2026-10-28　医療扶助・健康管理支援等に関する検討会（第８回）

○今井保護事業室長補佐　定刻となりましたので、ただいまより、第８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ございます。

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ございます。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。

まず、最初に、構成員の変更がございますので、御紹介をさせていただきます。

千葉市保健福祉局次長、久保龍太郎構成員でございます。

本日、初めての御出席でございますので、簡単な自己紹介と、医療扶助・健康管理支援等の制度に対する現状認識ですとか、お取り組み内容なども含めて、御発言をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○久保構成員　よろしくお願いいたします。

ただいま御紹介いただきました、千葉市保健福祉局次長の久保でございます。本年８月に横田の後任として着任しました。

千葉市の現状として申し上げますと、千葉市に現在、約１万8000世帯の世帯数がおりまして、それを約200人のケースワーカーが担当しているという状況でございます。１人当たりの担当件数が大変多い状況にある一方で、ケースワーカーの半数以上が20代と若い職員が多い状況で、いかに業務を持続的に回しながら、現場での技術伝承を行っていくかというのが大きな課題となっているところでございます。

千葉市には６つの行政区がございまして、各区の生活保護担当の課長とは、月１回打ち合わせをさせていただいており、そこでも日々の業務に苦慮しているというお声をいただくような現状でございます。

制度を安定的、持続的に運営していくという観点から、医療扶助・健康管理支援等については、しっかり取り組んでいかなければいけないという認識を本市としては持っております。

一方で、やはり現場での確実な保護の実施と適正な指導等を引き続き行っていくためには、こうした現場の負担感をこれからどのように和らげていくかという視点も、大変重要なのではないかと考えているところでございます。

議論に参加させていただくに当たりまして、こうした現場の視点も踏まえながら、御意見等を述べさせていただければと考えております。何とぞ、よろしくお願いいたします。

○今井保護事業室長補佐　ありがとうございました。

続きまして、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。

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

なお、津下構成員は所用のため、中途御退席なさる旨、伺っております。

また、竹内構成員は、御欠席と伺っております。

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長、西田様にオンラインで御参加をいただいております。

また、事務局におきましても異動がございましたので、御紹介させていただきます。

野村社会・援護局長。

山田社会・援護局総務課長。

和田社会・援護局保護課長。

松岡社会・援護局保護課保護事業室長。

以上でございます。

事務局を代表いたしまして、社会・援護局長の野村より一言御挨拶を申し上げます。

○野村局長　今、御紹介いただきました、社会・援護局長の野村でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

構成員の皆様方におかれましては、御多忙のところ御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

生活保護受給者の方々というのは国民全体の中で見ても、その中でもさらに高齢化が進んでいるということでございますし、さらに糖尿病などの外来の受療率も高めであるということ、そして、健康づくりとか、生活習慣病の重症化予防を進めていくということと併せて、ポリファーマシー対策などの医薬品の適正使用に向けた支援や取組を強化していく必要があると考えてございます。

また、医療扶助は自己負担なしで、医療費の全額を公費で賄っているという仕組みでございます。こうした仕組みへの信頼であるとか、公平の観点などを踏まえて、各種給付の適正化に向けた対策といったものをより、取り組んでいかなくてはいけないと考えております。

さらに、医療現場と自治体のいずれにおきましても人員確保とか、業務負担といった課題を抱えていらっしゃる中で、デジタルの活用などを通じた業務の簡素化であるとか効率化、こうした観点も大事ではないかなと思います。

いわゆる、こういった技術の活用、DXの活用など、あるいは制度の中での対応、そういった、いろいろな取組を組み合わせて考えていく必要があるのかなと考えております。

構成員の皆様方におかれましては、幅広い見地から、忌憚のない御意見を賜りますれば幸いでございますので、その旨、改めてこの場でお願い申し上げまして、私からの御挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○今井保護事業室長補佐　会場の報道関係の皆様におかれまして、カメラ撮りは、ここまでとさせていただければと思います。

なお、社会・援護局長、野村及び保護課長の和田につきましては、他の公務により、中座させていただきますのであらかじめ御了承ください。

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、議事次第、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」、参考資料として開催要綱をお配りしてございます。

次に、発言方法につきまして、オンラインで御出席の構成員の皆様におかれましては、基本的にマイクはミュートにしていただきまして、御発言される際に「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際は、改めて、マイクをミュートにしていただくとともに「リアクション」から「手を下ろす」をクリックいただきますようお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

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。よろしくお願いいたします。

○尾形座長　こんにちは。尾形でございます。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事に入りたいと思います。

まず、議事の１「医薬品の適正使用・適正受診等」につきましては、これを２つのパートに分けまして御議論をいただければと思います。

まずは前半の部分「１．医薬品の適正使用に向けた取組の在り方」につきまして、事務局から説明をお願いしたいと思います。

なお、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。

○松岡保護事業室長　保護事業室の松岡でございます。改めまして、よろしくお願いいたします。

それでは、資料１を御覧ください。２ページでございます。

「１．医薬品の適正使用に向けた取組の在り方」ということで、１つ目が「残薬の対応について」でございます。

３ページでございます。

残薬の対応につきましては、昨年末の中間的な整理を踏まえまして、令和８年度中を目途に、国において、残薬が確認された場合の対応方法等を整理・周知することとしております。

４ページでございます。

前回の検討会でも論点として挙げさせていただき、意見をいただいたところでございま

す。

続きまして、５ページでございます。

これまでの検討会での主な御意見でございます。残薬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が必要ではないかといった御意見や、生活保護分野においても主治医や薬局への情報提供が行われるよう、負担にも配慮した上で具体的な方法などを整理して検討してほしいといった御意見、また、残薬があることや、ほかの医療機関にかかっていることを医師や薬剤師に言いづらい方もいらっしゃることから、指導目線ではなく、まずは、不要なときには不要だと言えばよいことを理解してもらう姿勢が大切ではないか、また、調整会議等専門職が情報共有できる場、多機関で共有して対応していくプラットフォームが重要といった御意見もいただいたところでございます。

続きまして、６ページでございます。

こちらは、医療保険における状況ということで残薬に関する主な診療報酬の改定項目でございます。

残薬対応を進めるため、処方箋様式の見直し等や加算等の対応が行われているところでございます。

７ページでございます。

こちらは、対応案でございます。まず、福祉事務所において残薬の薬局等への持参等について生活保護受給者に対し、郵送物への同封、また、家庭訪問などにより周知・指導を実施するとともに、医療機関・薬局等と連携して残薬対応を実施する。

また、生活保護受給者につきましては、医療機関、薬局等に残薬を持参していただく、医療機関、薬局等には、持参した生活保護受給者に対し、減量などを実施し、福祉事務所に情報提供するといった流れを考えております。

また、医療機関におかれましては、処方箋様式の新たな項目の活用を積極的に検討していただければと考えております。

訪問看護事業所等につきましては、残薬持参の指導を訪問時に行うということと、必要時に福祉事務所に情報を提供する、最後、残薬を持参しない場合は、必要に応じて調整会議を開催し、関係機関で情報共有や対応方針を検討するといった案を考えているところでございます。

続きまして、２点目でございます。

８ページ「薬剤の標準的な処方上限について」でございます。

９ページでございます。

こちらも前回の検討会で論点として挙げさせていただき、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も踏まえ、一定の薬剤の処方に当たり、標準的な上限数量を定めてはどうかといったものでございます。

10ページでございます。

こちらは、診療報酬改定における薬剤給付適正化のこれまでの対応でございます。

真ん中の部分、平成28年、令和４年の診療報酬改定におきまして、湿布薬について63枚という数量が定められているところでございます。

11ページでございます。

こちらは、投与期間に上限が設けられている医薬品でございます。上限が設けられている医薬品として麻薬、新医薬品等がございます。

12ページでございます。

では、医療扶助においてどういう状況か、ということで、外来で処方人数が多い医薬品の処方状況です。

処方人数が多い成分としては、解熱鎮痛消炎剤などで、多くても１か月以内の処方、全体的に適正に処方されているという状況と見受けられます。

13ページでございます。

論点でございますが、医療扶助における医薬品の処方の在り方等については、NDBデータ等の分析を進めつつ、重複多剤投与対策等、これまでの取組の状況や、医療保険等における議論の状況を踏まえながら、引き続き検討することとしてはどうか、という点を挙げさせていただいております。

１点目の残薬対応と併せて御意見をいただければと思います。

事務局から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説明、資料１で言いますと、13ページまでにつきまして、皆様から御意見、御質問等を承りたいと思います。いかがでしょうか。

