



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

前回までの議論

検討に当たっての視点

前回までの議論

*赤字は第3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。
- ・ 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ど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るなければならない。医療扶助だけで解決しようとする、ゆがみが発生してしまうのではないか。
- ・ 国民全体として健康づくりというものが浸透していく中で、それが難しい状況に陥って生活保護を受けることになった人たちの健康支援をさらに重層的に行うというのが被保護者健康管理支援事業の位置づけであるべき。被保護者から見える健康課題は、市町村や都道府県全体の健康課題を最も反映しているのだという位置づけで、自治体全体の施策へと応用するようなスキームができるとよい。

検討に当たっての視点

前回までの議論

*赤字は第3回の議論

※続き

- 現状の忙しさや課題がある状況を踏まえれば、より効率的な取組を進めていく必要がある。例えば取組の簡素化や一部廃止など効率的な業務の実施を検討していく視点も重要。
- 被保護者の健康支援の視点として、就労に向けての健康づくりも重要な視点。特に女性の健康については、月経や更年期障害など様々特有なものがあり、国としても進めているところであるので、そのような各種相談につながっていくことも必要。
- 健康増進事業と被保護者健康管理支援事業の違いについて、特に健康診断のようなものは健康増進事業で包括的に展開し、その中に被保護者の人たちに対する限定的なサービスというの也被まれる形のほうがすっきりするのではないかな。

<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、最終的に何をを目指すか、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

(事業の企画等) ※続き

- なぜこの取組が重要なのかというところを共有していくというのが大事。取組によってどういうメリットがあるのか等を関係者に説明していく必要もあるので、例えば事業の目的や得られる具体的な効果を踏まえながら取組の評価をしていく等、そのような認識を共有していくことは重要。
- 専門職の配置や、医師会や薬剤師会など地域の関係者の協力がどこまで得られるかによって取組の進め方は変わる。専門職の配置がない場合や医療関係団体の協力が得られない場合には、どのような進め方ができるのかも示す必要がある。
- 現在の手引きは具体的に活用しづらいところもあるため、他自治体の取組の事例集などを示していただけるとありがたい。
- 他の保険者と医療扶助とやり方が大きく異なると、医療機関や自治体での対応が煩雑になる印象であるので、ある程度共通でできるものは共通で取り込めるような形で行うと、自治体には負担がなく、また、地域の関係機関に説明に行った際にも、その話は医療扶助でも実施するのだということで受け止められるのではないかと。現状の保健指導も、保険者を見て、この人は本当は対象者だけれども医療扶助だから対象から除外するという状況がある。

効果的な健康管理支援

前回までの議論

* 赤字は第3回の議論

<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、こういったところ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、受診したい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つてよいのではないか。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。
- 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。アプローチ方法について検討いただきたい。
- かかりつけ医等とつながっている場合には医療機関において健康状態の管理がなされているとみなすなど、結果的に重複しているような事務の効率化を進めていただきたい。

効果的な健康管理支援

前回までの議論

* 赤字は第3回の議論

<健康状態・生活習慣の把握等> ※続き

(健診受診等)

- 健康状態や生活習慣の把握は重要。予防が大事と感じており、特に健診について原則は受けることにするというような強制力を持つような形で進められないか。やはり健診を受けて結果が見えると、本人の意識も変わってくるのかなとも感じている。重症化する前に防ぐと本人にとっても良く、医療費抑制にもつながる。
- 例えば糖尿病、高血圧、脂質異常症については、糖尿病の療養計画書を作成するとか指導するということがセットになっているので、健康支援を重ねて実施する必要はないと思うが、整形外科等で通院している場合、血液検査をする意味は、薬の副作用が出ていないかとか、経過を見るために検査をしていて、それを指導に活用していない場合も多くあるのではないか。そこで、特定保健指導のように糖尿病、高血圧、脂質異常症は原則として医療の中で健康支援を受けている対象者ということで、特に療養計画書を出しているような人は健康支援の対象から除外できるのではないか。

