

医薬分業の問題点

早瀬 幸俊

Problems of the Separation of Prescription and Dispensing

Yukitoshi HAYASE

*Department of Pharmaceutical Administration, Hokkaido College of Pharmacy,
7-1 Katsuraoka-cho, Otaru, Hokkaido 047-0264, Japan*

(Received December 2, 2002)

By October 2002, the separation of prescribing and dispensing in Japan had already been implemented for 28 years since the system was inaugurated in 1974. Although the separation rate reached 44.5% in 2001, the questions, “Is the separation necessary in Japan?” or “Has the system been working successfully?” are often heard. These questions are raised because people have not noted the advantages of the system yet, and because the separation itself has many problems or shortcomings. These questions are not only from pharmacists, but also from physicians, patients, or medical and educational institutions. If the problem concerns pharmacists, it is assumed to stem from their lack of ability required for the separation. A breakthrough for an early solution of the problem will be found in a change in education, which includes a range of clinical subjects and long-term clinical practices.

Key words—problems of separation; separation of prescribing and dispensing; ability required for separation; long-term clinical practices

1. はじめに

医薬分業は、欧米では古くから行われており、広く社会に定着した医療制度としてよく知られている。一方、わが国では医薬分業が年々進展しているとは言え、その歴史は浅く、いまだ社会全体に定着した制度とは言えない。このことは医薬分業の実態を示す処方せん受取率（分業率）を見ることにより明らかである。

2001年度の分業率を、日本薬剤師会の「保険調剤の動向」（速報値）で見ると全国平均は44.5%（2000年度：39.5%）である。都道府県別では、分業の最も進んだ秋田県で67.6%（62.9%）、次に佐賀県で63.8%（58.9%）であるが、分業の最も遅れている福井県では13.8%（10.8%）、次に和歌山県では16.3%（12.9%）であり、都道府県により大きな違いが見られている。

分業率に関しては、僻地で保険薬局がないために医師が処方せんを発行できない場合や、病院内で薬を出すほうが患者に対して良い場合などの処方せん

が発行できないケースが20—25%位あると考えられているため、わが国では完全に分業が達成された時の分業率としては75—80%位であると言われていた。この点から考えると、秋田県や佐賀県では医薬分業がほぼ達成されつつあるが、福井県や石川県ではほとんど分業が行われていないに等しいと言えるのではないだろうか。

一方、韓国では長い間、医師が診断と調剤を行い、また薬剤師も患者と相談しながら疾病を判断して調剤を行ってきた。このため医師側は、医薬分業に対して準備段階から強力で反対をしていたが、2000年7月から強制完全医薬分業が実施された。¹⁾1年後の2001年7月でも医薬分業制度は完全に定着することはなく、現時点では韓国の医薬分業は失敗したようであり、石井は²⁾その原因について医薬分業の準備期間が「短期」で「強制」であったからだとして述べている。

日本では、処方せん料が50点（500円）に引き上げられた1974年が日本における医薬分業元年であると言われていた。³⁾それから27年間経過した2001年度においても依然として都道府県間の分業率には大きな違いが存在しているが、韓国における

北海道薬科大学薬事管理学研究室（〒047-0264 小樽市桂岡町7番1号）

e-mail: hayaseyu@hokuyakudai.ac.jp

分業の失敗原因を考えるとわが国の場合は、任意分業でそのために時間がかかっていることのほうが分業の定着のためにはむしろ良かったのではないかと思われる。

いずれにしても、近々わが国では完全に医薬分業が達成されると思われるが、残念なことに、現在でも「医薬分業は本当に国民のためになっているのか」という言葉を耳にすることがある。これは高い分業率を示しつつあるにもかかわらず、国民に分業の意義があまり感じられないことにより発せられた警告であり、そこには多くの問題点が存在し、その問題点の解決がさほど簡単ではないということが想像できる。

長い時間をかけて育ててきたわが国の医薬分業ではあるが、真に必要な医療制度として国民に受け入れられなければ、この制度の存続が危うくなることも考えられる。そのような事態を将来招かないためには、医薬分業に関わる問題点を早期に解決し、早く国民に支持される制度にすることが重要である。

2. 医薬分業の意義

医薬分業とは、何であろうか。

中村ら⁴⁾は、「医薬分業とは、医師が医療上患者に投薬を必要とした場合に、医師が患者に処方せんを交付し、患者は薬局にその処方せんを持参し、薬局はその処方せんに基づいて調剤し、その調剤された薬剤を適正指導の元に患者に交付する一連の行為の総称として用いられている。」としている。

また、吉邨は⁵⁾「医薬分業とは、疾病を治療する行為の中で、病気を診断し、治療する医師と、薬物療法において薬物を担当する薬剤師が、おのおのの職能をもとに、より自律的に仕事を分担することによって、患者に質のよい医療サービスを提供し、医療に貢献しようとするものである。」と言っている。

さらに福島は³⁾「医薬分業とは、医療において、医師が患者の診断、治療を行い、必要な薬剤については、医師が処方せんを作成し、薬剤師がその処方せんに基づき調剤や薬歴管理、服薬指導を行い、それぞれの専門的な職能を発揮して、国民医療の質的向上を図ろうとする、社会的な要求の帰結として用意された仕組みである。」としている。3者には言葉に若干の違いがあるものの、基本的にその内容は同じであり、これらを端的に言えば「医薬分業とは、医師が直接患者に必要な薬を手渡すことなく処

方せんを交付し、薬局薬剤師がその処方せんに基づき調剤して患者に薬を手渡す制度」ということになる。

一方、日本薬剤師会は「医薬分業とは、地域において、医師の処方せんに基づき、薬の専門家である薬剤師が、処方内容を確認した上で、適正に管理されて品質が保証された医薬品を用い、正確に調製した薬剤を、適切な指導を加えて患者に交付することによって、医師と薬剤師が専門的な機能で協力し合い、よりよい医療を患者に提供することを言う。」とし、さらに「医薬分業とは、医薬品に関する総ての業務、すなわち、開発、製造、供給、試験、管理、情報、調剤、指導、相談に至るまでの責任と主体性を薬剤師が持つことによって、医療の合理化と医薬品供給の円滑化を図り、国民の健康な生活を確保するために貢献することを言う。」としている。⁴⁾