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。非常によく分かる御説明をありがとうございました。

私からは、基本的に解釈の確認と意見になりますけれども、残薬の対策に関しては、これまでもお話をさせていただいてきたように、生活保護の受給者の方、被保護者の方々に特徴的な課題というよりも社会全体の課題ですので、この医療保険も含めて社会の対策としてどのようにやっていくといいかというのを考えるのが大切かなと思っております。

そういう点で、今回明示していただいた部分は、残薬の発見者に、生活保護の受給者の方々、被保護者の方々は、ケースワーカーが発見者になれるという点で、その経路を示していただいたものと認識、理解をしております。福祉事務所に情報共有する仕組みをつくったりとか、指導の経路を増やすというイメージなのかなと思って伺いましたが、それでよかったでしょうかというところの簡単な確認です。

もう一点は、医療現場で働いているところの率直な感想といいますか、意見ですけれども、もし、仮に生活保護の利用者の方々、被保護者の方々においてのみ、処方上限を設けるということをした場合には、医療現場は非常に煩雑になると思います。そもそも様々な

ことに対応しなければならないことが多い中で、その人が生活保護の医療扶助の医療券を持っているからといって対応を変えなければならない、それに対して、例えば薬局と応対しなければならないということは、現場としては負担になることが非常に大きいかなと思いますので、医療保険全体の課題として進めていただくということで、今のデータはとてもよいデータだと思いました。

一方で、１点だけ確認といいますか、今後重要だなと思っているところですけれども、重複多剤投薬の対応で、被保護者の処方の問題は対応可能そうだというところには同意をするのですが、ただし、見ているデータは医療扶助によって支払われているデータのみですので、例えば自立支援医療とか難病とか、医療扶助で把握できていない部分は、今回含まれていないと認識をしています。

そのため、今、出ているデータそのものが、もしかしたら現場感とは合わないかなという、現場で感じていることと少しずれが生じたりするのではないかということを含んだ上で、発信をしていくということが大切かなと思いました。意見です。

○尾形座長　ありがとうございました。

１点確認ということだったかと思いますが、事務局、お願いいたします。

○松岡保護事業室長　西岡構成員、御意見ありがとうございます。

ケースワーカーが発見者になるという指導の経路を増やすというところの御確認でございますが、御指摘のとおりでございます。ケースワーカーからも指導していくといった経路をうまく活用していきたいと考えているところでございます。

○尾形座長　よろしいでしょうか。ありがとうございました。

それでは、津下構成員、どうぞ。

○津下構成員　ありがとうございます。

残薬に関する対応ということで、医療扶助受給者は、ケースワーカーの方が発見者になれるという非常に大きな利点があるかなと思っております。今の西岡構成員の御意見とも重なる部分もありますけれども、例えば、医療機関で処方した薬が飲めていない、例えば血圧とか糖尿病のコントロールとかをしている患者さんにおいて、そのデータでもって治療がうまくいっているかどうかという判断をしやすいのですけれども、お薬がちゃんと飲めているかどうかについて、患者さんが主治医に、あまり飲めていません、とか言いにくい状況があると、薬が効いていないと判断され、さらに不適切な処方にもつながりかねないと思います。これは、安心して残薬のことも相談できる体制が重要と思います。もちろん費用ということもありますが、安全性という意味で、主治医にきちんと情報提供ができる、そして、フィードバックがなされて、適切な医療につながるということを考えて動いていただくといいのかなと思いました。

２点目なのですけれども、処方上限の話です。処方する医師側として、上限を超える処方は、普通しないことが多いということが証明されたと思うのですが、ただ、これは、レセプトごとに見たものということで、つまり一医療機関ごとになるのだと思います。複数

の医療機関にかかっている場合に、この処方上限よりも多量の薬が１人の人にいってしまうということがあるかと思いますので、同一薬剤が複数の医療機関から出されている場合についての状況というのも、併せて確認していただく必要があるのかなと思います。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した。

今の点は、御意見として承りたいと思います。

久保構成員、お願いできますか。

○久保構成員　７ページの論点の部分で、残薬に関する対応ということでおまとめいただき、ありがとうございました。

１つは御意見として､もう一つは確認として御発言させていただきたいと思うのですが、生活保護受給者に対して郵送物への同封ですとか、家庭訪問などにより周知・指導を実施するということについては、自治体としてしっかりやるべきことであろうと考えております。

ただ、実態としてケースワーカーにつきましては、実際、医療に関する知識というものがないので、この周知の指導の部分ということについては、ある程度一定の考え方というものがあると大変ありがたいなと考えております。

ここに※書きのところで、調整会議を開催して関係機関で情報共有や対応方針を検討するという点につきましても､どのようなものを対象とするのか等は､情報共有等を通じて、どのような行動の改善をどのように促すかというイメージが湧くような形で、一定の基準みたいなものが必要かというと、そこまでではないのですけれども、何かモデルケースみたいなものがあるとありがたいなということを考えているところでございます。

実態としては、本市では、医療に関する専門的な内容とか、対象者の抽出につきましては、各行政区に配置している医療扶助相談員、これは会計年度職員なのですけれども、そこが担っている一方で、実際、指導をするのは、当然ケースワーカーでございます。ケースワーカーの負担軽減は、さることながら、指導の質というものを全国的に担保する観点からも、一定のモデルケースなりをお示しいただくと大変ありがたいと考えているところでございます。

もう一点､確認となりますが､福祉事務所が情報提供を受けるということにつきまして、情報提供の粒度につきましては、あまり頻繁に共有があってもなかなか対応が難しいという点があることでございます。例えば、悪質性が相当程度疑われるケースとか、あるいは本人の健康が著しく害されるようなケースという場合に、情報提供をいただけるという理解でいいか、１点確認させていただければと思います。

○尾形座長　最後の点は確認ですので、事務局、お願いいたします。

○松岡保護事業室長　御意見ありがとうございます。

御指摘の情報提供の場合でございますが、難しいケースもそうなのですが、実際に対応済みのケースについても、薬局等から福祉事務所に情報提供をいただくことというのも現

在イメージしております。

既に重複多剤投与対策において、情報共有のフォーマット案を作成しているところでございます。資料１の参考資料、48ページになります。こういったツールも活用しながら情報共有してもらうことを現在、想定しているところでございます。

以上でございます。

○尾形座長　久保構成員、よろしいでしょうか。

○久保構成員　ありがとうございます。

○尾形座長　それでは、松本構成員、どうぞ。

○松本構成員　日本看護協会の松本でございます。御説明ありがとうございました。

７ページのほうでおまとめをいただきまして、このような方法で連携が取れるという案をお示しいただきましてありがとうございます。

私が現場におりました際には、薬局で残薬袋のようなものを出していただきまして、地域の住民に配付いただくようなイベントを実施したことがございます。先ほどから意見がございましたように、残薬を薬局に持っていってもいいということが認識される、また、診察時に医師に、適切にその状態を伝えるということが何より大事だと思いますので、このようなハードルを下げる方法についても、ぜひ御検討いただければと思っております。

また、48ページに様式をお示しいただきましたが、49ページの国立長寿医療研究センターが作成された問診票は、確かに回答項目が多いとは思うのですが、48ページのところには、例えば、薬が多くなると体に負担がかかるということを啓発している一方で、実際に本人が飲みにくさを感じている場合などは、３番のところで薬剤師に相談してもいいとは書いてあるものの、本人が気になる事項についても書き表せるようなものがあれば、より良いのではないかと思いました。

また、13ページの薬剤の標準的な処方上限について、OTC類似薬の一部保険外療養が開始されるということですので、今後の動向について把握し、必要な改善策について、改めて検討する機会を持つことが重要であると思っております。

以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、西田構成員代理、どうぞ。

○西田構成員代理　東大阪市の西田でございます。本日は竹内の代理で出席させていただいております。よろしくお願いします。

まず、４ページのところなのですけれども、４ページの「残薬に関する対応」というところの○の２つ目のところでございます。

ここのところで、明確な根拠の徹底という部分があります。確かに生活保護受給者へ家庭訪問等に行ったときに、残薬が余っていることが把握できた場合は、主治医とか、薬局に相談するように伝えるという取組をしております。

ここの中で、明確な根拠の設定というものがございましたら、支援しやすくなるという

ことはあるかと思います。

ただ、それに従わないので、例えば、生活保護法の27条の指導指示があるのですけれども、こういった指導指示の対象となるところで言いますと、少し厳しいのかなという感じがいたします。

