

病院薬剤師からみた医薬分業に関する一考察

中西 昭人

キーワード：医薬分業、薬局薬剤師、在宅医療、病院薬剤師、院内処方

1. はじめに

昭和31年4月から実施された医薬分業は、2013（平成25）年度に処方せん枚数76,000万枚を超え医薬分業率は67%に達した。医師が診療を担い薬剤師がその処方せんに基づき調剤を担うというシステムは国民の間に広く認識され、定着したといっても過言ではない。医師と薬剤師が互いに独立した職能を発揮することで薬剤師は国民医療に貢献する一方、平成25年度医薬分業指導者協議会¹において、患者が薬の受け取りに利便性を重視しているなどの批判が紹介されているほか、国が進めてきた医薬分業の効果をきちんと検証すべきであるとか、院内調剤に比べて院外調剤の方が患者負担が高いとの観点から院外調剤報酬の適正化が争点になるとの指摘もある。こういった議論の中で、薬剤師が国民から信任された結果、医薬分業が進展するのであれば良いが、医療機関側の経済的要因がすすんだ結果であれば、早晚衰退してしまうことも懸念されているほか、調剤にかかる医療費を患者・国民に負担を求めるのであれば、その業務の必要性や価値について、データやエビデンスが必要とも指摘されている。

本論文では、医薬分業がどのような目的でわが国に導入され、今日に至るまでに、その目的がどの程度達成されたかについての評価を行う。さらに在宅医療や地域医療の重要性、院内薬局に関する現在の政策議論を踏まえて、医薬分業の進展が緩やかになりつつある現在、患者のケアサイクルに関わる薬局薬剤師や病院薬剤師に焦点をあてて、患者にとってより意味のある医薬分業を実現するために、それぞれがどのような役割を担うことが望ましいかを考察する。

1 同資料 最近の薬務行政について、p.5

2. 医薬分業の意義と実施後の推移

2-1. 医薬分業の意義

「厚生白書昭和32年版²」によると、医薬分業は、患者の診察・治療は医師に、調剤は薬剤師にと、医療をそれぞれの専門家に分担して行わせることによって、医療の適正化、合理化を図り、国民医療の向上に寄与しようとする医療制度の基本的な原則の一つであると記載されている。この考え方を根底としつつも、時代の流れに合わせて表現を変化させながら現在まで続いている。

2-2. 医薬分業率の実施後の推移

さらに同白書では、昭和31年4月から実施された医薬分業の実態について処方せんを受け入れる側の薬局について行った調査の結果を示している。その結果を図表1に示す。同白書ではこの結果について次のように記載されている。制度実施直前は月平均6,787枚にすぎなかった処方せんの取扱枚数が、実施直後には一躍倍増して13,493枚となり、処方せんの取扱枚数は増加の一途をたどりつつあることが認められる。一方、分業実施前には、調査対象となった薬局のうち処方せんを取り扱ったのは月平均15%であったが、実施後においては、これが月平均25%を上回るに至ったことが示されている。

図表 1：分業実施に伴う処方せん数の比較

	分業実施前	分業実施後	
	昭和31年2月、3月	昭和31年4月から6月	昭和31年7月から昭和32年4月
全薬局数	18,804	18,804	19,868
調査対象薬局数	14,995	14,995	18,895
処方せんの来なかった薬局数	12,813	10,944	14,057
処方せんの来た薬局数	2,182	4,051	4,838
処方せんの枚数	6,787	13,493	21,033
処方せんの来た薬局あたりの処方せんの枚数	3.1	3.3	4.3

(出所：厚生白書昭和32年)

2 同白書 Web 版、p.100

1 薬局 1 カ月当りの処方せんの取扱数は、実施前の 3.1 枚から実施後は 3.3~4.3 枚と増えているが、これは処方せんを実際に取り扱った薬局だけについてみた場合で、これを調査対象薬局総数に割り当ててみると、実施後においてさえ、わずかに 1 薬局当たり 1 枚程度にすぎない。

こうした事態に対して同白書では、医薬分業の完全実施には困難が伴うことを認めつつ、制度の趣旨の普及徹底することが望まれると結んでいる。

以上のように医薬分業は、医療の適正化、合理化及び国民医療の向上に寄与することを意義として昭和 31 年 4 月から始まったが、医薬分業率はその後しばらく低迷を続けることとなる。その後近年に至るまでの薬局数及び処方せん枚数は図表 2 のように推移している。

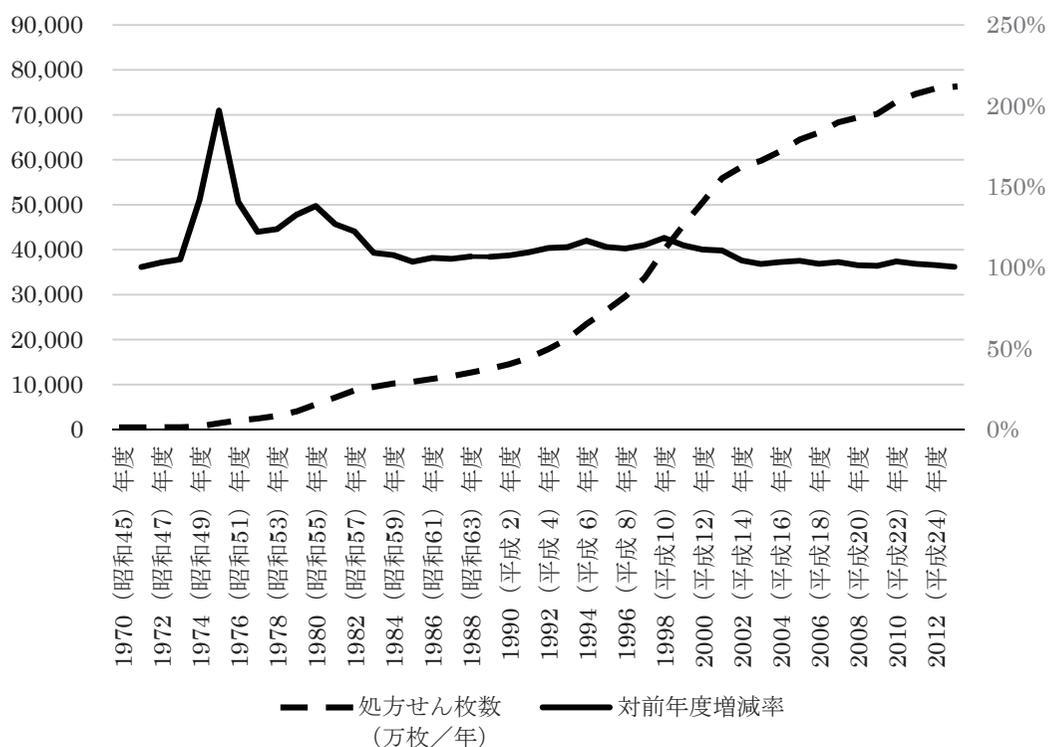
図表 2：薬局数及び処方せん枚数の推移

年次	薬局数	処方せん枚数 (万枚/年)	医薬分業率全国平均 (%)
1970 (昭和 45) 年度	24,005	472	0.5
1975 (昭和 50) 年度	26,920	1,437	1.2
1980 (昭和 55) 年度	31,346	5,600	4.8
1985 (昭和 60) 年度	35,264	10,615	8.1
1990 (平成 2) 年度	36,981	14,573	12.0
1995 (平成 7) 年度	39,433	26,508	20.3
2000 (平成 12) 年度	46,763	50,620	39.5
2005 (平成 17) 年度	51,233	64,508	54.1
2010 (平成 22) 年度	53,001	72,939	63.1
2011 (平成 23) 年度	54,780	74,688	65.1
2012 (平成 24) 年度	55,797	75,887	66.1
2013 (平成 25) 年度	57,071	76,303	67.0

