

○今井保護事業室長補佐 お待たせいたしました。それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第6回「医療扶助・健康管理支援等に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様におかれましては、大変お忙しい中御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

事務局から、本検討会の取扱いについて御説明いたします。

本検討会の議事につきましては、原則として公開することとなっております。

また、本日、報道関係者の会場傍聴及びYouTubeのライブ配信による一般公開を行っております。アーカイブ配信はございませんので、あらかじめ御了承ください。

続いて、本日の構成員の皆様の出欠状況を御報告させていただきます。

対面で御出席の皆様におかれましては、御多忙の折御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

また、オンラインにて、有本構成員、大杉構成員、松本構成員に御出席をいただいております。

今村構成員と横田構成員は遅れる旨、承っております。

竹内構成員及び津下構成員は本日御欠席と伺っております。

また、事務局でございますけれども、保護課長の竹内につきましては、所用のため、欠席とさせていただきます。社会・援護局長の鹿沼につきましては、国会審議への対応のため、11時を目途に中座させていただきます。

それでは、事務局より、お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

本日の資料でございますけれども、資料1「医薬品の適正使用・適正受診等」、資料2「医療扶助等におけるデジタル化やデータ活用」、以上となります。

会場にお越しの構成員におかれましては、机上のタブレットに資料を御用意しております。不具合等ございましたら、事務局にお申しつけください。

オンラインで御出席の構成員におかれましては、事前にお送りしております資料を御覧いただければと思います。

次に、御発言方法でございますけれども、オンラインで御出席の構成員の皆様には、画面の下のマイクのアイコンをクリックしていただき、会議の進行中は基本的にはミュートをお願いいたします。御発言をされる際には、Zoomのツールバーのリアクションから「手を挙げる」をクリックしていただき、座長の御指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言をお願いします。御発言が終わりましたら、「手を下ろす」をクリックいただき、マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

また、議事の内容に対して御賛同いただく際には、カメラに向かってうなずくなどのリアクションをしていただければ幸いです。

事務局からは以上でございます。

これからの運営につきましては、尾形座長にお願いできればと思います。よろしく願いいたします。

○尾形座長 おはようございます。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

まず、議事の1ですが、「医薬品の適正使用・適正受診等」についてでございます。

事務局から資料の説明をお願いいたします。資料につきましては皆様に事前に共有いただいておりますので、ポイントを絞った説明をお願いいたします。

○小川保護事業室長 保護事業室長でございます。

では、資料1につきまして御説明をいたします。

まず、資料の1ページでございます。前回5月に御説明をいたしました本検討会の当面の進め方でございますが、今回は赤枠の医薬品の適正使用や適正実施に向けた取組等につきまして議論いただきたいと考えております。

2ページ、3ページは、昨年12月の中間的な整理から該当箇所を抜粋したものでございます。

2ページ、医薬品の適正使用関係でございますが、残薬を確認した際の対応方法、また、薬局・医療機関と福祉事務所の連携に当たっての個人情報取扱い、また、向精神薬の不正入手への対応など、特に医療関係者、行政の密な連携が求められる対応につきましてさらに議論を深めていただきたいと考えております。

3ページでございます。今後に向けた新たな取組ということでございます。大きく3点、かかりつけ医等の普及推進、医療扶助の訪問看護に関する課題への対応、投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定につきまして議論を深めていただきたいと考えております。

続きまして、4ページでございます。こちらは前回5月の検討会資料でございます。給付事務のうち、特に赤枠で囲んでおります要否意見書でございます。適正な運用を確保するための手続でございますけれども、医療関係者、行政のほうから過度な負担がかかるものといった御指摘もいただいている中で、今回新たな取組と併せまして一体的に御検討いただきたいと考えております。

5ページ以降でございますが、医療扶助制度の概要ということでございます。

まず6ページでございます。こちらは11月の検討会で御説明をした資料でございますが、医療扶助制度の概要につきまして医療保険制度と対比する形でまとめているものでございます。

診療報酬、診療方針、左側の2列でございますけれども、こちらは基本的に共通ということでございます。ただし、選定療養など保険外併用療法の取扱い、また、後発医薬品の使用原則など、少し違いもあるという状況でございます。

一番右側、患者側のところでございますけれども、自己負担の有無であったり、フリーアクセスであるかどうかといった違いがあるという状況でございます。

7ページでございます。生活保護受給者の方の中には精神疾患を抱える方も少なくないという状況でございます。例えば精神通院医療といった自立支援医療受給する際の取扱いがどうなっているかというところを整理しております。

中ほど、生活保護受給者の方は自立支援医療費として全額支給されるということでございます。医療扶助による給付がないということでございますので、一番右側にありますように福祉事務所のほうは関与していないということでございます。レセプト情報も把握していないというような制度的な特徴があるという状況でございます。

8ページでございますが、8ページは適正運用に関連した各種対応でございます。左側から受診前の事前の事前の手続、また、真ん中が受診時、薬局利用時、一番右が受診後の事後的な対応ということでございまして、各段階におきまして、上段は患者側への対応、下段で医療機関側への対応、それぞれでどういった内容があるかというところを簡単に整理したものでございます。

9ページでございます。先ほども御紹介しました事前手続の中で医療要否意見書というものがございます。これは医療機関のほうに記載いただきまして、福祉事務所に提出いただく。福祉事務所におきまして嘱託医による確認を経て医療扶助の給付を決定するというのが本来の流れでございます。ただし、実態としましては、受診前に福祉事務所に医療要否意見書が提出されているケースは少数となっているということ、また、かなり事務負担というところも指摘されているということがございますので、手続が形骸化しているのではないかといたった声も寄せられている中で、ここをどう考えていくかというのは一つの論点かなと思っております。

10ページでございます。選定療養の取扱いということでございます。左側でございますように、各種選定療養でございますが、赤字で書いております長期入院を除きまして、医療扶助の給付対象外と、保険適用部分と患者から徴収可能な保険適用外部分、両方全体として医療扶助の給付対象外となっております。

1点だけ、一番左下でございますけれども、大病院の紹介状なし受診に関しまして、大病院受診時定額負担や選定療養がございますが、これに関しましては、選定療養制度の側で公費負担医療受給者を除くという形で取り扱っておられますので、右下のほうにございますように保険適用部分は医療扶助から給付しておりまして、また、保険適用外部分、医療保険制度でありますと患者から料金を徴収されている部分につきましては、医療扶助の患者からは徴収しないという形にされておるというところでございます。

11ページでございますが、後発医薬品の関係も先ほど少し触れました。後発医薬品の関係、平成30年の生活保護法改正によりまして、後発医薬品の使用が原則化されているという状況でございます。

12ページ、13ページでございますけれども、事後的な対応というところ、審査済みレセプトの点検に関する資料を載せております。特に13ページでございますけれども、平成27年に発出している通知の中で福祉事務所のレセプト管理システムの様々な活用方法を提示

しておるところでございます。ただ、ここは平成27年以降、約10年間更新していない状況もございますので、この辺をどう考えていくのかということも一つの論点かなと考えております。

14ページ以降でございますが、本日以降の議論におきまして想定される論点という形で事務局のほうでまとめさせていただいております。

まず15ページでございます。医療扶助の給付事務の在り方ということでございます。大きく2点でございます。

一つが適正な運用の確保と業務の削減・簡素化の双方の観点を踏まえた給付事務の在り方ということでございます。例えば事前手続、医療要否意見書の意義であったり、こういったものの在り方。また、事後的な対応の在り方としまして、レセプト管理システムを活用した診療・処方状況等の点検、必要な対応の在り方、こういった点が考えられるかなと思っております。

2つ目でございますけれども、福祉事務所における給付事務に係る実施体制の在り方ということで、例えば専門職の関わりや連携体制の在り方、先ほど嘱託医という言葉を申し上げましたが嘱託医の関わり、また、地域の医療関係団体や関係者との連携といった観点があるかと思えます。

また、生活保護システム(レセプト管理システム)の機能強化の在り方というところで、こちらは前回の第5回でも御議論いただきましたが、対象者抽出の柔軟な条件設定など、在り方についての論点があるかと考えております。