効果的な健康管理支援

前回までの議論

*赤字は第3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ジティブに捉えて、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。
- フェイスシートは、それぞれのケースワーカーが訪問するに当たって、より聞き取りのしやすい、ケースの管理がしやすい内容にできればよい。全ての項目を網羅的に聞くのは時間がかかる。高齢者については、例えば、同じようなことを繰り返し言うと最近指摘されている等、そういうことが聞き取ればケース記録の中に入れていくこともできると感じている。
- 74歳未満は特定健診の質問票、75歳以上は後期高齢者の15問の質問票が非常によく使われており、全国で使われているので、被保護者にも回答していただき、例えば医療機関で受診している検査データをみなし健診として取り込む場合においても、生活習慣の質問票だけは、訪問等の際に実施し、それを併せて健康支援につなげるという方法があり得ると思う。
- 後期高齢者の「一体的実施」で、健康状態の不明な方（健診も医療も介護も受けていない方）に、まずは手紙を出し、反応がない方は訪問するという形で、マンパワーに合わせた実施方法を工夫しているような取組も参考になるのではないか。

<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。
- インセンティブについて、例えば健診など健康管理に取り組むことによってマイレージみたいなものが貯まり、一定貯まるとヘルスメーターや血圧計が当たるといった特典があると進みやすいのではないかと。

<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。
- 例えば国保との連携において、保険者としてはなぜ医療扶助受給者まで関わらなければいけないのかという抵抗感や、被保護者の支援には何か特殊なことが必要なのではないかという心配があるのではないかと。双方にとって連携がどういうメリットを持つのかという辺りをよりしっかりと議論していくことが重要。健康増進部門にとっては、医療扶助の対象者も含んで地域全体が見えるようになるのは、とても大きな視野の広がりとなる。具体的な連携に向けて、何が必要かということについて、より具体的な作戦を立てていくことが必要。
- 生活保護だけという視点ではなくて、一般の健康医療関連施策の中で生活保護を含めてどうやって取組を推進していくのかという位置づけで方向性を示してもらえると庁内で説明しやすい。
- 生活保護だけの視点ではなく医療全体の視点で、成功事例や効果的な事例について、関係部局と通知などを出してもらえたら現場はもう少し動きやすくなる。
- 国保や健康増進部門では既にデータヘルス計画等に基づいた取組が実施されているが、厚生労働省内の部局間調整も含めて、市町村の庁内調整がスムーズに図られるように、分かりやすく通知や手引への記載が必要。

効果的な健康管理支援

前回までの議論

* 赤字は第3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。
- 例えば、関係機関が効率的に健康支援や医療機関の受診勧奨や受診案内などができるようにしていくなど、連携の方向性を具体的に示してほしい。その際、個人情報保護法の観点から、こういった方法であれば情報を共有して問題ないということを示してもらえると福祉事務所も安心して地域の関係者に情報共有することができる。
- 福祉事務所の役割と地域の医療資源の方々との役割の違いということを明確にして、重複した対応をするのではなくて、役割をしっかりと分担することによって負担が減って、効果的・効率的な対応ができるという趣旨で記載をすることも重要。

効果的な健康管理支援

前回までの議論

*赤字は第3回の議論

＜関係部門・関係機関等との連携＞ ※続き

（地域の関係機関等との連携）

- 健康サポート薬局は、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に加えて、健康サポート薬局が地域のつなぎ役、軸となって地域の薬局を束ねるような役割もある。

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3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点、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3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・多剤投与者への対応として、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。飲んでいない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大きくなく、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3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。
- ・ 文書を活用した対応について、文書による注意喚起の後に医師や薬剤師の相談勧奨につなげるような仕組みが必要。
- ・ 薬学的リスク等で国において優先順位付けの考え方を示す際には、できる限り機械的に負担ないよう選べるようにしてほしい。
- ・ 6種類以上で対象者を抽出すると膨大な人数となり、通知の発送等について煩雑になる。そのため、種類数を広げるか6種類以上ということであれば、全件発送の時に全ての被保護者に送付するといったことも現場では考えられる。
- ・ 被保護者へのマイナンバーカード取得促進のため、マイナンバーカードを利用した薬のデジタル管理といった点にも触れてほしい。
- ・ 医療扶助は自己負担がなく、医療機関側、被保護者側で歯止めがかからないことから残薬が多いという現状がある。残薬の確認をするとか、不要な薬を飲んで多剤の状況になるといったことにならないように考えていかないといけないのではないか。
- ・ 剤数も重要だが、多剤や重複により健康面の観点から具体的に何に困るかということについて、薬剤を使用中の被保護者に情報提供することも考えられるのではないか。
- ・ 15種類以上の取組を行う一方、多剤の害について広く啓発をするポピュレーションアプローチの手段について、あわせて実施する必要があるのではないか。
- ・ ポリファーマシーの観点から医薬品の適正使用をおこなうのであれば、医療扶助のレセプトだけではなく自立支援医療等他のレセプトも併せて点検をする仕組みが必要。今後デジタル化が進み情報が集約されてくれば理想だが、すぐに実現できるものではない。そのため、実態把握として、例えば医療扶助を利用している被保護者が他制度でどれくらい薬の重複があるか調査をするということがあっていいのだと思う。
- ・ 対象者が多くなるためポピュレーションアプローチを行うことが目的となっているが、例えば糖尿病の重症化予防やCKDの対応、心不全の再入院を防ぎたいといった地域の実情実態に応じた対応・視点が重要。このような対応を行うために地域の医師会、薬剤師会等と一緒に検討してもらうことが重要。