ここで医薬分業の意義を理解しやすくするために具体的事例を用いてどのようなメリットがあるのかについて触れるとともに、医薬分業のデメリットについても触れてみたい。

医薬分業のメリットとしては次のようなことが上げられる。^{3,6,7)}

1. 「かかりつけ薬局」において薬歴管理を行うことにより、複数診療科受診による重複投薬、相互作用の有無の確認などができ、薬物療法の有効性・安全性が向上すること。
2. 薬の効果、副作用、用法などについて、薬剤師が処方した医師・歯科医師と連携して、患者に十分な説明（服薬指導）を行うことにより、患者の薬に対する理解が深まり、調剤された薬を用法どおり服用することが期待でき、薬物療法の有効性、安全性が向上すること。
3. 医師が使用したい医薬品が手元になくても必要な医薬品を用いて患者に最善の処方が可能となること。
4. 処方せんを患者に交付することにより、患者が自分の服用薬を知ることが可能になること。
5. 患者の薬の待ち時間が短縮されること。
6. 病院薬剤師の外来調剤業務が軽減することにより、本来病院薬剤師が行うべき入院患者に対する病棟活動が可能となること。

医薬分業によってこのような多くのメリットが期待されるが、国民を始めとして、医師や薬剤師、看

護師が互いの立場でこれらの事柄をメリットとして十分に理解し、活用するとともに、薬剤師や医師、看護師などがお互いの職能や職域を理解し、協働し、尊重し合うことが出来なければ、わが国の医薬分業が社会制度として定着することは困難になる。

これまで国は、患者1人1人が自分の薬局である「かかりつけ薬局」を持つことを推奨してきている。これは医薬分業の進展に伴って患者が複数の医療機関で受診した場合でも、「かかりつけ薬局」において患者の薬歴管理を行うことによりすべての薬が把握できる結果、複数診療科受診による重複投薬や相互作用の有無を確認し、薬物療法の有効性や安全性を向上させることができるなどの分業のメリットを生かすことができる、いわゆる面分業制度を推進するためなのである。

一方、医薬分業のデメリットとしては次のようなことが考えられる。

1. 病院などで医師に受診した後、薬局で処方せんにより調剤してもらうため、患者にとって二度手間となり不便であること。
2. 処方せん料等の加算により患者の一部負担金が増えること。

医薬分業をより良い社会制度として定着させるためには、これらのデメリットを早期に解決することが重要である。

これまで長い間、病院や診療所から薬を直接手渡しされていた患者が、分業により医師に受診した後、薬局で処方せんにより調剤してもらうことを二度手間となり不便と感じることは、ごく自然なことであろう。しかしながら、患者が医師からの処方せんを薬局に持参し、薬局薬剤師から薬を受け取るとは医薬分業の根幹部分である。このため、薬剤師は処方せん調剤により薬局から薬を手渡されることの重要性について、患者に十分に理解してもらうように努力する必要があると考えている。患者が医薬分業の意義を十分に理解できれば、薬局から薬を受け取れることを、「二度手間が不便」とは思わなくなるであろうし、むしろ患者は薬局薬剤師を自分の健康作りの良きパートナーとして身近な存在に感じるようになると考えている。

一方、現行の診療報酬体系では、医薬分業により患者の一部負担額が高くなる問題も含まれており保険制度や診療報酬の改善が求められる。これらを改

善するために考えられることは、すでに米国などで行われている薬剤師による代替調剤、つまり成分が同じ薬の場合には薬剤師が患者と相談してより安価な薬品に替えることや、慢性疾患患者に対して医師が一度発行した処方せんで1年—2年間程度繰り返し調剤することができる、いわゆる「リフィル制度」などを取り入れることが有効であると思われる。^{3,8)}

福島は⁹⁾これらの経済性を含めた医薬品の適正使用について、薬剤師の専門知識がより重要になってきていると述べているが、同感である。

3. 医薬分業の起源

医薬分業は、いつ、どこで、だれにより行われたのであろうか。

1240年に神聖ローマ帝国（現在のドイツ）のフリードリッヒII世が制定した下記の5カ条からなる法律を施行した。

1. 医師が薬室を持つことを禁じる。また薬剤師との共同経営を禁じる。
2. 医師の委員会が薬局を監視する。
3. 薬局の数を制限する。
4. 薬品調整の基準を定める。
5. 薬価計算法を制定する。

このことにより、医薬分業がヨーロッパで始まったとされている。^{3,4)} その後も、この法律に盛り込まれた考え方が受け継がれ、アメリカやヨーロッパ各国に医薬分業が制度として定着し、その結果これらの国の薬剤師は医療の場で薬の専門家としてその職能が認められるようになったのである。

4. 日本における医薬分業の歴史

ヨーロッパにおける医薬分業の歴史は大変に古く、1240年に始まったとされているが、これに対してわが国の医薬分業については、いつ、どこで、だれにより行われたのであろうか。わが国の医薬分業の歴史を知ることは、医薬分業の問題点を考える上でも大変に重要であり、これについては福島ら⁹⁾が「社会薬学」に詳述しているので、これを次に紹介する。

「日本における医薬分業の歴史」（「社会薬学」より抜粋）

日本における医薬分業は1871年に政府がドイツ医学導入を決定した時点で始まる。ミュルレル及びホフマンは、政府の招きで来日し、第1大学区医学校（後に東京大学医学部）の教授となり教鞭に当たるが、医制度の確

立をめざして「医制」の起草にも着手した。そして「日本の医業の隆盛を期するには、薬学の研究も併せ行い、医学と薬学を併立して行わなければ立派な医制は確立できない。」旨の建白を示し、日本における医薬分業思想の原点となった。1874年に76条からなる「医制」が制定されたが、その中で次に示したような条文が設けられ、医師には調剤権がなく、完全医薬分業が規定され、わが国の医薬分業の制度としての始まりとなった。

医制

第34条「調薬ハ薬舗主、薬舗主手代及ヒ薬舗見習ニ非サレハ之ヲ許サス」

第41条「医師タル者ハ自ら薬ヲヒサクコトヲ禁ス。医師ハ処方書ヲ病家ニ付与シ相当ノ診料ヲ受クヘシ」

1878年にも医制で定めた医師の薬剤公布規制を実行させるために、医師の薬舗兼業を自今禁止する令が發布されたが、この法令は、薬舗数の不足のため、1884年に解除された。1889年に薬律と呼ばれる「薬品営業並薬品取扱規則」が制定され、薬剤師の名が初めて用いられた。これは薬剤師、薬局の定義など薬事制度の総合的な法律であった。

