



## シンポジウム「薬剤師職能と医薬分業」

### 医薬分業の今日的意義を考える上での論点整理と打開策

廣田憲威

#### はじめに

大手某大手薬局チェーンの社長が6億円以上の年俸を得ていることを発端に、近年「調剤バッシング」の風が激しく吹き荒れている。日々、厳しい医療経営を強いられていることからすると、保険調剤の高利益構造が注目されるのは無理もない。そのこともあいまって、本来的な医薬分業の在り方とは別の次元で、患者の利便性や経済性の観点から医薬分業が再考されようとしている。

筆者は、日本のどこでも「外来診療」においては、すべての国民・患者は薬剤師の手から医薬品の供給を受けることが大原則であると考えている。そのことを前提にすれば、院内・院外を問わず、また、どこで医薬品が供給されるかではなく、誰（薬剤師）から供給されるかが重要である。すなわち、医薬分業は、医師と薬剤師による医薬協業を意味していると考えている。

本稿では、今日の医薬分業や保険薬局をめぐる状況において、すべての国民・患者が安全・有効に薬物療法を受けるために、薬剤師が何をしなければならないのかについて考えてみたい。

#### 医薬分業の変遷

わが国では明治時代になるまで、薬剤師という職能は存在しなかった。いわゆる医師と薬剤

師の職能を併せ持つ「薬師（くすし）」と言われる職種が医療を担っていた。これはアジア諸国共通である。

明治維新を迎え、近代日本を構築する際に欧州を視察した官僚が、日本での薬剤師の確立と医薬分業の導入を提案した。その後、薬学部や薬学専門学校が設置され、わが国でも薬学教育が始まったが、臨床薬学系の教育よりも創薬や製剤分野に力点がおかれた。また、薬剤師の側からも医薬分業は大きな要求ではなかったようである。

終戦直後、GHQにより強制分業の導入が試みられたが、当時の医師会の強い抵抗により実質的に曖昧にされ、法律上も医療機関や患者の都合で、院外処方せんの発行ができる「任意分業」となり、現在に至っている。

1970年代に入り「薬漬け医療」が問題となる。これは出来高払いの医療制度の下で、医師が多くを処方することで、薬価差益に依存した医療経営がされていることを正すために、医薬分業の政策が打ち出された。具体的には、1974年の診療報酬改定で一気に院外に処方せんを発行する医師の技術料（処方せん料）が増額され、院外処方せん発行を推進する動きが始まった。薬剤師会では、この年を「医薬分業元年」と呼んでいる。しかし、医療機関が直接経営する「第二薬局」が生まれたり、大規模病院の前に多くの門前薬局が立ち並び、結果的に古くから地域に存在する薬局が多くを処方せんに応需するまでにはならず、ある意味でいびつな形の医薬分業が進展することになる。

### 規制改革会議の論点と現状での解決策

政府の規制改革会議（議長：岡素之・住友商事相談役）では、内閣府に設置されている「規制改革ホットライン」に寄せられた規制改革に関する提案のなかで、テーマを選び議論している。医薬分業や保険薬局のあり方については、2015年3月に公開討論が行われ、患者にとっての「利便性」と「経済性」を中心に議論された。

「利便性」では、「医療機関と薬局が物理的に離れていること」、「門前薬局でも遠いという意見」、「せめて医療機関の敷地内（門内薬局）や建物内に薬局が作れないのか」というものであった。「経済性」では、現在の診療報酬と調剤報酬からくる院内薬局と保険薬局との技術料の違いが論点とされた。

これらの問題に対して規制改革会議は、6月16日に、①調剤報酬とサービスのあり方の見直し、②政策効果の検証、③構造規制の見直し、④ICT技術を活用した服薬情報の一元化の4項目にわたる最終答申をまとめた。これを受けて塩崎厚労大臣は、「大病院の門前の景色を変える。地域での『かかりつけ薬局』を推進する。」ことを明言した。

新薬学者集団（シグマ）の総会・シンポジウム（2015年5月30日）が開催された時点では、規制改革会議の最終答申が出される前であったため、筆者は「利便性」と「経済性」の2点について自らの解決策を提案した。

まず、熱が出ている時や障害があり車椅子生活にもかかわらず、わざわざ薬局に行かなければならない負担をどう解決するかである。現行の薬剤師法では、薬剤師が調剤できる場所は「薬局」と「居宅等」に限定されている。「居宅等」は患者の自宅や介護施設など、医療機関以外で

医療を受けている方で、原則として在宅医療の対象者に限定されている。

薬局がサービスとして「居宅等」以外の医療機関の待合室などに調剤済みの医薬品を届けることは、薬剤師法では禁止されているが、対象患者を限定することを条件に法改正で対応することは可能と考える。

次に「経済性」の問題である。医療機関の院内薬局であれ保険薬局であれ、調剤に必要な薬剤師を雇用するためにはコストがかかり、どちらのコストも基本的に同じである。

制度上、院内薬局での調剤の一部負担金が院外に比べて安いのは、根本的に医療機関での薬剤師の技術料が不当に低く設定されているからである。しかし、保険薬局の技術料が法外に高いのかと言えば必ずしもそうとも言えない。筆者が所属する法人でも、一般的に共通することであるが、調剤報酬の中の技術料で賄えるのは薬剤師や事務員の人件費が中心で、薬局を運営する経費のすべては捻出できない。これが現実である。したがって、「経済性」の議論をするのであれば、医療機関の院内薬局の技術料も保険薬局と同じにする必要がある。そういった議論が一切されずに、保険薬局の技術料だけが高いと批判されるのは誠に残念なことである。

