Osaka Medical Practitioners' Association　2025年12月 No.169

勤務医LETTER

発行 大阪府保険医協会　https://oh-kinmui.jp/　E-mail web@oh-kinmui.jp
〒556-0021 大阪市浪速区幸町2-20-20 清光ビル4階　☎06-6568-7721㈹　FAX06-6568-2389

ホームページ「勤務医フォーラム」リニューアルしました。
新規開業・継承開業など ご相談は保険医協会へ
soshiki@osaka-hk.org
問合せ先（組織部） ☎06-6568-7721

特別寄稿

持続可能な小児医療体制の再構築に向けて

横浜市立大学大学院医学研究科　発生成育小児医療学
主任教授　伊藤 秀一（医学博士、経営学修士）

2000年代に進んだ小児救急医療体制の集約化

2000年代初頭まで、日本の小児救急医療は地域の中小規模病院が輪番制で担っていました。当時、小児科医を有する施設の約半数では常勤小児科医が2人以下、4人以下の施設が73%を占めていました。また、小児科医の46%が月84時間以上の時間外勤務を行っており、過重労働による自殺や過労死、さらに応需困難や対応能力の不足に起因する小児患者の死亡例も発生し、大きな社会問題となりました。

このような背景のもと、厚生労働省は2000年代半ばから医療政策として小児救急医療体制の整備を進め、小児救急・入院医療の集約化を推進しました。同時に、小児集中治療室（PICU）の整備も進められました。横浜市でも2005年に全国に先駆けて体制整備を行い、現在は市内7施設が24時間365日体制で小児救急患者に対応しています。

この小児救急患者の集約化政策は、重症児への安定した対応体制の確立や小児科医の過重労働軽減という点で一定の成果を上げました。しかしその後、急速な出生数の減少や、ワクチン普及・喘息管理の進歩などによる疾患構造の変化を背景に、病院小児科の採算性は急速に悪化しています。私は、横浜市内6施設と隣接市2施設、計8施設の小児救急医療拠点を対象に、2019～2021年度の原価計算を調査しました。その結果、8施設すべてが慢性的な赤字であり、1施設あたり年間平均約1.5～2.3億円の損失を計上していました。

2019年度（コロナ前）でさえ入院患者1人あたり1日平均約1万9千円の赤字であり、すでに構造的な赤字体質に陥っていました。さらに2020年度には新型コロナ対策の影響で感染症流行が激減し、入院患者数が急減した結果、入院患者1人の赤字は1日あたり約3万8千円にまで拡大しました。

小児入院医療の赤字の最大の要因は、低い病床稼働率（平均50～70%）と高い人件費率（65～70%）です。小児科は流行感染症に強く依存するため、入院患者数が季節や社会状況により大きく変動します。一方医師・看護師の配置は一定数を維持する必要があり、固定費を削減できません。これらの施設ではNICUの稼働率は8割と安定していたものの、一般小児病床の収益性は極めて低く、医療経済的には「構造的赤字診療科」と言わざるを得ません。他診療科の原価計算も併せて算出しましたが、政策医療を担う小児科・救急科・精神科はいずれも赤字上位3科に含まれており、「効率性」を重視した現行の診療報酬体系では持続が困難な状況です。

では、どうすればよいのでしょうか。

地域インフラとして成り立つ財政的支援の確立を

第一に、小児入院医療管理料およびNICU管理料の抜本的引き上げが必要です。現行の管理料では患者1人あたり1～2万円／日の赤字を補うことはできません。小児入院医療管理料1・2はいずれも4000点台にとどまっており、医療的ケア児や重症慢性疾患児が増加する現状を踏まえ、医療負担を正当に反映した大幅な報酬改定が求められます。

第二に、DPC制度における小児医療の評価強化です。とくに地域医療係数への「小児入院医療センター」項目の新設など、公益的役割を可視化する仕組みが必要です。現行制度では、総合・地域周産期母子医療センターには機能評価係数が付与されていますが、小児入院医療拠点に対する評価が欠如している点は大きな課題です。

第三に、自治体による財政支援の拡充です。横浜市の小児救急医療拠点病院では1施設あたり年約4000万円の交付金がありますが、平均1.5～2億円の赤字の補填には到底及びません。財政状況の厳しい自治体においては、政策医療維持のための法定外目的税を検討することも一案です。たとえば横浜市では、緑の保全と緑化促進を目的とした「横浜みどり税」が年間900円／人で課されています。同様に、小児医療を地域の社会基盤と位置づけ、財源を確保する発想が必要です。

