

OTC 類似薬の保険外し、 OTC 薬処方時の技術料の選定療養化について

実施期間:2025 年 7 月 2 日~7 月 18 日

対象者数:送信件数 1505 件/回答者数 198/回答率 13.2%

公表日:2025 年 7 月 31 日

【アンケートを実施した経緯】

医薬品の保険給付に係る制度について、以下の自民党・公明党・日本維新の会の三党協議での合意や、財務省・財政制度等審議会により、次の3つの見直しが検討されています。

- (1) OTC 類似薬（保険薬）を保険給付から除外する。日本維新の会の提案では、具体的な薬剤名として28有効成分が挙げられました。
- (2) 保険診療と OTC 薬（市販薬）の処方の組み合わせが混合診療にならないように、技術料（初・再診料や処方箋料）を選定療養として保険給付する。
- (3) 海外2か国以上でスイッチ OTC 化されている薬のうち、日本でスイッチ OTC 化されていない医療用医薬品約 60 成分を 2026 年までに OTC 化する。検査薬の OTC 化も進める。

これらの施策が導入されれば、保険給付の範囲が縮小されるとともに、プライマリケアを担う保険医の保険診療、経営にも大きな打撃になることは必至と考えられたため、京都府保険医協会の会員でFAX登録のある方にアンケートを実施しました。

【アンケート結果の概要】

1. 自民党・公明党・日本維新の会の三党協議で、日本維新の会は OTC 類似薬（保険薬）を保険給付から除外する具体的な薬剤名として 28 の有効成分を示しました。6月6日には OTC 類似薬の保険給付のあり方の見直しについて三党合意も交わしています。OTC 類似薬の保険外しについて、どう思うか質問したところ、「反対」が 67.7%でした。
2. 25 年5月 27 日、財務省・財政制度等審議会は「春の建議」の中で、保険医が OTC 薬（市販薬）を処方した際の技術料の選定療養化の検討を進めるべきと主張しました（保険診療で市販薬の処方箋を発行することは、現状では混合診療となり、できないため）。

【財務省案】

OTC類似薬	技術料等	案：保険外併用療養費制度の活用
全額自己負担	保険外 併用療養費 3割自己負担	■ 保険外併用療養費制度を活用し、 例えば「新たな選定療養」と位置付け れば、OTC類似薬についてのみ切り出 されて自己負担となる。

このように選定療養の拡大により保険給付が縮小されることについて、どう思うか質問したところ、「反対」が 65.2%でした。

3. 財務省・財政制度等審議会の「春の建議」では「症状が長期に安定している生活習慣病患者の医薬品（降圧剤等）・検査薬（編注：抗原検査キット等が想定）のスイッチ OTC（市販薬）化を進める」ことを主張しています。三党合意でも医療用医薬品約 60 成分を 26 年までに OTC 化する「取組を着実に進める」としています。スイッチ OTC 化の推進について、どう思うか質問したところ、「反対」が 74.2%でした。
4. 「OTC 類似薬の保険外し」及び「スイッチ OTC 化の推進」の方針は「骨太の方針 2025」

にも盛り込まれ、正式な政府方針になりました。国は現役世代の保険料軽減等を理由に挙げっていますが、厚労省は保険薬の3割負担額と OTC 薬（市販薬）を購入する場合を比べると負担額が 10 倍近くに増えるケースもあるとの試算を示しており、トータルとしての患者負担は増大する可能性が高いです。「セルフメディケーションの推進」という言葉を用いて患者負担増が狙われていることについて、どう思うか質問したところ、「反対」が 71.2%でした。

5. OTC 薬（市販薬）の服用・使用により、副作用や重症化する等して来院した患者がいるか質問したところ、「いる」が 40.4%でした。「いる」と回答された方に、どのような市販薬だったか、質問したところ、総合感冒薬 57.5%、鎮痛剤 50.0%、鎮咳薬 31.3%、外用薬（湿布薬、パップ剤等）25.0%等の回答がありました。

6. OTC 薬（市販薬）で、患者の自己判断による服薬に危険を感じる医薬品はあるか質問したところ、「ある」が 77.3%でした。「ある」と回答した方に商品名を質問したところ、16 人が「ロキソニン（ロキソプロフェン）」、6 人が「NSAIDs」、5 人が「メジコン」をあげました。また、OTC 薬の具体的な危険性について質問したところ、「NSAIDs は妊婦、腎機能が悪い人、COVID-19、インフルエンザの患者には良くない」が 73.9%、「オーバードーズを誘引しかねない（ブロン液等）」が 73.2%、「個々の商品ではなく、患者の自己判断、自己診断による服用で重篤な疾患の診断が遅延する」が 70.6%等の回答がありました。

【結果を受けて、京都府保険医協会の要求】

1. 自民党・公明党・日本維新の会の三党協議で、日本維新の会が保険給付から除外すべきとした具体的な OTC 類似薬（保険薬）の 28 の有効成分には、日常診療で処方される薬剤が多く含まれています。除外されれば、患者の外来受診控え、負担増とともに、医療の安全を脅かすものとなります。保険給付から除外することに反対します。
2. 保険医が OTC 薬（市販薬）を処方した際の技術料の選定療養化は、保険給付の縮小、患者負担の増加となり、実質的な混合診療の拡大となるため、反対します。
3. 三党合意では、2023 年（令和 5 年）末時点で海外 2 か国以上でスイッチOTC化されているものの、日本ではスイッチ OTC 化されていない医薬品約 60 成分を、2026 年（令和 8 年）末までにOTC化するとしています。OTC 類似薬の保険外しを念頭に置いた検討であり、安心・安全な保険診療の確保のため、これ以上のスイッチOTC化の推進に反対します。
4. 後発医薬品を中心とした保険薬（医療用医薬品）の供給の安定化を求めます。薬価改定は 2 年に一度とし、流通の不安定化の原因となる、汎用保険薬の過度な薬価引き下げを行わないよう求めます。

【補足】

- ① OTC 類似薬の保険外しが導入された場合、指定難病等の国の公費負担医療制度や、全国の福祉医療（子育て支援医療、ひとり親家庭医療助成、重度心身児（者）医療助成、重症老人健康管理事業）で医療費負担が軽減されている方にも、当然大きな負担となります。
ひとり親家庭支援医療、重度心身児（者）医療助成制度、重症老人健康管理事業などの制度は所得制限があることから分かるように、低所得の方が多いため、過大な負担となります。
- ② OTC 類似薬の保険外しが導入された場合、低所得者層、生活保護世帯にとって、過大な負担が直撃します。
- ③ 生活保護を受けている方は選定療養が給付対象外です（以前から、差額ベッドなどは使えない）。そのため、保険医が OTC 薬（市販薬）を処方した際の技術料が選定療養化された場合、保険からスイッチされ、保険から除外された OTC 薬を処方することになった段階で、受診自体が自己負担になります。あまりに影響が大きいです。受診自体を躊躇する結果となり、社会福祉の観点のみならず、公衆衛生の観点からも悪影響が想像されます。

（次ページに参考資料。6ページからアンケート結果の詳細を掲載）

社会保障改革 自公維3党協議 維新がOTC類似薬の保険外しを要求

表 日本維新の会が自公維3党協議(4月17日)に提出した保険外しリスト

有効成分名	医療用医薬品 販売名	OTC医薬品 販売名
アシクロビル	ゾピラックス軟膏5%	アクチビア軟膏
アシタザノラスト	ゼベリン点眼液0.1%	アレジオフェンス
イソコナゾール	アデスタン錠300mg	メンソレータムフレディCCI
	アデスタンクリーム1%	メンソレータムフレディCCクリーム
イトブリド塩酸塩	ガナトン錠50mg	イラクナ
エビナスチン	アレジオン錠20	アレジオン20
オキシコナゾール	オキナゾール錠100mg	オキナゾールL100
	オキナゾール錠600mg	オキナゾールL600
カルボシステイン	ムコダイン錠500mg	ムコダイン去たん錠Pro500
クロラムフェニコール	クロロマイセチン軟膏2%	クロロマイセチン軟膏2%A
ケトチフェン	ザジテンカプセル1mg	ジキナ鼻炎錠
	ザジテン点眼液0.05%	ジキナAL点眼薬
ピロキシカム	バキソ軟膏0.5%	ピロキシカム液「キョウワ」
フェキソフェナジン	アレグラ錠60mg	アレグラFX
フェルピナク	フェルピナクテープ35mg「三笠」	エイクリヤーテープFB5%α 温感
フルチカゾンプロピオン酸エステル	フルナーゼ点鼻液50μg 56噴霧器用	フルナーゼ点鼻薬<季節性アレルギー専用>
プレドニゾン吉草酸エステル 酢酸エステル	リドメックスコーワ軟膏0.3%	新リドメックスコーワ軟膏
ヘパリン類似物質	ヒルドイドクリーム0.3%	ビーソフテンクリーム
ロキソプロフェン	ロキソニン錠80mg	ロキソニンS
ロラタジン	クラリチン錠10mg	クラリチンEX
酸化マグネシウム	マグミット錠330mg	3Aアクアマグ
イブプロフェン	ブルフェン錠200	イブプロフェン錠200S
ベタメタゾン吉草酸エステル	ベトネベート軟膏0.12%	リンデロンVs軟膏
チンク油	チンク油「東海」	チンク油「昭和」P
テルピナフィン塩酸塩	ラミシールクリーム1%	ラミシールATクリーム
トコフェロール酢酸エステル	ユベラ錠50mg	ファイトE100カプセル
トラニラスト	リザベン点眼液0.5%	ロートアルガードプレテクト
トリアムシノロンアセトニド	オルテクサー口腔用軟膏0.1%	オルテクサー口腔用軟膏
尿素	バスタロンクリーム20%	セラチナミンコーワ20%尿素 配合クリーム
ビダラビン	アラセナーA軟膏3%	アラセナS
ベボタシンベシル酸塩	タリオン錠10mg	タリオンAR

- ① 「処方箋医薬品以外の医療用医薬品」と「OTC医薬品」とで同一の成分であり、かつ、OTC医薬品に単独で含有されている成分のうちの一部を抽出
② ①の成分について
・ 効能効果違いは考慮せず、「処方箋医薬品以外の医療用医薬品」と「OTC医薬品」の一日最大用量が同じ成分のみを抽出
・ 軟膏と経口薬など投与経路が異なるものは除外し、投与経路が同じで剤形が異なるものは除外しない
(例：経口薬と湿布は区別するが、顆粒と錠剤は区別しない) など、一定の仮定のもとで医薬品を特定
③ ①、②で特定した医薬品について、NDBオープンデータを元に薬剤費を試算
「新値」×「総計(処方数)」とし、試算に当たっては「外来(院内)」及び「外来(院外)」のデータを合算

猪瀬直樹参院議員note(<https://note.com/inosenaoki/n/ncde0c27471d3>)より

日本維新の会が保険外(新)が基準として「OTC」とする医薬品として28有 C 類似薬のうち、OTC 効成分をリストアップし 医薬品と成分・1日最大用量が同じ医療用医薬品(表)。これらの医薬品は猪瀬直樹参院議員(維新)を示し、厚労省医薬

局に薬剤統計データから抽出させたものだ。薬剤費が多い上位3つは、皮膚保湿剤のヘパリン類似物質(544億円)、制酸剤の酸化マグネシウム(231億円)、アン(咳止め)は除外されているが、今回示された基準に該当しないだけであり、日本維新の会がOTC類似薬の保険給付外を大きく上回る傾向にある。28有効成分のリストからは、漢方などの単味ではない複合剤や一日最大容量がOTC薬(市販薬)を上回る薬剤「例：カロナール(解熱)やメジコ(咳止め)」は除外されているが、今回示された基準に該当しないだけであり、日本維新の会がOTC類似薬の保険給付外を大きく上回る傾向にある。

「保険あつて給付なし」許すな
4月23日の財政制度等審議会では財務省がOTC類似薬の保険外しの手法として新たな選定療養化を提案。処方薬を保険給付対象外とし全額自己負担化するものだ。

財務省 選定療養で保険外し

剤で、患者への影響は甚大だ。
維新 1兆円の保険給付外しを
高い市販薬購入で患者負担大幅増
り、大幅な患者負担増・受診抑制を招くとともに、自己判断での市販薬の服薬による重症化も懸念される。

【参考資料】スイッチ OTC 化推進の対象とされる約 60 品目

(2024 年3月28日、規制改革推進会議健康・医療・介護WGへ厚労省医薬局が示した資料)

WGからの指摘①

海外2カ国以上でスイッチOTC化されており日本で未承認なもの（1）

合計58成分

薬効	成分名	英語名	海外スイッチ国総数	医療用製剤の再審査結果公表	評価検討会議での検討
A02 胃酸関連疾患用薬	オメプラゾール	Omeprazole	31	1999	2024
	エソメプラゾール	Esomeprazole	28	2022	2024
	ランソプラゾール	Lansoprazole	6	2017	2024
	ラベプラゾール	Rabeprazole	2	2009	2024
A03 機能的胃腸疾患用薬	ドンペリドン	Domperidone	9	1990	2019
	プロパンテリン	Propantheline	6	—	—
	メトクロプラミド	Metoclopramide	4	—	—
A05 胆汁、肝治療	ヒメクロモン	Hymecromone	7	—	—
A06 便秘薬	ラクツロース	Lactulose	32	—	—
	マクロゴール（ポリエチレングリコール3350）	Macrogol (Polyethylene glycol 3350)	28	—	—
	ラクチトール	Lactitol	18	2009	—
C01 心疾患治療	ニトログリセリン	Nitro-glycerine	7	—	—
D01 皮膚科用抗真菌薬	ケトコナゾール（外用）	Ketoconazole (topical)	38	2003	—
	フルコナゾール	Fluconazole	8	1998	—
	クロコナゾール	Croconazole	3	—	—
D05 抗乾癬薬	カルシポトリオール	Calcipotriol	3	2009	2018
D06 皮膚科用抗生物質・化学療法薬	スルファジアジン銀(軟膏)	Silver sulphadiazine 1%	9	1989	—
	メトロニダゾール	Metronidazole	6	—	—
	ムピロシン（外用）	Mupirocin (topical)	5	2005	—
	ファミシクロビル	Famciclovir	4	2017	—

