



薬薬連携 3

病院のそこが知りたい～病院薬剤師からの現場レポート～

薬薬連携をするためにどうすれば良いのでしょうか？

東京医科大学八王子医療センター薬剤部

おくやま
奥山

きよし
清



医薬分業の経緯

薬薬連携の必要性が現実感を伴ってきたのは、医薬分業が進んだことによります。今でこそ「医薬分業は当たり前、薬は保険薬局でもらうもの」という感覚が患者にまで浸透していますが、30年前にはほとんど実施されていませんでした。筆者が薬学部に入學したとき（昭和48年、1973年）、友人と話していて、「もうすぐ医薬分業になれば薬剤師の求人が増えるから就職には困らないぜ」などと生意気な会話をしていた覚えがあります。

もちろん医薬分業の発想は第二次世界大戦前からあり、終戦後の急激なアメリカナイズの中で制度自体は出来上がっていました。しかし、医師の診療報酬を薬価差で補おうとする医療保険制度の制約で院外処方を出すメリットが無かったのです。

厚生省（当時）の医薬分業政策が具体的に現れ始めたのは1974年からと思われます。この年の診療報酬改訂で院外処方箋の発行料を10点から50点に引き上げたのです。しかし、依然として薬価差による利益は大きく、院外処方箋発行の急激な増加には至りませんでした。一部には経営戦略として、病院・診療所と経営本体が同一のいわゆる第二薬局を作り、処方箋料、薬価差益、院外調剤料を得る施設も現れましたが、1982年の保険薬局指定見直しで第二薬局は禁止されました。

1980年代は俗にバブルの時代と言われ、病院の増設ブーム、駆け込み増床などがありま

した。この時期は薬価差による収入を優先するか、それとも分業による在庫整理、薬剤師の人件費抑制のメリットを優先するかを病院が選択できた時代です。日本の好景気に対してプラザ合意など外国からの圧力がかかり、これが医療行政にも影響しています。1992年以降のたび重なる薬価改正によって薬価差が急激に減少し、大学病院や基幹病院も経営上の理由から院外処方箋の発行に踏み切らざるを得ない状況になっていったのです。

1993年に起きたソリブジン事件は、医薬分業の方向性を決定づける出来事でした。「複数の医療機関で受診する患者にかかりつけ薬局を勧め、外来投薬の安全性を高める」というのは説得力がありました。同時に、医師の処方を保険薬局で調剤することによって診療報酬請求を分離し、保険支払い機関は処方内容を厳しくチェックすることが可能になったのです。1986年の医療法改正で調剤に係る薬局、薬剤師が組み込まれ、1992年の改訂では薬剤師が医療の担い手として明記されました。また、1990年代には診療報酬改訂のたびに病院薬剤師の薬剤管理指導加算が増額され、病院薬剤師にベッドサイド業務への道が開かれました。これらの法改正は、医薬分業や病棟進出を悲願とする多くの薬剤師が努力し、医療行政の方針が一致した結果と言えるでしょう。

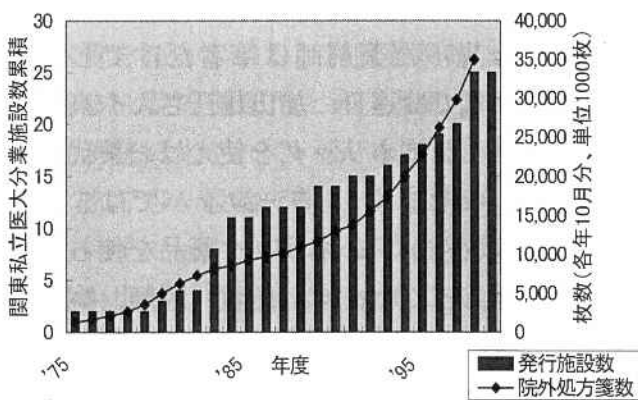
2001年に関東私立医大病院薬剤部研究会がまとめた調査結果にはこの経緯が良く現れています。1975年からの10年間、関東地区の私

立医科大学病院で院外処方箋の発行を開始した施設は11ありますが、このうち6施設は開設当初から全面分業を実施しています。つまり、開設時に、外来調剤は院外に出して薬剤師の人件費を抑制する経営方針を立てたのです。1995年以降には従来院内調剤を行っていた施設が次々と分業を開始し、それまで一部診療科に限っていた施設も全面分業に移行して行きました。同様のことが全国でも起きており、1985年当時、月に1,000万枚程度であ

った院外処方箋が1995年ごろから急増し、1999年には3,500万枚、2006年には5,000万枚を突破し、2007年11月には5,600万枚が発行され、外来処方の56.8%を占めるまでになりました(表1, 図1)。

