| 第３回　生活保護制度に関する国と地方の実務者協議 | |
|---|---|
| 令和３年１２月２４日 | 資料１ |

# 健康管理支援事業及び医療扶助について

# 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。

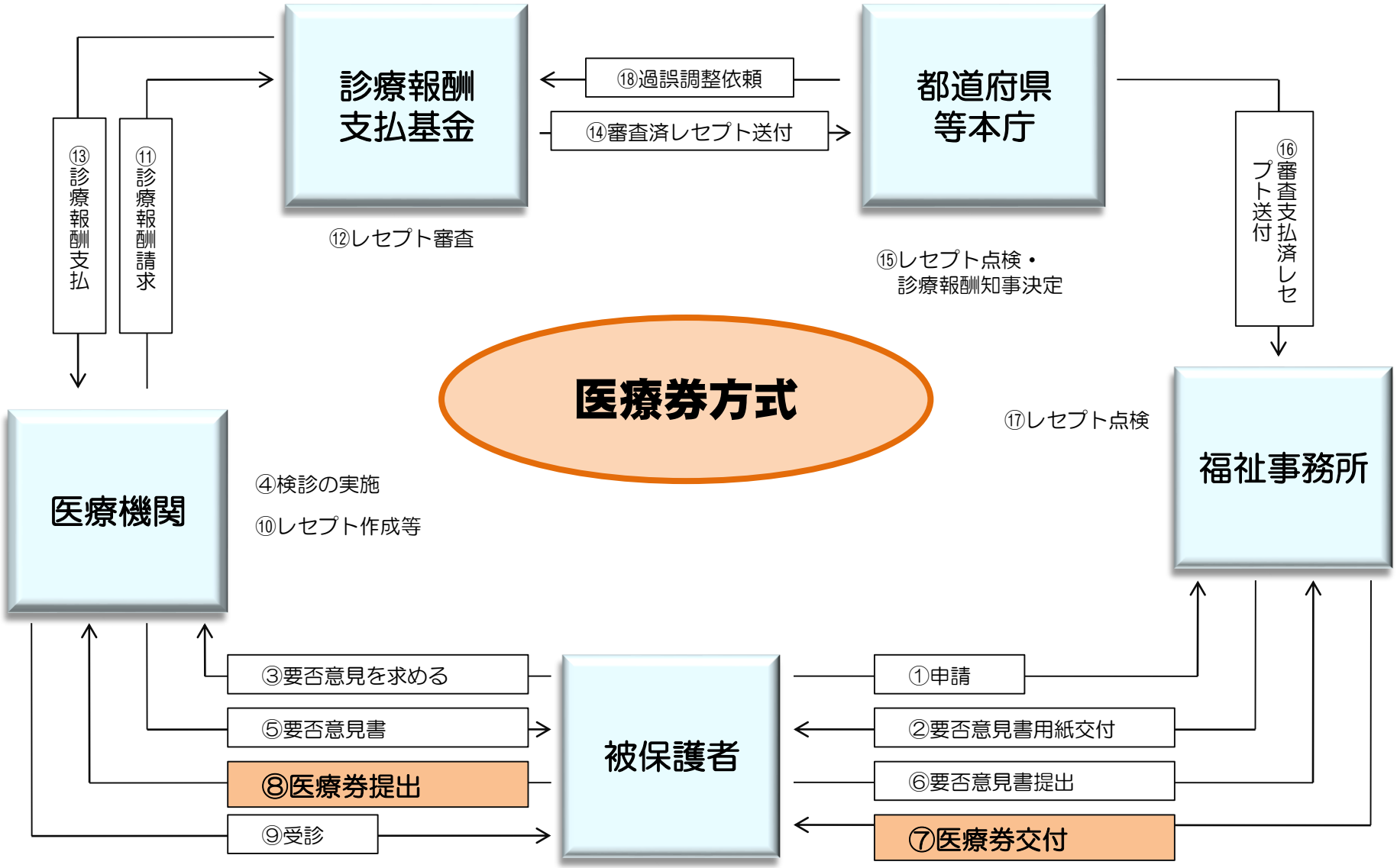
○ 医療扶助は、原則として、**現物給付**。

## 指定医療機関、診療方針、診療報酬

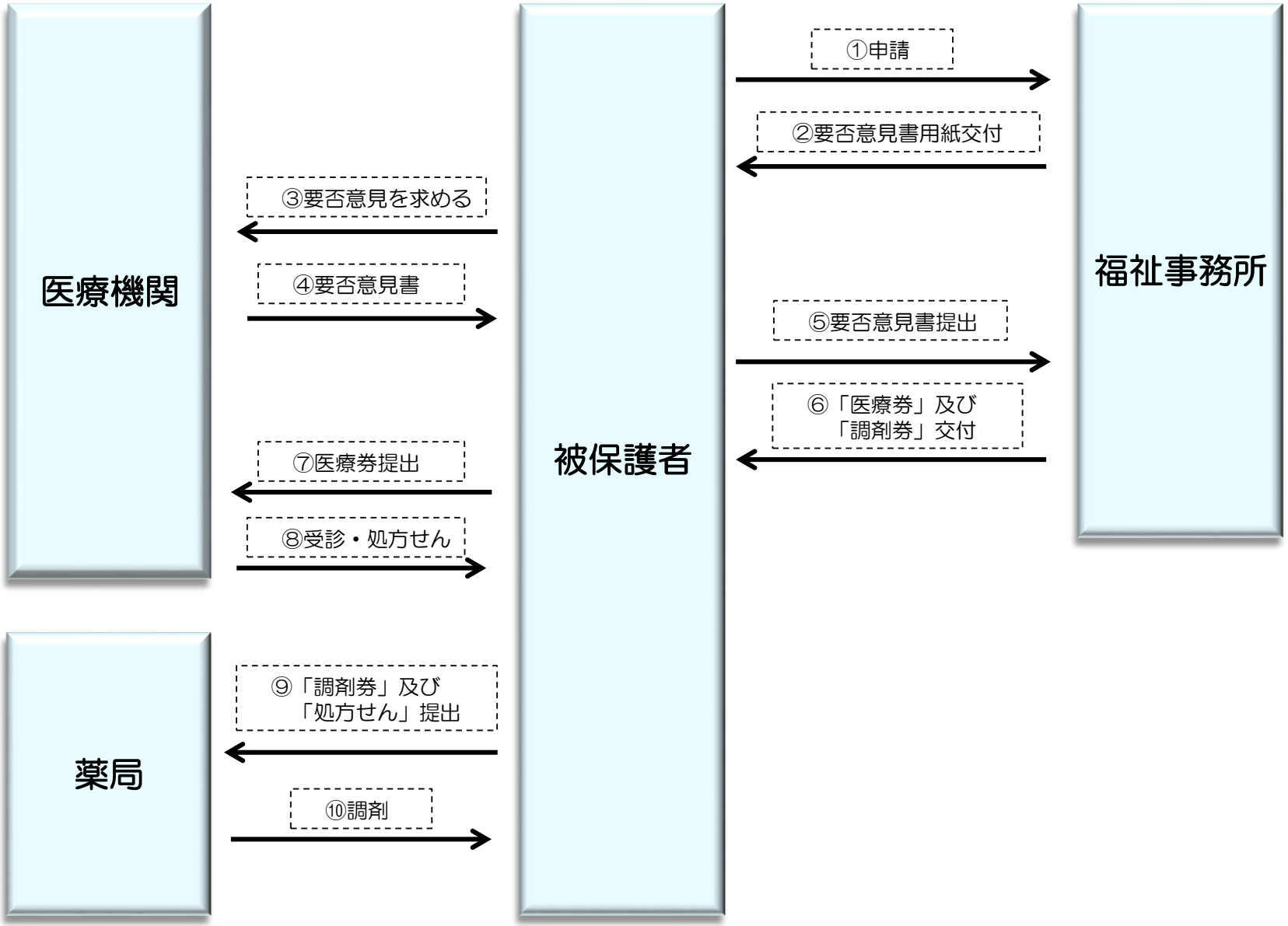
○ 医療扶助による医療の給付は、生活保護法の指定を受けた医療機関等に委託して実施。

○ 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。

# 医療扶助の事務手続きの流れ



# 調剤の事務手続きの流れ



# 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 |

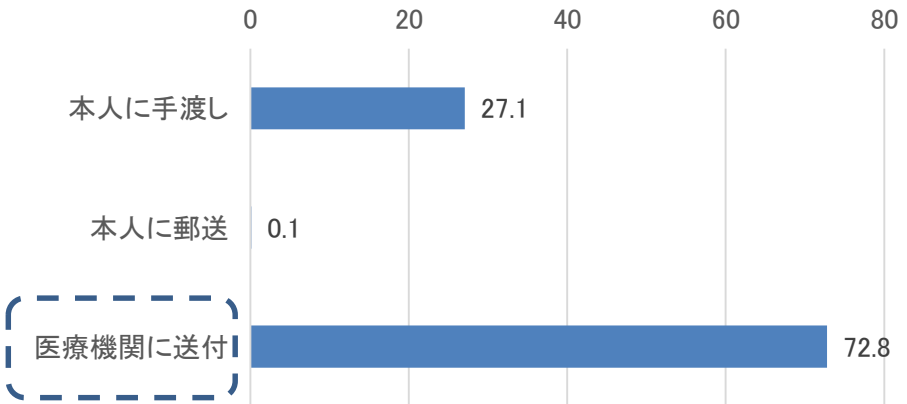
（注）　回答のあった741福祉事務所のうち、該当する福祉事務所数を示している。

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）

# 健康管理支援事業について

# 生活保護受給者の健康管理支援の推進　～被保護者健康管理支援事業の実施～

## 事業概要

○　生活保護制度は、被保護者の最低生活を保障するとともに、自立の助長を図ることを目的としている。自立の助長については、経済的自立だけでなく、日常生活自立や、社会生活自立といった側面からも、支援を講じていくことが必要。