薬品営業並薬品取扱規則

第1条「薬剤師トハ、薬局ヲ開設シ、医師ノ処方箋ニヨリ薬劑ヲ調合スル者ヲ言フ薬剤師ハ薬品ノ製造及販売ヲ為スコトヲ得」

附則「医師ハ自ら診療スル患者ノ処方ニ限り…自宅ニ於テ薬劑ヲ調合シ販売授与スルコトヲ得」

第1条では、薬剤師の職能を明確に示しているが、附則をつけることで、これまでの慣習を存続させた。この附則の設定に対して薬剤師側の反発が起こり、本格的な医薬分業運動が始まった。これから以降、法律の制定や、法律改正などの際に、医師会と薬剤師会の間で、延々と論争が繰り返され、現在にまで至っている。

中でも第2次世界大戦以後のアメリカ占領軍統治下のもと、医薬分業実施について大きな転機と成りうる機会があった。1949年7月にダグラス・マッカーサーの招きで、アメリカ薬剤師協会使節団が来日した。これは、戦後の新しい社会の構築に合わせて、医薬分業を実施したいと言う、薬剤師会側の働きかけがあって実現したものである。使節団は日本の薬学分野の視察を行い、日本における今後の検討課題として45項目からなる勧告書を日

本政府に提出した。

勧告書の要旨

- 医薬分業の早期実現に対して可能な限り努力すること。
- 医師の仕事は、診断、処方せん発行及び医薬品緊急投与に限ること。
- 開業薬剤師の仕事は、最も優秀な医薬品を確保し、適法に貯蔵し、医師の処方せんにより調剤投薬することにある。

医薬分業の早急の実現を盛り込んだ勧告書の提出は、薬剤師側の意気を大いに盛り上げたが、医師側は医薬分業に反対し、国民をも巻き込んだ大論争となった。1951年医薬分業法案が国会に提出されたものの、結局すぐには実施されず、1955年に医師の調剤権を認めた「医薬分業法の一部改正」が公布され、翌年から実施されることになり、これが現在にまで至っている。このようにわが国では、1955年のいわゆる「分業法」の成立により基本的な制度として、分業がスタートしたように見られる事もできるが、実際には医師法第22条の例外規定により、ほとんど実施されることはなかった。

1974年2月の診療報酬改定により、処方せん料が6点(60円)から10点(100円)、10月の改正で50点(500円)に引き上げられ、現在の医薬分業の流れにつながるスタートポイントとなった。したがって1974年は、日本における医薬分業の元年であると言われているのである。

以上が日本における医薬分業の歴史である。

約760年前から始まったヨーロッパの医薬分業の歴史に比べてわが国の医薬分業は約30年と短く、医薬分業がわが国の社会制度として定着するか否かのターニングポイントとされていた「処方せん受取率20%」を超えた1995年からでも、まだ10年間は経っていないのである。

5. 医薬分業の問題点

わが国では、医薬分業が本格的に実施されるまでの間、病院や診療所の経営を支える重要な収入源の1つとして薬価差益(実際に医療機関に納入された薬価と保険診療で請求できる薬価との間に差益が生じていた)があった。これまではこの差益が大きかったため医師が患者に薬を出せば出すほど収入が増える図式となり、このことが医薬品の過剰投与を招く原因ともなり、さらに国民医療費の高騰や医薬分

業の実施を長期間にわたり阻害する大きな要因の1つにもなっていた。

医薬品の過剰投与や国民医療費の高騰を抑制するための有力な方法として1974年に実質的に医薬分業が実施されたが、新しい制度の本質を国民や医師、そして薬剤師までもが理解して受け入れるにはかなりの時間を必要とした。しかし、国が分業を本格的に推進するに従い、分業は大きな収益をもたらすことになり、分業を始める医療機関は増加し、これに合わせて保険薬局の数も増加の一途をたどった。このため、日本の医薬分業は「経済分業」と揶揄され、分業上好ましくない種々の問題も発生したのである。このため1993年4月30日付けで当時の厚生省薬務局長通知として、薬局が果たすべき業務運営の方針として国が薬局に対して示した「薬局業務運営ガイドライン」が策定された。

医薬分業が本格的に実施されてから2002年10月で28年が経過したことになるが、最近でも「医薬分業は本当に国民のためになっているのか」というような言葉を耳にする。この言葉からも分かるように、医薬分業は現在でもまだ十分に成熟したとは言えずいろいろな問題点を抱えており、医薬分業を社会制度として揺るぎないものにするには、これらの問題点の解決が大変重要である。

そこで、これらの問題点について過去と現在に分けて考えてみたい。

過去における医薬分業の問題点

1993年9月に出された、「薬局業務運営ガイドライン解説」で、当時の厚生省薬務局の矢野朝水企画課長が¹⁰⁾「薬局業務運営ガイドラインについて—その背景とねらい—」の中で当時の多くの問題点を指摘しており、これをもとに述べることにする。

「分業は患者のためになっているか」（「薬局業務運営ガイドラインについて—その背景とねらい—」から抜粋）

「医薬分業が急速に普及しているのは、どうしようもない昔の状況を知るものにとってはとりわけ喜ばしいことであった。しかし分業について詳しく話を聞くにつれ、何かおかしい、これで果たしていいのか、という疑問が日に日に強まってきた。長野県上田市の分業は例外中の例外のようで、第二薬局まがいの門前分業、更にはリベート分業（薬局が処方せんあっせんの見返りに医療機関にリベートを支払う）も少なくないと言う。これで果

たして患者のためになっているのか。

そもそも分業の意義は何か、については様々のことが言われているが、その本質は医師の処方に対し薬剤師がチェック機能を働かすことではないか、それにより薬の適正使用を徹底し、医療の質の向上を図ることにある。薬をより多く出したほうが医療機関の利益が上がるというシステムでは、医療不信は解消しない。

このような考えからするとリベート分業は言語道断だし、薬歴管理、服薬指導、医師に対する疑義照会等の薬剤師としての本来の業務を果たしていない分業は患者のためになっていないと言わざるを得ない。

