

2026-7-8 医療扶助・健康管理支援等に関する検討会（第7回）

○今井保護事業室長補佐 それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第7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。

事務局より、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、西岡構成員、松本構成員、横田構成員に御出席をいただいております。

有本構成員及び竹内構成員は御欠席と伺っております。なお、本日御欠席の竹内構成員の代理といたしまして、東大阪市生活支援部生活福祉室、西田圭二室長様にオンラインで御参加をいただいております。皆様、御了承いただければと思います。

また、事務局でございますが、他の公務のため、社会・援護局長の鹿沼は遅参、総務課長の池上が欠席とさせていただきます。

事務局より、お手元の資料と会議の運営方法につきまして、改めて御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・データ活用

資料3、実施体制の構築・強化（報告）

以上となっております。

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御用意しております資料を御確認いただければと思います。また、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。

また、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は画面の下アイコンをクリックしていただき、基本、会議の進行中はマイクをミュートにいただければと思います。御発言される際には、Zoomツールバーのリアクションから「手を挙げる」をクリックいただき、座長の御指名を受けてからマイクでミュートを解除して御発言をお願いいたします。御発言が終わりましたら、リアクションから「手を下ろす」をクリックいただき、再度マイクをミュートにいただければと思います。また、議事の内

容に対して御賛同いただく際などには、カメラに向かってうなずくなどのリアクションをいただければ幸いです。

では、これからの議事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 こんにちは。それでは、早速議事に入りたいと思います。

本日は議事が2項目ありますが、まず、議事1「医薬品の適正使用・適正受診等」につきまして、事務局から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。よろしくお願いいたします。資料1について御説明いたします。

医薬品の適正使用や適正受診に向けた取組等ということでございますが、前回、6月の検討会におきまして、資料1の2～4ページにございます想定される論点を踏まえつつ、幅広に御意見をいただいたところでございます。今回は、前回の御議論を踏まえまして、事務局におきまして今後の議論の方向性についてたたき台として整理をしております。本日は、このたたき台を基に、議論の方向性につきまして幅広く御意見を賜りたいと考えております。次回以降は、5ページのほうにございますが、NDBデータ分析に係る厚生労働科学研究の状況も御提示するなどしまして、さらに具体的に御議論いただけるよう、事務局としても準備を進めてまいりたいと考えております。

まずは6ページ以降、医薬品の適正使用の関係でございます。

7ページは総論でございます。大きく3つの柱を設定しております。

まずは（1）としまして、前回も御意見をいただきましたが、処方・調剤時における対応等が重要ということでございます。この関係では2点、①②と記載をしております。①患者に関する情報の共有の在り方、②としまして医療扶助の制度的な課題への対応の在り方という形で論点設定をしております。②のほうにつきましては記載のとおりでございますが、自己負担がなく、一般論として過剰な給付が発生しやすいという課題、これは提供側と患者側、双方に課題があるといった御指摘もあったところでございまして、そのように記載をしております。

次に（2）としまして、福祉事務所における審査済みレセプトの確認や薬局等との連携を通じました事後的な対応、これは従来の取組でございますけれども、こちらも引き続き重要としております。

最後に「併せて」とございます（3）でございますが、向精神薬をはじめ、不正入手が疑われるケースにおける毅然とした対応も重要という形で、一つ項目立てをしております。

8ページ以降は各論でございます。

まず（1）の①としまして患者に関する情報共有の在り方ということで、こちらは2ページにわたって記載をしております。

まず1点目、医療DXの活用でございます。他の医療機関等も含めた診療・処方・調剤の

状況に関する情報は、現在、オンライン資格確認を活用して確認いただくことが可能というところでございます。引き続き医療機関等におけるオンライン資格確認の導入や、生活保護受給者の方々のマイナンバーカードの利用登録の推進が必要ではないかという記載をしております。

2点目、一番下でございますが、お薬手帳等の活用でございます。本年4月から医療機関等を受診する際にお薬手帳の持参を原則化したところでございますが、この取組状況をフォローアップしつつ、効果的な取組となるよう、必要な見直し等を行っていくことが必要ではないかという記載をしております。

続きまして9ページ、情報共有の関係で3点目でございますが、生活の場における服薬状況に関する情報という形で記載をしております。医師等の医療関係者による医学的・薬学的な対応に当たりましては、生活の場における服薬状況、また、服薬した際の副作用の症状も含めまして、医療DXで共有される情報以外の情報も重要といった御指摘をいただいております。特に複数の医療機関の受診に伴いまして多剤服用の状態にあるようなリスクの高い患者等の皆様に関しましては、福祉事務所、行政と医療関係者との間で、こうした情報共有を行う方法等につきまして整理・明示していくことが必要ではないかという記載をしております。

最後に4点目、残薬に関する対応ということでございます。ケースワーカーによる家庭訪問等の際に残薬が確認された場合、本人の健康状態の悪化を防止する観点、また、使用可能な医療資源を有効に活用する観点から、当該残薬を確実に薬局に持参しまして、薬局において医師とも連携しながら適切に残薬調整が行われることが重要と考えております。このため、残薬を薬局に持参するよう指導するための明確な根拠の設定、また、指導対象とする残薬の状態等に関する明確化を含めて検討していくことが重要ということで記載しております。また、訪問看護等の従事者が残薬を確認した場合の情報共有の方法等についても整理・明示していくことが必要ではないかという記載をしております。

続きまして10ページの（１）の②、医療扶助の制度的な課題への対応につきまして記載をしております。先ほど申し上げましたが、制度的な課題、自己負担がなく、一般論として過剰な給付が発生しやすいという課題を踏まえた対応としまして「具体的には」としまして、患者の状態に応じた必要な医薬品の処方が阻害されないようにすることを大前提としまして、その上で、例えば一定の薬剤の処方に当たりまして、標準的な上限数量を定めつつ、これを超えて処方する場合には、その必要性をレセプトに記載することとするなど、患者の状態に応じた必要量の処方に一層医療現場で留意されるような制度的な対応を検討していくことが必要ではないかという記載をしております。

※でございますが、一定の薬剤に関しましては、例えば残薬の発生防止、また、不正入手の防止等の観点から、特に適正使用が求められる薬剤を対象として検討を進めることが考えられるという記載をしております。

また、2つ目の○、一般的に重複・多剤投与に関しましては、重複受診など、受診の状

況とも関連するといった御指摘をいただいております。外来医療の適切な受診方法の明確化にも触れているところがございます。こちらは後ほど適正受診のパートで御説明したいと思います。

続きまして11ページ、（２）としまして福祉事務所における審査済みレセプトの確認や薬局等との連携を通じた事後的な対応について記載をしております。引き続きフォローアップ、また、必要な見直しが必要ではないかという記載をしております。

医薬品のパートの最後でございますが（３）としまして、不正入手が疑われるケースにおける毅然とした対応という形で記載をしております。「具体的には」と３行目にございますが、例えば電子処方せん管理サービスの重複投薬等チェックにおいてアラートが確認され、薬剤情報の閲覧同意が要らないものの、処方内容に例えば向精神薬等が含まれているような場合、このような場合にどのように対応していただくのがいいのかというところ、個人情報の取扱いの観点も含め、整理・明示していくことが必要ではないかという記載をしております。

12ページ以降は適正受診等の関係でございます。

13ページは総論でございます。大きく２つの柱を設定しております。

まずは（１）としまして診療時における対応が重要ということでございます。２点、①②と記載しておりますが、外来医療の受診方法、また、医療扶助の制度的な課題への対応の在り方と、２つの論点を設定しております。

その上で（２）としまして福祉事務所における審査済みレセプトの確認等を通じた事後的な対応も引き続き重要という形で記載をしております。

14ページ以降は各論でございます。

まず、14ページでございますが、外来医療の受診方法に関する対応の在り方ということでございます。１つ目の○に記載しておりますとおり、現状、医療扶助に関しましては生活保護受給者による申請を踏まえ、福祉事務所において受診する医療機関を選定し、生活保護受給者は当該医療機関を受診していただくという取扱いとしておりまして、これはフリーアクセスではないというのが制度的な状況でございます。生活保護受給者の方々は高齢化が進み、また、生活習慣病の罹患率の高い状況にございますので、福祉事務所はもちろんでございますが、医療機関も含めて適切に疾病管理、また、健康管理が可能となるような枠組みを検討していくことが重要という記載をしております。