また、根拠の設定の部分でいうと、ケースワーカーにとっても意識ができることはあると、残薬について支援をしていかないといけないということで、意識できる部分というのはあると思いますけれども、ただ、ケースワーカーの負担が多くならないように、例えば定期の家庭訪問のときに併せて確認するなど、こういったケースワーカーの範囲内で指導するという考え方で、仮に設定するのであれば、検討いただければと考えております。

あと、もう一点、９ページのところ、上限額の設定という部分でございます。これは、先ほども少し他の構成員の方からもお話があったのですけれども、実際に医療現場の部分でどうかということで、少し関係機関の方にお話を伺う機会がございました。

そのときに伺った話では、標準的な数量を定めることが難しいとか、レセプト請求についてだけでも現状でも時間を要するという中で、さらに標準的な数量を超えると、レセプトに理由を書かないといけないとなると、やはり事務負担も大き過ぎるといった理由で難しいのではないかという声がございましたので、今回は、恐らく上限設定というところはない可能性もあると思うのですけれども、そういったことも意見があるということだけお伝えさせて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。

ほかは、いかがでしょうか。会場御出席の構成員の方、如何ですか。

小塩構成員、どうぞ。

○小塩構成員　詳細な御説明、どうもありがとうございます。

私からは、質問が１つ、コメントが２つございます。１つは、12ページの表を見ると、それほど多くの薬が処方されていないという御指摘がありましたが、これは、１レセプト当たりということですね。先ほども御指摘がありましたが、複数の医療機関でお薬をもらっていたら数字が全然違ってくるのではないかと思います。ですから、この表に表れている以上に、状況は深刻であるかもしれない。それについて少し御説明を伺いたいと思います。

それから、これは医療扶助ですが、保険医療の場合も同じような分布になっているのか、もし、分かればということで結構ですが、取りあえず、この表の見方について質問をさせていただきます。

それから、コメントの１つ目は、残薬についてです。先ほども何人かの構成員の方から御指摘がありましたが、日頃から、その方がお医者さんから処方されたお薬をちゃんと飲んでいるか、飲んでいなければ、どういう問題があるかというのを、これは少し手間がかかるかもしれないのですが、できるだけチェックしていくことが必要になるかと思います。

２つ目のコメントは、13ページの論点のところに書いてありますが、残薬とか処方するお薬の量の問題は、医療扶助に限った問題ではなくて、保険医療と共通する問題だという点です。先ほども御指摘がありましたが、保険医療と医療扶助で仕組みが変わると現場が非常に困ってしまうということですので、できるだけ統一した方針で、制度なり、ルールなりを決めていただくという必要があると思います。医療保険と議論をできるだけ一緒に進めることが必要ですね。

以上です。

○尾形座長　ありがとうございました。

資料の12ページについて、２点ほど確認の御質問だったと思います。

○松岡保護事業室長　御意見ありがとうございます。

１つ目でございますが、複数医療機関での状況というところでございますが、そちらにつきましては、当然ながら複数の医療機関の受診に関しましては、これまでも頻回受診、重複多剤の投与対策というのを実施してきており、非常に重要だと思っていますので、そういった観点で、今年度からもお薬手帳の原則化といったところでの対策も進めているところでございます。

実際に、複数医療機関での処方も含めた１か月の集計というところに関しては、これからも見ていかなくてはいけないなと思うので、そういった観点も踏まえながら、確認は進めていこうと思っております。当然重要な視点でございますので、そういった複数医療機関のところの対策と、実際はどうなっているかっていったところも、引き続き、確認をしていくのと､対策も進めていくといったところが重要かと考えているところでございます。

もう一つ、医療保険での集計結果というのは、現時点では把握しておりません。

以上でございます。

○尾形座長　それは、把握はしようと思えばできるということですか。

○松岡保護事業室長　はい、そこについては検討をさせていただければと思います。

○尾形座長　よろしいでしょうか。ほかはいかがでしょう。

では、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。御丁寧な御説明をいただきまして、ありがとうございました。

私からは、残薬と処方上限について、２点の意見と１つ質問がございます。

まず、スライドの７枚目におまとめをいただいた残薬について意見を申し述べます。

残薬につきましては、前回にも構成員からもお話がございましたけれども、残薬が出ること自体は、日常的であり、珍しいことではないということ、また、発生し得るものであるということから、受給者に寄り添った対応が必要と考えます。

その上で、図にも示していただきましたように、まず１点目といたしまして、福祉事務所から、残薬が出た場合、または残薬が確認ができた場合には、薬局へ持参をするように周知・指導いただくこと。

２点目といたしまして、お薬手帳原則化ということで、薬局に持参し、活用していただくよう周知・指導いただくこと。

３つ目に、残薬が認められた場合は、その発生原因への介入が重要であるということから、本人からだけではなく、福祉事務所のケースワーカーや訪問看護師などから生活状況等を含めた服薬の環境、服薬に関する情報を薬剤師や医師にお伝えいただきたいということ。

４つ目に、薬剤師はそれらの情報を踏まえ、必要に応じて医師に対して疑義照会あるいは相談、処方提案などの適切な対応をすることが重要であるとおまとめいただいているところだと思います。

こちらにつきましては、関係者に、この重要な点がしっかりと実践できるように、繰り返し周知いただきたいと思います。１つのことだけをしていればいいということではなく、このような４つの側面からの一体的なアプローチが非常に重要であるということを、繰り返し周知徹底いただきたいと思います。

２点目でございますが、薬剤の標準的な処方上限について、スライドの13枚目で論点をおまとめいただいてございます。

被保護者に対しましては、必要な薬が制限されることはないようにした上で、安全性が損なわれるような重複や多剤の問題については、福祉事務所が把握しているデータに基づいて、処方上限について検討するという論点出しをされたということについては賛同申し上げます。その上で、医療現場の負担になるということは、西岡構成員などからもございましたが、私も同様の認識でございます。

また、来年から始まる、いわゆるOTC類似薬の一部保険外療養への対応が進んでまいりますので、医療機関、薬局では、かなりの負担が増大すると想像されることから、慎重な対応を検討する必要があると考えております。

続きまして、要望になりますが、処方上限の有無にかかわらず、お薬手帳の活用や残薬対策、調整会議の活用、薬剤師によるフォローアップなどを行っていくことが極めて重要であり、大前提であると考えております。

これらの対応が確実に実施できるように、関係者間の連携や対応ということが非常に重要になりますので、通知の発出など関係機関への文書等での連絡も必要に応じて対応いただきたく、こちらは要望です。

次に調整会議について質問がございます。私の地元の薬局でも調整会議への出席の依頼がございまして、参加していてその必要性と課題を強く感じております。

まず、調整会議は極めて有用な手段と考えています。しかし、診療報酬上の評価はありません。特に医薬品の課題がある場合に、当然薬剤師として参加したいのですが、調整会議に参加すると１時間ぐらいかかるのも珍しくなく、参加しづらいという状況が課題となっております。

では、こういった評価や費用をどうするのかということを考えたときに、保険上の措置

とするには、保険の観点から考えると、極めて難しい部分もあろうかと思いますので、例えば福祉事務所と特定の薬局との間で委託契約を行って、必要に応じて、その費用の支払いなども含めた対応を検討してはどうかと考えます。ほかの構成員からもお話がありましたけれども、調整会議を活用するためには、薬の専門知識がない関係者間で協議するのではなく、専門家である薬剤師が調整会議に参加できるようにすることについて、どのようにお考えか、御回答をいただければと思います。

○尾形座長　ありがとうございました。

調整会議の運営についての御質問ですので、事務局、お願いいたします。

○松岡保護事業室長　御意見ありがとうございます。

調整会議は、非常に有用だというところでの御意見をいただきつつ、一方で、費用面、時間で負担のところも発生するといった御意見かと思います。

そちらにつきましては、今のところ、まさに調整会議については、法律上、集まって個人情報の共有も含めて守秘義務がかかるといったところでやっていっているところでございます。

それで、どういった工夫ができるかというところは、今のところ、すぐに御提案できるものではございませんが、負担軽減、どのように効率的にできるかといった点も含めて、また、現場でも実際に調整会議、これから幾つか事例も出てくると思いますので、そういった事例等も我々も研究しながら、共有もしていき、どういった効率的な負担のない形でできるかといったところも検討していきたいと思っております。

