

11月30日記者会見、厚労省要請のご案内
**医薬品不足が解消しない最中に
「薬剤自己負担」「保険給付外し」は止めて
医療現場からの報告**

全国保険医団体連合会

11月9日の社保審医療保険部会にて厚労省は、後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）を使用した場合に、窓口負担（3割）とは別に患者に負担させる仕組みの導入を提案しました。患者からは一部負担金とは別に薬剤自己負担を徴収する案が検討されています。先発医薬品と後発医薬品の差額は「選定療養＝保険給付外」となり、自費扱いとなります。保険給付外しにより浮いた公費財源は、製薬企業の新薬創薬の財源とする考えを示しています。「創薬」財源確保のために新たに患者負担増とすることは許されません。

医師の判断で患者の個別性、疾患の状態を踏まえ医療上必要な処方を選択しています。先発医薬品（長期収載品）を利用すれば窓口負担とは別に負担させられる制度の導入は、処方誘導・処方制限に等しいものであり、医師の処方権を侵害するものです。先発医薬品と基剤、剤形の違いで薬効・効能の違いが出てくる後発医薬品もあり、「患部や症状が改善しない」、「コントロールがしにくい」など後発医薬品と先発医薬品を一律に線引きすることは容易ではありません。厚労省は、薬剤保険外しは、新薬の創薬力の強化が目的であり、保険財源の枠内で調達するとの政府の方針と主張し、先発品と後発品の差額を患者から徴収することを正当化しています。

目下、後発医薬品は幅広い品目で出荷調整が出されており、安定供給には程遠く、先発医薬品に処方変更せざるを得ない状況にあります。物価高騰、年金引き下げなど高齢者の生活実態は深刻な状況です。追加の薬剤負担増でさらなる受診抑制・健康悪化を招くこと、差額徴収により患者と医師の信頼関係を崩し、治療への影響も避けられません。

保団連は、長期収載品の「保険給付外し」に断固反対し、患者・国民とともに負担増計画の中止を強く求めます。記者会見では薬剤自己負担、保険給付外しに伴う臨床現場の声・調査を元に患者・国民への影響を明らかにするとともに、厚労省に医薬品安定供給とともに、薬剤自己負担導入の中止を要請します。

日時：2023年11月30日（木）

14：00～15：00 保団連の厚労省要請（記者の皆様もご出席いただけます）

15：00～16：00 記者会見

場所：衆議院第2議員会館 第一会議室

記者会見①

薬剤自己負担導入に反対する声明の概要説明 橋本政宏理事

p1-p8

内用薬、外用薬 幅広い品目で置き換え困難

岡山協会 後発品置き換え困難事例調査 岡山協会 田中正子事務局長 p9-p25

医薬品不安定供給が続く中、治療上、先発医薬品を必要とする患者が存在しています。岡山協会は、後発医薬品を選択しないと先発品との差額が保険給付外し(患者負担増)になる問題で会員医療機関に緊急アンケートを実施。内用薬、外用薬含めて幅広い品目で後発医薬品への置き換えが困難な事例が報告されました。

**「医薬品供給不足による診療と患者影響調査」より
後発から先発に変わって負担が増えた」具体的事例
大阪協会調査 患者健康影響 井上美佐理事 p26-p32**

医薬品不足で他剤切り替え、休薬で患者に深刻な影響が出ています。▽2型糖尿病注射薬 トリルシティ、マンジャロの不足で血糖値コントロール不良、糖尿病悪化▽抗うつ剤トリプタノール、精神神経安定剤コントミンの不足で他に変わる薬が乏しい、代替薬で頭痛が悪化▽産婦人科関連 月経異常の方に投与するデュファストンや止血剤が不足し代替薬がなく処方できない▽メジコンやムコダインなど咳止め・去痰薬が不足で肺炎や気管支炎の回復に影響などです。医薬品不足、健康影響が懸念される中、先発医薬品(長期収載品)を選択したら後発医薬品との差額を自費化(保険外し)するのは無責任です。

<参考資料>

愛知協会 医薬品の処方困難に関するアンケート(中間まとめ) p35-p43

特許が切れた先発医薬品の薬価引き下げで十分では岐阜協会 2015年 後発医薬品使用に関するアンケート) p44-p54

岐阜協会が2015年に実施した調査では、後発医薬品を使用する医師の46%が副作用を経験。先発医薬品の薬価も特許期間が切れて後発医薬品が販売された段階で、後発医薬品の薬価並みにすべきだとの意見が57%もありました。医療費抑制を進めながら、先発医薬品の薬価は優遇するという、何とも矛盾する仕組みです。先発医薬品の薬価を引き下げれば、参照価格制度の導入なども必要なくなります。

記者会見②

すべての医療機関を守るために診療報酬の大幅引き上げを p55-p63

記者会見③

暗証番号なしマイナカード(顔認証マイナカード) p63-p75

後発品不足下で必要な処方を行う医師の裁量を侵害する 薬剤自己負担、保険給付外しに反対します

厚労省は、11 月 9 日の医療保険部会で後発医薬品がある先発医薬品、いわゆる長期収載品の保険給付外しを年末までに検討する方針を示しました。本会は、患者に安全・安心で必要な医療を保障するため、薬剤自己負担、保険給付外しの導入に反対するとともに、国の責任で後発医薬品など医薬品の安定供給を図ることをあらためて求めます。

記

1. 後発品不足の中、後発品使用を強制する愚策

厚労省は、長期収載品を使用した場合に患者負担増を求めることで安い後発医薬品への使用を促進する構えだが、後発医薬品等の供給不安が続く中、保険医（以下、医師）として安定的・継続的に処方できる後発医薬品が大幅に限られているのが現状である。後発医薬品が不足し、長期収載品を使わざるを得ない現状もある中、さらに患者負担増を強いられるのは理不尽の極みである。そのため、9 日の資料では、「後発医薬品の安定供給との関係」を論点にあげているが、供給不安が恒常化し、供給不安品目も日々変動する現状において、後発医薬品の使用促進を強制することは理解に苦しむ提案であり、率直に見て愚策である。

2. 必要な処方を判断する医師の裁量（処方権）を尊重すべき

薬剤負担増を求める主張に関わって、患者が新薬を選び好みしているかのような議論が見られるが、そもそも投与する薬剤は患者が選択しているわけではない。薬剤の処方と選択は医師の診察に基づき行われる。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る。後発医薬品については先発医薬品と主な成分とその含有量は同じとされるが、特許権の都合などで添加剤や製造工程などが異なっている現状がある。結果、臨床現場から、後発医薬品は先発医薬品に比べて、例えば「血糖値や血圧のコントロールがしにくい」「胃炎や皮膚炎の症状が改善していない」「鎮痛剤・眠剤などで効きが落ちた」「貼付剤はがれやすい・かぶれやすい」「アレルギー反応が出た」などの声が寄せられている実態がある。この疾患や状態の患者には先発で良い/後発でも大丈夫といった一律的・機械的な線引きは困難である以上、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）を尊重すべきである。

3. 「変更不安」「使用感の違い」など患者の声に配慮を

同様に、患者が「先発医薬品を希望する」ことを問題視する声も聞かれるが、背景には「後発品の効き目や副作用に不安がある」「使い慣れたものがよい」「報道等で後発品の品質、効果等に関してよい情報を聞かない」など、しかるべき事情が多く見られる現状に注

意が必要である（2022年度診療報酬改定結果検証調査より）。後発医薬品では先発医薬品の承認の際に要するデータまでは求められておらず、例えば、慢性疾患を抱える患者等では副作用はじめ様々な知見が集積済みの先発医薬品（長期収載品）を求めるケースは少ない。精神疾患などでは現状の薬剤で安定している状況を変更することに強い不安感を持つ患者は多い。長期連用や小児への使用などでは先発医薬品と後発医薬品の間での質感・使用感の違い（例えば外用剤において液体、ジェル、クリーム、泡状など剤形が異なるケース）は無視できない。

長期収載品を処方すれば患者に負担増を課すことは、患者に必要な医薬品を判断し提供する医師の裁量（処方権）を制限して、患者の治療・療養に不利益を及ぼすものと言わざるを得ない。

4. 受診抑制増、少子化対策（子ども医療費助成）に水を差す

薬剤負担増は、患者を医療から遠ざける。先進諸国でも高い我が国の窓口3割負担をさらに引き上げて、患者の支払能力によって治療上必要な薬剤を使うことができなくなる事態を招く。臨床現場では効果の同等性を疑問視する声は依然少なくない。そのため、治療上、長期収載品を使わなければならないケースは当然存在し、価格差を患者負担増に転嫁することは受診抑制、治療上の不平等などが起きることになる。普段受診しない被保険者にとっても、窓口負担（1～3割）とは別に追加負担まで徴収されるとなれば、何のために高い保険料を日々支払っているのか釈然としない疑問を抱くといえよう。難病など公費負担医療を利用する患者も薬剤費は給付外として別途負担増が強いられる形になりかねない。さらに、少子化対策にも関わって、子どもの医療費窓口負担を無料にしている自治体が全国に大きく広がる中、薬剤負担増を求めることは少子化対策に水を差すものである。

5. 創薬開発に患者負担増は筋違い

今回の患者負担増を求める直接的な理由は「創薬力強化」とされている。「骨太の方針2023」では、「医療保険財政の中で、こうした（創薬）イノベーションを推進するため、長期収載品等の自己負担の在り方の見直し、検討を進める」としている。しかし、かりに新薬開発のためであるとしても、なぜ患者に負担増・受診抑制を強いることが正当化されるのかは理解に苦しむ。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）で検討するのが筋といえよう。

しかも、経済界や保険者出身の委員は、患者負担増で捻出した財源を「イノベーション評価」、要は新薬への高い薬価算定に充てるべきと主張している。負担増や受診抑制により生じた財源を患者の医療アクセスを悪化させる高い薬価の値付けに使うようなことは到底容認できるものではない。

後発医薬品使用により薬剤費全体の抑制を図る点も取りざたされているが、年間10.4兆円の薬剤費のうち後発医薬品が存在する先発医薬品（長期収載品）のシェアは18%にすぎない。1割強の品目数にもかかわらず金額シェアで59%を占める新薬の高薬価を是正する方がはるかに財政抑制上は効果的である。

6. 蟻の一穴となり、なし崩し的に処方制約・患者負担の拡大へ

薬剤自己負担の導入は蟻の一穴になり、薬剤選択への制限、患者負担が拡大していきかねない。9日の資料では、「医療上の必要性についてどう考えるか」（薬剤変更リスク等を踏まえた医師による処方についてどう考えるか）を論点に上げているが、医療保険部会では、「（差額負担の）対象範囲はできるだけ広くすべき」「経済学的には参照価格制が望ま

しい。医療上の必要性のあるなしはエビデンスベースで分けるべき」など医師の処方に係る裁量を狭めるよう求める議論も多く出ている。かりに医師の処方権に“配慮”して導入された場合も、「エビデンス」などが様々持ち出され、医師の処方判断に対して制約が強められていくことが危惧される。また、「骨太の方針 2023」からも、一旦、薬剤自己負担増が導入されれば、「創薬力強化」を名目に患者負担額が際限なく拡大されていくことは明らかである。

7. 公的医療保険制度を根底から崩壊させる事態にも

薬剤自己負担増は、我が国の公的医療保険制度を根底から崩壊させかねない。3割負担とは別に追加負担を求めることは、改正健康保険法（2002年）の附則に掲げる「将来にわたり7割給付を維持する」原則を形骸化させることに留まらず、公的保険診療において一体的に提供（給付）してきた医師の診察等と投薬を切り離すことになる。薬剤自己負担増が一旦導入されれば、患者負担がなし崩し的に拡大されていき、いずれ保険診療から治療（投薬）が完全に切り離される事態に至りかねない。医師から疾病等の診断を受けても、保険診療で治療（投薬）が受けられなくなれば、もはや公的医療保険制度とは言い難い。

以上

長期収載品について

長期収載品とは

- 明確に定義はされていないが、一般的には、後発医薬品のある先発医薬品をいう。
- 長期収載品と後発医薬品の間には、実質的に、以下のような役割分担が生じている。

	長期収載品	後発医薬品
安定供給	<ul style="list-style-type: none"> ・安定供給することが求められており、具体的には、医療機関から継続供給を求める意見が強いことなどにより、安易に供給停止をすることができない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・安定供給することが求められているものの、長期収載品と比較して、供給停止を行う場合のハードルは低い。
情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ・研究開発段階からの品目に係る情報が蓄積されている。 ・医療機関からの問合せや医療機関への情報提供に対応することが比較的多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・長期収載品に比べ、品目に係る蓄積された情報は少ない。 ・医療機関からの問合せや医療機関への情報提供に対応することが比較的少ない。

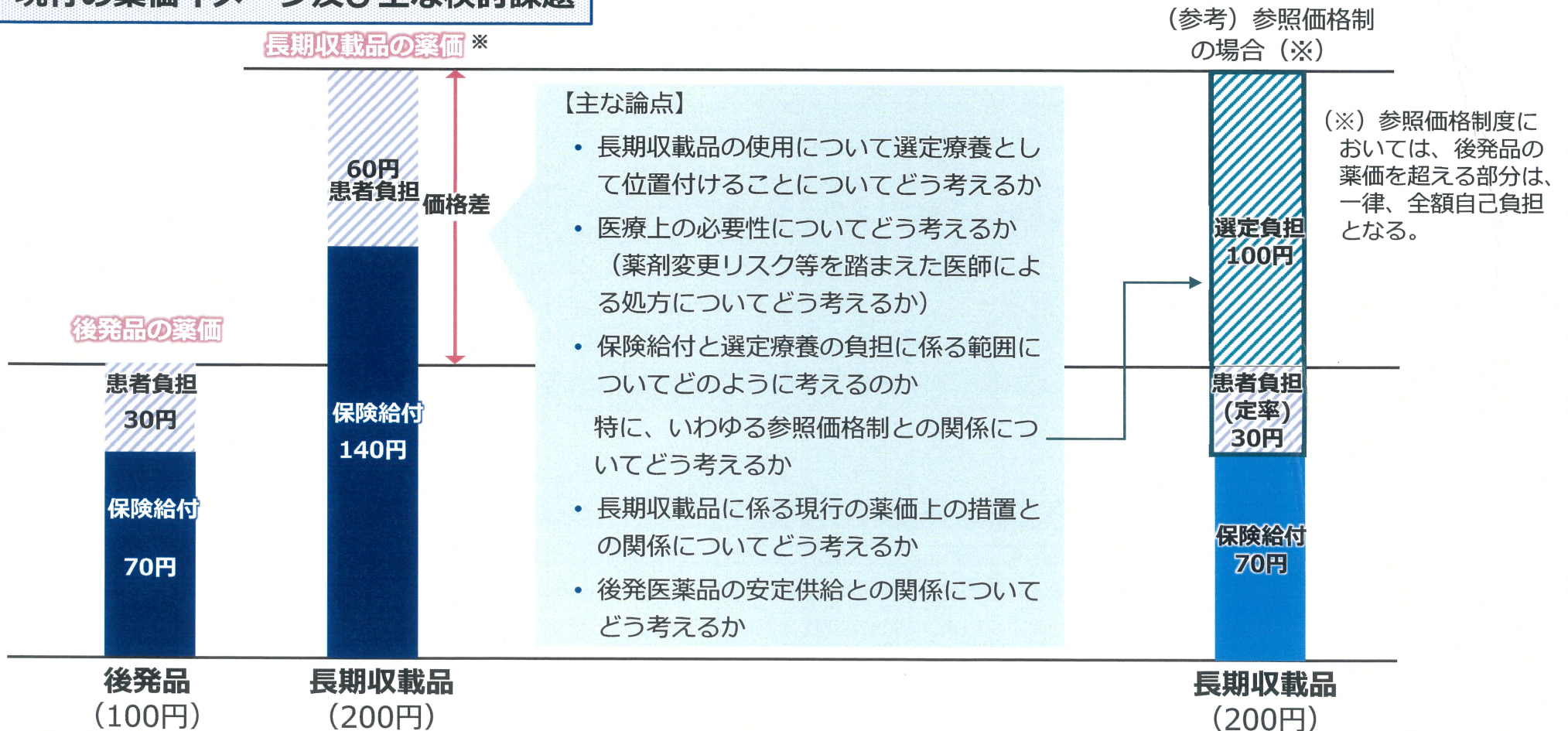
長期収載品の承継について

- 医薬品の承継は、製薬企業同士の合併や分割が生じた場合と同様に、薬機法に基づき、品目に係る資料等を譲り渡すとともに、医薬品の承認取得者としての地位を承継し、長期収載品に係る責務が求められる。
- したがって、承継によって上表のような役割分担に変更が生じることはなく、薬価制度においても、承継に伴って薬価上の取扱いは変更されない。

長期収載品の保険給付の在り方の見直しに係る具体的な論点

長期収載品の保険給付の在り方の見直しを中心として検討を進めることとする場合、例えば、以下の論点についてどう考えるか。

現行の薬価イメージ及び主な検討課題

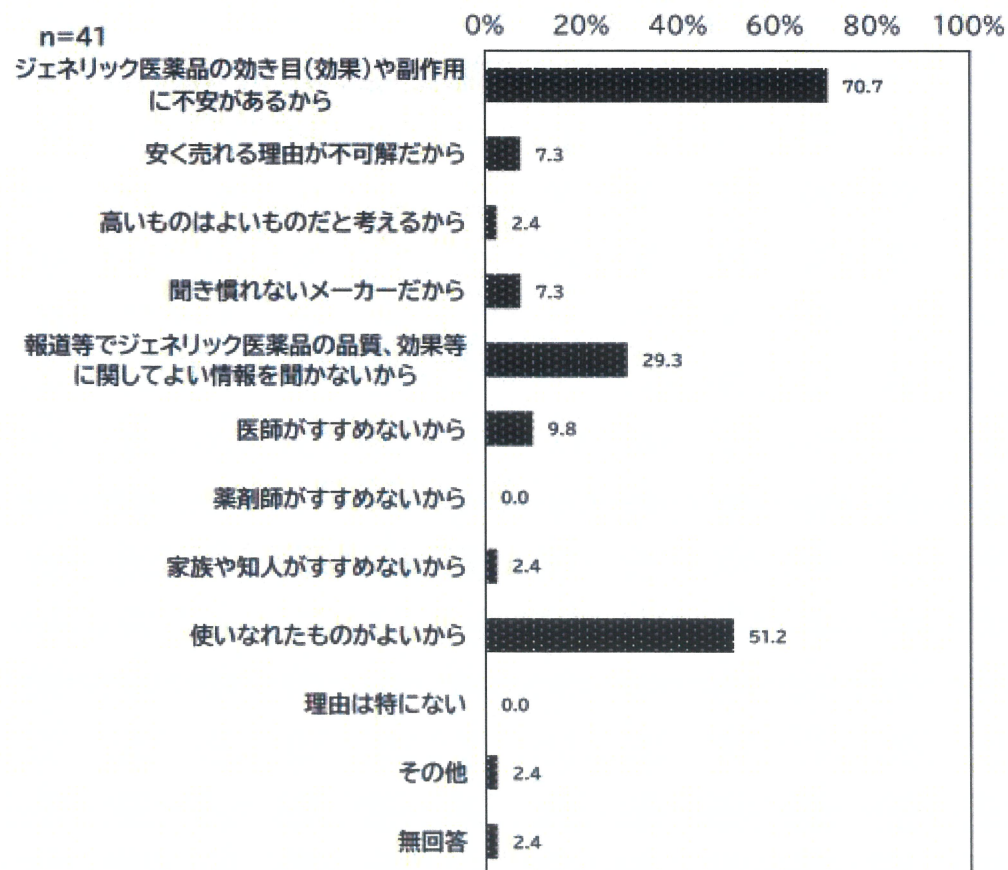


（※）長期収載品に係る薬価上のルールとしては、原則として、後発品上市から10年経過後、薬価を段階的に後発品価格まで引き下げ

後発品を使用したくない意向（患者調査）

「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人（41人）に対して、ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくない理由を尋ねたところ、「ジェネリック医薬品の効き目（効果）や副作用に不安があるから」が70.7%で最も多く、次いで「使いたれたものがよいから」が51.2%であった。

図表 4-22 ジェネリック医薬品がいくら安くなっても使用したくない理由
（「いくら安くなっても使用したくない」と回答した人、複数回答）



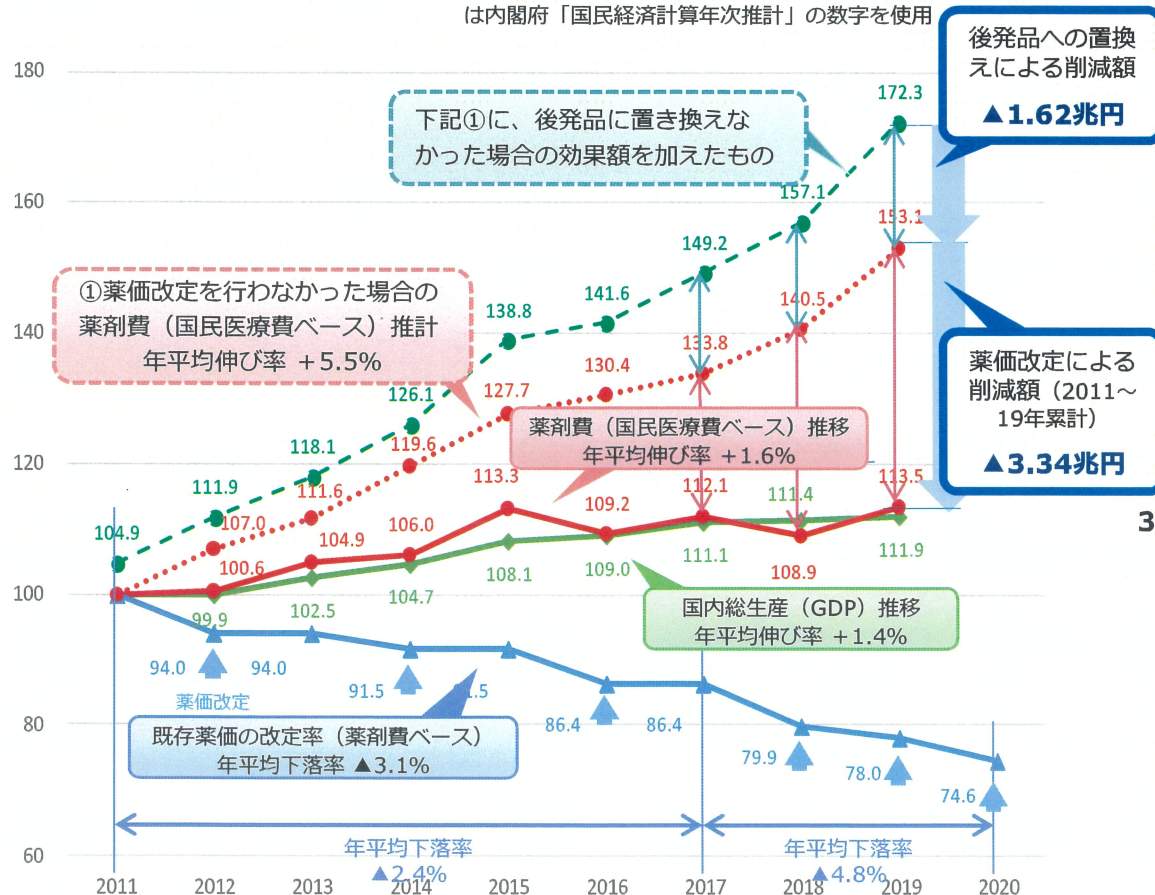
※出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（令和4年度調査）

薬剤費に及ぼす薬価改定等の影響分析

- 2011～2019年の薬剤費成長率は、仮に薬価改定しなかった場合の状況において年平均5.5%増と見込まれたところ、隔年の薬価改定により、年平均1.6%増に抑制。
- ※ 2018年以降は毎年の薬価改定により、年平均下落率は、それ以前の▲2.4%（2011～17年）から▲4.8%（2017～20年）と2倍に増加
- 加えて、長期収載品の適正化や、後発品の使用促進等により薬剤費の伸びは更に抑えられている。

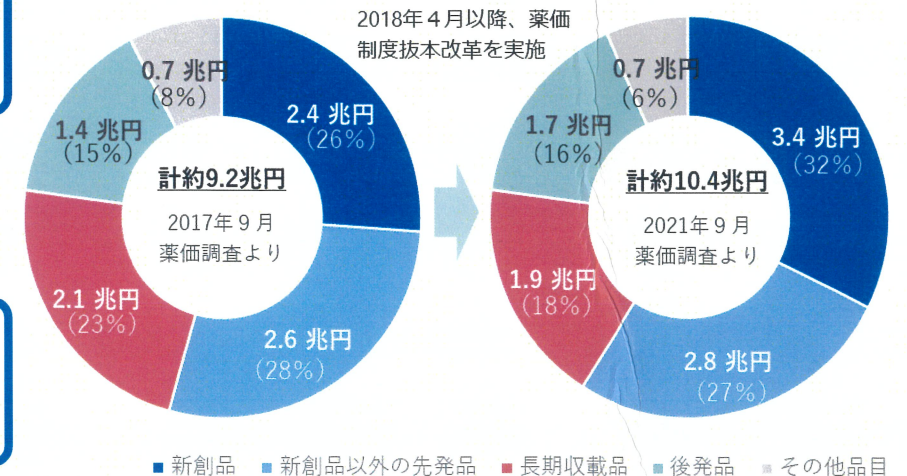
1. 2011年（H23年）比（%）の薬剤費の推移

※薬剤費・改定率は「中医協薬-2（R4.7.20）」、GDPは内閣府「国民経済計算年次推計」の数字を使用



2. 薬剤費の構成割合の推移

※記載している額は、薬価調査で得られた取引数量（調査月の1か月分）に薬価を乗じた上で12倍した数字（年間の数字に単純換算）



3. 後発品への置換えによる医療費適正効果額

薬価調査年度	後発品の使用割合	後発品に置き換えなかった場合の先発品の薬剤費と後発品の薬剤費との差額
H29年度	65.8%	1.30兆円
H30年度	72.6%	1.40兆円
R1年度	76.7%	1.62兆円 ※1. の試算に利用
R2年度	78.3%	1.86兆円
R3年度	79.0%	1.92兆円

令和4年薬価調査結果②

5. 調査客体及び回収率

(1) 販売サイド調査

保険医療機関及び保険薬局に医薬品を販売する医薬品卸売販売業者の営業所等の全数から、層化無作為抽出法により3分の2の抽出率で抽出された営業所等を対象

調査客体数 4,451客体 (回収率87.6%)

(2) 購入サイド調査

① 病院の全数から、層化無作為抽出法により40分の1の抽出率で抽出された病院を対象

調査客体数 200客体 (回収率65.5%)