具体的には、例えば日常的に受診する医療機関を定めておくこと、また、他の医療機関を受診する際には、原則として日常的に受診する医療機関の紹介を受けることとするなど、外来医療の適切な受診方法の明確化を検討していくことが必要ではないかという記載をしております。

また、一番下の○でございますけれども、医療保険制度におきましては、外来医療の機能分化を推進する観点から、紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合に選定療養として定額負担を患者に求める仕組みがございます。生活保護受給者はこうした制度の対象と

なっており、紹介状なしで自己負担なく受診可能な状況にあるということでございます。こうした取扱いにつきまして見直しを検討していくことが必要ではないかという記載をしております。

続きまして15ページ、医療扶助の制度的な課題への対応の在り方としまして、先ほどの薬剤と同様の内容を記載しております。具体的には、患者の状態に応じた必要な診療等が阻害されないようにすることを前提に、例えば一定の診療等に当たりまして標準的な上限頻度等を定めつつ、これを超える場合には、その医学上の必要性に係る理由をレセプトに記載することとするなど、患者の状態に応じた受診頻度等に医療現場で一層留意されるような制度的な対応を検討していくことが必要ではないかという記載をしております。

※にございますが、この一定の診療等に関しましては、外来受診のほか、訪問看護等も含めて診療実態を踏まえ、適正な頻度等が望まれる診療行為を対象とすることが考えられるという記載をしております。

下段でございますが（２）医療現場と福祉事務所が連携した対応（事後的な対応）ということでございます。オンライン資格確認の実績ログを活用した頻回受診の傾向にある方々の把握と対応、また、被保護者健康管理支援事業の手引き（第２版）におきましても、地域の社会資源（多様な社会参加の機会等）につなげていく取組、こうした取組を記載しているところでございます。取組状況をフォローアップしながら、効果的な取組となるように必要な見直し等を行っていくことが必要ではないかという記載をしております。

最後に17ページ、医療扶助の給付事務に関しまして２点記載をしております。

上段（１）としまして、生活保護受給者による医療扶助の申請（事前連絡）という記載をしております。先ほど申し上げましたが、福祉事務所における医療機関の選定につきましては、適正な受診の確保にも資するものでございまして、引き続き適切に運用していくことが重要という記載をしております。

続きまして下段（２）としまして、医療機関が作成する要否意見書を踏まえた医療扶助の徹底についても記載をしております。要否意見書につきましては前回も御意見をいただきましたが、関係者に大きな業務負担がかかっているといったこと、他方で、初診時には受診前に福祉事務所に要否意見書が提示されているケースは少数であるといったような御指摘をいただいているところでございます。

このため、具体的には、事務負担の軽減を図りつつ、医療扶助の適正な運用を期する観点から、例えば審査済みレセプトにより一定の基準に該当する生活保護受給者を抽出する。その上で、当該受診の必要性に関する意見等を記載するように求める。逆に言えば、その他の受診にかかる要否意見書を不要とするなど、要否意見書を必要とするケースを絞り込みつつ重点的な点検を行いまして、必要な指導・対応につなげていく方向で運用の見直しを検討していくことが必要ではないかといった形で記載をしておるところでございます。

事務局からの御説明は以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

これから質疑・意見交換に入るわけですが、全体を2つのパートに分けて御議論いただければと思います。前半が資料1で言いますと11ページまでの医薬品の適正使用について御議論いただき、後半で12ページ以降の2の適正受診、3の医療扶助の給付事務を御議論いただければと思います。

まず、最初に1の医薬品の適正使用に関しまして御意見・御質問等を承りたいと思います。いかがでしょうか。

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。丁寧に取りまとめをいただきましてありがとうございます。議論の方向性について、この内容で検討していくことについては異論ございません。

その中で、8ページでございますが、上段、下段のところに医療DXの活用とお薬手帳の活用と記載いただいているところでございます。オンライン資格確認システムの導入率を上げること、それから、マイナ保険証の利用率を上げことは、本当に1丁目1番地というか、ここをしっかりと対応していかないといけないと考えているところが1点でございます。

あと、お薬手帳のところでも記載がありますように、オンライン資格確認では漏れる可能性のある情報には、非常に重要な情報も多く含まれていると考えておりますので、補完的な役割ではございますけれども、令和8年4月対応のお薬手帳の原則的な対応ということについては、確実な実施をしていくことが有効だと考えますので、こちらは意見として申し述べます。

続きまして9ページ目、生活の場における情報についてというところで、こちらオンライン資格確認では見えない情報であり、どのように飲んでいるのか、誰がどのように管理をしているのか、どのような副作用が出ているのか、その理解度はどのようになっているのか、どのような不安を感じているのかといったような個々の状況・情報を把握して、把握した情報をどのように活用していくかが課題だと考えています。これは残薬の部分にも関連してくると思うのですが、生活の場におけるそういった情報と同様に、まず、それをどのように見つけ、見つけた後にどのように対応するのか、その道筋を示していくことも必要ではないかと考えます。

課題解決に向けて重要な考え方は、生活の場や暮らしの情報、本人の特徴などの把握はケースワーカーなどの福祉専門職が担い、個々の患者が使用する薬剤の管理は薬剤師が担うなど、それぞれの専門性を活かした連携です。こうした連携がないと、現状生じている残薬の問題や重複・頻回受診、有害事象などの発生につながっていきます。課題解決の糸口になるのは、前回の資料でも御提示いただきましたお薬問診票の活用であるとか、専門知識がないケースワーカーでも介入しやすい、取り組みやすい、そういった仕組みをつくることではないかと思っておりますので、こちらを御提案申し上げます。

さらに、前回もお話がありましたように、調整会議の活用についてもケースワーカーな

どの福祉の専門職と薬剤師といったような2つの専門職が情報共有できるような有効な場だと考えておりますので、こちらにも促進できると思います。

その上で、先ほどとも重複しますが、福祉の専門職と薬剤の専門職の2領域の職種間の連携ができるような制度や仕組みといったものがないと、この問題は多分解決されないのではないかと思いますので、後ほどこの点については事務局にも御見解をいただければと思います。こちらは質問でございます。

続きまして11ページ、過剰な給付が発生しやすいような制度的な課題への対応ということです。資料でもお示しいただきましたとおり、必要な薬は提供できるようにしつつも、患者の状態に応じて標準的な上限数量の処方を取り入れるような考え方、それから、特定の薬剤についてはより厳格に提供するという考え方、複数医療機関から同一薬剤、同一薬効群の薬剤が出たときには、例えばですが調剤日数を翌営業日までにするというような考え方など、具体的な事項について検討することには賛同を申し上げます。

レセプトの活用、薬局との連携といったような事後的な対応については、かかりつけ薬局・薬剤師を活用・促進すること、そして、処方受付時ではなく、その後の薬剤師によるフォローアップですとか、ケースワーカーと薬剤師が連携してフォローアップをしていくであるとか、そういったことも実効的にできるよう検討していただければと思います。こちらにも意見でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

1点、事務局の見解をということですので、事務局、お願いします。

○小川保護事業室長 ありがとうございます。

地域のケースワーカー、または福祉専門職、または医療専門職が連携できるような仕組みとか、そういったところについての御質問だったかと思います。昨年末の中間的な整理の中でも、地域で顔が見えるような環境をいかにつくっていくかといったようなところ、これを推進してくかというところが一つ宿題として残っていると思っておりますので、これをどのように推進していくか、例えばノウハウとか事例を共有していけるかというところ、事務局としても引き続き検討、事例の収集なども進めていきたいと思っています。

○尾形座長 村杉構成員、よろしいでしょうか。

○村杉構成員 ありがとうございます。

ケースワーカーなどは、繰り返しこの検討会の場でも御意見が出ていますように、現場の負担感が大きい、専門的な知識を求められると躊躇してしまう、いわゆる動きが悪くなってしまうところについて、少し前に進めるような御意見だったかなと思いますので、ぜひ引き続きよろしくお願いいたします。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、ウェブのほうで西岡構成員、どうぞ。

○西岡構成員 神戸大学の西岡です。2点意見です。

1つ目は残薬対応の形の在り方です。確かに生活保護の医療扶助は全額公費で賄われて

いるわけですが、この残薬対応の問題は基本的に生活保護の利用者の方々だけではなく社会全体の問題ですので、そういった社会における課題が顕在化しやすい集団が生活保護の利用者であるという観点から、社会全体の問題であるので被保護者への対応を入り口にしながらか社会全体の対応として進んでいくように、例えば部署を超えたり、これは国保、後期高齢だったり、そういったところにおいても同じように行われていくような施策にさせていただいて、ユニバーサルな対応になっていくことを望んでいます。

