

えっ!薬がもらえない?

OTC類似薬保険外しの問題点を学びましょう

政府は、「OTC類似薬の保険給付のあり方の見直し」を2025年の「骨太方針」に盛り込みました。今後の議論で2026年度から医療保険の対象外となる可能性があります。風邪薬、抗アレルギー薬、湿布、保湿剤などが見直しの対象とされていますが、患者の自己負担が増大する、受診控えが起こる、適切な診断・治療が行われずに重篤化するなどの問題が指摘されています。

OTC類似薬保険外しの問題点を学び、保険外しをさせない取り組みをすすめていきましょう。

10月12日(日)14:00~16:00

京都社会福祉会館 2F 1・2・3会議室 京都市中京区壬生坊城町 48 番地 6

講師：中村 晓さん（京都府保険医協会事務局次長）

參加費無料



主催 N P O 法人京都難病連・きょうされん京都支部・京都府保険医協会・京都社会保障推進協議会
tel:075-801-2526/fax:075-811-6170/mail:shahokyokyoto@gmail.com

「社会保険料軽減」のための OTC 類似薬の保険適用除外を批判する



講師：

京都府保険医協会 事務局次長

(福祉国家構想研究会 事務局長) 中村 曜

京都社会保障推進協議会

事務局長 松本 隆浩：

皆さん、こんにちは。本日は『OTC 類似薬保険外摘要の問題点』の緊急学習会になります。

政治が動いてる中での学習会ですので、しっかりしていきたいと思います。

私、司会をします京都社会保障推進協議会の松本です。

それでは、最初に今日の学習会の主催団体の 1 つであります難病連の北村代表理事から（ご挨拶を）お願いします。

NPO 法人京都難病連

代表理事 北村 正樹：

どうもこんにちは。京都難病連の北村です。本日は OTC 類似薬保険外問題勉強会と言う事でお休みのところ本当にご苦労様です。

今年は医療関係では高額医療費上限額の問題。そちらも少し問題として起きてまして、そしてこの問題があるんですけども、京都社会保障推進協議会、きょうされん、保険医協会の方に来ていただいてご説明いただいて、これはまずは勉強して、今後どう動いていくか担当としてまた当事者としてどのような活動をしていけばいいのか、勉強していきたいと思います。

OTC 類似薬、最初はちょっと馴染みにくいかもしれませんけど、あとはそちらから説明いただいて、今後どのような動きをしていくか、皆さんと一緒に考えたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

司会進行：

それでは早速ですけれども、OTC 類似薬保険外の問題点を学ぶということで、京都保険医協会の、中村暁さんからお話を聞いてその後、質疑をと思っております。ではお願いします。

中村 晓 講師：

こんにちは。ご紹介いただきました京都府保険医協会の中村です。

皆さんお手元にレジメと資料が2つ。それからこういうカラーの裏表のA4のもの。ちょっと字が小さいんですけど、A3のこういう一覧表ですね、こちらを用意させていただいてますので、これを使っていきたいと思います。

最初に皆さんにお願いがありまして、レジメにページを打つの忘れていましたので、皆さんすいませんが各自でページを打っていただきますと分かりやすいかと思いますのですいません。

10ページまであれば正解です。

2025年10月

「社会保険料軽減」のためのOTC類似薬の保険適用除外を批判する

中村 晓

【用語の説明】

※1 OTC → Over The Counter（店頭、小売り）の略
※2 OTC薬 → 市販薬。医師の処方箋がなくても薬局やドラッグストアなどで購入できる一般用医薬品
※3 OTC類似薬 → 保険薬。医療用医薬品。医師の診断を受けて処方される薬の中で、ドラッグストアなどで購入できるOTC薬にスイッチ（切り替え）された場合、元の保険適用の医療用医薬品が、そのように呼ばれている
※4 スイッチOTC化 → 医療用医薬品として長年使用されて、安全性や有効性が確立されたとされる成分を、OTC薬として販売できるようにすること

1. 病気を抱えながら必死に生活している人のことをもっと想像してほしい

〈署名活動の趣旨〉

私は生まれつき「魚鱗癬（ぎょりんせん）」という難病を抱えながら生活しています。魚鱗癬は、全身の皮膚が乾燥して硬くなりボロボロと剥がれるので皮膚の機能が正常でなくなり、アレルギーが強く出て、強い痒みと痛みが伴ったり、体温調整が出来なかったりします。

日常生活を継続させるために、複数の薬を使用しての皮膚の保湿・保護が欠かせません。また、内服薬でアレルギーを抑える必要があります。患者の多くは、頭から足先までの保湿・保護が必要で、乾く度に塗る必要があることから、薬の使用量も多くなります。

こうした大切な薬が今後、保険適用から除外され、これまでと同じように使えなくなるかもしれません。

そうなると、私と同じように困る人が全国にたくさん出てくるでしょう。

薬代を支払えないために病気が悪化したり、命に影響したりするような事態になるのはと心配し、今回署名を立ち上げることにしました。



治療を必要とする全ての人が使用する薬を、今後も保険適用とすることを政府に求めるオンライン署名にご協力ください ➔

〈今使っている薬が、保険適用除外に〉
2025年度予算の審議が進む中で、国民医療費「4兆円削減」の議論が急浮上しました。

では、1枚目から見ていきたいと思います。資料に沿ってお話しします。

タイトルですね、『社会保険料軽減のための OTC 類似薬の保険適用除外を批判する』という題名に合えてしていまして、この間の総選挙とかで参議院選挙の中でも社会保険料の軽減というのがあるいは増やすために社会保険料を低減する。

そういう形で社会保険料を下げるという話が、主に野党の方からの要求・公約として訴えられています。

この社会保険料軽減して確かに社会保険料高いので、下げる欲しいんですけども、結局社会保険料を減らす・・・下げるには医療費を下げなあかんという話になってしまってますね。なので、医療費を減らすという話になると、今の医療サービスをどこか削っていくという話になるわけです。そういう話の流れで、実は OTC 類似薬の保険適用除外の問題というのは、その他のそういったその政治の論戦の中の関係で、ポンポンポンと進んできた。そういう感じを私は思っています、そもそも社会保険料軽減ということ自体をどう考えるのかということも含めて、この問題はちゃんと捉えないといけないかなということで、こういう回答にしています。

それから北村代表理事のお話にありました、この（OTC 等）大変馴染みにくいので説明というのを最初につけていて、途中で何度も説明は出てきますが最初に一応はこの用語の説明を見ておきたいです。

【用語の説明】

- ※1 OTC → Over The Counter（店頭、小売り）の略
- ※2 OTC 薬 → 市販薬。医師の処方箋がなくても薬局やドラッグストアなどで購入できる一般用医薬品
- ※3 OTC 類似薬 → 保険薬。医療用医薬品。医師の診断を受けて処方される薬の中で、ドラッグストアなどで購入できる OTC 薬にスイッチ（切り替え）された場合、元の保険適用の医療用医薬品が、そのように呼ばれている
- ※4 スイッチ OTC 化 → 医療用医薬品として長年使用されて、安全性や有効性が確立されたとされる成分を、OTC 薬として販売できるようにすること

OTC という言葉はオーバー ザ カウンター (Over The Counter) の OTC です。

店頭とか小売りという意味になるので、カウンター越しにお薬が気軽に買えるというイメージです。なので OTC 薬というのは『市販薬』のこと売薬のことになります。

OTC 類似薬とは何かということですが、『市販薬』と同じ成分だけれども、医師の処方によって出される薬のことです。

なので我々がお医者さんにかかった時に保険で出してもらえるお薬。そのお薬の中には実は、市販でも売っている同じ成分で・・・お薬がある。これを国は OTC 類似薬と呼んでいるということ。ややこしいですが、OTC 薬と言ったら市販薬、OTC 類似薬と言ったら市販薬と同じ成分だけれど

も、ドクターの処方で出されているというお薬ということになります。

スイッチ OTC という言葉があります。

スイッチ OTC って何かと言うと、医療用医薬品として長年使用されてきたけれども、安全性や有効性が確立されたからもう市販薬として販売しても大丈夫じゃないかと、これは国が判断するんですけれども判断されたお薬、これがスイッチ OTC 化です。OTC 薬に切り替える。そういう意味で、スイッチ OTC というのも少し出てきますので、載せておきました。

また、途中でもしつこいめに（出て来ますが）レジメにも書いていますので、判らなくなったら 1 ページ目を見てもらって（ご確認ください）。

という事で早速レジメに入っていきます。

1 番ですね。『病気を抱えながら必死で生活してる人のことをもっと想像して欲しい。』

これは、現在行われている OTC 類似薬の保険適用除外に反対をする ネット署名に書かれている言葉です。ここの 1 番のところは基本的にネット署名に書かれているものをそのまま写していますので、皆さんでこの署名に何が書いてあるのかという事を共有したいと思います。

署名活動の趣旨を読み上げているこの患者さん。魚鱗癬の患者さん。

私は生まれつき「魚鱗癬（ぎょりんせん）」という難病を抱えながら生活しています。

魚鱗癬は全身の皮膚が乾燥して硬くなりボロボロと剥がれるので皮膚の機能が正常でなくなり、アレルギーが強く出て、強い痒みと痛みが伴ったり、体温調整ができなかつたりします。

日常生活を継続させるために、複数の薬を使用しての皮膚の保湿・保護が欠かせません。また、内臓薬でアレルギーを抑える必要があります。患者の多くは、頭から足先までの保湿・保護が必要で、乾く度に塗る必要があることから、薬の使用量も多くなります。

こうした大切な薬が今後、保険適用から除外され、保険が効かなくなってしまうんですね。

これまでと同じように使えなくなるかもしれません。そうなると、私と同じように困る人が全国にたくさん出てくるでしょう。

薬代を支払えないために病気が悪化したり、命に影響したりするような事態になるのではと心配し、今回署名を立ち上げることにしました。と冒頭に書いています。

薬代を支払えないために病気が悪化したり、命に影響したりするような事態になるのではと心配し、今回署名を立ち上げることにしました。

治療を必要とする全ての人が使用する薬を、今後も保険適用とすることを政府に求めるオンライン署名にご協力ください ➡



QR コードが貼ってありますので皆さんスマホ等で読み取っていただくと、すぐに署名が出来る形になっています。

＜今使っている薬が、保険適用除外に＞

2025 年度予算の審議が進む中で国民医療費「4 兆円削減」の議論が急浮上しています。この紹介で次ページです。報道によれば「OTC 類似薬の保険適用除外で医療費を削減する」という内容が含まれているようです。

薬局やドラッグストアなどで直接購入できる医薬品（OTC 医薬品）に似ている処方箋が必要とされるのが OTC 類似薬です。その中には私が使用している保湿剤の「ヘパリン類似物質やアレルギーを抑える、「フェキソフェナジン」等も含まれています。こうした OTC 類似薬が保険から外されたら、治療を必要としている患者の経済的負担が大幅に増えることになります。

