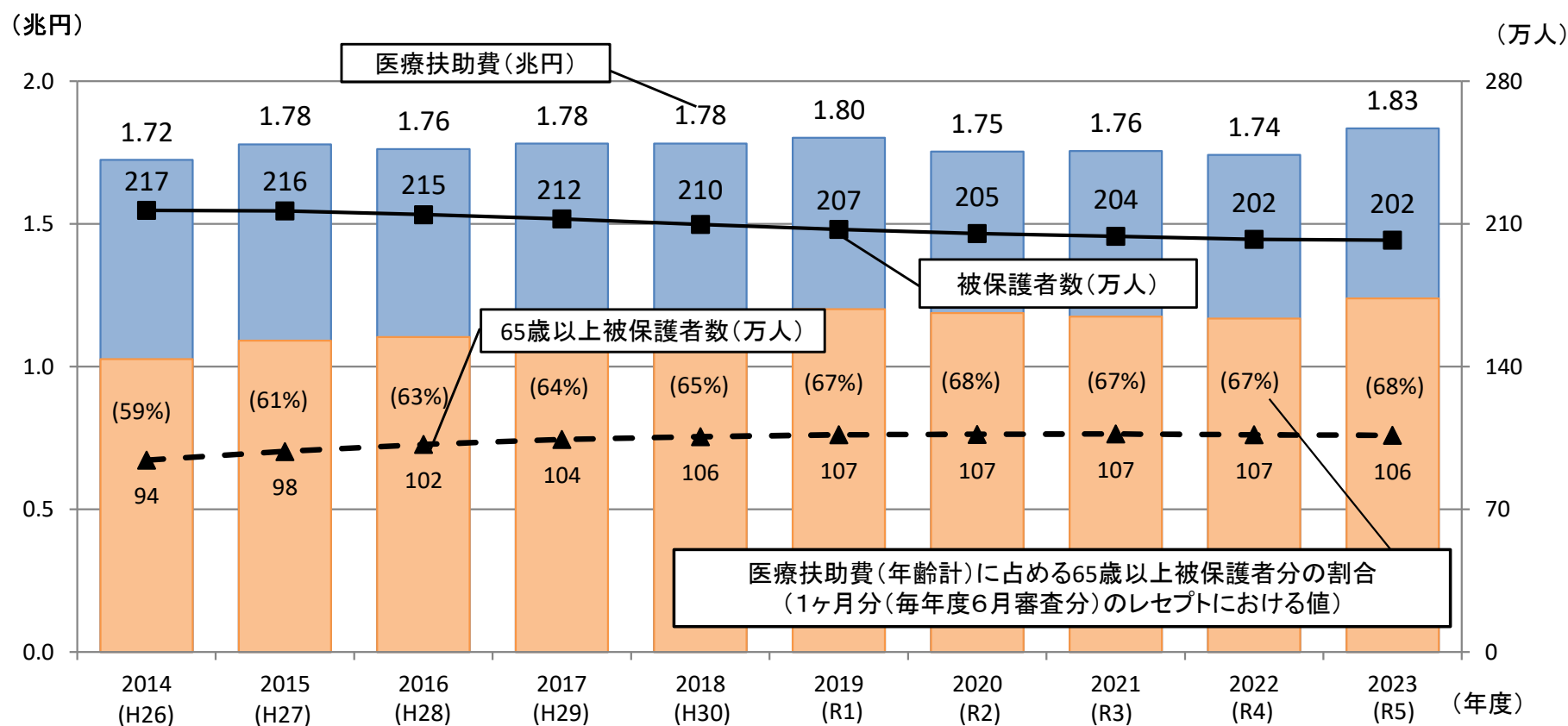
指定医療機関、診療方針、診療報酬

- 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。

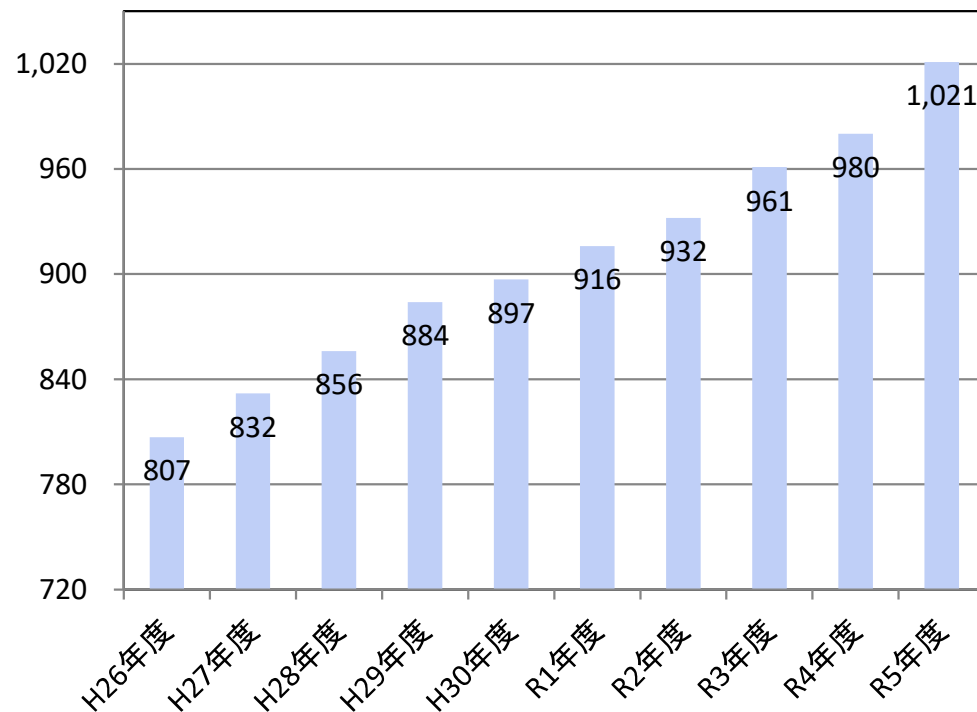
5 指定介護機関の指定（生活保護法第54条の2）

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。

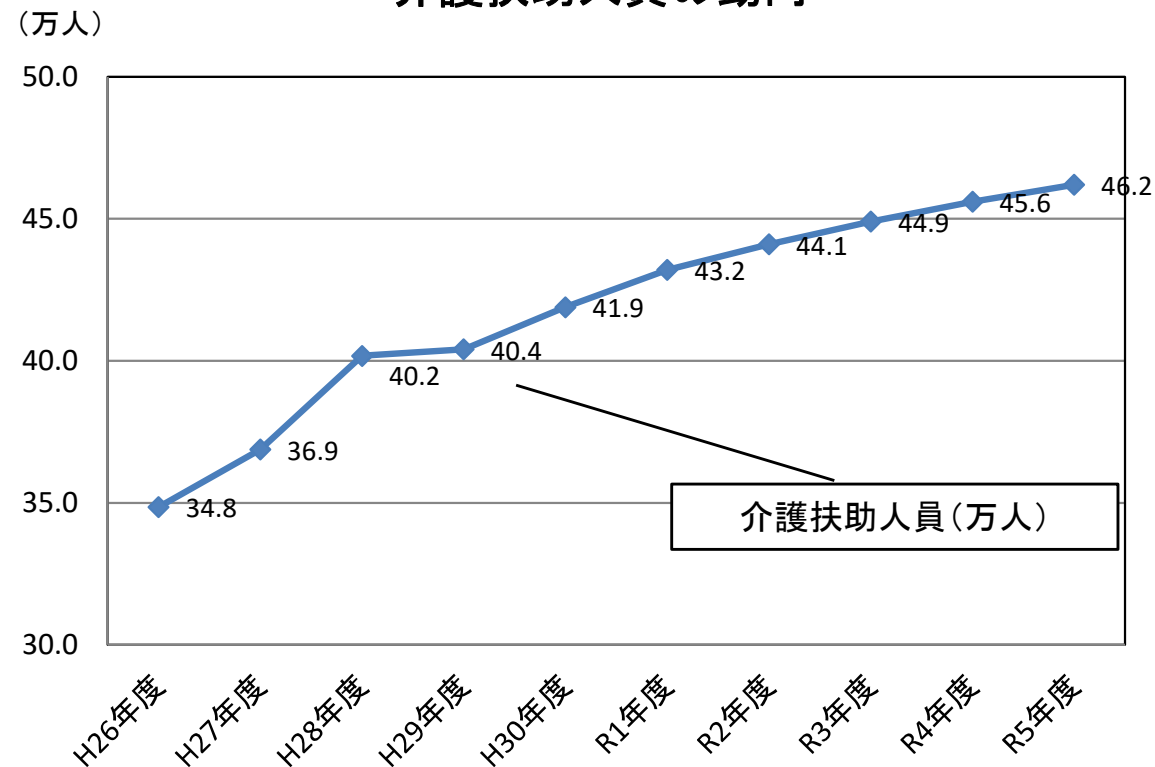
介護扶助費の動向

○ 介護扶助人員の増加に伴い、介護扶助費は増加している。

(億円) 介護扶助費の推移



介護扶助人員の動向



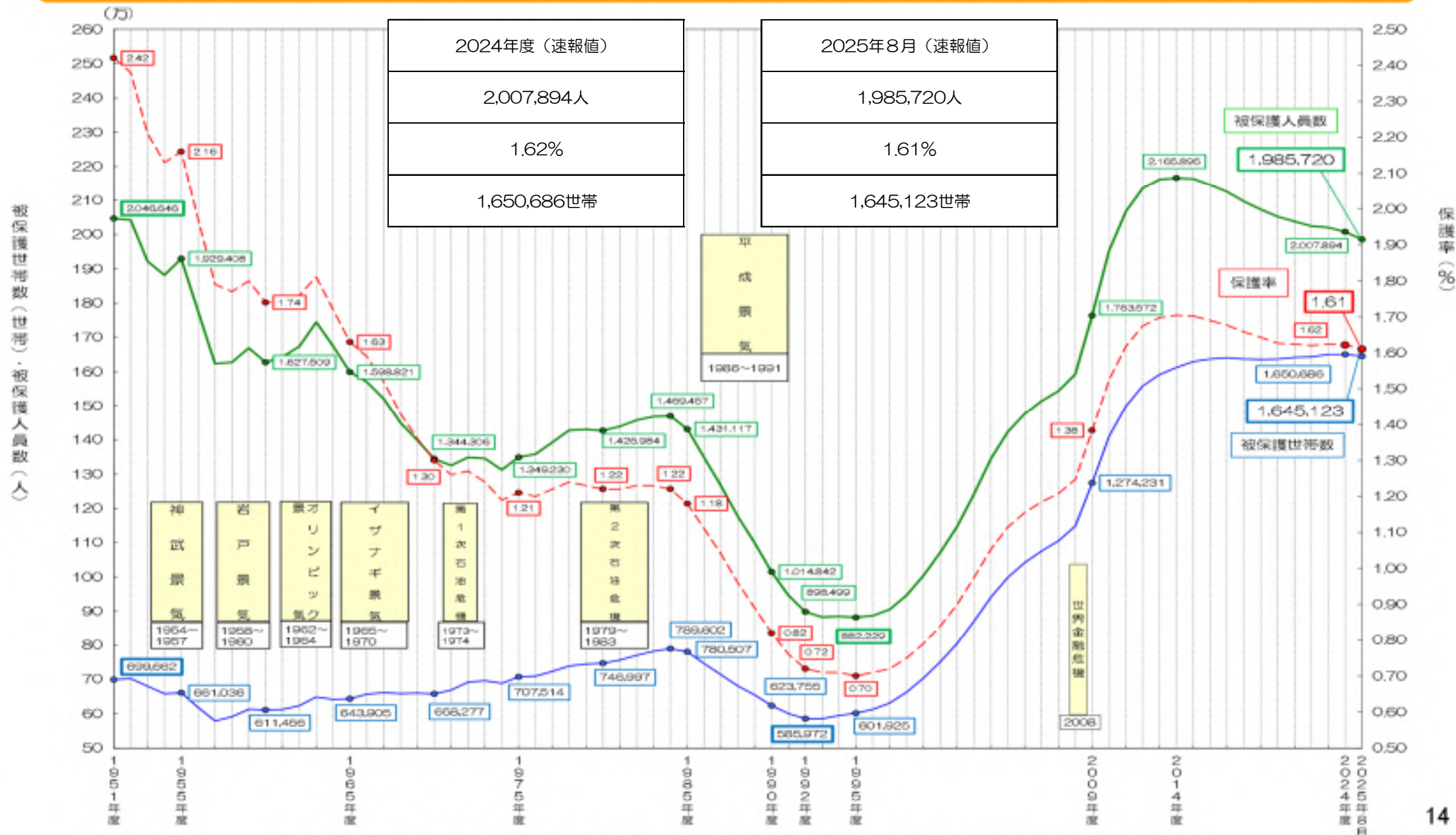
注1：介護扶助費の総額は、介護保険の被保険者以外を含む総額。

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

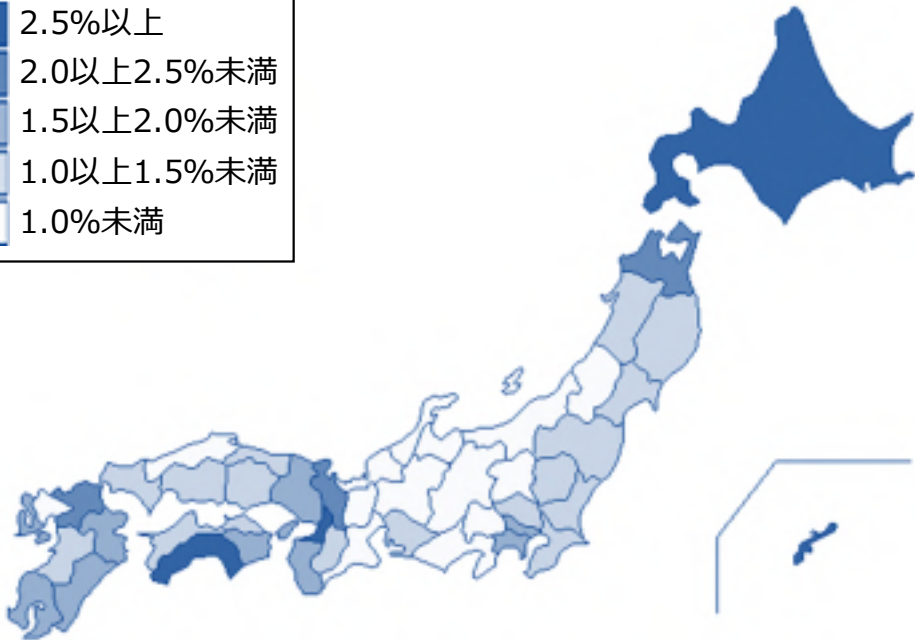
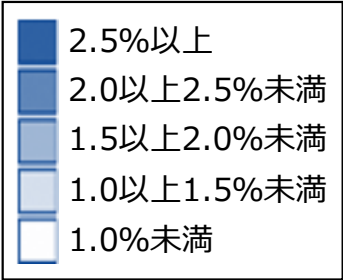
- 直近の生活保護受給者数は約199万人。2015（平成27）年3月をピークに減少に転じ、以降減少が続いている。
- 直近の生活保護受給世帯数は約165万世帯。



都道府県別保護率（令和7（2025）年8月時点）

1 大阪府	2.98%（3.38%）	26 鳥取県	1.19%（1.34%）
2 北海道	2.89%（3.14%）	27 岩手県	1.10%（1.09%）
3 沖縄県	2.72%（2.50%）	28 香川県	1.09%（1.14%）
4 高知県	2.50%（2.82%）	29 栃木県	1.06%（1.09%）
5 青森県	2.29%（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	2.02%（2.36%）	32 山口県	1.03%（1.17%）
8 長崎県	1.94%（2.22%）	33 福島県	1.00%（0.88%）
9 東京都	1.90%（2.18%）	34 新潟県	0.97%（0.92%）
10 鹿児島県	1.80%（1.95%）	35 静岡県	0.92%（0.83%）
11 兵庫県	1.79%（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	1.64%（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	0.80%（0.88%）
16 宮崎県	1.58%（1.66%）	41 滋賀県	0.80%（0.83%）
17 愛媛県	1.48%（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	1.40%（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	1.37%（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		中核市（62市） 上位5市	
1 大阪市	4.55%（5.47%）	1 函館市	4.45%（4.75%）
2 札幌市	3.58%（3.82%）	2 那覇市	4.37%（3.83%）
3 堺市	2.98%（3.10%）	3 尼崎市	3.60%（4.08%）
4 神戸市	2.72%（3.14%）	4 旭川市	3.52%（3.97%）
5 京都市	2.68%（3.13%）	5 寝屋川市	3.29% -
指定都市（20市） 下位5市		中核市（62市） 下位5市	
16 岡山市	1.74%（1.91%）	58 豊橋市	0.77%（0.62%）
17 新潟市	1.52%（1.47%）	59 岡崎市	0.72%（0.53%）
18 静岡市	1.40%（1.26%）	60 松本市	0.69% -
19 さいたま市	1.37%（1.59%）	61 富山市	0.68%（0.42%）
20 浜松市	0.93%（0.94%）	62 豊田市	0.55%（0.56%）

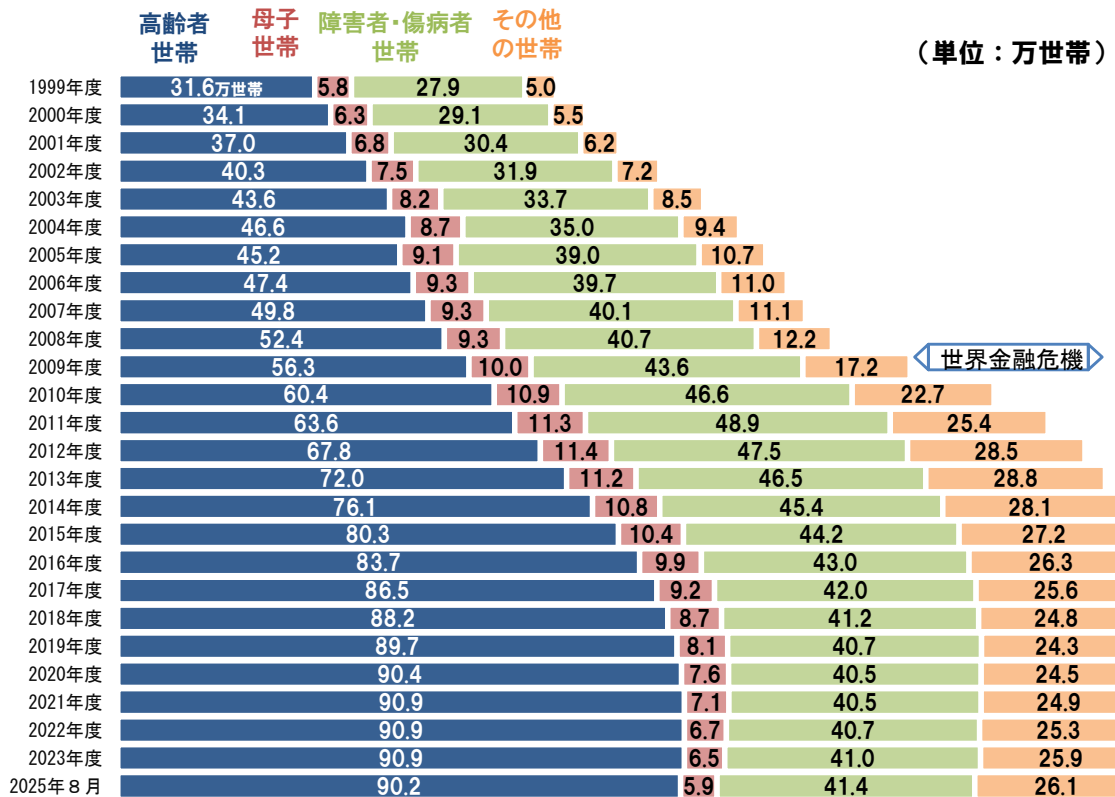
資料：被保護者調査 月次調査(厚生労働省)をもとに作成
※ 令和7（2025）年8月分は速報値

世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移

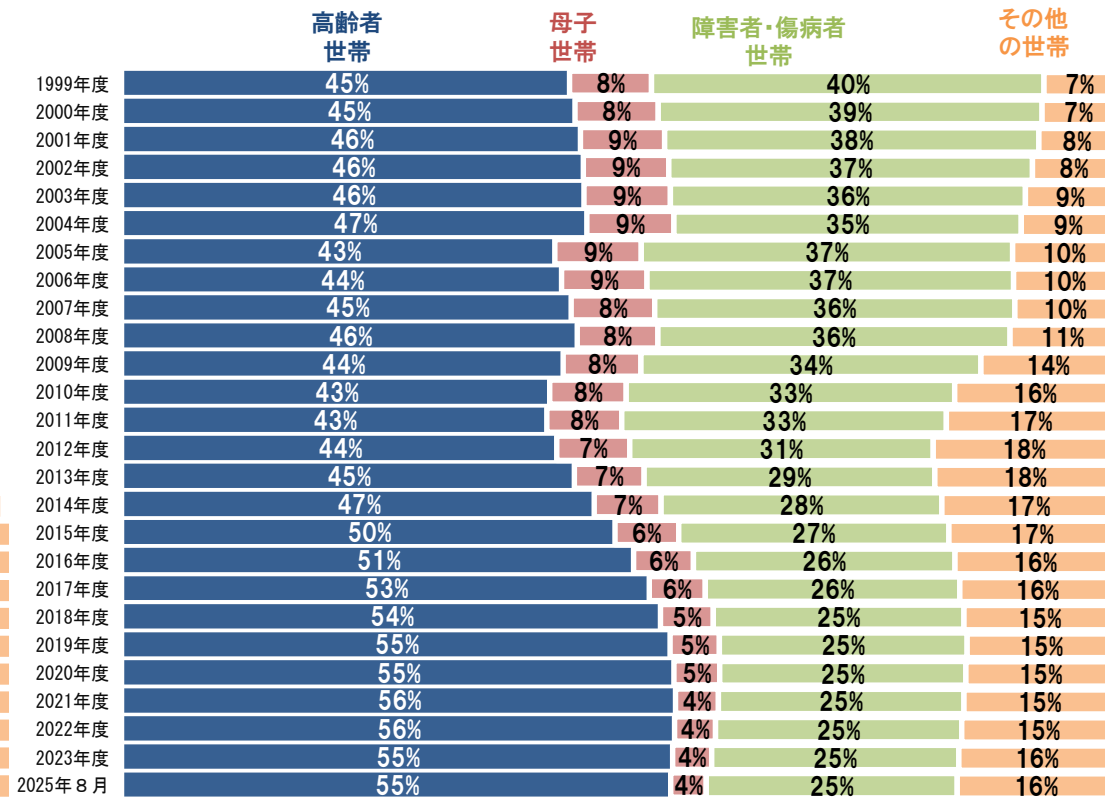
- 「高齢者世帯」の世帯数は、社会全体の高齢化に伴い増加傾向にあるが、近年は、増加幅が縮小し、やや減少傾向となっている。
- 「母子世帯」の世帯数は、近年、減少傾向にある。
- 「その他の世帯」は、世界金融危機後、世帯数・全世帯数に占める割合が大きく増加した。コロナ禍以降、微増傾向にあったが、その後、横ばいとなっている。

■ 世帯類型別の生活保護受給世帯数の推移

(単位：万世帯)



■ 世帯類型別の構成割合の推移



※ 高齢者世帯の93.3%が単身世帯（2025年8月）。

注：世帯数は各年度の1か月平均であり、保護停止中の世帯は含まない。

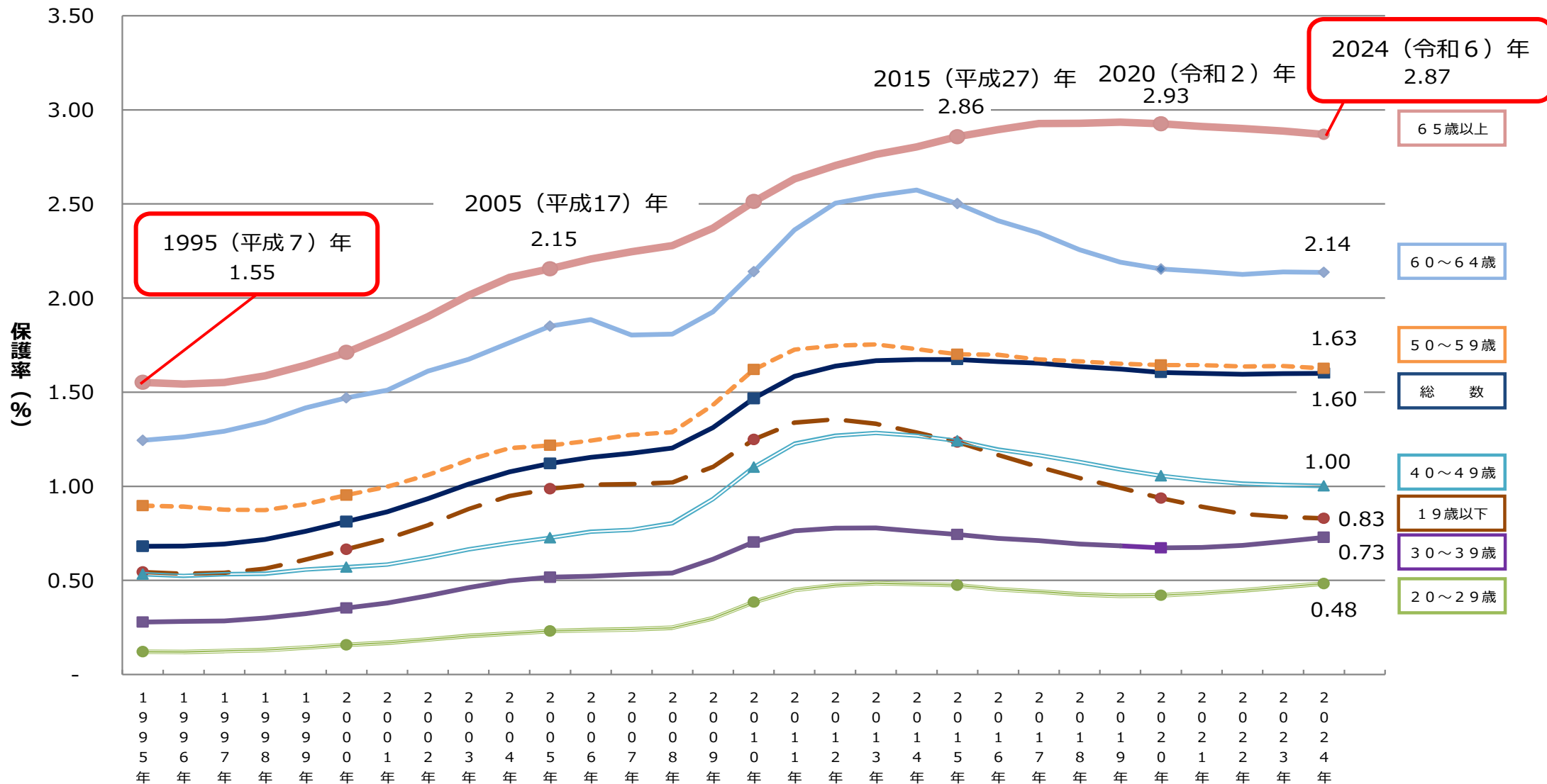
資料：被保護者調査 月次調査（厚生労働省）（2011年度以前は福祉行政報告例）（2025年8月分は速報値）

世帯類型の定義

- 高齢者世帯：男女とも65歳以上（平成17年3月以前は、男65歳以上、女60歳以上）の者のみで構成されている世帯か、これらに18歳未満の者が加わった世帯
- 母子世帯：死別・離別・生死不明及び未婚等により現に配偶者がいない65歳未満（平成17年3月以前は、18歳以上60歳未満）の女子と18歳未満のその子（養子を含む。）のみで構成されている世帯
- 障害者世帯：世帯主が障害者加算を受けているか、障害・知的障害等の心身上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

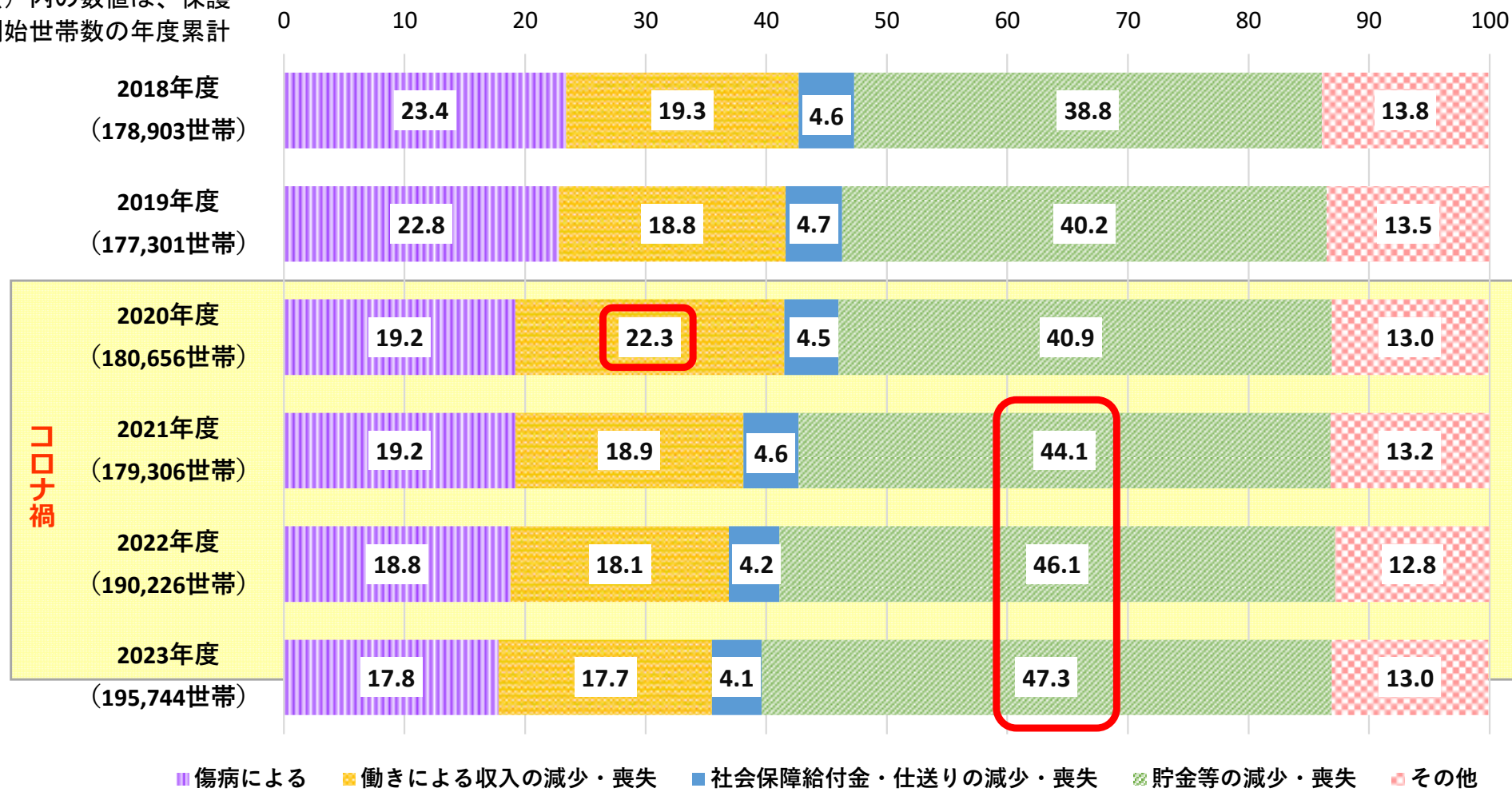
- 年齢階級別の保護率の推移をみると、65歳以上の保護率が一番高く、上昇傾向が続いていたが、近年は横ばい又は低下傾向となっている。



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。

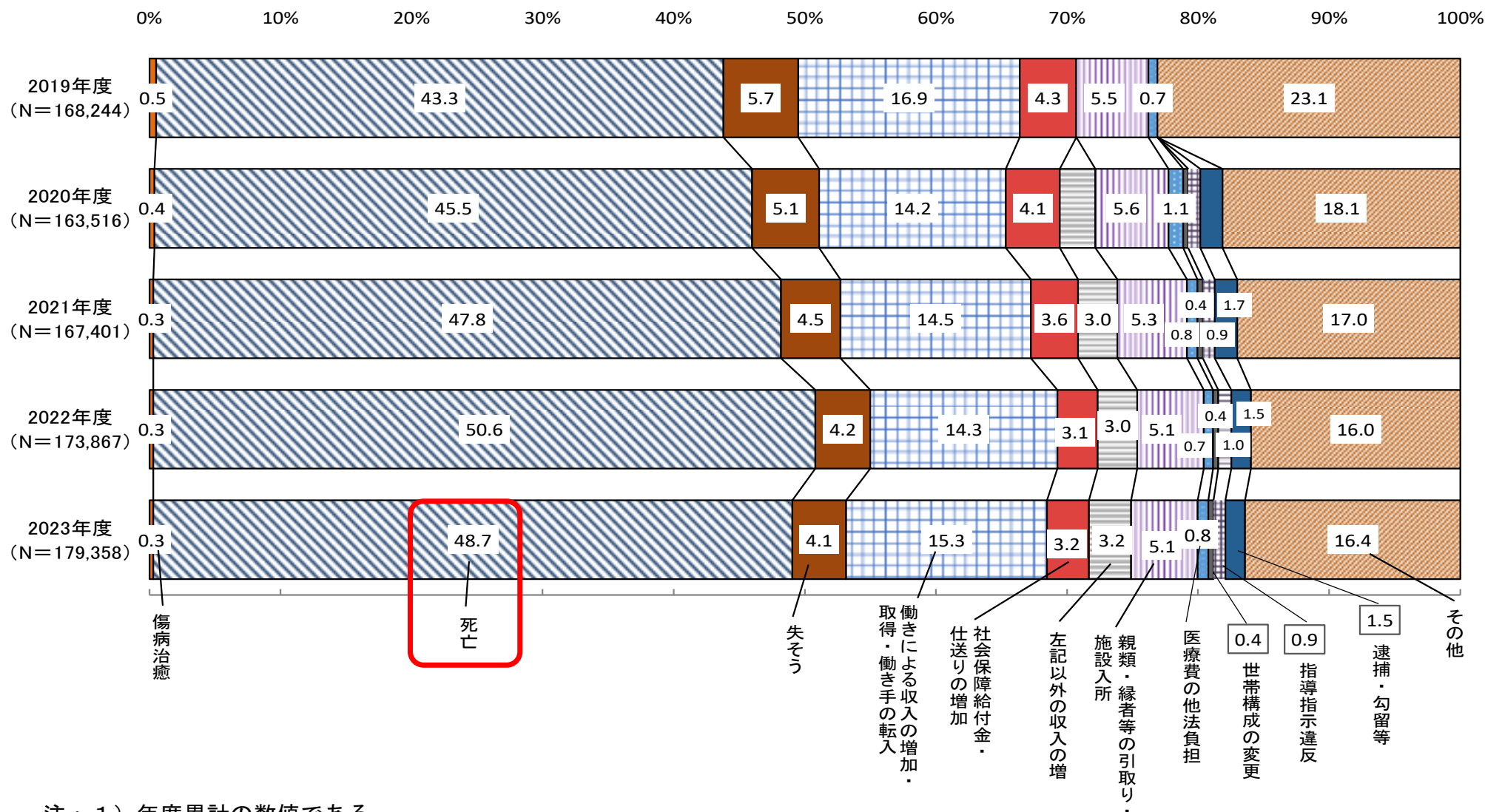
（）内の数値は、保護開始世帯数の年度累計



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。

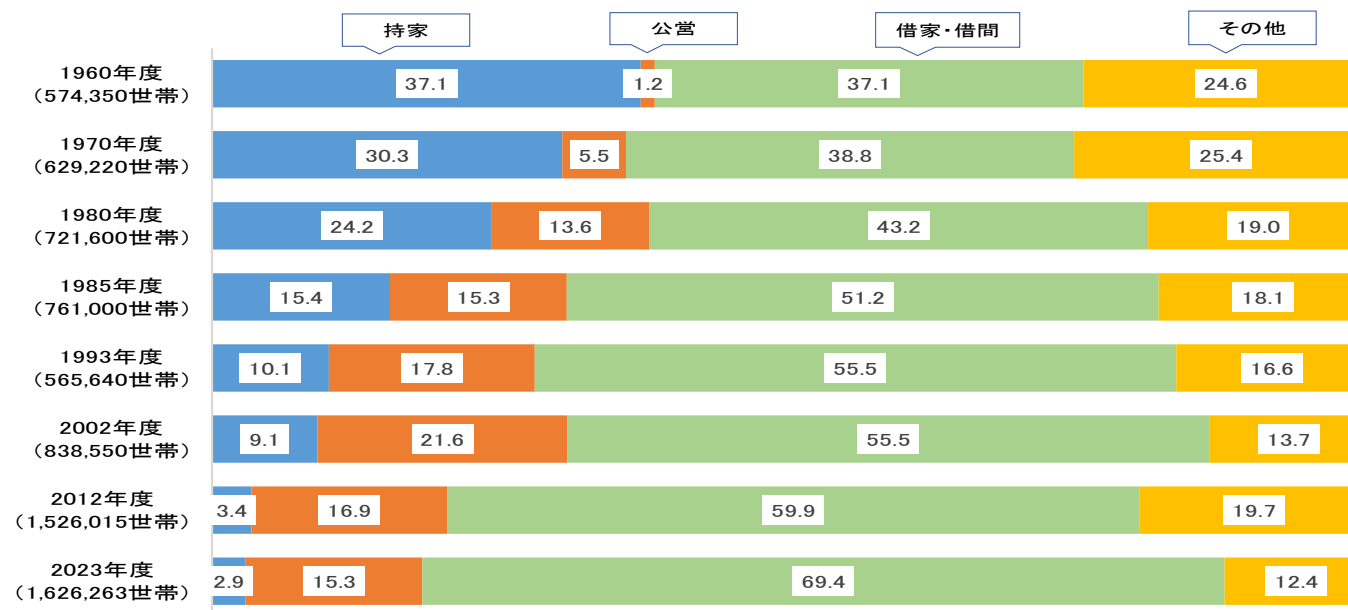
3）2020年度（令和2年度）から「左記以外の収入の増」「世帯構成の変更」「指導指示違反」「逮捕・勾留等」を追加した。

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

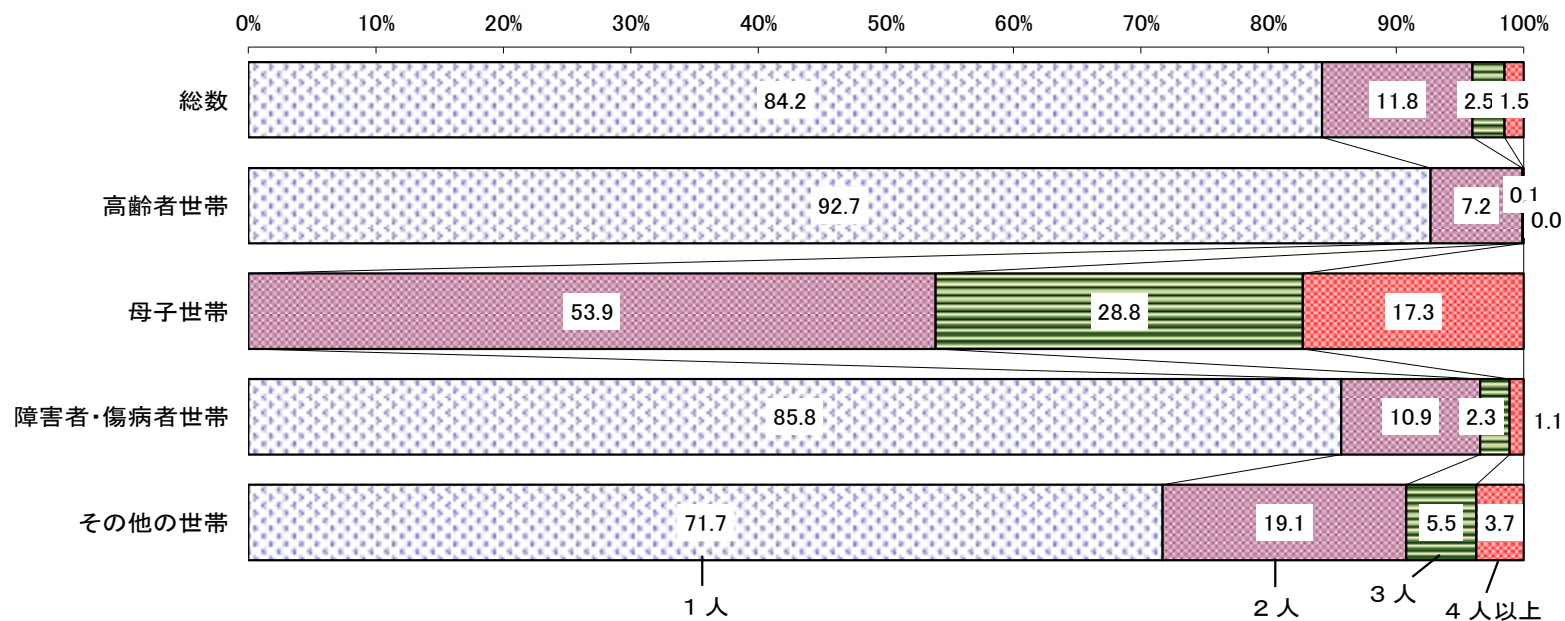
◆ 住居の種類別にみた被保護世帯数の構成割合

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

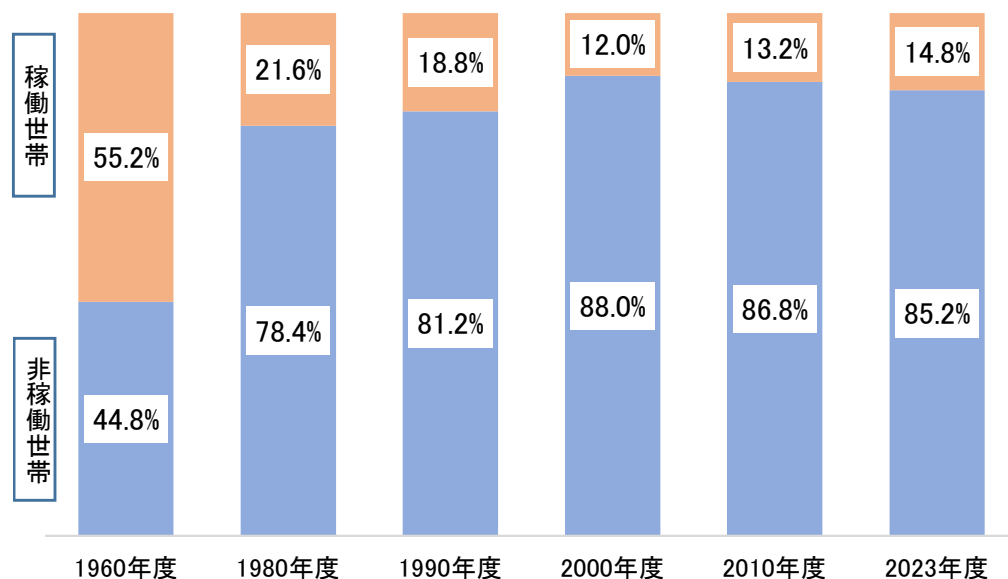
(2023年度)