② 診療所の全数から、層化無作為抽出法により400分の1の抽出率で抽出された診療所を対象

調査客体数 256客体 (回収率72.7%)

③ 保険薬局の全数から、層化無作為抽出法により120分の1の抽出率で抽出された保険薬局を対象

調査客体数 507客体 (回収率74.8%)

※令和5年度薬価改定に伴って
薬価基準改定に伴って
(2023年3月3日)

6. 分野別割合

分類		告示数	全体に対する薬価ベース割合	全体に対する数量割合
先発医薬品	後発医薬品なし	2,400	62.1%	14.9%
	後発医薬品あり	1,704	14.9%	13.5%
後発医薬品		5,922	16.2%	50.6%
その他の品目		3,072	6.8%	21.0%

長期収載品

後発品への置き換え困難 に関する緊急アンケート

2023年11月

岡山県保険医協会

岡山県保険医協会

〒703-8266

岡山県岡山市中区湊487-1

TEL 086-277-3307

FAX 086-277-3371

E-Mail okayama-hok@doc-net.or.jp

後発品への置き換え困難に関する 緊急アンケート 速報

2023年11月28日

岡山県保険医協会

医薬品の不安定供給が続いている最中にもかかわらず、厚生労働省は「長期収載品の別途負担徴収」（後発医薬品が存在する先発医薬品について、先発医薬品と後発医薬品の薬価の差額を一部負担金とは別に新たに徴収する）案を社会保障審議会医療保険部会（2023年11月9日開催）に示し、年内には結論を得るとしました。岡山県保険医協会では、①まだ医薬品の不安定供給が続いていること、②治療上、先発医薬品を必要とする患者が存在すること、③患者の負担増になることなどから、2023年11月、協会医科院長会員を対象に、緊急アンケートを行いました。

アンケート対象者	岡山県保険医協会医科院長会員
アンケート実施期間	2023年11月21日～11月30日
アンケート実施方法	2023年11月21日FAX一斉送信による
アンケート有効回答数	51件 ※送信数546件（回答率9.3%）

後発医薬品への変更が難しい薬剤が存在（主なもの）

●明らかに効果が違う、効きが悪いと患者が訴える

内服薬	胃潰瘍（PPI製剤） 高血圧症（アダラートCR）、 脂質異常症（エパデール、ゼチーア、リピトール） 糖尿病（ベイスン） 気管支喘息、アレルギー性鼻炎（キプレス錠） 関節リウマチ（セレコックス） 慢性腎不全（クレメジン）、 慢性動脈閉塞症（プレタール） 不眠症（レンドルミン） 鎮痛解熱剤（ロキソニン錠）
外用薬	保湿剤（皮脂欠乏症等）（ヒルドイドローション・ヒルドイド軟膏） 副腎皮質ホルモン（湿疹、痒疹等）（リドメックス軟膏） 非ステロイド性抗炎症薬（変形性膝関節症等）（ロキソニンテープ）

●ジェネリックで胃症状や気分が悪くなった、合わない、違和感

内服薬	狭心症（プラビックス） 脂質異常症（クレストール）
-----	------------------------------

痛風（フェブリク）

外用薬 点眼薬

●融解が早く、高濃度を維持したままターゲット（大腸）に到達できない

内服薬 潰瘍性大腸炎（アサコール）

●薬剤が均等に徐放されない

内服薬 高血圧症（インデラル）
関節リウマチ（リマチル）

●口腔内崩壊度のスムーズさ、迅速度に雲泥の差がある

内服薬 抗アレルギー剤（クラリチンレディタブ錠）

●基剤の違い（かぶれる、粘度が変化）

外用薬 アルツハイマー型認知症（イクセロンパッチ）
湿疹等（ステロイド軟膏剤、リンデロンV軟膏）
狭心症（フランドルテープ）
気管支喘息（ホクナリンテープ）
腰痛症、偏見性関節症等（ロキソニンテープ、モーラステープ）

●ジェネリックの供給不足

内服薬 気管支炎（アスベリン）
セフェム系抗生物質（フロモックス錠）
胃潰瘍（ブスコパン）

新たな後発医薬品の利用促進策、新たな負担徴収案に

反対（主な意見より）

●不安定供給の解消が先決！

- ・今のタイミングで議論すること自体が、あり得ないことだと思います。安定供給を確保してからにしていきたい（内科病院）
- ・後発医薬品へ変更できるものは変更していますが、安定供給の見通しが全く立っていない現状に大変困っています。国策として後発医薬品の利用促進は重要だとは思いますが、まずは安定供給の対策が急務ではないでしょうか（外科病院）
- ・不安定供給が極度に悪化しつつある現在に実行するべきではありません。論外の愚策と考えます（内科診療所）

●先発、後発品は患者に余分な負担なく選ぶ権利を残すべき！

- ・後発品に変更されて体調が悪くなり先発品に戻される患者様もおられます。先発品を使用したら患者様の負担が増えるのは強引な方法だと思います。先発、後発は患者様に余分な負担なく選ぶ権利を残すべきだと思います（産婦人科診療所）

●先発品と後発品には違いがある！

- ・ジェネリックの薬の内容に先発品と違いがある。これは同じにすべきである。内容に違いがあるものについては「臨床試験」を行うべきである（内科診療所）
- ・後発品は先発品と同等でないものが多いと考える。また「同効」と言うのなら効能・効果も同一でなければ辻褄が合わないではないか。国は後発品許可時継続して提供できることを確認すべきである。現在それができていないから問題が起こっていることをもっと理解すべきである（内科診療所）

●国は後発品の利用促進をはじめ医療政策の見直しを！

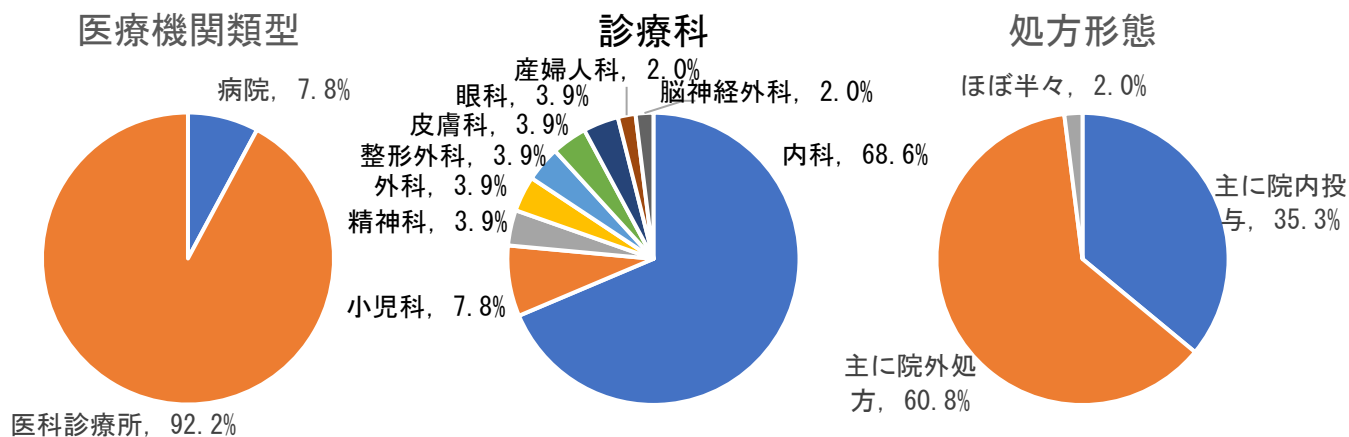
- ・薬の効果、副作用に対する責任の所在が不明である。国の方針で患者に新たな責任は問題外！（内科診療所）

●新たな負担徴収に反対！

- ・人の生命にかかわる領域に一般的な経済原則を持ち込むことは誤りであると思います（内科診療所）

アンケート集計

1、基礎情報 (n=51)



医療機関類型

病院	4	7.8%
医科診療所	47	92.2%
合計	51	100.0%

診療科

内科	35	68.6%	病院 2, 診療所 33
精神科	2	3.9%	病院 1, 診療所 1
小児科	4	7.8%	
外科	2	3.9%	病院 1, 診療所 1
整形外科	2	3.9%	
皮膚科	2	3.9%	
泌尿器科	0	0.0%	
産婦人科	1	2.0%	
眼科	2	3.9%	
耳鼻咽喉科	0	0.0%	
脳神経外科	1	2.0%	
記入なし	0	0.0%	
合計	51	100.0%	病院 4, 医科診療所 47

処方形態

院内投与	18	35.3%	病院 2, 診療所 16
院外処方	31	60.8%	病院 2, 診療所 30
ほぼ半々	1	2.0%	診療所 1
合計	51	100.0%	

2、治療上、後発医薬品への置き換えが困難な先発医薬品とその理由をご教示ください。

(例：ホクナリンテープ、リンデロン軟膏、ロキソニンテープ、等)

(例：薬剤が均等に徐放されない、基剤などの添加物が違うため経皮吸収が悪い、先発品にはあるが後発品には効能・効果がない、等)

① 内服薬

先発品 (①一般名、②効能・効果)	効 能	理 由
E P A 製剤 ② 脂質異常症	E P A 製剤(脂質合成を抑えたりトリグリセリド(中性脂肪)の分解を促進する作用などにより、血液中の脂質などを改善する薬)	水銀の除去や精製度に不安がある (内科診療所)
P P I 製剤 ② 胃潰瘍、十二指腸潰瘍	プロトンポンプ阻害薬(胃内において胃酸分泌を抑え、胃潰瘍などを治療し逆流性食道炎に伴う痛みや胸やけなどを和らげる薬)	明らかに効果が違う。患者さんが服用した感じが違うという (内科診療所)
アサコール ① メサラジン腸溶錠 ② 潰瘍性大腸炎(重症を除く)	炎症性腸疾患治療薬(5-アミノサリチル酸製剤:5-ASA製剤)(潰瘍性大腸炎やクローン病といった炎症性腸疾患における腸などの炎症を抑え、腹痛、下痢、下血などの症状を改善する薬)	後発品は小腸で融解が始まり、ターゲットである大腸に5-ASAが高濃度を維持したまま到達できません (内科診療所)
アスベリン ① チペピジンヒベンズ塩酸 ② 気管支炎、肺炎、上気道炎等	鎮咳去痰薬	安定供給、ジェネックの供給不足 (内科診療所)
アダラートCR ① ニフェジピン徐放錠 ② 高血圧症、狭心症	カルシウム拮抗薬(ジヒドロピリジン系カルシウム拮抗薬)(末梢血管や冠動脈を広げることで血圧を下げたり、狭心症の発作を予防する薬)	後発品と先発品には薬物動態に大きな違いがあると思います (内科診療所)
インデラル ① プロプラノロール塩酸塩錠 ② 高血圧症、狭心症、期外収縮、片頭痛	β 遮断薬(β 受容体遮断作用により血圧、心拍数などを抑えることで高血圧、狭心症、頻脈性不整脈などを改善する薬)	薬剤が均等に徐放されない (外科診療所)
エパデール エパデールS ① イコサペント酸エチル粒状カプセル ② 脂質異常症	E P A 製剤(脂質合成を抑えたりトリグリセリド(中性脂肪)の分解を促進する作用などにより、血液中の脂質などを改善する薬)	ジェネリックを飲むと「いわし臭」がいつまでも残る (内科診療所) 後発品は薬効に劣る (内科病院)

キプレス錠 ① モンテルカストナトリウム錠 ② 気管支喘息、アレルギー性鼻炎	ロイコトリエン受容体拮抗薬（LTRA）（体内のアレルギー反応などに関わるロイコトリエンの働きを抑えることで、気管支を広げ喘息による咳の発作を予防したり、アレルギー性鼻炎などを治療する薬）	喘息改善度がずいぶん悪い。咳が8割程度しか改善しない。キプレスにもどしたらちゃんと元通り効果あり。差は明白 (内科診療所)
クラリチンレディタブ錠 ① ロラタジン口腔内崩壊錠 ② アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚疾患	抗ヒスタミン薬（抗ヒスタミン作用（体内物質ヒスタミンの働きを抑える作用）によりアレルギー反応を抑えることで蕁麻疹、花粉症、喘息などによる、皮膚の腫れや痒み、鼻炎（くしゃみや鼻みずなど）、咳などの症状を改善する薬）	口腔内崩壊のスムーズさ、迅速度に雲泥の差があるから (内科診療所)
クレストール ③ ロスバスタチンカルシウム錠 ④ 脂質異常症	HMG-CoA還元酵素阻害薬（スタチン系高脂血症治療薬）（肝臓におけるコレステロール合成を抑え、主に血液中のLDLコレステロール（悪玉コレステロールとも呼ばれる）を低下させ、動脈硬化などを予防する薬）	ジェネリックで不快感等があり、先発品に戻しました (内科診療所)
クレメジン クレメジン細粒 クレメジン速崩錠 ① 球形吸着炭細粒・錠 ② 慢性腎不全	球形吸着炭（体内の毒素を吸着し、便と一緒に排泄することで慢性腎臓病（腎不全）による尿毒症を改善する薬）	後発品は薬効に劣る（内科病院） 効果不十分（内科診療所） 後発品の効果が先発品に比べて劣る（内科診療所）
セレコックス錠 ① セレコキシブ錠 ② 関節リウマチ、変形性関節症等	非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）（体内で炎症などを引き起こす体内物質プロスタグランジンの生成を抑え、炎症や痛みなどを抑え、熱を下げる薬）	効果が低い (整形外科診療所)
ゼチーア錠 ① エゼチミブ錠 ② 脂質異常症	小腸コレステロールトランスポーター阻害薬（小腸におけるコレステロールの吸収に関わる小腸トランスポーターという物質の働きを阻害し、血液中のコレステロールを低下させる薬）	後発品には効果がないという患者さんが時々見受けられる（後発品メーカーを比較したことがないため、一概には言えない） (脳神経外科診療所)
タケプロン ① ランソプラゾール腸溶カプセル ② 胃潰瘍、十二指腸潰瘍	プロトンポンプ阻害薬（PPI）（胃内において胃酸分泌を抑え、胃潰瘍などを治療し逆流性食道炎に伴う痛みや胸やけなどを和らげる薬）	AGの在庫なし (内科診療所)

ハイペン錠 ① エトドラク錠 ② 関節リウマチ、変形性関節症等	非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) (体内で炎症などを引き起こす体内物質プロスタグランジンの生成を抑え、炎症や痛みなどを抑え、熱を下げる薬)	後発品には効果がないという患者さんが時々見受けられる (後発品メーカーを比較したことがないため、一概には言えない) (脳神経外科診療所)
フェブリク ① フェブキソスタット錠 ② 痛風、高尿酸血症	尿酸生成阻害薬 (高尿酸血症治療薬) (体内でプリン体から尿酸を生成する酵素を阻害し、尿酸生成を抑えて高尿酸血症を改善したり、痛風発作などを予防する薬)	ジェネリックで胃症状や気分悪くなって先発品に戻しました (内科診療所)
フロモックス錠 ① セフカペンピボキシル塩酸塩水和物錠 ② 皮膚感染症、外傷の二次感染、急性気管支炎、肺炎等	セフェム系抗生物質製剤	後発品在庫不足です (皮膚科診療所)
ブスコパン ① ブチロスコポラミン臭化物錠 ② 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎等	抗コリン薬 (副交感神経を亢進させるアセチルコリンの作用を抑えることで、消化管の運動亢進に伴う痛みや痙攣、下痢などを抑える薬)	ジェネリックの効きが悪いという患者がいた (内科診療所) 安定供給、ジェネリックの供給不足 (内科診療所)
プラビックス ① クロピドグレル硫酸塩錠 ② 虚血性脳血管障害、狭心症、心筋梗塞等	ADP阻害薬 (抗血小板薬) とは、(ADP (アデノシン二リン酸) という物質の働きを阻害し、血小板の活性化に基づく血小板凝集を抑え、血栓の形成を抑え血管をつまらせないようにする薬)	後発品が合わないケースあり (内科診療所)
プレタール ① シロスタゾール錠 ② 慢性動脈閉塞症、脳梗塞発症後	PDE阻害薬 (抗血小板薬) (血液をサラサラにすることで血液が固まって血管がつまることを防ぎ、血栓の形成を予防する作用などをあらわす薬)	血球改善作用に伴う自覚症状 (頭痛) がみられない (内科診療所) 後発品はMCIの効果↓ (内科診療所)
ベイスン ① ボグリボース錠 ② 糖尿病	α-グルコシダーゼ阻害薬 (食後高血糖改善薬) (腸での糖の消化吸收を遅らせて食後の過血糖を改善し、糖尿病での合併症の進行を抑える薬)	効果に差を認める (内科診療所)
マクサルト RPD 錠 ① リザトリプタン安息香酸塩口腔内崩壊錠 ② 片頭痛	トリプタン系薬 (片頭痛発作治療薬) (脳内における血管収縮作用や抗炎症作用などにより、片頭痛時の痛みなどを和らげる薬)	頭痛の改善度が悪い (半分以下にしかならない患者もある!) (内科診療所)
ムコブロチン	鎮咳剤	

① 鎮咳配合剤 ② 気管支炎、上気道炎、肺炎		(内科診療所)
リピトール ① アトルバスタチンカルシウム水和物錠 ② 脂質異常症	HMG-CoA 還元酵素阻害薬 (スタチン系高脂血症治療薬) (肝臓におけるコレステロール合成を抑え、主に血液中の LDL コレステロール (悪玉コレステロールとも呼ばれる) を低下させ、動脈硬化などを予防する薬)	後発は効果がない (内科診療所)
リマチル ① プシラミン錠 ② 関節リウマチ	免疫調節薬 (DMARDs) (異常な免疫反応を調節し炎症を引き起こす物質などの産生を抑えることで関節リウマチの症状を和らげる薬)	薬剤が均等に徐放されない (外科診療所)
レルパックス錠 ① エレトリプタン臭化水素塩酸錠 ② 片頭痛	血管収縮剤 トリプタン系薬 (片頭痛発作治療薬) (脳内における血管収縮作用や抗炎症作用などにより、片頭痛時の痛みなどを和らげる薬)	後発品には効果がないという患者さんが時々見受けられる (後発品メーカーを比較したことがないため、一概には言えない) (脳神経外科診療所)
レンドルミン ① プロチゾラム錠 ② 不眠症	ベンゾジアゼピン系睡眠薬 (BZD 系睡眠薬) (脳内で神経興奮に関わるベンゾジアゼピン受容体 (BZD 受容体) を刺激して、脳の活動を抑えることで眠りやすくし、睡眠障害などを改善する薬)	効果に差を認める (内科診療所)
ロキソニン錠 ① ロキソプロフェンナトリウム水和物錠 ② 関節リウマチ、変形性関節症、急性上気道炎等	非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) (体内で炎症などを引き起こす体内物質プロスタグランジンの生成を抑え、炎症や痛みなどを抑え、熱を下げる薬)	明らかに効果が違う。患者さんが服用した感じが違うという (内科診療所)
		後発品に比べ効果が高い (内科診療所)
		明らかに効果が落ちたと言われる (精神科診療所)
		効果が低い (整形外科診療所)
漢方薬 (特に風邪に使用するもの)	漢方製剤	後発品がない (小児科診療所)
麦門冬湯 ① 漢方製剤 ② 気管支炎、気管支喘息	漢方製剤	安定供給、ジェネックの供給不足 (内科診療所)
降圧薬、脂質、血糖、ほかの薬		慢性疾患に使用した時のエビデンス (ジェネリック) が全く不足している。効果が違う (内科診療所)

② 外用薬

先発品 一般名、②効能・効果)	効 能	理 由
イクセロンパッチ ① リバスタチグミン貼付剤 ② アルツハイマー型認知症	コリンエステラーゼ阻害薬（認知症治療薬）（脳内の神経伝達物質（アセチルコリン）の量を増やしアルツハイマー病などの認知症における記憶障害（もの忘れ）、実行機能障害（問題解決能力の低下）、見当識障害（時間や場所の見当がつかない）などの症状の進行を遅らせる薬）	基剤が異なりかぶれる患者がいる（かぶれない患者には後発品も使っている） (精神科病院)
キタラサン点眼液 ① ラタノプロスト液 ② 緑内障、高眼圧症	プロスタグランジン関連薬（点眼薬）（眼圧を上げる眼房水の排泄を促進し、眼圧を下げて緑内障の悪化を防ぐ薬）	(眼科診療所)
ステロイド軟膏剤 ② 湿疹、蕁麻疹、皮膚炎等	ステロイド外用剤	混合剤として使用する際に基剤の問題によるためか粘度が変化する (内科診療所)
ヒルドイドローション ヒルドイド軟膏 ① ヘパリン類似物質液・軟膏 ② 血栓性静脈炎、血行障害に基づく疼痛、皮脂欠乏症等	ヘパリン類似物質液 保湿剤（皮膚に適度な水分を保持させ乾燥や刺激などから皮膚を守ることで湿疹などの発生や悪化を防ぐ薬）	ジェネリックと使用感が全く違う (内科病院) 後発品はにおい、使用感がわるく使用できない(皮膚科診療所) 保湿性が後発品に比べ優れている (小児科診療所)
フランドルテープ ① 硫酸イソソルビド貼付剤 ② 狭心症、心筋梗塞等	冠血管拡張剤 硝酸薬（体内で一酸化窒素を生成し、この物質が心臓の冠動脈を拡張し血流量を増やし、心臓に酸素などを補給したり全身の血管抵抗を減らすことで心臓の負担を軽くする薬）	粘着剤の差によると考えられる、皮膚障害を起こす頻度が後発品の方が明らかに高い (内科診療所)
ホクナリンテープ ① ツロブテロール貼付剤 ② 気管支喘息、急性気管支炎	気管支拡張剤 β2 刺激薬（主に気管支のβ2 受容体を刺激し気管支を拡張させることで喘息などによる咳や息苦しさを改善する薬）	薬剤の吸収が違うのではないかと (内科診療所) 後発品と先発品には薬物動態に大きな違いがあると思います (内科診療所) 明らかに効果が違う。患者さんが服用した感じが違うという (内科診療所) 効果の安定性 (内科診療所) 吸収される血中濃度が朝方にピークあり。後発品より優れている (小児科診療所)

モーラステープ ① ケトプロフェン貼付剤 ② 腰痛症、変形性関節症、筋肉痛等	非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) (外用薬) (炎症や痛みなどを引き起こすプロスタグランジンの生成を抑え、関節炎や筋肉痛などを和らげる薬)	ジェネックはかぶれる (内科診療所)
		効果が低い。湿布かぶれが多い (整形外科診療所)
リドメックス軟膏 ① プレドニゾロン吉草酸エステル酢酸エステル軟膏 ② 湿疹・皮膚炎群、痒疹群等	副腎皮質ホルモン (ステロイド外用塗布剤・噴霧薬など) (抗炎症作用や免疫抑制作用などにより、皮膚炎などにおける湿疹、痒み、赤みなどを和らげる薬)	炎症は確かに改善するが発赤は完全に消えない。カサカサ感も残る (内科診療所)
リンデロンV軟膏 ① ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏 ② 湿疹・皮膚炎群、皮膚掻痒症、痒疹、熱傷等	副腎皮質ホルモン (ステロイド外用塗布剤・噴霧薬など) (抗炎症作用や免疫抑制作用などにより、皮膚炎などにおける湿疹、痒み、赤みなどを和らげる薬)	基剤の違い (小児科診療所)
ロキソニンテープ ① ロキソプロフェンナトリウム水和物貼付剤 ② 変形性関節症、筋肉痛、外傷後の疼痛	非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) (体内で炎症などを引き起こす体内物質プロスタグランジンの生成を抑え、炎症や痛みなどを抑え、熱を下げる薬)	剥がれやすい。カブレあり (痒み) 元に戻すと改善あり。はっきりと差が出る (内科診療所)
		効果が低い。湿布かぶれが多い (整形外科診療所)
点眼薬		点眼薬のジェネリックは点眼したときに違和感がある (内科診療所)

全ての後発品は、添加物、効能・効果が信用できない (内科診療所)
患者さんによって感じ方が異なるが、先発品の方が効果を得やすいと感じる患者さんが多い (内科診療所)
外用薬は先発品の方が効果いいように思います (内科診療所)
後発品すべてについて先発品と比較して、効果 3/4~2/3、副作用 4/3~3/2。これを防ぐための薬が増え、トータル薬剤費が増える (内科診療所)
内服は先発品が安心できる (内科診療所)
私はジェネリック医薬品の多くを信用していません (内科診療所)

特になし (内科診療所)
特になし (内科診療所)
ないです (内科診療所)
特になし (内科診療所)
特になし (内科診療所)
特になし (内科診療所)

特になし（小児科診療所）

特になし（眼科診療所）

3、医薬品の不安定供給が解消されないさなかに新たな後発医薬品の利用促進を行おうとしていることや、後発品が存在する先発品について新たな負担徴収をしようとしていることについて、どうお考えですか？ 併せて国への要望もお聞かせください。

●不安定供給の解消が先決！

年内の成立に向けてという新聞報道もありましたが、今のタイミングで議論すること自体が、あり得ないことだと思います。安定供給を確保してからにしていきたい (内科病院)
医薬品の不安定供給が解消されない時期にすることには反対です。せめて後発品メーカーの体制が整い、供給が安定してから行うべきだと思います (精神科病院)
後発医薬品へ変更できるものは変更していますが、安定供給の見通しが全く立っていない現状に大変困っています。国策として後発医薬品の利用促進は重要だとは思いますが、まずは安定供給の対策が急務ではないでしょうか (外科病院)
不安定供給が極度に悪化しつつある現在に実行するべきではありません。論外の愚策と考えます (内科診療所)
安定供給可能となってから後発品利用促進すべき。後発品の薬価だけでなく、医療の持続可能性やクオリティーを保つためにはコストがかかるということを国は認識すべきです (内科診療所)
国は医薬品の安定供給に責任を持つべき。医薬品が供給できなくなるような薬価の引き下げはやめるべき (内科診療所)
① 後発品への信頼、安定供給が第一であると思います。 ② 先発品の薬価を下げるべきと思います (内科診療所)
① 普段はセフトリアキソン Na 静注用 1g を使用しているが、入荷されず、ロセフィン静注用 1g を使用した事が何度もある。 ② 同様の例で調剤薬局より「後発品の入荷がなく先発品なら在庫がある。患者の許可はとれている（金額が高くなる）ので、先発品で調剤してよいか」という問い合わせが何度かあった。仕方なくしているのに制裁のようなことはやめてほしい。 ③ 後発品誘導の結果、製薬会社の力が弱まり、不安定供給を増長させているのではないのでしょうか。いい加減にしてほしい。 ③ 単純にレセプトソフトが対応できるのかも心配なんです (内科診療所)
現在、後発品の供給体制が不安定で薬が手に入らなくなっている。後発品に依存すると、ますます混乱を招くのではないかと (精神科診療所)
先発品、後発品にかかわらず潤沢に仕入れられず患者様にも迷惑がかかること、現場も奔走し仕事の負担が増えていることが困っている (小児科診療所)
医薬品の不安定供給は国が解決しようとする姿勢が見られない。後発品が存在する先発品に新たな費用徴収をしようとするのは意図が不明 (小児科診療所)
とんでもない。すくなくとも医薬品の不安定供給が解消されてから議論すべき (整形外科診療所)
薬品の安定供給を第一に考えてほしい。診療、手術ができなくなる (眼科診療所)

