

生活困窮者の生活支援の在り方
に関する特別部会
－プレゼン資料－

平成24年6月6日（水）

日本医師会 常任理事
高杉 敬久

生活困窮者対策と生活保護制度の見直しの方向性について

生活困窮者支援体系のポイント

■ 国民一人ひとりが社会に参加し、潜在能力を発揮するための「社会的包摂」を進めるとともに、生活保護を受けることなく、自立することが可能となるよう、就労・生活支援を実施。

①生活困窮・孤立者の早期把握

生活困窮・孤立者を早期に把握し、必要な支援につなぐため、地域のネットワークの構築や、民間事業者・公的機関と地方自治体との連携強化、総合相談体制の強化等を図る。

②ステージに応じた伴走型支援の実施

個々の生活困窮者のニーズやステージに応じて、パーソナルサポートの観点から、生活・就労支援員、民生委員、ピアサポーター等がチームとなり、対象者に寄り添いながら、計画的・きめ細かな支援を実施。

③民間との協働による支援

これまでの公的機関による支援だけでなく、NPOや社会福祉法人などの民間機関との協働により、就労・生活支援事業を展開。

④多様な就労機会の確保

社会的な自立に向けた支援付きの『中間的就労』や、NPO・社会福祉法人等の『社会的企業』による就労の確保、中小企業や農業分野などの『協力企業・事業体』の拡大を通じて多様な就労機会を創出。

⑤債務整理や家計の再建を支援

生活困窮者に対して債務整理や家計再建に向けた指導、自立後の生活設計指導を行うとともに、家計再建のための貸付を実施。

⑥安定した居住の場の確保

離職等により安定的な住まいを失った生活困窮者が、社会的な自立に向けた活動を行う上での生活の基盤となる住居を確保。

⑦中高生に対する支援の強化

中学・高校の生活保護家庭の子どもや高校中退・不登校者に対して、教育関係機関と連携しながら、養育相談や学習支援を実施。

「早期把握、早期支援、早期脱却」

の推進

生活困窮者・生保受給者に対する早期把握や早期支援を実施し、早期の就労・自立に結びつける。

「新しい公共」の推進

NPO等の民間機関が、生活困窮者に対する支援事業を積極的に展開する。

「貸付」と「居住の確保」によるセーフティ・ネットの構築

離職等による生活困窮者に対する「貸付」と「居住の確保」により、生保に陥らないようにする。

「貧困の連鎖」の防止

子どもが教育を受ける段階からの支援により、貧困が親から子へ連鎖する「貧困の連鎖」を断ち切る。

「生活支援戦略」(仮称)の策定

■ 生活困窮者対策と生活保護制度の見直しについて総合的に取り組むための7ヶ年(平成25～31年度)の『生活支援戦略』(仮称)を策定する。(日本再生戦略の策定に併せて検討を進め24年秋目途に策定)

(※)上記戦略については、一体改革に盛り込まれた各種の低所得者対策の具体的措置内容やその効果、消費税の逆進性対策としての再分配に関する総合的な施策(総合合算制度、給付付き税額控除等)の検討状況等を踏まえ、必要に応じ見直しを行う

①生活困窮者支援体制の計画的な整備

生活困窮者への支援体制の底上げ・強化を図るため、体制整備を計画的に進めるための国の中期プランを策定。

②生活困窮者支援体系の整備(法制化も含む)

生活困窮者への支援を安定的に実施していくため、法制化することも含め、支援体系を整備することが必要。その際、パーソナル・サポート・サービスの制度化の検討や、NPOや社会福祉法人等の民間機関との協働を進める。

③生活保護制度の見直しの実施

自立の助長をより一層図るとともに国・地方自治体の調査権限の強化などの不正受給対策を徹底する観点から、生活保護法改正も含めて検討する。

(※)先行的に行った、国と地方自治体との間での協議を踏まえ、実施可能なものから先行実施。2

※ ハローワークと一体となった就労支援の一層の強化策については、別途検討中

生活保護制度の見直し

- 「生活保護制度に関する国と地方の協議」において、生活保護制度の見直しを検討
 - ・23年12月に「中間とりまとめ」→ 今後、「当面取り組むべき施策」を実施するとともに、「制度の見直し」を協議検討

＜当面の対応＞

1. 生活保護給付の適正化

医療扶助の適正化

①電子レセプトを活用した重点的な点検指導

- －生活保護受給者の患者が極めて多い医療機関、向精神薬の重複処方の事案などを効率的に抽出する機能を付与
- －指導等の対象となりうる医療機関等を選定する基準を策定