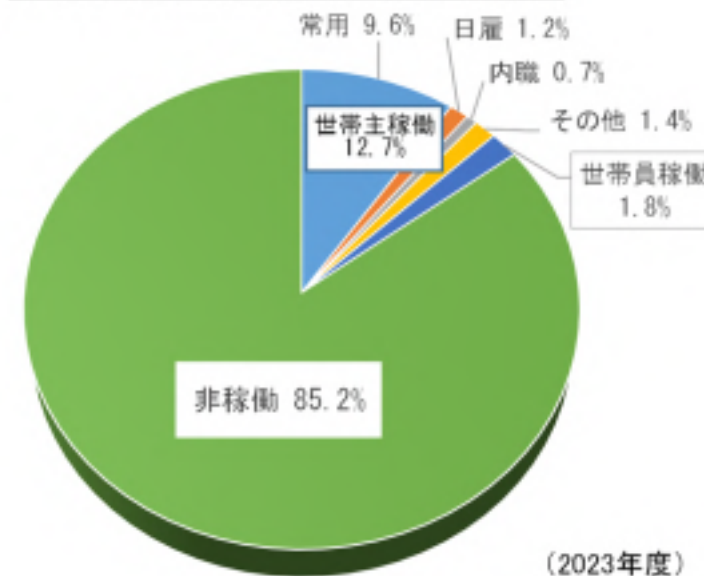
生活保護受給世帯における就労の状況等

◆ 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)

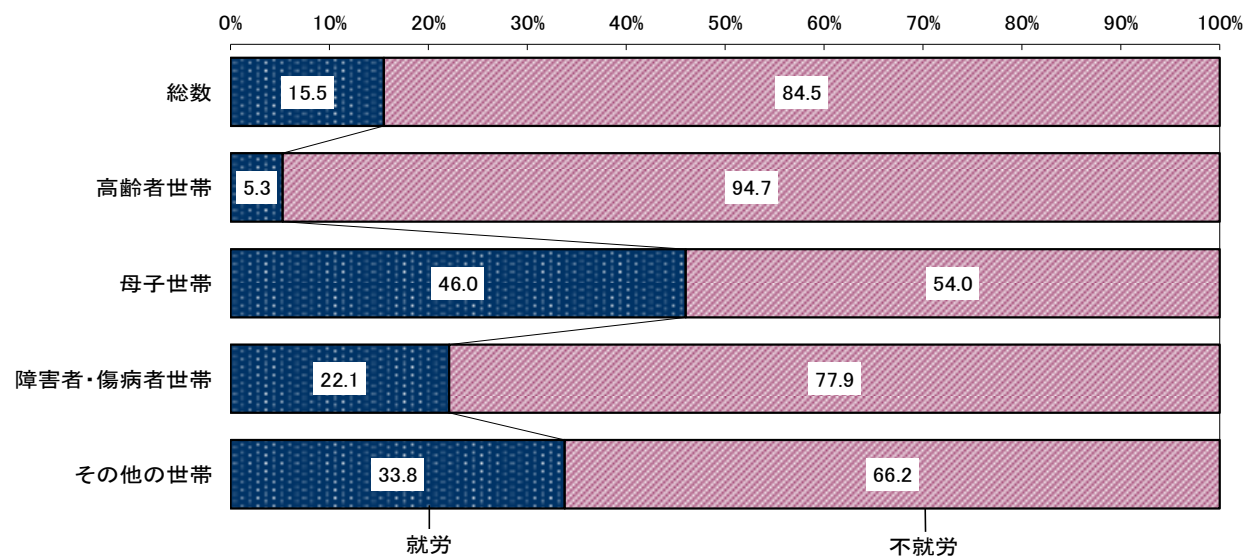


◆ 労働力類型別被保護世帯数の構成比



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)

医療扶助・健康管理支援等に関する 生活保護受給者の現状

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 生活保護 21.7% 国保＋後期高齢 17.9%
生活保護 40歳前半9.8%, 50歳前半17.8% 国保＋後期高齢 40歳前半3.6%, 50歳前半7.5%

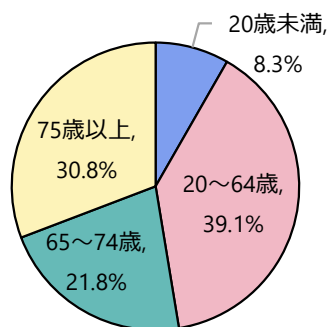
生活保護受給者数 **2,020,576**人

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%）

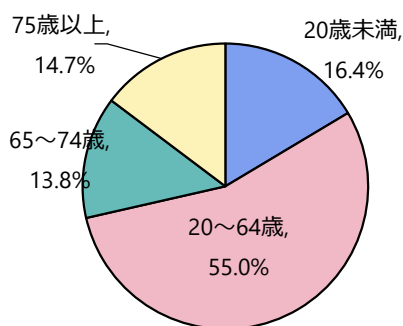
1人当たり医療扶助費 入院 **298,808**円 入院外 **318,144**円 <医療費全体> 入院：136,349円 入院外：190,056円

年齢別：65歳以上が半数

【生活保護受給者】

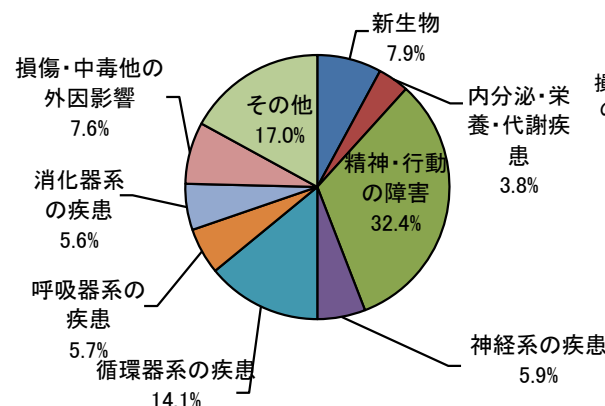


【参考】総人口

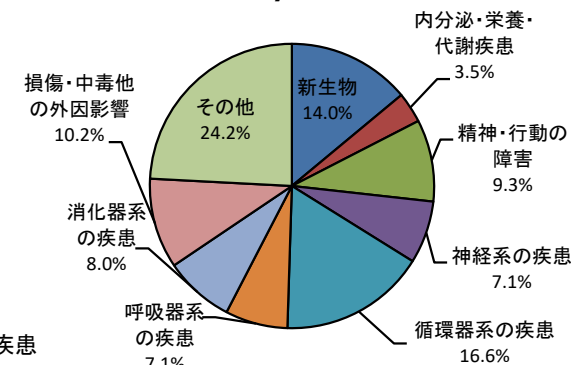


傷病分類別：精神・行動の障害の割合が高い

【医療扶助/入院】



【参考】医療保険/入院



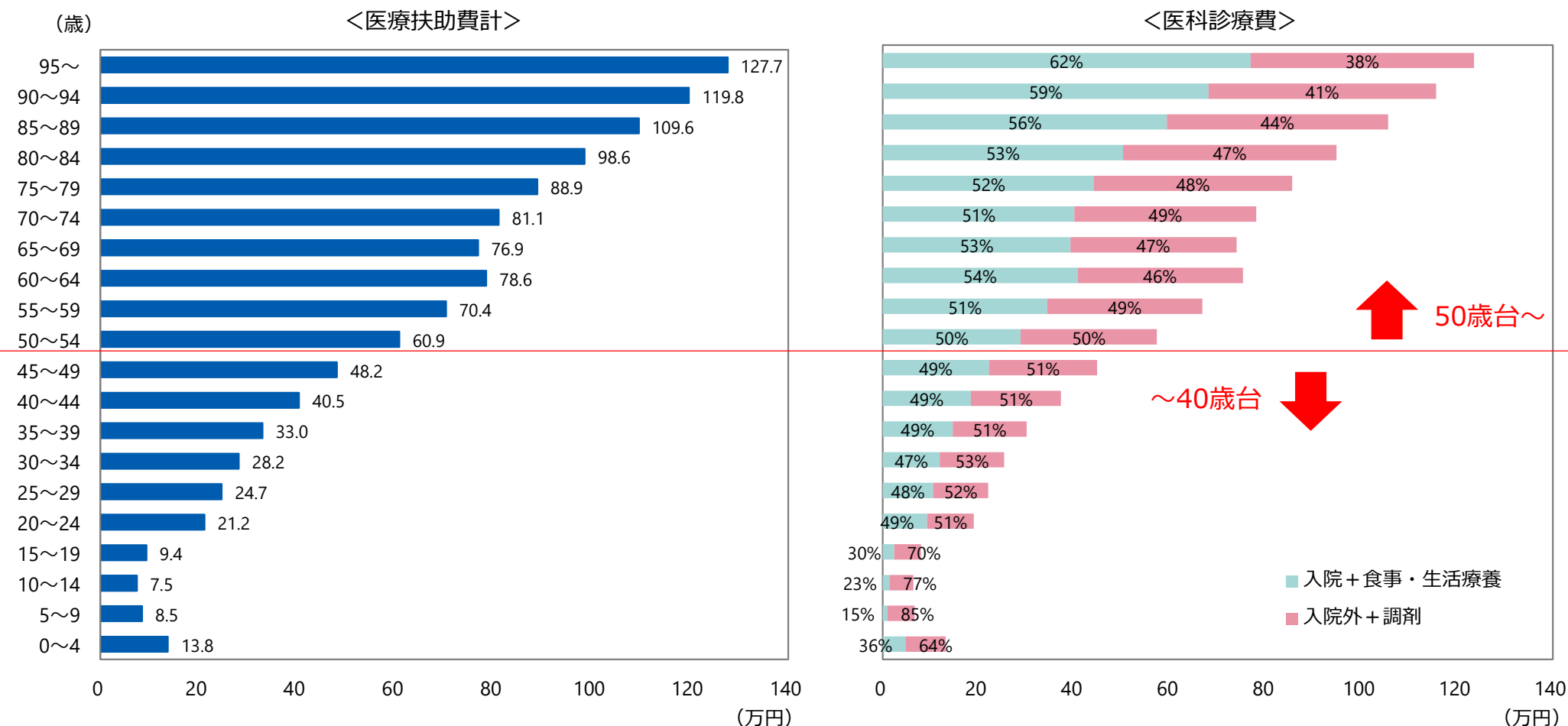
出典：生活保護受給者数および医療扶助受給者数は被保護者調査（月次確定値、R5年度）、1人当たり医療扶助費はNDBデータ（令和4年4月～令和5年3月診療分）を用いて厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で集計、年齢別生活保護受給者割合は被保護者調査（令和5年度）、総人口は国勢調査（令和2年度）、傷病分類別割合は医療扶助実態統計（令和5年6月審査分）、医療保険は医療給付実態調査（令和5年度）、2型糖尿病の外来受療率はNDBデータ（令和3年6月審査分）、糖尿病の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として糖尿病対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで糖尿病対象医薬品が処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。）

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。

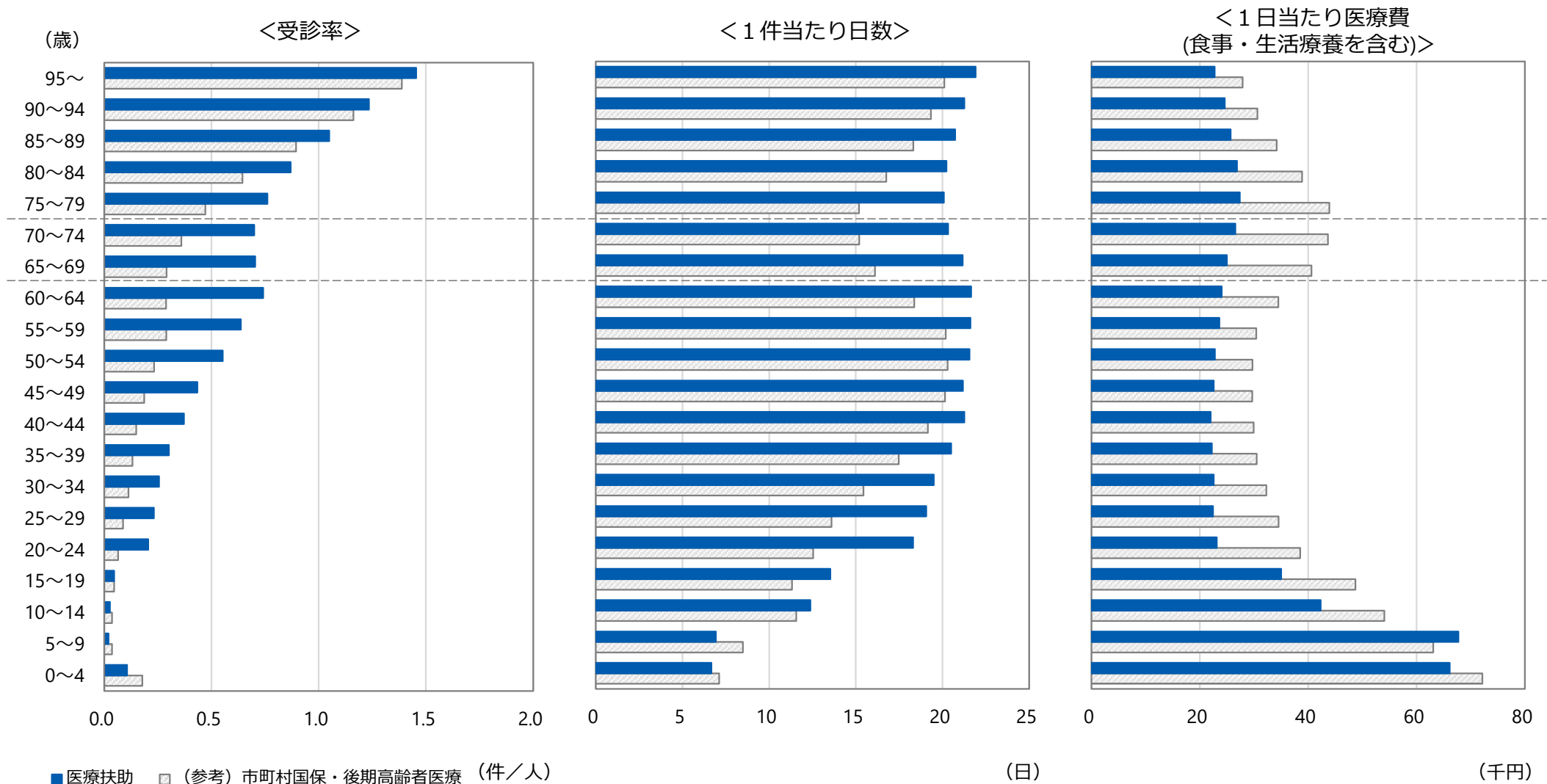
年齢階級別、1人当たり医療扶助費



(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。

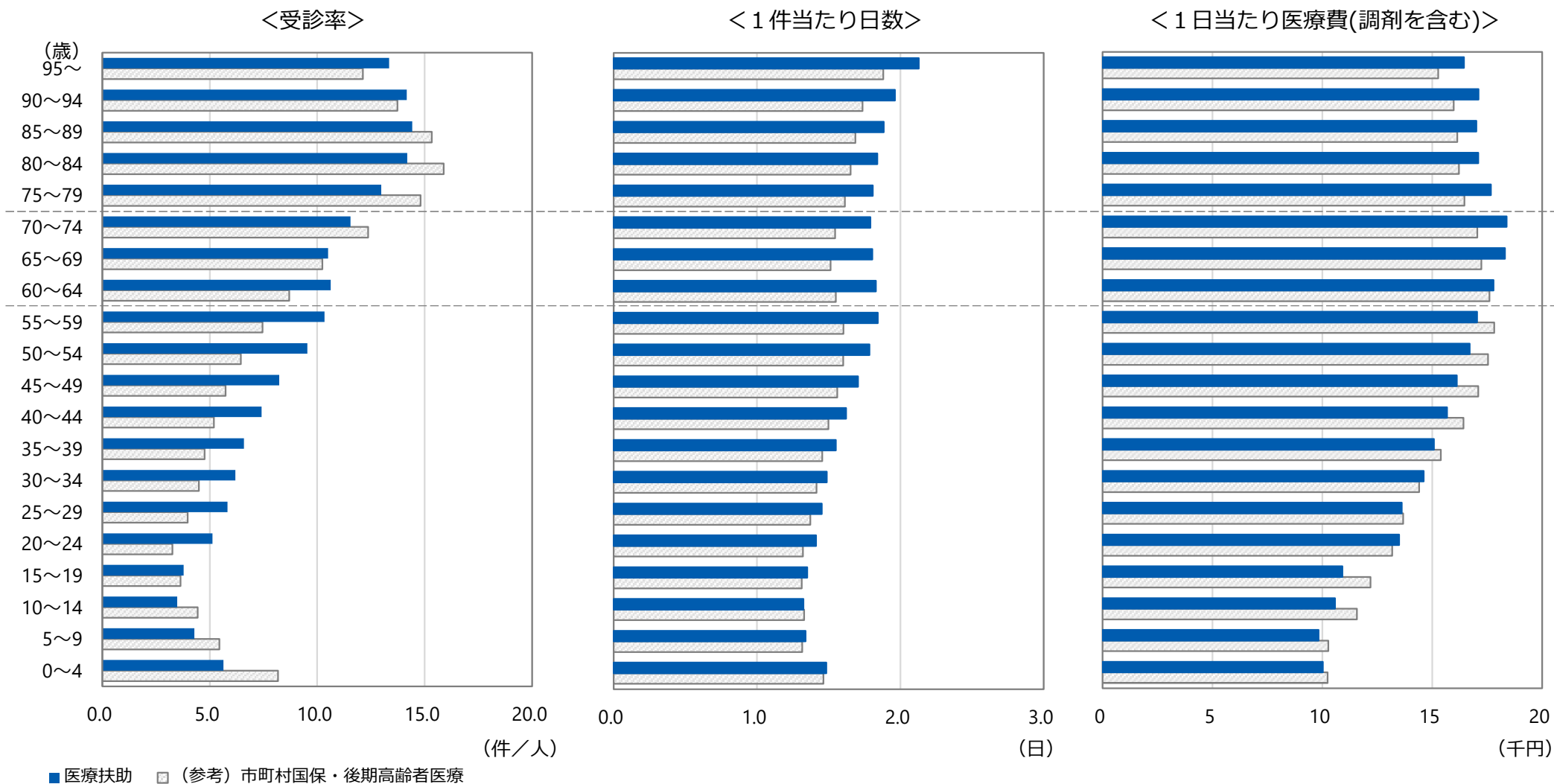
年齢階級別、三要素（医科入院）



(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。

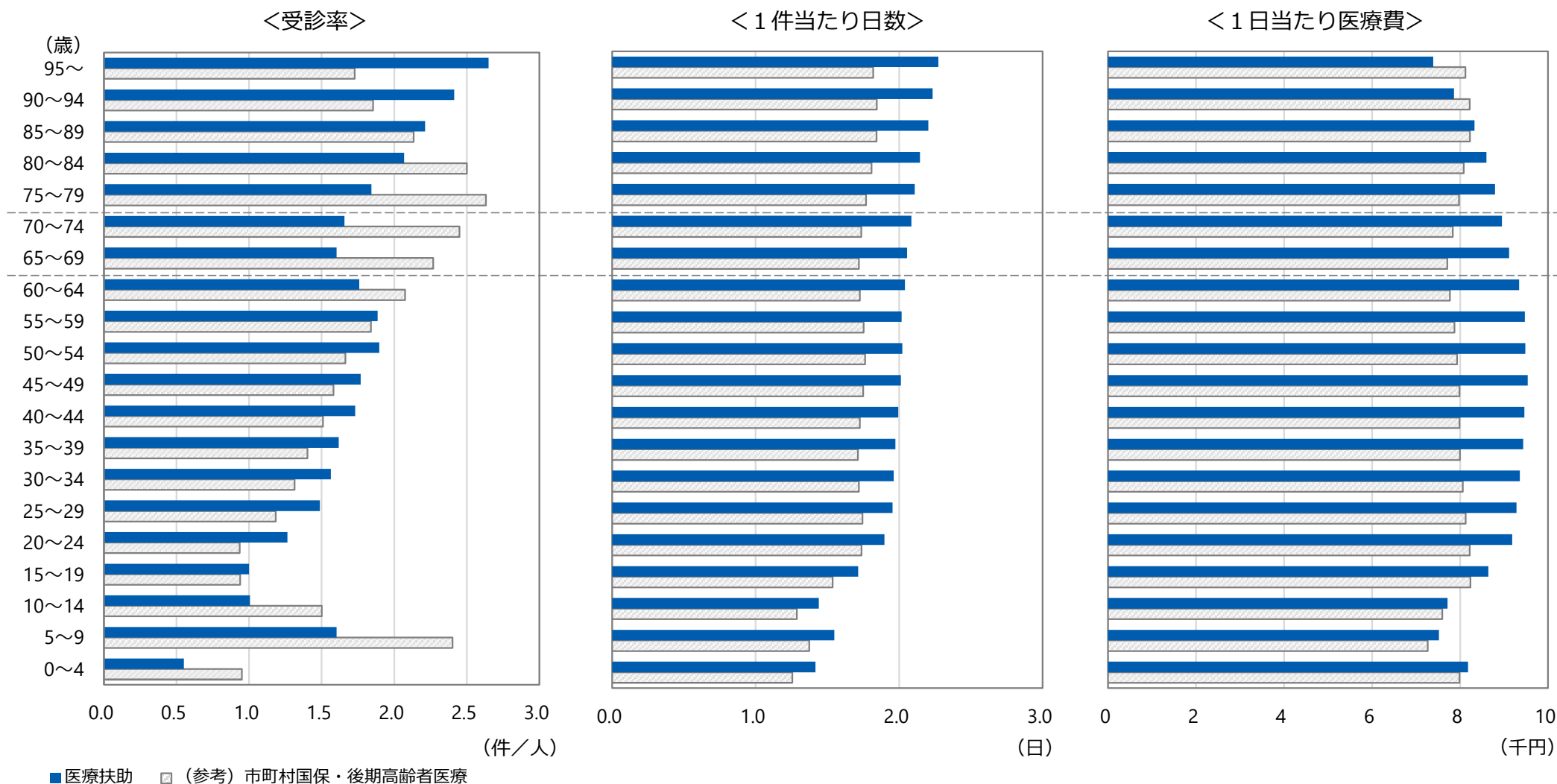
年齢階級別、三要素（医科入院外）



(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。

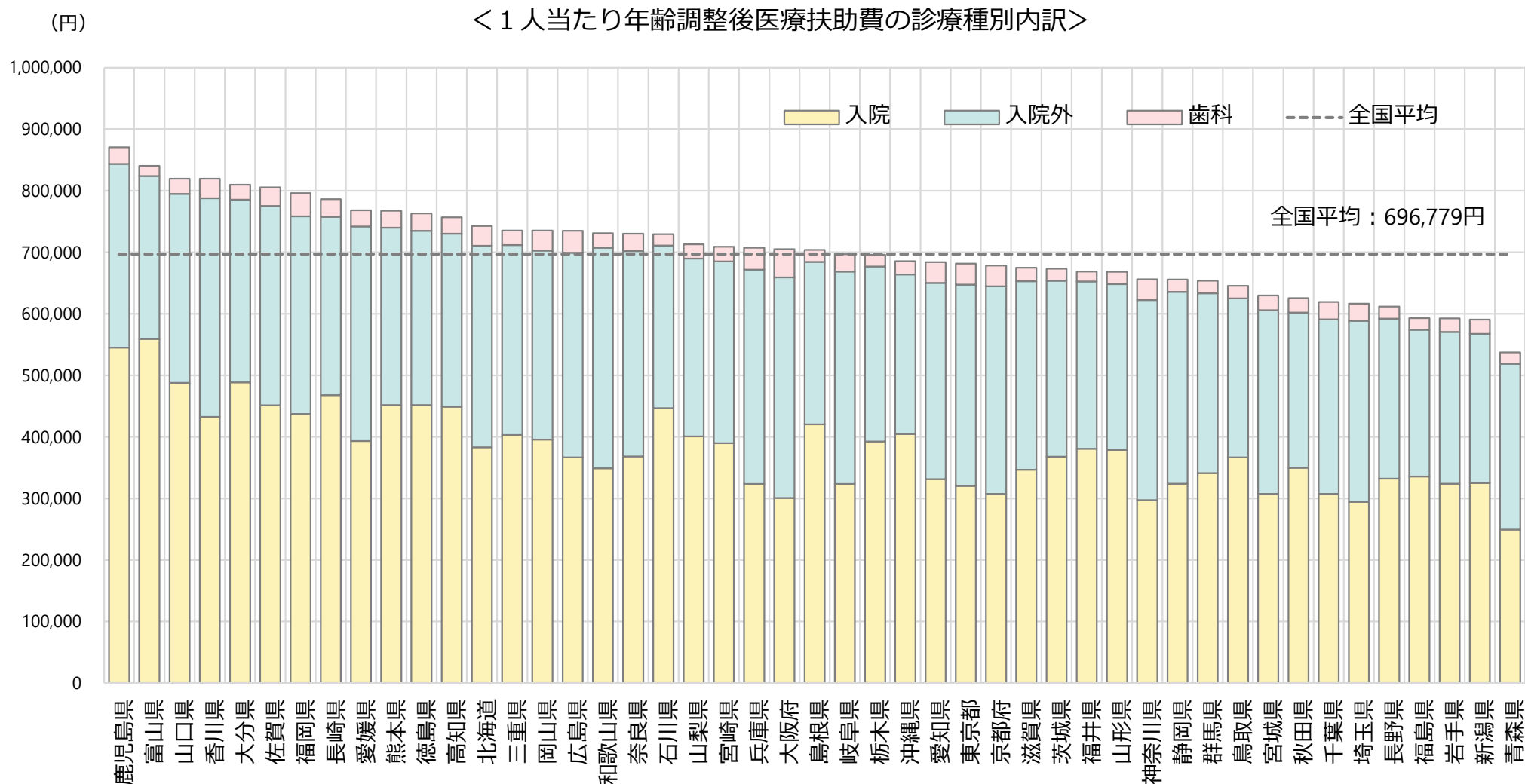
年齢階級別、三要素（歯科）



出典：医療扶助は、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。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。市町村国保・後期高齢者医療：厚生労働省「医療費の地域差分析（令和3年度・電算処理分）」を基に、厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室にて作図。

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。



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。)

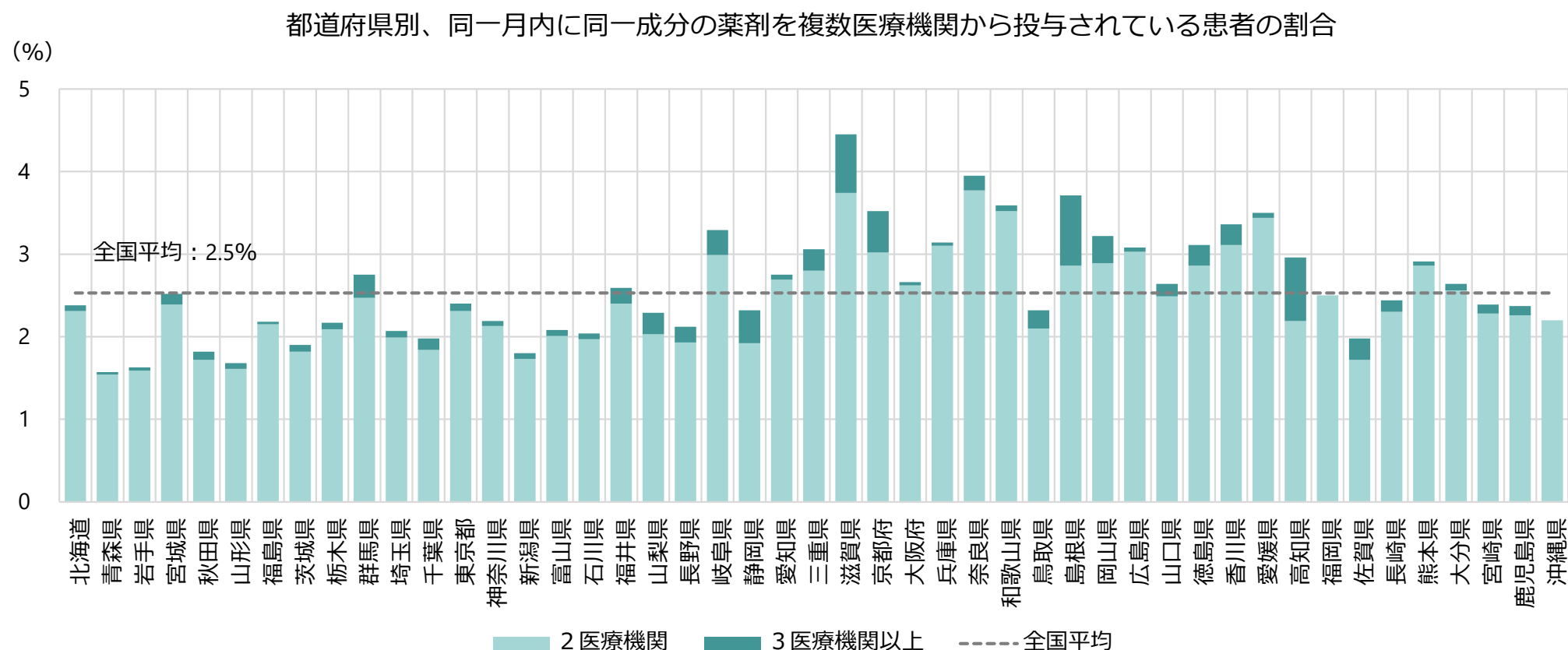
注2: ()内の数値は、受診した者について受診した医療機関数の総計を100とした割合である。

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。

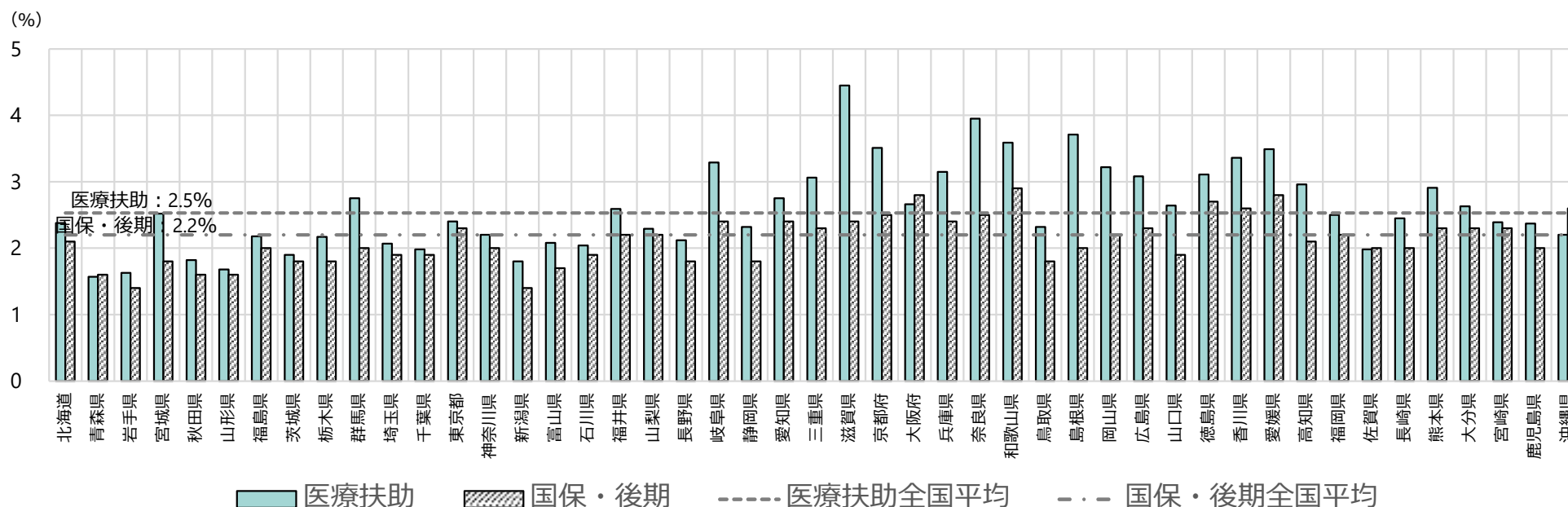
※2 令和4年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、重複処方（同一診療年月に同一成分の医薬品が2つ以上の医療機関から処方されている状態）の発生した医療機関数別の受診者数を求め、都道府県別に算出した。

※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。

(1) - 2重複処方の状況(令和4年6月診療分)

○ 市町村国保・後期高齢合算では外来患者の2.2%。多くの都道府県で医療扶助の方が割合が高い。

都道府県別、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患者の割合



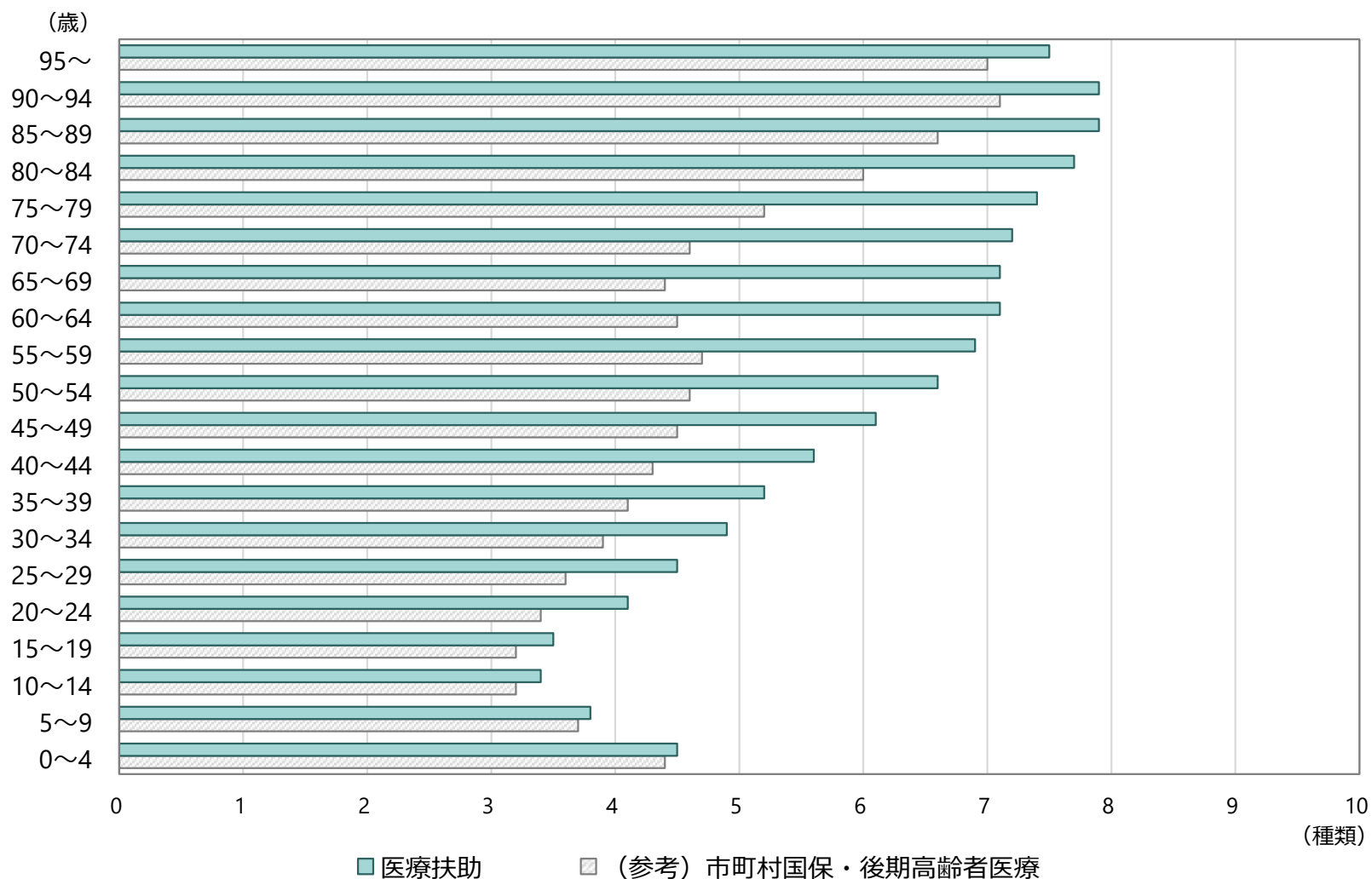
※1 種類数の判別には薬価基準収載医薬品コード上7桁を用いた。

※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、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。



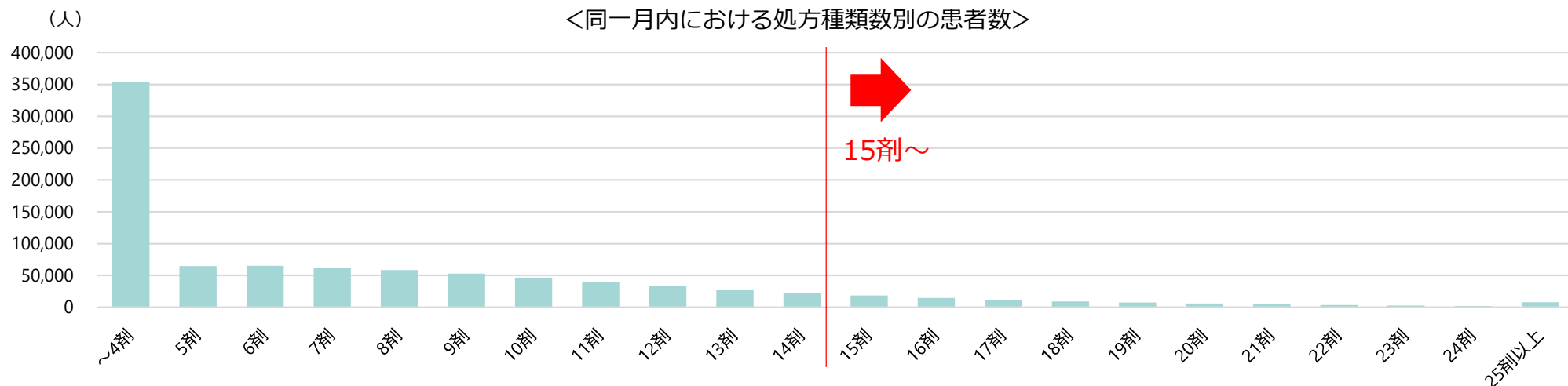
出典：NDBデータ（令和4年6月審査分）

(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）

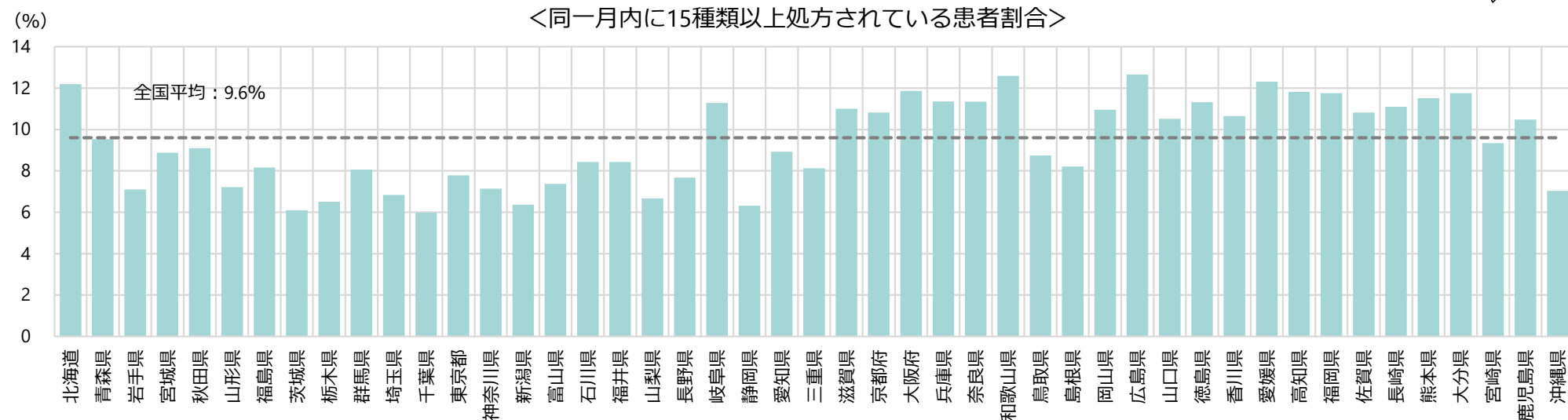
○ 65歳以上の高齢者のうち、同一月内に15種類以上を処方されている者の割合は、外来患者の9.6%である。

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＞



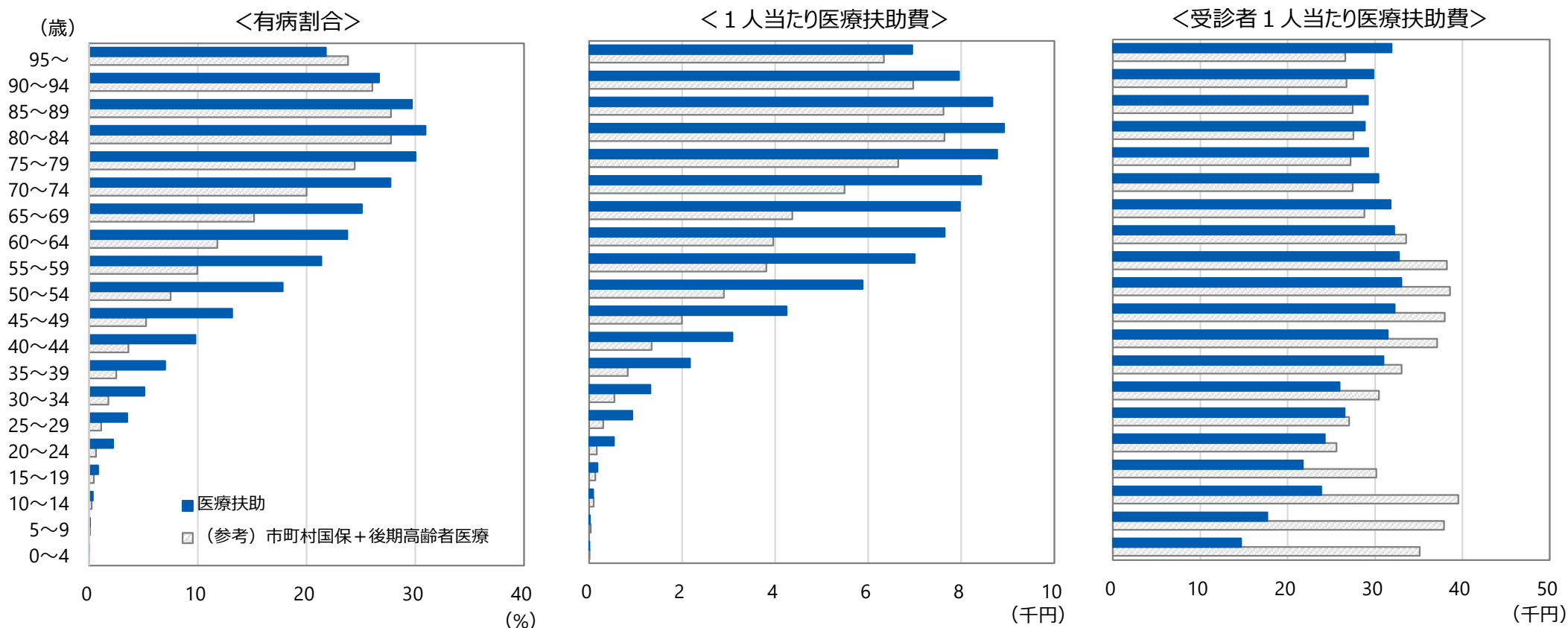
- ※1 種類数の判別には薬価基準収載医薬品コード上7桁を用いた。
 ※2 令和4年6月診療分の医療扶助に該当するレセプトから、受診者数、処方された薬剤の種類数別の受診者数を求めた。
 ※3 患者の状態を勘案していないため、処方された種類数の適否を一概に判断することはできない。

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。)