＜「指定難病医療給付制度」から外れてしまったら＞

現在、難病患者には指定難病医療給付制度があります。指定難病と診断された場合、難病の治療費は上限以上は支払わなくて済むなど、患者の経済的負担を軽減しています。

私の使っている薬が保険適用から外されたら、この指定難病医療給付制度にも該当しなくなるのではと不安が募っています。そうなると医療費が生活を圧迫し、生活がままならなくなります。生活のために薬代を節約しようとすれば病気が悪化し、仕事を含む日常生活がままならなくなる程の身体的負担がのしかかってくるでしょう。

＜各種団体からも反対の声＞

日本医師会からも、受信控えに伴う健康被害が生じたり、患者の経済的な負担が増えたりするほか、薬の適正使用も難しくなるとして、OTC 類似薬の保険適用除外に反対する意見が出ています。

また日本薬剤師会も 2 月 18 日に会見を開いて、OTC 類似薬の保険適用除外に反対という意見を表明しています。安心して医療が受けられるように、治療を必要とする人が治療のために使用している薬に関しては、これまでと同様に保険適用としていただくことを心から願っています。是非賛同していただきますように、よろしくお願ひいたします。以上、署名の引用であります。

報道によれば「OTC 類似薬の保険適用除外で医療費を削減する」という内容が含まれるようです。

薬局やドラッグストアなどで直接購入できる医薬品（OTC 医薬品）に似ていて処方箋が必要とされるのが OTC 類似薬です。その中には私が使用している保湿剤の「ヘパリン類似物質（ヒルドイドローション（ジェネリック含む））」やアレルギーを抑える「フェキソフェナジン」等も含まれています。こうした OTC 類似薬が保険から外されたら、治療を必要としている患者の経済的負担が大幅に増えることになります。

〈指定難病医療給付制度〉から外れてしまったら

現在、難病患者には、指定難病医療給付制度があります。指定難病と診断された場合、難病の治療費は上限以上は支払わなくて済むなど、患者の経済的負担を軽減しています。

私の使っている薬が保険適用から外されたら、この指定難病医療給付制度にも該当しなくなるのではと不安がつのっています。そうなると医療費が生活を圧迫し、生活がままならなくなります。

生活のために薬代を節約しようとすれば病気が悪化し、仕事を含む日常生活がままならなくなる程の身体的負担がのしかかってくるでしょう。

〈各種団体からも反対の声〉

日本医師会からも、受診控えに伴う健康被害が生じたり、患者の経済的な負担が増えるほか、薬の適正使用も難しくなるとして、OTC 類似薬の保険適用除外に反対する意見が出ています。

<https://www.m3.com/news/open/iryoishin/1258067>

また日本薬剤師会も 2 月 18 日に会見を開いて、OTC 類似薬の保険適用除外に反対の意見を表明しています。安心して医療が受けられるよう、治療を必要とする人が治療のために使用している薬に関しては、これまでと同様に保険適用としていただくことを心から願っています。

ぜひ賛同していただきますよう、よろしくお願いします。

（引用終わり）

全体として何が起ころうとしているかと言う事です。これを読んでいただくとイメージが湧くのではないかなと思います。

(報道から)

OTC類似薬 保険外しノー 難病患者家族 署名8.5万人超提出

石破茂政権が13日に閣議決定した「骨太の方針」に、処方薬の中で市販薬に効能が似たOTC類似薬の保険給付見直しが盛り込まれた問題で、難病患者の家族は18日、参院議員会館で、保険適用の継続を求めるオンライン署名8・5万人超分を厚生労働省に提出しました。日本共産党の田村貴昭衆院議員、全国保険医団体連合会の本並省吾、上所聰子両事務局次長が参加しました。

提出したのは団体職員の大藤（だいとう）朋子さん。長男の龍之助さんが、生まれつき全身の皮膚が乾燥してうろこのように硬くなる魚鱗癬（ぎょりんせん）の患者です。肌を

保湿するヘパリン類似薬（ヒルドイド）やアレルギーを抑えるフェキソフェナジンを医師に処方され、使ってています。

自民党、公明党、日本維新の会は、国民医療費の「最低4兆円削減」を念頭にOTC類似薬を保険適用から外そうとしています。その動きに危機感を抱き、2人で3月25日にオンライン署名を呼びかけ。骨太の方針の決定直前に賛同者が急増しています。

大藤さんは厚労省要請で「2カ月に3回通院し、1回の診察料と薬代は保険適用で2000～3000円。保険から外れれば薬代だけで6万円以上かかる。病気を抱えながら必死に生活している人のことをもっと想像してほしい」と訴え。上所氏は「高額療養費見直しに続き、命に関わる医療制度改悪をするのか」と迫りました。厚労省側は「何をやるか今後検討する」と述べるにとどまりました。

しんぶん赤旗 2025年6月19日(木)

すでに、魚鱗癬の患者さんは署名を提出されています。

骨太の方針の中に処方薬の中で市販薬に効能が似たOTC類似薬の保険給付見直しが盛り込まれた問題で、(これ赤旗の報道ですが)難病患者の家族が18日、8.5万人以上のオンライン署名を提出されています。今も署名を受け付けているということです。

3ページに移りますが、後ほど詳しくお話ししますが自民党、公明党、日本維新の会は国民医療費の「最低4兆円削減」を念頭にOTC類似薬を保険適用から外そうとして、その動きに危機感を抱いて、署名を呼びかけて賛同者が急増して、それを提出したということです。

厚生労働省の中で、この当事者の方は「2ヶ月に3回通院し、1回の診察料と薬代は保険適用で2000円から3000円。保険から外れれば薬代だけで6万円以上かかる。病気を抱えながら必死に生活している人のことをもっと想像して欲しい」ということで、厚生労働省に訴えた。

「高額医療費見直しに続き、命に関わる医療制度改悪をするのか」ということで書いてあります。厚生労働省は、「何をやるか今後検討する」という不思議な答で、これではと思っていますが、

そういうことで言及をして、それだけに止まったというのが 6 月 19 日の新聞の記事になります。私たちが聞いている話だと、やはり厚生労働省自身がこの OTC 類似薬の保険外しという話は、元々自民・公明・維新が協議の中で、一応合意しているという方向性なんですけれども、その厚生労働省という省庁として、OTC 類似薬という括りでそれを保険からポッと外していくみたいなこと 자체を厚生労働省が発信してるわけじゃないんです元々。

厚労省に保険医協から聞いてみると、厚労省としては OTC 類似薬という言葉の定義自体が、実は厚労省の中ではっきりとあるわけではない、そういうレベルの話なんです。

ということで、実は厚生労働省自身も少しこのことについては戸惑ってる感じが印象としては僕が持っています。これでしっかり運動すれば跳ね返せる可能性は十分にある。

では、なぜそんな話が出てきたのかというところをお話していきます。

3 ページ 2 番の「現役世代の社会保険料負担軽減」のための医療費削減策というところをご覧ください。

2. 「現役世代の社会保険料負担軽減」のための医療費削減策

なぜ今、医療保険で「給付」されている「OTC 類似薬」をわざわざ保険給付から外そうとする動きが強まっているのか。

一言でいえば国の「医療費抑制」政策である。

国は 80 年代から一貫して医療・福祉にかかる国の持ち出しを減らそうとしてきた。

特に 90 年代の小泉政権以降の新自由主義改革によって、「いつでも・どこでも・誰でもが保険証 1 枚で必要な医療が必要なだけ受けられる仕組み」(国民皆保険制度)の解体が追求されるようになっており、「保険の効く医療の範囲」を国がコントロールできるようにしようとあの手、この手で攻めてきている。OTC 類似薬の保険外し問題とはその一環と考えられる。

さらにこの間の国政選挙で自民・公明が苦戦し、代わって躍進した「野党」の「手取りを増やす」「社会保険料を軽減する」という政策が国のかみ合ったことも、OTC 類似薬の保険外しに勢いを持たせている。

国民民主党は「手取りを増やす」と公約し、「現役世代の社会保険料負担軽減（年齢ではなく負担能力に応じた原則 2 割の窓口負担、公費負担増、保険診療と自由診療範囲の見直し、第 3 号被保険者制度見直し、年金保険料納付期間延長等）」を訴える¹。

日本維新の会も「社会保険料が原因で給料が上がらない！」と「医療費を 4 超円削減」を謳う。

彼らの主張は「手取りを増やす」ために医療費を減らせというもので、まともな政策とは言えない。もっといえばでたらめである。「若年世代の水道代の負担を減らすために水道からの水の供給を減らせ」と言っているようなものである。保険料が下がっても医療が受けられず生命が奪われては何の意味もない。しかしそんな無茶苦茶を与党が丸のみし「OTC 類似薬の保険適用除外」は進められているのである。

今、お話ししたように医療保険で現在給付をされている、医療保険サービスとして提供されている

OTC 類似薬をわざわざ保険給付から外そうとする動きが、なぜ今強まっているかという問題です。一言で言うとそれは国の医療費の抑制政策である。医療費を減らしていく政策。これが背景にある。実は国は、80 年代から一貫して医療・福祉にかかる国の持ち出しを減らそう減らそうとしてきているわけです。

特に 90 年代の小泉政権以降の新自由主義改革というのは、「いつでもどこでも誰でもが保険証 1 枚で必要な医療が必要なだけ受けられる」という、この「国民皆保険制度」の解体を追求するようになっています。その解体というのは、保険制度をやめてしまうというよりも保険で給付される医療の中身を国がコントロールできるようにする仕組み。

今どうなっているかと言うと、保険で医療を受けられるということは、その医療をどのような医療を受けるのかっていうのはお医者さんが専門的な判断で決めてるわけです。私たちは自分たちでどんな病気なのかとか、どんな薬を飲んだ良いのかとか自分では判断できないわけで、結局お医者さんが専門的な検査から「この人はこういう病気だからこういうお薬が必要だ、こういう治療が必要だ」というようになって、そうなるとどうなるかと言うと、ドクターが必要だと判断した医療はどんどん上乗せされていく。つまり給付としては、抑制ではなく医師の判断に委ねているので、国から見れば青天井になってしまってます。これが国は気に入らないわけです。

なんとかそこにキャップをはめられへんかとか、医師の専門的な判断というものをコントロールできないか、管理できないか、抑制できないか、そのことを一生懸命考えてる。これが小泉政権以降の医療保険制度改革のやり方と考えられます。

OTC 類似薬の保険外しの問題というのは、その一環として出てきていると捉えるべきだろうと思います。これに勢いがついてしまったのは、この間の国政選挙で自民・公明が苦戦をして、公明党連立離脱ということになってしまってます。そこが噛み合って OTC 類似薬の保険外しというものが、一気に現実味を帯びてきたと思ってます。

国民民主党は「手取りを増やす」と公約をしていて、何を言ってるか「現役世代の社会保険料の負担軽減を訴える。ただそれの中身を見てみると、年齢ではなく負担能力に応じた原則 2 割の窓口負担と公費負担増。それから公期負担増の一方で保険診療と自由診療範囲の見直しというようなことを言っていて、要は自由診療ということですから保険がきく医療の範囲をもうちょっと狭めて自由診療・・・全額自己負担の自由診療の範囲を増やしていくということをやれば医療費を抑えるこ