○　一方で、**多くの被保護者は、**医療保険者が実施する保健事業の対象とはなっていないが、**多くの健康上の課題を抱えていると考えられ、**医療と生活の両面から**健康管理に対する支援を行うことが必要**。このため、医療保険におけるデータヘルスを参考に、**福祉事務所がデータに基づき生活習慣病の発症予防や重症化予防等を推進**する。

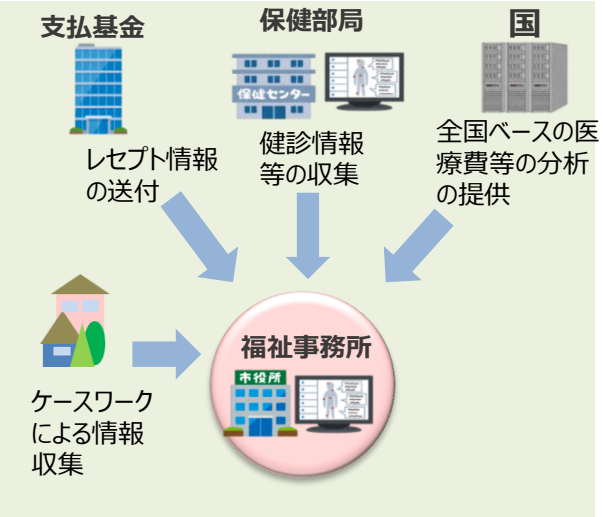
○　**令和３（2021）年１月から「被保護者健康管理支援事業」が必須事業化され、全福祉事務所で実施**することとなったため、**全ての自治体が効果的・効率的に実施するために必要な経費を負担**する。

※　令和３年度の実施率（令和３年度交付決定ベース）は、67.1%。

## 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**

# 【事例１】豊中市

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　㋓重症化予防　㋔頻回受診指導

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

人口：408,464人　被保護者数：9,691人(令和２年12月現在)

## 取組の概要

### 取組の変遷

✓ 平成22年度に非常勤の保健師を配置し、CWとの同行による個別支援を開始。
✓ 平成27年度の常勤の保健師の配置に伴い、健康管理支援に本格着手。

■ **実施体制の強化と取組内容の充実化**
・ 平成27年度に保健師、平成29年度に常勤の精神保健福祉士を配置。
・ 平成30年度に、福祉事務所内に新たに医療介護係を設置(係長は常勤の保健師)。
・ 令和３年度から、新規採用により更に正規職員の保健師を１名増員。
・ **実施体制の強化と合わせ、取組内容も段階的に充実化。**

■ **医療扶助に特化したデータヘルス計画の策定**
・ 被保護者の生活の質の向上と健康寿命の延伸を目的に、平成28年７月に「医療扶助の適正な実施に関する方針」(実施方針)を策定。
・ 平成30年３月に**第２期実施方針(平成30～令和４年度)を策定し、各取組における評価指標と数値目標※を設定。**進捗状況の管理体制を整備。
※「健診受診者数600人以上」、「頻回受診の改善率100%」等
・ 令和３年３月に**第２期実施方針の中間評価及び方針見直しを策定。**

### 主な取組(R3) ※予定含む

■ **健診受診勧奨**
・ 生活保護開始の説明時に保健師等の専門職も同席し、受診勧奨と受診方法等を説明。
・ ３か月に１回の全被保護世帯への収入申告書等の送付に併せて、全世帯に健診受診勧奨の啓発媒体を同封。
・ **市民健診を取扱う病院・診療所(約200機関)と薬局(約160機関)に、通院患者への受診勧奨の協力依頼文書を送付。**
・ 「健診受診勧奨強化月間」として４か月間定め、**毎年度、年代別に健診受診率や生活習慣病の発症状況等を分析してメインターゲット層を決定し、さらに対象者を絞り込んだ上で集中的かつ直接的な勧奨を実施。**
(実施状況) 令和２年度：受診者410名

■ **保健指導・生活支援**
・ 特定保健指導の階層化の基準を参考に、健診結果から保健指導の対象者を抽出し、生活習慣改善に関する啓発媒体を送付。
・ 「動機づけ支援」・「積極的支援」の該当者に対して、それぞれ行動変容ステージを考慮した個別支援を実施。
(実施状況) 令和２年度：保健指導対象者(啓発媒体の送付)41名、「積極的支援」該当者への個別支援３名※
※「動機付け支援」該当者への個別支援は令和３年度から開始。

■ **主治医と連携した保健指導(重症化予防)**
・ 糖尿病治療中の者を対象に、重症化予防に向けた生活習慣の改善や適切な治療の継続に関する啓発媒体を送付。
・ 重症化のリスクの高い糖尿病患者に対し、主治医と連携して行動変容ステージを考慮した個別支援を実施。
(実施状況) 令和２年度：啓発媒体の送付1,250名、個別支援３名

■ **個別支援による健康管理**
・ 何らかの疾患を抱え、自身での健康管理が困難で生活を維持できない状態の者に対して、保健師・精神保健福祉士等の専門職が個別支援による健康管理を実施。 (実施状況) 令和２年度：家庭訪問等の延べ件数596件

■ **健康管理支援事業実施マニュアルの作成**
・ **より効果的かつ持続可能な事業の運営と推進を図ることを目的に、市独自の「健康管理支援事業実施マニュアル」を作成。**
・ 取組ごとに、対象者の選定方法、支援の流れ、支援のポイントのほか、コロナ禍における留意点等を記載。

## 実施体制

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

## 課題・今後の展開

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

# 【事例２】横須賀市

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　㋓重症化予防　㋔頻回受診指導

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

人口：388,086人　被保護者数：5,160人(令和２年12月現在)

## 取組の概要

### 取組の準備

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

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

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

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

### 主な取組(R3) ※予定含む

■ **健診受診勧奨**
・ 健診受診率向上に向け、**健診受診勧奨用のチラシを被保護者にとって分かりやすく、CWにとって案内しやすいものとなるよう、内容やレイアウトを見直し**。
・ その上で、全被保護世帯に対して、年２回(６月・11月)チラシを送付。
・ 今後、**ランダム化比較試験によりチラシ配布の効果検証**を予定。
(実施状況) 令和２年度※：受診者174名　※新型コロナウイルス感染症の影響により一部の健診を中止。

■ **保健指導の利用勧奨**
・ 40～74歳の健診受診者について、保健所健診担当課が特定保健指導の階層化の基準に準じて、健診結果から保健指導の対象者を抽出し、保健指導の利用券を発行。
・ その後、生活保護担当課が対象者に利用券を送付し、**CWが保健指導の利用勧奨を実施**。
・ 保健指導利用までの業務フローを見直し、**健診受診から保健指導利用までの期間を２か月程度短縮**。
(実施状況) 令和２年度：保健指導対象者22名、保健指導利用者１名

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

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

## 実施体制

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

## 今後の展開

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

# 【事例３】長野県安曇野市

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　㋓重症化予防　㋔頻回受診指導

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

人口：97,494人　被保護者数：363人(令和２年12月現在)

## 取組の概要

### 取組の準備

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

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

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

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

### 主な取組(R3) ※予定含む

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

(実施状況) 令和２年度：希望者59名(前年の受診者の10倍以上)・受診者44名、令和３年度：希望者81名

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

(実施状況) 現在継続中：７名

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

(実施状況) 令和２年度：21名

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

## 実施体制

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

## 今後の展開

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

【令和３年度社会福祉推進事業】

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

**【背景】**

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

**【目的】**

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

## ○事業の全体像

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

| | |
|---|---|
| 検討委員会の設置 | 有識者や自治体関係者による検討委員会を設置し、事業の進め方、設計、調査結果の考察、報告書の取りまとめに関して検討。 |
| アンケート調査（悉皆） | 全国の福祉事務所（悉皆1250か所）を対象に、被保護者健康管理支援事業の取組状況等を調査。 |
| ヒアリング調査（抽出） | アンケート調査結果から保健医療施策と連携した先進的な取組を行っている自治体を選定し、当該自治体に対して、具体的な取組状況をヒアリング。 |
| 報告書の作成 | アンケート調査とヒアリング調査結果を踏まえ、健康管理支援に関する保健医療施策との連携に係る好事例と、連携する上での課題を整理するとともに、これを踏まえて、医療扶助のガバナンスのためのよりよい連携・協働の在り方や制度見直しの方向性について検討し、報告書を作成。 |

# 頻回受診対策について

# 医療扶助における受診日数の分布状況の年次推移（入院外）

○　医療扶助における入院外の月間の受診日数の分布をみると、外来受診者のうち、半数弱が受診日数１日となっている。
○　また、入院外における受診日数の分布の年次推移をみると、受診日数が１、２日の割合が増加している一方で、３日以上は減少傾向にある。また、平均受診日数も減少傾向にある。