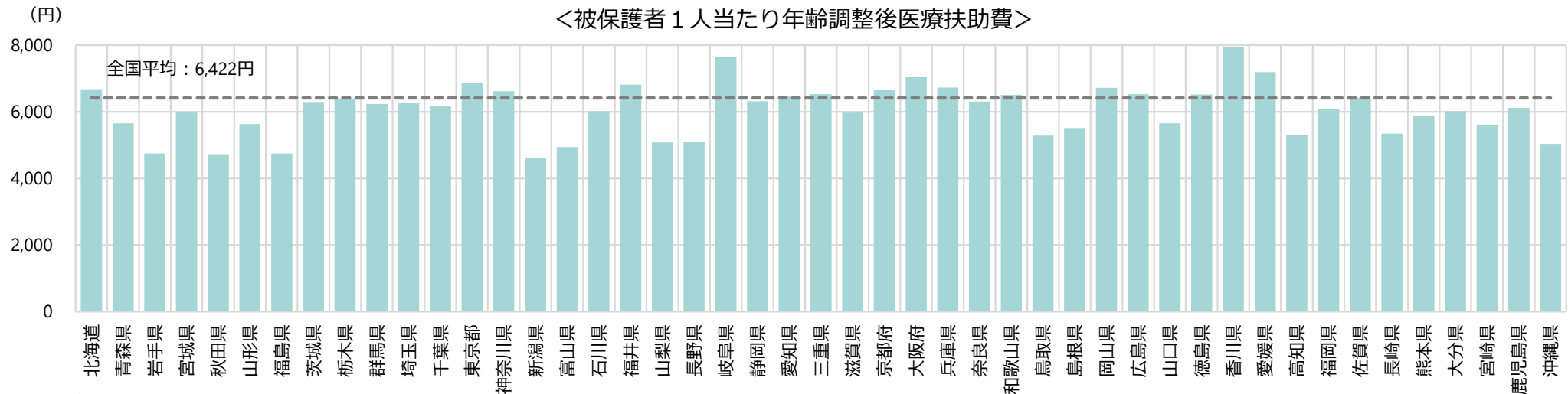
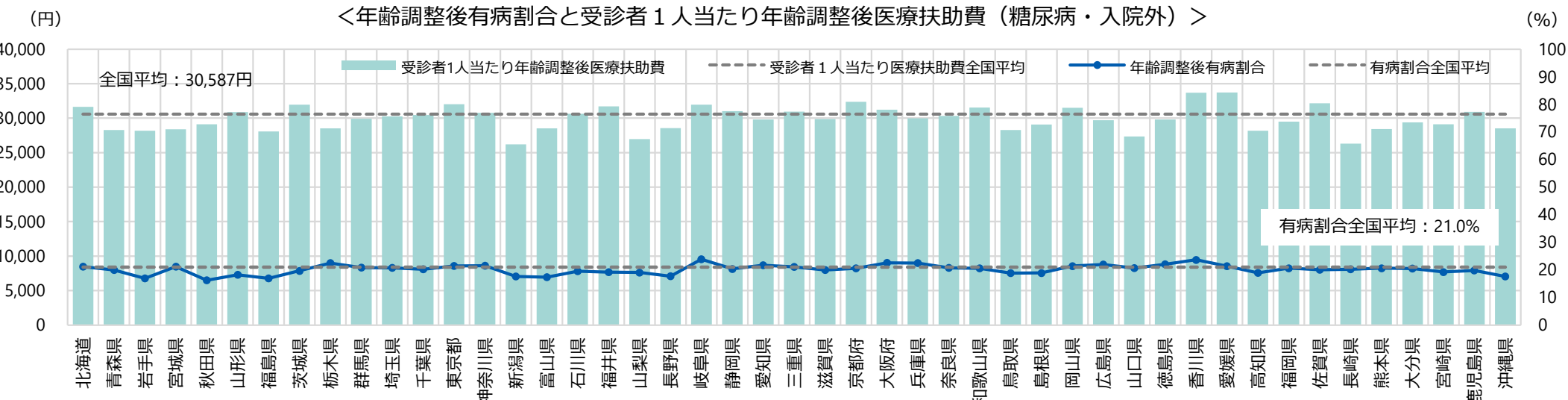
※2 有病割合は、糖尿病の受診者を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※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。

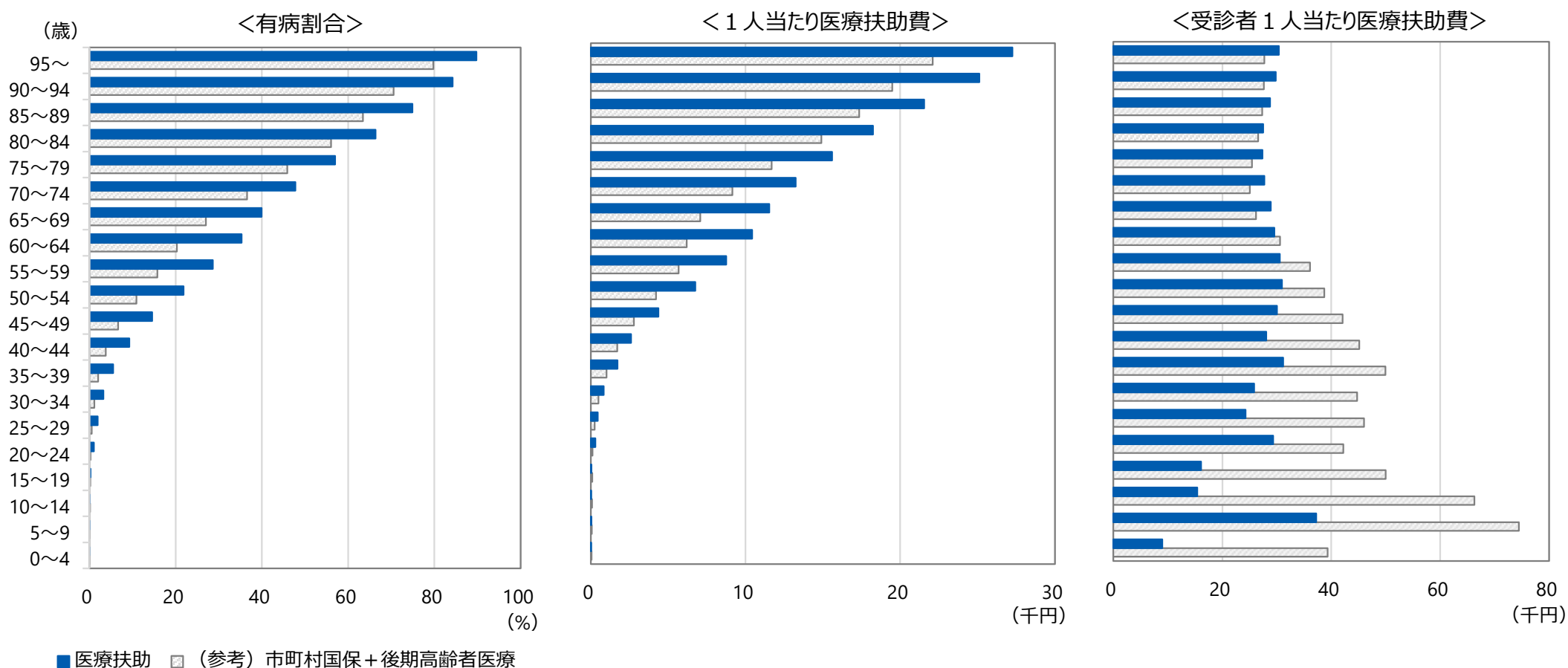
※3 受診者 1 人当たり年齢調整後医療扶助費は、糖尿病有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除し、全国の当該レセプトの受診者の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

※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

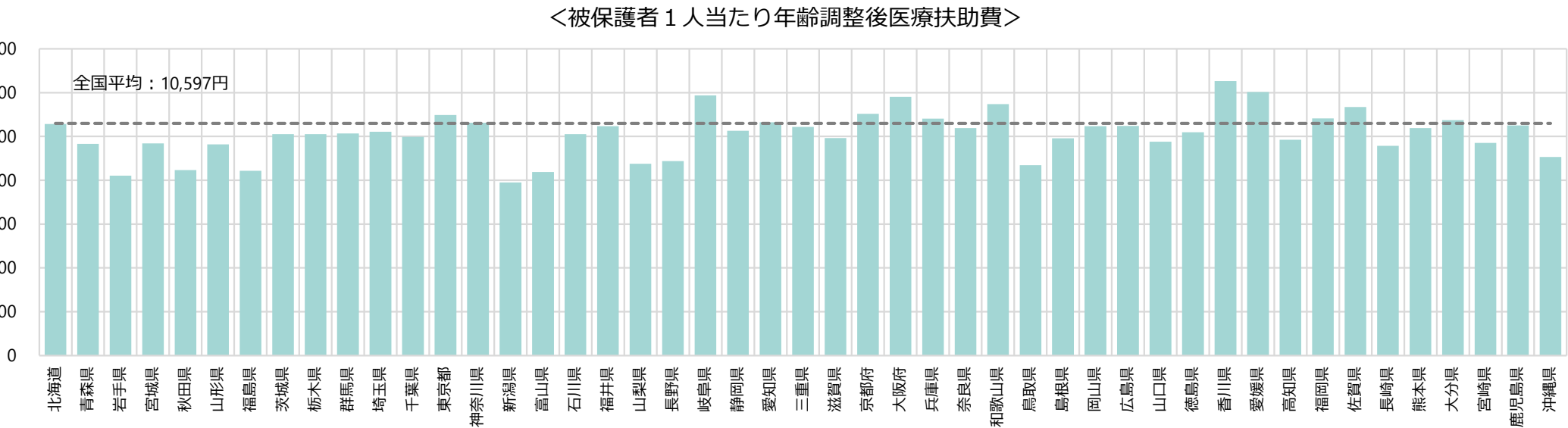
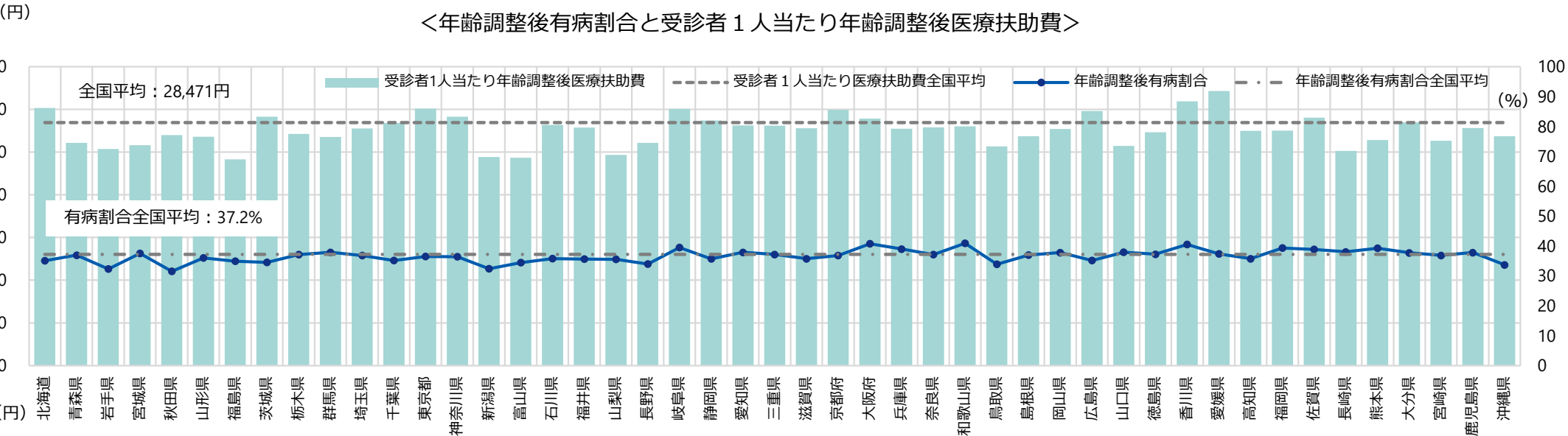
※1 高血圧症の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として高血圧症対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで高血圧症対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。(ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。)

※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。

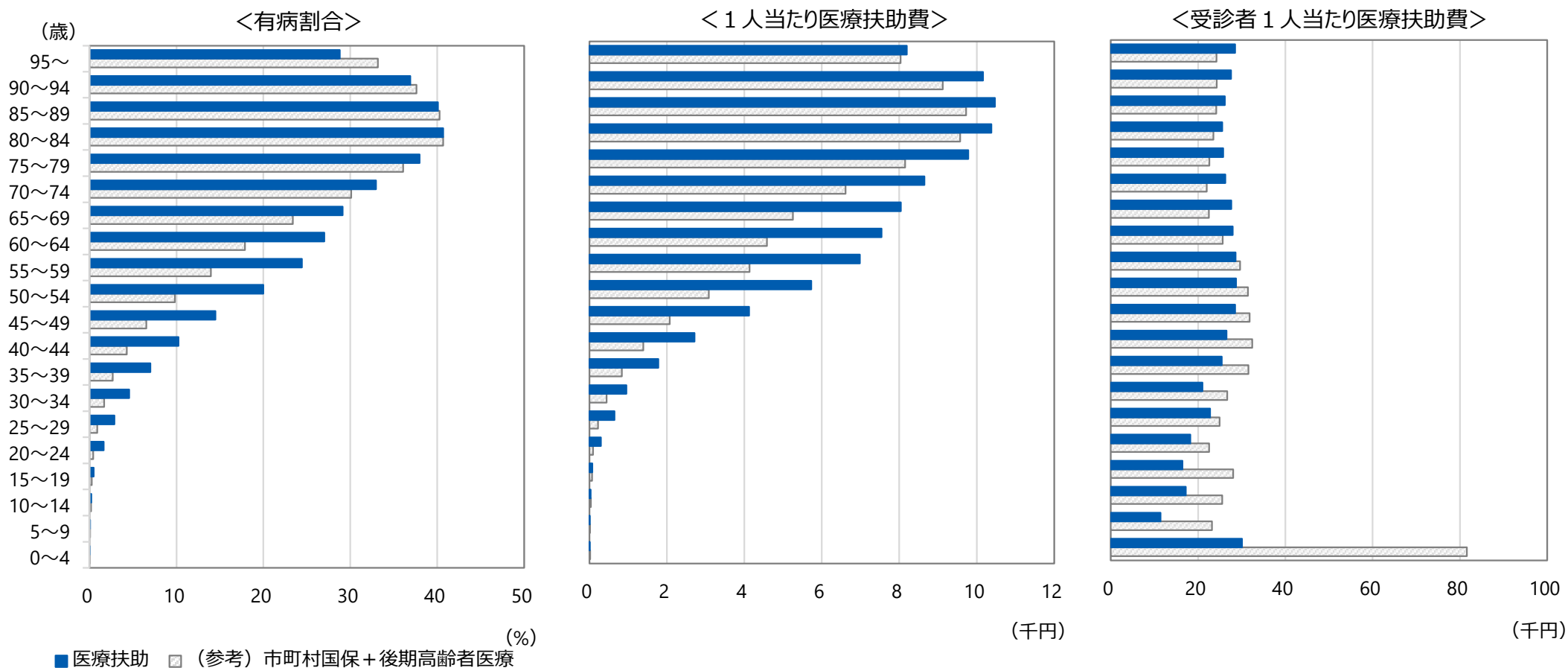
※3 受診者 1 人当たり年齢調整後医療扶助費は、高血圧症有病者に係る医療扶助費を当該レセプトの受診者数で除し、全国の当該レセプトの受診者の年齢構成比率に合わせる形で調整したもの。

※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

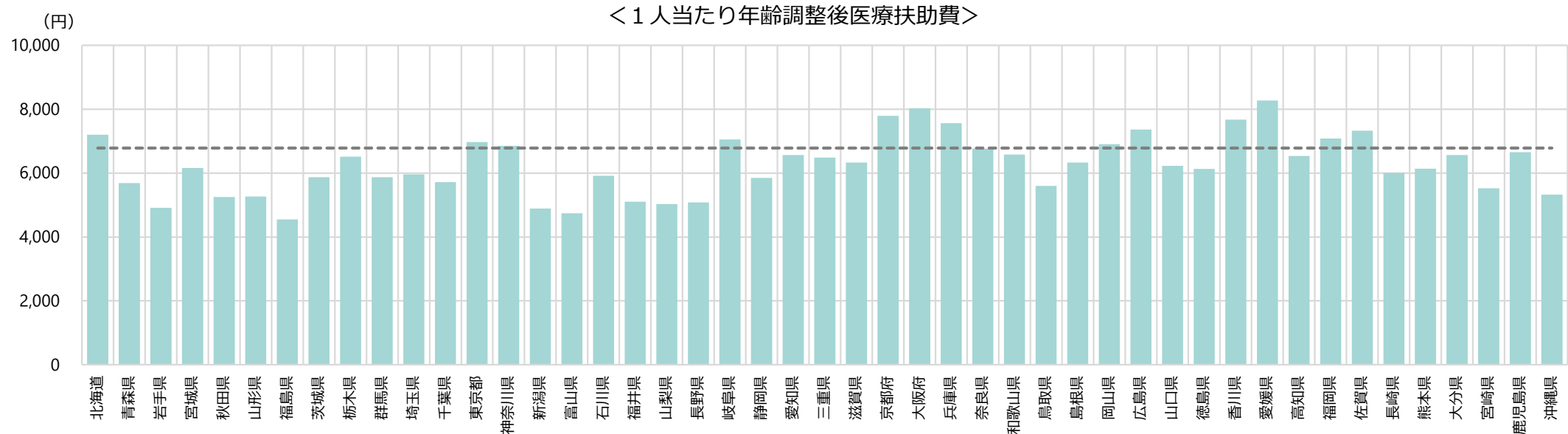
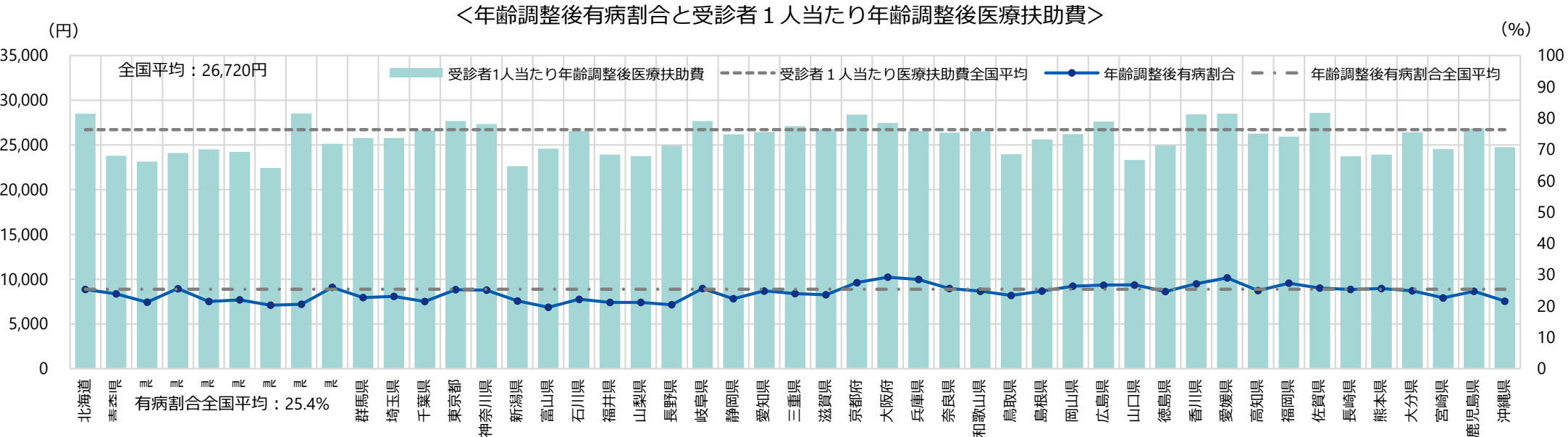
※1 脂質異常症の抽出条件は、医科入院外レセプトの主傷病や副傷病等全ての傷病を対象として脂質異常症対象傷病名がある場合、または、調剤レセプトで脂質異常症対象医薬品が処方されている場合にレセプト抽出を行い、それぞれ抽出した入院外レセプトと調剤レセプトを単純集約した。(ただし、医療費に大きな影響を及ぼすことが想定される悪性新生物の傷病名コードがあるレセプトは除外している。)

※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。

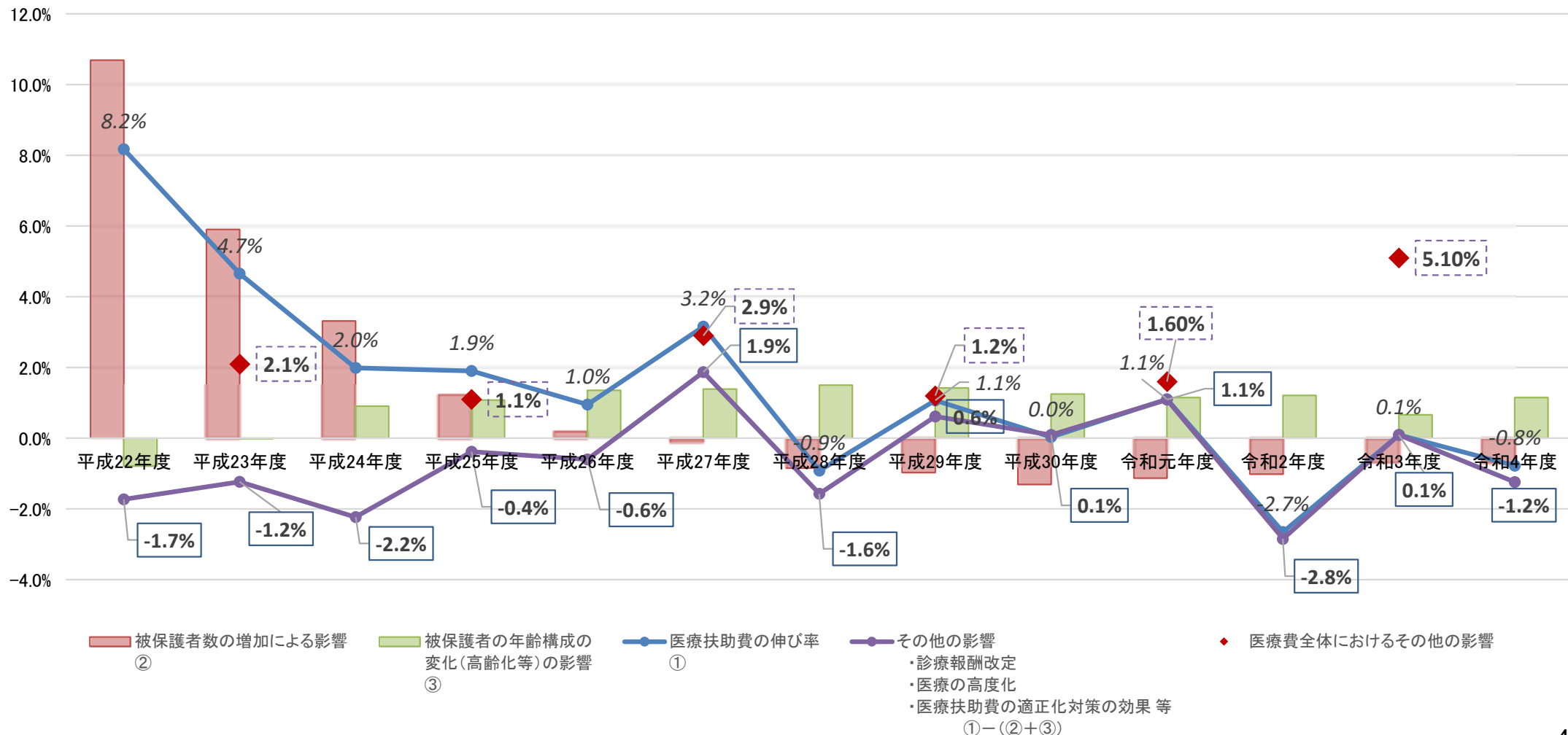
※3 1人当たり医療扶助費は、脂質異常症有病者に係る医療扶助費を被保護者数(加入者数)で除したものの。

※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(③)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。

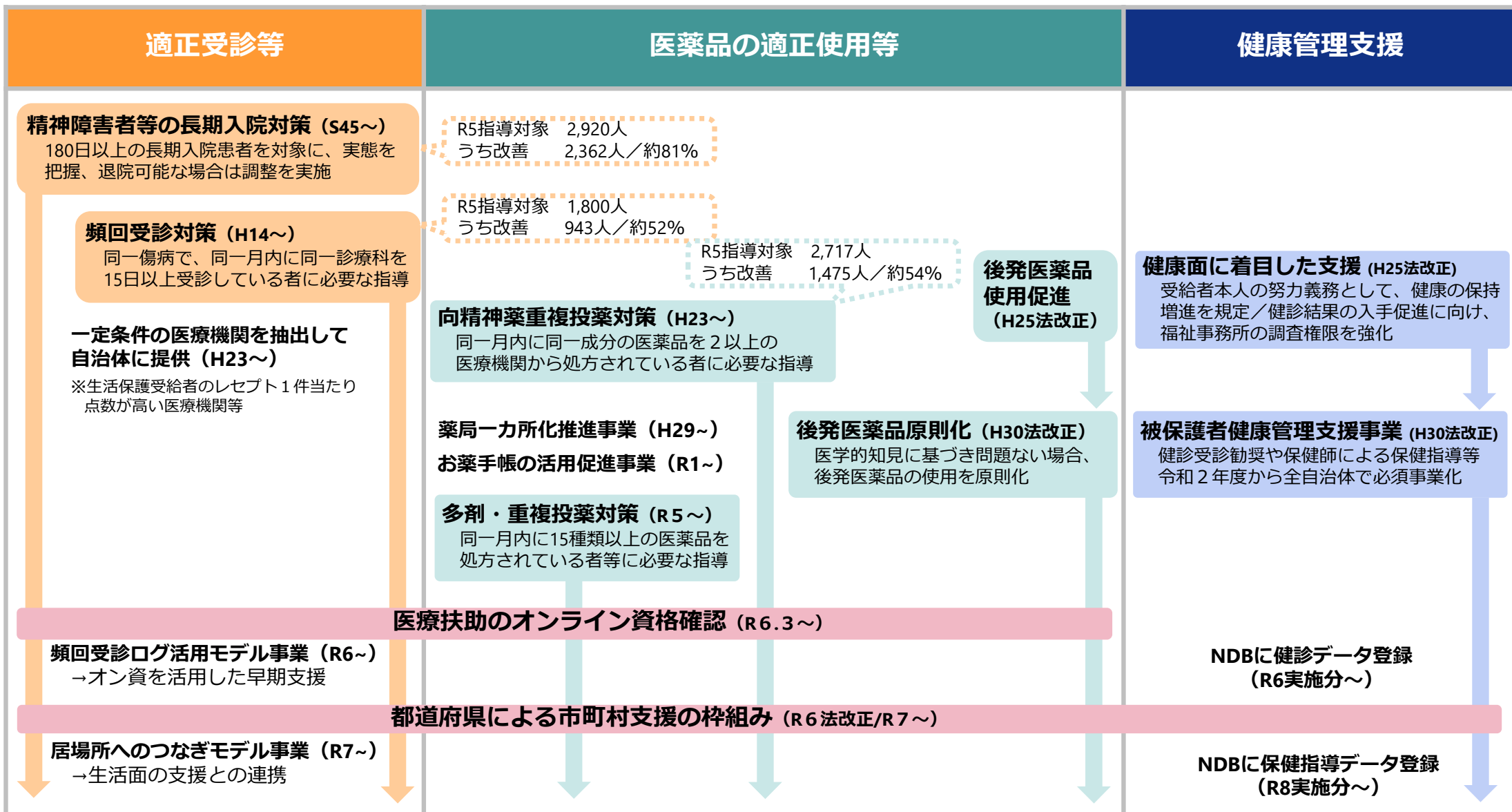
注：診療報酬改定による影響が異なるため、改定のない年度で比較。



資料：生活保護費負担金事業実績報告、被保護者調査（平成23年度以前は被保護者一斉調査）、医療扶助実態調査（～平成30年度）、NDBデータ（令和元年度～）

医療扶助・健康管理支援等に関する取組

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。

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、福祉事務所に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がりなど個別的・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～】

1. 健康管理支援関係

被保護者健康管理支援事業について

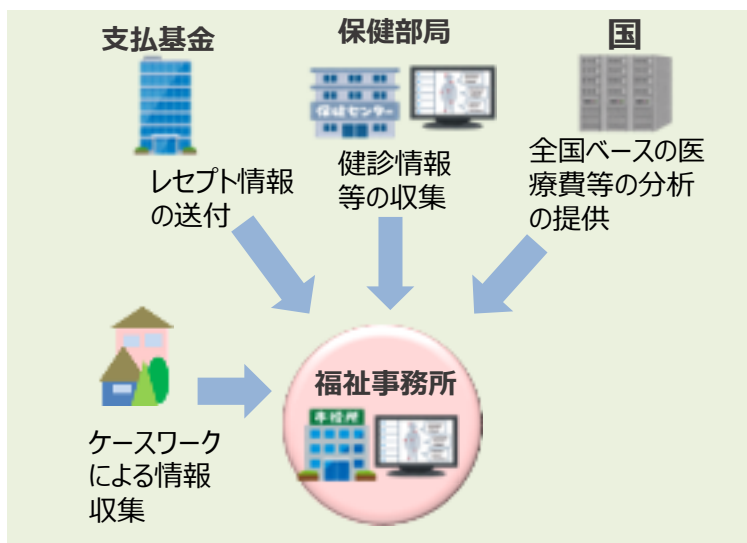
事業概要

- 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

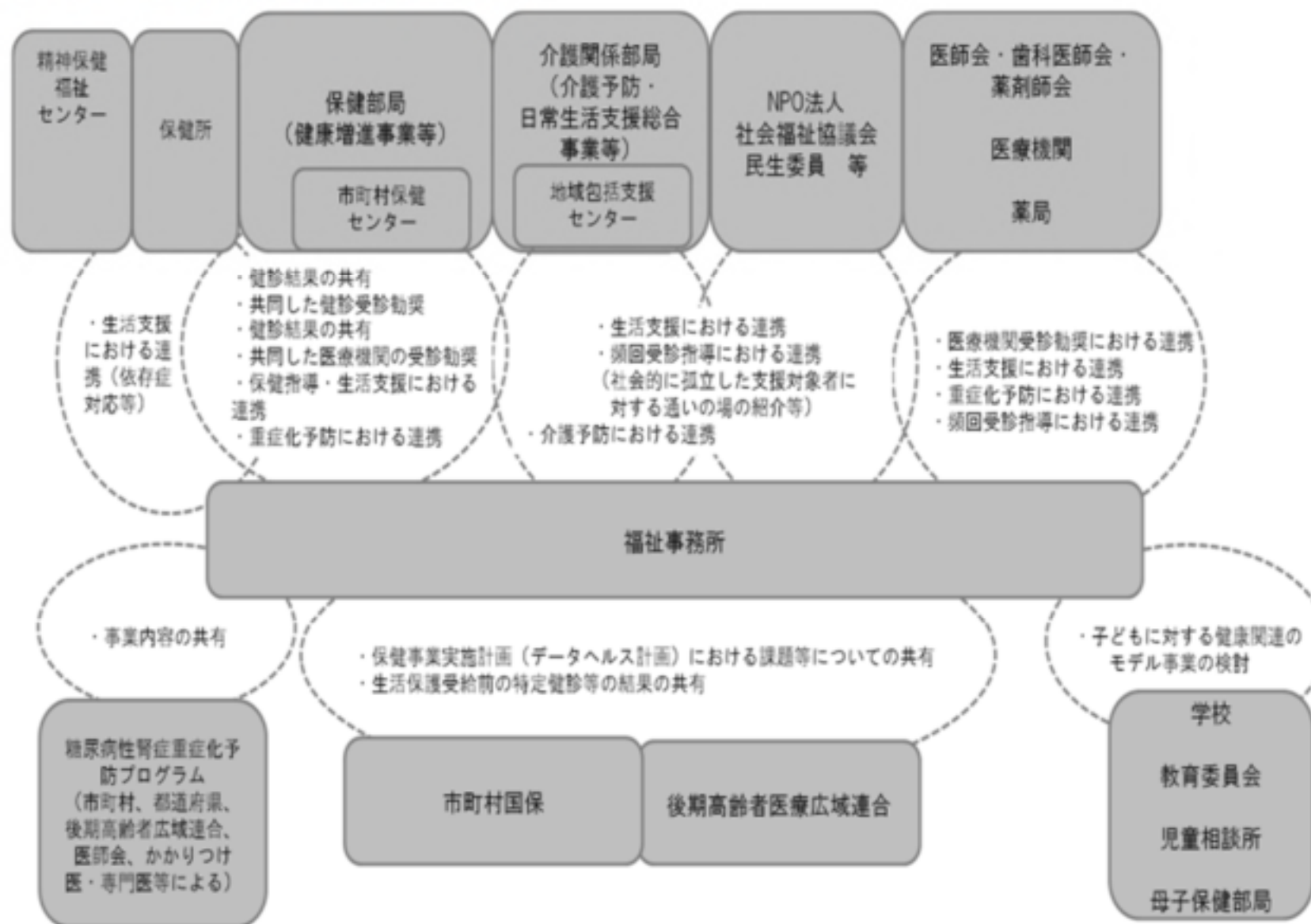
健康の保持増進により、被保護者の自立を助長

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

図表7 連携体制構築のイメージ例



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・その他を除く職員計	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%

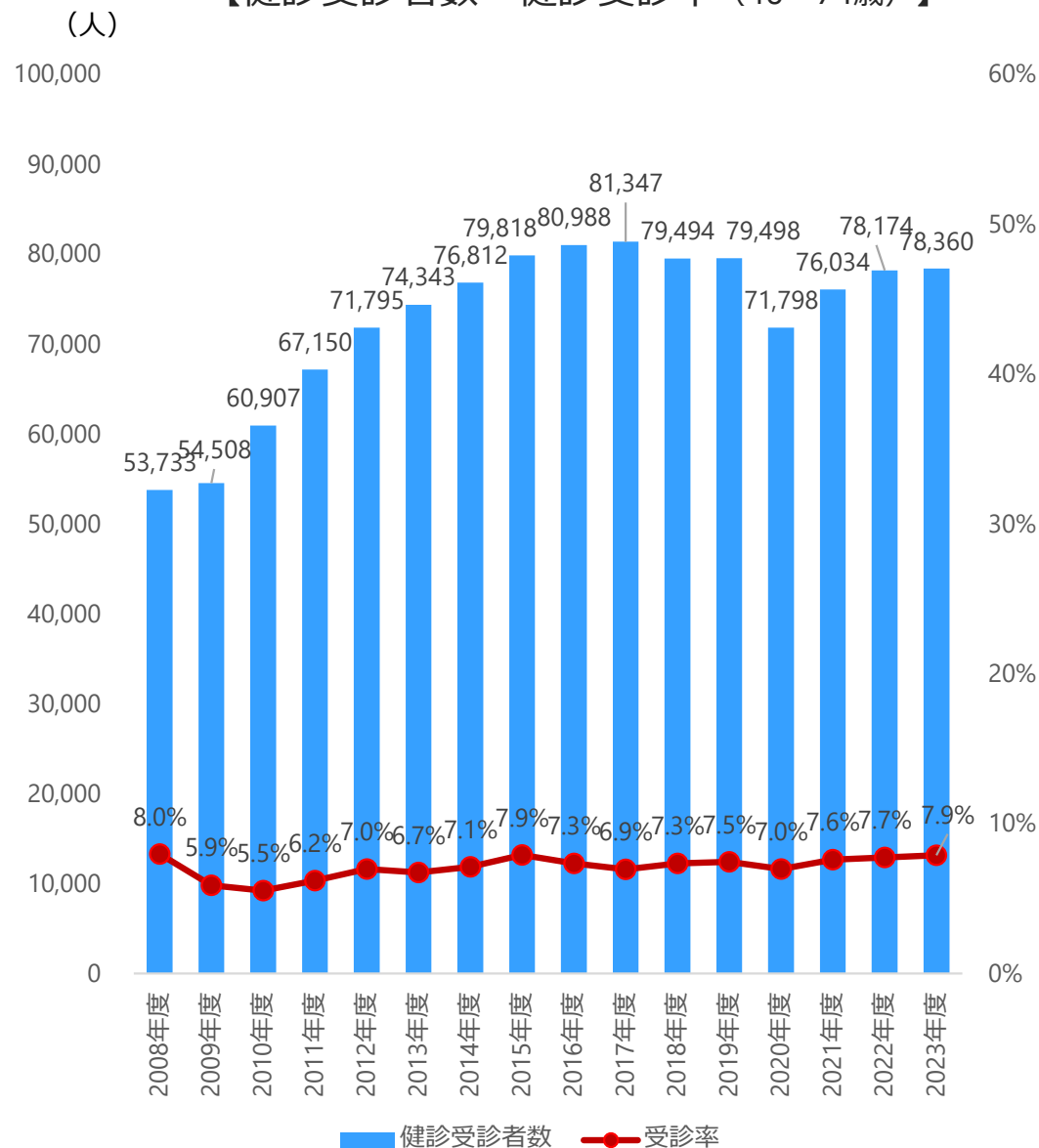
＜「ア 健診受診勧奨」の実施自治体における取組状況＞

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%

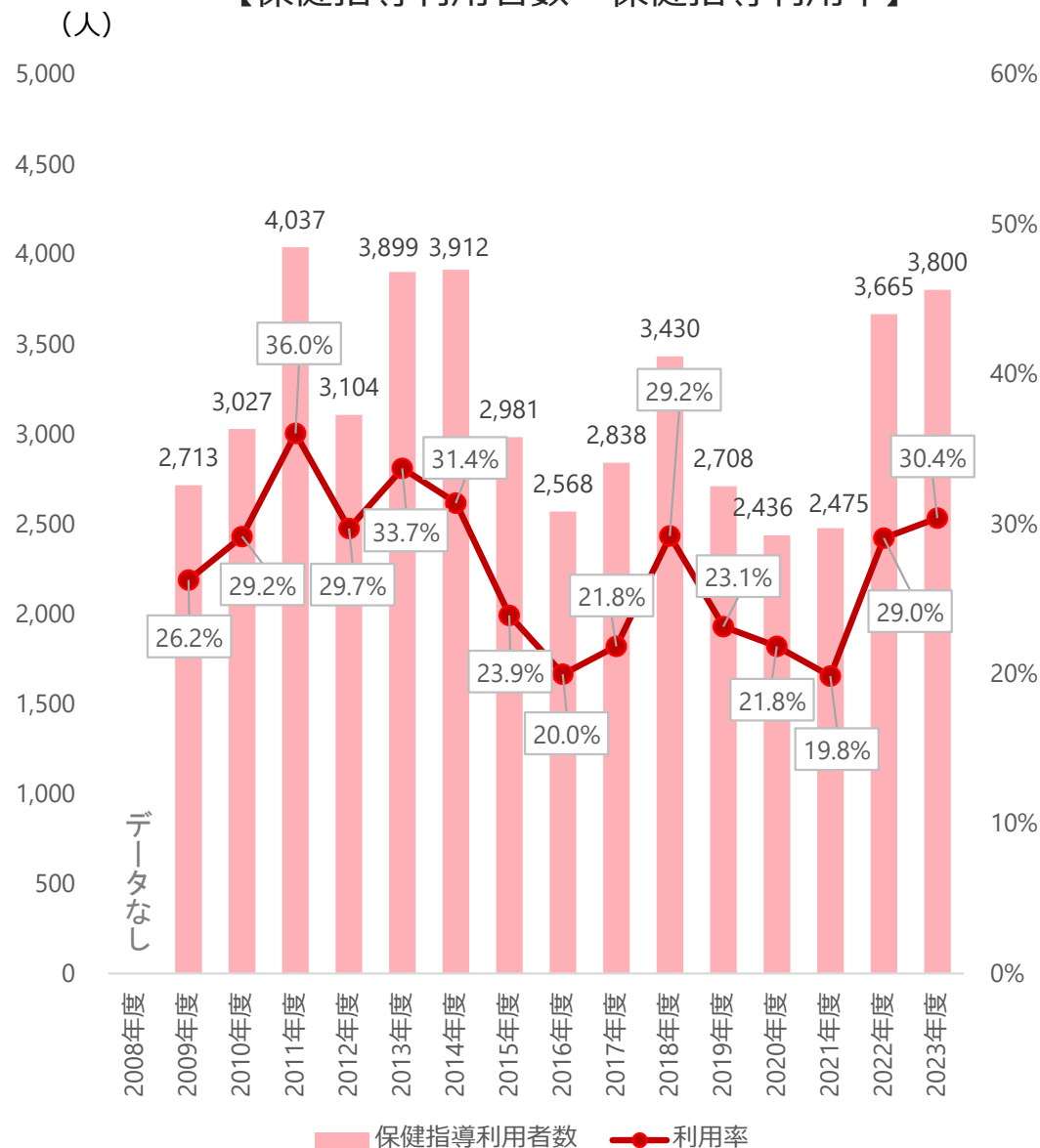
※令和7年7月末時点で提出があった政令市・中核市・一般市の報告のうち、別添1－1の記載があり書式変更がされていないものを集計対象とした。

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。

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 (_____)

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

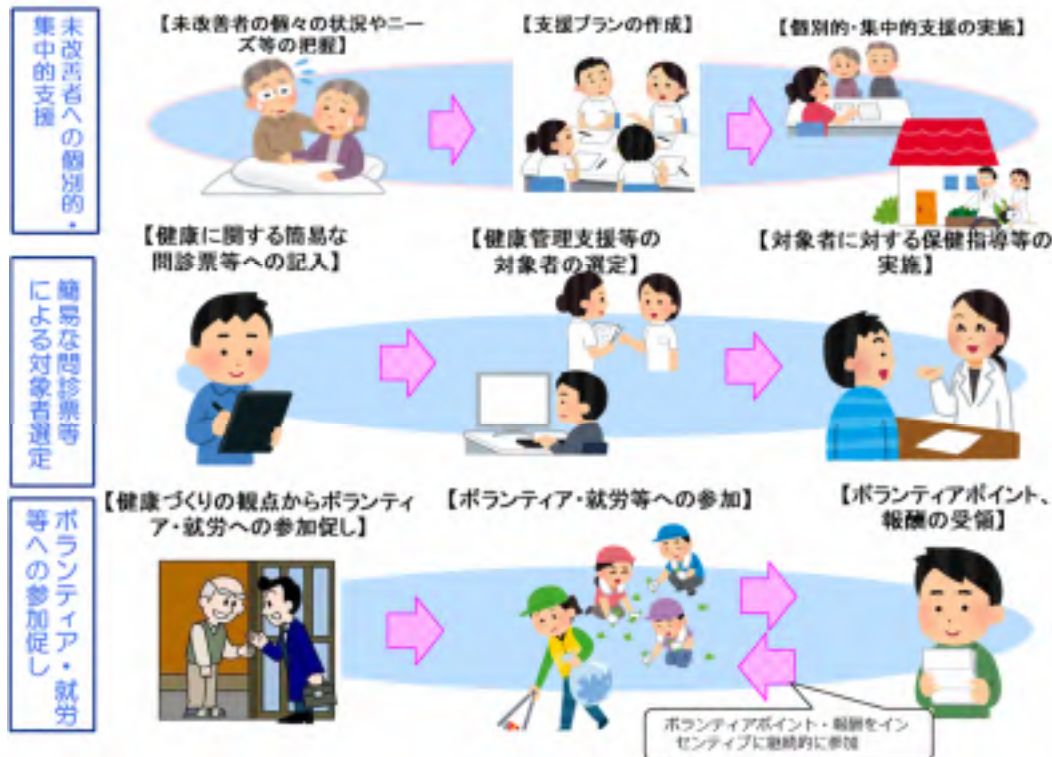
頻回受診等の未改善者等に対する健康管理支援モデル事業

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例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