もう一つは薬剤の不正入手に対する対応の話ですが、確かに不正入手の問題は実際にはあり得るものですが、そんなに頻繁に起こっているというよりも、ごくわずかなケースが目立ちやすいので取り上げられやすいということかと思っています。ですので、例えば一部の薬とか、医療機関や調剤薬局とかで不正入手だと疑われることがあったとしても、何をもって不正とするかという基準は非常に難しいです。

例えば生活保護の利用者の方々の服薬行為だったり、医療機関への受診行為だったり、そういった薬を要求する行為だったりとかがあるかもしれませんが、そういった行為に対して負のイメージを持っている人たちが、不正かどうか分からないけれども、これは不正っぽいですみたいな感じのことで対応して上がってくることがあり得るのではないかと思います。そういう点では、保護の実施機関がもちろんそういった不正かもしれないですというような通告が得られる仕組みは大事ですが、それが保護の実施機関である福祉事務所に責任を持ってできるような形式になっていくほうが望ましいのではないかと思います。

こうやって連携をしてやっていきたいと思いますと言っている中で、医療機関が独自にと、調剤薬局が独自に進めていくのではなくて、多機関で共有して対応を進めていくということのプラットフォームをつくっていくことが大事なのではないかなと思います。

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　資料1の前半の部分について意見を述べたいと思います。

まず、全体について、後からの議論の適正受診も含めてなのですが、必要な方が必要な医療を受けられるのは大前提であるものの、その中で、どのように医療扶助制度の信頼性を確保していくのかというのが議論の前提になると考えております。

その点で、資料の7ページの「(1) 医薬品の適正使用について、まず、「処方・調剤時における対応等」が重要」と一番上に書いてありますが、ここが大前提になると思っており、その考えに基づき、取組を進めていただきたいと思います。

細かい点につきましては8ページ、「①患者に関する情報共有の在り方」の医療DXの部分でありますけれども、オンライン資格確認の導入の状況であるとか、被保護者のマイナンバーカードの利用登録の状況などは前回までの資料でいろいろと出していただいたところでございます。

前回の議論でもありましたが、利用した上で同意を取っていただくのが大事なことであり、医療側もしっかりした提供ができないということもあります。その上で、医療情報の閲覧、かつ同意の取得状況、つまり、どれだけの方が同意してくださっているのかとか、その情報を医療機関とか薬局側がどう使っているのか、活用状況などのデータがあれば、そういったものを提供いただいた上で議論していただければと思っております。

また、8ページの一冊下、お薬手帳の活用状況についても、これまでの議論を踏まえて取組を今年度から実施しておりますけれども、その状況についてもデータを適切に把握した上で、この検討会などで議論いただければと思っております。

10ページの②の「医療扶助の制度的な課題への対応の在り方」というところで、医薬品の不適切な使用が生じないように、制度の信頼性の確保の観点から検討を進めてほしいと思っております。その中で、細かい内容については次の適正受診でも同じようなパートがありますから、そこで意見を述べたいと思います。

11ページの「(3) 不正入手が疑われるケースにおける毅然とした対応」についてですが、先ほど西岡構成員からもありましたが、こういった形で介入していくのかというのが重要になってくると思います。その中で、今回、事務局に記載していただいているような案も、対応が可能な範囲の1つ目の案と思っております。こういったしっかり毅然として対応していくという姿勢を示していくことも大事と思っておりますから、そういった対応を進めていただければと思っております。

以上になります。

○尾形座長　ありがとうございました。これも御意見として承りたいと思います。

松本構成員、どうぞ。

○松本構成員

9ページの医薬品の適正使用の中の残薬について意見を述べたいと思います。医薬品の適正使用におきましては残薬の対応は非常に重要だと思っております。加えまして、これまでの検討会で御意見もございましたが、飲めない状況だとか、認知機能が低下しているとか、嚥下機能が低下しているとか、そういった心身の状況が影響している場合もございます。このため、単に残薬の有無ということだけではなくて、生活面や健康状態も含めてアセスメントし、残薬となっている理由や背景を的確に把握して、主治医や薬局が主体となって対応できるよう、情報共有することが重要になると思っております。

医療保険におきましては、このたび訪問看護において残薬が確認された場合の情報提供として、主治医と薬局への情報提供ということが明示されました。生活保護分野におきましても、残薬があった場合に主治医や薬局への情報提供が行われますよう、負担にも御配慮いただいた上で具体的な方法などを整理して明示するように御検討いただきたいと思います。

以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、竹内構成員代理の西田代理、どうぞ。

○西田様　本日は竹内のほうが出席できず申し訳ございません。代理として生活福祉室の西田が出席させていただいております。

私も9ページの残薬の件で御意見を述べさせていただきたいと思います。残薬に対する対応の2つ目の○のところで、残薬を薬局に持参するよう指導するための明確な根拠規定があればの部分でございます。そのような規定がということが書かれているのですけれども、確かにケースワーカーも、こういった規定があれば指導する根拠というところと言うと、指導しやすくなるのではないかと感じております。

ただ、規定が整備されたということであっても実際に運用できるのかどうか、この辺りが少し課題になってくるのかなと思います。書いていただいているとおり、関係機関でどのように情報共有していくのかという課題も当然あるのですけれども、残薬が分かったときに被保護者にどのように伝えているのか。仮に薬局に持って行きなさいという指導をしたときに持参しなかった場合、なかなかそこで法に基づく指導指示、こういったことが難しいということも少し考えられるところがございますので、その辺りにどのように強制力を持たせて対応していくのかというところは課題ではないかと考えております。

以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

津下構成員、どうぞ。

○津下構成員　患者さんの気持ちになって考えると、残薬があっても、受診した際に医師から「お薬は要りますか」と聞かれると、「はい」と言ってしまうのだと思います。出された薬をきちんと飲まなかったのはいけないことと思ってしまって、「残薬がまだあるからいいです」ということを、なかなか医師に対して言いにくい状況もあるのかなと思います。薬剤師さんに対しても、「ちゃんと飲んでいます」と、それが正しい回答みたいになってしまう部分もあるのかなと思うのですが。

患者さんに対して指導目線ではなくて、お薬は効くかもしれないけれど過量であれば毒にもなる、不要なものであればできるだけ少なめにしたほうが体も負担が少ないということを説明をして、要らないときには要らないとちゃんと言えいいのだよということをまずは理解してもらうことが大切だと思います。

そういう観点でいくと、薬剤の閲覧についても、どんなお薬を飲んでいるのか分からないまま薬剤を処方することは、医療者として本当は怖いんですよね。既に類似の薬剤が出ているのに、重ねて処方しているかもしれない。患者さんはほかの医者に行っているということを言いたがらないこともあります。先生のことを信頼していないみたいに見えるから、ほかの医者に行っていることを知られたくないということをやっていた人もありました。でもそれは医療の無駄づかいであり、安全性にも問題があります。医療扶助だけの問題ではありませんが、患者さんの安全性ということ、それから、状況を分かった上で処方した

いというような立ち位置で考えていったらどうだろうかと思いました。

これは次のところにも関係するのですけれども、そういうことをどこに相談すればよいかということです。介護・福祉の方に相談しても残薬をどうしていいか分からないというようなこともあります。たとえば、健康管理支援の中でお薬の使い方とかについて情報提供して、飲まないことが悪いのではなく、医療者ときちんとコミュニケーションとれるように支援することが重要ではないかと思いますので、健康管理支援にも活かしていけることではないかと感じました。

それから、先ほど、これが不正入手かどうかを判断するのは難しいということがありました。これは虐待対応のとき、虐待と現場で判断せずに、心配なことはとりあえず連絡することが参考になります。例えば医療機関で虐待かなと思っても、虐待ですというような通報はできないけれども、心配な患者さんがいますというような連絡はできると思うのです。なので、向精神薬とかをたくさん処方してほしいという方に関して、不正の判断は別のところでやっていただいて、医療機関とか薬剤師さんは現場で不正かどうかまで判断する必要はなく、きちんと連絡するという範囲で留めてもらう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。