3

WGからの指摘①

海外2カ国以上でスイッチOTC化されており日本で未承認なもの（2）

薬効	成分名	英語名	海外スイッチ国総数	医療用製剤の再審査結果公表	評価検討会議での検討
D07 副腎皮質ステロイド、皮膚科用製剤	クロベタゾン酪酸エステル（外用）	Clobetasone butyrate (topical)	6	1990	—
	アルクロメタゾン（外用）	Alclometasone (topical)	4	1995	—
D10 抗にきび製剤	ベンゾイル過酸化化物	Benzoyl peroxide	36	未公表	—
	エリスロマイシン（外用）	Erythromycin (topical)	5	2004	—
	アダパレン	Adapalene	3	2018	—
G03 性ホルモン、生殖器系モジュレーター	レボノルゲストレル	Levonorgestrel	30	2016	2021
	エストリオール（腔用）	Estriol (vaginal)	5	—	—
G04 泌尿器科用薬	シルденаフィル	Sildenafil	6	2010	—
	タダラフィル	Tadalafil	3	2017	—
	オキシブチニン	Oxybutynin	2	1998	—
J01 全身用抗菌薬	メテナミン（ヘキサミン）	Methenamine	11	—	—
M01 抗炎症・抗リウマチ薬	ケトプロフェン	Ketoprofen	15	1992	—
	メフェナム酸	Mefenamic acid	5	—	—
	フルルビプロフェン（トローチ）	Flurbiprofen (lozenges)	26	—	—
	ジクロフェナク	Diclofenac	23	—	—
N01 麻酔薬	プロピトカイン	Prilocaine	17	2021	—
	オキシブプロカイン	Oxybuprocaine	4	—	—

4

WGからの指摘①

海外2カ国以上でスイッチOTC化されており日本で未承認なもの（3）

薬効	成分名	英語名	海外スイッチ国総数	医療用製剤の再審査結果公表	評価検討会議での検討
N02 鎮痛薬	スマトリプタン	Sumatriptan	7	2012	2017
	ゾルミトリプタン	Zolmitriptan	5	2011	2017
	リザトリプタン	Rizatriptan	3	2013	2017
	ナラトリプタン	Naratriptan	2	2017	2017
N05 精神抑制薬	プロクロルペラジン	Prochlorperazine	4	—	—
P02 駆虫薬	ピランテル	Pyrantel	16	—	2022
	メベンダゾール	Mebendazole	13	1999	—
分類対象外	ストロンチウム塩化物塩	Strontium chloride (toothpaste)	9	—	—
R01 鼻用製剤	レボカバステチン	Levocabastine	18	2009	2018
	イプラトロピウム臭化物	Ipratropium bromide	15	1988	—
	トラマゾリン	Tramazoline	15	—	—
	ブデソニド（点鼻）	Budesonide (nasal)	10	2014	—
	モメタゾン（点鼻）	Mometasone (nasal)	10	2018	2023
R03 閉塞性気道障害薬	サルブタモール	Salbutamol	4	—	—
R05 咳、感冒用製剤	アセチルシステイン	Acetylcysteine	31	—	—
	ベンプロペリン	Benproperine	3	—	—
R06 全身用抗ヒスタミン薬	デスロラタジン	Desloratadine	28	未公表	—
	レボセチリジン	Levocetirizine	13	2020	2022
	シプロヘパタジン	Cyproheptadine	10	—	—
	ビラスチン	Bilastine	4	未公表	—
	オキサトミド	Oxatamide	2	1994	—

5

海外2カ国以上でスイッチOTC承認された成分（例）

日本でOTC承認があるものと未承認のものとの比較

青字：日本でOTC承認あり
赤字：日本でスイッチ未承認

胃酸関連疾患薬 スクラルファート ファモチジン ニガチジン オメプラゾール エソメプラゾール ランソプラゾール ラベプラゾール	鎮痛薬 ジヒドロコデイン パラセタモール+ジヒドロコデイン スマトリプタン ゾルミトリプタン リザトリプタン ナラトリプタン	全身用抗ヒスタミン薬 クレマスチン メクロジン エメダスチンフマル酸塩 エピナスチン塩酸塩 フェキソフェナジン エバスチン ロラタジン ケチフェン ジフェンヒドラミン クロルフェニラミン トリプロリジン プロメタジン トリペレンナミン ジフェニルピラリン カルピノキサミン デスロラタジン レボセチリジン シプロヘパタジン ビラスチン オキサトミド	咳・感冒用製剤 プロムヘキシジン カルボシステイン アンプロキソール デキストロメトルファン グアイフェネシン コデイン アセチルシステイン ベンプロペリン	抗にきび薬 イソプロピルメチルフェノール レソルシン エリスロマイシン(外用) アダバレン 過酸化ベンゾイル*
鼻用製剤 プロイドエフェドリン フェニレフリン ナファゾリン フルチカゾン フルニソリド（点鼻） レボカバステチン イプラトロピウム臭化物塩 トラマゾリン ブデソニド（点鼻） モメタゾン（点鼻）	機能的胃腸疾患薬 プチルスコボラミン臭化物塩 ジメチコン スコボラミン シサイクロミン ドンペリドン プロバンテリン メトクロプラミド	皮膚科用抗生物質等 アシクロビル（外用） リゾチーム塩酸塩 ネオマイシン硫酸塩 クロルテトラサイクリン(外用) テトラサイクリン スルファジアジン銀（軟膏） メトロニダゾール ムピロシン（外用） ファムシクロビル	駆虫薬 ビルビニウムパモ酸塩 ピランテル メベンダゾール	便秘薬 マグネシウム酸化塩 ラクツローソ マクロゴール ラクチツール
泌尿器科用薬 フラボキサート塩酸塩 シルデナフィル タダラフィル オキシブチニン	抗炎症・抗リウマチ薬 インドメタシン ナプロキセン フルルビプロフェン(10-4) ジクロフェナク ケトプロフェン メフェナム酸	副腎皮質ステロイド皮膚科用製剤 ヒドロコルチゾン（外用） ブレドニソロン クロベタゾン酢酸エステル(外用) アルクロメタゾン（外用）	麻酔薬 アミノ安息香酸エチル ジブカイン オキセサゼイン プロビトカイン オキシプロカイン	性ホルモン等 レボノルゲストレル エストリオール（経口） 関節・筋肉痛用局所製剤 ビロキシカム（外用） フェルビナク（外用）

出典：AESGP <https://otc.aesgp.eu/#by-parameter>
 * 医療用製剤の再審査報告が未公表の成分

（注）同一薬効群で既にスイッチOTC化されているものがある場合等、スイッチ化のニーズが必ずしも高くない場合もあり、そもそも企業がスイッチ化の開発申請を行わない場合もあることに留意が必要。

6

OTC 類似薬の保険外し、 OTC 薬処方時の技術料の選定療養化について

実施期間:2025 年 7 月 2 日~7 月 18 日

対象者数:送信件数 1505 件/回答者数 198/回答率 13.2%

公表日:2025 年 7 月 31 日

はじめに

医薬品の保険給付に係る制度について、以下の自民党・公明党・日本維新の会の三党協議での合意や、財務省・財政制度等審議会により、次の3つの見直しが検討されている。

- (1) OTC 類似薬(保険薬)を保険給付から除外する。日本維新の会の提案では、具体的な薬剤名として28有効成分が挙げられた。
- (2) 保険診療と OTC 薬(市販薬)の処方の組み合わせが混合診療にならないように、技術料(初・再診料や処方箋料)を選定療養として保険給付する。
- (3) 海外2か国以上でスイッチ OTC 化されている薬のうち、日本でスイッチ OTC 化されていない医療用医薬品約 60 成分を 2026 年までに OTC 化する。検査薬の OTC 化も進める。

これらの施策が導入されれば、保険給付の範囲が縮小されるとともに、プライマリケアを担う保険医の保険診療、経営にも大きな打撃になることは必至と考えられたため、京都府保険医協会の会員でFAX登録のある方にアンケートを実施した。

【用語説明】

※1 OTC → Over The Counter の略

※2 OTC 薬 → 市販薬。医師の処方箋がなくても薬局やドラッグストアなどで購入できる一般用医薬品

※3 OTC 類似薬 → 保険薬。医師の診断を受けて処方される薬の中で、ドラッグストアなどで購入できる OTC 薬にスイッチ(切り替え)された場合、元の保険適用の医療用医薬品が、そのように呼ばれている

※4 スイッチ OTC 化 → 医療用医薬品として長年使用され、安全性や有効性が確立された成分を、OTC 薬として販売できるようにすること

1. 「約 7 割」が OTC 類似薬の保険外しに「反対」

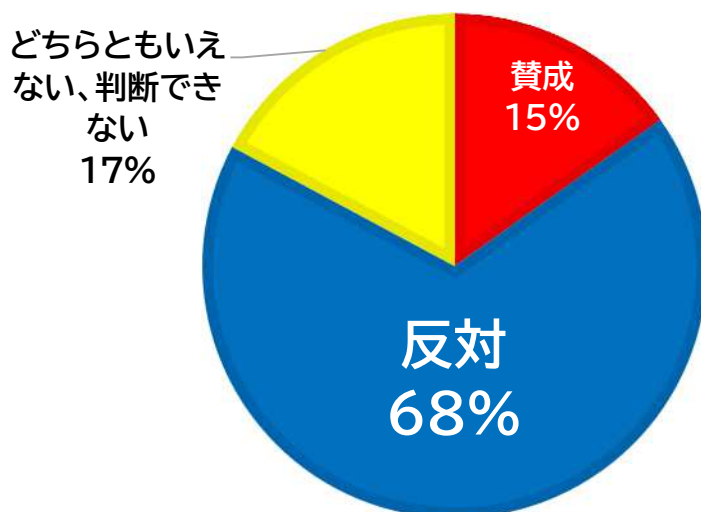
自民党・公明党・日本維新の会の三党協議で、日本維新の会は OTC 類似薬(保険薬)を保険給付から除外する具体的な薬剤名として 28 の有効成分を示した。6月6日には OTC 類似薬の保険給付のあり方の見直しについて三党合意も交わしている。

OTC 類似薬の保険外しについて、どう思うか質問したところ、「賛成」が 15.2%、「反対」が 67.7%、「どちらともいえない、判断できない」が 17.2%であった。

「反対」の理由としては「患者負担増」を懸念する声が多く寄せられた。

「賛成」の理由としては「医療費削減」が多い。

OTC類似薬の保険外しについて、どう思うか



【「賛成」の理由】

- ・必要ない医療にメスを入れるため。
- ・ドラッグストアで買えるような風邪薬を保険診療で処方するのは、お金の無駄。
- ・医療費削減。
- ・処方箋不要の薬も含まれるから。
- ・医療費抑制の一助となる。
- ・医療費削減のため。
- ・社会保険料削減の必要はあるため。
- ・残念だが軽い病気まで政府が財政的に手当てできなくなってきたのでしょう。
- ・必要でないと思われる薬、湿布、保湿剤等を希望する患者さんが一定の割合でいる。
- ・OTC を自分で買う人と処方調剤でももらう人で自己負担が違うのは不公平である。現役世代のほうがOTC で、高齢者は病院に通いやすいので処方調剤が多いとすれば、現在の制度設計は現役世代の負担が大きい施策といえる。大量に湿布薬や保湿剤をもらう患者を保険で賄うことの公正性は担保できない。
- ・医療費高沸は、みんなの負担で解消するべき。「同じ薬を薬局で買うと高いから病院で薬を処方して下さい」という考え方は人として間違っている。
- ・社会保険料高騰の対策として必要。
- ・医療費削減のため。
- ・患者が服用しなかったり、使用しないで自宅に多く残っているのも事実であり、保険薬が患者にとってあまりにも安価であることの方が問題である。服用しないで残るお薬があるのであれば患者が必要な分だけを購入するのも一つの考えであると思う。
- ・ムダ多いから。
- ・医療費の増大。
- ・ヘパリン類似物質のみ賛成。
- ・適時適切に適当な薬剤はそうにすべき、国家財政考慮し。
- ・OTC 外して薬剤供給が安定することを期待します。
- ・医療費削減のためにやむなし。些細なことでの受診は不要。
- ・同製品が薬局で販売されていることに矛盾を感じる。
- ・技術料を上げる為。
- ・小児科を除いてもらったら大人は(特に高齢者)自分で購入して下さい。

- ・シップ、ヒルドイド等は保険外して充分なので。
- ・患者の自由。
- ・医療費を下げるため。
- ・余った資金を、手術など技術料に充てるべきと考えます。
- ・医療費の増加抑制のための必要措置。
- ・医療の公費負担は過剰である。

