



## 医薬分業に関して

豊平区支部 下段光裕

『国民のために』という枕詞は近代における為政者が必ずといってよい程、政策誘導の際に出てくる。しかしながら、それらがこれ程『国民のために』になっていない施策が多いことは誰もが良く知っている事実であろう。昨今の医療・福祉・保健行政における朝令暮改の政策は、世界に冠たる日本の官僚が、時の為政者に迎合しているものとしか考えにくい。もっと長期的展望に基づいた政策が期待される。手本になる事例は欧米諸国に多々見られるが、あるものはうまく作動し、あるものは崩壊の危機に瀕している。欧米諸国が行っている制度であるから日本にもすぐに取り入れるべきであろうという基本的考えは、念頭からはずして考えていく必要があるのではないか。非常に狭い問題で、最近では以前ほど声高くなってきた医薬分業について若干考えてみたいと思います。

医薬分業とは、医師は診療活動を行って処方箋（院外処方箋）を発行し、患者が調剤薬局で専門の薬剤師の調剤した薬を受け取る制度である。この医薬分業は戦後日本の医学が、ドイツ医学よりアメリカ医学に転じた際、昭和24年9月、アメリカ薬剤師協会使節団が来訪し、その時の医薬分業の勧告に始まるとされている。昭和26年2月28日、臨時医薬制度調査会は、昭和30年からの強制医薬分業の実施を答申するが、6月20日、医薬分業関係法制定により政府は医薬分業を成立させ、紆余曲折の末昭和31年4月1日より実施に移されるが、「患者の希望によっては、医師も投薬調剤が出来る」ということになり強制分業は緩和され現在に至っている。

医薬分業では、医師と薬剤師が完全独立した立場で、夫々の専門性に基づき業務を分担することで、処方の二重チェック、薬剤師からの薬

の説明を受けれる等のメリットがあるとされている。しかしながらこのメリットがデメリットでもある。夫々独立した立場で患者さんに説明することになるので、院外処方箋には病名が記されていないため、医師の意図とは違った服薬指導がなされる可能性があり、診療上支障が出てくることは明らかである。現実には他県でかような問題が発生し、『院外処方箋発行を中止しなければならない』との医師会の発言の事態にまで及び、薬剤師会の幹部が責任をとり辞任したとの報道は記憶に新しい。処方された薬剤名にて疾病のみを推測しての服薬指導・薬剤の作用・副作用の説明は、健全に行なわれている患者さんと医者との信頼関係を破壊する行為と言わざるを得ない。真の意味の服薬指導とは言えず大きな疑問をもつものであります。また少しでも移動をさせたい患者さんが薬を受け取るために離れた薬局に出向かなければならないという二重手間と、現在の保険診療上では明らかに負担する金額が増えることである。厚生省が患者さんと医者との関係を破壊してまでも、ほとんど見向きもされなかったこの制度に本腰を入れたのは、昭和49年の医療法改正で、院外処方箋料が60円から500円に引き上げられた頃からである。その後徐々に引き上げられ現在は790円となっている。事実この引き上げ政策のため平成7年院外処方箋枚数は2億6534万枚に達し医薬分業率は20.3%に達している。また厚生省は医薬分業を推し進めるために、平成元年には国公立病院を指定し医薬分業のモデル事業を、平成3年からは医薬分業定着促進事業を、平成4年からは医薬分業推進支援センター施設、設備整備事業とたてつづけに打ち出してきた。この異常なまでの引き上げと推進事業は厚生省の政策

誘導のさえたるものである。この制度推進の本来の意図は、増加する医療費における薬剤費の削減にあったと考えられる。厚生省の思惑通りに事が進まないといふ平然としていろいろな手段を考えてくる。その一つに、平成8年度の診療報酬改定の際手直しされ、一つの医療機関からの処方がある割合より多い場合にはペナルティーを薬局に課せられるようになった。然るに、現在の院外処方箋料の点数が上がる保障もなく、突然として下げられてしまう可能性はいつでもはらんでいるのである。雨後の竹の子の様に現われた保険調剤薬局は崩壊してしまうであろうし、チェーン化された巨大企業の薬局のみが生き残り、採算のとれない薬局は整理され、結局被害を蒙るのは患者さんであるという状況も想定されるのである。総医療費の1/3を占める薬剤費を下げるためには、まず薬価を下げることである。医者が薬剤費を考えずに処方箋を発行するならば、いわゆる有名薬品メーカーの薬価の高い薬剤を選択するのは明らかである。医療機関には有名薬品メーカーの製品を使用することがステータスであり、効果があると考えている向きがあり、患者さんも投薬された薬を薬辞典で調べ、有名薬品メーカーの薬剤であればその医療機関は一流であり安心できると考える傾向があります。結局は薬剤費は増大するわけで、現状のように世界各国に比しても高薬価を与えている限り薬剤費の削減にはならないのです。根本的には高薬価を手つけずして医薬分業を推し進めても、有名薬品メーカーのみに増大した薬剤費が利潤をして移動するのみであります。製薬会社も医療機関に納入するよりも、商品として取り扱い、思い通りにしめつけ易い薬局の方がはるかに有利なわけです。薬剤費の増大の原因は医者であり、薬剤費の増大全てが医者の

懐に入り込むような報道がされるのは真に不愉快である。実際には懐を通り過ぎて有名薬品メーカーに流れ込んでいるのです。

それではどのように進めて考えていけば良いのか？

厚生省は今どき患者さんに対して薬剤の作用副作用及び服薬方法を説明しないで薬をもたす医者がいると思っているのではなかろうか。現状認識がなっていないのである。数歩譲って医薬分業を認めるにしても、患者さんのためを考えるならばある程度の規制緩和が必要である。薬剤を取り扱う部分が独立しているならば、何も院外に作る必要もないわけであり、法的に認められたお互いの独立した立場をもってすれば問題はないのである。身内であるからとか、親戚であるからダメであるという必要はないのである。過剰投与の危険性に関しては、投薬の際、薬を明記したカードでも手わたし、他の医療機関を受診してもカードを見せられた医者は、前医者の診療内容を知る事ができます。もちろん重複投与のチェックも可能なわけです。カードを使わずとも他の方法も考えられましょう。以上のことを考え合わせるならば、強力に院内保険薬局化を推し進める必要があるだろう。当然処方箋料は院外処方箋料と同様にするのである。

限られた医療財源があり、経済状況が医療費を増加させれない傾向に進んでいる現状にあっても国民の医療に対する要望は高まる一方である。そのために国民も医療人もこの問題に対して真摯に考え、取り組んでいかなければならない。欧米諸国の諸制度を学び、比較検討するのは非常に重要なことではあるが、同時に日本には独自の伝統・文化・慣習があります。日本の医療の歴史を考え、独自性をもった医療の展開が望まれる。

(札幌里塚病院)