そして最後に、集約化の次の段階として、広域医療圏単位での小児救急体制の再編と人材共有を進めるべきです。小児救急医療拠点を守るために、非拠点病院の小児科医が輪番的に当直支援を行うなど、柔軟な連携体制の構築が求められます。

新型コロナウイルス感染症のパンデミックが収束し、医師の働き方改革が始まった今、公立病院の経営悪化が全国的な課題となっています。その中で真っ先に削減対象となるのが小児科です。すでに地方では、24時間対応の小児救急を中止する病院も現れています。確かに小児科は病院経営の収益の柱にはなりません。しかし、小児医療は地域社会を支える「インフラ」であり、未来への投資です。小児医療の脆弱な地域で、安心して子育てをしたいと考える保護者はいないでしょう。

小児入院医療と救急医療に対する診療報酬や財政支援を通じて、その価値を社会が正当に評価しなければ、小児医療全体の崩壊は避けられません。次世代を守るための持続可能な小児医療制度の確立は、国と社会の責務です。

※本研究の要旨は、日本小児科学会雑誌に「小児救急医療の集約化政策と病院小児科の原価計算に関する調査」と近日公開されます（受理済み）

伊藤秀一（いとうしゅういち）　プロフィール

横浜市立大学大学院医学研究科
発生成育小児医療学　主任教授
（専門）小児腎臓病学、小児リウマチ学、川崎病、臨床遺伝学、医療政策
（専門医・指導医）日本小児科学会、日本腎臓学会、日本リウマチ学会　他
1993年横浜市立大学医学部卒、2000年同大学院医学研究科修了（小児科学）、2024年同大学院国際マネジメント研究科博士課程前期課程修士（経営学）
日本小児科学会理事、厚労省各種委員他就任、
著書・編集・監修など多数。

大阪府保険医協同組合の皆さまの
『ゴルファー向け保険』のご案内
団体割引30% さらに 大口割引10% 適用
保険料 年間3,500円から
趣味でゴルフをされている皆さまへ
組合員・賛助会員だけでなく、ご家族も加入できます
▶ゴルフ中に他人に損害を与えた
▶ご自身がケガをした
▶ゴルフ用品に損害があった
▶ホールインワン・アルバトロスを達成した
大保協商事株式会社（大阪府保険医協同組合・保険共済部内）
TEL 06-6568-2230（担当：森田）までご連絡ください。
引受保険会社
三井住友海上火災保険株式会社

保険医賠償責任保険
●制度内容の詳細につきましては、パンフレット等を必ずご確認ください
個人の責任問われる時代、診療に専念できる心のささえ
ご加入セット　☆標準的な加入プランは『Aセット』になります。

セット型			A	B	C
てん補限度額（保険金支払限度額）	医療行為	1事故	1億円	5,000万円	3,000万円
		期間中	3億円	1億5千万円	9,000万円
	建物設備	身体（1名）	5,000万円	4,000万円	3,000万円
		身体（1事故）	1億円	8,000万円	6,000万円
		財物	500万円	400万円	300万円
（年間）保険料	個人診療所		65,520円	55,770円	50,490円
	勤務医		43,210円	36,750円	33,270円

新規開業相談・保険医賠償責任保険など各種保険の申込みなど、お気軽に保険医協会まで

特別寄稿

『一審無罪』でなぜ終われなかったのか（後編）

ジャーナリスト　江川 紹子

2025年3月12日に結審した「乳腺外科医無罪判決」。後半は、検察官控訴が重大な人権侵害をもたらしてきた冤罪事件の歴史についてです。

（東京保険医協会『診療研究』609号（2025年7月）に寄稿されたものを掲載しております）

◆日本の無罪上訴

問題は、無罪判決に対して検察側が上訴[1]できる仕組みにある。米国では無罪判決に対して検察官が控訴できないなど、欧米では事実問題では検察官の上訴ができない制度が主流。一方、日本は量刑や法律解釈への異議だけでなく、事実認定を不服として無罪判決に控訴・上告することが可能だ。ここを変える必要がある。

