



医療扶助・健康管理支援等に関する議論の整理（たたき台）

＜総論＞

検討に当たっての視点

＜各論＞

- 1．効果的な健康管理支援
- 2．医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等
 - （１）医薬品の適正使用に向けた取組
 - （２）適正受診に向けた取組等
- 3．医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用
- 4．実施体制の構築・強化

＜総論＞

検討に当たっての視点

＜各論＞

- 1．効果的な健康管理支援
- 2．医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等
 - （１）医薬品の適正使用に向けた取組
 - （２）適正受診に向けた取組等
- 3．医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用
- 4．実施体制の構築・強化

<生活保護受給者の状況>

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

<検討に当たっての視点>

- 生活保護制度の目的は、最低生活の保障と自立の助長。日常生活面の自立（健康・生活管理等）に資するよう、**疾病の予防・重症化予防に向けた効果的な支援、受診・服薬等の状況を踏まえた健康・生活課題の早期把握、当該課題に応じた適切な対応（リスクの低減、生活支援の質向上など）等を強化していく視点が重要。**
併せて、こうした支援・対応等を通じて適正受診や医薬品の適正使用等も進め、医療保険制度と同様に、医療資源の効率的な活用を図ることで、**生活保護制度に対する信頼を高めていく視点も重要。**
- 支援・対応等の強化に当たっては、**健康づくりや医療費適正化等に関する一般的な取組・対策の状況も踏まえながら、関係者が有する専門性・ノウハウ等の効果的な活用や効率的な取組の実施**に向けて、**福祉事務所と関係部署、地域の医療関係者や多様な社会資源との連携を一層推進していく視点が不可欠。**
併せて、医療現場と自治体のいずれにおいても人員確保や業務負担が課題となっている中、**デジタル活用も含めた業務の効率化や、業務の重点化（優先順位付け等）を進めていく視点も重要。**

検討に当たっての視点

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

- 頻回受診の指導など医療扶助の適正化は、生活保護制度の信頼性の確保という点から非常に重要。健康管理支援も、将来の医療費抑制や自立支援という観点から大変重要。
- 自治体では、国保も含め、医療費の総量抑制は大変大きな問題。生活保護の医療扶助も、効果的な健康管理をしながら、いかに医療扶助の適正化を加速していくかというところが急務。
- 高齢化の問題と、医療扶助費が生活保護費の半分以上を占めるという問題。地域の社会関係資本を豊かにして、単に医療だけに頼らない仕組みまで考えないと、なかなか前に進まないのではないかと。
- ケースワーカー、保健師、かかりつけ医や薬局など地域の医療資源が、自立の基盤である健康づくりや個々の生活支援に向け、しっかりと連携していくことが必要。
- ケースワーカーが適正受診や重複・多剤投与についてアプローチをする際、被保護者・医療機関・薬局から「受診を減らすことで病状が悪化したら、福祉事務所は責任を取れるのか」と言われたときに適切な回答ができるかどうか。どのように関係者と連携しながら、一段強い取組ができるのか検討が必要。
- 限られたマンパワーの中で業務負担がどんどん増えている。どのように効率化するかが課題。
- 健康管理支援事業をどうしていくかという各論から議論をスタートするのではなく、医療扶助関連の取組全体の中で健康管理支援事業をどう位置づけるかという議論からスタートすべき。医療扶助関連の取組には、健康管理支援事業のみならず、適正受診、医薬品の適正使用など様々な論点がある。それぞれの業務が肥大化することのないよう、医療扶助関連の取組における優先順位付けをした上で、それぞれの事業に割けるリソースはどの程度か、それに応じた取組としてこういった内容が考えられるか、といった順番で議論をしていくべき。
- 生活保護分野の取組と、健康・医療・介護・精神保健福祉・子どもなど関係する様々な施策と、どのように重なるか整理が必要。行政はますます人が足りなくなるが、やることはいろいろと出てくる。協力して対応できる部分は協力する仕組みを作っておく必要。
- 何が生活保護の問題で、何が日本社会全体の課題なのか、区別して対応すべき。困難があっても行動を変えることが難しい方々が生活保護を利用する。生活保護の利用開始を契機に、はじめて健康リテラシーを高めようと働きかけるのは非常に難しい。生活保護を利用する前段階から、国民全体に対して健康リテラシーを高めていくことこそ、最も重要視されるべき。その上で、生活保護を利用する状況になった、健康づくりが難しい方々をサポートしていくのが被保護者健康管理支援事業、という考え方であるべき。
- ポリファーマシー、頻回受診、訪問看護、すべて中医協でも大きなテーマとなっている。医療扶助の問題というよりも、医療一般の問題として受け止めなければならない。医療扶助だけで解決しようとすると、ゆがみが発生してしまうのではないかと。

生活保護受給者の医療扶助・健康管理支援等と関連する各種制度

	保健	医療		介護・福祉など 介護、精神保健福祉 こども・母子保健
		給付	提供体制	
各担当 部門	健康増進事業 ・ 特定健診の非対象者に対する健康診査、保健指導 ・ がん検診など各種検診 ※市町村の努力義務	—	地域医療 構想 医療計画	介護保険制度 障害福祉制度 子ども・子育て支援制度
福祉 事務所	被保護者健康管理支援事業 ・ 健診受診勧奨 ・ 医療機関受診勧奨 ・ 保健指導・生活支援 ・ 重症化予防 ・ 頻回受診指導 医療扶助適正化等事業 ・ レセプトを活用した医療扶助適正化 ・ 適正受診指導等の推進 ・ 多剤投与の適正化に向けた支援等の強化 ・ 精神障害者等の退院促進 等	医療扶助	—	介護扶助

医療扶助と医療保険との主な相違点

	提供側（医療機関等）			患者側
	診療報酬	診療方針	医療機関等に対する指導等	
医療保険	診療報酬の内容は共通	診療方針の内容は共通 ● 保険医療機関及び保険医療養担当規則 ● 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則	● 厚生局等において指導・監査等を実施	● 自己負担あり ● フリーアクセス ● 保険者等が実施する保健事業として、医薬品の適正使用等に向けた指導を実施
医療扶助	* 生活保護法上、医療扶助の診療報酬は国民健康保険の例によることとされている。 * ただし、医療扶助では、保険外併用療養費（評価療養、患者申出療養、選定療養）は給付対象外としている。 ※例外的に、一部の長期入院選定療養は医療扶助の給付対象 ※なお、大病院の初診・再診に係る選定療養において、公費負担医療制度の受給対象者は対象から除外されており、特別の料金は徴収されていない	* 生活保護法上、医療扶助の診療方針は国民健康保険の例によることとされている。 + ● 生活保護法上、後発医薬品使用の原則を規定 ※被保険者には自己負担があり、先発医薬品使用による自己負担額の増加が後発医薬品使用の動機付けになると考えられる。 他方、<u>医療扶助受給者は自己負担が発生せず、後発医薬品を選択する動機付けが働きにくい状況を踏まえ、措置されたもの。</u>	● 都道府県・指定都市・中核市において指導・検査等を実施	● 自己負担なし ● 被保護者の申請に基づき、福祉事務所が選定・委託した指定医療機関を受診 ※選定に当たっては、 ・ 患者本人の希望を参考 ・ 居住地等の比較的近距離に所在する医療機関を基本 ・ 200床以上の医療機関は、紹介状がある場合、緊急その他やむを得ない事情がある場合等に限定 ● 福祉事務所において、適正受診、医薬品の適正使用等に向けた指導を実施

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援

2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等

(1) 医薬品の適正使用に向けた取組

(2) 適正受診に向けた取組等

3. 医療扶助・健康管理支援や介護扶助における デジタル化やデータ活用

4. 実施体制の構築・強化

ひと、暮らし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

効果的な健康管理支援

現状・課題

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

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

効果的な健康管理支援

議論の整理（たたき台）

- 自立した日常生活を送るためには、生活機能の維持・向上が不可欠であり、生活習慣病の発症・重症化の予防や、心身機能の低下（運動機能の低下、やせ、メンタル面の不調等）の防止など、健康状態の改善に向けた取組が重要となる。これらの取組の基礎となるのは、栄養・食生活、身体活動・運動、休養・睡眠、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善や、日常的な社会とのつながりの確保である。
- 保険者・自治体が実施する保健事業（国保保健事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）においては、1期6年の「データヘルス計画」を策定の上、特定健診・保健指導など生活習慣病の発症・重症化予防の取組や、栄養・運動・口腔等に係る健康教育・健康相談の取組をはじめ、地域の健康課題に応じた取組が実施されている。
- 生活保護受給者に関しては、国民全体よりもさらに高齢化が進行し、比較的若い世代も含めて生活習慣病の罹患率が高い状況にある。また、単身世帯・非稼働世帯の割合が高く、孤独・孤立や精神面の不調など個々が抱える課題も様々である。
こうした中、健康状態の改善や生活習慣の改善に向け、福祉事務所と医療関係者との連携の下、効果的な健康管理支援を実施していく必要がある。
- その際、健康管理支援に関しては、医療専門職による対応が必要な取組（健診結果の評価や健康状態に応じた個別的支援など）のみならず、例えば、ケースワーカーにおいて「健康管理支援」と意識することなく実施されている「生活習慣の把握・改善」に係る取組等も重要な要素であることを改めて認識した上で、既存の取組をベースにした効果的な支援方策を検討していく視点も重要である。
併せて、例えば、精神面の不調を抱える者を精神保健福祉分野の支援につなぐこと、孤独・孤立の課題を抱える者を社会参加の場（就労、ボランティア、一般介護予防事業等）につなぐことなど、各種施策や地域資源に積極的につないでいく視点も重要である。

議論の整理（たたき台）

（被保護者健康管理支援事業の枠組み）

- 「被保護者健康管理支援事業」について、地域ごとに健康課題や実施体制が異なることに留意の上、各自治体で適切に効果評価を実施しながら、取組の質向上を図っていくことが重要である。
こうした観点から、各自治体において、中長期的な視点を持ちつつ、健康課題に応じた事業の企画・実施や適切な効果評価が進められるよう、事業の枠組みを標準化することとしてはどうか。
- * 令和7年度社会福祉推進事業において、医療保険の「第3期データヘルス計画（令和6～11年度）」や「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」等の取組を参考にしつつ、「被保護者健康管理支援事業の手引き」の見直しについて検討中。具体的な検討状況は次頁を参照。
- 事業の枠組みの標準化に当たっては、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」における取組（※）を参考に、各自治体における事業の準備・検討・調整等に関する具体的なガイドラインを作成するなど、国において丁寧な技術的支援を行う必要があるのではないか。その際、自治体・福祉事務所の特徴に応じて、取り組みやすい内容・方法等が異なり得る点にも配慮する必要があるのではないか。

※市町村における『高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施』のための進捗チェックリストガイド
（令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 政策科学総合研究事業）

【参考】「被保護者健康管理支援事業の手引き」に係る見直しの検討状況

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

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

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

議論の整理（たたき台）

（健康状態・生活習慣の把握等）

- 生活習慣病の発症・重症化の予防や心身機能の低下の防止など、健康状態の改善に向けた取組を進める際、まずは、健診等により健康状態や生活習慣を把握することが重要である。このため、以下のとおり対応することとしてはどうか。
 - ① 健診について、全国平均では国保被保険者や後期高齢者医療と比較して受診率が低い状況にある一方で、受診率の向上に成功している自治体もあることから、受診率向上に効果的であった取組事例を積極的に共有することとしてはどうか。
 - ② 健診のみならず、ケースワーカーによる訪問調査時における「生活習慣の把握」について、健康管理支援に係る取組の1つとして位置付けることとしてはどうか。また、医療専門職に対して円滑な状況共有を図る観点から、推奨される把握項目を整理した標準的なシート（フェイスシート）を周知することとしてはどうか。

（健康意識の向上・動機付け等）

- 自立支援の観点からは、被保護者自身で日頃から健康に気を遣い、運動・社会参加等の健康行動に取り組むよう促していくことが重要である。このため、以下のとおり対応することとしてはどうか。
 - ① 福祉事務所における実践の中から、健康意識の向上に効果的であった取組事例（例えば、健康だより等の効果的なメッセージ、アプローチに当たり効果的な場面・機会等）を積極的に共有することとしてはどうか。
 - ② 例えば、自治体が実施する健康インセンティブやボランティアポイント等の取組、自治体が推進するPHR（パーソナルヘルスレコード）を活用した取組など、他部門で実施されている取組の活用（案内・勧奨等）について、健康管理支援に係る取組の1つとして位置付けることとしてはどうか。

議論の整理（たたき台）

（関係部門・関係機関等との連携）

- 効果的な支援を実施していくためには、行政内部の関係部門や地域の医療関係者との連携を通じて、各々が有する専門性やノウハウ等を積極的に活用していくことが重要である。このため、以下のとおり対応することとしてはどうか。
 - ① 国保・健康増進部門等においては、データヘルス計画や健康増進計画の策定やこれに基づく取組等が実施されているところ、被保護者健康管理支援事業において、こうした専門性・ノウハウ等を活用する観点から、積極的な連携を検討することとしてはどうか。
 - ② 生活保護制度では、被保護者健康管理支援事業のほか、子どもの進路選択支援事業や被保護者地域居住支援事業、被保護者就労支援事業など、自立支援を目的とした各種事業が実施されている中、こうした各種事業と連携した健康面の取組について、健康管理支援に係る取組の1つとして位置付けることとしてはどうか。

例：子どもの進路選択支援事業では、支援員による家庭訪問等の際、進路選択に係る助言・相談と併せて、子どもの生活状況・健康状態の把握も実施。過去のモデル事業のノウハウ・事例等の活用が想定される。
 - ③ 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役割を担っている関係機関（例えば健康サポート薬局など）がある場合、積極的に連携を検討するとともに、こうした関係機関と連携した取組（必要に応じた相談勧奨等）について、健康管理支援に係る取組の1つとして位置付けることとしてはどうか。

<被保護者健康管理支援事業の枠組み等>

(事業の企画等)

