

第19回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨

1. 開催日時：2017年4月11日（火） 10:00～12:00
 2. 場 所：中央合同庁舎第4号館4階共用第2特別会議室
 3. 出席委員等
委員 伊藤由希子 津田塾大学総合政策学部准教授
同 鈴木 準 株式会社大和総研政策調査部長
同 古井祐司 東京大学政策ビジョン研究センター特任助教
同 松田晋哉 産業医科大学医学部教授
同 印南一路 慶応義塾大学総合政策学部教授（オブザーバー参加）
同 藤森研司 東北大学大学院医学系研究科・医学部教授（オブザーバー参加）

武村展英 内閣府大臣政務官
-

（概要）

（1）薬価制度、薬剤適正使用等

内閣府（経済財政分析担当）から資料1、伊藤委員から資料2、厚生労働省から資料3を説明。その後、意見交換。以下、伊藤委員の説明及び意見交換における主な意見。

（伊藤委員）

内閣府（経済財政分析担当）からの報告を踏まえ、論点を整理し、議論のファシリテーションを行いたい。

資料2の2ページ。医薬品をめぐる環境の変化について整理した。長期的な傾向としては薬剤に関する総数量が減少する一方で、単価は増加する傾向にある。

この背景として、まず供給サイドを見ると、従来の、化合物を合成して効き目があったものを薬にする医薬品から、遺伝子分析などをして抗体となる細胞を直接培養するバイオ医薬品へのイノベーションのブレークスルーが起きていることが大きな特徴として挙げられる。患者数が多く大量販売が可能なBlockbuster型、例えば生活習慣病薬などは市場が飽和していて、従来の医薬品を上回る画期的な新薬の開発はハードルが高く、費用対効果がそれほど見込めない。むしろUnmet Medical Needs型、つまり既存の治療や薬剤では満たされないニーズに関して創薬がシフトしている。それが、単価が上昇する一因になっている。開発の中心は海外の研究拠点ないしはバイオベンチャーで、国内での開発が大きく出遅れ、国内ではライセンスの提供を受

けて販売することがほとんどとなっている。医薬品産業は国内の他の産業に比べれば高付加価値、高収益の産業となっているが、国内企業は内需に依存しており、厚生労働省調査によると海外売上高比率は2割に留まっている。一方、薬の需要は年々増しており、例えば、直近の貿易統計上、医薬品の輸入額は年約2兆円、一方で輸出額は年約3,000億円でほぼ横ばいの状態である。

需要サイドでは、数量の減少について、人口の減少という要因ももちろんであるが、医薬分業の推進政策の効果も指摘できる。評価・分析ワーキングの委員プレゼンにおいて「薬価差益を追求して、結果的に医療機関が患者に薬剤を処方し過ぎる」という90年代に問題になった「薬漬け医療」は、医薬分業の推進によって診療所以外ではかなり緩和されているという御指摘があった。ただ、その副作用として保険薬局の数が増加するという変化が起きている。特に、小規模の保険薬局でも事業がペイする水準に調剤料を誘導することで、院外の薬局の調剤料は院内処方の3.3倍、1枚の処方箋単価では、約2,300円位高い額を払っている現状になっている。

薬局はこの10年間で5万店舗から5万8,000店舗に増加している。一方で、薬局の半数は1人薬剤師であり、2人薬剤師を含めて8割がいわゆるパママ薬局と呼ばれる小規模店舗になっている。この小規模店舗で地域のかかりつけ機能が本質的な意味でどの程度担えるのか。今後議論が必要である。服薬の一元的・継続的管理や24時間対応、在宅対応などかかりつけ薬局ビジョンで示されている方向性からすると、現状は脆弱な状態にあるのではないか。

3ページは、薬価の透明性向上をめぐる課題について申し上げたい。昨年来、議論にある高額バイオ医薬品に端を発する薬価の改定問題があるが、薬価を改定するに当たっては薬価の市場実勢価格の透明性が同時に必要な政策ツールであるが、これがはっきりしない点が課題としてある。