【「反対」の理由】

- ・市販薬は高いし、素人が自己判断で間違えた使い方をする危険がある。
- ・診断が出来てない状態で、誤った市販薬を使用する事で病状悪化や副作用の懸念もあり、その歳の責任の所在も不明で、逆に医療費増加になると思われる。
- ・患者さんの経済的負担になる。
- ・的確な薬を選べるか疑問、患者さんの負担金額が増える、総医療費も増える。
- ・患者さまの混乱を招く。
- ・始めに医師の診断と処方があるものだから。
- ・海外と日本の医療のあり方が違い、変更が適当でない薬品も多い。
- ・薬の選択や服用を一般人に任せるのは危険。診療所の売り上げもさらに減る。
- ・結局、患者さんが薬局で高いお金を払うだけ。
- ・OTC 類似薬の代替薬を使用することとなり、結局医療費の増大につながるから。
- ・国民皆保険の優れた仕組みは死守すべき。保険縮小はありえない。
- ・健康格差や医療格差を拡大させる。
- ・OTC 類似薬も医療で必要なものは医療機関で処方されるべきであるべきである。
- ・患者の負担増加。副作用の把握できない。
- ・結局のところ、国民の同意はなく、また施行したとしても病気がなくなるわけではないので実質の高齢者に対する増税案なので。
- ・鎮痛剤、抗アレルギー剤のオーバードーズ、ステロイド外用剤の不適切使用など問題あるため。
- ・大病が隠れてる可能性があるため。
- ・軽症と誤って重症の初期症状の時もあり得るから。
- ・患者の負担が増える。
- ・薬局では保険薬価の 10 倍程度の値段で売られており、国民の医療に対する負担を減らすどころか、増やしている。また、保険外して、保険料が減るわけでもないし、患者が医療機関に受診不要となるわけでもない。製薬会社は利ザヤの大きい市販薬へ販路を拡大するので、保険薬の供給が更に減り、保険薬の流通逼迫を加速する。
- ・患者さんは OTC 薬の使い方を知らない人が多い。
- ・現行の医療制度を無用の物とし、崩壊させる愚行であるため。
- ・診療中に保険外薬品なのか、保険内薬品なのか考える暇もない。処方できる体制は維持してほしい。
- ・一般の方に対して、社会保険料軽減を伝える一方で、保険給付外になる事による個人負担額増加に関する情報提供が。
- ・患者の負担が増える。保険診療の収縮。
- ・来院された患者に処方が出来なくなる可能性がある。風邪という診断も、重篤な疾病を鑑別診断した後の結果であり、最初からセルフメディケーションできる病状の診療をしているわけではない。
- ・寝たきりの高齢者に対する医療費削減。
- ・そもそも治療に関わる重要な部分、他の薬との兼ね合いも考慮しているが、市販薬まで把握は現在でも困難。患者負担増で受診も遠のく。
- ・患者さんの選択肢を増やすことが重要。一つに決める必要はない。

- ・アレルギー、消炎解熱鎮痛薬など、治療に必要な薬が保険外になり、患者負担も増大し、なんの為の皆保険かわからなくなる。薬がもらえないなら、薬局でいいということになり、受診控えが増え、勝手に鎮痛薬だけ飲んで病状が悪化する恐れがある。
- ・保険医療費を保険外に付け替えているのみで、不要な薬を処方しているわけでは無い。したがって保険外に医療費を付け替えているのみであり日本全体としては医療費は確実に増加するものであり国の費用を個人に付け替えているのみである為。
- ・患者負担金の増大。
- ・過疎地域には OTC 薬を売る商業薬局がないので買えないから。
- ・遠隔診療でさえ不十分な結果となることが多々あり OTC 依存の診療は皆保険制度の日本の医療を否定する結果となる。また、外用薬を混合することで効果が格段に良くなることがあり医療の質の低下に繋がる。
- ・受診控えにつながる。
- ・適切な医療の提供ができなくなる恐れがあるため。
- ・薬の管理が正しくできない方が多いと思います。また、国民の自己負担も増えます。
- ・ご高齢の人の事を全く考えていない。
- ・医療の混乱が著しい。
- ・経営悪化につながる。
- ・錠剤を自身で挿入できない患者さんがいます。その際、市販の薬を購入したものを医療機関で挿入するのか、また挿入費用は別で保険点数をつけるのかどうか。
- ・物価高でも苦しむ国民に、これ以上の負担をかけさせることになる。
- ・ロキソニンなど元来 OTC に馴染まない薬もある。
- ・OTC 類似薬（ロキソニンなど）処方による健康被害へのチェックができなくなる。
- ・患者負担が増える、保険外しが今後拡大してゆく。
- ・年金生活者にはしんどいと思います。
- ・患者が困るので。
- ・外来の仕事自体の収入が少なく、現状で内服処方だけでは経営が厳しいと感じています。家族がなくて、場所代もごく安かったら生活可能かもしれませんが、子供が二人いれば教育資金も満足には使えないと思います。外来の収益を下げることは全般に反対です。
- ・患者さんに不利益。
- ・医療費の抑制にはつながるが、患者が服薬しなくなる可能性があるため、病状の進行が危惧される。
- ・OTC 類似薬は元々処方箋が必要な医薬品である。
- ・全て治療（保険医療）上、必要な薬剤であるから。
- ・OTC 類似薬の処方患者さんが多く、なくなると経営が成り立ちません。
- ・危険。
- ・服用、点眼の回数が把握できず、副作用の管理ができないのが心配。
- ・経済的にも物理的にも患者負担が増える。なお、当院は院内処方を維持している。
- ・診療に支障。
- ・抗生物質を選択してしまったり、OTC 類似薬ではない薬を選択し、結果保険給付が増加してしまう。
- ・患者さんの負担が増大する。
- ・適切な薬剤使用ができなくなる。
- ・患者負担が増える。
- ・治療上必要な薬剤でも、適用のために断念する様なことがあってはならない。
- ・医院の業務が煩雑になる為。
- ・保険制度そのものの否定になる。
- ・複雑になる。
- ・行政の無駄をまずははぶいて欲しい。いつも現場が混乱する。
- ・患者負担増となる。

- ・カンジダ腭炎治療は、腭錠入れるだけでは無理。
- ・必要な治療薬のため。
- ・経営に大きな打撃になるため。
- ・OTC ですましてしまい、呼吸器系、消化器系、その他重大疾患が見逃されるリスクあり。
- ・保険から除外することにより、OTC 類似薬以外の薬が処方されることが多くなり、結果的に医療費が増加すると思うから。
- ・減収になるため。
- ・処方できない薬が出てくるかも。
- ・かかりつけ医として必要である。
- ・病態によっては使用量・使用方法を誤ると副作用が出るため注意が必要。本人の判断による服用や使用は間違った病名であった場合、治療を遅らせることにも繋がる。
- ・治療の一環として、どうしても必要なお薬が多々存在するから。
- ・初期症状や重症化する前に投薬治療を行う事が、困難になる。又受診抑制あるいは見当違いで重症化する可能性がある。
- ・かぜに対する診療が保険適用からはずれると小児科や耳鼻科はやっていけない。
- ・患者負担が増えるから。
- ・薬剤管理が医療で混乱を来すので。
- ・OTC 化されている薬剤だからといって手放して服用されるのは副作用の面からも間違っており、医師の管理下に服用されるべきである。
- ・自己負担金が増える。
- ・OTC 剤の効能、副作用を市販薬の薬局で聞いただけでは患者さんの理解が不十分で常用量より多い量を服用している患者さんがおられた。医院で診察と医師の診断治療が必要である。
- ・医師の診断、処方という医療行為を否定していることになるから。
- ・処方に制限が加わり、思うような治療ができない。
- ・よくない。絶対反対。上手く分担するのは難しい。負担が大きくなる。薬の供給は大丈夫か。
- ・一般診療で必要な薬は保険適用とするべきだから。
- ・安全性が保証されない。
- ・OTC 薬の副作用の対処や疾患の早期診断の遅れが懸念されるから。
- ・医療費抑制ありきの論外な暴論。むしろ高額抗がん剤の薬価適正化が費用対効果ではが先では？
- ・患者さんの負担金が増える。適切な使用量を守られない可能性が高くなる
- ・治療が必要な患者の医療費があがり、治療中断などによる病態悪化が懸念される。維新はそのような事態になった際の対応は考えていない。
- ・患者負担増、病状悪化や副作用の懸念、オーバードーズ。
- ・患者負担の増加。
- ・医療機関受診控えによる健康被害リスクを抱える。
- ・当方は整形外科医院ですが、門前薬局が倒産すると考えられるため。
- ・患者の負担額が増える。病気の発見が遅くなり、重くなってから受診。
- ・そもそも元々OTC 薬は医薬品から薬局で購入できるようにされたものであり、医薬品と同一成分でありながら薬価基準と比し相当高価である。維新がそれが保険給付されていると言っているが、そもそもの値が違っているのでは全く違うと思われる。また OTC 類似薬とは一体どこまで類似なのか基準も曖昧で不明である。さらに責任の所在がどこにあるのか不明。
- ・酸性の NSAIDs も一部含まれており過敏性反応に留意して処方する必要があるものもあり、むしろ OTC 化すべきではない。

【「どちらともいえない、判断できない」の理由】

- ・薬剤によります。
- ・すでに OTC として自由に関えるので、なす術はない。
- ・保険制度の継続性も考える必要があるから。
- ・軽症や慢性症状に対しては OTC 薬での対応が可能な場合も多いかもしれませんが、財政面からも保険給付の見直しは重要な課題だと思います。一方、軽症と判断される病態でも、高齢者や就労困難者にとっては OTC 薬の購入が経済的負担になりますし、さらに、視覚・認知機能の衰えた高齢者が自己判断で OTC を用いることで、症状の悪化や服薬ミスのリスクも高まります。保険適用の範囲縮小は一律でなく、医療アクセスの格差を拡大させない慎重な制度設計が必要と考えます。
- ・上気道炎の患者は減りますが、専門診療に時間を注ぎ込めます。
- ・候補に上がる薬剤によるから。
- ・保険使用を適正化するには、やむをえない部分もあり。
- ・保険診療をあまりしていないので。
- ・シップがほしい方は大変だが、絶対に必要なものでもないと思うので。
- ・ある程度は必要なことと思います。
- ・何故このような検討になるのか確かな情報がないため判断が付きません。
- ・OTC 類似薬の中でも、保険外しをしても問題を生じないものと、危険なものがあると思います。現在の保険外し候補薬はその点を考慮されているようには思えません。また、保険外しをされた結果、保険適用薬への不必要な変更により、現状以上に薬剤費が上がる可能性もあると思います。OTC 類似薬に限らず、医師側が診察を重視して、不必要な検査や投薬をしない一方で、患者側もそれを受け入れる姿勢が必要だと思います。
- ・医療費削減の代案がない。
- ・処方には各々理由があり、市販薬と同じものでも、医学的判断であるから、尊重されるべき。行政が費用のため、保険外しするのは、仕方がないと考える。
- ・選択的に。
- ・保険医の立場からは反対。国の財政を考える国民の立場からは賛成やむなし。
- ・理解も出来るが、様々な問題もありそう。
- ・その分の財源を初・再診料安価を医療用医薬品の安定供給などにまわしてほしい。
- ・一部のビタミン剤やうがい薬など保険外にしても良いのではないかなと思える薬剤があるため。
- ・医療費の削減にはつながり良いと思います。しかし、受診数が減るので医療機関の経営が心配です。いずれも、患者自身の自立で良いのですが、高齢者の方がおいていかれないようにしたいです。
- ・医薬品によると考えます。しかし今の維新案は反対です。
- ・発表された薬剤のみで、どれだけの効果があるのか不明。
- ・湿布は外しても良いのでは。
- ・医療費抑制のメリットがありつつも、患者の不利益もあるため。
- ・薬品の種類による、症状による、患者負担をお願いすることはありうる。
- ・ガン患者等命のかかる病気の保険給付に影響するならやむを得ない。
- ・保険を外しても良いと思う薬剤もある。
- ・副作用の少ない薬であれば保険給付は除外して良い。湿布類は交付時ははずせば良い。

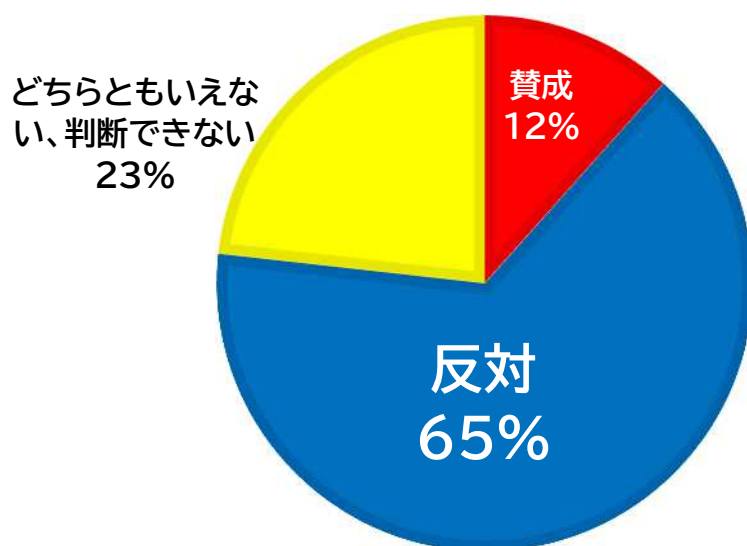
2. 「65%」が OTC 薬（市販薬）を処方した際の技術料の選定療養化に「反対」

25 年5月 27 日、財務省・財政制度等審議会は「春の建議」の中で、保険医が OTC 薬（市販薬）を処方した際の技術料の選定療養化の検討を進めるべきと主張した（保険診療で市販薬の処方箋を発行することは、現状では混合診療となり、できないため）。

このような選定療養の拡大により保険給付が縮小されることについて、どう思うか質問したところ、「賛成」が 11.6%、「反対」が 65.2%、「どちらともいえない、判断できない」が 23.2%であった。

「反対」の理由としては「混合診療への道を開く。なりふり構わない社会保障費削減政策に反対」「国民皆保険制度の崩壊につながる」「事務処理が煩雑」等の意見が出されている。

OTC薬(市販薬)を処方した際の技術料の選定療養化など、
選定療養の拡大により保険給付が縮小されることについて、どう思うか



【「賛成」の理由】

- ・必要のない医療費を抑制できる。
- ・今の日本の現状を鑑みて、無駄な医療費を削減しないといけないのは自明。
- ・医療費削減。
- ・薬剤師の義務明確化法制化が必要。
- ・市販薬で買える薬剤の処方を減らせるから。
- ・社会保険料削減のため。
- ・OTC 薬を使用できるよう医師が推奨しても良いと思われる。
- ・世界中で、混合診療を認めていない国は日本だけであり、これが間違ってる。保険でカバー出来ない医療技術を国民が享受する機会を奪う権利は無い。
- ・混合診療は、進めるべき。
- ・本当に必要な人に保険給付するべきである。
- ・保険を成り立たせるためには仕方ない。
- ・流れとしては仕方がないのではと考えます。
- ・多少はしかたない。
- ・医療費削減のためにやむなし。些細なことでの受診は不要。