16ページでございますけれども、2つ目の論点、医薬品の適正使用に向けた取組の在り方でございます。薬局・医療機関等や福祉事務所が連携した取組の在り方というところで、年末の中間的な整理でもおまとめいただきました残薬への対応、また、薬局・医療機関等において適切な対応を行うための情報共有の在り方、向精神薬等の不正入手が疑われるケースへの対応の在り方といった論点があるかと思えます。また、医薬品の適正使用に向けたガイドラインや基準ルールの設定の在り方というところも一つの論点かと考えております。

あわせて、囲みの中に書いておりますが、上記のほか、8年3月の告示・通知改正に基づく各種取組につきましても、取組状況をしっかりフォローアップしまして、より効率的・効果的な取組としていくことが重要かなと考えております。

論点3つ目、最後でございます。適正受診に向けた取組等の在り方ということでございます。

一つは本人の健康管理等の観点も含めた適切な外来受診に向けた取組の在り方ということでございます。こちらはかかりつけ医を持つことなど、上手な医療のかかり方の普及・推進についてどう考えるか。

また、適切な適正な外来受診や訪問看護等に向けたガイドラインや基準・ルールの設定の在り方というところも一つの論点でございます。

こちらにも困りに書いておりますように、8年3月の通知改正に基づく各種取組につきましても取組状況をフォローアップしまして、より効率的・効果的にしていく。これが重要なのかなと思っております。

論点と関連しまして、18ページ、参考資料でございますが、昨年12月の検討会でも御報告しましたとおり、今年度、厚労科研のほうでNDBデータを用いた実態把握、また、課題整理が進められているところでございます。本検討会のほうにも随時実態、課題を共有させていただきたいと考えております。

19ページ以降は参考資料という扱いでございます。今後の議論に当たりまして適宜参照いただければと考えておりますが、主な資料につきまして少し御紹介をさせていただきま

す。まず21ページ以降でございますが、これまでの検討会でいただいた御意見をまとめております。少し時間がたっておりますので、簡単に御紹介させていただきたいと思

います。まず21ページ、医薬品の適正使用の関係でございますが、1ポツ、2ポツは残薬関係でございます。薬が残っているという状態には理由があるということでございまして、その理由を把握することが重要ではないかといった御指摘がございました。

3ポツ、4ポツでございますが、医療現場と行政との連携における患者に関する情報共有の重要性、また、そこで個人情報保護との関係をどう整理していくかといったところを御指摘いただいていたかと思

います。5ポツは不正入手対策、また、6ポツは制度をまたいだ重複処方の実態把握や対策、また、7ポツは医療DXをどう活用していくかと多岐にわたる御発言をいただいたところでござ

います。22ページでございますが、上段はかかりつけ医の重要性というところでございます。特に適正受診や医薬品の適正使用という観点のみならず、健康管理という観点でも重要といった御指摘をいただいております。

また、下段は訪問看護の関係でございます。自治体による指導の難しさも御指摘いただいておりますし、対策をしていくに当たりましては、実態を十分に踏まえていくといったところが重要といったところも御指摘いただいております。

23ページでございます。投薬・診療等に係るガイドラインや基準・ルールの設定というところ、エビデンスを踏まえたガイドラインやルール・基準の必要性を御指摘いただいているというところがござ

います。また、下から2つ目のポツでございますけれども、患者側の課題と提供側の課題にしっかりと整理しまして対策を検討する必要があるのではないかと御指摘もいただ

いております。24ページは前回5月15日の検討会での御意見ということでございます。一番上にありますように、嘱託医など医師が関わる必要性につきましても御指摘いただいております。

また、次の2つ、2ポツ目と3ポツ目でございますけれども、今年度から実施している

取組を継続的にフォローアップしていく必要性についても御指摘いただいておりますし、4つ目、5つ目のポツでございますが、福祉事務所のレセプト管理システムの機能向上なども御指摘をいただいているところでございます。

26ページ以降、医療扶助関連の取組につきまして幾つか資料を載せております。

26ページはこれまでの取組ということでございまして、27ページから29ページにかけては、本検討会の中間的な整理を踏まえまして、今年度から順次実施している取組ということでございます。

30ページでございますけれども、こちらは医療扶助の適正化に関して以前より議論がある窓口負担、本人から窓口負担を徴収すべきではないかといった議論に関する資料でございます。平成29年12月の審議会報告書の中では、最低生活保障との両立が困難、また、受診抑制の懸念があると。仕組みによっては事務負担が増加するのではないかといったところで、反対意見が多数という形でまとめていただいております。

他方で31ページでございますけれども、こちらは大阪市会、大阪市ではなく大阪市の議会からの意見書ということでございます。右側の2というところがございますように、持続可能性と公平性の観点から、重症化リスクを十分に精査した上で、一部自己負担の導入や、負担後に還付する制度など、適切な負担の在り方について検討することといった意見をいただいている状況でございます。

32ページでございますけれども、こちらは医療扶助の訪問看護に関する個別指導に関する内容でございます。指導対象となる事業所選定の参考として提供しておりますレセプトの分析結果、これは従前からございます。昨年度末より訪問看護を追加して共有しております。

また、これは昨日になりますけれども、個別指導に当たっての留意点につきまして、先行している自治体のヒアリングを通じまして参考とし得るような点をまとめた事務連絡を発出しておるところでございます。

33ページ以降は医薬品の関係、診療報酬等における対応等、参考となるような資料を幾つか御紹介させていただきます。

まず34ページでございますけれども、残薬に対する患者意識ということでございます。意図した残薬があるという一方で、1か月分以上の残薬が出ている人では整理したいといった希望者も多いという傾向が出ておるということでございます。また、高齢者で多い傾向もあるということでございます。

少しスライドを飛ばしまして36ページでございますけれども、残薬対策の課題としましては、患者が全ての薬剤を持参してくれないといったことを挙げる薬剤師の方が半数以上といった結果も出ております。

37ページは、そういった資料を踏まえて、中医協、今年の診療報酬改定の内容でございます。左側にあります処方時の対応、右側にあります調剤時、また、在宅訪問時の対応というところで、それぞれの場面で残薬の把握、状況を踏まえた対応など、対策が強化され

ているという状況でございます。

38ページでございますけれども、これまでの報酬改定における薬剤給付の適正化策の経緯をまとめた資料でございます。これは医療保険、医療扶助に当然等しく適用されている適正化策ということでございます。

例えば真ん中の平成28年度、令和4年度というところでございますけれども、これは湿布薬の投薬料の上限設定、一旦70枚とされ、また、その後63枚とされているという形で、随時見直しなど行われているという状況でございます。

40ページは今国会で成立しました健康保険法等改正でございます。そのうち、一部保険外療養の創設に関する資料をつけております。いわゆるOTC類似薬につきまして、対象薬剤の薬剤費の4分の1につきまして、別途の負担として新たに求められるといった制度が創設されております。法案審議の中では、生活保護受給者はこの別途の負担の対象外と考えている旨が答弁されているという状況でございます。

41ページでございますけれども、医療機関において薬剤の使用状況を把握する取組として使われているおくすり問診票の事例ということでございます。これは御紹介でございます。

42ページでございますが、電子処方箋でございます。中ほどでございますが、電子処方箋管理サービスに登録された薬剤情報を基に、重複投薬の状況等をチェックすることも可能になっているという状況でございます。

こうした中で、43ページでございますが、一部、多数の薬剤が重複投薬されている実態も明らかになってきているということでございます。

こうした実態を踏まえまして、44ページでございます。昨年末には関係部局のほうから通知が発出されておりました、例えば③というところに記載されておりましたが、薬剤情報の閲覧同意を得て医師に疑義照会を行うも、処方変更がなされなかった場合、また、過去の薬剤情報等の閲覧同意が本人から得られなかった場合につきましては、調剤を拒否するといった対応をしても薬剤師法等関係法令に触れるものではないという旨を明確化する通知が発出されているという状況でございます。