門前分業から面分業、そして後発品使用可

1970年代は医院・診療所や一部の診療科が保険薬局を事実上指定して院外処方箋を発行していました。1980年代に入って一部の大学病院が全面分業を実施した時にもほとんどの場合、「気心の知れた薬局」が存在しており、患者としては「薬の窓口が変わった」ぐらいの感覚しか無かったと思われます。さしたるトラブルも無く、薬薬連携の発想は生まれにくい状況でした。しかし、1995年以降、急激な院外処方箋の増加と基準薬局の整備等があり、いわゆる門前分業から面分業への移行が進みました。この頃から、大病院と保険薬局の間で様々な行き違いが生じてきたのです。



(参考資料1より引用改変)

図1 分業施設数累積と全国院外処方箋枚数の推移

表1 関東地区私立医科大学病院における院外処方箋発行開始時期

西暦	開始施設数	医療環境	経済環境
1974		診療報酬改定 (処方せん料10点から50点に増加)	
1975	2 (1*)	第二薬局増加	
1980	1 *		
1981	1		
1982		保険薬局指定見直し (第二薬局を認めない)	
1983	4 (2*)		
1984	3 (2*)		80年代後半バブル期
1985		地域医療計画	プラザ合意
1986	1	駆け込み増床 医療法改正	
1987			
1988		入院調剤技術基本料 (100点) 診療報酬改定 (基準調剤加算新設)	
1989			
1990	1		
1991			薬価改正R幅15%
1992		医療法改正	
1993	1	ゾリブジン事件	
1994	1		薬価改正R幅13%
1995	1		
1996	1		薬価改正R幅11%
1997	2		薬価改正R幅10%
1998	5		薬価改正R幅5%

注) *は開設時より院外処方発行

(参考資料1より引用改変)

処方箋を出す方も受ける方も不慣れなためにトラブルとなるケースが多く、誰に言ったらよいか分からないストレスが発生しました。開局薬剤師は「きちんとした処方箋を出すのは病院の義務だろう」「対応が悪すぎる。何様のつもりだ!!」と怒りました。病院薬剤師は「院外の薬剤師は病院の事情をまったく理解していない」「忙しいのに振り回されてかなわん」と苛立ちました。そして、病院当局（多くは医師）は「トラブルを無くすために院外処方にしたんだろ、当事者同士でなんとかしろよ」と冷たい反応で、あげくのはてに病院薬剤師の人員が大幅に削減される事態も発生したのです。行政の準備不足もさることながら、開局薬剤師と病院薬剤師の意識の違い、もっと言えば、薬剤師教育の未熟さが露呈したものだと思います。此処で学ばねばならなかったのは、世間では「薬剤師はみんな同じ」「薬のトラブルは薬剤師に任せれば良い」と思われていることを全ての薬剤師が認識することでした。

現場同士の話し合い、そして多分に慣れのおかげで大部分のトラブルは防げるようになりました。しかし、疑義照会の方法、患者の希望と処方変更の判断、在庫と銘柄変更の問題などが解決できないまま現在でも残されています。この間、開局薬剤師と病院薬剤師の話し合いが進み、両者の意識もずいぶん変わりました。当初は「処方箋発行に伴う協力体制」のような形で始まったものが、外来患者の服薬改善に及び、それぞれの地域で薬薬連携の機運が盛り上がってきたのです。

高齢社会の本格的到来も薬薬連携の必要性を高めています。昔は、健康な人が通院を始めて入院したら、退院する事無くお亡くなりになるケースも珍しくはありませんでした。手術して退院し、再入院するにしてもそのスパンは非常に長い傾向がありました。ところが、高齢者の割合が増えると、短いスパンで

入退院を繰り返す例が多く、しかも処方内容は複雑で、退院後のノンコンプライアンスが問題となっています。平均在院日数が2週間前後のため、服薬説明や教育ができないまま退院し、数ヵ月後に再入院したときの持参薬を調べると減茶苦茶な服用をしていたり、どれを服用しているか分からない患者も居ます。このへんは病院薬剤師にも重大な責任があると思っています。

2006年4月、突然に施行された院外処方箋の様式変更（後発品使用可の表示）に「困ったな」と思った薬剤師は筆者だけでしょうか？テレビでは連日、加山雄三さんや高橋英樹さんが「ジェネリックを使えばお薬代が8割も安くなります」「ヨーロッパでは5割以上の患者さんがジェネリック薬品を使っています」と言っています。患者、医師、病院薬剤師、開局薬剤師のジェネリックに対する意識の違いから起こる様々なトラブルを予想して、暗澹たる思いになったものでした。