- ・医療費の抑制に賛成なので。
- ・保険診療と自由診療の併用で選択肢が増えると考えます。
- ・医療費の増加抑制のための必要措置
- ・混合診療の導入が適切、その足がかりに。

【「反対」の理由】

- ・医師が判断するのであれば、薬が OTC 如何に問わず同じ技術料が評価されるべき。同じ時間と手間がかかるから。
- ・適切な治療を受けられずに重篤化する懸念がある。
- ・薬の適正使用が難しくなる。
- ・患者さまの理解を得るのが難しい。
- ・OTC 薬を買う方はもともと医師に処方された事が前提となっている。
- ・医療のコスト増と現状が合っていない。
- ・利益がさらに減るから。
- ・混合診療を認めるべき
- ・保険適用と適用外との区別自体が煩雑であり、日々の業務に相当な支障を来すと思われるから。
- ・これ以上の患者負担増は許容できない。
- ・薬の種類により保険、自費となると対応が面倒。
- ・医療従事者の負担増加。
- ・医療の公的保険制度が存続の厳しさを増す中、一定の選定療養の拡大はやむを得ない面もあるのかとも思いますが、ただ「反対」という趣旨ではありませんが、初・再診料を選定療養として保険外化すれば、医療機関への早期受診を控える動機となり、結果として重症化・長期化する患者が増える懸念があります。特に慢性疾患や精神科領域では、早期の介入こそが医療費削減につながるため、本質的に逆行するのではと懸念いたします。
- ・プロとして OTC を選択しただけに過ぎず、診察代は従来通り保険適用にすべき OTC の保険適用外しとは別問題だと思う
- ・OTC 薬であっても医療上必要であれば当然保険給付対象となるべきである。
- ・技術料は必要ない。
- ・どの薬剤をえらぶのか、OTC 薬であるかどうかは関係なく医師としての技量による判断だから。
- ・医療機関がこれ以上の負担増にもたない、とい主張しているのに対しての真逆の案の為。
- ・保険給付縮小は、国民皆保険制度崩壊の呼び水になりかねない。
- ・種々の疾患の可能性も考慮し処方するので保険給付が妥当。
- ・医療機関の負担が増えるだけ。
- ・国民皆保険の原則を破るものだから。
- ・煩雑である。
- ・保険給付の縮小は、医師の裁量権の侵害と判断します。
- ・事務処理が煩雑になり人手不足の医療業界に更なる負担を増すと思うから。
- ・混合診療への道を開く。なりふり構わない社会保障費削減政策に反対。
- ・保険請求がややこしくなる一方であり、医療費抑制の解決にしても根本的な方策にならないと思う。
- ・混合診療がさらに拡大する。
- ・医師は、全身を診察して、その患者さんに適した薬剤を選択している。単に、問診だけで決めているわけではない。診察でいろいろな薬剤が選択できるようにしておくことは、医療経済上もとてもいい。また、医師の診察には経験や勉強の結果が含まれているのだから、処方箋料は高くあるべきである。
- ・問題外、皆保険の意味がなくなる。
- ・重症心身障害の患者さんにとって、便秘異常はたかが便秘であるが、されど便秘であって患者さん本人に限

らず、介護を受け持つ人たちにとっても多大な負担の増加につながる。便秘以外にも例を挙げれば再現がなく、選定療養拡大による弱者への負担が増えるため

- ・原案に反対だから。
- ・受診控えや医療の質の低下に直結する。
- ・保険給付の縮小は受け入れられない
- ・適切な医療の提供ができなくなる恐れがあるため。
- ・これ以上の医師の収入減になることはうけいれがたい。
- ・窓口会計がややこしくなる。患者さんにとっては自己負担が増えるだけで、1つもいいことはありません。
- ・ご高齢の人の事を全く考えていない。
- ・類似とかの選定療養対象外の新薬などが乱用処方されそう。
- ・経営悪化につながる。OTC 薬は定期外来で処方できなくなる。
- ・国民の負担が重くなる上に、マイナンバーカードで医療現場にあれ程負担をかけておいて、更にややこしい事を持ち込まないでほしい。
- ・保険制度の崩壊につながる。
- ・患者が混乱するから。
- ・ドラッグストアで買えるのが誤りである。
- ・患者の負担が増す。
- ・先ほどと同じ理由です。
- ・減収で経営に困難きたす。
- ・医療費の抑制にはつながるが、患者が服薬しなくなる可能性があるため、病状の進行が危惧される。
- ・そもそも選定医療の制度が医療上おかしいと思う。
- ・OTC 類似薬の処方患者さんが多く、なくなると経営が成り立ちません。
- ・危険。
- ・近くに薬局のない当地の住民にとって致命的なことになる。
- ・患者負担が大きすぎる。
- ・抗生物質を選択してしまったり、OTC 類似薬ではない薬を選択し、結果保険給付が増加してしまう。
- ・医療機関の経営に影響する。
- ・混合診療を進める為。
- ・患者負担が増える。
- ・治療上必要な薬剤でも、適用のために断念する様なことがあってはならない。
- ・OTC か医療用医薬品の判断は、保険診療と考えられるから。
- ・医院の業務が煩雑になる為。
- ・縮小は賛成できない
- ・ドラッグストアの市販 OTC 薬の価格をさげればよいかと。
- ・経営に大きな打撃になるため。
- ・購入すべき薬剤を患者がきちんと購入できるのかわからない。何らかの情報を薬局と共有できるようにする必要があり、そのための費用がかかるため保険給付があってしかるべき。
- ・地域医療の破壊の促進だから。
- ・診療所の経営が厳しい。
- ・例えばロキソニン。患者さんが痛みを訴え、処方できない（混合診療をする）となれば、痛みを我慢しなさいとは言えない。
- ・初期症状や重症化する前に投薬治療を行う事が、困難になる。又受診抑制あるいは見当違いで重症化する可能性がある。
- ・本末転倒。
- ・患者負担が増えるから。
- ・医師の裁量権の侵害であるから。

- ・日々の診療が煩雑化するため。
- ・保険医療の崩壊のはじまりである!!
- ・現場で二重の手間がかかり、混乱します。
- ・現在の保険治療薬の項目から OTC 薬に移行させることに反対である。診察して各々の患者さんに合った適切な薬を処方することが重要である。
- ・保険があるのにそれに見合う給付をしないということはルールに違反するから。
- ・薬局を選んだ場合は関係ないし、院内で処方の場合は診療代をもらう。どちらもいけるようにすべき。
- ・ややこしい。思うように処方しづらくなる。
- ・混合診療を認めるべき。
- ・よくない。絶対反対。上手く分担することができますか？ 負担が大きくなる。薬の供給は十分可能なのか？
- ・処方の技術料は、評価されるべきと考えます。
- ・医療の質の低下につながるため。
- ・医療機関の手前と人件費が増え、収入が減り経営に悪影響を及ぼすから。
- ・類似手法による裁量権の侵害を強く危惧します。
- ・患者さんの負担金が増えるから。保険診療外であれば「医師の処方や指示は不要」の意味であり処方箋の対象外と思いました。処方箋料とは別の指導料などを新設して保険診療で対応するのが妥当かと思う。
- ・病院経営に悪影響を及ぼすと考えられるから。
- ・患者負担増。
- ・経営悪化。
- ・皆保険の形骸化につながる懸念。
- ・OTC 薬になると患者の自己負担額は増えるので、患者が困るでしょう。
- ・医院は一般薬局ではなく OTC 薬を試用して効果をみて処方投薬しようにも院内処方できぬので。

【「どちらともいえない、判断できない」の理由】

- ・そのあたりはよくわかりません。
- ・判断できない
- ・仕方がない。
- ・併用薬の管理が難しくなる。
- ・保険制度の継続性を考慮した
- ・上気道炎の患者は減りますが、専門診療に時間を注ぎ込めます。
- ・理解が難しい。
- ・市販薬を処方の意味が不明。
- ・保険診療をあまりしていないので。
- ・意味がわからない。
- ・正直ものがバカを見ないシステムを望む。
- ・どちらになっても当院の存続が危ういと思われるため。
- ・よくわからない。
- ・保険外しが強行されたときには選定療養にならないと混乱するため。
- ・患者負担が増えるので政治的にはどうかと思う。
- ・選定療養は、本来「患者が自ら選択する追加的なサービスや特別な待遇にかかる費用」と定義されていたはずですが、OTC 類似薬の処方はこちらに該当するものではなく、医学的な正当な治療であると思います。
- ・税金は医療費以外にも使われるので、医療至上主義は今時ありえない。いつまでも中途半端なのがいけない。今まで通りが一番良いと言うのも固執的である。
- ・縮小される領域、薬剤による。
- ・ある程度できるだけ保険給付がよいかと考えるが、財政面を考えると抑える必要はあるかと思うため、判断し

づらい。

- ・OTC を処方したことがない。
- ・保険医の立場からは反対。国の財政を考える国民の立場からは賛成やむなし。
- ・医療費を削減するためには、ある意味仕方ないかも。
- ・どの程度影響が出るのか分からないため。
- ・よくわからない。
- ・判断できない。
- ・医療費の削減にはつながり良いと思います。しかし、受診数が減るので医療機関の経営が心配です。いずれも、患者自身の自立で良いのですが、高齢者の方がおいていかれないようにしたいです。
- ・医薬品によると考えます。しかし今の維新案は反対です。
- ・医師の判断により OTC 薬の処方ができることについては反対はしない。しかし、保健薬との併用に問題がある場合もあり、そうしたリスクへの歯止めがなされていなければならない。
- ・OTC 薬を処方すべき機会がそんなにあるとは思わない。
- ・やむをえない場合もあるかと思われる。
- ・ガン患者等命のかかる病気の保険給付に影響するならやむを得ない。
- ・できれば OTC 化反対。
- ・そもそも診断を受け OTC 処方される為に医療機関を受診するでしょうか？

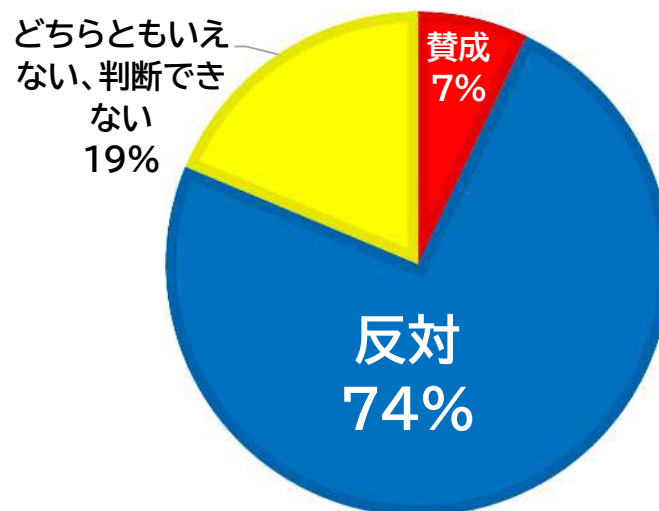
3. 「74%」がスイッチ OTC 化の推進に「反対」

財務省・財政制度等審議会の「春の建議」では「症状が長期に安定している生活習慣病患者の医薬品（降圧剤等）・検査薬（編注：抗原検査キット等が想定）のスイッチ OTC（市販薬）化を進める」ことを主張した。三党合意でも医療用医薬品約 60 成分を 26 年までに OTC 化する「取組を着実に進める」としている。

スイッチ OTC 化の推進について、どう思うか質問したところ、「賛成」が 7.1%、「反対」が 74.2%、「どちらともいえない、判断できない」が 18.7%であった。

「反対」の理由としては「生活習慣病の医学管理ができなくなる」ことを懸念する声（12 件）が多く寄せられた。

スイッチOTC化の推進について、どう思うか



【「賛成」の理由】

- ・必要のない医療費を抑制。
- ・どんどん進めてほしい。
- ・医療費削減。
- ・医療費削減のため。
- ・不必要な受診が減らせる。
- ・医療費高騰は、みんなの負担で解消するべき。「同じ薬を薬局で買うと高いから病院で薬を処方して下さい」という考え方は人として間違っている。
- ・医療費の抑制に賛成なので。
- ・薬効の評価が標準化され则认为ます。
- ・医療費の増加抑制のための必要措置。
- ・混合診療の導入が適切、その足がかりに。指導料の算定も減算すべき。

【「反対」の理由】

- ・そんな長期的なことは誰も計り知ることのできないので、きちんと定期的に病院や、クリニックを受診すべきである。
- ・複数種ある降圧薬を患者が適切に選ぶことは不可能。
- ・安定していても、数日後には変化する事もあり、それら国の政策による健康被害の恐れも出てくる。
- ・患者さんの経済的負担が大きくなる
- ・症状が変化した時、適切に対応できるか疑問。
- ・患者さまの理解が得られない。
- ・基本お薬を求める人は何らかの症状で受診して処方された薬が前提になっており生活習慣病にかかわるお薬を OTC 化されて乱用されると結果として医療費が高くなるのでは？
- ・合併症に気付くのが遅れる可能性がある。
- ・不要な降圧薬の処方の方が無駄、減量や休薬の機会を奪う。
- ・薬を服用中は医師による定期的なチェックが必要だから。
- ・管理は誰がするのでしょうか？
- ・生活保護受給者や低所得者の医療費の負担が相当増大するため。
- ・生活習慣病は自己管理することが困難である患者も多い。
- ・これ以上の患者負担は許容できない
- ・患者と医療従事者の信頼関係への悪影響。
- ・OTCとして自己判断での使用が副作用等を含め危険なものが多数含まれている。
- ・患者の負担増加。副作用の把握できない。
- ・薬副作用、検査結果に対しての責任の所在が鮮明でない。
- ・患者??国民の弱者層に対する負担増のため
- ・降圧剤などは不適切な利用や服薬アドヒアランスの低下、使用可能な降圧薬の事実上の制限（OTCのあるものしか処方できなくなる）といった事態が十分想定されるため、医療保険で適切にカバーされることが望ましい。検査薬は OTC でも利用できるとよいが、検査実施の判断は難しい場面もあるため慎重な議論が必要である。
- ・内服効果判定、副作用チェックもできない。抗原キットもほとんど間違った手技によってなされており、正しい診断はできない。
- ・さすがにやりすぎ。ただ長期処方では自ら推進していくことで、スイッチ OTC に反対してほしい。
- ・検査の質が担保されないから。
- ・高血圧、脂質代謝異常、糖尿病のスイッチ OTC 化を進めたら将来重症化患者数が必ず増え医療費がまた高くなるのが目にみえる。