## 入院外における月間の受診動向の年次推移（各年６月審査分）

（万人）

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

注１：同一制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである（「名寄せ」という。）。
注２：加入者数は、各年５月時点の被保護者数（停止中の者を除く）である。

資料：医療扶助実態調査特別集計、被保護者調査（月次調査）

# 制度別　受診日数の分布状況（入院外）

○　外来で医療機関に受診した者の割合をみると、医療扶助は約6割となっており、国民健康保険よりは高く、後期高齢者医療よりは低くなっている。
○　入院外における受診日数の分布をみると、医療扶助全体で、は国民健康保険と後期高齢者の間の値をとっている。
○　また、医療扶助の75歳以上と後期高齢者医療を比較すると、入院外患者一人当たりの平均受診日数は、前者が後者より少なくなっている。

入院外における月間の受診動向

（万人）

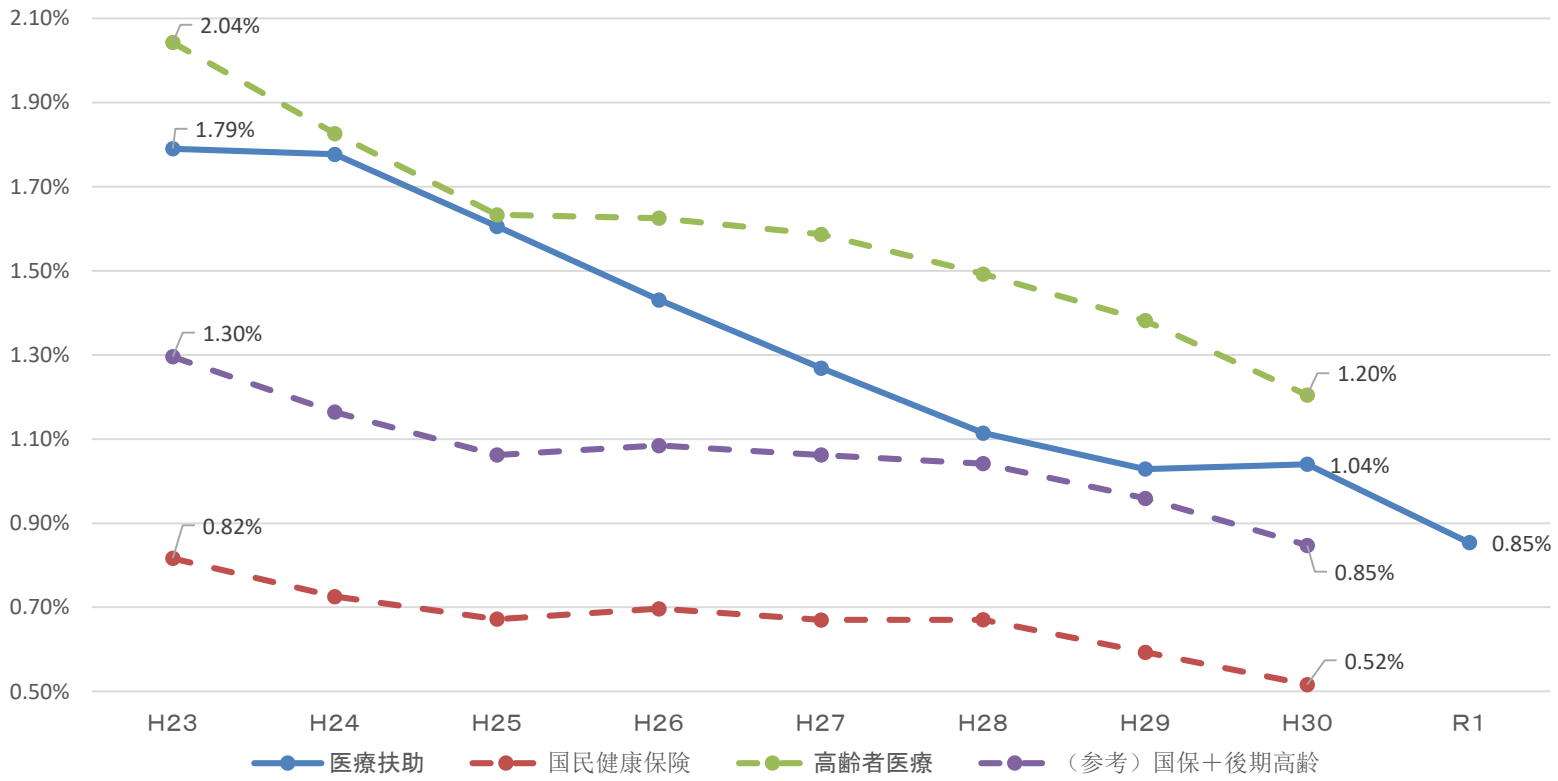
| | | 医療扶助（令和元年６月審査分） | | | | | | 協会（一般）（平成31年３月） | | 組合健保（平成31年３月） | | 国民健康保険（平成31年３月） | | 後期高齢者医療（平成31年３月） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 全体 | | 75歳以上 | | 74歳以下 | | | | | | | | | |
| 加入者数（a） | | 206.8 | | 52.8 | | 154.1 | | 3,940.0 | | 1,889.8 | | 3,025.6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

注1：同一制度内の同一の者に係るレセプトを合計し、個人単位のデータにして集計したものである（「名寄せ」という。）。
注2：医療扶助における加入者数は、全体は令和元年5月時点の被保護者数（停止中の者を除く）、年齢階級別は平成30年7月末時点の被保護者数（停止中の者を除く）である。
資料：第67回医療扶助実態調査（令和元年6月審査分）特別集計、2019年度被保護者調査（月次調査）、平成30年度被保護者調査（年次調査）、平成30年度医療給付実態調査

# （参考）外来受診日数が多い者の比率の推移

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

## 入院外受診者における月16日以上受診した者の割合




注1：医療扶助については、各年の医療扶助実態調査特別集計から作成。
注2：国民健康保険及び後期高齢者医療については、各年度の医療給付実態調査報告（表11）より作成。

# 頻回受診の適正化について

## 頻回受診の指導対象者

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

※ 15日以上受診している者を抽出し、その前2ヶ月との合計が40日未満の者

**適正化の対応**

**頻回受診の可能性のある者の把握** ― 毎月レセプトを確認し、頻回受診者にかかる台帳を作成

↓

**主治医訪問・嘱託医協議** ― 主治医や嘱託医に協議し、頻回受診と認められるか否かを判断

↓

**指導の実施** ― 頻回受診と判断された者について、訪問により指導を実施

↓

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

**【頻回受診の改善の状況】**

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

## 令和3年度以降の取組

○ 令和2年度に引き続き、令和3年度予算に以下の事業を計上

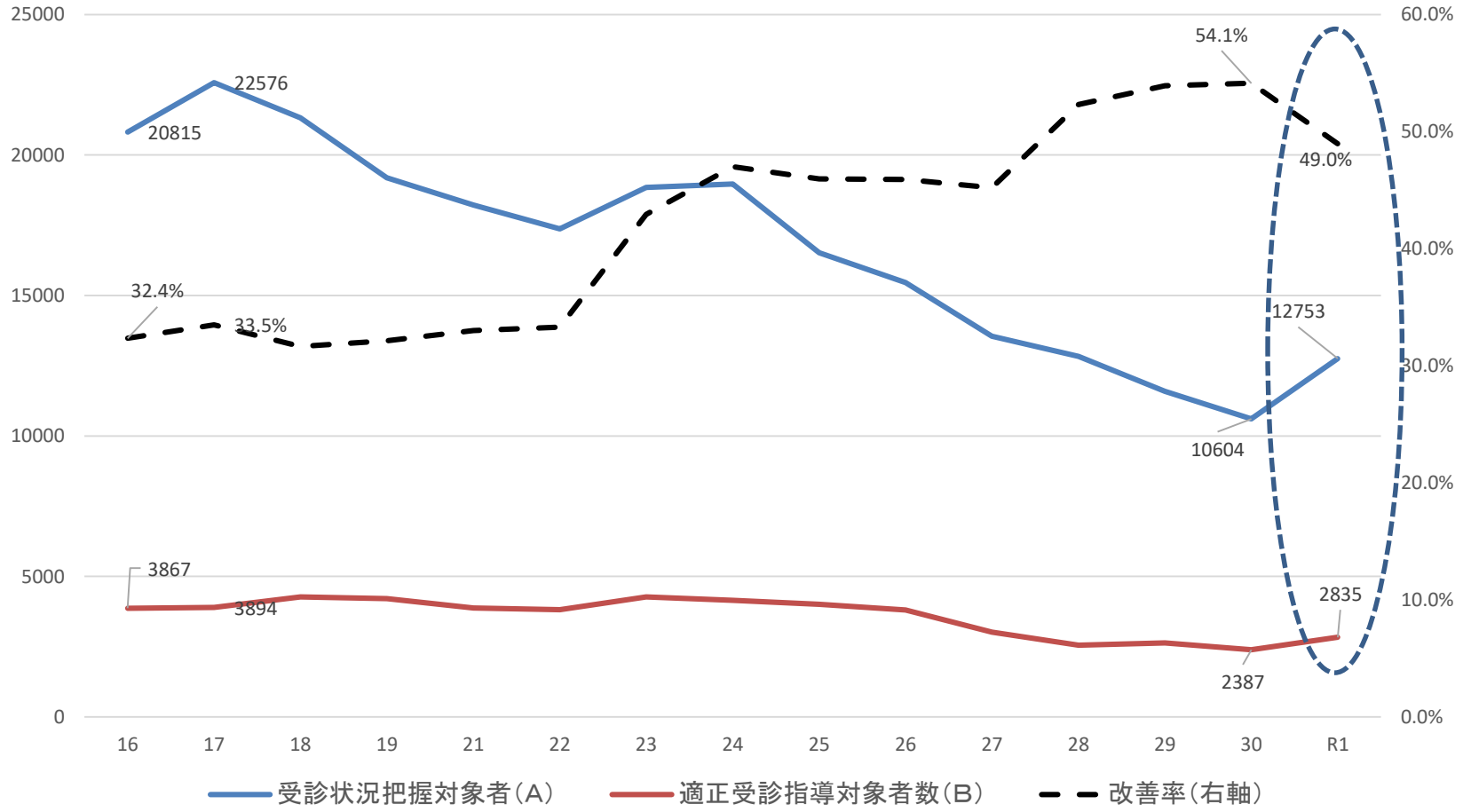
- 頻回受診者の適正受診指導の強化（福祉事務所による同行指導の実施等）→健康管理支援事業（令和3年1月以降）において実施可
- 頻回受診指導を行う医師の委嘱促進→健康管理支援事業（令和3年1月以降）において実施可
- レセプトを活用した医療扶助適正化事業 → レセプトデータから頻回受診者等のリスト作成