●先発、後発品は患者に余分な負担なく選ぶ権利を残すべき！

後発品に変更されて体調が悪くなり先発品に戻される患者様もおられます。先発品を使用したら患者様の負担が増えるのは強引な方法だと思います。先発、後発は患者様に余分な負担なく選ぶ権利を残すべきだと思います。院内採用薬を後発品に変更したくても出荷制限により新規の購入ができないものも多く、時期尚早かと思います (産婦人科診療所)

●先発品と後発品には違いがある！

先発品と後発品は同じではない。医療費に命の値段で、安く査定するのと同じ。先発・後発の差額を払わそうとするなど、「罪」務省の罪的行為です (内科病院)

- ① ジェネリックの製造で不正があり製造中止になった例が数多く報道されている現在、ジェネリックに対して信頼が損なわれている。
- ② 製造についてもっと管理を厳しくすべき。
- ③ ジェネリックの薬の内容に先発品と違いがある。これは同じにすべきである。
- ④ 内容に違いがあるものについては「臨床試験」を行うべきである (内科診療所)

後発品は先発品と同等でないものが多いと考える。また「同効」と言うのなら効能・効果も同一でなければ辻褄が合わないではないか。国は後発品許可時継続して提供できることを確認すべきである。現在それができていないから問題が起こっていることをもっと理解すべきである。後発品が存在する先発品について新たな負担徴収することは、一種の「詐欺」であろう。結局「一物二価」になるのだから (内科診療所)

ずさんな製造工程、もうけ主義など後発品メーカーは信頼できない。日本の将来のために先発品を丁寧に厳選して使うべきではないか (皮膚科診療所)

●国は後発品の利用促進をはじめ医療政策の見直しを！

国民皆保険制度である以上、正しく保険料を負担している方は自らの意志によって内服薬を選択する権利があると考え。よって先発品を患者が選択しても新たな負担分が生じるのは政策として誤っていると考え (内科診療所)

薬の効果、副作用に対する責任の所在が不明である。国の方針で患者に新たな責任は問題外！ (内科診療所)

- ① 中央薬事審議会はもっと左寄りの人を入れる。
- ② 高薬価薬は市中病院にアンケートをとって薬価を判断してほしい。
- ③ 後発品が存在する先発品について新たな費用徴収をするなど、もってのほかである!! (内科診療所)

負担徴収するほどならば先発を販売しなければいいと思いますが、全ての現在の国の政策は医療の締めつけだけで、マイナンバーでも高齢の開業医先生たちが閉院に追い込まれたり信頼がけない。医師会にはしっかりしてほしい気持ちです (内科診療所)

後発品が出た段階で先発品の薬価を下げ、後発品とほとんど変わらない値にすれば、先発品も薬品の売り上げが落ちず、生産を継続することにならないでしょうか (内科診療所)

① 先発品メーカーの力を削ぎ、結果として本邦の創薬力を低下させる愚策と考える、	
② 供給に関しても先発品メーカーを蔑ろにした結果、供給に対するバックアップが不足したことが遠因となっていると考えます、	
③ 本案の撤回を望みます	(内科診療所)
今までのジェネリック処方を再考すべき。院外処方+加算料等の金額を比較した結果を公にしてほしい	(内科診療所)
資産公表と同様に国会議員の後発医薬品の服用率を公表するようにすれば後発医薬品推進を純化させられるかも	(内科診療所)
不安定供給の一因となっている後発品の薬価を抑えすぎるのは却って品質の保証にならないのではないか	(小児科診療所)

●新たな負担徴収に反対！

新たな負担徴収に反対	(内科診療所)
不安定供給が予想される後発医薬品が存在する先発品に新たな負担徴収をするのは不適切と考えます	(内科診療所)
人の生命にかかわる領域に一般的な経済原則を持ち込むことは誤りであると思います	(内科診療所)
薬を服用する人のことを考えず、価格のみを重視するから、医療者とは思えません	(内科診療所)
反対	(内科診療所)
いけないことだと思う	(内科診療所)
まったく理解できない。政治ではないと思う	(内科診療所)
反対	(内科診療所)
良くないと思います	(内科診療所)
国力の低下を感じます。治療に二級品を使いたくないということに、どうしてペナルティがかけられるのか。全く納得できません。医師会に全く力がない今、保険医協会には学術団体として頑張ってもらいたいと思います。よろしくお願いします	(内科診療所)
偽薬を売りつけ、本当に効く薬は使わせないようにする。詐欺師の手口です	(外科診療所)

●その他の意見

若い人の保険料負担が増加する中、後発品利用促進し医療費を削減するのは仕方ないと思います	(内科診療所)
保険医療財政がひっ迫している中、ある程度の患者負担はお願いしたいところです。物価高騰とコロナの影響もあり、経営的に厳しい状況にあります。従業員の処遇改善をしたいところですが、大変厳しいのが現状です	(内科診療所)
特になし	(内科診療所)
特になし	(内科診療所)

2023年11月21日

岡山県保険医協会会員各位

後発品への置き換え困難に関する緊急アンケート

平素より協会の諸事業にご高配を賜りありがとうございます。医薬品の不安定供給が続いているさなか、厚生労働省は11月9日の社会保障審議会医療保険部会に「長期収載品の別途負担徴収」を提案しました。後発医薬品が存在する先発医薬品について「先発医薬品と後発医薬品の差額を一部負担金とは別に新たに徴収する」というもので、年内には結論を得るとしています。

この案は、上乗せ徴収することで後発医薬品に誘導しようとするもので、厚労省自身も「後発医薬品の利用促進の新たなアプローチ」としています。ですが、医薬品や患者によっては他の医薬品に代えられない症例も少なくありません。このため、当会では、治療上、先発医薬品を必要とする患者さんが今後も新たな負担なしに使用できるよう緊急要請を行うことといたしました。つきましては「後発医薬品への置き換え困難な先発医薬品」の情報提供にご協力くださいますようお願いいたします。

岡山県保険医協会 理事長 木村 哲也

先般ご協力いただきました「医薬品の入手困難に関する緊急アンケート」は、厚生労働省への緊急要請及びアンケートの結果報告、地元紙をはじめとする報道に繋がりました。御礼申し上げます。

1、基礎情報 (該当するものに○印をおつけください。②はご記入ください)

基礎情報① ・病院 ・医科診療所

基礎情報② 主たる診療科を1つだけご記入ください ()

基礎情報③ ・主に院内投与 ・主に院外処方

2、治療上、後発医薬品への置き換えが困難な先発医薬品とその理由をご教示ください。

(例：ホクナリンテープ、リンデロン軟膏、ロキソニンテープ、等)

(例：薬剤が均等に徐放されない、基剤などの添加物が違うため経皮吸収が悪い、先発品にはあるが後発品には効能・効果がない、等)

・薬品名

・理由

3、医薬品の不安定供給が解消されないさなかに新たな後発医薬品の利用促進を行おうとしていることや、後発品が存在する先発品について新たな負担徴収をしようとしていることについて、どうお考えですか？ 併せて国への要望もお聞かせください。

ご協力ありがとうございました

岡山県保険医協会 (FAX 086-277-3371) までご返信ください

「後発から先発に変わって負担が増えた」具体的事例

■過敏大腸症治療剤

トランコロン(5.7円)→イリボー(85.7円)

*井上美佐先生からの事例です。

■気道粘液調整・粘膜正常化剤

カルボシステイン(5.7円)→ムコダイン(8.5円)

*私は「カルボシステイン」がいまいち効かなくて、いつも「ムコダイン」出してもらっていますが、協会けんぽが「ジェネリックに切り替えを」と何度も通知が来ています(最近は来ていない?かな…)。

■胃炎・胃潰瘍治療剤

テプレノン(6.3円)→セルバックス(11.7円)

■持続性 Ca 拮抗薬配合剤

イルアミクス(22.7円)→アイミクス(69.2円)

医薬品名の記述はなかったですが、先発を拒否した事例は6件あり。

「高価なので患者が嫌がる」

「薬局が先発にして欲しいと言ってくるが患者は嫌がる」

といった声もありました。

今、医療現場は医薬品供給不足が深刻です。大阪府保険医協会が実施した調査でも「他剤に切り替え」「休薬した」ことで患者の治療に深刻な影響が出ています。また、後発から先発に切り替えざるを得なかった場合、患者が高額な薬を嫌がり拒否した例も出ています。

これは厚生労働省が診療報酬などで強行に後発医薬品使用を誘導した結果と言えます。

実際、今年5月に那覇市で開催された「日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会学術集会」で厚生労働省の課長が講演で「医薬品供給不足の問題の責任の一端は、厚労省にある」「製造実態について考慮することなく進めてきてしまった。使用促進は拙速だった」と述べています。にもかかわらず政策を見直すこともせず、現在もあらゆる医薬品が不足し、診療にも大きな影響が出ている最中に、厚生労働省が先般提案した後発医薬品と先発医薬品の差額を患者から徴収する案は言語道断です。

医薬品供給不足は解消される見通しが全く見えない中、後発医薬品不足で先発医薬品に切り替えざるを得ない状況も多々出ている中、厚生労働省はまず、後発医薬品への強硬な誘導政策の失敗を反省することです。

そして、さらなる後発医薬品使用を強いる政策でなく、長年にわたって安価で患者の治療に有効であった医薬品を安定的に供給することこそが厚生労働省がすべきことであると私は思います。

逆に安易な「後発医薬品」誘導も問題です。

外用薬によっては先発医薬品と後発医薬品の基材の違いで効果が違うとも聞きますので、特に皮膚科では影響が大きいという声が保険医協会に寄せられています。

例えば、

リンデロンVGローション=strongランクのステロイド

後発品のデルモゾールGローション=mildランクのステロイド

事例を寄せられたクリニックは「必要な外用は先発品を使っています。ただし有用な後発品がある場合は後発品の銘柄をこまかく指定しています。つまり後発品の銘柄によって基剤が異なるので、ステロイドの強さが変わります。同じ成分、同じ先発品でも軟膏のほうがクリームよりステロイドの強さは強い」と。

私のところでも、ヒルドイドローションを後発医薬品に変えたら、粘度が全然違ってシャボシャボの水みたいなローションで、乾燥肌の改善にならない、と悪評散々だったので、先発品に戻しました。

私たちは患者さんの状態を細かく聞き、観察して最善の医薬品を出しています。当然経済的なことも考えています。が、患者さんの状態も知らない厚生労働省が画一的に使用する医薬品を指示するのはおかしいと思います。

医薬品供給不足で診療と患者に どういった影響が出ているか

2023年11月9日
大阪府保険医協会

医療現場での医薬品の供給不足が依然深刻な状況です。大阪府保険医協会では、医薬品が入手できないことで診療にどういった影響が起きているか、そして患者どういった影響が出ているかの現状を把握するために10/27に会員医療機関約4千件にアンケートをFAX送信し、10/31までに143件の回答（事例）が寄せられました。

「他剤切り替え」「休薬」で患者に深刻な影響

●2型糖尿病注射薬トリルシティ、マンジャロ

「血糖値コントロール不良」「糖尿病悪化」

糖尿病患者に必要な大切な薬なのに、全く入荷できない。「痩せ薬」目的で使用するのは止めてほしい。／血糖コントロール不良。注射薬を中止せざるを得ないことはありえない。

●抗うつ剤トリプタノール、精神神経安定剤コントミン

「他に変わる薬が乏しい」「代替薬で頭痛が悪化」

精神状態が類似薬では対応できず。／うつや片頭痛が悪化した。頻尿の治療がうまくいかなかった。／精神科患者で長く使っていた人は他剤に変えにくい。

●産婦人科関連 月経異常の方に投与するデュファストンや止血剤

「代替薬がなく処方できない」

他剤の黄体ホルモンは基礎体温を上げてしますので排卵の有無を判定できない。／出血の妊婦さんにカルバゾクロムスルホン酸が投薬できない状況。

●メジコンやムコダインなど咳止め・去痰薬

「肺炎や気管支炎の回復に影響」

咳が止まりにくい。肺炎や気管支炎の回復に影響。／慢性気管支炎の方でリン酸コデインに変えると便秘など、副作用が強く、継続が難しい。

●医薬品不足による弊害

他剤に切り替えたことによる弊害	71件
休薬せざるを得なかった	56件
後発から先発になり患者負担が増えた	27件 *2件は先発品を拒否
他剤に切り替えたが患者が拒否した	12件
小単位の注射薬が入らない	24件 *うち「残薬を破棄」14件

●診療報酬上の影響については、「ある」36 件が記入(以下事例)。

外来後発医薬品使用体制加算が取れない	5 件
院内で薬が出せず小児科外来診療料に影響	2 件
ニコチンパッチが入らず禁煙外来に影響	16 件
トルリシティが入らず自己注射の算定ができない	4 件
局所麻酔下での手術が数が減った	1 件

「他剤切り替えで弊害」 具体事例		
トルリシティ・マンジャロ		<ul style="list-style-type: none"> ・トルリシティをオゼンピックに変更したが取扱いが難しく自分で打てなかった。 ・マンジャロ5mgから増量したが、入荷できず5mgのまま自己注射せざるを得なかったためデータが悪化。糖尿病患者に必要な大切な薬なのに、全く入荷できない。 ・美容や「痩せ薬」目的で使用するのを止めてほしい。
トルリシティ	2型糖尿病	内服に切り替えた。
		トルリシティからリベルサスに変更したが、下痢頻回となり、GLP-1受容体作動薬を中止。
		内服に切り替えたが糖尿病が悪化。
		血糖値コントロール不良。
		ゾルトファイ、オゼンピック、リベルサスに変更。
		一時的に血糖値コントロール不良。
		落ち着いていた血圧がどうなるか心配だった。
		リベルサスに変更。血糖コントロール不良となる。
マンジャロに変更。		
アキネトン	パーキンソン	不眠が出現。溶解性の変化が心配。
ブシラミン	リウマチ	サラソスルファピリジンに変えたがリウマチ活動性再燃。
トリプタノール	抗うつ剤	うつや片頭痛が悪化した。頻尿の治療がうまくいかなかった。
		精神状態が類似薬では対応できず。
		他に変わる薬が乏しく、患者に生産が追い付いていないと言っても理解してもらえない。
代替薬で頭痛の増悪。		
コントミン	精神神経安定剤	症状悪化。精神科患者で長く使っていた人は他剤に変えにくい。

メジコン	鎮咳剤	咳が止まらず夜間入眠できない。
		効果が弱い。
フスコデ		咳症状の患者に処方できなかった。
アスピリン		慢性気管支炎の方でリン酸コデインに変えると便秘など、副作用が強く、継続が難しい。
ムコダイン、ムコサール、ホクナリンテープ、メジコン	去痰剤・気管支拡張剤・鎮咳剤	咳が止まりにくい。肺炎や気管支炎の回復に影響。
カロナール	解熱鎮痛剤	シロップが飲めない子どもは錠剤処方となっている。母が砕いている。
セファゾリン	抗生物質	セフトリアキソンに変えて使用。抗菌スペクトラムが異なるため、感染改善効果が出ない。
デュファストン	月経異常	他剤の黄体ホルモンは基礎体温を上げてしまうので排卵の有無を判定できない。
シダキュア	スギ花粉 舌下免疫療法	舌下免疫療法ができない。
		舌下免疫療法ができない。ニーズが高かったために問い合わせも多く対応に追われた。
キシロカイン注	麻酔薬	リドカイン注に変えたが、切開排膿時出血量に影響。
ツムラ68 芍薬甘草湯	痙攣にともなう痛み	ダントリウム(痙性麻痺緩解剤)に変更したが効果が良くなかった。
桔梗石膏	扁桃炎・咽頭炎	桔梗湯へ変えたが咳が長引く。

「休薬で弊害」 具体事例

トルリシティ	2型糖尿病	血糖値が上昇。休薬前は血糖値は安定していた。
		血糖値が不安定。
		血糖コントロール不良。注射薬を中止せざるを得ないことはありえない。
		血糖値が悪化。
		血糖値悪化。
		インシュリン単独での調整に切り替え。糖尿病の悪化。
		マンジャロに切り替えたが、これもなくなり苦労している。
オゼンピック		病院から「オゼンピックがもう手に入らないので、先生とこで出してください」とうちに振られて、苦慮しております。オゼンピックは痩せ薬として美容関係で消費されていることが問題になっている注射薬です。病院で入らないのに、うちで入るわけないやろ！

ツイミーグ	糖尿病	血糖値コントロール不良。 血糖値コントロールできない。
トリプタノール	抗うつ剤	片頭痛薬として使用。頭痛が悪化。
メジコン、アスピリン	鎮咳剤	咳止めがコントロールできない。
メジコン、フスコデ		桔梗石膏に変えたが効果がなかった。
レスプレソ		喘息患者に処方できない。
ムコソルバン	去痰剤	ムコソルバンLに変更したが「効果が落ちた」と言われた。
カロナール	解熱鎮痛剤	カロナールは薬局で購入するよう案内
キシロカイン注	麻酔薬	手術を延期。
カルバゾクロムスルホン酸	止血剤	出血の妊婦さんにカルバゾクロムスルホン酸が投薬できない状況。
デファストン、ノアルテン	月経異常	代替品がなく処方できない。。
スピロベント	尿失禁薬	代替品がなく処方できない。 腹圧性尿失禁のため処方したが在庫がなく休業。症状が増悪した。
ブスコパン	鎮痙剤	他に切り替える薬がなかった。
テブレノン	胃潰瘍	短期の休業だったので大丈夫だった。
セレキノ	慢性胃炎	便秘の悪化。
ビタメジン	ビタミンB製剤	倦怠感など体調不良の訴えあり。
ノイロピタン	ビタミン剤	全く入って来ない。複数の患者に処方できない。
エクラープラスター	蕁麻疹、湿疹、皮膚炎	症状悪化。
イベルメクチン	疥癬	代用できる薬剤がない・疥癬の治療ができない。
マキュエイド	眼科手術補助剤	視力回復の遅れ。
麦門冬湯		症状がひどくなった。

その他 寄せられた意見、医療現場の状況

医薬品不足で診療が困難を感じる状況が2年以上続いている。

院内処方だが欠品で薬が入らず、問屋を探すのに手間がかかる。調剤薬局にもなく、手間と時間的に困る。

代替薬への変更で負担金の変動があり、その都度スタッフがクレーム対応に追われる。

呼吸器内科なので咳止め薬がないのは大変困る。

患者の症状が重症化したり、回復できないなど、絶望的になることがある。

<p>本来、ジェネリック医薬品に誘導していたのは厚労省で小さなジェネリック会社のミスをもとめてくれた親会社を倒産させないで欲しい。改善命令と罰金で決着させてほしい。</p>
<p>毎日ひやひやしている。多大な時間を費やし、院長以下スタッフも疲れている。いろいろな医薬品を仕入れざるを得ず点数管理が大変。毎日ひやひやしている</p>
<p>禁煙外来を止めるきっかけになった。</p>
<p>後発メーカーが納品ごとが変わるので、患者に不信感を抱かれてしまう。</p>
<p>症状にあった薬が出せず薬の納品も未定で在庫管理が大変。名前が変わるたびに説明する時間が増え、適切な処方ができず、患者さんに申し訳ない気持ちになる。</p>
<p>禁煙外来を中止した。</p>
<p>院内処方なので薬がないと診療がなりたない。</p>
<p>院外処方に切り替えた。</p>
<p>ニコチンパッチなどが入らないので禁煙外来を止めた。</p>
<p>先発品もない。</p>
<p>院外処方に変えた。</p>
<p>製薬会社が苦勞して薬を作っても、作れば作るほど赤字なら誰も積極的に増産しようと思いませんよね。</p>
<p>昔からあって安い医薬品が入りにくい。例えば、 ・トランコロン(過敏性腸症候群、1錠5.80円)、ダイピン(胃潰瘍、1錠7.70円)以上は製造中止で代わりがありません。 ・アストミン(咳止め、1錠5.70円)、メジコン(咳止め、1錠5.70円)、フスコデ(咳止め、1錠5.70円)以上は出荷調整でちょっとずつしか入りません。 ・プロプラノロール(1錠6.40円)製造中止(?)で、アロチノロール1錠8.10円に変更です。 ・プロプラノロール(1錠6.40円)製造中止(?)で、アロチノロール(1錠8.10円)に変更です。 ・イコサペント(脂質異常)、メキシレチン(不整脈)、セルシン(鎮静剤)、クラシエ芍薬甘草湯(こむら返り)ちょっとずつしか入りません。</p>

眼科の長期品、患者負担増で「治療脱落」を懸念 選定療養化で

2023年11月28日 4:30

厚生労働省で検討が進む長期収載品への選定療養費制度の導入について、日本眼科学会の堀裕一常務理事（東邦大医療センター大森病院眼科教授）はじほうの取材で、眼科領域の実情を踏まえた議論を国に求めた。薬剤費の自己負担が増えれば、医師が必要に応じて患者に先発医薬品を勧めたとしても、切り替えに消極的な動きが出てくる可能性も否定できないと指摘。「治療脱落が助長されないような配慮が必要ではないか」と述べた。

堀氏は、点眼薬の先発品と後発医薬品の生物学的同等性について説明。内服薬のように血中濃度による証明が難しい場合もあるとして、長期的な治療効果や、異なる基剤・添加剤の使用による有効性・安全性について、「双方に差がない、とは必ずしも言い切れない」と話した。

学会が独自に全国の眼科教授（72人）に実施したアンケートでも、後発品の安全性について、4割程度は実感として「（先発品と）同等とはいえない」と回答したという。

防腐剤を含んだ点眼薬を長期にわたって使用すると、角膜障害を招く恐れがあるとされる。先発品では、防腐剤の低減・不使用といった対応を取っていても、その後発品では別の防腐剤を用いているケースもある。

●先発品と後発品、「同様の扱いは難しい場合も」 点眼薬の長期使用で

堀氏は「後発品使用を推進する国の方針は理解しており、決して後発品が粗悪だと言うつもりもない」とした。その上で、「点眼薬を長く使用する必要がある疾患には、後発品を先発品と同じように扱うことが難しい場合もある」と理解を求めた。

例として、緑内障治療を挙げた。早期の治療介入が大切だが、自覚症状の乏しさなどを理由に、患者が通院を止めてしまう「治療脱落」が起りやすいのが特徴だと説明。そ

ここで自己負担が上がれば、結果として、適切な治療の継続が滞るケースも想定できるとした。

「目に痛みが走ったり、見えなくなった場合は別だが、自覚症状のない患者に先発品を勧めても、『値段が高くなるなら私は不要だ』と考えてしまう人が出てこないだろうか」と懸念を示した。

長期品の選定療養化を巡る議論では、検討に当たっての論点の一つとして、「医療上の必要性」が挙げられている。

堀氏は、緑内障治療薬や抗アレルギー薬のように、長期にわたって点眼薬を使用するケースについては、後発品の使用に過度に偏らない対応などが欠かせないと訴えている。

All documents, images and photographs contained in this site belong to JIHO, Inc.
Use of these documents, images and photographs is strictly prohibited.
Copyright (C) JIHO, Inc.