②セカンド・オピニオン制度の推進

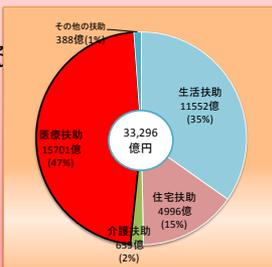
- －複数医療機関による適正な検診結果の確保（検診命令の活用）

③後発医薬品の使用促進

- －「医療扶助相談・指導員」を配置

平成22年度生活保護負担金（事業費ベース）の扶助別の内訳

全体の約半分は医療扶助が占めている。



制度運用の適正化

①資産調査の強化

- －「本店一括照会方式」の活用による金融機関への資産調査を強化

②「不正告発」の目安の提示

- －不正事案に関する告発の目安を提示

③保護申請時の暴力団排除の徹底

- －保護申請時に暴力団員でないことの申告を求める

2. 就労・自立支援の強化

①期間を設定した「早期の集中的な」就労・自立支援

- －保護開始直後から、期間を定めて集中的に就労支援を行う方針を国が策定

②就労・自立支援プログラム等の拡充や体制整備

- －「福祉から就労」支援事業等の就労・自立支援プログラムの拡充、このための就労支援員（1,732名→2,200名）、就職支援ナビゲーター（700名→1,000名）の増員

③自立支援プログラムへの参加や求職者支援制度の利用

- －稼働能力のある人の自立支援プログラムへの参加を促す措置の導入、必要と認められた人の求職者支援制度の利用

④高齢者等の社会貢献活動・就労体験の拠点整備

⑤ケースワーク業務の外部委託の推進

- －地方自治体のケースワーク業務の外部委託の促進

制度の見直し

＜主な制度の見直しの方向性＞

1. 生活保護基準の検証・見直し

- －生活保護基準について、一般低所得世帯の消費実態との比較検証（全国消費実態調査等に基づく調査分析）

2. 指導等の強化

① 調査・指導権限の強化

- －地方自治体の調査権限の拡大（就労活動等に関する事項の調査）
- －医療機関に対する国による直接指導権限の導入
- －医療機関に対する指導に係る調査等の民間委託の導入

② 医療機関の指定等の見直し

③ 罰則の強化

- －罰則（現行：3年以下の懲役または30万円の罰金）の引上げ

3. 「脱却インセンティブ」の強化

① 「生活保護基準体系」の見直し

- －就労・社会的自立・健康管理を促進する観点から基準体系を見直し

② 「就労収入積立制度（仮称）」の導入

- －就労収入の一部を積み立て、生活保護脱却時に一括還付する制度の導入

③ 家計・生活指導の強化

- －自立に向けた家計・生活面の見直し指導を強化

④ 生活保護脱却後のフォローアップ強化

- －生活保護脱却後のフォローアップも含めた伴走型支援

4. ハローワークと一体となった就労支援の一層の強化

- －「福祉から就労」支援事業の抜本強化

※医療扶助の一部自己負担については、以下の理由から慎重な検討が必要。

- ① 必要な受診を抑制してしまうおそれ
- ② 生活保護受給者が医療費を立て替える資力があると考え、最低生活を保障する制度の趣旨になじまない
- ③ 生活保護受給者への償還払いを行う場合であっても、福祉事務所の事務負担が増加

社援保発0308第1号
平成23年 3月 8日

都道府県、
各 指定都市 民生主管部（局）長 殿
中核市

厚生労働省社会・援護局保護課長

指定医療機関に対する指導等について

生活保護法（昭和25年5月4日法律第144号）による医療扶助につきましては、平素格段のご高配を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、生活保護法に基づく指定医療機関に対する指導については、被保護者に対する医療扶助が適正かつ効果的に行われるよう、福祉事務所と指定医療機関の相互理解と協力を確保することを主眼として行われるものですが、平成23年度からの電子レセプトの本格運用等を踏まえ、下記のとおり実施することとしましたので、周知徹底に特段のご配慮をお願いします。追って、各自治体における指定医療機関の指導の実態について調査をする予定です。