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

# 頻回受診の適正化について（推移）

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

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



# 頻回受診指導における自治体の好事例

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

【事例１　早期のアプローチ】
・　指導要綱（通知）で示されている把握月（年間４月）に加え、早期把握に対応するため毎月受診状況の把握を実施。対象者の嘱託医との協議票を担当ケースワーカーと看護師で共有し、指導方針を決め指導実施している。
・　一月だけでも15日以上受診している受給者がいる場合は担当ケースワーカーに情報提供し、頻回受診への意識付けを行った。
・　指導後も改善が見られなかった対象者に対して、毎月の受診回数を看護師に報告するようにした。

【事例２　専門職の活用】
・　保健師が架電し長時間傾聴することで、本人と主治医の意思疎通がうまくいっていない可能性を把握し、その旨をケースワーカーに伝達。ケースワーカーが受診に同行し、頻回受診改善につながった。
・　看護師を配置し、担当ケースワーカーやSVと連携して、難ケースに対しての指導方針を決め、個々に合わせた方法で指導実施した。

【事例３　日常生活の改善】
・　嘱託医協議で頻回受診であり改善が見込めることを確認。後日、指導員から被保護者へ説明。併せて、痛み緩和のために自宅でできる下肢の筋力低下を予防するストレッチを教え、自宅での実践を促した。以上の取組により本人の適正受診につながった。

（注）自治体からの回答を、厚生労働省社会・援護局保護課において要約。

# 頻回受診者の適正受診指導等に関連したその他の取り組み

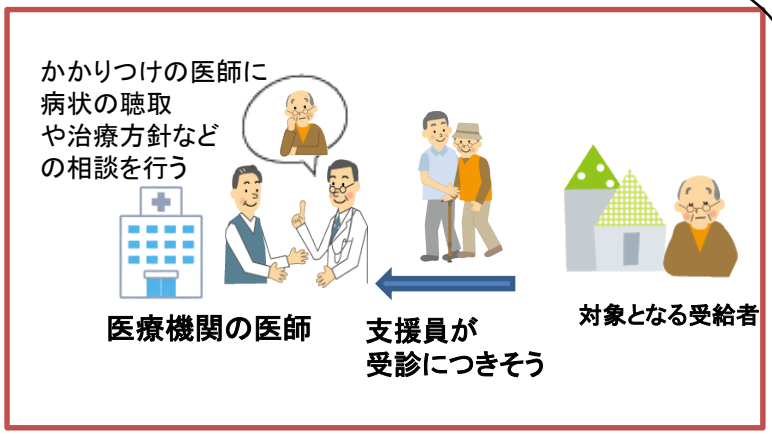
令和3年1月以降、以下の取り組みについても、補助事業から負担金化された「被保護者健康管理支援事業」の対象事業として位置づけている

## 福祉事務所による同行指導の実施等（平成３０年度～）

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

①　生活習慣病の未受診者・受診中断者については確実に受診に繋げる

②　頻回受診の可能性のある者に対しては、医師から病状の聴取や治療方針などを受給者とともに相談し、医師と連携しながら頻回受診対策を行う




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

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

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

## 頻回受診指導を行う医師の委嘱促進（平成３０年度～）

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

〈R元年度 実績（交付決定）〉：　486千円　　1自治体

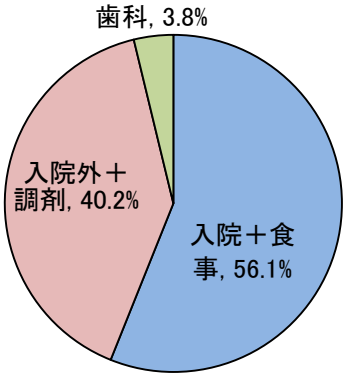
# 長期入院患者への対応について

# 医療扶助における入院患者の状況

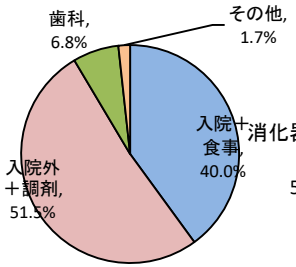
## ○診療種別医療扶助費構成割合

医療扶助費の約6割を入院が占めている。

**【生活保護】**




**【参考】国民医療費**



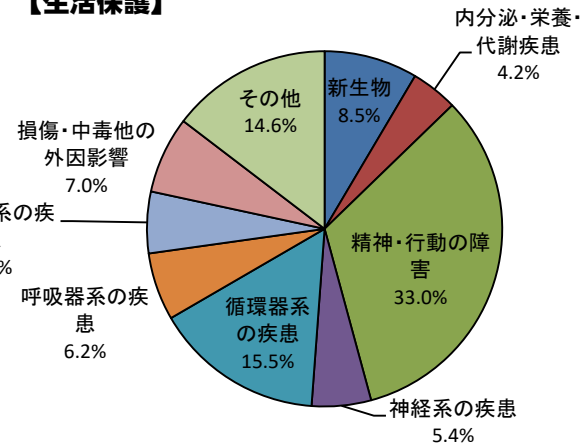

資料：医療扶助実態調査（令和元年）、国民医療費の概況（平成30年）

## ○医療扶助（入院）における傷病分類別レセプト件数の構成割合

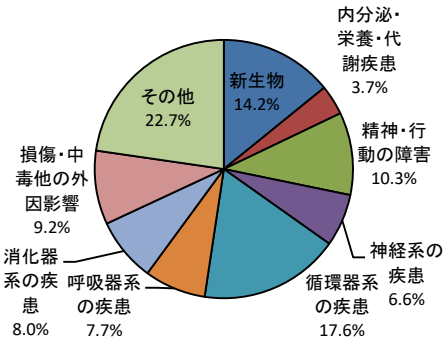
**＜入院＞**

医療保険に比べ、精神・行動の障害の割合が高い。

**【生活保護】**




**【参考】医療保険**

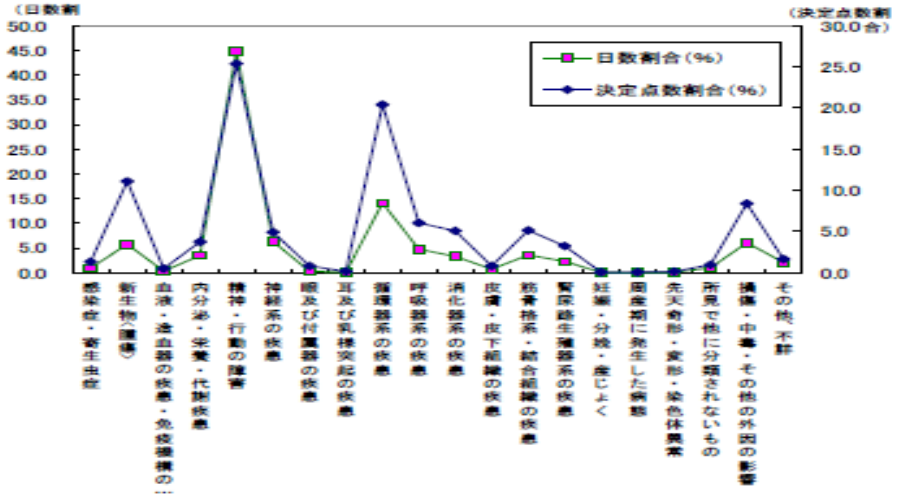



注：医療扶助については、自立支援医療（精神通院医療等）等、他の法令等による給付がある場合は当該給付が優先される。
資料：医療扶助実態調査（令和元年6月）、平成30年度医療給付実態調査

表6　疾病別日数割合と決定件数の割合の状況(入院)