休日、夜間の応需といった不採算部門からは逃げ、もうかる部門しかやらないと言うのでは医療の公共性、薬剤師の使命を無視することになる。

以上のように患者のためにならない医薬分業なら、いざれ必ず国民の反発を招くし、やらないほうがましとさえ言えるのではあるまいか。医薬分業は理念としては優れているのであるから、その理念が実行面でも生かされなければならない。おかしな分業が全国に蔓延しないよう今のうちに歯止めをかけておく必要があると痛感したのである。」

当時の長野県上田市は、分業が最も進んだ場所としてよく知られていた。このころ私は上田市の薬剤師との話のなかで、上田市の患者は各自が「かかりつけ薬局」を持っており診察を受けた医療機関から「かかりつけ薬局」が遠くても、処方せんを持参することを知った。上田市は、単に分業率が高いだけでなく、面分業の点でも先進地であったのである。本来、医薬分業は患者の薬物治療を適切に行うための制度であり、このためにも「かかりつけ薬局」を持つことは大変重要なことである。しかし、医療機関から直接薬を受け取ることに慣れた当時の患者にしてみれば、診察を受けた医療機関の近くの薬局のほうが早く薬を受け取ることができて便利と感じるのは当然かも知れない。

現在でも「かかりつけ薬局」を持たず、いわゆる「門前薬局」で調剤してもらった患者がまだ数多くいることは否定できない事実である。この点で、上田市の住民は医薬分業当初から国が進めていた「かかりつけ薬局」を持つことを全国に先駆けて実行していたのであるから驚きであるが、このような住民の育成は日頃からの上田市の薬剤師の活動による成果と思われる。

当時の上田市で行われていた医薬分業は本来の分業のあるべき姿であるが、矢野は「長野県上田市の分業は例外中の例外のようで」あり、「第二薬局まがいの門前分業、更にはリポート分業も少なくない」という問題点を提起している。

「第二薬局」とは、医療機関の親族などが医療機関の敷地内あるいは隣接地に開設した保険薬局のことであり、医療機関内の薬局を第一薬局としたとき、医療機関外に開設した薬局という意味合いで第二薬局と呼んでいたようである。

第二薬局誕生の理由は、単に医療機関が外来患者に対して院内で調剤して薬を渡すより、第二薬局で患者に薬を渡したほうが処方せん発行料を稼ぐことができるためである。分業当初によく見られた第二薬局ではあるが医薬分業の目的に沿わないために問題となり、その後法律が改正されて医療機関の親族などが直接に保険薬局を開設することはできなくなったのである。第二薬局まがいの門前薬局を開設させないために薬局業務運営ガイドラインの中にも、「薬局は医療機関から経済的、機能的、構造的に独立していなければならない」との規定がある。

矢野が指摘した「第二薬局まがいの門前分業」については、表向きには医療機関の開設者・親族が経営しているとは分からない門前の保険薬局を指すものと想像している。

「リポート分業」については分業当初から行われていたようで、1993年の薬局業務運営ガイドラインの中でもリポート分業につながるものとして「薬局は医療機関と処方せんの斡旋について約束を取り交してはならない」と規定している。さらに「薬局は医療機関に対し処方せんの斡旋の見返りに、方法のいかんを問わず、金銭、物品、便益、労務、供給その他経済上の利益の提供を行ってはならない」と明確にリポート分業をしないように再度規定している。

このことについては天野が¹¹⁾「薬の倫理」の中で以下のように詳細に述べている。

「大手チェーン調剤薬局のリポート事件」（「薬の倫理」より抜粋）

「平成7年（1995年）から8年にかけて、大手調剤専門薬局が院外処方の見返りとして医療機関側に謝礼を贈

っていたという事実が新聞紙上ににぎわした。

平成7年11月25日付の朝日新聞は「東京を中心に88店舗をもつ調剤薬局最大手の会社が、その年の4月に店頭公開された株式の未公開株を薬局の近くにある病院の医師らに譲渡していた」と報じている。この株価は公開直後、譲渡価格の約10倍に値上がりしており、院外処方せん発行に対する事実上のリポートとしてみられていると分析している。さらに、この会社は大学病院の職員や家族の薬代のうち自己負担分を肩代わりしていたことも明らかになった。全面分業に移行する前は病院が職員らの自己負担分を減免していたが、門前薬局に変わったため、それを調剤薬局が肩代わりしたと言うのである。

さらに、翌年の3月、調剤薬局第2位の会社が7医療機関に医薬分業の薬価差として総額3億円以上にも上る補填を行っていたことが明るみになった。3月2日付の朝日新聞によると「この調剤薬局は毎月の処方せん枚数などに応じて北海道や東京などの7病院、医院に対してリポートとして少なくとも3億円以上が支払われていた。リポートには病院が医薬分業に踏み切る前に得ていた薬価差益などを補填する意味合いがあり、薬局間の競争を勝ち抜くために病院側の要求を受け入れていたと言う」と報じている。この2つの調剤薬局で露呈した問題は、分業が病医院、薬局間の経済的な面で結びついてきたということである。ここで考えさせられることは、病医院などの医療機関の関係者、及び薬局側が倫理観を持ち合わせていたかどうかということである。確かに経済的な問題は病医院の経営、調剤薬局の経営に及んでくることは事実であるが、医薬分業はあくまで患者を中心に考えるべき問題である。地域に根ざした薬局こそが求められており、そこに本来の医薬分業が進んでいくはずである。医療機関の関係者、薬局の薬剤師らの大多数は薬の倫理を持ち合わせていると思われるが、薬を商いの手段に使う一部の人たちが、今回のような不祥事を起こしたと考えられる。」

このようにリポート分業が、薬局業務運営ガイドライン発表後も1996年まで行われていたことは大変な驚きであったが、ここに紹介されたリポート事件は「大型チェーン調剤薬局のリポート事件」ということで特に社会に目立ったものであり、この他にも規模の小さなリポート分業がある程度行われていたのではないと思われる。