45ページ以降は適正受診、受診の関係の関係指導ということでございます。

46ページでございます。これは診療報酬の改定に関する資料の中に記載されている資料でございます。外来受診の在り方というところを整理した資料、地域の診療所、右側でございますけれども、地域の診療所での日常的な診療、また、必要に応じて紹介状を受けて左側にありますような専門外来を受診していく。対応後は地域の診療所に逆紹介をしていくといった流れがございます。医療資源を効率的、また、効果的に活用していくという観点から、こちらは医療保険、医療扶助問わずしっかり進めていく必要があるという状況かなと考えております。

その一環としまして、47ページでございます。先ほども少し触れましたが、紹介状なしで大病院を受診する際には定額負担を徴収するという仕組みがございます。現状では生活

保護受給者を含む公費負担医療受給者は対象から除外されているという状況でございます。

49ページでございます。49ページは、かかりつけ医機能が発揮される制度整備ということでございます。かかりつけ医機能を見える化した上で、患者が情報を得られる仕組みを整える。また、医療機関の間で協議しつつ、地域で必要な機能を確保していく取組といったところが進められている状況でございます。

50ページは生活習慣病管理料のイメージ図でございます。参考資料でございます。上のほうにありますように療養計画書に沿って継続的な管理医学的管理をしていくといったところ、右側でございますように多職種連携、また、他診療科との連携も進めていくといったイメージで資料が作られておりますので、御紹介でございます。

51ページでございますけれども、この検討会でも御議論いただいております訪問看護に関する内容でございます。報酬改定の内容でございます。

一番右側でございますように同一建物居住者等への訪問看護の評価の見直しであったり、また、一日当たりで算定する包括型の報酬の新設など、適正化に向けた内容も盛り込まれているという状況でございます。

最後、52ページ以降でございますけれども、こちらはこれまで御説明さしあげた内容のさらに細かい資料ということでございますので、ここでの説明は割愛させていただきます。

事務局からの説明は以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして御意見、御質問等を承りたいと思います。このパートにつきましてはおおむね11時20分ぐらいまで、1時間弱を予定しておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、いかがでしょうか。

西岡構成員、どうぞ。

○西岡構成員 ありがとうございます。神戸大学の西岡です。

私、福祉事務所で嘱託医としての勤務もこれまでしてきた関係で、医療要否意見書のことに関して少し意見と提案等を述べたいなと思います。

まず、医療扶助の給付事務の在り方、15ページにありますように、事前手続の在り方としての医療要否意見書と、福祉事務所における給付事務に係る実施体制の在り方としての嘱託医の関わりやシステムの機能強化の在り方に関してのコメントなのですが、まず業務の削減・簡素化に関しては、誰の業務を削減する、簡素化するのかということをご丁寧にブレイクダウンして検討できるといいかなと思っております。医療要否意見書を1通発行するのに関わるステークホルダーはたくさんいますので、ケースワーカーだけでなく査察指導員もそうですし、医療扶助に関連する部門もそうですし、嘱託医もそうですし、実際に医療機関の診療を行った医師やその管理者等のプロセスも経るわけですので、実際に嘱託医業務をやっていると、医療機関側からはなぜこれを発行しなければいけないのかわからないというような意見をいただくこともありますので、誰の業務を軽減するために

何をするのかということをご丁寧に検討できるといいかなと思いました。

御存じの方が多くはと思いますけれども、医療要否意見書には例えば外来の医療要否意見書と入院の医療要否意見書とほかにも訪問看護の要否意見書だったり、眼鏡やストーマと言われるような治療材料に関する意見書、あとは受診にかかる交通費等の移送費に関する意見書等がありまして、これらを全て一括で全ての被保護者にやっていくとかなり負担は大きいですし、実際にそれを点検する嘱託医の立場としても時間は結構かかるものですので、そういった中を見ていったとしても、何らかの指導が必要そうだ、それは被保護者個人、もしくは医療機関に対して指導が必要そうだと思う事例はそんなにたくさん出るものでは基本的にはありません。ですので、全員に総花的にやるというよりは、何か基準を決めて、どの人たちの要否意見書を徹底的に確認しましょうというような仕組みをつくっていくということも重要かなと思います。

この仕組みは実際にレセプトが電子化される前からある仕組みで、慣例的に行われていると認識していますので、今、レセプトが2か月で大体手に入りますから、そういったレセプトを踏まえて要否意見書を抽出すべき対象者を決めていくというような仕組みの在り方はよいのではないかなと思います。

その際、一つ留意点といいますか重要かなと思うのは、請求が上がってくるのが遅い事業所さんというのがあります。それは迅速にタイムリーに行っていただけるような対応の強化というものをセットでやっていただいて、レセプトから抽出して要否意見書が必要なものを決めていくというようなことがあるといいのかなと思います。具体的には、指導が必要と考えられる被保護者個人をどのように抽出していくかというような仕組みと、指導が必要と考えられる事業所を抽出するような仕組みというのをつくっていただけるいいかなと思いました。

このまま続けさせていただけたらと思うのですが、要否意見書に関してはフォーマットも重要だと思っております。今回、要否意見書のフォーマットを9ページにおつけいただいていたところがあるかと思いますが、この9ページの、例えばこれは医療機関が要否意見書として書くものですが、主要症状及び今後の診療見込みというようなところに関して、痛いから必要、丸とただけで終わってくるような要否意見書もたくさんあります。ですので、実際にどのような診療が行われていて、どのような診療見込みなのかというものが分からないような記載があるケースもたくさんありますので、この辺りも業務負担もあるからということかもしれませんので、実際に本当にケースを絞って重点的にやっていく。そのために例えばこういうことを書いてほしいというような例をつけるとか、あとは医療機関にかかっている場合、例えば慢性疾患で定期通院している方とかでしたら、今の健康管理支援事業とか医療扶助の適正化の取組に関して重要となりそうなその人の疾病の状況が分かるようなデータを添付してもらおうとか、検診を受けましょうといってもなかなか検診の受診率が上がらないのも現状ですし、医療要否意見書に対して直近の血液検査データをつけて返していただければ、糖尿病の管理状

況等も分かりますので、その辺り、実際の処方と照らし合わせながら適合性みたいなものを見ていくこともできると思いますから、そういった仕組みを構築していくということが大事かなと思います。

例えば訪問看護の要否意見書に関しては、訪問看護の要否を問うだけではなくてどういうことを訪問看護ステーションに指示しているのかというような、訪問看護指示書というのを必ず医療機関は発行していますから、それを添付してきていただけると、実際に行っている訪問看護と照らし合わせてその妥当性というものを検討する資料にできると思いますので、そういったものをデフォルトにしていくというような在り方があっていいのではないかなと思います。

最後に、この要否意見書をやっていくに当たって、過去にも少しお話しさせていただいたことにはなるのですが、今は一医療機関と一受診行動に対してある被保護者個人の一枚一枚を見ているという形になっています。ですので、個人が複数の医療機関を受診しているということがその紙を見ているだけでは分かりませんので、事例でいうと、血液透析を週3受けているのだけれども訪問診療を受けているみたいなケースも実際にあるわけで、そのような形で行われているものが果たして妥当かを検討するためには、個人に着目した、個人の要否意見書を見たら全ての医療機関への要否意見書がセットで出てくるというようなその人の全体性が見えるような仕組みにデジタルも含めて構築していけるいいのではと思います。

ちょっと長くなりましたが、以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントはありますか。

○小川保護事業室長 事務局でございます。

貴重な御意見かと思しますので、現在の運営要領との関係をいろいろ整理しながら、どこが見直す必要があるのかとか、見直せるのかとか、そのときどういったことがネックになってくるのかというところを整理しながら、議論をまたいただきたいなと思っております。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

村杉構成員、どうぞ。

○村杉構成員 日本薬剤師会の村杉でございます。

私のほうから4点ほど意見、御質問、要望などをお話しさせていただきたいと思っております。

まず1つ目ですけれども、スライド12番、13番ですとかスライド16番の論点の1つ目の内容になりますが、医療扶助に係るレセプト情報の活用についてでございます。現在のところ、レセプト情報については活用されているところではございますが、福祉事務所間での差異が生じているとの声も伺っております。このことは医療費の適正化や安全な医療提供という観点からも、また、事務局の負担を軽減するという観点からも重要と考えており