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。

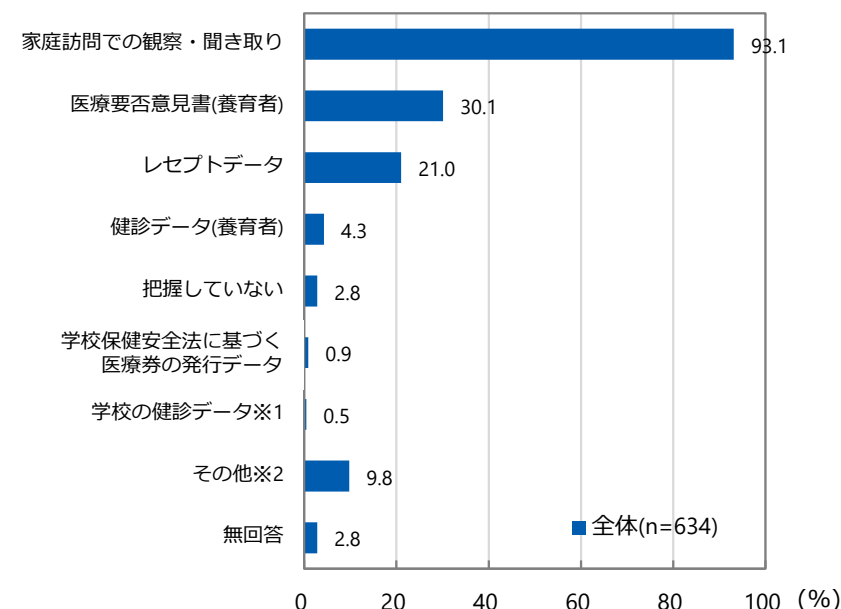
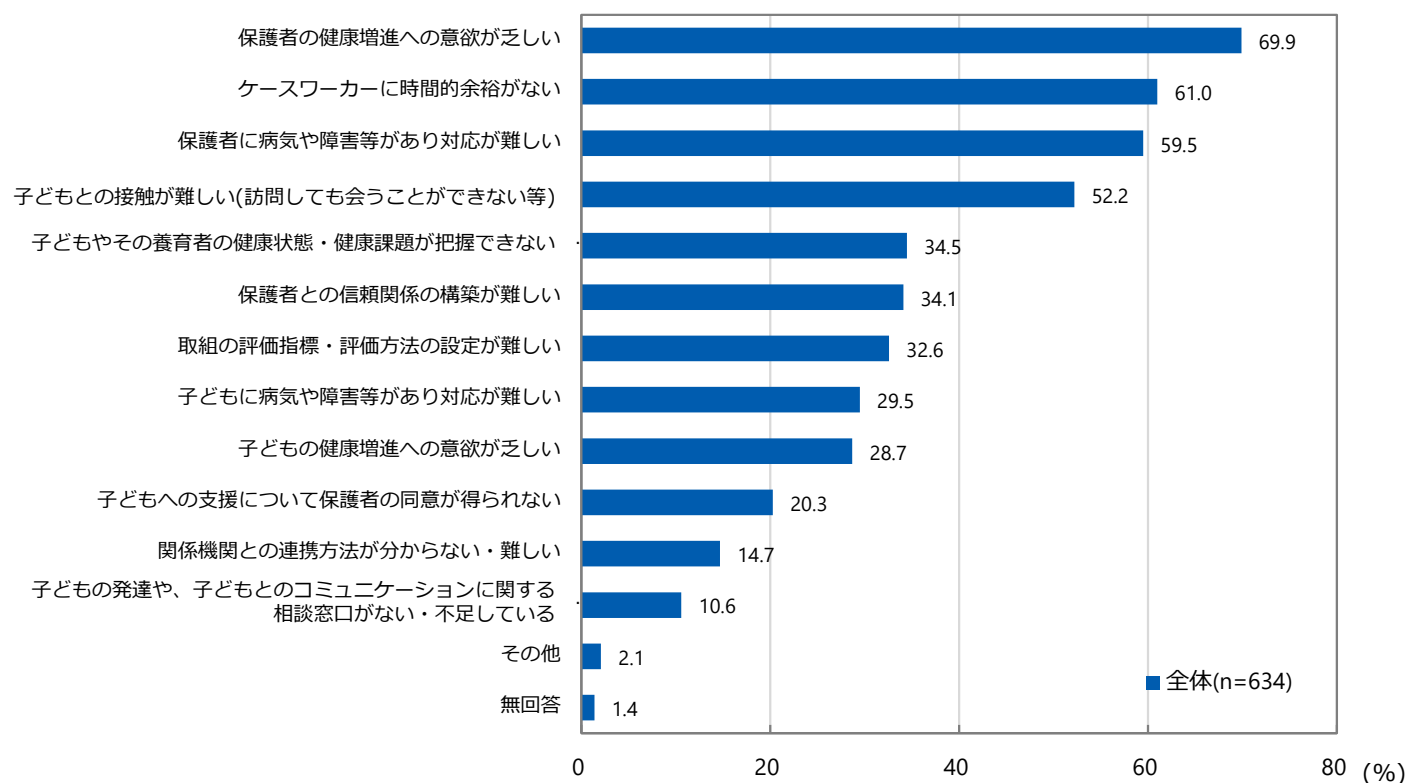
子どもの健康生活支援の実施状況

- 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

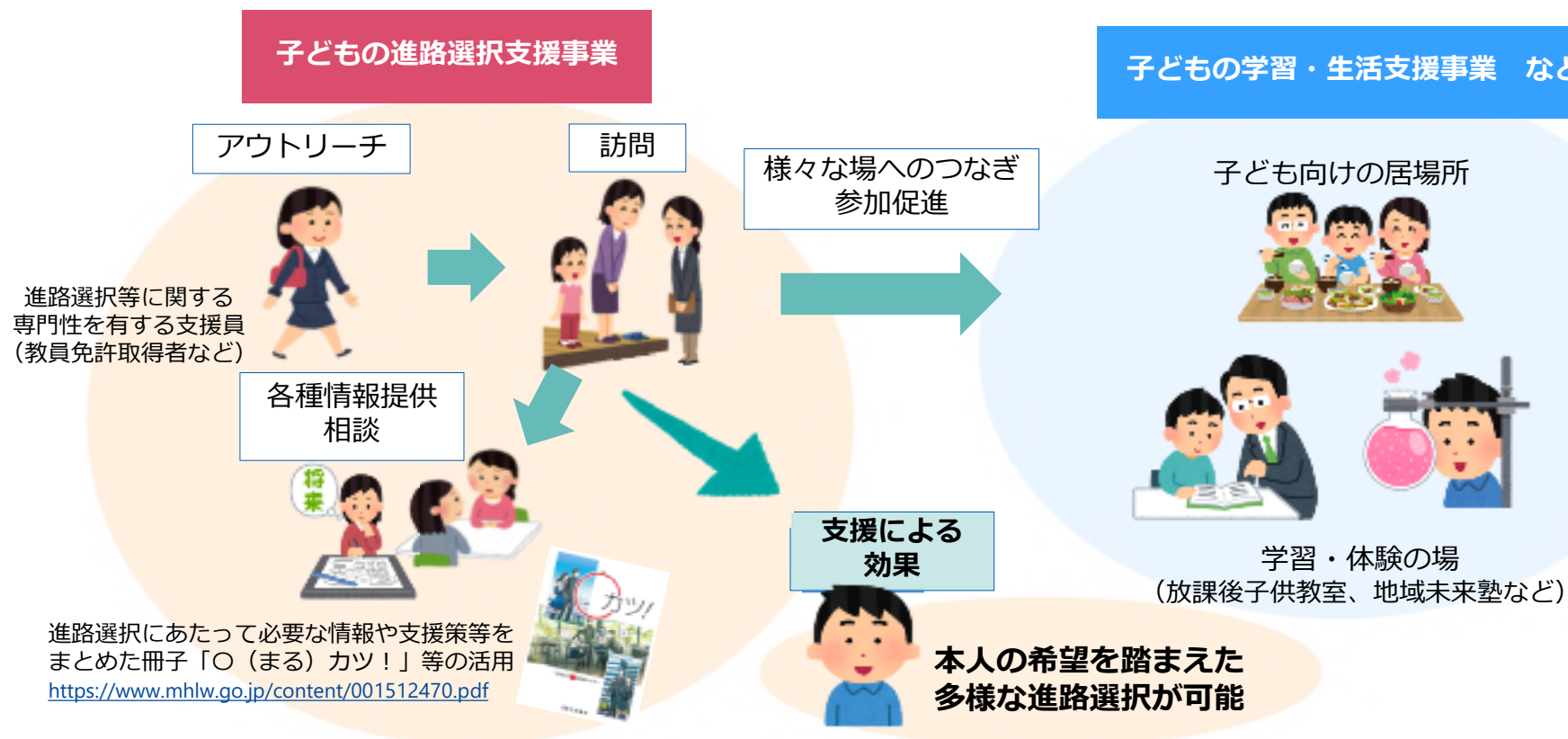
- 生活習慣・食習慣の改善が必要と考えられる者や健康状態が不明な者など、対象者を幅広く抽出。母子世帯を含む様々な属性の方を対象者とし、管理栄養士が被保護者向けの「健康管理プログラム」(被保護者の健康に関する生活習慣の形成を目的に行う独自のプログラム)を実施。
- 母子世帯に介入したケースにおいて、子どもの生活習慣・食習慣の改善を通じて、養育者の食習慣に大きな変化がみられる等の成果があった。

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

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。

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）

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なものであり、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、<u>関係機関との連携・協力が重要</u>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<u>都道府県</u>のほか、<u>国保連</u>や国保連に設置される<u>支援・評価委員会</u>、<u>保健医療関係者</u>、<u>保険者協議会</u>、<u>広域連合</u>、<u>他の医療保険者</u>、<u>地域の医療機関</u>や<u>大学等の社会資源等</u>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、<u>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</u>を通じて、<u>積極的に保険者を支援</u>することが求められる。特に、人材が不足傾向にある<u>小規模の市町村国保</u>については、<u>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</u>を受けることができるように、<u>保健所と協力して、市町村国保の体制の整備を支援</u>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、<u>KDBシステム等</u>を活用し、<u>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</u>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、<u>疾病間の比較</u>(死亡や医療費に占める割合が高い疾病等)、<u>地域間の比較</u>(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)、<u>時間による比較</u>(悪化・改善している指標等)、<u>目標値との比較等</u>が有用である。 ○ 上記の分析結果に基づき、<u>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</u>。
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<u>数年後に実現しているべき「改善された状態」</u>や、<u>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</u>する。 ○ 目標は、<u>健康課題と対応して設定した目的に到達</u>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、<u>理想として目指したい値(期待値)</u>、<u>一応満足できる値(充足値)</u>、<u>最低限達成すべき値(限界値)</u>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、<u>短期的な目標(原則、年度ごと)</u>と<u>中長期的な目標(計画の最終年度までに達成を目指す)</u>を設定する。 ○ <u>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)</u>を設定する。
健康課題を解決するための個別の保健事業	○ 健康課題や目標を十分に踏まえて、<u>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</u>する。 ○ 75歳に達すると<u>後期高齢者医療制度の被保険者</u>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、<u>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</u>を行うよう努める。 ○ また、令和2年度以降、<u>広域連合と市町村は一体的実施を開始</u>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、<u>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</u>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 個別の保健事業とデータヘルス計画の関係	○ 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> ○ 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である。</u>
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 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>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> ○ <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を行う</u>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を行う。</u>

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

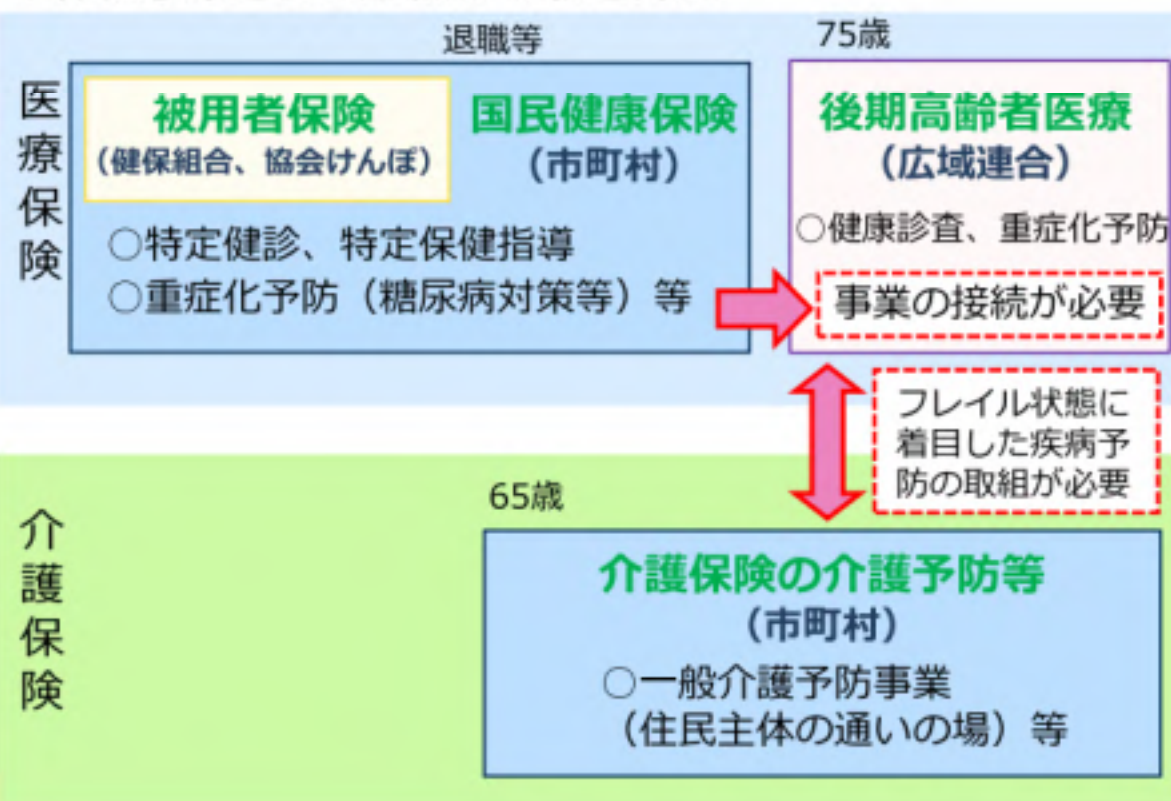
令和7年9月3日

- 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。

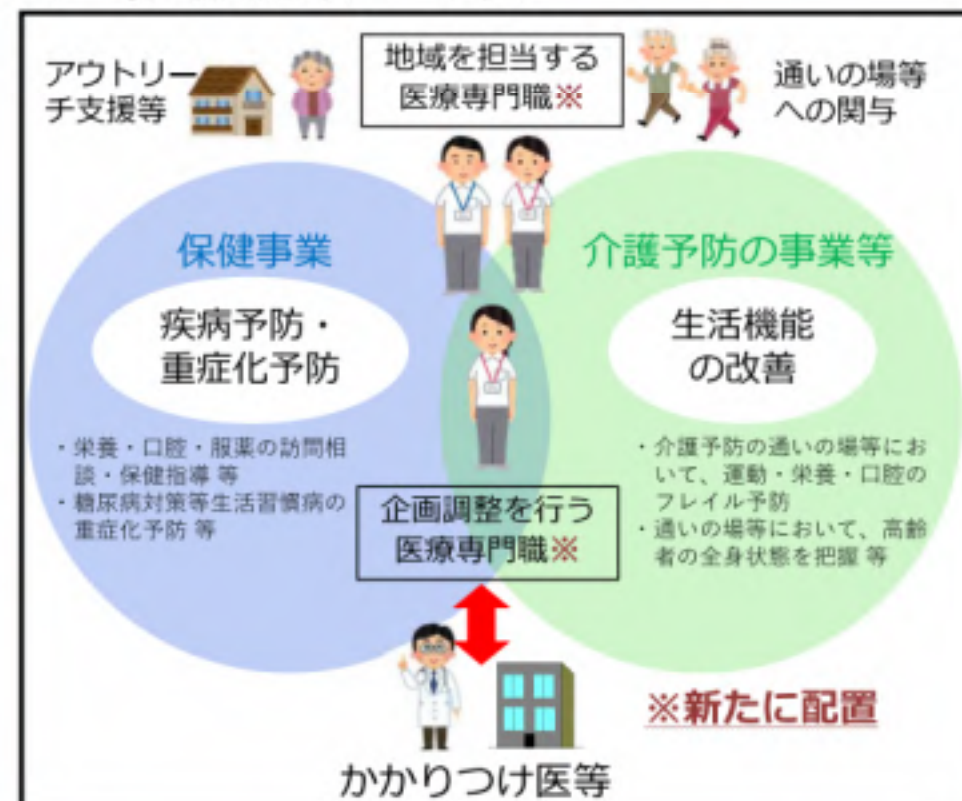
- 令和6年度において、ほぼ全ての市町村において一体的な実施を展開済み。
- 令和7年度以降においては、実施市町村における取組の量の増加と質の向上を目指す。

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

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

事業の企画

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

① 標準的な「計画様式」の適用
↓
健康課題と保健事業を結びつける

①

地域・職域における
健康課題

健康課題

対象

健康課題の解決策（保健事業）

評価指標

アウトカム指標(成果)

アウトプット指標(実施率)

方法・体制

成果を上げる工夫

実施率を上げる工夫

②

② 共通の「評価指標」の設定
↓
客観的な評価につながる

③

③ 「方法・体制」の工夫
↓
成果、実施率の向上につながる

■ 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。

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」

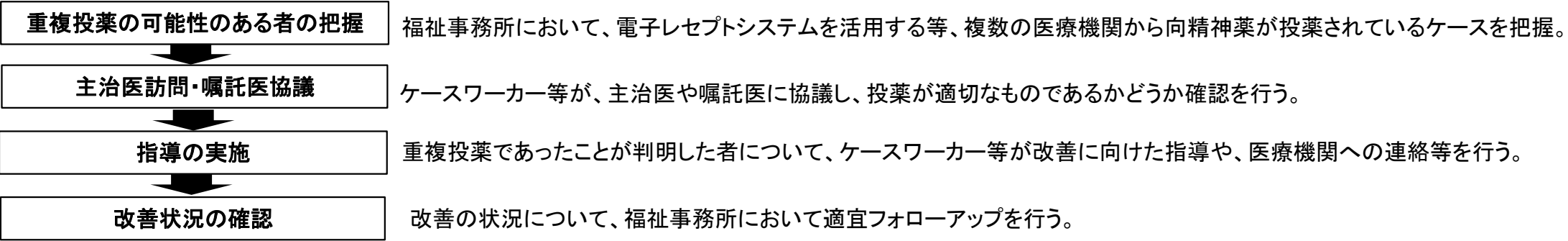
2. (1) 医薬品の適正使用関係

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がかかり、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独に集計したもの。

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（院内処方では介入困難なため）
 - 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

※医療扶助における多剤・重複投薬対策等の効果的かつ効率的な実施方法等に関する調査研究にてヒアリングを実施

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。

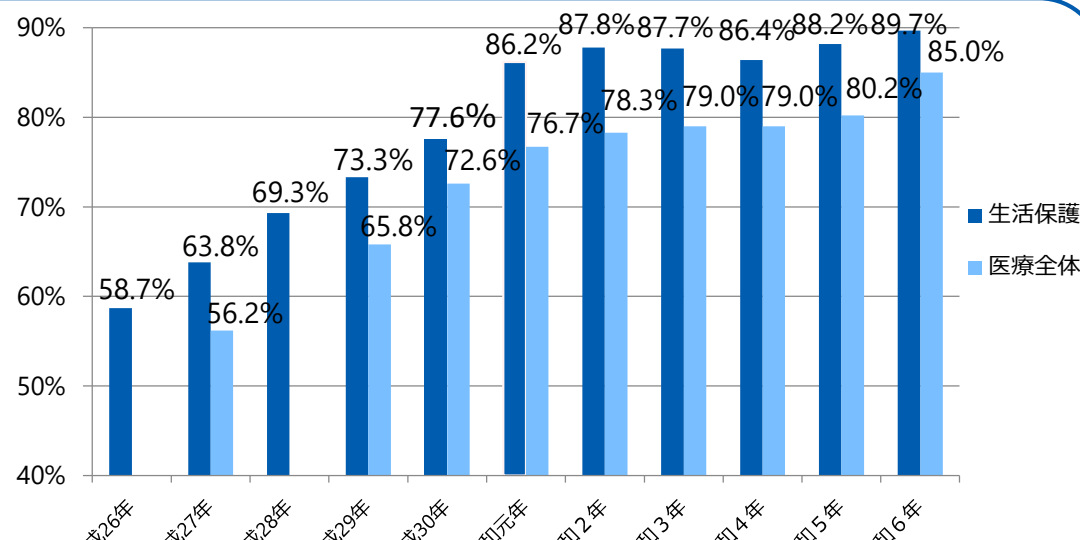
※2 例外としては、後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価と比べて同額以上となっている場合や、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合。

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）の出典：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。

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

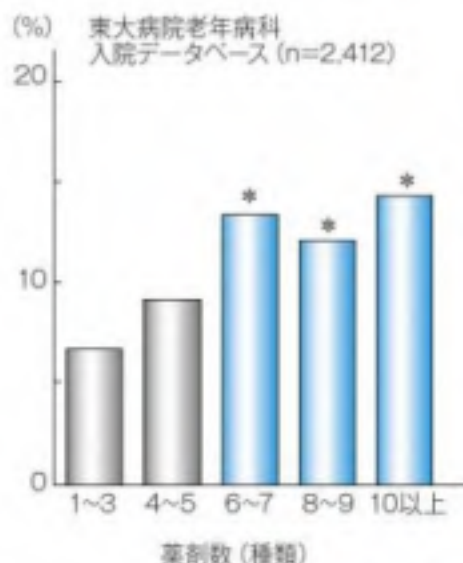
令和7年7月17日

- 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。

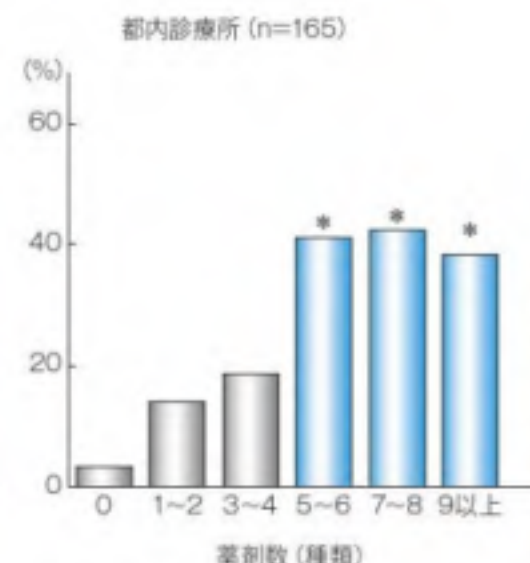
多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連しており、表にまとめた。そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく薬物感受性の増大と、服用薬剤数の増加である。

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 症状が非定型的→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

1) 薬物有害事象の頻度

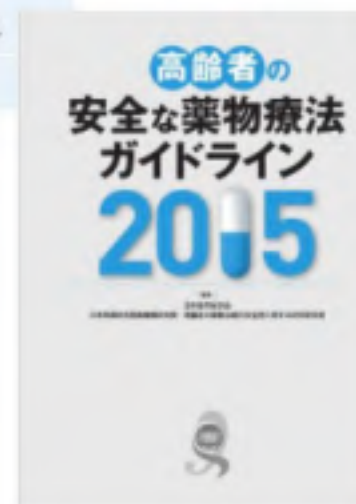


2) 転倒の発生頻度



(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

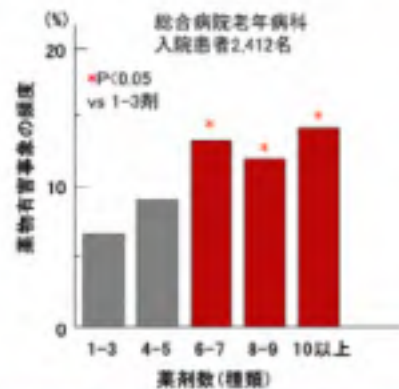
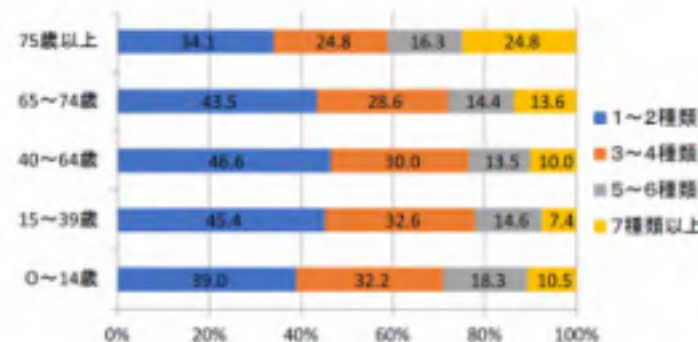


図2 同一の保険薬局で調剤された薬剤種類数(／月)
(平成28年社会医療診療行為別統計)



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 ・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 <u>＜新たな目標に係る施策＞</u> ・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

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

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%

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違うため、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要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

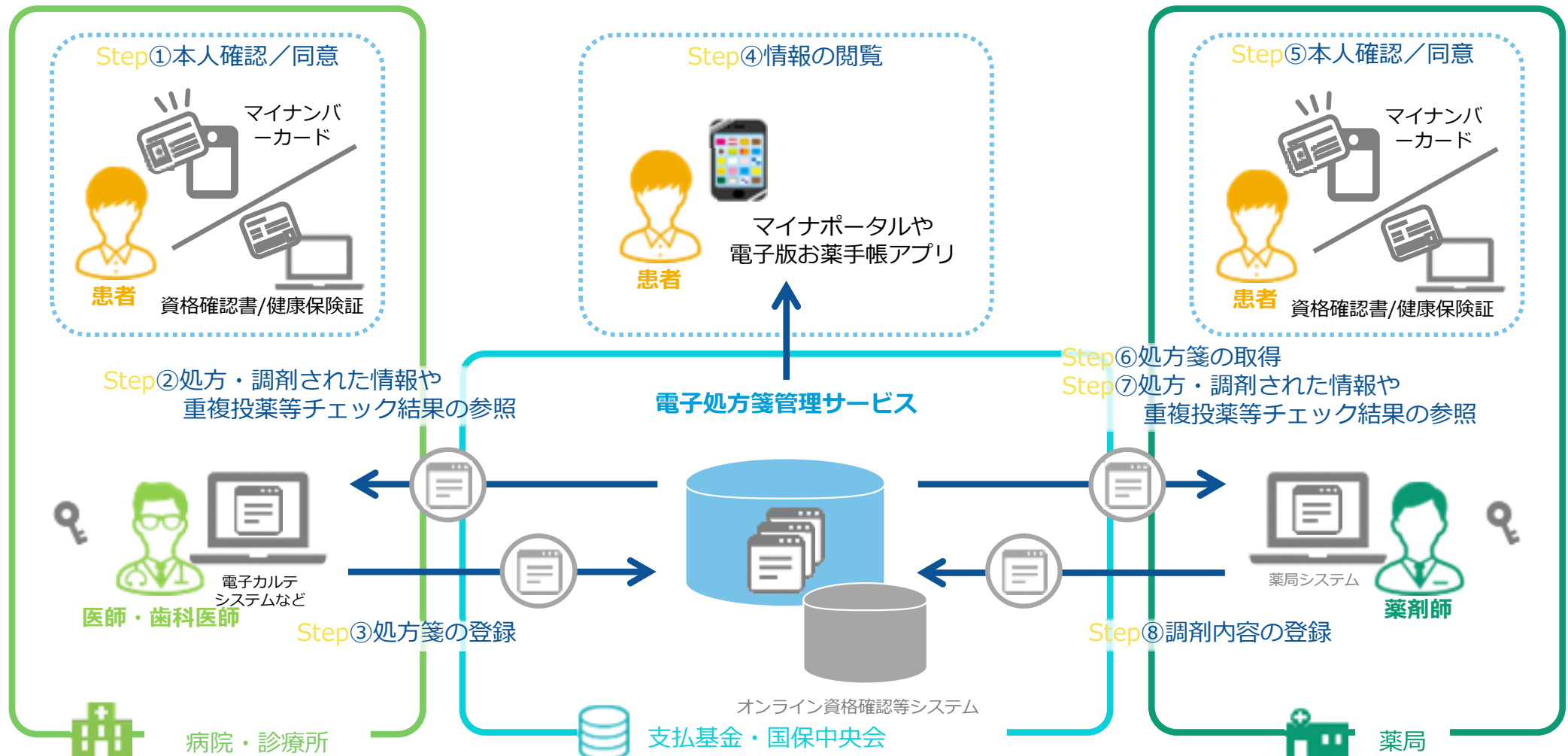
- 通知内容の改善や薬剤師による丁寧な保健指導の実施により、対象者からのクレームが減少
- 対象者が薬剤師等から専門的なアドバイスを受けることができるようになったことで、ハイリスク者に対する相談体制が充実

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

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

第2回電子処方箋等検討ワーキンググループ

令和5年9月27日

資料1
(一部改変)

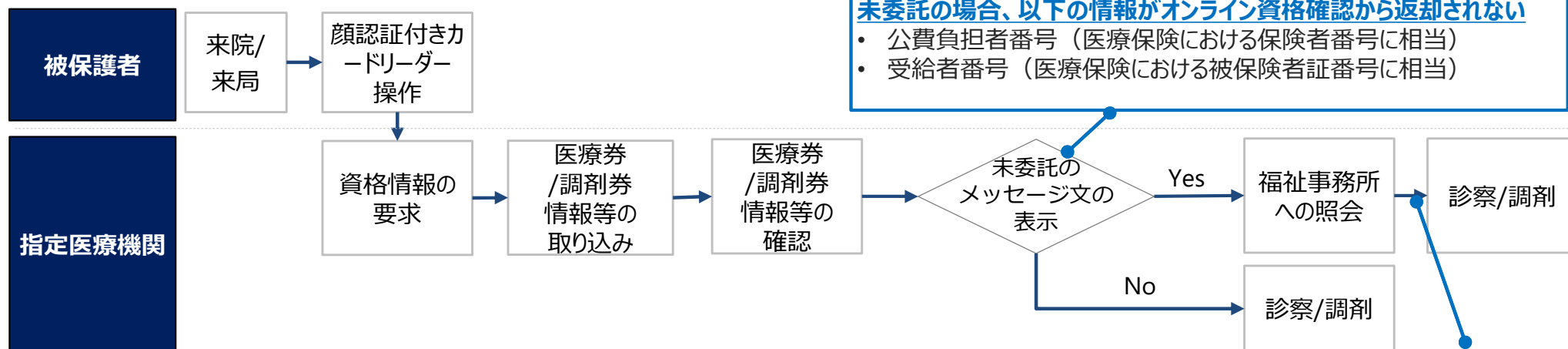
- 医療扶助のオンライン資格確認が令和6年3月から開始。同年4月から生活保護受給者（被保護者）に対しても電子処方箋の発行が可能。

（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

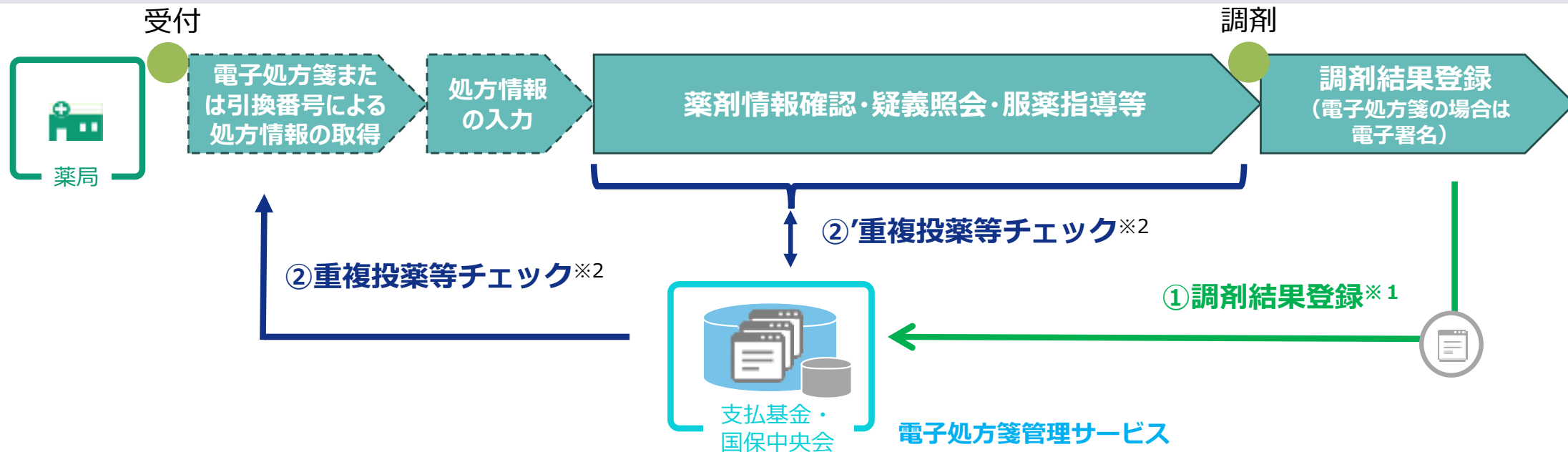
2.1.2 調剤結果登録と重複投薬等チェックの実施のお願い

○ 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んで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

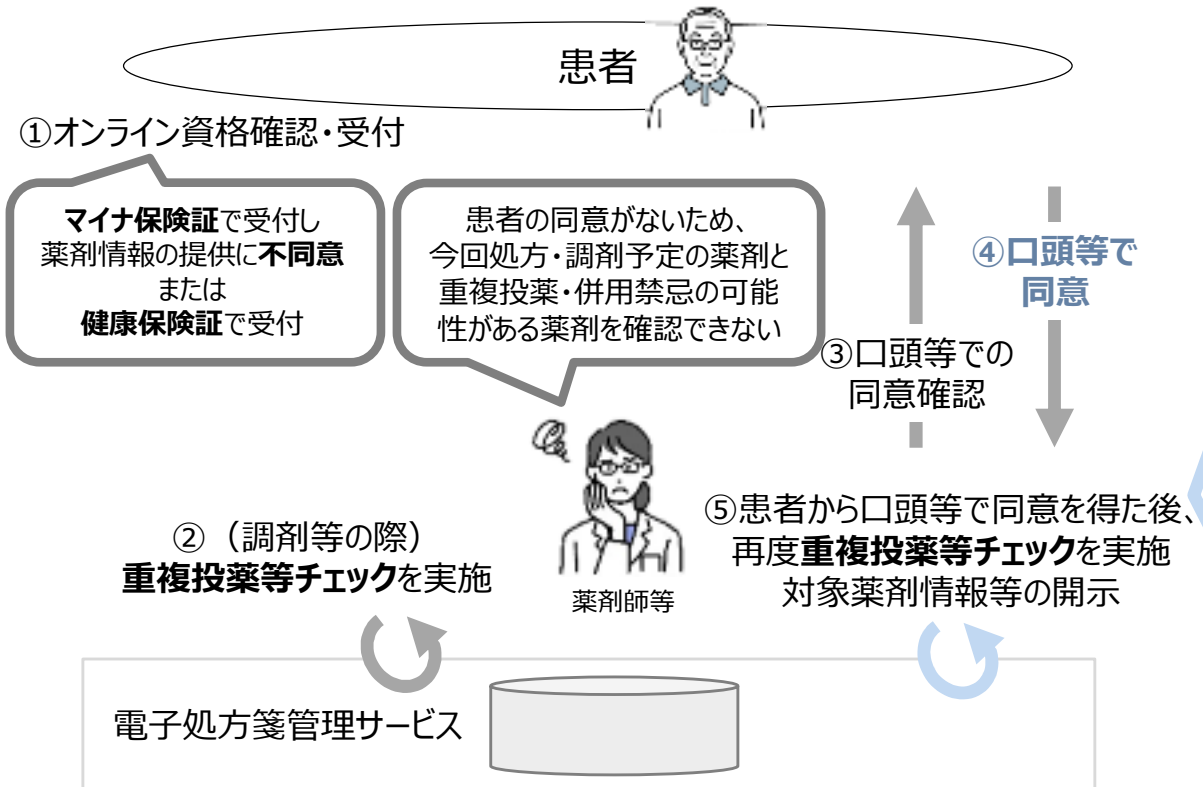
発行形態	医師・歯科医師、薬剤師の業務
電子処方箋	✓ 処方・調剤内容を含む電子ファイル（※）に<u>電子署名を行い、電子処方箋管理サービスに登録する。</u> ✓ 医師・歯科医師は患者に<u>処方内容（控え）を渡す。</u> (マイナポータルでも処方内容等を閲覧できるため、マイナポータルが普及するまでの暫定措置。)
紙の処方箋	✓ 処方・調剤内容を含む電子ファイル（※）には電子署名を行わず、<u>電子処方箋管理サービスに登録する。また、従来どおり紙の処方箋に署名等を行う。</u> ✓ 医師・歯科医師は患者に従来どおり、<u>紙の処方箋を渡す。</u>

※ 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



Image

「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ン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

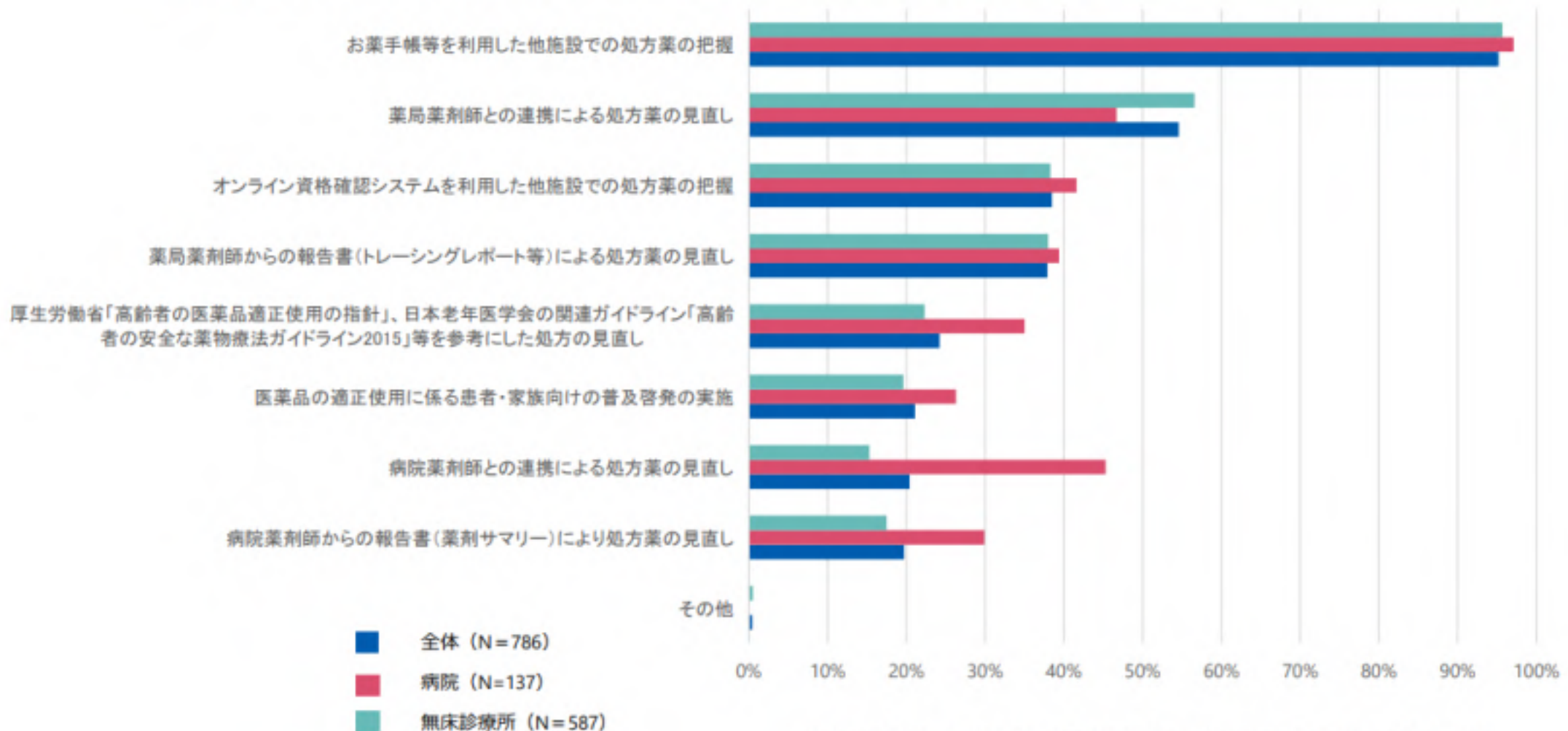
中央社会保険医療協議会 入院・
外来医療等の調査・評価分科会
(令和7年度第7回)

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



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (外来調査 施設票)

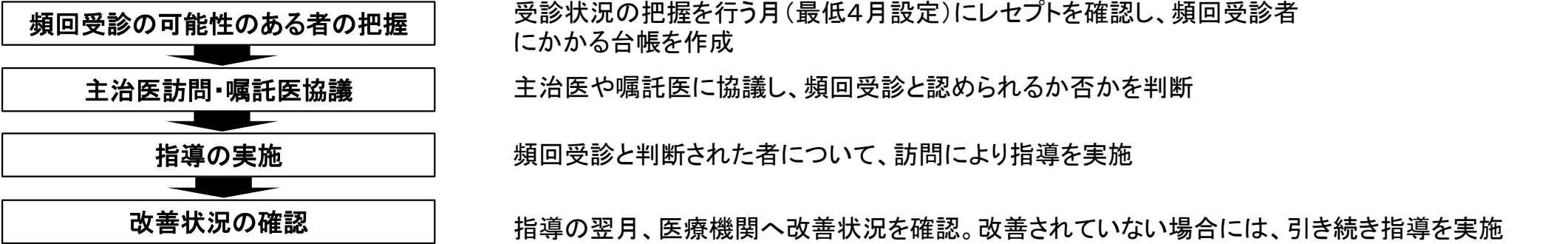
2. (2) 適正受診等関係

頻回受診の適正化について

頻回受診の指導対象者

同一傷病について、同一月内に同一診療科目を15日以上受診しており、短期的・集中的な治療(※)を行う者を除き、治療にあたった医師や嘱託医が必要以上の受診と認めた者 ※ 15日以上受診している者を抽出し、その前2ヶ月との合計が40日未満の者

適正化の対応



【頻回受診の改善の状況】

	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

（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
抱える人をみつけて、
つなぐ

オンライン資格確認システム 実績ログ機能

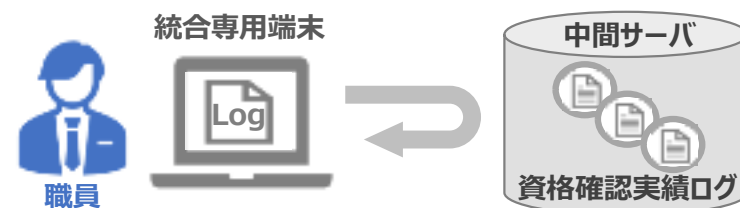
1 被保護者の医療機関等受診

- 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 ↑

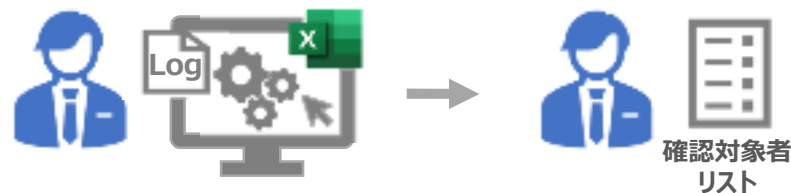
4 被保護者の受診実態の確認

- 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。



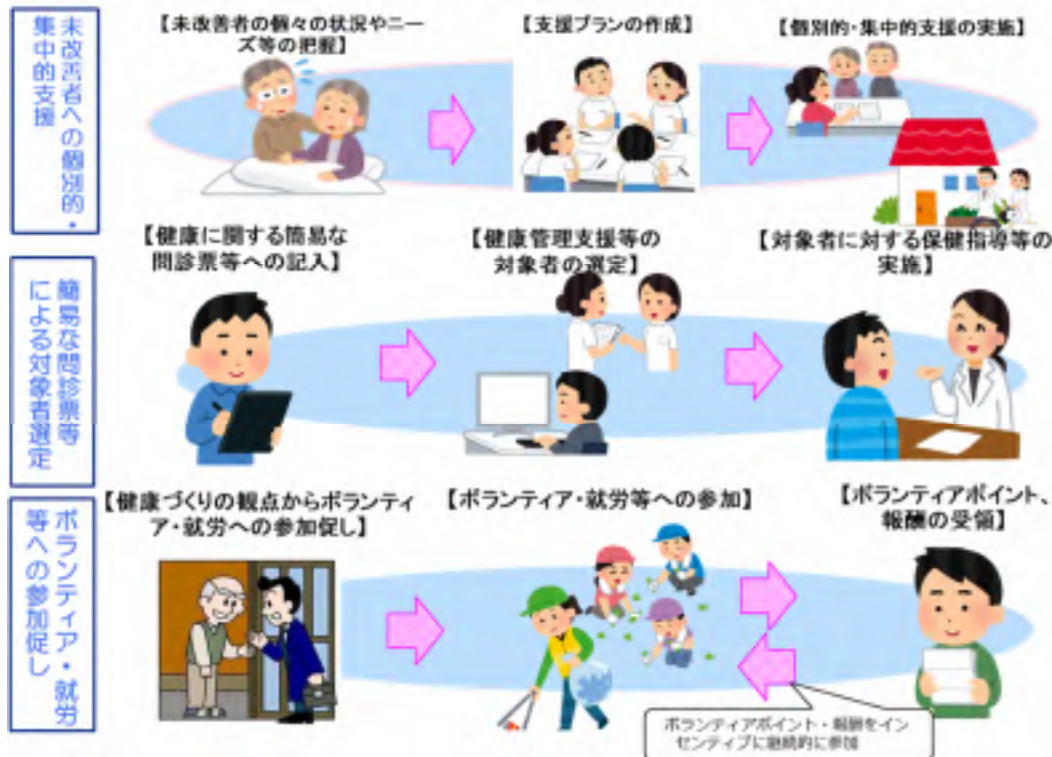
頻回受診等の未改善者等に対する健康管理支援モデル事業

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例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