以上でございます。

○尾形座長　よろしいですか。

○村杉構成員　ありがとうございます。

また、現場でどのような課題があり調整会議が行われたのか、あるいは調整会議によってどのような効果があったのかといった、現場の実情を提供するなど、当会として協力できることがございましたら、積極的に情報を収集してまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いします。ありがとうございました。

○尾形座長　ありがとうございました。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員　医療提供者、日本医師会の立場として一言述べたいと思います。

まず、残薬に対する対応、それと、処方上限についての論点については、おおむね賛同するところでございます。

その上で、先ほどから、西岡構成員、小塩構成員、村杉構成員も御指摘されたように、この課題というのは、医療保険上でも大きな課題になっており、これに対する対策が既に始まっているところです。基本的には、その対策の範囲内で、この課題を、こちらでもどのように解決できるかというのが、やはり大事ではないかなと考えております。

それは、先ほどから出てきている現場に負担がかからないだとか、現場に特別な対応を

求められない方法であるという点でもありますし、また、場合によっては人権的な配慮が、医療機関側に求められるということにもつながりかねないので、先ほどから御指摘のあるような形で御対応をぜひお願いしたいと思います。

その上で、重複・多剤投与に関しましては、今、電子処方箋を含めてのナショナルデータベースからの情報というのが、恐らく薬局さんではしっかりと把握できるのだろうと思います。そこから先、どのような形で対応していくか、医療機関においては、用法・用量の変更は、しっかり医師のほうに相談してくださいと、ただ、薬局さん側でも、これは残薬を含めて多過ぎるねということになると、薬局さんのほうでは、処方日数を考慮することは可能になっているかと思います。そういったいろいろな対応策を考えて、この課題についても解決いただければと思います。よろしくお願いします。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、大杉構成員、どうぞ。

○大杉構成員　ありがとうございます。

この残薬の対応に関しては、出す側と受け取る側、そして見守る側の三者が本当にしっかり連携していかないと、なかなか解決の糸口が見えないのかなと思います。

３ページに論点を示していただいておりますが、医師、歯科医師、薬剤師による入り口での対応が一番大きい部分になろうかなと思います。

具体的な対応として、お薬手帳の原則一本化がありましたけれども、複数医療機関に行った場合等々のことを含めて、そこのところで薬剤の重複等はチェックできますので、ぜひともそれをしていただきたいと思っています。

また、ケースワーカーによる家庭訪問や訪問介護、訪問看護等の方々が対象者のところに行かれた際に残薬に気づいた場合の適正使用等の整理、周知が一番大事になるものと思います。

先ほど紹介された千葉の事例で、100人のケースワーカーの方々がいて、まだ、これでも足りないのかもしれませんけれども、各市町村は人材的に厳しいことはよく分かっておりますが、理想としては、体制を充実させながら進めていくことが大事ではないかなと思います。

また、７ページに対応策がありますが、生活保護者に対し、郵送物を同封して送り返してもらうと。これは、少し疑問に思ったのは、薬を残してもよいという逆のメッセージにならないかなと少し危惧するところです。これもケースワーカーの方、訪問介護、訪問看護の方々が、対象者の方に、なぜ飲むことができなかったのか、なぜ残してしまったのかを伺い、その情報をドクターにフィードバックしていただきながら、その方にとって、よりよい処方、より良い生活となるように心がけていくことが大事なの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した。

ほか、よろしいでしょうか。

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

先に進みます。先ほどの資料１の後半部分です。「２．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が、これにつきましても、まず、事務局のほうから資料の説明をお願いいたします。

○松岡保護事業室長　それでは、資料１の14ページを御覧ください。

「紹介状無し200床（一般病床）以上病院受診について」でございます。

15ページでございます。

こちらは、前回の検討会資料でも論点として挙げさせていただいております。医療保険では外来医療の機能分化を推進する観点から、定額負担の制度が設けられておりますが、医療扶助は制度の対象外となっております。

16ページでございます。

これまでの検討会での主な御意見でございます。病院機能を損なう医療の提供が行われないよう、一定の仕組みを設ける必要があるのではないか、保険医療との公平性の観点からも議論すべきではないかといった御意見、また、窓口負担額等を考えるに当たっては、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の議論も必要、また、自己負担を求めるのであれば、生活扶助基準の議論も必要ではないかといった御意見をいただいているところでございます。

19ページでございます。

こちらは､医療保険における定額負担を求めなくてもよい場合について記載されており、初診・再診に分けて、具体的な要件が定められております。

20ページでございます。

こちらは、生活保護法における医療扶助運営要領でございます。こちらの要領においても､200床以上の医療機関受診は文書による紹介がある場合､緊急その他やむを得ない事情、また、ほかに診療科がない場合に限定されているところでございます。

21ページでございます。

自治体の現状でございます。下の自治体ヒアリング概要のとおり、周知や説明を実施しているものの、連絡なしに大病院に受診する生活保護受給者が一定程度存在するといった御意見、また、指導までできていない現状であるということの御意見、また、紹介状なしの大病院受診可能な場合は、緊急やむを得ない場合等に限られているが、その他にどういった場合が認められるのかが分かりにくく、生活保護受給者に対して指導がしにくい状況と、例外的な事例を明示してもらえると指導しやすくなるのではないかといった御意見をいただいております。

22ページでございます。こちらは、紹介状なし受診者の割合ということで、現状でございます。

紹介状なし受診者の割合は、300床から399床では、医療保険のほうが多いが、200床から299床及び400床以上では医療扶助が多くなっているという現状がございます。

23ページに論点を挙げさせていただいております。

１つ目、医療扶助において、受診が可能な要件に該当しない場合には、200床以上の病院受診はできないことを改めて周知徹底し、その場合には福祉事務所が当該医療機関への委託ができないことを明確化すべきではないか。

２つ目、紹介状なしで受診しようとする生活保護受給者に対し、福祉事務所から確実に指導を行うことを義務づけるとともに、医療機関等でも周知すべきではないか。

３つ目、医療保険における定額負担を求めない要件と医療扶助における受診が可能な要件についての運用が異なることについてどう考えるか。

４つ目、医療保険との公平性の観点から、生活保護受給者の定額負担など制度的な対応を講じることについてどう考えるか、と整理させていただいております。

こちらの御意見をいただければと思います。

事務局から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説明につきまして、皆様から御意見、御質問等を承りたいと思います。いかがでしょうか。

西岡構成員、どうぞ。

○西岡構成員　ありがとうございます。とても分かりやすい御説明をありがとうございました。神戸大学の西岡です。

まず、定額負担を設けるということに関して、これが、そもそもルール外の受診行動であるとはいえ、そのルール外ですよということを伝えた上でも、なお、やはり発生し得るものだと思います。

その発生する確率というものを、少し見積もった上で自己負担できるように、例えば生活の扶助費などを含めて調整や検討が必要なのかなと思ってお話を聞いていました。

具体的には、少し経済学の領域の話で、双曲割引という概念があります。こちらは、今により近いことほど価値が高く、将来になればなるほど、その価値が安くなっていくというような考え方ですけれども、生活保護の利用者の方々にとって、その日の受診というものに非常に価値の重きが置かれる可能性があって、将来そのお金がなくなってしまって暮らしが難しくなるかもという考えに及ばないことも考え得ると思うのです。

ですので、そういう点で、その日の受診に非常に価値や重きを置くのであれば、7,000円にしようが１万円にしようが、出す人は出してしまうと思うのです。

その場合に、与えられた保護費の中で、その受診が必要だからと思って選定療養費を出すと、やりくりをして月末まで、あと幾らもたさなければいけないということをすることに、うまくそういうことができない人たちも多い中で、そうすると、月末とか月初の支給前にお金がありませんということで窮乏するということが多く発生し得る、そういった可

能性もあるのではないかと考えています。

私たちの研究の中で､保護の基準額が､いろいろな理由があって変更されていくことが、これまでもありましたけれども、その支給、給付される額が減る場合に、その給付額が減った、つまり収入や使えるお金が減ったことに伴って、医療扶助費が増えるということの研究を私たちはやってきています。

こういったことが、実際に選定療養費に対して7,000円払いましょうということを設けたときに、発生する可能性ということをちゃんと私たちは見積もりながら制度設計しなければならないのではないかなと思いました。意見です。