- 「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」は、令和2年度から開始し、現在ほぼ全ての市町村で実施。効果評価や質の向上を目指す段階に入ってきた。限られたマンパワーの有効活用に向け、ハイリスクアプローチについて、どういう対象者にどのように働きかければよいか、実施しやすい方法を提示。対象者はレセプト等各種情報を統合したデータベースから抽出。悩む必要のないよう進めている。地域の医療機関との連携等も重要な課題。
- 福祉事務所の規模別で、取組内容や取り組みやすい方法が異なっているのではないかと。医療機関の設置状況も異なる可能性がある。「一体的実施」でも市町村類型別で進めやすさが異なる。こうした観点での深掘りが必要。
- ターゲットの明確化が必要。青壮年期では、メタボや糖尿病の発症・重症化予防が重要。フレイルや孤立が加わると、アプローチや健康課題・目標も違ってくる。国保でも、65歳以降の前期高齢者は、減量のみならず高齢期への移行も考えた支援が必要。医療保険の取組をそのまま移行するのではなく、より合理的な方法を考えていくことが必要。
- 一体的実施では、都道府県・市町村の担当者がやるべきことを分かりやすくまとめた「実践支援ツール」がある。担当者にとっては、我々の地域の課題はここにある、地域資源としてはこういう資源がある、対象はこのような者がいる、といったように、ポピュレーションアプローチもハイリスクアプローチも庁内連携の方法も分かりやすい。地域資源の活用として、関係団体の協力を得るとか、健康サポート薬局を活用するとか、具体的なイメージも持ちやすい。50歳以上になると、医療扶助の割合が高くなっていくことは明白。生活保護のみならず、若年層から健康リテラシーを上げていくポピュレーションアプローチの枠組みが必要。
- 現在見直し中の被保護者健康管理支援事業の手引きには大いに期待。特に、中長期的な視点から、地域の医療資源と連携をして課題解決に取り組む体制の構築は重要。そのためにも、効果を判断できる評価指標を容易に選定・参照できるようにすること、新たな取組でケースワーカー等の負担が増えないようにすること、計画策定の段階から地域の専門職の参画や庁内の他事業との連携を進めていくことも重要。地域の薬剤師会では計画策定の段階から関与しているような事例もある。好事例の情報共有等を通じて連携を深めていきたい。
- 被保護者健康管理支援事業の枠組みについて「中長期的な視点」は非常に重要。中長期的に、誰の何をどのように変えていきたいのかという視点で、事業の中身ごとにブレークダウンしていく。例えば健診の受診勧奨について、最終的に何をめざすか、計測可能なアウトカムとして何を見ていくか、福祉事務所は誰を対象に何を行っていくか。健診受診だけでは健康にならない。受診勧奨のはがきを送るだけにならないよう、働く世代や若い方々、医療機関に通院されていない方々の健康状態を把握する手段として、また、庁内連携を通じて利用者の全体像を把握する手段として活用していく、健診受診後には精査・受診につなげていくことが重要。こうした具体的なガイドを示す必要。
- 各自治体で取組の質の向上や適切な効果評価を図るためには、まずは地域の健康課題を踏まえた計画を策定することが望ましいのではないかと。福祉と保健の両分野が参画して、地域の被保護者の実情に応じた計画を策定して取組を実施していくことで、さらに推進できるのではないかと。計画の実効性を高める中で、部署横断的な実施体制の構築や目標値の設定、中長期的な効果検証も可能になるのではないかと。

<被保護者健康管理支援事業の枠組み等> ※続き

(評価指標等)

- 取組の成果や効果を高めるための「指標」として何が適切なのか、自治体は悩んでいる。例えば本市では、HbA1cの数値の改善状況を指標として取組を進めているが、本当に効果が出ているのかどうか、悩みながら取組を進めている状況。効果的に事業を進めていくためには、どこを目標設定としていくかが重要。
- 「評価指標の標準化」について、厳しい財政の中で予算を投入する際は費用対効果も問われる。健康課題の解決はもちろん重要だが、医療費適正化の効果を示せるような指標も設定すべき。また、評価に伴う新たな業務が発生しないようにすべき。
- 国において標準的な指標を設定する、ということについては、ぜひお願いしたい。ただし、既に独自の方向で効果的な事業の実施方法を積み上げているような自治体もあるため、そうした自治体への配慮はお願いしたい。また、小規模な自治体では、6年経つと被保護者が入れ替わってしまい、パーセンテージで指標を示されると、ほぼ意味のない数字になってしまいかねない。こうした点にも配慮してほしい。

<健康状態・生活習慣の把握等>

(健診受診等)

- 目の前で起きていることを解決することも重要だが、予防・重症化予防は医療費全体の費用を抑える意味でも非常に重要。生活習慣病では自覚症状が無い方もおられる中、健診受診の体制を整えることが重要。受診率の向上を推進するような方策は必要。
- 本人が健康管理支援事業のメリットを理解していないと、福祉事務所がアプローチしてもなかなか効果が出ない。基本的には全員がこの支援を受ける、健診を受診するといった仕組みにしていかなないと、受けた人だけ受ける形になってしまう。業務の手間を減らしつつ、皆様に健康になっていただくことが重要。その際、被保護者には様々な方がおられることを踏まえつつ取組を進めてほしい。
- 被保護者の受診率が8%程度と非常に低い水準で推移。国保の受診率は38%と高い水準。生活保護受給者で受診の比率が低くなっている実態は不合理ではないか。生活保護受給者であるか否かに関係なく健康診断を受けられるような仕組みがあってもよいのではないかと。健康管理支援事業と健康増進事業との役割分担・連携がうまくいっていないので、抜け落ちる人が出てくる面があるのではないかと。
- 生活習慣病の罹患率が高い中、こうした方々は既に医療機関につながっていることが多く、特定健診の検査項目は既に検査しており、特定健診は受けなくてもよいのではないかという意識があるのではないかと。アプローチ方法について検討いただきたい。

効果的な健康管理支援

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

<健康状態・生活習慣の把握等> ※続き

(ケースワーカーによる生活習慣の把握等)

- 対象者の健康状況について、国保・後期高齢では健診データやレセプトで把握することが多い。福祉事務所は、訪問時に直接把握できる点が大きな強み。データも重要だが、ケースワークをする中で、対象者の選定や優先順位付けができる、生活保護の仕組みだからこそできることをポイントに捉えて、仕組みを考えるとよい。
- 生活習慣の把握率が高い点は大きな成果。把握した情報を健康管理支援や適正受診・医薬品の適正使用等に積極的に活用することが重要。
- 簡易な生活習慣の確認シートは、現場で同じ人を見続ける際、同じ指標で継続的に評価ができる。ぜひ活用したい。

<健康意識の向上・動機付け等>

- 健診や医療機関の受診は、受給者本人に必要性を認識してもらうことが大事だが、そこに苦勞している福祉事務所が多い。
- 過去、何度もお顔を見るうち、「これだけ心配してもらっているのだったら、何とか頑張ろうかなという力が湧いてくる」ということがあった。エンパワーメントに向けた働きかけが可能となる体制を自治体で作っていくことが大事。
- 健康増進部局と連携し、保健指導を進めている状況だが、なかなか被保護者の方が応じない状況。どのように対応していくべきかといった視点も含めて検討いただきたい。

<関係部門・関係機関等との連携>

(行政内の関係部門との連携)

- 自治体間で取組状況に大きな差がある。特に健診・保健指導は健康増進法に基づいて実施。健康増進部門が関わることは非常に重要だが、責任の所在が曖昧にならないよう、どこが中心になってどういう形で進めていくのか、連携の良い形を示していくことが非常に重要。
- 他部局との連携が重要。アンケート調査でも、そもそもマンパワーが不足している状況。「さらにこういうことをやったらどうか」とアドバイスしても、そこまで手が回らないというのが実情だと思う。特に専門性が必要な分野になるが、そのような担当者もそれほどいない。同じ市町村に国保の部署があり、健康指導のノウハウを持っているのだから、一緒に相談して取り組めばよいのではないか。
- 「関係機関との連携」について、どう現場の業務に落とし込んでいくかが重要。どのように改善していくのか、どういった効果が生まれるのかが見えてこない、連携に要するコストを考えるとなかなか進まない。生活保護は国の制度。一般制度の中に被保護者も含めて対応してほしいといったことがあれば、厚生労働省の方で関係部局と連携した上で自治体に示してほしい。
- 計画のみならず事業ベースで、各部門間や関係機関との協働による具体的な好事例について、トリガーとなる事象やスキームとその効果を検証し、各自治体で広く応用できるよう、周知・普及していくことが重要。
- 国保・健康増進部門との連携がうまくいっている自治体は県内にもあるが、特にコロナ以降、健康増進部門の役割が見直されて、ひきこもりや精神保健福祉、認定こども園との連携など、あらゆる福祉の分野から連携を求められているような状況。さらに生活保護の分野もとなると、手いっぱいと言われかねない状況。むしろ、健康増進部門の事業にどうやって生活保護もコミットさせていくかが重要ではないか。現場では、生活保護受給者については、ケースワーカーが全ての面に対応することになっているのが現実。

効果的な健康管理支援

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

<関係部門・関係機関等との連携> ※続き

(各種事業との連携)

- 子供の生活習慣・健康管理やヘルスリテラシーの向上など、家庭の中で十分に機会がない子供たちへの対応は重要なテーマ。こども食堂のような「場」はあるものの、こうした面には十分にアプローチできていない可能性がある。
- こども家庭庁では、子供の貧困対策として学習・生活支援等の事業が進められている。地域で通える場づくりやアウトリーチによる支援など、多様なメニューがあることは非常に望ましいが、健康管理やプレコンセプションケア等の側面での支援体制は十分ではない。市町村では、令和6年度から子ども家庭センターの設置に努めることとされており、児童福祉機能と母子保健機能を一体的なものとし、妊産婦や子育て世帯に対し、早期から切れ目のない包括的で継続的な支援を実施することになっている。母子保健機能が十分に発揮され、運動・栄養・睡眠・感染症予防といった保健指導が適切に行われることが重要。就学後の学校教育との連動も必要。
- 生活保護世帯に出生する子供や生活保護世帯で幼少期から育っていく子供・若者は、健康のロールモデルや健康とは何かを自分で考える機会が十分に無いケースもある。ケースワーカーや保健師、健康管理支援員がロールモデルとなったり、健康について一緒に考えられるような仕組みになっていくとよい。
- 例えばがん検診について、40歳以上の全ての方々に大腸がん検診は推奨されている中で、被保護者の方々の受診状況はどうか、促す仕組みはあるのか。自治体の事業として行っているものに被保護者の方々も対象範囲に含めていただくような庁内連携も必要。

(地域の関係機関等との連携)

- 健康管理支援の実施には医療機関の協力が必要だが、医療機関側の手間の問題もあり、多くの医療機関が参加いただける状況にはなっていない。自治体が介入すると、医療機関による指導と重複感があるとして、協力・理解が得られない場合もある。
- 地域の医療機関との連携は、もう一段ハードルが上がると思う。先生方もお忙しい中で、どのように協力いただける体制が構築できるのか、好事例等があれば幾つか示してもらえると、自治体としてはありがたい。
- 関係機関との連携強化について、地域の薬剤師会や医師会、歯科医師会や看護協会とコラボレーションしていく中で、例えば、気になったことを福祉事務所と共有する仕組みがうまくできあがっていくとよい。

被保護者健康管理支援事業の 効果的な実施に関する取組事例①（新潟県妙高市）

人口：約3万人
被保護者数：約210人（約180世帯）
市内福祉事務所：1カ所 ※令和6年度

庁内や関係医療機関との顔の見える関係性の構築により、必要に応じて迅速に連携。健診等における保健部門との役割分担により、人材不足の中でも効果的に取組を推進。健診受診率の向上に注力しており、受診しやすい環境づくりを進めている。

実施・連携体制

■ 医療扶助業務の実施体制

- ・福祉介護課内に社会福祉事務所を設置（市内1カ所）。
- ・ケースワーカー3名、スーパーバイザー1名、会計担当1名の体制で医療扶助業務を担当している。

■ 関係各課との連携による支援体制

- ・職員同士が顔の見える関係性となっており、福祉介護課（地域包括支援センター含む）と保健部門、こども家庭センター、生活困窮相談支援員などが連携して支援にあたる。1フロアに関係部署が集中しており、声をかけやすい環境である。
- ・福祉介護課内の保健師・社会福祉士が集まり、月1回のケーススタディを実施し、それぞれが担当しているケースの相互理解や実践場面での対応力を身につけるとともに、日常的な連携に活きるネットワーキングが図られている。

■ 市内の病院・診療所等との顔の見える関係づくり

- 毎年2～3回程度、市内の医師と市内の専門職が集まる勉強会・交流会を実施している。医療機関と市政における相互の現状・課題共有を図ることのできる貴重な場となっている。

令和7年度 **保健所** 妙高市**健康診査のご案内** Anniversary 100

- ◆ 集団健診 受診までの流れ
 - ①前年度 市の健診を受けたかた
→申込不要です。
(昨年、昨年度の受診歴に基づいた
選別の4年毎の健診となりますので
お待ってください。)
 - ②今年度 市の健診を受けていないかた
→申込が必要です。
(下記に沿って、お申込みください。)
 - ③レディース検診(子宮頸がん・乳がん)
育陰しよ検査)を希望する方
→申込が必要で。
(下記に沿って、お申込みください。)

事項	市区・特定診療地区：新規と加入している患者様は必ず必要になります。
1	健(後)診項目を選ぶ → 3ページへ
2	日程を選ぶ → 4～5ページへ
3	インターネットまたは電話でお申し込み インターネット予約 インターネットから申し込むことができます 印刷済用紙 (2時間受付) 日本郵政株式会社
	電話予約 上越医療会 企画課 ☎025-521-0507 受付時間 平日9時～18時 ※4月の中旬 9時～12時・13時～16時の受付 4月20日(日) ○昼7時から、午後開始のみ
	4月14日(月) ○昼7時から、午前開始のみ

2 日程を選ぶ

県団に設けられる内府

■男女別：青年健診、若い人・大塚がら、若ながら・自立型若者相談科、ビブイ調養科、アスリート系検査はすべて
の日程で行われます。

■レディース検診(子宫颈癌・乳がん・育陰しよ健診)は、県の中心がついている日に実施しています。
各施設(便)ごとに定員がありますので、ご希望に加えない場合もございますことをご了承ください。

検診日時(注)	受付時間	会場	対象地区（予定）
6月上旬(木)	8:45~11:15 13:00~15:00	高水小ホール バード	○ ○ ○ ○ ○野田、川原崎・中村・新宮町・中央南 ○北沢、朝比奈・本庄町、黒瀬池、奥島池、浅生
6月中旬(金)	8:45~11:15 13:00~15:00		本
7月下旬(木)	8:45~11:15 13:00~15:00		高、瓦敷、

表中「送迎バス」に〇の付く日にバスを運行します。詳しくは、健診申込後に送付するバス時刻表をご覧ください。

警察官

保健部門との連携

■ 保健部門の体制

- 市の保健部門には7名の保健師が配置されており、地区担当制で住民（被保護者含む）の健康管理支援を担っている。

■ 医療扶助業務及び健康管理支援における役割分担

- ・福祉介護課が被保護者のうち健診対象者の把握・受診勧奨を担う。
- ・健診は保健部門が実施し、その後の医療機関の受診勧奨・保健指導・重症化予防も、被保護者を含め保健部門が対応している。
- ・保健部門の保健師が指導や支援を行う場面において、ケースワーカーが同行せず、保健師のみで実施・完結することもある。
- ・ケースワーカーの訪問時に、保健師が必要に応じて同行訪問し、食事・服薬指導などを行うことで、日常生活の健康管理につなげている。

健診受診率向上に向けた工夫

■ 訪問時にケースワーカーが直接的な受診予約支援を実施

- ・ケースワーカーが訪問時に対象者へ受診勧奨を行い、市の広報誌に掲載される健診日程表を活用し、その場で健診の予約を支援している。
- ・また、保護変更通知を送る際に未受診者を抽出し、個別に受診を促すメッセージを同封するなど、庁内の情報を活用した重層的な勧奨体制を整備。

■ 高齢者の移動課題に対応することで健診受診率向上に寄与

- ・移動が困難な高齢者等に配慮し、健診バスを運行して受診機会を確保しており、健診に興味を持ったものの、移動手段が無いために受診につながらないかたを減らすよう配慮している。