- ・経営に大きく影響する。
- ・患者さんは管理できない。
- ・医療側、患者共に不幸になるように思われる。
- ・何を持って長期に安定というのか。急に悪くなることを察知することが診療であると思います。
- ・混合医療への道を開き医療の崩壊に繋がる。
- ・既に長期処方化は進んでおり、これ以上医師の管理から離れていくことにはリスクを伴う。また、生活習慣病と言っても既にはマルチプロBLEMな高齢者も多く、医師の管理は必要である。
- ・副作用が出たとき薬剤師では、対応できない。
- ・医療保険の形骸化がさらにすすむ。
- ・人はロボットではない。いつも病態は変化が起きている。いつ発癌するのか、合併症が発症・進展するのか、緊張しながらの診察が続く。薬が変わらないからといって病態が安定していると判断するのは暴力的。それは、現場を理解できていない人の考える陳腐は発想である。
- ・いままでの反対理由と同じ。
- ・慢性副鼻腔炎を例に上げると、その増悪因子にはアレルギーも考慮しなければならない。OTC にスイッチすることにより、そのような治療選択肢は医療の進歩に逆行するものであり、他に例を挙げれば際限がない為。
- ・セルフメディケーションの範疇を超えて危険性が高いと思いますし、薬局で薬剤師が助言するとなれば、薬剤師は医師と同等の診察を行える資格なのかという疑問が生じます。
- ・患者負担金の増大。
- ・コロナ禍で市販キットで陰性、当院のキットで陽性の患者が多数いたため。
- ・定期受診により症状や検査の変化に気づき早期介入に繋がる。
- ・医療の精度が落ちるから
- ・適切な医療の提供ができなくなる恐れがあるため。
- ・医療の質の低下につながる。
- ・ここまで OTC 化を進めるというなら、もう無茶苦茶だと思います。プライマリケア医は必要ないと言われているのと同じだと思います。
- ・血圧=〇〇下がれば良いというものでもない。素人がよく分からないまま乱用しそう。
- ・抗原検査キットは在宅療養の患者さんに対して OTC になると訪問看護で検査されると診察時にコスト取れなくなるから。
- ・経営悪化につながる。
- ・受診なく内服される場合に、医薬品の副作用に気づけないため。
- ・トラブル発生時、誰が責任をとるのか。政治屋、公務員が一切責任を取らない国でやってはいけない。
- ・生体は変化するもの。その変化に合わせて薬も変えていくもの。
- ・生活習慣病については、医師の指導、医学的なチェックが欠かせないため。
- ・誤った使用・内服が予期される。
- ・国は丸投げした時の危険性をわかっていない。
- ・ドラッグストアで買えるのが誤りである。
- ・診療所費用を落とすことにはすべて反対です。また、検査は実施も結果判定も簡単ではなく、適切な診断は一般の方にできないと思います。
- ・疾患管理がおろそかになる。
- ・医療縮小。
- ・医師不要論に通ずる。
- ・生活習慣病の医療費よりも抗がん剤 etc の注射の方が高くつくと思われる。
- ・生活習慣病は立派な疾病であり、医療機関での診療が必要である。
- ・そのような考え方が問題であるため。
- ・OTC 類似薬の処方患者さんが多く、なくなると経営が成り立ちません。

- ・危険。
- ・近くにショッピングセンターも薬局もない地域に住む人たちもいることを知ってほしい。
- ・副作用が出たとき患者の自己責任とされてしまう。
- ・抗生物質を選択してしまったり、OTC 類似薬ではない薬を選択し、結果保険給付が増加してしまう。
- ・医療機関の経営に影響する。
- ・患者負担が増える。
- ・治療上必要な薬剤でも、適用のために断念する様なことがあってはならない。
- ・生活習慣病はしっかりとした管理が必要でかぜなどの一時的な疾患でないから。
- ・長期に安定しているからと言って以降も安定するという保障はないから。
- ・医院の業務が煩雑になる為。
- ・症状が長期に安定しているのは現状の医療のおかげ。
- ・降圧剤など自己判断で増量、減薬することは危険なことだと思う。
- ・降圧薬は専門的な管理が必要なため。
- ・検査薬は自己判断でされて薬だけとりに来られても困る。
- ・経過や判断は Dr がすべき。
- ・治療をやめる人が増加するかもしれないから。
- ・健康、疾病の管理予防がおろそかになる。
- ・生活習慣病は自覚症状がなく、自費だとおそらく購入しない人が多くなり、その結果脳卒中、心筋梗塞などが増え、医療費は増加すると思う。
- ・薬剤の副作用など心配。
- ・薬の副作用をだれが見るのか？
- ・診療所の経営が厳しい。
- ・他の重大な疾患の引き金となる場合もある生活習慣病において、症状の長期安定そのものが何によってなされているのかに対する医学的考察がなされないまま、単純に医師の管理下から外すと、悪化を見落とし重大な結果を招くことにも繋がる。そもそも長期安定とはどのラインで定めるのかにも疑問は残り、極めて難しいと考える。季節や体調によっても症状は変化し、薬剤量を変化させなければならない場合も多い。
- ・1人の患者には、複数の病態が存在する場合があります、それに伴って薬も複雑に使用する場合があり、一方は OTC、一方は OTC 類似薬と言うのは考えられない。
- ・受診は薬剤をもらうためのものではない。
- ・慢性疾患は、誰が管理するの？
- ・患者選別になる。
- ・血圧管理、検査精度の保全が難しくなる。
- ・検査の正確さに疑問があり、医療の質が下がる可能性がある。
- ・保険給付から外すために OTC 化するという考えはおかしい。利便化を促進するためではなく給付を外すことを目的としているため。
- ・医薬品の継続服用には副作用もある。検査キットもそれだけでは判断できないこともあり、医療現場は混乱する。
- ・降圧剤や糖尿病薬は医師の診察を受けて処方されるべきである。過降圧や低血糖になると生命の危険がある。また不十分な降圧剤で高血圧が続くと脳梗塞、脳出血、心筋梗塞のリスクが増える。糖尿病も血糖コントロールが悪いと合併症が生じる。患者の自己判断でできることではないと考える。
- ・セルフケア、セルフメディケーションが大義名分のようにですが、日本人の命を財務省がコストで軽く扱っていることに他ならないから。
- ・安定しているのは治療しているからであり保険診療から外れれば治療からドロップアウトする人が相次ぐ。
- ・誰が責任を持つのか。
- ・医師の管理下で治療をするべき。患者の自己判断で良いことではない。
- ・副作用のチェックが不十分となる。保険診療に必要。

- ・判断能力のない者に自分で治療させるなんて結局医療費がかかるような事態になります。
- ・副作用の発見や他の疾患の診断が遅れる。
- ・「症状が長期にわたり安定」の判断が曖昧。
- ・長期に安定している状態の定義が困難で個人差があり厳密に対象者を抽出することが出来ない
- ・海外資本の Amazon ファーマシー等のマーケットにされ利益を国外に吸い取られるだけだから。
- ・予防医療による重篤な疾病抑制の観点からあり得ない。
- ・患者負担増。
- ・臨床的に問題。
- ・受診控えや自己判断による健康被害リスクを抱える。
- ・病院は一般薬局から検査薬を購入することになるが、これは薬の卸業者を潰す政策ですか？
- ・生活習慣病など長期に渡り服用しなければならない薬を OTC 化にすると患者の負担も重く結果的に服用できなくなる。もはや国民全保険ではない。患者が検査しても正確でないこともあり、先日新型の風邪など国内に入ってきたのを発見するのに五類にした意味がない。することがバラバラ。
- ・生活習慣病はその過程で色々な疾患が出てくるので、スイッチ OTC に変えること反対、
- ・本当に自分自身で生活習慣病の管理ができと思えないこと。また、検査もタイミングや期待通りに行えるか不明なため。
- ・医院は一般薬局ではなく、OTC 薬を患者に試用してその効果をみて処方投薬しようにも、院内処方できぬことになるので。

【「どちらともいえない、判断できない」の理由】

- ・堀は既に埋められている。
- ・市民教育と薬剤師の義務と法制化。
- ・薬剤などの種類による。
- ・軽症者にとっては利便性やアクセス改善という利点もあるため、薬剤ごと、疾患ごとに十分なリスク評価を踏まえた運用の上で、スイッチ OTC 化が進むことで、軽症患者の自己対応が可能になることは期待します。ただ、一方で、誤診・誤使用・服薬アドヒアランスの低下が懸念され、特に高齢者や障害者、医療的配慮が必要な層にとっては、見えにくい不利益が生じるおそれがあるのは、との懸念があります。現状は、医師が医療に責任をもつことで対応できている部分が、責任の所在が曖昧となる中、弱者にその負担がかかりやすい制度設計には注意が必要だと考えます。
- ・少なくとも治療開始から経過安定するまでは保険適用にして我々が責任持ってフォローしてあげたい。
- ・検査キットは OTC 化して欲しいが、降圧剤などは不安である。
- ・先ほどの回答と同様。
- ・疾患により長期安定の基準が異なる点に配慮しているかどうか分からないから。
- ・皮膚科なので。
- ・それぞれの事情があるから。
- ・情報材料が少ないので判断がつかないし、医療従事者の議員にお任せするしかありません。
- ・感冒などの一部は良いと思います。
- ・それらの医療費削減が良い形で国民に影響するなら良いただただ医療費削減なら問題。
- ・医薬品供給問題で、OTC はあるけれど医科向けは入手困難となったり、ある患者は大量の残置薬があったりするので OTC と医療用の併売は疑問である。
- ・米不足だけで大騒ぎする国民性であるが、むしろ米不足をきっかけに過食生活で習慣病キャンペーンをする方が良いと思う。医師会が何も言わないのが不思議である。
- ・ものによる。
- ・ケースバイケースと考えます。
- ・適切な薬と選定されるなら良いと思われます。いずれ AI が薬を選定するようになるでしょうし。

- ・保険医の立場からは反対。国の財政を考える国民の立場からは賛成やむなし。
- ・検査薬は良いかもしれないが、降圧薬は問題がありそう。
- ・判断できない。
- ・医療費の削減にはつながり良いと思います。しかし、受診数が減るので医療機関の経営が心配です。いずれも、患者自身の自立で良いのですが、高齢者の方がおいていかれないようにしたいです。
- ・医薬品によると考えます。しかし今の維新案は反対です。
- ・患者が選べばいいのでは。
- ・ガン患者等命のかかる病気の保険給付に影響するならやむを得ない。
- ・生活習慣病の治療薬については定期的に受診が必要であり、スイッチ OTC 化に反対です。検査キットについてはスイッチ OTC 化で良いものもあると考えます。

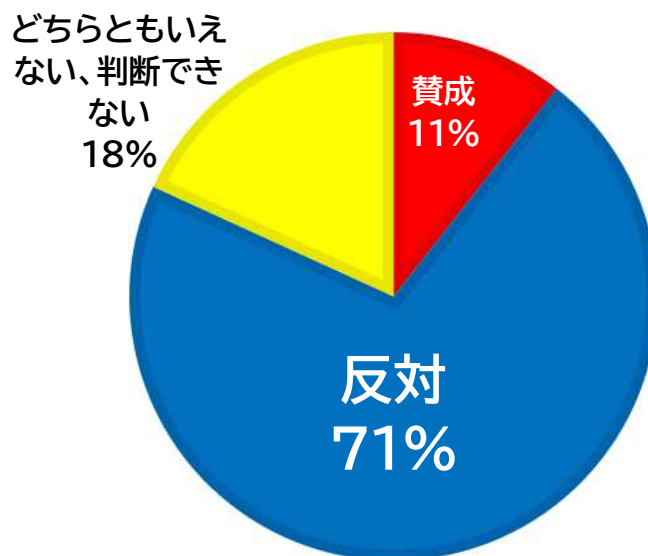
4. 「7 割超」が「セルフメディケーションの推進」という患者負担増に「反対」

「OTC 類似薬の保険外し」及び「スイッチ OTC 化の推進」の方針は「骨太の方針 2025」にも盛り込まれ、正式な政府方針になった。国は現役世代の保険料軽減等を理由に挙げているが、厚生労働省は保険薬の3割負担額と OTC 薬（市販薬）を購入する場合を比べると負担額が 10 倍近くに増えるケースもあるとの試算を示しており、トータルとしての患者負担は増大する可能性が高い。

「セルフメディケーションの推進」という言葉を用いて患者負担増が狙われていることについて、どう思うか質問したところ、「賛成」が 10.6%、「反対」が 71.2%、「どちらともいえない、判断できない」が 18.2%であった。

「反対」の理由としては「患者負担増」「症状悪化」の懸念の声が多い。

「セルフメディケーションの推進」という言葉を用いて患者負担増が狙われていることについて、どう思うか



【「賛成」の理由】

- ・必要のない医療に湯水の如く税金を注ぎ込むことは良くない。
- ・薬の適正使用につながると思う。日本は患者負担、安すぎる。
- ・医療費削減し、買える範囲で薬を買っていただく。
- ・薬をあまり使わない現役層の負担は社会保険料が下がれば軽減されるから。