(出所：厚生労働白書平成 23 年度版資料編、第 3 回薬剤師需給の将来動向に関する検討会、衛生行政報告例の概況、日本薬剤師会医薬分業進捗状況を基に作成)

この図表 2 の作成に使用したデータを基に、処方せん枚数と対前年度増減率の推移を作成すると図表 3 となる。処方せん枚数の対前年度増減率は、1975（昭和 50）年に処方せん枚数が前年比 197%と高い伸び率を示している。これは 1974（昭和 49）年に処方せん料が 5 倍の 50 点（500 円）に引き上げられたためと考えられる。その後は、おおむね対前年度増減率 100%を少し上回る程度で推移している。

図表 3：処方せん枚数と対前年度増減率の推移



(出所：厚生労働白書平成 23 年度版資料編、第 3 回薬剤師需給の将来動向に関する検討会、衛生行政報告例の概況、日本薬剤師会医薬分業進捗状況を基に作成)

この間、国民の医療水準の向上と並行して国民医療費が伸び続ける中、医療費に占める薬剤費の割合は世界でも異例に高く、政府管掌健康保険では医科医療費の 38.2%に達していた³。薬剤費の高い割合の要因として、薬価基準に沿って支払われる薬価と、医療機関が市場から購入する価格に大きな差があり、薬を使えば使うほど医療機関の

3 厚生省白書昭和 57 年版 Web 版、p. 57

収入が増えることが考えられる。従って、薬剤費の削減を達成するために、保険薬局の独立性を担保しながら医薬分業を推進することが重要な課題と認識され始めた。

2-3. 医薬分業における薬局薬剤師の役割の変遷

医薬分業は昭和 31 年当初の医療の適正化、合理化を図り、国民医療の向上に寄与しようとする医療制度の基本的な原則を根底にしつつ、これを担う薬局薬剤師と保険薬局は近年その役割を変化させている。

2007（平成 19）年 6 月 14 日には「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法」が成立し、保険薬局は新たな役割を担うこととなった。具体的には、薬局を医療提供施設へ位置付けたこと、薬局機能に関する一定の情報の報告・公表を制度化したこと、在宅医療を受けている患者の居宅等において調剤の業務の一部を行うことができるようにしたこと、行政処分を受けた薬剤師に対する再教育研修を義務付けたことである。

2015（平成 27）年 3 月 12 日に行われた「規制改革会議公開ディスカッション」では、医薬分業における規制の見直しがテーマとされた。この中の資料⁴で、医薬分業の利点として、かかりつけ薬局において薬学的観点から処方内容をチェックすること、医師・歯科医師と連携して患者説明をすることによる薬に対する理解促進と薬物療法の有効性と安全性が向上すること、医師・歯科医師が医療機関での採用医薬品に縛られずに自由に処方できること、病院薬剤師が行うべき入院患者に対する病棟業務が可能となること等が挙げられている。さらに、医療保険財政の効率化への貢献として、薬価差の縮小と相まった医薬分業の進展により医療機関の薬剤管理コスト削減や、薬局における残薬解消や後発医薬品の使用促進が医療保険財政の効率化に寄与すること、在宅医療を推進する上で薬局薬剤師が積極的に関与することが必要と指摘されている。

2015（平成 27）年 3 月 23 日に行われた「平成 26 年度医薬分業指導者協議会」の資料⁵には、薬局の求められる機能とあるべき姿として、医療の担い手として、医療機関との連携や在宅医療における地域での活動、後発医薬品の使用促進や残薬解消といった医療の効率化等これまでに増して地域に密着した活動が求められている。

以上より、調剤業務の空間的拡大に加えて、医療提供施設としてかかりつけ薬局における薬学的な観点からの国民医療の質的向上への貢献と同時に、医療保険財政への貢献も求められている。

4 資料 2-2 厚生労働省提出資料、P. 2

5 薬剤師を取り巻く状況と平成 27 年度薬剤師関連予算について、P. 8

3. 医薬分業の導入目的の検証と評価

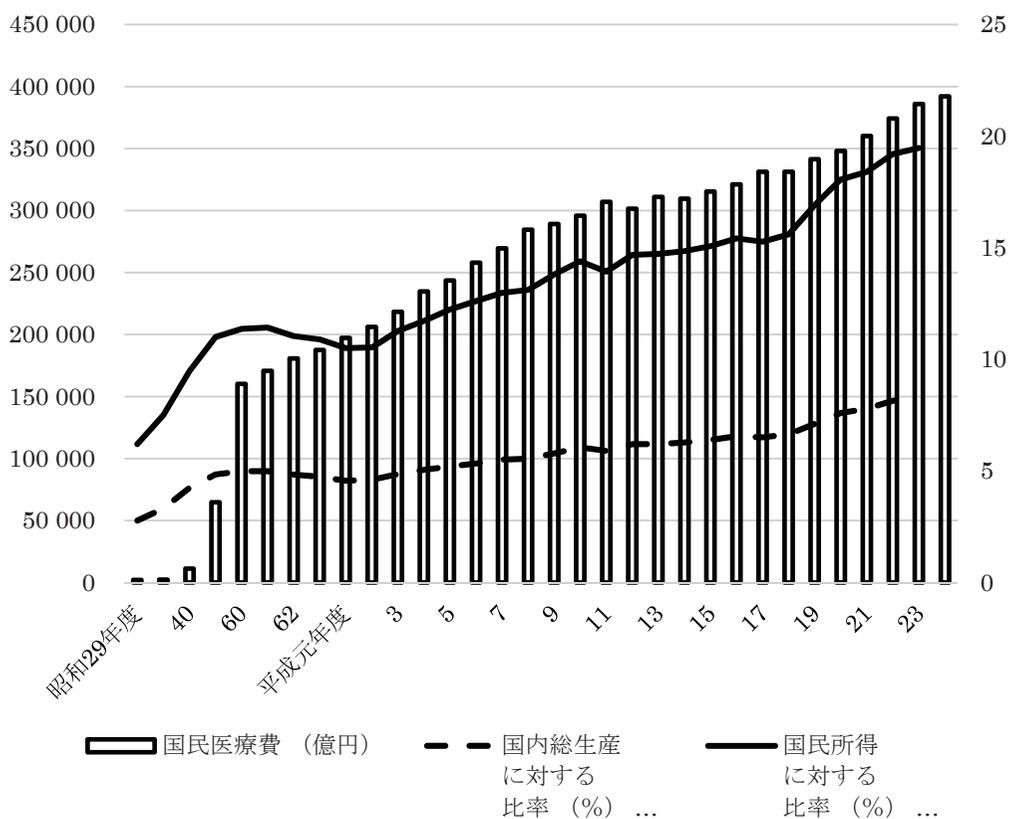
医療の基本原則の1つである医薬分業の目的である、「医療の適正化」、「合理化」、「国民医療の向上」と、その後求められるようになった医療保険財政への取り組みとして「薬剤費の抑制」に薬局薬剤師が寄与しているかどうかの検証と評価を行う。