ます。

差異が生じるには、当然のことながら、その原因が想定されることから、原因に応じた対応が必要と考えます。例えば福祉事務所の負担が生じている場合については、委託している場合はその質を担保しつつも、委託先に対して円滑に活用できる仕組みが必要でありましょうし、活用するに当たっては、医療、薬剤に関する専門知識がない職員による対応が原因の場合については、本検討会でも繰り返し発言をしておりますように、地域の医療専門職を活用することも解決の一つになると考えます。このことについては、実際の活用事例を示すなどして継続的に周知することも必要ではないかと考えますので、こちらは意見として申し上げます。

続きまして、医薬品の適正使用、適正受診に向けた取組について、スライド16番の論点についてでございます。関連しますが、スライド43とかにもお示しいただいたような向精神薬の不正入手にも関するような内容でございます。

まず、給付事務の在り方についての論点については賛同いたします。その上でですが、レセプト管理システムを活用した事後的な対応については、福祉事務所の負担の軽減、安全で適正な医薬品使用の観点からも、医療専門職による評価、また、地域ごとに医療課題などが異なることから、全国一律的な評価ではなくて地域課題に応じた対応が図られるように要望いたします。当然ですが、先ほど申し上げました地域の医療専門職の活用も具体的な解決策につながることを想定されることから、御検討をお願いいたします。

向精神薬の不正入手が疑われるケースの対応の在り方についてでございます。医療費の適正化、安全性の観点からも極めて重要な課題と認識しているわけですがけれども、実際に重複投薬等チェックがなされるようになったことから、現場でもこのようなことについて新たに発見されるような事例も耳にしております。本来、保険者はこのことを把握できているはずであり、重複等の状況については、把握した段階から医療機関や薬局に情報提供ができる仕組み、注意喚起が継続的にされるべきと考えます。こちらはご検討いただきたいと思っております。

重複等が行われる事例に遭遇した場合、薬剤提供を担う薬局の現場では薬担規則においては保険者に報告することとされていることから報告はしているのですが、その後十分な対応が行われていないという事例も聞いてございます。

また、情報共有をするに当たっては、医師会、警察、薬務課、保健所など、どの関係機関に行くべきか迷うケースもあります。それらの負担が重いといった意見もございませうことから、この検討会において一定の対応方法を示すことを希望いたしますけれども、こちらは厚労省の見解をお伺いしたいと思っております。個人情報との兼ね合いもございませうので、非常にデリケートな問題であることは承知しておりますが、後ほど御意見をいただければと思っております。

3つ目でございます。一部保険外療養についてでございます。スライド40番にもお示しいただいてございました。OTC医薬品に代替性が高い医薬品、OTC類似薬の一部保険外療養

の対応について、こちらにも御回答いただきたい内容です。本内容については今後も検討されていくものと承知しておりますが、まず原則として、この制度の考え方として、保険外となる料金については、文字どおり保険外であることから、通常、医療保険に当てはめて考えると、当然ですが、保険外ということになる。つまりは、これをそのまま医療扶助に当てはめると、被保護者については被保護者が負担するものと整理ができますが、他方で、国会の対応なども御紹介いただきました。配慮が必要な者として医療扶助の被保護者はそれに当たると整理されているということであり、その意味はよく理解ができます。しかし、長期収載品の選定療養についても、原則として生活保護受給者は長期収載品ではなく後発医薬品が使われるものということで、選定療養の対象に当てはまらないとされております。全体から見ると少数ではありますけれども、医療上の必要性が微妙なケース、医療現場が萎縮するようなケース、つまり、後発医薬品が使用されずに現場対応に負担がかかっているということも問題視されてございます。一部保険外療養についても同様に、被保護者であれば無条件に全て免れるというものではなく、やはり必要最低限の量を使うであるとか、ある程度の制度導入の背景に対応した毅然とした対応も必要と考えます。

このような対応がないと、医療現場では説明に当たる医療従事者と理解が乏しい被保護者、権利意識の強い方との間でトラブルに発展することも想定されます。対応については極めて難しい面があるということは承知してございますが、大阪市議会からの要望書にも関連することとしますので、所管ではない部分もあるかもしれませんが、医療扶助の取扱いについての御見解をお伺いしたいなと思います。

最後4つ目でございます。こちらはスライド41番であったかと思いますが、国立長寿医療センターにおけるおくすり問診票について御紹介いただきました。医療などに関する専門知識が十分でないケースワーカーなどへの配慮も含めると、この問診票の活用は有用であり、広く運用を進めることについて賛同いたします。

運用するに当たりましては、問診票の意義を理解することと、問診票を受け取った後に必要な連携をすることが極めて重要と考えます。こちらは要望になりますけれども、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師にこの問診票を評価してもらうことや、福祉事務所と地域の医師会、薬剤師会など、地域の関係職種団体と常に連携できる体制を整備しておいて、必要な際には助言がもらえるなど、そのような連携体制についても、市町村に対して分かりやすく発信し、お示しいただければと思います。

私からは以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

2点ほど事務局の見解をとということですので、お願いいたします。

○小川保護事業室長 事務局でございます。

御質問ありがとうございます。

まず不正入手の関係でございますが、ここの検討会で一定の考え方といいますか、連携の在り方について整理ということでございますが、すごく重要な論点かなと思っておりま

す。現場ごとに判断いただくというよりも、むしろ全国的に基本的な流れをちゃんと整理をしていくことが重要かなと思っておりますので、その方向で検討、また、関係機関と調整していきたいと思っております。

もう一つでございますが、OTC類似薬の関係でございます。先ほど御発言でもいただきましたとおり、まず国会答弁の中で、いわゆる特別の料金につきましては、生活保護受給者はその対象外と答弁されておりますので、その事実をしっかりと前提にしつつも、ただ、一般といいますか世の中としましてそういった特別の料金を徴収されるケースが出てくるといったことも念頭に置きながら、この医薬品の適正使用というものをどう考えていくかというのは一つの論点なのかなと思っておりますので、こういった対応ができるかというところを今後検討していくということかなと思っております。

○尾形座長 よろしいでしょうか。

それでは、ほかにいかがでしょうか。

オンラインで参加されている構成員の方はいかがでしょうか。

有本構成員、どうぞ。

○有本構成員 有本です。オンラインで参加しております。

私のほうからは2点、医療要否意見書と適正使用のほうで意見を言わせてください。

要否意見書は先ほど西岡構成員からも御意見があったようなのですが、うちのほうも実際に審査している福祉事務所に聞いてみたら、さすがに審査が事前に出てくるという場合はまれということもあって、後からやはり駄目だよという意見が出ることはほとんどないということなので、西岡構成員が言われたとおり、嘱託医の審査が要る場合と要らない場合のメリハリが必要なのではないかなと。全部を審査するというのはどうなのだろうという意見はありました。

あと、市の医師会側のほうは、要否意見書に当たっては郵送料とか事務の負担量が大きいということもあって、いろいろ考慮してほしいと意見もありまして、今すぐは無理かもしれないのですが、実際に紙で郵送するとかという手続は減らしていくとか、違う方法でということも御検討いただけたらなと思いました。

あとは、16ページの医薬品の適正使用に向けた在り方なのでありますが、先ほど村杉構成員から、福祉事務所のほうで医療の知識が不足しているということもあるかもしれないので、地域の医療専門職の力を借りたらという御提案をいただいて、本当にありがたい話だなと思いました。うちのほうも福祉事務所に聞いてみたら、やはり勘どころというか、どういうことを事前の必要なこととして調べておいたら薬剤師さんとうまくコミュニケーションが取れるのかというのが分からない部分もあるということで、やはりこの人とは思って薬局とかに相談したい場合も相談をちゅうちょしてしまうということもあるという話を聞いておりますので、この辺も御配慮いただけたらなと思います。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。御意見として承りたいと思います。

それでは、横田構成員、どうぞ。

○横田構成員 遅れての参加で申し訳ありません。

今回の資料1について、もしかしたら既に出た意見もあるかもしれませんが、今回の医療扶助の信頼性であるとか医療保険制度の整合性を図る観点から、何点か意見を申し上げたいと思っております。