○尾形座長　ありがとうございました。

ほかは、いかがでしょうか。

それでは、久保構成員、どうぞ。

○久保構成員　ありがとうございます。

21ページでおまとめいただいたとおり、実際、紹介なしに200床以上、病院受診については、本市においても、まずは医療機関に受診したいと相談があった場合に、被保護者の希望を聴取しながら、実施要領に基づいて適切な医療機関を選定するとともに、こうした取扱いを徹底するために、２年目のケースワーカーを対象として、生活保護関係職員地区担当員研修というものを実施しておりまして、こちらで福祉事務所の職員に対して取扱いの徹底を図っているというような状況にございます。

ただ、やはりどうしてもここに書いていただいてあるとおり、事前連絡なしで受診してしまうということもあります。

自治体において、こうした周知を行うこと、あるいはこうした実施要領の取扱いを徹底するということは、当然のことでございまして、その取扱いを前提とした上で保険医療との公平性という観点も踏まえながら、周知、広報だけではなくて、一定の制度的な対応が必要なのではないかと、我々としては考えているところでございます。

その際、例えば生活保護独自のものとして、実施機関において受診する医療機関を選定する、こうした運用もありますので、こうした仕組みの中で、受診の在り方を検討することは考えられるのではないかと考えております。

もう一点でございます。論点でいただいた３ポツ目でございます。要件が異なるという部分につきまして、現場として、実際に現行の運用に当たって、被保護者ですとか、あるいは実施機関、それで医療機関から、ここについて課題が出されているという状況ではないところではございますけれども、公平性の観点から、要件を合わせにいく、そうした形で実施要領が改訂されるのであれば、本市としましては、先ほど申し上げたような研修などもございますので、ケースワーカーへの研修などを行った上で、受給者にもしっかりと周知を行ってまいりたいと考えているところでございます。

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、津下構成員、どうぞ。

○津下構成員　ありがとうございます。

初診料上乗せ部分というのは、病院機能を損なう、医療の提供が損なわれないようという、そちら側からも発生していることであって、病院の機能分化から考えると、やはり緊急性とか、それから疾病の種類や重症度とか、いろいろな優先度がある中で医療が提供されています。

その中で、7,000円の上乗せというのは、あくまでも、これは、それを支払うことで、その制度を知ってもらうことができたり、歯止めになったりするということになっているのではないかと思います。

その点で言いますと、この医療扶助の方々が受診したときに、上乗せ分なしという状況で受診が可能ということがずっと行われると、機能分化の観点から問題であると思います。そのことをしっかり理解してもらうことが大切で、こういう症状のときには、まず、かかりつけ医、指定医療機関にかかるのだということを周知徹底する上でも、医療機関における窓口での対応も含めて、そこの制度の周知というのが必要ではないかと思います。

原則として、こういう制度になっているということをしっかり知っていただく取り組みを徹底した上で、この7,000円をどうするかというのは、次の問題かなと思っています。

まずは、この病院機能の観点から、また、医療保険との整合性から考えて、最も公平な実施方法を取るということが必要で、そのためには、福祉事務所からの働きかけの話もありましたけれども、医療機関における受入れの点においても、ルールの徹底とか、そして、現場で迷わないような対応をしていただけるといいのではないかなと思います。

まず、かかりつけ医に相談した上で受診の必要性があるかどうかの判断で紹介状を書いてもらって行くという、この医療のルートにきちんと乗っていただくことが優先されるのかなと思いますので、その周知のために、一定の額を支払う制度をつくるかどうかということについては、過渡期として導入するようなことは考えられるかもしれないなとは思います。

以上です。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、有本構成員、どうぞ。

○有本構成員　御説明ありがとうございます。

病院機能を損なわないようにするという観点から考えても、紹介状なしで200床以上の病院受診は、抑えていくということは、非常に必要だと思っていて、その部分の周知徹底というのが、とても大事なことなのかなとは思っています。

うちのほうの市内でも、何個か状況を聞いたのですけれども、恐らくなのですけれども、福祉事務所自体で具体的に何か金銭が発生するとか、そういう話ではない部分もあるのかもしれないのですけれども、なかなか大病院の医療券は発行しているけれども、うち何院が本当に不適切なのかとか、そこまで細かく詳細に把握を、もちろん、見つけたらすぐ指

導はするのですけれども、具体的に把握ができていないというのが現状だと聞いております。

やはり制度をつくっていくことに当たっては、実は、現状どれくらいの件数が不適切なのかとか、どういう指導をすると改善しているのかとか、その辺からまず入らなくては駄目なのかなということも思っていまして、現状の分析とか、ちゃんとそこら辺を押さえていく、なかなか難しい部分もあるのですけれども、そこが必要なのかなと思っております。

また、医療扶助の運営要領では、福祉事務所は紹介状なしでは、200床以上の病院は、まず選定しないとはなってはいるのですけれども、そういう選定を受けずに病院の窓口に行ってしまう方も何人かいるという現状ですので、では、病院が、そういう方が窓口に来られたら、何をもってお断りできるのかというのが、具体的に、これで駄目とはっきりといえる部分もなかなかなくて、病院としても、あそこのお医者さんに行って診てくれなかったみたいな話もあるから、なかなか病院としても、そういう人が窓口に来たら断りにくいという話も聞いておりますので、そこら辺も病院が、そういう人を診てはいけないというか、はっきりとほかの病院に行ってくださいと言える根拠があってもいいのかなということを考えました。

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、西田構成員代理、どうぞ。

○西田構成員代理　東大阪市の西田でございます。

まず、200床以上の病院受診の件なのですけれども、21ページ、先ほど少しお話でもあったのですけれども、21ページの自治体の現状というところにもありますが、本市におきまして、実際に被保護者の方が、紹介状がないのに、200床以上の病院に予約を取って、その後、医療券を受け取りに来るとか、あと、受診後に本人から連絡が、医療機関から医療券の請求があると、こういった事例というのはあるという状況です。

そこで、当然、医療券を取りに来た窓口で説明をするのですけれども、いや、予約が取れたからということで、最終的には認めるという事例は出ているところです。

この辺のところで、本市においても、受給者向けのお知らせとか、そういったもので、当然、この200床以上の病院については、紹介状なしでは受けられないということで周知はしているのですけれども、なかなかそこが周知できていないという状況があって、先ほども少し御意見がありましたけれども、やはり医療機関側でも御説明できるような、何らかの検討というのが必要なのかなと。

１つの背景としましては、１つ、これも先ほど少し話があったのですけれども、医療保険と医療扶助の差があるので、医療機関のほうも少しどうしたらいいのかというのが分からないということも、もしかしてあるのかなと感じているところです。

もう一点、23ページの○の４つ目の定額負担の部分になります。

先ほど、これは西岡構成員のほうがおっしゃっていたと思うのですけれども、本当に被

保護者の方、生活保護受給者の方は、お金を払えば、この定額負担を認めるとなると、お金を払ったら、もう行けるのだと、もう権利を得たみたいな、そういう場合もあるということになりますし、あと、生活扶助費というのは、もともと生活費に使うべきということで支給されている分だという部分になりますので､それを医療費に使うという点でいうと、今後、扶助の部分をどう考えるのかであったりとか、最低生活費が本当に保障されていると言えるのかということがあると思いますので、全体的な検討が必要になってくるのかなと感じました。

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、松本構成員、どうぞ。

○松本構成員　ありがとうございます。

医療扶助における適正受診を推進するために、受診に関するルールを定めて、改めて周知徹底する方向性について賛同いたします。

適正受診の観点から、生活保護受給者御本人が、何か自治体立の病院に行かなければならないのだという認識を持っている方も現場ではおられました。そのため、本人への周知・指導を実施することに併せまして、先ほどから御意見が出ておりますように、受入れ病院などに関しましてもルールを周知し、外来医療の適切な機能分化を医療扶助においても推進していくことが重要と考えます。

そのためには、まず行うべきは、やはり、200床未満の医療機関を選定するための方策について、例えば、症状に合わせた医療機関または病院の一覧を示すことや、かかりつけ医や市町村において事前に相談できることや、その重要性を周知することなどについて、徹底していただければと思っております。

以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、大杉構成員、どうぞ。

○大杉構成員　ありがとうございます。

紹介状なし200床以上の病院に受診する方が多数存在することについて、生活保護受給者の方には、かかりつけ医をきっちり持っていただくということを周知徹底することが、いの一番になるのではないかなと思います。

ただ、病院を受診してしまう生活保護受給者に対して、指導等の対応ができていない自治体もあるということですので、病院を受診できるケースとしては、紹介状がある場合、緊急、やむを得ない場合、近隣に診療科がない場合であるということを、周知徹底していただければいいかなと思います。