1つは薬価が決定され、収載され、改定される過程での透明性に関する問題である。企業のイノベーションの成果として新薬が収載されて、それが特許の終了とともにジェネリックとの価格競争が進み、消費者に広く価格低下のメリットが行き渡って、一方企業にとっては費用対効果が見込めなくなり、それが次のイノベーションのきっかけになるのが望ましいプロダクトサイクルであるとすれば、日本の公定薬価ではそれが進みにくい制度設計となっている。

その背景として、日本のメーカーにそもそもバイオ医薬品や後続品の開発能力が不足しているからだという議論もあるが、制度的な事情もある。現在バイオ医薬品はかなり高額で、バイオ医薬品の6割は治療のために通常に服

薬しているだけでその薬剤費だけで高額療養費の自己負担限度水準に達する。支払いの一定以上が免除されることから、患者や医療機関もあえて後続品を用いるインセンティブがない。一方で先行品との同一性、同等性を保証する後続品に対する審査体制も十分ではない状況にある。

流通面では、流通の透明性は薬価の改定、市場実勢価格を捕捉する意味で非常に重要なファクターであるが、現在の状況から言うとスムーズに把握できる状況ではない。特に未妥結減算制度の形骸化は明らかである。価格を決めないで納入する医薬品取引に対して2014年から診療報酬の減算のペナルティーが導入されているが、資料1のとおり、実際の未妥結減算算定率は0.03%で、減算算定をされないように直前に形式的に妥結するといった形骸化が起きている状況で、減算を導入した効果が出たとは言えない。依然として薬価改定のための情報収集は不十分な状況である。

以上の4つが主な論点となる。

次に、個々の論点について紹介したい。医薬品開発のイノベーション力が低下していることは大きな問題である。バイオ医薬品の市場規模は、現在、全世界で約22兆円、全医薬品市場の中の4分の1と指摘されているが、今後ますます伸びる市場となっている。

日本では開発は欧州に出遅れる形で承認が進んでいるが、その背景として、大手の国内医薬品メーカーが開発を断念、撤退した経緯などがあり、現在、共同開発を含まない自社開発でバイオ医薬品の開発を行っている企業は2社に留まっている。

以上のような現状で、日本でバイオシミラーやバイオ医薬品を創薬する土台が十分に育っていない。医薬品産業においてイノベーションの遅れへの対応は時間がかかる問題ではないか。日本には再生医療など別に強い部分もあるが、この出遅れを何とかする必要がある。

欧州は後続品の市場シェアが普及しており、ほとんどの市場で、九十%近くが後続品となっているが、日本では後発品の市場シェアも伸びない。開発が遅れていることもさることながら、先ほど申し上げたように高額療養費制度があるので、あえて後続品を使うインセンティブがなく、後続品の市場が伸びない。つまり高い先発品を使い続けることが継続的な状況にある。このような現状にあって、なかなかプロダクトサイクル的なイノベーションは起こりにくい状態にあるといえる。

次に、患者の立場からプライマリケアの点で見たときの薬剤の適正使用について申し上げたい。薬漬け医療が改善したというエビデンスがあるが、やはりまだまだ薬剤の適正使用には課題がある。特に直近のレセプトの算定によると、後期高齢者は、平均して1枚の処方箋で5剤以上の処方を受けてい

る。そして、当然のことながらかかりつけ医院が1つである方はまだ少数で、半数近くが2カ所以上の医院や診療科を受診し、それぞれにレセプトが発生することを踏まえれば、実態は×2、×3という数の薬剤が処方されていることになる。これらは有害な副作用が発生する要因になっている。