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3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

- 文書を活用した対応について、通知により行動変容を促すことやフォローアップをしていくことが重要。通知を薬局に持って行くこと、またフォローアップを行うことで薬局とつながりができるという点も重要

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3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ったり、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ないのではないかと。
- 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。
- 福祉事務所が医療機関や薬局と連携をした上で取り組みを進めることが重要。また、連携の中での個人情報保護法の考え方や、事例等について自治体で活用できるように国において共有してほしい。
- 15剤以上の重点的な指導について、嘱託医や地域の薬剤師の協議等によって、負担なく円滑にできるように国における通知等での文言について検討してほしい。
- 対象者を幅広く抽出する、いわゆる15剤以上にしていくことについて否定しないが、薬局への相談につなげたり、薬局への相談者を増やしていくような取組、そこで得られた相談者の意見などをしっかりと福祉事務所のほうにフィードバックすることなどについても、効果的な事例収集、分析を行い、見直しも含めて今後検討してほしい。

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3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と。利用する薬局についてこだわりの強い方などもいる。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。
- お薬手帳の原則化のほか、薬局の一元化についても検討するのであれば、現場で動きやすくするため指導の根拠について示すことを検討してほしい。
- お薬手帳の持参を原則求めるとことについては是非打ち出してほしい。
- 薬局の一元化やお薬手帳が1枚となると、医療扶助だけではなく自立支援医療等も含めた服薬の状況が確認できるということが理想。
- お薬手帳は薬の相互作用や副作用を防ぐといったもののほか、お薬手帳の歴史経緯から、利用者自身が健康や受けている医療に対して興味・関心を持って主体的に行動をできるようになるといったリテラシーを上げるといった意義がある。また、労災や交通事故のレセプト、副作用やアレルギーの情報、残薬の状況について、マイナンバーカードによる情報閲覧では確認できないが、お薬手帳では確認できる。お薬手帳とマイナンバーカード性質上異なるものであるという理解も非常に重要。

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第3回の議論

<頻回受診対策等>

- 1人住まいの被保護者が非常に多い。多剤投与や頻回受診は、孤独感や疎外感によるところが大きいのではないかと。社会とのつながりをできるだけ維持していくような政策が必要。生活保護の担当部署だけでなく、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、どちらかというと、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。
- オンライン資格確認による頻回受診傾向の早期把握、ハイリスク者の多様な社会参加についての機会の案内・勧奨については賛同。福祉事務所において把握したハイリスク者については、医療機関や薬局においては非常に重要な情報なので可能な限り情報共有してほしい。
- 頻回受診の受診状況把握対象者、頻回受診の傾向があるものに対する社会参加について、参加にあたって交通費がかかる場合等に移送費が給付可能かについて整理しておいてほしい。
- 病状が変化している状況等、頻回に受診する必要がある場合もあるが、医療機関としても、必要ないにも関わらず頻回に受診する被保護者に対しては、その人のやりがいや居場所につなげるといった、社会的処方と合わせ技で活躍していただけるといいと考える。指導対象者の絞り込みという観点でいうと、医療機関と連携を進めることも必要ではないか。
- 被保護者の方が頻回受診をしても、その医療機関とのつながりが健康的であり、入院の発生を防いでいるといったことがあれば、その人の健康にとっても医療扶助の費用にとっても良いことだが、一方で、頻回受診することで例えば医療従事者のバーンアウトが生じているということが証明されるのであれば、制度の仕組みの設計上の対応が必要だと考える。頻回受診に関連する様々なステークホルダーがどのような影響を受けているのか、どうすべきなのかということ議論する根拠について、足りていないと考える。