とがでて、社会保険料が減るんじゃないかと国民民主は言っているわけです。公約の中で。日本維新の会も「社会保険料が原因で給与が上がらない」「医療費を4兆円削減」するべきだって維新の会が言ったわけです。彼らの主張は、手取りを増やすために医療費を減らせと言っている。社会保険料を下げるために医療費を減らせ。これはもう政策としては全くまともなものではない。はっきり言ってデタラメだと思うんですね。

これ要するに例えると弱年世代の水道代の負担を減らすために水道からの水供給を減らせと言つて。水道代を減らすためには水道の蛇口を開けても水があまり出ないようにならいいと言つて。するとしたら、それは解決には実はならない。保険料が下がっても医療が受けられずに命が奪われてしまつては何の意味もないからです。

社会保険料が生活を圧迫するほど高いという状況になっている。これは間違いないわけで、そうなのであれば、必要なのは公費を増やすということが本当は必要なのであって、医療費の方を減らすという議論自体はもう間違つていて、政策としてはそこに触れない彼らの政策そのものが実はデタラメでむちゃくちゃなものだと思います。

ところがそのむちゃくちゃを与党が丸のみをしてしまつてOTC類似薬の保険適用除外というのが進むようになつてしまつます。

大きなきっかけは2025年6月の自民・公明・維新の合意だったわけです。

4ページです。

合意は、実はOTCのこと以外にも、例えば病床削減、病院のベッドをあと11万床減らせなどの話が合意の中にあるわけです。そういう4つの内容を含んでいるんですけども、この合意の中にはいざれも社会保険料の引き下げというのが念頭に置かれている。

² 【OTC類似薬の保険給付のあり方の見直し】、【新たな地域医療構想に向けた病床削減】、【地域フォーミュラリの全国展開】、【現役世代に負担が偏りがちな構造の見直しによる応能負担の徹底】。

³ 「全国保険医新聞」(第3005号、2025.5.25)

OTC類似薬については2つのことと言つています。

1つ目。類似のOTC医薬品が存在する医療用医薬品、すなわちOTC類似薬の保険給付のあり方の見直しについて、早期に実現が可能なものについては令和8年度から実施をする。

その際、成分や用量がOTC類似薬と同等のOTC類似薬をはじめとするOTC類似薬一般について、保険給付のあり方の見直しの早期実施を見直す。だからOTC類似薬全体に網をかけるということを言つています。

2つ目。この言葉を後で詳しくみますが、セルフメディケーション推進の観点からスイッチOTC

化にかかる政府目標。

これは元々、規制改革推進会議で目標を持っているんですけども、令和5年末の時点で海外の2カ国以上でスイッチOTC化、すなわち市販薬にもうなっている薬で、日本で市販薬にまだなっていない薬が約60成分ある。これを令和8年末までに全部OTC化する。これは断言している。つまり今のOTC類似薬を保険から外すだけではなく、今OTCになっていない医療用医薬品についてもOTCにどんどんしていきます。次どうなるかと言うたら、ほんならそれはまたOTC類似薬だという話になって、その次この60成分がさらに保険から外されてという流れになっていく。こういうことを合意の中で書いてある。維新の会が保険きかないようにするOTC類似薬の28の有効成分というのを出しています。それがこの（資料として渡した）A3の資料なんです。

維新の会は、保険が効かないようにするOTC類似薬の「28有効成分（薬剤費合計1543億円）」を具体的に示している（OTC医薬品と成分・1日最大用量が同じ医療用医薬品）。

このうち薬剤費が多い上位3つは、皮膚保湿剤のヘパリン類似物質（544億円）、制酸剤の酸化マグネシウム（231億円）、アレルギー性疾患治療剤のフェキソフェナジン（203億円）等だという。これらはみんな日常診療で広く処方されている薬剤である³。

ここに書かれている、自分がこれ飲んでるとか、それ処方されてるな。これ確かに医者さんが、よく処方されるお薬が並んでいます。もうこの薬は全部市販薬としても売っているので、もう保険から外したらいいんじゃないのってことになる。

皆さん見覚えのある薬が結構あるんじゃないかな。先ほどのあの署名をされている患者さんで言うとこのヘパリンこれが外される。酸化マグネシウムも外れる。

こういうものが出ていて、これを候補として上げている。猪瀬直樹さんが自分のホームページに載せていて、一応これが維新の想定している（保険適用を）外す中身です。

これを厚労省が全部外すと言っているわけではないです。維新が言ってる中に、これちょっとお金の面ですね、ちょっと見てみますっていうのがこのカラー版ですね、裏面を見ていただきます。市販薬と医療用の同じ量。1番上のアレルギー性鼻炎だったらアレジオンですね。これ医療医薬品としては薬としては70円。これ市販薬になると2,138円で売っている。31倍です。

ムコダインが60円。市販だったら2,541円で。これ非常によく聞くロキソニン。名前を良く聞くロキソニンですね。ロキソニンだったら40円が768円。ベトネベート軟膏だったら40円が2,178円。市販薬だったらリンデロン軟膏っていうんですね。こういうすごい価格差がある。

表 医療用薬と市販薬の負担金比較					
アレルギー性 鼻炎	医療用	アレジオン錠20 1日1錠 12日分	70円	価格差 2,068円 約31倍!!	
	市販	アレジオン20 1箱12錠入り	2,138円		
去痰	医療用	ムコダイン錠 500mg 1日3錠 7日分	60円	価格差 2,481円 約42倍!!	
	市販	ムコダイン去痰錠Pro500 1箱20錠入り	2,541円		
解熱鎮痛	医療用	ロキソニン錠 60mg 1日3錠 4日分	40円	価格差 728円 約19倍!!	
	市販	ロキソニンS 1箱12錠入り	768円		
皮膚炎	医療用	ベトネベート軟膏 0.12% 1調剤 10g	40円	価格差 2,138円 約54倍!!	
	市販	リンデロンVs軟膏 1包装 10g	2,178円		

※市販薬と一日最大容量が同じ医療用医薬品を比較。
※医療用医薬品の価格は一部負担金（3割）で計算。市販薬の価格はメーカー希望小売価格を用いた。

この医療用医薬のお薬 자체はこういう値段なんですけれども、お医者さんにかかるお薬だしてもう時は、その診療代もお医者さんに払いますから、その診療代と合わせると単純には比較できないですけれども、薬だけで言うとこういう仕組みになっているというわけです。だから単純にこの1番上のアレジオンを飲んでる方が、これ全部自分でこれから買ってくださいとなったら 31倍の負担度になる。

非常に大きな影響があるんですね。大きな影響があるってことは逆に言うとそれだけ費用を減らせる薬が選ばれてるということになるということです。

「スイッチ OTC」の政府目標については、国の「規制改革会議」が2023年12月26日に決めたもの。規制改革会議の「医療・介護ワーキンググループ」（2025年3月28日）の配布資料には、上記の条件にあてはまる「58成分」が掲載され、「令和8年末までにOTC化する」と断言している。

以上の内容は今年6月の「骨太の方針 2025（経済財政運営と改革の基本方針・2025年6月13日閣議決定）」にも盛り込まれ、「国家方針」となっている。

4ページの方に戻っていただきまして、OTCの方のお話を紹介していくと、これもうこれからOTC、市販薬に変えていくわけです。その目標については規制改革会議が2023年12月についている。今年3月の規制改革会議の「医療・介護ワーキンググループ」という会議の配布資料の中では、そ

の条件に当てはまる「58 成分」が掲載されています。

その薬も見ていると海外で 2 力国以上なんで、その国がどこなのかも書いてないんですけども、海外で 2 力国が本当にそれで根拠になるのかと思うんですけど、2 国オッケーだったらもう日本も OK にしてしまえよっていう結構乱暴なんですよね。それが一覧に出ております。今日（資料として）つけてないです。

今、申し上げたような中身が基本的には 6 月の・・・署名にもありました・・・骨太の方針 2025 年にすでに書かれているので、あそこに書かれる閣議決定事項ですから、あそこに書かれたら現時点の政権の枠組で言うとこれは国家の方針であるということに、もうなっているということです。なのでこれから縮々と進められると、もうその具体化を厚生労働省がどうしようかを考えさせられているという状況に現状があります。

ただ、政権の状況というのがよく分からなくなってきたので、公明党が離脱をするということ自体はもう確定的なことになってきてるようですけれども、引き続き自民党が与党として新たに政権を・・・何か連立を模索していくのかどうかっていう話なんですね。やっぱり危惧するのは国民民主党とか、維新とか参政党という勢力というのは自民党や公明党以上に医療問題については厳しい抑制路線を提案していると言う事なので、どのような政権の枠組みになるかっていう時に、その維新とか国民とか参政というものが、その政権の一角に入っていくっていう流れにどっちにしてもなりそう。今の状況の中ではこの OTC の問題というのは、ほっといて止まるということにはやっぱりならない。何かしらやはり運動して国民の声を届けていかないと、止まらないのではないかというような政治状況だと考えています。

4 ページの 3 番の方に入っています「日本における医薬品の分類—OTC 薬と医療用医薬品—」先ほどから使いながら今更なんですけれども、もう 1 度おさらいということで、もう 1 度紹介します。

3. 日本における医薬品の分類—OTC 薬と医療用医薬品—

医薬品には「医療用医薬品」と「一般用医薬品」がある。

「医療用医薬品」とは、保険医療機関等において医師の処方がなければ入手できない薬であり「保険薬」と呼ぶこともある。

「一般用医薬品」は OTC 薬と呼ばれ、医師の処方がなくても薬局やインターネットで購入可能な薬（OTC は「over the counter」の略）。

OTC 薬は、「要指導医薬品」と「一般用医薬品（3 分類）」に分類される（図①）。

日本の医薬品は医療用医薬品と一般用医薬品に分かれています。

医療用医薬品というのは基本的にはお医者さんの処方や指示がなければもらえないお薬。

一般用医薬品というのはお薬屋さん、ドラッグストアとかで売っている薬のこと。医療用医薬品は保険医療機関で医師の処方がなければ入手できないので保険薬と呼ぶこともあります。

一般用医薬品は OTC だったですね。医師の処方がなくても薬局やインターネットで購入可能である。ただし OTC 薬も医療用医薬品と一般用医薬品の 3 分類というのに分類されるんです。これはせっかくの機会なので一載しておきます。カラーの方の図①ですね。

図①

分類及び表示	定義	陳列場所	情報提供・対応者
要指導医薬品 表示 要指導医薬品	医療用医薬品から市販薬に転用されたばかりの薬 市販薬になって間がなくリスクが不確定なもの 医療用としての使用経験がない医薬品、毒薬、劇薬	取り扱いに十分な注意 が必要なことから、自由に手に取ることができない場所	薬剤師からの対面での 指導や文書での情報提 供を受けたうえで購入
一般 用 医 薬 品	第一類医薬品 表示 第1類医薬品	副作用等により日常生活に支障を来す程度の健康被害 が生じるおそれがある医薬品のうち、安全性上、特に 注意が必要なもの（要指導医薬品を除く）	自由に手に取ること ができない場所 薬剤師からの指導や文書 での情報提供を受けたう えで購入
一般 用 医 薬 品	第二類医薬品 表示 第2類医薬品	副作用等により日常生活に支障を来す程度の健康被害 が生じるおそれがある医薬品（要指導医薬品、第一類 医薬品を除く）	他のものと区別して 一般用医薬品の区分 ごと 薬剤師または登録販売者 による情報提供について の努力義務
	指定第二類医薬品 表示 第②類医薬品 第②類医薬品	注）指定第二類医薬品は、第二類医薬品のうち、特別 の注意を要する医薬品 『してはいけないこと』の確認をおこない、使用につ いて薬剤師や登録販売者にご相談ください	
一般 用 医 薬 品	第三類医薬品 表示 第3類医薬品	第一類医薬品及び第二類医薬品以外の一般用医薬品	薬剤師または登録販売者 による情報提供について の義務なし