これに関して一元的管理をするかかりつけ機能の責任を医師が担うのか、薬剤師が担うのか、なかなか難しい論点であるが、現状で、求められている方向性としては、例えば、かかりつけ薬剤師包括管理料もあるように、薬剤師がかかりつけ薬局を目指しましょうというところである。しかし、例えば、調剤報酬上は残薬確認や服薬支援に報酬が算定されるものの薬局にとっては対物業務をするよりも手間がかかり報酬が低い。患者にとっても薬が減るのに新たに支払いをするのかと、サービスの対価を適切には認識しにくい背景もあり、いまだにかかりつけ機能が普及する環境は弱い。

次に、薬価の改定に関して、原価計算方式による算定において、企業の申告する製造原価や経費等が薬価の算定根拠になっているが、その製造原価とその薬の価値が比例しているのか。なかなか実際の薬の価値と製造原価とは相見合わないものがあると思う。原価に加え、予想販売額も薬価算定の一つの根拠になっているが、予想販売額は患者予想数が少ないほど価格が高くなることに関して、情報の信憑性とその情報を論拠にする算定制度との両方について議論が必要ではないか。

また、2000年から2016年までに掲載された新薬のうちの約22%にさまざまな加算がついて100%以上の価格設定になっている。この内訳としては画期性加算や有用性加算などがある。これらの加算の根拠は示されているが、価格を改定する段階において当初算定した有用性、画期性が妥当であったかを検証して薬価が決められているわけではなく、改定するときには下げる率はある程度決まっている。画期的と思って加算した後すぐに、類似薬が出て、改訂の際に画期性加算は見直されない。次に、流通に関して申し上げる。未妥結減算制度を導入したが、2014年以降のデータを見ても現状とそれほど変わっていない。価格を捕捉するための単品単価取引の実施率は6割で、残りの3割がいわゆる品目ごと値引きという取引になっている。つまり、9割以上が品目ごと値引きを含めた単品取引であり、今後、薬価改定を何度も行うことが制度として回るためには、現状を踏まえるとすると、一定の品目ごとでもって医薬品の単価を決めていくことが薬価改定の1つの現実的な対処方法になるのではないか。

最後に医薬分業について追加の情報を申し上げたい。「いわゆる門前薬局」について、単純に立地が病院の前にある、ないしは、診療所の前にあることを門前と呼ぶのであれば、実に全保険薬局の7割以上は門前にある。算定根

拠としての「いわゆる門前」はさらに踏み込んだ基準があり、1つの医療機関からの処方集中していることやその処方箋の処理回数が多いことを要件に調剤基本料を下げている。それが調剤基本料2ないし3と呼ばれる算定である。立地としては門前が7割だが、実際に調剤基本料の減算が門前であるがゆえにされているということによって10%程度になっている。そういった点では、調剤基本料を減額することの実質的な意味を検討する余地がある。各地方厚生局の届出状況によると、調剤基本料2、3、いわゆる門前薬局の減算を算定して届け出ている薬局の割合は栃木県が25%と断トツで多い。一方、届出受理件数比率が最も低い県、長野県は2.7%しかなく、都道府県別でかなり差がある。こういった都道府県の偶然かと思われる門前算定に関する立地と患者の薬局選択の議論は興味深い。同一薬剤を利用した時に県によって調剤基本料ないしもろもろの経費が違うことによって、利用者負担額に地域差が出てくる可能性がある。こういったものが今後の検証の1つのトピックになると思われる。

次に、調剤料と薬学管理料というものがあり、簡単に言うと処方日数や薬剤の種類、それらを1回分にまとめて処方する一包化加算といった対物業務に関するものが調剤料。もう一つ、薬学管理料は服薬指導に関する部分であり、対人業務と考えていただくと、将来的な方向性として対物業務で稼ぐのではなく、薬学管理で稼ぐ方向性が必要である。薬局は対物業務が利益や収益の柱になっているが、将来的には対人業務であるところの薬学管理料等にシフト、さらには包括化していくべきではないか。