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第3回の議論

<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。

<効果的・効率的な実施に向けた枠組み>

- 限られたマンパワーの状況の中で、取組を強化という方向性よりは、むしろ最低限やるべきところを示してほしい。例えば、「取組を強化していることが重要である」のところに、取組の優先順位を付けながら、その中で取捨選択した上で取組内容の強化をしていくといった内容を踏まえたものとしてほしい
- 取組の重点化が必要なことは理解。一方、対象者が少ないからという理由だけで取組を停止・中断することには懸念。このような場合についても、ほかの事業やサービス、関連する取組や各部署とか関係機関との連携などにより、必要な支援が途切れることがないように調整するといったことも必要。最近ピアサポーターなどの存在が非常に有効であるため、ほかの専門家である保険者への繋ぎ、ほかのリソースがあるところや関係機関と連携するといった、中止ということではなく転換ということができれば良い

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第3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。
- 訪問看護は個別の利用者へのアセスメントなどに基づいて、訪問看護の内容やタイミングなども判断している。より質の高い訪問看護の提供に向けては、課題と成果について実態を把握して、適正化を図っていただくことが必要。

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第3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が、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。
- 指定医療機関の診療や報酬は国民健康保険の例に従うとされているが、指定医療機関の医師等が療担規則や薬担規則にまで遡って意識しているかは疑問。療担規則や薬担規則には患者の服薬状況等を確認するしなければならないと書かれており、医療扶助の場合も認識する必要があるということについて、何らかの形でより明確にすることが必要。

適正受診に向けた取組等

前回までの議論

* 赤字は第3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）※続き

- 重複については、電子処方箋等により、医療機関・薬局においてこれまで以上に受診者の行動について把握しやすい状況にあるほか、多剤については、何らか基準を設けることにより、生活保護における後発医薬品の取扱いのように、法令上の規定についても検討してほしい。
- かかりつけ医について、患者の服薬状況や診療の状況を把握できるほか、患者側の観点からも、かかりつけ医を持っている患者の方が、暴飲暴食をしないといった健康行動をするということことが様々な統計上の要因をコントロールしても有意にでるといった調査結果がある。「かかりつけ医」のような機能を指定医療機関に持っていただくのは被保護者から見ても非常に良いのではないかと思う。
- 自分の社会生活の状況も含めて相談が可能な地域の「かかりつけ医」、総合診療医に基本的に受診するといったことになれば、重複や多剤の問題等をクリアできるほか、福祉事務所、薬局との情報共有も取りやすくなるのではないか

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

前回までの議論

*赤字は第3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にお願いをして、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。
- 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。
- 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。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。
- 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。検討を進めてほしい。その際、負担が大きくならないよう、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3回の議論

<給付手続のデジタル化等> ※続き

(要否意見書のオンライン化など) ※続き

- 医療券・調剤券・要否意見書のみならず、移送や就労の可否等を確認する病状調査等の他の事務についてもデジタル化に向けた対応を検討できるような記載にしてほしい

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3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。
- タクシー利用ではない公共交通機関による医療機関受診の際の移送費に係る移送要否意見書のように、既存の文書等で本当に必要か疑問な事務処理がある。なくすことが合理的なものはなくしていけるとよい。
- 医療機関において、紙をなくすだけの中途半端なデジタル化はかえって医療機関の負担が増えている。縦割りでデジタル化し、新たに医療扶助・介護扶助の様式が増えるだけで、他の施策の様式と共通する事項についてもそれぞれに入力することになる。また、医療扶助の書類は通常の患者の3, 4倍の書類が必要となる。これを書くだけでドクターが疲弊するため、既存の様式の精査をした上でデジタル化を進めてほしい。

