令和7年度 社会福祉推進事業

医療扶助における多剤・重複投薬対策等の効果的かつ効率的な実施方法等に関する調査研究

報告書

株式会社　野村総合研究所

令和7（2026）年3月

目次

第 1 章 本調査研究の背景・目的及び手法 2
1. 背景・目的 3
2. 実施概要 4
第 2 章 アンケート調査 7
1. アンケート調査の概要 8
2. 今後重要となる課題の整理 23
第 3 章 ヒアリング調査 26
1. ヒアリング調査の概要 27
2. ヒアリング結果 30
3. アンケート調査と先行事例を踏まえた課題・取組の整理 39
第 4 章 今後の方向性検討・整理 44
1. 中間的な整理における言及事項 45
2. 他分野事例に見る示唆 47
3. 今後の方向性の整理 53
参考資料① 自治体事例（検討会フォーマット） 58

前半

第4章

今後の方向性検討・整理

1. 中間的な整理における言及事項

1-1 本事業と関わりの深い部分の確認

先述の通り、本事業と並行して「医療扶助・健康管理支援等に関する検討会（令和７年 10 月 2 日～）」が開催されており、アンケート調査・ヒアリング等、密に情報連携してきた。当検討会では本調査研究によるアンケート調査・ヒアリングや他分野事例も活用した全４回にわたる議論がなされ、令和７年 12 月 17 日に医療扶助や健康管理支援等に関する当面の取組と中長期的な方向性について「中間的な整理」が公表された。

本章では、当文書のうち本事業と関わりの深い部分を確認・引用を行い、以後に続く他分野事例も踏まえて今後の方向性へと結びつける。

図表 1 中間的な整理」のうち本事業と関わりの深い部分

章・節	項目	概要	必要とされた内容（ほぼ原文）
2-1 医薬品の適正使用に向けた取組			
（１）福祉事務所による重複・多剤投与対策	①文書を活用した対応	薬物有害事象リスクが増加している者に対する広範なアプローチ	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 ＜重複投薬＞複数医療機関・同一成分（同一月内・重複） ＜多剤投与＞複数医療機関・６種類以上（同一月内・多剤）
	②重点的な対応（対面指導、薬局への同行支援等）	ハイリスク者に対する個別重点的なアプローチ	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 ＜重複投薬＞複数医療機関・同一成分・嘱託医/薬剤師等との協議 ＜多剤投与＞複数医療機関・15種類以上・嘱託医/薬剤師等との協議
（２）医療現場における医薬品の適正使用に向けた取組	①受診時/薬局利用時のお薬手帳の持参	医療現場におけるお薬手帳の持参の促進	生活保護受給者について、受診時及び薬局利用時にお薬手帳（１冊に限定したもの。電子版お薬手帳を含む。）を持参することを原則とする
	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	ポリファーマシー対策の評価にかかる診療報酬算定の推奨	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
2-2 適正受診等に向けた取組			
（１）頻回受診対策	①頻回受診の傾向にある者の早期把握	オンライン資格確認システムの実績ログでの頻回受診傾向者の早期把握と対応	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 日以上の受診を目安）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し、必要な対応（受診回数の見直しに係る指導、②の対応など）につなげていく
	②社会参加の機会等の案内・勧奨等	被保護者状況に応じた社会参加・就労機会の案内・勧奨	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
（２）長期入院対策等		長期入院対策や頻回転院対策	被保護者でなく医療機関など受入体制側の問題が主であり、対象外

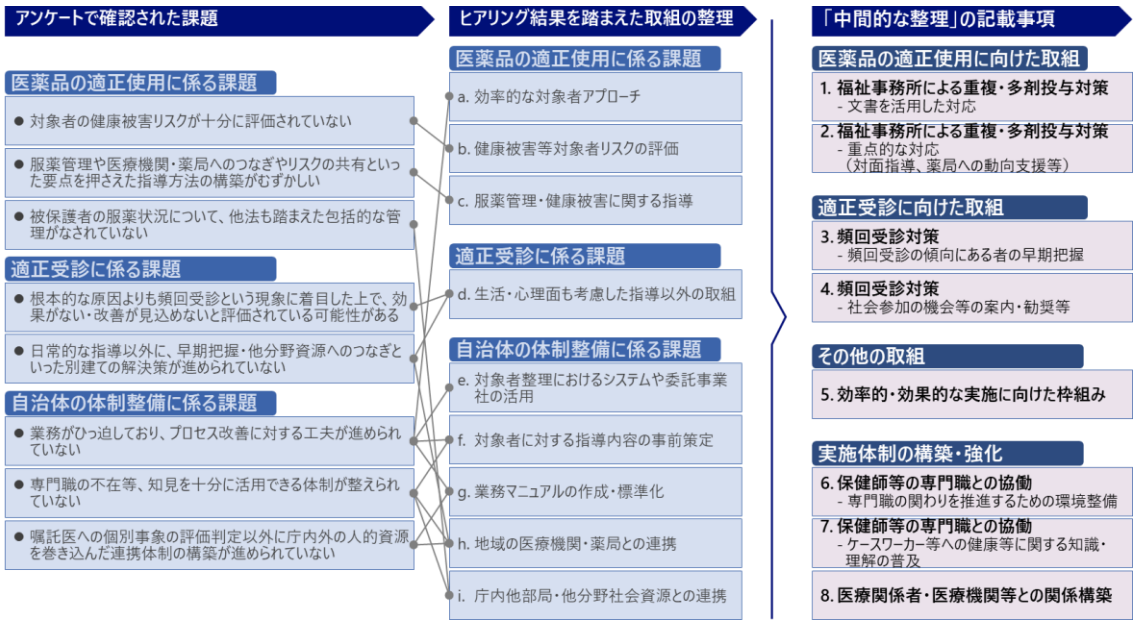
章・節	項目	概要	必要とされた内容（ほぼ原文）
2-3 その他の取組			
（１）効率的・効果的な実施に向けた枠組み		地域の状況に応じた取組の優先順位の設定	地域の状況に応じた取組の重点化（例えば、これまでの取組を経て指導対象者が減少している地域では、適正化を目的とした対象者抽出・嘱託医協議等の事務を停止・中断し、通常のケースワークにおける生活状況の把握や必要な支援等の取組は継続する等）
（２）今後に向けた新たな取組	①「かかりつけ医」等をもつことなど上手な医療のかかり方の普及・推進		制度的な対応推進の話題であり、対象外
	②医療扶助の訪問看護に係る実態把握・課題分析等の対応		
	③投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定		
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			データ分析の委託やオンライン資格確認等について別の章で言及し、本章と紐づけない想定
４．実施体制の構築・強化			
（１）保健師等の専門職との協働	①専門職の関わりを推進するための環境整備	保健師をはじめ薬剤師・栄養士など専門職が庁内連携のもと生活保護分野への関与を深められる環境の整備	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り専門職との円滑な協働や、専門職への円滑なつなぎ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
	②ケースワーカー等への健康等に関する知識・理解の普及	ケースワーカーに対する、専門職の持つ健康・医療に関する知識の普及	
（２）「都道府県による市町村支援」の推進			委託事業のスコープと認識
（３）医療関係者・医療機関等との関係構築		医療扶助に関する課題や取組を共有できる関係性の構築	医療関係者・医療機関等において、医療扶助等に関する課題や取組等について理解が深められることが重要