被保護者健康管理支援事業の 効果的な実施に関する取組事例②（福島県福島市）

人口：約27万人
被保護者数：約3,300人（約2,700世帯）
市内福祉事務所：1カ所 ※令和6年度

保健師・管理栄養士が中心となり、ポピュレーションアプローチも含めた被保護者健康管理支援事業の構成を検討・構築。健康サポート薬局との連携や健康だよりの発行、就労支援プログラムと連動した保健指導など、多様な場を活用して被保護者の健康管理を推進している。

実施体制

■ 医療扶助業務の実施体制

- ・福島市では、被保護世帯数2,746世帯に対し、ケースワーカー34名で対応している。

■ 専門職が中心となり、PDCAサイクルに沿って事業を推進

- ・福祉事務所の保護第一係に保健師2名、管理栄養士1名を配置し、医療扶助及び健康管理支援の実務を担っている。保健師は被保護者健康管理支援事業の主担当として対象者選定・受診勧奨・保健指導を実施し、管理栄養士は生活習慣改善のための具体的な助言を担当する。
- ・「医療PDCA事業」として年度ごとに事業評価と改善を行い、嘱託医2名を交えた検証により実施体制の質向上を図っている。
- ・庁内全体の連携を重視しており、ケースワーカーの月例勉強会や庁内共有会を通じて他部署（障がい福祉課、税務課等）との情報共有を進めている。

「健康サポート薬局」との連携

■ 地域の身近な相談窓口の設置

- ・地域の健康管理支援の強化・推進を目的として、令和5年度から健康サポート薬局との協働を開始している。
- ・市内約170薬局のうち25か所の健康サポート薬局が、被保護者の気軽な健康相談先として機能している。薬剤に限らず栄養・運動・睡眠など幅広い相談に応じる体制を整えている。
- ・利用障壁の軽減を目的として、相談は薬局内で完結し、本人同意がない場合は、行政への情報連携は行わない仕組みを採用している。

■ 地域アセスメントへの活用

- ・月1回、個人情報を除いた相談概要を薬局から行政に共有。地域全体の健康課題把握にも活用している。

健康だよりの発行

■ 庁内職員が現場感覚を大切にしながら作成する「健康だより」

- ・被保護者全体の健康意識向上を目的として、令和7年度から「健康だより」を年4回発行。2回は郵送、2回は来庁時やケースワーカーの定期訪問時配布とし、開封率を高めるため保護決定通知書に同封する形で届けている。
- ・内容は季節の健康情報（熱中症、口腔ケア、食中毒など）と健診案内を中心に構成し、必ず伝えるべき情報と興味を引くための情報をバランスよく届けている。
- ・作成に当たっては、ふりがなの記載や安価な食材を用いた調理例の紹介、「医師への相談」注記を添えるなど、被保護者ならではの実生活に寄り添った工夫を行っている。来庁者からの反響も多く、個別支援に加えた情報提供ツールとして定着しつつある。

就労支援プログラムと合わせた保健指導の実施

■ 生活支援と自立支援を意識した保健指導

- ・就労準備段階における基礎体力や生活習慣の改善を目的に、保健師・管理栄養士が保健指導を実施している。
- ・プログラム対象者で保健指導が必要と思われる者に対してアンケートを実施し、通院状況・生活習慣・趣味・社会的つながりなどを確認する。
- ・指導内容は、健康管理や食事改善、服薬理解など多岐にわたり、参加者の状態に応じた助言を行う。
- ・生活支援と自立促進の双方を意識し、被保護者の社会参加へのステップを医療・保健・就労の連携により支援するモデルであり、福島市独自の取組として位置づけている。

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援
- 2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等**
 - (1) 医薬品の適正使用に向けた取組**
 - (2) 適正受診に向けた取組等
3. 医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用
4. 実施体制の構築・強化

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医薬品の適正使用に向けた取組

現状・課題

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

向精神薬	H23～	福祉事務所において、レセプト等により「同一月内に、複数の医療機関から、向精神薬を重複して処方されている者」を把握し、主治医等に投薬が適切なものであるか確認の上、改善に向けた指導を実施
医薬品全般	H29～	福祉事務所において、ある被保護者について処方箋を持参する薬局を1か所選定し、当該薬局において薬学的管理・指導や、医療機関への重複投薬等に関する情報提供を実施する事業
	R元～	福祉事務所において、医療機関の受診及び薬局の利用の際に、1冊に限定したお薬手帳を持参するよう指導し、併用禁忌薬の処方防止や、薬局における重複投薬の確認を行うモデル事業を実施
	R5～	福祉事務所において、レセプト等により「①重複投薬者／同一月内に、複数の医療機関から、同一成分の医薬品を処方されている者」と「②多剤投与者／同一月内に、15種類以上の医薬品の投与を受けている者」を抽出し、嘱託医・薬剤師等との協議等により指導対象者を決定の上、適正使用に向けた指導を実施

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

医薬品の適正使用に向けた取組

議論の整理（たたき台）

- 医薬品は、病気やけがを治療するなどの効果・効能がある一方、副作用というリスクを併せ持つものであり、特に高齢者においては、複数の併存疾患を治療するために医薬品を多数服用することによって、多剤服用による害を生じる「ポリファーマシー」に陥りやすい。
- こうした中、高齢者の特徴に配慮したより良い薬物療法を実践するための基本的留意事項として「高齢者の医薬品適正使用の指針」が作成され、医療現場におけるポリファーマシー対策や、行政・関係団体等の連携を通じたポリファーマシー対策などが進められている。

また、第4期医療費適正化計画（2024～2029年度）に向けて国が策定した「医療費適正化基本方針」では、医薬品の適正使用の推進に関し、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を図るとともに、「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こととされており、保険者・自治体が実施する保健事業（国保保健事業、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施）においては、薬物有害事象の防止や残薬の低減等の観点から重複・多剤投与対策の取組が進められている。
- 生活保護受給者に関しては、薬局利用者1人当たり医薬品種類数について、市町村国保・後期高齢合算と比べて、全ての年齢階級で医療扶助の方が多く、特に50代～70代では概ね2種類以上多い状況にある。重複投薬についても、市町村国保・後期高齢合算に比べてやや割合が高い状況にある。

国民全体よりもさらに高齢化が進行する中、福祉事務所と医療関係者との連携の下、医薬品の適正使用の推進体制を構築するとともに、他分野の取組も参考にしつつ、効率的・効果的な対策を講じていく必要がある。

医薬品の適正使用に向けた取組

議論の整理（たたき台）

（福祉事務所による重複・多剤投与対策）

- 令和5年度から実施している「福祉事務所による重複・多剤投与対策」について、適正な医薬品使用が制限されないようにすることを前提とし、薬物有害事象のリスク低減に向けた取組を強化していくことが重要である。
このため、福祉事務所における実施体制（マンパワー、専門性等）に留意の上、他分野の取組も参考にしつつ、以下の①及び②のとおり、薬学的リスクに応じた段階的なアプローチを行うこととしてはどうか。
- こうした対策の実施に当たっては、対象者の抽出や情報整理等に係る事務、文書の作成・発送に係る事務といった各種業務が発生するところ、当該業務の効率化を図るため、「レセプト管理システム」の有効活用や外部委託の活用が円滑に進められるよう、国において財政的支援・技術的支援等を行う必要があるのではないか。

① 文書を活用した対応

薬物有害事象のリスクが増加している者について、幅広く、当該リスクに関する注意喚起や、医師・薬剤師への相談勧奨を行う観点から、以下の者を対象に、文書を活用した対応（文書通知等）を実施することとしてはどうか。

特に「多剤投与対策」に関しては、対象者が大幅に拡大することを踏まえ、国において、福祉事務所の状況に応じた優先順位付けの考え方等について具体的に示していく必要があるのではないか。

<重複投薬>

「同一月内に、複数医療機関から、同一成分の医薬品を処方されている者」を基本に、レセプト等により抽出した者

<多剤投与>

「高齢者の医薬品適正使用の指針」における取扱いを参考に、薬物有害事象のリスクが増加し、適正な服薬に向けた支援の必要性が高い者として、「同一月内に、6種類以上の医薬品の投与を受けており、かつ、複数医療機関を受診している者」を基本に、レセプト等により抽出した者

医薬品の適正使用に向けた取組

議論の整理（たたき台）

（福祉事務所による重複・多剤投与対策） ※続き

② 重点的な対応（対面指導、薬局への同行支援等）

ハイリスク者について、医師・薬剤師への相談や医師等による必要な対応につなげる観点から、以下の者を対象に、「重点的な対応（対面指導、薬局への同行支援等）」を実施することとしてはどうか。

「重点的な対応」に当たっては、福祉事務所の実施体制等も踏まえ、例えば、薬学的リスク（併用禁忌、併用注意、慎重投与等）、対象者の年齢層、ケースワーカーが訪問調査時に把握した情報（残薬の状況等）の勘案など、国において優先順位付けの考え方等について具体的に示していく必要があるのではないかな。

<重複投薬>

「同一月内に、複数医療機関から、同一成分の医薬品を処方されている者」のうち、嘱託医・薬剤師等との協議等により、「重点対応対象者」として選定した者 【従来どおり】

<多剤投与>

「同一月内に、15種類以上の医薬品の投与を受けており、かつ、複数医療機関を受診している者」を基本に、嘱託医・薬剤師等との協議等により、「重点対応対象者」として選定した者 【「複数医療機関の受診」要件を追加】

医薬品の適正使用に向けた取組

議論の整理（たたき台）

（医療現場における医薬品の適正使用に向けた取組）

- 福祉事務所による対策は、医療扶助の審査済みレセプトを活用して対象者を抽出し、アプローチすることとなるため、後追いとならざるを得ず、また、受診・調剤時からアプローチに至るまで一定の時間を要することとなる。

このため、患者が医療機関を受診／薬局を利用する段階で、併用禁忌薬の処方防止や重複投薬の確認等をはじめ、医薬品の適正使用に向けた対応が効率的・効果的に実施されるよう、以下のとおり対応することとしてはどうか。

① 受診時/薬局利用時のお薬手帳の持参

医療機関・薬局において、患者の薬剤服用歴等の確認や併用禁忌・重複投薬の確認等が確実に実施できるよう、生活保護受給者について、受診時/薬局利用時にお薬手帳（1冊に限定）を持参することを原則としてはどうか。

医療機関・薬局においては、お薬手帳（電子版お薬手帳を含む）の確認や、電子処方箋等による薬剤情報の閲覧を通じて、患者の服薬状況や薬剤服用歴を確認することとし、当該確認結果を踏まえ、医薬品の適正使用に係る必要な対応を行うこととしてはどうか。

② 診療報酬におけるポリファーマシー対策の評価の積極活用

診療報酬におけるポリファーマシー対策の評価について、令和8年度診療報酬改定の議論も踏まえつつ、医療機関・薬局における積極的な活用を促すなど、効果的に活用することとしてはどうか。

医薬品の適正使用に向けた取組

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

- 薬剤の適正使用に関する課題は、1つの要因ではなく、たくさんの課題が複合的に絡んでいるケースが多い。多剤投薬があるような者は、おそらく残薬が多い状況。残薬が多いということは「飲めない」「飲みづらい」という理由が存在。さらに、複数科の受診、ヘルスリテラシーの状況、フレイルのリスクなど、複合的な要因が絡んでいる。
- 多剤・重複投薬対策について、他分野の取組も、被保護者の特徴を捉えた上で参考にする必要。ケースワークの現場でも、お薬手帳を持参するようお願いしても持参しない、薬剤情報提供書を読まずに多量に服薬してしまう、向精神薬を薬がないと不安なのでたくさん飲んでしまうなど、様々な課題がある。窓口負担が無いため、薬がなくなった際に負担感なくもらいに来ってしまうという状況もあるのではないか。そうした中で、どのようにアプローチしていくのかを考えていく必要。

<福祉事務所による重複・多剤投与対策>

(福祉事務所によるアプローチ)

- 多剤投与者の基準については、地域の実情に応じてということもあるが、「15種類以上」という基準を広げていく必要性も感じている。薬は飲み合わせによってリスクが非常に高くなるケースもある。転倒リスクが高まるような薬剤の組み合わせ、抗コリン作用を持ち合わせている薬剤の組み合わせ、認知機能を低下させるような副作用リスクが高い薬剤の組み合わせなど。インスリン注射薬などを使われている方は、低血糖やシックデイの対応も含め、適正な使用方法が重要。こうしたハイリスク薬の多剤投薬者を拾い上げていく視点も必要。自治体に対し抽出基準を示していく際に、具体的な例として示せるとよい。
- ケースワーカーの人数が少ない中で、自治体としては、重複・多剤投与対策にどこまで人を割くのかという問題がある。人員を割いたことによる効果額も、例えば、低額な薬剤と高額な薬剤では、改善による効果額は違ってくる。多剤投与者の基準を「9剤以上」や「6剤以上」に下げていくと対象者が大幅に増加。限られたマンパワーで同じ取組を実施すると、1人あたりの指導にかけられる時間は少なくなり、効果も下がる。例えば「15剤以上」はもう少し強力な仕組みとするなどメリハリをつけてやっていかないと、自治体の現場は疲弊してしまう。
- 薬の飲み合わせなど多剤により体調が悪くなるリスクもあると思うが、医師の処方に基づいている部分に、どこまでケースワーカーが深入りして改善の指導ができるかという、難しいところがある。専門知識が十分でないという点も含め、できる取組には限界がある。
- ポリファーマシー対策は、一人一人の健康な暮らしを考えると重要であり必須の取組。医療費適正化にも有効と思うが、医師・歯科医師が必要と考えて処方をし、薬物相互作用等に配慮して薬剤師が調剤をする、そこに福祉事務所が口を出せるのか、なかなか難しい構造。医療扶助のレセプトから、薬物相互作用上「禁忌」「併用注意」といった状態の者を抽出してアラートを出す仕組みにしなければ、うまくいかないのではないか。従来進めてきた薬局一箇所化やお薬手帳の推進も併せて重点的に取り組むべき課題ではないか。