- ・公的な保険診療の縮小なので、カバーされない分は自分で手当しなさいということでしょう。
- ・自己管理は必要。
- ・負担増の点は仕方ない。
- ・社会保険料の支出は増え続けているため、患者負担をどこかで増やす必要があるという議論も納得できる。
ただし経済的に困窮する人には別の枠組みで手当する必要がある。
- ・医療費高騰は、みんなの負担で解消するべき。「同じ薬を薬局で買うと高いから病院で薬を処方して下さい」という考え方は人として間違っている。
- ・服用しない薬や、残置薬の問題を解決するためには必要であると思う。その分で本当に必要な患者に対する保険給付を手厚くするべきである。
- ・保険を成り立たせるためには仕方ない。
- ・医療費削減のためにやむなし。些細なことでの受診は不要。
- ・「セルフメディケーションの推進」という言葉を用いて患者負担増が狙われていることについて、この文句での理由に反対。
- ・医療費の抑制に賛成なので。
- ・負担をお願いしないと財政が持たないから。
- ・医療費の増加抑制のための必要措置。
- ・混合診療の導入が適切、その足がかりに。患者負担が基本。

【「反対」の理由】

- ・国民の負担が増えることはすべきではない。
- ・保険給付を縮小して、医療費を縮小するのはおかしい。それよりも抜本的な少子高齢化対策を進めるべき。
- ・セルフメディケーションとの言葉で責任を国民に押しつける方策で、悪意すら感じ、あまりにも安易な考えと言わざるを得ない。
- ・いざというとき誰でも何処でも医療が受けられることが前提にあってこそそのセルフメディケーションである。
- ・セルフメディケーションの聞こえは良いが、実態不明。
- ・患者の判断に委ねるので事故が起こる可能性がある。
- ・多数の患者さまの同意が得られない。
- ・セルフメディケーションというプロパガンダを使った保険診療の民営化では？
- ・健康格差に繋がる。
- ・最低限度の生活水準を下回りかねない。
- ・医者離れ、薬離れが加速して不健康な国家になりそう。
- ・病院に行かず、自己判断で治療する事になる
- ・医療へのアクセスが遠のき、国民の健康が大きく損なわれるから
- ・セルフメディケーションの導入は困難と考える。
- ・国民の所得を増やすことをせずに、医師患者負担を増やさないでほしい。自民にはもう投票しません。
- ・過量服用のリスクが高まる。
- ・セルフメディケーションの名のもとに国が担保すべき社会保障を切り捨てている。
- ・患者の自己判断は危険である。
- ・国民が支払う医療費の増大関連に関しては、そもそも反対です。生活保護者に対しての、全くの無料からの微量の負担増に関しては賛成です。
- ・論理のすり替え、誤魔化しの政府の姿勢には憤りを感じる。
- ・ある程度は仕方ないので、落とし所の問題。
- ・患者自身で判断できない為、未だに大腸癌は増えて、肺がんの罹患も高いです。諸外国の様に検診の義務ができていない日本では、クリニックや病院がちょっとした患者の症状からその方のリスクを判断して検査に導いています。OTC 化を推奨したいなら、大病が隠れてるかもしれない患者への国が定期的な検診をお金

を出して義務化すべきだと考えます。

- ・セルフメディケーションとすれば見逃す重症疾患も増えるから
- ・適切な治療につながらない可能性が増す。
- ・セルフメディケーションとは文字通り（医者にかからず）自己判断で服薬することで、歴史に逆行するもの。
- ・医療レベルが低下する。
- ・国以外全てにとって負担が増え健康が損なわれる。
- ・結局患者負担増。受診控えにつながり、健康状態は悪化し、結果的に医療費が増えるんじゃないでしょうか？
- ・政治がだめなら国民が一揆を起こすしかありませんね。
- ・患者や若年世代が負担増の可能性を理解した上で進めるのが政治家の役目のため、現状では騙し打ちだと感じます。
- ・セルフメディケーションの危険性。
- ・癌の早期発見が減る恐れがある。
- ・医療は原則国が負担すべき。
- ・イメージだけを先行させ、国民の健康を二の次にしている考え方。まずは予算削減ありきで、それに合わせた都合のよい論理を展開しているに過ぎない。少なくとも、患者さんの選択肢を増やすことが、本当の診療であり、国民を尊重することにつながる。上から、理想だけを押しつけるのは権威主義と一緒にある。
- ・いままでの反対理由と同じ。
- ・世の中には誤った情報が簡単に流布され、実際の診療所も支障となることがしばしばである。このような誤った情報により誤った治療が行われることが危惧されるため。
- ・セルフメディケーションの前にセルフヘルスプロモーションかな、と。
- ・セルフメディケーションについて、まずは議論が必要だと思います。この議論をせずして、社会保障の費用面について判断はできません。
- ・患者負担金の増大。
- ・医療介入の遅れに繋がり危険である。
- ・患者負担が増え結果的に疾患の増悪が見込まれる。
- ・国民にはっきりと示すべき。
- ・日本の優れていた保険医療が崩壊します。
- ・今まで高齢者は十分に保険料を払っている。
- ・結局誰も得しない。
- ・患者、医療者、どちらにもメリットがない。
- ・場合・診断名によって、除外される患者さんを検討して頂きたい。費用増により、月経困難症など、低容量ピルなどのホルモン治療剤に頼らなくてすむ患者さんの選択肢が減るため。（鎮痛剤を選べなくなる可能性がある）
- ・その前に政治屋、公務員の給与の削減、無駄な武器、辺野古埋め立て、万博などムダの処理をしてからの話。
- ・患者の実質的負担増を覆い隠す、誤魔化しの政策。
- ・高齢者にセルフメディケーションは厳しい。
- ・裕福層だけ生き残る。
- ・ステルス増税になる。
- ・疾患があり収入が少ない人にとって、最悪の方向だと思います。
- ・国民の不利益。
- ・患者が治療を敬遠する事により脳梗塞などの重篤を懸念。
- ・これ以上、国民の負担増は許せない。
- ・保険医療そのものの破壊につながるであろうから。
- ・危険。

- ・少しだけ負担が増えるのではなく、致命的な負担を背負わされることになりかねない。
- ・自己責任という誤った考えが増大する可能性がある。
- ・OTC 薬の値段を下げる。
- ・患者負担が増える。
- ・政府の失策を、これ以上国民負担増にすべきではない。
- ・保険料の患者負担へすり替えてしかないから。
- ・自分自身も患者として、これ以上の自己負担は苦しい。
- ・治療が遅れることが心配。
- ・高齢者の負担を現役世代と同じにしたらい。
- ・患者負担増は困る
- ・治療薬中断が増えるため。
- ・今までの治療ができなくなる可能性が高い
- ・保険制度の破壊になる。
- ・患者負担の増大。
- ・3ヶ月で保険の適用となる外国人の問題を解決する方が先ではないか。
- ・OTC 実施にて患者の負担が増える。診療抑制になる。
- ・医療知識の乏しい素人に、治療方針を決めさせるのは危険。
- ・患者負担があがることは受診控えにつながるため。
- ・患者の自己負担を拡大するもので、医療保険制度の法改正につながる異常!!
- ・従来通り、日本独自の手厚い医療を継続すべきである。長い視点で見てより良い結果につながる。
- ・薬の購入代金が高くなることにより、患者さんが薬を服用しなくなり、病状が悪化する可能性が考えられる。
- ・日本人の命を財務省がコストで扱っていることになるから。
- ・説明不足である。反対します。
- ・問題のすり替えでは。ガン患者の医療費負担を「0」にするとかなり理解できる。
- ・OTC の処方を医師がするのは反対。素人の患者が判断できない。
- ・患者さんのためにはならない。
- ・医学的判断を患者に押し付け、不適切。
- ・必要な医療において今以上に患者負担が増えるのは受診抑制につながり問題だが、余分に色々欲しがるのは事実。ありがたみを分かっていないので、保険外ししたい気持ちは分かる。
- ・受診控えにつながるため。
- ・患者負担減とはならないから。
- ・受診遅れのツケは患者さんと現場と医療費に跳ね返る。
- ・現役世代の方が OTC 薬で対処できる場合が多いと思われ、結果的に現役世代の負担軽減にならないと思われるから。
- ・全ての症状から正しい病態把握、適正治療につき自己判断することは不可能、重篤化につながる恐れあり
- ・これ以上の負担増はやめて欲しい。
- ・新語を勝手に作ってよい印象を得ようとする政府の手。
- ・受診控えや自己判断による健康被害リスクを抱える。
- ・患者負担が増えることは良くない。
- ・横文字に誤魔化されている。お金がなくては医療は受けられない世の中になる。
- ・医学的知識に乏しい一般の方々に薬の選択を症状のみや薬剤師さんのみだ判断にまかせるのは危険な場合もあると思われるため。
- ・適時の検査等の経過観察、確認ができなくなる。

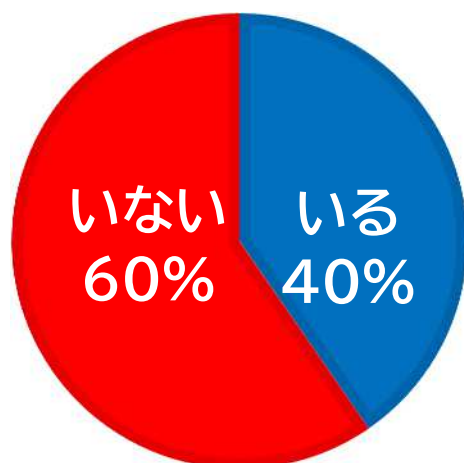
【「どちらともいえない、判断できない」の理由】

- ・教育と薬剤師の責任の法制化。
- ・医療費はどこかで削減しないといけない。
- ・実際には支払い能力が十分にあるにもかかわらず過度に保護されている患者さんもいます。
- ・医療費抑制のために自己負担を一律に引き上げれば、経済的弱者ほど受診を控え、病状を悪化させる可能性が高くなります。OTC 薬への過信や自己判断による誤用も増え、公衆衛生の観点からも逆効果です。制度改革の本質は「必要な人に、必要な医療が届くこと」であり、単なる負担転嫁では国民の信頼を損なうと考えます。医療の公的保険制度が厳しさを増す中、医療の持続可能性を考えれば、どこかで給付と負担のバランス見直しは必要です。実施前に十分な試験運用や影響評価がなされるかどうか判断の分かれ目になると考えています。
- ・患者さんを含む関係者がしっかり議論して欲しい。高額医療費の改正の時のような酷いことにならないように。
- ・これは患者の意見が主になると思います。
- ・保険診療をあまりしていないから。
- ・それぞれの事情があるから。
- ・薬局で買うと高いから来院したという患者も存在するので、考えものである。
- ・セルフメディケーションについて、まずは議論が必要だと思います。この議論をせずして、社会保障の費用面について判断はできません。
- ・薬と異なり健康情報は十分にあるので、疾患の状態によってはセルフの処方を長期的に考えて有るのかもしれない。
- ・湿布問題のようなムダがないのも事実。
- ・安定した保険診療を維持するため、供給薬剤を安定するため見直すことがあっても良い。
- ・ある程度は仕方ない。
- ・2. の回答と同じ。
- ・セルフメディケーションは、今までも行われており、これは問題ないが、この事も用いて受診を控えさせるのは問題。
- ・問題もあるが、理解も出来る。
- ・花粉症やかぜなどの OTC 薬を保険診療で用いるくらいの薬価で購入できるなら、保険外しはやめえないと思う。
- ・ある程度、患者負担が増えることは仕方がないと思うから。
- ・判断できない
- ・医療費を上げたくない、というのは理解できます。
- ・医療費を削減する必要があるのは日本国民の一人としてはよく理解できる。しかし医薬品やその原材料の多くが海外に頼っており、特に高額な新薬の殆どが海外の薬品会社に頼っていると言う惨状への対応を急ぐべきではないのか。多額の医療費であっても国内経済に還流するのであれば問題は少ないのだから、国外に流出する国富を押し留める視点こそが医療費改革の中心となるべきだ。
- ・セルフメディケーションの推進は、知性のある行為とは必ずしも思えない。また、薬剤師のレベルがそれに見合うものではない。
- ・厳密に検討すべき。