ドラクストアに行って市販薬を買われることってあると思うんですけども、お薬によってはカウンターの向こうの背中側にあってこっちのフロアの方には置いてないとかあると思うんですね。これは、市販薬の分類でどこに並べるかというか、どのように売るかということが実は決められているんですね。要指導薬品という。

これが 1 番厳しくして例えば先ほど言ったスイッチ OTC されたばかりの薬とそういうお薬というのは、手に取れない場所に置いておかなければならなくて、薬剤師さんが対面で指導しないといけないというルールになる。

一般医薬品ということになっても、この第 1 類薬品というのは副作用がきついとかいうことですね。、そういうお薬だったらこれは自由に手に取ることができない場所に置かなければならぬ。こういう扱いが決まっています。なので、市販薬になったからという全く古いかと言えば実は本質はそうだったということです。これは参考です。

今後、市販薬を買われることがあれば、これは第 1 類だなとかいう部分も分かればいいかなと思って事です。

それから、「医療用医薬品の承認プロセス」ですね。

4. 医療用医薬品の承認プロセス

日本において医療用医薬品は、製薬企業が厚生労働省に承認申請を行い、その後、医薬品医療機器総合機構（PMDA）という組織が審査を行う。

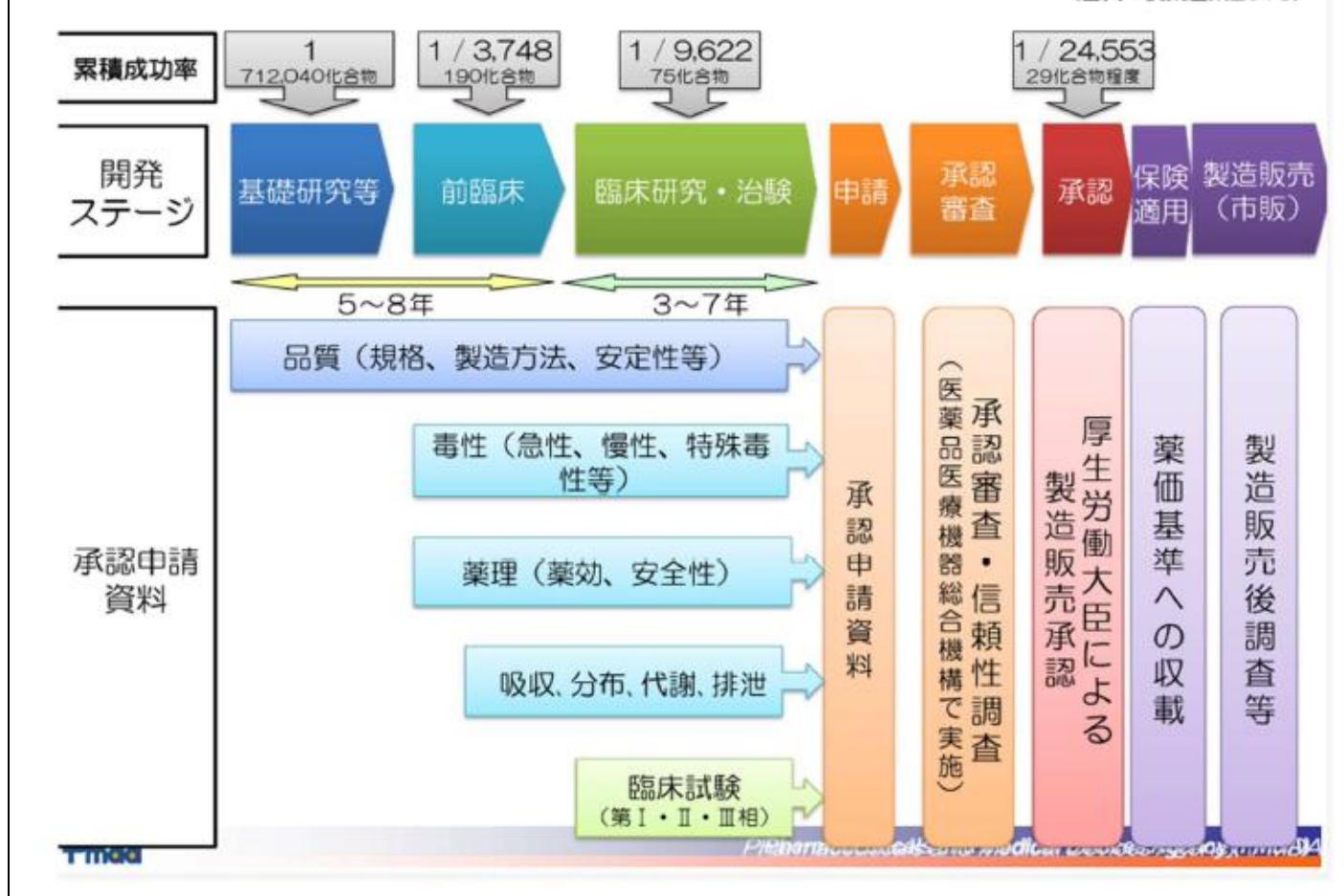
審査結果を「薬事・食品衛生審議会」が審議、厚生労働大臣が承認決定する（図②）。

これも参考までというぐらいですが、カラーの下段に製薬会社が作った表です。（※出典：製薬産業 2016）

医薬品の開発・承認までの流れ

図②

（出典：製薬産業2016）



結構、長い時間かけて基礎研究から始まって臨床研究治験を終えて、やっと申請をして承認審査。これ国がやるんですね。承認審査があって厚生労働省が承認してから、承認したら基本的にはできるだけ早い時に保険適用をすることですので、保険適用をされてあるいは、最初から市販薬としてのパターンもあるんですけれども、こういう形で決められているという事です。

5 ページです。今、申し上げたように承認された新薬は原則承認から 60 日以内、遅くとも 90 日以内に薬価収載というのがされたら、それは保険適用の薬にするということです。

その後、医療用薬品として用いられたお薬が、一般用医薬品に転換されるのがスイッチ OTC 薬です。

このスイッチ OTC 薬の承認が開始されたのは 1983 年からという記録になっています。

今回、保険適用除外が狙われている OTC 類似薬は、すでに一般用医薬品として市販されながらも引き続き医療用医薬品として薬価収載されているお薬で、元々は 医療用医薬だったお薬。

それがスイッチされて市販薬として括られているということ。ということは OTC 薬に類似してゐんではなくて、市販薬なんだけど医療用医薬品に類似しているということの方が正しい順番として。元々は医療用医薬品だったわけですから、この OTC 類似薬という言葉自体も実は結構バイアスがかかってるとか、市販薬と同じような薬を医者が出してる。そういう印象を持たせるための言葉であるということは間違いかなと思いました。

OTC 薬にしていくプロセスも、基本的に製薬会社の方が申請をして、厚生労働省に認めてもらうという流れになっているので、製薬会社としては医療用医薬品としてお医者さんに下ろしているよりも市販薬として販売されている方が多分儲かるんだろうなと思うんですね。

なので、これはいけるんじゃないかという薬は、市販薬にしていくという流れ。やっぱり企業の本分も求めているということ。

5 番ですね。「**国は医薬品の保険外しを昔から狙っていた**」というところに入ったと思います。

歴史的な話なんですが、1960 年に国会成立した改正薬事法は国民皆保険が始まる直前だったんですけども、この皆保険が始まるという前に保険が利くお薬と、保険を利かせないお薬というか、それ以外の薬を分けるかという話で、この時に医療用医薬品と一般用医薬品の分類というのを作った。それが 1960 年でした。

その後、保険制度ができるわけですけれども、改正薬事法が出来るわけですけれども、その後 1983 年に実にお薬を保険適用から外すということが狙われた時期があったんですね。

1983 年のことでした。当時は、医療費亡國論という言葉が国から出されて、これ当時の吉村さんという官僚の人が、「このまま租税や社会保障負担が増大すれば、日本社会の活力が失われる」などと言ってこれが話題になる。

だから医療費を抑える必要がある、そうしないと国家が存亡の危機になる。こういうことが国からされた。

かつて薬剤の「保険適用除外」は1983年にも提案された。当時、「医療費亡國論」といって、吉村仁(厚労省保険局長のちに事務次官)という官僚が「このまま租税、社会保障負担が増大すれば、日本社会の活力が失われる」等と言い、話題になっていた。この時期に厚生省(当時)は、「保健事業等により代替可能なビタミン剤や総合感冒薬等は、医療上必要な場合を除き、保険給付から除外する」と1984年度の厚生省の概算予算要求に明記したのである⁴。「281品目の薬剤」が給付から除外する対象リストに書かれていたとの証言もある⁵

そういうことを背景に、健保本人の自己負担が導入されていくっていう流れになっていくんです。この時期に実は厚生省は保険事業等により代替可能なビタミン剤や風邪薬は医療上必要な場合を除いて保険給付から除外するというように1984年の(厚生省の)概算予算要求に明記したということがありました。

あまり知られていない話なんですけど、そういうことをやろうとしたことが実はあったということ。その時には「281品目の薬剤」が給付から除外されようとした対象リストというのも出されていた。この対象は確認できてないんですけどもそういう動きがあった。

しかしながらこの頃行われた総選挙で自民党が大敗をした。この時の適用除外は「見送り」になつたんですが、代わりにこの時期からスイッチOTC化が始まったということになる。同じ83年の出来事です。これは勘ぐりでしかないんですけども、例えば製薬企業との関係の中で、もう保険から外して市販薬に最大281品目外しちゃいましょう。みたいな話が国と製薬の間でもしあったとして、それを自民党が選挙までにうまくできなかつた。

代わりにそのスイッチOTC化ということで市販薬に色々医薬品を切り替えていく仕組みをこの頃に作つてやりますいうようにも見える。このあたりはもう少し研究が必要だなと思いますが、そういうことがあったということ。

この1983年というのは、あの医療費亡國論ということだったんですが、当時は中曾根内閣の時代で臨調行革というのが言われていた時代。

この時期、厚生省は今後の医療政策一視点と方向という結構びっくりするような文書を出していたんです。

そこでは「健康保持・疾病予防の自己責任の明確化」と書いてある。文章なかなかこういう言葉で今書かないんですけど、国は自己責任の明確化で医療標準というのを設定する。

医療標準というのは、その標準的な治療や標準的な範囲が要する、保険の範囲や治療の範囲というものを設定して、標準の範囲を超える医療サービスについては需要にこたえるためには民間部門、例えば高額所得者向けの自由診療やそのための民間医療保険など、いわば医療におけるニューフロ