なお、本通知については、（社）日本医師会とは協議済みであることを申し添えます。

1 個別指導の対象指定医療機関については、従来からの選定ルールに加え、社会保険診療報酬支払基金から提供される被保護者に係る診療報酬請求データ又は電子レセプトの分析結果等（以下「電子レセプトの分析結果等」という。）を活用して得られる指定医療機関の特徴（例えば請求全体に占める被保護者に関する請求割合が高い、被保護者以外と比較して被保護者のレセプト1件当たりの点数が高い、被保護者の県外受診の割合が高い等）を**総合的に勘案し、個別に内容審査をした上で選定を行うこと。**

なお、被保護者や医療機関関係者等から重要な通報があった場合には、当該情報に関わる指定医療機関の選定を原則優先すること。

医療扶助の適正化

① 電子レセプトを活用した重点的な点検指導

- 生活保護受給者の患者が極めて多い医療機関、向精神薬の重複処方的事案などを効率的に抽出する機能を付与
- 指導等の対象となりうる医療機関等を選定する基準を策定

画一的基準？

選定のための収集データの基準？

② セカンド・オピニオン制度の推進

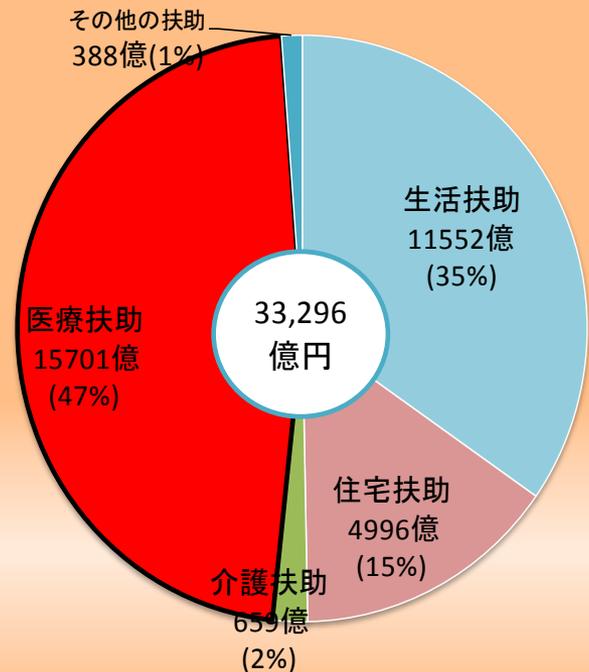
- 複数医療機関による適正な検診結果の確保（検診命令の活用）

③ 後発医薬品の使用促進

- 「医療扶助相談・指導員」を配置

平成22年度生活保護負担金（事業費ベース）の扶助別の内訳

全体の約半分は医療扶助が占めている。



2. 指導等の強化

① 調査・指導権限の強化

- 地方自治体の調査権限の拡大（就労活動等に関する事項の調査）
- 医療機関に対する国による直接指導権限の導入
- 医療機関に対する指導に係る調査等の民間委託の導入

民間とは…
恣意的調査？

② 医療機関の指定等の見直し

③ 罰則の強化

- 罰則（現行：3年以下の懲役または30万円の罰金）の引上げ

社援保発0413第1号
平成24年4月13日

都道府県
各指定都市民生主管部（局）長殿
中核市

厚生労働省社会・援護局保護課長

生活保護の医療扶助における後発医薬品に関する取扱いについて

後発医薬品は、先発医薬品の特許終了後に、先発医薬品と品質、有効性及び安全性が同等であるものとして厚生労働大臣が製造販売の承認を行っている医薬品である。

後発医薬品は、一般的に開発費用が安く抑えられていることから、先発医薬品に比べて薬価が低くなっており、政府においては、患者負担の軽減や医療保険財政の改善の観点から後発医薬品の使用促進を行っている。

生活保護の医療扶助においても、「指定医療機関医療担当規程」（昭和25年8月23日厚生省告示第222号）の改正や「生活保護の医療扶助における後発医薬品に関する取扱いについて」（平成20年4月30日社援保発第0430001号厚生労働省社会・援護局保護課長通知）により、後発医薬品の使用促進に努めてきたところであるが、今般、下記により、更なる使用促進を図ることとしたので、管内福祉事務所及び関係機関に対し周知徹底を図られたい。