3-1. 医療の適正化

医療の適正化は、インプットとアウトプットの両面を検討する必要がある。ここでは、医療費と平均在院日数をもとに検討する。

インプットである医療費の推移を図表4に示す。図表4からもわかるように、国民医療費は増加の一途を辿っている。

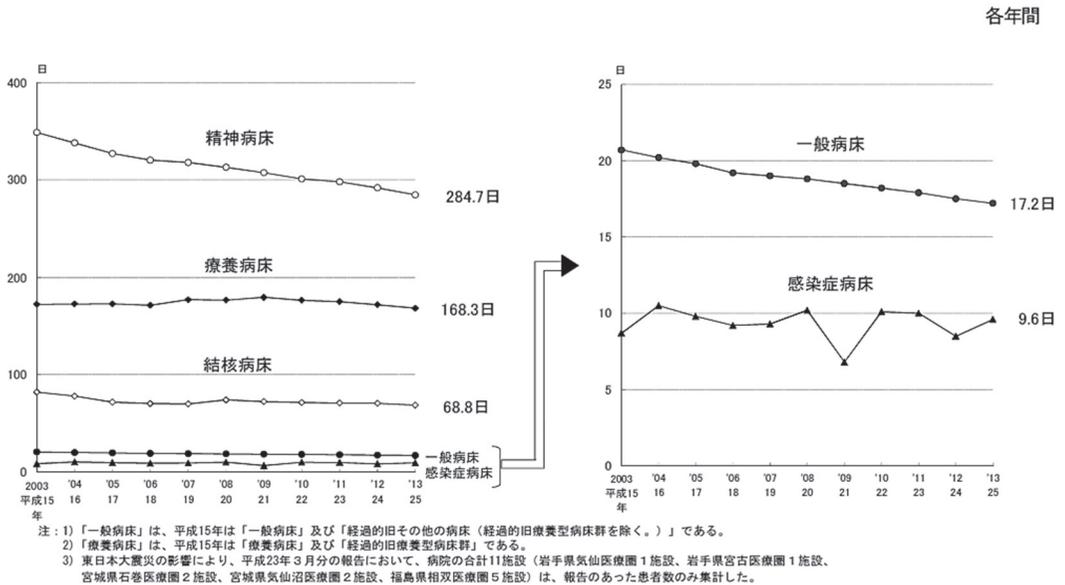
図表 4：医療費の推移



(出所：平成24年度国民医療費の概況)

一方、病院の病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移を図表5に示す。この図表より、療養病床を除く精神病床、一般病床で緩やかに減少を続けていることがわかる。

図表 5：病院の病床の種類別にみた平均在院日数の年次推移



（出所：2013（平成25）年の医療施設（動態）調査・病院報告の概況）

以上より、短期間に集中的な医療が提供された結果、国民医療費は増加しているが平均在院日数は減少していると解釈することができる。入院患者に対する薬学的アプローチは病院薬剤師が病棟薬剤業務を通じて行っているため、薬局薬剤師が直接関与することはできない。よって、この部分での評価はできない。

3-2. 医療の合理化

合理化とは、大辞林第三版によると、「無駄を省いて能率化すること。余剰人員・設備を削減すること。新しい技術・設備の導入、労働組織・管理体系の計画的再編成によって労働生産性の向上を図ること。」とある。医療の合理化とは、プロセスの無駄を省くことや、ITを活用した生産性向上を意味しており、その結果として医療費の抑制までも含むと解釈できる。

平成25年度全国薬局疑義照会調査結果によると、全国の薬局リストからランダム抽出した5,410薬局を対象に、平成25年7月22日から7月28日までの7日間、Webによる質問

入力調査が行われた。その結果、全国の薬局薬剤師が行う疑義照会による年間薬剤費節約額の金額は、約82億円であると推計され、残薬に伴う日数・投与回数の調整の疑義照会における薬剤費の年間削減額は約30億円、相互作用の疑義照会における薬剤費の年間節約額は約3億円であるとの推計結果が示された⁶。

さらに「医薬分業による薬剤費削減の効果の検討⁷」によると、医薬分業による薬剤費削減の推定効果は、調剤医療費に占める技術料の比率をわずかながら上回っており、この技術料比率は、薬剤の削減効果及びその他の医薬分業の効果を考えれば、わが国の医薬分業の経済的効率が悪いとの評価は妥当でないことが示唆されたとしている。また、同論文では、医薬分業率と1日薬剤料が有意な負の相関関係にあり、ここから推定された薬剤料の減少比率は、処方せん受取率100%であれば、0%の場合と比べて1日あたり薬剤料が27.0%削減できることが示唆されたと報告されている。

以上より、薬学的な疑義照会の実施と残薬への対応より不必要な医薬品の投薬を抑えることができ、さらに医薬分業率を高めることで薬剤料の削減ができることが示された。

3-3. 国民医療の向上

昭和31年当時は、漠然と医薬分業による国民医療の向上と記載されていたこともあり、何を向上させるかは明確ではなかったが、内閣府の「規制改革会議公開ディスカッション議事録⁸」には、分業の理念は医師と薬剤師が独立した職能を発揮することで安全性の面から国民医療の「質」的向上を図っていると記載されている。

薬局薬剤師にとって国民医療の「質」の向上とは、服薬指導や薬歴管理、患者からの聞き取り等を基にした重複投与、相互作用の有無の確認、服薬指導による薬物療法の有効性と安全性向上を指している。

国民医療の質的向上を直接測ることは難しいが、薬局薬剤師の日常の業務を通じた効果として薬剤費の削減や後発医薬品の使用促進効果等が期待されている。具体的な効果は、3-2医療の合理化で示されている他、次の3-4でも検討する。