検察官控訴ができなくなれば、一審裁判官の判断ミスで真犯人が無罪となってしまったケースはどうするのだ、という意見もあろう。ただ、それは裁判官のせいではなく、検察側が有罪立証に失敗したと考えるべきだ。「10人の真犯人を逃すとも、１人の無辜を罰するなかれ」との法格言が示すように、刑事司法の最大の使命は、無実の人が誤って処罰されたり、過剰な処罰がなされるなどの人権侵害を防ぐことにある。ところが日本の場合、「１人の真犯人も逃さぬためには、無辜を何人罰してもやむをえない」かのような状況にある。検察官上訴の制度があっても、それが慎重かつ例外的に利用されるならまだしも、関根医師の例を見れば分かるように、現実にはそういう運用になっているとは思えない。無罪判決の場合、せめて事実誤認を理由にした検察官控訴は制限すべきではないか。

ちなみに、検察統計調査によると、2014年から2023年までの10年間に、検察官に控訴された被告人（一審無罪とは限らない）の数は、最も少ない年で54人、多い年は114人に上る。関根医師のように高裁で逆転有罪となった被告人は、この10年間で合わせて142人。少ない年で７人、多い年は22人いる。

その中に、冤罪事件がどれだけ含まれているかは分からない。ただ、過去には、検察官控訴が重大な人権侵害をもたらしたケースがいくつもある。

図）

神戸地裁　無罪
（検察が控訴）
⇩
大阪高裁　一審判決を破棄。地裁に差し戻し
（山田さんが上告）
⇩
最高裁　上告棄却
⇩
神戸地裁　無罪
（検察が控訴）
⇩
大阪高裁　控訴棄却（＝無罪）
（検察側上告断念で確定）

たとえば、1974年に兵庫県の知的障害者施設で園児２人が死亡した甲山事件。殺人罪で起訴された保育士の山田悦子さんに対する裁判所の判断は次のような経緯を辿った。（図）

地裁での２度の無罪判決の後、いずれも検察が控訴したため、山田さんは一度も有罪判決を受けていないにもかかわらず、無罪が確定するまで、起訴からなんと21年半もかかった。

いわゆる東電OL殺害事件で逮捕されたネパール人男性ゴビンダ・プラサド・マイナリさんは、2000年に東京地裁で無罪判決を受けたが、検察官が控訴。身柄拘束は続き、東京高裁が逆転有罪（無期懲役）とし、最高裁で確定してそのまま服役した。その後、被害者の体内に残された男のDNAは別人のものと判明。ゴビンダさんは、2012年に再審開始決定が出て釈放され帰国したが、一審無罪から12年以上もの間、余計に身柄拘束されたのだ。

◆検察上訴は再審請求でも

検察官の上訴は、再審請求審でも認められている。そのために雪冤に長らく時間がかかり、苦しむ人もいる。たとえば、1986年に福井市で中学３年の女子生徒が殺害された事件で殺人罪に問われた前川彰司さん。一審の福井地裁は無罪判決だったが、検察が控訴。控訴審の名古屋高裁金沢支部が逆転有罪（懲役７年）とした。前川さんは上告したが、最高裁はこれを棄却し、服役した。出所後に再審請求をしたところ、名古屋高裁金沢支部は再審開始を決定した。狭き門である再審請求が１度で認められた。ところが、検察の抗告[2]を受けて、名古屋高裁本庁は再審開始決定を取り消した。最高裁も前川さんの特別抗告を退け、再審を認めない判断が確定した。

それでも諦めなかった前川さんと弁護団は、2022年に第二次再審請求を起こした。その中で、検察側が長く伏せていた証拠を裁判所が開示させた結果、有罪判決の根拠となった証言は客観的事実と矛盾していることが明らかになり、名古屋高裁金沢支部は再び再審開始を決定した。この過程で、この証言の矛盾は原審の公判中に検察官が把握していながら隠していたことも分かった。裁判所は再審開始決定の中で「公益を代表する検察官としてあるまじき、不誠実で罪深い不正な行為」と厳しく批判した。