あと、今さらなのですけれども、22ページの病院における紹介状なしの受診者の割合について、これは、パーセントで書いてある、医療扶助が200床以上300床未満77.7％、医療保険に入っている人が77％ということ、この読みなのですけれども、７割以上の方が紹介

状なしで来ていると取っていいのでしょうか。どのように読んだらいいのか教えていただきたい。
○尾形座長　これは、御質問ですので、22ページのグラフについて説明をお願いいたします。
○松岡保護事業室長　御質問ありがとうございます。
　こちらに関しましては、紹介状なし受診者の割合ということなので、今、御指摘いただいた200床の範囲、299床のところで、医療扶助に関しては77.7％が紹介状なしで受診されていると。医療保険についても77％が受診されているといった状況でございます。
　ただ、こちらに関しまして注意事項は、まさに先ほど、緊急、やむを得ない場合とか、特別な要件で定額負担を求めないといった場合で来ている方もいらっしゃいますので、一律に、これが、理由がなしで来ているということまで、あくまで紹介状なしというところで分類していたデータでございますので、そこだけ御留意いただければと思います。
　以上でございます。
○尾形座長　大杉構成員、よろしいでしょうか。
○大杉構成員　地域医療構想等々を進める上で、大きい病院に７割、８割の人たちが紹介状なしで行っている現状があるということ自体が、どうなのかなということなのですけれども。
○松岡保護事業室長　すみません、説明不足で申し訳ございません。
　こちらは、受診している人の７割が紹介状なしで受診しているというデータでございます。
○大杉構成員　すみません、感覚がずれるのですけれども、我々は、基本的には紹介状を出して大きい病院に紹介をしているわけですけれども、それを紹介状なしで来院する方々が７割で、紹介状ありで来院する方々が３割ということですね。
○松岡保護事業室長　それは、そのとおりでございます。
　ただ、先ほど申し上げましたとおり、先ほど紹介状ある、なしという大きなくくりで分類しているということで、先ほど少しお示ししました、例えば、19ページのところにありますように、紹介状なし以外の定額負担を求めなくてもいい場合というところの数字がどれだけ入っているかというのは、こちらの数字は上がらないようになっています。あくまで紹介状があるか、なしかというところで分類をしているデータでございます。
○尾形座長　これは、200から299床は、選定療養費を取っているのは、200床以上の地域医療支援病院と紹介受診重点医療機関になったところだけなのではないですか、だから、もともと別に選定療養費と関係ない病院がたくさん入っているのだと思いますけれども。
○松岡保護事業室長　ありがとうございます。
　そういった要素もあるかと思われます。
○大杉構成員　今のご説明で、大分理解はできましたけれども、やはり、地域の医療がどうなっているかということを考えながら見ていったほうがいいのかなと思います。一般も

７割、生活保護者も７割ということであれば、同じではないかという話になってしまうので、逆に言えば、生活保護者の方だけ必要だ、必要だと言っても説得力に欠けるのではないかなと思ったので意見を出させていただきました。

以上です。

○尾形座長　ありがとうございます。

厳密に言えば、例えば、18ページの選定療養費を取る対象病院についてのデータであれば、医療保険と医療扶助がどう違うかという比較ができるけれども、それがデータとしてあるかどうか分からないので、こういうことになっているのかと思います。

ほかは、いかがでしょう、会場の方。

それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員　適正受診に向けた取組の中で、今回、200床以上の病院受診についてフォーカスが当てられたと思います。一般論としては医療保険との整合性をしっかり取っていただくような仕組みとしていただきたいということになるかなと思います。

今後も、先ほどからお話にも出ていますが、選定療養の仕組みが、１つの医療機関の機能分化を医療保険上で進める中で、さらに増えていく可能性はあると思っています。

そうした際に、公平性の観点でも医療保険で受診する方と、医療扶助で受診する方とで、公平性に差が出るというのはあまり望ましくないと考えます。

そういった観点から、今後も、この適正受診という部分について、医療扶助の仕組みの中で、どのようにすれば医療保険と同等の受診という形にしていけるのかという点を考えていただくことが大事かなと思います。

そういった中で、200床以上の場合を考えていかないと、この200床以上問題だけを取り上げて解決しようとしても、今後、この選定療養の制度が変わった場合に、考え直さないといけなくなります。全体で考えていかないと、モグラたたきの解決方法になったらよくないという視点で、論点に挙げられている部分を、ぜひ考えていただければと思います。

もう一点、その際に、医療機関が特別な対応を求められるような仕組みにならないようにということも、ぜひ御考慮いただきたいと、よろしくお願いします。

○尾形座長　ありがとうございました。

村杉構成員、どうぞ。

○村杉構成員　日本薬剤師会の村杉です。

いろいろと構成員のほうからも御意見が出ておりました。一部重複するかと思いますが意見として申し上げます。自己負担の議論の前に、やはり紹介状がある場合を除いて受診することは不適切であるということについて、個々の被保護者に届き、理解していただけるような指導が必要になると思います。これは、しっかりと行っていくことが重要と考えます。

その上で、保険医療の公平性の観点から、自己負担を求めるのか、求めないのか、あるいは生活扶助費の性質も踏まえた上で、生活扶助費を減額して支給をするのかとなど、慎

重に検討していく必要性があるのではないかと考え、意見として申し述べます。

また、討論点出していただきました資料のうち、論点の２つ目の○についてですが、繰り返し受診してしまうようなケースなのか、必要な受診なのかなど、薬局と福祉事務所との間で情報共有を行い、連携して対応することが有効な場合もあると思いますので、この論点に示していただいた内容については賛同を申し上げます。

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　私もほかの構成員と同じような考え方を持っております。

まず、21ページのところで自治体のヒアリングの結果も紹介されていますが、やはりルールが非常に不明確なところがあるために混乱が生じているというのが現状だと思います。

ですから、紹介状がないと病院は無理ですということを、被保護者の方も、現場の方もちゃんと理解しておく、認識しておくということが一番重要になると思います。

そこで大きな論点になるのは、自己負担ですね。医療保険と、それから医療扶助の公平性を保つのであれば、7,000円を取ったらいいではないかという議論はあると思うのですが、先ほど西岡構成員がおっしゃったように、そう簡単には、話は進まない。私は自己負担を求めるということについては否定的です。むしろ、200床以上は、紹介状なしで来ていただいても無理ですということを、ちゃんと理解していただいて、基本的には、かかりつけ医のお医者さんと相談してくださいという形を取らないと、現場が混乱するだけではないかなと思います。それから、村杉構成員がおっしゃったように、生活保護全体の在り方にも影響が出てくる、非常に微妙な問題がありますので、お金を出したらいいだろうという話ではないし、7,000円ではなくて3,500円でいいのですかという話でもないと思います。ここは、やはりルールを徹底する必要があります。もちろん、緊急事態というのがあって、100％駄目だというわけではないと思うのですが、できるだけ明確なルールをつくっておくことが、不要な混乱を招かないようにするためにも必要だと思います。

以上です。

○尾形座長　ありがとうございました。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員　すみません、１点追加ですが、先ほど、医療保険と医療扶助の公平性の問題を、この200床以上で考えるのではなくてというのは、今後、選定療養費が進む中で、では、医療扶助の方から7,000円取ればいいという方法では、多分、解決はしないでしょう。

したがって、もっと大きな枠組みで考えつつ、結果的に、この選定療養部分の解決を図ることが大切です。医療保険の方では大病院になかなか受診できないような仕組みになっている部分がありますが、医療扶助についても、そのような仕組みになるようにしていくのが大事なのだろうと思います。

特に先ほどの議論を聞いていると、この200床以上で、自己負担だけでは絶対解決しない

ということが、ほぼそのとおりかなと思います。公平性を保つためには、それぞれの仕組みで大きく考えていかないと、単なる負担問題だけでは、解決しないと思います。医療機関側に、その方法を考えてくれと言われても、それはちょっと難しいので、ぜひそこら辺は専門の方々に、しっかり御検討いただいて、方法を御提示いただければというところで、少し追加発言でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

ほかは、よろしいでしょうか。

ありがとうございました。それでは、特にほかに御意見、御質問がなければ、先に進みたいと思います。

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・データ活用」についてということですが、これも事務局のほうから資料の説明をお願いいたします。