（1）課題整理の更新

中間的な整理を踏まえ、本事業における課題・取組との関係性を整理した。対応関係に係る特記すべき補足は下記の通りである。

- 医薬品の適正使用に向けた取組は、効率的かつ広範な対象者アプローチ（新規）と健康被害等対象者リスクの高いものに対する服薬管理・健康被害に関する指導（従前のものの改良）が求められるようになった（下記①②）。
- 頻回受診に向けた取組は、オンライン資格確認の実績ログの活用による定義該当性の未確認者についても早期把握が求められることになった。また、社会参加の機会等を積極的に案内・勧奨することも求められることになった。（下記③④）。
- 健康被害リスクの大小による優先順位付けのみならず、事業そのものについても地域課題に即したものを自治体側で取捨選択できることとなった（下記⑤）。
- 保健師等の専門職と行政職・ケースワーカーが協働して被保護者の健康管理を支援すること、またそれにあたり環境整備や知見の普及を進めることとされた（下記⑥⑦⑧）。

図表 2 「中間的な整理」の記載事項と本事業における課題・取組との関係



1. 他分野事例に見る示唆

本項では、「中間的な整理」における各取組について、国保事業・一体的実施事業（後期）を中心に、取組を先駆的に実施していると考えられる事例を紹介し、事例のポイント・医療扶助への示唆をそれぞれ取りあげる。

自治体による重複・多剤投与対策－文書を活用した広範なアプローチ

	北海道札幌市（国保） ～チラシでの受診勧奨後の早期電話フォロー～	長崎県諫早市（国保） ～医療機関への通知送付の法的根拠を整理～	岩手県（後期） ～委託業者と連携、専門的な薬学的リスクの普及～
概要	医療費適正化と健康被害リスクの低減を目的とし、服薬情報通知を送付するだけでなく、委託業者による複数回の電話フォローアップを組み合わせてかかりつけ医や薬局への相談を促す。	通知発出の法的根拠と医療機関側への通知の可否を含む制度的スキームを整理し、重複処方対象者本人と処方元医療機関の双方に通知を発出する体制を確立。	岩手県後期高齢者医療広域連合では、多剤投与の是正よりも、具体的な健康被害リスクの啓発に重点を置いた広報を実施。
具体的な取組	• レセプトデータから抽出した対象者のうち、健康面の懸念される「併用禁忌」の該当者などを優先して通知を送付。 • 通知発送1週間後に対象者へ1回目の電話勧奨を実施し、医師や薬剤師への服薬相談。 • 通知発送から3か月後にはレセプトを確認し、服薬状況の改善が認められない対象者に対して2回目の電話勧奨を実施し、体調変化や副作用の有無、相談状況を確認。  通知送付後、早期の電話フォロー	• 抽出基準の設定にあたり、医師会と協議を重ね、医療機関への通知が医療機関の負担増につながらないよう配慮。 • その上で、重複処方に該当する被保険者と、当該被保険者に向精神薬を処方した医療機関の両者に通知を送付する二方向スキームを構築。 • 法的根拠は、国民健康保険法等の関連規定を整理し、クレーム対応時の対話内容も含めてマニュアル化。  医療機関と本人に通知を送付	• 岩手医科大学と連携した研究を通じて、被保険者における薬剤起因性老年症候群リスク薬剤の処方実態やトリプルワーミーの処方状況を把握。 • 把握した実態に基づき、県内保険薬局にリスク該当者への対応方法（処方提案・服薬指導の観点）を記載した通知を発出。  • 同時に、薬剤師が服薬情報のお知らせを受領した際の具体的な対応手順についても普及。
事例のポイント	✓ 単なる処方数の減少ではなく、「まずはかかりつけ医や薬局に相談し適切な処方を受けること」を事業目的として重視しており、通知1週間後という早期に電話で直接接触を図っている点が特徴。 ✓ 3か月後のレセプト確認を経て、改善が見られない層に限定して再度電話介入を行う設計となっており、対象者の状況に応じた継続的なフォローアップを実施している。	✓ 患者への通知に加え、処方医療機関にも同時に情報を届ける双方向スキームは、処方行動の変容に直接作用する点で、患者側への通知のみに留まる一般的な構成と比べて実効性が高い。 ✓ また、通知の法的根拠を事前に整理してマニュアルに組み込んでいることは、実務担当者が通知送付の正当性に不安を抱かずに運用できる環境を整える意味で重要であり、取組の定着・継続に資する。	✓ 薬剤の種類数ではなく、高齢者特有の薬理学的リスク（転倒・腎機能悪化等）を医療現場の言語で可視化することで、薬局薬剤師が患者・医師への介入を躊躇なく行える根拠を提供している。 ✓ また研究機関との連携により地域特有の処方実態を数値として示した点は、取組の正当性の裏付けとなっている。

医療扶助への示唆

【取組が参考になる医療扶助分野の課題】

- 中間的な整理では、多剤投与対策の改善率が16.7%にとどまり、一部で「指導対象者の抽出基準が適切ではない」との認識があることが課題となっている。
- 文書を活用した広範なアプローチとして対象者への通知が新たに制度化されるが、運用上の実効性確保の方法は具体化が十分でない状況にある。
- 通知の活用方法と目的、さらには通知を受け取った対象者が実際に専門職に相談するまでの動線設計については、今後の議論が待たれる。

【事例活用の方向性】

- 通知後の早期電話勧奨（札幌市）は、ケースワーカーの訪問を要さないため、マンパワー制約の大きい福祉事務所に親和性が高い。ただし電話対応の習熟度や対象者の状況による負荷を考慮し、受託業者の活用や、標準的な電話対応スクリプトの整備が取組の有効化に重要となる。
- 処方医療機関への同時通知スキーム（諫早市）は、医療扶助に適用する際にも実効性が高い。ただし、生活保護指定医療機関制度の枠組みで実施できるかについては、法的根拠・対応マニュアルをあらかじめ整備して示すことが、導入の前提条件となる。
- 岩手県の取組は多剤投与を薬理学的リスク（薬剤起因性老年症候群、トリプルワーミー等）の観点で評価する先駆的な事例であり、委託事業社を活用することで、制度・地域を問わず同様の普及展開が可能となる。ただし、医療機関や薬局への相談勧奨にあたっては地域との事前協議が不可欠である。

自治体による重複・多剤投与対策－対面指導等の個別重点的なアプローチ

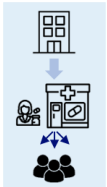
北海道洞爺湖町（後期）
～3か月1クールの薬剤師訪問・服薬指導～

概要

洞爺湖町は、一体的実施の枠組みにおいて、令和4年度から重複・多剤投薬等に対する服薬指導推進事業を開始した。町内の調剤薬局を「町のお薬相談所」に指定し、薬剤師による訪問および薬局立ち寄り時の服薬指導を3か月1クールで実施している。

具体的な取組

- 重複・多剤投与の基準に該当した者をKDBから抽出し、対象者については薬剤師が自宅訪問に加え、日常的な薬局来局の場面を活用して指導を行う。
- 指導内容は、服薬の自己調整に関する助言、生活リズムに合わせた内服時間の提案、飲みづらさや飲み忘れへの対応、重複による副作用の確認である。
- かかりつけ医や介護事業所への情報提供も、必要に応じて実施する。
- 事業開始にあたっては、薬剤師を交えた関係者会議で枠組みを構築し、胆振西部医師会とも随時情報共有を行う体制を整備した。



調剤薬局への事業委託

事例のポイント

✓ 保健師ではなく薬剤師に服薬指導を委託した点が特徴的である。薬学的な専門性を直接活用することで、副作用の確認や内服調整の助言といった薬物有害事象のリスク低減に直結する指導が可能となっている。また、訪問のみに依存せず、薬局立ち寄り時という日常的な接点を指導機会として設計していることで、対象者への継続的な関与が実現している。令和4年度の改善率は100%を達成した。

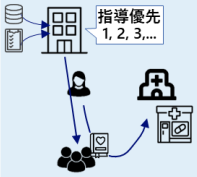
香川県観音寺市（国保）
～通知を起点とした服薬調整・減薬実績の積み上げ～

概要

観音寺市は、令和5年度に第三期データヘルス計画の策定を契機として、重複・多剤服薬者に対する訪問指導の取組を見直した。保健師3名・看護師1名の体制で、KDBから毎月抽出した対象者に対し、薬剤師会から提供された注意薬剤リストを参考に訪問の優先順位を決定し、複数回の訪問指導を実施している。