資料の6ページのほうから意見を述べさせていただきたいと思います。医療扶助の関係で医療保険と主な相違点をまとめていただきまして、前回は資料が出ておりますが、この左下の部分で※があります。先ほどの構成員からの意見にもありましたが、医療保険との相違点というところで、※の下から2つ目です。例外的にというところで、一部の長期入院選定療養は医療扶助の給付対象となっており、なお書きにありますけれども、大病院の初診・再診にかかるところについては例外があるということが記載されております。なぜその例外が認められているのかという部分についていま一度確認するとともに、今、データも整備されておりますから、医療保険者の行動と医療扶助を受けている方の行動が、この例外によって同じ傾向が見られるのか見られないのか、そういう部分の整合性の部分もやはり制度の公平性や信頼性の確保の観点から示していく必要があるのではないかと思っております。

その右側の診療方針のところ、後発医薬品のところの規定を設けた趣旨が記載してあります。ここについても、太字で下線を引いていただいておりますが、医療扶助を受ける被保護者については自己負担が発生せずに後発医薬品を選択する動機づけが働きにくい。だからこの規定を設けましたということで書いてありますが、もし、今までの医療保険の受診者と医療扶助を受ける被保護者の行動が制度によって変えられているのであれば、同じようにこういった措置を取るとか、そういった公平性、整合性の観点から必要があるのではないかと意見を申し上げたいと思っております。

次に21ページでございます。医薬品の適正費用のところでございますが、これまで昨年から議論の中におきましても、医療機関・薬局と福祉事務所の情報連携を図っていくべきだという意見が様々なところから出ております。

その中でありますけれども、現行の条文でいいますと、生活保護法の27条の2に調整会議という規定があります。これは一般的に支援者、ケースワーカーが被保護者に対して多職種連携で支援に当たる際に、この会議を行うことによって、個人情報保護の関係で個人情報の同意を取っている場合もありますし、同意が取れていない場合であっても一定の条件から情報を共有できるという会議であります。

例えばですけれども、情報共有が必要だということでありましたら、この会議のスキームを使って、本人同意が得られない場合であっても医療機関・薬局、また、支援に入っている訪看とか訪問介護の事業者などと医薬品の適正使用や適正受診、頻回受診対策の観点から取っていくとか、また個人情報の同意が仮に得られなくても、事前に共有して対策を関係機関と取っていくとか、こういった既存のスキームを使えないのか。また、使えな

いのであれば、法令改正等を行って、個人情報同意により阻まれている壁を越えて対策を取れないかというところも検討いただければと考えております。

次に、34ページ～36ページで残薬の関係の資料を追加いただいておりますけれども、この残薬対策についてですが、この資料にもございますけれども、例えば災害時の対応などを見越して意図した残薬といったことが多いということもあります。なので、残薬は全てが悪いということではないと思っておりますけれども、ただ、一方の見方からすれば、必要以上の薬が供給されている、処方されているという実態もあるのかなと思っております。

ですので、何日分までの残薬が許容されるのかという議論は個々の状況によって異なるので一概には言えませんが、この残薬対策をもし進めていくのであれば、一定の基準を設けるであるとか、何らかのアプローチをする際に、そういったことを設定しないと、現場としては何らかの対策が取れないのかなと思っておりますので、もし対策を進める場合にはそういったことを検討いただければと思っております。

また、この資料につきましては医療保険全体の資料ということで、注も左上についておりますけれども、薬を持参しない理由なども記載されておりますが、医療扶助に限って言えば、本人の自己負担がないからもらっておこうとか、ここには出てこないような選択肢が出てくるのかなと推察しております。今回は全体の資料ですのでそういったところはございませんが、仮にですけれども、先ほどの話と同様に、選定療養の話もありましたが、限られた医療資源を有効に活用するということが大事でございますので、もしこの残薬の関係も例えば被保護者のほうが一般の方よりも例えば残薬がすごく多くなっているといった客観的なデータなどがもしあれば、やはり何らかの対策をする際には、そういった特性を踏まえたアプローチというのが必要なのかなと思っております。

これまでの議論でもありましたが、ヘルスリテラシーといいますか、自分の健康は自分で考えていく。なので、マイナ保険証とかマイナポータルを使って御自身の健康を見える化して自分の健康増進を図っていくというのが、今回のデジタル化などを進める中において重要な点だと思っております。ただ、自己負担がないからもらっておこうであるとか、健康を考えずに何かあったらかかればいいやなど、自分の健康を意識することや自分で自分の予防行動を取るという行動がもし阻害されているのであれば、やはり何らかのヘルスリテラシーの観点から課題がある可能性もございます。自分で自分自身の健康を守るということを意識するためにも、受診行動が変わっているのであれば、何らかの制度自体の検証というのにも必要なのかなと考えているところでございます。

次に40ページでございますけれども、一部保険外療養の創設ということで、先ほどの構成員からの意見にもありましたが、やはり低所得者への配慮というところで、制度上今後検討されるものと認識しておりますけれども、一案としてですが、例えば医療機関を受診せずに薬局でOTCの医薬品を購入される場合には、一定の条件を定めた上で一時扶助の対象に加えるなど、何らかの制度上の対応というのでも考えられるのかなと思っております。いずれにしろ、一般の方の受診行動と異なってしまうと、やはり制度上の公平性であると

か信頼性という確保の観点からも私どもも説明に窮するところもございますから、そういった点も配慮しながら制度設計をしていただければなと思っております。

最後ですけれども、43ページ、44ページにある電子処方箋の関係で、重複投薬等のチェックを踏まえた対応という資料が追加されておりまして、例えば43ページのほうですかね。たくさん処方されている事例がございました。これも医療扶助に限らずということで、全体の資料だと認識しておりますけれども、これは氷山の一角で特異な事例ということで、ひとつ例として出されたのかなと認識しております。

ただ、一般的に薬が大量に処方されているという状況については、何もなくて薬というのはもらうことはできなくて、処方箋が出ているという現状があると認識しております。やはりなぜこんなふうに大量に処方箋が出ているのかというところの原因分析が必要ではないかなと思っております。こういった状況というのがあった上で、なぜこの事例A、事例B、事例Cの場合にこんなに大量に処方箋を取得することができてしまっているのかというところの原因、それに対する対策を講じていくというのが大事かなと考えており、特に医療扶助であれば、やはり自己負担がないというような制度上の特性もありますから、こういったケースが多くなってくる場合がもしあれば、何らかの対策を講じていく必要があるのではないかと考えております。

また、その次の対策の44ページですかね。対応についてというところで、やはり本人同意の取得に努めることが解決策として記載されておりまして、医療扶助においてもこれが解決策となるのかなと考えておりますが、ただ、調剤拒否ができると記載されているというものの、やはり各薬局さんの判断になってくるとなかなか難しいところがあるのかなと推察しております。実際にこの調剤拒否というのがどれくらい生じているのか、できているのかとか、仮にある薬局で調剤拒否をした場合でも別の薬局に持っていったら処方されてしまったというのがもしあれば、なかなか意味のないような制度になってしまうので、そういったことを踏まえた上での制度設計というのが大事ではないかと考えております。

長くなりましたが、以上となります。

○尾形座長 ありがとうございます。御意見として承りたいと思います。

それでは、松本構成員、どうぞ。

○松本構成員 ありがとうございます。日本看護協会の松本です。

私のほうから、17ページのところから1点意見を申し述べたいと思います。

17ページの2つ目のポツといたしまして、適正な外来受診や訪問看護等に向けたガイドラインや基準・ルールの設定の在り方を考えていくということでございます。このようなことにつきまして、訪問看護につきましても適正化を図っていくことは必要だと思いますけれども、必要な方へ必要なケアが確実に提供されるように御配慮いただくということが必要だと思いますし、その適正化によってどのような影響が出たのかというような影響面も十分に考慮した上で、慎重に御検討いただきたいと思っております。

また、今お話のありました残薬に関して、あるべき姿として、全体的に高齢化してきている我が国の状況を踏まえると、薬の適正化というのは医療扶助を受けている、受けていないにかかわらず必要なことと思います。薬を処方される時には、今ある残薬との整合性を必ず図るなど、このような取り組みが国民的な運動としてなされた上で、この医療扶助についても適用していくというような広い考え方も一方で必要ではないかと思っております。