小塩構成員、どうぞ。

○小塩構成員　いつも丁寧な説明をありがとうございます。私もほかの構成員の方々の御意見を伺って思うところがありましたので、質問とコメントをさせていただきます。

まず、残薬について、例えば介護施設に入っている高齢者の方がお薬を飲みます、そのときに朝昼晩と飲むのですが、ちゃんと飲んでいるかをチェックするサービスが介護の分野であります。それに類するようなものを医療扶助で行うのは難しいと思うのですけれども、何らかの形でお薬の状況をどのように飲んでいるかという状況を把握できないかなと思います。

介護の場合を申し上げますと、月に1回か2回、医師が訪問して、どういう薬を飲んでいるかというのを把握して、適切な指導をすることがよくあります。それに類することが医療扶助の場合はないのでしょうか。医師が、この人はどういう薬をどれだけ飲んでいるのか、包括的に情報を把握しているわけではないのでしょうか。そこら辺がよく分からないのでお聞きしたいと思います。医師だけではなくて、ほかのところで把握されているかもしれないですが、それをお聞きしたいと思います。

それから、不正入手の場合ですが、先ほど津下構成員が非常に重要な御指摘をされました。不正かどうか判断が現場ではなかなか難しいということです。確かにそのとおりで、でも、アラートは出ます。アラートを出すときに、これは後半の議論に出てくるかもしれないですが、本人の同意は必要なののでしょうか。担当者の中で、この人は問題があるということを情報共有する場合に、本人の同意は必要なののでしょうか。

例えば薬局に行って、あなたはこのお薬をたくさん飲みすぎではということを調べると

きに、本人の同意が必要だというのは分からないではないですが、そうではなくて、不正な使い方をしている疑いがあるということの関係者の間で共有する場合に、本人の同意は必要なのか。それが一つです。

もう一つは、不正使用は非常に限定的なケースだと思います。とすると、対応もターゲットを絞っていいのではないかと思うのです。具体的にこの薬はまずいぞと、不正使用をされている可能性がかなり高いことがレセプト等々のエビデンスに基づいてある程度明らかであれば、この薬が使われたら頑張って調べてみようということができるのではないかと思うのです。ですから、ターゲットを絞る。具体的にこの薬はまずいから、関係者で注意深くモニターしようという取組があっているのではないかなと思いました。

以上です。

○尾形座長 御質問が2点でしょうか。事務局、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、重複投薬チェックがあった場合に同意が必要かというところですが、58ページの参考資料、過去の薬剤情報の提供に関しましてはマイナンバーカードでオンライン資格確認をした場合に、まず、同意かどうかというところを確認されるかと思います。そこで不同意だった場合、その後、重複投薬等チェックが機能しましてアラートが鳴った場合、口頭同意を得ることで重複投薬になっているところがどうなのか、どの薬剤が重複投薬なのか、一応分かる仕組みになっています。

ただ、そこの口頭同意、あくまでもそこは同意を取るところが大事といいますか、それが必要というのが現在の運用といいますか、制度的な立てつけ、電子処方せんに関しましては、医療扶助だけではなく医療保険と同じようにやっておりますので、そこは一つ制度的にそういう前提で進められているということでございます。

その上で、今、小塩構成員からいただきましたように、不正入手の恐れが高いような場合、見られない中でどのように対応していただくのがいいのかどうか。関係機関の連携も含めてどのようにしていくのがいいのかというところは、今、構成員からありましたターゲットといいますか、薬剤を絞るとか、連携していただく、先ほど津下構成員からもありましたように、怪しいときに伝えるということも含めて、現場でどういうときに怪しいと判断してもらうのが大事なのかというところは少し具体化が必要かと思いますので、その辺を一度整理させていただきたいと思っています。

○尾形座長 もう1点、服薬状況の把握が介護の場合と比べてどうかという話です。

○小川保護事業室長 失礼しました。服薬状況の確認でございます。今、手元に資料ございませんが、介護保険のほうのサービスなどで訪問して薬剤の状況をちゃんと確認するというものがあるということであれば、当然、生活保護受給者の方も介護保険プラス介護扶助という形でサービスをお使いいただけることになりますので、同じような状況であれば、同じように使っていただけるものなのかなと思います。活用実態とか、そこまでは手元にご覧ませんが、そういう状況かなと思います。

○尾形座長 小塩構成員、どうぞ。

○小塩構成員 分かりました。介護扶助を受けていらっしゃる方はそういうチェックがかかるということなのですけれども、医療扶助だけだと、どういうお薬を飲んでいるかというチェックはないということですか。

○小川保護事業室長 医療扶助だけでそういったサービスが利用できるかどうかということと、場所を少し確認させていただきまして、介護保険、介護扶助を使っていない場合に医療保険だけでもそういったことができるのかどうかは少し確認して、また御報告させていただきたいと思います。

○尾形座長 よろしいでしょうか。

村杉構成員、どうぞ。

○村杉構成員 11ページの不正入手について追加で意見を申し上げます。不正入手が疑われる事例というのは大きく分けて二通りあって、一つは、意図的ではないケース、これが結構多いのではないかということについては、西岡構成員からも御指摘があったとおりに思います。

例えば意図的でないケースについては精神疾患を患っている患者の事例などに多く見られると思うのですけれども、相手が言っていることがなかなか理解しづらいとか、自分の言っていることを相手に伝える、表現するのが難しいとか、識字能力が低いとか、耳からの情報がそもそも入りにくいといったような特徴を持っていらっしゃる患者の場合があるかと思います。ほかにも医療リテラシーやヘルスリテラシーが極めて上がりにくいとか、低い状態であるというような方、それから、強いこだわりを持っていらっしゃる方などにも見られる事例です。これらの意図していないケースというのは先ほど申し上げたような福祉専門職と薬剤師の連携ですとか、そういった枠組みを強化することによって一定程度防ぐことができ、対応も可能となる事例と考えています。

もう一方の意図的であるケースについては、59ページで先ほどお示しいただいたように、右下にこのような錠数が出ておりますけれども、こういうのは決して珍しいケースではないと思います。このような多量に入手している状態は保険者で把握できていると承知しています。つまり福祉事務所ではレセプトで把握ができている内容になりますので、このような状況については、医療機関や薬局に対して積極的な情報提供ができるような仕組みを作るなどの対応をしないと、その状況の改善は期待できませんので、これは早期に情報提供できるようにしていく必要があると思います。

それ以外にも、毅然とした対応というところについては、一定程度求めていく必要があるのではないかとこのところでございます。いわゆる相手が一線を飛び越えている場合について、制度としても一定の対応を講じるという趣旨で申し上げているところです。医療提供側の負担が大きくなることは避けないといけないですし、医療提供側のほうで判断を個別にしないといけないというのも非常に難しくなっていきます。

例えば資料のほうでも御提示をいただきましたように、複数の医療機関を漫然と受診す

ることはしてはいけないとか、要注意者については複数医療機関を受診することをそもそも原則認めないといったこと、また、受診した場合であっても重複した処方があった場合については受診や調剤を留保できる、あるいは最低限の処方日数にすることができるような明確な基準とかルールの整備も必要になってくると思います。

もう一方で、繰り返しになりますけれども、オンライン資格確認とかマイナ保険証の利用率をしっかりと上げていくということ、それから、津下構成員からもお話がありましたように、本人同意というのが、果たしてそれは必要なのかどうか、原則としてこれは開示されるべきではないかというような議論も含めて丁寧な対応が必要ではないかと思います。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

大杉構成員、どうぞ。

○大杉構成員 日本歯科医師会の大杉でございます。必要な方が必要なときに必要な治療を受けられる、医療を受けられることが大原則であると思います。また、個人情報保護法ではないですけれども、個人情報を守れることも大事だと思います。

ただ、医療機関に何も情報がない状況で多剤や重複の話をして全く分からないわけです。ということになると、何らかの情報をいただきたい。それをするには当然のことながら医療DXであり、マイナンバーカードを持っていただくとか、お薬手帳をきちんと提示していただくとか、そこら辺のことをきちんとルール化しないと、どれだけ話し合ってもなかなか先に進まないのではないかと思います。

また、福祉事務所にレセプトをどれぐらい見られる方々がいるのか。そこには医療扶助の被保護者のレセプトが全部集まるわけですから、それを見て分かるわけですね。複数のレセプトから状況の把握も可能になります。医療扶助はフリーアクセスではないわけですから、福祉事務所から医療機関にお知らせする仕組みまで議論をしていただくとか、あと、生活の場においてケースワーカーの方、保健師さんがきちんと行って把握できているのか、全ての方々に行って把握できているのか、いや、行けているのは本当に数人だという話の中で、全員の話をしてもなかなか進まない話ではないか。福祉事務所のマンパワーの問題も含めて議論すべきではないかと思います。