医薬品の適正使用に向けた取組

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

<福祉事務所による重複・多剤投与対策>

(福祉事務所によるアプローチ) ※続き

- 多剤投与対策の抽出基準について、単に剤数のみだと、多剤の要因分析を欠いており、剤数が多くても医療上は必要なケースもある中でそうしたケースも対象になってしまう。例えば、複数医療機関の受診やリスクの高い薬剤の組み合わせがあり、かつ、何剤以上といった基準の方が、現場は対応しやすいと思う。こうした基準をアルゴリズムや手引き等に反映し、現場の負担を少なくする対応が必要ではないか。
- アプローチ方法の中で、国保事業や一体的実施の関係で「通知の発送」とあるが、どの程度効果があるのか示してほしい。生活保護受給者では、通知を送っても見ない、文字を理解しにくい、内容を理解しにくいといったパターンもある。対象者像を踏まえつつ効果があるのか考えていく必要。仮に通知に効果があるのであれば、既存の限られた資源を各種業務に分配する際に参考になる。
- 重複・多剤投薬者への対応として、通知の発送を行うという例が示されているが、通知を送ること自体が目的ではない。通知後に行動変容を促す取組が非常に重要。一体的実施として実施している事例で、剤数を記した通知を提供して、薬局に相談に来てくださいと案内をしている。飲んでること自体が不安ではないですかとか、ちょっと気になる副作用はありませんかとか、飲み合わせはどうですかとか、今後も継続して飲むことに対して何か不安になっていることはありませんかとか、年に一度ぐらいはふだん利用している薬局に相談してみませんかというようなアプローチをしている。通知の発送はスタート地点。送った後にどのように行動されているのかというのが重要。薬局に実際に相談に来られる方について、どのような目的で来られていたのか、どのような年代なのか、どれぐらいの剤数を飲んでいらっしまったのかというのを分析して、市にフィードバックをして、次の展開につなげられるようにしている。
- 今回示された国保保健事業の事例について、左側の抽出基準を見ると、「複数医療機関の受診」かつ「6剤以上、長期処方、14日以上処方」となっており、「15剤以上」よりも範囲を広げている。地域の薬剤師会が抽出基準策定のときにも関わっている。実際の介入も、ケースワーカーだけではなく、薬剤師が訪問していたり、薬局に来られたときに介入されている。地域の関係機関と連携することで、関係機関は通常業務にプラスアルファなので負担感はそれほど小さくなく、大きな効果が得られるということで、これは好事例ではないかと考える。
- 多剤の通知は、極めてハイリスクな飲み合わせ等がある場合は、速やかに改善に向けて介入する。ただ、剤数が多いことについては、本人がどのような理解を持っているのか、どのような暮らしを送りたいのか、そうしたことについての丁寧な聞き取りをせずに、ただ「駄目です」「減らしましょう」といった介入はあまり効果が無い。通知を送った後の介入をしっかりと考えていく必要。様々な手引き等で具体的な好事例等をしっかりと提供していくことが極めて重要な視点。
- 医薬品の適正使用について、アプローチに困っているという話は県内ではそれほど聞こえてこない。むしろ、「15剤」で機械的に抽出するものの、指導対象にするかどうかの判別がとにかく大変と聞く。特に被保護者の多い自治体ではかなりの人数になってくるため、ますます判別が困難とのこと。比較的簡単に指導対象者が抽出できるようにしてもらいたい。

医薬品の適正使用に向けた取組

前回までの議論

* 赤字は第2回の議論

<福祉事務所による重複・多剤投与対策>

(福祉事務所によるアプローチ) ※続き

- ・ 医薬品の適正使用について、本市でも昨年度から取組を実施。通知上は15種類以上だが、15種類以上だとかなりたくさんの方がいるため、30種類以上で抽出して取組を実施。医薬品に関してケースワーカーの知識が追いついていない状況。例えばケースワーカーの業務支援のリーフレットを業務に活用できるのであれば、もう少し進めやすいとも考えられる。国でも検討してほしい。
- ・ 全て市町村で対応するのは現実的ではない。外部委託や、医師会、歯科医師会、薬剤師会等との連携を進めることも必要。
- ・ ふらつき、物忘れ、尿漏れ、ふらつきからの転倒や骨折などは、薬が原因となっていることも多い。ケースワーカーが接する場面のイベントベース（普段と異なる現場の気づき）でそうしたリスクを把握し、薬剤の使用状況を見ていくような対応が効率的ではないか。

(福祉事務所と医療機関・薬局との連携)

- ・ 悩みを相談できるところが限られていたり、医療に関する悩みをうまく表現できなかつたり、相手の説明を理解することが困難な方もおられる。福祉の専門家と医療の専門家が連携を取りつつ個別支援を行う体制が必要。例えば、ケースワーカーや保健師に同行して生活の場を訪問すると、薬剤の管理状況など課題が把握できる。障害福祉サービスの事例だとケース会議に参加することもあり、他の職種がどういう関わりをしているかよくわかる。
- ・ ケースワーカーは被保護者の生活状況をきめ細かに把握されている。この情報を、連携する地域の医療資源にいかに共有いただくか。医師は来られたら処方するし、処方されるとそれに基づいて調剤をする。生活状況等々を知らずに医療を提供することが、ポリファーマシー・重複多剤・頻回受診を生んでいる原因の一つになっていることは間違いない。個人情報保護など様々な問題はあろうかとは思いますが、把握している情報を医療機関・薬局に共有する、我々もそこで知り得た情報やお伝えした極めて重要なポイント等をフィードバックするような仕組みを考えなければならぬのではないかと。
- ・ 福祉事務所・ケースワーカーが持っている情報を医師・薬剤師の人と共有する仕組みが必要ではないか。ケースワーカーが服薬・受診の指導を行うのは難しいが、生活状況は把握していると思うので、そうした情報を積極的に医療関係者にフィードバックして、医師・薬剤師に適切に対応してもらうことが必要。
- ・ 医療の適切なかかり方に関する周知が必要。他方、様々な特徴を持っている被保護者への伝え方は難しい。薬剤師会では、効果とリスクについて説明する。薬は、原則1つの薬効に対して複数の副作用がある。一般的な痛み止めで副作用は50種類。カルシウム拮抗薬や血圧を下げるお薬で80種類。3種類の薬剤を飲むと、延べ240種類とか250種類の副作用と対峙することになる。その上で、処方カスケードのお話、年齢が上がると代謝・排泄が低下して効果が倍になっていく、効果が倍になると副作用が倍になる、といった説明をする。単に「止めましょう」ではなく、なぜ、あなたは飲みたいと思っているのですか、どんな暮らしをしたいと思っているのですか、というようなお話に掘り下げて介入し、改善につなげていく。こうしたアプローチを、どのように市町村で実践していくのか考えていくことが重要。

医薬品の適正使用に向けた取組

前回までの議論

* 赤字は第2回の議論

<医療現場における医薬品の適正使用に向けた取組>

- 薬局の一元化、お薬手帳の活用、電子処方せん、オンライン資格確認等による情報の入手等は、概ね賛同。
- 薬局の一本化について、本市で実施する場合は、かなりの反発が想定される。薬局の一本化について、お願いベースになってしまうということ、また、門前薬局の利用が習慣化している中、薬局を一箇所にする負担をどう説明するか苦慮するのではないか。利用する薬局についてこだわりの強い方などもある。お薬手帳の活用については、持参してもらうのはなかなか難しい部分もあり、例えば初めて受診する医療機関の場合、精神疾患のある方は個人情報を見せることに敏感な方もおられる。現場レベルでは対応が難しいことも想定される中、例えば法令上の指導権限や、本人の行動に結びつくインセンティブなど、そうしたものを設定してほしい。
- 本市では、市長をトップとして薬局の1か所化の取組を推進。保護の申請があった際に薬局も登録いただく。元々薬局を使っていない方は後日登録いただくことになるが、基本的には登録をしたところで薬をもらっていただくという取組。生活保護受給者の約80%の方に登録いただいている状況。他の薬局でもらう場合はケースワーカーに御相談いただいて認めていく場合もあるが、基本的には登録をしたところでもらっていただく。医師会、薬剤師会、歯科医師会に御協力いただき、一定うまく進んでいるところ。
- 医療DXについては、ぜひとも効率化を進めていただきたい。オンライン資格確認と同じで、過渡期の対応は重要になってくるので、例えば期限を区切って移行してしまうとか、過渡期をなるべく減らす努力をしていただきたい。
- 医療扶助を受けている人たちの行動を変容させることも重要だが、それ以上に、まずは、その人たちに医療を供給している人たちの行動を変えることの方が重要ではないか。福祉事務所・ケースワーカーだけでは解決できない問題であり、医療サービスを提供している人たちが行動を変えるような仕組みが必要。そのためには、医療DXを活用し、この人はどういうお薬をもらっているのか、どういう医療機関を受診しているのかといった情報を、医療機関・薬局の方々が共有することが最低限必要ではないか。

多剤投与者に対する服薬情報通知（イメージ）

【表面：本事業の目的と利用の流れ】




○○県□□市1-2-3
 サンプル 太郎 様

お問い合わせ先 (サポートデスク)
 この「お知らせ」に関するお問い合わせは、
 サポートデスク(フリーダイヤル)
 **0120-512-909**
 受付時間 10:00~17:00 (土日、祝日、
 年末年始を除きます)
※サポートデスクは、(株)データラボラインに委託しています。

栗東市 保険年金課・健康増進課
 〒520-3088 栗東市安貴寺一丁目13番33号

栗東市から服薬情報のお知らせ

このお知らせは多くのお薬を飲まれている方にお送りしています。服用するお薬が多くなるほど副作用を起こしたり、お体に負担がかかる場合があります。

かかりつけ薬局へ、このお知らせを持っていきましょう



① かかりつけ薬局に行く時に、この「お知らせ」を持っていく。



②薬剤師が確認を
してくれます。

- ・重複している薬がないか
- ・飲み合わせの悪い薬がないか



③薬剤師は必要な場合
医師に連絡を取り、
薬の調整の提案を
行います。



薬局に相談したいことをチェックしてください。(回答は任意です)

- ☐薬の効果 ☐薬の副作用 ☐薬の飲み合わせ
☐市販薬・サプリメント ☐薬が多いこと ☐その他()

※ 今後、この通知書の送付を希望されない方は、お手数ですが栗東市健康増進課(電話 077-554-6100、FAX 077-554-6101)までご連絡ください。

【裏面：服薬情報の一覧】

サンプル 太郎 様

2023年3月時点の情報で通知書を作成しております。

このお知らせは、複数の医療機関より薬剤を処方されていた方へお送りしています。服用されている全ての薬剤を適切に処方・調剤していただくことをお勧めしています。このお知らせをひかりつけの医師・薬剤師へお渡しください。

服薬情報のお知らせ

記号・番号 9999・9999

種別 ご本人

NO	服薬機関名	★: 処方された薬剤	服薬量	処方回数
1	AAクリニック	C薬局	11	3
2	Aクリニック	D薬局	7	5
3	BB病院	<院内処方>	1	1
4	BB病院	<院内投与>	7	0
合 計				11

■「No」欄の番号は、上部記載の受診した医療機関の「No」欄の番号です。

■ 下記の薬剤で、多量に残薬がある場合は「残薬」欄に○を付けて、可能であればお薬を持参してください。

No	薬名	数量	剤形	用量	用法
1	サインバルタカプセル20mg	2 カプセル	18	内服	3/23
	スピロラクトン錠25mg「トーワ」	2 錠	18	内服	3/23
	フロセミド錠20mg「NP」	2 錠	18	内服	3/23
	アゾセミド錠60mg「JG」	1 錠	9	内服	3/23
	ミヤBM錠	3 錠	18	内服	3/23
	ネキシウムカプセル20mg	1 カプセル	18	内服	3/23
	ブリンペラン注射液10mg 0.5%2mL	10 管	1	注射	3/23
	リノロサル注射液4mg(0.4%)	10 管	1	注射	3/23
	ソルデム3A稀液 500mL	6 袋	1	注射	3/23
	ヘパリンNaロック10U/mLシリンジオートカ10mL 100U	10 筒	1	注射	3/23
	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニッター」	50 g	1	外用	3/23
2	サインバルタカプセル20mg	2 カプセル	14	内服	3/7
	スピロラクトン錠25mg「トーワ」	2 錠	14	内服	3/7
	フロセミド錠20mg「武田テバ」	2 錠	14	内服	3/7
	アゾセミド錠60mg「JG」	1 錠	6	内服	3/7
	ミヤBM錠	3 錠	14	内服	3/7
	ネキシウムカプセル20mg	1 カプセル	14	内服	3/7
	ヘパリン類似物質油性クリーム0.3%「ニッター」	50 g	1	外用	3/7
3	エスワンタイホウ配合OD錠125 25mg(テカブール相当量)	4 錠	28	内服	3/17
4	アロキン静注0.75mg 5mL	1 瓶	1	注射	3/17
	ソル・メドロール静注用500mg (溶解液付)	1 瓶	1	注射	3/17
	大塚生食注 50mL	2 瓶	1	注射	3/17
	生食注シリンジ「NP」 10mL	1 筒	1	注射	3/17
	ソルアセトF稀液 500mL	2 袋	1	注射	3/17
	ドセタキセル点滴静注20mg/1mL「ヤクルト」	3 瓶	1	注射	3/17
	シスプラチン点滴静注10mg「マルコ」 20mL	4 瓶	1	注射	3/17

販賣額・原価の総額額（地方採集計の結果等に影響して異動等におおしくはたまり）

※1 この情報は、おぼろげに記された過去4ヶ月の医薬品について掲載していますが、医療機関・薬局の過去の請求データから集計しているため、実際に服用している

図例と異なっている場合がある。

※2 製造したときには、製造前と後の気体成分・濃度が記載される場合があり、必ずしも製造前と後の成分・濃度が記載されているとは限りません。

※3 長期出張は、内閣を合計14日以上放棄している閣僚が殆んどを占めます。

[illegible]

【お薬手帳とは】

- 患者の服用歴を記載し、経時的に管理するもの。
- 患者自らの健康管理に役立つほか、医師・薬剤師が確認することで、相互作用防止や副作用回避に資する。

【法令上の定義等】

- 薬機法施行規則第15条の13第1項第3号
当該薬剤を使用しようとする者が患者の薬剤服用歴その他の情報を一元的かつ経時的に管理できる手帳
- 診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）（令和6年3月5日保医発0305第4号）
イ 手帳

(イ)「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次の①から④までに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

- ① 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
- ② 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
- ③ 患者の主な既往歴等疾患に関する記録
- ④ 患者が日常的に利用する保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

お薬手帳の意義及び役割

※「電子版お薬手帳ガイドライン」より抜粋

- 利用者自身が、自分の服用している医薬品について把握するとともに正しく理解し、服用した時に気付いた副作用や薬の効果等の体の変化や服用したかどうか等を記録することで、医薬品に対する意識を高め、セルフメディケーション・健康増進に繋げること/医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげること。
- 複数の医療機関を受診する際及び薬局にて調剤を受ける際、また、要指導医薬品・一般用医薬品を購入する際に、利用者がそれぞれの医療機関の医師及び薬局の薬剤師等にお薬手帳を提示することにより、相互作用や重複投与を防ぎ、医薬品のより安全で有効な薬物療法につなげること。

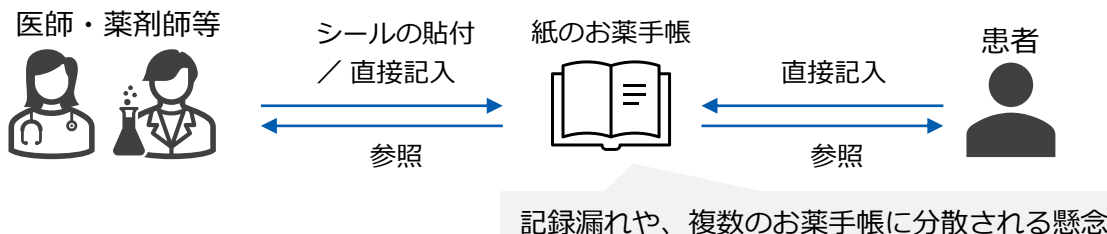


わたしの情報			年月日	お薬の名前
氏 名	男・女		・ ・ ・	
生年月日			・ ・ ・	
連絡先 住所 〒			・ ・ ・	
			・ ・ ・	
			・ ・ ・	
電話番号			・ ・ ・	
血液型 (A・AB・B・O 型)			・ ・ ・	
かかりつけの医療機関や薬局			・ ・ ・	
			・ ・ ・	
副作用症・アレルギー歴 (有・無)			・ ・ ・	
お薬の名前や症状など			・ ・ ・	
				メモ (医師・歯科医師・薬剤師に聞きたいことなど)