株式会社じほう

愛知県保険医協会

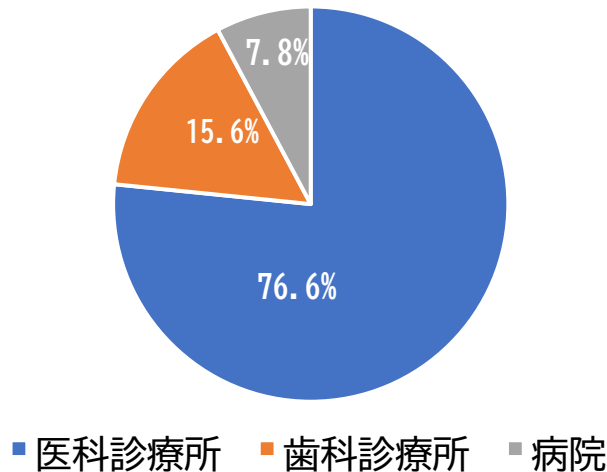
医薬品の処方困難に関するアンケート中間まとめ(医科・歯科)

※回答総数：485 件、協力率 9.1% (11/20 現在) の内、218 件をまとめた。

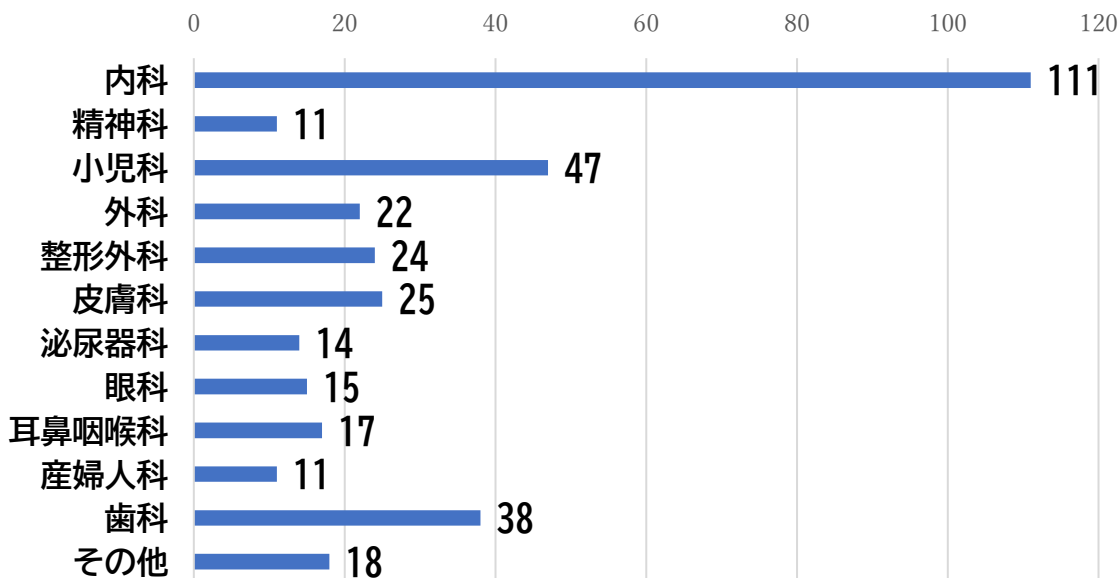
対象・送付数：FAX登録のある医科・歯科開業医会員・5,350 件

調査期間：2023 年 11 月 1 日～11 月 20 日 (終了予定は 11 月 30 日)

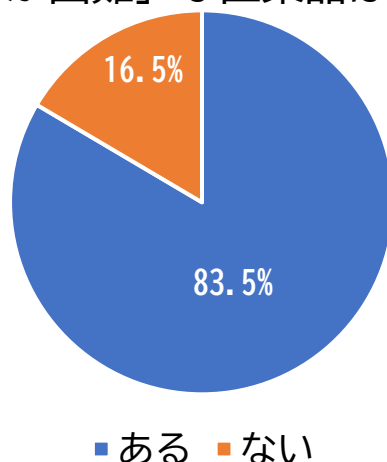
回答した病院・医科診療所・歯科診療所の割合



主な標榜科について (複数回答)



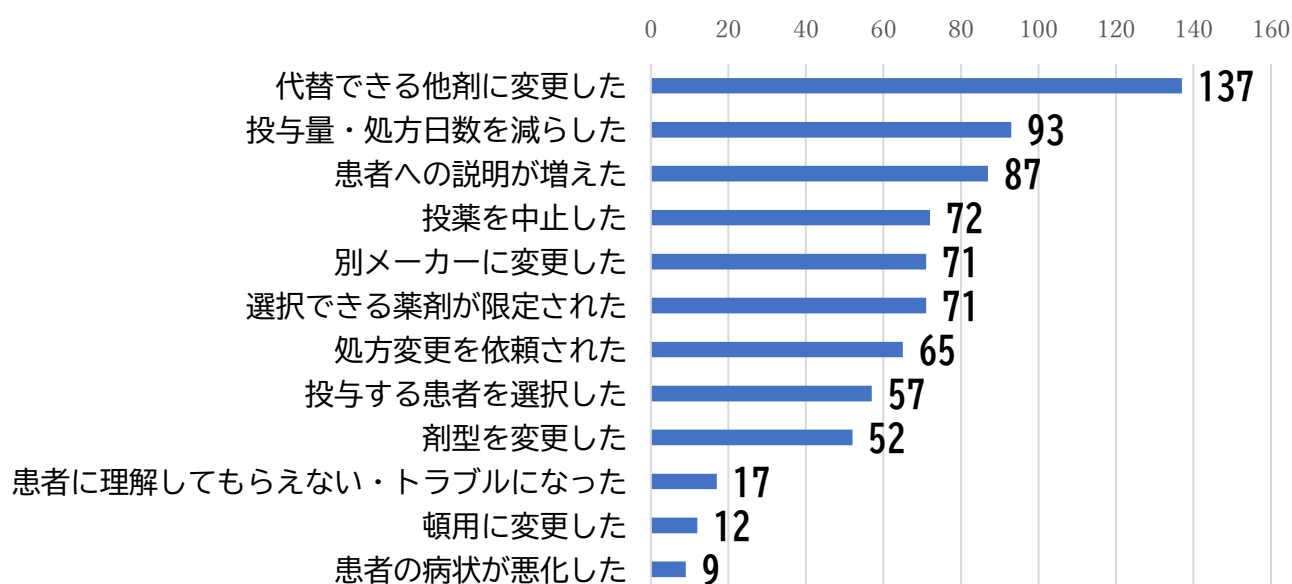
11月現在、「処方できない」または「処方が困難」な医薬品はあるか



アンケート結果の概要

○このアンケートでは2023年11月現在で、「処方できない」または「処方が困難」な医薬品が「ある」と回答した医療機関182件（83.5%）に対して、「全く処方できない医薬品」と「今後処方が困難となることが予想される医薬品」、「医薬品が処方困難な現在の状況で、診療や医院経営にどのような影響がありますか（複数回答可）」と、「医薬品の安定供給に向けた要望等」を、それぞれ回答いただいた。今回の中間まとめでは特に、「医薬品が処方困難な現在の状況で、診療や医院経営にどのような影響がありますか（複数回答可）」の回答件数と、「医薬品の安定供給に向けた要望等」について特徴的なコメントを報告する。

医薬品が処方困難な現在の状況で、診療や医院経営にどのような影響がありますか（複数回答可）



※「医薬品が処方困難な現在の状況で、診療や医院経営にどのような影響がありますか。(複数回答可)」は、次のとおり。

- 「代替できる他剤に変更した」(137件)、「投与量・処方日数を減らした」(93件)、「別メーカーに変更した」(71件)、「剤型を変更した」(52件)
医薬品が処方困難な現状の中で個々の医療機関では、他剤や別メーカーへの変更などや、投与量・処方日数を減らすといった対応でしのいでいる。しかし、他剤や別メーカーへの変更が、必ずしもスムーズにできるわけではない。「一部のメーカーが供給停止になると一斉に他社メーカーも限定出荷をかける」、「出荷停止、出荷調整になると、他メーカーが新規の取引は断りますと言われて、代替薬品を準備するのが難しい」といった意見があり、医薬品の変更そのものが困難な状況も発生していることがうかがわれる。
- 「投薬を中止した」(72件)、「選択できる薬剤が限定された」(71件)、「投与する患者を選択した」(57件)、「頓用に変更した」(12件)、「患者の病状が悪化した」9件
他剤などへの変更ができる場合は医療機関でも対応の余地があるが、「γグロブリン製剤、成長ホルモン剤、ゴナトロピンなど薬の替えが難しい薬の出荷調整は、患者様及び家族にも負担がかかっている」という意見があった。そもそも代替が困難な薬剤が出荷調整となった場合には、治療継続が困難となり直接患者に悪影響を与えていることが判明した。件数は少ないが、「患者の病状が悪化した」との回答があったことは重大な問題と考える。
- 「患者への説明が増えた」(87件)、「患者に理解してもらえない・トラブルになった」17件
今回の医薬品の供給制限によって、医療機関では患者対応にも困難を抱えている。個々の医療機関では解決できない問題にもかかわらず、『「私ら年寄りには国から、死ぬと言われてる」と窓口で患者さんに言われてしまいました』という意見にあるように、患者から直接苦情を訴えられるのは医療機関である。また、「供給制限にともなう業務増加(在庫確保、処方変更依頼、患者への説明、代替薬の採用検討等)はかなり負担となっています。1日あたり数時間単位で業務が増えています」といった、患者対応も含めて医療機関での業務量が増えている意見も寄せられた。

※「医薬品の安定供給に向けた要望など(フリーコメント)」は、次のとおり。

<国の責任を求めるコメント>

- ・薬剤不足は厚労省の強引で無計画な製造会社”いじめ”が原因です。コロナ流行やインフルエンザ流行が原因だとせず、厚労省の失策をマスコミを通じてアピールしてほしい。
- ・医療費抑制に伴う薬価抑制制作が行き過ぎたことが諸悪の根源。政治的失策。これだけ咳止めが枯渇していても先発品新薬のリフヌアは枯渇しない。メーカーは利益が出れば造るし、でなければ造らないか、利益が出るように偽装して造るのみ。政治的失策を認めてジェネリック薬価を上げるべき。
- ・抗菌薬点滴の供給不安定は国が推奨しているアクションプランの抗菌薬適正使用の妨げになっています。
- ・冬期でインフルエンザ、コロナ流行があると不安である。国は優先的に薬を作るシステムを考えてほしい。どの薬が処方困難になるか、前もって知りたい(突然で予測不能)。
- ・厚労省が常に需要と供給をチェックするべきと思う。特にコロナとインフルエンザが流行している非

常事態のため、なおさら必要。

- ・医薬品製造が安定的にできる環境整備を国・メーカーが協力し、整える事。
- ・国が補助金出すなりして、薬剤の製造を促進させるべきです。
- ・鎮咳薬等すべて OTC 化するならそのように厚労省は全国民に対してその旨を十分周知すべきである。
- ・原末の国産化。国産品での医薬品の国家備蓄。戦争で物流が途絶えたり、世界的な需要増大で輸出制限がかかったりと、輸入は供給が突然不安定になるので、必需品は国産化と備蓄は必須。海外メーカー品しか無い薬については、政府による同薬効剤の創薬支援。以上のように、少なくとも鎮咳薬や解熱鎮痛剤が無いなどというのは、政府・立法の怠慢・無能なので、総理の謝罪、欠品が起きない法整備後、解散・総辞職すべき案件。
- ・国の責任なのでしっかり責任取りましょう。
- ・国主導で早期の立て直しを切に願います。
- ・厚労省は何を考えているのか？！
- ・国のジェネリック薬品への早急な政策が、今回の供給不全の原因の発端と考えます。国が責任を負うべきです。基礎的医薬品製造メーカーへの支援が必要と思います。
- ・もっとしっかり厚労省が対応して欲しい。
- ・国はジェネリックを推奨しているが、ジェネリックメーカーの出荷制限等があり、先発品を使わざるをえない状況もある。逆行している。メーカーの都合で製造中止される物も増えた。
- ・安定供給のため国のメーカーへの指導の強化を要望する。
- ・国が製薬メーカー（特にジェネリックのメーカー）に制限をかけすぎなのではないか。
- ・不足のものが多すぎる。
- ・国が、国の問題、課題として取り繕うべき。
- ・一時的対応でなく、中長期的対応を。
- ・薬のジェネリックを重視しすぎた結果だと思えます。福祉は国の根幹です。軍事と同じ重要性を持つと考えます。
- ・ジェネリックを誘導するのではなく、安全性が担保されたオリジナルを推進してほしい。
- ・国の低薬価政策により、先発メーカーは開発力を失ってしまった。自国では新薬が出せない国になった。ジェネリックメーカーも利益の出ない薬を製造しなくなってしまった。薬の安定供給が出来なくなってきており、国民皆保険制度の崩壊が始まったかもしれない。

<低薬価政策を改めることを求めるコメント>

- ・あまりにも低価格の薬価設定を止めて欲しい。
- ・薬価を上げてメーカーが生産してもメリットがあるようにする。
- ・薬価の行き過ぎた引き下げによるメーカーの体力低下も大きな要因だろう。厚労省の責任は大きい。
- ・薬価を上げて製薬会社が設備投資できるようにしてほしい。
- ・後発品の毎年の薬価改定はやりすぎ。製剤コスト無視の切り下げは後発品供給不能の要因と思う。
- ・かぜ薬の薬価が低すぎると思えます。
- ・薬価を下げすぎると製造しなくなることが無いように。
- ・安すぎると品切れになりやすいので、むしろ薬価を上げる方向で対処してほしい。かわりがたたない薬

剤が非常に多いので、ともかく製造、販売を継続してほしい。

- ・薬価を上げる。
- ・薬価が安くて採算があわなくて販売終了になる薬があると困ります。
- ・根本は低医療費政策にあり、薬価も適正に上げるべき。
- ・製薬会社をもっと薬を作るように薬価を上げる。
- ・適切な薬価にする。医療機関だけでなく、一般の人にもこの状況をより周知させる。

<製薬メーカーの責任を求めるコメント>

- ・メーカーでの製造量を増やしてもらえない。
- ・ジェネリック製薬会社の承認吟味。
- ・緊急性の高い医薬品は安定供給できる体制にして頂きたい。
- ・後発品メーカーは不採算品目をすぐ販売中止にしてしまう。企業経営には仕方のない部分でもあると思うが、その結果他メーカーに影響が出て、入荷が滞り患者に迷惑がかかる。後発品薬価が安過ぎるのも気の毒な部分もあるので政府が補助をするなり、販売中止を乱発するメーカーにはペナルティを課す等、安定供給をお願いしたい。また、後発品メーカーの不手際が多過ぎる。主要メーカーは一巡したので現状が底値かもしれないが、それらの復旧までの期間が長すぎるので、もっと早く復旧して欲しい。
- ・調剤薬局でいつも置いてある薬剤が在庫切れにならないように、薬の供給を切らさない薬剤製造をお願いしたい。
- ・自社の都合により製薬会社が製造を停止する際は、代替メーカーに代替量の担保を確認してから停止してほしい。一部のメーカーが供給停止になると一斉に他社メーカーも限定出荷をかけるため、代替品へ切り替えが出来ない状況を改善してほしい。
- ・供給量が回復して欲しい。
- ・なるべく早急に安定供給してほしい。
- ・作ってもらえない。
- ・ジェネリックメーカー統合と効率化。
- ・出荷停止、出荷調整になると、他メーカーが新規の取引は断りますと言われて、代替薬品を準備するのが難しい。患者増加で薬がなくなるとメーカーが言われるが、それも考慮して予め増産体制をとってほしいです。γグロブリン製剤、成長ホルモン剤、ゴナトロピンなど薬の替えが難しい薬の出荷調整は患者様及び家族にも負担がかかっている。
- ・原薬メーカーへの支援。
- ・ジェネリックメーカーの再編及び監査の強化。安定供給に対しお金が回るようにする。
- ・そもそも必要な方にしか処方していないのではないのでしょうか。生産量が少ないのに、医院では不足を解消できません。
- ・このままでいくと、休診です。生産拡大に全力でお願いしたいです。
- ・薬剤の供給がストップするのは非常に困ります。

<個々の薬剤の安定供給を求めるコメント>

- ・アセトアミノフェンやロキソプロフェンは必需品ですので安定供給を望みます。

- ・小児用の薬が入りにくくなっています。例えばワイドシリン（アモキシリン）細粒ですが、薬価が安すぎると思います。薬価を上げて増産しやすい様にしてほしいです。
- ・上気道炎治療薬の備蓄もしてほしい。
- ・ジェネリックにもっと指導・価格の見直し。咳止め等は感冒薬としてだけでなく呼吸器疾患でも出ることを厚労省は考えるべき。
- ・解熱鎮痛剤などインフルエンザ、コロナの症状に必要な医薬品は安定供給が必須なので、いつでも卸にあるようにしてもらいたい。ビタミン系の薬の販売停止はとても困る。
- ・処方薬以外にも歯科用局所麻酔カートリッジやスポンゼルがまだまだ品薄です。解決して欲しい。購入価格が上昇している材料も多くなっている。
- ・歯科用麻酔薬が仕入れられないと歯科はほとんどの歯が削れません。診療が出来ない事になり、休診となりかねません。安定供給を強く求めます。よろしくお願い致します。
- ・止血用ゼラチンスポンジが不足しており大変困っています。

<医療機関の業務増加を訴えるコメント>

- ・供給制限にともなう業務増加（在庫確保、処方変更依頼、患者への説明、代替薬の採用検討等）はかなり負担となっています。1日あたり数時間単位で業務が増えています。安定供給は当たり前だった時代に早く戻ってほしい。
- ・早急になんとかして！！「私ら年寄りも国から、死ねと言われている」と窓口で患者さんに言われてしまいました。
- ・早めに全ての医薬品が使えるようにしてほしい。短期間で！少ない薬のチェックで神経が疲れる。
- ・安定供給を希望します。製造中止もたびたび発生し、対応が面倒である。

<医薬品の流通改善を求めるコメント>

- ・薬剤の在庫状況の可視化と、薬局同士が融通できる仕組みの構築。
- ・安定供給のため備蓄の必要あり。
- ・ただただ安定供給を望む。商品により購入実績のない場合 出荷調整品のため断られることあり
- ・病院と医院で優先度が違う。あるところにはある、という状況は選別されているように思う。例えばトリプタノールは精神科医は抗うつ薬としては現在殆ど使わないが、精神科からの処方ではできている。頻用する頭痛や口腔顔面痛治療では、処方できない。製薬卸業者には現実に即した対応をしてほしい。
- ・事前に供給が減ることを連絡してほしい。発注すると在庫がありませんとなって供給 STOP となるため。
- ・薬剤供給体制の強化を願う。
- ・出来る範囲で平等にお願いいたします。
- ・大量に抱え込んでいる病院などもありそうで、クリニックは困っています。納入について卸さんは平等にしてほしい。
- ・毎月卸している数を確保してほしい。次に入る日はわからないのか？

<その他>

- ・早急な改善を望みます。

- ・薬が不足しているとマスコミで言うのは控えてほしい
- ・必要な薬が必要な時に必要なだけの数量がない。ただただ困っている。
- ・なぜ足りないのか、いつ解消されるのかを明確にして欲しい。足りない責任の所在を明確にして欲しい。
- ・ジェネリックを無くす、正規品をしっかりと作ってもらう。
- ・古い薬は種類が多すぎる。似た薬は、どれか一つにまとめていく必要があります。
- ・早急の対応をお願いしたい。
- ・早く供給できるようになれば良いと思います。
- ・本来の目的のため、処方が正しくされるように、供給してほしい。
- ・薬価を下げる方向ではなく、調剤薬局の調剤料、薬剤管理料を下げてほしい。患者さんが「院内処方にしてほしい、安いから」と言う。
- ・多少の薬価上げや製薬会社への補助金などで容易に解決するとは思われない。「カゼだからくすりを飲む」という日本の習慣を見直すことが必要かも。
- ・医薬品だけでなく検査キットについてもそうだが、とにかくどうにかしてほしい。
- ・ジェネリックは効かないので使用していません。出来るだけ先発品の安定供給を望みます。
- ・本来の目的以外で処方されることが増えると、困る患者さんが増えてしまいますので、今後は注意していただきたいです。
- ・安定化願います。
- ・医薬品が足りないのはニュースで知っていた。製薬会社に増販してもらいたいし、医療機関も無闇に処方しない事が肝要。ダイエットのためとかもってのほか。

2023年11月30日

厚生労働大臣 武見 敬三 殿

「医薬品の安定供給を求める緊急会員署名」
(296筆)

岐阜県保険医協会

会 長 竹田智雄

〒500-8844

岐阜県岐阜市吉野町 6-14

TEL 058-267-0711、FAX 058-267-0712

「医薬品の安定供給を求める緊急会員署名」に寄せられた「私の意見」

【医科】

- (1) コロナ感染症がまだ収束していない中、インフルエンザ感染症が増加している。鎮痛解熱剤、鎮咳薬を必要としている中、投与できないので困っている。
- (2) 早急の改善を強く望みます。
- (3) 後発品のみならず糖尿病治療薬の供給不足によって、適切な糖尿病治療ができない状況が続いています。
- (4) メーカー品とジェネリック品の差別をやめること。
- (5) コロナワクチン、インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチン、健診と一番忙しい時期に処方の変更の電話連絡が多く、受付も医師も閉口しています。
- (6) 前もって対策がとれなかったのか疑問です。薬局も含めて現場は混乱しております。政治的失策と言われても仕方ないと考えます。
- (7) 後発品メーカーへの査察の強化と行政処分の強化！！
- (8) 国が主導して医療機関に何とか薬を届けてください。今後このようなことがないように、薬の安定供給のシステムを構築してください。GLP-1注射薬がまったく足りません。何とかしてください。
- (9) ドラッグストアに検査キット、お薬が流れているのが問題。
- (10) 供給不足の原因を調べて、その原因を除去して順調に供給できるようにしてください。
- (11) 大変困っておりますので、早急に対処願います。コロナ、インフルエンザの検査キットも不足しております。これについても願います。
- (12) 後発品不足は国が低薬価政策を強めてきたことによる不採算こそが原因であり、必要な対価を払うという市場原理に則した対応こそが必要です。また、そうした薬不足にもかかわらず、先発品利用にペナルティを課するという診療報酬改定は到底許すことができません。もはや先進国といえない医療環境をつくってきたのは、ひとえに政策の責任です。きちんと責任ある態度と施策をとってください。
- (13) 安定供給されないため、現場では処方をひかえて病状に差しさわりがでる例が出ているため、困っています。医師の裁量が侵害されている。
- (14) 1年以上薬が安定供給されていません。
- (15) 高額薬品が最近相次いで導入される一方、後発品の品不足が目立ちます。何事もバランスが大切。これからの冬を乗り切るためにも、しっかりと国は対策してください。
- (16) インスリン、GLP-1受容体作動薬など、海外メーカーに依存せず国産でまかなえるようにしていただきたい。技術力はあるはずなので行政のひと押しが大事です。
- (17) 風邪薬は問屋から僅かしか来ません。
- (18) 現状を把握しておりませんが、注文時、結構悩んでおります。インフルエンザ、COVID-19等の試薬の安定供給もお願いしたい。
- (19) 政府の社会保障費抑制策として行った後発医薬品の薬価引き下げがメーカーの不採算状況などを生み、供給が不安定化した主因であると断言したい。
- (20) 基本的、主要となる咳止め薬、気管支炎や気管支喘息で使用する基本的、主要な漢方薬がなく、治療に支障を来している。

- (21) 低薬価政策、ジェネリック普及を進めた国は責任をもって、薬の安定供給を維持するよう努めるべき。
- (22) 診察しても投薬ができないと念押しをしての診療をしています。異常事態です。
- (23) 患者さんの健康と命に関わる問題です。健康被害の発生が心配です。一刻も早い改善を心から望みます。
- (24) 臨床現場はまさに命のやりとり、真剣勝負です。かつての終戦間近の玉のない時代と同じ。悪貨良貨を駆逐するがごとく、薬が市場から無くなり、救える命が玉不足のため危うくなっています。悔しい思いの毎日です。かつて患者のために行動をおこされた武見太郎先生のごとく英断をお願いいたします。
- (25) インフルエンザの流行期にアストミン、メジコンなどの内服が不足しており、大変困っております。よろしくお願い致します。
- (26) 薬価の低い薬品はラインを増やして増産させるというのは企業負担が大きすぎる。補助金を考慮してもらいたい。
- (27) 薬を本当に必要としている患者様が困っております。
- (28) 薬の安定供給がなくて頭痛薬、咳止めなどが無いままに診療しています。また、同じ会社で続けて薬の処方をしたいのですが、頻回に変更になってしまいます。
- (29) 現場の努力では如何ともし難い状況です。行政のコントロールは必須と考えます。どうかご配慮くださいますよう。
- (30) 皆保険制度と言われて久しいが、医師の裁量で使用したい薬が手に入らない事態は異常である。ジェネリック医薬品への切りかえを推進してきた責任は？自費診療に医薬品が流出しすぎなのではないか？
- (31) 本来では必要のない薬剤の変更説明や入荷説明およびそのクレーム対応に診療の時間が大きく割かれる状態にあります。現況には大変苦勞していること、ご理解いただけるとありがたく存じます。
- (32) 医療の現場の声もよく聞いて政策を考えてください。咳止め、解熱剤が不足している現状、また、GLP-1 作動薬、GIP/GLP-1 作動薬が必要な患者さんに使用できない現状についても改善策を強く指導してください。
- (33) 日常の診療に困っています。早期の解決を願っています。
- (34) 人類の努力の結晶である薬物療法。この医薬品を財政、政治の道具として政治、官僚の思惑に従って犠牲にするのは正論ではない。日本の国、国民の固有の「軸」を無視し、合理性などを中心とし、国民との無数の対話をしなければ日本が衰退し、やがて滅びてしまう。
- (35) 抗うつ薬や抗精神病薬についても急に処方できなくなり、変薬をせざるを得ず、病状が悪化した患者さんが複数います。
- (36) 政府は従業員の給料の値上げを勧告していますが、後発医薬品の価格を下げれば、後発医薬品の会社の利潤が下がり、従業員の給料も下がります。政策の矛盾があるのではと考えます。政府は後発医薬品の会社の育成を図らなければならないと考えます。
- (37) 最低薬価は1錠10円にしてください。
- (38) 高薬価は10万円を上限にして最低薬価を保証しよう。
- (39) まともな医療ができなくなっている。すでに医療崩壊は始まっている。目新しい医薬品は薬価は高くもてはやされるが、本当に必要な薬品は安価で効果が保証され安全な旧来の薬品だ。小林化工問題では厚労省の処分が厳しすぎたためにジェネリック各社はリスクを犯さなくなった。薬価評定

- にも問題があり、薬品供給のコントロールは厚労省の責任である。
- (40) 咳止め、漢方等、薬剤の安定供給を求めます。
 - (41) 鎮咳剤、去痰剤、かぜ薬は古くからある薬で、新薬が出てくることはまずなく、このまま低薬価で不採算のままではいずれ出せる薬が存在しなくなる。薬価を上げるなりして残していく必要がある。
 - (42) ガイドラインの先頭にある抗生剤、日々必要な中心静脈栄養の輸液など、無いと死んでしまう薬が切れてしまう現状に、どうしてこんな国になったのかと大きな憂いを感じています。
 - (43) 現場の医療を理解しない、厚労省の政策（ジェネリック推進、マイナカードなど）の失敗が今日の事態を招いている。真摯に医師や患者の声に耳を傾けてほしい。
 - (44) 出荷調整でしばしば困っています。ある塗布薬は薬価より納入価が高くなっていました。ジェネリックは薬価が安すぎて増産されないのかと推察します。
 - (45) 薬不足は何年も前から言われており、コロナのピークのときは大変なことになっていたのに厚生労働省はなにも手をうってこなかった責任をしっかりと説明してください。ジェネリック会社の不正が多々あり、これに対しても管轄する厚生労働省が説明責任を果たしてもらいたい。薬価は下げすぎで、製薬会社が薬を生産できないことを分かっている厚生労働省は増産を頼んでいるのであれば、厚生労働省の責任は大きい。ジェネリックは失策であったことを認めて正規の製薬会社がしっかりと増産できるように薬価を上げ、正規の製薬会社が研究開発できるようにしてください。いつも官僚は何か不手際があっても謝罪しない、説明もしない。厚生労働省は責任者を出して謝罪、責任をとるようにしてください。
 - (46) 治療要医薬品のOTCへの移行は医療用医薬品が十分に整っていない現状では、製薬企業は市場原理を優先するため高値で販売可能な市販薬を優先させる。受診したが治療薬がなければ、患者負担が無用が増える。これは、医療者にとって不本意であるし、内心耐えがたい苦痛です。製薬企業にも是正を求めるとともに行政の指導の在り方を適正化していただきたい。詰まるところ、過度の医療費抑制策は理にかなわないと考える。
 - (47) 一例を提示すると、多くの患者さんが服用している非常に有益で副作用の少ない消化器薬剤（トリメブチンマレイン酸）の薬価が引き下げられ、先発品は撤退し、後発品は供給が減り長期処方出来ない状態で大変困っています。良い薬を大切に守っていただきたい。
 - (48) 診療に大きな支障が出ております。患者さんにこれ以上迷惑をおかけできません！
 - (49) 安さを求めすぎた弊害。
 - (50) 医薬品の供給不足に困っています。
 - (51) 物価が上昇しているにもかかわらず、今年4月に薬価が引き下げられました。収益の上がらない薬は赤字になるため、生産されないとの話を聞きました。医療崩壊が始まっています。薬価をこれ以上下げないことや診療報酬の大幅なupをお願いします。
 - (52) 病院は困っています。まず、適正医療の提供が困難となっています。
 - (53) 安定供給するためには製薬会社への十分な資金提供（補助金）が必要です。
 - (54) 早急に必要な薬を必要な患者さんに提供できるようにしていただきたい。後発医薬品を中心とした薬価引き下げで製造中止になっていく薬剤が多々あると聞いています。そういうことも政府に考えていただきたい。
 - (55) 現在、医薬品の供給不全に大変困っております。
 - (56) まだ皮フ科はそれほど深刻ではありませんが、新型コロナ、インフルエンザの異常発症のため、

