

保団連役員 各位
各協会・医会事務局長 各位

医療運動推進本部事務局 上所聡子

第 172 回社会保障審議会医療保険部会（2023 年 12 月 8 日開催）概要報告

厚労省は、12 月 8 日、第 172 回社会保障審議会医療保険部会を開催した。当日の議題は以下の通り。
議題 1～3 について、医療保険部会として、提案が概ね了承された。議題 1 について報告する。

議題 1. 「経済財政運営と改革の基本方針 2023」等関連事項について

2. 入院時の食費について

3. 令和 6 年度診療報酬改定の基本方針について

資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_36794.html

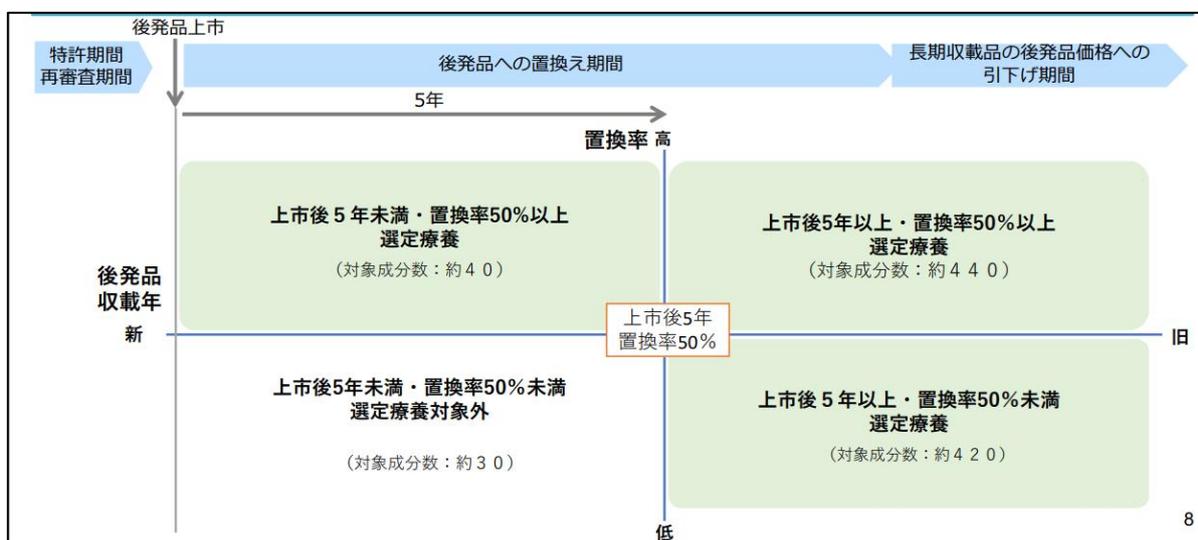
1. 「経済財政運営と改革の基本方針 2023」等関連事項～「薬剤自己負担見直し」について

厚労省は、「薬剤自己負担見直し」で、「長期収載品と後発品の価格差」を保険給付範囲から外し、患者負担とする案について、（1）保険給付と選定療養の適用場面、（2）対象品目、（3）保険給付と選定療養の負担に係る範囲の方向性を提案し、おおむね了承された。今後、中医協において施行時期や患者負担などの詳細について議論が進められ、年末に結論が出される。

（1）**保険給付と選定療養の適用場面**については、①医療上の必要性があると認められる場合、②在庫が無いなど後発医薬品を提供することが困難な場合は保険給付の対象とする。一方で、①銘柄処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方等した場合、②一般名処方で長期収載品を使用した場合は選定療養とすることを提案した。また、「医療上の必要性があると認められる場合については、処方等の段階で明確になるような仕組みの整理が必要」とした。

（2）**対象品目の範囲**については、① 後発品上市後 5 年を経過した長期収載品（※）、② 後発品上市後 5 年を経過していなくても、置換率が 50%に達している場合を選定療養の対象とすることを提案した。

※置換率が極めて低い場合（市場に後発品がほぼ存在しない場合）は対象外



(3) 保険給付と選定療養の負担に係る範囲、いわゆる患者負担については、長期収載品と後発品の価格差の2分の1を上限として検討することを提案した。3分の1、4分の1とする案も示した。なお、患者負担を徴収しない、もしくはより低い額で徴収することについては「後発品の使用促進を進めていくという施策の趣旨を踏まえる必要がある」とした上で中医協の検討に委ねた。厚労省の試算によると、患者負担は場合によっては4倍超にもなる。

ケース1									
	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	350円	250円	217円	200円	75円
				変化額	(+200円)	(+100円)	(+67円)	(+50円)	(▲75円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(40%)	(20%)	(13%)	(10%)	(▲15%)
後発品	250円	1割負担	75円	実際の額	300円	175円	133円	113円	25円
				50円	変化額	(+250円)	(+125円)	(+83円)	(+63円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(50%)	(25%)	(17%)	(13%)	(▲5%)
			25円						
ケース2									
	薬価	負担割合	現行の負担		(参考) 全額	2分の1	3分の1	4分の1	後発品使用の場合
A製剤	500円	3割負担	150円	実際の患者負担額	430円	290円	243円	220円	45円
					変化額	(+280円)	(+140円)	(+93円)	(+70円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(56%)	(28%)	(19%)	(14%)	(▲21%)
後発品	150円	1割負担	45円	実際の額	400円	225円	167円	138円	15円
				50円	変化額	(+350円)	(+175円)	(+117円)	(+88円)
				長期収載品薬価に対する変動率	(70%)	(35%)	(23%)	(18%)	(▲7%)
			15円						