6 平成25年度全国薬局疑義照会調査結果、P115

7 横井正之（2012）「医薬分業による薬剤費削減効果の検討」『滋賀縣薬会誌』No. 154. 34

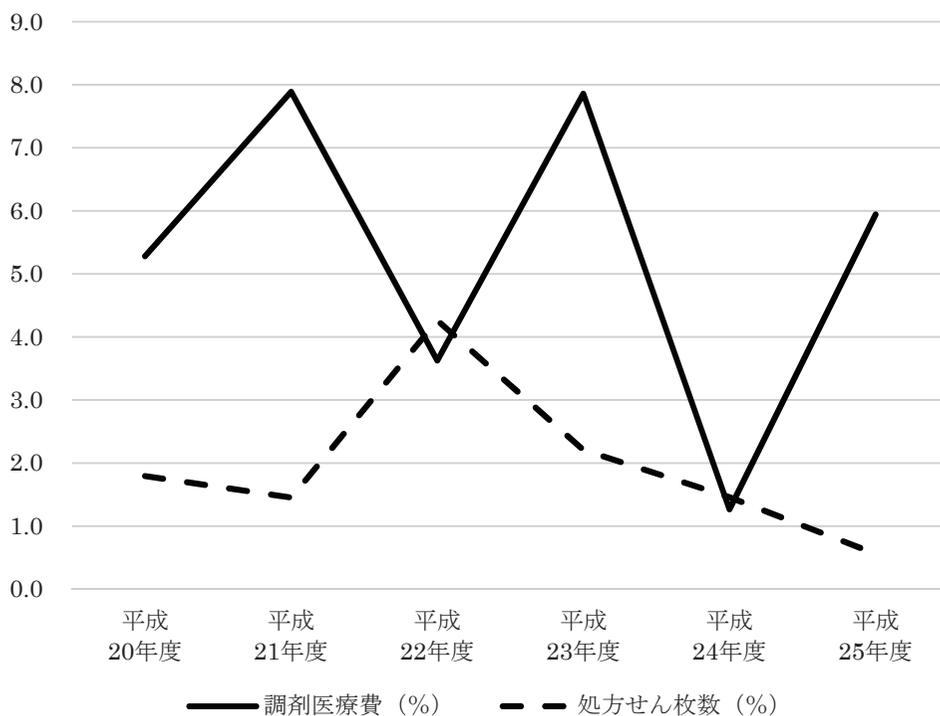
8 規制改革会議「公開ディスカッション」議事録、P29

3-4. 薬剤費の推移

薬局薬剤師が関与する院外処方せんの調剤医療費（電算処理分）の平成19年度から平成25年度までの対前年度比の推移を図表6に示す。

処方せん枚数の対前年度比は、おおむね2%前後で推移しているのに対して、調剤医療費は、年度により値が上下はするが、総じて処方せん枚数の対前年度比を上回る数値で推移している。つまり、処方せん1枚当たりの調剤医療費が上昇していることから、国民医療費の上昇の悪化要因として指摘されることがわかる。

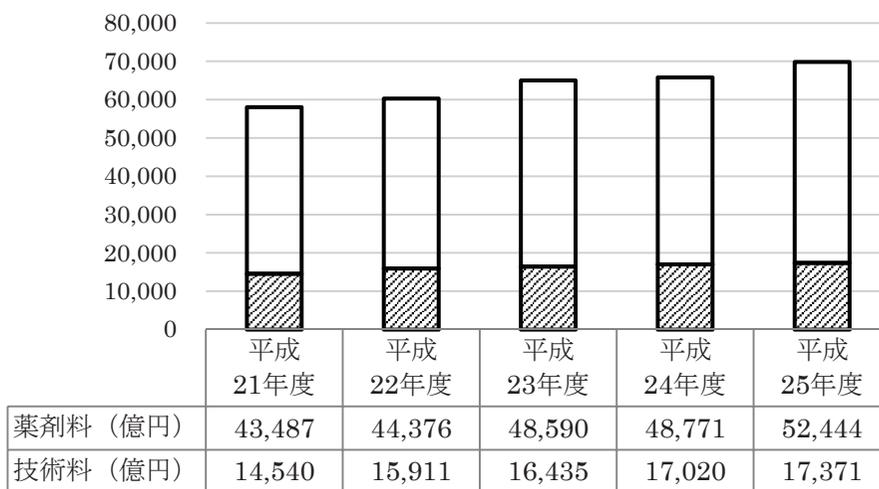
図表6：調剤医療費と処方せん枚数の対前年度比の変化



(出所：調剤医療費の動向平成25年度版より作図)

図表 7 に処方せん 1 枚当たり調剤医療費の内訳を示す。ここから示されることは、調剤医療費を構成する薬剤料と技術料の金額をみると、大きく増えているのは薬剤料であり、技術料に伴う金額の増加は薬剤料に比較すると小さいことがわかる。つまり、薬価の高い医薬品が使用されることにより薬剤料が押し上げられ、その結果、調剤医療費の対前年度の伸び率が処方せん枚数の対前年度比を上回っていることがわかる。

図表 7：処方せん 1 枚当たり調剤医療費の内訳



■ 技術料 (億円) □ 薬剤料 (億円)

(出所：調剤医療費の動向平成 25 年度版)

以上より、薬局薬剤師は入院中の患者と直接関わりあう機会はないものの、平均在院日数の短縮に伴う早期退院が増えることが考えられるため、これに備えた退院前カンファレンスへの参加などによる薬局薬剤師の積極的な関わりが求められている。また、疑義照会や残薬の整理により不必要な医薬品の投薬を抑えることを通じて医療費の削減をもたらすことが示された。これは金額だけの問題ではなく、患者自身が使用する医薬品の使用量を減らすことを意味しており、医薬品による相互作用や有害事象の発現を抑えている効果もあると推察される。後発医薬品の使用率を増やすための取り組みを推進するなど薬局薬剤師のさらなる活動が期待される。

4. 地域包括ケアシステムを基盤とした医薬分業における薬局薬剤師と病院薬剤師が担う役割

団塊の世代が後期高齢者となることに伴う介護・医療費等社会保障費の急増への対応と、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようにするための地域包括ケアシステムへの対応が求められている。

地域包括ケアシステムは、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組みである。このシステム内の患者が自宅や施設で発病したときの大きな流れは、まず診療所や病院にかかる。より高度な医療が必要となる場合には、高度急性期を担う病院へと搬送される。治療が終了すれば自宅や施設に帰ることができるが、継続的な治療が必要な時は一般急性期や亜急性期、リハビリテーションを担う病院等へ転院し、一定の入院期間を経たのち退院するという流れになる。退院した後は、病院や診療所で外来診療を受診するほか、自宅で生活をしながら訪問診療や介護サービスを受けることとなる。

従来よりも緊密に行われる地域の包括的な支援・サービス提供体制という枠組みの地域包括ケアシステムを背景にして、医薬分業が有効に機能することは、患者に提供される薬学的価値を向上させることにつながる。このために、薬局薬剤師と病院薬剤師がそれぞれの役割を見直すことが必要となる。