医薬品の供給不足が深刻で、患者様に思うように処方できなくなっている話をよく聞きます。こちらでも漢方薬、抗アレルギー剤などの内服が不足しており、困った状況です。

- (57) 患者さんに処方することが困難になっています。
- (58) 薬価を上げてよいので後発品をメーカーが作りやすい状況をつくってほしいです。
- (59) ①小泉内閣の 2000 億円医療費削減以来、政府・官僚は国民の命、日本国を守る使命を忘れ、目的の地のない船旅をつづけている。その結果がこのありさまである。②さらには、日本医師会、保険医協会の連携・共働がさげばれていても実現しなかった今日。いまこそ両車輪が正しく働くよう決死の覚悟をもって行動してほしい。まだ、光はあるはず。一寸光陰不可軽。ふぁいと！

【歯科】

- (60) 歯科で投薬する機会はさほどありませんが、それでも鎮痛剤や抗生物質が入手困難な状態です。今までも局所麻酔薬の供給不足になり関係各所に融通してもらい何とか仕入れたことが2度あります。小手術の多い歯科治療では局所麻酔薬がないと患者さんに十分な診療ができません。現在の薬剤の供給不足は深刻です。医科ではもっと大変だろうと危惧します。
- (61) まもなく在庫がなくなります。不足する通知が業者から送られてきて、4ヶ月経つのに解決できないなんてひどいです。
- (62) 医薬品なくして医療を行うことはできません。国はどのようにお考えなのでしょうか？
- (63) 歯科受付です。薬の調達は院長より一任されています。抜歯後のゼルフォーム、スポンゼルの注文は非常に苦勞しました。カロナル、ロキソニンについても同様です。医薬品が足りずに診療できないなど恐怖しかありません。心底、安定供給を願います。
- (64) 以前キシロカインが手に入らなくなり、友人から借用したことがあった。過去一度もなかったことで、歯科診療において麻酔薬がないことは本当に不安でした。岸田さん、海外に出かけていないで日本国内にも目を向けてください。
- (65) 小児の鎮痛剤がなく、本当に困っています。こんな世の中だと、安心して子育てできないのではないのでしょうか？働く母にとって夜、痛くて子どもが眠れないとの声を聞くのはとても切ない。何とかしてください。
- (66) 医科・歯科において日常診療に影響・負担を及ぼさないよう医薬品を速やかに安定供給してください。
- (67) 抗菌剤と解熱鎮痛剤が入手できていません。一日も早い安定供給をお願いします。
- (68) ジェネリックの早い供給へ。
- (69) 投薬も大切な治療の1つです。
- (70) 小児用のアセトアミノフェンが入荷しないため、治療に影響が出ています。麻酔薬が不足すると標準的な治療も困難になります。医薬品の製造体制の見直しを強く要望します。
- (71) 医薬品の安定供給を求めます。
- (72) 命と健康のために最も重要な薬品が手に入らないなんて非常事態です。我々歯科医師でも実感しています。厚労省、何とかしてほしい。
- (73) 国は国民を見捨てているとしか思えない。
- (74) 医薬品を必要としている患者様に渡すことができないということは、あってはならないことだと思います。なるべく早く安定して供給できるようにお願いします。
- (75) 医薬品の供給不足に困っています。
- (76) 開業して 10 年くらいですが、初めて抗生物質が医科優先とアルフレッサさんに言われ頂けない

状況です。日本という比較的先進国で、薬が不足していることは考えにくいと思います。二ヶ月くらいで抗生物質がなくなるので、不安です。改善をお願いします。

- (77) 国民の健康を守るための政策を常に留意していただきたいと思います。他国に頼るのではなく、自国で薬品の安定製造ができるようにすべきでは？
- (78) 通常の保険診療においてどの患者さんにも診療上の理由以外で投薬、麻酔等の心配をするのはとてもストレスです。
- (79) 医薬品の原料及びパッケージ（浸潤麻酔薬のアルミキャップ等）を主に中国などの外国からの輸入に頼っているからこういう事態がおこるのであり、原料の国内生産に国は本腰を入れるべきである。国内生産を推進し、安定供給できるようになれば、おのずと問題は解決すると考えています。
- (80) 患者様1人1人に適切な対応をしたいので、早急な対応をお願いしたく思います。
- (81) 新規で薬を買おうとすると断られるのはおかしいと思う。
- (82) 今のところ、当院は不足していませんが、早く安定供給してほしい。
- (83) ゴロ屋のわいろ攻勢にのるからこうなる。自民党、創価党はええかげん下野しろ！！

発行にあたって

岐阜県保険医協会では8月21日～9月18日の期間に、フレックス通信に登録している医科会員を対象に「後発医薬品の使用等に関する会員アンケート」を行い、337人（38.3%）から協力が寄せられました。

予想を上回る協力率に、国が進める薬剤に関する諸政策に会員が大きな戸惑いを感じている結果だと重く受け止めております。そこでアンケート結果を冊子にまとめ、会員にいち早くお知らせする必要があると考え、この度送付させていただくことになりました。ぜひ、ご一読いただければと思います。

医療費抑制を目的として、矢継ぎ早にさまざまな政策が進められています。その一つに後発医薬品の使用促進がありますが、後発医薬品を使用する医師の46%が副作用を経験しているとの結果になりました。患者・国民の命を預かる医師として、このような状況下では安心して後発医薬品を使用することはできません。

先発医薬品の薬価も特許期間が切れて後発医薬品が販売された段階で、後発医薬品の薬価並みにすべきなどの意見が57%もありました。医療費抑制を進めながら、先発医薬品の薬価は優遇するという、何とも矛盾する仕組みです。先発医薬品の薬価を引き下げれば、参照価格制度の導入などにも必要なくなりそうです。

これ以外にも問題を抱える政策は多々ありますが、いずれについても国は医療現場の懸念や疑問に丁寧に応えているとは言えません。医療現場の理解を得ることを最優先に考え、性急な政策は行わずべきではないということを国に強く訴えていきたいと思えます。

会員各位におかれましては、今後も忌憚のないご意見をお寄せいただければ幸いです。

2015年11月

岐阜県保険医協会

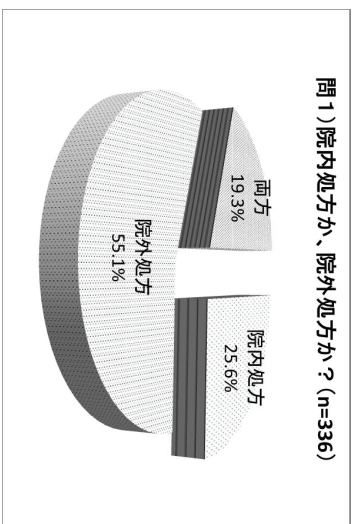
医科社保部長 加藤悟司

後発医薬品の使用等に関する 会員アンケート結果

岐阜県保険医協会

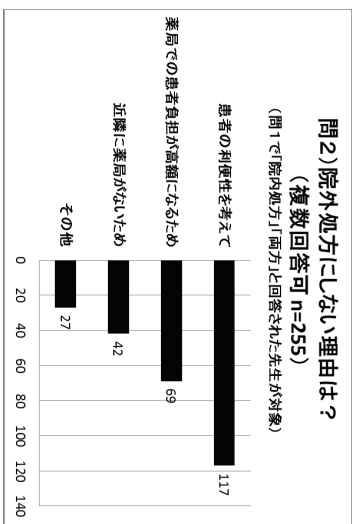
問1 先生は院内処方と院外処方をされていますか、それとも院外処方をされていますか。

アンケート対象者全員に、医療機関の処方形態が「院内処方を行っている」「院外処方を行っている」「院内処方と院外処方を両方行っている」のいずれかに該当するかを尋ねたところ、「院外処方をしている」との回答が5.1%と最も多く、「院内処方をしている」は25.6%、「院内処方と院外処方を両方行っている」は19.3%となった。



問2 問1で「院内処方をしている」「院外処方と院外処方を両方行っている」と回答された先生にお尋ねします。院外処方にされない理由は何ですか。(複数回答可)

問1で「院内処方をしている」「院内処方と院外処方を両方行っている」と回答した会員に、院外処方にしない理由を複数回答可で尋ねたところ、「患者の利便性を考えて」が117件と最も多く、「薬局での患者負担が高額になるため」は69件、「近隣に薬局がないため」は42件、「その他」は27件となった。



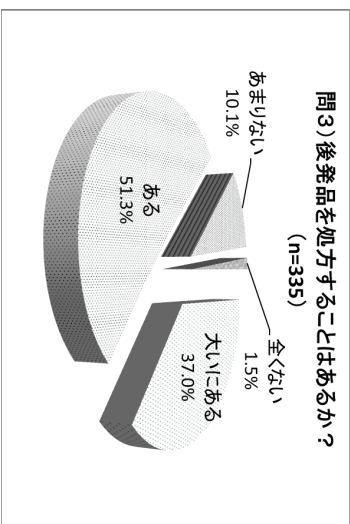
(院外処方にしない「その他」の理由)

- ・ 患者の希望
- ・ 投薬に関して指導管理がしやすいから。患者との連絡がしやすいから
- ・ 自費の薬は院内で処方している
- ・ 先発品を使いたい薬剤もあるため
- ・ 夜間当番制があるため、院内での処方が必要
- ・ 薬剤師を院内に常駐（勤務）させていたいため
- ・ 入院があるため **(同意見多数あり)**
- ・ 処方せんの枚数が少ないため
- ・ 投薬が少ない **(同意見多数あり)**
- ・ 併設施設への処方のため、院内処方が必要である
- ・ 夜間、時間外は原則的に断らないようにして来たので…。そのような方には院内処方をせざるを得ません
- ・ 信頼できない薬局が少ない
- ・ 時間外救急患者のみ院内処方にしている
- ・ 休日、急患で診療をした時等近くの薬局が休みのため
- ・ 開局スペースがない

- ・ 緊急での処方が多いため
- ・ 地域包括診療加算を算定している
- ・ 入院施設あり、土日の救急あり（救急診療のため）
- ・ 療養病床のため、薬剤代は保険ですから院外にはできません。外来と老人ホーム訪問は院外にしています
- ・ 土日診療をしているが、土の午後、日の全日開いているところがほとんどないから
- ・ 入院患者は院内処方
- ・ 医師側にも薬剤師側にも課題が多く、医師側は薬理学の勉強をせず、経営上も利益なく丸投げ。薬剤師側は臨床医学を知らず、経営のためにやっている。当院のポリシーは「医師、特に内科医にとって薬物療法は生命線である。研鑽を積む努力が必要」です

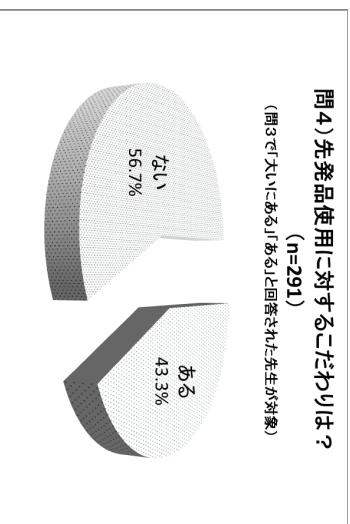
問3 後発医薬品を処方されることはありますか。

アンケート対象者全員に、後発医薬品を処方することがあるか尋ねたところ、「ある」が51.3%と最も多く、「大いにある」は37.0%、「あまりない」は10.1%、「全くない」は1.5%となった。「ある」と「大いにある」を併せると88.3%となり、広く後発医薬品の処方が行われていた。



問4 後発医薬品も処方しているが、「この薬剤については先発医薬品を使いたい。後発医薬品には変更したくない」という“こだわりの”はありますか。

問3で後発医薬品を処方することが「大いにある」「ある」と回答した会員に、「後発医薬品も処方しているが、この薬剤については後発医薬品ではなく、先発医薬品を使いたい。こうしたこだわりがあるかを尋ねたところ、「ない」が56.7%、「ある」が43.3%となった。



問5 問4で後発医薬品の使用に“こだわりの”が「ある」と回答された先生にお尋ねします。“こだわりの”をもって処方されている先発医薬品の商品名をお書きください。

商品名を掲載するにあたり、項目を整理しました。() 内の数字は同意見に対する件数です。

＜内服薬＞

- 【切迫流・早産治療剤】ウテマリン (1)
- 【鎮痛・抗炎症・解熱剤】ロキソニン (8) ▼理由：ロキソニンの後発品は効果がない (少ない)
- 【解熱鎮痛薬】ボルタレン (1)
- 【抗アレルギー薬】オノン (2)、オノンDS (3) ▼理由：後発品にはアレルギー性鼻炎の適応がないため、アレルギー薬剤全般 (1)
- 【抗ヒスタミン薬】アレロック (2)、タリオン (1)、エバスタル (1)、ザイザル (1)、抗ヒスタミン薬全般 (1)
- 【抗生剤】イトリゾール (2)、クラビット (2)、オゼックス (1)、メイアクト錠 (2)、メイアクト細粒 (1)、パセトシン (1)、メイアクト小児用 (1)、クラリスDS (1) ▼理由：子供には味の問題が大切なため、ミノマイシン (1)、クラリス (1)、ルリット (1)、フロモックス (1)、抗生剤全般 (12) ▼理由：ジェネリックは有効性に疑問あり
- 【高血圧治療薬】アムロジン (2)、テロゾレス (2)、オルメテック (1)、メインテート (3)、コニール (1)、ニューロタン (1)、テノミン (1)、カルデナリン (1)、アダラートCR錠 (2) ▼理由：患者さんでニフェジピンがピツタリという人には欠かせない薬ですが、この精密なつくりは先発品でないと心配です、降圧剤全般 (10) ▼理由：血圧があまり改善されない
- 【利尿降圧薬】ラシックス (1)、アルダクトンA (1)、ダイアート (1) ▼理由：一包化した際の薬剤の安定性を重視して、利尿剤全般 (1)
- 【抗血小板薬】プラビックス (3) ▼理由：適応が一致していない、プレタール (1)
- 【不整脈治療薬】サンリズム (1)、メキシチール (1)、シベノール (1)、抗不整脈薬全般 (4)
- 【消化性潰瘍治療薬】カスター (1)、バリエット (2)、PPI全般 (2)
- 【高脂血症治療薬】リパロ (1)、エバデールカプセル (3)、脂質異常性に対する薬剤全般 (2)
- 【尿毒症症状改善薬】クレメジン (1)
- 【排尿障害改善薬】フリバス (1)、ハルチール (1)
- 【免疫抑制剤】ネオテラル (1)、サンディニオン (1)、テログラフ (1)、グラセプター (1)
- 【アルツハイマー型認知症治療薬】アリセプト (1)、マペリー (1)
- 【統合失調症治療薬】リスパダール (1)、エビリフテイ (1)
- 【睡眠導入薬】ハルシオン (3)、マインリー (第一三共の後発品の方がよい) (1)、睡眠剤全般 (1)
- 【精神安定薬】デパス (4)、精神安定剤全般 (1)
- 【抗てんかん薬】リボトリール (1)、デパケン (1)、セレニカル (1)、テグレートール (1)、抗てんかん剤全般 (2)
- 【抗うつ薬】バキシル (1)
- 【躁病治療薬】リペラス (1)
- 【抗ウイルス薬】バルトレックス (1)、フテムビル (1)、抗ウイルス剤全般 (1)
- 【抗リウマチ薬】アザルファイジン (1)
- 【潰瘍性大腸炎・クローン病治療薬】アサコール (1)、ペンタサ (1)
- 【勃起不全治療薬】バイアグラ (1)
- ・糖尿病治療薬 (1)
- ・循環器系薬剤 (3)

- ・心臓の薬剤 (1)
- ・ホルモン剤 (1)
- ・漢方薬 (ツムラ) (1)
- ・抗がん剤 (2)
- ・鎮痛剤全般 (2)

＜外用薬＞

- 【冠血管拡張薬】フラントルテア (1) ▼理由：貼りやすさ、かぶれにくさ
- 【副腎皮質ステロイド薬】アンテベート軟膏 (2) ▼理由：基剤への信頼性、RVG軟 (1)、ステロイド外用薬全般 (3)
- 【気管支拡張薬】ホクナリンテープ (4)
- 【鎮痛・消炎薬】パテルテープ (1) ▼理由：知らないメーカーの製品は信用できないので使いたくない、モーラステープ (4) ▼理由：のりの良し悪しがある
- 【アトピー性皮膚炎治療薬】フロトピック軟膏 (1)
- 【緑内障・高眼圧症治療薬】チモフトール点眼液0.5%、抗緑内障薬 (点眼) 全般 (2)
- 【抗ウイルス薬】ソピラックス眼軟膏 (1)
- 【眼科用抗炎症薬】ジクロロド点眼液0.1% (2)
- ・外用剤全般 (5)
- ・点眼薬全般 (1) ▼理由：特に緑内障薬は効果が心配のため
- ・白内障術後点眼類 (1)

＜注射薬＞

- 【抗生剤】ロセファイン (1)、メロベン (1)、ペントシリン (1)
- ・注射薬全般 (1)

＜その他＞

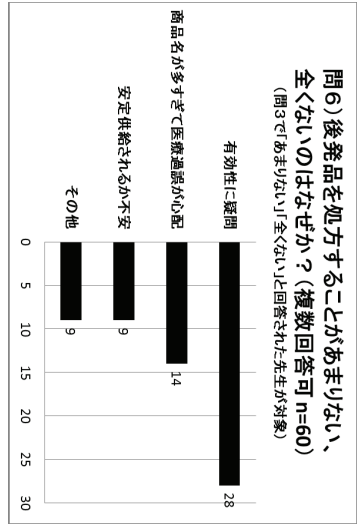
- ・妊婦、授乳婦への処方
- ・クラビットのゾロで呼吸困難になり、大学、県、市民、日赤で受診を断られた。副作用が心配
- ・特にこれだけは…ではなく、後発医薬品にするのは良いが、よく分からない小さな会社がついている
- ・末端の後発品は避けたい
- ・先発品でmg数が異なるものがあるときは、もう一つを後発品にする場合あり (間違いのものになりかねないため)。後発品は一般名が長すぎるため、使用しにくい場合がある
- ・先発品を効果の上でどうしても使いたいの
- ・特定の薬剤ではなく、ケースバイケースで
- ・特にないが、患者の希望に応じている
- ・沢井、日本ジェネリックは避けている
- ・後発品のないものに変える。バリエット→ネキシウムなど
- ・数多くあるため、書ききれず
- ・先発品と後発品で適応、用量に差がある薬品
- ・SGLT-II製剤など代用品がない物
- ・すべて最初は先発薬で効くか不効か試してみる。効いて患者さんが安い方でよいと言ったら安い方へ試してみる方針
- ・製品への信頼性。抜き取り検査、効果判定について国は何の保証も信頼すべき根拠も示してくれていない！

問6 問3で後発医薬品を処方することが「あまりない」「全くない」と回答された先生にお尋ねします。その理由は何ですか。(複数回答可)

問3で後発医薬品を処方することが「あまりない」「全くない」と回答した会員に、その理由を複数回答可で尋ねたところ、「後発医薬品の有効性に疑問があるから」が28件と最も多く、「後発医薬品の商品名が多すぎて医療過剰のものになるから」が14件、「後発医薬品が安定供給されるか不安だから」「その他」が同数の9件となった。

後発医薬品を処方することが「あまりない」「全くない」その他の理由は次のとおり。

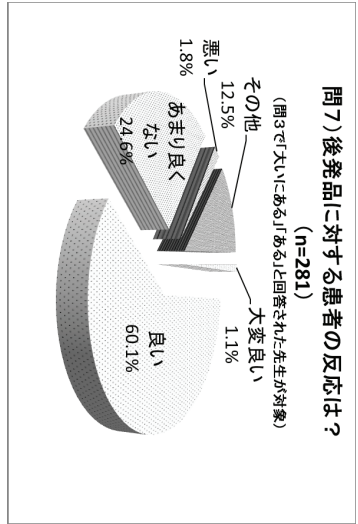
- ・安全性、有効性が確立していないから
- ・制度（後発品）に疑問を感じるから
- ・後発品＝ジェネリックといっても、米国、ヨーロッパ、日本で品質も規格も薬師も政策も違い、日本政府は正しい広報活動をしていない
- ・妊婦への処方には、使い慣れたもの、信頼性の高いものを使いたい
- ・副作用が全く分かっていないから
- ・効能・効果のデータ不足、副作用のデータ不足
- ・レセコンによる自動的・一般名への変更のため
- ・院内の場合は切り替えに手間がかかるため。院外の場合は薬局で自動的に変更されるため



問7 先発医薬品を後発医薬品へ切り替えられた場合など、後発医薬品に対する患者の反応はどうでしたか。

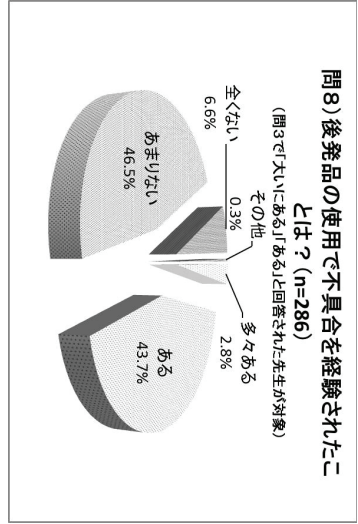
問3で後発医薬品を処方することが「大いにある」「ある」と回答した会員に、後発医薬品に対する患者の反応を尋ねたところ、「良い」が60.1%と最も多く、「あまり良くない」が24.6%、「悪い」が1.8%、「大変良い」が1.1%となつた。

「患者によってさまざま」「一般名で処方せんを出しているため、把握が困難」などの理由で、選択項目に該当しないとの回答も12.5%あった。



問8 後発医薬品を使用することで不具合を経験されたことはありませんか。

問3で後発医薬品を処方することが「大いにある」と回答した会員に、後発医薬品の使用で不具合を経験されたことがあるかを尋ねたところ、「あまりない」が46.5%、5%と最も多く、「ある」は43.7%、「全くない」は6.6%、「多々ある」は2.8%となった。選択項目に該当しないとの回答も0.3%（1件）あった。



問9 問8で、後発医薬品を使用することで不具合を経験されたことが「多々ある」「ある」と回答された先生にお尋ねします。どのような不具合を経験されましたか。具体的に書きください。

- (患者からの訴え)
- ・患者本人が効かないという
 - ・効果が弱いと言われた
 - ・患者の希望で後発品に変えたら、錠剤ごと便に出てきて、元の薬に戻してくれと言われたことあり
 - ・効果不十分との訴えあり
 - ・患者さんから調子が悪くなったと言われた
 - ・効果の違いを患者さんから訴えられることが時々ある
 - ・患者さん本人が、自分に合わないと言え
 - ・患者から先発品と比べて薬の効果が低くなったなどの訴えを時々聞きます
 - ・効果や副反応について、患者様からの意見、クレームが多い
 - ・患者からの変更依頼
 - ・「効果が悪い」とよく言われた
- (薬効の低下・無効)
- ・ランソプラゾールの後発品で全く効果がなかった。モーラステープの後発品で効果が弱かった
 - ・後発変更のため効果が下がったのか、本人の病気悪化のためか分からない。そもそも効果が信用できない
 - ・効力が違う
 - ・①降圧効果が減弱。②なかなか解熱しなかった
 - ・先発品と比べ効が悪い（ロキソプロフェン）。湿布がはがれやすい（ロキソプロフェンテープ）
 - ・ロキソニンを後発品に変えたら、効がなくなると言われた
 - ・効果が不安定です
 - ・効果不十分
 - ・効果が落ちることがある
 - ・薬効の低下等
 - ・降圧効果が不十分など
 - ・NSAIDにて効果が悪かった（ロキソニンの後発）

- ・鎮痛剤の後発品で効果がなかった
 - ・時々無効、効きが悪い時が多い
 - ・スタージスの後発品（ナラグリニド）に変更するも効果なし（中止し、回復）。アレルロックの後発品（院外）で効果半減
 - ・痛み止め（ロキソニン）の後発品の効果がなかった
 - ・血圧改善せず
 - ・効き目が弱い
 - ・眼圧の下降効果が心配
 - ・睡眠薬が効かなくなった。湿布がかぶれやすくなった。鎮痛剤の効果が弱くなった
 - ・デパス→エチカームの場合ほとんど効果なし
 - ・睡眠剤で効果不十分をときどき経験する。プラセボ効果があるのかもしれない
 - ・降圧効果が一定しない
 - ・効力が弱く、神経痛の痛みが十分取れない
- （副作用の発現）**
- ・LDLが悪化した。降圧剤で浮遊感出現、動悸出現
 - ・先発品にない副作用が出たことがある
 - ・薬疹が出た→先発に戻して軽快。効果が少ない→降圧剤
 - ・症状増悪
 - ・アダラートCR20→ニフエラタンCR20に変更したら、血圧が140→80に30分であった。患者はマンホールに落ちるような感じがしたとのこと。ニフエラタンの会社に電話したら、パイエルに掛けると言われた
 - ・クレメジンの後発品→BUN、Caが上昇
 - ・今までなかった症状が出現（消化器、循環器等多岐にわたる）。先発→後発にした事で出現したと思えないケースが多々…
 - ・血中濃度不安定
 - ・モーラステープのノロはよくかぶれる、はがれやすい等先発と全く違う
 - ・ステロイド剤（タルメフ）で皮膚疹の悪化。他院抗アレルギー剤、抗ウイルス剤処方例での治ゆ遅延など
 - ・副作用と思われる症状が現れたことあり（抗生剤）。前立腺肥大症の薬で効果が悪くなった（もどに戻した）
 - ・逆流性食道炎、慢性胃炎の症状が悪化したと言われた
 - ・血圧が安定しないことがある。痙攣発作が出現したことがある
 - ・血糖降下剤にて低血糖となった（後発品に切り替えて1カ月くらいしてから）。先発に戻したらよくなった。他いろいろ
1. カルデナリンがジェネリックに変わったら、血圧コントロールが悪化し、臨時に患者が受診。
 2. ロキソニンを鎮痛に使っていたが、ジェネリックに変わったら効きが悪いためもどに戻した。
 3. 不安、不眠にデパスが効いていたが、ジェネリックに変わったところ、効きが弱くなったとのことでもどに戻した
 - ・降圧剤プロゾレスの後発品を使用した際、副作用（体調不良）を訴えた患者が何人かいたため、後発品のメーカーを変更した
 - ・例1）アムロジピン：顔面紅潮、便秘。例2）カンデサルタン：プロゾレスに対して血圧効果が若干↓？