なお、本通知については、（社）日本医師会、（社）日本歯科医師会、（社）日本薬剤師会と協議済みであることを申し添える。

2 具体的取組

(1) 概要

処方医が後発医薬品の使用が可能であると判断した生活保護受給者に対して、後発医薬品の効能及び安全性並びに国全体で使用促進している状況について**理解を求めた上で、後発医薬品を一旦服用することを促し、服用終了時に再度、服用を踏まえた本人の意向を確認し、更なる使用促進**を図る取組を行うものとする（（1）に記載した取り組みを以下「本取組」という。）。

生活保護におけるジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進について御協力のお願い

- ①ジェネリック医薬品の品質や効き目、安全性は、先発医薬品と同等であること。
- ②医療財政の健全化を図るため、行政や医療保険など国全体でジェネリック医薬品の普及に取り組んでいること。
- ③生活保護では、本人の同意のもとで、ジェネリック医薬品を一旦、服用して頂くことをお願いしていること。
 - ※一旦服用する期間は、1回の処方期間を目安。
 - ※処方医がジェネリック医薬品への変更を不可としている場合は、本取組の対象外。
- ④ジェネリック医薬品を一旦服用した後に、本人の意向により元に戻すことは可能であること。

ジェネリック医薬品への疑問に答えます

～ジェネリック医薬品Q & A～ [厚生労働省]

〈質問1〉

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、先発医薬品とは使用する添加剤が違うのだから、先発医薬品と同じと言えないのではないのか。

〈質問2〉

世界で最も進んでいるといわれる日本の医療の中で、どうしてわざわざジェネリック医薬品を普及させる必要があるのか。

〈質問3〉

薬局で、先発医薬品の銘柄が記載された処方せん（変更不可欄に「レ」または「×」の印等の無いもの）をジェネリック医薬品に変更し、その薬を服用した患者に副作用が発生した場合は、誰が責任を負うのか。

〈質問4〉

ジェネリック医薬品の承認審査の際に求められる試験項目は、先発医薬品（新薬）の場合と比べて非常に少ない。だから、ジェネリック医薬品は、先発医薬品と比べて有効性や安全性の面で劣るのではないのか。

〈質問5〉

厚生労働省が定める基準によると、生物学的同等性試験の許容域を80%～125%としているが、これはすなわち、ジェネリック医薬品と先発医薬品の治療効果が最大45%の範囲で異なるということを示しているのか。

〈質問6〉

注射剤については、承認審査の際に臨床試験（生物学的同等性試験）のデータを求めているにもかかわらず、なぜ、同等と言えるのか。

〈質問7〉

ジェネリック医薬品の原薬は海外の粗悪なものを使っているのではないのか。

〈質問8〉

ジェネリック医薬品メーカーは、先発医薬品メーカーと比べて1社あたりの製造販売品目が多いので、各品目に対する品質管理が不十分になるのではないのか。

〈質問9〉

先発医薬品とジェネリック医薬品が同等であるならば、なぜジェネリック医薬品の薬価は安いのか。やはり、品質が劣るからではないのか。

〈質問10〉

ジェネリック医薬品は、先発医薬品に比べてメーカーMRの頻繁な訪問、情報提供が無いため、患者への説明不足、不安が生じないか。

〈質問11〉

厚生労働省は、なぜ一般名処方を推進するのか。

〈質問3〉

薬局で、先発医薬品の銘柄が記載された処方せん（変更不可欄に「レ」または「×」の印等の無いもの）をジェネリック医薬品に変更し、その薬を服用した患者に副作用が発生した場合は、誰が責任を負うのか。

医師が適正に処方を行い、ジェネリックへの変更が可能な処方薬について薬剤師が適正に変更調剤を行った場合には、その医薬品により副作用が発生したとしても、医師や薬剤師にその責任が生じるものではありません。

医師が先発医薬品を適正に処方し、変更不可欄に「レ」または「×」の印等の無い処方せんについて、薬剤師が適正に先発医薬品からジェネリック医薬品に変更した場合には、仮にその医薬品により副作用被害が発生したとしても、医師や薬剤師にその副作用の責任が生じるものではありません。

適正に使用したにもかかわらず副作用による一定の健康被害が生じた際には、先発医薬品であれ、ジェネリック医薬品であれ、製造販売業者の社会的責任に基づく拠出金等を財源とした「医薬品副作用被害救済制度」の対象となり得ます（※5）。ジェネリック医薬品だからという理由で救済制度の対象から外れるということはありません。