厚生労働白書では、2007（平成19）年から今日に至るまで、一貫して薬剤師の資質向上と薬局機能の強化と医薬分業の推進を掲げている。

これまでの本論文での検証と厚生労働白書の視点を踏まえると、薬局薬剤師は地域診療所の院外処方せんの調剤を担うことと並行して、地域情報拠点薬局あるいは在宅医療支援拠点として積極的に患者と関わる必要がある。

一方、病院薬剤師は患者が自施設から他病院へと紹介されたときに薬学的な患者情報を共有するために、入院患者だけでなく、外来患者へも積極的に関わる必要がある。

つまり院外処方を院内処方へ戻すことが、患者のケアサイクルにとって最も効率的となるのではないだろうか。

4-1. 薬局薬剤師の担う役割

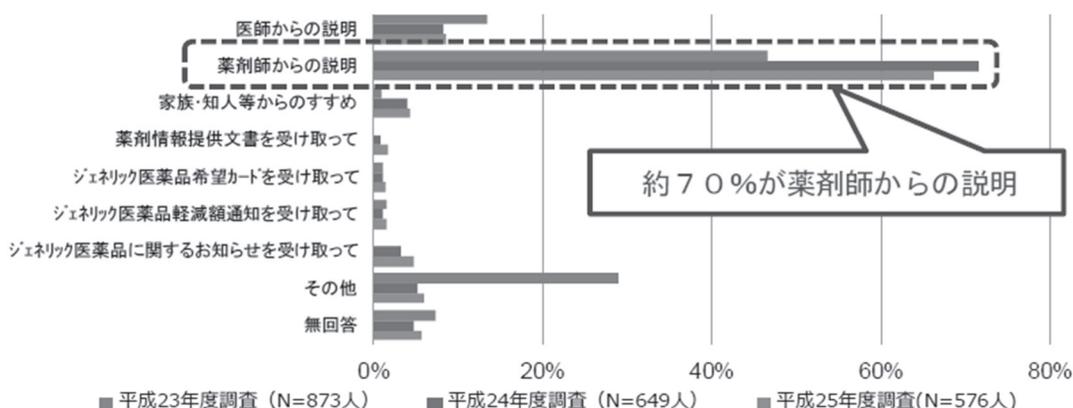
地域情報拠点薬局あるいは在宅医療支援拠点として薬局機能を強化することを目指し、従来の調剤業務と在宅医療等に注力して地域の中で活躍すべきである。

例えば、後発医薬品の普及や残薬の調整による医療費削減のほか、同様の業務を在

宅医療でも展開することが求められている。

後発医薬品の分野では、すでに3-4で示したように増加し続ける調剤医療費は高い薬価収載医薬品に起因していると推察される。後発医薬品の普及は我が国の医療財政を削減する数少ない手段の一つである。「第35回健康・医療ワーキンググループ」の資料⁹から、患者が後発医薬品に変更したきっかけを図表8に示す。この図表8からは、患者が後発医薬品へ変更したきっかけの約70%が薬剤師からの説明であったことが示されていることから、引き続き薬局薬剤師が中心的な役割を果たすことが期待される。

図表 8：患者が後発医薬品に変更したきっかけ



(出所：第35回健康・医療ワーキンググループ)

後発医薬品への切り替えは薬剤費を削減することにつながるが、その処方や調剤に関連した診療報酬上の加算が算定される結果、患者負担が増えることも懸念されるため、今後の推移に注視する必要がある。

また、年齢階級別にみた医療費の合計金額は年齢と共に高くなるが、後期高齢者は自己負担割合が少ないこともあり、後発医薬品に切り替える経済的なインセンティブが生じにくいことも予想される。このため、後発医薬品の選定にあたり、付加価値のある製剤（口腔内速錠やフィルム製剤、飲み込みやすい錠剤のサイズなど）を選択して患者に経済面以外のメリットを訴求する必要がある。

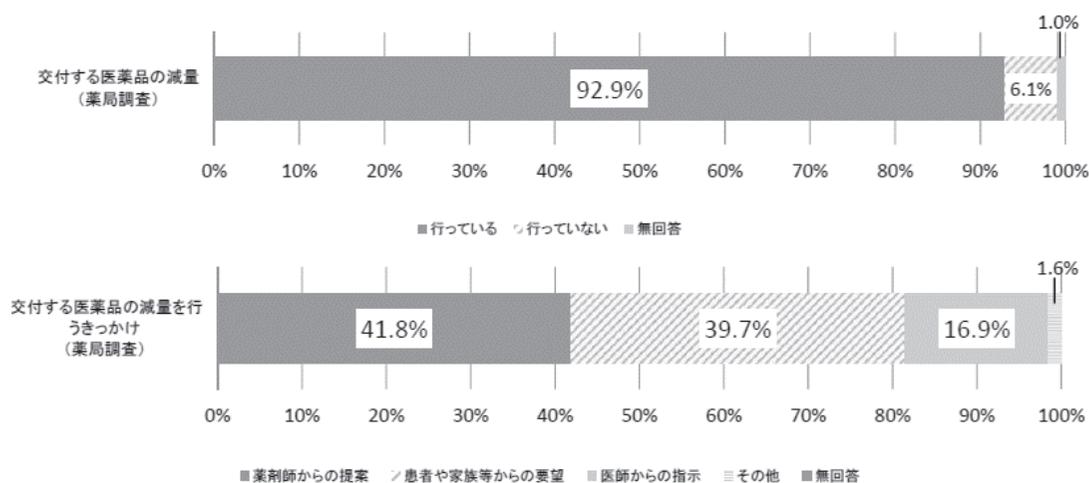
後発医薬品への変更だけでなく、定期的に服用している薬剤に目を向けると、中規

9 資料1 厚生労働省提出資料、P.9

模一般病院にかかる患者の定期処方薬の薬剤数は最大 15 剤、平均 6.5±3.5 剤、服用錠数は最大 36 錠、平均 12.4±7.8 錠で、6 剤以上の多剤処方例は約 58%あったとの報告がある¹⁰。こうした背景に飲み忘れが重なる、医薬品の処方変更がある、重複投与が行われるなどが重なると残薬が発生しやすくなる。残薬は医療経済的に無駄を生じており、削減に向けた取り組みが必要であることは言うまでもない。

図表 9 は残薬への対処方法を示している。この図表 9 より、薬局薬剤師によって交付する医薬品の減量が行われていることが多いことが示されており、薬局薬剤師は重要な位置にあることが分かる¹¹。引き続き患者の症状の変化や服薬コンプライアンスを確認するほか、積極的に在宅医療に関わり、患者の日常生活まで考慮した服薬支援ができれば、残薬の削減のみならず不要な薬剤を減らすことが可能となる。

図表 9：残薬への対処方法



(出所：中央社会保険医療協議会 総会（第 262 回）調剤報酬について）

「薬剤師の在宅医療サービスによる残薬解消効果¹²」では、残薬の整理対象となった事例のうち、制酸剤、消化性潰瘍剤、血管拡張剤、血圧降下剤などの割合が多いことが示されており、このような残薬整理による経済的効果として患者 1 人あたり 3,964 円の残薬が解消されたことが報告されている。