さすがに、検察も今度は異議申立ては断念し、再審が始まった。再審で、検察は新たな立証は行わなかったが、それでも前川さんが犯人と主張し続けた。７月に無罪判決が出ることは疑うべくもないが、これまで無罪方向の判断が出るたびに、検察側が上訴し、前川さんの雪冤が拒まれてきたことは、きちんと検証されなければならない。検察官控訴が認められなければ、前川さんは1990年に無罪が確定していた。再審請求審の検察側抗告が認められなければ、2011年には再審が決まっていたのだ。

一審が無罪だったのに、検察官控訴による控訴審で逆転有罪、それも死刑判決となり、それが確定した人もいた。名張毒ぶどう酒事件の奥西勝さんは、死刑囚となった後、再審を求め続け、第７次請求審で再審開始が認められたが、検察の異議申立てによって裁判所の判断が覆った。検察の控訴と抗告によって、無罪主張を阻まれてしまった奥西さんは、獄中で無実を叫びながら、病死した。

同じく死刑囚だった袴田巌さんの再審も、静岡地裁で出された再審開始決定が検察の抗告による東京高裁の審理で覆されたことが原因で、始まるのが９年も遅れた。この事件をきっかけに、再審に関するルール作りの必要性が広く叫ばれ、超党派の国会議員連盟が作成した素案では、検察側の抗告を禁ずることが提案されている。

検察官上訴がもたらす人権上のリスクの大きさが明らかになった以上、通常審においても、検察官上訴の原則禁止を検討する時期に来ているのではないか。関根医師の主任弁護人だった高野隆弁護士は、２度目の控訴審判決の後の記者会見で、検察官上訴についてこう述べている。

「検察官の無罪判決に対する控訴というのは、やはり非常に理不尽。本件は、一審は公判整理手続きに２年かかり、専門家ら24人の証人を呼び緻密な議論を積み重ねて無罪になった。多大な労力と精神的な苦痛と費用をかけてようやく達成した無罪判決に対し、国に不満があれば上訴できるというのは問題だ。米英のように、無罪判決には検察官は上訴できない、せめて事実誤認を理由に上訴はできない仕組みが必要だということを、本件は示している」

1）上訴：未確定の裁判に対して、上級裁判所に是正を求める不服申立てのこと。
2）抗告：判決以外の裁判（裁判所決定・裁判官命令）に対する不服申立てのことであり、上訴の一形態である。

江川紹子（えがわしょうこ）　プロフィール

ジャーナリスト。元神奈川新聞記者。
1995年、オウム真理教の取材により菊池寛賞を受賞。
2020年より神奈川大学国際日本学部特任教授を務める。著書多数。

これでいいのか日本の医療

日本の病院経営を“どう”立て直すか

第25回

上（かみ）　昌広（まさひろ）
特定非営利活動法人
医療ガバナンス研究所
理事長

高市政権下の厚労大臣人事は病院経営を立て直せるか

病院の経営悪化が深刻である。高市総理は「病院の7割が深刻な赤字で、報酬改定を待てない。補正予算での支援を検討する」との趣旨の発言を繰り返している。

しかし、過度な期待は禁物だ。総理は「国民医療費を年間4兆円以上削減し、現役世代の社会保険料を引き下げる」と主張する日本維新の会と歩調を合わせており、そもそも一時的な補助金の上積みだけで医療提供体制が立て直せる状況ではない。

日本の医療費はGDP比11.4％（2022年度）で、G7では米国、フランス、ドイツに次ぐ4番目の水準である。一方で高齢化率は29％とG7で突出して高い。仮に高齢化率21％のドイツ並みの財源規模を確保するには、少なくとも年間3兆円程度の追加財源が必要と試算される。維新の「医療費4兆円削減」という方針とは真逆であり、現実的な医療政策とは言い難い。

私は、高市総理がどこまで本気で医療政策を考えているのか疑問を抱いている。その理由の一つが、厚労大臣人事だ。現在の厚労大臣は上野賢一郎氏。京都大学法学部から総務省を経て、現在は当選6回の議員である。私が問題視しているのは、彼が「初入閣」で厚労大臣に就いた点だ。

日本の医療は厚労省の強力な統制下にあり、その統制は多くの利権を生む。したがって、本来の厚労大臣に必要なのは、業界団体や省内外の利害を調整する強い政治力である。かつて厚労大臣は、当選回数も多く、他省庁の大臣を歴任した“重鎮”が務めるのが常だった。