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

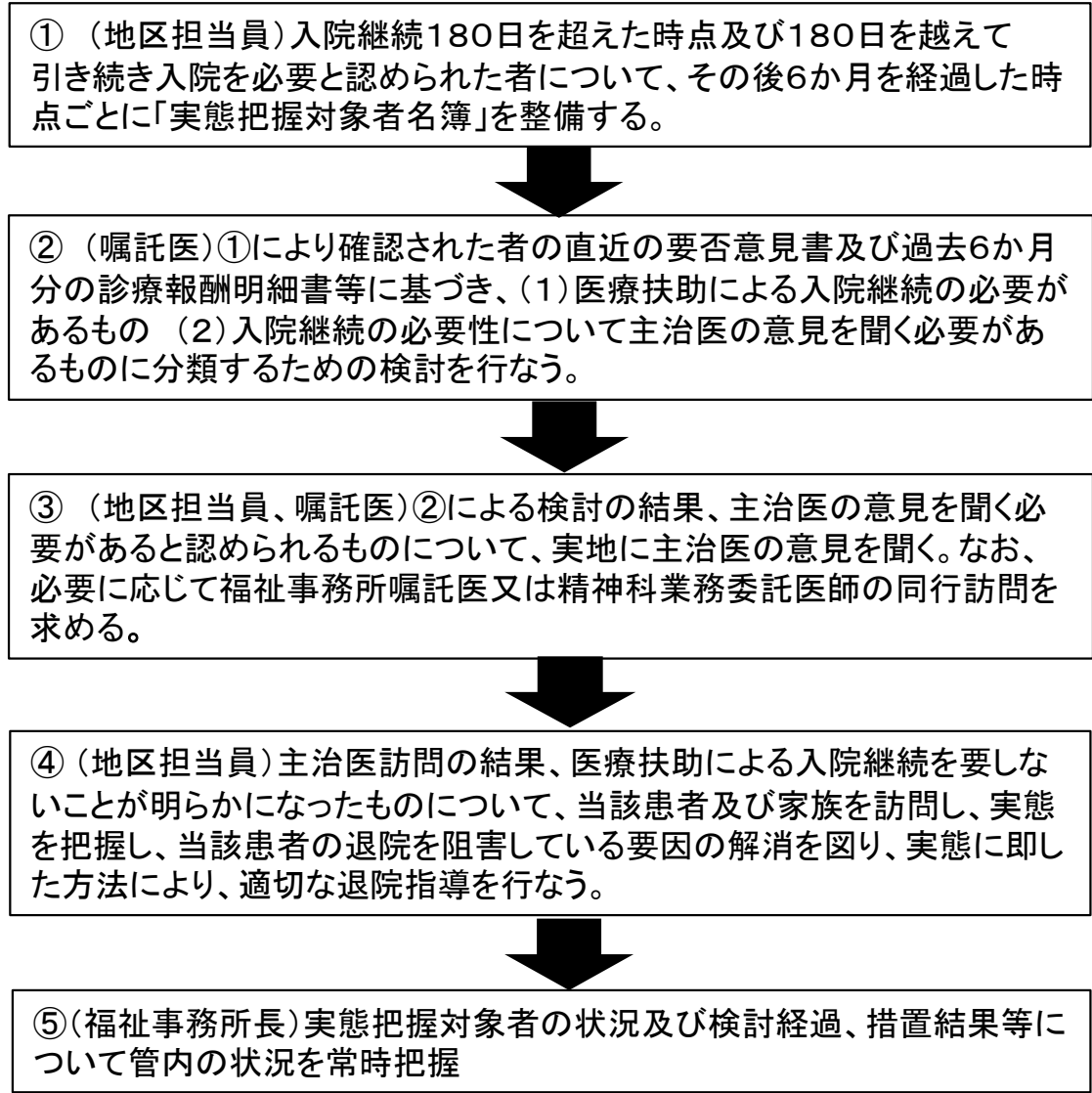
<実績>

参加者：40,765人
うち就労：26,195人（64.3%）

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 of 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 of 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

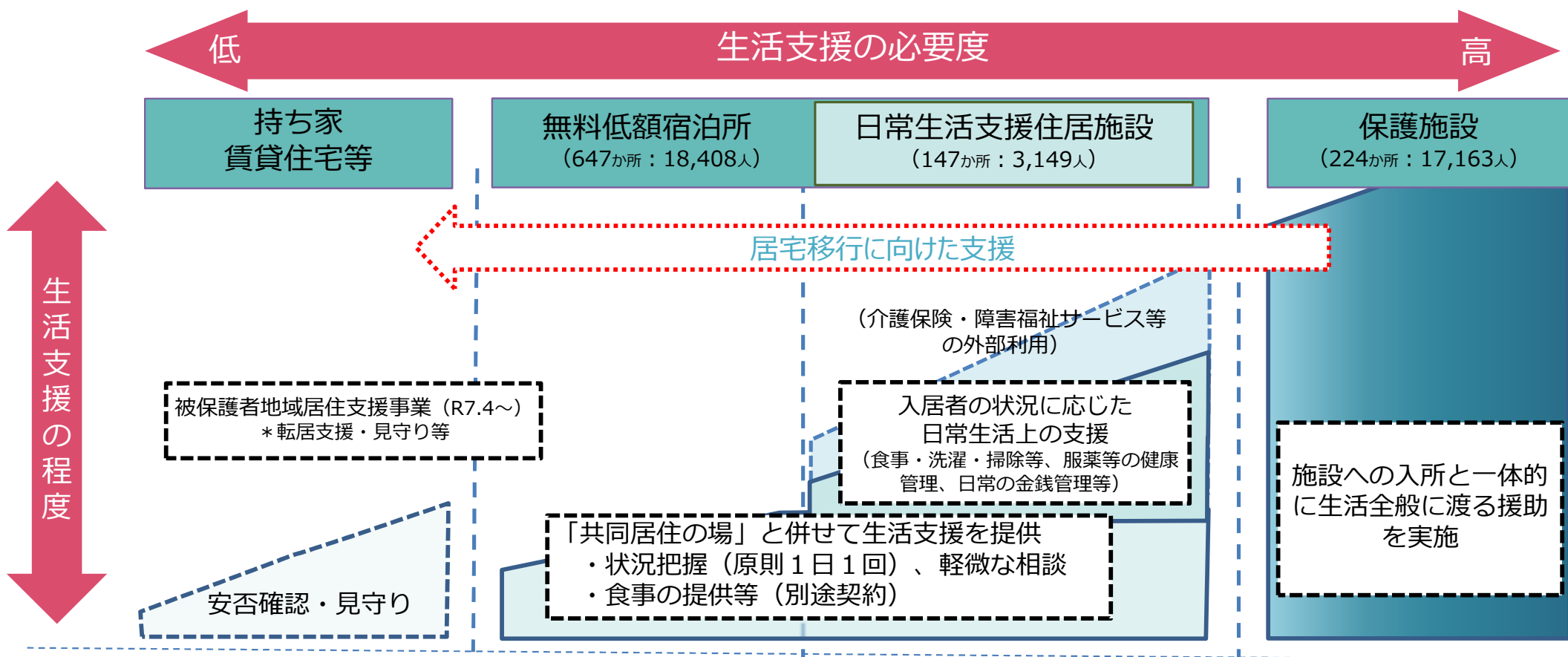
書面連絡が事前に無かった者について
嘱託医による書面検討を実施

	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

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

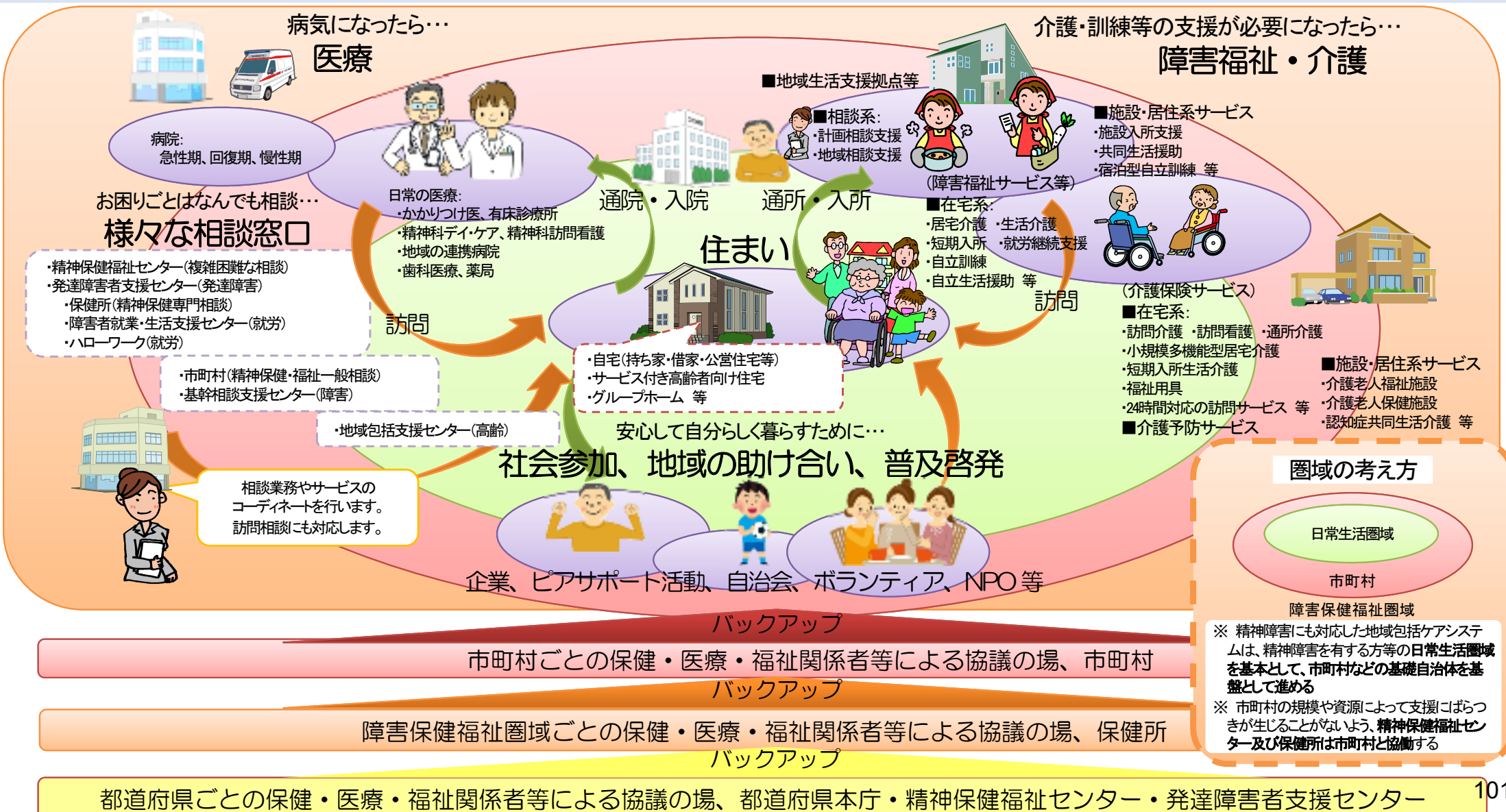
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

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。



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
C	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

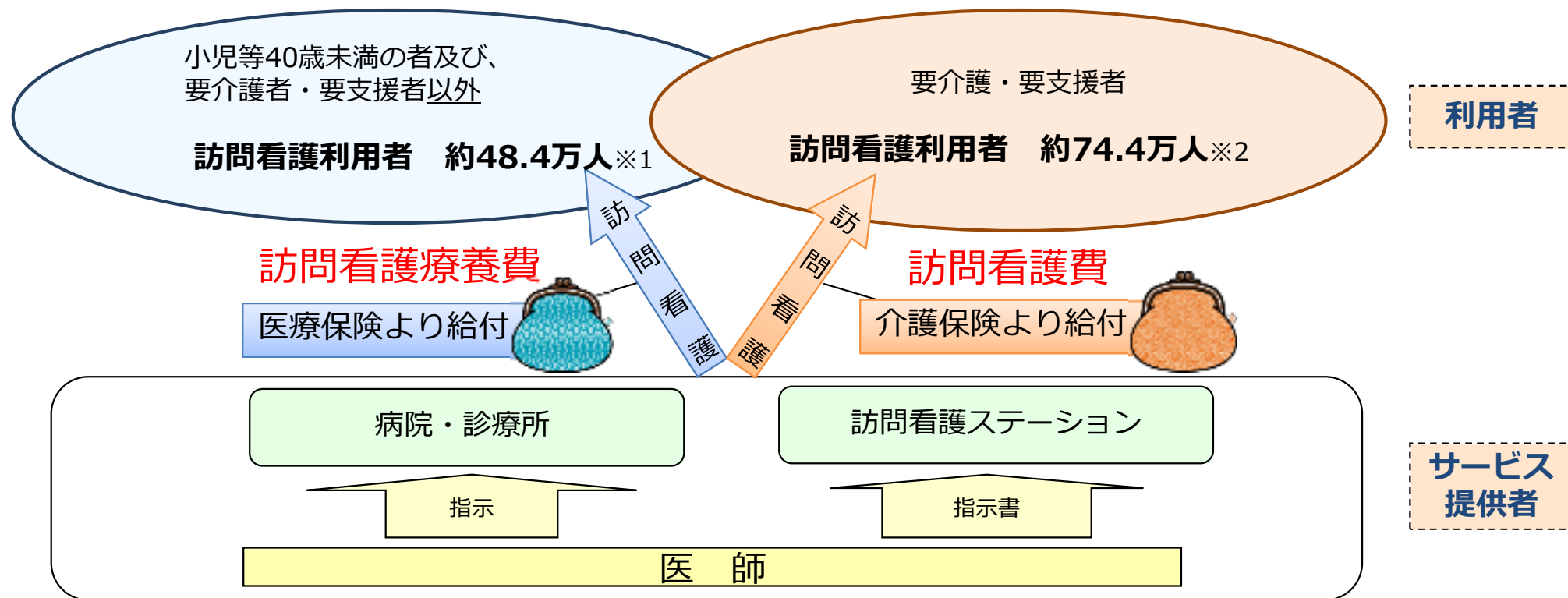
※ メニュー（例）

- ・ 頻回受診対策
- ・ 重複、多剤投与の適正化 等

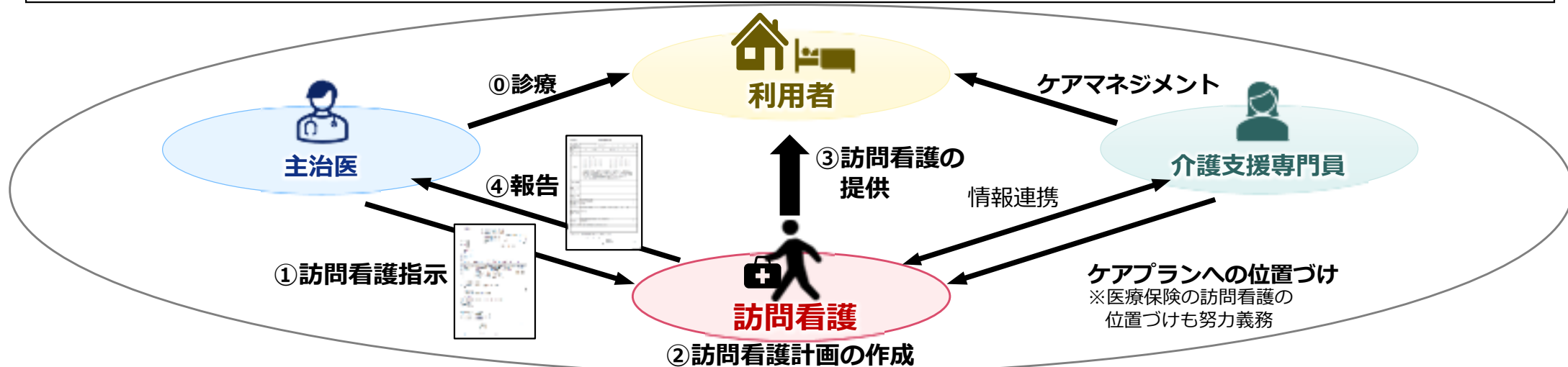
訪問看護の仕組み

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。



- 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

訪問看護計画

- ・ 訪問看護計画の立案、見直し
- ・ 看護師等（准看護師を除く）は療養上の目標、目標を達成するためのサービスの内容等を記載
- ・ サービスを提供する多職種で目標やサービス内容を共有

訪問看護の提供

- ・ 利用者の病状や心身の状況及びその変化等の把握
- ・ 訪問看護サービスの提供

※介護保険の理学療法士等による訪問看護について概ね3月に1回程度は看護職員が訪問により、利用者の状態を評価

評価・改善

- ・ サービス提供結果の評価
- ・ 介護支援専門員等、関係者に情報連携

計画見直し

訪問看護指示

※有効期間は6月以内

主治医への報告

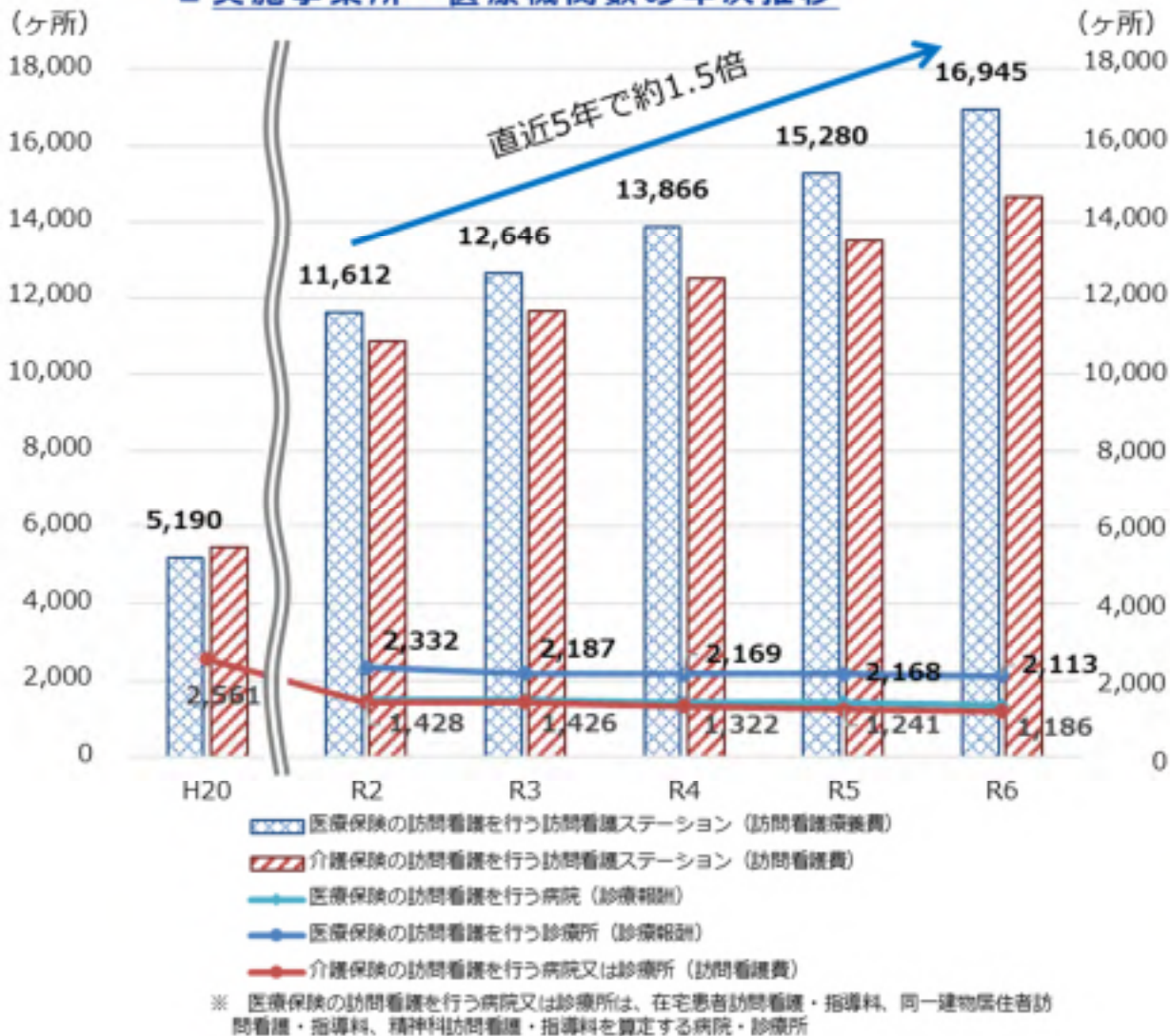
※月1程度報告

訪問看護の実施事業所・医療機関数の年次推移

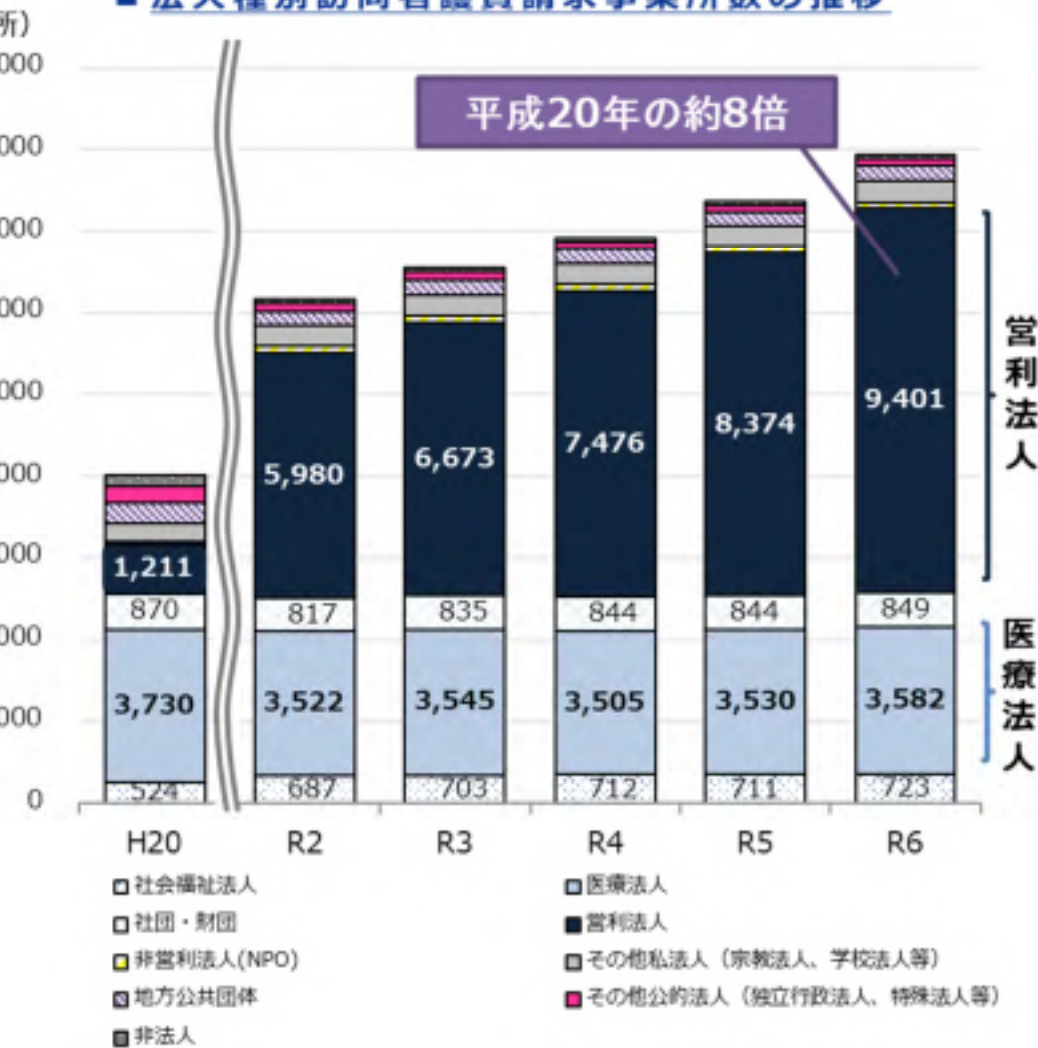
中 医 協 総 - 2
7 . 8 . 2 7

- 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



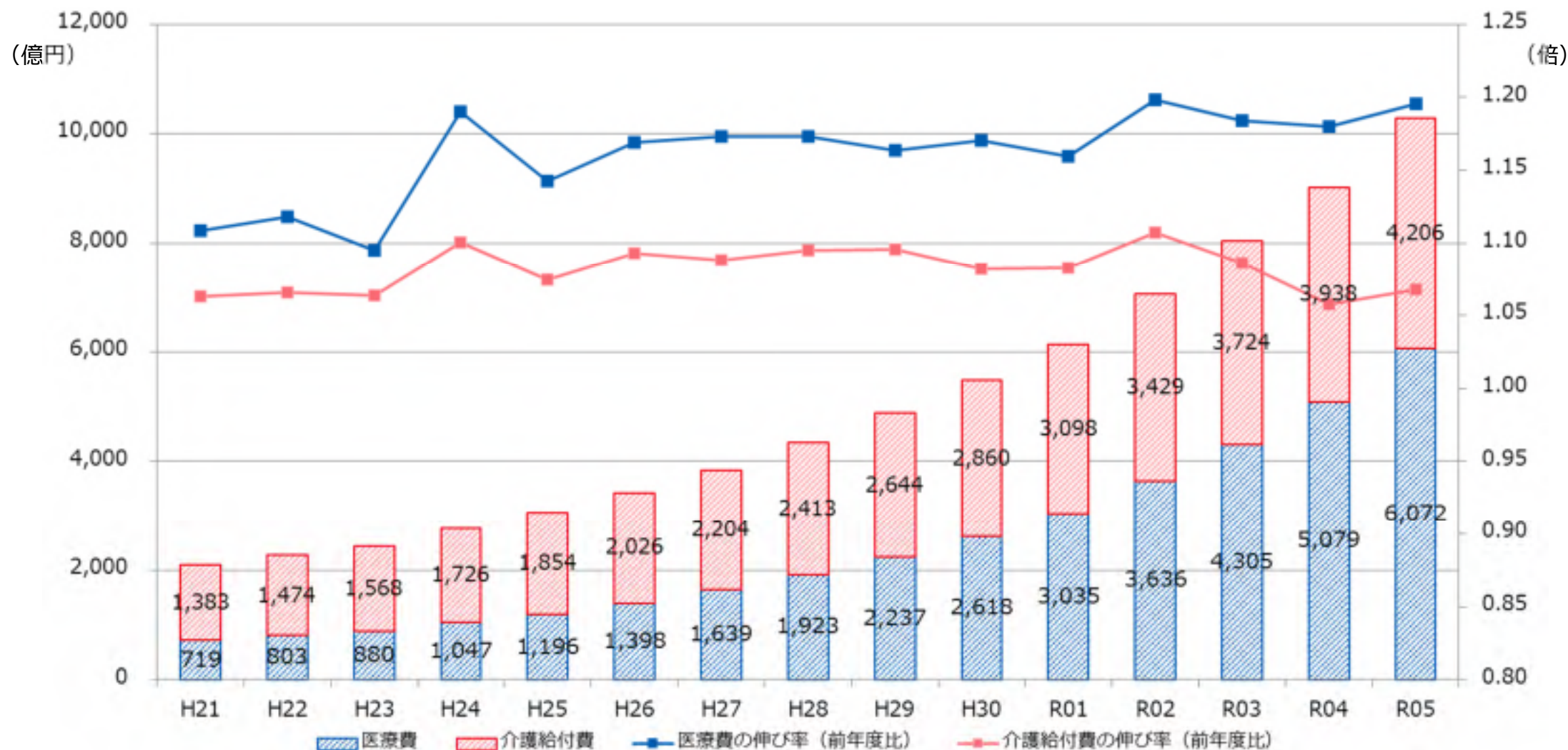
■ 法人種別訪問看護費請求事業所数の推移



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

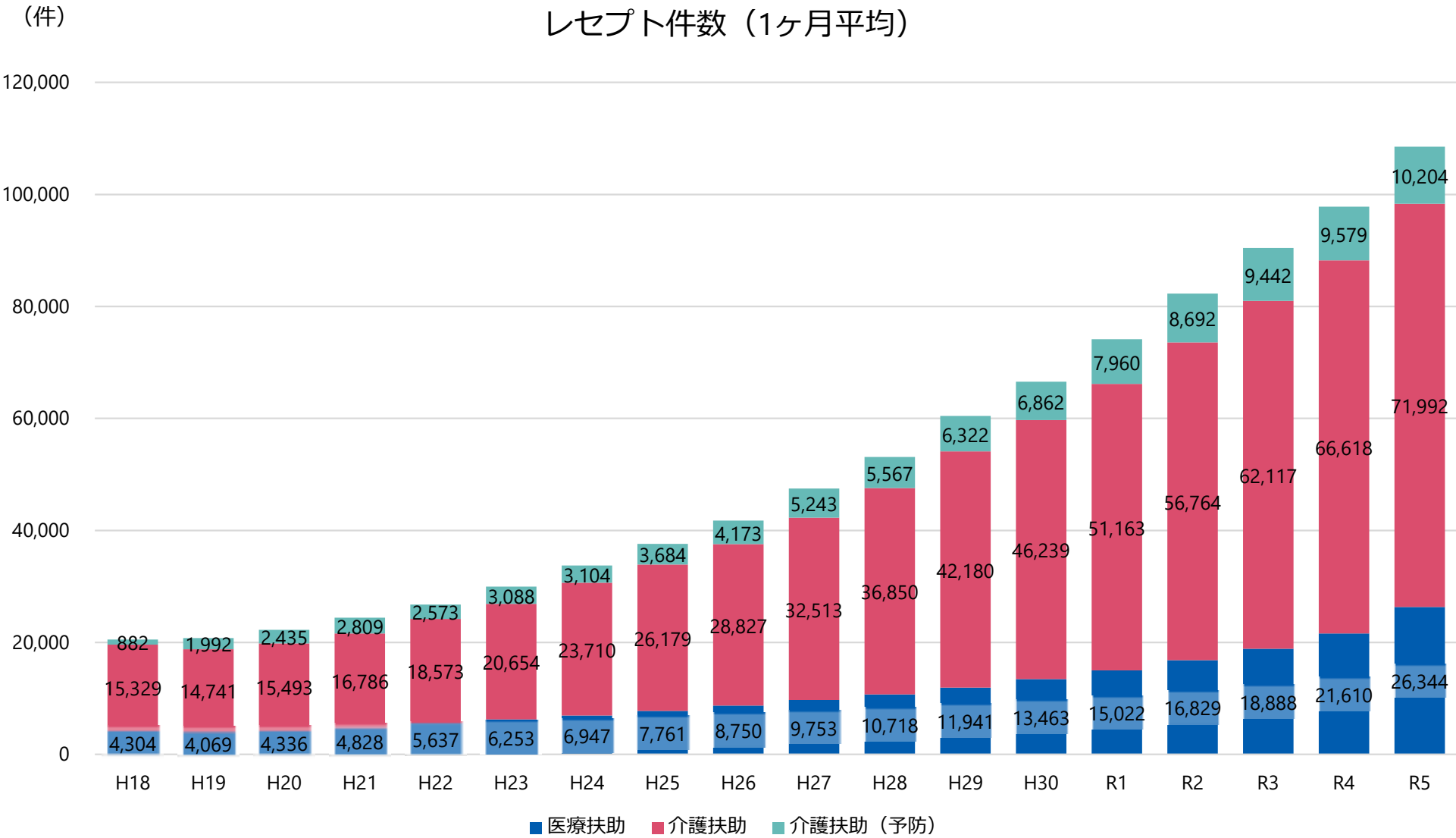
- 訪問看護ステーションの利用にかかる費用は、医療費及び介護給付費ともに増加している。前年度比の増加率は医療費の方が大きい。



※ 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

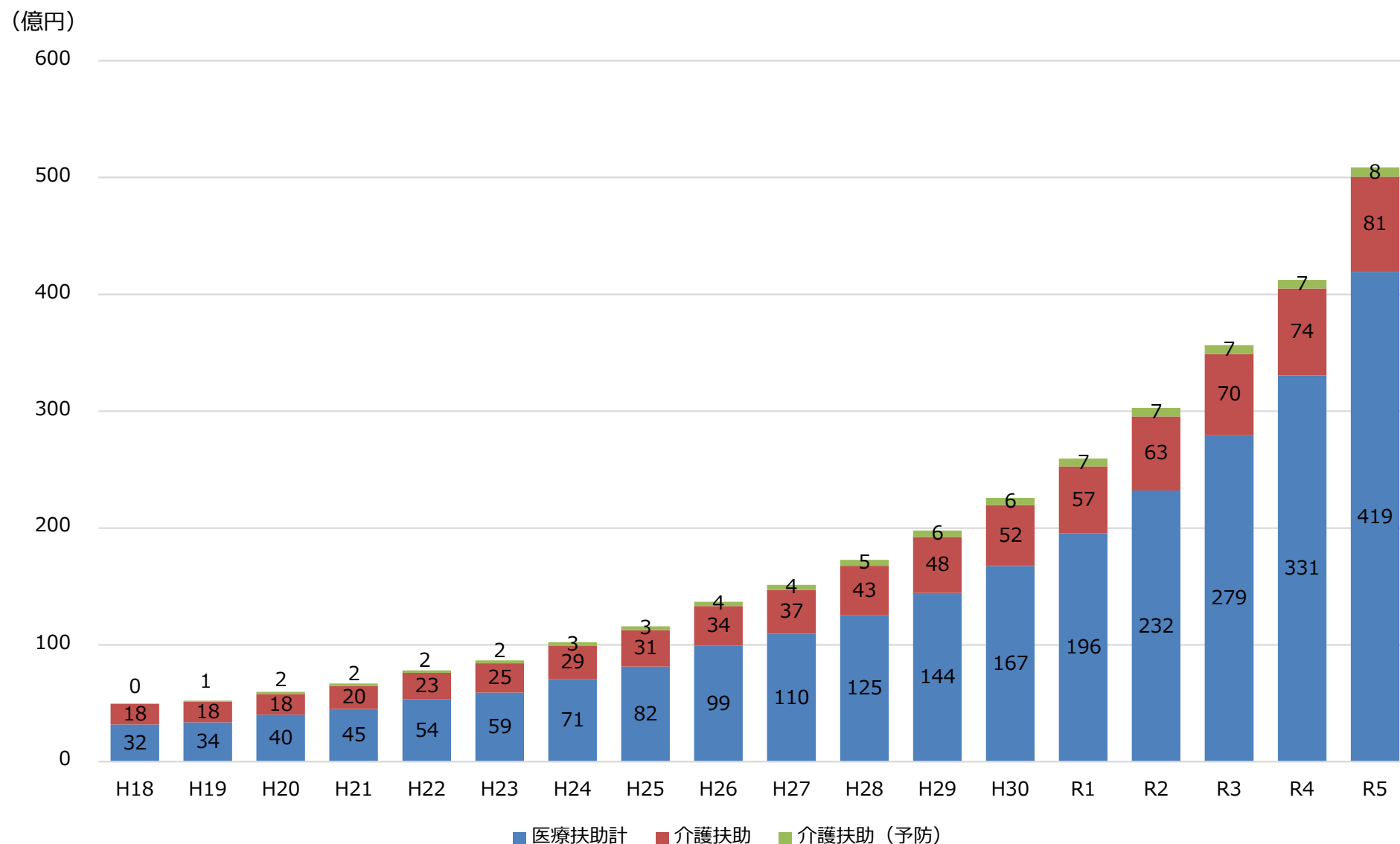
訪問看護の利用者数は、医療扶助・介護扶助ともに増加傾向である。



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

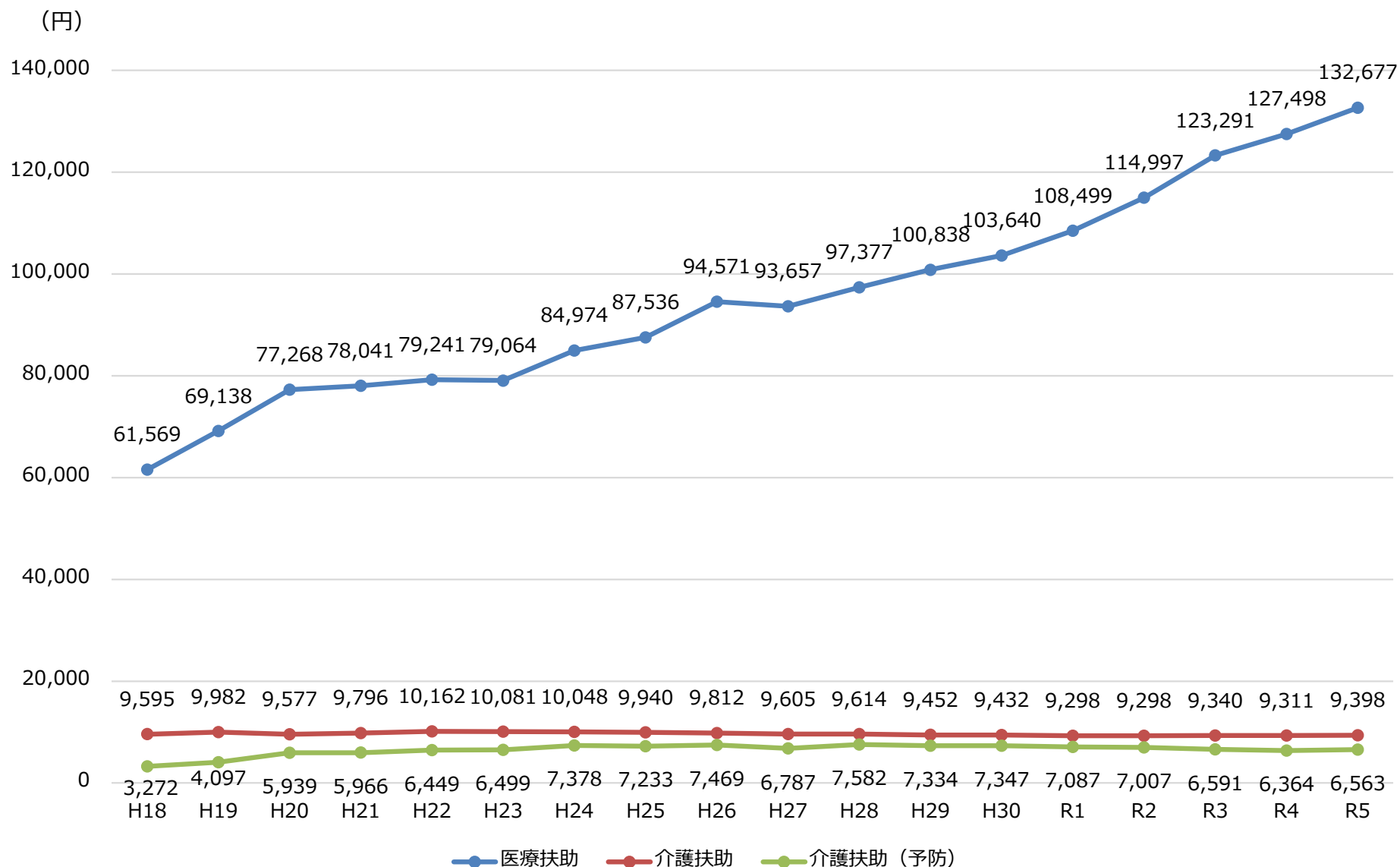
訪問看護の利用者数の増加に伴い、医療扶助費・介護扶助費ともに増加している。



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

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。



有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会 とりまとめ（概要）

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供の在り方に関する検討会
とりまとめ概要（令和7年11月5日）

- 多様なニーズを抱える高齢者が、希望と状態像に応じて住まいと介護サービスを選択できることが重要。
- このため、**入居する要介護者等の安全性の確保、住まい・介護サービスの選択プロセスの透明性の向上、ニーズに応じた介護サービスが提供可能な体制整備**に向けた対応の方向性を検討。

サービス選択における課題

- ・ 住まいやサービスの種類が複雑で、情報の非対称性が高い
- ・ 高額手数料など入居者紹介事業の透明性に疑念のある事例

サービスの質の確保における課題

- ・ 緊急時の対応や、認知症等の専門的ケアを必要とする要介護者の安全確保に課題
- ・ 住宅型有料老人ホームのケアプラン作成への関与等により、併設事業者等への誘導、過剰サービス提供のおそれ

自治体の指導監督・ニーズ把握における課題

- ・ 届出制のもとでの自治体の指導監督に限界
- ・ 自治体による有料老人ホーム入居者の介護サービス利用実感が把握困難
- ・ 総量規制により、特定施設の指定を受けられない

1. 有料老人ホームの運営及びサービス提供のあり方

◆ 有料老人ホームにおける安全性及びサービスの質の確保

- 安全性の確保やサービスの適切な選択の確保の必要性から、中重度の要介護者や、医療ケアを要する要介護者、認知症の方などを入居対象（※）とする有料老人ホームについて、登録制といった事前規制を導入する必要性（※）実態としてこれらの者が入居している場合や、中重度以上になっても住み続けられる場合も含む
- こうした一定以上の介護等を必要とする高齢者の住まいであることを踏まえた人員・施設・運営等に関する基準を設ける必要性

◆ 入居者による有料老人ホームやサービスの適切な選択

- 契約締結に際し事前の重要事項説明の実施や、入居契約書の事前交付の義務付けの必要性
- 入居希望者や家族、ケアマネジャー、医療SW等が活用しやすい情報公表システムの構築の必要性

◆ 入居者紹介事業の透明性や質の確保

- 現行の事業者団体による届出公表制度を前提に、公益社団法人等が一定の基準を満たした入居者紹介事業者を優良事業者として認定する仕組みの必要性
- 紹介事業者による入居希望者への明確な説明や、紹介手数料の算定方法等（月当たり家賃・管理費等の居住費用がベースとなること）の公表の必要性