オンライン資格確認等システム利活用時代における電子版お薬手帳の役割

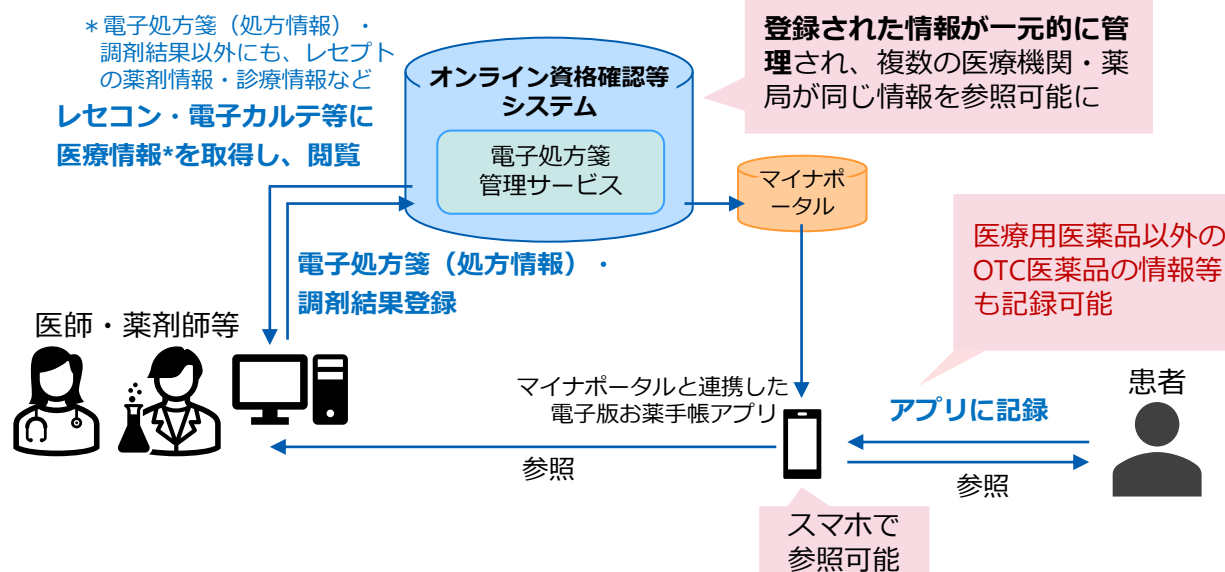
- オンライン資格確認等システムにより、医療機関・薬局のレセコン等に医療用医薬品の情報をデータで取り込むことが可能になります。また、電子処方箋の普及により、リアルタイムの薬剤情報が活用できるようになります。
- また、オンライン資格確認等システムから取得できる情報は、マイナポータルやマイナポータルと連携した電子版お薬手帳アプリで参照することができます。電子版お薬手帳を活用することで、オンライン資格確認等システムから取得できる情報と、患者自身が自ら入力する情報を組み合わせて管理することが可能です。

オンライン
資格確認等
システムが
利活用され
る前の姿
(紙のお薬手
帳ベース)



- ・ 患者がお薬手帳を持参していない場合は、記入漏れや患者のシールの貼付忘れにより、薬剤情報が記録されない懸念が生じる。また、複数のお薬手帳に分散して記録されてしまうこともあるため、その場合は網羅的に薬剤情報を閲覧できない。

オンライン
資格確認等
システム等
の利活用に
より可能に
なること
(電子版お薬
手帳を合わせ
て活用)



- ・ 医師・薬剤師等が登録した情報がオンライン資格確認等システムで一元的に管理され、他の医師・薬剤師等も閲覧できるようになる。また、患者自身もスマホからマイナポータルや電子版お薬手帳等で当該情報にアクセスできるようになる。
- ・ 医療用医薬品をお薬手帳に記録する事務負担が軽減されることを踏まえれば、**相対的に医療用医薬品以外の情報の管理も行いやすくなる。**

- ・ 購入したOTC医薬品の情報
- ・ 副作用（頭痛、眠気等）
- ・ PHR情報（血圧、血糖値等）等

生活保護法に基づく指定医療機関の診療方針等

生活保護法（昭和25年法律第144号）

（診療方針及び診療報酬）

第五十二条 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、**国民健康保険の診療方針**及び診療報酬の例による。

2 （略）

医療扶助運営要領 別紙第3号「治療指針・使用基準関係」 ※昭和36年9月30日付け社発第727号 厚生省社会局長通知

指定医療機関が医療を担当する場合における診療方針は、国民健康保険法第40条第1項の規定により準用される

保険医療機関及び保険医療養担当規則「第2章 保険医の診療方針」並びに保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第8条「調剤の一般的方針」による

保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）

第二章 保険医の診療方針等

（診療の一般的方針）

第十二条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行われなければならない。

（診療の具体的方針）

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

- 一 **診察**
 - **診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。**ただし、緊急やむを得ない場合については、この限りではない。
- 二 **投薬**
 - イ **投薬は、必要があると認められる場合に行う。**
 - **治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。**
 - ハ **同一の投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。**
- 三 **処方箋の交付**
 - ハ イ及びロによるほか、**処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。**

保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）

（調剤の一般的方針）

第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、**保険医等の交付した処方箋に基づいて、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。**

2 保険薬剤師は、**調剤を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。**

ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

診療組 入 - 1
7 . 7 . 1 7

1. 医療機関における取組の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、入院中に内服薬の総合的な評価及び処方内容の変更の評価と、減薬に至った場合を評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

医療機関

薬剤総合評価調整加算

多職種の連携によって
・内服薬の総合的な評価
・処方内容を変更した場合
→100点

更に

薬剤調整加算

退院時に2種類以上の減薬に至った場合
→150点



○外来/在宅患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、外来受診時に内服薬の総合的な評価調整し、減薬に至った場合を評価



【外来受診時】
6種類以上の内服薬

患者

医療機関

連携管理加算

薬局と調整し報告等
→50点

薬剤総合評価調整管理料

処方内容を総合的に評価調整し、
2種類以上の減薬に至った場合
→250点

調整

薬局

※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はポリファーマシー）

2. 薬局における取組の評価

○薬局における減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が2種類以上減少した場合の評価

患者

6種類以上の内服薬

薬局

①減薬の提案（文書）

②2種類以上減薬（処方箋）

服用薬剤調整支援料1

→125点



○複数医療機関の処方による重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が患者の服用薬を一元的に把握し、複数医療機関の処方による重複投薬等の解消の提案した場合の評価

患者

複数医療機関からの処方（6種類以上）

①服用薬の一元的把握

処方箋

処方箋

②重複投薬解消の提案（文書）

薬局

服用薬剤調整支援料2

→110点※・90点



※重複投薬の解消に係る実績がある薬局の場合

○重複投薬等に関する疑義照会等に関する評価

- 薬歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、薬剤師が処方医へ疑義照会等を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算（残薬調整以外）
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（残薬調整以外）

→40点

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援

2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等

(1) 医薬品の適正使用に向けた取組

(2) 適正受診に向けた取組等

3. 医療扶助・健康管理支援や介護扶助における
デジタル化やデータ活用

4. 実施体制の構築・強化

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

適正受診に向けた取組等

現状・課題

- 生活保護分野では、適正受診等に関し、以下の取組を進めているところ。

頻回受診	H14～	福祉事務所において、レセプト等により「同一月内に、同一傷病について、同一診療科目を15日以上受診している者（短期的・集中的な治療を行う者を除く）」を把握し、主治医等との協議により指導対象者を決定の上、適正受診指導を実施
長期入院	S45～	福祉事務所において、「入院期間が180日を超える者」を把握し、主治医等に入院継続の必要性について確認の上、退院を阻害している要因の解消を図り、実態に即した方法により適切な退院指導を実施
頻回転院	H26～	福祉事務所において、「当該年度中に90日間連続して入院している者であって、その間に2回以上の転院があり、かつ、転院事由発生の事前連絡が無かった者」について、主治医等に転院の必要性について確認の上、必要に応じて転院・退院の指導を実施

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

適正受診に向けた取組等

議論の整理（たたき台）

- 生活保護受給者について、単身世帯・非稼働世帯の割合が高く、孤独・孤立や精神面の不調など個々が抱える課題も様々である中、近年、頻回受診という受診行動の背景には、こうした社会生活面の状況・課題もあると指摘されている。また、入院医療の状況を傷病分類別に見た場合には、医療保険の被保険者と比べて「精神・行動の障害」の割合が高い。
頻回受診の指導対象者の中に一定の未改善者が存在し、また、長期入院対策等で「入院の必要性がない」と判断された者の中にも一定の未措置者がいる中、これらの取組を継続することとしつつも、未改善・未措置の背景にある課題を整理し、当該課題への対応を適切に講じていく必要がある。

（頻回受診対策）

- 福祉事務所による頻回受診対策について、福祉事務所における実施体制に留意の上、受診行動の背景にある課題（例えば孤独や医師への依存等）に応じた適切な自立支援・生活支援の観点を含め、取組を強化していくことが重要である。こうした観点から、以下のとおり対応することとしてはどうか。
 - ① 頻回受診の傾向にある者を早期に把握し、各々の状況に応じた適切な支援につなぐことは、適正受診の観点のみならず、自立支援の観点からも重要である。このため、オンライン資格確認システムの実績ログ機能を活用し、頻回受診の傾向（概ね同一月内に15日以上を受診を目安）を把握した上で、受診理由や場合によっては受診行動の背景にある課題等を確認の上、必要な対応を実施することとしてはどうか。
 - ② レセプト確認を通じて把握した頻回受診の可能性のある者（受診状況把握対象者）や、①の頻回受診の傾向がある者について、受診回数の見直しに係る指導を実施する際には、従来どおり、嘱託医や主治医との協議を経ることを前提としつつ、各々の状況に応じた適切な自立支援・生活支援（例えば、ボランティア等も含めた多様な社会参加の機会の案内・勧奨や、高齢者に対する就労機会の案内など）に関しては、嘱託医や主治医との協議を経ることを要件とせず、柔軟かつ積極的に実施することとしてはどうか。

適正受診に向けた取組等

議論の整理（たたき台）

（長期入院対策等）

- 福祉事務所による長期入院対策や頻回転院対策について、指導対象者が生じた際、本人への適切な指導はもとより、退院後の受入体制の確保が不可欠であり、日頃から地域の関係機関との連携体制を構築しておくことが重要である。こうした観点から、例えば、精神保健福祉分野の関係機関や救護施設等の保護施設・日常生活支援住居施設など、多様な関係者と福祉事務所との連携を推進することとしてはどうか。具体的には、生活保護法に基づく「調整会議」の活用等が考えられるのではないかな。

（効率的・効果的な実施に向けた枠組み）

- 福祉事務所の限られた人的体制等を前提に、より効率的・効果的に対策を実施できるような枠組みを整えていくことが重要である。こうした観点から、被保護者健康管理支援事業との一体的な運用や、地域の状況に応じて取組の重点化（例えば、指導対象者が少ない取組の停止・中断等）を可能とするなど、国として枠組みを検討する必要があるのではないかな。

（今後に向けた新たな取組）

- 従来の取組のみならず、医薬品の使用状況や受診状況に係る実態を把握の上、課題・要因を分析し、必要な対策を講じていくことが重要である。こうした観点から、例えば以下のような対応を検討することとしてはどうか。その際、診療報酬等による対応状況を踏まえつつ、効率的・効果的な対応を検討する必要があるのではないかな。
 - ① 本人のより適切な健康管理や医療機関の負担軽減等に向けた適正な受診行動の促進（例：上手な医療のかかり方 等）
 - ② 算定回数や1件当たり請求額等が大幅に増加している給付等に係る実態把握（例：医療扶助における訪問看護 等）
 - ③ NDB等のデータ分析結果等を通じて得られたエビデンスに基づく、給付に係る一定のルール・基準の設定 など

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第2回の議論

<頻回受診対策等>

- 1人住まいの被保護者が非常に多い。多剤投与や頻回受診は、孤独感や疎外感によるところが大きいのではないかと。社会とのつながりができるだけ維持していくような政策が必要。生活保護の担当部署だけでなく、地域の社会政策を担当している部署との連携が必要。
- 被保護者は、SDH（健康の社会的決定要因）に関して考えなければいけない点が多く、そこを考慮した手厚い取組こそが行政としては重要であり、公平なサービスだと考える。
- 多様な社会参加につないでいくという議論について、ケースワーカーがどこまで対応していくのか。受診行動や受診理由は人それぞれであり、ケースワークの中で聞き取っているが、それにも限度があり、80世帯以上抱えているケースワーカーもいる中で、個々人にどこまで深く入っていくのか。また、各々の状況に応じた社会資源を全て把握してつないでいくという対応を、ケースワーカーがどこまでできるのかということもある。ケースワーカーの業務とは別の形で対応できないか。
- 適正受診の取組は、県内では何年か前と比べるとかなり改善されてきている状況。基本的には監査で確認するぐらいの取組でもよいのではないかと。頻回受診について、ケースワーカーがどこまで受診理由や背景を確認できるか、かなり疑問なところがある。そうは言いながらも、何らかの形で社会につながっていただけたらいいと思うが、どちらかという、就労支援・就労準備支援の方が親和性が高いのではないかと。就労支援員の役割をここまで広げるか、いっそのこと名前を就労社会参加支援員にしてしまう形で、こういう方にアプローチしていただけると、比較的つながる方はつながるのではないかなと思う。
- 適正受診に向けた取組については、長年の取組によって課題も明確になってきている。地域の関係機関との連携体制の構築、早期の課題把握、社会参加や就労の機会の提供の重要性、いずれも賛同。頻回受診のアプローチについて、受診の理由や受診行動の背景にある課題を確認し、共有することが非常に重要。そうした情報を知らない状況で処方・調剤の対応をするのではなく、福祉事務所の方々の情報を提供いただき、医療現場で介入した内容を福祉事務所にフィードバックするような、そうした連携体制が必要ではないか。

<長期入院対策等>

- 救護施設との連携強化や生活保護の調整会議の活用に関しては、現場では困っている方を対象とした取組が実施されている。監査で確認するぐらいの取組でもよいのではないかと。

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第2回の議論

<今後に向けた新たな取組>

(適正な受診行動の促進)

- 上手な医療のかかり方は、一旦やってみることに意義があるのではないか。

(訪問看護)