5. 市販薬の服用・使用で、副作用・重症化し来院した患者「いる」4割

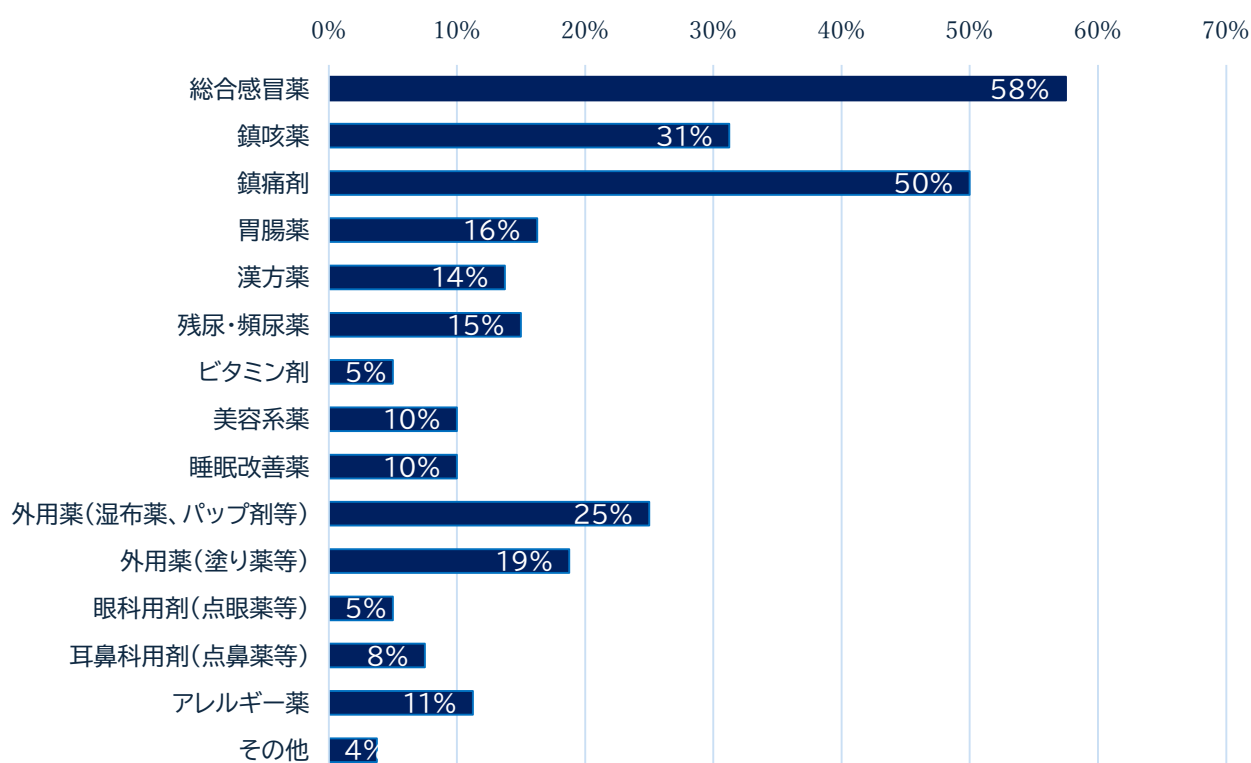
OTC薬(市販薬)の服用・使用により、副作用や重症化する等して来院した患者がいるか質問したところ、「いる」が40.4%、「いない」が59.6%でした。

OTC薬(市販薬)の服用・使用により、副作用や重症化する等して来院した患者がいるか



「いる」と回答した方に、どのような市販薬だったか、質問したところ、総合感冒薬 57.5%、鎮痛剤 50.0%、鎮咳薬 31.3%、外用薬(湿布薬、パップ剤等) 25.0%等の回答があった(分母は「いる」と回答した80人)。

服用・使用により、副作用や重症化する等して来院した市販薬



※その他:

- ・オーバードーズですので OTC とは限らないのです。
- ・下剤(酸化マグネシウム)
- ・効果がない。

当該 OTC 薬の商品名、副作用、重症化事例について、具体的に教えてくれるよう、質問したところ、以下の事例が寄せられた。

- ・風邪と自己判断して感冒薬を一週間以上服用して来院、肺炎だった。鎮痛薬で胃痛、ステロイド含む軟膏で皮膚変性。
- ・風邪薬の服用でスティーブンス・ジョンソン症候群が1例。市販点鼻薬の乱用によって、症状悪化例が年 50 人~100 人訪れる。その為の治療薬として、今回 OTC 類似薬を使用して、治療をしています。使用できなくなったなら手のほどこし様がありません。
- ・総合感冒薬による排尿障害。
- ・over dose で意識消失。
- ・総合感冒薬で尿閉をきたした。
- ・ロキソニン→消化管穿孔。
- ・精神依存、腎障害、電解質異常、自殺企図。
- ・イブで風邪が治らない。ボルタレンで膀胱炎治らない、悪化。パンシロンで胃もたれ治らない。
- ・感冒薬:薬疹、鎮咳薬:気分不良。
- ・肝障害、頻脈、胃潰瘍、尿閉。
- ・頭痛に対して鎮痛剤を飲み、さらに頭痛を引き起こしている例がありました。
- ・感冒症状に対して OTC 薬を使用した改善せず来院されることはよくある
- ・百日咳であるにもかかわらず、鎮咳剤を長期に服用し、感染が拡大したと思われる。また溶連菌感染でありながら感冒薬を服用し、急性糸球体腎炎を発症した例が見られる。
- ・インテバン→かぶれ。フルコート→自己判断間違いで症状悪化。
- ・痒み赤み。
- ・頭痛診療において、OTC 薬の摂取過多で薬物乱用頭痛を生じている方は、以前からあります。
- ・主にアレルギー反応が多いです。
- ・ルル:高度の蕁麻疹。
- ・当院ではなく、大学病院で経験した症例ですが、スティーブンス・ジョンソン症候群でした。
- ・インフルエンザ、COVID-19 等での総合感冒薬服用で症状の増悪、変形性腰椎症や腰部脊柱管狭窄症での外用薬や鎮咳材のみでの症状増悪など。
- ・特定の薬剤ではないが、乱用による症状の悪化。
- ・症状改善しない、かぶれ、過剰使用。
- ・血管収縮剤の入った点鼻薬による薬剤性鼻炎。
- ・風邪薬を飲んでいて、来院して調べたら肺炎だった。
- ・ステロイド投与中や免疫抑制剤服用中の患者で、気管支炎、肺炎、尿路感染症が重症化した。
- ・本人は単なる胃炎と思って薬局で胃薬を購入して内服していたが、1週間経過しても良ならず、倦怠感も出現し来院したら心筋梗塞であった。
- ・アンパンマンシロップの抗ヒスタミン薬の関連と思われる鑄型肺炎 2 剤。
- ・胃炎、腎障害。
- ・アレルギー反応、胃腸障害。
- ・薬疹、薬剤由来発性喘息、便秘、倦怠感(眠剤)、緑内障。
- ・尿閉。
- ・ロキソニンで胃潰瘍を発症。

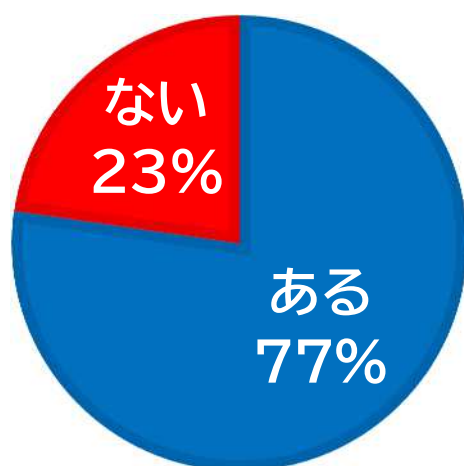
- ・初発時に他院受診したが詳しい指示がなく、発熱に対して数日間感冒薬で対処し、肺炎になっていた例がある。
- ・疼痛に対して湿布薬を使用した、数日後の受診で带状疱疹と診断した例がある。
- ・どちらも副作用ではなく、OTC 薬の使用は間違いではなく、その後の治療で治癒する範囲でした。
- ・OTC の鎮痛剤の飲み過ぎて、「薬剤の使用過多による頭痛」に陥る。
- ・緑内障の悪化、腎機能の悪化
- ・商品名は不明。ネットで購入したシミ取りの薬で全身に紅斑が出現した。
- ・感冒薬の多量内服による傾眠・湿布薬による皮膚炎。
- ・品名不明：咳止め飲んで重症化に気づかず、肺炎を起こして来院、入院したが死亡。
- ・「イブ」⇒薬疹、湿布薬⇒光線過敏、「キャベジン」⇒肝機能異常
- ・総合感冒薬や鎮痛剤を内服し受診が遅れて重症化する扁桃周囲膿瘍。市販点鼻薬を濫用した薬剤性鼻炎。
- ・かぜ薬等乏尿、尿閉 鎮痛薬アナフィラキシーショック。
- ・全身蕁麻疹・皮疹、気管支喘息、アレルギー症状、瞳孔散大、口渇、多関節炎など。
- ・睡眠薬によるふらつき。
- ・抗真菌剤、接触皮膚炎、中耳炎。
- ・違う病気なのに勝手に判断して、重症化した。
- ・膀胱炎の漢方薬を使用して、治療が遅れた。
- ・鎮咳剤⇒薬剤アレルギーがあるのに成分を見ず服用した。頭痛に鎮痛剤を服用しすぎ乱用頭痛。
- ・感冒薬で改善せず肺炎であった。気管支炎に対して鎮咳薬で悪化した。漢方薬内服にて低カリウム結晶となり入院加療を行なった。鎮痛薬による胃潰瘍や腎機能障害。
- ・紅麹、コンドロイチン。
- ・湿布剤による接触皮膚炎。
- ・漢方薬の長期内服は低カルシウム血症、下剤による高マグネシウム血症、等の電解質異常。
- ・頭痛にて薬物誘発頭痛を生じさせた。真菌感染にステロイド剤を投与していた。
- ・風邪をこじらせて肺炎となっていた。
- ・湿布薬と光線過敏症。
- ・ロキソニン錠：胃腸障害、市販湿布剤の皮膚アレルギー。
- ・パブロンで症状が悪化。
- ・白癬にステロイド外用で悪化。
- ・忘れた。副作用はめまい。小児薬だった。
- ・風邪薬による尿閉。
- ・点鼻薬による薬剤性鼻閉。
- ・ステロイド含有耳痒み用薬剤による外耳道真菌症。
- ・甘草含有薬の四肢麻痺など。
- ・常用から依存、過量服用。肝障害、転倒による外傷。
- ・黄疸と肝障害が出現した「ハルンケア」。
- ・ロキソニン：蕁麻疹。

6. 患者の自己判断による市販薬服薬に危険を感じる医薬品「ある」77%

OTC 薬（市販薬）で患者の自己判断による服薬に危険を感じる医薬品はあるか質問したところ、「ある」が 77.3%、「ない」が 22.7%であった。

※「ない」と回答したが、最後の質問「OTC 薬の具体的な危険性」に回答した方は「ある」に含めた。

OTC薬で、患者の自己判断による服薬に
危険を感じる医薬品はあるか



「ある」と回答した方に商品名を質問したところ、16 人が「ロキソニン（ロキソプロフェン）」、6 人が「NSAIDs」、5 人が「メジコン」を挙げた。

【OTC 薬で、患者の自己判断による服薬に危険を感じる医薬品の商品名】

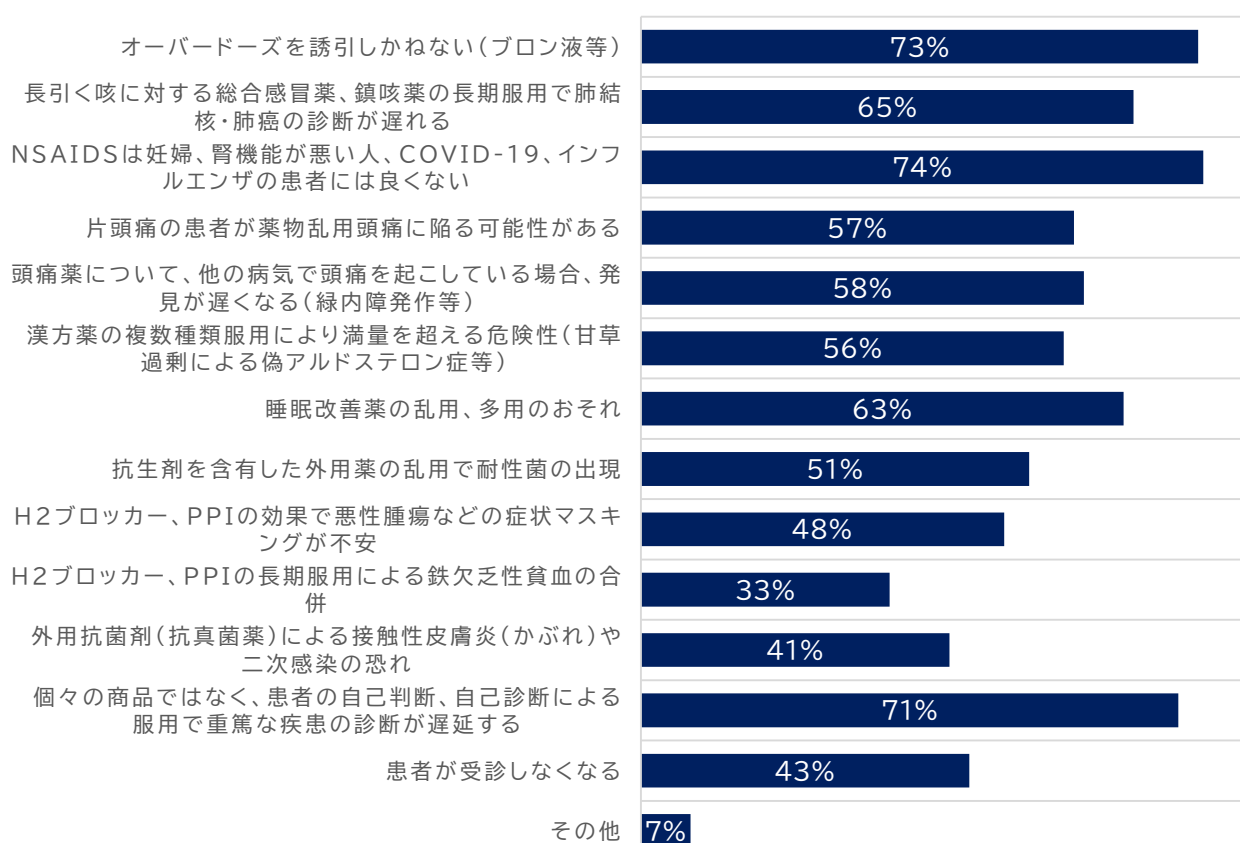
- ・ロキソニン
- ・外用多数
- ・ロキソニン等 NSAIDs
- ・葛根湯、小青竜湯
- ・金パブ（パブロンゴールド）、ブロン、メジコンなど
- ・ロキソニン、フルチカゾン、プロピオン酸エステル、酸化マグネシウム
- ・ステロイド外用薬全般
- ・漢方薬など
- ・イブで風邪が治らない。ボルタレンで膀胱炎治らない、悪化。パンシロンで胃もたれ治らない。
- ・感冒薬過剰服用
- ・ロキソニンS、ハルナール
- ・ロキソプロフェン
- ・風邪薬→症状に合わない。
- ・ステロイド
- ・痛み止めがメインです。採血もしていないのに自己判断で内服が始まると、それも自己責任になるのだと思いますが、それがわかっていて金銭の問題で負担を増やして責任は自分、というのは納税者側に立った政策と言えないと考えます。
- ・カンゾウ含む漢方薬
- ・オキナゾール
- ・鎮痛剤等依存の危険
- ・ロキソニン、抗ヒスタミン薬