このような事件が明るみに出たことにより、保険薬局が医療機関からのリポート請求をきっぱり断る

きっかけとなり、また医薬分業を本来のあるべき姿に戻す上で多いに貢献してくれたと私は考えている。

また、前述の矢野の指摘の中にある「休日、夜間の応需といった不採算部門からは逃げ、もうかる部門しかやらないと言うのでは医療の公共性、薬剤師の使命を無視することになる」とのことは、当時の保険薬局や薬剤師の医薬分業に対する姿勢を垣間見るようで興味深い。1992年の医療法の改正により薬剤師は晴れて医療の担い手の一員であることが明確に規定されたのであるから、医療人としての自覚を持てば、「休日、夜間の応需といった不採算部門からは逃げ、もうかる部門しかやらない」と言うことにはならないはずである。しかし、残念ながら薬剤師は法律で「医療の担い手の一員」になっても、一夜にして医療の担い手としての倫理観や使命感を持つことはできなかつたようである。薬局に課せられた医療の公共性や薬剤師に医療人としての使命感が求められているとは言え、日常の業務も含めて薬局経営が成り立たなければ、休日、夜間に応需することが困難となる薬局が存在することも残念ながら事実である。

現在は、休日の応需に関しては多くの地域の薬剤師会が中心になり担当薬局を順番制で決めて対応している。また、夜間の応需に関してはほとんどの保険薬局で夜間担当薬剤師が携帯電話等を持つなどして患者に対応できるようにしており、この問題はかなり解消されつつあると思われる。

さらに矢野は次のような指摘もしている。

「医療保険制度の動向」（「薬局業務運営ガイドラインについて—その背景とねらい—」から抜粋）

「わが国は国民皆保険で、医療費は原則保険制度でまかなわれている。分業も保険制度の枠内の話であるから保険制度の動向に大きく左右されることは言うまでもない。そもそも分業が伸びるようになったのは昭和49年（1974年）に処方せん料が一举に5倍に引き上げられたのが契機になっている。医療保険サイドの支援策がなければ分業は進まない。

他方、医薬分業は薬の適正使用を進めるためのシステムであり、経済問題を直接のターゲットとするものではない。しかし、分業により医師が薬を使用するにあたって経済的インセンティブがなくなれば、薬の使用量が減ることが見込まれる。特に欧米に較べ患者1人当たりの

薬の使用量が2—3倍も多いと言われているわが国にあっては、分業は薬の使用量の減少を通じて保険財政にもプラスになるとの期待が保険サイドにはあると思う。

このような保険サイドの期待に分業は応えているのだろうか。このような期待に分業が応えられないと言うことがはっきりすれば分業はどうなるのか、もっとドラステックな医薬品抑制策がとられ、分業に対する支援策は転換される可能性があるのではないか。第二薬局まがいの分業やリベート分業のようなことをやっている、高齢化時代の医療保険制度改革の大きな波に分業は呑みこまれてしまう恐れさえある。

もともと薬剤師は薬の責任者であり、薬の効率的な使用についても無縁ではすまされない。患者本位の良質の医療サービスを提供することによって医療保険サイドの理解と協力が得られるよう、絶えず努力していく必要がある。そのためにも薬局業務の適正な運営が求められている。」

医薬分業は薬の適正使用を進めるためのシステムであり、経済問題を直接のターゲットとするものではないことは誰しもが認めるところであろう。しかし、欧米に較べて患者1人当たりの薬の使用量が2—3倍も多いと言われている状況に何ら問題はないのであろうか。わが国の国民医療費に占める薬剤費の割合（薬剤比率）は、1975年—1993年では29.5—38.7%の間で推移している。これを1993年のデータを用いて国際比較すると、日本29.5%、フランス19.6%、ドイツ17.1%、イギリス16.4%、アメリカ11.3%の順となっており、¹²⁾日本での薬の使用量が欧米に較べて約1.5—2.6倍多く、他国に比して薬漬け医療の行われている実態が明らかとなった。

当時、毎年国民医療費が約一兆円ずつ増加する状況が続いており、近い将来において医療保険制度が財政危機により立ち行かなくなるとの危機感が生まれていた。保険制度の崩壊を防ぐ手段の1つとして薬剤比率を欧米並みに低下させることが求められ、その手段として医薬分業が有効であるとされた。しかし、分業当初はこれまで述べてきたような「第二薬局まがいの分業やリベート分業」などが行われ、残念ながら分業による薬剤比率の低下は見られなかった。このため分業を本来の姿にするために、薬局業務運営ガイドラインが1993年4月に当時の厚生

省薬務局長により通知として出されたのである。また、医療関係法規の改正とも相俟って、薬剤比率は1994年には29.5%から27.2%に減少し、1995年には28.0%に一時上昇したものの、その後は1996年(25.9%)、1997年(24.9%)、1998年(21.6%)、1999年(20.8%)と順調に低下し、2000年には20.1%と1993年のフランス並に低くなり、わが国においても分業の成果がようやく現れ始めたように思われる。

これまで触れてきた「過去における医薬分業の問題点」を通して、問題点には「分業の制度に関わる問題点」のように制度の成熟に伴って解決されていくものと、「人の資質や性質などに関わる問題点」のように簡単には解決できないものの2つが存在しているように思われた。

現在の医薬分業の問題点

初めに実務に携わっている薬局薬剤師が、「現在の医薬分業の問題点」についてどのような考えを持っているのかを知ることにした。

2002年9—10月に北海道薬剤師会小樽支部(小樽)と東京都薬剤師会立川支部(立川)で行ったアンケートの調査用紙の中に「医薬分業に対する問題点を気軽にお答え下さい(何でも結構です)」という項目を設けて行った。なお、2001年度の小樽と立川の医薬分業率はそれぞれ55%と72%と違いが有るものの、共に全国平均以上の高い値を示していた。

医薬分業に対する問題点：小樽

1. 発行医療機関(特に広域)と薬局間の連携が、あまりよくないケースが多く、服薬指導の繁雑さや、調剤過誤の原因になっている事があると思う。
2. 医薬を分けることで、本来、患者さんにあるべきメリットが、感じられない。
3. 薬剤師の絶対数が足りなさすぎる。
4. 病院又は処方医の先生方と、ささいな事でも連絡し合えたり尋ねたりできるようになればいいと思う。
5. これから、後発医薬品も大変多くなると思うので、在庫の山にならないようにしたい。
6. 病院で「お話しをしてくれているので」と言うことで、薬局であまり答えてくれない人には、病状を聞くために大変気を使わなくてはならない。
7. 国の医療政策に一貫性がなく、いろいろ変わるので

