

医薬分業の経緯と今後

その分業率が60%を超え、今では当然のことと思われる「医薬分業」であるが、転換点が訪れたのはわずか30年程前のことである。

今から約30年前、医薬分業を取り巻く環境は現在とは比べものにならないほど厳しいものであった。昭和59年春～昭和60年夏までを当時の厚生省医務局国立病院課、昭和60年夏～昭和62年夏までを薬務局企画課に在籍した著者は、医薬分業における国立病院の役割、点から面への拡大を目指す医薬分業、その転換期を目の当たりに経験した。

医薬分業率は諸先輩の長い苦しい戦いにもかかわらず、当時は8%程度に留まっており、国立病院においても、一部分業が進んでいたものの、全体的には低調であった。薬局においても、長野県上田地区のような広域分業に取り組む先進的な地域を除いては極めて低調であり、診療所と薬局の個人的な繋がりで調剤を行う程度であった。薬局は否応なしに一般用医薬品や健康食品、雑貨の販売に頼らざるを得ない経営状態であった。

遅々として進まない医薬分業については、繰り返し国会の場においても取り上げられた。当時の厚生省が主張した医薬分業のメリットは、①処方内容のチェックや複数の医療機関からの重複投薬等のチェックによる、薬物療法の有効性・安全性の向上、②薬剤師による医薬品管理による品質等の確保、③開業医と薬局薬剤師のコミュニケーションによる医薬品情報交換の推進、④薬剤師の指導による服薬コンプライアンスの向上、⑤患者待ち時間の短縮等である。

医薬分業モデル地区事業がスタート

昭和59年の健康保険法の一部改正の際に、衆参両院における「医薬分業については、その基盤作りに努めるとともに、分業実現に向けて具体的計画の策定に努めること（衆議院）」などの附帯決議のもとで、医薬分業モデル地区事業がスタートした。設置したモデル地区において、それぞれの地域特性に応じた推進方策を策定・実施し、当該地区の医薬分業の進展を図ると共に、そこで得た経験をもとに、地域特性に応じた医薬分業推進マニュアルを作成し、これを全国に周知徹底し、全国の医薬分業推進に活かそうとするものである。

具体的に、厚生省は医薬分業の面展開を狙って、全国規模での医薬分業モデル地区事業を計画した。モデル地区としては、①北海道芦別地区、②長野県佐久地区、③東京都三鷹地区、④神奈川県旭地区、⑤静岡県榛原地区、⑥和歌山県海南地区、⑦福岡県若松地区、⑧大分県別府地区一を指定した。

医薬分業の必要性は一応、関係者には理解されていたものの、実際の地区選定に当たっては、関係都道府県当局・薬剤師会の全面的な応援のもとで、地元薬剤師会と地元医師会・歯科医師会との議論が繰り返され、ようやく8地区が選定された。各地区に共通する特徴は、関係都道府県薬剤師会や地区薬剤師会に、医薬分業推進に精魂を込めた薬剤師の方々が事業を推進されたことである。

医薬分業モデル地区事業は先に述べた通り、単にその地区での医薬分業率を押し上げることを目的とはしていない。むしろ、想定される困難や想定されなかった困難

を解析し、その解決策を見出していくことを目的としている。

指定されたいずれの地区においても、地元薬剤師会の活躍のエネルギーには目を見張るものがあり、各都道府県薬剤師会のバックアップ体制とともに、その後の医薬分業推進の大きな呼び水となった。

医療機関の経済的要因から進展した現在の分業

このようにして、医薬分業推進への火蓋は切られ、その後約 20 年足らずで、医薬分業は飛躍的に進展した。薬剤師が、医薬分業推進の先人達の血のにじむような努力を忘れず、常に医薬分業の原点に戻り、「温故知新」の気持ちで、国民や患者さんのために医薬分業を実のあるものとするのが期待された。医薬分業は薬剤師の悲願でもあり、また、欧米では医薬分業が当たり前ということで、患者の利益に必ずつながるに違いないとの前提で、厚生労働省はその推進に努めてきた。

その後、医薬分業は厚生労働省の推進策や薬価差の抑え込み等も功を奏して、現在 60% を超える水準に達しているが、医療財源が厳しさを増す中、医薬分業に対する風当たりが厳しさを増している。薬剤費の抑え込みのための薬価切り下げ、それに伴う薬価差の大幅減少により、医療機関は外来調剤に魅力を失い、一気に医薬分業が進んだ。

すなわち、医薬分業は追加的な負担にもかかわらず、その利点に理解を示した患者側からの要望があって進んだというよりは、医療機関の経済的要因という、薬剤師にとっては思いがけない外的な要因により、患者にとっては声を上げる間もなく進んだといえる。

したがって、今なお、二度手間と不便だ、その上追加

的な負担まで患者がしなければならないのはなぜなのかとの不満の声が残っている。その根底には、厚生労働省が理想とする面分業が本当に理想形なのか、薬剤師からの服薬指導がそのコストに見合う適切なものなのかとの疑問は絶えない。

薬剤師がいない診療所と近くの薬局が連携して医療を行うのであれば、医薬品の専門家である薬剤師が医師をサポートするという点で患者のメリットがあり得るが、もともと薬剤師が勤務している病院が院外処方せんを出すメリットは、患者が複数の医療機関を受診した場合に、重複投薬や相互作用をチェックできるからといわれているが、そのためなら、薬歴情報の IT 化等で簡単に代替できる。

患者さんのメリットを考えた医薬分業を

医薬分業のメリットとして、当初、調剤待ち時間の短縮や服薬指導、薬歴管理等があげられていたが、今はどれもあえて医薬分業しなければ実現不可能というものではない。薬歴管理にしても、薬歴 IC カードを導入すれば一気に解決することである。IC カード化すれば、特定の薬局に患者が行かなくても、全国どこの医療機関、どこの薬局でも患者の薬歴が即座に分かり、医薬品の安全な使用に大きく貢献するのは明らかである。かかりつけ薬局よりは、薬歴 IC カード化のほうがはるかに医療に貢献するであろう。

医薬分業実現までには長い歴史があったが、医療の主役はあくまでも患者であり、医療システムが変化する大きな時代の流れの中で、より現実在即した医薬分業形態へと見直しが求められている。

(土井 脩 医薬品医療機器レギュラトリーサイエンス財団理事長)