ンティアの育成を急がれなければならない」と書いていた。つまりもうあの保険がきく範囲は医療標準という名前で制限してしまう。

制限した外側で溢れてしまう医療事業については民間企業にやらせる。民間の保険制度にやらせるんだ、そういう公私2階建ての医療保険制度というのをその時に構想して厚生省は出したということです。その中で、お薬の話というのもやっぱり出てきていたということです。

40年前から本日に至るまで、この国を支配してゐる人たちというのは、今でも同じことを言つてゐる。いかにその医療費を抑えていくかということと、その抑えた医療費によって溢れてしまうその需要を誰が受け止めるか。これは企業のチャンスにしていくんだという。これが基本的な国の政策です。そのことは全く変わっていない。医療費抑制の異様な執念がここに現れていると思います。

その後、お薬について動きがあったのは1995年です。

一般用医薬品を薬屋さんだけではなく（昔の薬屋さんです）コンビニ等でも売れるようにしよう、あるいは「インターネット販売」ということもこの頃から言われていた。

これが提案された頃は村山内閣で、その頃はコンビニで薬をというのを合言葉に「消費者の利便性向上を目指す提案」というのが当時の行政改革委員会から。

・・・患者のことを消費者と呼んでいる。ここも突つ込みどころと思うんですね。

6ページですが、厚生省はちょっと頑張ったんですね。

「医薬品の販売は薬剤師が常駐して服薬指導をする薬局でしか認められない」その後も何度も何度もこのことが要求されるわけです。そういう中で厚生省は、医薬品部外品というのを拡大する。もうわけわからなくなつて薬が。今の医薬品部外品とかいうのを作つて、それやつたらいいですよみたいな形で対応していく。

この問題はずつとせめぎ合いながら膠着状態が続くが、2003年の小泉内閣の新行政改革の中で「医薬品は普通の店で売れるようにする」と決めてしまった。

以降規制緩和に向けた動きが進められて、大きなドラッグストア等ができる、そんな状況の今日に至っている。

こうした結構歴史的な背景もあって、OTC類似薬の問題が出てきているということあります。

6番。『OTC類似薬の「選定療養化」』という少し難しい話になるんですけども、OTC類似薬の保険適用除外というのは、保険から外したら具体的にどうなるのというのが、良く判らない。普段お医者さんにかかっていると、お医者さんが例えば頭痛薬でOTC類似薬を出そうとすると、今まででは、ロキソニンを処方する。これがこれからは保険が効きません。先生はもう処方しないということになります。自分で買ってきてという話になるのかな。

「口キソニンぐらい飲んどいたらいいと思うけど、自分で買ってきても私はもう薬を出さないから」て言う事になるんですかという話です。

アメリカとかの例で言うとドクターがこれは処方箋じゃないよと言って、メモに薬の名前を書いて渡すと言う事はされてるようです。されているんですけどもですが、そうなったらちょっとおかしいところがあって、入院患者さんに口キソニンが必要な時は「入院患者さん自分で買ってきて」と言う話になるんですか？それはちょっと無理じゃないですか？そういう矛盾も起こってくる。だから具体的に、どういう方法を取っていくのかと言う事で考えられるのは、選定療養の仕組みを使うと言う事なんです。この選定療養というのが何かという話ですが、選定療養は保険外併用療養制度という仕組みの1つです。

保険外併用療養費とは、原則禁止されている「保険が効く医療」と「効かない医療」を混ぜて診療する「混合診療」解禁の「抜け穴」「突破口」として作られた。

混合診療は公的医療保険制度の中に「保険が効く医療」と「保険が効かない医療」の併用を認める仕組みである。「保険が効かない医療」を受けるにはお金が必要なので、経済力の低い患者さんには受けられない。その結果、生命の格差がもたらされてしまう。だから禁止されてきたのである。

この保険外併用療養制度というのは、元々問題が非常にある制度なんですけれども、2006年に作られました。要するに小泉改革の中で作られてるんですけども、この保険外併用療養制度というのは原則禁止をされている「保険が効く医療」と「効かない医療」を混ぜて診療する「混合診療」解禁の「抜け穴」「突破口」として作られた。

混合診療って何でしたか？公的医療保険制度の中で「保険が効く医療」と「効かない医療」の併用を認めるという仕組みなんです。「保険が効かない医療」を受けるにはお金が必要になる。これが同時に使えるという話になつたら、例えばお医者さんが「なんかこういう薬が必要だけれども、これ保険が効きませんから、自分でこの部分は全額自己負担で払ってください」これは、今禁止されている。なぜかと言うと、保険が効かない薬はお金を持ってる人にしか買えないからなんです。つまり医療制度の中に経済格差が持ち込まれてはいけないという原則で人権保障がある。ですからそういう理由で混合診療は禁止されてる。ところが保険外併用療養というのはそれを一定認めていくルールを作るという制度です。今もある制度ですけれども、その保険外併用療養の中には「評価療養」と「患者申出療養」と「選定療養」という3種類です。

保険外併用療養には「評価療養」「患者申出療養」「選定療養」の3種類がある。

- ① 「評価療養」は「先進医療」等、保険収載(保険が効く医療にすること)に向けた「評価」をするためのもの。
- ② 「患者申出療養」は保険収載されていないが、患者さんの申出により保険収載の「評価」を行うもの(図③)。
以上の2つは「治験」に類する仕組みだといえる。患者申出療養であれば「日本では一般に行われていないけれど、海外で行われている治療法があるらしい。自分にも使えるような可能性を探りたい」というようなときに利用できる仕組みとされる。
- ③ 「選定療養」は、はじめから保険収載を前提にしないものの(アメニティ)が対象とされる。

最近では、後発医薬品がある先

発医薬品(長期収載品)の選定療養化が2024年10月から実施された。これは後発品のある薬で患者が先発品を希望したときに、新たに自己負担を求めるものである(図④)。



図④

難病団体で運動されてる皆さんだったら、この「評価療養」とか「患者申出療養」というのはもしかしたら身近なものなのかもしれないですけれども、基本的に「評価療養」とか「患者申出療養」というのは保険収載をされていないけれども、先進医療とかそういうものをいわば治験の一環みたいな感じなんんですけど、混合診療してもいいですよという仕組みになる。

患者申出療養は、もっとそれがはっきりしていて患者さんが申し出するとしたら、保険収載の評価をする。その評価をするために患者さんにその治療を受けてもらうことについては、もう混合診療にはしません。認めます。ただ、その部分は全額自己負担してねという話なんですけど、そういう制度なんです。評価療養と患者申出療養についても、保険収載をする前に法的な仕組みとしてこういう制度にして良かったかどうかというのは評価が分かれるところですが、3つ目の選定療養というこれがちょっと曲者なんです。この選定療養というのは初めから保険収載を前提としないもの(アメニティ)が対象とされる。

患者希望というかでそれを対象としている。その典型的なのが差額ベッド・個室料です。

個室料を、患者さんが「私はもう個室でないと無理なんです」と言うと入院の時に。それで医学的な理由で個室が必要だったら、それは認められるんですけども、医学的な理由ではなく単純に「この人は自分の希望だけで言っている」となったら、これはプラスαですという話でプラスアルファのお金を見る。ベッド代・個室料、これは混合診療にはなりません。それを選定療養というところで保険収載されないということでリストとして入っているわけです。この選定療養の中に、OTC類似薬を入れるのではないかと考えられる。

最近では、後発医薬品がある先発医薬品が選定療養化されています。

2024年10月から実施され、これは後発医薬品があるのに患者さんが先発医薬品を希望したとき、ドクターとしては後発品でもいいのにと思っているけれど、患者さんが言うことでそういう薬（先発品）を出した時には混合診療で新たに自己負担を求めるということが可能になった。

それが選定療養として最近認められた中、それから、紹介状なしで大病院を受信した時に7000円とか取られますね。200床以上の大規模な病院に行くと。あれも選定療養でこの選定療養という仕組みを使っているんです。だから紹介状なくて大病院の外来に行くことは、わがままというかアメニティだという仕組みになる。それから県によっては、救急車を選定療養にして有料化しているというなかなかとんでもない自治体で、この選定療養の・・・厚労省もダメだと言っているんですがやめない。これ自治体の問題ですけど、例えばという形で選定療養という仕組みを使って保険の給付範囲を縮めていくという工作が結構取られてきている。今何かと言うとそういう話になっているということですね。

OTC類似薬に限らず、これまで保険で提供されてきた医療を保険適用から除外すれば、公費負担医療制度の対象からも外れてしまう。つまり、選定療養化されると、お薬代は全額自己負担になる。公費負担医療の受給者である難病、高齢者、障害のある人たちにとって生命にかかわる事態につながるのである。

OTC類似薬に限らずこれまで保険で提供されてきた医療を保険適用から除外をすることになって、その時に自分で買ってくださいという話にするとややこしくなるので、選定療養ということにする。

OTCは選定療養の対象とするとどうなるかと言うと、おそらくお医者さんは引き続きこのリストの中身が全部外されるとすれば、このリストについてお医者さんは「処方はするけれど、全額自己負担で払って」という仕組みになるから、これは選定療養の仕組みが多分1番使いやすいので、この仕組みを使うことになるだろうと思います。ということは医療のサイドから見れば、OTC類似薬は保険から外れるけれども、医療用薬品ではあり続けるということになるんじゃないかな。

そういう薬って実は存在していて、経口避妊薬とかバイアグラとか毛が薄い人の名前忘れましたけど薬とかです。お薬でそういうのは医療用医薬品だけど保険が効かないとある。

そういう扱いと同じにするという流れじゃないかと思っている。

7ページに戻りますが、OTC 類似薬だけではなく保険適用から医療を除外したら、公費負担医療制度の対象からも外れる。なのでこの難病の方々の医療制度の対象からも外れます。

これは基本的に保険適用される医療に対しての医療費助成なんです。なので保険から外れるということの影響の大きさというのは、ここに現れてくるのである魚鱗癬の患者さんが訴えられてるような状況が危惧される。だから事実この訴えというのをするという事になります。

その難病の方々だけではなく、高齢者、障害のある人たちや若い弱年者であっても障害の方。その方々の公費負担医療です。

窓口負担が軽減されていますけれども、その根拠も保険収載されている医療窓口負担の軽減ですから、保険収載から外された OTC 類似薬は全額自己負担になるということになります。

これは、生命に関わる事態。大変危惧される。特に医療が必要な人に対しての影響。

また生活保護受給者はそもそも保険外併用療養費制度の対象にはならない。したがって保険給付から外され、選定療養化された医療に生活保護世帯の方はアクセスできなくなる可能性がある。

保険外併用療養費の活用には常に人権侵害の危険が付きまとっているのである(図⑤)。

それから生活保護の受給者の方々は、医療保険制度に入っていないので、基本的に医療券で医療受けてられます。

この人たちの場合は元々保険外併用療養費制度の対象になっていない。という事は保険給付から外されて選定療養がされてしまった医療そのものに生活保護世帯の人たちはアクセスできなくなる可能がある。

そういう事だって想定されるという事です。この保険外併用療養費というものを活用して、保険の効く範囲を切り縮めていくというやり方は、人権侵害が常にセットになっているという事だと思います。