先ほども指摘したように、1人薬局が全体の47%、2人薬局が27%、合わせて74%、4分の3は非常に小規模な個人経営の薬局、店舗になっており、かかりつけ機能は推進可能なのか。現状では難しい。したがって、1つの可能性として、例えば、より少人数経営の薬局同士が連携することを評価できないか。ないしは、薬学管理料に関して将来的には包括化する方向性が妥当であると思うが検討できないか。薬局が保険適用の対物業務だけに頼るのではなく、地域包括ケアの観点から言えば、さまざまな非保険を含めたサービスを提供する仕組みが構築できないかといったことが医薬分業に関する論点である。

(委員)

世の中の商品・サービスには価格が下がるものもあれば、上がるものもあるので、価格が上がって費用が増えているから悪いということでは決してない。ただ、医薬品の場合は公定価格がメルクマールになっているので、一般物価対比で高めの値段になっているとすると、その国民的負担をどう考える

か、あるいはその国民的負担をどのように分かち合うのかは大きな課題である。

その上で何点か意見を申し上げたい。まず 1 点目、例外的な算定方式である原価計算方式で薬価算定された医薬品が 30%位あるが、積算可能な原材料費以外の要素はどのようになっているのか、改めて検証する必要がある。

2 点目、新薬創出・適応外薬解消等促進加算が機能しているのかどうか。これをゼロベースで見直しされるとのことであるが、製薬企業の研究開発力を強化することは成長戦略として重要であるところ、公定価格のシステムをとっている以上、本当に有用な薬については、特許期間中は価格がプロテクトされ、その代わり、特許が切れれば値段が十分に下がるといったメリ張りが必要である。この点は産業構造をどのようにしていくかという課題と関係すると思うが、少なくとも現状は、薬の質というよりは価格で加算が決まっており、薬そのものではなく企業体という決め方になっているなど課題がある。新薬の新規性評価は、費用対効果評価の本格導入が大前提になるのではないか。

3 点目、マーケティングスペシャリストが減っているという話は単品単価取引が難しいという御示唆かと思う。ただ、他のいろいろな業界でも人が減る中、IT を活用して生産性を上げているわけで、特に、こういった企業向けサービスという付加価値の高いビジネスであれば、本来は IT をうまく使って生産性を上げられる世界ではないのか。

4 点目、未妥結減算制度について、一時は妥結率が上がったとの認識が示された時期もあったと記憶しているが、先ほどの説明では、大病院や大規模薬局チェーンでは慣行が余り変わっていないとのことであった。妥結を急ぐと単品単価取引を阻害するとも言われていたことから、改めて、流通の実態について把握する必要がある。

5 点目、高額療養費基準該当品があるので、後発薬を使うインセンティブがない、より安いものを使うインセンティブがないという問題について。高額療養費制度自体は、昨年末に一定の区切りがついたばかりなので新しい方向性は打ち出せないとしても、薬に関して保険給付額との差額の自己負担化の検討が進むことを期待している。過去に参照価格制度について検討したが、なかなか難しいという結論だったという御説明であるが、その後、骨太の方針に改めて同種の改革項目が書かれたということは、従来とは少し違うやり方、あるいは違う視点があるからではないか。

6 点目、医療費の伸びの大きな要因は薬剤費であるという認識だが、伸びではなく水準でみれば技術料の課題が大きい。マーケットが飽和状況になってきている中で技術料は伸びなくなっているが、院内と院外とで技術料の格

差は、よく目にするようになってきた数字である 3.3 倍で合理的なのかどうか、納得感があるのかどうか。多くの方は 3.3 倍の差があることを知らないと思われ、「見える化」していく余地がある。一方で技術料の差を受け入れる可能性がないわけではなく、それは、健康サポート薬局やかかりつけ薬剤師など機能に対してである。日常生活では、例えば、理髪店や美容院は大体決まったところに行く、近所にクリーニング屋がたくさんあっても一番質がよいところに行くなど、個人のサービス購入では、大体、行きつけがあるものである。ところが、薬に関しては、実際は病院や診療所の目の前にある薬局に行くのが実態に近いのではないかと。対物業務から対人業務へ移行していかないと、つまり需要側が行動を変えるようなサービス供給でなければならない。