- ・症状の管理が不十分となった
- ・効果の減弱、接触皮膚炎（ステロイド外用薬の変更による）
- ・降圧剤の変更にて血圧上昇。睡眠導入薬変更にて不眠
- ・効力が先発より少ない。副作用が現れたことあり
- ・副作用がある（特に湿布など）。後発品の名前が分からない（辞書がいる）
- ・先発品では問題なかったが、後発品にしたら肝障害が出た
- ・副作用が少し多いような感じ
- ・患者様から合わないと言われた。アレルギー反応が出た。睡眠薬が効かないと言われた
- ・副作用が時々認められた。②特に抗生剤の有効性に疑問がある。③味に問題がある
- ・#1. 効果がない。#2. 薬疹、搔痒
- ・潰瘍性大腸炎の状態が悪化し、入院が必要になった
- ・H2プロトンカートを逆流性食道炎に対し処方していたが、患者の希望で後発品に変更後、1ヶ月後来院された時、もとの先発品に戻してほしいと言われた。胸焼けがまたひどくなったという理由だったが、そういう例が何人かあった。後発品は自覚症状がはつきりする薬の場合、効果が確認しやすいが、後発品がいいかどうか判断できないことが多いと思う
- ・ホルナールのジェネリックでは、排尿ににくいと言われた
- ・ジェネリックに変更後、薬疹出現疑いの事例あり
- ・便秘など先発品にない副作用を訴えた。効果が低くなった場合、後発品の問題か患者の問題か悩む
- ・ザンタックの後発品：あまり有効ならずという意見が3名あり
- ・効果不十分で先発品に戻すことを求められた。貼布剤で皮膚炎をおこした
- ・PPIを先発→後発に切り替えたところ、胸焼けがひどくなった方が何例もあり。先発に戻したところ、症状の改善を認めました
- ・先発品では副作用がなかったものが、後発品で薬疹やめまい、気分不快、胃部不快感などが出現したり、降圧剤を変更したところ、血圧が上昇してコントロール不可になった
- ・強力ネオミノフラーゲンCを後発品に変えたところ、肝機能が悪化した。軟膏（ステロイド入り）を後発品に変えたら悪化した
- ・シグマートを後発に変えたところ、全員不具合が出た。もどに戻したら治った
- ・胃部不快感
- ・副作用が多発した。2014年4月より薬局でアザルナイジンを後発品に変えることを患者さん本人にすすめていた。その結果、副作用（薬疹、肝機能障害）が多発した
- ・後発品による副作用が出たので先発品に戻した
- ・具合が悪くなった。効果が不十分
- ・湿布薬などは皮膚炎が生じる。効果が弱い
- ・薬疹が出た。自己負担0円の患者は、こちらの都合でジェネリックに変更されること自体嫌がっている
- ・抗ヒスタミン薬で眠気など副作用が発現
- ・先発品では出なかった副作用が、後発品では効果がよく弱いことがある
- ・睡眠薬：全く効かない。湿布剤：接触性皮膚炎の出現、同じテープ剤でもすべはがれるなど
- ・リウマチ患者のコントロールが悪化した
- ・リニアスは有効血中濃度と中毒レベルの差が近い薬のため、定期的に血中濃度を測定しているのですが、ジェネリックに変えて測定したら、それまでと同じ量なのに明らかに濃度が下がったため、もとの先発品に戻したことがあります

- ・同じ成分であると説明しても、自分に合わないと言われたことがある。気持ち悪くなったと言われた
- ・①先発品に比べ効果が良くない。②後発品を処方したら、先発品に無い副作用が出た（下痢等）。③後発品に切り替えても、薬代があまり変わりがなかった…クレームあり
- ・後発品で薬疹が出た

- ・湿布一同一成分なのに、後発品でのみかぶれる。ロキソニンは良かったが、後発品でむくみが出た
- ・胃腸障害
- ・点眼後の「異和感」や「しみる」など
- ・寝起きがおかしい。めまいがする。気分不良
- ・①気持ち悪くなり、内服できなかった。②湿疹がでた。③体調不良となった等

(不具合などの問題)

- ・ヒート破損、薬剤の割れ
- ・外用：かぶれやすい、貼りにくい。内服：飲みにくい
- ・味が変わったため、内服できなくなった。効果がいいまいち
- ・注射剤の入荷済みの破損に対するメーカーの対応がよくない。テープ剤の使用感が悪く、皮膚炎をおこしたことがある
- ・ODが溶けにくく、先発に戻した
- ・さし心地。効果確認できず
- ・特に精度の高い薬は効果に差がある。外用剤はかぶれる、はがれやすい
- ・主に点眼薬では、さし心地の問題や容器の使いやすさについて
- ・貼布剤は性質の差（貼りつき具合）が著明にあります
- ・「効果が悪い」等の患者からの訴え。貼布剤ではがれやすい等の訴え
- ・効果が悪い。貼りにくいなどの苦情を聞いた。見た目が悪く、第一印象が良くない
- ・貼布薬で貼りつきが悪く、すぐにはがれる。錠剤の大きさが先発品より大きいものがある
- ・点眼容器の不具合

(供給体制上の問題)

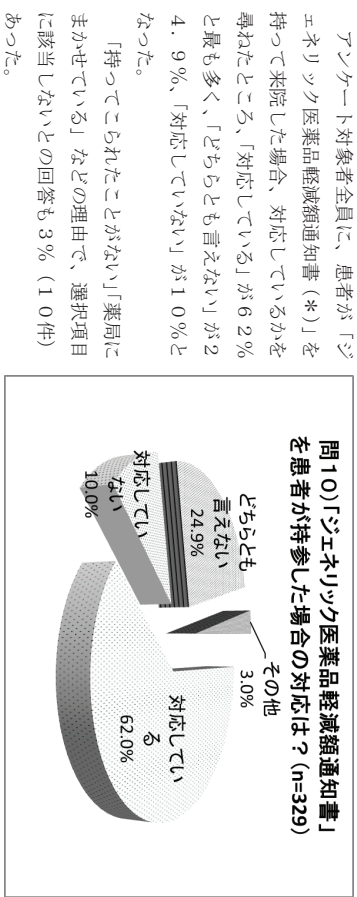
- ・突然に供給が止まることがある
- ・発売が急に中止になることがある
- ・供給安定性が悪いことがまれにある
- ・突然製造中止となり、何度も変更をすることあり。メーカーが利益の低いものを止めていくのでしょうか？
- ・ジェネリックの商品が途中で販売中止（多々製造中止？）になる。副作用調査がない？これらは「市販薬」という考えで、「医師の処方」という見方が正しいのではないかと
- ・卸しのすすめるソロロにして、供給が間に合わないことがある
- ・薬が製造中止になったりする
- ・すぐ製造中止になるので、次々と別の後発医薬品に変えなければならぬ
- ・販売中止になり、他に変更しなければならぬ

(その他)

- ・患者の希望が強く、先発とジェネリックの両方を準備している
- ・処方した薬剤と実際に処方された薬剤名が違うので、患者への説明に困ることがある
- ・効が悪い。内服回数が変わる（多くなる）。保険病名が違ってしまう
- ・副作用の対応を病院（大学を含めて）がしてくれない。責任がどこにもなく、処方医にかかわる
- ・薬の把握が困難（調べる時間が長くなる）

- ・適応症が異なる時がある。患者から効果が少ないと言われることがある
- ・ドライシロップだと味が違うので、後発品だと内服できない子がたくさんいる
- ・メーカーが良かった。逆もある
- ・値段相応の効果かと思う
- ・少しでも不具合があると言われる場合は、速やかに先発品に戻します
- ・妊婦への投薬時に副作用の情報提供がにくい。先発品で話をするか、メーカーに問い合わせるかしないといけない。薬局でジェネリックに変更された場合は、どのような説明がなされているかが更に不安
- ・効果不足、情報提供がない。ジェネリック会社はMRを見たこともない
- ・どのようなゾロメカーの薬が処方されるかは、後日患者さんの「お薬手帳」を見せてもらうまで分からない。信頼に足るメーカーか否か判断できないことがほとんど…
- ・後発医薬品に変更し、先発品と同等と思われない薬品があり、先発品に戻したことがある。後発品も薬局の判断でメーカーが変更になるのは不安がある
- ・前医のものと変更するのに抵抗が若干ある
- ・検察に時間がかかると。一時的に先発品に変えざるを得ない。薬局（院内）では対応できない
- ・先発薬品を希望する人も意外とする。後発品を信用してないようだ
- ・やや効果が少ない。患者さんがブランド志向なことあり
- ・ネーミングが様々で分かりづらい
- ・薬剤により適応が異なる。一般名となるため、同じような名前もあり間違えやすい。薬剤名が長過ぎ（製薬会社名も付加されていて）。何の薬か推測しがたくな間違えやすい
- ・患者さんの気持ちの問題かと感じます
- ・後発品に切り替える時に効能外にて処方できない場合もある（先発品は効能ありでも）
- ・名前が分かりにくい

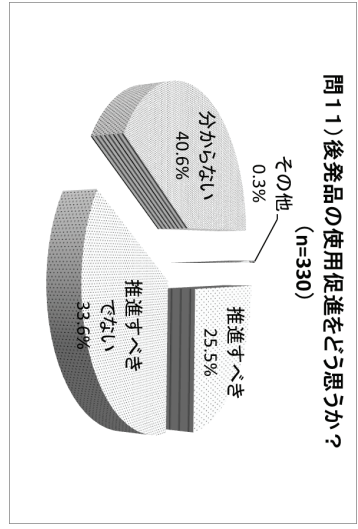
問 10 患者が「ジェネリック医薬品軽減額通知書」を持って来院した場合、対応していますか。



* 「ジェネリック医薬品軽減額通知書」とは先発医薬品を後発医薬品に切り替えた場合、どの程度薬剤費が軽減されるかを示したもので、保険者から被保険者に送付される。

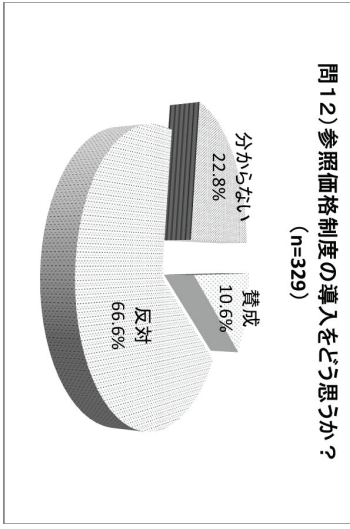
問 11 政府は後発医薬品の使用割合を、2020 年度末までに数量ベースで 80%以上に
する方針です。後発医薬品の使用促進についてどう思われますか。

アンケート対象者全員に、国が後発医薬品の使用を進めていることについてどう思うか尋ねたところ、「分からない」が 40.6%と最も多く、「使用を促進すべきでない」が 33.6%、「使用を促進すべき」が 25.5%、5%となった。選択項目に該当しないとの回答も 0.3% (1件) あった。



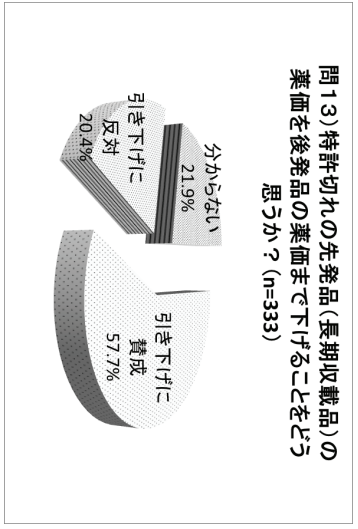
問 12 特許期間が切れて後発医薬品が販売されている先発医薬品（長期収載品）について、後発医薬品の薬価までしか保険給付を行わず、これを超える分は患者負担とする“参照価格制度の導入”が検討されています。どう思われますか。

アンケート対象者全員に、参照価格制度の導入をどう思うか尋ねたところ、「参照価格制度の導入に反対」が 66.6%と最も多く、「分からない」が 22.8%、「賛成」が 10.6%、「参照価格制度の導入に賛成」が 1.0%、6%となった。



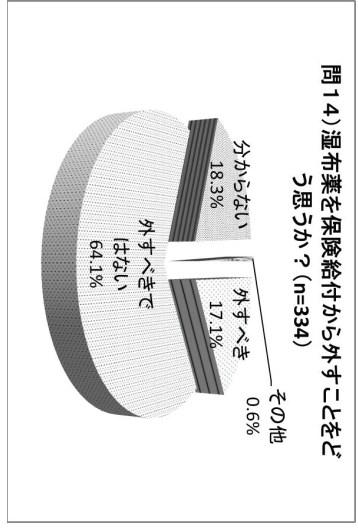
問 13 特許期間が切れて後発医薬品が販売されている先発医薬品（長期収載品）について、その薬価を後発医薬品の薬価にまで引き下げることをどう思われますか。

アンケート対象者全員に、長期収載品の薬価を後発医薬品の薬価並みに引き下げることをどう思うか尋ねたところ、「先発医薬品の薬価引き下げに賛成」が 57.7%と最も多く、「分からない」が 21.9%、「先発医薬品の薬価引き下げに反対」が 20.4%となった。



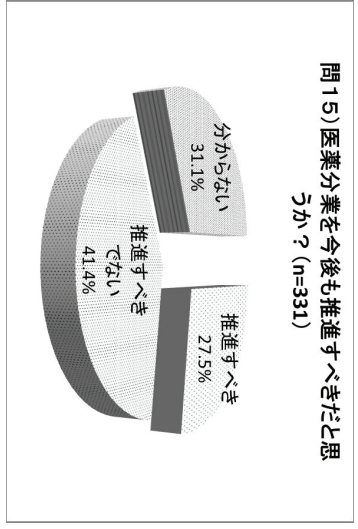
問 14 湿布薬を保険給付から外すことが検討されています。どう思われますか。

アンケート対象者全員に、湿布薬を保険給付から外すことが検討されているが、どう思うか尋ねたところ、「保険給付から外すべきではない」が 64.1%と最も多く、「分からない」が 17.1%、「保険給付から外すべき」が 18.3%と少ない。選択項目に該当しないとの回答も 0.6% (2件) あった。



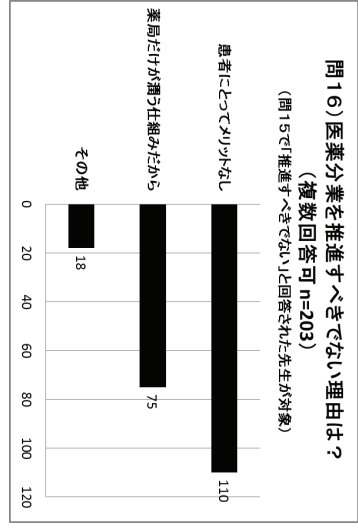
問 15 現在中医協において、調剤報酬の抜本的な見直しとともに医薬分業のあり方についても議論が行われています。医薬分業を今後も推進すべきだと思えますか。

アンケート対象者全員に、医薬分業を今後も推進すべきかを尋ねたところ、「推進すべきでない」が 41.4%と最も多く、「分からない」が 31.1%、「推進すべき」が 27.5%となった。



問 16 問 15 で「医薬分業を「推進すべきでない」と回答された先生にお尋ねします。その理由は何ですか。(複数回答可)

問 15 で医薬分業を今後も推進すべきでないと回答した会員に、その理由を複数回答可で尋ねたところ、「患者にとってメリットがないから」が 110件と最も多く、「薬局だけが潤う仕組みだから」が 75件、「その他」は 18件となった。理由には次のとおり。



- ・「医薬分業を推進すべきでない」「その他」の理由
- ・メリットよりデメリットが大きいため
- ・全く患者にとって有益なことがない。悪法である
- ・費用対効果の価値が低い

- ・総医療費が上昇
- ・医療の多様性が失われる
- ・医学の知識のない薬剤師が、すべての科の薬を診察もせず、説明すること自体ナンセンス
- ・医師の説明と異なる場合がある
- ・薬剤師の質が悪い
- ・地方ですぐそばに薬局があるとは限らない。漢方薬などを飲めるかどうか試しに飲ませてみることや、飲ませ方の説明ができない
- ・近くに処方せん薬局がなく、交通の便も悪いので無理
- ・医薬分業の本来の目的である面分業は現実的には実施不可能であるから
- ・院内の方が直接医師から説明が開ける。薬局に行く手間が省ける（特に子どもや老人は大変）
- ・高齢者が診療した後に、そのまま薬を持って帰ることが一番ラクです
- ・患者の利便性を考えて
- ・患者さんの負担が多いから（同意見多数あり）
- ・調剤薬局が勝手なジェネリックを処方してしまう可能性がある。例えば無名製薬会社のジェネリックを処方されるのは不安を覚えます
- ・1. 規格、品質などの格差が会社により大きすぎる。2. 医薬品医療機器総合機構での副作用の調査が始まったばかりで、ジェネリックの情報がなく、対策もはつきりせず、かなりいい加減です。3. 薬剤師は病人に対しても病気に対しても実力が不十分。4. 医薬分業の本心が日本では正論でない
- ・院内、院外両者がうまくできればと思う。院内の比重がもう少しあってもよいと思う
- ・「今のままで」推進すべきでない。…これだけを問われても回答困難です

問17 医薬品に関わることについて、自由にご意見をお書きください。

（後発医薬品の使用促進について）

- ・ケースバイケース、いろいろあって良い。患者が選択をすれば良い（50代・内科開業医・有床診）
- ・先発品を使う権利とは言わないが、選択肢は残してほしい。品質の差（先発品は全データの成績、後発品はチャンピオンデータの成績）が問われている。この問題点を解消してほしいですね（40代・内科開業医・無床診）
- ・先発品、後発品の選択は医療を実施する医師の判断によるものが、患者のためになるように思う（60代・耳鼻咽喉科開業医・無床診）
- ・政府が薬効を保証して後発品を推進するわけであるから、それに関して問題が生じた場合責任が生じるはずだ（60代・耳鼻咽喉科開業医・無床診）
- ・2020年に80%ではなく、医師、薬剤師の裁量にまかせるべき（60代・耳鼻咽喉科開業医・無床診）
- ・患者負担ゼロの人に、後発品を勧めにくい。はつきり後発品を使うように決めてもらわない限り、生保の人などにはなかなか理由を言って変更してもらえない（60代・内科開業医・無床診）
- ・「患者の自己負担とする」ということは以ての外！なげ、そこまで後発品にこだわるのか？院内処方では先発品の薬価も下がっており、患者負担は院外処方よりも少ないと思う（後発品に変更しても）。後発品が増えすぎて何ともならない。メーカーの都合で突然製造中止となったりで、やりにくくて仕方ありません（60代・内科開業医・無床診）
- ・後発品処方強制すべきではない。情報提供を十分ににして、患者さんに選択させる。（一般名処方だとよく考える）（70代・内科開業医・無床診）
- ・基本的には後発医薬品は処方しません。政策的に診療側に利益誘導されれば、方針を変更してしまおうと思います（60代・耳鼻咽喉科勤務医・有床診）

（後発医薬品の品質・安全性について）

- ・ジェネリック医薬品もメーカーによって品質の差があると言われています。最低限の有効性のチェックは必要と考えます（60代・小児科開業医・無床診）
- ・医薬品はもつと厳重に管理、検査を行うべきである。副作用があったときに誰が責任を負うのかはつきりしてほしい（60代・内科開業医・無床診）
- ・後発品は先発品に比べ、薬効が弱いような気がするのですが…（70代・整形外科開業医・無床診）
- ・後発品の効能、効果の再チェックをしてほしい（60代・内科開業医・無床診）
- ・患者負担を考えると、安く安全な薬がベストだと思います（50代・内科開業医・無床診）
- ・後発品のデメリットが全く周知されていない。現状は危険です（40代・内科開業医・無床診）
- ・パッチ剤のように違いが明白に分かるものは良いが、内服薬は分からないので大変怖いと思う。薬が効かないのか、後発だから効かないのか分からない。政府は、後発は全く違うものと言わなくてはならない。このまま後発を進めるなら、後発の品質をもっと監督すべきである（60代・整形外科開業医・無床診）
- ・後発品の薬効は同じと聞いているが、はたしてそうなのか。先発品と比べて、その効果（吸収度合い、持続時間等）を自社で測定してみせてもらいたい。薬によって効果が先発品と比べて多少劣っている感じがある。また反対に、先発品と比べて強いように思えるものがある（60代・内科開業医・無床診）
- ・後発医薬品は製造方法が先発品と違うので、全く同じものではないと思っていますが、間違っているでしょうか（70代・内科開業医・無床診）
- ・後発品も多少の臨床検査（効果、副作用など）をすべきと思う。先発品と同じ基剤などにすべきと思う（60代・内科開業医・無床診）
- ・後発品にすると薬についての情報が入ってこなくなる（60代・整形外科開業医・無床診）
- ・同一成分でも吸収の状態がどのようなか不明なため、体内で先発品と同じ働きをしてくれているか不安である（70代・内科開業医・無床診）
- ・後発品の使用を進めるのなら、有効血中濃度等の実質に差がないことを検査し、公表すべきでは（60代・整形外科開業医・無床診）
- ・成分の特許は使用できても、先発品は吸収のさせ方に特許を持っていたり、ノウハウを持っているものがある。それらは明らかに体内動態が変化しやすくなる可能性があるため、そのあたりの情報を明らかにしてほしい（40代・内科開業医・無床診）
- ・後発品の信頼性について不安を感じる
- ・後発品の製造国名を記載すべきです
- ・ジェネリック医薬品が乱発されており、選択にも迷いがあります。週刊誌には粗悪品もあるやに書かれており、ジェネリック製薬にも注意を向けていただきたい（70代・内科開業医・無床診）
- ・後発品にも販売前の有効性、副作用の臨床試験を義務付けるべき（50代・整形外科開業医・無床診）
- ・本当に後発品は大丈夫なのだろうか（50代・内科開業医・無床診）
- ・後発薬品は明らかに効果が悪い場合が多い。先発品と比べ、その後発品の効果が何%まであるかはっきり表記していただきたい。物によっては20～30%しかないものがあると聞く（70代・眼科開業医・有床診）
- ・薬品は副作用が出現することもあり。ジェネリック社も厳密なD I と補償等を徹底してほしい。まず、安全性が確保されることである（70代・小児科開業医・無床診）
- ・品質をきちんとチェックしていただけるなら、ジェネリックでもよいと思います。品質が保証されることが、当然ですが、不可欠だと思います（50代・精神神経科開業医・無床診）

(後発医薬品全般について)

- ・後発品の名称に愛着が持てない。例えば、「メバロチン」のジェネリックが販売された折、「メバリック」という逸品(薬品名)が販売されたが、アラバスタチンに改題させられた。枚挙にいとまがない。ジェネリック薬品は統一名(統一愛称名)＋製薬会社名にすべきだと考えている。アラブアラでは、アラブアラ日医工とか愛称名は知恵を出し合って決めればいいのか(60代・内科開業医・無床診)
- ・会社などで“商品名”を指定してくるのは法律上問題があるのでは!? ジェネリックの品質がすべて同じではありません。十把一絡げにするものではないと思います。院内の場合、ジェネリックを用意するのはかなりの不良在庫でもあり、昔のサロイのCMでへき地の診療所で患者が「ジェネリック、お願いします」との言葉は涙が出ます。こんな失礼なCM、医療者の負担を考慮していません。ヒドイ!! (50代・泌尿器科開業医・無床診)
- ・ジェネリックが全く入っていない病院→共済組合病院(60代・内科開業医・無床診)
- ・#1. 「ジェネリック」を下さい→「とっくに使っていない」とか「分かりました」等のやり取りをしている。#2. ジェネリックを「希望しない」とはつきり断る方もあり(70代・内科開業医・無床診)
- ・公務員は全員ジェネリックを服用することで、一般国民に啓蒙するべし(私達も飲んで安全で効果がありますから、国民の皆様も飲んでください)。クールビズ、節電などを官庁が率先して行うように、公務員はジェネリックを飲んだ上で国民に勧めるべきである。医療よりも財政が優先しているのは、国民を早死にさせる策である。ジェネリックは欧米に比べて質が悪い、検証が甘い。ジェネリックのメリットを広告していますが、先発品のメリットも知らせない片手落ち(70代・整形外科開業医・無床診)
- ・ジェネリックの使用は公務員においてまず推進するべき。一般企業の社員は会社からジェネリックの使用を勧められている(50代・耳鼻咽喉科開業医・無床診)
- ・政治家、高級官の使用している薬を調べてみることはできませんか?皆様、ジェネリックをご使用でしょうか?(60代・内科開業医・無床診)
- ・1つの医薬品にジェネリックが10社近くあるものもあり、選ぶのが大変である。後発医薬品に一斉に変えた場合、医療過誤のものになる(50代・産婦人科開業医・有床診)
- ・後発品の名前を見るとイライラする!!(60代・内科開業医・無床診)
- ・クリニックにとってどちらにメリットがあるか分からないので、メリット、デメリットを示して判断材料を出してほしい(30代・皮膚科開業医・無床診)
- ・3割負担の患者さんはジェネリック=安くすると喜ばれるが、お年寄りはそのだけで体調不良になったと思ってしまうことが多い。とにかくこちらの都合で変えられたくないようだ(40代・内科開業医・無床診)
- ・自分の使用では、ジェネリックはあまり使用したくない(70代・小児科開業医・有床診)
- ・外用薬(湿布)において、1袋6枚入、7枚入など枚数が違う場合があり、できれば統一してほしい(例: モーラス14枚を処方すると、6枚入しかない)ので12枚に変更される(60代・整形外科開業医・無床診)
- ・ジェネリック医薬品が発売された時点で、適応疾患をすべて統一してほしい(60代・内科開業医・無床診)
- ・後発品名は先発名で統一。後ろに会社名を付けて。商標の問題もあるだろうが、一番名の知られている名前で統一するのが良い(50代・開業医・有床診)

(医薬品全般について)

- ・先発薬は全組成を開示すべき(50代・内科勤務医・無床診)

- ・小数点の付いた薬価は中止していただきたい。できるだけ減点されにくい薬効としていただきたい(60代・内科開業医・無床診)
- ・最近出る薬は値段が高すぎて使う気にならない(40代・胃腸内科開業医・無床診)

(薬局・薬剤師のあり方について)