また、直近の話、2～3か月においては、例えば電子処方せんがあれば直近の薬剤の処方分も分かるわけです。直近のことを分かっていくようにするのかとか、それとも、6か月単位の、長期にわたってとなれば、レセプトは2～3か月後に来るわけですから、見られる方がおれば、福祉事務所のほうで分かるのです。分かるということになれば、それをできるだけ開示していただく方向で制度化できないかというようなことまで含めて議論していただくと、一つ一つ進んでいくのではないかと思います。私なりの意見を言わせていただきました。よろしくお願いします。

○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。

ほかによろしいでしょうか。

ありがとうございました。ほかに特に御意見がなければ本件は以上としたいと思います。

続きまして先に進みたいと思います。資料1で言いますと12ページ以降、適正受診、それから、医療扶助の給付事務のところではありますが、このパート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 12ページ以降のパートについて意見を述べたいと思います。

資料の14ページ、「①外来医療の受診方法に関する対応の在り方」というところで、一番下の○にありますけれども、紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合の負担など、そういったところで医療保険制度との制度的な違いがあることを前提とした上で、それがなぜ必要なのかというところの議論・説明を十分にすべきと思っております。

今回、例として書かれておりますけれども、必要性が仮にあったとして、それがちゃんと許容されるのか、社会全体として適切なのかという観点から議論をしていただきたいと思います。こういった見直しを進めていただければと思います。

次に15ページ、「②の制度的な課題への対応の在り方」というところで、先ほどの医薬品のところと重なる部分があるので、こちらで意見を述べたいと思います。資料の28ページのほうには前回の検討会の議論をまとめていただいていて、例えば一番下だとか、下から2つ目のところにもありますが、自己負担の関係につきましては生活扶助費にどう反映させていくべきかという議論も必要などの意見があります。今回、15ページにある事務局の提案などは、そういった何らかの上限を定めるなど、そういった方法もあると思いますし、先ほどの医療扶助の外来受診や薬剤費の部分もそうなのですが、生活保護制度全体の中でどう対応していくかという観点もあると考えております。

例えば、通院1回当たりの窓口負担額であるとか、OTC医薬品購入代金の一部を一時扶助の中で支給するとか、例月支給される生活扶助費の中で対応できるような基準額を設定するであるとか、医療扶助だけで議論するのではなく、生活保護全体の中でどう位置づけていくのかという議論も必要と考えています。また、例えば、医師が医学的にこの程度だと必要と認める範囲については最低保障費の中で見て医療扶助の対象としつつも、その範囲を超えるような受診については、本人の希望も入っているのであれば自己負担を求めていくとか、生活保護全体の中でどのように対応していくかという議論を事務局の案も含めて議論して、その制度的な課題についてどう対応していくかというのを皆さんの知恵を踏まえて対応いただきたいと思います。

次に17ページの3の「医療扶助の給付事務の在り方」の部分でございます。（1）の「生活保護受給者による医療扶助の申請」でございますけれども、※の2つ目で「外来医療の」というパートから始まりますが、日常的に受診する医療機関の事前登録は有効であると考えております。その際に、今回、一つの提案としては、マイナ保険証の登録を前提として、それ以降の申請とか、選定などは不要とすれば、被保護者にとってはメリットを感じられてマイナ登録が進む可能性もございますから、こういったところについても御検討いただ

ければと思います。

(2)の可否意見書の部分でございますけれども、現状、本市については可否意見書の交付や郵送、医療機関が作成したものの点検や登録作業など、本市においても事務負担が生じているため、その負担軽減を図るのは重要だと思っております。その上で、一番下の○に記載のある「一定の基準」というところ、具体的には、「福祉事務所において、審査済みレセプトにより、一定の基準に該当する」と記載があります。この一定の基準については福祉事務所ごとに設定するのではなくて、国のほうで一律に基準を設けるなどして、現場において判断が分かれたりとか、業務負担が生じたりしないような対応をいただければと思っております。

意見としては以上になります。

○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。

西岡構成員、どうぞ。

○西岡構成員 基本的に2点意見です。

1つ目は、日常的に受診する医療機関を定めておくというところに関して、日常的に受診する医療機関を定めておいても、その医療機関がその人の症状を全て見てくれるという状況に基本的には今なっていないと思います。なので、例えば整形外科だとか、メンタルクリニックだとか、皮膚科だとか、眼科だとかみたいな感じのことが生じてくるのではないかと思います。

ということで、表現としては大きい話かもしれませんが、公費で生活保護の医療扶助は賄われていますので、そういった公費医療を任せる先を例えば一つ、日常的に受診する医療機関を事前に定めておくのも一手かもしれませんが、その地区の医師会の先生方や地区の歯科医師会の先生方、薬剤師会の先生方、もしくは都道府県の看護協会の方々、そういったところに加入をされていて、それこそ地域の在宅医療介護連携推進会議みたいな感じのところで積極的にディスカッションをしてくださっていて、顔を出してくださっていて、そういう地域に責任を持って医療を行ってくださっている先生方にこういった公費医療を任せる。かかりつけの医療機関が一つできるということが実質的に難しかったとしても、地区の面でかかりつけ医師会みたいな形でサポートできるような形が制度としてつくられていくといいのかなと思います。

昨今、生活保護がビジネスに利用されているのではないかと指摘されるようなことも出ていますので、そういった方々が医師会等に入っているかと言われると、そうでないケースが多いと思います。そのような形で生活保護の指定医療機関をどこに任せられるのかというような形を議論していただくのも一つかなと思いました。これは意見です。

もう一つは、先ほど横田構成員がおっしゃっていただいたように、私も前回からこういった選定療養費で自己負担を発生させるという問題は医療扶助のほうで賄われているから生活扶助のほうに反映されていない部分だったと思いますので、生活扶助の給付の問題だったり、生活保護基準額の問題と大きく密接に関わる話だと認識しています。ですので、

ここの検討会で議論することは大切だと思いますが、もう少し大きな生活保護基準部会みたいなところで話し合いをしないといけない話なのではないかなと思っておりまして、その辺の全体性を踏まえた議論をお願いしたいと思います。

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。

津下構成員、どうぞ。

○津下構成員 今、西岡構成員がおっしゃったことは私も同感です。先ほど福祉と医療機関の連携という話があったときに、地域のネットワークの中に入っていない医療機関との連携は難しいだろうと思われます。居住地以外の医療機関とか、福祉との連携の仕組みが整っていないところに福祉職がアプローチするのは基本難しいだろうと思うので、どういう範囲に医療というのを受けていただくのかというのは整理をしておいたほうがいいのかなと思いました。

急性期病院の話ですけれども、患者さんがそこで受ける必要性があるのかについて、急性期病院の側から見た判断も必要ではないでしょうか。それは地域の指定されたところでは賄えない医療なのか、どんな医療を求めて大きな病院に受診しているのかということも確認する必要があります。病院機能を損なう医療の提供にならないよう、一定のしくみが必要と思います。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

西田代理、どうぞ。

○西田様 先ほどから少しお話が出ています特定機能病院の件ですけれども、本市においてもここに記載されているような大きな病院とかに受診する事態は見受けられるところです。もちろん必要な医療が受けられなくなっていくというところが前提ということですので、ただ、機能分化ということであったり、医療保険の被保険者の公平性、こういったことを考えますと、この辺りの見直しは進めていただければと思っています。

次が15ページの（２）の最後のところ、医療現場と福祉事務所が連携した対応ということで、レセプト管理システムの機能強化に向けた検討が必要ではないかというところがあります。適正受診に関してシステムの機能強化が大事だというのはもちろんそうなのですが、すごく細かいところになってしまうのですが、レセプト管理システムのほうが、例えば担当者とか、被保護者が受けている地区であったり、こういったものがなかなか管理されていない状況がございます。

このレセプト管理システムから抽出をしたものをすぐに活用できるかということそうではなくて、ひと手間を加えてケースワーカーに配付してというところになっておりますので、そのひと手間というところを削減できれば、少しでもケースワーカーの負担軽減ということになると考えますので、ケースワーカーの負担軽減も踏まえまして、このレセプト管理