具体的な取組

- 訪問対象者は、薬剤師会から提供を受けた飲み合わせや副作用の点で注意が必要な薬剤のリストを踏まえ、保健師・看護師チームで協議のうえ優先順位を決定。
- 訪問時にはお薬手帳を活用し、手帳を持っていない場合は質問により服薬・処方状況を確認しながら保健指導を行う。
- 飲み忘れや重複処方等の情報を記載した連携カードをお薬手帳に添え、医師や薬剤師に相談しづらい対象者でも医療者側が課題を把握できる仕組みを導入。
- 効果的な声かけ・NGワードを蓄積した訪問評価シートを整備し経験による対応の差を補っている。
- 重複投与者の受診行動適正化率は87.5%、多剤投与者は54.5%であった。



投薬内容で優先順位付け
→ お薬手帳を用いた指導・情報連携

事例のポイント

✓ 薬学的リスク情報を訪問の優先順位付けに組み込んだ点、および連携カードにより対象者を介した医療者との間接的な情報連携を実現した点が注目される。

✓ 保健師が直接処方変更に関与できない制約の中で、薬剤師会提供の注意薬剤リストを判断材料として活用し、併用禁忌や副作用リスクの高い対象者を優先的に訪問する運用としている。

医療扶助への示唆

【取組が参考になる医療扶助分野の課題】

- 医療扶助分野の重複・多剤投与対策は、指導の多くが医療専門職でないケースワーカーによって行われており、令和5年度は多剤投与の改善率が16.7%であった。
- 中間的な整理では、薬学的リスクや残薬状況等を勘案した優先順位付けと重点的な対応が必要とされたが、情報の取得から優先度の判断までの具体的な流れは明示されておらず、また、ケースワーカーから医療者へ情報を連携する実務上の手順についても、効果的な指導に向けてブラッシュアップが必要である。

【事例活用の方向性】

- 委託先を地域の調剤薬局においた事例（洞爺湖町）は、小規模自治体に特有ではあるが、地域をあげた薬局一元化の動きと捉えることができる。医療扶助分野においても、薬局相談を促すのみならず健康サポート薬局等を活用して継続的な相談体制を能動的に構築することで、管内一丸で被保護者の薬物有害事象リスク低減に取り組むことができる。
- お薬手帳を活用もしくは想定して処方状況を探索する取組（観音寺市）は、残薬目視確認のみならず、処方内容や服薬の自己調整状況を標準的な確認項目に組み込むことにつながり、重点対応対象者に対する訪問指導をより課題に直結させることができる。
- ケースワーカーは処方変更に直接関与できないため、連携カードなどの工夫は、情報連携が困難な地域でもお薬手帳持参の原則化と併せて医師・薬剤師との課題認識の共有に有効に働くと思われる。

頻回受診対策－頻回受診の傾向にある者の早期把握及び社会参加の機会等の案内・勧奨等

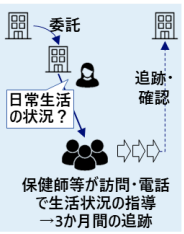
埼玉県（後期）
～保健師等による健康相談を起点とした訪問指導～

概要

重複受診又は頻回受診の傾向がある被保険者に対し、保健師又は看護師による健康相談及び適正受診に係る訪問指導を民間委託で実施。県内全域を対象とした広域事業として、統一的な対象者抽出基準と委託事業者の専門職派遣を組み合わせた実施体制を構築。

具体的な取組

- レセプト情報等から重複・頻回受診の被保険者を抽出し、委託先の保健師又は看護師が対象者宅を訪問して健康相談を実施。
- 訪問時は受診回数の確認にとどまらず、生活状況や健康上の困りごとを幅広く聞き取り、かかりつけ医やかかりつけ薬局への相談を促す。
- 第3期データヘルス計画では、相談指導の実施者割合を令和4年度の2.8%から令和11年度に6.3%へ拡大し、改善割合80%以上を達成する目標を設定している。



事例のポイント

- ✓ 広域連合が事業主体となり民間委託で専門職を確保することで、個別市町村における専門職の配置状況に左右されない実施体制を構築している。
- ✓ 頻回受診指導を受診回数の是正という建付けとせずに、健康相談として設計することで、対象者の心理的抵抗感を低減し、生活背景を含めた課題把握の入口として機能させる効果が期待できる。

鳥取県伯耆町（後期）
～アンケートによる生活状況把握とフレイル予防への接続～

概要

一体的実施の枠組みで、保健委員の協力により65歳以上の全住民に対し生活状況アンケートを全数配布・回収し、フレイルリスクや生活課題を網羅的に把握。あわせて、各自治会で継続する高齢者健康教室「まめまめクラブ」を社会参加の拠点として活用し、フレイル予防や健康相談を一体的に実施。

具体的な取組

- アンケートは後期高齢者の質問票をベースに生活習慣やフレイルに関する項目を含み、令和6年度は3,419人を対象に実施された。
- 回収結果とKDBシステムのレセプト情報を突合して重複・頻回受診の対象者を抽出し、かかりつけ医の有無やアンケート回答を参照しながら訪問・電話による保健指導を実施。
- 「まめまめクラブ」は48自治会で年約6回開催され、うち1回はフレイル予防に特化したまめまめプラスとして、フレイルチェックや医療専門職による健康講話に加え、住民間のグループ討議を実施。
- 討議を通じて参加者自身がフレイル予防における社会参加の意義に気付く設計がとられている。



社会参加による
フレイル予防

事例のポイント

- ✓ 受診行動への介入に先立ちアンケートで対象者の生活全体を俯瞰的に把握する枠組みを設けている点が特徴である。
- ✓ レセプトだけでは見えない孤立傾向やフレイルリスクをアンケートで補完することで、頻回受診の背景にある生活課題に即した支援の選択肢を広げている。
- ✓ また、まめまめクラブという自治会単位の既存資源を社会参加の受け皿に据えることで、新たな通いの場を設置するコストを回避しつつ、対象者を地域のつながりに接続する経路を確保している。

医療扶助への示唆

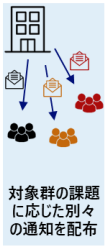
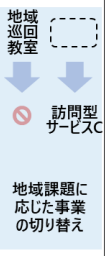
【取組が参考になる医療扶助分野の課題】

- 頻回受診に対して、受診の背景にある生活要因（孤立・生活の無目的感・不安等）を把握して対処につなげる必要性は従前より指摘されていたが、今回の中間的な整理で社会参加の機会の案内・勧奨を嘱託医協議なしに柔軟に実施する方向性が示された。
- 現在は、受診行動の背景にある生活課題を構造的に把握するスクリーニング手法や、社会参加の場としての接続先・接続方法に関する知見は未整備である。
- また、多くの福祉事務所では保健医療専門職が不在であり、頻回受診者の健康課題と生活課題との関連付けは各ケースワーカーの裁量に依存している。