- ・対面に見合う仕事を薬局がしていない。しかし、薬のことで時間を割けない(50代・内科開業医・無床診)
- ・薬剤師には相応の責任を分担させるべき(50代・耳鼻咽喉科開業医・無床診)
- ・湿布剤を投与して部位が違うからといって、クリニックだけ切られ、薬局におとがめなしは納得できない。疑義照会しない薬局も多すぎる。薬局への監視を厳しくすべき。後発品変更も勝手に薬局はやっている(50代・内科開業医・無床診)
- ・訪問薬局が増えると思う(30代・開業医・無床診)
- ・医薬分業は必要だが、薬局の責任をもっと重くすべき。例えば投薬をレセエックされた時、返金をクリニックと薬局で折半ぐらいにして、クリニックのみの負担としないようにするべき。ドラッグの処方箋の薬剤師としてのチェックに対する責任を持ってほしい(50代・小児科開業医・無床診)
- ・医療費の今後の上昇を抑えるためには、非効率な中間マージンのような門前薬局を存在させるのは、あまり価値が低いと思います。無駄な人件費のようなものです(60代・内科開業医・無床診)
- ・薬剤師のレベルに差があります。本アンケートについて一般名処方と、変更不可欄が考慮されていない(50代・整形外科開業医・無床診)
- ・門前薬局の存在意義が分からない。社会保険費の削減が急務なのにおろかな政策だ(40代・眼科開業医・有床診)
- ・大きなスーパーやドラッグストアなどは、地域に数店あれば良い。門前薬局は禁止(50代・内科開業医・無床診)
- ・薬局は加算をとることに精一杯です。加算をもっとシンプルにした方がよい。株式会社ですから、医院とスタンスが違うと感じることがあります(30代・耳鼻咽喉科開業医・無床診)
- ・薬剤師の力量に差があります。他院処方などのチェック機能もあるので、有効と思われることもあります。医院と薬局の連携を密にするための施策が望まれます(50代・内科開業医・無床診)
- ・在宅支援診のように24時間体制で医療提供するのだから、調剤薬局も何らかの方法で24時間体制の構築を目指すべきでしょう。<余談>当地(東濃地方)ではセレスタミン配合錠は、後発品の「サクコルチン」で通称されており。この言われをご存知の方はおられないでしょうか?(50代・内科勤務医・有床診)
- ・薬局が患者に薬を渡す時、“内容が画一的”。本当に処方の意味を理解しているか疑問のときがある(70代・内科開業医・無床診)

(薬価・報酬設定について)

- ・院内、院外の報酬を同額にすべき。そもそも院内と院外の報酬に差が設けられている根拠は?(50代・勤務医・病院)
- ・調剤料、薬局の指導料は再考を(40代・産婦人科開業医・有床診)
- ・院内処方時、“調剤料”が問題となる。(イ)時間がかかる。老人の薬剤管理をよくするため、シールのまま渡せないなど種々の工夫が必要となる。(ロ)包装紙が高価である。長期投与が多くなっているため、かなりの赤字となる(80歳以上・内科開業医・無床診)
- ・院内の処方料、調剤料が高くないと院内処方は無理(60代・精神神経科開業医・無床診)

- 先発医薬品は特許期間中に開発費などを回収するよう、価格を高く設定し販売していると思うため、期間が切れたら製薬会社が価格を下げるべきだと思います。価格を下げないで後発品との差分を患者さんに負担してもらうことには疑問があります (40代・内科開業医・無床診)
- ジェネリックにするより、メーカー品の薬価を下げればすむことなのに、なぜ政府は薬価を下げないのか分からない (60代・内科勤務医・病院)
- 先発品 (特許期間の切れた) の薬価を下げられない理由は何ですか？そもそも先発品の薬価を下げることであれば、こんなくだらない議論をしなくてよいと思うのですが… (50代・内科開業医・有床診)
- ジェネリックにするより、メーカー一品の薬価を下げればすむことなのに、なぜ政府は薬価を下げないのか分からない (60代・内科勤務医・病院)
- 院内処方にも、もう少し点数を増やしてもらいたい (50代・外科開業医・無床診)
- 高齢者が多いため、分包を行うことが多いが、院内処方を行っていると分包紙代がかなり多く、分包の手間、時間がかかる。一包化に点数を付けるべき (70代・内科開業医・無床診)
- 突合で医薬品が査定された時、処方医のみに減額負担させられる意味が分からない！こちらは院外なのだから、処方薬の金額をもらっていないのだから、薬局から減額すべきではないのか (50代・泌尿器科開業医・無床診)
- 薬価、特に外資系会社のものが適当なのか否か疑問 (70代)

(医薬分業について)

- 医薬分業は患者、医薬、薬局のみんなが公平にメリットのある形にしていきたい (50代・内科開業医・無床診)
- 医薬分業は悪いとは思わない。しかし、患者の負担が増える今の方式は変えるべきだと考える (60代・内科開業医・無床診)
- 院内処方より院外処方の方が高くなる仕組みはおかしい。調剤費が高すぎる。医療費全体が高くなっているのは医薬分業のせい。それを後発品推進で改善しようとするのはおかしい。先発品は新薬開発の努力の結果である (60代・小児科開業医・無床診)
- 医薬分業は長所、短所があるが、厚生労働省の推進で作ったもので、急に欠点だけをテレビ等で示し、変えようとするのは困る (60代・整形外科開業医・有床診)
- 当院も院外処方にしたが、高点数で指導の制度があるためで、医薬分業は医療費を上げるだけ (60代・内科開業医・無床診)
- 今のような形では、医薬分業の推進はすべきではない。理由としては、経済的負担が多くなっている程、患者さんの利益はないと思われること (50代・耳鼻咽喉科開業医・無床診)
- 医薬分業について、明らかに高額になりメリットがない。薬剤師も薬を渡すだけで？ (50代・整形外科外科開業医・無床診)
- 現在の医薬分業 (かかりつけ薬局の機能など) は医療費高騰になっているだけ。後発品個々の特徴が分かるとよいが… (60代・内科開業医・無床診)
- 特例 (離島など) を除き、分業は確実に進めるべき。医師の地位向上のためにも、薬剤師の専門性を追求するためにも分業は必要です (70代・内科開業医・無床診)
- 医薬分業はよいが、医師の側で錠剤の形、色等の把握が難しいため、患者さんから例えばピンク色の薬と言われても分からない (70代・内科開業医・無床診)
- 医薬分業の効果が、調剤薬局が患者さんから徴収する金額程のものとは思えない (60代・整形外科開業医・無床診)

- 医薬分業は、多くの薬剤師を食わせるためだけの政策。すべての医院がやれば医療費はペンクする。医薬分業を早くやめるべきである (60代・内科開業医・無床診)
- 医薬分業すべしだと思いますが、あまりにも調剤薬局がいるような点数をとることに反対である。院内処方、以前当院では薬剤師一人が患者につくっていたが、大変で医薬分業することに賛成。看護師につくらせているところもあり、これには絶対反対 (60代・内科開業医・無床診)
- 医薬分業を撤廃すれば、医療費はさらに削減できると思います (40代・内科開業医・無床診)
- 政府の方針が分からない。地域包括診療加算では 24 時間対応の薬局との連携が必要だが、そんな薬局は限られている。田舎では自分のところで薬を持たなければならぬ。一方で医薬分業をとえながら、全く矛盾している。また、医薬分業すれば時間外対応を薬局がしないので、開業医も時間外は診療しなくなるのは当然である (70代・外科開業医・無床診)
- 門前薬局は明らかに誘導しているだけ。患者の選択の余地がない。クリニックの院内処方をもっと評価すべし！ (特に田舎やへき地は医薬分業は無理) (50代・内科開業医・無床診)
- まず当院の院内処方は、薬局が近くにないと同時に、一日の処方数が 40 に達せず、院外処方引き受け手が生れない。院内処方の方が、負担が少ない (院外に比べると月に 1,000 円違うこともある) にもかかわらず、その割に院内処方を褒める人はいない。土、日などは心配なく薬が出せるので良いと思う (70代・内科開業医・無床診)
- 服薬指導、分包、この2つだけでも高齢者対象となると、院内処方では薬剤師が必要となり、現状では不可。医薬分業が望ましい (60代・内科開業医・無床診)
- 医薬分業によるメリットが十分に発揮できていない。かかりつけ薬局のあり方を含めた十分な検討が必要と考える (50代・内科勤務医・無床診)
- 院内に薬剤師を置くことは、個々の小診療所にとっては難しく (人事的、費用的にも)、多少患者の負担が増えるが、薬剤の説明 (服用の仕方や副作用など) も十分してくれて患者にメリットもある。また、医師の処方内容のチェック機能もあるので、分業は都市においては望ましいと思う (70代・耳鼻咽喉科開業医・有床診)

(保険給付の範囲について)

- 湿布、漢方薬も立派な薬品です。保険給付を継続することを望みます (40代・内科開業医)
- 湿布は正しく使い、保険給付から外すべきでない。患者を教育することは可能 (50代・整形外科開業医・無床診)
- 1) 湿布剤について、内科医師からの処方が多い。患者さんの求めるままに処方されている現状は明らか。行政が制限あるいは除外しようとするのも故なしとは言えない。2) 各メーカーが大版の湿布剤を続々と生産しているが、全く無駄なもうけ第一主義と言わざるを得ません！ (70代・整形外科開業医・無床診)
- 湿布など、いきなり保険給付から外すのではなく、自己負担を増やすなど徐々に対応していく必要があると思う (40代・整形外科開業医・無床診)

(医薬品に関わる政策全般について)

- 高薬価のものはジェネリックに変更しているが、あまり値段が変わらないものも患者の希望があれば変更している。ジェネリックに 100% 変えても数千億程度しか浮かないのなら、もっと別の医療費抑制策を考えた方がよい (60代・内科開業医・無床診)
- 医師の処方権を侵害し (医師は患者に最善の医療をすることを前提として)、医療の内容に踏み込んで医療費の削減をする政府の方針に反対します (80歳以上・小児科開業医・無床診)

- ・ たった一人の、特殊な薬のために院外処方になると、院外処方診療所と認定され、保険点数を少なくしなければなりません（検査を減らし、後発品ばかり使う）。これは理不尽と思いますが、院外だと、大量の先発薬とたくさんの方の検査をしても審査には通ってしまい、これが医療費を押し上げています（60代・産婦人科開業医・有床診）
- ・ 接骨院・鍼灸院で第2、3種医薬品を販売しているケースがある。法的には問題ないかもしれないが、白衣を着た柔道整復師が知識もないのに薬の講釈をするのは有害である。患者さんは白衣を着ていると医師と間違えるので、インテキ医療がはびこる危険があるのでは？（50代・整形外科開業医・無床診）
- ・ 十分な医科、薬科での情報共有が必要。薬科との食い違いで、医科から減点されるのは如何なものか？（50代・内科開業医・無床診）
- ・ ご都合主義の薬品改正に振り回されたくない（60代・内科開業医・無床診）
- ・ できるだけ現行の体制を変更しないでほしいです（ジェネリックを増やす以外）（60代・内科勤務医・無床診）
- ・ 保険財政が悪ければやむを得ない。でも自分はまだあまり使わない。安ければよいとも思えないけど、老人に多く使うにはいいかも。いろいろ言ってもどうせ思うように政府がやると思う。しかし、根本的に制度を見直さないとダメ（60代・産婦人科開業医・有床診）
- ・ 今日のプロブレム問題（タケタ 誇大広告）のタケタの対応を見ると、医薬品の何たるかという根本的な理念のなさに驚かされます。単なる営業上の商品であり、利益のみで薬を考えようとしているかのようです。国もあまり診療を理念だけで考えさせる方向性の提示は控えていただき、人の問題として捉えていただきたいです（50代・内科開業医・無床診）
- ・ 「医薬分業」を否定する訳ではありませんが、現実では患者さんにとってメリットがあるとは思えません。私ども小児科医にとっっては、渡す薬の反応がすぐみられる点で切り離すことは良くないと思います。国の政策は、製薬資本、薬局（とくにチェーン薬局）に有利性が傾きすぎているのではないのでしょうか。このため「医療費」が高騰し、ジェネリックの押しつけでは不合理極まりないと考えています（70代・小児科開業医・無床診）
- ・ 後発品が増えることも、医薬分業も、時代がその方向に向いており、しかたがないことと考える。ただ、医療費削減目的のみで、際限なく進められるのはどうかと思う。医療費削減には、予防医学や健康増進のための食育が重要。国をあげた減塩や減糖などの政策が必要でしょう（60代・産婦人科開業医・有床診）
- ・ 先発医薬品（全ての）が発売されて一定期間が経過して、その効能の優秀性が医療界全体に広く認められてきた時期を審議会において公正に判断して、後発品の製造販売の許可の可否～促進を認定する（早期に）（70代・開業医・無床診）
- ・ リンネル処方せんには反対（50代・内科開業医・無床診）
- ・ かかりつけ薬局を患者に決めさせ、調剤料は包括とする。かかりつけ薬局以外での処方の際には、保険調剤不可、もしくは調剤料はかかりつけ薬局に請求する（40代・開業医・無床診）
- ・ ①後発医薬品の品質を保つ必要がある。②薬価が高すぎるという実感がある。適正な価格にしてほしい。③調剤薬局が極端に潤う仕組みは正が必要である（50代・内科開業医・無床診）

（資料1）
アンケート詳細

- ◆は対象者全員が回答する項目、◇は該当者のみ回答する項目。数字は回答数、（ ）内はその割合
- ◆問1 先生は院内外方をされていますか、それとも院外処方をされていますか。
院内外方をしている 86 (25.6%) 院外処方をしている 185 (55.1%)
院内外方と院外処方を両方行っている 65 (19.3%)
- ◇問2 問1で「院内外方をしている」「両方行っている」と回答された先生にお尋ねします。院外処方とされない理由は何ですか。（複数回答可）
患者の利便性を考えて 117 薬局での患者負担が高額になるため 69 近隣に薬局がないため 42 その他 27
- ◆問3 後発医薬品を処方されることはありませんか。
問3にある 124 (37%) ある 172 (51.3%) あまりない 34 (10.1%) 全くない 5 (1.5%)
- ◇問4 (問3で「大いにある」「ある」と答えた会員に) 後発医薬品も処方しているが、「この薬剤については先発医薬品を使いたい、後発医薬品には変更したくない」という“こだわり”はありますか。
ある 126 (43.3%) ない 165 (56.7%)
- ◇問6 問3で「あまりない」「全くない」と回答された先生にお尋ねします。その理由は何ですか。（複数回答可）
後発医薬品の有効性に疑問があるから 28 後発医薬品が安定供給されるか不安だから 9 後発医薬品の商品名が多すぎて医療過剰のものになるから 14 その他 9
- ◇問7 (問3で「大いにある」「ある」と答えた会員に) 先発医薬品を後発医薬品へ切り替えた場合など、後発医薬品に対する患者の反応はどうでしたか。
大変良い 3 (1.1%) 良い 169 (60.1%) あまり良くない 69 (24.6%) 悪い 5 (1.8%) その他 35 (12.5%)
- ◇問8 (問3で「大いにある」「ある」と答えた会員に) 後発医薬品を使用することで不具合を軽減されたことはありますか。
多々ある 8 (2.8%) ある 125 (43.7%) あまりない 133 (46.5%) 全くない 19 (6.6%) その他 1 (0.3%)
- ◇問10 患者が「ジェネリック医薬品監視通知書」を持って来院した場合、対応していますか。
対応している 204 (62%) 対応していない 33 (10%) どちらとも言えない 82 (24.9%) その他 10 (3%)
- ◆問11 政府は後発医薬品の使用割合を、2020年度末までに数量ベースで80%以上にする方針です。後発医薬品の使用促進についてどう思われますか。
使用を促進すべき 84 (25.5%) 使用を促進すべきでない 111 (33.6%) 分からない 134 (40.6%) その他 1 (0.3%)
- ◆問12 特許期間が切れて後発医薬品が販売されている先発医薬品について、後発医薬品の薬価までしか保険給付を行わず、これを超える分は患者負担とする“参照価格制度の導入”が検討されていますか。どう思われますか。
参照価格制度の導入に賛成 35 (10.6%) 参照価格制度の導入に反対 219 (66.6%) 分からない 75 (22.8%)
- ◆問13 特許期間が切れて後発医薬品が販売されている先発医薬品について、その薬価を後発医薬品の薬価にまで引き下げることをご思われますか。
先発医薬品の薬価引き下げに賛成 192 (57.7%) 先発医薬品の薬価引き下げに反対 68 (20.4%) 分からない 73 (21.9%)
- ◆問14 湿布薬を保険給付から外すことが検討されています。どう思われますか。
保険給付から外すべき 57 (17.1%) 保険給付から外すべきではない 214 (64.1%) 分からない 61 (18.3%) その他 2 (0.6%)
- ◆問15 現在中医師において、調剤報酬の技術的な見直しとともに医薬分業のあり方についても議論が行われています。医薬分業を今後も推進すべきだと思いますか。
推進すべき 91 (27.5%) 推進すべきでない 137 (41.4%) 分からない 103 (31.1%)
- ◆問16 問15で「推進すべきでない」と回答された先生にお尋ねします。その理由は何ですか。（複数回答可）
患者にとっでメリットがないから 110 薬局だけが潤う仕組みだから 75 その他 18

(資料2)

岐阜県保険医協会

後発医薬品の使用等に関する「医科会員アンケート」

- ◆ 先生の年齢は？ □20代 □30代 □40代 □50代 □60代 □70代 □80歳以上
- ◆ 先生は開業医、勤務医のどちらですか？ □開業医 □勤務医
- ◆ 先生の勤務先は？ □無床診療所 □有床診療所 □病院（ 床）
- ◆ 主に標榜する診療科は？（1つだけ✓をしてください）
□内科 □小児科 □外科 □皮膚科 □整形外科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □泌尿器科
□産婦人科（婦人科のみを含む） □精神・神経科 □その他（ ）

問1 先生は院内処方されていますか、それとも院外処方をされていますか。

- 院内処方をしている（→問2△） □院外処方をしている（→問3△）
- 院内処方と院外処方を両方行っている（→問2△）

問2 問1で「院内処方をしている」「両方行っている」と回答された先生にお尋ねします。院外処方にされない理由は何ですか。（複数回答可）

- 患者の利便性を考えて □薬局での患者負担が高額になるため □近隣に薬局がないため
- その他（ ）

問3 後発医薬品を処方されることはありますか。

- 大いにある（→問4△） □ある（→問4△） □あまりない（→問6△）
- 全くない（→問6△）

問4 後発医薬品も処方しているが、「この薬剤については先発医薬品を使いたい。後発医薬品には変更したくない」という“こだわりの”はありますか。

- ある（→問5△） □ない（→問7△）

問5 問4で「ある」と回答された先生にお尋ねします。その薬剤の商品名をお書きください。

（→回答後は問7△）

問6 問3で「あまりない」「全くない」と回答された先生にお尋ねします。その理由は何ですか。（複数回答可）

（→回答後は次のページの問10からお答えください）

- 後発医薬品の有効性に疑問があるから □後発医薬品が安定供給されるか不安だから
- 後発医薬品の商品名が多すぎて医療過誤のものになるから
- その他（ ）

問7 先発医薬品を後発医薬品へ切り替えた場合など、後発医薬品に対する患者の反応はどうでしたか。

- 大変良い □良い □あまり良くない □悪い

問8 後発医薬品を使用することで不具合を経験されたことはありますか。

- 多々ある（→問9△） □ある（→問9△） □あまりない（→問10△）
- 全くない（→問10△）

問9 問8で「多々ある」「ある」と回答された先生にお尋ねします。どのような不具合を経験されましたか。具体的に書きください。

問10 患者が「シエネリウツク医薬品軽減額通知書」を持って来院した場合、対応していますか。

- 対応している □対応していない □どちらとも言えない

問11 政府は後発医薬品の使用割合を、2020年度末までに数量ベースで80%以上にする方針です。後発医薬品の使用促進についてどう思われますか。

- 使用を促進すべき □使用を促進すべきでない □分からない

問12 特許期間が切れて後発医薬品が販売されている先発医薬品について、後発医薬品の薬師までしか保険給付を行わず、これを超える分は患者負担とする“参照価格制度の導入”が検討されています。どう思われますか。

- 参照価格制度の導入に賛成 □参照価格制度の導入に反対 □分からない

問13 特許期間が切れて後発医薬品が販売されている先発医薬品について、その薬師を後発医薬品の薬師にまで引き下げることをどう思われますか。

- 先発医薬品の薬師引き下げに賛成 □先発医薬品の薬師引き下げに反対 □分からない

問14 温布薬を保険給付から外すことが検討されています。どう思われますか。

- 保険給付から外すべき □保険給付から外すべきではない □分からない

問15 現在中医協において、調剤報酬の抜本的な見直しとともに医薬分業のあり方についても議論が行われています。医薬分業を今後推進すべきだと思いますか。

- 推進すべき（→問17△） □推進すべきでない（→問16△） □分からない（→問17△）

問16 問15で「推進すべきでない」と回答された先生にお尋ねします。その理由は何ですか。（複数回答可）

- 患者にとってメリットがないから □薬局だけが潤う仕組みだから
- その他（ ）

問17 医薬品に関わることに、ご自由に意見を教えてください。

◎ ご協力いただき、ありがとうございました。

お手数ですが、058-267-0712までFAXにてお送りください。締切日：9月18日(金)

発行日 2015年11月30日

発行所 岐阜県保険医協会

岐阜市吉野町6-14 三井生命岐阜駅前ビル6階

TEL 058-267-0711

FAX 058-267-0712

E-mail gifu-hok@doc-net.or.jp

発行人 岐阜県保険医協会

2023年11月30日

すべての医療機関を守るため 診療報酬の大幅引き上げを



■ 国民医療の向上をめざす
全国保険医団体連合会
副会長 竹田智雄

1

改定をめぐる情勢

医療機関経営はかつてない危機 短期間でさらに声をあげよう

- 診療報酬改定率は、通常であれば12月中旬にも決定される
- 大幅な引き上げを実現するためには、本日の国会行動・集会も含め、短期間でさらに大きな声をあげる必要がある。
- 保団連は「すべての医療機関を守るため診療報酬の大幅引き上げを求める医師・歯科医師要請署名」に取り組んできた。
- 全国で多くの署名(1万筆以上)が寄せられているが、その背景には、未曾有の物価高騰やコロナ禍で地域医療、医療提供体制の疲弊を反映して、医療機関経営がかつてない危機に置かれていることがある。
- 署名には会員からの悲鳴、怒りの声

2

医師・歯科医師からの声

- ・ 昨今の物価高、人手不足による人件費の高騰分を価格転嫁出来ない為、経営環境が厳しい。今後医療機器価格も値上がりする。最低賃金を上げるのなら、診療報酬の診察料を大幅に上げるべきである。
- ・ 現在の医療の質を守るためには引上げは不可欠です。医療費を抑制しようとする日本政府の姿勢は世界の流れに逆行しています。国民の生命が優先です。
- ・ 最低賃金が上がる、物価も上がる等、経営的にもますます苦しい状況になりました。このままいけば、人員を減らす必要があり、医療の質の低下を招く現状です。まずは医療業界の雇用を守って頂き、医療崩壊を防ぎ、国民全員が健康で仕事をして、経済を活性化して欲しいと願います。経済が潤えば、少子化や高齢化も解決していくのではないのでしょうか？誰もが喜ぶ診療報酬の改定をお願い致します。

3

改定をめぐる情勢 マイナス改定の圧力 財務省 診療所の報酬単価5.5%引き下げを主張

- ・ 財務省は、財政審「建議」において、医科診療所（医療法人）の事業報告書を基に、コロナ補助金等を含んだ「経常利益率」が2020年度の3.0%から8.8%に伸びているとした上で、全産業やサービス産業（経常利益率3.1～3.4%）と同水準になるよう**診療所の報酬単価を5.5%程度引き下げるべき**としている。
- ・ コロナ禍で一番収入が落ち込んだ2020年を起点に比べること自体に悪意を感じるが、診療所の経常利益率が伸びたのは、**休日夜間返上でコロナ予防接種や発熱外来などに対応してきた結果**である。
- ・ 感染拡大の中、コロナ対応に奮闘した結果、収支が伸びたから削るとするのは不条理極まる。

4

コロナ特例の影響を除けばむしろ経営環境は悪化

- しかも、コロナ危機の下、診療本体に関わる医業利益率(2020~22年度の平均)では**コロナ特例の影響を除くと3.3%**で中小企業と同水準である(日本医師会、11月22日会見)。
- むしろ、**コロナ特例が大幅に縮減された一方、物価高騰によるコスト増で経営環境の悪化も見込まれる。**
- 診療所の診療報酬引き下げの余地はない。

5

狙いは国庫負担削減 財政審「建議」

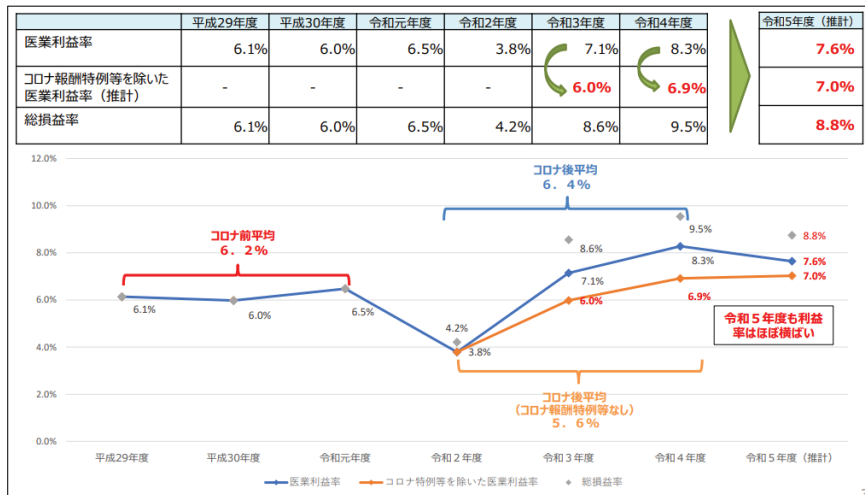
- 財政審「建議」は、診療所の報酬を5.5%程度引き下げれば、国民の負担軽減や医療従事者の処遇改善も実現できると主張
- しかし、国民の保険料負担減は年間2,400億円程度(現役世代・労使合計)で現役世代の保険料率で0.1%相当にすぎない。
- 年収500万円の人の場合、年2,500円相当(月200円程度)の軽減にすぎない。
- **現役世代の負担軽減を口実とした体のいい国庫負担の削減(約1,200億円)である。**

6

改定をめぐる情勢

コロナ下で医科診療所の経営停滞・悪化～医療経済実態調査

- 医療経済実態調査では、医科診療所（医療法人）の医業収支差（コロナ補助金含まず）は、2022年度は8.3%の黒字だが、コロナ後（20～22年度）の収支差は、平均6.4%の黒字で、コロナ前（17～19年度・6.2%）とくらべ、ほぼ横ばいになると見込んでいる。