私からは以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。御意見として承りたいと思います。

ほかはいかがですか。

小塩構成員、どうぞ。

○小塩構成員 一橋大学の小塩です。

私から幾つかコメントと質問をさせていただきたいのですが、まずそもそも論といえますか、この検討会の最終的な目標についてです。先ほどジェネリックの使用についてグラフも見せていただきましたが、しっかりしたルールが法律で決まっていて、かなり成果が上がっているということがわかりました。今回、医療扶助についていろいろなテーマについて私たちは議論しているのですが、最終的に、落としどころとっていいかどうか分からないのですが、ルールとしてどのような形で打ち出すのか。どういうイメージを持っていらっしゃるのか、まずお聞きしたいと思います。それが一つです。

それから、10ページの選定療養に係る生活保護制度上の取扱いというところで、2番目のポツで、生活保護を受けていらっしゃる方々は基本的には保険給付でカバーできるはずなので、選定療養は原則として駄目ですという形になっていますね。この原則は十分納得できると思うのですが、その観点から言うと、左の下のほうにある大病院の初診や再診のところの例外的な扱いが果たしていいのかという意見が当然出てくると思うのです。ただ、その場合も、実際にどれぐらいのエビデンスがあるのか。こういう定額負担なしで大病院で初診あるいは再診を受けている人がどの程度いるのかはある程度把握しておかないといけません。ある程度の統計的な裏づけが必要だと思います。それが2つ目です。

それから、お薬の重複投与の件なのですが、先ほどからずっとお話を伺っていると、やはり薬剤師さんレベルではなかなか対応が難しいというところがあると思います。そこでお聞きしたいというか、私が疑問に思っていることなのですが、お薬手帳を持ってきてくださいと言っても、1冊だけではなくて2冊以上持っている方もいらっしゃるし、ちゃんと記入しているかどうか分からない。電子処方箋が普及されていたら、もちろんタイムラグがあるから問題がないわけではないのですが、ある程度ポリファーマシーの問題は機械的にチェックできるのではと思うのです。それを使えないかと思います。

それと関連してなのですが、先ほどアラートが出るというお話がありましたね。それは薬局レベルで出ると思うのですが、そうではなくて、医療機関で処方箋を書くときに、このお薬はほかの医療機関で使っていますからまずいですよというようなアラートが出るの

であれば、そもそもお医者さんはそのお薬を処方するのをためらうはずですよ。だから、入り口のところで何か縛りを掛けられないでしょうか。そうしたら、後々大変なことをしなくてもいいと思えます。それが制度的に可能かどうか、実際に行われているのかどうかということをお聞きしたいのです。薬剤師さんレベルでは調剤を拒否することもできるというお話だったので、それは非常に結構なことなのですが、お医者さんレベルで対応できるかどうかお聞きしたいです。

それから、最後ですけれども、私、今、厳しめのことを言ったのですが、そんな厳しいことをしてもポリファーマシーの問題とは解決しないと思うのです。生活保護を受けていらっしゃる方がお薬に頼るとか、あるいはお医者さんところに行くというのは何か理由があるはず。その解決が一番重要だと思うのですが、その解決策の一つとして、かかりつけ医の機能を強化するということがありえます。また、お医者さんだけではなくて、いろいろな方々がサポートしていますよと。私、ちゃんとそういう人たちのサポートを受けていますよということが十分認識されていれば、お薬に頼るとか、不必要な受診をすることも軽減されるのではと思います。ルールまで打ち出すのは大変かもしれませんが、そういう対応も考えていただきたいと思っています。

以上です。

○尾形座長 何点か御質問がありましたけれども、保護課で答えられない話もあるかと思いますが、お願いします。

○小川保護事業室長 ありがとうございます。

まず最初に、どういうイメージかということでは事務局で考えているものがあるのかという御質問でしたけれども、今回、昨年末の中間的な整理の中で、新たな取組として基準やルール、ガイドラインといったものをエビデンスに基づいて検討していく必要があるのではないかといった形でいただいたかと思っておりますので、その内容をまさしく今回以降御議論いただきまして、その内容次第によっては、先ほど構成員からありましたような法律というレベルもあるかもしれませんが、また、法律ではなくて、例えば告示とか通知とかそういうところできるものもあるかもしれません。お薬手帳の持参原則も告示のほうで医療機関・薬局の皆様にご確認していただくことを義務づけるといいますかお願いしているところがございますので、そこは内容によってどういった形式でやっていくかということはあるのかなと思っております。今、事務局のほうでこれと決めているといえますか、そういうものがあるわけではないということでございます。

もう一点の御質問は重複投薬等チェックの関係で電子処方箋の関係でございますが、ちょうど絵で資料1の42スライドでございます。こちらに一番左側、病院・診療所とございまして、ここでステップ1、2、3とございます。ステップ2のところでは処方・調剤された情報や重複等チェック結果の参照とございますので、処方情報が医療機関のほうで登録される登録前の段階でかかるのかなという認識でございます。もし事実誤認がありましたら、またこの検討会で御報告させていただきます。

ただ、一つ課題としましては、病院・診療所のほうで電子処方箋の普及率がこれから先頑張って普及させていこうという状況なのかなと認識しておりますので、現状におきましては薬局のほうで導入率が高い状況かなと思いますので、そこでしっかりと活用いただくのが重要かなと思っております。

○尾形座長 小塩構成員、よろしいでしょうか。

○小塩構成員 それで結構ですけれども、一旦処方箋が出されたら対応は大変ではないかなと思うのですが、出るところに縛りがかからないとなかなか後の対応が難しいかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○小川保護事業室長 ありがとうございます。

まさしく村杉構成員からも先ほどもお話があったかなと思いますが、やはり医療現場でも処方する側で確認いただくというのがまずありますし、そこで確認できないケースもありましたら、薬局のほうでも確認いただいて、疑義照会ということも通常実施されていると思いますので、そこは導入率の状況に沿って、この辺は私たちからもしっかりお願いしていきたいなと思っております。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

西岡構成員、どうぞ。

○西岡構成員 ありがとうございます。

今までの構成員の先生方の御意見を伺っていて、少し私の感想といえますか、感じたことになってしまうのですが、幾つかあって、一つは自己負担を持ってもらう。例えば医療機関への受診とか、もしくはOTC医薬品に対してのというような形で自己負担を持ってもらうという方法を取っていくのであれば、そもそも御自身の健康ニーズを十分に判断できて健康行動を取れるという言い方は変ですけれども強い個人が想定されている議論になっているようにすごく思うのです。それができるかと言われると、人は大体できないように僕は思っていますので、私たちも多分できていないところはあると思いますから、そうでない人がやはり多い。そのように御自身のニーズに合わせて行動を取るということが難しい様々な理由があるゆえに生活保護の利用に至っていると考えるところもあると思いますから、そうでない人も多い中で自己受診を控えていくということは生じ得ると思うのです。そういったことの影響のアセスメントというものがまず重要かなと思います。

一方、そういう自己負担を設けるといっているのであれば、反対にこれまで医療扶助があるから検討しなくていいよと言われて考えられてきたであろう生活扶助費のほうにそれをどう反映させていくべきなのかみたいな感じのことをきつと議論しなければならない問題なのではないかと話を聞いておりました。実際に自分の生活の費用の中から出すというのが医療扶助で賄われている部分を生活扶助に入れなくてよかったものを入れなければならないという話になってくるのではないかと思いますので、その辺の全体の大きな議論と関連する話になるので、今後、もう少し大きい視点でのディスカッションをいただけるとあり

がたいのかなと思います。

そういう考え方をもししていくのであれば、例えば医療機関にかかるための一時扶助として出ている移送費の問題とかも同じように考えることができると思いますので、医療機関にかかるのは生活上のコストだと考えて、生活扶助のほうに入れていって、一時扶助の移送費に関してのお金というものは医療扶助のほうから出さないというような形の検討というのももちろん考え得るのではないかということの一つのアイデアです。これがいいかどうかは議論は必要だとして、そういう対応もできる可能性はあるのだらうと思います。