患者さんも我々も戸惑ってしまう。

8. 病院側とお互いが、やり易くできるような話し合いの場、時間が欲しい。
9. 薬学部で、薬剤師教育が余りにも不完全だった。実地研修もなく医療現場に出されている。その不利益を国民が負っている。
10. 面分業が進んでいないと思う。
11. 広域病院と調剤薬局との連携が、いまひとつ足りないようだ。
12. 医師を始め、病院職員との意思疎通がもっとうまくいけば良いと思う。
13. 薬の量が増える。必然的に、デットストックが多くなってしまふ。
14. 病院は薬の規格をきちんと明記して欲しい。
15. ある程度の患者の病名が分かればと思う。
16. 調剤拒否の薬局の話が出る都度、全薬局に迷惑がかかるので、誠意ある対応をして欲しい。
17. 見にくい処方せん、不備のある処方せんに困っている。
18. 土曜日曜等に、医療機関から処方せんが発行された場合、困る患者さんが出ている。
19. 面分業を達成させるためには、同効薬の投薬を原則的に認める事が必要(一般名処方でも良い)。
20. 分業率が高くなるにつれ、備蓄薬剤が多くなり、後発品まで対応できなくなってきた。
21. 自己負担が多くなってきて、病院と薬局で支払い、二重払いのように感じている人もいる。

医薬分業に対する問題点：立川

1. “早く作ってくれ”という患者が多く、質問(病状)もままならない。
2. 医師、患者、薬剤師間の連携が十分に取れていない。
3. 法令改正が多すぎて調剤に集中できなくなります。
4. 処方医が保険外の日数を記入したりすることがある場合、疑義照会しても変更に応じてもらえないようなケースが出現することがある。
5. 一度疑義照会して変更になったにもかかわらず、再度前と同じ内容で処方されてくる。
6. 後発品の使用が増えるとすぐに少数の薬品を入手しにくいと、患者さんが薬局をぐるぐる回る事になる。
7. 医師より服用を患者に“自分で調節して”と言われたそうで(患者が)薬局側は処方せんの指示通りの

服薬説明をした際、医師の“説明と違う”と言われ困ることがある。

8. 現在、どのような医師に対しても気軽に疑義照会ができない状況である。
9. 各薬局ごとに患者の支払う金額が異なるのは問題です。
10. 制度が変わったため、患者さん（老人）の負担金が以前より多くなってしまったこと。
11. 在庫が毎年確実に増えすぎて利益率が下降線です。
12. 薬の種類が多く在庫管理が大変です。
13. 処方名を一般名で記すことを原則として、銘柄は患者さんと相談して選ぶ方法があれば、デッドストックが少なくなり助かります。
14. デッドストックや期限切れについて、個人店では対応に限界があります。
15. 長期投薬が可能になり、在庫量が増えて大変です。
16. 完全な面分業のため、常に薬の在庫に悩んでいます。
17. デッドストックが多くなったことや代替調剤ができないこと。
18. 今後、ゾロ品の多用で薬の備蓄が多種多剤に及ぶこと。
19. 小規模な薬局が、面で処方せんを受けると薬の品目が増えていくので困る。
20. 薬の在庫がなく、すぐに薬をお渡しできないことがある。
21. 特に日曜日、土曜日などに薬が揃わず患者さんに迷惑をかけることがある。
22. 何度も同じ疑義照会を行わなければならないケースがよくある。
23. 処方せん発行日の翌日以降に持参した時、疑義があるのに医師が不在の時の対応が問題。
24. 例えば、抗がん剤の処方せんを初めて受けた場合、告知を受けているのかどうか、休業期間があるのかどうかなどが、手さぐりとなること。
25. 処方せんが正確に記入されていない場合がある。
26. 手書きの処方せんでは字が読めない場合がある。
27. 医師の処方意図が理解しにくく、服薬指導に支障を来すことがある。
28. 面分業が進むにつれ、顔も知らない医師からの処方せんを受けることが多くなって来た。本来ならば、処方医の考え方や人間性、コンセプト等の背景も知りたいところである。
29. かかりつけ薬局と言ってはいるが、実際門前薬局の

ほうが備蓄漏れがないため門前薬局で調剤を受ける患者がまだまだ多い。

これらの結果から、アンケートの回答の内容には地域差や分業率の差による違いは特に見られなかった。しかし、分業初期からの問題点と思われるような回答も散見されており、わが国の医薬分業を本来のあるべき姿にするためには、かなりの時間が必要であると思われた。

以後、アンケートの結果も踏まえながら「現在の医薬分業の問題点」について1) 薬剤師、2) 医師との関係、3) 国民・患者との関係、4) 医療制度、5) 薬学教育の各項目に分けて述べてみたい。

1) 薬剤師

医薬分業が本格的に始まった1974年度から15年経過した1989年度の分業率は11.3%とまだかなり低い数値を示しており、この間に分業はあまり進展しなかったことが窺える。これに対して、1989年度から1995年度の6年間に分業率は20.3%と1989年度の約2倍に伸び、1995年度から2001年度の6年間には44.5%と1989年度の分業率の約4倍に急激に伸びた。そしてこの分業率の急速な伸びが、薬剤師に関わる種々の問題を引き起こす原因の1つになったものと考えている。

つまり、薬局（薬剤師）は長い間、一般用医薬品や化粧品、衛生用品などを販売し、処方せん調剤の機会はほとんどない状態であった。このため、このような薬局（薬剤師）の一部には急激に分業が進展しても今まで通り一般用医薬品や雑貨などを販売し続けて、積極的に分業には参加しない、あるいは、参加できない者も現れた。このような薬局（薬剤師）では、取り扱う医薬品の種類や量が一般的に少なく、結果的に調剤拒否をしたり、また一般用医薬品や雑貨などの販売とは異なる能力が調剤業務には必要とされるがこれに十分対応できず、この結果として意識の低さやレベルの低さを指摘されるに至ったものと思われる。

この他に意識やレベルの低さを指摘される薬剤師が存在する原因の1つとしては、近年の急激な分業率の伸びに起因する薬局数の増加による極端な薬剤師不足のため、これまでは薬剤師として働くことが考えられなかったような人達までもが、薬局薬剤師として働く機会を簡単に得られるようになったこと