○松岡保護事業室長　事務局でございます。

資料２「医療扶助等におけるデジタル化・データ活用」でございます。

３ページでございます。

医療扶助のオンライン資格確認取組状況でございます。オンライン資格確認を進めるに当たっては、福祉事務所、生活保護受給者、医療機関等のそれぞれの取組が必要となってきますが、下の図にありますとおり、生活保護受給者のマイナンバーカード保有率・利用登録率、また、医療機関等のオンライン資格確認導入率についても保険医療機関と比べると低い状況ということで、マイナンバーカード保有率、利用登録数も受給者が全国民よりも低く、指定医療機関と保険医療機関を比べると導入率が低いという状況でございます。

４ページでございます。

こちらは、利用率になります。こちらは、グラフで示しておりますが、見てのとおり、こちらも医療保険と比較すると低い状況でございます。

７ページでございます。

こういった状況の中で、これまでも利用の向上に向け、国としてもリーフレットを作成するなどの取組や、福祉事務所、地域の医療機関、薬局にも御協力いただきながらマイナンバーカードの普及を進めているところでございます。

９ページ、これまでの御意見でございます。

もう少し強力な施策をしていかないと福祉事務所の周知では改善が見込めない、生活保護受給者に対するマイナ利用登録の推進をあらゆる手段を通じて対応する必要がある、本人は紙よりもマイナンバーカードのほうが便利だという経験が重要だといった御意見、マイナンバーカードの持参やお薬手帳の提示のルール化、また、新規に受給する方が未取得の場合には、積極的にマイナンバーカードを使うような働きかけをするのも１つの方法ではないかといった御意見をいただいているところでございます。

10ページでございます。生活保護受給者のマイナンバーカードの保有等について、論点でございます。

１つ目でございます。生活保護受給者のマイナンバーカード保有等をさらに促進するため、例えば、マイナンバーカードの保有を原則とし、保護開始後や新たな医療機関の受診時等に、マイナンバーカードの取得と初回利用登録を行うよう、福祉事務所から促す等の取組を進めてはどうか。

２つ目、あわせて、自治体においても、医療券情報等の迅速かつ確実な登録を行うことを原則としてはどうか。

３つ目、その他、生活保護受給者の健康管理や自治体の事務負担軽減の観点からも、生活保護受給者のマイナンバーカード保有等を促進するため、マイナンバーカードによる受診に相対的なインセンティブを与えるための方策を検討できないかという点について、挙げさせていただいております。御意見をいただければと思います。

事務局からは以上です。

○尾形座長　ありがとうございました。

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

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員　では、先に発言させていただきますけれども、先ほどのいろいろな課題等の解決の中でも、やはり今後は、IT化が進む中で、いろいろな情報の見える化が大事だろうと思います。そうすると、マイナンバーカードの保有というのは非常に大事になってくるのではないかと思います。

先ほどの多剤併用や、残薬の問題もマイナンバーカードを利用することにより、かなり軽減ができる可能性が高いですし、今後、そういったことも含めて、これまでの課題の解決につながるかどうか、また、つながるような方法をマイナンバーカードの保有によって実現できるのであれば、そういったところも示していただきながら、この論点にあるようなことというのを考えていっていただければと思います。よろしくお願いします。

○尾形座長　ありがとうございました。

それでは、久保構成員、どうぞ。

○久保構成員　ありがとうございます。

千葉市においても、マイナンバーカードの保有というのは、極めて重要であると考えています。

というのは､マイナンバーカードの保有が100％近づかない限り､従来の医療券の発行と、ほかのデジタルの手続というのを並行して行わなければならないということで、事務負担が大きいという実情があるためでございます。

そうした中で、実は、保護開始時にリーフレットを用いてマイナンバーの利用登録するよう勧奨するという取組をしておりまして、これによって、保有率が今、70％を超えており、千葉市においては全国と比較しても高い数字になっている状況でございます。

ただ、実情として申しますと、保有率が高まったのが、実は令和２年９月から令和３年

12月まで行われたポイント事業第１弾と、あと、令和４年の１月から令和５年の２月末まで行われた第２弾のときのポイント事業のインセンティブがあった時期であり、特に第２弾のときには、令和４年４月１日からの１年間で、保有率が40％から60％まで高まったというような状況でございます。

その後、３年間、60から70まで上げてきたということでございますけれども、伸びが緩やかになっているということもあります。また、実はマイナカードの更新時期が到来している受給者も出てきていますが、そのまま更新しないケースというのが散見されるような状況でございます。

こうしたことから、当然、保護開始時ですとか、様々な機会をとらえてリーフレットなどで周知をしていくということは、引き続き、しっかりやっていきたいと思っておるところなのですけれども、離脱が生じているようなことも散見されるということを踏まえて、論点のところに書いていただいておりますとおり、保有に対して何らかのインセンティブというものが考えられないかと、我々としては考えているところでございます。

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、津下構成員、どうぞ。

○津下構成員　ありがとうございます。

前回も申しましたように、マイナンバーカードの利用のほうが、紙よりも明らかに便利であるということを受給者自身も感じるということも非常に重要と思います。ただ、保有率が高いのだけれども、実際にあまり使われていないというか、保有率は随分、６、７割まで上がってきました。しかし、実際に利用率が低いという、この乖離の理由は何なのかということを思うわけです。

ですので、何が利用についての抵抗感につながっているのか、何かあれば、それは配慮しなければいけないことだとは思うのですが。例えば、そこにデータが残ることの心配なのか、何が利用率を下げるのかということについて、少し丁寧に検討した方が良いかと思います。利用することの不利益がないということもしっかり伝えながら、活用促進と、それにあわせて、活用によるインセンティブ、または活用しないことへのディスインセンティブというか、不便さとか、いろいろなことを実感することで、利用率を高めていくことも必要なのかなと思います。

それから、今、福祉事務所の立場として、できるだけそれを進めていくという声かけというのも、もちろん非常に重要ですし、医療機関でも保有率が６割、７割までいっているということも把握した上で、まずは、そこの確認から入るとか、そういう様々な方向性からの取組が必要な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した。

それでは、西田構成員代理、どうぞ。

○西田構成員代理　東大阪市の西田でございます。

まず、４ページの少し実務的なところで、真ん中の運用改善の１つ目の○になります。１か月目の医療券を発行して、２か月目の医療券については、もう省略をしていくという話なのですけれども、ここについては、有効であるかなとは考えています。

ただ、この手続を実際に運用していくに当たって、やはり実際の意見を聞きながら整理をしていただきたいというのが、まず、これはお願いということになります。

もう一点、最後の論点のところになります。

現状、オンライン資格確認のマイナカードの取得というところで、少し現状なのですけれども、本市におきましても、市全体、福祉事務所もそうなのですけれども、市全体でマイナンバーカードの取得という取組を行っています。

ただ、生活保護受給者の方で申しますと、約６割の方が、もう高齢者世帯となっておりますと。その中で、また、有料老人ホーム等、高齢者施設に入居している方も多いという現状がございまして、マイナンバーカードを取得するということなりますと、一定の手続を要するということになりますので、なかなかやはり積極的な取得に結びつきにくいという現状が見られるところです。

また、マイナカードを取得したとしても、保険証の代わりに使用するということでいいますと、この初回登録というハードルが、また、もう一つあるという状況で進んでいかないということもあります。

先ほど、津下構成員がおっしゃっておられましたように、進めていくには、インセンティブというところもございますが、こういった高齢者の方、なかなか手続が難しい方、こういった方に対して、どう手続をして支援していくのかというところが、少し検討が必要なのかなというところです。

ただ、現状どんな案があると言われると、なかなか思いつかないところではあるのですが、この辺りも含めて検討が必要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。

それでは、西岡構成員、どうぞ。

○西岡構成員　ありがとうございます。西岡です。

この件、とてもこうしたらいいのではないかという解決策のアイデアがあるわけではないのですが、感じていたことを述べたいと思います。

まず、そもそも周知や指導などをこちらが繰り返し行うことで、それに対して分かりました、マイナンバーカードを申請しますという形になる場合、そのような行動変容ができる方々ではないのではないか、そういう集団を対象にしているのではないかという前提が必要かなと思いました。

１つ、先ほど、西田構成員代理の方もお話しいただいたように、やはり何らかの事情で、高齢化かもしれません、障害かもしれません、様々な事情で自らの申請が難しい状況にあ

る人に対して、例えば、申請の伴走をするという仕組みをどのように構築できるかということが大切なのかなと思います。

こちらに挙げられていたように、新規申請のタイミング以外にも、被保護者の方々と出会って、その伴走ができるチャンスというのは幾つかあるものだと思います。

例えば、保護費の所内でのお渡しのタイミングだったりとか、そういったタイミングを上手に活用したりとか、ほかにもそういったタッチポイントがどこにあるかということを精査した上で提案するということは可能なのではないかと思います。