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

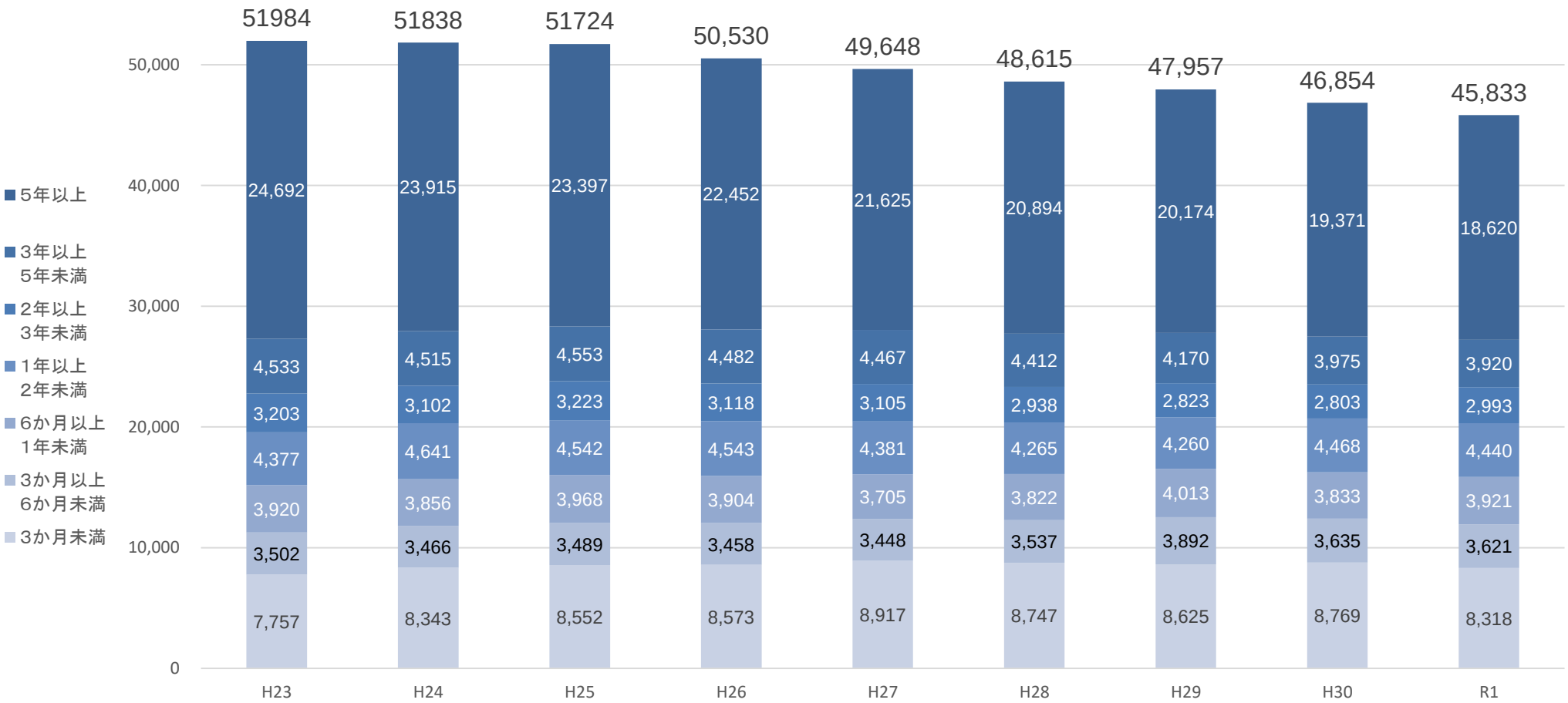
表6　疾病別日数割合と決定件数の割合の状況（入院）



# 医療扶助における精神・行動の障害による入院の推移

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

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




資料：各年の医療扶助実態調査

# 長期入院患者の実態把握について

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

## 実態把握の流れ

① （地区担当員）入院継続180日を超えた時点及び180日を越えて引き続き入院を必要と認められた者について、その後6か月を経過した時点ごとに「実態把握対象者名簿」を整備する。

↓

② （嘱託医）①により確認された者の直近の要否意見書及び過去6か月分の診療報酬明細書等に基づき、（1）医療扶助による入院継続の必要があるもの （2）入院継続の必要性について主治医の意見を聞く必要があるものに分類するための検討を行なう。

↓

③ （地区担当員、嘱託医）②による検討の結果、主治医の意見を聞く必要があると認められるものについて、実地に主治医の意見を聞く。なお、必要に応じて福祉事務所嘱託医又は精神科業務委託医師の同行訪問を求める。

↓

④（地区担当員）主治医訪問の結果、医療扶助による入院継続を要しないことが明らかになったものについて、当該患者及び家族を訪問し、実態を把握し、当該患者の退院を阻害している要因の解消を図り、実態に即した方法により、適切な退院指導を行なう。

↓

⑤（福祉事務所長）実態把握対象者の状況及び検討経過、措置結果等について管内の状況を常時把握

## 長期入院患者の状況

| | | 平成30年度 | 令和元年度 |
|---|---|---|---|
| 各自治体の長期入院患者にかかる書類検討総数（入院180日を超える者）（A） | | 55，033人 | 53，804人 |
| 嘱託医との検討の結果、主治医と意見調整を行った者（B） | | 28，605人 | 27，616人 |
| 主治医と意見調整を行った結果入院の必要が無いとされた者（C） | | 4，173人 | 3，762人 |
| （C）への対応状況 | 退院等した者 | 2，972人 | 2，808人 |
| | 未対応の患者数（D） | 1，201人 | 954人 |
| 入院の必要性がない者の割合（C）／（A） | | 7．6% | 7．0% |
| 入院の必要性がない者のうち未措置の割合 （D）／（C） | | 28．8% | 25．4% |

# 長期入院患者の実態把握について（推移）

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

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

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

# 長期入院患者の地域移行の好事例集

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

【事例1　外部委託（社会福祉法人）】
・　受入先施設等の調整については、委託先の社会福祉士が各区に配置している会計年度職員のケアマネージャー・看護師と連携して行う。比較的入院期間が短い内に、社会福祉士が定期的に対象者を訪問し、社会復帰に向けた意欲喚起を行う。社会福祉士が福祉施設や病院等と連絡を取り、ケースワーカーや対象者に受入先施設の情報提供を行うこともある。社会福祉士が継続して面談し、意欲喚起や施設見学同行等を行い、紹介した施設に移行するケースがある。

【事例2　障害福祉担当との連携】
・　毎月、障害福祉課が主催する検討会に退院支援員が出席している。会議の構成員は地域の病院の相談員、作業所職員、地域生活支援センター職員、家族会の方、県健康福祉事務所職員、障害福祉課職員、退院支援員となっており、精神障害者に関わる問題について正しい知識の獲得や意識の共有を行うことができ、また生活保護受給者の退院支援に際しても適切な措置を行うことができる。

【事例3　救護施設等の活用】
・　平成30年度に入院を要さないと判断され施設に入所した被保護者のうち、その約半数が精神障害者グループホーム又は更生・救護施設に入所している。
・　このうち、更生・救護施設への移行については、長期入院患者の退院促進を図ること等を目的とし、更生・救護施設に精神保健福祉士の資格を有した会計年度任用職員を配置。当該職員は、長期入院中の精神障害者の施設受入れにかかる専門的な助言及び相談、地域生活への移行が可能な施設入所者に対する移行支援補助の他、施設入所者からの精神保健相談に対して必要な助言及び指導を行っている。そのため、医療機関等とスムーズな連携が可能となっている他、施設入所者が再び長期入院に陥ることを防ぐことができていると考えられる。

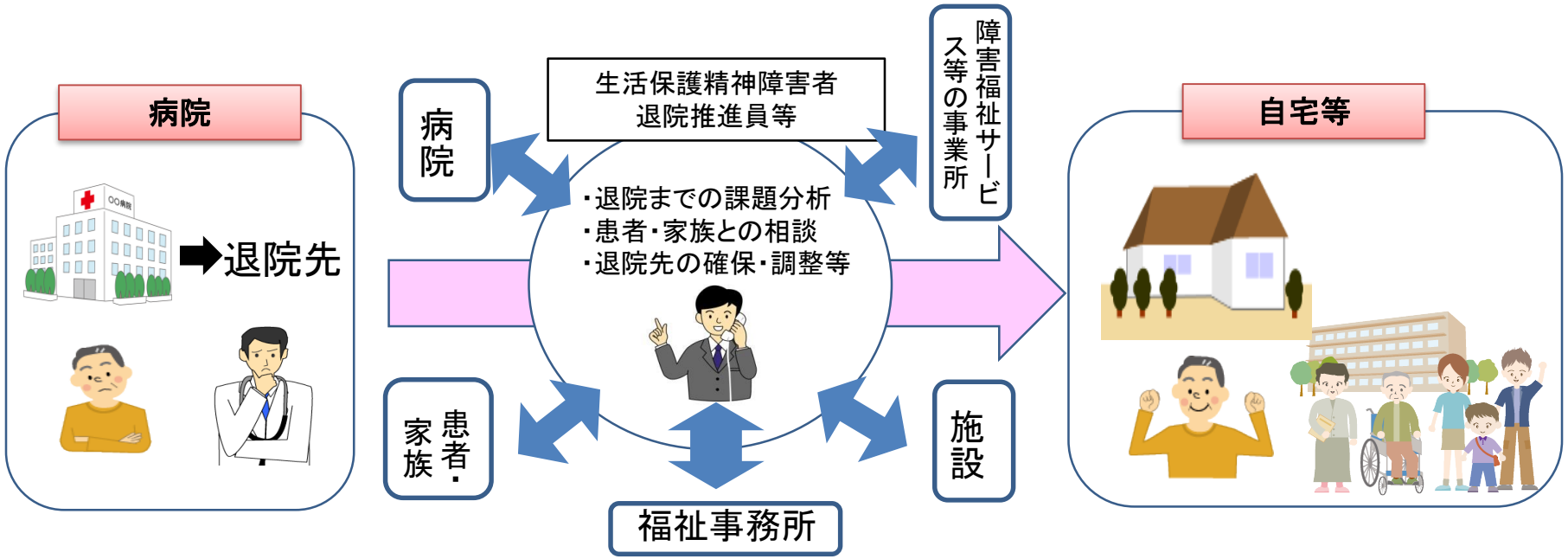
（注）自治体からの回答を、厚生労働省社会・援護局保護課において要約。

# 精神障害者等の退院促進事業

（創設年度：平成17年度）

## ＜事業の概要＞

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




〈補助率〉 国庫補助 （国 3／4）
〈R元年度 実績（交付決定）〉： 376,621千円 62自治体

# 堺市被保護者居住生活サポート事業について

## 1　経過

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

## 2　事業概要

- 公募プロポーザルにより事業委託先を選定し、民間委託により事業を実施
- 福祉事務所のケースワーカーは、長期入院患者の訪問調査による実態把握、退院促進、地域移行・地域定着支援

