

生保患者と長期収載品の選定療養化

今年10月から長期収載品(後発薬のある先発薬)を利用する患者さんには選定療養が適用されて一部実費負担となるのは皆さんご存じのところすでに薬局内でお知らせのポスターなどで患者さんにお知らせをしていると思います。計算方法が複雑ですがレセコン会社がうまく対応してくれることを祈るばかりです。ただ医療費が無料になる生活保護(生保)患者さんが先発薬を選択するとどうなるかの問題が発生します。今回は10月から始まる長期収載品の選定療養化のお話になります。

1) 長期収載品とは

長期収載品の定義は

- ①後発医薬品のある先発医薬品になります。 さらに今回の選定療養の対象薬品には
- ②薬価収載5年経過した医薬品または後発薬置き換え率が50%以上の医薬品。
- ③長期収載品の薬価が後発薬の高薬価品より超えているもの。 があります。

これらの医薬品がどの銘柄になるかを知るには厚労省のデータを見るしかありませんが、一般業務ではレセコンが対応してくれるはずですが。従来なら4月での改定が6月に後ろ倒しになったり選定療養の開始が10月になったりしたのも複雑な制度に対応するために他ならないと思われます。

2) 選定療養とは

医療保険で賄える医療を患者さんが快適性や利便性を目的として追加費用を払ってさらなる医療行為を選択できる療養で、これまでの例では差額ベッド代や大病院への初診料があげられます。今回の長期収載品の選定療養化とは患者さんが先発薬を選択すると薬価の一部が保険医療の対象とならず実費負担(消費税含む)となる制度になります。言い方が正しいかは分かりませんが、国が先発薬をぜいたく品と捉え患者負担を増やすことで後発医薬品の使用率を増やして国民医療費の増加をなんとか抑制しようとする方針の現われといえます。一方で数年前の後発医薬品会社の不祥事で降続している後発医薬品の供給不足から薬局に対する後発医薬品調剤体制加算は変更なく前回同様に維持されており、選定療養でも場合によってはその対象外とされています。

長期収載品の選定療養の計算はすでに周知されているため簡単に紹介するにとどめますが先発薬を患者さんが選択した場合の計算式は次のようになります(保険料が3割負担の場合)。

- ①先発薬の薬価－後発薬の薬価の差額 …(A)
- ②(A)×0.25 …(B)⇒実費分になり、消費税10%がかかります。⇒(B)×1.1 …(C)
- ③保険適応分は((A)×0.75+後発薬の薬価)×0.3となります。…(D)
- ④患者負担分:(C)+(D) となります。

以上は基本概念のみを示しましたが、実際には先発薬と後発薬が混在したりとさらに複雑になります。薬価は円単位ですが調剤報酬計算上は点数(10円=1点)で計算するため薬価が安い薬剤が処方されるほどこの制度では改定前より薬代が割り高になります(50%高になる事例もあります)。一方、高めの薬では1.9%高になったりと薬価により負担の振れ幅が違っているので、先発薬に固執している患者さんには十分な説明をしてあげる必要があるでしょう。

●結論としては**先発医薬品を利用する患者さんは薬代が割り高になる**ということです。

3) 生活保護の患者さんとは

生活保護の根拠となる法律は生活保護法(以下、同法)で、同法は日本国憲法第25条(生存権)の理念に基づき制定され、国が生活に困窮する国民に対して必要な保護を行い最低限度の生活を保障し自立を助長することを目的としています。この法律の対象となる国民が生活保護対象者になります。医療に関連するものとしては医療扶助(同法第11条の四)を受けることになり、たとえば指定された薬局でかかる費用は無料になります。

4) 生活保護の患者さんと選定療養の関係

この8月21日に厚労省保険局医療課からの事務連絡の疑義解釈問7と問8で明確になったのは皆さんご存じの通りだと思いますが『**医療上必要があると認められない限りは、先発薬を使わず、その後発薬を使いなさい**』というのが結論になります。さらに後発薬しか使えないのだから**選定療養の対象にもならない**という回答になっています。ゆえに**特別料金も発生しない!**わけです。

同法第52条では診療方針及び診療報酬の項目があり、さらに同法第52条第二項の規定による診療方針及び診療報酬(昭和34年5月6日厚生省告示第125号)の二では「**長期入院選定療養**」以外の**選定療養は医療扶助の対象とならない**としています。今回の改定ではこの条項に変更がありませんから長期収載品の選定療養は医療扶助の対象にならないと解釈できます。さらに同法第34条3で「**医薬品は原則として後発医薬品が処方される**」とありますからますます**後発薬しか使えない**となってきます。

生活保護患者さんが先発薬を使えるのは事務連絡の「医療上必要がある場合」と同法第34条の「原則として」の例外をどう解釈するかになります。7月12日発出の事務連絡の疑義解釈では一般の患者さんの選定療養での「医療上必要がある場合」の解釈が掲載されており(以下①~④)、これが生活保護患者さんにも適応できると思われ(文章一部改変)。

- ①先発薬と後発薬で効能・効果に違いがある場合で医師が先発薬の処方が適すると判断した場合
- ②後発薬服用後に副作用等が発生し先発薬との間で効果に差があったと医師が判断した場合
- ③学会が作成するガイドラインで後発薬への切り替えないことが推奨されており先発薬の処方が必要と医師が判断した場合
- ④後発薬の剤型では飲みにくい、吸湿性により一包化が出来ないなど製剤上、先発薬が優れると判断した場合(④は医師または薬剤師の判断)。

❖いずれにせよ生保患者さんが選択する余地のないやり方は現場での多少の混乱が予想されます。

5) 生活保護患者さんのいろいろ

①なんでも遠慮してしまう生活保護の在宅患者さん

もう十数年前になりますが私が現役時代に高齢の在宅患者さんを訪問していた際に、今回から薬が一つ追加になりましたと説明しようとするとうる東京にいる息子に医療費で迷惑をかけたくないから薬は要らないと言い始めました。生活保護なので医療費はかからないし後発薬だから薬の値段も安くて国にも迷惑はかけないからと説明した患者さんがいました。このような患者さんなら後発薬しかだめになった今回の制度も心よく受け入れてくれたでしょう。後年、彼が住んでいた古い家の近くを通ると新しい家に建て替えられていました。

②先発薬しか飲みたくないと言ってきかない生活保護の患者さん(最近、私が聞いた話)

今回の通達が出る前に「先発薬だと特別な料金が発生する」と説明した際に何故国は生活保護患者に選択の余地を残さないのだと怒り心頭になった患者さんがいたそうです。今回の通達で「**特別料金は発生しませんが全て後発薬になる**」とその患者さんに説明しないといけなくなりましたがその方はどう思うのでしょうか?むしろ生活保護患者さんは今回の改正ですべて後発薬に変更することになったと説明するとすっきりするような気もしますが…渋々でも受け入れてくれれば良いのですが。(終わり)