もう一点、これは健康のこととか、健康の行動に関しても、もしくは医療扶助のことに関しても同じことをこれまで述べてきた部分があるのですが、マイナンバーカードの問題も同じだと思っていまして、被保護者の方々の所有率というのが低い自治体は、そもそも自治体の保有率が低いのではないかということがあるのではないかなと思っています。

その地域そのものがうまく地域全体に、必要性であったりとかをうまく周知できていなかった部分が最も見やすくなっているのが被保護者であるというだけの可能性もあると思いますので、単純に数字だけの比較をするのではなく、自治体間でマイナンバーカードの保有率みたいなものを出したりしていることもあると思いますので、そういった部分も見ながら、どのような課題がそこに存在しているのかという、もう少し詳細な分析が必要な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した。

ほかは、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。

被保護者のマイナンバーカード保有について、こちらは、意見として申し述べさせていただきます。

まず、お話にございましたように、医療券の発行や申請手続の効率化、福祉事務所や医療機関、薬局の負担軽減などの観点に加え、マイナンバーカード、マイナ保険証の活用で得られる服薬情報等の把握といった医療安全上の観点からも、論点に示された検討を前向きに進めることに賛同を申し上げます。

まずは、生活保護の新規申請時や医療券の発行時など、福祉事務所の業務フローを踏まえ、負担が少なく効率的な方法を検討するとともに、スライド７に御提示いただいたような資材も活用して、マイナンバーカードの確実な保有につなげる取組を引き続き検討いただきたいと考えます。加えて、福祉事務所と連携した上で、薬局が被保護者に対してマイナンバーカードの保有や、それによる医薬品の安全な使用、適切な医療につながるよう、来局時に個別に声をかけていくということについては、協力できると考えております。

というのも、医療安全上、極めて有用なシステムの活用については、当事者である我々薬局から利用者に対して、「これは医療安全上、非常に有用なものです」、「マイナポー

タルも活用しましょう」などとお声がけすることは重要と考えているからです。

加えて、御家族と同居されている方については、薬局で家族全体への啓発を行うことも考えられます。西岡構成員御発言のあった「マイナンバーカードを保有していなくても連携などできることを検討すべきではないか」という点も含め、福祉事務所との連携が極めて重要になろうかと思いますので御検討、御対応いただきたくお願いします。

以上でございます。

○尾形座長　ありがとうございました。

ほかは、いかがでしょうか。

小塩構成員、どうぞ。

○小塩構成員　いろいろ御説明ありがとうございます。幾つかコメントをさせていただきます。

まず、質問なのですが、先ほどもどなたかから御質問があったようですが、４ページの左のグラフを見ると利用率が非常に低いですね。これは、何か制度的な理由というのがあるのでしょうか、保険医療の場合と比べて著しく低くなる、何か制度的なハードルがあるのか、ないのか。それを把握されているのだったら、それをお聞きしたいと思います。それが質問です。

それから、これはコメントですが、これもほかの構成員の方々もおっしゃっているのですが、伴走ということが重要だと思います。特に、前回申し上げたかもしれないのですが、生活保護を受けるようになったときに、マイナンバーもちゃんと利用できるようにしてくださいとお願いしておくと、後々いろいろ対応がしやすいと思います。新しく生活保護を受けるようになった方には、ちゃんとマイナンバーカードを持っていただくことが重要だと思います。

もう一つのコメントなのですが、もちろん物理的にカードを持つということは非常に重要なことだと思います。ただ、マイナンバーそのものは、我々誰にもついているわけでしょう。ですから、その仕組みを何とか利用できないかなと思います。

それで、５ページのところで運用改善の例というので、非常に重要な点が指摘されています。マイナンバーカードの利用登録を行っていなくても、紙で医療券を発券して、２回目以降は、後々ひもづけが可能になるということです。ここに、政策的にてこ入れできる余地が結構あるのではないかなと思います。

カードを作ってくださいとか、カードを持ってきてくださいというのは、医療保険の場合に比べて、やはりいろいろな制約があると思います。いろいろな広報を行って、あるいはこういうメリットがありますよと説明しても、なかなか先に進まない。カードなしでも何とかうまく制度が回るような仕組みを考えたほうが手っ取り早いのではないか。既に２回目以降は、紙がなくても、現場は、この人は、番号はこれですと把握でき、問題はそれほど出てこないということです。カードを使ってくださいというのは、政策としてはもちろん王道なのですが、威力を発揮できる別の方法はないかと思います。

繰り返しますが、マイナンバーは、みんなついているわけですから、それをカードなしで使う方法というのはあっていいという気がします。この点に関して、もし何か考えていらっしゃるのだったら、お聞きしたいと思います。

以上です。

○尾形座長　ありがとうございました。

では、御質問ですので。事務局、お願いします。

○松岡保護事業室長　御意見、御質問ありがとうございます。

１点目のところでございます。利用率が低いという状況でございますが、これは、先ほどお話もありましたとおり、生活保護世帯も高齢者、障害者もそれなりに多くいらっしゃるということも１つあるのですが、福祉事務所の資格情報登録が進んでないといった現状もございます。先ほど、論点にも挙げさせていただいたところでございますが、論点２つ目のところに、医療券情報等の迅速かつ確実な登録を行うことを原則としてはどうか、という趣旨は、この登録がなければ、実際にマイナンバーカードを持っていっても、医療機関側で情報が見られないので、そこで活用ができない、利用ができないという状況がございますので、まず、情報登録を福祉事務所のほうでもしっかり進めていただくといったところも併せて進めていく必要があるかと思っております。

もう一つ、医療機関においても、オン資の導入が、まだ７割というところで、改修をさらに進めていく必要があると思っております。こちらについても補助金等のほうも御用意させていただいて、今、導入のほうを我々としても支援しているところでございますので、しっかり医療機関でも導入を進めていただくといったところで、利用のほうを上げていければと思っているところでございます。こういった複合的な要因がございますので、一つ一つの課題に対して取り組んでいきたいと思っております。

あわせて、もう一点、カードがない方に関してもということ、そういったところの対策も、まさに御紹介いただきましたとおり、２か月目の医療券の発行に関しての対応というところも併せて進めていかなければいけないと思っているところです。マイナンバーカードの保有を進める、並行して、マイナンバーカードがなくてもオンライン資格確認を効率的にできるような仕組みというのも併せて考えていく必要があると思います。目的は、やはり先ほどから御議論をされているとおり、多剤投与の対策であったり、適正な受診、健康管理といったところの対応でございますので、そういった御意見は、まさに重要だと思っておりますので、並行して進めていければと思っております。

以上でございます。

○尾形座長　よろしいでしょうか。

それでは、大杉構成員、どうぞ。

○大杉構成員　ありがとうございます。

カード保有率が63％にきて、利用登録率が今回、全数のうちの46.4％と、５月に比べて６％ぐらい増えているということも福祉事務所の方々、すごく頑張られているのかなと思

います。

また、福祉事務所では、紙での発行と電子での発行と併用されているので、なかなかこの御負担はすごく多いことだと思うのですけれども、さらに推進を図る意味でも、医療機関としては、オンライン資格確認を持ってきていても確認ができない事例が、やはりあることは確かです。

先ほど、小塩構成員も言われましたけれども、再診月２か月前に関しては、医療保険情報等の迅速かつ確実な登録を行うことを原則とされていることだと思うのですけれども、なかなかそこが伸びてこないという状況にあるので、一つ一つマイナンバーカードを持ってもらって、登録をしてもらって利用していただくことが、いの一番なのですけれども、地道に増やしていくしか仕方がないのかなということと、福祉事務所の方々の、やはり手間等々、事務手続を簡素化することが伸びる率になってくるのかなと思います。

以上です。

○尾形座長　ありがとうございました。

ほかは、いかがでしょうか。

大体よろしいでしょうか。ありがとうございました。

それでは、特にほかに御意見、御質問もないようですので、本件も以上としたいと思います。

本日用意いたしました議題は以上でございます。

次回の開催につきまして、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○今井保護事業室長補佐　次回の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、追って御連絡を差し上げます。

○尾形座長　それでは、本日の議論は以上とさせていただきたいと思います。長時間にわたりまして、熱心に御議論いただきまして誠にありがとうございました。