- 例えば、訪問看護や施術の給付について、要否意見書で主治医が必要と判断している中で、それらの回数まで自治体が踏み込んでいくことはできないのが現状。昨今、有料老人ホームで入所者を囲い込み、連携した介護・医療サービスが提供されている事例もあるが、外形上は医師の指示や要否意見書が出ている。こういった対策ができるか。
- 医療扶助の訪問看護について特殊な傾向なのか分析が必要。指定医療機関の監査は各自治体が対応しているが、自治体で全ての診療内容を見るのは難しく、一般診療と医療扶助を比較しながら対応するのは難しい。市が監査に行く際、厚生局にも一緒に来ていただいて全体を見て監査するなど、国の支援もいただきながら適正に実施されているのか確認できればと思う。
- 例えば、医療扶助による訪問看護について、もし、そこにフォーカスが当たってしまうと、適正に取り組んでいる訪問看護事業所も不利益を被る。実態を丁寧に把握していくことが非常に重要。
- 訪問看護は、今後、独り暮らしの高齢者がますます増えてくる状況。実態を把握しながら状況を見ていくことが必要ではないか。
- 医療扶助の訪問看護1件当たり費用の増加について、年齢区分や原疾患別に理由を検討することが重要。こうした状況は訪問看護に限ったことなのか、全体像を踏まえて幅広く検討する必要。必要な方に必要なケアを提供する観点からは、保護施設等における医療扶助の実態、主治医による訪問看護指示書と訪問看護事業所によるケア提供の実態等を踏まえて、対策を講ずる必要があるのではないか。
- 訪問看護については、まだ情報が不足している。この20年近くで2倍になっている。どういう訪問看護の仕方になっているのかよく分からない。介護は点数に上限があって増えない仕組みだが、医療はどんどん上がっている。これは医療保険でも同じような傾向。実際にどういう中身になっているのか、もう少し細かく調べた上で、医療扶助だけではなく訪問看護の在り方を改めて考える必要。
- 訪問看護について、実態として、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅で、医療扶助の訪問看護がほぼ毎日入っている状況が過去に見られた。本市では、ヒアリングシートを作り、まず、本人の状態を確認する。看護師等の資格を持つ方を医療の適正化推進員として配置し、本人の状況、訪問看護が必要かどうかを確認。当然、必要な場合は使っていただくのが前提だが、必要性に疑義があれば、特別指示書等の書類を提出いただいてチェックをして、ケースワーカーではなかなか判断ができないため、嘱託医の力を借りながら必要性を判断して適用。

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第2回の議論

<今後に向けた新たな取組> ※続き

(給付に係る一定のルール・基準の設定)

- 医療保険の場合、価格を調整することでインセンティブやディスインセンティブをつけられるが、医療扶助の場合、価格面で調整することができないため、別の仕掛けが必要。健康面で悪影響が出てくるといった専門的な知見や、データ分析により「ここまで投薬するのはまずい」「これだけ頻回受診しても効果が無い」など明らかにできれば、ある程度のガイドラインは作っていいのではないかと。現場で混乱が生じないよう、明確なガイドラインの提示が必要。
- 後発医薬品は、法改正により原則化されたことで取組が進んでいる。多剤や適正受診は、明確な基準は難しいものの、国においてルールや基準が定められれば、自治体としても説明しやすい。
- 後発医薬品の使用促進について、一定の効果を示している一方で、ある程度のところでとどまっているような状況も指摘されている。選定療養が昨年10月に導入され、医療保険では使用促進の効果が示されている。一方、生活保護受給者への対応については、薬局でも、長期収載品を強く希望されるような大変苦慮するケースが報告されている。選定療養の対象拡大も見込まれる中、関係法令の整理も含め、保険局と丁寧に連携してほしい。
- 県が策定する医療費適正化計画について、今回、国の方針で「効果が乏しいというエビデンスがあることが指摘された医療」として急性呼吸器感染症の抗菌薬処方や、「医療資源の投入量に地域差がある医療」について、新たに計画に盛り込んで取組を推進することとされた。医療扶助も例外ではなく、歩調を合わせて対応していく必要。
- 一般論として、医療費無料の課題について、一つはモラルハザード、ニーズがあまりないのに受診行動してしまうこと、もう一つは誘発需要、医療機関においてやや過剰なニーズに合わない医療が提供されてしまうこと、この2つの課題が知られている。誘発需要の場合、患者ではなく構造にアプローチしないと大きな成果は得られない。実態調査や給付ルールの基準決めなどが必要ではないか。
- 医療サービスを提供している人たちの行動を規制する場合も、科学的なエビデンスに基づいた指導が必要。これとこれの飲み合わせはまずいですとか、こういう診療の受け方は問題ですということが科学的に分かれれば、それをベースにした指針を出して、医師・薬剤師がそれに対応して行動するというような仕掛けが必要。
- マイナ保険証が導入され、被保護者は便利になったと思うが、実際には福祉事務所への事前連絡なく受診してしまうパターンも起こり得ている。利用しやすくなったことで頻回受診につながっている可能性もあり、そうした分析も必要ではないか。医師が必要と考えて診療している場合もあるし、医師が必要と考えていない場合も、応召義務があるため来られると診療せざるを得ないという状況がある中で、本人だけの問題でもないし、医療機関だけの問題でもない。なぜ頻回受診が起こってしまうのかといった点も分析が必要。

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援
2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等
 - (1) 医薬品の適正使用に向けた取組
 - (2) 適正受診に向けた取組等
- 3. 医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用**
4. 実施体制の構築・強化

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用

現状・課題

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

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

医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用

現状・課題

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

医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用

議論の整理（たたき台）

- 生活保護受給者について、高齢化が進み、個々が抱える課題も様々である中、効果的な健康管理支援や、医薬品の適正使用・適正受診に向けた取組等は、今後も強化していく必要がある。

他方で、医療現場と自治体のいずれにおいても人員確保や業務負担が課題となっている中、こうした取組を強化していくためには、既存の業務・手続について、各々の意義・必要性を精査の上、可能な限り、業務の削減や、デジタル化・データ活用を含めた業務効率化を進めていく必要がある。

（給付手続のデジタル化等）

- 医療扶助の給付手続について、医療機関・薬局や福祉事務所の業務効率化、被保護者自身による健康管理等を進める観点から、さらなるデジタル化に取り組んでいくことが重要である。このため、以下のとおり対応することとしてはどうか。
その際、各医療機関の事情（DXへの対応可能性や対応する生活保護受給者の数・頻度等）に配慮しつつも、オンライン化を原則的な取扱いとし、紙・オンライン併用による事務コストを最小限に抑えるとともに、医療DX（電子カルテ情報共有システムや電子処方箋等）の普及と相俟って効率的で質の高い安全な医療の提供につなげていく必要があるのではないかと。
- ① 医療扶助のオンライン資格確認について、普及・活用の促進に向け、医療機関・福祉事務所の業務効率化に資する運用改善を進めるとともに、被保護者の安心につながる機能・効果を積極的に訴求することとしてはどうか。
- ② 要否意見書について、オンライン化の実現に向け、具体的な方策を検討することとしてはどうか。その際、「医療DXの推進に関する工程表」に基づき、医療機関から自治体への「診断書等の電子的提出」に係る検討も進んでいる中、効率的なシステム整備等の観点から、「診断書等の電子的提出」の検討状況を踏まえつつ対応していくこととしてはどうか。
- ③ 医療券・調剤券・要否意見書について、さらなるデジタル化に取り組むに当たり、現行の運用の中で、必要性が乏しく非効率な取扱いや様式等を精査の上、有効期間・頻度をはじめ必要な見直しを進めることとしてはどうか。

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

議論の整理（たたき台）

（給付手続のデジタル化等） ※続き

- 介護扶助の給付手続について、現行の運用の中で、必要性が乏しく非効率な取扱いや様式等を精査の上、有効期間・頻度をはじめ必要な見直しを進めることとしてはどうか。

なお、介護保険制度における介護情報基盤（令和8年度からシステム改修が完了した自治体から順次運用を開始）に関し、介護扶助に関する手続の取扱いについては、介護情報基盤の運用状況等も踏まえつつ、引き続き対応を検討することとしてはどうか。（詳細はP.48）

（健康・医療データの利活用等）

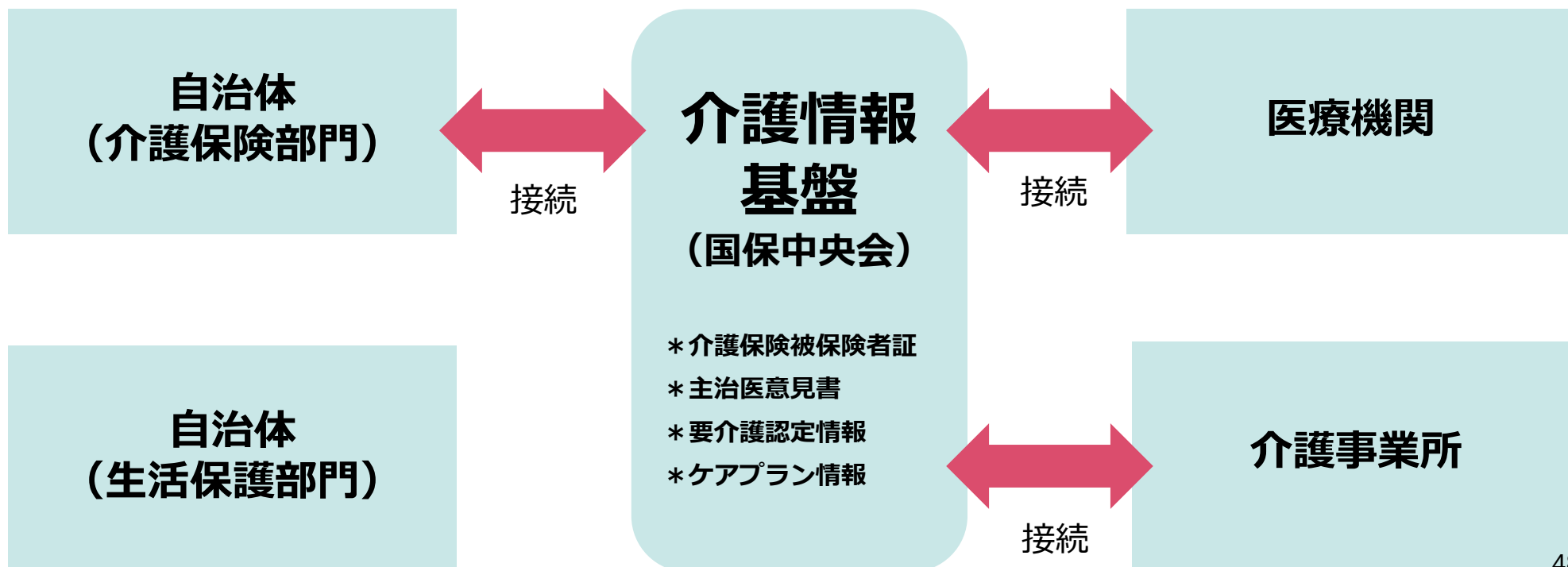
- NDB（匿名医療保険等関連情報データベース）等の健康・医療データについて、福祉事務所における被保護者健康管理支援事業の事業企画等や、都道府県による市町村支援の枠組みを実効的なものとする観点から、更なる有効活用を進めていくことが重要である。こうした観点から、NDBについて、被保護者の健康診査や保健指導に係る情報の登録を推進するとともに、NDB等を活用した「データ分析支援ツール」について、格納データや分析機能の充実、自治体向け研修の継続実施等の取組を通じて、効果的な活用を一層促進することとしてはどうか。
- 福祉事務所が管理する健康・医療データ（医療扶助レセプト、健診・保健指導情報等）や、指導・介入状況等の情報について、被保護者健康管理支援事業や医薬品の適正使用・適正受診の取組において更なる利活用を進めていくことが重要である。こうした観点から、被保護者健康管理支援事業等の対象者抽出や進捗管理・効果評価等において、効率的・効果的に活用するための具体的方策（例：生活保護システムの有効活用、外部委託の活用、国におけるツール・データベースの開発等）について、福祉事務所の業務負荷や運用費用、地域ごとの柔軟な対応の可能性等を踏まえつつ、引き続き検討することとしてはどうか。

介護情報基盤における介護扶助に係る手続の取扱い

- 介護保険と介護扶助のいずれにおいても、自治体・医療機関・介護事業所等の関係者全体で業務効率化を進めることは重要。令和8年度から運用が開始される介護情報基盤において、介護扶助をどのように取り扱うか整理が必要。
- 介護扶助について、①まずは、現状の給付手続について効率化可能な部分はないか精査した上で、②介護情報基盤の運用状況を踏まえつつ、以下の論点・課題等について引き続き検討・整理していくこととしてはどうか。

<論点・課題等>

- ・ 介護情報基盤への接続により効率化される業務内容・頻度
- ・ 福祉事務所（生活保護システム）と介護情報基盤を接続するためのシステム改修等のコスト
- ・ 福祉事務所で想定される事務コスト（マイナンバー利用事務の増加、紙・オンラインの併存、介護保険部門との連携・調整等） 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

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

<給付手続のデジタル化等>

(医療扶助のオンライン資格確認)

- オンライン資格確認の導入により、医療券の送付事務が削減されることになっているが、マイナンバーカードの利用登録者数は約4割、医療扶助のオンライン確認を導入している医療機関等は約半分、本人が利用登録していて、かつ、医療機関が対応している場合のみ、送付事務を削減できるので、現状は効果は限定的。業務効率化に向けたデジタル化は進めてほしいが、過渡期は自治体の事務が膨大になる点に留意してほしい。
- 薬局の場合、複数医療機関からの処方薬を把握するためには、マイナ保険証による状況把握等は重要。被保護者の中には、オンラインの利用が困難な方も一定数おられると思うが、薬局等ではシステム導入を進めている状況。福祉事務所への働きかけや医療機関と連携した取組等を通じて、効率的に医薬品の適正使用に取り組めるようにしてほしい。
- オンライン資格確認について、県内の中核市では、指定医療機関に一斉をお願いをして、全てオンライン資格確認としている自治体もある。一方で、オンライン資格確認と紙の医療券の発行を両方やっている自治体もたくさんある。医療機関も、オンライン資格確認のシステムを導入しているが使っていないところもある。何年後かにはオンラインに移行する、ということではいいのではないかな。
- オンライン資格確認等々、デジタル化を進める際、福祉事務所と連絡が取れない時間帯やシステム停止時の対応など、丁寧な対応が必要。

(要否意見書のオンライン化など)

- 要否意見書のオンラインはぜひ進めてほしい。
- 要否意見書のオンライン化は進めてほしい。当面は暫定的な期間もあると思うが、一定程度の業務効率化に資するのではないかな。
- 現在の要否意見書は、ある医療機関を受診する際に、その医療要否を問う形になっており、4つの医療機関を受診すると、4つの要否意見書が返ってくる。DXを通じて、その4枚を一緒に見ることができるようになれば、病状や投薬の状況などより分かりやすくなる。例えば、訪問診療の要否意見書が作成されている方について、別の要否意見書を見ると外来通院をしていることもある。要否意見書に稼働能力判定の記載欄もあるが、あちらの医療機関だと「働ける」、こちらの医療機関だと「働けない」、といったときも参照しやすくなる。
- 被保護者が抱える課題は多様であるため、医療だけでなく介護保険等も含め、関係者間でタイムリーな情報連携が可能となることが期待されているのではないかな。マイナンバーカードによって、こうした情報連携が進展することが期待されるが、介護保険等も含めた共通した基盤が望ましい絵姿ではないかな。
- ケースワーカーと医療機関・薬局などの情報共有は重要。デジタル化によって双方向で効率的・効果的な対応・運用ができるのではないかな。検討を進めてほしい。その際、負担が大きくなりすぎないように、また、タイムリーに共有できる仕組みが望ましい。
- 移送や就労の可否等を確認する際の「病状調査」も、オンライン化など負担を減らす方向で検討してほしい。

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

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

<給付手続のデジタル化等> ※続き

(既存業務の精査・見直し)