- ・さまざまな OTC 薬で自殺企図を図ってのオーバードーズをした症例が、精神科領域では少なくなかった。
- ・どの薬でも副作用はある
- ・総合感冒薬全般
- ・ロキソニンをはじめとする鎮痛薬
- ・ステロイドを含んだもの、抗生物質の乱用。
- ・ロキソニン等の NSAIDs。
- ・安易な鎮痛剤の内服は要注意と思っています。
- ・ヘパリン類似性物質等の外用剤に使用されている添加物質による接触性皮膚炎が懸念される。
- ・メジコン
- ・ストロング系ステロイド外用薬
- ・ロキソニン S の過剰服用
- ・パブロン、ロキソニンS、ガスター、芍薬甘草湯
- ・すべての薬
- ・ロキソニン、フェルビナクテープ
- ・すべて
- ・アンパンマンシロップの抗ヒスタミン薬など
- ・アシクロビル、エピサスチン、ケトチフェンなど
- ・NSAID 全般（内服もシップも）
- ・抗アレルギー薬、解熱鎮痛剤
- ・ステロイド剤、鎮痛剤など
- ・総合漢方薬は、ほぼ合法ドラッグだと思います。
- ・NSAIDs 不耐症（致死性喘息を誘発するときあり）
- ・調剤薬局で 80 歳手前の患者にノボリン N 注処方が出た時、説明の紙を読んでからとノボリン N 注を渡しただけ。本人自己注射できず当院で指導。OTC ではもっといい加減な説明になる。上記ロキソニンだけでなく、用量間違えてたら全てが危険。
- ・ロキソニン
- ・生活習慣病と言われる疾患薬全般に。
- ・「イブ」⇒薬疹、湿布薬⇒光線過敏、「キャベジン」⇒肝機能異常。
- ・抗菌薬クラビットを海外から輸入？ネットで購入して内服し、効かないと言って受診する人があります。世界中で抗菌薬適正使用を行っているのに、このように購入できることは問題です。
- ・セデス
- ・商品名は分かりませんが、デキストロメトルフィンが含まれた商品、センノシドの含まれた商品のオーバードーズ。
- ・バップフォー
- ・フロン類似薬剤
- ・抗ヒスタミン系薬剤、リン酸コデイン系薬剤
- ・総合感冒薬で、商品名は不明
- ・薬品なので全て。これは添付文書に書いてあることと同じこと。
- ・フェキソフェナジン ロキソプロフェン
- ・消炎鎮痛剤
- ・プレドニン系の軟骨 リンデロン軟骨など
- ・抗アレルギー剤
- ・NSAIDs
- ・感冒薬
- ・メジコン、ロキソニン、甘草の入った漢方薬
- ・ブロン、パブロン、メジコン、コンタック、ウット

- ・パリエット ロゼレム
- ・漢方（麻薬の入っているもの）
- ・抑肝散、カマグ
- ・鎮痛剤、外用薬
- ・生活習慣病の薬
- ・アセトアミノフェン
- ・ロキソニンなどの NSAIDs
- ・トランシーノ（シナールトランサミン）は市販すべきではない
- ・生活習慣病の薬も。
- ・多数
- ・感冒 鎮痛 解熱薬
- ・多数あり 例えばアラセナ軟膏ゾビラックス軟膏他枚挙にいとまなし
- ・メジコン、金パブロン、ブロン
- ・睡眠薬
- ・刺激系下剤全てです。

「ある」と回答した方に、OTC 薬の具体的な危険性について質問したところ、「NSAIDs は妊婦、腎機能が悪い人、COVID-19、インフルエンザの患者には良くない」が 73.9%、「オーバードーズを誘引しかねない（ブロン液等）」が 73.2%、「個々の商品ではなく、患者の自己判断、自己診断による服用で重篤な疾患の診断が遅延する」が 70.6%等の回答があった（分母は「ある」と回答した 153 人）。

OTC薬の具体的な危険性について



※その他:

- ・皮膚炎
- ・上記危険があるから No という短絡的な意見は問題があるとは思いますが、十分に議論されている現実を知らない。
- ・いずれも、安全運転と同じく、常識的な感覚、誰しもが持ち合わせるべき自己管理能力であり、異常を感じたときに医療機関に受診するべきで、本来医療機関とは、そういう目的のものである。
- ・抗ヒスタミン薬による高齢者の尿閉。
- ・眠気などで運転のリスク。
- ・(偏頭痛の患者について) SAH(くも膜下出血)であって診断の遅れで死亡したケースあり。風邪は万病の元と言われる。稀に一見感冒として見過ごされてしまいかねない。咳払いが重大な疾患は始まりであることは古今よく警告されていることである。
- ・あらゆることが認知症老人や理解力の乏しい人におそいかかる。
- ・正しい診断のもとに適切な処方がなされなくなる。風邪は自分で治せば良いという考え方からこのような方針が取られるのだとすれば、発熱患者の多様性に関する知識が欠如していると考えます。
- ・薬剤師の責任を強化すること。

最後に～アンケート結果を踏まえた、京都府保険医協会の要求

1. 自民党・公明党・日本維新の会の三党協議で、日本維新の会が保険給付から除外すべきとした具体的な OTC 類似薬(保険薬)の 28 の有効成分には、日常診療で処方される薬剤が多く含まれています。除外されれば、患者の外来受診控え、負担増とともに、医療の安全を脅かすものとなります。保険給付から除外することに反対します。
2. 保険医が OTC 薬(市販薬)を処方した際の技術料の選定療養化は、保険給付の縮小、患者負担の増加となり、実質的な混合診療の拡大となるため、反対します。
3. 三党合意では、2023 年(令和 5 年)末時点で海外 2 か国以上でスイッチ OTC 化されているものの、日本ではスイッチ OTC 化されていない医薬品約 60 成分を、2026 年(令和 8 年)末までに OTC 化するとしています。OTC 類似薬の保険外しを念頭に置いた検討であり、安心・安全な保険診療の確保のため、これ以上のスイッチ OTC 化の推進に反対します。
4. 後発医薬品を中心とした保険薬(医療用医薬品)の供給の安定化を求めます。薬価改定は 2 年に一度とし、流通の不安定化の原因となる、汎用保険薬の過度な薬価引き下げを行わないよう求めます。

【補足】

- ① OTC 類似薬の保険外しが導入された場合、指定難病等の国の公費負担医療制度や、全国の福祉医療(子育て支援医療、ひとり親家庭医療助成、重度心身児(者)医療助成、重症老人健康管理事業)で医療費負担が軽減されている方にも、当然大きな負担となります。
公費負担医療や、ひとり親家庭支援医療、重度心身児(者)医療助成制度、重症老人健康管理事業などの制度は所得制限があることから分かるように、低所得の方が多いため、過大な負担となります。
- ② OTC 類似薬の保険外しが導入された場合、低所得者層、生活保護世帯にとって、過大な負担が直撃します。
- ③ 生活保護を受けている方は選定療養が給付対象外です(以前から、差額ベッドなどは使えない)。そのため、保険医が OTC 薬(市販薬)を処方した際の技術料が選定療養化された場合、保険からスイッチされ、保険から除外された OTC 薬を処方することになった段階で、受診自体が自己負担になります。あまりに影響が大きいです。受診自体を躊躇する結果となり、社会福祉の観点のみならず、公衆衛生の観点からも悪影響が想像されます。

以上です。

京都府保険医協会 全会員緊急アンケートご回答のお願い

OTC 類似薬の保険外し、OTC 薬処方時の技術料の選定療養化について

※ 各用途は最後に解説してあります
 ※ 回答メー 25 年 7 月 18 日（金）
 ※ できるだけ Google Form での回答にご協力ください。
<https://forms.gle/BegZhfDz2o2bYmWg>



医薬品の保険給付に係る制度について、以下の 3 つの見通しが検討されています。

- (1) OTC 類似薬（保険薬）を保険給付から除外する（『全国保険医新聞』25 年 5 月 25 日号参照）。
- (2) 保険診療と OTC 薬（市販薬）の処方の組み合わせが混合診療にならないように、技術料（初・再診料や処方箋料）を選定療養として保険給付する。
- (3) 海外 2 か国以上でスイッチ OTC 化されている薬のうち、日本でスイッチ OTC 化されていない医療用医薬品約 60 成分を 2026 年までに OTC 化する。療養薬の OTC 化も進める。

これらの施策が導入されれば、保険給付の範囲が縮小されるとともに、プライマリケアを担う保険医の保険診療、経営にも大きな打撃になることは必至です。国に導入阻止を求めるにあたり先生のお考えをお聞かせください。

1. 「自民党・公明党・日本維新の会の 3 党協議で、日本維新の会は OTC 類似薬（保険薬）を保険給付から除外する具体的な薬利名として 28 の有効成分を示しました（3 枚目『全国保険医新聞』25 年 5 月 25 日号参照）。6 月 6 日には OTC 類似薬の保険給付のあり方の見直しについて 3 党合意も交わっています。

先生は、OTC 類似薬の保険外しについてどう思われますか？（一つだけ）

☐賛成 ☐反対 ☐どちらともいえない、判断できない

2. 「1」の選択肢を選んだ理由をお教えてください。

3. 25 年 5 月 27 日、財務省・財政制度等審議会は「春の建議」の中で、保険医が OTC 薬（市販薬）を処方した際の技術料の選定療養化の検討を進めるべきと主張しました（保険診療で市販薬の処方箋を発行することは、現状では混合診療となり、できないから）。

先生は、このように選定療養の拡大により保険給付が縮小されることについて、どう思われますか？（一つだけ）

☐賛成 ☐反対 ☐どちらともいえない、判断できない

4. 「3」の選択肢を選んだ理由をお教えてください。

5. 「春の建議」は「症状が長期に安定している生活習慣病患者の医薬品（経圧剤等）・検査薬（編注：抗原検査キット等が想定）のスイッチ OTC（市販薬）化を進める」ことも主張。3 党合意でも医療用医薬品約 60 成分を 26 年までに OTC 化する「取組を着実に進める」としています。

先生は、スイッチ OTC 化の推進について、どう思われますか？（一つだけ）

☐賛成 ☐反対 ☐どちらともいえない、判断できない

6. 「5」の選択肢を選んだ理由をお教えてください。

（続く）

7. 「1」及び「5」の方針は「骨太の方針 2025」にも盛り込まれ、正式な政府方針になりました。同は現役世代の保険料軽減等を理由に挙げていますが、厚労省は保険薬の 3 割負担額と OTC 薬（市販薬）を購入する場合と負担額が 10 倍近くに増えるケースもあるとの試算を示しており、トータルとしての患者負担は増大する可能性が高いです。

「セルフメディケーションの推進」という言葉を用いて患者負担が増えていることについて、どう思われますか？（一つだけ）

☐賛成 ☐反対 ☐どちらともいえない、判断できない

8. 「7」の選択肢を選んだ理由をお教えてください。

9. OTC 薬（市販薬）の服用・使用により、副作用や重症化する等して来院した患者はいいますか？（一つだけ）

☐いる → 質問「10」へ ☐いない → 質問「12」まで飛んでください

10. 「9」で「いる」と回答された方に質問します。どのような市販薬でしたか？（幾つでも）

☐総合感冒薬 ☐鎮痛剤 ☐鎮咳薬 ☐胃腸薬
☐漢方薬 ☐風邪・解厚薬 ☐鎮痛剤 ☐美谷系薬
☐睡眠改善薬 ☐外用薬（湿布薬、パップ剤等） ☐外用薬（塗り薬等）
☐眼科用剤（点眼薬等） ☐耳鼻科用剤（点鼻薬等） ☐アレルギー薬
☐その他（ ）

11. 「10」で選択された OTC 薬の商品名、副作用、重症化事例について、具体的に教えてください。

12. OTC 薬で、患者の自己判断による服薬に危険を感じる医薬品はありますか？（一つだけ）

☐ある → 質問「13」へ ☐ない → 質問は終了です

13. 「12」で「ある」と回答された方に質問します。商品名が分かれば教えてください。

14. 「13」の OTC 薬の具体的な危険性を教えてください。（幾つでも）

☐オーバードーズを誘引しにくい（ブロン液等）
☐長引く咳に対する総合感冒薬、鎮咳薬の長期服用で肺結核・肺癌の診断が遅れる
☐NSAIDs は妊婦、腎機能が悪い人、COVID-19、インフルエンザの患者には良くない
☐片頭痛の患者が薬物乱用頭痛に陥る可能性がある
☐頭痛薬について、他の病気で頭痛を起している場合、発見が遅くなる（緑内障発作等）
☐漢方薬の複数種類服用により用量を超える危険性（甘草過剰による偽アルドステロン症等）
☐睡眠改善薬の乱用、多用のおそれ
☐抗生剤を含有した外用薬の乱用で耐性菌の出現
☐H₂ ブロッカー、PPI の効果で悪性腫瘍などの症状マスキングが不安
☐H₂ ブロッカー、PPI の長期服用による鉄欠乏性貧血の合併
☐外用抗菌剤（抗真菌薬）による接触性皮膚炎（かぶれ）や二次感染の恐れ
☐個々の商品ではなく、患者の自己判断、自己診断による服用で重症な疾患の診断が遅延する
☐患者が受診しなくなる
☐その他（ ）

質問は終了です。FAX で回答される先生は、075-212-0707 へ

送信してください。