【事例活用の方向性】

- 埼玉県の民間委託モデルは、保健師・看護師を内部確保できない福祉事務所においても頻回受診指導で可能な実施モデルとなる。ケースワーカーが把握した情報を元に委託先の専門職が健康相談の形式で対象者に接触することで、ケースワーカーが受診行動の是正を直接指導する負荷を軽減でき、対象者にとっても行政指導ではなく専門職との相談として受け止めやすい利点がある。なお、被保護者特有の生活背景はケースワーカーが把握して密に情報連携する必要があり、さらに本庁においては専門職を抱えており指導が実施できる事業社を探し当てることが必要となる。
- 伯耆町の生活状況アンケートは、今般改めて必要とされた「頻回受診の背景にある構造的要因の把握」を体現したものと考えられる。生活保護においては、フェイスシートを活用して被保護者の生活状況を日常的に把握している一方で、頻回受診に繋がり得る情報（独居・社会的孤立等）をリスク因子として整理して捉え直すことが必要である。また、「まめまめクラブ」のような地域で住民が集う場は、頻回受診者・頻回受診傾向のある者を社会参加の場へ接続し互助的に支援することにつながる。こうした「つなぎ」は中間的な整理で嘱託医協議を要件としないとされた範囲に該当するため、ケースワーカーが日常的な指導の一環として実施できる。

効率的・効果的な実施に向けた枠組み

	鹿児島県鹿児島市（国保） ～データ分析による地域課題特定と対象別介入～	奈良県黒滝村（後期） ～課題変化に応じて事業構成の組み替え～	山形県米沢市（国保） ～効果検証に基づく勧奨手段の中止と資源再配分～
概要	処方薬剤別のデータ分析から地域の特徴的な課題を明らかにし、対象者群ごとに異なる啓発チラシを通知に同封して医薬品の減少効果を検証。	一体的実施において、従前の事業を健康課題の変化に即して取捨選択し、既存事業の廃止と新規事業の立ち上げを組み合わせて事業構成を修正。	手法別の受診率を検証した結果、従前のSMS（ショートメッセージサービス）勧奨による特定健診の受診率は低いことが判明したため同手法は中止、効果の高い手法へと変更。
具体的な取組	• 事業実施に先立ち、医師会および薬剤師会へ事業内容を説明してアンケートを実施し、地域の医療関係者との連携基盤を構築。 • 事業実施にあたっては、レセプトデータを用いて処方薬剤別の分析を実施し、地域における医薬品使用の傾向や特徴的な課題を把握。 • 特定した課題に基づき対象者を分類、それぞれの服薬状況に応じた啓発チラシを選択して通知に同封。 • 通知の送付後は、医療費や処方薬剤数のデータを用いて通知前後の医薬品の減少効果を検証。  対象群の課題に応じた別々の通知を配布	• 骨折予防を地域課題として規定し、新規参加者がなく効果も不明であった地域巡回教室を廃止、代わりに訪問型サービスC（介護予防・生活支援サービス事業）と通いの場での健康教育を新設。 • 高血圧・糖尿病重症化予防は、保健師による特定保健指導に管理栄養士による栄養相談を追加して事業内容を強化。 • 通いの場は、健康教育の場を再定義し、住民主体での立ち上げ支援を以てポピュレーションアプローチ拠点を拡充したところ、参加者数の大幅増加を達成。  	• 米沢市は未受診者に対する勧奨手段としてハガキ、電話、SMS等を組み合わせ、手法ごとの受診率を年度単位で検証。 • SMS勧奨は他の手法より受診率が低いと明らかとなったため廃止。 • 他方で、食塩摂取量11g以上の対象者への減塩教室案内など、データ分析から把握された地域課題に対応する個別プログラムについては継続・強化。 • 市全体の健康課題として特定された高血圧に対しては、食塩摂取量測定結果の分布図等を活用して対象者の層別化と介入の優先順位付けを実施。  効果の低い手段は廃止
事例のポイント	✓ 規定の基準による一律の対象者抽出ではなく、自管内のデータ分析から地域特有の課題をあぶり出し、介入の優先順位を判断していた。 ✓ 対象層ごとに介入内容を細分化し、事後の効果検証を踏まえて効果の高い対象へ資源を集中させる手法は、地域の状況に応じた事業の重点化と考えられる。	✓ 限られた人員と予算の中で、効果が認められない既存事業を存続させず、データに基づいて明確に廃止判断を行った上で新規事業に資源を振り替えた点が特徴。 ✓ 前例踏襲で見送られがちな事業の廃止を、課題分析の結果を根拠として構成そのものを再編する判断とした。	✓ 効果検証の結果に基づき特定の勧奨手法を中止する判断が特徴。 ✓ 米沢市は手法別の受診率という定量的根拠に基づいて中止判断を下し、その分の事務負荷を他の効果的な取組に充当。

医療扶助への示唆

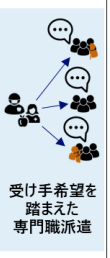
【取組が参考になる医療扶助分野の課題】

- 中間的な整理に記載された「地域の状況に応じた取組の重点化」は、新たな課題にリソースをあてる一方で対象者が減少する取組の規模縮小を可能とした。
- 医療扶助分野における従来の議論では、全国一律の基準で規定の事業を全て実施する運用であり、地域の課題構造に応じて事業の比重を柔軟に変更するという発想は乏しかった。

【事例活用の方向性】

- 鹿児島市の対象層ごとに介入内容を細分化・事後の効果検証を踏まえて資源投下先を見直す取組は、保健事業だけでなく健康管理支援事業や適正実施についてもPDCAを回す取組となり得る。各福祉事務所が管内のデータから特徴的な課題構造（例えば向精神薬の重複処方や特定診療科の頻回受診の偏在など）を把握し、重点的に対応する対象群を見極めていくといった使い方に応用できる。
- 黒滝村のように、既存事業から新規の事業へと焦点を移した事例は、従来の枠組みを前提としつつ対象者人数の大小に応じて適正実施に係る事業にメリハリをつける際の考え方として参考になる。優先順位付けに当たっては、当事例同様に対象者数のみならず、地域課題との整合性や効果の大小も踏まえることが望ましい。
- 事業の優先順位付けのみならず、各事業を実施する際の手法についても、米沢市の事例のように効果の大小を見極めて集約していくことが重要である。この際、各手法の効果が検証できるよう、計画時点から比較を前提とした設計とすることでPDCAサイクルでの検討が可能となる。