システムの機能強化を考えていただければと思います。

以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

小塩構成員、どうぞ。

○小塩構成員　14ページに日常的に受診する医療機関を定めておいたほうがいいのではないかという話がありました。この問題は保険医療の分野でもよく議論になっていまして、かかりつけ医を設定したらいいのではないかという議論があるのですが、フリーアクセスでそういう仕組みは難しいので、現時点ではかかりつけ医機能という言葉で議論しています。かかりつけ医ではなくてかかりつけ医機能という言葉です。さらにその機能を一つの医療機関だけではなくて地域全体で持ちましょうという、面によるかかりつけ医機能の発揮というのが現時点の保険医療の世界だと思うのです。

それと同じような形で、先ほど西岡構成員からも御意見がありました、何らかの形で、地域で医療機関が協力して、それで適切な医療を受けられるような仕組みをつくる、これは確かに大きな制度改革になると思いますので大変だと思うのですが、そういう方向で議論していただければありがたいと思います。

それから、紹介状なしで大病院を受診するケースです。これは医療券とか、そういうのがなく、飛び入りで来てしまったという世界です。それはよほど緊急な事態がない限り、保険医療と差をつけていいのではないかなと思います。保険医療の場合はもちろん、追加的な費用がかかるわけです。医療扶助の場合はそれがなくなると、バランスに欠けるのではないかな。もちろん緊急事態があって、どうしても大きな病院にかからないといけないという状況があれば、それは話が別ですが、そうでなくて、たまたま来てしまったというのは、私は差をつけていいと思います。今の仕組みではそこら辺が曖昧になっています。これからこうしたケースが増えるかどうか分からないのですが、しっかりとしたルールを定めておいたほうが、保険医療との公平性という点から見てもいいのではないかなと思っています。

以上です。

○尾形座長　ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。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・御質問がなければ、本件も以上としたいと思います。

続きまして、2つ目の議事に移りたいと思います。議事2「医療扶助等におけるデジタル化やデータ活用等」でございます。ここでは資料2と資料3がございますが、一括して事務局のほうから説明をお願いいたします。

○小川保護事業室長　まず、資料2について御説明をいたします。

5月、6月の検討会におきまして、給付事務の効率化・デジタル化や健康医療データの利活用について御議論いただいているところでございます。事務局から御提示した方向性

につきましては大筋で御了解をいただいているところではございますが、現時点における対応の方向性として整理をしておく、また、工程表も整理をして今回お出ししたいと思っております。

2 ページ目以降、給付事務の効率化・デジタル化に関する対応の方向性、令和 8 年 7 月時点ということでございます。

3 ページ以降でございますが、これまで御議論いただいた内容を踏まえまして見直し内容が分かるような図として整理をしておるところでございます。特新しい内容を追加しているといったものではございません。

3 ページ、福祉事務所におきましては、運用面・システム面の見直しを通じまして、確実な医療券情報の登録を推進していただきたいと考えております。

右側でございますが、医療機関等におきましては、これを踏まえた確実な資格確認や、また、先ほども御指摘・御意見がございましたように、医療情報閲覧の活用をしっかりと進めていただくことが重要かと思っております。また、資格確認方法につきまして少し整理をしていくことで、一番右側でございますように、マイナンバーカードの利用登録がない方も含めまして紙の医療券を削減していきたい、紙の管理コストも削減していきたいということを考えております。

4 ～ 5 ページに関しましては、福祉事務所側の現状・課題が 4 ページでございます。また、見直し後の運用が 5 ページでございます。

6 ～ 8 ページにかけましては、医療機関等の側の現状・課題と見直し後の運用、現状・課題につきましては 6 ページでございまして、見直し後の運用につきまして 7 ～ 8 ページという形で整理をしております。

特に 8 ページでございますが、未導入の医療機関等におかれましては、業務効率化、また、医療情報等の閲覧の観点で課題が残ってくるところでございます。導入に向けて一層の検討をお願いしていきたいと考えております。

9 ページ、これまでスケジュール感につきましては明示をしてこなかったところでございますが、各種見直し、運用、システムの見直しにつきまして、こういったスケジュール感で進めていくのかというところ、現時点での厚生労働省における想定につきまして整理をしております。運用、システムともに現場への影響とか混乱を最小限としていく必要があると考えております。特に医療機関の皆様も含めまして影響があるような運用の見直しにつきましては、しっかりと周知期間を取るということも含めて丁寧に対応していきたいと考えております。

10 ページ以降、5 月、6 月の検討会でお出しした資料につきまして案を取った形でお出ししているところでございます。一部御意見を踏まえて赤字で追記している部分もありますので、後ほど御参照いただければと思います。

18 ページ、医療機関等向けのオンライン資格の導入に向けたお願いリーフレットを添付しておるところでございます。助成金につきましては今年度で終了となることとございま

すので、これを前提としまして関係団体の皆様にも御協力いただきつつ、現在、周知を図っているところでございます。申請期限は本年9月30日ということで切らせていただいています。

続きまして19ページ、こちらは生活保護受給者向けのマイナンバーカードの利用登録に向けたお願いのリーフレットでございます。御本人のメリット、これは一番右側にございますが、質の高い医療をしっかりと受けられるようにするといったような御本人のメリットはもちろん、中ほどにございますように、関係者、ケースワーカーはもちろん医師・薬剤師の負担も軽くすることができるようにというところで、この辺に御協力をお願いしたいといったメッセージも新たに追加をしているところでございます。

一番上の四角囲みにございますように、福祉事務所ももちろんでございますが、実際に受診する医療機関・薬局の皆様にも可能な限り御協力をいただきまして、利用登録率の向上を目指して呼びかけを進めていきたいと考えております。

22ページ以降、健康・医療データの利活用の関係でございます。5月、6月の検討会におきましては、データ利活用に関しまして、国が作成・配付しているデータ分析支援ツールの見直しと、自治体のほうで管理されておりますレセプト管理システムの機能強化の2点につきまして御議論、また、御意見をいただいているところでございます。

23ページ、上段のデータ分析支援ツール、また、下段のレセプト管理システム、双方特徴を対比させる形でそれぞれの特徴、また、今後の対応の方向性や国による支援策を整理しているところでございます。データ分析支援ツールとレセプト管理システムの大きな違いでございますが、検討会の中でも御意見がございましたが、データソースが違うところが一番大きいところでございます。データ分析支援ツールはNDBをはじめとしまして全国の匿名データを搭載しているものでございます。他方で、レセプト管理システムは当該福祉事務所にある個人情報のデータ、医療扶助のレセプトであったり、個人情報のデータをデータソースとしているという一番大きな違いがございます。

左側のほうに利用場面とございますが、データ分析支援ツールは自治体間の比較等に強みがある、こうした比較を通じて市町村支援であったり、各福祉事務所の事業方針の作成に役立てていくことが重要と考えております。

右から2つ目のところに今後の対応の方向性とございますが、データ容量の拡充とか、比較機能の強化を進めていきまして、より使い勝手をよくしていくことを考えております。

下段のレセプト管理システムでございますけれども、レセプト等の個人情報データを扱っておりますので、直近の実態把握はもちろんでございますが、指導対象者を抽出できる部分に強みがあるかと考えております。右から2つ目のところにありますように、管理するデータの拡充であったり、分析機能、対象者抽出機能の強化といったところを進めていきたいと考えております。

24ページにつきましては、各種見直しをどういったスケジュール感で進めていくかといった現時点の想定を整理しているところでございます。特にデータの利活用に関しまして

は、それ自体が目的ではなく、各種取組・事業が効率的・効果的に進められるようにするための手段と考えておりますので、例えば一番下に書いておりますが、健康管理支援事業のガイドブックの作成等の動きともしっかり連携しながら検討を進めていきたいということを考えております。

25～26ページは、5月の検討会でお出しした資料を案を取った形でお出ししています。

27ページ、レセプト管理システムの機能強化に関しましては、上の四角囲みの2つ目の○にございますように、先月末から専門的な調査研究を行う委託事業も動き出しているところでございます。

28ページ、本検討会におきまして、5月、6月にいただいた御意見をまとめております。こうした御意見も踏まえながら専門的な調査研究を進めていきたいと考えております。

続けて資料3につきましても御報告させていただきます。

実施体制の構築・強化の観点で、2ページにございますように、自治体担当者向けの会議を開催しております。今年度は事務職向けの会議のほか、保健師等の専門職向けの会議といった形で少しターゲットを絞った会議も開催して、より意見交換とかを活発にしていたきたいということを考えております。