もあると考えている。

現在、薬剤師にはどのような能力が必要とされているのだろうか。薬局薬剤師から教授された必要とされる能力の一部を次に示した。

- 「医師等の処方の内容を理解して適切な剤形で正確、安全、迅速に調剤する能力」
- 「薬物療法の目的、方法、効果及び薬剤の安定性に関して患者に適切に説明する能力」
- 「患者の病態や背景等を踏まえて投薬の方法と服薬条件等を適切に説明する能力」
- 「薬物療法に関して医療従事者等に適正な情報提供を行う能力」
- 「専門の情報や文献を検索、評価し、薬物療法向上のために利用する能力」
- 「コンピュータ技能及び技術の進歩を実務に適用する能力」
- 「薬物療法及び薬学的ケアの成果を評価し、文書で報告する能力」
- 「処方及び投薬に関して疑義があれば医師に照会する能力」
- 「個々の治療計画の状況及び予期される治療の結果に関して薬学的評価を行う能力」
- 「患者の状況を踏まえ、投薬及び検査を助言する能力」
- 「医薬品間及び医薬品と食品・嗜好品間の相互作用を的確に把握し、説明する能力」
- 「有効かつ安全で効率の良い薬学的ケアを行うため薬物療法を経時的に評価する能力」
- 「医薬品等に関わるリスクマネジメントを適切に行える能力」
- 「保険制度を理解し薬剤師として医薬品の適正使用に貢献する能力」
- 「薬歴等を踏まえ、適切に一般用医薬品を選択できる能力」
- 「医薬品等に関する最新の法規や規則を理解し、適切に医薬品などを保管・管理し供給する能力」

保険薬局薬剤師に必要であると考えられる能力の一部を示したが、わが国の大半の薬科大学や大学薬学部では、残念ながらこれらの能力を十分に養成するための教育は行われていないと考えている。このために、これらの能力の一部が欠落した資質の低い薬剤師が数多く薬局に勤務しているということも医

薬分業の問題点である。ましてや、数十年前に薬学を学んだままの薬剤師免許取得者が、薬局に勤務してすぐに調剤業務を行うことは困難なことと思われるが、薬剤師不足のためにこのような薬剤師が薬局に勤務していることも事実なのである。

また、薬局薬剤師と病院薬剤師とのいわゆる「薬業連携」に関してであるが、連携が良く取れている地域もあるが、取れていない地域もあるようで、このことも問題点の1つとして挙げることができる。これは、長期間にわたり病院薬剤師と薬局薬剤師とで薬剤師業務の内容が大きく異なっており、日頃からお互いに業務上のことで交流する機会がほとんどなかったことに起因しているものと考えている。

今後は、分業や在宅医療などの更なる進展に伴い、患者情報を互いに共有あるいは補完することが必要になると考えられ、その点で「薬業連携」は大変重要になると考えており、日頃から互いに意思の疎通を図るように努力する必要がある。

2) 医師との関係

医薬分業は医師に対しても大きな変化を求めるものになった。分業前までは、自分の考えで薬を自由に患者に手渡すことができたが、分業後は薬剤師に処方をチェックされ、薬も自分で直接患者に手渡せなくなったのであるから医師の側にも大きな戸惑いがあったと思われる。また、これまで日常的に医師と係わりを持つことのほとんどなかった薬剤師が、医薬分業により患者を通して医師と係わりを持つことになり、手探り状態で始めた医師への対応には少なからず困難なこともあったようである。1997年4月から施行された薬剤師法第25条の2（情報の提供）は、医薬分業の下で薬剤師の職能を発揮させるための法律と考えられた。しかし、この情報提供に関しては分業の先進地である長野県上田市で薬剤師が情報提供を行った結果、副作用を心配した患者が薬を飲むことに不安を覚えて医師に訴えたことにより、医師会から「薬剤師の情報提供が医師の診療行為を妨害しており、処方せんの発行停止も考えざるを得ない」とする見解が出されるという出来事が起こったのである。医師と薬剤師の関係が良いからこそその分業先進地と考えていた上田市で起こったこの出来事はいかに薬剤師が医師と連携を取ることが難しいかを教えてくれた。しかしその反面、患者に対してより良い医療を行うためには日頃から意思の疎

通を図り医薬連携を十分に取るように努力する必要があることを教えてくれた出来事でもあった。

いろいろな状況から判断し、現在でも医薬連携は総じてまだ十分とは言えないと考えている。医薬分業を成熟させるためにも、診療所の医師のみならず広域病院の医師とも医薬連携が十分に取れるように努力する必要があると思われる。

3) 国民・患者との関係

分業率が高くなった現在でも薬局薬剤師と話をしたがない患者がいることを耳にする。しかし、薬剤師に話をすることが患者にとって有益と実感すれば、多くの患者は薬剤師に積極的に話をしてくれることも事実である。薬剤師に話をしたがない患者に話をしてもらうようにすることは、薬剤師の大切な仕事の1つである。患者と十分に話をしなければ、いつまで経っても薬剤師の職能は理解してもらえないのである。

ところで、薬剤師の仕事の内容について国民にはどの程度理解されているのであろうか。薬学関係者や薬剤師が想像しているほどには、国民は薬剤師の仕事を理解していないのではないだろうか。薬剤師が国民にとって存在感の薄い医療人であるなら、医薬分業は薬剤師の存在感を高めるためには絶好の機会である。薬剤師1人1人が誠実かつ積極的に国民に対し、粘り強く医薬分業の意義と薬剤師の職能が患者に有益であることを伝えるべきである。さもなければ、いつでも「医薬分業不要論」が声高に出てくることを覚悟しなければならないと思われる。

今後、真に分業を進めるためには、国民と薬剤師個人とが信頼関係を築くことが必要であり、そのためには「かかりつけ薬剤師」制度の推進が有効であると考えている。

4) 医療制度

医療制度が変更されるとすぐにそれに対応しなければならない薬局が、種々の問題を抱えることは自然なことであるが、制度に関わる問題は法律であり、場合によっては薬局自身では解決不可能なものが含まれる場合があるので厄介である。

例えば、2002年4月より保険財源の節約の観点から後発品を使うように国が働きかけた結果、「ゾロ品の多用で薬の備蓄が多種多剤に及ぶ」「後発品の処方せんには、少々困っている」「後発品は入手困難なものが多く、包装単位も大きく困る」などの