しかし、この慣例は近年崩れている。武見敬三氏、福岡資麿氏、そして上野賢一郎氏と、いずれも初入閣での厚労大臣就任が続く。閣僚経験者の知人は「政治力より、自民党内のインナー事情が優先されている」と語る。こうした状況を踏まえると、医療政策における大臣のリーダーシップに過度な期待を抱くべきではない。

病院規模毎に支援策を再考せよ

日本の医療費は絶対額が不足しており、診療報酬は全国一律である。このままでは、物価水準の高い東京や大阪など大都市圏から医療提供体制が崩れていくのは避けられない。では、何を誰が負担すべきなのか。負担構造をより具体的に議論する必要がある。

大学病院について、私は製薬企業の資金を積極的に導入すべきだと考える。2024年度、国内主要製薬企業の営業利益は上位10社だけで約1兆9000億円に達する。一方、同年度の国立大学病院の赤字総額は約285億円にすぎない。小野薬品工業のオプジーボの例に象徴されるように、創薬の基盤研究を支えているのは大学病院である。ならば、製薬側が大学病院を財政的に支援するのは当然の筋論だ。

米国では、トランプ政権が製薬企業の高すぎる利益率を問題視し、薬価引き下げを強く求めてきた。日本でも同様の議論を進め、製薬企業の利益を医療基盤の維持に還元させる仕組みを検討すべきである。

では、一般病院はどうすべきか。いくつかの処方箋がある。第一に、基礎自治体との連携強化である。前述の通り、現行の診療報酬体系では都市部の医療機関は採算が合わない。

すでに地域に根ざした中小病院の撤退は進んでおり、都市部の医療空白は目に見え始めている。例えば、東京都港区には、慈恵医大や虎の門病院など大病院は多数存在するが、住民が日常的に受診できる中小病院はJCHO高輪病院、古川橋病院などごく少数だ。これらの病院も、今後の医療費上昇と人件費高騰のなかで経営維持が困難になる可能性が高い。港区にとっては、地域医療の崩壊につながる重大なリスクである。

港区は、日本で最も財政力のある自治体の一つだ。財政力指数は1.27、毎年100億円以上の黒字を計上しており、地域医療機関を支援する財政余力は十分にある。

大阪も事情は似ている。大阪市全体の財政力指数は0.92と黒字ではないが、中央区・北区など都心部は法人税や固定資産税が高く、区単位で見ると豊かな税源を持つ。

大阪も港区と同様に「豊かな中心部が地元の医療基盤を支える」構造が可能だろう。都市部の医療を持続させるには、こうした自治体による直接的な支援が不可欠である。

二つ目の支え手は民間企業である。日本では古くから、大企業が都市部の医療基盤を担ってきた。東京ではJR東日本、NTT、三井グループ、関西ではパナソニックや住友グループが総合病院を運営してきた。

これらの企業病院の多くは企業直轄であり、母体企業の規模から見れば「病院の赤字は誤差範囲に過ぎない」と幹部が語るほど財務的な余裕がある。さらに、医療機関の運営費は企業にとって損金算入が認められるため、税務上のメリットもある。大学病院や医療法人とは異なり、企業病院の経営が大きな政治問題になりにくいのは、このような構造が背景にある。

一方で課題もある。病院を持つ企業は伝統的な重厚長大産業に偏り、近年急成長するIT企業の参入はほとんどない。IT企業を中心とした非製造業は業績が堅調で、2025年4－9月期は約7割の企業が増益と報じられ、4年ぶりの高水準であった。こうした企業の地域貢献として、医療基盤の維持に参加してもらう余地は大きい。たとえば楽天や任天堂など、地域と強い結びつきを持つ企業に、医療支援の役割を求めてはどうだろうか。

地域の病院は、『地元密着』・『サービス統合』でワンストップ支援を

最後に、医療法人自らが収益源を拡大する取り組みが重要になる。私が注目しているのが、東京都八王子市の北原国際病院である。東大医学部の先輩である北原茂実氏が30年前に立ち上げたグループで、その最大の特徴は、医療の枠を越えた積極的な事業展開にある。

同グループは多摩信用金庫など地域金融機関と連携し、「医療・介護・生活支援・金融」を統合した新しい市民サービスを提供している。高齢者や在宅療養者の生活課題を切れ目なく支援するために、健康相談、生活支援、見守り、家計・相続相談、事業承継支援までをワンストップで担う仕組みが特徴だ。