- 医療券・調剤券・介護券の必要性の精査は進めてほしい。調剤券・介護券などの必要性の精査、医療券の有効期間も例えば要否意見書の期間に合わせるとか、タイミングを合わせることで業務を減らしていくとか、そういった観点で検討してほしい。
- 事務の削減・見直しに当たっては、それぞれの事務の意味を考える必要。例えば、移送費の要否意見書は、移送の必要性の有無よりも、移送の手段や頻度の適切性を確認している部分がある。現場で情報がどう使われているのかを踏まえた上で、見直しを進めてほしい。
- 要否意見書の有効期間は、基本は6か月でよいのではないか。医療券も、要否意見書と同じ期間でよいのではないか。ただ、こんなときは6か月、こんなときは3か月、とされると現場が混乱するため、一本化してほしい。

<健康・医療データの利活用等>

- 生活保護は、サンプルが非常に少なく、個人が特定される危険性もあり、統計分析が極めて難しいが、NDBは被保護者とそれ以外を識別可能。それぞれの行動パターンの違いを分析可能。国保・後期高齢との比較でより精緻な分析を行い、問題点が明確になれば、適正使用・適正受診のガイドラインを作るときも、説得力を持って打ち出しやすい。
- データ分析支援ツールを使うと、国保の都道府県格差と似た状況が見えてくる。生活保護と国保の違いだけではなく、共通項も見えてくると、各々で対策を行うのではなく、一緒に進めていくことができる。こうした観点からもデータ活用に期待。都道府県では、福祉事務所単位のデータが確認できる。こうしたデータを基に取組強化に向けて働きかけてもらえると、第一歩につながる。アンケートでは「未対応」が多かったので、今後しっかり働きかけていく必要。
- 健診データや生活習慣病の質問票データがNDBで公開されており、都道府県・市町村単位で状況がわかる。ただ、医療扶助の対象者は入力状況が非常に少ない、全然登録されていないところもある。データがきちんと登録されて、それで分析をして事業を検討できることが重要。例えば、健診データのほか、受診時の血液データ、質問票はケースワーカーが取るなどして、データの数を増やすことができると、使えるデータになる。
- ケースワーカー業務は効率化が必要。対象者について簡単にフラグが立つなど、ケースワーカー業務のデジタル化は不可欠。

<総論>

検討に当たっての視点

<各論>

1. 効果的な健康管理支援
2. 医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等
 - (1) 医薬品の適正使用に向けた取組
 - (2) 適正受診に向けた取組等
3. 医療扶助・健康管理支援や介護扶助におけるデジタル化やデータ活用
- 4. 実施体制の構築・強化**

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

実施体制の構築・強化

議論の整理（たたき台）

○ 医療扶助・健康管理支援に関する取組を強化する際には、庁内の保健・医療関連の部局との連携や保健医療福祉専門職との協働、地域の医療関係者との連携・協働はもとより、都道府県による支援や他の市町村との情報共有など、様々なつながりを持ちながら取組を検討・実施していくことが重要である。こうした観点から、以下のとおり対応することとしてはどうか。

① 医療扶助・健康管理支援に関する取組の強化に当たっては、医療・健康の側面と生活の両面からのアプローチが重要であり、庁内の保健師等の専門職が、より積極的に関わることができるような環境を整えていく必要があるのではないかな。

例えば、生活保護世帯が抱える課題は多様であるところ、保健活動の組織横断的な総合調整・推進を担う「統括保健師」が、各部署に配置されている保健師の活動の全容を把握し、地域全体の健康課題の明確化や保健活動の優先度を判断する中で、医療扶助・健康管理支援に関する取組についても庁内の保健師等の協働体制を構築し、フォローすることが考えられるのではないかな。そのために、国において、統括保健師に対する生活保護分野の課題や取組等の普及啓発や、生活保護分野に関わる保健師等の専門職同士が情報交換する場の設定をしていくことが考えられるのではないかな。

② 医療扶助・健康管理支援を担当する事務職員やケースワーカーにおいて、専門職との円滑な協働や、専門職への円滑なつながりを促進する観点から、「自立」を目指す上で必要となる健康・生活管理に関する知識・理解などを深めるための取組を実施することとしてはどうか。例えば、各自治体の取組内容や課題を共有する場・仕組みの設定や、短時間で閲覧可能な動画・資料の作成などの取組が考えられるのではないかな。

③ 令和7年度から施行された「都道府県による市町村支援」について、福祉事務所にとって有効な取組となるよう、国において、先行して取り組んでいる都道府県の状況も踏まえつつ、データ分析、市町村とのコミュニケーション、技術的支援等が進められるよう、必要な検討・研修等を実施することとしてはどうか。

また、都道府県が設定する目標について、アウトカム指標やアウトプット指標（例：健診受診率 等）に加えて、各都道府県の状況に応じてストラクチャー指標やプロセス指標等（例：市町村との意見交換の実施数 等）も追加することとするなど、都道府県の取組を後押しする枠組みとする必要があるのではないかな。

実施体制の構築・強化

前回までの議論

*赤字は第2回の議論

- 市町村の保健師は地区担当制で仕事をしている割合が高い。マンパワーには限りがあるが、多くの健康上の課題を抱える方々に、生活と医療の両面から健康支援を行うことができればと考える。保健師とケースワーカーの連携・協働による支援も行われている。
- 「保健師の活動指針」において、自治体保健師は分野横断的に担当地区を決めて保健活動を行うこと、地区担当制の体制の下で住民や世帯及び地域全体の健康課題を把握し、世帯や地域の健康課題に横断的・包括的に関わって、地域の実情に応じた必要な支援をコーディネートするなど、担当する地区に責任を持った保健活動を推進することが記載されている。すなわち地域住民である被保護者及びその世帯に対して、健康課題に応じた健康の保持・増進、疾病予防を行うことは保健師本来の役割。
- 地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」において、全ての自治体には統括保健師を配置することとなっている。統括保健師は地域保健施策の推進を担っており、分野横断的に管内の健康課題を把握し、その解決に向けて保健・医療・福祉・介護などと連携・調整し、地域のケアシステムの構築を図るといった保健活動が有効に機能するようにマネジメントし、自治体内の保健活動の機運を高めていく役割が求められている。ぜひ福祉分野からも、被保護者の抱える健康問題を自治体の統括保健師と共有いただき、計画の段階から相談し、協働を図っていただきたい。
- 生活保護の方が緊急入院されたとき、ケースワーカーから生活状況を教えていただいて、治療方針と一緒に考えることができた。低血糖を繰り返さないようにとか、生活状況に合わせた医療は非常に重要。住民の身近にいるケースワーカーが、この仕事の大切さややりがいを感じてもらえるような仕組みにできるとよい。
- ケースワーカーが密に関わっている中、健康に関する早期発見、受診勧奨、薬の飲み忘れの確認、重症化予防等の視点を持ちながら関わるのが重要。背景にある精神障害等について、研修等を通じて理解を深めることが必要。
- ある市で、医師会・薬剤師会・歯科医師会と連携をして展開していきたい取組がある場合、地元の医師会等に説明・相談することは比較的やりやすいと思うが、隣の市の医療機関等とも連携しようとする、市ごとの枠組みでは難しいこともあると思う。都道府県が場を設定して周辺自治体同士で連携し、例えば医療圏単位などで健康管理支援事業を進めることも重要。
- 国保・後期では、市レベルの事業と県レベルの事業を分けて取組を実施。国保等の取組を参考にするのであれば、県レベルの事業と市レベルの事業を分ける、例えば、広域的な調整や周知啓発・普及は県で実施いただくと、コストの観点や対象者への訴求の観点で効果的ではないか。被保護者が市から別の市に移動してしまうパターンもある。県レベルでどのように対応いただけるかという視点も重要。

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」

(最終改正:令和7年3月7日厚生労働省告示第52号)

第四 地域保健対策に係る人材の確保及び資質の向上並びに人材確保支援計画の策定に関する基本的事項

一 人材の確保

2 (略)

また、都道府県、政令市^(※)及び特別区は、健康危機管理を含めた地域保健施策の推進のために本庁に統括保健師を配置するとともに、地域の健康危機管理体制を確保するため、保健所に保健所長を補佐する統括保健師等の総合的なマネジメントを担う保健師を配置すること。

保健所設置市等以外の市町村は、健康危機管理を含めた地域保健施策の推進のために統括保健師を配置すること。

また、健康危機への対応を含む地域保健対策の推進においては、統括保健師等が連携して組織横断的なマネジメント体制の充実を図ること。

(※)地域保健法施行令(昭和23年政令第77号)第1条に規定する市をいう。

統括保健師に求められる能力とその育成

○各自治体が統括保健師の育成を行うに当たっては、自組織の統括保健師の役割の範囲と求められる能力を確認し、それらの能力が獲得できるよう、ジョブローテーションによるOJTと研修を組み合わせた早期からの計画的な人材育成が必要。

統括保健師の役割

- 保健師の保健活動の組織横断的な総合調整及び推進
- 技術的及び専門的側面からの指導及び調整
- 人材育成の推進

統括保健師に求められる能力

- **組織横断的な調整や交渉を行い、保健活動を総合的に推進する能力**
 - ・各部署に配置されている保健師の活動の全容を把握し、健康危機発生時も含め、地域全体の健康課題の明確化や保健活動の優先度の判断、評価の実施を牽引できる。
 - ・保健、医療、福祉、介護等の多様な分野の組織内での合意形成を図るとともに、組織内外関係者とのネットワーク及び効果的な協働体制を構築することができる。
- **保健師としての専門的知識・技術について指導する能力**
 - ・社会の変化や情勢に応じて専門的知識や技術を常に更新し、実践すると共に、各組織において求められる役割を保健師に示し、直接または適切な指導者を介して指導を行うことができる。
 - ・保健活動の優先度を勘案し、事業の企画や再編、予算確保等について指導・助言できる。
- **組織目標等に基づき保健師の人材育成体制を整備する能力**
 - ・組織目標や地域保健施策の展望等を踏まえた保健師の人材確保や採用、ジョブローテーションを含めた配置、人材育成に関する提言ができる。
 - ・組織全体の保健師の人材育成計画を立案し、組織内での理解・共有を図り、実施体制を整備することができる。
 - ・指導的立場にある保健師の指導力向上のための支援を行うことができる。

体制構築・庁内連携に関する取組事例（中核市）

人口：約50万人
被保護者数（担当）：約7千人
市内福祉事務所：約5ヶ所 ※令和6年

ケースワーカー等の医療的な専門知識の不足を解消するため、保健部門に保健師の配置を依頼。統括保健師の調整により常勤保健師を配置。保健師間のネットワーク、研修や事例検討会の開催により、庁内連携の推進や職員の専門性向上を図っている。

実施体制

- 健康管理支援業務は医療経理係・医療班が中心に実施。医療班は、経理兼務の係長1名、保健師2名、事務職3名（うち1名はCW兼任）の6名体制。
- 健康診査の受診者増加に伴い、保健指導対象者が増加。令和6年度から保健指導の一部を外部委託。

体制構築における工夫

■ 専門職（保健師）の戦略的配置による体制強化

- ・ 令和元年度から健康管理支援事業開始。会計年度任用職員として保健師を4回募集するも応募者なし。
- ・ 保健所に依頼し、令和3年度から正規職員の保健師1名の配置を実現。複数ある福祉事務所を効果的にカバーするため増員要求を行い、令和6年度から2名体制へ拡充。
- ・ 統括保健師は、困難ケースへの対応力や関係機関との調整能力を期待し、地域保健や精神保健分野で長年の経験を持つ保健師を戦略的に配置。
- ・ 困難ケースへの同行訪問や医療機関との専門的な対話において、保健師が中核的な役割を発揮。CWのみで介入が難しい状況の打開に大きく貢献。

■ 研修と実践を通じたケースワーカーの専門性向上

- ・ 福祉事務所内のCW向け研修会にて保健師が複数回講義。アルコール依存症や糖尿病、認知症など、現場で直面する頻度の高いテーマで専門的知見を共有し、組織全体での知識の底上げを図っている。
- ・ 保健師が主導し、CWが困難事例を持ち寄る事例検討会を複数の福祉事務所で定例化（令和3年度から開始）。ケースへの具体的な対応策の議論により実践的なノウハウを蓄積・共有。
- ・ OJTと集合研修の組み合わせにより、CWの専門的な知識水準が向上。当初は保健師が直接対応していたが、現在はCW自身で判断・対応できる範囲が拡大。

庁内連携等の実際

■ 顔の見える関係を介した連携

- ・ 本庁に在籍する保健師が日頃から情報交換を行う場があり、それが部署を横断した円滑な連携の土台となっている。
- ・ 医療扶助業務推進にあたり、保険部局に薬剤師会への仲介を依頼したことを契機に協力体制を構築。多剤・重複投薬対策等事業において、各福祉事務所へ担当薬剤師を配置できた。

■ 頻回受診における協業

- ・ 高齢の頻回受診者は、常に認知症の可能性を考慮し、疑わしい場合は地域包括支援センターや後見人等を巻き込み専門医受診へとつなげる。診断後は介護保険サービスへと引き継ぎ、適切な支援へ移行。
- ・ 整形外科等の頻回受診者に対しては、頻回受診となる背景にある痛みのコントロールへの支援を行う。加齢により痛みが治りにくくなる事を説明しつつ、筋力をつけるセルフケアを指導。訪問看護ステーション等の支援者等を巻き込むなど受診以外の選択肢を提示。

都道府県による市町村支援の 効果的な実施に関する取組事例①（大阪府）

人口：約877万人
被保護者数：約26万人
福祉事務所：69か所
（指定都市・中核市の管轄を含む）※令和5年

健管事業の実施状況を市町村ごとの報告データから取りまとめ、経年変化を把握・可視化し、結果は市町村にフィードバック。少人数体制ながらデータ支援と監査を両立し、医療扶助・健管事業を横断した支援基盤と他県連携の道を模索している。

県内の状況・実施体制

■ 医療扶助業務の実施体制

- 大阪府では、健康管理支援事業の義務化（令和2～3年度）を契機に、府内市町村の取組状況を体系的に把握するため、独自の共通指標を策定した。これにより、事業の進捗や成果を経年的に確認できる体制を構築し、市町村支援を一体的に推進している。
- 担当は事務職2名で、監査や医療機関への指導などを兼務しながら、市町村の支援・データ分析・情報提供を並行して行っている。限られた人員体制の中でも、数値の可視化やデータの蓄積を重視している点が特徴である。

データ分析を通じた支援

■ データ分析の取組の概要

- 府では、市町村から報告される健康管理支援事業の実施データを集約し、年度ごとの経年比較を行っている。まず、共通様式（※もともと独自項目として設問していたが、令和7年度以降は国報告様式の別添1-1を活用）により各市町村から報告を受け、府内平均値や前年との差をグラフ化。その結果を市町村へフィードバックしている。
- データ分析は単なる報告のためではなく、地域差の把握や課題抽出に重点を置いており、今後の市町村支援計画の基礎資料として位置付け、市町村が自らの取組位置を客観的に把握し、翌年度の改善方針策定に活用できる仕組みを整えている。

① データ収集

市町村・福祉事務所から共通様式で報告

② 経年比較・グラフ化

府内平均や前年との変化を可視化（グラフ化）

③ 課題抽出

市町村ごとの課題整理

今後の強化検討ポイント

④ フィードバック

結果を市町村へ共有し、次年度取組の参考資料に活用

市町村のニーズ把握と相談対応

■ 市町村の取組把握

- 福祉事務所単位で実施する監査の場を通じて、医療扶助の実施状況や事務の進め方を確認し、現場ごとの温度差や課題を把握している。
- これらの情報をもとに、今後は数値改善がみられる自治体へのヒアリングを進め、好事例の共有や実践知の蓄積を図る予定である。
- こうした分析的な把握と現場理解を組み合わせることで、より効果的な支援方策の検討につなげている。