こういったことをやって償還払いにすればいいではないかとか、いろいろな意見があると思うのですが、それによって生じる福祉事務所のコストが患者さん、生活保護利用者の方々や被保護者の方が払った自己負担のコストよりも上回るのだったら、それはベストバイな作戦ではないと思いますので、福祉事務所のコストがただ上がっただけではない感じがすることにならないようにしていただけたらと思います。

あと、先ほど小塩構成員からもありましたけれども、常々私が話をここでさせていただいているのは、重複とか多剤の処方というのは出す側の問題ですので、この出す側の問題の所在が被保護者個人やその指示を受ける薬剤師の問題にずれているところがあると認識していますので、それをICTだったり様々な方法でうまく誘導といいますか、規制といいますか、重複や多剤を防いでいくような仕組みづくりというものができるといいのかなと思いました。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほかはいかがですか。

大杉構成員、どうぞ。

○大杉構成員 日本歯科医師会の大杉といいます。

あまり発言させていただいていないのですが、皆様方の意見を聞いていて少し思ったことを発言させていただきます。

先ほど最後のほうで西岡構成員が言われておりましたように、要するにお薬の問題の対応に関しても、入り口でみるのか、出された後にみるのか。あと、多剤服薬、頻回、残薬、重複投与に関しても、処方箋が出されていけば、その後の対応になっていくわけです。入り口でそのところを何とかできないかということで今行っているのが医療DXの中の話であり、マイナンバーカードであるとか電子処方箋の話になっているところです。立場により様々な意見があると思いますが、医療扶助の被保護者の方々も基本的にマイナンバーカードを利用していただくためにどうするか。今、大分7割、8割と一般の方々は利用率が示されていますけれども、医療扶助の被保護者の方々には4割ぐらいいかないと。持ちたくても持てない理由があることは分かりますけれども、そのところを何とかすれば、医療機関同士で連携を組んで、どこの医療機関でどの様な薬が出ているか、処方されているか分かるわけですから、そういうところで分かればきちんと医師の方々も対応して

いただけると思うし、我々歯科医師もできるというようなことかなと思います。

その先には、生活保護の被保護者の方々にもかかりつけ医をいかに持っていただくか。そして、薬局は1か所でとはなかなか難しいかもしれませんが、お薬手帳をきちんと持っていただければ確認ができる。お薬手帳が何冊もあるとか、薬の内容が貼られていないとかという話もありますが、それだけではこの議論は進んでいかないような気がしております。

ですから、本当に入り口というか、問題の本質を解決するために必要な対応は何か、そこをいかにするかによって大分変わってくるのではないかなと思います。そこに全注力をしたほうが、今、福祉事務所の方々はいろいろなことで、これを全部やろうと思ったら大変だと思います。

あと、要否意見書に関しても検査結果をつけてもらうというのは、医療の知識があって、それをできる人がいればいいですが、全ての事務所にそういう方々がみえるのか。保健師さんですら置かれていないところもあるわけですから、それを全国で普及させていくことは非常に難しいことだと思いますので、まずいの一歩に医療DXを利用しながら、多剤とか薬のことにしてもできるだけ入り口で対応する仕組みを目指したほうが早いことにならないかなと思いました。

○尾形座長 ありがとうございます。御意見として承りたいと思います。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございました。ほかに特に御意見、御質問等はないようですので、本件は以上としたいと思います。

続きまして、議事の2でございますが、「医療扶助等におけるデジタル化やデータ活用」についてということです。

これもまず事務局から資料の説明をお願いいたします。

○小川保護事業室長 事務局でございます。

資料2の御説明をさせていただきます。

まず2ページでございます。ここではオンライン資格確認につきまして、前回大筋で御了承いただいた方向性を踏まえまして、取組状況、また、検討を進めておりますので、その御報告、また、一番下でございますように、介護扶助関係の業務簡素化につきまして御提案をさせていただきたいと考えております。

まず4ページでございます。前回御提示させていただいた資料でございますけれども、今も御議論いただきましたが、オンライン資格確認を推進する上で、福祉事務所等のシステム面の課題精査と対応策を検討していくといった方針としておるところでございます。

その上で、5ページでございます。前回以降、生活保護システムのベンダーへのヒアリングというところを開始しておるところでございます。各福祉事務所の生活保護システムにつきまして、オンライン資格確認の中間サーバーとの接続方式に課題があったり、また、中間サーバーへの情報登録の頻度やタイミングについても課題があることを把握している

ところでございます。国としまして、より業務効率化に資するような支援策、必要に応じて国で定めている標準仕様書の見直しも含めまして対応策を検討していきたいということを考えております。また検討が進みましたら、この検討会でも御報告さしあげたいと考えております。

また、2ポツのところでございますけれども、診療報酬支払基金のオンライン資格確認システムにつきましても、現状では未委託、すなわち医療券情報等が登録されていない医療機関等につきましても、資格確認はもちろんのことでございますが、医療情報閲覧機能も活用できないような状況になっておるところでございます。こちらにつきましても、診療報酬の誤請求を防ぐ観点からというところで当初設計をお願いしているところでしたが、どうしても医療券の情報を事前に登録する困難な事例もございます。急に医療を受診する必要性が生じた場合など、間に合わない場合もあるかと思っております。また、事前に連絡なく受診されるケースというのも少なからずあるかなと考えております。

こうしたことを想定しまして、未委託であっても、委託／未委託を問わずに医療情報閲覧機能も活用できるように支払基金のシステム改修を検討していく方針ということで考えております。

7ページでございます。冒頭に記載のとおりでございます。一番上の四角囲みに記載のとおりでございますけれども、オンライン資格確認が原則的な取扱いという形になるように、これに支障のある手続、運用というものはしっかりと見直しをしていきたいと考えております。

一つの課題としまして、本人支払額というものを決定するタイミングという課題がございます。1ポツの2つ目の●にございますように、現在、当該月の収入申告書に基づきまして、当該月の本人支払額を決定する。また、その額をしっかりと紙の医療券の発行、また、医療券情報の登録に反映していくということで進めていただいているところがございまして、こうしますと、どうしても発行、登録という事務が当該月の後半、遅いケースでは当該月の月末という形にならざるを得ないところがあるかと思っております。

検討状況というところに記載のとおりでございます。オンライン資格確認を原則的な取扱いとする。2か月目以降の医療券情報につきましても、少なくとも月初の時点でしっかりと適切に資格確認いただける。委託という形で資格確認いただけるという形にしていきたいと考えてございまして、この本人支払額を決定するタイミングにつきましても、当該月の収入申告書に基づきまして、翌月の本人支払額として決定していくようなやり方のルールを統一的にできないかという形で、運用の詳細について検討していきたいと考えております。全国的にこれは福祉事務所のほうで事務が混乱しないようにと、医療機関のほうも含めて事務が混乱しないようにと考えておりますので、その辺は慎重にしっかりと精査しながら検討していきたいと考えております。

2. その他とございますが、今後も医療扶助の給付事務につきましても、なるべく効率的な業務フローになりますように、運用面の課題精査、対応策の検討を進めていきたいと考

えております。

続きまして、9ページでございます。こちらは取組状況の御報告でございますが、先日、福祉事務所向けの医療DX説明会というものを開催しておるところでございます。全国的に適正な運用が確保されるように、オンライン資格確認の基本動作をしっかりと周知していきたいと考えておりますし、継続的に今後も実施していきたいと考えております。

10ページ以降でございますけれども、介護扶助関係の業務簡素化の御提案という形になります。

まず11ページでございますけれども、11ページは介護扶助制度の概要ということでございます。医療と異なりまして、介護保険制度におきましては被保護者も介護保険の被保険者という形で整理されております。9割は介護保険給付として給付されまして、通常1割自己負担が発生するところでございますが、この1割の部分を生活保護法に基づく介護扶助として給付する。あわせまして、自己負担はゼロという仕組みとなっております。

12ページでございますけれども、介護補助の給付手続でございます。赤枠で囲っている部分が福祉事務所にて実施していただいている業務となっております。

13ページ、現状というところがございます。一番上の●でございますけれども、ケアマネージャーには毎月ケアプランの写しを送付するように求めているところがございますし、また、福祉事務所のほうでは各指定介護機関、いわゆる介護事業所に毎月紙の介護保険を発行・直送しているところがございます。いずれの手続につきましても、現場のほうからは毎月でなくてもよいのではないかという声をいただいていることもございます。