最後に、薬価制度の抜本改革の検討スケジュールについて、昨年末に大きな方向性が示されたが、資料 3 の 5 ページを見ると、個別の具体的な論点について 1 年かけて秋まで引き続き議論されるということになっている。この点、6 月あたりの骨太の方針の段階で何かしら方向性や論点が出されることが望まれるのではないかと。具体的にどういった点の在り方や見直しを検討していくのか、半年たった段階で大きな方向性が何か示されていないと、秋の議論が進まないのではないかと懸念を覚えた。意見として申し上げたい。

(厚生労働省)

今、中医協で議論している最中で、まだ 1 回も議論していないものもある。御指摘は御指摘として理解し、どの程度の議論が深められるか、そこは我々としても努力したい。

(委員)

薬価調査について。卸業界は JD-NET という調査システムを持っている。メーカーから依頼されて、全ての取引を翌日には報告している。過去に非協力の問題があったと思うが、そういうものがあってもより迅速に、正確に把握できるシステムであり、その JD-NET を使った薬価調査について検討されているか。

もう一つ、薬価制度の在り方自体が新薬開発のインセンティブに絡んでいるといった視点が欠落している。具体的には、新薬創出・適応外薬解消等促進加算は薬価の高止まりをもたらす、新薬開発のインセンティブには乏しく単純な経営支援となっているのではないかと。本当の意味での画期的なイノベーションをむしろ阻害しているのではないかと。長期収載品の価格も高止まりしているし、特に類似薬効比較方式Ⅱで薬価算定する、新規性の乏しい医

薬品について新薬扱いしているのは、やはり本当の意味での画期的なイノベーションを阻害していないか。新薬扱いになると後発品がないことになるので、後発品の数量シェア目標の分母からも外れる。そういう面から見てみると、薬価制度そのものに画期的な新薬を開発するインセンティブがやや欠如しているのではないか。そういった視点での検討をお願いしたい。

(厚生労働省)

JD-NET という固有名詞は初めてお聞きしたが、卸業者がシステムを用いてそういった管理をされていることは伺っている。

ただ、薬価調査のポイントは、卸業者の企業秘密である個々の取引のデータを厚生労働省に提出するかどうかということである。薬価調査は任意の協力をお願いしている。今後、薬価調査の見直しを検討していく中で、このようなシステムがあるのだから我々に提出するのはそんなに負担にならないのでしょうかという要素としてはあると思うが、そもそも営業秘密だから渡せないということからの出発なのでシステムがあるから全部開示しろと言うことはなかなか難しい。

(委員)

個別具体的な医薬品の全ての取引価格・取引量・取引先を提出するよう求めるわけではなく、マスキングすることもできるし、医療機関名を伏せた上で品目と数量と価格を把握できるシステムを構築することは難しくない。そういったシステムはすでにあると思う。企業秘密だから完全に出せないという理屈は合っていないのではないか。

もう1点、協力してもらおうという姿勢はよいが、強制的に徴収している保険料や税金、更に国債を発行して、将来世代にまで負担を回してこの制度は成り立っている。そのプレイヤーが任意に協力しないと厚生労働省は何もできないことに違和感を覚える。

(厚生労働省)

例えば、保険制度上の保険薬局あるいは保険医療機関は健康保険法に基づく規制がかかっているが、卸業者は保険制度上のプレイヤーではないため、健康保険法上、義務づけることは難しい。

(委員)

薬局の対物業務から対人業務への構造転換は大事である。これまで対物業務という視点で消費者が門前薬局に利便性を感じて、そこで処方を受けるこ

とは自然な流れだったと思う。対物業務の場合、重複服薬や多受診の適正化などがアウトカムになると思うが、これから対人的な機能を重要視する場合には薬局は最終的に何を指すかが重要である。