保健師等の専門職との協働－専門職の関わりを推進するための環境整備及びケースワーカー等への健康などに関する知識・理解の促進

	東京都練馬区（後期） ～事業開始前から段階的な庁内連携体制構築～	富山県黒部市（後期） ～課内横断班の新設による多職種連携体制～	神奈川県大和市（後期） ～管理栄養士を軸とした通いの場への専門職派遣～
概要	一体的実施の開始前から、国保年金課主体で関係部署間の学習会を開始し、約2年間で庁内連携体制を構築。企画調整を行う保健師1名は高齢者支援課に配置し、他部署に跨がる事業体系を統合的に運営。	一体的実施の開始を契機に、健康増進課内に保健・介護予防一体推進班を新設し、部内横断的な推進体制を整備。組織改編により75歳以降の後期高齢者に対する保健事業を強化。	従前より健康づくり推進課の管理栄養士による訪問型の栄養相談を中心に保健事業を展開。一体的実施に向けて、データヘルス計画策定に携わった保険年金課の事務職員が同課(事業実施側)に異動。
具体的な取組	• 事業開始前より部ごとにリーダーを選出し、各部署による事業内容を相互に把握することから着手した。 • 学習会以外で係長級会議を月１回、課長級会議を年３回実施し、庁内の意思決定と情報共有を重層的に行っている。 • 高齢者支援課には企画調整担当の常勤保健師のほか、会計年度任用職員として保健師・管理栄養士・歯科衛生士を配置し、地域包括支援センターの訪問支援員と連携して事業展開する体制を整備。 	• 一体推進班に企画調整担当の専門職を配置し、日常生活圏域ごとの専門職とで企画と実施の役割分担。 • ハイリスクアプローチでは、対象者の疾患や状態で専門職を使い分け。 • 糖尿病性腎症等の重症化予防は管理栄養士・歯科衛生士・保健師が保健指導を、腎機能低下や心臓病のある対象者には県理学療法士会に依頼して運動指導を実施。 • 介護認定対象者は介護支援専門員と情報を共有。 • 広域連合のポリファーマシー対策モデル事業では、薬剤師の訪問服薬相談に保健師・介護支援専門員が同行し、多職種で対応。 	• 市内約50か所から手挙げ制で協力サロン(通いの場)を募集し、過半数へ管理栄養士・歯科衛生士混成チームを派遣。 • 募集にあたり、社会福祉協議会の地区会長が集う会議で事業説明を行い、運営側の理解を得た。 • サロン側には5分・15～30分・相談のみと3種のコースを選択させ、関与の頻度や内容も要望に応じて決定。 • 市長・副市長への年1回の事業報告には他部局の部長・課長級も臨席し、庁内の情報共有を幹部レベルで行っていた。 
事例のポイント	✓ 事業の本格実施前に約2年間の学習会期間を設け、関係部署が互いの業務内容を把握する段階を経た点が特徴。 ✓ 企画調整を行う保健師の配置先を高齢者支援課に置き、事業実施を担う会計年度任用職員や地域包括支援センターとの連携の結節点とする構造をとっていた。	✓ 組織改編で保健事業と介護予防を統合し、対象者の状況に合わせた柔軟な運用が可能となった。 ✓ ポリファーマシー対策における薬剤師・保健師・介護支援専門員の同行訪問は、薬学的な指導と生活面の把握を同一場面で行う仕組みであり、職種間で対象者の情報を事前共有する手順が組織的に確保されている。	✓ データヘルス計画策定経験を有す職員の事業実施部門への異動により、データ分析知見が健康づくり推進課に移転、KDBシステムを活用した対象者抽出や事業評価が円滑に進む体制となった。 ✓ サロンへの専門職派遣では、運営側の要望を受け入れつつ、参加者の約2割に低栄養傾向等のフレイルリスクが存在することが明らかになった。

医療扶助への示唆

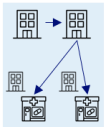
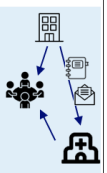
【取組が参考になる医療扶助分野の課題】

- 多くの福祉事務所が体制面の課題（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）を抱えている。
- 中間的整理では、統括保健師による組織横断的な協働体制の構築や、ケースワーカー等への健康等に関する知識・理解の普及が求められているが、情報連携のきっかけ作りや専門職の関与を実現する枠組みの構築については具体的手順を自治体側で検討する必要がある。
- 実務的には、ケースワーカーは生活面の把握に強みを持つ一方、服薬状況の評価やフレイルの判断といった専門外領域である医療・健康面のアセスメントについては、専門職との協働が不可欠である。

【事例活用の方向性】

- 練馬区における事業開始約２年前から部署間学習会を設け、各部署の業務内容やデータの相互把握から着手した方式は、福祉事務所と保健部門の間に日常的な接点が乏しい自治体において、協働の前段階として参考になる。例えば福祉事務所側から「統括保健師」に健康課題を相談する等、関係構築の起点となり得る。また、初期段階で事業統合を目指さず相互理解に留める設計は、双方の負担感を下げる上で有効と考えられる。
- 黒部市の対象者像ごとの多職種同行は、医療扶助分野においてはケースワーカーが専門職と共に被保護者訪問をする中で健康医療的な着眼点を実務の中で習得する機会として応用し得る。同行訪問はOJTとなるため、その他動画・資料などの座学と併せてケースワーカーから専門職への情報連携の質を高める手段となる。
- また、大和市のように事務職員であってもデータ分析を習熟した職員を移動で配置するといった工夫は、対象者抽出や効果検証の現場での取り組みを効率化するための体制整備として参考になる。

医療関係者・医療機関等との関係構築

	宮崎県（国保/後期） ～県主導による薬剤師連携体制の構築～	福岡県福岡市（後期） ～本人同意のもと服薬情報を共有できる仕組み～	鹿児島県（後期） ～三師会合同研修会等を重ねる段階的な関係構築～
概要	国保ヘルスアップ支援事業及び後期高齢者医療の重複服薬者訪問指導事業において、県薬剤師会と連携し、二次医療圏単位で担当薬剤師を選定、市町村保健師の訪問指導に薬剤師が同行する体制を構築。	令和７年度から、個人情報共有の同意書付き通知書を重複・多剤投与者に配布し、同意が得られた対象者の処方内容を医療機関・薬局にも送付する取組を実施。	令和元年度から適正服薬支援事業に取り組み、三師会合同研修会と、モデル保健医療圏域での地区関係者検討会を二本柱として、医療関係者との関係構築を段階的に推進。
具体的な取組	• 委託事業を受けた県薬剤師会が、レセプトデータから抽出した重複・多剤服薬者に対して薬学的見地から助言を行う役割を担う。 • 市町村は、訪問指導の際に二次医療圏ごとの担当薬剤師に連絡し、必要に応じて保健師と薬剤師が同行訪問する。 • 薬剤師の同行の際は残薬整理・調整等服薬指導を実施し、結果を市町村にフィードバックする。 • 薬剤師会は、市町村職員に重複服薬者に対する保健指導の研修会を実施し、年度末には報告会で取組結果を共有していた。  県薬剤師会へ委託し、管内全域で連携	• 通知書送付時にアンケートを同封し、医療機関・薬局への服薬情報共有の同意を確認、電話でも再確認が取れた対象者について、医療機関・薬局に処方内容の情報提供。 • 年2回の通知サイクルで、1回目と2回目のアンケートで同意状況を蓄積し、回を追うごとに同意者が蓄積される設計。 • 令和4～6年度の通知書の効果測定では、勧奨対象者の服薬状況改善率は約64%で、勧奨しなかった比較対象者の約34%と比較して約30ポイントの差が確認された。  同意取得後、医療機関にも情報提供	• 事業はレセプト分析と県関係者検討会での課題整理から開始し、モデル圏域を段階的に拡充。 • モデル圏域では三師会・訪問看護等を含む地区関係者検討会を開催し、支援方法の報告と協議、結果の評価・検証を実施。 • 県全体では三師会合同研修会を令和3年度から年1回開催。 • 通知発出前に医療機関に「該当者あり」と通達し、対象者の来訪に対応できる準備を促す。 • 好事例等報告冊子を作成して県内の医療機関・薬局に配布し、具体的な介入事例を共有。  丁寧な情報共有、意見交換
事例のポイント	✓ 県薬剤師会への委託で、個別の市町村が独自に関係性を構築する負荷を排し、二次医療圏という既存の地域単位での担当者配置により、市町村と薬剤師との連絡経路を制度的に確保。 ✓ 訪問指導への同行に加え、対象者リストの薬学的精査と市町村職員への研修を一体で委託している点が、継続的な連携の基盤となっている。	✓ 被保険者本人への通知に加え、本人の同意を前提に処方元の医療機関・薬局にも服薬情報を共有する仕組みを構築している点が特徴。 ✓ 同意取得をアンケートと電話確認の二重とすることで個人情報の取扱いに配慮しつつ、医療機関・薬局が保険者から提供された処方全体の情報をもとに服薬指導や処方見直しを行える環境を整備。	✓ モデル圏域を毎年拡充しつつ支援基準を調整し、医療関係者の負担感を抑えつつ事業範囲を拡大。 ✓ 地区検討会における便がの意見を翌年度の運用改善に反映することで、事業の実効性と医療関係者の協力的姿勢を維持している。 ✓ 好事例集は具体的な薬剤と経過を記載することで実務者が参照しやすい内容としている。