3ページ、都道府県による市町村支援の関係、研修会でございます。7年度から法改正を施行いたしまして、市町村支援の枠組みを開始しているところでございますが、今年度、特に市町村の課題・ニーズをいかに把握していただくかといったところ、強化した研修を実施していきたいと考えております。

4ページ、併せまして、市町村支援の関係では幾つかの都道府県に対します伴走支援も実施していきたいと考えております。データの見方とか、市町村との意見交換への同席、また、課題の深掘りとか、課題に対する対策の検討など、アドバイザーにも御協力いただきながら支援をしていきたいということを考えております。

最後に5ページ、今年5月でございますが、10年以上ぶりに地域における保健師の保健活動に関する指針が改正をされております。その際、6ページにございますように、25年の通知、前回の通知では生活保護に関する記載はなかったところでございますが、今回、令和3年から被保護者健康管理支援事業が必須事業化されているといったこととか、また、昨年度末には自治体関係部門の連携を促すための関係機関の連名通知を発出しているといったことも踏まえまして、生活保護分野との連携とか、生活保護受給者への健康管理支援を実施するといったところで明記をいただいている状況でございます。

各自治体のほうでしっかり連携が進むように、住民全体に対する健康づくりの一環として生活保護受給者に対する支援も行われるように、厚労省としても関係部門と連携を深めていきたいと考えております。

事務局からの御説明は以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、ただいまの事務局の資料2及び資料3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。

津下構成員、どうぞ。

○津下構成員 医療扶助におけるデジタル化・データ活用なのですが、このようにデータが電子化されて活用できるようになる、そして、23ページにありますように、匿名化データで全国のほかの都道府県、または福祉事務所との比較をしながら、自分のところの地域でこういうことを強化したほうがいいのか、課題を認識して対策をしていく、関係者に共有していくというような、ややマクロ的な視点のデータ分析支援ツール、そして、もう一つ非常に大事なのがレセプト管理システムでありまして、これは個人の情報がきちんと把握でき、また、直近の情報が掲載されているということで、特に健康管理支援等において、対象者の適切な抽出につながります。

今までは全体を俯瞰して優先順位をつけて介入するなど、何の目的でどのように関わるといことが戦略的に組みにくかったところがあるのですけれども、このようなデータを利活用することで、目的に合わせた対象者の選定とか、それから、国保とか後期高齢など対応する保険者との連携を考える上でも、このようなシステムがきちんと活用できることが重要かと思います。

その点で、データが抽出できるだけではなく、事業に関わったとか、そういう履歴を残していただけるといいかなと思います。既存の医療とか健診とか、そういうデータを見るだけではなくて、自分たちの行った事業をどのように登録していった残していけるか、これはこの健康管理支援を行ったことでどのような効果が生み出せたのか、または生み出せない場合にどこに問題点があったのかというのを検証するためにもPDCAサイクルを回していくために必要な情報です。事業実施に関する情報、あまり複雑ではなくてもいいと思うのですけれども、どのような種類のものを実施して、そして、それに関わったというようなフラグが立つということで、利活用が格段に違ってくるのかなと思っております。

このようなシステムをつくっても現場で利用しにくくては、本当にただデータがあるだけになってしまいますので、現場の活用に向けて、どのような事業とかどのような取組のためにどのような情報が必要か、出口から逆算したような使い方のノウハウについて、研究班でもまとめていきたいと思っています。これはガイドブックということになると思います。その際に、福祉事務所の日常の事業の動線に沿った形で無理なく運用できるようなデータの利活用が必要だと思いますので、今年度、いろいろ調査をさせていただいたことから、少しずつ積み上げていきたいと思っているところになります。

今の資料2と資料3にありますように、都道府県による市町村支援については、都道府県はどのようにデータを解釈して、特に強化すべき部分がどこかということを福祉事務所に提供する上で必要なことになりまして、また、保健師さんにとっては、健康増進事業としての関わりが自治体間の差がかなり大きかった部分でもありますので、この辺りについて全国的に展開できるような仕掛けがつけられることについては非常に重要なことだと思いました。

ただ、福祉事務所の動線とか、そういうことに十分配慮した上でこの仕組みをつくっていかないと、外から来て勝手なことを言っているみたいになってしまいます。双方のコミュニケーションが深まるようなディスカッションの場を、市町村の中で、福祉事務所と健康増進担当、または統括保健師が話し合える場をきちんと設定していただくような促しもお願いしたいと思っているのですけれども、その辺りはいかがでしょうか。

○尾形座長 これは御質問ですので、事務局、お願いいたします。

○小川保護事業室長 御質問ありがとうございます。

まさしくおっしゃいましたように、国のほうでもガイドラインという形で令和6年度末に発出をしておりますけれども、データだけではなくて、各自治体のほうが肌感覚で持っている課題とか、それが果たして正しいというか、客観的に見てどうなのかというところも含めて、都道府県と市町村のコミュニケーションは非常に大事かなと思っておりまして、医療関係団体の皆様との連携も視野に入れながら、その辺はしっかりとやっていけばいいかなと、伴走支援もしっかり進めていけばいいかなと思っております。

○津下構成員 もう一つ、どこの部局からもマンパワーが足りないということがあります。そのマンパワーについて配置することもあるのですけれども、今あるマンパワーをどのようにうまく活用するか、また、外部の機関をうまく活用して、全部自治体の内部だけではなくて、地域全体でこの健康管理支援をどう進めていくかという観点で、少ないマンパワーでどう回していくかということについての御検討もお願いしたいと思います。

○尾形座長 ありがとうございます。ごもっともな御指摘かと思います。

それでは、横田構成員、どうぞ。

○横田構成員 資料2について何点か述べたいと思います。

まず15ページ、「オン資導入済医療機関等における資格確認方法の見直し」というところでありまして、真ん中部分の「運用改善」のところにつきまして、以前から出ているところでございますけれども、本市の現状を述べますと、マイナ保険証登録なしの人の初診については紙の医療券で対応しているものの、二月目以降は医療機関の窓口で提出せずに受診しているケースもありますので、今回の「運用改善」の方向で支障はないのかなと考えております。

ただ、一番下の「留意事項例」というところにありますけれども、冒頭、月途中での保護廃止など、資格異動があり得ることとあります。こういったとき、把握した場合には、当然システム上で反映させていきたいと思っておりますけれども、医療機関がオン資の単件照会したときとの情報でラグが生じてしまうこともあります。そういったこともあるので、速やかに対応していきたいものの、情報が反映するまでに時間がある場合もありますから、そういったことも留意いただければと思っております。

次に23ページ、先ほど津下構成員の話もありましたが、見える化といいますか、データを使って他市との比較など、経年比較などができる機能についてであります。これまでの議論でもありましたが、分析機能というのは有効であると思っておりますが、データを比

較したときに、その先はどうすればいいのかという対応案までがセットで見えてこない、数字の比較だけで終わってしまうというのが現場の感覚であります。

例えば本市で言いますと、ほかの市、同規模であって、数字を見たときに、ここが違うと数字上で分かったところで、それが例えば被保護者の構成によって生じているものなのか、医療機関の多寡によって生じているものなのか、地域性、例えば狭い区域なのか、自治体の広さによっても違ってきますので、数字だけ見て正というものが出てくるわけでもなくて、複雑に絡み合っ出てきた数字の結果だと思うので、数字の比較の先、つまり必要な対応策まで提案していただかないと、自治体現場ではなかなか追いつかないかなというのが率直な感想であります。

また今回の検討会は、医療扶助・健康管理支援の話がメインでありますので、そこにフォーカスしての議論になっておりますけれども、ケースワーカー全体の業務、生活保護制度全体の中で医療扶助に充てることのできる時間はごくわずかでありますから、そこにどれだけリソースをかけるのかという視点を忘れずに議論していかないといけない。医療扶助だけの中で議論しても、全体の中でそこに手が回らなければ、結局、改善であるとか、そういったことは無意味になってしまうので、そういった生活保護全体の視点を忘れずに、新しい事務負担であるとか、新しい取組について議論いただければと思っております。

最後に27ページ、レセプト管理システムの機能強化というところがあります。先ほど東大阪市さんからもありましたが、レセプト管理システムから抽出をしたものについて、ひと手間、ふた手間加えた上で取組をしていくと、その部分は無駄な部分がありますから、抽出したものをそのまま使えるということが大前提で、ケースワーカーが手間なく使える、そういったところをユーザーフレンドリーな形で、最優先でシステム等を組んでいただければなと思っておりますので検討等をお願いします。