  加えて、委託事業者の専門資格を有する居住生活支援員は、長期入院患者の実態把握のための訪問等、地域移行・地域定着支援

## 3　事業イメージ・事業実績

入院（入所）中 → 地域移行準備 → 退院・退所 → 地域定着

福祉事務所

ケースワーカー

↓ 委託

委託事業者

居住生活支援員
（主任支援員を含め、5.5名体制）

医療機関等へ訪問し、病状聞き取り、本人意向の確認等を実施 → 退院・退所の可能性の検討 → 退院・退所可能な方に対する支援計画の作成 → 地域移行・地域定着に向け、関係機関との連携による支援を実施

医療機関等

障害福祉分野による
地域移行・地域定着支援

障害福祉部門等

| 実績 | 退院等可能性を検討した実人数 | 地域移行支援計画を作成した実人数 | 地域支援計画作成者のうち退院となった実人数 |
|---|---|---|---|
| H29 | 563 | 30 | 13 |
| H30 | 606 | 62 | 28 |
| R1 | 574 | 51 | 30 |

## 4　補助金

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

※　堺市健康福祉局生活福祉部生活援護管理課作成資料を元に作成

# 保護施設の概要

| | 救護施設 | 更生施設 | 医療保護施設 | 授産施設 | 宿所提供施設 |
|---|---|---|---|---|---|
| 設置根拠 | 生活保護法<br>第３８条<br>第１項１号 | 生活保護法<br>第３８条<br>第１項２号 | 生活保護法<br>第３８条<br>第１項３号 | 生活保護法<br>第３８条<br>第１項４号 | 生活保護法<br>第３８条<br>第１項５号 |
| 目　的 | 身体上又は精神上著しい障害があるために日常生活を営むことが困難な要保護者を入所させて、生活扶助を行う | 身体上又は精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させて、生活扶助を行う | 医療を必要とする要保護者に対して医療の給付を行う | 身体上若しくは精神上の理由又は世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して、就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長する | 住居のない要保護者の世帯に対して、住宅扶助を行う |
| 設置主体 | 都道府県、市町村、社会福祉法人、日本赤十字社 | | | | |
| 運営費 | 措置費：国3/4、都道府県・市町村1/4　（医療保護施設は措置費ではなく診療報酬で運営） | | | | |
| 整備費 | 法人立：国1/2、県1/4、設置主体1/4<br>（都道府県立・市町村立は１８年度から補助対象外、医療保護施設は整備費補助はなし） | | | | |
| 都道府県による指導監督 | 社会福祉法人からの保護施設設置の認可申請に対する認可（法第41条）<br>運営に関する指導（法第43条）、監査（法第44条）、改善・事業停止・施設廃止の命令、認可取消（法第45条） | | | | |

| 施設数 | 設置者 | 総数 | 公立 | 私立 | 総数 | 公立 | 私立 | 総数 | 公立 | 私立 | 総数 | 公立 | 私立 | 総数 | 公立 | 私立 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 28 | １８６ | 37 | 149 | ２１ | 15 | 6 | ５９ | 2 | 57 | １７ | 5 | 12 | １０ | 7 | 3 |
| | 29 | １８６ | 33 | 153 | ２１ | 15 | 6 | ５９ | 2 | 57 | １５ | 3 | 12 | １０ | 7 | 3 |
| | 30 | １８２ | 26 | 156 | ２０ | 13 | 7 | ５９ | 2 | 57 | １６ | 3 | 12 | ９ | 6 | 3 |
| 定　員 | | １６，５２０人 | | | １，４１８人 | | | － | | | ５００人 | | | ６６０人 | | |
| 在所者数 | | １６，５３６人 | | | １，４４２人 | | | － | | | ３３７人 | | | ３０９人 | | |

（注）１　施設数以下の資料：「社会福祉施設等調査報告」
　　２　施設数欄は各年１０月１日現在。定員、在所者数欄は、平成３０年１０月１日現在。

# 保護施設（救護・更生）の入所者の入所前の状況

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

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

（出典）「保護施設の支援機能の実態把握と課題分析に関する調査研究事業」（全国社会福祉協議会・令和元年度社会福祉推進事業）の調査結果から作成。

# 救護施設における精神障害者等の地域生活移行について

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

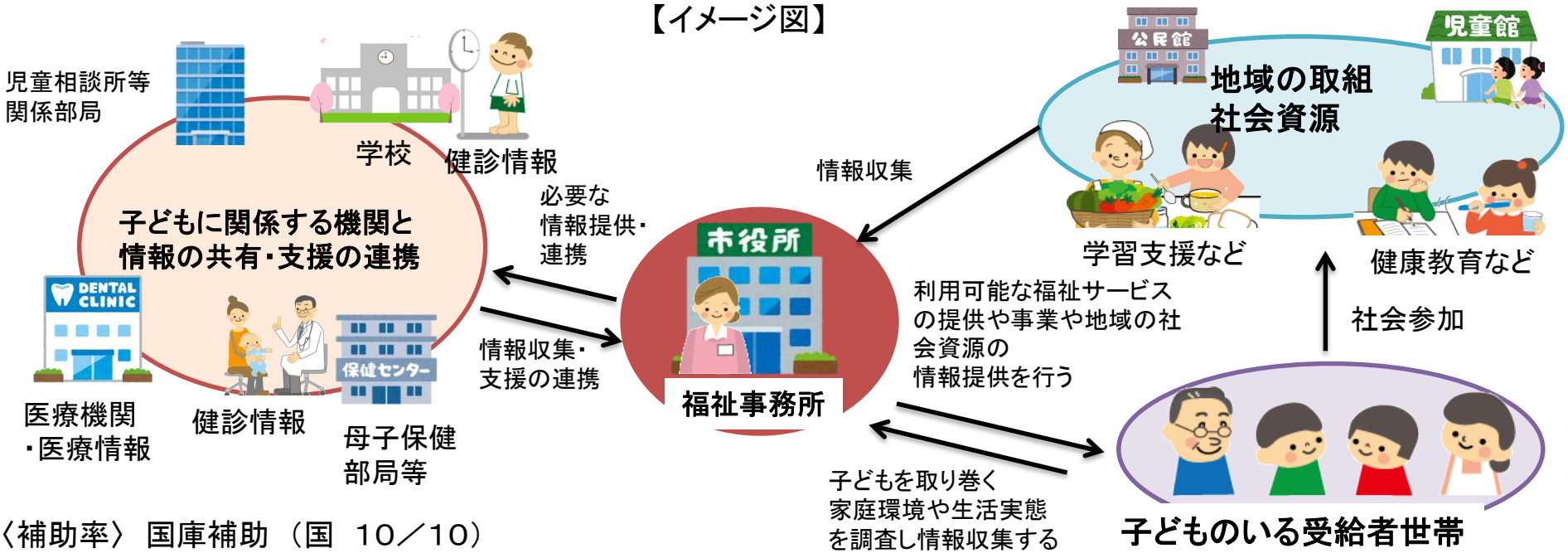
# 子どもの医療について

# 子どもとその養育者に対する健康生活支援モデル事業

（創設年度：平成３０年度）

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

【イメージ図】




〈補助率〉 国庫補助（国　10／10）
〈R元年度 実績（交付決定）〉：　8，318千円　5自治体

# 【令和2年度 厚生労働省 社会福祉推進事業】
# 子どもとその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業

**【背景】**

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

**【目的】**

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

## ○事業の全体像

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

| | |
|---|---|
| 検討委員会の設置 | 有識者による検討委員会を設置し、事業の進め方、設計、調査結果の考察、報告書のとりまとめに関して検討を行う。 |
| ヒアリング調査<br>（15箇所） | モデル事業を実施している５自治体に対して、事業内容や事業効果等についてヒアリング。（アンケート実施前）<br>上記の枠組外で、類似の支援を実施している10自治体に対して、取組開始の経緯や、課題等をヒアリング。（アンケート実施中・後） |
| アンケート調査<br>（悉皆） | 全国の福祉事務所（悉皆1250か所）を対象に、子どもとその養育者への健康生活支援に関連する取組の実施状況等を調査。 |
| 報告書の作成 | 全国の福祉事務所における、子どもとその養育者への健康生活支援に関する取組の現状と課題及びその対応策等を整理した報告書を作成 |