医療扶助への示唆

【取組が参考になる医療扶助分野の課題】

- 中間的な整理では、医療関係者・医療機関等との関係構築について、指定医療機関制度の枠組みを活用しつつ顔の見える関係を構築する方向性が示された。
- しかし、医療扶助分野の従来の取組では福祉事務所から医療機関側への情報提供など能動的な仕組みはほぼ検討されてこなかった。
- 嘱託医協議は、個別ケースの指導要否判断が主であり、医療関係者と福祉事務所が医療扶助の適正実施について地域の課題を協議する機会はなかった。

【事例活用の方向性】

- 宮崎県の二次医療圏単位で担当薬剤師を選定し、対象者リストの薬学的精査から市町村職員への研修までを一括で委託する仕組みは、薬剤師との連携経路をもたない福祉事務所にとって参考になる。例えば、都道府県薬剤師会が福祉事務所の管轄圏域ごとに連絡窓口となる薬剤師を置き、対象者リストの確認や同行訪問に加えてケースワーカー向けの服薬知識研修まで含めた包括的な連携とできれば、単発の協力依頼にとどまらない関係が形成できる。
- 福岡市による「被保険者の同意を得た上で処方元の医療機関・薬局に服薬情報を直接共有するスキーム」は、福祉事務所と制度的な関係が既に存在する指定医療機関制度の下で導入が検討できる。アンケートと電話と二重での同意取得は、ケースワーカーの定期訪問時に書面で確認する方式に読み替える余地もある。
- モデル圏域から段階的に対象を拡充し、地区検討会で現場の声を吸い上げながら支援基準や連携方法を修正していった鹿児島県の進め方は、関係構築の段階的な取組の参考になる。市立病院・大学病院など協力的な医療機関を探索し、通知方法や対応手順の協議からモデル的に進めることが考えられる。

本章の主な参考情報

#	年度	タイトル	出所・作成主体
事例			
1	R3-5	高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施　取組事例	厚生労働省 保険局 高齢者医療課
2	R6	国民健康保険における保健事業に関する取組事例集	厚生労働省 保険局 国民健康保険課
総論			
3	H30	高齢者の医薬品適正使用の指針　総論編	厚生労働省
4	R4	一体的実施・実践支援ツールの保健事業への活用　実践・評価編	厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働行政推進調査事業費補助金
5	R6	地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方	厚生労働省 医薬局 医薬安全対策課

2. 今後の方向性の整理

（1）福祉事務所による重複・多剤投与対策－文書を活用した広範なアプローチ

ヒアリングにおいて、医療扶助の現場でも、文書設計の知見が一部で既に蓄積されていた。例えば指定都市 E では委託事業者が処方薬剤数を個別記載した通知を作成し医療機関への提示にも活用する設計とし、中核市 G では重複薬剤への色分けで専門知識のないケースワーカーでも説明可能な仕様としていた。他には中核市 D がふりがな付きの構成で識字困難層への配慮を行っていた。これらを踏まえ、通知する文書については、重複・多剤投与の健康被害リスクなど、個別の服薬内容に依らない「汎用的内容に関する部分」（工夫の例：ふりがなや図解でわかりやすく表現 等）と、「個人別の服薬内容に関する部分」（工夫の例：医薬品の重複状況を色分けでわかりやすく表現 等）と、それぞれでわかりやすく伝える工夫をしつつ、これらを組み合わせて活用することが重要であると考えられる。その際、委託業者も活用することで、各福祉事務所の作成負荷を抑えつつ訴求力を確保することが期待される。また、システム標準化の取組の中で、こうした通知をアウトプットできる機能を検討することも重要と考えられる。

本取組では薬物有害事象のリスク増加者とハイリスク者に対する二階層が設けられ、前者は年 1 回以上の文書配布について嘱託医協議を経ずに実施することで要件を満たす。多剤投与の対象は従前の 15 種類以上から拡大が見込まれ、両階層で複数医療機関への通院が基準に含まれたことは、被保護者自身による服薬管理の困難さを制度上認めた設計となっている。被保護者が体調の異変や不安を感じた際に医療機関への相談を自ら想起できる状態をつくることが目指すあり様であり、識字に困難を抱える層にも届く文書の設計が重要である。

文書配布後の後続施策にも展開の余地がある。国保分野の通知後電話勧奨は訪問不要で福祉事務所のマンパワーを削減することにつながり、標準スクリプトと受託事業者の活用で質を確保することもできる。他にも薬剤副作用による転倒等を惹起する多剤併用パターンの薬理学的評価をシステムに実装すれば、リスクの性質に応じて文書内容を分化させる基盤とすることも可能である。

（2）福祉事務所による重複・多剤投与対策－対面指導等の個別重点的なアプローチ

ハイリスク者に対する重点的な指導において、従前の生活指導ではなく薬物有害事象の具体的リスクに即した介入が求められるが、事務職が大半のケースワーカーが単独で担うことには構造的な限界がある。医療扶助の現場で既に成果を上げている自治体では、いずれも薬学的・医学的な判断と直接指導において専門職の知見を活用する設計であった。指定都市Aでは薬剤師在籍の委託事業者に処方薬ごとの併用禁忌や慎重投与のラベリングを委ね、中核市 D では国保課を介して薬剤師会との連携を構築し福祉事務所ごとに担当薬剤師の配置を受けていた。この「専門職の関与を個別指導にも組み込む」構造は、他分野の事例とも類似性のあるものである。

具体的な設計として２段階での介入が有効である。第一段階として、お薬手帳の持参等を原則化し、処方情報が一箇所に集約される基盤を整える。一般市 B が実践していたような、薬局一元化からお薬手帳活用、さらにケアマネージャーを介した居宅療養管理指導へと支援の深度を段階的に引き上げる設計は、対象者の状況に応じた合理的な資源配分を可能にする。第二段階として、通知に反応がないハイリスク者に対して、専門職・ケースワーカーによる訪問をプッシュ型支援として組み込む設計が考えられる。被保護者は通知のみでは行動変容が期待しにくい層が一般の後期高齢者より多いと想定されるため、例えば薬剤師等による在宅訪問が可能であれば残薬の目視確認にとどまらず、処方内容や生活状況を踏まえた服薬方法・タイミング等の相談も含めた支援が、重点対応の実効性につながりうる。

この段階的介入を機能させるには、後述の医療機関・医療関係者との連携が重要となる。ケースワーカーが処方変更に直接関与できない以上、お薬手帳の原則化により服薬管理の

支援に携わることが最大限であり、以後は医療関係者に託す設計を構築すべきであろう。

（3）頻回受診対策－頻回受診の傾向にある者の早期把握

頻回受診の傾向にある者を早期に把握し介入につなげるうえで、現行のオンライン資格確認が医療機関側に十分浸透していないことは課題の一つである。中核市 G では令和 6 年 10 月にオンライン資格確認を導入したものの、医療機関が請求漏れ確認のため紙の医療券を併用し続けており、受診状況のリアルタイム把握という本来の機能が発揮されていない状況であった。オンライン資格確認が完全に現場で切り替わるまでの移行期においては、普及だけに頼るのではなく、後述のように頻回受診の背景にある独居や社会的孤立といった構造的要因を日常的に捉え、受診行動が固定化する前の段階で介入する仕組みを併せて整備することが、この枠組みの実効性を左右すると思われる。

（4）頻回受診対策－社会参加の機会等の案内・勧奨等

（3）を含む頻回受診の背景にある構造的要因への対応として、ケースワーカーが日常業務で用いる確認事項に頻回受診のリスク因子を組み込む設計が考えられる。中核市 D では高齢の頻回受診者に対して常に認知機能低下を疑い、地域包括支援センターを巻き込んで認知症の専門医受診へつなげる運用を確立している他、整形外科等の頻回受診者には健康運動指導士と連携した筋力トレーニング指導を代替案として提示していた。こういった事例が示すように、頻回受診の背景に応じた適切な支援先への接続こそが対策の本質である。他分野では生活状況アンケートを通じて受診行動の背景にある孤立や不安を体系的に把握する取組が報告されているが、生活保護においてはケースワーカーによる被保護者の生活状況の把握が実施されており、独居や社会的孤立、日中の居場所の有無といった情報を頻回受診の予兆として意識的に整理し直すことで、新たな調査票を追加せずとも早期把握の精度を高めることができる。今般の整理で住民が集う通いの場や社会参加プログラムへの案内は嘱託医協議を要件としない範囲の対応として規定されたため、ケースワーカーは日常的な指導の一環で実施することが明示的に可能となった。