10 野本慎一、中西由佳（2011）「中規模一般病院における後期高齢者に対する処方実態」『日本老年医学会雑誌』48, 276-281

11 中央社会保険医療協議会 総会（第 262 回）

12 恩田 光子、今井 博久、春日 美香、安田 実央、下村 真美子、岡本 夏実、高田 百合菜、七海 陽子、田中 有香、荒川 行生（2015）「薬剤師の在宅医療サービスによる残薬解消効果」『医薬品情報学』Vol. 17 No. 1, 21-33

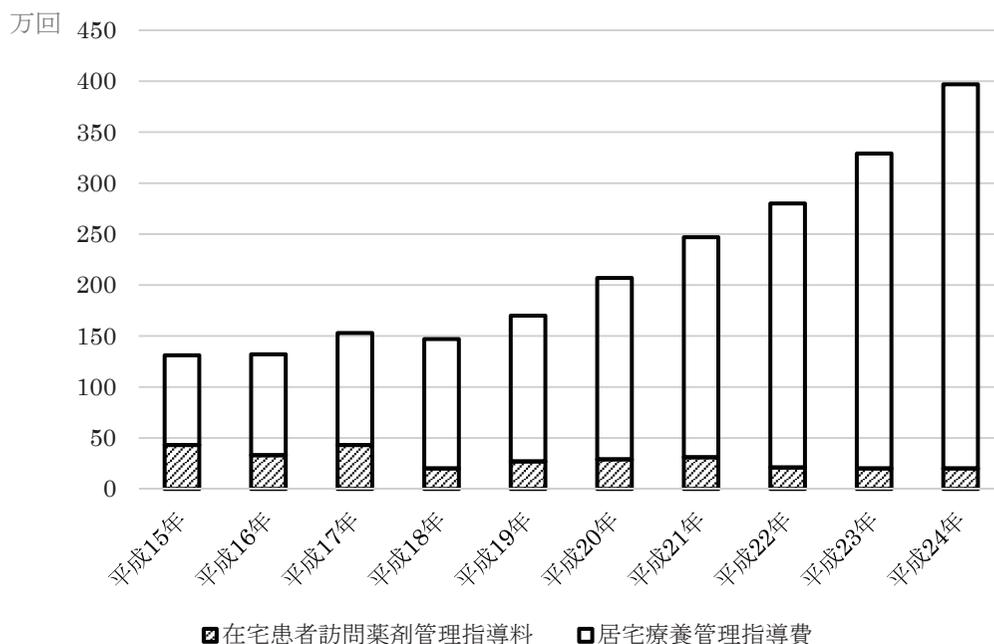
以上のように、残薬を引き起こしやすい背景には、多剤併用や他科受診の存在があると考えられ、薬剤の相互作用や有害作用を引き起こしやすい状態にあることは明らかである。薬剤に起因した疾病を引き起こす可能性も考慮すると、かかりつけ薬局におけるお薬手帳を活用した残薬の削減は、単純な医薬品費の削減を超えた効率的な医療への貢献が期待できる。

図表 10 は在宅医療における在宅患者訪問薬剤管理指導料と居宅療養管理指導費の推移の指導件数の推移をみている。

この図表 10 からは、薬剤師による介護保険の居宅療養管理指導費の算定回数が増加している一方で、医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導料は横ばいまたは減少傾向にあり、全体としては在宅において薬剤師が関与する機会は増加していることがわかる。

在宅医療において、薬剤師による薬剤の保管状況や重複投与の有無の確認、飲み忘れの状況の確認などが行われていることで、残薬の整理により不必要な医薬品の投薬を抑えることを通じて薬剤の適正使用に関わり、結果として医療費の削減をすることに寄与できると推察される。

図表 10：在宅にかかる指導件数の推移

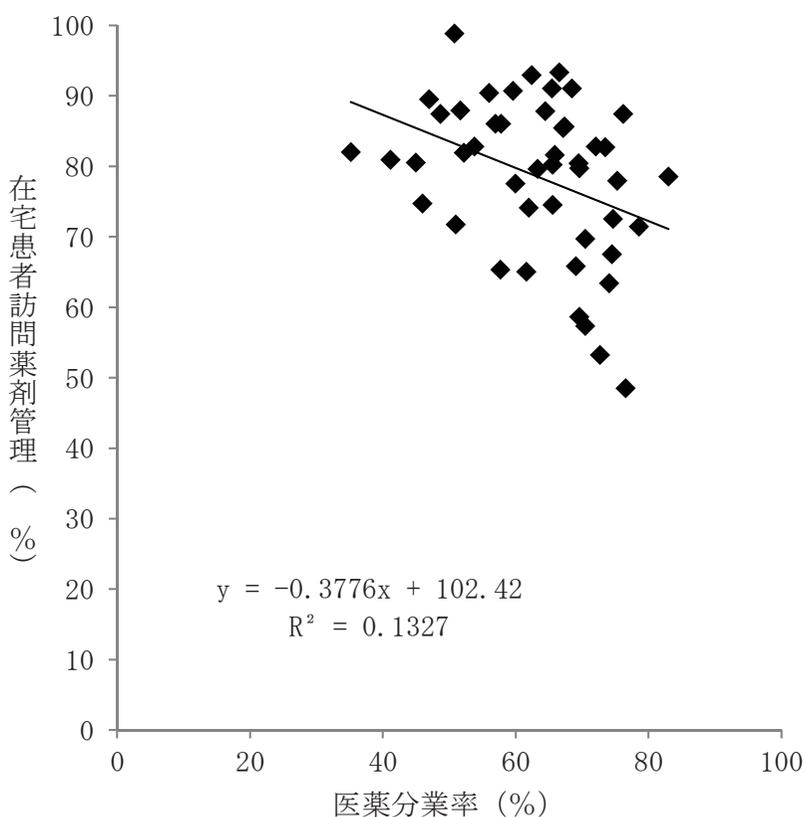


(出所：第 252 回 中央社会保険医療協議会 総会)

図表 11 に都道府県別に医薬分業率と在宅患者訪問薬剤管理算定率の関係を示す。これより、医薬分業率が高いほど、在宅患者訪問薬剤管理算定率は低下する負の相関関係を示す（相関係数 0.1327）。

仮説として医薬分業率が低い地域では、処方せん枚数が早期に頭打ちになったため、積極的な在宅への業務展開を迫られた一方で、医薬分業率が高い地域では在宅への業務展開がなくとも、調剤を主とした業務で十分経営が成り立つと考えられる。これが成り立つとすれば処方せん枚数が頭打ちになりつつある今こそ、薬局薬剤師は積極的に在宅医療へと軸足を移す良い機会ではないだろうか。