# 子どもとその養育者への健康生活支援に係る好事例

○ 子どもとその養育者の健康生活支援に関して、全国の福祉事務所において、どのような支援が実現可能で効果的かを検討するため、社会福祉推進事業により事業実施自治体へのアンケートやヒアリングを実施。

○ 以下のように、①教育委員会と連携した取組、②学習支援事業と連携した取組、③専門職（管理栄養士）を活用した取組、などの事例が挙げられている。

【事例１　教育委員会と連携した取組】

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

① 福祉事務所が、教育委員会から、「う歯」に関するデータを入手し、学校健診で医療機関への受診を勧告されたものの医療機関を受診していない児童を把握。

② 受診が確認されない児童（とその養育者）に対して、ケースワーカー（CW）が、電話や家庭訪問による受診勧奨を実施。

③ 対応が難しい事例（複雑な家族関係や不登校等）は、担任、困窮者支援部署に配置された家庭教育支援員（学習支援事業の担当）等に協力を依頼。ネグレクトが疑われた場合も、家庭教育支援員と連携しながら対応。

【事例２　学習支援事業と連携した取組】

- 生活保護を受給している家庭では、子どもの食環境が整っていない実態が把握されていたことから、学習支援事業の担当部局と協力体制を構築し、事業へ参加した子どもを対象に、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を実施。
  - 栄養士が健康教育を実施。健康教育では、中高生特有の健康課題（若年の生活習慣病、痩せすぎに起因する不妊症等）についての講義を実施。
  - 調理師免許を持つ生活保護受給者や福祉系大学生ボランティア等も参加し、グループに分かれて調理、喫食、片付け等の実習を実施。
- こうした取組により、食に関する基本的な知識・技術の習得、調理する楽しさを知るきっかけづくりを行っている。

【事例３　専門職（管理栄養士）の活用】

- 管理栄養士を雇用し、CWと共に同行訪問することで、
  - 病識があるかどうかを面談の中で確認したり、医師からの指導を守れているかを本人の言動、行動や家の様子から確認することができる。
  - CWでは難しい食生活のアドバイスを行うことができ、子どもの食習慣についてもアドバイスが可能。
  - 専門職として健診結果を読み取り、解説することができ、できるだけ早期に、生活習慣や食習慣の問題点を指摘し、適切な支援を行うことができる。
- 結果として、生活習慣病の発症予防や重症化予防へ繋げることが可能。

（出典）令和２年度社会福祉推進事業「子どもとその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業」報告書を基に厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で作成

# 子どもとその養育者への健康生活支援に係る課題等

| 課題 | | 今後考えられる支援策について |
|---|---|---|
| 養育者の健康意識・意欲の乏しさ | ・成人の場合、長年の生活習慣を変えることが難しく、健診結果の改善や体重の変化など、結果が表れるまでにも時間がかかるため、なかなか行動変容に至らない。 | ・子どもの生活習慣の改善が、家庭全体に波及する可能性が示唆され、子どもに介入することで養育者の行動変容を促す効果も期待される。<br>・まだ子どもへの健康生活支援の事例が少ないため、事例の集積とその共有が必要ではないか。 |
| 子どもの健康状態についての定量的な把握の難しさ | ・学校や教育委員会と連携して、学校の健診データを入手することが難しく、支援が必要な子どもを把握する上で客観的なデータはほとんど活用できない。 | ・学校の健診情報の電子化の推進や、乳幼児期・学童期の健診情報の一元的活用の動向を踏まえ、検討が必要ではないか。 |
| 取組の評価方法を設定することの難しさ | ・子どもの健康状態の変化について、客観的な指標で評価することが難しい。<br>・他方、健診データを入手できたとしても、専門職が配置されていない福祉事務所では活用が難しい。 | ・今後、健診データの取得が可能になれば、取組の評価もしやすくなると考えられる。<br>・健診データをもとに、どのように子どもの健康状態を評価するか、その標準的な評価方法の検討、具体的な例示も必要ではないか。 |
| CWが家庭訪問時に確認する内容が、個人の裁量に依存 | ・対象者の把握方法は家庭訪問での観察・聞き取りが大変を占めるが、その方法は標準化されておらず、CW等の個人の裁量に依存している。<br>・子どもの「生活習慣」「食習慣」まで確認している福祉事務所は少ない。 | ・支援が必要な者を把握するために確認すべき内容について、生活習慣や食習慣も含めた標準的な様式が必要ではないか。 |
| 庁内他部署との連携の難しさ | ・健康生活支援の実施主体が福祉事務所以外の場合も多い。 | ・福祉事務所と他部署の役割分担や連携方法について、専門職の配置の有無も踏まえて、検討が必要ではないか。 |
| CWと保健医療専門職の役割分担が不明確 | ・福祉事務所内に専門職が配置されている場合も含め、健康生活支援に係る職種の役割分担が不明確である。 | ・CWや専門職の職種に応じた役割や、全国の福祉事務所にける専門職の雇用状況、各専門職の取組内容とその効果等について、更なる事例の集積が必要ではないか。 |
| 本来支援が必要な子どもの把握・介入の難しさ | ・自身の障害に自覚がなく、行政サービスの内容も把握していない人も多く、それが要因で行政サービスにつながらないケースもある。 | ・行政からアプローチする方法を検討する必要はあるが、まずは子どもの頃から疾患や障害の知識、関連する行政サービスについて教育するなどにより、支援を使うハードルを下げることも重要ではないか。 |

（出典）令和２年度社会福祉推進事業「子どもとその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業」報告書を基に厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室で作成

# レセプトを使用した医療扶助適正化の取組

# 医療扶助におけるレセプトを使用した適正化の取組

## ◆ レセプト点検の実施

○　全ての医療扶助レセプトについて、各自治体においてレセプト点検を実施し、過誤が認められるレセプトは遅滞なく過誤調整を行う。

【資格点検】福祉事務所が発行した医療券等に基づく有効なレセプトであるか否かを審査

【内容点検】診療報酬の算定ルール等に基づき適切な請求となっているか否かを審査

**【診療報酬明細書点検等充実事業】**

**○　国から3／4を補助。**

**○　849自治体に対し、約25億円を補助。（令和2年度）**

**○　外部委託又は嘱託職員の雇用等により、診療報酬明細書の資格審査、内容点検（単月・縦覧）を強化し、診療報酬の決定の適正化を図るとともに、指定医療機関による診療報酬の適正化を図る。**

## ◆ レセプトを活用した適正受診の徹底等

### （１）頻回受診者に対する適正受診指導（Ｈ１２～）

○　同一傷病により、同一月内に同一診療科目を15日以上受診している月が３か月以上継続している者への指導

### （２）長期入院患者に対する退院促進（Ｓ４５～）

○　入院期間が180日を超える者について、入院継続の必要性を確認の上、退院の可能性について検討

### （３）向精神薬等の重複処方に対する適正受診指導（Ｈ２２～）

○　向精神薬等について、複数の医療機関から重複処方を受けている者への指導

### （４）その他の適正受診指導等

○　長期外来（同一傷病による継続外来受診）、重複受診（同一傷病で複数の医療機関を受診）等に対する指導

○　請求に特徴のある医療機関検索、自立支援医療の優先適用確認、後発医薬品の普及傾向確認等

## ◆ 電子レセプトを活用した上記取組の強化（生活保護レセプト管理システムの導入）

○　レセプトの電子化に伴い、生活保護レセプト管理システムを導入し、全国の自治体で運用（Ｈ２３～）。

（レセプト点検の効率的・効果的実施）

・医療券データとの突合による資格点検を自動的に実施

・紙レセプトに比べレセプトの管理・抽出が格段に効率化されることにより効果的な内容点検を実施

○　システム改修により抽出機能を強化（Ｈ２４）

・適正受診指導対象者を容易に抽出することを可能とし、迅速かつ的確な指導を実施

# 後発医薬品の使用促進の取組

# 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。

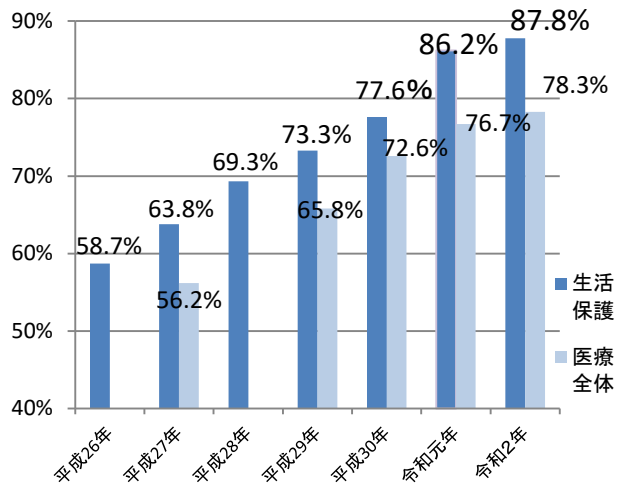
※1　具体的には、処方医が一般名処方を行っている場合又は銘柄名処方であって後発医薬品への変更を不可としていない場合。
※2　例外としては、後発医薬品の薬価が先発医薬品の薬価と比べて同額以上となっている場合や、薬局に後発医薬品の在庫が無い場合。