### 先進国における医療情報管理システムと薬歴事情

規制改革会議の答申にある「ICT 技術を活用した服薬情報の一元化」については大いに賛成である。海外では、EHR (Electronic Health Record) と呼ばれる、国や地域レベルで病院や薬局が所有する患者の医療情報を共有するシステムを構築しているところが少なくない。

また、個人レベルでは PHR (Personal Health Record) が整備されているところもある。日本の「お薬手帳」は PHR のひとつである。以下、薬歴情報管理について先進国での現状を紹介してみたい。

#### (1) 日本

国民皆保険制度の下、患者は健康保険証があれば、原則として日本国内のどこであれ医療機関や保険薬局を利用することが可能である。すべての国民が医療にフリーアクセスできるという点では、先進国の中では日本が一番優れているのではないだろうか。

しかし、まだ日本では EHR は存在しない。今秋からマイナンバー制度が導入される予定だったが、税と社会保障を中心に開始されるものの医療分野での活用は未定である。5月に発生した年金情報の流出など、運用上の問題も逆風となり、個人情報の中でもとりわけ機密レベルの高い医療情報について国レベルで管理することは、かなり先の話かもしれない。

一方、PHR としては、「マイカルテ」や「お薬手帳」などがある。ここ十数年来、日本の医療においてもインフォームドコンセントやインフォームドチョイス、セカンドオピニオンが進展しつつあるが、高齢者をはじめ国民の多くは依然として「おまかせ医療」の感覚が抜けない現状がある。

#### (2) アメリカ

アメリカではすべての国民に「社会保険番号」が付与されている。医療においては一部で主治医制が導入されている。EHR や PHR は進行中である。医療のみならず、すべての局面において「自己責任」が徹底されているため、薬局では患者ごとの薬歴は存在せず、薬剤師は患者へ

のインタビュー情報に基づいて処方せんでの薬物相互作用のチェックなどを行っている。そのため、薬剤師に情報提供しなくて健康被害が生じた場合の責任は、医療者側ではなく患者側が負うことも多い。さらに CDTM（共同薬物治療管理業務）が確立しており、薬局薬剤師はワクチン接種も可能である。

### (3) フランス

国として主治医制を導入している。すべての国民に社会保障番号と職域・地域の共済組合が発行する個人認証 IC カード (Carte Vital) が発行されている。国レベルで個人診療記録システムが構築され、その情報はクラウド上で医療機関や薬局のみならず患者個人も利用できる。個人データは 10 年間保存され、その後は本人が破棄することも可能である。

### (4) ドイツ

すべての国民は近隣の診療所に主治医登録をすることが義務付けられている。医療機関や薬局は、健康 IC カードで服薬履歴や医療費、往診歴などを登録できるが、まだ全国民に徹底されてはいない。

### (5) イギリス

完全主治医制度を導入している。患者自らが専門医や病院を受診したくても、主治医の紹介がなければ勝手に受診できない。医療はすべて国営 (NHS) で、医療機関は電子カルテ化され、EHR システムを使って薬歴や個人情報を医療機関と薬局が共有している。PHR については、診療所レベルで、個人の継続的な健康管理ツールとして活用されている。

## わが国において EHR は期待できるのか

日本と欧米の医療システムの大きな違いは、「主治医制」か「フリーアクセス」かである。「フリーアクセス」は患者にとっては、自由に自分の好きな医療機関を受診できるという点では大きなメリットとなるが、薬剤情報的にはデメリットとなっている。それは日本では国家レベルで管理する EHR が存在しないからである。今秋から導入されるマイナンバー制度にも期待がかかっているが、現状のシステムに対する脆弱性から日本版の EHR への期待は薄い。

医療機関内での院内薬局での調剤か、保険薬局での調剤かにかかわらず、薬剤師が医薬品供給に関わっていることを前提にした場合どうなるであろうか。いくらすべての医薬品供給の局面で薬剤師が関与していても、EHR が不在の現状においては、「お薬手帳」がなければ医師も薬剤師も他の医療機関の処方情報を知ることができない。

### 「お薬手帳」は有用なのか

EHR が構築されていない現状で、しかも、アメリカのような「自己責任」「個人主義」が徹底していない日本において、あらゆる局面で医薬品を安全かつ有効に使用するためには、「お薬手帳」の所持を義務付けることが求められるのではないか。紙媒体の「お薬手帳」もさまざま、電子版も標準規格がなくメーカー依存の状況にある。将来的にマイナンバー制度が定着し、服薬情報が IC カードに集約された日には、少なくとも IC カードに統一様式で患者の処方・調剤記録がされるシステムの構築を期待したいが、先行きは極めて不透明である。

### 現状での打開策は何か

EHR もままならない、さらに「お薬手帳」も 100%普及していない現状の中で、どのようなシステムが患者の安全確保のためにベターなのか。それはやはり、患者に交付された処方せんを、1 ヲ所の薬局に集中させること。すなわち、患者自身が「かかりつけ薬局」を持ち、その薬局で医療用医薬品のみならず一般用医薬品 (OTC) の管理もしてもらうことが最善策ではないだろうか。

昨今、「門前薬局」に対する批判があり、地域の「かかりつけ薬局」に対峙する言葉として用いられているが、それらふたつは決して相反するものではないと考えている。「門前薬局」はあくまでも医療機関側から見たもので、患者側からすると医療機関の門前であろうが、患者にとってかかりつけであればいいのである。

地域の中の拠点病院の門前にある薬局は、その地域に居住する住民にとっては「かかりつけ薬局」になることは可能である。患者自身が「かかりつけ薬局」、「マイ薬局」をきちんと持って、そこで処方せん薬のみならず一般用医薬品 (OTC) の管理もすることが、現状での最善の打開策ではないだろうか。

(ひろた・のりたけ 一般社団法人 大阪ファルマプラン)