問題点がでてきた。また、老人保健制度の変更に伴い支払い金額が増える場合や、薬の数が増えても支払金額が減る場合など老人にはなかなか理解しにくいケースがこれまでにあり、制度変更の度に患者に理解を得るのに苦労しているようである。

また薬剤師にとっては、制度が変われば瞬時に新たに必要な知識の吸収が要求されるが、実務上の実施方法が十分に明らかにされないまま制度がスタートすることも珍しくなく、短期間の制度の変更の繰り返しは国として必要でも、国民や医療現場には大きな負担と混乱を招くことになり問題となる。

今後は長期展望に立った制度の運用を目指して、可能な限り短期間での変更を避け、変更する場合は時間的余裕を持って変更点を周知徹底させた後に変更することが必要であると思われる。

5) 薬学教育

教育は薬剤師の能力と深く関わっていると言う点で多くの問題を含んでいる。

長い間、薬学部では製薬メーカーで薬の研究開発に携わる研究者やMR (Medical Representative) の養成を中心とした教育が行われ、臨床教育はほとんど行われてこなかった。つまり、「薬」という物質中心の教育だけが行われていたが、この薬学教育の内容が社会的に問題になることはほとんどなく、むしろ、薬剤師教育は就職先の薬局や病院で行うものとの考え方をしていたようである。

薬局が一般用医薬品や雑貨などを販売していた時代には、このような物質教育を受けた者でも薬剤師として務まったのである。しかし、1) 薬剤師の項で示した医薬分業で必要とされる薬剤師の種々の能力は、個人の努力や薬局、病院等の職場で働きながら獲得できる範疇を既に大きく超えていると考えている。このため、これらの能力を獲得するには、大学薬学部で系統立てた教育を行う以外に方法はないのであるが、残念ながらこれらの能力が獲得できる教育をしている大学は既述したようにほとんどないし、4年間の座学中心の教育では所詮無理である。このため医薬分業の進展と薬剤師業務の高度化に伴い薬剤師の質の低さが問題になってきたのである。

この問題の解決の方法は大学における臨床教育と薬局や病院などにおける長期間の臨床実習の充実であり早期の実現が望まれるが、一方これらの臨床教育を担当できる教員数が少ないのも大きな問題であ

り、早期の解決が望まれるところである。

6. おわりに

医薬分業は国民のための医療制度であるが、これを支える薬剤師や医師がこの制度を真に国民のための制度として認識しているかは疑問である。なぜならば、これまで述べてきたように医薬分業にはまだ多くの問題点が存在するからである。また、「過去と現在」、「分業率の高い地域と低い地域」、「都市部と過疎地」、「制度の変更前と変更後」など状況の違いにより問題点の解決方法も異なると思われる。いずれにせよ、薬剤師が関与する問題点については早期の解決が望まれる。

現在、薬剤師はその資質において問題があると言われている。薬剤師資質の向上は医薬分業の充実のために避けて通れない問題であるが、これに関しては薬科大学や大学薬学部の教育が密接に関わっている重要な問題である。このため近年、大学における薬学教育を変革することが社会から強く求められているのである。

例えば、「患者さんと十分にコミュニケーションができる」、「情報を的確につかめる」「情報を的確に患者や医師、他の薬剤師に伝えられる」「問題意識が持てる」「問題が解決できる」「疾病の知識が十分ある」「薬物療法の知識が十分ある」「コンピュータ技能や技術が十分ある」等のどれか1項目でも欠落していた場合、薬剤師として薬局に勤務するには問題があると思われる。しかし、これまで行われてきた薬学教育では、臨床教育の内容があまりにも貧弱であり、薬剤師が臨床現場で必要とされるこれら一部の能力でさえも十分に教育することはできていないと考えている。

薬剤師が関わる医薬分業の問題点の解決には、早急に臨床薬学教育の充実を図り、薬剤師の資質を向上させることが必要であり、また薬剤師資質の向上は必ずや薬剤師の地位の向上に繋がるものと考えている。

REFERENCES

- 1) Kinn K., Abstracts of papers, the 5th Symposium on Clinical Pharmaceutical Sciences in Community Pharmacy, Tokyo, July 8, 2001, p.16.
- 2) Ishii K., "Pharmaweek," Jiho Co. Ltd., 8056, October 28, 2002, p. 2.
- 3) Fukushima N., Morita S., Mori S., Ookubo K., Nagamine S., Shiobara Y., Hayase Y., Shigehisa A., Matsuya J., Miura I., "Shin Kusuri to Shakai to Hou," Houritsubunkasha Co. Ltd., Kyoto, 2002, pp. 8-13.
- 4) Nakamura K., Komiya H., Shiragami M., "Yakujikankeihouki manuaru," Nanzando Co. Ltd., Tokyo, 2002, p. 10.
- 5) Koyama Y., Fukushima N., Yoshimura T., Yanagawa C., Funaki K., Terada K., Matsuyama K., "Iryouyukugakusouron," Asakura-shoten Co. Ltd., Tokyo, 1999, p. 36.
- 6) Shiobara Y., "Yakujikankeihouki・Seido-Kaisetsu-," Hirokawa Publishing Co., Tokyo, 2000, p. 246.
- 7) Yakujihourei-iinkai, "Shin-gaidorain Yakujikankeihouki・Seido Kaisetsu, 2nd ed.," Hirokawa Publishing Co., Tokyo, 1997, p. 76.
- 8) Kamei M., Onda M., Shiragami M., Abstracts of papers, the 12th Annual Meeting of the Japanese Society of Pharmaceutical Health Care and Sciences, Fukuoka, October, 2002, p. 240.
- 9) Fukushima N., Matsumoto K., "Shakaiyukugaku, 7th ed.," Division of Social Pharmacy, Kyoritsu College of Pharmacy, Tokyo, 2002, pp. 53-54.
- 10) Yano A., "Yakkyokugyoumuunei-gaidorain," ed. by Japan Pharmaceutical Association, Yakujinippo Ltd., Tokyo, 1993, pp. 1-7.
- 11) Amano H., "Kusuri no Rinri," Nanzando Co. Ltd., Tokyo, 1998, pp. 139-141.
- 12) Iryouhokenseidokenkyukai, "Medemiruiryohokenhakusho," Gyosei Co. Ltd., Tokyo, 2002, pp. 164-173.