図表 11：在宅患者訪問薬剤管理算定率と医薬分業率の関係



（出所：平成 23 年度在宅医療の最近の動向、医薬分業率より作成）

とはいえ、すぐに在宅に取り組むことが難しいことも事実である。そこで在宅医療に向けた準備と並行して、あるいは在宅医療には関われないとしても、かかりつけ薬

局として患者に認識を深めてもらうための積極的な活動をすることができる。一例として、高齢者薬物治療適正化研究グループによるブラウンバッグ運動¹³に取り組むほか、患者のアドヒアランスを高めるような非薬物的介入によるアプローチを行うことも有用と考えられる。

4-2. 病院薬剤師の担う役割

病院薬剤師は患者が自施設から他病院へと紹介されたときに薬学的な患者情報を共有するために、あるいは他病院から自施設への入院などへの対応として、入院患者だけでなく、外来患者へも積極的に関わる必要がある。

病院薬剤師は、病棟薬剤業務として入院患者の持参薬の有無の確認、服薬計画の提案のほか、投薬及び注射に関する基礎的事項の把握、相互作用の有無等の確認などの他、退院時の薬学的管理指導を行っている。「第 263 回中央社会保険医療協議会総会資料¹⁴」では、病院薬剤師のこれらの業務のうち医師の負担軽減及び医療の質の向上につながったと考えられる業務として、「医薬品の投薬・注射状況の把握」、「医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知」、「入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案」が 60%を超えている。さらに、病棟薬剤業務実施前後 6 ヶ月において内服薬のインシデントの発生件数が有意に減少していることも示されている。病棟薬剤業務を実施していないとしても同様の業務を担っている施設では、同様の効果が得られると推測される。

薬局薬剤師が在宅医療に注力する今、病院薬剤師は外来患者にも積極的に関わった医療を提供すべきである。

押し寄せる超高齢化社会において、高齢の患者が処方せんを持って保険薬局まで赴くのは体力的にも経済的にも負担が大きいだけでなく、医療上の情報の連携・共有が途切れることも懸念される。例えば、病院外来受診時に抗がん剤の点滴を施行したのち内服薬を保険薬局で受け取ることを考えた場合、病院と保険薬局の服薬説明等がスムーズに連携・共有できているかどうかは疑問が残る。この対策としてお薬手帳などのツールもあるが、患者情報そのものが分断されることを考えると、患者の訴えに十分に対応できないことが懸念される。薬局薬剤を含めたチーム医療を必要とする場合もあるが、治療が病院内のワンストップで終了するほうが、患者にとっては体力的に

13 ブラウンバッグ運動とは、患者が日常的に服用している処方薬、OTC 薬、サプリメントなどの副作用や相互作用などの問題をチェックするプログラムを指す。

14 個別事項（その 5：勤務医等の負担軽減等）について、p. 57-60

も経済的にも負担が軽減される。

現在の保険薬局が行っている業務のうち調剤業務と服薬指導業務は、病院薬剤師が入院患者に行っている業務スキルを活用すれば十分にカバーできる。むしろ病院薬剤師はカルテや検査結果を踏まえて同業務を行える点では、より効率的な服薬指導を行うことが可能であるし、受診した医療機関での薬剤の受け渡しは患者の利便性も高まり有用である。処方薬の疑義が生じたときに迅速に対応できるメリットも大きい。多剤併用や他科受診による重複投与などの懸念もあるが、お薬手帳を活用して併用薬の確認を行うことで十分に対応できる。病院薬剤師はすでに入院患者に対して、薬学的管理を実施しているため、外来患者にも同様の業務を適応することは可能である。

ここで薬剤師の件数にかかる指摘に対して、図表 12 に「平成 23 年度病院経営管理指標別冊¹⁵⁾」から医療法人、自治体、社会保険関係団体、その他公的分別ごとの、一般病院、ケアミックス病院、療養型病院、精神科病院の医薬分業の有無別の医薬利益率を示す。一般に医薬分業を実施すると医薬利益率が良くなると思われているが、図表 12 が示すように、病院の経営母体や病床の種類によって医薬利益率の数値にはばらつきが認められた。病床規模や医療機能、医薬収益、人件費、減価償却費、材料費などを考慮する必要があるとしても、最も有効回答数が多かった医療法人の一般病院型と療養型で、医薬分業非実施群が実施群より医薬利益率が高かったことは注目に値する。

図表 12：医薬分業別の医薬利益率（次頁へ続く）

医療法人

	一般病院		ケアミックス病院		療養型病院		精神科病院	
	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施
病院数	145	37	108	36	59	61	44	35
平均病床数	164.3	177.1	155.1	167.9	103.1	150.1	272.3	229.7
医薬利益率 (%)	2.9	6.1	4.7	3.1	4.9	6.9	4.1	4.0

15 同別冊、P.143~146

自治体

	一般病院		ケアミックス病院		療養型病院		精神科病院	
	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施
病院数	204	47	65	11	6	3	16	5
平均病床数	322.7	221.8	164.1	146.9	96.2	51.0	269.5	192.4
医業利益率 (%)	-13.6	-16.1	-19.8	-20.4	-18.2	-37.6	-51.6	-36.8

社会保険関係団体

	一般病院		ケアミックス病院		療養型病院		精神科病院	
	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施
病院数	14	1	2	0	0	0	0	0
平均病床数	339.1	199.0	71.5	—	—	—	—	—
医業利益率 (%)	2.8	-20.6	-7.7	—	—	—	—	—

その他公的

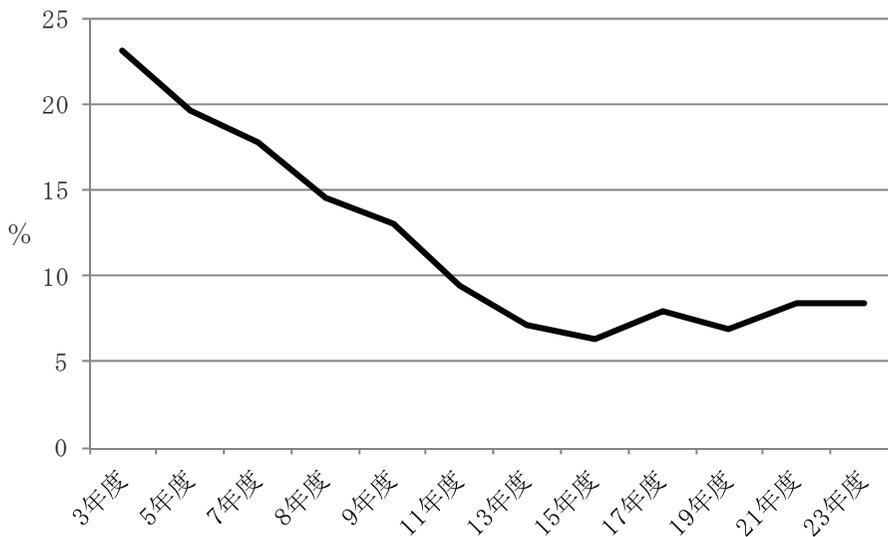
	一般病院		ケアミックス病院		療養型病院		精神科病院	
	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施	医薬分業 実施	医薬分業 非実施
病院数	86	30	10	12	1	0	0	1
平均病床数	388.4	320.8	184.6	215.3	100.0	—	—	158.0
医業利益率 (%)	0.4	-1.4	-8.0	-6.0	5.0	—	—	-4.8