患者さんの体質によっては、医薬品の有効成分だけでなく、添加剤が原因でアレルギー反応などの副作用等を引き起こすことがまれにありますが、これは、先発医薬品であってもジェネリック医薬品であっても、同様に起こり得ることです。副作用の事前予測は困難ですので、常に、医薬品投与後、再診察あるいは服薬指導の際に患者さんの副作用症状確認をすることが、医師や薬剤師に求められていると言えます。先発医薬品、ジェネリック医薬品を問わず、患者さんの医薬品によるアレルギー等の副作用既往歴を確認することが、こうした副作用の発現を防止するために有用と考えられます。

※5 副作用救済給付の対象となる健康被害は、医薬品を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用による疾病（入院を必要とする程度のもの。）、障害（日常生活が著しく制限される程度の状態のもの。）及び死亡です。但し、医薬品の製造販売業者などに損害賠償の責任が明らかな場合や、がんその他の特殊疾病に使用される医薬品で厚生労働大臣の指定するもの（対象除外医薬品）による場合など、救済の対象とならない場合もあります。それは、先発医薬品であってもジェネリック医薬品であっても同様です。詳しくは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページ「医薬品副作用被害救済制度」をご覧ください。

患者さんの体質によっては、医薬品の有効成分だけでなく、添加剤が原因でアレルギー反応などの副作用等を引き起こすことがまれにありますが、これは、先発医薬品であってもジェネリック医薬品であっても、同様に起こり得ることです。副作用の事前予測は困難ですので、常に、医薬品投与後、再診察あるいは服薬指導の際に患者さんの副作用症状確認をすることが、医師や薬剤師に求められていると言えます。

日本医師会の考え ①

先発品 ≡ 後発品

- ◆ 同一の有効成分を同一量
- ◆ 添加剤の違いがある
- ◆ 効能・効果、用法・用量の差異（特許）
- ◆ 先発医薬品と代替可能
- ◆ 試用期間と差別的な扱い

日本医師会の考え ②

医療機関受診 ↔ 健康管理

- ◆ 早期発見、早期対応
- ◆ 重症化・重度化予防
- ◆ 市町村の保健師等の活用

「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念を実現するための 新たな取組と今後の検討課題

○ 閣議決定を踏まえ、退院支援、地域生活の支援体制の整備について検討を進め、以下の新たな取組をまとめた。今後、それぞれについて具体的に取組を進める。

(★) 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年内に結論を得る。

I 地域移行、社会的入院の解消に向けた、病院からの退院に関する明確な目標値の設定

取組1 第3期障害福祉計画(都道府県)における**明確な目標値の設定**

II 地域移行・地域生活を可能とする地域の受け皿整備

◆医療面での支え

取組2 できる限り入院を防止しつつ、適切な支援を行う**アウトリーチ(訪問支援)の充実**

取組3 夜間・休日の**精神科救急医療体制の構築**

取組4 医療機関の機能分化・連携を進めるため**医療計画に記載すべき疾病への追加**

◆福祉・生活面での支え(従来の障害福祉サービスの基盤整備に加え新たな取り組みとして)

取組5 退院や地域での定着をサポートする**地域移行支援、地域定着支援の創設**

取組6 **地域生活に向けた訓練と、状態悪化時のサポートなどを合わせて実施**

◆認知症の方に対する支え

取組7 入院を前提とせず**地域での生活を支える精神科医療と、地域の受け皿整備**

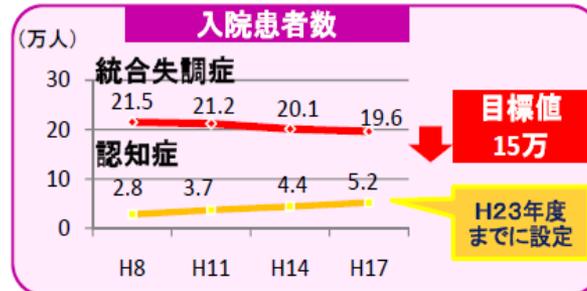
「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書