運用改善案と下のほうにございますが、ケアプランにつきましても、新規の場合と内容変更時のみとできないか。また、介護保険につきましても新規の提供時のみとしてはどうかということをお考えおるところでございます。サービス提供が不要となった際には連絡はしっかりと対応する必要があるかと思っておりますけれども、こうすることで福祉事務所の紙の発行、郵送コストであったり、また、介護事業所のほうでも紙の管理コストが出ておりますので、この辺が大幅にカットできるのではないかと考えておるところでございます。

今後、この方向性でもしよろしければ、運用の詳細の検討とか、自治体システムの標準仕様書の見直しとか、介護事業関係者も多岐にわたるところがございますので、詳細の調整などを進めていきたいと考えておるところでございます。

事務局からの説明は以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして御意見、御質問等を承りたいと思います。いかがでしょうか。

横田構成員、どうぞ。

○横田構成員 ありがとうございます。

では、資料2についてです。今回、いろいろな見直しを提案いただいてありがとうございます。資料の前からいきますと、5ページになります。検討状況というところで福祉事

務所の生活保護システムの関係等と記載されておりますけれども、前回の会議でも申し上げましたが、現在、システム標準化に向けて自治体については動いております、本市についても標準化システムの移行はまだできておりません。その中でいろいろな見直しをされるということですが、今、私どもも標準化するまではシステムを改修することが困難な実状がありますので、その前に開始してくださいと言われてもなかなか対応できない状況です。システム標準化のタイミングでやってくれるのが一番助かりますので、ぜひそのタイミングに合わせて仕様書を変えて、そこで一回で終わるようにしていただけたらか、そういった配慮をいただければなと思っております。

続いて、13ページ。対応案ということで介護扶助の給付事務の見直しの方向の関係が記載されておりますけれども、基本的にこの見直しによって本市としては福祉事務所の負担が減るので、ぜひ進めていただきたいなと考えております。

ただ、例えば対応の方向性のところの1ポツ目ですけれども、②でケアプランの内容に変更があった場合に限定することということでございますが、変更の中身の程度ですね。例えば少し変わったぐらいでどうなのかとか、現場の認識がずれてしまうと、これは送っていいケースかどうか、送られていないのかどうかということが現場では混乱しますので、どういった変更については送るとか、ここまでは送らないとか、現場の運用につきましても整理などをしていただければなと思っております。

最後になります。21ページでございます。オンライン資格確認の運用の実態で、前回は資料が出ておりましたが、先ほどの議論でも、先ほどの処方関係でいうと、構成員の意見でも出し手のほうですね。例えば医療機関とかのところで出すところを抑えられないかという議論などがありました。そこにも関係するものと思っておりますけれども、前回の検討会ではこの4象限がありまして、まずはマイナ保険証を持ってもらうというところ、さらにはそれを利用してもらうというところが議論としてありましたが、その先の議論というのはなかなかなかったのかなと思っております、というのは、課題③のところ利用率が低調というところがありますけれども、仮に利用したとしても本人同意がなされないと、現場の医師とか薬剤師も情報がもし開示されなければ、過去の処方履歴などを見ることができないのかなと思っております。昨年の議論でも、たしか医師側もそういった情報があれば出せるのに、そういった情報が開示されなければなかなか難しいという話があったように記憶しております、やはりこの本人同意をどう取って、医療を提供する側、例えば医療機関であるとか薬局側が情報を持った上でしっかり判断できる。そういった状況があれば、そもそも被保護者の問題ではなく、医療機関、提供側のほうの課題だということで、それを解決するためには、やはり情報の非対称性をなくすこと。そういった情報があれば医療機関でも薬局でも提供できるのかなと考えております。

ですので、同意しないという場合、当然個人の判断ですので、なかなか難しいところもあるのですが、資料1のほうの議論でも申し上げましたが、例えば調整会議ですね。そういった現行法の条文などもありますから、事前に個人情報の同意があればいいのですけれ

ども、ない場合であっても事前に情報を共有できるとか、事前に共有できればそういった課題がクリアできて、医療機関であるとか薬局のほうで適正な対応が取れるのかなと考えておりますので、限られた医療資源の有効活用であるとか、制度の信頼性、整合性の観点からも、なるべくそういった個人情報の壁でできないということで議論が止まるのではなくて、その先をどう解決していくかというところについて、個人情報との比較衡量でもありますけれども、そういった対策を検討いただければなと思っております。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。御意見として承りたいと思います。

ほかはいかがでしょう。

村杉構成員、どうぞ。

○村杉構成員 日本薬剤師会の村杉でございます。

2点意見として申し上げます。

1つ目が医療扶助のオンライン資格確認に係る対応についてということで、スライドの4番、5番のところになるかと思います。こちらは先ほども御議論がありました電子処方箋管理サービスにおける重複投薬等チェックの対応にも関連するところがございます。

現状の事務負担については、福祉事務所においても、医療機関においても、あるいは薬局においても一定ございますことから、このような対応をいただくということについては賛同を申し上げます。

先ほどの前半の議論、説明でもございましたけれども、現場では過去の薬剤情報の閲覧同意が得られない場合ですとか、疑義照会が繋がらないケースですとか、こういった場合に調剤を止めざるを得ない場合があることについて、現場として実際に事例があるとの声も上がっております。被保護者側の問題、それから、医療機関側の問題、薬局側の問題、このような重複に関する部分についてはそれぞれの起点があると考えられます。被保護者側では受診するときに問題があると思えますし、場合によっては薬局に来局されるときに問題がある、あるいは受診時は問題なかったのだけれども、日常生活の中で問題が発生するというような場合もあると思えます。そのような様々な状況に応じて対応しないといけないので、重複を全て解決するというのは困難だということは現状としてあると思えます。

ですが、先ほども大杉構成員からも発言がございましたけれども、やはりマイナ保険証の保持、活用を推進することですとか、医療機関や薬局で薬剤情報の閲覧同意の勧奨を行うこと、それから、厚生労働省や福祉事務所からは、ふだんからかかりつけ医、かかりつけ薬剤師との関係性を持つことの意義などについて丁寧かつ継続的に周知をしていく。生活を送っていく中で様々な課題や事情を抱えていらっしゃる方もおられますので、一律的な対応ではなかなか進まない、改善がされないということも踏まえた対応が必要と考えております。

我々薬局についても、継続的に医療を利用されている方との関わりがありますので、行政からのアプローチだけではなくて、地域における身近な医療提供の拠点としての対応も

できることはあろうかと思しますので、一緒に協力をして対応ができればと思います。

2点目についてでございます。介護扶助の見直しについて、スライドの13番目でございます。御提案の見直しの内容については、事業所であるとか薬局の現場においても書類等の管理に関するコストもございますので、それらの削減にもつながることから、福祉事務所の負担軽減、効率化を軸に検討されることについて、こちらも賛同いたします。今後、詳細な調整を進めていくということになるかと思しますので、進捗も併せて共有いただきながら、関係者が連携しながら進めていければと考えておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。これも御意見として承りたいと思います。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございます。特に御意見、御質問等もないようですので、本件は以上としたいと思います。

本日2つの議題を扱いましたが、前半の議題「医薬品の適正使用・適正受診等」に関しましては、皆様から様々な御意見を頂戴いたしました。事務局におかれましては、次回、さらに議論を深めることができるよう、本日の御意見の整理を行うとともに、各種のデータや補足資料の提示など、準備を進めるようお願いいたします。

また、後半の2つ目の課題ですが、介護扶助の運用改善に関する案につきましては、特段御異論はなかったと思います。おおむね御了承いただいたものと思いますので、事務局におかれましては、本日の御意見も踏まえつつ、取組を進めるようお願いをいたします。

それでは、次回の開催につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○今井保護事業室長補佐 事務局でございます。

次回第7回検討会につきまして、日程、会場、開催方法等、詳細につきましては追って御連絡をさしあげます。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、本日の議論は以上とさせていただきます。

長時間にわたりまして熱心な御議論をいただきまして、誠にありがとうございました。