健康サポート薬局も同様で、どのような機能を付加していくのかも大事であるが、将来的に患者がどのようなアウトカムを得るかが重要で、病気の症状が安定していく、再発をしない、検査値がコントロールされていくことが最終像ではないか。例えば、高齢者は食事をきちんと1日3食おいしく食べられて、その後、薬を飲んでいるか、そういうことにも寄り添っていくことが大事である。わかりやすいアウトカムが薬局に対しても国民に対しても必要である。

我々が厚生労働科学研究で実施している10万人調査において、服薬を始めたことで、患者の生活習慣や行動は、残念ながら変わらなかった。ところが、服薬を始めると、何かやらなければいけないと多くの服薬者の意識が変わっていった。つまり、服薬を始めるタイミングやあるいは薬が追加されることにインパクトを受けるようであり、そのタイミングでかかりつけ医やかかりつけ薬局においてサービスやアドバイスをすることで行動変容が起こすことが可能である。そういう意味では先ほど厚労省から説明があった保険者努力支援制度の指標に薬局との連携を適用していくことは素晴らしい。システム構築や具体的にどうすればそのアウトカムを達成できるかこの制度改正とあわせて検証することが重要である。

服薬をしている人が重症化している。これはもちろん服薬をするタイミングが遅いこともあるが、服薬をしても暴飲暴食など生活習慣が変わらないこともあり得ると思うので、今までの医薬品の安全性、有効性の向上に加えて、アウトカムを出していく視点を意識していただくと有難い。

(伊藤委員)

資料1の7ページについて補足する。MS1人当たりの備蓄品目数が多くなってもITで補強できるのは事実である。ただ、ITの導入の矛先は納入機関である病院などの発注システムである。つまり卸業者はマージンが薄い分数量を確保しようとする。そのために病院の中にオンデマンドのオーダーシステムを入れて、そこでワンクリックすればすぐに医薬品が安定・安全に供給されるシステムができている。大手の卸業者と医療機関がロックインの関係となることで卸業者が市場シェアを持っている状態である。ITを活用した物流の向上という点では卸業者も努力している。

日本の卸業者は難しい立場にあるといえる。安定的で、安全な供給に寄与している面は多大にあるが、その付加価値がなかなか評価されていない。特

に欧州では卸業者のマージンも薬局のマージンも一定であるので、卸価格を調査するといった意味で面倒な部分はないが、逆に一定であることによって、質がいい卸業者もあれば、そうでないところも出てくるようだ。欧州では地理的な要因もあり模造品、偽造品などが防ぎきれない問題もある。一方で、日本ではほぼそのような問題が起きていないことは評価できる。こういった流通のサービスで確実に迅速に届けていることに関する付加価値はなかなか評価されていない。

(2) 生活保護制度、生活困窮者自立支援制度

厚生労働省から資料4を説明。以下、主な意見。

(委員)

要因として経済の回復があるとはいえ、この間に取り組みられた効果が、例えば、被保護者の人員数の動き、特に現役世帯の動きに表れており、よい方向に向かっていると認識している。ただ、課題は依然として多い。

1点目としてお伺いしたいのは、保護基準について、何が最低生活なのかについてどういう議論になっているのか。標準世帯の設定方式や水準均衡方式の在り方との関係についてであり、最近の審議会の議論を拝見していると新たな検証手法などいろいろな議論がなされている。問題意識は、保護基準の水準が高過ぎると就労インセンティブが削がれることが懸念される点にある。この辺りの議論の状況や考え方について教えていただきたい。

各論になるが、級地制度は30年位見直しをしていないと思うが、市町村合併が進んで3級地が2級地になり、2級地が1級地になるということが起きて、消費実態と乖離が大きくなっている可能性がある。級地制度の見直しは重要な論点である。