(※1) 長期収載品について、①医療上の必要性があると認められる場合や、後発医薬品を提供することが困難な場合は、保険給付、②後発品の提供が可能な場合においても、患者の希望により、長期収載品が使用される場合は、選定療養。
(※2) 後発品の薬価については、最高価格帯の薬価を想定して試算。
(※3) 長期収載品と後発品の価格差は各品目の薬価によって異なるが、ケース1は長期収載品の薬価の1/2と想定(後発品の最高価格帯については、最高価格の50%以上の算定額となる後発品について、加重平均により集約していることに鑑みた想定)、ケース2は1/3程度と想定
(※4) 選定療養の負担については、長期収載品と後発品の価格差の●分の●で固定と仮定して、試算。
(※5) 選定療養の負担部分に係る消費税も含む。
(※6) ケース1のうち、価格差2分の1の場合： $(500-250) \times 1/2 \times 1.1 + \{250 + (500-250) \times 1/2\} \times 0.3$

<主な意見>

日本医師会の委員は、患者への影響や医薬品の安定供給への支障などから、患者負担については「最初はできるだけ低い割合から始めるべき」と述べた。日本薬剤師会の委員は、医薬品の供給不安定が続く下での「選定療養」導入について懸念を示し、周知広報の期間を十分にとることなどを求めた。一方で、健保連の委員は「実効性を持たせるためには、『医療上の必要性があると認められる場合』について具体的な理由をレセプトに明記するなどの『処方等の段階で明確になるような仕組みの整理』が重要」と強調した。

猪口 雄二 日本医師会副会長 患者の希望であってもその背景には使用感や効き目など患者自身が感じている医療上の必要性が起因となっている場合がある。患者とコミュニケーションをとり、しっかり判断する必要がある。(患者負担の水準について) 過度にメリハリを利かせると自己負担が変動することによる患者の混乱や医薬品の安定供給に支障をきたす恐れがあるため、最初はできるだけ低い割合から始めるべきと考える。選定療養にして患者負担が増えるにしても、負担額が大きすぎると受診控えにつながり、かえって重症化のリスクが生じることは大きな問題になる。適切な負担割合の検討が必要だ。

渡邊 大記 日本薬剤師会副会長 現場としては種々懸念がある。薬局・医療現場では、医薬品供給の不正常化の下で、今までになかった業務負担や費用負担が日々生じている。このような状況が改善されないうまま選定療養が導入されれば、患者への説明や理解にさらに時間を要することになる。このような現

場に発生している過度な負担に十分に配慮いただきたい。導入時期について、報酬改定が実施される 6 月は、これに係る患者への説明にも時間を要する。無理に時期を合わせることなく、システム対応や周知広報の期間を十分に与えることが重要である。配慮いただきたい。

佐野 雅宏 健康保険組合連合会副会長 提案については良いと思う。一方で実効性を持たせるためには、「医療上の必要性があると認められる場合」について具体的な理由をレセプトに明記するなど「処方等の段階で明確になるような仕組みの整理」が重要と考える。患者負担の水準については患者負担増に一定配慮する必要があるため、「価格差の 2 分の 1 以下」とする提案は妥当な範囲と考える。患者が後発品を使用するインセンティブがきちんと働く程度の水準にすべきと考えるが、その他の観点も踏まえて中医協で具体的に検討を。

＜「薬剤自己負担の見直し」は国民皆保険制度の根幹を歪める＞

保険収載された医薬品を部分的にとはいえ保険給付から外し「選定療養」とすることは、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の根幹を歪めるものです。健康保険法で禁止された「混合診療」を事実上解禁するものといえます。

厚労省は「選定療養の適用場面」について「患者希望による長期収載品の処方」などと説明していますが、そもそも投与する薬剤は患者が選択しているわけではありません。薬剤の処方と選択は医師の診察に基づき行われています。医師は、診断の結果、患者の疾患状態や治療上の効能・効果の違いなどに考慮して、先発、長期収載、後発のどれが望ましいかも含めて必要な医薬品を判断し処方しています。医師が診療に基づき、その患者に適した/望ましいと判断する薬剤を処方・投薬している裁量（いわゆる、処方権）を尊重すべきです。

また、政府は、骨太方針で医療保険財源の枠内で創薬費用を調達するとし、先発医薬品（長期収載品）と後発医薬品との差額を患者から窓口負担とは別に徴収し、製薬企業の新薬創出費用の財源に充てることを「政策的合理性」があると主張しています。しかし、先発医薬品と後発医薬品の差額を選定療養化（保険給付外）し、保険給付や公費など削減された財源を製薬企業の「創薬」に充てることは、服薬や健康管理を必要とする患者から追加でお金を取り立てて、そのお金で新薬を開発するに等しい行為で、「政策的合理性」があるとは到底いえません。新薬の恩恵は国民・社会全体に及ぶ以上、かりに財源が必要というのであれば、患者負担ではなく、公費（税金）で検討すべきです。

物価高騰、実質的な年金引き下げ、相次ぐ医療・介護の負担増などによって国民生活は困窮しています。75 歳以上の窓口負担 2 割化によって厚労省の調査でも受診手控えが起きていることが明らかとなっています。追加の薬剤負担増でさらなる受診抑制・健康悪化を招きます。また、差額徴収により患者と医師の信頼関係を崩すことになりかねません。

保団連は、11 月 17 日付で声明「後発医薬品が不足する中での薬剤自己負担の見直しに反対する」を発出するとともに、問題点についての記者会見、厚労省への要請、ホームページでの情報発信等の取組みを強めています。併せてご参照ください。

【シリーズ・薬の保険外し】 <https://hodanren.doc-net.or.jp/info/news/2023-12-3-2/>

以上