5 目標値の設定

I 新たな目標値

- 統合失調症による入院患者数：約15万人
(平成17年患者調査時点：19.6万人)
- 認知症に関する目標値：

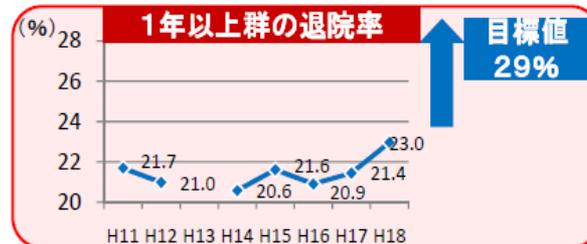
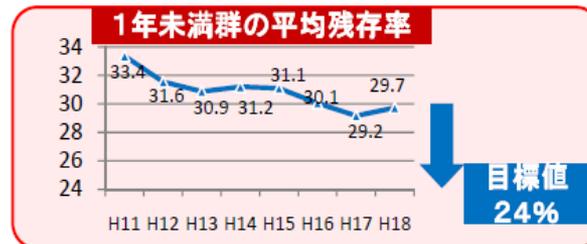
平成23年度までに具体化



II 改革ビジョンにおける目標値 (H16より継続)

精神病床入院患者の

- ◆ 各都道府県の平均残存率(1年未満群) **24%以下**
- ◆ 各都道府県の退院率(1年以上群) **29%以上**



これらの目標により、精神病床35.1万床(H19.10)について、約7万床相当の減少が促進される

<目標値に基づく各都道府県の基準病床数の合計>
平成21年現在：31.3万床 平成27年(試算)：28.2万床
※現在の病床数との差：6.9万床

※目標の達成等に向けて、更に以下を推進

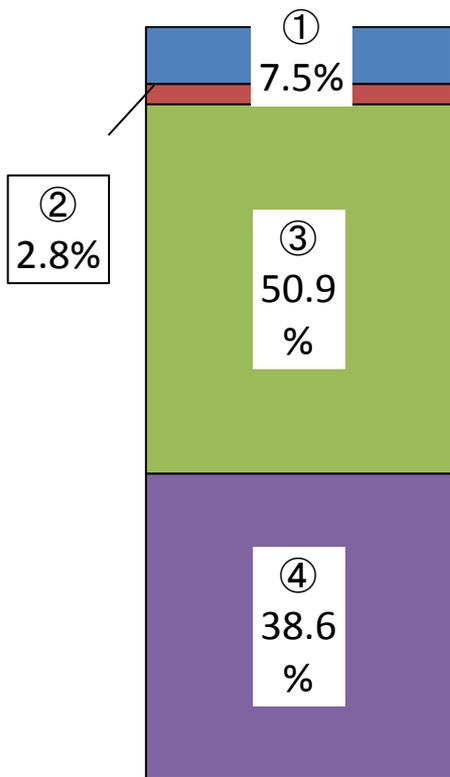
- 個々の医療機関による病床減少・医療の質の向上の取組を直接に支援し促す方を具体化
- 個々の事業(予算事業等)単位で施策の実施状況に関する目標を設定
(例：認知症疾患医療センター、精神科訪問看護の整備 等)
- 普及啓発施策に関する目標に関しても別途設定

平成32年度までに精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を入院から2ヶ月目とする。

退院できると仮定した場合の家族等からの支援

居住先・支援が整った
場合の退院可能性

仮に退院できると仮定した場合に、
家族や友人などから得られる支援の程度
(いずれか一つ選択)



有効回答数3,388人

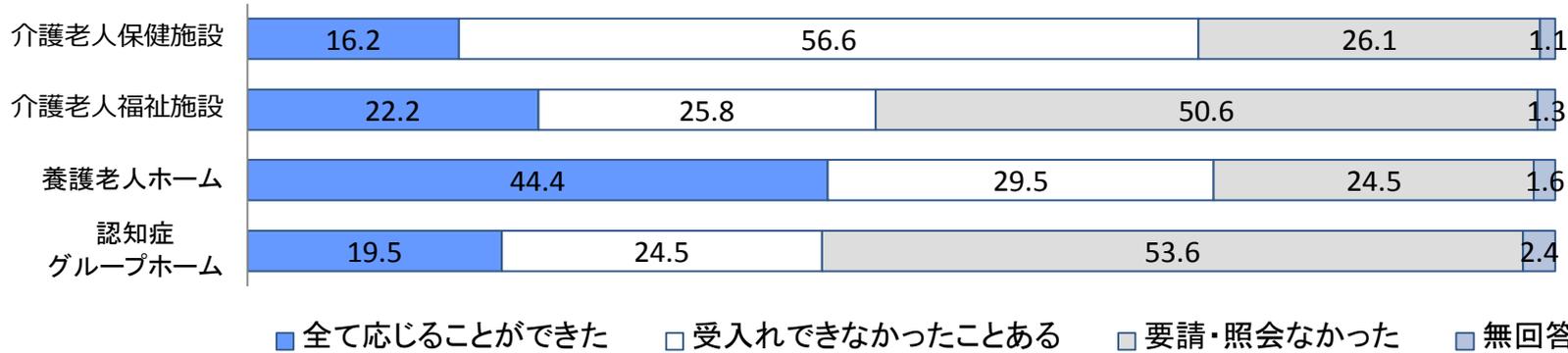
支援は得られない	526	30.5%
助言・精神的な支援(電話など、物理的にその場にはいない支援も含む)	712	41.3%
週数回のADL、IADLの支援	224	13.0%
ほぼ毎日のADL、IADLの支援	172	10.0%
必要であれば24時間を通じてのADL、IADLの支援や見守り	91	5.3%