後発医薬品の使用促進は、17年央までに75%という目標に向けて取り組んでいただきたい。使用割合の地域差が大きい点については、医療全体の地域差と相関が強いことは承知しているが、特に、使用割合が医療全体より低い県が幾つかあると思うので、そういったところが重点課題である。

頻回受診に関しては、そもそも月15日以上に通院3か月以上と基準が緩いことに加えて、指導が必要だという中でも改善割合は半分以下である。改善していない人の状況を検証中と厚労省から説明があったが、これまでも自己負担を求めたらどうか、回数制限をしたらどうか、個別指導を強化したらどうかなど、いろいろなアイデアが出ている。いずれにしても頻回受診対策の実効性を強化していくべきではないか。加えて、制度に対する国民の信頼確保という意味では、医療扶助における不正事案の摘発強化も生活保護法上

求められているのではないか。

就労支援と並んで健康管理支援はよい施策である。費用対効果の最大化を意識することが前提であるが、世の中の流れ的にも健康支援を生活保護の世界にビルトインしていくことは大きな歴史的チャンスであるので進めていただきたい。

最後に、生活困窮者自立支援制度だが、ステップアップ率を調査するなどエビデンスベースで進めていただけるようになってきているが、やった方が望ましいことがたくさんある中で、任意事業を必須事業にするという議論については、あくまでも費用対効果を重視したエビデンスベースで検討いただきたい。

(厚生労働省)

生活保護の基準は全国消費実態調査に基づき、一般の低所得世帯の方々の消費の状況との均衡を見ることで進めてきており、具体的にはこれまでの検証では第1十分位、下から10分の1の方々の消費水準との均衡を比較することによって行ってきた。また、新しい手法もちろんあるが、今の時点でそれに代わる有力な方法があるわけではなく、例えば、世の中全体の消費の状況が変わったときに、最低生活が低所得世帯との均衡だけで議論してよいのかといった問題意識が基準部会の委員から示されたところで、それに対応する形で検討をしている。

また、どのような方々と比較して消費の均衡を考えていくかについては、26年の全国消費実態調査のデータの解析をしているさなかであり、その結果を見ながらデータに基づいて検証していきたい。

(委員)

5ページ、生活保護受給者あるいは世帯に健康管理と生産性の視点などが今後、入っていくと非常によい。

子供の生活習慣の改善は教育委員会などとの連携の必要性が想像される。難しいと思うが進めていただきたい。子供は、例えば肥満、あるいは拒食症などは長期休暇後に増える傾向があるので、夏休み前の介入が有用、といったタイミングを図るためのデータ分析も重要。また、広く薄く全児童を対象とした介入とするよりは学年ごとに重点を置くなど丁寧な検証が必要ではないか。

1つ質問であるが、先ほど申し上げた教育委員会等の連携の難しさなどについて教えていただきたい。

(厚生労働省)

子供の生活習慣改善についてはまだ確実な抽出方法あるいは介入方法の実践例も余りなく、確立されたものがない状況と認識している。学校との連携については、生活保護のお子さんの学校健診のデータをいただき、その中から例えば肥満といった端緒となる情報を得て、幸い受給者の家庭にはケースワーカーなりが家庭訪問などをして状況を把握する仕組みもあるので、その仕組みの中で、または、日頃のケースワークの中で、生活習慣が極度に乱れているような将来の健康不安につながるようなお子さんを把握して、何らかの形でいろいろな機関につないでいくような取組になるように、まずはその端緒として1つは学校健診のデータに基づいてやってみたいと考えている。

(委員)

10 ページ、基本的に生活保護に至る契機は高齢者と若年者では違っていて、高齢者の場合には基本的には傷病が契機となる方が多いが、その方たちは、ハイリスクグループであり、低所得の方たちである。そういった方たちは大体わかっているので、そこに対してどのように予防的な活動をしていくのかが大事である。そういった意味で市町村の保健師等が積極的に健康管理に入っていくことは大事である。