7番。『負担増、受診控え、健康悪化への危惧』

OTC類似薬が保険から外されると、指定難病の患者さんに対する国の医療費助成や福祉医療（子育て支援医療、ひとり親家庭医療助成、重度心身児（者）医療助成、重症老人健康管理事業）で医療費負担が軽減されている方にとって大きな負担となる。

さらに生活保護を受けている方は選定療養が給付対象外である（以前から、差額ベッドなどは使えない）。そのため、保険医がOTC薬（市販薬）を処方した際の技術料が選定療養化された場合、保険からスイッチされ、保険から除外されたOTC薬を処方することになった段階で、受診自体が自己負担になる。これにより受診自体を躊躇する結果となる。

加えて危惧されるオーバードーズ、市販薬を飲み過ぎたための健康被害等、保険適用除外は私たちにとって何一つ良いことはない。

今申し上げたように医療費が制限されてる方々にとって大きな負担になります。

いわゆる子供の医療です。子育ての医療・・・昔の乳幼児医療制度ですけれども、この医療制度ももちろん対象になりますから、子供さんの医療についても同じ事が起こります。

こういう事をやると、要するに受診事態を躊躇して負担が大きすぎて医療に掛かれなくなるということが起こりますから大変なことで、加えてオーバードーズの問題。あと市販薬を飲みすぎたための健康被害が結構ある。保険協会の調査でも、結構な割合でドクターたちが提言している。市販薬を飲みすぎた副作用で受診するという事なので、保険適用除外と言うのは私たちにとって何ひとつ良いところが無いという事になります。

8番です。『社会保険制度は社会保障制度であって、社会的扶養の手段である』という事です。

改めて今流行の「社会保険料負担軽減」のために医療費を減らすという議論をしっかり批判をする必要があると。そのおかしさをちゃんと共有しておきたいという事です。

そもそも、医療を含む社会保障制度というのは「租税負担を大黒柱に、貧困・生活困難、疾病、障害など人々が生涯で直面する生活問題に対応して国民の生活保障を国家責任で行う政策である。公的扶助や社会手当、社会福祉サービスや社会保険を組み合わせて総合的な生活保障を行う。これ岡崎裕二さんの書かれた文章から引用しています。

日本の社会保障制度というのは「社会保険」と「社会扶助」に分けられますが、いずれも国家責任による制度があって、その財源の基本は租税であるという事です。

従がって、社会保険料負担が重すぎて「手取りが上がらない」というのが事実であれば（事実ですが）それは国が社会保障制度であるにも関わらず、社会保障制度の財源を国民に依存し過ぎているという事です。

なので、保険制度だから保険料で賄うべきだという誤った社会保険観が根っこにあるからああいう

ことを入れちゃって、社会保険料を下げるために医療費を減らすという事になってしまふ。

やっぱり公費を増やすっていうそれが基本だという事です。

9. セルフメディケーション思想の行き着く先

(1) セルフメディケーション税制

セルフメディケーションという言葉が OTC 類似薬の保険適用除外の話をするとき必ず出てくるので、セルフメディケーションってなんとなくイメージつくと思うんですけども、WHO は「自分自身の健康に責任を持って、軽度な身体の不調は自分で手当てる事」と定義している。

セルフメディケーションは、世界保健機関（WHO）によって「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てる事」と定義される。

しかし、厚生労働省のホームページをみると、セルフメディケーションを（自主服薬）と括弧書きしており、非常に狭い概念で表現されているが、本来はもっと広い概念である。

しかし日本の場合、厚生労働省のホームページを見ると、セルフメディケーションは括弧書きで（自主服薬）と書いてあり、非常に狭い概念で表現をされているんです。なぜなのかという事を考えたんですが、これはどうも日本でこのセルフメディケーションという言葉が本格的に普及をしたのが 2017 年に作られた「セルフメディケーション税制」という制度があって、この創設以降使われている。

創設時点の「セルフメディケーション税制」は「健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組を行う個人が、2017 年 1 月 1 日から 2021 年 12 月 31 日までの間に、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族に係る一定のスイッチ OTC 医薬品の購入の対価を支払った場合において、その年中に支払ったその対価の合計額が 1 万 2000 円を超えるときは、その超える分の金額(最大 8 万 8000 円まで)について、その年分の総所得金額から控除するという仕組みである。— これは説明の必要がないほど、あからさまな OTC 薬の普及促進策である⁹。

こういう事になってるからセルフメディケーション税制ってどんなものかという事なんですが、ほとんど、ほぼ使ったことはないわけですが、健康の維持増進及び疾病の予防への取組として一定の取組を行う個人。この定義もよく分かりませんが 2017 年 1 月 1 日から 2021 年 12 月 31 日までの間に、要するに一定のスイッチ OTC 医薬品の購入をした場合、その支払いの合計額が 1 万 2000 円を超える時に最大 8 万 8000 円まで、総所得金額から控除するという仕組みなんですね。税金の優遇が OTC を買ったら受けられるという仕組みも説明の必要がないほど、あからさまに OTC 薬を普及促進する制度なんですね。

この仕組みは元々 2021 年が期限だったんですけども、税制改正で 2026 年まで期間延長されて、今もその期間にあるわけです。

この中で、令和3年度の税制改正大綱の中に、その意図が「医療費の適正化」にあるという事がかなり露骨に書いてあるんですね。

「少子高齢化の中では限りある医療資源を有効活用するともに、国民が健康づくりを促進する事が重要で国民が適切な健康管理の下、セルフメディケーション（自主服薬）に取り組む環境を整備することが医療費の適正化にも資する」と書いてあって、この時にあまり効果が無いようなものは外して、医療費の適正化の効果が高い医薬品についてセルフネビゲーション税制の対象の薬剤にしようとここに書いてあります。

7ページです。2段目ですが、一部外されて・・・。

この時、対象外とされたのはスイッチOTCのうち、①安全性の観点から慎重に取り扱うべきものと「②医療費適正化効果が低いと考えられるもの」であった。具体的には、強心剤、ビタミン主薬製剤、カルシウム製剤、歯科用材（う蝕予防）である。

一方、追加された「医療費適正化効果が高い3薬効程度」は①肩こり・腰痛・関節痛②咳痰③鼻づまり・鼻汁の症状に対応する「鎮痛・消炎剤」、「解熱鎮痛消炎剤」、「鎮咳去痰剤」、「耳鼻科用剤」の4薬効である。その医療費削減効果は2329億7千万円とされる¹⁰。

一方、追加された医療費適正効果が高いのが肩こり・腰痛・関節痛に関するお薬。それから風邪・鼻づまり、アレルギーとかの症状に対応する鎮痛剤とか消炎剤とか耳鼻科用材の4薬効。

既存領域			
疾患	人数 (A,万人)	医療費 (B,円)	総額(億円)
かぜ症候群	560.0	7,200	403.2
頭痛	126.7	5,300	67.2
腰痛・肩痛	92.0	8,830	81.3
便秘	234.5	5,749	134.8
胸やけなど	287.8	7,457	214.6
鼻炎	1668.7	8,561	1,428.7
合計			2,329.7

第1回検討会・五十嵐参考人提出資料

その医療費削減効果は2329億7000円という風に計算したという事なので、この制度の構図としては税制を使ってOTC薬へ誘導して医療へのアクセスを減らすことで医療費を抑制すると言う事です。そのためにセルフメディケーションという「健康の自己管理」思想を振り巻くという事が行われていうことになります。

(2) 健康自己責任論

「医療費的成果効果が高い」と判断された薬は、私たちが最も罹患しやすい疾患に対するものですから、要するに「風邪を引いたくらいで医者にかかるないようにしろ」というお話。

日本における「セルフメディケーション」というのは「健康の自己責任論」の思想によったものだと思います。

「健康自己責任論」は非常に古い歴史があって、1969年ですね、自民党が「国民医療対策大綱」の中で「健康自己責任論」というのをはっきり書いたんですね。老人医療費無料制度の廃止が正当化される理論の支柱になって、その後今日まで基本的に健康自己責任思想というのは日本の政策にずっとあると思います。

骨太方針2019は「健康の自己責任論」が目指すものを端的に書いている。

—「予防・健康づくりには、1、個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する、2、健康寿命を延ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、3、高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止する、といった多面的な意義が存在している。これらに加え、生活習慣の改善・早期予防や介護・認知症の予防を通じて、生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待される」—

骨太方針2019には「健康の自己責任論」が目指すものが書いてある。

「予防・健康づくりには個人の健康を改善することで、個人のQOLを向上し、将来不安を解消する。その次、健康寿命を伸ばし、健康に働く方を増やすことで、社会保障の「担い手」を増やす、ということなんです。高齢者が重要な地域社会の基盤を支え、健康格差の拡大を防止するといった多面的な意義があって、これらに加えて生活習慣の改善・早期予防や介護・認知症の予防を通じて生活習慣病関連の医療需要や伸びゆく介護需要への効果が得られることも期待する。

政策として「健康自己責任論」を振りまく危険性というのは、病気の人が「生活習慣の改善を怠つたり、努力しなかった人」だとレッテルを貼り、集団から排除していくという形で作用する事が一番恐ろしいですね。つまり病気を個人の責任に負わせるという思想です。

病気を個人の責に負わせる思想は、産業革命後の「救貧法」時代の思想に逆戻りしていると言わざるを得ない。「貧困はすべて個人の責任であり、怠惰・不注意・無分別などの個人的悪徳の結果である」「そうした努力を怠った貧者たちを社会的に救済するための費用を投することは、『資本主義的生産の空費』であるだけでなく、『自己責任』の放棄を助長する反社会的行為とみなされていたのである。¹¹」。

これはもう言うまでもなく、救貧法時代の思想に逆戻りしているわけです。だから「貧困は全て個人の責任であり、怠惰・不注意・無分別などの個人的悪徳の結果である」そうした努力を怠った貧者

たちを社会的に救済するための費用を投じることは、「資本主義的生産の空費」であるだけでなく「自己責任」の放棄を助長する反社会的行為と見なされていた。

そんな時代、産業革命後の時代の思想ともよく似ている。なので権利としての社会保障というものが、ものすごく後退をして、OTC 類似薬の問題の背景には実はこういった問題があると考える。こういった思想が、行くとここまで行くと、2018 年の長谷川豊というアナウンサーが「ブログ」に書いたんですね。「自業自得の人工透析患者なんか、全員実費負担にさせよ！無理だと泣くならそのまま殺せ！」と彼は書いて、でもそう言ってる人達ってちょこちょこいるわけですね、今でもね。なので、こういった思想と言っていいか分かりませんが、そういったものと実は日本のセルフメディケーションというのが緩やかに結びついてると考えられますし、OTC 類似薬の保険摘要除外の背景にはこうした人権侵害をやっぱり容認していくような国とか、あるいは今の社会の風潮みたいなものに感じられるんじゃないかという事を危惧しております。

10. 社会保障制度としての社会保険制度の原則に立ち返った政策の再形成を

社会保障とは、憲法 25 条が人権として保障している「健康で文化的な最低限度の生活」を、この国に暮らす人らに、公的責任で平等に保障する制度であり、それを通じて、憲法 13 条が保障する幸福追求の権利、人間の尊厳にふさわしい人生を選択し決定する権利を充足しようという制度である。（社会保障基本法 2011・案 第 3 条「社会保障の定義」）¹²