7

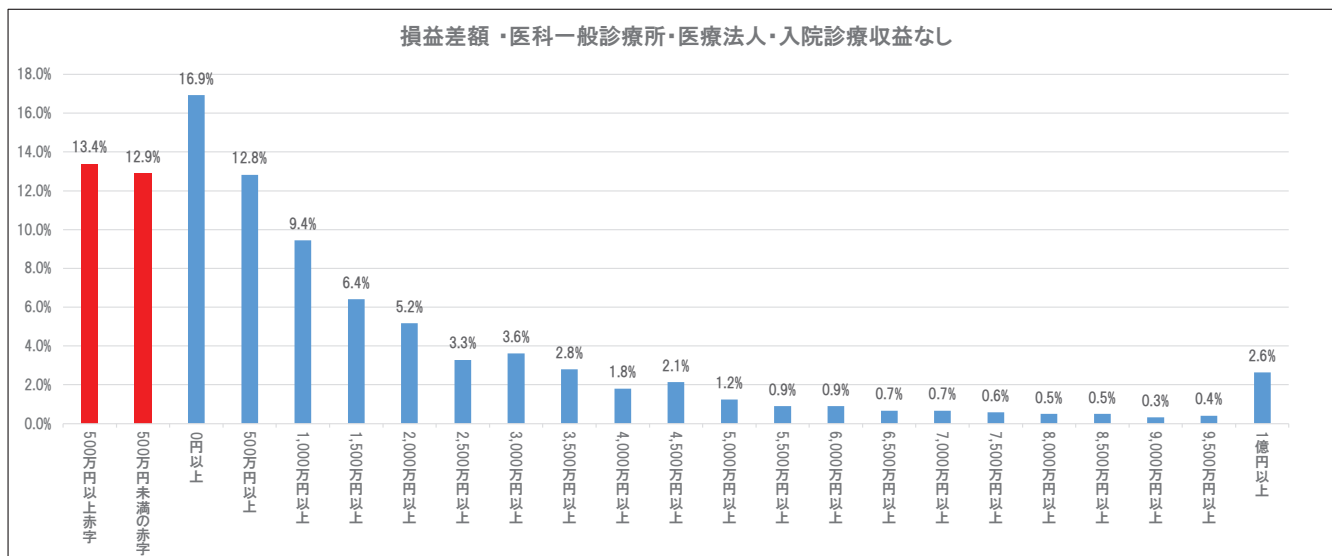
コロナ下で医科診療所の経営停滞・悪化～医療経済実態調査

- 23年度の同収支差も、コロナ報酬特例、ワクチン接種の縮小や補助金の大幅な縮小などにより、黒字幅は8.3%から7.0%に悪化すると推計。
- コロナ禍で地域医療に奮闘してもコロナ直前の経営水準（2019年度：6.5%）とほとんど変わらないのが実態である。
- 地域により密着した医科診療所（無床診・個人立）は、コロナの補助金を含めても、コロナ後（20～22年度）の収支差は平均32.2%の黒字で、コロナ前（17～19年度・31.2%）とほとんど変わらない。
- 補助金を除けば経営はコロナ前より悪化している。今後、補助金の大幅縮小や物価高騰、賃上げの影響により、このままでは経営の更なる悪化が避けられない。

8

25%の医科診療所(法人)が赤字

第24回医療経済実態調査より



(注) 損益差額は、「新型コロナウイルス感染症関連の補助金(従業員向け慰労金を除く)」を除いた損益差額である。

9

歯科診療縮小が進む危機～医療経済実態調査

- 歯科はより一層厳しい状況。歯科診療所の8割を占める個人立をみると、コロナ後(20～22年度)の収支差・平均28.0%の黒字は、コロナ補助金を含めても、コロナ前(17～19年度・28.7%)を下回る。
- **歯科診療提供が縮小している危機的状況。**
- 一般病院では、コロナ後(20～22年度)はコロナ補助金を含めても黒字1.8%の低空飛行である。22年度は黒字1.4%にまで落ち込んだ上、23年度は補助金縮小や物価高騰などから-10.2%の大幅な赤字が見込まれている。

10

小規模な医療機関ほど経営は厳しい

- コロナ禍で医療機関は平時の対応を超えて地域医療維持に奮闘しているが、経営は停滞・悪化している。
- 実態調査は比較的経営状況が良い施設が回答する傾向が見られ、小規模な医療機関ほど経営は更に厳しく、**数値以上に地域医療の疲弊は深刻**である。

11

地域医療は診療所と病院が一体で支えている 基本診療料を中心に診療報酬の大幅引き上げを！

- 財務省は、病院の処遇改善を“口実”に外来医療、診療所の評価を切り下げるよう強調するが、地域医療は診療所と病院が一体で支えており、両者は車の両輪である。
- 地域医療全体の底上げ・充実こそが必要であり、基本診療料を中心に診療報酬を大幅に引き上げることこそが求められる。

12

診療報酬は 国民に対する良質な医療を提供する原資

- 診療報酬は国民皆保険の下で、国民が受け得る医療の質と量、方法を保障するもの。医療機関の経営と診療機能の維持を保障するものであることはもちろん、そのことを通じて国民に対する良質な医療を提供する原資になる。
- 国民皆保険制度は、社会保障の一環として、憲法25条に基づくものである。
- 国民皆保険制度の運営主体である国は、時々の情勢に応じて、保険医療機関の経営を安定させ、国民への医療提供体制を保障する責任がある。
- 国は、長年の低医療費政策の下、コロナ禍や物価高騰で疲弊した医療提供を立て直すために、診療報酬を大幅に引き上げるべきである。

13

医療介護従事者の賃上げは経済活性化に

- さらに、全従事者の13.5%にも上る医療・介護就業者約900万人に対して、公定価格を引き上げて賃上げ対応することは、日本全体の賃金上昇と地方の成長の実現につながり、経済の活性化にもつながる。
- 平時の経営コストは平時の収入(診療報酬)で手当てする以外にない。地域医療の疲弊の打開に向けて、政府は診療報酬を大幅に引き上げるべきである。

14

国民の健康を守るため患者負担の軽減を！

- 1～3割にも及ぶ高すぎる患者窓口負担によって、すでに経済的理由による受診抑制が起きている。昨年導入された75歳以上の窓口負担2割化によっても、受診抑制が生じていることが、厚労省の調査で明らかに
- 薬剤の自己負担増が狙われているが、言語道断
- むしろ医療保険財政への国庫負担の増額による患者負担の軽減こそが必要
- 保団連は、診療報酬の引き上げと合わせて、常に「患者窓口負担軽減」を求めている

15

すべての医療機関を守るため 診療報酬の大幅引き上げを！

- 基本診療料を中心に、診療報酬を大幅に引き上げること
- 国民の健康を守るため、患者窓口負担を軽減すること



16

暗証番号なしの「顔認証マイナカード」で窓口混乱！？

「顔認証マイナンバーカード」ってなんだ？

前総務大臣がマイナカードの不安解消として「暗証番号なしマイナカード」を11月から運用開始すると述べていましたが、どんな仕組みでどこで手続きできるのか？ もう忘れている方も多いと思います。現時点での進捗状況などを探りました。現在、総務省で準備が進められており、各市町村窓口等で運用開始は11月27日から予定されているようです。鈴木総務大臣が11月10日の記者会見で準備中であることを明かしました。

【参考】総務大臣記者会見(11月10日)

手間暇かけて 保険証利用のみ

暗証番号なしカードの仕組みの説明によると、本人および代理人による申請も可能とされていますが、しかも当初は「要配慮者」など限定されていましたが、希望する者を対象とされました。利用者用電子証明書にかかる4桁の暗証番号を人為的にロックして、マイナポータル閲覧やコンビニでの住民票発行サービスを使えなくする仕組みです。医療機関でのマイナ保険証利用や目視での本人確認機能は活用できるとしていますが、何ができて何ができないか説明と理解に時間を要します。暗証番号をロックするのに必要なツールが総務省から提供される予定ですが、現時点で市町村等には提供されていません。事務マニュアルなどは詳細や説明会も不十分な状況で開始となります。

利用登録せずロックするとマイナ保険証が使えない

マイナカードを保有しているが、マイナ保険証の利用登録を行っていない方が約2000万人います。その方が利用登録をしていない段階で市町村窓口で暗証番号をロックしてしまうと、医療機関窓口等でのマイナ保険証の利用登録ができなくなります。医療機関でマイナ保険証の初回利用登録をする際には、暗証番号か顔認証での対応しかできないことがオンライン資格確認マニュアルでも記載されています。つまり、ロックを掛けた後に、マイナ保険証が使えると思い込み、医療機関を受診した場合、マイナ保険証によるオンライン資格確認が使えない(無効)となります。顔認証付きカードリーダーの不具合も続出しており、顔認証機能を利用してマイナ保険証の利用登録が必ずしもできない事態が生じることは容易に想像できます。

市町村も住民も運用で混乱

暗証番号を使えなくするために、自治体職員が任意で4桁の暗証番号を打ち込み、その後にロックすることで利用者側が暗証番号を使えなくする仕組みです。希望する方が申請・交付され、かつ、即日発行で切り替えも自由にできるため、申請を受ける側の職員の事務量も多くなります。そのため、各種確認や手続きでマイナカード取得時と同様に、市町村窓口の混乱が予想されます。

デジタル知識が不足し、サポートが必要な市民への説明・周知が不足する中、始めることに利用者や市町村職員からも不安・不満の声も出されています。

総務省は、市町村窓口に対して、暗証番号をロックする前にマイナ保険証の利用登録を済ませてと案内することを求めています。実際には、口頭での案内をただけで問題が解決しません。マイナ保険証の利用登録をしているかしていないかは、職員がマイナカードを目視しただけではわかりません。本人がマイナポータルを開いて利用登録を確認する方法しかありませんが、市町村職員から利用者に確認を求められても、自身でマイナポータルを閲覧できない方も多いため、その段階での混乱は必至です。 代理人申請による対応も複雑

暗証番号にロックを掛けたマイナカードを保有されている住民が他の自治体に転出した際に、受け入れ自治体が転入手続きを行うこととなりますが、受け入れ市町村では当該住民のマイナカード読み取る際に必要な暗証番号が使えないため、マイナカードの更新手続きが困難となります。 その課題への対処も複雑な手間を要するようですので混乱は必至です。

顔認証マイナンバーカードの概要と申請手続き

伊藤岳議員事務所等を通じて保団連が総務省自治体行政局から入手した資料に記載されている制度の骨格や留意事項、事務取扱いは以下の通りです。

概要

暗証番号の設定や管理に不安がある方の負担軽減のため、暗証番号の設定を不要とし、カードに搭載された利用者証明用電子証明書を用いる際の本人確認方法を機器による顔認証又は目視による顔確認に限定した「顔認証マイナンバーカード」を導入

※実印相当の効力を持つ署名用電子証明書は、暗証番号(6～16桁)の入力を顔認証又は目視で代替できないため搭載しない。

- ・希望する者を対象とし、本人又は代理人が市町村窓口で手続(※)を行う。

※カードの申請・交付のための来庁時に併せて実施。カードを取得済みの方については随時実施。

- ・ 通常カードから顔認証カード、顔認証カードから通常カードいずれの設定の切り替裏面可能(即日対応)

- ・ 医療機関等において外見上区別できるよう、カードの追記欄に「顔認証」と記載 裏面 ⇒記載欄が満欄の場合 カードケースに記載

- ・ 11月27日から受付開始(予定)

顔認証マイナンバーカードで利用できる／できないサービス

○利用できるサービス

- ・ 健康保険証としての利用。顔認証又は目視により確実な本人確認を行った上で、オンライン資格確認のほか、本人の同意により特定健診等の情報や診療/薬剤情報の閲覧が可能(※)。※公的個人認証法上、利用者証明用電子証明書の利用時に顔認証又は目視により本人確認を行うためには主務大臣の認可が必要。現在、この認可を受けている者はオンライン資格確認を実施している社会保険診療報酬支払基金のみ。
- ・ 券面の顔写真や記載事項(4情報等)を用いた本人確認書類としての利用。

×利用できないサービス

- ・ マイナポータル、各種証明書のコンビニ交付、その他のオンライン手続など、暗証番号の入力が必要なサービスは利用できない。

申請方法

顔認証マイナンバーカード取得の流れ①

- ①カードの申請・更新時(交付時来庁方式)
- ②カードの申請・更新時(出張申請・申請時来庁方式)

顔認証マイナンバーカード取得の流れ②

③電子証明書更新時

④取得済みカードからの設定切り替え時

市町村の統合端末での設定について

設定の流れ

- (1) 署名用電子証明書が搭載されている場合は破棄又は失効させる
- (2) カード交付時の暗証番号設定画面において、カード内共通暗証番号(4桁の暗証番号)を職員が無作為の番号で設定
- (3) カード運用状況が「運用中」に更新されていることを確認後、統合端末に新たにインストールする暗証番号ロック用ツール(11月下旬にJ-LIS から配布予定)を用いて、4桁の暗証番号すべてにロックをかける
- (4) カードの追記欄に顔認証と追記
- (5) カードを住民に交付

解除の流れ

- (1) 住民が顔認証マイナンバーカードから通常のカードへの設定の切り替えを希望する場合は、暗証番号初期化申請書の提出を求める。署名用電子証明書の搭載も希望する場合には、署名用電子証明書の発行申請書も併せて提出を求める。
- (2) 暗証番号初期化・再設定の手続を実施
- (3) カードの追記欄に記載されている「顔認証」に取り消し線を引く
- (4) カードを住民に交付

目視・本人確認によるマイナ保険証利用は法令違反だったの！？

暗証番号なしマイナカードの運用開始は12月前半に遅延

総務省が11月27日から開始しようとしていた暗証番号なしマイナカード「顔認証マイナカード」が運用開始時期を12月前半以降に延期することになりました。11月20日付で総務省自治行政局住民制度課マイナンバー制度支援室が各市町村宛てに事務通知を发出しました。

総務省自治行政局マイナンバー制度支援室発出 **11月20日事務連絡「顔認証マイナンバーカードの導入開始日等について」**

保団連は、暗証番号を人為的にロックし、マイナ保険証の機能以外は使用できないようにした「顔認証マイナカード」の導入で自治体窓口や医療機関で混乱が生じると警鐘を鳴らしてきました。

11月11日掲載 **暗証番号なしの「顔認証マイナカード」で窓口混乱！？**

暗証番号「ロック」で使えなくなる問題にどう対処！？

マイナカードを持っていても、マイナ保険証の利用登録をしていない人が約2000万人います。この人たちが暗証番号をロックする手続きを行った場合、医療機関の受診時にマイナカードを持参しても、マイナ保険証としては利用できない恐れがあります。マイナカードの券面にはマイナ保険証利用登録の有無は記載されないため、見た目では分かりません。マイナ保険証の利用登録は、通常はセブン銀行ATMやマイナポータルで手続きできますが、暗証番号をロックした場合、この方法は使えません。

11月16日の参議院厚生労働委員会にて芳賀道也参議院議員がこの問題で総務省、厚労省を追及しました。厚労省の伊原和人保険局長は、「医療機関・薬局で顔認証付きカードリーダーを利用して顔認証によるマイナ保険証の利用登録が可能」と答弁しました。さらに、芳賀議員は、顔認証付きカードリーダーのトラブルが相次ぎ、「顔認証」そのものが使えない方も多いと保団連調査を示し追及しました。これに対して、伊原局長は、「顔認証が困難な場合を想定して**目視で利用登録ができるように**カードリーダーを改修する予定」と答弁しました。改修ができていない中で顔認証マイナカードを導入は医療機関窓口で新たな無保険扱い者を生み出す可能性があります。医療機関に何の周知もされていないため少なくとも患者と医療機関のトラブルは避けられません。

参議院厚生労働委員会 11月16日審議録（未定稿・抜粋）芳賀道也議員質問と総務省、厚労省の回答

マニュアル記載が突然削除 何が起きたのか？

こうした中、厚労省は11月14日付でオンライン資格確認運用マニュアルをまたも突然改定しました。医療機関等には改定箇所や内容の趣旨について説明はありません。これまでも6月2日に突然マニュアルが改定され、マイナ保険証が医療機関窓口で不具合があった場合、一旦10割を徴収するとしていた規定が変わりましたが、同じことを繰り返しています。マニュアル改定を巡る経緯は以下の通りです。

○10月31日付で総務省が都道府県、市町村に事務連絡「顔認証マイナンバーカードの導入について」を发出。

○保団連が11月1日に顔認証マイナカードの問題点を指摘。

○この段階で、オンライン資格確認運用マニュアルでは、医療機関での「目視確認」によるマイナ保険証の利用者登録はできないと記載。

※記事掲載にあたり、厚労省保険局医療介護連携政策課に当該取扱いを確認しています

○ところが、オンライン資格確認運用マニュアルが11月14日付でコソッと改定。

11月13日までは下段に初回利用登録（p24）の記載で「目視確認」はできないと記載されていたが、11月14日に改定されたマニュアルではその部分がそっくり削除された。

「目視」によるマイナ保険証利用は法令違反だった！？

現在、医療機関や薬局でマイナ保険証を利用する際、顔認証や暗証番号が使えない場合は厚労省のマニュアルに従って目視で本人確認しています。しかし、これが法令違反であることが分かりました。

また法令では、本人であることを確認することが可能な者は「特定利用者証明検証者」として主務大臣の認可を受けることが必要とされています。利用者検証はなりすまし防止措置として法令上必要な事項です。

マイナ保険証によるオンライン資格確認については、社会保険診療報酬支払基金が「特定利用者証明検証者」として認可を受けており、「顔認証」、「暗証番号」など電磁的方法に加えて利用者本人とマイナカードの顔写真の「目視確認」のいずれかの方法で本人確認（利用者検証）を行うことが可能とされています。しかし、**医療機関・薬局は認可を受けていません。**

総務省は省令を改正し「顔認証マイナカード」を導入しようとしていた関係で、パブリックコメントを募集（10月13日～11月12日）していました。

電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律施行規則及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定する個人番号、個人番号カード、特定個人情報の提供等に関する命令の一部を改正する命令

改正前改正後の比較表

この中に、省令改正の説明で非常に重要な箇所があります。これまでの法令取り扱いを記した内容として総務省は「個人番号カード及び個人番号カードの利用者証明用電子証明書は、市町村での発行時に4桁の暗証番号を設定するとともに、利用者証明用電子証明書を用いる際には、原則として暗証番号の入力により本人確認を行っているが、**主務大臣の認可を受けた特定利用者証明検証者については、当該本人確認を顔認証又は目視により行うことが認められている**ところ。」と記載しています。

根拠条文

- 電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）第 3 条第 3 項並びに第 22 条第 3 項及び第 4 項
- 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 17 条第 8 項

現行法令上の総務省解釈によると、マイナ保険証を医療機関窓口で利用する際には「顔認証」、「暗証番号」、「目視」のいずれかにより本人確認が必要ですが、それが可能となる**特定利用者証明検証者は「社会保険診療報酬支払基金」のみ**となります。社会保険診療報酬支払基金は、顔認証付きカードリーダーの顔認証モード、暗証番号モードを經由して電磁的に利用者検証をしていることとなりますが、目視による本人確認（利用者検証）の場合は、医療機関職員がマイナカード掲載の顔写真と利用者本人を目視することとなります。

各医療機関は厚労省が作成したマニュアルに沿って対応すると、法令違反のマイナ保険証本人確認（利用者証明検証）に関与させられていることとなります。

この点について、総務省自治行政局マイナンバー制度支援室に確認したところ、**「公的個人認証法上、利用者証明用電子証明書の利用時に顔認証又は目視により本人確認を行うためには主務大臣の認可が必要。現在、この認可を受けている者はオンライン資格確認を実施している社会保険診療報酬支払基金のみ」**と回答しました。これは**「顔認証マイナカードを導入するために総務省が作成した資料」**に記載された内容と同じです。

つまり、現時点では医療機関は利用者検証者の資格がないため「目視」確認によるマイナ保険証の利用はできません。厚労省が示したオンライン資格確認マニュアルの「目視モード」そのものが法令違反ということになります。厚労省にはこれまでの取り扱いも含めて法令解釈が十分だったのか検証と対応が求められます。

顔認証マイナンバーカード

概要

- ・ 暗証番号の設定や管理に不安がある方の負担軽減のため、暗証番号の設定を不要とし、カードに搭載された利用者証明用電子証明書を用いる際の本人確認方法を機器による顔認証又は目視による顔確認に限定した「**顔認証マイナンバーカード**」を導入
※実印相当の効力を持つ署名用電子証明書は、暗証番号（6～16桁）の入力を顔認証又は目視で代替できないため搭載しない。
- ・ 希望する者を対象とし、本人又は代理人が市町村窓口で手続(※)を行う。
※カードの申請・交付のための来庁時に併せて実施。カードを取得済みの方については随時実施。
- ・ 通常カードから顔認証カード、顔認証カードから通常カードいずれの設定の切り替えも可能(即日対応)
- ・ 医療機関等において外見上区別できるよう、カードの追記欄に「顔認証」と記載
- ・ 11月末から受付開始予定

顔認証マイナンバーカードで利用できる／できないサービス

○利用できるサービス

- ・ 健康保険証としての利用。顔認証又は目視により確実な本人確認を行った上で、オンライン資格確認のほか、本人の同意により特定健診等の情報や診療/薬剤情報の閲覧が可能(※)。
※公的個人認証法上、利用者証明用電子証明書の利用時に顔認証又は目視により本人確認を行うためには主務大臣の認可が必要。現在、この認可を受けている者はオンライン資格確認を実施している社会保険診療報酬支払基金のみ。
- ・ 券面の顔写真や記載事項(4情報等)を用いた本人確認書類としての利用。

×利用できないサービス

- ・ マイナポータル、各種証明書のコンビニ交付、その他のオンライン手続など、暗証番号の入力が必要なサービスは利用できない。

①カードの申請・更新時(交付時来庁方式)

＜本人又は代理人が来庁＞

カード申請

※カード受取のための来庁時に顔認証専用とする旨の申請をしていただくよう案内

- (関連様式)
- ・交付申請書
 - ・申請用webサイト

交付通知書発送

...

顔認証に係る 設定切替の申請

- (関連様式)
- ・本人が来庁した場合
⇒顔認証マイナンバーカード設定切替申請書
 - ・代理人が来庁した場合
⇒カード交付通知書兼照会書兼回答書

市町村の 統合端末で設定

顔認証 マイナンバーカード を交付

②カードの申請・更新時(出張申請・申請時来庁方式)

＜本人が手続＞

カード申請

顔認証に係る 設定切替の申請

※暗証番号設定依頼書の様式に欄を追加

- (関連様式)
- ・交付申請書
 - ・暗証番号設定依頼書

...

市町村の 統合端末で設定

本人限定受取郵便等 でカードを発送

顔認証マイナンバーカード取得の流れ②

③電子証明書更新時

＜本人又は代理人が来庁＞

有効期限通知書 発送

※電子証明書更新のための来庁時に顔認証専用とする旨の申請をしていただくよう案内

電子証明書更新申請 顔認証に係る 設定切替の申請

市町村の 統合端末で設定

顔認証専用の 電子証明書に更新

(関連様式)

- ・本人が来庁した場合
⇒ 電子証明書発行申請書
- ・代理人が来庁した場合
⇒ 電子証明書発行照会書兼回答書

④取得済みカードからの設定切り替え時

＜本人又は代理人が来庁＞

顔認証に係る 設定切替の申請

市町村の 統合端末で設定

顔認証 マイナンバーカード を交付

(関連様式)

- ・本人が来庁した場合
⇒ 顔認証マイナンバーカード設定切替申請書
- ・代理人が来庁した場合
⇒ 顔認証マイナンバーカード設定切替申請書及び委任状

- ・ マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行わずに暗証番号機能がない顔認証マイナンバーカードに変更してしまった場合、利用登録は問題なくできるのか。
- ・ 利用登録を行わずに顔認証マイナンバーカードに切り替えると、マイナポータル機能が使えなくなり無保険になるのではないか

○ 健康保険証の利用登録を行わずに通常マイナンバーカードから顔認証マイナンバーカードに切り替えた後でも、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーにおいて、顔認証により利用登録を行い、医療機関等を受診することが可能。

※ 今後、顔認証マイナンバーカードの申請受付開始に併せ、医療機関等の職員が、患者とマイナンバーカードの券面の顔写真とを目視で確認することによる利用登録も可能とする予定。

- 医療機関等におけるマイナ保険証の受診等に係るトラブルについては、コールセンターに寄せられるご意見や医療現場からのヒアリングにより把握に努めている。
- 顔認証マイナンバーカードへの切替えや健康保険証の利用登録が、被保険者資格に影響を与えることはない。

(総務省)
(厚生労働省)

電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律施行規則及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に規定する個人番号、個人番号カード、特定個人情報の提供等に関する命令の一部を改正する命令

1. 改正の背景及び概要

- ① 引越し手続のワンストップサービス化について、デジタル社会の形成を図るための関係法律の整備に関する法律（令和3年法律第37号）により、転入地市区町村があらかじめ転出地から通知された転出証明書情報により、住民登録及び住民登録に関する一連の事務の事前準備を行うことを可能にするなどの取組を進めてきた。
住民の更なる利便性向上を図るため、住所変更手続に併せて電子証明書の再発行手続を同一世帯員又は法定代理人が行う場合の本人の意思確認等について、委任状等により確認を行うことができることから、住所変更手続時に加えて再度の来庁が必要となる照会兼回答書の提出を不要とすることとする。
- ② 個人番号カード及び個人番号カードの利用者証明用電子証明書は、市町村での発行時に4桁の暗証番号を設定するとともに、利用者証明用電子証明書を用いる際には、原則として暗証番号の入力により本人確認を行っているが、主務大臣の認可を受けた特定利用者証明検証者については、当該本人確認を顔認証又は目視により行うことが認められているところ。
今般、暗証番号の設定や管理に不安がある方が安心してカードを利用できるよう、電子証明書を用いる際の本人確認方法を顔認証又は目視に限定することを希望する者については、当該者の個人番号カードに暗証番号の利用を不可とするために必要な措置が講じられた場合には、発行時の暗証番号の設定を不要とするよう所要の規定の整備を行う。

2. 根拠条文

- 電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）第3条第3項並びに第22条第3項及び第4項
- 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第17条第8項

3. 施行期日

令和5年11月下旬（予定）

市町村の統合端末での設定について

設定の流れ

- (1) 署名用電子証明書が搭載されている場合は破棄又は失効させる
- (2) カード交付時の暗証番号設定画面において、カード内共通暗証番号(4桁の暗証番号)を職員が無作為の番号で設定
- (3) カード運用状況が「運用中」に更新されていることを確認後、統合端末に新たにインストールする暗証番号ロック用ツール(11月下旬にJ-LISから配布予定)を用いて、4桁の暗証番号すべてにロックをかける
- (4) カードの追記欄に顔認証と追記
- (5) カードを住民に交付

解除の流れ

- (1) 住民が顔認証マイナンバーカードから通常のカードへの設定の切り替えを希望する場合は、暗証番号初期化申請書の提出を求める。署名用電子証明書の搭載も希望する場合には、署名用電子証明書の発行申請書も併せて提出を求める。
- (2) 暗証番号初期化・再設定の手続を実施
- (3) カードの追記欄に記載されている「顔認証」に取り消し線を引く
- (4) カードを住民に交付