加えて、生活保護に関してベースにあるのは皆さん低所得だということである。生活保護になる前も低所得で、傷病になって結局、生活保護に至るのであるが、その予備軍が今たくさん出てきている。いわゆるニートと言われている方たちや非正規労働の方たちで年金保険料を払っていない方たちが増えてきている。こういう方たちが生活保護に至る可能性が高い。今からその方たちを対象とした予防策をやっておかないと2025年以降大きな問題になると考える。

そういう意味で今の50代、60代の低所得者層を対象とした支援策をやっていかないといけない。いろいろと評価の是非はあるが、例えば、旧産炭地でいわゆる旧炭鉱労働者等を対象に公的な就業を支援する事業をやったので、その事業に乗った人と乗らなかった人でその後どうなっているのか、評価していただきたい。中高年の人に対する就業支援を実際にやったものの効果を参考にしながら今後の事業を組んでいただきたい。

また、フランスも同じような生活保護としてRMI (Revenu Minimum d'Insertion) というものがある。これは生活保護を受給する人たちは、その労働能力の評価を年齢にかかわらず得られて、公的な社会的な事業に参加することを基本的に求められる。日本にもあるけれども緩いので、諸外国の

積極的な福祉政策も参考に就業支援を考えていくよい。

20代、30代で生活保護を受給する方たちは、根っこに貧困があり、小児期の貧困の悪いサイクルをどのように切っていくかが大事である。例えば、調査すると生活保護世帯の子供は高い確率で生活保護を受給している。フランスでは、学校の先生と地域の保健所、福祉の人が月に1回定期的に集まって話し合っていて、そのような子供たちを拾い上げて、上に上げていく仕組みがある。恐らく教育現場で学校の先生は気づいているはずであり、そういった枠組みは地域単位でつくっていかないといけない。子供の貧困の問題は基本的には教育をいかに受けさせるかになってくると思うので、省庁をまたぎ、やっていかないと解決につながらないのではないかと。

(厚生労働省)

高齢者に関して検討会でも委員からいただいた御指摘と同じような指摘をいただいている。高齢になって貧困の状態にいる人の支援だけではなく、予防が大事である。とりわけ50代、60代で特に働くのがままならない方をできるだけ支援につなげて働けるようにする。就労施策の充実につなげていくことが重要と御指摘いただいている。今いただいた事例についても勉強させていただきたい。

子供の貧困についても御指摘いただいたのと同じような論点をいただいている。学校との関係は重要と考えているが、ただ、学校の中で気づいていながら、なかなか福祉とつながっていない状況が実態としてあるので、その辺りの壁ができるだけないような状態にしていきたい。もう一つ、子供の学習支援事業をやっている。これは任意事業であるが、実施率が5割を超えるぐらいになっている。学習支援の場を使って子供の学習と同時に、そこから親の支援にもつなげていくことが必要と考える。生活困窮者の全体の相談の事業にきちんとつなげていく体制ができると、子供だけではなく親も含めた家庭全体を支援していける入口になるのではないかと御意見をいただいているので、その点もあわせて検討していきたい。

(委員)

3ページ、4ページは、医療を受ける側の視点であるが、逆に、医療を提供する側にも課題があって、生活保護受給者に関し、保険者査定に相当するものもないので医療を過剰に提供しがちになって、それが相乗効果的に医療費を膨らませているのではないかと。提供側に関する検討は進んでいるのか。

(厚生労働省)

基本的には支払基金において、医療保険と同じルールで審査をしていただくことになっている。ただ、現場でいろいろな御指摘があるのも承知している。国で把握している医療扶助のデータは1カ月分のレセプトだけであり、月を超えた分析はできない。今は、1カ月分のレセプトだけでもまずどういう患者にどんな投薬がなされているのか、これを研究事業で分析している。やはり全国ベースできちんと NDB のような形でデータを持てるようになれば、実際にどのような行為が行われているかも見えるようになってくるので、そういうものをまず整備するところから始めることとかと考えている。