保健師や看護師を庁内に確保できない福祉事務所においては、民間委託により専門職が健康相談の形式で対象者に接触するモデルが選択肢となる。ケースワーカーが把握した生活背景の情報を委託先の専門職と密に共有し、専門職との相談として被保護者に受け止められる形で介入することで、受診行動の是正を直接指導する負荷を軽減できる。ただし専門職を擁し指導実績を持つ委託先の確保が前提条件となるため、都道府県を含む本庁で事業者情報を集約し福祉事務所へ情報を共有する流れが効率的と考えられる。

（5）効率的・効果的な実施に向けた枠組み

医療扶助の適正実施に係る取組は、多剤投与・重複投薬・頻回受診を含む対応が同時に求められる中で、対象者数が現場の対応力を超過し手が回らないという声が多くの福祉事務所から聞かれる。今回の整理では、そうしたひっ迫状況をふまえ、管内の状況から地域固有の課題構造を把握したうえで対応の優先順位を定め、限られた資源を効果の見込める領域に集中させる考え方が導入されている。国保や後期高齢者医療においてはデータヘルス計画の策定過程でこの優先順位づけが制度的に組み込まれており、医療扶助においても同様の思考様式を定着させることが効率的・効果的な実施において有効であると考えられる。

医療扶助の先行自治体では、一部でこの優先順位づけを実践に落とし込んだ事例が確認された。指定都市 F では NDB データにより消炎鎮痛剤の処方が地域的に多いことが確認できたため、嘱託医との協議を経て対象薬剤を限定する方針を採用した。指定都市 E では同一県内の指定都市間で PDCA 協議会を年 2 回開催し、実施計画の共有と相互評価を運用の中に組み込んでいた。他分野でも、対象層ごとに介入内容を細分化し事後の効果検証を踏まえて資源投下先を見直す取組や、勧奨手法の効果の大小を見極めて集約する取組が報告

されている。各福祉事務所が管内のレセプトデータから特徴的な課題構造、たとえば向精神薬の重複処方の偏在や特定診療科への頻回受診の集中といったパターンを把握し、重点的に対応する対象群を見極めていく運用は、これらの事例を応用することで実現可能である。

優先順位づけを単年の判断で終わらせず継続的な改善につなげるには、計画段階から効果検証を前提とした設計を組み込むことが条件となる。具体的には、対象者数の大小のみならず地域課題との整合性や介入による改善見込みも踏まえて事業にメリハリをつけ、各手法の効果を比較可能な形で記録する仕組みを標準化することで、PDCA サイクルとしての検討が可能となる。指定都市 A は国保部門と兼務する保健師を介してデータヘルス計画を策定しており、その中で医療扶助の情報連携を行っていたが、こうした事例は既存の計画策定プロセスを医療扶助に援用する具体的な接続点を示しており、庁内に同様の連携基盤を持つ自治体にとって再現可能性があるモデルと考えられる。

（6）保健師等の専門職との協働－専門職の関わりを推進するための環境整備

医療扶助の適正実施においてケースワーカーが担う業務は、対象者の抽出から被保護者への指導、医療機関との連絡調整、嘱託医協議の準備まで多岐にわたり、業務負荷の観点に加えて医学的・薬学的な専門性の観点でも課題を抱えている。医療分野ではタスクシフト、すなわち専門的知見を要する業務と調整・連絡業務を明確に分離し、適材適所に業務を振り分けるという考え方があるが、福祉事務所においてもそれぞれを最も適した職種が担うべく設計し、専門職の関わりを最大化することがこの枠組みの核心と考えられる。

専門職の確保が困難な自治体においては、庁内の既存資源の活用と人的配置の工夫が現実的な打開策となる。中核市 D では庁内保健部門の統括保健師に働きかけて常勤保健師の配置を実現し、そのネットワークを介して薬剤師会との連携構築にもつなげた。また、中核市 C では約 10 年前から国保課にレセプト点検を依頼し専門人材の知見を生活保護業務に活用している。他の分野では、事業統合を目指さずまず部署間学習会で各部署の業務内容やデータを相互把握することから連携に着手し、約 2 年をかけて協働基盤を構築した事例が報告されており、福祉事務所と保健部門の間に日常的な接点が乏しい自治体において双方の負担感を抑えた導入手法として参考になる。また、データ分析に習熟した事務職員を人事異動で意図的に配置し対象者抽出や効果検証を効率化するといった事例は、専門職不足を補完する体制整備として有効である。

（7）保健師等の専門職との協働－ケースワーカー等への健康等に関する知識・理解の普及

先述のようにケースワーカーは事務職が大半であり、かつ定期的な人事異動により医療・健康分野の知識が蓄積されにくい一方で、保健師等の専門職が全件に直接関与することは人員上困難である。したがって、専門職の知見をケースワーカーに移管することが被保護者への指導の質と量を両立させるための鍵となる。

中核市 D では保健師が年 4 回の集合研修で講義を行うとともに、ケースワーカー主体の事例検討会を 1 人年 1 事例の持寄り形式で継続的に実施し、対象者ごとに見るべき視点をケースワーカー自身が整理できる状態を実現していた。また、中核市 C では主治医訪問へのケースワーカーの抵抗感を解消するため、医師とのコミュニケーション手引きや書面で確認事項を伝達できる手紙フォーマットを作成し、異動直後の職員でも一定の水準で医師との連携を図れる仕組みを設けていた。他分野では対象者像に応じて専門職がケースワーカーと同行訪問する形式が OJT として機能し、座学と組み合わせることで情報連携の質を高める効果が報告されている。知識の移転は座学のみでは定着しにくいため、先述の事例検討会のように実際のケースを素材とした演習や、同行訪問を通じた実地での学びを研修体系に組み込む設計が有効である。あわせて、保健師に限らず管理栄養士や薬剤師など対象テーマに応じた専門職を講師として柔軟に活用することで、健康管理支援の幅を広げることができる。

さらに、こうした人材育成を一過性の取組に終わらせないためには、標準化されたツールや教育システムの整備が条件となる。指定都市 A は国保向け啓発資材を参考に注意喚起リーフレットや指導記載要領を作成しており、また一般市 B では会計年度任用職員向けの作業マニュアルや指導プロセスの手順書を整備していた。こうした事例は、異動があっても業務の継続性を担保する仕組みとして機能するものと考えられる。指定都市 F では人材育成のビジョンを掲げており、業務のみならず知見の蓄積を目すことで、専門職から移転された知見が組織の中に蓄積されると考えられる。

（8）医療関係者・医療機関等との関係構築

医薬品の適正使用や適正受診の取組は、被保護者本人への働きかけでは完結せず、医療関係者の理解と協力がなければ実効性を持たない。ヒアリングの中では、他院への通院状況を把握していない医療機関に対して情報を提供することで医療扶助の状況改善が見られた一方、「患者が来る以上拒めない」といった状況を把握しつつも改善できないと感じている医療機関の協力は得られにくいといった事例も確認されており、個別の働きかけだけでは限界があることが伺える。今回の「中間的な整理」の取りまとめに向けて、国レベルで関係団体との調整が行われたことは、こうした地域での三師会との連携に対する追い風となるものであり、この機を捉えて関係構築の土台を体系的に整備する意義は大きい。