## 後発医薬品使用原則化による効果

○令和2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、87.8%（前年比1.6%増）となった。
※令和2年医療扶助実態調査

○令和元年度に引き続き、使用割合80%という政府目標は達成された。

○伸び率については、原則化前（平成30年）より10.2%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）

## 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。

（参考）

# 電子処方箋の仕組みの構築の状況について

第7回健康・医療・介護情報利活用検討会（令和3年7月29日開催）資料より抜粋

# 現在の紙の処方箋運用の概要と、電子処方箋の導入による変化

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

## 紙の処方箋運用の概要

### 処方箋発行

医療機関　医師

■ 診察の後、医師は、患者等に対して処方箋を交付する。

### 処方箋持参

患者

■ 患者等は紙で処方箋を持参する。

### 処方箋受付・服薬指導

薬局　薬剤師　患者

■ 薬局において、薬剤師は、医師等の処方箋により、調剤する。
■ 薬剤師は、処方箋中に疑わしい点があるときは、処方箋を交付した医師等に疑義照会を行う。
■ 薬剤師は、調剤の際、患者等に対し、服薬指導を行う。

### 調剤記録・保管

薬局

■ 調剤済みとなった処方箋を３年間保存。
■ 調剤結果等を医師等に情報提供することが努力義務化。

## 電子処方箋導入による変化

■ 電子的に処方箋を交付する。
■ 医師は、過去の処方・調剤情報を参照したうえで、処方を実施。

■ 持参の必要が無くなる。
■ マイナポータル等で自己の処方・調剤情報を閲覧

■ 電子処方箋に基づき調剤。
■ 薬剤師は、過去の処方・調剤情報を参照したうえで、疑義照会、服薬指導を実施。

■ 処方箋は電子的に保存可能。
■ 調剤結果等の医師等への情報提供が電子的に可能。

# 電子処方箋システムを導入することによるメリットについて（考えられる案）

## 紙の処方箋が無くなることによるメリット

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

## 処方内容を電子化することによるメリット

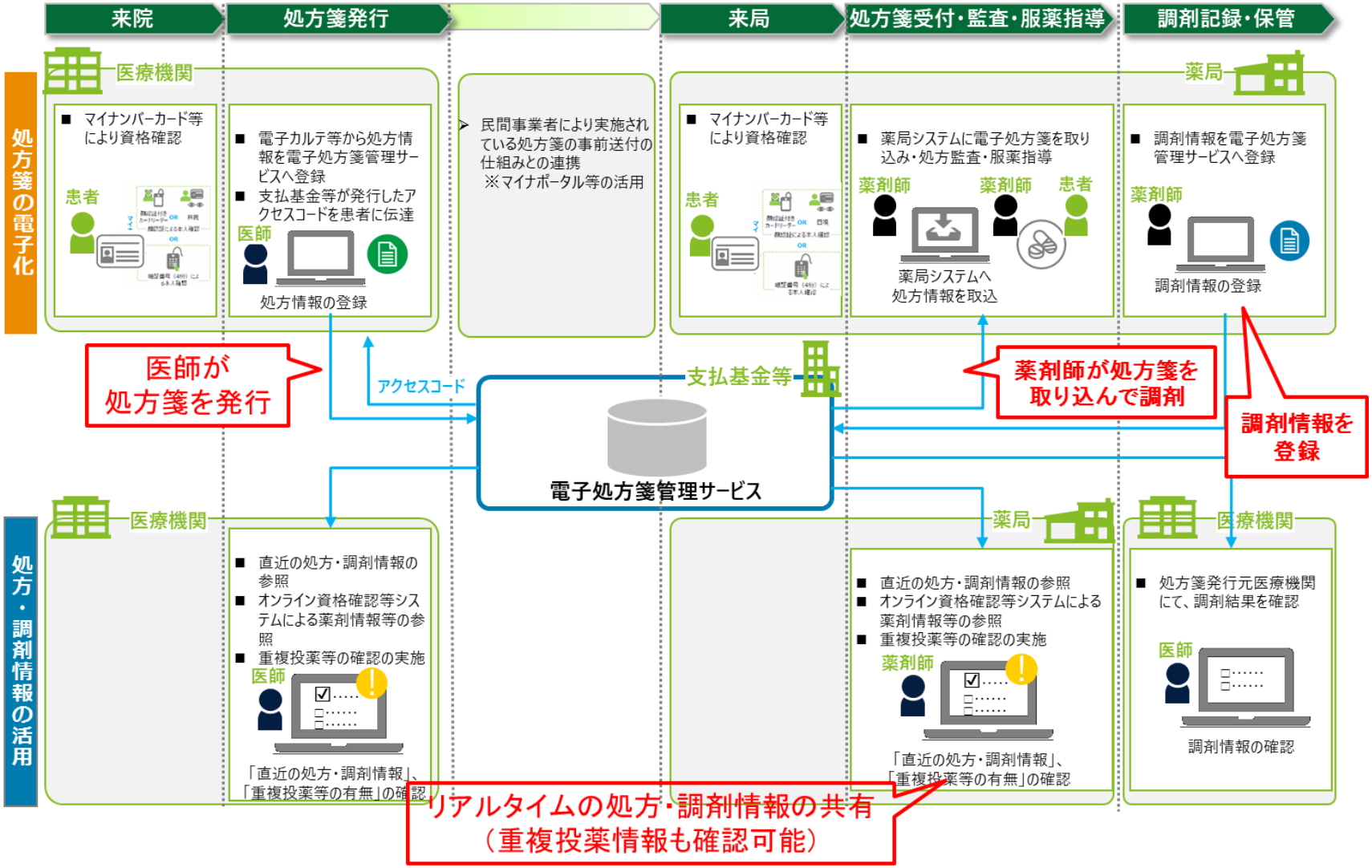
・薬局から医療機関への処方内容の照会を反映した調剤結果等の伝達や、先発品から後発品に調剤を変更した際の伝達がより容易になり、医療機関でも患者情報のシステムへの反映が容易になる。
・調剤に関する入力等の労務が軽減され、誤入力等が防止される。
・処方情報の事前送付をより簡便に行うことができるようになり、待ち時間の短縮が期待される。

## 電子化した処方情報を共有することによるメリット

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

（出典）電子処方箋の運用ガイドライン（第２版）等により作成

# 電子処方箋管理サービスの仕組みを踏まえた運用全体像




## 成長戦略フォローアップ（令和3年6月18日閣議決定）

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

# 新たな日常にも対応する処方箋の電子化に向けたシステム構築事業

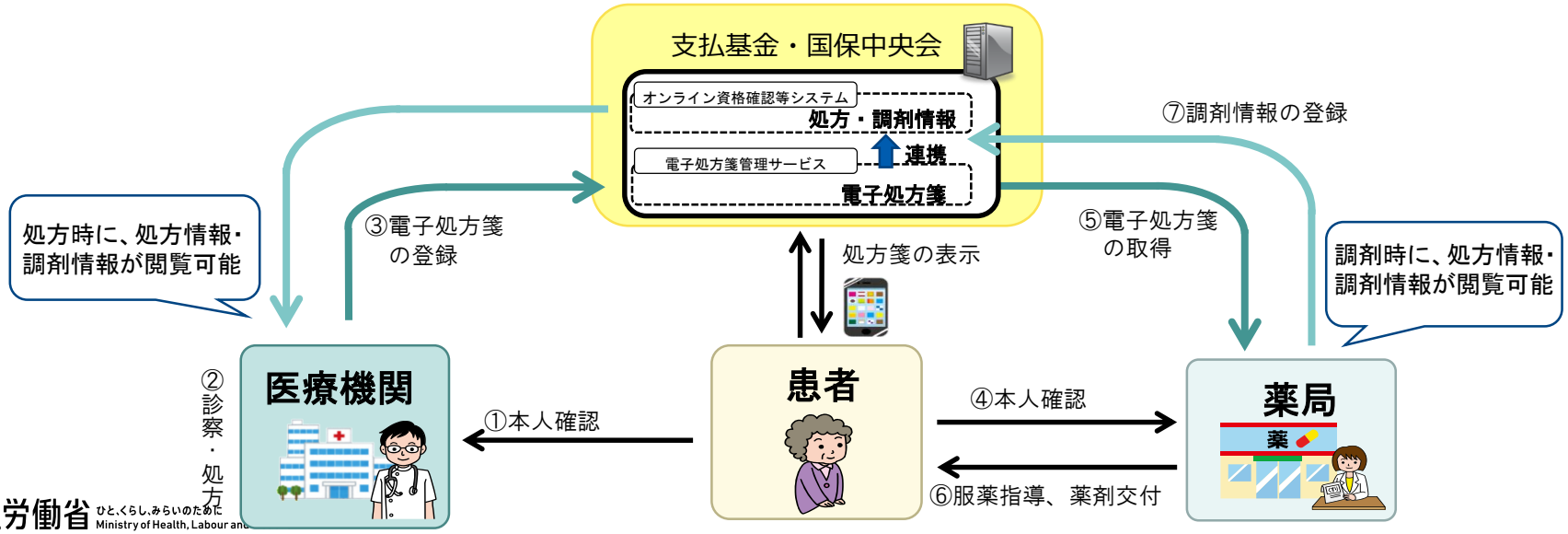
令和２年度第三次補正予算額案：38億円

【目的】

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

【事業内容】

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

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

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