まとめ。10 番ですが、**社会保障制度としての社会保険制度の原則に立ち返った政策の再成が必要**だという事で、私も関わっている福祉国家構想研究会の関連の出版物で新たな福祉国家を展望するという本があって、そこの中で「**社会保障基本法 2011**」というのを出していまして、**第 3 条に社会保障の定義**というのを書いています。

社会保障とは憲法 25 条が人権として保障している「健康で文化的な最低限度の生活」をこの国に暮らす人らに、公的責任で平等に保障する制度であり、それを通じて幸福追求の権利、人間の尊厳にふさわしい人生を選択し決定する権利を充足しようというこれが社会保障です。

そういう理念から考えると必要な医療というのは、保険で全てカバーするのが国民皆保険であって、保険料の引き下げのためには医療費を減らすのではなくて公費を増やす。これが正しい社会保険改革の方向だ。社会保障制度としての社会保険制度の原則に沿った方策はどうなのかという事。社会保障というのは、市場で購買するものでもないし、住民同士の助け合いで代替すべきものでもない。納税や保険料支払いの有無や金額の多寡によって提供したり、されなかつたりするものでもない。国・地方自治体の責任で全ての人たちに保障されるべきものであるということになります。「現役世代の負担を減らす」ために「医療を奪う」というのは最悪の発想であって、薬を保険から

外することで生じる多数の人の生命の危機について、想像力を働かせた政治を行わせなければならぬという事。これで終わりたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

初めて聞いた事もたくさんあったと思いますし、「ここわかんないけども・・・」と言う事や、意見などあれば紹介したいと思います。

質問 :

ありがとうございます。非常に分かりやすいお話だったと思うんです。私も長く医療関係に・・・日本医師会というのが厄介な存在で、日本医師会はOTC類似薬除外には反対してますよね。けれど「セルフメディケーション」これはものすごく推進していて、進めてますよね。ここにはなんか矛盾があると思うんですけども、もちろん日本医師会の偉い人たちは良く判って言っているんだろうけれど、最近日本医師会って我々の運動に近づいてきてます。それはどうなんかな、一緒にやれる基盤はその矛盾を超える可能性を秘めてるのかどうかどう思います？

講師 :

はい。なんとなく答えにくい質問ですが。

認証の問題だと思うんですけど、その日本医師会さんは確かに近づいているというのは、例えば共同の取り組みにちょっと後援を出してくるようになったという話とかを言われてるんだと思うんですけれども、この日本医師会に対して特に僕が強く感じたのは、保険証廃止の問題の時に要するに医療DXを進めるために保険者証を失くすと言うおかしな話をしたわけですが、医療DXを推進する中心の、国が作ったようなその官製の、健康会議みたいな名前忘れましたけど、そこに日本医師会とか歯科医師会みな入って推進していた。

日本医師会とかは保険証については反対してなかったですよね。むしろ推進する側です。やっぱり日本医師会って強いものについていくというところがどうしてもあるなと思う。

ですが、その日本医師会の会員の人達というのは、そこらの先生たちですから先生たち1人1人と対話をしたりお話をしたりする中では、「けしからん！」と。保険証廃止のことにしても反対されてる方が本当多かったわけですから。

そう思いますと日本医師会との共同というのを・・・共闘というのを本当に考えていくんだったらやっぱり日本医師会の会員を動かしていくという事をしないと、日本医師会というのは色々言っても権力に近いところにいるそれを動かすというのはなかなか・・・。

日本医師会が今は国民の側にいた方が得そうだみたいな判断をする事があるかもしれませんけれども、それが何か根本的に医療を良くしてるとかいう話にはならないから、やっぱり医師会さんと

の話を我々がしていくというのが答えかなと思う。

質問：

反対じゃないんですけどね。（市販薬ではないが）薬が（必要以上に）多く出てしましますので、次にはすごく多い量になっていました。この（OTC 類似薬保険除外）中ではちょっと違うかもしれないけど、医師も（患者ごとに）考えて（処方の）量を変えるというように、ちょっと変らなきゃいけないんじゃないかなと思うんですけど。

講師：

はいそうですね、日本の医師は薬を出しすぎじゃないかというような話がドクターの方からも提議されるということは結構あります。私医師の団体にいますので、あるんですけれどもその問題というのは基本的に、どういう薬を自分が飲むかとか、セルフメディケーションじゃないですけれども、自分でその薬を選んでいくというのはその原理的には本当はちょっと難しいじゃないか。やっぱり専門家である医師の判断があって薬剤は処方されるし、治療は提供されるというそういう枠組になっていて、元々その持つてる情報にすごいこう対象性があるわけです。そのドクターの方がやっぱり専門職として、この患者さんにこの薬が必要だと、この治療が必要だと判断しているという、その専門性みたいなものに対する患者側の信頼があって、この制度は成り立っているから、その全体に一般的に考えて日本は薬が使われすぎなんじゃないか、それは比較の問題としてはそういう事はあるかもしれないし、それは改善をしていかなければならぬのかもしれないんですけども、我々患者の立場から考えると、専門性に基づいて薬が処方されてるわけですから、基本的にはそれを信頼して必要な医療であればちゃんと提供してもらって、それができれば無料で保障されるという仕組みを求めて行くという事にしか、基本的に僕らの立場ではならないのかなと思っています。

一方、医学側の先生たちのところで、どういう患者さんであればどういう治療をしていくのがいいのか、やっぱり一般的に薬使い過ぎという話があるとしても、個々の患者さんの個々の疾患の違いとか、いろんな要因の違いが非常に個別性のあるものですから、なかなか一般的に全体として薬使い過ぎだという話についてどう考えるかと言われても、ちょっと難しいところがあるなど僕は思っている。うまくお答えないんですけど、私はそう思っています。

質問：

2点あります、まずは今回のOTC 類似薬の保険適用除外を批判するとの事だったんですけども、中村先生はOTC 薬が増えること、一応セルフメディケーションには反対されているという印象を受けたんですけども、セルフメディケーションによってOTC 薬を自分で薬剤として買いに行く。

ちょっと、保険はないですけれども、その意味で自分の健康を保つということは、これは有りなのかという認識。これ僕は正しいんじゃないか（と思う）。正しいというか、自助努力というか そう感じた事。これについてどう思われてるかという点が第 1 点。

もう 1 点は、医療保険が膨れ上がってきてること事実で、今の高齢化の社会とか考えましても薬が増えてるわけではありませんから、今まで変わってこなかった・・・、むしろ今薬を・・・自分はてんかん協会の人間なんですけど、高てんかん薬というのは数が減っていまして獲得が大変なんです。それを考えますと、保険を外すという行為、これはその膨れ上がってきてる、医療費を減らすという事につながるわけで、公費を増やすというのは税金が減ってきてる、納税率というか・・・減ってきてるような状況で公費を増やすと言うのはさすがにこれは難しいんじゃないかなと感じたこと。これについて先生のご意見をお伺いしたいと思います。以上です。

講師：

セルフメディケーションというものの自体を否定するということがもちろん無いので、自分で健康に気をつけて生活するという事って、それはもう必要な事であるのでそれは必要。

ただお薬の場合は、OTC 薬・・・ちょっと今まで医療用医薬品だったものが OTC 薬として市販されるようになりましたと。お医者さんに行かずに自分でそれを買いに行きます。それ自体が別に悪い事ではないと思うんですけども、問題なのはその OTC 薬を飲んで結局それで副作用が起こるとか、健康被害が起こるという事がある事実として起こるんです。そういう場合にそのお薬というのは、本来はお医者さんが処方していたので、その医師の管理とか指示の元に服用すべきであったお薬だったんです。それが本当に市販になって、保険から外して・・・自分で飲むということでの薬は「本当に大丈夫なの？」という事です。

そのところが我々にはやっぱり判らないです。究極的にはその薬が自分にどういう作用を及ぼしてるのが判らないと思うんです。なので、本来は専門家の対応の元にお薬というのは基本的には扱われなくてはならないと思うので、僕はこのセルフメディケーションという事でその自主服薬という言葉が使われて、自分でお薬を買うという事が危険を伴うものであるというように国は一定にちゃんと認識を示してくれないとダメじゃないかなと、それを推進するにしてもそう思うわけです。

その部分が例えば税制で、OTC 薬を飲んだら・・・買ったら税の優遇が受けられるような形で「OTC 薬をのみましょう」みたいなキャンペーンでやられるというのは、やっぱり少し医学的に不安を感じる。

ただ、もう 1 つあるのはセルフメディケーション思想というものが、本当に個人個人の健康を守ろうという事で言われてるのかという疑問もあって、日本の場合はやっぱり医療費を減らしていくと

言う 2 つ目の話に繋がりますけど、医療費を減らしていくという政策の下で打ち出されていくという事になりますから、医療費を抑制していくという流れのために皆さんにその流れの中で、健康は自己責任だと究極的には繋がっていく話があって、この国の今までの政策から考えて今日のセルフメディケーションという言葉の使われ方についての危惧というのがあるという事です。

2 つ目は、医療保険財政がもう持たないんじゃないかという話ですね。

これは、ご指摘自体はもうその通りで、医療保険財政はどんどん膨れていくという状況にありますし、医療保険の仕組みというのは、医療をみんなが使えば使うほど保険料が高くなるという仕組みになってるわけです。保険料高くなる。だから維新さん（日本維新の）とかが言ってるような形で、医療費を減らして保険料下げていく必要があるんだと、そういう論議になっちゃうんですけれども、それで公費の話になる。

やっぱり保険料の負担というのは、私たちが暮らしていく、普通に生活を送るために必要なお金に食い込んでしまうとダメなんです。

つまり保険料が高すぎて食費を削らなくてはいけないとか、そういうような事態が生み出されるというのはやっぱりおかしくて、それは医療というのは社会保障なので生存権保障の仕組みなので、生存権保障の仕組みが自己負担によって、保険負担によって生存権を脅やかすというような矛盾が起こってはならない。その矛盾が起こっているという事で、生存権保障である以上はその費用というのは、払える人には払えるだけの額を払ってもらったら良いかもしねいですけれど、その人が払えないような金額の保険料は負荷されてはならないというのは、どう考えても原則だと思います。

保険料下げるのに医療費も減らさないんだったらどうすんだって言ったら、これは公費を増やすしかない。それは絶対そうだと思う。

ただ、その公費をどうやって増やすんですか。日本はもうこれだけ赤字になっているんだという話です。それで基本的にちょっと考え方直さないといけないのは、その社会保障とか医療とか福祉にかかるお金をどうやって財源の確保をしていくのかという話は、今の日本の制度・政策の考え方というのは、税収がこれだけあるから・・・税収がこれだけしかないからこの範囲にいかに社会保障費を納めようかという議論になっているんですけど、人権の保障というのはその国家の財政が悪化してようがなんであろうが絶対国家は保証しないといけない。だからこの財源の考え方方が単体で必要な医療がこれだけあるとしたら、10 あるとしたら 10 ある医療保障のための税源をどうやって集めるのかという議論をしないといけない。

この議論が今逆転をしていて、税収がこんだけ低いんだから、国にこれだけ赤字があるんだから医療を切り詰めなければならないという、そういう議論しかされていないところが問題。