中核市 D では保健師が庁内の人的ネットワークを活用し、薬剤師会との繋がりを有する国保課に仲介を依頼したことで連携を実現し、現在は市内 3 つの薬剤師会支部から福祉事務所ごとに担当薬剤師の配置を受け、対象者リストの薬学的精査から電話相談まで随時可能な体制を構築している。また、指定都市 A では三師会と元来の行政関係を基盤に良好な連携を維持しつつ、嘱託医を各区に固定配置し医師会推薦による就任を制度化している。他分野では、二次医療圏単位で担当薬剤師を選定し対象者リストの薬学的精査からケースワーカー向け研修までを一括で委託する仕組みが報告されており、薬剤師との連携体制に課題感のある地域にとっては再現可能性の高いモデルとも考えられる。都道府県薬剤師会が福祉事務所の管轄圏域ごとに連絡窓口となる薬剤師を置き、スクリーニングへの参画や同行訪問に加えてケースワーカー向けの服薬知識研修まで含めた包括的な連携とすれば、単発の協力依頼にとどまらない関係が形成できる。

関係構築を進めるにあたっては、段階的な導入設計が現実的である。他分野では、モデル圏域を設定して協力的な医療機関や薬局との間で通知方法や対応手順を協議するところから着手し、現場の声を吸い上げながら支援基準や連携方法を修正する進め方がとられており、双方の負担感を抑えつつ実効性のある連携を育てるための知見としてあげられる。また、被保護者の同意を得たうえで処方元の医療機関や薬局に服薬情報を直接共有するスキームは、生活保護指定医療機関制度のもとで導入が検討できる。ケースワーカーの定期訪問時に書面で同意を確認する方式とすれば、運用上の追加負荷を最小限に抑えられる。中核市 C が医師との連絡用手紙フォーマットやコミュニケーション手引きを整備して異動直後のケースワーカーでも一定水準の医師連携を可能にした事例は、関係構築のツール化として他の福祉事務所にも展開可能な設計と考えられる。

2-2 今後に向けて

国保や後期高齢者医療では、令和 6 年度に開始された第 3 期データヘルス計画において、計画策定時に第 2 期の振り返りを記載するフォーマットが提示される等、PDCA サイクルの運用が制度的に組み込まれ、評価指標の標準化により保険者間での進捗の比較や経年モニタリングが少しずつ可能となっている。医療扶助においても、本取りまとめで示した優先順位づけの考え方やデータに基づく事業設計は、このデータヘルス計画の思考様式と軌を一にするものであり、今後は同計画の枠組みを参照しながら、管内の課題構造の把握から介入手法の選定、効果検証に至る一連のプロセスを医療扶助の実務に定着させていく方向が求められる。

被保護者の生活背景は多様であり、画一的な対応では届かない層が存在する一方で、文書通知の様式設計、電話勧奨のスクリプト、専門職との連携手順、医療機関への情報提供の書式といった個々の業務には、先行自治体の実践を通じて標準化しうる要素が蓄積されつつある。多様な被保護者の生活の中にも標準化できる支援や業務を見出し、マニュアル化・ツール化を進めることで、人事異動や自治体間の体制差によるばらつきを抑え、どの福祉事務所においても一定水準の取組が継続される基盤を整えていくことが、今後の取組の方向性である。

参考資料① 自治体事例

（検討会フォーマット）

医療扶助における
医薬品適正使用に関する取組事例①（指定都市）

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

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

実施体制

■ **本庁は福祉職中心の20～22人の職員体制。医系職員は兼務の常勤職員及び非常勤の特別職。**

■ **被保護者の健康管理は、ケースワーカーに加え健康相談員を各区1名ずつ配置**
- 健康相談員は看護師または保健師の資格を有する派遣職員を整備
- 医学的知識を有さないケースワーカーが答えられない健康相談をサポート

■ **国保事業の担当で医療扶助についても相談できる兼務の保健師が存在**
- データヘルス計画に関しても、国保事業と医療扶助とで連携し情報共有

■ **生活保護医療扶助関連事業実施計画（データヘルス計画）を策定**

■ **会計年度任用職員、派遣職員等からレセプト点検班を構築**
- レセプトデータを生活保護システムのデータと突合してデータ抽出を実施し、レセプト班にて内容点検を行うなどの役割分担を実施

指導対象者選定

■ **薬学的リスク評価に基づく優先順位付け**
- 委託業者に対象者抽出を依頼し、15種類以上処方されている者を４段階で分類
  ①併用禁忌、②併用注意かつ慎重投与、③慎重投与のみ、④それ以外
- 上記①②の該当者を必須の指導対象者として福祉事務所にリストを送付

■ **令和５年度以降の取組の変遷**
- 15剤以上で対象者を抽出したところ、各区の嘱託医で精査できる人数に収まらなかったため、令和５年度は18剤以上に条件を変更して抽出
- 嘱託医に精査を依頼したものの、判断の内容にばらつきがあった。また、処方背景の把握が十分でない中での改善指導は負荷が大きいという課題が顕在化
- 令和６年度以降は薬剤師を有する業者に対象者抽出を委託し、上記のように薬学的リスク評価に基づく優先順位付けを実施

指導における工夫

■ **ケースワーカーの業務支援にリーフレットを作成**
- ケースワーカーの業務量が年々増加し、異動の影響もあり業務知識の蓄積が困難という課題があった
- 業務負荷軽減策の一つとして、国保のハガキなどでの通知内容を参考に、被保護者への注意喚起のリーフレットを本庁職員が作成
- リーフレットには、お薬手帳やかかりつけ医の案内を盛り込み、医学的知識を有さないケースワーカーが被保護者に指導できる内容に設計

■ **指導の内容**
- 多剤や向精神薬の指導のひとつとして、お薬手帳の持参勧奨を案内し、指導の足掛かりとしている
- 多剤・重複処方の状況をリスト化し、ケースワーカーが訪問する際に活用できる資材として提供
- 指導が必要なケースについては、ケースワーカーから主治医及び薬局等へ情報提供（多剤投与の状況であること、病状や生活状況等）を実施
- 主治医への情報提供については、実施状況にばらつきがあるが、主治医が医薬品の適正使用の意識を高める契機となることも期待

取組の効果

（R６年度実績）

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

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

医療扶助における
医薬品適正使用に関する取組事例②（一般市）

人口：29万人（R６年３月）
被保護者数：３千人（R６年３月）

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

実施体制

■ 専門職を健康管理支援員として生活福祉課専任で配置

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

■ 体制維持に向けた課題

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

指導対象者選定

■ 外部委託と市独自の基準を組み合わせた二段階選定

- 令和３年度から令和５年度は、薬の適正使用については独自で薬剤師会と協力して取り組んでいた。
- レセプト点検・15種類以上処方されている者の抽出を委託（指導対象月は年２月設定）
- 健康管理支援員の業務負荷および指導の実効性・効率を考慮し、以下の条件のいずれかに合致する者は、嘱託医に確認し、指導対象外としている

  ①薬局が1箇所である（管理可能なため）
  ②院外での処方薬局が1箇所である（院内処方は介入困難なため）
  ③他法と合わせて15種類となる（評価の際にレセプト抽出が困難なため）
  ④前年度に指導済で状況を把握できている（管理可能なため）
  ⑤お薬手帳を活用できている（管理可能なため）
- 指導対象外とならなかった者は原則全例に指導を実施

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

指導における工夫

■ 段階的な指導の実施

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

■ その他の指導等

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

取組の効果

（R６年度実績）

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

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。

令和7年度　社会福祉推進事業

医療扶助における多剤・重複投薬対策等の効果的かつ効率的な実施方法等に関する調査研究事業

報告書（後半）

令和7（2026）年3月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1－9－2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ
TEL ： 03－5533－2111（代表）
〔ユニットコード：8577544〕