(有効回答数 1,725人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- ③: 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- ④: 状態の改善が見込まれず、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

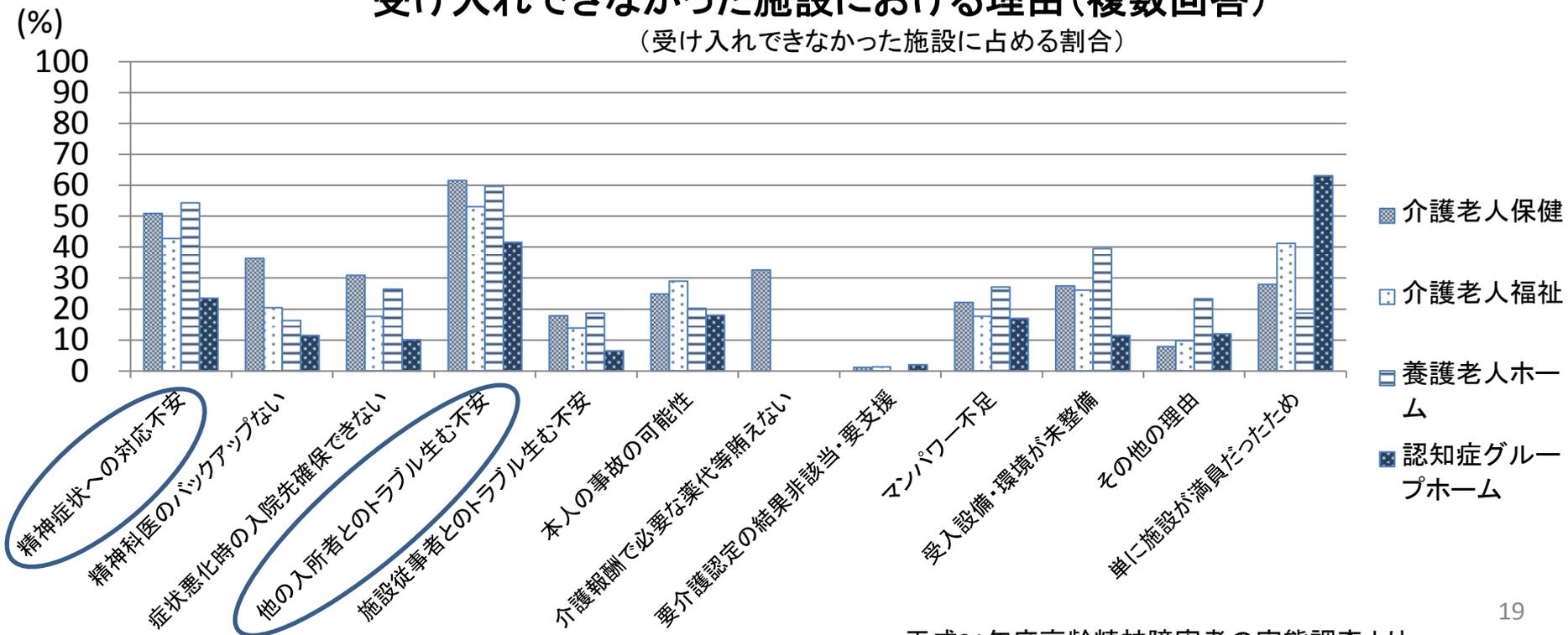
精神科病院等からの退院患者の受け入れ(過去3年間)

(%)



受け入れできなかった施設における理由(複数回答)

(受け入れできなかった施設に占める割合)



日本医師会の考え ③

最後に

- ◆ すべての人に平等な医療を提供
- ◆ 密かに蔓延する感染症等の疾病対策