◆ 有料老人ホームの定義（「食事の提供」の明確化の必要性）

◆ 介護保険事業（支援）計画の策定に向けた対応（住宅型有料老人ホームの情報を自治体が把握できる仕組みの必要性）等

2. 有料老人ホームの指導監督のあり方

- 事業運営の質の維持のため、更新制や、一定の場合に更新を拒否する仕組みの必要性
- 行政処分を受けた事業者について、役員等の組織的関与が認められる場合には、一定期間、事業所の開設を制限する仕組みの必要性
- 事業廃止や停止等の場合において、有料老人ホーム運営事業者が、入居者の転居支援、介護サービス等の継続的な確保、関係機関や家族等との調整について、行政と連携しながら責任を持って対応する必要性 等

3. 有料老人ホームにおけるいわゆる「囲い込み」対策のあり方

- ケアマネ事業所やケアマネジャーの独立性を担保する体制確保の必要性
- 入居契約とケアマネジメント契約が独立していること、契約締結のプロセスにかかる手順書やガイドラインをまとめておき、入居希望者に明示するとともに、行政が事後チェックできる仕組みの必要性
- 介護サービス等と同一・関連事業者の場合、住まい事業と介護サービス等事業の会計が分離独立して公表され、その内訳や収支を含めて確認できる必要性
- 介護保険事業計画においてニーズに応じて適切に特定施設を含む各サービスの必要量を見込むことが重要であり、入居者が必要とする介護サービスが特定施設と変わらない場合等に特定施設への移行を促す必要性 等 2

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來での実施、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 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 重複投薬・多剤投与の適正化
⇒ 電子処方箋の活用 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 後発医薬品の使用促進
⇒ 個別の勘奨、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

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

個別指導等の実施状況（医科・歯科・薬局別）

第2回検討会
追加資料

○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	内訳			
		医科	医科 歯科 併設	歯科	薬局
28年度	683	659	2	15	7
29年度	732	702	1	20	9
30年度	749	721	2	17	9
令和元年度	716	688	0	21	7
2年度	24	24	0	0	0
3年度	131	129	0	1	1
4年度	372	351	0	16	5
5年度	501	482	0	13	6

○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	内訳		
		医科	歯科	薬局
28年度	13	13	0	0
29年度	4	2	1	1
30年度	9	8	1	0
令和元年度	9	5	4	0
2年度	2	1	1	0
3年度	4	4	0	0
4年度	11	6	0	5
5年度	15	14	1	0

○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	内訳		
		医科	歯科	薬局
28年度	5	2	3	0
29年度	5	1	3	1
30年度	1	0	1	0
令和元年度	8	5	3	0
2年度	4	2	2	0
3年度	0	0	0	0
4年度	4	2	1	1
5年度	3	0	3	0

※5年度医科内訳：病院・診療所(479)訪問看護(3)

※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。

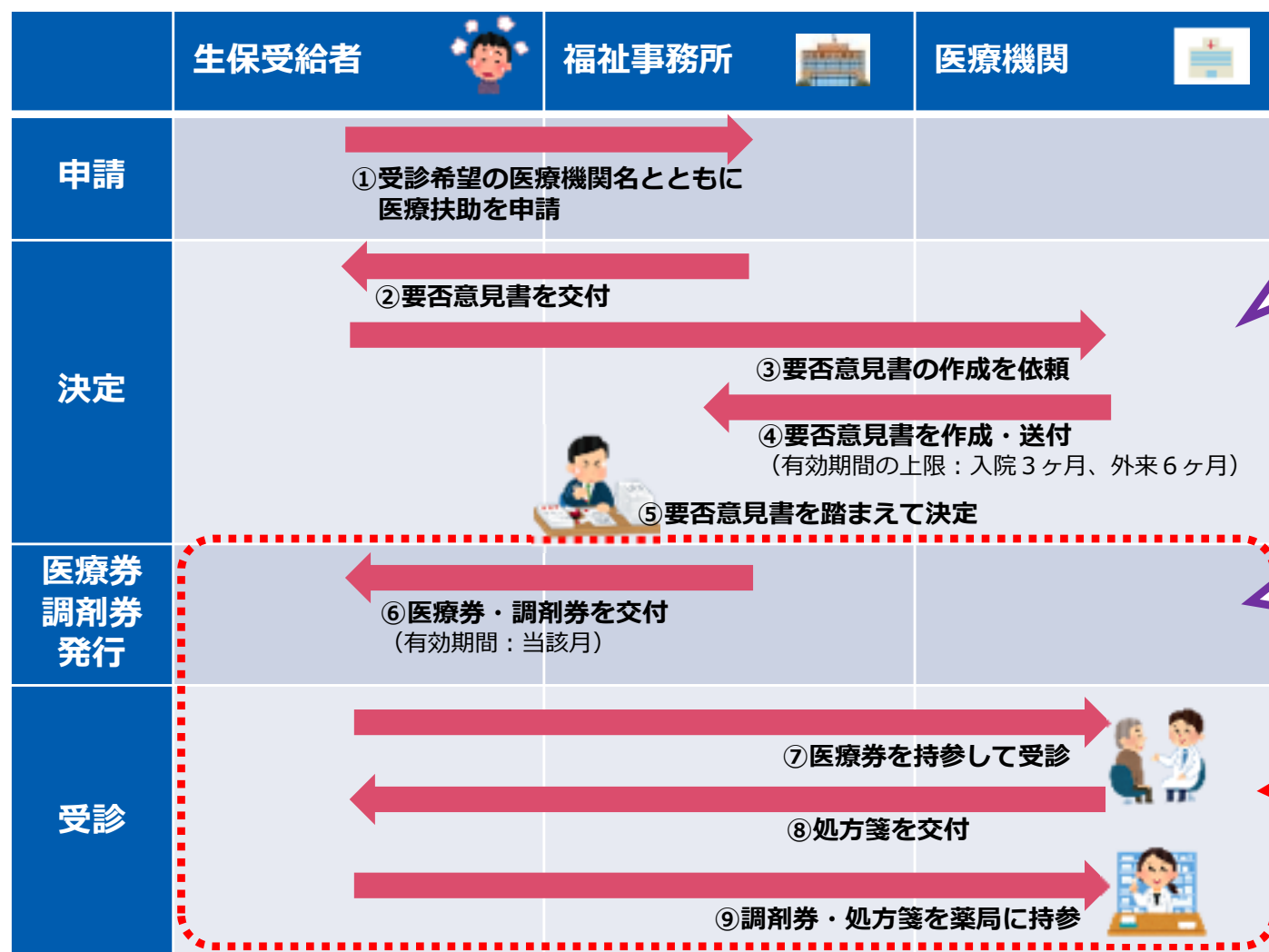
- ①そもそも生活保護法の指定を受けていないケース、②保険医療機関の取消に合わせて、生活保護の指定医療機関の廃止届がなされたケース、③法改正に伴い指定の更新制度を導入したところであるが、保険医療機関の取消に合わせて、この更新手続きを行わず失効したケース 等

3. 医療扶助等におけるデジタル化・データ活用等

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

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)	医療要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

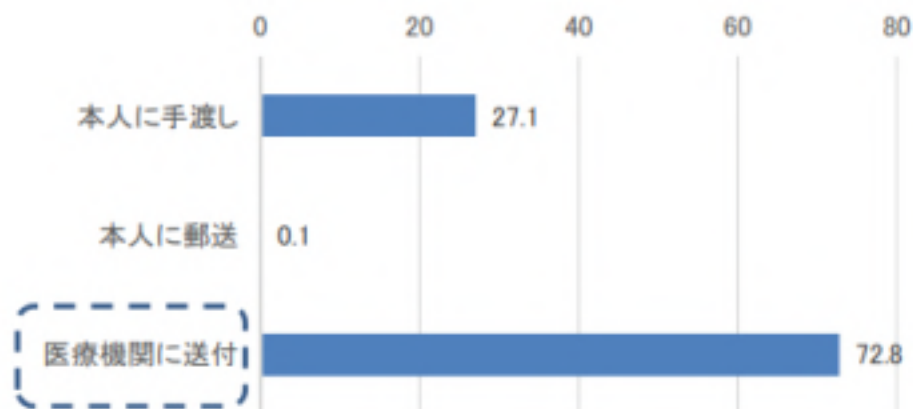
(注) 回答のあった741福祉事務所のうち、該当する福祉事務所数を示している。

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】

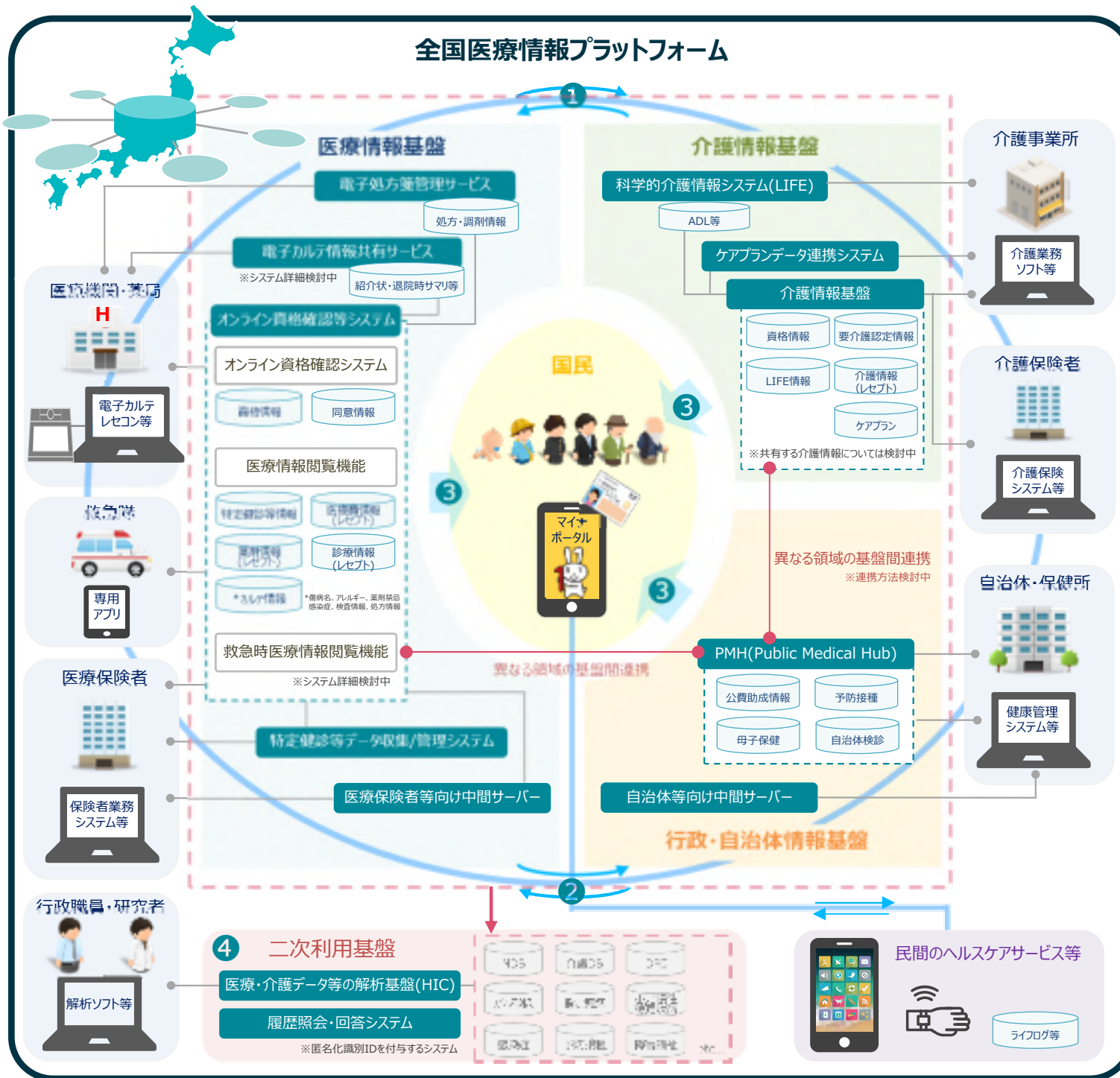


【自由記載欄における医療券の発行に関する主な意見】

- 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。



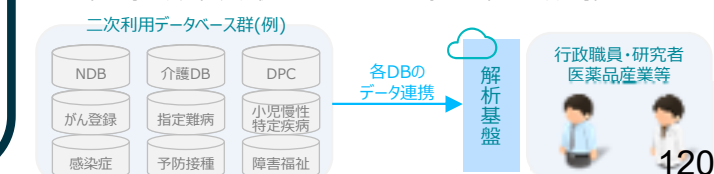
3 健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート

- ✓ 予診票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。予診票・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、よりよい治療的・確な診断が可能になる。



主な医療DX関連施策（生活保護受給者に関する状況）

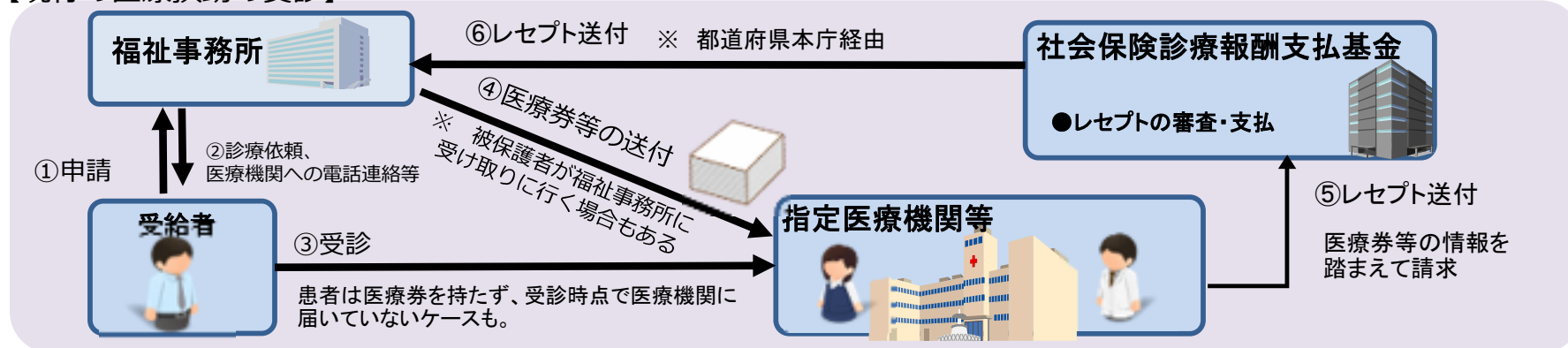
施策名		状況	施策内容
オンライン 資格確認	医療扶助 オンライン資格確認	運用開始済	病院・診療所・薬局等において、医療扶助のオンライン資格確認が可能 -委託先医療機関のレセコン等に受給者番号等を連携、請求事務を効率化 -本人同意を得て、診療情報・薬剤情報・健診情報を閲覧可能
	訪問看護 訪問診療 オンライン診療等	運用開始済	訪問看護、訪問診療、オンライン診療等において、モバイル端末を利用して、医療扶助のオンライン資格確認が可能
	マイナ診察券	運用開始済	マイナンバーカードを診察券として利用可能することで、患者情報がレセコン画面に反映
	スマートフォンの マイナンバーカード	運用開始済	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。

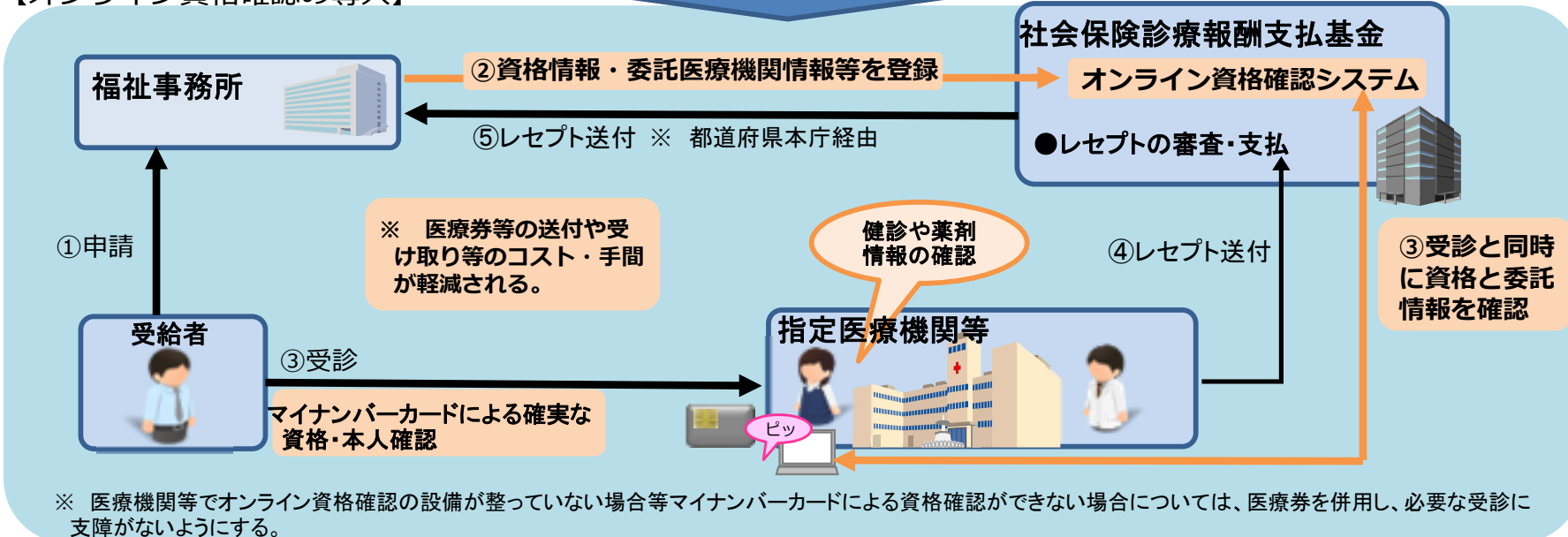
医療扶助におけるオンライン資格確認の導入

- 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11月7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（R7.11.2時点）

約**82.7万**人/ 約201万人 約**41.2**%

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**71.1**%

* 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（R7.9.29～R7.11.2）

※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**528.0万**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**36.5万**件（約**6.9**%）
- 単件照会で実際に資格確認された件数 約**367.7万**件（約**69.6**%）
- 一括照会で実際に資格確認された件数 約**17.1万**件（約**3.2**%）
- 一括取得^(※)で実際に資格確認された件数 約**106.7万**件（約**20.2**%）

※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（R7.11.3時点）

※レセコンで医療扶助オンラインの機能を「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)	医療扶助オンライン 導入済 (R7.11.3)	導入率 () 内はR6.4.1比
医科/病院	8, 3 9 5	5, 4 8 9	6 5.4 % (↑ 4 1.8 %)
医科/診療所	8 4, 9 7 2	4 7, 5 9 2	5 6. 0 % (↑ 3 2.9 %)
歯科	5 6, 1 9 6	2 5, 2 5 7	4 4.9 % (↑ 2 9.2 %)
薬局	6 2, 9 0 7	4 4, 6 3 5	7 1.0 % (↑ 4 7.5 %)
合計	2 1 2, 4 7 0	1 2 2, 9 7 3	5 7.9 % (↑ 3 6.6 %)

医療情報閲覧の利用件数（※R7.9.29～R7.11.2）

163,268件

R6.4.1～R6.4.28における件数
約**8,066**件

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。
- ・ 初月に要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。

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

9月1日 受診 9月30日

月末に一括登録

医療券①
8/1~8/31

医療券登録（9月25日）

医療券②
9/1~9/30

後追いで医療券発行

- ・ 受診時点「**未委託**」と表示される。
- ・ 本人の同意があつたとしても、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。

国が求める運用

事前登録

医療券①
8/1~8/31

医療券登録（8月31日）

医療券②
9/1~9/30

事前に医療券登録

- ・ 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。

医療券登録のタイミング

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】

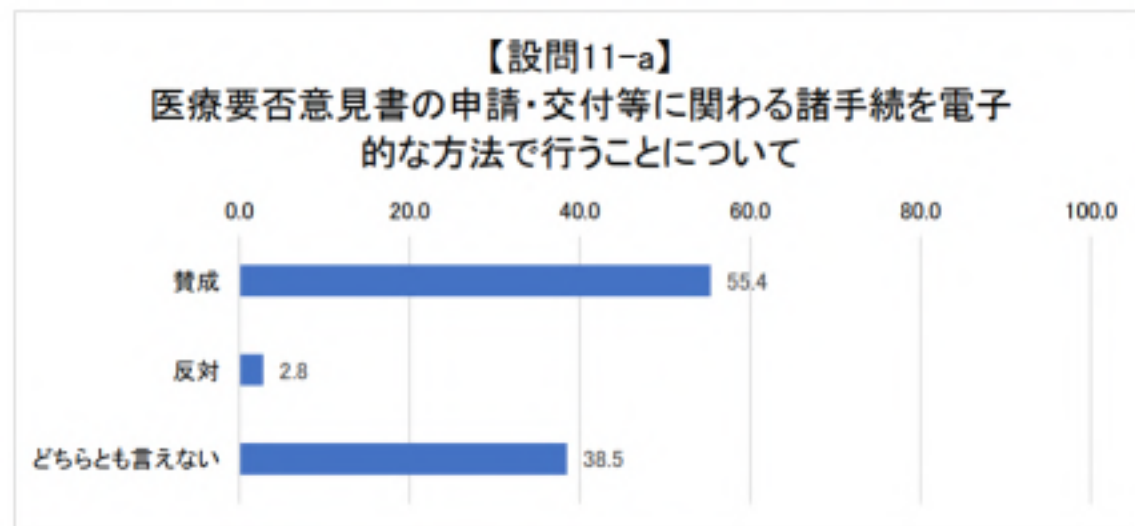
- ・ 現在、紙で保管している要否意見書を電子化（データ化）することで、要否意見書の検索時間の短縮を図ることができる。また、要否意見書の発送、発行業務の削減、郵送料の負担の削減が見込まれる。
- ・ 要否意見書及び医療券の電子化が可能になれば、郵送費（毎月20,000円程度）を削減できるほか、業務の効率化（10時間～20時間程度）になることが予測されるため。

【「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。

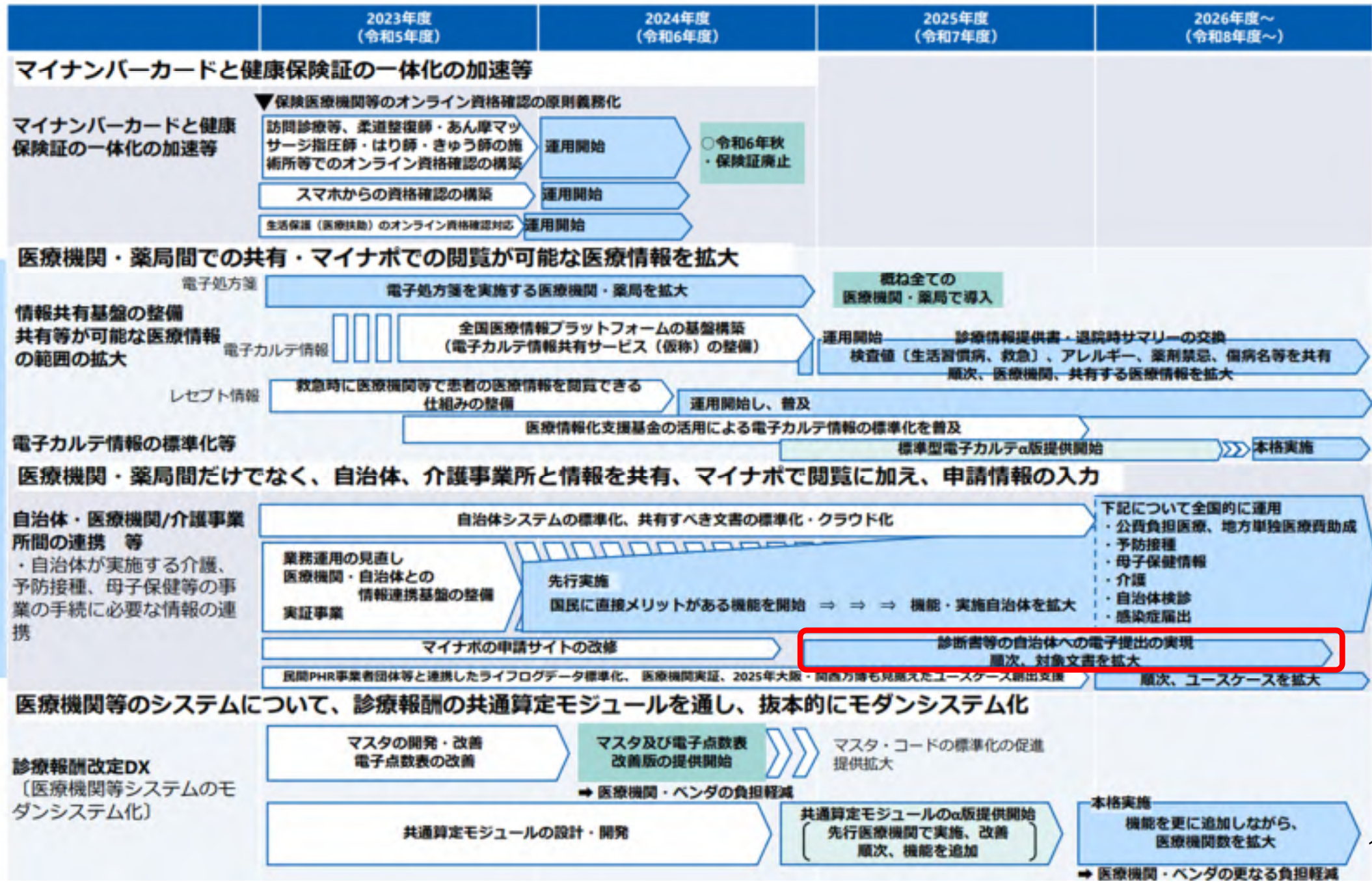
【支障事例】

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		(今後の診療見込に關連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か月日以降 6か月目まで	福祉事務 所への 連絡事項			
	入 院	入院期間	か月 日間	医療費	円				円
		(予定) 年月日	年 月 日	費 (入院料 円)	(入院料 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・離)

(切・取・離)

※発行年月日	年 月 日	診療科・検査科請求書 令和 年 月 日
※受理年月日	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。		
この書による 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

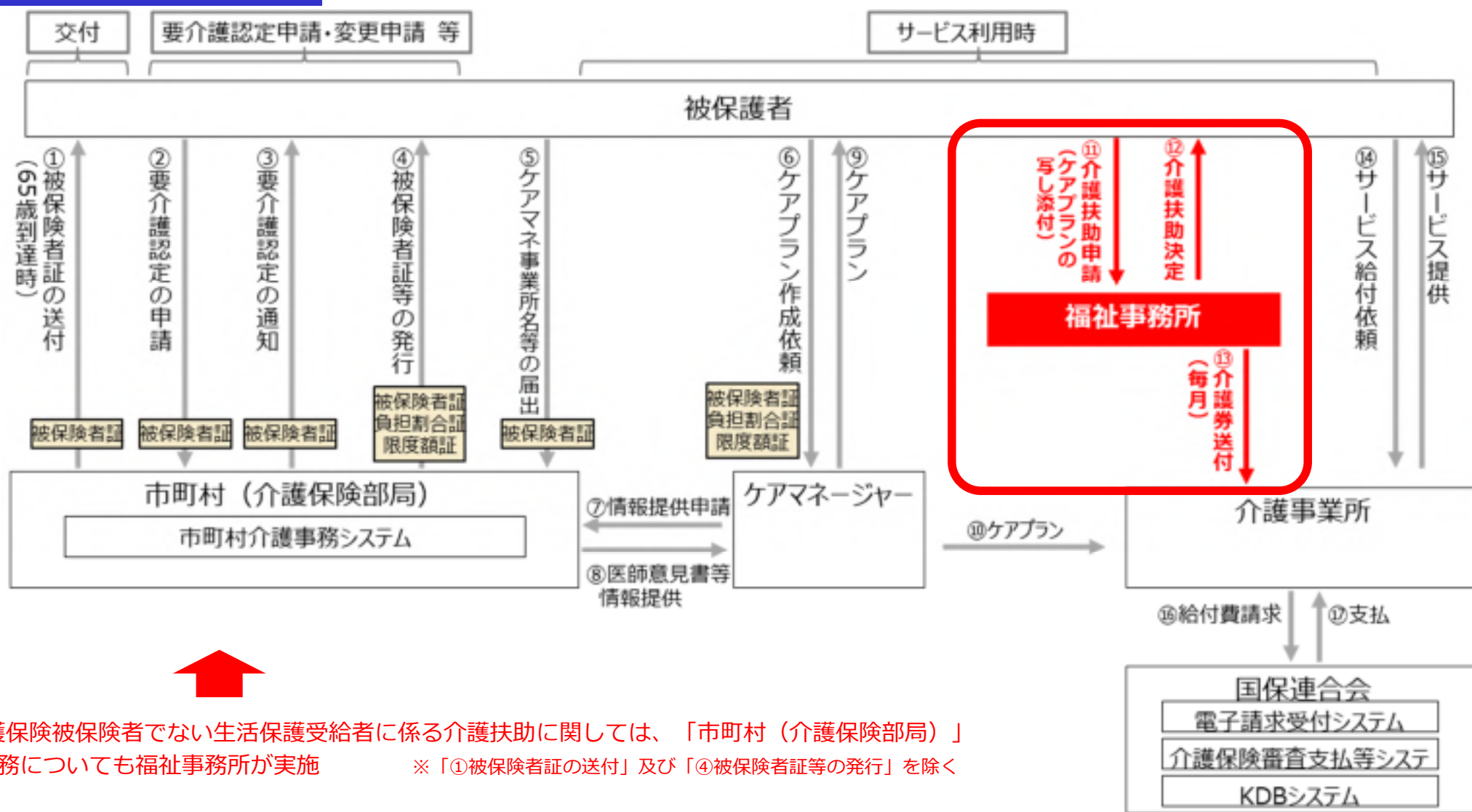
※発行取扱者

印

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



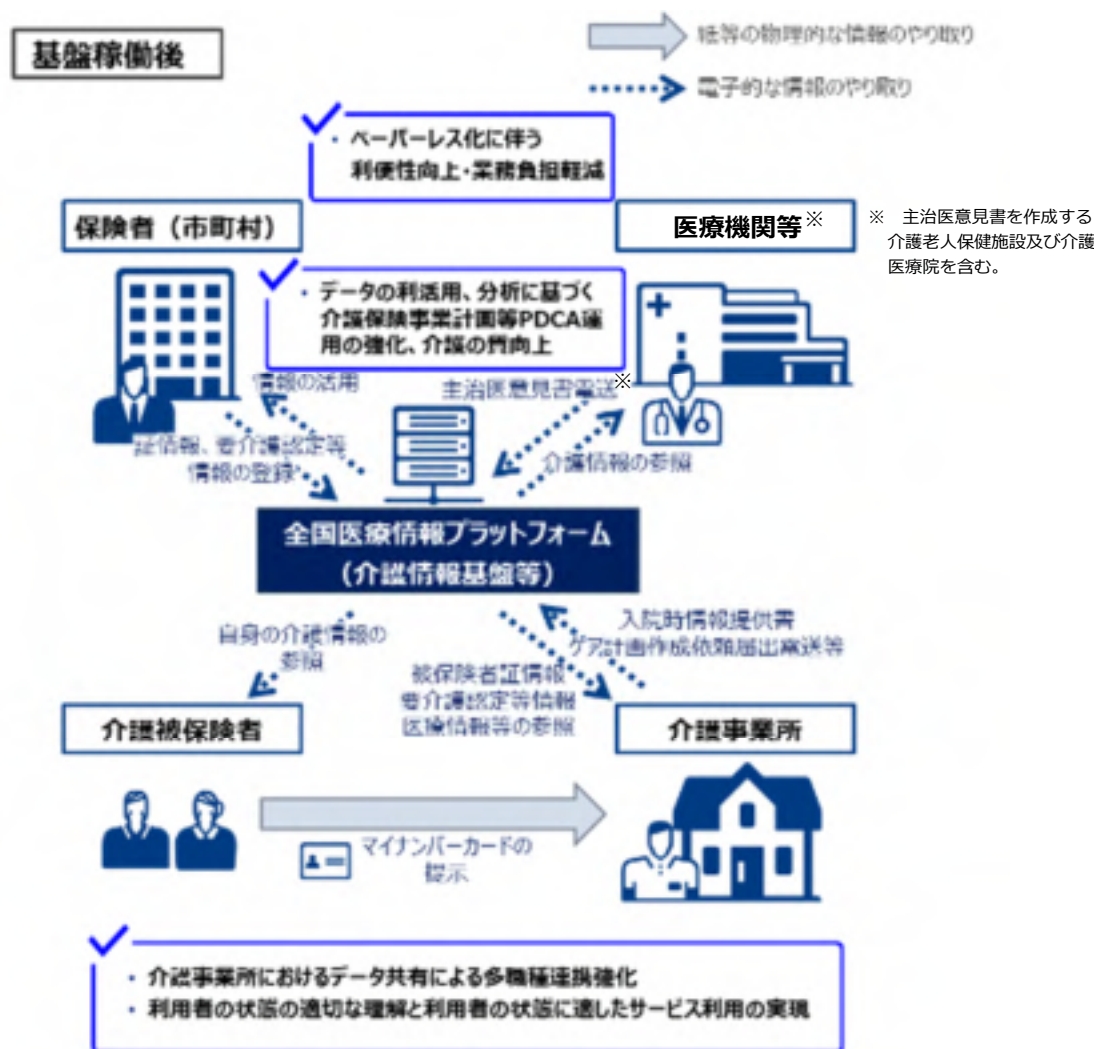
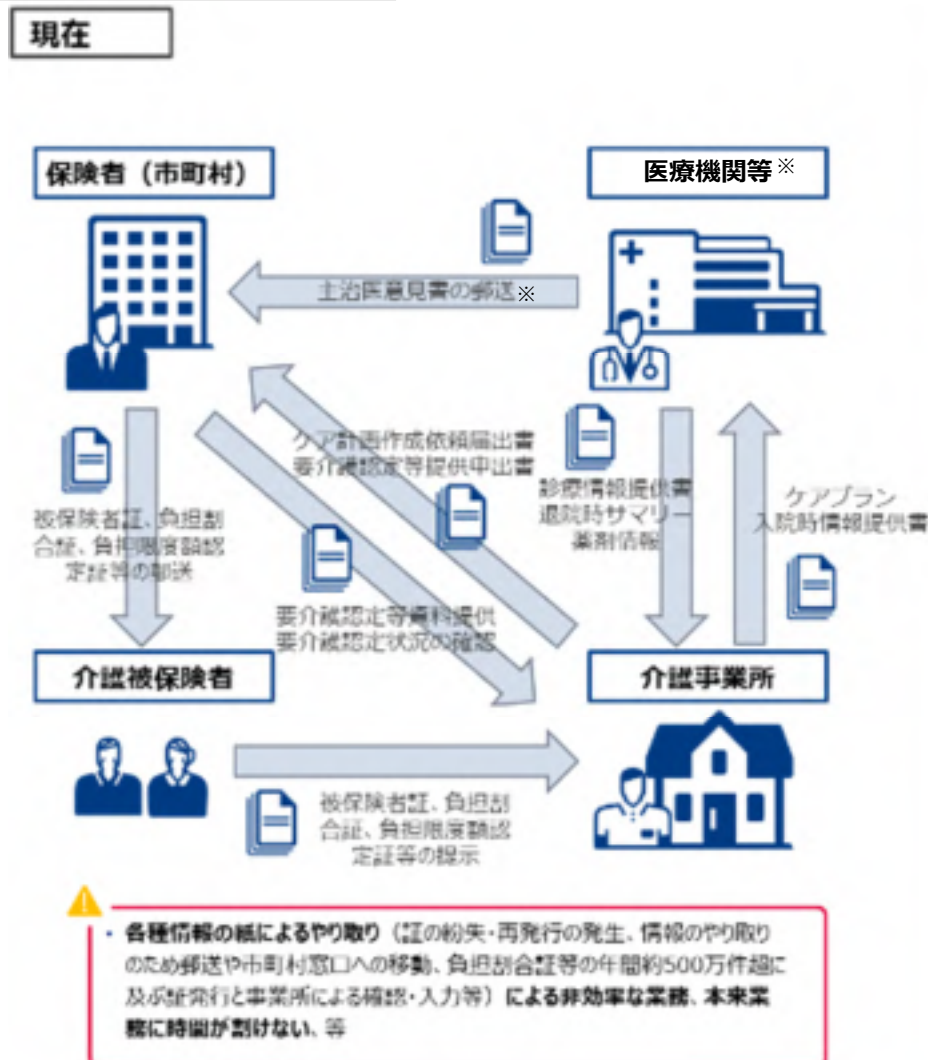
* 介護保険被保険者でない生活保護受給者に係る介護扶助に関しては、「市町村（介護保険部局）」の業務についても福祉事務所が実施

※「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



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）

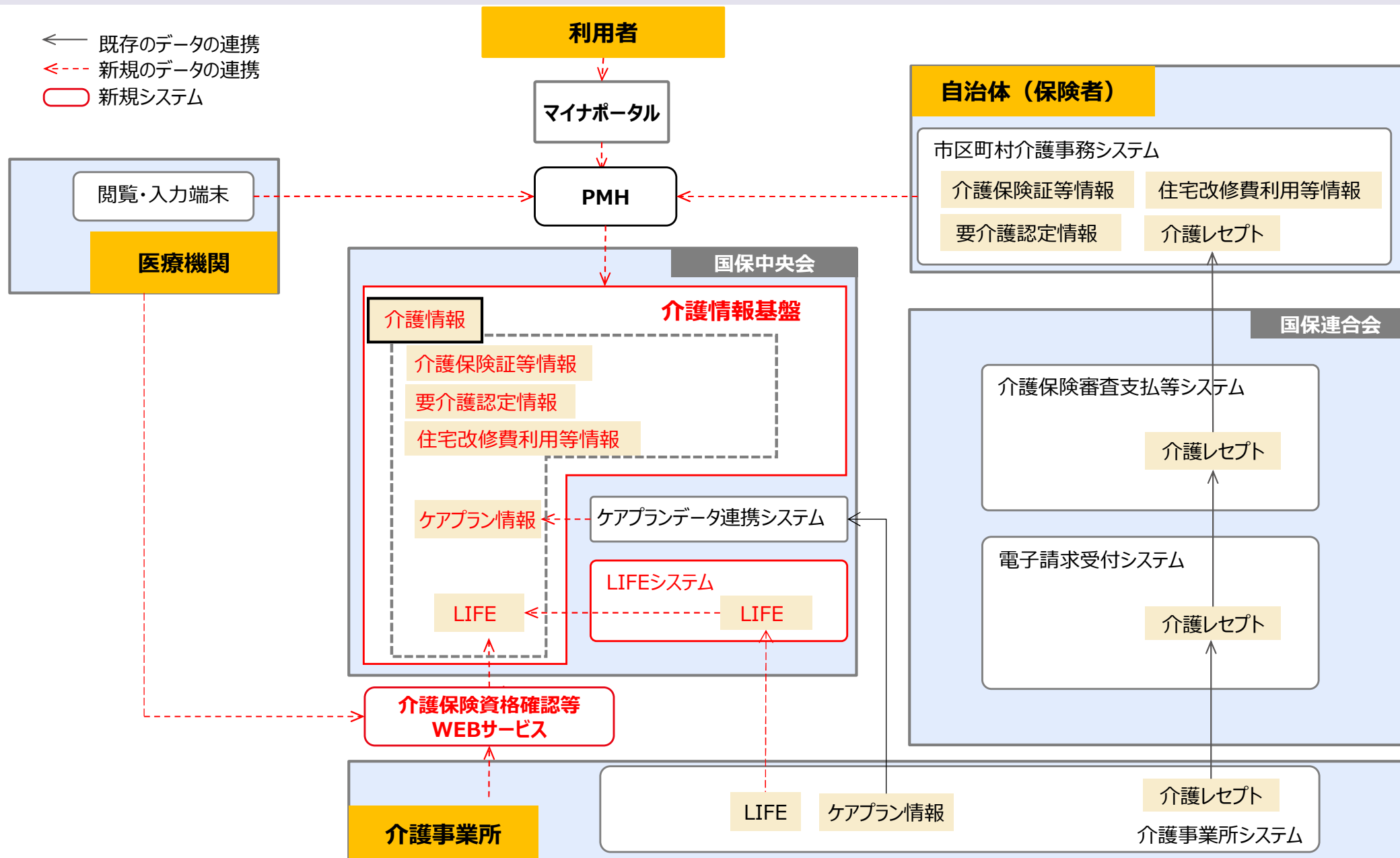
★：作成主体 ○：これまで主に情報共有され、今後も介護情報基盤で共有される主体
◎：今後、原則利用者の同意を前提に介護情報基盤で情報共有される主体

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 ②第2表 居宅サービス計画書 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 ⑦第2表 施設サービス計画書 ⑧第3表 週間サービス利用表	○	◎	★	○		◎
住宅改修 費用利用等 の情報	①介護保険住宅改修費用利用情報 ②介護保険福祉用具購入費用利用情報	◎	★	◎			

※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。

- 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

利用者・家族



保険者（市町村）

- ・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。

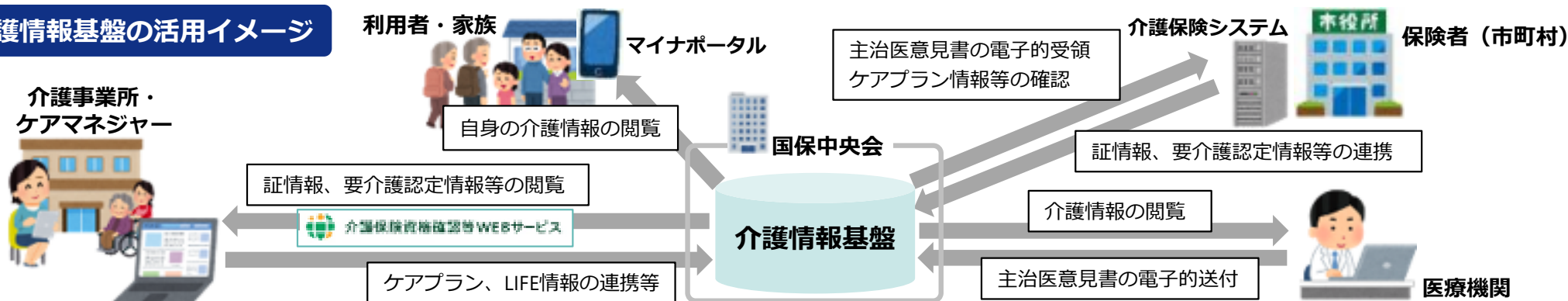
介護事業所・ケアマネジャー



医療機関

- ・**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

保険者（市町村）



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

介護情報基盤

介護保険資格確認等WEBサービス
(画面イメージ)



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

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



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。

- 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。）

健診情報のデータ連携



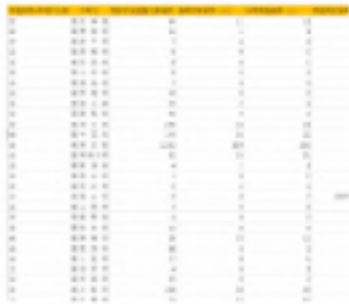
健診機関



137

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

4. 実施体制の構築・強化

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

- ①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）
- ②優先的取組課題の検討
- ③課題に対応した取組内容の検討
- ④福祉事務所や医療関係者からの意見聴取

Do

- ⑥福祉事務所へデータの分析結果・目標の共有、課題提示
- ⑦都道府県としての取組内容の共有・実施
- ⑧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