北原医師は「高齢者は医師や病院を信頼しており、医療以外のサービスも求めている」と語る。徹底した患者・住民の視点に立つ発想であり、これからの医療機関の在り方を考えるうえで示唆に富む。我々のグループでも、先行事例として詳細にケーススタディを進めている。

新規開業講習会

会場　大阪府保険医協会
仮事務所　大会議室
（浪速区幸町2－2－20 清光ビル4階）

申込　組織部
TEL 06-6568-7721

参加費　無料　※事前にご予約ください。

開業予定の先生もご参加いただいております

webまたはお電話で申込ください。

2026年の予定

税務基本編
経営、生活のための税務の基本
1月31日（土）14:30～16:30
講師　山本 匡人 税理士

新規個別指導編
新規開業医が知っておくべきポイント
2月21日（土）14:30～16:00
講師　保険医協会事務局

雇用管理編
よりよい医療の提供は最適な雇用管理から
3月28日（土）14:30～16:30
講師　桂好志郎 社会保険労務士

保険診療編（内科を中心に）
審査委員、先輩開業医がわかりやすく解説
6月27日（土）14:30～16:30
講師　審査委員・保険医協会役員

勤務医に役立つ医薬情報 第23回

OTC類似薬の保険外し問題について

廣田 憲威 ひろた のりたけ
薬剤師／博士（薬科学）
社会薬学研究所 所長
一般社団法人 大阪ファルマプラン 理事

日本維新の会は、「社会保険料を下げる改革提言」として、約11万床の病床削減と合わせてOTC類似薬の保険適用除外を含む保険給付のあり方の見直しについて提案し、自民・公明・維新の3党合意の後、政府の「骨太の方針2025」にも盛り込まれ、厚労省の医療保険部会でも議論が始まりました。さらに自民党と維新による連立内閣が発足したことで、議論は一気に加速することが懸念されています。今回はOTC類似薬の保険外し問題の本質について考えてみたいと思います。

医療用医薬品は2種類あるのをご存じですか？

医師が処方できる医薬品は、医療用医薬品に限られ、いわゆるOTC（Over The Counterの略で、薬剤師・登録販売者が処方箋なしで販売できる一般用医薬品（市販品）のこと）とは区別されています。医療用医薬品は薬局医薬品とも呼ばれ、薬局でしか取り扱うことができません。現在、医療用医薬品は約20,000品目ありED薬やワクチン等を除き基本的に保険償還対象（薬価収載）となっています。その中で医師の処方箋がないと薬局で調剤や販売ができない医療用医薬品（処方箋医薬品）が約13,000品目あり、それ以外の品目（非処方箋医薬品）が約7,000品目あります。非処方箋医薬品については、処方箋が無くても販売（俗にいう零売で正式には分割販売）できることから、零売を専門とする薬局が都市部を中心に広がりましたが、今年の薬機法改正によって零売に対する規制が強化されることから、非処方箋医薬品であっても原則として処方箋に基づいて調剤・販売することとなります。

処方箋医薬品については、電子添付文書の冒頭に「処方箋医薬品」である旨が記載されています。つい最近、プロトンポンプ阻害薬（PPI）のタケプロン（武田）、オメプラール（アストラゼネカ）、パリエット（エーザイ）が揃ってOTC化されました。それに伴い、これら3製剤の医療用医薬品の電子添付文書からは「処方箋医薬品」の文言は除外されました。しかし、未だOTC化されていないネキシウム（アストラゼネカ）は「処方箋医薬品」のままとなっており、同種・同効薬の間でも矛盾が生じています。通常、OTC化された後の医療用医薬品を「OTC類似薬」と呼ばれています。

医療用医薬品とOTCはたとえ成分や用法・用量が同一であっても使用目的が異なる

医療用医薬品とOTCでは、たとえ成分が同一であったとしても、使用目的において決定的な違いがあり、医療用医薬品は医師の診断の下で処方される医薬品に対して、OTCは患者が訴える症状に応じて薬剤師・登録販売者がその症状を緩和できるOTCを提案し、消費者が納得して購入する医薬品です。