以上となります。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、松本構成員、どうぞ。

○松本構成員　まず、資料2の23ページにありますデジタル化・データ活用のところでございます。こちらは効果的な活用が重要だと思いますので、それに向けまして、福祉事務所でデータ活用を支援するため、今回、ガイドブックの作成ということで取り組まれる予定となっておりますけれども、このガイドブックを活用してデータの実質的な利活用が一層推進されるように、完成後はその効果を検証しつつ、必要な研修やフォローアップ、こういったものの支援の充実について検討いただければと思います。

併せて、現在は担当者会というようなことになっておりますけれども、人材育成の観点から市町村の担当職員が直接研修を受けられる体制整備についても御検討いただきたいと思っております。

資料3の5ページ、保健師の活動指針が出たということで御紹介いただきましてありがとうございます。これは、地域保健法第4条第1項に基づきます地域保健対策の推進に関

する基本的な指針について保健師がどう動くのかということを補完する立てつけになった指針であり、自治体保健師の保健活動の基本になる大事な指針でございます。このたびの改正で都道府県、保健所、市町村、全ての自治体において推進すべき事項に、この生活保護受給者に対する保健活動が明記されたことは非常に大きいものと思っております。

参考のほうに載っているのですが、最後の市町村保健センターのところに生活部門との連携が記載されています。特に各部門が保有するデータを含め、密接な連携を図り、効果的に住民の健康増進、生活習慣病予防、介護予防に取り組むことが示されておりますので、ぜひ、これを進めるためには、全ての市町村に統括保健師を配置いただき、そこを窓口として地域での連携に向けた体制構築、先ほど津下構成員からもおっしゃっていただきましたけれども、単に自治体の内部だけではなくて、それ以外も含めた地域全体での連携をどうするのかということで、体制構築を進めていただきたいと考えております。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、西岡構成員、どうぞ。

○西岡構成員　2点、提案といいますか、意見といいますか、双方入っているようなものです。

1つ目は都道府県による市町村支援の話です。伴走支援はデータに関する支援等がかなり行われてきたところだと思いますけれども、データをどう扱うとか、そういったことも確かに大事だと思いますが、それに加えて、例えば隣の市町村は実務上どういうことやっているのかというような感じのことです。同じ医療機関が2つの自治体で診療していることは多々あることですので、例えば医療機関に対しての連絡の仕方だったり、そういったことをどのようにやっているかというような、これは細かな話ですが、ノウハウみたいなものの共有ができるといいのかなと思っています。

伴走支援は本当にデータのサポートだったり、もしくはそういうことだけではなくて、もっと意見交換が密に近い関係でできるように、都道府県かもしれませんし、地方厚生局かもしれませんけれども、そういったところがネットワーキングの仕組みづくりをやっていけるようになるといいのかなと思っています。

先ほど担当者会議で事務職ターゲット、専門職ターゲットという形で開催するというようなところがありましたけれども、そういったこともより小さい単位、都道府県等やっていくことができるようになると、より有機的なものになるかなと思いました。

もう一つは保健師活動指針のところの改正の話で、私も非常に重要なことだと感じました。そういった中で、常勤の保健師の方々がローテーションといいますか、福祉事務所というところを一つの保健活動の実践の場、かつ学びの場としていただくようなことが今後なされていくといいのかなと思っています。これには実際に働いている常勤の保健師だけではなくて、例えば大学や大学院からの実習を受け入れるということだったり、あと、そういった保健師教育のほうにも生活保護分野のこと、生活困窮分野のことがもっともっと広がっていくいいと思いました。

こういった形で保健師、地域保健活動のところの指針の話で、保健師の活動の範囲に生活保護の部門が入ってきたというところで、福祉事務所はマンパワーがない中で予算取りしなくてはいけない、財務部分と折衝しなければならない、財務部門と折衝して外部に募集を出して会計年度任用職員を採りにいかななくてはいけないみたいな感じの方向性ではなくて、津下構成員をはじめ、多くの方におっしゃっていただきましたけれども、あるマンパワー資源で、例えば現場で職員・専門職が生活保護部門でも活動できるような形、それを後押しするような通知を厚生労働省として出していただけると、今のディスカッションされているような内容を実践できる専門職をレセプトの点検等を含めて福祉事務所に置けるようになる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。

津下構成員、どうぞ。

○津下構成員 この研修会の中で、健康管理支援、都道府県による支援が、データ分析結果をどう利用するかという研修会にできるだけならないようにしたいと思っています。現場で抱えている様々な課題とか、生活実感とか、うちはこういうことで困っている、こういう方に本当はこのようにしたいという思いがあるけれども、思いは思いだけではなかなか伝わらない部分があるので、それを裏付けるものとして、データをどう活用可能かという視点で受け止めていただくといいかなと思います。

現在のデータの粗さというか質からいくと、データから全て結論を引き出せるものではないと思っています。現場の実感をデータでから見るとどうなのか、現場では気づかないこんなことがデータで見えるのだという形で活用していく。データありきではないような受け止め方がされて、うまく活用していただける福祉事務所が増えるといいのかなと思います。自分たちの声を代弁するというか、思っていたのだけれども、やっぱりそうだよねと、資料に載せて発信できる、いろいろな会議で表現できるというところにデータをどう利用するか。

そういう観点で、データに振りまわされないで、データを使ってやるぐらいの感覚で見ただけでもいいかなと思います。外部に協力を要請するときに活用するにはこんなデータが効果的なのではないかとか、どういうシチュエーションでデータが活用できるかというのを、また研究班の中でも福祉事務所の皆さんと一緒に検討できたらいいなと思っています。

○尾形座長 ありがとうございます。

小塩構成員、どうぞ。

○小塩構成員 資料2の医療DXの話です。これは前回も議論になりましたが、17ページ目のオンライン資格確認の状況が寂しいです。レセプトベースで10%しかありませんということですが、政策的にこの率を高めるような取組を考えていらっしゃいますでしょうか。前の御説明だと、医療機関側には改修用の補助金があるのですが、今年度で

終わってしまうという話だったのです。受給者のほうにちゃんと資格確認してくださいと、もちろん推奨はされていると思うのですけれども、制度的に高めるような取組はなさっているのでしょうか。

例えば新規に生活保護受給されるような人には、もし、入ってなかったら、積極的にマイナンバーを使うようにしてくださいというような働きかけをするのも一つの方法だろうと思います。制度的にこの率を高めないとどうしようもないです。10%しかないと、いろいろなことをここで議論していても、その成果が十分上がらないと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○尾形座長 これは事務局をお願いします。

○小川保護事業室長 ありがとうございます。

2点あると思っております、まず一つは利用登録をしていただくことが非常に重要かと思っています。各自治体のほうで、今まさしくおっしゃったような生活保護を開始されたときにちゃんと案内するとか、各福祉事務所でやっていただいていると思います。先ほどたしか横田構成員のほうからも別のテーマでございましたけれども、何らかのメリットになるようなものをちゃんとつくっていけないかというところは、今、具体的に事務局のほうであるわけではございませんが、ほかのテーマとも併せて検討していくことは重要なのかなと思っています。

もう一つ、そうは言ってもマイナンバーカードの利用が上がっていかない中でも、いわゆる単件照会、番号をレセコンから当てて資格確認をしていくような仕組み、これをちゃんとやっていただきますと、受診の状況、資格確認の状況は福祉事務所のほうで確認できます。これはマイナ保険証と違う仕組みでございます。これを活用しますと、受診頻度が高くなっているといったところも分かってくるかと思いますので、医療機関のほうで毎回の単件照会に今後御協力いただきまして、この辺の受診状況をちゃんと確認していくことはあるのかなと思っています。

以上です。

○尾形座長 よろしいですか。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ほかに御意見がないようですので、本件も以上としたいと思います。

本日の議事1「医薬品の適正使用・適正受診等」に関しましては、様々な貴重な御意見をいただきました。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、それから、各種データや補足資料の提示など、さらに準備を進めていただくようお願いをいたします。

次回開催につきまして、事務局よりお願いします。

○今井室長補佐 次回の検討会でございますが、日程、会場、開催方法等、詳細につきましては、追って事務局より御連絡をさせていただきます。

○尾形座長 それでは、本日の議論は以上とさせていただきますと思います。

長時間にわたり大変熱心な御議論をいただきまして、どうもありがとうございました。