- ⑪前年度取組内容を必要に応じて見直し
- ⑫新たな取組内容の検討

Check

- ⑨都道府県としての取組結果の把握
- ⑩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

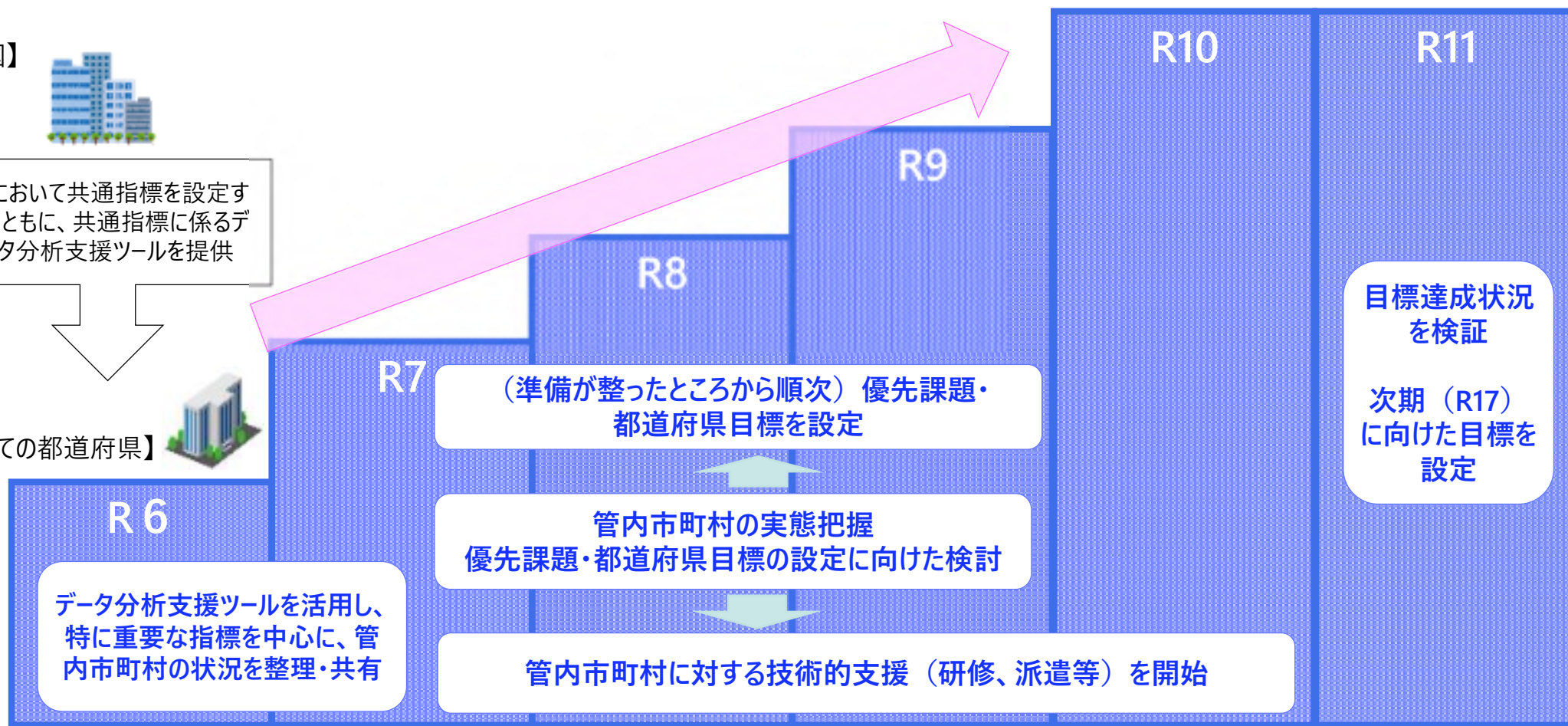
- 「都道府県による市町村支援の枠組み」は、法律上は「努力義務」ではあるものの、全ての都道府県において取組が実施されるよう、段階的に推進。まずは、令和7年度中に、全ての都道府県において、管内市町村に対する分析結果の整理・共有に着手されるよう、対応を依頼しているところ。
- 今後、全ての都道府県において、令和9年度を目途に優先課題・目標の設定、令和10年度を目途に市町村への技術的支援が実施されるよう、国としても、各都道府県の実施状況を把握しつつ、事例共有や研修開催など必要な支援を実施。

【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】



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。

(参考) 生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律による
改正後の生活保護法における該当規定

(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

健康管理支援・医療扶助等に関する 福祉事務所アンケート

ひと、くらし、みらいのために



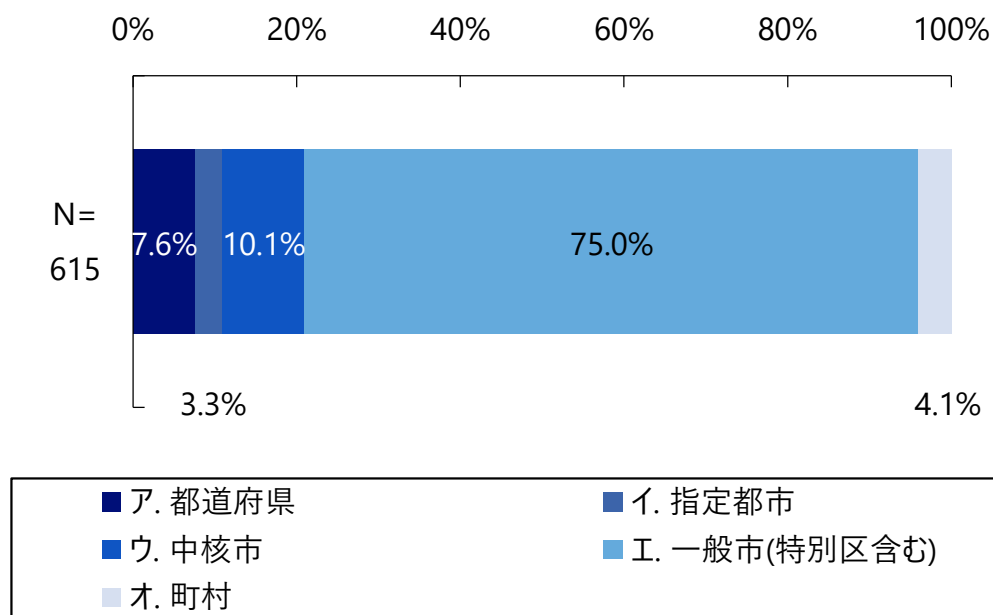
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

アンケートの概要

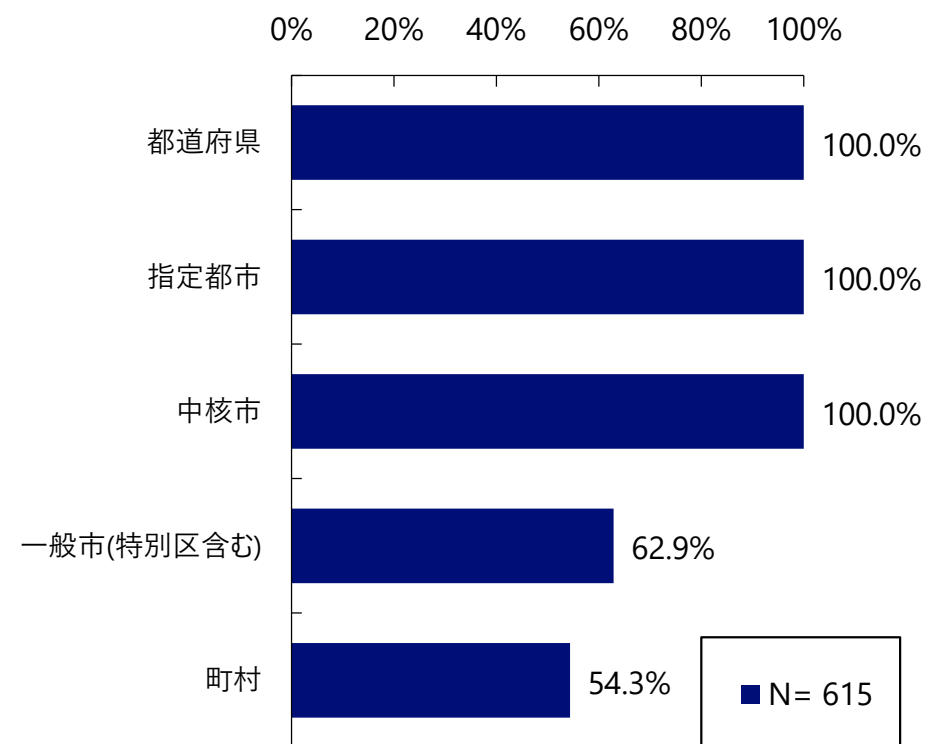
各自治体における健康管理支援・医療扶助等に関する取組の実態把握を目的とし、都道府県、指定都市、中核市及び福祉事務所設置市町村を対象にアンケートを実施。

回答自治体の属性

自治体規模



回収率

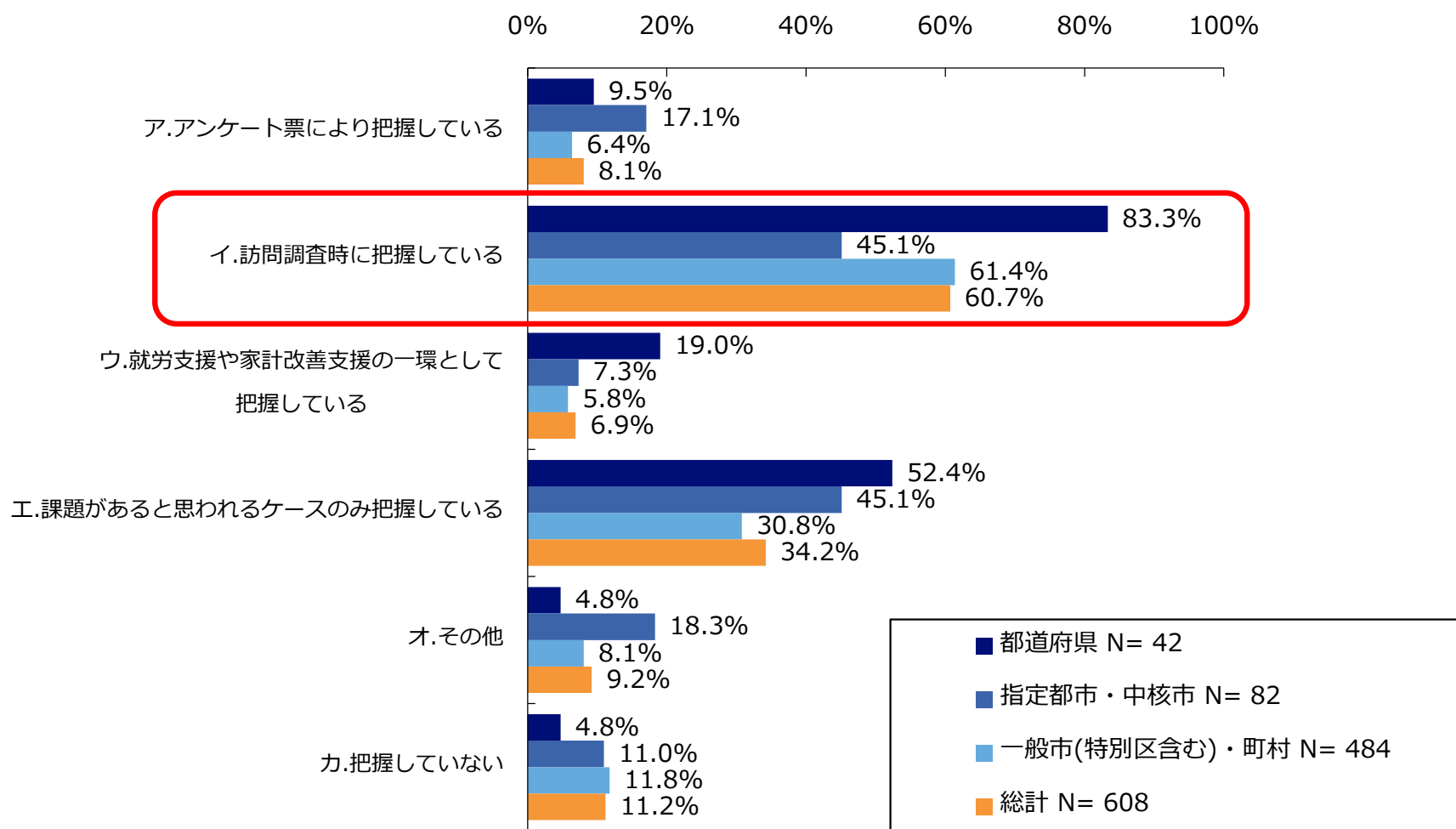


1. 被保護者健康管理支援事業

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、全体では「訪問調査時に把握している」が最も多く、「課題があると思われるケースのみ把握している」が続いた。

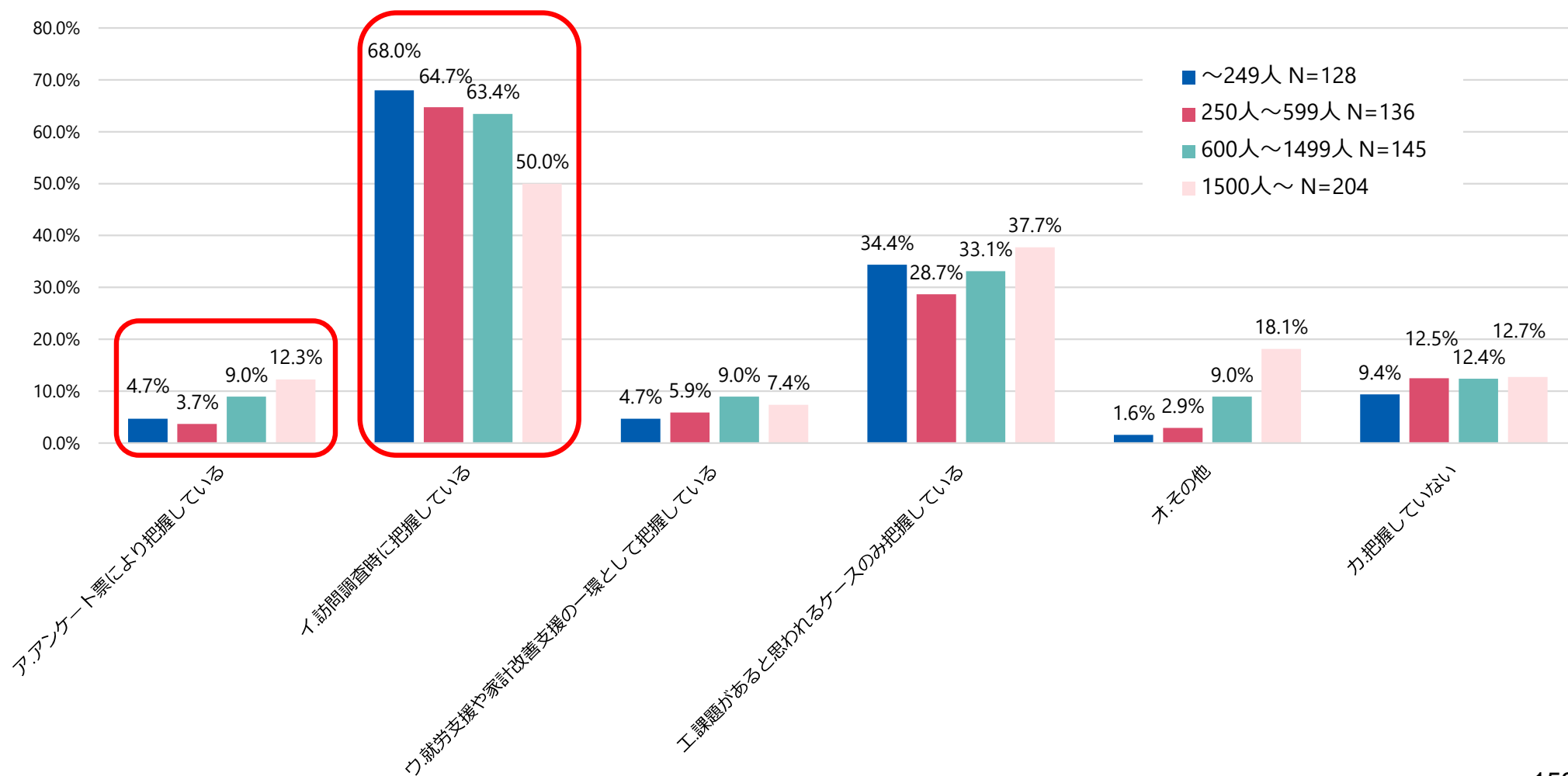
被保護者の生活習慣（食習慣、運動習慣、喫煙・飲酒習慣など）を把握しているか（複数回答可）



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。

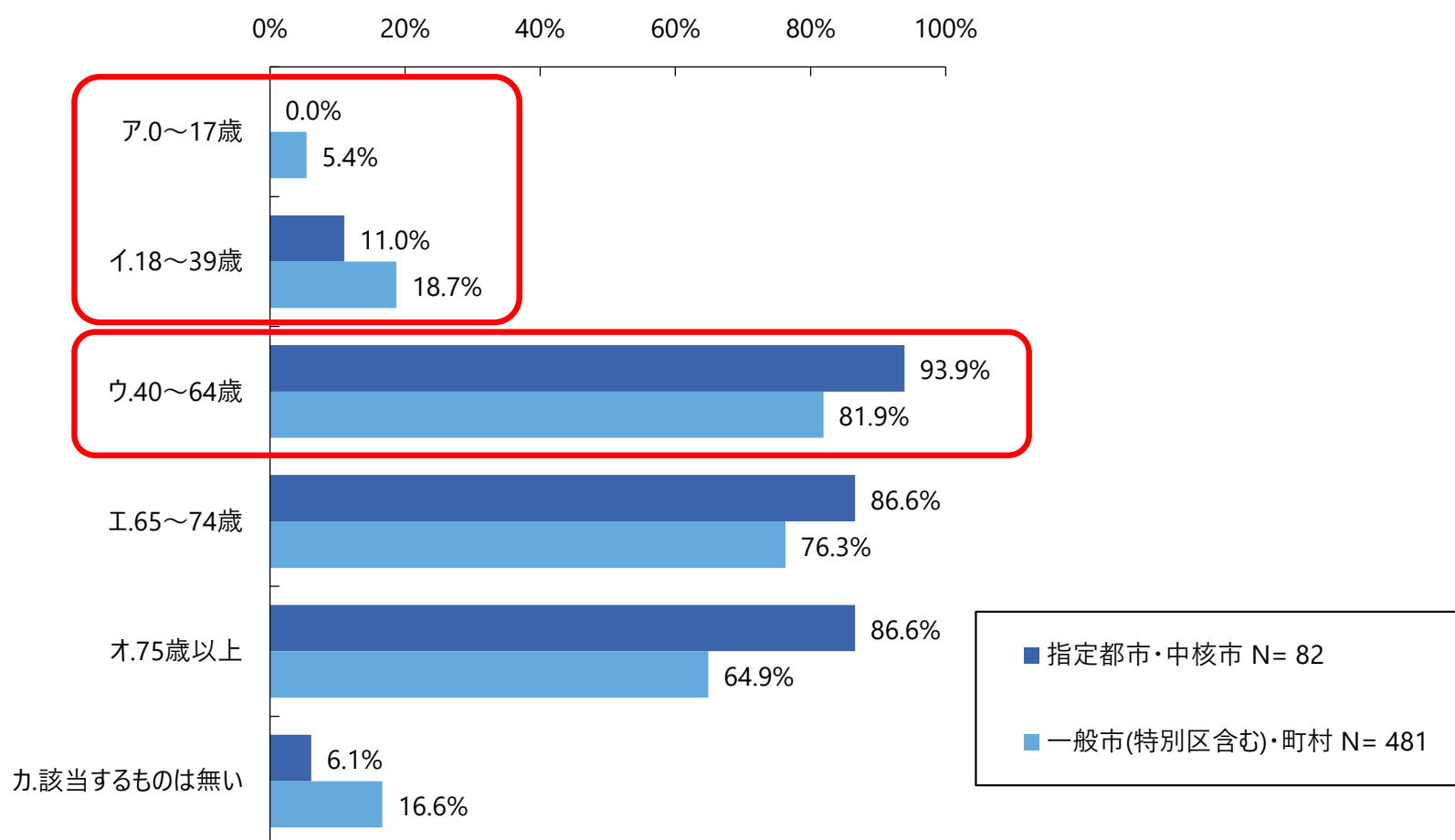
被保護者数別 被保護者の生活習慣の把握状況（複数選択可）



被保護者を対象とした健康診査の実施状況

被保護者を対象とした健康診査（健康増進法に基づく健康増進事業）の実施状況について、「40～64歳」は多くの自治体で対象とされていた。一方、「40歳未満」が対象とされている自治体は少なかった。

健康増進法に基づく健康増進事業としての健康診査を実施しているか（複数回答可）



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

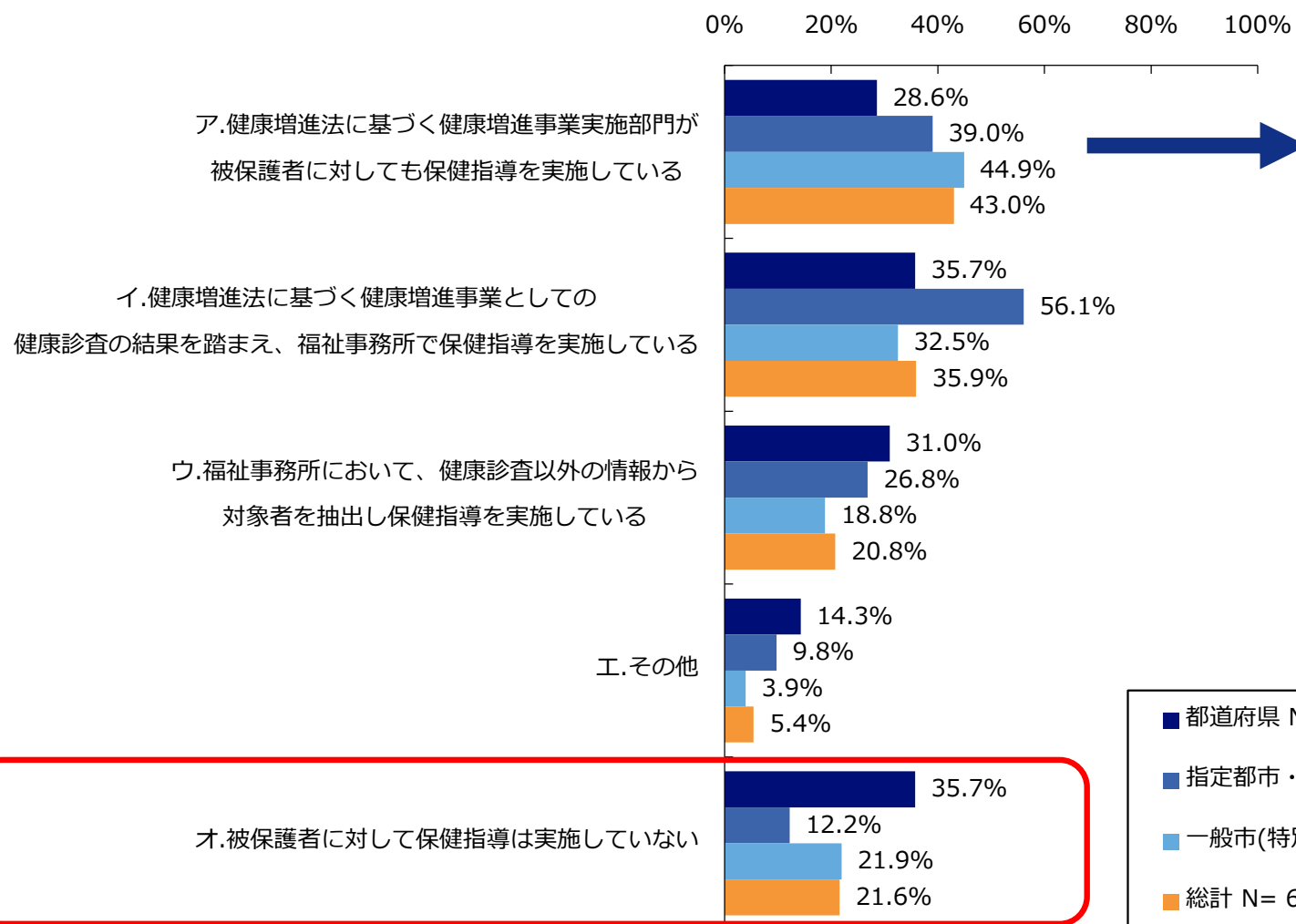
ウ.就労支援や家計改善支援の一環として把握している

※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。

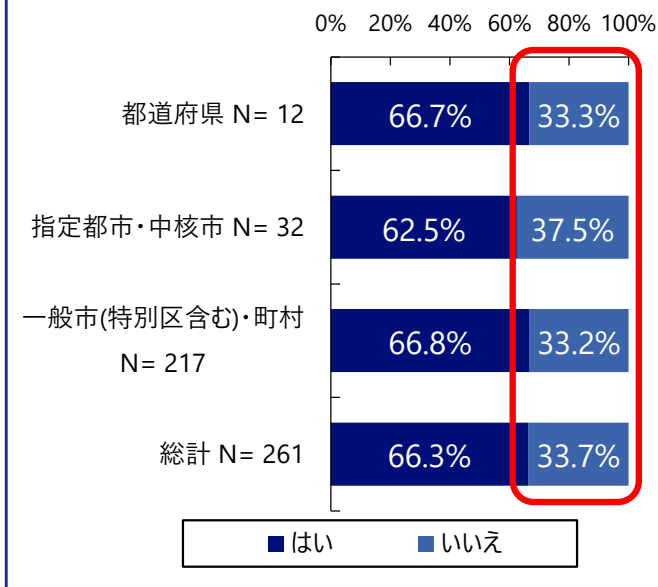
被保護者に対する保健指導の実施状況

「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

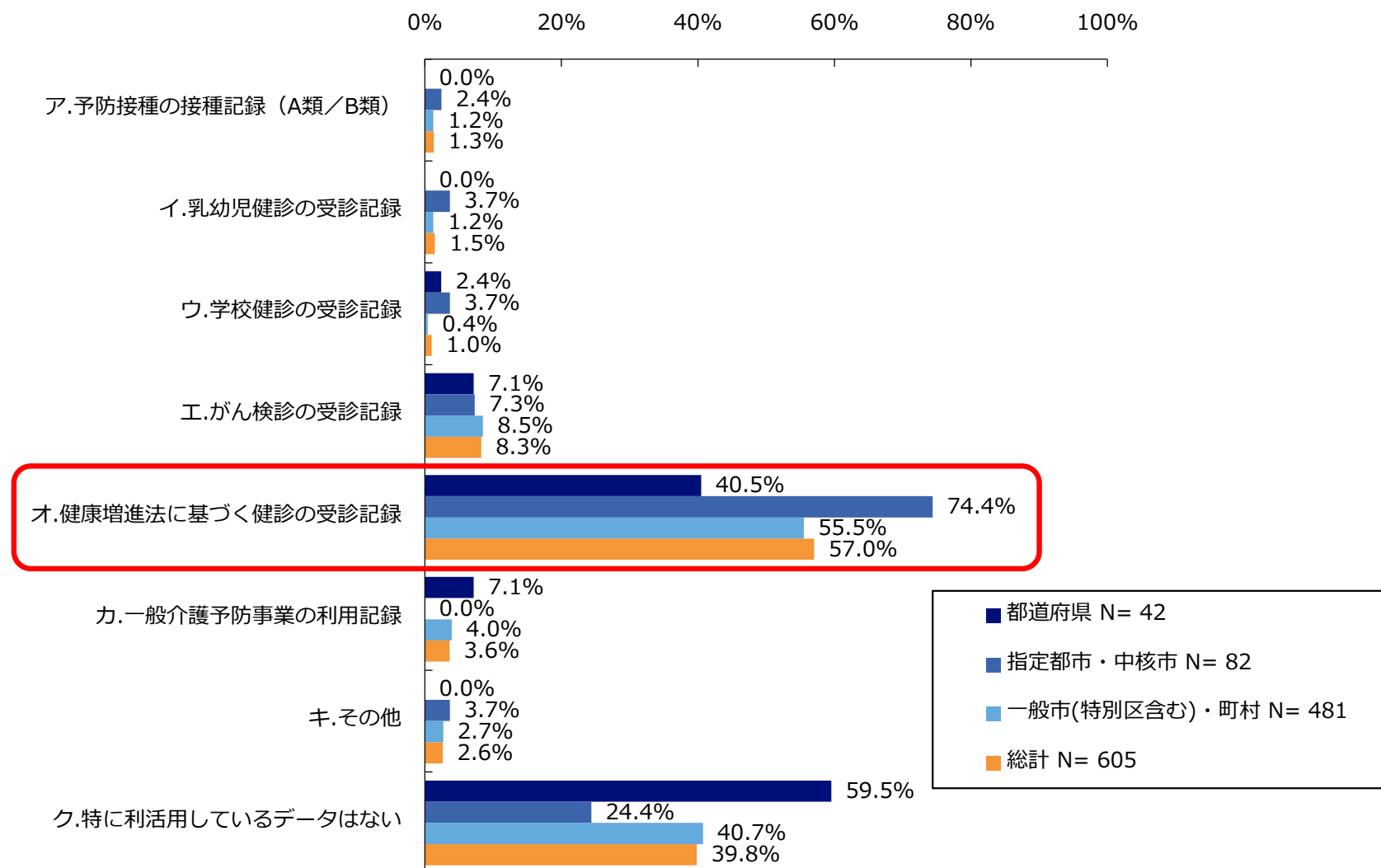


■ 都道府県 N= 42
 ■ 指定都市・中核市 N= 82
 ■ 一般市(特別区含む)・町村 N= 483
 ■ 総計 N= 607

他部署のデータの利活用状況

利活用している他部署所有のデータについて、「健康増進法に基づく健診の受診記録」が最も多かった。

被保護者に対する支援を実施する上で、他部署の所有するデータを利活用しているか（複数回答可）



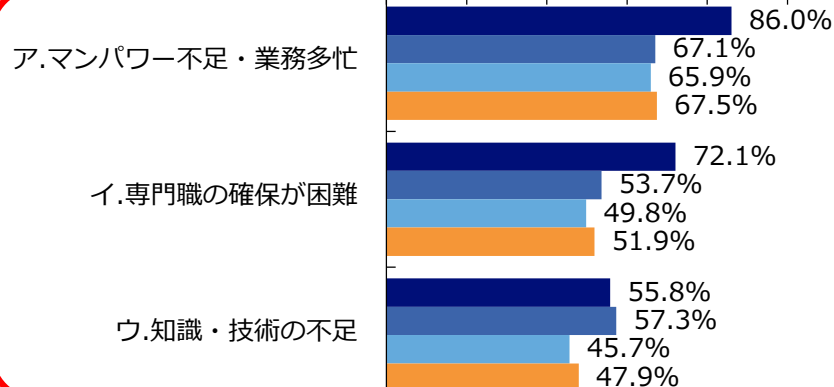
被保護者健康管理支援事業の課題

被保護者健康管理支援事業の推進にあたっての障壁・課題について、福祉事務所の体制面（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）や、被保護者要因（制度理解・健康意識・動機付け、精神疾患等の支援困難ケースの多さ）を挙げる自治体が多かった。特に、指定都市・中核市においては、被保護者要因を挙げる自治体が多かった。

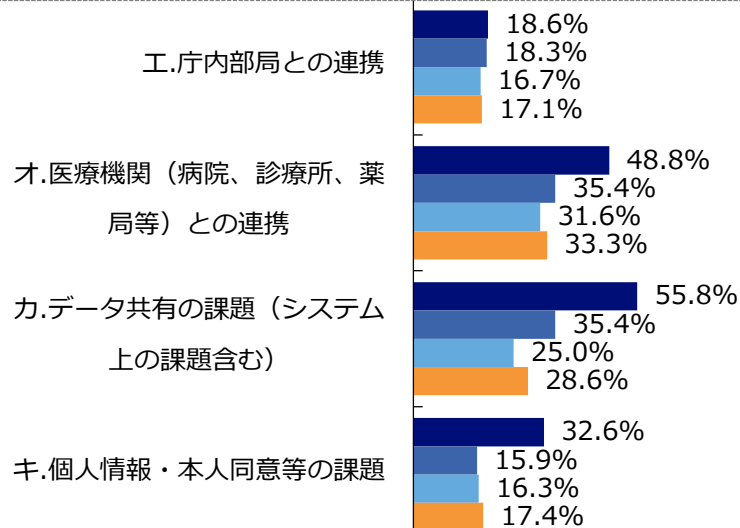
被保護者健康管理支援事業の推進にあたり障壁になっていることや課題（複数回答可）

0% 20% 40% 60% 80% 100%

マン
パ
ワ
ー
関
係

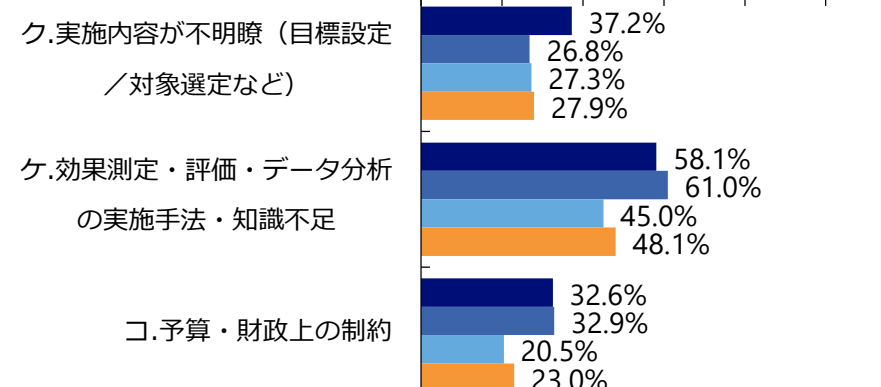


関
係
者
・
機
関
連
携
、
情
報
共
有

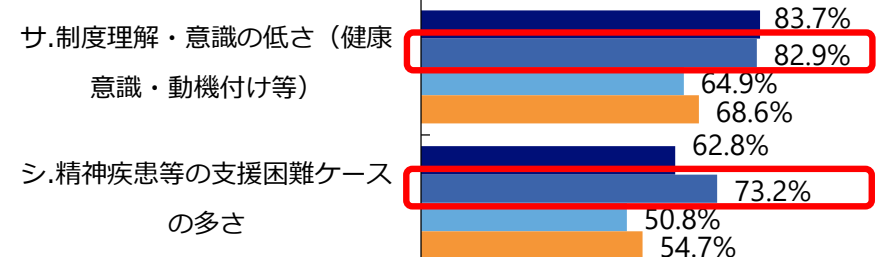


0% 20% 40% 60% 80% 100%

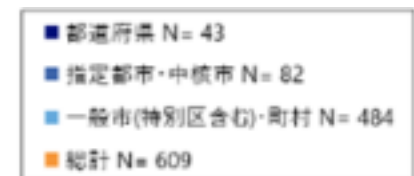
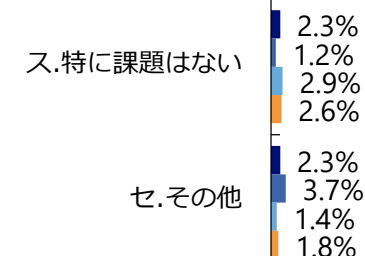
事
業
運
営
・
制
度
・
評
価



被
保
護
者
要
因



そ
の
他



2. 医薬品の適正使用・適正受診等

ひと、くらし、みらいのために

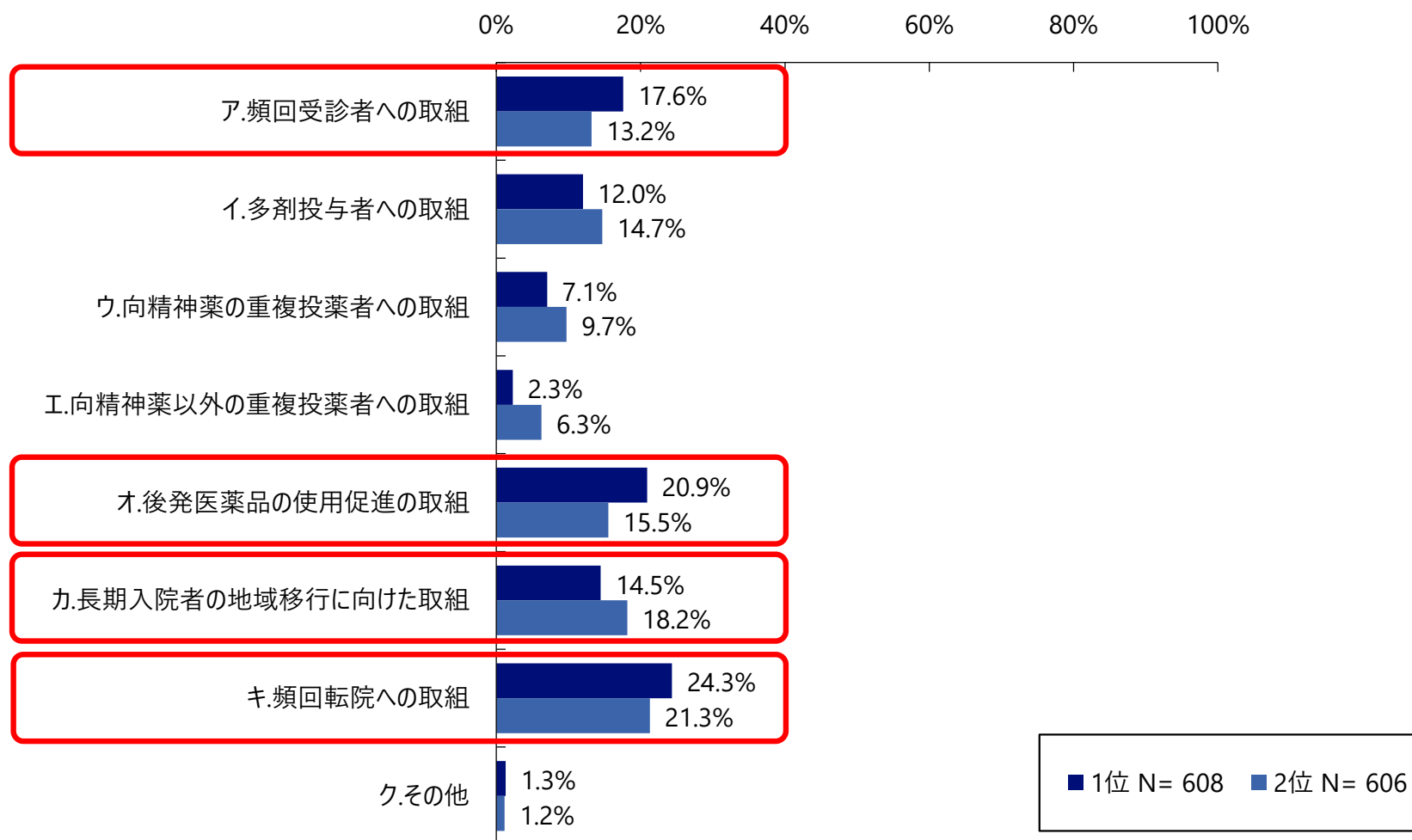


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

【総論】 効果が低いと考える取組

医薬品の適正使用・適正受診等に向けた取組のうち「得られる効果が低い」と考えられるものについて、「頻回転院への取組」が最も多く（1位に挙げた自治体が24.3%、2位が21.3%）、「後発医薬品の使用促進の取組」、「頻回受診者への取組」、「長期入院者の地域移行に向けた取組」が続いた。

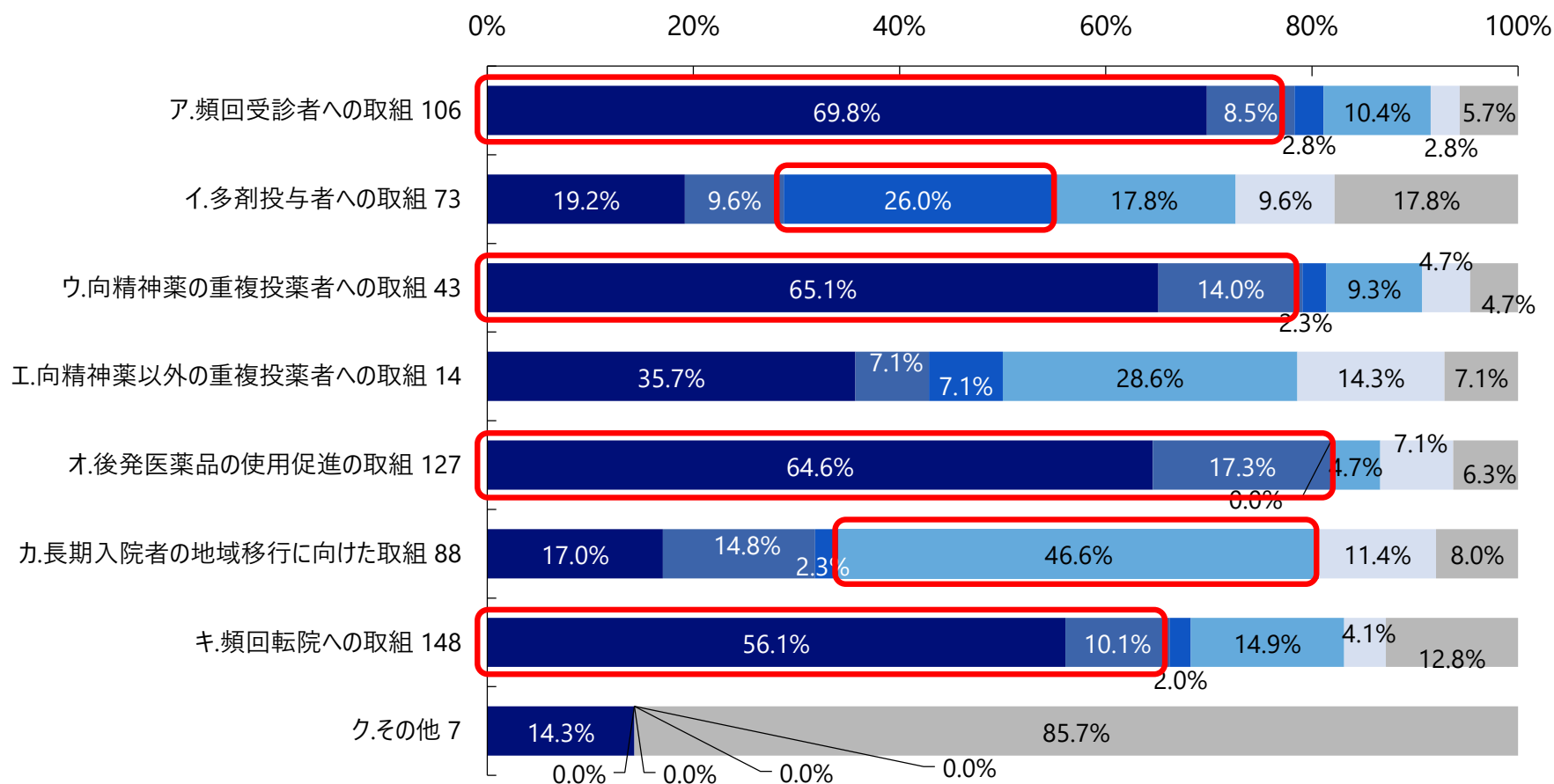
医療扶助の適正実施に向けた取組について、得られる効果が低いと考えられるもの



【総論】 効果が低いと考える理由

「頻回受診者への取組」「向精神薬の重複投薬者への取組」「後発医薬品の使用促進の取組」「頻回転院への取組」では、「既
に取組が進んでいる」ことを理由とする自治体が多かった。このほか、「多剤投与者への取組」（抽出基準が不適切）、「長期
入院者の地域移行に向けた取組」（指導の困難さ）など、取組ごとに特徴的な「理由」も見られた。