具体例を挙げますと、医療用のロキソニン錠は「効能又は効果」に関節リウマチや変形性関節症などの病名が記載されていますが、OTCでは頭痛・月経痛（生理痛）…の鎮痛、悪寒・発熱時の解熱というように表現が異なります。それは薬剤師・登録販売者は、消費者の訴えだけで病名を診断できないからです。

要するに、後述するようにOTC類似薬が薬価収載から削除されて、患者自身が薬局やドラッグストアで「私は関節リウマチなのでロキソニン錠を購入したい」と申出があっても、私たちは、その訴えからはOTCの「効能又は効果」の対象外であるため、OTCのロキソニンSを販売することができないのです。

OTC類似薬の保険外しで考えられる2つの手法

現時点で考えられる保険外しの方法は2つあります。まず、OTC類似薬の薬価収載を削除することです。こうなれば、医師は患者にOTC類似薬を処方したくても処方できなくなり、指示箋等で患者に対して同一成分のOTCを薬局等で購入する指示をしなければなりません。しかし、前述したように医療用医薬品とOTCでは「効能又は効果」に差異があるものも多いことから、大きな混乱が生じることは間違いありません。

もうひとつ考えられるのは、OTC類似薬の薬価収載は残したままで、保険給付の割合を変える方式です。フランスでは既に医療上の重要性に応じて自己負担率を35%～100%（代替性のない医薬品は0%）に設定しています。この方式を日本で採用した場合は、患者の自己負担割合との差額分（自費分）を選定療養制度として患者から徴収することが可能となります。例えば、あるOTC類似薬の3割負担が0割負担になった場合、一律で患者負担は2.3倍増えることになります。

前者・後者とも直接的な医療費削減につながりますが、前者の場合は医療用医薬品より高額なOTCを購入しなければならなくなり、患者負担は莫大なものになることが予想されます。

医薬品メーカーが医療用医薬品の成分をOTC化したい理由とは

医療用医薬品のランソプラゾールの先発品であるタケプロンOD錠15mgの薬価は1錠20.4円（2025年薬価改定）に対して、OTC化されたタケプロンSは14錠入りで2,508円（税込）（1錠当たり179.1円）と8.8倍も高いです。後発医薬品であれば1錠11.3円と、さらに15.8倍にもなります。要するに製薬企業としては、薬価改定のたびに薬価が引き下げられる医療医薬品を製造販売し続けるよりも、はやくOTC化することで大きな利益を期待しているのです。

コロナ禍、メジコン錠などの医療用の咳止め薬が医療機関や薬局で枯渇したことは記憶に新しいところです。しかし、当時ドラッグストアではOTCのメジコン錠が大量に販売されており、薬局としても大きな矛盾を感じたところです。製薬企業の立場からすると、OTC類似薬の保険外し、すなわち薬価収載削除を願っているに違いありません。

OTC類似薬の保険外しより先に高薬価な医薬品にメスを入れるべき

医療費に占める医薬品費は約10兆円です。しかし、年間の売上ランキングで上位10位の医療用医薬品の売上合計は約1.1兆円と言われていますので、たった10種類の医薬品で医療費に占める医薬品費の1割以上を消費しているのです。とりわけ高薬価なのは抗がん剤です。1瓶が30万円以上もする抗がん剤がある一方で、最低薬価は1錠6.1円（ビタメジン配合カプセルなど）、日本薬局方収載品では1錠10.4円（アモキシシリンCPなど）と、極端な薬価差が存在しているのです。

製薬企業として安定的に医療用医薬品の製造と供給を持続させるためには、最低薬価の大幅な引き上げと同時に、医療費適正化の観点では、超高額な薬価を是正することが求められると考えます。特に超高額な薬価の是正は、高額療養費制度にも直結しますので、高薬価問題の見直しは極めて重要な課題であり、かつOTC類似薬の保険外しを阻止できることにもつながるからです。

おわりに

筆者は、OTC類似薬の保険外しについては「保険で良い医療をすすめる」観点からも断固反対しています。それは、国民皆保険制度の下で、憲法25条（生存権）を保障するために設けられた健康保険法第1条（目的）「この法律は、労働者又は被扶養者の業務災害以外の疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行い、もって国民の生活の安定と福祉の向上に寄与することを目的とする。」にも反するからで、お金のある無しで、医療を受けることが差別されてはいけません。自維政権が強行しようとしているOTC類似薬の保険外しをなんとしても阻止させましょう。