どちらにしても社会保険料か税金かどっちかしか税源は絶対ないわけですから、全くそのことを回避して公費を増やせということだけ言っていくのもダメだ。それはその通りなんです。やっぱり我々は負担の議論もしないといけないけれども、単純に税収少ないです、医療費減らしましょうという議論は、社会保障の財源の議論じゃないと思うんです。

社会保障の財源議論というのは逆だ。必要な医療を保証するためにどうやって財源集めるんですかという。その中でもちろん増税の議論もするし、税金の使い方の議論もしなければいけない。組み換えも考えなければなら ない。そのところまで戻らないと、この医療費増減増額という医療費が拡大していっている大変だという状況を根本的に考えていく議論にはならないと思う。

一応保険医協会 2017 年 19 年に一応財源提案やっていて、当時は消費税の増税を言われている…社会保障税の一体改革の時期です。単純に消費税を社会保障の財源に全部するという議論にはならないんじやないかというのが保険医協会考えていて、消費税増税をしない形で社会保障の費用を今後賄なっていくための増税の提案みたいなもの保険協会作っています。

なので消費税増税ではないんですけど、そういう形の提案をしているんです。これまたホームページには載っているので見ていただきたいんですけども、その時にも考えていたのはその問題で必要な医療を保証するために税金をどう集めるかという議論が欠かせないという事であります。

きょうされん京都支部

事務局次長：西村 隆史：

きょうされん京都支部の事務局におります西村と申します。

きょうされんというのは、障害者 の事業所、事業所の連絡会なんですけれども、そこに今日は昼からということで、なかなかそれも 3 連休の中日ということではあるにも関わらずたくさん参加いただきました。

中村さんの話が、聞いていましてなかなか聞き慣れない言葉とかも出てきたんですけども、ぼやぼやっとしていた事がだんだんちょこちょこちょっと判りかけてきたというのが正直なところで、それと自己責任論というのがありましたけれども、自己責任ということで施設とかサービスしたらお金払いなさいというような事ができたんですけども、それと結びついてきている考え方というのができているんかなというのは 1 つ思ったところです。

それとお金の有る・無いという事で医療に掛かれない、薬がもらえないというのは今言われていますけれども、そういう事とも結びついてきやすい、健康か健康ではないかという事で分断されてくるというか、そこでお金がまた関わってきて…こういう事がやっぱり阻止をしていくというか、しなければならないなと思った。

そのためには学んで訴える力というか、そういう事を「きちんと力をつけていかなあかんなあ」「学習をもっとしなあかんなあ」というのを感じました。

では、学習会を終わらせていただきます。

これからどういう取り組みをしていくのかは、4団体で少し相談させていただきまして皆さんにお願いする事になると思います。

また具体的な中身についてはお知らせしたいと思います。

ちょっと待った！

OTC 類似薬の保険はずし

あなたのその薬代 10 倍以上に増加！？

01 医薬品（OTC 類似薬品）の保険はずしの実情

政府は、処方薬の内、成分や効能が似通った市販薬が販売されている医薬品（いわゆる OTC 類似薬）の一部を公的医療保険の対象からはずすことを検討しています。自民党・公明党・日本維新の会・国民民主党・参政党が薬の保険はずしを主張しており、政府は 2026 年度からの実施を狙っています。

保険はずし対象医薬品リスト



保険をはずされると…

発切りの薬

処方薬 約 170 円



35倍

市販薬 約 2,500 円

皮膚炎の薬

処方薬 約 50 円



40倍

市販薬 約 2,000 円

02 保険はずしが実施されると全世代の負担が増加

子どもも難病患者・障がい者も大幅負担増！

経済的理由で治療を諦める方が増えることが強く危惧されます。

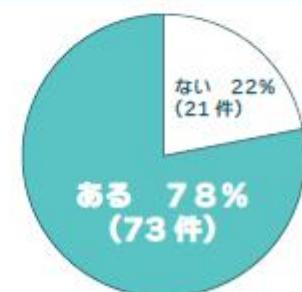


03 自己判断での市販薬の使用は病状悪化のリスクも…

医療機関からは、不適切な市販薬の使用で病状悪化や治療遅れの事例も多数報告されています。

薬代が大幅に増加すれば、適切な診断や自分に合った医薬品の処方を望む患者さんが、経済的理由によって医療機関への受診を諦めざるを得ないケースが確実に増加します。

Q. OTC 薬（市販薬）で患者さんの自己判断による服薬に危険を感じる医薬品はありますか？



大阪府保険医協会アンケートより

治療に必要な薬は保険適用が当たり前です！

私たちは、薬の保険はずしに反対しています。

裏面の署名にご協力を御願いします！

NPO法人京都難病連・きょうされん京都支部・京都社会保障推進協議会

「OTC類似薬」の保険はずしで10倍以上に薬代が増

治療に必要な医薬品の保険適用 存続を求める請願署名

衆議院議長殿 参議院議長様



請願趣旨

広く使われているロキソニンやヒルドライドなどの処方薬（いわゆるOTC類似薬）が、公的保険の対象からはずされようとしています。そうなれば、高い値段の市販薬を買うしかなくなるります。

病気と向き合いながら薬代の心配までしなければならないのは、あまりにもつらいことです。必要な治療を諦める方も出てくるかもしれません。特に、持病のある方や子育て中の家庭、経済的に苦しい方にとって深刻な影響です。

また、「軽い症状なら市販薬で済ませてほしい」という国の方針は、患者の受診抑制につながります。これでは、病気の「早期発見・早期治療」ができず、健康を守るうえで大きな問題になります。医師の診察と処方を軽く見るこの政策は、国民の健康に多大な悪影響を与えることになります。

我々は医療の自己責任をますます強化し、国民皆保険制度を形骸化させる医薬品の保険外しに反対し、以下のことを求めます。

請願項目

1. 治療に必要な医薬品の保険適用を今後も存続してください

お名前	ご住所

※この署名は、憲法16条で保障された請願権にもとづいて行うもので、国会請願以外の目的に使用しません。

取り扱い団体 NPO法人京都難病連・きょうされん京都支部・京都社会保障推進協議会

薬の保険はずし反対ニュース

NPO法人京都難病連・きょうされん京都支部・京都府保険医協会・京都社会保障推進協議会

2025年11月

OTC類似薬保険外しの問題点を考える

難病連・きょうされん・社保協・保険医協会4団体主催で学習会

OTC類似薬保険外しの問題点を学ぶ学習会が10月12日に京都社会福祉会館で開かれ、28人が参加しました。学習会はNPO法人京都難病連、きょうされん京都支部、京都社会保障推進協議会、京都府保険医協会の4団体共催で呼びかけたもの。学習会を受けて、OTC類似薬保険外し反対に向けた署名運動や地方議会への陳情など4団体で取り組みを探る意見交換を行いました。

【以下学習会の要約です】

学習会の講師、保険医協会の中村事務局次長は、「病気を抱えながら必死に生活している人のことをもっと想像してほしい」という「魚鱗癖」という難病の方の声を紹介。保険から外されると、治療を必要としている患者の経済的負担が増えるだけでなく、指定難病医療給付制度からも外されて生活がままならなくなる不安を訴えています。保険適用の継続を求めて行っているオンライン署名は9万筆を超えており、協力をと訴えました。



そもそも、OTC類似薬保険外しの背景は、国の「医療費抑制」政策が大元にあり、「社会保険料を軽減し手取りを増やす」という野党の主張が強まり、自民・公明・維新の3党合意により骨太方針2025に盛り込まれたもの。社会保険料を下げるために医療費を減らせというのはおかしな政策だと批判。社会保障制度は「国民の生活保障を国家責任で行う政策」であり、国民の保険料負担が過重となっていることを国は公費を増やす方向で考えるべきと強調されました。

今後、保険外しの仕組みとして考えられるのは、保険外併用療養費制度の「選定療養」。本来は保険の効くものと効かないものを混ぜて行う「混合診療」は禁止されてき



オンライン
署名に協力を

たが、その抜け道として保険外併用療法が制度化されました。これにより薬の部分だけ全額自己負担を求めることが可能となります。そして、保険適用から外されると公費負担医療制度の対象からも外れることになります。該当する難病、高齢者、障害のある人たちや、保険外併用療養費の対象とならない生活保護受給者にとっては大きな負担となり、受診自体を躊躇わねばならなくなってしまいます。この「選定療養」の仕組みを使って、「後発医薬品がある先発医薬品」や「紹介状なしで大病院を受診した場合の定額負担」など次々と保険給付から外され、経済力により受けられなくなる医療が増えてることにも警鐘を鳴らしました。

また、OTC類似薬保険外しとセットで語られている「セルフメディケーションの推進」についても解説。世界保健機構によればセルフメディケーションは「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されているが、日本ではあからさまに「医療費の適正化」と結びついて語られ、「健康自己責任論」思想を体現したものとなっています。それは、病気になった人を「生活習慣の改善を怠り、努力をしなかった人」とレッテルを貼り集団から排除する形で作用することに。そのような人

権侵害を容認する社会風潮と結びつく危険性があると指摘しました。

さらに、自己判断での服薬の危険性やオーバードーズの危惧なども指摘。必要な医療は保険ですべてカバーするのが国民皆保険制度であり、社会保障制度としての社会保険制度の原則に立ち返った政策の再形成が必要であると強調されました。

大阪保険医協会ホームページより
ちょっと待った！

OTC類似薬の保険はずし

あなたのその薬代10倍以上に増加！？

01 医薬品(OTC類似薬品)の保険はずしの実情

政府は、施設内の、成分や機能が似通った市販薬が販売されている医薬品(いわゆるOTC被保険)の一節を公的医療保険の対象からはずすことを検討しています。自民党・公明党・日本維新の会・国民民主党・参政党が実の保険はずしを主張しており、政府は2026年度からの実施を狙っています。

保険はずし対象医薬品リスト

02 保険はずしが実施されると全世代の負担が増加

子どもも障害患者・障がい者も大幅負担増！
経済的理由で治療を諦める方が増えることが強く危惧されます。

03 自己判断での市販薬の使用は病状悪化のリスクも…

医療機関からは、不適切な市販薬の使用で病状悪化や治療遅れの事例も多數報告されています。
薬代が大幅に増加すれば、適切な診断や自分に合った医薬品の効力を望む患者さんが、経済的理由によって医療機関への受診を諦めざるを得ないケースが確実に増加します。

Q. OTC薬(市販薬)で患者さんの自己判断による医薬品で自己判断による医薬品はありますか？

いい 23% (21件)
ある 78% (73件)

治療に必要な薬は保険適用が当たり前です！
私たち大阪府保険医協会は、薬の保険はずしに反対しています。
薬の署名にご協力をお願いいたします。

大阪府保険医協会 大阪市浪速区堂町2-2-20 清光ビル4階 TEL06-6568-7721

四団体は、学習会後、京都府内での署名の取り組みや宣伝行動などを広げていくことを協議しました。具体的な取り組みが決まり次第、ご案内します。

この学習会の動画は、京都社保協のYouTubeから視聴できます。ぜひご覧ください。
<https://youtu.be/e4pSOMOKcdI>から見ることができます