得られる効果が低いと考えられるもの1位の理由

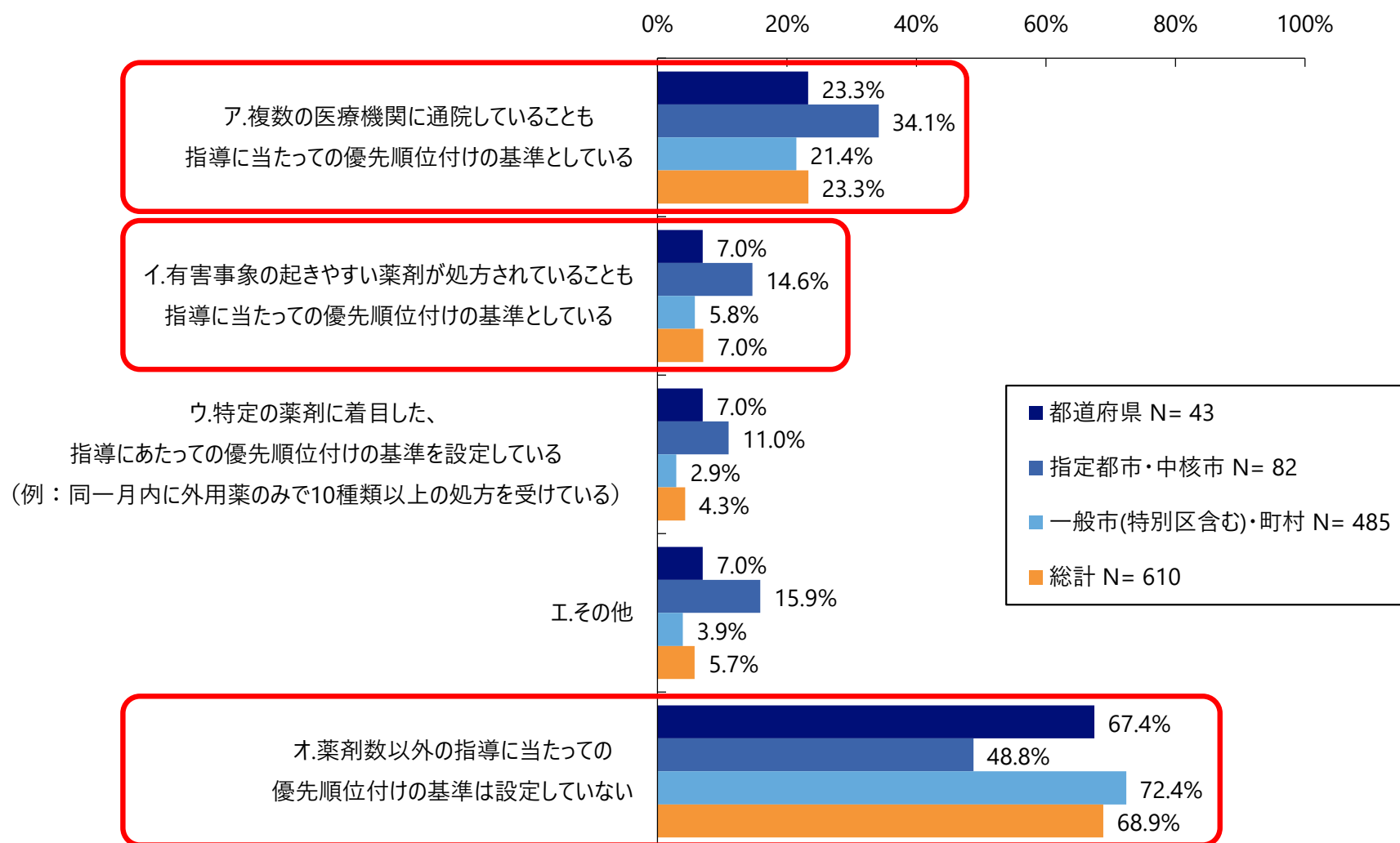


- 1. 既に取り組んでおり、指導対象者自体が少ない
- 2. 既に取り組んでおり、改善が期待できる指導対象者が少ない
- 3. 指導対象者の抽出基準が適切ではない
- 4. 指導対象者への指導が困難である
- 5. 医療機関側の協力が得られない
- 6. その他

【多剤投与】指導実施時の優先順位付けの基準

優先順位付けの基準について、「設定していない」とする自治体が多数を占めた。一方、複数の医療機関に通院していることや、有害事象の起きやすい薬剤が処方されていることを基準として設定している自治体も一定数みられた。

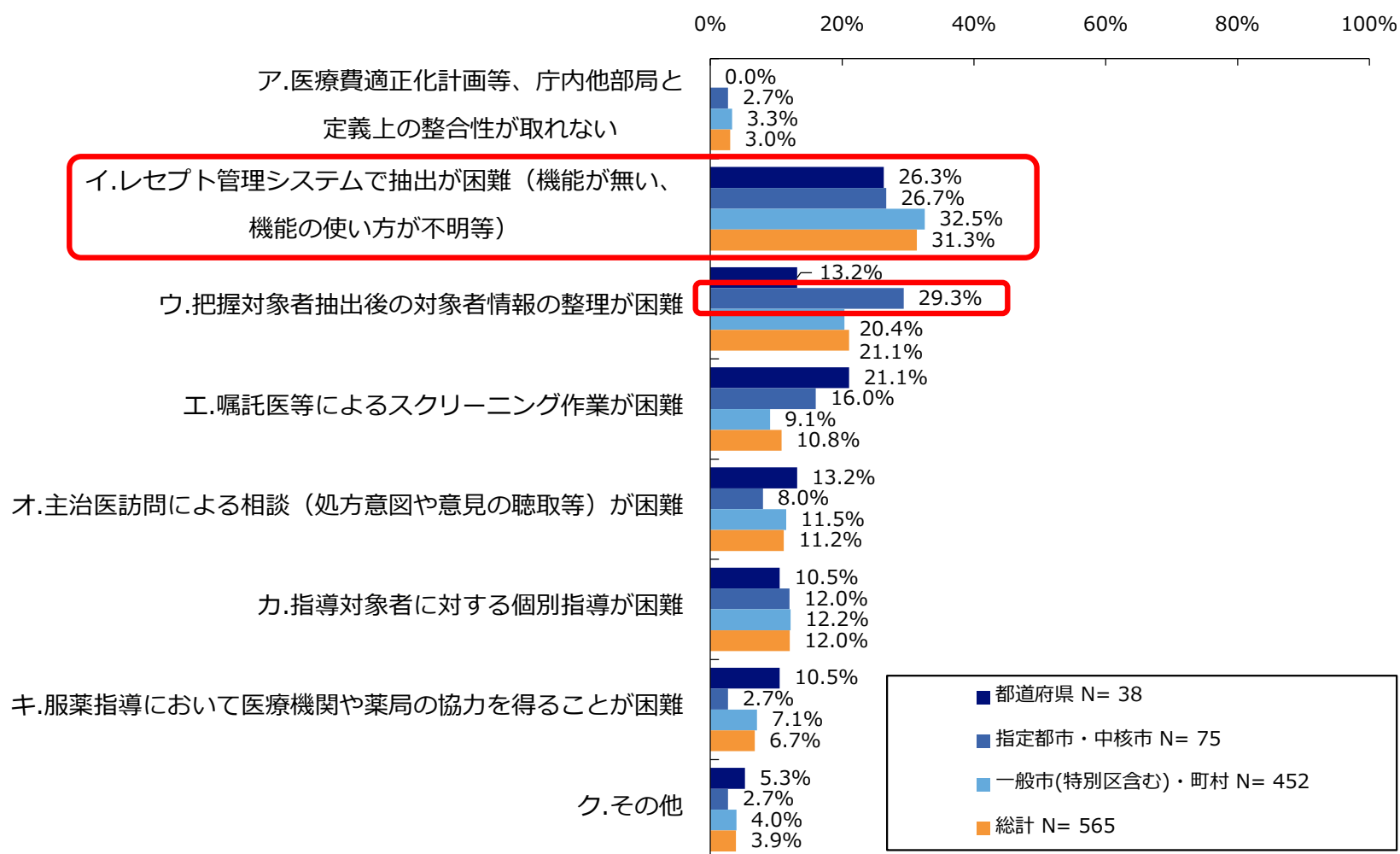
多剤投与者の指導を実施する際の優先順位付けとして薬剤数以外の基準を設定しているか（複数回答可）



【多剤投与】指導対象者の拡大に係る課題

多剤投与の指導対象者を拡大する際に想定される課題について、全体では「レセプト管理システムでの抽出が困難」が最も多く、指定都市・中核市では「把握対象者抽出後の対象者情報の整理が困難」が最も多かった。

指導対象者を15種類未満に拡充する場合、ボトルネックと考えられる要因



【重複・多剤投与】指導対象者（候補者）の抽出方法

全体的に、福祉事務所の「レセプト管理システム」の抽出機能を活用している自治体が最も多かった。指定都市・中核市では、「外部機関への委託」との回答も比較的多かった。

重複・多剤投与者を抽出する際の手法



■ A. レセプトや薬歴等をもとに対象者を手動で抽出している

■ C. 外部機関にデータ分析・抽出業務を委託している

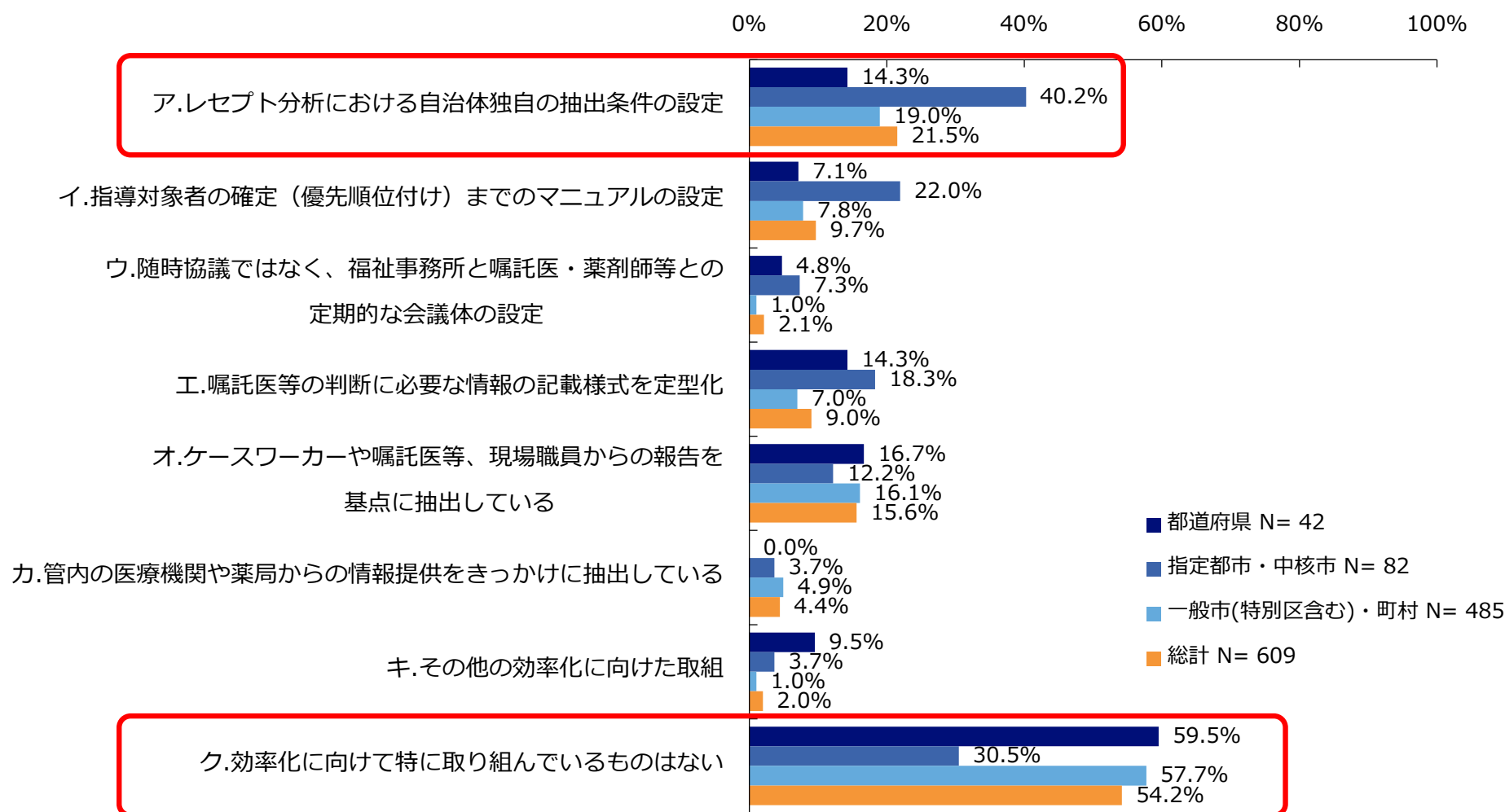
■ B. レセプト管理システムの抽出機能を活用している

■ D. その他の抽出手法

【重複・多剤投与】指導対象者の抽出プロセスにおける工夫

指導対象者の抽出プロセスを効率化する工夫について、「特に取り組んでいるものはない」との回答が過半数であった。実施されている工夫の中では、「レセプト分析における自治体独自の抽出条件の設定」が多かった。

重複・多剤投与の指導対象者の抽出プロセスを効率化する工夫（複数回答可）



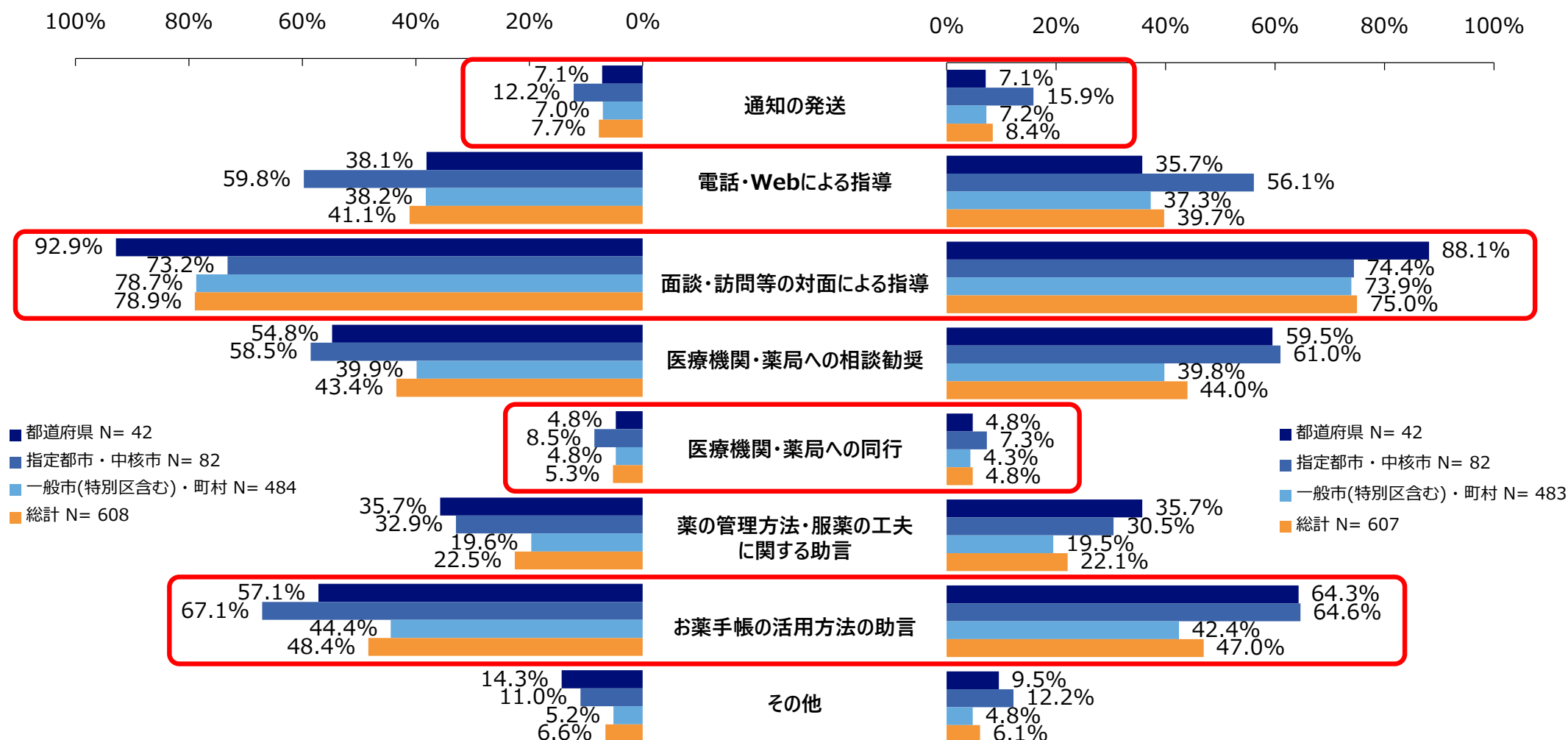
【重複・多剤投与】指導の内容

重複投薬者に対する指導と、多剤投与者に対する指導のいずれについても、「面談・訪問等の対面による指導」が全体で最も多く、「お薬手帳の活用方法の助言」が続いた。一方、「通知の発送」や「医療機関・薬局への同行」は少数であった。

重複・多剤投与者に対する指導内容について、実施・検討しているもの（複数回答可）

1. 重複投薬者への指導

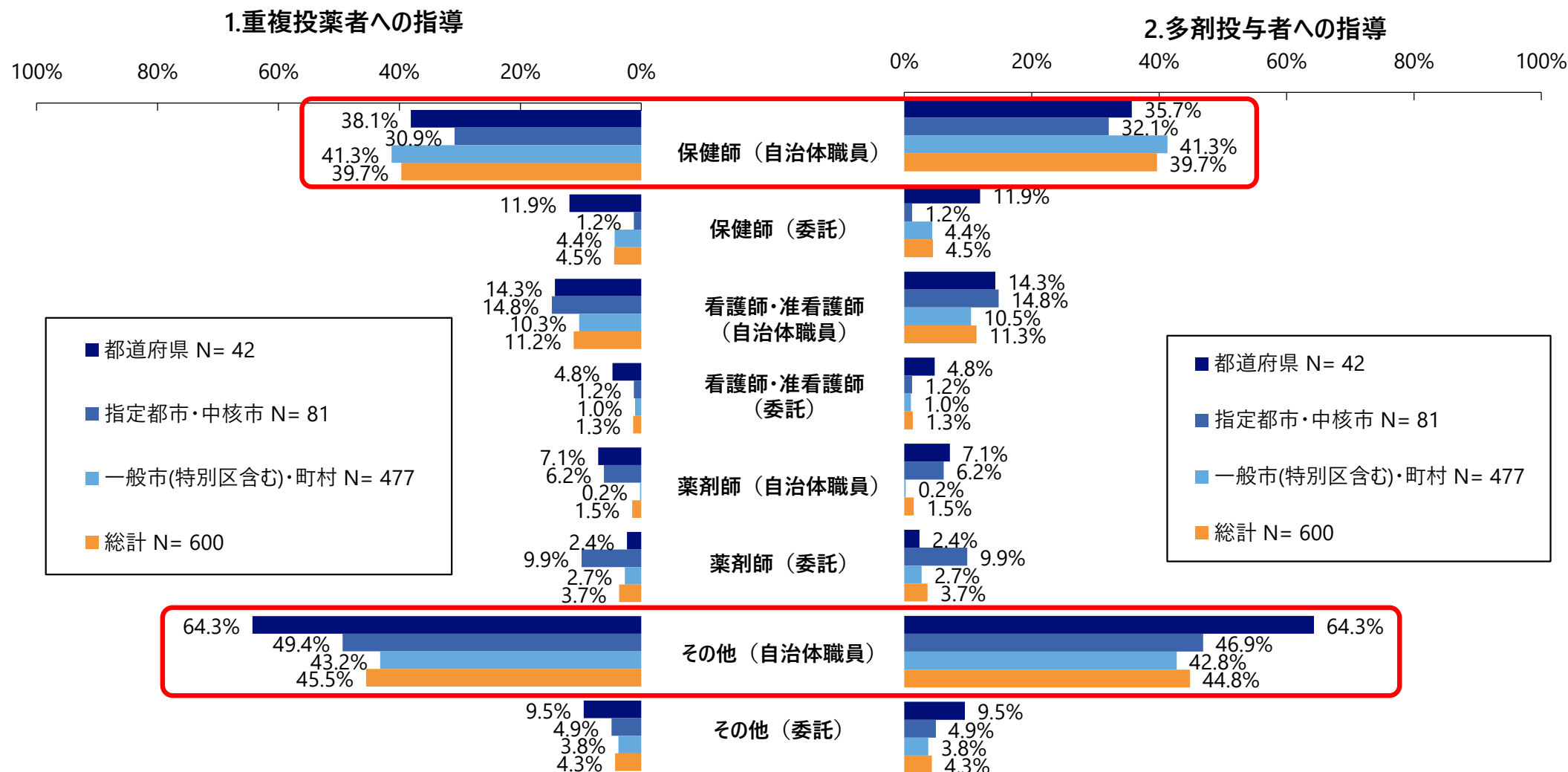
2. 多剤投与者への指導



【重複・多剤投与】指導の実施者

重複投薬者に対する指導と、多剤投与者に対する指導のいずれについても、「その他（自治体職員）」が全体で最も多く、「保健師（自治体職員）」が続いた。

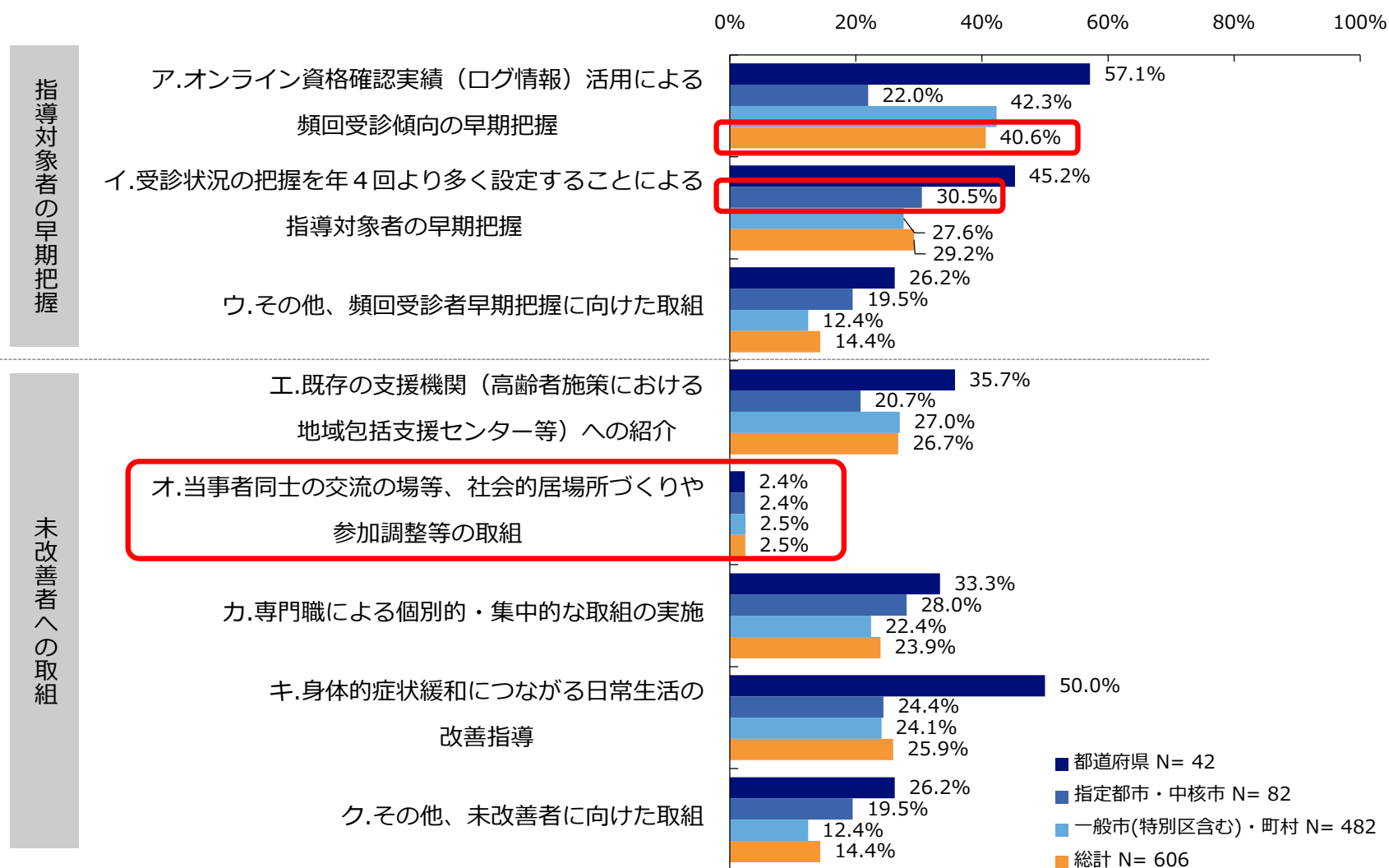
重複・多剤投与者に対する指導を行っている者（複数回答可）



【頻回受診】 早期把握等の取組状況

指導対象者の早期把握の取組について、全体では「オンライン資格確認実績（ログ情報）活用」が最も多く、指定都市・中核市では「受診状況の把握を年4回より多く設定」が最も多かった。また、未改善者への取組について、「社会的居場所づくりや参加調整等の取組」は最も少なかった。

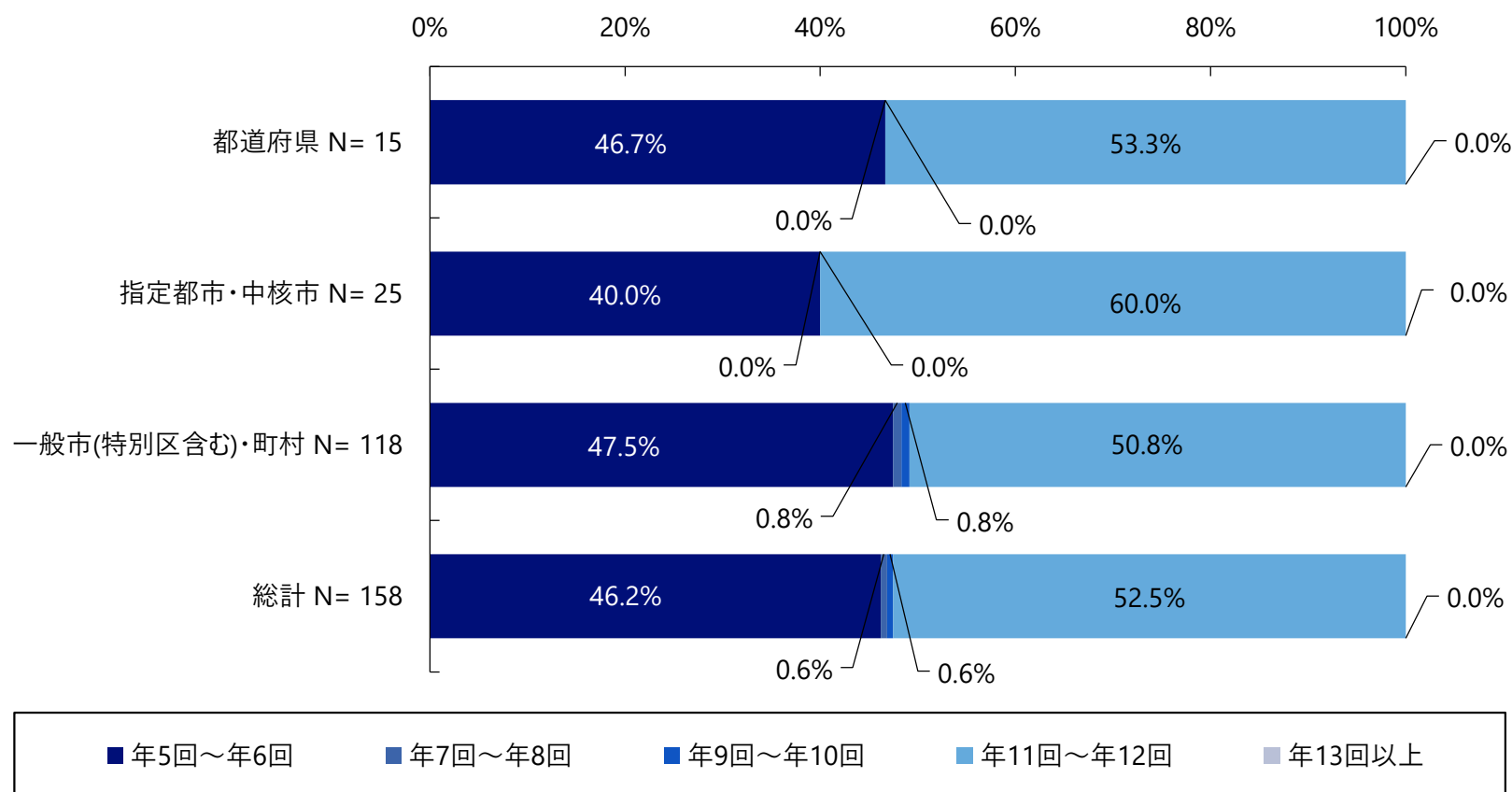
頻回受診対策として実施・検討しているもの（複数回答可）



【頻回受診】 受診状況の把握回数

受診状況を把握するタイミングを年4回より多く設定している自治体では、「年5回～6回」との回答と「年11～12回」との回答が、概ね半々であった。

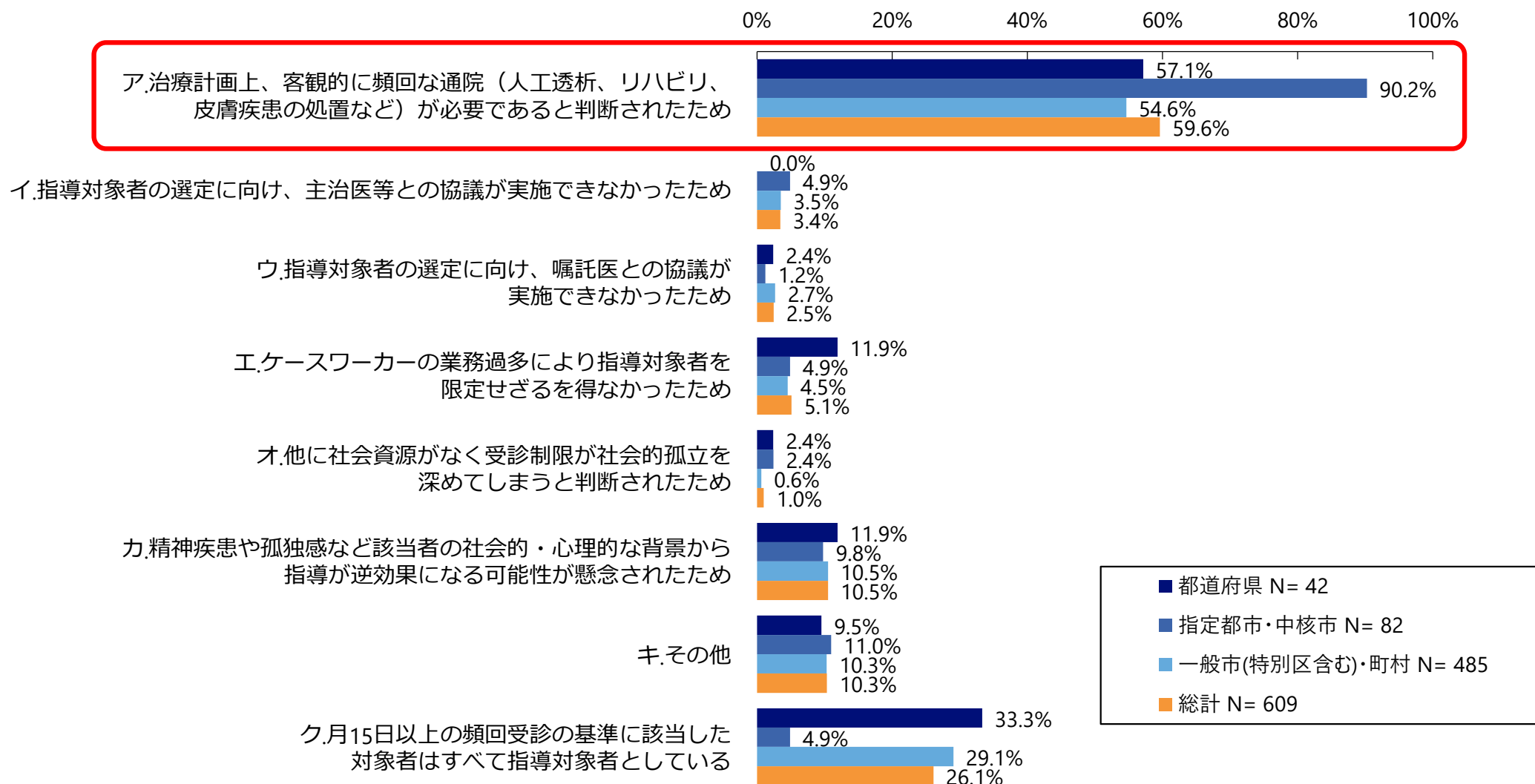
受診状況の把握を年4回より多く設定することによる指導対象者の早期把握
具体的な回数



【頻回受診】最終的に指導対象者としなかった理由

レセプト抽出により候補者となったものの、最終的に指導対象者としなかった理由について、「治療計画、客観的に頻回な通院が必要であると判断されたため」が最も多かった。

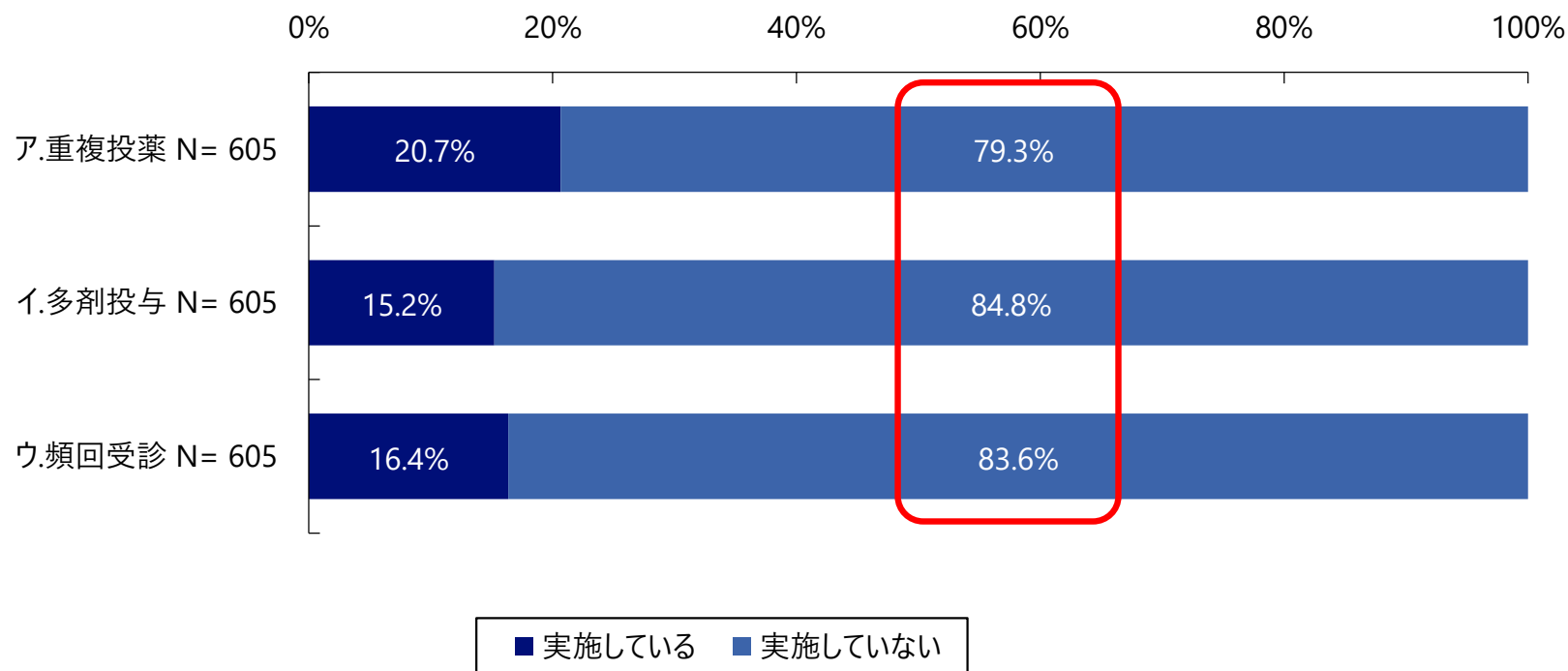
頻回受診の基準に該当したものの指導対象者としなかった主な理由（2つまで回答可）



【その他】他法によるレセプトの確認状況

重複・多剤投与や頻回受診対策における、他法によるレセプト（難病・自立支援医療など）の確認状況について、多くの自治体で「実施していない」との回答であった。

重複・多剤投与および頻回受診対策として、
他法によるレセプト（難病・自立支援医療など）の確認を実施しているか



3. 都道府県による市町村支援 (令和7年度施行)

ひと、くらし、みらいのために



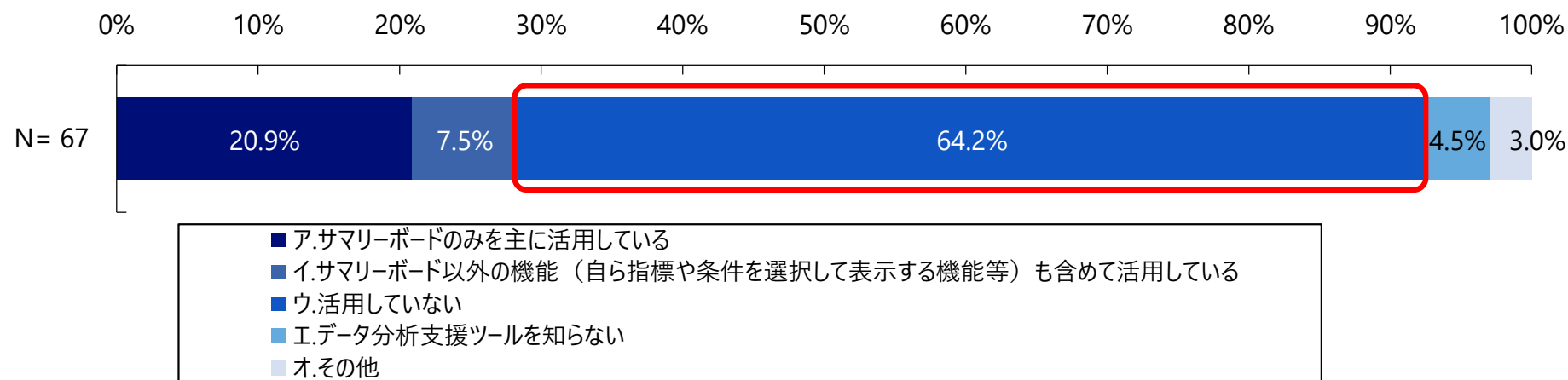
厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

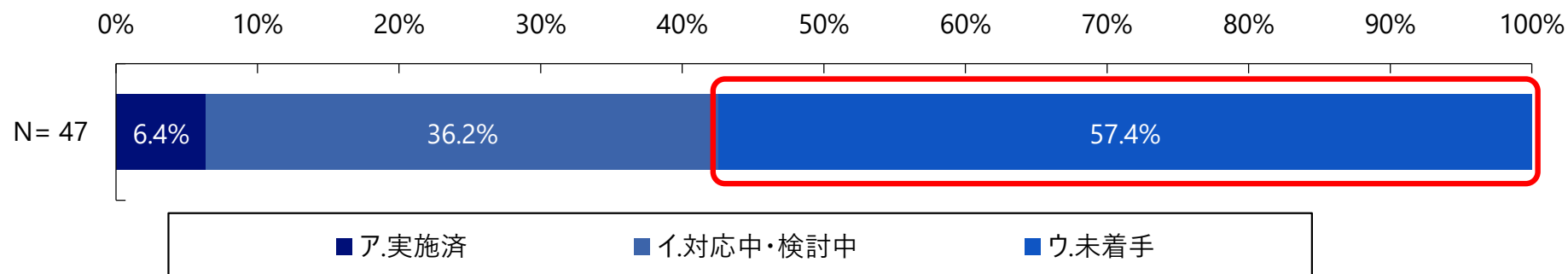
都道府県回答／データ分析支援ツールの活用状況

国が都道府県に配布した「データ分析支援ツール」について、「活用していない」との回答が最も多かった。また、管内の地域比較等のデータ分析について、「未着手」との回答が最も多かった。

データ分析支援ツールについて、どの程度活用しているか



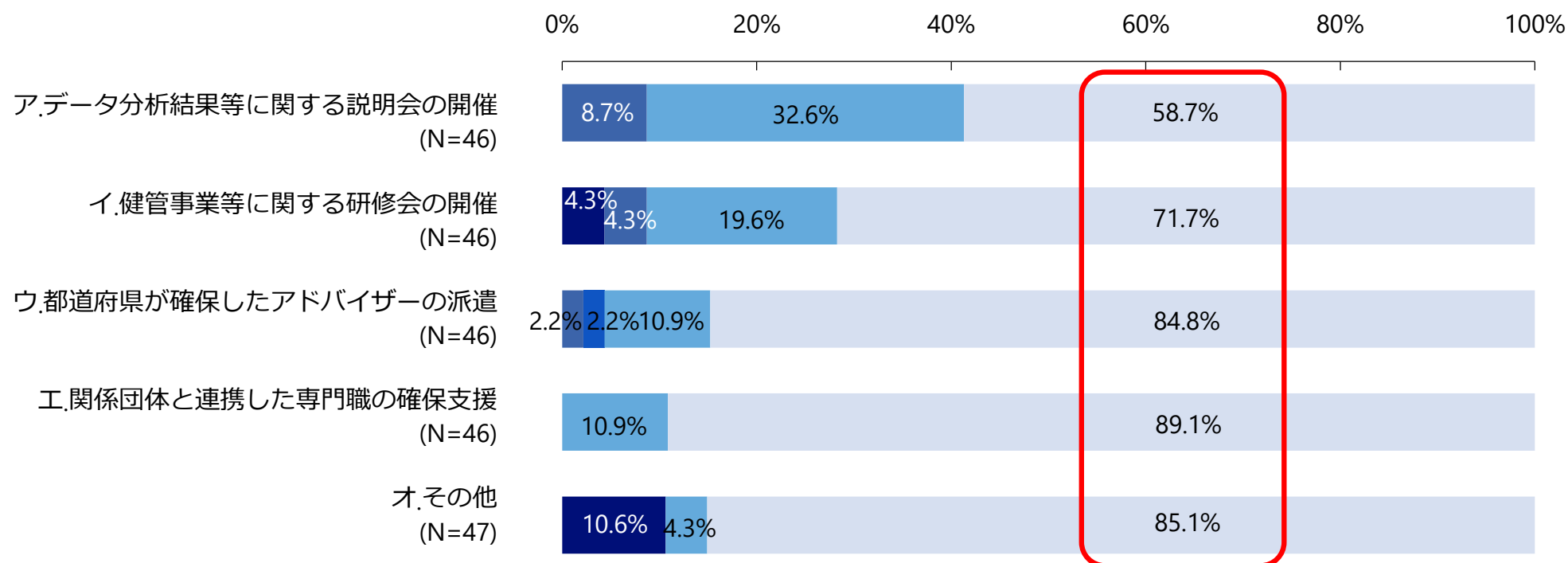
R7年度中の管内の地域比較等のデータ分析の実施について、現在の取組状況



都道府県回答／市町村に対する技術的助言等の実施状況

市町村に対する技術的助言等については、「予定無し」との回答が最も多かった。

管内市町村へ医療扶助や被保護者健康管理支援事業に関する技術的助言等の支援を行っているか



■ 1. 令和6年度以前から実施 ■ 2. 令和7年度に新規実施 ■ 3. 令和8年度の新規実施に向けて検討中 ■ 4. 検討中（時期未定） ■ 5. 予定無し

市町村回答／既に受けている支援、希望する支援

市町村に対する質問において、「既に受けている支援」と「希望する支援」について、いずれも「健康管理支援事業等に関する研究会の開催」との回答が最も多かった。この他、「希望する支援」については、「都道府県が確保したアドバイザーの派遣」や「関係団体と連携した専門職の確保支援」との回答も多かった。