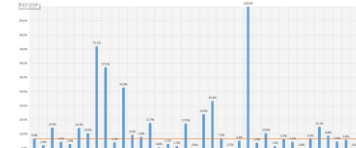
■ 市町村の相談対応

- 市町村や福祉事務所からの疑義照会に対応するため、府ではクラウド型情報共有システムを活用し、照会内容と回答を府内で共有している。これにより、同様の課題を抱える現場間での情報共有が容易になり、対応の標準化や職員の負担軽減につながっている。
- また、監査の際に得られた好事例や留意点を都度フィードバックし、現場での改善サイクルに活かしている。こうした日常的な相談対応の積み重ねが、府内全体の支援水準の底上げに寄与している。

5年度 被保護者健康管理支援事業の実施状況（実施）

市町村	5年度 被保護者健康管理支援事業の実施状況（実施）				
	1	2	3	4	5
府内	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
府外	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
合計	2,000	2,000	2,000	2,000	2,000

7年度 被保護者健康管理支援事業の実施状況（実施）



都道府県による市町村支援の 効果的な実施に関する取組事例②（宮崎県）

人口：約104万人
被保護者数：約1.7万人
福祉事務所：14か所 ※令和5年

医療扶助事務の標準化へ向けて、郡部福祉事務所向けの担当国会議を開催。データ分析においては、ツールを活用した市町村向けのデータ分析結果説明会を実施しながら、県立看護大学との連携によるデータ分析支援・知見共有の強化を模索している。

県内の状況・実施体制

■ 県における福祉事務所・医療扶助の状況

- ・ 県内の福祉事務所は14カ所（9市・5郡部）。
- ・ 保健師の配置があるのは2市のみで、他は医療扶助をケースワーカーの附帯業務として実施しており、取組について、地域間格差が大きくなっている。
- ・ 市部では、補助金事業を活用した会計年度職員の配置があるが、郡部においては、ケースワーカーのみで実施しており、人員不足や知識・技術面の課題が顕著である。

■ 医療扶助業務の実施体制

- ・ 県の体制としては、事務職1名・会計年度任用職員1名の計2名で医療扶助業務の全般を担当することになっているが、新任で経験のない職員では、市町村支援（或いはデータ分析）に係る業務の実施が困難で、過去に福祉事務所でケースワーク経験のある職員が主担当となり、着手可能な点から進めている状況にある。
- ・ これらの経験も踏まえ、今後の異動等による業務断絶を防ぐため、効率的な引継ぎの準備（業務内容やノウハウ等について文書化）を進めている。

医療扶助事務の標準化

■ 郡部福祉事務所に対する働きかけ

- ・ 郡部においては人員や知識・技術の濃淡が顕著であり、県としては、まず医療扶助事務の標準化を進めることを優先課題としている。
- ・ そこで、郡部福祉事務所担当国会議を開催し、健康管理支援に至る前段階での基盤づくりとして、通知業務やレセプト点検などの基本的な業務について伝達している。
- ・ こうした基礎的な取組が、県全体の底上げにつながるという認識のもと、現場理解を重視した支援を展開している。

データ分析を通じた支援

■ データ分析の取組の概要

- ・ 取組は、「①事業説明」「②データ分析」「③分析結果共有」「④連携強化」の段階で進めている。
- ・ 令和7年度は、年度当初にデータ分析支援ツールを用いて福祉事務所別のデータ出力を行い、全福祉事務所に事業趣旨や分析結果を説明。現場での課題を共有しながら、県が設定した目標設定についての考え方を示している。

■ 全市町村へのデータ共有と県目標の提示

- ・ データ分析支援ツールを活用し、県内の福祉事務所の状況を横並びで見える化したデータを全福祉事務所に共有。
- ・ 加えて、県目標も、市町村が共通の方向性を持つことを目的として提示・共有した。
- ・ これらの共有は市町村個別に行うのではなく、全市町村を集め、説明会の形で実施をしている。
- ・ また、現時点においては市町村支援の内容・方向性については検討中であることも明示的に伝え、あくまで現状の共有を行い、着手可能な取組や今後の連携等について検討を始める土台を構築している段階としている。

■ 県立大学とのデータ分析連携の模索

- ・ 医療扶助データの利活用を深化・促進させるため、県立看護大学との連携を開始している。この連携の開始に当たっては、県の医療政策担当課より、所管する大学との事業連携、地域貢献事業に関する案内があり、そのつながりをフックに協議を開始し、連携の実現に至っている。
- ・ 具体的な分析結果等は、令和8年度以降に出力されることを想定しており、データ分析・解釈等の作業の上、県内8地区に分けて研修会を実施する予定である。

参考資料

- 人生100年時代を迎え、社会が多様化する中で、各人の健康課題も多様化しており、「**誰一人取り残さない健康づくり**」を推進する。また、健康寿命は着実に延伸してきたが、一部の指標が悪化しているなど、さらに生活習慣の改善を含め、個人の行動と健康状態の改善を促す必要がある。このため、「**より実効性をもつ取組の推進**」に重点を置く。

ビジョン 全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現

誰一人取り残さない健康づくり (Inclusion)

集団や個人の特性を踏まえた健康づくり

性差や年齢、ライフコースを加味した取組の推進

健康に関心が薄い者を含む幅広い世代へのアプローチ
自然に健康になれる環境づくりの構築

多様な主体による健康づくり
産官学を含めた様々な担い手の有機的な連携を促進

基本的な方向

ビジョン実現のため、以下の基本的な方向で国民健康づくり運動を進める

健康寿命の延伸と健康格差の縮小

個人の行動と健康状態の改善

社会環境の質の向上

ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

より実効性をもつ取組 (Implementation)

目標の設定・評価
エビデンスを踏まえた目標設定、中間評価・最終評価の精緻化

アクションプランの提示
自治体の取組の参考となる具体的な方策を提示

ICTの利活用
ウェアラブル端末やアプリなどテクノロジーを活用

※期間は、令和6～17年度の12年間の予定。

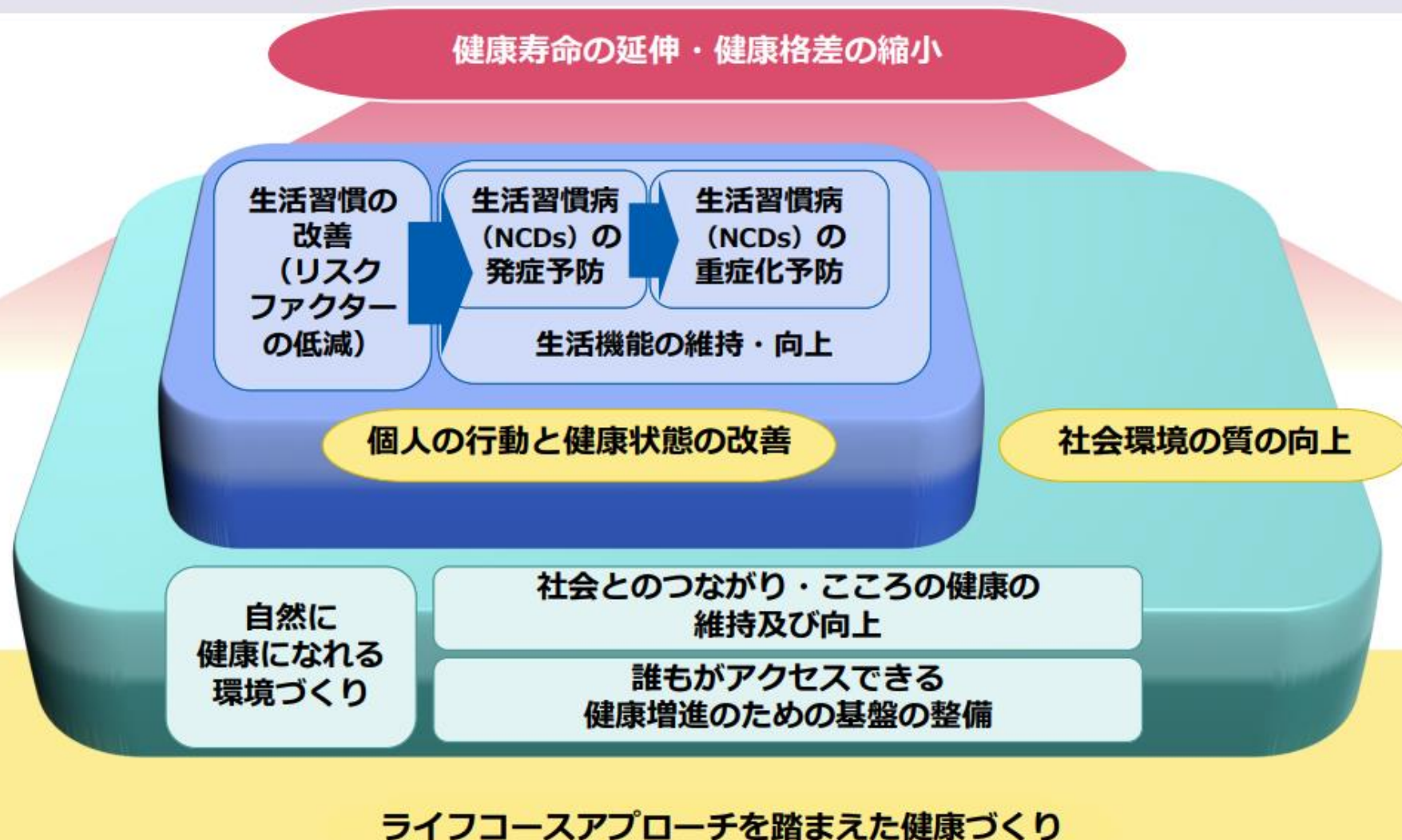
健康日本21（第三次）の概念図

健康日本21（第三次）推進専門委員会
（第1回）

資料2

令和5年10月20日

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現のために、以下に示す方向性で健康づくりを進める



- 「誰一人取り残さない健康づくり」や「より実効性をもつ取組の推進」に取り組むため、以下の新しい視点を取り入れる。

① **女性の健康**については、これまで目だしされておらず、性差に着目した取組が少ない



女性の健康を明記

「女性の健康」を新規に項目立て、女性の健康週間についても明記
骨粗鬆症検診受診率を新たに目標に設定

② **健康に関心の薄い者**など幅広い世代に対して、生活習慣を改めることができるようなアプローチが必要



自然に健康になれる環境づくり

健康に関心の薄い人を含め、本人が無理なく健康な行動をとれるような環境づくりを推進

③ 行政だけでなく、**多様な主体**を巻き込んだ健康づくりの取組をさらに進める必要



他計画や施策との連携も含む目標設定

健康経営、産業保健、食環境イニシアチブに関する目標を追加、自治体での取組との連携を図る

④ 目標や施策の概要については記載があるが、**具体的にどのように現場で取組を行えばよいか**が示されていない



アクションプランの提示

自治体による周知広報や保健指導など介入を行う際の留意すべき事項や好事例集を各分野で作成、周知
（栄養・食生活、身体活動・運動、睡眠、喫煙など）

⑤ PHRなど**ICTを利活用する取組**は一定程度進めてきたが、さらなる推進が必要



個人の健康情報の見える化・利活用について記載を具体化

ウェアラブル端末やアプリの利活用、自治体と民間事業者（アプリ業者など）間での連携による健康づくりについて明記

日本の健診（検診）制度の概要

厚生科学審議会 地域保健健康増進栄養部会
(第59回)

資料1

令和6年11月5日

全体像

- 母子保健法や学校保健安全法に基づき、乳幼児や児童・生徒等に対して健康診査（健康診断）を実施。
- 医療保険各法や高齢者医療確保法に基づき保険者が被保険者・被扶養者に対して、労働安全衛生法に基づき事業主が労働者に対して、健康診査（健康診断）を実施。
- 健康増進法に基づき、市町村が一定年齢の住民に対してがん検診などの各種検診を実施。

乳幼児等

母子保健法

【対象者】1歳6か月児、3歳児

【実施主体】市町村 **<義務>**

児童生徒等

学校保健安全法

【対象者】在学中の幼児、児童、生徒又は学生 ※就学時健診については小学校入学前の児童

【実施主体】学校（幼稚園から大学までを含む。） **<義務>**

被保険者・被扶養者

うち労働者

その他

医療保険各法

（健康保険法、国民健康保険法等）

【対象者】被保険者・被扶養者

【実施主体】保険者 **<努力義務>**

労働安全衛生法

【対象者】常時使用する労働者※労働者にも受診義務あり

【実施主体】事業者 **<義務>**

※一定の有害な業務に従事する労働者には特殊健康診断を実施

※労働安全衛生法に基づく事業者健診を受けるべき者については、事業者健診の受診を優先する。事業者健診の項目は、特定健診の項目を含んでおり、労働安全衛生法に基づく事業者健診の結果を、特定健診の結果として利用可能。

健康増進法

【対象者】住民

【実施主体】市町村 **<努力義務>**

【種類】

- ・歯周疾患検診
- ・骨粗鬆症検診
- ・肝炎ウイルス検診
- ・がん検診
（胃がん検診、子宮頸がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診）
- ・高齢者医療確保法に基づく特定健診の非対象者に対する健康診査・保健指導

特定健診

高齢者医療確保法

【対象者】加入者

【実施主体】保険者 **<義務>**

高齢者医療確保法

【対象者】被保険者

【実施主体】後期高齢者医療広域連合 **<努力義務>**

39歳

40歳
74歳

75歳

健康増進事業として行う検診（自治体検診）について

厚生科学審議会 地域保健健康増進栄養部会
(第59回)

資料 1

令和 6 年 11 月 5 日

- 健康増進法第19条の2に基づき、市町村は以下の検診を実施することに努めることとされている。

種類		目的	対象者・受診間隔		検査項目
歯周疾患検診		歯の喪失を予防する	20、30、40、50、60、70歳の者		問診、歯周組織検査
骨粗鬆症検診		早期に骨量減少者を発見し、骨粗鬆症を予防する	40、45、50、55、60、65、70歳の女性		問診、骨量測定
肝炎ウイルス検診		肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、進行の遅延を図る	40歳以上の者 （過去に検診受診していない者に限る）		問診、B型肝炎ウイルス検査、C型肝炎ウイルス検査
がん検診	胃がん検診	がんの予防と早期発見の推進を図る	50歳以上の者・2年に1回 （胃部エックス線検査については、当分の間、「40歳以上の者・年1回」で実施可）		問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか
	子宮頸がん検診		20歳代の女性・2年に1回		問診、視診、子宮頸部の細胞診、内診
			30歳以上の女性	2年に1回	問診、視診、子宮頸部の細胞診、内診
				5年に1回 ※罹患リスクが高い者については1年後に受診	問診、視診、HPV検査単独法 ※実施体制が整った自治体で選択可能
			肺がん検診	40歳以上の者・年1回	
	乳がん検診		40歳以上の女性・2年に1回		質問（問診）、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）
	大腸がん検診	40歳以上の者・年1回		問診、便潜血検査	