(出所：平成23年度病院経営管理指標別冊)

病院薬剤師が外来処方に関わり、薬局薬剤師と同様に後発医薬品の推進、残薬の調整の部分でエビデンスを示すことができれば、診療報酬の配分や病院薬剤師の配置基準の見直しにもつながることも期待され、院内処方にかかる薬剤師の人的費も捻出できるのではないだろうか。

院内処方になると薬価差の存在によって、薬を使えば使うほど医療機関の収入が増えると指摘する向きもあるかもしれない。図表13に薬価差益の推移を示す。薬価差益は過去20年に比べると大きく低下して8%あたりで推移していることから、薬を積極的に使う誘因としては小さいと言える。

図表 13：薬価差の推移



(出所：医療用医薬品の流通改善に関する懇談会（19回）)

さらに平成27年6月16日に公表された「規制改革に関する第3次答申¹⁶」では、患者の利便性を考慮して、薬局と医療機関の間の公道・フェンスの設置を不要にすることが記載された。保険薬局と医療機関は、一体的な経営だけでなく、一体的な構造も禁止されているが、利便性を高めるために保険薬局を病院敷地内へ移設するだけなら、立地条件によっては特定の保険薬局に患者が集まるという事態も想定される。患者本位を志向して規制改革を続ける結果、究極的には院内の薬局で薬剤を交付する院内処方に近い形になっていくのであろうか。そうであれば、病院の外来処方せんはやはり自施設の薬局で対応すべきである。

16 健康・医療分野、P.3

5. おわりに

医薬分業の導入目的の検証と評価から、薬局薬剤師の努力により医薬分業の当初の目的は一定程度が達成されていることが明らかとなった。現状の仕組みのままでも医薬分業は意義があり、薬局薬剤師の果たす役割が大きいと考えられるが、今後、保険薬局がかかりつけ薬局として地域医療、在宅医療に軸足を移していくのであれば、人数が限られた薬局薬剤師が院外処方せんの調剤を担うには負担が大きい。

医薬分業は今後も維持されると考えられるが、薬局薬剤師は地域において、薬剤師を雇用していない診療所の発行する処方せんの応需や在宅医療、健康拠点の役割を担うべきである。

一方、病院薬剤師は入院患者から培われた経験を外来患者にも幅広く適用して院内処方に対応すべきである。病院での医療サービスがワンストップで終了するほうが、患者にとって体力的にも経済的にも負担が軽減されることになり、患者のケアサイクルにとって最もよい医薬分業のあり方である。

謝辞

本論文の作成にあたり、終始適切な助言を賜り、また丁寧に指導してくださいました、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、筒井孝子教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に感謝の意を表します。

参考文献（引用文献を含む）

- [1] 恩田 光子, 今井 博久, 春日 美香, 安田 実央, 下村 真美子, 岡本 夏実, 高田 百合菜, 七海 陽子, 田中 有香, 荒川 行生 (2015) 「薬剤師の在宅医療サービスによる残薬解消効果」『医薬品情報学』 Vol. 17 No. 1, 21-33
- [2] 野本慎一, 中西由佳 (2011) 「中規模一般病院における後期高齢者に対する処方実態」『日本老年医学会雑誌』 48, 276-281
- [3] 松村明編 (1995) 『大辞林第三版』 三省堂
- [4] 横井正之 (2012) 「医薬分業による薬剤費削減効果の検討」『滋賀縣薬会誌』 No. 154. 34

引用ホームページ

- [1] 厚生白書昭和 32 年版
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1957/
(2015 年 7 月 30 日アクセス)
- [2] 厚生省白書昭和 57 年版
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1982/
(2015 年 7 月 30 日アクセス)
- [3] 厚生労働省白書平成 23 年版 資料編
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11-2/kousei-data/pdfNFindex.html>
(2015 年 7 月 30 日アクセス)
- [4] 第 3 回薬剤師需給の将来動向に関する検討会 医薬分業率等の推移
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0612-9d.pdf>
(2015 年 8 月 20 日アクセス)
- [5] 衛生行政報告例 結果の概要
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19a.html> (2015 年 8 月 20 日アクセス)
- [6] 日本薬剤師会
<http://www.nichiyaku.or.jp/index.html> (2015 年 8 月 20 日アクセス)
- [7] 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の概要
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/kanrenhouan02a.html>
(2015 年 7 月 30 日アクセス)
- [8] 東京都福祉保健局資料
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kenkou/kenkou_anzen/shingikai/akoshingikai/shingikai190320.files/7siryo190320.pdf
(2015 年 8 月 12 日アクセス)
- [9] 内閣府公開ディスカッション (医薬分業における規制の見直し)
<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/discussion/150312/gidai2/agenda.html> (2015 年 7 月 30 日アクセス)
- [10] 平成 25 年度医薬分業指導者協議会資料
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iyakuhin/topics/tp140320-01.html (2015 年 7 月 30 日アクセス)
- [11] 平成 26 年度医薬分業指導者協議会資料

- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000078795.html>
(2015年8月13日アクセス)
- [12] 平成24年度 国民医療費の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/12/dl/data.pdf>
(2015年7月30日アクセス)
- [13] 平成25年(2013)医療施設(動態)調査・病院報告の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/13/>
(2015年8月13日アクセス)
- [14] 平成25年度全国薬局疑義照会調査結果
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/topics/dl/tp140320-01-10.pdf (2015年7月30日アクセス)
- [15] 調剤医療費(電算処理分)の動向～平成25年度版～
http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/13/dl/gaiyo_data.pdf
(2015年7月30日アクセス)
- [16] 第35回健康・医療ワーキンググループ
<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/meeting/2013/wg3/kenko/150511/agenda.html> (2015年7月30日アクセス)
- [17] 中央社会保険医療協議会 総会(第252回)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000026868.html>
(2015年8月20日アクセス)
- [18] 在宅医療の最近の動向
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf (2015年8月21日アクセス)
- [19] 中央社会保険医療協議会 総会(第262回)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000031125.html>
(2015年7月30日アクセス)
- [20] 中央社会保険医療協議会 総会(第263回)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000031037.html>
(2015年7月30日アクセス)
- [21] 規制改革に関する第3次答申～多様で活力ある日本へ～
http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kaigi/publication/p_index.html
(2015年8月18日アクセス)

[22] 平成 23 年度病院経営管理指標別冊

http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokukeiei/dl/sihyou_h23_01.pdf (2015 年 8 月 23 日アクセス)

[23] 医療用医薬品の流通改善に関する懇談会 (19 回)

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002psxj.html>
(2015 年 8 月 23 日アクセス)