<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・後期高齢との比較により精緻な分析を行い、問題点が明確になれば、適正使用・適正受診のガイドラインを作るときも、説得力を持って打ち出しやすい。
- データ分析支援ツールを使うと、国保の都道府県格差と似た状況が見えてくる。生活保護と国保の違いだけではなく、共通項も見えてくると、各々で対策を行うのではなく、一緒に進めていくことができる。こうした観点からもデータ活用に期待。都道府県では、福祉事務所単位のデータが確認できる。こうしたデータを基に取組強化に向けて働きかけてもらえると、第一歩につながる。アンケートでは「未対応」が多かったので、今後しっかり働きかけていく必要。
- 健診データや生活習慣病の質問票データがNDBで公開されており、都道府県・市町村単位で状況がわかる。ただ、医療扶助の対象者は入力状況が非常に少ない、全然登録されていないところもある。データがきちんと登録されて、それで分析をして事業を検討できることが重要。例えば、健診データのほか、受診時の血液データ、質問票はケースワーカーが取るなどして、データの数を増やすことができると、使えるデータになる。
- 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。

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3回の議論

<健康・医療データの利活用等> ※続き

- 被保護者健康管理支援事業等の評価において、データ基盤を強化する中で、例えばアウトプット評価となる健康支援の対象者に対してどれぐらい関わったかや、アウトプット評価となる関わったことでどう変化したかという観点についてもデータを統合してほしい。
- 実装にあたって解決しなければならない問題があるが、ケースワーカーが把握している様々な生活に関する情報や、医療従事者等が把握している医療的・薬学的な観点の情報の連携を、D X ・デジタル化で解決ができるようにしていく必要がある。

実施体制の構築・強化

前回までの議論

*赤字は第3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、治療方針を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ことが重要。背景にある精神障害等について、研修等を通じて理解を深めることが必要。
- 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。
- 統括保健師は庁内連携のみならず、医療や介護福祉の分野でも様々な地域の資源と顔を合わせて関係者をつなぐ役割を担っており、非常に重要。そういった体制整備も含めて示してもらえるとよい。
- 統括保健師は一般市町村ではまだ3割程度が未配置のため、配置や力量形成を図っていただく等、統括保健師の育成なども含めた配置について各自治体で取り組むということが必要。また、保健師活動の一環であるということで、被保護者についても関わっていくことが重要であり、保健師の適正な配置数についても自治体ごとに検討いただく必要も出てくる。

実施体制の構築・強化

第3回までの議論

* 赤字は第3回の議論

- 市町村が求める支援内容と都道府県が実際に行っている支援内容の差が大きいところが、アドバイザーの派遣や専門職の確保の部分であるが、都道府県においては実施の予定なしとなっているところも多い状況。国が重点的に都道府県を通じた支援として市町村に対しての支援をてこ入れすべき。
- 保健師、栄養士、薬剤師等の医療専門職が、社会福祉分野の対人援助の文化に入っていくのは結構コミュニケーションが難しい。そもそも目指しているものは同じはずなのに、見方が違うからなかなかコミュニケーションが進まないところもあると思うので、医療専門職がうまくエンパワーされる、やってよかったと支援をうまく継続できるような仕組みが大切。
- 保健師同士、栄養士同士、もしくは健康管理支援員同士がお互いに難しさだったり、達成できたこと等を共有できる場というものを研修を通じて作っていただけるとよい。ケースワーカーに対しても同様で、上手くいった事例を対外的に発表したり共有する機会はあまり無いと思うので、そういった機会があると福祉事務所で職員が働き続けられる職場づくりにつながっていくのではないかな。
- 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が健康・生活管理に関する知識・理解を深めることは重要。現場でもそのような意見が出ている。一方、医療提供側としても、福祉の制度や被保護者の特性等に対して理解が少ないところがあるので、相互にそのような理解を深めていけるとよい。
- 顔の見える関係性の構築が必要。アウトカム指標に加えて、ストラクチャー指標、アウトプット指標も、これでもいいのだということを出すことは非常に重要。例えば、地域の医療従事者等と意見交換ができるようになった、連携体制をつくった、情報のやり取りを実際にした、ということでも非常に効果は高い。つながりを持つことが非常に重要。知識を持っているだけでなく、つながりを持って、実際に困ったときに地域の医療専門職にすぐに電話ができる、福祉事務所のケースワーカーにすぐに連絡ができる、そのような相互のやり取りをつくっていくという意味でも、そのような指標は大事。
- 地域の医療関係者との連携・協働について、特に公立の医療機関、県立や市町村立等の病院や診療所に一定の役割を期待したい。もし公立の医療機関が何らかの形で関わっているような好事例があれば、ぜひ紹介してほしい。