幸いにして、と言うと叱られるかもしれませんが、日本では患者に対する医療費教育が未熟であり、まだまだ、先生の処方と服用中の医薬品に対する信頼も高いためにそれほど混乱はありませんでした。しかし、近い将来ジェネリックは一般化するでしょうし、そのときまでに誰かがきちんと説明する体制を整えておく必要があります。

高齢社会、在院日数の短縮、ジェネリック薬品の使用、どれをとっても薬薬連携を必要としています。複雑さを増す薬物療法と社会状況の中で、医薬品の安全性と有効性を維持するために、入院患者と通院患者の服薬指導に当たる薬剤師が協力することで、社会における一つの文化が醸成されると思います。

薬薬連携の今後

「話せば分かる」とは薬薬連携の基本です。キム・ジョンイルとジョージ・ブッシュだっ

て話せば分かるはずです。よく話し合っている開局薬剤師と病院薬剤師は、きっと口も利かない同僚よりも理解し合えると思います。近隣薬局の経営者が病院の薬局長のところへ挨拶に行くのではなく、「一度みんなで話し合えましょう」と誰かが言って会場を設定し、現状を報告し合えば問題の半分は解決するはずです。

互いの事情を知るために、両者の特徴と思える点を挙げてみると、開局薬剤師は、世間を知っている、患者とよく話している、経営の本質を知っている。病院薬剤師は専門知識がある、院内他部門との交渉に慣れている、意見が統一化されている。などがありますが、あくまでも一般論でしょう。どちらも10年前ぐらいまでは、ベテランになるとそれぞれの個性が出て、各地域に一人や二人は必ずクセモノが存在し、話をややこしくしていたのですが、最近はみんなジェントルになった気がします。また、保険薬局に勤務する薬剤師が増加し、病院薬剤師もサラリーマン化しているので、若手の意見としては「こうあらねばならない」から「どうしたら良いの」と言う感じになって来たように思います。

互いの意識の違いは薬剤師の卒前・卒後教育に起因しています。医師は卒前に臨床実習を病院で行い、その後相当期間を医局で過ごしてから開業します。薬剤師も6年制移行に伴うコアカリキュラムでは病院と薬局での臨床実習を強化していますが、学生実習だけでは不十分で、病院薬剤師の薬局研修、開局薬剤師の病院研修が1年単位で可能になるような制度を作るべきだと思います。

病院と開局の薬剤師が気軽に話せるようになったら、次の目標は情報の共有化でしょう。処方内容に伴う様々な情報を互いに伝え合うことが大切です。この媒体としてお薬手帳と薬剤情報提供書は有効な手段です。ただ、保険薬局ごとのシステムのばらつきや、病院で

退院時服薬指導に手が回らないなどの問題も残されています。また、患者に情報を預けるのは患者教育が徹底されないと有効性が薄れてしまいます。個々の患者が認識を持ち、情報媒体（お薬手帳、薬剤情報提供書、将来はICカードなど）をしっかりと管理できるのが理想的なのですが…。

最後は制度の統一化です。地域ごとに話し合ったり、実行したりした具体策を中央に集めて全国的な制度とすることが必要でしょう。これは、「言うは易し、行うは難し」の典型のようなもので、それぞれの事情があってなかなか旨く行きません。でも、これが出来ないとジェネリックや疑義照会の問題は解決しません。入院投薬と外来投薬に関する患者指導は薬剤師に任されるのは時代の流れで、ここには責任が発生します。無理な制度は作っても意味がありません。全ての薬剤師が理解できて今すぐ実行できることを薬業連携で話し合っていくことが重要です。たとえば、疑義照会の時間帯や状況判断の基準、ジェネリックに関する説明の分担などは原則を決めておくとなんかが便利になります。

何かをやろうとするとき、「これが理想だ」というのは以外に簡単に見つかります。でも「誰がやるの?」「あの団体がどう思うか?」「あの方がなんと言うか?」で動きが止まることが多いのです。地域ごとに薬業連携を盛り上げてゆけばそれほど違う結論が出るとは思えません。現場から挙がる具体的な方策を統合し、薬剤師の常識として制度化してゆけば有効な仕組みを作ることができます。無駄なストレスを無くし、薬物療法の有効性と安全性向上のために薬剤師の労力を集中できる環境を作ることが薬業連携の目標だと思います。

参考資料

- 1) 関東私立医大病院薬剤部研究会、私立医大病院の院外処方箋発行に関するアンケート調査、日病薬誌, VOL37, No. 4 (2001)